

## 研究ノート

# 通所リハビリテーションを利用する高齢者の健康管理に対する自己効力感の研究

## Research of the Self-efficacy over the Health Care of the Elderly People Using Day Care

益田育子<sup>1</sup>, 小泉美佐子<sup>2</sup>

Ikuko Masuda, Misako Koizumi

本研究の目的は、通所リハビリテーションを利用する高齢者の健康管理自己効力感を探り、看護支援の方向性を探ることである。対象者、男性36名、女性64名に調査を行った。

結果として、健康管理自己効力感の項目のうち、生活習慣に関する項目である「食事」「くすりの管理」「歯みがき」「体重維持」といった保健行動、「精神的安定」の平均値は高かった。平均点が低かった項目は、「健康を守るために必要な情報が集められる」「健康の維持について良い助言をしてくれる医師や看護師がみつけれられる」であった。高齢者世帯と2世代以上の世帯との比較においては、高齢者世帯の健康管理自己効力感が低かった。主観的健康感が良好な者と不良なものとの比較においては、主観的健康感が不良な者の健康管理自己効力感が低かった。通所リハビリにおける看護支援では、健康を守るための情報提供や、新たな疾病や2次障害の予防などの個別・集団保健指導(相談)を積極的に行う必要があることが示唆された。

キーワード：健康管理, 自己効力感, 通所リハビリテーション, 高齢者

**Key words** : health care, self-efficacy, day care, elderly people

### 1. 序論

介護保険制度は発足後初の見直しが行われ、平成18年4月から「新予防給付」が創設された。「新予防給付」の導入に伴い通所サービス系では新たなサービスが導入され、従来の日常生活上の支援などの「共通のサービス」に、「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」など「選択的サービス」が加わった。これらは、介護予防のエビデンス(篠田, 2006)が認められているサービスであ

る。介護予防では、高齢者自身が運動、栄養バランス、睡眠など、自分の健康を守ろうというセルフケアが大切になってくる。セルフケアつまり、保健行動においては、高齢者が主体的に取り組めるような支援が必要である。

高齢者自身が上記のような保健行動を起こす、もしくは自発的な行動変容へと取り組むプロセスを促進するアプローチで最近注目されているのが、自己効力感である。Bandura(1977, 1982)は、人間の行動変容の先行要因としての「予期機能」として、自己効力感(セルフエフィカシー)の概念を提唱した。「予期機能」(坂野ら, 2005)には、ある行動がどのような結果を生み出すかという予期(結果予期)と、ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまくできるかという予期(効力予期)がある。自分がどの程度「効力予期」があるかを認知したときその個人には自己効力感があるという。自己効力感の概念分析(江本, 2000)によ

受付日 2008年4月18日

受理日 2008年8月29日

<sup>1</sup> 帝京平成大学ヒューマンケア学部看護学科

School of Nursing, Faculty of Human Care, Teikyo Heisei University

(〒290-0193 千葉県市原市潤井戸2289)

<sup>2</sup> 群馬大学医学部保健学科

School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Gunma University

ると、自己効力感とは、ある状況を変化させる手段を遂行することに対する自己評価で、遂行できるといふ確信の程度と定義している。自己効力感をつくり出す情報へ働きかけることで、個人が行動変容を行える可能性をもっているといえる。そのため欧米では、健康行動の自己管理や健康教育などに、自己効力感を用いた研究が報告されている。日本でも、糖尿病や生活習慣病予防など健康教育の場面で、自己効力感を用いた研究が報告されている。しかし老年看護領域においては、転倒予防自己効力感(征矢野ら, 2001; 段ら, 2006)や日常生活動作に関する自己効力感(鈴木ら, 1994; 内ヶ島, 2004)などは報告されているが、高齢者の健康管理全般の自己効力感に関する研究は少ない。

その中で横川ら(1998)は、地域在住高齢者の健康管理に対する自己効力感を測定する尺度を作成した(以下、健康管理自己効力感とする)。この尺度は保健従事者が高齢者の保健行動や保健介入活動を評価する指標として作成されたもので、信頼性、妥当性が検証されている。しかし、この尺度が開発されたのは、介護保険が施行される前であり、この尺度を用いて虚弱高齢者、あるいは障害をもつ高齢者の健康管理に対する自己効力感については調べた研究はない。この尺度をもとに介護予防が必要な高齢者に調査を行うことで、現状の保健介入活動の評価ができ、支援の方向性を探ることができのではないだろうか。

