

2020 年度  
関西福祉科学大学大学院  
社会福祉学研究科  
心理臨床学専攻

修士論文題目

Ⅱ型糖尿病患者のセルフケア行動を促進する要因  
の分析—重症化予防動機づけ面接のための基礎  
資料取得を目的として—

指導教員( 山田富美雄 )

社会福祉学研究科心理臨床学専攻

学生番号 11920004 氏名 阪上美智子

---

## 目次

第1章 序論	4
1.1. はじめに	4
1.1. 高齢化社会について	
1.2. 生活習慣病	5
1.2.1. さまざまな生活習慣病	5
1.2.2. 糖尿病とは	6
1.2.3. 糖尿病合併症とその予防	8
1.2.4. 患者教育の実態	8
1.3. 生活習慣への心理学的介入	9
1.3.1. 糖尿病予防の心理学的アプローチ	9
1.3.2. 行動変容のための心理的介入策	10
1.3.3. 患者のレジリエンス特性と疾病管理	10
1.4. 目的および仮説	11
1.4.1. 目的	11
1.4.2. 仮説	11
第2章 方法	12
2.1. 調査対象者	13
2.2. 調査期間、場所、および状況	13
2.2.1. 調査期間	13
2.2.2. 場所	13
2.2.3. 研究参加への意志	
2.3. 調査用紙	14
2.4. 患者カルテ（サマリーシート）	15
2.5. 分析方法	15
2.6. 倫理的配慮	15
第3章 結果	17
3.1. 調査対象者の概略	18
3.2. エゴレジリエンス尺度	19

3.3.	エゴレジリエンス尺度と血糖値	26
3.4.	その他の心理尺度	31
第4章	考察	40
4.1.	仮説の検証	41
4.2.	エゴレジリエンス特性と糖尿病患者の 疾病自己管理（セルフケア）との関連	42
4.3.	糖尿病患者への患者教育面接に エゴレジリエンスをどう生かすか	43
4.4.	新型コロナ渦における糖尿病患者の不安	45
4.5.	おわりに	45
第5章	要約及び結論	48
	引用文献	50
	謝辞	54
	付録	55

## 第1章 序論

本章では、現代の長寿高齢化社会の現状について述べる。さらに生活習慣病の増加、特に糖尿病の重症化予防の重要性と個人のパーソナリティとの関連について述べる。

### 章目次

1.1. はじめに	4
1.1.1. 高齢化社会について	
1.2. 生活習慣病	5
1.2.1. さまざまな生活習慣病	5
1.2.2. 糖尿病とは	6
1.2.3. 糖尿病合併症とその予防	8
1.2.4. 患者教育の実態	8
1.3. 生活習慣への心理学介入	9
1.3.1. 生活習慣への心理学的アプローチ	9
1.3.2. 行動変容のための心理的介入策	10
1.3.3. 患者のレジリエンス特性と疾病管理	10
1.4 目的および仮説	11
1.4.1. 目的	11
1.4.2. 仮説	11

## 1.1 はじめに

### 1.1. 高齢化社会について

現在の日本社会では、少子高齢化が問題とされ、さらに急速に進むことが予測されている。2060年時点では約2.5人に1人が65歳以上の高齢者となる見込みである(厚生労働白書, 2016)。日本の高齢化社会の世界的な評価として、WHO(世界保健機関)が発表している183か国を対象とした2016年の世界の健康寿命をみると、健康寿命が長い国の2位にランキングしている(健康長寿ネット, 2016)。工藤(2010), 頁129によると、「健康寿命とは、平均してどの年齢まで自立して健康でいられるかを示す。病気やけがで健康状態が損なわれている期間を平均寿命から差し引いて計算される」と述べている。このように、日本の高齢化社会は、世界的にみても、福祉や医療面で、高齢者が健康的で生活しやすい環境が整備されており、特に高齢者にとって、住みやすい国といえるだろう。工藤(2010), 頁90によると、「多くの場合、健康であることは障害や疾病を持たない状態を意味する」と述べている。しかし、加齢による老化を避けることができない高齢者にとって、病気や疾病を持たないことよりも、老化を受け入れ、無理せずに日々の生活を送ることが、重要であることが考えられた。言い換えれば、日本が示す健康寿命の長さは、健康であることが単に、障害や疾病を持たないことではなく、精神的な健康度が高いことが示されているのではないかと示唆される。

高齢者は、病院に行く率が高い。筆者は、看護師として病院勤務を経験しているが、高齢者の受診率は高く、全体の約8~9割を占めているのではと思われるくらいである。高齢者が病院へ支払う診察料は、日本国民であれば、皆国民健康保険制度に加入し、一律に保険料を支払うことが義務づけられており、高齢者の負担率は、現役世代に比べて低い。しかし、全国民医療費のうち、高齢者医療費は約6割を占める。現役世代は保険料の45%を高齢者医療へ拠出しており、高齢者医療費の増加とともに負担を増している(健康保険組合連合会, 2015)。そのため、国民一人一人の医療費負担の増加が深刻な問題になるのではないかと考えられた。しかし、現在の少子高齢化社会を生み出したのは、国や政策の問題でもあり、社会的な法制度の改革を待つことも必要である。日本では投票率が低く、政治離れと言われているが、医療費の問題に関しては、少子化が進む日本においては避けられない事実である。特に今からの日本経済の中心となる若者世代は、日本国の市民として役割を果たさなければならない。そのため、各政党が掲げる政策に関心を持ち、政治に関心を向ける必要があるのではないかと考えられる。

日本の高齢者は、人生 100 年時代に向けて平均寿命は、2040 年時点で 65 歳の人は、男性の約 4 割が 90 歳まで、女性の 2 割が 100 歳まで生きると推計される。健康寿命の延伸とともに、ライフステージに応じてどのような働き方を選ぶか、就労以外の学びや社会参加などをどのように組み合わせしていくかといった生き方の選択を支える環境整備が重要になる（厚生労働白書, 2020）。そのため、長寿高齢化社会が進んでいく中で、高齢者の健康寿命を維持することが、今後の日本社会における課題ではないだろうか。

高齢者医療費の他に、国民医療費が問題とされているのは、生活習慣病の増加である。生活習慣病は、国民医療費（一般診療医療費）の約 3 割を占めている。生活習慣病の一つである糖尿病は、年齢が上がるにつれて患者数は上昇し、高齢者糖尿病患者が増加している（厚生労働省, 2016）。さらに、近年では、糖尿病性腎症の重症化による人工透析患者が増加し、透析患者全体の 39.0%を占める。導入時の平均年齢は 69.7 歳で、最も割合の高い年齢層は男性が 75~79 歳、女性は 80~84 歳という結果が示されている（一般社団法人日本生活習慣病予防協会, 2019）。人工透析の増加は、医療費をさらに押し上げるだけではなく、QOL の低下をもたらし、健康寿命に影響を及ぼす。糖尿病の重症化を防ぐために、糖尿病患者教育の問題点や課題を挙げ、具体的な対策を考える必要があると考えた。

糖尿病患者教育では、セルフケア行動を促し、血糖コントロールを良好に維持することが目的で行われる。しかし、中野・森山・西山・松井（2003）によると、「病気と折り合いを付けながら生涯にわたる治療や療養を継続することは、精神的な葛藤や不安、あるいは経済的な負担など心理・社会的な問題が大きく、自己管理を困難にさせることも多い」と述べられている。糖尿病患者のセルフケア行動は、心理的な側面からの影響が大きいため、介入に対しての具体的な方法を見つけ出しにくいことが患者教育指導において、もっとも大きな障害であることが考えられた。そのため、糖尿病の心理療法の代表である動機づけ面接(MI)に、着目する必要があると考えられた。万福・武藤（2015）によると、MI は、患者自身が変化を求める理由や、その際に抱える矛盾点を明確にし、患者が望む方向へと進むことを助けると述べている。動機づけ面接 (MI) は、糖尿病の心理療法の代表とされ、さまざまな研究においてその実証が報告されている。以上のことから、動機づけ面接に (MI) は、重症化予防に効果があることが考えられた。

## 1.2 生活習慣病

### 1.2.1. さまざまな生活習慣病

生活習慣病とは、健康的と言えない生活習慣が関係している病気のことをいう。発病した後の経過は、生活習慣によって大きく左右されることが少なくない。病気の原因として細菌やウイルスなどの病原体や、有害物質などがある。また、遺伝的な要素も、病気の発症や進行に影響する。そして、もう一つ、食習慣、運動習慣、休養のとり方、嗜好（飲酒や喫煙）などの生活習慣、糖尿病、高血圧、さらにはがん、脳卒中、心臓病など多くの疾病の発症や進行に深く関わっていることが明らかになっている。さらに、生活習慣病は、国民医療費（一般診療医療費）の約3割、死亡者数の約5割を占めており、また、要支援者及び要介護者における介護が必要となった主な原因についても、脳血管疾患をはじめとした生活習慣病が3割を占めるとともに、認知症や、高齢による衰弱、関節疾患、骨折・転倒で5割を占めるなど社会的にも大きな課題となっている（一般社団法人生活習慣病予防協会, 2019）。

生活習慣病は、医療費の問題だけではなく、QOLを低下させ、健康寿命に大きな影響を及ぼす。さらに、高齢者が多くなる社会になると、本人だけではなく、介護する家族の高齢化が予測されるため、その家族の負担は大きく、健康寿命にも影響を及ぼすことが考えられる。生活習慣病は、高齢化社会に大きな影響を及ぼすことが考えられた。

### 1.2.2 糖尿病とは

生活習慣病の一つである糖尿病とは、「インスリンの作用不足による慢性の高血糖状態を主徴とする代謝症候群」と定義されている。また、「適切な治療が行われない場合、高血糖に基づく症状が出ることもあるし、慢性的に年余にわたる高血糖や代謝異常が続けば、細小血管（網膜症、腎症、神経障害）や大血管症（脳卒中、心筋梗塞、狭心症、糖尿病足病変）を起し、患者の生活の質（quality of life: QOL）が低下し、平均寿命や健康維持年数も短縮する」（石井, 2011）, 頁8。

さらに、巢黒(2015)によると、「成因により1型/2型、病態によりインスリン依存/非依存状態に分類される。主に1型は、インスリン絶対的欠乏のため、インスリン治療を要すが、2型は、インスリン分泌低下、インスリンの抵抗性に加え、過食、運動不足、肥満などの生活習慣の環境要因が関与している」と述べている。このように、糖尿病による合併症を予防するためには、血糖値を基準値以内に保ち、高血糖状態を避けることが必要である。糖尿病は、一旦発症すると完治することではなく、薬物治療よりも、本人の自己管理（食事療法、運動療法）が、治療の大半を占める。医師は高血糖状態を避けるために、薬物治療を強化する。インシュリン分泌能が残されている場合は、内服薬

治療を行い、体内のインシュリンが枯渇状態になると、自己注射によるインシュリン治療へ移行するが、インシュリン自己注射は、手技を覚えるのも簡単ではなく、さらに低血糖のリスクが高く、患者のQOLに影響を及ぼすことが考えられる。糖尿病患者は、自己管理行動だけではなく、治療においても主体的に取り組まなければならないのである。堀江・熊野・野村・久保木・末松・羽倉（1993）によると、「糖尿病の治療では、患者自身が積極的に自己コントロールに取り組む姿勢が不可欠であり、これが長期的に合併症の進行度、さらには予後を大きく左右する」と述べている。先行研究にもあるように、糖尿病の自己管理を継続することは困難であることが示唆される。（中野ら, 2003）。そのため、患者が受動的ではなく、能動的に取り組める方法が必要であるが、患者の発達段階に応じて、心理社会的な要因による負担が大きいことが、自己管理行動を困難にしていることが考えられた。近年の糖尿病と認知症との疫学データによると、糖尿病患者では認知症発症リスクは約1.6倍も高いことが報告されており、その後の人生、さらに、健康寿命に大きく影響を及ぼすことが考えられている。特に糖尿病のある高齢者の場合は、高血糖の状態が長く続くことで認知機能が低下しやすくなり、もともと軽度の認知障害がある場合は、さらに進んで認知症を発症しやすいといわれている（国立国際医療研究センター糖尿病情報センター, 2018）。

高齢者糖尿病患者の認知機能は、個人差はあるものの、以前の状態を維持し続けることは困難であるし、身体的な機能も低下していく。筆者が糖尿患者外来に勤務していた経験から、高齢糖尿病患者の療養管理は、簡単な事ではない。治療においては、内服管理が重要であるが、指示通りに飲めない、飲み忘れがある。インシュリン自己注射では、消毒をしない、インシュリンの打つ量を間違える、打ち忘れる等、同じところばかりに打つため、インシュリンの利きが悪く、高血糖状態が改善しない等、様々な問題が存在する。最も危険なことは、低血糖を起こすことであるが、本人の認識は薄いのが現状である。看護師として、できていないときは、何度も、何度も同じ内容を伝えながら、きちんと飲んでほしい、インシュリンの量を間違えないでほしいと祈るような思いをすることもある。糖尿病は、高血糖状態が続くことで、血管に回復不能なダメージを与え、脳、心臓、腎臓などの臓器に重大な影響を及ぼす。そのため、糖尿病は、生活習慣病全体を重症化させる危険性がある。



