

目 次

－原著－

- 1 Steadily decreasing proportion of overlooked dementia in community-dwelling Japanese elderly: six-year follow-up in an urban population (山本千紗子、他) 1
都市部地域在宅高齢者の認知症見逃し割合は着実に減少
6年間の追跡調査より
- 2 中国における高校教員の労働ストレス (王 穎) 9
Work stress in high school teachers in China
- 3 物語世界からみた脳卒中者の健康行動 (結城 俊也、他) 19
―帰属理論から読み解く行動実践プロセス―
Stroke survivors' health behavior viewed from the narrative world:
An attribution theory analysis
- 4 茨城県5市町における障害者の割合の経年変化による
介護予防事業のアウトカム評価の試み (栗盛須雅子、他) 35
Trial outcome evaluation of nursing care prevention project using changes
in disability prevalence over time in five municipalities of Ibaraki Prefecture
- 5 認知症の人に対する態度に関連する要因 (金 高閏、他) 43
―認知症に関する態度尺度と知識尺度の作成―
Factors related to attitudes toward people with dementia
Development Attitude toward Dementia Scale and Dementia Knowledge Scale
- 6 Lifestyle characteristics of dietary supplement users from a Japanese civil servant population (近藤 高明、他) 57
公務員集団における健康補助食品使用者の生活習慣特性
- 7 介護予防システムを推進する活動 (吉田礼維子、他) 65
―保健師と住民との協働に焦点をあてて―
Public health nursing practice in the promotion of long-term care prevention systems
with a focus on collaboration between community residents and public health nurses

－総説－

- 8 地域資源の活性化 (志賀 文哉、他) 75
Activation of Social Resources in Local Communities

原 著

Steadily decreasing proportion of overlooked dementia in community-dwelling Japanese elderly: six-year follow-up in an urban population

都市部地域在宅高齢者の認知症見逃し割合は着実に減少 6年間の追跡調査より

Chisako YAMAMOTO¹⁾, Tanji HOSHI²⁾

山本 千紗子¹⁾、星 旦二²⁾

1) School of Nursing, Jobu University

2) Department of Urban Environment, Tokyo Metropolitan University

1) 上武大学看護学部

2) 首都大学東京都市環境学部

Abstract

The purpose of this study is to clarify changes in the proportion of dementia that is overlooked, with a 6-year follow-up. Self-administered questionnaires were mailed in 2001, 2004 and 2007 to all people in one community aged 65 years and older living with a spouse and/or child's family. The number of subjects was 13,058 in 2001, 13,182 in 2004 and 15,084 in 2007.

Cognitive scores were measured by three capacities, making bank deposits and/or withdrawals, filling out forms/documents and reading books/newspapers, in people whose odds ratios for demented status were reported to be high with multiple logistic regression in a previous study. One point was allocated to positive answers, and the cut-off point determined by receiver operator characteristic curves was 0-1/2-3. The ratios of the lower-scoring cohort (LSC) among the non-demented (ND) were 6.3% and 9.3% in 2001, 5.1% and 6.6% in 2004, and 4.1% and 5.8% in 2007 in men and women, respectively. A previous study by Yamamoto and Hoshi suggested that the proportion of LSC in ND was equivalent to that of overlooked dementia in association with mortality and longevity. Thus, the results of this study showed that the proportion of overlooked dementia has been steadily decreasing. During the past several years, municipalities have been providing programs for early detection and prevention of dementia under nationwide measures promoted by the government. Decreases in the proportion of overlooked dementia show that while those efforts have been significant, 4.1% of men and 5.8% of women still exist whose demented status is overlooked. Further efforts and actions to detect early stages of dementia are needed to improve the quality life of the elderly.

抄 録

認知症見逃し割合の変化を6年間の追跡調査より明らかにすることを目的とした。2001年、2004年、2007年に65歳以上の全地域在宅高齢者に自記式質問票を郵送した。分析対象者は2001年13,058人、2004年13,182人、2007年は15,084人であった。知的能動性の測定には「預貯金の出し入れ・年金等の書類記入・新聞書物を読む」の3活動項目を用いた。多重回帰分析により、認知症状態に対するこれらのオッズ比は高いことが先行研究により明らかにされている。各活動を1点として得点化し、ROC曲線(受診者動作特性曲線)によりカットオフポイント(0-1点/2-3点)を求め、0-1点を低得点群(lower-scoring cohort; LSC)としてその割合を求めた。その結果、認知症ではない群(the non-demented; ND)における低得点群割合は、2001年が男性6.3%、女性9.3%、2004年は男性5.1%、女性6.6%、2007年は男性4.1%、女性5.8%であった。山本らの先行研究は、死亡率と寿命との関連から、NDにおけるLSCは認知症見逃し割合に相当することを明らかにしており、本研究結果は、認知症見逃し割合が着実に減少していることを示している。近年、政府や地方自治体により全国的に認知症の予防や早期発見のプログラムが提供されており、

その成果の表れと思われる。しかしなお男性 4.1%、女性 5.8%の見逃しが見られ、高齢者の晩年の QOL を高めるために認知症の早期発見に一層の努力が求められる。

Keywords: proportion of overlooked dementia, three cognitive capacities, lower-scoring cohort in the non-demented, 6-year follow-up

キーワード：認知症見逃し割合、知的能動性 3 活動、非認知症者における知的能動性低得点群、6 年間追跡調査

1. INTRODUCTION

The total population of Japan in 2009 was 127.51 million, a decrease of 180 thousand from the previous year, while the population of the people aged 65 years and older (elderly) reached the record number of 29.01 million. Its proportion of the national total population, i.e., the aging rate, was 22.7%. Despite of the decrease in the total population, the population of the elderly will continue to increase, exceeding 30 million in 2015, reaching 35 million in 2025, and peaking at 38.6 million in 2042, after which it is predicted to start decreasing. However, the population of the elderly between 75 and 84 years will continue rising and in 2017 will exceed the population of the elderly between 65 and 74 years. The aging rate will still continue to rise, to 40.5% in 2055, meaning that 1 in every 2.5 people will be 65 years and older¹⁾. Along with these increases in the elderly population, the average life expectancy rose to 79.29 for men and 86.05 for women in 2008 and is estimated to rise to 83.67 and 90.34 for men and women respectively in 2055. With the world's greatest longevity, the number of people in Japan suffering from dementia is estimated to jump from 2.05 million in 2005 to 4.45 million in 2035. The increase is expected to be striking in big cities, with Saitama prefecture at the top with 3.4 times and Aichi and Osaka prefectures with 2.5 times²⁾ as many people with dementia compared with the national average.

With drug (donepezil) and other therapies today, improvement in mild and moderate cognitive impairment and demented status are possible and the progression of the disease can possibly be prevented. Although early detection and implementation of treatment are essential, early symptoms of dementia are difficult to distinguish from senile memory disorder. It has been reported that the first consultation with a physician may be delayed for approximately two years^{3), 4)}. Thus, dementia is often overlooked. Previous studies have shown that

only 50 % of people with dementia are diagnosed⁵⁾ in primary care settings, and that by the time of diagnosis the demented status may have progressed to a considerable extent⁶⁾.

Since previous studies have not shown the extent to which demented status has been overlooked, Yamamoto and Hoshi analysed data from the 2001 Complete Survey of the Community-dwelling Elderly for City A and clarified the proportion of overlooked dementia, which was 6.3% (347/5,475) in men and 9.3% (570/6,111) in women in 2001.

Early detection and implementation of treatment are essential, as mentioned above. The government realized the significance of promoting more effective measures against dementia for "Immediate creation of a society where people can live comfortably even after suffering from dementia" and implemented the program entitled "Nationwide Caravan to Train One Million Dementia Supporters". Under these measures, municipalities have been providing lectures and making other efforts to promote understanding of early symptoms of dementia and prevent dementia, and training dementia supporters in communities over the past several years. The purpose of this study is two-folds: to clarify the changes in the proportion of overlooked dementia in City A after 2001 through a 6-year follow-up, and to discuss effectiveness of measures and programs against dementia.

II. METHODS

1. Baseline and follow-up data

Baseline data from the Complete Survey of the Community-dwelling Elderly of 65 Years and Older were collected in September 2001. Self-administered questionnaires were mailed to all of the subject elderly. Responses were returned by mail by the addressees themselves or by proxies if the addressees were unable to respond for some reasons such as absence, being hospitalized, cognitive impairment

or demented status. Questionnaires consisted of 44 items such as fundamental attributes, respondents (addressee himself or herself, or proxy), family members, self-perceived health, activities of daily living, instrumental activities of daily living, lifestyle, life satisfaction, leisure activities, socio-economic status, long-term care insurance, and others.

Those whose family-caregivers responded as proxies due to the addressee's dementia or cognitive impairment and those who reported their own demented status were defined as the recognized demented (RD), and the others as the non-demented (ND).

Follow-up data were collected in September 2004 and in October 2007. Self-administered questionnaires were mailed, which consisted of the almost same items as in the 2001 survey. At the same time, survival and death of the respondents in the 2001 were investigated.

2. Study population

1) The 2001 complete survey of the community-dwelling elderly

The details of the 2001 baseline study have been described in a previous report⁷⁾. In brief, questionnaires were mailed to all of the elderly aged 65 years and older living with a spouse and/or child's family, which were 16,462 in number, and 13,195 individuals responded by mail (response rate 80.2%). After inappropriate responses were excluded, the number of analysis subjects was 13,058, among which 10,730 addressees (5,145 men and 5,585 women) responded by themselves and 1,410 by proxies (518 men and 892 women), who were all family members. The number of RD was 1,134 (408 men and 726 women). Average age and standard deviation (SD) was 80.6 ± 9.2 in men and 84.7 ± 7.7 in women in RD, and 72.0 ± 6.1 and 73.1 ± 6.7 in men and women, respectively, in ND.

2) Outlines of City A

City A is located in the suburbs of Shinjuku, a subcenter of Tokyo, a distance of 40-50 minutes' train ride. According to the 2005 Census, it had a population of 146,000, and consisted of 62.9 thousand households. The largest proportion, 80.0%, worked in tertiary industry, the service industry, about 58% worked in information technology, medicine, care and welfare service, education including supplementary

private schools, government and local offices, and other professions that were difficult to classify.

The aging rate in 2005 was 15.8%, which was lower than national average of 20.2%. This was probably because approximately 60% of the population lives in the so-called New Town, among which population aged 45 to 54 years occupies the largest proportion⁸⁾. The aging rate rose to 19.2% as of January 1, 2009; however, it was still lower than national average of 22.8% in 2009. City A is possibly a younger city in metropolitan Tokyo.

3) Follow-up surveys in 2004 and 2007

In the 2004 Survey, questionnaires were mailed to 20,938 elderly people and 13,460 responded, for a response rate 64.3%. The number of analysis subjects was 13,182 (6,235 men and 6,947 women), and the number of RD was 989 (377 men and 612 women). Average age and SD was 78.6 ± 8.4 in men and 85.1 ± 7.1 in women in RD, and 72.1 ± 6.0 and 73.2 ± 6.7 in men and women, respectively, in ND.

In the 2007 Survey, 25,316 questionnaires were mailed and 15,428 people responded, for a response rate 60.9%. The number of analysis subjects was 15,084 (7,081 men and 8,003 women), and the number of RD was 1,082 (402 men and 680 women). Average age and SD was 78.9 ± 8.0 in men and 84.5 ± 6.9 in women in RD, and 72.5 ± 6.0 and 73.3 ± 6.6 in men and women, respectively, in ND.

3. Analytical methods

Cognitive scores were measured by three cognitive capacities: 1) making bank deposits and/or withdrawals, 2) filling out forms/documents such as pensions, and 3) reading books/newspapers. The odds ratios of these capacities to demented status were shown to be high by multiple logistic regression analysis in a previous study⁹⁾. One point was allocated to a positive answer and scores ranged from 0 to 3 points. Areas under the receiver operator characteristic curves (AUC) were calculated and the highest AUC, i.e., the cut-off point of 0-1/2-3, was determined. The 0-1 scoring cohort was defined as the lower-scoring cohort (LSC) and the 2-3 scoring cohort as the higher-scoring cohort (HSC). The ratios

of LSC in ND in 2004 and 2007 were calculated as the proportion of overlooked dementia.

4. Ethical procedures

An agreement was made between City A and the University in order to protect personal data. The University Committee on Ethical Issues approved the surveys and study. Individuals were all numbered without names, and an alternative "I don't want to answer." was provided, so that all respondents were assumed to have consented to the surveys.

III. RESULTS

1. Ratio of the lower-scoring cohort and other statistical results in the 2004 survey

With subjects divided into LSC and HSC by the cut-off point, the ratios of LSC in RD were 86.1% (62/72) in men and 94.5% (172/182) in women. They

were 5.1% (301/5,907) and 6.6% (420/6,392) in men and women, respectively, in ND. Sensitivity was 17.1% in men and 29.1% in women and specificity was 99.8% in both men and women. Thus, the results suggest the proportion of overlooked dementia in 2004 was 5.1% in men 6.6% in women (see Table 1).

2. Ratio of the lower-scoring cohort and other statistical results in the 2007 survey

The ratios of LSC in RD were 74.6% (91/122) in men and 89.3% (208/233) in women. They were 4.1% (274/6,760) and 5.8% (432/7,417) in men and women, respectively, in ND. Sensitivity was 24.9% in men and 32.5% in women and specificity was 99.5% and 99.6% in men and women respectively. The proportion of overlooked dementia in 2007 is estimated to be 4.1% in men and 5.8% in women (see Table 2).

Table 1. Scores of Cognitive Capacities in Recognized-demented and Non-demented Cohorts in 2004
n (%)

Men	Scores of Cognitive Capacities			Women	Scores of Cognitive Capacities		
	Lower Score (0-1)	Higher Score (2-3)	Total		Lower Score (0-1)	Higher Score (2-3)	Total
Recognized-demented (RD)	62 (86.1)	10 (13.9)	72 (100.0)	Recognized-demented (RD)	172 (94.5)	10 (5.5)	182 (100.0)
Non-demented (ND)	301 (5.1)	5,606 (94.9)	5,907 (100.0)	Non-demented (ND)	420 (6.6)	5,972 (93.4)	6,392 (100.0)
Total	363 (6.1)	5,616 (93.9)	5,979 (100.0)	Total	592 (9.0)	5,982 (91.0)	6,574 (100.0)

Sensitivity : 62/363=17.1%
Specificity : 5,606/5,616=99.8%
Positive predictive value : 62/72=86.1%
Negative predictive value : 5,606/5,907=94.9%

Sensitivity : 172/592=29.1%
Specificity : 5,972/5,982=99.8%
Positive predictive value : 172/182=94.5%
Negative predictive value : 5,972/6,392=93.4%

Note) Subjects who answered all three capacities were included in analyses.

Table 2. Scores of Cognitive Capacities in Recognized-demented and Non-demented Cohorts in 2007
n (%)

Men	Scores of Cognitive Capacities			Women	Scores of Cognitive Capacities		
	Lower Score (0-1)	Higher Score (2-3)	Total		Lower Score (0-1)	Higher Score (2-3)	Total
Recognized-demented (RD)	91 (74.6)	31 (25.4)	122 (100.0)	Recognized-demented (RD)	208 (89.3)	25 (10.7)	233 (100.0)
Non-demented (ND)	274 (4.1)	6,486 (95.9)	6,760 (100.0)	Non-demented (ND)	432 (5.8)	6,985 (94.2)	7,417 (100.0)
Total	365 (5.3)	6,517 (94.7)	6,882 (100.0)	Total	640 (8.4)	7,010 (91.6)	7,650 (100.0)

Sensitivity : 91/365=24.9%
Specificity : 6,486/6,517=99.5%
Positive predictive value : 91/122=74.6%
Negative predictive value : 6,486/6,760=95.9%

Sensitivity : 208/640=32.5%
Specificity : 6,985/7,010=99.6%
Positive predictive value : 208/233=89.3%
Negative predictive value : 6,985/7,417=94.2%

Note) Subjects who answered all three capacities were included in analyses.

IV. DISCUSSION

1. Ratios of lower-scoring cohort suggest proportion of overlooked dementia

Yamamoto and Hoshi showed in a previous study⁷⁾ that the size of the lower-scoring cohort would suggest the proportion of overlooked dementia by following the elderly at the baseline for 6 years.

The number of the elderly followed was 12,143 (5,664 men and 6,479 women) and their accumulated mortality and average longevity were calculated. In men, the accumulated mortality for 6 years was 63.5% (40/63) in RD and 55.6% (193/347) in LSC, while it was 15.3% (786/5,128) in HSC. Average longevity and SD was 85.6 ± 8.6 years in RD and 84.8 ± 8.1 years in LSC, while it was 79.6 ± 7.2 years in HSC, which was almost the same as the men's national average life expectancy 79.19 in 2007. In women, accumulated mortality for 6 years was 54.0% (87/161) in RD and 45.6% (260/570) in LSC, while it was only 8.1% (447/5,541) in HSC. Average longevity and SD was 90.1 ± 6.7 in RD and 90.2 ± 7.6 in LSC, while it was 80.2 ± 7.5 in HSC, which was shorter than the women's national average life expectancy 85.99 in 2007.

Compared with HSC, the figures for LSC are clearly higher, and similar to those in RD. It is expected that the LSC elderly would have been diagnosed as demented if they had consulted with a physician at baseline, and thus LSC's demented status was overlooked. As a reference for comparison, the same analytical results as in Table 1 and 2 are shown in Table 3.

2. Steadily decreasing proportion of overlooked dementia

As the results show, the proportion of overlooked dementia steadily decreased over the 6 years after 2001. Although the sensitivity in each survey has been rising, it seems to be still low. However, the specificity has been shown to be extremely high, between 99.5% and 99.9%. Decreases were 2.2 points, or 34.9%, in men and 3.5 points, or 37.6%, in women.

As described in the Introduction, the government has been promoting measures against dementia, such as the effort for "Immediate creation of a society where people can live comfortably even after suffering from dementia" and "Urgent Project for Improving the Quality of Treatment and of Life with Dementia". Under the program "Nationwide Caravan to Train One Million Dementia Supporters", municipalities have been actively promoting their own programs. Tama City has been distributing the "Guidebook to Support the People with Dementia"¹⁰⁾ and offering a lecture-delivering service for groups with more than 5 members in order to train dementia supporters¹¹⁾.

In Yokohama City, wards have been offering many programs on dementia. Izumi Ward has been offering citizens lectures to promote understanding of dementia¹²⁾, and Minami Ward has been providing community people lectures on dementia in order to support people with dementia in the community¹³⁾. Nationwide programs resulted in training of 8,514 "Caravan mates" who serve as lecturers at "Supporters" training lectures, and 694,854 "Supporters" had been trained by the end

Table 3. Scores of Cognitive Capacities in Recognized-demented and Non-demented Cohorts in 2001
n (%)

Men	Scores of Cognitive Capacities			Women	Scores of Cognitive Capacities		
	Lower Score (0-1)	Higher Score (2-3)	Total		Lower Score (0-1)	Higher Score (2-3)	Total
Recognized-demented (RD)	58 (95.1)	3 (4.9)	61 (100.0)	Recognized-demented (RD)	150 (96.2)	6 (3.8)	156 (100.0)
Non-demented (ND)	347 (6.3)	5,128 (93.7)	5,475 (100.0)	Non-demented (ND)	570 (9.3)	5,541 (90.7)	6,111 (100.0)
Total	405 (7.3)	5,131 (92.7)	5,536 (100.0)	Total	720 (11.5)	5,547 (88.5)	6,267 (100.0)

Sensitivity : 58/405=14.3%
 Specificity : 5,128/5,131=99.9%
 Positive predictive value : 58/61=95.1%
 Negative predictive value : 5,128/5,475=93.7%

Sensitivity : 150/720=20.8%
 Specificity : 5,541/5,547=99.9%
 Positive predictive value : 150/156=96.2%
 Negative predictive value : 5,541/6,111=90.7%

Note) Subjects who answered all three capacities were included in analyses.

of December 2008¹⁴). The decreasing proportion of overlooked dementia suggests that those programs and endeavor, have been effective, that dementia has been better understood by many people, and that mild and moderate cognitive impairment and demented status can be improved with current drug and other therapies.

3. Significance of understanding the prognosis of dementia

Although dementia does not appear in death statistics in Japan, it was the 14th cause of death in the U.S. in 1995. Among the elderly aged 65 years and older, it was the 8th cause of death¹⁵). Previous studies have shown that remaining longevity is about 5 years after onset of dementia^{16,17}). Knowing the prognosis of dementia is essential for the elderly themselves and also for family caregivers to make a long term care schedule and to implement early treatment¹⁸), which contributes to quality life of loved ones. In this sense, the elderly themselves and family caregivers should know that dementia shortens longevity and lowers quality of life, and that there is still a considerable proportion of overlooked dementia.

4. Further efforts and actions are required

Although the proportion of overlooked dementia has been steadily decreasing, there were still 4.1 % of men and 5.8% of women in 2007 whose demented status was overlooked. Further measures and education programs to detect early symptoms of dementia should be promoted in communities, since they are important for early implementation of treatment.

Studies have shown that dementia is often overlooked in primary care settings. It is understandable that physicians have difficulties diagnosing with accuracy in a short time during patient visits⁴). A previous study has shown that the accuracy of family caregivers' perception of dementia could be better than that of physicians since they live together with the person and spend a much longer time observing and perceiving even slight change in the person's daily activities¹⁹). In order to empower

family caregivers to perceive demented status at an early stage, knowledges and findings from research should be understood by people who live with the elderly. Cognitive decline can easily be measured by observing only three capacities: making bank deposits and/or withdrawals, filling out forms/documents such as pensions, and reading books/newspapers. This requires neither cost nor special training and skills.

Family caregivers need only to pay attention to those capacities of the elderly. The results of this and previous studies suggest that these knowledges should provide very useful guidelines for family caregivers who play important roles as the first detector of demented status¹⁹).

References

- 1) Annual Report on the Aging Society: 2009. Section 1, Chapter 1 (report in Japanese), Cabinet Office, Japan, 2010. <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2010/zenbun/html/sl1-1-01.html>, (accessed on October 16, 2010) .
- 2) Asahi Newspaper (article in Japanese): July 6, 2008.
- 3) Report on the Investigation into Actual Conditions of the Elderly's Life and Health: 1996. Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo, 1996; 24-27 (report in Japanese).
- 4) Wackerbarth SB, Johnson MM: The carrot and the stick, benefits and barriers in getting a diagnosis. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 2002; 16(4): 213-220.
- 5) Boise L, Camiciolib R, Morgan DL: Diagnosing dementia: perspectives of primary care physicians. *Gerontologist*, 1999; 39(4):457-464.
- 6) Iwamoto T, Fujii H, Umahara T, et al.: Status quo and problems on dementia treatment from the viewpoint of dementia consultation (article in Japanese). *Japanese Journal of Geriatric*, 2001, 38(4):528-533.
- 7) Yamamoto C, Hoshi T: Proportion of overlooked dementia in the community-dwelling elderly: the relationship between cognitive impairment and 5.9-year survival in an urban population (article in Japanese). *Journal of Health and Welfare*

- Statistics, 2010; 57(6):18-24.
- 8) Nissei Basic Research Institute: REPORT (article in Japanese), March 1998: 2-3.
- 9) Yamamoto C, Hoshi T: What activities are impaired when family caregivers perceive the community-dwelling elderly to be demented? Analyses of data of 10 rural towns and villages from Hokkaido to Kyushu and T City, Tokyo (article in Japanese). Health Sciences, 2008, 24(4):375-384.
- 10) Tama City Homepage: Guidebook to support people with dementia (in Japanese). <http://www.city.tama.lg.jp/kenkou/koureisha/008624.html> (accessed on January 20, 2010).
- 11) Tama City Homepage: Lecture to train dementia supporters (in Japanese) <http://www.city.tama.lg.jp/kenkou/koureisha/005013.html> (accessed on January 20, 2010).
- 12) Izumi Ward Homepage: Lecture on dementia; for constructing community where everyone can live at ease "Let's promote understanding of dementia" (in Japanese). <http://www.city.yokohama.jp/me/izumi/press/21.8.11-koureishien.html> (accessed on May 2, 2010).
- 13) Minami Ward Homepage: Enlightening lecture on dementia; understanding of dementia and supporting people with dementia in the community (in Japanese). <http://www.city.yokohama.jp/me/konan/press/press080205.html> (accessed on May 2, 2010).
- 14) Annual Report on the Aging Society: 2009 (Summary). Cabinet Office, Japan; p.27. http://www8.cao.go.jp/kourei/english/annualreport/2009/2009pdf_e.html (accessed on Oct. 16, 2010.)
- 15) Hoyert DL, Rosenberg HM: Alzheimer's Disease as a cause of death in the United States. Public Health Reports, 1997; 119: 497-505.
- 16) Larson EB, Shadlen MF, Wang L, et al.: Survival after initial diagnosis of Alzheimer Disease. Annals of Internal Medicine, 2004; 140:501-509.
- 17) Xie J, Brayne C, Matthews FE, et al.: Survival times in people with dementia: analysis from population based cohort study with 14-year follow-up. British Medical Journal, 2008; 336: 256-262.
- 18) Ostbye T, Steenhuis R, Wolfson C, et al.: Predictors of five-year mortality in older Canadians: the Canadian Study of Health and Aging. Journal of the American Geriatrics Society, 1999; 47(10): 1249-1254.
- 19) Yamamoto C, Sato N, Hoshi T: Accuracy of family caregivers' perception of dementia: Comparison with dementia recognition rate of long-term care insurance and mortality reported in preceding researches, Japanese Society of Dementia Care (article in Japanese), 2005; 4(3): 496-506.

原 著

中国における高校教員の労働ストレス

Work stress in high school teachers in China

王 穎

Ying WANG

北海道大学大学院教育学研究科

Graduate School of Education, Hokkaido University

抄 録

近年中国においては、一人っ子政策などによって、初等中等教育現場における教育競争が過熱している。この中で、教員の労働も過密化し、過労や心身の病気の増加が問題となってきている。本研究は、中国の東北部に位置している黒龍江省の高校教員を対象として、教員の勤務状況と健康実態および労働ストレスを明らかにすることを目的とした。2007年11月～12月中旬にかけて黒龍江省の高校教員311名に対してアンケート調査を行った。分析の結果、中国教員の勤務実態は多忙化が進んでいること、教員の健康実態が深刻な問題を抱えていること、および多忙と健康状態はかなり密接な関係があることが明らかになった。また、「仕事の量的・質的な負担度」が教員の主なストレス要因であり、「身体愁訴」「抑うつ感」が主なストレスの反応であったことが明らかになった。

Abstract

Recently, the competition in primary and secondary education in China has become more intense because of the one-child policy and other reasons. During this process, the workload of teachers has also become heavier; problems of extreme fatigue and mental illness are increasing. This study investigated working status, health, and work stress of 311 high school teachers of Heilongjiang Province in Northeast China. This questionnaire survey was done during November and December in 2007. According to the analysis results, teachers' workloads have become heavier and heavier, and there are also some serious problems in teachers' health status. The results showed a close relation between excessive workload and health status. They also showed that "qualitative and quantitative workload" is the main reason for teachers' stress, and the major reactions to such stress are "physical complaints" and "depression".

キーワード：高校教員、労働実態、多忙化、メンタルヘルス、ストレス

Key words: high school teachers, work status, overload work, mental health, stress

I. はじめに

近年、中国では急激に大学への進学率が上昇し、受験競争が激化している。その中で、教員の健康が悪化し、とくに、ストレス問題が表面化してきている。日本と中国は受験競争が激化していることでは共通しているが、選抜などに関わる教育制度が違うため、両国教員のストレッサーとストレスの現れ方が異なると考えられる。そこで、本研究では中国の東北部に位置している黒龍江省の高校教員を調査対象として、教員の勤務状況と健康実態を把握し、且つ、いかなる勤務状況がどのように教員の健康に影響を与えているかを明

らかにする。また、教員の仕事上のストレス要因とストレス反応を明らかにする。さらに、調査結果については筆者が2003年にハルビン市で行った調査結果^(注1)、2005年に労働科学研究所が中心となって行った日本の教職員の健康調査^(注2)、および日本の労働者25万人の調査^(注3)と比較した。

II. 対象と方法

2007年11月～12月中旬にかけて黒龍江省の省都であるハルビン市(10校)と牡丹江市(1校)の省重点校、市重点校、普通校の合計11校の高校教員を対象とし

て「高校教員の労働実態と健康問題、および労働ストレス」に関するアンケート調査を行った。

配布数 350 枚のうち 311 枚が回収された（回収率は 88.9%）。調査は各学校長等管理職に依頼し、教員に配布、回答後、回答者が密封した調査票を後日回収した。

調査回答者の内訳は男性が 114 名（36.7%）、女性が 197 名（63.3%）である。

調査内容は勤務状況、自覚的健康感、ストレス要因とストレス反応などである。

ストレス要因およびストレス反応に関する質問項目は、旧労働省委託研究「作業関連疾患の予防に関する研究」によって作成された「職業性ストレス簡易調査票」の質問を筆者が中国語に訳したものをを用いた。

職業性ストレス簡易調査表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（職業性ストレスサー）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（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、心理的なストレス反応の下位尺度は 5 つで、ポジティブな心理的な反応の尺度として活気（項目 1～3）、ネガティブな心理的な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）から成り、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）から構成される。

集計にあたっては、上記研究で示されている男女別の素点換算表を用いて、1:「低い/少ない」、2:「やや低い/少ない」、3:「普通」、4:「やや高い/多い」、5:「高い/多い」の 5 段階に得点化した。本稿では、そのうち、問題とすべき方の「高い（5）」或いは「低い（1）」の割合を用いて論じる。

Ⅲ. 調査結果

1. 労働実態

調査対象者に直前の約 2 ヶ月における、1 週あたりの超過勤務時間、休日出勤、昼休みの取得と持ち帰り仕事の頻度、仕事の忙しさなどの勤務状況を訊ねた（表 1）。

仕事の多忙の項目に関しては、「教職員の健康調査」の日本の高校教員の数値と比較した。

多い週における 1 週間にあたりの超過勤務について、「10 時間未満」をする者の割合が約 3 分の 1 程であった。また、「20 時間未満」と「20 時間以上」の回答比率を合わせると、多い週には約 4 分の 1 の教員が「10 時間以上」の超過勤務をしていた。少ない週の場合は、「20 時間未満」と「20 時間以上」の回答比率を合わせると、少ない週でも 8% の教員が「10 時間以上」の超過勤務をしていた。

表 1. 労働実態

労働実態	回 答 分 布 [単位:人(%)]				
週に超過勤務時間	なし*	10 時間未満	20 時間未満	20 時間以上	
多い週	122(39.2)	112(36.0)	62(19.9)	15(4.8)	
少ない週	159(51.1)	127(40.8)	20(6.4)	5(1.6)	
休日出勤 (この 2 ヶ月間)	なし	1-4 日	5 日以上	殆ど全て出勤	
	63(20.7)	110(36.2)	79(26.0)	52(17.1)	
昼休みの取得	きちんと取れた	偶に取れない	時々取れない	取れないことが多かった	いつも取れない
	76(24.5)	55(17.7)	65(21.0)	61(19.7)	53(17.1)
週に持ち帰り 仕事日数	なし	1 日程度	2-3 日	4 日	5 日
	47(15.9)	52(17.6)	96(32.4)	21(7.1)	80(27.0)
持ち帰り仕事の時間 多い日	なし	2 時間未満	4 時間未満	4 時間以上	
	47(17.5)	23(8.6)	135(50.4)	63(23.5)	
持ち帰り仕事の時間 少ない日	なし	1 時間未満	2 時間未満	2 時間以上	
	53(20.2)	27(10.3)	134(51.0)	49(18.6)	
仕事の多忙 (2 ヶ月間)	忙しくなかった	多少忙しかった	忙しい日が多かった	毎日のように忙しかった	
中国高校教員*	13(4.3)	56(18.6)	108(35.9)	124(41.2)	
日本高校教員*	(9.8)	(36.0)	(34.1)	(20.1)	

注) *NA を含む *注)中国高校教員:本調査

日本高校教員:労働科学研究所「教職員の健康調査」2006

休日の出勤について、「ほとんど全ての休日に出勤している」「5日以上」の回答を合わせると、40%以上の人は休日に頻繁に出勤していた。

勤務時間中に昼休みの取得について、「いつもきちんと取れた」の割合は4分の1に過ぎない。

持ち帰り仕事の頻度を見ると「4日/週あった」「5日/週あった」の回答比率を合わせると、34.1%になるが、3割程の教員は週に頻繁に持ち帰り仕事があった。1日あたり持ち帰りの時間について、多い日には「4時間以上」と「4時間未満」の回答比率を合わせると、約7割(73.9%)の教員は多い日には1日あたり「2時間以上」の持ち帰り仕事をしている。少ない日の場合は「2時間以上」の回答比率が5分の1程であった。少ない日であっても、約2割の教員は1日あたり「2時間以上」の持ち帰り仕事をしている。

仕事の忙しさに関して、「忙しい日が多かった」と回答した者の比率(35.9%)は全体の3分の1程であったが、それを日本の教職員の健康調査の数値に比べて見ると、日本高校教員(34.1%)よりやや高かった。しかし、「毎日のように忙しかった」の割合は4割であり、日本高校教員(20.1%)より2割程高かった。さらに、「忙しい日が多かった」「毎日のように忙しかった」両者の回答比率を合わせると、約80%の中国高校教員はこの2ヶ月間が多忙だと考えられた。

ここで重要なことは休日出勤の頻度と持ち帰り仕事の多さについて、一つの面で忙しい人たちはほかの面も忙しいという特徴がある。すなわち、特定の教員たちの疲労度が特に激しいという傾向があることである。以下に、昼休みが取りにくいグループと超過勤務が多いグループ、また、休日出勤が多いグループと持ち帰り仕事が多くなるグループが重なっているところを見ていこう。

表2. 昼休み取得と超過勤務

[単位:人(%)]

項目	1週あたりの超過勤務時間					
	なし	10時間未満	20時間未満	20時間以上	全体	
昼休み	ほとんど取れなかった	33(27.3)	41(36.6)	30(48.4)	10(66.7)	141(36.8)
	時々・偶に取れなかった	52(43.0)	43(38.4)	21(33.9)	4(26.7)	120(38.7)
	いつもきちんと取れた	36(29.8)	28(25.0)	11(17.7)	1(6.7)	76(24.5)

p<0.05

表3. 休日出勤と持ち帰り仕事

[単位:人(%)]

項目	1週あたりの持ち帰り仕事				
	ない	1-3日/週	4,5日/週	全体	
休日出勤	頻繁出勤	18(38.3)	61(41.8)	47(47.5)	126(43.2)
	1-4日	12(25.5)	57(39.0)	38(38.4)	107(36.6)
	ない	17(36.2)	28(19.2)	14(14.1)	59(20.2)

p<0.05

表2と表3で示したように、超過勤務が「20時間以上」と回答したグループは66.7%が昼休みを「ほとんど取れなかった」と回答した。一方、「週に4,5日程度の持ち帰り仕事」と回答したグループでは、「休日に頻繁に出勤した」と回答した教員の割合が47.5%と最も多かった。

表4. 校種別と多忙な勤務状況

[単位:人(%)]

項目	4,5日/週 持ち帰り仕事がある	昼休みを殆ど取れない	2ヶ月間 毎日のように忙しい
普通校	10(18.9)	11(19.3)	11(20.0)
市重点校	45(47.9)	44(45.4)	44(46.8)
省重点校	46(30.9)	59(37.8)	69(45.4)
全体	101(34.1)	114(36.8)	124(41.2)
有意差	P<0.01	P<0.01	P<0.01

勤務実態と校種の関係について、表4に示されるように「週に4,5日持ち帰る仕事がある」「昼休みをほとんどとれなかった」および「2ヶ月間、毎日のように忙しかった」という回答の割合は市および省重点校のほうが統計上で有意に高かった。多忙さは学校種により異なり、重点校ほど忙しいという結果となった。

2. 健康状態

(1) 疲労感およびストレス症状

調査対象者に直前の約2ヶ月における、健康状態や心身の疲れ具合、仕事や職業生活に対する不安や将来の健康不安について訊ね、表にした(表5)。2003年調査と「教職員の健康調査」の日本高校教員の数値も比較として入れている。

自覚的健康感を見ると「非常に健康状態が悪い」の回答(6.1%)が、「2003年調査」の結果(1.7%)より高い数値になった。「やや健康状態が悪い」も含めると、

37.5%となり、2003年の数値(23.4%)より非常に高い。これに対し「まあ健康である」と「非常に健康である」は、76.1%から47.3%まで激減している。今回調査対象