障害をもつ高齢者が多く利用する通所リハビリテーション(以下通所リハビリとする)の利用者は、要支援が11.8%、要介護1が38.3%、要介護2が18.3%(厚生労働省, 2006)で介護予防が必要な高齢者が多い。通所リハビリの看護師は、かかりつけ医や他の在宅ケアの関係者と連携を図り、利用者の健康を守る役割がある。看護師自身が積極的に利用者の運動、栄養、ストレスの軽減など、自立を支援する看護が求められている。介護保険法の改正を受けこの方面の看護支援がいっそう求められる。

そこで本研究は通所リハビリを利用する高齢者の健康管理自己効力感を調査し、看護支援の方向性を検討することにした。

本研究の目的は次の3つである。

1. 通所リハビリを利用する高齢者の健康管理自己効力感の実態を明らかにする。
2. 性別、年齢、家族構成、主観的健康観、要介護度など高齢者の背景因子との関連を明らかにする。
3. その結果から通所リハビリにおける看護支援の方向性を検討する。

## II. 対象・方法

### 1. 対象

対象はS県内のA施設とB施設を利用している65歳以上の高齢者である。2施設を利用している約400名の高齢者のうち、重度の認知症がなく面接調査の質問に回答が可能であると施設職員が判断した者を対象とした。

### 2. 調査内容と方法

#### 1) 調査内容

- ①年齢、性別
- ②家族構成
- ③要介護度、利用期間
- ④主観的健康観：「非常に健康」「まあまあ健康」「あまり健康ではない」「健康でない」の4段階の評価とした。
- ⑤健康管理自己効力感尺度：この尺度は、4つのサブカテゴリーからなり、「保健行動」6項目、「精神的安定」4項目、「運動」3項目、「食事」2項目の、合計15項目から構成されている。「保健行動」の項目は「毎食後、必ず歯をみがける」「健康を守るために必要な情報を集められる」「健康のため適切な体重を維持できる」「必要なくすりを正しく使える」「健康の維持について良い助言をしてくれる医師や看護師などを見つけられる」「保健・福祉などの制度を利用して自分の健康を守れる」である。「精神的安定」の項目は「さみしい気持ちにならないようにできる」「悩みごとを家族や友人と話し合える」「不安やイライラを自分なりの方法で軽くできる」「孤立しないよう地域の人と交われる」である。「運動」の項目は「毎日の生活に運動を取り入れられる」「身近にある運動のための施設や場所を利用できる」「楽しく運動する方法を身につけられる」である。「食事」の項目は「できるだけ多くの種

類の食べ物をとれる」「健康によいものは毎日続けて食べられる」となっている。

これらの項目を「非常に自信がある(4点)」「まあまあ自信がある(3点)」「あまり自信がない(2点)」「まったく自信がない(1点)」の4段階で評価した。

## 2) 調査方法

調査項目①②③は通所リハビリテーション利用者記録から、調査項目④⑤は調査票をもとに質問し回答を得る面接調査により情報収集した。面接は通所リハビリ施設での自由時間を利用し、施設内の他の利用者から距離を置いた比較的静かなスペースに椅子を置いて行った。調査内容と回答選択肢は高齢者が理解しやすいように、大きな文字で書いたものを提示しながら面接した。

## 3. 調査期間

2006年8月～10月。

## 4. 分析方法

健康管理自己効力感の得点をサブカテゴリー、項目ごとに集計平均値を求めた。健康管理自己効力感と背景因子内容別(年齢、主観的健康観、要介護度、家族構成)にみた比較には、Mann-WhitneyのU検定を用いた。データの分析には統計パッケージSPSS ver. 13.0J for Windowsを用いた。

