

投稿論文

高齢糖尿病患者のセルフケア能力と関連要因について － 前期高齢者と後期高齢者の比較 －

作 並 亜紀子* 服 部 ユカリ*

【要 旨】

本研究の目的は、高齢糖尿病患者のセルフケア能力およびそれに関連する要因について前期高齢者と後期高齢者を比較し明らかにすることである。北海道地方都市部の病院に外来通院している高齢糖尿病患者 149 名（前期高齢者 86 名、後期高齢者 63 名）を対象に面接聞き取り調査を実施した。セルフケア能力と関連要因の関係は、ピアソンの積率相関係数を算出し、さらに、セルフケア能力を従属変数、関連要因を独立変数とし、変数減少法による重回帰分析を行った。

セルフケア能力に影響を及ぼす主な要因は、前期高齢者では、入院の有無と家族への帰属であり、後期高齢者では、配偶者の有無、入院の有無とソーシャルサポートであった。

前期高齢者、後期高齢者ともに入院経験がある方がセルフケア能力が高く、入院時の治療や指導・助言がセルフケア能力を高めていることが示唆された。前期高齢者では、家族への帰属がセルフケア能力を高めており、家族との関わりや協力体制を考慮した看護が重要であり、後期高齢者では、配偶者がいない者が多く、地域で高齢者を支える者や外来での医療者からの指導や地域の保健師や医療従事者からの支援が重要と考えられる。

キーワード 高齢糖尿病患者、セルフケア能力

I. 諸 言

総務省「人口推計¹⁾」によると、平成 22 年現在、日本の高齢化率は 23.1%、総人口に占める前期高齢者の割合は 11.9%、後期高齢者の割合は 11.2% である。また、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口¹⁾」によると、2025 年には、日本の高齢化率は 30.5%、総人口に占める後期高齢者の割合は 18.2% と推計されており、今後は、人口全体の高齢化に加えて、後期高齢者の増加が予測されている。

平成 19 年国民健康・栄養調査²⁾によれば、「糖尿病が強く疑われる人」は、約 890 万人で、「糖尿病の可能性を否定できない人」を合わせると約 2,210 万人と推計される。「糖尿病が強く疑われる人」のうち、現在治療を受けている人は 55.7%、治療経験がほとん

どない人は 39.2% である。また、「糖尿病が強く疑われる人」と「糖尿病の可能性を否定できない人」を合わせると男性・女性ともに 70 歳以上に多い²⁾。

糖尿病は、生活習慣病のなかでも、その治療法が食事療法・運動療法を中心とする患者の自己管理に多くを依存しており³⁾、患者自身の健康管理、すなわちセルフケアが重要であり、セルフケアを遂行する能力であるセルフケア能力⁴⁾を保つことが治療の継続や合併症の予防、QOL の維持・向上につながる。

高齢糖尿病患者の研究について、西片ら⁵⁾は、高齢糖尿病患者の食事療法実行度と生活意識の関係についての研究で、老年期では家族や社会に対する責任が多いほど、食事療法実行度が高かったことを報告している。

セルフケアの関連要因の研究では、馬場口ら⁶⁾は、

*旭川医科大学 看護学講座

Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) を用いた研究で、高齢者ほど「個人が自分の健康を重要な他者のコントロール下にあると考えるもの Powerful Others Health Locus of Control (PHLC)」は上昇し、自分の周囲にいる家族を重要な存在と考え、健康問題に対して専門的な支援を必要としていたと報告している。また、糖尿病患者の健康に対する認識を把握する事は患者指導を行う際に重要であり、セルフケア援助の指針にもなると述べている。入山⁷⁾ は、生きがいをもつことでセルフケア行動は実行されやすいことを報告している。宗像⁸⁾ は、仕事や家庭や趣味などの生きがいを持っていることは、十分な睡眠や休養、バランスのとれた食事の工夫や適切な運動などのセルフケア行動さえも促す有意な効果があり、セルフケア行動を積極的にとる人は、周りから手段的な支援や情緒的な支援に恵まれており、様々な情緒的支援者を持っていることが、予防的保健行動を促す上で有意な影響力があると述べている。このことから、セルフケアには、生きがいや支援者の存在が関連すると考えられる。

仲沢⁹⁾ は、セルフケア能力を査定する質問紙 Self-Care Agency Questionnaire (以下、SCAQ とする) を用いた研究で、高齢者では新たなセルフケア能力の発揮に向けた生活修正のための看護が求められること、特に後期高齢者においては予備力が低下しており、病態・症状も非定型的であることが多く、特徴を踏まえた関わりが必要であるとしている。桑原¹⁰⁾ は、40歳～81歳の糖尿病患者を対象にした研究で、年齢が高いほどセルフケア能力が高かったことを報告している。しかし、後期高齢者は前期高齢者に比べ、日常生活動作に障害のある割合が高く¹¹⁾、加齢に伴う生理的变化は、体調管理にも限界を生じさせる⁹⁾ ため、前期高齢者と後期高齢者では、身体的・心理的・社会的側面にも違いがある。したがって、高齢糖尿病患者のセルフケア能力や関連要因について、前期高齢者と後期高齢者では、それぞれ異なることが予想される。

そこで、本研究の目的は、高齢糖尿病患者のセルフケア能力およびそれに関連する要因について前期高齢者と後期高齢者を比較し明らかにすることである。

外来通院している高齢糖尿病患者のセルフケア能力とその関連要因について、前期高齢者と後期高齢者に分けて明らかにすることは、前期高齢者および後期高齢者の特徴に合わせたセルフケア能力を高めるための

効果的な看護援助に具体的な方向を提示するために有用である。

II. 概念枠組みと用語の定義

宗像¹²⁾ は、「保健行動の実行を支える諸条件」として、①保健行動の動機と負担のシーソー：保健行動を強く動機づけ、負担を最小限にすること、②保健行動と生活行動との間の動機の競合と連合：保健行動と生活行動の間における動機との競合を避け、連合するように調整すること、③保健行動の動機相互の体系化：保健行動の動機の体系化を図ること、④自己管理態度：保健行動の改善への態度、⑤生きる希望：生きる希望、生きがい、⑥社会的支援：情緒的支援、手段的支援、⑦保健行動の実行に伴う価値観の相違：現在中心主義と将来中心主義、個人主義と集団主義、科学主義と超自然主義、能動主義と受動主義、対象者の価値観の尊重を示した。これに基づき、岡部¹³⁾ は、「セルフケア行動を支える条件」として、①自己管理態度：健康管理の方法を身につけ、それを維持する能力、②行動特性・パーソナリティ特性：行動的であるかどうかという特性、積極的・活動的で几帳面な行動傾向、③生きる目標：生きる希望、生きがい、④社会的支援：情緒的な支援、所属感や承認される感覚、実際的な手助け、指導やガイダンスの機能を示し、これらの条件が、「セルフケア行動」の実行に関わるとした。

本研究では、岡部¹³⁾ の「セルフケア行動を支える条件」を参考にして、図1のような概念枠組みを作成した。「高齢糖尿病患者のセルフケア能力」は、「生活背景」、「健康管理の源」、「行動特性・パーソナリティ特性」、「生きがい」、「ソーシャルサポート」と関連していると考えた。

本研究では、主要な用語を以下のように定義した。

「セルフケア能力」は、本庄⁴⁾ が次のように定義したものをを用いる。「セルフケア能力とは、個人がより良い状態を得るために自分自身および環境を調整する意図的な行動に従事するための能力である。後天的な能力であり、学習により獲得が可能である。」

