

目 次

－原著－

1. 都市在宅前期高齢者における就労状態別にみた3年後の累積生存率
Three-year cumulative survival rate among urban dwellers aged
65-74 years classed by working situation (高 燕、他) 1
2. 都市在宅居住高齢者における主観的健康感の三年後の経年変化
Chronological three-year trend in subjective health for elderly urban dwellers (劉 新宇、他) 9
3. 特定高齢者候補者における運動機能と抑うつ気分の相関について
－東京都中野区における調査から－
Correlation between physical performance and depressive mood among elderly people
at high risk of needing long-term care in Nakano City (石濱 照子、他) 15
4. 北海道内社会福祉専門職の職務満足度とその関連要因
Job satisfaction and related factors among social workers in Hokkaido (蒲原 龍、他) 25
5. 特発性大腿骨頭壊死症患者が体験する生活上の困難
Difficulty experienced in the lives of patients with idiopathic necrosis of femoral head (羽原 美奈子、他) 31
6. 頸椎疾患患者の医師-患者関係に及ぼす要因分析
Factors affecting the physician-patient relationship in patients with cervical spinal disorders (藤原 奈佳子、他) 41
7. 高齢者の会食会の有効性に関する考察 －事例調査を中心にして
Effectiveness of group meals of senior citizens associations ----survey of one group (松井 順子) 53

－総説－

8. 男性断酒継続者における飲酒の習慣化からアルコール依存症治療アクセスまでの
プロセスおよび社会的支援に関する質的研究
The process between the formations of drinking habits to the treatment
from the perspective of abstinent alcoholics in Japan (岩田 裕也、他) 65

原 著

都市在宅前期高齢者における就労状態別にみた3年後の累積生存率

Three-year cumulative survival rate among urban dwellers aged 65-74 years classed by working situation

高 燕¹ 星 旦二¹ 中山 直子¹ 高橋 俊彦² 栗盛 須雅子^{1,3}

Gao Yan¹ Tanji Hoshi¹ Naoko Nakayama¹ Toshihiko Takahashi² Sugako Kurimori^{1,3}

1 首都大学東京 都市環境学部研究科

2 アイネットコンサルティング

3 茨城県立健康プラザ

1 Urban Environment Sciences, Tokyo Metropolitan University

2 I-net Consulting Co.

3 Ibaraki Prefectural Health Plaza

論文要旨

在宅居住前期高齢者(65歳～74歳)を対象とし、収入につながる就労状態と生命予後との関連を検討し、就労状態別にみた生命予後との関連要因を明らかにすることを研究目的とした。

関東地域の都市郊外であるA市に居住する高齢者20,938名を対象とし、2004年9月に郵送配布回収方式による自記式質問紙調査を行った。有効回答者は13,407名であった。分析対象者は、この有効回答者に対し、2007年までの3年間の生存状況を追跡調査した。後期高齢者4,537名、要支援・要介護者1,210名、欠損項目があった143名、3年間の転居者501名、ID不明者73名の合計6,464名を除いた在宅前期高齢者6,943名とした。3年間の死亡者は914名である。

累積生存率は、男女とも、就労高齢者に比べ、無就労高齢者が統計学上有意に低下することが示された。就労状態別にみたCox比例ハザードモデルを用いた分析結果では、死亡ハザード比は、65歳～69歳群に対して、70歳～74歳の就労群では3.55(P<0.001)、無就労群では2.26(P<0.001)、主観的健康感の高群に対して、低群では、就労群で4.32(P<0.001)、無就労群で2.39(P<0.001)と統計学上有意に高いことが示された。一方、無就労群ではADL(日常生活動作能力)の低群で1.54(P<0.05)、治療中の疾病がある群で1.35(P<0.05)と死亡ハザードは統計学上有意に高いことが示された。それに対して就労群では、統計学上有意差がみられなかった。よって、都市部高齢者の生存は年齢、主観的健康感と強く関連していた。また無就労高齢群の生存はADLの低下、疾病による影響と統計学上有意に関連していたが、就労高齢群では、統計学上有意な関連が見られなかった。

Abstract

The aim of this study was to clarify the relationship between the three-year cumulative survival rate according to job and income, and the factors related to cumulative survival rate in urban dwellers aged 65-74 years.

A questionnaire survey was sent to all 20,938 elderly urban dwellers 65 years old or more in City A in September, 2004. A follow-up survey was carried out in September, 2007 with an item about survival status. The subjects of analysis in the study were 6,943 independent dwellers who were under 75 years old and not using long-term care insurance, excluding those who had moved out of the area during the three years and those whose ID number was unknown. The total number of deaths was 914 during three follow-up years.

The cumulative survival rate was found to be significantly lower among non-working elderly than among those working with income. Cox's proportional hazards regression model was used to estimate the hazard

ratio for total mortality.

The analysis using the hazards regression model showed the following: The hazard ratio for age of 70-74 years old was 3.55 ($P<0.001$) for working dwellers and 2.26 ($P<0.001$) for non-working dwellers. The hazard ratio for low-subjective health was 4.32 ($P<0.001$) for working dwellers and 2.39 ($P<0.001$) for non-working dwellers. And the hazard ratio for low-ADL was 1.54 ($P<0.05$) and for having an illness 1.35 ($P<0.05$) for non-working dwellers.

We found that mortality was correlated with age and subjective health in general. Mortality was also correlated with low-ADL and having an illness for non-working dwellers; however, the correlation with low-ADL and illness was not observed in working-dwellers.

キーワード：都市部在宅前期高齢者 就労状態 累積生存率 比例ハザードモデル

KEY WORDS: Urban younger elderly dwellers Working status

Cumulative survival rate Hazards regression model

1. はじめに

日本人の平均寿命を世界各国と比較すると、70 年代以後、女性は 20 年連続して世界 1 位であり、男性は 2004 年時点で第 2 位である。世界保健機関 (WHO) が示した新しい健康指標である健康寿命でも、日本は平均寿命とともに世界 1 位である¹⁾。一方、欧米諸国の就労率と比較してみると、日本の高齢就労者の割合は他の欧米諸国よりも高い特性がみられる。健康寿命の延びに伴って、高齢者が社会において役割を發揮し、健康で過ごせる時間が伸びたものと考えられる。日本の高齢者の健康長寿を国際的にみると、最も高い水準であり、今後とも維持していくためには、就労を含む多様なライフスタイルや個々人の生活特性に応じた対応が求められている。

森本¹⁾らは、高齢者の健康指標は、平均寿命、死亡統計、有病率といった客観的側面と共に、主観的側面の両面から把握されなければならないことを指摘し、和田²⁾は、高齢者の就労率の伸びは寿命にも良い影響があり、高齢者が就労を長く続けることにより、健康に良い影響を与えている可能性を報告している。山田³⁾は、オランダのアムステルダム近郊で行われた約 2,400 人の地域高齢者の調査によって、知的機能を保つことが長寿に大きく寄与することを報告している。総務省統計局「労働力調査」⁴⁾により、都道府県別に 65 歳以上の要介護認定者割合と 65 歳以上の就業割合との関連をみると、逆相関の関係がみられている。高齢者の就労率が高い都道府県では、要介護率が少なくなる関連性が示唆される。

小川⁵⁾によると、少なくとも 75 歳くらいまでは、知的能力の安定度が高く、予備能力もあり、肉体的また精神的にも重労働でなければ十分実用レベルを維持できることから、働くには十分に健康であることを報告している。和田⁶⁾は、高齢者が短時間の労働をする

ことで、体力と共に知的レベルを維持することにつながり、健康にとって好ましいことを報告している。このように、就労を続けることによって、健康寿命を維持させる可能性がある調査研究が報告されている。

しかしながら、これまでの先行研究では、収入のある就労状態別に高齢者の累積生存率の関連を分析した研究報告はされていないばかりか、日常生活を含む関連要因と生命予後との関連を、就労状態別に明らかにした実証追跡研究も報告されていない。

そこで、本研究では、前期高齢者を対象とし、就労と累積生存率との関連を明確し、同時に就労状態別にみた生存への規定要因の違いを明らかにすることによって、生存に寄与する就労の意義を明らかにすることを研究目的とした。

2. 研究目的と研究方法

2-1. 調査方法と調査対象者

本研究調査地域は、都市郊外ニュータウン A 市である。A 市に居住する高齢者 20,938 名を対象とし、2004 年 9 月に郵送配布回収方式による自記式質問紙調査を行った。有効回答者は 13,407 名であった。三年後の 2007 年 9 月に生存状況を含めて追跡調査を実施した。調査趣旨を明確にした市長の挨拶と共に、本人によるアンケート記載が難しい場合は、家族ないし知人による代理回答を依頼した。調査は、東京都立大学大学院都市科学研究科倫理委員会の承諾を得て実施した。

本研究の分析対象者は、2004 年のデータに基づき、後期高齢者 4,537 名、要支援・要介護者 1,210 名、及び欠損項目である 143 名、また三年間の転居者 501 名、ID 不明 73 名の合計、6,464 名を除いた在宅前期高齢者 6,943 名であった。

2-2. 質問項目の設定

本研究の調査項目は、年齢、ADL 得点、治療中の疾病の有無、仕事以外の趣味、経済的満足感、主観的健康感であった。就労状態については、「現在、収入があるお仕事をしていますか」と質問し、はいと回答した者は「就労群」、いいえと回答した者は「無就労群」と再定義した。ADL 得点は、「自分でトイレに行けるか」、「自分でお風呂に入れるか」、「続けて 1 キロぐらい歩けるか」3 質問項目の回答得点から、「低群」(0 ~ 2 点)、「高群」(3 点)に分けた。治療中の疾病の有無は、「現在治療を受けていますか」と質問し、高血圧、糖尿病、肝臓病、高脂血症、がんの 5 選択肢から、「有病群」(1 ~ 5 点)、「無病群」(0 点)に分けた。仕事以外の趣味の得点は、「生きがいや趣味がありますか」と質問し、運動・スポーツ、散歩など体を動かす、趣味・娯楽・読書など、知人や友人・近所とのつきあい、サークル・地域活動、旅行、家族との団らん、仕事、孫、ひ孫の世話、生涯学習、家庭菜園、園芸、森とふれあい、ハイキング、登山の 15 項目の得点から、「低群」(0 ~ 3 点)、「高群」(3 点以上)に分けた。経済的満足感は、「経済的に満足していますか」と質問し、はいと回答した者は「満足群」、いいえと回答した者は「満足しない群」にした。主観的健康感は、「自分が健康だと思いますか」と質問し、健康である、まあまあ健康である、あまり健康ではない、健康ではないと 4 選択肢で得られた回答から、健康である、まあまあ健康であるを「健康である群」、あまり健康ではない、健康ではないを「健康でない群」に分けた。

2-3. 研究方法

分析は、就労状態と各予測要因との関連を明確するため、 χ^2 検定を性別に行った。次に、Kaplan Meier 生存分析を用いて、就労状態別に累積生存率を明確した。さらに Cox 比例ハザードモデルを用いて、性別、就労状態別に各要因の死亡ハザード比を解析した。統計解析には SPSS11.0J for Windows を使い、統計学的有意差検定は 5% 以下を有意と判断した。

3. 研究結果

研究結果は、3-1. 性別・就労状態別にみた対象者の実態、3-2. Kaplan-Meier 分析による就労状態別にみた累積生存率、3-3. 性別にみた Cox 比例ハザードモデルによる死亡ハザード比、3-4. 就労状態別にみた Cox 比例ハザードモデルによる死亡ハザード比について述べる。

3-1. 性別・就労状態別にみた対象者の実態

就労状態は、年齢、ADL 得点、仕事以外の趣味の得点、主観的健康感と統計学上有意な関連が男女ともみられた。つまり就労している高齢者は、65 歳 ~ 69 歳 ($P < 0.001 / P < 0.001$ 以下 / で男女を示す)、ADL 得点が高群 ($P < 0.05 / P < 0.001$)、仕事以外の趣味の得点が高群 ($P < 0.001 / P < 0.01$)、主観的健康である群 ($P < 0.001 / P < 0.001$) が、統計学上有意に多かった。

就労している男性高齢者では、治療中の疾病がない人の割合 ($P < 0.05$) が有意に多い傾向が示された。しかしながら、女性だけでは統計学上有意な関連は見られなかった。経済的満足感と就労状態との関連は、男女とも、統計学上有意差が認められなかった (表 1)。

表 1 性別にみた就労状態と各要因との関連 (n=6,943)

項目	カテゴリー	男性 (n=3,389)				p値	女性 (n=3,554)				p値
		就労群		無就労群			就労群		無就労群		
		人	%	人	%		人	%	人	%	
年齢	70-74歳	198	(22.53)	1,070	(42.63)	0.000	106	(26.63)	1,408	(44.61)	0.000
	65-69歳	681	(77.47)	1,440	(57.37)		292	(73.37)	1,748	(55.39)	
ADL得点	低群	71	(8.08)	278	(11.08)	0.034	51	(12.81)	644	(20.41)	0.000
	高群	804	(91.47)	2,216	(88.29)		347	(87.19)	2,495	(79.06)	
	不明者	4	(0.46)	16	(0.64)		-	(-)	17	(0.54)	
治療中の病気の有無	有病群	403	(45.85)	1,265	(50.40)	0.011	178	(44.72)	1,516	(48.04)	0.116
	無病群	476	(54.15)	1,245	(49.60)		220	(55.28)	1,640	(51.96)	
仕事以外の趣味得点	低群	504	(57.34)	1,549	(61.71)	0.000	230	(57.79)	2,004	(63.50)	0.001
	高群	327	(37.20)	738	(29.40)		138	(34.67)	820	(25.98)	
	不明者	48	(5.46)	223	(8.88)		30	(7.54)	332	(10.52)	
経済的満足感	満足ではない群	276	(31.40)	805	(32.07)	0.370	100	(25.13)	924	(29.28)	0.142
	満足である群	593	(67.46)	1,660	(66.14)		289	(72.61)	2,139	(67.78)	
	不明者	10	(1.14)	45	(1.79)		9	(2.26)	93	(2.95)	
主観的健康感	健康ではない群	96	(10.92)	430	(17.13)	0.000	33	(8.29)	584	(18.50)	0.000
	健康である群	783	(89.08)	2,080	(82.87)		365	(91.71)	2,572	(81.50)	

3-2. Kaplan-Meier 分析による就労状態別にみた累積生存率

就労状態別にみた三年間の累積生存率を分析すると、「就労群」と「無就労群」間で生存曲線の交差が見られなかったことから、生命予後との因果関係を示唆する量一反応関係(dose-response relationship)が認められた。「就労群」に比べ、「無就労群」は、累積生存率が統計学上有意に低下する傾向が見られた。一方、性別に累積生存率を比較すると、男性「無就労群」では、三年間の生存率が10%低下する傾向が見られるのに比べ、女性「無就労群」では、三年間で生存率は約5%しか低下しないことが明らかになった(図1)。

3-3. 性別にみたCox 比例ハザードモデルによる死亡ハザード比

自分でコントロールできない要因である年齢と、統

計学上男女ともに有意な関連が見られなかった経済的満足感2つの要因を除き、ADL 得点、治療中の疾病の有無、仕事以外の趣味得点、主観的健康感及び就労状態について、性別に死亡ハザード比を求めた。その結果、ADL 得点の高群に比べ、低群の死亡ハザード比は、男性では2.08(P<0.001)、女性では2.10(P<0.001)であった。治療中の疾病がある群に比べ、治療中の疾病がない群の死亡ハザード比は、女性では統計学上有意な差が見られなかったものの、男性では1.57(P<0.001)であった。仕事以外の趣味が多い群に比べ、少ない群の死亡ハザード比は、女性では有意な差が見られなかったものの、男性では1.65(P<0.05)であった。主観的に健康である群に比べ、主観的に健康ではない群の死亡ハザード比は、男性2.81(P<0.001)、女性1.98(P<0.05)であった。

次に就労状態別に分析すると、就労していない群に比べ、就労している群の死亡ハザード比は、女性

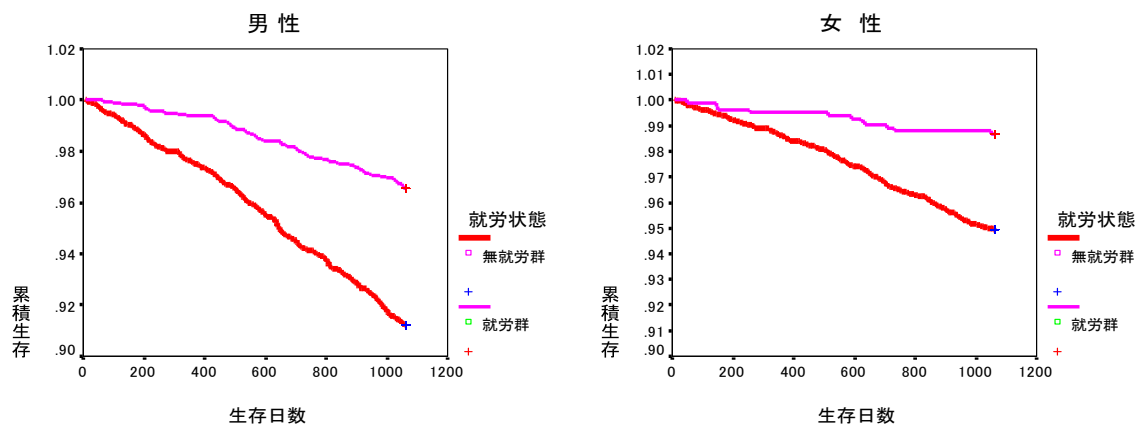


図1 男女別にみた就労状態二群分けた生存曲線

表2 男女別にみた各項目の死亡ハザード比

項目	カテゴリー	男性(N=3,389)			女性(N=3,554)		
		HR	95%CI	P値	HR	95%CI	P値
ADL得点	高群	1.00			1.00		
	低群	2.08	1.45 - 2.99	0.00	2.10	1.33 - 3.32	0.00
治療中の疾病の有無	無病群	1.00			1.00		
	有病群	1.57	1.16 - 2.12	0.00	0.93	0.61 - 1.41	0.72
仕事以外の趣味得点	趣味が多い群	1.00			1.00		
	趣味が少ない群	1.65	1.14 - 2.40	0.01	1.45	0.85 - 2.49	0.18
主観的健康感	健康ではある群	1.00			1.00		
	健康ではない群	2.81	2.04 - 3.87	0.00	1.98	1.23 - 3.18	0.01
就労有無	就労群	1.00			1.00		
	非就労群	1.61	1.08 - 2.38	0.02	1.84	0.74 - 4.55	0.19

ハザード比、95%CI: 95%信頼区間
従属変数: 0; 生存1; 死亡

では有意な差が見られなかったものの、男性では1.61 (P<0.05)であった。よって、男女ともに、ADLが低下するほど、主観的健康感が低下するほど、死亡リスクが高くなる一方、男性の死亡リスクは、治療中の疾病、仕事以外の趣味の得点、就労の有無と統計学上有意に関連する傾向が示された。

3-4. 就労状態別にみたCox比例ハザードモデルによる死亡ハザード比

年齢、ADL得点、治療中の疾病の有無、仕事以外の趣味得点、経済的満足感それに主観的満足感を用いて、就労状態別に死亡ハザード比を分析した結果、65歳～69歳の者に比べ、70歳～74歳の人の死亡ハザード比は、就労群は3.55(P<0.001)、無就労群は2.26(P<0.001)であった。ADL得点の高群に比べ、低群の死亡ハザード比は、就労群では有意ではなかったものの、無就労群は1.54(P<0.05)であった。治療中の疾病がない群に比べ、ある群の死亡ハザード比は、就労群では有意な関連が見られなかったものの、無就労群は、1.35(P<0.05)であった。主観的健康である人に比べ、主観的健康ではない人の死亡ハザード比は、就労群は4.32(P<0.001)、無就労群は2.39(P<0.001)であった。仕事以外の趣味の得点と経済的満足感は、就労有無両群ともに死亡ハザード比と統計学上有意な差が認められなかった。

よって、就労の有無を問わず、加齢と共に主観的健康感の低下群では、死亡リスクが高まることが示された。就労群での生存関連要因として、ADLや疾病の有無が有意な関連がみられなかったことから、収入につながる就労を継続することによって、ADLの低下

や疾病による生存率を低下させる影響を和らげられる可能性が推定された。

4. 考察

4-1. 就労との関連要因

本調査により、収入につながる就労をしている高齢者は、65歳～69歳である者、ADL得点が高く、治療中の疾病がなく、仕事以外の趣味が多く、主観的に健康である者の割合が統計学上有意に多いことが示唆された。高齢者の就労と健康において、山下⁷⁾は、高齢者精神的な健康に影響を及ぼす要因として、特に社会的活動の影響が大きいことを、岡戸ら⁸⁾は、社会的な関係性を保つことが生存維持に繋がる知見を得ていた。アメリカの調査によると、高齢者の社会・経済的地位と主観的幸福感に正の相関があり、Larson⁹⁾らは、高齢者就労は、主観的QOLと関係が高いことを報告し、Roweら¹⁰⁾は、幸福な老いを構成する3つの要素は、社会的活動や生産的な活動にかかわる生活、疾病や障害が少ないこと及び身体・認識機能が良好であることを指摘していた。本研究の分析結果は、これらの先行研究⁷⁻¹⁰⁾が、収入のある就労の場合でもほぼ同様である傾向を支持していると考えられた。

4-2. 就労状態と累積生存率

就労状態別にみた累積生存率は、男女とも「就労群」より「無就労群」が低下し、生存率の低下度は、女性に比べ男性高齢者で高い傾向が示された。労働力調査⁴⁾によると、高齢者の就労が高まることによって、間接的に寝たきりを予防する可能性があることが報告されていた。高齢者の市町村別にみた有業率と要介護率と

表3 就労状態別にみた各項目の死亡ハザード比

項目	カテゴリー	就労群 (n=1,277)			無就労群 (n=5,666)		
		HR	95% CI	p値	HR	95% CI	p値
年齢	65歳～69歳	1.00			1.00		
	70歳～74歳	3.55	1.79 - 7.04	0.00	2.26	1.71 - 2.98	0.00
ADL得点	高群	1.00			1.00		
	低群	1.35	0.55 - 3.30	0.51	1.54	1.14 - 2.10	0.01
治療中の病気の有無	無病群	1.00			1.00		
	有病群	0.98	0.50 - 1.92	0.96	1.35	1.03 - 1.76	0.03
仕事以外の趣味得点	高群	1.00			1.00		
	低群	1.58	0.74 - 3.40	0.24	1.39	1.00 - 1.95	0.05
経済的満足感	満足している群	1.00			1.00		
	満足していない群	0.38	0.15 - 1.01	0.05	1.03	0.77 - 1.37	0.86
主観的健康感	健康である群	1.00			1.00		
	健康ではない群	4.32	1.99 - 9.34	0.00	2.39	1.79 - 3.21	0.00

HR:ハザード比、95%CI:95%信頼区間
従属変数:生存:0, 死亡:1

の関連を実証する研究では、男性の農業従事者割合が多い自治体ほど、健康寿命が長いという結果が示され、高齢になっても仕事を続けられることのできる環境があれば目的意識や生きがいを持ちつづけ、結果的に要介護を予防できる可能性が報告²⁹⁾されていた。

本研究の新規性は、都市部高齢者を追跡するコホート研究によって、就労と生存との関連を明確にするるとともに、生存を維持するためには、就労の意義が高いことを明らかにしたことである。しかしながら、同様な先行研究が報告されていないことから、追試による再現性の確認と共に、サンプリング調査による外的妥当性の検証が今後の研究課題である。

4-3. Cox 比例ハザードモデルによる就労状態と生存の総合解析

(1) 性別にみた生存の規定要因

男女ともに、ADL が低下するほど、主観的健康感が低下するほど、死亡リスクが高くなる一方、男性の累積生存率は、治療中の疾病、仕事以外の趣味の得点と、就労有無に有意に関連することが示された。森本ら^{15,16)}の研究では、主観的健康感、何らかの疾病に罹患しやすい高齢者の健康を考慮した健康指標の一つであり、死亡率や疾病有病率といった客観的健康指標だけでは捉えられない健康の質的な側面に関する情報を比較的簡便に把握できる妥当性の高い新しい健康指標の一つである可能性を報告し、Kaplan ら¹⁷⁾による16歳以上の住民6,921人を対象に行った追跡調査では、健康状態が優れない者と健康状態が優れている者に比べて男性2倍、女性で5倍死亡率が高く、主観的健康感の低い人は死亡率が高いことが報告されていた。藤田ら²⁸⁾は、全国の異なる3地域で無作為抽出した高齢者を対象に2年間追跡し、日常生活動作能力(ADL)の影響をコントロールすれば、主観的健康感が、その後の死亡を予測する妥当性の高い健康指標であることを報告していた。

本研究では、男性の死亡リスクは、疾病有無、仕事以外の趣味、就労有無が有意に関連する一方、女性は関連がみられなかったことから、女性の生存に繋がる要因は、本研究の調査では把握できていない他の要因があるものと考えられる。今後、調査内容を慎重に検討し、更に詳しく高齢者女性の生活実態を把握し、生存に影響する要因を究明することは今後の研究課題である。

(2) 就労状態別にみた生存の規定要因

加齢と共に、主観的健康感の低下群では、就労状態と関わらず、死亡リスクが高まることが示唆された。また、無就労群の死亡ハザード比は、ADL 得点、治療中の疾病と統計学上有意な差が見られたものの、就労群の死亡ハザード比は ADL 得点、治療中の疾病と統計学上有意な差が認められなかった。

和田ら²⁾は、前期高齢者は、青年期と同等の体力のポテンシャルを持ち、働くには十分健康であり、前期高齢者は知的能力的にも、精神的な安定度も持ち、肉体的また精神的にも重労働でなければ十分実用レベルを維持できることを報告していた。本研究でも、同様な結果を得られ、これらの研究を支持していると言える。

また、ADL が低下している虚弱高齢者は、健康な高齢者に比べて、死亡率も高いことが報告されていた^{18,19)}。高齢者の ADL が低下することと本人の QOL 低下²⁰⁾が関連していくことが指摘されている²¹⁾。杉澤ら²²⁾は、疾病の発症にあたって、結果的に主観的健康感が低下し、免疫機能が低下し、疾病悪化を増幅させている可能性が高く、その後の生命予後を低下させる可能性を示唆していた²²⁾。

本研究結果は、就労している高齢者では、ADL 低下や治療中の疾病があることによる死亡ハザード比が統計学上有意ではなかったことから、就労を続けることによって、身体機能の低下や疾病による生存率が低下する影響を和らげる可能性が推定された。本研究により、生存を維持させるために就労が大きな役割を持つ意義が、都市前期高齢者では認められる可能性が示唆された。

趣味と生存に関して、関²⁶⁾は歩行時間に焦点をあて、1日の歩行時間が1時間以上の場合には、高齢者の生命予後に有意な効果があることを指摘し、活動量の多いグループでは、相対危険度が低下することが報告²³⁾されていた。巴山ら²⁷⁾の研究でも、散歩や軽い運動と生命予後との関連性が報告されていた。本研究では、「無就労群」では、趣味の得点の高群に比べ、低群では死亡率が増加する傾向が示されたが、統計学上有意な差が見られなかった。就労をしていない高齢者では、趣味や生きがいと思うことが、生存の維持に役立つ可能性が高いことが推定された。

以上の研究結果を踏まえると、前期高齢者は、就労を継続することによって、自立心が得られ、社会の一員であるという自尊心も得られることによって、結果的に生存が維持されている一方で、無就労高齢者は、

趣味や生きがいにつながる活動に参加することによって、脳と体を適度に動かし、充実した余生を楽しむことによって、生存維持につながる可能性が推定された。

5. 結 語

本研究の結果は、以下のようにまとめられた。

①就労高齢者に比べ、無就労高齢者の累積生存率が低くなることが明らかになった。

②男女とも、就労の有無を問わず、加齢と共に主観的健康感の低下群では、死亡ハザード比が高まることが示された。

③就労群での生存関連要因として、ADLや疾病の有無が有意な関連がみられなかったことから、収入につながる就労を継続することによって、ADLの低下や疾病による生存率を低下させる影響を和らげられる可能性が推定された。

よって、高齢者の生存維持を検討する場合には、収入に繋がる就労の意義に注目すべきことが示唆された。高齢者の就労への支援政策や、就労状態別に応じた効果的な健康支援や保健活動方策が重要であることが示唆された。

本研究は、対象者の自己申告による回答であり、収入の実態を十分に把握した調査研究結果とは言えない。また、本研究は生存追跡コホート研究ではあるものの、生存と関連要因との因果関係を推定することには限界がある。今後は、大規模で詳細な追跡調査を繰り返すことにより、高齢者の経済状況と生存との関連性の本質を解明し、就労を含む多くの要因と生存との因果関係を究明することが研究課題である。

謝 辞

ご協力をいただきました市役所職員の皆様、また、アンケートの回答にご協力いただいた市民の皆様により感謝いたします。

文 献

- 1) 森本兼曩, 川上憲一, 星旦二, 小泉明ほか. 健康意識と行動一面接による全国調査結果の解析一. 公衆衛生 1986; 50:627-636,689-696,761-771.
- 2) 和田秀樹. 能力ある高齢者にもっと仕事を年齢差別禁止法が日本を救う 05 日本の論点シリーズ 文春ムック 文藝春秋:2005:496-499.
- 3) 山田篤裕, 清家篤. 高齢者の再就職過程に及ぼす社会保障・雇用制度の影響 三田商学研究

- 2001;44:59-83.
- 4) 総務省統計局「労働力調査」[総務省統計局] <http://www.stat.go.jp/>
- 5) 小川浩. 年金が高齢者の就労行動に与える影響について. 経済研究 1998;49:245-258.
- 6) 岩本康志. 在職高齢年金制度と高齢者の就労行動. 季刊社会保障研究 2000;35:364-376.
- 7) 山下一也, 小林祥泰, 山口修平他. 社会的活動性の異なる健常老人の主観的健康的幸福感と抑うつ症状. 日本老年医学会雑誌 1993;30:693-697.
- 8) 岡戸順一, 星 旦二. 社会ネットワークが高齢者の生命予後に及ぼす影響厚生指標. 2002;49(10):19-23.
- 9) Larson PB. Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. Journal of Gerontology 1978;33:109-125.
- 10) Rowe, J.W. and Kahn, R.L.: Successful aging, The Gerontologist 1997;37: 433-440.
- 11) Friedsam HJ, Martin HW. A comparison on self and physicians health ratings in an older population. Journal of Health Human Behavior. 1963;4:179-183.
- 12) 小川祐. 地域高齢者の健康度評価に関する追跡調査研究 日常生活動作能力の低下と死亡の予知を中心に. 日本公衆衛生雑誌 1993;40:859-871.
- 13) 朝倉木綿子. 東京都における中年期男子の主観的健康観とその関連要因に関する研究 低死亡率地域と高死亡率地域の比較から. 日本公衆衛生雑誌 1991;38:333-343.
- 14) 野口裕二. 被保護高齢者の主観的健康感と健康感. 社会老年学 1990;32:3-11.
- 15) 森本兼曩, 星旦二. 生活習慣と健康 H B J 出版: 東京, 1988.
- 16) 中村好一, 金子勇, 河村優子他. 在宅高齢者の主観的健康感と関連する因子. 日本公衆衛生雑誌 2002;49:409-416.
- 17) Kaplan GA, Camacho T: Perceived Health and mortality: a nine-year follow-up of the Human Population Laboratory Cohort. American Journal of Epidemiology 1983;117:292-304.
- 18) 山川正信, 上島弘嗣, 岡山明, 喜多義邦, 辻野恵他. 訪問悉皆調査による在宅高齢者のADL日常生活動作能力の実態. 日本公衛誌 1994; 41(10): 987 - 997.

- 19) 芳賀博, 柴田博, 松崎俊久, 安村誠司. 地域老人の日常生活動作能力に関する追跡的研究. 民族衛生 1988; 54: 217 - 233.
- 20) 辻一郎, 南優子, 深尾彰, 久道茂, 佐藤牧人他. 高齢者における日常生活動作遂行能力の経年変化. 日本公衆衛生雑誌 1987; 41: 605 - 615.
- 21) 藤田利治. 地域老人の日常生活動作能力低下の生命予後への影響. 日本公衆衛生雑誌 1989; 36: 717 - 729.
- 22) 杉澤秀博, Jersey Liang. 高齢者における健康度自己評価と日常生活動作能力の予後との関係. 社会老年学 1994;39:3-10.
- 23) 三徳和子. わが国在宅高齢者の主観的健康感 東京:クオリティケア 2008
- 24) 高野和良. 高齢社会における社会組織と生きがいの地域性長寿社会開発センター編, 生きがい研究 2003;7.
- 25) 大森純子. 前期高齢女性の近隣他者との交流関係と健康関係 QOL との関連. 日本公衆衛生雑誌 2007;9:605-613.
- 26) 関奈緒. 歩行時間、睡眠時間、生きがいと高齢者の生命予後に関連するコホート研究. 日本衛生学雑誌 2001;56:535-540.
- 27) 巴山玉蓮, 岡戸順一, 藤原佳典, 星旦二. 在宅高齢者の健康習慣と生命予後の関連. 総合都市研究 2003;82:35-44.
- 28) 藤田利治, 簇野脩一. 地域老人の健康度自己評価の関連要因とその後 2 年間の死亡. 社会老年学 1990;31:43-51.
- 29) 糸川浩司, 藤谷朋子, 関龍太郎, 大城等. 健康寿命の地域格差に影響している要因分析. 島根保健環境研究所 2002;44: 70-72.

原 著

都市在宅居住高齢者における主観的健康感の三年後の経年変化

Chronological three-year trend in subjective health for elderly urban dwellers

劉 新宇¹⁾、高 燕²⁾、中山直子³⁾、猪野由起子⁴⁾、星 旦二⁵⁾
Xinyu Liu¹⁾、Yan Gao²⁾、Naoko Nakayama³⁾、Yukiko Ino⁴⁾、Tanji Hoshi⁵⁾

1-5) 首都大学東京・都市システム科学専攻

1-5) Tokyo Metropolitan University Graduate School of Urban System Science

抄 録

背景：主観的健康感が生命予後との間に有意な関連があることは、多くの国々の調査で明らかになっている。主観的健康感、生存予後を予測する有用な健康評価指標の一つであることが知られているものの、都市部在宅高齢者において、経年的にみた主観的健康感の変化状況が明確になっているわけではない。

研究目的：研究目的は、都市部在宅居住高齢者における主観的健康感の三年後の変化を明確にすることである。

調査方法：調査対象は、A市の協力を得て65歳以上の都市部在宅高齢者全員を調査対象とし、2001年自記式質問紙調査に回答した13,195人（回収率80.2%）である。調査項目は、主観的健康感、受療状況、社会経済要因、生活習慣と生活能力とした。分析対象者は、2004年に実施した二回目の調査で回収した8,560人を分析対象者とした。分析ソフトは、SPSS12.0を用いた。

研究結果：2001年に自己評価された前期高齢者の主観的健康感、三年後の経年変化で後期高齢者に比べて比較的安定していることが明らかになった。

結論と課題：主観的健康感の維持と関連する要因を明確にすること、さらに、経年変化別にみたその後の生存との関連を明確にすることが今後の研究課題である。

Abstract:

Background: In several countries, many studies suggest that there is a relationship between subjective health and mortality in elderly people. It is known that subjective health is a useful indicator in evaluating survival rate, but the chronological trends in subjective health are unknown for urban dwellers.

Objectives: The purpose of this study was to clarify the three-year chronological trends in subjective health for urban dwellers.

Method: A total of 13,195 elder adults living in their own home and aged 65 years and over were identified from a 2001 survey supported by City A, which had a response rate of 80.2%. Data were collected through self-administered questionnaires and included subjective health, medication, economic factors, lifestyle and instrumental activities of daily living. Additional data for analysis were collected from 8,560 people in a second survey conducted in 2004. Data were analyzed by using SPSS 12.0J.

Results: The results of this analysis showed that in the chronological three-year trends in self-rated health between 2001 and 2004, self-rated health was more stable in the subjects of early year stage rather than those of later stage.

Conclusions: Future research is needed to clarify the factors related to subjective health maintenance and the survival rate by chronological year trends.