## 5. 倫理的配慮

群馬大学医学倫理委員会(臨床研究)で、承認を受けた。本研究協力施設長に同意書に署名をもって同意を得た。その後施設職員から調査条件に合う利用者を選定してもらい、研究の説明書・同意書を渡して口頭で説明のうえ、署名をもって同意を得た。説明内容は①研究の目的、②協力の内容、③研究期間、④個人のプライバシーは保護すること、⑤自由意志の参加であること、⑥同意の撤回も可能であること、⑦本研究でのみアンケートは活用すること、⑧研究成果は発表すること、⑨研究終了後、資料はすみやかに破棄することである。

# III. 結果

## 1. 対象者の背景(表1)

対象者は、通所リハビリを利用する高齢者100名である。性別は、男性36名(36%)、女性64名(64%)であった。平均年齢は $78.8 \pm 7.5$ 歳で、男性が $75.9 \pm 6.7$ 歳、女性が $80.4 \pm 7.6$ 歳であった。年齢区分は前期高齢者が34人(34%)、後期高齢者は66人(66%)であった。男性は前期高齢者、後期高齢者とも18人(50%)であった。女性は後期高齢者が48人(75%)で、後期高齢者の割合が高かった。平均利用期間は $37.5 \pm 27.5$ か月であった。

家族構成は、独居および夫婦2人暮らしの高齢者世帯が24人(24%)、2世代以上の世帯が76人(76%)であった。本研究は平成17年度に厚生労働省の行った「国民生活基礎調査」の世帯構造別にみた65歳以上の者のいる世帯と比較すると、高齢者世帯の割合が低く、2世代、3世代の割合が高かった。男性は高齢者世帯の割合が高かったが、女性は2世代以上の割合が高かった。

主観的健康感「非常に健康」が8人(8%)、「まあまあ健康」が82人(82%)、「あまり健康ではない」が10人(10%)で、比較的健康状態が良好な者が多かった。

要介護度は、要支援15人(15%)、要介護1は46人(46%)、要介護2は26人(26%)、要介護3は10人(10%)、要介護4は3人(3%)であった。男性の要介護度は、要介護2、要介護3、要介護4の中度の要介護者が21人(58.3%)で多かった。女性の要介護度は、要支援、要介護1の軽度の要介護者が46人(71.9%)と、軽度の要介護者の割合が高かった。要支援の認定は、平成18年の4月から新しい認定基準に変わった。新たな認定を受けた者もいれば、旧来の認定の要支援の者もいたため、要支援1、要支援2は、要支援にまとめた。

## 2. 健康管理自己効力感

### 1) 現在の健康管理自己効力感の得点(表2)

本研究対象の合計平均値と標準偏差(Total M  $\pm$  SD)は60点満点の $42.16 \pm 5.59$ であった。全項目にわたって「まあまあ自信がある(3点)」と「あま

表1 対象者の概要

		全体	男性	女性
	性(人)	100(100%)	36(36%)	64(64%)
年齢	平均年齢(歳)	78.78 ± 7.5	75.92 ± 6.66	80.39 ± 7.56
	前期高齢者	34(34%)	18(50%)	16(25%)
	後期高齢者	66(66%)	18(50%)	48(75%)
	平均利用期間(月)	37.45 ± 27.45		
家族構成	独居	9(9%)	1(2.8%)	8(12.5%)
	夫婦2人暮らし	15(15%)	11(30.6%)	4(6.3%)
	2世代世帯	39(39%)	15(41.7%)	24(37.5%)
	3世代世帯	33(33%)	8(22.2%)	25(39%)
	その他	4(4%)	1(2.8%)	3(4.7%)
主観的健康感	非常に健康	8(8%)	2(5.6%)	6(9.4%)
	まあまあ健康	82(82%)	32(88.9%)	50(78.1%)
	あまり健康ではない	10(10%)	2(5.6%)	8(12.5%)
	健康ではない	0		
要介護度	要支援	15(15%)	4(11.1%)	11(17.2%)
	要介護1	46(46%)	11(30.6%)	35(54.7%)
	要介護2	26(26%)	13(36.1%)	13(20.3%)
	要介護3	10(10%)	7(19.4%)	3(4.7%)
	要介護4	3(3%)	1(2.8%)	2(3.1%)
	要介護5	0		

