

2015 年度東邦大学大学院看護学研究科看護学専攻博士論文

働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための

自己調整尺度の開発

Development of a Self-Regulation Scale to
Promote the Societal Life of Workers with Type 2 Diabetes

ND11006 長谷川 直人

指導教員

主査	:	村岡	宏子	東邦大学看護学部	教授
副査	:	高木	廣文	東邦大学看護学部	教授
副査	:	荒井	一步	東邦大学看護学部	教授
副査	:	出野	慶子	東邦大学看護学部	教授

2016 年 2 月 12 日提出

働く 2 型糖尿病患者の社会活動を促進するための自己調整尺度の開発

目次

第 1 章 序論	1
I. 研究の背景	1
1. 問題提起	1
2. 我が国における糖尿病患者数の推移と糖尿病患者をとりまく現状と課題	2
3. 働く 2 型糖尿病患者の療養行動をめぐる実態と支援のずれ.....	5
4. 『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整尺度』を作成 する必要性	8
II. 研究目的	8
III. 研究の基本的前提	9
IV. 研究の意義	10
第 2 章 文献検討	12
I. 社会学、心理学、医学および健康科学における自己調整	12
1. 社会学における自己調整	12
2. 心理学における自己調整	13
3. 医学および健康科学における自己調整	14
II. 働く 2 型糖尿病患者の自己調整：概念分析.....	15
1. 方法	15
2. 結果	16
1) 先行要因	16
2) 属性	17
3) 帰結	20
4) 関連する概念	20
3. 考察	21
1) 先行要因について	21
2) 属性について	21
3) 帰結について	23

4) 関連する概念について	23
4. 定義	24
III. 『働く 2 型糖尿病患者の社会活動を促進するための自己調整』 尺度	
: 原案の作成	26
1. アイテムプール	26
2. 尺度原案の選定	26
第 3 章 研究方法	30
I. 本研究の概念枠組み	30
II. 用語の操作的定義	31
III. 研究デザイン	32
IV. 調査方法①：予備調査（表面妥当性および内容妥当性の検討）	33
1. 研究対象	33
2. 調査期間	33
3. データ収集方法	33
4. 調査内容および測定用具	33
5. 分析方法	33
V. 調査方法②：プレテスト	33
1. 研究対象	33
2. 調査期間	34
3. データ収集方法	34
1) 調査対象施設への依頼	34
2) 調査実施を告示するポスターの掲示	34
3) 外来診療担当医への調査協力依頼文書の配布	34
4) 対象者への調査依頼	34
4. 分析方法	35
VI. 調査方法③：本調査	35
1. 研究対象選択の基準	35
2. 標本抽出と必要標本数	35
1) 標本抽出	35

2) 必要標本数	35
3. 調査期間	35
4. データ収集方法	36
1) 調査対象施設への依頼	36
2) 調査実施を告示するポスターの掲示	36
3) 外来診療担当医への調査協力依頼文書の配布	36
4) 対象者への調査依頼	36
5. 調査項目および測定用具	37
1) 働く 2 型糖尿病患者の特性	37
2) 『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』 修正尺度原案	37
3) 妥当性の検証に用いる尺度	37
6. 分析方法	38
1) データベースの作成	38
2) データの分析	38
VII. 倫理的配慮	40
第 4 章 結果	41
I. 尺度の精選	41
1. 表面妥当性ならびに内容妥当性の検討	41
1) 専門家の評価（予備調査）	41
2) 働く 2 型糖尿病患者による評価（プレテスト）	42
2. 本調査の概要	43
1) 対象者の基本属性	43
2) 対象者の糖尿病治療因子	44
3) 対象者の健康知覚因子	46
3. 尺度項目の選択	46
1) 項目分析	46
2) 主成分分析と信頼性係数の検討	49
3) 尺度項目の決定	55

4. 尺度の概要	56
1) 尺度得点の分布	56
2) 下位尺度間の相関	56
3) 確認的因子分析	57
II. 尺度の信頼性・妥当性の検証	59
1. 信頼性の検証	59
2. 妥当性の検証	59
III. 尺度得点と働く 2 型糖尿病患者の特性および HbA _{1c} との関係性の検証	60
1. 対象者の基本属性と尺度得点との関連	60
2. 対象者の糖尿病治療因子と尺度得点との関連	61
3. 対象者の健康知覚因子と尺度得点との関連	62
4. 対象者の尺度得点と HbA _{1c} との関連	62
第 5 章 考察	63
I. 尺度の信頼性の検討	63
II. 尺度の妥当性の検討	63
1. 基準関連妥当性の検討	63
2. 構成概念妥当性の検討	64
III. 尺度得点と働く 2 型糖尿病患者の特性および HbA _{1c} との関連	65
1. 基本属性と尺度得点との関連	65
2. 糖尿病治療因子と尺度得点との関連	67
3. 健康知覚因子と尺度得点との関連	68
4. 尺度得点と HbA _{1c} との関連	69
IV. 尺度の臨床応用	71
1. 尺度の特性	71
2. 尺度の汎用性	73
1) 尺度使用の哲学的前提	73
2) 尺度の具体的活用方法	74
V. 今後の課題	80

第6章 結論	81
謝辞	82
文献	83
資料	
1. 調査説明文書（予備調査用）	1
2. 自己記入式アンケート票（予備調査用）	2
3. 調査告示用ポスター	12
4. 調査施設への研究協力依頼文書	13
5. 調査説明文書（本調査用）	14
6. 自己記入式アンケート票（本調査用）	18

第1章 序論

1. 研究の背景

1. 問題提起

2 型糖尿病の初期段階では自覚症状が乏しく、職場などの健康診査で高血糖を指摘されても治療行動につながりにくい。そのため、健康診査で「要治療」と判定されたにもかかわらず、治療を受けていない人の割合は約 4 割にのぼり、とくに 30 歳代では約 7 割に達する（厚生労働省，2011）。医療機関の受診や治療開始の遅れは、医療費の増大をもたらし、社会的な問題になっているほか、このような生産人口の年代の健康問題は、今後大きな波紋を呼ぶことが推測される。

また、過去の研究は、2 型糖尿病患者の心理社会的葛藤について注目してきた（浮ヶ谷，2004）。たとえば、治療の開始によって生活が制限され、誰かに統制されるような感覚の増大、経口糖尿病薬やインスリン注射の開始時にもつ過去の食生活への後悔の経験などである。また、身近な家族からも糖尿病患者として扱われる疎外感、医療者から支援が得られにくいことで募らせる不信感、治療を優先するあまり職場や友人との人間関係の軋轢、合併症を発症しても働いて収入が得られるかという将来への不安など、2 型糖尿病患者は独特の葛藤状態に置かれるといっても過言ではない。しかしながら、今までの研究では、このような患者の心理社会的葛藤を捉える重要性を指摘しつつも、具体的な支援方法は確立されてこなかった。そのため、依然として、患者の療養行動の実行度や、血糖コントロールの推移といった患者の病気の側面のみ焦点が当てられてきたのである。

2 型糖尿病の特性上、血糖コントロールによって病気を管理しても、合併症が起こる危険性を完全に回避することはできない。こうした患者のリスク要因をできるだけ防ぐためには、働く 2 型糖尿病患者がいきいきとした社会生活を継続できるための医療システムやチェック機構の開発が急務である。つまり、働く 2 型糖尿病患者が経験する心理社会的葛藤をタイムリーに克服するための具体的な方略が必要なのである。

研究者は、働く 2 型糖尿病患者のなかで、指示された療養法を厳格に守ろうとして、職場の人間関係が希薄になるリスクを背負った人との出会いがある。その患者は、教育入院で食事療法や運動療法の必要性を十分に熟知し、退院後の目標を自身で設定し、十分な療養行動への意欲をもって退院した。しかしながら、3 カ月後の外来受診時、患

者は別人のように覇気のない面持ちで、療養行動をとることに燃え尽きてしまっていた。患者は目標を守るため、かたくなに同僚との会食を断って孤食を続けていたが、ふと何のために目標を守ろうとしていたのかわからなくなり、心の糸が切れたそうである。このような糖尿病の治療のみを優先する行動は、社会的孤立感や心理的なストレスを増大しかねず、一時の対処でしかない。つまり、糖尿病患者の療養行動が困難となる背景には、病気や治療と向き合うことだけでなく、その人らしい社会生活を維持するための苦労や葛藤が存在するのである。

そこで本研究では、働く 2 型糖尿病患者が、数ヵ月ごとの受診の場において、その人らしい社会生活と必要とされる療養行動との両立が柔軟に行えているかを自己評価する指標として、『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』尺度を考案する。この指標を患者が用いることで、社会的存在としての自己を捉えなおすことに加え、積極的な血糖コントロールへとつながる療養行動の振り返りともなることがねらいである。

2. 我が国における糖尿病患者数の推移と糖尿病患者をとりまく現状と課題

糖尿病は人類の健康に最も重篤な影響を及ぼす疾患の一つであり（Zimmer et al., 2001）、糖尿病有病率の上昇は世界規模の問題である。世界における成人糖尿病患者数は、2015 年時点で約 4 億 1500 万人と推計されている（International Diabetes Federation, 2015）。1980 年の患者数は約 1 億 5300 万人であったため、この 35 年で患者数は 3 倍弱になり、2040 年には 6 億 4200 万人を超えると考えられている。

我が国でも糖尿病患者数は増加し続けている。厚生労働省の報告（2014）では、日本の糖尿病患者数は 316 万 6 千人であり、3 年前より約 46 万人増加している。しかし、この患者数は医療機関を受診した人数であるため、受診を中断した人や診断を受けていない人を含めると、実際の患者数はさらに多いことが予測される。「HbA1c が 6.5%（NGSP 値）以上、もしくは現在糖尿病治療を受けていると回答した人」を糖尿病とした場合、患者数は約 950 万人、境界型を含めると約 2,050 万人と推計されている（厚生労働省, 2012）。近年では特に 30 歳代以降の糖尿病患者が増加しており（厚生労働省, 2014）、仕事や家庭における社会的役割が大きい世代の患者が増えている。

従来知見から、現在の糖尿病患者の抱える課題を分析すると次の3つが挙げられる。課題の第一は、治療のスタートが遅れやすいことである。健康日本21推進フォーラム

(2011) のインターネット調査の結果によると、健康診査で血糖値が高く「要治療」と判定された500名のうち、医療機関を受診していない人は23%、受診をしたが治療はしていない人は16%と約4割が糖尿病を放置している。また、30歳代は、放置の割合が最も高く58%である。つまり、患者は血糖値が高く、糖尿病の可能性が十分に考えられる状態であることを指摘されたとしても、自覚症状に乏しく日常生活に支障がないことから治療の必要性を認識しづらく、糖尿病を放置している現状が推察される。特に壮年期にある患者は、病気経験が少ないことに加え、仕事などの社会活動のために身体のことに関心を配る時間や心理的なゆとりが少ないことが考えられる。

第二に、療養行動の継続の困難さである。2型糖尿病の治療目標は、糖尿病合併症の発症進展予防であり、そのために患者は療養行動の継続が求められる。糖尿病の療養行動は食事療法と運動療法が中心である。経口糖尿病薬やインスリン注射などの薬物療法は、食事療法や運動療法を行っても血糖コントロールが不良な場合の補助的な位置づけとされる。近年、多くの大規模疫学研究 (Sone et al., 2002 ; Strarron et al., 2000 ; The Diabetes Control and Complications Trial, 1996) から、良好な血糖コントロールが合併症の発症進展を抑制することが証明され、患者は療養行動の継続をより一層求められるようになった。また、ここ数年、新たな糖尿病治療の選択肢として、インクレチン関連薬と膵島移植が注目されている。インクレチン関連薬は、食事量が少ないときでも必要以上に血糖値が下がらず、コントロールがしやすい薬である。膵島移植は、現状では対象が1型糖尿病に限られており、ドナー確保が困難であることから2型糖尿病患者の一般的な治療法ではない。どちらも優れた治療法として登場したが、2型糖尿病患者が食事療法や運動療法に取り組まなくてはならないことには変わりはない。

しかしながら、2型糖尿病患者は食事療法や運動療法の継続が困難であり、特に有職者および壮年期にある患者はその傾向が強いことが報告されている (Gucciardi et al., 2007 ; 古賀ら, 2003 ; 竹鼻ら, 2002 ; 河口, 1996)。糖尿病を持つ40歳代から60歳代のビジネスマン400名を対象とした調査 (健康日本21推進フォーラム, 2009) では、糖尿病であることで現在の仕事に身体的な負担を感じている人は36.8%、精神的な負担を感じている人は50.8%とされている。また、負担である理由としては「トイレの近さ」「仕事に対するやる気や集中力の減退」「酒の席に参加しづらい」など、糖尿病の症状や治療が社会生活に影響を及ぼしている内容が挙げられている。一方、患者が医師の治療指示や指導を守れているとする割合は、飲酒50.3%、食事療法35.2%、運動

療法 34.4%に留まり、守れない理由としては 28.8%が仕事の都合であるとしている。このように、働く患者の多くは、糖尿病であることによって仕事を制約されたような感覚を持っている。また、療養行動を優先しようとしても仕事のために思うようにできず、仕事を優先すると療養行動ができないという矛盾した状況におかれ、葛藤し、疲弊しているのである。

また、療養行動の継続の困難さは受診中断としてもあらわれている。糖尿病患者全体における受診中断者は 13.5%（厚生労働省，2012）であり、糖尿病外来を定期的に受診している患者であっても 4 分の 1 が過去に半年以上の中断歴を有している。受診中断は、有職者や壮年期の患者に多い（高橋ら，2008；中石ら，2007）。働く糖尿病患者は、仕事の日程を調整しながら定期的に医療機関を受診することが求められるが、仕事の都合によっては予定されていた日にどうしても受診することができないことがある。患者が受診の都合や治療法について、医療者に主張できる機会は徐々に増えつつあるが（藤田，2013；長谷川，2013）、一般的に受診時の限られた時間の中で、治療の意思決定に参加できることは少ないとされる（Braddock et al., 1999）。診察場面において医療者から一方的な指導を受けることや、医療者の指示どおりに療養しても効果が上がらず、さらなる努力を求められることは、患者の療養意欲の低下をもたらしている。

このように、糖尿病患者の療養行動の継続が困難となる背景には、患者が社会とのつながりを基盤とした世界で生きる生活者であるが故に、必ずしも糖尿病の療養だけを優先できない状況がある。この傾向は特に働く 2 型糖尿病患者に強く、患者は社会生活と必要とされる療養行動との折り合いをつける努力を続けており、療養行動の必要性はわかっているけれど実際にはできない状況に日々直面しているのである。

第三に、合併症の発症と増悪がある。糖尿病治療のスタートの遅れや、受診中断を含む療養行動の継続の困難さは、血糖コントロールの悪化を招き、合併症の促進要因となる（横田ら，2007；中石ら，2007；Weinger et al., 2005；奥平ら，2003）。糖尿病は全身の血管病であり、進行を予防することができないと視力障害、腎不全、下肢の壊疽などの合併症や大血管障害を招く。合併症の中でも糖尿病性腎症の患者数の増加は特に注目されている。糖尿病性腎症が主因となる透析導入患者の割合は1983年に15.6%、1998年には35.7%、2010年には43.5%と増加し、導入原因の第一位を占めている（日本透析医学会，2011）。また、糖尿病神経障害について、日本の糖尿病患者の神経障害の有病率は36.7%と報告されている（日本臨床内科医会調査研究グループ，2001）。1996

年の久山町研究の報告では、糖尿病患者の冠動脈疾患と脳血管疾患の発症頻度は、糖尿病でない患者の2倍から4倍であった（Sone et al., 2005 ; Fujishima et al., 1996）。

これらの合併症は複合して起こることが多く、ひとたび発症すると慢性的に経過する。患者は糖尿病の療養に加えて合併症の管理も必要になるため、たとえば腎症であれば血圧管理や塩分制限、重症化するにしたがって蛋白質や活動量の制限、透析管理などが求められる。合併症の発症、増悪は、糖尿病患者の病気の管理をさらに複雑にさせるとともに、患者の社会生活に悪影響を及ぼしているという構図が見いだせる。

以上、3つの課題を踏まえ、本研究では働く2型糖尿病患者の「療養行動の継続の困難さ」に着目する。今後の糖尿病治療においては、患者自身が生活の中で自らの病気と向き合い、社会生活と糖尿病の療養行動の双方を両立できるような支援が必要である。

3. 働く2型糖尿病患者の療養行動をめぐる実態と支援のずれ

近年の看護研究では、働く2型糖尿病患者の療養行動が困難となっている背景や理由について、患者の心理社会的側面から具体的に記述しようとする研究が増えている。直成ら（2011）は、外来通院している男性2型糖尿病患者に生活上の困難さについてインタビューを行い、患者は常に生活を調整するよう努力し、それが苦痛となっていること、また、仕事をしながら治療する難しさがあることを報告している。堤ら（2012）は、働く男性2型糖尿病患者を対象として生活認知についてのアンケート票調査を行った結果、患者は自分なりに治療を管理し、できる限り医療者の指示を守ろうとしているが、常に心理的負担感を抱えていること、また、医療者に対して肯定的に評価する一方で、半数弱はもっと関わって欲しいと認識していたとしている。浮ヶ谷（2004）は、働く男性2型糖尿病患者のインタビューから、患者は職場での会食や接待、友人との食事の場で自分の病気の都合だけを優先できないために、糖尿病になる前の人間関係の変容を余儀なくされること、また、糖尿病治療のための行動が他者との社会関係を切断し、葛藤を生み出していることを報告している。

一方、働く2型糖尿病患者がうまく療養行動をとっているという研究がある。家庭では厳密に食事療法を行っているが、出張時や職場の会食では息抜きをするというものだ（浮ヶ谷，2004）。患者は求められる治療に盲目的にしたがっているのではなく、自分の社会的立場を踏まえ、他者との関係性を維持しながら自分なりの療養方法をあみだしているのである。

したがって、働く 2 型糖尿病患者の療養行動が困難となっている背景には、糖尿病の知識や技術の習得だけが問題なのではない。むしろ、社会生活を継続しながらいかに療養行動をとるのが求められることで、さまざまな葛藤への対処に支障が生じていることが推測される。しかし、働く 2 型糖尿病患者が抱える心理社会的葛藤を支援する具体的な方法は、未だ十分に確立していない。

2 型糖尿病患者の多くは、病気をコントロールするためには、食事療法や運動療法が必要であることを認識している。しかし、糖尿病がどのような病気であるのか、どのように療養すればよいのか、なぜ療養しなくてはならないのかなど詳細な内容を理解しているわけではない。そのような患者に対して、糖尿病の知識や療養行動の方法を教授することが患者教育とされている。2 型糖尿病では療養行動の主体は患者自身とされる。そのため、2 型糖尿病患者への看護は、患者の病状や生活に即した患者教育が中核を占めてきたのである。

患者教育は、長い間、患者にどのような内容を教えるべきかを検討してきた。しかし、どのように教えるかについては十分論じられておらず、患者に必要となる病気や治療についての情報提供を中心とした教育を行ってきた（河口ら，2011）。看護師は、患者に対して病気や治療に関する知識を与えれば、患者の行動は健康的な方向に変わらうと信じて情報を提供してきたのである。しかし、十分に動機づけられた患者の一部は、知識を得ることで実際に療養行動を継続できるようになったが、大多数の患者は、療養行動の必要性を認識しているにも関わらず、継続できなかった。看護師は、このような療養行動をとれない患者に「ダメな患者、やる気がない患者」という烙印を押し、患者自身に問題があると捉える傾向にあった（河口ら，2011）。

1990 年代以降、なぜ患者が療養行動を継続できないのかについて、生活者としての患者の視点で療養行動の困難事や障害となるものを明らかにしようとする研究が増えた。その中でアドヒアランスの概念が活用されるようになったのである（黒江ら，2004）。アドヒアランスは、患者がどれだけ意欲的に治療に取り組んでいるかを重視するものであり、患者が自分自身を支えるために責任を持つことと、たゆまず努力するという側面を持っている（Betschart, 1991）。日本においても、Bandura の自己効力理論（1977）を用い、糖尿病患者のアドヒアランスに影響する心理社会的要因を明らかにした研究（仙波ら，2009；黒江ら，1997）が行われ、糖尿病患者の療養行動に対する動機付けを支援する重要性が広まった。自己効力理論は、人がある行動を行うことでどのような結

果を生み出せるかという判断である「結果期待」と、その行動をうまく行うための自分の能力に対する信念である「自己効力感」の双方があることで行動変容するというモデルである。糖尿病患者の療養行動の自己効力感を測定する尺度が開発され(安酸, 1997; 木下, 1996)、多くの研究で食事療法や運動療法、薬物療法の自己効力感が高いほど療養行動が実施できることが報告されている(Senecal et al., 2000; 藤田ら, 2000; Uzoma et al., 1989)。その後、2000年代に入り、セルフマネジメントやセルフモニタリングとして、患者自らがHbA1c、血糖値、体重、自覚症状、療養行動といった成果指標の推移と、その成果が得られた理由を振り返ることで療養行動のスキルを高めようとする取り組み(Klein et al., 2013; Tschannen et al., 2013; 加澤ら, 2011; 高見ら, 2008; 土田, 2008)がなされてきた。

これらの概念を活用した研究では、いずれも糖尿病患者の病者として求められる行動や内的な認知に着目しており、療養行動の促進がアウトカム指標の主軸となっている。療養行動の促進のみを目的とした看護支援は、糖尿病治療に対して十分な動機付けがなされている患者の場合には、療養行動上必要とされる知識や技術の取得に一定の成果が生まれると予測される。一方で、患者の療養行動の成否に焦点が当てられるため、自己管理がうまくいかなかった場合、患者のみがその責任を押し付けられる構図が作られる。さらに、患者の病気の側面のみが注目されることから、生活者としての患者が抱える療養行動の困難さの把握をむずかしくしてきた。実際に、看護師の多くは糖尿病患者が困っていることがわからないとする報告もあり、その理由として時間の制約や、関わり方が不明瞭であることが挙げられている(阿部ら, 2008)。

このように、従来から患者を生活者として捉えることの重要性は指摘されているが、その患者観に基づく具体的な支援方法は十分に検討されていないと考える。これからの看護に必要であるのは、患者が社会生活の中で療養行動をとろうとする際に直面している課題に支援の焦点をあてることである。そして、その主目的は患者が社会生活と療養行動とをうまく両立できるよう調整できることであり、療養行動の向上はその副次的な成果と捉えるべきである。

4. 『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』尺度を作成する必要性

Bandura (1977) は、社会学習理論において自己調整の概念を提唱している。自己調整は、人が外界を認知し、自己評価や自己産出の結果によって将来を予期し、自身が置かれている環境に適応できるよう人が自分の行動を調整することとされている。つまり、学習は人と社会環境との相互的影響を受けることから、社会的場面における個人の調整能力を高める必要性が言われている。自己調整は、1980 年代から糖尿病患者の療養行動を捉える概念として活用されはじめている (Wing et al., 1986 ; O'Connell et al., 1984 ; Leutenegger et al., 1983)。しかし、多くの研究では患者の内的な認知や客観的な療養行動の有無を説明するものとして用いられており、社会的場面における療養行動について言及しているものは少ない。

したがって、本研究において、患者は社会生活の充実のために、他者との関係性の中で糖尿病の治療に取り組む存在と捉え、自己調整が本来持っている社会的側面を重視して、働く 2 型糖尿病患者の療養行動支援の在り方を提案する。つまり、患者が社会的場面でうまく療養行動がとれるように自己調整ができれば、社会生活の充実、療養行動に対する心理的負担の軽減、ひいては療養行動の活性化や HbA_{1c} の改善といった肯定的結果を導けるものと考ええる。そこで、『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』尺度は、患者自らが評価することで、療養行動をとる際の心理社会的傾向に気づき、療養行動に取り組みながら、より充実した社会生活を営むための一助になるものと考ええる。また、患者が評価した尺度の結果を看護者が共有することによって、患者の困難事を明確に把握しやすくなり、よりの確な患者教育への応用実践ができることを期待している。

II. 研究目的

本研究は、働く 2 型糖尿病患者が、社会生活で療養行動に取り組むことへの困難さにくまなく対処できているかを自己評価する指標として、『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』尺度を開発し、信頼性と妥当性を検討する。

Ⅲ. 研究の基本的前提

働く 2 型糖尿病患者は、絶えず他者とのつながりのなかで、いかに療養行動に取り組むかという難題をつきつけられていた。日々の生活で、真面目に療養行動に取り組んでも成果が上がらないため、無力感に陥る患者がいる一方、積極的に仕事上のつき合いや療養方法を見直す患者もいる。しかも、重要なことは、慢性病のなかにあっても社会的存在として、生きがいを持って生活することや家族の支援が、症状コントロールへ影響を及ぼすことが報告されている (Steinglass et al., 1988)。

また、人が社会のなかで成長し老いていく過程には、生活構造が変化する過渡期があると言われている。その時期は、「これまでの生き方に疑問をもって見直し」、「成長の鍵になることの模索や自己の可能性への挑戦」を特徴としている (Levinson, 1992)。本研究が注目する 2 型糖尿病患者は、病気の悪化によって入退院を繰り返す場合が多く、健康な人よりも Levinson の過渡期を経験する頻度が高いと推測される。さらに、病気の進行度によって、過渡期は違った意味合いをもってくると考える。たとえば、インスリンの導入後に退院した患者は、これまで通り仕事を継続しようとするであろう。しかし、インスリン自己注射の行為が、職場ではスティグマの性質を帯びてしまいかねず、社会的不利への不安ともなる。また、合併症の増悪によって透析療法へ移行した患者では、これまで以上に食事に気を使わなければならない、家族の理解と協力が必須になることへの負担感をもつかもしれない。障害をもった人では、スティグマのシンボルになる行為をとりたがらない傾向があり、おのずと社会的な状況の切り抜け行為をとると推測される (村岡, 2009a ; Goffman, 1963)。なぜなら、生活のなかで治療ないし療養行動が多ければ多いほど、仕事へ影響が及ぶからである。しかし、療養行動に専念すれば、社会的存在としての自己を否定せざるを得ない事態にもなる。

さらに、この状況に拍車をかけるのが、周囲の求める病人らしい療養行動であろう。近年、マスメディアでも糖尿病を取り上げる機会が増え、2 型糖尿病患者は当然食事療法や運動療法を実施するものだという共通認識が拡大している。患者は、社会のなかにあつて、周囲の期待に応えようと努力をするが、守れなかった場合には、いっそう無力と自己疎外 of 感覚を強めていくのである。そこで、本研究は、働く 2 型糖尿病患者が社会生活で療養行動に取り組む際の困難さに着目し、過渡期はもちろんのこと、受診の機会を通じて、その困難さに柔軟に対処できているかを自己評価するための尺度開発が必要不可欠と捉えた。

IV. 研究の意義

働く成人にとって、2型糖尿病に罹患し、長期的に療養行動に取り組まなければならない状況に置かれることは、糖尿病であることと向き合い、療養行動の知識と技術を身につけることに加え、社会生活のなかで療養行動に取り組むための工夫が求められる。

現在まで、2型糖尿病患者を生活者として捉え、療養行動のもつ社会的側面を重視することや、療養行動の実施度や HbA_{1c} などの治療指標だけでなく、心理社会的指標をアウトカムとする必要性は繰り返し述べられている。しかし、働く2型糖尿病患者の社会生活に焦点が当てられた報告や、介入の有効性や実用性に関する報告は少なく、具体的な支援方法は検討段階にある。

これまでの研究成果と、成人期にある働く2型糖尿病患者の成長、発達課題である職業遂行の維持、ならびに自己抑制を美德とする文化的背景を考慮すると、患者が社会生活の場面において、他者との円滑な社会関係を維持しながら療養行動をとれるよう自己調整できれば、いきいきとした社会生活を送れるとともに、より積極的な療養行動の実施につながるものと考えられる。

本研究で作成する尺度は、働く2型糖尿病患者が自己調整できているかを評価するための支援ツールである。患者が評価することによって、社会生活の中で療養行動がうまくいかない理由や状況を振り返り、その対応方法を検討する一助になると考える。評価時期は、数ヵ月ごとの定期的受診の場を想定している。社会生活の中で療養行動を行うための課題は、常に同じではなく、関わる相手や場面、求められる役割によってさまざまであることが想定される。よって、自己調整できているかは患者がおかれている状況によって左右されるため、定期的に評価することが望ましいと考えたからである。

また、尺度の活用によって、支援の効率化が期待できる。現在の臨床現場では患者教育に十分な時間がかけられないという大きな課題がある。看護師は患者の生活を重視することを理解しつつも、限られた時間の中で、どのように患者の生活での困難事をみだし、関わるべきか困惑している。例えば、急性期患者を抱える総合病院では、病棟看護師は複数患者を受け持つため、時間で行うべきことや重症患者への対応を優先させなくてはならず、日常生活が自立している糖尿病患者への教育的関わりは後回しにせざるをえない状況がある。外来診療の場では、在宅自己注射指導管理料、生活習慣病指導管理料などの診療報酬が認められており、看護師が関わる基盤が整いつつある。しかし、患者の生活の実態や考え方を把握することは相当な時間と労力がかかるため、

結果として看護師が必要と考える知識や技術を提供するのみになってしまうことも少なくない。そこで、作成した尺度を活用し、医療者が患者の評価した内容を共有することは、短時間で共通認識をはかることができ、生活者としての患者が抱える課題に支援の焦点をあてることができるものと考えられる。

第2章 文献検討

本章では、まず「自己調整」という用語の使われ方について確認した。次に、概念分析の方法を用いて、「働く2型糖尿病患者の自己調整」について、その定義および構成概念を明確にした。そして、文献等の記述から、『働く2型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』尺度の原案を作成した。

I. 社会学、心理学、医学および健康科学における自己調整

「自己調整」という概念は、看護学以外の学問分野でよく用いられているため、その定義は複数あると考えられる。そこで、社会学、心理学、医学および健康科学における「自己調整」という用語の使われ方を確認した。

1. 社会学における自己調整

自己調整 Self-Regulation という用語は Bandura (1977) が社会学習理論において用いている。Bandura は、自己調整は、人が外界を認知し、自己評価や自己産出の結果によって将来を予期し、自身が置かれている環境に適応できるように人が自分の行動を調整 Regulation することとしている。自己調整は、外界の刺激や経験に基づく人の内的な認知として位置づけられており、その過程において行動を強める効果と弱める効果の両面を含むものとされている。しかし、Bandura は自己調整という用語を用いはじめた理由について具体的に述べていない。Karoly (1993) は、自己調整についてシステマティックレビューを行い、自己調整は人と環境あるいは社会との関わりの中で起こる内的なプロセスであり、目標へ結び付けるための行動を導くものと述べている。さらに、自己調整の下位概念として、目標設定、セルフモニタリング、行動と自己価値のずれの把握、ずれを減らす行動、自己効力を挙げている。

1970年代までの学習理論は、Skinner (1953) に代表される行動分析の立場からの Self-Control 理論が中心であり、人の学習は直接的な経験と、成果・報酬や罰といった環境要因によって成立するという解釈が主流である。自己調整は経験と外的刺激によって学習成果が規定されるとしていた従来のモデルから脱却し、学習における人と環境要因との相互的影響、人間の行動に伴う感情や認知の重要性を指摘し、人が自身の置かれている状況を認知、解釈するプロセスを重視していることが考えられる。

2. 心理学における自己調整

Vygotsky (1978) は、発達段階における自己調整の変化に着目し、認知発達論を展開している。Kopp (1982) は、これまでの学習理論や発達理論の論点を統合し、自己調整は、要請に応じたり、社会や教育場面における行動を調整したり、目標達成にそぐわない行動を優先せず、外的規制がない環境でも社会的に望ましい行動を起こすスキルであるとしている。また、自己調整は複雑な構成要素を持っているが、社会的に認められた行動の自覚を必要とすること、子どもの社会性の構築に重要であることは共通していることを述べている。さらに、Kopp (1989) は自己調整の苦痛に伴う情動の制御機能について、幼児が苦痛に関連した興奮性の高さを変化あるいは減らすために自己調整を行っており、養育者との関わりによって促進されることを報告している。1990年代になると、知的障害児や知的障害者の自己調整が着目され、多くの研究者によりその重要性が指摘されている (Whitman, 1990 ; Baer, 1990 ; Kendall, 1990)。特に、Whitman (1990) は自己調整を知的障害の中核として捉えることを提言している。2000年代では、社会的場面におけるセルフレギュレーションの発達に関して実証的な研究がなされるようになり、成人期以降の発達支援においても自己調整が活用されるようになってきている (小島, 2001)。原田ら (2008) は、自己調整は反応性、興奮性、覚醒を抑える神経的・認知的・感情的・行動的プロセスの調整を含む包括的な概念であるが故に、研究者によって着目する側面が異なっていることを述べている。さらに、人は他者や集団との相互作用がある社会的場面における行動については、自己調整の社会的側面に着目することが必要であるとし、社会的場面における自己調整として、自己主張、持続的対処・根気、感情・要求抑制の3つを下位概念とする社会的自己制御の概念を提案している。