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、相関関係的デザインに基づく調査研究である。

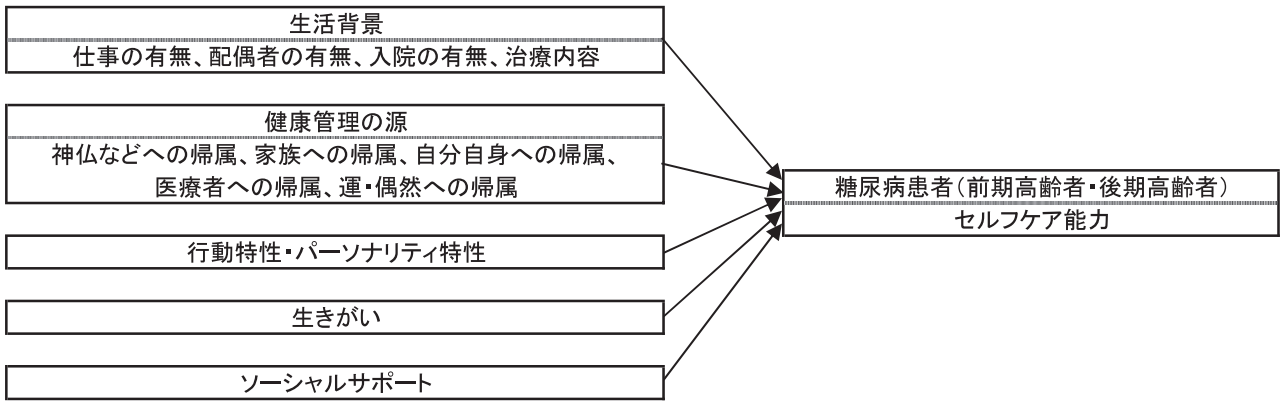


図1 概念枠組み

2. 対象

対象者は、北海道地方都市部の総病床数 563 床の A 病院に、糖尿病で外来受診した 65 歳以上の高齢者で、次の 3 つの条件に全て該当し、調査に同意が得られた者とした。条件は、①病院から糖尿病と説明を受けていること、②意識が清明であること、③意志の疎通ができることである。

A 病院を選択した理由は、管内の病院の中でも外来受診者数が多く、専門の糖尿病外来があり、外来通院する糖尿病患者数が多いためである。

対象地域は、平成 17 年 4 月末の高齢化率は 21.2%、人口に占める前期高齢者の割合は 12.0%、後期高齢者の割合は 9.2% である¹⁴⁾。

3. 調査期間

調査期間は、平成 17 年 5 月から平成 17 年 6 月である。

4. 方法

調査方法は、調査票を用いた面接聞き取り調査である。

調査手順は、病院から 65 歳以上の糖尿病患者の紹介を受け、口頭で調査趣旨を説明し、調査協力を依頼した。面接に際しては、対象者に再度文書と口頭で調査趣旨を説明した後、調査への同意を確認し、同意書に署名を得たうえで、面接聞き取り調査を実施した。

調査票は、概念枠組みに基づいた調査内容で構成した。事前に、調査内容を点検する目的で、高齢者 4 名に予備調査を行ったが、不備はなかったため、調査票は修正しなかった。なお、この 4 名は分析対象に含めた。

5. 調査項目

1) 対象者の一般的背景

対象者の年齢、性別、仕事の有無、仕事内容、配偶者の有無、家族形態、支援者、診断後の期間、入院の有無、入院回数、退院後の期間、治療内容、外来通院回数について聴取した。

2) セルフケア能力

セルフケア能力を把握するために、本庄⁴⁾の「SCAQ」を用いた。「SCAQ」は、慢性疾患患者のセルフケア能力を評価する尺度であり、4 つの下位尺度で構成され、それぞれの質問項目は、「健康管理法の獲得と継続」の 10 項目、「体調の調整」の 7 項目、「健康管理への関心」の 7 項目、「有効な支援の獲得」の 5 項目の計 29 項目からなる。「はい」5 点、「どちらかというといはい」4 点、「どちらともいえない」3 点、「どちらかというといいえ」2 点、「いいえ」1 点の 5 段階リカート尺度である。「SCAQ」の信頼性・妥当性は確認されている⁴⁾。

3) 関連要因

(1) 健康管理の源

堀毛¹⁵⁾の「日本版 Health Locus of Control 尺度(以下、JHLC 尺度とする)」を用いた。「JHLC 尺度」は、日本人の健康観・病気観を反映させて、健康や病気の原因帰属を、その個人の帰属傾向から測定する尺度である。「健康・病気の原因や健康問題の解決を神仏や先祖などの超自然的なものに帰属する尺度 Supernatural Health Locus of Control (以下、SHLC とする)」、「健康・病気の原因や健康問題の解決を家族などの身近な人に帰属する尺度 Family Health Locus of Control (以下、FHLC とする)」、「健康・病気の原因や健康問題の解決を自分自身に帰属する尺度 Internal Health Locus of Control (以下、IHLC とする)」、「健康・病気の原

因や健康問題の解決を医療従事者に帰属する尺度 Professional Health Locus of Control (以下、PrHLC とする)、「健康・病気の原因や健康問題の解決を運や偶然に帰属する尺度 Chance Health Locus of Control (以下、CHLC とする)」の 5 つの下位尺度で構成され、各尺度毎に 5 つの質問項目があり、計 25 項目からなる。「非常にそう思う」6 点、「そう思う」5 点、「ややそう思う」4 点、「あまりそう思わない」3 点、「そう思わない」2 点、「まったくそう思わない」1 点の 6 段階リカート尺度である。本研究では、原版質問紙の「PrHLC」で使用されていた「医師または医者」を「医療従事者」に、「医学」を「医療」に変更した小林¹⁶⁾のものを使用した。小林¹⁶⁾の調査での「JHLC 尺度」の内的整合性は確認されている。

(2) 行動特性・パーソナリティ特性

宗像¹⁷⁾の「自分らしさ行動特性尺度」を用いた。「自分らしさ行動特性尺度」は、自らの感情や考え方を率直に表現し、また相手の気持ちに共感でき、自らの個性を創造的に活かして生きる行動特性を測定するための尺度である。質問項目は 10 項目である。「いつもそうである」2 点、「まあそう」1 点、「そうでない」0 点という配点で、マイナス項目は逆転項目である。上記のような行動特性が 8 点以下は弱い、9 ~ 13 点は中位、14 点以上は強いとされる。「自分らしさ行動特性尺度」の内的整合性は確認されている¹⁸⁾。

(3) 生きがい

宗像⁸⁾の「生きがい尺度」を用いた。質問項目は、9 項目各項目について、「生きがいである」、「生きがいでない」、「どちらともいえない」の選択の中で、「生きがいである」に 1 点という配点である。「生きがい尺度」の内的整合性は確認されている⁸⁾。

(4) ソーシャルサポート

野口¹⁹⁾が作成し、高齢者に一般的に用いられている「高齢者用ソーシャルサポート尺度」のうち、ポジティブサポートである下位尺度の「情緒的サポート」と「手段的サポート」を用いた。「高齢者用ソーシャルサポート尺度」は、高齢者のソーシャルサポートについて評価する尺度で、下位尺度毎に質問項目が 4 つあり、計 8 項目からなる。「はい」1 点、「いいえ」0 点という配点である。

6. 分析方法

分析には、統計ソフト PASW Statistics 18 を使用し

た。名義尺度の比較検討には χ^2 検定を、対応のない 2 群の比率の差の検定には t 検定を用いた。セルフケア能力と関連要因の関係は、ピアソンの積率相関係数を算出した。さらに、セルフケア能力に影響を及ぼす要因を検討するために、多重共線性を確認後、セルフケア能力を従属変数、関連要因を独立変数とし、変数減少法による重回帰分析を行った。なお、統計的有意水準は 5% 未満とした。

7. 倫理的配慮

対象病院の副院長と外来で糖尿病患者を診察している医師 2 名、看護部長および外来看護師らに研究の趣旨を文書および口頭で説明し、研究協力の承諾を得た。

対象者には、研究目的および方法を説明し、研究内容はすべて統計的に処理し個人が特定される可能性はないこと、研究目的以外には使用しないこと、協力の有無に関わらず診療やサービス利用等の不利益は生じないこと、研究参加の取り消しはいつでも可能である旨を文書および口頭で説明し、対象者より研究協力に同意が得られた場合には、同意書に署名を得た。