者全体の健康状態は2003年の調査に比べ、非常に悪化していることが分かる。具体的に見ると、まず、身体と精神の疲れ具合が挙げられる。

表5. 健康状態

健康状態	回 答 分 布 [単位:人(%)]				
自覚的健康感	非常に悪い	やや悪い	どちらとも言えない	まあ健康	非常に健康
本調査	(6.1)	(31.4)	(15.2)	(39.5)	(7.8)
2003年調査	(1.7)	(21.7)	—	(69.1)	(7.0)
疲労感	殆ど疲れない	あまり疲れない	どちらとも言えない	やや疲れる	とても疲れる
身体的疲労	10(3.2)	28(9.0)	14(4.5)	174(56.1)	84(27.1)
精神的疲労	16(5.2)	44(14.2)	14(4.5)	150(48.4)	86(27.7)
翌朝への疲労の持ち越し	殆どない	あまりない	どちらとも言えない	時々ある	いつもある
本調査	18(5.8)	30(9.7)	5(1.6)	112(36.1)	145(46.8)
強い不安、悩み等	ない	どちらとも言えない	ある		
本調査	(13.9)	(16.1)	(70.0)		
日本高校教員*	(34.7)	—	(65.3)		
将来の健康不安	持っていない	少し持っている	大変持っている		
本調査	(19.0)	(63.9)	(17.1)		
日本高校教員*	(11.3)	(61.8)	(26.9)		
定期健康診断	ない	ある			
本調査	153(49.5)	156(50.5)			
2003年調査	146(64.3)	81(35.7)			
日本高校教員*	(11.9)	(88.1)			

*注)日本高校教員:労働科学研究所「教職員の健康調査」2006

仕事での身体の疲れ具合について、「とても疲れる」と「やや疲れる」の回答比率を合わせると、80%以上の教員は身体の疲れを感じている。一方、仕事での精神の疲れ具合を見ると、4分の1以上の方が「とても疲れる」と答えていた。「やや疲れる」も合わせると、全体の76.1%が精神的に疲れている。

翌朝への疲労の持ち越しについては2003年調査で、次の日までに疲れが「取れる」と回答した割合が27.4%であった。本調査では、前日の疲労の翌朝への持ち越しが「ほとんどない」と「あまりない」の回答を合わせても15.5%しかない。「いつもある」の回答比率が46.8%と半分近い。この数値は2003年調査「疲れがいつも取れない(13.1%)」の約4倍である。また、「時々ある」と「いつもある」の回答を合わせると82.9%になるが、2003年調査では疲れが「時々取れない」と「いつも取れない」の割合を合わせると71.4%であり、10ポイント以上上昇している。前日の疲労の翌朝への持ち越しは4年前より悪化している。

仕事や職業生活に強い不安、悩み、ストレスを感じている者の割合をみると「ない」者の割合(13.9%)が日本高校教員より少なく、「ある」者の割合が70%と、日本高校教員(65.3%)よりやや高かった。

将来の健康への不安に関しては、「少し不安」とする者の比率は日本高校教員の数値よりやや高いが、ほぼ同様の傾向が見られる。「少し不安」と「大変不安」の回答を合わせると、80%以上の中国高校教員、90%近くの日本高校教員は将来の健康に不安を持っている。中国高校教員の健康状態も日本高校教員と同じく深刻な問題を抱えている。

定期健康診断受診の有無について、「ない」と回答しているのは全体で49.5%であり、約半数の人が過去1年間に定期健康診断を受けていなかった。2003年の調査結果と比べ、「ある」とした者の比率は15ポイント増加し、4年前より受け率が高く見られた。しかし、日本高校教員に比べると、中国教員の受け率が日本教員より40ポイント程少ない。

(2) 多忙感と健康・ストレスの関わりについて

表6. 多忙さと自覚的健康感

[単位:人(%)]

項 目	忙しくなかった	多少忙しかった	多忙
健康である	12(92.3)	36(65.5)	94(40.7)
どちらとも言えない	0	5(9.1)	40(17.3)
健康状態悪い	1(7.7)	14(25.5)	97(42.0)

直前 2 ヶ月の忙しさと自覚的健康感との関連を見ると、表 6 に示したように忙しければ忙しいほど「健康状態が悪い」と回答する者の比率が高くなり、「健康である」と回答する者の比率が低くなる傾向が見られた。とくに、「多忙」と回答した教員の 40%以上が「健康状態が悪い」という結果となった。また、統計上でも有意差が見られた (P<0.001)。多忙さと健康状態にはかなり密接な関係が見られた。

表 7. 身体・精神の疲労感と多忙状況 [単位:人(%)]

項目	忙しなかった	多少忙しかった	多忙	
身体	疲れない	7(53.8)	17(30.9)	12(5.2)
	疲れる	6(46.2)	33(60.0)	211(90.9)
精神	疲れない	6(46.2)	20(35.7)	30(13.0)
	疲れる	7(53.8)	31(55.4)	192(83.1)

また、忙しさと身体・精神の疲れ具合の関係を見ると (表 7)、忙しければ忙しいほど、身体・精神が「疲れる」と訴え比率が高くなる傾向が見られる。「多少忙しかった」と回答したグループでは、約 60%が「身体が疲れる」、約 55%が「精神的に疲れる」と考えていた。さらに「多忙」と回答したグループでは、90%以上の教員が「身体が疲れる」、80%以上の教員が「精

神的に疲れる」と考えていた。統計上でも有意差が見られた (P<0.001)。

3. 仕事上のストレス

(1) ストレス要因とストレス反応、及び両者の関連

9 種のストレス要因の中で、男女とも「仕事の量的負担度が高い」「仕事の質的負担度が高い」の割合が多く、「身体的負担度が高い」「職場環境の要因が高い」も多く、共通している。「技術の活用度が低い」の割合は男女の違いが大きい (表 8)。ストレス反応では共通して、男女教員とも「身体愁訴が高い」「抑うつ感が高い」という反応がほかの反応に比べて多かった。男女とも「抑うつ感が高い」割合が多かったが、女性のほうが少ない (表 9)。

ストレス要因とストレス反応の関連では (表 10)、「負担」は「身体愁訴」の関連が有意であり、そのうち、「量的負担」と「質的負担」は男女とも有意である。「仕事の適性度」はその他の反応 (「活気」～「抑うつ反応」) との関連が男女とも有意 (「疲労感」は女性のみ有意) となっている。「活気」～「抑うつ反応」のストレス反応とストレス要因の関連は、女性のみ有意である傾向がみられる。

表 8. 中国高校教員のストレス要因 (%)

中国高校教員のストレス要因	男性 (N=114)	女性 (N=197)
仕事の量的負担度が高い	21.8	12.3
仕事の質的負担度が高い	12.8	23.0
身体的負担度が高い	10.8	6.7
コントロール度が低い	8.3	4.7
技術の活用度が低い	12.5	3.6
対人関係の要因が高い	0	1.7
職場環境の要因が高い	14.3	9.3
仕事の適性度が低い	5.4	3.1
働きがいが高い	5.4	2.6

表 9. 中国高校教員のストレス反応 (%)

中国高校教員のストレス反応	男性 (N=114)	女性 (N=197)
活気が低い	3.7	4.2
イライラ感が高い	8.5	2.7
疲労感が高い	8.3	4.8
不安感が高い	9.3	4.2
抑うつ感が高い	21.5	7.9
身体愁訴が高い	28.6	19.9

表 10. ストレス要因とストレス反応の関連 男性(左) 女性(右)

項目	男性(左)				女性(右)							
	活気	イライラ感	疲労感	不安感	抑うつ感	身体愁訴						
量的負担	ns	ns	ns	***	**	**	ns	**	ns	ns	***	**
質的負担	ns	ns	ns	**	ns	**	*	**	ns	**	*	**
身体的負担	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	**	ns
コントロール	**	***	ns	**	ns	*	ns	**	**	**	ns	ns
技術の活用	ns	ns	*	**	ns	*	ns	**	*	***	ns	ns
対人関係	ns	**	ns	**	ns	*	ns	*	*	**	*	ns
職場環境	ns	*	ns	**	ns	*	ns	***	ns	ns	ns	*
仕事の適性度	***	*	*	***	ns	**	**	***	***	**	ns	ns
働きがい	ns	**	ns	***	ns	ns	*	ns	**	***	ns	*

注: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001 ns=no significant

これらストレス要因・ストレス反応と「自覚的健康感」の関連を、男女 2 群で検討してみた (表 11)。

(2) ストレス要因・ストレス反応と「自覚的健康感」の関連

表 1 1. ストレス要因・ストレス反応と自覚的健康感の関連

ス ト レ ス 要 因 ・ 反 応		健 康 感 が 悪 い *			
		男 性		女 性	
項 目		%	P**	%	P**
量的 負担	高い/やや高い	49.0	0.000	52.1	0.000
	高くない	27.8		24.7	
質的 負担	高い/やや高い	44.6	0.031	45.3	0.007
	高くない	33.3		26.4	
身体的 負担	高い/やや高い	43.8	0.156	46.5	0.156
	高くない	36.5		36.5	
コント ロール	高い/やや高い	46.2	0.038	42.9	0.324
	高くない	34.6		37.0	
技術 の活用	高い/やや高い	43.8	0.141	51.2	0.038
	高くない	35.9		34.4	
対人 関係	高い/やや高い	48.2	0.034	44.4	0.203
	高くない	33.9		34.0	
職場 環境	高い/やや高い	48.5	0.005	49.2	0.028
	高くない	32.5		33.3	
仕事の 適性度	高い/やや高い	47.2	0.142	55.0	0.078
	高くない	36.4		35.8	
働き がい	高い/やや高い	39.4	0.486	40.0	0.506
	高くない	37.5		37.6	
活 気	高い/やや高い	56.0	0.044	52.9	0.142
	高くない	36.3		36.5	
イラ イラ感	高い/やや高い	41.9	0.283	31.3	0.379
	高くない	37.0		38.8	
疲労 感	高い/やや高い	49.5	0.002	58.5	0.002
	高くない	31.4		31.5	
不安 感	高い/やや高い	51.4	0.004	59.1	0.001
	高くない	33.2		31.0	
抑うつ 感	高い/やや高い	47.3	0.014	43.5	0.211
	高くない	33.0		35.5	
身体 愁訴	高い/やや高い	49.4	0.000	54.5	0.000
	高くない	25.4		27.5	

注)*:「自覚的健康感が悪い」は「悪い」及び「やや悪い」の合計

**P は Fisher の直接確率法(片側)による

全体的に見る (表 11) と、男女とも量的負担・質的負担は健康感に関連していることが認められる。それと同時に、健康感の悪さに関係しているものはいろいろな症状がとくに、メンタルの疲労、不安、身体愁訴に感じる症状は男女とも同じような関連が認められた。量的負担や質的負担や疲労感やメンタルな状況を引き

起こすことは健康感が悪くなっている一つの側面ではないかと考えられる。

「仕事のコントロール」「対人関係」「活気」「抑うつ感」は男性のみ有意である。「技術の活用」は女性のみ有意であり、関連の度合いは男性と違っている。

(3) 重点校と普通校の比較

表 1 2. ストレス要因の比較

ストレス要因の比較	男性(%)			女性(%)		
	普通校 (N=13)	市重点校 (N=33)	省重点校 (N=68)	普通校 (N=44)	市重点校 (N=64)	省重点校 (N=89)
量的負担度が高い	15.4	37.5	15.4	0.0	26.6	8.0
負担度が高い	7.7	16.7	12.1	16.3	32.3	19.8
身体的負担度が高い	23.1	12.5	7.6	9.3	6.3	5.7
コントロール度が低い	15.4	12.5	4.7	2.4	6.3	4.6
技術の活用度が低い	15.4	18.8	9.0	0.0	6.3	3.5
対人関係の要因が高い	0.0	0.0	0.0	0.0	3.6	1.2
職場環境の要因が高い	38.5	15.6	9.0	16.3	6.5	8.0
仕事の適性度が低い	15.4	3.1	4.5	2.3	4.8	2.3
働きがいが高い	7.7	9.4	3.0	0.0	3.2	3.4

ストレス要因の比較を見ると、表 12 に示したとおりに、市重点校では男女教員とも「仕事の量的負担度が高い」「仕事の質的負担度が高い」を訴えている割合が三校の中で最も高かった。普通校では男女教員とも「職場環境の要因が高い」の割合が最も高かった。

ストレス反応の比較に関して、表 13 に示されたよ

うに、どの校種も男性は「抑うつ感が高い」「身体愁訴が高い」の割合が高かった。一方、女性の場合も「身体愁訴が高い」「抑うつ感が高い」の割合は高かったが、男性との差が大きい。また、「活気が低い」は普通校の男性で高く、「イライラ感が高い」は市重点校の男性で高かった。

表 1 3. ストレス反応の比較

ストレス反応の比較	男性(%)			女性(%)		
	普通校 (N=13)	市重点校 (N=33)	省重点校 (N=68)	普通校 (N=44)	市重点校 (N=64)	省重点校 (N=89)
活気が低い	15.4	3.1	1.6	0	3.3	7.1
イライラ感が高い	8.3	16.1	4.8	0	3.4	3.5
疲労感が高い	0	9.7	9.4	2.4	4.9	5.7
不安感が高い	0	9.4	11.1	2.3	4.9	4.7
抑うつ感が高い	30.8	25.8	17.5	4.5	8.2	9.5
身体愁訴が高い	23.1	33.3	27.4	7.3	25.4	22.2

(4) 中国高校教員と日本高校教員および日本労働者との比較

ストレス要因の比較に関しては (表 14)、中国高校教員 (男女とも) は日本高校教員と同じく「仕事の量的負担度が高い」「仕事の質的負担度が高い」の割合が日本労働者より強かった。その二つ要因の高さは日・中に共通している。また、中国の男女高校教員とも「身体的負担度が高い」の割合が高いが、日本の高校教員ほど高くない。「対人関係の要因が高い」は日本の男女教員ともある程度高いが、中国の教員が低い。「職場環境の要因が高い」は日本の男女教員が大きな差異が見られたが、中国教員の男女差が大きくない。

男性の場合は「仕事の量的負担度が高い」「仕事の

質的負担度が高い」「身体的負担度が高い」の割合が中・日教員とも多かった。また、「対人関係の要因が高い」「職場環境の要因が高い」が両者の割合が極端に違う。一方、女性の場合には中・日教員とも「仕事量的負担度が高い」「仕事質的負担度が高い」が多く、「働きがいが高い」が少ない。その三つ要因は両者が共通している。相違点に関して、中国教員の「身体的負担度が高い」「対人関係の要因が高い」「職場環境の要因が高い」が日本教員より極めて低かった。

ストレス反応の比較に関しては (表 15)、第 1 の特徴としては中国の男女高校教員とも「活気が低い」の割合が少なく、日本教員・日本労働者に比べても極めて少ない。第 2 の特徴としては中国の男女高校教員と

も「抑うつ感が高い」「身体愁訴が高い」が日本教員・日本労働者より多い。特に「身体愁訴が高い」の割合が中国の男女教員とも高い。

IV. 考察

1. 先行研究からの考察

中国人民大学公共管理学院グループと人力資源研究所及び新浪教育チャンネル^(注4)は2005年に「中国教員の仕事ストレスと心理健康調査」を行った。そこでは20%の教員の身体的健康状態が、40%近くの教員は心理的健康状態が良好ではない、30%近くの教員は深刻なバーンアウト状態にあることが明らかになった。また、72.5%の高校教員は仕事のストレスが中学校、小学校等と比較して著しく高いと思っっていることが明らかになった。以上のように中国の高校教員の健康問題とりわけストレスが大きな問題となっていることが分かった。

2. 中国における近年の教育状況

中国では1992年に政府によって、市場経済化政策・

高等教育多様化が打ち出されて以来、大学はエリート教育から大衆化に向かおうとしている。そのことはかえって有名大学への進学競争をあおり、日本で言う高校レベルでの進学競争を激しくした。その中でも、予算が集中的に分配される重点高校は有名大学に進学率が高いことなどが理由となり、非常に人気が高い。近年、教育改革が再び進化するとともに、高校教員への教授技術、学歴などへの要求もますます高くなっている。一部分の教員にはこれらの要求にうまく対応できないゆえに、不安などの症状が現れている。学校は生徒の進学率で高校教員のレベルを評価し、高校教員は学校、親から生徒を有名大学に進学させるよう期待されている。加えて、高校教員の労働の過重さに対し、収入と待遇が低いことも教員のメンタルヘルスに影響している。

3. 本調査の結果から明らかになったこと

第1に教員の勤務の多忙化が拡大していることである。

40%以上の教員が休日に頻繁に出勤していた。昼休

表14. ストレス要因の比較

ストレス要因の比較 項目	男 性 (%)			女 性 (%)		
	1.中国 高校教員	2.日本 高校教員	3.日本 労働者	1.中国 高校教員	2.日本 高校教員	3.日本 労働者
量的負担度が高い	21.8	21.4	10.4	12.3	19.3	5.8
質的負担度が高い	12.8	8.3	5.7	23.0	22.8	10.3
身体的負担度が高い	10.8	18.6	8.2	6.7	24.0	9.6
コントロール度が低い	8.3	9.9	5.4	4.7	2.3	5.5
技術の活用度が低い	12.5	5.0	4.5	3.6	1.2	9.1
対人関係の要因が高い	0	12.0	4.5	1.7	7.0	6.4
職場環境の要因が高い	14.3	0	13.8	9.3	25.3	21.7
仕事の適性度が低い	5.4	5.8	6.4	3.1	3.5	9.3
働きがいが高い	5.4	7.9	7.3	2.6	2.3	13.1

出典：1.本調査 2.労働科学研究所「教職員の健康調査委員会」2006
3.厚労省「職場環境等の改善によるメンタルヘルス対策に関する研究」2005

表15. ストレス反応の比較

ストレス反応の比較 項目	男 性 (%)			女 性 (%)		
	1.中国 高校教員	2.日本 高校教員	3.日本 労働者	1.中国 高校教員	2.日本 高校教員	3.日本 労働者
活気が低い	3.7	21.6	10.8	4.2	22.2	13.4
イライラ感が高い	8.5	10.0	4.9	2.7	7.1	8.8
疲労感が高い	8.3	14.5	7.4	4.8	7.8	7.4
不安感が高い	9.3	10.4	7.1	4.2	7.1	5.8
抑うつ感が高い	21.5	12.9	6.5	7.9	7.1	7.2
身体愁訴が高い	28.6	9.5	7.4	19.9	10.1	7.8

みをきちんと取れる者の割合は4分の1程度に過ぎず、約60%の人が昼休みを取れていない実態であった。午後5時に仕事が終了するはずが、多い時期は約25%の教員が週あたり「10時間以上」の超過勤務、少ない時期でも8%の教員が「10時間以上」の超過勤務をしていた。しかも、超過勤務だけではなく、30%以上の教員は頻繁に持ち帰り仕事をしていた。また、多忙感については、約80%が「多忙」と感じている。これは日本高校教員(54.2%)に比べて極めて高いと言える。また、校種により、忙しさも異なるが、実際の調査結果を見ると、市重点校、省重点校である進学校ほど、忙しいという結果が出てきている。重点校のほうが統計上で有意に高かった。

第2に2003年に比べると教員全体の健康状態はさらに悪化していたということである。

具体的に見ると、80%以上の教員が「身体の疲れ」、約76%の教員が「精神の疲れ」を訴えた。また前日の疲労の翌朝への持ち越しがある教員は2003年の調査より増加した。とくに健康状態と関わる「仕事や職業生活に強い不安、悩み、ストレス」が「ある」と回答した比率が70%であった。これはほぼ日本(65.3%)と同じような傾向と言えるが、深刻さを窺わせるものである。また、将来の健康不安の割合は80%以上が持っている。中国教員の健康状態も深刻な問題になったと言える。

第3に多忙な勤務実態は教員たちの健康に深く関わっていた。忙しさと健康状態の関連を見ると、忙しければ忙しいほど「健康状態が悪い」の回答比率が高くなり、「健康である」の回答比率が低くなる傾向が見られた。具体的に身体・精神との関係についても同じような傾向が見られ、「多忙」と回答した教員の中では「身体・精神具合疲れる」を訴えている比率が高かった。以上で示されたように、多忙な勤務実態は教員たちの健康を悪化させていると言えよう。

第4に中国高校教員のストレス反応について、男性では「抑うつ感が高い」「身体愁訴が高い」が最も高かった。女性では「身体愁訴が高い」が高かったが、「抑うつ感が高い」が男性ほど高い状況ではなかった。この違いは何に由来するのか本調査では明らかに出来なかった。今後の課題として検討したい。同様に、この原因になっているストレス要因については、男女とも「仕事の量的負担度が高い」「仕事の質的負担度が高い」が高かった。「職場環境の要因が高い」「技術の活用度

が低い」は男性が高かった。「仕事の質的負担度が高い」は女性が高かった。どんな要因で男女の差が見られたか今後は検討したい。以上で述べたように男女教員のストレス要因「仕事の量的・質的負担度」が高い特徴が見られた。これに対し、杭州市教育研究所^(注5)が行った調査の結果を見てみたい。76%の教員が仕事の負荷が大きいと感じており、特に高校教員、男性教員のストレス発生率が高いことが明らかにしていた。今回の調査結果はこれと合致する。したがって、中国の高校教員は「仕事の量的・質的負担度が高い」が強いことを今回調査の対象者の特徴であるとともに、中国の教育現場の特徴であるとも考えられる。

第5にストレス要因・ストレス反応と「自覚的健康感」の関連では男性は有意な関連が出た項目が多く、女性がそれよりも少し少なかったが、仕事のコントロールや、対人関係や、技術の問題や、働きかたが職場における人間関係の状況に男女の大きな差がないのではないかと考えられる。

第6に校種(省重点校、市重点校、普通校)の間に、ストレス要因及びストレス反応の回答状況に相違が見られた。

市重点校の「仕事の量的負担度が高い」「仕事の質的負担度が高い」割合が三校種の中で最も高かったことに注目したい。この結果に対し、近年、市重点校の教員たちは省重点校のように進学率を上げることを目指して、教育レベルを高めることなどを要求されている。また、生徒の質、教員のレベルが省重点校ほど優秀ではないため、すぐ慣れてない教員が多いことが考えられる。また、普通校の「職場環境ストレスが高い」の割合が最も高かった。普通校の職場の環境(騒音、照明、温度、換気など)がよくない状況が普通校の高校教員の主なストレス要因であることが明らかになった。

第7に日・中の高校教員の間に心理的な仕事の量的・質的ストレス要因は日本の労働者より高率な点で共通しており、「身体負担度が高い」「対人関係の要因が高い」「職場環境の要因が高い」等の相違点が見られた。

本調査結果により「市重点校」で「ストレス要因」、「ストレス反応」が高い傾向が見られた。学校3群、男女別2群の計6群で、計量分析を行うには、データの数が少ないかもしれないが、今後データの数を増やし、更に検討したい。

注

- (1) 王穎 (2003) P30 以下、この調査結果からの引用は「2003 年調査」とする
- (2) 教職員の健康調査委員会 (2006) P45 P71 P72 以下、この調査結果からの引用は「日本高校教員」とする
- (3) 厚労省 (2005) P11 P12 以下、この調査結果からの引用は「日本労働者」とする
- (4) 中国人民大学公共管理学院組織と人力資源研究所及び新浪教育チャンネル「教師生存状況調査報告」2005
- (5) 張楽「調査显示：中小学教師普遍感覺職業压力太大」新華社 2001.10.18 <http://fz.ccjy.cn/html/jsyd/jsxs/j2.htm>

文献

- 1) 王穎「中国における教員の生活・勤務・健康実態に関する研究」北海道大学大学院教育学研究科修士論文 2003
- 2) 教職員の健康調査委員会『教職員の健康調査 調査報告書』2006 労働科学研究所
- 3) 厚労省「職場環境等の改善によるメンタルヘルス対策に関する研究」2005
- 4) 興梠一郎『現代中国グローバル化なかで』岩波新書 2002
- 5) 福地保馬「健康問題から見た教員の労働負担と課題」『人間と教育』44 2004 P25-32
- 6) 方方『教師心理健康研究』北京：人民教育出版社 2003
- 7) 王 智新『現代中国の教育』明石書店 2004

原 著

物語世界からみた脳卒中者の健康行動
—帰属理論から読み解く行動実践プロセス—

Stroke survivors' health behavior viewed from the narrative world:
An attribution theory analysis

結城俊也¹⁾、木村哲彦²⁾

Toshiya YUKI¹⁾、Tetsuhiko KIMURA²⁾

1) 千葉中央メディカルセンター

2) 元日本医科大学

1) Chiba Central Medical Center

2) Nippon Medical School

抄 録

本研究の目的は、脳卒中者における健康行動が、行動結果についての評価や脳卒中罹患の原因帰属によって、どのように影響されるのかを明らかにすることである。71名の脳卒中者に対し、発症後1年時点での健康行動実践の有無を調査した結果、行動継続群、行動強化群、行動脱落群、行動中途開始群、そして行動非実践群の5群に分類された。この各群に対して修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用い、健康行動の実践、非実践がどのようなプロセスで生起するのかを探究した。結果として、1年間の健康行動に対する評価をどのようにとらえ、どのような感情が伴うかによって実践の有無が左右されることが明らかになった。また脳卒中罹患の原因を統制可能ととらえるか否かも、健康行動に影響を与えることが示された。さらには病気自体の回復可能性や脳卒中再発への恐怖心、そして個人的健康観といった要素も加味されながら健康行動は生起されることも明らかになった。人々の健康的な生活習慣形成が、日常生活のなかで構築される物語世界に影響されることに鑑みるなら、今後もこのような視点からの研究が必要であると考えられる。

Abstract

This study examines how stroke survivors' health behavior is influenced by evaluation of their behavior and causal attribution of their stroke. The health behavior of 71 stroke survivors was investigated a year after the onset of a stroke. The survivors were classified into five groups: those continuing a health behavior, those strengthening the behavior, those discontinuing the behavior, those belatedly starting the behavior, and those never practicing the behavior. A modified grounded theory approach was used to study the processes leading or not leading to health behavior in the groups. The study showed that stroke survivors' health behavior practices depended on the survivors' thoughts and accompanying feelings about evaluation of their health behavior during the course of one year. Their health behavior also depended on their view of the controllability of the pathogenesis, the chance of recovery, their fear of recurrence, as well as their individual view of health. A person's narrative world, created by the influence of daily life, helps form healthy lifestyle habits and thus a narrative approach should remain the primary focus of future research.

キーワード：脳卒中者、健康行動、原因帰属、グラウンデッド・セオリー、物語

Keywords: stroke survivors, health behavior, causal attribution, grounded theory, narrative

1. 緒言

脳卒中の死亡率は近年における救急医療体制の整備により減少傾向にあるとされる。しかしながら累積再発率は1年で12.8%、5年で35.3%、そして10年では51.3%であったとの報告¹⁾がされており、再発防止のための健康行動をいかに実践継続させるかが喫緊の課題である。Shanunghnessy²⁾らによると、自宅において週4回以上の運動療法を実践していたのは31%であり、41%の脳卒中者は1回未満であったと報告しており、健康行動の実践継続率は決して高いとはいえないのが現状である。現在、わが国では「健康日本21」のような科学的根拠に基づいた医療（Evidence Based Medicine 以下EBM）に基づいた運動、栄養、休養といった健康生活習慣づくりは実践されているが、患者の主観的な物語世界に基づいた医療（Narrative Based Medicine 以下NBM）の展開は乏しいと言わざるを得ない³⁾。人々の健康的な生活習慣形成は、EBMよりも日常生活のなかで構築される物語世界、すなわちNBMに基づいてつくられる⁴⁾ことに鑑みるなら、EBMとNBMがバランスよくかみ合ってこそ有効な健康生活が実践されると考えられる。

一方において、人々の素朴な原因説明が本人の行動に影響を与えるという「帰属理論」を援用した健康関連研究の系譜も存在している。ある疾病に対する医学的説明よりも、その疾病に対する患者の認知や説明のしかたが、その病気の克服能力や予防手段の選択に影響するというタイプの研究がなされてきた^{5) 6) 7)}。例えば脊髄損傷患者が発症原因を自己に内的帰属をした場合、その自責感が積極的な努力を生み、リハビリテーションが円滑に進むことを報告した研究⁸⁾はその好例であろう。また自己コントロール感を操作することによって、病気の改善が自己努力に帰属されればされるほど、その後の健康行動が維持されやすいという治療的成果の報告もなされている^{9) 10)}。このように帰属理論は自己をとりまく世界における事象の原因をどのように解釈するかに関心を寄せる点で、NBMと親和性が高い理論ということが出来る。したがって医学的に診断可能な客観的な病気（Disease）よりも、主観的であいまいな病（Illness）に焦点を当てることによってNBMの充実を図ろうとするなら、帰属理論はひとつの有力な援用理論であるということができよう。

しかし、NBMにおける対象が主観的であいまいな病である以上、文化やイデオロギーの影響を受けやすい¹¹⁾であろうことは予想に難くない。また原因説明が同じでも、原因認知の対象である疾患が異なれば、行動の異なる可能性があることにも留意しなければならない。したがって、わが国における脳卒中者の健康生活習慣づくりに貢献できる認知行動理論を検討するにあたっては、日本という文化的背景のもと、脳

卒中という疾患に罹患した人々の物語世界を探究する必要がある。その際に帰属理論を援用することによって、すなわち脳卒中者は脳卒中罹患原因をどのように説明するのか、そして原因帰属のいかんによって健康行動はどのような影響を受けるのかを明らかにできれば、その帰属を操作することによって脳卒中者の行動変容を促し、健康生活の習慣づくりに一定の寄与ができると考えられる。さらには一定の時間経過後、健康行動実践の有無による結果の評価が、その後の健康行動の継続にどのように影響するのかを示すことができれば、健康行動からの脱落に対する有効策を発見する契機となりうるといった臨床的意義もある。しかしながら帰属理論を用いて、発症から前方視的に脳卒中者の健康行動に関連した物語世界を探究した研究は寡聞にしてみられない。以上のことから本研究の目的を次のように定める。①一定期間における健康行動実践の有無による結果の評価が、その後の健康行動にどのように影響するのかを明らかにすること。②脳卒中者における脳卒中罹患の原因帰属と健康行動実践の関係性を明らかにすること。上記①、②を脳卒中者の物語世界から読み解くことによって、健康行動の実践・非実践の現実的なプロセスを明らかにし、行動変容介入の一助とすることを目的とする。なお本研究ではWeinerの原因帰属モデル¹²⁾、および責任帰属モデル¹³⁾を主たる援用理論として用いる。当該理論の要諦とは、原因帰属がなされた後、人はどのような感情を体験し、どの程度の達成行動が動機づけられ、その結果としていかなる行動を起すかという点にある。この際、3つの原因次元の概念を導入することにより、原因帰属の期待や感情への影響に関する理論的予測が可能になった。この3つの原因次元とは、原因の位置次元（例：成功が内的要因に帰属されれば自尊心が高まる）、安定性次元（例：失敗が安定性の高い原因に帰属されれば期待は低下する）、統制可能性次元（例：失敗が統制可能性の高い原因に帰属されると罪悪感を抱く）であり、これらの導入によって、原因帰属は期待×価値モデルの認知的働きとして明確化されたという特徴があるといえよう。また90年代には原因帰属モデルに責任性（人の行為に関する道徳的な判断の特性）という概念を導入し、社会的場面での応用としての理論を展開した。従来、Rotter¹⁴⁾をはじめとした社会的学習理論の流れを汲む考え方においては、期待に関連して、自分の行動によって事象を生起させられるか否かという結果の統制可能性を問題としていた。しかしWeiner理論においては、その結果がたとえ行為者の行動と無関係であっても、高い予測性により再現されると考えれば期待は高くなるとする。つまり将来における事象の再現性としての期待を問題としているといえるのである。臨床においては、患者の努力にも

関わらず、体調が改善しない非随伴的な状態であっても、その原因を不安定な要因に帰属することにより希望を持つようとしている例は少なからず経験する。したがって単に結果の統制可能性だけに注目するのではなく、3つの原因次元という観点から多角的に考察できる Weiner 理論のほうが、脳卒中者の物語世界の豊穣性をより詳らかにできると考える。よって Weiner 理論を本研究における中心的な援用理論として採用する。

2. 方法

2.1 対象および選択手順

本研究の分析対象は以下の条件を充たした脳卒中者 71 名であり、すべての方から研究同意書にて承諾を得た。

- ① 発症から 48 時間以内に千葉市内の C 病院に搬送され 3 ヶ月以上入院していた者
- ② 臨床的な初発脳卒中者のうち自宅退院した 40～75 歳の者
- ③ コミュニケーションが可能であり、重篤な高次脳機能障害を有さない者

なお上記 71 名は理論的サンプリングを施行した結果において選択されたものである。以下にその手順を記す。データ収集開始当初は上記①、③、および初発脳卒中者という条件であったが、進行に伴いデータ収集範囲を次のように限定した。

- ・自宅退院した者：転院や老人保健施設に入所した場合、自宅とは環境が異なるため、実践意志や行動自体にバイアスがかかる可能性がある。そのため自宅退院した者に限定した。
- ・40～75 歳の者：30 代以下の若年脳卒中者は健康に対する考え方が異なる可能性があること、また 76 歳以上の後期高齢脳卒中者は、多くの合併症を有している場合があり、健康に対する考え方や健康行動自体にバイアスがかかる可能性がある。そのため 40～75 歳の者に限定した。

2.2 健康行動の定義

本研究における健康行動とは The American Heart Association、American Stroke Association¹⁵⁾ の推奨する再発防止行動を参考にして、一部改変、追加して以下のように定義した。

- ① 禁煙
- ② アルコール量の調整(アルコール 16 g / 日以下)
- ③ 運動 (30 分 / 日以上、3 日 / 週以上)
- ④ 食事内容 (栄養指導の遵守、もしくは塩分、脂肪量調整の心がけ)
- ⑤ 生活時間の調整 (適度な休息の心がけ)
- ⑥ 受療行動 (定期健診や服薬の遵守)

2.3 調査および分析方法

本研究では脳卒中者に対する半構造化インタビューから得られるデータを分析する方法を採用した。その主たる理由は、脳卒中者の主観的な病いの物語世界を探究するためには、自由な語りを分析することによる探索的研究が適していると考えたことにある。

- ・インタビューの時期、および期間
時期：発症から 1 年時。期間：2006 年 10 月から 2010 年 4 月。
- ・インタビューの内容
- ・退院後、健康に配慮した生活を実践されましたか？
- ・実践したのは (実践されなかったのは) どのような理由からですか？
- ・脳卒中という病気になられたのはどのような理由からだと思いますか？
- ・今後どの程度まで回復なさると思われますか？
- ・現在、どのような心配事がありますか？

・分析の手順

- ① インタビューの全過程は IC レコーダーに録音し、後日テキスト化した。
- ② テキスト化されたデータを熟読し、内容が不明確な場合は可能な限り口頭にて各脳卒中者に確認した。
- ③ 5 つの健康行動群 (継続群・強化群・脱落群・中途群・非実践群) ごとに、語りの内容を修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ¹⁶⁾ を用い分析した。
- ④ 分析テーマ (1 年間の健康行動の結果に対する評価、および脳卒中罹患の原因帰属と健康行動の関係性) と分析焦点者 (脳卒中者) に照らして、データの関連箇所に着目し、それを一つの具体例 (ヴァリエーション) とし、他の類似具体例をも説明できると考えられる説明概念を生成した。
- ⑤ 概念を創る際に分析ワークシートを作成し、概念名、定義、最初の具体例などを記入した。
- ⑥ データ分析を進める中で新たな概念を生成し、分析ワークシートは個々の概念ごとに作成した。
- ⑦ 同時並行的にデータから他の具体例を探し出し、ワークシートのヴァリエーション欄に追加記入していった。具体例が豊富に出てこなければ、その概念は有効でないと判断した。
- ⑧ 上記過程におけるすべての解釈が恣意的に偏る危険性を防ぐためにスーパーバイザーのチェックを受けた。

3. 結果

脳卒中者 71 名の基本属性を表 1 に記す。健康行動の様態については、定義上の健康行動を継続していた

継続群 32 名、定義上の健康行動を強化した強化群 9 名、定義上の健康行動から脱落した脱落群 14 名、定義上の健康行動を中途から開始した中途群 3 名、そして定義上の健康行動を最初から実践しなかった非実践群 13 名の 5 つに分類された。脳卒中罹患の原因としては、悪習慣（喫煙、過剰なアルコール摂取、食べすぎ、塩分、脂肪摂取過多）、働きすぎ、(自己身体に対する)無関心、運動不足、運、遺伝、ライフイベント、不明の 8 つに分類された。表 2 は各健康行動群における脳卒中者が、脳卒中罹患原因をどのように帰属していたかを示す頻

