

病気認知の特徴に基づく糖尿病患者の分類

橋本 空・森 和代・荒木 厚

キーワード：病気認知 糖尿病 セルフケア行動

抄録：糖尿病患者にとって食事や運動、服薬などを自身でコントロールする行動、すなわちセルフケア行動が効果的な治療のために重要である。本研究の目的は、糖尿病患者を病気認知に基づいて分類することを通して、彼らの心理的特徴を明らかにし、セルフケア行動を支援するための知見を得ることである。調査対象者は東京都にある高齢者を対象とした総合病院の内分泌科外来に定期的に通院しており、糖尿病と診断された患者60名（男性21名、女性39名）であった。平均年齢は77.07歳（ $SD = 8.17$ ）であった。病気認知を測定するB-IPQ日本語版の8項目を基にした階層的クラスター分析を行い、調査対象者はその病気認知の特徴の違いから「バランス群」、「消極的姿勢群」、「高ストレス群」、「積極的姿勢群」、「現状否認群」に分類された。これらにより高齢で罹病期間が長い糖尿病患者の心理的特徴に5つのタイプがあることを見出すことができた。そこで、これらの群ごとに適応の程度に差があるかを確認するために、1要因分散分析を行った。その結果、セルフ・エフィカシーの得点においては一部の群間で有意差が認められたが、その他の医学的指標においては、いずれの群間にも有意差は認められなかった。どのような病気認知のあり方が糖尿病患者としてより適応的であるかについて理解を深めるためには、セルフケア行動や医学的指標に注目しながら、糖尿病患者の病気適応についての評価方法を含め、更なる検討を重ねることが必要である。

問題と目的

糖尿病とはインスリンが分泌されなくなるインスリン分泌障害、もしくはインスリンは分泌されるが作用しなくなるインスリン抵抗性亢進などのインスリン作用不足によって細胞に糖が正常に取り込まれなくなり、慢性の高血糖となる疾患である。厚生労働省の報告によると、糖尿病治療中、もしくは糖尿病が強く疑われる人は890万人であり、そこに糖尿病の可能性が否定できない人も含めると成人のおよそ20%にあたる2,210万人にものぼると言われている（厚生労働省, 2007）。1997年の時点では、糖尿病が強く疑われる人、糖尿病の可能性を否定できない人を含めた人数が1,370万人であったことから近年著しく患者数が増加していることがわかる。この傾向は2011年の調査結果においてもほぼ変わらない（厚生労働省, 2011）。また、こうした糖尿病有病率に関して、年代別に見てみると糖尿病の可能性が強く疑われる人の割合は加齢とともに増加していることがわかる（荒木・田村, 2012）。男性では70歳以上の23.0%が、女性では60～69歳の12.5%であり、その割合が最も高くなっている（厚生労働省, 2011）。

こうした変化の背景には、生活習慣が大きく関わっていると考えられる。実際、糖尿病患者の約95%は摂取カロリーの過剰、肥満、運動不足などの生活習慣の変化が影響して発症する2型糖尿病が占めている。こうした影響は、加齢に伴う安静時代謝率の低下や運動量の減少によってもさらに大きなものになると考えられる。また厚生労働省が健康の一次予防に重点をおいて2000年より展開してきた健康日本21（21世紀における国民健康づくり運動）の活動の一環として、当省のホームページにまとめている資料「生活習慣病を知ろう！」においても、糖尿病を、脳卒中、心臓病、脂質異常症、高血圧、肥満などと並ぶ生活習慣病として取り上げており、国民に向けた情報提供と早期予防への呼びかけに力を入れている。この点からも糖尿病患者の多くにとって、患者自身の生活習慣の自己管理、すなわちセルフケア行動の実践が不可欠なものであることが伺える。

糖尿病の治療は食事療法、運動療法を基本とし、薬剤やインスリン注射などを組み合わせて血糖値を一定に保ち、合併症に陥らないようにすることが目的となる（大熊、2000）。この中で患者のセルフケア行動が特に重要となるのは、食事療法、運動療法、そして指示された通りの服薬を継続することである。しかしながら現時点では完治させることはできず生涯にわたって治療を続けなければならないこと、合併症が発症していない段階では、痛みや体調の変化といった通常病気のサインとされるようなものも体感しにくく、病気であることを自覚しにくいことなどによって、糖尿病の治療は望ましい形で進まない場合が多いと考えられる。