IV. 結果

対象病院に、平成 17 年 5 月から平成 17 年 6 月の期間に糖尿病で外来を受診した 65 歳以上の高齢者で、研究参加を依頼した 187 名のうち、同意が得られた 149 名(予備調査 4 名を含む)に調査を行った(79.7%)。

1. 対象者の属性および生活背景 (表 1)

平均年齢は、73.6 ± 5.8 歳で、年齢範囲は 65 歳から 90 歳であった。65 歳以上 70 歳未満は 47 名(31.5%)と最も多く、次いで 75 歳以上 80 歳未満が 42 名(28.2%)、70 歳以上 75 歳未満が 39 名(26.2%)、80 歳以上が 21 名(14.1%)であった。

前期高齢者は 86 名(57.7%)、後期高齢者は 63 名(42.3%)であった。性別は、男性 62 名(41.6%)、女性 87 名(58.4%)であった。

仕事は、有り 22 名(14.8%)、無し 127 名(85.2%)であった。仕事内容は、自営業が 6 名(27.3%)で最も多く、次いで農業とその他が 4 名(18.2%)、技能職と事務職が 3 名(13.6%)、管理職が 2 名(9.1%)であった。

配偶者は、有り 97 名(65.1%)、無し 52 名(34.9%)であった。家族形態は、夫婦のみは 62 名(41.6%)で最も多く、次いでその他が 56 名(37.6%)、一人暮

表 1 属性および生活背景 N=149

		人数	%
年齢	65 歳以上 70 歳未満	47	31.5
	70 歳以上 75 歳未満	39	26.2
	75 歳以上 80 歳未満	42	28.2
	80 歳以上	21	14.1
高齢者区分	前期高齢者	86	57.7
	後期高齢者	63	42.3
性別	男	62	41.6
	女	87	58.4
仕事の有無	有り	22	14.8
	無し	127	85.2
仕事内容	農業	4	18.2
	自営業	6	27.3
	技能職	3	13.6
	管理職	2	9.1
	事務職	3	13.6
	その他	4	18.2
	配偶者の有無	有り	97
	無し	52	34.9
家族形態	一人暮らし	31	20.8
	夫婦	62	41.6
	その他	56	37.6
支援者 (複数回答)	配偶者	28	18.8
	子供	104	69.8
	兄弟・姉妹	12	8.1
	いない	6	4.0
	その他	11	7.4
診断年数	10 年未満	58	39.0
	10 年以上 20 年未満	45	30.2
	20 年以上 30 年未満	30	20.1
	30 年以上	16	10.7
入院の有無	有り	99	66.4
	無し	50	33.6
入院回数	1 回	55	55.5
	2 回	26	26.3
	3 回	12	12.1
	4 回以上	6	6.1
退院後の経過期間	10 年未満	81	81.9
	10 年以上 20 年未満	12	12.1
	20 年以上 30 年未満	2	2.0
	30 年以上	4	4.0
治療内容等 (複数回答)	食事療法	110	73.8
	薬物療法	88	59.1
	運動療法	53	35.6
	インスリン注射	39	26.2
	自己血糖測定	32	21.5
外来受診回数	1 回未満	16	10.7
	1 回以上 2 回未満	132	88.6
	2 回以上	1	0.7

らしが 31 名 (20.8%) であった。

支援者は、子供が 104 名 (69.8%) で最も多く、次いで配偶者 28 名 (18.8%)、兄弟・姉妹 12 名 (8.1%)、その他 11 名 (7.4%)、いない 6 名 (4.0%) であった。

平均診断年数は、13.2 ± 10.6 年で、診断年数の範囲は 0 年から 59 年であった (1 年未満の者を 0 年とした)。10 年未満は 58 名 (39.0%) と最も多く、次いで 10 年以上 20 年未満が 45 名 (30.2%)、20 年以上 30 年未満が 30 名 (20.1%)、30 年以上が 16 名 (10.7%) であった。

入院は、有り 99 名 (66.4%)、無し 50 名 (33.6%) であった。入院有りの者のうち、入院回数は平均 1.8 ± 1.4 回で、入院回数範囲は 1 回から 10 回であった。入院回数 1 回が 55 名 (55.5%)、2 回が 26 名 (26.3%)、3 回が 12 名 (12.1%)、4 回以上が 6 名 (6.1%) であった。入院有りの者のうち、退院後の経過期間は平均 5.2 ± 7.8 年で、範囲は 0 年から 50 年であった。10 年未満が 81 名 (81.9%)、10 年以上 20 年未満が 12 名 (12.1%)、20 年以上 30 年未満が 2 名 (2.0%)、30 年以上が 4 名 (4.0%) であった。

治療内容等は、食事療法が 110 名 (73.8%)、薬物療法が 88 名 (59.1%)、運動療法が 53 名 (35.6%)、インスリン注射が 39 名 (26.2%)、自己血糖を測定している者は 32 名 (21.5%) であった。

外来受診回数は、1 月平均 1.0 ± 0.3 回で、範囲は 0.12 回から 4 回であった。1 月あたりの外来受診回数は 1 回未満が 16 名 (10.7%)、1 回以上 2 回未満が 132 名 (88.6%)、2 回以上が 1 名 (0.7%) であった。

2. 対象者のセルフケア能力 (SCAQ) の得点 (表 2)

SCAQ は平均 134.9 ± 10.2 点であった。下位尺度の健康管理法の獲得と継続は平均 45.7 ± 5.1 点、体調の調整は平均 33.3 ± 2.7 点、健康管理への関心は平均 34.2 ± 1.7 点、有効な支援の獲得は平均 21.6 ± 3.8 点であった。

3. 対象者の関連要因の得点 (表 2)

健康管理の源について、SHLC は平均 12.7 ± 3.6 点、FHLC は平均 22.4 ± 3.6 点、IHLC は平均 26.5 ± 2.3 点、PrHLC は平均 20.9 ± 3.5 点、CHLC は平均 14.7 ± 3.8 点であった。

行動特性・パーソナリティ特性について、自分らしき行動特性尺度の得点は、平均 10.7 ± 2.6 点であった。生きがいについて、生きがい尺度の得点は、平均 4.2

表2 セルフケア能力 (SCAQ) と関連要因

項目	範囲	全体 (n=149)		前期高齢者 (n=86)		後期高齢者 (n=63)		
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
セルフケア能力 (SCAQ)	79 ~ 145	134.9	10.2	134.3	10.4	135.7	9.9	n.s.
健康管理法の獲得と継続	27 ~ 50	45.7	5.1	45.6	4.7	45.8	5.5	n.s.
体調の調整	19 ~ 35	33.3	2.7	33.1	3.0	33.7	2.3	n.s.
健康管理への関心	26 ~ 35	34.2	1.7	34.0	1.8	34.5	1.5	n.s.
有効な支援の獲得	6 ~ 25	21.6	3.8	21.6	3.9	21.7	3.6	n.s.
SHLC	5 ~ 23	12.7	3.6	12.1	3.5	13.7	3.6	p=.007
FHLC	11 ~ 30	22.4	3.6	21.8	3.7	23.0	3.4	n.s.
IHLC	18 ~ 30	26.5	2.3	26.6	2.3	26.4	2.4	n.s.
PrHLC	11 ~ 29	20.9	3.5	20.4	3.3	21.5	3.7	n.s.
CHLC	8 ~ 29	14.7	3.8	14.2	3.5	15.4	4.2	n.s.
自分らしさ行動特性尺度	3 ~ 17	10.7	2.6	10.9	2.6	10.5	2.7	n.s.
生きがい尺度	0 ~ 9	4.2	1.8	4.2	1.9	4.3	1.6	n.s.
高齢者用ソーシャルサポート	0 ~ 8	7.0	1.8	7.0	1.7	6.9	1.9	n.s.
情緒的サポート	0 ~ 4	3.7	0.9	3.7	0.7	3.6	1.0	n.s.
手段的サポート	0 ~ 4	3.3	1.2	3.3	1.2	3.2	1.1	n.s.

