

我が国における慢性疾患のある独居高齢者の セルフケアの概念分析

小林 幸恵・白田久美子

(西九州大学看護学部看護学科)

(2021年2月8日受理)

Conceptual analysis of self-care for the elderly adult living alone with chronic disease in Japan

Yukie KOBAYASHI, Kumiko SHIRATA

School of Nursing, Nishikyushu University

(Accepted: February 8, 2021)

抄 録

【目的】我が国における慢性疾患のある独居高齢者のセルフケアの概念分析を行うこと。【方法】「独居高齢者」「自己管理」「セルフケア」「自立生活」「慢性疾患マネジメント」「原著論文」をキーワードにして検索し、最終的に10論文を Walker & Avant の手法を用いて概念分析を行った。【結果】慢性疾患のある独居高齢者のセルフケアの概念は、属性が『独居における日常生活の維持』、『独居生活を破綻させる要因の存在』、『生活の場所の希望』、『予測される危機への対処』、『サポート体制の確保』という5つ、先行要件が『一人で療養するために必要な行動』、『不安を抱えた生活』、『思い通りにならない行動』という3つ、帰結が『独居生活の維持に必要な高齢者の要因』、『独居が精神面に及ぼす影響』、『独居生活を脅かす要因』、『地域社会に支えられて生きる』という4つであった。【結論】我が国における慢性疾患のある独居高齢者のセルフケアの概念は、「慢性疾患を抱えながらも自宅で暮らしたいという希望を持ち（やむを得ない場合含む）、病状の悪化や急変などの独居生活を破綻させようとする要因に曝されながらも緊急時の備えを行い、周囲のサポートを得ながら一人で日常生活を維持すること」と定義した。

キーワード：独居高齢者，慢性疾患，セルフケア，概念分析

Key words : elderly adult living alone, chronic disease, self care, concept analysis

I. はじめに

我が国は超高齢社会を迎え、厚生労働省は団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進している。しかしながら、このことは独居高齢者が増加傾向にある今日においては、独居高齢者の在宅療養者を生み出すことにもなっている（内閣府, 2020）。

厚生労働省保険局（2016）発行の「高齢者医療の現状」では、高齢者の9割近くが慢性疾患を有していることが報告されており、高齢者は継続的に治療を必要とする疾患を抱えるがゆえに、長期にわたって自分自身の健康管理を含めたセルフケアをしなければならない。独居高齢者の場合、それら疾患の管理を含めた健康管理を単独で行う必要があり、独居でない高齢者に比べ困難さを感じることが多いと予想される（久保, 2014；杉澤, 2017）。これらのことから、慢性疾患を持つ独居高齢者のセルフケアが、どのように行われているのかと考えた。

高齢者のセルフケアに関する研究は、特定の疾患を持つ高齢者を対象にしたものや（森他, 2019；光岡, 2019；植田他, 2016；由藤他, 2017；作並他, 2011；光岡他, 2015；山本他, 2016）、健康教室などに参加する地域高齢者を対象としたもの（河相他, 2018；桐生他, 2019；後藤他, 2014）があり、多くの分野から注目を集めている。しかしながら、日常生活活動(ADL)や手段の日常生活活動(IADL)の評価や、心理的尺度を用いて高齢者間での比較を行う研究が殆どであり、慢性疾患を持つ独居高齢者のセルフケアがどのような内容から構成されているのかについて報告されたものはなかった。

II. 目的

本研究の目的は、我が国における「慢性疾患のある独居高齢者のセルフケア」の概念分析を行い、慢性疾患のある独居高齢者のセルフケアを定義して、慢性疾患のある独居高齢者のセルフケア支援への一助とすることである。

III. 方法

1. 分析枠組み

概念分析の手法については、Walker & Avant (2005)の手法を用いた。この手法は概念の定義を検討し、概念自体の本質を明らかにする（Walker et al, 2005）。濱田（2017）は、今後の実践や研究への活用を目的とした場

合には Walker & Avant の手法が適していると述べており、本研究においても Walker & Avant を用いた概念分析を行う。概念分析は8つの過程から成り立っており、①まず概念を選択して、②目的を決定し、③その概念の用法を明らかにした後に④概念の特性（属性・先行要件・帰結）を明らかにするものである。属性は概念の性質とし、先行要件は概念に先立って生じる出来事や例であり、帰結は概念が発生した結果として生じる出来事や事件としている。その後、⑤モデル例、⑥境界例などを示し、⑦先行要件と帰結を明らかにする、⑧経験的指示対象を明らかにする（Walker et al, 2005）。本研究では紙面の都合上、①～⑤および⑦について記述する。

2. データ収集および分析手順

Walker & Avant による概念分析方法を基に、以下の手順で行った。

- 1) 「独居高齢者」「セルフケア」の一般的な意味について、辞書、シソーラス、文献を用いて明らかにする。
- 2) 独居高齢者を対象としたセルフケアに関する国内文献を対象に、「慢性疾患のある独居高齢者のセルフケア」の属性、先行要件、帰結を抽出する。