このように心理学における自己調整は、従来は子どもを対象とした研究が中心であったが、近年は成人期を対象とした研究が進められている。心理学における自己調整の記述は、人と環境との相互的影響で生じ、個人の行動に伴う感情や情動といった内的な認知を含むものであり、社会的適応を促していることが読み取れる。糖尿病患者の療養行動は、社会生活の場面で行われるものであるため、このような自己調整の社会的側面を重視した解釈は、看護学でも有用であると捉えられた。

3. 医学および健康科学における自己調整

Fleury (1996) は、成人の健康行動を促す理論として Wellness Motivation Theory を提唱し、その下位概念として自己調整を位置付けている。自己調整は目標に向けた方略や行動を促す概念であるとし、リコンディション、刺激のコントロール、行動のモニタリングの 3 つの下位概念を含む自己調整の尺度を開発している。その後、自己調整が身体活動の維持、向上に重要であるとし、同様の下位概念構造で高齢者の身体活動の自己調整尺度を開発している。高齢者の身体活動の自己調整尺度得点は身体活動の自己効力感と有意に相関し、構成概念妥当性が確認されたとしている (Yeom et al., 2011)。Johnson (1999) は、Lazarus のストレスコーピング理論を活用し、患者が健康に関わる困難な出来事の対処プロセスを説明する理論として Self-Regulation Theory を提唱している。この理論では、自己調整を行動のアウトカムと感情のアウトカムの双方が得られるように患者が対処するプロセスとしている。

このように、自己調整は、1990 年代以降の医療分野において活用され始めており、患者の健康行動を支持する理論として用いられ始めている。しかし、その報告数は少なく、自己調整を自己管理と同義で用いるなど、個人の病気や治療の側面を重視した説明がなされている。また、社会学や心理学で強調されている、自己調整の環境要因との相互的影響や、社会的側面の重要性についてはあまり触れられていなかった。

II. 働く 2 型糖尿病患者の自己調整：概念分析

社会学、心理学、医学および健康科学における自己調整の用い方から、自己調整は包括的な概念であるため、研究者によって着目する視点が異なり、その対象も幅広い行動が扱われていることが確認された。糖尿病の療養行動は、他者との相互作用がある社会的場面で展開されるため、自己調整の社会的側面に焦点をあてる必要がある。つまり、個人内での自己調整よりも、他者との関係が影響する社会活動においてどのように自己調整するかが療養行動により強く関連すると考えられる。さらに、働く 2 型糖尿病患者は、充実した社会生活を営むために療養行動をとっているのであり、療養行動のためだけに生活しているわけではない。よって、療養行動は、治療への意義があることに加え、社会生活を促進するものと捉えることが重要と考える。本段落では以上の前提に基づき、働く 2 型糖尿病患者の自己調整について概念分析を行うこととする。

1. 方法

Rodgers ら (2000) の概念分析の方法を用い、「働く 2 型糖尿病患者の自己調整」について概念分析を行った。この方法は、概念を「特質の集まり」と定義し、文献から用語の使用状況を分析することにより、概念を構成する特性である属性、概念に先立って生じる先行要因、概念に後続して生じる帰結、関連する概念を確認するものである。

文献の検索は、Pub Med、PsycINFO、医学中央雑誌のデータベースを活用した。キーワードは、Pub Med および PsycINFO は“diabetes”と“self regulation”、医学中央雑誌は「糖尿病」と「自己調整」もしくは「セルフレギュレーション」「自己統制」として検索を行った。検索について、論文の種類は原著、期間は 2003 年から 2013 年、対象年齢は成人期以降とした。

検索の結果、文献数は Pub Med では 126 件、PsycINFO では 49 件、医学中央雑誌では「セルフレギュレーション」3 件、「自己調整」2 件、「自己統制」9 件であった。これらの抄録をすべて確認し、対象者に有職者が含まれていない文献、および自己調整の概念に関連する記述がないと考えられる文献を除いた。残された論文の多くが量的研究であったため、対象者の具体的な語りからも現象を捉えることが必要と考えた。そこで、働く 2 型糖尿病患者の社会生活における療養体験を記述した質的研究の論文 6 件と、研究者が過去に行った 2 型糖尿病患者の受診継続理由 (長谷川, 2008) ならびに受診中断理由 (長谷川, 2013) のインタビュー調査の結果から、有職者のデータを補

足した。最終的に、計 29 件の文献を分析対象とした。文献の内訳は欧文 19 件、和文 10 件であった。

データの分析に際して、「働く 2 型糖尿病患者の自己調整」を仮定義した。具体的には、社会学、心理学、医学および健康科学における自己調整の記述から、社会的側面を重視した説明内容を参考に、「働く 2 型糖尿病患者が、社会的場面において個人の要求や意思と必要とされる療養行動との間に不一致が生じた時に、適切に対処すること」とした。それらについて言及している箇所をデータとし、意味が変わらないように言葉や文脈を抽出した。抽出したデータは、その内容によって先行要因、属性、帰結のカテゴリーに分類し、分類シートにまとめた。分類シートの記述は、再度文献を用いて整合性を確認した。その後、分類シートに記述した内容をそれぞれ統合するとともに概念を定義した。

2. 結果

1) 先行要因

働く 2 型糖尿病患者の自己調整の先行要因として、対象者の基本的属性、糖尿病治療因子、健康知覚因子が確認された。

基本的属性は、年齢、性別、就労状況、家族構成、経済状況、成長発達段階の因子が抽出された。

糖尿病治療因子は、糖尿病罹病歴、治療内容、糖尿病合併症、受診中断歴、糖尿病教育経験、自覚症状、血糖コントロール、既往歴、体重、BMI、バイタルサイン、血圧、血液データ（血清脂質、コレステロールなど）が抽出された。

健康知覚因子について、Huisman らは（2009b）は、感情の統制、自分自身への動機づけ、失敗による学びを生かすことが自己調整を活性化するとしている。また、Anderson ら（2011）は個人が行動することで生じるポジティブな感情が自己調整を促進するとし、自己効力感や結果予期を自己調整の先行要因としている。また、自己調整は他者との関係性の影響があることを考慮し、周囲の協力を得る重要性を述べている。Bjorg ら（2010）は、行動の動機づけ、健康と長寿の価値観、身体状態の認知、肯定的な身体のイメージを保つこと、自己決定能力のほか、働くための能力を保つこと、家族や仲間の存在が自己調整に影響するとしている。

したがって、働く2型糖尿病患者の自己調整には、個人の健康や病気に対する認知、信念、能力のほか、仕事や家庭環境といった社会的因子や、学習経験など多くの要因が複雑に絡み合っていることが確認された。

2) 属性

属性では、「情報コントロール」「感情コントロール」「医療者との関係づくり」「困難事への対処」「病気の再解釈」の5つが抽出された(表1)。

(1) 情報コントロール

患者は、自分が糖尿病であることや、療養行動が必要である状況についての情報を周囲にうまく説明しながら、状況を切り抜けていることが記述されていた。例えば、同僚との食事の場面で飲酒や食事を控える必要性を伝える(長谷川, 2013)、周囲の人に対する病気の認識や感情の表出(Melissa et al., 2011; Huisman et al., 2009a; Rae et al., 2001)、自分の病気や治療を自己開示する(村岡, 2009b; 長谷川, 2008; Rae et al., 2001)といったものである。一方、同じような場面でも、社会的な交流の場面を避けることや(Rae et al., 2001)、仕事への影響を考慮してつきあいの場面で周囲と同じ行動をとる(長谷川, 2013; 釜谷ら, 2012; 堀口ら, 2010)ことで、意図的に隠すような情報操作をしていた。

(2) 感情コントロール

患者は、否定的な感情を長引かせないために、気持ちを切り替えることによって安定した心理的状态を保っていることが記述されていた。患者は、身体や病気(Bjorg et al., 2010)、療養行動(Carlos et al., 2012; Anderson et al., 2011)に対して肯定的なイメージを保つようにしていた。また、病気や療養に対する心理的負担の軽減(Carlos et al., 2012; Ken et al., 2000)も自己調整とされており、糖尿病は自分でコントロールすればなんともない病気と解釈することや(釜谷ら, 2012)、病気や療養行動に対する負の感情や生理的欲求を昇華させていた(長谷川, 2008)。

表1 働く2型糖尿病患者における自己調整 (Self-Regulation) の属性

カテゴリ	内容	著者
情報コントロール	<p>同僚との食事の場で飲酒や食事を控える必要性を伝える</p> <p>仕事への影響を考慮してつき合いの場面で周囲と同じ行動をとる</p> <p>自分の病気や治療を自己開示する</p> <p>家族と仲間から療養の支援を受けられるように依頼する</p> <p>周囲の人に対する病気の認識や感情の表出</p> <p>家族の期待や協力に応えるために努力している姿をみせる</p> <p>病気の指標と主観的な感情の指標の優先性の判断</p> <p>社会的な交流の場面を避ける</p>	<p>長谷川, 2013</p> <p>釜谷, 2012; 堀口, 2010; 長谷川, 2013</p> <p>村岡, 2009b; 長谷川, 2008; Rae, 2001</p> <p>長谷川, 2013; Bjorg, 2010</p> <p>Melissa, 2011; Huisman, 2009a; Rae, 2001</p> <p>堀口, 2010</p> <p>長谷川, 2013; Rae, 2001</p> <p>Rae, 2001</p>
感情コントロール	<p>身体や病気に対する肯定的なイメージの保持</p> <p>療養行動に取り組むことに対する肯定的な認識</p> <p>病気や療養に対する感情と捉え方の統制</p> <p>身体感覚や症状を基盤とする健康の脅威の知覚</p> <p>病気や療養の心理的負担の軽減</p> <p>病気は療養でコントロールできるという解釈</p> <p>負の感情や生理的欲求の昇華</p>	<p>Bjorg, 2010</p> <p>Carlos, 2012; Anderson, 2011</p> <p>Melissa, 2011; Paddison, 2010; Huisman, 2009b; Rae, 2001</p> <p>Paddison, 2010; Rae, 2001</p> <p>Carlos, 2012; Ken, 2000</p> <p>釜谷, 2012</p> <p>長谷川, 2008</p>
医療者との関係づくり	<p>自分の療養行動についての自己決定</p> <p>医療者から自律性を支援されているという知覚</p> <p>療養の支援を受けることが自分の健康を維持するために重要であると認識</p> <p>医療者に対する病気の認識、療養の取り組み、感情の表出</p> <p>医療者から指示された療養方法への挑戦</p> <p>自分に合った医療者や病院の探索</p>	<p>Bjorg, 2010</p> <p>Calorie, 2000</p> <p>Calorie, 2000</p> <p>長谷川, 2013; Melissa, 2011</p> <p>長谷川, 2013</p> <p>藤田, 2013; 長谷川, 2013</p>
困難事への対処	<p>社会的場面で療養に取り組む能力</p> <p>病気の課題に対する目標設定と具体的な計画立案</p> <p>自分が大事だと思ふ目標の選択と遂行</p> <p>患者が望んでいる状況と起こっていることとの不一致を減らすこととすための行動変容</p> <p>危機的状況における問題解決行動</p> <p>療養の障壁となるものを減らす</p> <p>治療のペースが崩れてもリハビリする対策を講じる</p>	<p>Melissa, 2011; Bjorg, 2010</p> <p>Anderson, 2011; Bazzazian, 2012; Jessica, 2009</p> <p>Huisman, 2009a; Huisman, 2009b; 長谷川, 2008</p> <p>Huisman, 2009b</p> <p>Melissa, 2011</p> <p>Rena, 1986</p> <p>長谷川, 2008</p>
病気の再解釈	<p>病気の症状と異常の発見</p> <p>問題行動が生起する状況の意識化</p> <p>病気のモニタリングと自己評価</p>	<p>Michele, 2012; Huisman, 2009a; Rena, 1986</p> <p>栗, 2012</p> <p>栗, 2011; Anderson, 2011; Huisman, 2009a; Melissa, 2011;</p> <p>Rena, 1988; Jessica, 2009; Michelle, 2012; Kathleen, 1984;</p> <p>Rubin, 1991; Boris, 1998</p>
	<p>セルフモニタリング、自己評価、自己強化を繰り返すこと</p> <p>糖尿病の病態生理学と血糖コントロールの重要性の理解</p> <p>病気に適応すること</p> <p>病状の評価と原因の振り返り</p> <p>自我同一性の保持</p>	<p>栗, 2012; Rene, 1988</p> <p>Michelle, 2012; Huisman, 2009a; Rubin, 1991; Ken, 2000</p> <p>Bazzazian, 2012</p> <p>Paddison, 2010; 中村, 2009; Rubin, 1991; Rena, 1986</p> <p>Paddison, 2010</p>

(3) 医療者との関係づくり

患者は、医療者と主体的かつ共同的な治療関係をつくるために、自分主張、相談、治療環境の評価をしていることが記述されていた。患者は、療養行動の自己決定をする (Bjorg et al., 2010)、医療者に対する病気や療養行動に対する感情を表出する (長谷川, 2013 ; Melissa et al., 2011) など、盲目的に医療者の指示に従うのではなく、状況に応じた自分主張をすることが記述されていた。また、自分に合った医療者や病院の探索を行っていた (藤田ら, 2013 ; 長谷川, 2013)。一方、医療者から自律性を支援されているという知覚 (Caroline et al., 2000) や、療養の支援を受けることが自分の健康を維持するために重要であるとする認識 (Caroline et al., 2000) など、医療者に対する知覚を自己調整としている文献もみられた。

(4) 困難事への対処

患者は、社会的場面で療養行動を遂行するとき、問題や葛藤に対して目標の立て直しや対策を講じていることが記述されていた。具体的には、病気の課題に対する目標設定と計画立案 (Anderson et al., 2011 ; Bazzazian et al., 2012 ; Jessica et al., 2009)、危機的状況における問題解決行動 (Melissa et al., 2011)、療養の障壁となるものを減らすこと (Rena et al., 1986) が自己調整であるとされていた。また、目標設定について、病気の指標ではなく、患者が大事だと思う目標の選択と遂行 (Huisman et al., 2009a ; 2009b ; 長谷川, 2008)、患者が望んでいることと実際に起こっていることとの不一致を減らすための行動変容 (Huisman et al., 2009b) など、患者の価値観が重視されていた。また、具体的な方法ではなく、社会的場面で療養行動に取り組む能力 (Melissa et al., 2011 ; Bjorg et al., 2010) そのものを自己調整とする記述もみられた。

(5) 病気の再解釈

患者は、社会的場面における療養行動の体験を振り返り、病気の意味や社会的存在としての自己を捉えなおそうとすることが記述されていた。具体的には、病気の症状と異常の発見 (Michelle et al., 2012 ; Huisman et al., 2009a ; Rena et al., 1986)、問題行動が生起する状況の意識化 (東, 2012)、セルフモニタリング・自己評価・自己強化を繰り返すこと (東, 2012 ; Rena et al., 1988)、病状の評価と原因の振り返り (Paddison et al., 2010 ; 中村ら, 2009 ; Rubin et al., 1991 ; Rena et al., 1986) など、病状の認識や

評価自体を自己調整としている文献が多かった。さらに、モニタリングや評価を通して、病気に適応すること (Bazzazian et al., 2012) や、自我同一性の保持 (Paddison et al., 2010) につながるものが自己調整であるとする記述がみられた。

3) 帰結

帰結として多く示されていたのは、療養行動と客観的身体指標の変化であった。具体的には、食事や運動の自己管理行動や身体活動が促進される (東, 2012 ; 2011 ; Anderson et al., 2011) ことで、体重や BMI が低下し (東, 2011 ; Anderson et al., 2011 ; Huisman et al., 2009b)、HbA1c や LDL コレステロール、拡張期血圧が低下していた (Jacobs et al., 2012 ; 東, 2011 ; Huisman et al., 2009b)。しかし、Huisman らは (2009a)、過体重の 2 型糖尿病患者に対し、患者にとって意味のある目標の選択と設定、目標の遂行、目標の評価を中核とする自己調整プログラムを用いた介入研究の結果、プログラムに対する満足感が高かったものの、食事や運動の療養行動、体重、HbA1c に有意な変化はなかったとしている。その理由として、介入期間が短かったこと、対象者の罹病歴が浅く診断時の影響が考えられること、プログラムが個人の内的な認知のみを支援するものであり、外的要因を考慮していなかったことを挙げている。

一方、QOL の向上 (Huisman et al., 2009a)、生活の満足感や喜び (Caroline et al., 2000) のほか、療養行動の困難さの軽減 (Jessica et al., 2009)、療養行動が生活の一部とを感じるようになる (長谷川, 2008 ; 浮ヶ谷, 2004) など、心理社会的にも肯定的な結果を導くものとして示されていた。

4) 関連する概念

働く 2 型糖尿病患者の自己調整と関連する概念は、セルフマネジメント、セルフモニタリング、自己効力感、ソーシャルサポート、ストレスコーピングが挙げられた。Huisman らは (2009a) は、セルフモニタリングとセルフマネジメントは、自己調整の要素であるとしていた。ストレスコーピングとの関連について、Bazzazian ら (2012) は、自己調整の持つ対処の機能に着目し、自己調整はコーピングの要素を含むものとしていた。しかし、いずれの文献も、自己調整の概念との相違点は明確に述べられていなかった。

3. 考察

1) 先行要因について

働く 2 型糖尿病患者の自己調整の先行要因は、基本属性、糖尿病治療因子、健康知覚因子が挙げられた。個々の研究においては、性別では女性、治療状況ではインスリン治療者のほうが自己調整を行っている結論づけているものもあるが、一貫した結果は確認できなかった。その理由として、2 つのことが考えられる。ひとつは自己調整の定義が曖昧で、測定方法にばらつきがあったこと、もうひとつは、各研究で先行要因として設定された項目が妥当ではなかった可能性である。いずれにしても、自己調整は包括的な概念であるため、自己調整が何を示すものであるのか、明確に定義した上で研究を行う必要がある。

2) 属性について

自己調整の属性について、Huisman ら (2009a ; 2009b) は、「個人の目標を達成するための行動の連続体、もしくは目標に結びつけるためのプロセス」「本人が望む結果と起こっていることの不一致を減らそうとするための行動変容のプロセス」としている。また、そのプロセスの成果は、医療者から求められる療養行動の達成ではなく、個人の望む結果にあることを強調している。東 (2012) は、自己調整を「自分自身の行動を観察、記録することによって問題行動の生起状況をより一層意識化し、観察した行動の変化を客観的な事実として捉えることができるようになり、その結果として問題行動が改善や変容するもの」と述べている。

また、糖尿病患者の自己調整は、東 (2012) によると、セルフモニタリング、自己評価、自己強化の 3 つの段階を経るという。こうした行動連鎖がうまくいかない時は、セルフモニタリングを行い、続いて自らの行動を評価し、それに応じて自己強化を行うことで行動の維持、変容につながると述べている。さらに、具体的な内容として、セルフモニタリングは、自分の行動や結果を観察し記録することであり、モニタリング項目は歩数や運動消費カロリー、体重、腹囲、食事メニューなど食事療法や運動療法の客観的指標を挙げていた。自己評価は、各自が設定した課題の出来を自分で評価するもので、評価項目には月目標、週目標、日々の振り返り、目標に対する達成度を挙げている。自己強化は、課題の出来を自分で評価し、正の反応や負の反応など自身の身体的、心理的反応に基づいて自分で強化することである。Anderson ら (2011) は、自己

調整に目標設定、セルフモニタリング、自己基準と目標の達成の評価のほか、問題解決として取り組むプロセスや、自己の励みとなるものの認知も加えていた。Huisman らは (2009a)、自己調整を、患者にとって意味のある目標の選択と設定、目標の遂行、目標の評価であるとしている。モニタリングの要素は、目標の遂行に含めており、目標の遂行はセルフモニタリングによるフィードバックやセルフマネジメントが基盤になっていた。具体的には、目標の遂行を促すために、糖尿病や過体重の病態に関する情報提供のほか、設定した目標を患者が確認でき、歩数などの客観的指標を継続観察するためのワークブックを提供している。また、目標の評価は、行動をフィードバックするための自身の能力や、目標は自分に望ましいものか、目標に向けて進んでいるかを確認することとしている。Jacobs ら (2012) は、自己調整を促すプログラムとして、体重、血圧、足などのフィジカルアセスメント、糖尿病と血糖コントロールの重要性の教育、療養行動の目標の評価と修正、モニタリングを含めている。

このように、従来の糖尿病患者の自己調整は、個人の目標を達成することを目的としながらも、実際には病気を改善するための療養行動に焦点をあてた説明がなされており、客観的な療養行動の実施の有無と、血糖コントロールなどの治療指標がアウトカムであった。糖尿病患者は、血糖コントロールや療養行動が効果的に管理できるときでさえ、苦悩や困難を抱えている (Alberti, 2002)。以上の研究は、すべて量的な研究手法をとっているが、それらからは、療養行動に取り組む患者の心理社会的な側面へ注目した研究が見いだせない。

また、糖尿病患者の自己調整の属性は、病状と療養行動のモニタリング、目標設定、療養行動の実践、自己評価のプロセスを通じて状況に対応するもの (東, 2012; Huisman et al., 2009a; 2009b) とされてきた。今回、自己調整の社会的側面に着目して概念分析を行った結果、従来とは異なった属性、すなわち下位概念の構造が示された。下位概念の内容を比較すると、「困難事への対処」と「病気の再解釈」は、目標を設定し、評価するという共通の視点が含まれていたが、「情報コントロール」「感情コントロール」「医療者との関係づくり」の3つは、今回の概念分析によって新たに抽出された要素と考えられた。

Huisman ら (2009a) は、過体重の2型糖尿病患者に対し、患者にとって意味のある目標の選択と設定、目標の遂行、目標の評価を中核とするセルフレギュレーションプログラムを用いた介入研究の結果、食事や運動の療養行動、体重、HbA1c に有意な変

化はなかったとしている。その理由のひとつとして、プログラムが個人の内的な認知のみを支援するものであり、外的要因を考慮していなかったことを挙げている。今回新たに抽出された「情報コントロール」や「医療者との関係づくり」は、他者との関係性から派生するものであることから、その有用性が期待できると考える。

3) 帰結について

分析の結果から、自己調整は、主に糖尿病患者の療養行動の維持向上につながるほか、良好な血糖コントロールなど医学的な健康指標の改善につながるものとして捉えられていた。また、病気や療養行動に関する負担感の軽減、生活への満足感など心理社会的にも肯定的な結果を導けるとする記述がみられた。Huisman ら (2009a) の介入研究の結果に示されるように、必ずしも療養行動や健康指標の改善につながらない報告もあることから、自己調整に関するより詳細な影響要因やプログラムの検証が必要な段階にあると考える。しかし、自己調整の概念を看護に活用することは、糖尿病患者にとって主観的にも、客観的にも十分意義があると考えられる。

4) 関連する概念について

セルフモニタリングは病状や自身の行動を評価するという性質を有するため、自己調整の下位概念である「病気の再解釈」に内包されると考える。しかし、「病気の再解釈」は、病気や行動の評価だけではなく、患者が病気を持つ意味や社会的な存在としての自分を振り返るといった要素が含まれているため、そこが相違点と考える。

セルフマネジメントについて、安酸 (2007) は「自分の病気の療養に関するテーラーマイドの知識と技術を持ち、自分の生活と折り合いをつけながらクライアント固有の症状や徴候に自分自身で何とかうまく対処していくこと」と定義している。自己調整との共通項は、病気の療養と生活との両立を目的とした患者の対処行動であるという点である。下位概念では、「困難事への対処」が最も関連が大きいと考えられる。相違点は、自己調整には対処だけではなく、体験したことを振り返り、意味づけをする「病気の再解釈」が含まれていることである。ただし、セルフマネジメントはセルフケアと同義で扱われることが多く、包括的な概念であることから、その意味も変化していく可能性を十分に孕んでいる。相違点については今後も慎重に検討する必要がある。

自己効力感は、Bandura（1977）が自己調整と共に社会学習理論において提唱した概念である。自己調整と自己効力感は、対象者を学習者として捉え、人間の行動に伴う感情や認知に着目した行動変容プロセスを示すものである点が共通している。しかし、その後の発展経緯において、自己調整は学習における人と環境要因との相互的影響が重要視されていることが大きな違いであろう。

ソーシャルサポートは、自己調整における人と環境要因との相互的影響を説明したものと推察され、下位概念の「情報コントロール」「医療者との関係づくり」との関連が強いと考えられる。相違点としては、ソーシャルサポートは資源や他者からの支援の有無、すなわち患者に備わっている環境として測定されることが多いのに対し、自己調整は自らが療養しやすいように環境を整える能動的な要素として測定することである。

ストレスコーピングは、個人が知覚するストレスに対してうまく対応するようなコーピングを行い、その結果として状況への適応が導かれるとする概念である（Lazarus et al., 1984 ; 1977 ; Lerman et al., 1996）。自己調整との共通項は、個人が何らかの困難さを経験したときの対処に焦点をあてていることである。自己調整の「情報コントロール」「感情コントロール」「医療者との関係づくり」「困難事への対処」は、患者が社会生活でうまく療養行動がとれるように行っている対処とも考えられる。また、ストレスコーピング、自己調整ともに、対処のあとに続くものを概念に含んでいる。ストレスコーピングでは適応であり、自己調整では「病気の再解釈」である。しかし、適応はあくまで対処の結果と位置づけられ、ポジティブな場合とネガティブな場合の双方が含まれる（Lerman et al., 1996）。一方、「病気の再解釈」は、対処の結果そのものではなく、患者が自分に起きている現象を探究し、意味付けるという能動的な要素を含んだ概念である。

4. 定義

本研究では、概念分析において、「働く 2 型糖尿病患者の自己調整」を「働く 2 型糖尿病患者が、社会的場面において個人の要求や意思と必要とされる療養行動との間に不一致が生じた時に、適切に対処すること」と仮定義して分析を行っている。また、患者が自己調整する目的は、医学的に必要とされる療養行動を遂行するためではなく、患者が社会生活において柔軟に療養行動に取り組み、社会生活を促進するためであると

いう前提に立っている。以上を明確にし、自己調整の概念の持つ社会的側面を重視するために、『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』として用語を定義する。

概念分析の結果に基づき、『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』は、「働く 2 型糖尿病患者が、病気をもちながらいきいきとした社会生活を送るために、情報コントロール、感情コントロール、医療者との関係づくり、困難事への対処、病気の再解釈を行うこと」とする。

また、その下位概念として、【情報コントロール】【感情コントロール】【医療者との関係づくり】【困難事への対処】【病気の再解釈】の 5 つが存在するとし、それぞれのもつ特性から以下のように定義する。

情報コントロール：「働く 2 型糖尿病患者が、社会生活をしていくために家族、友人、仕事仲間などの他者に対して、自分の病気や療養行動の必要性をうまく説明して、状況を切り抜けようとする事」

感情コントロール：「働く 2 型糖尿病患者が、病気に関する否定的な感情を長引かせないために、気持ちを切り替えることによって、安定した心理状態を保とうとする事」

医療者との関係づくり：「働く 2 型糖尿病患者が、医療者との信頼関係を構築し、主体的かつ共同的な治療関係をつくるために、自己主張、相談、治療環境の評価ができる事」

困難事への対処：「働く 2 型糖尿病患者が、社会的場面で療養行動を遂行するとき、問題や葛藤に対して目標の立て直しや対策を講じる事」

病気の再解釈：「働く 2 型糖尿病患者が、社会的場面における療養行動の体験を振り返り、病気の意味や社会的存在としての自己を捉えなおそうとする事」

Ⅲ. 『働く 2 型糖尿病患者の社会活動を促進するための自己調整』尺度：原案の作成

概念分析の結果、働く 2 型糖尿病患者は、病気を持ちながらいきいきとした社会生活を送るために、自己調整として【情報コントロール】【感情コントロール】【医療者との関係づくり】【困難事への対処】【病気の再解釈】を行っていることが確認された。これらを意識化し、次の行動につなげるためには、患者が意図的にチェックする機会を設ける必要があると考える。また、これらは患者の体験そのものであるため、患者自身がチェックする必要がある。そこで、患者が数か月ごとの受診の場において、社会生活において療養行動を取り組む際の困難さに柔軟に対応できているかの自己評価指標として、『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進する自己調整』尺度を作成する。

1. アイテムプール

働く 2 型糖尿病患者の自己調整に関する研究、研究者が過去に行った 2 型糖尿病患者の受診継続理由（長谷川，2008）ならびに受診中断理由（長谷川，2013）のインタビュー調査の結果から、概念および下位概念の定義に相当する記述と考えられる箇所を抽出した。これらのデータを整理し、定義と比較しながらいずれの下位概念にあてはまるかを選定した。各項目の意味内容の重複や表現について検討、修正を行った。

2. 尺度原案の選定

検討の結果、【情報コントロール】11 項目、【感情コントロール】14 項目、【医療者との関係づくり】19 項目、【困難事への対処】18 項目、【病気の再解釈】18 項目の計 80 項目を選定した。具体的な項目は次の通りである。

【情報コントロール】

- ①周囲の人に病気を打ち明けられる
- ②自分の状況を無理なく自己開示できる
- ③健康のためにつき合いに制限のあることを表現できる
- ④職場でも療養行動がとれるように病気や治療のことを伝える
- ⑤つき合いを無理なくこなすために周囲に状況を伝える
- ⑥飲食に誘われたときに食事療法が必要であることを表現できる

- ⑦状況を理解してくれそうな人を選んで自分の病気のことを伝える
- ⑧相手に話の内容がどのように伝わるか考えてから、病気や治療のことを話す
- ⑨受診や入院のために仕事を休む際に、他者が納得できるよう理由を説明する
- ⑩つらいことや心配なことを自分の言葉で説明できる
- ⑪病気や症状の悪化を周囲に伝えられる

【感情コントロール】

- ①病気や合併症の心配事に耐えられる
- ②病気や合併症のことを考えると落ち込むので考えすぎない
- ③人から糖尿病だからと決めつけられても気にしない
- ④病気に関する気分の落ち込みを仕切りなおせる
- ⑤物事がうまくいかない時に我慢して待てる
- ⑥療養行動からの欲求不満をまぎらわせる
- ⑦自分でできていることや頑張っていることを認めている
- ⑧療養行動の努力や頑張りを他者から認めてもらえなくても気にしすぎない
- ⑨検査値の変動に一喜一憂しない
- ⑩つらいときや忙しい時に自分の気持ちを落ち着かせる
- ⑪不満や怒りをため込まない
- ⑫療養行動のストレスを発散する方法がある
- ⑬療養行動に取り組むことで自分にとって良い結果が得られると思う
- ⑭イライラした気持ちが仕事の妨げにならないように努める

【医療者との関係づくり】

- ①状況を理解してもらえるように医療者に療養行動の苦勞を伝えられる
- ②療養行動の努力や工夫について医療者に伝えられる
- ③療養行動が行き詰ったときは医療者に相談する
- ④治療指示が変更された時は納得できるまで説明を求める
- ⑤治療の選択肢を提示してもらえるように希望する
- ⑥治療に関する自分の希望を医療者に伝えられる