± 1.8 点であった。

ソーシャルサポートについて、高齢者用ソーシャルサポート尺度を使用した。非該当など回答していない対象者が多かったため、質問項目毎に「いる」を1点とした。高齢者用ソーシャルサポート尺度の合計得点は、平均 7.0 ± 1.8 点であった。そのうち、情緒的サポートは平均 3.7 ± 0.9 点、手段的サポートは平均 3.3 ± 1.2 点であった。

4. 前期高齢者と後期高齢者の比較

1) 属性および生活背景 (表 3)

平均年齢は、前期高齢者は平均 69.5 ± 3.1 歳で、後期高齢者は平均 79.2 ± 3.4 歳であった。仕事は、有りが前期高齢者 19 名 (22.1%) で、後期高齢者 3 名 (4.8%) に比べて、有意に高かった (p=.007)。配偶者は、有りが前期高齢者 65 名 (75.6%) で、後期高齢者 32 名 (50.8%) に比べて、有意に高かった (p=.003)。

性別、仕事内容、家族形態、支援者、診断年数、入院の有無、入院回数、退院後の経過期間、治療内容等、外来受診回数は、前期高齢者と後期高齢者で有意な差はなかった。

2) 前期高齢者と後期高齢者のセルフケア能力 (SCAQ) の比較 (表 2)

SCAQ および下位尺度の健康管理法の獲得と継続、体調の調整、健康管理への関心、有効な支援の獲得は、

前期高齢者と後期高齢者で有意な差はなかった。

3) 前期高齢者と後期高齢者の関連要因の比較 (表 2)

SHLC は、後期高齢者 13.7 ± 3.6 点が、前期高齢者 12.1 ± 3.5 点に比べて、有意に高かった (p=.007)。FHLC、IHLC、PrHLC、CHLC、自分らしさ行動特性尺度、生きがい尺度、高齢者用ソーシャルサポート尺度および下位尺度の情緒的サポート、手段的サポートは、前期高齢者と後期高齢者で有意な差はなかった。

4) セルフケア能力と関連要因の関係 (表 4)

前期高齢者では、SCAQ 合計点と FHLC (r=.488, p=.000)、生きがい尺度 (r=.415, p=.000) との間には、比較的強い有意な正の相関関係があり、高齢者用ソーシャルサポート (r=.343, p=.001)、情緒的サポート (r=.319, p=.003)、手段的サポート (r=.280, p=.009) との間には、比較的弱い有意な正の相関関係があった。健康管理法の獲得と継続と FHLC (r=.497, p=.000)、生きがい尺度 (r=.435, p=.000) との間には、比較的強い有意な正の相関関係があり、自分らしさ行動特性尺度 (r=.240, p=.026)、高齢者用ソーシャルサポート (r=.344, p=.001)、手段的サポート (r=.230, p=.033) との間には、比較的弱い有意な正の相関関係があった。体調の調整と FHLC (r=.255, p=.018)、生きがい尺度 (r=.241, p=.026) との間には、比較的弱い有意な正の相関関係があった。健康管理への関心と FHLC (r=.347、

表3 前期高齢者と後期高齢者の属性および生活背景

N=149

項目	前期高齢者 (n=86)		後期高齢者 (n=63)			
	人数	%	人数	%		
性別	男	42	48.8	20	31.7	<i>n.s.</i>
	女	44	51.2	43	68.3	
仕事の有無	有り	19	22.1	3	4.8	<i>p</i> =.007
	無し	67	77.9	60	95.2	
仕事内容	農業	3	15.8	1	33.3	<i>n.s.</i>
	自営業	6	31.6	0	0.0	
	技能職	1	5.3	2	66.6	
	管理職	2	10.6	0	0.0	
	事務職	3	15.9	0	0.0	
	その他	4	21.2	0	0.0	
配偶者の有無	有り	65	75.6	32	50.8	<i>p</i> =.003
	無し	21	24.4	31	49.2	
家族形態	一人暮らし	14	16.3	17	27.0	<i>n.s.</i>
	夫婦	42	48.8	20	31.7	
	その他	3	3.5	26	30.2	
支援者 (複数回答)	配偶者	24	27.9	4	6.3	<i>n.s.</i>
	子供	53	61.6	51	81.0	
	兄弟・姉妹	7	8.1	5	7.9	
	いない	4	4.7	2	3.2	
	その他	5	5.8	6	9.5	
入院の有無	有り	60	69.8	39	61.9	<i>n.s.</i>
	無し	26	30.2	24	38.1	
治療内容等 (複数回答)	食事療法	61	70.9	49	77.8	<i>n.s.</i>
	薬物療法	48	55.8	40	63.5	
	運動療法	36	41.9	17	27.0	
	インスリン注射	22	25.6	17	27.0	
	自己血糖測定	20	23.3	12	19.0	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
診断年数	12.4	9.9	14.5	11.3	<i>n.s.</i>	
入院回数	1.7	1.2	2.0	1.6	<i>n.s.</i>	
退院後の経過期間	4.3	6.1	6.5	9.6	<i>n.s.</i>	
外来受診回数	1.0	0.4	1.0	0.2	<i>n.s.</i>	

χ^2 検定, *t* 検定, *n.s.*: not significant

p=.001)、生きがい尺度 (*r*=.252, *p*=.019) との間には、比較的弱い有意な正の相関関係があった。有効な支援の獲得と FHLC (*r*=.338, *p*=.001)、生きがい尺度 (*r*=.273, *p*=.011) との間には、比較的弱い有意な正の相関関係があった。

後期高齢者では、SCAQ 合計点と高齢者用ソーシャルサポート (*r*=.549, *p*=.000)、情緒的サポート (*r*=.478, *p*=.000)、手段的サポート (*r*=.532, *p*=.000) との間には、比較的強い有意な正の相関関係があり、SHLC

(*r*=.332, *p*=.008)、IHLC (*r*=.327, *p*=.009)、PrHLC (*r*=.311, *p*=.013) との間には、比較的弱い有意な正の相関関係があった。健康管理法の獲得と継続と高齢者用ソーシャルサポート (*r*=.451, *p*=.000)、手段的サポート (*r*=.445, *p*=.000) との間には、比較的強い有意な正の相関関係があり、SHLC (*r*=.386, *p*=.002)、情緒的サポート (*r*=.383, *p*=.002) との間には、比較的弱い有意な正の相関関係があった。体調の調整と自分らしさ行動特性尺度 (*r*=.382, *p*=.002)、手段的サポー

表4 前期高齢者と後期高齢者のセルフケア能力と関連要因の相関関係

N=149

	前期高齢者 (n=86)					後期高齢者 (n=63)				
	セルフケア能力 (SCAQ)	健康管理法の獲得と継続	体調の調整	健康管理への関心	有効な支援の獲得	セルフケア能力 (SCAQ)	健康管理法の獲得と継続	体調の調整	健康管理への関心	有効な支援の獲得
SHLC						.332**	.386**			
FHLC	.488***	.497***	.255*	.347**	.338**					.350**
IHLC						.327**			.339**	.342**
PrHLC						.311*			.413**	.339**
CHLC										
自分らしさ行動特性尺度		.240*						.382**		
生きがい尺度	.415***	.435***	.241*	.252*	.273*					
高齢者用ソーシャルサポート	.343**	.344**				.549***	.451***			
情緒的サポート	.319**					.478***	.383**			
手段的サポート	.280**	.230*				.532***	.445***	.254*		

数値はピアソンの積率相関係数 $r > .2$ かつ $p < .05$ のみを表示, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表5 前期高齢者と後期高齢者のセルフケア能力に影響する関連要因の重回帰分析

N=149

	前期高齢者 (n=86)					後期高齢者 (n=63)				
	セルフケア能力 (SCAQ)	健康管理法の獲得と継続	体調の調整	健康管理への関心	有効な支援の獲得	セルフケア能力 (SCAQ)	健康管理法の獲得と継続	体調の調整	健康管理への関心	有効な支援の獲得
配偶者の有無		-.219*				-.206*	-.254*			
入院の有無	.355***	.374***		.238*		.274**	.260*	.288**		
SHLC							.238*			
FHLC	.408***	.358***		.279**						.266*
IHLC										
PrHLC										
CHLC										
自分らしさ行動特性尺度										
生きがい尺度										
情緒的サポート		.273**				.283*				.484***
手段的サポート						.341**	.395***	.264**		
調整済み R^2	.352	.462		.173		.520	.490	.475		.328