キーワード：主観的健康感 経年変化 都市在宅居住高齢者

Key words: Subjective health、 Chronological trend、 Urban elderly dwellers

I. はじめに

主観的健康感とは、健康という言葉を用いて本人が自分自身の健康状況を自己評価する主観的な健康指標の一つである。健康度自己評価あるいは自覚的健康度とも呼ばれ、先進諸国のみならず我が国でも広く活用されている簡便な健康指標の一つである。

何らかの疾病に罹患したり、機能低下が起りやすい高齢者において、一病息災の視点に立った幸福感や生活満足感などの QOL(Quality of life) 関連指標が国際的に重視されているが、主観的健康感もその一つである。本人自身の価値観に基づき、自らの健康状況を総合的に自己評価する主観的な健康指標の一つである主観的健康感とは、その安定性や生命予後を予測する妥当性の高い指標であるとする研究報告は、数多くなされている¹⁻¹²⁾。また、集団の健康指標の一つとして、国の調査¹³⁾で採用されるとともに、自治体における達成すべき健康目標の一つとして、「自分の健康状態をよいと感じる人の割合」が指標型目標として設定されている¹⁴⁾。

主観的健康感と健康破綻による最終的で客観的な健康指標である生命予後との関連性、すなわち生命予後に対する予測妥当性を検証した研究³⁻⁷⁾は、欧米においては 1970 年代後半より行われ、主観的健康感が生命予後と統計学的に有意に関連していることが報告されていた。杉澤ら¹⁾は、米国を中心とした主観的健康感に関する疫学研究を体系的にレビューし、主観的健康感とは他の健康指標の影響を調整した上でも、特に高齢者を対象とした追跡調査によって、生命予後に対する予測的妥当性が高いことを指摘していた。また川田⁸⁾も、過去 15 年間の主観的健康感と生命予後に関する英文原著論文をレビューし、相対危険度またはオッズ比が統計学的に有意な研究報告は引用文献中の七割を超えていたことを紹介している。

このように、主観的健康感とは他の健康指標や共変量を制御しても、死亡をある程度独立して予測できる生存予測妥当性の高い指標の一つであることが報告されている。

一方、わが国における同様の研究は、1980 年代後半から芳賀ら^{2, 9)}、藤田と旗野¹⁰⁾、岡戸ら¹¹⁾それに西阪ら¹²⁾などにより行われている。岡戸ら¹¹⁾は 19,636 人を対象に、1998 年 7 月から 2000 年 6 月までの生存状況に関する追跡調査を行い、男女とも主観的健康感が「健康でない」と回答した者の死亡リスクは、それより肯定的な回答をした者より高く、さらに女性に比べて男性で生命予後に対する主観的健康感の影響が大きかったことを報告している。

主観的健康感が経年的にみてどのように変化するかについて芳賀ら⁹⁾は、主観的健康感とは経年的にみてやや低下する傾向があることを報告している。しかしながら、都市郊外に居住する在宅高齢者の主観的健康感が、三年後にどのように変化するかに関する報告はされていないようである。

本研究の目的は、都市郊外に居住する高齢者全数を調査対象として、主観的健康感の実態とともにその三年後の経年変化を、同一人の事前調査と事後調査によって明確にすることである。

II. 研究対象と研究方法

2-1. 研究対象と倫理的対応

調査対象は、都市部 A 市在宅高齢者 16,462 人全員を対象として、2001 年 9 月に自記式質問紙調査を実施し、回答が得られた 13,195 人(回収率 80.2%)が基礎的なデータベースである。回答不備の 129 人を除く 13,066 人のなかから三年間に市外に転居した 505 人を除く 12,561 人全員を三年間追跡し、914 人の死亡と生存を確認した。2004 年 9 月にも同様の調査を実施し、両方の調査に回答した 8,560 人を選定した(表 1)。分析ソフトは、spss12.0J for windows を用いた。

個人のプライバシー保護については、市との協定書を結び、公務員としての守秘義務を確認すると共に、大学側で扱う個人情報 ID のみとした。2004 年調査では、東京都立大学・都市科学研究科倫理委員会の承諾を得て実施した。

表 1 調査対象者数、性別年齢階級別、2001年

	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85歳-	合計
男性	1,858	1,097	604	292	125	3,976
	46.7%	27.6%	15.2%	7.3%	3.2%	100%
女性	1,823	1,186	871	431	273	4,584
	39.8%	25.9%	19.0%	9.4%	6.0%	100%
合計	3,681	2,283	1,475	723	368	8,560
	43.0%	26.7%	17.2%	8.4%	4.6%	100%

2-2. 調査項目

主観的健康感に関する質問は、「あなたは、普段ご自分で健康だと思いますか」と、現在の健康状態を自己評価する質問文とした。回答選択肢は、「とても健康である」、「まあまあ健康である」、「あまり健康ではない」それに「健康でない」の4評定段階を用いた。2004年の追跡調査では、設問文は同様であったものの、回答選択肢で「とても健康である」とすべきところを「健康である」としたために、本調査では、「健康である、ないしまあまあ健康である」と統合した。その他の選択肢はそのままとし、「あまり健康ではない」それに「健康でない」の3評定段階に再カテゴリー化して経年変化を比較分析した。

2-3. 主観的健康感の三年間の経年変化分析方法

2001年9月時点での主観的健康感が三年後にどのように変化したのかについては、次のように計算した。2001年9月時点での主観的健康感の設問に対する三選択肢の番号から、2004年9月時点での同調査での三選択肢の番号を引き算して求めた。ゼロは変化がなかったことを示し、マイナスは低下したことを示し、プラスは主観的健康感が望ましい方向に変化したことを示す。2001年と2004年調査での主観的健康感の記載不明は、259人(3.2%)であり分析から除いた。

年齢階級と主観的健康感の変化度との関連では、 χ^2 二乗検定とクラメールのVを求めた。

主観的健康感の分布に関する経年変化の検定では、対応のある場合の検定として、2群に正規分布が仮定できないことから、欠損値を省き Wilcoxon の符号付順位和検定を用いた。主観的健康感の選択肢の三年後の関連性を明らかにするために、クロス集計で κ (カッパ) 値を求めた。

III. 調査結果

調査結果として、3-1. 主観的健康感の実態、と 3-2.

主観的健康感の三年後の経年変化について述べる。

3-1.2001年主観的健康感の実態

2001年調査において、主観的健康感の選択肢が「とても健康である」と「まあまあ健康である」を統合した割合は、男性84.2%、女性79.3%であった。本調査対象者の中で、何らかの身体の痛みを持つ高齢者は、男女ともに七割前後であるものの、八割前後の高齢者の主観的健康感は、「健康である、ないしまあまあ健康である」と認識している実態が示された。

男女ともに、主観的健康感は、加齢に伴って、「健康である」ないし「まあまあ健康である」とする群の割合は、 χ^2 二乗、クラメールV検定による統計学的にみて有意 ($p < 0.001$) に低下し、同様に「健康ではない」群の割合も加齢に伴って有意 ($p < 0.001$) に増加する傾向が示された。

3-2. 主観的健康感の三年後の経年変化

主観的健康感の2001年から三年後の経年変化をみると、「健康である」ないし「まあまあ健康である」の割合が、80.8%から77.2%へと低下すると共に、「健康ではない」割合が、5.0%から6.8%へと増加し、Wilcoxonの符号付順位和検定では統計学上有意 ($P < 0.01$) な低下傾向が示され、主観的健康感の分布は、三年後には低い方向に変化する傾向が示された(表2)。

2001年における主観的健康感の選択肢と2004年の主観的健康感の選択肢との関連性を明らかにするために、クロス集計で κ (カッパ) 値を求めると、男性0.430、女性0.460であり、三年後の主観的健康感の各選択肢は、男女とも、そのまま一致しやすい統計学上有意な傾向 ($P < 0.001$) も示された。

主観的健康感の三年後の経年変化を、2001年の年齢階級別に分けてみると、主観的健康感が維持されている割合は、男性65-69歳で86.6%であり、85歳以上で66.4%へと加齢とともに少なくなり、女性でも同

表2 主観的健康感の経年変化

主観的健康感 選択肢	2001年		2004年		Willcoxon 符号付き 順位検定
	度数	%	度数	%	
健康である、まあまあ健康である	6,916	80.8%	6,608	77.2%	Z=-4.122 P<0.01
あまり健康でない	1,150	13.4%	1,175	13.7%	
健康でない	429	5.0%	583	6.8%	
欠損	65	0.8%	194	2.3%	
合計	8,560	100%	8,560	100%	

(統計解析では、欠損値を除いて分析した)

様に 84.2%から 67.1%へと低下し、男女ともほぼ同様な傾向が示された。また、主観的健康感の経年変化がプラス群、つまり改善群は、男性 65-69 歳では 5.2%から 85 歳以上で 15.9%へ、女性では同様に 6.8%から 11.7%へと加齢と共に増加し、マイナス群つまり主観

的健康感の低下群は、男性 65-69 歳では 8.2%から 85 歳以上で 17.7%へ、女性では同様に 8.9%から 21.3%へと加齢と共に増加した。χ²乗、クラメール V 検定による統計学的検定では、男女とも、年齢階級とともに有意(p<0.001)に増加する傾向が示された(表 3、図 1)。

表 3 主観的健康感の三年間の変化、性別年齢階級別

性別	年齢階級	主観的健康感の三年変化					合計
		-2	-1	0	1	2	
男	65-69歳	22 1.2%	125 7.0%	1545 86.6%	78 4.4%	15 .8%	1785 100.0%
	70-74歳	29 2.8%	83 8.0%	862 82.6%	62 5.9%	8 .8%	1044 100.0%
	75-79歳	12 2.1%	65 11.5%	457 80.6%	27 4.8%	6 1.1%	567 100.0%
	80-84歳	9 3.4%	35 13.2%	200 75.5%	17 6.4%	4 1.5%	265 100.0%
	85歳-	2 1.7%	19 16.0%	79 66.4%	16 13.4%	3 2.5%	119 100.0%
	合計	74 2.0%	327 8.7%	3143 83.1%	200 5.3%	36 1.0%	3780 100.0%
女	65-69歳	16 .9%	139 8.0%	1457 84.2%	107 6.2%	11 .6%	1730 100.0%
	70-74歳	27 2.4%	88 7.9%	911 82.1%	78 7.0%	6 .5%	1110 100.0%
	75-79歳	17 2.1%	78 9.7%	643 80.3%	55 6.9%	8 1.0%	801 100.0%
	80-84歳	12 3.1%	42 11.0%	288 75.2%	28 7.3%	13 3.4%	383 100.0%
	85歳-	12 5.0%	39 16.3%	161 67.1%	23 9.6%	5 2.1%	240 100.0%
	合計	84 2.0%	386 9.1%	3460 81.1%	291 6.8%	43 1.0%	4264 100.0%

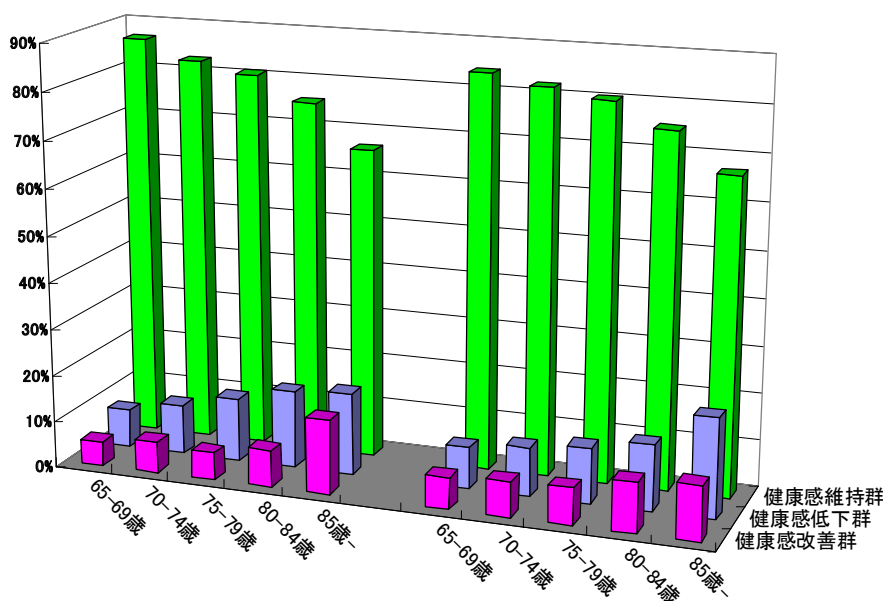


図 1 健康感の三年後の経年変化、性年齢階級別
(左図：男性、右図：女性)

IV. 考察

4-1. 主観的健康感の実態と経年変化

都市在宅高齢者において、「とても健康である」と「まあまあ健康である」を統合した主観的健康感良好群は、男女ともに八割前後であった。この分布が、全国調査結果¹³⁾とほぼ同様な傾向を示したことから、分析対象者の3.2%に主観的健康感の記載欠損がみられているものの、我が国の高齢者の実態を反映した分析対象群である可能性が示唆された。将来的には、地方に居住する高齢者における実態と比較したり、世界の实態と比較検討することも研究課題である。OECDの報告¹⁵⁾によると、我が国高齢者が健康状態をととても良いと答えている割合は、2.3割程度であり米国での7割以上と比較し、世界的にみると最も低いグループに位置することが報告されているからである。今後、我が国高齢者の主観的健康感が低い理由を探る研究が求められよう。

また、日常生活において何らかの自覚症状をもちやすい高齢者であっても、男女ともに約七割以上の高齢者が、自分なりにとても健康である、ないしまあまあ健康であると認識している実態とその背景についても、明確にする調査研究が求められよう。

今回の調査により、主観的健康感の経年変化を見ると、年齢階級が増加するとともに健康ではない方向に移行するとともに、健康である方向にも移行する統計学上有意差 ($P < 0.001$) が男女ともに見られた。健康ではない方向に移行する理由の一つは、後期高齢者の方が、前期高齢者よりも疾病に罹患する割合が高く、社会的活動が維持できにくくなることが反映している可能性が推定された。健康である方向にも移行する理由は、加齢とともに増加する疾病への受容割合が加齢に従って高まる可能性が想定できるものの、その究明は今後の研究課題である。

また、健康であるとした前期高齢者ほど、三年後にも健康である事を維持しやすい一方、健康ではないとする群では、三年後にはあまり健康ではない選択肢へと改善する割合が、男性二割、女性三割に見られた。このように低い群で改善する傾向が見られた理由の一つとして、主観的健康感が低い群ほど死亡しやすく、本調査では選択バイアスが見られたことが反映している可能性が推定された。実際に本研究では、三年後の質問紙調査が必要だったことから、主観的健康感が低く死亡しやすい群、つまり三年間の死亡者914名の回答が三年後の分析結果には反映されなかったからであ

る。もう一つの理由としては、継続調査の場合に観測されやすい、平均値への回帰現象がみられた可能性も推定された。これらの本質究明は今後の研究課題である。

主観的健康感と関連する要因ないし規定する要因に関する先行研究では、身体的健康度との関連や外出頻度や趣味活動を含む社会的健康度との関連が既に報告¹²⁻¹³⁾されている。しかしながら、事前と事後の調査によって因果関係を明確にした先行研究は少ないことから、追試による再現性の確認が求められよう。

4-2. 主要な研究課題

本調査では、都市部在宅居住高齢者の主観的健康感の三年後の経年変化は、男女ともに、前期高齢者ほど比較的安定している可能性とともに、主観的健康感の維持群の割合が多いものの、加齢と共にその割合が低下することが明らかになった。

内的妥当性を決定づける要因は、研究デザイン、交絡、バイアス、偶然誤差など多岐にわたるものの、本調査では、調査対象数が比較的多いことから偶然誤差を制御出来やすくなった²¹⁾だけであり、他の要因が制御できたわけではない。今後、研究成果の内的妥当性を高める努力と共に、ランダムサンプリングにより外的妥当性を高めることも大きな研究課題である。

他の研究課題として、主観的健康感の意義として、高齢者だけでなく、児童生徒や青壮年を含めた他の世代の実態と関連要因を明確にすることである。

本調査で示した主観的健康感の経年変化は、個人別にみた二回の調査による結果である。よって、個人別にみた変化を不変群、改善群、低下群に分け、その関連要因を明確にすると共に、その後の累積生存との関連を明確にすることも、重要な研究課題である。

謝 辞

東京都立大学（現在、首都大学東京）の研究支援とともに、A市の支援によって回答率の高い継続した追跡調査が出来たことに感謝いたします。また、回答いただきました、市民の皆さんにも感謝いたします。

文 献

- 1) 杉澤秀博、杉澤あつ子、健康度自己評価に関する研究の展開 - 米国での研究を中心に - . 日本公衆衛生雑誌 .1995;42:366-378
- 2) 芳賀 博、柴田 博、上野満雄、他、地域老人に

- における健康度自己評価からみた生命予後. 日本公衆衛生雑誌. 1991;38:783-789
- 3) Mossey JM, Shapiro E, Self-rated health a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health.* 1982;72:800-808
 - 4) Kaplan GA, Camacho T, Perceived health and mortality a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol.* 1983;117:292-304
 - 5) Idler EL, Kasl S, Lemke JH, Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington Counties, Iowa 1982-1986. *Am J Epidemiol.* 1990;131:91-103
 - 6) Rakowski W, Mor V, Hiris J, et al, The association of self-rated health with two-year mortality in a sample of well elderly. *J Aging Health.* 1991;3:527-545
 - 7) Wolinsky FD, Johnson RJ, Perceived health status and mortality among older men and women. *J Gerontol.* 1992;47:304-312
 - 8) 川田智之、自覚的健康度と生命予後、日本公衆衛生雑誌. 1998;62:746-750
 - 9) 芳賀 博、他、健康度自己評価に関する追跡的研究. *社会老年学.* 1990;10:163-174
 - 10) 藤田利治、旗野脩一、地域老人の健康度自己評価の関連要因とその後2年間の死亡. *社会老年学.* 1990;31:43-51
 - 11) 岡戸順一、艾斌、巴山玉蓮、主観的健康感が高齢者の生命予後に及ぼす影響. *日本健康教育学会誌.* 2003;11(1):31-38
 - 12) 西阪眞一、宇戸口和子、溝口哲也、地域住民における健康度自己評価とその後の死亡7年間の追跡研究. *産業医科大学雑誌.* 1996;18:119-131
 - 13) 平成14年労働者健康状況調査の概況 厚生労働省大臣官房統計情報部 平成15年8月. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou02/index.html>
 - 14) 東京都健康推進プラン21. 東京都福祉保健局2000
 - 15) 図表で見る世界の医療 OECD インディケーター (2003年版). 明石書店、2004:30-31
 - 16) Idler EL, Angel RJ, Self-rated health and mortality in the NHANES-I epidemiologic follow-up study. *Am J Public Health.* 1990;80:446-452
 - 17) McCallum J, Shadbolt B, Wang D, Self-rated health and survival: a 7-year follow-up study of Australian elderly. *Am J Public Health.* 1994;84:1100-1105
 - 18) Pijls LT, Feskens EJ, Kromhout D, Self-rated health, mortality, and chronic diseases in elderly men. The Zutphen Study 1985-1990. *Am J Epidemiol.* 1993;138:840-848
 - 19) Tsuji I, Minami Y, Keyi PM, et al, The predictive power of self-rated health, activities of daily living, and ambulatory activity for cause-specific mortality among the elderly: a three-year follow-up in urban Japan. *J Am Geriatr Soc.* 1994;42:153-156
 - 20) Burstrom B, Fredlund P, Self rated health, Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes?. *J Epidemiol Community Health.* 2001;55:836-840
 - 21) Yusuf S, Collins R, Peto R, et al, Why do we need some large, simple randomized trials?. *Statistics in Medicine.* 1984;3:409-420

原 著

特定高齢者候補者における運動機能と抑うつ気分の相関について
－東京都中野区における調査から－

Correlation between physical performance and depressive mood among
elderly people at high risk of needing long-term care in Nakano City

石濱照子¹、江戸聖人²、新井美奈子²
Teruko Ishihama¹, Kiyohito Edo², Minako Arai²

1 中野区中部保健福祉センター、東洋英和女学院大学大学院 人間科学研究科

2 中野区保健福祉部

¹ Chubu Public Health and Welfare Service Center of Nakano City
The Graduate School of Toyo Eiwa University Department of Human Sciences Master's
Program,

² Public Health and Welfare Division, Nakano City

うつ病は、高齢者の公衆衛生上の大きな問題であり、自殺の強力な危険因子である。高齢者の抑うつ傾向は単に加齢によるものとの推測があるが、最近の研究では慢性疾患のある人のうつ病有病率が高いことや、うつ病と健康レベル低下の相関が明らかにされている。本研究では、高齢者の抑うつ傾向と運動機能低下との相関について明らかにし、今後の高齢者健康づくり施策のありかたについて考察した。中野区の65歳以上で区民健診を受けた26,965人のうち特定高齢者把握事業（地域支援事業）に準じて実施した生活機能評価において、何らかの生活機能低下に該当した1,174人を分析したところ70%が抑うつ傾向に該当した。本研究ではそのうち調査項目に欠損のない1,035人を対象とし、平均年齢は78.2歳である。抑うつ傾向を示した69.7%のうち49.2%が中等度以上の抑うつ傾向を示し、45.7%が運動機能低下を示した。運動機能が低下するに従って、抑うつ気分が重度化するあるいは、抑うつ気分が重度化すると運動機能が低下することが明らかになった。今後の高齢者の健康づくり施策を考える際には、心理的支援を含めた運動機能向上プログラムの実施やうつ予防支援プログラムの開発が望まれる。

キーワード 高齢者 抑うつ気分 運動機能 ソーシャルサポート

Abstract

Depression in the aged is a major public health problem, and the risk of suicide is a serious concern among elderly people. Depression in the aged tends to be attributed to their socioeconomic condition or decreased cognitive performance, but recent studies have revealed that physical activities are also strongly related to human emotions. In this study, we investigated the relationship between mood status and physical performance among elderly people. A total of 26,965 residents in Nakano city, aged 65 and older, were enrolled. These residents, who were not receiving long-term care insurance services, were screened for physical and mental disabilities by physicians, and 1,174 of them were evaluated as being at high risk for long-term care. Of these high risk residents, 1,035 could be analyzed using questionnaire data from the screening. The prevalence of depressive mood was found to be 70.0%, with a greater risk in more aged populations, and 49.2% of the subjects had high scores suggesting severe depression. Decreased physical performance was seen in 45.7%. There was a significant

positive correlation between the scores of depressive symptoms and physical impairment. These data suggest a fairly close relationship between physical abilities and mood status in elderly people. Preventive care for both mental and physical disabilities may be mutually beneficial.

Keywords: Frail elderly, Depressive symptoms, Physical performance, Preventive care

1 緒言

1-1 研究の背景

国連は 20 世紀の末に世界人口の高齢化が進行してきていることから、1991 年第 46 回総会において「高齢者のための国連原則」を採択した。そのキーワードは、自立 independence、参加 participation、介護 care、自己実現 self-fulfillment、尊厳 dignity の 5 項目であった。その後 1992 年に決議され国際高齢者年 (International Year for Older Persons 1999 年) を設けることとなる。そして世界の動向は先進国における高齢化が深刻な状況の中で、「離脱理論 (dis-engagement theory)」から「活動理論 (activity theory)」へと転換がはかられた。さらに 2002 年には第 2 回国連高齢化世界会議が開催され、そのテーマは「高齢者を社会的資源として活用する」で Productive Aging が主題となった。¹⁾

日本においては、人口構造の急激な変化により少子高齢化となり、寿命の延長による老年期の延長をいかに過ごすべきかが大きな課題となっている。老親の扶養と介護の問題は現代ほど長期間には及ばなかったとはいえ、戦前には家業・家産の継承との対応でいわゆる「あとつぎ」に担保されていた。法律上も家督相続は、明治民法第 970 条では、直系の男子優先、嫡出子優先、年長者優先となっていた。その後 1948 年施行の現民法では、家制度の廃止により、家族の概念は「夫婦制家族」へと変化し、夫婦・親子間の民主化が強調されるようになった。1955 年以降の高度経済成長により、夫婦と未婚の子を中心とする核家族世帯が増加し、かつての直系家族制から欧米型の夫婦制家族へと変化し、単身高齢者や高齢者世帯の増加を招いた。そして家族の介護能力の低下や老親扶養に対する意識の変化をもたらした。²⁾

さらに社会福祉基礎構造改革以降、人口構造や社会構造の変化に伴う情報化社会はニーズの多様化や個人主義をすすめる、生存権の保証から幸福追求権の保証へと国民の関心を発展させた。しかし現代は一方でいわゆるニートやインターネットカフェ難民をつくりだし、医療保険制度や年金制度を根底から揺るがしてい

る。そのため新たに創設された介護保険制度も定着しつつあるものの、現状に追いつかず医療制度や年金制度とともに次々に改正を迫られている状況である。現代社会は高齢者に対して身体的自立や経済的自立を容赦なく求めているとも言える。こうした格差社会が広がる中で「延長した老年期の過ごし方」はまさに国策としての対応となっている。多様化した個別的なニーズにどう対応していくのか、地域における自治をどのように強めていくのか、住民の福祉活動への参加促進による相互扶助の仕組みなど懸案事項は山積し、高齢者の尊厳を守って生活できる地域社会に必要な仕組みづくりが求められている。³⁾⁻⁵⁾

家庭や地域が崩壊し、社会不安が増し格差社会が拡がりつつある現代社会の中で、自殺はじわじわと日本社会を蝕んでいる。自殺対策基本法制定以降も 3 万人を割ることなく自殺者は減少していない。特に社会的弱者である高齢者においては、その絶対数が多いだけに、社会政策上の影響力も多大であり、また喪失体験の多いライフステージ⁶⁾⁻⁷⁾としての老年期からもその対策が急務である。現代において自殺大国となった日本では年々高齢者の自殺が増え大きな社会問題となっている。⁸⁾⁻⁹⁾ また、うつ病は高齢者の自殺の強力な危険因子であるとともに、全般的な死亡率の増大、運動機能の低下、医療費の増大、要介護状態への移行に深く関連していることが示唆されている。こうしたことから、うつ病の一次予防と二次予防をめざした地域支援対策は、高齢者の自殺予防とともに、高齢者の健康寿命の延長や QOL の向上に寄与すると考えられる。¹⁰⁾⁻¹²⁾

筆者らは、現在高齢者の健康づくりを推進する役割を行政部門で担っており、高齢者の健やかで、明るい第 3 ステージを全うするための施策を策定する立場にあるが、高齢者の自殺は筆者らの勤務する自治体でも増加傾向である。一方高齢者の実態を知るために、区民健診を受けた高齢者を対象に実施したチェックリストの分析を行なったところ、抑うつ傾向の高齢者が 3 % を上回り、国のモデル事業での数値 1 % 前後を大きく上回った。

いわゆる元気高齢者の活躍が話題になる一方、高齢者のうつ病や自殺が増加している近年日本の二極化した高齢者の状況のなかで、先行研究¹³⁻¹⁴⁾ですでに示唆されている抑うつ気分と運動機能低下の相関についての調査研究をすすめ、当自治体における抑うつ気分の高齢者に対する効果的施策を探る手がかりとしたい。さらに高齢者福祉に関する課題とも絡み合わせて考察し、今後の高齢者を中心とした自殺予防に向けての地域支援施策に役立てていきたいと思い、この研究をすすめることとした。

1-2 研究目的

うつ病は、高齢者の自殺の強力な危険因子であり、運動機能の低下や要介護状態への移行に深く関連していることが WHO 大規模調査においても示唆されている。当区における特定高齢者候補者の基本チェックリストの集計から、何らかの生活機能低下のある者のうち抑うつ気分にある 69.7%の区民について集積したデータから可能な範囲でその対象特性を明らかにするとともに、先行研究で示された抑うつ傾向者の運動機能との関連について検証し、今後の抑うつ予防プログラムのあり方について検討する。¹⁵⁾⁻¹⁶⁾

2 研究方法

2-1 中野区の概況

中野区は人口 298,229 人(外国人登録者 3%)で、65 歳以上人口は 57,309 人(2007 年 1 月 1 日現在)で高齢者人口の占める割合は 19.2%、そのうち後期高齢者(75 歳以上)は 8.9%、高齢者人口全体の 47.4%を占めている。全人口は年々減少を続け、この数年は横ばいで年齢構成割合は年々少子高齢化が進んでいる。世帯数は 178,783 世帯で、1 世帯当たり平均人員は 1.73 人となっている。高齢者単身世帯割合も年々増加をしていて 70 歳以上のうち一人暮らし高齢者は 6,706 人、単身世帯の 16.2%となっている。民生委員による 70 歳以上の一人暮らし訪問調査(中野区ひとり暮らし高齢者確認調査:2007)では、34%の人が健康状態について「不安である」「訪問を要する」という結果であった。

2-2 特定高齢者把握システムとデータ収集方法

2006 年度区民健診受診者(65 歳以上)は 26,965 人であった。区民健康診査は希望者が健康診査登録をするシステムであるが、対象者の 8 割が国民健康保険加入者でありその他社会保険扶養家族、生活保護受給者

である。

2006 年度介護保険法の改正で地域支援事業が創設され、地域支援事業実施要綱(厚生労働省)により種々の事業が実施された。本研究の骨子はそのうち特定高齢者候補者把握事業実施結果に基づいたものである。特定高齢者候補者把握事業は、介護保険非該当あるいは介護保険未申請者のうち介護保険認定に該当しそうな虚弱高齢者を抽出し、集中的に介護予防事業に参加させて、できるだけ要介護状態になる時期を遅らせるために創設された仕組みである。

65 歳以上の区民健康診査受診者のうち介護保険非該当あるいは未申請の対象者に対して、健康診査の結果と同時に本人が回答する基本チェックリストをもとに、かかりつけ医師が生活機能評価票に準じて生活機能評価を実施する。調査項目として生活機能評価票は、基本チェックリストと生活機能評価項目(問診や理学的検査、血液検査等の健診データを加味)から構成されている。

基本チェックリストは 25 項目からなる。各項目は「はい」「いいえ」の 2 者択一から成り立ち肯定的回答を 1 点、否定的回答を 0 点として、合計し尺度としている。そのうち Q6 から Q10 は運動機能項目、Q21 から Q25 は抑うつ項目である。その他 Q11・Q12 は栄養項目、Q13 から Q15 は口腔機能項目、Q16・Q17 は閉じこもり予防の項目、Q18 から Q20 は認知症に関する項目となっていて項目毎に生活機能低下の基準が決められている。

生活機能評価は、生活機能低下「なし」と「あり」に分けられる。「生活機能低下あり」と判定された対象者を特定高齢者候補者という。「生活機能低下あり」の生活機能評価票は区に返送され、それをもとに地域包括支援センターへ情報提供を行う。地域包括支援センターは該当者に特定高齢者プログラムを勧め、個々の介護予防支援プランを作成し要介護状態になることを防ぐための個別支援をする。特定高齢者プログラムに参加したものを特定高齢者といい、プログラム前後のアセスメントによる効果測定を必須としている。つまり特定高齢者候補者とは、介護保険法を根拠として平成 18 年度から実施している地域支援事業要綱の生活機能低下基準で規定された 65 歳以上であり、要介護・要支援に該当していない人のうち、基本チェックリスト 25 項目に回答し一定の基準に該当した虚弱高齢者をさしている。¹⁷⁾

2-3 対象者

2006 年度 65 歳以上で区民健診受診時に生活機能評価調査を実施した 26,965 人のうち、「生活機能低下あり」は 1,174 人 (4.3%)、「生活機能低下なし」は 23,989 人 (89%)、「情報提供拒否」は 1,802 人 (6.7%) であった。「生活機能低下あり」1,174 人のうち調査項目である抑うつ項目と運動機能項目の回答が不完全な 139 人を除き分析対象者は 1,035 人となった。回収期間は 2006 年 5 月から 12 月までであった。

2-4 倫理的配慮

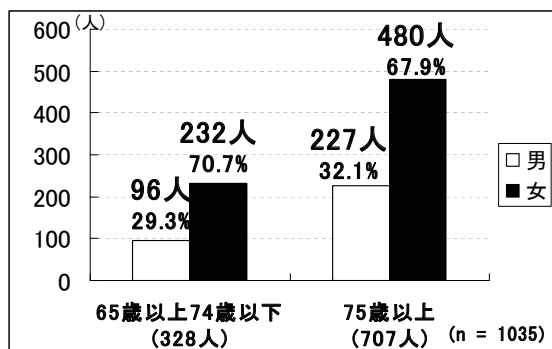
この調査は、根拠法令である介護保険法及び地域支援事業実施要綱を遵守したうえで、地域支援事業の実施に関する事項として当自治体の個人情報審議会で承認を得ている。さらに生活機能評価結果および基本チェックリストの結果についての個人情報収集および情報提供については、生活機能評価票に対象者のサインを求めたうえで実施している。(根拠 地域支援事業実施要綱老発第 0413001)

3 研究結果 ¹⁸⁾

3-1 対象者の性別・年齢群別 (図 1)

対象者 1,035 人 (男 328 人 女 707 人) の平均年齢は 78.2 歳であった。また前期高齢者 (65 歳以上 74 歳

図 1 対象者年齢別人数(男女内訳)



以下)は 31.7%、後期高齢者 (75 歳以上) は 68.3% で、男女比は前期高齢者も後期高齢者もほぼ同じで、男性が 3 割、女性は 7 割である。

3-2 抑うつ傾向について (図 2)

抑うつ気分は、うつ項目 (Q21 ~ Q25) の合計点 2 点以上が抑うつ傾向と決められている。「はい」は 1 点、「いいえ」は 0 点で次の 5 問の合計点にてチェックをする。

Q21 (ここ 2 週間) 毎日の生活の充実感がない。

Q22 (ここ 2 週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった。

Q23 (ここ 2 週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる。

Q24 (ここ 2 週間) 自分が役に立つ人間だと思えない。

Q25 (ここ 2 週間) わけもなく疲れたような感じがする。

抑うつ気分傾向なし (0 点、1 点)、中等度 (2 点、3 点)、重度 (4 点、5 点) とした。

30.2% の人が抑うつ気分傾向はなく (2 点未満)、69.8% が抑うつ気分あり (2 点以上) だった。抑うつ気分傾向が中等度では女性が多く、重度では男性が多い傾向を示した。うつ病予備群に近い 3 点以上でみると後期高齢者は男 54.1%、女 50.8%、前期高齢者より後期高齢者のほうが、抑うつ傾向を示すとともに重度化を示している。(図 2)

うつ項目は、ここ 2 週間の気分傾向ということでの設問である。虚弱高齢者に該当する高齢者であるため、一般のいわゆる元気高齢者に比較して抑うつ傾向を示している可能性もあるが、障がいや要介護状態にはない高齢者の気分傾向ということを考えて、抑うつ状態の高齢者が潜在的にかなりいる可能性が窺えるのではないかと。各設問についてみると、Q22「これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった」Q23「以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる」などは現状満足度や意欲についての設問で、ちょっとしたきっかけにより「はい」にチェックできる設問であるともいえる。これらの設問をチェックすると 2 点となり、抑うつ気分傾向中等度のグループとなる。

一方基本チェックリストの Q25「わけもなく疲れたような感じがする」は「はい」にチェックするには微妙な設問である。意欲の低下を根幹とした抑うつ状態をあらわしている。一方、慢性疾患を合わせ持つ可能性の高い高齢者の特性を考えると、疾病症状の影響で「はい」をチェックすることもある。

また残りの Q21「毎日の生活に充実感がない」Q24「自分が役に立つ人間だとは思えない」は、主観的幸福感や存在価値についての設問である。これらのことを加味すると抑うつ気分重度のグループは、Q22、Q23 で「はい」をチェックし、さらに微妙な位置にある Q25 で「はい」となっても 3 点であり、それに加えて Q21 や Q24 の抑うつ状態をあらわす項目にチェックしなければ 4 点以上にはなり得ない。したがって抑うつ気分傾向重度のグループは明らかにうつ病予備群

あるいはうつ病の範疇に入ると考えられる。

3-3 運動機能低下に関する項目について(図3)

運動機能低下は、運動機能項目(Q6~Q10)で3点以上が運動機能低下と決められている。「はい」「いいえ」の得点でQ6、Q7、Q8は逆転項目のため「はい」が0点「いいえ」が1点、Q9、Q10では「はい」が1点「いいえ」が0点の合計点で計算する。

Q6 階段のすりや壁をつたわずに昇っていますか。

Q7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上

がっていますか。

Q8 15分位続けて歩いていますか。

Q9 この1年間に転んだことがありますか。

Q10 転倒に対する不安は大きいですか。

全体では運動機能の衰えない人(3点未満)は54.3%で、衰えのある人は45.7%であった。運動機能の低下のない人は女性に比較して男性に多い。(図3)

年齢別にみると、前期高齢者で運動機能の衰えない人は58.2%で後期高齢者では48.1%である。また重度化については、前期高齢者も後期高齢者も共に

図2 抑うつ項目 得点分布(性別・年齢)

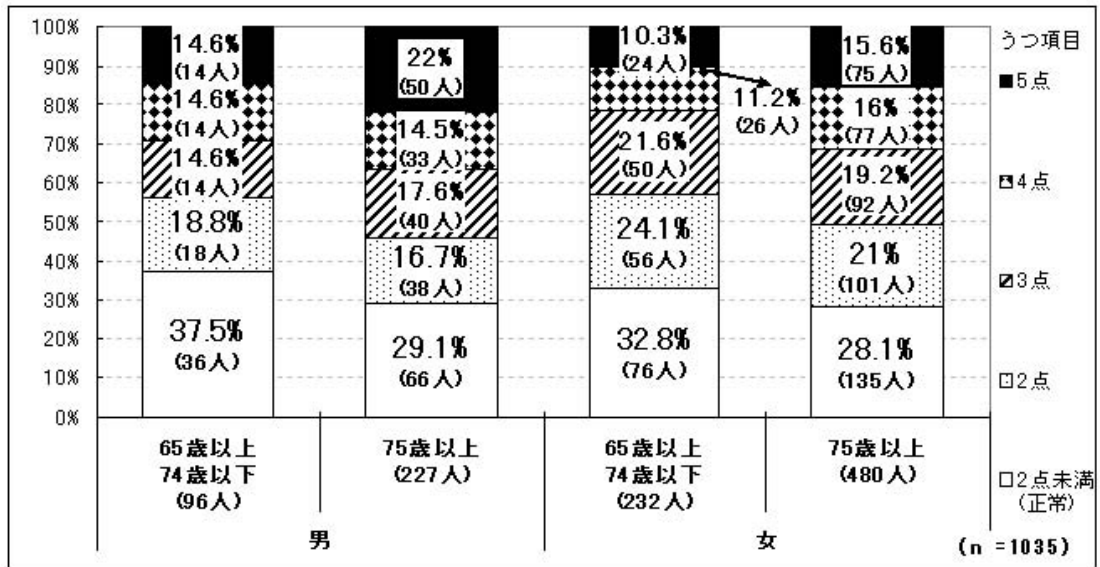
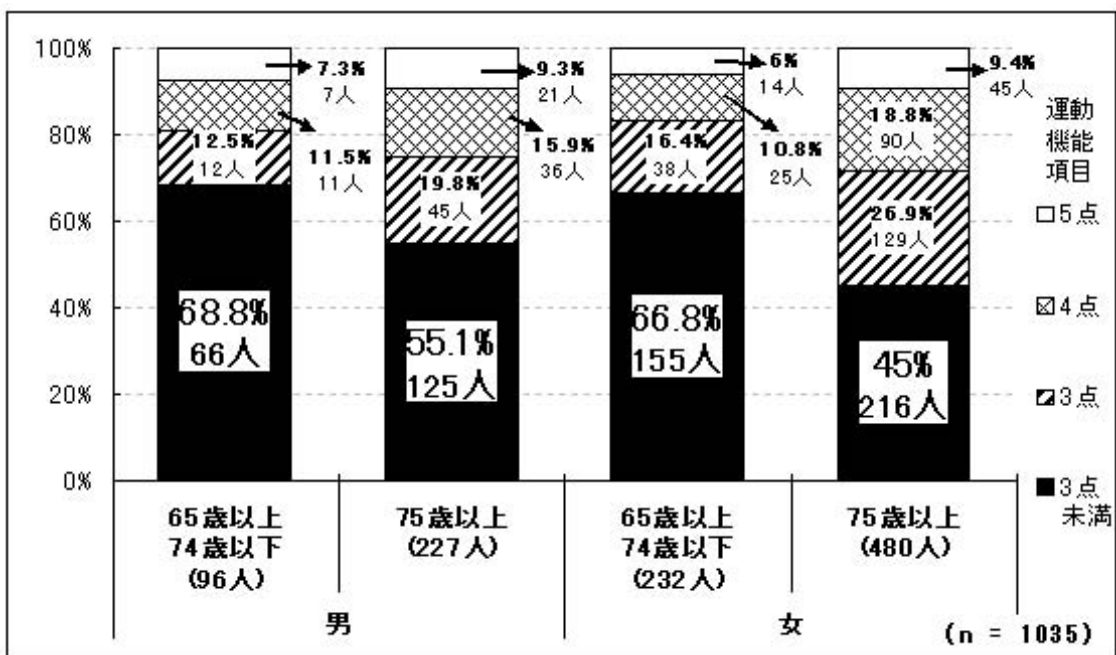


図3 運動機能項目得点分布(性・年齢)