- ⑦治療方針に納得がいかないときは医療者と話し合える
- ⑧求められる療養行動が実践できるように医療者と相談する
- ⑨医療者のアドバイスに疑問を返して確認するようにしている
- ⑩病気や治療について聞きたいことを医療者に尋ねられる
- ⑪検査結果の解釈の仕方を医療者に尋ねられる
- ⑫必要とされる療養行動の根拠を医療者に尋ねられる
- ⑬体調や症状の変化を医療者に伝えられる
- ⑭次までの療養行動の取り組み方を医療者に伝えている
- ⑮病気の経過をそのつど医療者に確認する
- ⑯医療者からアドバイスされたことはとりあえずためす
- ⑰自分の近況を整理して診察時に述べられる
- ⑱医療者が適切な指導をしてくれるかを見定められている
- ⑲自分の病気体験を重視してくれそうな医療者を探することができる

【困難事への対処】

- ①療養行動のできる - できないの線引きをする
- ②自分の生活にあった療養行動目標を立てられる
- ③療養行動が続けられるように自分なりの方法を見出せる
- ④小さな目標を立てて状況を乗り切るようにしている
- ⑤自分ができない目標は立てない
- ⑥やるべきことには興味をもってとりかかる
- ⑦療養行動の変更時はあまり深く考えずにとりあえずやってみる
- ⑧療養行動のペースが崩れたときに過去の成功体験を思いおこす
- ⑨状況に応じて無理をしないで療養行動をとるようにしている
- ⑩時には努力している自分へのご褒美を与えている
- ⑪療養行動が難航しないように予防できるものは積極的に取り入れる
- ⑫成果がでなくても「継続は力なり」を信じて行動する
- ⑬困った時はものごとを他人の目でみてる
- ⑭問題状況の分析をするようにしている

- ⑮療養行動の継続が難しいときは周囲の力を借りる
- ⑯周囲からの意見を求めながら療養行動を続ける
- ⑰同じ病気の人々の体験を参考にして問題を切り抜ける
- ⑱「これぐらいでいい」というアバウトさも重視している

【病気の再解釈】

- ①生活の中で健康や体調を振り返る機会をつくる
- ②病気のプラスの面を見出すようにしている
- ③生活習慣を変えることの意味や価値を見出すようにしている
- ④病気で得た体験を同病者と共有する意義が見出せる
- ⑤病気になって体をいたわることの大切さがわかった
- ⑥病気が人とのつながりの大切さを教えてくれた
- ⑦病気になって一病息災の意味を認識した
- ⑧自分らしい生活が送れていると思う
- ⑨成功や失敗はすべて意味がある
- ⑩療養行動は生活の一部になっている
- ⑪病気になっても仕事の経験は意味がある
- ⑫病状が悪くなっても社会参加することに意味がある
- ⑬病気でも社会参加は大切にしたい
- ⑭病気は性格のようなものと受け止めている
- ⑮病気になってから協力してくれる人への感謝の気持ちが増した
- ⑯病気を持つ自分とあっさり向き合えるようになった
- ⑰病気の体験は嫌なことばかりではないと思う
- ⑱糖尿病になる前より健康的な生活をしていると思う

第3章 研究方法

1. 本研究の概念枠組み

糖尿病では患者教育が治療の中核を占めるといわれており、患者を成人の自律した学習者として捉えることが求められる。働く2型糖尿病患者は、社会生活において療養行動をとろうとする際に、心理社会的葛藤を感じる人が多い。自己調整の概念は、このような学習における人と環境要因との相互的影響、人間の行動に伴う感情や認知の重要性を指摘している (Bandura, 1977)。よって、働く2型糖尿病患者が抱えている課題を説明する概念として適していると考えた。

開発する尺度を臨床において活用するための理論的枠組みは、図1のように、働く2型糖尿病患者の自己調整の概念分析の結果、ならびにストレスコーピング理論 (Lazarus et al., 1984 ; 1977 ; Leaman et al., 1996) を参考に作成した。ストレスコーピング理論では、個人がストレスラーを知覚した際に、ストレスラーの性質と重大性、ならびに自分がうまく処理できるかの評価 (認知的評価) に基づいて対処し、その結果として状況への適応が導かれるとされる。働く2型糖尿病患者が、社会生活を営む際に、療養行動へ困難感をもつかどうかは、個人の捉え方に基づく。よって、「社会生活で療養行動に取り組むための困難さ」は「認知的評価」にあたりと仮定した。自己調整は、【情報コントロール】【感情コントロール】【医療者との関係づくり】【困難事への対処】【病気の再解釈】の5つの下位概念から構成され、「社会生活で療養行動に取り組むための困難さ」の「対処」にあたるものとした。また、患者の自己調整は、その人の社会生活を促進させるとともに、療養行動の活性化につながり、最終的に HbA_{1c} の改善にも影響を与える可能性があるとした。

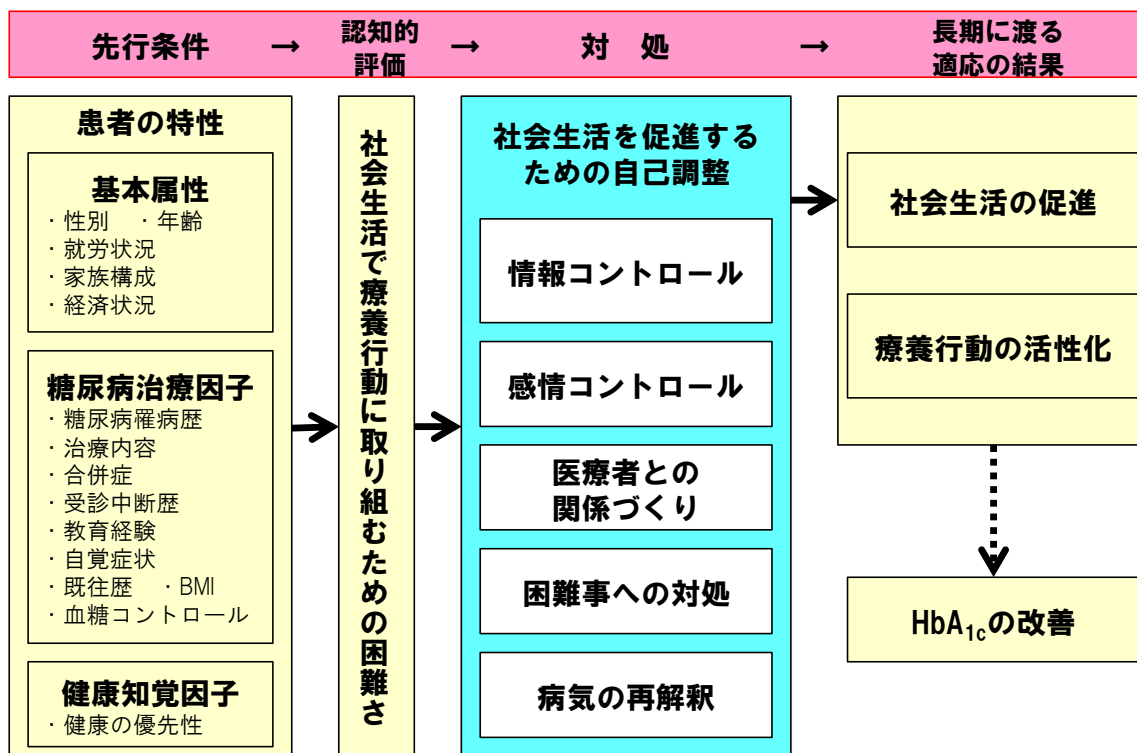


図1 『働く2型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』尺度を臨床で活用するための理論的枠組み

II. 用語の操作的定義

働く2型糖尿病患者:「雇用形態、就労時間に関わらず、業務に対する報酬が得られる仕事に就いており、医師から2型糖尿病の診断を受けた人」

社会生活:「人が他者や集団との相互的影響を受ける日常生活場面において、主体的に行う生活の総称」

療養行動:「患者が日常生活で取り組んでいる食事療法、運動療法、薬物療法、血糖自己測定などの糖尿病治療のための行動」

働く2型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整:「働く2型糖尿病患者が、病気をもちながらいきいきとした社会生活を送るために、情報コントロール、感情コントロール、医療者との関係づくり、困難事への対処、病気の再解釈を行うこと」

情報コントロール：「働く 2 型糖尿病患者が、社会生活をしていくために家族、友人、仕事仲間などの他者に対して、自分の病気や療養行動の必要性をうまく説明して、状況を切り抜けようとする事」

感情コントロール：「働く 2 型糖尿病患者が、病気に関する否定的な感情を長引かせないために、気持ちを切り替えることによって、安定した心理状態を保とうとする事」

医療者との関係づくり：「働く 2 型糖尿病患者が、医療者との信頼関係を構築し、主体的かつ共同的な治療関係をつくるために、自己主張、相談、治療環境の評価ができる事」

困難事への対処：「働く 2 型糖尿病患者が、社会的場面で療養行動を遂行するとき、問題や葛藤に対して目標の立て直しや対策を講じる事」

病気の再解釈：「働く 2 型糖尿病患者が、社会的場面における療養行動の体験を振り返り、病気の意味や社会的存在としての自己を捉えなおそうとする事」

Ⅲ. 研究デザイン

本研究は、『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』尺度を開発するために、尺度構成法を用いた。

予備調査では、慢性看護の質的研究者、糖尿病専門医、糖尿病看護認定看護師への自己記入式アンケート票調査を行い、表面妥当性、および内容妥当性を検討した。その後、プレテストとして働く 2 型糖尿病患者に本調査用のアンケート票に回答してもらい、回答や内容に支障がないかを確認した。

本調査では、働く 2 型糖尿病患者への自己記入式アンケート票調査を行い、尺度項目を選択し、作成した尺度の信頼性、および妥当性を検証した。

IV. 調査方法①：予備調査（表面妥当性および内容妥当性の検討）

1. 研究対象

慢性看護の質的研究者、糖尿病看護認定看護師、もしくは糖尿病看護に5年以上関わっている看護師、計13名とした。

2. 調査期間

2014年9月～10月

3. データ収集方法

対象者に調査依頼文書（添付資料1）、自己記入式アンケート票（添付資料2）、返信用封筒を郵送もしくは研究者が直接配布した。記入したアンケート票は返信用封筒を用いて返信してもらい、対象者からの返送をもって調査の同意が得られたものとした。

4. 調査内容および測定用具

働く2型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整、ならびに下位概念の定義を示し、それぞれの尺度原案が測定項目として適切であるかについて、「適切である」から「適切でない」までの4件法で回答を求めた。あわせて、尺度項目の内容や言い回し、回答の容易さについて自由記載にて意見を求めた。

5. 分析方法

得られた回答から内容妥当性指数 content validity index（以下 CVI とする）を算出し、0.8以下の項目を尺度原案から削除、ないしは修正した。また、自由記載の意見を確認し、必要に応じて尺度原案を修正した。

V. 調査方法②：プレテスト

1. 研究対象

働く2型糖尿病患者のうち、以下の適応基準を満たす人、計12名。

- ・年齢20歳以上、75歳未満の男女とする。
- ・2型糖尿病治療の目的で医療機関の外来を受診している。
- ・本研究における目的、方法に対する理解が得られる。

2. 調査期間

2014年11月

3. データ収集方法

1) 調査対象施設への依頼

対象となる調査施設の糖尿病治療の診療科長ならびに看護部長に調査実施の内諾を得た。その際、研究計画書一式を確認してもらい、調査実施方法や依頼手順等に不備や限界がないか意見を伺った。その後、調査施設の倫理委員会に諮り、研究実施の承認を得た。

2) 調査実施を告示するポスターの掲示

調査研究を実施していることを告示するために、調査対象施設の外来診察室の待合付近および病棟に、本研究の目的、対象者、調査方法、研究者の連絡先を明記したポスター（添付資料3）を掲示した。

3) 外来診療担当医への調査協力依頼文書の配布

糖尿病外来診療の担当医に研究概要と依頼事項等を記載した調査協力依頼文書（添付資料4）を配布した。

4) 対象者への調査依頼

調査項目の不備や、記入の容易さを対象者の視点で確認するため、12名の対象者にプレテストを依頼した。一調査施設において、外来診療を終えた対象者に研究者が直接声をかけ、プレテストのためのアンケート票一式を渡してよいか確認した。受け取りの了承が得られた対象者には、プレテストの目的と結果が分析に使用されないことを含めた調査依頼文書、質問内容や表現のわかりにくさ、回答のしにくさ、実施後の意見についての自由記載欄を設けた自己記入式アンケート票、筆記具、返信用封筒を手渡した。

4. 分析方法

返却されたアンケート票について、回答と自由記載欄の内容を確認した。エラー回答や未回答の項目、および自由記載欄の記述を参考に、設問文や回答欄の変更やレイアウトの調整について検討した。

VI. 調査方法③：本調査

1. 研究対象選択の基準

働く 2 型糖尿病患者のうち、以下の適応基準を満たす人、計 442 名。

- ・ 年齢 20 歳以上、75 歳未満の男女とする。
- ・ 2 型糖尿病治療の目的で医療機関の外来を受診している。
- ・ 本研究における目的、方法に対する理解が得られる。

2. 標本抽出と必要標本数

1) 標本抽出

日本糖尿病学会の糖尿病専門医研修施設リストから 2 型糖尿病患者の症例数を参考に、特定機能病院もしくは地域医療支援病院の数施設を選択し、北関東圏の計 6 施設に研究協力を依頼した。そのうち 4 施設から調査実施の了承が得られた。

本研究の抽出法は、候補施設のうち、本研究に対する協力の得られた施設のみでの標本抽出となるため、非確率便宜的抽出法である。

2) 必要標本数

本研究では、標本数を決定するにあたり検出力の設定が困難であるため、尺度開発の先行研究を参考に必要標本数を設定した。先行研究では、尺度項目数×10 名程度が望ましい症例数とされているが、本研究では下位概念ごとに主成分分析を行って尺度項目を選択するため、下位概念で最も項目数が多いもの 19 項目×10 名程度を必要標本数とした。

3. 調査期間

2014 年 12 月～2015 年 12 月

4. データ収集方法

1) 調査対象施設への依頼

対象となる調査施設の糖尿病治療の診療科長ならびに看護部長に調査実施の内諾を得た。その際、研究計画書一式を確認してもらい、調査実施方法や依頼手順等に不備や限界がないか意見を伺った。その後、調査施設の倫理委員会に諮り、研究実施の承認を得た。

2) 調査実施を告示するポスターの掲示

調査研究を実施していることを告示するために、調査対象施設の外来診察室の待合付近および病棟に、本研究の目的、対象者、調査方法、研究者の連絡先を明記したポスター（添付資料 3）を掲示した（調査施設との相談において、掲示が望ましくないと考えられた施設では掲示をしていない）。

3) 外来診療担当医への調査協力依頼文書の配布

糖尿病外来診療の担当医に研究概要と依頼事項等を記載した調査協力依頼文書（添付資料 4）を配布した。

4) 対象者への調査依頼

調査は自己記入式アンケート票を用い、郵送法とした。アンケート票は ID 番号を付記せず、無記名とした。調査研究名および研究者の連絡先を明記した封筒に、調査依頼文書（添付資料 5）、自己記入式アンケート票（添付資料 6）、返信用封筒を入れて準備した。研究者が対象者の外来診療前後に声をかけ、アンケートを依頼していることを説明し、ポスターの縮小版（添付資料 3 と同様の内容）を示しながら、対象者自身に選定基準に合致するか視認してもらった。基準に合致する場合は、アンケート票を渡してよいかを確認し、了承が得られた場合は封筒一式を手渡した。

アンケート票の回答期間は 2 週間程度とし、対象者の都合の良い時にアンケート票を記入してもらい、同封の返信用封筒を用いて返信してもらった。

5. 調査項目および測定用具

1) 働く 2 型糖尿病患者の特性

(1) 基本属性

年齢、性別、就労状況、家族構成、経済状況

(2) 糖尿病治療因子

糖尿病罹病期間、治療内容（食事療法、運動療法、薬物療法）、糖尿病合併症の有無（網膜症、腎症、神経障害、大血管障害、足壊疽）、受診中断歴、糖尿病教育経験、糖尿病の自覚症状、既往歴、身長、体重、HbA_{1c}（自己申告）

(3) 健康知覚因子

健康の優先性を把握するため、健康、収入、家庭生活など複数の選択肢を挙げ、日常生活の中で大切だと思う項目について、1 番から 3 番までの順位で回答を得た。

2) 『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』修正尺度原案

予備調査ならびにプレテストを通して修正した尺度項目を用いた（具体的な修正内容は結果を参照されたい）。回答は、「そうではない（1 点）」から「そうである（4 点）」までの 4 件法とし、得点が高いほど自己調整が行えていると解釈した。

3) 妥当性の検証に用いる尺度

(1) 対処様式測定法（改訂版）

ストレッサーに対するコーピング方法を測定する尺度で、Lazarus ら（1984）の Ways of Coping Checklist を、本明ら（1991）が和訳したもので、信頼性が高い尺度として市販されている（日本健康心理学研究所，1996）。情動中心の対処を問う項目について、逃避や自制など不適応的な帰結を導く項目があることから、妥当性を疑問視する指摘もある（佐々木ら，2002）が、広く活用されていることを重視して用いることとした。尺度は、問題中心の対処 28 項目、情動中心の対処 38 項目、その他の対処 1 項目の計 67 項目から構成されている。その他の対処は、対象者が対処様式を書き込む形式であるため、統一した得点化が困難であることから、本調査では除外し、計 66 項目で測定した。測定方法は各対処様式を「用いなかった（0 点）」から「かなり用い

た（3点）」までの4件法である。得点範囲は、問題中心の対処は0点から84点、情動中心の対処は0点から114点であり、合計得点が高いほどその対処様式をとっていると解釈した。

(2) 糖尿病問題領域質問票

糖尿病であることと、その治療に対する心理的負担の程度を測定する尺度で、Polonskyら（1995）の Problem Area in Diabetes Survey（PAID）を、石井ら（1999a；1999b）が和訳したものである。尺度の α 係数は0.93と信頼性が高く、療養行動の実行度や抑うつ状態などの心理的尺度との関連から妥当性が確認されている。尺度は、計20項目で、「私にとってそれはまったく問題ではない（1点）」から「私はそのことでたいへん悩んでいる（5点）」までの5件法で回答を求めた。得点範囲は20点から100点であり、合計得点が高いほど、心理的負担が大きいと解釈した。

6. 分析方法

1) データベースの作成

自己記入式アンケート票のデータをシートに入力し、ダブルチェックを行った。回答のない項目は欠損とした。選択肢の番号を丸で囲む回答形式で、一つの回答を求めているにも関わらず複数の回答があった場合、頻度や程度など回答の選択肢に順位があるものはより重度な回答を採用した。選択肢に順位のない質問や、順位がある場合でも論理的に相反する項目を丸で囲っているもの（「そうである」と「あまりそうではない」の両方を丸で囲っている等）は無効とした。

2) データの分析

統計学的分析は、SPSS Ver.20.0を用いた。有意水準は5%とした。

(1) 記述統計量の算出

各項目の記述統計を行い、質的データは分布と比率を、量的データは分布、平均値および標準偏差を把握した。

(2) 『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進する自己調整』尺度項目の選択

尺度項目の平均値を算出し、天井効果やフロア効果が認められる項目がないかを確認した。次に、下位尺度ごとに主成分分析を行った。主成分の負荷量を確認し、0.3 未満の項目があれば除外した。また、I-T 分析として、下位尺度の合計得点と各項目得点について Pearson の積率相関係数を算出し、0.3 未満の項目があれば除外した。除外された項目がある場合は、負荷量および相関係数が 0.3 未満の項目がなくなるまで主成分分析と I-T 分析を繰り返した。併せて、下位概念ごとに尺度項目を一つずつ除外した際の Cronbach の α 係数の推移を確認しながら尺度項目を選択した。

尺度開発、特に心理的尺度を開発する先行研究においては、尺度項目全体で探索的因子分析を行い、項目を選択しているものが多い。しかし、探索的因子分析は一つの因子に相関する項目を限定させて分類する手法であるため、本研究のように項目間の相関が十分に仮定される場合は、偽相関の影響を大きく受ける危険性がある。そこで、本研究ではまず下位尺度ごとに主成分分析を行い、下位尺度別に尺度項目の重みづけを行うこととした。

(3) 作成尺度の概念構造の確認

尺度全体で因子分析（最尤法、斜交回転）を行い、仮定した下位概念の尺度と因子構造が一致しているか、また負荷量に問題がないかを確認した。さらに、5 つの下位尺度の合計得点で主成分分析を行い、下位尺度の合計得点が尺度全体に十分に寄与しているか、また尺度全体が 1 次元であるかを確認した。

(4) 作成尺度の信頼性の検討

尺度全体および下位尺度それぞれについて Cronbach の α 係数、 θ 係数を確認した。

(5) 作成尺度の基準関連妥当性および構成概念妥当性の検討

『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進する自己調整』尺度の全体得点、および下位概念ごとの合計得点と、対処様式測定法（改訂版）の得点、糖尿病問題領域質問票（PAID）との得点について Pearson の積率相関係数を算出した。自己調整尺度の得点が高い人は、療養行動の困難さへの対処行動がとれており、対処様式測定法（改訂版）の得点が高いと考えた。よって、両者に正の相関がみられれば基準関連妥当性が確保

されたものとした。また、自己調整尺度の得点が高い人は、困難さへの適切な対処が行われるため、糖尿病や治療に対する負担感が軽減し、糖尿病問題領域質問票 (PAID) の得点が低くなっているはずである。よって、両者に負の相関がみられれば構成概念妥当性が確保されたものとした。

(6) 作成尺度と患者の特性および HbA_{1c} との関係性の検証

『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進する自己調整』尺度の全体得点、および下位概念ごとの合計得点と、患者の特性に関する項目および HbA_{1c} との関係性を確認した。対象者を群分けして自己調整尺度得点を比較する場合は、対応のない t 検定 (3 群以上の場合は一元配置分散分析) を行い、自己調整尺度得点と量的変数との関連は Pearson の積率相関係数を算出した。また、HbA_{1c} は治療内容との関連があると想定されるため、治療内容に基づいて、対象者を非薬物療法群、経口糖尿病薬群、インスリン療法群の 3 群に分類し、それぞれの群での相関係数を算出した。

VII. 倫理的配慮

本研究は、研究者が対象者の受診する医療機関において、アンケート票を直接渡す方法をとった。医療者 (研究者) からアンケート票を渡されることによる強制力をなくすため、アンケート票はその場で回収せず、後日郵送とした。調査説明文書には、本調査への協力はあくまでも対象者の自由意思によるものであり、診療等に一切の影響がないことを記載した。また、研究者の氏名、所属、電話番号、メールアドレスを記載し、本研究の実施についての質問等を受けられる体制を確保し、研究者が適宜対応することとした。アンケート票は連結不可能匿名化されているため、アンケート票の回収後はデータの削除ができないことを文章で補足した。

返信されたアンケート票は、二重の鍵付きの書庫で保管した。入力したデータはパスワードをかけた上で、USB メモリもしくは外付けのハードディスクに保存し、二重の鍵付きのデスクに保管した。分析時は、外部接続のできない動作環境の PC で作業を行い、PC 内にはデータを保管しないようにした。本研究終了後、データは速やかにシュレッダーもしくは物理的に破壊し、いずれも再読不可能な形式で破棄することとした。

本研究は、東邦大学看護学部倫理審査委員会 (承認番号 26002)、ならびに調査施設の倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。

第4章 結果

1. 尺度の精選

1. 表面妥当性ならびに内容妥当性の検討

1) 専門家の評価（予備調査）

尺度原案が、『働く2型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』の概念を測定するための項目として適切であるか、内容的に過不足はないかを検討するため、表面妥当性ならびに内容妥当性の検討を行った。

専門家による評価は、13名に依頼し、10名（回収率76.9%）から回答が得られた。有効回答率は100%であった。対象者の内訳は、慢性看護の質的研究者4名、糖尿病看護認定看護師2名、糖尿病看護に5年以上関わっている看護師4名であった。

尺度原案の各項目のCVIを算出したところ、0.8を下回った項目は2つで、「感情コントロール⑤：物事がうまくいかない時に我慢して待てる」が0.6、「感情コントロール⑩：つらいときや忙しい時に自分の気持ちを落ち着かせる」が0.7であった。

感情コントロール⑤について、自由記載で「我慢して待てる」の箇所にクエスチョンマークが付けられていたことから、待てることが感情コントロールではないという意見と解釈し、「物事がうまくいかない時でも持ちこたえる」に修正した。感情コントロール⑩については、CVIが若干低いものの特段意見がなかったため、修正せずに用いることとした。その他、自由記載で「療養行動という用語は対象者にわかりにくいのではないか。」「とりあえず、時々など程度がはっきりしない項目は回答しづらい。」「困難事への対処⑬のアバウトさはかなりまずいと思う。柔軟性とか。」「全体的に言い回しが固い。」などの意見があり、尺度項目の意味を変えない範囲で、指摘意見を参考に表現を修正した。

専門家の評価を踏まえ、修正した尺度原案は表2の通りである。

表2 専門家の評価後の修正尺度原案

項目	項目
情報コントロール ①周囲の人に病気を打ち明けられる ②自分の病気の状況を無理なく伝えられる ③健康のために付き合いの制限があることを伝えられる ④職場でも治療できるように病気を治療のことを伝える ⑤付き合いを無理なくこなすために周囲に病気を治療の状況を伝える ⑥飲食に誘われたときに食事制限が必要であることを伝えられる ⑦状況を理解してくれそうな人を選んで病気を伝える ⑧相手に話がどのように伝わるか考えてから、病気を治療のことを話す ⑨受診や入院のために仕事を休む際に、周囲が納得できるような理由づけをする ⑩つらいことや心配なことを打ち明けられる ⑪病気や症状の悪化を周囲に伝えられる	困難事への対処 ①治療として「できること - できないこと」を区別する ②自分の生活にあった治療目標を立てられる ③治療が続けられるように自分なりの方法を見出せる ④小さな目標を立てて状況を乗り切るようにしている ⑤自分ができない目標は立てない ⑥やるべきことには興味をもってとりかかる ⑦治療の変更時はあまり深く考えずにとりあえずやってみる ⑧治療のペースが崩れたときに過去の成功体験を思い出す ⑨状況に応じて無理をしすぎないようにしている ⑩時には努力している自分へのご褒美を与えている ⑪治療が難航しないように予防できるものは積極的に取り入れる ⑫成果が十分にでなくても「継続は力なり」を信じて行動する ⑬困った時はものごとを他人の目でみている ⑭困った時は問題の原因と対応策を考えるようにしている ⑮治療の継続が難しいときは周囲の力を借りる ⑯周囲からの意見を求めながら治療を続ける ⑰同じ病気の人の体験を参考にして問題を切り抜ける ⑱「これぐらいいい」という柔軟さも重視している
感情コントロール ①病気や合併症の心配事に耐えられる ②病気や合併症のことを考えると落ち込むので考えすぎない ③人から糖尿病だからと言われても気にしない ④病気に関する気分の落ち込みを仕切りなおせる ⑤物事がうまくいかない時でも持ちこたえる ⑥治療からの欲求不満をまぎらわせる ⑦自分でできていることや頑張っていることを認めている ⑧治療の努力や頑張りを他者から認めてもらえなくても気にしすぎない ⑨検査値の変動に一喜一憂しすぎない ⑩つらいときや忙しい時に自分の気持ちを落ち着かせる ⑪不満や怒りをため込まない ⑫治療のストレスを発散する方法がある ⑬治療に取り組むことで自分にとって良い結果が得られると思う ⑭イライラした気持ちが仕事の妨げにならないよう努める	病気の再解釈 ①生活の中で健康や体調を振り返る機会をつくる ②病気のプラスの面を見出すようにしている ③生活習慣を変えることの意味や価値を見出すようにしている ④病気で得た体験を同病者と共有する意義を見出せる ⑤病気になって体をいたわることの大切さがわかった ⑥病気が人とのつながりの大切さを教えてくれた ⑦病気になって一病息災の意味を認識した ⑧自分らしい生活が送れていると思う ⑨成功や失敗はすべて意味がある ⑩治療は生活の一部になっている ⑪病気になってからも仕事の経験は意味がある ⑫病状が悪くなっても社会参加することに意味がある ⑬病気で社会参加は大切にしたい ⑭病気は性格のようなものだと思っ止めている ⑮病気になってから協力してくれる人への感謝の気持ちが増した ⑯病気を持つ自分といっそう向き合えるようになった ⑰病気の体験は嫌なことばかりではないと思う ⑱糖尿病になる前より健康的な生活をしていると思う
医療者との関係づくり ①状況を理解してもらえよう医療者に治療の苦勞を伝えられる ②治療の努力や工夫について医療者に伝えられる ③治療が行き詰ったときは医療者に相談する ④治療指示が変更された時は納得できるまで説明を求める ⑤治療の選択肢を提示してもらえよう希望する ⑥治療に関する自分の希望を医療者に伝えられる ⑦治療方針に納得がいかなときは医療者と話し合える ⑧求められる治療が実践できるように医療者と相談する ⑨医療者のアドバイスに疑問を返して確認するようにしている ⑩必要とされる治療の根拠を医療者に尋ねられる ⑪病気や治療について聞きたいことを医療者に尋ねられる ⑫検査結果の解釈の仕方を医療者に尋ねられる ⑬体調や症状の変化を医療者に伝えられる ⑭次までの治療の取り組み方を医療者に伝えている ⑮病気の経過をそのつど医療者に確認する ⑯医療者からアドバイスされたことはとりあえずためす ⑰自分の近況を整理して診察時に述べられる ⑱医療者が適切な指導をしてくれるかを見定められている ⑲自分の病気体験をわかってくれそうな医療者を探すことができる	

2) 働く 2 型糖尿病患者による評価（プレテスト）

専門家に尺度項目を評価してもらった後、働く 2 型糖尿病患者に、専門家の評価後の修正尺度原案を含む本調査用のアンケート票に回答してもらい、質問内容や表現のわかりにくさ、回答のしにくさ、実施後の意見について自由記載を求めた。

2 型糖尿病患者による評価は、12 名に依頼し、6 名（回収率 50.0%）から回答が得られた。返却されたアンケート票に、エラー回答や未回答項目は見受けられなかった。自由記載では、「項目が多い」旨を記載されたものが 1 通あった。調査説明文書とアンケート票の表紙に、予測される回答時間、似た様な設問があること、自由意志による協力であることを示しているため、本調査に向けて修正の必要はないと判断した。

以上の専門家ならびに2型糖尿病患者による評価を踏まえ、表4-1の修正尺度原案80項目で本調査を行い、尺度の信頼性と妥当性を検証した。

2. 本調査の概要

対象者442名にアンケートを配布し、226通が回収された（回収率51.1%）。現在の仕事の有無について、44名が「なし」と回答していたが、季節労働である人や、依頼時から回答までに退職された人と捉え、回収されたアンケートのうち、修正尺度原案80項目すべてに回答があった221通を分析対象とした（有効回答率97.8%）

1) 対象者の基本属性

平均年齢は60.1±9.9歳で、性別は「男性」のほうが71.5%と多かった。調査時点で仕事をしている人は80.1%であり、職種で多かったのは「サービス業」16.4%、次いで「管理職」と「事務職」が13.6%であった。雇用形態は「常勤」が72.9%、夜勤がある人は14.7%であった。家族構成は「夫婦二世帯」が36.7%で、「一人暮らし」は12.7%であった。経済状況に対する認識について、「心配はない」「あまり心配はない」の合計は48.5%で、「やや心配である」「心配である」の合計とほぼ同数であった（表3）。

項目	人数 (%)	項目	人数 (%)
年齢		仕事の雇用形態 (n=177)	
30歳代	9 (4.1)	常勤 (自営含む)	129 (72.9)
40歳代	21 (9.5)	非常勤・パートタイム	35 (19.8)
50歳代	59 (26.7)	アルバイト	11 (6.2)
60歳代	93 (42.1)	その他	2 (1.1)
70歳代	38 (17.2)	一週間の就業時間 (n=171) (平均値±SD)	36.8±16.6
未回答	1 (0.4)	仕事の夜勤の有無 (n=177)	
平均年齢 (平均値±SD)	60.1±9.9	あり	26 (14.7)
性別		なし	147 (83.1)
男性	158 (71.5)	未回答	4 (2.2)
女性	63 (28.5)	家族構成	
現在の仕事の有無		夫婦二世帯	81 (36.7)
あり	177 (80.1)	本人と子の世帯	58 (26.2)
サービス業	29 (16.4)	三世帯	29 (13.1)
管理職	24 (13.6)	一人暮らし	28 (12.7)
事務職	24 (13.6)	本人と親の世帯	15 (6.8)
技術専門職	23 (13.0)	その他	5 (2.3)
製造業	18 (10.2)	未回答	5 (2.3)
建設業	17 (9.6)	一日の家事時間 (n=200) (平均値±SD)	1.5±1.8
販売業	12 (6.8)	経済状況に対する認識	
農林漁業	9 (5.1)	心配はない	45 (20.4)
輸送・機械運転	9 (5.1)	あまり心配はない	62 (28.1)
運搬・清掃	4 (2.3)	やや心配である	71 (32.1)
保安職	3 (1.7)	心配である	38 (17.2)
その他	5 (2.8)	未回答	5 (2.3)
なし	44 (19.9)		