り自信がない(2点)」と回答している高齢者が多かった。今回の調査で合計平均値と標準偏差(M ± SD)の最も高かったサブカテゴリーは「食事」2.98 ± 0.69であった。「精神的安定」2.90 ± 0.60, 「保健行動」2.75 ± 0.37で、最も低いカテゴリーは「運動」で2.69 ± 0.53であった。

サブカテゴリーを構成する項目の平均値をみると、平均値が高い項目は「必要なくすりを正しく使える」が3.25, 「毎食後、必ず歯をみがける」が2.95, 「できるだけ多くの種類の食べ物をとれる」が3.01など、生活習慣に関連した項目や、「孤立しないように地域の人と交われる」が3.10, 「さみしい気持ちにならないようにできる」が2.87といった人間関係や精神面の項目であった。また運動に対する項目では全般に平均値は低かったが「毎日の生活に運動を取り入れられる」が2.86であった。反対に平均値の低い項目は、「健康の維持について良い助言をしてくれる医師や看護師などを見つけられる」が2.39, 「健康を守るために必要な情報を集められる」が2.49であった。また「精神的安定」のサブカテゴリーの中では「悩みごとを家族や友人と話し合える」が2.66と、他の項目と比べ

低かった。

## 2) 背景因子別にみた得点の比較

性による健康管理自己効力感の比較では、男性は41.25 ± 6.90, 女性は42.80 ± 4.68で両者の間に有意差は認められなかった。年齢別では、前期高齢者が41.32 ± 6.34, 後期高齢者が42.65 ± 5.60で両者の間に有意差は認められなかった。

独居および夫婦2人暮らしの高齢者世帯と2世代以上の世帯を2群で比較すると(表3), 高齢者世帯が38.96 ± 6.01, 2世代以上の世帯が43.42 ± 5.47で両者の間に有意差が認められた(p < 0.01)。すべてのサブカテゴリーでも高齢者世帯の平均値が低く、特に「保健行動」(p < 0.01), 「精神的安定」(p < 0.05)でともに有意差が認められた。項目でみると保健行動では「保健・福祉などの制度を利用して、自分の健康を守れる」(p < 0.01), 「健康の維持について良い助言をしてくれる医師や看護師などを見つけられる」(p < 0.01), 「健康のため適切な体重を維持できる」(p < 0.05)の3項目で有意差が認められた。また、サブカテゴリー「精神的安定」の「さみしい気

表2 健康管理自己効力感

n = 100

	Total Mean ± SD	Mean ± SD
<b>【保健行動】</b>	16.5 ± 2.23	2.75 ± 0.37
1. 毎食後、必ず歯をみがける		2.95 ± 0.71
2. 健康を守るために必要な情報を集められる		2.49 ± 0.74
3. 健康のため適切な体重を維持できる		2.71 ± 0.76
4. 必要なくすりを正しく使える		3.25 ± 0.53
5. 健康の維持について良い助言をしてくれる医師や看護師などを見つけられる		2.39 ± 0.90
6. 保健・福祉などの制度を利用して自分の健康を守る		2.71 ± 0.62
<b>【精神的安定】</b>	11.61 ± 2.41	2.90 ± 0.60
1. さみしい気持ちにならないようにできる		2.87 ± 0.81
2. 悩みごとを家族や友人と話し合える		2.66 ± 0.93
3. 不安やイライラを自分なりの方法で軽くできる		2.98 ± 0.71
4. 孤立しないように地域の人と交われる		3.10 ± 0.78
<b>【運動】</b>	8.09 ± 1.6	2.69 ± 0.53
1. 毎日の生活に運動を取り入れられる		2.86 ± 0.71
2. 運動のための施設や場所を利用できる		2.56 ± 0.68
3. 楽しく運動する方法を見つけられる		2.67 ± 0.65
<b>【食事】</b>	5.96 ± 1.39	2.98 ± 0.69
1. 健康によいものは毎日続けて食べられる		2.95 ± 0.77
2. できるだけ多くの種類の食べ物をとれる		3.01 ± 0.74
合計	42.16 ± 5.59	2.81 ± 0.37