分析対象論文は、医学中央雑誌 Web 版(Ver. 5)、Google Scholar, J-stage を用いて、「独居高齢者」「自己管理」「セルフケア」「自立生活」「慢性疾患マネジメント」「原著論文」をキーワードにして期間を限定せず検索した（検索日2020年4月10日）。その結果、131件の論文が抽出された。これらの文献を精読して、独居高齢者が対象でないもの、事例報告、開発したシステムの検証や原著論文でないものを除いて42件にまで絞り込み、最終的には、セルフケアに言及していない論文を除外した10件の論文を対象とした（杉井, 2016；吉満他, 2015；岩永他, 2014；植村他, 2012；佐藤, 2015；竹中, 2014；中村他, 2015；渡辺他, 2009；和田, 2002；白砂他, 2019）。

分析方法は、対象論文を精読し、論文ごとに慢性疾患のある独居高齢者のセルフケアの属性、先行要件、帰結についての記述を抽出し、コード化した。抽出したコードを「属性」「先行要件」「帰結」ごとに類似性・相違性を判別しながら集約してカテゴリー化した。分析では看護学研究者のスーパーバイズを受け、信頼性を確保した。

3. 倫理的配慮

本研究は、すでに公開している論文のみを研究対象とするため、研究者の所属大学における倫理審査の対象とはならなかったが、論文内容を歪曲することなく事実に基づいて分析して研究を行った。

IV. 結 果

1. 「独居高齢者」という概念の使われ方

「独居高齢者」とは、「独居」と「高齢者」からなる言葉であり、「独居」は、「ひとりで住んでいること、ひとり住み、ひとり暮らし」（大辞林, 2006a）, 「ひとりきりで暮らすこと、ひとり住まい」（大辞泉, 2012a）, 「ひとりいること、ひとりで住むこと」（広辞苑, 2019a）とされている。「一人」と「独り」の違いを探てみると、代表的なものとして「一人は人数が1であることを表し、独りは仲間・相手がいなくて、その人だけであること」（大辞泉, 2012b）とされる。つまり「一人」は数値として1人であることであるのに対し、「独り」は、「周りに誰もいない、ひとりぼっちである」と解される。

「高齢者」は国によって定義は異なり、我が国においても各種法令などによって違いがあるが、一般に65歳以上を高齢者とする場合が多い。しかしながら、これまでも日本老年学会と日本老年医学会が高齢者の定義を再検討する合同ワーキンググループを立ち上げ、2017年に「身体的に日本人高齢者が若返っている客観的事実と支えられるべき高齢者を75歳以上とする日本人が多数を占めているという実情から、75歳以上を高齢者とし、65歳から74歳までを准高齢者とする」ことを提言したが（荒井, 2019）、いまだ統一された社会的見解には至っていない。

「高年齢者」は国によって定義は異なり、我が国においても各種法令などによって違いがあるが、一般に65歳以上を高齢者とする場合が多い。しかしながら、これまでも日本老年学会と日本老年医学会が高齢者の定義を再検討する合同ワーキンググループを立ち上げ、2017年に「身体的に日本人高齢者が若返っている客観的事実と支えられるべき高齢者を75歳以上とする日本人が多数を占めているという実情から、75歳以上を高齢者とし、65歳から74歳までを准高齢者とする」ことを提言したが（荒井, 2019）、いまだ統一された社会的見解には至っていない。

2. 「セルフケア」という概念の使われ方

セルフケアは、英語の「self care」から発生しており、「self（自分自身）」を「care（世話する）」という意味で構成されている。セルフケアを辞書で調べてみると「自分で自分自身の面倒を見ること」（大辞林, 2006b）, 「自分で自分の健康を管理すること」（大辞泉, 2012c）, 「自分自身をケアすること、すなわち自分自身で世話をする・面倒を見ることである」（Wikipedia, 2018）, 「自分で自己の健康管理を行うこと」（広辞苑, 2019b）とあり英語とほぼ同義である。

看護理論家のドロセア・E. オレム（2005）は、セルフケアに焦点を当てた看護理論を開発しており、それによれば、セルフケアは「自分の生命、統合的機能および安寧に必要な自己の機能を調整するために、自分自身または環境に向けられる行動」としている。看護の焦点は疾病があるかどうかではなく、「セルフケアの不足があるかどうか」であり、その人自身のセルフケア能力よりも、必要とするセルフケアが上回った時に不均衡が生じる状態を指すとしている。

