

高齢者のセルフエフィカシーと関連する 心理社会的要因に関する調査研究

——在宅高齢者と老人保健施設入居者に着目して——

山口県立大学社会福祉学部・助手 松本 耕二

抄録

本研究では、在宅高齢者および老人保健施設入居者のセルフエフィカシーの実態とセルフエフィカシーに関連する心理・社会的要因を検討することを目的とした質問紙調査を実施した。在宅高齢者調査は選挙管理人名簿より550人のサンプルを無作為抽出し、郵送法により、312人（男性149、女性163）の有効サンプルを得た。また、施設入居者調査では55施設550人を対象として、自記もしくは施設職員によるヒアリングによってデータを収集し、30施設入居者255人（男性67、女性188）の有効サンプルを得た。その結果、以下のことが明らかとなった。

- ①在宅高齢者および施設入居者のセルフエフィカシー得点の平均値と標準偏差は、在宅高齢者8.44±3.96点、施設入居者は7.35±4.02点であった。また2要因配置分散分析の結果、性別において有意差がみられたが在宅高齢者と施設入居者の差はみられなかった。
- ②在宅高齢者のセルフエフィカシーに有意に関連した要因は「性別」「抑うつ状態」「ポジティブ・ソーシャルサポート」「主観的幸福感」の4要因で、抑うつ状態が低いほど、性別では女性よりも男性で、主観的幸福感が高いほど、さらにソーシャルサポートではポジティブなサポートが多いほど、セルフエフィカシーが高い結果であった。
- ③施設入居者では「子どもの有無」「日常生活動作能力」「抑うつ状態」「ネガティブ・ソーシャルサポート」の4要因で、抑うつ状態が低いほど、日常生活動作能力が低いほど、子どもがいる人ほど、さらにソーシャルサポートではネガティブなサポートが少ないほど、セルフエフィカシーが高いと解釈された。

以上のことから、施設入居者のセルフエフィカシーは在宅高齢者とほぼ同水準であることが明らかにされ、施設サービスの有用性が示唆された。

【研究協力者】

青木 邦男（山口県立大学）

横山 正博（山口県立大学）

はじめに

セルフエフィカシー（自己効力感）とは、ある行動を起こす前にその人が感じる遂行可能感、自分自身がやりたいと思っていることの実現可能性に関する知識、あるいは自分にはこのようなことがこままでできるという認知状態を示す用語であ

る。セルフエフィカシーの機能として、課題事態への積極的な取組みが促進され困難に直面しても積極的に解決への対応ができ、回避行動や防衛行動が消去されて人生を肯定的にとらえると考えられている。実際に、これまでの調査研究によってセルフエフィカシーを高く見積もる人は、人生を肯定的にとらえ、ポジティブな思考で積極的に行動を展開し、身体的にも健康な状態にあることが明らかにされている。さらに、行動変容の先行要因であるとも考えられており、その高低はその後の行動の積極性や行動変容の強弱に強く影響する

といわれている。セルフエフィカシーを強化することはQOL, 生き甲斐, 生活満足感や心身の健康度を高め, またそのための行動変容をもたらすこととなる。

ところでセルフエフィカシーについては, 行動の形成や維持, あるいは行動変容する認知的変数として数多くの研究がなされ, 行動に大きな影響を及ぼすことが明らかにされている。しかしながら, 高齢者を調査対象にした研究は, 近年, 精力的に取り組まれているがその数は少なく, セルフエフィカシーの実態やその関連要因についての研究は, さらなる知見の蓄積が必要とされている。

本研究では, 在宅高齢者および老人保健施設入居者(以下, 施設入居者)のセルフエフィカシーの実態を明らかにし, セルフエフィカシーに関連する心理・社会学的要因について検討したので報告したい。

I. 方法

1. 調査対象・方法

1) 在宅高齢者調査

県庁所在地であるY市の在宅高齢者を調査対象母集団とした。市選挙管理委員会名簿より60歳以上の在宅高齢者を無作為に550人抽出し, 郵送法による質問紙調査(自記式)を実施した。調査期間は2001年12月~2002年1月の2か月間で, 郵送後フォローアップのはがきを送付して回収率を高めるよう努めた。その結果, 回収数は329, そのうち, 属性項目に欠損のない312人(男性149, 女性163)をサンプルとした。

