

ISSN 0910-9919

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

社会医学研究 2009

27-1
2009

日本社会医学学会
JAPAN SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

日本社会医学学会

目 次

－原著－

1. 都道府県別要介護認定割合の較差と保健師活動との関連 (渡部 月子、他) 1
Relationship between long-term nursing care utilization rate
and public health nursing activities in 47 prefectures
2. 終末期医療における在宅療養の課題 (杉琴さやか、他) 9
Problems of home medical treatment in terminal medical care
3. 精神保健福祉士の抑うつ症状とその関連要因 (岡田 栄作、他) 17
Depression and related factors for psychiatric-social-workers
4. 在宅要介護高齢者が経験する苦痛と困難およびそれらの心理的影響に関する研究 (楠永 敏恵、他) 25
Suffering and difficulty in community-dwelling elderly who require long-term care
5. 高校生の子をもつ中年期女性のメンタルヘルスと地域との関わり
及び地域のソーシャル・キャピタルとの関連性の検討 (木村美也子、他) 35
The relationships between mental health and community participation/
social capital among middle-aged women with high school-age children

－報告－

6. 健康食品の素材のヒトにおける有効性に関する考察 (川添 禎浩、他) 45
－生活習慣病に対する健康食品の素材について－
A study on effectiveness of health foods materials in human
Health foods materials for lifestyle-related diseases

－総説－

7. 社会正義とその教育－フィールドと倫理教育を結ぶ－考察 (志賀 文哉) 56
Social justice and its education in social work practice
Discussion linking field work and ethical education

原 著

都道府県別要介護認定割合の較差と保健師活動との関連

Relationship between long-term nursing care utilization rate and public health nursing activities in 47 prefectures

渡部月子¹⁾、高嶋伸子²⁾、星旦二³⁾

Tsukiko WATANABE¹⁾、Nobuko TAKASHIMA²⁾、Tanji HOSHI³⁾

- 1) 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科
- 2) 香川県立保健医療大学
- 3) 首都大学東京大学院都市システム科学研究科

- 1) Faculty of Health & Social Work, School of Nursing, Kanagawa University of Human Services
- 2) Department of Nursing, Kagawa Prefectural College of Health Sciences
- 3) Graduate School of Urban Science, Tokyo Metropolitan University

抄 録

本研究の目的は、都道府県別にみた要介護認定割合と関連する要因について共分散構造分析を用いてその構造を明確にすることである。調査項目は、総務省・厚生労働省の全国調査を基礎資料として、各県別にみた要介護認定割合、介護保険料、医師数・保健師数、病院病床数、病院利用割合、特別養護老人ホーム在居者数、県民所得、高齢者有業割合である。要介護認定割合及び介護保険に関連する構造モデルを設定し、パス解析を行った。分析ソフトはSPSS 12.0J for Windows、Amos16.0 for Windowsを用いた。分析の結果、要介護認定割合は、人口当たりでみた病院病床数、病床利用割合、高齢者有業割合、人口当たりでみた保健師総数からなる構造モデルによって49%が説明でき、高い適合度 (AGFI=0.859 NFI=0.967 RMSEA=0.053) が得られた。また、介護保険料は、特別養護老人ホーム在居者数、高齢者有業割合、保健師総数からなる構造モデルによって42%が説明できた (AGFI=0.996 NFI=0.969 RMSEA=0.000)。人口当たりでみた市町村と都道府県で採用されている保健師数が多い県では、高齢者有業割合が高まり、結果的に要介護認定割合や介護保険料を低下させている可能性が示唆された。今後の研究課題は、保健師活動により就労を高める介入研究により介護予防効果を明確にすることである。

Abstract:

The purpose of this study was to examine the long-term nursing care utilization rate by prefecture, and to clarify the relevant primary factors related to it using a structural equation model. Data for the analysis were taken from a nationwide survey by Ministry of Internal Affairs and Communications and by the Ministry of Health, Labour, and Welfare. For each prefecture, the long-term nursing care utilization rate, premium paid for long-term nursing care insurance, number of physicians, number of public health nurses, number of hospital beds, hospital-bed occupancy rate, number of the nursing homes, prefecture's overall income, and rate of employment for the elderly were examined. The long-term nursing care utilization rate and the premium for long-term nursing care insurance were used to construct a structural equation model and a pass analysis was done. The analysis was done with SPSS 12.0J software with Amos16.0 for Windows. The results of the analysis showed that 49% of the variance by prefecture in the long-term nursing care utilization rate could be explained by the number of hospital beds, the hospital-bed occupancy rate, and the number of public health nurses. A high level of goodness of fit (AGFI=0.859, NFI=0.967, RMSEA=0.053) was obtained. Additionally, 42 percent of the variance by prefecture

in the long-term nursing cost could be explained by the number of nursing homes, the rate of employment for the elderly, and the number of public health nurses. A high level of goodness of fit (AGFI=0.996, NFI=0.999, RMSEA=0.001) was obtained. In prefectures that employed the greatest number of public health nurses per population by municipality and prefecture, the rate of elderly employment was high, suggesting the possibility that this resulted in a lower long-term nursing care utilization rate and premiums for long-term nursing care insurance. A further interventional study to clearly show a causal relationship between the work of public health nurses and the effect of the rate of bed-ridden elderly is warranted.

キーワード：要介護認定割合、都道府県較差、保健師

Key word: long-term nursing care utilization rate, differences among prefectures, public health nurses

I. はじめに

わが国では2000年より介護保険制度が創設され、介護サービスは各地域で着実に定着してきている。しかしながら各都道府県別にみると、要介護認定割合には2倍近い較差がみられている。2006年に改訂された介護保険法では、介護状態の改善可能性が高い群を対象とする新予防給付が創設され、予防重視型システムへの方向転換が図られた¹⁾。介護保険地域支援事業は市町村などが運営主体となり、地域包括支援センターにおいて介護予防マネジメントは保健師が中心的な役割を担い包括的な支援事業が展開されている。高齢化が進む中で要介護者の増加を可能な限り抑制していくことは、財政面だけではなく、高齢者本人のQOLを高める視点からも重視すべき研究課題である。

1-1. 介護予防の意義

介護予防によって高齢者が自立を保ち、医療費や介護給付費を効率よく活用される必要があることから、高齢者の自立度別にみた経済評価もされており、吉田らによれば要介護へと自立度が低下することにより医療・介護給付費が大きく増加することから、自立を維持し重篤を先送りすることが高齢者の医療と介護コストの低下につながる可能性を提示し、介護予防事業を実現するためには、多くを占める自立した高齢者が引き続き生活機能を維持させるとともに、老年症候群（高齢による虚弱・転倒・認知症・低栄養など）のハイリスク者の早期発見と早期対応による予防の意義が報告されている²⁾。

1990年国連総会の「高齢者のための国連原則(United Nations Principles for Persons)」では、高齢者の自立のためには、社会参加とともに自己実現及び尊厳を実現することを目指した取り組みが提言されている³⁾。また、わが国の高齢社会対策大綱では、高齢者がその

知識と経験を生かして経済社会の担い手として活躍することができるよう、雇用・就業環境を図ることが記載されている⁴⁾。

1-2. 要介護認定割合の都道府県較差との関係要因

これまでの地域較差の研究としては、高齢者の医療費に関する研究が推進されてきた⁵⁻⁷⁾。実際に老人福祉対策の地域較差の存在を提起した研究報告⁸⁾とともに介護保険サービスを利用する場合の選択要因やサービス利用特性などの研究⁹⁻¹¹⁾、地域における高齢者の転倒予防、老人保健事業と入院受診率や死亡・医療費との関係についての研究報告がされてきた¹²⁻¹⁴⁾。さらに、高齢者の健康寿命の地域較差に関する研究では、要介護期間は男性よりも女性が長く、介護予防が緊急の課題であることが指摘されてきている¹⁵⁻¹⁷⁾。介護保険の導入定着に伴って、介護費の地域較差についても、その背景や関連要因を明確にする意義は高いものと考えられる。

1-3. 都道府県別にみた要介護認定割合と介護保険料

著者らは、2003年の都道府県別要介護認定割合と介護保険料の分析から、要介護認定割合は最も少ない茨城県の11.5%に対して、沖縄県では19.5%と1.7倍の較差がみられること、介護保険料でも同様に、茨城県の2,516円に対して、沖縄県の4,528円と1.7倍の較差がみられたことを報告している¹⁸⁾。また、要介護認定割合と介護保険料と関連する『要介護状況』（『』は潜在変数を示す）は、病院病床と診療所病床それに病床利用割合と関連する『医療施設と機能』からは統計学的に有意な標準化推定値0.82を示し、高齢者有業割合と在宅死亡割合と関連する『有業と在宅死』からは統計学的に有意ではないものの標準化推定値-0.11であったことと、人口当たりでみた病院と診療所の充実と病院利用割合と関連する『医療施設と機能』は、要介護認定割合と介護保険料に関連する『要介護状況』を直

接増加させる可能性を報告している¹⁸⁾。しかしながら、要介護認定割合や介護保険料と配置されている人口当たりでみた保健師数との関連性を、共分散構造分析によるパス解析によって明確にした調査研究は報告されていない。

II. 研究目的

要介護状況の予防活動には多くの専門職が関わっている中で、特に自治体に勤務する保健師は、その本質的な予防活動としての健康教育や個別の家庭訪問活動を推進しているが、都道府県別にみた要介護認定割合の較差と配置されている保健師数や関連する要因との総合的な関連性を構造的に明確にした論文は報告されていない。

そこで、本研究の目的は、都道府県別にみた要介護認定割合と介護保険料の地域較差と保健師配置状況及び高齢者有業割合との関連を明確にし、地域較差を低減化させる施策における保健師活動の意義と役割を明確にする基礎資料を得ることとした。

III. 方法

3-1. 分析要因の選定と入手データ

47 都道府県別介護状況のデータは、2003 年厚生労働省の報告を用いた。医療福祉活動の基盤となる医療機関の病床数と各種診療別平均入院状況について 22 項目、保健分野の各種健康診査要因 5 項目、マンパワー要因 8 項目、人口社会経済的要因について 18 項目を含む 48 要因とした。この中から、要介護認定割合ないし介護保険料との単相間で、統計学上有意に関連する要因とともに負の関連を示した高齢者有業割合を含む 10 要因と保健師数との関連を分析した。具体的な医療整備状況に関する分析要因は、医療機関指標として人口 10 万人対病院病床数と診療所病床数と病床利用割合 (%) とした。高齢者福祉施設指標として 65 歳以上人口千人当たり特別養護老人ホーム在居者数、保健医療マンパワー指標として、病院病床 100 床当たり医師数と人口 10 万人当たり看護師数、保健師数とした。保健師数は、市町村保健師と都道府県保健師の合計を保健師総数として分析した。経済指標は、1 人当たり県民所得 (千円)、高齢者有業割合 (%) 自宅死亡割合である。

要介護認定割合は、介護保険費実態調査の認定者数、要介護状況区分・性・年齢階級・都道府県別 (厚生労働省 2003)¹⁹⁾ の要支援・要介護 1～要介護 5 の第 1

号被保険者を都道府県、年齢 (5 階級)、男女別人口 - 総人口 (総務省 2003)²⁰⁾ を用いて年齢階級別人口で除して算出した。介護保険料は、全国保険者別第 1 号保険料基準額及び第 1 号被保険者 1 人当たり給付額 (厚生労働省 2003)²¹⁾ を用いた。病院病床数、診療所病床数、病床利用割合、医師数、看護師数、医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告 (厚生労働省 2003)²²⁾ を用い、保健師数は衛生行政報告 (厚生労働省 2002)²³⁾ を用いた。特別養護老人ホーム在居者数は、統計で見る都道府県のすがた 2002 (内閣府 2003)²⁴⁾ を用い、高齢者有業割合は、就業構造基本調査 (総務省統計局 2002)²⁵⁾ を用い、自宅死亡割合は人口動態統計・年報主要統計表 (厚生労働省 2003)²⁶⁾ を用いた。県民所得は、経済社会総合研究所県民経済経計算 (内閣府 2003)²⁷⁾ を用いた。

3-2. 分析方法

都道府県別にみた要介護認定割合と介護保険料を従属変数として、人口当たりの保健師総数を中心に関連分析と重回帰分析と共に、間接効果を含めた共分散構造分析によるパス解析を実施した。分析ソフトは、SPSS 12.0J for Windows と Amos16.0 for Windows を用いた。パス解析での適合度指標として、AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index)、基準化適合度指標 NFI (Normed Fit Index)、および平均二乗誤差平方根 RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) を用いた。

IV. 結果

4-1. 各調査項目の基礎集計と関連性

各要因の基礎資料は表 1 に示した。要介護認定割合の都道府県別較差は 1.7 倍であった。高齢者有業割合は 1.7 倍、県民所得は 2.1 倍、人口 10 万人当たりでみた病院病床数の都道府県別較差は約 3 倍、同様に診療所病床数は約 8.8 倍の較差がみられた。自宅死亡割合は 3.5 倍の較差がみられた。人口当たりでみたマンパワーとして医師数では 2.2 倍の較差がみられた。市町村に配置されている都道府県別人口 10 万人当たりでみた保健師数は 3.3 倍、県に配置されている保健師数は 9.3 倍の較差がみられた。各要因の関連性を Pearson の相関係数を用いて分析した (表 2)。

要介護認定割合と最も強い関連がみられたのは、介護保険料であった。その他の関連要因は、人口当たりの病院病床数と診療所病床数、病床利用割合それに特

表 1. 各指標の記述統計 (n = 47)

指 標	最小値	最大値	平均値	標準偏差	歪 度
要介護認定割合 (%)	11.5	19.5	15.6	2.0	-0.9
介護保険料 (円)	2,516.0	4,528.0	3,251.0	416.0	0.5
高齢者有業割合 (%)	17.6	30.7	23.0	3.0	0.0
病院病床数 *	879.8	2,505.2	1439.0	361.4	0.6
診療所病床数 *	54.9	486.3	224.3	136.0	0.7
特別養護老人ホーム在所有者数 #	68.5	500.2	254.4	90.9	0.3
病床利用割合 (%)	80.4	91.4	85.6	2.7	0.3
医師数 (100 床当たり)	7.4	16.5	9.8	1.7	1.5
看護師数 (100 床当たり)	25.9	44.2	32.6	4.0	0.6
自宅死亡割合 (%)	9.2	32.4	21.7	5.1	-0.1
県民所得 (千円)	2,042.0	4,267.0	2717.6	389.7	1.3
保健師総数 *	13.7	69.5	41.3	12.6	-0.3
市町村保健師数 *	9.0	30.2	19.6	5.1	-0.2
県保健師数 *	4.1	39.3	21.7	7.8	-0.2

* : 人口 10 万人当たり
: 65 歳以上人口千人当たり

表 2. 分析各要因間の相関係数 (n=47)

A. 要介護認定割合 (%)	1.00													
B. 介護保険料 (円)	0.72**	1.00												
C. 高齢者有業割合 (%)	-0.24	-0.25	1.00											
D. 病院病床数 #	0.68**	0.68**	-0.16	1.00										
E. 診療所病床数 #	0.62**	0.54**	-0.10	0.76**	1.00									
F. 特養在所有者数 &	0.35*	0.48**	0.26	0.48**	0.44	1.00								
G. 病床利用割合 (%)	0.49**	0.62**	-0.24	0.56**	0.48**	0.34*	1.00							
H. 医師数 (100 床当たり)	-0.33*	-0.39*	0.21	-0.64**	-0.60**	-0.40**	-0.40**	1.00						
I. 自宅死亡割合 (%)	-0.15	-0.31*	0.32*	-0.31*	-0.21	0.24	-0.27	-0.01	1.00					
J. 県民所得 (千円)	-0.47**	-0.42**	0.27	-0.54**	-0.56**	-0.48**	0.30*	0.79**	-0.8	1.00				
K. 保健師総数 #	0.17	0.19	0.33*	0.39**	0.35**	0.74**	0.08	-0.50**	0.27	-0.57**	1.00			
L. 市町村保健師数 #	0.14	0.10	0.34*	0.36*	0.30*	0.64**	-0.02	-0.46**	0.26	-0.52**	0.97**	1.00		
M. 県保健師数 #	0.18	0.24	0.31*	0.39**	0.38**	0.78**	0.14	-0.51**	0.27	-0.59**	0.99**	0.92	1.00	
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M

** : p<0.01, * : p<0.05
: 人口 10 万人当たり
& : 65 歳以上人口 1000 人当たり 特養 : 特別養護老人ホーム

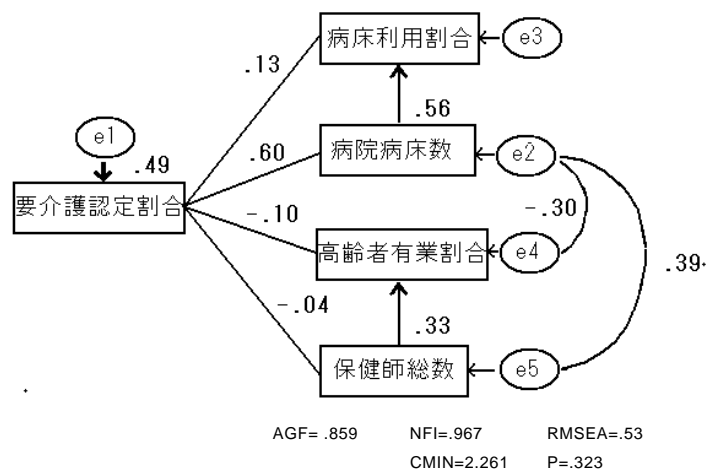


図 1. 要介護認定割合を規定する保健師総数と高齢者有業割合のパス図

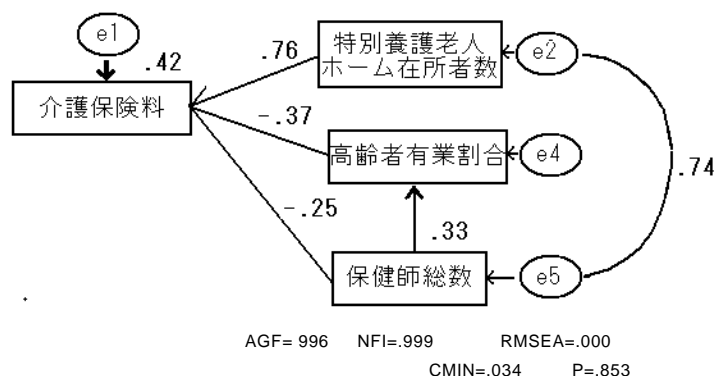


図2. 介護保険料を規定する保健師総数と高齢者有業割合のパス図

別養護老人ホーム施設在居者数との間に統計学上有意な正の相関を示した。一方、負の相関がみられたのは、県民所得、病床当たりの医師数であった。介護保険料も要介護認定割合と同様な関連がみられた。保健師総数と最も関連がみられたのは特別養護老人ホーム在居者数であった。その他の関連要因は、高齢者有業割合、人口当たりの病院病床数と診療所病床数との間に統計学上有意な正の相関を示した。一方、負の相関がみられたのは県民所得、病床当たりの医師数である。人口当たりでみた保健師数と要介護認定割合との関連では、保健師数が多いほど要介護認定割合が高くなる傾向が示されたが、統計学上有意差はみられなかった。

4-2. 要介護認定割合と関連要因のパス解析

要介護認定割合を従属変数とする重回帰分析では、統計学的に有意に関連する要因は、介護保険料、人口当たりの病院病床数、診療所病床数と病床利用割合、県民所得であった。しかしながら、人口当たりの保健師数は高齢者有業割合と統計学的に正の有意な関連がみられたことから、保健師数と要介護認定割合を加え、要介護認定割合との関連について様々な組み合わせの共分散構造分析によるパス解析を試み、修正指数に基づいてモデルを修正しつつ、適合度の高いモデルを探った。

要介護認定割合に対する病院病床数の直接効果は0.60、高齢者有業割合は-0.10、人口当たりの保健師総数は-0.04であった。人口当たりの保健師総数は、要介護認定割合を直接に低下させるよりも、高齢者有業割合を増加させる間接効果を経て、結果的に要介護認定割合を低下させるモデル(図1)で高い適合度(AGFI=0.859、RMSEA=0.053)が得られた。このモデルによって、都道府県別にみた要介護率較差の49%を説明することが出来た。

4-3. 介護保険料と関連要因のパス解析

介護保険料を従属変数とする重回帰分析を実施した結果、統計学的に有意に関連する要因は、人口当たりの病院病床数、診療所病床数、人口当たりの特別養護老人ホーム施設在居者数と病床利用割合、県民所得であった。介護保険料についても、人口当たりの保健師総数は高齢者有業割合と統計学的に正の有意な関連がみられたことから、保健師総数と介護保険料を加え様々なパス解析を試みた。その結果、介護保険料に対する直接効果は、特別養護老人ホーム在居者数は0.76、高齢者有業割合は、-0.37、人口当たりの保健師総数は-0.25であった。保健師総数は介護保険料を直接に低下させるとともに、高齢者有業割合を増加させる間接効果を経て、結果的に介護保険料を低下させるモデル(図2)は、高い適合度(AGFI=0.996、RMSEA=0.001)が得られた。このモデルによって、都道府県別にみた介護保険料較差の42%を説明することが出来た。

V. 考察

ここでは、要介護認定割合と介護保険料の都道府県較差を是正するための保健師の役割とともに高齢者有業割合について考察する。

5-1. 都道府県別にみた要介護認定割合と介護保険料と保健師総数との関連

都道府県別にみた要介護認定割合と介護保険料と市町村ないし県別にみた人口当たりの保健師数との単純相関をみると、統計学上有意ではないものの正の相関がみられていた。しかしながら、本調査によって市町村と県に採用されている保健師を統合した保健師総数を用いた分析により、保健師が高齢者有業割合を高めるモデルを採用することによって、結果的に要介護認定割合と介護保険料を抑制させる可能性が示唆されたことが、本研究成果の意義の一つである。

保健師数を市町村や県に限定して個別に分析すると、ほぼ同様な結果がみられたが、最も適合度が高かったのは、図 1, 2 で示したように市町村と県の保健師を合算した保健師総数の分析であった。現在、保健師は全国県・市町村自治体に約 3 万人が就業している。都道府県で採用されている保健師数は地域保健法や母子保健法が改正された 1994 年の 8,955 人をピークにほぼ横ばいであるものの、市町村で採用されている保健師は 1994 年 1,380 人であったが 2000 年の介護保険制度の施行まで年間約 3,000 人ずつ増加し、それ以降も増え続け、2006 年には 23,455 人と増加している。配置されている自治体の部署としては、保健分野のみならず介護保険部門・介護予防部門にも配置され、さらに地域包括支援センターなどへの配置拡大が行われている²⁸⁾。保健師の機能として地域住民の健康課題に対するハイリスクアプローチとともに、予防活動を中心としたポピュレーションアプローチも重要な役割を果たしている。健康寿命の地域較差に影響している要因の分析では、在宅福祉事業費や保健師数は、健康相談の開催回数が正の相関を示し、老人医療費や脳血管疾患・心疾患・がん・歯科医師数などと負の相関を示しているとの報告がされている¹⁵⁾。市町村保健活動における保健師の中核的な機能としては、地域住民が主体的に個人及び地域の健康状態の改善、維持、増進に向けて行動することを支援する機能とともに、健康課題の把握、企画立案、評価、地域の社会資源の開発などの地域保健活動を推進する機能があげられて、地域住民の自立支援の推進がより一層期待されている²⁹⁾。

本調査は、県や自治体における保健師の採用数によって分析したものであり、保健師の活動内容や活動実績に基づいて分析した調査ではない点が今後の研究課題である。また、保健師は自治体に勤務するとは限らない。予防重視型の医療機関と共に、健康保険組合などにおいても活動している。特に健康保険組合に所属する保健師は、組合員の健康支援と予防活動を担うとともに、組合員の高齢家族の健康支援にも深く関わっている。今後の研究の方向性としては、介護予防を担っている保健師による個別の支援活動による介護予防効果を明示するとともに、健康保険組合を単位とした活動効果についても明らかにするとともに、高齢者就労との関連を個別事例や小さい集団単位レベルでも明確にするために、介入研究により追跡し保健師による介護予防効果を明確にしていくことも今後の大きな研究課題である。

5-2. 高齢者有業割合の意義

本研究では、保健師活動とともに高齢者有業割合が高まることで、結果的に要介護認定割合と介護保険料に対して抑制的な効果がみられるモデルの適合度が高い可能性が示唆された。高齢者の就業は社会参加とともに健康保持増進に役立つ可能性が国際レベルでも国レベルでもその意義が提示されていたものの、数量的に明確にされていたわけではなかった。高齢者の所得確保と就労の意義については、1982 年「高齢化に関する世界会議」における「高齢化に関する国際行動計画」³⁰⁾ や、1990 年国連総会で採択された「高齢者のための国連原則 (United Nations Principles for Persons)」³⁾ での高齢者の自立、参加、ケア、自己実現及び尊厳を実現することを目指した取り組みがなされている。その後の「高齢化に関するマドリッド国際行動計画 2002」においても所得補償は優先すべき方向性の第 1 位に位置づけられてきた。同様にわが国の高齢社会対策大綱に「高齢化が急速に進展する中で、経済社会の活力を維持するために、高齢者がその知識と経験を生かして経済社会の担い手として活躍することができるよう、雇用・就業環境を図る」ことが記載されている⁴⁾。平成 18 年版厚生労働白書³¹⁾では、「持続可能な社会保障制度と支え合いの循環～「地域」への参加と「働き方」の見直し～」として、「高齢者が生きがいを持ち安心して暮らせる社会の実現」をめざし、65 歳までの雇用の確保や再就職支援の推進、高齢者の多様な就労を促進するための取組みを提案している)。さらに東京都福祉保健局は、平成 18 年に福祉・健康都市東京の基本ビジョンとして、誰もが「自ら積極的に健康づくり」に取り組み、就労や地域生活など「その人らしい自立」をめざし、「主体的に生活できる社会」を構築することを三つの基本コンセプトとして提示している。本人の意欲と能力に応じて 65 歳まで働けるよう、定年の引き上げや継続雇用制度の導入による安定的な雇用の確保を図ることを目指しており、高齢者の就業割合は男性で 60～64 歳で 68.8%、65～69 歳で 49.5%と、60 歳をすぎても多くの高齢者が就業している。未就業者の高齢者でも 60～64 歳の 4 割以上の者が就業を希望している。高齢者が就業を希望する理由として 65 歳以上では「健康を維持したい」が 36.1%と最も高くなっている³²⁾。

今回の調査において、人口当たりでみた保健師配置数が多い県では高齢者の就労が高まり、間接的に要介護を予防する可能性が示唆されたことは、高齢者の就労が賃金収入や社会貢献や生きがいという点において

も、その推進が図られる必要があり、結果的に保健師活動が要介護認定割合を低下させることに寄与している可能性を示していると言える。実際に高齢者有業割合と要介護認定割合との関連を実証する研究では、島根県市町村別健康寿命の地域較差において、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ており¹⁵⁾、就労による健康寿命につながる可能性が報告されている³³⁾。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あることが示された報告であり、本研究でも県保健師レベルでの追試において同様のことが断面調査によって明示された。

WHOはヘルスプロモーションで示す政策内容について、保健医療福祉活動のみならず「教育・輸送・住居・都市開発・工業生産・農業の部門を健康に関連づけて優先にしていく」と同時に「健康政策を最優先課題として位置づける」必要性を提示している³⁴⁾。生産年齢人口の減少によって、今後、知識・経験を生かした高齢者の雇用は必然的な課題となっている。本研究により、個々人の主体性を尊重し、働く場の確保を含め結果的に健康寿命を高める支援ができるよう保健師を確保し、公的責任としての支援環境を整備する意義が数量的なエビデンスによって支持された。

介護状況は、健康水準の低さや社会的・経済的・文化的要因の影響も大きいことが指摘されており、その背景には核家族化や女性の社会進出により、疾病高齢者に対する在宅介護の担い手が少ないため、病院でのケアといった社会的入院を選択することも一因ではないかとの調査研究も報告されている³⁵⁾。要介護認定割合が最も高い県の一つである青森県や沖縄県では、県民所得が最も少なく同時に高齢者有業割合も低い状況にある。都道府県別にみた要介護認定割合や介護保険料の較差は正のためには、保健師採用数が多く、高齢者有業割合が高く、県民所得が高いことがどのようなメカニズムで低い要介護認定割合をもたらしているのかについて詳細に研究することが期待される。

本研究で用いた総務省報告である有業率の定義は、普段から収入を得ることを目的として仕事をしているとともに、現在は休んでいる人も含む高齢者人口に対する割合である。今後の研究課題として、高齢者就業の実態を明確に反映する指標を開発するとともに、役割や生きがい感などの指標も開発し、要介護認定割合との関連性や要介護認定割合を抑制させるメカニズム

を明確にすることが求められる。

5-3. 今後の研究課題

本研究では、人口当たりでみた保健師採用数が多い県では高齢者有業割合が高まり、結果的に要介護認定割合や介護保険料を低下させる可能性がパス解析によって示唆された。しかしながら、本調査では横断調査によって関連性を明らかにしたにすぎない。

今後、再現性を確認するとともに実証的な介入研究や追跡研究によってその就労と保健師活動と介護予防との本質的な関連を明確にすることが研究課題である。健康寿命延伸計画としては、生きがいと関連する就労や収入確保を含め、社会経済文化的要因として日々の暮らしを支援する保健師の役割にも注目する必要性が示唆された。

参考文献

- 1) 護白書平成19年版. 全国老人保健施設協会, 2007: 3-13
- 2) 吉田裕人、藤原佳典、熊谷修他、介護予防の経済評価に向けたデータベース作成－高齢者の自立度別の医療・介護給付費－. 厚生指標. 2004; 51(5): 1-8
- 3) 高齢者のための国連原則 http://www8.cao.go.jp/kourei/program/iyop_1.htm
- 4) 高齢社会対策大綱 (平成8年7月5日閣議決定) <http://www8.cao.go.jp/kourei/measure/taikou/index-t.html>
- 5) 藤原佳典、星旦二、高齢者入院医療費の都道府県地域較差に関する研究－わが国における先行研究の文献的総括－. 日本公衆衛生雑誌. 1998; 11: 1050-10581
- 6) Fujiwara Y, Hoshi T, Shinkai S, et al. Regulatory factors of medical care expenditures for older people in Japan--analysis based on secondary medical care areas in Hokkaido. Health Policy 2000; 53 (1): 39-59
- 7) 谷口力夫、藤原佳典、渡部月子他、高齢者入院医療費の市町村格差に関する研究－我が国における先行研究の文献的総括－. 総合都市研究. 2001; 74: 65-76
- 8) 加藤昌弘、橋本修二、宮下光令他、老人福祉対策の都道府県、市町村間差の推移. 厚生指標. 2000; 47 (4): 8-13
- 9) 後藤真澄、若松利昭、要介護度別の介護サービス利用特性に関する研究. 厚生指標. 2003; 50: 17-22

- 10) 杉沢秀博、深谷太郎、杉原陽子他、介護保険制度下における在宅介護サービスの過少利用の要因. 日本公衆衛生雑誌. 2002; 49 (5): 425-436
- 11) 加治屋晴美、鈴木みずえ、金森雅夫、都道府県別社会関連統計指標を用いた介護保険サービス利用選択要因に関する研究. 公衆衛生. 2004; 64: 651-659
- 12) 深山智代、桑原ゆみ、工藤禎子他、老人保健事業の参加状況と標準化死亡比(死因別)入院・入院外受診率の関連-北海道内市町村を対象として-. 厚生指標. 2003; 50 (10): 21-26
- 13) 畝博、石隊達雄、宇治光治他、市町村における基本健康診査の健診方式と健診受診率、死亡率及び医療費との関係. 厚生指標. 1999; 46 (10): 18-21
- 14) 柳川育子、荒谷三世子、大都市における国保重複受診者の保健生活実態とその対策-「暮らしの中の健康教室-かんたん筋力アップ体操」を実施して-. 京都市立看護短期大学紀要. 2003; 28: 49-59
- 15) 藤谷朋子、糸川浩司、角橋ヤス子他、島根県における健康寿命(平均自立期間)の地域較差に関する研究. 島根県保健福祉環境研究発表会. 2002
- 16) 糸川浩司、藤谷朋子、関龍太郎他、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
- 17) 武田俊平、介護保険における要介護疾患と要介護認定期間(健康寿命). 日本公衆衛生雑誌. 2002; 49: 417-424
- 18) 栗盛須雅子、渡部月子、高燕他、都道府県別要介護認定割合の較差と関連する要因の総合解析; 厚生指標. 2009; 4: 22-28
- 19) 介護給付費実態調査の認定者数、要介護状況区分、性・年齢階級、都道府県別(厚生労働省 2003)
- 20) 都道府県、年齢(5歳階級)、男女別人口-総人口(総務省統計局 2002)
- 21) 全国保険者別第1号保険料基準額及び第1号被保険者一人あたり給付額(厚生労働省 2003)
- 22) 医療施設(静態・動態)調査・病院報告(厚生労働省 2003)
- 23) 衛生行政報告(厚生労働省 2002)
- 24) 統計でみる都道府県のすがた(総務省統計局 2002)
- 25) 就業構造基礎調査(総務省統計局 2002)
- 26) 人口動態統計・主要統計表第6表(厚生労働省 2003) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii03/index.html>
- 27) 内閣府経済社会総合研究所県民経済計算 2003
- 28) 看護白書平成19年版日本看護協会、2007;146-152
- 29) 市町村保健活動の再構築に関する検討会報告書 厚生労働省、2007
- 30) 第2回高齢化に関する世界会議 <http://www8.cao.go.jp/kourei/program/madrid2002/pd2002.html#top>
- 31) 平成18年版厚生労働白書 <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/06-2/index.html>
<http://www.health-station.com/topic125.html>
- 32) 高齢社会白書 平成20年度版: 内閣府編. 2008; 40-42
- 33) 高燕、星旦二、中村立子. 都市部青壮年助成の就業状態における生活満足感の規定要因に関する研究. 社会医学研究. 2007; 25: 29-35
- 34) Health Promotion 1991, Supportive Environment. WHO, Sundsvall Statements.
- 35) 一原由美子、老人入院医療費の地域較差に関する検討-今後の在宅看護についての基礎資料として-. 地域環境保健福祉研究. 2002; 6: 29-33

原 著

終末期医療における在宅療養の課題

Problems of home medical treatment in terminal medical care

杉琴さやか¹⁾、古賀友之²⁾、西垣千春³⁾

Sayako SUGIKOTO¹⁾、Tomoyuki KOGA²⁾、Chiharu NISHIGAKI³⁾

- 1) 東大阪市立総合病院
- 2) あおぞら診療所新松戸
- 3) 神戸学院大学

- 1) Higashiosaka City General Hospital
- 2) Aozora Medical Clinic Shin-Matsudo
- 3) Kobe Gakuin University

抄 録

急性期病院では医療ソーシャルワーカーが終末期患者の転院や退院の支援に関わるが増えてき、実際に在宅療養を経験した患者の家族の声を聞くことは少ない。在宅療養を行なうこと、また、最終的に在宅で看取りをすることが家族にとってどのようなものであるかはほとんど明らかにされていない。今回、H市内において終末期医療に積極的に取り組む1診療所からの訪問診療を受け、自宅あるいは病院で亡くなった患者の家族を対象に、在宅看取りを支える条件および在宅療養における課題を明らかにすることを目的としたアンケート調査を行なった。調査票を送付した89例のうち55例から回答を得た。また、個別インタビューに協力の得られた7例について訪問調査を実施した。さらに、終末期医療を支えた医師に対して終末期医療の意義と課題についてインタビューを行なった。

結果、最終的な看取り場所に影響を与える要因として在宅看取りでは患者、家族の希望が影響し、病院での看取りでは症状の変化が影響していた。また、在宅療養においては介護者を支える代替介護者の存在や家族ケアに重点をおいたサポートが必要であることが示唆された。

Abstract

Medical social workers have often been involved in supporting patient transfer in hospitals as well as in discharging terminal patients from acute hospitals. However, there are few actual chances for them to listen to the families of patients who have experienced receiving home medical treatment. The meaning for patients' families of receiving home medical treatment or palliative care remains unclear. We conducted a questionnaire survey for the purpose of clarifying problems concerning the conditions of palliative care at home and home medical treatment in one city. We contacted 89 surviving family members of patients who received home medical treatment and died at home or died in the hospital, and we received answers from 55. In addition, 7 surviving family members of patients cooperated for on-site individual interviews. A doctors involved in terminal medical care was also interviewed with regard to its medical significance and related problems.