3. 「慢性疾患」という概念の使われ方

一般的な辞書によると、慢性疾患は「慢性の経過をたどる病気、糖尿病・高血圧症など、慢性病」（大辞泉, 2012d）とされ、専門団体が定めた定義としては、国際看護

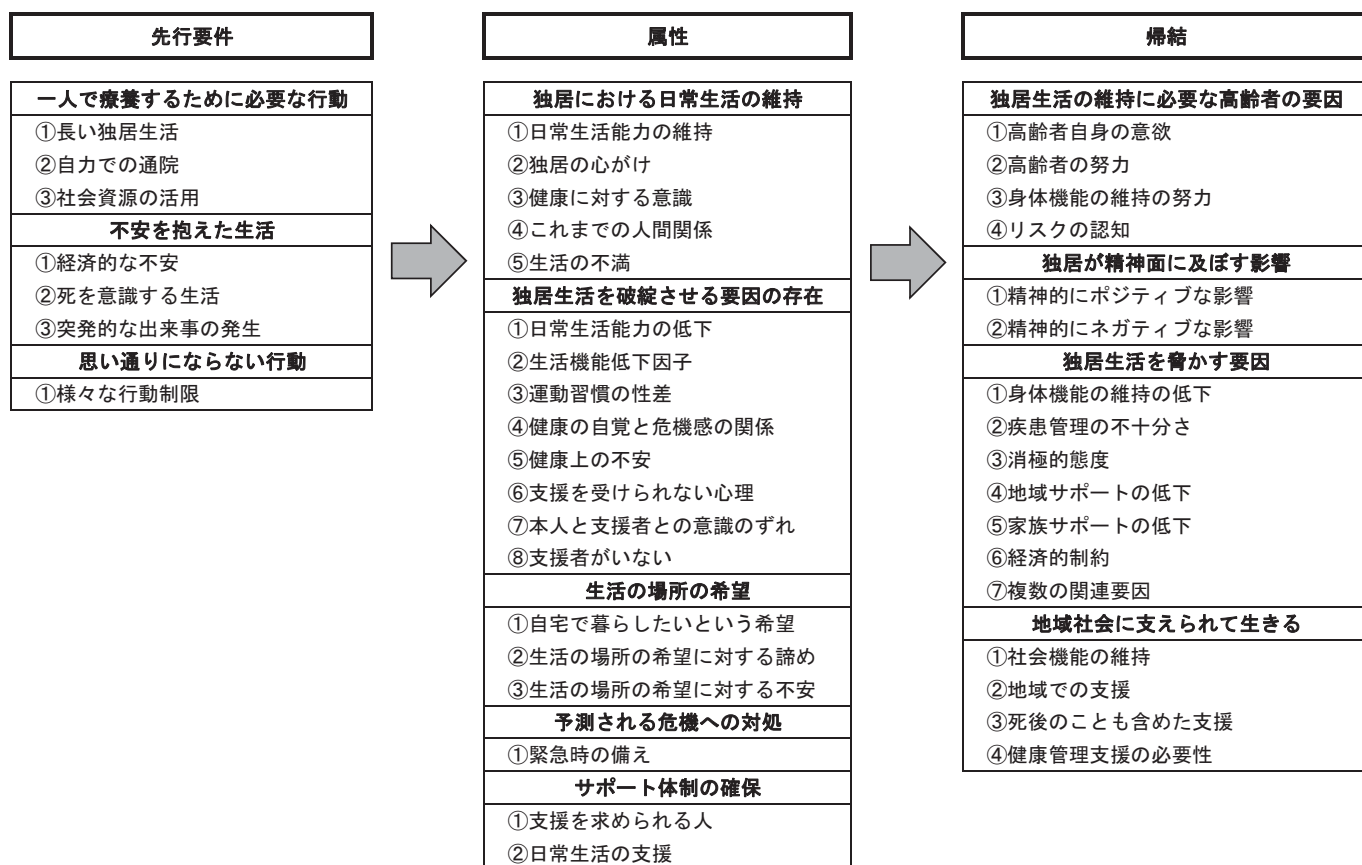


図1 我が国における慢性疾患のある独居高齢者のセルフケアの概念分析結果

協会（2010）が「質の高いケアの提供，地域への貢献：看護師が主導する慢性疾患ケア」の中で、「慢性病」「生活習慣病」「非感染性疾患」など，多様な関連用語があることに触れ，世界保健機関（2002）の慢性疾患の定義「“Chronic conditions” describes all health problems that persist across time and require some degree of health care management.（数年または数十年の長期にわたり継続的な管理を必要とする健康上の問題）」を採用している。

4. 「慢性疾患のある独居高齢者のセルフケア」

慢性疾患のある独居高齢者のセルフケアの属性について分析した結果，76コードから，19サブカテゴリーと5カテゴリーが導き出された。以下，カテゴリーを『』，サブカテゴリーを〈〉で表す。