度表である。各群において析出された概念、上位カテゴリーの定義については表 3 に記す。また各概念における語りの具体的内容を事例として表 4 - 8 に記す。図 1 は健康行動様態別に生成されたカテゴリー間の相互の影響関係や変化のプロセスをまとめた結果図である。推測的、包括的思考の繰り返しによる分析結果であり、本研究における因果連鎖的な健康行動パスの仮説モデルとして提示した。なお以下においては、概念名は「」で、発言内容は「」で表する。[]内は脳卒中者の番号である。

表 1. 脳卒中者の基本属性

平均年齢	62.4±8.8 歳 (40-75 歳)
診断名	脳出血 30 名 脳梗塞 41 名
病巣	被殻 26 名 視床 16 名 放線冠 12 名 橋 5 名 延髄 5 名 小脳 2 名 ACA 1 名 MCA 4 名
運動麻痺	右 33 名 左 38 名
平均入院期間	127.1±29.7 日
既往歴	高血圧症 28 名 心臓病 9 名 糖尿病 15 名
就業状況	無職 34 名 退職 20 名 復職 15 名 転職 2 名
±は標準偏差 ・ACA=前大脳動脈領域 MCA=中大脳動脈領域	
・無職=発症時、現在とも無職の者 退職=発症を機に退職し、現在は無職な者	

表 2. 各群における脳卒中罹患の原因帰属頻度

原因帰属(横軸)	1	2	3	1+2	1+3	1+4	2+3	5	6	7	1+5	2+5	1+2+5	6+5	6+1	8	合計
健康行動継続群	4	3	1	7			5	1	3		3				1	4	32
健康行動強化群			2	3	1		1					1	1				9
健康行動脱落群	1	1				1		5	1	2						1	14
健康行動中途群								3									3
健康行動非実践群		1	4					1	1	2	3			1			13
合計	5	5	7	10	1	1	6	10	5	4	6	1	1	1	2	6	71

1:悪習慣 2:働きすぎ 3:無関心 4:運動不足 5:運 6:遺伝 7:ライフイベント 8:不明

表 3. 概念名の定義

カテゴリー	概念名	定義
一年間の評価	改善評価	一年間の健康行動の結果について、概ね効果があったと評価していること
	喜びと期待	改善結果に対する喜びと、今後のさらなる改善に期待していること
	目標の不達成	一年間の健康行動の結果について、目標には未だ到達していないと評価していること
	結果への不満感	目標に到達していないことに対して、憤りや悔しさといった不満感を抱いていること
	機能低下の恐怖	機能低下の進行に対して懸念を抱いていること
	希薄な改善感	一年間の健康行動の結果について、明確な改善感が得られていないと評価していること
	継続への懐疑	健康行動の継続効果について懐疑心を抱いていること
	予想外の体調不良	健康行動を規定通りに実践しなかったため、予想以上に体調が思わしくないこと
	悪化への焦燥感	身体状況が悪化の一途をたどるのではないかと焦燥感を抱くこと
	健康至上主義への疑問	健康への過剰な希求のために生活が犠牲になることに疑問を抱くこと
健康行動	忍従としての脳卒中	脳卒中は後遺症の残る病気であり、それはある程度しかたがないとしてあきらめること
	一抹の安堵感	規定通りの健康行動を実践しなかったにもかかわらず、悪化していないことに対して安堵感を抱くこと
	継続行動	さらなる改善や再発防止のため、規定の健康行動を継続していくこと
	強化行動	自ら定めた目標の達成や再発防止のため、健康行動を強化していくこと
	脱落行動	行動結果に対する効力感が持たず、規定の健康行動から脱落していくこと
	中途行動	将来的な悪化への懸念を払拭するために、途中から規定の健康行動を開始すること
	完璧行動の放棄	過剰な健康至上主義への疑問から、完全無欠の健康行動を放棄すること
脳卒中罹患の原因帰属	一部実践	再発の恐怖心から一部の健康行動は継続していこうとすること
	後悔としての生活習慣	脳卒中の原因を過去の生活習慣に帰属し、後悔や罪の感情を抱いていること
	統制可能な運	運や遺伝が作用する環境の人為的整備によって、部分的に統制が可能なのではないかとと思うこと
	原因不明による不安	脳卒中の原因が不明だけに、いっそう不安感が募ること
	弁解機能としての運	健康行動から脱落した事実を正当化するために、統制可能な運に罹患原因を帰属すること
将来への不安	原因不明による当惑	明確に罹患原因を帰属し得ないため、困惑していること
	決定論としての運	統制可能な運の作用によって脳卒中に罹患したと原因帰属すること
	不十分な自己管理	脳卒中の罹患原因を自己管理の不十分さに帰属するが、配慮しても完全には防げないと考えていること
再発恐怖	将来における再発の可能性に対して恐怖心を抱くこと	

表4. カテゴリー、概念および事例内容一覧表（健康行動継続）（ ）内は脳卒中者番号

カテゴリー	概念	事例内容
一年間の評価	改善評価	<p>・最初のうちはつらかったんですけどね。もう最近は慣れました。血圧もまあまあで安定してますし、いいんじゃないですかね。(No.33)</p> <p>・食べ物気にしてたら少し体が軽くなった気がしますね。あの、体の切れっていうんですか、それがよくなった気もしますねえ。(No.53)</p> <p>・歩く、体操、よくやってますよ。そのせいでしょうか、歩くときの引っかかりが少なくなってきた感じがねえ、しますよ。女房なんかもねえ、「お父さん、わかんないよ」っていってくれますから。やっぱうれしいですよええ。(No.46)</p>
	喜びと期待	<p>・先日久しぶりに、その、一人で電車に乗ったんですよ。感激しました。もうこの調子でいけば仕事も大丈夫じゃないかって、そんな期待も持ちました。(No.57)</p> <p>・お友達がね、またみんなで行きましようねって誘ってくださったの。私もここまでできましたからね、ほんとうれしかった。それでね、私もこれは夢じゃないかもなあって思ってね、涙が出ました。(No.15)</p>
健康行動	継続行動	<p>・やはり努力の結果がでるっていうのはうれしいですよ。これからもきちっと摂生してね、うん、やってこうと思いますね。継続は力なりですからね。(No.18)</p> <p>・そりゃよくなってくりゃうれしいよ。俺はやるよ、やる。このまま続ければね、あと1~2年もすればすっかりよくなるんじゃないかねえかってね、そう思うよ。(No.5)</p>
脳卒中罹患の原因帰属	後悔としての生活習慣	<p>・やはり原因は不摂生、飲みすぎ、食べ過ぎがいけなかったと思いますね。まあね、もっと注意すればよかったんでしょうね。もう自業自得、反省ですよ。(No.25)</p> <p>・とにかくあれやこれやいろいろやりすぎたんでしょうね。自分でいうのもなんですけど、私、まじめすぎるんですよ。他人のぶんまで手伝ったりして。その、体のことをね、もっと考えればよかった。後悔してます。(No.3)</p> <p>・いやー、ぜんぜん気にしなかった。体は元々丈夫だっていうのがあったんで。あの、それがいけなかったんでしょう。今はね、自分の体に申し訳ないっていう気持ちでいっぱいですよ。(No.13)</p>
	統制可能な運	<p>・こればかりは運命と思うしかない、うん。でも努力することによって、いい運が引き寄せられるようにはしておかなくっちゃと思いますね。(No.58)</p> <p>・えっと、うちは脳卒中の系統なもんですからね。だから私もなっちゃった。これしょうがないなって気持ちもありますけどね。でもね、用心してやっていけば防げるんじゃないかって気持ちもあるんです。(No.52)</p>
	原因不明による不安	<p>・原因がわかれば対処のしようもあるんでしょうけど、それが思いつかない。あの、それがもどかしいんです。だからって何もしてないんじゃない不安ですからね、できることはやっています。(No.2)</p>
将来への不安	再発恐怖	<p>・けっこう再発したって話聞きますからねー。もう再発のほうひどいって。うーん、これはもうね、気をつけて生活するしかないですよ。ほんと怖いんです。(No.38)</p> <p>・これ再発率ってどのくらいなの。とにかくもう再発が怖くてねえ。だって近所のだんなさん、再発して口もきけないようになっちゃった。よほど注意しないとねえ。(No.28)</p>

表5. カテゴリー、概念および事例内容一覧表（健康行動強化）（ ）内は脳卒中者番号

カテゴリー	概念	事例内容
一年間の評価	目標の不達成	<p>・いやー自分としては一生懸命やったんだけどね。目標はあくまでもスマートに歩くことだから。そう、だからまだまだ道半ばだね。(No.47)</p> <p>・手の握りがですね、そう、細かい動作がいまひとつですね。目つぶってもできるよう</p>

一年間の評価	目標の不達成	<p>にならなきゃ。もっとね、練習してうまくできるようにって思ってます。(No.62)</p> <p>・前より気は使うようになりましたよ。血圧もまめに測ってますし。でもまだ高いんですよねー。もっと徹底的にやってですね、コントロールしなくちゃダメです。(No.40)</p>
	結果への不満感	<p>・えっとですね、これじゃまだまだ満足できる状態にはほど遠い。ときどきね、なんであっていららしちゃうときあるんですよ。(No.7)</p> <p>・悔しいっていうかねえ。やってたんだけどなー、けっこう。こうなったら効果がでるまでさ、やってやるって感じだね。(No.47)</p>
	機能低下の恐怖	<p>・いやね、私もさ、いろんな人から話し聞くでしょ。そうすつとね、関節が固まったとか歩けなくなったとか聞くんですよ。やっぱね、さぼるとだめ。もうそうなるのが怖いからね、やれることは徹底してやる。これ重要ですよ。(No.24)</p> <p>・ちょっと動かないとすぐ体が硬くなる。これ怖いよね。知り合いの男でさ、歩けてたんだよ、その人。でも閉じこもりで歩けなくなった。だから動いてなきゃ。(No.6)</p>
健康行動	強化行動	<p>・まだまだって気持ちが強いですね。あの、Aさんなんかあのお年でまだがんばってる。負けてられませんよー。うん、まだまだいけるってね、確信がありますね。(No.55)</p> <p>・自分の体を管理するって意外と難しいよ。でもやんなきゃ。こればっかは自分でやるしかない。ほんとですよ、もう自分を信じて実行あるのみ。(No.9)</p>
脳卒中罹患の原因帰属	後悔としての生活習慣	<p>・お酒やタバコ、体によくなくてことはわかってたのね。でも大丈夫だろうってやめなかった。もうこれ自己責任です。もうほんとに悔しいっていうかねえ。(No.70)</p> <p>・深夜まで働けばいつか倒れるよ。このままじゃやばいってどっかでは感じてたんだけどね。そんなときストップかけりゃよかった。だから極端に走りすぎちゃダメってことだよ。(No.6)</p> <p>・過信ですね。健康に対して過信してた。うーん、もっと注意してればなー。せつかく五体満足に生んでもらってさ、こんなにしちやって。もう懺悔ですよ。(No.9)</p>
将来への不安	再発恐怖	<p>・考えたってしょうがないっていわれても考えちゃいますよね。もうね、今度なったら終わりですよ。その、せめてね、ならないように予防はしようって思ってます。(No.7)</p>

表6. カテゴリー、概念および事例内容一覧表（健康行動脱落）（ ）内は脳卒中者番号

カテゴリー	概念	事例内容
一年間の評価	希薄な改善感	<p>・そんなに劇的によくなるってことはないんでしょうけどねえ。なんとなくこのところ停滞気味って印象が強いですよねえ。(No.50)</p> <p>・自分でいうのもなんなんですけど、まじめにやってたほうだと思いますよ。でもなんかよくなったっていう実感が持てなくなったっていうか、うん、そんな感じですね。(No.30)</p>
	継続への懷疑	<p>・ほれ、よくいうじゃない、半年まではよくなるって。まあ私の場合はもう半年過ぎましたからねえ。最近はやっと変化ないって感じだし。これからはがんばってもそんなよくなるのかもしれないね。これはほんといやな病気。相手が悪いよ。(No.71)</p> <p>・なかなか思い通りになりません。これもう止まっちゃったのかしら。ねえ、もしかしたらもうやっても無理かなーって。脳卒中ってほんと厄介。もうやんなっちゃう。(No.12)</p>
健康行動	脱落行動	<p>・なんとなく気が緩んだっていうか、うん、前みたいにきちんとできてないかもしれない。この頃目に見えてよくなるってこともないし。だれてきたのかね。(No.71)</p> <p>・1年も経つとね、現状に慣らされちゃうといおうか、そう、なんとなくこんなもんかなっていうふうになっちゃうのね。規則通りやるって難しいね。(No.59)</p>
	一部実践	<p>・定期的な受診はいかなきゃ。検査しとけば安心だからね。(No.29)</p> <p>・どっか頭のすみっこにあるんでしょうね、一抹の不安が。だから病院は行ってますよ。先生に診てもらって大丈夫だってことなら安心ですもん。(No.34)</p>

脳卒中罹患の原因帰属	弁解機能としての運	<ul style="list-style-type: none"> ・俺の知り合いでいんですよ、くそまじめなやつが。酒、タバコ、遊び、なにもやんない。それで脳梗塞。かわいそうになっちゃう。俺なんかめっちゃくちゃな生活だからしょうがないけどさ、そういうの聞いちゃうとまじめにやんのがいやになるね。これまじめにやってもなるときはなる。もーこれは運命だね。(No.66) ・生活習慣も悪かったとは思いますがね。けど、やっぱ遺伝、遺伝の力が大きかったのかなって。これって宿命ですかね。(No.17) ・脳卒中の原因って考えたらいろいろありますけどね。お酒好き、甘いもの好き、夜更かしもしたしね。でもね、最近はこれって運命だったんだなって、そう思うようにしてるの。(No.15) ・天命だったって思えばですね、あきらめもつくでしょ。なんかそういった力が働いてこうなった。そう考えれば、そう、これからの人生もなんらかの意味があるのかもしれないよね。(No.49)
	原因不明による当惑	<ul style="list-style-type: none"> ・なんだったんだろう。うーん、なんだったんだろうね。考えてもよくわかんないや。もうこうなっちゃたらさ、どうでもよくなっちゃってね。(No.27) ・生活習慣もあったからそのせいなんじゃない。でもあれなんだよね、俺の仲間なんておんなじようにやってたってさ、なってないからね。どうなのかねえ。(No.42)
将来への不安	再発恐怖	<ul style="list-style-type: none"> ・この病気はほんといやな病気。その、後遺症でしょ、再発でしょ。心配しなくちゃならないことがいくつもありますでしょ。気疲れしちゃうですよ。(No.43)

表7. カテゴリー、概念および事例内容一覧表 (健康行動中途開始) ()内は脳卒中者番号

カテゴリー	概念	事例内容
一年間の評価	予想外の体調不良	<ul style="list-style-type: none"> ・こんなに動けなくなるとは思わなかったね。入院中はもうちょっとよく歩けたと思ったなー。こんなになるとはちょっと予想外だね。(No.23) ・寝っ転がってテレビばかり見てたのがいけなかったんでしょね。足腰がほんと弱くなりました。ちよっくらなめてましたね。(No.11) ・いやー、太った。動かなかったからね、私、太りましたよ。もー体が重くてね。まさかこんなになるとはね。このままじゃ心臓や血圧に負担かけちゃうよ。(No.48)
	悪化への焦燥感	<ul style="list-style-type: none"> ・このままだとどんどん歩けなくなっちゃうんじゃないかって焦るよね。だってこれから年もとってくわけだからさ。なおさらだよ。(No.23) ・寝たきりだけにはなりたくないですよー。もうねえ、そうだったらみじめでしょう。なんか最近少し焦ってきましたよ。これ怠けてちやいかんってことでしょうね。(No.11) ・前こんなに息切れしたかなー。やっぱ太ったせいですかねえ。うん、もーこのままじゃ絶対まずい、絶対まずいですよ。なんとかしなくちゃ。(No.48)
健康行動	中途行動	<ul style="list-style-type: none"> ・はっきりいって高くくってたけどこれ大変だよ。なんらかのことはしなくちゃ。(No.23) ・なにもしないでこのまま寝たきりになるのはいやですね。今からだって遅くはない。真剣にやってね、最低限、自分のことは自分でできるようにしときたいです。(No.11) ・やれば効果はあると思いますよ。がんばって摂生してやっています。(No.48)
脳卒中罹患の原因帰属	決定論としての運	<ul style="list-style-type: none"> ・これ原因っていわれてもさ、運命だったっていうしかないんじゃない。こればっかは自分で決められるもんじゃないからね。なるようにしてなったっていうかさ。(No.23) ・不運が降りかかったっていうんですかね。私らにはどうすることもできない。(No.11) ・もーこれは運命でしょう。どっかでこうなることが決まっていたっていうんですかねえ。その、そういったね、大きな力には逆らえないでしょ。(No.48)
将来への不安	再発恐怖	<ul style="list-style-type: none"> ・再発したらどうなっちゃうんでしょね。それ考えると怖いですよ。今度は右か左か、歩けるのかって。うーん、いやですね。(No.23)

表 8. カテゴリー、概念および事例内容一覧表 (健康行非実践) () 内は脳卒中者番号

カテゴリー	概念	事例内容
一年間の評価	健康至上主義への疑問	<ul style="list-style-type: none"> ・健康ってありがたいなって思います。けどね、あんまり健康、健康であれだめ、これだめじゃ人生つまらなくなっちゃう。ね、そう思いません。(No.39) ・健康ってなんでしょう。僕が考えるには、よく眠れる、ごはんがおいしい、そういう日常の普通のこと。そう、だから普通にそこそこ暮らせればそれが健康。しぼりがきついとね、かえって窮屈になる。そう思って1年やってきました。(No.54)
	忍従としての脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> ・これね、なんの因果か脳卒中になった。も一完全には治らないかもしれない。この後遺症はね、一生つきあっていくしかないかもしれないね。(No.63) ・それは本音をいえば元に戻していただきたいですよ。でも多少はしょうがないのかなー、耐えていかなきゃしょうがないのかなーって思ってますよ。(No.34)
	一抹の安堵感	<ul style="list-style-type: none"> ・変な話、ちょっと安心したっていうかね。ほら、私そんなにまじめにやってた方じゃないから。でもそのわりにそんな悪くなってないでしょうよ。(No.56) ・周りの皆さんまじめにやってますよね。私はね、ちょっとさぼっちゃったところがあるでしょ。けどまあまあですよ。まあ、とりあえずほっとしました。(No.44)
健康行動	完璧行動の放棄	<ul style="list-style-type: none"> ・すべてのことを完璧にやるのは無理。どうしてもできる範囲だけになっちゃうね。まあ、そんなこんなでもね、なんとかやってっから。これからも無理せずにね。(No.63) ・おかげさまでさほど悪くなってないような気がします。ですから今後も自分に合ったやり方でいこうと思います。全部やれといわれても不可能ですから。(No.31)
	一部実践	<ul style="list-style-type: none"> ・もしなんかあったらまた病院にお世話になるんだから。そう、なんでね、病院には通うようにしてます。(No.68)
脳卒中罹患の原因帰属	決定論としての運	<ul style="list-style-type: none"> ・まーあんまり考えなしに飲んだり食べたりしてたのがあれだったんじゃないかね。でもまわりもけっこう好き勝手やってもね、病気になんない人もいるからね。まあ不運だった、避けられない運命だったってことだよ。(No.35) ・どうしようもないことっていうのが世の中にはあるんだよ。遺伝もそのひとつ。これだけはがんばりようがないもんなー。(No.69) ・どうあがいたってなるときはなるのですから。もう神のみぞ知る。だからその、完全に防ぐなんてことはできっこないんです。だったら汲々とするよりそこそこ楽しんでほうが良いと思いますよ。(No.54)
	不十分な自己管理	<ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中なんてまさかなるなんて思わないじゃん。だから病院なんてほとんど行かないし。それがあれなのかね。でも行ってりゃならないってわけでもないじゃん。(No.61) ・あの、自分の体に無頓着だった面はありますね。もっと気を配ってたらこんな病気にならなかったでしょうかね。まあこればかりはわかんないですけどね。(No.22)
将来への不安	再発恐怖	<ul style="list-style-type: none"> ・再発だけは勘弁して。本なんか読むとき、再発のことについて書いてあるでしょ。やっぱり怖いよね。(No.19)

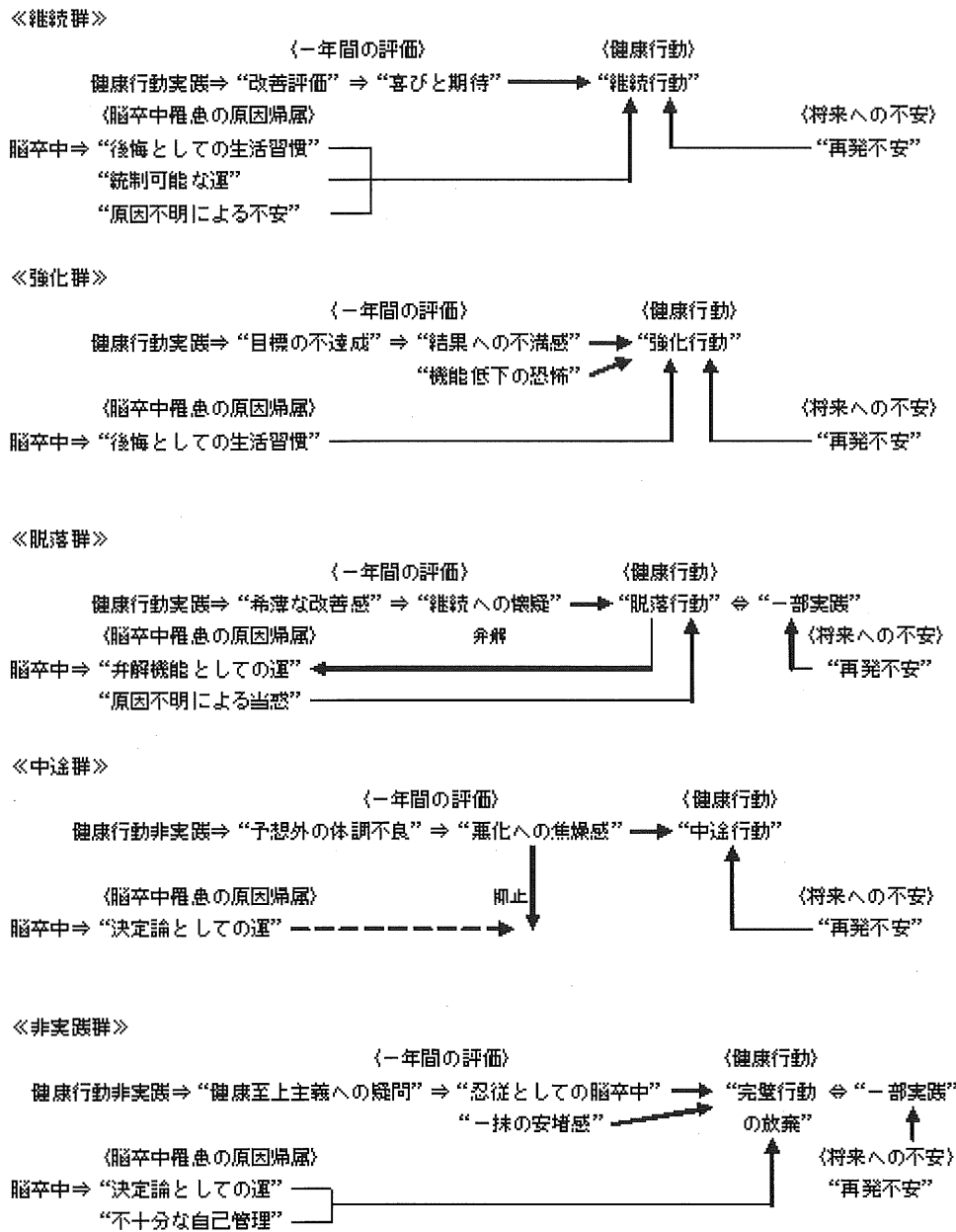


図 1. 健康行動に影響を与える諸要因の関係性と変化のプロセス

4. 考察

本研究は脳卒中者における健康行動の実践・非実践の現実的なプロセスについて、帰属理論を援用しながら、彼らの物語世界に即して探究していく試みであった。健康行動の結果に対する評価や脳卒中罹患に対する原因帰属、そしてそれらの統制可能性と付随する感情のいかんによって、発症から1年時における健康行動実践の様態は5群に分類された。以下、各群について考察していく。

4.1 健康行動継続群

本群における脳卒中者は、発症後1年の時点で規定の健康行動を継続していた。その背景には継続を支える3つの要因があることが示唆された。1つ目は1年間の健康行動の結果について、概ね効果があったと“改善評価”していることや、この結果に対する喜びと、将来のさらなる改善への期待という感情を持ち合わせていることが影響していた。個人の成功体験がその後の行動選択に影響を与えることは、自己効力感理論¹⁷⁾を持ち出すまでもなく、臨床上よく経験するこ

ろであろう。このような行動結果に対するポジティブな評価が、その後の健康行動継続を推進する原動力として機能したと推察された。したがって健康行動継続のために重要なのは、改善をコントロールしているのは脳卒中者自らであるという自己コントロール感の醸成^{9), 10), 18)}と、それに付随する期待の感情を抱くことであることが示唆された。2つ目としては、脳卒中の罹患原因を喫煙、過剰なアルコール摂取、乱れた食生活といった悪習慣、働きすぎ、そして健康に対する無関心さに帰属させ、そのことに対して後悔や罪といった感情を持ち合わせていることが健康行動継続に影響していた。Weinerの責任帰属モデル¹³⁾に照らして考えるなら、過去の悪習慣は改めようと思えば改めることのできた原因、すなわち個人内的かつ統制可能な原因であるといえる。「もっと注意すればよかった」[No.25]、「もっと考えればよかった」[No.3]という語りはそのことを端的に示した例であろう。それにもかかわらず脳卒中に罹患したという事実は、責任性と罪悪感を惹起せしめ、この感情が達成行動としての健康行動を動機づけたと解釈できた。3つ目に将来的な不安について語った“再発恐怖”という概念も健康行動継続に影響していた。ここでの脳卒中者の多くが再発に対して恐怖心を抱いており、その恐怖心への対処として、「気をつけて生活する」[No.38]、「よほど注意しないと」[No.28]といった健康行動につながる語りとなって表れていた。ここでいう恐怖心は、健康関連行動に着手するか否かの態度決定は、当該疾病に対する健康信念に左右される、とする健康信念モデル^{19) 20)}における疾病の脅威(threat)の形成と酷似している。したがって恐怖心が健康行動を推進する一要因となることはまれではなく、むしろ適度な疾病に対する脅威は、臨床的に健康行動継続に寄与する可能性が示唆された。また脳卒中罹患の原因帰属における“原因不明による不安”でも同様の構造を呈していることが示された。本群における特筆すべき発見は、罹患原因を運に帰属しながら健康行動を継続していた脳卒中者がいたことである。帰属理論においては、運は人為操作の及ばない外的で統制不可能な要因であると解されている²¹⁾。また健康関連行動の可能性に関する信念は、原因帰属変数が介在することで決定されることを示唆する研究において、疾患原因を運に帰属した者は健康行動に対して消極的であったとする報告がなされている²²⁾。つまり従来の説に依拠するなら、運や遺伝といった統制不可能な原因に帰属した場合、そこに責任性は発生

せず、無力感による行動抑制に連鎖していくと考えるのが順当といえよう。しかし本群における一部の脳卒中者は、運や遺伝に原因帰属しておきながら健康行動を継続していた。ここでの語りで特徴的なのは、「努力することによって、いい運が引き寄せられるように」[No.58]、「用心してやっつけば防げる」[No.52]というように努力や用心といった人為的操作に言及していることである。このことから導き出せる臨床的意義は、統制不可能な運や遺伝に原因帰属する運命論者であっても、これらが作用する環境を人為的に整備することによって、部分的に統制が可能であるという物語が構築されれば、健康行動の継続が促される可能性があることが示されたことにあると考える。

4.2 健康行動強化群

本群における脳卒中者は、発症後1年の時点で健康行動を強化していた。その背景には強化を促す3つの要因があることが示唆された。1つ目は1年間の健康行動の結果について、目標には未だ到達していないと評価して“目標への不達成”を表明しており、同時にその結果に対する悔しさ、憤りといった感情を抱いていることが影響していた。ここでは行動結果に対する不満足な評価がバネとなり、健康行動を強化する原動力となったと推察された。ここで注目したいのは、本群脳卒中者は改善努力をしていたにもかかわらず、不満足な結果であったことに対して、恥や自尊心低下が惹起されることなく、健康行動を強化するという選択をしたという点にある。Weiner¹²⁾に従うなら、失敗が自己に帰属されれば恥が喚起され、達成行動は抑制されることになる。また禁煙に関する先行研究²³⁾では、禁煙の失敗を安定した原因に帰属している者ほど、自分の成功可能性を低く見積もっているとの報告がなされている。したがって努力と結果の非随伴性の典型であった本群においては、健康行動は抑制されても不思議ではないはずである。しかしこのような定式に沿った行動反応を示すのは、努力が安定的な原因としてとらえられている場合であろう。だが本群脳卒中者は、自分の努力をこれ以上伸びしろのない安定的なものとしてはとらえていない。「まだまだいけるってね、確信があります」[No.55]、「自分を信じて実行あるのみ」[No.9]という語りからも推察されるように、まだ伸びしろのある可塑性に富んだものととらえていると解釈できる。よって努力を増加することにより結果はついてくると期待のもと、健康行動の強化を図るとい

う行動選択をしたと考えられる。ここから導き出せる臨床的意義は、努力と結果の非随伴性により健康行動が減弱してしまいそうな場合においても、努力の安定性次元を操作することによって（努力のしかたにより結果が変化する可能性を認識することによって）行動からの脱落を防止できる可能性が示唆されたことにあると考える。2つ目としては、継続群と同様に、脳卒中の罹患原因を過去の生活習慣に帰属させ、そのことに対して後悔や罪といった感情を持ち合わせていることが健康行動強化に影響していた。3つ目として、将来に対する不安としての“再発恐怖”が健康行動強化に影響していた。これも継続群と同様に、恐怖心が健康行動強化を推進する契機となったと考える。また1年間の健康行動の評価における“機能低下の恐怖”という概念からも、恐怖心が健康行動強化に影響を与えたと考えることができた。

4.3 健康行動脱落群

本群における脳卒中者は、発症後1年の時点で規定の健康行動から脱落していた。その背景には脱落を招いた2つの要因があることが示唆された。1つ目は1年間の健康行動の結果について、明確な改善実感が得られていないと評価しおり、そのことが健康行動継続への懐疑心を生起させ、規定の健康行動からの脱落という結果につながったと推察された。ここでの語りの特徴は、前項における強化群でみられたような具体的目標を達成できない悔しさも、次項で考察するような悪化に対する焦燥感もみられないところにある。むしろ改善実感の乏しさは、健康行動に対する懐疑心という感情を生起させ、「よくならないのかもしれないね」[No.71]、「もうやっても無理かなーって」[No.12]といった語りから推察されるように、悲観的な将来予測をしているという特徴がみられた。前項においても示したように、失敗（ネガティブな結果）が内的 - 安定的原因に帰属されれば期待値は低下し、達成行動は抑制される。本説に依拠するなら、健康行動から脱落した本群は、内的 - 安定的原因に帰属したがゆえに達成行動が抑制されたことになる。しかし本群においては、努力や能力に問題ありと帰属したがゆえに脱落したとする語りはみられなかった。むしろ「これはほんといやな病気。相手が悪いよ」[No.71]、「脳卒中ってほんと厄介。もうやんなっちゃう」[No.12]といった語りから推察されるように、脳卒中自体が克服困難な疾患であり、それゆえに結果が伴わず懐疑心やあきらめ

といった感情が生起し、健康行動から脱落したと解釈するほうが妥当であると考えられた。したがって克服困難な脳卒中という語りからは、彼らが脳卒中を課題の困難性という外的 - 統制不可能な帰属因²¹⁾としてとらえているものと推察できた。よってその統制不可能性ゆえに、脳卒中者自身の行動により事象を変化させられず、そのことが改善への低期待をもたらしたと考える²⁴⁾。2つ目として脳卒中罹患の原因帰属として析出された“原因不明による当惑”が健康行動脱落に影響を与えていた。これには罹患原因を不明に帰属したものでなく、特定の原因に帰属はしたが確証がもてなくて困惑しているものも含まれた。継続群においては、原因不明という状態は不安感をもたらし、それがゆえに健康行動を推進する原動力となると考察した。しかし本群では原因不明はむしろ困惑感をもたらし、脱落行動を修飾する作用として機能したと考えられた。以上のことから導き出せる臨床的意義は、「脳卒中は後遺症が残存する統制不可能な得体の知れない病気」という物語から「生活習慣にも起因し、健康行動によりその一部は統制可能な病気」という物語への変化を促すことが、脱落防止に有用である可能性が示唆されたことであると考えられる。最後に本群における注目すべき発見を2つ示す。1つは脳卒中罹患の原因を運に帰属した者は、健康行動からの脱落を引き起こしたというベクトルとは別の側面がある可能性、すなわち脱落の正当性を担保するための機能として作用している側面があると指摘できる点である。「これって運命だったんだなーって、そう思うようにしてるの」[No.65]、「天命だったって思えばさ、あきらめもつくでしょ」[No.49]という語りからは、あきらめをつけ、自らを納得させるためにそう思うようにしている、という構造であると読み解ける。よって本群における運への帰属は、脱落行動を自ら養護する弁解機能として作用している側面があると考えられる。いま1つは本群においても前二群同様に再発に対して恐怖心を抱いている“再発恐怖”という概念が析出された。前述までの考察によれば、恐怖心は健康行動を推進する原動力になりうるとしたが、本群は規定の健康行動から脱落した者たちであり矛盾が生じる。しかしながら本群脳卒中者はすべての健康行動を放棄したわけではない。一部の健康行動、特に受療行動は必要不可欠なものと認識し、規定通り継続している傾向がみられた。したがって、脳卒中者は再発や後遺症の不安を“一部実践”している健康行動により払拭しようとしており、再発の

恐怖心はこの一部実践している健康行動を推進する機能を果たしていると考えることができた。

4.4 健康行動中途開始群

本群における脳卒中者は、退院直後は規定の健康行動を実践していなかったが、途中から規定の健康行動を開始していた。その背景には中途開始をもたらした2つの要因があることが示唆された。1つ目は1年間の健康行動の結果について、想定外の不調感を訴える“予想外の体調不良”と評価しており、このような事態が“悪化への焦燥感”を生起させ、その影響で健康行動を途中から開始する“中途行動”という結果につながったと推察された。

ここでの語りの特徴は、「ちょっと予想外だね」[No. 23]、「ちょっとくらなめてましたね」[No. 11]、「まさかこんなになるとはね」[No. 48]といった例からもわかるように、予想と現実の間に大きな落差を感じていたことである。そして突きつけられた現実の厳しさによって、悲観的な将来予測が惹起され、「このままじゃ絶対まずい」[No. 48]という焦りの感情が生起したと考えられた。このような悪化に対する焦燥感については、類似した感情として強化行動群における機能低下に対する恐怖心があげられる。しかし先に考察したように、強化行動をとった脳卒中者は、ネガティブな状況を反面教師的に提示することによって、自分はそうはならないという強い決意を語って行動を強化していた。一方、本群においては切迫した状況に対する焦燥感が強く、とにかく悪化への流れを食い止めたいという思いが前面に出ていた。そのためには「今からだって遅くはない」[No. 11]、「やれば効果がある」[No. 48]として中途から健康行動を開始したと解釈できた。したがって両者の違いは、強い決意を持って高い目標をめざして行動を強化した者と、とにかく悪化への流れを食い止めたいとして行動を始めた者という点にあると考えられた。2つ目は継続群、強化群と同様に、将来に対する不安としての再発の恐怖心が中途行動開始を推進するひとつの契機となったと考えられた。本群においていまひとつ注目しておきたいのが、脳卒中罹患の原因帰属である“決定論としての運”という概念についてである。この概念における帰属因としての運は、「なるようにしてなった」[No. 23]、「私らにはどうすることもできない」[No. 11]、「こうなることが決まっていた」[No. 48]、という語りからもわかるように、統制不可能であり決定論的に脳卒中になったと意味づけていると解

