

高齢者の自律性に関連する要因の検討

奈良県立医科大学医学部看護学科

松井美帆

Factors related to autonomy among older adults**Miho Matsui****Faculty of Nursing, School of Medicine, Nara Medical University**

要旨

本研究では、高齢者を対象に自律性に関連する要因について明らかにすることを目的とした。対象者は福岡市、広島市の老人クラブ会員 290 名である。調査内容は自律性については Perceived Enactment of Autonomy (PEA)日本語版、基本属性として年齢、性別、婚姻状況、世帯構成、職業、教育歴、主観的健康状態、かかりつけ医の有無について自記式質問紙調査を行った。本研究に参加した対象者のうち、有効回答の得られた 220 名 (75.9%) の平均年齢は 74.2 歳、男性が 67.7%であった。PEA 日本語版の総得点の平均は 86.98 (SD4.40)、下位尺度の自発性、個性、自主独往について 26.08 (SD3.68)、34.58 (SD4.72)、26.72 (SD3.11) であった。自律性に関連する要因として主観的健康状態 ($p < 0.01$) が挙げられ、健康状態がよいほど自律性が高かった。また、ソーシャルサポート総得点の別居子・親族において有意な関連 ($p = 0.038$) を認めた。以上から、高齢者の自律性に関連する要因については、内的要因だけでなく、高齢者を取り巻く外的要因についても考慮することが重要である。

キーワード：自律性、高齢者、ソーシャルサポート、質問紙調査

Abstract

This study examined factors related to autonomy among older adults. Two hundred ninety members of senior clubs in Fukuoka and Hiroshima participated in the study. A self-administrated questionnaire was conducted, including survey items from the Japanese version of the Perceived Enactment of Autonomy (PEA) and demographic information such as age, gender, marital status, living arrangement, occupation, educational level, self-reported health status, and if consulting a family doctor. Of these, 220 (75.9%) were valid responses, the mean age was 74.2, and 67.7% of respondents were male. The average score on the PEA was 86.98 (SD4.40), and the voluntariness, individuality, and self-direction subscales were 26.08 (SD3.68), 34.58 (SD4.72), and 26.72 (SD3.11), respectively. Factors related to autonomy included self-reported health status ($p < 0.01$); a better self-reported health status indicated a higher PEA. Additionally, social support from children or relatives living separately was significantly associated with autonomy ($p = 0.038$). These results suggest that the factors related to autonomy among older adults are considered internal and external factors.

Key words: autonomy, older adults, social support, questionnaire survey

はじめに

高齢者の療養の場が施設から在宅へとシフトする中で、個人の自律性は一層求められている。倫理上の原理、バイオエシックスにおける自律性の概念は自己決定の能力とされ、個人の自律性は尊重されるべきであるという原理に現われている (Beauchamp et al, 2001)。高齢社会の進展により、高齢者の自律性は一層重要なものとなっている。高齢者においては自律性が尊重されることにより、個人の尊厳や高潔さが保たれ、社会的活動への参加が高まり、Quality of Life (QOL) やサクセスフル・エイジングが保証されうるといえる (Ford et al, 2000)。

一方で、高齢者は医療・介護に関わることが多く、意思決定に困難を要する状況が散見されている。高齢者では施設などにおいて、意思決定能力がないとみなされ意思決定の独立性が否定されてしまうことが見受けられる。しかし、全般に高齢者は治療における意思決定に参加したいと希望する傾向が強いことが欧米における調査において報告されている (Valimaki et al, 2001)。一般に、老年期には身体能力の低下をきたすが、身体的に自立することが自律性と同等であるとは必ずしもいえず、身体的に重い障害があっても自分で意思決定をすることは可能であり、そのような高齢者の自律性を周囲の家族やケア提供者が尊重することは重要である。

改正介護保険法では介護保険の基本理念である自立支援を徹底するため、新たな予防給付の再編が行われ、予防重視型システムへの転換が図られた。このような中、高齢者の自律性についても評価していくことが求められるが、適切な尺度が開発されていないこともあり、十分な知見が得られていない。高齢者の自律性に関連する要因として、諸外国の報告では年齢、婚姻状況、教育歴などの基本属性、健康状態、身体機