### 1.2.3 糖尿病合併症とその予防

糖尿病は放置すると網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こす。主に糖尿病が原因となる糖尿病性腎症は、病状が進行し、重症化すると腎不全に陥ると人工透析をしなければならない。多々ある合併症の中で、医療経済的に社会的問題となっているのが、人工透析患者数の増加である。人工透析は、患者のQOLを著しく低下させる。

筆者は、看護師として透析専門の病院で勤務した経験もある。透析治療は、一旦患者の血液を外に取り出し、器械を使ってその血液を浄化し、再び患者に浄化された血液を戻すことが行われる。患者個人によって、3時間から、長くても5時間かかり、さらに1日おきに行わなければならない。透析患者は、尿を排出することができないため、血液を浄化することによって、尿成分を排出しているのである。また、透析中は、血圧変動が大きく、急激な血圧低下により、意識が消失し、透析治療を中止しなければならないことが度々起こりうる。透析ができないと、体内に残る水分を引けないまま、帰宅せざる負えないため、患者の身体的負担は大きい。そのため、透析治療継続するためには、水分制限や食事制限を行わなければならない。このようなことが、透析患者のQOL低下の要因として考えられる。

### 1.2.4 患者教育の実態

食事療法や運動療法がバランスよく行えると、血糖コントロールは良好な状態を保てることはできるが、完治のない糖尿病自己管理を長期に継続し続けることは一般的に考えて本人の負担は大きい。堀江ら(1993)によると、習慣化した日常生活を変容させるのは困難なことが多く、家族や社会のサポート、医師、患者関係などの対人関係も重要な要因になり、多くの心理社会的問題について考慮する必要があることを述べている。さらに、日本の長寿高齢化社会の現状を考えると、さらに、糖尿病と長く付き合わなければならないが、自己管理行動が行え、血糖コントロールを良好に維持できていることが、糖尿病患者の評価になってはいないだろうか述べている。新里・玉井・石津・吹野・樽崎・久富(1985)によると、高齢者と、糖尿病の罹病期間が短い方が、血糖コントロールが良好であると報告していることから、発達段階や発症年齢によって、血糖コントロールは左右されることが示唆された。このように、血糖コントロールには、様々な要因が関与していることが考えられる。巢黒(2015)は、完治のない慢性疾患ゆえ行動を絶えず維持することに困難や負担が生じやすい、さらに、医療者は、患者がセルフケア行動に移せるように教育、療養指導にあたるが、疾病の知識や、合併症の脅威を与えるなどの他律的な行動変容に終始しやすいと述べている。このように、発達段階や、罹患期間、医師や看護

師との関係等、血糖コントロールに与える影響は多岐に渡り、指導方法においても、問題があることが考えられる。しかし、堀江ら（1993）が、述べているように、医療者は、血糖コントロールが良好だと、自己管理行動が行え、糖尿病患者として優秀であると判断しがちであることに気づく必要があると考えられた。石井（2011, 頁 21）によると、糖尿病患者にとって、血糖コントロールは重要であるが、自己管理行動のレベルと血糖コントロール間の相関は小さいことが報告されていると述べている。セルフケア行動を行えやすい環境が整っている場合はよいが、個人が頑張っているにもかかわらず困難な場合もあるのではないだろうか。そのため、石井（1999）、「治療を守れない患者のパーソナリティ」や、「できない直接的理由は何か」に着目することの必要性を述べている。

### 1.3 生活習慣への心理学的介入

#### 1.3.1 糖尿病予防の心理学的アプローチ

治療に関して重要である何を食べるか、どの程度の運動をするかは患者主体である。そのため、自己管理行動の程度は、患者本人に委ねられる。そのため、定期的な通院時における、血糖コントロールの善し悪しは、ある程度、本人自身が予測しているのではないだろうか。「また悪いだろうなあ」、「またなにかいわれるのではないか」など、病院へ行くこと自体がストレスになっていることが考えられる。しかしながら、自己管理がうまく行えて、血糖コントロールがなら、病院に行くストレスは少ないのであろうか。「今回も頑張ったから大丈夫」、と期待を持っていても、思いのほか、予想していた結果とは異なり、なにか釈然としない思いをすることはないだろうか。自己管理行動を常に頑張っている人ほど、この衝撃は大きいのではないかと考えられた。石井（1998）によると、「血糖状態が良好な患者の中にも自己管理の苦痛や困難さを感じている患者の存在を指摘し、血糖状態が良好なことは必ずしも患者の日々の生活における総合的な健康状態としての Quality of life の改善には結びつかないと述べている。また、赤尾・郡山・近藤・安楽・三反・尾辻・蓑部・森・藤崎・中村・田中・深川・中重（2010）によると、行動の継続は糖尿病患者にとってはストレスになることも多く、そこに負担感情が芽生えることも多いと述べている。つまり、土田・福島（2006）によると、糖尿病患者は、糖尿病の管理は糖尿病を抱えながら生きていく上で重要な位置をしめているが、しかし、受け入れがたい苦痛を伴っているものとして体験していると述べている。そのため、指導を受け、自己管理行動を行ながらも、もうなってしまうから仕方がないのだと思う反面、何故、糖尿病になってしまったのかなど、常に後悔の念を抱きながらも、自己管理行動と向き合う日常生活を送っていることが示唆されるこれらのことから、糖尿病患者自身の糖尿病に対する思いや、

感情、さらにパーソナリティに焦点を当てる必要があるかと考えられた。糖尿病患者のパーソナリティ特性について、安藤・安藤・竹内・山本・福島(1994)によると、意識的構えでは、自覚的葛藤・情緒不安定性・不安は少ないが、それより深い人格構造や欲求や感情では、健常者に比して、課題解決法・認知構造は変わらないが、感受性・成熟性・人格の豊かさ・自我の強さ・現実に対する適応性といった面で劣り、内界で生じている不安や葛藤を意識化し表現することのできにくさがあり、糖尿病の発症に人格傾向が関与している可能性を示唆した。しかし、この研究では、糖尿病患者のパーソナリティについて検討はされているものの、パーソナリティと血糖コントロールとの関連性についての研究はされていない。また、糖尿病患者のパーソナリティの、ネガティブな面が述べられているが、反対に、血糖コントロールが良好に行えるようなポジティブな面として捉えることができる糖尿病患者特有のパーソナリティが存在するのではないかと考えられるが、そのような研究はなされていない。

### 1.3.2 行動変容のための心理的介入策

赤尾ら(2010)によると、通常、糖尿病の治療においては、食事療法や運動療法を中心とするセルフケア行動の遂行度(アドヒアランス)を高めていくことが重要であることは広く知られている。しかし、アドヒアランスは常に変化しているため、セルフケア行動に影響する外的要因(環境要因)、内的要因(心理的要因)、強化要因(結果・報酬)のうち、特に内的要因(心理的要因)を把握することが必要であると述べている。つまり、普段は自己管理行動が行えていても、様々な心理社会的な要因により、血糖コントロールが不良になると、「どうせ何をやっても無駄ではないか」など、バーンアウト的な思いを持つことが考えられた。この状態からの立ち直りは、周囲の支援が大きく影響することは当然のことだが、個人のパーソナリティも関与しているのではないだろうか。人生においては、ライフイベントや、老化に伴う心理社会的要因により、糖尿病でなくても、ストレスは大きいことが示唆されるが、頑張ろうと思える前向きさや、こんな時もあるだろうといった、柔軟性をもつことが必要ではないだろうか。そのため、このような個人の持つパーソナリティに着目する必要があるのではないかと考えられた。

### 1.3.3 患者のレジリエンス特性と疾病管理

畑・小野寺(2014)によると、日常的な内的、あるいは外的なストレスに対して柔軟に自我を調整し、状況にうまく対処し適応できるとされるパーソナリティ特性にERがあるERは、Block(Block, 1965)によって提唱された概念

で、Lewin(1951) 猪俣訳のモデルから導かれている。さらに、畑・小野寺(2014)によると、「Lewinのモデルとは、動機付けに関連する欲求系と、状況を察知し、行動を起こす知覚運動系にある境界のことである。この境界には、心理的動機づけや欲求、緊張などの伝達の程度を調節する、透過度(degree of permeability)と、心理的重圧やストレスに応じて透過度のレベルを変更し、必要がなくなれば元に戻す弾性(elasticity)という機能が仮定されている」と述べている。畑・小野寺(2013)によると、大学生の精神的健康に関し、ERの高い人の方がよりサポート源への認知が高く、多様なコーピング方略を用い、精神的健康が良好であること。さらに、成人期を対象に行った研究では、ERの高い女性ほど中年期特有の生活への適応が良好である。また、成人期後期では、日常的ストレスに対処し生活にうまく適応するのに役立つことを報告している。つまり、ERは、発達の各段階を通して良好な適応状況を実現するのに重要なパーソナリティ特性であることが理解できると述べている。これらことから、ERは、個人の生活の中での適応能力を左右し、なをかつ、個人のストレス対処能力にも影響を与えることが考えられた。また、畑・小野寺(2014)によると「ERは、生涯発達の視点からも有効な適応指標となるパーソナリティ特性であると考えられる」と述べられている。適応指標とは、糖尿病患者が、自己管理行動を継続するための、個人の内的な側面、および信念といえるものではないかと考えられた。そのため、動機づけ面接において、ERを高めるような指導が効果的ではないかと考えられたが、本邦でのERに関する研究は、極めて少なく、ERと糖尿病患者の血糖コントロールとの関連性は検討されていない。本研究を行うことにより、糖尿病患者指導における課題や認識が明らかになると考えられる。

## 1.4 目的および仮説

### 1.4.1. 目的

本研究の目的は、ER89日本語版尺度(畑・小野寺, 2013)を用いて、パーソナリティ特性と糖尿病患者の血糖コントロールとの関連性を検討することである。

### 1.4.2. 仮説

エゴレジリエンス得点が高いほどⅡ型糖尿病患者の血糖値コントロールは良いと仮定される。

## 第2章 方法

本章では、調査実施方法、調査対象者の属性、用いた尺度、統計解析方法について解説する。なお、本研究の実施における倫理的配慮について述べる。

### 章内目次

2.1 調査対象者	13
2.2 調査期間 場所・および状況	13
2.2.1 調査期間	13
2.2.2 場所	13
2.2.3 研究参加への意志	13
2.3 調査用紙	14
2.4 患者カルテ（サマリーシート）	15
2.5 分析方法	15
2.6 倫理的配慮	15

## 2.1 調査対象者

対象者は、国立病院機構大阪南医療センター、内分泌代謝内科 K 医師の糖尿病外来に通院中の 1 型糖尿病患者、2 型糖尿病患者、男性 126 名、女性 74 名の合計 200 名である。

平均年齢は、71.2 歳 (SD, 10.52) であった。

## 2.2 調査期間、場所、および状況

### 2.2.1 調査期間

調査期間は、2020 年 10 月 1 日～11 月 5 日までの約 5 週間であった。K 医師の外来診察が予定されている、火曜日 (9:00～16:00)、木曜日 (9:00～14:00)、金曜日 (9:00～16:00) に調査を行った。

### 2.2.2. 場所

内分泌代謝内科外来に併設されている、糖尿病療養指導室 (個室) を使用し、一人一人、対面形式で、聞き取り調査を行った。コロナの感染予防のため、換気に留意し、扉は開放とした。入室者は 2 名にのみに、密にならないように配慮し、次に調査を待つ患者は、部屋の外に配置している椅子で待機してもらうようにした。調査対象者は高齢者が多く、聞き取りや見え方に不都合が生じている患者も多く、コミュニケーションに時間を要したり、質問項目を一つ一つ読み上げるなどの、個別の対応を行っての調査であった。

### 2.2.3. 研究参加への意思

インフォームドコンセントは、診察が終了した後で、まずは K 医師が研究の趣旨について説明を行い、調査協力に同意した患者を振り分けた。その後で、調査実施者が、調査に参加しなくても、不利益な対応は受けることはないこと、プライバシーの保護などを文書及び口頭で説明し、本人の自由意思による同意を取った。さらに、調査用紙に書かれてある、調査協力に○をつけてもらい、調査当日の日付と、署名欄に記入し、最後に説明実施者の署名を行ったあとで、質問紙の回答を始めてもらった。

## 2.3 調査用紙

調査項目は①～⑤の5つであった。

### ① ER89 日本語版尺度 (14項目)

Block & Kremen (1996)が作成したER89 14項目を内容や意味、ニュアンスに留意して日本語訳を行いER 日本語版尺度としたものを用いた。 $\alpha$ 係数は、0.82である。14項目の奇数番号・偶数番号の項目の合計得点で相関係数を算出したところ、 $r=0.721(p<.01)$ であり、有意な相関が認められた。性差があり、男性の方が女性より得点は高いことが認められた。このように、ER日本語版尺度は、信頼性と妥当性が検討された尺度である。回答方法は、「全くあてはまらない」、「当てはまらない」、「当てはまる」「非常に当てはまる」の4段階で求めるものである。得点が高いほどERが高いことを示す(畑・小野寺, 2013)。