2) 施設入居者調査

Y県老人保健施設(介護老人保健施設)連絡協議会の協力を得て, 加盟全55施設の入居者を対象に質問紙調査を実施した。施設入所者は, 病状安定期にあり入院治療をする必要はないが, リハビリテーション, 看護・介護を中心とした医療ケアを必要とする高齢者等である。本調査対象者の選定には, 本人の自記もしくは施設職員による聞

き取り調査が可能な入居者(痴呆症状, 精神病等を有した人は除く)とし, 施設職員への負担と施設入居者の特性に配慮して各施設10人程度に回答を依頼した。調査期間は2001年11~12月の2か月間で, 質問紙郵送後, 施設に電話等によるフォローアップを行った結果, 30施設285人より回答を得た。そのうち属性項目に欠損のない255人(男性67, 女性188)をサンプルとした。

2. 調査内容と点数化

質問紙による調査内容は, ①基本的属性, ②セルフエフィカシー, ③セルフエフィカシーに関連すると推察される項目によって構成した。セルフエフィカシー関連すると推察される項目は先行研究を検討し, かつ調査対象者および聞き取りの施設職員に過度な負担とならないように必要最低限の項目を選定した。

選定項目は, ①心身の健康状態を代表する指標として「日常生活動作能力」「疾患日常影響度」「抑うつ状態」「主観的健康度」, ②日常生活での心理的ストレスを代表する指標として「ストレス影響度」, ③心身の安寧を支える指標として「ソーシャル・サポート」, ④心理特性を代表する指標として「自尊感情」, そして現在の総合的な満足感を代表する指標として「主観的幸福感」とした。

それらの具体的な内容と点数化は以下のとおりである。

(1) 基本的属性

性別, 年齢, 配偶者の有無, 子どもの有無等

(2) 日常生活動作能力

細川ら(1994)により高齢者の機能的状態および健康状態の指標としても信頼性と妥当性が確認され, 健康状態の差異を反映している「拡大ADL尺度」12項目を用いた。各質問項目は「1. 自立(1点)」「2. 部分介助(0点)」「3. 全介助(0点)」の3段階評定で回答を求め, 合計点を算出した。得点範囲は, 0~12点(ADLが高い)である。

(3) 自尊感情

ローゼンバーク (Rosenberg, M.) によって作成され、その信頼性と妥当性が高い自尊感情尺度日本語版 10 項目 (星野訳) を用いた。各問に対して「1. あてはまる (1点)」から「4. あてはまらない (4点)」の 4 段階評定で回答を求め合計点を算出した。得点範囲は、10~40 点 (自尊感情が高い) である。

(4) セルフエフィカシー

坂野と東條 (1993) によって作成され、その信頼性と妥当性が確かめられている「一般性セルフエフィカシー尺度」16 項目 (以下、セルフエフィカシー) を用いた。各質問項目に「1. はい (1点)」「2. いいえ (0点)」の 2 段階評定で回答を求め合計点を算出した。得点範囲は、0~16 点 (セルフエフィカシーが高い) である。

(5) 主観的健康度

「あなたは、現在どの程度健康だと思いますか?」の質問項目に「1. 非常に健康 (5点)~5. 健康ではない (0点)」の 5 段階選択肢で回答を求め点数化した。

(6) 疾患日常影響度

慢性疾患の日常生活への影響について「病気 (疾患) であることが日常生活にどの程度影響していますか?」の質問に「1. 日常生活に影響されない (1点)~「5. ほとんど日常生活が制限される (5点)」の 5 段階選択肢に回答を求め点数化した。

(7) 抑うつ状態

ツァン (Zung, W.W.K) によって作成された抑うつ評定法で、その信頼性と妥当性が高い SDS (Self-rating Depression Scale); 更井 (1979) による日本語改訂版 20 項目を使用した。各質問項目に「1. めったにない (1点)~「4. いつも (4点)」の 4 段階評定で回答を求め合計点を算出した。得点範囲は 20~80 点 (抑うつ状態がきわめて高い) である。

(8) ストレス影響度

「この 6 か月以内に、心を悩ますような大きな

ストレスがありましたか?」と「そのストレスはあなたの心にどの程度の影響を与えましたか?」の質問に回答を求め、「1. ストレス経験なし (0点)~「5. 非常に影響した (4点)」の 5 カテゴリーに分類し点数化した。