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

ト ($r=.254, p=.045$) との間には、比較的弱い有意な正の相関関係があった。健康管理への関心と PrHLC

($r=.413, p=.001$) との間には、比較的強い有意な正の相関関係があり、IHLC ($r=.339, p=.007$) との間に

は、比較的弱い有意な正の相関関係があった。有効な支援の獲得と FHLC ($r=.350, p=.005$)、IHLC ($r=.342, p=.006$)、PrHLC ($r=.339, p=.007$) との間には、比較的弱い有意な正の相関関係があった。

5. セルフケア能力に影響を及ぼす関連要因 (表 5)

セルフケア能力を従属変数、関連要因を独立変数とし、変数減少法による重回帰分析を行った。独立変数を投入するにあたり、「高齢者用ソーシャルサポート」と下位尺度「手段的サポート」の相関係数が、前期高齢者は $r=.905$ 、後期高齢者は $r=.983$ であり、相関が強かったため、「高齢者用ソーシャルサポート」を除いた。

前期高齢者では、SCAQ 合計点に影響を及ぼす要因は、入院の有無 ($\beta =.355, p=.000$)、FHLC ($\beta =.408, p=.000$) であった。調整済み $R^2=.352$ であった (図 2)。健康管理法の獲得と継続に影響を及ぼす要因は、配偶者の有無 ($\beta =-.219, p=.011$)、入院の有無 ($\beta =.374, p=.000$)、FHLC ($\beta =.358, p=.000$)、情緒的サポート ($\beta =.273, p=.002$) であった。調整済み $R^2=.462$ であった (図 3)。健康管理への関心に影響を及ぼす要因は、入院の有無 ($\beta =.238, p=.023$)、FHLC ($\beta =.279, p=.007$) であった。調整済み $R^2 = .173$ であった (図 5)。体調の調整と有効な支援の獲得に影響を及ぼす要因はなかった (図 4、図 6)。

後期高齢者では、SCAQ 合計点に影響を及ぼす要因は、配偶者の有無 ($\beta =-.206, p=.034$)、入院の有無 ($\beta =.274, p=.006$)、情緒的サポート ($\beta =.283, p=.026$)、手段的サポート ($\beta =.341, p=.008$) であった。調整済み $R^2=.520$ であった (図 2)。健康管理法の獲得と継続に影響を及ぼす要因は、配偶者の有無 ($\beta =-.254, p=.012$)、入院の有無 ($\beta =.260, p=.011$)、SHLC ($\beta =.238, p=.014$)、手段的サポート ($\beta =.395, p=.000$) であった。調整済み $R^2=.490$ であった (図 3)。体調の調整に影響を及ぼす要因は、入院の有無 ($\beta =.288, p=.004$)、手段的サポート ($\beta =.264, p=.006$) であった。調整済み $R^2=.475$ であった (図 4)。有効な支援の獲得に影響を及ぼす要因は、FHLC ($\beta =.266, p=.015$)、情緒的サポート ($\beta =.484, p=.000$) であった。調整済み $R^2=.328$ であった (図 6)。健康管理への関心に影響を及ぼす要因はなかった (図 5)。

V. 考察

1. セルフケア能力 (SCAQ) および下位尺度の得点

本研究では、対象者の平均年齢は 73.6 歳でセルフケア能力 (SCAQ) の平均点は、 134.9 ± 10.2 点であり、清水ら²⁰⁾の就業している熟年期糖尿病患者 (平均年齢 54.9 歳) を対象とした研究 (SCAQ 平均点 115.96 ± 13.75 点)、清水ら²¹⁾の成人期にある糖尿病患者 (平