The results indicated that people who die at home are affected by their own wishes and the wishes of their families to do so, and that those who die in hospitals are not affected by the wishes of others, but rather by changes in their condition. The study also suggested that support was an important point for family care, and that assistant caregivers who support caregivers are necessary for home medical treatment.

キーワード：医療ソーシャルワーカー、在宅療養、在宅看取り、終末期医療

Key words: medical social worker, home medical treatment, palliative care at home, terminal medical care

I. 緒言

人生の最期の時間を在宅で過ごすことが患者のQOLを高めることは先行研究において示されている¹⁾。また、在宅で看取るといことも遺された家族に高い満足度をもたらすことを在宅医療に取り組む医師が言及してきた²⁾。しかしながら、患者の終末期に実際に在宅療養を経験した患者の家族に対して、在宅療養を評価してもらうような調査はほとんど行なわれていない。特に、在宅で最期まで療養し看取った場合と病院で看取った場合では家族への影響に差異があるものと考えられる。

そこで本研究は、在宅療養を選び、訪問診療を受けながら療養生活を送り自宅で亡くなった患者と、在宅療養の後、再入院して病院で亡くなった患者ではどのような要因が関与しているかを分析し、在宅看取りを支える条件および終末期医療における在宅療養の課題を明らかにすることを目的として実施した。

II. 対象と方法

本研究は、H市内において終末期医療に積極的に取り組む1診療所から在宅訪問診療を受けた患者の家族を対象としてアンケート調査を実施した。この診療所では24時間オンコール体制をとり夜間休日においても医師による訪問を行っていた。今回、施設以外の居宅にて在宅訪問診療を受け、自宅あるいは病院で亡くなった事例(平成16年9月～平成20年12月の間に関わりのあった患者)のうち、連絡のとれた89例の家族を対象とした。

回答は、主たる介護者に自記式による記入を依頼した。主な質問内容としては、主介護者以外の介護者の

有無、看取り場所の希望、精神的支えとなった人は誰か、患者が亡くなった後の生活の変化や心の状態、などである。調査実施期間は平成20年12月10日～平成21年1月末までと設定した。データ分析にはSPSS12.0 for Windowsを用い、看取り場所に影響を与える要因を明らかにするためにクロス集計を行なった。分析後、個別インタビューに協力いただけると回答された7例に対し、1例当たり1時間程度で実際に訪問してお話をうかがった。調査期間は平成21年1月24日～平成21年3月27日までとした。面接はデータ分析を踏まえて、在宅療養に至った経緯、在宅療養を経験してよかったこと、困ったこと、患者が亡くなった後の心の変化や体調について、などを中心に質問した。さらに、終末期医療を支えた医師に対して平成21年6月19日にインタビューを実施した。面接では、終末期医療をはじめたきっかけ、終末期医療を行なうにあたって工夫した点、今後、終末期医療がどのようになっていけばいいか、などについて質問した。

III. 研究結果

(1) 基本属性

調査対象者89例のうち回答が得られたのは55例で、全てが有効回答であった。よって、回収率、有効回答率ともに61.8%であった。回答者は、男性13例(23.6%)、女性42例(76.4%)であった(図1)。回答者の平均年齢は、57.4歳で、50歳代から60歳代の回答者が58.1%と半数以上を占めている。患者との続柄に関しては、配偶者が32例(58.1%)と最も多く、次いで娘が13例(23.6%)、嫁4例(7.3%)、息子4例(7.3%)、両親1例(1.8%)、兄弟1例(1.8%)であった(図2)。

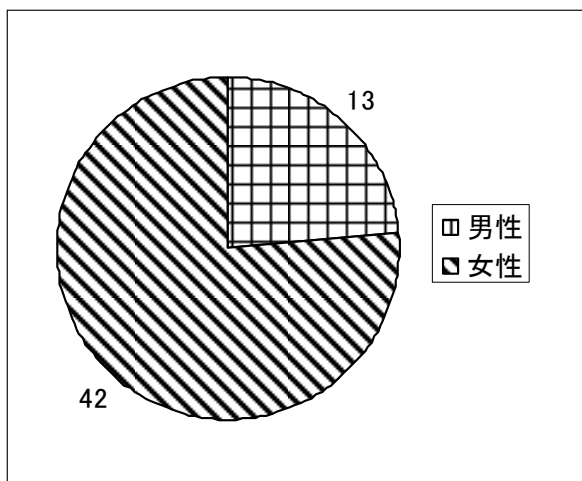


図1. 介護者の性別分布 (n=55)

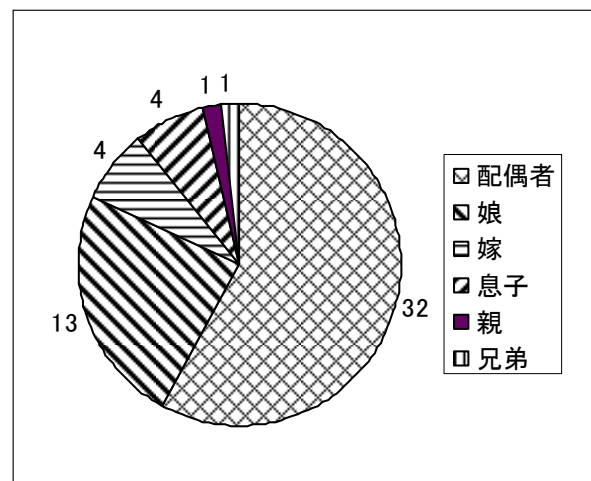


図2. 患者との続柄の分布 (n=55)

患者の基本属性は、男性 35 例 (63.6%)、女性 20 例 (36.4%) であり (図 3)、36 歳から 99 歳の年齢まで様々であった。対象疾患は、がん 47 例 (85.5%)、非がん 8 例 (14.5%) であった (図 4)。平均在宅療養日数は 153 日で、中央値は 30 日、4 日から 1967 日 (5 年) まで広い範囲に及んだ。回答者のうち在宅療養期間が 3 ヶ月以下の者が 76.3% と半数以上を占めており、3 ヶ月～半年が 12.7%、半年以上が 10.9% であった。死亡場所は、自宅 38 例 (69.1%)、病院 (施設) 17 例 (30.9%) であった (図 5)。

(2) 在宅看取り、病院看取り別分析

各々の設問と在宅看取り、病院看取りをクロス集計した。

①療養場所の選択理由

在宅療養を選択した理由について、在宅で看取った家族では「本人の希望」が最も多く 30 例 (78.9%)、次いで「家族の希望」が 20 例 (52.6%)、「病院から退院あるいは転院するよう言われたため」が 15 例 (39.5%)、「病院からいつでも入院の受入れが可能と言われたため」が 9 例 (23.7%) であった。病院で看取った家族では「病院からいつでも入院の受入れが可能と言われたため」が最も多く 9 例 (52.9%)、次いで「病院から退院あるいは転院するよう言われたため」が 8 例 (47.1%)、「本人の希望」が 6 例 (35.1%)、家族の希望が 5 例 (29.4%) であった (図 6)。

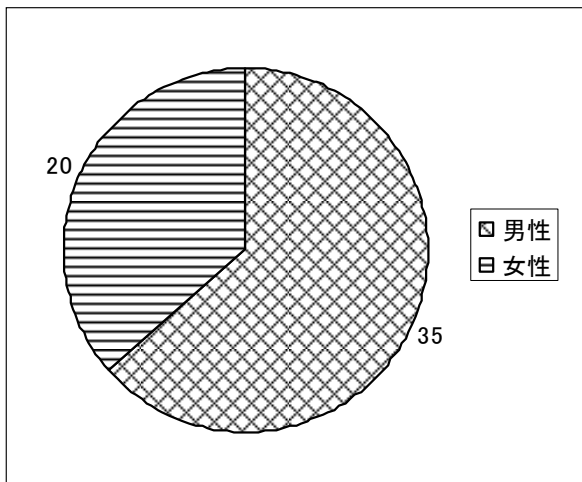


図 3. 患者の性別分布 (n=55)

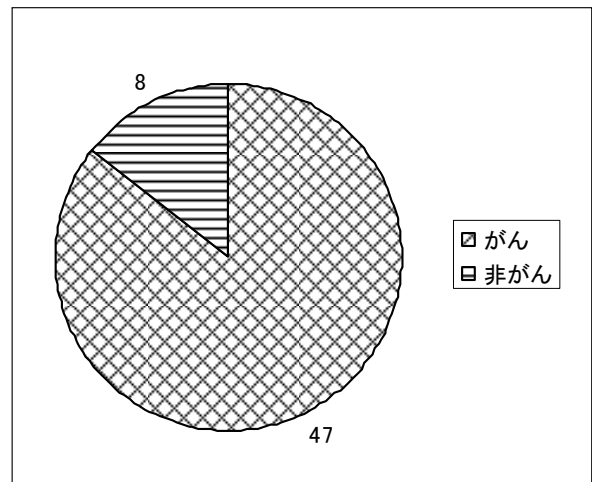


図 4. 疾患別分布 (n=55)

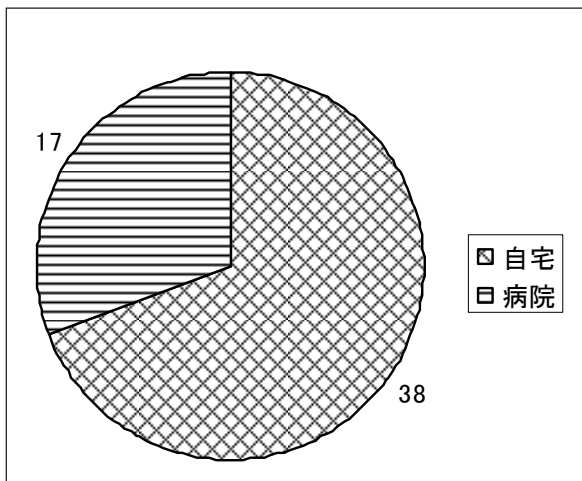


図 5. 死亡場所の分布

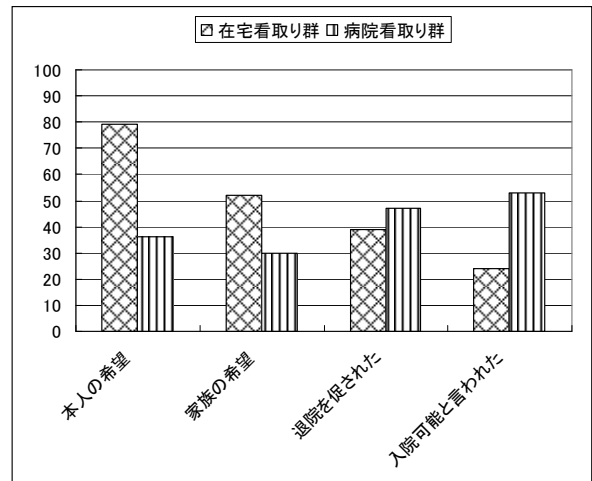


図 6. 療養場所の選択理由

②代替介護者による影響

主介護者以外に介護者がいたかどうかを問う設問では、在宅看取り群の 13 例 (34.2%)、病院看取り群の 3 例 (17.6%) がヘルパーによる介護を受けており、在宅で看取った家族のほうが訪問介護利用率は高い傾向にあった。また、ヘルパーによる介護を受けていた患者の家族の約 8 割 (81.3%) は在宅で看取りを行っていた。在宅看取り群の 21 例 (55.3%)、病院看取り群の 6 例 (35.3%) が別居家族の介護支援を受けており、在宅で看取りを行なった家族のほうが別居家族の介護支援を受けている割合が高い傾向にあった。また、別居家族の介護支援を受けていた患者の家族の約 8 割 (77.8%) が在宅で看取りを行っていた。

在宅看取り群の 26 例 (68.4%)、病院看取り群の 8 例 (47.1%) が訪問看護師による介護を受けており、在宅で看取った家族のほうが訪問看護利用率は高い傾向にあった。さらに、訪問看護を受けていた患者の家族の約 8 割 (76.5%) は在宅で看取りを行っていた (図 7)。

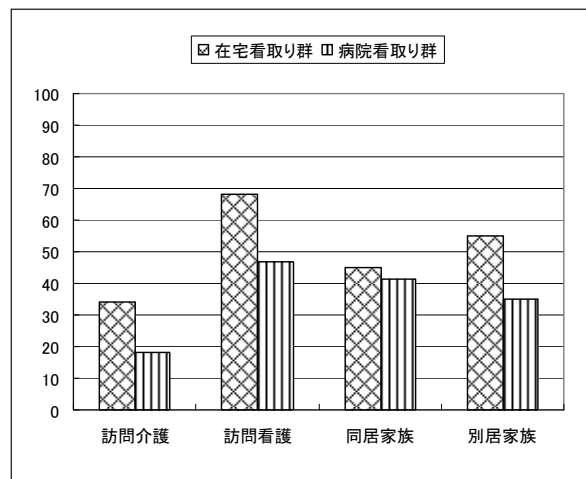


図 7. 療養場所の選択理由の割合 (複数回答可)

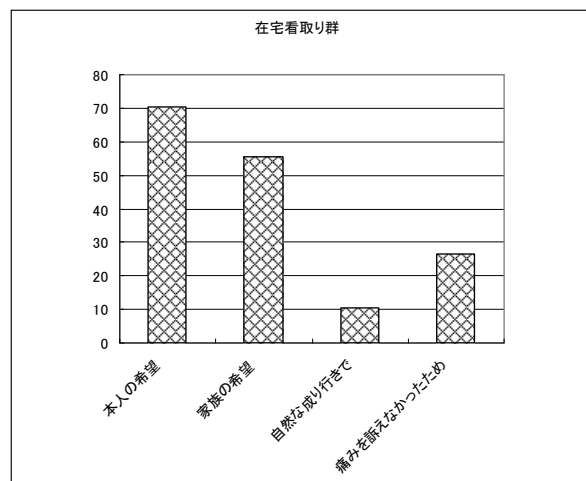


図 8. 看取り場所の希望の割合 (在宅) (複数選択可)

③精神的支援者による影響

主介護者の精神的支えとなった方が誰かを問う設問で「家族」と回答した方は、在宅で看取った家族の 32 例 (84.1%)、病院で看取った家族の 13 例 (76.5%) であり、いずれも高い確率で家族を精神的支えと感じていた。また、精神的支えが「家族」として回答したうちの 71.1% が在宅で看取りを行っていた。精神的支えが「在宅医」と回答した家族は在宅で看取った家族の 28 例 (73.7%)、病院で看取った家族の 11 例 (64.7%) であった。「在宅医」と回答した家族の約 7 割 (71.8%) が在宅で看取りを行っていた。

④看取り場所の希望

在宅で看取った理由として、「本人の希望」が 27 例 (71.1%)、「家族の希望」が 21 例 (55.3%)、「自然な成り行きで」が 10 例 (26.3%)、「痛みを訴えなかったため」が 4 例 (10.5%) であった (図 8)。

病院で看取った理由では、「状態の変化があったため」が 12 例 (70.6%)、「痛み苦しみを訴えたため」が 7 例 (41.2%)、「家族の希望」が 7 例 (41.2%)、「本人の希望」が 6 例 (35.3%) であった (図 9)。

⑤介護者の看取りの捉え方への影響

訪問診療を受けながらの在宅療養についての設問では、在宅で看取った家族の 30 例 (78.9%)、病院での看取った家族の 11 例 (58.8%) が、「患者の家で過ごしたいという希望を叶えることができた」と回答した。また、患者の家で過ごしたいという希望を叶えることができた」と答えた家族の約 8 割 (75%) が在宅で看取った家族であった。在宅で看取った家族の 29 例 (76.3%)、病院で看取った家族では 10 例 (58.8%) が、「患者と過ごす時間を多くもてた」と回答した。また、「患者と過ごす時間を多くもてた」と回答した家族のう

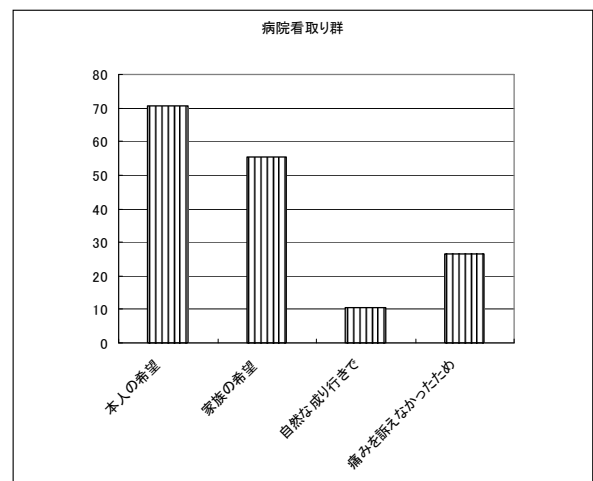


図 9. 看取り場所の希望の割合 (病院) (複数選択可)

ちの約7割が在宅で看取った家族であった。「不安な気持ちを軽減できた」と答えた家族は、在宅で看取った家族で21例(55.3%)、病院で看取った家族で11例(64.7%)であった。

患者が亡くなった後の心の状態や生活の変化を問う設問では、在宅で看取った家族の12例(31.6%)、病院で看取った家族の2例(11.8%)が「頭の中が真っ白な状態になることがある(または、あった)」と回答した。また、「頭の中が真っ白な状態になることがある(または、あった)」と回答した家族の約9割(85.7%)が在宅で看取った家族であった。

在宅で看取った家族の10例(26.3%)、病院で看取った家族の3例(17.6%)が「自分自身の死に対して恐怖を感じたりすることがある」と回答した。また、在宅で看取った家族の19例(50.0%)、病院で看取った家族の11例(64.7%)が、「十分に接することができ、納得して新たな生活を踏み出している」と回答した。

⑥在宅療養の課題と利点

訪問診療を受けながらの在宅療養についてのマイナス回答をみると、「痛みを緩和できなかった」と回答した家族が4例で、4例ともに在宅で患者を看取っていた。看取り場所の希望としては、4例中4例が、家族が在宅での看取りを希望(うち2例は本人も希望)していた。また、4例中4例が、「患者の家で過ごしたいという希望を叶えることができた」、「希望したときに在宅医が来てくれた」、「不安なことを相談にのってもらえた」と回答、4例中3例が「患者と過ごす時間を多くもてた」、「病状に関する十分な説明を受けることができた」と回答、4例中2例が「不安な気持ちを軽減できた」と回答した。

(3) 遺族へのインタビュー

遺族インタビューを実施した7例はいずれも在宅での看取りを経験した家族で、患者との続柄は妻4例、夫2例、娘1例であった。7例中入院中にソーシャルワーカーが介入した事例は1例であった。

在宅療養に踏み切る際に「病院の医師からの紹介で病院のソーシャルワーカーから助言をもらい安心できた」、在宅療養の過程で「(在宅あるいは病院の)医師がいつでも連絡していいと言ってくれた」「在宅の医師が日曜日にも来てくれ、家族の話をよく聞いてくれた」ことから、「在宅で最期まで看られると思った」と述べていた。

在宅でよかったことについては、「本人が喜んでく

れたこと」「好きな食べ物やお酒を口にすることができた」「亡くなる前日に本人が見たいと言って、いつも見ていた窓からの景色を見せてあげられた」と本人の希望に添えたことに対するコメントが聞けた。また、「病院では周りの人に気を遣う」「病院では先生も看護師さんも忙しそうで聞きたいことがあっても尋ねにくかった」と病院と比較したコメントも聞けた。さらに、「看取りの時に家族や近所の方がたくさん来てくれ大勢で見送ることができた」と看取り時について述べた家族もいた。

在宅で困ったことは、「亡くなる1週間前くらいから肉体的にも精神的にもしんどがった。亡くなる3日前からは夜も眠らず看病をした」「親戚から放ったらかしにしていると思われた」「困ったことは何も無かった」とのコメントが聞けた。

患者が亡くなった後の体調の変化として、「夜眠れない状態が続いた(続いている)」「孫は(患者が)亡くなった後、嘔吐するなど体調の変化があった」ことを挙げた。

緩和医療について言及した家族もあり、「病院から緩和医療を受けられる診療所で診てもらおうようすすめられたが緩和医療というものが何なのかを知らなかった」「緩和医療を受けるとしんどさや痛みがまったく無くなるものと思い込んでいた」といったものだった。

(4) 医師へのインタビュー

終末期患者に対する在宅訪問診療をはじめたきっかけとして、「勉強会を通じて実際に緩和治療を行っている病院の医師と知り合う機会があったこと、さらにその医師から直接指導を受ける機会があったこと」を挙げた。

終末期医療をはじめてみて、「患者を家に帰すことをまったく想定していない病院があることを知った」「家族ケアに重点をおかなければ在宅での看取りは難しいと感じた」と述べた。また、工夫した点として「病院に対して在宅でどのようなことができるのかを文書で送付し在宅の実際を知ってもらうよう努めた」「症状コントロールを徹底するために必要だと思う物品を積極的に導入した」「訪問看護ステーションやケアマネージャー、病院と積極的に連絡をとった」「病院医師はすぐにかわってしまうためソーシャルワーカーとの連携を強くした」「訪問診療を開始する前に必ず面接を行ない、診察後も家族と対話する時間をもつことを心がけた」ことなどを挙げた。

さらに今後については「すべての病院が、疾患があっても在宅に帰すという視点を持ってほしい」、と病院に対するコメントと「在宅の医師は在宅看取りにこだわらず患者、家族の気持ちを受けとめながら柔軟に対応してほしい」と在宅訪問診療を行なう医師に対するコメントが聞けた。

IV. 考 察

(1) 診療所の存在

1976年にわが国の病院死亡者数が在宅死亡者数を上回り、その後も病院での死亡者数が増加を続けている。2004年、厚生労働省は国民の6割が在宅死を望んでいると発表し、2025年までに自宅等での死亡割合を2割から4割に引き上げることを目標とした³⁾。その一環として2006年に在宅療養支援診療所を設け、手厚い診療報酬により在宅療養を推進する動きをいっそう強めていった。しかし、佐方は現状では実際に看取りまで確実に対応できる診療所が少ないことから高齢者が在宅で最期を迎えることを選択できずにいることを指摘している⁴⁾。さらに、田宮らは実際に医師が出掛けていかなければ死亡まで在宅を継続することは難しいと述べている⁵⁾。今回の研究は、H市内において終末期医療に積極的に取り組む診療所があったことにより実施が実現した。事例でもみられたように、医師がいつでも来てくれるという安心感が在宅看取りを決意する要因になっていると考えられる。このような点から、在宅療養および在宅看取りには訪問診療を行なう診療所の存在が前提条件として必要であるが、診療所それぞれによる単独での取り組みには限界があり、診診連携体制の整備が不可欠であるといえる。しかし現在のところ、在宅療養支援診療所が創設されたものの、H市においては診療所同士の連携をシステム化するには至っておらず、訪問診療はそれぞれの診療所の医師個人の在宅療養および在宅看取りに対する考え方や経験が影響していると考えられる。また、今回の調査結果で「いつでも入院が可能と言われた」ことで、在宅療養に踏み切った事例が認められたことから、バックアップ機能をもつ後背病院の存在が在宅療養を思考する要因になると判断される。これらのことを踏まえ今後の課題として、地域の医師会が中心となって在宅療養支援診療所および地域の病院が協力し合える体制づくりをすすめていくことが必要であるといえる。さらに、ソーシャルワーカーは、制度の壁や地域の社会資源に不足がある状況で病院の医師や在宅医をはじ

め様々な機関と連携をとりながら、患者、家族が安心して療養生活を送ることができるよう包括的なコーディネーターとしての役割が求められる。

(2) 代替介護者の存在

終末期患者にとっては、生命維持や痛みの緩和に必要な医療と同時に介護を必要とする場合が多く在宅福祉サービスを導入することは生活の質の安定に貢献するものと考えられる。また、介護者の存在が在宅看取りを支えるうえで重要であることは先行研究においても報告されている⁶⁻⁷⁾。今回、主介護者以外の介護者の存在に着目して調査した結果、ヘルパーや別居家族といった代替介護者の存在が在宅看取りを可能にする重要な要因であることが認められた。これは、在宅看取りが主介護者以外のさまざまな介護者の存在がないと実現していかないことを示唆している。このことから、在宅看取りの可能条件として、入院から在宅療養に移行する際に、ソーシャルワーカーをはじめ医療現場の者が家族の様子を的確に把握し必要な介護支援を導入していくことが提言としていえる。

(3) 在宅療養の課題と看取り後の心身状態

遺族ケアの必要性については、患者の生存中からの関わりが大切であるとされ、なかでも苦痛の緩和は重点目標であることが報告されている⁸⁾。医師はインタビューで、症状コントロールを徹底するために必要だと考えられる物品を積極的に導入していたことを在宅医療において工夫した点として述べていた。それでも今回、在宅療養でのマイナス面として在宅看取りを経験した家族が痛みを緩和できなかったことを挙げた。このことは、在宅療養において痛みのコントロールが大きな課題であることを示唆している。

また、在宅で看取ることについては、鈴木らが、在宅死を可能にする最大の決定要因は家族が在宅死を容認することであると述べている⁹⁾。さらに、秋山らが、医師との信頼関係の3要素を「十分な説明、細やかな配慮、納得できる対応」であると指摘し、在宅療養や看取りにおける満足度の構成要因であると報告している¹⁰⁾。医師はインタビューのなかで、終末期医療では、家族ケアに重点をおいて診療しなければ在宅看取りを実現することは難しいと言及している。そのため、在宅訪問診療を始める前に家族による面接を必ず行ない、診察後もできるだけ家族と話すことを心がけたと述べていた。これらのことから、痛みを苦しむ患者を側で

看ながらも在宅看取りを可能にした要因として、医師－家族間に信頼関係が構築されていたこと、医師が家族の不安を受け止め、家族に納得のいく説明ができていたことが考えられる。このような点からも終末期医療に携わる医師へのコミュニケーションの重要性が強く示唆されており、医師のコミュニケーションスキル向上を目指したプログラムが組み込まれている緩和ケア研修会¹¹⁾は今後ますます重要になっていくものと考えられる。

患者が亡くなった後の家族の心の状態や生活の変化については、在宅で看取った家族のほうが病院で看取った家族よりも、「亡くなった後に頭が真っ白になった」と回答していた。また、病院で看取った家族のほうが「十分に接することができ、納得して新たな生活を踏み出している」と回答したものが多かった。これらのことから、病院では、患者と距離をおいて接することができるが、在宅では密着度が強くなるぶん、亡くなったときの喪失感が大きくなるものと推察される。さらに、在宅で看取った家族のほうが病院で看取った家族よりも「自分自身の死に対して恐怖を感じたりすることがある」と回答しており、在宅で看取った家族のほうが自分自身の死について考える傾向があるといえる。これらの点からも遺族ケアの必要性が示唆されており在宅においても心理社会的支援を行なうソーシャルワーカーの関わりが継続して必要であるといえる。ただし今回の調査においては、亡くなってからどれくらい経っているかといった時間軸が入っていない。亡くなって間もなくと一定の時間が経過してからとでは、心の状態が変化していくと考えられることから、時間軸を入れることが今後の分析の課題として挙げられる。また、今回はすべて在宅療養を経験した家族を調査対象者としたため、病院で看取った家族に関しても一旦は在宅療養を経験し、本人、家族の希望を叶えている。そのため一度も自宅に帰ることなく病院で亡くなっていった患者の家族との違いについては比較検討できておらず、今後の課題として明らかにしていく必要がある。しかし今回、看取りだけを捉えても違いが見受けられたことから、患者、家族が在宅で最期まで過ごすことを希望したとき、安心して療養できるよう経済的負担の軽減や療養環境の整備といった体制を整えていくこと、患者、家族の気持ちを聴き取り、感情表出を保証するといった心理的支援を継続して行なっていくことが終末期患者と関わるソーシャルワーカーの役割として求められていると考える。

(4) 結論—これからの方向性を考える—

今回のアンケート調査結果で、病院での看取り事例においては患者、家族の意向よりも病院の医師やソーシャルワーカーからの助言により在宅療養を選択した者が多かった。また、痛みや状態の変化が看取り場所に影響していた。在宅での看取り事例では患者、家族の希望が影響していた。在宅療養においては代替介護者の存在が看取り場所に影響を与える要因として示唆された。

終末期患者の在宅療養が提唱されるなかでそれを可能にするために、入院中から家族ケアに重点をおいた支援が継続して行なわれる必要がある。また、在宅に移行する際には患者、家族の揺れる気持ちを受容しながら短期間で制度を利用できる体制を整え介護力が確保していかなければならない。今後、多様なニーズにスピーディに対応できる在宅ケアサービスの展開、その時々で必要なケアを見極め状況に応じた支援を導入できる医師やソーシャルワーカーの育成、受け皿としての入院施設の確保が必要である。

参考文献

- 1) 田宮菜奈子、在宅ターミナルケア、臨床成人病、2004；21：75－81
- 2) 桜井隆、がん終末期患者を在宅で支える 住み慣れた家で死ぬということ－死の日常化に向けて－、ターミナルケア、2001；11、279－284
- 3) 厚生労働省、「終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療のあり方について—」、2004
- 4) 高瀬義昌他編、佐方信夫、現代のエスプリ、東京：至文堂、2007；51－58
- 5) 上野里美、佐藤郁子、庄司エチ子他、終末期にある患者の在宅死を可能にする要因の検討、地域看護、2002；111－113
- 6) 大上涼子、末松知子、蔦紗恵子他、介護者が自宅での看取りを志向することに関連する要因の検討、地域看護、2006；193－195
- 7) 日本死の臨床研究会編・飯塚京子、柿川房子、丸口ミサエ他、死別後の遺族ケアの必要性について考える—遺族へのアンケートを通して—、病院死と在宅死、東京：人間と歴史社、2003；24－26
- 8) 鈴木央、鈴木荘一、何が在宅での看取りを可能にするのか、日本プライマリケア学会誌、2005；

28 : 251 - 259

- 10) 秋山明子、沼田久美子、三上洋、在宅医療専門機関における在宅での高齢者の看取りを実現する要因に関する研究—療養者の遺族を対象とした調査による検討—、日本老年医学会雑誌、2007 : 44 : 740 - 746
- 11) 厚生労働省、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」、平成 20 年 4 月 1 日付け健発第 0401016 号厚生労働省健康局長通知、2008

原 著

精神保健福祉士の抑うつ症状とその関連要因

Depression and related factors for psychiatric-social-workers

岡田栄作¹⁾、室谷健太²⁾、蒲原龍³⁾、花澤佳代⁴⁾、志渡晃一⁴⁾

Eisaku OKADA¹⁾、Kenta MUROTANI²⁾、Ryu KANBARA³⁾、Kayo HANAZAWA⁴⁾、Koichi SHIDO⁴⁾

- 1) 北海道大学大学院 医学研究科 公衆衛生学分野
- 2) 久留米大学大学院 医学研究科 バイオ統計学群
- 3) 道都大学社会福祉学部
- 4) 北海道医療大学看護福祉学研究科

- 1) Department of Public Health Sciences, Graduate School of Medicine, Hokkaido University
- 2) Department of Biostatistics, Graduate School of Medicine, Kurume University
- 3) Dohto University of Social Services
- 4) Graduate School of Nursing & Social Services, Health Sciences University of Hokkaido

抄 録

本研究は、北海道の精神保健福祉士 635 名を対象として、抑うつ症状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 8 月に北海道の精神保健福祉士 635 名に対してアンケート調査を行い、174 名から回答を得た。分析の結果、北海道の精神保健福祉士の約 3 割が抑うつ症状を呈していることがわかった。また、抑うつ症状が高い人の特徴は「年齢が若く、独身で、技術を要求されるが、裁量が少なく、上司、同僚からのサポートが得にくい。」という特徴であることが明らかとなった。

Abstract

This study was intended to clarify depression and related factors among the psychiatric social workers in Hokkaido. We sent a questionnaire survey to 635 psychiatric social workers in Hokkaido in August 2008, and obtained answers from 174 people. The results showed that about 30 percent of psychiatric social workers in Hokkaido have symptoms of depression. The characteristics of persons with high depression were shown to be as follows: young age, unmarried, required to have expertise but given little job discretion, and no support from their superiors and colleagues.