(9) ソーシャル・サポート

野口 (1991) によるソーシャル・サポート測定項目を基本にして先行研究を検討し、ポジティブ (肯定的な) サポート 4 項目とネガティブ (否定的な) サポートを意味する 3 項目よりなるソーシャル・サポート測定尺度を作成し使用した。各質問項目に「1. いる (1点)」「2. いない (0点)」の 2 段階選択肢に回答を求めた。得点は各項目の合計点を算出した。得点範囲はポジティブ・ソーシャルサポートは 0~4 点、ネガティブ・ソーシャルサポートが 0~3 点である。

(10) 主観的幸福感

「あなたは、同年代の人に比べて、幸せだと思いますか?」の質問に「1. 幸せである (5点)~5. 幸せではない (1点)」の 5 段階選択肢に回答を求め点数化した。

なおセルフエフィカシー、抑うつ状態、自尊感情については欠損値が 1 割以内までを有効回答として扱い、その測定尺度に対する当該回答者の平均的な得点 (選択肢、評定) をあてて合計得点を算出した。

3. 分析方法

セルフエフィカシーとそれに関連すると思われる項目で、在宅高齢者と施設入居者による各要因の得点の比較には t 検定を、他要因 (項目) との相互関連についてはピアソンの相関係数を算出して分析した。なお、セルフエフィカシー得点の比較には、サンプルの構成 (男女) 比が異なるため 2 要因配置の分散分析を施した。またセルフエフィカシーに関連する要因の分析については、セルフエフィカシーを従属変数とした一括投入法 (強制投入法) による重回帰分析を施し、5%水準以下で有意差のあった要因について検討した。セル

表1 サンプルの基本的属性

項目	カテゴリ (得点範囲)	在宅高齢者 n (%)	施設入居者 n (%)
1. 性	0. 女性	163(52.2)	188(73.7)
	1. 男性	149(47.8)	67(26.3)
2. 年齢		72.5±7.8	83.3±7.1
3. 配偶者の有無	0. いない	101(33.0)	191(76.5)
	1. いる	205(67.0)	60(23.9)
4. 子どもの有無	0. なし	19(6.1)	26(10.4)
	1. いる	293(93.9)	225(89.6)
5. 日常生活動作能力 (拡大ADL)	(0-12)	11.31±2.09	4.28±2.47
6. 家族形態	1. 既婚の息子家族と同居	62(20.0)	—
	2. 既婚の娘家族と同居	30(9.7)	—
	3. 未婚の子と同居	42(13.5)	—
	4. 孫のみと同居	2(0.6)	—
	5. 夫婦のみ	113(36.5)	—
	6. 一人暮らし	42(13.5)	—
	7. その他	19(6.1)	—
7. 仕事の有無	1. 定職をもっている	76(24.7)	—
	2. とくどき仕事をしている	52(16.9)	—
	3. していない	180(58.4)	—
8. 要介護判定審査	1. 要支援	—	14(5.6)
	2. 要介護1	—	95(38.3)
	3. 要介護2	—	60(24.2)
	4. 要介護3	—	48(19.4)
	5. 要介護4	—	19(7.7)
	6. 要介護5	—	12(4.8)
9. 施設入居期間			17.1±18.48
	0～6か月	—	83(33.6)
	7～12か月	—	48(19.4)
	13～18か月	—	39(13.8)
	19～24か月	—	26(10.6)
	25～36か月	—	24(9.7)
	36か月以上	—	27(10.9)

サンプル数の合計は各項目によって異なる。年齢、日常生活動作能力は平均値±標準偏差

フエフィカシーに関連すると推察される要因(説明変数)として最終的に採用した項目は、①年齢、②性別、③配偶者の有無、④子どもの有無、⑤日常生活動作能力(拡大ADL)、⑥主観的健康度、⑦慢性疾患影響度、⑧抑うつ状態(SDS)、⑨ストレス影響度、⑩ポジティブ・ソーシャルサポート、⑪ネガティブ・ソーシャルサポート、⑫主観的幸福感の計12要因(項目)であった。投入変

数の選定には多重共線性(multicollinearity)に配慮し、各投入変数間の相関等を確認して決定した。また性別、配偶者の有無、子どもの有無の3要因についてはダミー変数とし、他の順序尺度で測られた尺度値はその分布の正規性およびカテゴリーの等間隔性に配慮し間隔尺度の尺度値と見なした。