持ちにならないようにできる」( $p < 0.01$ )、「孤立しないように地域の人と交われる」( $p < 0.05$ )の、2項目で有意差が認められた。

主観的健康感は、「非常に健康」「まあまあ健康」を健康良好群、「あまり健康ではない」「健康ではない」を健康不良群とし、2群で比較した(表4)。良好群が $42.44 \pm 5.71$ 、不良群が $39.33 \pm 6.38$ と低く、両者の間に有意差が認められた( $p < 0.05$ )。サブカテゴリー「精神的安定」では、良好群が $11.79 \pm 2.37$ 、不良群が $10.0 \pm 2.26$ で両者の間に有意差が認められた( $p < 0.05$ )。さらに項目の「さみしい気持ちにならないようにできる」は良好群が2.96に対して、不良群が2.10とで両者の間に有意差が認められた( $p < 0.01$ )。

介護度別では、要支援、要介護1を軽度要介護者、要介護2, 3, 4を中度要介護者とし2群で比較した。軽度要介護者が $42.23 \pm 5.24$ 、中度要介護者 $42.23 \pm 6.26$ で有意差は認められなかった。

## IV. 考察

### 1. 通所リハビリを利用する高齢者の健康管理自己効力感の特徴

本研究対象の健康管理自己効力感の合計平均値と標準偏差は $42.16 \pm 5.59$ であった。横川ら(1999)が本尺度を作成した際の健康管理自己効力感は、 $45.3 \pm 7.8$ である。横川らの調査対象は、65歳以上の一般の住民を対象としているため、本研究の対象より高かったものと考えられる。

長年の生活習慣である「食事」「くすりの管理」「歯みがき」「体重維持」といった「保健行動」そして、「精神的安定」は平均値が高かった。高齢になっても、自分で自分のことを行えるという自信の表れである。このようなセルフケア行動が継続して維持できるよう看護師は、さらに支援していかなければならない。反対に「保健行動」で平均値が低い項目は、「健康を守るために必要な情報を集められる」と「健康の維持について良い助言をしてくれる医師や看護師などを見つけられる」であった。健康情報を集めることと、信頼する医療関係

表3 世帯構造別にみた得点の比較

n = 100

	高齢者世帯 n = 24 M ± SD	2世代以上の世帯 n = 76 M ± SD	p値
<b>【保健行動】</b>	15.25 ± 2.45	16.89 ± 2.02	0.00**
1. 毎食後、必ず歯をみがける	2.88 ± 0.74	2.96 ± 0.70	0.46
2. 健康を守るために必要な情報を集められる	2.33 ± 0.70	2.54 ± 0.75	0.54
3. 健康のため適切な体重を維持できる	2.46 ± 0.65	2.76 ± 0.78	0.02*
4. 必要なくすりを正しく使える	3.25 ± 0.60	3.24 ± 0.51	0.58
5. 健康の維持について良い助言をしてくれる医師や看護師などを見つけられる	2.00 ± 0.83	2.55 ± 0.90	0.01**
6. 保健・福祉などの制度を利用して自分の健康を守る	2.33 ± 0.63	2.84 ± 0.56	0.00**
<b>【精神的安定】</b>	10.63 ± 2.49	11.92 ± 2.34	0.04*
1. さみしい気持ちにならないようにできる	2.38 ± 0.82	3.01 ± 0.73	0.01**
2. 悩みごとを家族や友人と話し合える	2.63 ± 0.92	2.71 ± 0.93	0.85
3. 不安やイライラを自分なりの方法で軽くできる	2.88 ± 0.79	3.00 ± 0.67	0.66
4. 孤立しないように地域の人と交われる	2.75 ± 0.79	3.20 ± 0.74	0.03*
<b>【運動】</b>	7.71 ± 1.62	8.16 ± 1.53	0.66
1. 毎日の生活に運動を取り入れられる	2.75 ± 0.84	2.88 ± 0.65	0.55
2. 運動のための施設や場所を利用できる	2.42 ± 0.58	2.59 ± 0.69	0.72
3. 楽しく運動する方法を見つけられる	2.54 ± 0.65	2.70 ± 0.65	0.61
<b>【食事】</b>	5.38 ± 1.40	6.14 ± 1.34	0.08
1. 健康によいものは毎日続けて食べられる	2.67 ± 0.70	3.04 ± 0.77	0.07
2. できるだけ多くの種類の食べ物をとれる	2.71 ± 0.80	3.11 ± 0.70	0.15
合計	38.96 ± 6.01	43.42 ± 5.47	0.00**