キーワード：精神保健福祉士、抑うつ症状、職業性ストレス

key words : psychiatric-social-worker、depression、occupational stress

I はじめに

近年の社会福祉施設等の現場において、急速なヒューマンサービスの需要の拡大に現場の対応が追いつかず、労働状況の悪化、過度の時間外勤務などによる離職が深刻になってきている。2008 年（平成 20 年）介護労働安定センターの介護労働実態調査¹⁾によれば、

介護職員の昨年の離職率は 25.3% に上り、全産業の平均離職率 16.2%（厚生労働省 2006 年調査）に比べて高い水準を維持していることがわかった。

離職の要因として労働状況の悪化、過度の時間外勤務もさることながら、複雑な対人関係、仕事の裁量、様々なストレスが要因として考えられる。特に、先行研究から、看護師や介護士などの対人サービスを

職業とする者においてはストレスが高く、疲労感や抑うつ度、不安感などが高いこと²⁾が指摘されている。

このような実態を受けて、蒲原³⁾は北海道内の社会福祉士有資格者の職務満足度の関連要因について調査をし、職務満足度が高い人の特徴を明らかにした。

この研究の中で、分析対象者 322 名のうち 95 名 (29.5%) が CES-D の点数が 16 点以上を越え、福祉専門職には抑うつ傾向の労働者が多い可能性が示唆された。

上記の論文以外で、福祉専門職の職業性ストレス、抑うつ症状に関しての文献検索を行った。全体の傾向として、研究対象者は介護士を対象とした研究が多く、また、アウトカムは主にバーンアウトを扱った研究が多く見られた。高齢者施設介護職員に行った調査では、調査対象者の約 3 割が神経症傾向を呈していること⁴⁾が報告されていた。また、別の高齢者施設介護職を対象とした調査では、対象者の約 2～3 割が情動的ストレス反応や燃えつき症状を呈していること⁵⁾を報告していた。

しかし、精神保健福祉士を対象とした職業性ストレスや抑うつ症状、バーンアウトに関する研究は、未だ報告されていない。

このような状況を受けて、今度は、社会福祉士有資格者だけではなく、精神保健福祉士有資格者にも対象を拡張することによって、福祉専門職全体の職業性ストレス、抑うつ症状についての探索的な検討をし、離職原因を解明する一助にならないかと考え、調査を開始した。

特に本研究では、PSW (精神保健福祉士) の抑うつ症状と心理的・身体的ストレス反応、職業性ストレス、ソーシャルサポートとの関連を明らかにすることを目的とした。

II 研究方法

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。

1. 調査対象および期間

平成 20 年 8 月～9 月に、北海道精神保健福祉士協会の全会員 (2008 年 8 月 21 日現在 635 名) を対象として、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

質問項目として、1) 性別や年齢などの基本属性に関する 5 項目、2) 勤務状況に関する 11 項目、3) 職業性ストレスに関する 17 項目⁶⁾、4) 心理的・身体的ストレスに関する 29 項目⁶⁾、5) ソーシャルサポートに関する 9 項目⁶⁾、6) 職務満足度と生活満足度に関する 4 項目⁶⁾ 7) 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。

職場満足度については、「職場に満足している」という質問項目に「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。CES-D については、1977 年、Radloff⁷⁾ によって、うつ病のスクリーニングのために開発され、世界各国で用いられている。得点が高いほど抑うつの傾向が高く、開発者 Radloff、日本語版開発者の島⁸⁾ともに 16 点以上をスクリーニングのカットオフ値として推奨しているため、本研究での CES-D 合計得点のカットオフ値を 16 点とし、16 点以上を「抑うつあり群」、16 点未満を「抑うつなし群」と分類した。

解析をする際に、職業性ストレス簡易調査表⁶⁾を下記のような下位尺度を用いて分類した。ストレス要因 (職業性ストレス) に関する下位尺度は 9 つで、心理的な仕事の量的負担 (項目 1～3)、と質的負担 (項目 4～6)、身体的負担 (項目 7)、コントロール (項目 8～10)、技術の活用 (項目 11) 対人関係 (項目 12～14)、職場環境の悪化 (項目 15)、仕事の適性度 (項目 16)、働きがい (項目 17) で構成されている。

ストレス反応については、心理的ストレス反応の尺度は 5 つで、ポジティブな心理的反応の尺度として活気 (項目 1～3)、ネガティブな心理的反応の尺度としてイライラ感 (項目 4～6)、疲労感 (項目 7～9)、不安感 (項目 10～12)、抑うつ感 (13～18) から成る。身体的ストレス反応は身体愁訴についての 11 項目 (項目 19～29) から構成されている。

修飾要因としては、上司、同僚、および配偶者・家族・友人からのサポート 9 項目 (項目 1,4,7(上司)、項目 2,5,8(同僚)、項目 3,6,9(配偶者・家族・友人)) から成る。

なお職業性ストレス簡易調査表において、ストレス

要因は 4 件法で、1 に近い方がストレス大になっていたため、数値を 4 の方がストレス大と変換して集計した。

4. 解析方法

単変量解析の概念図を下記に示す。

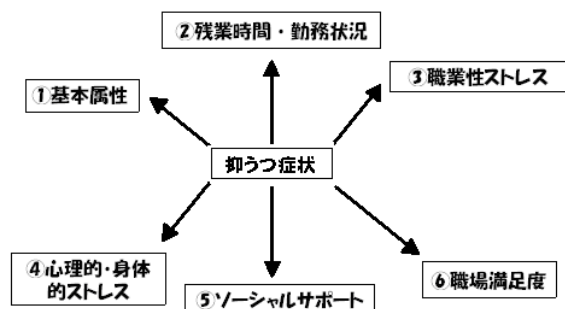


図 1. 単変量解析の概念図

単変量解析として、基本属性、残業時間、勤務状況、職業性ストレス、職場満足度、ソーシャルサポート、心理的・身体的ストレスを目的変数、抑うつ症状 (CES-D) を説明変数として解析を行い、関連の有意性を検討した。分析方法は Fisher の正確検定と独立な 2 群の t 検定を各変数の性質に合わせて用いた。

次に、多変量解析の概念図を下記に示す。

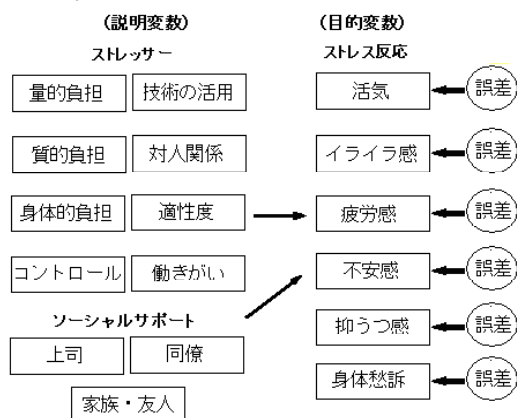


図 2. 多変量解析の概念図

多変量解析では、心理的・身体的ストレス反応を目的変数、職業性ストレス、ソーシャルサポートを説明変数として解析を行い、関連の有意性を検討した。分析方法は目的変数が複数あるため、パス解析を用いた。解析の方法と手順の詳細な記述は志渡⁹⁾に記述してあるので、参照していただきたい。なお、解析は、統計解析ソフト JMP7 と AMOS5.0 を用いて解析を行った。

5. 倫理的配慮

調査対象となる北海道精神保健福祉士協会の会員について、1) 結果の公表にあたっては、統計的に処理されるため、個人を特定されることはない、2) 得られたデータは、研究以外の目的で使用しない。3) この研究に参加しないことでの不利益はなく、かつ途中で同意撤回を認めるという 3 つの条件を書面において十分に説明し、同意した対象者のみ質問紙票に記入を依頼した。

III 結果

1. 解析対象と回収率

北海道精神保健福祉士協会の全会員 635 名に質問紙票を配布し、本研究の同意が得られた会員 174 名 (回収率 27. 4%)、から回答を得た。回答に不備があった 13 名を除く 161 名を解析対象とした。

2. 抑うつ症状の状況

表 1 に CES-D の 16 点以上の割合を示した。全体の約 3 割 (29.8%) が抑うつあり群に分類された。

CES-D 合計得点	抑うつ群 (16 点以上)		N (%)
	抑うつ群 (16 点以上)	抑うつなし群 (16 点未満)	
48 (29.8)	113 (70.2)	161 (100)	

3. 抑うつ症状との関連

1) 基本属性及び勤務状況との関連

表 2 に基本属性及び勤務状況との関連を示した。単変量解析で有意 ($p < 0.05$) な関連が認められた項目は、「年齢」と「婚姻状況」であった。抑うつあり群の方が年齢が若く、独身の方が多かった。

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。単変量解析で有意 ($p < 0.05$) な関連が認められた項目はなかった。

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。単変量解析で有意な関連が認められた項目は、職務の「コントロール」、「技術の活用」、「職場環境の悪化」、「仕事の適性度」、「働きがい」の 5 項目であった。抑うつあり群の方が「技術の活用」、「職場環境の悪化」が高く、抑うつなし群の方は、「コントロール」、「仕事の適性度」、「働きがい」が高かった。

表 2 基本属性及び勤務状況、時間外勤務との関連 N (%)

質問項目		抑うつ群 N=48	抑うつなし群 N=113	有意差
性別	男	20 (41.7)	45 (39.8)	
	女	28 (58.3)	68 (60.2)	
年齢		※30.8±1.4	※34.7±0.9	*
通勤時間(分)		※24.4±2.8	※23.6±1.8	
婚姻状況	独身	39 (81.2)	68 (60.2)	*
	既婚	9 (18.8)	45 (39.8)	
勤務時間(時/週)	常勤	※37.9±0.9	※39.3±1.4	
時間外勤務	あり	◎37 (77.1)	79 (70.0)	
	なし	9 (18.8)	33 (29.2)	
時間外勤務時間(時)		※8.6±1.4	※7.9±1.0	

* :P<0.05 (t検定, Fisherの正確検定) ※平均±SD

◎時間外勤務は欠損あり

表 3 職業性ストレスとの関連 平均±SD

質問項目	抑うつ群 N=48	抑うつなし群 N=113	有意差
量的負担(3項目)	9.3±0.3	9.1±0.2	
質的負担(3項目)	9.1±0.2	9.1±0.2	
身体的負担(1項目)	2.4±0.1	2.4±0.1	
コントロール(3項目)	7.1±0.3	8.5±0.2	*
技術の活用(1項目)	1.9±0.1	1.7±0.1	*
対人関係(3項目)	7.8±0.2	7.6±0.1	
※職場環境(1項目)	2.6±0.1	2.1±0.1	*
仕事の適性度(1項目)	2.6±0.1	3.0±0.1	*
働きがい(1項目)	3.0±0.1	3.3±0.1	*

* :P<0.05 t検定 ※逆転項目

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。単変量解析で有意な関連が認められた項目は、職務への「活気」、「イライラ感」、「疲労感」、「不安感」の 4 項目であった。「抑うつ感」に関しては、重複するので解析の際に検討する変数から外した。抑うつあり群の方が「技術の活用」、「職場環境の悪化」が高く、抑うつなし群の方は、「コントロール」、「仕事の適性度」、「働きがい」が高かった。

5) ソーシャルサポート(気軽に話ができる)との関連

表 4 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「上司」、「同僚」「配偶者・家族・友人」の 3 項目であった。3 項目とも抑うつなし群の方が有意に高かった。

6) 職場満足度との関連

表 5 に職場満足度との関連を示した。単変量解析では、職場満足度と抑うつ症状は有意な関連があった。

表4 心理的・身体的ストレス、ソーシャルサポートとの関連

質問項目	平均±SD		有意差
	抑うつ群 N=48	抑うつなし群 N=113	
活気(3項目)	5.6±0.3	7.3±0.2	*
イライラ感(3項目)	8.0±0.3	6.3±0.2	*
疲労感(3項目)	9.0±0.3	6.5±0.2	*
不安感(3項目)	8.0±0.3	5.2±0.2	*
身体愁訴(11項目)	23.1±0.8	16.8±0.5	*
ソーシャルサポート			
上司	7.5±0.3	8.5±0.2	*
同僚	5.4±0.2	6.3±0.1	*
配偶者・家族・友人	8.8±0.3	10.0±0.2	*

* :P<0.05 t検定

表5 職場満足度との関連

質問項目	N (%)		有意差
	抑うつ群 N=48	抑うつなし群 N=113	
職場満足度あり	22 (45.8)	77 (68.1)	*
職場満足度なし	26 (54.2)	36 (31.9)	

* :P<0.05 単変量解析(Fisherの正確検定)

4. 心理的・身体的ストレス反応と職業性ストレッサー、ソーシャルサポートとの関連

1. 多変量解析の結果

図3と図4、表6に心理的・身体的ストレスの項目を目的変数、職業性ストレッサーとソーシャルサポートの項目を説明変数として、パス解析を行った結果を示した。

図3で探索的なモデルを作成し、図4で部分評価がすべて有意な値を示し、全体評価である適合度指標の当てはまりも図3と比較して改善した。本研究ではこのモデルを最終モデルとして決定した。

その結果、職務の「活気」は、「同僚のサポート」と関連し、職務の「イライラ感」は職務の「コントロール」と「対人関係」が関連していることがわかった。

また、職務の「疲労感」は職務の「量的負担」、「コントロール」と「対人関係」が関連し、職務の「不安感」は職務の「コントロール」と「同僚のサポート」が、職務の「抑うつ感」は職務の「コントロール」、「対人関係」と「同僚のサポート」が関連し、職務の「身体愁訴」は職務の「適性度」が関連していることがわかった。

IV 考察

本研究の結果、道内のPSWの約3割が抑うつ症状を呈している可能性が示唆された。この結果は、蒲原³⁾や^{4) 5)}と研究結果がほぼ一致した。調査対象者が一部重複しており、一概には言えないが、社会福祉士の抑うつ症状の割合³⁾との差異は見られなかった。3割という割合はどのように解釈すべきか迷うが、少ないとは言えない。

次に、抑うつ症状と基本属性の関連を調べた結果、抑うつ症状は、年齢は若く、独身のPSWの方が抑うつ傾向を示している。一方で、勤務時間、時間外勤務に差が見られなかった。また、抑うつ症状と職業性ストレッサーとの関連を検討した結果、抑うつあり群の方が「技術の活用」、「職場環境の悪化」が高かった。一方で職務の負担度、対人関係には大きな差は見られなかった。この傾向は、新人のワーカーに高い技術が要求され、それがストレッサーになっていることが推察される。ストレスフルな環境ではソーシャルサポートの存在が重要になってくる。そこで抑うつ症状とソーシャルサポートの関連を検討した結果、上司、同僚、配偶者・家族・友人で有意な差が見られた。このこと

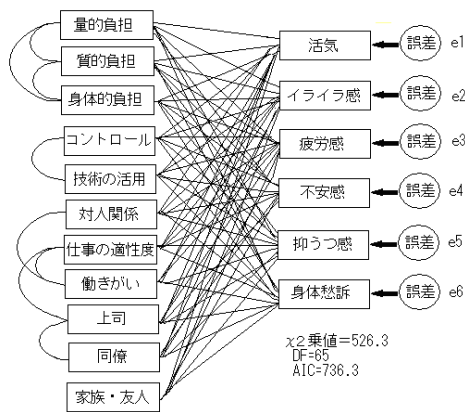


図 3 モデル探索型解析

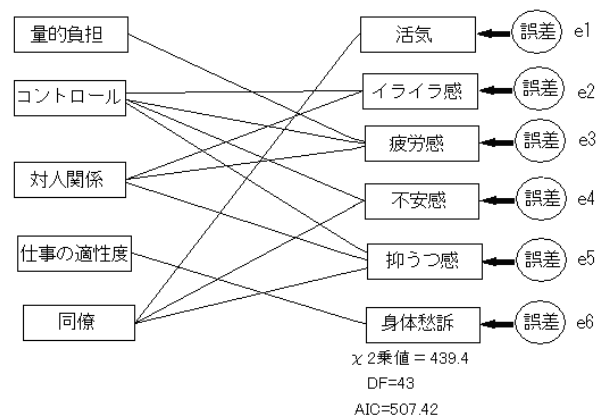


図 4 最終モデル

表 6 最終モデル結果

質問項目		推定値	標準誤差	標準化推定値	t 値	P 値
活気	<--- 同僚	0.41	0.11	0.275	3.733	*
イライラ	<--- コントロール	-0.334	0.082	-0.294	-4.08	*
イライラ	<--- 対人関係	0.272	0.124	0.157	2.185	*
疲労感	<--- 量的負担	0.339	0.085	0.276	3.978	*
疲労感	<--- コントロール	-0.279	0.083	-0.234	-3.37	*
疲労感	<--- 対人関係	0.377	0.125	0.209	3.01	*
不安感	<--- コントロール	-0.373	0.077	-0.341	-4.82	*
不安感	<--- 同僚	-0.297	0.107	-0.198	-2.78	*
抑うつ感	<--- コントロール	-0.334	0.125	-0.195	-2.67	*
抑うつ感	<--- 対人関係	0.427	0.19	0.209	2.253	*
抑うつ感	<--- 同僚	-0.435	0.172	-0.194	-2.65	*
身体愁訴	<--- 適性度	-1.725	0.56	-0.23	-3.08	*

*:P<0.05

から、主に新人のワーカーに対して、技術指導をしっかりとして、業務に自信をもって、取り組める職場環境作りが必要ではないだろうか考える。

次に、抑うつ症状と心理的・身体的ストレス反応との関連を検討した結果、活気、イライラ感、疲労感、不安感、身体愁訴に有意な差が見られた。抑うつ症状は様々な心理的・身体的ストレスと結び付くことがわかった。今度は、その心理的・身体的ストレスに結び付く、職業性ストレスとの関連を調べた。その結果、職務の「イライラ感」と「疲労感」「抑うつ感」は職務の「コントロール」と「対人関係」が共通して関連していることがわかった。特に職務の「コントロール」は「不安感」とも関連し、P S Wにおいて職務のコントロールつまり裁量権が如何に重要かを示している。また、「同僚のサポート」は職務の「不安感」、「抑

うつ感」を和らげ、「活気」をもたらすことが示され、「同僚のサポート」は職場のストレスを軽減するために必要な要因だと考える。

今回の研究の結果、道内の P S Wにおいて、心理的・身体的ストレス反応と抑うつ症状は、職業性ストレス、ソーシャルサポート、職場満足度などと多面的に関連していた。結果を総括して、抑うつ症状の高い P S Wの特徴を推察すると、「年齢が若く、独身で、技術を要求されるが、裁量が少なく、上司、同僚からのサポートが得にくいため、意欲が低下し、ストレス反応に結び付き、職場満足度も低下する」と考えられる。

本研究の限界としては、ストレスが生じた原因が他職種（医師など）との関係によって生じたのかまたは、サービス利用者との関係によって生じたものなのかを区別することが出来ない。また、今回の研究対象者の

約65%は病院に勤めており、その他の勤め先に関しては多岐にわたり、職場環境ごとの解析は分類と対象者数のバランスから難しく、本研究では、職場環境の違いによる解析は行えなかった。さらには、離職の具体的な原因までは追及することが出来ず、実際に離職したPSWにインタビューを行うなど質的研究の実施などが必要である。本調査では、回収率が低く、未回収者については、よりストレスが重いのか、軽いかが議論出来ないため、ノンレスポンスバイアスを考慮に入れる必要がある。回収率が低い理由について、北海道精神保健福祉士協会からは、協会に登録しているが、結婚などにより、現在、活動していない方が把握しているだけで3割はいるということで、実質的に仕事をしている方の回収率は約50%ぐらいと推察しており、見かけの回収率よりは上がるため、研究結果はPSW全体の問題を反映していないわけではないと考える。また横断研究のため、因果関係までは検証できない。説明変数間の交絡状況を踏まえて、年齢、性別などで交絡因子を調整した解析方法を検討する必要がある。

本研究は福祉専門職全体の離職を防止するための探索的な調査研究の1つである。今後はMSW、PSW、介護福祉士の間での比較を行い、さらなる原因究明に取り組み、将来的には介入研究を実施して、離職防止の具体策まで踏み込みたい。

謝辞

本研究に参加協力してくださった皆様、調査に快く回答していただいた北海道精神保健福祉士協会の会員の皆様に厚く御礼申し上げます。

文献

- 1) 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21年9月29日検索], URL: <http://www.kaigo-center.or.jp/report/>
- 2) 松岡治子、鈴木庄亮. 看護・介護職者の自覚的健康および抑うつ度と自覚症状との関係. 産業衛生学雑誌. 2008; 50 (2): 49-57
- 3) 蒲原龍、志渡晃一、木川幸一、他. 北海道内社会福祉専門職の職務満足度とその関連要因. 社会医学研究. 2009; 26 (1): 25-30
- 4) 川野雅資. 医療施設職員のメンタルヘルス. 老人福祉.
- 5) 東京都老人総合研究所. 老人ケアスタッフのスト

レスと心身の健康. 1997.

- 6) 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ーより効果的な職場環境等の改善対策のためにー. 2005; 厚生労働省. 東京
- 7) Radoloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Meas 1977; 1: 385-401.
- 8) 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.
- 9) 志渡晃一、岡田栄作、室谷健太、他. 共分散構造モデルを用いたPSWの心理的・身体的ストレスに関する統計的考察. 北海道医療大学看護福祉学部紀要. 2009; 16
- 10) 原谷隆史. 第8回NIOSH職業性ストレス調査表. 産業衛生学雑誌. 1998; 40 (2): A31-A32
- 11) 豊田秀樹、前田忠彦、柳井晴夫. 原因をさぐる統計学. 講談社 1992
- 12) 豊田秀樹. SASによる共分散構造分析. 東京大学出版会 1992
- 13) 豊田秀樹. 共分散構造分析 [Amos編]. 東京図書 2007
- 14) 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ー先行研究の現状と今後の展開に関してー. 評論・社会科学. 2000; 61: 1-22
- 15) 藤野好美. 社会福祉従事者のバーンアウトとストレスについての研究. 社会福祉学. 2001; 200142 (1): 137-149.
- 16) 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ー業務の曖昧さを中心とした因果分析ー. 健康心理学研究. 1995; 8 (2): 20-29
- 17) 原田和宏、齋藤圭介、有岡道博、他. 福祉関連職におけるMaslach Burnout Inventory因子構造の比較. 社会福祉学. 2002; 42 (2): 43-53
- 18) 久保真人. ストレスとバーンアウトとの関係ーバーンアウトはストレスか?ー. 産業・組織心理学研究. 1998; 12: 5-15
- 19) 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
- 20) 植田麻祐子、坂本圭、平田智子. 医療福祉施設における労働者の職務認識と人事労務管理に関する一考察. 川崎医療福祉学会誌. 2008; 18 (1):

169-176

- 21) 三徳和子、森本寛訓、矢野香代、他. 施設における高齢者ケア従事者の職業性ストレス要因とその特徴. 川崎医療福祉学会誌. 2008 ; 18 (1) : 121-128
- 22) 森本寛訓. 医療福祉分野における対人援助サービス従事者の精神的健康の現状と、その維持方策について－職業性ストレス研究の枠組みから－. 川崎医療福祉学会誌. 2006 ; 16 (1) : 31-40

原 著

在宅要介護高齢者が経験する苦痛と困難およびそれらの心理的影響に関する研究 Suffering and difficulty in community-dwelling elderly who require long-term care

楠永敏恵¹⁾、山崎喜比古²⁾
Toshie KUSUNAGA¹⁾、Yoshihiko YAMAZAKI²⁾

- 1) 聖徳大学短期大学部
- 2) 東京大学大学院医学系研究科

- 1) Seitoku University Junior College
- 2) Graduate School of Health Sciences and Nursing, The University of Tokyo

抄 録

本研究は、これまで十分に明らかにされてこなかった、在宅要介護高齢者が経験する苦痛と困難およびその心理的影響についての詳細を把握することを目的とした。研究協力者は首都圏在住の要介護高齢者30人であり、半構造化インタビューを実施し逐語録にもとづいて質的に分析した。研究協力者の苦痛と困難は、「心身機能の衰えによる日常生活上の困難」「改善する手段のない疼痛と不快感」「生きがいの実現困難」「将来に対する不安」に分けられた。このうち「心身機能の衰えによる日常生活上の困難」と「将来に対する不安」は不便さや残念な思いをもたらしており、「疼痛と不快感」が強い場合や「生きがいの実現困難」がある場合に、研究協力者の生きる意欲が低下していた。それらの苦痛と困難の解決方法について検討した。

Abstract

This study explored suffering and difficulty among community-dwelling elderly who required long-term care. The research participants were 30 frail elderly people living in the Tokyo metropolitan area. We conducted semi-structured interviews and analyzed the data qualitatively. Suffering and difficulty were divided into four categories: 'difficulty in daily life caused by mental and physical functional decline', 'pain and discomfort which cannot be resolved', 'loss of a feeling of worth in one's life', and 'anxiety for the future'. The participants lost their enthusiasm for life when they had extreme pain and discomfort or they could not regain a sense of worth in their lives. We discuss solutions to these sufferings and difficulties.

キーワード：要介護高齢者、在宅、苦痛、困難、生きがい

Key words: community-dwelling elderly, long-term care, suffering, difficulty, worth in living

I. 緒言

わが国では人口の高齢化が進行し、要介護高齢者数も急激に増加している。要介護状態になることにもなって高齢者が経験する苦痛と困難およびその心理的影響を把握することは、高齢者に対する理解を深め、支援の手がかりを得るために必要なことである。

国内外の量的研究によると、要介護高齢者の主観的ウェルビーイングは、疾病の罹患当初や施設入所の初

期を除くと一般の高齢者とほぼ変わらないが¹⁻³⁾、低くなる要因として、疼痛や不快感の存在¹⁾、重度の身体障害^{2,4)}、社会的サポートが得られないこと⁵⁾、余暇活動に参加できないこと^{6,7)}、経済状態の低さ^{1,2)}などがあげられている。つまり要介護高齢者はこれらの要因を抱える可能性があり、そうした苦痛・困難が要介護高齢者に心理的なダメージを与えるといえる。しかし

ながら、各要因の説明力はあまり大きくはない。

欧米の質的研究では、高齢者が慢性疾患に罹患したり障害を負ったりすることの影響を個別に聴き取り、疼痛や不快感がある場合や心身機能が急激に低下して生活が一変したときには、自己概念が混乱し生きる意欲も低下するような影響があるとしている⁸⁾。さらには、文化・社会的特徴あるいは集団の過去の経験という点からの検討もされている。それによれば、慢性疾患を患うことが珍しくない環境下にいたり、過酷な経験をしてきたりした高齢者では、慢性疾患に罹患し要介護状態になることは「ふつうのこと」であり、心理的なダメージは大きくない⁹⁻¹²⁾。

このように要介護高齢者に与える苦痛や困難の影響を理解するためには、個々の経験を聴き取り、高齢者の文化・社会的背景も踏まえることが重要である。しかし、日本では、要介護高齢者がどのような苦痛や困難を経験しているのかについて高齢者自身から聴き取りした調査^{13,14)}は数少なく、在宅の高齢者が要介護状態になって経験する苦痛や困難の詳細を総体的にとらえた研究はほとんどない。そこで本研究では、要介護高齢者への聴き取りを通じて、要介護高齢者が経験する苦痛と困難の具体的な内容とそれがどのような心理的影響をもたらすのかを明らかにすることを目的とした。なお、苦痛は自己概念にも影響を及ぼしうる心身の苦しみや痛み (suffering)¹⁵⁾、困難はものごとを行うことが難しいこと (difficulty) と定義する。

II. 方法

1. 研究協力者のリクルートと研究協力者の属性・特性

研究協力者（以下、協力者）は、都内と近郊都市にある居宅介護支援事業所に紹介してもらうこととした。依頼した10箇所居宅介護支援事業所のうち了解が得られたのは5箇所であり、そこに所属するケアマネージャー、看護師（以下、紹介者）から協力者を紹介してもらった。

調査方法として、要介護高齢者の身近にいる介護家族や医療従事者などに代理で回答してもらう方法もあるが、高齢者本人の認識との間に乖離が予想されるため^{16,17)}、要介護高齢者自身にインタビューをすることにした。協力者の選択の原則的な条件は、インタビューを行うことから、体調が良好であること、認知症がないかあっても軽度であることとした。紹介者が把握している要介護高齢者に限りがあるため、目的志向的なサンプリング^{18,19)}を自在に行える状況にはなかった。

それでも、身体的機能、疾患の種類、要介護状態になってからの期間、家族構成や家族介護者の相違によって、苦痛や困難が異なることも考えられたため、それらに違いをもたせるようにした。

研究協力者は在宅の要介護高齢者30人である。属性・特性を表1に示す。性別は男性10人、女性20人、平均年齢は78.9歳、調査時点での要介護度は、1が19人ともっとも多かった。要介護状態になってからの期間は、5年未満の人が過半数であった。主な病名は、脳梗塞後遺症が8人、骨折が3人、心疾患3人などであったが、協力者によって異なっていた。同居家族がいる人は22人、利用サービスは訪問介護が過半数を占めていた。

表1 研究協力者の属性・特性

	人
性別	
男性	10
女性	20
平均年齢(範囲)	78.9(68~93)歳
要介護度 ^{注1)}	
要支援	2
要介護1	19
要介護2	6
要介護3	1
要介護4	2
要介護状態になってからの期間	
1年未満	6
1年以上5年未満	15
5年以上10年未満	5
10年以上	4
主な病名 ^{注2)}	
脳梗塞	8
前腕、大腿骨等の骨折	3
心筋梗塞、心不全	3
高血圧症	2
硬膜下血腫手術後	2
糖尿病	2
皮膚腫瘍	2
慢性関節リウマチ	2
その他 ^{注3)}	6
同居家族	
なし	8
あり	22
利用中の主なサービス ^{注2)}	
訪問介護	18
訪問看護	5
デイサービス・デイケア	13

注1)調査時点での要介護度

注2)「主な病名」と「利用中の主なサービス」は、複数回

注3)その他は、頸椎症、変形性膝関節症、認知症、甲状腺機能低下症、ベーチェット病、蜂窩織炎

2. 調査方法

調査方法は、半構造化インタビュー (semi-structured interview) を中心とし、それにインタビュー時の観察、不明な点の電話での再確認、紹介者からの情報収集も加えたものとした。これらの調査は、すべて筆頭の著者が行った。

調査期間は2003年3月から2004年9月までである。インタビューは協力者の自宅で行い、所要時間は50～216分 (平均96分) であった。原則として1回のインタビューであったが、3人には再訪問して、5人には電話で、不明な点を確認した。要介護高齢者が希望した場合には、家族介護者にも同席してもらった。

インタビューガイドの軸となる項目は3人のインタビューののちに確定し、「病名と経過、障害の程度」「病いを患い、要介護になってからの不便さ、苦痛、困難」「それらの悪影響への対応をどのようにしてきたか、しているか」「楽しみ、幸福なとき、生きる支え、生きがいとは、幸せと感じるか」「要望や願い」とした。このうち、本稿では、「病名と経過、障害の程度」「病いを患い、要介護になってからの不便さ、苦痛、困難」「幸せと感じるか (の一部)」に焦点をあてている。

インタビューは了解を得てICレコーダーに録音し、逐語トランスクリプトを作成した。協力者の様子や言葉では語られなかった身振り、家屋の状況、受けた印象などを調査後に記録した。病名・病状や協力者の状況を説明してくれた紹介者の言葉も記録に残した。

3. 分析方法

分析方法は、データをコーディングし、それを分類して、カテゴリや理論を構成していく方式 (code-and-retrieve orientations) を用いることにした。インタビューと参与観察を扱っており、分析の手順も明快である Lofland ら²⁰⁾を参考にしながら行っていった。コーディングの単位は、あるトピックについてのまとまり (chunk) とした。「オープンコーディング」から始め、トランスクリプトを繰り返し読んだり、インタビューを重ねたりしながら、「焦点化されたコーディング」へと進めていった。

Creswell²¹⁾を参考にして結果の妥当性を高める手続きを行った。まず、Member-checkingとして、協力者2人に結果の検討の依頼をした。結果の概要を口頭で説明し、自らの経験と一致しない点はないかなどを確認した。この結果、おおむね相違はないとの回答を得た。Peer debriefingとして、関連分野の研究者や大学

院生と議論を重ねた。

4. 倫理的配慮

居宅介護支援事業所から協力者に調査の依頼をしてもらったため、強制力がはたらいってしまう可能性もあったが、紹介者には調査依頼の際に強要をしないようお願いした。インタビューにあたっては、協力者本人と家族に文書を用いて研究の趣旨を説明し、結果の公表のしかた、途中でも拒否可能であることなどを説明し、了承を得た。インタビューは、協力者の都合や体調に合わせて行った。

III. 結果

要介護状態になって経験した苦痛と困難は、「心身機能の衰えによる日常生活上の困難」「改善する手段のない疼痛と不快感」「生きがいの実現困難」「将来に対する不安」の4つのカテゴリにまとめられた。

以下には、協力者の言葉を『 』内か、文字のフォントを落として示した。()内は、筆者が補った言葉である。< >内には、協力者の要介護度、年代、要介護状態になってからの期間を表示した。

1. 心身機能の衰えによる日常生活上の困難

協力者は次に記す、不便、悔しい、残念、などと感じる日常生活上の困難を抱えていた。W子氏<要介護1、60歳代、13年>が『不便なのは、口がさ、あの、麻痺してるからさ、言語障害。しゃべりづらい。前はさ、うぐいすみたいな声出してた (笑)』と語ったように、要介護状態になる以前の心身機能と比べることによって不快さが表現された。

日常生活動作の困難

自力で立ち上がれないなど体を動かしたいのに動かせない、思わぬところで転倒する、急ぎたいのに動作は緩慢など、程度に差はあるが、基本的な動作が意図どおりにできないことがあげられた。N子氏<要介護1、90歳代、2ヶ月>は、『あら、こんなところで転ぶ必要ないんじゃないっていうけど、転ぶのよ。だからまあまあね、いろんな点で、不自由は不自由ね』と語った。文字を書く、裁縫をする、野菜の皮をむくなどの細かい作業が難しいことも語られた。視力の低下があったり手先が器用に動かなくなったりした場合に生じていた。

体力が低下している協力者は、長時間の作業を困難

としてあげた。長く家事ができない、長距離を歩けないなどである。J 子氏〈要介護 1、70 歳代、1 年〉は、少し活動すると疲れて『長続きができない』。そして、疲労した状態を、『紙一枚持つ力もなくなる』と表現した。

情報を理解することの難しさ

視力が低下している協力者は、細かい文字の情報を得ることが難しくなっていた。

また、難聴のある人は、重要な情報を聞き落とすおそれがあり、聞き落とさないように集中すると疲労してしまうという。H 子氏〈要介護 1、80 歳代、3 ヶ月〉は、『耳が弱くなってからね、友達との雑談はさほどほら、神経つかわないからいいけど、たとえばケアマネとか来たときに、やっぱり重要な、あとでもってわかんなくちゃ困るからと思って、一生懸命こう聞くでしょ。そうするとほら、疲れちゃう』と語っていた。

相手の話す言葉を即座に理解できないこともある。記憶力や理解力の衰えにもよるが、情報を提供する側が高齢者の理解力に合わせて伝えていないことにもよる。R 子氏〈要支援、70 歳代、1 年 3 ヶ月〉によれば、『テレビなんか聞いててもね、ぱーっと言ってる意味がね、わからなくなるときあります。なんのことだったかなと思って。特にね、今、はやりの横文字。わからないですね。ピンとこないです。しばらくたつと、あ、さっきのあれ、これかなと思ったり』とのことであった。

見知らぬ人とのやりとりの難しさ

見知らぬ一般の人と接するときの困難があげられた。協力者の言語障害によって会話が難しい、複雑な計算ができなくなり買い物の支払いに困るなどである。協力者の心身機能の低下によるだけではなく、一般の人が協力者との接し方をよく知らないことによっても生じていた。軽度の言語障害がある T 男氏〈要介護 1、70 歳代、10 年〉は、『知らない人だと、ぱーってね、話されちゃうと、返事がすぐ（できない）。こっちはすごい時間がかかっちゃうでしょ。』と買い物で感じた困難経験を説明した。

生活習慣の変更

生活が介護者の都合に影響されるため、生活習慣の変更を余儀なくされることがある。具体的には入浴の回数が減る、食事の内容が変わるなどである。Y 子氏〈要介護 2、80 歳代、7 年〉は食事の支度ができなく

