

評点は増える。男性の40歳代と70歳代で有意に評価点が高くなる項目、すなわち逆に減点が少なくなる項目を各年代別みると、男性では図1のように6項目で、女性では図3に示すような3項目である。

さらに性別でみると、70歳代男女以外の他の年代で、女性が男性よりも有意に評点は高いが(表2)、各年代で女性のほうが有意に評価得点が高い項目は、40歳代で設問(4、5、6、8、9)、50歳代では設問(4、5、6、9、11)、60歳代では設問(4、6、9)、70歳代では設問(6、9)である。(図3-1・2)

注目されるのは、設問10、11、12の回答で、若年者ほど、「どちらともいえない」という回答率が有意に高いという結果である。

(図4、図5、図6)

次に、A町とB町の調査結果を比較する。

B町では、調査対象人員が少なかったこと、完全回答率が低かったことで、若干、問題はあるものの、表2・3のように、両町間には各年代、性別で評価得点には有意差はない。

C. 考察

設問の設定経緯について

質問表は、当院が地域で行った多くの調査研究を参考にして項目を選択したが、「現在の健康状態について」は、現在の健康感を問うもので健康関連QOLの中核である。

血圧については、当院では1992年からT町に居住する65歳以上の方々を対象に頭部CT検査(現在はMRI検査)を実施しているが、これらの受診者の中から無症候性脳梗塞者を抽出し、経年的な健診結果から統計学的に有意に関与しているのは高血圧³⁾であった

ことから、日頃の血圧管理は極めて重要なので「月に一度は血圧を測っていますか」の項目を設定した。さらに、無症候性多発性脳梗塞群者(MCI)のうち、脳の高次機能を把握する方法として開発された「かなひろいテスト」の得点が低下している方々の40~50歳代におけるライフスタイルを検討すると、MIC群で、「かなひろいテスト」得点低下者は正常群に比較して、「2~3日に一度は電話をかけていた」、また、「社会的であった」という設問に対する否定的回答率も有意に多かった。⁴⁾電話についての設問はライフスタイルとして社交性について問うものである。

さらに、歯については統計的には有意差はないものの、MCI群の内、脳の高次機能低下者では40~50歳代で「現在歯はほとんどない」という回答者が多く、歯の健康は高次脳機能にはリスクと考えられるので「歯は丈夫ですか」の設問を設けた。

食と疾病との関係は多くの報告があるし、当院でも大規模な栄養調査を行ったことはあるが、色々なバイアスがかかりやすという経験から栄養調査でなく食習慣調査⁵⁾を使っている。しかも、多くのメディアによって食生活と生活習慣病の情報は普及しているので、「食生活に注意していますか」の設問によって、食への関心を聞くことにした。

「運動習慣」、「喫煙習慣」、「余暇の過ごし方」については健康習慣にとって重要な設問項目である。

「趣味」は昨年報告しているように、趣味活動を通して他人との交流や、自らを刺激することにより、健康を支える大きな要因となり得るので「趣味をもっていますか」を設定した。

「去年と同じように元気ですか」と「今の生活に満足していますか」の設問は、PGC モラールスケールを参考にして設けたもので、Lawton⁶⁾によると前者は「老いの受容」後者は「孤独感」に相当する設問項目である。T町におけるモラールスケール調査⁷⁾では、両者とも特に女性の高齢者でこの得点は低下しやすいので、心理面を表すものとして設定した^{8) 9)}。

一方、個人のQOLは、個人を取り巻く生活・居住環境によって大きく影響されるので、現在の生活・居住環境さらには身近な行政的施策の評価を含めて「いつまでもこの町に住んでいたいか」という設問を設けた。

性別年齢別評点から

今回の結果から、加齢とともに健康関連QOL評点は高まり、男女とも70歳代で最高となる。年代別に評点を減点させる設問として、男性では設問(2、4、5、6、7、9)で、女性では設問(2、5、6)と、やはり女性の方が項目数は少ない。

血圧を月に一度程度チェックする習慣は、自己血圧計の普及や、地域の保健関連の会館・施設などには必ず自動血圧計を備えているので、僅かな努力によって身に付く大切な健康習慣である。

運動については、その種類や程度の問題もあるが、基本的には運動をしようという意識が大切である。また、男性では若年者ほど食生活に関心は低いが、食生活は家族の中で互いに注意しあうことによって改善されるもので、家族の問題でもある。

喫煙が健康に良くないことは論を待たない。

さらに、特に男性では、若年階層ほど「余暇

を楽しむ」とか「週に1～2回友人などに電話をかける」という評点が低い。余暇を楽しむことや、電話ということで括られている社交性が高齢期になつてのQOLと大いに関係があるので、健康習慣として留意する必要がある。

さらに、「去年と同じように元気ですか」「今の生活に満足していますか」「いつまでもこの町に住んでいたいですか」という設問に、「どちらでもない」(0.5点減点)と答えた割合を年齢階層で比較すると、図4、図5、図6に示すように、男性の設問10以外、40歳代で一番高く年代と共に低下している。これらの設問には心理面の影響も予想されるが、住民、行政が一体となって生活環境整備を図りながら「活力あるまちづくり」を目指すことによって、「いつまでもこの町に住んでいたい」という意識は高まるのだろう。