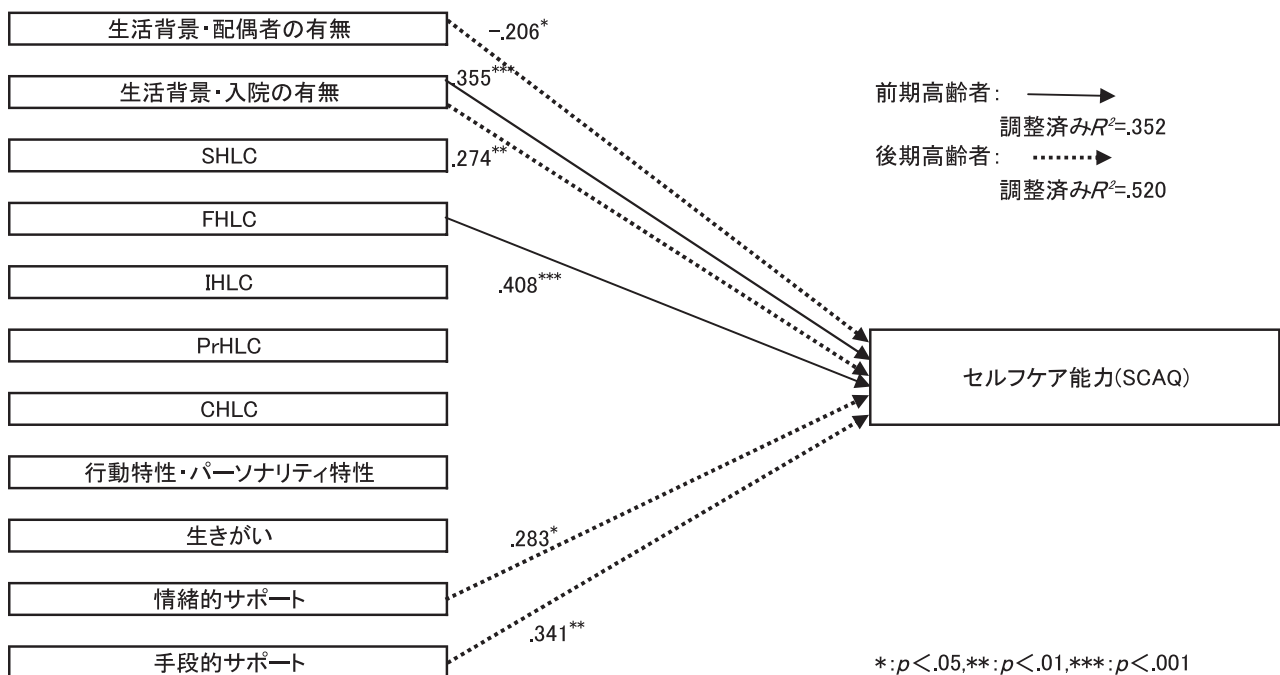


図 2 セルフケア能力 (SCAQ) に影響を及ぼす関連要因

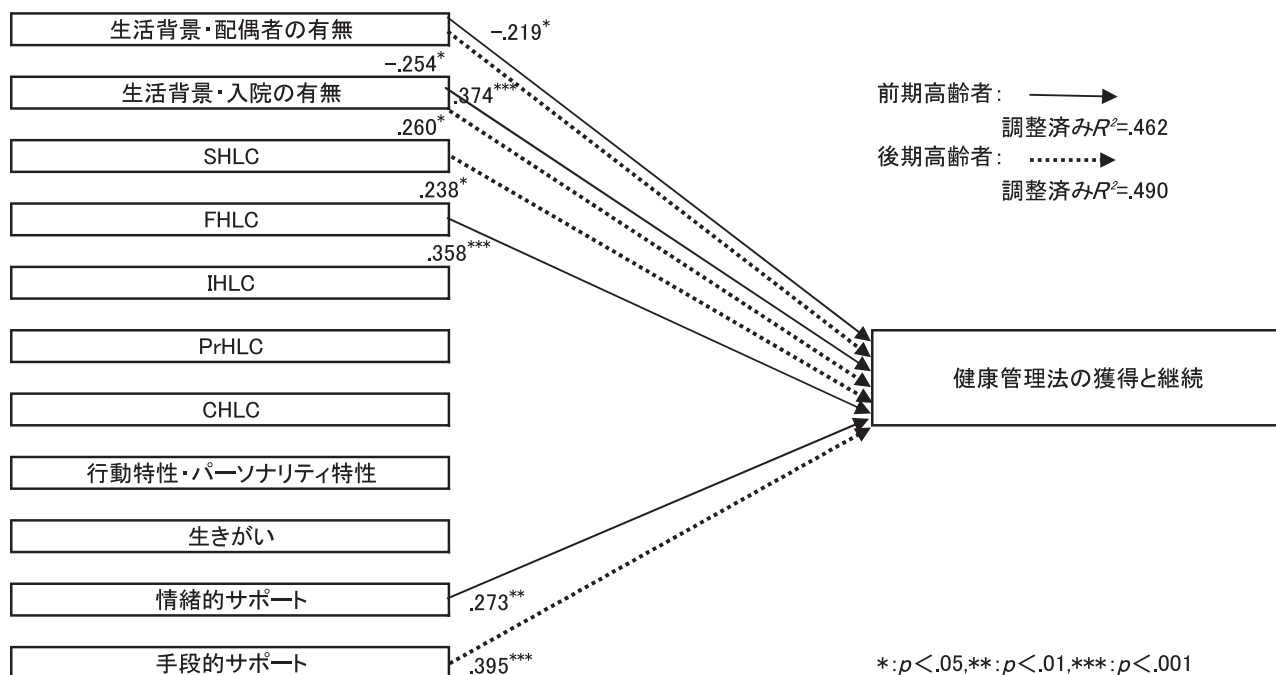


図3 健康管理法の獲得と継続に影響を及ぼす関連要因

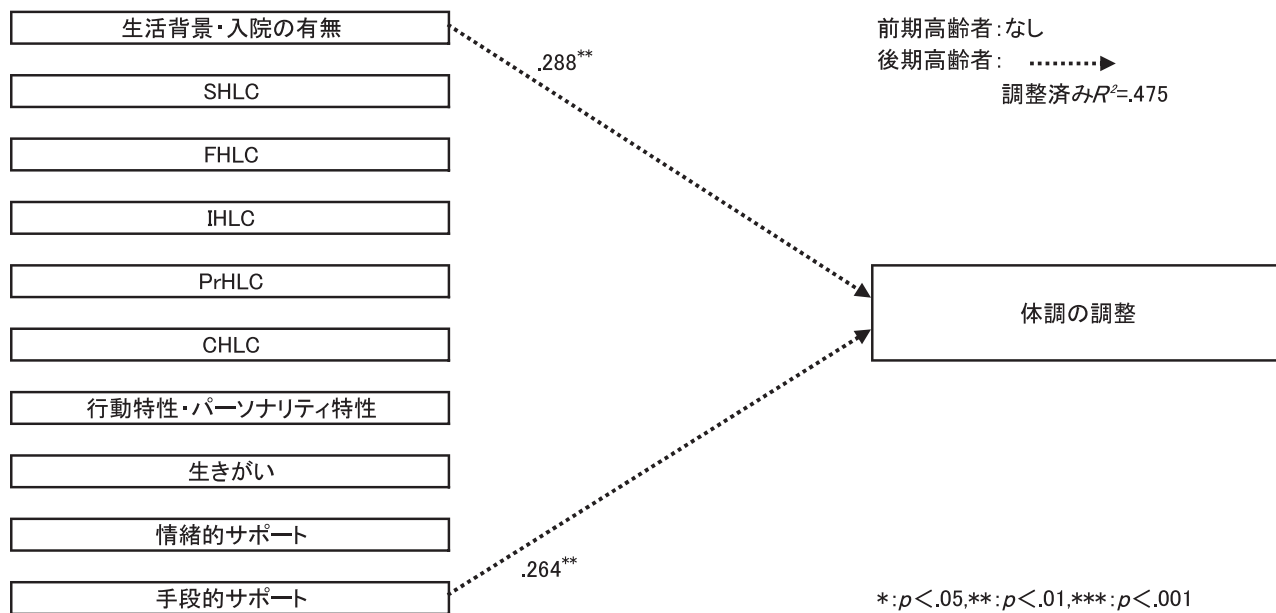


図4 体調の調整に影響を及ぼす関連要因

均年齢 56.97 歳) を対象とした研究 (SCAQ 平均点 117.1 ± 17.39 点) と比べて高かった。他に比較するデータがないため断定はできないが、桑原¹⁰⁾ の糖尿病患者会の入会とセルフケア能力、糖尿病コントロールとの関連についての研究で年齢が高いほどセルフケア能力得点が高かったこと、Ruggiero, L. ら²²⁾ の糖尿病患者のセルフマネジメントに関する研究の年齢が高くなるほど糖尿病の自己管理行動が有意に多くなるとの報

告から、本研究の方が年齢が高いことが SCAQ の点数が高いことに関連していると考えられる。

セルフケア能力 (SCAQ) および下位尺度の得点は、前期高齢者と後期高齢者で、有意な差はなかった。加齢に伴い、生活習慣を疾患や症状に合わせて変えていくことは極めて大変なことと考えられるが、セルフケア能力は学習により獲得が可能な後天的な能力⁴⁾であり、後期高齢者では仕事無しの者が有意に多く、時