こうした中、患者が病気とうまく付き合っていく、つまり病気である状況にうまく適応していくためには、患者自身が病気をどのようにとらえているかといった心理的側面を把握し、それを行動の変容および継続に役立てていくといった健康心理学的な支援が有効であると考えられる。

一般的に、我々は自らの心身に何らかの異常を知覚すると、それまでの経験や知識などに基づいてその原因について考えをめぐらす。そして自身が経験している状況に病名などによってラベル付けをしたり、対処方法を模索したりする。Leventhal, Meyer, & Nerenz, (1980) は、人々が自身の症状や病気に対して、一貫した常識に基づく信念について、病気認知 (illness perception) と呼び、病気常識モデル (the common sense model of illness) の中で、病気を受け止め、解釈する際の認知的側面として説明した (Figure1)。このモデルからも示されているように、病気認知は病気への対処行動の内容を決める前段階にあたり、セルフケア行動を効果的に行えるか否かを規定する主要な要因であると考えられる（橋本、2013）。

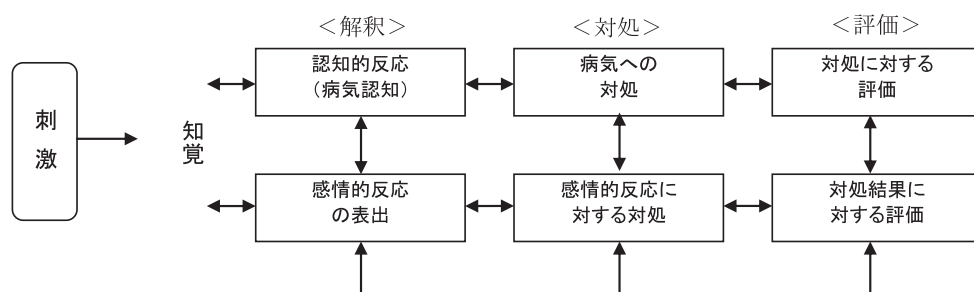


Figure 1. 病者（患者）の自己調節モデル (Leventhal, et al, (1980) を和訳，一部改変)

本研究では病気認知に注目しながら，糖尿病患者の心理的側面における特徴を理解することを目的に，調査対象者の分類を試みる。その際，セルフケア行動に影響を与えることが考えられるセルフ・エフィカシーにも注目する。

患者の病気認知は心理教育的介入によって改善することが可能であることが複数の研究によって報告されている (e.g., Sharpe & Curran, 2006; Fekete, Antoni & Schneiderman, 2007)。糖尿病患者の心理的側面についての理解を深め，それを患者支援に役立てることができれば，患者が病気に適応し，糖尿病を受容しながらも高いQOL (Quality of Life) を実現することに寄与することが期待できる。

ところで日本における病気認知に関する研究としては，片山・小玉・長田 (2008) や片山・小玉・長田 (2009) などがあり，人工血液透析患者を対象とした調査が行われている。糖尿病患者が置かれている状況は，完治が難しく治療を継続しなければならないなど，人工透析を行う慢性腎不全患者が置かれている状況と共通している点もみられる。実際，糖尿病が慢性腎不全の原因となる場合も多い。しかしながら両者の間では病気そのものの違いだけではなく治療方法やセルフケア行動の内容なども異なるため，患者の病気認知の内容にもそれぞれ固有の特徴が見出されることが考えられる。以上のことから，糖尿病患者の病気認知の内容を明らかにしようという本研究の試みは，病気認知に関する研究を発展させる上で有益なものである。

なお，Leventhal, et al. (1980) は，“illness representation”，“illness cognition”，“illness perception”といった言葉を論文の中でほぼ同義で用いている。また“illness”という言葉は「疾病，病気」などと訳され，類義語である“disease”「疾患」よりも患者の主観的な受け取り方を重視した言葉であると考えられる。そういった点をふまえこれらの類似した概念を，片山ら (2009) では「病気認知 (illness Cognition)」に統一し，「患者が病気について一般的に考えている事柄や内容」の意味で用いている。本研究でも片山ら (2009) に倣い，関連する言葉を「病気認知」に統一して用いる。