重度化の高いほど人数が少ない。(図3)この基本チェックリストが介護保険非該当者対象で、さらに虚弱(特定)高齢者の候補者であることから当然であると考えられる。

3-4 うつ項目と運動機能項目の関係(図4、図5)

全体では抑うつ傾向を示した69.7%のうち49.2%が中等度以上の抑うつ傾向を示し、運動機能低下は45.7%が示した。

高齢者の生活上の運動機能と抑うつ気分についての関連について、運動機能が低下するに従って、抑うつ気分が重度化することは、図5から明らかである。ピ

アソンの積率相関係数(product moment correlation coefficient)では抑うつ気分と運動機能との間の相関は($r = 0.25$)である。

うつ項目点数が高く抑うつ気分が重度化すると、運動機能低下がみられない人たちが減少しているのがうかがえた。また抑うつ気分のないグループは、運動機能項目が運動機能低下ありの3点以上が明らかに少なく、抑うつ気分のない人は、運動機能低下がみられにくいことが示唆された。

運動項目得点とうつ項目得点の平均点を示したものは図4のとおりである。

図4 運動項目得点とうつ項目得点平均点

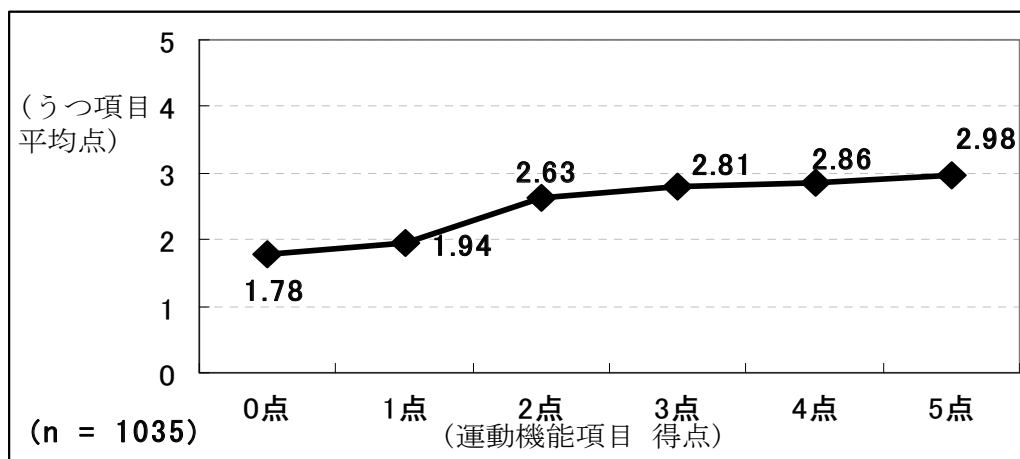
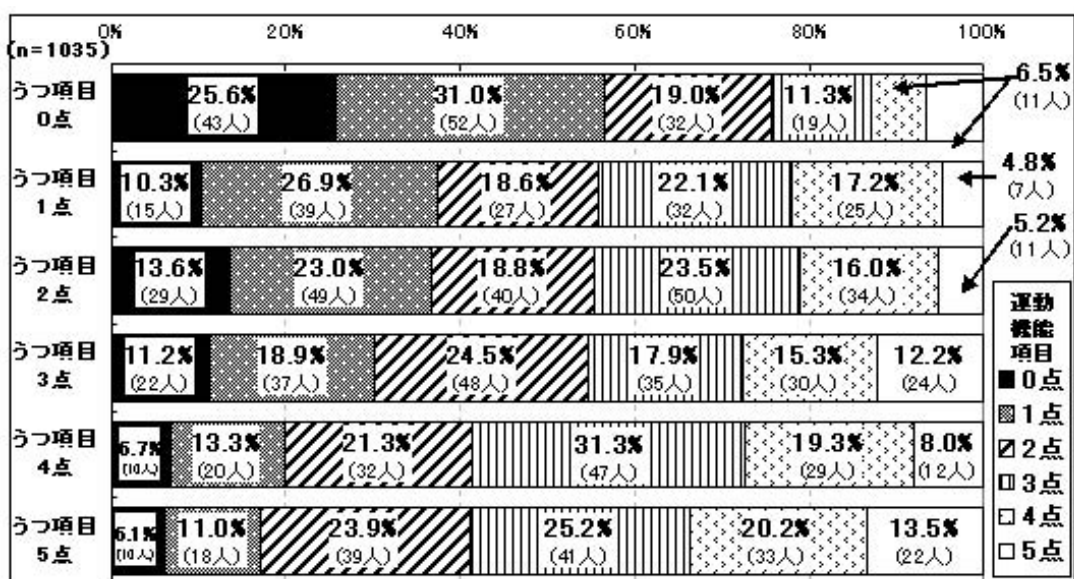


図5 うつ項目得点別 運動機能項目得点分布



4 考察

本研究では 65 歳以上の区民健診受診者のうち、なんらかの生活機能低下のある人について分析したが、そもそも区民健診受診者とはどのような集団であったのかを振り返る。

登録制で実施している当区の区民健診では、1 回登録しても 2 年間未受診の場合は自動的に登録が抹消される仕組みになっているため、受診者は少なくとも自分の健康に対して関心があり、かつ自発的に健診を受診している集団であるといえる。受診者は、当区の 65 歳以上人口の 48%にあたるが、その他の区民 52%のうち要介護認定を受けて受療中者が 19%である。残りの 33%には人間ドッグなど別の健診を受けている者、生活保護受給者が含まれているが、健診など全く受けていない者も当然含まれる。健診を受けずにいる区民の中には、抑うつや閉じこもり傾向でさまざまな問題を抱えた人がいると思われ、こうした範囲への実態調査こそが本来自治体の役割であるが、本研究では取り組むことができなかった。

本研究の対象者は、当区の 65 歳以上の区民のうち健康に関心のある集団であり、さらに生活機能低下のない者がそのうちの 95.7%を占めていたことから、いわゆる元気高齢者集団のうち何らかの生活機能低下をきたしている集団であると推測される。この何らかの生活機能低下をきたしている対象者を見てみると、低栄養の可能性のあるものや運動機能の低下を示す者はそのうち 7%であった。一方 2005 年の当区における保健福祉サービス意向調査のうち、高齢者調査の部では、65 歳以上の区民を無作為抽出した 2,150 人を対象とした設問で、この 1 ヶ月間の憂うつな気持ちや物事に興味がわかなかつたり、心から楽しめなかつたかについて問うた回答では、いずれも 30%が「抑うつ気分があった」と回答している。この調査では、経年的にも抑うつ気分の高齢者が 30%という結果が得られている。これに比較して、何らかの生活機能低下のある高齢者の 69.7%が抑うつ傾向であったことは注目すべきことである。人間の一生は、ある意味で獲得と喪失のプロセスであるが、老年期には特に生きるための精神的エネルギーの低下をもたらす大きな喪失が表面化し抑うつ傾向を招きやすく、さらに新しい創造にも多大なエネルギーを要することから抑うつ傾向が長引きやすい時期でもある。そのため高齢者の気分傾向に関する調査は今後も継続していく必要がある。^{5) 6) 8) 9) 19)}

次に研究対象者の時代背景を振り返ると「家」の変

化がある。かつて「老人の世話をするのは子の務め」と言われたのは儒教の倫理観だけではなく、農業や家業から継承される生活共同体に付随したものであった。しかし戦後の高度経済成長による激しい社会変動の中で、「家」という生活基盤は、一代限りの家である核家族を普遍化した。若くして生活苦と戦い、敗戦によって価値観の転換を強いられ、成人後は戦後の混乱の中でマイホームを体現し、経済成長を担ってきた世代である。こうした時代を生きてきた高齢者の老後や死後に対するキーワードは、まさに「迷惑をかけたくない」である。なぜなら彼らもまた郷里を離れて、親の介護や祭祀を行うことができなかつた。今後の高齢者対策を考える際に、地縁の回復や異世代同居を説いたところで、高齢者自身の意思や考え方も変化しているため、どのような共同性のあり方が良いのかは、未経験の新たな課題として捉える必要がある。^{2) 4) 5) 19)}

今後の高齢者の健康づくり施策を考える際には、うつ予防支援プログラムの開発、仲間づくりや心理的支援に重点をおいたプログラムの展開を考慮し、さらに運動機能向上プログラムに、参加者交流を意識した内容を考慮する必要がある。また特定高齢者把握事業を展開するにあたっては、運動機能低下や抑うつ気分傾向をおこしがちな後期高齢者に着目すべきである。その年齢特性から介護予防プログラムを展開するに当たり、安全管理を重視するとともに個別性に配慮することが特に大切である。また予備能力が不足し体調を崩しやすいことから、短期プログラムを繰り返し実施するなどの工夫が必要である。さらに閉じこもりがちな対象者に対しては、閉じこもり予防訪問などを通じての対人交流や、地域に誘い出す試みも必要となろう。

本研究では後期高齢者が前期高齢者に比べて抑うつ傾向の重度化を示していたことで加齢によるものとの推測もあるが、同時に運動機能の衰えも後期高齢者が重度化していることから考察すると、加齢がうつ病の発症リスクを上昇させるのではなく健康の衰えや身体的障害が原因であることを示唆している。

Robert E.Roberts 教授らは「加齢が影響しているように見えても、実際には、加齢とともに起こってくる他の問題、特に健康上の問題や身体的障害、社会的孤立あるいは経済的困難、日常生活活動に伴う困難、親しい人との死別などが高齢者のうつ病のリスクファクターとしてあげられる。また高齢者の健康に関する現行のプログラムは、身体的健康に関する問題のみをターゲットにしているが、精神衛生の改善も目指すべ

きだ」¹⁶⁾と述べている。さらに Saba Moussavi らの報告¹⁴⁾では、WHOの大規模調査から慢性疾患のある人のうつ病有病率が高いことや、うつ病と健康レベルの低下を示唆したデータが掲載されている。

国は2008年度から医療制度改革に着手した。それにより健診のシステムは大きく変わる方向であり、65歳以上74歳までの高齢者にとっては希望せずとも健康診査を受ける機会が与えられ喜ばしいことではあるが、保険者責任における特定検診・特定保健指導の枠の中では、重要視された扱いにはなっていないのが実情である。また後期高齢者については健診実施の義務規定はなく、地方自治体のさじ加減に委ねられているため地域による格差が広がると思われる。さらに国の方針では、生活改善をねらいとする積極的保健指導について高齢者は対象外としている。しかし今回の生活機能低下のある対象者の平均年齢は78.2歳であることを考えると、年齢とともに残存機能が低下し運動機能低下や抑うつ傾向を招きやすい、あるいは喪失体験が抑うつ傾向を引き起こし閉じこもりがちとなり運動機能が低下しやすい後期高齢者への支援サービスは、健診受診者に限らず広く対象として展開すべきである。特に高齢者に対しては支持的な対人交流が重要であり、その人にとって意味のある対人交流をどの程度持っているかということが自殺予防にも大きく関係する。高齢者自身が自分自身のありようを認め、尊厳をもてるように支援するためには、社会的孤立をさせないための社会システムが求められる。²¹⁾

5 結論

筆者らが勤務する自治体における住民調査において高齢者の抑うつ傾向と運動機能低下との相関が明らかになった。抑うつ傾向が重度化すると運動機能も低下している、あるいは運動機能が低下すると抑うつ傾向の重度化がみられた。さらに抑うつ気分のない人は、運動機能の低下がみられにくいことが示唆された。年齢では、前期高齢者より後期高齢者のほうが抑うつ傾向を示し、運動機能について重度化を示した。

6 今後の展望

今後の日本の都市型あるいは過疎型など、地域に根ざした社会的援助システムを考える際には、社会的支援の授受つまり提供と受領のバランスを考慮することが重要である。他人から必要とされることこそ、生きていくための強力な推進力であるため、授受バラン

スについては、支援交換を頻回に行っている場合にはQOLが高くなるという報告もある。対人関係において不均衡な関係であることを認知することは苦痛で、その苦痛を取り除くように個人は動機づけられているものであり、この点からも高齢者に対しては個々の尊厳を活かした上での支援交換的なサポートシステムが望ましいと思われる。生きる空間が狭まる老年期においては、人により癒されることの多くは他の方法では代用されないため、本人には選択や拒否ができる自由を保障した上での社会的援助システムが希求される。¹⁹⁾²⁰⁾²¹⁾

謝辞

今回調査の実施と論文作成におきまして多くの方にご指導とご協力をいただきました。この場をお借りしてお礼申し上げます。東洋英和女学院大学大学院人間科学研究科の白土 辰子教授、林 文教授、山田 和夫教授に改めまして深く感謝申し上げます。

最後に、今回の研究にご協力いただいた筆者らの勤務する職場の方々、そして何よりもご自身の情報と時間を提供くださった対象者の皆様に心より感謝いたします。

引用文献

- 1) 三浦 文夫編. 図説高齢者白書2005年度版. 東京: 全国社会福祉協議会、2006:104-115
- 2) 坂口 良一著. 生と死の社会史. 神奈川: 春風社、2000:212-222
- 3) 厚生労働省編. 平成18年度版厚生労働白書. [online] 厚生労働省. [平成20年10月30日検索結果]、インターネット <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/06/index.html>
- 4) 藤田 綾子著. 高齢者と適応. 京都: ナカニシヤ出版、1992:172-205
- 5) 和田 修一、高橋 勇悦編. ゴードン マシューズ他著. 生きがいの社会学. 東京: 弘文堂、2001:242-285
- 6) E.H エリクソン、J.M エリクソン著. 朝長 正徳、梨枝子訳. 老年期. 東京: みすず書房、1997:356-363
- 7) Schulz,R. The psychology of Death Dying and Bereavement, addison-wesleymassachusetts : 1978:19-20
- 8) 厚生労働省自殺予防対策有識者懇談会報告. 自

- 殺予防に向けての提言. [online]平成14年12月. 厚生労働省. [平成20年10月30日検索結果]. インターネット <<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/12/h1218-3.html>>
- 9) 道場 信孝著. 日野原 重明監修. 臨床老年医学入門. 東京: 医学書院、2005;45-78
 - 10) 青木 邦男. 高齢者の抑うつ状態と関連要因. 老年精神医学雑誌. 8.1997;401-410
 - 11) Williams.DR.Takeuchi.DT.et.al.Marital status and psychiatric disorders among blacks and whites. J.Health.Soc.Behav.33.1992;140-158
 - 12) 長田久雄、柴田博、芳賀博、安村誠司著. 後期高齢者の抑うつ状態と関連する身体機能および生活活動能力. 日本公衆衛生雑誌 1995;10;897-909
 - 13) Roberts R E, Kaplan G A, Shema S J, Strawbridge W J. Does growing old increase the risk for depression. American Journal of Psychiatry. 154(10), 1997; 1384-90
 - 14) Saba.Moussavi. .How much does depression decrease a healthy level. .The Lancet Vol.37issue.9590.8September2007;851-858
 - 15) Rabheruk.special issues in the management of depression in the old patient .Can .J. Psychiatry.49.2004;41s-50s
 - 16) Takeuchi K, Roberts RE, Suzuki S. Depressive symptoms among Japanese and American adolescents. Psychiatry Research 1994;53:259-274
 - 17) 厚生統計協会編. 国民衛生の動向. 東京: 厚生統計協会、2006; 第53巻第9号. 203-2301
 - 18) 林 文、山岡 和枝著. 調査の実際. 東京: 朝倉書店、2002;83-139
 - 19) 小此木 啓吾著. 対象喪失. 東京: 中央公論社、2006;6-15
 - 20) Luoma JB et al.Contact with mental health and primary care providers before suicide. A review of the evidence.Am J Psychiatry . 2002;159:909-916
 - 21) 多田 葉子著. 長寿社会グローバル・インフォメーションジャーナル. 東京: 国際長寿センター、5; 12-17

原 著

北海道内社会福祉専門職の職務満足度とその関連要因

Job satisfaction and related factors among social workers in Hokkaido

蒲原龍¹⁾、志渡晃一¹⁾、木川幸一²⁾、長谷川聡¹⁾、岡田栄作³⁾

Ryu KANBARA¹⁾、Koichi SHIDO¹⁾、Koichi KIGAWA²⁾、Satoshi HASEGAWA¹⁾
Eisaku OKADA³⁾

1) 北海道医療大学看護福祉学研究科 2) 北海道がんセンター 3) 久留米大学医学研究科

- 1) Graduate School of Nursing & Social Services University of Hokkaido
- 2) National Hospital Organization Hokkaido Cancer Center
- 3) Kurume University Graduate School of Medicine

抄 録

本研究は、北海道の社会福祉専門職 1250 名を対象として、職務満足度とその関連要因について明らかにすることを目的とした。2008年2月に北海道の社会福祉専門職 1,250 名に対してアンケート調査を行い、328 名から回答を得た。分析対象は、職務満足度などの回答に不備があった 6 名を除く 322 名とした。分析の結果、北海道内の社会福祉専門職において、職務満足度が高い人の特徴は「職場内外の環境に満足しており、働きがいを感じている人」であることが明らかとなった。

Abstract

This study was intended to clarify job satisfaction and related factors among social workers in Hokkaido. We conducted a questionnaire survey of 1,250 social workers in Hokkaido in February, 2008, and obtained responses from 328 people. After excluding 6 people whose responses on job satisfaction were incomplete, the subjects for analysis were 322 people. The results showed that the characteristics of social workers in Hokkaido who had high job satisfaction were "satisfaction with the environment inside and outside of the workplace, and a feeling of value in their work".

キーワード：職務満足度、社会福祉専門職、職業性ストレス

Key words: job satisfaction, social worker, occupational stress

I はじめに

わが国の社会福祉専門職は、身体障害領域、知的障害領域、高齢者領域、精神障害領域など様々な領域で関わっており、活躍の場が広がっている。社会福祉に関わる活動は、単に障害を持った人への援助だけではなく、就労援助・教育・住環境整備などへの対応が含まれており、非常に守備範囲が広い。近年、地域包括支援センターの開設(平成 18 年 4 月)などきっかけに、社会福祉専門職はこれまでより看護師や保健師その他の医療専門職と連携を密にして業務を行う必要性が増している。さらに、地域包括支援センターの職種のう

ちの一つに社会福祉士が設けられていることから、今後様々な職域で社会福祉士を保有していることが求められると予想される。このことから、今後社会福祉専門職の専門性が確立されつつあると考えられる。

しかし、対人援助職といわれている社会福祉専門職の労働環境や待遇は決して良いとはいえない現状にある。社会福祉専門職は、これまで奉仕の精神や人柄のやさしさという面が強調されるあまり¹⁾、見返りが得られないことが相当程度の負担となっている²⁾。そのような状況で働き続けることで、身体的ストレスや精神的ストレスが蓄積され、就職後 3 年未満の離職者を

多く生み出す要因になっているという報告³⁴⁾もある。

本来、クライアントに良質なサービスを提供するためには、サービス提供者の身体的・精神的健康を維持するなどよりよい職場環境を構築する必要がある。そこで近年注目されているのが、対人援助職の職務を円滑に遂行できているかを包括的に測る職務満足度という概念である。職務満足度について E.A.Locke は、「職務満足感は、個人の仕事の評価や仕事の経験からもたらされる喜ばしいもしくは肯定的な感情」と定義している⁵⁾。社会福祉専門職を対象とした職務満足度に関する研究では、職務満足度に関連する要因は個人の問題、職場環境の問題など様々であることが報告されている⁶⁾。また、社会福祉サービスを提供する職員の職務満足度がサービスを受ける利用者の満足度に影響するという報告⁷⁸⁾も存在する。しかし、社会福祉士有資格者のみを対象にした職務満足度に関する研究は、報告されていない。

そこで本研究は、社会福祉専門職の職務満足度の現状とその関連要因(勤務状況、健康生活習慣、職業性ストレス、心理的・身体的ストレス)を明らかにし、職務満足度が高い人の特徴を明らかにすることを目的とした。

II 研究方法

1. 調査対象および期間

平成 20 年 2 月 12 日～2 月 29 日の期間に、北海道社会福祉士会の全会員(1,250 名、すべて社会福祉士有資格者)を対象として、北海道社会福祉士会事務局の協力で質問紙票を郵送し、返信用封筒にて記入した質問紙票の返送求めた。なお、回答は無記名とした。

2. 調査内容

本研究は、自記式質問紙票を用いたアンケート調査法を採用し、以下の要領で実施した。質問項目として、1) 性別や年齢などの基本属性に関する 12 項目、2) 勤務状況に関する 6 項目、3) 飲酒、喫煙、食事などの生活習慣に関する 9 項目⁹⁾、4) 職業性ストレスに関する 17 項目¹⁰⁾、5) 心理的・身体的ストレスに関する 29 項目¹⁰⁾、6) ソーシャルサポートに関する 9 項目¹⁰⁾、7) 職務満足度と生活満足度に関する 4 項目¹⁰⁾、8) バーンアウトに関する 17 項目¹¹⁾、9) うつ尺度(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale 以下、CES-D)による抑うつ感に関する 20 項目¹²⁾の 9 領域 123 項目を設定した。

3. 集計方法

回収した質問紙票を基に、表計算ソフト(Microsoft Excel)を用いてデータセットを作成した。

職務満足度については、「満足」、「まあ満足」と回答した群を「満足群」、「やや不満足」、「不満足」と回答した群を「不満足群」と分類した。健康生活習慣については、個々の生活習慣の実践状況により「実践群」と「非実践群」の 2 群に分類した。職業性ストレスについては、「そうだ」、「まあそうだ」と回答した群を「該当群」、「ややちがう」、「ちがう」と回答した群を「非該当群」と分類した。心理的・身体的ストレスについては「ほとんどいつもあった」、「しばしばあった」と回答した群を「該当群」、「ときどきあった」、「ほとんどなかった」と回答した群を「非該当群」と分類した。ソーシャルサポートについては、「非常に」、「かなり」と回答した群を「該当群」、「多少」、「全くない」と回答した群を「非該当群」と分類した。バーンアウトについては、「ない」、「まれにある」と回答した群を「非該当群」、「ときどきある」、「しばしばある」、「いつもある」と回答した群を「該当群」と分類した。CES-D については、合計得点 16 点以上を「抑うつ感あり群」、16 点未満を「抑うつ感なし群」と分類した。

4. 解析方法

単変量解析として、職務満足度を目的変数、職務満足度に影響を与えると考えられる変数(職業性ストレス、勤務状況等)を説明変数として分割表を作成し、関連の有意性を検討した。単変量解析では Fisher の直接確率検定を用いた。多変量解析では、職務満足度を目的変数、単変量解析で有意な関連が認められた項目を説明変数として、説明変数の領域ごとにロジスティックモデルを構築した。さらに、職務満足度を目的変数、領域ごとのロジスティックモデルで独立性の高い変数として検出された変数を説明変数として多重ロジスティック回帰分析を行った。なお、多変量解析では、調整変数として性別、年齢を投入し、変数選択はステップワイズ法を用いた。検定については、統計解析ソフト(SPSS12.0J for Windows)を用いて解析を行った。

III 結果

1. 解析対象と回収率

北海道社会福祉士会の全会員 1,250 名に質問紙票を配布し、本研究の同意が得られた会員 328 名(回収率

26.2%) から回答を得た。職務満足度の無回答 6 名を除く、計 322 名 (有効回答率 98.1%) を分析対象とした。

2. 職務満足度の関連要因

1) 基本属性及び勤務状況との関連

表 1 に基本属性及び勤務状況と職務満足度の関連を示した。単変量解析で有意 ($p < 0.05$) な関連が認められた項目はなかった。

質問項目		不満足群 N=79	満足群 N=243	N(%)
性別	男	34(43.0)	113(46.5)	
	女	45(57.0)	130(53.5)	
年齢		37.5 ± 9.0※	41.2 ± 10.6※	
雇用形態	正職員	70(88.6)	229(94.2)	
	非常勤	9(11.4)	13(5.3)	
	無回答	0(0)	1(0.4)	
居住形態	家族と同居	52(65.8)	183(75.3)	
	友人と同居	0(0)	4(1.6)	
	一人暮らし	25(31.6)	53(21.8)	
	その他	1(1.3)	3(1.2)	
	無回答	1(1.3)	0(0)	
勤務時間(時間/週)	常勤	40.5 ± 3.1	39.7 ± 5.4	
	非常勤	21.0 ± 14.8	23.1 ± 12.5	
時間外勤務	あり	57(72.2)	196(80.7)	
	なし	22(27.8)	46(18.9)	
	無回答	0(0)	1(0.4)	
時間外勤務時間	常勤	8.7 ± 6.5	9.0 ± 7.0	
	非常勤	2.8 ± 2.0	3.3 ± 3.3	
通勤時間(分)		28.2 ± 25.3	24.4 ± 19.7	
現在の職場での職務歴(ヶ月)		66.4 ± 79.3	77.5 ± 86.2	

※ : mean ± SD

2) 時間外勤務との関連

表 2 に時間外勤務との関連を示した。単変量解析で不満足群の該当率に比べて満足群の該当率が有意に高かった項目は、「時間外勤務の内容(事務処理、電話対応など)に満足している」、「時間外勤務の手当て(救急体制、代休、人員配置など)に満足している」の 2 項目であった。

質問項目	不満足群 N=57	満足群 N=196	N(%)
時間外勤務の内容(事務処理、電話対応など)に満足していますか	19(33.3)	129(65.8)	*
時間外勤務の手当て(救急体制、代休、人員配置など)に満足していますか	14(24.6)	103(52.6)	*
時間外勤務の運営(救急体制)に満足していますか	18(31.6)	75(38.2)	

* : P<0.05 単変量解析(Fisher の直接法)

3) 職業性ストレスとの関連

表 3 に職業性ストレスとの関連を示した。単変量解析で不満足群の該当率に比べて満足群の該当率が有意に高かった項目は、「自分のペースで仕事ができる」、「私の職場の雰囲気は友好的である」などの 8 項目であった。反対に、不満足群の該当率が有意に高かった項目は、「私の部署内で意見の食い違いがある」、「私の職場の作業環境(騒音、照明、温度、換気など)は良くない」などの 3 項目であった。

質問項目	不満足群 N=79	満足群 N=243	N(%)
1 非常にたくさん仕事をしなければならない	62(78.5)	215(90.0)	*
2 時間内に仕事が処理しきれない	50(63.3)	180(74.7)	
3 一生懸命働かなければならない	64(81.0)	214(88.4)	
4 かなり注意を集中する必要がある	68(86.1)	211(87.2)	
5 高度な知識や技術が必要な難しい仕事だ	58(73.4)	208(86.3)	*
6 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	55(69.6)	184(76.3)	
7 からだを大変よく使う仕事だ	25(31.6)	72(29.8)	
8 自分のペースで仕事ができる	33(41.8)	143(59.6)	*
9 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	56(70.9)	205(84.7)	*
10 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	39(49.4)	187(77.3)	*
11 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	30(38.0)	32(13.2)	*
12 私の部署内で意見の食い違いがある	47(59.5)	92(38.5)	*
13 私の部署と他の部署とはうまく合わない	22(27.8)	54(22.5)	
14 私の職場の雰囲気は友好的である	56(71.8)	202(83.8)	*
15 私の職場の作業環境(騒音、照明、温度、換気など)は良くない	32(40.5)	66(27.3)	*
16 仕事の内容は自分に合っている	33(41.8)	227(94.2)	*
17 働きがいのある仕事だ	39(49.4)	234(96.7)	*

* : P<0.05 単変量解析(Fisher の直接法)

4) 心理的・身体的ストレスとの関連

表 4 に心理的・身体的ストレスとの関連を示した。単変量解析で不満足群の該当率に比べて満足群の該当率が有意に高かった項目は、「活気がわいてくる」、「元気がいっぱいだ」などの 3 項目であった。反対に、不満足群の該当率が有意に高かった項目は、「怒りを感じる」、「内心腹立たしい」などの 8 項目であった。

質問項目	不満足群 N=79	満足群 N=243	N(%)
1 活気がわいてくる	9(11.5)	108(45.2)	*
2 元気がいっぱいだ	11(14.3)	113(47.3)	*
3 活き活きする	9(11.5)	110(46.4)	*
4 怒りを感じる	39(50.0)	89(36.9)	*
5 内心腹立たしい	44(56.4)	77(32.0)	*
6 イライラしている	38(48.7)	80(33.2)	*
7 ひどく疲れた	48(61.5)	119(49.4)	
8 へとへとだ	36(46.2)	85(35.3)	
9 だるい	34(43.6)	84(34.9)	
10 気がはりつめている	33(42.3)	102(42.3)	
11 不安だ	27(34.6)	53(22.0)	*
12 落ち着かない	17(21.8)	36(14.9)	
13 ゆううつだ	31(39.7)	36(14.9)	*
14 何をしても面倒だ	22(28.2)	27(11.3)	*
15 物事に集中できない	20(25.6)	27(11.2)	*
16 気分が晴れない	31(39.7)	39(16.2)	*
17 仕事を手につかない	8(10.3)	13(5.4)	
18 悲しいと感じる	10(12.8)	16(6.6)	
19 めまいがする	5(6.4)	13(5.4)	
20 体のふしぶしが痛む	7(9.0)	24(10.0)	
21 頭が重かったり頭痛がする	15(19.2)	35(14.5)	
22 首筋や肩がこる	38(48.7)	126(52.3)	
23 腰が痛い	27(34.6)	69(28.6)	
24 目が疲れる	46(59.0)	125(51.9)	
25 動悸や息切れがする	5(6.4)	13(5.4)	
26 胃腸の具合が悪い	11(14.1)	40(16.6)	
27 食欲がない	2(2.6)	13(5.4)	
28 便秘や下痢をする	10(12.8)	44(18.4)	
29 よく眠れない	10(12.8)	25(10.4)	

* : P<0.05 単変量解析(Fisher の直接法)

5) ソーシャルサポートとの関連

表5にソーシャルサポートとの関連を示した。単変量解析で有意な関連が認められた項目は「職場の同僚と気軽に話ができる」、「頼りになる上司がいる」などの5項目であった。5項目とも不満足群の該当率に比べて満足群の該当率が有意に高かった。

6) その他満足度と職務満足度の関連

表5 ソーシャルサポート及びその他満足度と職務満足度の関連 N(%)

質問項目	不満足群 N=79	満足群 N=243	有意差
1 上司と気軽に話ができる	37(46.8)	139(59.4)	
2 職場の同僚と気軽に話ができる	45(57.7)	186(78.8)	*
3 配偶者、家族、友人等と気軽に話ができる	67(84.8)	210(87.5)	
4 頼りになる上司がいる	29(36.7)	131(56.2)	*
5 頼りになる職場の同僚がいる	31(39.7)	144(61.0)	*
6 頼りになる配偶者、家族、友人等がいる	47(60.3)	186(77.8)	*
7 個人的な相談が出来る上司がいる	25(32.1)	123(53.2)	*
8 個人的な相談が出来る職場の同僚がいる	30(39.0)	140(59.8)	*
9 個人的な相談が出来る配偶者、家族、友人等がいる	64(81.0)	212(88.0)	

*:P<0.05 単変量解析(Fisherの直接法)

表6にその他満足度との関連を示した。単変量解析では、3項目とも有意な関連が認められ、不満足群の該当率に比べて満足群の該当率が有意高かった。

表6 その他満足度と職務満足度との関連 N(%)

質問項目	不満足群 N=79	満足群 N=243	有意差
1 職場に満足している	18(22.8)	189(77.8)	*
2 設置主体の方針に満足している	14(17.7)	131(54.4)	*
3 家族・私生活に満足している	49(62.0)	213(87.7)	*

*:P<0.05 単変量解析(Fisherの直接法)

7) バーンアウトと職務満足度の関連

表7にバーンアウトとの関連を示した。単変量解析で、不満足群の該当率に比べて満足群の該当率が有意に高かった項目は、「この仕事は私の性分にあっていると思うことがある」、「今の仕事に心から喜びを感じることがある」などの6項目であった。反対に、不満足群の該当率が有意に高かった項目は、「こんな仕事もうやめたいと思うことがある」、「体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある」などの10項目であった。

8)CES-D 合計得点と職務満足度の関連

表7 バーンアウトと職務満足度の関連 N(%)

質問項目	不満足群 N=79	満足群 N=243	有意差
1 こんな仕事、もうやめたいと思うことがある	62(79.5)	62(25.8)	*
2 われを忘れるほど仕事に熱中することがある	33(42.3)	118(49.2)	
3 こまごまと気づきやすいことが面倒に感じることがある	48(61.5)	100(41.5)	*
4 この仕事は私の性分に合っていないと思うことがある	42(53.8)	195(80.9)	*
5 同僚や利用者の顔を見るのも嫌になることがある	28(36.4)	32(13.4)	*
6 自分の仕事がつまらなく思ってしまったのではないことがある	42(53.8)	22(9.1)	*
7 1日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることがある	53(67.9)	104(43.3)	*
8 出勤前、職場に出るのが嫌になって、家にいたいと思うことがある	37(48.1)	57(23.9)	*
9 仕事を終えて、今日は気持ちのよい日だったと思うことがある	30(38.5)	163(67.9)	*
10 同僚や利用者とも、何も話したくないことがある	30(38.5)	39(16.4)	*
11 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある	20(25.6)	22(9.1)	*
12 仕事のために心にゆとりがなくなったと感じることがある	48(61.5)	104(43.3)	*
13 今の仕事に、心から喜びを感じることがある	33(42.3)	171(71.3)	*
14 今の仕事は、私にとってあまり意味がないと思うことがある	28(35.9)	13(5.4)	*
15 仕事が好きで、知らないうちに時間が過ぎることがある	14(17.9)	121(50.4)	*
16 体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある	47(60.3)	111(46.1)	*
17 われながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある	36(46.2)	146(60.6)	*

*:P<0.05 単変量解析(Fisherの直接法)

表8にCES-D合計得点との関連を示した。16点以上(risk case)の者の割合は満足群が22.8%であるのに対し、不満足群が43.6%と有意に高かった。

9) 多変量解析の結果

表8 CES-Dと職務満足度の関連 N(%)

	不満足群 N=79	満足群 N=243	有意差	
CES-D				
合計得点	16点以上	35(43.6)	60(22.8)	*

*:P<0.05 単変量解析(Fisherの直接法)

表9に、職務満足度を目的変数、説明変数の領域ごとに独立性の高い変数として検出された項目を説明変数として、多重ロジスティック回帰分析を行った結果を示した。

モデル χ^2 検定の結果は $p < 0.001$ で有意であり、最終的に独立性の高い変数として検出された項目は、「時間外勤務の内容に満足している」、「働きがいのある仕事だ」、「職場に満足している」、「家庭・私生活に満足している」、「仕事がつまらないと感じる」、「仕事が好きで知らないうちに時間が過ぎる」の6項目であった。また、ホスマー・レメシヨウの検定結果は $p=0.688$ と良好で、判別率も89.0%と比較的良好であった。

IV 考察

勤務状況の分野では、満足群、不満足群ともに7割

表9 多変量解析の結果(職務満足度と各項目との関連)

質問項目	OR (95%信頼区間)	係数	P値	Wald検定値
時間外勤務の内容に満足	3.5(1.2-9.9)	1.24	0.021	5.29
職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	n.s	-	-	-
仕事の内容は自分にあっている	n.s	-	-	-
働きがいのある仕事だ	19.1(4.8-76.3)	2.95	<0.001	17.36
生き生きする	n.s	-	-	-
ゆううつだ	n.s	-	-	-
気分が晴れない	n.s	-	-	-
職場の同僚と気軽に話せる	n.s	-	-	-
頼りになる配偶者、家族、友人等がいる	n.s	-	-	-
個人的な相談ができる上司がいる	n.s	-	-	-
職場に満足している	20.6(5.7-74.6)	3.03	<0.001	21.22
設置主体の方針に満足している	n.s	-	-	-
家庭・私生活に満足している	4.5(1.4-14.7)	1.50	0.013	6.20
仕事をやめたいと感じる	n.s	-	-	-
仕事がつまらないと感じる	0.1(0.05-0.9)	-1.93	0.001	11.34
仕事に心から喜びを感じる	n.s	-	-	-
仕事は意味がないと感じる	n.s	-	-	-
仕事が好きで知らないうちに時間が過ぎる	3.4(1.1-10.5)	1.22	0.035	4.44
CES-D \geq 16	n.s	-	-	-

1)OR:オッズ比。各質問項目に該当しない群の職務満足度の出現率を1とした場合、該当する群の職務満足度の相対出現率

2)n.s:ロジスティックモデルで有意な変数として検出されなかった項目

3)-:n.sの項目であるため表示していない

以上の者が残業をしており、1日平均2時間弱の残業を強いられていた。さらに、統計的に有意な関連は認められていないものの、およそ50%の者が「首筋や肩がこる」、「目が疲れる」の身体症状を訴えていたため、全体的な仕事量が身体症状に結びつく可能性がある。

さらに、CES-Dのうつ尺度得点においても不満足群でリスクケース（CES-D合計得点16点以上）の割合が高い結果となった。これらの結果は、職務不満足とうつ症状得点との間に関連が認められた研究¹³⁾や、栄養士を対象とした職務満足度に関する研究¹⁴⁾の内容を支持するものとなった。

職業性ストレスに関する分野では、不満足群に比べて満足群において「職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる」、「仕事の内容は自分にあっていて」、「働きがいのある仕事だ」の該当率が有意に高かった。ソーシャルサポート及びその他満足度の分野では、不満足群に比べて満足群のほうが、上司、職場の同僚、配偶者・家族・友人等から広範囲にわたってサポートを得ており、職場の方針や私生活にも満足していることが覗える。バーンアウトの分野では、満足群より不満足群の方が、「仕事をやめたい」、「仕事がつまらない」などの項目の該当率が高かった。なお、多重ロジスティック回帰分析の結果においては、「働きがいのある仕事だ」、「職場に満足している」、「家庭・私生活に満足している」などの6項目が独立性の高い変数として検出された。以上のことから、職務に満足している社会福祉専門職は、職場環境や職場内外の人間関係が良好で、自分の能力を発揮できてやりがいを感じている人であることが示唆された。これらの結果が、介護職員や看護師、精神科病院などを対象とした職務満足度に関する研究結果^{15)~17)}を支持するものであったことは非常に意義があると考えられる。特に、「仕事をやめたい」という項目に該当する割合が、満足群の25.8%に対し不満足群では79.5%であったことから、職務満足感を高めることによって勤務継続意思を高め、最終的には離職率の低下につながることも予測できる。また、社会福祉士有資格者全体では144名(44.7%)が「こんな仕事、もうやめたいと思うことがある」という項目に該当していた。社会福祉士の資格は名称独占で、無資格者でも社会福祉施設や医療機関で勤務できる場合もある。無資格者は、資格手当がないなど特に給料面で不利になることから、有資格者よりさらに悪条件下での勤務を余儀なくされている可能性がある。