能、不安のレベル、対処能力、セルフイメージ、ソーシャルサポート、人生に対する態度などが指摘されている (Hwang, et al, 2006)。そこで本研究では、高齢者を対象に自律性に関連する要因について検討を行った。

方法

1. 対象

本研究の対象者は福岡市、広島市の老人クラブ会員 290 名である。老人クラブは地域の高齢者の健康づくりや社会参加・生きがい対策の推進組織として位置づけられ、全国に 762 万 4 千人の会員を有し、福岡市の会員数は 51,106 人、広島市 52,542 人である (全国老人クラブ連合会, 2012)。対象の選定は、各市の会長の承諾を得た後、老人クラブの各単位地区役員を通じて行った。

2. 調査内容

2008年3月～4月において自記式質問紙調査を行った。調査内容は基本属性として年齢、性別、婚姻状況、世帯構成、職業、教育歴、主観的健康状態、かかりつけ医の有無、自律性、ソーシャルサポートについてであった。自律性の測定は Perceived Enactment of Autonomy (PEA) 日本語版 (松井, 2009) を用いた。PEA 尺度は 3 つの下位尺度をもった 31 項目の self-report 測定尺度で、自発性 (voluntariness)、個性 (individuality)、自主独往 (self-direction) と同時に全体を測定するよう構成されている。各項目は 4 段階のリッカートスケールで評価され、response set bias を減少させるためポジティブ・ネガティブ両方で表現されている。PEA 尺度の得点範囲は全体で 31 点から 124 点であり、下位尺度は自発性 (9 項目) 9 点から 36 点、個性 (13 項目) 13 点から 52 点、自主独往 (9 項目) 9 点から 36 点であり、得点が高い程、自律性が高いとされる (Hertz, 1991)。信頼性、妥当性については、先行研究において確認されている (Hertz, 2002, 松井, 2009)。

ソーシャルサポートは野口による高齢者用ソーシャルサポート尺度を用いた。情緒的サポート4項目、手段的サポート4項目について、3種類の対人関係「配偶者以外の同居家族」、「別居の子どもまたは親戚」、「友人・知人・近隣の人など」からのサポートについて測定を行った。各項目についてサポート提供者が「いる」場合を1点、「いない」場合を0点とし、各サポート源の下位尺度別に合計点を算出した。

3. 分析方法

基本属性、PEA総得点、各下位尺度について記述統計を行った。PEAとソーシャルサポートについてはSpearmanの順位相関係数を求めた。また、自律性に関連する要因を検討するため、単変量解析では間隔尺度では相関係数、カテゴリー尺度ではt検定または一元配置分散分析を行った。さらに、PEA総得点を従属変数として重回帰分析を行った。

本研究はデータ収集時における所属機関の倫理審査の承認を得て実施した。質問紙調査は無記名とし、調査への回答をもって同意を得たものとした。

結果

1. 対象者の背景

本研究に参加した290名（福岡市144名、広島市146名）のうち、有効回答の得られた220名（75.9%）を対象とした。対象者の特性

項目	n (%)
年齢 (平均±SD)	74.2±6.2
性別	
男性	149 (67.7)
女性	71 (32.3)
婚姻状況	
既婚	162 (76.8)
死別	45 (21.3)
離別・離婚	3 (1.4)
その他	1 (0.5)
世帯構成	
夫婦のみ	126 (59.2)
一人暮らし	27 (12.7)
二・三世帯	40 (18.8)
その他	20 (9.4)
職業	
あり	30 (14.4)
なし	178 (85.2)
教育	
小学校卒	5 (2.3)
中学卒	33 (16.0)
高校卒	109 (52.9)
短大・大学	59 (28.6)
健康状況	
大変よい	12 (5.6)
まあまあよい	66 (30.7)
ふつう	102 (47.4)
やや悪い	33 (15.3)
大変悪い	1 (0.5)
かかりつけ医	
あり	178 (83.6)

は表1に示すとおりである。平均年齢は74.2歳、男性が67.7%であった。婚姻状況は既婚が76.8%を占め、世帯構成は夫婦のみ59.2%、一人暮らし12.7%、二・三世帯18.8%であった。自営業・パート等を含み職業を有するものは14.4%、教育歴は小中学校卒18.3%、高校卒52.9%が最も多く、短大・大学28.6%であった。健康状態は大変・まあまあよい36.3%、ふつう47.4%、やや・大変悪