### ② 糖尿病患者セルフケアチェックリスト

10項目、「全くできていない」「できていない」「できている」「完全にできている」の4段階で求めた。

### ③ 日本語版 HLOC 尺度 14項目

「そう思わない」「ややそう思わない」「ややそう思う」「そう思う」の4段階で求めた。Wallston らの Multidimensional Health Locus of Control Scales を日本語版へ翻訳されたものである。これは有力な他者 (powerful others) と運や偶然 (chance) とにわたった3次元尺度であり、その原因を自分自身、他者、偶然のいずれに帰属させる傾向があるかを測定するものである(堀毛, 1988)。

### ④ ストレスマネジメント自己効力感尺度

Stress Management Self-efficacy Scale with 20itemを用いた。本尺度は、「ストレス緩和」「落ち着き」「怒りの制御」の3下位尺度、全20項目からなる。全項目に対して、自分ができると思う程度を10点間隔で0点(全くできない)～100点(完全にできる)のいずれかに点数をつけるものである(山田・大野・堤・百々・山内・野田・服部, 2001)。

### ⑤ コロナストレス・チェック尺度

17項目、「なかった」「分からない」「あった」の3段階で求めた。

本研究では、主に ER89 日本語版尺度を用いて分析を行った。

①～④の調査に用いた質問紙は付録に掲載する

## 2.4 患者カルテ

調査した日ごとに通し番号を付け被検者リストとして、幸原医師に渡した。そのあとで患者の個人名は記号化し、匿名化された糖尿病患者 200 名のデータをエクセルファイルで受け取った。受け取った全項目から、年齢、性別、外来受診日（3 回前の診察、前々回の診察、前回診察、調査当日）に行った採血データの HbA1c 値を分析に用いた。

なお、患者の全データは、付録に掲載する

## 2.5 分析方法

エゴレジリエンス得点と、血糖コントロールとの関連

なお、本研究では患者データの個人名はコード化し、匿名化されているものを分析対象とした。

- (1) 先行研究の追試—ER 日本語版尺度 14 項目の得点結果をもとに主因子分析を行った。方法は確認的因子分析を用いた。欠損値のみられた 3 名を除き、197 名の患者に対して分析を行った。
- (2) 欠損値のみられた 4 名を除き、196 名の患者に対して分析を行った。性別、エゴレジリエンス得点 3 分位 (Low, Mid11, High) を従属変数とし、HbA1c 値の 3 回前、前々回、前回、調査当日 (測定値) を独立変数とした。要因として、性別・エゴレジリエンス得点・Hba1c 値、そして、性別の 2 水準、エゴレジリエンス得点 3 水準、HbA1c 値の 4 回測定値の 4 水準による、 $2 \times 3 \times 4$  の分散分析を行った。

## 2.6 倫理的配慮

調査を始めるにあたり、「この調査は、糖尿病の重症化を予防するためのセルフケア行動について、患者様がどう思っておられるか、どの程度負担に感じておられるかについて伺います。療養への態度や考え方を伺う質問も含まれていますが、最後まで回答いただければ幸いです」、以上の内容で、調査協力をお願いを口頭で行った。

次に、調査研究への参加は任意であること、参加に同意しない事で不利益な対応を受けることはないこと、いつでも不利益を受けることなく、調査協力を



撤回することができること、研究結果は、学術研究のみに使用すること、血糖値、中性脂肪値等医学的資料と合わせて統計処理を行い、他の透析解析でも使用すること、調査用紙への記載には10分程度の時間を要すること、この調査用紙は研究終了後、専門誌等への掲載終了後直ちに溶解処分すること、個人が特定されないよう統計した資料を、学会・学術論文で公開されることを、文書及び口頭で説明し、本人の自由意思による同意を取ったあとで、調査用紙に書かれてある、調査協力に同意するに○を付け、調査当日の日付、署名を求めた。

続いて、調査実施者及び、説明者も署名欄に氏名を記入した。調査用紙には、研究代表者名、関西福祉科学大学心理科学部教授・山田富美雄、共同研究者名、国立病院機構大阪南医療センター内分泌代謝内科、幸原医師、研究実施者、問い合わせ先、研究費等も調査用紙に記載されている。なお、データー分析は、調査を行った患者順に、1～200の番号を表示し、個人名をコード化した。そのコード化された個人データーを、幸原医師よりエクセルデーターで受け取り、それをSPSSに貼り付けたものを、解析処理に用いた。なお本研究は、関西福祉科学大学研究倫理委員会の承認を得ている(承認番号:20-18)。

## 第3章 結果

本章では、因子分析と、性別、エゴレジリエンス得点3分位 (Low, Mid11, High) を従属変数とし、HbA1c の3回前、前々回、前回、調査当日 (測定値) を独立変数とする、 $2 \times 3 \times 4$  の分散分析を行った。その結果を以下に述べる。

### 章内目次

3.1. 調査対象者の概略	18
3.2. エゴレジリエンス尺度	19
3.3. エゴレジリエンス尺度と血糖値	26
3.4. その他の心理尺度	31

### 3.1 調査対象者の概略

本調査では、1型糖尿病患者と2型糖尿病患者を含めた、200名から回答を得ることができた。そのうち、欠損値を含んだ4名を除いた196名分の回答を行った。対象者の平均年齢は71.2歳 ( $SD=10.5$ )、男性126名、女性74名である。血糖コントロール値については、以下の基準を使用した(表1)。

表1 高齢者糖尿病患者の血糖値コントロール目標 (HbA1c 値)

患者の特徴・健康状態		カテゴリー I	カテゴリー II	カテゴリー III
		①認知機能正常かつ ②ADL自立	①軽度認知障害～軽度認知症 または ②手段的ADL低下、 基本的ADL自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や 機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤	なし	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり	65歳以上 75歳以上		
		75歳未満		
		7.5%未満 8.0%未満 (下限6.5%) (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

糖尿病治療ガイド 日本糖尿病学会・著 2018-2019 高齢者の糖尿病—ライフステージごとの糖尿病より抜粋

本研究での対象者の平均年齢は、71.2歳であった。調査を実施するにあたり軽度認知障害が疑われる印象のある患者もいたが外来通院が可能であったことから、①軽度認知障害～軽度認知症または②手段的ADLの低下、基本的ADLを可能とする、カテゴリーIIに分類した。HbA1c値は7.0未満～8.0未満を基準値として用いた。

### 3.2 エゴレジリエンス尺度 (ER89 日本語版尺度)

対象者の ER89 日本語版尺度の各項目について項目分析を行った。「非常に当てはまる」を4、「当てはまる」を3、「当てはまらない」を2、「全く当てはまらない」を1として得点化した(表2)。

表 2 ER89 日本語版尺度 14 項目の記述統計量

	平均値	標準偏差	分析 N
B01 1. 私は友人に対して思いやりがあり、親しい関係を持てる	3.07	0.587	193
B02 2. 私はショックを受けることがあっても直ぐに立ち直れるほうだ	2.84	0.667	193
B03 3. 私は慣れていないことに楽しみながら取り組むことができる	2.72	0.665	193
B04 4. 私は人にたいして好印象を与えることができる	2.80	0.589	193
B05 5. 私は今まで食べたことがない食べ物を試すことが好きだ	2.30	0.764	193
B06 6. 私は人からとてもエネルギッシュな人だと思われる	2.50	0.751	193
B07 7. 私はよく知っているところへ行くにも、違う道を通っていくのが好きだ	2.37	0.780	193
B08 8. 私は人より好奇心が強いと思う	2.70	0.715	193
B09 9. 私の周りには、感じがよい人が多い	3.07	0.621	193
B10 10. 私は、何かするとき、アイデアがたくさん浮かぶほうだ	2.63	0.696	193
B11 11. 私は新しいことをするのが好きだ	3.10	0.582	193
B12 12. 私は日々の生活の中で面白いと感じることが多い	2.74	0.650	193
B13 13. 私は「かなり強い個性」の持ち主であると思う	2.53	0.771	193
B14 14. 私は誰かのことで腹を立てても、すぐに機嫌が直る	2.75	0.677	193

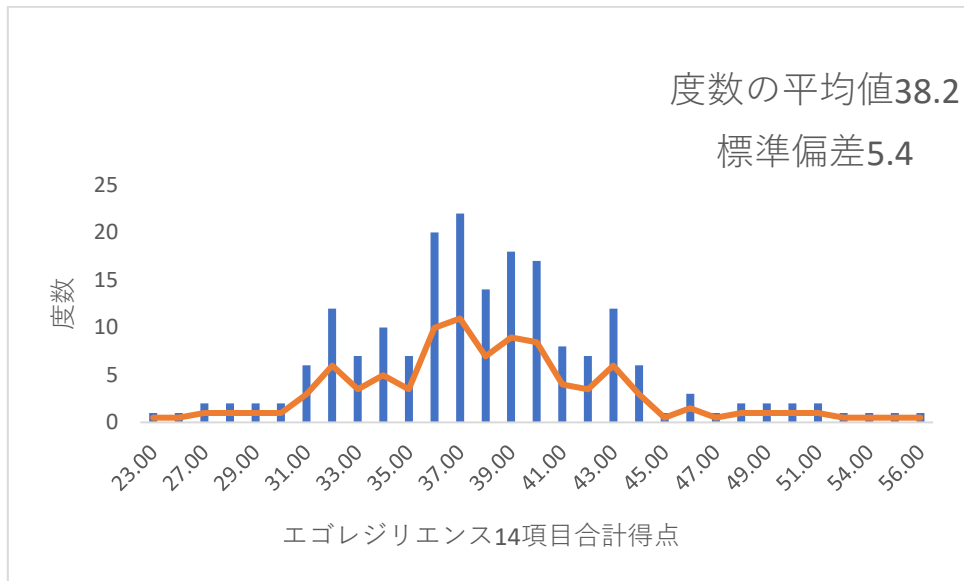


図1 エゴレジリエンス得点3分位度数分布表

対象者200名についてエゴレジリエンス尺度14項目の合計得点を求め、度数分布図を作成し図1にした。

平均値および標準偏差は $38.2 \pm 5.4$ であり、平均値付近に分布が集中し、左右に広く分布する様子が窺える。図より、エゴレジリエンス得点は正規分布の形状を示すことが確認された。

エゴレジリエンス尺度14項目間の積率相関係数行列を表3（次ページ）に示す。

表3 エゴレジリエンス尺度14項目間の積率相関係数行列

	B01 1. 私は友人に 知れたい やりが強い 関係を持て る	B02 2. 私はジョブ ごとを離れて 立ち直れる ほうだ	B03 3. 私は慣れて いることに 満足する ことができる	B04 4. 私は人に 知れたい 関係を持つ ことができる	B05 5. 私は今まで 食べたこと がない食べ 物を試すこ とが好きだ	B06 6. 私は人から ともエネル ギッシュな 人だと思 われている	B07 7. 私はよく 知っている ことへ 興味を持 てることが 好きだ	B08 8. 私は人より 好奇心が 強いと思 う	B09 9. 私の周りに は、感じ がよい人 が多い	B10 10. 私は、 何かする とき、ア イデアが たくさん 浮かぶ	B11 11. 私は新 しいこと をやるの が好きだ	B12 12. 私は 日々の生 活の中で 面白いと 感じるこ とが多い	B13 13. 私は「 強い個性 」の持ち 主である と思う	B14 14. 私は誰か のことで 腹を立て ても、す ぐに機嫌 が直る
B01 1.	1.000	0.373	0.369	0.280	0.060	0.337	-0.009	0.209	0.359	0.189	0.392	0.278	0.128	0.265
B02 2.	0.373	1.000	0.371	0.293	0.162	0.291	0.100	0.242	0.289	0.168	0.248	0.363	0.181	0.398
B03 3.	0.369	0.371	1.000	0.457	0.194	0.374	0.230	0.384	0.285	0.384	0.475	0.482	0.249	0.319
B04 4.	0.280	0.293	0.457	1.000	0.072	0.305	0.170	0.294	0.350	0.382	0.406	0.343	0.219	0.321
B05 5.	0.060	0.162	0.194	0.072	1.000	0.215	0.201	0.237	-0.042	0.098	0.203	0.081	0.211	0.153
B06 6.	0.337	0.291	0.374	0.305	0.215	1.000	0.264	0.440	0.118	0.352	0.364	0.287	0.353	0.255
B07 7.	-0.009	0.100	0.230	0.170	0.201	0.264	1.000	0.485	0.067	0.251	0.184	0.158	0.316	0.095
B08 8.	0.209	0.242	0.384	0.294	0.237	0.440	0.485	1.000	0.139	0.451	0.345	0.395	0.511	0.127
B09 9.	0.359	0.289	0.285	0.350	-0.042	0.118	0.067	0.139	1.000	0.250	0.226	0.301	0.197	0.275
B10 10.	0.189	0.168	0.384	0.382	0.098	0.352	0.251	0.451	0.250	1.000	0.424	0.364	0.452	0.136
B11 11.	0.392	0.348	0.475	0.406	0.203	0.364	0.184	0.345	0.226	0.424	1.000	0.412	0.382	0.194
B12 12.	0.278	0.363	0.482	0.343	0.081	0.287	0.158	0.395	0.301	0.364	0.412	1.000	0.171	0.326
B13 13.	0.128	0.181	0.249	0.219	0.211	0.353	0.316	0.511	0.197	0.452	0.382	0.171	1.000	0.253
B14 14.	0.265	0.398	0.319	0.321	0.153	0.255	0.095	0.127	0.275	0.136	0.194	0.326	0.253	1.000