本調査研究は、北海道社会福祉士会事務局のご協力の下、北海道社会福祉士の会報に質問紙票を封入していただく形をとり回収率の向上に努めた。しかし、回収率が26.2%と低かったためノンレスポンスバイアスを考慮に入れる必要がある。ノンレスポンスの922名(73.8%)に関しては、職務に十分満足しているため

返信しなかった場合や、日常の業務で過大なストレスを感じているため返信できなかった場合など様々な理由が推測される。但し、本研究では理由を特定することは難しい。なお、本研究は横断研究のため、得られた結果は直線的な因果関係を言及するには至らず、あくまで相互連関を表すのみであることに留意しなければならない。因果関係を説明するためには、症例対照研究、追跡調査及び介入研究を行う必要がある。これらの点を踏まえた上での今後の課題として挙げられるのは、具体的な勤務内容や賃金などの項目を追加し、説明変数間の関連を考慮した上で交絡状況を把握し、職務満足度と関連する要因を構造的に把握することである。さらに、職務満足度の関連要因について他職種（介護福祉士、精神保健福祉士など）との比較を行っていききたい。

謝 辞

本研究にご協力いただきました、北海道社会福祉士会会長奥田龍人様、関係機関の皆様、調査に回答してくださった会員の方々に厚く御礼申し上げます。

文 献

- 1) 窪田暁子、専門援助職におけるバーンアウト. 社会福祉研究. 1992; 54: 11-17
- 2) 増田真也、在宅福祉サービス専門職におけるバーンアウトの形成要因に関する研究－業務の曖昧さを中心とした因果分析－. 健康心理学研究. 1995; 8(2): 20-29
- 3) 財団法人介護労働安定センター. 平成19年介護実態調査結果について. [平成20年11月15日検索]. URL: http://www.kaigo-center.or.jp/report/h19_chousa_03.html#t2
- 4) 藤野好美. 日本における社会福祉専門職のバーンアウト研究についての一考察－先行研究の現状と今後の展開に関して－. 評論・社会科学. 2000; 61: 1-22
- 5) Locke, E. A. The nature and causes of job satisfaction. In Dunnette, M. D. (Ed.), Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Rand McNally College Publishing Company: Chicago, 1976: 1297-1349
- 6) 田尾雅夫. バーンアウト－ヒューマン・サービス従事者における組織ストレス. 社会心理学研究. 1989; 4: 91-97

- 7) 恩田光子. 病院における組織管理姿勢と患者満足との関連－外来患者満足度と職務満足度の関連に着目した分析. 病院管理. 2005 ; 42(3) : 27-35
- 8) 神部智司. 施設入所高齢者サービスの満足度に関する研究. 社会福祉学. 2002 ; 43(1) : 201-209
- 9) L. F. Berkman and L. Breslow. Health and ways of living, Oxford Univ. Press NY, 1983. 星旦二、森本兼曩監訳. 生活習慣と健康、HBJ 出版局、1989.
- 10) 下光輝一. 職業性ストレス簡易調査表を用いたストレス現状把握のためのマニュアル－より効果的な職場環境等の改善対策のために－. 厚生労働省、東京、2005.
- 11) 久保真人. ストレスとバーンアウトとの関係－バーンアウトはストレスか？－. 産業・組織心理学研究. 1998 ; 12 : 5-15
- 12) 島悟、鹿野達男、北村俊則. 新しい抑うつ自己評価尺度について. 精神医学. 1985 ; 27 : 717-723.
- 13) 三宅浩次、小林幸太、森満. 平成 16 年度調査研究報告書 生活習慣と健康意識に関する調査研究－特にストレス認知と処理の関連から－. 北海道産業保健推進センター : 2004
- 14) 竹内夕紀子、蒲原龍、志渡晃一. 道内病院栄養士の職務満足度とその関連要因. 北海道公衆衛生学雑誌. 2008 ; 21(2) : 81-89.
- 15) 中野隆之. 介護職員の職務満足度と生活満足－高齢者保健・福祉施設を中心に－. 日本保健福祉学会誌. 2000 ; 6(2) : 7-19
- 16) 市江和子. 看護職員の看護業務負担感と満足度との関連. 看護展望. 2004 ; 29(12) : 106-111
- 17) 山田修. 精神科病院職員の職業性ストレスと職務満足度. 病院管理. 2001 ; 38(2) : 129-137

原 著

特発性大腿骨頭壊死症患者が体験する生活上の困難

Difficulty experienced in the lives of patients with idiopathic necrosis of femoral head

羽原 美奈子^{1) 2)} 前沢 政次²⁾

Minako HABARA^{1) 2)}, Masaji MAEZAWA²⁾

1 北海道文教大学人間科学部看護学科 2 北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野

1 Department of nursing, Faculty of Human Sciences, Hokkaido Bunkyo University

2 Department of Healthcare Systems Research, Graduate School of Medicine, Hokkaido University

要 旨

日本では SMON 病の発見から難病支援体制が進められた。しかし今日においてその対策は、十分とはいえない。難病のひとつである特発性大腿骨頭壊死症 (idiopathic osteonecrosis of femoral head; 以下 ION) 患者への支援を検討するため、患者が体験した、病気に関連する出来事、生活上の困難や変化の実際を明らかにすることを目的とした。対象者は ION 患者 13 名。調査期間は、2006～2008 年。調査内容は、病気に関連する出来事、生活の困難や変化、病気に対する受け止めであった。半構成的面接で聞き取った。得られたデータは、内容の類似性に従い分類し、カテゴリー化して分析した。本研究の聞き取りでは、ION 患者から『痛み』・『活動範囲縮小の影響』・『疾患に関する情報認識』・『社会的課題』の 4 中核カテゴリーが抽出された。『痛み』のサブカテゴリーとして「痛みの程度」・「痛みの持続時間」・「痛みによりもたらされる精神状況」が、『活動範囲縮小の影響』として「歩行困難、ADL 上の課題」・「社会参加制限」・「社会的役割の遂行不可」が、『疾患に関する情報認識』として「治療方法選択の迷い」・「周囲の理解」・「医師・患者関係」が、『社会的課題』として、「失業」・「制度上の不備」・「医療者・社会に対する要望」が、それぞれ抽出できた。ION 患者に関する QOL は、これらの生活上の困難要因に影響されることが示唆された。地域で生活している ION 患者に対して連続的および一体的な地域ケア体制の充実が望まれる。

Abstract

Background: An intractable disease support system was advanced following the discovery of SMON disease in Japan. However, the measures cannot be considered sufficient today. Objective: The aim of this study was to clarify the difficulties related to sickness and life changes that patients experience, in order to examine support for patients with ION, which is an intractable disease.

Method: Semi-structured interviews of thirteen ION patients were conducted in the years 2006-2008.

Results: In this study, the core categories of "Pain," "Influences that decrease one's range of activity," "Awareness of information related to one's disease," and "Need for social aid" were extracted from the interviews. Extracted subcategories were "degree of pain," "pain duration," and "mental condition resulting from pain" for pain; "difficulty in walking and problems in ADL," "restricted social participation," and "inability to execute one's social role" for influences that decrease one's range of activity, "confusion in selecting treatment regimen," "understanding one's surroundings," and "physician-patient relationship" for awareness of information related to one's disease; and "unemployment," "inadequacies in the system," and "demands for medical professionals and society" for need for social aid.

Conclusion: The results suggest that for patients with ION, QOL was influenced by these difficulties in life. Enhancement of a continuous, integrated system for local care is needed for people with ION and other intractable diseases.

キーワード 特発性大腿骨頭壊死症 (ION), 病気体験, 生活の質

Keywords: ION, disease experience, quality of life

I 緒言

特発性大腿骨頭壊死症 (idiopathic osteonecrosis of femoral head; 以下 ION) は、治療方法が未確立で難治性の側面を持つ厚生労働省の特定疾患のひとつである。およそ全国に11,000人前後の方々が、IONとして難病認定を受けている¹⁾。

そのうちステロイド性大腿骨頭壊死症は、ION患者の50%以上を占め²⁾、膠原病、喘息、腎炎、あるいは臓器移植などで投与されるステロイド剤に関連する医原性の側面をも持ち合わせている³⁾⁴⁾⁵⁾とされている。

わが国では、スモン (亜急性性脊髄視神経症 subacute myelo optic neuropathy) を契機に、難病に関する支援体制が作られてきた。社会問題化されたスモンに対し、「特定疾患対策室の設置」・「難病対策要綱」が定められ、研究事業が進むなど、日本の難病対策は進展してきた。しかし、難病対策要綱から30年以上を経過した今日、その対策が地域に在住している難病患者に、すべて十分に浸透しているとはいえない。

IONは他の難病に比べ、「命には別状なく手術を受ければ痛みが取れ、普通に生活ができる、予後良好な疾患」とみなされがちである。しかし、膠原病など全身に影響を及ぼす不可逆性の慢性疾患を持つ患者が、さらに痛みと歩行困難を伴う大腿骨頭壊死症を二次的に発症すれば、生活上の制限および生活の質 (QOL) の低下を余儀なくされる。特発性大腿骨頭壊死症^{6) 7) 8)}は難治性特定疾患であり、完治に結びつく治療法はまだ見つかっていない。その発症原因の特異性および疾患の特徴、さらに治療後の肢体不自由・身体障害といった後遺症を残すことから、患者は地域生活を送る上でさまざまな不都合があると推測される。この疾患の原因究明や治療に関する医学論文は種々報告されている一方で、患者の地域在宅生活の実態を報告されたものは数少ない。本研究の最終的なねらいはION患者への医療従事者の関わり方、相談支援内容及び方法、対象者のQOLの維持・向上に役立つ支援対策モデルを考案することである。その中間段階として本研究は、特発性大腿骨頭壊死症患者が体験した、病気に関連する出来事 (生活上の変化や困難性) を明らかにし、特発性大腿骨頭壊死症患者に対する社会的支援を検討する基礎的資料を得ることを目的とした。

II 研究方法

1. 研究対象者: 膠原病治療のため特発性ステロイド性大腿骨頭壊死症を二次的に発症したと思われる、地域で生活している在宅療養者13名。

2. 研究期間: 2006年9月~2008年9月。

3. データ収集の方法: A地域の膠原病家族会に対象者紹介を依頼した。その結果、膠原病のステロイド治療で二次的に発症したと思われる大腿骨頭壊死症患者約30名から調査協力の同意が得られた。そのうち連絡がついた人から順に13名の聞き取り調査を実施し、データを得た。聞き取りは、原則家庭訪問による、対象者への半構成的面接調査により実施した。面接時間は一人につき90分前後であった。インタビューガイドを用いて、病気発症からインタビュー時点までの出来事を自由に語ってもらった。インタビューガイドで主に聞き取った内容としては、(1)日常生活で困難に思っていることと、その対処をどうしているか (2)病気をどううけとめたか (3)治療方法についてどのように理解しどの治療方法を選択したか (4)現在受けている医療・看護・保健・福祉の制度およびサービスについてその内容と今後の希望 などである。対象者の承諾を得てインタビュー内容をテープへ録音し、得られたデータを逐語録とした。録音への承諾を得られなかった対象者1名については、口述筆記をおこなった。

4. 分析方法: Glaser and Strauss 1968; Strauss and Corbin⁹⁾ 1990を参考に、grounded theoryの手法を用いた。すなわち逐語録から「生活上の困難」と思われる文脈に着目し抽出して、意味内容の類似性に従い分類した。分類したものをさらにカテゴリー化して質的帰納的に分析した。分析にはカテゴリーの妥当性を高めるため、地域医療にかかわる医師および地域保健の経験者である大学教員に第3者専門家としての検証指導をうけた。

5. 倫理的配慮: 対象者には研究の趣旨を文書と口頭で説明し、書面による同意を得た。対象者のプライバシー保持に配慮し、個人を特定できないこと、研究目的以外にはデータを使用しないこと、いつでも研究への同意の撤回ができることを説明した。なお、倫理審査は研究者の前任地である日本赤十字北海道看護大学において、2007年11月に承認を得た。

III 結果

1. 対象者の属性

対象者は、いずれもステロイド治療が原因でIONを二次的に発症したとみられる在宅療養者13名であった(表1)。性別では女性12名、男性1名であり、年齢階級別人数は30歳代2名、40歳代4名、50歳代7名の状況であった。ステロイド治療の原因となった膠原病の原疾患は、10名がSLE(systemic lupus erythematosus:全身性エリトマトーデス)で、その他シェーグレン症候群・多発性筋炎・皮膚筋炎の患者がそれぞれ1名づつであった。二次的に特発性大腿骨頭壊死症を発症してからの期間としては、5年未満(発症して約2年)のものが1名、5年以上10年未満のもの1名、10年以上15年未満2名、15年以上20年未満3名、20年以上5名であった。治療方法としては、現在保存療法をしている者4名、手術療法を受けた患者10名(骨切り術2名、人工骨頭置換術3名、人工股関節全置換術5名)、重複者1名の状況であった。身体障害者の認定等級は9名が2種3級で、1名が2級、身体障害者手帳をまだ申請していない、できない人が3名いた。現在の身体状況としては、①経過が良好でほとんど生活に支障を感じていない3名 ②痛みはないが歩幅が減少(開排制限)1名 ③変形・腱長差などで跛行、杖歩行、疼痛あり5名(うち1名は近い将来再置換予定)、④疼痛が強く室内歩行のみ3名(うち1名は近い将来手術予定)、⑤人工股(膝)関節再

置換術後数カ月以内1名の状況であった。

2. ION患者の生活上の困難

患者の聞き取り調査から得られたデータの Kategorization を表2に示す。病気に関連する出来事、生活上の困難や変化は分析の結果、4つの中核カテゴリーと14のサブカテゴリーに集約できた。抽出した中核4カテゴリーとしては「痛み」「活動範囲縮小からもたらされる影響」「疾患に関する情報認識」「社会的課題」であり、それぞれにサブカテゴリーとして具体的な生活上の状況、患者の困難に関する内容が抽出できた。以下中核カテゴリーは「」で、サブカテゴリーは「<>」で、各発言は「」で示す。

(1) 「痛み」

このカテゴリーではION患者の日々の生活をも左右する要因の一つとして「痛み」が抽出できた。「痛み」のそれぞれの要因として、「痛みの程度」・「痛みの持続期間」・「痛みによりもたらされる精神的状況」の3つのサブカテゴリーが抽出できた。「痛みの程度」に関しては、発症当初に「激痛で死にたいと思うことがあった」「ほとんど横になるだけで精いっぱい」「耐えがたい」「ずりながら歩いた」「はって歩きたいくらいの感じ」「トイレに向かうことも苦痛であり、水分をとりたくなかった」「痛いのは生きている証拠と歯を食いしばり我慢した」といった疼痛の激しさ厳しさを思わせる発言が目立った。さらに「持続期

表1 対象者の属性

対象者	年齢階級	性別	ステロイド治療となった原疾患	ION発症経過年数	手術治療の有無と術式	身障手帳障害等級	現在の身体状況
A氏	40歳代	女性	SLE・リウマチ	約15年	保存療法	2種3級	リウマチ既往、変形・疼痛・跛行あり
B氏	40歳代	女性	シェーグレン	約12年	右:保存 左:回転骨切	2種3級	右膝に負担、右膝関節炎・跛行あり
C氏	50歳代	女性	SLE	20年以上	右:人工股関節置換 左:骨切	2種3級	左アキレス腱断裂より歩幅減少
D氏	30歳代	女性	SLE	約18年	両人工骨頭	2種3級	疼痛あり、人工股関節に要再置換といわれている
E氏	40歳代	女性	SLE	約16年	保存療法	手帳なし	将来的に人工股関節といわれているが現在ADL特に支障なし
F氏	50歳代	女性	多発性筋炎	約10年	両人工骨頭	2種3級	痛みがない時は良好
G氏	50歳代	女性	SLE	約20年	両人工股関節置換 両膝関節置換	2種2級	両股関節再置換、両膝骨頭置換施行
H氏	50歳代	女性	SLE	20年以上	右:人工股関節置換	2種3級	腱長差あり
I氏	50歳代	女性	SLE	20年以上	両人工股関節置換 右:膝関節置換	股関節:3級 膝:4級	両股関節再置換、右膝再置換施行
J氏	40歳代	男性	皮膚筋炎	約2年	保存療法	まだ申請 できず	疼痛強く歩行難、来月人工股関節置換術予定
K氏	30歳代	女性	SLE	約5年	両人工股関節置換	2種3級	人工関節置換術時に骨折してしまい、現在も歩行難
L氏	50歳代	女性	SLE	20年以上	保存療法	手帳なし	全身管理ができず手術療法が不適応、室内歩行のみ
M氏	50歳代	女性	SLE	約10年	両人工骨頭	2種3級	現在経過良好

間>に関しては「毎日が痛みとの闘い」、「続く痛みは辛い」などの発言が抽出できた。痛みに関する記憶は、既往の長い患者においても、発症当時の記憶がほとんど失われず残っている状況にあった。痛みによりくもたらされる精神的状況>としては、発症当時は痛みに苛まされ、とにかく痛みに脅かされている状況であった。その後慢性的な痛みを経験するにつれ「なんで自分ばかりかな?」「先生の言うことちゃんと聞いていたのになんで?」といった疾患発症の原因、自己にふりかかった災難に対する疑問、いらだち、怒りといった発言が抽出できた。さらに慢性的、長期的に疼痛を経験した患者においては「弱い人だったらうつつぼくなるでしょうね」といった、痛みと行動制限に伴う抑圧された精神心理状況が抽出できた。

(2) 《活動範囲縮小からもたらされる影響》

このカテゴリーは、大腿骨頭壊死症発症が原因で短期、長期的に患者にもたらされる身体・心理・社会的な影響を示していた。サブカテゴリーとして、<歩行困難、ADL上の課題><社会参加制限><社会的役割の遂行不可>が抽出できた。

<歩行困難、ADL上の課題>として、「ひどい時は全然股関節が動かせられない」「足を上げられない状況」といった、自己の行動の制限を余儀なくされる状況が抽出でき、そのほか日常生活上疼痛および歩行困難から導かれる問題として「2階に上がり下がりが一番大変、階段は無理」「高いところ、床に手が届かない」「足の爪が切れない」「靴下をはげない」「重いものは持てない」「走れない」「長距離は歩けない」といったADL・IADL上の問題が挙げられた。さらに「買い物

表2 大腿骨頭壊死症患者の生活上の困難分類

カテゴリー	サブカテゴリー	発言内容
痛み	○痛みの程度	「激痛で死にたいと思うことがあった」「痛い時は全く動かない」「ほとんど横になるだけで精いっぱい」「言葉で表現できない激痛」「寝ていても痛くて目が覚める」「寝ながら歩きたいみたい」「トイレに向かうことも苦痛で水分を取りたくなかった」「痛いのは生きてる証拠と歯を食いしばり我慢した」
	○痛みの持続期間	「持続する痛みは辛い」「痛みをだましましずっと繰り返している」「毎日が痛みとの闘い」
	○痛みによりもたらされる精神的状況	「なんで自分ばかりかな」「先生の言うことをちゃんと聞いていたのになんで?」「弱い人だったらうつつぼくなるでしょうね」
活動範囲縮小の影響	○歩行困難・ADL上の課題	「ひどい時は全然股関節が動かない状況」「足を上げられない状況、ずりながら歩いた」「はって歩きたいくらいの感じ」「足を引きずって歩く」「跛行」「杖歩行」「2階に上り下りが一番大変」「階段が無理」「高いところや床など手が届かない」「健側に負担をかけて歩くから膝が悪くなった」「しゃがめない」「和式便所は使用不可」「足の爪が切れない」「靴下を自分ではげない」「重い物はもてない」「長距離は歩けない」「走ることは一切できない」「黙って立っただけで疲れてしまう」
	○社会参加制限	「スポーツは見学」「子供の運動会親子競技に出られない」「買い物で疲れる」「売り出しの日には人が恐ろしくて行けない」「レジに何十分と並ぶこともできない」「毎日出て歩くことができない」
	○社会的役割の遂行不可	「開排制限のため子供は帝王切開」「子供(赤ちゃん)が抱けない」「性生活上の課題」「仕事をするのは苦痛、無理」「一家の大黒柱、離職」「発病から2ヶ月でやめた」「経済状況への負担」
疾患に関する情報認識の課題	○治療方法選択の迷い	「多少痛みを我慢してもまだ若いので自分の骨をもたせたい」「手術してもいちごっこのようになるのではないか」「人工骨頭(人工股関節)再置換をするのはいやだ」「最終的に人工関節になるのではないか」「手術の説明を受けてもわかんなくて不安だね」「骨切り術後の状態はどうか」「人工関節の耐久年数はどうか」
	○疾患に対する周囲の理解	「病気自体全く知名度がない」「痛いの辛いのも全然わかってくれない」「ぱっと見た眼ではわからないことが多いのが辛い」「周りの人から温かい目で見たい」「うちの周りの家族は病気の理解をしてくれている」
	○医師・患者関係	「日常生活に痛みがつきまとうということはどれだけ苦痛か先生達はあまりわからない」「ステロイドの副作用に医療者側は鈍感」「医師は患者の話を聞いてくれない」「患者の話よりも自分の経験、検査データを重んじる」
社会的課題	○失業	「元の仕事ができずもどれない」「休職中」「治す方が優先」「仕事は切り離して考えている」「中途半端な体ででかけられない」「身障でも仕事がしたい」「家の中に閉じこもりがちなので皆の中で過ごす仕事がしたい」
	○制度上の不備	「手術終了するまで身障手帳貰えない」「特定疾患の医療制度も変わってきている」「ステロイド性は難病指定からはずれる」「介護保険の適応にはならない」「普通の障害者の適応にならない」「福祉に助けられたことは何も無い」
	○社会に対する要望	「病気のこと、今後の生活のこと、相談したいのに相談できる人が誰もいない」「ステロイドを使用したらMRIを取るという決まりを作ってしまうばこういう病気はなくなるんですよ」「元気で半年に一遍でもレントゲンさえ撮っていたら過程がわかったのに」「痛みメーターがほしい」「活用できる制度やサービスについてきちんと提示してほしい」

が疲れる、売出日にはいけない」「スポーツは見学のみ」「子供の運動会に一緒に競技にでてあげられず情けなかった」「仕事はできない」といった<社会参加制限>の問題、「開排制限のために出産は帝王切開である」「子供が抱けない」「性生活上の課題」「離職」「経済問題」といった個々人の発達課題や<社会的役割の遂行不可>といった広範囲な問題を発言していた。

(3) <疾患に関する情報認識>

このカテゴリは本人の疾病理解と医療者からのインフォームド・コンセントの結果を示していた。サブカテゴリとしては、<治療方法選択の迷い><周囲の理解><医師・患者関係>を抽出できた。

<治療方法選択の迷い>として、現在保存療法を行っている人、疼痛が自制内で生活を送られている人は、「まだ若いので、多少の痛みをがまんしてもできるだけ自分の骨をもたせたい」という希望と、「片方を手術しても、もう片方の骨の陥没・圧潰をおこし、膝への負担とともに、いたちごっこのようになるのではないだろうか」「最終的には人工関節になるのだろうか」という将来的な不安をあわせもつものが多かった。また「骨切り術後の状態はどうか」「人工股関節の耐久年数はどうか」といった予後の予測がつかないことから手術療法に対して不安をもち、すぐには踏み切れない状況があった。さらに一度手術で人工骨頭にしている人も「再置換だけはいやだと思っていた、こわい」といった発言が抽出できた。逆にすでに再置換を終了した患者からは、その後の痛みが軽減し経過が非常によくなったことから、「こんなことなら早くに再置換術をうければよかった」という発言が抽出できた。なお、人工股関節などの手術療法を施行している患者の殆どは、発症時の痛みには耐えられず平常な生活を過ごすことができなく、また医師の勧めにより手術療法を選択していた。

<本人の病気に対する理解>では、本人の情報の程度、疾患理解の程度により大きく差があった。大腿骨頭壊死症の発症について「医師から退院する前に薬の副作用によるものと聞いていた」さらに「今は痛みがないが、軟骨がつぶれていつか手術するものと覚悟していた」という発言を抽出できた。逆に医師から説明がないまま、「これはSLEなど原疾患の症状からきている、たとえば全身の関節炎の続きで、別の病気とは全然考えていなかった」という発言も抽出できた。さらに「こんなふうに骨に来るって知らなかった」「ス

テロイドの副作用はほんとに強くて、でも命かかっているから薬はやめられない」「ステロイド治療の副作用でなるかもしれないとは聞いていたけれど、まさか自分にふりかかろうとは」と、病気に対する受け止めも各人各様の発言内容であった。

<周囲の理解>として、「病気自体全く知名度がない」「痛い辛いのも周りにはわかってくれないから」「ぱっと見た目ではわからないことが多いのが辛い」「若くしてこのようになると辛い」「周りの人から温かい目で見たい」などの発言が抽出できた。インタビュー回答者は疾患罹患から年数を経ている者が多く、今では「うちの周りの家族は病気の理解をしてくれている」という発言が多かった。

<医師・患者関係>患者側から見る医師について「日常生活に痛みがつかまとうということがどれだけ苦痛か、先生たちはあまりわかっていない」「ステロイドの副作用に医療者側は鈍感」「医師は患者の話を聞いてくれない」「患者の話よりも自分の経験、(血液などの)検査データを重んじる」などの発言内容であった。

(4) <社会的課題>

このカテゴリは、大腿骨頭壊死症がもたらす問題が、社会的な支援を必要とする問題であるということを示していた。サブカテゴリとして、<失業><制度上の不備><社会に対する要望>の4サブカテゴリが抽出できた。

<失業>に関しては、「発病から2ヶ月でやめた」「元の仕事ができず、もどれない」「中途半端な体では出かけられない」「自分のできる仕事を教えてほしい」「身障でも仕事がしたい」「家の中に閉じこもりがちになるので皆の中で過ごす仕事がしたい」といった発言が抽出できた。経済状況は、障害年金、生活保護、家族の収入により賄われているものがほとんどであった。自活されているひとは専門職であったため、嘱託という立場で屋内作業に従事している人が1名いた。

<制度上の不備>としては、「障害者年金をもらっている」「身体障害者手帳を発行してもらった」という対象がいる一方で、「症状が固定するまで、手術が終了するまで身体障害者手帳はもらえない」、「身障手帳の活用には矛盾が生じている」とする発言が抽出できた。公的医療に関して、特定疾患の手続きに関し「原疾患で特定疾患の手続きをしており、特発性大腿骨頭壊死症では申請していない」、「膠原病の特定疾患の申請手続きさえもしらずに、入院中に患者仲間から教え

てもらい手続きした」「特定疾患の医療費請求が変わってきている」というものから、「ステロイド性と指定されると特定疾患の公的負担適応ではなくなる」、などの発言内容が抽出できた。

その他、全般的には「制度？誰かに教えてもらいたい」「車いすを申請しても何年もまたされたあげく、肝心な時には全く利用できなかった」「高齢者と違い介護保険の適応にならない」「難病なので普通の障害者の適応にもならない」「福祉が助けになるなどということとは全然なかった」といった発言が抽出できた。

<医療者・社会に対する要望>として、「入院中でもいつでも病気のこと、これからの生活のことを全般的に相談に乗ってくれる人がほしかった。しかし誰もいなかった」「大腿骨頭壊死症の発生と発症は違う。発症前に早期発見できるはずではないか」「ステロイドを使用したら、MRIをとるといふ決まりを作ってしまった方がいいですよ」「痛みメーターがほしい」「副作用救済制度のことはだれもしらないし、とても取りづらく矛盾した制度だ」「活用できる制度やサービスについてきちんと提示して教えてほしい」など、多くの発言が抽出できた。

IV 考察

痛みが及ぼす影響として南¹⁰⁾は、長時間持続する慢性疼痛において、痛みにより引き起こされる不安・嫌悪・抑うつ・恐怖などの不快情動が生活の質(QOL)を著しく低下させるだけでなく、精神疾患あるいは情動障害の引き金ともなり、また、そのような精神状態が痛みをさらに悪化させるという悪循環をも生じさせると述べている。これらは、患者から抽出されたデータ「弱い人だったらうつになってたでしょうね」などの発言の意味を裏付ける事項でもある。さらに患者は、痛みを表現するなかで自然と「激痛で死にたいと思うことがあった」「痛いのは生きている証拠と歯を食いしばった」などとあらわしている。このことは、笠井¹¹⁾が「慢性疼痛は生命への警告信号としての意味より、患者特有の心理・社会・実存的反応を前面に出し、無用な有害感覚を生じてQOLを著しく低下させるものである。慢性疼痛の治療には、身体・心理・社会・実存的医療モデルに立脚した全人的医療が必須であり、その核となるのは患者自身の生きる意味に根ざした実存性である」と述べていることと矛盾しない。

慢性疼痛の特徴として、青山¹²⁾は、①科学的評価が困難な場合が多く、主たる病変が見出しにくい ②

多愁訴、多くの随伴症状を有しQOLを低下させる

③病態は複雑かつ個別性が著名である ④局所の痛みではなく全人的な苦痛であるといった4つの特徴をあげている。このことは、IONの患者が必ずしも壊死の範囲(病型)および部位や圧潰の程度(ステージ)に限らず、個々人の痛みの程度も、感受性および域値などによってさまざまに表現されることをあらわしている。『痛み』の評価スケールとして代表的なものには、がん性疼痛などを客観的にあらわす、疼痛スケールおよびVAS法、質問票などがある。最近はその評価指標に生活の質(QOL)も加味する方法が加わってきている。つまり、『痛み』とQOLの関係性から、『痛み』に関して評価する工夫が現在では少しずつ行われている状況にある。一般的にQOLの包括的尺度としてはSF-36¹³⁾がよく知られている。また、人工股関節全置換術後の患者の疾患特異的尺度にはOXFORD HIP SCORE(OHS)^{14) 15)}などが開発されている。このように多くの研究者が痛みとQOLの関係性を指摘し、さらにその痛みの評価などもこころみている状況にある。ION患者においてもこの『痛み』¹⁶⁾の評価をQOLを交えて行うことが、患者の治療状況及び相談・支援において効果的な方法といえると思われる。

次に特発性大腿骨頭壊死症の『歩行困難などの活動範囲縮小からもたらされる影響』を考えてみた。歩行状況やADL上の問題は身体活動のみならず精神活動、社会参加などの活動遂行の機会も失わせる。一家の大黒柱として、家庭の主婦として、それぞれの社会的立場、役割遂行が不可となる影響は家庭生活、経済生活上大きな負担、マイナス現象をもたらしているに違いない。多くの患者から抽出された発言は具体的に端的にそれらの状況を説明していた。厚生労働科学研究報告書では、高岡ら¹⁷⁾が、「特発性大腿骨頭壊死症は壮年期成人に好発し、股関節が破壊され起立歩行障害が生じQOLが著しく障害される。患者一人にとどまらず社会的な損失も大きい疾患」としている。本調査においても同様に、個人の疾患罹患が本人だけにとどまらず、家族やまわりの社会全体に影響しているという状況が推測された。

『疾患に関する情報認識の課題』といった点では、難病といった希少な疾患の特徴から各種情報・情報源が乏しく、そのため、患者側も医療者側においてさえも病気の認識に不十分さがあるのではないかと考える。患者の治療方法選択上に迷いが生じるのは当然のことである。難病情報センターホームページ(<http://>

www.nanbyou.or.jp/) に厚生労働省研究班の研究内容が掲載されたのは2007年のできごとであった。特発性大腿骨頭壊死症の病態生理の解明や治療方法は、日々進み進んでいる。たとえば遺伝子診断¹⁸⁾ ¹⁹⁾により疾患発症の起因が、ステロイド性、アルコール性、その他いわゆる狭義の特発性のどの原因によるものか疾患発症リスクを推定できること、再生医療にもとづいた幹細胞骨髄移植術²⁰⁾ ²¹⁾など、直接的な治療法の進歩があげられる。さらにION患者の骨を強化するための骨粗しょう症予防、血流改善のための高コレステロール血症治療²²⁾ ²³⁾、MRIによる早期発見²⁴⁾など、間接的に働く予防や治療方法も近年すすんでいる。患者にしてみれば、いずれも重要な情報源であり、新しい情報は、できるだけ患者のもとに早期に伝わるようにすべきである。

「医師・患者関係」について、医師は標準治療を明確に統一し、それを患者のために遂行したいと考えている。しかし、患者側にしてみると多くの事情で必ずしもその治療方法を望むとは限らない。通常根治療法とみられる手術療法も、ION患者の場合、全人工股関節置換までのいわば一時的対症療法となってみえる。たとえば若い患者が、人工股関節の耐久性²⁵⁾と、10年先20年先の将来を考え、痛みを我慢しながらせめて学校を卒業するまでは自骨でと、保存療法を選択している場合などもある。医療者側には、その患者の希望、希望する根拠、患者として後悔しない正しい選択がなされるよう、インフォームドコンセントを工夫する必要があると思われる。

最後に『社会的課題』として、ION患者のおかれている現状について述べたい。まず第一に、本調査で対象としたステロイド治療のため二次的にIONを発症したと思われる患者は、「特発性大腿骨頭壊死症」としての特定疾患認定をうけている人がいなかった。患者は、膠原病などの原疾患では認定登録されていたが、IONとしては登録をうけていない。このことは地域には、さらに潜在的に大腿骨頭壊死症の患者が散在している可能性があることを示している。また「特定疾患制度というものを知らずにいた。患者仲間からこの制度について教えてもらった」という発言が聞かれた。特定疾患制度は日本の誇るべき社会的制度と思われるが、患者や医療機関によっては、制度の利用が十分に周知されていない可能性がある。また、1998年度に医療費一部負担、2003年度にその改定がなされてから、特定疾患患者にもたらされる状況はマイナス要因が多

い。昨年度は潰瘍性大腸炎やパーキンソン病などの患者の軽快者を、医療費補助の対象から外す検討がなされた。結果的にそのような施策は患者会などの反対で見送りとなったが、難病患者の中では、特に罹患人数の多いとされるSLEなどの膠原病患者は、大変な不安を抱える状況となった。

その他ION患者にとって不利であると推測されたのは、現行社会制度では適応できるものが少ないという点である。ION患者は青壮年期に罹患する人が多く、年齢的にも障害的にも、サービスや福祉制度が該当するものが少ない。患者が活用できる数少ない制度のなかで、たとえば身体障害者手帳制度についてあげてみる。まず、手帳を受給するには、障害が固定するまで1年半ほどの期間を要し、多くの患者が手帳を手にするのは何らかの手術施行後である。そのため発病初期の疼痛のもっとも厳しい時点で患者は疲弊する。さらに保存療法や骨切り患者においては疼痛が持続しているケースが多いが、手帳制度上は4級の該当になる。一方人工股関節患者は疼痛が軽減されているにもかかわらず、股関節全廃とみなされ3級の該当者になる。さらに身障者の駐車場利用が、2008年度より手帳2級所持者以上と法制度がかわった。結果的に、本当に疼痛や歩行困難を抱える患者が、車や駐車場の活用をすることができない現状となっている。

なお地域在宅において生活している多くの患者は、生活上の問題・課題を抱えていても、その問題に対してどのような手段をどこに求めたらよいのか、医療の場合か、保健の場合か、はたまた福祉の現場なのか、そのような根本的な部分で迷っているという現状がある。患者の発言中に「入院中から病気のこと、これからのこと、相談したかったけれど相談できる人はだれもいなかった」という発言が見られた。本来であれば、病院のMSWや地域で保健活動を担う保健師などが、中心となって相談事業を賄うべきであると思うが、現行制度ではそこまでなかなか到達していない。その結果、地域在宅生活を送る患者のQOLは、患者の生活上の困難要因に影響されているといえる(図1)。

本調査は限られた対象に聞き取りによりデータ収集を行い、質的記述的に分析したものである。結果の一般化にはさらに検討が必要である。また、ステロイド治療が原因で二次的に特発性ステロイド性大腿骨頭壊死症を発症したと思われる対象を選択しているが、厳密な選定基準を定めたわけではなく選択的バイアスが含まれている可能性がある。そうした意味で今後は疫

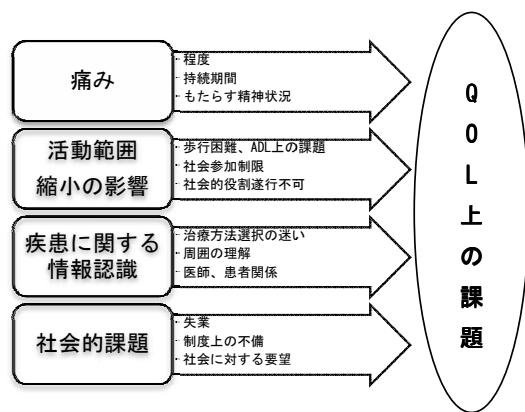


図 1 大腿骨頭壊死症患者の生活上の困難要因と QOL の関係

学的な視点を加え、さらに研究を深めていく必要性があると思われる。

以上、本調査では特発性ステロイド性大腿骨頭壊死症患者が地域で、多くの困難を抱えて生活しているということが示唆された。もちろんその困難を自力で乗り越え、笑顔でたくましくすごしている ION 患者の姿も目にしている。しかし地域で保健・医療・看護を担う立場として、現行の地域ケア体制の充実を願わざるを得ない。たとえば、地域での難病・特定疾患の相談機能を充実させること、また、この相談支援体制は患者が入院中から機能しなければいけない。長期的には就業支援も必要である。さらに、患者同士のつながりの強化、そのためには仲介となるマネジメント機能をもつ人材が必要であり、さらに障害者対策（障害者自立支援法含む）など既存の制度が ION 患者も利用できるような仕組みと体制づくりが求められる。医療との関係では、このような特異的な疾患に対応できる専門医（難病専門医や整形外科医）が地域に充実すること、各専門医同士の連携も必要と思われる。今後は ION 患者を初めとして、難病や障害をもち地域で生活している人々に対して連続的および一体的な地域ケア体制を、患者および医療者ともに充実させる必要があると考える。

V 結論

特発性大腿骨頭壊死症患者の体験する生活上の困難として、「痛み」「活動範囲縮小からもたらされる影響」「疾患に関する情報認識」「社会的課題」の 4 カテゴリーが抽出できた。ION をはじめとして、難病や障害をもち地域で生活している人々に対して、連続的および一体的な地域ケア体制の充実が望まれる。

VI 謝辞

本研究を進めるにあたり、快くご協力くださいました北海道難病連事務局長福井美静様、全国膠原病友の会北海道支部長埤田晴子様、各支部膠原病患者家族会の皆様、心を開いて面接に応じてくださいました特発性ステロイド性大腿骨頭壊死症対象者の皆様に深く御礼申し上げます。