A・B町間の評点比較から

両町とも旭川市近郊の農村地帯であるが、B町の方が旭川市のベットタウン化が進んでいる。結果は表2・3に示すように両町間では、性別、年齢別評価得点平均値には有意差は見られない。しかし、回答内容を60歳代男女で比較検討すると、図7、8に示すように、男性では「設問9・去年と同じように元気ですか」「設問10・今の生活に満足していますか」で「どちらともいえない」、また、女性では「設問10・去年と同じように元気ですか」「設問12・いつまでもこの町に住んでいたいですか」で「どちらともいえない」と答えた率がA町の同年代男女に比べ有意に高い。さらに、50歳代男女で比較すると図9、10に示すように男性、女性とも有意に「設問

8・趣味をもっていますか」「設問9・週に1～2回は友人に電話をかけますか」の設問でB町の方が(0)点評価者が多く、さらに男性で「設問10・去年のように元気ですか」で「どちらともいえない」との回答者も多かった。

このように、総評価得点では、両町間に差は見られないが、内容を検討すると、B町の60歳代における回答傾向は、50歳代において、趣味活動を含め社交面における行動と関連している可能性もあり、今後、検討する必要がある。

調査方法と質問表について

今回の調査方法は、無記名で健診受診日に質問表を配布・記入を頂いたものである。設問は12項目であったが、回収してみると完全回答率が低く(A町:1067名対象のうち完全回答数788名、73.9%)、諸外国で実施されている健康関連QOL調査のように、設問項目が多くなれば、完全回答率が低下する恐れもあるし、郵送し回収する方法では、例えば対象者が夫婦の場合には回答がどちらかに偏る危険性もある。従って、健診と結びつけるのであれば、質問項目数もこの程度が限度ではないかと考える。

設問として、歯の健康についての設問で「歯は丈夫ですか」というのは、「よく噛んで食べますか」という方が答え易く変更したい。評点については現在治療中を0.5点にしたことも、今後、患者立脚型健康関連QOLとの兼ね合いの中で考慮しなければならない問題である。

健康教育について

今回の調査の目指すところは、個人と地域住民の全体的な評点の中から、保健関係者が地域で保健上必要とされる具体的な支援策に接近することである。

A・B町とも、特に働き盛りの男性を対象とした食習慣・運動・喫煙・社交性について、きめ細かな健康教育が望まれる。なかでも運動習慣は、個人的レベルの指導となるので専門家を交えた体制で行われるのが望ましい。設問10、11については、現状、農業の将来が見通せず、これが農村の大きなフラストレーションとなっている恐れもあり、将来に向けて心理面を支える人的支援も求められる。また、この度の調査においても、従来方式の健康教育のあり方に疑問を残るし、健診は広く普及してはいるが、事後管理が十分とはいえない場合も多く見られる。

表4は、C町における、その年40～45歳であった女性について、肥満者、高コレステロール血症者、高血圧者の発現頻度を約10年間隔で見たものである。多くの健康教育的努力にも関わらず、肥満者、高血圧者については3年とも変化は無く、さらに高コレステロール血症者は返って増えている。このあたりで健康教育、健診事後管理の方法についても再検する必要がある。

事後管理は、一般には健康手帳が中心となるが、最近のコンピュータの普及から考え、また、若い人たちにも健康問題に興味を抱かせるように、自らの健診データをグラフなどに加工したり、何時でも健康教育情報を索引することで“遊び心”を起こさせるような事後管理システムも必要ではないかと、現在、T町において健康手帳的CDを試作したり、保健指導室にホームページを開いて、住民が何

時でも保健情報にアプローチできる体制も構築している。

コミュニティ形成について

第二に、高齢者を含め活動的生活を支えコミュニティ形成のアプローチである。

A 町のように、若年者ほど「いつまでもこの町に住みたいですか」の項目で、「どちらともいえない」と答える率が高いが、対応として、まちぐるみで生活環境の整備に取り組む住民の姿勢が必要であろう。

「元気のある地域づくり」の方法としてエコミュージアム活動があると昨年の報告でも述べた。わが国のエコミュージアム活動について、福田珠巳氏¹⁰⁾は、大きく3つの方向があると述べている。第一は、地域の環境を保全し環境教育を推進する立場、第二に住民参加型の地域振興、第三として活力ある地域をつくるための教育的活動である。これらは互いに関連し合い切り離せないが、昨年、数箇所のエコミュージアム先進地を訪れたので、そのなかから山形県朝日町の例について述べてみたい。

朝日町は、1998年の人口は約9800名（高齢化率28.3%）である。1989年、「乱開発せず、地域の環境を大切にし、そこに住む人々の生活や伝統に学び、文化や自然に誇りを持てるような地域づくり」を目標にエコミュージアム研究会が発足、1995年には、第3セクターの「朝日町エコミュージアム研究機構」を設立して地場産業の振興も支援する体制を作り、さらに、2000年3月、NPO 朝日町エコミュージアム協会へと展開し、資金面で行政が後押ししている。