1) 『独居における日常生活の維持』

この属性は，独居高齢者が実際にどのようにして日常生活を送っているのかという性質に関するもので，〈日常生活能力の維持〉は，ADLの自立度が高いこと（特に排泄に関するもの），認知に問題のないこと，家事家政能力に性差がないことなどを含んでいた。このように，実際に一人で日常生活を維持・継続するためには，男女を問わず家事などの家庭内作業を実施する必要があり，それらを実行する身体的能力が必要となるため，これに関連するものが含まれていた。〈独居の心がけ〉としては，自らの病気について慢性疾患を理解し，症状の悪化要因，痛みの程度，日内変動を認知し，病気と共に生きることを目標にすること，自分らしさを維持していくことや，人として自立していたいという気持ち，利用できる資源を最大限に使うことや，そう遠くない死を意識して身辺整理をする，独居と知られたくないという思いがあった。〈健康に対する意識〉では，病院にきちんと行くこと，物忘れが進むことを予防し，独居での生活を維持するため，様々な努力をすることなど，健康管理の意識が高く，身体のために動くことや，主観的健康感の高いことなどが含まれていた。〈これまでの人間関係〉では，友人と過ごすことで独居生活の満足が高くなることや，人間関係が個人の特性に影響することが含まれていた。なお，男性については〈生活の不満〉を抱きつつも，独居生活を維持していることが含まれていた。

2) 『独居生活を破綻させる要因の存在』

この属性は，日常生活の中に潜む独居生活を破綻させるおそれのある要因の存在に関するもので，〈日常生活能力の低下〉では，老化による屋外作業能力の低下，移動能力の低下，最低限のセルフケア以外の家庭内作業を全くしないなど，実際に低下したADLの内容を含んでいた。〈生活機能低下因子〉では，年齢，健康度自己評価が生活機能の低下に関与すると共に，その他の因子に

男女差があることや，買い物の便が悪いことなどが影響することを含み，独居生活の生活機能の低下を引き起こす要因を含んでいた。〈運動習慣の性差〉では，男性が健康管理としての運動習慣の少ないこと，〈健康の自覚と危機感の関係〉では，前期高齢者や健康不安のない人は緊急時の備えが少ないことを含んでいた。〈健康上の不安〉では，高齢者の半数以上が健康上の不安があり，物忘れが進むことへの戸惑いを一人で抱え込んでいることや，現在の健康状態に満足していない人が多いことを含んでいる。〈支援を受けられない心理〉では，心理的な抵抗感や社会的な孤立から手段的支援を受けられない者がいることや，家族関係の維持を困難にすることを防ぐために，親族とは言え軽はずみに頼めないという遠慮の心理についてであった。〈本人と支援者との意識のずれ〉では，高齢者と支援者との意識のズレが生じることや，家族と高齢者との病気の理解にずれがあることについてであった。〈支援者がいない〉では，支援してくれる人が誰もいない状況を指していた。

3) 『生活の場所の希望』

この属性は，生活をする場所への希望に関するもので，〈自宅で暮らしたいという希望〉は，可能なかぎり自宅で過ごしたいとするものであり，その一方で，老人ホームに入居を希望したとしてもすぐには入れないだろうという〈生活の場所の希望に対する諦め〉や，現在の家に住み続けられるかという不安の〈生活の場所の希望に対する不安〉が含まれていた。

4) 『予測される危機への対処』

この属性は，一人で生活する中で発生する可能性がある緊急時への事前の対応に関するもので，〈緊急時の備え〉には，自分の医療情報を救急隊員に伝えるカードを利用する，入院時の持物などを日常的に備える，非常用ボタンや緊急電話を設置する，入浴の前後で電話をかけることで，見守り手を確保していることが含まれていた。

5) 『サポート体制の確保』

この属性は，独居生活する上で一人では対応が難しい状況が発生したときに支援してくれる人を確保しておくことに関するもので，〈支援を求められる人〉では，体調不良などで身の回りの家事ができなくなった時に支援を求める人がいる，親族や友人，福祉サービスの職員などに支援を求める，としており，〈日常生活の支援〉では，8割近くが日常的に自分の子供に支援を受けていること，などが含まれていた。

5. 『慢性疾患のある独居高齢者のセルフケア』の先行要件

先行要件では，36コードから，7サブカテゴリーと3カテゴリーが導き出された。

1) 『一人で療養するために必要な行動』

先行要件では「長い独居生活」として、平均独居生活が12年である、半数以上が独居生活10年以上ある、最長で50年近くに及ぶ一人の生活が続いている、が含まれていた。交通の便が悪いところでは自家用車を自分で運転しなければならない、または公共交通機関を自力で利用しなければならないという「自力での通院」や、訪問介護やデイサービス等の各種の福祉サービスを活用する「社会資源の活用」が含まれていた。

2) 『不安を抱えた生活』

これには、特に女性の独居高齢者に多く見られる「経済的な不安」、配偶者や兄弟の死別を経験することや、孤独死への不安からくる「死を意識する生活」、また自宅での転倒や火傷という事故の経験からくる「突発的な出来事の発生」が含まれていた。