引用文献

- 1) 福島若葉、廣田良夫、藤岡幹浩他、特発性大腿骨頭壊死症の全国疫学調査—最終結果—、厚生労働科学研究費補助金研難治性疾患克服研究事業 特発性大腿骨頭壊死症の予防と治療の標準化を目的とした総合研究平成 18 年度総括・分担研究報告書 .2007;1-6
- 2) 厚生労働省特定疾患対策研究事業 骨・関節系調査研究班 特発性大腿骨頭壊死症調査研究分科会資料平成 18 年度研究報告書
- 3) 第 114 回北海道整形災害外科学会 久保俊一、ステロイド性大腿骨頭壊死症の最新情報 .2006
- 4) van der Hooft CS, Heeringa J, Brusselle GG, Hofman A, Witteman JC, Kingma JH, Sturkenboom MC, Stricker BH、Corticosteroids and the risk of atrial fibrillation. Arch Intern Med. 2006 May 8;166(9):1016-20.
- 5) Shibatani M, Fujioka M, Arai Y, Takahashi K, Ueshima K, Okamoto M, Yoshimura N, Hirota Y, Fukushima W, Kubo T、Degree of corticosteroid treatment within the first 2 months of renal transplantation has a strong influence on the incidence of osteonecrosis of the femoral head. Acta Orthop. 2008 Oct;79(5):631-6
- 6) 松本忠美、特集 / 知っておきたい難病の現況と対策 各種難病の診断と治療 特発性大腿骨頭壊死症 臨床と研究、2005；82 巻 7 号：59-61
- 7) 井上明生、特集 骨・関節疾患の診断と治療 (2) 特発性大腿骨頭壊死症 医学と薬学、1998；第 39 巻第 6 号：1111-1118
- 8) 久保俊一他、特集 大腿骨頭壊死症～疫学・病態から治療まで～ステロイド性大腿骨頭壊死症の臨床病態 CLINICAL CALCIUM.2007；Vol.17. No.6：24-30
- 9) Strauss,A.and Corbin,J.,1990,Basics of

- Qualitative Research, Sage Newbury Park.
- [A. ストラウス, J. コービン .1999. 『質的研究の基礎－グラウンデッド・セオリーの技法と手順』(南裕子監訳 操華子ほか訳)医学書院.]
- 10) 南雅文、痛みを知る－痛みの中樞回路 痛みと情動－扁桃体およびその関連脳領域の役割. 週刊医学のあゆみ, 2007; Vol.223 No.9 :700-705
 - 11) 笠井裕一他、整形外科疾患に於ける痛みの研究 整形外科疾患の患者に於ける慢性疼痛. 臨床整形外科, 2007; Vol.42 No.6: 519-522
 - 12) 青山幸生、疼痛治療における実存的アプローチ－慢性的疼痛の治療を通じて－. Compr Med、2007; Vol.8 No.1 :66-68,
 - 13) Fukuhara S and Suzukamo Y:Manual of SF-36 V2 Japanese version. Institute for Health Outcomes & Process Evaluation Reserch,Kyoto,2004.
 - 14) Dawson J, Fitzpatrick R, Carr A, Murray D. Questionnaire on the perceptions of patients about total hip replacement. J Bone Joint Surg Br. 1996;78(2):185-190.
 - 15) 上杉裕子、藤田君支、奥宮暁子、人工股関節全置換術患者のQOL－Oxford Hip Score 日本語版の信頼性, 妥当性－日本看護研究会雑誌 2006; Vol.29、No.4 : 81-89
 - 16) Scott Fishman 橋本須美子訳、心と体の「痛み学」現代疼痛医学はここまで治す 原書房 東京都 2003.
 - 17) 高岡邦夫、特発性大腿骨頭壊死症の予防を目的とした疫学的病態生理学的遺伝学的総合研究骨・関節系疾患調査研究班特発性大腿骨頭壊死症調査研究分科会 平成12年度研究報告書 2001; 1(1)-1(12)
 - 18) 浅野武志他、ステロイド性大腿骨頭壊死症発症予防のための遺伝子診断 南江堂 別冊整形外科 ORTHOPEDIC SURGERY 2005; No.48 : 45-50
 - 19) 藤岡幹浩他、特集 大腿骨頭壊死症～疫学・病態から治療まで～大腿骨頭壊死症の遺伝子解析 CLINICAL CALCIUM.2007; Vol.17. No.6 : 62-68
 - 20) 安永裕司、特集 大腿骨頭壊死症～疫学・病態から治療まで～特発性大腿骨頭壊死症に対する骨髄単核細胞移植術 CLINICAL CALCIUM.2007; Vol.17. No.6 : 78-83
 - 21) 田中隆治他、特発性大腿骨頭壊死症に対し骨髄間葉系細胞移植を施行した3例 Hip Jt 2005; Vol.31 : 386-389
 - 22) 山本卓明、ステロイド性骨壊死症の予防法開発とその臨床応用 上原記念生命科学財団研究報告集 2005Vol.19,475-477
 - 23) 本村悟朗他、抗凝固薬および抗高脂血症薬併用によるステロイド性骨壊死予防効果－動物モデルでの検討 南江堂 別冊整形外科 2005; 48 : 64-67
 - 24) Kostantions N. Malizos et al、Osteonecrosis of the femoral head:Etiology,imaging and treatment ,European Jornal of Radiology 、2007 : 63 : 16-28
 - 25) 小林千益、特発性大腿骨頭壊死症に対する人工関節置換術の成績－人工骨頭置換術との比較 南江堂 別冊整形外科 2005; 48 : 173-177

原 著

頸椎疾患患者の医師 - 患者関係に及ぼす要因分析

Factors affecting the physician-patient relationship in patients with cervical spinal disorders

藤原奈佳子¹、竹下克志²、脊柱靱帯骨化症に関する調査研究班³

Nakako Fujiwara¹, Katsushi Takeshita², Study group on spinal ligament ossification³

1 愛知さわみ看護短期大学、2 東京大学大学院医学系研究科整形外科、3 厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業

1. Aichi Kiwami College of Nursing 2. Department of Orthopaedic Surgery, Faculty of Medicine, The University of Tokyo 3. Health Labour Sciences Research Grant

抄録

【背景】：安全で安心できる患者を中心とした質の高い医療が求められている。安心して受療することができるためには、患者側と医療側との良好な信頼関係が欠かせない。

【目的】：本研究の目的は、医師 - 患者関係について、患者からみた医師との関係と患者特性との関連、および医師からみた患者との関係と患者からみた医師との関係の双方に相違をもたらす患者特性を検討することである。

【対象と方法】：脊柱靱帯骨化症に関する調査研究班（厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業）班員が所属する医療機関で受診の頸椎疾患患者 306（男性 212、女性 94）名（後縦靱帯骨化症 184 名、頸椎症性脊髄症 122 名）およびこれらの患者の主治医を対象として 2006 年 7 月から 2007 年 11 月にアンケート調査を実施した。患者対象の調査項目は性別、年齢、医師との関係、治療に対する満足度、機能障害の程度、気分・健康関連 QOL 尺度であり、医師対象の調査項目は患者の病態、患者との関係、機能障害の程度（JOA スコア、旧 17 点法）などである。

【結果】：対象の平均年齢（±標準偏差）は 64.5（± 10.0）歳、平均受療期間（±標準偏差）は 4.5（± 5.3）年であった。医師との関係があまり良くない場合の患者特性は、治療に不満である、手術をしていない、機能障害が高度である、緊張や不安が強い、などであった。医師 - 患者関係について、患者が「普通～悪い」と回答した者のうち、医師が「大変良好」と回答した者（区分 A）は 10.8%、医師が「大変良好～まあ良好」と回答した者（区分 A を含んだ区分 B）は 24.7%であった。医師 - 患者関係の患者と医師双方の回答の相違について、多重ロジスティック分析（ステップワイズ法）で選択された患者特性のオッズ比（95%信頼区間）は、区分 A では手術あり 0.13(0.03-0.62)、区分 B では治療に対する満足度が不満 18.46(3.09-110.29)、緊張や不安が強い 1.17(1.02-1.33)であった。

【結論】：頸椎疾患患者 306 名を対象として、医師と患者との関係およびこれらに関連する患者特性を調べた。機能障害の他、治療に対する満足度や緊張や不安などが医師 - 患者関係に関連しており、医師 - 患者双方が良好な関係を保つためには患者の気分状態にも注目をする必要が示唆された。

キーワード：医師 - 患者関係、医師と患者双方、頸椎疾患患者、治療満足度、患者の気分

Abstract

Background: In order to achieve safe, reliable, and high-quality medical care that focuses on the patient, a favorable relationship of trust must exist between the patient and medical personnel.

Objective: To investigate the physician-patient relationship from the perspectives of both physicians and

patients as well as its related patient characteristics.

Subjects and Methods: A questionnaire survey was conducted from July 2006 to November 2007 on 306 patients (212 men, 94 women) with cervical spinal disorders (ossification of posterior longitudinal ligament, n=184; cervical spondylotic myelopathy, n=122) who were treated at hospitals to which members of the Study group on spinal ligament ossification (Health Labour Sciences Research Grant) belonged, as well as the primary physicians of these patients. Survey items for patients included relationship with the physician, satisfaction with treatment, degree of impairment, and mood and health-related QOL scales, while those for physicians were relationship with the patient and degree of impairment (JOA score using the 17-point method).

Results: Patients had a mean age (\pm standard deviation) of 64.5(\pm 10.0) years and a mean treatment period (\pm standard deviation) of 4.5 (\pm 5.3) years. Characteristics of patients who did not have a favorable relationship with the physician included dissatisfaction with treatment, no history of surgery, high degree of impairment, and high levels of tension and anxiety. Among patients who reported that their physician-patient relationship was "normal to poor", 10.8% had physicians who described the relationship as "very good" (Group A) and 24.7% had physicians who described the relationship as "very good to somewhat good" (Group B including Group A). Odds ratios (95% confidence interval) for patient characteristics that were identified on stepwise multiple logistic regression analysis of differences in responses between physicians and patients regarding the physician-patient relationship were as follows: history of surgery (0.13; 0.03-0.62) in Group A, and dissatisfaction with treatment (18.46; 3.09-110.29) and high levels of tension and anxiety (1.17; 1.02-1.33) in Group B.

Conclusion: We investigated the physician-patient relationship and patient characteristics related to this relationship for 306 patients with cervical spinal disorders. In addition to impairment, satisfaction with treatment and levels of tension and anxiety were also related to the physician-patient relationship. These findings indicate that the patient's mood must also be considered in order to maintain a mutually favorable physician-patient relationship.

Key Words: physician-patient relationship, perspectives of both physicians and patients, cervical spinal disorders, satisfaction with treatment, patient's mood

I. 緒言

今日、安全で安心できる患者を中心とした質の高い医療が求められている。多様化する医療に対する情報が氾濫する現代社会では医療の受け手の期待感も様々となっている。患者側の期待感を満たして安心して受療を継続するためには、患者側と医療側との良好な信頼関係が欠かせない。患者側と医療側の双方がともに良好な信頼関係を保つことが理想的な良好な信頼関係である。患者との信頼関係を良好に保ち、良質な医療環境を形成させるための医療従事者の努力として、患者接遇マナーやコミュニケーション技法の向上が重要視され、その実践的な対応を記した書籍の出版も多くなっている¹⁻²⁾。一方では、医療不信や医療に対する暴言、医療訴訟といった経緯をとってしまう場合も多く、その対策書も出版されている³⁾。患者満足度や信頼関係に関しては医療管理の面から病院での課題としてとりくむ施設が多くなり、研究報告もされている⁴⁻⁸⁾。患者側と医療側と双方に回答を求めた研究には、看護師

と患者を対象として看護師の接遇について看護師の自己評価と患者が回答した満足度とを比較した報告⁹⁻¹⁰⁾がある。しかし、医師と患者との双方で互いの関係を比較した報告はみあたらない。そこで、本研究は医師と患者双方から医師-患者関係を調べ、医師-患者関係に関連する患者特性を分析した。

II. 研究目的

医師-患者関係について、「患者からみた医師との関係(以下、医師との関係)」と患者特性との関連を明らかにすることおよび「医師との関係」と「医師からみた患者との関係(以下、患者との関係)」の双方で互いの関係に相違をもたらす患者特性を明らかにすることを研究目的とした。

III. 対象と方法

本研究のデータは、2006年7月から2007年11月30日までの調査期間に厚生労働科学研究費補助金、難

治性疾患克服研究事業、脊柱靱帯骨化症に関する調査研究班で実施した多施設対象質問紙調査である「痛みに関する調査」¹¹⁾の一部を用いた。

1. 研究対象

本研究の対象は研究班班員が所属する医療機関に受診した患者で、病態別に 1.X 線で明確な頸椎後縦靱帯骨化症 (Ossification of the Posterior Longitudinal Ligament) で手術をしていない者 (以下、OPLL (手術なし))、2. 頸椎後縦靱帯骨化症で手術後 6 ヶ月以上経過した者 (以下、OPLL (手術あり))、3. 頸椎症性脊髄症 (Cervical Spondylotic Myelopathy) (ヘルニアは除く) で手術のない者 (以下、CSM (手術なし))、4. 頸椎症性脊髄症 (ヘルニアは除く) で手術後 6 ヶ月以上経過した者 (以下、CMS (手術あり)) の 4 群である。手術群については手術による急性期の影響がおさまり、安定した状態になる術後 6 ヶ月以上経過した者を対象とした。

2. 調査方法と調査項目

調査方法は、調査対象が得られる班員に調査用紙セット (医師記入用調査用紙、患者記入用調査用紙、同意書、返信用封筒) を送付した。医療機関の外來で医師から患者に調査の趣旨説明と調査への参加協力の依頼をし、同意を得た者に対して「患者記入用調査用紙」を配布した。患者の回答用紙は、データ管理者 (藤原) のもとへ返信用封筒で個別に郵送とした。「医師記入用調査用紙」は該当する患者の臨床情報などを記載してデータ管理者に送付した。なお、各患者ごとに患者記入用調査用紙と医師記入用調査用紙には同一の ID 番号をつけた上で患者名を匿名化した。

患者記入用の調査項目は性別、年齢、身長、体重、受療期間、治療に対する満足度、首の痛みや手のしびれが日常生活に及ぼす影響あらかず指標として Neck Disability Index; NDI (以下、NDI 得点¹²⁾)、日本整形外科学会頸部脊髄症評価質問票 (JOACMEQ) から nJOA スコア (以下、nJOA¹³⁾)、気分の評価尺度として POMS 短縮版 (mini Profile of Mood State)¹⁴⁾、全体的な健康関連 QOL 尺度として The MOS 8-Item Short-Form Health Survey; SF-8¹⁵⁾ および「医師との関係」である。

医師記入用の調査項目は病態 (対象群の区分)、重症度の指標として日本整形外科学会頸髄症治療成績判定基準の JOA スコア (旧 17 点法) (以下、JOA スコ

ア)¹⁶⁾ および「患者との関係」である。「医師との関係」の設問は、「医師との関係について教えてください」で、「患者との関係」の設問は「患者さんとの関係について」に対して選択肢は両者とも大変良好/まあ良好/普通/あまり良くない/悪いの 5 択である。

患者の回答内容から算出した指標の内容は以下のとおりである。

肥満度 (BMI) : $BMI = \text{体重 [kg]} / (\text{身長 [m]})^2$

NDI 得点 : 日常生活 (洗顔や着替え、物を持ち上げること、読書で首を使うこと、頭痛、集中力、仕事、運転や乗車、睡眠、リクリエーション活動など) の 10 項目についてそれぞれ 0 (普通にできる) から 5 (痛みやしびれのために支障がある) の 6 段階の選択肢で構成されている。各選択肢を得点として総合し、100 点満点に換算して NDI 得点とした。高値ほど首の痛みや手のしびれのために日常生活に支障があることを示す。

nJOA : 日常生活への影響について頸椎機能・上肢運動機能・下肢運動機能・膀胱機能・QOL の視点から 24 項目の質問に回答するものである。各項目の選択肢は 1 (できない、よくない) から 3 ないしは 5 (不自由なくできる) の段階の選択肢で構成され、得点をスコア化する。スコアは、0 ~ 100 ポイントの値をとり、値が大きいほど良好な状態を示す。

POMS 短縮版 : 過去一週間の気分について 30 項目 (「緊張 - 不安」、「抑うつ - 落込み」、「怒り - 敵意」、「疲労」、「混乱」、「活気」) の 6 つの気分が大別される) の質問について各項目は 5 段階の選択肢で構成されている。得点が高いほど該当する気分状態とされる。

SF-8 : 過去 1 ヶ月間について 8 つの領域 (全体的健康感、身体機能、日常役割機能 (身体)、体の痛み、活力、社会生活機能、心の健康、日常役割機能 (精神)) で各 1 項目ずつの質問から構成されている。本稿では、日本語版マニュアル¹⁵⁾ に従って各領域の日本における係数で重み付けをした身体的サマリースコア (PCS-8) と精神的サマリースコア (MCS-8) を算出した。2002 年の日本国民一般の平均は 50 点であり、得点が高いほど良い健康状態を表している。

JOA スコア (旧 17 点法) : 日常生活について運動機能 (上肢・下肢、各 0 ~ 4 点)、感覚機能 (上肢・体幹・下肢、各 0 ~ 2 点)、膀胱直腸機能 (0 ~ 3 点) で 0 ~ 17 点の値をとり、値が大きいほど良好な状態を示す。

3. 倫理的配慮

研究の実施に際して東京大学(平成 18 年 2 月 13 日)およびデータ管理者の前所属機関の名古屋市立大学(平成 18 年 9 月 5 日)の研究倫理審査委員会の承認を受けた。倫理面での配慮事項は、研究への参加は任意であること、不参加の場合も不利益を受けないこと、同意後の随時撤回が可能であること、匿名であること、医師回答用紙と患者回答用紙との対応は ID 番号でおこなうこと、患者回答用紙の回収先は当該患者の治療に関わらないところであることなどである。

4. 分析方法

各調査項目の基本統計は離散量についてはクロス集計、連続量については平均値、標準偏差(以下、SD)を用いた。連続量については、年齢と身体的サマリースコアを除いて正規分布ではなかったため、ノンパラメトリック検定を適用した。「医師との関係」の群別比較では離散変数には χ^2 検定(期待値が 5 例以下のセルがある場合には Fisher の直接確率計算法)を、連続変数の 2 群間比較では Mann-Whitney U 検定を、3 群間比較では Kruskal Wallis 検定の後に Wilcoxon-Mann-Whitney 検定で多重比較をおこなった¹⁷⁾。

医師-患者関係で、「医師との関係」と「患者との関係」の双方で互いの関係に相違をもたらす患者特性は、相違の程度から区分 A の場合と区分 B の場合を分析した。区分 A は、患者は医師との関係が「普通～悪い」と回答した者のうち、医師は患者との関係が「大変良好」と回答した者と回答した者に該当する。区分 B は、患者は医師との関係が「普通～悪い」と回答した者のうち、医師は患者との関係を「大変良好～まあ良好」と回答した者に該当する。したがって、区分 B には区分 A が含まれる。区分 A と区分 B のそれぞれで分析した理由は、特に相違の著しい区分 A についてその

特性を検討することが必要であり、さらに「医師-患者関係の感じ方の相違」を概論的に検討することの必要性から区分 A を含む区分 B という範囲を選定した。

区分 A または区分 B となる場合の患者特性との関連を調べるために、多重ロジスティック回帰分析(強制投入およびステップワイズ法)をおこなった。従属変数は各区分に入る者を「1」、入らない者を「0」とし、独立変数は性別、手術有無、治療に対する満足度、年齢、肥満度(BMI)、受療期間、JOA スコア、NDI 得点、nJOA、気分尺度、健康関連 QOL 尺度の各項目を投入した。回帰係数 β の検定には Wald 検定をおこない、オッズ比は 95%信頼区間をもとめた。ステップワイズ法では F 値確率が 0.05 以下の場合に投入、0.1 以上の場合に除去を適用した。統計解析には SPSS 15.0J、SPSS statistics 17.0 を用いた。

IV. 結果

1. 回収状況

回収された調査票は 306 (男性 212、女性 94) 名分で 23 の医療機関から報告があった。医師からの回答で、担当医師の記載がなかった 20 名分を除いて、担当医の数は 48 名(担当医あたりの回答数は 14 名が 23 名、5-9 名が 16 名、10-22 名が 9 名)であった。施設あたりのデータ(患者)数は、9 名以下が 8 施設、10-19 名が 9 施設、20-29 名が 6 施設であった。

2. 対象の基本属性(表 1)

病態の内訳は、OPLL(手術なし)が 80 名(26.1%)、OPLL(手術あり)が 104 名(34.0%)、CSM(手術なし)が 53 名(17.3%)、CSM(手術あり)が 69 名(22.5%)であった。平均年齢 \pm SD は 64.5 \pm 10.0 歳、平均受療期間 \pm SD は 4.5 \pm 5.3 年であった。

表 1. 対象の基本属性

	OPLL (手術なし)	OPLL (手術あり)	CSM (手術なし)	CSM (手術あり)	合計
人数(男性,女性)	80(52,28)	104(76,28)	53(36,17)	69(48,21)	306(212,94)
年齢[歳](平均値 \pm 標準偏差)	63.5 \pm 10.2	63.6 \pm 9.3	67.3 \pm 9.7	65.0 \pm 10.7	64.5 \pm 10.0
受療期間[年](平均値 \pm 標準偏差) (患者回答 当該設問回答数=192)	4.1 \pm 5.3	5.6 \pm 5.8	3.6 \pm 5.5	3.7 \pm 3.8	4.5 \pm 5.3
JOAスコア(旧17点法) (平均値 \pm 標準偏差) (医師回答 当該設問回答数=303)	13.6 \pm 3.2	12.1 \pm 3.4	12.1 \pm 2.9	12.8 \pm 2.9	12.6 \pm 3.2

3. 医師との関係および患者との関係 (図 1、図 2、図 3)

医師 - 患者関係において患者からみた医師との関係と医師からみた患者との関係の回答結果を図 1 に、さらに病態別にみたものを図 2 と図 3 に示した。医師との関係では回答があった 233 名のうち、「大変良好」が 88 名 (37.8%)、「まあ良好」が 72 名 (30.9%)、「普通」が 65 名 (27.9%)、「あまり良くない」が 7 名 (3.0%)、「悪い」が 1 名 (0.4%) であった。

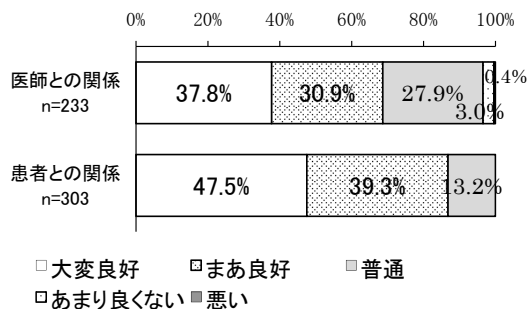


図 1. 患者からみた医師との関係と医師からみた患者との関係

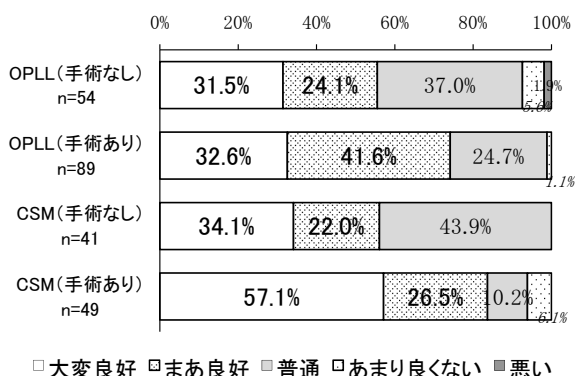


図 2. 医師との関係 (患者回答) χ^2 検定 $p=0.002$

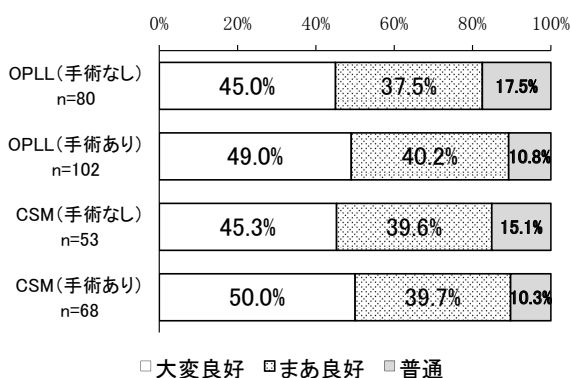


図 3. 患者との関係 (医師回答)

病態別にみると、「大変良好」の割合は、CSM (手術あり) が 57.1% に対して CSM (手術なし)、OPLL (手術なし)、OPLL (手術あり) はそれぞれ 34.1%、31.5%、32.6% と 30% 台であった (χ^2 検定 $p<0.05$)。

患者との関係では回答があった 303 名のうち「大変良好」が 144 名 (47.5%)、「まあ良好」が 119 名 (39.3%)、「普通」が 40 名 (13.2%) で、「あまり良くない」と「悪い」との回答はなかった。病態別には有意な差はなかった。

4. 医師との関係別にみた患者特性 (表 2)

医師との関係を「大変良好」、「まあ良好」、「普通～悪い」の 3 群として各群の患者特性を比較した。性別、年齢、肥満度では群間に有意な差は認められなかった。病態では、「普通～悪い」である者の割合は手術をしている場合には OPLL の 25.8%、CSM の 16.3% であるのに対して、手術をしていない場合には OPLL の 44.4%、CSM の 43.9% と高く、病態と医師 - 患者関係とは統計学的に有意な関連が得られた ($p<0.01$)。治療に対する満足度について医師との関係が「普通～悪い」者の割合をみると (やや不満～大変不満) である場合に 88.2% と多く、次いで (なんともいえない) 56.1%、(大変満足～満足) 14.1% であった ($p<0.001$)。受療期間については、医師との関係で線形の関連がみられなかった。JOA スコアでは「大変良好」群の 13.4 ± 3.2 点は「まあ良好」群と比較して高値であった ($p<0.05$)。NDI 得点では、「普通～悪い」群の 36.5 ± 17.9 点は他の 2 群にくらべて高値であった ($p<0.05$)。nJOA については、頸椎機能・上肢運動機能・下肢運動機能・膀胱機能ともに 3 群間で有意な差は認められなかったが、nJOA (QOL) では 3 群間で差を認め、「大変良好」群の 51.8 ± 19.9 点に対して「普通～悪い」群は 41.2 ± 16.8 点と低値であった ($p<0.05$)。気分尺度では、活気のみが「普通～悪い」群で低値であった。他の気分状態では「普通～悪い」群が高値で 3 群間の差を認めた。多重比較では緊張 - 不安と疲労の両者ともに「普通～悪い」群の平均値が 7 点台であるのに対し、他の 2 群の平均値は 5 点台であり有意に緊張 - 不安、疲労の状態であった ($p<0.05$)。健康関連 QOL 尺度では、「大変良好」群、「まあ良好」群、「普通～悪い」群の順に身体的サマリースコアの平均値は 42.9 点、40.8 点、38.5 点と減少し、精神的サマリースコアの平均値も同様に 48.4 点、47.6 点、45.2 点となり、「普通～悪い」群は「大変良好」群にくらべて有意に低値であった ($p<0.05$)。

表2.医師との関係別にみた患者特性

患者特性	1.大変良好 (n=88)		2.まあ良好 (n=72)		3.普通～悪い (n=73)		検定		合計 (n=233)	
	人数(%)		人数(%)		人数(%)		#1			
性別										
男性	68(41.5%)		47(28.7%)		49(29.9%)					164(100.0%)
女性	20(29.0%)		25(36.2%)		24(34.8%)					69(100.0%)
病態										
OPLL(手術なし)	17(31.5%)		13(24.1%)		24(44.4%)		**			54(100.0%)
OPLL(手術あり)	29(32.6%)		37(41.6%)		23(25.8%)					89(100.0%)
CSM(手術なし)	14(34.1%)		9(22.0%)		18(43.9%)					41(100.0%)
CSM(手術あり)	28(57.1%)		13(26.5%)		8(16.3%)					49(100.0%)
治療に対する満足度										
大変満足～やや満足	73(51.4%)		49(34.5%)		20(14.1%)		***			142(100.0%)
なんともいえない	9(13.6%)		20(30.3%)		37(56.1%)					66(100.0%)
やや不満～大変不満	1(5.9%)		1(5.9%)		15(88.2%)					17(100.0%)
	平均値 ± SD		平均値 ± SD		平均値 ± SD		#2 #3		平均値 ± SD	
年齢	± 9.6		64.2 ± 9.8		66.0 ± 10.5				64.8 ± 10.0	
肥満度(BMI)	24.2 ± 3.4		24.5 ± 3.6		24.5 ± 3.8				24.4 ± 3.6	
受療期間[年]	3.5 ± 4.6		6.3 ± 6.5		3.8 ± 4.3	*	*(1-2)		4.5 ± 5.3	
機能障害の程度										
JOAスコア(旧17点法)	13.4 ± 3.2		12.0 ± 3.1		12.6 ± 3.0	**	*(1-2)		12.7 ± 3.1	
NDI得点	25.8 ± 18.1		28.6 ± 16.2		36.5 ± 17.9	***	*(1-3), *(2-3)		30.0 ± 18.0	
nJOA(頸椎機能)	66.1 ± 29.5		63.3 ± 32.9		59.0 ± 28.0				63.0 ± 30.1	
nJOA(上肢運動機能)	84.1 ± 19.4		82.4 ± 20.4		79.8 ± 19.2				82.2 ± 19.6	
nJOA(下肢運動機能)	74.0 ± 25.8		69.6 ± 26.6		63.8 ± 28.7				69.5 ± 27.2	
nJOA(膀胱機能)	77.2 ± 20.4		76.2 ± 19.9		73.1 ± 21.3				75.6 ± 20.5	
nJOA(QOL)	51.8 ± 19.9		48.6 ± 16.2		41.2 ± 16.8	**	*(1-3)		47.4 ± 18.3	
気分尺度										
緊張-不安(T-A)	5.6 ± 3.9		5.2 ± 3.5		7.5 ± 4.0	***	*(1-3), *(2-3)		6.1 ± 3.9	
抑うつ-落込み(D)	3.5 ± 3.1		3.4 ± 3.5		5.1 ± 4.2	*			4.0 ± 3.7	
怒り-敵意(A-H)	3.7 ± 3.4		3.8 ± 3.1		5.1 ± 3.9	*			4.1 ± 3.5	
疲労(F)	5.6 ± 4.4		5.3 ± 3.8		7.3 ± 4.5	*	*(2-3)		6.1 ± 4.3	
混乱(C)	5.9 ± 2.9		5.9 ± 2.9		7.2 ± 3.3	*			6.3 ± 3.1	
活気(V)	6.5 ± 4.4		5.6 ± 4.0		4.8 ± 3.6				5.7 ± 4.1	
健康関連QOL尺度										
身体的サマリースコア (PCS-8)	42.9 ± 8.5		40.8 ± 7.7		38.5 ± 7.5	**	*(1-3)		40.9 ± 8.1	
精神的サマリースコア (MCS-8)	48.4 ± 7.0		47.6 ± 7.6		45.2 ± 8.5	*	*(1-3)		47.1 ± 7.8	

#1: χ^2 検定 ** p<0.01, *** p<0.001

#2: Kruskal Wallis検定 * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

#3: Wilcoxon-Mann-Whitney検定(多重比較)

*(1-2)は「1.大変良好」群と「2.まあ良好」群間で漸近有意確率<0.0167(0.05/3)をあらわす

5. 医師 - 患者関係についての医師および患者の回答の分布 (表 3)

表 3 は同一患者の医師 - 患者関係について、患者の回答である「医師との関係」と医師の回答である「患者との関係」とのクロス表である。両者とも回答があった 231 名の患者データについて、医師と患者双方で回答に相違がみられる割合をみると、区分 A には 25 名 (10.8%)、区分 B には 57 名 (24.7%) が該当した。

6. 医師 - 患者関係が医師と患者で一致する者と一致しない者の特徴 (表 4)

区分 A または区分 B とそれ以外で有意な差が認められた項目は、病態、治療に対する満足度、JOA スコア、NDI 得点、nJOA (QOL)、活力を除く気分尺度、身体的サマリースコアであった。病態別にみると、区分 A に該当する割合は OPLL (手術なし) 20.4%、CSM (手術なし) 17.1%、OPLL (手術あり) 6.8%、CSM (手術あり) 2.1% の順であった。これらを手術の有無別にみると、手術のない場合は 95 名のうち区分 A に 18 名 (18.9%)、区分 B に 32 名 (33.7%) が該当し、手術のある場合は 136 名のうち区分 A に 7 名 (5.15%)、区分 B に 25 名 (18.4%) が該当しており、手術のない場合で区分 A または区分 B に該当する割合が多かった。治療に対する満足度別では、区分 A、区分 B ともに (やや不満～大変不満) で多く、区分 B では (やや

不満～大変不満) の 70.6% が該当した。機能障害については区分該当者とそれ以外を比較して $p < 0.05$ で有意な差を示した項目は、JOA スコアの高値 (区分 A)、NDI 得点の高値 (区分 B)、nJOA (QOL) の低値 (区分 B) であった。気分尺度の緊張 - 不安、抑うつ - 落込み、疲労、混乱はいずれも区分 A または区分 B の該当者で高値を示しそれぞれの気分状態が優勢であることが示され、特に区分 B では有意な差が認められた。活力は有意ではないが区分該当者で低値で活力ではない気分状態の傾向を示した。怒り - 敵意は区分 A では低値、区分 B では高値であった。健康関連 QOL 尺度では、区分 B 該当者は身体的サマリースコアが低値となった。

表には示していないが、患者の症状について、患者自身で判断して回答した NDI 得点と医師が判断して回答した JOA スコアとの関係をスピアマン相関係数でみると、区分 A では $r = -0.380$ 、区分 B では $r = -0.583$ ($p < 0.001$) であった。区分 B の中で JOA スコアが 15 点以上であった者は 20 名であり、これらの NDI 得点の分布は、19 点以下が 9 名、20-39 点が 9 名、40-50 点が 2 名であった。この中で区分 A は 13 名が該当し NDI 得点の分布は、19 点以下が 7 名、20-39 点が 4 名、40-50 点が 2 名であった。

表 3. 医師-患者関係についての医師および患者の回答

- 区分 A (n=25)
医師-患者関係について、患者は「普通～悪い」と回答した者のうち、医師は「大変良好」と回答した者
- 区分 B (n=57)
医師-患者関係について、患者は「普通～悪い」と回答した者のうち、医師は「大変良好～まあ良好」と回答した者

		医師からみた患者との関係				
		大変良好	まあ良好	普通	計	
患者からみた 医師との関係	大変良好	人数 (%)	53 (45.7)	28 (32.9)	7 (23.3)	88 (38.1)
	まあ良好	人数 (%)	38 (32.8)	25 (29.4)	7 (23.3)	70 (30.3)
	普通	人数 (%)	22 (19.0)	27 (31.8)	16 (53.3)	65 (28.1)
	あまり良くない	人数 (%)	2 (1.7)	5 (5.9)	0 (0.0)	7 (3.0)
	悪い	人数 (%)	1 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)
	計	人数 (%)	116 (100.0)	85 (100.0)	30 (100.0)	231 (100.0)

表4. 医師-患者関係が医師と患者で一致する者と一致しない者の特徴

患者特性	区分Aの場合			区分Bの場合		
	区分A以外 (n=206)	区分A (n=25)	検定	区分B以外 (n=174)	区分B (n=57)	検定
	人数(%)		#1	人数(%)		#1
性別						
男性	145(89.5%)	17(10.5%)		124(76.5%)	38(23.5%)	
女性	61(88.4%)	8(11.6%)		50(72.5%)	19(27.5%)	
病態						
OPLL(手術なし)	43(79.6%)	11(20.4%)	**	36(66.7%)	18(33.3%)	
OPLL(手術あり)	82(93.2%)	6(6.8%)		71(80.7%)	17(19.3%)	
CSM(手術なし)	34(82.9%)	7(17.1%)		27(65.9%)	14(34.1%)	
CSM(手術あり)	47(97.9%)	1(2.1%)		40(83.3%)	8(16.7%)	
治療に対する満足度						
大変満足～やや満足	133(94.3%)	8(5.7%)	**	126(89.4%)	15(10.6%)	***
なんともいえない	53(81.5%)	12(18.5%)		36(55.4%)	29(44.6%)	
やや不満～大変不満	13(76.5%)	4(23.5%)		5(29.4%)	12(70.6%)	
	平均値 ± SD	平均値 ± SD	#2	平均値 ± SD	平均値 ± SD	#2
年齢	64.9 ± 9.7	64.4 ± 11.0		64.5 ± 9.6	66.1 ± 10.6	
肥満度(BMI)	24.3 ± 3.6	24.9 ± 3.4		24.4 ± 3.7	24.4 ± 3.2	
受療期間[年]	4.7 ± 5.6	3.5 ± 3.0		4.8 ± 5.7	3.7 ± 4.1	
機能障害の程度						
JOAスコア(旧17点法)	12.6 ± 3.2	14.0 ± 2.4	*	12.8 ± 3.1	12.7 ± 3.1	
NDI得点	29.9 ± 18.0	31.2 ± 19.1		28.3 ± 17.8	35.6 ± 17.7	**
nJOA(頸椎機能)	62.9 ± 30.7	63.4 ± 25.6		64.3 ± 30.7	58.9 ± 28.1	
nJOA(上肢運動機能)	82.0 ± 20.2	82.7 ± 15.9		83.0 ± 19.7	79.4 ± 19.7	
nJOA(下肢運動機能)	69.5 ± 27.1	69.0 ± 29.1		71.4 ± 26.2	63.4 ± 29.9	
nJOA(膀胱機能)	75.4 ± 20.8	78.1 ± 19.2		76.6 ± 20.0	72.8 ± 22.1	
nJOA(QOL)	47.7 ± 18.2	45.0 ± 20.1		49.1 ± 18.4	42.1 ± 17.4	*
気分尺度						
緊張-不安(T-A)	6.0 ± 3.9	6.7 ± 4.2		5.7 ± 3.8	7.5 ± 4.1	**
抑うつ-落込み(D)	4.0 ± 3.7	4.2 ± 3.9		3.7 ± 3.4	5.0 ± 4.3	*
怒り-敵意(A-H)	4.2 ± 3.6	3.6 ± 3.1		3.8 ± 3.2	5.3 ± 4.2	*
疲労(F)	6.0 ± 4.3	6.2 ± 4.6		5.7 ± 4.3	7.2 ± 4.4	*
混乱(C)	6.2 ± 3.1	6.3 ± 2.9		6.0 ± 3.0	7.0 ± 3.0	*
活気(V)	5.8 ± 4.1	4.4 ± 3.4		5.9 ± 4.2	4.9 ± 3.7	
健康関連QOL尺度						
身体的サマリースコア(PCS-8)	40.9 ± 8.2	41.3 ± 6.9		41.6 ± 8.4	38.8 ± 6.9	*
精神的サマリースコア(MCS-8)	47.1 ± 7.7	47.5 ± 8.3		47.6 ± 7.4	45.5 ± 8.9	

#1: χ^2 検定

#2: Mann-Whitney U検定

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

7. 区分Aまたは区分Bとなる場合の患者特性要因別オッズ比 (表5)