表3の積率相関係数行列について、最尤法、プロマックス回転を用いて因子分析を行った。表4に共通性の初期値を項目順に示す。

表4 共通性

共通性			
		初期	因子抽出後
B01	1. 私は友人に対して思いやりがあり、親しい関係を持てる	0.340	0.351
B02	2. 私はショックを受けることがあっても直ぐに立ち直れる	0.315	0.431
B03	3. 私は慣れていないことに楽しみながら取り組むことができる	0.435	0.482
B04	4. 私は人にたいして好印象を与えることができる	0.350	0.383
B05	5. 私は今まで食べたことがない食べ物を試すことが好きだ	0.135	0.156
B06	6. 私は人からとてもエネルギッシュな人だと思われる	0.337	0.359
B07	7. 私はよく知っているところへ行くにも、違う道を通って	0.275	0.353
B08	8. 私は人より好奇心が強いと思う	0.521	0.652
B09	9. 私の周りには、感じがよい人が多い	0.275	0.274
B10	10. 私は、何かするとき、アイデアがたくさん浮かぶほうだ	0.393	0.621
B11	11. 私は新しいことをするのが好きだ	0.434	0.429
B12	12. 私は日々の生活の中で面白いと感じることが多い	0.401	0.383
B13	13. 私は「かなり強い個性」の持ち主であると思う	0.428	0.401
B14	14. 私は誰かのことで腹を立てても、すぐに機嫌が直る	0.312	0.298
因子抽出法: 最尤法			

図2は、初期解の固有値のスクリープロットと固有値行列を示す。

初期の固有値を見ると、固有値は大きいものから、4.690、1.606、1.081と変化している。累積%を見ると、3因子で14項目の全分散の52.69%を説明している。次に、スクリープロットを見ると、第2因子と第3因子までの傾きが大きく、第3因子以降の傾きが小さくなっている。最尤法・プロマックス回転による3因子構造とみなしたが3因子目に属する質問項目への寄与率が低く2因子構造の適性が高かったため、因子数を2としてプロマックス回転を行った結果、表5にパターン行列を示す。

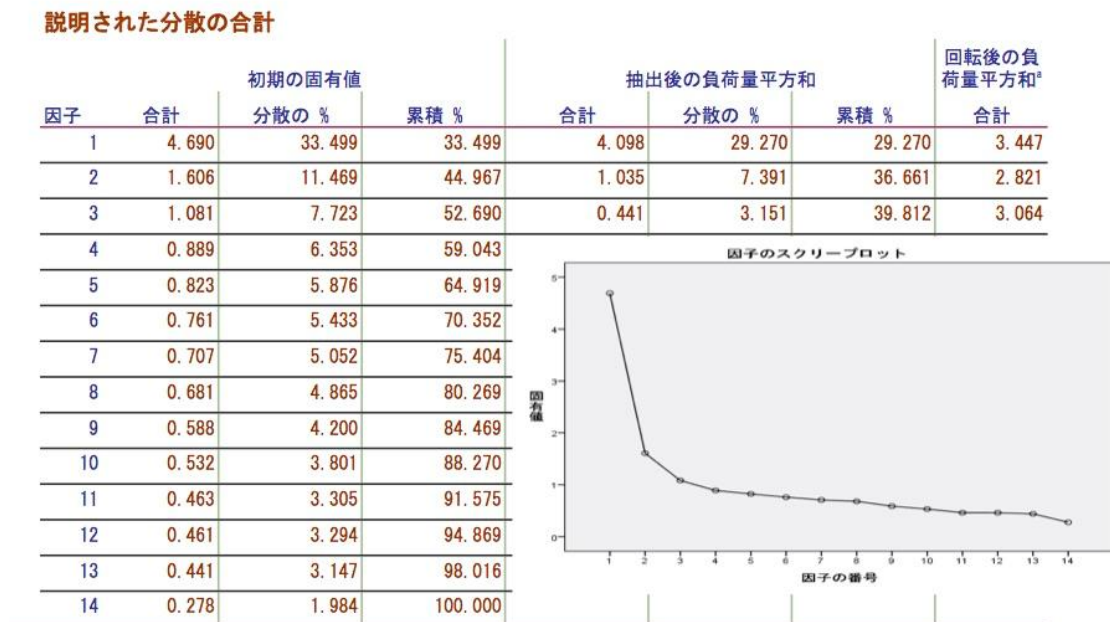


図2 因子のスクリープロット

固有値の分散行列ならびにスクリープロットより、第2因子から第3因子への分散値の落ち込みが大きく、2つの因子で全分散の45%が説明できることがわかる。

以上より、エゴレジリエンス尺度は、2因子構造による解釈が適当とみなし、主因子解を用いて2因子を抽出し、バリマックス回転によって2因子の直行化を試みた。表5にバリマックス回転後の因子負荷行列を示す。



表5 エゴレジリエンス尺度の因子構造  
回転後の因子行列<sup>a</sup>

#	エゴレジリエンス尺度項目	因子	
		因子 1	因子 2
B03	3. 私は慣れていないことに楽しみながら取り組むことができる	0.602	0.353
B01	1. 私は友人に対して思いやりがあり、親しい関係を持てる	0.594	0.065
B02	2. 私はショックを受けることがあっても直ぐに立ち直れるほうだ	0.578	0.135
B12	1 2. 私は日々の生活の中で面白いと感じることが多い	0.547	0.279
B04	4. 私は人にたいいてい好印象を与えることができる	0.542	0.261
B11	1 1. 私は新しいことをするのが好きだ	0.518	0.394
B09	9. 私の周りには、感じがよい人が多い	0.513	0.052
B14	1 4. 私は誰かのことで腹を立てても、すぐに機嫌が直る	0.495	0.111
B08	8. 私は人より好奇心が強いと思う	0.193	0.781
B13	1 3. 私は「かなり強い個性」の持ち主であると思う	0.184	0.605
B07	7. 私はよく知っているところへ行くにも、違う道を通っていくのが好きだ	0.010	0.562
B10	1 0. 私は、何かするとき、アイデアがたくさん浮かぶほうだ	0.324	0.524
B06	6. 私は人からとてもエネルギッシュな人だと思われる	0.359	0.468
B05	5. 私は今まで食べたことがない食べ物を試すことが好きだ	0.082	0.304

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

a. 3 回の反復で回転が収束しました。

表5に、エゴレジリエンス尺度の因子構造を示す。

クロンバックの信頼性係数 $\alpha$ を求めたところ、第1因子のクロンバックの $\alpha$ 係数は $\alpha = .81$ 、第2因子では $\alpha = .74$ であった。

### 第1因子

第1因子は8項目で構成されており、高い負荷量を示す質問項目は、B03「私は、慣れていないことに楽しみながら取り組むことができる」、B01「私は、友人に対して思いやりがあり、親しい関係を持てる」が0.6前後の高い負荷を示し、続いてB02「私は、ショックを受けることがあっても直ぐに立ち直れるほうだ」、B12「私は日々の生活の中で面白いと感じることが多い」が

0.54以上であることから、物事を前向きにとらえることに意識が向かう内容の項目が高い負荷量を示していた。そこで『前向き思考』因子と命名した。

第2因子は6項目で構成されており、B08「私は人より好奇心が強いと思う」が0.782、B13「私はかなり強い個性も持ち主であると思う」が0.685、B07「私はよく知っているところへ行くにも、違う道を通っていくのが好きだ」が0.562など、柔軟的に対応している内容の項目が高い負荷量を示していた。そこで『柔軟的思考』と命名した。

なお、2因子間の相関は0.602と高い相関を示した。

表6 因子相関行列

因子相関行列		
因子	1	2
1	1.000	0.602
2	0.602	1.000

因子抽出法：最尤法

### 3.3 エゴ・レジリエンス得点と血糖値

血糖値コントロールの指標としたHbA1cは、調査を行った日の血液検査値、1回前来院時検査値、2回前来院時検査値、3回前来院時検査値の合計4回の値を従属変数として用いた。

独立変数は性（2）およびエゴレジリエンス（3）であった。エゴレジリエンス尺度は15項目の合計得点を3分位法によってlow、Middle、Highの3群に分けた。表8にエゴレジリエンス3群の度数と構成比を示した。度数の合計が200にならないのは、エゴレジリエンス尺度への回答が不完全な対象者を省いたからである。

表7 エゴレジリエンス得点3分位

	度数	パーセント
Low	52	25.9
Middl	74	36.8
High	67	33.3
合計	193	96.0

3分位においてLow群では、25.9%、Middl群では、36.8%、High群では33.3%と偏りがなかったことを確認した。0～35点をLow群、36～39点をMiddl群、40点以上をHigh群とした。

表9に、エゴレジリエンス3群ごと全測定回平均HbA1c値（%）と標準偏差値を示した。男女ともエゴレジリエンス得点が低い群のHbA1c値が高い。

表8 男女別にエゴレジリエンス得点3分位の平均値と標準偏差

Sex		平均値	標準誤差
F	1.00 Low	7.670	0.246
	2.00 Middl	7.467	0.234
	3.00 High	7.598	0.228
M	1.00 Low	7.502	0.195
	2.00 Middl	7.411	0.171
	3.00 High	7.382	0.178

表 10 は測定回別平均 HbA1c を男女別に示した。女性患者群では HbA1c 値は調査日に近づくにつれ高くなっている。一方男性患者群では低下している。しかしその変化量は女性で 0.13、男性で 0.07 とその差は少ない。

表 9 男女別に HbA1c 値（測定時点での）平均値を示した

Sex		平均値	標準誤差
F	1	7.494	0.146
	2	7.598	0.145
	3	7.623	0.142
	4	7.596	0.147
M	1	7.440	0.113
	2	7.472	0.112
	3	7.411	0.110
	4	7.402	0.114

表 11 は、男女別にエゴレジリエンス得点 3 分位（Low, Middl, High）の測定回（3 回前、前々回、前回、調査当日）ごとの平均 HbA1c 値を示した。また表の右 3 列には分散分析のサマリーを記載した。すなわち、エゴレジリエンスの主効果、性の主効果、およびエゴレジリエンス×性の交互作用を示す。

また、図 3 に男女別エゴレジリエンス得点 3 分位の測定回ごとの平均 HbA1c 値を折線グラフとして図示した。

表 10 分散分析結果

	度数	女性				度数	男性				ERの主効果	性別の主効果	性別×ER
		3回前	前々回	前回	調査当日		3回前	前々回	前回	調査当日			
Low	17	7.64	7.66	7.76	7.54	29	7.64	7.50	7.59	7.49	ns	ns	ns
Middl	22	7.45	7.58	7.58	7.59	40	7.37	7.52	7.42	7.34	ns	ns	ns
High	24	7.40	7.55	7.57	7.62	37	7.32	7.36	7.22	7.35	ns	ns	ns

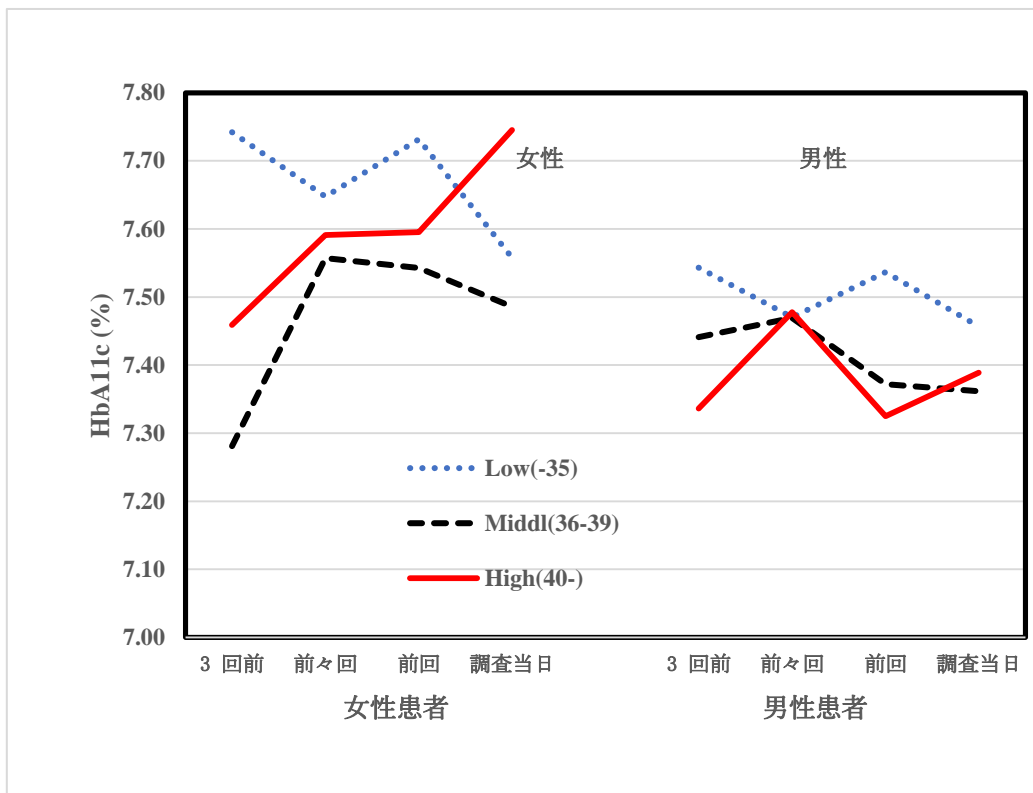


図 3 エゴレジリエンス得点 3 分位の測定回ごとの平均 HbA1c 値を男女別に示す

HbA1c 値を従属変数とし、性 (2) × エゴレジリエンス (3) × 測定回 (4) の分散分析を行なったが、全ての主効果、交互作用は有意水準には至らなかった。