この町では、町民全てが学術員となって、町

の自然、文化、生活、産業などの資源について学び、それらの情報はコアセンターに収集され研究されて、再びそれら情報をエコミュージアムに関わる団体に発信して活動を深化させている。朝日町の例は、福田氏の第一、第三、そして第二へ方向であろう。

ここで留意すべきは、1998年のNPO法（非営利活動促進法）が施行されて以来、地域づくり活動のNPO化への流れである。

NPOは、情報ネットワークの発達・普及によって発展しており、従来、ボランティアを主体に構成される団体が、インターネットによる情報の収集や情報発信によって、組織化、専門性が高められてNPOとなっている。

したがって、従来のコミュニティは、主体的には町という行政割での場であったが、これからは、隣接する複数町村が、それぞれ独自文化を育てながら、情報を交換し合い共通する資源については積極的に相互で活用しながら共栄する姿が求められる。

例えば、将来とも農村には営利としての在宅介護支援事業は成り立たないので、複数町村の介護情報を一箇所に集め、広域的な介護事業に取組まなければ農村は介護面で、何時までも過疎地となってしまう。

さらには、それぞれの町にある高齢者施設間で情報を共有し相互の交流をはかるならば、互いに刺激となって介護レベルも高まるし、介護バスなども共同運航すれば地域資源の有効活用にもなる。

しかし、このような広域的提携を図る場合、欠かせないのは、町というバリアを開放して、相互の情報を交換し合うシステムの構築が前提であることはいうまでもない。

保健活動のアウトカムについて

町全体として健康づくりへの投資とアウトカムの関係を把握することへの試みである。

アイゼンバーグ¹⁾らによると「医療経済学」とは、「患者に行われているさまざまな治療や処置が臨床医学における資源の消費に及ぼす影響を研究すること」と定義し、加えて包括的に経済的、臨床的影響についても評価するものであという。

アウトカムの評価の方法として、一般に町の医療費²⁾を調査しているが、これは、臨床的介入と、そのアウトカムを調査する方法である。しかし、医療費は受療者の受療行動や医療側の人為的な要素が影響するし、医療費の決め方が保険の財政状況によって作意的に決められるもので、継時的に評価することは困難であるし、さらに、本質的問題でもある臨床的介入による受療者の苦痛からの開放、受療者を取り巻く生活環境の改善などは表現されず、受療者の全体的 QOL の指標にはならないし、まして、それによって町全体で取組んでいる 1 次予防活動のアウトカムを評価することは極めて困難である。

一次予防のアウトカムを把握するには、まず、健康関連 QOL を評価する方法を策定する必要があるが、現状、高齢者でハンディキャップを持っておられる方々を評価する方法はあるものの、健康に生活されている方々に対する評価方法は見当たらない。

今回、この質問項目を試作したのは、一次予防を視野にいれたもので、このような調査を数年に一度行い、その間に投下された人的、物的資源と全体的な QOL 評点の推移を知ること、一次予防のアウトカムが予測することができないかと考えたのである。

この度の質問表試作が、患者立脚型アウトカム調査方法と連携し、今後、関係する多くの専門分野が一体となって研究する足がかりになれば幸いと考えている。

D. 結語

健康関連 QOL を問う設問を作成して、旭川近郊の A、B 町で実施した結果、若干の知見を得たので報告した。

文献

- 1) David C. Hadoron, et.al: Large-Scale Health Outcomes Evaluation: How should Quality of Life be Measured
J.Clin.Epidemiol, 48, 607-618, 1995
- 2) The EurQol Group: EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life:
Health Policy, 16, 199-208, 1990
- 3) 杉村 巖 他. 鷹栖町高齢者を対象にした頭部 CT 健診について:
日農医誌, 42, 626-627, (1993)
- 4) 杉村 巖 他. 無症候性脳梗塞群の生活背景について:
日農医誌, 41, 556-557, (1992)
- 5) 杉村 巖 他. 農村における食生活・労働の実態と健康との関係: 平成 3 年厚生科学研究報告
- 6) Lawton, M.P. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale:
J.Gerontol, 30, 85-89, 1975

- 7) 杉村 巖. 鷹栖町高齢者のモラールスケールについて：
日農医誌、43、65-71、1994
- 8) 杉村 巖 他. 農山村における中高年女性の健康実態把握と健康増進対策に関する研究：平成9年厚生科学研究報告
- 9) 杉村 巖. 農村におけるライフスタイルの分析とヘルスプロモーション技法の開発に関する研究：平成7年厚生科学研究報告
- 10) 地域文化を生きる：浮田典良 編
(大明堂) 平成9年
- 11) シナリオで学ぶ医療経済学入門：
T.Jefferson,et.al. 酒井弘洋ら訳
(サイエンティスト社) 2000
- 12) 池上 直己、他. 監訳： 医療の経済評価 (医学書院)、1999