多重ロジスティック回帰分析 (強制投入法) で区分Aまたは区分Bとなる場合の患者特性要因別のオッズ比を算出した。病態については、OPLLとCSMともに手術なしの場合に区分該当者となる割合が高いことを示した (表4) ことより、手術の有無で分類した。オッズ比の95%信頼区間に1を含まなかった項目のオッズ比 (95%信頼区間) は、区分Aでは手術ありが0.020 (0.000-0.489)、JOAスコアが2.251 (1.138-4.454)、身体的サマリースコアが1.418 (1.044-1.926) であっ

た。区分Bでは治療に対する満足度が (大変満足～やや満足) を対照として (なんともいえない) が8.553 (2.277-32.136)、(やや不満～大変不満) が21.256 (1.856-243.464) であった。多重ロジスティック分析 (ステップワイズ法) で選択された項目のオッズ比 (95%信頼区間) は、区分Aでは手術ありが0.129 (0.027-0.619)、区分Bでは治療に対する満足度が (なんともいえない) が5.327 (1.971-14.391)、(やや不満～大変不満) が18.460 (3.090-110.285)、緊張-不安が1.165 (1.022-1.329) であった。

表5.区分Aまたは区分Bとなる場合の患者特性要因別オッズ比

	区分A		区分B	
	β 検定 ^{#1}	オッズ比 (95%信頼区間)	β 検定 ^{#1}	オッズ比 (95%信頼区間)
性別 (対照: 男性)				
女性	-3.183	0.041 (0.001 - 1.620)	-1.082	0.339 (0.076 - 1.519)
手術 (対照: なし)				
あり	-6.453 *	0.020 (0.000 - 0.489)	-1.309	0.270 (0.058 - 1.250)
治療に対する満足度 (対照: 大変満足～やや満足)				
なんともいえない	0.969	2.635 (0.292 - 23.767)	2.146 ***	8.553 (2.277 - 32.136)
やや不満～大変不満	-2.614	0.073 (0.000 - 20.357)	3.057 *	21.256 (1.856 - 243.464)
年齢	0.011	1.011 (0.891 - 1.146)	0.049	1.050 (0.976 - 1.130)
肥満度 (BMI)	-0.233	0.792 (0.549 - 1.143)	-0.066	0.936 (0.784 - 1.117)
受療期間 [年]	0.000	1.000 (1.000 - 1.001)	0.000	1.000 (1.000 - 1.000)
機能障害の程度				
JOAスコア (旧17点法)	0.811 *	2.251 (1.138 - 4.454)	0.130	1.139 (0.860 - 1.508)
NDI得点	0.100	1.105 (0.957 - 1.276)	0.097	1.102 (0.996 - 1.218)
nJOA (頸椎機能)	-0.071	0.931 (0.856 - 1.014)	-0.003	0.997 (0.970 - 1.025)
nJOA (上肢運動機能)	-0.001	0.999 (0.883 - 1.130)	0.045	1.046 (0.973 - 1.126)
nJOA (下肢運動機能)	-0.022	0.978 (0.891 - 1.073)	-0.031	0.969 (0.921 - 1.020)
nJOA (膀胱機能)	0.040	1.040 (0.935 - 1.157)	0.002	1.002 (0.957 - 1.048)
nJOAQOL (QOL)	-0.057	0.945 (0.841 - 1.060)	-0.018	0.982 (0.917 - 1.051)
気分尺度				
緊張-不安 (T-A)	0.857	2.355 (0.986 - 5.628)	0.322	1.379 (0.930 - 2.045)
抑うつ-落込み (D)	-0.102	0.903 (0.391 - 2.085)	-0.039	0.962 (0.653 - 1.418)
怒り-敵意 (A-H)	-0.264	0.768 (0.387 - 1.525)	0.137	1.147 (0.880 - 1.496)
疲労 (F)	0.020	1.020 (0.611 - 1.703)	-0.064	0.938 (0.739 - 1.192)
混乱 (C)	-0.565	0.568 (0.300 - 1.076)	-0.210	0.811 (0.567 - 1.160)
活気 (V)	-0.186	0.831 (0.573 - 1.204)	-0.092	0.912 (0.745 - 1.116)
健康関連QOL尺度				
身体的サマリースコア (PCS-8)	0.349 *	1.418 (1.044 - 1.926)	0.129	1.137 (0.981 - 1.318)
精神的サマリースコア (MCS-8)	0.176	1.192 (0.911 - 1.559)	0.157	1.170 (0.988 - 1.384)

#1: Wald検定、* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

V. 考察

1. 対象

研究対象疾患は頸椎疾患のうち、頸椎後縦靭帯骨化症 (OPLL) と頸椎症性脊髄症 (CSM) であった。両疾患とも頸髄が圧迫されるために四肢のしびれや手指の巧緻運動障害、歩行障害等を呈し、日常生活に支障をきたす疾患である。圧迫のメカニズムは、OPLLは骨化した後縦靭帯の骨化による頸髄への圧迫であり、CSMは頸椎脊柱管の狭い状態に経年的な頸椎の変化(後方骨棘、椎間板狭小と後方膨隆)や頸椎の前後屈不安定性による頸髄の圧迫である^{18,19)}。OPLLとCSMの病態は異なるが両者とも頸髄への圧迫と治療としての除圧手術は共通していることから、本稿においては一括しての議論が可能と考える。しかし、OPLLは特定疾患治療研究の対象疾患に指定されており、OPLL患者は難治患者であるという精神的ストレスや骨化が広範囲に広がるおそれがあるという危惧感をかかえて生活していることが推測される。精神的ストレスや疾病の進展に関する危惧感などが症状や信頼関係にどのように関連するかについては今後さらに検討の予定である。

今回の対象患者306名は、多施設から得た。医療機関の規模や医療水準、担当医師などによって患者の期待も異なり、医師-患者関係に影響を与えたと考えられる。しかし、本データの医療機関は調査研究班班員の関連病院であり、専門医が診察にあたっているため、かなり均一の医療環境からのデータであると考えられる。

2. 「医師との関係」および「患者との関係」

医師-患者関係についての設問の選択肢は患者が回答する「医師との関係」と医師が回答する「患者との関係」で同一であり、両者とも大変良好/まあ良好/普通/あまり良くない/悪いの5択とした。患者の回答では5つの選択肢ともに回答者があったが、医師の回答では患者との関係について「あまり良くない」、「悪い」を選択した者はなかった(図1)。また、医師との関係が「大変良好」な者はCSM(手術あり)で多かった。手術ありで「大変良好」な関係になりやすい場合は、手術に対する術前期待感と実際の術後経過との乖離が少ない場合、あるいは手術により疾病の治療をすませたことで精神的重圧から開放される場合などが考えられる。一方、療養生活の中で予後の推測が難しい場合には医療への不信感につながる可能性も報告され

ている²⁰⁾。OPLLでは、医師との関係が「大変良好」な者は手術なし例で31.5%、手術例で32.6%と手術有無で差はみられなかった。OPLLは1980年12月に特定疾患治療研究対象疾患に指定され、原因の究明や治療方法について研究がされている²¹⁾。OPLLは比較的まれ(全国の推定患者数は約2万3千人)で医療従事者の間でも病気についての知識は十分に広まっておらず、どのような症状がでたら手術をするか、また手術方法については一定の基準が確立されていない²²⁾。このため治療方法や予後の確率論的な説明が患者に十分に伝えにくいことが医師-患者関係に影響しているのかもしれない。

3. 「医師との関係」と患者特性

医師との関係が「普通~悪い」者は、手術をしていない、治療に対して不満、頸部の神経症状により日常生活に支障がある(NDI得点が高い)、QOLがよくない(nJOA(QOL)低値)、緊張-不安の状態、疲労の状態、身体的健康度が低い(身体的サマリースコア低値)、精神的健康度が低い(精神的サマリースコア低値)であった(表2)。対人関係は、性別や年齢で異なるとの報告²³⁾があるが、今回のデータでは医師との関係に影響はみられなかった。看護師の対応の中で特に「痛みや苦痛への対応」が患者の満足度が高いとの報告⁷⁾もあり、今回対象とした疾患が日常生活に影響を与えるような神経症状を呈する慢性疾患であるということが性別や年齢という要因よりも大きく寄与していた可能性が考えられる。今後、痛みやしびれのある身体部位も考慮して日常生活への影響や医療への期待、信頼関係などをさらに検討の予定である。

4. 患者が回答した「医師との関係」と医師が回答した「患者との関係」の双方で互いの関係に相違をもたらす患者特性

医師-患者関係について患者の回答には「あまり良くない」、「悪い」を選択した者があったが、医師の回答では選択した者はなかった。患者が弱い立場とするならば患者自身の思いを表出することができないまま医師の言動に従っているのかもしれない。区分Aに10.8%、区分Bに24.7%であった。

「患者との関係」が良いと思って診療している患者の中に、「医師との関係」が良くないと感じている患者がいるとすれば、患者に精神的な負担をもたらすこともあり得る。このような場合に陥る患者の特性を把

握して患者関係を意識しながら診療を継続することは医療の質向上に寄与すると思われる。

区分 A と区分 B に共通する特性として、手術なし、治療に対して不満、頸部の神経症状により日常生活に支障がある (NDI 得点が高い)、QOL がよくない (nJOA(QOL) 低値)、緊張 - 不安の状態、抑うつ - 落ち込みの状態、疲労の状態、混乱の状態、活気がない傾向が抽出された。この他に区分 A では医師の判断による JOA スコアで状態が良い、区分 B では怒り - 敵意の状態、身体的健康感が低いであった。

区分 A とこれを含んでより広くした区分 B とで異なる傾向を示した項目として、JOA スコア、怒り - 敵意、身体的健康感があつた。これらの項目については、相違の程度が区分 B より大きい区分 A に該当する者で JOA スコアが高値で病状が良く、患者自身も身体的健康感が良い傾向にあり、怒り - 敵意の状態ではないという傾向であった。身体状況が比較的良好であるために医師に依存する必要性が少なく、医師 - 患者関係として医師と患者の双方におけるとらえ方の相違となったことも考えられる。

日常生活への影響についての患者の判断を反映している NDI 得点が高値である場合は、医師 - 患者関係のとらえ方が医師と患者で異なる場合があることへの配慮の必要性を示唆している。患者が回答した NDI 得点と医師の診断による JOA スコアは負の相関を示した。区分 B の中で JOA スコアが 15 点以上で比較的良好な状態と医師の診断をうけた者の中には、患者の回答に基づく NDI 得点が 40 点以上で日常生活に支障を感じている者が 2 名 (区分 A 該当者) 存在した。

本研究では医師が患者の日常生活や心理状態を十分に把握できていない場合があることが示唆された。しかし、日常診療において当該疾患にかかわる症状以外にその患者を総合的に評価することは困難である。特に難治性機能障害が慢性に経過する疾患をかかえている患者の状態を総合して評価するためには、医師による臨床指標のみでは難しい。看護師や理学療法士、作業療法士などのコメディカルスタッフの支援が期待される。医療における医療側と患者側の信頼関係と社会的背景要因の関与については今後の研究課題である。

【結論】：頸椎疾患患者を 306 名を対象として、医師と患者との関係およびこれらに関連する患者特性を調べた。機能障害の他、治療に対する満足度や緊張や不安などが医師 - 患者関係に関連しており、医師と患者の双方が良好な関係を保つためには患者の気分状態や

日常生活の支障の程度にも注目をする必要性が示唆された。

謝 辞

本研究は厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業 脊柱靭帯骨化症に関する調査研究班 (主任研究者：平成 17-19 年度中村耕三、平成 20 年度から戸山芳昭) の助成を受けました。記して深謝申し上げます。

文 献

- 1) 田中千恵子編. 患者接遇マナー基本テキスト. 東京：日本能率協会マネジメントセンター、2005
- 2) 飯島克巳著. 外来でのコミュニケーション技法. 東京：日本医事新報社、2006
- 3) 和田耕治編. 病医院の暴言・暴力対策ハンドブック. 東京：メジカルビュー社、2008
- 4) 大庭純子、米山美智代、A 公立総合病院の外来患者満足度調査による病院総合評価に影響する要因の検討. 日本看護学会論文集 (看護管理). 2007 ; 37 : 517-519
- 5) 宮田和歌子、『外来患者満足度調査』からみる健生クリニックの課題. 健生病院医報. 2007 ; 30 : 36-40
- 6) 内田美恵、西川京子、高田美代子、外来患者の満足度向上に向けた待ち時間の検討 院内で発生する待ち時間と待たされ感に焦点をあて. 日本看護学会論文集 (看護総合). 2006 ; 37 : 83-85
- 7) 上江洲幸子、宮城圭子、我如古栄子他、患者満足度調査 外来部門. 沖縄県立那覇病院雑誌. 2005 ; 15 : 29-33
- 8) 根津綾子、久保田由里子、滝沢綾子他、救急外来から入院した患者・家族の満足度と継続受診意志に及ぼす要因. 日本看護学会論文集 (看護管理). 2003 ; 33 : 91-93
- 9) 伊藤美幸、草野晃子、長内則子、外来患者・看護師の接遇に対する満足度調査 患者と看護師の満足度の比較. 市立秋田総合病院医誌. 2007 ; 15 : 1-7
- 10) 深石タカ子、患者満足の視点に基づいた外来看護実践の評価と職務満足との関連の検討 患者・看護師のアンケート調査と看護師の職務満足に関する検討. 日本看護学会論文集 (看護管理).

- 2006 ; 36 : 104-106
- 11) 藤原奈佳子、竹下克志、星地亜都司他、後縦靱帯骨化症患者の痛みとしびれの実態と痛みに影響する要因. 厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業 脊柱靱帯骨化症に関する調査研究 平成19年度総括・分担研究報告書 (主任研究者: 中村耕三). 2008: 17-38
 - 12) Vernon HT, Mior SA. The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. J Manip Physiol Ther. 1991;14:409-415
 - 13) Fukui M, Chiba K, Kawakami M, et al. Japanese Orthopaedic Association Cervical Myelopathy Evaluation Questionnaire(JOACMEQ): part 4. Establishment of equations for severity scores: Subcommittee on low back pain and cervical myelopathy, evaluation of the clinical outcome committee of the Japanese Orthopaedic Association. J Orthop Sci. 2008 ;13(1):25-31
 - 14) 横山和仁編著. POMS 短縮版 手引きと事例解説. 東京: 金子書房、2006
 - 15) 福原俊一、鈴鴨よしみ編著. SF-8 日本語版マニュアル. 京都: NPO 健康医療評価研究機構、2004 : 27-34
 - 16) 山内裕雄、平林冽、日本整形外科学会頸髄症治療成績判定基準. 日本整形外科学会雑誌. 1994; 68: 490-503
 - 17) 石村貞夫著. SPSS による分散分析と多重比較の手順 第3版. 東京: 東京図書、2006 : 72-73
 - 18) 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会、頸椎後縦靱帯骨化症ガイドライン策定委員会、厚生労働省特定疾患対策研究事業「脊柱靱帯骨化症に関する研究」班 編. 頸椎後縦靱帯骨化症診療ガイドライン. 東京: 南江堂、2005
 - 19) 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会、頸椎症性脊髄症ガイドライン策定委員会編、頸椎症性脊髄症診療ガイドライン. 東京: 南江堂、2005
 - 20) 菱木美和子、遠藤恵、患者が不信心を抱かないような環境作り. 日本看護学会論文集 (看護管理). 2005 ; 35 : 253-255
 - 21) 厚生統計協会編、国民衛生の動向・厚生 の指標 臨時増刊、2. 難病. 2008 ; 55(9) : 150-155
 - 22) 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会、頸椎後縦靱帯骨化症ガイドライン策定委員会、厚生労働省特定疾患対策研究事業「脊柱靱帯骨化症に関する研究」班 編. 患者さんのための頸椎後縦靱帯骨化症ガイドライン、診療ガイドラインに基づいて. 東京: 南江堂、2007 : vi, 50
 - 23) 押領司民、佐藤みつ子、脊髄小脳変性症療養者の主観的 QOL 性別、年齢別、罹患期間別の比較. 山梨大学看護学会誌. 2007 ; 6(1) : 7-14

原 著

高齢者の会食会の有効性に関する考察 – 事例調査を中心にして

Effectiveness of group meals of senior citizens associations

Survey of one group

松井順子

Junko Matsui

奈良女子大学

Nara Women's University

キーワード：高齢者会食会、事業の有効性、因子分析、地域分散型、閉じこもり予防

抄 録

地域内の拠点に集まり一同で食事をする高齢者会食会は、栄養バランスのとれた食事の提供、交流・閉じこもり予防、情報提供、他世代との交流など、多様な目的をかかげて多くの地域で開かれている。よって、同会は介護予防一般高齢者施策のひとつに加えられても不自然ではない。しかし現状は、自治体の独自事業、社会福祉協議会の独自事業、町づくり協議会の事業、ボランティア活動など、会の運営・実施主体やあり方がさまざまである。その理由は、厚生労働省が介護保険サービスを中心に事業評価を求める方向にあるなかで、会食会は事業評価などなく、当然、公費を投入する根拠も曖昧で、事業の位置づけや優先順位に基準がないことが大きな原因ではないかと考えられる。そこで本稿では、兵庫県芦屋市の社会福祉協議会が実施する会食会の参加者を対象に、事業に対する評価や会への期待感などを調べて、事業のあり方と意義を検討することにした。結果は、市内1箇所の開催ではなく、徒歩で気軽に参加できる地域分散型の会が望ましく、プログラムには「福祉・医療・介護」の情報提供が盛り込まれることが期待されていた。参加に対する期待感について、潜在意識を調べた因子分析では、「食事機能期待因子」「刺激期待因子」「交流期待因子」の3つが導けた。これらは先行研究や多くの地域で事業目的に掲げている「栄養バランスのよい食事の摂取」「食べることで満足感を得て、場合によればそれが自己実現になる」「食生活に対する意識の向上」「出かける場所の提供」「運動」「情報提供」「コミュニケーションの回復」「交流」などと対応しているとみなせる。ならば、会食会は一定の目的を果たしていることになる。ただし、問題は多くの地域で掲げている「閉じこもり予防」が現状では果たせていないことである。それを遂行するには、介護保険サービスに関する研究で述べられているように、事業の実施者が閉じこもりがちな高齢者を把握し、それらの者へ参加を促すシステムを構築する必要があることを本稿でも述べている。

キーワード：高齢者会食会、事業の有効性、因子分析、地域分散型、閉じこもり予防

Abstract

Senior citizens meal gatherings, where people come together and share a meal in the community, are held in many areas with multiple aims: providing nutritionally balanced meals, communication and preventing people from closing themselves inside, providing information, and interaction with people of other generations. It is natural, then, to include these gatherings among general measures to prevent the need for care. Currently, however, various types of these gatherings are held by many different groups or organizations, including independent programs of local governments or social welfare councils, community development programs, and volunteer activities. Major reasons for this are thought to be that, in the direction set by the Ministry of Health, Labor, and Welfare for assessing projects centered on care insurance services, there are project assessments for meal

gatherings. Of course the grounds for public funding are vague, and there are no standards for positioning or prioritizing programs. The subjects for this study were participants in meal gatherings held by the social welfare council of Ashiya City in Hyogo Prefecture. Their assessments of the program and expectations for the gatherings were investigated, and the style and significance of the program was investigated. It was found that the residents would prefer to have the gatherings held at a number of places throughout the city so that they could easily walk to participate in them, rather than in one place for everyone. They also hoped that provision of information on welfare, medical care, and nursing would be incorporated in the program. A factor analysis investigating subconscious expectations for participation led to the three factors of expectations for the meal function, expectations for stimulation, and expectations for interaction with others. This corresponds to previous studies and the aims of many community programs for intake of nutritionally balanced meals, feeling satisfaction in eating and self-fulfillment of that satisfaction depending on the situation, raising awareness with regard to eating habits, providing a place for people to go outside the home, exercise, provision of information, greater communications with others, and interactions. In that case, group meals may serve a uniform purpose. However, the often-cited problem of preventing people from keeping themselves indoors is sometimes not realized. To achieve this, the need was indicated in this study and elsewhere for the people carrying out these projects to understand elderly who tend to keep themselves indoors and build a system to encourage participation, and mentioned in research related to care insurance service.

Key words: Senior citizen's meals, effectiveness of program, factor analysis, geographical distribution, preventing people from closing themselves inside

1 はじめに

高齢単身者、及び、高齢者のみの世帯の者を対象に、地域内の拠点に集まって一同で食事をする会食会の目的について、全国社会福祉協議会 [1992] は、「閉じこもりがちな高齢者に他者との接触や友人との交流の場を提供し、社会的な孤立を和らげる」としている。野村 [1998] は、「情報提供や他者との交流という社会的援助を重視し、回数が多ければ栄養の確保と運動になり、月数回程度であれば閉じこもり予防になる」と述べている。近年の傾向を把握するため、東京都区市町村における高齢者福祉施策単独事業一覧 [2007] を参照すると、「交流・閉じこもり予防」「栄養バランスのとれた食事の提供」のほか、「レクリエーションや体操を行い、気分転換や健康維持を図る」「他世代との交流」など、活動的な目的も含まれている。

以上をもとに事業の位置づけを考えると、会食会は介護保険制度の地域支援事業のなかの、介護予防一般高齢者施策のポピュレーション・アプローチ¹⁾に加えられても不自然ではない。しかし、現状は例えば、筆者がこの度調査を実施した兵庫県芦屋市は市の事業ではなく社会福祉協議会の独自事業で、近隣の大阪市各区も同様であるが、神戸市は町づくり協議会が実施している²⁾。先ほど事業要覧を引用した東京都の場合は、自治体の独自事業の例もあれば、都の福祉改革推進事業（平成 19 年度より、高齢社会対策区市町村包括補

助事業)³⁾のひとつとして実施している自治体もあるなど、事業の位置づけはさまざまである。このように位置づけが明確でない理由は、自治体の老人福祉費の予算制約や介護保険財源のうち予防給付に活用できる割合からみた事業の優先順位の低さなどが考えられるが、そもそも会食会は目的に応じた事業内容なのか、目的が達成されているのかなど、事業に対する評価がなされていないことが最大の原因ではないかと考える。なぜなら、会食会は研究蓄積が極めて乏しく、例えば、多くの地域で同事業の目的のひとつに掲げている閉じこもり予防は、安村 [2006] が指摘しているように効果の証明が十分ではない。

そのような事業が存在するなかで、厚生労働省は平成 18 年度の介護保険制度の改正後、保険者に介護予防事業および新予防給付に対するプロセス評価、アウトプット評価、アウトカム評価を求めている⁴⁾。そのほか、詳細なプログラム評価を著しているロッシら [2005] を参照すると、政策-施策-事業に対する評価の目的とは、プログラムをよりよく遂行する・形作るための援助を導くこと、科学的基準のもとで信頼性のある成果の説明を行うための情報収集、社会科学的な知識基盤に貢献することやプログラム革新のための根拠となる知識の生成などをあげている。以上の厚生労働省の方針とロッシらの研究を勘案すると、会食会も事業の内容や効果について、より科学的に評価するこ

とが事業存在の根拠となり、位置づけを明確にする第一歩にあたりといえる。

そこで本稿では、会食会を中心にした食事サービスの変遷と、最近の具体例として東京都の状況を概観した後、会食会に関連する先行研究を踏まえる。その後、兵庫県芦屋市の社会福祉協議会の会食会の参加者を対象に調査を実施し、事業の有効性と課題を導く。この一連の試みを通じて、高齢がより健康的に暮らすために有効な会食会となるよう、事業のあり方と意義を検討することを目的とする。

なお、本稿の限界は次のとおりである。評価研究は事業の事前と事後の時間的経過を経て調査検討することが望ましいが、芦屋市会食会は毎回同じメンバーが参加しているわけではない。よって、アンケート調査は1回のみとする。その調査は事業を評価する指標にならない研究状況のなかで実施するものであり、定員は40人に過ぎない。とはいえ、会は市内1箇所だけで事例研究に該当し、標本数は統計分析に影響しない。よって、因子分析も行うが、結果を一般化して述べる際、注意を払うことを明記しておきたい。

2 会食会を中心にした食事サービスの変遷と東京都の状況、先行研究

(1) 会食会を中心にした食事サービスの変遷

栗木[1993]によると、我が国最初の会食会は1972年7月、神奈川県横須賀市キリスト教社会館が民生委員や住民の協力をえて、地域に暮らす一人暮らしの高齢者を対象に、憩いの場の提供と同者の生活実態を把握することを目的に開かれたのがはじまりである。配食サービスも同年、旧厚生省科学研究助成金で実施された「東京老人ホームの社会化」の取り組みとして、同ホームから武蔵野市のひとり暮らし高齢者を対象に、ボランティアの協力を得て弁当を届けた事業が最初である。野村[1995]によると武蔵野市の配食の翌年にあたる1973年、大阪市住吉区の「軽費老人ホーム受念館」、同市淀川区「キリスト教ミード社会館」で、大阪市の「社会福祉に関する実験的開拓事業」として老人給食がスタートし、現在に至っている。同年、東京都新宿区は友愛訪問事業の一環として配食サービスを実施し、それ以後、単独事業として、配食サービス、または、会食会を実施する自治体が現れ始めた。その委託先が、社会福祉協議会や社会福祉法人である。これらの食事サービスが動き始めた1973年ごろは年金への物価スライド制導入や、高齢者医療の全額給付が

実施されるなど、福祉元年といわれた時代である。全国社会福祉協議会[1992]の報告によると、1981年には全国で511箇所、1989年には2009箇所の同協議会が、配食か会食会のどちらかを実施している。現状を把握するため、筆者が2008年2月、全国社会福祉協議会に電話で問い合わせたところ、「どちらの食事サービスを実施するかは、自治体から事業を受託する場合や、独自事業として実施する場合などで異なるが、独自事業の場合は実情や必要性に応じて個々で判断している」ということであった。

(2) 東京都の状況

最近の具体例として、東京都の状況を整理する。平成18年度版、区市町村における高齢者福祉施策単独事業一覧から筆者が自治体関連の会食会の状況を抜粋し作成したものが表1である。事業区分は、単独事業、福祉改革事業（現、高齢社会対策区市町村包括補助事業）⁵⁾、社会福祉協議会などへの団体委託事業、団体補助事業に分かれ、内容も1. はじめに述べたとおり、閉じこもり予防に留まらず、レクリエーションや体操を行い気分転換や健康維持を図る、世代間交流など、活動的・積極的なものも取り入れている。

筆者の2008年3～4月のヒヤリング調査によると、港区の場合は「会食会の施設を知ってもらうことも目的のひとつで、高齢の方たちにとれば『出かける先がここにもある』という意識形成につながる。利用者の身体状況も、一般高齢者から軽度の要介護認定者まで幅広い」ということであった。目黒区はボランティア団体に事業を委託しているが、「ボランティアの年齢層が幅広く、福祉の町づくりにつながる。参加者も招かれているのではなく、試食ボランティアとして参加し、招く側と招かれる側というイメージを払拭している」など、地域性と団体の特色を発揮している。墨田区では区の高齢者総合施設を指定管理者に委託し、会食会に催しをセットにして開いているので「断らなければならないほど希望者が多い」ということであった。練馬区の場合は「参加者を募るのではなく、地域包括支援センターが閉じこもりがちな高齢者を把握しているので、それらの者を対象にした会を開いている」とのことであった。つまり、閉じこもり予防と「食」の自立支援事業をより確実に実現するため、高齢者一般施策と介護保険地域支援事業を連結した取り組みだといえる。

表1 東京都の会食会の状況 (自治体関連事業のみ)

区市町村	総数	65歳以上	高齢化率	事業区分	対象者要件		実施内容	実施回数	1食当り経費(円)	1食当本人負担額(円)	補助額(円)	対象者数(人)	開始年度
					年齢	要件							
① 千代田区	41,778	8,422	20.2	团委	65	ひとり暮らし及びこれに準ずる者	会+講習会、6地区	月2~3回	500	500	0	110	61
② 中央区	98,399	15,998	16.3	単独	原則65	ひとり暮らし、高齢者のみ、昼間独居	運営協力委員の調理、懇談も	月3回	600	600	0	1回15	13
③ 港区	185,861	32,983	17.7	福祉改革	65	ひとり暮らし、及び、高齢者世帯	福祉会館など、区内18箇所。食事は業者に委託し、配膳はシルバー人材センターに依頼。月1回、栄養指導などを実施。	週1回	800	400	400	350	18
④ 文京区	189,632	34,721	18.3	福祉改革	65	ひとり暮らし	デイサービスセンターで会食交流を図る。	週1回	876	650	226	約50	63
⑤ 台東区	165,186	37,719	22.8	単独		友愛訪問員が訪問している高齢者	友愛訪問員が地域社会との交流に詳しいひとり暮らしの高齢者を招待し、訪問員手作りの料理で食事会を実施。	年1回	700	なし	700	147	49
⑥ 墨田区	231,173	46,658	20.2	福祉改革	65	徒歩で園まで来られる65歳以上の方	区内10(公・私)の保育園で園児との交流を兼ねた会食会	月1~6回	500	200	300	約200人	不明
⑦ 目黒区	264,064	46,361	17.6	単独	65	ひとり暮らし	ボランティア団体に委託	毎週日曜	700, 900	500	200, 400	50	58
⑧ 世田谷区	841,165	142,197	16.9	福祉改革	65	ひとり暮らし	会食サービス協力員が区民集会所施設や自宅などを利用して、会食等により食事を提供	月1~4回	1,000	400	600	770(延べ人数)	56
⑨ 渋谷区	203,334	36,892	18.1	福祉改革	原則65	ひとり暮らし及び高齢者世帯	高齢者ケアセンターで実施	月2回	600	600	0	1回40人	62
⑩ 豊島区	250,585	49,158	19.6	団体補助	65	ひとり暮らし及び高齢者世帯	ボランティアグループが調理し会食	月2回	650	400	250	220	51
⑪ 荒川区	191,207	39,762	20.8	福祉改革	概ね75	ひとり暮らし及び高齢者世帯や外出の機会が少ない、1日の食事が1~2回等の方	小学校のランチルームで実施。体操やレクリエーション、児童との交流も実施	週1回	300+α	300	区直営	1校15	18
⑫ 練馬区	692,339	130,755	18.9	福祉改革	65	ひとり暮らし及び高齢者世帯や外出の機会が少ない、1日の食事が1~2回等の方	通所サービスセンター(5箇所)で実施 案内は、地域包括支援センターや民生委員。	週1回	500~600+α	500~600	他の委託事業も含むので詳細は不明	1箇所15	18
⑬ 三鷹市	177,016	31,889	18.0	単独	概ね65	ひとり暮らし及び高齢者のみの世帯の方で、定期的な食事の確保が困難であり、かつ、「食」の自立支援の観点からサービスを受けることが必要な方	ボランティア会食	週1~3回	800	600	200	約90	62
⑭ 調布市	216,119	36,007	16.7	福祉改革	70	ひとり暮らし、高齢者世帯、昼間独居	調理はボランティアが行う。	週1回	607	350	257	定員75	8
⑮ 国分寺市	117,604	20,437	17.4	福祉改革	65	ひとり暮らし、高齢者世帯、日中独居	名称は「地域交流会」で、内容が会食、講習会、レクリエーションなど。	週1回	550	400	150	15人×11箇所	52
⑯ 大島町	8,702	2,487	28.6	福祉改革	65	ひとり暮らしを中心とするが、民生委員が推薦	名称は「地域交流会」で、内容が会食、講習会、レクリエーションなど。 施設等に集まり、地域住民とのコミュニケーションを図る。	10地区合計65回	800	300	500	1800人(年間延べ人数)	62
⑰ 大島町	8,702	2,487	28.6	福祉改革	65	ひとり暮らしを中心とするが、民生委員が推薦	施設等に集まり、地域住民とのコミュニケーションを図る。	13地区の合計が年52回	800	200	600	年間1200食	12

出所：東京都区市町村における高齢者福祉施策単独事業一覧(平成18年度版)、平成17年度国勢調査を用いて筆者が作成。ただし、事業一覧には空欄が多いため、治体へ電話調査を行い情報を埋めた。

単独=国・都の補助金なしで、区市町村が独自で実施する事業

福祉改革=福祉改革推進事業、平成12年度から始まり、平成19年度には対象者別の高齢社会対策区市町村包括補助事業に改正された。

団体補助=国・都の補助金なし又は都・国と異なる補助基準で、社会福祉協議会などへ補助する事業

団体委託=国・都の補助なし又は国・都と異なる補助基準で、社会福祉協議会などへ委託する事業

表 1 に戻って開催回数を比較すると、週 1 回の自治体もあれば、年 1 回もあり当然、会の目的が大きく異なる。次に、1 食当りの経費、自己負担額、補助額を比較すると、こちらも散らばりが大きい。それは公費を投入する根拠が曖昧で、事業の位置づけや優先順位に基準がないからではないかと思われる。当然、事業の不安定さは否定できない。

(3) 会食会に関連する先行研究

会食会に注目したのは野村である。野村 [1995、1998] の目指す食事サービスは、生活を補完するものではなく、生活の質の向上に寄与する立場をとる。閉じこもり予防の効果を高めるには身体状況の改善をみながら、配食サービスから会食会へ移ることが必要である。内容は食事以外に、情報提供やレクリエーションなど、プログラムの豊かさが参加者に元気を与える。運営は住民参加・地域ぐるみで取り組むことで効果が高まると述べている。また、野村 [2002] は、長嶋ら [1992] が開発した心理的な側面を中心とした QOL 評価表の 3 次元「生活の満足感」「心理的安定」「生活のハリ」について、会食会と配食サービスとではどのような違いが認められるか、介入研究を行い前後の差を検定している。その結果、会食会は「生活のハリ」が、配食サービスは「心理的安定感」について、統計的な有意差が認められたと報告している。

杉山ら [2006] は、介護保険制度の改正に向けて、地域支援事業及び新予防給付における栄養改善に関するサービスのあり方を報告している。栄養改善事業は、毎日の営みである「食べること」を通じて栄養改善をはかり、高齢者の自己実現を目指すものである。「食べること」は、高齢者の楽しみや生きがいとして重要であり、「食べること」自体が自己実現の場合もある。また、その場は人と人との双方向コミュニケーションの場でもあり、閉じこもりがちになる高齢者のコミュニケーションの回復につながる。よって、高齢者は「食べること」の場へ参加することを通じて、社会参加に対する意欲の向上も期待できる。…中略…。特定高齢者施策及び新予防給付の計画を作成する際には計画作成者が、一般高齢者施策の予防普及啓発事業や「食べること」の場の提供、外出支援、配食サービスなどの介護予防地域支援事業も活用することが必要であると、会食会やイキイキサロン、配食サービスの意義を述べている。

会食会は目的に閉じこもり予防と交流を掲げている

事例が多い。それは会に参加するには外出と食事の摂取が基本になるので、出かけることが閉じこもり予防になり、共に食事を摂れば参加者同士の交流が図れると、みなしているからだと思われる。ただし、みなしではなく、より科学的な根拠に基づいた事業に高めるには、閉じこもりと食事を摂ることの意味を把握するのが第一歩だといえる。よって、それらの研究を概観する。

閉じこもりの問題を最初に提起したのは竹内 [1984] である。閉じこもりは基礎疾患に老化を加えた「身体的要因」、行動意欲の低下や、友人や仲間がいないなどといった「心理的・社会的要因」、外出しにくい住宅事情や寒さの厳しい気候といった「環境要因」などによって、総合的・複合的に招かれる、としている。さらに竹内 [2004] は、閉じこもりや社会的孤立の解消は、地域のグループ活動に参加を呼びかけるといった単純な手法では解決しない。例えば、老人クラブ等の参加が途絶えがちになった時、従来のライフスタイルが維持できるよう、その者の行動変容を食い止める支援を行えば閉じこもり予防になるが、そういう支援はほとんどみあたらないと、閉じこもり予防の難しさを述べている。この難しさは、辻ら [2006] も同じで、閉じこもりリスクの高い高齢者を把握し、適切なサービスを提供しなければ予防にはならない、と述べている。一方、安村 [2006] は追跡調査の結果、社会的活動の多い高齢者の方が時間を経ると、死亡率は低く ADL も余り低下しない。よって、社会との交流を図ることは積極的⁶⁾な閉じこもり予防・支援策となる。また、そもそも社会的交流の多い者の方が健康感、精神的健康(ウツ尺度)、生活満足度といった主観的 QOL も高いと、述べている。

以上の閉じこもりに関する研究を勘案すると、会食会の目的に閉じこもり予防を掲げるには、参加者、および、参加が望ましい者を把握してフォローするシステムが前提になるが、それに該当するのは本稿の調査では練馬区だけである。しかし、安村の研究に添えば、会食会の参加者が会に対して社会的な活動や交流といった類の期待をいただければ、事前的な予防策という事業目的を上げることができる。そこで本稿では、事例調査を通じて参加者がどのようなことを期待しているかを調べることにする。

会食会で食事を摂ることの意味を理解するために、ここでは食事の機能を整理する。垣本 [1992]、杉田 [1988]、岩淵 [1996] を拠り所に食事の機能を分類する

と、基礎的機能は栄養の確保といった「生理的機能」で、それが満たされれば美味しく食べたいなど、「感覚・心理的機能」を求める。最後は、食事という行為を介して他者とのかかわりを持つことで、社会的な広がり・精神的な豊かさを得ることと、食を通じて文化の伝承を図る「社会・文化的機能」となる。食事の機能は以上の3つに分類されるが、そのうち、会食会の参加者が感覚・心理的機能や社会・文化的機能を得ていることを確認できれば、野村、杉山ら、安村の研究、ならびに、各地の事業目的とも一致していることになる。

3 事例調査

(1) 調査対象と事業内容

兵庫県芦屋市社会福祉協議会が実施している会食会の参加者を対象に実施した調査が、本稿の事例である。兵庫県芦屋市は阪神間に位置する住宅都市である。平成 17 年度の国勢調査によると、人口は 90590 人で、65 歳以上人口が 18422 人、高齢化率は 20.3%で、県全体の 19.8%、県市部の 19.7%をやや上回る。なお、同市の会食会の参加要件は 70 歳以上であるが、その 70 歳以上人口は 13079 人である。高齢者世帯の特徴は、ひとり暮らし男性の割合が低いことで、65 歳以上親族のいる世帯に占める同者の割合は 4.7%であるのに対し、県市部の同割合は 7.2%である。一方、ひとり暮らし女性は 22.4%、夫婦のみ世帯は 31.4%で、県市部の同平均の 19.4%、28.6%をやや上回っている。