次に、エゴレジリエンスの第1因子「前向き思考」、第2因子「柔軟的思考」それぞれの得点を用いて対象者を3分割し、同様の分析を行なった。

図4は第1因子「前向き思考」による分類の結果である。

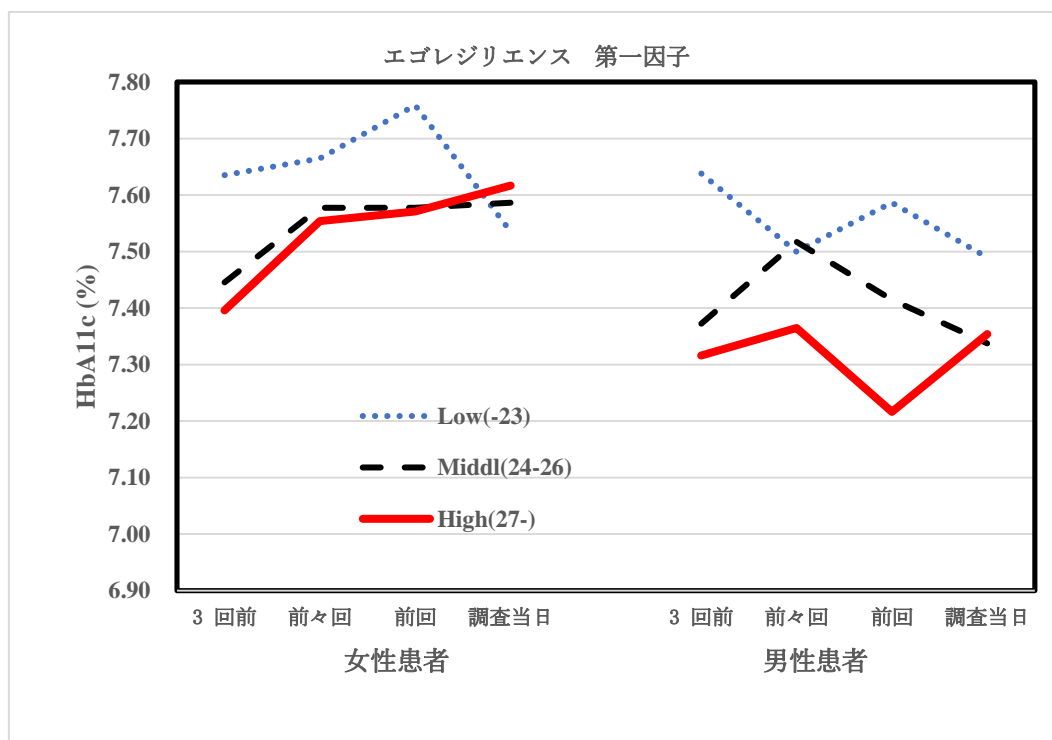


図4 エゴレジリエンス第一因子「前向き思考」得点3分位の測定回ごとの平均HbA1c値を男女別に示す

図4によると、前々回の測定時に、エゴレジリエンスLow群、Middl群において交互作用が認められた。Low群では、7.52%, 7.59%, 7.49%、Middle群では、7.52%, 7.42%, 7.35%で推移した。時間的経過と、エゴレジリエンスとの関連が確認された。またHigh群では7.22%~7.35%で推移していることから、下限の7.0%に近づける範囲で推移していることが示されたことから、基準値以内ではあるが、安定した値で推移していることが示唆された。

図5は第2因子「前向き思考」による分類の結果である。

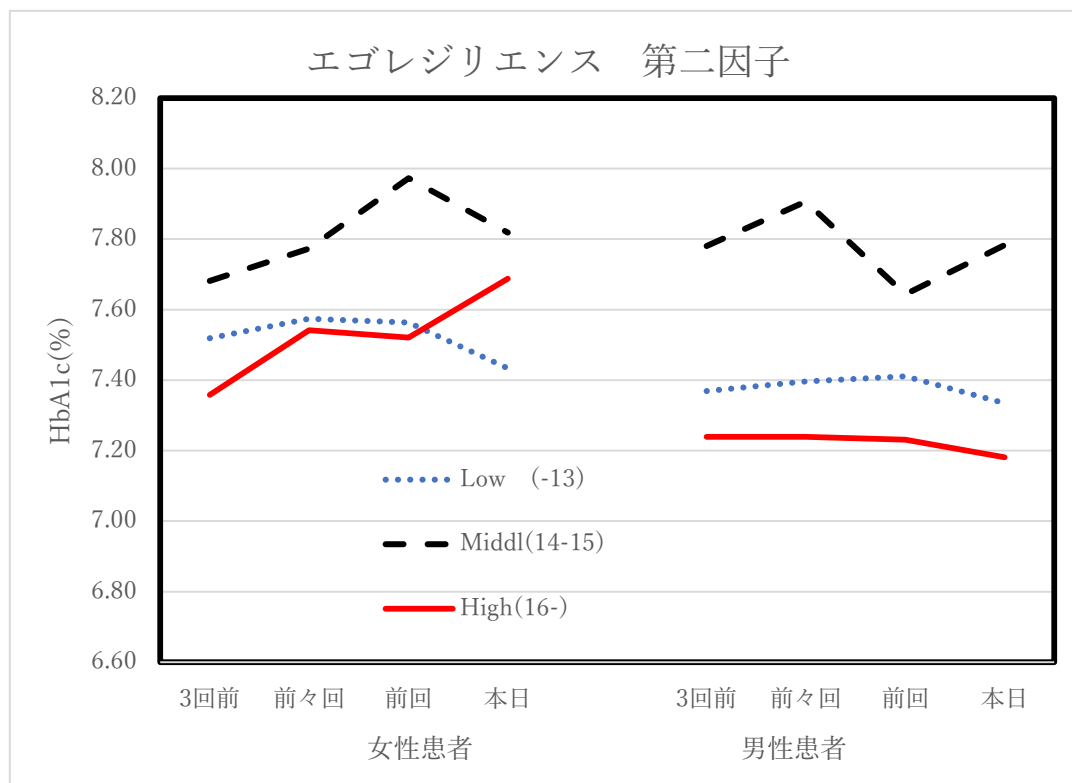


図5 エゴレジリエンス第2因子「柔軟的思考」得点3分位の測定回ごとの平均 HbA1c 値を男女別に示す

女性患者では、前回の測定時に、Low 群、High 群において交互作用が認められた。Low 群では、7.52%、7.43%、High 群では、7.52%、7.43%で推移していることから、測定時の時間経過と ER との関連性があることが示唆された。Low 群と High 群では、下限 7.0%に近い範囲で推移していることが示されたことから、基準値以内ではあるが、安定した値であることが示唆された。

男性患者では、Middle 群において、7.78%~7.91%で推移しており、上限の 8.0%に近い範囲で推移していることが示された。次に、High 群では、7.24%~7.18%で推移しており、下限の 7.0%に近い範囲で推移していることが示されたことから、基準値以内ではあるが、安定した値であることが示唆された。

### 3.4 その他の心理尺度

本論文では、コロナストレス尺度 17 項目について血糖値コントロールとの関係性を検討した。

17 項目のそれぞれについて、従属変数を HbA1c 値、独立変数として測定時点（3 回前, 前々回, 前回, 調査当日）、および各質問への回答（3：あった、分からない、なかった）の 3 × 4 の分散分析を行った。

表 11 は E01 「糖尿病患者はコロナウイルスに感染すると重症化すると聞いて、人一倍自粛した」への回答別平均 HbA1c 値を示す。また表の右側にコロナストレスの主効果、測定回の主効果、および交互作用の結果を示した。

図 6 には平均 HbA1c 値を回答別に図示する。

回答群（3）×測定回数（4）の分散分析を行なった結果、有意な群の主効果、測定回的主効果、および交互作用のいずれも認められなかった

表 11 E01 への回答別 HbA1c 値を測定回毎に示す。

「糖尿病患者はコロナウイルスに感染すると重症化すると聞いて、人一倍自粛した」

		測定時点				コロナストレスの主効果	測定時の主効果	交互作用
		3回前	前々回	前回	調査当日			
コロナストレス	なかった	7.45	7.44	7.34	7.30	ns	ns	ns
	分からない	7.34	7.33	7.26	7.26	ns	ns	ns
	あった	7.48	7.60	7.61	7.59	ns	ns	ns

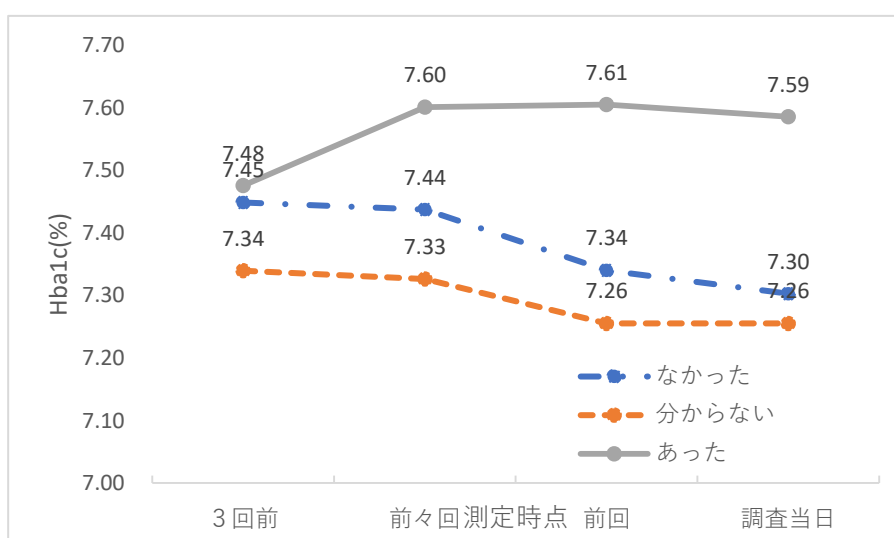


図6 コロナストレス質問 E01 への回答別 HbA1c 値を測定回の関数として図示する。



図 7 に E03 への回答別平均 HbA1c 値を測定回の関数として図示する。「仕事の面で負担が増えたと感じた」と回答した群では、前回から調査当日にかけて HbA1c 値は増加した。一方、「分からない」と回答した群では、前日から調査当日にかけて HbA1c 値は低下した。

分散分析の結果、なんら有意な効果は得られなかった。

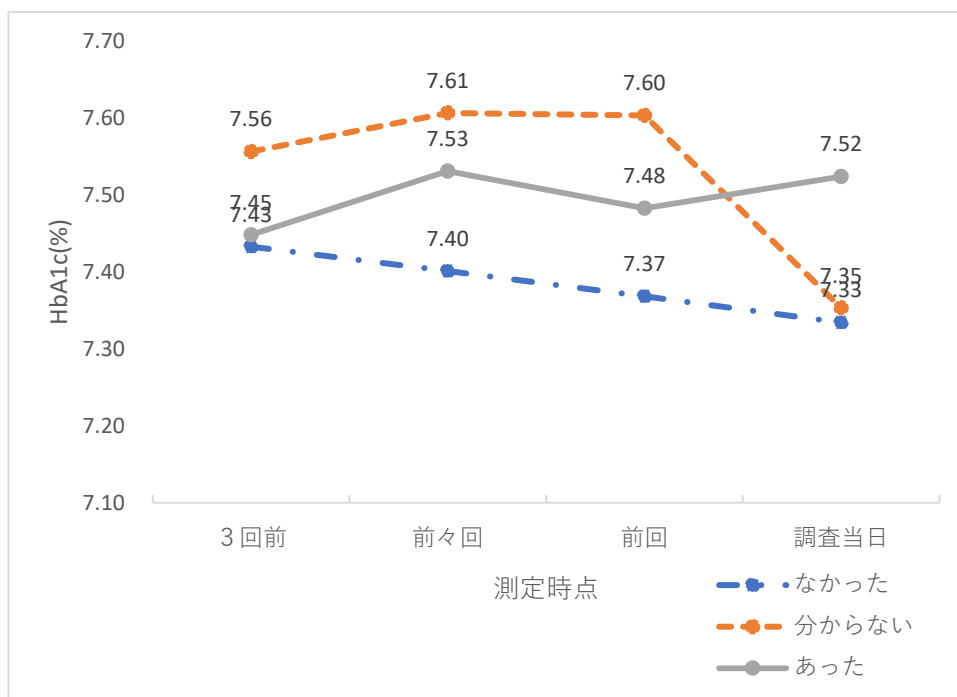


図 7 コロナストレス質問 E03への回答別 HbA1c 値を測定回の関数として図示する。  
「仕事の面で負担が増えたと感じた」

図8にE04への回答別平均HbA1c値を測定回の関数として図示する。「家庭生活の面で負担が増えたと感じた」と回答した群のみ、前回から調査当日にかけてHbA1c値が増加し、他の2群では低下する様子が伺える。分散分析の結果、なんら有意な効果は得られなかった。