表1 質問表と項目別評点

1. 現在の健康状態について	良い(1)普通(1)悪い(2)
2. 月に一度は血圧を測っていますか	はい(1)治療中(0.5)いいえ(0)
3. 歯は丈夫ですか	はい(1)どちらともいえない・治療中(0.5)いいえ(0)
4. 食生活に注意していますか	はい(1)時々(0.5)いいえ(0)
5. 運動するように心がけていますか	はい(1)時々(0.5)いいえ(0)
6. タバコは吸いますか	いいえ(1)時々(0)はい(0)
7. 余暇を楽しんでいますか	はい(1)時々(0.5)いいえ(0)
8. 趣味をもっていますか	はい(1)いいえ(0)
9. 週に1~2回は友人に電話をかけますか	はい(1)いいえ(0)
10. 去年と同じように元気ですか	はい(1)どちらともいえない(0.5)いいえ(0)
11. 今の生活に満足していますか	はい(1)どちらともいえない(0.5)いいえ(0)
12. いつまでもこの町に住んでいたいですか	はい(1)どちらともいえない(0.5) いいえ(0)

評点は各設問回答ごとの評点を合計する

表2 A町 性別・年齢別健康関連QOL評点表 ():人員

	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代
男性	6.99±1.71(59)	7.36±1.56(80)	8.16±2.17(141)	9.11±1.67(74)
女性	7.88±1.57(111)	8.34±2.03(144)	9.00±1.67(169)	9.58±1.57(54)

男性の40歳代50歳代以外、性別・年齢階層全てに有意差がある(0.05)

表3 B町 性別・年齢別健康関連QOL評点表 ():人員

	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代
男性	7.00±1.62(12)	7.33±1.96(22)	8.04±2.18(58)	8.7±1.76(30)
女性	8.24±1.44(34)	8.02±1.7(56)	8.86±2.0(72)	9.2±1.72(25)

60歳代男女間で有意な性差がある(0.05%)

表4 T町総合健診3ヶ年健診結果から 当時40~45歳女性について、()人員
高コレステロール血症は有意に増加しているが、その他の項目には有意差はない

	1982年	1991年	2001年
肥満・BMI 26.5	18.8%(117)	10.7%(112)	11.3%(80)
高TC 220mg dl	9.4	16.9	23.8
高血圧 WHO 基準	5.1	8	5

図1 年代別に減点が減少する項目(男性) 単位%

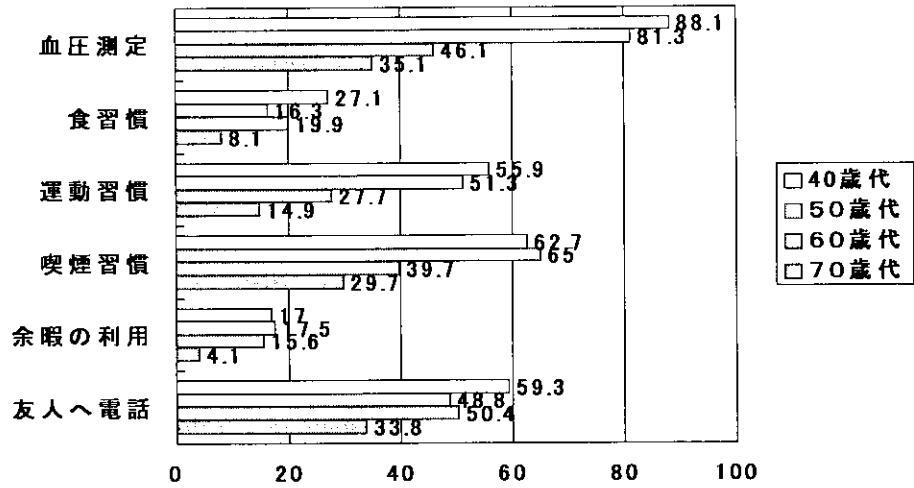


図2 年代別に減点が減少する項目(女性) 単位%

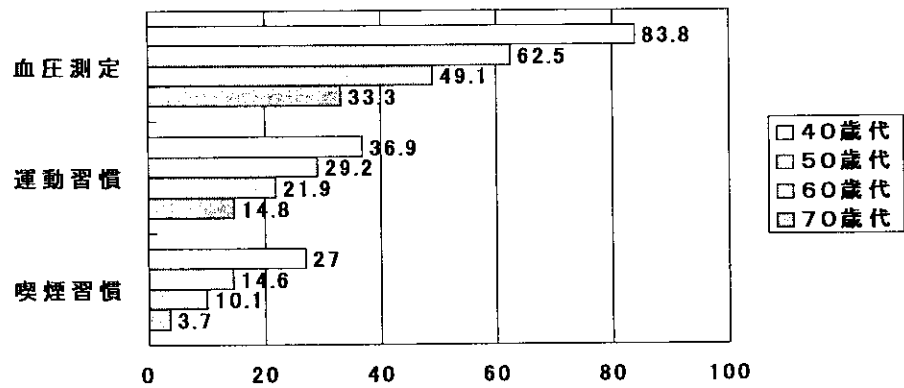


図3-1 性別・年代別減点設問(有意差のあるもの) 単位%(40・50歳代)