2) 対象者の糖尿病治療因子

対象者の HbA_{1c} の平均値は、 $7.4 \pm 1.2\%$ (NGSP 値) であった (図 2)。

糖尿病歴の平均月数は、 146.3 ± 112.9 か月であり、10 年以上が 48.0% と多かった。何らかの糖尿病合併症を指摘されている人は 26.7% で、「網膜症」17.6%、「神経障害」10.0%、「腎症」9.5%、「足壊疽」0.9% であった。糖尿病の治療状況について、「食事・運動のみ」は 4.0% と少なく、「経口糖尿病薬」49.8%、「インスリンもしくはインクレチン関連薬の自己注射」14.5%、「経口薬と自己注射の併用」31.7% であった。また、18.1% の人が、何らかの理由で半年以上の受診中断を経験していた。糖尿病教育歴について、糖尿病教室や個別指導を受けた経験がある人は 73.8%、個別の栄養相談を受けたことがある人は 79.6% であった。

BMI の平均値は、 25.5 ± 4.2 で、「普通体重」48.4%、「肥満」50.7%、「低体重」0.9% であった。既往歴は「あり」が 69.2% で、「高血圧」が 48.0% と最も多く、次いで「心筋梗塞・狭心症」14.5% であった。自覚症状は「あり」が 76.0% で、「疲れやすい」が 33.0% で最も多く、次いで「尿の回数が多い」31.2%、「こむらがえり」25.3% であった (表 4)。

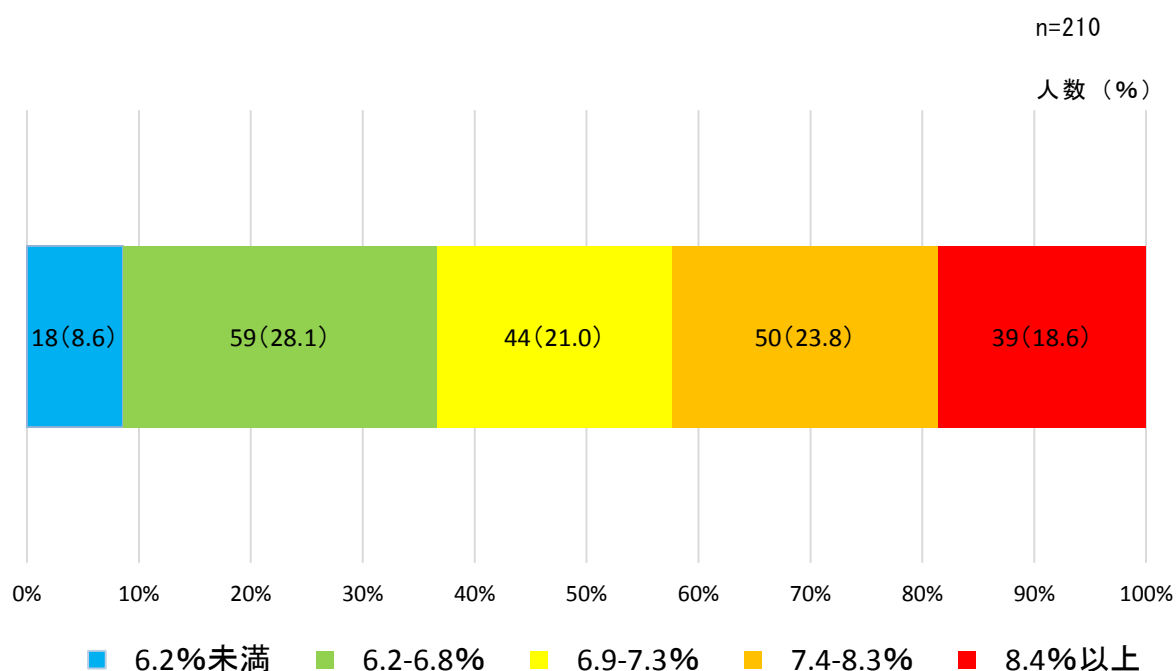


図2 対象者のHbA_{1c}(NGSP値)

表4 対象者の糖尿病治療因子

n=221

項目	人数 (%)	項目	人数 (%)
糖尿病歴*1		BMI	
1年未満	20 (9.1)	低体重 (18.5未満)	2 (0.9)
1年～5年未満	45 (20.4)	普通体重 (18.5以上25.0未満)	107 (48.4)
5年～10年未満	50 (22.6)	肥満Ⅰ度 (25.0以上30.0未満)	83 (37.6)
10年以上	106 (48.0)	肥満Ⅱ度 (30.0以上35.0未満)	26 (11.8)
未回答	2 (0.9)	高度肥満 (35.0以上)	3 (1.3)
平均値 (月)	146.3±112.9	平均値 (平均値±SD)	25.5±4.2
糖尿病合併症*2		既往歴	
あり	59 (26.7)	あり	153 (69.2)
網膜症	39 (17.6)	高血圧	106 (48.0)
神経障害	22 (10.0)	心筋梗塞・狭心症	32 (14.5)
腎症	21 (9.5)	腎臓病	21 (9.5)
足壊疽	2 (0.9)	脂質異常症	19 (8.6)
なし	162 (73.3)	がん	18 (8.1)
医療者からの食事療法の指示		痛風・高尿酸血症	11 (5.0)
あり	202 (91.4)	肝臓病	10 (4.5)
なし	19 (8.6)	うつ・精神病	7 (3.2)
医療者からの運動療法の指示		閉塞性動脈硬化性疾患	4 (1.8)
あり	164 (74.2)	肺炎	4 (1.8)
なし	57 (25.8)	脳卒中	2 (0.9)
糖尿病治療状況		なし	67 (30.3)
経口糖尿病薬	110 (49.8)	未回答	1 (0.5)
経口糖尿病薬とインスリン療法との併用	70 (31.7)	自覚症状	
インスリン療法 (インクレチン関連薬の注射を含む)	32 (14.5)	あり	168 (76.0)
食事・運動療法のみ	9 (4.0)	疲れやすい	73 (33.0)
血糖自己測定		尿の回数が多い	69 (31.2)
あり	167 (75.6)	こむらがえり	56 (25.3)
なし	51 (23.1)	手足がしびれる	39 (17.6)
未回答	3 (1.3)	眠気が強い	38 (17.2)
糖尿病教育 (教室や個別指導) を受けた経験		のどが渇きやすい	35 (15.8)
あり	163 (73.8)	水分をたくさん摂る	34 (15.4)
なし	58 (26.2)	食欲が増している	33 (14.9)
個別の栄養指導を受けた経験		集中力がない	30 (13.6)
あり	176 (79.6)	急に体重が減った	6 (2.7)
なし	45 (20.4)	なし	52 (23.5)
半年以上の受診中断経験		未回答	1 (0.5)
あり	40 (18.1)		
なし	177 (80.1)		
未回答	4 (1.8)		

*1: 医師から糖尿病と診断されてからの期間

*2: 対象者が医師から診断されたと回答した内容 (自己申告)

3) 対象者の健康知覚因子

健康知覚因子は、複数の選択肢から日常生活の中で大切に思う項目を尋ね、健康の優先性を把握した。「健康状態」を優先順位が一番に挙げた人は52%で、次いで「家庭生活」22.6%、収入10.4%であった（表5）。

項目	人数	(%)
日常生活で一番大事に思うこと		
健康状態	115	(52.0)
家庭生活	50	(22.6)
収入	23	(10.4)
仕事	20	(9.0)
趣味や余暇の過ごし方	6	(2.7)
特になし	2	(0.9)
友人や仲間との関係	0	(0.0)
住居や周囲の環境	0	(0.0)
未回答	5	(2.3)

3. 尺度項目の選択

1) 項目分析

尺度原案の平均値で最も高かった項目は、【感情コントロール】の「治療に取り組むことで自分にとって良い結果が得られると思う」 3.40 ± 0.72 で、次いで【病気の再解釈】の「療養行動は生活の一部になっている」 3.35 ± 0.67 、【医療者との関係づくり】の「医療者からアドバイスされたことはとりあえずためす」 3.31 ± 0.66 であった。一方、平均値が最も低かった項目は、【医療者との関係づくり】の「自分の病気体験をわかってくれそうな医療者を探すことができる」 2.36 ± 0.95 で、次いで【困難事への対処】の「周囲からの意見を求めながら治療を続ける」 2.44 ± 0.92 であった。標準偏差は0.66から1.16までの範囲であり、回答に偏りがある項目は見受けられなかった。

天井効果がみられた項目があったが、いずれも軽微であり、本尺度が4件法であることから削除しなかった。フロア効果がみられた項目はなかった（表6-1、表6-2）。

表6-1 尺度原案の平均値①

n=221

項目	平均値	SD
情報コントロール		
周囲の人に病気を打ち明けられる	2.89	1.05
自分の病気の状況を無理なく伝えられる	2.95	1.04
健康のためにつき合いの制限のあることを伝えられる	2.76	1.11
職場でも治療できるように病気や治療のことを伝える	2.76	1.16
つき合いを無理なくこなすために周囲に病気や治療の状況を伝える	2.83	1.06
飲食に誘われたときに食事制限が必要であることを伝えられる	2.74	1.13
状況を理解してくれそうな人を選んで病気のことを伝える	2.56	1.11
相手に話がどのように伝わるかを考えてから、病気や治療のことを話す	2.50	1.06
受診や入院のために仕事を休む際に、周囲が納得できるような理由づけをする	2.62	1.15
つらいことや心配なことを打ち明けられる	2.56	1.03
病気や症状の悪化を周囲に伝えられる	2.70	1.01
感情コントロール		
病気や合併症の心配事に耐えられる	2.86	0.95
病気や合併症のことを考えると落ち込むので考えすぎない	2.93	0.94
人から糖尿病だからと言われても気にしない	3.01	1.02
病気にする気分の落ち込みを仕切りなおせる	3.15	0.77
物事がうまくいかない時でも持ちこたえる	3.13	0.77
治療からの欲求不満をまぎらわせる	2.93	0.87
自分でできていることや頑張っていることを認めている	3.04	0.79
治療の努力や頑張りを他者から認めてもらえなくても気にしすぎない	3.23	0.78
検査値の変動に一喜一憂しすぎない	2.92	0.81
つらいときや忙しい時に自分の気持ちを落ち着かせる	3.16	0.75
不満や怒りをため込まない	3.11	0.89
治療のストレスを発散する方法がある	2.93	0.96
治療に取り組むことで自分にとって良い結果が得られると思う	3.40	0.72
イライラした気持ちが仕事の妨げにならないように努める	3.23	0.74
医療者との関係づくり		
状況を理解してもらえるように医療者に治療の苦勞を伝えられる	2.82	0.96
治療の努力や工夫について医療者に伝えられる	2.91	0.92
治療が行き詰ったときは医療者に相談する	3.08	0.93
治療指示が変更された時は納得できるまで説明を求める	2.86	0.92
治療の選択肢を提示してもらえるように希望する	3.12	0.84
治療に関する自分の希望を医療者に伝えられる	2.97	0.93
治療方針に納得がいけないときは医療者と話し合える	2.87	0.93
求められる治療が実践できるように医療者と相談する	3.02	0.87
医療者のアドバイスに疑問を返して確認するようにしている	2.71	0.92
必要とされる治療の根拠を医療者に尋ねられる	2.77	0.91
病気や治療について聞きたいことを医療者に尋ねられる	2.99	0.82
検査結果の解釈の仕方を医療者に尋ねられる	3.02	0.81
体調や症状の変化を医療者に伝えられる	3.18	0.75
次までの治療の取り組み方を医療者に伝えている	2.82	0.91
病気の経過をそのつど医療者に確認する	2.94	0.87
医療者からアドバイスされたことはとりあえずためす	3.31	0.66
自分の近況を整理して診察時に述べられる	3.09	0.82
医療者が適切な指導をしてくれるかを見定められている	2.93	0.81
自分の病気体験をわかってくれそうな医療者を探すことができる	2.36	0.95

表6-2 尺度原案の平均値②

n=221

尺度項目	平均値	SD
困難事への対処		
治療として「できること - できないこと」を区別する	2.86	0.83
自分の生活にあった治療目標が立てられる	2.73	0.88
治療が続けられるように自分なりの方法を見出せる	2.85	0.81
小さな目標を立てて状況を乗り切るようにしている	2.91	0.81
自分ができない目標は立てない	3.21	0.80
やるべきことには興味をもってとりかかる	2.99	0.85
治療の変更時はあまり深く考えずにとりあえずやってみる	3.17	0.73
治療のペースが崩れたときに過去の成功体験を思いおこす	2.82	0.88
状況に応じて無理をしすぎないようにしている	3.17	0.76
時には努力している自分へのご褒美を与えている	2.79	0.89
治療が難航しないように予防できるものは積極的に取り入れる	2.94	0.78
成果が十分にでなくても「継続は力なり」を信じて行動する	3.03	0.78
困った時はものごとを他人の目でみしてみる	2.56	0.88
困った時は問題の原因と対応策を考えるようにしている	2.83	0.80
治療の継続が難しいときは周囲の力を借りる	2.53	0.94
周囲からの意見を求めながら治療を続ける	2.44	0.92
同じ病気の人々の体験を参考にして問題を切り抜ける	2.50	0.93
「これぐらいでいい」という柔軟さも重視している	2.97	0.72
病気の再解釈		
生活の中で健康や体調を振り返る機会をつくる	2.85	0.84
病気のプラスの面を見出すようにしている	2.67	0.91
生活習慣を変えることの意味や価値を見出すようにしている	2.87	0.80
病気で得た体験を同病者と共有する意義が見出せる	2.58	0.88
病気になって体をいたわることの大切さがわかった	3.27	0.76
病気が人とのつながりの大切さを教えてくれた	2.81	0.90
病気になって一病息災の意味を認識した	3.05	0.84
自分らしい生活が送れていると思う	2.91	0.83
成功や失敗はすべて意味がある	3.15	0.74
治療は生活の一部になっている	3.35	0.67
病気になってからも仕事の経験は意味がある	3.16	0.81
病状が悪くなっても社会参加することに意味がある	2.95	0.83
病気でも社会参加は大切にしたい	3.08	0.78
病気は性格のようなものだと受け止めている	2.73	0.89
病気になってから協力してくれる人への感謝の気持ちが増した	3.19	0.81
病気を持つ自分といっそう向き合えるようになった	3.01	0.79
病気の体験は嫌なことばかりではないと思う	2.90	0.84
糖尿病になる前より健康的な生活をしていると思う	2.97	0.86

2) 主成分分析と信頼性係数の検討

(1) 情報コントロール

【情報コントロール】の尺度原案 11 項目の主成分分析を行った結果、固有値 1 以上の成分が 2 つ抽出された。第一主成分の固有値は 5.879、寄与率は 53.4%、各項目の負荷量は 0.902 から 0.402 であった（表 7）。

尺度項目	第一主成分	第二主成分
周囲の人に病気を打ち明けられる	0.784	-0.299
自分の病気の状況を無理なく伝えられる	0.826	-0.201
健康のためにつき合いに制限のあることを伝えられる	0.862	-0.020
職場でも療養行動がとれるように病気や治療のことを伝える	0.853	-0.162
つき合いを無理なくこなすために周囲に病気や治療の状況を伝える	0.902	-0.044
飲食に誘われたときに食事制限が必要であることを伝えられる	0.814	0.007
状況を理解してくれそうな人を選んで病気のことを伝える	0.402	0.772
相手に話がどのように伝わるか考えてから、病気や治療のことを話す	0.424	0.747
受診や入院のために仕事を休む際に、周囲が納得できるような理由づけをする	0.485	0.532
つらいことや心配なことを打ち明けられる	0.660	-0.204
病気や症状の悪化を周囲に伝えられる	0.790	-0.202
固有値	5.879	1.678
寄与率 (%)	53.448	15.252
累積寄与率 (%)	53.448	68.699

この中で、最も I-T 関連の係数が低い項目「状況を理解してくれそうな人を選んで病気のことを伝える」を削除した。削除により、 α 係数は 0.904 から 0.909 へ上昇した。同様の手順で、 α 係数の変動を確認しながら繰り返し主成分分析を行ったところ、 α 係数が最も高かったのは 7 項目に減らした際の 0.934 であった。4 項目まで削除しても α 係数は 0.925 と高値を維持していたが、3 項目にすると 0.913 となった（表 8）。

項目数	α 係数	寄与率	削除項目
11	0.904	53.448	
10	0.909	57.333	状況を理解してくれそうな人を選んで病気のことを伝える
9	0.918	62.316	相手に話がどのように伝わるか考えてから、病気や治療のことを話す
8	0.933	68.360	受診や入院のために仕事を休む際に、周囲が納得できるような理由づけをする
7	0.934	71.793	つらいことや心配なことを打ち明けられる
6	0.931	74.668	病気や症状の悪化を周囲に伝えられる
5	0.927	77.545	周囲の人に病気を打ち明けられる
4	0.925	81.846	自分の病気の状況を無理なく伝えられる
3	0.913	85.427	飲食に誘われたときに食事制限が必要であることを伝えられる

(2) 感情コントロール

【感情コントロール】の尺度原案 14 項目の主成分分析を行った結果、固有値 1 以上の成分が 2 つ抽出された。第一主成分の固有値は 6.990、寄与率は 49.9%、各項目の負荷量は 0.817 から 0.417 であった（表 9）。

尺度項目	第一主成分	第二主成分
病気や合併症の心配事に耐えられる	0.628	0.394
病気や合併症のことを考えると落ち込むので考えすぎない	0.417	0.638
人から糖尿病だからと言われても気にしない	0.600	0.548
病気に関する気分の落ち込みを仕切りなおせる	0.798	-0.037
物事がうまくいかない時でも持ちこたえる	0.774	-0.026
治療からの欲求不満をまぎらわせる	0.738	0.050
自分でできていることや頑張っていることを認めている	0.670	-0.230
治療の努力や頑張りを他者から認めてもらえなくても気にしすぎない	0.789	0.028
検査値の変動に一喜一憂しすぎない	0.722	-0.115
つらいときや忙しい時に自分の気持ちを落ち着かせる	0.817	-0.146
不満や怒りをため込まない	0.763	0.000
治療のストレスを発散する方法がある	0.671	-0.001
治療に取り組むことで自分にとって良い結果が得られると思う	0.665	-0.377
イライラした気持ちが仕事の妨げにならないように努める	0.739	-0.141
固有値	6.990	1.160
寄与率 (%)	49.927	8.288
累積寄与率 (%)	49.927	58.215

この中で、最も I-T 相関の係数が低い項目「病気や合併症のことを考えると落ち込むので考えすぎない」を削除した。削除により、 α 係数は 0.916 から 0.919 へ上昇した。同様の手順で、 α 係数の変動を確認しながら繰り返し主成分分析を行ったところ、13 項目、12 項目、11 項目ともに α 係数が 0.919 と最も高かった。以降は削除によって α 係数は微減するものの依然として高値を示していたが、5 項目にすると 0.894 から 0.880 と減少の幅が大きくなった（表 10）。

項目数	α 係数	寄与率	削除項目
14	0.916	49.927	
13	0.919	52.326	病気や合併症のことを考えると落ち込むので考えすぎない
12	0.919	54.125	人から糖尿病だからと言われても気にしない
11	0.919	56.096	病気や合併症の心配事に耐えられる
10	0.915	57.346	自分でできていることや頑張っていることを認めている
9	0.910	59.109	治療に取り組むことで自分にとって良い結果が得られると思う
8	0.909	61.443	治療のストレスを発散する方法がある
7	0.901	63.258	検査値の変動に一喜一憂しすぎない
6	0.894	65.675	治療からの欲求不満をまぎらわせる
5	0.880	67.976	イライラした気持ちが仕事の妨げにならないように努める

(3) 医療者との関係づくり

【医療者との関係づくり】の尺度原案 19 項目の主成分分析を行った結果、固有値 1 以上の成分が 2 つ抽出された。第一主成分の固有値は 11.340、寄与率は 59.7%、各項目の負荷量は 0.879 から 0.616 であった（表 11）。

尺度項目	第一主成分	第二主成分
状況を理解してもらえるように医療者に治療の苦勞を伝えられる	0.785	-0.346
治療の努力や工夫について医療者に伝えられる	0.825	-0.306
治療が行き詰ったときは医療者に相談する	0.799	-0.364
治療指示が変更された時は納得できるまで説明を求める	0.747	-0.241
治療の選択肢を提示してもらえるように希望する	0.623	-0.104
治療に関する自分の希望を医療者に伝えられる	0.865	-0.206
治療方針に納得がいけないときは医療者と話し合える	0.859	-0.225
求められる治療が実践できるように医療者と相談する	0.879	-0.162
医療者のアドバイスに疑問を返して確認するようにしている	0.803	0.083
必要とされる治療の根拠を医療者に尋ねられる	0.829	0.070
病気や治療について聞きたいことを医療者に尋ねられる	0.844	0.100
検査結果の解釈の仕方を医療者に尋ねられる	0.797	0.254
体調や症状の変化を医療者に伝えられる	0.745	0.170
次までの治療の取り組み方を医療者に伝えている	0.787	0.229
病気の経過をそのつど医療者に確認する	0.778	0.208
医療者からアドバイスされたことはとりあえずためす	0.625	0.312
自分の近況を整理して診察時に述べられる	0.733	0.265
医療者が適切な指導をしてくれるかを見定められている	0.659	0.446
自分の病気体験をわかってくれそうな医療者を探することができる	0.616	0.016
固有値	11.340	1.113
寄与率 (%)	59.687	5.858
累積寄与率 (%)	59.687	65.544

この中で、最も I-T 相関の係数が低い項目「医療者からアドバイスされたことはとりあえずためす」を削除した。削除しても α 係数は 0.961 と変化はなかった。同様の手順で、 α 係数の変動を確認しながら繰り返し主成分分析を行ったが、削除によって α 係数は微減するものの常に高値を示した。6 項目から 5 項目にした際に 0.946 から 0.937 と減少の幅が大きくなった（表 12）。

表12 下位尺度の α 係数と寄与率の推移：医療者との関係づくり n=221

項目数	α 係数	寄与率	削除項目
19	0.961	59.687	
18	0.961	60.954	医療者からアドバイスされたことはとりあえずためす
17	0.961	62.425	治療の選択肢を提示してもらえよう希望する
16	0.962	63.757	自分の病気体験をわかってくれそうな医療者を探すことができる
15	0.962	65.265	医療者が適切な指導をしてくれるかを見定められている
14	0.960	66.308	自分の近況を整理して診察時に述べられる
13	0.959	67.517	体調や症状の変化を医療者に伝えられる
12	0.958	68.546	病気の経過をそのつど医療者に確認する
11	0.956	69.916	次までの治療の取り組み方を医療者に伝えている
10	0.954	71.175	検査結果の解釈の仕方を医療者に尋ねられる
9	0.952	72.616	治療指示が変更された時は納得できるまで説明を求める
8	0.951	74.495	医療者のアドバイスに疑問を返して確認するようにしている
7	0.948	76.147	必要とされる治療の根拠を医療者に尋ねられる
6	0.946	78.743	病気や治療について聞きたいことを医療者に尋ねられる
5	0.937	79.895	治療に関する自分の希望を医療者に伝えられる

(4) 困難事への対処

【困難事への対処】の尺度原案 18 項目の主成分分析を行った結果、固有値 1 以上の成分が 3 つ抽出された。第一主成分の固有値は 8.482、寄与率は 47.1%、各項目の負荷量は 0.811 から 0.478 であった（表 13）。

表13 尺度原案の主成分分析④：困難事への対処 n=221

尺度項目	第一主成分	第二主成分	第三主成分
治療として「できること - できないこと」を区別する	0.706	-0.259	-0.047
自分の生活にあった治療目標が立てられる	0.800	-0.149	-0.298
治療が続けられるように自分なりの方法を見出せる	0.811	-0.234	-0.200
小さな目標を立てて状況を乗り切るようにしている	0.788	-0.196	-0.218
自分ができない目標は立てない	0.523	-0.232	0.580
やるべきことには興味をもってとりかかる	0.791	-0.132	-0.058
治療の変更時はあまり深く考えずにとりあえずやってみる	0.660	-0.308	0.138
治療のベースが崩れたときに過去の成功体験を思いおこす	0.737	0.011	-0.071
状況に応じて無理をしすぎないようにしている	0.683	-0.226	0.295
時には努力している自分へのご褒美を与えている	0.490	0.015	0.048
治療が難航しないように予防できるものは積極的に取り入れる	0.771	-0.037	-0.110
成果が十分にでなくても「継続は力なり」を信じて行動する	0.769	-0.157	-0.008
困った時はものごとを他人の目でみてる	0.690	0.212	-0.144
困った時は問題の原因と対応策を考えるようにしている	0.771	0.019	-0.024
治療の継続が難しいときは周囲の力を借りる	0.545	0.659	-0.037
周囲からの意見を求めながら治療を続ける	0.587	0.674	-0.029
同じ病気の人の体験を参考にして問題を切り抜ける	0.594	0.601	0.079
「これぐらいでいい」という柔軟さも重視している	0.478	0.188	0.595
固有値	8.482	1.757	1.028
寄与率 (%)	47.120	9.760	5.710
累積寄与率 (%)	47.120	56.879	62.590

この中で、最も I-T 相関の係数が低い項目「これぐらいでいいという柔軟さも重視している」を削除した。削除しても α 係数は 0.930 と変化はなかった。同様の手順で、 α 係数の変動を確認しながら繰り返し主成分分析を行ったところ、 α 係数が最も高かったのは 12 項目に減らした際の 0.934 であった。6 項目から 5 項目にした際に 0.913 から 0.904 と減少の幅が大きくなった（表 14）。

表14 下位尺度の α 係数と寄与率の推移：困難事への対処 n=221

項目数	α 係数	寄与率	削除項目
18	0.930	47.120	
17	0.930	48.676	「これぐらいでいい」という柔軟さも重視している
16	0.930	50.202	自分ができない目標は立てない
15	0.931	52.122	時には努力している自分へのご褒美を与えている
14	0.931	53.894	治療の継続が難しいときは周囲の力を借りる
13	0.932	55.901	周囲からの意見を求めながら治療を続ける
12	0.934	58.438	同じ病気の人々の体験を参考に問題を引き抜ける
11	0.933	60.120	困った時はものごとを他人の目でみってみる
10	0.929	61.430	治療の変更時はあまり深く考えずにとりあえずやってみる
9	0.927	63.551	状況に応じて無理をしすぎないようにしている
8	0.923	65.199	治療として「できること - できないこと」を区別する
7	0.915	66.675	困った時は問題の原因と対応策を考えるようにしている
6	0.913	69.805	治療のペースが崩れたときに過去の成功体験を思いおこす
5	0.904	72.432	成果が十分にでなくても「継続は力なり」を信じて行動する

(5) 病気の再解釈

【病気の再解釈】の尺度原案 18 項目の主成分分析を行った結果、固有値 1 以上の成分が 3 つ抽出された。第一主成分の固有値は 8.403、寄与率は 46.7%、各項目の負荷量は 0.802 から 0.590 であった（表 15）。

表15 尺度原案の主成分分析⑤：病気の再解釈

n=221

尺度項目	第一主成分	第二主成分	第三主成分
生活の中で健康や体調を振り返る機会をつくる	0.666	-0.146	-0.107
病気のプラスの面を見出すようにしている	0.690	-0.320	-0.294
生活習慣を変えることの意味や価値を見出すようにしている	0.787	-0.118	-0.040
病気で得た体験を同病者と共有する意義が見出せる	0.708	-0.194	-0.230
病気になって体をいたわることの大切さがわかった	0.635	-0.265	0.373
病気が人とのつながりの大切さを教えてくれた	0.749	-0.277	-0.101
病気になって一病息災の意味を認識した	0.682	-0.091	0.098
自分らしい生活が送れていると思う	0.716	-0.092	-0.076
成功や失敗はすべて意味がある	0.750	-0.025	0.230
治療は生活の一部になっている	0.590	-0.014	0.547
病気になってからも仕事の経験は意味がある	0.629	0.054	0.498
病状が悪くなっても社会参加することに意味がある	0.592	0.632	0.126
病気でも社会参加は大切にしたい	0.592	0.679	-0.037
病気は性格のようなものだと思っ止めている	0.649	0.264	-0.331
病気になってから協力してくれる人への感謝の気持ちが増した	0.723	-0.089	-0.018
病気を持つ自分といっそう向き合えるようになった	0.802	0.069	-0.174
病気の体験は嫌なことばかりではないと思う	0.681	0.180	-0.315
糖尿病になる前より健康的な生活をしていると思う	0.603	-0.026	0.027
固有値	8.403	1.319	1.174
寄与率 (%)	46.681	7.330	6.522
累積寄与率 (%)	46.681	54.010	60.532

この中で、最も I-T 相関の係数が低い項目「療養行動は生活の一部になっている」を削除した。削除しても α 係数は 0.930 とほぼ変化はなかった。同様の手順で、 α 係数を確認しながら繰り返し主成分分析を行ったところ、 α 係数は徐々に減少し、6 項目から 5 項目にした際に 0.883 から 0.870 と減少の幅が大きくなった (表 16)。

表16 下位尺度の α 係数と寄与率の推移：病気の再解釈

n=221

項目数	α 係数	寄与率	削除項目
18	0.931	46.681	
17	0.930	47.512	治療は生活の一部になっている
16	0.928	48.495	病状が悪くなっても社会参加することに意味がある
15	0.927	49.836	病気でも社会参加は大切にしたい
14	0.925	51.240	病気になってからも仕事の経験は意味がある
13	0.924	52.568	糖尿病になる前より健康的な生活をしていると思う
12	0.921	53.936	病気になって体をいたわることの大切さがわかった
11	0.917	55.020	病気は性格のようなものだと思っ止めている
10	0.913	56.330	生活の中で健康や体調を振り返る機会をつくる
9	0.908	57.811	病気の体験は嫌なことばかりではないと思う
8	0.902	59.604	病気になって一病息災の意味を認識した
7	0.894	61.219	成功や失敗はすべて意味がある
6	0.883	63.209	病気になってから協力してくれる人への感謝の気持ちが増した
5	0.870	66.011	自分らしい生活が送れていると思う

3) 尺度項目の決定

各下位尺度の主成分分析の結果を概観し、 α 係数が高値であること、各項目が下位概念に十分な負荷を与えていること、また、各下位尺度の項目数を同じくするように尺度項目の検討を行った。

α 係数を最重視した場合は、各下位尺度の項目数を7~10程度にすることが望ましい。しかし、臨床で活用する際は、可能な限り短時間で回答ができ、また、計算も簡便にできる必要があるため、項目数の少なさと計算のし易さを考慮して、各下位尺度を5項目、合計25項目を最終の尺度項目とした(表17)。