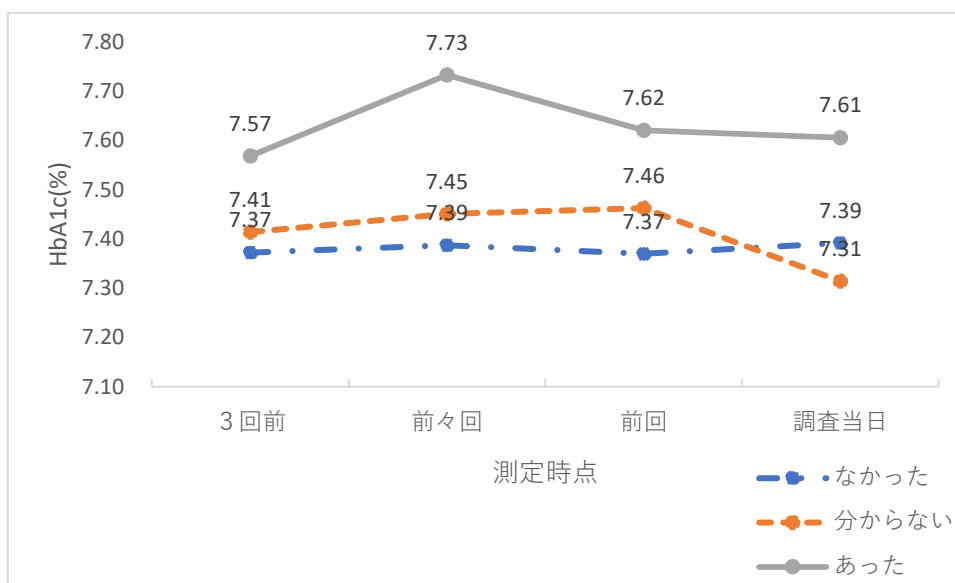


図8 コロナストレス質問E04への回答別HbA1c値を測定回の関数として図示する。  
「家庭生活の面で負担が増えたと感じた」

図9にE07への回答別平均HbA1c値を測定回の関数として図示する。「外で遊べないのが辛かった」と回答した群のみ、3回前から調査当日にかけてHbA1c値は、他の2群と比較して、高かった。分散分析の結果、なんら有意な効果は得られなかった。

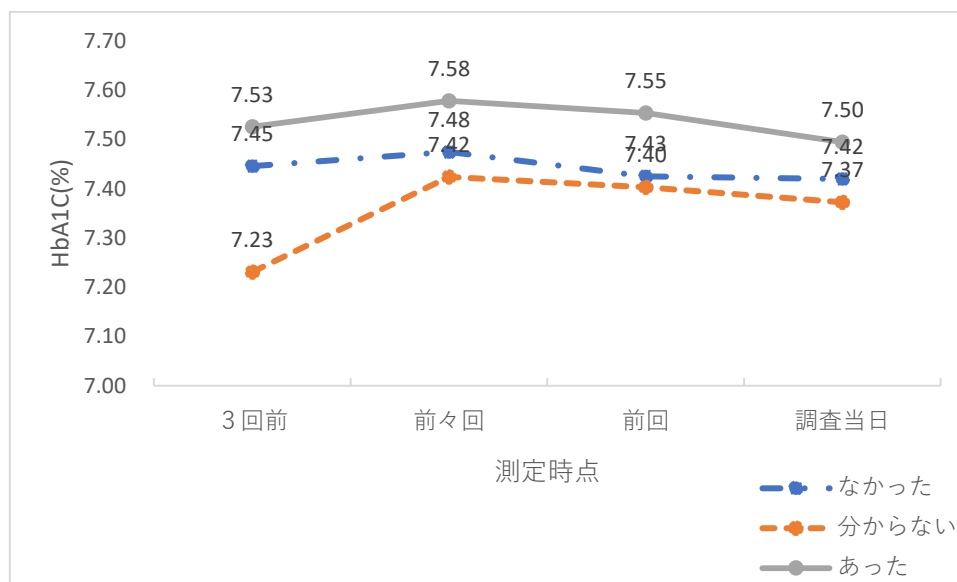


図9 コロナストレス質問 E07 への回答別 HbA1c 値を測定回の関数として図示する。  
「外で遊べないのが辛かった」

図 10 に E08 への回答別平均 HbA1c 値を測定回の関数として図示する。「自  
 粛で食べ過ぎて肥えた」と回答した群のみ、全測定回において他の 2 群よりも  
 HbA1c 値が高かった。分散分析の結果、なんら有意な効果は得られなかった。

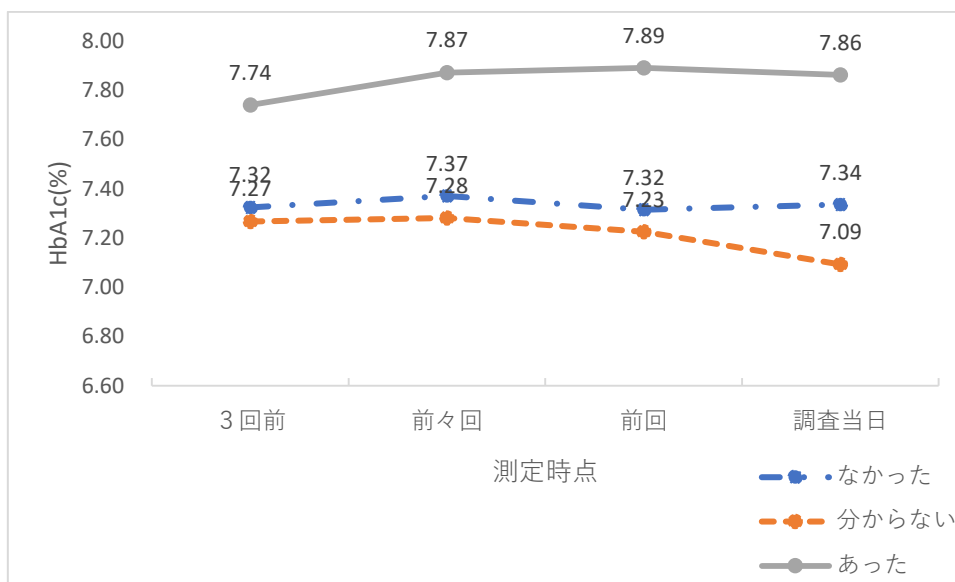


図 10 コロナストレス質問 E08 への回答別 HbA1c 値を測定回の関数として図示する。  
 「自粛で食べ過ぎて肥えた」

図 11 に E09 への回答別平均 HbA1c 値を測定回の関数として図示する。「自粛で運動不足になった」と回答した群のみ、前回から調査当日において HbA1c 値が増加した。一方、「分からない」では、低下した。分散分析の結果、なんら有意な効果は得られなかった。

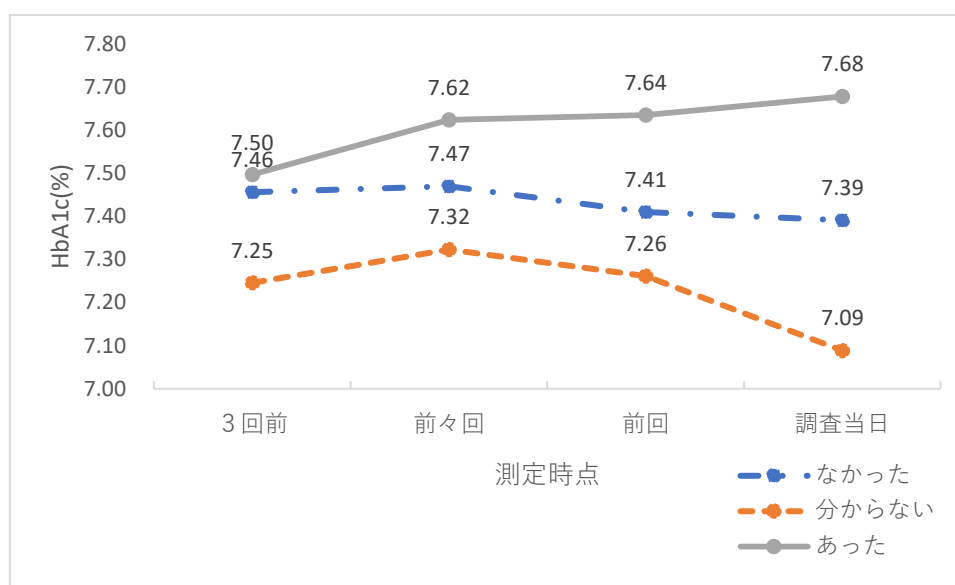


図 11 コロナストレス質問 E09 への回答別 HbA1c 値を測定回の関数として図示する。  
「自粛で運動不足になった」

図 12 に E15 への回答別平均 HbA1c 値を測定回の関数として図示する。「感染者が増えてまた自粛するかと思うといらだつ」回答した群では、前々回から調査当日にかけて HbA1c 値は低下した。分散分析の結果、なんら有意な効果は得られなかった。

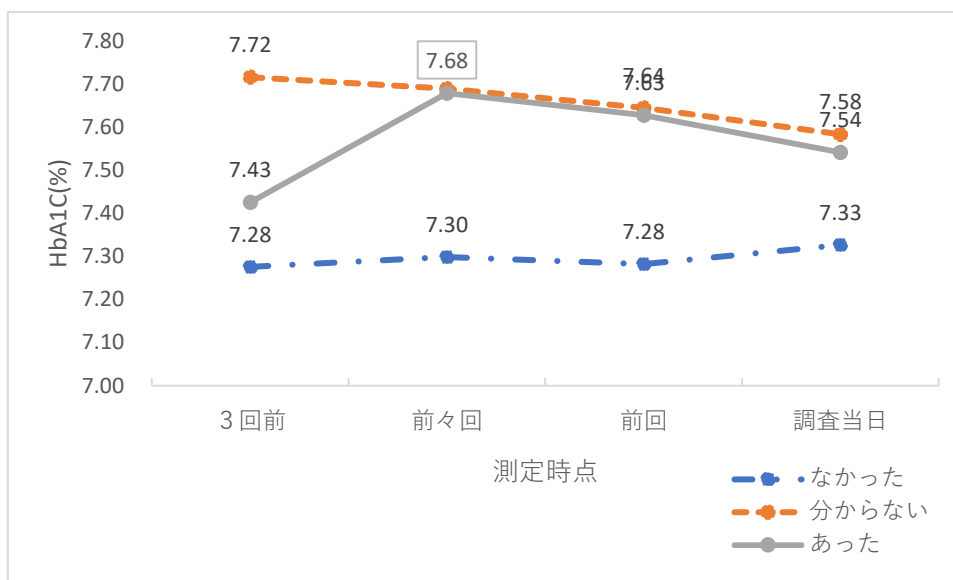


図 12 コロナストレス質問 E15 への回答別 HbA1c 値を測定回の関数として図示する。  
「感染者が増えてまた自粛するかと思うといらだつ」

図 13 に E16 への回答別平均 HbA1c 値を測定回の関数として図示する。「外で遊べないのが辛かった」と回答した群では、前々回から調査当日にかけて HbA1c 値は低下した。一方、「分からない」と回答した群では、増加した。分散分析の結果、なんら有意な効果は得られなかった。