釈できる。しかし再三述べてきたように、統制不可能な要因への帰属は無力感やあきらめを生じさせ、行動を抑制する方向に作用する。だが本群においては、逆に途中から行動を開始するという矛盾した結果となった。考えられるひとつの説明理論として、感情を規定するのは原因帰属だけではなく、結果の重要性等、さまざまな認知評価が感情の質の決定に関わっている²⁵⁾というものがある。先述のように、本群脳卒中者における支配的な感情は、想定外の体調不良をもたらした焦燥感である。このようなネガティブな結果に対する認知評価は、予想以上に悪かったがゆえによりインパクトをもって感情に働きかけたことが推測される。このことは想定外の体調不良、延いては悪化の進行という結果の重大性が、脳卒中の原因帰属以上に感情の質の決定に関与したことを示唆するものである。したがって統制不可能な運を脳卒中罹患の原因として帰属しても、結果の重大性によってもたらされた焦燥感によって、健康行動の中途実践が開始されたと考えられる。

4.5 健康行動非実践群

本群における脳卒中者は、退院直後から終始規定の健康行動を実践していなかった。彼らは1年間の健康行動の結果について、規定通りの健康行動は実践していないが、ほとんど身体的変化はないととらえていた。そしてそのことを踏まえたうえで、健康にとらわれすぎることに対する疑問、すなわち“健康至上主義への疑問”を呈していた。またほとんど変化のない現状に鑑みて、脳卒中は後遺症の残る病気であり、それはある程度しかたがないとしてあきらめる“忍従としての脳卒中”と、規定の行動を実践しないにもかかわらず悪化しなかったことに対して“一抹の安堵感”を抱いていた。そしてこのような相反する感情を含み込みながら、完全無欠の健康行動の実践は無理であるとして、“完璧行動の放棄”という従来の行動姿勢を貫いていた。まずここでの語りの特徴は、「健康、健康であれだめ、これだめじゃ人生つまらなくなっちゃう」[No. 39]、「しづりがきついとね、かえって窮屈になる」[No. 54]といった例からもわかるように、健康であることのみを人生の第一目標に掲げることに疑問を呈していることである。つまり本群脳卒中者は健康のためにすべての異常（医療的見地からみた望ましくない生活習慣＝嗜好）を排除しようという姿勢ではなく、生きる意味を大切にしたいという姿勢であることが推察される。この姿勢は上杉²⁶⁾の指摘する生活者の視点から

みた健康観に合致するものであり、ここでの脳卒中者が退院直後から規定の健康行動を実践していなかったことに鑑みれば、彼らが当初から当該健康観を有していた可能性も示唆される。そしてこのように解釈できるのであれば、脳卒中は後遺症が残存する病気であると忍従して、生きる意味を優先しているがゆえの健康行動の非実践であるという物語構造として読み解けるであろう。またここでは、忍従やあきらめとともに、悪化していないことに対する安堵感という質の異なる感情も合わせ持っていた。このことは本群脳卒中者が生きる意味を優先するために、すべての異常を受け入れるということではないことを示唆する。どんなに生きる意味を大切にするといっても、“再発恐怖”も抱いているし、その恐怖心に基づいた健康行動の“一部実践”も行われている。したがって“完璧行動の放棄”とは杓子定規な健康行動は不可能であるが、それは他方において可能な範囲の行動は実践することを意味する。このような背景には、生きる意味を大切にしたい、生きる意味を犠牲にするような健康行動は実践しない、しかしながら極端に悪化しては困るので一部の健康行動は実践する、といった心理模様が存在すると考える。次に脳卒中罹患の原因帰属についてであるが、ここでは“決定論としての運”と“不十分な自己管理”いう2つの概念が析出された。前者における帰属因としての運は、中途開始群と同様の概念であり、統制不可能な原因によって決定論的に脳卒中になったと意味づけしていると解釈できた。そしてそれは健康行動の一部放棄を推進する原動力になったと推察できる。後者は体に対する無頓着や働きすぎを帰属因としてあげているが、「(病院に)行ったりやならないってわけでもないじゃん」[No.61]という語りに代表されるように、配慮しても完全に脳卒中を防ぐことはできないと考えていた。健康行動継続群や強化群においては、働きすぎや無関心に帰属した場合には、後悔、反省、罪といった感情および責任性を伴っていたが、本群においては希薄であり、むしろシニカルな視点から悲観的みていることが示された。そしてそのような視点が健康行動の一部放棄を修飾するかたちとなったと推察できた。このように同じ帰属因であっても、帰属依存感情や責任性の有無によって後続行動が異なることが示された。以上から導き出せる臨床的意義は、健康行動非実践者に対しては、彼らの生きる意味を尊重しつつも、脳卒中再発は部分的にでも統制可能性の余地があることを一部実践している健康行動に関連づけて支援する

ことであると考ええる。

5. 研究の限界

本研究の対象である脳卒中者は、同一地域、同一医療施設において募集された者たちであり、異なる地域を研究の場として設定はしていない。よって典型性が得られているとは言い難い面もあるが、発症時の状況、入院期間、言語能力においては同質性を担保した。また分析手順を明確化し、他研究者が同一手順に従うことで、同じ一般体系化が発見できる可能性を担保した。周知のとおり脳卒中は運動能力や言語能力の程度、高次脳機能障害の種類等、きわめて個人差の大きな疾患であるといえる。したがって本研究の結果がすべての脳卒中者にあてはまるわけではない。今後の課題として、より随伴症状の範囲を限定したなかでの研究が望まれる。

6. 結論

本研究は脳卒中者における健康行動の実践、非実践の現実的プロセスについて、Weinerを中心とした帰属理論を援用しながら読み解いてきた。健康行動実践の評価や脳卒中罹患をどのような原因に帰属するかによって、またそれは統制可能なか否かによって付随する感情は異なり、それが継続行動に影響するという結果は先行理論のとおりであった。しかしながら従来いわれていたような¹¹⁾原因帰属についての見解、すなわち生活習慣=内的・統制可能/運=外的・統制不可能という定式化は、必ずしも普遍的に当てはまるものではなく、健康行動との関係性において変化しうるものであることが示唆された。そしてその健康行動は、病気自体の回復可能性や再発への不安、また健康観といった個人的見解も加味されながら生起されることも示唆された。この点が本研究によって示しえた新たな知見であると考ええる。本研究の成果から導き出せる臨床的意義は次の2点に集約される。①脳卒中者の健康行動を支援する際には、彼らの構築する物語世界について、特に健康行動の評価と罹患の原因帰属についての語りを詳細に分析する必要があること。②行動変容を促すには、健康行動を実践することによって、少なくとも現状の一部は統制可能であるという物語へ移行させることが重要なこと。このように原因帰属や原因次元を操作することによって健康行動を変容させることが可能なら、脳卒中再発予防に資する行動変容理論の一助となりうるのではないだろうか。今後は介

入研究も含め、より詳細な検討が必要と考える。

文献

- 1) Hata J. Tanizaki Y. Kiyohara Y. et al. Ten year recurrence after first ever stroke in a Japanese community: the Hisayama study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76: 368-372
- 2) Shanunghnessy M. Resnick BM. & Macko RF. Testing a model of post-stroke exercise behavior. *Rehabilitation Nursing* 2006; 31 15-21
- 3) 島内憲夫、人々の主観的健康観の類型化に関する研究－ヘルスプロモーションの視点から－. *順天堂医学*. 2007; 53: 410-420
- 4) 齋藤清二、ナラティブ・ベイスト・メディスンからみた健康観. *医学哲学医学倫理*. 2004; 22: 147-153
- 5) Tayler SE. & Levin S. The psychological impact of breast cancer: A review of theory and research. San Francisco, West Coast Cancer Foundation, 1976
- 6) Bordieri JE. Comninel ME. & Drehmer DE. Client attributions for disability: Perceived accuracy, adjustment, and coping. *Rehabilitation Psychology* 1989; 34: 271-277
- 7) Bordieri JE. & Kilbury R. Self-blame attributions for disability and perceived rehabilitation outcomes. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 1991; 34: 320-331
- 8) Silver RL. & Wortman CB. Coping with undesirable life events. In J Garber & MEP Seligman (Eds.) *Human helplessness: Theory and applications*. New York, Academic Press, 1980
- 9) Colleti G. & Kopel SA. Maintaining behavior change: An investigation of three maintenance strategies and the relationship of self-attribution to the long-term reduction of cigarette smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1979; 47: 614-617
- 10) Chambliss CA. & Murray J. Efficacy attribution, Locus of Control, and Weight Loss. *Cognitive Therapy and Research* 1979; 3: 349-353
- 11) 小野寺哲夫. 健康と病気の帰属理論的研究－慢性病患者に対する家族の原因帰属と感情表出 (EE). 東京：風間書房、2008
- 12) Weiner B. *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. New York, Springer-Verlag, 1986
- 13) Weiner B. *Judgments of Responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. New York, Guilford Press, 1995
- 14) Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 1966; 80: Whole No.609
- 15) Sacco RT. Adams R. Alberts G. et al. American Heart Association; American Stroke Association Council on Stroke; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; American Academy of Neurology. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke. *Stroke* 2006; 37: 577-617
- 16) 木下康仁. *グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践－質的研究の誘い*. 東京：弘文堂、2003.
- 17) Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1986
- 18) Sonne JL. & Janoff DS. The effect of treatment attributions on the maintenance of weight reduction: A replication and extension. *Cognitive Therapy and Research* 1979; 3: 387-389
- 19) Becker MH. & Maiman LA. Social behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care* 1975; 8: 10-24
- 20) Rosenstock IM. Stercher VJ. & Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly* 1988; 15: 173-183
- 21) Weiner B. A Theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology* 1979; 71: 3-25
- 22) King JB. The impact of patients' perceptions of high blood pressure on attendance at screening: An attributional extension of the Health Belief model. *Social Science and Medicine* 1982; 16:

1079-1092

- 23) Eiser JR. Van der Plicht J. Raw M. et al. Trying to stop smoking: Effects of perceived addiction, attributions for failure and expectancy of success. *Journal of behavioral medicine* 1985; 8: 321-341
- 24) Abramson LY. Seligman M.E.P. & Teasdale JD. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology* 1978; 87:49-74
- 25) Karasawa K. Cognitive antecedents of emotions: Findings, and future directions. *Japanese Psychological Research* 1995; 37: 40-55
- 26) 上杉正幸. 健康不安の社会学—健康社会のパラドックス. 京都: 世界思想社、2000.

原 著

茨城県 5 市町における障害者の割合の 経年変化による介護予防事業のアウトカム評価の試み

Trial outcome evaluation of nursing care prevention project using changes in
disability prevalence over time in five municipalities of Ibaraki Prefecture

栗盛須雅子^{1) 2)}、福田吉治³⁾、星 且二⁴⁾、大田仁史²⁾

Sugako KURIMORI^{1) 2)}, Yoshiharu FUKUDA³⁾, Tanji HOSHI⁴⁾, Hitoshi OTA²⁾

- 1) 茨城キリスト教大学看護学部
- 2) 茨城県立健康プラザ
- 3) 山口大学医学部地域医療推進学
- 4) 首都大学東京大学院都市環境科学研究科

- 1) Department of Nursing, Ibaraki Christian University
- 2) Ibaraki Prefectural Health Plaza
- 3) Department of Community Health and Medicine Promotion, Yamaguchi University School of Medicine
- 4) Graduate School of Urban Environmental Sciences, Department of Urban System Science, Tokyo Metropolitan University

抄 録

- 目的** 介護予防事業が進められる中、高齢者における障害者の割合を経年的に観察する必要性が高まっている。そこで、本研究では、茨城県 5 市町村における障害者の割合（加重障害保有割合：WDP）の経年変化により、介護予防事業のアウトカム評価を試み、WDP をアウトカム指標として提案した。
- 方法** 性・年齢階級別 WDP は、性・年齢階級別・介護度別の認定者数、性・年齢階級別人口、および介護度別の効用値を用いて算出した。年齢調整 WDP、65～69 歳と 75～79 歳の年齢階級別 WDP について、2000 年から 2008 年までの経年的な変化を観察した。対象自治体は、茨城県の 5 行政区分の市町の中から 1 つずつを選択した（北茨城市、茨城町、結城市、牛久市、鹿嶋市）。
- 結果** 年齢調整 WDP では、2000 年から 2004 年まで増加傾向にあった。その後、男性は北茨城市が 2005 年、牛久市が 2004 年から低下し、茨城町が 2006 年から増加した。女性は北茨城市と牛久市が 2005 年から低下した。牛久市の男性のみが、2001 年に対する 2008 年の減少が認められた。年齢階級別 WDP では、65～69 歳男性は北茨城市が 2005 年から 2007 年まで低下し、女性は北茨城市が 2006 年から低下した。75～79 歳男性は北茨城市が 2006 年、鹿嶋市が 2005 年から低下し、女性は北茨城市と結城市が 2006 年から低下した。
- 結論** 2004 年までに認められた WDP の増加は介護保険の認知と普及によるものと考えられた。その後の増減のばらつきは、自治体ごとの介護予防事業による影響が示されている可能性がある。市町村は国が提案している特定高齢者、一般高齢者のプロセス評価、アウトプット評価、およびアウトカム評価と合わせて、WDP を用いて経年的に介護予防事業のアウトカム評価を行ったうえで、介護予防事業の効果の検証を行い、事業を見直し、介護予防施策を策定・推進することを提案する。

Abstract

Objective: As nursing care prevention progresses, there is an increasing need to observe the prevalence of disabled people among the elderly over time. In this study, we attempted an outcome evaluation of a nursing care

prevention project using changes in weighted disability prevalence (WDP), in selected five municipalities in Ibaraki Prefecture.

Methods: Sex- and age-specific WDP were calculated using the number of people certified as requiring care from LTCI, according to the level of required care, population by sex and age group, and utility of each level of required care. For changes in age-adjusted WDP over time, the WDPs for 65-69 and 75-79 year age groups were observed from 2000 to 2008. The subject municipalities were five municipalities in Ibaraki Prefecture (Kitaibaraki City, Ibaraki Town, Yuki City, Ushiku City, and Kashima City), each selected from one of five administrative divisions.

Results: Age-adjusted WDP showed an increasing trend from 2000 to 2004. Among males, it subsequently decreased from 2005 in Kitaibaraki and from 2004 in Ushiku, and increased from 2006 in Ibaraki. Among females, it decreased from 2005 in Kitaibaraki and Ushiku. In Ushiku, only males showed a decrease in 2008 compared with 2001. Age-specific WDP decreased in 65-69-year-old males from 2005 to 2007 in Kitaibaraki, and in 65-69-year-old females from 2006 in Kitaibaraki. In 75-79-year-old males it decreased from 2006 in Kitaibaraki and from 2005 in Kashima, and in 75-79-year-old females it decreased from 2006 in Kitaibaraki and Yuki.

Conclusion: The increase in WDP seen until 2004 is thought to have been due to awareness about and spread of LTCI. The subsequent differences in increases and decreases may have resulted from the effects of the nursing care prevention project. Municipalities will use WDP as an index for evaluating nursing care prevention projects over time, and examine the effects of nursing care prevention projects using WDP together with the process, output, and outcome evaluations proposed by the national government for specified elderly and general elderly.

キーワード：介護予防事業、アウトカム評価、加重障害保有割合（WDP）、経年変化、アウトカム指標

Key words: nursing care prevention projects, outcome evaluation, weighted disability prevalence (WDP), changes over time

I はじめに

介護予防の重要性が高まり、それに伴って、2006年4月に介護保険制度の大幅な改定がなされ、新たに地域支援事業、新予防給付制度などの予防重視型システムが導入された¹⁾。地域支援事業の中では、65歳以上の要支援・要介護（要介護状態）になるおそれの高い虚弱な状態にあるものを特定高齢者とした介護予防特定高齢者施策、および、第一号被保険者のすべてを対象とした介護予防一般高齢者施策が展開されている¹⁾。

国は介護予防事業を行うにあたり、実施者である市町村は評価を行い、事業の見直しを行う必要があるとして、特定高齢者施策評価事業と一般高齢者施策評価事業の中で、①事業を効果的・効率的に実施するための事業の企画立案と実施過程等に関するプロセス評価、②事業成果の目標を達成するために必要となる事業の実施量に関するアウトプット評価、③事業成果の目標に関するアウトカム評価の3段階の評価を行うこととしている^{1,2)}。しかしながら、これらの評価は特定高齢者に比重が置かれている。

介護予防は、要介護状態にならないようにするのと同時に、要介護状態にあっても、改善、維持するよう支援することであり、これらも含んだ評価指標が必要と考えられる。つまり、地域支援事業における介護予防事業と、要支援1, 2に提供される予防給付におけるサービス、要介護1～5に提供される介護給付におけるサービスも含んだ介護予防事業のアウトカム評価

を行う必要があると考える。これらの評価を行うにあたり、高齢者における障害者の割合を経年的に観察する必要性が高まっている。

そこで、本研究の目的は、茨城県内の5つの自治体について、2000年から2008年の9年間の障害者の割合である加重障害保有割合（WDP: weighted disability prevalence）の経年変化によりアウトカム評価を試み、WDPを介護予防事業のアウトカム評価指標として提案することとした。

WDPは、健康余命のひとつである障害調整健康余命（DALE: disability adjusted life expectancy）の算出過程で算出される障害をもつ人の割合であり、全介護度の認定者数に介護度別の効用値（完全な健康状態を1、死亡と同じ状態を0として、介護度の程度を1～0の値で評価した尺度）を用いて重みづけをして算出する。そのため、認定者数と認定者の介護度の変化が値に反映される。たとえば、介護保険認定者の数が同じ場合、介護度の低い人が多いと値は低くなり、介護度の高い人が多いと値は高くなる。また、WDPは残っている健康な部分は何人の健康な人に値するかを算出し、その健康な人たちを障害をもっている人から除外するという特徴がある。

これらの特徴ゆえ、WDPはQOLを加味した健康度の評価指標の一つとされている³⁾。また、認定者数と介護度の変化が値に反映されるWDPの特徴から、経年変化や他の自治体との比較、地域分布など、相対的

な活用をすることで、モニタリングと評価に有用であり、介護予防事業、介護予防サービス効果の評価に有用であることがすでに報告されている^{4,5)}。

介護保険制度下の事業としての介護予防事業の開始は2006年だが、各自治体では介護保険制度の創設以来、老人保健事業や高齢者福祉施策の中で、独自に介護予防事業を展開してきたことから⁶⁾、観察する期間は9年間とした。

II 研究方法

1. WDP による介護予防事業のアウトカム評価方法

WDP によるアウトカム評価は、年齢調整 WDP と年齢階級別 WDP の経年的な変化の観察、および年齢調整 WDP の経年比較を行った。年齢調整 WDP は、それぞれの自治体の全体的な経年変化の把握と他の自治体との全体的な比較に適し、年齢階級別 WDP は、それぞれの自治体のより詳細な経年変化の把握と他の自治体とのより詳細な比較に適していることから⁶⁾、両方を観察した。年差による評価は、2004年と2001年の制度改正前の3年、2008年と2005年の改正後と改正前の3年を比較した。

2. 介護度別の効用値の測定方法

2000年から2005年の介護保険制度は、介護度は要支援、要介護1～5であり、2006年からは要支援1, 2, 要介護1～5であるため、介護度別の効用値はそれぞれの制度ごとに測定した効用値を用いた。2000年から2005年のWDPの算出に用いた効用値は、2003年に、介護保険事業に従事する236名の専門家（介護支援専門員、看護師、介護福祉士、ホームヘルパー）を対象に、標準的な4つの効用値測定尺度:5項目法（EQ-5D: EuroQol 5 - dimensions）、時間得失法（TTO: time trade - off）、基準的賭け法（SG: standard gamble）、視覚評価法（VAS: visual analogue scale）を用いて測

定した値を用いた⁷⁾。回答は尺度別の既定の手法を用いて、1～0間の効用値に置き換えた。そして、これらの尺度別の効用値の信頼性を一配置分散分析を用いて介護度間の差によって検証し、t検定を用いて尺度間の値の差によって妥当性を検証して、6介護度の介護度別の効用値を決定した⁷⁾。介護度別の効用値は、要支援 = 0.78, 要介護1 = 0.68, 要介護2 = 0.64, 要介護3 = 0.44, 要介護4 = 0.34, 要介護5 = 0.21であった⁷⁾。これらの値は、完全な健康を1とすると、例えば、要支援は0.78の健康に値すると解釈する。逆に、健康でない部分（障害の部分）は1から0.78を差し引いた0.22と解釈する。

2006年から2008年の計算に用いた効用値は、2007年に、介護保険事業に従事する3,624名の専門家（介護支援専門員、訪問看護師）を対象に、2003年の調査と同じ尺度を用いて測定し、同様の手法を用いて効用値に置き換え、同様の方法で検証を行い、決定した値を用いた。介護度別の効用値は、要支援1 = 0.80, 要支援2 = 0.72, 要介護1 = 0.71, 要介護2 = 0.61, 要介護3 = 0.46, 要介護4 = 0.30, 要介護5 = 0.20であった⁸⁾。

3. WDP の算出に用いたデータと算出方法

WDP の算出に用いたデータは、各自治体の2000年から2005年の性・年齢階級別・介護度別の認定者数（翌年の各1月審査分）、2006年から2008年の性・年齢階級別・介護度別の認定者数（同年の各10月審査分）、および性・年齢階級別人口（認定者数と同年同月）である。効用値は介護保険制度改正前と改正後の値を用いた。WDPを算出した後、2002年を標準人口とした65～89歳年齢調整WDPを算出した。

WDPの算出方法は、認定者数に、1から介護度別の効用値を減じた値を乗じ、合算した値を人口で除して算出した。算出方法を図1に示した。

性・年齢階級別・介護度別の認定者数は、茨城県保

例
年齢階級：75～79歳
人口：6000人

介護度	① 介護度別認定者数	② 効用値	③ (1-②)	④ (①×③)
要支援 1	91	0.80	0.20	18
要支援 2	106	0.72	0.28	30
介護度 1	269	0.71	0.29	78
介護度 2	178	0.61	0.39	69
介護度 3	116	0.46	0.54	63
介護度 4	90	0.30	0.70	63
介護度 5	55	0.20	0.80	44
合計	905			365

WDP=365/6000

注 1) 365人を人口6000人で割った値がWDPである。答えは0.06であり、千人あたりで見ると、75～79歳の男性は正確に言えば、完全な障害者（効用値0）に相当する障害者が60人いると解釈する。

2) 905人の認定者数に重み付けをすると、障害をもっている人の数は365人となる。つまり、905人から365人を引いた540人は健康な人に値する。

3) 文献4)より引用筆者一部改変

図1 WDPの算出方法

健福祉部長寿福祉課, および茨城県国民保険団体連合会の協力を得て, 同連合会から提供を受けた。人口は茨城県企画統計課のホームページから入手した⁹⁾。

4. 評価対象自治体の選定

対象自治体は, 茨城県 44 市町村のうち, 2000 年以降合併をしていない 5 市町を, 5 つの行政区分(県北, 県央, 県西, 県南, 鹿行)の中から 1 つずつを選択した。5 市町は, 行政区分順に北茨城市, 茨城町, 結城市, 牛久市, 鹿嶋市であった。

III 研究結果

介護予防事業のアウトカム評価結果

1) 年齢調整 WDP による評価

年齢調整 WDP は, 2000 年から 2004 年まで増加傾向にあった。その後, 男性は北茨城市が 2005 年, 牛久市が 2004 年から低下し(健康度が高くなる), 茨城町が 2006 年から増加した(健康度が低くなる)。女性は北茨城市と牛久市が 2005 年から低下した。ま

た, 2000 年から 2004 年は市町間の格差が広がったが, 2004 年以降は格差が縮まった。これらの値は, 正確には人口千人あたりに効用値 0 の人(死に等しい人)が何人いるかを示す。男女の年齢調整 WDP による評価結果を表 1 と図 2 に経年変化で示した。

2) 年齢調整 WDP の年差による評価

2001 年と 2004 年を比較すると, 男女ともすべての市町で増加したが, 2005 年と 2008 年を比較すると, 男性は北茨城市と牛久市で年齢調整 WDP は減少, 女性は茨城町を除いてすべての市町で年齢調整 WDP は減少した。牛久市の男性のみが, 2001 年に対する 2008 年の減少が認められた。図 3 に男女の 3 年と 7 年の比較による評価結果を示した。

3) 年齢階級別 WDP による評価

年齢階級別 WDP では, 65 ~ 69 歳男性は北茨城市が 2005 年から 2007 年まで低下し, 女性は北茨城市が 2006 年から低下し, 結城市が増加した。75 ~ 79 歳男性は北茨城市が 2006 年, 鹿嶋市が 2005 年から低下し,

表1 5市町の2000~2008年の年齢調整WDPの年次推移

	男性										女性									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
北茨城市	32.24	40.02	46.07	49.48	52.85	50.65	46.78	43.56	40.87	35.81	41.13	47.69	54.14	60.30	59.40	55.04	51.42	49.40		
鹿嶋市	35.29	34.53	37.06	38.93	41.88	42.05	39.31	41.21	42.89	39.68	40.83	40.91	45.24	48.79	49.45	46.60	47.09	47.61		
牛久市	34.40	36.62	34.57	41.49	39.95	39.01	37.66	36.78	34.01	43.88	45.25	48.69	56.26	57.99	56.55	54.43	52.99	52.51		
結城市	29.79	27.38	31.58	31.51	32.70	32.92	33.14	31.64	33.38	37.76	37.90	39.02	43.16	43.52	41.50	40.74	40.08	41.26		
茨城町	27.63	25.22	27.94	31.26	29.18	28.17	29.39	33.26	35.77	31.59	35.19	37.64	41.05	40.72	39.99	39.58	42.48	43.29		

注 値が低い方が健康度が高い

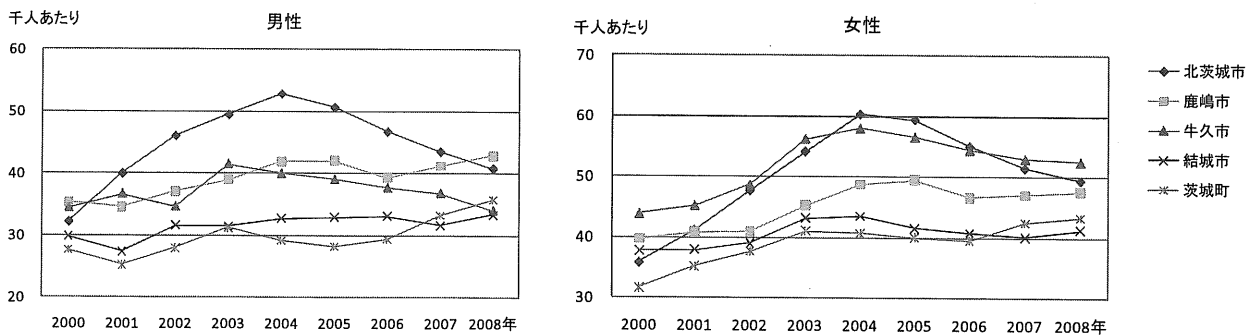


図2 5市町の2000~2008年の年齢調整WDPの年次推移(男女)

女性は北茨城市と結城市が2006年から低下した。図4, 5に男女の65～69歳, 75～79歳のWDPによる評価結果を経年変化で示した。

IV 考察

茨城県5市町の2000年から2008年の9年間のWDPの経年変化により、地域支援事業における介護予防事業と、要支援1, 2に提供される予防給付におけるサービス、要介護1～5に提供される介護給付におけるサービスも含んだ介護予防事業のアウトカム評価を提案した。

年齢調整WDPは、2000年から2004年まで増加傾向にあった。その後、男性は北茨城市が2005年、牛久市が2004年から低下し、茨城町が2006年から増加した。女性は北茨城市と牛久市が2005年から低下した。年齢調整WDPの経年比較による評価では、牛久市の男性のみが、2001年に対する2008年の減少が認められた。年齢階級別WDPでは、65～69歳男性は北茨城市が2005年から2007年まで低下し、女性は北茨城市が2006年から低下した。75～79歳男性は北茨城市が2006年、鹿嶋市が2005年から低下し、女性は北茨城市と結城市が2006年から低下した。

1. 介護予防事業のアウトカム評価

2004年までに認められた5市町の年齢調整WDPの増加傾向は介護保険制度の認知と普及によるものと考

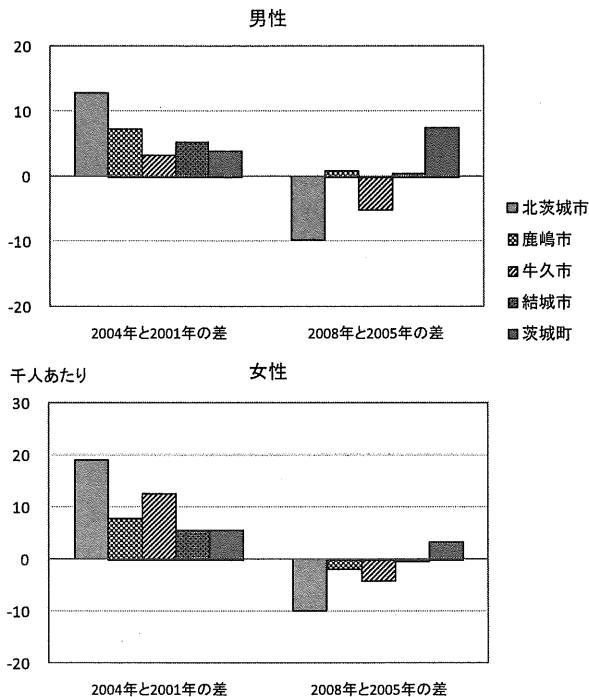


図3 5市町の年差

えられた。その後の増減のばらつきは、自治体ごとの介護予防事業による影響が示されている可能性がある。実際に各自治体が介護予防事業のアウトカムを評価する場合は、通所型介護予防事業、訪問型介護予防事業の開催回数、参加者数のアウトプット評価との関連を考察する必要がある。たとえば、2004年から顕著に減少している北茨城市については、介護予防事業のみならず、2006年の介護保険制度改正前に行った機能訓練事業の成果によるものかもしれない。このことから、機能訓練事業との関連についても考察を行うこと

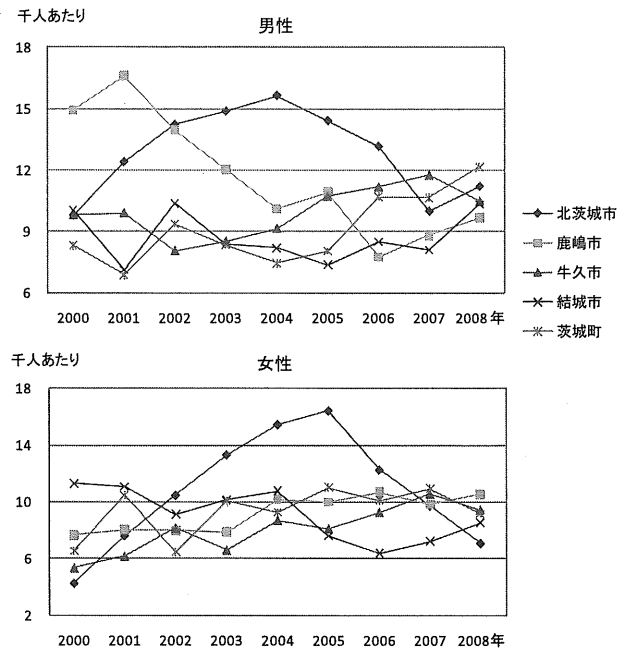


図4 5市町の2000～2008年の65～69歳WDPの年次推移(男女)

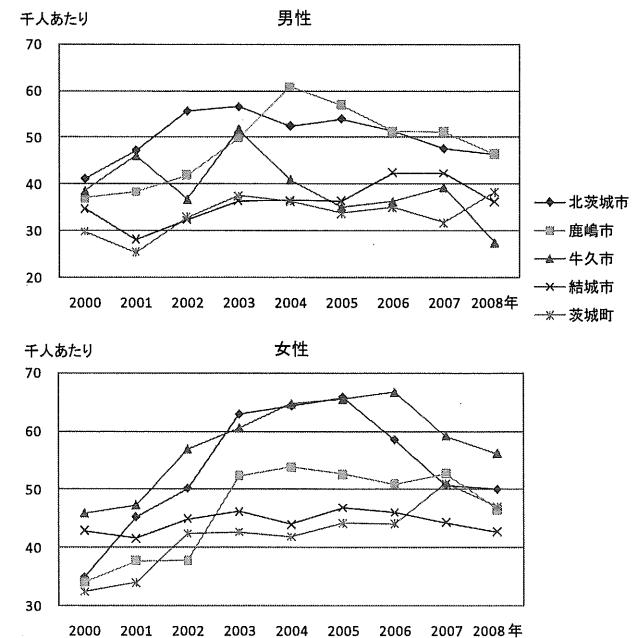


図5 5市町の2000～2008年の75～79歳WDPの年次推移(男女)

で、より詳細にアウトカム評価が可能となると考えられた。2008年と2005年の年差については、茨城町の特に男性が顕著に増加していることから、男性の介護予防事業の見直しを行う必要があると考えられた。

このように、WDPでアウトカム評価を行う場合、数値で明確に評価できるのみならず、グラフにすることで経年変化が可視化でき、より深い考察を行うことが可能となり、住民にも理解を得られやすいという利点がある。

このようなWDPの利点から、市町村に対して、国が提案している特定高齢者、一般高齢者のプロセス評価、アウトプット評価、アウトカム評価と合わせて、WDPを用いて経年的に介護予防事業のアウトカム評価を行い、事業の効果の検証を行ったうえで、見直しを行うことを提案する。また、WDPの評価結果の背景にある健康要因（たとえば、三大死因、その他の疾病の死亡率）、社会経済要因（医療環境、失業率）、人口学的要因（独居高齢者、生活保護世帯）などの地域特性について分析を行い、問題点を抽出した上で、事業の見直しを行い、事業の策定・推進をすることも可能である。

本研究では、65～69歳、75～79歳WDPの年齢階級の評価を行ったが、65歳以上の全年齢階級で行うことも可能である。市町村単独で行う場合は年齢階級別に行い、県単位（全市町村、あるいは行政区分）¹⁰⁾、保健所管内単位で算出を行う場合は年齢階級別、および年齢調整を行い他の市町村との比較を行うことが望ましい。

2. 介護保険の要支援・要介護認定割合とWDPのアウトカム評価指標としての特徴

介護保険の要支援・要介護認定者割合は国民の健康関連のQOLの測定尺度として最適であり、どの国の健康尺度よりも優れた健康尺度であるとされている¹¹⁾。認定割合は介護予防事業のアウトカム評価指標の一つとなるが、評価指標として使用する場合、年齢階級別の介護度別の割合、年齢階級別の全介護度の割合、年齢調整した介護度別の割合、および年齢調整した全介護度の割合などで評価することが考えられる。しかし、どれも認定者数と介護度の変化が同時に反映されない。一方、WDPは年齢階級別、年齢調整した値のいずれも要介護度の改善、維持、悪化した人の割合が同時に値に反映されるという利点があり、一般高齢者、特定高齢者、要支援・要介護認定者を含んだ介護予防

事業のアウトカム評価ができると考えた。ただし、要支援・要介護認定割合の方がWDPよりも算出が容易という利点がある。

3. WDPの医療経済学的視点からのアウトカム評価

要介護認定者数の推移をみると、旧介護保険制度下の2000年218万人（4月末）、2005年418万人（4月末）と88%増加し、特に要支援・要介護1が84万人から200万人と138%と増加していた¹²⁾。また、介護保険の総費用は、2000年度3.6兆円（実績）、2005年度6.8兆円（予算案）であり、この費用の増加は介護保険のサービス利用者が2000年149万人（4月サービス分）、2005年329万人（4月サービス分）と2倍以上増加していることに起因している¹²⁾。このような背景もあり、2006年度から予防重視型のシステムが導入された。

長期的に安定した介護予防事業を推進するためには、事業の経済的な評価を行い、施策の意思決定の根拠とする必要があると考える。実際に国でも介護予防施策導入に伴う費用対効果の分析が行われている¹³⁾。また、介護予防事業の参加群と非参加群の医療費と介護給付費の伸びで経済的評価を行っている先行研究もある^{14, 15)}。さらに、介護予防事業に対する経済評価手法として費用対効果分析が適切であるとの報告もある¹⁶⁾。

WDPを用いた自治体の介護予防事業の経済的視点からのアウトカム評価は、WDPの増減と介護保険費の増減の比較を行うことで、介護予防事業効果の費用対効果分析を行うことが可能である。しかし、介護予防施策導入に伴う費用対効果を算出するときは、寝たきりや介護度が高い場合は、介護保険でみるか医療費でみるかというトレードオフの関係が生ずることもあるため⁴⁾、医療費の増減分を考慮する必要がある。

4. 介護保険制度改正の課題

本研究で用いた効用値は旧介護保険制度下と新介護保険制度下で測定した。その理由は、旧制度の要介護1が、新制度では要支援2と要介護1に分類され、介護度が6介護度から7介護度になったことである。これに伴い、旧制度の要支援は一時的に経過的要支援となったため、5市町村についても2006年以降の経過的要支援の効用値による重みづけは、旧制度の要支援の効用値を用いた。このように介護保険制度は、5年ごとに見直しを行うとされており、制度の改正が行われ、

介護度に変更があった場合は効用値を新たに測定する必要がある。また、各介護度の認定基準が変更になった場合は新たに効用値の測定を検討する必要がある。

WDP を経年的に算出して介護予防事業のアウトカム指標とするためには、このような課題もあるが、こうした課題を理解しつつ、制度に応じたより正確な WDP の算出を継続していくことが望ましいと考えた。

5. 本研究の課題

本研究では、研究の遂行上、性・年齢階級別・介護度別の認定者数、性・年齢階級別人口のデータは 2005 年までは翌年 1 月審査分、2006 年からは同年 10 月審査分を用いているが、今後、経年的に算出を行う場合は、毎年同じ月のデータを用いるべきである。

データ入手に関しては、要支援・要介護認定割合、WDP とともに、単独の市町村で算出を行う場合は、算出に必要なデータの入手に問題はないが、他の市町村との比較を行う場合は、介護保険業務を独自で行っている自治体と広域連合などに委託している場合があるため、状況に合わせて入手しなければならない。また、本研究では人口統計は推計値を使用しているが、住民基本台帳に基づくデータが望ましいとの先行研究もあり¹⁷⁾、今後は検討する必要がある。

V 結論

2004 年までに認められた WDP の増加は介護保険の認知と普及によるものと考えられた。その後の増減のばらつきは、自治体ごとの介護予防事業による影響が示されている可能性がある。市町村は国が提案している特定高齢者、一般高齢者のプロセス評価、アウトプット評価、およびアウトカム評価と合わせて、WDP を用いて経年的に介護予防事業のアウトカム評価を行ったうえで、介護予防事業の効果の検証を行い、事業を見直し、介護予防施策を策定・推進することを提案する。

謝辞

本研究の一部は、科学研究費補助金（障害調整健康余命（DALE）算出のための効用値の測定と評価指標としての DALE）と大同生命厚生事業団地域保健福祉研究助成（介護保険統計を用いた高齢者健康指標による介護予防効果の測定と評価）を受けて実施した。

文献

- 1) 厚生労働省. 地域支援事業実施要綱. [online] 2009. インターネット < URL : http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/03/dl/tp0313-1a-05_01.pdf >
- 2) 辻一郎. 総合的介護予防システムについてのマニュアル（改訂版）. [online] 2009. インターネット < URL : http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1b_0001.pdf >
- 3) 栗盛須雅子, 福田吉治, DALE・WDP の基礎知識. 保健師ジャーナル. 2009 ; 65 (2) : 122-128.
- 4) 栗盛須雅子, 福田吉治, 障害調整健康余命 (DALE) と障害調整生存年 (DALY) : 基礎概念とわが国における応用. 老年医学. 2008 ; 46 : 39-44.
- 5) 栗盛須雅子, 福田吉治, 大田仁史, 平均余命と加重障害保有割合 (WDP) に基づく都道府県の 2 次元分類と地域特性の比較検討. 公衆衛生雑誌. 2009 ; 56 (8) : 513 - 524.
- 6) 東内京一, 介護予防における保険者の公的責任 - 和光市の取り組み. 公衆衛生. 2009 ; 73 (4) : 253-259.
- 7) Kurimori S, Fukuda Y, Nakamura K, et al, Calculation of prefectural disability-adjusted life expectancy (DALE) using long - term care prevalence and its socioeconomic correlates in Japan. Health Policy. 2006 ; 76 : 346-358.
- 8) 栗盛須雅子, 福田吉治, 障害調整健康余命 (DALE) 算出のための効用値の測定と評価指標としての DALE. 平成 19 年度～ 20 年度科学研究費補助金 (基盤研究 (C)) 研究成果報告書. 2009.
- 9) 茨城県企画部統計課. インターネット < URL : <http://www.pref.ibaraki.jp/tokei/betu/jinko/nenrei/index.htm> >
- 10) 栗盛須雅子, 福田吉治, 平成 20 年度茨城県健康寿命 (余命) に関する調査研究報告書. ～高齢者健康指標を用いた介護予防効果の測定・評価に関する調査研究～. 茨城県立健康プラザ. 2009.
- 11) 瀬上清貴, 都道府県別「自立調整健康余命」の策定. ライフ・スパン. 2004 ; 17 : 1-13.
- 12) 厚生労働省. 介護保険制度の概要. インターネット < URL : <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/dl/data.pdf> >
- 13) 天本健司, 国における介護予防事業の効果等の評価と今後の展望. 公衆衛生. 2009 ; 73 (4) : 248-252.