表2 自律性とソーシャルサポートの相関係数

		PEA総得点	自発性	個性	自主独往
ソーシャルサポート					
総得点	同居家族	-.065	.038	-.022	-.197*
	別居子・親族	.178*	.178*	.136	.108
	友人・近隣	.114	.138	.067	.047
情緒的	同居家族	-.029	.057	-.015	-.121
	別居子・親族	.147	.155*	.119	.082
	友人・近隣	.108	.176*	.112	.089
手段的	同居家族	-.084	.002	-.030	-.221**
	別居子・親族	.191*	.177*	.138	.116
	友人・近隣	-.03	.044	.009	.017

**p<0.01, *p<0.05

い15.8%であり、かかりつけ医があるものは83.6%であった。

2. 自律性とソーシャルサポートの関連

PEA日本語版の総得点の平均は86.98(SD4.40)、下位尺度の自発性、個性、自主独往については26.08(SD3.68)、34.58(SD4.72)、26.72(SD3.11)であった。自律性とソーシャルサポートとの関連については表2に示す通り、PEA総得点とソーシャルサポート総得点の別居子・親族、手段的サポートの別居子・親族において有意な相関を認めた。また、自発性とソーシャルサポート総得点、情緒的サポート、手段的サポートの別居子・親族、情緒的サポートの友人・近隣との関連がみられた。さらに、自主独往と同居家族の総得点、手段的サポートにおいて負の相関を認めた。

3. 高齢者の自律性に関連する要因

PEA総得点と対象の特性との関連について検討を行った結果は表3のとおりであった。単変量解析では年齢、性別と自律性については有意な関連は認めなかった。世帯構成については既婚で低く、教育歴では高学歴ほど高い傾向を認めたがいずれも有意差は認めなかった。健康状態において自律性と有意な関連を認め(p<0.001)、健康状態がよいほど自律性が高かった。また、ソーシャルサポート総得点(別居子・親族)において有意な関連(p=0.038)を認めた。以上から、多変量解析については、PEA総得点を従属変数とし、9つの変数を投入して重回帰分析を行った結果、健康状態(p<0.001)、ソーシャルサポート総得点(別居子・親族)(p=0.038)が自律性に有意に関連していた。

考察

高齢者の自律性をPEA尺度にて測定した結果、PEA総得点の平均は86.98(SD4.4)、下位尺度の自発性、個性、自主独往については26.1(SD3.7)、34.6(SD4.7)、26.7(SD3.1)であった。米国のシニアセンターにおける高齢者を対象にPEA尺度を用い

表3 自律性と基本属性との要因

	単変量解析	多変量解析
年齢 ^a	0.905	0.735
性別 ^b	0.932	0.628
婚姻状況 ^b	0.072	0.126
世帯構成 ^c	0.448	0.329
職業 ^b	0.454	0.764
教育 ^c	0.081	0.081
健康状況 ^c	<0.001**	<0.001**
かかりつけ医 ^b	0.995	0.989
ソーシャルサポート ^d (総得点 別居子・親族)	0.038*	0.020*

p<0.01, *p<0.05 a. Pearson相関係数 重相関係数 .489

b. t検定

c. 一元配置分散分析

d. Spearman順位相関係数

て自律性を測定した調査では、PEA総得点109.5(SD10.2)、自発性、個性、自主独往は31.4(SD4.2)、45.4(SD5.1)、32.3(SD3.8)であり(Matsui, et al,2008)、本邦における高齢者は米国に比較して低い結果であった。医療に関する自律性について日本と米国の日系高齢者を比較検討した調査においても両群に得点の有意差が認められたが(松井, 2007)、本研究における自発性、個性、自主独往を下位尺度とする自律性については、欧米に比較して集団社会性が強いといえる日本では低いことが予測され、高齢者においてはその傾向が顕著であったといえる。

自律性に関連する要因として、諸外国における報告では前述のとおり年齢、婚姻状況、教育歴などの基本属性、主観的健康状態、日常生活動作、不安レベル、対処能力、セルフイメージ、ソーシャルサポート、人生に対する態度などが指摘されている(Hwang,et al, 2006, Matsui, et al, 2008)。本研究では老人クラブを対象としたが、単位地区役員を通して調査票を配布したため、役員を担当していることの多い男性の協力が多くみられたものの、年齢、性別とPEA総得点との関連は認められなかった。一方で、主観的健康状態と自律性に有意な関連を認め、健康状態がよいと自覚しているものほど自律性が高く、先行研究と同様の結果が認