なり、『何もできないから、これでいいって聞かれると、いいよって、ご飯でも何でも、ね』と、献立の考案や調理を娘に任せるようになった。

2. 改善する手段のない疼痛と不快感

体調が良好である人を協力者に選んだが、疼痛やしびれなどの不快感に悩んでいる人も存在した。その生活への影響は、腰痛により家事ができないといった部分的なものから、不快感で何もできないといった全般に及ぶものまでであった。また、疼痛と不快感はそれ自身が苦痛であり、強い場合には生きる意欲の低下にもつながっていた。

疼痛と不快感を最も強く訴えていたのが、頸椎の疾患による両腕両手のしびれがある V 子氏〈要介護 1、90 歳代、10 年〉であった。主治医から治療できないと言われ、インタビュー中にも慣れるしかないと言われ、慣れることは容易にできない。『自分の手じゃないですよ、もうしびれちゃって。しびれちゃって痛いんですもの。今、自分の手じゃないもの。今この、しわになってるとおりにしびれちゃってますもの。もう半分以上（苦笑）、半分以上もう、だめなの』と繰り返し述べていた。

そうした疼痛と不快感を医師に訴えても、「年ですね」などと言われ、十分に対応してもらえなかったという人がほとんどであった。M 男〈要介護 1、80 歳代、1 年 1 ヶ月〉は、主治医の態度について、『口には出さないけどね、なんかそういう素振りだね。年寄りが何言ってるんだ、もう、これで最後じゃないか、限度だよってね。医者の方だったってこれ以上はできないんだ、っていうふうだね』と語った。

3. 生きがいの実現困難

生きる目標、はりあいである生きがい²²⁾を喪失したことがしばしば語られた。生きがいの内容は個々に異なっていたが、「楽しみの実現困難」と「役割遂行の困難」に分けられた。生きがいの喪失は、生きる意欲の低下をもたらしうるものであった。

楽しみの実現困難

敗戦、貧しい中での子育て、必死にとりくんだ仕事など、苦勞してきた分、老後を楽しもうと思っていた協力者は多かった。要介護状態以前の楽しみに関する生きがいとして、旅行、スポーツ、歌舞伎鑑賞、外食、家庭菜園、描画、手芸、友人と会うことなどがあげら

れた。しかし、この生きがいを持っていた協力者のほとんどがそれを失う経験をしていた。

楽しみの生きがいの喪失には、「すべて」失った場合と「一部」失った場合があった。「すべて」失ったのは、主として発病によって急激に心身機能が低下した人であった。この生きがいを「すべて」失った人のうち、『どうってことない』と意に介していないL子氏<要介護1、70歳代、8ヶ月>もいたが、それ以外の人には、『しょうがないから生きている』(B子氏)<要介護2、70歳代、5年>など、生きる意味を見出しにくい様子が見られた。以下、楽しみの生きがいの実現がどのように困難かを2点からみていく。

まずは、「心身機能の低下や疼痛・不快感」があるために、楽しみの生きがいを失っていた。「疼痛と不快感」で既述したV子氏<要介護1、90歳代、10年>は、医者から『年だから』治らないと宣告された頸椎症を抱えており、生きがいがなくなった手芸もできなくなった。きれいに片付いたV子氏の部屋には、手先がきくころに編んだという編み目のそろったニットのスカートが置いてあった。身体も動き不自由はないように見えるV子氏であったが、この10年間を『いやだ、もういい』と過ごしてきた。インタビューでも、もう『十分』という言葉を経験を9回繰り返した。

V子：もう、ああいうの（折り紙）折ることもできない。もう手がきかないですもの。あっちにも少し折ったのがあるんです。（ほかの折り紙を見せてくれる）

面接者：あ、かわいい。ほんとか、すごい。ええー。もうできない。どんな感じ。しょうがないとか。

V子：うん、そう、そう、しょうがない。もうそれこそ、旅に出るぐらいなもんですよ、あとは。

面接者：え…。もうちょっと長生きしようとは思われないんですか。

V子：ああ、これ以上は十分。もうこれ以上は十分ですか、私は。

面接者：え…。どうしてですか。

V子：つらいもん。つらい。元気だったらね、自分でなんかできますものね。なーんにもできないもの。なんにも望みがないもの。（中略）もう十分です。十分、もう、これまでやらせてもらったからね、これでもう十分ですよ。もうこれ以上、十分。だから、みんなにやっかいかけないようにさ、このまま寝て、朝、

目覚めないでくれたらいいなと思う。それだけ。

上記に加えて、「介助が得られない」ために生きがいを失っている人もいた。特に娯楽の外出の介助は公的な制度では得られにくい上、人の手を借りることに協力者が遠慮していた。骨折後に一人で外出できなくなったK子氏<要介護2、60歳代、6ヶ月>は、通院には介助を頼めるが、娯楽の外出時に介助を依頼するのは『贅沢』と感じていた。買い物くらいは自由にしたいが、それも難しい。『お医者さんとか行くとときか、どうしても行かなきゃいけないところだけで、前みたいに散歩することは…。散歩したいと思いますけどね。やっぱうちの中ばっかして、いやになっちゃうんですね。外の空気も吸ってみたいとは思いますが、用事でちょっと出るだけで。自由にゆっくりこう、楽しみながらなんていうのはない、できないですからね』と苦痛を訴えた。

役割遂行の困難

要介護状態になる前に仕事を退職しており、子育てなども終えている協力者は、生きがいとなるような役割はないと話していた。しかし、仕事やボランティア活動など家庭外の役割を持っていた男性は、要介護状態になることでそれを失い、家事など家庭内の役割遂行を生きがいとしていた女性も、それができなくなった。このことを述べたのは、発病によって心身機能が急激に低下した人たちであった。その後そうした役割からは免除されていた。

一方、遂行が難しくなっている家庭内の役割をあげた人がいた。以下に2つ説明する。

第1は、「過剰に期待される家庭内役割」である。いわゆる老老介護の困難を訴えていた人がいた。F子氏<要介護1、70歳代、1年>は1年前に腕の骨折で要介護状態になったが、まもなく夫のF男氏<要介護2、80歳代、2年>も心疾患で入院した。主治医の勧めもあり、『大正生まれの頑固な』F男氏を介護することになった。『夫を守る』ことを美徳としてきたF子氏には重要な役割であったが、激しく混乱した。

第2は、「介護家族の負担を軽減できない困難」である。要介護状態になると介護家族に何らかの負担をかけることになる。家族を犠牲にしていると感じる協力者は、可能な限り家族に負担をかけないことを望んでいたが、それには家族を楽にするのと同時に、本人

も気疲れから解放されるという意味が含まれている。そのためにあえて一人暮らしを選んでいる人もいたが、そのようにはできない人もおり、家族の負担を軽くしたくてもできないもどかしさや申し訳なさを語っていた。家族にかかる負担が大きいと自らの存在価値も低く感じられる。脳梗塞を患って 13 年になる U 子氏<要介護 2、70 歳代>は、片麻痺があり、1 時間おきに排泄の介助が必要である。同居している嫁と孫のおかげもあって在宅で生活してきた。インタビュー中には『困ることはない』『ありがたい』と繰り返していたが、家族にかけている負担とそれを軽くできないつらさをもたらした。

面接者：U 子さんの今の生きがいがありますか。

U 子：そうですね。でも、みんなに迷惑かけるからね、1 日も早くね、いきたいなと思ってますけど、なかなかいかれないもね。

面接者：ああ。え？いきたいってあの世にですか。

U 子：(亡くなった) おじいちゃんに早く迎えに来て。て。(家族には) よくしてもらってるけどね、みんなたいへんだからね。

この「介護家族の負担を軽減できない困難」は、協力者自身の心身機能の低さだけでなく、家族介護者の余力、家族介護者に対する気遣いの程度、といったことに影響されていた。たとえば家族介護者が体調を崩したときには迷惑をかけたくないという思いが強まり、困難を強く感じるという協力者もいた。介護保険のサービスの利用によって介護家族の負担も軽くなっているが、利用には上限があり、上記の U 子氏の場合などは、負担を解消するまでには至っていなかった。

4. 将来に対する不安

要介護状態になることは、現在だけでなく、将来に対する見方にも影響を及ぼしていた。G 子氏<要介護 1、70 歳代、5 ヶ月>は、健康であることを誇りにしてきたが、転倒で腰椎を圧迫骨折し、要介護状態になってから、深く考えたことのなかった老いや死の訪れを意識するようになった。こうした「死」の話題は、協力者が自然と語ったものだった。死という直接的な言葉でなくても、お墓の準備、財産の整理、『コロ』(I 子氏)<要介護 1、80 歳代、1 年 4 ヶ月>と逝きたい、などの言葉はしばしば聞かれた。この「死」に向かっていく将来への不安が語られた。

病状の悪化に対する不安

病状が悪化していくことが予想され、さらにどのような苦痛が現れてくるのかわからない、という不安があげられた。K 子氏<要介護 2、60 歳代、6 ヶ月>は、浴室で転倒して骨折したことを振り返り、家族が外出しているときに同様の事故が起きるかもしれないことを憂慮していた。トイレや風呂場に緊急通報ベルはあるが、そこまで辿り着けないかもしれない。W 子氏<要介護 1、60 歳代、13 年>も、『歩けなくなったら困るな。毎日、毎日、思ってる。(中略) 歩けなくなっちゃうのが一番悔しい』と病状の悪化を常に案じていた。

漠然とした経済的不安

経済的不安については、協力者が比較的裕福であるためか、公的年金や介護保険の財源不足の問題と絡めて、『どうなるかわからない』(R 子氏)<要支援、70 歳代、1 年 3 ヶ月>などと漠然としたかたちで語られた。

介護家族の将来への心配

自分が亡くなったあとの家族を心配する人がいた。それは、子どもの将来を案じる女性と、家族介護者に病気がある上に頼れる子どものいない協力者であった。R 子氏<要支援、70 歳代、1 年 3 ヶ月>は、『だんだん年をとるとね、親のほうがね、なんか心配。この子行く末どうなるのかなと。(中略) 私も今までそれほど感じなかったんだけどね。自分がこうなったらね。どうなるかなあと』と話していた。

5. 「苦痛と困難」の関係性

上記の苦痛と困難について協力者は 1 つ以上語り、重複して語る人もいた。

4 領域の苦痛と困難は関係があり、「疼痛と不快感」が強い人は、「心身機能の衰えによる日常生活上の困難」の一部を抱えていた。また、「疼痛と不快感」と「心身機能の衰えによる日常生活上の困難」がある人は、「生きがいの実現困難」も経験していた。「将来に対する不安」は、それらの喪失や困難があるために感じるものであった(図 1)。

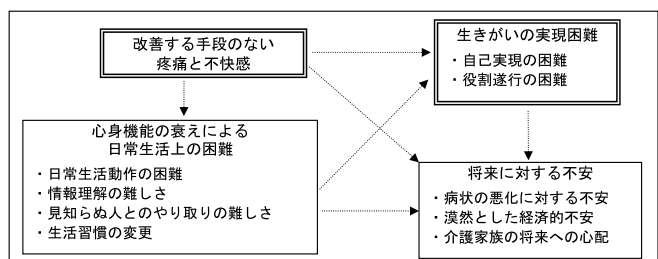


図 1 苦痛と困難の関係図

不便さや残念な思い、不安感をもたらすのは、「心身機能の衰えによる日常生活上の困難」と「将来に対する不安」であった。それに加えて、生きる意味を見失わせ、生きる意欲を低下させようものは強い「疼痛と不快感」と「生きがいの実現困難」であった。

IV. 考察

1. 在宅要介護高齢者が経験する苦痛と困難およびそれらの心理的影響における特徴

本研究では、4カテゴリーの苦痛と困難が明らかになった。その種類によって、協力者に与える心理的影響が異なることが確認され、要介護状態になってからの期間や身体障害の程度、そして社会的活動への参加などの要因から単純に、協力者が受けるダメージの大きさは測れないといえるだろう。

欧米の質的研究では、高齢者が慢性の病いに罹患して障害を負っても、それまでの人生で過酷な経験をしていたり、慢性の病いが珍しくない環境下では、若年・中年者とは異なり、自己が混乱するといったダメージを受けにくいとされている^{9,11,12)}。なぜならそれらの高齢者は、慢性の病いに罹患することを「ふつうのこと」と捉えているためである¹²⁾。わが国でも高齢者が慢性の病いを患うことは珍しくない。今回明らかになった4つの苦痛と困難のうち、「心身機能の衰えによる日常生活上の困難」と「将来に対する不安」は、ほとんどの協力者にみられるものであり、混乱や生きる意欲の低下に必ずしも結びつくものではなかった。しかし、協力者は要介護状態以前の状況と現状とを比較して語る事が多く、上記の2つの苦痛・困難には、残念な思い、悔しさ、不安感などの割り切れない感情がともなっていた。このため上記の苦痛・困難は、「ふつうのこと」というよりも、ネガティブな意味を含む「しかたのないこと」と表現したほうが妥当であると考えられた。それは、苦痛や困難に対して「しかたがない」と受け入れる日本人の特性^{23,24)}にも対応するものである。

この一方で、「疼痛と不快感」が強い場合や、その人にとって重要である「生きがい」の実現が困難である場合には、協力者はどうすればよいか混乱したり、生きる意味を見失ったりしていた。先行研究においても、疼痛があったり、心身機能の急激な低下によって以前の生活とのギャップが激しかったりする場合には、高齢者でも混乱することが明らかになっている^{8,10)}。このうち「疼痛と不快感」は、QOLを低下

させる要因としても認識されている項目である (e.g. WHO-QOL, SF-36)。それでもなお、十分に対応されていない現状があることがわかる。「生きがい」の実現困難という概念は、協力者の生きる意欲に影響する生活の激変を捉える視点として適しているものと考えられた。そして、その内容に特徴がみられた。先行研究において Gordon (1996)²⁵⁾ は、日本人と米国人の生きがいの内容を比較し、個人主義的な文化の米国人は「自己実現」の生きがいを、集団主義とされる日本人は「社会的献身」の生きがいを多く語る傾向があるとしている。協力者にも、家庭内での役割や家族介護者に迷惑をかけないという意味での役割があり、生きがいとなる役割はそのような形で存続するものと考えられた。それと同時に、協力者は、敗戦からの激動の時代を社会や家族のために生きてきたことから、老後には、自分のために楽しむこと（自己実現）にも価値を置いてよいのだと意味づけていた。つまり、社会的献身と自己実現の生きがいは、失われたり社会的献身のみが重要だったりするものではなく、ともに要介護高齢者の生きる目標、はりあいとなりうるものである。個々にとって重要な生きがいを実現できない場合に心理的ダメージを受けているといえる。

2. 苦痛と困難の解決に向けて

今回明らかになった苦痛と困難がどのような状況によって生じているかに着目すると、協力者の心身機能の低さによるだけでなく、社会的に形成されていることも見て取れた。その例として、一般の人が要介護高齢者を十分に理解できていないためにやりとりがしにくくなる困難や、青壮年をターゲットにしているマスメディアの情報提供のしかたなどがあげられる。協力者に大きなダメージを与える「疼痛と不快感」や「生きがいの実現困難」についても、医療従事者の対応や社会資源の不足によって改善の可能性が断たれている場面もみられた。たとえば高齢であることを理由に十分な治療を受けていない様子がかがわれたり、個人の楽しみに関係する生きがいは介護保険等の制度では原則として対応されにくかったりした。周囲の和を乱さず、「あきらめ」や「遠慮」を美德とする日本の社会規範の下では、要介護高齢者があきらめるという認知的対処をとりやすく、これらの事態は改善されにくい可能性もある。

「心身機能の衰えによる日常生活上の困難」と「将来に対する不安」は、生きる意欲の低下につながらな

いとしても、不便さや不快さをともなうものである。「しかたがない」としてすませるだけではなく、まずその困難や不安を理解していくこと、要介護高齢者にもわかりやすい情報の提供など、対応できることがあるだろう。

「疼痛と不快感」は、それ自体が苦痛であるだけでなく、生きがいの実現を阻み、生きる意欲の低下にもつながることから、軽視することなく早急に対応すべきことである。疼痛の原因を除去することはできなくても、緩和すること、ならびに緩和への希望をもつことはできると思われる。また、要介護高齢者にとって「生きがいの実現困難」による心理的影響が大きいと考えられる一方で、わが国の生きがい政策は、自立した高齢者を主な対象として実施されてきている²⁶⁾。財源の制約上、介護保険等の公的なサービスによって個々の要介護高齢者の生きがいを実現していくことは厳しいかもしれない。しかし、外出時の介助や介護家族の状況に応じた柔軟なサービス提供など、わずかの配慮で生きがい実現にいたる場合も少なくないだろう。本稿の結果では示していないが、協力者には、要介護状態になってからも実現可能な生きがいを新たに得ている人もいた。たとえばデイサービスで出会った人たちとの交流を生きがいとしている協力者である。そうした日常の中での生きがいの実現という視点を失うことがないように援助すべきであり、すでにそのような視点が導入されている場合でも、その重要性に対する意識化が不可欠と考えられる。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究には限界と課題がいくつかある。まず、協力者のサンプリングに偏りがあるということである。機能障害が重度の高齢者が少ないこともあり、苦痛や困難が少なく、うまく適応できている人が選ばれている可能性がある。このため、本研究の結果を在宅要介護高齢者に共通のものとして単純に一般化することはできない。例数を増やして、今回の知見を検証していく必要がある。

対面式のインタビューによる影響もある。「社会的な望ましさ」が意識され話題に上らなかったことがある可能性は完全には否定できない。たとえば性に関することや、特殊な経験などである。ただしこれに対しては、紹介者や家族からも情報を得るなどして、可能な限り多角的な情報を得るよう努めた。

また、今回の調査は多くが1回のみインタビュー

によるものである。事例を追跡する質的研究の重要性が指摘されており²⁷⁾、欧米ではそのような研究がいくつか行われている^{8,28)}。今後は、苦痛や困難がどのように変化していくかを追跡していくことも必要である。

最後に、本稿では検討できなかったが、長期に在宅療養を可能にしている要因についても、今後追求していくことが重要であるだろう。

謝 辞

プライバシー保護のため個人名を記入することはできませんが、研究に協力してくださいました高齢者のみなさま、研究協力者を紹介してくださいましたケアマネージャー、看護師の方々に心よりお礼申し上げます。本研究は、文部科学省科学研究費（基盤研究 A：14201021、若手研究 B：16730288）の一部として行われた。

文 献

- 1) 上平珠実、藤田利治. 女性寝たきり老人の主観的幸福感の寝たきり期間による違い. 日本公衆衛生雑誌. 1995;40:841-849
- 2) 杉澤秀博. 疾病管理と主観的幸福感の側面からみた脳血管疾患既往者の療養生活の実態とその関連要因に関する研究. 日本公衆衛生雑誌. 1991;38:70-78
- 3) 西下彰俊、坂田周一. 特別養護老人ホーム入所1年後の ADL およびモラルの変化. 社会老年学. 1986;24:12-27
- 4) Osberg JS, McGinnis GE, DeJong G, et al. Life satisfaction and quality of life among disabled elderly adults. Journal of Gerontology. 1987;42:228-230
- 5) 杉澤秀博. 高齢者における主観的幸福感および受療に対する社会的支援の効果－日常生活動作能力の相違による比較－. 日本公衆衛生雑誌. 1993;40:171-180
- 6) 増田公香. 肢体不自由障害をもつ高齢者の主観的幸福感－“参加”の影響の焦点をあてて－. 老年社会科学. 2004;26:340-350
- 7) Zimmer Z, Hickey T, Searle MS. Activity participation and well-being among older people with arthritis. Gerontologist. 1995;35:463-471
- 8) Becker G. Continuity after a stroke: implications of life-course disruption in old age. Gerontologist.

- 1993;33:148-158
- 9) Faircloth CA, Boylstein C, Rittman M, et al. Sudden illness and biographical flow in narratives of stroke recovery. *Sociology of Health and Illness*. 2004;26:242-261
 - 10) Sanders C, Donovan J, Dieppe P. The significance and consequences of having painful and disabled joints in older age: co-existing accounts of normal and disrupted biographies. *Sociology of Health and Illness*. 2002;24:227-253
 - 11) McKeivitt C, Luse A, Wolfe C. The unfortunate generation: stroke survivors in Riga, Latvia. *Social Science and Medicine*. 2003;56:2097-2108
 - 12) Pound P, Gompertz P, Ebrahim S. Illness in the context of older age: the case of stroke. *Sociology of Health and Illness*. 1998;20:489-506
 - 13) 天田城介. 〈老い衰えゆくこと〉の社会学. 東京: 多賀出版、2003
 - 14) 出口泰靖. 「老けゆく」人びとの「老けゆくこと」体験における意味世界への接近－相互行為的な「バイオグラフィカル・ワーク」を手がかりに. *社会福祉学*. 1999;39:209-225
 - 15) Black HK, Rubinstein RL. Themes of suffering in later life. *Journals of Gerontology B*. 2004;59: S17-24.
 - 16) Becker G. The oldest old; autonomy in the face of frailty. *Journal of Aging Studies*. 1994;8:59-76
 - 17) Kaufman S. Illness, biography, and the interpretation of self following a stroke. *Journal of Aging Studies*. 1988;2:217-227
 - 18) Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis : an expanded sourcebook*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994
 - 19) Silverman D. *Doing qualitative research : a practical handbook*. London; Thousand Oaks: Sage Publications, 2000
 - 20) Lofland J, Lofland LH. *Analyzing social settings : a guide to qualitative observation and analysis*. Belmont: Wadsworth, 1995 (進藤雄三、宝月誠訳. 社会状況の分析: 質的観察と分析の方法. 東京: 恒星社厚生閣、1997) .
 - 21) Creswell JW. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2003
 - 22) 神谷美恵子. 生きがいについて. 東京: みすず書房、1966
 - 23) Kagawa-Singer M. Redefining health: living with cancer. *Social Science and Medicine*. 1993;37:295-304
 - 24) Yamamoto-Mitani N, Wallhagen MI. Pursuit of psychological well-being (ikigai) and the evolution of self-understanding in the context of caregiving in Japan. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 2002;26:399-417
 - 25) Gordon M. What makes life worth living? : how Japanese and Americans make sense of their worlds. Berkeley: University of California Press, 1996 (宮川陽子訳. 人生に生きる価値を与えているものは何か: 日本人とアメリカ人の生きがいについて. 東京: 三和書籍、2001)
 - 26) 黒岩亮子. 生きがい政策の展開過程. 高橋勇悦、和田修一編. 生きがいの社会学: 高齢社会における幸福とは何か. 東京: 弘文堂、2001:217-241
 - 27) Charmaz K. Experiencing chronic illness. Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC, eds. *Handbook of social studies in health and medicine*. London: Sage, 2000:277-292
 - 28) Kirkevold M. The unfolding illness trajectory of stroke. *Disability and Rehabilitation*. 2002;24:887-898

原 著

高校生の子をもつ中年期女性のメンタルヘルスと地域との関わり
及び地域のソーシャル・キャピタルとの関連性の検討

The relationships between mental health and community participation/
social capital among middle-aged women with high school-age children

木村美也子¹⁾、山崎喜比古¹⁾、佐藤みほ¹⁾、米倉佑貴¹⁾
横山由香里¹⁾、小手森麗華^{1,2)}、熊田奈緒子¹⁾、戸ヶ里泰典³⁾

Miyako KIMURA¹⁾、Yoshihiko YAMAZAKI¹⁾、Miho SATOH¹⁾、Yuki YONEKURA¹⁾
Yukari YOKOYAMA¹⁾、Reika OTEMORI^{1,2)}、Naoko KUMADA¹⁾、Taisuke TOGARĪ³⁾

- 1) 東京大学大学院医学系研究科健康社会学分野
- 2) 中央大学附属高等学校
- 3) 山口大学大学院医学系研究科環境保健医学分野

- 1) Department of Health Sociology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo
- 2) Chuo University High School
- 3) Department of Hygiene, Graduate School of Medicine, Yamaguchi University

抄 録

本研究では、高校生の子をもつ中年期の女性に焦点をあて、メンタルヘルスと地域との関わり及び地域のソーシャル・キャピタルとの関連を明らかにすることを目的とした。2007年10月～11月に東京都内私立A高等学校生徒の保護者1530名に郵送法による無記名自記式質問紙調査を実施した（回収率65.8%）。回収された質問紙のうち中年期（40～59歳）の母親892名のデータを分析対象とした。重回帰分析では、Mental Health Inventory（MHI）スコアを従属変数とし、年齢、家庭における要介護／看護者の有無、兄弟姉妹構成、転居回数、暮らし向き、主観的健康、地域との関わり（地域活動積極度・地域活動参加頻度）、地域のソーシャル・キャピタルを独立変数として投入した。メンタルヘルスと地域のソーシャル・キャピタルには他の変数で制御した後も有意な関連性がみられた。メンタルヘルスと地域との関わりとの関連性は、地域のソーシャル・キャピタルを投入すると減少したが、一元配置分散分析でそれぞれの関連を検討すると、地域活動積極度、地域活動参加頻度共にメンタルヘルスと有意な関連性を有していた。以上から、高校生の子をもつ中年期の女性のメンタルヘルスに対し、地域との関わり及び地域のソーシャル・キャピタルが重要な役割を担っている可能性が示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to explore the relationships between mental health and community participation and neighborhood social capital among middle-aged mothers of high school students in Tokyo, Japan. A self-administered anonymous questionnaire was sent to 1530 parents of students in a private high school from October to November, 2007 (response rate, 65.8%). The subjects in this study were 892 mothers of high school students, aged 40 to 59 years (middle-aged women). Multiple linear regression analysis was performed with the five-item Mental Health Inventory (MHI) as the dependent variable, and age, existence of a person requiring care in the family, sibling composition of the family, number of times the family had moved, economical status, self-related health, two types of community participation (positivity and frequency), and neighborhood social capital as

independent variables. The result showed that neighborhood social capital was significantly associated with mental health after adjusting other independent variables. Although the positive associations with mental health and two types of community participation were attenuated after adjusting neighborhood social capital variable, significant associations were found in one-way ANOVA (MHI as dependent variable, community participation as factor). These results indicate that community participation and neighborhood social capital are essential for mental health among middle-aged women who have high school-age children.

キーワード：メンタルヘルス、ソーシャル・キャピタル、地域参加、中年期女性、高校生

Key words: mental health, social capital, community participation, middle-aged women, high school students

I 緒言

精神疾患の増加は世界的傾向であり、今後も増加し続けるであろうことが指摘されている¹⁾。精神疾患には性差がみられ、特にうつなどは女性が罹患する率が高く、男性の2倍以上との報告がある²⁾。そして、うつ病の母親をもつ子は多くのストレスに曝され、発達、行動に問題がみられる³⁾ともいわれることから、子どもの心身の健康に及ぼす影響についても懸念されているところである。また、女性のライフサイクルは男性に比べてはるかに複雑⁴⁾であるとされ、子育てがひと段落する中年期(概ね40～50代)は、身体・家族などに大きな変化が見られる人生の曲がり角、「個としての自分」と「他者とのかわりの中での自分」のはざまで揺れることの多い、「こころの危機期」⁴⁾とみなされている。例えば家庭においては親役割の減少と終結、子どもの自立(への試み)といった家族構造の変化が起これ、「空の巣症候群」などの心理臨床的問題を引き起こす場合も少なくない⁵⁾という。

このように、メンタルヘルスには生物学的要因だけでなく、心理的、社会的要因⁶⁾が影響していることが知られているが、近年はソーシャル・キャピタル、すなわち信頼・規範・ネットワークといった人々の協調行動を促進するもの⁷⁾とメンタルヘルスの関連にも多くの関心が集っている⁸⁾。例えば信頼感があり、安心のもてる地域に暮らす人は精神的苦痛に曝されるリスクが低い⁹⁾といったことが報告されており、そうした環境がメンタルヘルスを良好に保つのに重要であることが示唆されている。また、地域活動を支えているのは多くの場合ミドル期の女性であり¹⁰⁾、彼女らの社会活動への積極的関与やその意欲と、心理的 well-being に強い関連がみられるという報告¹¹⁾もみられることから、地域との関わりは特に女性にとって重要なものではないかと思われる。

そもそもわが国はソーシャル・キャピタルの豊か

な国として知られ、その社会的結束力が世界一の長寿に関連してきた¹²⁾といわれている。そうしたことから近年、高齢者を対象とした大規模な社会疫学調査(Aichi Gerontological Evaluation Study プロジェクト)においてもこの概念が取り入れられ、健康との関連についても研究¹³⁾が進められているところである。しかし、わが国における実証研究の文献(会議録は除く)はまだ少なく、自立しつつあると思われる高校生の子をもつ中年期の母親のメンタルヘルスと、地域との関わり/地域特性との関係を探索した先行研究はみられない。

そこで本研究では、地域特性を地域のソーシャル・キャピタルとし、高校生の子をもつ中年期の女性の1.メンタルヘルス、地域との関わり/地域のソーシャル・キャピタルの特徴を明らかにし、2.メンタルヘルスと地域との関わりとの関連、3.メンタルヘルスと地域のソーシャル・キャピタルの関連を探索することを目的とした。

II 方法

1 調査方法

東京都内私立A高等学校の保護者のうち、留学期中の生徒を除いた1530名を対象とし、郵送法による無記名自記式質問紙調査を実施した。実施期間は2007年10月～11月であり、回収率は65.8%であった。

2 分析対象者

回答者の続柄及びその人数は、母親が918名、父親が66名、祖母が1名、祖父が2名の計987名であったが、本研究では40～50代を中年期^{4,14)}としてこの年代に該当する母親892名を分析対象とした。

3 分析に用いた項目

1)メンタルヘルスに関する項目

Yamazaki 他¹⁵⁾によって信頼性・妥当性が確認され

た日本語版 Mental Health Inventory (以下 MHI) を援用し、「かなり神経質であったこと」「どうにもならないくらい気分が落ち込んでいたこと」など 5 項目を「いつもあった」から「全くなかった」の 5 件法で尋ねて 1～5 点で得点化し、百分率に換算し、加算した (得点が高い方がメンタルヘルスが良好であることを示す)。尚、本研究での Cronbach's α 係数 (以下 α) は 0.82 であった。

2) 地域との関わりに関する項目

地域との関わりは、個人の地域活動の質的側面を捉える「地域活動積極度」と、量的側面を捉える「地域活動参加頻度」の双方から測定した。「地域活動積極度」は、「全体的に見て、あなたはお住まいの地域での趣味や習い事などのサークルやグループ、組織への参加の際に、どのくらい積極的に活動していますか」という単項目を、「かなり積極的に活動している」から「全く参加していない」の 6 件法で尋ねたものである。分析の際には、「やや消極的だが活動している」「かなり消極的だが活動している」を「消極的」、「やや積極的に活動している」「かなり積極的に活動している」を「積極的」とし、「普通」「参加せず」と合わせた 4 群とし、使用した。

また、「地域活動参加頻度」は、「過去 3 ヶ月の間に、PTA 活動、ボーイスカウトやガールスカウト活動、スポーツ教室、習い事、ボランティア活動、趣味のサークルなどの、お住まいの地域でのグループや組織での活動に、あなたはどのくらいの頻度で参加していましたか」を「毎日」から「全くなし」まで 8 件法で尋ねた。分析の際には、「月に 2、3 回」と「月に 1 回」を合計して「月 1～3 回」に、「週に 3、4 回」「週に 5、6 回」「毎日」を「週 3～毎日」とし、「全くなし」「3 ヶ月で 2 回以下」「週 1～2 回」と合わせ、5 群として使用した。尚、「地域活動積極度」「地域活動参加頻度」は community participation を測定するのに使用された Phongsaven⁹⁾ の質問項目を参考に、新たに作成したものである。

3) 地域のソーシャル・キャピタルに関する項目

地域のソーシャル・キャピタル指標として、信頼性・妥当性が確認されている主観的ソーシャル・キャピタル・スケール¹⁶⁾ 6 項目 (α 0.763) のうち、「今住んでいる家の近所は安全な地域ということで評判だ (以下、地区安全)」、「私の近所には誰かが家を留守にしたときに、その家のことを気軽に世話してくれる雰囲気がある (以下、留守世話)」、「私の地域ではお互いに気軽に挨拶を交し合う (以下、挨拶)」、「将来も今住ん

でいる地域に住み続けたい (以下、住み続け)」の 4 項目を先行研究¹⁶⁾ にならい「非常によくあてはまる」から「全くあてはまらない」の 5 件法で尋ね、1～5 点に得点化し、合計したものを用いた (本研究での α は 0.649 であった)。

尚、既存の主観的ソーシャル・キャピタル・スケール¹⁶⁾ 6 項目をそのまま使用しなかったのは、医療機関の有無など施設そのものの充実を測る項目が 1 つ、他の項目と質問内容が似ている項目が 1 つ含まれていたためである。本研究では、施設そのものではなく、人との結びつきによって醸し出される地域の特性を測定したいと考え、また回答者の負担を考慮し、6 項目のうち 2 項目を省いて地域のソーシャル・キャピタル指標とした。

4) その他基本属性

その他、個人の基本属性として、年齢、最終学歴、暮らし向き (「苦しい」～「余裕がある」の 5 件法)、同居家族内の要介護 / 看護者の有無、転居回数 (なし、1 回、2 回、3 回以上に分類)、A 校に通う生徒の兄弟 / 姉妹の有無、主観的健康 (「悪い」～「とても良い」の 5 件法) を尋ねた。

4 分析方法

1) 母親のメンタルヘルス、地域との関わり / 地域のソーシャル・キャピタルの特徴

高校生の子をもつ母親のメンタルヘルス、地域との関わり / 地域のソーシャル・キャピタル及び基本属性について記述するため、上記「分析に用いた項目」であげた各変数の基礎集計を行った。また、地域のソーシャル・キャピタル変数に関しては、回答の内容に関しても基礎統計を行なった。

2) 母親のメンタルヘルスと地域との関わりとの関連

メンタルヘルスと地域との関わりとの関連を検証するため、MHI を従属変数、属性及び地域活動積極度、地域活動参加頻度を因子とし、一元配置分散分析 (one way ANOVA) と Tukey の HSD 検定による多重比較を行なった。

3) 母親のメンタルヘルスと地域のソーシャル・キャピタルとの関連

母親のメンタルヘルスと地域のソーシャル・キャピタルとの関連を検証するため、MHI を従属変数とした階層的重回帰分析を行った。モデル 1 では年齢、介護 / 看護の有無、兄弟姉妹構成 (一人っ子を 0 としたダミー変数使用)、転居回数 (なしを 0 としたダミー変

数使用)、暮らし向き (1～5点に得点化)、主観的健康 (1～5点に得点化) といった個人の基本属性を投入し、モデル2では地域活動積極度 (全くなしを0としたダミー変数使用)、モデル3では地域活動参加頻度 (全くなしを0としたダミー変数使用) と地域のソーシャル・キャピタル得点を追加投入した。また、基本属性で制御した上で、偏相関分析を行った。