表17 『働く2型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』尺度 n=221

項目	負荷量	I-T相関係数
情報コントロール		
①自分の病気の状況を無理なく伝えられる	0.818	0.810
②健康のためにつき合いの制限があることを伝えられる	0.884	0.873
③職場でも治療できるように病気や治療のことを伝える	0.903	0.899
④つき合いを無理なくこなすために周囲に病気や治療の状況を伝える	0.934	0.921
⑤飲食に誘われたときに食事制限が必要であることを伝えられる	0.861	0.840
感情コントロール		
①病気に関する気分の落ち込みを仕切りなおせる	0.822	0.816
②物事がうまくいかない時でも持ちこたえる	0.831	0.819
③治療の努力や頑張りを他者から認めてもらえなくても気にしすぎない	0.822	0.812
④つらいときや忙しい時に自分の気持ちを落ち着かせる	0.866	0.849
⑤不満や怒りをため込まない	0.778	0.797
医療者との関係づくり		
①状況を理解してもらえるように医療者に治療の苦勞を伝えられる	0.899	0.900
②治療の努力や工夫について医療者に伝えられる	0.923	0.922
③治療が行き詰ったときは医療者に相談する	0.894	0.894
④治療方針に納得がいけないときは医療者と話し合える	0.860	0.863
⑤求められる治療が実践できるように医療者と相談する	0.892	0.889
困難事への対処		
①自分の生活にあった治療目標が立てられる	0.867	0.867
②治療が続けられるように自分なりの方法を見出せる	0.884	0.876
③小さな目標を立てて状況を乗り切るようにしている	0.864	0.860
④やるべきことには興味をもってとりかかる	0.826	0.812
⑤治療が難航しないように予防できるものは積極的に取り入れる	0.812	0.810
病気の再解釈		
①病気のプラスの面を見出すようにしている	0.831	0.822
②生活習慣を変えることの意味や価値を見出すようにしている	0.822	0.812
③病気で得た体験を同病者と共有する意義を見出せる	0.811	0.811
④病気が人とのつながりの大切さを教えてくれた	0.821	0.822
⑤病気を持つ自分とあっさり向き合えるようになった	0.777	0.766

*負荷量は各項目の下位概念への負荷量を示す。

*I-T相関係数は下位概念の合計得点と各項目得点とのPearsonの積率相関係数である。

4. 尺度の概要

1) 尺度得点の分布

『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』尺度の下位尺度得点の平均値は、【感情コントロール】が 15.7 ± 3.3 と最も高く、次いで【医療者との関係づくり】 14.7 ± 4.1 、【困難事への対処】 14.4 ± 3.6 、【病気の再解釈】 13.9 ± 3.5 、【情報コントロール】 13.9 ± 4.8 の順であった。尺度得点の合計は 72.6 ± 14.7 であった（表 18）。

項目	平均値±SD	最小値	最大値	得点範囲
情報コントロール	13.9±4.8	5	20	5-20
感情コントロール	15.7±3.3	5	20	5-20
医療者との関係づくり	14.7±4.1	5	20	5-20
困難事への対処	14.4±3.6	5	20	5-20
病気の再解釈	13.9±3.5	5	20	5-20
尺度得点合計	72.6±14.7	29	100	25-100

*本尺度は5つの下位概念をそれぞれ5項目で測定する合計25項目の尺度である。

*各項目の得点は1-4点(計100点)で、得点が高いほど自己調整が行えていると解釈する。

2) 下位尺度間の相関

下位尺度間はいずれも正の相関が認められた。相関が最も強かったのは【困難事への対処】と【病気の再解釈】で、 $r=0.719$ であった。下位尺度と尺度得点合計との相関係数は $r=0.689 \sim 0.830$ であった（表 19）。

項目	情報コントロール	感情コントロール	医療者との関係づくり	困難事への対処	病気の再解釈	尺度得点合計
情報コントロール	—	0.344***	0.400***	0.390***	0.329***	0.689***
感情コントロール		—	0.553***	0.559***	0.424***	0.727***
医療者との関係づくり			—	0.588***	0.572***	0.813***
困難事への対処				—	0.719***	0.830***
病気の再解釈					—	0.773***
尺度得点合計						—

Pearsonの積率相関係数, *** : $p < 0.01$

3) 確認的因子分析

『働く2型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』は、5つの下位概念で構成されると仮定して尺度を作成した。仮定した下位概念数と実際の尺度の因子数が合致するか、また、各項目が設定した下位概念と合致するかをみるために、尺度の25項目全体で確認的因子分析を行った。

その結果、仮定した概念数より一つ少ない4因子が抽出された。【困難事への対処】と【病気の再解釈】の計10項目が因子Iとして統合されていたが、因子II・III・IVは、それぞれ設定した通りに統合された（表20）。

表20 尺度の確認的因子分析結果 n=221

尺度項目	因子			
	I	II	III	IV
情報コントロール				
①自分の病気の状況を無理なく伝えられる	-0.078	0.712	0.167	0.038
②健康のために付き合いの制限があることを伝えられる	0.026	0.837	-0.027	0.000
③職場でも治療できるように病気や治療のことを伝える	-0.019	0.907	0.015	-0.060
④付き合いを無理なくこなすために周囲に病気や治療の状況を伝える	0.025	0.950	-0.081	0.029
⑤飲食に誘われたときに食事制限が必要であることを伝えられる	0.018	0.822	-0.044	0.036
感情コントロール				
①病気に関する気分の落ち込みを仕切りなおせる	-0.026	0.097	0.765	0.001
②物事がうまくいかない時でも持ちこたえる	-0.062	-0.006	0.810	0.022
③治療の努力や頑張りを他者から認めてもらえなくても気にしすぎない	0.031	0.041	0.772	-0.058
④つらいときや忙しい時に自分の気持ちを落ち着かせる	0.021	-0.105	0.799	0.096
⑤不満や怒りをため込まない	-0.048	-0.030	0.709	0.083
医療者との関係づくり				
①状況を理解してもらえようように医療者に治療の苦勞を伝えられる	-0.032	-0.018	0.046	0.912
②治療の努力や工夫について医療者に伝えられる	-0.021	-0.003	0.018	0.954
③治療が行き詰ったときは医療者に相談する	-0.037	0.020	0.022	0.860
④治療方針に納得がいかないときは医療者と話し合える	0.229	0.096	0.046	0.551
⑤求められる治療が実践できるように医療者と相談する	0.191	-0.002	0.023	0.669
困難事への対処				
①自分の生活にあった治療目標が立てられる	0.713	-0.022	0.088	0.085
②治療が続けられるように自分なりの方法を見出せる	0.788	0.006	0.199	-0.173
③小さな目標を立てて状況を乗り切るようにしている	0.831	0.077	0.075	-0.154
④やるべきことには興味をもってとりかかる	0.657	-0.030	0.203	-0.035
⑤治療が難航しないように予防できるものは積極的に取り入れる	0.689	0.032	0.041	0.062
病気の再解釈				
①病気のプラスの面を見出すようにしている	0.761	-0.120	-0.174	0.120
②生活習慣を変えることの意味や価値を見出すようにしている	0.792	-0.021	-0.001	0.058
③病気で得た体験を同病者と共有する意義を見出せる	0.725	0.053	-0.135	0.018
④病気が人とのつながりの大切さを教えてくれた	0.753	0.015	-0.203	0.067
⑤病気を持つ自分といっそう向き合えるようになった	0.653	-0.004	0.085	0.011
因子間相関				
I	—	0.417	0.611	0.621
II		—	0.380	0.405
III			—	0.589
IV				—

因子分析：最尤法，斜交回転

次に、それぞれの下位尺度が尺度全体に対して十分に寄与しているか、また、尺度の1次元性を確認するために、5つの下位尺度の合計得点で主成分分析を行った。

固有値1以上の成分はひとつで、第一主成分の固有値は2.984であった。第一主成分に対する各下位尺度の合計得点の負荷量は0.868から0.598であった（表21）。

項目	第一主成分
情報コントロール	0.598
感情コントロール	0.748
医療者との関係づくり	0.818
困難事への対処	0.863
病気の再解釈	0.808
固有値	2.984
寄与率 (%)	59.679

II. 尺度の信頼性・妥当性の検証

1. 信頼性の検証

尺度の信頼性は、 α 係数および θ 係数を算出して内的一貫性を確認した。尺度全体の α 係数は 0.945、下位尺度の α 係数は 0.937~0.870 と高かった。また、尺度全体の θ 係数は 0.948、下位尺度の θ 係数は 0.937~0.871 であった（表 22）。

項目	α 係数	θ 係数
情報コントロール	0.927	0.928
感情コントロール	0.880	0.882
医療者との関係づくり	0.937	0.937
困難事への対処	0.904	0.905
病気の再解釈	0.870	0.871
尺度全体	0.945	0.948

2. 妥当性の検証

尺度の合計得点は、対処様式測定法（改訂版）の問題中心の対処、情動中心の対処それぞれの得点と正の相関が認められ、自己調整をしている人ほど問題中心の対処ならびに情動中心の対処をとっていた。また、糖尿病問題領域質問票（PAID）得点とは負の相関が認められ、自己調整をしている人ほど糖尿病であることや治療に対する心理的負担が少ないことが示された。尺度の下位概念との相関では、相関が低い箇所もあるが、全体的に仮説どおりの相関が認められた（表 23）。

表23 尺度と対処様式測定法（改訂版）および糖尿病問題領域質問票（PAID）との関連 n=221

項目	対処様式測定法（改訂版）得点		PAID得点
	問題中心の対処	情動中心の対処	
情報コントロール	0.155*	0.103	-0.101
感情コントロール	0.174*	0.005	-0.387***
医療者との関係づくり	0.255***	0.113	-0.251***
困難事への対処	0.384***	0.207**	-0.254***
病気の再解釈	0.437***	0.305***	-0.210**
尺度得点合計	0.361***	0.191**	-0.301***

Pearsonの積率相関係数, *** : $p < 0.001$, ** : $p < 0.01$, * : $p < 0.05$

Ⅲ. 尺度得点と働く2型糖尿病患者の特性およびHbA_{1c}との関係性の検証

1. 対象者の基本属性と尺度得点との関連

性別では「男性」のほうが、【情報コントロール】が高かった (t 値=2.70, p<0.01)。仕事の雇用形態では「常勤」のほうが、【情報コントロール】 (t 値=2.16, p<0.05)、【感情コントロール】 (t 値=2.18, p<0.05) が高かった。家族構成では「二世帯・多世帯」の人は、【感情コントロール】 (F 値=4.93, p<0.01) 【困難事への対処】 (F 値=3.88, p<0.05)、尺度得点合計 (F 値=3.77, p<0.05) が高かった。経済状況に対する認識では「心配はない・あまり心配はない」と回答した人のほうが、【感情コントロール】 (t 値=3.32, p<0.01)、【医療者との関係づくり】 (t 値=3.24, p<0.01)、【困難事への対処】 (t 値=2.58, p<0.05)、【病気の再解釈】 (t 値=2.43, p<0.05)、尺度得点合計 (t 値=2.74, p<0.01) が高かった (表 24)。

また、年齢と尺度得点は弱い正の相関があった。年齢が高くなると、【感情コントロール】 (r=0.181, p<0.01)、【医療者との関係づくり】 (r=0.171, p<0.05)、【病気の再解釈】 (r=0.170, p<0.05)、尺度得点合計 (r=0.164, p<0.05) が高くなっていた (表 25)。

表24 対象者の基本属性（質的変数）と尺度得点との関連 n=221

項目	n	情報コントロール (5-25)	感情コントロール (5-25)	医療者との関係づくり (5-25)	困難事への対処 (5-25)	病気の再解釈 (5-25)	尺度得点合計 (25-100)
性別							
男性	158	14.5±4.5	16.0±3.1	14.7±4.0	14.3±3.5	13.9±3.4	73.4±13.8
女性	63	12.5±5.4 **	15.2±3.6	14.5±4.4	14.4±3.8	14.0±3.6	70.7±16.8
現在の仕事の有無							
あり	177	13.9±4.9	15.6±3.3	14.4±4.0	14.4±3.5	13.8±3.7	72.1±14.7
なし	44	14.0±4.5	16.1±3.2	15.7±4.6	14.4±4.1	14.4±3.8	74.5±14.6
仕事の雇用形態 (n=177)							
常勤（自営含む）	129	14.4±4.8	16.0±2.9	14.6±4.0	14.3±3.4	13.7±3.2	73.0±14.1
非常勤・パート・アルバイト	48	12.6±4.9 *	14.8±4.1 *	14.1±4.0	14.4±3.6	14.0±3.8	69.8±16.2
仕事の夜勤の有無 (n=173)							
あり	26	13.1±5.3	15.3±4.8	13.8±4.7	13.8±4.4	13.4±4.4	69.5±18.0
なし	147	14.0±4.9	15.6±3.0	14.5±3.9	14.5±3.3	13.9±3.2	72.5±14.3
家族構成 (n=216)							
一人暮らし	28	14.6±4.6	16.5±2.8	15.4±3.6	14.4±3.3	13.7±3.0	74.6±11.2
夫婦二世帯	81	14.1±5.0	16.3±3.4 **	15.3±4.5	15.1±3.7 *	14.4±3.6	75.2±16.1 *
二世帯・多世帯	107	13.4±4.8	15.0±3.2	14.0±3.9	13.7±3.5	13.6±3.5	69.7±14.0
経済状況に対する認識 (n=216)							
心配はない・あまり心配はない	107	13.7±4.9	16.4±2.5 **	15.6±3.7	15.0±3.2	14.4±3.3	75.1±12.5
やや心配である・心配である	109	14.0±4.8	15.0±3.8 **	13.8±4.4 **	13.7±3.9 *	13.3±3.6 *	69.7±16.2 **

平均値±SD, 対応のないt検定（家族構成は一元配置分散分析）, **: p<0.01, *: p<0.05

表25 対象者の基本属性（量的変数）と尺度得点との関連 n=221

項目	情報コントロール	感情コントロール	医療者との関係づくり	困難事への対処	病気の再解釈	尺度得点合計
年齢 (n=220)	0.057	0.181**	0.171*	0.069	0.170*	0.164*
一週間の就業時間 (n=171)	0.053	0.106	-0.016	-0.013	0.039	0.043
一日の家事時間 (n=200)	-0.021	0.011	0.119	0.074	0.043	0.057

Pearsonの積率相関係数, **: p<0.01, *: p<0.05

2. 対象者の糖尿病治療因子と尺度得点との関連

医療者からの運動療法の指示では「あり」群のほうが、【情報コントロール】が高かった (t 値=2.41, $p<0.05$)。糖尿病教育を受けた経験では「あり」群のほうが、【情報コントロール】 (t 値=2.04, $p<0.05$)、【病気の再解釈】 (t 値=2.09, $p<0.05$)、尺度得点合計 (t 値=2.19, $p<0.05$) が高かった。半年以上の治療中断経験では「なし」群のほうが、【感情コントロール】が高かった (t 値=2.28, $p<0.05$)。自覚症状では「なし」群のほうが、【医療者との関係づくり】 (t 値=3.31, $p<0.01$)、【困難事への対処】 (t 値=3.89, $p<0.001$)、【病気の再解釈】 (t 値=2.54, $p<0.05$)、尺度得点合計 (t 値=3.15, $p<0.01$) が高かった (表 26)。

また、BMI と尺度得点とは弱い負の相関があった。BMI が高いほど【情報コントロール】 ($r=-0.186$, $p<0.01$)、【困難事への対処】 ($r=-0.148$, $p<0.05$)、【病気の再解釈】 ($r=-0.135$, $p<0.05$)、尺度得点合計 ($r=-0.186$, $p<0.01$) が低くなっていた (表 27)。

項目	n	情報コントロール	感情コントロール	医療者との関係づくり	困難事への対処	病気の再解釈	尺度得点合計
		(5-25)	(5-25)	(5-25)	(5-25)	(5-25)	(25-100)
糖尿病合併症							
あり	59	13.4±4.8	15.1±2.9	14.4±4.2	13.9±3.4	13.6±3.0	70.4±13.1
なし	162	14.1±4.8	15.9±3.4	14.8±4.1	14.5±3.6	14.0±3.6	73.3±15.3
医療者からの食事療法の指示							
あり	202	14.1±4.8	15.7±3.3	14.8±4.2	14.5±3.7	14.0±3.4	73.0±14.9
なし	19	11.9±4.3	16.3±2.8	14.0±3.4	13.0±2.5	13.3±3.8	68.5±11.4
医療者からの運動療法の指示							
あり	164	14.4±4.7	15.7±3.3	14.7±4.1	14.6±3.5	14.1±3.3	73.5±14.2
なし	57	12.6±4.9 *	15.9±3.3	14.6±4.2	13.7±3.9	13.3±3.8	70.1±16.0
糖尿病治療状況							
経口糖尿病薬	110	13.6±4.9	15.7±3.1	14.5±4.1	14.3±3.6	13.6±3.4	71.7±14.1
インスリン療法	102	14.1±4.8	15.7±3.5	14.8±4.2	14.3±3.6	14.1±3.6	73.0±15.5
食事・運動のみ	9	16.0±4.6	16.9±2.2	15.7±3.0	15.9±3.3	15.9±3.4	79.9±11.1
血糖自己測定 (n=218)							
あり	167	14.0±4.7	15.7±3.3	14.9±4.1	14.3±3.5	14.1±3.4	73.0±14.1
なし	51	13.8±5.2	16.0±3.4	14.2±4.1	14.7±3.7	13.4±3.6	72.1±16.5
糖尿病教育を受けた経験							
あり	163	14.3±4.8 *	15.8±3.3	15.0±4.0	14.6±3.5	14.2±3.4	73.9±14.6 *
なし	58	12.8±4.7 *	15.6±3.2	13.8±4.3	13.7±3.6	13.1±3.6 *	69.0±14.5 *
個別の栄養指導を受けた経験							
あり	176	14.2±4.8	15.6±3.3	14.8±4.0	14.4±3.6	14.1±3.3	73.1±14.4
なし	45	12.8±4.9	16.3±3.1	14.4±4.6	14.1±3.7	13.2±4.0	70.8±16.0
半年以上の受診中断経験 (n=217)							
あり	40	14.1±4.7	14.7±3.7 *	14.3±4.3	14.3±3.8	13.8±3.4	71.2±15.7
なし	177	13.9±4.9	16.0±3.1 *	14.8±4.1	14.4±3.5	13.9±3.5	73.0±14.4
既往歴 (n=220)							
あり	153	14.0±4.7	15.6±3.4	14.7±4.1	14.2±3.7	13.8±3.6	72.3±15.1
なし	67	13.6±5.1	16.0±2.9	14.7±4.3	14.7±3.4	14.2±3.2	73.3±13.9
自覚症状 (n=220)							
あり	168	13.7±4.7	15.5±3.2	14.2±4.2	13.9±3.6	13.6±3.4	70.9±14.4
なし	52	14.5±5.1	16.3±3.4	16.3±3.6 **	16.0±3.1 ***	15.0±3.6 *	78.1±14.4 **

平均値±SD, 対応のないt検定 (糖尿病治療状況は一元配置分散分析), ***: $p<0.001$, **: $p<0.01$, *: $p<0.05$

表27 対象者の糖尿病治療因子（量的変数）と尺度得点との関連 n=221

項目	情報コントロール	感情コントロール	医療者との関係づくり	困難事への対処	病気の再解釈	尺度得点合計
糖尿病歴 (n=219)	-0.022	0.016	0.007	-0.016	-0.040	-0.015
BMI	-0.186**	-0.105	-0.121	-0.148*	-0.135*	-0.186**

Pearsonの積率相関係数, **: p<0.01, *: p<0.05

3. 対象者の健康知覚因子と尺度得点との関連

日常生活で一番大事に思うことについて、「健康状態」群と「健康状態以外」群で尺度得点の平均値を比較したところ、すべて有意差は認められなかった（表28）。

表28 対象者の健康知覚因子と尺度得点との関連 n=216

項目	n	情報コントロール (5-25)	感情コントロール (5-25)	医療者との関係づくり (5-25)	困難事への対処 (5-25)	病気の再解釈 (5-25)	尺度得点合計 (25-100)
日常生活で一番大事に思うこと							
健康状態	115	13.9±4.8	15.4±3.1	14.8±3.9	14.3±3.3	14.0±3.0	72.4±13.5
健康状態以外	101	13.8±4.9	16.0±3.6	14.5±4.4	14.4±3.9	13.8±3.9	72.4±16.0

平均値±SD, 対応のない検定

4. 対象者の尺度得点とHbA_{1c}との関連

対象者の尺度得点とHbA_{1c}には負の相関があった。【医療者との関係づくり】(r=-0.189, p<0.01)、【困難事への対処】(r=-0.176, p<0.05)、【病気の再解釈】(r=-0.216, p<0.01) 尺度得点合計 (r=-0.211, p<0.01) が高いほど、HbA_{1c}は低くなっていた。

治療状況別に対象者を群分けし、それぞれの群でHbA_{1c}と尺度得点との関連を確認したところ、インスリン療法群は特に相関が高くなり、【感情コントロール】(r=-0.227, p<0.05)、【医療者との関係づくり】(r=-0.237, p<0.05)、【困難事への対処】(r=-0.204, p<0.05)、【病気の再解釈】(r=-0.329, p<0.01) 尺度得点合計 (r=-0.259, p<0.01) が高いほど、HbA_{1c}は低くなっていた。一方、非薬物療法群ならびに経口糖尿病薬群は、HbA_{1c}と尺度得点に負の相関がみられたが、有意差は認められなかった（表29）。

表29 対象者の尺度得点とHbA_{1c}との関連 n=209

項目	非薬物療法群 (n=8)	経口糖尿病薬群 (n=103)	インスリン療法群 (n=98)	全体 (n=209)
情報コントロール	-0.273	-0.170	-0.068	-0.116
感情コントロール	-0.506	0.091	-0.227*	-0.116
医療者との関係づくり	-0.398	-0.147	-0.237*	-0.189**
困難事への対処	-0.539	-0.124	-0.204*	-0.176*
病気の再解釈	-0.534	-0.083	-0.329**	-0.216**
尺度得点合計	-0.649	-0.136	-0.259**	-0.211**

Pearsonの積率相関係数, **: p<0.01, *: p<0.05

第5章 考察

I. 尺度の信頼性の検討

『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』尺度について、尺度項目全体の α 係数は 0.945、5 つの下位概念の α 係数は 0.937~0.870 であった。

α 係数には明確な基準があるわけではなく、測定する概念や項目数にも左右されるが、尺度開発の先行研究を概観すると、一般的に 0.7 以上あれば許容でき (Polit et al., 2008)、0.8 以上であれば十分な内的整合性が保たれると評価されている。したがって、尺度の内的整合性は十分に保たれていることが確認された。

尺度の信頼性を検討する別の方法として、時間的な安定性を評価するための再テスト法があるが、本研究では採用しなかった。性格や可変性の少ない能力など、長期的な安定性が重要な概念を測定する尺度の場合は、再テスト法による安定性の評価は重要である。しかし、本尺度は、「社会生活で療養行動に取り組むための困難さ」に対して自己調整ができているかを問う尺度であり、対象が現在直面している困難さによって回答内容が大きく変わることが想定されたため、信頼性の基準として安定性を求めなかった。

以上のことから、尺度の信頼性は確保されていると考えた。

II. 尺度の妥当性の検討

1. 基準関連妥当性の検討

基準関連妥当性は、尺度得点と対処様式測定法 (改訂版) 得点との相関から、同時的妥当性を検討した。『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』は、社会生活で療養行動に取り組むための困難さに対する「対処」ともいえるため、ストレスサーに対するコーピング方法を測定する対処様式測定法 (改訂版) と類似の結果が得られると考えた。

分析の結果、尺度得点は、対処様式測定法 (改訂版) の問題中心の対処得点、情動中心の対処得点ともに正の相関が認められ、自己調整をしている人ほど問題中心の対処、ならびに情動中心の対処をとっていた。相関係数は、問題中心の対処が 0.361、情動中心の対処は 0.191 と中程度から弱い相関であったが、一定の基準関連妥当性は確保できたと考える。

情動中心の対処との相関が弱かったのは、情動中心の対処を問うための項目に、「奇跡が起こることを望む」「出来事を信じようとしない」などの問題に対する逃避的な対処や、「自分自身に言い聞かせる」などの抑制的な対処が含まれていたためと考える。本尺度の項目は、困難事から逃避するよりも、いかに向き合うか、自己を抑圧するよりも、むしろ他者に表現することを重視した項目としている。特に【情報コントロール】【感情コントロール】はほとんど相関が認められていない。下位尺度の合計得点の主成分分析の結果より、尺度の 1 次元性は確認できていることから、本尺度は従来のストレスコーピングの尺度では測定できない要素、具体的には、自分の状況を説明しながら状況を切り抜ける、気持ちを切り替えて安定した心理状態を保つという要素を測定できる尺度といえる。

2. 構成概念妥当性の検討

構成概念妥当性は、尺度得点と糖尿病問題領域質問票（PAID）得点との相関から、弁別妥当性を検討した。『社会生活を促進するための自己調整』ができていれば、糖尿病であることや治療に対する心理的負担は低いと考えた。

分析の結果、尺度得点は、糖尿病問題領域質問票（PAID）得点と負の相関が認められ、自己調整をしている人ほど糖尿病であることや治療に対する心理的負担が低いことが示された。尺度の構成概念妥当性は、一つの研究や一つのデータによって保証しきれない（堀ら、1996）ため、さらなる検証が必要ではあるが、現時点で矛盾のない結果が示されていることから、一定の構成概念妥当性は確保されたと考える。

また、確認的因子分析の結果、尺度項目はすべて設定したとおりの下位概念の因子として収束し、尺度内の因子構造の妥当性も確認された。【困難事への対処】と【病気の再解釈】の計 10 項目が同一の因子として収束しており、下位尺度間の相関も 0.719 と強いことから、数値上は同一の下位概念としての統合も可能といえる。しかし、定義において理論上のすりわけができていないこと、また、尺度を臨床で活用する際に下位尺度それぞれの使い方があることから、5つの下位概念として尺度項目を設定することとした。

Ⅲ. 尺度得点と働く 2 型糖尿病患者の特性および HbA_{1c} との関連

1. 基本属性と尺度得点との関連

基本属性では、年齢、性別、仕事の雇用形態、家族構成、経済状況に対する認識と、尺度得点との間に有意な関連が認められた。

年齢では、年齢が高いほど【感情コントロール】【医療者との関係づくり】【病気の再解釈】および尺度得点合計が高くなっていった。厚生労働省（2014）の平成 26 年患者調査の概況によると、全国の受療率は人口 10 万対で 20～39 歳が 1,006、40～59 歳が 2,120、60～79 歳が 6,869 と年齢が高くなるにつれ受療率も高くなっている。年齢が高い人は病歴も長くなり、複数の疾患を合併しやすくなることから、自ずと社会生活において自己調整を行う機会が増えるが、一方で若い人は自己調整に不慣れであることが推察される。若年者は、療養行動の実行度が低く、受診中断が多い（高橋ら，2008；Gucciardi et al.，2007；中石ら，2007；竹鼻ら，2002）と報告されているが、自己調整の観点からも、より支援が必要といえる。年齢と有意な相関が認められたのは【感情コントロール】【医療者との関係づくり】【病気の再解釈】であるため、困難事に向き合いつつも気持ち切り替える方法の相談、医療者との共同的な治療関係を作るための自己主張や相談をする機会の確保、療養行動体験の振り返りや病気の意味の捉えなおしを促進するような関わりを重視すべきと考える。

性別では、男性のほうが【情報コントロール】が高かった。今回は、仕事上の外食や付き合いの頻度を把握していないため、あくまで推測であるが、男性のほうが仕事関連での食事の機会が多いために【情報コントロール】を意図的に行い、食事療法が必要なことや制限があることを積極的に伝えている可能性がある。また、日本の夫婦の場合、女性のほうが食事の準備を担当する機会が多い。男性は食事療法に取り組む際に、家族の協力を得やすくするため、自分の病気の状況を伝える機会が多いことも推察される。

仕事の雇用形態では、常勤のほうが【情報コントロール】【感情コントロール】が高かった。尺度得点と一週間の就業時間との関連は認められなかったため、仕事に従事する時間の長さの影響は少なく、雇用形態自体が影響していると考えられる。戸ヶ里ら（2009）は、ストレス対処能力である SOC（sense of coherence）は常勤のほうが非常勤より高いことを報告しており、【情報コントロール】【感情コントロール】と SOC は同様の傾向がある。常勤と非常勤の就労状況を単純に比較することは困難であるが、

雇用形態別のストレスに着目した研究では、常勤では努力や過労、仕事の要求度への苦痛が大きく、非常勤では雇用の不安定さによる苦痛が大きいとされている (Inoue et al., 2010)。このように、努力や要求への対応が常に求められる職場環境において、療養行動がスムーズに行えるように、【情報コントロール】【感情コントロール】を活用していることが考えられる。働く 2 型糖尿病患者は、職場での立場が危うくなることや、周囲から病者扱いされることを嫌い、病気であることを周囲に隠す傾向がある (中尾ら, 2015)。仕事への責任感が強い患者は、この傾向が強くなると推察されるため、【情報コントロール】【感情コントロール】に着目し、周囲への情報開示や安定した心理状況を保っているか、また、その場しのぎの繰り返しで将来困るようなことがなさそうかを確認する姿勢での支援が必要と考える。

家族構成では、一人暮らし、ないしは夫婦二人世帯の人のほうが、【感情コントロール】【困難事への対処】そして尺度得点合計が高かった。一般的に、家族や周囲の人からのソーシャルサポートが、糖尿病患者の療養行動に良い影響を与えることは複数の研究結果で支持されている (高梨ら, 1996 : Garay-Sevilla et al., 1995) が、本研究では一人暮らしであっても自己調整がとれている結果が示された。ソーシャルサポートは患者に備わっている環境として測定されることが多いが、自己調整は支援を受けられる環境にあるかを問うのではなく、自らが療養しやすいように環境を整える能動的な要素を測定しうると考えられた。

経済状況に対する認識では、「心配ではない」「あまり心配ではない」と回答した人のほうが、【感情コントロール】【医療者との関係づくり】【困難事への対処】【病気の再解釈】そして尺度得点合計が高かった。収入の低さは、糖尿病の発症や増悪の要因になると言われているが (作田, 2015)、自己調整にも影響することが明らかとなった。糖尿病でインスリン注射と血糖自己測定を行っている患者の場合、毎月の医療費は約 1 万 1 千円であり、高血圧や脂質異常症、糖尿病合併症がある場合は、さらに高額となる (糖尿病ネットワーク, 2012)。医療費の支払いが困難なために、受診が困難となる患者や、受診期間を意図的に空ける患者も少なくない。経済的な困窮は、療養行動と社会生活との両立においても不具合が生じるリスクが示され、自己調整の支援においても把握すべき情報のひとつである。

2. 糖尿病治療因子と尺度得点との関連

糖尿病治療因子では、医療者からの運動療法の指示の有無、糖尿病教育を受けた経験の有無、半年以上の受診中断経験の有無、自覚症状の有無、BMI と、尺度得点との間に有意な関連が認められた。

医療者からの運動療法の指示の有無では、「あり」のほうが【情報コントロール】が高かった。食事療法の指示の有無でも、有意差はなかったが「あり」のほうが【情報コントロール】は高かった。また、糖尿病教育を受けた経験の有無では、「あり」のほうが【情報コントロール】【病気の再解釈】そして尺度得点合計が高かった。共通しているのは、医療者の教育的関わりを受けた経験がある患者は、【情報コントロール】が高いという点である。糖尿病は自覚症状に乏しく、自らが病気であることを自覚しにくい特徴がある。医療者から病気の特性、治療の必要性、療養行動の取り組み方などを明確に伝えられることで、患者の病気に対する理解が進み、周囲にも治療や療養行動が必要性を開示できるようになっていたことが考えられる。本尺度は患者の自己評価と、患者の生活者としての情報を医療者と共有するツールであるため、活用によって患者が主体となる患者教育が展開され、患者と医療者との双方向のやり取りが生まれることで、さらなる教育の充実が期待できる。

半年以上の受診中断経験の有無では、「あり」のほうが【感情コントロール】が低かった。当初、【医療者との関係づくり】が低いほうが、医療者との折り合いがつけにくく、受診中断につながるのではないかと考えていたが、今回は有意差がみられなかった。糖尿病患者の受診中断の要因について、先行研究では「男性」「年齢が若い」「有職者」「薬物療法を行っていない」「HbA_{1c}の高低」のほか、「自覚症状がない」「仕事が忙しい」「受診の待ち時間が長い」「自己管理の自己効力感が高い」など、患者の病態の認識や価値観、治療への負担感が報告されている（川井，2007；中石ら，2007；Masuda et al., 2006；古賀ら，2005）。【感情コントロール】は、尺度の5つの下位概念の中で最も患者の認知や価値観に近い概念であるため、この下位尺度得点のみに差が生じたのではないかと考える。【感情コントロール】は、病気に関する否定的な感情を切り替えることであるため、切り替えが困難になることで病気や療養行動に関する負担感が増大し、病気の否認や受診中断につながるリスクが想定される。医療者は【感情コントロール】の低さが受診中断のリスクである可能性を考慮する必要がある。