方法

対象者

2013年3月－11月に東京都にある高齢者を対象とした総合病院の内分泌外来に定期的に通院しており、糖尿病と診断された患者のうち、担当医師の了承が得られ、かつ患者本人から研究参加への同意が得られた60名（男性21名（35%）、女性39名（65%））を調査対象者とした。平均年齢は77.07歳（ $SD = 8.17$ ）であった。回答内容に影響する程度の認知機能上の問題が認められる者はこの中に含まれていなかった。

倫理的配慮

本研究を実施するにあたり、担当医師より了承の得られた患者に対し、研究目的、方法、調査内容、調査への参加の自由、同意撤回の自由、調査内容が治療と独立したものであること、プライバシーの保護、調査結果の公開等について、個室において書面および口頭で説明を行った。その内容に同意が得られた者には同意書への署名を求め、調査対象者とした。また、本研究の実施に先立ち、調査を実施する病院および調査実施者の所属機関における研究倫理審査委員会の承認を得た。

調査内容

基本的属性：「年齢」、「性別」、「糖尿病の種類」、「罹病年数」に関する情報について、調査を実施した病院に保管されている患者のデータベースより医師の了承のもとに得た。

セルフケア関連項目：「BMI（Body Mass Index）」、「現在または過去の喫煙の有無」、「現在または過去のアルコール摂取の有無」、「食事療法の実施の有無」、「内服薬の有無」、「内服薬の有無」、「インスリン療法の有無」に関する情報について尋ねた。

医学的指標：「HbA1c（NGSP値）」、「空腹時血糖値」、「LDL（低比重リポタンパク）コレステロール値」、「HDL（高比重リポタンパク）コレステロール値」、「中性脂肪（トリグリセライド）」、「クレアチニン値」、「尿中アルブミン値」、「尿中クレアチニン値」、「収縮期血圧」、「拡張期血圧」、合併症の有無（「糖尿病性網膜症の有無」、「糖尿病性腎症の有無とステージ」、「糖尿病性神経障害の有無」、「糖尿病性脳血管障害の有無」、「糖尿病性虚血性心疾患の有無」、「低血糖の経験の有無」、「下肢閉塞性動脈硬化症の有無」）について、病院に保管されている患者のデータベースより医師の了承のもとに得た。なお、本研究では合併症の有無については分析対象としなかった。

病気認知：Hashimoto（2013）によって作成されたBrief Illness Perception Questionnaire（B-IPQ）（Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006）日本語版の全9項目を用いた。これはRevised Illness Perception Questionnaire（IPQ-R）（Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron, & Buick, 2002）を基により簡便な実施をもとに開発された質問紙であり、「生活への影響」、「時間軸」、「コントロール感」、「医療への信頼感」、「症状の同定」、「病気への意識」、「病気の知識・理解」、「感情的な影響」、「病気の原因」について9項目で尋ねるものである。病

気の原因を尋ねる項目は自由記述で、それ以外の項目は10件法であてはまる番号を選んで回答する形式である。ただし本研究では、病気の原因を尋ねる自由記述項目は分析対象にできなかった。各項目の内容はTable1に示した通りである。

Table 1. Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) 日本語版の項目内容

1. その病気はあなたの生活にどのくらい影響を及ぼしますか？（生活への影響）
2. その病気が治癒するまでにはどのくらいの時間がかかると感じますか？（時間軸）
3. あなたはその病気の治療に必要な行動をどのくらいコントロールできていますか？（コントロール感）
4. あなたの受けている治療は、病気の対処にどのくらい役立っていると感じますか？（医療への信頼感）
5. その病気について自覚する症状はどのくらいの頻度でどの程度ありますか？（症状の同定）
6. その病気のことがどのくらい気がかりですか？（病気への意識）
7. その病気についてどのくらい理解していると感じますか？（病気の知識・理解）
8. その病気はどのくらい感情的な影響を及ぼしますか？（感情的な影響）
9. あなたの病気の原因だと思われるものを影響の大きなものから順に3つ挙げてください。（原因）