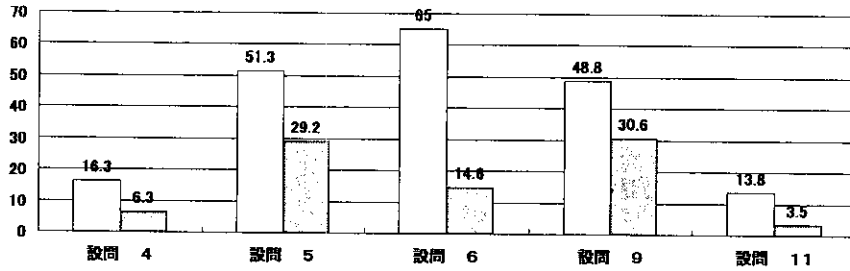
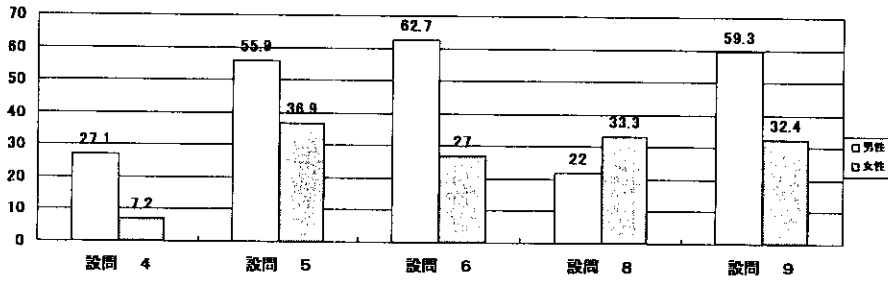


図3-2 60歳代・70歳代

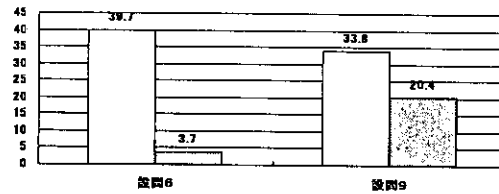
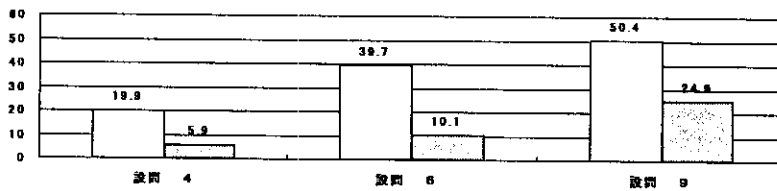