\*p &lt; .05    \*\*p &lt; .01

Mann-WhitneyのU検定

者を見つけることに、自信のない傾向が示された。通所リハビリが併設されている介護老人保健施設や診療所には、常勤の医師や看護師が配置されている。高齢者は複数の疾患を抱えており、加齢に伴う機能の低下から、疾病の悪化や2次障害を生じやすい。しかし高齢者に対し、健康を守るための個別・集団保健指導などは、積極的に行われていない現状がある。看護師がこのような活動を積極的に行うことで、健康情報を集めることや、信頼する医療関係者を見つける自信が向上すると考えられる。

「精神的安定」は4項目とも平均値が高かった。特に「孤立しないよう地域の人々と交われる」が高かった。通所リハビリを利用する高齢者は、もともと社会性があり、人と交わることが得意な人が多いものと考えられる。与えられた環境のなかで楽しみを見つけ、友人と出会い「精神的安定」を図れている様子が伺えた。また、通所リハビリでの対人コミュニケーション行動は、ADLおよびデイケアの肯定感との間で正の相関がみられたと報

告(梶川, 2003)されている。今後もコミュニケーションが円滑に図れるよう支援を続ける必要がある。

「運動」の項目は、他のサブカテゴリーからみると若干平均値が低かった。要介護認定を受けている、運動機能が低下している高齢者ということが影響をしている。この中では「毎日の生活に運動を取り入れられる」の項目が、得点が高かった。これは高齢者が、生活に運動を取り入れていることを示している結果である。通所リハビリを利用することは、高齢者の運動習慣に少なからず自信を与えていることが示されたと考える。毎日集団で行っているリハビリも大きな役割を果たしていると考えられる。「生き生きとした様子を見せる高齢脳卒中後遺症者にとってのデイケア参加の意味」(棚町ら, 2005)では、3つの中核カテゴリーを抽出している。その中の1つに「支えや励みを得て、リハビリを続けていくやる気を保っている」がある。「地域在住高齢者に対する運動習慣定着に関連する要因」(吉田ら, 2006)でも、運動の継続には、

表4 主観的健康感区分別にみた得点の比較

n = 100

	良好 n = 90 M ± SD	不良 n = 10 M ± SD	p値
<b>【保健行動】</b>	16.54 ± 2.32	16.1 ± 1.19	0.41
1. 毎食後、必ず歯をみがける	2.98 ± 0.70	3.10 ± 0.87	0.51
2. 健康を守るために必要な情報を集められる	2.53 ± 0.75	2.10 ± 0.56	0.06
3. 健康のため適切な体重を維持できる	2.72 ± 0.79	2.60 ± 0.51	0.56
4. 必要なくすりを正しく使える	3.23 ± 0.54	3.40 ± 0.51	0.37
5. 良い助言をしてくれる医師や看護師などを見つけられる	2.40 ± 0.92	2.30 ± 0.82	0.84
6. 保健・福祉などの制度を利用して、自分の健康を守る	2.72 ± 0.63	2.60 ± 0.51	0.54
<b>【精神的安定】</b>	11.79 ± 2.37	10.0 ± 2.26	0.02*
1. さみしい気持ちにならないようにできる	2.96 ± 0.76	2.10 ± 0.87	0.00**
2. 悩みごとを家族や友人と話し合える	2.69 ± 0.94	2.40 ± 0.84	0.30
3. 不安やイライラを自分なりの方法で軽くできる	3.02 ± 0.68	2.60 ± 0.84	0.10
4. 孤立しないように地域の人と交われる	3.12 ± 0.80	2.90 ± 0.56	0.24
<b>【運動】</b>	8.13 ± 1.63	7.70 ± 1.48	0.41
1. 毎日の生活に運動を取り入れられる	2.88 ± 0.71	2.70 ± 0.67	0.40
2. 運動のための施設や場所を利用できる	2.57 ± 0.68	2.60 ± 0.51	0.64
3. 楽しく運動する方法を見つけられる	2.69 ± 0.64	2.50 ± 0.70	0.39
<b>【食事】</b>	5.98 ± 1.14	5.80 ± 1.22	0.62
1. 健康によいものは毎日続けて食べられる	2.97 ± 0.78	2.80 ± 0.63	0.44
2. できるだけ多くの種類の食べ物をとれる	3.01 ± 0.75	3.00 ± 0.67	0.87
合計	42.44 ± 5.71	39.33 ± 6.38	0.04*