表2 各要因の得点および標準偏差とt検定結果

項目	得点範囲	在宅高齢者	施設入居者	t検定結果
日常生活動作能力 (拡大ADL)	(0-12)	11.31±2.09	4.28±2.47	***
自尊感情	(10-40)	28.04±5.52	26.27±6.09	***
主観的健康度	(1-5)	3.79±0.94	3.20±1.12	***
疾患日常影響度	(1-5)	2.19±1.06	3.24±1.04	***
抑うつ状態 (SDS)	(20-80)	37.90±8.53	43.66±8.16	***
ストレス影響度	(0-4)	1.05±1.52	0.71±1.35	**
ポジティブ・ソーシャルサポート	(0-4)	3.27±1.09	3.00±1.25	**
ネガティブ・ソーシャルサポート	(0-3)	1.20±1.04	0.61±0.75	***
主観的幸福感	(1-5)	4.00±1.01	3.90±1.24	n.s.

** $p < .01$, *** $p < .001$

表3 在宅高齢者および施設入居者のセルフエフィカシー得点

	在宅高齢者	施設入居者	計	
男性	9.24±3.94 (144)	8.63±4.05 (62)	9.06±3.97 (206)	χ^2 検定 (1, 27.458) $p < .001$
女性	7.64±3.82 (145)	6.91±3.92 (181)	7.32±3.89 (326)	
計	8.44±3.96 (289)	7.35±4.02 (243)		分散分析 住環境 (1, 3.337) n.s. 性 (1, 20.259) $p < .001$ 交互作用 (1, 0.027) n.s.

上: 平均値±標準偏差, 下の () 内はサンプル数, χ^2 検定結果は構成人数により算出

II. 結果

1. サンプルの特徴

在宅高齢者および施設入居者のサンプルの基本的属性については、表1に示す。また表2には各要因の得点および標準偏差と在宅高齢者および施設入居者によるt検定結果を示している。

本研究の在宅高齢者については60~100歳まで平均年齢72.5±7.8歳、女性が52.2%を占め、そのうち67.0%の配偶者が健在している。また施設入居者については、60~101歳まで平均年齢83.3±7.1歳、女性は73.3%を占めている。さらに施設入居者の要介護判定審査では、要支援(5.6%)、要介護I(38.3%)、要介護II(24.2%)が7割を占める。また施設入居期間は17.1±18.84か月で入所18か月以内が66.8%を占め、最長は127か月であった。またサンプルの日常生活動作能力についてみると、在宅高齢者の拡大

ADL得点の平均値は11.31±2.09点で、石橋ら(2001)が2233人の地域高齢者調査の平均値が11.3±1.9点とほぼ同水準で、細川ら(1994b)の10.7±2.4点より高めの結果で、日常生活は全体にわたりほぼ自立している水準である。また施設入居者の拡大ADL得点の平均値は4.28±2.47点で、在宅高齢者に比して有意($p < .001$)に低かった。その得点は細川ら(1994c)のデイサービス利用者の得点4.1±2.8点と近似しており、食事や整容、トイレなどのみが自立した水準であった(表2)。

2. 在宅高齢者および施設入居者のセルフエフィカシー得点

在宅高齢者および施設入居者のセルフエフィカシー得点を表3に示す。セルフエフィカシー得点の平均値と標準偏差は、在宅高齢者8.44±3.96点で、施設入居者は7.35±4.02点であった。ま

表4 在宅高齢者と施設入居者のセルフエフィカシーに関連する要因

要因	カテゴリー (得点範囲)	在宅高齢者(n=187)		施設入居者(n=189)	
		単相関 r	標準偏回帰 β	単相関 r	標準偏回帰 β
1. 年齢		-.062	-.094	.019	.016
2. 性別	0.女性 1.男性	.265***	.248**	.207**	.051
3. 配偶者	0.なし 1.あり	.086	-.125	-.061	-.008
4. 子ども	0.なし 1.あり	.054	.000	.178**	.155*
5. 日常生活動作能力	(0-12)	.059	-.124	-.116	-.200**
6. 主観的健康度	(1-5)	.274***	.040	.256***	-.075
7. 疾患日常影響度	(1-5)	-.248***	-.027	-.085	-.121
8. 抑うつ状態	(20-80)	-.554***	-.482***	-.588***	-.562***
9. ストレス影響度	(0-4)	-.146*	.054	-.138*	.039
10. ポジティブ・ソーシャルサポート	(0-4)	.151*	.127*	.014	-.120
11. ネガティブ・ソーシャルサポート	(0-3)	.043	-.011	-.222**	-.151*
12. 主観的幸福感	(1-5)	.274***	.170*	.272***	-.075
重相関係数R(R ²)		.628***	(.394)	.652***	(.425)