セルフケア行動に対するセルフ・エフィカシー：糖尿病患者のセルフケアに関するセルフ・エフィカシーを測定するために「慢性疾患患者の健康行動に関するセルフ・エフィカシー尺度」（金・嶋田・坂野, 1996）を用いた。この尺度は、「疾患に対する対処行動の積極性」と「健康に対する統制感」の2つの下位尺度からなり、質問項目は全24項目で構成されている。回答は「はい」「どちらともいえない」「いいえ」の3件法で求める形式である。本研究では「疾患に対する対処行動の積極性」に関する14項目を用いた。

認知機能：調査対象者の年齢が平均77.07歳（ $SD=8.17$ ）と、比較的高齢の者が多いことと、糖尿病患者の認知症のリスクが糖尿病ではない者に比べ1.6倍高いという報告（Cukierman, Gerstein, & Williamson, 2005）などもあることから、Mini-Mental State Examination（MMSE）日本語版の全11項目を実施し、30点満点中20点以上の患者のデータのみを分析対象とするという基準を設け、認知機能に問題がある者が含まれているかについて確認した。その結果、平均点27.67点（ $SD=2.33$ ）、最低点20点、最高点30点であり、特に分析対象から除外する必要のある者は含まれていなかった。

手続き

診察前後の時間を用いて、別室にて実施した。調査実施にあたっては高齢の対象者の読字や筆記に伴う負担を考慮し、本研究では口頭と紙面で質問を示しながら構造化面接に準じる形式に統一して調査を実施した。調査には1人当たり30分～60分程度を要した。

分析方法

収集したデータから、病気認知の得点を用いてWard法によるクラスター分析を行い、糖尿病患者にみられる病気認知のパターンを確認した。その後、群間で糖尿病の病状の指標である

医学的情報およびソーシャルサポートとの関係を1要因分散分析および χ^2 検定によって行った。これらの分析には統計パッケージIBM SPSS 21.0J for Windowsを用いた。

結果

1. 基本的属性, セルフケア関連項目, 医学的指標における全体および男女別の平均値の比較

Table2に基本的属性およびセルフケアに関連する各項目について全体および男女別の人数比率を示した。性別と各項目の人数比率に関して χ^2 検定を行ったところ, 「糖尿病の種類」($\chi^2(2)=5.26, p<.10$), 「喫煙」($\chi^2(2)=18.29, p<.001$), 「飲酒」($\chi^2(2)=6.81, p<.05$) におい

Table 2. 基本的属性, セルフケアに関連する各項目の全体および男女別の人数比率

		全体 (%)	男性 (%)	女性 (%)	<i>p</i>
年齢	50 ～ 59 歳	5.1	4.8	5.3	<i>n.s.</i>
	60 ～ 69 歳	8.5	4.8	10.5	
	70 ～ 79 歳	42.3	57.2	34.2	
	80 ～ 89 歳	42.4	33.3	47.4	
	90 歳以上	1.7	0.0	2.6	
BMI	19.99 以下	11.7	9.5	12.8	<i>n.s.</i>
	20.00 ～ 24.99	55.0	61.9	51.3	
	25.00 ～ 29.99	26.6	14.3	33.3	
	30.00 以上	6.7	14.4	2.6	
糖尿病の種類	1 型	10.0	0.0	15.4	<.10
	2 型	88.0	95.2	84.6	
	その他 *	1.7	4.8	0.0	
罹病年数	9 年以下	22.4	20.0	23.7	<i>n.s.</i>
	10 ～ 19 年	27.6	40.0	21.0	
	20 ～ 29 年	34.5	30.0	36.9	
	30 ～ 39 年	13.8	10.0	15.8	
	40 年以上	1.7	0.0	2.6	
喫煙	なし	71.2	38.1	89.5	<.01
	現在あり	5.1	14.3	0.0	
	過去あり	23.7	47.6	10.5	
アルコール	なし	72.0	25.0	81.0	<.05
	現在あり	24.0	75.0	14.3	
	過去あり	4.0	0.0	4.8	
食事療法	なし	35.0	28.6	46.2	<i>n.s.</i>
	あり	65.0	71.4	53.8	
内服薬	なし	7.9	12.5	4.5	<i>n.s.</i>
	あり	92.1	87.5	95.5	
インスリン療法	なし	81.6	94.1	75.0	<i>n.s.</i>
	あり	18.4	5.9	25.0	