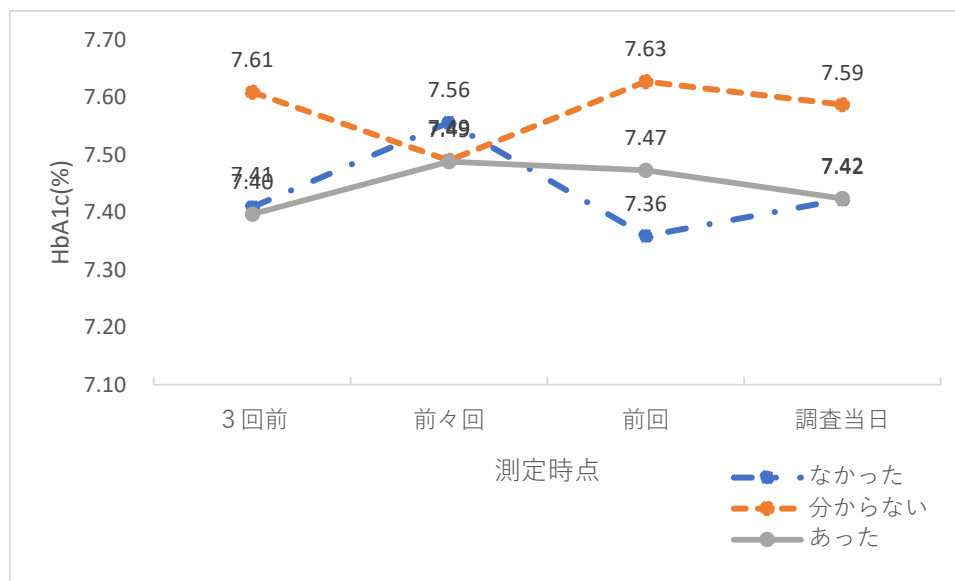


図 13 コロナストレス質問 E16 への回答別 HbA1c 値を測定回の関数として図示する。  
「自分が感染して、重症化するのではと不安だ」

図 14 に E17 への回答別平均 HbA1c 値を測定回の関数として図示する。「流行の第二波、第3波が来ても、対応できると思う」と回答した群のみ、前々回から調査当日にかけて HbA1c 値は低下した。さらに、「なかった」と回答した群では、3回前から調査当日にかけて HbA1c 値は低下した。分散分析の結果、なんら有意な効果は得られなかった。

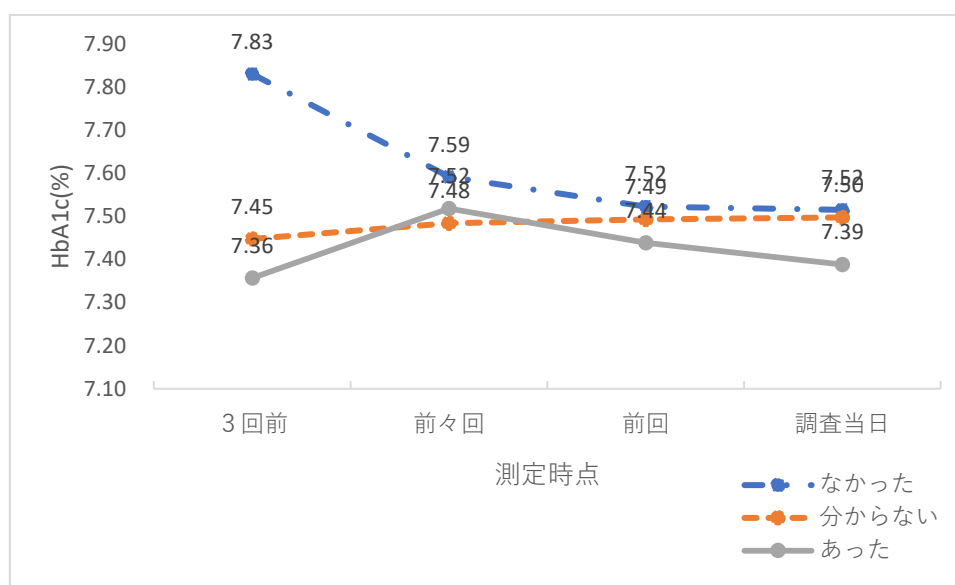


図 14 コロナストレス質問 E17 への回答別 HbA1c 値を測定回の関数として図示する。  
「流行の第二波、第3波が来ても、対応できると思う」



## 第4章 考察

本章では、仮説検証および、糖尿病患者教育面接にエゴレジリエンスをどう生かすかについて述べる。

### 章内目次

4.1.	仮説の検証	41
4.2.	エゴレジリエンス特性と糖尿病患者の疾病自己管理（セルフケア）との関連	42
4.3.	糖尿病患者への患者教育面接にエゴレジリエンスをどう生かすか	43
4.4.	新型コロナ渦における糖尿病患者の不安	45
4.5.	おわりに	45

## 第4章 考察

### 4.1 仮説の検証

本研究では、パーソナリティ特性 ER が高い方が糖尿病患者の血糖コントロールが良いとの検証を行った結果、ER の高さと血糖コントロールには関連性がないことが明らかとなった。これは、病気との折り合いの違いと血糖状態には関連性がないとする過去の研究結果を支持するものであった（土田・福島, 2006）。畑・小野寺（2014）によると、ER は、生涯発達の視点からも有効な適応指標となるパーソナリティ特性であると考えられているが、糖尿病患者の血糖コントロールに影響は認められなかった。ER と類似した概念にエゴがつかない、レジリエンスがある。佐藤・祐宗（2009）によると、「レジリエンスとは、いわば精神的ホネオスタシスとも呼ぶべきものであり、心理的復元力、心理的回復力、心理的立ち直りなどと表現できるものである」と述べている。一方、Block（2002）は、ER について、「心理的に非常に有害であると判断される生活環境を前提として、驚くほどうまく適応していることに特徴づけられる一連の観察された現象を説明するために ER が理論的基盤となる」と提案している。レジリエンスは、心理的な立ち直りができることから、血糖コントロールに影響を及ぼすことが考えられるが、本研究では、レジリエンスと血糖コントロールとの関連性は検討されていない。一方、ER は、うまく適応していることを説明できる理論的な基盤であるため、血糖コントロールに直接関与するものではないことが示唆された。以上のことから、ER が高いと血糖コントロールが良好であるとの研究仮説は妥当ではなかったことが考えられた。

次に、畑・小野寺（2013）の追試を行ったところ、前向き思考と柔軟性思考の2因子が確認された。しかしながら、オリジナルの ER89 日本語版尺度作成を試みた（畑・小野寺, 2013）が行った先行研究によると、1成分性であることが報告されている。本研究と異なる点として、（畑・小野寺, 2013）が行った研究では、調査対象者は、青年期、特に大学生であった。そのため、対象者の発達段階の違いによるものと考えられた。本研究の対象者は、主に高齢者の糖尿病患者であった。高齢者のセルフケア行動は、今までの経験の積み重ねなどで内在化され、自己流で行っていることが示唆される。よって、「前向き思考」と「柔軟的思考」は、高齢糖尿病患者にとって自分に合った療養行動を自己で作り上げ、内在化していることが考えられた。そのため、高齢者糖尿病患者に特有のものであるとも考えられるが、ER と発達段階の違いによる糖尿病患者の

血糖コントロールとの関連性は検討されていない。ERは、あらゆる発達段階においての良好な適応状況を実現できるとされている（畑・小野寺, 2013）。よって良好な適応状況を実現できるということは、高齢者以外の発達段階においても、糖尿病患者の重症化予防や自己管理行動に効果的なパーソナリティ特性であることが考えられた。

次に、ERは、血糖値の時間的推移（測定時期）に影響があることが示唆された。時間的推移とは、次回の外来通院までの期間を示す。患者によっては、1か月後、3か月後、6か月後と異なるため、患者個人によって、状況は大きく異なることが示唆される。次回までの受診期間が、1か月後よりも、6か月後の方が、受診回数などを考慮しても、本人の負担は少ないのではないかと推察された。ERと血糖値の時間的推移を見てみると、本研究で用いたHbA1c値の基準値は8.0未満・下限7.0未満であるが（表1）が、ERの高い方が、7.5%前後を示し、下限7.0%に近い値で推移していることが見て取れる。上限を超えそうな印象はなく、安定して経過していることが示唆された。そのため、ERは、安定した血糖値を維持するために効果があることが示唆されたが、本研究では、ERと血糖値の時間的推移についての検討はなされていないため、さらなる検討が必要であることが考えられた。

#### 4.2 エゴレジリエンス特性と糖尿病患者の疾病と自己管理（セルフケア）との関係

石井(2011)によると、血糖コントロールと自己管理行動との相関は小さいことが示されている。そのため、本研究による結果は、ERと自己管理行動との関連性も低いことが考えられるが、本研究ではその検討はなされていない。そのため、今後の課題として、ERと自己管理行動との検討が必要である。

土田・福島(2006)によると、病気との折り合いの違いによって、糖尿病患者の血糖値が左右されることはなかったことを報告し、慢性疾患患者にとっては、自分の病気をいかに感じ、日常生活の中でどのように対処するかなど、病の問題に注目することが必要であると述べている。本研究で取り上げた、エゴレジリエンスとは、畑・小野寺(2014)によると、「日常的な内外のストレスに対して柔軟に自我を調整し、状況にうまく対処し適応できるとされるパーソナリティ特性である」と述べられている。そのため、糖尿病患者の血糖コントロールを良好に保つために、心理的な側面から、有効ではないかと考えたが、関連性はなかった。病気との折り合いについて検討した先行研究においても、心理的な側面が関与していることが示唆されるが、血糖コントロールとは

関連がないことが示されている。しかし、村上・梅木・花田（2009）によると、糖尿病患者が自己管理に必要な知識を学習したり、日々の生活の中でその学びを活用して実施するためには、糖尿病と向き合う気持ちを持っていることが重要であり、反対に糖尿病と向き合えない気持ちが、自己管理について、学ぼうとする意欲や、生活の中に取り入れようとする意思を阻害すると述べている。さらに、土田・福島（2006）によると、血糖値は病態を表す客観的な指標ではあるが、糖尿病患者にとって血糖値の状態そのものよりも、患者自身の現在の病気の状態を「安定している」と感じるの方が、患者にとっては、病気との折り合いで大きな意味を持つというのであろうと述べている。本研究で得られた結果は、高齢者糖尿病患者に認められたパーソナリティ特性ではあるが、前向き思考と、柔軟的思考を持つことは、あらゆる発達段階においても可能であることが考えられた。さらに、ERは、安定した血糖コントロールを可能にしていることが本研究によって示唆されている。先行研究でも述べられているように、糖尿病患者は、糖尿病と向き合うことができ、血糖値を安定していると感じられることが重要である。そのため、糖尿病のパーソナリティ特性である前向き思考と柔軟的思考を高めることが重要ではないだろうか。患者が自己管理行動に主体的に取り組むことができ、長期の継続を可能にし、重症化予防につながるということが考えられた。

#### 4.3 糖尿病患者への患者教育面接にエゴレジリエンスをどう生かすか

以上より、糖尿病患者にとっては、糖尿病と向き合い、血糖状態が、安定していると感じることが重要であることが考えられた。万福・武藤（2015）によると、動機づけ面接とは、「治療者は、患者自身が変化を求める理由や、その際に抱える矛盾点を明確にすることを促し、患者が望む方向へと進むことを助ける」と述べている。したがって、動機づけ面接には、共に患者自身の療養に対する問題点を探し出し、様々な解決策を提供することが重要であることが考えられた。そのためには、糖尿病患者をセルフケア行動や、血糖コントロールで評価するのではなく、患者の主体性を尊重しつつ、セルフケア行動が何故できないのか、ではなく、何故糖尿病と向き合うことができないのか、心理社会的な側面からの問題点を患者とともに解決していくという姿勢が重要であると考えられた。そのためには、動機づけ面接において、糖尿病患者のパーソナリティ特性である、前向き思考と、柔軟的思考を高めることが重要であると考えられた。本研究は、動機づけ面接に行ける基礎資料の取得が目的であったが、動機づけ面接では、共に患者自身の療養に対する問題点を探し出し、様々な解決

策を提供することが重要である。そのためには、糖尿病患者をセルフケア行動や、血糖コントロールで評価するのではなく、患者の主体性を尊重しつつ、セルフケア行動が何故できないのかではなく、何故糖尿病と向き合うことができないのか、心理社会的な側面からの問題点を患者とともに解決していくという姿勢が重要であると考えられた。万福・武藤（2015）によると、「MIにおいて、治療者は、患者自身が変化を求める理由や、その際に抱える矛盾点を明確にすることを促し、患者が望む方向へと進むことを助ける」と述べている。動機づけ面接（MI）は、さまざまな研究において、2型糖尿病患者への実証が報告されている（Smith, Heckmeyer, Kratt, & Mason, 1997）。

筆者の経験から、糖尿患者治療の臨床現場では、看護師が療養指導に携わることが多い。管理栄養士による栄養指導が行われても、指導の時間枠が限られているため、理解できていなくても終わらせている場合が多いが、特に高齢者に対する食事指導は困難なこと多く、看護師が再度指導を行うことも多い。しかし看護師は、その他、診察介助や、インシュリン自己注射指導、さらに薬剤師が介入しているにも関わらず、再度服薬指導などを行うことが多く、業務は多岐に渡る。そのため、糖尿病患者の心理面への対応を行うためには、限られた時間しかなく、その効果判定も、ほとんどできないような状況であった。病院の規模や患者数によって違いがあると思われるが、他の病院に勤務する看護師の現状も、多くは変わらないのではないかと考えられた。万福・武藤

（2015）によると、MIを実施した者の間に、糖尿病患者に対するMIの経験の差が、MIの効果に影響を及ぼす要因であると述べていることから、MIは、行う側の力量が重要であることが考えられた。そのためには、専門職の独自性を発揮できるチーム医療の重要性が求められる。

前向き思考と柔軟的思考を高めるためには、自己管理行動や血糖コントロールを困難にしている要因を、心理アセスメントにより、明確化すること重要である。日本臨床心理士会（2011）によると、心理アセスメントは、「治療の開始前のみならず、治療の経過中、治療終了後にも心理アセスメントは行われ、介入の適否や効果についてのモニタリングにも役立つ」と述べている。山田