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

た、セルフエフィカシー得点を在宅高齢者および施設入居者と性別の2要因配置の分散分析を施した結果、在宅高齢者および施設入居者による有意差はみられず ($F=3.337$, n.s.), 性別が0.1%水準以下で有意差が確認され、在宅高齢者、施設入居者ともに男性のセルフエフィカシー得点が女性の得点よりも有意に高かった。在宅高齢者および施設入居者と性の交互作用の有意差はみられなかった ($F=0.027$, n.s.).

3. 在宅高齢者および施設入居のセルフエフィカシーに関連する要因

在宅高齢者と施設入居者のセルフエフィカシーに対する12項目(要因)の重回帰分析の結果を表4に示す。在宅高齢者のセルフエフィカシーについては、性別、抑うつ状態、ポジティブ・ソーシャルサポート、主観的幸福度の4要因が有意な関連を示した。重相関係数は、 $R=0.628$ ($R^2=0.394$)であった。有意な関連を示した要因について、標準偏回帰係数(β)が高い順に、抑うつ状態が低いほど、性別では女性よりも男性で、主観的幸福度が高いほど、さらにソーシャルサポートではポジティブ(肯定的)なサポートが多いほ

ど、セルフエフィカシーが高いと解釈された。

施設入居者については、子どもの有無、日常生活動作能力、抑うつ状態、ネガティブ・ソーシャルサポートの4要因がセルフエフィカシーに対して有意な関連を示した。重相関係数は $R=0.652$ ($R^2=0.425$)であった。有意な関連を示した要因について標準偏回帰係数(β)が高い順に、抑うつ状態が低いほど、また日常生活動作能力が低いほど、子どもがいる人ほど、さらにソーシャルサポートではネガティブ(否定的)なサポートが少ないほど、セルフエフィカシーが高いと解釈された。

III. 考察

1. 在宅高齢者および施設入居者のセルフエフィカシーについて

本調査対象の在宅高齢者および施設入居者のセルフエフィカシー得点は、在宅高齢者 8.44 ± 3.96 点、施設入居者は 7.35 ± 4.02 点であった。住環境(在宅および施設)と性別による分散分析の結果、性別のみに有意差がみられた ($F=20.259$, $p < .001$).

在宅高齢者のセルフエフィカシー得点の平均値については、青木ら (2001) の無作為抽出の在宅高齢者の得点 (男性 9.58 ± 3.73 , 女性 7.82 ± 3.65) とほぼ同水準であった。また施設入居者のセルフエフィカシー得点に関しては、在宅高齢者の得点より低かったが有意差はみられなかった。坂野と東條 (1986) は、精神科医に通院ないしは入院中の抑うつを持った病理群との比較において、セルフエフィカシー得点有意に低いという結果を報告している。また横川ら (1999) は、高齢者の健康管理に対する (特異的) セルフエフィカシーについて ADL 得点別に「手段的 ADL 要介助群」と「屋外活動群」を比較し、要介助群の得点有意に低かったことを報告している。先行研究とは対象集団や測定尺度が異なるため本研究結果と一概に比較することはできないが、在宅高齢者よりも ADL が低く、抑うつの状態が高い施設入居者のセルフエフィカシーが在宅高齢者と同水準に維持されているのはなぜだろうか。長野 (2002) は、老人保健施設入居者の ADL を入所時と 3 か月後の変化を測定した結果、機能訓練プログラムにより ADL 得点は入所時より有意に増加したこと、また訓練頻度が多い者ほど改善したとして施設サービスの有用性を報告している。施設では入所者の病状や身体状況など個々人の諸特性に応じた処遇やレクリエーション活動、リハビリ等の機能回復プログラム等が実施され、心身の状況改善に向けて計画的かつ継続的な努力がなされている。このように施設でのさまざまなサービスを受けることにより、ADL 等の機能の保持・回復が図られ、その結果、セルフエフィカシーが保持・増進されたと考えることができよう。これらを実証するにはセルフエフィカシーを時系列的に精査しなくてはならない。また在宅高齢者との同水準である理由等を明らかにするには、さらなる知見の蓄積が必要である。