自覚症状の有無では、「あり」のほうが【医療者との関係づくり】【困難事への対処】【病気の再解釈】そして尺度得点合計が低く、他の2つの下位尺度得点も低い傾向にあった。自覚症状の持続は、患者に病気の重大性を認知させ、QOLの低下につながる（楠葉ら，2013；林ら，2011）が、自己調整の阻害要因でもありと考えられる。自己調整が全体的にとりづらくなっているため、支援を強化すべき対象群であるといえる。

BMIと尺度得点とは弱い負の相関があり、BMIが高いほど【情報コントロール】【困難事への対処】【病気の再解釈】そして尺度得点合計が低くなっていた。BMIが高い人は自己調整が困難になっていると考えることができるが、一方で自己調整が困難であったために療養行動がとりづらくなり、BMIが上昇したことも考えられるため、今後因果関係を慎重に検討する必要がある。

3. 健康知覚因子と尺度得点との関連

日常生活で一番大事に思うことについて、「健康状態」群と「健康状態以外」群で尺度得点の平均値を比較したところ、すべて有意差は認められなかった。これは、健康の優先性と自己調整との関連が低いこと、すなわち本尺度で測定する自己調整は、健康の優先性の高さを問うものではないことが示された。

健康の優先性が高いこと自体は悪いことではないが、本研究は患者の健康の優先性を高め、病者としての意識の向上や、療養行動に向き合ってもらうことを直接的な目的とはしていない。むしろ、働く2型糖尿病患者に対し、健康の優先性を高めることを意図した関わりは、社会生活で療養行動に取り組むための困難さを強く認知させる危険性がある。人々には、食事や仕事などの「行動として行っている生活や生活そのものの事実」と、「大切にしていること、価値観、信条、その人らしい生き方」があり、病気や治療によってこれらにずれが生じ、ずれが大きいほどつらさや違和感、苦しさを感じるとされる（下村ら，2011）。日常生活で仕事に多くの時間を割く人にとって、健康の優先性を高めるということは、このずれを大きくさせることと同義である。結果として、患者は自分が望むような健康的な生活をできないことを苦慮し、自分の仕事を責めることにつながるであろう。

4. 尺度得点と HbA_{1c} との関連

尺度得点と HbA_{1c} には負の相関があり、【医療者との関係づくり】【困難事への対処】【病気の再解釈】そして尺度得点合計が高いほど、HbA_{1c} が低くなっていた。治療状況別に対象者を群分けし、それぞれの群で相関係数を確認したところ、特にインスリン療法群では相関がより強く、【感情コントロール】とも有意な相関が認められた。

これは、本尺度が働く 2 型糖尿病患者の血糖コントロールに影響する心理社会的特性を的確に捉えていることを示している。2 型糖尿病患者の HbA_{1c} について、有意な関連が認められた心理社会的尺度は非常に少ない。まず、糖尿病問題領域質問票（田中ら，2013）や一般的自己効力感尺度とは相関がない（大野，2009）。病気の不確かさ尺度では、6 つの下位尺度のうち 3 つと関連が認められているが、総得点とは関連がない（伊藤ら，2015）。レジリエンス尺度（Murakado et al., 2013）は 27 項目のうち、1 項目のみの有意差である。糖尿病セルフケア能力測定ツール（修正版）は、調査時点での相関は認められず、3 か月後の HbA_{1c} との相関はあるが $r=-0.150$ であり、本尺度より関連が低い（清水ら，2011）。向笠ら（2010）は、ストレス耐性などに関与する個人の心理特性尺度 6 つとの関連を検証しているが、自己憐憫度のみ関連が認められている。このように、HbA_{1c} はバイオマーカーであり、内因性インスリンの分泌量やインスリン拮抗ホルモン、インスリン抵抗性などの内部環境調節機能に加え、治療状況や生活習慣、ストレスなど多様な要因の影響を受けるため、一つの心理社会的指標によって予測することは困難とされてきた。本研究の HbA_{1c} は対象者の自己申告であるため、多少の誤差やバイアスは想定されるが、尺度との一定の相関が認められたことは、本研究の理論的枠組みが妥当であること、また、尺度の活用によって働く 2 型糖尿病患者の血糖コントロールに寄与できる可能性が十分に示されたものと考えられる。

一方、非薬物療法群ならびに経口糖尿病薬群では、尺度得点と HbA_{1c} には有意な関連は認められなかった。非薬物療法群は、対象数が 8 名と少なく、相関係数は非常に高かったが有意差がなかった。対象者数の確保によって有意な関連が認められる可能性が高いため、今後対象数を確保して再度分析を行う必要がある。経口糖尿病薬群では、患者のインスリン作用の程度が多様であること、また、調査方法のバイアスが大きかったことが考えられた。インスリン療法群や、非薬物療法群のように患者のインスリン作用や治療方法がある程度一定である場合は、自己調整が行えているかが HbA_{1c} の影響要因のひとつとなり、横断調査でも関連が認められやすかったと推察される。

経口糖尿病薬は、スルホニル尿素薬やナテグリニド、グリメピリドのように膵β細胞に刺激を与えてインスリン分泌を促す薬から、α-グルコシダーゼ阻害薬のように糖の吸収を遅らせる薬など様々な種類がある。経口糖尿病薬群には、十分にインスリン作用が保たれている患者から、本来インスリン注射が必要な状態にあるような患者まで含まれていたため、本来 HbA_{1c} に一定の影響がみられるはずの自己調整が、インスリン作用の多様性や治療方法の影響によって隠れてしまったのかもしれない。今後は、前向き調査によって同一集団の自己調整と HbA_{1c} を追跡すれば、関連性の有無がより詳細に検討できると考える。

以上、本尺度は高い信頼性を有し、確認的因子分析および下位尺度得点の主成分分析の結果より、尺度の1次元性と、下位概念構造の妥当性が確認された。尺度得点は、対処様式測定法（改訂版）得点とは正の相関、糖尿病問題領域質問票得点とは負の相関が認められ、一定の基準関連妥当性と構成概念妥当性が確認された。また、尺度得点と HbA_{1c} とは $r=-0.211$ の有意な負の相関が認められ、本尺度で測定する自己調整は HbA_{1c} の改善に十分に寄与する可能性が示された。今後、さらなる妥当性の検証が必要ではあるが、本尺度は、臨床応用に十分な有益性をもつと考える。

IV. 尺度の臨床応用

1. 尺度の特性

本尺度の特性の第一は、働く 2 型糖尿病患者の社会生活で療養行動に取り組むための困難さに着目し、主たるアウトカムを社会生活の促進にしていることにある。これは、患者を生活者として捉える重要性を訴えながらも、具体的な理論的枠組みが乏しかった糖尿病看護領域において、新たな枠組みを提示しようものとする。

従来、糖尿病患者の健康や治療状況を評価するために医療者が最も活用している指標は、血糖値ならびに HbA_{1c} である。様々な大規模疫学研究 (Sone et al., 2002 ; Strarron et al., 2000 ; The Diabetes Control and Complications Trial, 1996 ; Ohkubo et al., 1995) から、血糖コントロールの悪化は、糖尿病合併症や大血管障害の発症進展要因となることが証明されている。患者は将来起こりうる合併症がどのようなものか、また、合併症が起こった場合の症状や生活の不自由さを必ずしも理解しているわけではなく、われわれ医療者が血糖コントロールや健康管理の重要性について、常に患者にメッセージを送ることは重要である。しかし、患者は良好な血糖コントロールを維持するために生活しているわけではない。患者にとって、血糖コントロールは自身の目標を達成するためのひとつの手段にすぎず、本来の目標は自律した社会生活を送ることにある。本尺度の活用で得られる主たるアウトカムを社会生活の促進とし、療養行動の促進や血糖コントロールの改善を副次的な成果とした理由はこの点にある。

第二は、尺度が行動の事実や成果ではなく、プロセスに着目していることである。今日まで、糖尿病患者を対象とした尺度は、療養行動やセルフケアの実行度を測定する尺度のほか、療養行動の負担感や自己効力感、エンパワーメントなどの心理社会的尺度が開発され、活用されてきた (Fisher et al., 2008 ; Polonsky et al., 2005 ; Anderson et al., 2000 ; Welch et al., 1997)。療養行動やセルフケアの実行度を測定する尺度は、主に患者がどのような療養行動を、どの程度とれているかを測定する。患者がこれらの尺度を使用することによって、客観的にどれだけ療養行動をとれているかを評価でき、不足点の改善につなげられることもある。しかし、行動の事実に着目すると、なぜそのような行動にいきついたのかというプロセスが捉えづらくなる。また、自信をもって療養行動に取り組めていない患者への実行度の評価は、できていないことを一方的に突き付け、疲弊感や無力感を煽ることにつながる。本尺度は、社会生活で療養行動に取り組むための困難さに対応するための個人の対処プロセスを 5 つの下位概念の視点か

ら測定するものであり、これまでの成果主義から脱却した尺度であるといえる。

一方、これまでの療養行動の負担感や自己効力感などの心理社会的尺度は、患者の心理状態や内的動機づけを捉えるためには有用であるが、主に医療者が患者をアセスメントするためのツールとして活用されている。糖尿病治療の主体は患者とされており、主体性を導くためにも、本尺度のような患者自身の活用を想定した尺度の充実が必要と考える。Bautista ら (2014) は、糖尿病患者のセルフケア尺度の心理特性や概念的基盤についてシステマティックレビューを行った結果、尺度のすべては概念的基盤が十分に明確になっておらず、具体的な活用の方法論も示すべきことを述べている。本尺度の活用方法は後述するが、今後は、活用した患者、そして支援した医療者の反応を質的記述的に明らかにすることや、支援の効率化が図れるかについて検証を行い、よりより尺度活用の方法論を追求する必要がある。

第三に、尺度項目が「○○している」「○○を伝えられる」のように能動的な工夫の表現をとっていることである。これには、働く 2 型糖尿病患者が、困難さに対処しようとする姿勢を肯定的に捉えてほしいという意図がある。糖尿病患者は、特に血糖コントロールがうまくいかない際に、本来はできていることがあるにも関わらず、自分の行動を否定的に捉える傾向がある (林ら, 2000)。過度に自分を抑圧することは、ストレス反応によるカテコラミンやコルチゾールの増加を介して血糖コントロールの悪化を招くほか、抑うつ状態にもつながる。Anderson ら (2001) は 39 の研究をメタ分析した結果、糖尿病患者のうつ病の合併率は 11.4%であったと報告しており、糖尿病患者はストレスを受けやすい環境にある。望ましい成果が得られていない状況にあっても、自分の強みと潜在的能力に着目し、能動的に困難事に向き合うことが、自己調整ならびに社会生活の促進につながるものと考えられる。1990 年代後半からは、看護界でも糖尿病患者の潜在的能力や能動性がより重視され、エンパワーメントや自己効力感などの概念が活用されるようになってきている。患者のエンパワーメントは、潜在的な力を覚醒させ、力をつけていくプロセスから派生した用語であり、物事に対する前向きな姿勢を導くものとされる (Gibson, 1991 ; 西田, 2010)。エンパワーメントは医療者が患者のウェルビーイングを成就しようとする意欲を信じ、患者への敬意と共感に基づいた患者中心の取り組みとされ、具体的には「医療者と患者が両者の専門的見解を分かち合う」「問題点と学習ニーズは患者により特定される」「医療者は患者が問題を解決することを手助けする」「目標は患者のインフォームドチョイスを可能にすること」など

が要素とされる (Anderson et al., 2005 ; 2001)。このエンパワーメントモデルは、特に看護師からの反響が大きく、わが国でもモデルを活用した実践報告が多数見受けられ、患者の肯定的変化の促進のほか、患者に関わりやすくなったと報告されている (祝ら, 2009 ; 臼井, 2005)。患者、医療者ともに行動の肯定的側面に着目することは、患者の療養行動の振り返りの促進や、変化の契機になることが期待される。

2. 尺度の汎用性

1) 尺度使用の哲学的前提

本尺度は、「患者が」回答しながら社会生活と療養行動の両立が柔軟に行えているかを振り返り、振り返った内容や今後どのように生活するとよいかを「見立て」ること、また、生活者としての患者の「見立て」を、医療者と共有するためのツールとして活用する。尺度得点によって医療者が患者の状態を評価するためのものではない。

河口ら (2011) は、慢性病患者の行動変容が円滑に進まない原因は医療者の対応にもあり、患者教育において、人 (患者) は「主体的な存在である」「一人ひとは異なっている」「自分自身で変わる存在である」という人間観のもと、患者の気づきの促進や行動の手助けをする重要性を述べている。また、Stimson (1974) は、医療者は、受け身で質問せず、指示をよく守る患者を理想的な患者とするが、患者の受け身の姿勢は、有効な治療を実施する障害となることを指摘している。医療者が血糖コントロールをはじめとする代謝機能や合併症の進行度を把握し、患者と共有することは重要であるが、これらは患者の身体特性や療養行動の「結果」の共有である。この結果に至るまでの「プロセス」は、患者の社会生活や療養行動のありようであるため、最も状況を理解しているのは患者本人である。自律した成人にとって、他者から自分の行動を指図されることは、自尊心が阻害され、拒否感や反発心が生じやすい (Knowles, 2002)。患者の主体性を導くためにも、医療者が患者を評価するのではなく、患者が自分の社会生活での様子を振り返ることをねらいとしている。

一方で、尺度への回答のみでは、患者の振り返りは促進されにくいことが推察される。そのため、患者が回答しながら考えた内容を言語的に表出してもらうこと、表出が難しい患者の場合は、医療者が表出を促すことを想定している。患者が社会生活の中で療養行動に取り組む際は、多くの困難さに直面し、向き合うことによって、さまざまな思いや感情が湧きあがる。ここで、患者自身が何を感じたのか、どのように思ったの

かをそのままにしないことが、経験を活かす貴重な学びになると考える。Mead (1973) は、反省作用 reflection について、人間は他者に発話することによって、相手に反応を引き起こすとともに自分にも語りかけていること、また、発話によって生じた相手の反応を自分の中に取り入れながら、自分のやっていることが自分でも解釈できるとしている。医療者が患者の表現の受け手となることで、患者は自分の考えや態度がどのように医療者に映るかを把握しながら自分の状況を再確認し、より状況に適した対処を導くことができると考える。また、Katon (1981) は、患者と医療者の関わりにおいて、医療者は最初に患者の説明を引き出すことが必要だと述べている。それは、医療者が最初に話したことに患者が左右されて、説明が乱される恐れがあるからである。尺度を使用する際は、まず患者からの語りを引き出すこと、話の冒頭で短時間でも患者が自由に語れる雰囲気をつくることにより尺度を使用する効果を高めると考える。

2) 尺度の具体的活用方法

最後に、現時点で想定している尺度の具体的活用方法について述べる。

本尺度は、患者の数ヵ月ごとの定期的受診での活用を考えている。社会生活の中で療養行動を行うための課題は、関わる相手や場面、求められる役割によって随時変化し、多様であることがその理由である。

(1) 尺度の導入：患者の語りを導く

導入の際は、受診の待ち時間等を利用し、患者に尺度への回答と、得点の算出を依頼する。面談時、医療者は自分の見立てを伝える前に、回答した結果を確認し、「普段の生活で治療するにあたって困ったことはありませんでしたか。」「お仕事と治療との両立はうまくいっていきそうですか。」など、社会生活で療養行動に取り組むための困難さ、ならびに自己調整の状況を尋ねる。本尺度は、患者の振り返りと、振り返りの結果を表現することを重視しているため、問いかけによって患者が話し始めるようであれば、目的の大部分は達成できている。その後、患者の「見立て」として、振り返った具体的内容や、現在考えているこれからの生活の仕方を尋ねる。医療者は、患者がひととおり話をした状況を見計らい、下位尺度の合計得点で低い箇所に関する話がなければ、その点についてさらに尋ねるようにする。得点は、患者の向き合っている困難さによって容易に変動すると考えられるため、絶対的評価は不要とする。

(2) 患者の見立てと医療者の見立てのすり合わせ

次に、医療者は、患者の「見立て」を受け止めた上で、医療者が考える今後の生活の仕方についての意見を述べる。具体的には、患者が考えているこれからの生活の仕方について、糖尿病治療の観点からも望ましいか、患者が継続できそうであるか、また、治療を重視するあまりに社会生活が阻害されないかという観点での意見である。ここで、患者と医療者との意見が相反するような場合や、一致しない場合は、なぜそのような違いが生じるのかを明確にしようと努力し、それでも折り合いがつかない場合は一時的に患者に委ねることとする（Bond, 2010）。その理由は、療養行動の取り組み方の最終決定権は患者にあり、医療者がいくら妥当な根拠を述べたところで、患者が納得しなければ行動の継続は期待できないからである。

(3) 患者に語ってもらう技法と雰囲気確保

患者に語ってもらい、振り返りを促すためには、医療者の教育的関わりの技法と態度が重要となる。医療者が心をひらき、患者に語ってもらうための技法には、挨拶や自己紹介などの「対象者へ心を開く技法」、気持ちに同意したり受け止める「寄り添い技法」、関心を持って尋ねたり、自分の思いを伝える「呼び水技法」、感情や意見を表出する機会を与える「自己表現できる機会を保障するための技法」がある（恩幣ら, 2011）。看護において、患者から話を聴くことは、アセスメントや患者を理解するための方法と捉えられることが多いが、患者教育においては、話を聴くことが看護そのものとして位置づけられている。また、患者の語りを促進する要素には、医療者の患者教育に関する専門的な知識と技術、ならびに患者への人間性の尊重の双方に裏打ちされた患者教育専門家として醸し出す雰囲気がある（長谷川ら, 2011）。医療者が、患者を尊重する姿勢を、技法を用いながら表現することによって、患者の語りが促進されるものとする。

一方、患者の問いかけへの反応が乏しい場合や、尺度への回答が得られないときは、話を無理に引き出すことは避ける。患者によっては、わざわざ医療機関に足を運び、医療者との面談の時間を確保していても、何か他に気になることがあって医療者との面談に集中できないことがある。その際は、病状の悪化や、体調不良がないことを確認した上で、医療者からの見立てを伝え、次回の面談の機会を確保する。

(4) 各下位尺度得点の解釈と支援の方向性

【情報コントロール】は、他者に対して自分の病気や療養行動の必要性を説明しながら状況を切り抜けようとするものである。得点が低い場合は、自己説明が不得手であること、自己説明が困難になる状況に置かれていること、他者への情報操作が困難であること、自己説明をしても状況が好転しないことなどが考えられる。慢性病患者は、自分が病気ではないように振る舞うことや、病気であることを隠すなどの情報操作をすることがある（村岡，2009b；Goffman，1963）。中尾ら（2015）は、有職2型糖尿病患者は糖尿病であることで仕事に負い目をもち、あたかも糖尿病がないように他者に情報操作をするが、入院やインスリン注射の導入などによって操作しきれなくなると、周囲に糖尿病であることを小出しに伝えたり、糖尿病を隠せる範囲に社会関係を狭めることを報告している。Clair（2003）らは、慢性的状況にある患者の情報の開示の有無は、置かれている環境に左右されるが、開示あるいは非開示の結果として得られた個人的あるいは対人関係の利益と不利益が、今後の開示の有無に影響を与えることを述べている。情報開示の選択は患者に委ねられるべきであるが、支援においては、社会生活の狭小化によって患者の負担感の増加がないかのアセスメントや、状況に応じた情報コントロール方法の検討、コントロールした結果の自己評価を確認することが必要と考える。また、糖尿病教育を受けた経験がある患者は、情報コントロール得点が高いことが本研究の結果から示されており、病気の特性や必要性を患者自身が説明できるような支援も効果的と考えられる。

【感情コントロール】は、病気に関する否定的な感情を長引かせないために、気持ちを切り替えて安定した心理状態を保とうとすることである。得点が低い場合は、病気や療養行動をとることの負担感が増大し、社会生活にも影響を及ぼしていることが考えられる。働く2型糖尿病患者の半数以上は精神的な負担を抱え（健康日本21推進フォーラム，2009）、特に病気の発症時や、インスリン自己注射の導入などの治療法の変更時は新たな状況に対応する必要性から負担感が増大しやすい。治療法の変更時は、意識的に【感情コントロール】をアセスメントすべきである。また、受診中断経験がある患者は【感情コントロール】得点が低く、効果的なコントロールが図れなければ受診中断につながるリスクとなり得る。否定的な感情を起こさせる原因を回避できる可能性を探ること、患者がコントロールしようとする姿勢を肯定すること、中長期的な視野で物事に取り組めるような支援が必要と考える。

【医療者との関係づくり】は、医療者との信頼関係を構築し、主体的かつ共同的な治療関係を作るために、自己主張、相談、治療環境の評価ができることである。得点が低い場合は、医療者に社会生活や治療に関する努力や苦勞を伝えにくいこと、医療者の指示を待つ姿勢になっていること、医療者の対応に不満を感じていることなどが考えられる。堤ら（2012）は、28名の働く男性2型糖尿病患者の生活認知についてアンケート調査を行い、半数弱の患者がもっと医療者に関わってほしいと回答していることを報告している。また、受診中断に限定した結果であるが、受診中断につながる患者－医療者関係には、治療目標の共有不足、困難事が表出されない会話、価値観の衝突の放置がある（長谷川，2014）。患者の対応に課題があるとしても、まずは医療者から歩み寄る姿勢を示し、患者が自分の治療観や生活観、医療ニーズを表出できる機会を確保することが重要と考える。また、自覚症状がある患者は【医療者との関係づくり】のほか、【困難事への対処】【病気の再解釈】そして尺度合計得点が低く、特に自己調整がとりづらい状況にある。神経障害や網膜症由来の症状は不可逆的であるが、少しでも緩和できる可能性を模索することや、症状によるつらさの体験を共有しようとしながら、社会生活の質を高める方法を協議する必要がある。

【困難事への対処】は、社会的場面で療養行動を遂行するときの問題や葛藤に対して目標の立て直しや対策を講じることである。得点が低い場合は、患者の目標設定のレベルや目標自体が患者の社会生活に合っていないこと、できそうなことがあるにも関わらず先延ばしにしていることなどが考えられる。人は、適度な負荷がかかることで適切な対処行動が導かれるとされる（Lazarus, 2004）。患者の高すぎる目標や、継続が困難な状況を察知した際は、スモールステップ法（Bandura, 1977）を活用し、焦らず段階的に目標を達成できるよう支援することが重要である。医療者にとってはたやすいと考えられる療養行動でも、仕事の負荷が大きい時期や、日常生活が不安定である際は、患者は療養行動に目を向けにくくなる。得点が低い状況が続く際は、改善を求めると、より困難さが強くなるため、現状維持に留めることや、場合によっては多少の悪化を許容することが、一生涯治療に取り組む患者の救いになると考える。また、失敗体験を積み重ねている患者や、自己を否定的に捉える傾向にある患者は、新たに療養行動を始めるのを躊躇することが多いが、実際に一度行動してみると継続できる場合がある。患者が途中であきらめ、継続できなかつたとしても、医療者は新たなことに取り組もうとした事実を称賛し、代わりとなる方法を患者とともに考えることが必要である。

【病気の再解釈】は、社会的場面における療養行動の体験を振り返り、病気の意味や社会的存在としての自己を捉えなおそうとすることである。得点が低い場合は、糖尿病であることへの負担感の存在や、病気である自分と向き合い切れていないこと、療養行動をとる意味を見いだせていないことなどが考えられる。患者の自分自身に対する評価や、糖尿病や療養行動に対して抱く印象は、今までの日々の経験によって積み上げられたものであるため、短期で変わることは期待しにくい。Schön (2003) は、専門家を反省的実践家として捉え、リフレクションには「状況との対話」と「自己との対話」があるとしている。「状況との対話」は、行動について意図的な選択と判断をするために経験を熟考することで、「自己との対話」は、自分自身や自分自身の行為を意味づけるプロセスであるとされる。これらの成果として、学習ニーズの明確化や人としての成長、慣習的な行為からの脱却、自分自身の行動の結果への気づき、不確実性が多い場面での解決力や決定力の向上、エンパワーメントの促進などが挙げられている。患者を患者自身の専門家、糖尿病治療に取り組む専門家として位置づけると、病気の再解釈はリフレクションとほぼ同義であり、患者が社会生活で療養行動に取り組んでいる状況や、そのときの自分自身の感情や行動の結果を意図的に振り返ることで、肯定的な反応が得られるものとする。今回、【病気の再解釈】と【困難事への対処】は非常に強い相関が認められており、リフレクションが不確実性の多い場面での解決力や決定力の向上を導くとする理論と合致する結果が得られている。リフレクションの概念は、看護学では看護師の実践を促進する概念として活用されてきた(東, 2009)が、糖尿病患者への応用を検討することで、新たな支援の在り方を検討できると考える。

(5) 尺度の継続活用

尺度によって自己調整が数値化されることで、継続的に活用する際に過去との比較が容易となる。自己調整が円滑に進むようになったのか、患者自身ではあまり意識していなかった新たな課題が生じていないかを、患者、医療者ともに把握することができる。実際の活用時は、得点をレーダーチャートで表示することによって、短時間で視覚的にも判断しやすくなると考える。前回、得点が低かった自己調整について、点数が上昇していれば、患者は困難さに対して適当な自己調整ができるようになったと解釈することができる。医療者は、自己調整によって社会生活が促進されているか、療養行動の活性化につながっていきそうかを患者に問いかけ、心理社会的にも、身体的に望ましい経過

をたどっているかを患者と確認する。点数が低いままの場合や、社会生活が阻害されている状況にある際は、自己調整の具体的方法が見出しにくい、行っている自己調整が状況に合致していないかのいずれかが考えられるため、上述の支援の方向性に沿って、再検討を行う。一方、今まで維持されていた点数が、急に減少したときや、尺度全体の合計得点に変わりはないけれども、下位尺度得点の構成が大きく変動したときは、社会生活で療養行動をとるための困難さが新たに生じていると考えられる。その際、医療者は意図的に患者の変化を把握するよう努めることが重要である。

(6) 重要他者の振り返りへの参与

近年、糖尿病患者への療養支援について、家族などの重要他者を含めて支援する重要性が提言されている (Pereira, 2014)。重要他者は、普段の会話や患者が発する雰囲気、また、療養行動の変化から、患者自身では気づきえない心理社会的な困難さの存在を感じ取っていることがある。大学生を対象とした研究ではあるが、内藤 (2013) は、学生自身が評価した社会的スキルと、同じ科目を履修する学生から見た社会的スキルを尺度得点で比較し、必ずしも自己評価と他者評価は一致しないことを報告している。

家族などの重要他者は、患者の社会生活を細かに把握しているわけではないが、さまざまな対策を講じても自己調整のとりづらさが続く時期や、自己調整がとれているにも関わらず十分な成果が挙がりにくいときは、患者が重要他者からも意見を求め、さらなる振り返りにつながるよう支援することも必要と考える。一方、意見を求める際、日常生活での患者と重要他者との関係性が大きく影響すると推察されるため、今後十分に検討を重ねる必要がある。

近年、人口の高齢化や糖尿病患者数の増加もあり、臨床現場では患者教育に十分な時間がかけにくい現状にある。特に外来では多くの患者が受診するため、ひとりひとりと向き合う時間は非常に限られている。しかし、患者の抱える困難さに医療者が目を向けようとしなければ、患者は医療者を単なる評価者として捉え、医療を受ける意味も見出しにくくなるであろう。本尺度の活用によって、患者にとっては社会的存在としての自己を捉えなおし、社会生活の促進を介して、さらなる積極的な血糖コントロールへとつながる療養行動の振り返りとなること、一方、医療者にとっては短時間で患者との共通理解が促進し、支援すべき内容が絞りやすくなることを期待している。

V. 今後の課題

本研究で作成した『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』尺度は、信頼性が高く、一定の妥当性が確認された。また、尺度得点は HbA_{1c} と有意な相関を示し、尺度の活用によって患者の社会生活の促進を介して、血糖コントロールの改善に寄与できる可能性が十分に示された。今後は、尺度のさらなる妥当性の追求と、理論的枠組みの検証を行う。本研究では、自己調整をプロセスとして捉えているため、縦断調査も行いながら、変化の過程や因果関係について明らかにする必要がある。

また、本尺度は臨床実践への応用を目的として開発したため、尺度を活用したことによる患者および医療者の反応や、どのような変化が導かれたのかを明らかにしつつ具体的活用方法を洗練させることが課題である。

第 6 章 結論

本研究では、働く 2 型糖尿病患者が、社会生活において療養行動に取り組むことへの困難さによく対処できているかを自己評価する指標として、『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』尺度を開発し、信頼性と妥当性を検討した。

1. 働く 2 型糖尿病患者の自己調整について、社会的側面を重視して概念分析を行った結果から『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』の概念を抽出し、これには【情報コントロール】【感情コントロール】【医療者との関係づくり】【困難事への対処】【病気の再解釈】の 5 つの下位概念があることを見出した。
2. 専門家 10 名と患者 6 名から尺度原案 80 項目の回答と評価を得て、表面妥当性と内容妥当性を確認した。
3. 患者 221 名のアンケート票の回答結果に基づいて尺度項目を精選し、各下位概念につき 5 項目、計 25 項目を尺度項目として選択した。
4. 尺度全体の α 係数は 9.45、下位尺度の α 係数は 0.937~0.870 と、信頼性が高い尺度であることが確認された。
5. 尺度得点は、対処様式測定法（改訂版）得点とは正の相関が、糖尿病問題領域質問票得点とは負の相関が認められ、一定の基準関連妥当性、構成概念妥当性が確保されていた。
6. 尺度得点と HbA_{1c} には $r=-0.211$ の負の相関が認められ、尺度の活用によって血糖コントロールの改善に寄与できる可能性が十分に示された。

以上、尺度の信頼性と妥当性は確保され、本尺度が『働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整』を測定しうることを確認された。

本尺度は、患者が社会生活で療養行動に取り組むプロセスに着目し、社会生活の促進を主たるアウトカムとしている。患者自らが尺度の評価者となって、社会生活と療養行動の両立が柔軟に行えているかを振り返り、生活者としての患者の「見立て」を医療者と共有するためのツールとして活用する。尺度の活用によって、患者の社会生活の促進を介して、血糖コントロールの改善につながることで、一方、医療者にとっては短時間で患者との共通理解が促進し、支援すべき内容が定めやすくなることが期待される。

謝 辞

本研究を遂行するにあたり、多くのみなさまのご協力、ご支援を賜りましたことを深く御礼申し上げます。

研究対象者のみなさまにおかれましては、ご自身の体調が気がかりであろう外来受診の際に、調査説明の時間をいただくことを快く了承くださり、また、お仕事や治療等でお忙しい中、多数の項目があるアンケートにご協力いただき、誠にありがとうございました。また、調査研究実施のご了承、調査方法についてのご意見とご検討をいただきました、調査対象施設の病院長をはじめ、診療科の先生方、看護部のみなさま、外来スタッフのみなさまに御礼申し上げます。

研究を進める過程においては、多くの先生方にご指導をいただきました。副査をご担当いただいた高木廣文教授には、質的・量的研究の方法論の基礎、従来の尺度構成法の矛盾と新たな具体的方法論、結果の解釈の妥当性などについてご指導いただきました。同じく、副査の荒井一步教授には、医学的観点から本尺度の活用可能性や、論文における要点を強調する重要性などについてご指導いただきました。同じく、副査の出野慶子教授には、用語の用い方の妥当性、看護学の観点からの結果の解釈、尺度の具体的活用方法などについてご指導いただきました。そして、指導教授であり、主査をご担当いただいた村岡宏子教授には、研究構想の段階から論文完成に至るまで、私の主張や考えを十分汲み取っていただき、斬新かつ具体的なお提案を頂戴しつつ、熱心に、終始あたたかくご指導いただきました。ご指導をいただきました先生方に、改めまして、深く感謝申し上げます。誠にありがとうございました。

看護学、糖尿病看護学、患者教育のさらなる発展に寄与すべく、患者のみなさま、医療者のみなさまに必要とされる研究を進めて参ります。

今後とも、よろしくご指導、ご鞭撻のほど、お願い申し上げます。

文 献

- 阿部純子, 秋山真澄, 明智世莉奈, 他 (2008) : 糖尿病看護に対する看護師の認識調査.
十全総合病院雑誌, 14 (1), 23-25.
- Alberti G (2002) : The DAWN (diabetes attitudes, wishes and needs) study. *Practical Diabetes International*, 19, 22-24.
- Anderson B, Funnell M (2005) : *The Art of Empowerment : Stories and Strategies for Diabetes Educators*. American Diabetes Association, Virginia.
- Anderson B, Funnell M / 石井均監訳 (2001) : 糖尿病エンパワーメント. 医歯薬出版株式会社, 東京.
- Anderson ES, Winett RA, Wojcik JR (2011) : Social cognitive determinants of nutrition and physical activity among web-health users enrolling in an online intervention: The influence of social support, self-efficacy, outcome expectations, and self-regulation. *Journal of Medical Internet Research*, 13 (1) , e28.
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, et al. (2001) : The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24, 1069-1078.
- Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT et al. (2000) : The Diabetes Empowerment Scale : a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*, 23, 739-743.
- Baer DM (1990) : Why choose self-regulation as the focal analysis of retardation? *American Journal on Mental Retardation*, 94, 363-364.
- Bandura A (1977) : Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2) , 191-215.
- Bautista JC, Santos FM, Asencio JM (2014) : Systematic review of the psychometric properties and theoretical grounding of instruments evaluating self-care in people with type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of advanced nursing*, 70 (6) , 1209-1227.
- Bazzazian S, Besharat MA (2012) : An explanatory model of adjustment to type 1 diabetes based on attachment, coping, and self-regulation. *Psychology Health & Medicine*, 17 (1) , 47-58.
- Betschart J (1991) : *Self care : Strategies for adherence*. Diabetes, Elsevier science publishers .