* 「糖尿病の種類」の「その他」は境界型

て、有意、あるいは有意傾向の連関が認められた。

また、Table3には糖尿病に関連する医学的指標の各項目について全体および男女別の平均値および標準偏差を示した。男女別の平均値に関してt検定を行ったところ、HbA1cにおいて5%水準で有意に女性の値が高く($t(44.83) = 2.30, p < .05$)、中性脂肪において10%水準で有意に女性の値の方が高い傾向($t(45.88) = 1.93, p < .10$)が認められた。

Table 3. 医学的指標およびセルフ・エフィカシーの各項目における全体および男女別の平均値および標準偏差

	全体		男性		女性		<i>p</i>
HbA1c	7.14	(0.82)	6.82	(0.58)	7.30	(0.88)	<i><.05</i>
空腹時血糖値	150.58	(44.13)	151.12	(38.57)	150.30	(47.31)	<i>n.s.</i>
LDL	92.98	(23.37)	90.41	(21.54)	94.34	(24.51)	<i>n.s.</i>
HDL	54.38	(15.66)	52.82	(16.83)	55.23	(15.20)	<i>n.s.</i>
中性脂肪	126.83	(62.92)	106.88	(40.24)	137.77	(70.64)	<i><.10</i>
クレアチニン	0.93	(0.93)	0.95	(0.24)	0.93	(1.15)	<i>n.s.</i>
尿アルブミン	39.60	(46.36)	33.56	(49.79)	42.63	(45.57)	<i>n.s.</i>
尿中クレアチニン	85.32	(68.96)	105.59	(55.19)	73.16	(74.70)	<i>n.s.</i>
収縮期血圧	127.00	(9.68)	124.12	(11.48)	128.48	(8.42)	<i>n.s.</i>
拡張期血圧	66.14	(7.42)	65.94	(7.39)	66.24	(7.54)	<i>n.s.</i>
セルフ・エフィカシー	38.82	(3.54)	39.62	(2.89)	38.38	(3.82)	<i>n.s.</i>

() 内は標準偏差

2. 病気認知に基づく調査対象者の分類(クラスター化)と比較

調査対象者のもつ病気認知の内容の特徴によって、どのようなパターンが見出されるかを明らかにするために、病気認知(B-IPQ日本語版)の下位尺度のうち「病気の原因」を除く8項目の得点を標準得点化したものを指標として、平方ユークリッド距離を測定方法に用いたWard法による階層的クラスター分析を行った。結果として構成されたデンドログラムをFigure2に示した。再調整された距離クラスター結合の値が10になる段階で分類を行い、5つのクラスター数を適切なものとして判断した。

Figure 2. 病気認知の項目に基づくクラスター分析 (Ward 法) のデンドログラム

その後、所属するクラスターごとに調査対象者を分け、病気認知の8項目の点数を従属変数、所属クラスターを独立変数とする1要因分散分析を行った。多重比較の結果、「医療への信頼感」を除く全ての項目において、クラスター間に有意差が認められた (Table 4)。このことから病気認知に基づく5つのクラスターへの分類は適切に行われているものと判断した。

Table 4. 各クラスターにおける病気認知の各項目の平均値および標準偏差

	クラスター 1 (n=15)		クラスター 2 (n=20)		クラスター 3 (n=15)		クラスター 4 (n=6)		クラスター 5 (n=4)	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
生活への影響	3.20	2.18	4.50	2.76	7.13	2.29	7.00	1.67	2.50	1.91
時間軸 1	9.93	0.26	9.50	1.05	9.67	0.62	8.33	2.58	5.00	1.63
コントロール感	7.67	1.50	5.35	1.53	6.00	2.30	7.33	1.21	5.50	1.00
医療への信頼感	8.47	1.81	7.10	2.07	7.53	2.20	9.33	1.03	6.50	1.73
症状の同定	1.20	1.82	2.20	2.44	2.80	2.34	8.33	1.63	1.25	1.50
病気への意識	4.73	3.97	3.75	2.20	6.87	2.75	3.33	3.20	2.75	2.06
病気の知識・理解	8.67	0.98	5.00	1.26	6.07	1.49	9.00	2.00	7.00	0.82
感情的な影響	0.13	0.35	0.65	1.42	5.73	1.94	0.67	1.21	1.25	2.50