尚、統計解析には、統計パッケージ SPSS17.0 J for Windows を使用し、有意確率は5% (両側) とした。

5 倫理的配慮

本研究は、所属大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

III 結果

1 母親のメンタルヘルス、地域との関わり / 地域のソーシャル・キャピタルの特徴

表1に、対象者の基本情報を示した。平均年齢は46.52 (± 3.40) 歳で40代が722名 (80.9%)、50代が170名 (19.1%) であった。最終学歴は短大・高専卒が最も多く (357名、40.0%)、大学・大学院卒 (239名 26.8%) と合わせると全体の66.8%であった。家族に介護 / 看護が必要な者がいるかどうかという質問に対しては、いないと答えた者が833名 (93.4%) と圧倒的に多く、いると答えた者は57名 (6.4%) であった。兄弟姉妹構成は、A校生徒に兄または姉のみがいる場合が369名 (41.6%)、弟または妹のみがいる場合

表1 対象者の基本情報

N=892		
基本属性	年齢	46.52(±3.40)
	40-49歳	722(80.9)
	50-59歳	170(19.1)
	最終学歴	
	中学校	1(1.0)
	高校	162(18.2)
	専門学校	130(14.6)
	短大・高専	357(40.0)
	大学・大学院	239(26.8)
	要介護/看護者の有無	
	あり	57(6.4)
	なし	833(93.4)
	兄弟姉妹構成	
	兄/姉のみ	369(41.6)
	弟/妹のみ	301(34.0)
	兄姉弟妹	82(9.2)
	一人っ子	134(15.1)
	転居回数	
	なし	182(20.4)
	1回	303(34.1)
	2回	207(23.2)
	3回以上	199(22.3)
	暮らし向き	
	苦しい/やや苦しい	106(11.9)
	ふつう	518(58.1)
	やや余裕がある/余裕がある	268(30.0)
	主観的健康	
	悪い	6(0.7)
	あまり良くない	96(10.8)
	普通	371(41.6)
	まあ良い	307(34.4)
	とても良い	101(11.3)
精神健康度	(range 10-100)	69.53(±15.92)
	地域との関わり 地域活動積極度	
	参加せず	312(35.0)
	消極的	155(17.4)
	普通	247(27.7)
	積極的	164(18.4)
	地域活動参加頻度	
	全くなし	225(25.2)
	3ヶ月で2回以下	103(11.5)
	月1～3	259(29.0)
	週1～2回	201(22.5)
	週3～毎日	91(10.2)
地域のソーシャル・キャピタル	(range 5-20)	14.23 ± 2.64

注1) 表中の数値はN(%)またはmean(±SD)

注2) 欠損値を除外しているため、各変数間の合計人数は母親の合計人数と必ずしも一致しない

が301名(34.0%)、兄または姉と弟または妹がいる場合が82名(9.2%)、A校生徒が一人っ子的場合が134名(15.1%)であった。転居回数は「なし」が182名(20.4%)であり、80%弱が子どもを出産してからその子が高校生になるまでの間に、1回以上の転居を経験していた。暮らし向きは、やや余裕がある/余裕があると答えた母親が268名(30.0%)であり、やや苦しい/苦しいと答えた106名(11.9%)の2倍以上であった。

主観的健康感は、「まあ良い」「とても良い」と答えた者を合わせると408名(45.7%)で、「あまり良くない」「悪い」と答えた102名(11.5%)の約4倍であった。MHIは平均69.53(±15.92)であった。表には示していないが、MHIについて年代別に検討したところ、40代が69.36(±16.34)、50代が70.24(±14.02)と50代の方がやや高かったが、有意差はみられなかった(t検定)。

地域との関わりでは、地域活動積極度で「参加せず」が312名(35.0%)で最も多く、次いで「普通」(27.7%)、「積極的」(18.4%)、「消極的」(17.4%)の順であった。

地域活動参加頻度は、「月1~3回」と答えた者が最も多く259名(29.0%)、次いで「全くなし」(25.2%)、「週1~2回」(22.5%)、「3ヶ月で2回以下」(11.5%)、「週3~毎日」(10.2%)の順であった。地域のソーシャル・キャピタルは、平均が14.23(±2.64)であり、年代別で比較(t検定)を行ったが、有意差はみられなかった(表には示さず)。

地域のソーシャル・キャピタルに関する基礎統計を表2に示した。平均値は高い順に、「私の地域ではお互いに気軽に挨拶を交し合う(挨拶)」が3.97、「将来も今住んでいる地域に住み続けたい(住み続け)」が3.87、「今住んでいる家の近所は安全な地域ということで評判だ(地区安全)」が3.57、「私の近所には誰かが

家を留守にしたときに、その家のことを気軽に世話してくれる雰囲気がある(留守世話)」が2.83であった。「留守世話」に関しては「どちらともいえない」と回答した者が最も多く(30.6%)、「あまりあてはまらない」と「全くあてはまらない」と回答した者と合わせると7割弱になり、他の3つの質問の回答よりも否定的な回答が多かった。

母親のメンタルヘルス(MHI)を従属変数とした一元配置の分散分析(表3)において、地域活動積極度(df3, 872, F値7.691 P<0.001)、地域活動参加頻度(df4, 872, F値3.411, P値0.009)とMHIには正の関連がみられ、多重比較(TukeyのHSD検定)においても群間差が見られた。地域活動積極度に関しては、「参加せず」群は「普通」「積極的」に活動している群に比べ、MHIが有意に低く(P<0.01, P<0.001)、「消極的」群も「積極的」群に比べ、MHIが有意に低かった(P<0.05)。

地域活動参加頻度に関しては、頻度が高くなるにつれてMHI得点は上がっているが、有意差がみられたのは「全くなし」群と「週3~毎日」群間(P<0.01)のみであった。

その他属性とメンタルヘルスについて、最終学歴(df4, 882, F値0.728, P値0.573)、転居回数(df3, 886, F値0.255, P値0.858)で有意差はみられなかった。しかし暮らし向き(df2, 887, F値31.212, P値<0.001)では、「苦しい/やや苦しい」と答えた者のMHIは、「普通」「やや余裕がある/余裕がある」と答えた者よりも低く(P<0.001)、「普通」と答えた者のMHIも「やや余裕がある/余裕がある」と答えた者よりは低かった(P<0.01)。兄弟姉妹構成(df3, 880, F値4.134, P値0.006)では「兄/姉のみ」群のMHIが「弟/妹のみ」群のMHIより有意に高かった(P<0.01)。

表2 地域のソーシャル・キャピタル 基礎統計

	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	ややあてはまる	非常によくあてはまる	平均値±SD
地区安全	7(0.8)	71(7.8)	298(33.4)	427(47.9)	78(8.7)	3.57±0.8
留守世話	120(13.5)	229(25.6)	273(30.6)	209(23.1)	54(6.1)	2.83±1.12
挨拶	6(0.7)	61(6.8)	131(14.7)	437(49.0)	246(27.6)	3.97±0.88
住み続け	22(2.5)	51(5.7)	192(21.5)	368(41.3)	248(27.8)	3.87±0.97

注1) 表中の数値はN(%)またはmean(±SD)

注2) 平均値は、「全くあてはまらない」1点、「あまりあてはまらない」2点、「どちらともいえない」3点、「ややあてはまる」4点、「非常によくあてはまる」5点で算出

注3) 欠損値を除外しているため、各変数間の合計人数は母親の合計人数と必ずしも一致しない

表3 母親のメンタルヘルスと地域との関わりとの関連

	N	平均	SD	一元配置の分散分析			多重比較
				df	F値	P値	TukeyのHSD 検定
最終学歴				(4, 882)	0.728	0.573	
中学校	1	95.00					
高校	161	69.58	15.23				
専門学校	130	69.81	14.30				
短大・高専	356	69.13	15.85				
大学・大学院	239	69.83	17.26				
兄弟姉妹構成				(3, 880)	4.134	0.006	
兄/姉のみ	368	71.78	15.86				**
弟/妹のみ	301	67.84	15.16				*)
兄弟姉妹	81	68.02	15.96				
一人っ子	134	68.28	18.21				
転居回数				(3, 886)	0.255	0.858	
なし	182	69.84	16.31				
1回	304	69.70	15.32				
2回	207	69.83	16.48				
3回以上	197	68.66	15.96				
暮らし向き				(2, 887)	31.212	0.000	
苦しい/やや苦しい	106	59.25	19.12				*** ***)
ふつう	518	69.75	14.73				** *)
やや余裕がある/余裕がある	266	73.20	15.04				*)
地域活動積極度				(3, 872)	7.691	0.000	
参加せず	311	66.68	15.74				** ***)
消極的	155	68.84	16.65				*)
普通	247	71.03	15.48				*)
積極的	163	73.44	14.81				*)
地域活動参加頻度				(4, 872)	3.411	0.009	
全くなし	225	66.94	16.55				**
3ヶ月で2回以下	103	68.93	16.14				
月1~3	258	69.69	15.85				
週1~2回	201	70.60	15.41				
週3~毎日	90	73.78	14.15				

注)欠損値を除外しているため、各変数間の合計人数は母親の合計人数と必ずしも一致しない

表4 母親のメンタルヘルスと地域のソーシャル・キャピタルとの関連に関する階層的重回帰分析

	モデル1			モデル2			モデル3		
	β			β			β		
年齢	0.043			0.039			0.035		
要介護/看護者の有無 ²⁾	-0.044			-0.039			-0.038		
兄弟姉妹構成									
一人っ子	ref.			ref.			ref.		
兄/姉のみ	0.067			0.057			0.051		
弟/妹のみ	-0.017			-0.032			-0.039		
兄弟姉妹	-0.034			-0.039			-0.049		
転居回数									
なし	ref.			ref.			ref.		
1回	0.005			0.016			0.022		
2回	0.013			0.020			0.036		
3回以上	0.016			0.023			0.038		
暮らし向き ³⁾	0.168	***		0.154	***		0.149	***	
主観的健康 ⁴⁾	0.441	***		0.435	***		0.420	***	
地域活動積極度									
全くなし				ref.			ref.		
消極的				0.042			0.041		0.000
普通				0.086	*		0.079	*	0.056
積極的				0.081	*		0.069	*	0.050
地域活動参加頻度									
全くなし							ref.		
3ヶ月に2回以下							-0.019		-0.011
月1~3回							-0.016		0.034
週1~2回							-0.052		-0.007
毎日~週3回							-0.028		0.020
地域のソーシャル・キャピタル							0.149	***	0.182
									調整済みR ² =0.256 調整済みR ² =0.26 調整済みR ² =0.277

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

注1)欠損値は除外した

注2)要介護/看護者の有無:なし=0,あり=1

注3)苦しい=1~余裕がある=5 5段階の順序尺度

注4)悪い=1~とてもよい=5 5段階の順序尺度

母親のMHIを従属変数とする階層的重回帰分析(表4)では、モデル1で属性を、モデル2で、地域活動積極度を、モデル3で地域活動参加頻度と地域のソーシャル・キャピタルを投入した。暮らし向き($P<0.001$)、主観的健康度($P<0.001$)とメンタルヘルスは全てのモデルで正の関連がみられたが、これらの標準化偏回帰係数(β)の値はモデル2、3と僅かながら減少していた。

モデル2において、地域活動積極度が「普通」「積極的」である場合は「全く参加していない」場合よりも、メンタルヘルスが良好であった($P<0.05$)が、モデル3において、地域活動参加頻度・地域のソーシャル・キャピタルを投入すると、地域活動積極度の「積極的」の方の関連性は消失した。モデル3で、メンタルヘルスと地域参加頻度に有意差はみられなかったが、地域のソーシャル・キャピタルとの間で正の関連($P<0.001$)が見られた。また、偏相関分析において、暮らし向き、主観的健康度など属性で制御しても尚、地域のソーシャル・キャピタルとメンタルヘルスには、正の相関($P<0.001$)が認められた。また、調整済み R^2 値は、モデル1から、モデル3にかけて上昇しており、地域のソーシャル・キャピタルが母親のメンタルヘルスを良好に保つのに重要な要素であることが推察できる。

IV 考察

1 母親のメンタルヘルス、地域との関わり/地域のソーシャル・キャピタルの特徴

まず本研究の対象者の属性であるが、40.0%が短大・高専卒、大学・大学院卒が26.8%であり、現在40～50代の女性が短大・大学に進学したおおよその時期と考えられる1970年代から1985年にかけての進学率¹⁷⁾よりも全体的に高く、暮らし向きも余裕がある者が3割と、平成19年国民生活基礎調査の結果¹⁸⁾(「余裕がある」「やや余裕がある」と答えた者は5.1%)に比べ、経済的に余裕のある者の割合が多いと考えられた。また同調査¹⁸⁾では、自分の健康を「よい」「まあよい」と思っている女性は、35～44歳で39.7%、45～54歳で29.6%、55歳～65歳で25.0%であったが、本研究では「まあ良い」「とても良い」と答えた者が45.7%に上っていた。従って、本研究の対象者の属性の特徴として、比較的高学歴で暮らし向きも平均以上、身体的にも健康である者の割合が多い集団であると考えられる。メンタルヘルスに関しては先行研究¹⁵⁾同様、40代よりも50代の方が平均値は高かったが、有意差がみられ

るほどではなかった。

地域との関わりに関して、地域活動積極度という側面からみると、成人女性を対象とした調査で¹¹⁾35～44歳の58.7%、45～54歳の48.3%、55～65歳の50.0%が社会活動に「積極的に関わっている」という報告があるが、本研究では35.0%が「参加せず」と答えており、「積極的に」に活動している人は18.4%に過ぎなかった。また、地域活動参加頻度という側面からみると「全くなし」が25.2%で、月1～3回と答えた人がもっとも多く29.0%であったが、内閣府の平成18年度国民選好度調査¹⁹⁾で、女性の40～50代でボランティア、自治会、スポーツ・娯楽、子ども会などに「全く参加していない」と答えた者が37.8%～84.5%であり、同年代の一般女性と比べると、本研究の対象者の方が参加頻度は高いといえるであろう。但し、本研究の対象者は母親役割をもつものに限られている上、34%がA校生の下にも子どもがいるという状況であるため、全国調査に比べ、PTAなど子どもに関連した地域活動に参加する頻度が多い可能性があると考えられる。

次に地域のソーシャル・キャピタルに関してであるが、ソーシャル・キャピタルを6項目6件法で測定(但し「わからない」という回答を欠損値として扱い、1～5点の5段階で得点化)した全国調査²⁰⁾でも、「挨拶」(4.33)、「住み続け」(4.08)、「地区安全」(3.99)、「留守世話」(3.43)の順で平均得点が高く、本研究と同じ順であった。本研究で使用しなかった2項目については除外して考慮しているものの、平均値は4項目全てにおいて本研究の方がやや低いことから、本研究の対象者の住む地域(東京及びその近郊)の地域の特徴かもしれないと考えられ、親しみを感じながらも、ほど良く距離を置いたつき合いが維持されているのではないかと推察される。

2 母親のメンタルヘルスと地域との関わりとの関連

地域との関わりは、地域活動が積極的であればあるほど、参加頻度が多ければ多いほど、メンタルヘルスが良好であると考えられた。これは、「ボランティア・グループへの参加が心理的ストレスを減少する」²¹⁾、「コミュニティ参加の少ない人ほどメンタルヘルスが良好でない」²²⁾といった先行研究にみられるような、地域やその地域の人の関わり的重要性を示唆する結果であると思われる。但し本研究では、メンタルヘルスが良好な人が積極的に、頻繁に地域活動に準じ

ているのか、或いは地域活動に準じることが、メンタルヘルスを良好にしているのか、その因果関係については言及できない。そして、地域活動積極度では3群の間で有意差が認められたのに対し、地域活動参加頻度の方では「全くなし」と「週3～毎日」の間でしか有意差が認められなかった。このことから地域との関わりに関しては、頻度という量の差よりも、積極度という質の差の方が、メンタルヘルスと関連が強いのではないかと考えられた。本研究では先行研究⁹⁾に習い、質問項目を作成したが、同じ地域活動であっても、自ら望んで行っている場合とそうでない場合とでは、メンタルヘルスに及ぼす影響は異なる可能性があると考えられることから、今後の課題として、地域の活動に対する対象者の思いを査定する項目を追加するなどし、望んで行なう活動と、望まない活動を分けて分析することも必要ではないかと思われた。

属性では、学歴によってMHIに違いは見られず、この点は学歴と精神健康に正の関連がみられたという先行研究²³⁾とは異なる点であった。また1で述べたように、年代別でメンタルヘルスに有意な差がみられなかったにもかかわらず、兄弟姉妹構成で比較すると、「兄姉のみ」「弟妹のみ」で有意差がみとめられたことから、実年齢よりも兄弟姉妹構成が母親のメンタルヘルスに差をもたらしているのではないかと考えられた。そして、A校生徒に「兄姉のみ」がいる母親の方が、「弟妹のみ」がいる母親よりもメンタルヘルスが良好であるということは、いわゆる空の巣症候群のような「子が巣立った後の空虚感や抑うつ感」^{24, 25)}よりも、子の自立をむしろ子育ての成功体験として肯定的に評価⁴⁾したり、子育ての終了を解放と感じている²⁵⁾可能性があるのではないかと考えられた。実際、A校は生徒の多くが附属の大学に進学するという私立校であり、末子が同校在学中ということは、もはや大学受験などの心配もあまりなく、子育ての達成感、開放感を感じている母親の方が多いのかもしれないと推察される。

また、暮らし向きでは3群間全てで有意差がみられ、特に「苦しい/やや苦しい」と「やや余裕がある/余裕がある」ではMHIスコアの差が大きく ($p < 0.001$)、家庭の経済状況がメンタルヘルスに影響を及ぼす⁶⁾という先行研究と同様の結果であると考えられる。

3 母親のメンタルヘルスと地域のソーシャル・キャピタルとの関連

階層的重回帰分析においても、前述の暮らし向きはモデル1から3まで、メンタルヘルスと正の関連性を有していた ($p < 0.001$)。また、現在の健康状態を尋ねた主観的健康も、モデル1から3に至るまで、メンタルヘルスと正の関連性を有していた ($p < 0.001$)。主観的健康とメンタルヘルスに正の関連があることは先行研究²⁶⁾でも指摘されていることであり、妥当な結果であると考えられる。しかし、こうした基本属性を制御しても尚、モデル3で投入した地域のソーシャル・キャピタルとメンタルヘルスに有意な関連 ($p < 0.001$) がみられたことから、地域の特性、すなわち、暮らしている地域が醸し出す親しみやすさ、安心感などが、メンタルヘルスの良好さと強く関連していると考えられるであろう。

コミュニティにおける信頼感、互酬性、安心感が精神的苦痛のリスクを軽減する効果があることも指摘⁹⁾されており、こうした側面からこのメンタルヘルスと地域のソーシャル・キャピタルの関連を説明できるかもしれない。但し、本研究の参加者の多くは、近隣と緊密なつき合いをしているとは言えず、ほど良い距離を保ちながら安心感を得られる地域、であることが大切なのではないかと考えられる。

また、モデル2で地域活動積極度を投入した際、「普通」「積極的」と答えた者のメンタルヘルスは、「全く参加していない」者に比べて良好であったが ($p < 0.05$)、地域のソーシャル・キャピタル変数を投入後、「積極的」と答えた者のメンタルヘルスとの関連が消失しており、且つ地域活動参加頻度とメンタルヘルスにも関連がみられなかったことから、個人としての「地域との関わり」よりも、地域特性である「地域のソーシャル・キャピタル」のインパクトの方が強くメンタルヘルスに関連している可能性が考えられた。これは、メンタルヘルスをより広く、地域の視点で捉えてゆく必要性を示唆しているのではないだろうか。ただ地域特性ほどではないにしろ、個人活動（特に質的側面）もまた、メンタルヘルスと関連していたことから、個人の地域参加もまた、自立の進む高校生の子をもつ中年期の女性のメンタルヘルスを良好に保つのに、重要な要素になっているのではないかと考えられる。

但し、こうした知見を実践に活かしてゆくには、地域参加が強制的にならないような配慮が必要であろう。地域の活動やつきあいが時に重荷になることも指摘されており²⁷⁾、特に女性はソーシャル・ネットワークからネガティブな影響をもたらされることも多い²⁸⁾

ということから、あくまでも本人主体の地域参加が望まれる。

また、環境の良い地域というのは、概して富裕層の住む地域に多いとも考えられ、心身に影響を及ぼす可能性のある地域のソーシャル・キャピタルの重要性を明らかにしてゆく一方で、そうした場に住むことのできない人々の状況というものを、考えてゆく必要があるであろう。信頼し合える豊かなコミュニティに暮らしたいと願っても、それが実現する否かは社会的・経済的力次第であり、人々の意思だけでは叶えられない、という批判²⁹⁾もあることから、ソーシャル・キャピタルの豊かな地域の一面だけを取り上げて賞賛することには、十分な注意が必要である³⁰⁾。従って、経済格差による住み分けなどが最少限に保たれるよう、特に貧困や失業の多くみられる地域の環境を整えてゆくことが、地域のソーシャル・キャピタルを豊かなものにするために、必要不可欠なことであると考えられる。

V 本研究の限界

本研究は横断研究であるために、地域との関わりや地域のソーシャル・キャピタルとメンタルヘルスの因果関係を言及することはできない。また、自記式質問紙による回答者の主観的な評価であるため、ソーシャル・キャピタルのスケールとして外的妥当性等は十分には検証されておらず、更なる研究課題として今後も発展させてゆく必要があるだろう。

そして、A校は大学の附属校で、生徒は中学校の成績上位者が多く、経済的にも比較的裕福な家庭が多いと思われることから、本研究の対象者を高校生の母親として一般化して捉えるには注意を要する。最後に、メンタルヘルスに影響を及ぼすもの1つとして、就業の有無は非常に重要な要因だと考えられるが、本研究では、学校側の意向及び保護者への配慮から、質問項目に加えることができなかった。以上を踏まえ、今後は、都立高校や公立中学に通う生徒の母親など、より広い範囲での調査と比較検討が望まれる。

謝辞

本研究は平成18～20年度科学研究費補助金基盤研究(A)(課題番号:18203028 研究代表者山崎喜比古)の一部として実施された。調査協力をいただいたA高等学校の職員ならびに保護者の皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) World Health Organization. Neurological Disorders: Public Health Challenges. Geneva, World Health Organization, 2006
- 2) World Health Organization. Women's Mental Health : An evidence based review. Geneva, World Health Organization, 2000
- 3) Elgar FJ, McGrath PJ, Waschbusch DA, et al. Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review* 2004; 24: 441-459
- 4) 岡本祐子. 女性のライフサイクルとこころの危機 - 「個」と「関係性」からみた成人女性のこころの悩み. *こころの科学* 2008; 141: 18-24
- 5) 岡本祐子. アイデンティティ生涯発達論の展開. 京都: ミネルヴァ書房、2007
- 6) World Health Organization, The world health report 2001-Mental health: new understanding, new hope. Geneva, 2001
- 7) Putnam RD, Leonardi R, Nanetti R. Making Democracy Work: Civic Tradition in Modern Italy. Princeton: Princeton University Press, 1993
- 8) Almedom AM, & Glandon D. Social capital and mental health: An updated interdisciplinary review of primary evidence. In: Kawachi I, Subramanian SV, & Kim D, editors. *Social capital and health*. New York: Springer, 2008: 191-214
- 9) Phongsavan P, Chey T, Bauman A, et al. Social capital, socio-economic status and psychological distress among Australian adults. *Social Science & Medicine* 2006; 63: 2546-2561
- 10) 池田和嘉子. ミドル期女性の社会参加活動. 藤崎宏子、平岡公一、三輪建二編著. *ミドル期の危機と発達 - 人生最終章までのウェルビーイング -*. 東京: 金子書房、2008、163-177
- 11) 西田裕紀子. 成人女性の多様なライフスタイルと心理的 well-being に関する研究. *教育心理学研究* 2000; 48: 433-443
- 12) 近藤克則. 健康格差社会 - 何が心と健康を蝕むのか. 東京: 医学書院、2005
- 13) 市田行信. ソーシャル・キャピタル - 地域の視点から -. 近藤克則編, 検証「健康格差社会」 - 介護予防に向けた社会疫学の大規模調査. 東京: 医学書院、2007、107-119

- 14) 遠藤由美子、山本三奈、小林尚美他、思春期にある子どもをもつ中年期女性の心身の健康、アイデンティティおよび女性性受容の特徴. 更年期と加齢のヘルスケア 2008; 7: 40-48
- 15) Yamazaki, S., Fukuhara, S., & Green, J. Usefulness of five-item and three-item Mental Health Inventories to screen for depressive symptoms in the general population of Japan. Health and Quality of Life Outcomes. 2005; 3: 48
- 16) 戸ヶ里泰典. 主観的ソーシャルキャピタル指標の開発および主観的健康観との関連性の検討. 要介護状態及び健康の形成過程における社会経済的要因の役割に関する実証的研究. 平成 14 年度～平成 17 年度科学研究費補助金 (基盤研究 (A)) 研究成果報告書 2006; 187-196
- 17) 文部科学省. データからみる日本の教育 2004[平成 21 年 9 月 1 日検索] < URL : http://www.mext.go.jp/b_menu/shuppan/toukei/04042301/005.pdf >
- 18) 厚生労働省. 平成 19 年国民生活基礎調査の概況. [平成 21 年 9 月 1 日検索] < URL : <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-19-1.html> >
- 19) 内閣府. 平成 18 年度国民生活選好度調査. [平成 21 年 9 月 1 日検索] < URL : http://www5.cao.go.jp/seikatsu/senkoudo/h18/18senkou_6.pdf >
- 20) 藤澤由和、濱野強、小藪明生. 地区単位のソーシャル・キャピタルが主観的健康感に及ぼす影響. 厚生学の指標 2007; 54: 18-23
- 21) Rietschlin J. Voluntary association membership and psychological distress. Journal of Health and Social Behavior 1998; 39: 348-55.
- 22) Berry HL.. Social capital elite, excluded participators, busy working parents and aging, participating less: types of community participators and their mental health. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2008; 43: 527-537
- 23) Honjo K, Kawakami N, Takeshima T, et al. 日本における主観的健康感の社会階級格差と性及び年齢群差 (Social Class Inequalities in Self-rated Health and Their Gender and Age Group Differences in Japan) .Journal of Epidemiology 2006; 16: 223-232.
- 24) Deykin EY, Jacobson S, Klerman G, et al. The empty nest: psychosocial aspects of conflict between depressed women and their grown children. American Journal of Psychiatry 1966; 122: 1422-1426
- 25) 榎戸美佐子. 高齢少子化時代の精神保健・医療中年期の精神保健・医療「空の巣症候群」をめぐって. 臨床精神医学 1998; 27: 176-183
- 26) 熊谷幸恵、森岡郁晴、吉益光一他. 主観的な精神健康度と身体健康度、社会生活満足度および生きがい度との関連性:一性およびライフステージによる検討一. 日本衛生学雑誌 2008;63(3):636-641
- 27) Brodsky AE. Resilient single mothers in risky neighborhoods: Negative psychological sense of community. Journal of Community Psychology 1996;24:347-63.
- 28) Kawachi I, Berkmen LF. Social ties and mental health. Journal of Urban Health 2001;78:458-67.
- 29) Ziersch AM, Baum FE, MacDougall C, et al. Neighbourhood life and social capital: the implications for health. Social Science & Medicine 2005;60:71-86
- 30) 木村 美也子. ソーシャル・キャピタル - 公衆衛生学分野への導入と欧米における議論より. 保健医療科学 2008; 57: 252-265

報 告

健康食品の素材のヒトにおける有効性に関する考察 －生活習慣病に対する健康食品の素材について－

A study on effectiveness of health foods materials in human Health foods materials for lifestyle-related diseases

川添禎浩¹⁾、大重明日香¹⁾、本間秀彰²⁾、橋本香織¹⁾、北條康司¹⁾

Sadahiro Kawazoe¹⁾、Asuka Ohcho¹⁾、Hideaki Honma²⁾、Kaori Hashimoto¹⁾、Yasuji Hojo¹⁾

1) 京都府立大学大学院生命環境科学研究科

2) 株式会社 CFS コーポレーション調剤推進部

1) Graduate School of Life and Environmental Sciences, Kyoto Prefectural University

2) CFS Corporation

抄 録

生活習慣病に対する健康食品の素材について、ヒトにおける有効性はどの程度かを文献的に考察した結果を報告する。科学的な実証があるのは、調査した92素材の内、「保健機能食品」の37素材である。科学的な実証がほぼ又はおそらくあるものは「いわゆる健康食品」の素材の15素材である。それ以外の「いわゆる健康食品」の素材は科学的実証がない。

Abstract

We report the results of a study of the literature on the levels of effectiveness of health foods materials for people with lifestyle-related diseases. There was clear scientific evidence for 37 materials used in food with health claims among the 92 materials surveyed. There was probably scientific evidence for 15 materials used for health food, including dietary supplements. There was no scientific evidence for the effectiveness of the other health foods materials.

キーワード：健康食品、健康食品素材、ヒトにおける有効性、生活習慣病

Key words: health foods, health foods materials, effectiveness in humans, lifestyle-related diseases

緒 言

健康食品の法令上の定義はなく、「健康の保持増進に資する食品として販売・利用されるもの」を健康食品と総称されている^{1,2)}。このうち、厚生労働省によって健康の保持増進効果が確認されたものが「保健機能食品」である。すなわち、健康食品を「保健機能食品」として販売出来る保健機能食品制度があり、健康の維持増進に役立ち、特定の保健の用途に適することが科学的に証明された食品（有効性や安全性が証明された食品）は、個別に審査され厚生労働大臣の許可を得れば、特定保健用食品と表示できる³⁾。また、ビタミン12種類（A、D、E、B₁、B₂、ナイアシン、B₆、葉酸、

B₁₂、ビオチン、パントテン酸、C）とミネラル5種類（亜鉛、カルシウム、鉄、銅、マグネシウム）は、国が決めた規格基準を満たしていれば、栄養機能食品と表示できる³⁾。厚生労働省は、健康食品から「保健機能食品」を除いた栄養補助食品、健康補助食品、サプリメントなどを「いわゆる健康食品」と区別して呼んでいる³⁾。

健康食品はあくまでも食品である。しかし、表示を見てもわかる通り、栄養補助、疾病予防、疾病治療補助などを摂取の目的としていることが、他の一般食品とは全く異なる。目的から考えればヒトにおける有効性が客観的に証明されていることが大切であるが、実際は、厚生労働省が有効性を確認した「保健機能食品」や、それ以外の多くの「いわゆる健康食品」が混在し

ている状況にある。

そこで今回は、健康食品のヒトにおける有効性に関する科学的評価はどの程度か全体的な傾向を把握しようとして試みた。最近には特に生活習慣病に対する予防の意識が高まり、それに対する健康食品が注目されていることから、生活習慣病に対する健康食品を調査対象の中心とし、これに身近な症状・悩みに対する健康食品も調査対象に加えた。なお、調査は個々の健康食品について行うのではなく、その共通の原料となる素材について調査した。以下に報告する。

方法

「生活習慣病が気になる方へ」などと標榜されている健康食品、具体的には「コレステロールなどが気になる方に」、「血糖値が気になる方に」、「血圧が気になる方に」、「お腹の調子が気になる方に」、「ミネラルの吸収を助ける」、「骨の健康が気になる方に」、「虫歯予防、歯の健康を維持したい方に」、「健康維持のための栄養補給」、「男性の悩みに」、「視力などに」、「骨、関節に」、「抗ガン、免疫力向上の助けに」、「肝臓が気になる方に」と摂取の目的が示されている健康食品を対象に、それらの素材の計 92 素材を選択した。素材は、「保健機能食品（特定保健用食品、栄養機能食品）」の素材と「いわゆる健康食品」の素材である。

「保健機能食品」と「いわゆる健康食品」の素材の収載数と内容が充実していると思われた 3 種類の健康食品に関する専門書の「健康・栄養食品アドバイザースタッフ・テキストブック」⁴⁾、「機能性食品素材便覧」⁵⁾、「薬剤師と栄養士 連携のためのサプリメントの基礎知識」⁶⁾を用いて、それぞれの素材について、「働き」、「主な成分や由来」、「注意事項」を調査し、専門書に共通している内容をまとめた。各素材に、ヒトにおける有効性についての科学的な実証があるのかを判断するために、「働き」の内容に関して、それがヒトにおける科学的評価であるかどうかを確認した。また、上記の専門書に収載されていなかった素材については、一般書の「サプリメント健康バイブル」⁷⁾、2 種類の専門書の「わかるサプリメント健康食品 Q&A」⁸⁾、「食品薬学ハンドブック」⁹⁾に、それらが収載されていたため、同様に「働き」、「主な成分や由来」、「注意事項」をまとめ、「働き」の内容がヒトにおける科学的評価であるかどうかを調べた。

健康食品の専門書の一つである「健康食品のすべて」¹⁰⁾は、膨大な種類の健康食品が収載されており、調査

を行う場合に有用であると思われる。しかし、米国の書籍であること、選択した「保健機能食品」の素材と「いわゆる健康食品」の素材が日本特有の素材を含んでいること、上記の 6 種類の専門書や一般書によって調査は対応できたことから、今回は利用しなかった。また、日本のインターネット上の公的サイト「健康食品の安全性・有効性情報」¹¹⁾も、有益な健康食品に関する情報源であり、更新も随時行われているが、有効性よりも安全性情報が充実しており、公開されている素材の数、名称、概要、成分などの項目数は、今回利用した「機能性食品素材便覧」と比較すると極端な違いはない。よって、「健康食品の安全性・有効性情報」は、「機能性食品素材便覧」と総合的に同程度であると考えられたため、今回の調査に用いなかった。

結果

調査結果をまとめて表 1 に示した。

ヒトにおける有効性についての科学的な実証があるものは、以下の通りであった。

1) 特定保健用食品の 35 素材

・特定保健用食品「コレステロールなどが気になる方に」の素材

大豆タンパク質、リン脂質結合大豆ペプチド、低分子化アルギン酸ナトリウム、キトサン、サイリウム種皮、植物ステロールエステル、ジアシルグリセロール、グロビン蛋白分解物、EPA（エイコサペンタエン酸）・DHA（ドコサヘキサエン酸）、茶カテキン

・特定保健用食品「血糖値が気になる方に」の素材
難消化性デキストリン、グアバ葉ポリフェノール、小麦アルブミン、L-アラビノース、豆鼓（トウチ）エキス

・特定保健用食品「血圧が気になる方に」の素材
ラクトリペプチド、バリルチロシンを含むサーディンペプチド、かつお節オリゴペプチド、カゼインドデカペプチド、杜仲葉配糖体

・特定保健用食品「お腹の調子が気になる方に」の素材

オリゴ糖（イソマルトオリゴ糖、ガラクトオリゴ糖、フラクトオリゴ糖、大豆オリゴ糖、キシロオリゴ糖、乳果オリゴ糖、ラクチュロース、ラフィノース）、乳酸菌・ビフィズス菌類、食物繊維（ゲアーガム分解物、寒天由来の食物繊維、小麦ふすま、ビール酵母由来の食物繊維、ポリデキストロース、サイリウ

- ム種皮、低分子化アルギン酸ナトリウム、難消化性デキストリン)
- ・特定保健用食品「ミネラルの吸収を助ける」の素材 CCM (クエン酸リンゴ酸カルシウム)、CCP (カゼインホスホペプチド)、ヘム鉄
- ・特定保健用食品「骨の健康が気になる方に」の素材 ビタミン K₂ 高産生納豆菌、MBP (乳塩基性タンパク質)、大豆イソフラボン
- ・特定保健用食品「虫歯予防、歯の健康を維持したい方に」の素材 茶ポリフェノール、パラチノース、マルチトール、還元パラチノース、CPP-ACP (カゼインホスホペプチド-非結晶リン酸カルシウム複合体)、キシリトール・フクロノリ抽出物 (フノラン)・第二リン酸カルシウム (リン酸一水素カルシウム)