- Bjorg O, Bjorg K, Edvin B (2010) : Life values and self-regulation behaviors among adults with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2548-2556.
- Bond C／岩堀禎廣, 他訳 (2010) : なぜ、患者は薬を飲まないのか?—「コンプライアンス」から「コンコーダンス」へ—。薬事日報社, 東京。
- Boris K, Daniel C, Linda GF, et al. (1998) : Stochastic model of self-regulation decision making exemplified by decisions concerning hypoglycemia. *Health Psychology*, 17 (3) , 277-284.
- Braddock CL, Edwards KA, Hasenberg NM, et al. (1999) : Informed decision making in outpatients practice – Time to get back to basics. *JAMA*, 282, 2313-2321.
- Caroline S, Arie N (2000) : Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: Are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health Psychology*, 19 (5) , 452-457.
- Carlos JG, Ana CF, Ana LS, et al. (2012) : Psychological adjustment to diabetes mellitus: highlighting self-integration and self-regulation. *Acta Diabetol*, 49 (suppl 1) , S33-S40.
- Clair JA, Betty JE, Maclean T (2003) : Out of sight but not out of mind : Managing invisible social identities in the workplace. *The Academy of Management Review*, July, 78-95.
- Fisher L, Glasgow RE, Mullan JT, et al. (2008) : Development of brief diabetes distress screening instrument. *The Annals of Family Medicine*, 6 (3) , 246-252.
- Fleury J (1996) : Wellness motivation theory: an exploration of theoretical relevance. *Nursing Research*, 45 (5) , 277-283.
- Fujishima M, Kiyohara Y, Kato I, et al. (1996) : Diabetes and cardiovascular disease in a prospective population survey in Japan: The Hisayama Study. *Diabetes*, 45 (suppl 3) , S14-S16.
- 藤田君支, 松岡緑, 西田真寿美 (2000) : 成人糖尿病患者の食事管理に影響する要因と自己効力感. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 4 (1) , 14-22.
- 藤田結香里, 稲垣美智子, 多崎恵子 (2013) : 通院中断した 2 型糖尿病患者の通院再開に至るまでの体験. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 17 (1) , 13-20.
- Garay-Sevilla ME, Nava LE, Malacara JM, et al. (1995) : Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 9 (2) , 81-86.

- Gibson CH (1991) : A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 355-361.
- Goffman E (1963) : *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster.
- Gucciardi E, Demelo M, Offenheim A, et al. (2007) : Patient factors associated with attrition from a self-management education program. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 913-919.
- 原田知佳, 吉沢寛之, 吉田俊和 (2008) : 社会的自己制御 (Social Self-Regulation) 尺度の作成 妥当性の検討および行動抑制/行動接近システム・実行注意制御との関連. *パーソナリティ研究*, 17 (1), 82-94.
- 長谷川直人 (2014) : 患者－医療者関係に着目した 2 型糖尿病患者の受診中断経験の要因分析. 第 19 回日本糖尿病教育・看護学会抄録集, 175.
- 長谷川直人 (2013) : コンコーダンスに基づく受診中断経験の分析. 平成 23～24 年度科学研究費補助金 (若手研究 B) 研究成果報告書, 課題番号 23792621.
- 長谷川直人, 安酸史子, 太田美帆, 他 (2011) : 行動変容のプロモーター－患者教育専門家として醸し出す雰囲気 (PLC : Professional Learning Climate) 一. *Nursing Today*, 26 (6), 39-43.
- 長谷川直人 (2008) : 2 型糖尿病患者の治療に対する意思決定を尊重した初期教育プログラムの検討. 平成 19～21 年度科学研究費補助金 (若手研究 B) 研究成果報告書, 課題番号 19791680.
- 林啓子, 菅原薫, 川井紘一 (2000) : HbA_{1c} 値が 2 型糖尿病患者の心理および行動に与える影響. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 4 (2), 94-100.
- 林陽子, 森本美智子, 神原千比呂, 他 (2011) : 入院患者における自覚症状ならびにストレス認知と心理的状态の関係. *日本看護研究学会雑誌*, 34 (2), 49-56.
- 東ますみ (2012) : 2 型糖尿病患者に対する遠隔看護介入の自己管理行動への影響. *日本遠隔医療学会雑誌*, 8 (2), 158-161.
- 東ますみ (2011) : セルフレギュレーションモデルを基盤とした糖尿病自己管理支援システムの開発と評価. *日本遠隔医療学会雑誌*, 7 (2), 203-206.
- 東めぐみ (2009) : *看護リフレクション入門*. ライフサポート社, 横浜.
- 堀洋道, 山本真理子, 松井豊, 他編 (1996) : *心理尺度ファイル*. 垣内出版, 東京.

- 堀口智美, 稲垣美智子, 多崎恵子 (2010) : 重度の合併症がない2型糖尿病患者が家族に思いを抱くという体験. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 14 (2), 130-137.
- Huisman SD, Guckt VD, Maes S, et al. (2009a) : Self-regulation and weight reduction in patients with type 2 diabetes: a pilot intervention study. Patient Education and Counseling, 75 (1) , 84-90.
- Huisman SD, Guckt VD, Dusseldorp E, et al. (2009b) : The effect of weight reduction intervention for persons with Type 2 diabetes: a meta analysis from a self-regulation perspective. The Diabetes Educator, 35 (5) , 818-835.
- Inoue M, Tsurugano S, Nishikitani M, et al. (2010) : Effort-reward imbalance and its association with health among permanent and fixed-term workers. Biopsychosocial Medicine, 2010 (Nov) , 1-7.
- International Diabetes Federation (2015) : Appendices and references. IDF DIABETES ATLAS (7th edition) , IDF, Belgium.
- Ishii H, Welch GW, Jacobson A, et al. (1999a) : The Japanese version of the Problem Area in Diabetes Scale : a clinical and research tool for the assessment of emotional functioning among diabetic patients. Diabetes, 48 (suppl) , 1397.
- 石井均 (1999b) : PAID (糖尿病問題領域質問票) を用いた糖尿病患者の感情負担度の測定. 糖尿病, 42 (suppl 1), S262.
- 伊藤千春, 野川道子 (2015) : 2型糖尿病患者の病気の不確かさと関連要因. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 11 (1), 27-35.
- 祝富紀, 吉崎和子 (2009) : 糖尿病エンパワーメントの概念を取り入れた記録用紙を活用した療養指導. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 13 (1), 16-26.
- Jacobs M, Sherry PS, Taylor LM, et al. (2012) : Pharmacist assisted medication program enhancing the regulation of diabetes (PAMPERED) study. Journal of American Pharmacists Association, 52 (5) , 613-621.
- Jessica GL, Amy AG, Rena RW (2009) : Behavioral self-regulation for weight loss in young adults: a randomized controlled trial. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 6 (10) , 1-9.
- Johnson E (1999) : Self-regulation theory and coping with physical illness. Research in Nursing & Health, 22 (6) , 435-448.

- 釜谷友紀, 稲垣美智子, 多崎恵子, 他 (2012) 2 型糖尿病患者の糖尿病イメージ 第 1 報. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 16 (2), 155-162.
- Karoly P (1993) : Mechanism of self-regulation: a systems view. *Annual Reviews Psychology*, 44, 23-52.
- Katon W, Kleinman A (1981) : Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care. *The Relevance of Social Science for Medicine*, Springer, Netherlands, 253-279.
- 河口てる子, 患者教育研究会 (2011) : 患者教育の新しい風 看護の教育的関わりモデル Ver.6.4 とは. *Nursing Today*, 26 (6) , 12-18.
- 河口てる子 (1996) : 糖尿病患者における食事療法実行度の推移パターンとその心理的相違. *日本赤十字看護大学紀要*, 10, 31-41.
- 川井紘一 (2007) : 糖尿病治療を中断させない方法①. *プラクティス*, 24 (2), 185-189.
- 加澤佳奈, 森山美知子 (2011) : 行動変容が困難な糖尿病腎症患者へのセルフマネジメント支援. *日本慢性看護学会誌*, 5 (2) , 48-52.
- 小島道生 (2001) : 成人期発達障害者の自己調整機能 (Self-regulation) に関する予備的研究 精神遅滞者・ダウン症者・自閉症者の比較. *発達障害支援システム学研究*, 1 (1), 1-8.
- Ken WW, Laura K, Cathleen MC, et al. (2000) : Effect of adult's self-regulation of diabetes on quality-of-life outcomes. *Diabetes Care*, 23 (10) , 1511-1515.
- Kendall PC (1990) : Challenges for cognitive strategy training: The case of mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 365-367.
- 健康日本 21 推進フォーラム (2011) : 健診後の受診率・受療率調査 糖尿病の合併症対策のために. <http://www.kenko-nippon21forum.gr.jp/free/prerelease/contents033.pdf>
(アクセス日:平成 25 年 5 月 15 日)
- 健康日本 21 推進フォーラム (2009) : ビジネスマン糖尿病実態調査. <http://www.kenko-nippon21forum.gr.jp/free/prerelease/contents030.pdf>(アクセス日:平成 25 年 5 月 15 日)
- 木下幸代 (1996) : 糖尿病を持つ壮年期の人々の自己管理行動を促進するための教育的アプローチに関する研究. 聖路加看護大学大学院看護学研究科博士論文
- Klein HA, Jackson SM, Street K, et al. (2013) : Diabetes self-management education: miles to go. *Nursing Research and Practice*, 2013, ID 581012.

- Knowles M／堀薫夫，三輪健二訳（1975／2002）：成人教育の現代的実践—ベダゴジーからアンドラゴジーへ—。鳳書房，東京。
- 古賀明美，松岡緑，藤田君支，他（2005）：糖尿病患者の受診中断に関連した療養生活体験の分析。日本糖尿病教育・看護学会誌，9（2），114-123.
- 古賀明美，松岡緑，山地洋子（2003）：受診中断中にある糖尿病患者の療養生活および治療の認識。日本糖尿病教育・看護学会誌，7（1），15-23.
- Kopp CB（1982）：Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology*, 18, 199-214.
- Kopp CB（1989）：Regulation of distress and negative emotion: A developmental view. *Developmental Psychology*, 25, 343-354.
- 厚生労働省（2014）：平成26年患者調査の概況。 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/index.html>（アクセス日：平成27年1月3日）
- 厚生労働省（2012）：平成24年「国民健康・栄養調査」の結果。 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000032074.html>（アクセス日：平成27年1月17日）
- 厚生労働省（2011）：平成23年国民健康・栄養調査報告。 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/h23-houkoku.html>（アクセス日：平成25年5月15日）
- 黒江ゆり子，普照早苗（2004）：病いの慢性性（chronicity）におけるアドヒアランス。 *Nursing Today*, 19（11），20-24.
- 黒江ゆり子（1997）：慢性疾患の「病みの軌跡」に関する一考察—糖尿病患者の4事例に軌跡モデルを用いて—。日本看護科学会誌，17（3），420-421.
- 楠葉洋子，橋爪可織，黒田裕美，他（2013）：A study on the quality of life of patients on hemodialysis in Japan. *医学と生物学*, 157（2），213-221.
- Lazarus RS／本明寛監訳（1999／2004）：ストレスと情動の心理学。実務教育出版，東京。
- Lazarus RS, Folkman S／本明寛監訳（1991）：ストレスの心理学。実務教育出版，東京。
- Lazarus RS, Folkman S（1984）：Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing Company, New York.
- Lazarus RS, Cohen JB（1977）：Environmental stress. *Human behavior and environment*, Plenum, New York.

- Lerman C, Glanz K (1996) : Stress, coping, and health behavior. Health behavior and health education: theory, research, and practice. Jossey-Bass, San Francisco, 113-138.
- Leutenegger M, Ricard Y, Poynard JP, et al. (1983) : Self-regulation and self-monitoring of blood glucose in diabetics. Journ Annu Diabetol Hotel Dieu, 47-63.
- Levinson D／南博訳 (1992) : ライフサイクルの心理学 (上). 講談社, 東京.
- Masuda Y, Kubo A, Kokaze A, et al. (2006) : Personal Features and Dropout from Diabetic Care. Environmental Health and Preventive Medicine, 11 (3) , 115-119.
- Mead GH／稲葉三千男, 他訳 (1973) : 精神・自我・社会—社会的行動主義者の立場から—. 青木書店, 東京.
- Melissa SK, Elizabeth AW, Kenneth JR (2011) : Self-regulation theory and the multigenerational legacy of diabetes. Illness Representations, Self-care Behavior, and Family History, 37 (5) , 669-679.
- Michelle J, Pamela SS, Leigh MT, et al. (2012) : Pharmacist assisted medication program enhancing the regulation of diabetes (PAMPERED) study. Journal of American Pharmacists Association, 52 (5) , 613-621.
- 向笠京子, 橋本佐由理, 中島茂, 他 (2010) : 食事・運動療法中の2型糖尿病患者における心理特性とHbA_{1c}値との関連. 糖尿病, 53 (10), 772-777.
- Murakado N, Inagaki M, Tasaki K, et al. (2013) : Development of a Resilience Scale for adult-onset type 2 diabetes patients: Evaluation of reliability and validity. 金沢大学つるま保健学会誌, 37 (1), 33-45.
- 村岡宏子 (2009a) : 慢性病と社会的アイデンティティ シンボリック相互作用論の看護への適用 1 : 慢性病とシンボリック相互作用論. 看護技術, 55 (11), 65-70.
- 村岡宏子 (2009b) : 慢性病と社会的アイデンティティ シンボリック相互作用論の看護への適用 2 : シンボリック相互作用論の看護実践への活用. 看護技術, 55 (11), 71-76.
- 内藤誼人 (2013) : 社会的スキルの自己評価と他者評価の一致について. 立正大学心理学研究年報, 4, 39-43.
- 中石滋雄, 大橋博, 栗林伸一, 他 (2007) : 糖尿病治療中断者の実態. プラクティス, 24 (2), 162-166.

- 中村あゆみ, 稲垣美智子 (2009) : 受療 1 年以内の 2 型糖尿病患者が自覚症状を捉える仕組み. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 13 (2), 136-145.
- 中尾友美, 高樽由美, 横田香世, 他 (2015) : 有職 2 型糖尿病患者の経験するスティグマとその対処. 日本糖尿病・教育看護学会誌, 19 (2), 121-130.
- 直成洋子, 板垣雅美, 渡辺春華 (2011) : 外来通院している 2 型糖尿病男性患者の生活上の困難さ. 茨城キリスト教大学看護学部紀要, 2 (1), 37-44.
- 日本健康心理学研究所 (1996) : ラザルス式ストレスコーピングインベントリー. 実務教育出版, 東京.
- 日本臨床内科医会調査研究グループ (2001) : 糖尿病性神経障害に関する調査研究 第 2 報 糖尿病性神経障害. 日本臨床内科医会会誌, 16 (4), 353-381.
- 日本透析医学会 (2011) : 年別透析導入患者の主要原疾患の推移. <http://docs.jsdt.or.jp/overview/pdf2011/p12.pdf> (アクセス日: 平成 25 年 5 月 15 日)
- 西田みゆき (2010) : 養育上の困難を抱える母親の empowerment の概念分析. 日本看護科学会誌, 30 (2), 44-53.
- O'Connell KA, Hamera EK, Knapp TM, et al. (1984) : Symptoms use and self-regulation in type II diabetes. *Advances in Nursing Science*, 6 (3) , 19-28.
- Ohkubo Y, Kishikawa H, Araki E, et al. (1995) : Intensive insulin therapy prevents the progression of diabetic microvascular complications in Japanese patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized prospective 6-year study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 28, 103-117.
- 大野美千代 (2009) : 2 型糖尿病患者の自己効力感、依存性と HbA_{1c} および BMI との関連. 淑徳大学看護学部紀要, 1, 55-63.
- 奥平真紀, 内潟安子, 奥田泰助, 他 (2003) : 検診と治療中断が糖尿病合併症に及ぼす影響. *糖尿病*, 46 (10), 781-785.
- 恩幣宏美, 岡美智代, 滝口成美, 他 (2011) : 行動変容を支える—共同探索型関わり技法—. *Nursing Today*, 26 (6), 34-38.
- Paddison CM, Alpass FM, Stephens CV (2010) : Using the common sense model of illness self-regulation to understand diabetes-related distress: The importance of being able to 'make sense' of diabetes. *New Zealand Journal of Psychology*, 39 (1) , 45-50.

- Pereira MG, Pedras S, Machado JC (2014) : Family variables as moderators between beliefs towards medicines and adherence to self-care behaviors and medication in type 2 diabetes. *Families, systems & health*, 32 (2) , 198-206.
- Polit DF, Beck CT (2008) : *Nursing Research : Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th Ed) . Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Polonsky WH, Fisher L, Earles J, et al. (2005) : Assessing psychological distress in diabetes : development of the diabetes distress scale. *Diabetes Care*, 28, 626-631.
- Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, et al. (1995) : Assessment of diabetes-related emotional distress. *Diabetes Care*, 18, 754-760.
- Rae LJ, Sally HR (2001) : Application of Leventhal's self-regulation model to Chinese immigrants with type 2 diabetes. *Journal of Nursing Scholarship*, first quarter, 53-59.
- Rena RW, Leonard HE, Mary PN, et al. (1988) : Self-regulation in the treatment of type II diabetes. *Behavior Therapy*, 19, 11-23.
- Rena RW, Leonard HE, Mary PN, et al. (1986) : Behavioral self-regulation in the treatment of patients with diabetes mellitus. *Psychological Bulletin*, 99 (1) , 78-89.
- Rodgers BL, Knafl KA (2000) : *Concept development in nursing foundations, techniques and applications*, 2nd, W. B. Saunders Company.
- Rubin RR, Peyrot M, Saudek CD (1991) : Differential effect of diabetes education on self-regulation and life-style behaviors. *Diabetes Care*, 14 (4) , 335-338.
- 作田英成 (2015) : 社会的な格差と 2 型糖尿病. *防衛衛生*, 62 (3-4), 31-40.
- 佐々木恵, 山崎勝之 (2002) : コーピング尺度 (GCQ) 特性版の作成. *日本公衆衛生雑誌*, 49 (5), 399-408.
- 仙波洋子, 佐藤和子, 古賀明美, 他 (2009) : 2 型糖尿病患者の運動療法アドヒアランスに影響する心理社会的要因. *日本看護科学会誌*, 29 (2), 3-10.
- Senecal C, Nouwen A, White D (2000) : Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health Psychology*, 19 (5) , 452-457.
- 清水安子, 内海香子, 麻生佳愛, 他 (2011) : 糖尿病セルフケア能力測定ツール (修正版) の信頼性・妥当性の検討. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 15 (2), 118-127.

- 下村裕子, 林優子, 井上智恵, 他 (2011) : 生活者としての理解—生活者としての事実とその意味のわかち合い—. *Nursing Today*, 26 (6), 23-28.
- Skinner BF (1953) : *Science and human behavior*. Macmillan.
- Sone H, Tanaka S, et al. (2005) : JDCS (Japan Diabetes Complications Study). *Vascular Medicine*, 1, 86-94.
- Sone H, Katagiri A, et al. (2002) : Effects of lifestyle modifications on patients with type 2 diabetes: The Japan diabetes complications study (JDCS) Study design, baseline analysis and three year-interim report. *Horm Metab Res*, 34, 509-515.
- Steinglass P, Horan ME (1988) : Families and chronic medical illness. In: F. Walsh and C. M. Anderson (eds) , *Chronic Disorders and the Family*, The Haworth Press, New York.
- Stimson GV (1974) : Obeying doctor's orders : a view from the other side. *Social Science and Medicine*, 8, 97-104.
- Stratton IM, Adler AI, Neil HA, et al. (2000) : Association of glycemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35) : prospective observational study. *BMJ*, 321, 405-412.
- Suzan NK, Sheena T, Abraham B, et al. (2009) : Using self-regulation theory to examine patient goals, barriers, and facilitators for talking medication. *Patient*, 2 (4) , 211-220.
- 高橋由香利, 佐藤富美子, 長谷川直人 (2008) : 2 型糖尿病患者が通院中断および再開に至った要因の検討. *日本看護学会論文集 (成人看護 II)*, 38, 145-147.
- 高見知世子, 森山美知子, 中野真寿美, 他 (2008) : セルフマネジメントスキルの獲得を目的とした 2 型糖尿病疾病管理プログラムの開発過程と試行の効果. *日本看護科学会誌*, 28 (3), 59-68.
- 高梨薫, 杉澤秀博, 手島陸久, 他 (1996) : 高齢糖尿病患者の食事療法・運動療法の順守度と治療に対する信念および家族支援との関係. *老年社会学*, 18 (1), 41-49.
- 竹鼻ゆかり, 高橋浩之 (2002) : 2 型糖尿病患者の自己管理行動と認知的スキルとの関連についての検討. *日本公衆衛生雑誌*, 49 (11), 1159-1168.
- 田中正巳, 河合俊英, 目黒周, 他 (2013) : DAWN JAPAN study チェックシートと PAID を用いたインスリン治療中の 2 型糖尿病患者心理の検討. *プラクティス*, 30 (5), 649-655.

The Diabetes Control and Complications Trial (1996) : The absence of a glycemic threshold for the development of long-term complications: The Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes*, 45, 1289-1298.

戸ヶ里泰典, 山崎喜比古 (2009) : ストレス対処能力 SOC の社会階層間格差の検討. *社会医学研究*, 26 (2), 45-52.

糖尿病ネットワーク (2012) : 糖尿病になったらいくらかかる? . <http://www.dm-net.co.jp/seido/02/> (アクセス日 : 平成 27 年 1 月 3 日)

Tschannen D, Aebersold M, Sauter C, et al. (2013) : Improving nurses perceptions of competency in diabetes self-management education through the use of simulation and problem-based learning. *Journal of continuing education in nursing*, 9, 1-7.

土田恭史 (2008) : 糖尿病患者のセルフモニタリングとストレス及び対処方略の関連. *目白大学心理学研究*, 4, 63-73.

堤かおり, 河村圭子, 樺澤一之, 他 (2012) : 2 型糖尿病を持つ有職男性の生活認知. *医学と生物学*, 156 (5), 277-283.

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, 東京.

白井かおる (2005) : 糖尿病教室におけるエンパワーメント技術の活用. *プラクティス*, 22 (1), 95-97.

Uzoma CU, Feldman RL (1989) : Psychological factors influencing inner city black diabetic patients' adherence with insulin. *Health Education*, 20 (5) , 29-32.

Vygotsky L (1978) : *Leading of the development of children*. W. H. Freeman and Company, New York.

Weinger K, McMurrich SJ, Yi JP, et al. (2005) : Psychological characteristics of frequent short-notice cancellers of diabetes medical and education appointments. *Diabetes Care*, 28 (7) , 1791-1793.

Welch GW, Jacobson AM, Polonsky WH (1997) : The Problem Areas in Diabetes scale : an evaluation of its clinical utility. *Diabetes care*, 20, 760-766.

Whitman TL (1990) : Self-regulation and mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 297-333.

- Wing RR, Epstein LH, Nowalk MP, et al. (1986) : Behavioral self-regulation in the treatment of patients with diabetes mellitus. *Psychological bulletin*, 99 (1) , 78-89.
- 安酸史子 (2007) : セルフマネジメント. ナーシング・グラフィカ 25 成人看護学, メディカ出版, 大阪.
- 安酸史子 (1997) : 糖尿病患者の食事自己管理に対する自己効力感尺度の開発に関する研究. 東京大学大学院医学研究科博士論文
- Yeom HJ, Fleury J (2011) : Validity and reliability of the index of self-regulation scale for physical activity in older Korean Americans. *Nursing Research and Practice*, 2011, 1-6.
- 横田友紀, 菅野咲子, 多田純子, 他 (2007) : 糖尿病外来における通院中断例にみられる意識の調査. *糖尿病*, 50, 883-886.
- Zimmer P, Alberti KG, Shaw J, et al. (2001) : Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature*, 414, 782-787.

〇〇〇〇〇（施設名）

〇〇〇〇〇様（宛名）

「働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整尺度の開発」

尺度原案の表面・内容妥当性調査のご協力をお願い

私は、東邦大学大学院看護学研究科の博士課程に在籍している、長谷川直人と申します。現在、博士課程の研究といたしまして、「働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整」という概念を導きだし、その測定尺度を開発しております。この尺度は、仕事をもちながら療養行動に取り組んでいる 2 型糖尿病患者が、数ヵ月ごとの受診の場において、社会生活において療養行動に取り組む際の困難さに柔軟に対処し、いきいきとした社会活動を営むための自己評価指標とすること、また、積極的な血糖コントロールへとつながる療養行動の振り返りとなることをねらいとしています。

ご公務ご多忙の折に恐縮ではございますが、下記をご覧の上、何卒ご協力いただきたく、お願い申し上げます。

《 ご協力いただきたいこと 》

1. 同封のアンケートへのご回答をお願いいたします。

アンケートの回答には 20 分程度のお時間がかかると考えております。

アンケートでは、働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整、ならびにその下位概念の定義が示してあります。その定義された内容を問うための質問が、測定項目として適切であるかについてお伺いしています。また、尺度項目の内容や言い回し、追加すべき項目、回答の容易さなどについてご意見やご感想を、ぜひ自由記述欄にご記入ください。

アンケート票の記入が終わりましたら、記入忘れがないか、回答欄をご確認くださいませようをお願いいたします。

2. 回答後のアンケートを同封の返信用封筒でご返信ください

この封筒には、本用紙とアンケートのほか、返信用封筒を同封しております。お手数ですが、回答後のアンケートの返信をお願いいたします。

《 ご協力に関するお約束 》

本研究へのご協力は自由ですが、本尺度を適切かつ有用なものにするために、ぜひお力をお借りしたく、よろしくをお願いいたします。

アンケートは無記名であり、分析および公表に際しましても、一切の個人情報が漏れないよう、厳密に管理いたします。

【 調査に関するご質問やご連絡 】

東邦大学大学院看護学研究科看護学専攻博士課程 長谷川 直人

Mail : 〇〇〇@〇〇〇

東邦大学看護学部成人看護学研究室 村岡宏子（指導教授）

Mail : 〇〇〇@〇〇〇

TEL : 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇（直通）

「働く2型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整尺度の開発」

尺度原案の表面・内容妥当性調査

アンケート票

回答される前に、同封されている「尺度原案の表面・内容妥当性調査のご協力をお願い」をお読みください。

本調査では、「働く2型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整」は、「働く2型糖尿病患者が、病気を持ちながらいきいきとした社会生活を送るために、情報コントロール、感情コントロール、医療者との関係づくり、困難事への対処、病気の再解釈を行うこと」と定義します。

また、「働く2型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整」には、次の5つの下位概念が存在するものとしています。

1. 情報コントロール
2. 感情コントロール
3. 医療者との関係づくり
4. 困難事への対処
5. 病気の再解釈

1 情報コントロール

【情報コントロール】は、「働く 2 型糖尿病患者が、社会生活をしていくために家族、友人、仕事仲間などの他者に対して、自分の病気や療養行動の必要性をうまく説明して、状況を切り抜けようとする」と定義しています。

以下の各項目が、【情報コントロール】を測定するものとして適切であるかについて、「適切である」から「適切ではない」の中から、最もあてはまるものひとつに○をつけてください。

適切ではない
あまり適切ではない
まあ適切である
適切である

周囲の人に病気を打ち明けられる	1	2	3	4
自分の状況を無理なく自己開示できる	1	2	3	4
健康のためにつき合いに制限のあることを表現できる	1	2	3	4
職場でも療養行動がとれるように病気や治療のことを伝える	1	2	3	4
つき合いを無理なくこなすために周囲に状況を伝える	1	2	3	4
飲食に誘われたときに食事療法が必要であることを表現できる	1	2	3	4
状況を理解してくれそうな人を選んで自分の病気のことを伝える	1	2	3	4
相手に話の内容がどのように伝わるか考えてから、病気や治療のことを話す	1	2	3	4
受診や入院のために仕事を休む際に、他者が納得できるよう理由を説明する	1	2	3	4
つらいことや心配なことを自分の言葉で説明できる	1	2	3	4
病気や症状の悪化を周囲に伝えられる	1	2	3	4

2

感情コントロール

【感情コントロール】は、「働く 2 型糖尿病患者が、病気に関する否定的な感情を長引かせないために、気持ちを切り替えることによって、安定した心理状態を保とうとすること」と定義しています。

以下の各項目が、【感情コントロール】を測定するものとして適切であるかについて、「適切である」から「適切ではない」の中から、最もあてはまるものひとつに○をつけてください。

適切ではない
あまり適切ではない
まあ適切である
適切である

病気や合併症の心配事に耐えられる	1	2	3	4
病気や合併症のことを考えると落ち込むので考えすぎない	1	2	3	4
人から糖尿病だからと決めつけられても気にしない	1	2	3	4
病気に関する気分の落ち込みを仕切りなおせる	1	2	3	4
物事がうまくいかない時に我慢して待てる	1	2	3	4
療養行動からの欲求不満をまぎらわせる	1	2	3	4
自分でできていることや頑張っていることを認めている	1	2	3	4
療養行動の努力や頑張りを他者から認めてもらえなくても気にしすぎない	1	2	3	4
検査値の変動に一喜一憂しない	1	2	3	4
つらいときや忙しい時に自分の気持ちを落ち着かせる	1	2	3	4
不満や怒りをため込まない	1	2	3	4
療養行動のストレスを発散する方法がある	1	2	3	4
療養行動に取り組むことで自分にとって良い結果が得られると思う	1	2	3	4
イライラした気持ちが仕事の妨げにならないように努める	1	2	3	4

3

医療者との関係づくり

【医療者との関係づくり】は、「働く 2 型糖尿病患者が、医療者との信頼関係を構築し、主体的かつ共同的な治療関係をつくるために、自分主張、相談、治療環境の評価ができること」と定義しています。

以下の各項目が、【医療者との関係づくり】を測定するものとして適切であるかについて、「適切である」から「適切ではない」の中から、最もあてはまるものひとつに○をつけてください。