F	多重比較
7.57 ***	1<3:***,1<4*,2<3*,5<3**,5<4*
16.67 ***	4<1*,5<1***,5<2***,5<3***5<4***
4.84 **	2<1**,3<1 †
2.50 †	n.s.
12.76***	1<4***,2<4***,3<4***,5<4***
3.27*	2<3*
21.98***	2<1***,3<1***,2<4***,3<4***, 2<5 †
35.62***	1<3***,2<3***,4<3***,5<3***

*** $p<.001$ ** $p<.01$ * $p<.05$ † $p<.10$

次に各クラスターの特徴をより明確に比較するために、病気認知の8項目の得点を標準得点化し、クラスター毎に棒グラフによって示した (Figure3)。クラスター 1 ($n=15$) はいずれの項目も平均的であることから、「バランス群」とした。クラスター 2 ($n=20$) は「時間軸」を除くいずれの項目も平均以下であることから、「受身的姿勢群」とした。クラスター 3 ($n=15$) は「生活への影響」、「病気への意識」、「感情的な影響」が特に高いことから、「高ストレス群」とした。クラスター 4 ($n=6$) は「症状の同定」をはじめ積極的に病気に向き合う姿勢がみられるため「積極的姿勢群」とした。クラスター 5 ($n=4$) は慢性的な疾患である糖尿病に対し、時間軸を低く見積もっており、他の項目も平均よりも低い場合が多いことから、「現状否認群」とした。

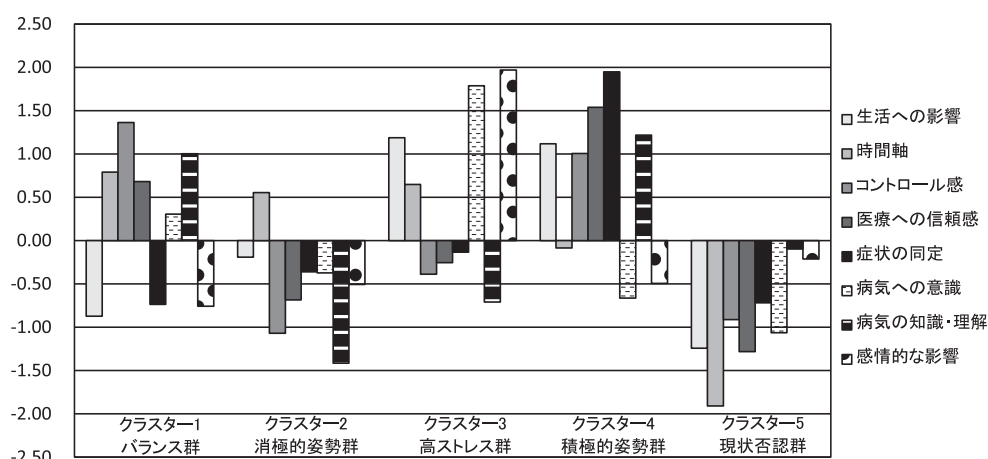


Figure 3. 各クラスターにおける病気認知項目の比較

3. 5つの群（クラスター）間でのセルフ・エフィカシーおよび医学的指標の比較

以上の方法により分類された5つ群の間でセルフ・エフィカシーおよび糖尿病と関連のある医学的指標に差異が認められるかを確認するために、それらの変数を従属変数とし、群（クラスター）を独立変数とした1要因分散分析を行った。その結果、「バランス群」（クラスター1）の方が「受身的姿勢群」（クラスター2）よりも有意にセルフ・エフィカシーの得点が高いことが示された（Table6）。しかしながら糖尿病と関連する医学的指標（「BMI」、「罹病年数」、「HbA1c」、「空腹時血糖値」、「LDL（低比重リポタンパク）コレステロール値」、「HDL（高比重リポタンパク）コレステロール値」、「中性脂肪（トリグリセライド）」、「クレアチニン値」、「尿中アルブミン値」、「尿中クレアチニン値」、「収縮期血圧」、「拡張期血圧」）のいずれにおいても群間に有意差は認められなかった。