\*p &lt; .05 \*\*p &lt; .01

Mann-WhitneyのU検定

グループ活動に参加していることが関連しているという結果が示されている。本研究においても、リハビリの効果を感じている高齢者が多い。通所リハビリにおいては、同じような境遇の高齢者が、共にリハビリを頑張れる効果があると考えられる。

## 2. 背景因子別の健康管理自己効力感の特徴

世帯別では、高齢者世帯は、2世代以上の世帯と比較して健康管理自己効力感が低く、「保健福祉などの制度を利用して、自分の健康を守る」「健康の維持について良い助言をしてくれる医師や看護師などを見つけられる」の項目の平均値が低かった。高齢者世帯では、通所リハビリを利用してはいても、制度について十分に理解され利用されていないと推測される。この状況からも、看護師は高齢者世帯の利用者には積極的に関わらなければならない。介護支援専門員と連携を図り、家族の力量をアセスメントし、積極的にサポートしていく体制を整えていかななければならない。

次に主観的健康感の影響について述べる。本研

究対象者は、主観的健康感が良好な者が90%と多かった。三徳ら(2005)、中村ら(2002)の在宅高齢者に対する研究結果より、本研究対象の高齢者のほうが、全般に主観的健康感良好な者が多かった。これは通所リハビリが良い影響を与えている結果と推察される。通所リハビリでさまざまな楽しみや刺激を見出している高齢者が多い。また集団での体操やリハビリテーションなど、体を動かす機会も多い。そのため、主観的健康感が良好な対象者が多かったと考えられる。しかしなかには主観的健康感が不良なものがいた。それは「さみしい気持ちにならないようにできる」の自信が低い者だった。高齢者は、さまざまな背景があり、家庭の事情もあり、個々の悩みも複雑である。個人の悩みや家庭環境を配慮した関わりが必要である。それは個人情報把握しているスタッフに課せられた課題ではないだろうか。リハビリやレクリエーションだけでなく、相談できる時間や、相談できる雰囲気づくりなど精神的ケアも心がけなければならない。

### 3. 通所リハビリの看護師の役割

健康管理に対する自己効力感を高めるには看護師の役割が大きい。他職種と連携し、高齢者の背景など個別性に合わせた指導を行う必要がある。しかし、本研究では、信頼できる医師や看護師などを見つける自信がない傾向や健康情報を見つけられない傾向が示された。通所リハビリでは、運動面での効果は期待できる。運動を継続するには、運動の必要性の説明、励まし、安全の配慮など、さまざまなケアが必要である。健康を守るための情報提供や、新たな疾病や2次障害の予防などの保健指導が求められる。佐藤(2006)はデイケアで行われている看護活動についてリハビリ関連の業務以外に看護師が主体的に関わる内容を分析した。その結果「利用者の健康状態を把握し悪化時の対応を行う」「慢性疾患の管理を継続して支援する」を看護師の役割としてあげている。本研究でも同様の役割が求められていることが明らかになった。今後は個別指導や集団指導(相談)、支援体制の整備などを通して看護師が役割を積極的に果たすことで、健康管理自己効力感は向上すると考える。

## V. まとめ

本研究は、通所リハビリを利用する高齢者の健康管理自己効力感を調査し、看護支援の方向性を探った。その結果から以下の3点が明らかになった。

1. もともとの生活習慣に関する項目である「食事」「くすりの管理」「歯みがき」「体重維持」といった保健行動、そして「精神的安定」の自己効力感が高かった。一方、平均値が低かった項目は、「健康を守るために必要な情報を集められる」「健康の維持について良い助言をしてくれる医師や看護師などを見つけられる」であつた。通所リハビリにおいては、看護師の役割を利用者が認識していない傾向が示された。