- 14) 吉田裕人, 藤原佳典, 天野秀紀, 他、介護予防事業の経済的側面からの評価. 日本公衛誌. 2007 ; 54 : 156-167.
- 15) 神山吉輝, 白澤貴子, 小出昭太郎, 他、高齢者を対象とした地域における運動教室の医療経済効果. 厚生の指標. 2007 ; 54 : 26-35.
- 16) 濃沼信夫、介護予防の評価－医療経済学・政策学の視点から. 公衆衛生. 2009 ; 73 (4) : 286-289.
- 17) 上木隆人、東京都市区町村の健康寿命算出の行政的検討. 公衆衛生雑誌. 2008 ; 55 (12) : 811-821.

原 著

認知症の人に対する態度に関連する要因
—認知症に関する態度尺度と知識尺度の作成—

Factors related to attitudes toward people with dementia

Development Attitude toward Dementia Scale and Dementia Knowledge Scale

金高閏¹⁾、黒田研二²⁾

Koeun KIM¹⁾, Kenji KURODA²⁾

1) 大阪府立大学人間社会学研究科 博士後期課程

2) 大阪府立大学人間社会学部

1) Doctoral Course, School of Humanities and Social Sciences, Osaka Prefecture University

2) School of Humanities and Social Sciences, Osaka Prefecture University

抄 録

本研究は、認知症の人に対する態度尺度と認知症に関する知識尺度を作成するとともに、認知症の人に対する態度に関連する要因を明らかにすることを目的とした。大学生 238 名を対象に自記式質問紙を用いて調査を行った。態度尺度と知識尺度はいずれも妥当性と信頼性が支持され、有用であると考えられた。態度尺度項目の因子分析の結果、「寛容」「拒否」「距離感」「親近感」の 4 因子が得られた。態度尺度合計得点とともにそれぞれの因子を従属変数とし、認知症に関する知識、高齢者イメージ、認知症の人との関わりの経験などを独立変数とする重回帰分析を行った。高齢者イメージは、因子分析の結果、「情緒的側面」「活動的側面」「評価的側面」の 3 因子が得られ、イメージ合計点数および各因子をそれぞれ独立変数に投入して分析した。知識得点は「寛容」に対してのみ有意な関連を示し、認知症の人に対して寛容な態度をとるためには、認知症に関する知識が重要であることが示唆された。高齢者イメージは「評価的側面」のみが「態度合計得点」および「寛容」に対して有意な関連を示し、高齢者に対するポジティブなイメージが認知症の人に対する肯定的な態度に結びつきやすいと思われた。認知症の人との関わりの経験は、「態度合計得点」および「拒否」に対して有意な関連を示し、認知症の人との関わりの経験が認知症の人に対する拒否的態度を緩和すると考えられた。

Abstract

The purpose of this study was to develop an attitudes toward dementia scale (ADS) and dementia knowledge scale (DKS), and to investigate factors related ADS. The subjects of the study were 238 students. The ADS and DKS developed were reliable and valid, therefore both scales are considered to be useful tools. Using factor analysis for 15-item ADS questions, 4 factors were identified ("tolerance", "refusal", "feeling of distance", and "affinity"). Using Factor analysis for 12-item images of questions on the elderly, 3 factors were identified ("emotional image", "activity image", and "evaluation image"). Multiple regression analyses were conducted with dependent variables of total ADS score and four factors of ADS, and independent variables including DKS, images of the elderly and three factors of contact with people with dementia. Knowledge was significantly related only to "tolerance" among attitude. This finding suggests that knowledge about dementia is important to adopt a tolerant attitude toward people with dementia. "Evaluation image" was significantly related to total score of attitude and "tolerance". There is a possibility that positive evaluation for the elderly is related to a positive attitude toward

people with dementia. Contact with people with dementia was related to total score of attitude and "rejection".

This finding suggests that contact with people with dementia relieves attitudes rejection toward people with dementia

キーワード：認知症、態度尺度、知識尺度、高齢者イメージ

Key words: dementia, attitude scale, knowledge scale, images of the elderly

I. はじめに

認知症は認知機能の低下により、生活に支障が生じることから、介護者の介護負担やストレスに関する研究が多く行われてきた^{1,4)}。一般の人々における認知症の症状についての理解は不十分であり^{5,6)}、認知症に対する偏見や否定的な見方が存在することが明らかになっている^{7,8)}。

WHO-WPA (World Psychiatric Association 2002) の報告書⁹⁾によると、認知症高齢者についての理解不足およびスティグマが未だに存在し、病気としての認識は少なく、特に認知症高齢者は精神障害に対する偏見とともにエイジズムという偏見に曝される二重の危険性 (double jeopardy) をもっていると報告されている。認知症の人が年々増加しているなか、認知症の人とその家族が住みやすい地域や社会を作るためには、認知症の人に対する肯定的な態度を促進することは重要な課題のひとつである。

精神障害者や障害者 (児) に対する態度とその関連要因に関する研究は多くの蓄積があり、偏見、スティグマ、ステレオタイプ、社会的距離などの概念を用いて人々の態度を測定した研究が多く見られ、国外・国内における精神障害者に対してよくない感情や不安感を抱いている人が多いことが示されている^{9,26)}。しかし、認知症の人に対する態度やその関連要因を検討した研究は見当たらない。

以上のことを踏まえて本研究では、以下の仮説と目的を設けた。

第1は、認知症に関する知識、とくに行動・心理症状についての知識があるほど、認知症の人に対する肯定的な態度を示すという仮説である。認知症の行動・心理症状 (BPSD: behavioral psychological symptoms of dementia) とは認知症の人にみられる知覚、思考内容、気分または行動の障害による症状と定義されている²⁷⁾。本研究では、認知症の人に頻繁にみられる不安、うつ状態、徘徊、妄想、幻覚の症状を認知症に関する知識として組み入れた。Jordan²⁸⁾ は、態度に関わる要因として、対象に関する事実に基づいた情報の量いわゆる知識を指摘した。また、統合失調症の心理社会的要因 (psychosocial factor) を重視する人々は、

肯定的な態度を示す傾向があることが報告されている²⁹⁾。しかし、生物学的要因を支持する人々で精神障害者に対する社会的距離が大きいことを示した研究もある³⁰⁾。さらに、Angermeyerら³¹⁾の1990年から2004年の間の精神障害者に対する3,651件を検討した態度研究からは、うつ病に関する知識向上のための介入評価に関しては一部の地域ではその効果が認められているが、ある地域では薬物治療に対する抵抗が増しており、必ずしも知識の増大がうつ病に対する肯定的な態度に影響を与えないことが明らかにされている。このように知識の内容によって肯定的な態度に正または負の関連がみられる。認知症に関する先行研究の知見からは、認知症の症状やその対応方法に関する知識不足が認知症に対する不安を増していることが想定される。そのため本研究では、認知症の人に対する肯定的な態度を規定する要因として、認知症の症状に関する知識に着目する。

第2は、「高齢者イメージ」が肯定的であるほど、認知症の人に対しても肯定的な態度を示すという仮説である。中学生の高齢者イメージに関する調査では高齢者になると多かれ少なかれ認知症になると思う生徒が半数近く存在しており³²⁾、高齢者と認知症を同じように受け止めていることが想定できる。認知症の多くが高齢者であることから、認知症の人への態度は、高齢者イメージとの関連があるのではないと思われる。高齢者に対する否定的なイメージやエイジズムは認知症の人に対する軽視の風潮や差別の主要要因と推定される。

認知症の人に関する態度尺度および認知症の行動・心理症状の理解を重視した知識尺度が見当たらないことから、本研究では、改めて認知症の人に対する態度尺度および認知症に関する知識尺度を作成し、これらの尺度を用いて、認知症の人に対する態度と認知症に関する知識や高齢者イメージの関連を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 調査内容

1) 認知症の人に対する態度尺度の作成

本研究における認知症の人に対する態度尺度は、認知症の人に対する肯定的ないし否定的感情とともに、受容的または拒否的な行動の傾向を測定するための尺度である。

認知症の人に対する態度の先行研究が見当たらないため、統合失調症などの精神障害に対する態度調査^{10, 11, 13, 16, 20}、精神障害者に対する社会的距離およびステイグマ^{8, 15, 21-23}、障害者（児）に対する態度調査^{18, 24-26}など、参考になると思われるさまざまな文献を収集し検討を行った。これらの研究で用いられた質問紙では、精神障害者や障害者（児）に対する差別、同情、不安、肯定的な態度、否定的な見方および地域社会での交流、社会的な評価などの項目が用いられており、その中から認知症の人に対する態度の測定に適切であると思われる項目を、尺度の定義に照らして抽出し、文言を検討した。

以上の手続きを経て設定された尺度を構成する15項目は、表2に示す通りである。各項目の適切さに関しては認知症のケアに携わっている人らとともにグループ検討を重ね、内容的妥当性を高めた。回答選択肢は「全く思わない」「あまり思わない」「ややそう思う」「そう思う」の4件法とした。

2) 認知症に関する知識尺度の作成

海外の文献では認知症に関する知識を測定する尺度の開発は見られるが、日本では認知症に関する知識に関連する研究は極めて少ない。Gilleardら³³は認知症クイズのスケールを開発した。Araiら⁶は一般の人々を対象とし、認知症の症状を含む医学的知識とその関連要因を調べた。アルツハイマー型認知症は認知症の最も一般的な原因であるため、アルツハイマー型認知症に関する知識の現状を検討した研究は多く報告されている^{5, 34-37}。これらの研究では、一般知識、中核・周辺症状、治療など医学的な知識を取り上げて、認知症に関する知識とその関連要因を検討している。

本研究における認知症に関する知識尺度は、認知症に関する一般的な知識とともに、認知症の行動・心理症状および症状の対応方法からなる尺度とした。項目作成にあたって、認知症の症状に関連する書籍^{27, 35, 39}および認知症の知識に関する論文^{5, 6, 37}等を参照し、認知症とその症状についての知識として妥当な内容の確保に努めた。また認知症のケアに携わっている人らとともにグループ検討を重ね、表現面での妥当性を高めた。尺度を構成する15項目を表4に示す。回答選択肢は「そう思う」「そう思わない」「分からない」の3件法とした。

3) その他の調査項目

認知症の人に対する態度、認知症に関する知識とともに、高齢者イメージを質問した。

高齢者イメージの研究は、SD法（semantic differential = 意味微分）を用いた研究が多く見られ、イメージ分析は因子分析における因子負荷量を求める方法がよく用いられている。高齢者イメージの測定は、保坂ら⁴⁰、中谷⁴¹、中野ら⁴²、古谷野ら⁴³、藤原ら⁴⁴を参考にし、12の形容詞対とした。高齢者イメージの12対を表5に示す。回答選択肢は形容詞対XとYについて「とてもX」、「ややX」、「どちらでもない」、「ややY」、「とてもY」の5件法とした。

さらに、質問紙には回答者の性別、年齢のほか、①認知症の人との関わりの有無、②認知症の人との関わりの内容、③認知症についての関心の有無、④認知症に関する主な情報源、⑤認知症に関する情報に接する頻度、⑥認知症の人との同居経験、⑦家族構成をたずねた。

2. 調査対象と倫理的配慮

2010年4月、A大学の1年生49名、2年生64名、B大学の1年生125名、合計238名を対象とし、全員から回答を得た。学生全員に口頭にて調査の趣旨を説明し、同意を得た上で、個人が特定されないように無記名で回答してもらった。

3. 分析方法

分析対象者の性別、年齢、その他の特性については度数分布を調べた。

態度尺度は逆転項目の処理を行い、肯定的であるほど点数が高くなるよう各項目に1点から4点を付与し、合計得点を求めた。構成概念妥当性を検討するために、まず探索的因子分析（主因子法）を行い、次に負荷量が0.3以下の1項目を除き、14項目を用いて確認的因子分析を行い、データに対するモデルの適合度を調べた。さらにItem-Total (IT) 相関分析を行い、合計得点と各項目間の相関係数を確認した。探索的因子分析およびIT相関分析の結果、1項目は不適切だと判断し、最終的に14項目からなる尺度として分析を行った。知識尺度は「正答」を1、「誤答」と「分からない」を0とし、15点満点とした。また、IT相関分析を行った。信頼性については両尺度ともCronbach α 係数を求めた。

高齢者イメージは各形容詞対についての回答に、点数が高いほどポジティブなイメージになるよう1点から5点を付与し、合計得点を求めた。また、因子分析

を行い、因子の解釈と命名を行った。因子の抽出は主因子法、因子軸の回転はプロマックス法を用いた。

次に、認知症の人に対する態度に関連する要因を明らかにするために、認知症の人に対する態度の合計得点を従属変数とし、性別、認知症の人との関りの有無、認知症についての関心の有無、認知症に関する情報に接する頻度、認知症に関する知識合計得点、高齢者イメージ合計得点を独立変数として一括投入し、重回帰分析を行った。

統計学的有意水準を p 値 5% とし、分析には SPSS17.0J for window、Amos17.0 を用いた。

Ⅲ. 結果

1. 分析対象者の特性分布

分析対象者の特性分布を表 1 に示した。認知症の人との関わりがある人は 238 名のうち 63 名であり、具体的に関わりの内容をみると、「身近（近隣、知人、友人）に認知症の人がいて関わりがある（あった）」10 名、「身内（同居家族、同居ではない家族、親族）に認知症の人がおり、介護をしている（いた）」39 名、「仕事として認知症の人に関わっている（いた）」2 名、「ボランティア活動で関わっていたことがある（あった）」8 名、「その他」4 名であった。

表 1 分析対象者の特性分布

		n=238	
		n	(%)
性別	男性	96	(40.3)
	女性	142	(59.7)
年齢	10 歳代	170	(71.4)
	20 歳代	58	(24.4)
	30 歳代以上	10	(4.2)
認知症の人との関りの有無 ¹⁾	過去にあり	39	(16.4)
	現在あり	24	(10.1)
	なし	174	(73.1)
認知症についての関心の有無 ¹⁾	ある	57	(24.1)
	どちらかといえばある	112	(47.3)
関心の有無 ¹⁾	どちらかといえばない	59	(24.9)
	ない	9	(3.8)
家族構成 ¹⁾	一人暮らし	65	(27.4)
	親と子のみ世帯	131	(55.3)
	三・四世代	34	(14.3)
	その他	7	(3.0)
認知症に関する主な情報源 ²⁾	テレビ(ニュース、情報番組)	220	(92.4)
	新聞(記事)	105	(44.1)
	映画、ドラマ、小説	92	(38.7)
	ラジオ	4	(1.7)
	講演会、勉強会、講座	30	(12.6)
	家族、親戚	67	(28.2)
	友人、知人	19	(8.0)
	医療・福祉機関、役所	19	(8.0)
	インターネット	37	(15.5)
	その他	4	(1.7)
認知症に関する情報に接する頻度 ¹⁾	週に数回以上	13	(5.5)
	月に数回	106	(44.7)
	年に数回	95	(40.1)
認知症の人との同居経験	ほとんど見たり、聞いたりしない	23	(9.7)
	現在同居中	3	(1.3)
	過去に同居経験あり	13	(5.5)
	同居経験なし	222	(93.3)

¹⁾有効回答者:237 ²⁾複数回答

2. 認知症の人に対する態度尺度の記述統計と IT 相関分析

認知症の人に対する態度尺度の 15 項目の回答分布、平均値および IT 相関分析を表 2 に示した。IT 相関分析を行った結果、Pearson の相関係数は 0.680 から 0.114 であった。相関係数が低かったのは「認知症の人を支えるには、いろいろな人の力をかりるのがよい」であり、この項目を除くと、残りの項目の IT 相関係数はすべて 0.4 以上を示した。

全体的に否定的な態度を示す項目より肯定的な態度を示す項目でより高い平均値が示された。項目別の平均値は、「認知症の人と喜びや楽しみを分かち合える」3.50 点、「認知症の人でも周りの人と仲よくする能力がある」3.40 点などが 3 点を上回っていた。「認知症の人はいつ何をするか分からない」は 2.16 点、「認知症の人は周りの人を困らせることが多い」2.06 点であった。

表 2 認知症の人に対する態度尺度の記述統計と IT 相関分析 n=238

	全く 思わない n(%)	あまり 思わない n(%)	やや そう思う n(%)	そう思う n(%)	平均値 (1~4)	IT 相関 分析
認知症の人でも周りの人と仲よくする能力がある	5(2.1)	25(10.5)	77(32.4)	131(55.0)	3.40	.424**
普段の生活でもっと認知症の人と関わる機会があってもよい ¹⁾	5(2.1)	61(25.7)	111(46.8)	60(25.3)	2.95	.486**
認知症の人が困っていたら、迷わず手を貸せる	3(1.3)	62(26.1)	123(51.7)	50(21.0)	2.92	.419**
認知症の人でも地域活動に参加した方がよい	3(1.3)	37(15.5)	108(45.4)	90(37.8)	3.20	.485**
認知症の人は周りの人を困らせることが多い	6(2.5)	45(18.9)	145(60.9)	42(17.6)	2.06	.502**
認知症の人はわれわれと違う感情を持っている	67(28.2)	103(43.3)	50(21.0)	18(7.6)	2.92	.452**
認知症の人と喜びや楽しみを分かち合える ¹⁾	2(0.8)	13(5.5)	86(36.3)	136(57.4)	3.50	.564**
認知症の人とちゅうちょなく話せる ¹⁾	2(0.8)	73(30.8)	117(49.4)	45(19.0)	2.86	.553**
家族が認知症になったら、世間体や周囲の目が気になる	52(21.8)	86(36.1)	78(32.8)	22(9.2)	2.71	.498**
家族が認知症になったら、近所づきあいがしにくくなる	59(24.8)	113(47.5)	51(21.4)	15(6.3)	2.91	.531**
認知症の人が自分の家の隣に引っ越してきてもかまわない	4(1.7)	42(17.6)	99(41.6)	93(39.1)	3.18	.579**
認知症の人を支えるには、いろいろな人の力をかりるのがよい ¹⁾	1(0.4)	15(6.3)	69(29.1)	152(64.1)	3.57	.114
認知症の人の行動は、理解できない	32(13.4)	114(47.9)	73(30.7)	19(8.0)	2.67	.597**
認知症の人はいつ何をするかわからない	11(4.6)	52(21.8)	139(58.4)	36(15.1)	2.16	.544**
認知症の人とは、できる限り関わりたくない	56(23.5)	135(56.7)	39(16.4)	8(3.4)	3.00	.680**
15 項目の合計得点の平均値(±S.D)	44.1(±5.6)					
15項目のCronbach α係数	0.781					

** $p < 0.01$ ¹⁾有効回答者:237 注)平均値は、点数が高いほどポジティブな回答になるようにした。

3. 認知症の人に対する態度の因子分析

認知症の人に対する態度尺度を構成する15項目について主因子法による探索的因子分析を行った結果、「認知症の人を支えるには、いろいろな人の力をかりるのがよい」の因子負荷量はいずれの因子に対しても0.3以下であったため、この項目を削除し、改めて14項目を用いて探索的因子分析を行った。その結果4因子が抽出された(表3)。それぞれ「寛容」(5項目)、「拒否」(4項目)、「距離感」(3項目)、「親近感」(2項目)と命名した。累積寄与率は60.6%であった。14項目の合計得点の平均値(±S.D.)は40.5(±5.6)であり、

Cronbach α 信頼係数は0.793であった。4因子それぞれの平均値(±S.D.)は、「寛容」16.2(±2.5)、「拒否」9.9(±2.2)、「距離感」8.5(±2.1)、「親近感」5.8(±1.2)であり、 α 係数は各々0.699、0.730、0.691、0.665であった。以下の分析では各因子を態度尺度の下位尺度として従属変数に用いた。

上記解析に基づいてデータの適合度を確認するために確認的因子分析を行った。その結果、モデルの適合度はGFI=0.914、AGFI=0.873、RMSEA=0.075、 $\chi^2 = 163.504$ となった。

表3 認知症の人に対する態度の因子分析

	因子負荷量			
	寛容 (5項目)	拒否 (4項目)	距離感 (3項目)	親近感 (2項目)
認知症の人と喜びや楽しみを分かち合える	.693	.221	.272	.251
普段の生活でもっと認知症の人と関わる機会があってもよい	.596	.235	.008	.377
認知症の人でも周りの人と仲よくする能力がある	.562	.178	-.035	.244
認知症の人でも地域活動に参加した方がよい	.556	.183	.092	.312
認知症の人が自分の家の隣に引っ越してきてもかまわない	.467	.278	.390	.391
認知症の人の行動は、理解できない	.299	.714	.447	.027
認知症の人はいつ何をするかわからない	.221	.655	.369	.150
認知症の人とは、できる限り関わりたくない	.454	.616	.434	.305
認知症の人は周りの人を困らせることが多い	.214	.607	.395	.094
家族が認知症になったら、近所づきあいがしにくくなる	.122	.476	.794	.017
家族が認知症になったら、世間体や周囲の目が気になる	.100	.456	.769	-.004
認知症の人はわれわれと違う感情を持っている	.233	.402	.452	-.236
認知症の人が困っていたら、迷わず手を貸せる	.397	.180	.065	.750
認知症の人とちゅうちょなく話せる	.560	.232	.196	.625
各因子の平均値(±S.D.)	16.2 (±2.5)	9.9 (±2.2)	8.5 (±2.1)	5.8 (±1.2)
各因子のCronbach α 係数	0.699	0.730	0.691	0.665
14項目の合計得点の平均値(±S.D.)	40.5(±5.6)			
14項目のCronbach α 係数	0.793			
累積寄与率(%)	60.6			

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

4. 認知症に関する知識尺度の記述統計と IT 相関分析

認知症に関する知識尺度の15項目の回答分布、平均値およびIT相関分析を表4に示した。

知識の合計得点の平均値は9.7(±3.1)であり、15項目のCronbach α係数は0.714であった。15項目を用いてIT相関分析を行った結果、Pearsonの相関係数は0.577から0.317であり、すべての項目で0.3以上の

の数値が得られた。「日時や場所の感覚がつかなくなる症状がでる」「不安や混乱を取り除くには、なじみのある環境作りが有効である」「介護者の関わり方により、症状が悪化したり、よくなったりする」は正答率が8割弱であった。「認知症はさまざまな疾患が原因となる」「認知症の症状の進行を遅らせる薬がある」については、正答率は45.4%、36.4%と半数未満であった。

表4 認知症に関する知識尺度の記述統計と IT 相関分析 n=238

	そう思う n(%)	そう思わない n(%)	分からない n(%)	IT 相関 分析
認知症の人は、自分の物忘れにより不安を感じている	147(61.8)	45(18.9)	46(19.3)	.394**
日時や場所の感覚がつかなくなる症状がでる	196(82.4)	17(7.1)	25(10.5)	.317**
認知症はさまざまな疾患が原因となる	108(45.4)	56(23.5)	74(31.1)	.390**
脳の老化によるものなので、歳をとると誰もがなる	15(6.3)	187(78.6)	36(15.1)	.322**
認知症は、昔の記憶より、最近の記憶のほうが比較的保たれている	20(8.4)	165(69.3)	53(22.3)	.437**
認知症の人は、急がせられたり、注意を受けたりするときは混乱を感じる	179(75.2)	14(5.9)	45(18.9)	.543**
認知症の症状の進行を遅らせる薬がある	89(37.4)	55(23.1)	94(39.5)	.392**
認知症の人のうつ状態は、自信を失いやすい状態であることを表している	119(50.0)	16(6.7)	103(43.3)	.550**
不慣れた場所に不安を感じると徘徊を生じやすい	159(66.8)	15(6.3)	64(26.9)	.554**
不安や混乱を取り除くには、なじみのある環境作りが有効である	193(81.1)	7(2.9)	38(16.0)	.503**
介護者の関わり方により、症状が悪化したり、よくなったりする	193(81.1)	11(4.6)	34(14.3)	.422**
認知症の人に対して説得や叱責、訂正などは、攻撃的な言動を招きやすい	151(63.4)	25(10.5)	62(26.1)	.577**
幻覚・妄想に対しては、否定して修正を図ることが効果的である	31(13.0)	116(48.7)	91(38.2)	.446**
認知症の物盗られ妄想の相手は、身近にいる人が対象となることが多い	133(55.9)	16(6.7)	89(37.4)	.437**
早期の段階から、身の回りのことがほとんどできなくなる	17(7.1)	163(68.5)	58(24.4)	.420**
15項目の合計得点の平均値(±S.D)	9.7(±3.1)			
15項目のCronbach α係数	0.714			

**p<0.01 注)太字:正答

5. 高齢者イメージの因子分析

12 の形容詞対の因子分析の結果および各項目の平均値を表 5 に示した。因子分析により 3 因子が抽出され、「情緒的側面」(5 項目)、「活動的側面」(4 項目)、「評価的側面」(3 項目) と命名した。「活動的側面」

「評価的側面」より「情緒的側面」において高齢者に対するポジティブなイメージが高かった。累積寄与率は 59.9%であった。12 項目全体の Cronbach α 係数は 0.839 であり、3 因子それぞれの α 係数は 0.813、0.717、0.633 であった。

表 5 高齢者イメージの因子分析

	情緒的側面 (5項目)	活動的側面 (4項目)	評価的側面 (3項目)	平均値 ¹⁾ (1~5)
温かいー冷たい	.830	.294	.446	4.2(±0.7)
優しいー厳しい	.805	.255	.473	4.0(±0.8)
話しやすいー話にくい	.744	.451	.322	3.9(±0.8)
愛想のよいー愛想のない	.599	.325	.328	3.7(±0.8)
落ち着きのあるーない	.501	.045	.451	3.9(±0.8)
積極的ー消極的	.318	.746	.375	3.2(±0.9)
活発なー不活発な	.227	.690	.332	3.0(±0.9)
明るいー暗い	.475	.533	.334	3.6(±0.8)
幸福なー不幸な	.448	.491	.453	3.4(±0.6)
柔和なー頑固な	.481	.297	.631	3.4(±1.0)
自由なー不自由な	.259	.417	.622	3.5(±1.0)
優れたー劣った	.346	.378	.567	3.5(±0.8)
各因子の平均値(±S.D)	19.8(±3.1)	13.2(±2.5)	10.5(±2.3)	
各因子のCronbach α 係数	0.813	0.717	0.633	
12項目の合計得点の平均値(±S.D)	43.6(±6.4)			
12項目のCronbach α 係数	0.839			
累積寄与率(%)	59.9			

因子抽出法: 主因子法 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

¹⁾点数が高いほどポジティブなイメージを表す。

6. 認知症の人に対する態度とその関連要因

認知症の人に対する態度の合計得点およびその下位尺度をそれぞれ従属変数とし、対象者の特性、認知症に関する知識、高齢者イメージを独立変数とする重回帰分析の結果を表 6 に示した。また、高齢者イメージの因子分析の結果得られた 3 因子である「情緒的側面」「活動的側面」「評価的側面」のうちどのような因子が認知症の人に対する態度に関連しているかを明らかにするため、高齢者イメージ合計得点のほか 3 因子

をそれぞれ順番に独立変数に投入して分析した。表 6 では R² が有意な分析に注目し、有意な β 値を示した箇所をゴシックで示した。

態度合計得点を従属変数とした重回帰分析では、性別、認知症の人との関りの有無、高齢者イメージ合計得点が有意な関連を示した。高齢者イメージの因子分析の結果に基づいて 3 因子それぞれを独立変数として順番に投入した分析の結果では、「評価的側面」のみが有意な関連を示した。

認知症の人に対する態度の4因子(下位尺度)のうち「寛容」に対しては、性別、認知症についての関心の有無、知識合計得点、高齢者イメージ合計得点が有意な関連を示した。高齢者イメージの3因子を独立変数として順番に投入した分析の結果では、「寛容」に対して「評価的側面」が有意な関連を示した。「拒否」

に対しては、認知症の人との関わりの有無が有意な関連を示した。「親近感」に有意な関連を示した変数は、高齢者イメージ合計得点であり、高齢者イメージを構成する3因子のうちでは「評価的側面」のみが有意な関連を示した。

表6 認知症の人に対する態度に関連する要因(重回帰分析) n=233

	合計得点 (14項目)		寛容 (5項目)		拒否 (4項目)		距離感 (3項目)		親近感 (2項目)	
	β	p値	β	p値	β	p値	β	p値	β	p値
性別 ¹⁾	-0.172	.011	-0.153	.018	-.127	.067	-.146	.037	-.009	.901
関わりの有無 ²⁾	.136	.038	.078	.214	.135	.044	.080	.232	.092	.166
関心の有無 ³⁾	.092	.196	.138	.043	.015	.835	.044	.548	.056	.442
頻度2区分 ⁴⁾	.009	.891	.088	.170	-.057	.407	-.017	.810	-.004	.955
知識合計得点	.057	.389	.189	.003	.042	.535	-.142	.040	.035	.603
高齢者イメージ合計得点	.149	.019	.151	.013	.085	.188	-.004	.953	.233	.000
R ²	.116***		.187***		.054*		.045		.072**	
性別 ¹⁾	-0.174	.011	-0.155	.018	-.129	.065	-.146	.037	-.012	.860
関わりの有無 ²⁾	.142	.031	.084	.183	.138	.041	.079	.239	.104	.122
関心の有無 ³⁾	.091	.207	.137	.047	.014	.846	.043	.558	.057	.439
頻度2区分 ⁴⁾	.004	.955	.083	.201	-.059	.389	-.016	.816	-.013	.855
知識合計得点	.066	.327	.197	.002	.047	.496	-.141	.040	.046	.500
情緒的側面	.085	.182	.090	.141	.039	.552	-.023	.722	.182	.005
R ²	.101***		.173***		.048		.046		.051	
性別 ¹⁾	-0.171	.012	-0.152	.020	-.125	.071	-.147	.035	-.007	.924
関わりの有無 ²⁾	.133	.044	.075	.235	.131	.051	.083	.218	.087	.198
関心の有無 ³⁾	.090	.211	.136	.050	.016	.829	.043	.562	.053	.473
頻度2区分 ⁴⁾	.010	.883	.089	.172	-.054	.428	-.019	.787	-.002	.977
知識合計得点	.057	.393	.190	.004	.037	.586	-.137	.047	.034	.620
活動的側面	.096	.134	.089	.146	.105	.105	-.052	.428	.157	.017
R ²	.103***		.172***		.057*		.048		.043	
性別 ¹⁾	-0.170	.011	-0.152	.018	-.127	.068	-.145	.038	-.007	.919
関わりの有無 ²⁾	.130	.046	.071	.250	.133	.048	.077	.250	.086	.199
関心の有無 ³⁾	.084	.233	.130	.054	.011	.877	.043	.554	.044	.542
頻度2区分 ⁴⁾	.012	.857	.091	.152	-.057	.412	-.014	.839	-.002	.977
知識合計得点	.062	.346	.194	.002	.046	.502	-.144	.036	.045	.509
評価的側面	.191	.002	.197	.001	.068	.293	.077	.234	.226	.001
R ²	.130***		.203***		.051		.051		.069*	