Table 5. 各クラスターにおけるセルフ・エフィカシーの平均値および標準偏差

	クラスター 1 (n=15)		クラスター 2 (n=20)		クラスター 3 (n=15)		クラスター 4 (n=6)		クラスター 5 (n=4)	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
セルフ・エフィカシー	40.33	2.61	36.80	4.07	39.20	2.93	40.67	2.34	39.00	3.83

F	多重比較
3.17*	2<1*

* $p<.05$

4. 5つの群（クラスター）間での性別、糖尿病の種類、インスリン療法実施状況の比較

5つの群（クラスター）相違点をより詳細に検討するために、各クラスターに属する対象者

について、男女別に糖尿病の種類（1 型，2 型，環境型）およびインスリン療法実施者の人数を集計した（Table6）。

Table 6. 各クラスターにおける男女別の糖尿病の種類とインスリン療法実施者の人数

		クラスター 1(n=15)		クラスター 2(n=20)		クラスター 3(n=15)		クラスター 4(n=6)		クラスター 5(n=4)	
		バランス群		受身的姿勢群		高ストレス群		積極的対処群		現状否認群	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
糖尿病の 種類	1型糖尿病	0	0	0	1	0	5	0	0	0	0
	2型糖尿病	4	10	7	12	5	5	4	2	0	4
	境界型糖尿病	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	インスリン療法実施者	0	0	0	2	1	5	0	0	0	1

考察

本研究は病気常識モデルの中心的概念である病気認知の観点から，糖尿病患者の心理的側面について理解する手がかりを得ることを目的として行われた。まずは糖尿病患者である調査対象者の基本的属性，セルフケア関連項目，医学的指標に関して全体および男女別で比較を行った。その結果から，「糖尿病の種類」に関して，1型糖尿病の患者が全て女性であったこと，「喫煙」および「アルコール」に関して，男性の方が女性よりも現在，過去ともに常用している比率が高かったことなどが示された。また，医学的指標に関しては「中性脂肪」の値が女性の方が高い傾向が示されたが，全般的に性差は少ないことが示された。こうした性差は認められるものの，全体の約8割が70歳～80歳代であり，また関連して罹病期間も半数近くが20年以上であることなどから，本研究は長期間にわたり糖尿病を治療しながらの生活を続けている高齢者を中心とした結果としてとらえることができると考えられる。彼らの大部分はインスリン療法を行っておらず，食事療法と内服薬の継続がセルフケア行動の中心となっていることが伺える。

以上のような調査対象者の置かれた状況を，病気認知の各項目に基づくクラスター分析の結果と重ね合わせながら，彼らの心理的側面の特徴を考察していく。まず全体の25%が含まれる「バランス群」であるが，セルフケア行動を継続実践していく上で有益と考えられる病気認知を有していると考えられる。これは「受身的姿勢群」とは対照的だと言えよう。両群の違いの影響の一部は，セルフ・エフィカシー得点の有意差にも表れていると考えられる（Table5）。本研究では「受身的姿勢群」に属する調査対象者が最も多く20名であった。したがって一般的にもこうした特徴をもつ糖尿病患者が比較的多く存在することが示唆される。

次に「高ストレス群」であるが，病気による生活への影響の大きさを深刻なものと感じており，病気を意識することが多く，それらがストレスとなる結果，ストレス反応としての「感情的な影響」も大きいという関係性が伺える。実際，このグループには今回調査対象者となっ

た1型糖尿病患者6名のうち5名がこの群に属しており、彼らはインスリン療法を行っていることから他の患者よりもストレスが高い傾向にあることは推察することができる (Table6)。