2) 栄養機能食品の2素材

- ・栄養機能食品「男性の悩みに」の素材 亜鉛
- ・栄養機能食品「骨、関節に」の素材 カルシウム

ヒトにおける有効性についての科学的な実証がほぼ又はおそらくあるものは、以下の通りであった。

3) 「いわゆる健康食品」の15素材

- ・健康食品「コレステロールなどが気になる方に」の素材 紅麹 (ベニコウジ)
- ・健康食品「血圧が気になる方に」の素材 コエンザイム Q₁₀
- ・健康食品「健康維持のための栄養補給」の素材 高麗人参 (コウライニンジン)
- ・健康食品「男性の悩みに」の素材 ノコギリヤシ、ニンニク、マカ、セレン
- ・健康食品「視力などに」の素材 ブルーベリー、ルテイン、イチヨウ葉
- ・健康食品「骨、関節に」の素材 グルコサミン、サメ軟骨 (コンドロイチン、コンドロイチン硫酸)
- ・健康食品「抗ガン、免疫力向上の助けに」の素材 エキナセア、プロポリス、セレン (上記のセレンと同じだが摂取目的が違う)

考 察

著者らは、健康食品に関する研究の一環として、「健

康食品の安全性に関する考察」を報告してきた。第1報¹²⁾では、2002年7月に起きた中国製やせ薬(ダイエット用健康食品)による健康被害をまとめ、被害再発防止のための法的対応とその評価を報告した。第2報¹³⁾では、保健機能食品制度と安全性の表示、さらに安全性の実験研究を踏まえて、医療関係者が生活者に対して健康食品の情報提供をする際の考え方をまとめた。第3報³⁾では、保健機能食品制度を含む『「健康食品」に係る制度』について概説するとともに、安全性の視点から制度を考察し、今後の方向性について意見を述べた。

ところで、食品の安全性に関連して、川又は、食品添加物を例に、その安全性は添加物の有用性・食品の有用性の問題と、不可分に結びついていると述べている¹⁴⁾。食品の有用性の問題が引き金となり、添加物の有用性の問題が顕在化し、添加物の有効性・添加物の安全性の問題を派生させるという指摘である。

これよりすると、著者らの「健康食品の安全性に関する考察」の報告は、健康食品の安全性に関する社会的状況がある程度は反映しているものの、限定されたものであり、より広い視野からの検討も必要と考えられる。すなわち、健康食品の安全性の問題は、有効性や有用性(必要性)と分離しているわけではなく、「有用(必要)であるかどうかの問題を含む健康食品が、有効性の過大評価などの問題を付随して拡大していき、様々な安全性の問題を発生させる」という相互に連結したものとして捉えることができる。このことは、健康食品の有効性の評価や有用性の程度を調査する必要があることを意味する。本稿は、「緒言」で述べた研究理由と共に、以上のような背景も踏まえて健康食品の有効性について検討した。

生活習慣病に対する健康食品(身近な症状・悩みに対する健康食品も含める)の素材のヒトにおける有効性に関する科学的評価の全体的な傾向について述べると、科学的な実証があるのは、調査した92素材中37素材で約40%であり、これらは全て「保健機能食品(特定保健用食品と栄養機能食品)」の素材であった。「保健機能食品」は厚生労働省によって健康の保持増進効果が確認されたものであって、その素材についても科学的な実証があるのは当然と考えられる。

残る55素材は「いわゆる健康食品」の素材であり、科学的な実証が十分なものはなかった。しかし、「いわゆる健康食品」の素材であっても、科学的な実証がほぼ又はおそらくあるものは15素材あり、これは全

体の約 16%であった。

特定保健用食品を含め健康食品は、現在、有効性と安全性が認められていない医療（日本ではカイロ、整体、気功、ハーブ療法）の包括的な総称である代替・相補医療に位置づけられ、確かな有効性と安全性が認められれば正式な医療（漢方、鍼灸、柔道整復、指圧マッサージ、温泉療法、先端医療）に編入される性格をもっている³⁾。著者らは、健康食品は、医薬品的な扱いが可能なものは、有効性や安全性を厳しく審査し、それを通ったものについて、専門家の管理下での使用を確立することで、正式な医療として貢献できると考えている³⁾。これよりすると、今回の調査において全体の約 56%、すなわち科学的な実証がある「保健機能食品」の素材約 40%と、科学的な実証がほぼ又はおそらくある「いわゆる健康食品」の素材約 16%が医薬品的視点から医療に貢献できる可能性がある。

科学的な実証がなく有効性が確認されていない素材は全体の約 44%であり、全部が「いわゆる健康食品」の素材である。今回調査した「いわゆる健康食品」の 55 素材の中で、15 素材の約 27%は科学的な実証がほぼ又はおそらくあるが、残りの約 73%はなく、「いわゆる健康食品」はヒトにおける有効性に関して科学的実証があるものが少ない。

従来、この種の調査を行う場合、個々の健康食品の素材について最新の研究論文を検索し詳細に検討する方法が考えられる。実際、その方法でいくつかの健康食品を対象に科学的評価をおこなった成書も存在する¹⁵⁾。しかし、今回取り上げた 92 素材を含めそれ以上に多くの健康食品の素材があり、かつ日本特有の健康食品の素材もある中で、全てを網羅して調査することは相当の時間と労力が必要である。

黒田は、限られたデータから、とりあえずの全体像や結論をだし、現実の社会的問題に対処する科学的方法論、情報統合と合理的予測の方法論をメタ科学と呼んでいる¹⁶⁾。公衆衛生の環境保健分野において、ヒトの健康に与える化学的環境因子としての環境汚染物質の問題があり、以前、これに関連して、内分泌攪乱化学物質（いわゆる環境ホルモン）が日本でも社会問題となった。その時、デンマークのスキヤケベクらが、精子に関する 1938-1991 年の世界中の文献 61 件を調査し、50 年間に精子数は半減しているとした報告¹⁷⁾が話題になった。黒田は、このように、精子についての疫学データからメタアナリシスによってとりあえず減少の結論をだすようなやり方が、メタ科学の一例であ

るとしている¹⁶⁾。

今回、健康食品のヒトにおける有効性に関する科学的評価はどの程度かを把握するために、最新のデータを用いた詳しい検討は行わず、限られた専門書および一般書によって全体的な傾向を導きだした。この方法は、上記のメタ科学的アプローチに類似している。結果として、「いわゆる健康食品」はヒトにおける有効性に関して科学的実証があるものが少ないという結論を得ることができた。なお、調査した個々の健康食品に関するデータは、有効性に関する基礎資料となることは明らかである。

今後の調査の展開としては、健康食品の素材の数は増え続け、また有効性と安全性のデータも更新されていくと推測されることから、取り上げた 92 素材に新しい素材も含めて、最新の研究論文のデータを収集し、詳しい検討結果を追加していくことが必要と考えられる。

内閣府食品安全委員会は、定点調査として、食品安全モニターを対象に、食品の安全性に係る危害要因等について不安感の程度、不安を感じる理由等の調査を毎年実施している。平成 20 年 6 月実施の結果報告である食品安全モニター課題報告「食品の安全性に関する意識等について」¹⁸⁾においては、「いわゆる健康食品」に 52.9%が不安を感じ、28.5%がその理由を「科学的な根拠に疑問」としている。

消費者の多くは健康食品を自己判断によって利用しているのが実状であると思われる。よって、消費者が健康食品を利用する際、医師、薬剤師、管理栄養士等が消費者に接する機会があれば、素材情報ではあるが、今回のような科学的評価があることを踏まえて適切なアドバイスをするのが責務と考えられる。

表1 生活習慣病に対する健康食品(身近な症状・悩みに対する健康食品も含む)の素材のヒトにおける有効性に関する科学的評価のまとめ

A: 特定保健用食品の素材, B: 栄養機能食品の素材, C: いわゆる健康食品の素材

◎: 科学的な実証あり ○: 科学的な実証がほぼ又ははおそらくあり

コレステ: コレステロールなどが気になる方に 血糖: 血糖値が気になる方に 血圧: 血圧が気になる方に

お腹: お腹の調子が気になる方に ミネラル: ミネラルの吸収を助ける 骨の健康: 骨の健康が気になる方に

歯: 虫歯予防、歯の健康を維持したい方に 健康栄養: 健康維持のための栄養補給 男性: 男性の悩みに

視力など: 視力などに 関節: 骨、関節に ガン免疫: 抗ガン、免疫力向上の助けに 肝臓: 肝臓が気になる方に

文献

a 国立健康・栄養研究所監修/山田和彦・松村康弘編著, 健康・栄養食品アドバイザースタッフ・テキストブック, 2005

b 清水俊雄編著, 改訂増補版 機能性食品素材便覧, 2006

c 橋詰直孝監修/堀 美智子編集, 薬剤師と栄養士 連携のためのサプリメントの基礎知識, 2002

d NPO日本サプリメント協会著/帯津良一・五十嵐 脩監修, SAPIムック2004版サプリメント健康バイブル, 2004

e 古泉秀夫編著, わかるサプリメント 健康食品Q&A, 2003

f 北川 勲・吉川雅之編, 食品薬学ハンドブック, 2005

番号	摂取目的	A: 特保 B: 栄 C: 健康 素材 (文献a-fの該当 ページ)	働き	主な成分や由来	注意事項	科学的 実証 ◎: あり ○: ほぼ あり
1	コレステ	A 大豆タンパク質(a.167-174,277-280, c.160,165,166)	・コレステロール低下作用	・大豆由来タンパク質	・タンパク質所要量を考慮する。植物性タンパク質が多いとリジンやスレオニンが不足するため動物性および植物性タンパク質の摂取比率(ほぼ半々)を考慮する。	◎
2	コレステ	A リン脂質結合大豆ペプチド(a.167-174,277-280, b.174, c.160,167,168)	・血清コレステロール上昇抑制作用、低下作用	・分離大豆タンパク質を酵素で部分分解し、酵素分解リン脂質を結合させて得られるペプチド。	・大豆アレルギーの人は摂取控える。	◎
3	コレステ	A 低分子化アルギン酸ナトリウム(a.167-174,277-280, c.137,154-156)	・水溶性食物繊維で血清コレステロール低下作用が認められている。 ・便通改善作用	・海藻の昆布やひじきなどに含まれるアルギン酸ナトリウムを加水分解して低分子化したもの。	・過剰摂取によりお腹がゆるくなることがある。	◎
4	コレステ	A キトサン(a.167-174,277-280, b.209,210, c.160-162)	・不溶性の食物繊維で血清コレステロール低下作用がある。	・カニの甲殻から炭酸カルシウム、タンパク質、色素などを抜いたものをキチン。キチンのアセチル基を外したものがキトサン。	・食物繊維のため十分な水とともに摂取する。 ・カニアレルギーの人は注意。	◎
5	コレステ	A サイリウム種皮(a.167-174,277-280, b.272-274,335,336, c.137,152,153, d.187, e.190,191)	・コレステロールを低減する。 ・便通改善作用	・オオバコ的一种(Plantago ovata)に由来するものが多い。 ・水溶性、不溶性の食物繊維を含む。	・月経時、貧血気味の人は鉄分の補給を心がける。	◎
6	コレステ	A 植物ステロールエステル(a.167-174,277-280, b.220,221, c.160,163,164)	・LDLコレステロールを低下させる。	・植物ステロールは高等植物に含まれるステロールの総称で、食品では米ぬか油、コーン油、大豆などに含まれる。	・β-カロチンの吸収を抑制することがあるので、果物、野菜類と一緒に摂取する。	◎
7	コレステ	A ジアシルグリセロール(a.167-174,277-284, b.186,187, c.214-216)	・食後中性脂肪の上昇を抑制する。 ・体脂肪、内臓脂肪の蓄積を抑制する。	・グリセロール骨格に2個の脂肪酸が結合したもので、大豆油や菜種油から合成される。		◎
8	コレステ	A グロビン蛋白分解物(a.167-174,277-280, c.214,219,220)	・食後中性脂肪の上昇を抑制する。	・グロビン蛋白を酵素分解して得られたオリゴペプチドの混合物。		◎
9	コレステ	A EPA, DHA(a.167-174,277-280, b.178-183)	・中性脂肪を低下させる。	・主に魚に含まれる高度不飽和脂肪酸の一つ。	・EPA, DHAを含む魚油でげっぷ、吐き気、鼻血、軟便が知られている。 ・凝血症が低下し、出血傾向が起きることがある。	◎
10	コレステ	A 茶カテキン(a.167-174,281-284, b.292,293)	・体脂肪低減効果	・お茶の葉の成分のカテキンは主にエピカテキン、エピガロカテキン、エピカテキンガレート、エピガロカテキンガレートがある。	・お茶の多量摂取によるカフェインの神経興奮作用、利尿作用などに注意する。	◎
11	コレステ	C 卵黄油(b.501)	・血行よくし、肩こり腰痛を取り、疲労感を和らげ、身体に活力を与えるとして利用されるが、ヒトでの有効性の実証は十分になされていない。	・卵の黄身をとろ火で長時間かけて煎って得られた油。 ・主な成分はレシチン、リノール酸など。		
12	コレステ	C レシチン(b.502,503)	・ヒトでの有効性の実証は十分になされていない。	・大豆レシチン、ホスファチジルコリン、卵黄レシチン。卵黄、大豆、酵母、カビ類などに含まれるリン脂質。	・経口摂取の副作用として下痢、吐き気、腹痛、肥満が起きることがある。	
13	コレステ	C 紅麹(ペニコウジ)(b.482,483)	・コレステロールとトリグリセリドの低下にほぼ有効、それ以外のヒトでの有効性の実証は十分になされていない。	・スタチン系化合物、ロバスタチン含有 ・中国では血液循環を促進するものとして使用。	・ロバスタチンは動物で催奇形性の可能性あり妊娠中摂取はたぶん安全でない。 ・副作用として胃炎、腹部不快感、胸焼け、腹部膨満感、めまい、肝臓酵素活性上昇が起きることがある。 ・アルコール、スタチン系、サイクロスポリン、レボチロキシン、ナイアシン、コエンザイムQ10、グレープフルーツジュースとの併用を避ける。 ・肝不全患者、そのリスクのある人、肝機能検査値異常の人は使用禁忌。	○

番号	摂取目的	A:特保 B:栄養 C:健康	素材 (文献ページ)	働き	主な成分や由来	注意事項	科学的 実証
14	コレステ	C	ナットウキナーゼ (b.477,478)	・血栓の溶解作用により脳卒中や心筋梗塞を 予防するとの記載がある。	・納豆や大豆発酵ろ液に含まれる酵 素。	・納豆は、抗凝血作用をもつワー ファリンの投与患者には禁忌。	
15	コレステ	C	根昆布(d.186)	・ヨウ素は新陳代謝の活性化、甲状腺ホルモ ンを作る働きなどが報告されている。	・根昆布は昆布の根と茎にあたる。 ・ヨウ素を多く含む。	・甲状腺障害はヨウ素の過不足を なくすことが予防につながる。1g当 たり1.3mgのヨウ素を含む昆布の摂 取量は1日2mgに抑える方がよい。	
16	血糖	A	難消化性デキストリン (a.167-174,285-289, b.226, c.137,157-159)	・血糖値上昇の抑制(ブドウ糖の吸収を穏やか にする)。 ・整腸作用	・デキストリンはデンプンを低分子化し たものの総称。水溶性食物繊維。		◎
17	血糖	A	グアバ葉ポリフェノール (a.167-174,285-289, b.309, c.205,208-210)	・糖質の吸収遅延	・グアバ葉ポリフェノールは、グアバ葉に 含まれる(ウーロン茶、緑茶に含まれな い)。		◎
18	血糖	A	小麦アルブミン(a.167- 174,285-289, b.120,121, c.205,211)	・食後血糖値の上昇抑制(糖質のでんぷんの 消化遅延)	・小麦の水溶性タンパク画分を抽出して 作成。		◎
19	血糖	A	L-アラビノース(a.167- 174,285-289, b.202, c.205-207)	・血糖値の上昇抑制(小腸のショ糖分解酵素ス クララーゼの働きを抑制)	・L-アラビノースは植物の細胞壁多糖 の構成成分として存在するペントースで ある。	・大量摂取によりお腹がゆるくなる ことがある。	◎
20	血糖	A	豆鼓(トウチ)エキス (a.167-174,285-289, b.474, c.205,212,213)	・血糖値上昇の抑制(α -グルコシダーゼを阻 害)	・豆鼓は中国の伝統食品で大豆を麹で 発酵させたもので、その水抽出エキス が豆鼓エキス。		◎
21	血糖	C	バナバ(b.422)	・血糖値降下作用があると注目されているが、 科学的アプローチはこれからで、ヒトでの実証 は十分になされていない。 ・原産国フィリピンでは伝承薬として糖尿病に 利用。	・バナバ(オオバナサルスベリ)はコロ ソール酸含有。 ・カルシウム、マグネシウム、カリウム、 亜鉛、アミノ酸などが豊富。		
22	血糖	C	桑(クワ)の葉(b.321,322)	・血糖値降下作用があるといわれるが、ヒトで の科学的実証は十分でない。 ・DNJ(1-デオキシノジリマイシン)が糖質分解 酵素 α -グルコシダーゼを阻害、ブドウ糖の吸 収を阻害する。	・クワ(日本ヤマグワ、中国マクワ、欧 米ブラックマルベリー) ・DNJはクワの葉特有の成分。その他、 ビタミンB1、A様物質、カロチン、エルゴ ステロール、フラボノイドを含む。		
23	血糖	C	玉葱(タマネギ)(e.270- 273)	・生タマネギに含まれる含硫化合物SMSC(S- メチルシステインシルフォキシド)は動物実験で 血糖値を低下させ、高脂血症を改善したという 報告などがある。	・健康食品のタマネギエキス(錠剤)は タマネギから搾汁した低濃度エキスをス プレードライヤーしたもので、SMSC含 む。		
24	血糖	C	カイアポ(d.155)	・成分である酸可溶性糖タンパクのCAFはイン スリンの分泌促進作用と作用改善効果、これに よる血糖値の正常化があり、カイアポイモに期 待が寄せられている。	・カイアポイモはブラジルの山地に自生 する白甘藷の一種で、CAF、カリウム、ミ ネラル、食物繊維含む。		
25	血糖	C	ゴーヤ(ニガウリ)(d.213)	・ニガウリは糖代謝を改善させるビタミンB1や 糖質の吸収を抑制する食物繊維が豊富。	・正式名称はツルレイシ。 ・ビタミンCが豊富、熱を加えても殆ど減 らない。カリウム、ビタミンB1、食物繊維 も多い。		
26	血圧	A	ラクトリペプチド(a.167- 174,270-276, b.170,171, c.169,177, d.138)	・ACE(アンジオテンシン変換酵素)阻害による 血圧低下。 ・医薬品のACE阻害に比べ、作用は非常に弱 い。	・乳酸菌による発酵乳中に産生し、トリ ペプチドのVPP(バリン、プロリン、プロリ ン)とIPP(イソロイシン、プロリン、プロリ ン)の2種がある。	・まれに咳が出ることがある。	◎
27	血圧	A	バリラチロンを含む サーディンペプチド (a.167-174,270-276, b.138, c.169,176, d.138)	・ACE(アンジオテンシン変換酵素)阻害による 血圧低下。	・いわしから生成される魚由来のジペ プチドのバリラチロン(バリンとチロシ ン)からなるを含む。	・長期摂取によってまれに咳が出る ことがある。	◎
28	血圧	A	かつお節オリゴペプチド (a.167-174,270-276, c.169,172,173, d.138)	・ACE(アンジオテンシン変換酵素)阻害による 血圧低下。	・かつお節を熱水抽出後、抽出残渣の タンパク質をサーモリン(プロテアー ゼ)で分解して得られるペプチド。	・ACE阻害によると考えられる空咳 が出る。	◎
29	血圧	A	カゼインデカペプチド (a.167-174,270-276, c.169-171)	・ACE(アンジオテンシン変換酵素)阻害による 血圧低下。	・牛乳のタンパク質カゼインを酵素分解 して得られるアミノ酸12個からなるペ プチド。	・長期摂取によってまれに咳が出 る。	◎
30	血圧	A	杜仲葉配糖体(a.167- 174,270-276, b.400,401, c.169,174,175)	・副交感神経を刺激、血管平滑筋を拡張させ、 血圧降下させる。	・杜仲葉は杜仲配糖体のゲニポンド酸 を含む。		◎
31	血圧	C	コエンザイムQ10(b.54- 56)	・抗酸化作用を有し、細胞膜を酸化から保護し ビタミンEを節約すると記載がある。 ・経口でうつ血性心不全、高血圧におそらく有 効。 ・経口でHIV/AIDS患者の免疫機能向上、筋ジ ストロフィーにおそらく有効。 ・これらの他は、ヒトでの科学的実証は十分で ない。	・コエンザイムQ10/ユビキノ/ビタミ ンQ ・体内でも合成される脂溶性のビタミン 様物質。 ・医薬品としての使用例あり。 ・レバー、いわし、さば、ぶりなどの魚 類、緑黄色野菜などに比較的多く含まれ ている。	・300mg/日以上でLDHなどの肝機 能検査の値や、ASTの軽度の上昇 もたらず可能性あり。	○
32	血圧	C	深海鮫(スクワレン) (b.496)	・新陳代謝促進還元作用による身体浄化作用 があるとの報告あり。 ・皮膚への浸透性が強く美顔料として用いられ る。賦活作用により細胞や皮膚の発育を促進さ せるといふ。殺菌作用もあるといふ。 ・ヒトでの科学的実証は十分でない。 ・高血圧に対する作用は知られていない。	・サメ類の肝油に含まれるスクワレンは トリテルペンの一つで、ステロール生合 成の中間体。 ・深海性のアイザメのものは深海サメ エキスと呼ばれる。		

番号	摂取目的	A:特保 B:栄養 C:健康	素材 (文献ページ)	働き	主な成分や由来	注意事項	科学的 実証
33	血圧	C	ルチン(b.62,63)	・高血圧、脳出血の予防が期待される。 ・欠乏により動脈硬化、痔、脳血管障害が起こりやすいと記載あり。 ・変形性関節炎症に対してトリプシン・プロメライン併用でおそらく有効で、これ以外のヒトでの科学的実証はない。	・ルチンは、ビタミンPの一種で、そばに含まれる成分。	・副作用として頭痛、紅潮、ほてり、軽度の胃腸障害あり。	
34	お腹	A	オリゴ糖(a.167-174, b.232-238, c.98-113)	・腸内ビフィズス菌の増加により、便性・便通を改善。 ・フラクトオリゴ糖はカルシウム、マグネシウムの同時摂取で両方の吸収が促進される作用を併せ持つ。	・単糖類がグリコシド結合で結合した糖鎖。難消化性。腸内細菌ビフィズス菌に利用される。	・取り過ぎあるいは体調・体質により、おなかがゆるくなることもある。	◎
35	お腹	A	乳酸菌、ビフィズス菌類(a.167-174, b.479,480, c.114-136)	・腸内細菌叢の改善、これによる便性・便通改善。	・腸内細菌叢の主要菌種。 ・チーズやヨーグルトなどの発酵食品に多く含まれている。		◎
36	お腹	A	食物繊維(a.167-174, b.222,223, c.137-159)	・腸管の蠕動運動を促し、排便を改善する。 ・サイリウム種皮、低分子化アルギン酸ナトリウムは、コレステロールを低減する作用もある。 ・難消化性デキストリンは血糖値上昇を抑制する作用もある。	・一般的には難消化性の糖質で、オリゴ糖を除くもの。不溶性食物繊維と水溶性食物繊維に分けられる。	・種類によって、取り過ぎや体調・体質により、おなかがゆるくなることもある。 ・乾燥品は適量の水分と一緒に摂取する。	◎
37	ミネラル	A	CCM(a.167-174,301-305, c.178-180)	・カルシウムの吸収を促進し、骨形成を促進する(酸やアルカリによるカルシウムの吸収阻害を抑制)。	・クエン酸、リンゴ酸カルシウムが一定の割合で配合されたもの。水に溶けにくいカルシウムが可溶化されたもの。		◎
38	ミネラル	A	CCP(a.167-174,301-305, b.124, c.178,181,182)	・カルシウムの吸収を促進し、骨形成を促進する(カルシウムの不溶性塩の生成を阻害)。	・牛乳タンパク質カゼインを酵素分解したもの。	・単独使用は意味がなく、カルシウムと一緒に配合することで効果を発揮する。	◎
39	ミネラル	A	ヘム鉄(a.167-174, b.86-88, c.178,185,186)	・鉄を効率よく吸収できる(無機鉄と異なりタンニンや食物繊維、pH上昇による吸収阻害を受けにくい)。	・ヘム鉄はポルフィリン環構造をもつ非イオン性の鉄(野菜や果実などの鉄分は無機鉄を主成分とする非ヘム鉄)。		◎
40	骨の健康	A	ビタミンK2高産生納豆菌(a.167-174,301-305, c.178,183,184)	・骨形成を促進する(骨芽細胞で作られる骨タンパク質は骨形成に重要で、ビタミンKはそれに必須の補酵素)。	・納豆に含まれるビタミンK2は、骨形成における補酵素ビタミンKの役割と同様の効果が認められている。	・ビタミンK類は血液凝固因子なので、抗凝血作用をもつワーファリンの投与患者は摂取を控える。	◎
41	骨の健康	A	MBP(a.167-174,301-305, b.155, c.178,187,188)	・骨吸収の抑制と骨形成を促進する。	・新鮮な牛乳を陽イオン交換樹脂に通した時に吸着するタンパク質画分で塩基性の等電点をもつ。		◎
42	骨の健康	A	大豆イソフラボン(a.167-174,301-305, b.375-378, c.178,189)	・イソフラボンの女性ホルモン作用は、女性ホルモン不足時にみられる骨吸収の亢進を抑制するので、骨のカルシウムを維持する。	・大豆由来の成分	・大豆アレルギー体質の人は注意。	◎
43	歯	A	茶ポリフェノール(a.167-174,306-308, b.388-390, c.190-192)	・抗う触性(虫歯原因菌とされるミュータンス菌の増殖を抑制する)。	・緑茶を熱抽出後、ポリフェノール化合物を精製したもの。		◎
44	歯	A	バラチノース(a.167-174,306-308, c.190,193-195)	・非う触性(虫歯菌により利用されないで、砂糖のように歯垢のもとになるネバネバした水不溶性グルカンが生成せず、歯垢中の細菌が糖質を発酵してできる酸の生成もないため歯のエナメル質が溶けない)。	・ブドウ糖の1位と果糖の6位の炭素が結合した二糖類の甘味料だが、結合が強く虫歯菌も作用しない。		◎
45	歯	A	マルチトール(a.167-174,306-308, b.231, c.190,196-198)	・非う触性(虫歯菌により利用されない)。	・麦芽還元糖。マルトースを水素還元して得られる糖アルコール。甘味料(難消化性糖質)。	・一度に大量摂取すると一過性の下痢を引き起こす可能性がある。	◎
46	歯	A	還元バラチノース(a.167-174,306-308, c.190,199,200)	・非う触性(虫歯菌により利用されない)。	・バラチノースを還元(水素添加)して得られる甘味料。	・一過性の下痢を引き起こす可能性がある	◎
47	歯	A	CPP-ACP(a.167-174,306-308, c.190,201,202)	・歯のエナメル質の脱灰を抑制、再石灰化を促進する(う触にみられる歯のエナメル質無機成分の溶解である脱灰を抑制、溶け残った結晶の修復と再成長を促進)。	・CPPは牛乳タンパク質カゼインの酵素消化物から得られる多重リン酸化ペプチドで、リン酸カルシウムを非結晶のACPとして安定化させる。	・一度に多量摂取すると、体質によりおなかがゆるくなることもある。	◎
48	歯	A	キシリトール、フクロノリ抽出物(フランソ)、第二リン酸カルシウム(リン酸一水素カルシウム)(a.167-174,306-308, b.206,207, c.203,204)	・キシリトールは非う触性(虫歯菌が利用できない)。 ・歯のエナメル質の再石灰化を促進する(キシリトールとフクロノリ抽出物はカルシウムと複合体を形成し再石灰化促進のためのカルシウムキャリアーとして働く、第二リン酸カルシウムはそれを助けるためのカルシウムとリン酸の供給源として有効に働く)。	・キシリトールは5炭糖の糖アルコールで甘味料。	・キシリトールは糖アルコールなので一度に多量摂取すると、体質によりおなかがゆるくなることもある。	◎
49	健康栄養	C	クロレラ(b.319,320)	・ビタミンや、ミネラルなどを含み、通常の食事で不足する栄養素の供給に役立つ。 ・成分による抗酸化作用、抗腫瘍、免疫システム活性化、抗ウイルス活性などの知見があるが、ヒト試験での科学的実証はなされていない。	・クロレラは淡水に生息する緑藻の一つ。 ・マグネシウム源となる。葉緑素(クロロフィル)に富む。	・副作用として、下痢、頭痛、ガス、吐き気、光線過敏症が知られ、喘息、アナフィラキシーなどの報告あり。	
50	健康栄養	C	スピルリナ(b.358)	・コレステロール低下、体重低下などについて、ヒトでの科学的実証は十分でない。	・高温でアルカリ度の高い条件で生育する藍藻の一種。タンパク質65%、高濃度ビタミンB群、フェニルアラニン、鉄などミネラルを含む。タンパク質やミネラルの優良な供給源として工業化されている。	・ミクロシステン(肝毒物)、重金属などの不純物に注意。 ・安全性試験された製品を選ぶ。	

番号	摂取目的	A:特保 B:栄養 C:健康 素材 (文献ページ)	働き	主な成分や由来	注意事項	科学的 実証	
51	健康栄養	C	ケール (b.327)	<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧、動脈硬化、貧血、胃潰瘍、糖尿病、痛風、腎炎、肝炎、白内障、喘息に効くとの記載あり。ヒトでの科学的実証は十分でない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケールはキャベツの変種で青汁などに使用。 ・キャベツに比べビタミンA、B1、B2、C、ミネラルなどが豊富、食物繊維も多い。ケール独特の成分は知られていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・中国産ケールに基準以上の残留農薬を含む事例ある。国内産であれば青汁として摂取する場合ほぼ安全。 	
52	健康栄養	C	大麦若葉 (b.277)	<ul style="list-style-type: none"> ・膝炎、外傷や炎症に効果があるとの記載がある。 ・効果については含有成分から推測のみで、まだ研究が少ない。ヒトでの科学的実証は十分でない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・他の緑黄色野菜などに比べてミネラル、ビタミン、酵素を多く含む。 ・大麦の若葉の栄養成分を抽出し青汁としている。 		
53	健康栄養	C	アロエ (b.246-248)	<ul style="list-style-type: none"> ・下剤、緩下薬、鉄剤使用の便秘などにほぼ有効。 ・傷の治療促進、熱による障害、種々な柔組織の損傷の治療に有効。 ・栄養補給等は知られていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・薬用アロエ(葉の苦い汁の濃縮物)にはアントラキノン配糖体アロイン、アントラキノンのアロエエモジン、サリチル酸化合物、乳酸マグネシウム、樹脂を含む。 ・アロインは苦味成分で緩下活性、殺菌作用有する。 ・日本では民間薬としてキダチアロエを用いる。葉の中央の柔組織に粘性のゲル含み、アロエゲルが製造される。 	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠中や月経時、腸の病気、12歳以下の子供に対しては注意が必要。 ・標準用量は50-300mgを1回で、過剰摂取(1日1g以上、5-6日)で腸穿孔、出血を伴う下痢、腎臓障害を起こす例ある。1日1g数日摂取は致死量。 ・下剤としての使用不可、副作用として経口で腹痛、さしこみ、長期摂取では下痢、低カリウム血症など。 	
54	健康栄養	C	モロヘイヤ (b.456)	<ul style="list-style-type: none"> ・葉酸塩を多く含むため、胎児の神経管閉鎖不全の予防に役立つとの記載があるが、ヒトでの有用性の科学的実証は十分でない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ぬめりのある独特の植物で野菜である。葉酸塩を含む。ビタミン、ミネラル、食物繊維などを豊富に含む。 		
55	健康栄養	C	梅肉エキス (b.260,261)	<ul style="list-style-type: none"> ・血流改善作用がある。血液を弱アルカリ性に保ち浄化作用があり、新陳代謝を活発にすると記載あり。 ・果実を煮詰めた梅肉エキスは下痢、吐き気、他の消化器症状に民間で用いるとの記載あり。 ・梅肉エキスのクエン酸の働きで乳酸の発生抑え、身体の活性化、老化防止に効果的との記載あり。 ・ヒトに対する有効性について十分な科学的実証は見当たらない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・梅はクエン酸、リンゴ酸、コハク酸などの有機酸を含む。 		
56	健康栄養	C	黒酢 (d.176, e.163,164)	<ul style="list-style-type: none"> ・酢の殺菌効果・食欲増進作用などの他に、黒酢を摂取することで、血糖上昇抑制作用、血圧値正常化、コレステロール・中性脂肪の減少、アレルギー症状の改善、肝機能や筋肉痛の回復作用があるといわれている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・一般の米酢は蒸し米に麹菌を混ぜアルコール発酵を進め、酢酸菌を加え酢酸発酵を促し、そのモロミを搾って製品化する。それからさらに1、2年と適正環境下で熟成を進め、麹菌や乳酸菌の作用で琥珀色に色づく。その色から黒の文字が冠されている。 ・有機酸、水溶性ビタミン、ミネラル、アミノ酸含有。 	<ul style="list-style-type: none"> ・酢は一般的に胃の粘膜を傷つけるため、空腹時の飲用は避けたほうが良い。 	
57	健康栄養	C	高麗人参(コウライニンジン) (b.278-281)	<ul style="list-style-type: none"> ・特に疾病、高齢、ストレスで弱った人への強壮薬として用いられる。 ・認識能力向上、2型糖尿病、かぜやウイルス性感冒の予防(インフルエンザワクチン併用)、ガン予防、ストレス軽減におそらく有効(ヒトでの科学的実証)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・コウライニンジン/オタネニンジン/チヨウセンニンジン ・強壮薬として知られる生薬で、サボニンのジンセノサイドが主な活性成分である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧には禁忌。過剰摂取で頭痛、動悸、暈うつ、落ち着きなさ、血圧上昇、性的機能減退・体重減少を招くことがある。 ・最も多い副作用は不眠症。 ・過量・長期摂取でアレルギー皮膚症状を呈する人がいる。 	○
58	健康栄養	C	エソウコギ (b.264,265)	<ul style="list-style-type: none"> ・オタネニンジンと比較してもよい効果もたらすといわれ、抗疲労効果などの様々な薬理作用が認められるといわれる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・エソウコギ/シベリアニンジン ・サボニンのエレウテロシドA、クマリニ配糖体のエレウテロシドB、シリニンジン、β-シトステロール、セサミン、カフェ酸などを含む。 	<ul style="list-style-type: none"> ・180/90 mmHg以上の高血圧症の患者は禁忌。エストロゲン作用あり乳がん、子宮がん、卵巣がん、子宮内腫瘍、子宮筋腫の患者は摂取を避ける。 	
59	健康栄養	C	クエン酸 (b.185)	<ul style="list-style-type: none"> ・クエン酸はTCAサイクルの中間体で、エネルギー代謝において中心的な役割を果たす。疲労物質を燃やし、筋肉や神経の疲労を予防するという説あり。 	<ul style="list-style-type: none"> ・レモンやライム、グレープフルーツなどの柑橘類に多く含まれる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ビタミンB群とともに機能するので一緒に取るのが望ましい。 	
60	健康栄養	C	アミノ酸 (d.124)	<ul style="list-style-type: none"> ・燃焼系アミノ酸は脂肪分解するリパーゼを活性化する。そのため体脂肪が燃焼する。 ・BCAAは筋肉向上、疲労回復に効果あるとされる。 ・VAAMはスズメバチの長距離移動のスタミナを解明したもの。 ・脳細胞に働くアミノ酸もある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・燃焼系アミノ酸(リジン、アラニン、プロリン、アルギニン) ・BCAA(分岐鎖アミノ酸):ロイシン、バリン、イソロイシン ・VAAM(スズメバチアミノ酸混合液):スズメバチの幼虫が分泌する液体。 ・脳細胞強化アミノ酸:バリン、ロイシン、イソロイシン、アルギニン、グルタミン酸、セリン 	<ul style="list-style-type: none"> ・必須アミノ酸のうち一つでも摂取量が少ないと、他のアミノ酸も一番少ないレベルまでしか働かないという特徴がある。バランスよく摂ることが大切。 ・偏った食事やダイエットに注意する。 	
61	健康栄養	C	ハチミツ (e.384-386)	<ul style="list-style-type: none"> ・蜂蜜の抗菌作用は含まれる過酸化水素によるものとされている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・蜂蜜は砂糖の飽和溶液であり水分15-21%程度しか含まれていない。 ・ビタミン6種類(B1、C、B2、B5、B6、ナイアシン)を含む。 		
62	健康栄養	C	リンゴ酢 (d.248)	<ul style="list-style-type: none"> ・カリウムは体内の余分な塩分を排泄し、疲労防止、高血圧予防に役立つ。 ・有機酸は乳酸がたまるのを防ぎ、疲労回復、唾液や胃液分泌促進し食欲増進する。 ・酢酸はインスリンの過剰分泌を抑制し血糖値の上昇抑制、カルシウムの吸収促進をする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・リンゴ果汁に酵母を加えて発酵させたアップルワインに酢酸菌を加えて発酵させたもの。 ・カリウムや酢酸、リンゴ酸、クエン酸などの有機酸を豊富に含む。 	<ul style="list-style-type: none"> ・酢は胃液の分泌を高めるため胃酸過多や胃潰瘍のヒトは注意が必要。 	