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05 ¹⁾ 性別:女性=0、男性=1

²⁾ 認知症の人との関わりの有無:なし=0、あり=1

³⁾ 認知症についての関心の有無:なし=0、あり=1

⁴⁾ 認知症に関する情報に接する頻度:年に数回およびほとんど見たり聞いたりしない=0、月に数回以上=1

IV. 考察

1. 認知症の人に対する態度尺度と認知症に関する知識尺度の作成

本研究において認知症の人に対する態度尺度として、認知症の人に対する肯定的ないし否定的感情の強さおよび受容的または拒否的な行動の向きの程度を測定することが可能な尺度の作成を試みた。IT 相関分析や探索的因子分析の結果を基に、1項目を除いて改めて探索的因子分析（主因子法）を行った結果、4因子（「寛容」「拒否」「距離感」「親近感」）が抽出され、それぞれの因子負荷量はいずれも0.4以上であった。14項目を基に確認的因子分析を行うと、モデルの適合度は、GFI=0.914、AGFI=0.873、RMSEA=0.075と良好な数値が得られ、モデルの当てはまりの良好性（構成概念妥当性）が示された。14項目のCronbach α 信頼係数は0.793であり、十分な内的整合性が得られた。

次に、知識尺度の作成についてだが、多くの先行研究において一般の人々の多くが認知症についての不安を抱いていることが報告されており^{7,8)}、認知症の行動・心理症状やその対応方法についての具体的な知識が十分普及していないと考えられた。認知症の症状に関する知識を高めることで、認知症に対する不安が軽減し、認知症の人に対する肯定的な態度につながると想定した。そのため、本研究における認知症に関する知識尺度は、認知症の行動・心理症状および症状に対する対応方法に焦点を当てて作成した。項目作成にあたって、認知症の症状に関する成書^{27, 38, 39)}や論文^{5, 6, 37)}を参照し、内容的妥当性の確保に努めた。IT 相関分析の結果、いずれの項目も相関係数が0.3を上回っており、尺度の次元性が確かめられた。さらに、15項目のCronbach α 信頼係数は0.714となり、信頼性を示す数値として問題がないと考えた。また、態度尺度、知識尺度のいずれも、認知症のケアに携わっている人らとともにグループ検討を重ねたことにより、経験知に基づく内容的妥当性も確保されたと考える。

以上より、本研究で作成した認知症の人に対する態度尺度、認知症に関する知識尺度は、いずれも妥当性と信頼性が支持されたといえる。

2. 認知症の人に対する態度に関連する要因

本研究では、認知症の人に対する態度と関連する要因として、認知症に関する知識と高齢者イメージを想定し、検討を行った。

第1の仮説である「態度」に対する「知識」の関連については、態度合計得点に対しては有意な関連は認められず、下位尺度である「寛容」に対してのみ有意

であった。本研究では、認知症の行動・心理症状および症状に対する対応方法を中心として知識尺度を作成した。統合失調症の心理社会的要因を重視する人々は、この疾患をもつ人に対して肯定的な態度を示す傾向があることが報告されている²⁹⁾。Jordanの研究²⁸⁾でも態度に関わる要因として知識を指摘している。高齢者に対しては、加齢に関する知識が乏しいほど、エイジズムすなわち差別が強いことが報告されている⁴⁵⁾。このように、ある事象に対する理解が深まることは、その対象に対する肯定的な態度につながる可能性が考えられる。「寛容」の5項目は、「認知症の人と喜びや楽しみを分かち合える」「普段の生活でもっと認知症の人と関わる機会があってもよい」「認知症の人と周りの人と仲よくする能力がある」などで構成されており、認知症の人と感情や行動を共有し、認知症の人を受け入れようとする態度を表している。認知症に伴う行動・心理症状やその対応方法に関する知識を持つことによって、認知症に対する漠然とした不安が軽減され、認知症の人に対してより寛容になれると思われる。認知症の人に対して寛容な態度をとるためには、認知症に関する情報の習得、特に認知症の行動・心理症状やその対応方法に関する知識が重要であることが示唆された。

第2の仮説である「態度」に対する「高齢者イメージ」の関連については、態度合計得点および下位尺度である「寛容」「親近感」に対して高齢者イメージ合計得点に関連を示した。高齢者イメージの3因子をそれぞれ独立変数に投入した分析では、3因子のうち「評価的側面」だけが態度合計得点および「寛容」「親近感」に対して有意な関連を示した。「評価的側面」のネガティブなイメージに結びつく形容詞である「頑固な」、「不自由な」、「劣った」は、高齢者に対するステレオタイプやエイジズムを連想させる言葉であり、「柔らかな」、「自由な」、「優れた」は高齢者に対するポジティブなイメージを表す言葉といえる。「評価的側面」のイメージがポジティブな場合に、認知症の人に対しても、寛容になり、親近感を持ちやすいのではないかと考えられる。認知症高齢者は精神障害に対する偏見とともにエイジズムという偏見に曝される二重の危険(double jeopardy)をもっていると指摘されている⁹⁾。本研究によって、ポジティブな高齢者イメージと認知症の人への肯定的な態度とが関連していることを実証的に示すことができた。認知症のほとんどが高齢者であることを考えると、高齢者に対する肯定的な評価が認知症の人に対する肯定的な態度に結びつきやすいと思われる。

態度合計得点と「寛容」に対しては性別が関連しており、女性のほうが肯定的な態度を示した。一般市民の精神障害者に対する態度には性別の差は認められず¹⁰⁻¹¹⁾、学生を対象としたところの病に対する態度調査においても性別の差はみられなかった⁴⁶⁾。学生を対象とした障害児者に対する態度調査では、女性が男性より受容的な態度を示した²⁴⁾。大学生を対象とした高齢者に関する意識調査では、女性より男性が老人への差別感が強かった⁴⁷⁾。このように性差については、必ずしも一致した知見が得られていない。今回の調査は、男性より女性で認知症の人に対する肯定的な態度の得点が高かった。今回の調査対象者である A 大学は女性が 8 割弱であり、社会福祉専攻の学生が大部分であった。また A 大学の学生には 2 年生が含まれており、2 年生の場合には 1 年間の教育を受けたことが影響している可能性がある。B 大学は社会福祉専攻とスポーツ科学専攻の学生が並存しており、男女の割合は半々であった。今回、男性より女性で肯定的な態度が強かったのは、大学および専攻の差異に基づく学生の意識や勉強動機の違いが影響した可能性がある。

高齢者や障害者との関わりの経験と肯定的態度との関連はさまざまな領域の研究から報告されている。高齢者と交流が多いほど肯定的な老人観を示し^{38, 39, 44)}、精神障害をもつ人との関わりの経験と肯定的態度には密接な関連がある¹⁴⁻¹⁷⁾。今回の調査もこれらの研究と一致した結果が得られた。認知症の人との関わりの経験がある人では、認知症の人に対する肯定的な態度得点が高く、態度のなかでも「拒否」が認知症の人との関わりと有意な関連を示した。認知症の人との関わりをもつことにより、認知症の人に対する拒否の感情が緩和される可能性が考えられる。

3. 限界と課題

本研究の限界と課題として、以下の点が挙げられる。第 1 に、調査対象者が学生に限られている。他の集団や地域において、今回開発した尺度を用いて研究を拡大する必要がある。第 2 に、今回は認知症の人との関わりまでの検討はできなかった。認知症の人との関わりとの質と認知症の人に対する態度についての研究が待たれる。第 3 に、本研究は横断的調査に基づくものであり、独立変数とした知識等と認知症の人に対する態度の因果関係は明らかではない。今後、認知症に関する知識を普及する啓発活動により、認知症の人に対する態度がどう変化するかを検討する縦断的調査法を用いた研究が望まれる。第 4 に、重回帰分析での決定係数が必ずしも高くなかった。認知症の人に対する

態度に関連する要因として学歴や暮らし向き、自己効力感、エイジズムなどの要因が予想され、他の要因を加えた研究を検討する必要がある。

付記

本論文は第 51 回日本社会医学学会にて発表し、奨励賞を授与された研究をまとめたものである。本研究は平成 22 ~ 24 年度科学研究費補助金、基盤研究 (C) (課題番号 22530609) の支給を受けて行われた研究成果の一部である。

文献

- 1) 下垣光、加藤伸司、藤森和美他、痴呆性老人を抱える介護者の意識と態度. 老年社会科学. 1989 ; 11:249-263
- 2) 松山郁夫、小車淑子、会話ができない重度痴呆性高齢者に対する介護者の認識. 老年社会科学. 2004 ; 26 (1) : 78-84
- 3) 柳漢守、桐野匡史、金貞淑他、韓国都市部における認知症高齢者の主介護者における介護負担感と心理的虐待の関連性. 日本保健科学学会誌. 2007;10 (1) :15-22
- 4) 一宮厚、井形るり子、尾籠晃司他、在宅痴呆高齢者の介護者における介護負担感と QOL. 老年精神医学雑誌. 2001 ; 12 (10) : 1159 - 1166
- 5) 杉原百合子、山田裕子、武地一、一般高齢者もつアルツハイマー型認知症についての知識量と関連要因の検討. 日本認知症ケア学会誌. 2005;4(1) : 9-16
- 6) Yumiko Arai, Asuna Arai, Steven H. Zarit. What do we know dementia?: a survey on knowledge about dementia in the general public of Japan. International Journal of Geriatricpsychiatry 2008;23:433-438
- 7) 本間昭、地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査. 老年社会科学. 2001 ; 23 (3) : 340-351
- 8) Arthur Crisp, Michael Gelder, Eileen Goddard, et al. Stigmatization of people with mental illness: a follow-up study within the Changing minds campaign of the royal college of psychiatrists. World Psychiatry 2005; 4 (2) :106-113
- 9) WHO-WPA Geneva. Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders. a Technical Consensus Statement

- 2002;1-26
- 10) 岡上和雄、石原邦雄、精神障害（者）に対する態度と施策への方向づけ. 社会保障研究. 1986 ; 21 (4) : 373-385
 - 11) 池田望、奥村宣久、忍博次、精神障害者に対する社会的態度に関する研究. 北海道ノーマライゼーション研究. 1999 ; 11 : 73-89
 - 12) 大島巖、山崎喜比古、中村佐織他、日常的な接触体験を有する一般住民の精神障害者観. 社会精神医学. 1989 ; 12 : 286-297
 - 13) 大島巖、精神障害者に対する一般住民の態度と社会的距離尺度一尺度の妥当性を中心に-. 精神保健研究. 1992 ; 38 : 25-37
 - 14) John Read, Alan Law. The relationship of causal beliefs and contact with users of mental health services to attitudes to the 'Mentally Ill' . International Journal of Social Psychiatry 1999;45 (3) :216-229
 - 15) 黒田研二、ステイグマの克服に向けて. 社会問題研究. 2001 ; 50 (2) : 87-119
 - 16) 北岡（東口）和代、精神障害者への態度に及ぼす接触体験の効果. 精神障害とリハビリテーション. 2001;5 (2) : 142-147
 - 17) Pinar Ay, Dilsad Save, Oya Fidanoglu. Does stigma concerning mental disorders differ through medical education?. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006; 41: 63-67
 - 18) 生川善雄、精神遅滞児（者）に対する健常者の態度に関する多次元的研究—態度と接触体験、性、知識との関係—. 特殊教育学研究. 1995 ; 32 (4) :11-19
 - 19) Phelan JC, Link BG, Stueve A, et al. Public Conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996: what is Mental Illness and is it to be feared?. Journal of Health and Social Behavior 2000 ; 41 (2) : 188-207
 - 20) 深谷裕、精神障害（者）に対する社会的態度と関連要因. 精神障害とリハビリテーション. 2004 ; 8 (2) : 166-172
 - 21) Michael King, Sokpatis Dinos, Jenifer Shaw, et al. The stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. British Journal of Psychiatry 2007 ; 190 : 248-254
 - 22) 望月美栄子、山崎喜比古、菊澤佐江子他、こころの病をもつ人々への地域住民のステイグマおよび社会的態度. 厚生の指標. 2008; 55 (15) : 6-15
 - 23) 半澤節子、中根允文、吉岡久美子他、精神障害者に対するステイグマと社会的距離に関する研究. 精神障害とリハビリテーション. 2008 ; 12 (2) : 154-162
 - 24) 豊村和真、学生の障害児者に対する受容の態度に関する研究. 北星論集（社）. 2004 ; 41 : 85-98
 - 25) 豊村和真、笹尾絵梨、障害者に対する態度に関する横断的研究（2）—受容の態度と関連する知識項目に関する検討—. 北星論集（社）. 2009 ; 46 : 1-14
 - 26) 松本耕二、田引俊和、障がい者スポーツをささえるボランティアからみた知的障がい者のイメージと日常生活における意識・態度. 山口県立大学学術情報第 2 号社会福祉紀要. 2009 ; 27-38
 - 27) 日本老年精神医学会、国際老年精神医学会 痴呆の行動と心理症状、2005
 - 28) Jordan, J.E. Construction of a Guttman facet designed cross-cultural attitude-behavior scale toward mental retardation. American Journal of Mental Deficiency 1971;76 (2) : 201-219
 - 29) John Read, Niki Harré. The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatization of 'mental patients' . Journal of Mental Health 2001;10 (2) : 223-235
 - 30) Matthias C. Angermeyer, Herbert matschinger. Causal beliefs and attitudes to People with Schizophrenia. British journal of psychiatry. 2005 ; 186, 331-334
 - 31) Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. Acta Psychiatr Scand. 2006 ; 113,163-179
 - 32) 平川仁尚、赤木勝幸、岩岡ひとみ他、中学生の高齢者イメージに関する調査. ホスピスケアと在宅ケア. 2009 ; 17 (3) : 254-257
 - 33) Chris Gilleard, Fiona Groom. A study of two dementia quizzes. Birtish journal of Clinical psychology 1994 ; 33 : 529-534
 - 34) Perla Werner. Correlates of family caregivers' knowledge about Alzheimer's disease. International journal of geriatric psychiatry 2001 ; 16 : 32-38
 - 35) Brian D. Carpenter, Steve Balsis. MA, Poorni

- G. Otilingam, et al. The Alzheimer's Disease Knowledge Scale: Development and Psychometric Properties. *The Gerontologist* 2009;49 (2) :236-247
- 36) Dieckmann L, Zarit S H, Zarit J M, et al. The Alzheimer's Disease Knowledge Test. *The Gerontologist* 1998 ; 28 (3) :402-407
- 37) Liat Ayalon, Patricia A. Areá N. Knowledge of Alzheimer's disease in four ethnic groups of older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2004 ; 19 : 51-57
- 38) 山口晴保. 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント : 協同医書出版社、2009
- 39) 日本認知症ケア学会. 認知症ケアの基礎知識: ワールドプランニング、2008
- 40) 保坂久美子、袖井孝子、大学生の老人イメージ～SD法による分析. *社会老年学*. 1988 ; 27 : 22-33
- 41) 中谷陽明、児童の老人観—老人観スケールによる測定と要因分析一. *社会老年学*. 1991 ; 34 : 13-22
- 42) 中野いく子、冷水豊、中谷陽明他、小学生と中学生の老人イメージ—SD法による測定と比較一. *社会老年学*. 1994 ; 39 : 11-22
- 43) 古谷野亘、児玉好信、安藤孝悔他、中高年の老人イメージ—SD法による測定一. *老年社会科学*. 1997 ; 18 (2) : 147-152
- 44) 藤原佳典、渡辺直紀、西真理子他、児童の高齢者イメージに影響をおよぼす要因. *日本公衛誌*. 2007 ; 9 : 615-625
- 45) 原田謙、杉澤秀博、柴田博、都市部の若年男子におけるエイジズムに関連する要因. *老年社会科学*. 2008 ; 29 (4) : 485-492
- 46) 山口創生、何玲、金高閻他、東アジア圏の中学生におけるこころの病に対する態度と関連する要因—大阪(日本)、瀋陽(中国)、釜山(韓国)における国際比較研究一. *社会問題研究*. 2010 ; 59 : 121-132
- 47) 辻正二. 高齢者ラベリングの社会学 : 恒星社厚生閣、2001 : 114-138

原 著

Lifestyle characteristics of dietary supplement users from a Japanese civil servant population

公務員集団における健康補助食品使用者の生活習慣特性

Takaaki KONDO, Sayoko UEYAMA

近藤 高明、上山 小夜子

Program in Radiological and Medical Laboratory Sciences,
Nagoya University Graduate School of Medicine

名古屋大学大学院医学系研究科医療技術学専攻

Abstract

Objectives: While a number of studies from other countries indicate that dietary supplement users tend to have favorable physical characteristics or lifestyle behaviors, consistent results have not been confirmed by the limited number of investigations that have been conducted in Japan. The purpose of this study is to conduct a workplace-based survey to characterize supplement users in terms of dietary behavior and physical activity among a Japanese population of middle-aged civil servants.

Methods: Self-administered questionnaire data were collected from a cohort of 6,221 civil servants aged 35-59 in the year 2002. A total of 951 men and 370 women who had taken any dietary supplement during the previous month prior to the survey were regarded as "supplement users." Age- and sex-matched sampling of control subjects was then performed to compare lifestyle characteristics including eating behavior and physical activity between the two groups.

Results and Conclusion: Male supplement users were more likely than nonusers to smoke or drink less, be more concerned about daily dietary behaviors, exercise for 60 minutes or more per month, deliberately engage in physical activity, or engage in exercise. In summary, supplement use might serve as a marker of health-oriented lifestyle in general populations of middle-aged working men.

抄 録

海外での調査研究によれば、健康補助食品使用者は好ましい身体特性や生活習慣を有していると指摘されている。わが国でも同様の調査がいくつか行われてきたが、一致した結果は確認されていない。そこで我々は、中年の公務員集団における健康補助食品使用者の食生活と身体活動に関する特性を明らかにするための職域調査を実施した。

2002年に35～59歳の人からなる自治体職員コホート集団を対象とした健康調査で、自記式問診票への記入を依頼した。調査前1か月に何らかの健康補助食品を利用したことがある者を「補助食品利用者」とみなしたところ、男性951人と女性370人が該当した。この集団に対し性と年齢でマッチングされた対照群を設定し、食生活や身体活動を含む生活習慣特性に関する群間比較を行った。

男性補助食品利用者は対照に比較して、喫煙者が少なく飲酒量も少なかった。また日頃の食生活に気をつけている、月合計で60分以上の運動を行う、意識的に身体活動を行う、現在運動習慣があるという者の割合が高かった。結論として一般職域集団の中年男性では、補助食品利用が健康志向の生活習慣の指標となりうることが明らかにされた。

Key words: Lifestyle behavior; health foods; dietary behavior; physical activity; civil servant

Introduction

A rapid expansion in the sales of dietary supplements has been observed in Japan. A recent estimate indicated that the retail-based market scale of health foods approached 1.9 trillion Japanese yen (2.1 billion US dollars) for the year 2008. Factors accounting for this large consumption of dietary supplements includes the increasing research findings that demonstrate the potential effectiveness of dietary supplements for disease prevention and other health benefits.

According to the new conceptual framework developed by the Ministry of Education of Japan in 1984, the functionalities of food are recognized at three levels¹⁾ i.e., the primary, secondary, and tertiary function identified as nutritional, sensory, and physiological, respectively. Dietary supplements have focused particularly on the tertiary function, which is involved in the modulation of human physiology in such aspects as biorhythm regulation, nervous system, immune system, or body defense²⁾. Supplement products are widely consumed in anticipation of health maintenance and promotion, weight control, cosmetic effects, or nutritional benefits. Regrettably, health issues resulting from inappropriate application such as overdosing or fraudulent mixture of ingredients in some dietary supplement products have been occasionally disclosed, stressing the importance of communication of sound information to consumers amid the growing interest in the use of dietary supplements. In response to the call for the establishment of a regulatory system, the Ministry of Health, Labor and Welfare has established and revised the scientifically-based labeling system in Japan for correct communication of health claims of dietary supplements¹⁾. The current regulatory standards categorize dietary supplements with health claims into either *Food with Nutritional Function Claims* or *Food for Specified Health Uses*; the rest are collectively classified as *Miscellaneous Health Food*.

A number of previous reports from abroad have suggested that supplement use may be a marker for a range of health-related consciousness and behavior, with supplement users being more health-conscious than nonusers and thus less likely to smoke, drink heavily, or be obese, and more likely to eat regularly

and engage in physical activity³⁻⁶⁾. However, the results of studies conducted in Japan investigating the association of dietary supplement use with health-related characteristics have varied. A large-scale population-based cohort study of over 78,000 participants revealed a significant linear relationship of supplement use with never-smoking history in men, lower body mass index (BMI), or higher frequency of exercise.⁷⁾ Another cohort study, on the other hand, indicated no significant association of dietary supplement use with such characteristics as smoking, drinking, or BMI⁸⁾. These inconsistencies may be attributable to differences in the definition of dietary supplement use between studies. The data collection process, age distribution, unmeasured demographic attributes or lifestyle-relevant characteristics, or sample size of the studies may also have contributed to the variability in the relationship between dietary supplement use and health-related characteristics of the users.

In this study, we collected and analyzed data regarding various aspects of lifestyle and use of dietary supplements from middle-aged men and women, who have worked for Aichi Prefecture as civil servant. The particular focus was placed on lifestyle factors such as eating behavior and physical activity for the association with dietary supplement use among participants.

Methods

Study population and sampling method

This study adopted a case-control design to match age and gender among civil servants working for Aichi Prefecture in central Japan. The current study was conducted during the period of the annual health checkup program conducted in 2002, when 4,554 men and 1,667 women aged 35-59 participated in the survey, which included a self-administered questionnaire to elicit responses regarding the use of dietary supplements. The frequency of dietary supplement use was categorized as twice or more/day, once/day, 4-6/week, 2-3/week, once/week, less than once/week, or no use. We regarded subjects who had taken any dietary supplement during the past month prior to the survey as "dietary supplement users." A total of 1,171 men and 495

women were identified as supplement users; among them, 461 men and 240 women had taken a dietary supplement once a day or more, and were regarded as "high-frequency dietary supplement users." Since some of the variables used in the following analysis were missing, the eventual number of supplement users who comprised the group of cases was 1,321 (951 men and 370 women), among whom 560 (379 men and 181 women) were high-frequency users.

For comparison, a group of controls was assembled; first, subjects were all subgrouped on the basis of their gender and age-range spanning 5 years. The controls were then randomly selected from supplement nonusers with due consideration that, for every gender- and age-specific subpopulation, the frequency of cases and controls balance in the ratio of 1:1. A matching procedure for high-frequency supplement users vs. nonusers was similarly conducted to perform subgroup analysis. Variables of particular interest for the association with the use of dietary supplement in the current study included BMI, systolic and diastolic blood pressure, smoking history, alcohol drinking habits, medication for lifestyle-related diseases (any of hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia, or hyperuricemia), menopausal status in women, dietary behaviors (intake of breakfast, preference for salty taste, habit of eating to satiety, concern about dietary behavior), and physical activity (whether the subjects had performed exercise for a total of 60 minutes or more per month, perceived sufficiency of physical activity, deliberate engagement in physical activity, and

engagement in exercise). Distribution and collection of the questionnaire sheets were conducted by means of surface mail. Weight and height for calculation of BMI (kg/m^2) and blood pressure at rest were measured as part of the annual health check-up program. The Ethics Committee of Nagoya University School of Medicine, Nagoya, Japan, approved the study protocol.

Statistical Analysis

Statistical analyses were performed separately for each gender. Unpaired t-test was used for the difference in age, BMI and blood pressure (systolic and diastolic) between the dietary supplement users and nonusers. Associations of dietary supplement use with lifestyle factors, which were treated as categorical variables in the statistical models, were evaluated using the Chi-square test. All statistical analyses were performed using the SPSS^R for Windows version 11.0. Results were considered statistically significant at $P < 0.05$.

Results

Table 1 gives the distribution in the frequency of dietary supplement use in the last month among the supplement users according to the gender and 5-year age intervals. Among these supplement users, high-frequency users (once or more daily) accounted for 39.9% in men and 48.6% in women. As shown in Table 2, some characteristics showed statistically significant differences between the supplement users and control subjects in men. Male supplement users tended to have lower diastolic blood pressure

Table 1. Frequency of dietary supplement use among 1,321 dietary supplement users

	users (N = 1,321)							nonusers (N = 4,900)
	≥ 2/day	1/day	4-6/week	2-3/week	1/week	< 1/week	sum	
<i>Men</i>								
35-39	15	42	17	35	23	30	162	526
40-44	18	55	18	35	27	40	193	546
45-49	24	59	17	27	29	36	192	746
50-54	23	87	24	43	30	41	248	1,185
55-59	18	38	17	32	27	24	156	600
Total	98	281	93	172	136	171	951	3,603
<i>Women</i>								
35-39	12	31	14	17	10	16	100	208
40-44	12	21	14	12	12	7	78	254
45-49	6	28	9	9	4	13	69	255
50-54	14	33	5	5	9	14	80	367
55-59	7	17	4	6	3	6	43	213
Total	51	130	46	49	38	56	370	1,297

than nonusers while systolic blood pressure showed no such difference, and they were less likely to be either a smoker or frequent drinker (> 6 days/week). Although the difference was not statistically significant, fewer male supplement users were given medicine for lifestyle-related disease treatment than nonusers ($P = 0.051$). Women showed no apparent differences in basic characteristics or menopausal status between supplement users and controls.

With respect to dietary behaviors, about 11% of supplement users reportedly skipped breakfast every day in both men and women (Table 3); this prevalence was not significantly different from that in

the control group, however. Preference for salty foods and habit of eating to satiety were not associated with the use of dietary supplements, either. On the other hand, supplement users tended to be very or relatively concerned about their daily dietary behaviors in comparison to nonusers (Table 3). This association was significant in men but not in women ($P = 0.10$).

Those who exercise for a total of 60 minutes or more a month were more prevalent among supplement users than nonusers in men but not in women (Table 4). Those who perceived that their exercise had been sufficient or relatively sufficient

Table 2. Basic characteristics of 1,321 supplement users and 1,321 controls

Variable	Men				P for difference ^a	Women				
	Supplement user (N = 951)		Control (N = 951)			Supplement user (N = 370)		Control (N = 370)		
	Mean	(min, max)	Mean	(min, max)		Mean	(min, max)	Mean	(min, max)	
Age (year)	47.3	(35, 59)	47.3	(35, 59)	0.91	45.5	(35, 59)	45.4	(35, 59)	0.94
Body mass index (kg/m ²)	23.2	(15.9, 34.9)	23.3	(15.4, 35.9)	0.45	21.6	(15.6, 31.6)	21.9	(16.6, 33.2)	0.11
Blood pressure (mmHg)										
Systolic	126.8	(85, 180)	127.0	(88, 191)	0.12	118.3	(84, 214)	119.7	(85, 178)	0.21
Diastolic	78.3	(50, 120)	79.8	(38, 120)	< 0.01	70.9	(49, 114)	71.2	(48, 120)	0.68
	Frequency	(%)	Frequency	(%)		Frequency	(%)	Frequency	(%)	
Smoking history										
Never	391	(41.1)	322	(33.9)		316	(85.4)	327	(88.4)	
Ever	278	(29.2)	280	(29.4)	< 0.01	27	(7.3)	16	(4.3)	0.22
Current	282	(29.7)	349	(36.7)		27	(7.3)	27	(7.3)	
Current drinking habit										
No	117	(12.3)	118	(12.4)		128	(34.6)	131	(35.4)	
< 5/week	479	(50.4)	417	(43.8)	0.010	185	(50.0)	180	(48.6)	0.93
≥ 6/week	355	(37.3)	416	(43.7)		57	(15.4)	59	(15.9)	
Medication for any lifestyle-related diseases ^b										
Yes	112	(11.8)	137	(14.4)	0.051	19	(5.1)	19	(5.1)	0.43
Menopausal status										
Postmenopausal	-	-	-	-		102	(27.6)	102	(27.6)	1.00

^a P value calculated by unpaired t-test for age, BMI, and blood pressure, and by χ^2 test for other categorical variables.

^b e.g., hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia, or hyperuricemia.

Table 3. Characteristics regarding dietary behaviors among supplement users and controls

Variable	Men				P value ^a	Women				
	Supplement user		Control			Supplement user		Control		
	Frequency	(%)	Frequency	(%)		Frequency	(%)	Frequency	(%)	
Skip breakfast										
No	744	(78.3)	761	(80.1)		262	(70.8)	279	(75.4)	
Once in a while	105	(11.1)	103	(10.8)	0.49	67	(18.1)	47	(12.7)	0.13
Always	101	(10.6)	86	(9.1)		41	(11.1)	44	(11.9)	
Salty taste preference										
Prefer salty foods	60	(6.3)	67	(7.1)		7	(1.9)	5	(1.4)	
Usually prefer salty foods	533	(56.2)	557	(58.6)	0.54	129	(34.9)	143	(38.6)	0.58
Usually prefer bland foods	323	(34.1)	296	(31.2)		201	(54.3)	185	(50.0)	
Prefer bland foods	32	(3.4)	30	(3.2)		33	(8.9)	37	(10.0)	
Habit of eating to satiety										
Always eat to satiety	52	(5.5)	64	(6.7)		32	(8.7)	20	(5.4)	
Usually eat to satiety	538	(56.7)	504	(53.1)	0.21	194	(52.6)	215	(58.1)	0.11
Usually eat moderately	311	(32.8)	342	(36.0)		124	(33.6)	124	(33.5)	
Always eat moderately	48	(5.1)	40	(4.2)		19	(5.1)	11	(3.0)	
Concerned about daily dietary behaviors										
Very much	53	(5.6)	27	(2.8)		25	(6.8)	12	(3.2)	
Relatively	554	(58.3)	409	(43.1)	< 0.01	216	(58.4)	221	(59.7)	0.10
Not much	313	(32.9)	454	(47.8)		112	(30.3)	125	(33.8)	
Little	30	(3.2)	60	(6.3)		17	(4.6)	12	(3.2)	

Individuals with missing data were not included in the calculation.

^a P value calculated by χ^2 test.

accounted for less than 20% among supplement users and nonusers; no significant difference in the distribution of perceived sufficiency of exercise was observed in either men or women. Dietary supplement users tended to engage more deliberately in physical activity than nonusers; this association was statistically significant only in men, however. Moreover, male dietary supplement users were also likely to engage in exercise, whether on a regular or irregular basis, but female users were not. Even among those without habitual exercise, supplement users were more highly motivated to begin exercise in the near future (data not shown).

Results of the comparison between high-frequency dietary supplement users and nonusers indicated no significant differences in age, BMI, or systolic and diastolic blood pressure (Table 5). There was a significant association between the smoking history and high-frequency supplement use in either gender, but the gender-specific tendency of this association was in the opposite direction; e.g., high-frequency supplement users were more likely to be a smoker in men but less likely in women than the control subjects. It is noteworthy that the majority of women were never smokers (91.7% in supplement users and 85.1% in nonusers). Neither alcohol drinking habit nor

Table 4. Characteristics regarding physical activity among supplement users and controls

Variable	Men			Women						
	Supplement user		Control	P value ^a	Supplement user		Control	P value ^a		
	Frequency	(%)			Frequency	(%)			Frequency	(%)
Exercise of ≥ 60 minutes in monthly total										
Yes	591	(62.8)	515	(55.1)	< 0.01	161	(44.5)	165	(45.0)	0.48
No	350	(37.2)	419	(44.9)		201	(55.5)	202	(55.0)	
Perceived sufficiency of physical activity										
Sufficient	30	(3.2)	28	(3.0)	0.55	14	(3.9)	11	(3.0)	0.82
Relatively sufficient	141	(14.9)	128	(13.5)		38	(10.5)	34	(9.2)	
Relatively insufficient	340	(36.0)	325	(34.4)		102	(28.1)	101	(27.4)	
Insufficient	434	(45.9)	465	(49.2)		209	(57.6)	222	(60.3)	
Deliberate engagement in physical activity										
Always	146	(15.5)	105	(11.1)	< 0.01	34	(9.4)	27	(7.4)	0.51
Sometimes	489	(51.8)	444	(46.9)		163	(44.9)	162	(44.3)	
Once in a while	234	(24.8)	296	(31.3)		114	(31.4)	131	(35.8)	
Seldom	75	(7.9)	101	(10.7)		52	(14.3)	46	(12.6)	
Engagement in exercise										
No exercise	336	(35.7)	396	(42.0)	0.018	194	(53.9)	202	(55.2)	0.92
Irregular exercise	340	(36.1)	312	(33.1)		105	(29.2)	102	(27.9)	
Regular exercise	265	(28.2)	234	(24.8)		61	(16.9)	62	(16.9)	

Individuals with missing data were not included in the calculation.

^a P value calculated by χ^2 test.

Table 5. Basic characteristics of 560 high-frequency supplement users and 560 controls

Variable	Men			Women						
	Supplement user		Control	P for difference ^a	Supplement user		Control	P for difference ^a		
	(N = 379)	(N = 379)			(N = 181)	(N = 181)				
	Mean	(min, max)	Mean	(min, max)	Mean	(min, max)	Mean	(min, max)		
Age (year)	47.5	(35, 59)	47.4	(35, 59)	0.86	46.4	(35, 59)	46.3	(35, 59)	0.99
Body mass index (kg/m ²)	23.1	(15.9, 33.2)	23.2	(15.4, 35.9)	0.80	21.4	(15.6, 30.2)	22.1	(16.0, 33.1)	0.013
Blood pressure (mmHg)										
Systolic	126.7	(85, 180)	126.7	(86, 178)	1.00	120.6	(84, 214)	120.9	(87, 168)	0.86
Diastolic	78.6	(50, 120)	78.6	(38, 122)	0.96	71.5	(50, 114)	73.4	(49, 102)	0.11
	Frequency	(%)	Frequency	(%)		Frequency	(%)	Frequency	(%)	
Smoking history										
Never	141	(37.2)	150	(39.6)	0.016	166	(91.7)	154	(85.1)	0.021
Ever	93	(24.5)	119	(31.4)		2	(1.1)	12	(6.6)	
Current	145	(38.3)	110	(29.0)		13	(7.2)	15	(8.3)	
Current drinking habit										
No	56	(14.8)	57	(15.0)	0.18	65	(35.9)	67	(37.0)	0.23
< 5/week	166	(43.8)	189	(49.9)		97	(53.6)	85	(47.0)	
≥ 6/week	157	(41.4)	133	(35.1)		19	(10.5)	29	(16.0)	
Medication for any lifestyle-related diseases ^b										
Yes	58	(15.3)	59	(15.6)	0.92	11	(6.1)	10	(5.5)	0.82
Menopausal status										
Postmenopausal	-	-	-	-	-	62	(34.3)	60	(33.1)	0.80

^a P value calculated by unpaired t-test for age, BMI, and blood pressure, and by χ^2 test for other categorical variables.

^b e.g., hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia, or hyperuricemia.

medication for lifestyle-related diseases significantly differed between the high-frequency users and nonusers for both men and women.

Table 6 indicates that male high-frequency supplement users were less moderate in eating to satiety than nonusers. As shown in the table, both male and female high-frequency supplement users seemed more concerned about daily dietary behaviors than nonusers. The likelihood of exercising for more than 60 minutes per month, deliberately engaging in physical activity, and engaging in regular exercise

was significantly higher in male users than in control subjects, while such associations were not observed in women (Table 7).

In additional analyses, subjects were classified into three subgroups according to the concentrations of fasting serum glucose for the association with dietary supplement use; however, no significant association was found (data not shown). Similar models were specified using fasting serum concentrations of triglyceride and uric acid as a categorized predictor, neither of which demonstrated significant associations

Table 6. Characteristics regarding dietary behaviors among high-frequency supplement users and controls

Variable	Men			Women						
	Supplement user		Control	P value ^a	Supplement user		Control	P value ^a		
	Frequency	(%)			Frequency	(%)			Frequency	(%)
Skip breakfast										
No	300	(79.2)	322	(85.0)	0.11	130	(71.8)	132	(72.9)	0.57
Once in a while	43	(11.3)	29	(7.7)		26	(14.4)	30	(16.6)	
Always	36	(9.5)	28	(7.4)		25	(13.8)	19	(10.5)	
Salty taste preference										
Prefer salty foods	19	(5.0)	28	(7.4)	0.58	4	(2.2)	2	(1.1)	0.62
Usually prefer salty foods	221	(58.3)	212	(55.9)		64	(35.4)	65	(35.9)	
Usually prefer bland foods	126	(33.2)	125	(33.0)		97	(53.6)	103	(56.9)	
Prefer bland foods	13	(3.4)	14	(3.7)		16	(8.8)	11	(6.1)	
Habit of eating to satiety										
Always eat to satiety	20	(5.3)	36	(9.5)	0.013	14	(7.7)	11	(6.1)	0.29
Usually eat to satiety	214	(56.6)	175	(46.2)		89	(49.2)	107	(59.1)	
Usually eat moderately	124	(32.8)	149	(39.3)		68	(37.6)	56	(30.9)	
Always eat moderately	20	(5.3)	19	(5.0)		9	(5.0)	6	(3.3)	
Concerned about daily dietary behaviors										
Very much	31	(8.2)	15	(4.0)	< 0.01	18	(9.9)	2	(1.1)	< 0.01
Relatively	231	(60.9)	155	(40.9)		105	(58.0)	110	(60.8)	
Not much	107	(28.2)	184	(48.5)		48	(26.5)	61	(33.7)	
Little	10	(2.6)	25	(6.6)		10	(5.5)	7	(3.9)	

Individuals with missing data were not included in the calculation.