適切ではない
あまり適切ではない
まあ適切である
適切である

状況を理解してもらえるように医療者に療養行動の苦勞を伝えられる	1	2	3	4
療養行動の努力や工夫について医療者に伝えられる	1	2	3	4
療養行動が行き詰ったときは医療者に相談する	1	2	3	4
治療指示が変更された時は納得できるまで説明を求める	1	2	3	4
治療の選択肢を提示してもらえるように希望する	1	2	3	4
治療に関する自分の希望を医療者に伝えられる	1	2	3	4
治療方針に納得がいかないときは医療者と話し合える	1	2	3	4
求められる療養行動が実践できるように医療者と相談する	1	2	3	4
医療者のアドバイスに疑問を返して確認するようにしている	1	2	3	4
必要とされる療養行動の根拠を医療者に尋ねられる	1	2	3	4
病気や治療について聞きたいことを医療者に尋ねられる	1	2	3	4
検査結果の解釈の仕方を医療者に尋ねられる	1	2	3	4
体調や症状の変化を医療者に伝えられる	1	2	3	4
次までの療養行動の取り組み方を医療者に伝えている	1	2	3	4

適切である
 まあ適切である
 あまり適切ではない
 適切ではない

病気の経過をそのつど医療者に確認する	1	2	3	4
医療者からアドバイスされたことはとりあえずためす	1	2	3	4
自分の近況を整理して診察時に述べられる	1	2	3	4
医療者が適切な指導をしてくれるかを見定められている	1	2	3	4
自分の病気体験を重視してくれそうな医療者を探することができる	1	2	3	4

4

困難事への対処

【困難事への対処】は、「働く 2 型糖尿病患者が、社会的場面で療養行動を遂行するとき、問題や葛藤に対して目標の立て直しや対策を講じること」と定義しています。

以下の各項目が、【困難事への対処】を測定するものとして適切であるかについて、「適切である」から「適切ではない」の中から、最もあてはまるものひとつに○をつけてください。

適切ではない
あまり適切ではない
まあ適切である
適切である

療養行動の「できる - できない」の線引きをする	1	2	3	4
自分の生活にあった療養行動目標が立てられる	1	2	3	4
療養行動が続けられるように自分なりの方法を見出せる	1	2	3	4
小さな目標を立てて状況を乗り切るようにしている	1	2	3	4
自分ができない目標は立てない	1	2	3	4
やるべきことには興味をもってとりかかる	1	2	3	4
療養行動の変更時はあまり深く考えずにとりあえずやってみる	1	2	3	4
療養行動のペースが崩れたときに過去の成功体験を思いおこす	1	2	3	4
状況に応じて無理をしないで療養行動をとるようにしている	1	2	3	4
時には努力している自分へのご褒美を与えている	1	2	3	4
療養行動が難航しないように予防できるものは積極的に取り入れる	1	2	3	4
成果がでなくても「継続は力なり」信じて行動する	1	2	3	4
困った時はものごとを他人の目でみてる	1	2	3	4
問題状況の分析をするようにしている	1	2	3	4

適切である

まあ適切である

あまり適切ではない

適切ではない

療養行動の継続が難しいときは周囲の力を借りる	1	2	3	4
周囲からの意見を求めながら療養行動を続ける	1	2	3	4
同じ病気の人々の体験を参考にして問題を切り抜ける	1	2	3	4
「これぐらいでいい」というアバウトさも重視している	1	2	3	4

5

病気の再解釈

【病気の再解釈】は、「働く 2 型糖尿病患者が、社会的場面における療養行動の体験を振り返り、病気の意味や社会的存在としての自己を捉えなおそうとすること」と定義しています。

以下の各項目が、【病気の再解釈】を測定するものとして適切であるかについて、「適切である」から「適切ではない」の中から、最もあてはまるものひとつに○をつけてください。

適切ではない
あまり適切ではない
まあ適切である
適切である

生活の中で健康や体調を振り返る機会をつくる	1	2	3	4
病気のプラスの面を見出すようにしている	1	2	3	4
生活習慣を変えることの意味や価値を見出すようにしている	1	2	3	4
病気で得た体験を同病者と共有する意義が見出せる	1	2	3	4
病気になって体をいたわることの大切さがわかった	1	2	3	4
病気が人とのつながりの大切さを教えてくれた	1	2	3	4
病気になって一病息災の意味を認識した	1	2	3	4
自分らしい生活が送れていると思う	1	2	3	4
成功や失敗はすべて意味がある	1	2	3	4
療養行動は生活の一部になっている	1	2	3	4
病気になってからも仕事の経験は意味がある	1	2	3	4
病状が悪くなっても社会参加することに意味がある	1	2	3	4
病気でも社会参加は大切にしたい	1	2	3	4
病気は性格のようなものと受け止めている	1	2	3	4

適切である

まあ適切である

あまり適切ではない

適切ではない

病気になってから協力してくれる人への感謝の気持ちが増した	1	2	3	4
病気を持つ自分とっそう向き合えるようになった	1	2	3	4
病気の体験は嫌なことばかりではないと思う	1	2	3	4
糖尿病になる前より健康的な生活をしていると思う	1	2	3	4

6

尺度の内容や言い回し、回答の容易さ、挙げられている項目以外にあてはまる項目など
お気づきの点がありましたら自由にお書きください。

自由記載欄

以上で質問はすべて終了です。

お手数ですが、最後に記入忘れがないか、いま一度、ご確認をお願いいたします。

回答後のアンケートは、同封の返信用封筒で郵送をお願いいたします。

お忙しい中、最後までご協力いただきまして、誠にありがとうございました。

2型糖尿病の治療で来院されている患者さまへ

「働く2型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整尺度の開発」の

アンケート調査をお願いしています



【 アンケート調査の目的 】

仕事をもっている2型糖尿病患者さまは、社会生活のなかで、糖尿病の療養に取り組むために、周囲との関係をうまく調整したり、さまざまな工夫を行っておられることと思います。

この調査は、そのような調整や工夫についての質問に答えていただき、その内容が適当か、有用かを確認するために行っています。

最終的には、みなさま自身の生活と糖尿病の療養がうまくいっているかを適宜チェックできるシートを作成することを目的としています。

【 ご協力いただきたい方 】

①収入を得られる何らかのお仕事をされている方

②20歳以上、75歳未満の2型糖尿病の方

約1,000名（他施設でも調査を行っています）

【 調査内容と方法 】

アンケート、説明文書、返信用封筒が入っている封筒一式をお渡ししています。

内容をお読みいただき、ご協力いただける方は、アンケートへのご回答、ならびにご返信をお願いいたします。

【 調査に関するご質問やご連絡 】

東邦大学大学院看護学研究科看護学専攻
長谷川 直人

Mail : ○○○@○○○

東邦大学看護学部成人看護学研究室
村岡 宏子（指導教授）

Mail : ○○○@○○○

TEL : ○○-○○○○-○○○○（直通）



平成26年〇月〇日

〇〇〇〇〇（施設名）
〇〇〇〇〇先生（宛名）

「働く2型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整尺度の開発」

調査のご協力のお願い

私は、東邦大学大学院看護学研究科の博士課程に在籍している、長谷川直人と申します。現在、博士課程の研究といたしまして、「働く2型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整」という概念を導きだし、その測定尺度を開発しております。この尺度は、仕事をもちながら療養行動に取り組んでいる2型糖尿病患者が、数ヵ月ごとの受診の場において、社会生活において療養行動に取り組む際の困難さに柔軟に対処し、いきいきとした社会活動を営むための自己評価指標とすること、また、積極的な血糖コントロールへとつながる療養行動の振り返りとなることをねらいとしています。

つきましては、ご公務ご多忙の折に恐縮ではございますが、下記の通り調査にご協力いただきたく、何卒よろしくお願い申し上げます。

なお、本調査は、〇〇〇〇先生（診療科長名）ならびに〇〇〇〇看護部長にご了承いただき、また、東邦大学看護学部倫理審査委員会ならびに貴院の倫理審査委員会の承認を得ておりますことを申し添えいたします。何卒、よろしくお願い申し上げます。

《 ご協力いただきたいこと 》

1. 研究者が対象者にアンケートを配布することをご了承ください。

本研究の対象は、次の基準をすべて満たす2型糖尿病患者様です。

- ①20歳以上、75歳未満の男女
- ②アンケートをよみ、回答することが可能である

*研究者が診察室付近で待機し、診療終了後に対象者にアンケート票が入った封筒をお渡しします。対象とならない患者様の場合、研究者にお声かけいただけますと幸いです。

2. 調査に関する質問や不備がありましたら、研究者までご連絡ください。

調査に関して、ご質問や改善を要することがございましたら、お手数ですが下記の問い合わせ先までご連絡をお願いいたします。

【 調査に関するご質問やご連絡 】

東邦大学大学院看護学研究科看護学専攻博士課程 長谷川 直人

Mail : 〇〇〇@〇〇〇

東邦大学看護学部成人看護学研究室 村岡宏子（指導教授）

Mail : 〇〇〇@〇〇〇

TEL : 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇（直通）

2 型糖尿病の治療を受けられている患者さまへ

「働く 2 型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整尺度の開発」



アンケート調査のご協力をお願い



はじめに

私は、東邦大学大学院看護学研究科の博士後期課程に在籍している、長谷川直人と申します。今回、博士後期課程の研究として、社会的役割をもちながら糖尿病の療養に取り組んでいるみなさまに、アンケートをお願いしています。

この説明書は、調査のことについて詳しく書かれています。この研究の意義や方法などをよく理解された上で、この研究に参加協力するかどうかについて、ご自身で決めていただきたくお願いいたします。

1. この研究の目的と方法について

2 型糖尿病患者の方々は、社会生活のなかで糖尿病の療養に取り組むために、周囲との関係をうまく調整したり、さまざまな工夫を行っておられることと思います。

この調査は、日常生活における糖尿病の療養の工夫や、普段の生活における体験についての質問に答えていただくものです。

ご協力いただいた結果から、みなさま自身の生活と糖尿病の療養がうまくいっているかを適宜チェックできるシートを作成することを目的としています。

2. ご協力をお願いしている方と参加予定人数

この調査は、2 型糖尿病の治療のために外来受診されている患者様のうち、20 歳以上、75 歳未満の方にご協力をお願いしています。

調査は複数の施設で実施しており、あわせて 1,000 名前後の方に、ご協力をお願いしています。

3. ご協力いただきたいこと

《同封のアンケートへのご回答をお願いいたします》

アンケートの回答には 30 分程度のお時間がかかります。

アンケートの内容は、ご年齢やお仕事などの生活状況、おからだの状態、普段の生活での治療への取り組み方や工夫、治療への負担やお気持ちなどの質問に回答いただくものです。

似たような質問が含まれておりますが、すべての質問が状況を把握させていただくために必要なものですので、よろしくご協力のほどお願いいたします。

*アンケート票の記入が終わりましたら、記入忘れがないか、回答欄をご確認くださいようお願いいたします。

《回答後のアンケートを同封の返信用封筒でご返信ください》

この封筒には、本用紙、アンケート、筆記具のほか、返信用封筒を同封しております。お手数ですが、回答いただいたアンケートを返信くださるようお願いいたします。筆記具は贈呈いたしますので、返却は不要です。

4. 研究への参加協力の自由と協力の取りやめについて

この研究に参加協力するかどうかは、あなたのお考えに基づいて、自由な判断で決めて下さい。参加協力をする、しないによって、今後の病院の診療等には一切影響がありませんのでご安心下さい。

この調査では、アンケートの返信をもって、調査にご協力いただいたものとしたします。

アンケートは無記名で回答いただいています。そのため、返信後に取りやめのご連絡をいただいても、ご協力いただいたアンケート用紙が特定できず、データが消去できないことをご了承ください。

5. プライバシーの保護について

アンケートの内容は、個人が特定されないように分析し、この調査目的のためだけに用いられます。この研究から得られた結果は、関連する学会で発表し、学会誌に文書で報告されますが、あなたご自身の内容に関して、個人を識別する情報は一切記載されません。

6. この研究で期待される成果について

ご協力いただいた内容から、みなさま自身の生活と糖尿病の療養がうまくいっているかを適宜チェックできるシートを作成いたします。研究成果を確認されたい場合は、次ページの連絡先までお問い合わせください。

なお、研究の特性上、シートの完成までに数年を要し、病院によっては活用されない可能性があることをご了承ください。

7. 連絡先および相談窓口

この研究または説明文書の内容について、もっと詳しく知りたいときや何か分からないこと、心配なことがありましたら、何でも遠慮なく下記までお尋ねください。

連絡先： 長谷川 直人
東邦大学大学院看護学研究科看護学専攻博士後期課程
〒143-0015 東京都大田区大森西 4-16-20
Mail：○○○@○○○

○○○（調査施設問い合わせ窓口）
TEL：○○○○-○○-○○○○

指導教授： 村岡 宏子
東邦大学看護学部成人看護学研究室教授
〒143-0015 東京都大田区大森西 4-16-20
Mail：○○○@○○○
TEL：○○-○○○○-○○○○

最後までお読みいただきまして、どうもありがとうございました。
みなさまの貴重な声を届けていただきたく、ぜひ研究へのご協力をお願いいたします。



「働く2型糖尿病患者の社会生活を促進するための自己調整尺度の開発」

アンケート票

1. 先に、同封されている「アンケート調査のご協力をお願い」をお読みください。
2. 記入には30分程度のお時間がかかります。
3. 似たような質問が含まれておりますが、すべての項目へのご回答をお願いいたします。
4. 回答後は、同封の返信用封筒にてご返送ください。アンケートをお渡ししてから、2週間以内にご返送いただけますと幸いです。



以下の質問について、あてはまる番号に○をつけて下さい。

() にはあてはまる内容をご記入下さい。

1 あなた自身のことについておたずねします。

A1. あなたの年齢

() 歳

A2. あなたの性別

1. 男性 2. 女性

A3. 現在の身長と体重をご記入下さい。

身長 () cm 体重 () kg

A4. 現在、お仕事をされていますか。

1. はい

2. いいえ



「いいえ」と回答された方は

次ページの A9 にお進みください

A5. 現在のお仕事の業種をお答えください。

1. 管理職

2. 技術専門職

3. 事務職

4. 販売業

5. サービス業

6. 保安職

7. 農林漁業

8. 製造業

9. 輸送・機械運転

10. 建設業

11. 運搬・清掃

12. その他 ()

A6. 現在のお仕事の雇用形態をお答えください。

1. 常勤 (自営を含む)

2. 非常勤・パートタイム

3. アルバイト

4. その他 ()

A7. 一週間に、お仕事をされている時間は平均で何時間くらいですか。

一週間に、約（ ）時間

A8. お仕事に夜勤はありますか。

1. はい 2. いいえ

A9. あなたの家族構成

1. 一人暮らし 2. 夫婦二世帯 3. 本人と子の世帯
4. 三世帯 5. その他（ ）

A10. 一日のうち、家事をされている時間は平均でどのくらいですか。

一日に約（ ）時間

A11. ご自身の経済状況についてお答え下さい。

1. 心配はない 2. あまり心配はない
3. やや心配である 4. 心配である

A12. 次のうち、あなたが普段の生活で大切だと思うことを順番に3つあげ、
（ ）に数字を記入してください。

1番（ ） 2番（ ） 3番（ ）
① 家庭生活 ② 仕事 ③ 収入 ④ 趣味や余暇の過ごし方
⑤ 健康状態 ⑥ 友人や仲間との関係 ⑦ 住居や周囲の環境
⑧ 特になし

2 体調やご病気のことについておたずねします。

B1. 糖尿病と診断されてからどのくらいたちますか。

() 年 () か月

B2. 医療者から食事療法の指示を受けましたか。

1. はい 2. いいえ

B3. 医療者から運動療法の指示を受けましたか。

1. はい 2. いいえ

B4. 現在、糖尿病の飲み薬を飲んでいますか。

1. はい 2. いいえ

B5. 現在、インスリン注射またはインクレチン関連薬の注射を行っていますか。

1. はい 2. いいえ

B6. 現在、血糖測定を行っていますか。

1. はい 2. いいえ

B7. 糖尿病の集団教育（糖尿病教室など）を受けたことがありますか。

1. はい 2. いいえ

B8. 個別の栄養指導を受けたことがありますか。

1. はい 2. いいえ

B9. 糖尿病と診断されてから、何らかの理由で半年以上病院にかからなかったことがありますか。

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

B10. 一番最近のHbA1c（ヘモグロビンエーワンシー）の値をお答えください。

() %

B11. 次の症状のうち、最近感じるものがありますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- | | | |
|------------|--------------|--------------|
| 1. なし | 2. のどが渇きやすい | 3. 水分をたくさん摂る |
| 4. 尿の回数が多い | 5. 疲れやすい | 6. 手足がしびれる |
| 7. こむらがえり | 8. 食欲が増している | 9. 集中力がない |
| 10. 眠気が強い | 11. 急に体重が減った | |

B12. 糖尿病の合併症として診断されているものがありますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- | | | | | |
|-------|--------|-------|---------|--------|
| 1. なし | 2. 網膜症 | 3. 腎症 | 4. 神経障害 | 5. 足壊疽 |
|-------|--------|-------|---------|--------|

B13. 次の病気のうち、治療を受けているものがありますか。

あてはまる番号すべてに○をつけて下さい。

- | | | |
|--------|---------------|-------------|
| 1. なし | 2. 高血圧 | 3. 心筋梗塞・狭心症 |
| 4. 脳梗塞 | 5. 閉塞性動脈硬化性疾患 | 6. 脂質異常症 |
| 7. 肝臓病 | 8. 腎臓病 | 9. 膵炎 |
| 10. がん | 11. 痛風・高尿酸血症 | 12. うつ・精神病 |

3 糖尿病に関することがらが、あなたにとってどのくらい問題になっているかについておたずねします。

C1. それぞれの質問項目について、最もあてはまる番号ひとつに○をつけてください。心配でもなく、あてはまらず、問題になっていなければ、“1”に○をつけてください。もし、そのことでたいへんお悩みになっていれば“5”に○をつけてください。それぞれの質問について、1から5の段階の中から番号を選んでください。

私にとってそれは
まったく問題ではない

私はそのことで
たいへん悩んでいる

糖尿病の治療法（食事療法、運動療法、飲み薬、インスリン注射、血糖測定など）について、はっきりとした具体的な目標がない	1	2	3	4	5
自分の糖尿病の治療法がいやになる	1	2	3	4	5
糖尿病を持ちながら生きていくことを考えるとこわくなる	1	2	3	4	5
糖尿病の治療に関連して、周りの人から不愉快な思いをさせられる（例えば、他人があなたに何を食べるべきか指示するなど）	1	2	3	4	5
食べ物や食事の楽しみを奪われたと感じる	1	2	3	4	5
糖尿病を持ちながら生きていくことを考えるとゆううつになる	1	2	3	4	5
自分の気持ちや感情が糖尿病に関連しているかどうかわからない	1	2	3	4	5
糖尿病に打ちのめされたように感じる	1	2	3	4	5
低血糖が心配である	1	2	3	4	5

私にとってそれは
まったく問題ではない

私はそのこと
でたいへん悩んでいる

糖尿病を持ちながら生きていくことを考えると腹が立つ	1	2	3	4	5
常に食べ物や食事が気になる	1	2	3	4	5
将来のことや重い合併症になるかもしれないことが心配である	1	2	3	4	5
糖尿病を管理していくことから脱線したとき、罪悪感や不安を感じる	1	2	3	4	5
自分が糖尿病であることを受け入れていない	1	2	3	4	5
糖尿病を見てもらっている医者に対して不満がある	1	2	3	4	5
糖尿病のために、毎日多くの精神的エネルギーや肉体的エネルギーが奪われていると思う。	1	2	3	4	5
糖尿病のせいでひとりぼっちだと思う	1	2	3	4	5
自分が糖尿病管理のために努力していることに対して、友人や家族は協力的ではないと感じる	1	2	3	4	5
自分が今持っている糖尿病の合併症に対処していくことが難しいと感じる	1	2	3	4	5
糖尿病を管理するために努力しつづけて、燃え尽きてしまった	1	2	3	4	5

4 普段の生活の中での出来事や考え方についておたずねします。

D1. 以下の各項目について、「そうではない」から「そうである」の中から、最近のあなたに最もあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

そうではない
あまりそうではない
まあそうである
そうである

周囲の人に病気を打ち明けられる	1	2	3	4
自分の状況を無理なく自己開示できる	1	2	3	4
健康のためにつき合いに制限のあることを表現できる	1	2	3	4
職場でも療養行動がとれるように病気や治療のことを伝える	1	2	3	4
つき合いを無理なくこなすために周囲に状況を伝える	1	2	3	4
飲食に誘われたときに食事療法が必要であることを表現できる	1	2	3	4
状況を理解してくれそうな人を選んで自分の病気のことを伝える	1	2	3	4
相手に話の内容がどのように伝わるか考えてから、病気や治療のことを話す	1	2	3	4
受診や入院のために仕事を休む際に、他者が納得できるよう理由を説明する	1	2	3	4
つらいことや心配なことを自分の言葉で説明できる	1	2	3	4
病気や症状の悪化を周囲に伝えられる	1	2	3	4
病気や合併症の心配事に耐えられる	1	2	3	4
病気や合併症のことを考えると落ち込むので考えすぎない	1	2	3	4
人から糖尿病だからと決めつけられても気にしない	1	2	3	4

そうではない
 あまりそうではない
 まあそうである
 そうである

病気に関する気分の落ち込みを仕切りなおせる	1	2	3	4
物事がうまくいかない時に我慢して待てる	1	2	3	4
療養行動からの欲求不満をまぎらわせる	1	2	3	4
自分でできていることや頑張っていることを認めている	1	2	3	4
療養行動の努力や頑張りを他者から認めてもらえなくても気にしすぎない	1	2	3	4
検査値の変動に一喜一憂しない	1	2	3	4
つらいときや忙しい時に自分の気持ちを落ち着かせる	1	2	3	4
不満や怒りをため込まない	1	2	3	4
療養行動のストレスを発散する方法がある	1	2	3	4
療養行動に取り組むことで自分にとって良い結果が得られると思う	1	2	3	4
イライラした気持ちが仕事の妨げにならないように努める	1	2	3	4
状況を理解してもらえるように医療者に療養行動の苦勞を伝えられる	1	2	3	4
療養行動の努力や工夫について医療者に伝えられる	1	2	3	4
療養行動が行き詰ったときは医療者に相談する	1	2	3	4
治療指示が変更された時は納得できるまで説明を求める	1	2	3	4
治療の選択肢を提示してもらえるように希望する	1	2	3	4
治療に関する自分の希望を医療者に伝えられる	1	2	3	4
治療方針に納得がいけないときは医療者と話し合える	1	2	3	4
求められる療養行動が実践できるように医療者と相談する	1	2	3	4

そうではない
 あまりそうではない
 まあそうである
 そうである

医療者のアドバイスに疑問を返して確認するようにしている	1	2	3	4
必要とされる療養行動の根拠を医療者に尋ねられる	1	2	3	4
病気や治療について聞きたいことを医療者に尋ねられる	1	2	3	4
検査結果の解釈の仕方を医療者に尋ねられる	1	2	3	4
体調や症状の変化を医療者に伝えられる	1	2	3	4
次までの療養行動の取り組み方を医療者に伝えている	1	2	3	4
病気の経過をそのつど医療者に確認する	1	2	3	4
医療者からアドバイスされたことはとりあえずためす	1	2	3	4
自分の近況を整理して診察時に述べられる	1	2	3	4
医療者が適切な指導をしてくれるかを見定められている	1	2	3	4
自分の病気体験を重視してくれそうな医療者を探すことができる	1	2	3	4
療養行動の「できる - できない」の線引きをする	1	2	3	4
自分の生活にあった療養行動目標が立てられる	1	2	3	4
療養行動が続けられるように自分なりの方法を見出せる	1	2	3	4
小さな目標を立てて状況を乗り切るようにしている	1	2	3	4
自分ができない目標は立てない	1	2	3	4
やるべきことには興味をもってとりかかる	1	2	3	4
療養行動の変更時はあまり深く考えずにとりあえずやってみる	1	2	3	4
療養行動のペースが崩れたときに過去の成功体験を思いおこす	1	2	3	4
状況に応じて無理をしないで療養行動をとるようにしている	1	2	3	4

そうではない
 あまりそうではない
 まあそうである
 そうである

時には努力している自分へのご褒美を与えている	1	2	3	4
療養行動が難航しないように予防できるものは積極的に取り入れる	1	2	3	4
成果がでなくても「継続は力なり」を信じて行動する	1	2	3	4
困った時はものごとを他人の目でしてみる	1	2	3	4
問題状況の分析をするようにしている	1	2	3	4
療養行動の継続が難しいときは周囲の力を借りる	1	2	3	4
周囲からの意見を求めながら療養行動を続ける	1	2	3	4
同じ病気の人との体験を参考にして問題を切り抜ける	1	2	3	4
「これぐらいでいい」というアバウトさも重視している	1	2	3	4
生活の中で健康や体調を振り返る機会をつくる	1	2	3	4
病気のプラスの面を見出すようにしている	1	2	3	4
生活習慣を変えることの意味や価値を見出すようにしている	1	2	3	4
病気で得た体験を同病者と共有する意義が見出せる	1	2	3	4
病気になって体をいたわることの大切さがわかった	1	2	3	4
病気が人とのつながりの大切さを教えてくれた	1	2	3	4
病気になって一病息災の意味を認識した	1	2	3	4
自分らしい生活が送れていると思う	1	2	3	4
成功や失敗はすべて意味がある	1	2	3	4
療養行動は生活の一部になっている	1	2	3	4
病気になってからも仕事の経験は意味がある	1	2	3	4

そうである
 まあそうである
 あまりそうではない
 そうではない

病状が悪くなっても社会参加することに意味がある	1	2	3	4
病気でも社会参加は大切にしたい	1	2	3	4
病気は性格のようなものだと受け止めている	1	2	3	4
病気になってから協力してくれる人への感謝の気持ちが増した	1	2	3	4
病気を持つ自分とっそう向き合えるようになった	1	2	3	4
病気の体験は嫌なことばかりではないと思う	1	2	3	4
糖尿病になる前より健康的な生活をしていると思う	1	2	3	4

5 困難な出来事に対する対処の仕方についておたずねします。

E1. 最近、自分が体験した最も苦しい、嫌な、困った出来事（状況）を述べて下さい。下に書いてある各項目を読んで、「今あなたが述べた状況のなかで」その項目（対処の仕方）を、自分が、どの程度用いたかを、0、1、2、3の該当する数字を○で囲んでお答えください。

用
い
な
か
っ
た

ほ
ん
の
少
し
用
い
た

あ
る
程
度
用
い
た

か
な
り
用
い
た

もっばら、次の段階でしなければならないことに、注意を集中した	0	1	2	3
問題の所在をよく知るために、いろいろと調べてみた	0	1	2	3
気をまぎらわすために仕事をしたり、何かほかのことをするようにした	0	1	2	3
時がたてば事態は変わるだろうと思って、何もしないでただ黙っていた	0	1	2	3
状況を見計らって、何か良い結果がもたらされるように、妥協した	0	1	2	3
必ずしもうまくいくとは思わなかったが、少なくとも、何とかしようと努力した	0	1	2	3
自分の気持ちをすっきりさせてくれる人を、見つけようとした	0	1	2	3
事態をもっとはっきりつかもうと思って、誰かに話しかけた	0	1	2	3
自己批判したり、自分に言い聞かせたりした	0	1	2	3
とことんまでつきつめないで、ある程度は問題をそのままにして、様子を見ることにした	0	1	2	3
奇跡が起こることを望んだ	0	1	2	3
時には不幸なこともあるものだと思って、運を天にまかせた	0	1	2	3

用
い
な
か
つ
た

ほ
ん
の
少
し
用
い
た

あ
る
程
度
用
い
た

か
な
り
用
い
た

何も起こらなかったかのように、ふるまった	0	1	2	3
自分の感情をあまり外に出さないように努めた	0	1	2	3
どんな不幸のなかにも明るい半面のあることを信じて、ものごとの良い面をみるように努めた	0	1	2	3
いつもより長く眠った	0	1	2	3
問題を引き起こしている人（たち）に、怒りをぶちまけた	0	1	2	3
まわりの人（たち）からの同情や理解を受け入れた	0	1	2	3
気持ちが落ち着くような事柄を、自分自身に言い聞かせた	0	1	2	3
何か独創的なことをしようと、思うようになった	0	1	2	3
すべてを忘れてしまおうとした	0	1	2	3
専門家に助けを求めた	0	1	2	3
成長して、より良い人間になった	0	1	2	3
どんなことが起こるかを確かめてから、対策を講じた	0	1	2	3
その場その場をとりつくろうために、謝ったり、何とかしようとした	0	1	2	3
行動計画を立てて、それを実行した	0	1	2	3
自分が本当に望んでいた一番いいものではなく、その次のもので、我慢することにした	0	1	2	3
自分の気持ちをおある程度まで、発散させた	0	1	2	3
自分が問題を起こしていることに気がついた	0	1	2	3
今までよりも良い経験を、身につけることができた	0	1	2	3

用
い
な
か
っ
た

ほ
ん
の
少
し
用
い
た

あ
る
程
度
用
い
た

か
な
り
用
い
た

その問題について、具体的に何かできる人に、相談した	0	1	2	3
しばらくの間は、その場を避けて、休息したり、休みをとるようにした	0	1	2	3
飲み食いしたり、たばこを吸ったり、薬を用いたり、医療を受けたりして、気分をよくするように努めた	0	1	2	3
いちかばちかやってみたり、非常に危険なこともやってみたりした	0	1	2	3
軽はずみなことをしたり、勘だけに頼ったりしないようにした	0	1	2	3
新しい信念を持つようにした	0	1	2	3
自分のプライドを保ち、失望・落胆したりしないようにした	0	1	2	3
人生における大切なものを再発見した	0	1	2	3
ものごとがうまくいくように、やり方を変えてみた	0	1	2	3
いつも人と一緒にいることを、避けるようにした	0	1	2	3
自分自身が傷ついたりすることのないように、そのことについては、あまり考えないようにした	0	1	2	3
自分が信頼している知人や友人に助言を求めた	0	1	2	3
そのことが自分にとってはどんなに嫌なことかを、他人にはわからないようにした	0	1	2	3
事態を和らげるために、あまりむきにならないようにした	0	1	2	3
自分がどんな気持ちであったかを、誰かに話したりした	0	1	2	3
自分の立場をわきまえて、自分の望みをかなえようと努力した	0	1	2	3
他人に当たり散らした	0	1	2	3

用
い
な
か
つ
た

ほ
ん
の
少
し
用
い
た

あ
る
程
度
用
い
た

か
な
り
用
い
た

以前、これと似たようなことがあったので、自分のこれまでの経験を頼りにした	0	1	2	3
何かをしなければならぬということがわかっていたので、うまくいくように、さらに一層の努力をした	0	1	2	3
そのようなことが起こったことを、信じようとしなかった	0	1	2	3
このようなことは二度とするまいと、心に決めた	0	1	2	3
その問題に対して、いくつかの異なった解決策を、導きだした	0	1	2	3
施す術がなかったので、事態をありのまま受け入れた	0	1	2	3
自分のイライラした気持ちが、あまりほかのことの妨げにならないように努めた	0	1	2	3
実際に起こったことや感じたことなどを、何とか変えることができないものだろうか、などと思ったりした	0	1	2	3
自分にかかわりのある何かを、変えてみた	0	1	2	3
現実よりも良いひと時やそのような場所を、空想したり、想像したりして過ごした	0	1	2	3
このようなことがなければ、またあったとしても、すぐに終わってしまえばいいのにと思ったりした	0	1	2	3
ひたすら事態が好転することを望んだり、空想したりした	0	1	2	3
ただ祈るのみだった	0	1	2	3
最悪の事態にそなえた	0	1	2	3

かなり用いた
 ある程度用いた
 ほんの少し用いた
 用いなかった

自分がやるべきことや言うべきことを、いろいろと考えてみた	0	1	2	3
自分が感銘を受けた人が、そのような問題をどう処理していたかを思い起こしてみ、参考にした	0	1	2	3
ものごとを他人の目で見えるように努めた	0	1	2	3
そのことが望ましくないというのは、どの程度までなのかを考えてみた	0	1	2	3
ジョギングをしてみたり運動をしたりしてみた	0	1	2	3

以上で質問は終了です。

お手数とは存じますが、記入忘れがないか、いま一度、ご確認くださるようお願いいたします。

回答後のアンケートは、同封の返信用封筒で郵送をお願いいたします。

最後までご協力いただきまして、誠にありがとうございました。