3) 『思い通りにならない行動』

これには、「様々な行動制限」として、体の衰えにより外出が減る、日常生活の移動が困難な状況などを含んでいた。

6. 『慢性疾患のある独居高齢者のセルフケア』の帰結

帰結では、75コードから、17サブカテゴリーと4カテゴリーが導き出された。

1) 『独居生活の維持に必要な高齢者の要因』

この帰結は、独居生活において慢性疾患を抱えながら行うセルフケアを継続した結果であり、日常生活行動においてその人が目標を到達しようと目指すことや、高齢者自身が物事を能動的に決定できるという「高齢者自身の意欲」や、欠かせない自助を維持すること、自分自身が暮らしやすいような環境を作り出すことなどの「高齢者の努力」、移動能力の低下や介護予防に努める「身体機能の維持の努力」、健康のリスクを知ってセルフケアを行う「リスクの認知」が含まれていた。これらは、持病の増悪や新たな疾患を予防して独居を継続しようとする内的要因から構成されていた。

2) 『独居が精神面に及ぼす影響』

「精神的にポジティブな影響」では、主観的健康感が高いことが独居を継続するための重要な心理機能であること、自分を守ってくれる人の確保は、自分の死後の不安を軽減すること、「老化受容」のポジティブな返答が自分自身の力で生活を維持する原動力となること、などが含まれていた。一方、「精神的にネガティブな影響」では、体の衰えや周囲から孤立することで、本人の不安が募ること、家族からの言葉や連絡が少ないために不安になること、喪失感の体験は自己の否定につながるなどが含まれていた。

3) 『独居生活を脅かす要因』

独居生活を脅かすものとして、まず生活維持に直結する「身体機能の維持の低下」があり、体の衰えが加速す

ること、人と会う意欲そのものが低下し、体が衰える悪循環が起きる、などが含まれていた。「疾患管理の不十分さ」では、家庭で継続する必要がある治療が正しく実施できない手技であること、投薬忘れや投薬の理解が不十分であること、訪問看護利用割合が低いことなどが含まれており、疾患管理のセルフケア不足の現状を抱えて暮らしていることが含まれていた。「消極的態度」では、支援者がサービス利用を提案しても本人は受け入れない、人に会うのが面倒になるなどが含まれていた。「地域サポートの低下」は、本人の消極性によるサポートの低下や、体力低下による人と会う機会の減少などが含まれていた。「家族サポートの低下」では、未婚や子供がいないことによる家族サポートの不足、「経済的制約」では、体の衰えによる医療費・通院費の増加による経済的な制約、またここに挙げた様々な要因が複雑に絡み合って関連する「複数の関連要因」が含まれていた。

4) 『地域社会に支えられて生きる』

「社会機能の維持」では、健康に独居生活を続けられるのは他者との関係性や生活環境によるということや、社会との関係性を維持することが健康に関与すること、他者との関係を築き社会とのネットワークのなかで生活していくことが必要、などが含まれていた。「地域での支援」では、自分の生活に異変が起きたとき、早期に周りの人たちに発見してもらう必要がある、介護保険などの社会福祉サービスの利用などが含まれていた。「死後のことも含めた支援」は、自分の死や死後のことを強く意識した生活支援のニーズ、死後のことまでを考えていく必要がある、であった。「健康管理支援の必要性」では、支援者の情報交換や連携が必要であること、子供世代への啓発などが含まれていた。

これまでに述べた「先行要件」「属性」「帰結」の概念図を、図1に示す。

7. 属性のカテゴリーを用いたモデルケースと相反事例 (表1)

本研究で示した慢性疾患のある独居高齢者のセルフケアの概念を論証するため、慢性疾患のある独居高齢者の実際のケースを述べる。

高血圧と糖尿病のある83歳女性は、夫と死別した後から独居となり、家事を一人でこなし、受診や買い物は自家用車で移動している。また、年々足腰が弱ってきていることや血圧の変動があることは自覚しているため(『独居生活を破綻させる要因の存在』)、体操クラブに出かけて体力作りに努めたり、毎日の血圧測定を欠かさず行っている。これらは属性のうち、病院にきちんと行くという「健康に対する意識」や、自分の疾患を理解し、増悪因子を把握しているという「独居の心がけ」を含む『独居における日常生活の維持』が存在していると考えられる。

表1 概念分析（属性）の項目とモデルケースおよび相反事例

概念分析の項目（属性）	モデルケース（実際のケース）
『独居における日常生活の維持』 『独居生活を破綻させる要因の存在』 『生活の場所の希望』 『予測される危機への対処』 『サポート体制の確保』	<p>高血圧と糖尿病のある83歳女性は、家事を一人でこなし、受診や買い物は自家用車で移動している。長男夫婦は同居を申し出ているが、動けるうちは自由に暮らしたいと独居を希望している。年々足腰が弱ってきていることや血圧の変動があることは自覚しているため、体操クラブに出かけて体力作りに努めたり、毎日の血圧測定を欠かさず行っている。またスマートフォンを常時携帯し長男または長女に2日に1度は連絡するように依頼している。また隣人と毎日会話するようにし、顔を見せないときには家を覗いてもらうように依頼している。</p>
	相反事例（仮定ケース）
	<p>高血圧と糖尿病のある83歳女性は、家事が滞った不潔で不健康な環境で生活している。家族との同居や施設入所を希望しているが叶わず、やむなく独居を続けている。以前の受診でもらった内服薬はすでになくなっていて、気になる症状もないため受診はしていない。民生委員が時折訪問してくるが、居留守を使って対応せず、隣人とも交流がなく暮らしている。</p>