^a P value calculated by χ^2 test.

Table 7. Characteristics regarding physical activity among high-frequency supplement users and controls

Variable	Men			Women						
	Supplement user		Control	P value ^a	Supplement user		Control	P value ^a		
	Frequency	(%)			Frequency	(%)			Frequency	(%)
Exercise of \geq 60 minutes in monthly total										
Yes	237	(63.0)	204	(54.8)	0.026	77	(43.3)	82	(45.3)	0.75
No	139	(37.0)	168	(45.2)		101	(56.7)	99	(54.7)	
Perceived sufficiency of physical activity										
Sufficient	15	(4.0)	9	(2.4)	0.20	9	(5.1)	1	(0.6)	0.053
Relatively sufficient	67	(17.8)	54	(14.3)		22	(12.5)	18	(9.9)	
Relatively insufficient	125	(33.2)	121	(32.0)		51	(29.0)	57	(31.5)	
Insufficient	169	(44.9)	194	(51.3)		94	(53.4)	105	(58.0)	
Deliberate engagement in physical activity										
Always	74	(19.7)	41	(10.8)	< 0.01	23	(13.1)	12	(6.7)	0.12
Sometimes	190	(50.5)	159	(42.0)		79	(44.9)	83	(46.1)	
Once in a while	80	(21.3)	131	(34.6)		52	(29.5)	67	(37.2)	
Seldom	32	(8.5)	48	(12.7)		22	(12.5)	18	(10.0)	
Engagement in exercise										
No exercise	140	(37.5)	173	(45.9)	0.031	96	(55.8)	98	(55.7)	0.43
Irregular exercise	106	(28.4)	105	(27.9)		45	(26.2)	54	(30.7)	
Regular exercise	127	(34.0)	99	(26.3)		31	(18.0)	24	(13.6)	

Individuals with missing data were not included in the calculation.

^a P value calculated by χ^2 test.

with supplement use.

Discussion

The result of the present study that was conducted to examine lifestyle characteristics of dietary supplement users among middle-aged civil servants revealed some supplement-use related lifestyle factors. The results can be summed up as follows: both male and female supplement users do not differ in their anthropometrical parameters in comparison to nonusers; male supplement users smoke or drink less and are more mindful of their eating behavior; and male supplement users are more likely to engage in physical activity or exercise than nonusers.

Some previous reports have indicated that supplement users tend to be low in BMI^{6,9,10}, while others have exhibited otherwise^{8,11}. Our results also indicated lack of significant association between dietary supplement use and BMI, although female high-frequency users tended to be leaner. In this regard, we included a food-frequency questionnaire (FFQ) as part of the survey, and estimated FFQ-based total energy intake that potentially influenced BMI; no significant difference in total energy intake between the supplement users and nonusers was observed (data not shown), suggesting that the supplement users among our subjects do not necessarily eat moderately.

The significantly lower smoking rate among male supplement users was in accord with the previous report⁷, but the significantly higher smoking rate among male high-frequency supplement users has not been previously confirmed to the best of our knowledge. One possibility is that men who had tried but failed to quit smoking were inclined to high dependency on dietary supplement use; the low ever-smoking rate among the male high-frequency supplement users (24.5%) vs. nonusers (31.4%) might have reflected such an inclination. In addition, the observation that male supplement users drink more moderately than nonusers also agreed with one earlier study³ but differed from another one⁷. Unlike men, women showed no associations of either smoking history or current drinking habit with their supplement use; this result should be interpreted cautiously because the proportion of female smokers or frequent drinkers was disproportionately low

compared to that in men, which might have minimized the statistical effect size between the supplement users and nonusers.

Some evidence indicating that supplement users, particularly men, are more health-conscious than nonusers in terms of dietary behaviors or physical activity was obtained from the present study. For example, male supplement users seem to be more concerned about daily dietary behaviors; though not statistically significant, a similar tendency was confirmed in women ($P = 0.10$). The subgroup analysis, which resulted in a significant association between high-frequency supplement use and concern for dietary behaviors in both genders, corroborates this evidence.

Moreover, there were significant associations of supplement use with exercise of > 60 minutes per month, deliberate engagement in physical activity, and engagement in regular exercise among men; these results confirmed the assumption that supplement users tend to be more aware of health benefits gained from physical activity than nonusers, and is consistent with those of previous investigations indicating that supplement users exercise more often^{9,12}. Reasons for the failure of women to demonstrate similar associations are yet to be explored; the small proportion of women who exercise or engage in physical activity in comparison to men may explain such a discrepancy. Interestingly, though male supplement users seem to be physically active compared to nonusers, sufficient or relatively sufficient exercise was perceived only by about 18% of them. Supposedly, the levels of their physical activity (occupational, commuting, household, or leisure-time) may not be felt to be satisfactory even by individuals who performed habitual exercise.

Taken together, it was found that dietary supplement users among middle-aged civil servants are characterized by their high health-consciousness and maintenance of healthier lifestyle in terms of eating habit and physical activity than are nonusers, providing evidence in support of the 'inverse supplement hypothesis'⁹. Supplement use therefore might serve as a behavioral marker of healthy lifestyle in the general healthy population⁴. On the other hand, no significant associations were identified

between supplement use and some biochemical data (glucose, triglyceride, and uric acid). Thus, we could not conclude that the claimed beneficial effects of dietary supplement products on health maintenance and disease prevention were medically ascertainable. However, cautious interpretation of the absence of such associations should be considered since some unmeasured factors obscuring the health effects of supplement products may have been involved. For one thing, our questionnaire did not include questions to elicit reasons to begin dietary supplement intake; it was previously reported that people start to take supplements when they start to feel that their health and vigor are declining during the earliest stages of definable symptoms⁴⁾.

A limitation of this study is that the questionnaire was not designed to distinguish the consumed dietary supplements according to their ingredients or health claims¹⁾. Therefore, judgment of which products to be included in the category of dietary supplements was inevitably left to the respondents. An earlier study conducted by Imai et al. in Japan revealed that their supplement users were likely to feel less healthy than nonusers⁸⁾, a finding not in agreement with what has been reported in other studies. It should be noted that Imai et al. categorized dietary supplements according to type or ingredients, which enabled calculation of energy and nutrient intake for each category of supplements. However, they did not define functional foods and modified foods as the dietary supplement; we thus speculate that this may partly explain the between-study inconsistency in results. Another limitation is that, because our study design was cross-sectional, persistence in each subject's supplement use was unclear. Continuation or discontinuation of supplement use is regarded as important information in evaluating longitudinal cause/effect relationships of supplement use with lifestyle attributes or biological variables.

References

- 1) Yamada K, Sato-Mito N, Nagata J, et al. Health claim evidence requirements in Jpn J Nutr 2008;138:1192S-1198S.
- 2) Arai S. Functional foods. Folia Pharmacol Jpn 1997;110:7S-10S.

- 3) Block G, Cox C, Madans J, et al. Vitamin supplement use, by demographic characteristics. Am J Epidemiol 1988;127:297-309.
- 4) Block G, Sinha R, Gridley G. Collection of dietary-supplement data and implications for analysis. Am J Clin Nutr 1994;59:232S-239S.
- 5) Subar AF, Block G. Use of vitamin and mineral supplements: demographics and amounts of nutrients consumed. The 1987 Health Interview Survey. Am J Epidemiol 1990;132:1091-1101.
- 6) Lyle BJ, Mares-Perlman JA, Klein BE, et al. Supplement users differ from nonusers in demographic, lifestyle, dietary and health characteristics. J Nutr 1998;128:2355-2362.
- 7) Ishihara J, Sobue T, Yamamoto S, et al. Demographics, lifestyles, health characteristics, and dietary intake among dietary supplement users in Japan. Int J Epidemiol 2003;32:546-553.
- 8) Imai T, Nakamura M, Ando F, et al. Dietary supplement use by community-living population in Japan: data from the National Institute for Longevity Sciences Longitudinal Study of Aging (NILS-LSA). J Epidemiol 2006;16:249-260.
- 9) Kirk SF, Cade JE, Barrett JH, et al. Diet and lifestyle characteristics associated with dietary supplement use in women. Public Health Nutr 1999;2:69-73.
- 10) Reinert A, Rohrmann S, Becker N, et al. Lifestyle and diet in people using dietary supplements: a German cohort study. Eur J Nutr 2007;46:165-173.
- 11) Kishimoto M, Fujita H, Takahashi H. Relationship between health behavior and lifestyles/health status among Japanese adults. J Health Hum Ecol 2006;72:141-152.
- 12) Radimer K, Bindewald B, Hughes J, et al. Dietary supplement use by US adults: data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2000. Am J Epidemiol 2004;160:339-349.

原 著

介護予防システムを推進する活動 —保健師と住民との協働に焦点をあてて—

Public health nursing practice in the promotion of long-term care prevention systems with a focus on collaboration between community residents and public health nurses

吉田礼維子^{1) ,3)}、和泉比佐子²⁾、波川京子²⁾
Reiko YOSHIDA^{1) ,3)}, Hisako IZUMI²⁾, Kyoko NAMIKAWA²⁾

- 1) 天使大学看護栄養学部看護学科
- 2) 札幌医科大学保健医療学部看護学科
- 3) 札幌医科大学保健医療学研究科博士課程後期

- 1) School of Nursing and Nutrition, Tenshi College
- 2) School of Health Sciences, Sapporo Medical University
- 3) Graduate School of Health Sciences, Sapporo Medical University

抄 録

本研究の目的は、介護予防システムを推進する保健師が住民との協働において行なった活動を明らかにすることである。市町村の保健部門および地域包括支援センターの保健師8人に半構造化インタビューを実施し、質的分析を行った。

介護予防システムを推進する保健師と住民の協働は、【調査や話し合いをとおして介護予防のニーズを探索する】【介護予防の課題や目標を住民と検討し共有する】【地域の実状に応じた介護予防活動を強化する】【介護予防の効果を評価して改善につなげる】【住民に介護予防の必要性を意識づける】【住民の力を育て介護予防を推進する】【介護予防に関連する自主活動を発展させる】の7つのカテゴリーであった。

保健師は、住民に介護予防に関する情報を提供し対話をとおして地域の課題や目標を共有し、住民参加を促しながら効果的な介護予防活動を支援し、資源を開拓し、評価を改善につなげシステムを推進させていることが明らかになった。

Abstract

This study aimed to explore the collaboration between residents and public health nurses in the promotion of long-term care prevention systems. Semi-structured interviews were conducted with eight public health nurses working at local health departments and community comprehensive support centers. Results were analyzed qualitatively.

The collaboration between residents and public health nurses in the promotion of care prevention systems fell into the following seven categories: investigation into preventive care needs through surveys and discussions, discussion and sharing of preventive care issues and goals with residents, strengthening of preventive care practices to respond to community circumstances, evaluation of preventive care outcomes for further improvements, fostering the abilities of residents to promote preventive care, and permitting the development of voluntary activities related to preventive care.

Results indicate that public health nurses provide residents with information related to preventive care and share community issues and goals through discussion. Additionally, they support effective preventive care

practices while encouraging resident participation. They were found to promote care prevention systems by developing resources and linking outcome evaluations with improvements.

キーワード：介護予防 ヘルスケアシステム 保健師 協働

Key words : long-term care prevention, health care systems, public health nurse, collaboration

I. はじめに

高齢者が健康で住みなれた地域の人々との社会的な交わりや生活を継続しながら、人生の最後まで満足感をもって主体的に生きることは高齢社会の目標である。その実現において、寝たきりなどの要介護状態の発生や悪化をできる限り防ぎ、遅らせる介護予防は重要である。介護予防のためには、生活習慣病などの疾病予防と合わせて、加齢に伴う心身の機能低下を防ぎ、より積極的な健康づくりを行なうことが必要である。

2006年の改正介護保険法では、一貫性・連続性のある総合的な介護予防システムの確立が方向づけられた¹⁾。介護予防施策は、地域包括支援センターを中核機関として、新予防給付、特定高齢者施策、一般高齢者施策が行われているが、市町村の保健福祉施策とともに総合的かつ一体的に推進する必要がある¹⁾。しかし、これまでは新予防給付と特定高齢者施策に多くの時間が割かれ、一般高齢者を対象とした一次予防まで手が回らない現状にある²⁾。これらを推進するためには、ヘルスプロモーションの理念による地域づくりの視点を持ち、高齢者の社会参加を支援する社会環境の整備が重要となる¹⁾。従来の行政による介護保険サービスの範囲は、人々のトータルな生活のサポートという点では不十分で、地域を基盤とした介護予防の資源の活用と開発がポイントとなる³⁾。特に一般の高齢者の介護予防においては、当事者である住民はもちろん社会福祉協議会、自治会などの地区組織、学校などとの協働によるプログラムの開発と取り組みが必須である^{2,3)}。

これまでも地域を基盤とした介護予防の取り組みはいくつか報告されている^{4,6)}。しかし、多くの市町村においては、住民との協働により介護予防システムをどのように推進していくかについて模索状態が続いている。保健師と住民との協働は、地域全体を視野に入れ住民の力を引き出しながら協力者を育成し、同時に保健師自身の活動の広がりにつなげているという特徴がある⁷⁾。また、保健師と他職種・他機関との協働を構築する活動としては、関係をつくり出す、連携を推進する、活動を支援する、協働に発展させるの4つが報告されている⁸⁾。しかし、介護予防に関する協働の報告はまだ少ない。介護保険制度に基づく介護予防システムの機能を推進し、地域特性に応じたシステムに

発展させていくための住民との協働について明らかにする必要がある。

そこで本研究は、介護予防システムを推進する保健師が住民との協働において行った活動を明らかにすることを目的とする。

II. 方法

1. 調査対象および調査方法

介護予防の取組事例として報告^{9,10)}している市町村または地域包括支援センターに勤務している保健師に、文書と口頭にて協力を依頼し、承諾の得られた8人を対象とした。

インタビューガイドに基づく半構造化インタビューを行い、データを収集した。基本属性を確認し、介護予防システムを推進するために保健師が行った活動を尋ね、住民との協働において保健師が意図したこと、行った活動内容が明確になるようインタビューを行った。

調査は2009年8月～10月に実施した。インタビューは一人につき1時間程度で、対象者の勤務先で実施し、許可を得て録音しデータとした。

2. 分析方法

分析は、帰納的アプローチによる質的記述的研究によって行った¹¹⁾。

録音内容から逐語録を作成し、事例ごとに保健師と住民の協働に該当する活動内容および保健師の意図や協働による変化の認識を抽出した。抽出した協働の活動内容と保健師の意図や協働による変化の認識を統合してコードとした。コードは共通性や差異に着眼して比較分析し、意味の類似性に基づき整理統合して、カテゴリー化した。さらにカテゴリー間の関連性を検討した。信頼性、妥当性を高めるために分析結果を調査対象者に確認した。

3. 倫理的配慮

インタビュー調査においては、文書と口頭により研究目的、内容、研究参加・中断の自由、プライバシーの保障、研究結果の公表について説明し、同意書を得た。本研究は、札幌医科大学倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号21-2-5)。

III. 結果

1. 対象者の概要 (表1)

対象者は一県内7市町に勤務する保健師8人で、そのうち直営の地域包括支援センターの保健師が6人であった。年齢は34～56歳で40歳代が5人であった。保健師経験年数は9～34年で20年以上が4人であった。7人が市町村保健部門の勤務経験があった。

2. 介護予防システムの推進における保健師と住民の協働 (表2-1、表2-2)

介護予防システムを推進する保健師と住民との協働は、7つのカテゴリーと20のサブカテゴリーを抽出した。

以下、カテゴリー【 】、サブカテゴリー『 』、コードを「 」で示した。

項目	内容	人数
所属機関	市町村保健部門	1
	地域包括支援センター 直営	6
	委託	1
年代	30歳代	1
	40歳代	5
	50歳代	2
保健師経験年数	9年～15年未満	2
	15年～20年未満	2
	20年～35年未満	4
市町村人口	5千人～1万人未満	4
	1万人～5万人未満	2
	5万人～10万人未満	1
	10万人以上	1
市町村高齢化率	15～20%	1
	20～25%	4
	25～30%	2
	30～35%	1

表2-1 介護予防システムを推進する保健師が住民との協働において行った活動

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
調査や話し合いを通して介護予防のニーズを探索する	地域の課題を検討するために住民と学習する	高齢者保健福祉計画作成にあたり住民と介護予防の考え方を学習した 保健医療関係者だけでなく住民やボランティアで研究会を立ち上げ協力関係をつくった 介護保険計画立案のために保健・福祉・包括と社協でチームをつくった
	調査や住民との話し合いから介護予防のニーズを明確化する	介護認定を受けていない人、健診未受診者、老人クラブに参加していない人を住民と確認してリストをつくり、訪問などで把握した 生活機能評価未受診の理由を調査や住民の声により分析して対策を考えた 高齢者の実態調査の結果から出てきた課題について住民と話し合った
	介護予防の課題や目標を住民と検討し共有する	介護保険の支援は一部分で住民の支えあいや協働は不可欠と考え、住民を巻き込んだ活動展開の方針で、街づくりのビジョンを打ち出し共有した 目指す町の姿と現状を対比させ、どこに力を入れていくと良いか住民と話し合った 教室を1年に一地区増やすなど住民と一緒に目標を設定し、成果を挙げた 今年と来年で、高齢者クラブで介護予防がなぜ必要か意識づけの話をすることに力を入れていくことにした
地域の現状に応じた介護予防活動を強化する	話し合いをとおして地域に応じた活動の方向性を見出す	解決の方向を検討するために話し合いをもち、住民の考えを取り入れて事業を開始した 民生委員の訪問をして地域の課題を話し合い、今後の方策を練った 民生委員と話し地域で行っている活動を確認してから事業を検討した 住民の協力を得て地区のボランティア活動や自主事業など現在ある資源をまとめて利用しやすいようにした モデル地区の実施で地域の声を確認し、地域のネットワーク活動に組み込んだ
	住民が状況に応じて選択できる多様な介護予防活動を提供する	インターネットと地域の教室の2本立ての介護予防事業を導入した。健診結果説明会で具体的な方法を住民に示し選択してもらった 集団を嫌う人もいるので、器械を使った運動中心の教室と保健師が入り色々なことをする教室との2パターンで実施して住民が選択できるようにした 健診は2つあり、広報で周知する方法と、郵送で活動能力指標をチェックして、ハイリスク者は歩行の実測の健診を受け全員を結果説明会に呼ぶ
	住民が地域の資源を活用しやすいように情報提供する	高齢者が活用できるサークルの地図をつくり相談があったときに紹介する わかりやすい介護予防や地域包括のパンフレットをつくり住民に配布する 定期的に教室や活動を行っている地域には補助金を出す
地域の実状に応じた介護予防活動を強化する	民生委員や町内会と地域の高齢者の課題を共有し、協力関係を強化する	民生委員の集まりに出向き地域の問題について話し合う 民生委員の集まりに参加して、パンフレットの配布依頼や制度や虐待の学習会を行なう 包括の活動を知らせるチラシに民生委員の名前を入れて住民に配布してもらい、地域に入るきっかけをつくる 民生委員に相談・対応の結果をフィードバックして、協力の継続につなげた 町内会など日頃から顔を合わせ関係をつくり何かあれば連絡をもらう
	地域の会議を発展させ高齢者の支援体制を強化する	地域ケア会議に民生委員を呼び、調査結果や成功事例を報告して、役割分担を紹介したり考えてもらう場を設けた ケース会議を開いて民生委員、警察など関係者で対応を検討し、制度で支えきれない地域の支援体制をつくる 民生委員の集まりで事例の紹介をして相談や支援のイメージを持ってもらう 今軌道に乗っている会議やネットワークを発展させ、役割を周知していく ボランティアの活動を支えるために会議を開いたり相談にのる
	介護予防の効果や目標を住民と検討し共有する	体操の効果測定し、身体の変化をグループワークで確認し、その効果を他の住民にも伝えてもらう 自主活動をしている人の医療費が押さえられ、生活機能が改善していることを事業評価をつくり、介護予防の効果として住民や関係者に示した 介護予防適正化事業の分析・評価をメンバーに伝えることにより、必要な社会資源があがってきた ポピュレーションアプローチは地域の介護予防において重要であることを介護予防効果検証事業として補助金をもらい評価をして住民や国に示した 町全体の保健のどの部分を地域包括支援センターが担当しているのかとらえ、そういう見せ方をする

表2-2 介護予防システムを推進する保健師が住民との協働において行った活動

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
住民に介護予防の必要性を意識づける	住民に対して機会があることに介護予防の必要性を意識づける	高齢者クラブなどで生活を振り返り介護予防の意識づけができる場をつくる。依頼がない場合はこちらから声をかけて話をする 運動不足の人が多いなど健康づくりアンケートの結果を住民に報告する 高齢者大学で1年に1回は介護予防の話をする 介護予防は、日々の運動とか食事とか地道な活動をコツコツ積み重ねることが将来につながることを周知する
	身体の変化をとらえ介護予防活動の効果を確認しあう	身体が楽になった良くなったという変化を見出して伝えること、実際に継続している先輩から声をかけてもらうことにより、体操を続けていく気持ちになる 身体の変化が行動範囲を広げ、生活の変化につながり人生が変化した事例をとおして住民と体操の効果を確認し実感する 体操をして足腰の痛みが無くなったことを伝えて住民が仲間をつれてくる 年一回は体力測定をして、体操の効果がわかるよう表にして確認する
住民の力を育て介護予防を推進する	地域の気になる高齢者を発見する目を育てる	民生委員の会議や介護予防講座など機会あるごとに気になる人の情報を知らせてもらうようにアピールして、連絡がくるようになってきた。 本人家族、住民に何かあったら保健師に相談するよう日頃から伝えている 保健師が気になる人、心配な人はどういう人か、イメージできるように伝え、相談してもらえよう伝えると、声をかけてもらえるようになった 一般高齢者の自主グループ活動を広げ、そこからハイリスク者が出てきたときに保健師が関われる体制がとれると良いということを地域に伝える
	住民が相互に支えあう力を育てる	住民同士が意識しあってお互いに見守る力をつけるために、高齢者教室に来ない人をまず住民が誘い、さらに心配なら保健師に伝えてもらうようにした 保健師は陰で支え、住民同士で支えたという意識がもてるようにする 独居者の緊急時ネットワークづくりを住民に意識してもらいシステムにしていきたい 地域の人が見守り、連絡や相談を受け一緒に動くという体制を強化する
	ボランティアや介護予防サポートを育てる	保健からの依頼でボランティアが始まり、最初は保健師や施設職員が講義に入って研修をして、2年目から社協中心の活動で地域の依頼に応じている 教室の卒業生に指導をして、ボランティアで教室の運営に協力してもらっていることが社会的役割を持ってもらうことになり介護予防になっている
	高齢者や介護予防の理解に向けて次世代を育てる	中学の総合学習に協力し、父母参観日に認知症サポーター養成の学習を行うなど次の世代の理解を促し、協力者を募る 訪問や健診など機会あるごとに、若い人が高齢者を理解できるように伝えている。20年後30年後を見通して健康を考えていける住民になってもらう 介護予防教室に若い世代も入れて民生委員や世話人、高齢者で開催している
介護予防に関連する自主活動を発展させる	自主活動の課題を共有して住民と一緒に取り組む	自主組織になると何がよいのか目指す姿や展望、行政がどんな支援ができるかを住民に示し話し合ってきたことが地域の自主活動の広がりにつながった 自主グループをつくるためのハードルを住民と一緒に考えながら超えていけたことが、住民にも保健師にも自信になり次につながっていった 体操は週1回はやらないと効果があがらないので、そこは譲らない。譲れないことは根拠を持って揺るがずに住民と話しあうことで理解してもらえた
	グループの自立状況に応じた支援をする	グループの相談事を一緒に考え自分たちで課題を解決していけるよう手助けをしたことで、自立して活動していけるようになった グループの自立状況により、ランク分けをして支援の程度を変えている 自主グループの最初の年だけ介入して少しずつ手を引いていく 自主組織活動のでき始めは、気にかけて覗いたり支援する
	自主活動の仲間づくりとグループ間交流を促進する	仲間意識をつくり前向きな気持ちにさせる声かけを意識的に行なって、自主グループにつなげた 自主グループのリーダーが集まる機会をつくり研究会や交流会をもつ 他のグループと情報交換できるように活動の日時や場所などを知らせる リーダーを何かの場に引っ張り出し発表してもらいグループの励みにする

1) 【調査や話し合いをとおして介護予防のニーズを探る】

住民と情報を共有し対話を通してニーズを明確にしていく内容を表す2つのサブカテゴリーが抽出された。

『地域の課題を検討するために住民と学習する』は、「高齢者保健福祉計画作成にあたり住民と介護予防の学習をした」「保健医療関係者だけでなく住民やボランティアで研究会を立ち上げた」など学習の機会をもっていた。『詳細な調査や住民との話し合いから介

護予防のニーズを明確化する』は、「介護認定を受けていない人、健診未受診者、老人クラブ参加していない人を住民と確認してリストづくり、訪問などで把握する」「高齢者の実態調査の結果から出てきた課題について住民と話し合った」などの活動があった。

2) 【介護予防の課題や目標を住民と検討し共有する】

住民と課題や目標を共有し、活動の方向性を見出していく内容を表す3つのサブカテゴリーが抽出された。

『まちづくりのビジョンを住民と共有する』は、町の施策の流れで「介護保険の支援は一部分で住民の支

えあいや協働は不可欠と考え、住民を巻き込んだ活動展開の方針でまちづくりのビジョンを打ち出した」「目指すまちの姿と現状を対比させ、どこに力を入れていくか住民と話しあった」などの活動があった。『優先順位を考え、段階的な目標を住民と一緒に設定する』は、「教室を1年に1地区増やすなど住民と一緒に目標を設定し、成果を挙げていった」など重点的に課題に取り組んでいた。『話し合いをとおして地域に応じた活動の方向性を見出す』では、「解決の方向を検討するための話し合いをもち、住民の考え方を取り入れて事業を組み立てた」「民生委員の訪問をして地域の課題を話し合い、今後の方策を練る」などの活動があった。

3) 【地域の実状に応じた介護予防活動を強化する】

効果的な介護予防が実施できるような活動の強化と体制整備を表す4つのサブカテゴリーが抽出された。

『住民が状況に応じて選択できる多様な介護予防活動を提供する』は、「2本立ての介護予防事業を導入した」など形態の異なる教室や健診など多様な活動が提供されていた。『住民が地域の資源を活用しやすいように情報提供する』は、「わかりやすい介護予防のパンフレットをつくり住民に配布する」などの活動があった。『民生委員や町内会と地域の高齢者の課題を共有し協力関係を強化する』は、「民生委員の集まりに出向き、地域の問題について話し合う」「民生委員に相談・対応の結果をフィードバックする」などの活動があった。『地域の会議を発展させ高齢者の支援体制を強化する』は、「地域ケア会議に民生委員を呼び、調査結果や成功事例の報告をして役割を考えてもらう」などの活動があった。

4) 【介護予防の効果を評価して改善につなげる】

介護予防の効果を客観的に評価し共有して、改善につなげる内容を表す2つのサブカテゴリーが抽出された。

『介護予防活動の効果を客観的に評価し住民や関係者に示す』は、「体操の効果を測定して身体の変化をグループで確認し、その効果を他の住民に伝えてもらう」などの活動があった。『介護予防の成果を総合的に評価して改善につなげる』は、「介護予防適正化事業の分析・評価をメンバーに伝えることにより、必要なサービスがあがってきた」「介護予防の効果を検証して住民や国に示す」など活動があった。

5) 【住民に介護予防の必要性を意識づける】

住民に介護予防の必要性を意識づけ、効果を確認す

るなどの内容を表す2つのサブカテゴリーが抽出された。

『住民に対して機会あるごとに介護予防の必要性を意識づける』は、保健師は住民が介護予防について理解できるように「自分の生活を振り返り、介護予防の意識づけができる場をつくる」「高齢者大学で年に1回は介護予防の話をする」などの活動を行っていた。『身体の変化をとらえ介護予防活動の効果を確認しあう』は、「身体が楽になったとか良くなったという変化を見出して伝える」「身体の変化が行動範囲を広げ、生活の変化につながり人生が変化した事例を紹介する」などの活動があった。

6) 【住民の力を育て介護予防を推進する】

地域の人材を育てることにより介護予防システムを推進する内容を表す4つのサブカテゴリーが抽出された。

『地域の気になる高齢者を発見する目を育てる』ために、「保健師が気になる人、心配な人はどういう人かイメージできるように伝え相談してもらえるようにする」「一般高齢者の自主グループ活動を広げ、そこからハイリスク者が出てきたときに保健師が関われる体制がとれると良いということを地域に伝える」などの活動があった。『住民が相互に支えあう力を育てる』は、「住民同士が意識し合ってお互いに見守る力をつけるために、高齢者教室に来ない人をまず住民が誘い、さらに心配なら保健師に伝えてもらう」など活動があった。『ボランティアや介護予防サポーターを育てる』は、「教室の卒業生に指導をしてボランティアとして教室の運営に協力してもらう」などの活動があった。『高齢者や介護予防の理解に向けて次世代を育てる』は、「中学の総合学習に協力して認知症サポーター養成の学習を行なう」などの活動があった。

7) 【介護予防に関連する自主活動を発展させる】

教室などの活動から自主活動を発展させ、活動基盤をつくる内容を表す3つのサブカテゴリーが抽出された。

『自主活動の課題を共有して住民と一緒に取り組む』は、「自主組織になると何が良いのか目指す姿や展望を住民に示し話し合う」「自主グループをつくるためのハードルを住民と一緒に考えながら越えていったことが住民にも保健師にも自信になり次につながった」などがあった。『自主グループの自立状況に応じた支援をする』は、「自主グループの最初の年だけ介入して少しずつ手を引いていく」などの活動があり、『自

主活動の仲間づくりとグループ間交流を促進する』は、「仲間意識をつくり前向きな気持ちにさせる声掛けをして自主グループにつなげた」「他のグループと情報交換ができるように活動の情報を知らせる」「リーダーが集まる機会をつくる」などの活動があった。

8) カテゴリー間の関連

介護予防システムを推進する保健師と住民との協働における活動のカテゴリー間の関連を図1に示す。

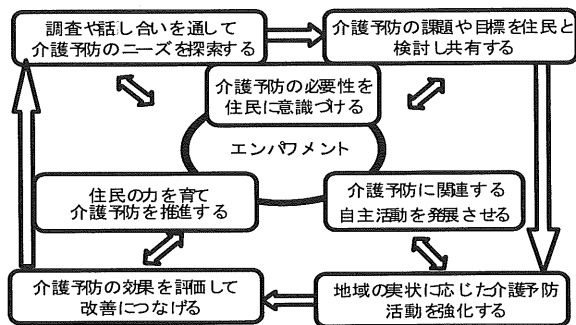


図 1 介護予防システムを推進する保健師と住民との協働

【調査や話し合いをとおして介護予防のニーズを探索する】情報収集から、【介護予防の課題や目標を住民と検討し共有する】目標の共有、【地域の実状に応じた介護予防活動を強化する】活動の実施、【介護予防の効果を評価して改善につなげる】評価の4つの地域看護活動の段階があり、常に住民との協働が意識されていた。さらにそれらの活動と関連しながら【住民に介護予防の必要性を意識づける】【住民の力を育て介護予防を推進する】【介護予防に関連する自主活動を発展させる】活動が行われていた。保健師と住民は協働による活動をとおして、地域の課題を共通認識し、目標を共有し、地域に応じた介護予防活動を実施、評価していた。そして、介護予防の必要性や効果を相互に確認し、個々の住民や集団の力を育て、地域の力として発展させているのは、エンパワメントに向かうプロセスであることが確認された。

IV. 考察

McGill (1997) は、協働的パートナーシップ螺旋モデル（以下、螺旋モデルとする）として、相互に関連する4つの段階（協働して取り組むことを探索し相互理解を深める、目標設定、実施、再吟味する）を示し、各段階を螺旋状に前進したり後退したり、次第に焦点化されていくとしている¹²⁾。本研究における【調査や

話し合いをとおして介護予防のニーズを探索する】【介護予防の課題や目標を住民と検討し共有する】【地域の実状に応じた介護予防活動を強化する】【介護予防の効果を評価して示し改善につなげる】のカテゴリーは、螺旋モデルに一致すると考えられる。

第1段階は探索段階で、協働関係にある者同士が相互理解を深める協働的パートナーシップの初期段階であり、情報交換、信頼関係の構築、問題の明示が行なわれる¹²⁾。本研究の【調査や話し合いをとおして介護予防のニーズを探索する】では、住民との学習会が情報交換と信頼関係構築の場となっていたと考える。また、調査や保健師の日常活動をとおした住民との対話により共通認識され、課題が明確にされている。これらの活動は介護予防の理解を広め、住民の健康に関する意識が向上し住民とのつながりが強化されるという活動の成果⁷⁾が期待できる。

第2段階は目標設定段階で、具体的で実現可能な目標を明確にし、優先順位をつけていく取り組みである¹²⁾。

本研究の【介護予防の課題や目標を住民と検討し共有する】では、まちづくりのビジョンの共有、優先順位を考えた目標の段階的な設定が確認されている。まちづくりのビジョンの共有が行なわれている市町では、行政方針で住民参加が明確に打ち出されていた。また、保健師は「介護保険の支援は一部分で住民の支えあいや協働は不可欠」と捉え、行政サービスの限界と住民との協働の重要性を認識していた。専門職による活動の限界の認識と挑戦への志向はパートナーシップの生じる際の原動力¹³⁾となり、住民と向き合い地域に合った活動の方向性を共に見出していくプロセスである。住民参加のしくみを行政方針として作り出すことは協働を大きく発展させる¹⁴⁾ことが示唆された。

第3段階は実施段階で、選択肢の検討と計画の試行がある。本研究の【地域の実状に応じた介護予防活動を強化する】は、多様なサービスの提供と資源の紹介により住民が自ら選択して効果的に介護予防を実施できるようにする活動、住民との関係づくりや協力体制を強化する活動である。資源の紹介や多様なサービスの提供は、住民の意思決定の機会を保障することである。また、地域に積極的に出向き「顔の見える関係づくり」をすることは、信頼関係を構築し、連携を強化する¹⁵⁾ことになる。地域のキーパーソンである民生委員が地域に入りやすいようにチラシの配布を依頼す

るなど具体的活動を支援し、共に地域の実態を把握し、課題を検討し、今後の方策を練るなど積極的な協働に発展させることが必要である。

第 4 段階は再吟味で、計画の進行を評価して、フィードバックしながら改善につなげる段階である。本研究の【介護予防の効果を評価して改善につなげる】は、介護予防の効果を医学的・経済的、住民の生活の質の変化として客観的にとらえて住民に示し、改善につなげることである。これらは地域の介護予防活動を総合的に評価し改善に向う重要なプロセスである。体操などの介護予防の効果を個人・集団の心身の変化として客観的に示し意識づけることは、介護予防活動の動機づけとなり、当事者はもとより他の住民に対しても大きな影響をもたらすものである。合わせて地域の総合的な評価を行い住民や関係者、国に示していくことは、行政保健師のアカウンタビリティであり¹⁶⁾、政策に関与する大きな改善につながるものである。

本研究ではこの他に、【住民に介護予防の必要性を意識づける】【住民の力を育て介護予防を推進する】【介護予防に関連する自主活動を発展させる】の 3 つのカテゴリーが抽出された。これらは、介護予防システムを推進する協働をより特徴づけるものと考えられる。

保健師は【住民に介護予防の必要性を意識づける】ために、日常のあらゆる場面を活用するとともに、伝える場を開拓して、自ら介護予防に取り組む住民を増やす活動を実施していた。また、介護予防の効果を住民が身近なものとして相互に確認できるような支援をしていた。保健師は、医学的根拠に基づき介護予防の必要性を理解し、その効果を住民と確認し合っていた。介護予防の周知は、地域包括支援センターの社会福祉士や主任介護支援専門員など保健師以外の職種も実施していくものであるが、保健医療の専門職としての特徴を活かした住民への意識づけの活動ができるのは保健師であると考えられる。