また在宅高齢者と施設入居者の双方においてセルフエフィカシー得点は男性が女性に比べ有意に高かった。これまで「一般性セルフエフィカシー

尺度」を用いた坂野と東條 (1986)、坂野 (1989) や青木ら (2001) の調査研究においても男性のほうが女性よりもセルフエフィカシーが有意に高いことが報告されている。一方で横川ら (1999) の特性的セルフエフィカシー尺度を用いた研究や Taylor & Betz (1983), Mendes de Leon CF, et al. (1996) の研究においては性差は見いだされてなく、その知見は必ずしも一致していない (竹綱ら: 1988, 青木ら: 2001)。本研究の結果は、セルフエフィカシー得点の性差を首肯する結果であった。

2. 在宅高齢者および施設入居者のセルフエフィカシーに関連する要因

在宅高齢者のセルフエフィカシーに有意に関連した要因は、性別、抑うつ状態、ポジティブ・ソーシャルサポート、主観的幸福度の 4 要因であった。また施設入居者については、子どもの有無、日常生活動作能力、抑うつ状態、ネガティブ・ソーシャルサポートの 4 要因がセルフエフィカシーに対して有意な関連を示した。

在宅高齢者、施設入居者の双方にセルフエフィカシーに対して有意に関連した要因は、抑うつ状態のみで、抑うつ状態が高いほどセルフエフィカシーが低下する結果であった。その標準偏相関係数 (β) は投入変数のうち、最も強く ($\beta = -0.482$, $\beta = -0.562$) 影響していることが分かる。坂野 (1989) は、抑うつ傾向が高いときはセルフエフィカシー得点が低く、抑うつ傾向が低いときはその得点が高い、あるいは抑うつ傾向が減少しているときにはそれにつれてセルフエフィカシー得点に上昇の傾向が認められること報告している。同様に抑うつ状態とセルフエフィカシーとの間に負の相関があり、抑うつ状態にある者はそうでない者に比べて自己のセルフエフィカシーを低く認知する傾向があることを多くの研究者 (Kanfer & Zeiss: 1983, 坂野・東條: 1993, 成田ら: 1995, 前田: 1995, 青木ら: 2001) が報告しており、本研究の在宅高齢者と施設入居者の双方にセ

セルフエフィカシーとの間に負の相関がみられ、それを追認する結果であった。

次に、ソーシャルサポートについて、在宅高齢者においては、ポジティブ・ソーシャルサポートが、また施設入居者においてはネガティブ・ソーシャルサポートがセルフエフィカシーに有意に関連していた。ソーシャルサポートはある個人がその個人をとりまく人間関係のなかから差し伸べられる援助と考えられ、ポジティブなサポートはストレスや生活課題をうまく処理し適応させる力(武市ら, 1998)となり、必要な行動を効果的に遂行させる支援となる。在宅高齢者の場合は日常生活のさまざまな出来事への対応にポジティブなソーシャルサポートがセルフエフィカシーを高めると考えられる。一方、ネガティブなサポートは日常生活のストレスやいらだちを増大させる($r=0.282$, $p<.001$) ことにもつながる。施設入居者においては、日常生活が施設での出来事に限定され、身の回りの世話も含め在宅ではサポートされなかったことが直接的、間接的に施設職員らによってサービス(サポート)され、さらに施設内では人とのつながりが在宅時よりも狭められ限定される。施設入居者のポジティブ・ソーシャルサポートとネガティブ・ソーシャルサポートとの関連($r=0.002$, n.s.)はみられず、これらのことから施設でのソーシャルサポートはこれらが相互・相対的に影響し、結果としてネガティブなサポートが表出したといえよう。また施設入居者では子どもの有無が有意に関連した。青木ら(2001)が指摘するように、子どもの有無は一般的に生きがいの対象であり血のつながりによる理屈を越えた強力な支援者である。殊に施設入居者においては施設に身を置きながらもこれまで生活の場との、また身体的、精神的なつながりをもつ理解者として子どもの存在が大きなウエイトを占めると考えられる。生きる意味を与え、日常での苦悩や課題の解決への具体(実質)的な助力が心理的な支えとなり、セルフエフィカシーを高めると考えることができよう。