図4 「去年と同じように元気ですか」の項目
 どちらともいえない(0.5点)の回答率
 男女の比較

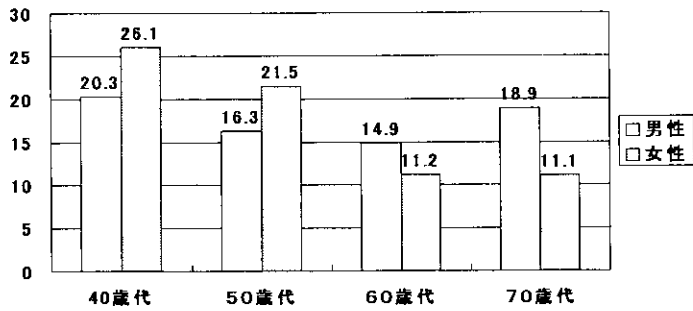


図5 「今の生活に満足していますか」の項目
 どちらともいえない(0.5点)回答率
 男女比較

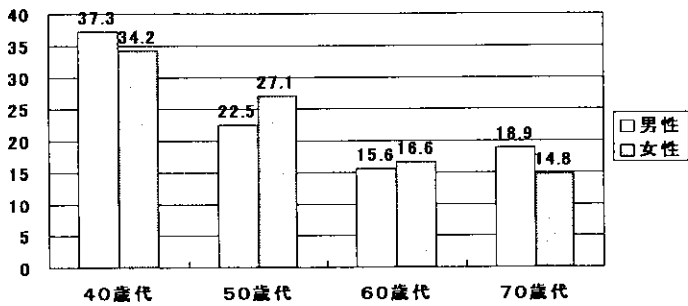


図6 「いつまでもこの町に住んでいきたいですか」の項目
 どちらともいえない(0.5)の回答率
 男女の比較

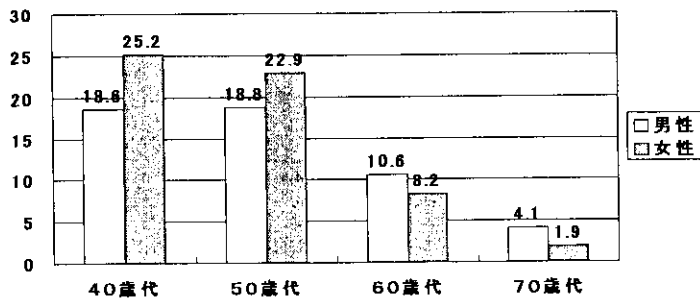


図7 各設問評点で(0)点回答率の比較