また、長男夫婦は同居を申し出ているが、動けるうちは自由に暮らしたいと独居を希望しているという点は、『生活の場所の希望』が存在していることを示し、またスマートフォンを常時携帯し長男または長女に2日に1度は連絡するように依頼し、隣人と毎日会話するようにし、顔を見せないときには家を覗いてもらうように依頼しているという点は、『予測される危機への対処』『サポート体制の確保』が存在していると考えられる。

一方、相反事例では、『独居における日常生活の維持』ができず、自覚がないために『独居生活を破綻させる要因の存在』を見落とし、誰かと暮らしたいという『生活の場所の希望』が叶わない生活をしている。地域の他者との交流を避け、『予測される危機への対処』や『サポート体制の確保』ができていない状況となる。

V. 考 察

1. 「慢性疾患のある独居高齢者のセルフケア」の定義

一般的用法からみると「独居高齢者」という言葉は、単に「一人で暮らしている」と言うよりも「身寄りがなく、ひとりぼっちである」という印象を与える。「独居高齢者」という言葉を用いるとき、使い手が意図せずしてこのような印象を持っている、または他者にその印象を与える可能性があることを理解しておくべきであろう。

このことは、本研究の先行要件にある『不安を抱えた生活』として、独りであるがゆえの心細さや頼る人のいない不安に相当すると考える。その一方で、自宅で過ごしたいという属性が導き出された。福田（2010）は、女性独居高齢者を対象とした研究において、女性独居高齢者が「自分の人生を気ままに過ごしたいと考えていたが、身体機能の低下や意欲の低下に伴い、近い将来の一人暮らしをしている自分の姿が思い描けない不安を抱いて生活している」ことを報告しており、本研究とも一致する。また、本研究において導き出された「日常生活を維持し、独居生活を破綻させる要因と向き合い、危機への対処を事前に想定してサポート体制も確保する」という属性は、

「セルフケアは、自分の健康に関心を向けて、医療者を含めた様々な資源を活用しながら、主体的に自分の健康管理をしていくこと」とした本庄（2015）の定義とも相違ないと考えた。

これらから、我が国における「慢性疾患のある独居高齢者のセルフケア」を、「慢性疾患を抱えながらも自宅で暮らしたいという希望を持ち（やむを得ない場合含む）、病状の悪化や急変などの独居生活を破綻させようとする要因に曝されながらも緊急時の備えを行い、周囲のサポートを得ながら一人で日常生活を維持すること」と定義づけた。

2. 慢性疾患のある独居高齢者へのセルフケア支援への適応

先行要件は、『ひとりで療養するために必要な行動』『不安を抱えた生活』『思い通りにならない行動』であった。慢性疾患のある高齢者が好むと好まざるを問わず独居を決意するためには、まず自分自身で受療行動を含む日常生活を維持し＜長い独居生活＞＜自力での通院＞、時に福祉サービスを受け入れる覚悟が必要となる＜社会資源の活用＞。しかしそれは終始安定したものではなく、様々な思い通りにならない経験から＜様々な行動制限＞、死をも含んだ不安と共存することになる＜死を意識する生活＞。これに類するものとして岩田（2015）が、今後の在宅療養生活に対して入院中の独居高齢者が抱く心配の要因として、「一人で暮らす再覚悟」「頼れるものに頼る気持ちの切り替え」を挙げており、本研究と一致する。支援者は、一見自立して生活しているとみえる独居高齢者であっても、先んじてこれらの概念が存在することを意識して現在の高齢者と関わる必要があるであろう。

属性では、『独居生活を破綻させる要因の存在』と隣り合わせで暮らしており、その要因に支援者がいないこと、本人と家族や支援者との意識のずれがあることや、家族への遠慮が含まれていた。佐藤（2003）は、独居高齢者を対象としたストレスの研究において、対人関係のストレスが精神的健康に影響を及ぼすことを報告している。多くの場合支援者となる周囲の人々との関わりが、

時として独居生活を破綻させる要因となり得ることを示した本研究の結果と一致していた。支援者がいないことはもとより、例え居たとしても安易に頼れない、むしろ理解し合えない葛藤が存在する可能性がある。別居する家族への関わりは、高齢者の独居生活の維持に関与することを意識する必要がある。

帰結では、先行要件にある「自分自身で受療行動を含む日常生活を維持する」としつつも、進行する老化に伴う身体機能の低下、また指示された治療をあやふやに継続している、という『独居生活を脅かす要因』が導き出された。その中には家族や地域サポートの低下、高齢者本人の消極的態度が含まれており、家族を含む他者や地域社会とのつながりが重要であることを示している。これらは疾患管理のコントロールを維持しながら独居生活を続けるためには、遠方に住んでいるとしても家族や地域の人々からの協力を得ることが不可欠であり、支援者はその橋渡しの役割を担うとした永井ら(2017)や、一人暮らしの高齢者を把握するシステム作りが必要とした金川ら(2004)の報告と一致する。これらの結果から、慢性疾患がありながらも独居生活を継続する高齢者の支援を行うには、その有り様を理解し、一見自立して生活しているとみえる独居高齢者であっても、死をも含んだ不安と共存していること、協力する家族がいたとしても、むしろ理解し合えない葛藤が存在している可能性があること、別居する家族への関わりは、高齢者の独居生活の維持に関与することを理解して関わる必要がある。