最後に、日常生活動作能力とセルフエフィカシーとの関連について、施設入居者では日常生活動作能力が負の相関($r=-0.116$)で標準偏回帰係数 $\beta=-0.200$ と1%水準以下で有意に関連し、日常生活動作能力が低いほどセルフエフィカシーが高い結果となった。横川ら(1999)は地域高齢者を対象とした調査で、セルフエフィカシーとADLは有意に正の相関があり、日常生活動作能力が高いほどセルフエフィカシーが高いと報告している。この解釈として、施設入居者は病状安定期にあり入院治療をする必要はないが、リハビリテーション、看護・介護を中心とした医療ケアを必要とする寝たきり老人等であるから、入所時点で日常生活動作能力が最も低い状態であり、セルフエフィカシーも低い状態であったことを推察することができる。一方で施設入居後の機能訓練によるADLの改善がみられたことが報告(長野: 2002)されているように、身体状況や病状など個々人の諸特性に応じた処遇やリハビリ、レクリエーション等のプログラム(サービス)が提供され、施設入居者に状況改善・退所に向けての計画的・継続的な努力が施されている。その実施過程でのADL改善見込み感や充実感、達成感等の心理的・精神的な効果が入所者のセルフエフィカシーを高めていると考えることができるのではないだろうか。今後、施設サービスとの関連についても精査する必要があり、課題としたい。

IV. まとめ

本研究では、60歳以上の在宅高齢者および老人保健施設入居者のセルフエフィカシーの実態を明らかにし、セルフエフィカシーに関連する心理・社会的要因を検討することを目的とした質問紙法による調査を行った。在宅高齢者調査は選挙管理人名簿より無作為抽出した550人に郵送法によって、また施設入居者調査では55施設各10人(計550人)を対象とした自記もしくは施設職員のヒアリングによりデータを収集した。その結

果、在宅高齢者 312 人 (男性 149, 女性 163), 30 施設入居者 255 人 (男性 67, 女性 188) の有効サンプルを得た。

その結果、以下のことが明らかとなった。

- ①在宅高齢者の平均年齢は 72.5 ± 7.8 歳, 日常生活動作能力 (拡大 ADL 得点) は 11.31 ± 2.09 点であった。また施設入居者は平均年齢 83.3 ± 7.1 歳, 日常生活動作能力は 4.28 ± 2.47 点であった。
- ②在宅高齢者および施設入居者のセルフエフィカシー得点の平均値と標準偏差は, 在宅高齢者 8.44 ± 3.96 点, 施設入居者は 7.35 ± 4.02 点であった。またセルフエフィカシー得点を性別および住環境による分散分析の結果, 性別において有意差 ($F=20.259, p<0.001$) はみられたが, 在宅高齢者と施設入居者の差 ($F=3.337, n.s.$) はみられなかった。
- ③在宅高齢者のセルフエフィカシーに有意に関連した要因は, 性別, 抑うつ状態, ポジティブ・ソーシャルサポート, 主観的幸福感の 4 要因で, 重相関係数は $R=0.628$ ($R^2=0.394$) であった。有意な関連を示した要因について標準偏回帰係数 (β) が高い順に, 抑うつ状態が低いほど, 性別では女性よりも男性で, 主観的幸福感が高いほど, さらにソーシャルサポートではポジティブ (肯定的) なサポートが多いほど, セルフエフィカシーが高いと解釈された。
- ④施設入居者では, 子どもの有無, 日常生活動作能力, 抑うつ状態, ネガティブ・ソーシャルサポートの 4 要因がセルフエフィカシーに対して有意な関連を示した。重相関係数は $R=0.652$ ($R^2=0.425$) であった。有意な関連を示した要因について標準偏回帰係数 (β) が高い順に, 抑うつ状態が低いほど, また日常生活動作能力が低いほど, 子どもがいる人ほど, さらにソーシャルサポートではネガティブ (否定的) なサポートが少ないほど, セルフエフィカシーが高いと解釈された。

以上のことから, 施設入居者のセルフエフィカシーは, 在宅高齢者と各要因において相違があるにもかかわらずほぼ同水準に維持・保持されていることが明らかとなった。この背景には施設の提供するサービスの影響が考えられるが, さらなる精査が必要となることはいうまでもない。また各関連の因果関係の方向性も明らかにされていないので, 今後, 縦断的な調査研究が是非とも必要となる。課題としたい。