(60歳代男性) 矢印有意差あり

但し、設問10、11、12は(0.5)点回答率

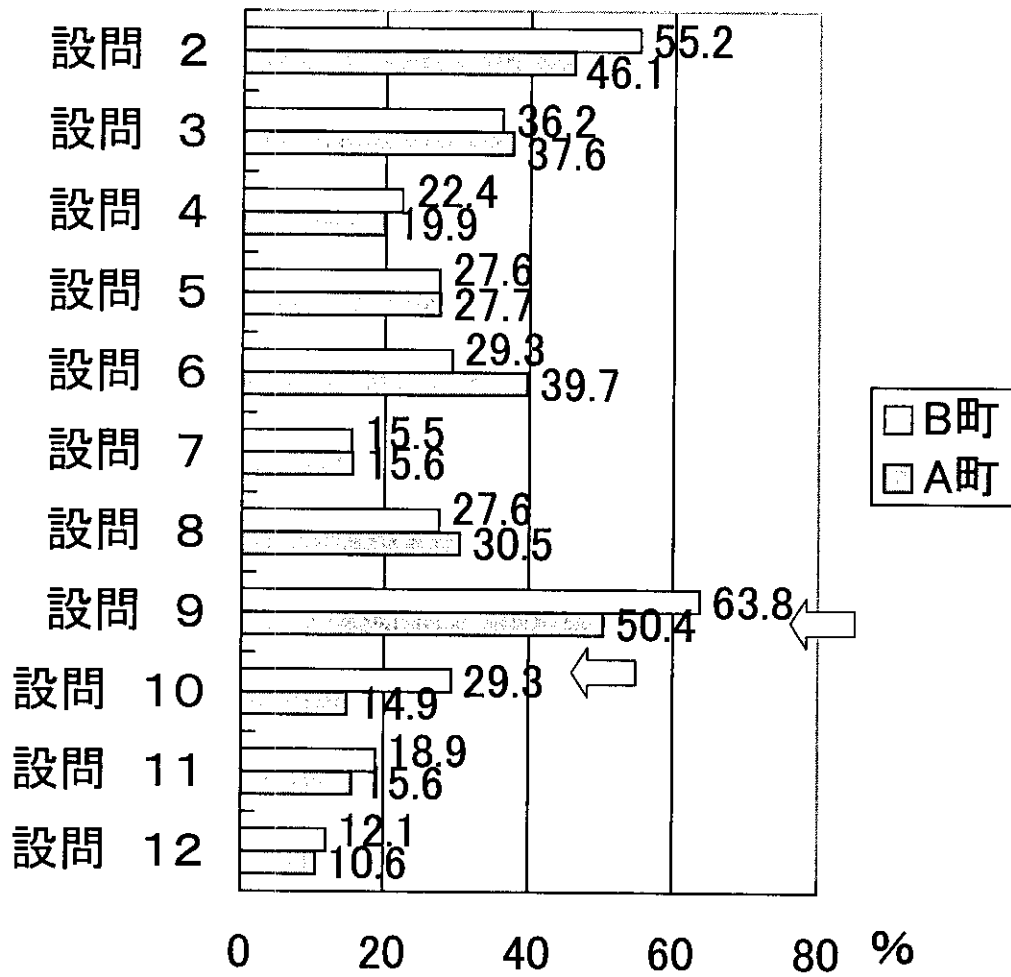


図8 各設問評点で(0)点回答率の比較
 (60歳代女性) 矢印有意差あり
 但し設問10、11、12は(0.5)点回答率

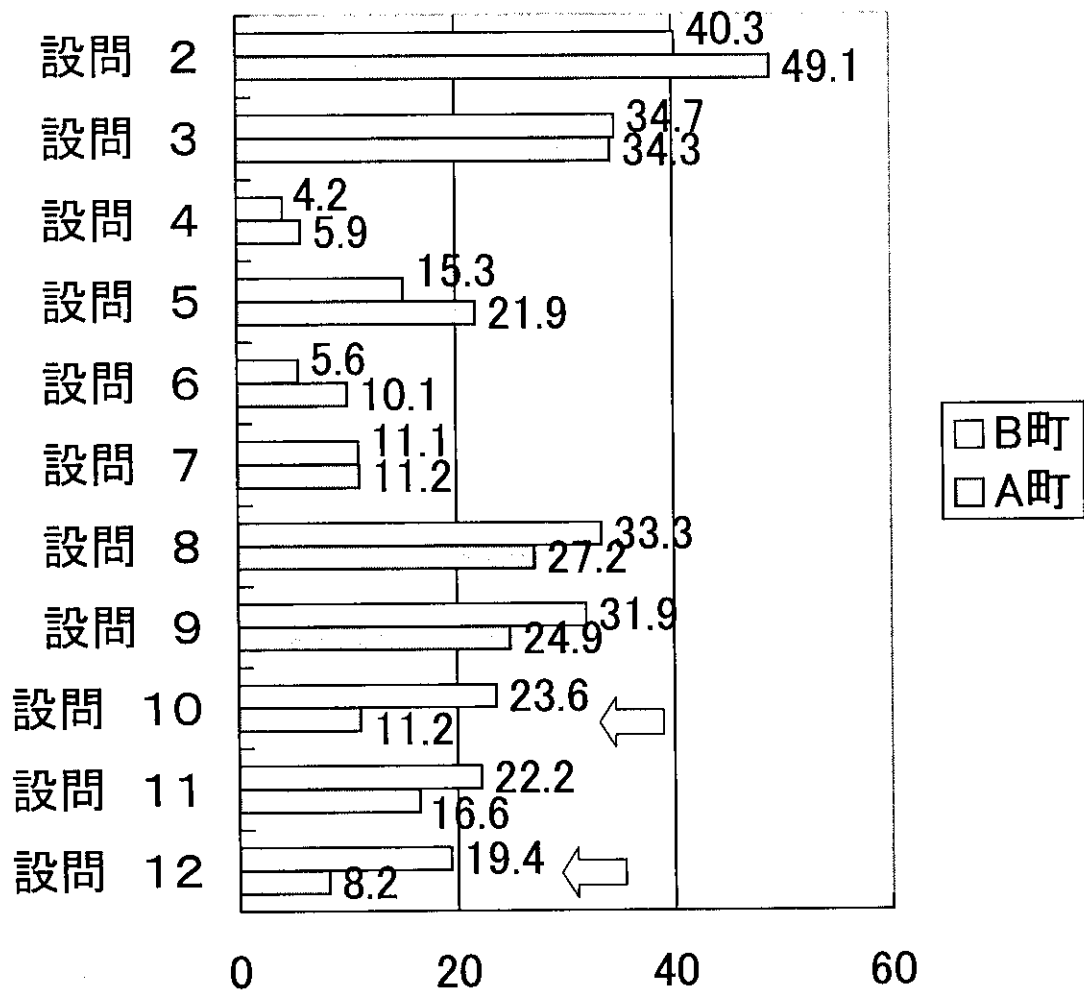


図9 A・B町50歳代男性の(0)点回答率
で有意差のある項目

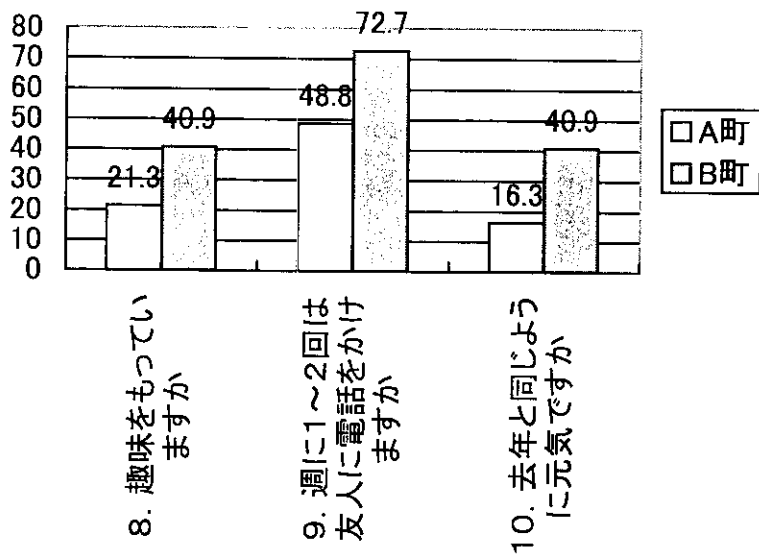
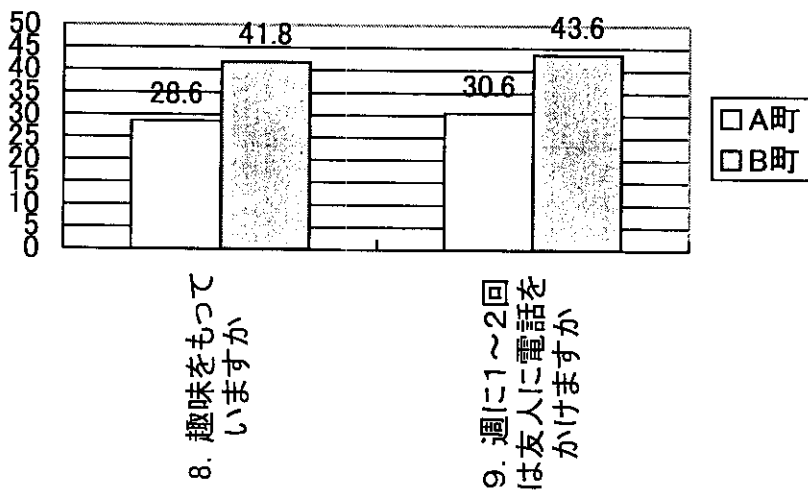