番号	摂取目的	A:特保 B:栄養 C:健康	素材 (文献ページ)	働	主な成分や由来	注意事項	科学的 実証
63	男性	C	ノコギリヤシ(b.410,411)	・第I、II期の良性前立腺肥大による排尿障害に対し使用承認あり(ドイツ)。 ・前立腺肥大にほぼ有効である。 ・その他の用途のヒトでの効果は十分な科学的実証は得られていない。	・ノコギリヤシの実北米大陸原産、先住民により使用されていた。 ・ドイツで治療目的の使用が承認。 ・主な成分は緑色精油、不揮発精油、ラウリン酸・リノール酸・オレイン酸などの脂肪酸、ステロイドサポニン、樹脂、タンニン。	・まれに胃腸障害が起こることがある。 ・医師による定期診断が必要(前立腺肥大の症状は緩和するが、前立腺サイズ肥大の進行を止めないため前立腺ガンの症状を見逃す恐れがある)。	○
64	男性	C	ニンニク(b.407-409)	・強精に用いられるなどの記載がある。 ・ドイツで血中脂肪を下げる効果での使用が承認。 ・経口で高脂血症、高血圧、加齢に伴う血管の弾力性の減少抑制におそらく有効。 ・ニンニク摂取量の増加で胃がんや前立腺ガンの発生リスクを低下するのにおそらく有効。	・世界的に食される香味料であり、強壮や抗菌などの効果が知られた食材。 ・生ニンニク中のアリインは酵素を切るすりつぶすとアリシンに変わる。 ・油加熱でアホエンを生じる。	・治療用として生で用いる場合まれに胃腸障害ある。 ・大量で使用することはおそらく安全でない。 ・出血傾向が高まることが考えられ、血液凝固系に障害のある人は禁忌。	○
65	男性	C	マカ(b.444)	・健康人が8週間摂取して性欲改善におそらく有効。 ・その他の用途のヒトでの効果は十分な科学的実証は得られていない。	・アンデス地方で数千年前から栽培、滋養食材とされてきた。 ・根は必須アミノ酸・脂肪酸・ミネラルを含む。	・経口で治療目的の摂取の安全性は不明。	○
66	男性	B	亜鉛(b.66-69)	・男性ホルモンの合成に関わり、精子形成を活性にする。不足すると性機能障害などを起こしたりする。 ・亜鉛欠乏症の鎌状赤血球貧血におそらく有効。 ・胃潰瘍の治療と予防、神経性無食欲症(拒食症)、味覚減退におそらく有効。 ・亜鉛欠乏で成長不良の新生児における成長促進および健康向上におそらく有効。 ・かぜ罹患期間の短縮におそらく有効。 ・医薬品との併用でハンセン病におそらく有効。	・正常な味覚に必要、皮膚や粘膜の健康維持を助ける、タンパク質・核酸の代謝への関与で健康維持に貢献。栄養機能食品。 ・アルコールデヒドロゲナーゼやDNAポリメラーゼ等の酵素に含有され、酵素の触媒部位の形成、タンパク質構造の維持により、生体内の多彩な生化学反応や遺伝子発現やタンパク合成に関与。 ・牡蠣、レバー、和牛肩赤身肉に多い。	・サプリメントの450-1600mg/日慢性摂取で鉄芽球性貧血が起こる。 ・硫酸亜鉛10-30gは成人の致死量。 ・亜鉛アレルギーの人は禁忌、HIV感染患者は高濃度摂取で生存期間短縮するデータあり禁忌。	◎
67	男性	C	セレン(b.84,85)	・精子形成に関わる、精力減退に有効であるなどの記載がある。 ・肺がん、大腸がん、前立腺ガンの発生率を低下させるのにおそらく有効。	・酸化障害に対し生体防御に重要なセレン含有型グルタチオンペルオキシダーゼにおいてセレンシステインとしての活性中心を構成し、ビタミンE欠乏の害を防ぐ現象から、知られるようになったミネラル。 ・ねぎ、わかさぎ、いわしに多く含有。	・毒性強い金属なので多量摂取は危険。過剰摂取により、疲労感、焦燥感、爪や髪の変化、脱毛、末梢神経障害、悪心、吐き気、嘔吐、腹痛、下痢、う蝕、易刺激性、皮膚炎、体重減少を起こす。	○
68	男性	C	すっぽん(b.497)	・薬用としては、肉や血またはスッポンエキスを補薬として体力衰退や肺結核などに用いられるが、ヒトでの有効性は明らかでない。	・シナスッポンの背、腹甲の乾燥品あるいは皮をはがした骨質乾燥品を生薬とする。高級食材として使用。カルシウム、タンパク質、特に必須アミノ酸、ビタミンが豊富。 ・動物だがリノール酸を多く含む。		
69	視力など	C	ブルーベリー(b.427,428,438)	・ビルベリー(ブルーベリー)の実経口で糖尿病や高血圧などによる網膜の病変の改善などにおそらく有効。これは臨床でビルベリーのアントシアニン複合体25%を含む組成のもの使用。 ・ビルベリーの実のその他の効果にヒトでの十分な科学的実証は得られていない。	・アントシアニンはアントシアニンの配糖体で、両方をアントシアンと総称する。	・ビルベリーの葉は大量摂取で安全でない。	○
70	視力など	C	ルテイン(b.64)	・加齢性黄斑変性症、重篤な白内障、結膜がんの進行防止におそらく有効である。 ・色素性網膜炎の症状進行を抑えた。	・フロコリール(ほうれん草・ケール)に含有。 ・カロチノイドだがプロビタミンA作用はない。		○
71	視力など	C	めぐすりの木(b.448, d.240, e.397-399)	・民間で目薬として内服、外用される。肝臓疾患にも効果あるとされている。	・メグスリノキ(目薬木、Acer Nikoense Maximowicz)、日本特産、別称・長者木、三ツ葉花木、千里眼の木 ・樹枝、小枝にフェノール配糖体のエビロトデンドリン含む。		
72	視力など	C	イチヨウ葉(b.249-252)	(葉規格抽出物を用いて) ・アルツハイマー、脳血管性および混合型の痴呆、末梢性動脈閉塞症患者の歩行時の痛み改善におそらく有効。 ・記憶力が衰え始めた年配者、健康な成人(30-59歳)の認識能力を向上するのにおそらく有効。 ・月経前症候群(PMS)、糖尿病由来の網膜症、めまい、平衡感覚障害におそらく有効。 (有効性と安全性の情報はイチヨウ葉抽出物の医薬品グレードのものを用いた結果と思われ、市販のもの同様の結果をもたらすとはいえない。)	・イチヨウ葉抽出物はドイツ、フランス、イタリア、スイス、オーストリア、台湾、韓国などで医薬品扱い。アメリカ、イギリスではサプリメントである。 ・葉にギンコライドを含む。果肉はアレルゲンとなるギンコール酸含む。	・生の葉は重篤なアレルギーを起こすことがあるので摂取しない。 ・葉規格抽出物の副作用はごくまれだが、胃腸の不快、頭痛、めまい、動悸、便秘、皮膚アレルギーなどがある。高用量では落ち着きがなくなる。下痢、吐き気、嘔吐、筋緊張の低下など。 ・ワーファリン服用中の人、出血傾向の人は注意。手術の場合出血のおそれがあるので2週間前から摂取を中止する。 ・発作・てんかん歴あれば要注意。	○
73	関節	C	グルコサミン(b.213,214)	・塩酸塩で膝の骨関節炎患者の痛みが改善したとの知見があるが、客観的な改善ではない。 ・骨関節炎・顎関節炎に硫酸塩はおそらく有効。	・軟骨の構成成分になるアミノ糖で、加齢とともに生成量が減り関節のトラブルを生じる。	・塩酸グルコサミンは副作用として軽い胃腸障害の鼓腸、ガス、さしこみなどが報告されている。	○
74	関節	C	MSM(d.201)	・関節、軟骨などにはイオウが多く、イオウ供給体として働く(関節の痛み、老化による変形性関節症の緩和、細菌感染に対する抵抗力、花粉症などの抗アレルギー)。	・動植物の組織にあるイオウ化合物。 ・食物に含まれるMSMは調理の過程で失われることも多い。サプリメントは樹液などから精製した有機態イオウが使われる。		

番号	摂取目的	A:特保 B:栄養 C:健康	素材 (文献ページ)	働き	主な成分や由来	注意事項	科学的 実証
75	関節	B	カルシウム (b.75-78)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脳梗塞予防におそらく有効、低カルシウム血症に有効、低脂肪食と併用で中程度の高コレステロール血症におそらく有効。 ・ 制酸薬の炭酸カルシウムの経口摂取は有効。 ・ カルシウム不足による月経前症候群 (PMS) の軽減に経口でほぼ有効。 ・ 腎疾患でリン酸との結合を目的とする炭酸カルシウムと酢酸カルシウムの経口摂取は有効。 ・ 妊娠中のこむらがえりの予防におそらく有効。 ・ くる病・骨軟化症に対し経口で有効、閉経後女性の骨粗しょう症の予防に単独あるいはエストロゲン・カルシトニンとの併用で経口の場合ほぼ有効、胎児の骨成長・骨密度の増加に対して母体の経口摂取でほぼ有効、閉経後の体重減少時の骨代謝回転の抑制・男性の骨粗しょう症の治療におそらく有効。子どもに有効。 ・ 大腸がん発症リスクの低減、高齢者の歯の損失を低減するのにおそらく有効。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養機能食品(骨や歯の形成に必要)で、日本人は不足しがちな栄養素。 ・ 体内で最も多いミネラルで、99%は骨に存在する。細胞内情報伝達物質としても働くため極めて重要。 ・ 乳製品、魚介類、モロヘイヤ、がんもどきなどに多く含まれる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 副作用として経口で腸管炎症、げっぷ、腹部膨満が知られている。 ・ アルミニウム塩、マグネシウム塩との併用で間接的にカルシウムの尿中排泄が促進されることもあり長期高濃度摂取は避ける。鉱油との併用はカルシウムの吸収を低下させることもあり長期摂取は避ける。 	◎
76	関節	C	サメ軟骨(コンドロイチン、コンドロイチン硫酸) (b.217,218, d.131)	<ul style="list-style-type: none"> ・ コンドロイチン硫酸は鎮痛薬や非ステロイド系抗炎症薬 (NSAIDs)、あるいはグルコサミンとの併用で骨関節炎の症状緩和にほぼ有効。 ・ 日本では眼疾患を適応症とする医薬品として用いられている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ コンドロイチン硫酸はムコ多糖類の一種で動物の体内に広く分布し、ヒトでは加齢で生成量が減少。納豆、山芋、オクラ、ひかふれ、すっぽん、ネバネバしたものに少量含有 ・ コンドロイチンを含む市販のサプリメントの原料はサメ軟骨やブタ軟骨が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ コンドロイチン硫酸は、副作用は経口ではまれだが、上腹部痛・吐き気が起きることがある。 	○
77	ガン免疫	C	アガリクス (b.468)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 抗ガン効果を有する薬用キノコとして脚光を浴び、インターフェロン誘発作用などが記載されているが、ヒトに対する有効性について科学的実証は十分でない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ アガリクス/ヒメマツタケ、別名カワリハラタケ。ブラジルから移入され人工的に栽培。 ・ 他のキノコと比較して祖タンパク質が多い。多糖類、ビタミンB2・D、マグネシウム、カリウムなどを多く含む。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 発ガンプロモーション作用を認められた製品がある。 	
78	ガン免疫	C	メシマコブ (b.485)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 抗腫瘍活性により注目されているキノコだが、ヒトに対する有効性について科学的実証は不十分。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ キノコの子実体に汗腺の分泌を抑えるアガリシン酸、アガリチンなどを含む。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大量摂取で下痢や嘔吐を引き起こす報告がある。 	
79	ガン免疫	C	舞茸 (b.484)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活習慣病への効果がいわれ、抗アレルギー作用の記載もあるが、有効性の科学的実証は不十分。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ マイタケ/シロマイタケ。食用キノコでβ-グルカン含み健康食品として抽出物が使用される。 		
80	ガン免疫	C	エキナセア (b.262,263)	<ul style="list-style-type: none"> ・ かぜなどの上気道感染の症状におそらく有効。予防にはおそらく無効。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 北米先住民が外傷の処用に使用してきたハーブ。 ・ 西欧では循環器系、リンパ系、呼吸器系の効果的な解毒薬とみなされている。 ・ 精油、配糖体エキナコシド、多糖類、ポリアセチレン、イソブチルアルクアミン、樹脂、ペタイン、イヌリン、セスキテルペン、ヘテロキシラン、アラビノガラクトン、チコリ酸、エキナニン含む。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ すべてのエキナセア種は、エイズ、HIV感染症、他の自己免疫疾患の全身性疾患に用いるべきでない。 ・ 過剰摂取は咽喉炎を起こす。 ・ 経口で、進行性全身性疾患(結核、白血病、膠原病、多発性硬化症など)には禁忌。アレルギー傾向、妊娠している場合、経口摂取は避ける。 ・ 副作用としてアレルギー症状(蕁麻疹、結節性紅斑、急性喘息、呼吸困難、アナフィラキシー、血管浮腫)や発熱、吐き気、嘔吐、腹痛、下痢、喉の痛み、めまいが起こることがあり。 	○
81	ガン免疫	C	プロポリス (b.439,440)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2型単純ヘルペス (HSV-2) 感染の再発生殖器の治療に3%プロポリス軟膏塗布がおそらく有効。 ・ 口腔内手術後の治癒促進、痛みや炎症の軽減にうかがいおそらく有効。 ・ これら以外のヒトに対する有効性について科学的実証は十分でない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ポプラ、ユーカリ、針葉樹等に由来する樹脂にミツバチの分泌液をまぜてできた素材。傷や腫瘍の治療のための薬としての歴史も古い。 ・ フラボノイドのビノセンブリン、ガラングン、ビノバンキスキン、酢酸ビノバスキン含む。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経口摂取でアレルギー反応、プロポリス入りローチで口内炎が起きることがある。これらはハチやハチの生産物に過敏な人に多い。 ・ 喘息患者には禁忌。 ・ ハチ蜜などのハチの生産物、針葉樹、ポプラ、Peruvian balsam、サリチル酸にアレルギーの人は使用避ける。 	○
82	ガン免疫	C	ラクトフェリン (b.172)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 鉄の効率よい吸収に役立つとともに、抗菌活性が報告されている。免疫を増強、バランスを整えるなどの記載がある。しかし、ヒトに対する有効性について信頼できるデータは十分でない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 哺乳類のミルク、涙、唾液などに含まれる鉄結合性の糖タンパク質。 		
83	ガン免疫	C	免疫ミルク (d.243)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食べ物と一緒にいる細菌を腸壁から進入しないように腸内免疫を高めるとともに、便秘も解消されることが期待される。 ・ 慢性関節リウマチの症状改善、アレルギー性喘息・鼻炎の症状緩和、コレステロール低下、血圧上昇抑制の研究もある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人に感染しやすい26種類の細菌を無害化しワクチンとして牛に投与後、抗体できた牛から取った牛乳を粉ミルクにしたもの。細菌は、食中毒や敗血症の原因のブドウ球菌、大腸菌、サルモネラ菌、他に肺炎、膀胱炎、腎盂炎を起こす菌など。 ・ タンパク質、カルシウム他、ラクトフェリン、IgG抗体が含まれる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 下痢を起こす場合がある。 ・ ミルクアレルギーの人は控えたほうがよい。 	
84	ガン免疫	C	シソ葉 (b.345,346)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 消化器系の不調に多用されるが、近年、喘息の症状軽減や鎮痛作用を目的に用いられる。 ・ ヒトに対する有効性について科学的実証は不十分。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日本では薬味。葉はロズマリン酸を多量に含む。多糖類のフラボン(アピゲニン、ルテオリン、シソニンなど)を含む。 		

番号	摂取目的	A:特保 B:栄養 C:健康	素材 (文献ページ)	働き	主な成分や由来	注意事項	科学的 実証
85	ガン免疫	C	セレン(b.84,85)	・精子形成に関わる、精力減退に有効であるなどの記載がある。 ・肺ガン、大腸ガン、前立腺ガンの発生率を低下させるのにおそらく有効。	・酸化障害に対し生体防御に重要なセレン含有型グルタチオンペルオキシダーゼにおいてセレンシステインとしての活性中心を構成し、ビタミンE欠乏の害を防ぐ現象から、知られるようになったミネラル。 ・ねぎ、わかさぎ、いわしに多く含有。	・毒性強い金属なので多量摂取は危険。過剰摂取により、疲労感、焦燥感、爪や髪の変化、脱毛、末梢神経障害、悪心、吐き気、嘔吐、腹痛、下痢、う触、易刺激性、皮膚炎、体重減少を起こす。	○
86	ガン免疫	C	フコイダン(d.226, e.357-359)	・ガン細胞のアポトーシス(細胞自殺)誘発作用があるのではないかとわれている。 ・血中コレステロール低下作用、血圧低下作用、抗アレルギー作用、カルシウムの補給などに期待されている。	・昆布、ワカメ、モズク、ヒジキに含有。製品化フコイダンは北海道産のガゴメ昆布よりヨード、塩分を除去し、凍結乾燥した粉末。 ・硫酸化フコース(糖の硫酸物)からなるフコイダンをF-フコイダン、硫酸化フコース・マンノース・グルクロン酸からなるフコイダンをU-フコイダンという。 ・フコイダンはアルミニウムイオンや鉄イオンを捕捉する。	・鉄欠乏性貧血患者は、これにより食品の鉄が吸着されるため注意。 ・薬剤服用中の患者は服用薬剤の吸収が考えられるので摂食時間を検討する必要がある(特に鉄剤、金属イオン配合の薬剤)。	
87	肝臓	C	秋ウコン、春ウコン(b.258,259)	・近年、肝臓保護作用を始めとする健康増進効果が見直されている。肝臓炎、胆道炎、胆石症、カタル性黄疸などに摂取する。胆のう運動促進作用と抗炎症作用が示唆されている。クルクミンの胆汁排泄促進活性が実験的に明らかにされている。肝臓の解毒機能促進作用も明らかにされている。ヒトでの有効性について科学的に信頼できるデータは十分でない。	・ウコンは、カレー粉、マスタード、スパイス、色付けに用いられる。生薬として知られているのは春ウコンの根茎で、香料(ターメリック)に利用されているのは秋ウコン。 ・黄色色素のクルクミンが含まれる。	・過量長期摂取で消化器障害あるいは消化器の不調を起こすことがある。 ・胆汁管障害、胆石、胃潰瘍、胃酸過多には使用しない。 ・胆道閉塞の人は禁忌。胆石の人は医師に相談。	
88	肝臓	C	ゴマ(セサミン)(b.331,332)	・民間で滋養食として用いられてきた。近年、抗酸化物質の存在が注目されている。肝臓機能低下による諸症状に種子を用いるとの記載がある。 (・ゴマペプチドを関与成分とする特定保健用食品は血圧を低下させるのに有効性が実証されている。)	・一般の植物油に比べセサミンを含む。 ・ビタミンE、A、B、カルシウム塩を豊富に含む。	・ゴマアレルギーが知られており喘息の既往歴がある場合、アナフィラキシーの場合、ゴマの摂取に伴う過敏症が報告されている。 ・種子とオイルは高カロリーなので肥満者には勧められない。	
89	肝臓	C	牡蠣(カキ)(b.490)	・カキ肉エキスには、動脈硬化を防ぎ血圧を下げる、即時的滋養強壮効果などが期待されている。肝障害の予防効果、慢性肝炎によいなどの記載もある。 ・ヒトでの有効性について科学的実証は十分でない。	・カキは海のミルクともいわれるほど栄養に富む食品。 ・貝殻を漢方薬に用いる。最近ではカキエキスとして摂取されることが多い。 ・良質なタンパク質、タウリン、グリコーゲン、亜鉛、アミノ酸、カルシウムなどのミネラル、ビタミンなどを含む。		
90	肝臓	C	しじみ(b.495)	・エキスは、貧血の改善に役立つ、母乳の出をよくする、昔から黄疸によいとされ肝機能の強化によい、肌のシミ取りによい、体力回復によいとされる記載があるが、ヒトでの有効性について科学的実証は不十分。	・エキスが健康食品に用いられている。 ・タンパク質(タウリン、メチオニン、アルギニンなど)、ビタミンB群(B1、B2、B12)、ミネラル類(カルシウム、カリウム、鉄)を含む。		
91	肝臓	C	田七人參(d.208, e.294-296)	・止血、血行促進、造血、健胃、整腸作用等、近年、強心作用、高血圧、コレステロール血症等に使用されるようになったとの報告もある。 ・肝細胞を再生する作用もあり、肝機能低下の人に効果があるようである。	・田七人參は人參三七の別名、中国が原産地。和名は三七人參。根を生薬として使用するためには生育に3-7年要する。 ・根にはサポニン、アラサポニンA、Bなどを含む。田七人參サプリメントには、粉状、粒状、エキスなどがある。	・過剰摂取は回避。さらに、ワーファリン服用患者は処方医に相談。	
92	肝臓	C	菩提樹(リンデン)(f.205,206)	・民間で神経を癒すために使われ、ヒステリーを鎮めるため入浴で使用、不安による消化不良、動悸、吐き気などにお茶として用いてきた。中世では発汗剤として使用された。 ・医薬品としてドイツでは花と苞がかぜ、咳止め、利尿、鎮静に用いられ、イギリスでは鎮痙、発汗、鎮静、収れん、血圧降下に用いられる。 ・強壮、鎮静、収れん発汗、かぜ予防を期待して健康食品素材として利用される。 ・動物実験で成分farnesolが肝障害防御作用を示している。	・落葉高木リンデン、別名ボダイジュの果実、樹皮、葉、花。ヨーロッパが原産地。 ・テルペノイドのfarnesol、フラボノイドのtiliroside、フェノールのp-coumaric acidなどを含む。		

素材の略称の注:

EPA(エイコサペンタエン酸) DHA(ドコサヘキサエン酸) オリゴ糖(イソマルトオリゴ糖、ガラクトオリゴ糖、フラクトオリゴ糖、大豆オリゴ糖、キシロオリゴ糖、乳果オリゴ糖、ラクチュロース、ラフィノース) 食物繊維(グアーガム分解物、寒天由来の食物繊維、小麦ふすま、ビール酵母由来の食物繊維、ポリデキストロース、サイリウム種皮、低分子化アルギン酸ナトリウム、難消化性デキストリン) CCM(クエン酸リンゴ酸カルシウム) CCP(カゼインホスホペプチド) MBP(乳塩基性タンパク質) CPP-ACP(カゼインホスホペプチド-非結晶リン酸カルシウム複合体) MSM(メチルスルフォニルメタン)

文 献

- 1) 「健康食品」の安全性・有効性情報：よくある質問、健康食品の利用について「健康食品」とは何ですか？ [online]、独立行政法人国立健康・栄養研究所「健康食品情報プロジェクト」. [2009年7月10日検索]、インターネット<URL : <http://hfnet.nih.go.jp> >
- 2) 「健康食品」のホームページ：「健康食品」とは. [online]、厚生労働省 医薬食品局食品安全部基準審査課新開発食品保健対策室. [2009年7月10日検索]、インターネット<URL : <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/syoku-anzen/hokenkinou/index.html> >
- 3) 川添禎浩、那賀和奈、北條康司、鈴木 隆、健康食品の安全性に関する考察（第3報）安全性からみた『「健康食品」に係る制度』と今後の方向性. 社会医学研究. 2005 ; No.23 : 83-90
- 4) 独立行政法人国立健康・栄養研究所監修、山田和彦、村松康弘編著. 健康・栄養食品アドバイザーズスタッフ・テキストブック. 東京：第一出版、2005
- 5) 清水俊雄編著、志村二三夫、篠塚和正著. 改訂増補版 機能性食品素材便覧. 東京：薬事日報社、2006
- 6) 橋詰直孝監修、堀美智子編. 薬剤師と栄養士 連携のためのサプリメントの基礎知識. 東京：薬事日報社、2002
- 7) 帯津良一・五十嵐脩監修、NPO 日本サプリメント協会著. SAPIO ムック 2004年版 サプリメント健康バイブル. 東京：小学館、2004
- 8) 古泉秀夫編著. わかるサプリメント健康食品 Q&A. 東京：じほう、2003
- 9) 北川 勲、吉川雅之編. 食品薬学ハンドブック. 東京：講談社、2005
- 10) 田中平三、門脇 孝、篠塚和正、清水俊雄、山田和彦監訳. 健康食品のすべて—ナチュラルメディスン・データベース—. 東京：同文書院、2006
- 11) 「健康食品」の安全性・有効性情報：素材情報データベース [online]、独立行政法人国立健康・栄養研究所「健康食品情報プロジェクト」. [2009年8月31日検索]、インターネット<URL : <http://hfnet.nih.go.jp> >
- 12) 川添禎浩、健康食品の安全性に関する考察（第1報）中国製やせ薬（ダイエット用健康食品）による健康被害とその対策. 社会医学研究. 2003 ; No.21 : 30-33
- 13) 川添禎浩、那賀和奈、北條康司、鈴木 隆、健康食品の安全性に関する考察（第2報）安全性研究の視点から医療関係者が生活者に対して健康食品の情報提供をする際の考え方. 社会薬学. 2005 ; 24 (1) : 25-34
- 14) 川又淳司、<特集>食生活の安全と化学物質—社会薬学的方法と課題—：食生活の安全と化学物質—食品添加物を中心に—. 社会薬学. 1990;9(1) : 18-23
- 15) 久保明. サプリメントエビデンスブック. 東京：じほう、2006
- 16) 黒田洋一郎、健康な生存のための“メタ科学”. 科学. 1999 ; 69 : 170-171
- 17) Carlsen E, Giwercman A, Keiding N, Skakkebaek NE. Evidence for decreasing quality of semen during past 50 years. British Medical Journal. 1992; 305: 609-613
- 18) 食品安全委員会：意見交換等、食品安全モニター、アンケート調査結果等、食品安全モニター課題報告「食品の安全性に関する意識等について」（平成20年6月実施）の結果 [online]、内閣府食品安全委員会事務局 勧告広報課. [2009年7月10日検索]、インターネット<URL : <http://www.fsc.go.jp/> >

総 説

社会正義とその教育－フィールドと倫理教育を結ぶ－考察－

Social justice and its education in social work practice Discussion linking field work and ethical education

志賀文哉

Fumiya SHIGA

富山大学

University of Toyama

要 旨

本稿の目的は、ソーシャルワークの原理の一つである「社会正義」に注目し、倫理綱領における位置づけと実践教育について考察することである。社会正義の追求の観点では実践的なエンパワメントアプローチを内包するクリティカル・ソーシャルワークとの関係が強いが、同時に危機的状況・限界も存在する。それらを踏まえ、野宿者を含む生活困窮者支援の実践教育の取り組みを通して社会正義の教育のあり方について検討する。

Abstract

The purpose of this paper is to examine “social justice”, one of the principles of social work, in the code of ethics for social work practice. We also look at social justice education. Critical social work including practical empowerment approaches is firmly related to the pursuit of social justice, but crisis situations and limitations also exist in present social work practice. Practical education for social justice is investigated through efforts in support of needy persons including people experiencing homelessness.