【地域住民の力を育て介護予防を推進する】は、介護予防の支援の必要性の高い高齢者や見守りの必要な人を地域住民が発見して相互に支えあうことができるように、地域のネットワークを高める活動である。また、介護予防サポーターなどの人材育成は地域の資源開拓の活動のひとつといえる。地域のインフォーマルなサービスを新たに開発・普及し地域の組織的な活動としていくことは、コミュニティのエンパワメントを高める活動¹⁷⁾であることが示唆された。また、次世代に対して介護予防の理解を促す活動は、地域の将

来を見通した活動¹⁴⁾であり、ライフサイクルを見とおした活動展開をする保健師の働き方といえる。地域の潜在的な力を見出し住民の役割を発揮できるように将来を見据えて地域の力を育てるといった視点が特徴といえる。

【介護予防に関連する自主活動を発展させる】は、自主活動においても住民と目標や課題を共有し、一緒に取り組むことにより信頼関係ができ、同じ方向に向う出発点となっていたと考える。細谷¹⁸⁾は、保健師は日常業務において地域の健康課題をとらえているため住民に期待する役割や住民参加の効果を明確に認識していると述べている。日常活動の中で住民の力や住民気質をとらえ、住民が力を発揮できるように自主活動を側面的に支援し、仲間づくりや交流を促す仕掛けを工夫して自主活動の発展につなげることがシステムを推進する上で重要である。

保健師と住民との協働は先行研究⁴³⁾によりいくつ報告されているが、本研究で確認された内容と共通するものも多く、協働という点で普遍的なものと考えられる。

介護予防システムの推進における協働を考えるとヘルスプロモーション的な展開が重要¹⁷⁾となる。ヘルスプロモーションのプロセスには、唱導、付与、調停があるが、今回、介護予防システムを推進する活動にそれらを確認することができたと考えられる。介護予防の必要性を住民に広め健康を擁護する活動は、まさに唱導 (advocate) である。介護予防の効果を医学的・経済的側面のみでなく、住民の生活の質の変化やライフサイクルを見とおした視点からその必要性をとらえ、様々な機会をとらえて広めていけるのは、保健師の特徴と考える。また、住民の発見の目や相互に支え合う力、人材を育てる活動、自主活動の支援は、地域の健康を促進する能力を付与 (enable) することであり、協働により引き出される地域のインフォーマル資源の開発である。

協働モデルにおいて期待される成果は、自らのために効果的な活動ができるようにパートナーの能力が強化され、将来の問題を防ぎ対処できるようになることであり、協働のプロセスは、個人・家族、地域のエンパワメントを促進する¹⁹⁾手段である。各々の地域の介護予防システムの発展段階により、インフォーマルなサポートを組織化する途上にある地域、住民との連携により地域づくりを進め支援をネットワーク化する段階にある地域、施策・政策として発展している地域が

ある。まち全体として介護予防を方向づけ、課題や目標を共有することができると協働の大きな発展につながっていることが伺えた。協働は、個人、集団、地域のエンパワメントをもたらす支援のプロセスにおいて重要である²⁰⁻²²⁾。保健師は、住民の最も身近な場所にいる保健医療の専門職として、日常活動において住民と様々な協働ができる職種である。その特徴を活かし、日々の活動の中で住民と協働していくことが、ネットワーク化につながり、介護予防システムを推進し、地域をエンパワメントしていくこととなると考える。

本研究の対象者は直営の地域包括支援センターの保健師が多く、市町村の保健部門を経験しており、ライフサイクル全般をとおした保健師活動の体験があった。このことはヘルスプロモーションの理念をもち、高齢者に留まらない介護予防活動を展開する基盤を持っていると考えられる。しかし、今回は委託の地域包括支援センターの保健師や市町村保健部門の保健師のデータは少なく、また、一県内の少数の保健師へのインタビューであるため一般化するには限界がある。

今後の課題は、保健師のデータを拡大するとともに、他の関係職種と住民との協働のデータも収集して、保健師の協働との相違を検討し、専門性を明確にすることも必要である。

VI. 結論

保健師のインタビューから介護予防を推進する保健師が住民との協働において行った活動を分析した結果、【調査や話し合いをとおして介護予防のニーズを探索する】【介護予防の課題や目標を住民と検討し共有する】【地域の実状に応じた介護予防活動を強化する】【介護予防の効果を評価して改善につなげる】【住民に介護予防の必要性を意識づける】【住民の力を育て介護予防を推進する】【介護予防に関連する自主活動を発展させる】の7つのカテゴリーが抽出された。

保健師は、住民に介護予防に関する情報を提供し対話をとおして地域の課題や目標を共有し、住民参加を促しながら効果的な介護予防活動を支援し、資源を開拓し、評価を改善につなげシステムを推進させていることが明らかになった。

謝辞：本研究を行うにあたり、インタビューに快くご協力くださいました保健師の皆様に厚くお礼申し上げます。

文献

- 1) 介護予防事業に係る市町村介護保険事業計画についての研究班, 烏帽子田彰: 介護予防事業に係る市町村介護保険事業計画に関するマニュアル, 18-26, (2006) .
- 2) 芳賀博: 介護予防の現状と課題. 老年社会科学, 32 (1) 64-69, (2010).
- 3) 笹谷春美, 岸玲子, 太田貞司編著: 介護予防—日本と北欧の戦略—1-5, 光生館. (2009) .
- 4) 飯山明美: 地域ケアシステムの構築と自治体の役割. 月刊福祉: 32-35 (2006)
- 5) 佐藤美由紀, 山田薫, 吉田明弘他: 住民主体の「高齢者ささえあい地図」づくりをとおした地域のエンパワメントとその支援. 保健師ジャーナル, 65 (3) 224-232, (2009)
- 6) 芳賀博, 植木章三, 島貫秀樹他: 地域における高齢者の転倒予防プログラムの実践と評価. 厚生学の指標, 50(4), 20-26 (2003)
- 7) 飯野理恵: 保健師と住民との協働における看護活動方法の特徴; 住民との協働に関する文献検討を通して. 千葉看護学会誌, 11 (2) 16-22, (2005)
- 8) 臺有佳: 他職種・他機関との協働を構築する活動の構成要素; 保健師の地区活動をとおして. 順天堂医療短期大学紀要, 13, 41-48, (2002)
- 9) 北海道介護予防ポータルサイト北海道の市町村の介護予防取組事例 (<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/khf/jirei.htm>. 2009.7.7) (2009) .
- 10) 北海道地域包括・在宅介護支援センター協議会事業報告 (<http://www.kaigoshien.org/2009.7.7>) (2009)
- 11) Flick U: Qualitative Forschung. Rowohlt, Reinbek (1995) / ウヴェ・フリック著, 小田博志, 山本則子, 春日常ほか訳: 質的研究入門<人間科学>のための方法論. 237-244, 春秋社, 東京 (2002)
- 12) ローリー・N・ゴットフリー, ナンシー・フィーリー, シンディー・ダルトン, 吉本照子監修訳, 酒井郁子, 杉田由加里訳: 協働的パートナーシップによるケア, エルゼビアジャパン. (2007) .
- 13) 鈴木良美, 大森純子, 酒井昌子他: 日本の「パートナーシップ」: 概念分析, 日本地域看護学会誌 12 (1), 44-49, (2009) .
- 14) 末永カツ子, 平野かよ子, 瀬川香子, 他: 公共的活動における協働の推進要件に関する検討. 東北大医保健学科紀要, 19 (1), 41-52, (2010) .

- 15) 厚生労働省老健局：地域包括支援センター業務マニュアル2007(<http://www.nenrin.or.jp/chiiki/sonota/manual.html>.2008.11.1) (2008).
- 16) 川井尚子, 菅原京子, 湯沢布矢子：アカウントビリティに関する文献的考察；アカウントビリティの観点を踏まえた保健師活動の方法論構築に向けて. 山形保健医療研究, 12, 1-12, (2009).
- 17) 細谷紀子：「住民参加」による保健福祉計画策定における住民の力を活かすための要因. 千葉看護学会誌, 12 (1), 7-12, (2006).
- 18) 佐甲隆, 野村由里子：ヘルスプロモーションとしての介護予防システム；そのあり方と保健所支援の可能性について. (<http://wwwlocn.ne.jp/~sako/hpkaigoyobo.htm>) 2010.8.17
- 19) CourtneyR,BallardE,FauverS,et,al：The Partnership Model；Working with Individuals,Families,and Communities toward a New Vision of Health. Public Health Nursing. 13 (3) 177-186, (1996).
- 20) 麻原きよみ：エンパワメントと保健活動, 保健婦雑誌, 56, 1120-1126, (2000).
- 21) 中山貴美子：コミュニティエンパワメントとは？. 保健師ジャーナル, 62, 10-15. (2006).
- 22) 末永カツ子, 平野かよ子, 上埜高志：地域保健福祉活動の主体と方法に関するコミュニティ心理学研究. 東北大学大学院教育研究科教育年報, 55 (1) 295-308, (2006).

総説

地域資源の活性化

Activation of Social Resources in Local Communities

志賀文哉

Fumiya SHIGA

富山大学

University of Toyama

要旨:

地域資源が限られる地域コミュニティにおいては、支援実践の連携や協働の必要がある。協働の過程では、ソーシャル・キャピタルが示す関係性の強まりは支え合いや福祉コミュニティ形成に影響するものと捉えられる。地域コミュニティをエンパワメントするには、主体性形成についての共通理解が必要であり、エンパワメントの成果はコミュニティの福祉向上への関心の高まりに表れる。このような地域コミュニティの凝集性の深化は、支援活動グループ同士のwin-win関係を前提にし、また行政等のかかわりが十分な地域の福祉力を示すとき、地域福祉は推進される。また、コミュニティ間の連携の方法によれば共通の目的に向かっていくことに新たな可能性が見える。

Abstract

There is need for cooperation and collaboration in supportive practices in local communities with limited social resources. In the course of collaboration, growing relationships in social capital influences mutual support and welfare community development. A common understanding in the formation of independence is needed to empower a local community, and fulfillment of empowerment leads to growing interest in better well-being in the community. This deepening cohesiveness of local community is based on win-win relationships between support groups, and community welfare is promoted when public involvement shows sufficient strength in welfare in a local community. Enhancing inter-community relationships has potential in the pursuit common goals.

1. はじめに

地域での支え合いの必要が高まり、地域福祉の推進の方法について様々な研究の蓄積がなされてきている。地域コミュニティは、都市部、農村部を問わず広がる「限界集落化」や生活物資を得られなくなる生活圏域での「難民化」など、とりわけ高齢者の生活が著しく不安定化している状況を示し、再生の難しさを露呈している。一方で、そのように機能不全化する地域コミュニティの中で様々な事態に対処していける問題解決力や包摂力を問い直すことは、高齢者問題のように対象を限定した捉え方ではなく、地域の生活者がニーズを抱えている事態にどう対処するかという問題の捉え方にとって重要な示唆を与えるものである。

本稿では、地域の問題解決力や包摂力を問う視点から地域資源の活性化に注目し、それらの力を高めるにはどうすればよいかについて考察するものである。

2. 地域福祉実践における協働

協働とは、協力して働くことであり、地域での問題解決につながる人やサービス等の資源が不足している場合には特に有効な方略である。

地域福祉実践における協働については、社会福祉法下において地域福祉の推進を担う存在とされる社会福祉協議会の実践をもとに考えてみたい。

協働のあり方については、3つの視点での整理がある(全国社会福祉協議会、2009年)。

- ① 地域資源の動員によるニーズへの総合的な対応
- ② 強み・弱みの補完/学習の促進/活動の再編
- ③ 新しい公共の創造

協働は1970年代から地域福祉の鍵概念として認知されていたが、実践・施策の中に具体的に組み込まれるようになったのは、地方自治体運営の見直し過程においてのようである。特に、①では協働が地域の福祉

ニーズに総合的に対応していくために必要、③では官民の協働が地域社会に新たな活動を形成するものと捉えられている。

②は地域での支え合いを換言したものであるが協働の本質的な部分を示しており、福祉コミュニティ形成の中での福祉教育促進や活動の質の改善向上を含むものとして理解できる。地方都市のように全般的に資源が不足がちである場合に、自助グループを含む自発的な支援活動グループが互いの長所を生かしつつ、相補的に協力していくことは重要である。このことは、コミュニティワークにおける組織的連携の観点からは、「獲得できない資源」の必要や「同じ考えを持つ組織」との結束を主な理由として指摘していることと符合する(リー、2005年)。

しかしながら、互いに活動を効果的に行うために高め合うような、切磋琢磨する関係にあることが前提で、資源の少なさをゆえにとにかくつながる必要はなく、NPO法人を例にとれば、「設立趣意書」に示すようなグループとしての中核的な合意を優先することは当然である。これについては、後述する。

3. ソーシャル・キャピタル概念との関係

上述の協働は実行性を伴うもので、すなわち地域での組織や人の動きが前提されるが、その基盤には「人と人のつながり」が存在することを意味している。この「人と人のつながり」を理解するうえで、注目される概念にソーシャル・キャピタルがある。

ソーシャル・キャピタルとは「信頼、相互扶助などコミュニティのネットワークを形成し、そこで生活する人びとの精神的な絆を強めるようなもの」(野口、2008年)とされ、一般的には「社会関係資本」と訳される概念である。客観的に捉えにくい人間関係のようなものは「資本」の厳密な定義には当てはまらないとの批判もあるが、社会学の中ではその効用が広く論じられてきている。ソーシャル・キャピタルは「信頼」と「互酬の規範」を内包し、前者からは関係の構築や相互行為の不確実性を縮小する効果、後者からは返礼の義務による将来の蓄えといった、将来に向けての利益を担保するプラス効果に注目することが多いように思われる。しかしパットナムによれば、ソーシャル・キャピタルが内包する、社会的ネットワークには「接合型」(bridging)と「結束型」(bonding)の2つがあり、前者は人と人のつながりを作り、福祉コミュニティを構築するために有用であるが、後者は集団の凝集性を高める結果「ソーシャル・キャピタルからの受益の範囲限定性や排他性」を内包すると指摘される(野口、

2008年)。つまり、ソーシャル・キャピタルがもたらすネットワークとその関係内部の機能は包摂的でありかつ排他的であるという特徴をもつ。生活を送るうえで互いに信用し、互いに有益である人らが集団を形成しようとする力が働き、一定の規模と安定を得た時にはそれを維持しようとする力(すなわち、もはや他者を受け入れない力)が働くというのは一般的に珍しいものではないと思われるが、生活様式が多様化した社会では、それを意識的に行ったり調整したりするか否かに支え合いや福祉コミュニティ形成が左右される。

4. 地域のエンパワメントについて

トップダウンではない、相互支援や集約的な自助中心アプローチは多様であり、エンパワメントを進める上で効果的である。このアプローチの中では、支援するものはその地域の一員であり、活動を通して地域の自信、対処能力が高まれば、更なる意欲向上につながる。自助中心アプローチやエンパワメントの過程では、「住民主体の罟」や「専門職の罟」と呼ばれる陥穽が指摘され(高森ら、2003年)、どのように過程を組み立てていくかについての共通理解が必要である。前者は、コミュニティソーシャルワーカーのような専門職が「住民主体」を誤解して何から何まで住民に任せきりになり、住民主体の形成促進するファシリテーターの役割を果たせていないものである。たとえば、小地域での住民組織化のために住民懇談会のような場を設けるが、組織形成のためには効果的な支援を行えないような場合である。一方、後者は、反対に、専門職が専門的な支援を意識するばかりに、主導的に立ち回り、結局は住民主体形成につながらないような場合があげられる。

地域でのエンパワメントを考えたとき、たとえば「地区福祉計画」を策定する場合に、支援するもの・されるものが関わることは継続的に率直な議論を行うために必要なものであり、効果的なアプローチであることを相互理解することが大切である。そのような視点に立ったとき、目前の支援活動のみで完結するのではなく、その過程は地域の中で継続的に発展し、地域コミュニティに住む住民個人の成熟や福祉的知識の獲得をもたらすものであり、福祉への関心を強めることになる。地域の問題解決能力が高まることは、地域の自主性が高まることを意味し、その過程は地域住民のエンパワメントの過程であり、地域内部から自発的な学習活動が生み出される可能性を秘めているといえよう。

5. 協働、連携の終結・中止

上述のように協働の過程において地域コミュニティの凝集性を高め、福祉コミュニティ形成に寄与する協働の意義は大きいといえる。しかしながら、協働や連携を無理に形成するものではなく、また折々にその成果や効果を確認し、当初の具体的な目的を見直す必要もある。その際には、「複数の主体が協力して取り組むことがより効果的である」かを問う必要がある(全国社会福祉協議会、2009年)。そのような検証のための分析はさまざまなものが考えられるが、「費用対効果分析」や「SWOT分析」であることもあろう。

前者の費用対効果では、コスト分析の視点があるが、効果の部分では参加者・団体が何らかの利益を得ることが必要であり、また協働活動の受益者は支援の対象者らに限定されず、住民や地域も含まれるという理解であれば、協働の参加者・団体の利益は、協働の結果何がもたらされるかと強く関連するものと解することができる。そういう点では、上記の参加者・団体の、最終的な win-win 関係・相利的な関係のためには利害の相違を克服せねばならないといえる。したがって、協働のための調整が十分できない状況であったり、協働のための労苦を厭うものであったりすれば、強い協働する必要性は低いといえる。

また後者は共通の目的を達成するための意思決定に資する創造的計画法の一つである。この分析は以下の要素を含み、通常は協働の実施前に行われるものである。

- ① Strengths (強み) : 目標達成に貢献する組織(個人)の特質
- ② Weaknesses (弱み) : 目標達成の障害となる組織(個人)の特質
- ③ Opportunities (機会) : 目標達成に貢献する外部の特質
- ④ Threats (脅威) : 目標達成の障害となる外部の特質

この分析を協働の評価に用いるのは、少なくとも実施前の段階で、すなわち本来の目的で一度使用されていることが前提となる。協働の前にどのように分析したか、そして協働の過程でどのように評価できるか、見極めるものである。当初の分析と実態のずれが著しい場合には協働の継続そのものを見直すきっかけになる。

6. 伴走的コーディネーター

奥田・寺尾氏(2010年)によれば昨年度から実施されている「安心生活創造事業」の成否はワンストップサービスの限界を超えられるかにある。同事業は地域

福祉推進のために、約50の市町村で地域福祉プログラムを3年計画のモデル事業として実施していくもので、財源はセーフティネット支援対策等事業費補助金の一部となっている。このモデル事業では、①基盤支援を必要とする人々と、そのニーズをきちんと把握すること、②もれなくカバーできる体制を構築すること、③安定的な地域の自主財源の確保に取り組むこと、が条件とされ、事例としては埼玉県行田市、神奈川県横浜市長区、岡山県総社市等での取り組みがある。(全国社会福祉協議会、2010年)。

必要な支援につなげていく考え方は、インフォーマルなサービスもフォーマルなサービスも必要に応じて組み合わせる「コミュニティ・ソーシャルワーク」の理念に合致するものであり、地域における貧困問題解決に向けて一歩前進するものと期待できよう。先のモデル3地域では、社会福祉士が専門家・コーディネーターとしてニーズ把握や助け合いの関係形成にかかわったり、地域包括ケアシステムの構築がなされたりしており、地域の諸問題に対応していける仕組みづくりには特徴がある。しかし、その一方で、「持続性のあるつなぎ」の効果が現れるか、このことを同氏は「伴走的コーディネーター」と呼んで注目している。このことは、生活保護支援での制度へのつなぎとその後の社会生活再建までのかかわりの活動、いわゆるアフターフォローの必要性の主張と重なるもので、支援の連続性・継続性・総合性からみて重要な視点といえる。

7. 福祉の地域力

平野(2008年)によれば、地域福祉の推進力は「地域の福祉力」と「福祉の地域力」の合力によって示されるという。前者は、行政等では担えないような地域での支え合い・インフォーマルサービスであり、地域住民らの支え合いやNPO組織の活動もその中に含まれる。NPOは特定の地域とのつながりが強いとは限らないが、「保健・医療・福祉」分野中心であることから、その影響力は大きいものといえる。現行のものばかりでなく、潜在的に含まれている福祉力を含む概念である。それに対して後者の「福祉の地域力」は「地域の福祉力」を下支えしたり、協働したりする行政や専門職の力・フォーマルサービスを指すものである。「地域に潜在する福祉力を奪わず活かすための専門職の姿勢、視点、支援方法等」が含まれ、地域住民の自主的な参加による支え合いを促すものである(全国社会福祉協議会、2009年)上にみたように、地域福祉の推進力が両者の合力であり、また「地域の福祉力」が大きくなっていることからいえば、「福祉の地域力」

が地域福祉の発展を左右するといつてよい。

この「地域の福祉力」への視点は従来の行政や専門職の役割を見直すきっかけを与えるものになりうる。新たな公共という言葉が広まる中で、活動力や潜在力をもつ地域に対して、行政や専門職がどのようにかかわっていくのか、その実際のかかわり方の中身とプロセスを見出すことは共に重要である。

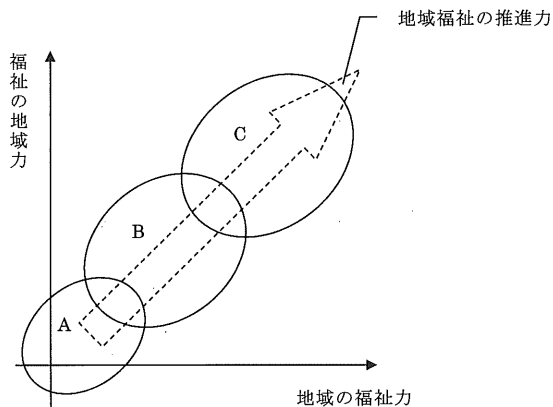


図 地域福祉推進力の形成 (平野、2008、p257-258より作成)

Aは「出会いの場」、Bは「協働の場」、Cは「協議の場」である。A→B→Cのプロセスにより、地域の潜在的な福祉力が開発され、今必要とされるニーズ対応力だけでなく、将来の問題への対応と予防の力を養うことになり、まさに福祉コミュニティが形成されることを意味する。総合的な地域福祉の推進力の詳細は個別具体的であり、協議が市町村地域福祉計画であるとすれば地域生活の将来設計ともいえる。

8. 地域の拠点

地域に拠点を設け、そこを中心に活動を展開していくことが可能となれば支援は安定する。例えば、野宿者に対する相談援助活動では、すぐにでも福祉制度・サービスを利用したいと考える比較的野宿歴の浅い人や野宿を目前にしている人らと、長期にわたり野宿を続けている人らでは対応の仕方が異なってくる。前者を急性期要支援者、後者を慢性期要支援者と便宜上分けた時、拠点を設けることは急性期要支援者にとっては短期間の内に制度につながり支援展開を可能とし、同時に、月・年単位の中長期で慢性期要支援者の気持ちの変化を引き出すことも可能にする。

この機能を果たすものは、ホームレス自立支援法とその基本方針の下に整備されてきた施設や事業、地域福祉推進の視点から市町村社会福祉協議会が構築しているネットワーク、急速に増えたNPO法人など多様にあるが、既存の社会資源を見直していくことも重要

である。

千田(2010年)は、地域福祉のネットワークを形成していく拠点として福祉事務所を位置づけ、「地域住民に支えられ、地域生活を支える」場所にしていくことを主張している。これは今般の経済情勢の悪化とその停滞状況にあって、生活困窮の問題が顕在化しているからこそ、クライアントや市民と対立する組織ではなく、共に地域の福祉を守っていくことの重要性を認識するものである。実は、1971年に出された『新福祉事務所運営指針』の中で、福祉事務所を「住民に直結した現業のサービス機関」と位置づけ、「現実に住民が必要としている福祉サービスを自己の名と責任において直接住民に与える」専門性の高い機関としている(清水、2003年)。そしてその専門性の高い機関は、常時住民の生活に注意を払い、生活困窮を未然に防ぐことを役割として持っていると言われていたのであり、福祉事務所の本来的機能を確認するものと捉えることもできる。千田氏は査察指導員(2009年当時)であり、生活保護の第一線で活躍する要人としてそのような見解に至っていることに注目したい。

地域には予防的介入の場としての期待もある。全国的に看過できない状況を呈している児童虐待問題は事後的対応することに留まってしまう、事前に介入することは困難であった。しかしながら、「市町村児童虐待防止ネットワーク」は介入的に事前対処する相談システムとしての機能を持つ(山野、2010年)。このネットワークは地域の対応力の向上、予防的対応、早期解決を地域というメゾレベルでの実践につながるものである。児童虐待の問題は早期介入でも難しいが、そもそも虐待事例が生じないように対応する環境を作るとは実は様々な規制が少なく、実効性も高いものであると期待できる。

9. コミュニティ間のつながり

上述に見るように、社会福祉においては地域住民の生活に近いコミュニティの役割が重要視されており、コミュニティが人々の生活に大きな影響力をもっていることに疑いはない。このコミュニティと地域住民の生活をもう少し細かく見ると、社会学者マッキーバーの理論に基づいて、住民組織には町会など地縁がベースになるコミュニティ型と共通の目的で集まるNPOのようなアソシエーション型に区別することができる。前者の場合、その土地との結びつきが強く、その土地での生活に対して有益であるかが重要であるが、後者はその限りではない。すなわち、その土地を離れて目的に共鳴する人らと結びつき、協働することが可

能である。

では、今、求められるのはどちらであろうか。そのような問いを立てた時に、上記の 2 類型で捉え、そのどちらかと考えることには無理が見えてくる。杉万 (2000 年) によれば、特定の時代 (時期)、特定の場所で行う共同実践のことを「ローカル (局所的) な実践」と呼ぶが、その実践は抽象化することで、「インター・ローカルな (局所間の) 知識」となると説く。現代社会の中にあるローカルな問題を解決していくためには、地域性をみながら個別具体的に対処していくことが求められるが、一方で、限界集落化のように共通する問題を解決するために、ある地域での実践を参考に類似するアプローチを展開してみることはローカルな実践がインター・ローカルな知識となる例であろうし、より広範に捉えてみた場合に、フランスから始まった、近隣者のつながりを構築する「隣人祭り」が日本を含め、グローバルな展開を見せていることも、トランスナショナルでインター・ローカルな一例と捉えることができるのではない。

10. まとめにかえて

地域コミュニティなど小地域における支援活動は、支え合いを基本にしつつ、地域のつながりを強固にし、そのつながりが地域における問題を生じにくく (予防) したり、早期に対応する力となることが期待される。このプロセスは福祉コミュニティの形成を意味し、地域福祉が推進された状態ともいえる。このように理想像を描く一方では、地域が活性化する時に有効に機能するはずの連携は常に形成されるとは限らない。そのような点では意識的に拠点を形成することが短期的にも長期的にも支援活動を可能にし、地域の変容に貢献することにつながるともいえよう。また、特定の地域コミュニティのみに注目せず、コミュニティ間のかかわりを模索することにも目的を共有する組織間の支え合いをみることができよう。

そのような地域コミュニティの多様さを引き出して、これまでは資源と認められなかったものや関係を資源化することに、脆弱化する地域の問題解決の糸口を見いだせるのではないか、そのことを実践を通して追究したい。

文献

- 1) 奥田知志、寺尾徹 (2010) 対談 貧困ビジネス論を超えて、ホームレスと社会、vol.2、明石書店
- 2) 金子充 (2010) 市民のかかわりが社会を変える ほっとポットが築く新しい福祉、藤田孝典、金子充

- 3) 反貧困のソーシャルワーク実践 NPO「ほっとポット」の挑戦、明石書店
- 4) 清水浩一 (2003) ソーシャルワークと貧困理解、岩田正美・清水浩一 (編)、貧困問題とソーシャルワーク、有斐閣
- 5) 杉万俊夫 編 (2000) よみがえるコミュニティ、ミネルヴァ書房
- 6) 千田美津男 (2010) 地域福祉のネットワークと「地域住民の暮らしを支える福祉事務所」、総合社会福祉研究、第 36 号、p58 - 61
- 7) 全国社会福祉協議会 (2009) 『概説 社会福祉協議会 2009・2010』、pp218-219
- 8) 全国社会福祉協議会 (2007) 地域福祉をすすめる力、p117
- 9) 高森敬久、他 (2003) 地域福祉援助技術論、相川書房
- 10) 野口定久 (2008) 地域福祉論 - 政策・実践・技術の体系、ミネルヴァ書房
- 11) ビル・リー著、武田信子、五味幸子訳 (2005) 地域が変わる・社会が変わる 実践コミュニティワーク、学文社
- 12) 山野則子 (2010) 市町村児童虐待ネットワークとコミュニティソーシャルワーク、コミュニティソーシャルワーク 5、中央法規

「社会医学研究」投稿規定

1. 「社会医学研究」は、日本社会医学学会（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、十分に行間をあげ、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－頁、の順に記載する。著者が3名を越える場合は3名までを記載し、残りの著者は「他」とする。
 - 1) 近藤高明、榊原久孝、宮尾克他、成人男性の骨密度に関する検討. 社会医学研究. 1997;15:1-5
 - 2) Murray CL. Evidence-based health policy. Science 1996;1274:740-743
 - 単行本の場合・・・編者・著者名、書籍名、所在地、発行所、発行年、頁の順に記載する。
 - 1) 三浦豊彦編. 現代労働衛生ハンドブック 増補改訂第二版増補編. 川崎：労働科学研究所、1994:293-296
 - 2) Murray CL. The Global Burden of Disease. Cambridge, Harvard University Press, 1966:201-246

「社会医学研究」投稿規定についての補足

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

star@onyx.dti.ne.jp

電子ファイルを利用して投稿する場合、本文および表は必ず、「MS Word」または「一太郎」、ないしパワーポイントやエクセルを用いた電子ファイルを用いてください。

送付いただき、受理した場合は、受理した状況を返信いたします。

なお、諸事情で、電子ファイル送付が困難な場合のみ、A 4 紙に書かれた原稿 1 部（図、表を含む）と、原稿ファイルと、メールアドレスを含め、CD などを利用した電子記憶媒体とともに、「社会医学研究投稿原稿在中」と明記し、以下のあて先に、郵便ないし宅配便にて送付ください。編集委員は、受理した場合、記載されたメールアドレスに対して受理状況を返信いたします。尚、電子媒体を伴わない紙媒体原稿のみで投稿された場合は、基本的には受理いたしません。多くの投稿を期待いたします。

星 旦二 編集委員長

〒 192-0397 東京都八王子市南大沢 1 - 1

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域

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もって目的とする。
- 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 本会の監事は、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 (役員の定数、及び選出細則)
理事、評議員、及び監事など本会役員の定数、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。

1960年7月施行、1979年7月一部改正、1993年7月一部改正、1996年7月一部改正、1999年7月一部改正、2000年7月一部改正、2002年7月一部改正、2004年7月一部改正、2006年7月一部改正

日本社会医学会役員選出細則

1. (評議員の選出及び定数)
評議員は、20名連記による全会員の直接投票によって選出される。全国の会員名簿に登録された全会員(名誉会員を除く)を候補者として投票を行い、得票順位の上位から別に定める定員を選出する。評議員定員は会員10名につき1名を原則とする。ただし、全ての地域(北海道・東北・関東・東海・北陸・甲信越・近畿・中国・四国・九州・沖縄の5地域)に最低4名の評議員が存在するように、選挙管理委員会は、得票順位にもとづき当選者を追加する。
理事会は、また、性、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。
2. (理事の選出及び定数)
理事は、評議員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、総会で承認されねばならない。
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、総会で承認されねばならない。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、総会で承認されねばならない。

2000年7月決定、2007年4月24日一部改正、2010年4月10日一部改正

編集後記

みなさま、日本社会医学学会 28 卷 1 号に掲載された質の高い論文をご覧ください。

山本らは、認知症見逃し割合の変化を 6 年間の追跡調査より明らかにすることを目的とし、約 1.3 万人の高齢者を 2001 年から 3 年毎に三回調査した。その結果、認知症見逃し割合が着実に減少しているものの、男性 4.1%、女性 5.8% の見逃しが見られ、QOL を高めるために認知症の早期発見に一層の努力が求められることを報告している。

王らは、中国黒龍江省の高校教員 311 名に対してアンケート調査を行い、中国教員の勤務実態は多忙化が進んでいること、教員の健康実態が深刻な問題を抱えていて、「仕事の量的・質的な負担度」が教員の主なストレス要因であり、「身体愁訴」「抑うつ感」が主なストレスの反応であったことを明らかにしている。

結城らは、脳卒中者における健康行動が、行動結果についての評価や脳卒中罹患の原因帰属によって、どのように影響されるのかを明らかにすることを目的として、71 名の脳卒中者を調査している。その結果、発症後 1 年時点での健康行動実践では、行動継続群、行動強化群、行動脱落群、行動中途開始群、そして行動非実践群の 5 群に分類し、1 年間の健康行動に対する評価をどのようにとらえ、どのような感情が伴うかによって実践の有無が左右されることを明らかにしている。

栗盛らは、茨城県 5 市町村における障害者の割合（加重障害保有割合：WDP）の経年変化により、介護予防事業のアウトカム評価を試み、WDP をアウトカム指標として提案しています。WDP を用いて経年的に介護予防事業のアウトカム評価を行い、介護予防事業の効果検証に役立つことを提案している。

金高聞らは、認知症の人に対する態度尺度と認知症に関する知識尺度を作成するとともに、認知症の人に対する態度に関連する要因を明らかにすることを目的として、大学生 238 名を対象に自記式質問紙を用いて調査し、態度尺度と知識尺度はいずれも妥当性と信頼性を確認している。

近藤らは、中年の公務員集団における健康補助食品使用者の食生活と身体活動に関する特性を明らかにするための職域調査を実施し、2002 年に 35 ～ 59 歳の人からなる自治体職員、男性 951 人と女性 370 人を調査し、この集団に対し性と年齢でマッチングされた対照群を設定し、食生活や身体活動を含む生活習慣特性に関する群間比較を行い、健康志向行動の特性を明確にしている。

吉田らは、介護予防システムを推進する保健師が住民との協働において行なった活動を明らかにすることを目的にして、市町村の保健部門および地域包括支援センターの保健師 8 人に半構造化インタビューを実施して質的分析を行っている。保健師は、住民に介護予防に関する情報を提供し対話をとおして地域の課題や目標を共有し、住民参加を促しながら効果的な介護予防活動を支援し、資源を開拓し、評価を改善につなげシステムを推進させていることを報告している。

志賀は、地域資源の活性化をテーマとする文献を総合的にレビューし、地域資源が限られる地域コミュニティにおいては、支援実践の連携や協働の必要があることを明確にしている。特に、協働の過程では、ソーシャル・キャピタルが示す関係性の強まりは支え合いや福祉コミュニティ形成に影響するものと捉えられことと、地域コミュニティをエンパワメントするには、主体性形成についての共通理解が必要であり、エンパワメントの成果はコミュニティの福祉向上への関心の高まりに表れること、地域コミュニティの凝集性の深化は、支援活動グループ同士の win-win 関係を前提にし、また行政等のかかわりが十分な地域の福祉力を示すとき、地域福祉は推進されることを報告している。

いずれの論文も、人が豊かに生きるためのしくみづくりや支援環境の整備にとって活用できる意義ある論文ではないかと思えます。

多くの皆さまからの多くの投稿に心からの感謝を申し上げます。また、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、全てのプロセスにおいて、宮尾先生には多大なるご支援をいただきました。心より感謝いたします。

今後とも、会員の皆さまから、健康課題を社会医学的に捉えた、意義のある質の高い論文をメールにて投稿されますことを心より期待しています。引き続きよろしく申し上げます。

社会医学研究編集長 星 且二
star@onyx.dti.ne.jp

ご丁寧に査読いただきました、以下の先生方に、こころより感謝いたします。敬称を省略しますが、以下の先生方です。。

櫻井尚子、神馬 征峰、黒田研二、服部 真、小澤 温、山本千紗子、天笠 崇、嶋村 清志

社会医学研究 第28卷1号 2011年 3月31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 山田裕一 金沢医科大学 u1yamada@kanazawa-med.ac.jp

発行者 山田裕一

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

〒464-8603 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 miyao@nagoya-u.jp

社会医学研究 第28卷1号 2011年 3月31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 山田裕一 金沢医科大学 u1yamada@kanazawa-med.ac.jp

発行者 山田裕一

編集 星 旦二 編集委員長(首都大学東京) star@onyx.dti.ne.jp

発行事務局

〒464-8603 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 miyao@nagoya-u.jp