また、「慢性疾患」「独居高齢者」「セルフケア」をキーワードにして論文を選定したが、疾患管理に関する記述が少なかつたため、今後この点を追求する研究的余地があると考える。

VI. 結 論

慢性疾患のある独居高齢者のセルフケア支援への一助を目的に、慢性疾患のある独居高齢者のセルフケアを定義するため、検索した10論文を Walker & Avant の概念分析手法を用いて分析した結果、

1. 属性として、『独居における日常生活の維持』、『独居生活を破綻させる要因の存在』、『生活の場所の希望』、『予測される危機への対処』、『サポート体制の確保』が導き出された。
2. 先行要件として『一人で療養するために必要な行動』、『不安を抱えた生活』、『思い通りにならない行動』が導き出された。
3. 帰結として、『独居生活の維持に必要な高齢者の要因』、『独居が精神面に及ぼす影響』、『独居生活を脅かす要因』、『地域社会に支えられて生きる』が導き出された。

4. 我が国における慢性疾患のある独居高齢者のセルフケアは、「慢性疾患を抱えながらも自宅で暮らしたいという希望を持ち（やむを得ない場合含む）、病状の悪化や急変などの独居生活を破綻させよう要因に曝されながらも緊急時の備えを行い、周囲のサポートを得ながら一人で日常生活を維持すること」と定義づけられた。

5. 慢性疾患のある独居高齢者は、衰えゆく身体を気遣いながら独居が維持できるように努めているものの、病状の悪化や急変などの不安を抱え、疾患の自己管理が十分に行えていない現状にある者もいると考えられる。慢性疾患のある独居高齢者の支援には、その有り様を理解し、一見自立して生活しているとみえる独居高齢者であっても、死をも含んだ不安と共存していること、協力する家族がいたとしても、むしろ理解し合えない葛藤が存在している可能性があること、別居する家族への関わりは、高齢者の独居生活の維持に関与することを理解して関わる必要がある。

VII. 本研究の限界

本研究で対象としたのは国内文献のみであり、独居高齢患者が有する可能性の高い慢性疾患全てを網羅したわけではないため、定義は限局的である。また、海外の報告は含んでいないため、今後は海外文献も含めて新たに発表された論文を追加して検討し、独居高齢者を取り囲む文化・社会的要因やその国際比較等についても加えて検討したい。

付 記

本研究における利益相反は存在しない。なお、本論文の一部は、第40回日本看護科学学会学術集会において発表した。

VIII. 文 献

- 荒井秀典(2019)：高齢者の定義について。日老医誌, 56：1-5.
- 大辞林(デジタル辞書)(2006a)：独居(三版)。三省堂, 東京.
- 大辞林(デジタル辞書)(2006b)：セルフケア(三版)。三省堂, 東京.
- 大辞泉(デジタル辞書)(2012a)：独居(二版)。小学館, 東京.
- 大辞泉(デジタル辞書)(2012b)：一人(二版)。小学館, 東京.
- 大辞泉(デジタル辞書)2012c)：セルフケア(二版)。小学館, 東京.