2. 高齢者世帯と2世代以上の世帯との比較においては、高齢者世帯の健康管理自己効力感が低かった。主観的健康感が良好な者と不良なものとの比較においては、主観的健康感が不良な者の健康管理自己効力感が低かった。看護師は、このよう

な対象に積極的に関わり、支援体制を整えていく必要がある。

以上の結果から、通所リハビリの看護師は、健康を守るための情報提供や、新たな疾病や2次障害の予防などの個別・集団保健指導(相談)を積極的に行う必要がある。また他の職種との連携、積極的にサポート体制を整えていくことの必要性が示唆された。

### 研究の限界と今後の課題

本研究は、2施設での限られた調査であり、通所リハビリ利用高齢者の健康管理自己効力感の一般化には限界がある。今後は介入研究として、通所リハビリテーションにおいて、個別・集団保健指導を行い、健康管理自己効力感の向上にむけた援助を行っていきたい。

### 謝辞

本研究の実施にあたり、調査のご支援をいただきましたA通所リハビリテーション、B通所リハビリテーションのスタッフの皆様にご心より感謝申し上げます。

本論文は、群馬大学医学系研究科保健学専攻における修士論文の一部を修正、加筆したものである。

### 文献

- Bandura A (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychol Res*, 84(2), 191-215.
- Bandura A (1982): Self-efficacy mechanism in human agency, *Am Psychol*, 37(2), 122-147.
- 段 亜梅, 泉キヨ子, 平松知子(2006): 施設高齢者における転倒予防自己効力感の測定-日常生活動作別の分析と関連要因-, *老年看護学*, 10(2), 41-50.
- 江本リナ(2000): 自己効力感の概念分析, *日本看護科学会誌* 20(2), 39-45.
- 梶川摩利, 河野理恵, 赤松公子, 他(2003): 介護老人保健施設における通所リハビリテーション利用者の対人コミュニケーション行動の研究, *高齢者のケアと行動科学*, 9(1), 48-55.
- 厚生労働省(2006): 居宅サービス事業所の事業所数と要介護度別利用者数, 255, 財団法人厚生統計協会, 東京.
- 中村好一, 金子 勇, 河村優子, 他(2002): 在宅高齢者の主観的健康感と関連する因子, *日本公衆衛生雑誌*, 49(5), 409-415.
- 三徳和子, 高橋俊彦, 星 且二(2005): 在宅高齢者における主観的健康感の経年変化と関連要因, *Health Sciences*, 21(2), 188-197.



- 佐藤玲子(2006)：デイケアにおける看護の役割を考える，訪問看護と介護，11(4)，384-390.
- 坂野雄二，前田基成(2005)：セルフ・エフィカシーの臨床心理学，2-6，北大路書房，京都.
- 篠田道子(2006)：介護予防ケアマネジメントにおける医療・訪問看護の役割，訪問看護と介護，11(2)，154-161.
- 鈴木みずえ，金森雅夫，山田紀代美，他(1994)：在宅高齢者の日常生活動作に対する自己効力感測定の試み—自己効力感と関連する要因の検討—，看護研究，32(2)，29-37.
- 征矢野あや子，村嶋幸代，武藤芳照，他(2001)：転倒恐怖を抱く閉じこもり高齢者への転倒予防自己効力感を高める介入研究，総合健康推進財団研究報告書，69-82.
- 棚町祐子，表志津子，藤川幸末，他(2005)：デイケアで生き生きとした様子を見せる高齢脳卒中後遺症者にとってのデイケア参加の意味，老年看護学，9(2)，92-99.
- 内ヶ島伸也(2004)：高齢者の自己効力感に関するわが国の看護研究の動向と課題，北海道医療大学看護福祉学部紀要，11，87-94.
- 横川吉晴，甲斐一郎，仲間秀典，他(1998)：地域在住の高齢者の健康管理に対する自己効力感尺度の作成，第13回「健康医科学」研究助成論文集，155-163.
- 横川吉晴，甲斐一郎，中島民江(1999)：地域高齢者の健康管理に対するセルフエフィカシー尺度の作成，日本公衆衛生雑誌，46(2)，103-111.
- 吉田祐子，熊谷 修，岩佐 一，他(2006)：地域在住高齢者における運動習慣の定着に関連する要因，老年社会科学，28(3)，348-358.