1. はじめに

2000年、国際ソーシャルワーカー連盟は新しいソーシャルワークの定義の中に「社会正義」という原理を他の「人権」「社会変革」「解放」といった原理とともに導入し、日本でも採択した。「人権」と「社会正義」はソーシャルワークの拠り所となるものであり、それに基づいてソーシャルワーカーは援助実践を展開する。しかしながら、日本においては従来のソーシャルワーク理論と新しいソーシャルワークの定義の整合性を十分に議論できていない状況にあり、日本の現場で活動するソーシャルワーカーは、政策やサービス体制の変化の中で普遍的なソーシャルワークの理論や価値を確認することなく、状況に応じた実践にかかる言説を展開しているとの指摘がある^{1) 2)}。実践原理の追求はクリティカル・ソーシャルワークの実践に内包されており、社会正義の教育を問う場合には、そのことを踏まえ理論的な位置づけを明確にする必要がある。

本稿では、まず、ソーシャルワークにおける社会正義を確認する。専門職としてのソーシャルワーカーには行動規範となる倫理綱領があるが、その中で社会正義がどのように位置づけられているかを、英米の職能団体のものや国際団体のものと合わせて、日本社会福祉士会の倫理綱領の中で確認し、さらに権利擁護最大化の観点に立つ場合の社会正義との関係を考察する。次に、社会正義の実践とその限界を検討する。その中では、「クリティカル・ソーシャルワーク」をまず確認し、その社会正義との親和性を把握し、ソーシャルワーク実践への影響と限界をみる。その後、社会正義の実践教育のあり方について具体的な取り組みを含めながら検討する。

2. ソーシャルワークにおける社会正義

社会正義とは、社会生活を行う上での必要かつ正しい道理のことを指す価値概念であるが、そのことに普段からどの程度意識的に取り組むかの点では、一般生

活上は馴染みが薄いものといえよう。

しかしながら、ソーシャルワークにおいては、様々な生活困難・生きづらさをかかえている人たちの支援を行なう場面で、社会正義が守られていないと判断される状況に出くわすことは多く、また行動規範ともなる倫理綱領の一つとしてソーシャルワーカーが追求すべきものである。

全米ソーシャルワーカー協会の倫理綱領では、社会正義の内容として社会的な不正をなくすことを掲げているが、社会的な不正に該当する事実を見つければ、その問題を解消すべく努力せねばならないということである。そしてそれが、社会構造の中に見出せる時、その構造を変革していくことを含む。また全英ソーシャルワーカー協会の倫理綱領では、社会正義の具体的追求のために、5つの要点を示している。英国ソーシャルワーク(コミュニティワーク)はかつての植民地経営の中で発展した側面をもつが、社会正義の実現ために公平さや平等性、コミュニティへの視点を明確にしているところが興味深い。国際ソーシャルワーカー連盟等が共通認識としている倫理綱領における社会正義でも具体的な行動指針ともとれる要点を5つ示している。人権概念や世界経済の影響を考慮したものであり、最後に団結することの重要性を示すものとなっている(表1)。

ソーシャルワークの先駆的發展を成し遂げた英米のソーシャルワークの影響を受ける国々においては、社会正義の具体的追求はソーシャルワーク実践に伴うも

のとしていわば当然守られるべきものと認識され、国際ソーシャルワーカー連盟の倫理綱領の中に含まれることで少なくとも外形上はコンセンサスになっていると言える。日本のソーシャルワーカーの職能団体の一つである日本社会福祉士会でも同様に倫理綱領の中に社会正義を含めている。

ところで倫理綱領は、一般的には「倫理的な行動」を促進するだけでなく、倫理的なジレンマに陥った際にソーシャルワーカーを支えるものであるといえ、非倫理的なソーシャルワーカーには制裁を与える根拠となる可能性がある³⁾。しかし、その一方で、実際には意思決定を促進するよりは制限する傾向があったり、実際の現場では実効的でなかったりすることが指摘される⁴⁾。このことは、現場で確認される要支援の問題とその支援プロセスが様々であることを考慮すれば、いわばマニュアルでは対応できないことを意味しているものと思われ、各ソーシャルワーカーの知識やスキルにかかっていることを意味する。

このような概念としての社会正義を具体的な事例でとらえていくことは重要である。事例は個別具体的であるが、近年の「格差」と「貧困」の問題とその議論は社会正義とは何かを問うている。政策によれば、所得の多い人たちの経済活動が全体の底上げにつながるとされ、また「格差」そのものは資本主義の下で当たり前前に存在するとも説明されてきた。しかしながら、新自由主義の下で、人々の所得は社会保障がある一

表 1 倫理綱領にみる社会正義

日本社会福祉士会	全米ソーシャルワーカー協会	全英ソーシャルワーカー協会	国際ソーシャルワーカー連盟等
差別、貧困、抑圧、排除、暴力、環境破壊などの無い、自由平等、共生に基づく社会正義を実現する	社会的な不正を変革する	① 公平かつ公正な資源分配 ② 公的サービスや利益に対して、公平に接近できるようにする。また、公平に潜在能力を発揮できるようにする ③ 個人、家族、集団及びコミュニティの有する権利と義務について認識する ④ 法の下で平等に扱い、保護する ⑤ 現在、未来の福祉に関心を向けながら、社会的発展と環境的マネジメントを行なう ⑤ 現在、未来の福祉に関心を向けながら、社会的発展と環境的マネジメントを行なう	① 不利な差別に立ち向かう ② 多様性を認識する ③ 資源を公正に分配する ④ 不正な方針や実践に対して立ち向かう ⑤ 団結して働く

の中にあっても拡がりを見せた。それはジニ係数の増加に確認され、貧困層を大きくしてきたのが現実であり、2006年の相対的貧困率は15.7%であったと政府が公式に認めた。そしてひとり親家庭のそれは54.3%であることも分かってきた。「貧困」はなくすべきものであり、それに苦悩する人を救わなければならないという価値判断を含み持つ。岩田は、この「格差」問題を「貧困」の問題と捉えることが必要であると説く(岩田、2007年)。従来の「格差」の問題を社会的になくすべき「貧困」の問題と捉え直すことは、普遍的価値である社会正義を見出すことでもある。社会正義という価値と行動をつなぎ、具体的に捉えていくことがソーシャルワークの根幹に存在する。

権利擁護の最大化の視点

ソーシャルワーク実践の中では、言うまでもなく権利擁護が必要な場面にも直面する。典型例には虐待事例が挙げられるが、虐待されている要支援者の保護や家族問題の解決、地域包括支援センターや警察といった関係機関との連携など支援者に求められるのは総合的な援助能力であるということが出来る。この時点で直接的援助だけでなく間接的援助も用いているので、支援は比較的広範に展開されうる。本人中心の支援を考えた場合に、単に権利侵害からの保護と基本的ニーズの充足にとどまらず、「本人らしさ」を追求する権利擁護を「積極的権利擁護」ということができる⁵⁾。

このことと社会正義の関連を考えると、本人の権利やQOLの視点から評価できる一方で、それでもなお、社会的なアピールの面では個々の事例にとどまるものであり、この問題を社会構造から生ずるものとして社会変革を目指す場合には、権利擁護の最大化の視点から早期介入や虐待予防に取り組むアクションが必要であると思われる。権利擁護が個別に生じた問題への事

後的な対応のみならず、予防の観点で一般的に取り組まれること(権利擁護の一般化)により、社会の中で認識されその意義が共有されるであろう。地域で展開されるソーシャルワークには、個別の問題を地域で共有する福祉コミュニティ形成の考え方があるが、この予防の活動を広げていくためには、個人情報扱いや二次的な被害に十分留意しながらも、対応した事例をデータ化し、検討会や啓発の取り組みにいかすことが重要であるといえる。ソーシャルワーカーらはそれぞれの所属団体の倫理綱領に基づき、個人情報等の扱いには十分な配慮ができる存在であり、このような社会正義の実現に取り組むことも専門性を発揮するために求められる。

3. 社会正義の実践とその限界

クリティカル・ソーシャルワーク

ソーシャルワーカーが相談支援の実践を行うとき、それを支える価値や倫理が存在しているといえる。直面する状況は一定ではなく、また選ぶことのできないものである。そうした適応範囲の広い考えに下支えされた原則や方略が必要になるのである。社会政治的分析や社会正義への関与によって形成された見方に基づいてこそ、抑圧されたり、周辺化された人々のニーズに取り組むのに適切な方法で個人やグループと共に働くことができるのである⁶⁾。

クリティカル・ソーシャルワークは、英国、米国、そしてオーストラリアへと展開してきたものであるが、もともとセトルメント運動やCOS(Charity Organisation Society)から始まったソーシャルワークが、1970年代に福祉国家に関するマルキシスト批判のもとで危機的な状況に向かえ、急進的ソーシャルワークの登場を経て結実したものと言える⁷⁾。オーストラリアにおけるクリティカル・ソーシャルワークについては、英米を

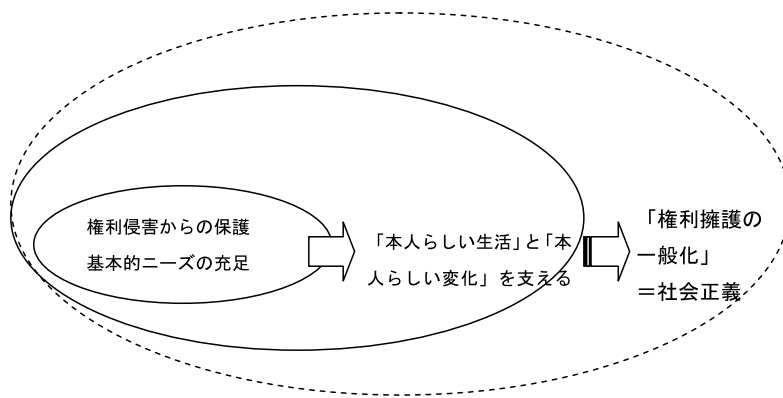


図1 権利擁護最大化の概念(岩間、2008年に筆者加筆)

中心に発展してきたソーシャルワークモデルの無批判的導入に対する批判があり、とりわけ米国でさかんであった個人への介入のあり方に対する再考の中で、社会変革などをめざすプロセスに伴う「社会」への関心が急進性を帯びていたことが指摘される⁸⁾。

「クリティカル」という用語は「マルクスの思想を批判的に継承・発展させてきた批判的社会理論」に起源を持つとされるが、一方、概念は多様であり、「構造主義的アプローチ」と「ポスト構造主義アプローチ」という、一見相容れないか、両立しにくい2つのアプローチに分類される複雑さを呈している⁹⁾。このことは、そもそもの共通した価値基盤の多様性を示しているものと考えられ、解釈によってアプローチが異なるとすれば不安定さを含み持つものと考えられる。また、急進性という用語は、左派的な政治的イデオロギーを帯びている印象を与えるが、エンパワメントや多文化主義、ストレングス視点といったソーシャルワークでは極めて一般的に用いられる考え方やアプローチに浸透している。もっとも、それらの本来の意味付けからは乖離して使用されることもあった¹⁰⁾。

一方、日本におけるクリティカル・ソーシャルワークは、近年になって一部の研究者によって導入されてきている。その中には、実践力を養うための演習教育に具体的な事例を提供しているものもあり、ソーシャルワーカーのアイデンティティ形成の視点で、現状のソーシャルワーク教育の問題点とクリティカル・ソーシャルワークの重要性を丁寧に説明している¹¹⁾。

北川らによれば、クリティカル・ソーシャルワークとは「ソーシャルワーク実践が掲げる目的を実現するにあたり、支援過程をクリティカルにとらえながら展開する」ものであり、利用者のストレングスを重視した実践理論である。この場合のクリティカルの用語は、「批判する」だけにとどまるのではなく、ワーカーが利用者と協働しながら対処したり、利用者が認識している問題に前向きに(共に)取り組むものとされる。さらに注意が払われるべきは、「前向きに」取り組むことは「すべての『現実』を肯定的に受け入れるということではなく、すなわち、利用者がおかれている環境を客観的に捉えた上で、利用者との協働により問題が生じる構造を理解して対応策をまとめることと示されている点である。そしてその現実の中には、支援者がともすれば一方的(主導的)に展開してしまうソーシャルワーク実践も含まれており、与えた影響ともたらされた効果も検討の内に含まれることが注目に値す

る。

また現在広範に用いられるシステム・エコロジカル理論やジェネラリスト・アプローチにおいてはソーシャルワークの理論選択は自由であるが、クリティカルな視点をもつ理論はソーシャルワークを相対化し、結果としてソーシャルワーカーの選択する実践理論は個々の政治的な立場からの影響を受けることが示唆される¹²⁾。この政治的立場の中身については紙幅を割く余裕がないが、政治性を帯びること自体は、ソーシャルワークが社会変革に密接な活動である性格上、何ら不思議はないものといえる。社会正義との関連では、反社会的行為について予防的に介入することを説くハートマンの考え方はポストモダニズムであり、それはクリティカル・ソーシャルワークと親和的な一面を有する¹³⁾(三島:201)。

さらに、「課題中心アプローチ」で知られるパールマンはケースワークの有効性を検討する中で社会変革を促すソーシャルアクションの必要性を説く一方、政策・制度の改善を求めるのはソーシャルワーカーの役割に留まらず、社会福祉に関わる各種団体との連携を築くことを主張しているが、その際にはソーシャルワーク実践で経験される社会正義もまた注意が向けられるものであることが示唆される¹⁴⁾。

クリティカルな理論の問題

クリティカルな理論の中心的な目的の一つは、人々をエンパワメントし、自身の経験を社会的、政治的構造に関連付けることにより分析する道具を与えるものであるにもかかわらず、その理論は様々な考え方を含み複雑であるために理解しがたいものになっているとの指摘がある¹⁵⁾。

また、Ifeは専門職が社会正義を促進する場合の三つの主要問題について指摘している。

一つ目は、専門職の実践が現在の社会政策や管理実践でのやり方から外れやすくなるということ、二つ目は、利用者もっていない専門的知識と技術がもたらす、利用者と支援者との間にある力関係の不平等性の問題、最後に三つ目は、個別化され専門化されたサービスに依存する人のニードを満たすにはお金がかかるという問題である¹⁶⁾。

しかし一方では、クリティカル・ソーシャルワークには社会正義をはじめ、実践の過程で用いる価値をソーシャルワーカー自らが問いただすことができる、分析の視点が存在する¹⁷⁾(表2)。

表 2 クリティカル・ソーシャルワークの基本的視座のための概念 (北川ら、2007 年をもとに著者作成)

概念	要点
1) 社会構造と制度	GRACES : Gender、Race、Region、Age、(dis)Ability、Class、Ethnicity、Sexual orientation に基づく分析 (基本的要素)
2) 価値	個人、集団、地域、社会等に注目し、考え方に介在する価値を分析する
3) 力関係、権力、力	1) 2) の分析のために必要な上下・主従など「力」関係の分析
4) 抑圧	3) 力の行使の場面で介在するのが抑圧であり、問い直しが必要
5) 協働性	1) ~ 4) を踏まえ、利用者との間には「契約」(支援計画)を介して対等・平等な関係を構築する
6) 言葉、語り (ナラティブ)	5) 協働性を有効なものにするために、利用者の言葉や語りに注目する
7) 希望、可能性	逆境にあつて、教育や就労の機会を見出すことは希望や可能性を与えることであり、反動力になりうる。利用者のストレング스에注目しつつ、切り拓くことにつながる。
8) ストレングス	利用者の生活技術・強み・能力を見出し、利用者もそのことを、自覚的に支援を受けながら利用する。この視点は社会正義や人の尊厳の尊重に資する。
9) 社会資源	個人と社会の資源を有効に活用するためにつなげていく。現状を十分に把握しつつ、利用者のストレングスとの関連も含め、効果的な支援を展開する

8) のストレング스에注目する支援は、「問題の原因や病理的側面を探るのではなく、クライアントが元々有している強みや資源に着目していく」ものである¹⁸⁾。そしてこの実践の中では、過去の解決(成功体験)をみたり、現在できていることに注目したり、これからできそうなこと(可能性)に注目することになっている。これらは原因よりも解決を探ることが有効であるため、解決志向アプローチという。

また、Ife 自身も、「権利と倫理」「保守的個人主義者の方策としての倫理」「近代主義としての倫理」「倫理と人権」などの視点から倫理の替わりになる概念について検討している¹⁹⁾。

ソーシャルワークの危機

ソーシャルワークの価値は普遍的で堅固な価値を有するものと見える一方で、実際の業務を見た時、多くが「ケースマネジメント」に置き替えられ、トップダウンによる圧力的な構図を生み出していること、更には「合理的な意思決定」が進むことによって、客観的なデータとして把握しにくい「価値」や「倫理」は考慮されにくくなるとの指摘がある²⁰⁾。マネジメントによってもたらされる画一的なサービス提供は、計画を立てるには都合がよいが、当事者の多様性を汲み取れず、エンパワメントや自己決定、自己選択などに基づ

く側面的支援を展開するには困難をもたらすものといえよう。ソーシャルワーカーは社会正義と人権に基づいて様々なスキルを用い、「個人の抱える問題を同時多層的に扱う」のであるので、単に何かができる、できないという評価を求めるのはソーシャルワークの本質を見ていないといえる。最終的な「終結」に至った時に、それを支えるものとして社会正義と人権があれば、使命を果たしたと考えられるのではないか。野宿者支援も行うホスピスには、患者の「わがまま」と付き合い、客観的に数値化した検査値のような正しさよりも大切にしているところがある。寄り添う支援のあり方がソーシャルワークに見いだせなくなる時、その基盤である社会正義と人権の価値は問われなければならない。

また、ソーシャルワークにおける“person-in-environment”の観方に対しても再考の必要性が示唆されている²¹⁾。もともと、Hollis が概念化した“person-in-situation”を Green が修正したものであるが、その考え方は、眼前に存在するその人が抱える(主観的に理解した)問題だけではなく、その人が存在する生活環境にも目をやり、総合的な視点で問題解決を図るという点で重要である。ケースワーク中心の支援のあり方では根本的な解決に至らない多問題ケースへの対処を考えれば、その重要性はより明確になる。

しかしながら、生活全体を見るエコロジカルなアプローチでは、葛藤・対立や変化よりも現在の安定に注目し、個々人と環境システムとのコミュニケーションの不全によって問題が引き起こされたものと前提する。その観点からは、必ずしも対立や衝突の状況は存在せず、人と環境の調和が図ればよいことになりかねない²²⁾。

そのように考えると、地域福祉におけるコミュニティ・ソーシャルワークで主張される、直接援助も間接援助も、フォーマルサービスもインフォーマルサービスも必要に応じて使いこなす支援が必要なのであり、支援者にはそれに対応できる能力が求められる。その意味では、支援者たるソーシャルワーカーは日ごろから職能団体での研修を受けるなどして相談援助力を磨き、維持しなければならないであろう。

4. 社会正義の実践教育

これまでにみたように、ソーシャルワーク実践のためには社会正義が重要な行動規範の1つであるが、ソーシャルワーカーを養成するための教育の中に社会正義をどのように落とし込んでいくのかは簡単ではない。倫理はソーシャルワーカーの実践・行動を支えるものであるが、それがいつも解決の決めてとなるということはなく、複雑な倫理問題に直面した時には役立つとは限らないとの指摘もある²³⁾。

1960～70年代ころにおいては、ソーシャルワークが持つ(抑圧からの)解放の可能性に対する憧憬もあったが、その後今日の卒業生らが明確な政治的意思を持っていることは少なくなった。しかしながらFergusonとLavaletteの20年以上の教育経験によれば、社会正義やエンパワメントの考えは今なお、ソーシャルワークを学ぶ学生にとって強力な動機付けを与える要因であり、ソーシャルワークは「倫理的な職業」とみなされている事実からもそのことが窺える²⁴⁾。

また、ソーシャルワークの教育者は学生を個別のそして社会的な変化における専門家となるように意図的に関与すべきであるとの見解がある²⁵⁾。その際、ソーシャルワークは人間の発達、自己決定、社会正義を最大化し、それらを制限する状況を最小化するために発展してきたと主張する。ソーシャルワーカーは個人と環境の間の仲介者であるとの理解から関与と変化の間の緊張は避けがたいものであり、また、保守的な状況が勢いを増す中でその召使のようになることを防ぐために必要な教育であるとの認識が示されている。この

ような変化に対応できるための教育については、個別的支援の専門的な技術教育を行う必要の観点から、教育内容の制限・偏りが生じるとの危惧が表明されることはあったが、ソーシャルワークの価値を維持し、変化に対応できるソーシャルワーカーを養成する点について特段異論はないようである。

現場実践としての社会正義教育

社会正義に関する教育はソーシャルワークに負託されたものであるが、その一方では教室で行うことには限界があり、また自己発見・自己覚知があったとしても実習に結び付くことはないとの指摘がある²⁶⁾。社会福祉士養成の実習は、実習の受け入れ先と連携をとって行うものとされており、様々な知識・技術・価値を現場のソーシャルワーカーと共に確認しながら進めることが可能な環境が整いつつある。その点では共通の価値である「社会正義」は実習を進める中で共通の視点となり、実習を進めるにあたっての障害とはならない。とりわけ社会正義に反する事実への対処は、講義や演習等で実習前に学習する倫理綱領や価値を現場で確認できる機会となりうる。たとえば、児童の施設内虐待の事例は、すでに虐待の基準が明らかにされている現状では、その知識と社会正義の価値をもって共に正すべきとの認識を学生と教育者・指導者の間で共有することは可能である。

しかしながら、実習では職場や職種を理解することが学習の構成上求められ、また個人情報保護のために利用者の実情を詳細に捉えることはできにくい環境もある。その点では、社会正義にフォーカスした学習をするならば、実習等とは別に実践教育の場を設ける必要がある。

実践教育の概要

筆者の大学所属学部には、通年の3年次履修科目として「プロジェクト・マネジメント」があり、この科目は大学で講義・演習を行なうに限らず、学外地域での活動も含めてよいことになっており、上にみた社会正義教育を展開していく上で都合がよい。

今年度開講した「現場を観ながら考える」プロジェクトでは、社会福祉士の生活困窮者支援(原則2地域でそれぞれ週1回の相談支援・安否確認)の現場への学生の参加機会を設けるものであり、他に学生独自に企画したプロジェクト内イベントがある。前者については、年度末に行う「寄せ場」へのスタディツアー参

加以外の、週1回の活動への学生の参加は強制しないが、受講生は月2回程度の参加に務め、月1回の炊き出しへの参加を原則としている。この経験を踏まえた上で年度末には大都市での支援活動の様子を知り、学びを深める意図がある。支援の対象者は変動が大きく一定しないが、学生とともに準備する食料等は概ね20人分である。なお、この実践教育に参加している学生は計7名で、いずれも社会福祉士の資格取得を目指す学生らである。

先に見た時間設定の自由度が高いという本科目の長所がある一方で、授業を実施するには目的に適した現場の選択や現場の変化への十分な配慮が必要である。今回の実践教育の現場は、筆者が本科目開始前にソーシャルワーク実践を約1年行ってきた生活困難者支援活動の場である。様々な問題に直面しつつもラポールの形成が図れ、学生が参加するのに支障ないと判断し学習の場を選定した。県内の大きな2つの駅周辺での活動であり、野宿者や生活困難者が集まって来やすい場所である。図2のように支援を受ける人の数が最少で4人、最多で19人という記録は、最近になるに従い増加傾向にある(図3)が、教員1名と7名までの学生が対応するには問題がないと判断できる。支援する側の数が上回る場合も考えられるが、継続的に参加する中で支援を求める人の変化やその人らの個別の事情などを知ることからの学びを期待できる。

参加者は3年生であり成年者であるが、活動後の帰宅を考慮し実践の時間を21時までとしている。

活動の意義

活動では、定時・定点に集まってこられた生活困窮者(野宿者以外も含む)に対して、少量の食物を提供しながら、相談事や健康状態を聴き安否確認するものである。大阪など大都市で展開されている同種の活動と同じく「夜回り活動」と称しているが、傍からみると食料を配る活動が活動の中心とみられがちである。しかし、実際には週一度の配食が「食」を充たすには余りにも不十分であるということは明らかである。

この種の活動は、野宿当事者ら生活困窮者にとっては食を得る機会である一方で、支援者らが安否確認と相談支援を行なうことで社会的なつながりを維持してもらうことに意義がある。この種の関係が築かれ維持されることで個々当事者の健康・生活の異変だけでなく、心の変化も把握できる可能性がある。野宿者にとってアパート生活は渴望されるものと思われがちだが、支援(或いは「施し」)を拒否されることは珍しく

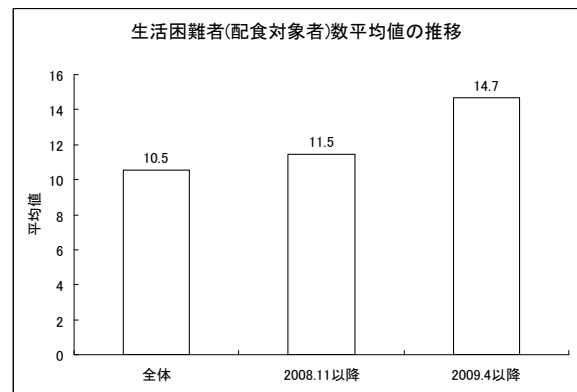


図3 T県主要駅における配食対象者平均値の推移

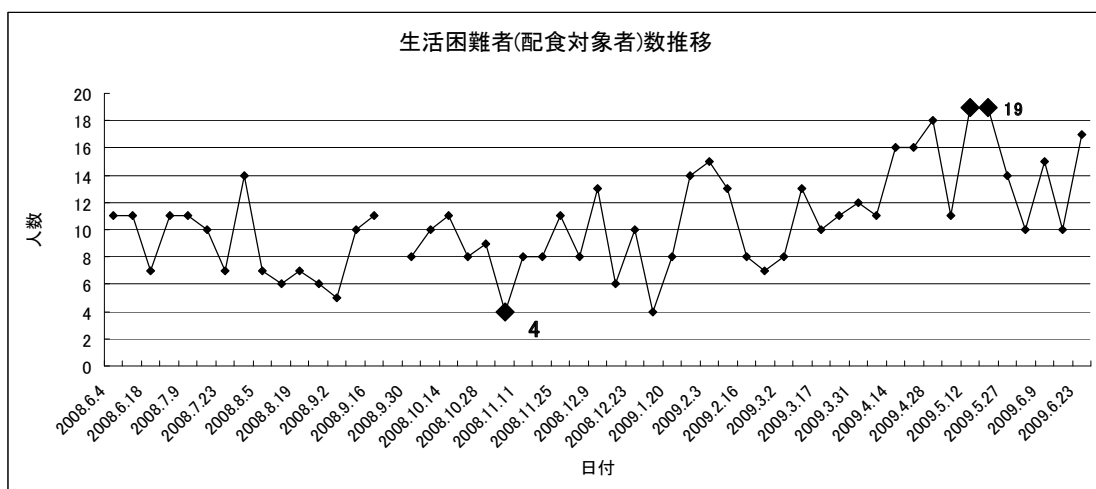


図2 T県主要駅における配食対象者平均値の推移

なく、長く付き合う中で、ある時に支援を受け入れるということがある。当人にとって「十分に期が熟する」ことに根気強く付き合うことが必要である。そのような変化のある場面で、生活困窮者と継続的にふれあうことは、学生の内面の変化をもたらす。

表3のとおり、実践教育前の野宿者に対するイメージは総じてネガティブな内容であり、偏見を有していることも確認できる。社会問題として野宿者がメディアで取り上げられることも多くなったが、実際に近くに駆で見かける野宿者に声をかけたり、何らかの支援に動いたりするまでには至らないことが多いとすれば、この現場活動の中でありのままの状況を直視し、自らの考えのありようを客観的にとらえ、ソーシャルワークの価値であるところの人の尊厳や社会正義について考えるきっかけとなりうる。下記(表4)のように、初回の活動参加後の印象変化があり、一律に良くなるものではないが、否定的な印象から肯定的な印象へと変わる様子がうかがわれた。

しかしながら、この種の取り組みが常に学生の内にある偏見の修正やソーシャルワークの価値を確認あるいは喚起するきっかけになるとは限らない。占部らの研究によると、介護福祉士、社会福祉士を目指す学生37名が野宿者支援ボランティアに参加したところ、

約4割の学生の野宿者に対する印象が変化したということであった²⁷⁾。しかしながら、この変化はネガティブな印象への変化であり、「共感は導かれなかった」ということが記されている。

確かに、この種の活動への参加が自主的なものであるのか、当事者とのコミュニケーションを取る時間があるかなどにより、現場で観ること、考えることが異なってくるのが考えられ、それが否定的な印象と結びつき易いとしても珍しいことではないかもしれない。この評価(イメージ)は確定的なものではなく、継続的な支援をし、支援の意義や価値を問う過程の中で変動するものと考えられる。占部らが、「正しい知識とそれに基づくロールプレイ・グループワーク、継続的な接触経験の繰り返しの必要」を指摘しているように、実践教育の特徴である当事者との交流や外見に限られない観察を重ねること、またそもそもなぜこの種の支援活動が必要なのかを考えたり、継続したりしていくことの意味を見出す上では重要と思われる。

我々の取り組みの中では、上記の結果に合わせて、「もっと関わりを強めたい」「活動を継続したい」との積極的な参加意思が示されており、今後の関わりを模索するとともに、関係が深まる中で生じてくる葛藤や疑問、様々な怒りなどに対応するため、ディブリーフィ

表3 支援活動参加前の野宿者に対するイメージ

質問	結果
夜回り活動参加前の野宿者に対するイメージ	<ul style="list-style-type: none"> ・ “生きるため”の狂暴さ、乱暴さ、食欲さ ・ 干渉されるのを嫌うイメージ、関わりに積極的で無いイメージ ・ 話かけにくい雰囲気、社会的に孤立しているイメージ ・ 汚い、暗い、フケ、黒そう、おじさんが多い ・ 暗くて怖いイメージ、かばんなども盗られるイメージ ・ あまり話されない

表4 支援活動参加後の野宿者に対するイメージ

質問	結果
イメージ変化とその理由	<p><よくなった></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 当事者の謙虚な態度(腰の低さ)、提供したものへの「おいしい」という言葉、ユーモアのある会話 ・ 現状に諦めない姿勢、労働意欲、前向きな姿勢 ・ 普通の返答、(当事者の)自発的な話しかけ、仲間意識、互助 ・ 明るい人、清潔な服装をした人もいたこと、暴力的な言葉・態度はなかった <p><変わらない></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 野宿は様々で、生活の支援も予想できないものが多く、もっと知りたいという気持ち。 <p><何とも言えない></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 明るいし会話も楽しいが、危険な一面も見える

ングを行ないながら学習を進めている。1年を通して取り組む意義は、授業終了時に、授業との関連がなくなっても継続したボランティア活動を継続する意思が学生らに芽生えているかに現れると思われる。

一市民としてのソーシャルワーカー

ソーシャルワーカーは支援を必要とされる人や状況に対してさまざまな形で介入し支援実践し、そのことが社会正義を追求することにもなる。しかし、そもそもソーシャルワーカーもその社会の一員であり、そういうものとしての自己理解なくして専門職たるソーシャルワーカーたりうるのかという疑問がある²⁸⁾。その疑問に直面したとき、専門職として社会の負託を受けたソーシャルワーカーが社会正義を追求する過程では、避け難く「政治性」が伴うものであるということに気づく。このことは、たとえばソーシャルワークにはソーシャルアクション(社会変革)が含まれていることに立ち戻れば理解しやすい。

教育においては不偏不党であらねばならないが、例えば、現状の政策の下で生じている社会的矛盾や貧困を目の当たりにした時、その時の政党の施策に疑問を呈してもおかしくはないし、現場での実践教育を含めてさまざまな制度と現状を学ぶ過程にある学生が政治に関心を持ち、あるべき政策について考えることにつながるならばそれは好ましいことである。その積み重ねの中で、構造的な貧困の本質を知り、その構造を変えていくために望まれるソーシャルワークを模索することは現場での学びを次の段階の学びへと昇華することを意味するであろう。

5. 終わりに

最後に国際ソーシャルワーク連盟におけるソーシャルワーカーの定義を確認したい。

ソーシャルワーク専門職は、人間の福利(ウェルビーイング)の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人びとのエンパワメントと開放を促していく。ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人びとがその環境と相互に影響しあう接点に介入する。人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークの拠り所とする基盤である。

ソーシャルワークの価値は、人間のニーズを充たしエンパワメント(あるいは潜在する能力・強みを引き

出すこと)に重きを置くが、人権と社会正義はこれらの活動を動機づけ、正当化する根拠を与える。ソーシャルワーク実践においては様々な倫理的ジレンマに直面することがあるが、対応に窮した時に立ち戻るのは価値や思想、哲学であろう。人権や社会正義は「基盤」とあるように、すべてのソーシャルワークの基礎であり、本人主体の支援を行なう中で常にゆるぎないものとして確認できることが専門性を確立したということにもなる。倫理綱領がソーシャルワークの羅針盤のように機能するということは、ソーシャルワーカーがソーシャルワーカーとしての役割を十分に果たしていることを意味するといえる。

文献

- 1) 舟木紳介、オーストラリアのソーシャルワーク専門教育. 『解放のソーシャルワーク』、世界思想社、2007年、71-102
- 2) 舟木紳介、オーストラリアのクリティカル・ソーシャルワーク理論における社会正義概念とポストモダニズムの影響、社会福祉学、2007; 48-3: 55-65
- 3) Ife J.、Human rights and social work towards rights-based practice、Cambridge University Press、2001: 103-116
- 4) Shiga F.、The constraint factors on political action of social workers and their activism in Australia. Memories of the faculty of Human Development University of Totama、2009: in press
- 5) 岩間伸之、支援困難事例へのアプローチ。メディカルレビュー社、2008: 177
- 6) Allan J.、Pease B.、Briskman L. Critical Social Work? an introduction to theories and Practices、Allen and Unwin、2003: 32-51
- 7) ibid:17-31
- 8) 舟木紳介、オーストラリアのクリティカル・ソーシャルワーク理論における社会正義概念とポストモダニズムの影響、社会福祉学、2007; 48-3: 55-65
- 9) ibid
- 10) Ferguson I.、Lavalette M.、Whitmore E. (Eds) Globalization、global justice and social work. Taylor & Francis、2005: 157-172
- 11) 北川誠一、松岡敦子、村田典子、演習形式によ

- るクリティカル・ソーシャルワークの学び 内省的思考と脱構築文責の方法. 中央法規、2007 : 12-70
- 12) 三島亜紀子、『社会福祉学の<科学>性』、勁草書房、2007 : 133-171
- 13) ibid
- 14) ibid
- 15) Ife J., Rethinking Social Work: towards critical practice, Longman, 1997: 127-151
- 16) ibid : 39-75
- 17) 北川誠一、松岡敦子、村田典子、演習形式によるクリティカル・ソーシャルワークの学び 内省的思考と脱構築文責の方法. 中央法規、2007 : 12-70
- 18) 大谷昭、大本和子、笹岡真弓他編、改訂医療ソーシャルワーク実践 50 例 典型的実践事例で学ぶ医療福祉、川島書房、2008 : 157
- 19) Ife J., Human rights and social work towards rights-based practice, Cambridge University Press, 2001: 103-116
- 20) 横田恵子、日常性とソーシャルワーク、世界思想社、2003 : 135-175
- 21) Allan J.、Pease B.、Briskman L. Critical Social Work ? an introduction to theories and Practices, Allen and Unwin, 2003:187-201
- 22) ibid
- 23) Reamer, FG (2006). Social work value and ethics, third ed.、Columbia University Press
- 24) Ferguson I.、Lavalette M.、Whitmore E. (Eds) Globalization, global justice and social work. Taylor & Francis, 2005: 207-223
- 25) Abramovitz M., Bardill D.R., Should all social work students be educated for social change? Pro and Con, Journal of Social Work 1993; 29-1: 6-18
- 26) 占部尊士、大西良、藤島法仁 他、福祉学生に対する体験型教育の試み～野宿者支援を通しての学び～、第 22 回日本地域福祉学会要旨集、2008 : 180
- 26) Ferguson I.、Lavalette M.、Whitmore E. (Eds) Dudziak, S Educating for justice: challenges and openings in the context of globalization, Globalization, global justice and social work, Taylor & Francis, 2005, pp141-153
- 27) ibid
- 28) Shiga F.、The constraint factors on political action of social workers and their activism in Australia. Memories of the faculty of Human Development University of Toyama, 2009: in press

「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。（注：次ページの「投稿規定についての補足」を参照のこと。電子メールのみでもさしつかえない）
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、総会担当役員とする。（注：次ページの「投稿規定についての補足」を参照のこと。編集委員長に直接、電子メールで投稿することが可能）
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。
 - (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、榎原久孝、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。

star@onyx.dti.ne.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。

星 旦二 編集委員長

〒260-0013 多摩市桜ヶ丘 3-14-10 首都大学東京 都市環境学部 大学院・都市システム科学専攻

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以て目的とする。
- 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

みなさま、社会医学研究第 27 卷 1 号に掲載された質の高い論文をご覧ください。渡部月子氏は、保健師数が多い県では、高齢者有業割合が高まり、結果的に要介護認定割合を低下させていることを示している。杉琴さやこ氏は、終末期医療における在宅療養の課題を実証している。岡田栄作氏は、精神保健福祉士 635 名を対象として、精神保健福祉士の抑うつとの関連要因として、技術を要求されるが裁量が少なく、上司、同僚からのサポートが得にくいことを報告している。楠永敏恵氏は、在宅要介護高齢者が経験する苦痛と困難として、「心身機能の衰えによる日常生活上の困難」「改善する手段のない疼痛と不快感」などを抽出している。木村美也子氏は、高校生の子をもつ中年期女性のメンタルヘルスと地域との関わり及び地域のソーシャル・キャピタルとの関連性として、高等学校生徒保護者 1,530 名を調査し、地域活動積極度、地域活動参加頻度共にメンタルヘルスと有意な関連性を有し、中年期の女性のメンタルヘルスに対し、地域のソーシャル・キャピタルの重要性を指摘している。川添禎浩氏は、健康食品の素材のヒトにおける有効性に関して考察し、生活習慣病に対する健康食品の科学的な実証があるのは、調査した 92 素材の中で 37 素材であることを明らかにしている。志賀文哉氏は、ソーシャルワークの原理の一つである「社会正義」に注目し、倫理綱領における位置づけと実践を検討している。

編集委員長を拝命してから、一年あまりが経過しました。パソコンのクラッシュなどがあり、質の高い多くの投稿をいただきながら、発行がやや遅れてしまいましたこと、誠に申し訳ありませんでした。ご多忙中にもかかわらず、査読いただきました先生方には心より感謝いたします。また、全てのプロセスで、宮尾克先生には大層お世話になりました。心より感謝いたします。次号（第 27 卷 2 号）は、大阪の総会前にできますように、努力いたしますので、引き続きご投稿をよろしくお願いいたします。（星 旦二）

査読者一覧（五十音順：敬称略）

下記の査読者の熱心な査読で、本号が完成しました。こころから、感謝申し上げます。

天笠 崇	片平 洵彦
北原 照代	黒岩 晴子
黒田 研二	高阪 悠二
榊原 久孝	神馬 征峰
関谷 栄子	高鳥毛 敏雄
千田 忠男	戸ヶ里 泰典
中島 晃	中村 賢治
中本 稔	波川 京子
広瀬 俊雄	藤原 奈佳子
松原 三智子	三戸 秀樹

社会医学研究 第27卷1号 2009年12月25日発行

日本社会医学会機関誌 社会医学研究 Bulletin of Social Medicine ISSN 0910-9919

理事長 上畑鉄之丞 過労死自死相談センター uehata@yahoo.co.jp

発行者 上畑鉄之丞

編集 星 且二 編集委員長（首都大学東京） star@onyx.dti.ne.jp

発行事務局

〒464-8601 名古屋市千種区不老町 名古屋大学情報科学研究科

宮尾克研究室内 日本社会医学会事務局

TEL/FAX 052-789-4363 mmiyao@med.nagoya-u.ac.jp