- 大辞泉（デジタル辞書）2012d）：慢性疾患（二版）．小学館，東京．
- 福田早也香，山辺茜，池田亜弓他（2010）：農村部の女性独居高齢者が住み慣れた地域においていくことに対する思い．北海道公衆衛生雑誌，23(2)：160-166．
- 後藤順子，細谷たき子，小林淳子他（2014）：地域在住の自立高齢者における6年後の生活機能リスク発生に影響する要因．日本地域看護学会誌，16(3)：65-74．
- 濱田真由美（2017）：Beth L. Rodgers の概念分析について－哲学的基盤に基づく目的と結果の再考－．日本赤十字看護学会誌，17(1)：45-52．
- 本庄恵子（2015）：セルフケア看護（初版）．15，ライフサポート社，横浜市．
- 岩永耕，横山奈緒枝（2014）：独居高齢者の課題発生プロセスにおける一考察．臨床福祉ジャーナル，11：22-29．
- 岩田尚子，石垣和子，伊藤隆子（2015）：在宅療養移行期に在宅療養生活に対して独居高齢者が抱く心配とその変化．千葉看護学会誌，20(2)，21-29．
- 金川克子（2004）：単身高齢者に対する地域の支援，老年精神医学雑誌，15(2)，180-183．
- 河相てる美，宮城和美，境美代子（2018）：ロコモティブシンドロームの自覚に対する日常生活の工夫－自立している地域在住高齢者のインタビューから－．日本看護研究学会雑誌，41(4)：723-732．
- 桐生育恵，佐藤由美（2019）：生活習慣病予防に関する保健指導は家族に影響を与えるのか－保健指導がきっかけで家族に生じた健康に関するよい変化とそれに関連する参加者の影響－．家族看護学研究，24(2)：156-163．
- 厚生労働省（2016）：高齢者医療の現状．https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000125582.pdf．（2020. 6. 30 検索）．
- 広辞苑（電子辞書）（2019a）：独居（七版）．岩波書店，東京．
- 広辞苑（電子辞書）（2019b）：セルフケア（七版）．岩波書店，東京．
- 久保温子，村田伸，上條憲司（2014）：独居高齢者と非独居高齢者の特徴に関する大規模調査．厚生指標，61(11)，21-26．
- 国際看護協会（2010）／日本看護協会（2010）：質の高いケアの提供，地域への貢献：看護師が主導する慢性疾患ケア．日本看護協会，東京．
- 光岡明子（2019）：後期高齢期にあるNYHA I～II度の慢性心不全患者の自己管理継続の要因．人間看護学研究，17：1-14．
- 光岡明子，平田弘美（2015）：高齢の慢性心不全患者の自己管理に関連した文献検討．人間看護学研究，13：81-91．
- 森菊子，木村ちぐさ，城宝環（2019）：訪問看護師の増悪予防支援により身についた慢性閉塞性肺疾患患者のセルフマネジメント能力．兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要，26：89-102．
- 内閣府（2020）：令和2年版高齢社会白書．第1章第1節：高齢化の状況「高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況，3家族と世帯」．https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/zenbun/pdf/lsls_03.pdf．（2020. 7. 20検索）．
- 中村千晶，吉田美波，辻口和美（2015）：独居高齢者のインスリン注射管理と訪問看護師介入の実状．Best Nurse，26(4)：71-69．
- 永井真由美（2017）：訪問看護師が孤立の可能性を認識した高齢介護者の特徴，老年看護学，22(1)，89-97．
- Orem, D.E (1995)／小野寺杜紀（2005）：オレム看護論（第4版），医学書院，東京．
- 作並亜紀子，服部ユカリ（2011）：高齢糖尿病患者のセルフケア能力と関連因子について－前期高齢者と後期高齢者の比較－．旭川医科大学研究フォーラム，12：51-65．
- 佐藤惟（2015）：独居後期高齢者の将来を見据えた生活支援ニーズに関する研究－本人が語る不安と希望の分析から－．社会福祉学評論，15：55-68．
- 杉井たつ子（2016）：独居高齢者の健康課題とセルフケアの実態．東海公衆衛生雑誌，4(1)：69-75．
- 杉澤秀博（2017）：独居高齢者が抱える問題とその背景，それを解消するには何が必要か．公益財団法人長寿科学振興財団長寿ネット．<https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/koreisha-koritsu/dokkyokoreisha.html>（2020. 8. 30検索）．
- 白砂恭子，淵田英津子（2019）：日本における高齢者が健康に独居生活を送れる条件に関する文献検討．日本看護研究学会雑誌，42(5)：921-931．
- 竹中優子，朴木佳緒留，岡田修一（2014）：独居高齢者の実態と生活満足度に関する調査研究．神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要，7(2)：139-147．
- 植田香織，崎尾百合子，浦口富恵（2016）：再入院時における在宅酸素療法患者への生活指導再教育の意義．日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌，26(2)：264-266．
- 植村小夜子，三木真知（2012）：種々の指標を用いた包括的評価による独居高齢女性の自立生活の特徴．人間看護学研究，10：25-31．

- Walker, O., Avant, K. (2005)／中木高夫 (2017)：看護における理論構築の方法 (初版). 医学書院, 東京.
- 和田昌子 (2002)：在宅における高齢者の日常生活のマネジメント. 高知女子大学看護学会誌, 27(1)：68-76.
- 渡辺美鈴, 谷本芳美, 河野令 (2009)：大都市近郊T市における生活機能自立独居高齢者の生活機能低下の予知因子について. 大阪医科大学雑誌, 68(3)：171-178.
- Wikipedia (2018)：セルフケア. <https://ja.wikipedia.org/wiki/%E3%82%BB%E3%83%AB%E3%83%95%E3%82%B1%E3%82%A2> (2020. 7. 6 検索).
- 山本羊子, 大村忠行, 澤村千佳子 (2016)：慢性閉塞性肺疾患患者の日常生活の実態調査－LINQ を用いて－. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, 26(2)：233-237.
- 由藤知里, 藤田佐和, 森本悦子 (2017)：化学放射線療法を行う頭頸部がん患者のセルフケア. 高知女子大学看護学会誌, 43(1)：112～120.
- 吉満孝二, 岩瀬義昭, 窪田正大 (2015)：郡部に居住する独居高齢者の生活実態と手段的支援の状況. 作業療法・34(4)：384-392.
- World Health Organization (2002). Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action, Geneva, WHO.