事業内容について、芦屋市の会食会は、社会福祉協議会の独自事業のなかの在宅福祉事業のひとつである⁷⁾。会の目的は事業要綱に「70 歳以上の方の交流」と記載がある。会は 1 月と 8 月を除いた月 1 回の開催で、年 10 回である。場所は社会福祉協議会のある老人福祉会館 1 箇所だけで、食事作りは食生活改善推進委員会のメンバーがボランティアとして同会館の厨房で調理をする。会の財源は共同募金と社会福祉協議会の独自予算から、年間 3 万円 (1 回 3000 円) の予算を組み、参加者は食材費相当の 500 円を負担する。よって、食生活改善推進委員会のメンバーは毎月、(500 円×参加定員 40 人) + 3000 円の予算で献立を考えて提供している。ただし、参加者と食生活改善推進委員との直接的な交流はない。食事の後、例えば日本舞踊など、ボランティアによるアトラクションを行っているが、情報提供や医療や介護職の人を招いてミニ講座を開くような企画はない。会の PR 方法とその内容は、市の広報に、開催日時、会場、対象は 70 歳以上の方、会費

は 500 円、定員 40 人、申し込み日時を掲載している。なお、会食会と市の高齢者一般施策との連携はない。

以上が芦屋市の事業内容である。ほかの地域と比較すると目的が少なく、会も市内 1 箇所・中央開催型で、参加者のリストを作り経過を追うシステムはない。つまり、積極的な運営とは評しにくい。しかし、同市は「参加者の交流」を目的に掲げ、そしてこれは多くの地域も目的に掲げている。ならば、芦屋市の事例で参加者が交流していることを確認できれば、他の地域の会食会でも参加者は交流している可能性が高いとみなして問題ないのではないか。そのほか、会食会への期待感を調べて、食事の感覚・心理的機能や社会・文化的機能を期待していることが確認できれば、先行研究や多くの地域の会食会の目的と一致していることになる。よって、芦屋市社会福祉協議会の会食会参加者を対象にした調査を実施する。

(2) 調査内容

(a) 調査日、対象者数、回収状況

調査日 平成 19 年 10 月

対象者数 会食会の参加者全員 39 人 (男性 1 人、女性 38 人) 計 39 人

有効回答 38 人 (男性 1 人、女性 37 人)

調査方法 会食の後、質問票を用いての一齐回答・終了の会場調査

(b) 調査票の作成と調査項目

調査票の作成手順は次のとおりである。先に述べた先行研究を踏まえ、筆者が調査月の前に 2 回、同会食会の参与観察と参加者への聞き取りを行った⁸⁾。それらの資料や情報をもとに、事業の関係者である社会福祉協議会の担当者、調理ボランティアの食生活改善推進委員会委員長と協議しながら作成し、その後、芦屋市総務部次長の承諾を得た。調査項目は、調理を担当している食生活改善推進委員会の希望項目を盛り込むことと、対象が高齢者であることを考慮して、限られた紙面で納めなければならない。その制約内で基本項目、プログラムに対する参加者の評価、会食会に期待していることを調べることで、アウトカム評価とみなし、調査を実施した⁹⁾。

(c) 分析方法

標本数が少なく質問項目も限られていることから、基本的には単純集計である。ただし、会食会への期待については記述統計の後、潜在意識を探る因子分析を試みた。

表 2. 年齢区分別にみた世帯形態 単位：人 (%)

年齢\世帯	ひとり暮らし	夫婦だけ	夫・妻はなく、息子夫婦と同居	夫・妻はなく、娘夫婦と同居	夫・妻はなく、独身の息子と同居	夫・妻はなく、独身の娘と同居	夫婦で、独身の息子と同居	合計 (%)
70～74 歳	7	5	0	0	0	1	1	14(36.8)
75～79 歳	7	2	1	0	1	0	0	11(28.9)
80～84 歳	3	0	0	1	0	0	0	4(10.5)
85～90 歳	3	0	1	1	0	0	0	5(13.2)
90 歳以上	3	0	0	0	0	1	0	4(10.5)
合計 (%)	23(60.5)	7(18.4)	2(5.3)	2(5.3)	1(2.6)	2(5.3)	1(2.6)	38

表 3. 年齢区分別にみた会への参加開始年度

年齢\年度	9 年度	11 年	13 年	14 年	16 年	17 年	18 年	19 年	わからない	合計
70～74 歳	0	0	0	0	1	3	3	7	0	14
75～79 歳	0	0	2	2	1	2	1	3	0	11
80～84 歳	1	0	0	0	1	0	0	0	2	4
85～90 歳	0	0	0	1	1	1	0	0	2	5
90 歳以上	2	1	0	0	0	0	0	0	1	4
合計	3	1	2	3	4	6	4	10	5	38
割合	7.9%	2.6%	5.3%	7.9%	10.5%	15.8%	10.5%	26.3%	13.2%	/
累積率	7.9%	10.5%	15.8%	23.7%	34.2%	50.0%	60.5%	86.8%	100.0%	/

(3) 調査結果

(a) 対象者像

回答者の年齢と世帯形態、参加開始年度、をクロス集計したものが表 2～3 である。年齢は 70～74 歳が 14 人 (36.8%) で最も多い。一方、80 歳以上も 13 人 (34.2%) で、そのうち 90 歳以上が 4 人 (10.5%) いる。世帯形態は、ひとり暮らしが 23 人 (60.5%) で、もっとも多い。参加開始年度は平成 19 年度が最も多いが、事業が始まった平成 9 年度からの参加者は 3 人 (7.9%) で、5 年以上参加を続けている者は 9 人 (23.7%) いる。なお、年齢区分と参加開始年度のカイ 2 乗検定の結果は、5%水準で有意である。

介護認定状況と来館方法の集計表は割愛する。市の会食会は在宅福祉事業という高齢者向け一般施策であるが、介護認定者も 5 人 (13.2%) 参加している。来館は、徒歩が 17 人 (44.7%) で、バスは 15 人 (39.5%)、タクシーが 3 人 (7.9%)、電車は 1 人 (2.6%)、自転車 2 人 (5.3%) と、徒歩と交通機関利用者はほぼ同じであった。

(b) 事業内容

単純集計

事業内容を評価するため、「開催回数」「定員オーバーで申し込みを断られた経験」「近所での開催希望」「負担額」「アトラクション」「福祉や介護などの情報提供の希望」などをたずねた。集計表は紙面の都合上、割愛する。

開催回数は現状の「月 1 回がちょうどよい」が 32 人 (82.1%) を占めた。「定員オーバーで申し込みを断られた経験がある」は 14 人 (36.8%) で、「近所で会が開かれることを希望する」が 15 人 (40%) いる。負担額は、「ちょうどよい」が 28 人 (73.7%) で、4 分の 3 を占めている。アトラクションは「楽しみにしている」が 14 人 (36.8%)、「面白いときとそうでないときがある」は 16 人 (42.1%) と、拮抗している。現在、福祉や介護の情報提供は実施していないが、それを希望する者は 16 人 (42.1%) いた。

因子分析：参加に対する期待

質問項目の作成方法は先に述べたが、「あなたはどういうことを期待して、会食会に参加していますか」

表 4. 会食会に期待することの因子分析

質問文	クロー ンバッ クの α 係数	因子名			共通性
		食事 機能 期待	刺激 期待	交流 期待	
栄養バランスのいいものが食べられるから 自宅でこれだけの品数は作れない。それを食べられるのが楽しみ 時には人様の作ったものを食べたいから 味付けがよく、季節や工夫も感じられて、料理が楽しめるから 食生活に対する関心や知識が高まるから ひとりでお店に入るのは気が引けるが、ここなら気軽に外食気分を味わえるから 健康に食べられることが実感できるから	0.901	0.844	0.187	-0.012	0.748
		0.826	0.073	0.266	0.758
		0.754	0.308	0.377	0.805
		0.730	0.118	0.232	0.600
		0.619	0.372	0.299	0.611
担当者のお話を聞くと、ニュースなど世間のようすがわかるから 会食会に出席するのに、歩くことがいいので 同じ世代の人がアトラクションに出演していると、いい刺激になるから 家にばかりいるのがいやだから 出かけることが楽しいから	0.860	0.273	0.830	0.031	0.764
		0.172	0.717	0.350	0.666
		0.308	0.709	0.112	0.610
		0.418	0.601	0.325	0.641
知り合いとおしゃべりをする事ができるから 外出するために身なりを整えると、気持ちの張りがえられるから 人が集まっているところへ参加すると、自分も元気になれるから 顔見知りの人の近況を確認できるから	0.873	0.114	0.165	0.973	0.988
		0.336	0.552	0.562	0.734
		0.414	0.435	0.551	0.663
		0.353	0.152	0.546	0.446
因子寄与		4.332	3.598	2.703	
因子寄与率		27.073	22.490	16.896	
累積寄与率		27.073	49.563	66.459	

因子抽出法: 主因子法 回転法: Kaiser の正規化を伴わないバリマックス法
 因子数: 3 (スクリープロットを基準にした固有値の減衰状況から判断)
 Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測度 0.747

について、先行研究や参与観察、ヒヤリングの結果、関係者の意見を勘案して、目的を以下の5つに仮定し、

- ① 食生活に対する充足感を期待して
- ② 閉じこもりがちな生活を是正するため
- ③ 交流など社会性の維持を図るため
- ④ 会食会の経済性のよさから
- ⑤ 知見が広がることを期待して

5つに対応した質問文を合計 23 文設け¹⁰⁾、「非常に
 そう思う (5 点)」から「全くそう思わない (1 点)」
 で回答を求めた。質問文はキャリー・オーバー効果を
 避けるため、ランダムに配置した。分析は記述統計、
 因子分析の順で行ったが、因子分析では共通性の低い
 質問文 (0.300 未満) を除外し (主に、④会食会の経
 済性のよさ) たため、分析に用いた質問文は 16 である。

表 4 が因子分析 (主因子法、固有値 1.0 以上、バリ

マックス回転)の結果である。因子数はスクリープロ
 ットの結果、3つである。信頼性の確認のため、クロー
 ンバックの α 係数を算出したところ、各下位尺度とも
 0.800 以上であった。

因子の解釈に移る。因子 1 で負荷量大きい質問文
 は「栄養バランスのいいものが食べたいから」(0.844)、
 「自分でこれだけの品数は作れない」(0.826)「食生活
 に対する関心や知識が高まるから」(0.619) など、先

表 5. 来館方法別にみた因子得点の平均値と標準偏差

(上段: 平均値、下段: 標準偏差)

来館方法	因子 1 (食事機能)	因子 2 (刺激)	因子 3 (交流)
徒歩 (17 人)	0.464	0.136	-0.006
	0.391	0.745	1.052
バス (14 人)	-0.049	-0.158	0.106
	0.835	1.211	0.842
タクシー (3 人)	-1.621	-0.134	0.821
	1.754	1.019	0.543

行研究で確認した食事の生理的機能、感覚心理的機能、社会・文化的機能のいずれかに該当するとみなせる。よって、因子1を「食事機能期待因子」とする。

第2因子で負荷量の大きい質問文は、「担当者の話を聞くと、世間の様子がわかる」(0.830)、「会食会に出席するのに、歩くことがいい」(0.717)、「同世代の人のアトラクションが刺激になる」(0.709)、「家にばかりいるのがいやだから」(0.601)、「出かけることが楽しいから」(0.589)で、これらは何らかの刺激を期待しているとみなせる。よって、第2因子を「刺激期待因子」とする。

第3因子で負荷量の大きい質問文は、「知り合いとおしゃべりすることができるから」(0.973)、「外出するために身なりを整えると、気持ちの張りが得られるから」(0.567)、「人が集まっているところへ参加すると、自分も元気になれるから」(0.551)、「顔見知りの人の近況を確認できるから」(0.546)であるが、これらに共通するのは交流とみなせるので、第3因子を「交流期待因子」とする。

芦屋市の会食会の目的は、「70歳以上の方の交流」だけであるが、本稿の調査の結果、参加者は「食事の機能」「刺激」「交流」という3つのことを期待しているようである。

来館方法別に参加者の因子得点の平均値と標準偏差を示したものが表5である。徒歩の参加者は、食事機能期待因子得点の平均値が高く、散らばりの目安である標準偏差も小さい。刺激期待因子の得点も、他者と比較すると平均値はプラスの符号で、標準偏差も小さい。バスの利用者は、いずれの因子も明確な特徴がない。タクシー利用者は3人に過ぎないが、交流期待因子得点が高く、標準偏差も小さい。その3人の共通点は、80歳以上(1人は90歳以上の男性)であることと、同居の家族がいることである。3人の詳細な情報を事業の担当者に求めたところ、3人は長年、地域活動に貢献し、支援する側の経験が影響しているからだろうか、会食会で見ず知らずの人と食事をしながら知り合いになり、「また、来月お目にかかりましょう」という楽しみをいだいて、参加を続けているということであった。なお、タクシーを利用する理由はバス路線がない地域に住んでいることと、タクシー代が負担できる経済状況にあるということであった。

4 考 察

会食会の効果について

芦屋市での調査の結果、長年参加している者は年齢層も高く、当然、参加回数も多い。定員オーバーで申し込みを断られた経験がある者の多さ、交通機関を利用している者の多さを、積極的あるいは継続的に参加しようという意欲の表れだと解釈すれば、それらは会食会を開く意義にあたるのではないか。

会食会の効果を調べるひとつの方法として、本稿では参加者に会食会に対する期待の問いを立て、潜在意識を調べる因子分析を試みた。結果は、「食事機能期待因子」「刺激期待因子」「交流期待因子」の3つの因子が得られた。ならば、これらの因子が会食会の目的に対応しているかを検討する必要がある。そこで、図1に目的と因子の関係を示した。なお、芦屋市の会食会の目的は「交流」だけであるが、図1に記載した目的は東京都の自治体や先行研究で上げられているものも含んでいる。

では、両者の関係を確認する。左列上の「食事機能期待因子」は、右列の「栄養バランスのよい食事の摂取」「食べることで満足感を得て、場合によればそれが自己実現となる」「食生活に対する意識の向上」などの目的に対応しているとみなせる。まんなかの「刺激期待因子」は、「情報提供」「出かける場所の提供」「運動」などの目的と対応している。一番下の「交流期待因子」は、「コミュニケーションの回復」「交流」などが対応している。

以上が本稿の参加者の期待因子と会の目的との関係であるが、芦屋市の会食会の場合、目的は「交流」だけで、ましてや月1回の開催である。にもかかわらず、参加者の期待は交流だけに留まっていない。ならば、ほかの地域の会食会の参加者も図1に羅列した目的を享受している可能性が高いのではないか。となると、会食会は一定の目的を果たしていることになる。

ただし、問題は「？」マークを付けた閉じこもり予防である。先行研究の安村[2006]に添えば、会に対して社会的な活動や交流といった期待をいだいている者にとれば、会への参加は事前的な閉じこもり予防になる。つまり、刺激期待因子と交流期待因子は、安村の述べる積極的な閉じこもり予防に対応しているといえるのかもしれない。それに該当するのは徒歩とタクシーの利用者で、特にタクシーの者は以前から社会的な活動に熱心であったことと、80～90歳を超えてもタクシーに乗って参加できるぐらいADLは一定のレベルを維持している。となると、3人の者は健康感、精神的健康、生活満足度といった主観的QOLも高い

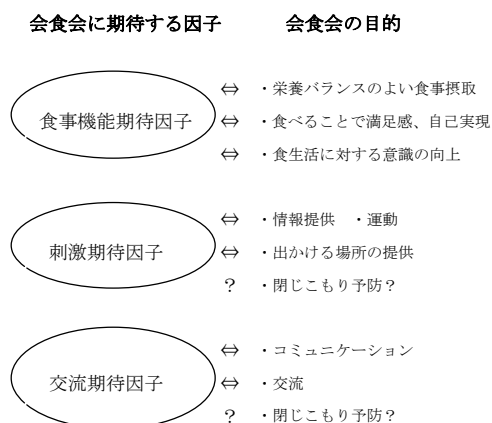


図 1. 会食会に期待する因子と、会食会の目的の関係

可能性が高い。とはいえ、これは小数の者への事前的な閉じこもり予防に過ぎない。

ここで改めて、閉じこもり予防の目的も果たせる会食会とはどういうものなのかを検討するため、河合 [2002] の介護保険制度の利用者選択の問題を参照する。河合は、高齢者の場合、介護サービスの存在すら知らず、あるいは、仮に知ったとしても、選択能力に欠ける者も多い。よって、高齢者にはサービスの情報提供と選択することの支援が必要であり、特に、孤立しがちなひとり暮らしの者へは注意を要すると述べている。この論は会食会にもあてはまる。理由は会食会の PR 方法は芦屋市を含め多くの場合、広報への掲載が主で、情報収集能力の乏しい高齢者は知らないまま過ごしていることが懸念されるからである。また、仮に知ったとしても、会食会は知らない人と同席して食事をするという特殊性があり、そのような会へ自ら進んで申し込む者は稀で、多くの高齢者はいわゆる知人の口コミや民生委員からの誘いがなければ参加のインセンティブが働きにくいのは想像に難くない。このことは、先行研究で述べた竹内 [2004] や辻ら [2006] の論にも一致する。よって、会食会の目的に閉じこもり予防を掲げるには、現状のシステムでは難しく、見直しが必要だといえそうである。

会食会の開催場所とプログラムについて

会の定員と開催箇所について、検討する。芦屋市会食会の年齢要件は 70 歳以上で、母集団にあたる同市の 70 歳以上人口は 13079 人である。仮に、介護認定率を 15 パーセントとすると、70 歳以上人口のうち、約 1950 人が介護認定者という計算になるが、送迎のない会食会に参加できるのは介護認定者を除いた約 11000 人とみなせば、会の定員 40 人は 11000 人の 0.36%

にあたる。この割合が適切な供給量であるか否かは、参加を望む者、あるいは、参加を促すことが望ましい高齢者の出現率が不明であるため、単純には判断できない。参考に、表 1 の東京都の自治体の状況を見ても、会食会の定員と高齢人口との間に一定の傾向は認められない。とはいえ、芦屋市の参加者は過去に定員オーバーで申し込みを断られた経験のある者が多く、また、近所での開催を希望する者も多く、そして、参加者のうち 80 歳以上が 3 分の 1 を占めていることを勘案すると、会は地域分散型で開催することが望ましく、結果として定員総数は現在の 40 人よりも増えることになる。

今、地域分散型が望ましいと述べたが、そのように考える根拠のひとつは、本稿の分析結果である表 5 の来館方法別にみた参加に対する期待因子の得点の違いである。繰り返しになるが、徒歩の参加者はバスやタクシーの利用者よりも、3 つの因子のうち 2 つ、つまり、食事の機能を期待する因子と、何らかの刺激を期待する因子の得点平均値が高い。これは、高齢者を対象にした会食会の場合、交通機関を利用せず徒歩で気軽に参加できれば、期待感を満たすために費やす時間や費用が抑えられるからだと考えれば説明がつく。

芦屋市では、会食会の場で情報を提供するプログラムを盛り込んでいないが、参加者の半数は「福祉や医療・介護などの問題を分かりやすく話して欲しい」という希望を持っていた。先行研究や東京都の自治体を参照すると、会食会の場を利用して情報提供を行っている。内閣府 [2004] の「高齢者の日常生活に関する意識調査」では、知りたい情報の上位に「健康づくり」「医療」「年金」が上げられているが、これらはひとり暮らしの高齢者が多数を占める会食会で提供するのに相応しい情報である。したがって、会食会の場で先の情報を提供すれば高齢者の生活に有益であるのは間違いなく、プログラムに盛り込む価値は高いといえそうである。

5 結果と今後の課題

本稿では芦屋市の事例を中心にして、高齢者会食会の事業評価と有効性の検討を試みてきた。その結果、会は地域分散型の開催で情報提供を盛り込むことが望ましい。事業の有効性は長年参加している者が多数存在し、そして、それらの者の年齢が高いこと、先行研究や多くの地域で掲げている目的が果たしていることなどを確認できたことである。ただし、閉じこもり予

防は現在のシステムでは、事業目的に掲げるのは不適切であることが明らかになった。よって、次の課題は東京都練馬区のように、事業の実施主体である行政が高齢者一般施策と介護保険地域支援事業の連結をはかることで閉じこもりがちな高齢者を把握し、それらの者へ参加を促すシステムが既に確立している事業を調べることだと考えている。

謝 辞

本稿の調査は兵庫県芦屋市、及び、芦屋市社会福祉協議会の協力によるものである。記して感謝の念を表したい。

引用文献

- 1) 全国社会福祉協議会. 生活援助型食事サービス運営マニュアル. 東京都. 全国社会福祉協議会. 1992. 2 - 6
 - 2) 野村知子. 元気になれる食事援助. 東京都. 一橋出版. 1998. 50 - 51. 51 - 63.
 - 3) 東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課. 区市町村における高齢者福祉施策単独事業一覧、平成18年度版. 東京都. 東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課. 平成19年. 10-17
 - 4) 安村誠司. 新しい介護保険制度における閉じこもり予防・支援. 老年社会学. 2006. 27 (4) 453 - 459.
 - 5) P H R ossi, M.W.Lipsey and H.E.Freeman
監訳 大島巖, 平岡公一, 森俊夫, 元永拓郎.
プログラム評価の理論と方法. 東京都. 日本評論社. 2005. 34 - 38
P H R ossi, M.W.Lipsey and H.E.Freeman
監訳 大島巖, 平岡公一, 森俊夫, 元永拓郎.
プログラム評価の理論と方法. 東京都. 日本評論社. 2005. 34 - 38
 - 6) 栗木黛子. 高齢社会の食事サービス. 東京都. 近代出版. 1993. 14 - 15. 17 - 22
 - 7) 老人給食協力会ふきのとう編, 野村知子. 誰にでも始められる食事サービスマニュアル. 東京都. 老人給食協力会ふきのとう事業部. 1995. 74 - 78
 - 8) 食を通した自立支援検討委員会. 野村知子. 食を通した自立支援マニュアル検討報告書. 平成13年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)事業. 2002. 41 - 51
 - 9) 長嶋紀一, 石原治, 内藤佳津雄. 主観的尺度に基づく心理的な側面を中心としたQOL評価表作成の試み. 老年社会学. 1992. Vol.14. 43 - 51
 - 10) 地域支援事業及び新予防給付における栄養改善に関するサービスのあり方研究会, 杉山みち子代表. 栄養改善マニュアル. 2006.
 - 11) 松崎俊久, 柴田博編, 竹内孝仁. 寝たきり老人の成因. 閉じこもり症候群について. 東京. 医学書院. 1984. 148 - 152
 - 12) 竹内孝仁. 高齢者支援をめぐる課題—孤立化, 引きこもり高齢者への対応—. 社会福祉研究. 東京. 鉄道弘済会. 2004. 31 - 38
 - 13) 辻一郎. 総合的介護予防システムについての研究班. 総合的介護予防システムについてのマニュアル. 11 - 12 [online] 2006. 厚生労働省老健局老人保健課. [検索日: 2008年4月] <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/051221/index.html>
 - 14) 安村誠司. 地域ですすめる閉じこもり予防・支援. 東京都. 中央法規. 2006. 38 - 45
 - 15) 垣本充. 食品と食生活. 東京都. 科学同人. 1992. 5 - 6
 - 16) 杉田浩一. 2001年の調理学. 光生館. 1988. 108 - 115
 - 17) 岩渕道生. 外食産業論—外食産業の競争と成長—. 東京都. 農林統計協会. 1996. 5 - 6
 - 18) 河合克義. 大都市における高齢者の社会的孤立と社会保障・社会福祉の課題. 経済格差と社会変動. 社会政策学会. 2002. 第7号. 118 - 131
 - 19) 内閣府共生社会政策統括官. 高齢者の日常生活に関する意識調査. 5頁 [online] 2004. [検索日: 2008年4月] http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h16_nitizyou/index.html
-
- 1) 介護保険の地域支援事業の詳細については、平成19年4月の厚生労働省老健局長、「地域支援事業の実施について」を参照。
 - 2) 大阪市社会福祉協議会、ならびに、大阪市役所高齢者施策部高齢福祉担当、神戸市東灘区役所町づくり協議会担当者からのヒヤリングによる。

- 3) 福祉改革推進事業の経緯を調べるため、平成20年3月、筆者は東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課に電話で問い合わせた。福祉改革推進事業は平成12年度にはじまり、平成18年度に終了。平成19年度からは、4つの対象別(高齢者、障がい者、子ども家庭、施設等の基盤整備)に事業を分けた。高齢者分野は「高齢社会対策区市町村包括補助事業」という名称になり、補助金はこれまでと同様に給付されている。そもそも平成12年度に事業が設立された理由は従来の福祉関連事業の大幅な見直し、例えば、敬老金のような現金給付を行うよりも、各区市町村の工夫や必要性の高いものに補助を給付する方が意義は大きいという意見などを集約させて、福祉改革推進事業の設立に至った。平成18年度の事業総額は75億円に上る。平成19年度から対象者別にすることで、事業の一層の明確化をはかったと担当者の説明があった。
- 4) 脚注1)の前掲を参照。
- 5) 脚注3)を参照。
- 6) 安村が「積極的な予防」と述べていることについて、筆者は安村の論に首肯する部分もあるが、ただし、積極的ということばは多様に解釈できる。よって、本稿では閉じこもり予防については慎重に検討を重ねる。
- 7) 会食会のほか、「移送サービス」「高齢者の集いの会」「まちの子育てひろば」事業を行っている。尚、「高齢者の集いの会」とは、年3回、市内9箇所、地域の福祉推進委員が中心になって高齢者を誘い、弁当や演芸などを催す会である。
- 8) 筆者の会食会の参加は今回の芦屋市だけでなく、神戸市や国立市、加西市など、機会があれば参加を申し出て、参与観察と意見の聞き取りを重ねている。
- 9) ロッシら[2005:74-77]を参照すると、プログラムのアウトカムの典型的クエスションは、目標は達成されているか、受益者に利益効果があるか、副作用効果はあるか、他のものよりもそのサービスから、より大きな影響を受けている参加者がいるか、そのサービスが目を向けている問題や状況はよくなっているか、などである。
- 10) 目的に対して、質問文の数が均等でないことを明らかにしておきたい。

総説

男性断酒継続者における飲酒の習慣化からアルコール依存症治療アクセスまでのプロセスおよび社会的支援に関する質的研究

The process between the formations of drinking habits to the treatment from the perspective of abstinent alcoholics in Japan

岩田 裕也¹ 井上洋士²

Yuya Iwata¹ Yoji Inoue²

¹元東京大学医学部健康科学・看護学科研究生 ²放送大学

¹ Former research student of School of Health Sciences and Nursing, Faculty of Medicine, the University of Tokyo

² The Open University of Japan

断酒を継続しているアルコール依存症（以下、「ア症」）者における飲酒の習慣化からア症治療アクセスまでのプロセスを主に対人関係の側面から明らかにすること、および彼らの要望を明らかにすることを目的として、3年以上の男性断酒継続者（以下、「断者」）11名を対象に半構造化面接を2007年10～12月に実施した。その結果、断者が、飲酒の習慣化からア症治療アクセスまでのプロセスとして、「1）反復飲酒によりうまく回っていた社会生活」、「2）問題飲酒の表面化と要因の誤認」、「3）周囲の人々からの孤立化」、「4）周囲の人々によるア症治療アクセスへの支援」の4段階が明らかになった。また、ア症者における回復支援のために断者が社会や周囲の人々に対して抱く要望として、「1）ア症の認知向上」、「2）ア症治療に対する認知向上」、「3）ア症者への支援充実」の3カテゴリーが抽出された。ア症者に対し、ア症治療へのアクセスを促進するために、本結果であげられた要望の充足と、周囲の人々や医療関係者に対する支援充実の必要性が示唆された。

Abstract

The aim of this study was to evaluate the process from the formation of a drinking habit until seeking treatment for alcohol dependence in patients with such a dependence, mainly in terms of personal relationships, and to clarify their requests for people around them and society. Semi-structured interviews were conducted between October and December 2007 with 11 patients with alcohol dependence who had remained abstinent for 3 years or more. It was found that the process from the formation of a drinking habit until treatment for alcohol dependence in the patients with such a dependence consisted of the following 4 steps: 1) social life that successfully incorporates habitual drinking, 2) rise of problematic drinking to the surface and misrecognition of its factors, 3) isolation from surrounding people, and 4) support by surrounding people to seek treatment for alcohol dependence. The patients' requests to society and people around them included: 1) increased understanding of alcohol dependence, 2) increased understanding of its treatment, and 3) improved support for patients. To encourage patients with alcohol dependence to seek treatment, the requests clarified in this study should be addressed, and support from surrounding people and medical workers should be improved.

キーワード：アルコール依存症、アルコール依存症治療、セルフ・ヘルプ・グループ、社会関係、ソーシャル・サポート

Key Words: Alcohol Dependence, Alcohol Treatment, Self-Help Group, Social Relationship, Social Support

緒言

WHOによれば、全世界に約7,000万人のアルコール使用障害者がいるとしており¹⁾、またICD-10²⁾の基準によるわが国のア症者数も約81万人であると推計され³⁾、無視できない数になっている。

ア症とは、飲酒量をコントロールできなくなり、繰り返し大量飲酒を行う精神疾患であり、その診断基準にはICD-10²⁾およびDSM-IV⁴⁾がある。ア症に罹患した場合、一般的な飲酒パターンに戻ることはできないといわれ⁵⁾⁻¹⁰⁾、ア症の治療は、飲酒量を減らすのではなく、酒を一切飲まない行為である断酒を行うことがきわめて効果的な方法であるとされている¹¹⁾。さらに、断酒に踏み切り、またその断酒を継続するためには、ア症専門医による適切な治療やSelf-Help Group (以下「SHG」)への参加が効果的とされている¹²⁾⁻¹⁶⁾。

しかし、先行研究において、アルコールへの依存が形成され、本来診断・治療を必要としている者の大部分が、ア症専門医による適切な治療やSHG (以下、「ア症治療」)につながっていないといわれている¹⁷⁾⁻¹⁸⁾。例えば、アメリカにおいて、ア症者の95.2%がア症治療を受けていないという結果が出ており¹⁹⁾、日本においても同様の問題が指摘されている²⁰⁾⁻²²⁾。

飲酒量をコントロールできず、身体的、精神的、社会的、経済的問題が生じるにいたる問題飲酒を行い、医師の診断とア症治療を受ける必要性があるにもかかわらず受けていない者は、深刻な身体的、精神的状態に置かれていることが推測できる。実際、ア症治療を受けた後よりも受ける前の方が、QOLやセルフエフィカシー、コーピングなどが劣っていたとする報告もある²³⁾⁻²⁶⁾。日本においても、ア症治療を受けていないために心身の健康状態が悪化している者が数多く存在するものと推察され、ア症者がア症の診断・治療を受けない要因を解明し、それらを考慮に入れ、ア症の診断・治療につなげる支援を行うことが早急に求められるといえよう。

しかし、ア症治療へのアクセスに関するこれまでの研究では、ア症と診断された者における回復過程の一部としてア症治療へのアクセスに触れている研究²⁷⁾や、アクセスへの障害要因に関する研究¹⁹⁾⁻²⁸⁾⁻³²⁾、あるいはアクセスした理由³³⁾⁻³⁵⁾に関する研究などが散見されるにとどまり、ア症者がア症治療にアクセスするまでのプロセスは詳細には明らかになっていないといわれている³⁶⁾。

また、ア症は、飲酒行動に対する本人の判断を意味

する「心理的要因」、アルコールの化学作用を表す「薬物要因」、飲酒行動に影響を与える「社会的要因」、「文化的要因」、「経済的要因」が病因として挙げられている³⁷⁾が、特にア症治療にアクセスする要因には、「心理的要因」に加えて「社会的要因」として、他者とのかわり方が影響することも言及されている³³⁾⁻³⁵⁾。

よって、ア症者がア症治療アクセスまでのプロセスを対人関係の側面からより深くとらえていくことは、専門治療や回復援助を受けにくい現状にあるア症者に対し²¹⁾、これまで見落としていたア症治療へのアクセスに関する問題点や、改善すべき支援のあり方を明らかにする点で、重要な意味を持つと考えられる。

また日本では、日本社会特有の飲酒の扱い方や人間関係のとり方があるものと思われ、それらを考慮に入れながらア症治療へのアクセスを検討することが有益となるだろう。

加えて、治療成功段階にある断者がア症という「病い」とともに生活をし、「生活者」としてどう対処してきたのかという「病い経験」³⁸⁾ないしは「主観的经验」³⁹⁾の顕れとして「語り」をとらえ分析していく必要がある。これは、断者だからこそ語ることができる経験や思いによって、断酒継続につながるキーを探索することにつながり、支援のあり方に重要な示唆を与えるものと考えられる。

以上を背景として、本研究の目的は、断者のア症治療を受けるまでのプロセスと彼らの要望を明らかにすることで、ア症者に対してア症治療へのアクセスを促すための社会的環境面におけるニーズを検討し、よってア症者の健康向上に寄与することとする。

そのため、第一に、医師によりア症との診断を受けた断者の視点から、主に周囲の人々との対人関係を中心に彼らの飲酒の習慣化からア症治療にアクセスするまでのプロセスを明らかにする。

第二に、断者が抱いているア症者への回復支援に必要とされる要望を明らかにする。

方法

1. 調査の対象

先行研究⁴⁰⁾によれば、ア症と診断され、3年以上断酒できた者は、再飲酒率が低いことから「安定期」にあるとされている。よって、断酒継続期間3年以上をもって治療成功段階ととらえることができよう。本研究では、標準的な治療を継続し治療成功段階にある断者の語りを分析することで、治療成功を促進し得る要

因を解明することを目的とする。

そこで、本研究の調査対象者選定基準を以下のように設定した。①医師にア症と診断され、②ア症治療を継続しており、③治療の一環として、ア症者の SHG に所属し、④調査時点で 3 年以上の断者。

調査フィールドとした東京断酒新生会は、全日本断酒連盟が運営している。同連盟が運営する断酒会では、主にア症者やその家族が例会に出席し、各々が自らの体験談を語ることでア症から回復できるよう支援活動を行っている。会員数は、国内のア症者が活動している SHG の中で最も多く、2006 年度の会員数⁴¹⁾は全国で 10270 人である。そのうち東京断酒新生会の会員数は 674 名と他地域の会員数と比べて最も多く、断酒歴や年齢等の多様性を考慮に入れた調査対象者の選定が可能になることから、東京断酒新生会に調査の依頼を行った。

本研究では、調査対象者リクルートの依頼を同会に対して行い、対象者選定のクライテリアを満たした者のうちから、東京断酒新生会代表者による機縁法を用いて全対象者を選定した。

当初は、パイロット調査的な位置づけで 3 名の対象者の選択を依頼し、その後分析を深めつつ、新たな知見を知るために必要と思われる特性を備えている対象者 8 名について、追加を依頼した。対象者追加の際には、分析の過程で理論的サンプリング⁴²⁾を参考に 1 名ずつ依頼を行った。理論的サンプリングでは、本結果に示すカテゴリーに理論的要因を考慮した。例えば、「支援者が少なかった者」、「ア症を正しく認識していた者」、「問題飲酒をしていないと考えている者」等である。こうした経験を持つ対象者の選定は、著者が行うよりも、日ごろ断酒会の例会で各ア症者の経験を共有し理解している東京断酒新生会代表者による機縁法を用いた方が的確な対象者選定を行うことができると考え、機縁法を用いた。調査対象者は男性 11 名で、年齢は平均 63.5 歳 (44 ~ 81 歳)、断酒継続年数は平均 11.9 年 (3 ~ 29 年)、過去の飲酒年数は平均 36.5 年 (23 ~ 51 年) であった。

2. データ収集方法と分析

データ収集は、インタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。インタビューガイド作成の際には、東京断酒新生会の会員数名の意見を参考に作成した。質問の主な内容は、「問題飲酒を自覚するようになったきっかけは何でしょうか」や「問題飲酒の自覚から

アルコール専門病院に行くことになったいきさつを教えてください」といった「飲酒の習慣化からア症治療にアクセスするまでのプロセス」に関する質問、「当時、ご自身はアルコール依存症だと気づいていましたか」、「ご自身だけで解決できるとお考えでしたか」といった「疾患への認識」に関する質問、「ご自身の問題飲酒を治すために、周囲の人はどのようなことをしましたか」、「当時、誰かに支えてもらったことはありましたか」といった「周囲の人々との関係」に関する質問、「飲酒に関連した病気で内科等の病院に行ったことはありますか」、「なぜ、アルコール専門病院に行くことになりましたか」といった「医師の診察・治療」に関する質問、「当時、周囲の人からどのような協力や支えがあったら、ご自身が早期治療・早期断酒に結びついたと思いますか」、「アルコール依存症回復のために、国や福祉制度などに対してどのような問題点、あるいは要望を抱えていますか」といった「社会や周囲の人々への要望」に関する質問、「調査対象者の属性」等である。なお、インタビューは筆頭著者が行った。

調査実施期間は 2007 年 10 月から 12 月である。面接の場所は、調査対象者の希望に合わせて、主に断酒会の事務所、喫茶店や公共施設のロビーにおいて行った。特に、喫茶店、公共施設のロビーで調査を行った際は、人が少ない場所であることと、疾患名を会話中に出さないよう留意し調査対象者のプライバシーを配慮して面接を行った。

面接の所要時間は平均 121 分 (67 ~ 223 分) であった。面接内容は同意を得てテープ録音し、逐語トランスクリプトを作成した。分析は、リサーチクエストに照らしながら逐語トランスクリプトを繰り返し読み、コーディング並びにカテゴリー分類を行った。この際、特に対人関係を中心としたプロセスを明らかにする目的から、調査対象者と周囲の人々との関係に選択的に焦点をあて、それらを時間経過に沿って分析した。さらに、分析をすすめるにあたり、東京大学大学院健康社会学研究会にて数回発表して議論し、助言を受けた。また、調査対象者数名とア症の研究に精通した専門家 1 名に本結果について助言を受け、分析結果の妥当性向上に努めた。

3. 倫理的配慮

本研究は、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て行った (承認番号 1880)。また面接調査実施前に、調査対象者へ口頭および文書によ

る調査・研究目的、調査・研究内容の説明とその協力依頼を行った。具体的には、すべての調査データは鍵のかかる場所にて厳重に管理し、調査対象者の個人的データが他人に漏れたり、公表されることは一切ないこと、本調査への参加辞退による不利益を被ることは一切ないことを説明し、署名にて同意が得られた者のみを調査対象者とした。

結 果

調査対象者の語りから明らかになった「ア症治療アクセスまでのプロセス」と「社会や周囲の人々に対して抱く要望」を示す。調査対象者における口述内容の引用箇所は「」内に記載し、続けて対象者の年代と断酒歴を示す。引用中の〈〉内は調査者の発言であり、（）内には省略された文脈を補った。

なお、本研究では「対象者」とは本研究における調査対象者である。

1. 飲酒の習慣化からア症治療アクセスまでのプロセス

飲酒の習慣化からア症治療アクセスまでのプロセスには、時間軸に沿って「1) 反復飲酒によりうまく回っていた社会生活」、「2) 問題飲酒の表面化と要因の誤認」、「3) 周囲の人々からの孤立化」、「4) 周囲の人々によるア症治療アクセスへの支援」という4つの段階があると整理された。これら段階は一直線にすすむ変化だけでなく、戻ったり一部の段階が抜け落ちているパターンもあった。