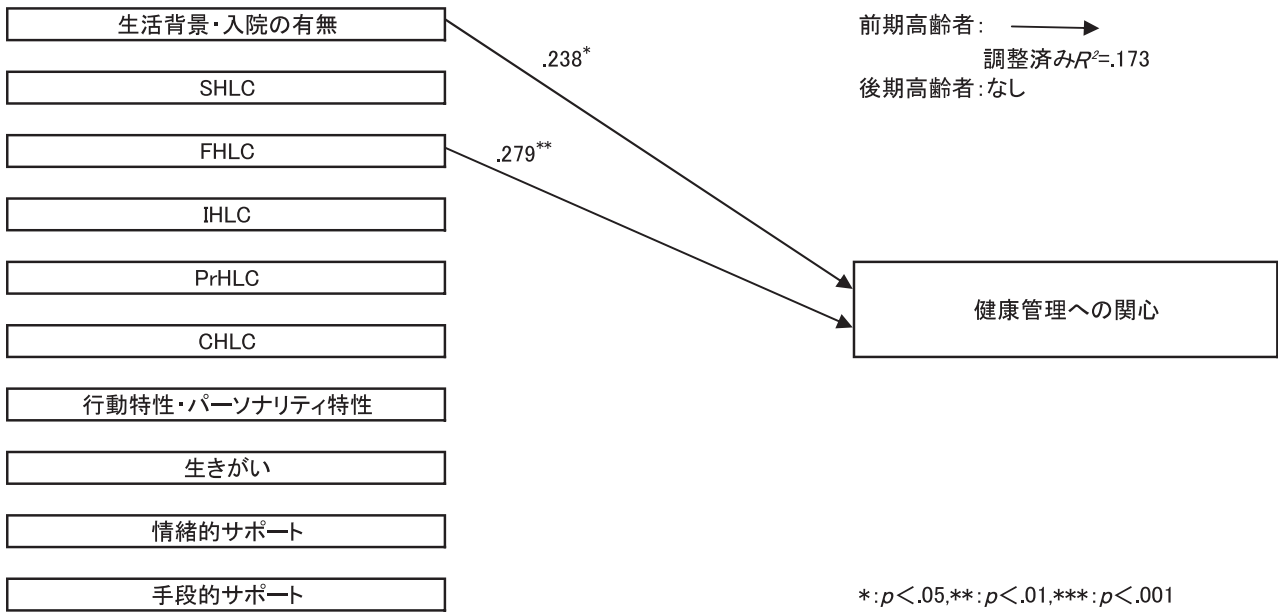


図5 健康管理への関心に影響を及ぼす関連要因

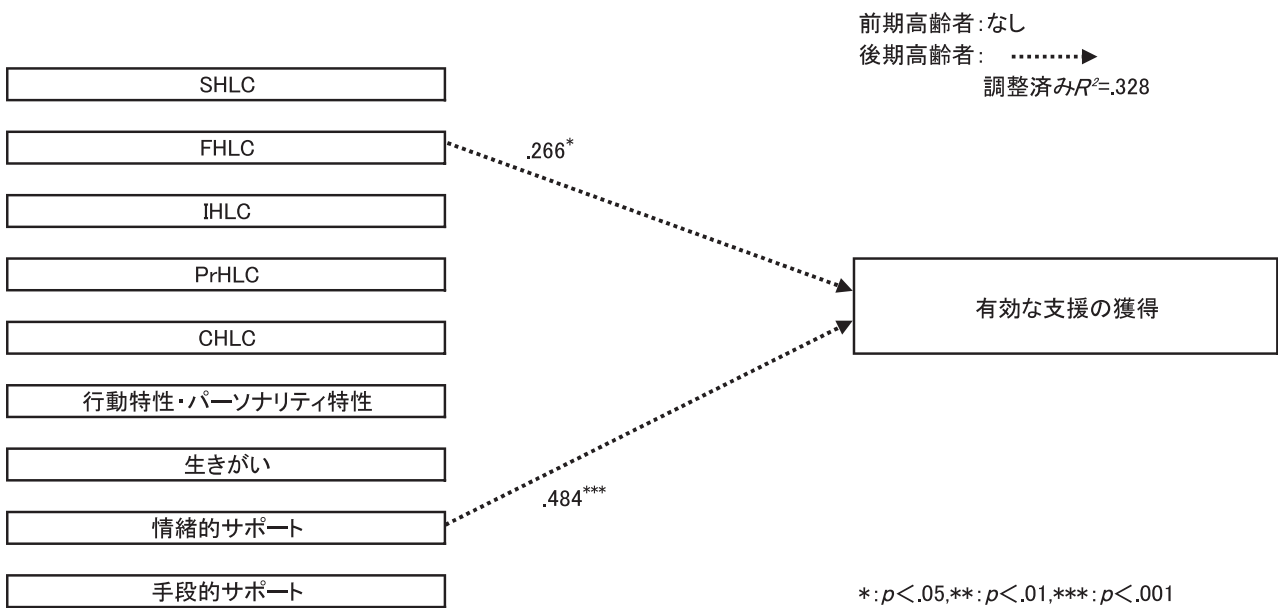


図6 有効な支援の獲得に影響を及ぼす関連要因

間的な余裕があることで、自己管理に取り組みやすく、セルフケア能力の得点は前期高齢者と比べて差がなかったと考えられる。

2. セルフケア能力と関連要因の関係

前期高齢者は、主にセルフケア能力（SCAQ）と家族への帰属、生きがいに正の相関関係があった。健康管理のため家族を頼りにしていることがセルフケア能力につながっていると考えられる。馬場口ら⁶⁾は、糖尿病患者の健康観とセルフケア行動についての研究

で、高齢者は自分の健康を援助してくれる家族を重要な存在と考えていると報告しており、濱畑ら²³⁾は、健康な在宅老人の生活と生きがいについての研究で、家族と一緒にいることが生きがいであると報告しており、高齢者にとって家族の存在は重要である。本研究では前期高齢者は、支援者を配偶者や子供と回答する者が多く、家族からの支援が生きがいにもつながり、家族への帰属や生きがいがセルフケア能力を促進させていると考えられる。

後期高齢者は、主にセルフケア能力（SCAQ）と自分自身への帰属、医療者への帰属、ソーシャルサポートに正の相関関係があった。三浦ら²⁴⁾のセルフケア行動と患者医療者関係・ソーシャルサポートとの関連性についての研究で、医師や看護師から日常生活についての説明を受けた人は、血糖コントロールが良好であったと報告している。後期高齢者では医療者からの指導や手助けなど手段的サポートを得ることが自己管理の為の貴重な機会となっていると考えられる。ソーシャルサポート体制の充実に伴って、後期高齢者を支える者からのサポートや高齢者自身の努力がセルフケア能力を促進させていると考えられる。

3. セルフケア能力に影響を及ぼす要因

重回帰分析の結果、前期高齢者、後期高齢者ともに、入院経験があるものがセルフケア能力（SCAQ）合計点が高く、前期高齢者のみに影響していたのは JHLC 尺度の家族への帰属得点が高いものであった。前期高齢者では、下位尺度の4つのうち、影響する要因がなかった体調の調整と有効な支援の獲得以外の2つに入院経験があることと家族への帰属が影響していた。藤田ら²⁵⁾の食事管理の自己効力感を維持している糖尿病患者の自己管理体験についての研究で、糖尿病患者を支える背景の要因として、家族などの周囲からの支援があることを報告している。また、宗像²⁶⁾は、家族などの協力を得ながら、自らのより健康な生活を回復・維持できる行動を理解することができるかと報告している。前期高齢者では、家族からの支援が、セルフケア能力を高めると考えられる。セルフケア能力（SCAQ）の下位尺度の健康管理法の獲得と継続においては、前期高齢者、後期高齢者ともに配偶者がいる方が点数が低い。配偶者がいる場合、高齢糖尿病患者自身が介護を行っていたり²⁷⁾、配偶者の生活習慣と同様な生活を送ることで、自分の生活に即した健康管理を継続することは難しいことも考えられる。後期高齢者では、入院経験があること、ソーシャルサポートの得点が高いことがセルフケア能力が高い主要因であった。後期高齢者は、前期高齢者と比較して、配偶者がいない者が有意に多く、家族形態も変わっていく中で、入院時や外来受診時などに医療者の指導や協力などソーシャルサポートを得ることが自己管理の為の貴重な機会となっていると考えられる。それに伴い、入院・外来受診時の後期高齢者を支える医療者のサ

ポートがセルフケア能力に関わると考えられる。

4. 高齢糖尿病患者への支援

前期高齢者は、入院の有無と家族の支援が重要であると考えられる。入院時に医療者とともに自身の生活を振り返り、指導や助言を受けることにより、自分自身の生活習慣を見直し、健康管理の方法を身につけることがセルフケア能力に影響していると考えられ、家族との関わりや協力体制について考慮して、患者自身と家族に入院時や外来受診時に医師や看護師、栄養士などからセルフケアについて説明したり、そのような機会をコーディネートする看護が重要であると考えられる。

後期高齢者は、配偶者の有無と入院の有無とソーシャルサポートがセルフケア能力に影響しており、配偶者がいない者が多いことや家族形態も変わっていく中で、地域や社会の高齢者を支える者や入院時の医療者からの指導や地域の保健師や医療従事者のソーシャルサポートは特に重要である。そのため、後期高齢者に対して療養生活についての必要な情報の提供や情報の授受の場として有効な患者会の紹介をすること、地域の保健師等の関係機関との連携をすることが今後も必要であると考えられる。

前期高齢者でも後期高齢者でも、入院時に医療者とともに自身の生活を振り返り、指導や助言を受けることにより、健康管理に対する意識が高まり、セルフケア能力を高めることが示唆された。また、対象者の個別性を尊重する看護が必要であり、その個別性の理解を深めるための方法として、対象者の全体像を把握する際に、前期高齢者と後期高齢者のセルフケア能力に影響を及ぼす要因の相違についても視点を置き効果的で適切な看護をすることが重要であると考えられる。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、1病院で、調査協力が得られた高齢者が対象であり、結果を一般化するには限界があり、対象者を増やして検討する必要がある。また、前期高齢者では SCAQ の下位尺度の体調の調整と有効な支援の獲得に、後期高齢者では健康管理への関心に影響要因がなかったことは、本研究で取り上げたもの以外の要因があることが考えられ、今後検討が必要である。