められた(Hwang,et al, 2006)。自律性に関連する要因として、日常生活動作や不安レベルなど健康状態に関わる要因が指摘されていることから、自覚的な健康状態が自律性に影響を及ぼすことは否定できないと考えられた。

また、自律性とソーシャルサポートとの関連については、表3のとおり PEA 総得点とソーシャルサポート総得点の別居子・親族において関連がみられ、先行研究と同様の傾向が認められた(Matsui, et al, 2008)。一般に加齢に伴い機能低下は避けられない面もあり、日常生活において援助を必要とする状況が生じやすい。ソーシャルサポートはストレスの否定的な効果を緩和し、健康状態を高める作用があるとされ、自律性を支持する社会的な関わりは基本的な心理的ニーズを満たすともいわれている。本研究における自発性とソーシャルサポートの関連については、自発性が“選択の存在の認知、強制からの自由、情報や他の資源へのアクセス、抑制されない思考や動作(活動)、強制によらない決定や行動”と定義され、依存と独立の両方の行動が自発的に選択されることから、高齢者においては別居の家族からのサポートが自律性を高める重要な要因といえる。一方、自主独往とは“自分自身の運命を導き、コントロールすること、自ら決定した目標に向けて進むこと、自分自身の仕事を行うこと”であり、同居の家族とのソーシャルサポートにおいて負の相関を認めたことは、自主独往の得点が高いと家族からのソーシャルサポートの必要性が低いという尤もな結果であったといえる。近年、高齢者の世帯構成についても3世代が減少し、夫婦のみ世帯、単身世帯が増えてきているが、このようにソーシャルサポートの種類によっても影響が異なっており、高齢者の自律性がより高まるソーシャルサポートのあり方を支援していく必要がある。

本研究では、PEA 尺度により高齢者の自律性に関連要因を検討すると共に、本尺度を用いた米国における先行研究との比較結果が明らかになった。本研究の限界として、老人クラブ会員を対象としたため、比較的社会的参加のみられる高齢者であり、日常生活において援助を要するものは少なかったと考えられる。以上から今後の課題として、要介護高齢者を対象に日常生活動作や価値観なども踏まえた検討を行うことにより、高齢者の自律性に関わる内的要因のみならず、外的要因にも配慮した自立支援を行っていくことが重要である。

引用文献

- Beauchamp T.L., Childress J.F. (2001) : *Principles of Biomedical Ethics*.5th ed. Oxford University Press. New York.
- Ford A.B., Haug M.R., Stange KC, et al. (2000) : Sustained personal autonomy: a measure of successful aging. *Journal of Aging and Health*, 12 (4) : 470-89
- Hwang H, Lin H, Tung Y, et al. (2006) : Correlates of perceived autonomy among elders in a senior citizen home: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Study*, 43(4) : 29-37.
- Hertz, JEG. (1991) : The perceived enactment of autonomy scale: Measuring the potential for self-care action in the elderly. Dissertation Abstracts International,52:1953B. (University Microfilms No. 91-28, 248)
- Hertz J.E. Anschutz C.A. (2002) : Relationships among perceived enactment of autonomy, self-care, and holistic health in community-dwelling older adults. *Journal of Holistic*

Nursing, 20(2) : 166-86.

松井美帆 (2007): 医療に対する自律性に関する日米比較. 生命倫理, 17(1) : 128-134.

Matsui M, Capezuti E. (2008) : Perceived autonomy and self-care resources among senior center users. *Geriatric Nursing*, 29 (2), 141-47, 2008.

松井美帆. (2009) : 平成 19 年度ユニバーサル研究助成報告書.

Valimaki M, Leino-Kilpi H, Scott P.Z, et al. (2001) : The role of CNSs in promoting elderly patients' autonomy in long-term institutions: problems and implications for nursing practice and research. *Clinical Nurse Specialist*, 15(1) : 7-14.

全国老人クラブ連合会 .
<http://www4.ocn.ne.jp/~zenrou>.
2012.12.10.