（2014）によると、「緩和ケア領域、周産期領域、遺伝医療、糖尿チーム、高齢者など、臨床心理学に基づいた援助がますます求められている」と述べている。糖尿病患者教育面接を看護師が行う場合でも、前向き思考や柔軟的思考を高めることは可能である。しかし、山田（2014）によると、患者、家族は、医療において身体面でのケアのみならず、心理面での適切なケアを望んである、チーム医療において臨床心理士がチームに入る利点として、心理的支援を受けた患者の満足度は高まり、患者及び家族の不安は軽減し、治療に良い影響が及ぼされると述べている。しかし、日本臨床心理士会（2014）によると、臨床心

理士の医療での雇用は安定していない、国家資格化がなされておらず、診療保険点数での評価が困難であると述べている。糖尿病患者へ教育指導は、様々な他職種によって行われているが、情報共有にまでは至っていないのが現状の問題点として考えられる。看護師は、患者の療養生活全体に関わるため、各職種の役割も担っていることが多く、業務はきわめて煩雑であるため、心理的側面への介入には、負担が大きいことが考えられた。

津川・岩満(2011)によると、「他職種による協働とは、他職種でチームを構成し、チームとして共通の目標に向かって、各職種がそれぞれの専門性をもって、お互いに連携を取りながら、患者を治療・援助することを指す」と述べられている。そのため、糖尿病医療に携わる看護師や、管理栄養士などの専門職が独自の役割を果たすためには、他職種との協働が重要であると考えられた。現在は、心理の専門職として、公認心理士が国家資格化された。糖尿病のパーソナリティ特性である、前向きさや柔軟性を高めるためには、心理の専門職としての公認心理士を含めたチーム医療が重要であることが考えられる。

#### 4.4 新型コロナ渦における糖尿病患者の不安

コロナストレスが「あった」群において、HbA1c 値は、血糖値は、基準値以内ではあるが、上限値 8.0%に近い値で推移していることから、コロナストレスは、血糖値に影響を与えることが明らかとなった。コロナストレスは、自粛という今までなかった状況を作りだし、糖尿病患者にとっては、食事療法や運動療法など、自己管理行動が行えないような状況を作りだしていることが考えられた。

特に、「自分が感染して、重症化するのではないかと不安だ」「流行も第2波・第3波が来ても、対応できると思う」と回答した群において、下限 7.0%に近い値で推移し、さらに前回測定から調査当日にかけて血糖値は低下していることが示された。メディア報道の影響も大きいと思われるが、糖尿病患者の重症化への不安は、予想以上に大きいことが考えられる。このような、今までにない状況が、今回の研究結果に影響を及ぼしていることが示唆された。

#### 4.5 おわりに

本研究の限界として、調査対象者に、高齢者が半数以上をしめていたことがあげられる。今後の研究において、特に、就業年齢である青年期や成人期、特

に仕事による自己管理が容易でない糖尿病患者を対象とした研究を行う必要がある。またERと血糖コントロールの時間的推移との関連が推測されることから、今後は、発症直後の若年患者を対象とした横断的研究が期待される。

## 第 5 章 要約及び結論

### 章内目次

要約及び結論	48
引用文献	50
謝辞	54
付録	55



## 第5章 要約及び結論

### 【問題と目的】

高齢化社会において、高齢者人口透析患者の増加が問題とされている。国民医療費の個人負担の増大や、QOLを低下させるだけではなく、健康寿命にも影響を及ぼすことが考えられた。糖尿病指導は、様々な研究が行われているが、患者の心理学的特性と血糖コントロールに焦点を当てた研究のうち、エゴ・レジリエンス (ER:Ego Resilience) を検討した先行研究は少ない。ERは、ストレスに対して自我を調整し、うまく適応できるパーソナリティとされ、種々の実証研究が報告されているので、血糖値コントロールとの関係は十分興味深い。そのため、本研究では、エゴレジリエンスと、血糖コントロールとの関連について検討することで、Ⅱ型糖尿病患者の重症化予防動機づけ面接のための基礎資料の取得を目的とした。

### 【方法】

#### 1. 調査対象者

国立病院機構大阪南医療センター糖尿病患者 200 名 (男性, 196 名、女性 74 名)、を対象とし、質問紙による調査を行った。平均年齢は、71.2 歳 (*SD*, 10.52) であった。

#### 2. 調査項目

エゴレジリエンス尺度として、ER89 日本語版尺度 (畑・小野寺, 2013:14 項目) を用いた。血糖コントロール指標は、外来通院時の採血検査データの中の HbA1c 値を患者カルテ (サマリーシート) より参照した。

#### 2. 分析方法

ER89 日本語版尺度得点を算出し、3 分位法により、0~35 点を Low 群 (52 名, 20.9%)、36~39 点を Middl 群 (74 名, 36.8%)、40 点以上を High 群 (67 名, 33.3%) の 3 群に分割した。

独立変数は性 (2)、ER (3)、期間 (4) の 3 要因とし、HbA1c 値を従属変数とする 3 要因分散分析を用いて効果を評価した。ER の因子構造をみるために主因子法で因子を抽出し、バリマックス回転を用いて因子分析を行った。

## 【結果】

ER(3)×性(2)×時間経過(4)の3要因分散分析を行ったところ、ER、性、時間経過の主効果、ならびにすべての交互作用は有意水準には至らなかった。性差要因やER以外の要因が複雑に作用し、一貫した作用を示さなかったことが伺える。

ER89日本語版の因子構造をみるために因子分析を行ったところ、「前向き思考」と「柔軟的思考」と名付けられる2因子構造をとることがわかった。これら下位2因子によって対象者を分けて同様の分析を行ったが、ERは血糖値コントロールに何ら影響しなかった。

## 【考察】

3要因分散分析の結果、主効果、交互作用ともに認められなかった。したがって、3要因分散分析の結果、ERが高いと血糖コントロールは良好であるとの仮説は支持されなかった。主に高齢者が対象であったことがその要因として考えられた。

次に、因子分析を行った結果、「前向き思考」、「柔軟的思考」が抽出された。このER特性は、糖尿病患者に固有のパーソナリティ特性とはいえないが動機づけ面接によってER得点を高めることは生活習慣の改善と矛盾しない。糖尿病治療や血糖値コントロール指導において、心理学的アプローチへの期待はある。重症化予防動機づけ面接において、今までは、国家資格化されていないこと、診療報酬の点数化されていないことなどから、臨床心理士の医療現場での雇用は安定していなかったことが、問題とされていたが、国家資格化された公認心理師の誕生により、心理の専門職としての役割が明確化された。糖尿病の重症化予防に向けて、今後の糖尿病チーム医療における、心理の専門職として公認心理士の活躍が期待されるのではないかと考えられる。今後は、発症直後の若年者を対象とした縦断的研究が期待される。

## 引用文献

赤尾綾子・郡山暢之・近藤春香・安楽千鶴・三反陽子・尾辻真由美・簗部町子・森 加弥・藤崎夏子・中村由美子・田中康子・深川俊子・中重敬子 2011 糖尿セルフケアに関する自己効力感尺度作成の試み 糖尿病 54(2):128-134

安藤美華代・安藤晋一郎・竹内 俊明・山本 玉雄・福島一成 1994 心身医学 34(2), 137-143, 一般社団法人 日本心身医学会

Block, J. (1965). *The challenge of response sets: Unconfounding meaning acquiescence, and social desirability in the MMPI*. New York; Appleton-Century-Crofts.

Block, J (2002). *Personality as an Affect-Processing System: Toward an integrative theory*: Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

石井 均 糖尿病医療学入門— 2011 こころと行動のガイドブック 医学書院

石井 均 1999 糖尿病治療における心身医療のあり方 一般社団法人 日本心身医学会 39(7), 565

石井 均 1998 糖尿病患者への心理・行動医学的アプローチ Diabetes Journal, 26, 7-12.

畑 潮・小野寺敦子 Ego-Resiliency (ER89) 2013 日本語版作成と信頼性・妥当性の検討 パーソナリティ研究 2013 第22巻 第1号 37-47

畑 潮・小野寺敦子 2014 エゴレジリエンス研究の展望 目白大学 心理学研究 第10号 71-92

堀江はるみ・熊野宏昭・野村忍・久保木富房・末松弘行・羽倉綾子 1993 心理社会的要因が糖尿病の血糖コントロールに及ぼす影響—数量化1類による多元的な解析による 一般社団法人 日本心身医学会 33(8), 667-674

堀毛裕子 Health Locus of Control Scales の検討—日本語版作成の試み—  
1988 東北学院大学論集 (一般教育), 91, 31-53.

<http://www.seikatsusyukanbyo.com/statistics/2019/010051.php>  
一般社団法人 生活習慣病予防協会 2019

工藤由貴子 老年学 2010 武蔵野大学 通信教育部

<https://www.tyojyu.or.jp/net/kenkou-tyoju/tyojyu-shakai/sekai-kenkojumyo.htm>

健康長寿ネット 公益財団法人 長寿科学振興財団

<https://www.kenporen.com/health-insurance/basic/02.shtml>

健康保険組合連合会 けんぽれん

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/dl/1-01.pdf>

厚生労働白書 平成 28 年度(2018)

<https://www.mhlw.go.jp/content/000684406.pdf> 令和 2 年 厚生労働白書

厚生労働省 平成 29 年度(2017) 国民医療費の概況

<https://www.mhlw.go.jp/content/000524475.pdf>

厚生労働省 平成 30 年版 厚生労働白書

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/18/dl/all.pdf>

国立国際医療研究センター 糖尿病情報センター, 2018

Klohn, E. C, Vanderwater, E. A, & Yonug, A. (1996). *Negotiating the middle years: Ego-resiliency and successful midlife adjustment in woman. Psychology and Aging*, 11, 431-442

Lewin, K. (1951). *Field theory and social science. New York; HarperCollins Publishers.* (レヴィン, K. 猪俣佐登留訳(1979). 社会科学における場の理論 誠信書房)

- 万福尚紀・武藤 崇 2015 糖尿病患者に対する心理療法—認知・行動療法 (CBT), 動機づけ面接 (MI), そしてマインドフルネス— Doshisha  
Cinical Psychology: Therapy and Reseach Vol. 5, No. 1, Pp. 95-106
- 村上美華・梅木彰子・花田妙子 2009 糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因. 日本看護研究会雑誌 Vol. 32 No4
- 中野真寿美・森山美知子・西山美香・松井美帆 2003 2型糖尿病の自己管理に関連した文献考察: 患者特性分類のためのアセスメントツール開発に向けて. 広島大学保健学ジャーナル Vol. 3(1) :1~12
- 日本臨床心理士会 第1期医療保険領域委員会 (2011). 医療保険領域における臨床心理の業務.  
<http://www.jsccp.jp/suggestion/sug/pdf/iryogyoumu2011.05.15.pdf>
- 日本糖尿病学会 糖尿病治療ガイド 2018-2019 文光堂
- 佐藤琢志・祐宗省三 (2009). レジリエンス尺度の標準化の試み—「S-H式レジリエンス検査 (パート1)」の作成および信頼性・妥当性の検討 (看護に活用するレジリエンスの概念と研究)—看護研究、42, 45-52
- 新里里春・玉井一・石津 汪・吹野治・樽崎健一郎・久富昭孝 1986 糖尿病患者の血糖コントロールとパーソナリティ (Personality) との関連性—一般社団法人 日本心身医学会 26(3), 241-248
- 巢黒慎太郎 2016 糖尿病・肥満へのチーム医療における集団および個人心理療法 Jpn J Psychosom Me56:1204-1208
- Smith, D. E., Heckemeyer, C.M., Kratt, P.P., & Mason, D. A. (1997). Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight control program for older obese woman with NIDDM: A pirot study. *Diabetes Care*, 20, 52-54
- 津川律子・岩満優美 (2011). 第62回チーム医療/他職種協働/臨床心理士の役割と専門性. 臨床心理学. 11(5). 762-765

土田恭史・福島脩美 2006 糖尿病患者における「病気との折り合い」の検討  
目白大学心理学研究 第2号 25-33

山田富美雄・大野太郎・堤 俊彦・百々尚美・山内久美・野田哲郎・服部祥子  
(2001). ストスマネジメント自己効力感尺度(1)—SMSE-20 開発の経緯と項目  
基準値—日本健康心理学会第14回大会 日本健康心理学会14回大会発  
表論文集 138-139.

山田恭子 2016 医療現場における臨床心理士の役割—チーム医療での連携や  
協働に焦点をあてて— 臨床心理学研究 東京国際大学大学院臨床心理学  
研究科 第14号

## 謝辞

調査実施に際し温かいご協力をいただきました国立病院機構大阪南医療センター、幸原晴彦医師、内分泌代謝内科スタッフ（看護師、事務員）の皆様、アンケートに快く回答くださいました患者様、ご指導いただきました山田富美雄先生に深く感謝いたします。

## 付録

## 目次

- i 質問調査用紙
- ii サマリーシート