「積極的姿勢群」は特に「症状の同定」が高いことが特徴と考えられる。一般に合併症などがない限り病気のサインを体感しにくい糖尿病にあって、この群に属する調査対象者は特に症状を同定しやすい傾向があることが伺える。本研究の対象者の中でこの群に属する6名はそのいずれも2型糖尿病の患者でありインスリン療法を行っていない (Table6)。そのため、特に症状のサインを体感しやすい者が属している群であるとは考えにくい。したがって、本来糖尿病と関係がない身体的な不調の原因も糖尿病に帰属する傾向があるなど、健康不安的な傾向 (Willson & Veale, 2009) をもつ可能性も含め、この群の心理的側面についてはより詳細な検討が必要であると考えられる。

最後に「現状否認群」であるが、この群に属する調査対象者は4名であり、罹病期間は6年～20年と比較的短い者が多いが4名中3名は80歳代、1名は70歳代である。この群のように現状を全般的に低めにとらえる傾向は病気への適応という観点から有益なものであるのか否かについてはより詳細な検討が必要である。

以上、本研究の中で見出された5つの群ごとに、病気認知の観点から糖尿病患者の心理的特徴について考察を行ってきた。これらは、数十年にわたって糖尿病と共に生きてきた比較的高齢の患者の心理的特徴を理解する上で有益な情報を提供するものであると考えられる。しかしながら、5つの群の間で病気への適応の程度に違いがあるかに関しては、本研究ではセルフ・エフィカシーの得点において一部群間に有意差が認められたものの、その他いずれの医学的指標についても有意差が認められなかった。本研究では医学的指標も含め調査実施時点で得られたデータのみを分析対象としたが、より厳密に群と病気適応の関連性を確認するためには、医学的指標やセルフケア行動の実践状況などに関する時系列的な変化を確認できるデータを利用するなどして、より詳細な検討を行う必要がある。

付記

本研究に進めるにあたり、長期間にわたりご協力下さった患者の皆様ならびに病院スタッフの皆様にご心よりお礼申し上げます。

文献

- 荒木 厚・田村嘉章 (2012). 高齢者糖尿病の疫学 *Mebio*. 29 (12), 24–31.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631–637.
- Cukierman, T., Gerstein, H. C., & Williamson, J. D. (2005). Cognitive decline and dementia in diabetes-systematic overview of prospective observational studies. *Diabetologia*, 48, 2460–2469.
- Hashimoto, S. (2013). Development of the brief illness perception questionnaire Japanese version. 5th Asian Congress of Health Psychology.
- 橋本 空 (2013). 慢性疾患患者における病気認知およびアドヒアランスの研究動向. 江戸川大学紀要,

- 23, 161-167.
- Fekete E. M., Antoni M. H., & Schneiderman N. (2007). Psychosocial and behavioral interventions for chronic medical conditions. *Curr Opin Psychiatry*, 20 (2), 152-157.
- 片山富美代・小玉正博・長田久雄 (2008). 語り分析による血液透析患者の病気認知の検討—自己調節モデルの視点から—. *ヒューマン・ケア研究*, 9, 4-17.
- 片山富美代・小玉正博・長田久雄 (2009). 日本語版病気認知質問紙の作成と信頼性・妥当性の検討—血液透析患者による検証. *健康心理学研究*, 22 (2), 28-39.
- 金外淑・嶋田洋徳・坂野雄二 (1996). 慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシーとストレス反応との関連. *心身医学*, 36 (6), 500-505.
- 厚生労働省 (2007). 平成 19 年 国民健康・栄養調査報告
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou09/01.html>
- 厚生労働省 (2011). 平成 23 年 国民健康・栄養調査結果の概要
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002q1st.html>
- Leventhal, H., Mayer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In Rachman, S. (Ed.) *Contributions to medical psychology (Vol.2)*, New York: Pergamon Press, Pp. 17-30.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D. & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.
- 大熊保彦 (2000). 糖尿病患者の心理面の負荷. 岡堂哲雄・小玉正博 (編) 現代のエスプリ別冊 ヒューマン・ケア心理学シリーズ 生活習慣の心理と病気. 至文堂 p231-242.
- Sharpe, L. & Curran L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social science & medicine*. 62 (5), 1153-1166.
- Willson, R. & Veale, D. (2009). *Overcoming healthy anxiety a self-help guide using cognitive behavioral techniques*. London: Robinson.