以下に、それぞれの段階について詳細を示す。また、一部についてはサブ段階についても記述する。

1) 反復飲酒によりうまく回っていた社会生活

飲酒が習慣化した対象者は、仕事関係や友人関係等、繰り返される飲酒によって人間関係が円滑に回っていた。すなわち、反復飲酒なくして円滑な社会生活はなし得ない状況に置かれ、また周囲の人々もそれを容認している状況下にあった。

「酒が飲めるから仕事、仕事で飲んでいるからお客さんも増えてく。営業やっていればそこで付き合いも広がってだんだん、だんだん魚心あれば水心でさ。『じゃお前のところ余分にやろうか』とかさ。こんなことで増えていくわけじゃん。『じゃあお前のところあそこ紹介してやるよ』とかさ。増えるわけよ、芋づる式に。」(50代、17年)

2) 問題飲酒の表面化と要因の誤認

飲酒の習慣化により、対象者は次第に問題飲酒が表面化していたが、本人はその要因を誤って認識していた。

(1) 問題飲酒の表面化

対象者は飲酒が常習化し、飲酒量をコントロールできなくなり、大量飲酒を繰り返す問題飲酒が表面化することで、周囲の人々との関係悪化に至るだけでなく、身体的問題、仕事上の問題、金銭問題など、飲酒に伴うさまざまな問題を起こすようになっていた。

「お酒セーブできなくなったとか、それと、ブラックアウトっていうの、覚えていない部分が多い。やらかしたことを忘れてね、記憶にない。」(40代、3年)

(2) 問題飲酒の要因の誤認

対象者は、以下の(i)から(iii)のサブ段階を踏み、問題飲酒の要因を誤認するに至っていた。またこのような誤認は、ア症治療にアクセスするまでの間、他者によって是正される機会を得ることがなかった。

(i) ア症への誤解

対象者は、ア症についての認識を誤っていた。例えば、ア症は「ホームレスがなっている病気」、「朝から飲んでいる」、「仕事に行かない」、「入院している人」、「精神に病をもっている人になる」、「道端で寝転んでいる」といった偏ったイメージがあった。こうした「ア症への誤解」は、以下(ii)、(iii)の認識を生み出すことにつながっていた。

「そういうの(ア症に罹患した人)は朝から飲んでて、仕事も行かないで飲んでいる、そういうのしかイメージがないから。」(40代、3年)

(ii) ア症ではないと認識

たとえ自身が大量飲酒を繰り返していても、「仕事をしている」、「家庭を持っている」、「朝から飲んではいない」など、本人が抱くア症への誤ったイメージとすべて合致しないという理由から、自分の飲酒には大きな問題はなく、ア症ではないと考えていた。

「だから、あれ(ア症)とは違うと思っていたからね。だって俺働いているじゃん。家庭もあるじゃん。こういう認識の違いね。家庭がある、仕事をしていると。だから俺はアル中(ア症)じゃねえと。」(50代、17年)

(iii) 問題飲酒の原因は意志が弱いと認識

また、(ii)に加えて対象者は、問題飲酒をやめることができないのは、自身の意志が弱いためである、よって自分だけで解決できる、解決すべきという認識を持つに至っていた。

「だけど、自分の場合は、(飲酒をコントロールできないのは)意志が弱いと思った。まず、意志が弱いと思った。」(70代、29年)

3) 周囲の人々からの孤立化

対象者は問題飲酒が表面化し、深刻になるにつれ、周囲の人々から支援的には感じられないような不適切な対応(ネガティブサポート)をされていたのみならず、孤立した状態にあった。

(1) 周囲の人々による問題飲酒への不的確な対応

周囲の人々は、対象者を支援する意図を持ちつつも、対象者の飲酒に対して意志の弱さを非難し、節酒強要を行っていたが、いずれもア症治療につながることはなかった。むしろこうした事柄が結局対象者にとって支援的とは受け止められず、むしろ余計な負担を感じることにつながり、結果的に周囲の人々と対象者とのさらなる関係悪化につながっていた。

「(周囲の人々は)みんな酒強い人ばかりだからさ。…(飲酒について)精神的に(問題があると)言われるわけだよ。そんなかですと来たからさ。自分でも精神的になんとかセーブしようとしてもできなくて、それに対して落ち込んでくるじゃない。」(40代、3年)

また、家族が飲酒に対して注意をせず、逆に飲酒を援助し、放任することにより、家族との絆を築くことができなくなり、結局、周囲との関係は孤立し、悪化していたケースもあった。

「(配偶者は)絶えず、うちに酒が切れないようには、仕向けていましたから。かみさんが仕事してたんですけど。仕事から帰ってきてお酒がないと、食事作っている最中でも買いに行きましたから。…俺はどっちみち、家で飲んで、飲みながら寝ちゃうほうですから。電気つけっぱなしで。朝までそのまんまですから。家族もそういう意味ではほったらかして、付けっぱなしで。家族は隣の部屋で閉めて、もう別の生活していましたから。…(家族は)逃げてはいましたけど、家の中で。…かみさんが気がついたときに言えなかった、だと思います。…そういう意味で言えば、触れないよ

うに協力しているっての。飲めるように協力しているってこと。だから、家の中に波風が立たないように、みんなで家族で避けて、引いているっていうか。文句言わないで、好きなようにさせて。今から思えば。」(40代、3年)

(2) 周囲の人々に相談したり支援を求めることが困難な状況

対象者は、ア症への誤解を持ち合わせている上、周囲の人々からの誤解や偏見、(1)に挙げたような不的確な対処を受けたため、これ以上周囲の人々から非難や節酒強要といった対応をされたくないため、問題飲酒について周囲の人々に相談したり、支援を求めたりすることが困難な状況に追い込まれていった。

「なんかやらかしても人には相談できない問題だから。自分では聞けないようなね。だんだんそうになってきちゃったんだよ。」(40代、3年)

(3) 周囲の人々からの適切な支援の不足

一方で、周囲の人々は、対象者にア症の情報を教えてくれたり、ア症治療を受けるようすすめてくれることはほとんどなかった。また、情報提供のみならず、対象者の思いに積極的に耳を傾けてくれる人もいない状況にあった。これらの基盤には、周囲の人々も対象者と同様にア症への誤解や偏見があったこと、そのためどのように支援し、対応すればいいのかわからなかったことがあげられる。

(4) 非専門医による不的確なケア

対象者が問題飲酒を繰り返しているうちに肝臓など身体面で合併症を引き起こし、内科医等、非専門医を受診したものの、医師がア症に対するケアをせずに、節酒指導といった不適切なケアをし、結果として対象者が、「飲むために」受診することになるという構図があった。

(i) 非専門医による身体的に限ったケアと節酒指導

飲酒で体調を悪くして内科病院に行っても、医師からア症についての診断や情報、支援は得られず、身体的治療をした上に、飲酒については節酒指導のみを受けている状態であった。

「あの肝臓ですよ。悪くなったのはね。会社の健康

診断で引っかかって、それで（内科に）行って。それで何ヶ月か（飲酒を）やめて、内科の方でそろそろ少し（酒を飲んで）いいですよって言われて。」（60代、13年）

(ii) 飲酒継続のための非専門科受診

しかし、対象者は飲酒をコントロールできないために節酒できず、再び飲酒によって身体的合併症を再発し、再度内科等、非専門科に訪れていた。しかし、医師はア症そのものについてのケアは行わず、ただ身体的合併症に対するケアを行うのみであった。このように、病院に何度も訪れるうちに、対象者は、次第に身体的合併症を治療して飲酒をすることができる体に治してもらうため、すなわち飲酒を継続するために病院を繰り返し訪れていた。

「ただそのときはおかしくなっているし、苦しいし。病院行って、しばらくすりゃまたうまく飲めるから病院いっただけでね。飲まないために行った病院じゃなくて、その頃は飲めるために行った病院だからぜんぜん違う。もう、ぜんぜん向いている方向が違うんだよね。反対方向を向いているんだから。」（80代、20年）

4) 周囲の人々によるア症治療アクセスへの支援

その後も対象者の大量飲酒は続き、家庭内や仕事上のトラブル、借金、身体的疾患といった問題が深刻化するに至る。こうした問題がもはやどうしようもない状況に追い込まれてしまったため、対象者とは断絶関係にあった周囲の人々が、何とか現状を打開しようと、問題飲酒やア症について改めて各方面から情報収集をする状況になっていた。

その結果、周囲の人々はア症という疾患イメージがある程度正確にとらえるようになり、問題飲酒を抱えている本人がそのア症に罹患しているのではないかと考え、さらに治療できることについても知り、対象者を半強制的にア症治療につなげていた。例えば、家族が、保健所に相談したり、内科医に相談することで、対象者をア症治療につなげたり、あるいは職場の上司や内科医が、対象者に本人の意志とは関係なく、ア症治療を受けるよう促していた。なお、この時期においても、対象者は自分がア症だとは思っていなかった。

「だから、自分じゃ依存症なんて思っていな。…お金を使いすぎるんで、（配偶者が）なんとかお酒をうちの亭主、止めさせたい。それで保健所行って話したら、（自分は）仕事はとにかく無遅刻無欠勤だし、

なんでもやるしね。ただ、毎晩帰ってくるのは、電車なくなってから。だから、そんな状態なんで、家族にすればたまったもんじゃない。それで、止めさせようと思って保健所行って、何回か行って話を聞いて、断酒会行ってみなさいと言われてたんだよね。それで、その過程で、『あんたもうアル中だよ』って話になって。それ聞いてね、『馬鹿なこというな』ってね。結局出たのはね、『お酒をやめるか、断酒会に出るか、どっちかにしてくれ』って。強行に迫られてね。ま、出るよって言うときゃ、そのうち何とかなるだろうと。」（70代、21年）

2. 社会や周囲の人々に対して抱く要望

ア症者に対する回復支援のために、対象者が周囲の人々や社会に対して抱く要望として、以下3つがカテゴリー化された。

1) ア症の認知向上

対象者は、かつて問題飲酒を繰り返していたとき、ア症を誤解し、罹患しているとは思っていなかった。また、周囲の人々も対象者の飲酒問題は、当人の精神的問題が原因であるとして不適確な対応を行っていた。そのため、対象者はア症についてより世間に理解されることを求めている。

「（ア症を）なるべく早く気づかせたほうが得だよ。…そういう意味ではほんとに広く依存症は病気だっていう、世間に知れる、そのほうがいいと思いますよね。」（80代、20年）

2) ア症治療に対する認知向上

本研究の対象者は、ア症治療にアクセスしたことで、断酒に踏み切るきっかけを得ることができた。そのため、彼らはア症専門医による治療やSHG参加といったア症への治療法が存在することを世間に広く認知させ、ア症治療を受けるア症者が増加すれば、ア症から回復する者が増えると考えていた。したがって、対象者はア症治療の認知向上を求めている。

「もうちょっと断酒会ってのが、世の中に認知される世の中になってくれれば。」（50代、17年）

3) ア症者への支援充実

ア症者に対して支援者となりうるのは、ア症者を取り巻く家族や職場の同僚、友人だけでなく、政府、内科医、産業医、精神科医、保健所、警察など多岐に渡

る。こうした社会の多方面からの支援的なまなざしと、ア症治療にむすびつけるための支援の充実が望まれていた。

たとえば下記のケースでは、内科医や周囲の人々によるア症者への支援充実を願っていた。

「<当時、周囲の人々や社会、医療関係者からどのような支援が欲しかったですか。>ま、その意味では、どうなんだろう。内科に入ったときに専門病院に回してくれるとか、周囲がね、そういう意味で、『あんだ、決して精神が弱いんじゃないんだよ。それは病気なんだから』って言われて『専門病院いこう』って言われれば、あるいは行ったかもしれないよね。」(80代、20年)

考 察

1. ア症治療アクセスに影響を与える対人関係

これまで詳細に明らかにされてこなかったといわれているア症者における飲酒の習慣化からア症治療アクセスまでのプロセスを³⁶⁾、主に対人関係という側面から見たとき、4つの段階があることが明らかになった。

このうち、ア症治療へのアクセスを促進するうえで必要な対人関係として、「周囲の人々によるア症治療アクセスへの支援」が示され、またア症治療へのアクセスを促すために是正すべき対人関係として、「周囲の人々からの孤立化」があることも明らかになった。

これらの結果は、支援提供者がア症者へのよりよい対応を理解する上で役立つだろう。わが国では、ア症者に対して、周囲の人々に求められる対応のあり方を明記した指針や解説書は少ない。これはわが国だけの問題ではなく、海外の先行研究においても、周囲の人々に必要とされる対応のあり方に関して、明確な指針が不足しているといわれている⁴³⁾。

よって、今後周囲の人々に対してア症者との関わり方に関する指針の整備や解説書の出版・普及が求められ、その際には、下記に挙げる改善点および要望を考慮すべきと考えられた。

2. 支援を求めることが困難な状況を生み出す周囲の人々の対応

先行研究において、ア症治療アクセスへの障害の1つに「他者と問題を共有できない」ことが示されている²⁹⁾。しかしその根底には、ア症者が周囲の人々から飲酒について意志の弱さを非難され、節酒強要といった不適切な対応を受けてきたため、他者に支援を求めることで、かえって不適切な対応をされるのではない

かという恐れから、支援を求めることができない状況にあることが本結果から明らかになった。そのため、対象者は支援を求めることも、支援を受けることもできない孤立した状態に陥っていた。したがって、こうした状況が、ア症者におけるア症治療へのアクセスを妨げる要因になりうることが示唆された。

周囲の人々のこうした対応・状況は、ア症についての誤解や偏見、差別、ア症治療についての認識不足などに起因するものであろう。特に日本においては飲酒について、その有害性よりも「人間関係の潤滑油」としてのメリットの側面が強調されやすいため⁴⁴⁾、問題飲酒が存在してもその重大さに気づきにくいものと考えられる。

加えて、ア症者がなんらかの困難を抱えているときに、周囲の人々はどうかしてあげようと手を差し伸べたがる日本人独自のケアの心が根底にあり⁴⁵⁾、ア症に関して知識が欠如し無策なまま、問題飲酒を繰り返すア症者を「どうかしてあげよう」と思って素人判断で対応していることが、結果的にネガティブサポート⁴⁶⁾となってしまう状況に陥っているものと考察された。

このようなア症者が受ける「他者から負わせられる苦しみ」を軽減するために、ア症者が疾患と向き合うことも重要であろう。しかし同時に、「社会受容論」⁴⁷⁾で唱えられている支援的環境の確立、すなわち社会一般の人々が障害者を心から受け入れ、偏見や差別をなくすことで、障害者の「他者から負わせられる苦しみ」を軽減する社会形成がア症者を取り巻く環境にも必要である。

そのためにも、本結果で要望としてあげられた「ア症の認知向上」および「ア症治療に対する認知向上」を充足し、周囲の人々がア症者の疾患を理解し、不適切な対応をせず、ア症治療を薦めることができるよう、ア症治療への啓発や教育の必要性が示唆される。

ア症やア症治療への正しい認識を促す啓発や教育などを、SHGや専門家だけでなく、政府や地方公共団体、企業、マスコミ、医療関係者なども協力して広く積極的に推進することが求められる。具体的には、ア症者と接する家族や会社の同僚、非専門医等がア症に関する書籍や講習会等から正しい認識を学ぶことや、マスコミが飲酒にまつわる事件や問題を報道した際は、ア症治療の必要性や専門病院・自助グループの連絡先といった具体的解決策を社会に提示し啓発することなどが対象者の要望として挙げられていた。

3. ア症への誤った認識と是正機会の不足

本結果からは、対象者は問題飲酒が表面化してから、家族や職場の人々、友人、さらに内科医といった医療関係者と接触するにも関わらず、自身の持つア症への誤った認識を変えるために働きかける者がおらず、彼らはその認識を是正する機会も逸していたこと、よって、この状況がア症治療アクセスへの障害となっている可能性が示された。

したがって、ア症者が持つ疾患への誤解を正すために、周囲の人々からの支援の必要性が示唆された。そのためには、上記2. で述べたような日常的なレベルでの「ア症の認知向上」が必要であると考えられるが、それに加えて、ア症者に情報面・知識面から積極的に働きかけていくきっかけを与えることが求められるといえよう。

例えば、会社の健康診断の際に、飲酒量の多い社員や飲酒が原因で勤務態度に問題のある社員に対して産業医がア症を説明して専門病院を勧めることや、国は飲酒に関わる罪を犯したものに対して刑罰を与えるだけでなく専門病院に入院したり自助グループに参加させることで認識を是正させ治療を行う機会を与えることなどが具体的要望として本調査で挙げられていた。このような企業や警察と専門治療機関の連携も今後必要になるであろう。

4. 飲酒継続のための通院

本結果から、対象者は、飲酒を継続するためにすすんで内科等、非専門科に通院する構図になっていることが明らかになった。わが国の内科医は、ア症への認識が低く、スクリーニングを行うことが少ないことが言及されている⁴⁸⁾が、本結果からは、非専門医がア症者に身体的合併症の治療のみを行うことで、ア症者の大量飲酒を可能にし、さらにア症についての診断や治療、支援を行わないことによって、ア症治療へのアクセスを遅らせる可能性が新たに示唆された。

しかし、ア症者が身体面での健康を損ない、身体的合併症を治す目的から「飲むために」通院することは、ア症治療へのアクセスにおける障害となりうる一方で、孤立した状況にあり、かつ支援を求めることが困難なア症者を早期に発見し、早期治療に結びつける重要な機会になりえるといえよう。

したがって、非専門医によるア症者の早期発見、早期治療が求められる。そのためにも、医学基礎教育や

卒後の継続教育において、非専門医へのア症の認知向上を目指す必要があるだろう。具体的には、ア症専門医との連携・情報交換などを積極的に行うことを通じ、非専門医がア症についての認識や診断、治療技術を高める努力や改善を行う必要がある。さらに、飲酒に関わる身体的疾患で幾度も診察を受けにくる患者については、非専門医がア症治療の受診を促すよう指導していく体制づくりが必要であると考えられた。

5. 本研究の意義と限界

本研究では、これまで十分に明らかにされてこなかったア症者がア症治療にアクセスするまでのプロセスを主に対人関係の側面から明らかにし、改善点を示した。これにより、今後、ア症者への支援を拡充することによって、彼らの健康向上に寄与すると考えられる。

本研究にはいくつか限界がある。まず、過去の経験をたずねているため、リコールバイアスが存在していると考えられる。

さらに、今回の結果はあくまで断者の語りを分析したものであり、彼らの受け止めの一端は明らかになったものの、彼らをサポートする周囲の人々の問題には触れていない。そのため、ア症治療アクセスを促す上でも、周囲の人々は実際にどのような思いでア症者に接してきたのか、そしてどのような課題を抱えていたのかについて今後解明していくことで支援者側の問題を解決する必要があるだろう。

また、本結果のプロセスを計量的に明らかにする上でも、今後多施設の協力を求め、代表性についての検討、ならびに縦断的研究をも含めた調査を実施し、本研究結果をさらに裏付け、検討を深める必要があるだろう。

最後に、今回明らかにされたプロセスにおいて、ア症者はどのような思いを抱いているのか、その詳細を明らかにする必要があるものと思われる。これにより、ア症者の心理パターンの変化を類型化し、ア症治療を受けたときの思いと受けたがらない思い等を明らかにすることで、支援者がア症者の思いを理解した上で、円滑にア症治療受診を促すことができる具体的方法が得られると推測でき、本研究結果と併せることで、今後の支援的環境整備の方向性を考えていくことができるものと考えられる。

結 論

都内の断酒会に所属し、3年以上の断者を対象として、飲酒の習慣化からア症治療アクセスまでのプロセスを主に対人関係の側面から明らかにし、加えて彼らの要望を明らかにした結果、以下のカテゴリーが示され、ア症者への社会的支援環境整備の方向性が示唆された。

断者が、ア症治療アクセスまでのプロセスとして、「1) 反復飲酒によりうまく回っていた社会生活」、「2) 問題飲酒の表面化と要因の誤認」、「3) 周囲の人々からの孤立化」、「4) 周囲の人々によるア症治療アクセスへの支援」の4つの段階が明らかになった。

また、断者が社会や周囲の人々に対して抱く要望として、「1) ア症の認知向上」、「2) ア症治療に対する認知向上」、「3) ア症者への支援充実」の3カテゴリーが抽出された。

謝 辞

本調査の実施にあたり、ご協力、ご助言をいただきました東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学の山崎喜比古准教授および健康社会学教室の皆様、ならびに筑波大学大学院人間総合科学研究科心身障害学系の小畑文也准教授に心より御礼申し上げます。また、調査の機会を与えてくださいました東京断酒新生会のY氏、調査にご協力頂きました皆様に深く感謝致します。

文 献

- 1) World Health Organization. Fact Sheet: The World Health Report. [online] 2001, World Health Organization. [retrieved on 2007-12-15]. Retrieved from the Internet: < URL : <http://www.who.int/en/> >
- 2) World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992. (融 道男、小見山実他訳. ICD-10 精神および行動の障害 : 臨床記述と診断ガイドライン. 東京 : 医学書院., 2005 : 81-94)
- 3) 樋口進、尾崎米厚、松下幸生他. わが国の成人飲酒行動およびアルコール関連問題に関する全国調査. 樋口進編. 成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 (健康科学総合研究事業) 総合研究報告書、

- 2005 : 9 - 24
- 4) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR. 4th ed.. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000 (高橋三郎、大野裕、染矢俊幸訳. DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京 : 医学書院、2004 : 210 - 220)
- 5) Brochu, S. Abstinence versus nonabstinence. The objectives of alcoholism rehabilitation programs in Quebec. Journal of Psychoactive Drugs 1990 ; 22 : 15-21
- 6) Heather, N. & Tebbutt, J. Definitions of non-abstinent and abstinent categories in alcoholism treatment outcome classifications: A review and proposal. Drug and Alcohol Dependence 1989 ; 24 : 83-93
- 7) Miller, W. R. Controlled drinking: A history and a critical review. Journal of Studies on Alcohol, 1983 ; 44 : 68-83
- 8) Miller, W. R. & Caddy, G. R. Abstinence and controlled drinking in the treatment of problem drinkers. Journal of Studies on Alcohol 1977 ; 38 : 986-1003
- 9) Peele, S. The cultural context of psychological approaches to alcoholism. American Psychologist 1984 ; 39:1337-1351
- 10) Peele, S. Can alcoholism and other drug addiction problems be treated away or is the current treatment binge doing more harm than good? Journal of Psychoactive Drugs 1988 ; 20 : 375-383
- 11) Oei T. P., Sweeton J., Dingle G. A. & Chalmers K. A. Psychometric Properties of a Quitting Time for Alcohol Questionnaire: Factor Structure, Reliability, and Validity. Addictive Behaviors 1999 ; 24 : 383 -398
- 12) Kelly, J. F., Stout, R., Zywiak, W. & Schneider, R. A 3-year study of addiction mutual-help group participation following intensive outpatient treatment. Alcoholism, clinical and experimental research 2006 ; 30 : 1381-1392
- 13) Vederhus, J. K. & Kristensen, Ø. High effectiveness of self-help programs after drug

- addiction therapy. *BMC Psychiatry* 2006 ; 23 : 6-35
- 14) Timko, C., Moos, R. H., Finney, J. W. et al. Gender differences in help-utilization and the 8-year course of alcohol abuse. *Addiction* 2002 ; 97 : 877-889
- 15) Moos, R. H. & Moos, B. S. Participation in treatment and Alcoholics Anonymous: a 16-year follow-up of initially untreated individuals. *Journal of clinical psychology* 2006 ; 62 : 735-750
- 16) Moos, R. H. & Moos, B. S. The interplay between help-seeking and alcohol-related outcomes: divergent processes for professional treatment and self-help groups. *Drug Alcohol Depend* 2004 ; 75 :155-164
- 17) Nathan, P. E. Treatment outcomes for alcoholism in the U.S.: Current research. In: Loberg, T., Miller, W. R., Nathan, P. E. & Marlatt, G. A., eds. *Addictive behaviors: Prevention and early intervention*, Amsterdam: Swets & Zeitlinger. 1989 : 87-101
- 18) Roizen, R., Cahalan, D., & Shanks, P. Spontaneous remission among untreated problem drinkers. In Kandel, D. B. ed. *Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues*, Washington, DC: Hemisphere Publishing, 1978 : 197-221
- 19) Cohen, E., Feinn, R., Arias, A. et al. Alcohol treatment utilization: Findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions *Drug and alcohol dependence* 2007 ; 86 : 214-221
- 20) 小杉好弘、アルコール関連問題への取り組み アルコール関連問題における医療連携: アルコール症の専門外来医療. *医学のあゆみ*. 2007 ; 222 : 737-741
- 21) 加藤良弘、武田文、三宅健夫他、断酒会員における抑うつと心理社会的要因. *日本公衆衛生雑誌*. 2004 ; 51 : 603-610
- 22) 角田透. 潜在するアルコール問題者数の確定について. 河野裕明、大谷藤朗編. *わが国のアルコール関連問題の現状*. 東京: 厚健出版、1993 : 43-53
- 23) Ginieri-Coccosis, M., Liappas, I. A., Tzavellas, E., et al. Detecting changes in quality of life and psychiatric symptomatology following an in-patient detoxification programme for alcohol-dependent individuals: the use of WHOQOL-100. *In Vivo* 2007 ; 21 : 99-106
- 24) Donovan, D., Mattson, M. E., Cisler, R. A., Longabaugh, R. & Zweben, A. Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol. Supplement*. 2005 ; 15 : 119-139
- 25) Timko, C., Finney, J. W., Moos, R. H. The 8-year course of alcohol abuse: gender differences in social context and coping. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2005 ; 29 : 612-621
- 26) Ilgen, M., McKellar, J. & Moos, R. Personal and treatment-related predictors of abstinence self-efficacy. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2007 ; 68 : 126-132
- 27) 方仁成、断酒会におけるアルコール依存症者の回復過程. *心理臨床学研究*. 2006 ; 24 : 464-475
- 28) Grant, B.F. Barriers to alcoholism treatment: reasons for not seeking treatment in a general population sample. *Journal of Studies on Alcohol*. 1997 ; 58 : 365-371
- 29) Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. et al. Barriers to treatment: why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors*. 1993 ; 18 : 347-353
- 30) Stephen, E. Alcohol Dependence Patterns and Their Impact on New York City. *MedGenMed*. 2007 ; 9 : 23
- 31) Copeland, J. A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviours. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1997 ; 14 : 183-190
- 32) Vannicelli, M. Barriers to treatment of alcoholic women. *Substance and Alcohol Actions Misuse*. 1984 ; 5 : 29-37

- 33) Polcin, D. L. & Beattie, M. Relationship and institutional pressure to enter treatment: differences by demographics, problem severity, and motivation. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2007 ; 68 : 428-436
- 34) Lemere, F., O' Hollaren, P. & Maxwell, M.A. Motivation in the treatment of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 1958 ; 19 : 428-431
- 35) Krampen, G. Motivation in the treatment of alcoholism. *Addictive Behaviors*. 1989 ;14 : 197-200
- 36) Jakobsson, A., Hensing, G. & Spak, F. Developing a willingness to change: treatment-seeking processes for people with alcohol problems. *Alcohol and Alcoholism*. 2005 ; 40 : 118-123
- 37) Jellinek, E.M. *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven, Hillhouse Press : 1960
- 38) Kleinman, A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York, Basic Books : 1988. (江口重幸、上野豪志、五木田紳訳. 病いの語り 慢性の病いをめぐる臨床人類学. 東京:誠信書房、1996)
- 39) Conrad, P. The experience of illness. In: B. Conrad and P. Conrad., eds. *The sociology of health research and illness: Critical perspectives*. New York: Worth, 2005 : 130-132
- 40) 猪野亜朗. アルコール依存症の短期予後と長期予後 断酒会員の追跡調査から. *精神神経学雑誌*. 1991 ; 93 : 334-358
- 41) 全日本断酒連盟. 2006年度全国断酒会現況調査結果. [未出版] 2006
- 42) 木下康仁. *グランデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い*. 東京:弘文堂、2003
- 43) Copello, A. G., Velleman, R. D.& Templeton, L. J. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*. 2005 ; 24 : 369-385
- 44) Pittman, D. J. International Overview : Social and Cultural Factors in Drinking Patterns, Pathological and Nonpathological, In Pittman, D. J. ed. *Alcoholism*. New York, Harper & Row, 1967: 3-20
- 45) 電通総研. 日本人の価値観変化:サステイナブルな成熟社会へ 「世界価値観調査」(第1回~第5回)国内結果より. 東京:電通総研、2005 : 7
- 46) Rook, K.S. Reciprocity of social exchange and social satisfaction among older women. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987 ; 51 : 770-778
- 47) 南雲直二. *社会受容: 障害受容の本質*. 東京: 荘道社、2002
- 48) Kitamura, K., Fetters, M. D., Takenaka, H, et al. The recognition of alcohol-related problems by primary care physicians in Japan. *プライマリ・ケア*, 2001 ; 24, 104-117

「社会医学研究」投稿規定

1. 「社会医学研究」は、日本社会医学会（旧称：社会医学研究会）の機関誌であり、社会医学に関する優れた原著（英文抄録をつける）、総説、報告、短報を掲載する。
2. 論文執筆者（筆頭）は、会員に限る。連名者も会員が望ましい。投稿原稿の採否は、査読の上、編集幹事会で決定する。
3. ヒトおよび動物を対象にした研究は、1964年のヘルシンキ宣言（1975, 83, 89, 96, 2000年修正）の方針に沿った手続きを踏まえている必要がある。
4. 投稿原稿（図表を含む）には、コピー2部（計3部）とテキスト形式で保存したフロッピー・ディスクを添付する。
5. 論文の校正は、初稿のみ著者が行う。
6. 論文の別刷が50部を越える場合は著者負担とする。また、特別にかかる費用についても著者負担とする。
7. 論文の送付は、原則として日本社会医学会事務局とする。ただし、総会記録特別号や研究総会特別号の場合は、総会担当世話人とする。
8. 執筆要領
 - (1) 原稿本文は和文とし、英、和それぞれ5語以内のキーワードをつける。
 - (2) 原稿は、A4版に横25字～40字の範囲で、十分に行間をあけ、横書きで記載する。
 - (3) 原著、総説、報告などの枚数は、原則として図表などを含めて、刷り上がり8ページ程度（1ページは約2,100字）までとする。原著の英文抄録は、A4版にダブルスペースで1ページ以内とする。
 - (4) 原稿には表紙を付け、表題、著者名、所属機関名（以上英文表記）のほか、論文の種別、別刷請求先及び氏名、別刷希望部数、図表数、論文ページ数を記載すること。また、フロッピーには、ファイル名のほか、フォーマット形式やテキストの種類など「読みとり」に必要な事項を記載する。
 - (5) 参考文献は以下の引用例に従い、引用順に番号を付け、論文末尾に一括して番号順に記載する。
 - 雑誌の場合……著者名、表題、雑誌名、年号；巻数：頁一頁、の順に記載する。著者が3名を越える場合は3名までを記載し、残りの著者は「他」とする。
 - 1) 近藤高明、榊原久孝、宮尾克他、成人男性の骨密度に関する検討. 社会医学研究. 1997;15:1-5
 - 2) Murray CL.Evidence-based health policy.Science 1996;1274:740-743
 - 単行本の場合……編者・著者名、書籍名、所在地、発行所、発行年、頁の順に記載する。
 - 1) 三浦豊彦編. 現代労働衛生ハンドブック 増補改訂第二版増補編. 川崎：労働科学研究所、1994:293-296
 - 2) Murray CL.The Global Burden of Disease.Cambridge,Harvard University Press,1966:201-246

「社会医学研究」投稿規定についての補足

「社会医学研究」へ投稿される原稿の査読、改訂などの手続きを迅速化するために、原稿を電子ファイルとして以下のメール・アドレスへ送付されることを勧めます。

mamiyao@med.nagoya-u.ac.jp

電子ファイルとして投稿する場合、本文および表は必ず、「MS Word」または「一太郎」のワープロ・ソフトを用いてください。可能ならば、図も GIF、TIF、JPEG または BMP で同時に送付してください。

なお、電子ファイルと同時に、A4紙に書かれた原稿1部（図、表を含む）を、「社会医学研究投稿原稿在中」と明記し、以下のあて先に郵便にて送付してください。

宮尾 克 編集委員長

〒464-8601 名古屋市千種区不老町 名古屋大学情報連携基盤センター 宮尾研究室

投稿規定の追加事項（暫定）

電子的技術情報を引用文献等としての記載する場合の要領

インターネット等によって検索した電子的技術情報を引用する場合、その書誌的事項を次の順に記載する（WIPO 標準 ST.14 準拠）。

著者の氏名、表題、（記載可能な場合は以下に頁、欄、行、項番、図面番号など）、媒体のタイプを[online]として示し、判明すれば、以下にその掲載年月日（発行年月日）、掲載者（発行者）、掲載場所（発行場所）、[検索日]、情報の情報源及びアドレスを以下の例にならって記載する。データベースからの引用では識別番号（Accession no.）を記載する。

1. インターネットから検索された電子的技術情報の記載例

（日本語での記載例）

新崎 準ほか. 新技術の動向. [online] 平成10年4月1日、特許学会. [平成11年7月30日検索]、インターネット<URL : <http://ijj.sinsakijun.com/information/newtech.html>>

（英語での記載例）

Arasaki J et al. Trends of new technology. [online] 1 April 1998, Jpn Assoc Acad Patent. [retrieved on 1998-02-24].

Retrieved from the Internet:

<URL : <http://ijj.sinsakijun.com/information/newtech.html>>

2. オンラインデータベースから検索された電子的技術情報の記載例

Dong XR, et al. Analysis of patients of multiple injuries with AIS-ISS and its clinical significance in the evaluation of the emergency managements. Chung Hua Wai Ko Tsa Chih 1993; 31(5): 301-302. (abstract), [online] [retrieved on 1998-2-24]. Retrieved from: Medline; United States National Library of Medicine, Bethesda, MD, USA and Dialog Information Services, Palo Alto, CA, USA. Medline Accession no. 94155687, Dialog Accession no. 07736604.

日本社会医学会会則

- 第1条 (名称) 本会は、日本社会医学会という。
- 第2条 (目的) 本会は、会員相互の協力により、社会医学に関する理論及びその応用に関する研究が発展助長することを目的とする
- 第3条 (事業) 本会は、その目的達成のため、次の事業を行う。
1. 研究会の開催
 2. 会誌、論文集などの発行
 3. その他必要な事業
- 第4条 本会は、会の目的に賛同し、会費を納める者で構成する。
- 第5条 (役員とその選任)
本会には、理事よりなる理事会、評議員よりなる評議員会及び監事をおく。理事、評議員、監事の任期は3年とし、再任を妨げない。
- 第2項 評議員は、会員の直接選挙によって選出される。また、理事及び監事は、評議員会の互選によって選出され、いずれも総会において承認されなければならない。
- 第3項 本会の監査は、監事がこれに当たる。監事の任期は3年として再任を妨げない。
- 第6条 (役員の数、及び選出細則)
理事、評議員、及び監事など本会役員の数、及び選出方法の詳細は選出細則によって別に定める。
- 第7条 (総会と事業の運営、及び議決)
年次予算、会則、会則変更等重要事項の決定は、総会の議決を経なければならない。
- 第2項 理事会は、理事長のもとに承認された事業を執行するとともに、予算及び決算、事業計画を評議員会の承認のもとに総会に提出する。
- 第3項 総会は、委任状を含め、会員の4分の1以上の出席で成立する。
- 第4項 理事会、評議員会は、委任状を含めて定数の3分の2以上の出席で成立する。
- 第8条 (会費) 会費は年額5000円とする。学生・大学院生は年額2000円とする。会員は、無料で会誌の配付、諸行事の案内を受けることができる。ただし、研究会の開催など特別に経費を要する場合は、その都度、別に徴収することができる。
- 第9条 (名誉会員) 満70歳以上の会員のうち、世話人・理事経験のある者、またはそれに等しい功績があると総会で認められた者は、名誉会員に推薦することができる。
名誉会員は、会費納入を免除される。
- 第10条 本会は、会員の希望により各地方会をおくことができる。
- 第11条 本会の諸行事、出版物などは、会員外に公開することができる。
- 第12条 本会の会計年度は、毎年7月に始まり、翌年6月に終わる。

1. 1960年7月施行
2. 1979年7月一部改正
3. 1993年7月一部改正
4. 1996年7月一部改正
5. 1999年7月一部改正
6. 2000年7月一部改正
7. 2002年7月一部改正
8. 2004年7月一部改正
9. 2006年7月一部改正

日本社会医学会役員選挙細則

1. (評議員の選出及び定数) 評議員は、10名連記による全会員の直接投票によって選出される。評議員の定数は、会員10名につき1名を原則とする。
2. (理事の選出及び定数) 理事は、評議員会での互選によって選出される。理事の定数は、10名以内とする。選出された理事は、総会で承認されなければならない。理事会は、上記1.の規定にかかわらず、性、地域、職種、年齢等を考慮して、指名によって若干名の評議員を追加することができる。
3. (理事長の選出) 理事長は、理事会での互選によって選出される。選出された理事長は、総会で承認されなければならない。なお、理事長は、上記2.の規定にかかわらず、指名によって若干名の理事を追加することができる。
4. (理事長の代行の選出) 理事長は、事故等の理由で職務を遂行できない場合を想定して、理事の中からあらかじめ理事長代行を指名する。
5. (監事の選出及び定数) 監事は、評議員会において理事に選出された者以外から互選する。選出される監事の定数は2名とし、総会で承認されなければならない。

(2000年7月)

編集後記

前編集委員長の山田裕一先生が、金沢医科大学の学長に就任された結果、私、宮尾克が再度登板することとなりました。幸い、2008年度は原稿がかなり集まり、査読が終了していない論文も残っています。そこで、長年の伝統であった「社会医学研究」の巻号数の表記法を今回から変更いたしました。今号は、第26巻1号です。年度内(2009年夏まで)に第26巻2号が発行できそうです。これを機に、毎年、複数号発行できれば、と願っています。今年度は、2号発行して、編集委員長を交代し、第27巻からは、首都大学東京の星旦二先生にご就任いただくことになっています。

100年の1度の経済危機で、貧困と格差による健康障害が急速に進行しつつあります。皆さまのお仕事の一層の発展を祈念いたします。(宮尾 克)

査読者一覧 (五十音順)

天笠	崇	先生
近藤	高明	先生
関谷	栄子	先生
埴田	和史	先生
高鳥毛	敏雄	先生
波川	京子	先生
仁平	将	先生
服部	真	先生
原田	規章	先生
平田	衛	先生
星	旦二	先生