Ⅶ. 結 論

1. セルフケア能力 (SCAQ) は、前期高齢者と後期高齢者で有意な差はなかった。
2. 前期高齢者では、主にセルフケア能力 (SCAQ) と家族への帰属、生きがいに正の相関関係があった。後期高齢者では、主にセルフケア能力 (SCAQ) と自分自身への帰属、医療者への帰属、ソーシャルサポートに正の相関関係があった。
3. 前期高齢者は、セルフケア能力 (SCAQ) に影響を及ぼす要因は、入院の有無、家族への帰属であった。セルフケア能力 (SCAQ) の下位尺度の健康管理法の獲得と継続に影響を及ぼす要因は、配偶者の有無、入院の有無、家族への帰属、情緒的サポートで、健康管理への関心に影響を及ぼす要因は、入院の有無、家族への帰属であった。体調の調整と有効な支援の獲得に影響を及ぼす要因はなかった。
4. 後期高齢者では、セルフケア能力 (SCAQ) に影響を及ぼす要因は、配偶者の有無、入院の有無、情緒的サポート、手段的サポートであった。セルフケア能力 (SCAQ) の下位尺度の健康管理法の獲得と継続に影響を及ぼす要因は、配偶者の有無、入院の有無、神仏などへの帰属、手段的サポートで、体調の調整に影響を及ぼす要因は、入院の有無、手段的サポートで、有効な支援の獲得に影響を及ぼす要因は、家族への帰属、情緒的サポートであった。健康管理への関心に影響を及ぼす要因はなかった。
5. 前期高齢者、後期高齢者ともに入院経験がある方がセルフケア能力が高く、入院時の治療や指導・助言がセルフケア能力を高めていることが示唆された。前期高齢者では、家族への帰属がセルフケア能力を高めており、家族との関わりや協力体制に考慮した看護が重要であり、後期高齢者では、配偶者がいない者が多く、地域で高齢者を支える者や外来での医療者からの指導や地域の保健師や医療従事者からの支援が重要と考えられる。

謝 辞

本研究を行うにあたり、調査に御協力くださいました A 病院の糖尿病患者の皆様、また、御多忙中御協力くださいました A 病院の職員の皆様に深謝いたします。

旭川医科大学看護学講座望月吉勝教授に統計解析の御指導をいただきました。御礼申し上げます。

なお、本研究は、旭川医科大学大学院医学系研究科看護学専攻（修士課程）に提出した学位論文の一部に加筆・修正を加えたもので、第 10 回北日本看護学会学術集会にて一部を発表した。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 平成 23 年版高齢社会白書、http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/zenbun/23pdf_index.html
- 2) 厚生労働統計協会：国民衛生の動向・厚生指標 2011/2012、58(9)、82、2011.
- 3) 安酸史子、川田智恵子：食事自己管理の自己効力に関する糖尿病患者の認知と専門家の判断の比較、日本糖尿病教育・看護学会誌、1(2)、96-103、1998.
- 4) 本庄恵子：慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の改訂、日本看護科学会誌、21(1)、29-39、2001.
- 5) 西片久美子、河口てる子：高齢糖尿病患者の食事療法実行度と生活意識の関係－壮年期患者との比較－、日本糖尿病教育・看護学会誌、6(1)、5-14、2002.
- 6) 馬場口喜子、光木幸子、熱田和代ほか：糖尿病患者の健康観とセルフケア行動、京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要、5、37-44、1995.
- 7) 入山恵子：肝硬変患者のセルフケア行動に関する研究－病気の認識・ソーシャルサポート・HLC との関連－、神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録、24、381-388、1999.
- 8) 宗像恒次：保健行動学からみたセルフケア、看護研究、20(5)、20-29、1987.
- 9) 仲沢富枝：慢性病者のセルフケア能力と困難感からみた外来看護の一考察－外来通院する成人期・老年期にある病者の意識調査から－、山梨県立看護大学短期大学部紀要、8(1)、77-87、2002.
- 10) 桑原ゆみ：糖尿病患者会入会の有無とセルフケア能力および糖尿病コントロールとの関連、日本看護科学会誌、23(2)、12-21、2003.
- 11) 杉澤秀博、柴田博：前期および後期高齢者における身体的・心理的・社会的資源と精神健康との関連、日本公衆衛生雑誌、47(7)、589-601、2000.

- 12) 宗像恒次：新版行動科学からみた健康と病気、第1版、125-141、1991.
- 13) 岡部聡子：第3章 B. 慢性の経過をたどる患者の看護、系統看護学講座専門3 基礎看護学3、岩井郁子編著、第3版、医学書院、104-105、2000.
- 14) 旭川市ホームページ、<http://www.city.asahikawa.hokkaido.jp/index.htm>
- 15) 堀毛裕子：日本版 Health Locus of Control 尺度の作成、健康心理学研究、4(1)、1-7、1991.
- 16) 小林淳子、板垣恵子、伊藤尚子ほか：看護学生と看護職者の Health Locus of Control に関する研究、東北大学医療技術短期大学部紀要、5(2)、131-140、1996.
- 17) 宗像恒次：後期産業社会におけるストレス病の社会的機能、日本精神保健社会学年報、1、4-17、1995.
- 18) 二井雅江：虚血性心疾患患者の保健行動と Health Locus of Control の関係について - 壮年期男性就労者の行動変容から -、神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録、23、317-324、1998.
- 19) 野口裕二：高齢者のソーシャルサポート - その概念と測定 -、社会老年学、34、37-48、1991.
- 20) 清水理恵、金子史代：就業している熟年期2型糖尿病患者のセルフケア能力と学習支援の関係、新潟青陵大学紀要、8、107-115、2007.
- 21) 清水理恵、金子史代：糖尿病患者のセルフケアのための行動、および支援とセルフケア能力の関係、新潟青陵大学紀要、7、155-165、2007.
- 22) Laurie Ruggiero, Susan R. Rossi, Russell E. Glasgow, et al. : Diabetes Self-Management Self-reported recommendations and patterns in a large population, Diabetes Care、20(4)、568-576、1997.
- 23) 濱畑章子、澤田愛子、堀井満恵ほか：健康な在宅老人の生活と生きがい、Quality Nursing、3(6)、41-46、1997.
- 24) 三浦かず子、中越照子、岡村鈴恵ほか：セルフケア行動と患者医療者関係・ソーシャルサポートとの関連性 - 糖尿病患者のアンケート調査の分析から -、高知市民病院紀要、18(1)、17-24、1994.
- 25) 藤田君支、松岡緑：食事管理の自己効力感を維持している糖尿病患者の自己管理体験、日本糖尿病教育・看護学会誌、6(2)、123-130、2002.
- 26) 宗像恒次：最新行動科学からみた健康と病気、第1版、147-159、1991.
- 27) 中村美幸、勝野とわ子、恵美須文枝：高齢糖尿病患者が食事療法を継続する要因の検討、日本糖尿病教育・看護学会誌、10(2)、106-114、2006.

Self-care agency of elderly patients with diabetes and associated factors –Comparison of young-old and old-old patients

SAKUNAMI Akiko*, HATTORI Yukari*

Summary

Self-care agency is a fundamental concept in nursing for diabetic patients. The present study aimed to assess self-care agency of elderly diabetic outpatients and to identify associated factors affecting the agency, by comparing young-old and old-old elderly diabetic patients.

Data were collected through in-person interviews on 149 elderly diabetic patients receiving outpatient treatment at a hospital in Hokkaido (86 young-old and 63 old-old) and statistically analyzed by Pearson's product moment correlations coefficient and a multiple regression model using backward selection method, with self-care agency as a dependent variable and associated factors as independent variables.

Among the young-old patients, major factors affecting self-care agency were hospitalization experience and Family Health Locus of Control, while among the old-old patients were presence or absence of a spouse, hospitalization experience, and social support.

Self-care agency was positively correlated with hospitalization experience among both young-old and old-old elderly, indicating that treatment and instructions/advice provided during hospitalization enhanced their self-care agency. Positive correlation between self-care agency and Family Health Locus of Control may suggest that nursing care should be provided in careful consideration of the relationships with their family members, including social support from them. Many of the old-old elderly were bereaved of their spouses. Thus, community nursing by public health nurses or health care professionals focusing on patient education should play central roles in supporting the old-old elderly diabetic patients.

Key words elderly patients with diabetes, self-care agency

* Asahikawa Medical University, Department of Nursing