【文 献】

- 1) アルバート・バンデューラ編: 激動社会の中の自己効力. 本明寛・野口京子 (完訳). 金子書房, 東京 (1997).
- 2) 青木邦男, 松本耕二: 高齢者の健康と生きがいに及ぼすソーシャル・サポートの影響. 平成 7 年度シニアプラン公募研究年報, 1-22 (1996).
- 3) 青木邦男, 松本耕二: 在宅高齢者のセルフ・エフィカシーとそれに関連する要因. 社会福祉学, 41(2): 35-48 (2001).
- 4) 出村慎一, 佐藤 進, 小林秀紹, 春日晃章, 豊島慶男: 要介護高齢者の日常生活動作能力評価票の作成. 日本公衛誌, 46(1): 25-34 (1999).
- 5) 細川 徹: ADL 尺度の再検討: IADL との統合. リハビリテーション医学, 31: 326-333 (1994a).
- 6) 細川 徹, 坪野吉孝, 辻 一郎, 前沢政次, 中村隆一: 拡大 ADL 尺度による機能的状態の評価 (1) 地域高齢者. リハビリテーション医学, 30(6): 399-408 (1994b).
- 7) 細川 徹, 佐直信彦, 中村隆一, 砂子田篤: 拡大 ADL 尺度による機能的状態の評価 (2) 在宅脳卒中患者. リハビリテーション医学, 31(7): 475-482 (1994c).
- 8) 石橋智昭, 西村昌記, 山田ゆかり, 古谷野亘: 地域高齢者における拡大 ADL 尺度の有用性. 日本公衛誌, 48(5): 420-424 (2001).
- 9) Kanfer R, Zeiss AM: Depression, interpersonal standard setting and judgments of self-efficacy. *J of Abnormal Psychology*, 92: 319-329 (1983).
- 10) 金 外淑, 嶋田洋徳, 坂野雄二: 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の関連. 心身医学, 36(6): 500-505 (1996).
- 11) 大森健一: 高齢者のうつ病・うつ状態と生活環境要因. 老年精神医学雑誌, 1(9): 1074-1081 (1990).
- 12) 前田大作, 野口裕二, 玉野和志, 中谷陽明, 坂田

- 周一, Jersey Liang: 高齢者の主観的幸福感と構造. 社会老年学, 30: 3-16 (1989).
- 13) 前田基成: 老人の自己効力感に関する研究. ジェロントロジー研究報告, 1: 89-94 (1995).
- 14) Mendes de Leon CF, Seeman TE, Baker DL, et al.: Self-efficacy, physical decline and change in functioning in community-living elders: A prospective study. *Journal of Gerontology*, 51B: s183-s190 (1996).
- 15) 長野 聖: 介護老人保健施設入所者における日常生活動作能力の経時的評価のための至適尺度, 日本公衛誌, 49(2): 76-87 (2002).
- 16) 野口裕二: 高齢者のソーシャルサポート: その概念と測定. 社会老年学, 34: 37-48 (1991).
- 17) 鈴木伸一, 笠貫 宏, 坂野雄二: 心不全患者のQOLおよび心理的ストレスの及ぼすセルフ・エフィカシーの効果. 心身医学, 39(3): 260-265 (1999).
- 18) 更井啓介: うつ状態の疫学調査. 精神神経学雑誌, 81(12): 777-784 (1979).
- 19) 坂野雄二: 一般性セルフ・エフィカシー尺度の妥当性の検討. 早稲田大学人間科学研究, 2(1): 91-98 (1989).
- 20) 坂野雄二, 東條光彦: セルフ・エフィカシー尺度. 上里一郎監修, 心理アセスメントブック. 西村書店, 新潟: pp.478-489 (1993).
- 21) 嶋 信宏: ソーシャルサポート研究の現状と臨床場面への応用. 東京大学教育学部心理教育相談室紀要, 12: 63-72 (1990).
- 22) 竹綱誠一郎, 鎌原雅彦, 沢崎俊之: 自己効力に関する研究の動向と問題. 教育心理学研究, 36(2): 172-184 (1988).
- 23) Taylor KM, Betz NE: Applications of self-efficacy theory to the understanding and treatment of career indecision. *J of Vocational Behavior*, 22: 63-81 (1993).
- 24) 武市昌士, 佐藤 武訳: DSM-IV-PC. 医学書院, 東京: pp.58-66 (1989).
- 25) 浦 光博: 支えあう人と人; ソーシャル・サポートの社会心理学. サイエンス社, 東京 (1992).
- 26) 横川吉晴, 甲斐一郎, 中島民江: 地域高齢者の健康管理に対するセルフエフィカシー尺度の作成. 日本公衆衛生雑誌, 46(2): 103-112 (1999).