図10 A・B町50歳代女性の(0)点回答率で
有意差のある項目



厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

研究報告（7）

高齢者における活動的生活持続のためのサポートネットワークの
役割に関する研究—パーキンソン病患者集団をモデルとして

分担研究者 森若文雄 北海道大学大学院医学研究科神経内科学

研究要旨

高齢社会を迎えるにあたり、高齢者の生活の質（QOL）を考え、住み慣れた地域で社会的に自立して生きるためのネットワークをあり方を、高齢者に多いパーキンソン病（PD）患者集団をモデルとして検討した。北海道岩見沢市でのPDの疫学調査を行い、2000年10月31日時点で87人のPDを確定し、年齢性別補正有病率に関して粗有病率が総人口では10万人に104.6人、男性は94.19人、女性114.0人と女性の方が高いことが示された。

また、これらのPD患者を対象に介護保険による介護サービスの利用状況をアンケート調査により検討した。

A. 研究目的

高齢社会を迎えるにあたり、高齢者の生活の質（Quality of Life、以下QOL）を高めるために、高齢者が住み慣れてきた地域で社会的に自立して生きるために必要なサポートやネットワークのあり方を探る研究が重要となる。地域社会における障害を有する高齢者の実態を明らかにして、高齢者のQOLを高める課題を解決することを目的とする。

B. 研究背景及び方法

北海道岩見沢市は札幌市から北へ40Kmに位置する農村地区で、近年は住宅化が加速

し、札幌のベッドタウン化している。1990年から1995年の間は人口変動が比較的少なく、人口構成も一定していたが、1996年以降には年間1,000人の人口増加があり、65歳以上の高齢人口が18.06%と、1994年度の12.8%に比較して急速に高齢人口が増加している。高齢者会を迎えるに当たり、高齢者に多い神経変性疾患として特発性パーキンソン病（以下、パーキンソン病、PD）があげられる。パーキンソン病はドパミン代謝障害による無動（動作緩慢）、振戦、筋固縮、姿勢反射障害を四大徴候とする疾患であり、その治療は薬物療法が主体となり、日常生活に介助を要しているものが大多数

を占める。今回、PD 患者集団をモデルとして QOL に関する研究・調査を進めるため、同市の PD に関する調査を行った。PD 発症の危険因子の一つに高齢があげられるが、本邦も急速に高齢化時代に突入し、PD の有病率の上昇が予想される。

北海道・岩見沢市での疫学調査は、1998-1999 年の 1 次調査と、それに基づく 2 次調査を行った。1 次調査はアンケート調査により岩見沢市に在住する 40 歳以上の全個人に調査表を送付して回収した件数 14,696 件/郵送総数 28,329 件（回収率 51.8%）であり、その中でパーキンソン病を示唆された、またはパーキンソン病と診断されている例数は 152 例で、平均年齢 69.0 歳±4.7 歳であった。男性 52 例、女性 100 例、男女比は 1:1.92 で、この時点での粗有病率は人口 10 万対 178.3 人であった。2 次調査は面接（戸別調査、外来での診察）を中心に PD の調査を行い、2000 年 1 月より 10 月までの 10 か月間で 2000 年 10 月 31 日までを集計の期限とした。

平成 12 年度から開始された介護保険による種々の介護サービスは、慢性疾患患者にとっての利用状況を検討するために、上記で登録された PD 患者を対象に①患者さん自身の病状に関する項目、②介護されている介護者に関する項目、③介護状況および種々の社会的サービスの利用状況に関する項目のアンケート調査を行った。

C. 研究結果

岩見沢市の人口動態変化は 1990 年までは比較的人口の変化も少なく安定していたが、1995 年以降は 1000 人/年の増加がみられた。特に高齢人口が急速に増加していた。

50 歳-59 歳以上の人口が徐々に右側に移動しており、高齢化が進行し、男女差では

すべての年齢で女性が優位であった。2000 年の岩見沢市における総人口は 85,077 人、65 歳以上の高齢人口は 16,507 人、総人口に占める割合は 19.4% 男女比は 1:1.29 であった。PD 患者の平均年齢は、1994 年からの 2000 年の間で 69 歳から 72 歳へと高齢化しており、総人口に占める老年人口と同様な変化がみられた。粗有病率も 95.8 人から 104.6 人と上昇していた。男女比はともに女性が多い傾向であった。2000 年度における PD 調査で確定した 89 例（その中ですでに特定疾患を申請していたのが 59 例、面接で新たに確認されたもの 11 例、外来にて PD が確認されたもの 14 例、また新たに特定疾患申請例 5 例）が確定した。1999 年のアンケート調査をもとに戸別調査を行い、その中で実際診察した症例は 105 例であり、その内訳は脳血管障害性と思われるもの 68 例、MSA（多系統萎縮症）が疑われた症例 1 例、薬剤性を疑われた症例 5 例、PSP（進行性核上性麻痺）を疑われた症例 2 例、その他 30 例であった。PD 89 例中で実際にわれわれが診察を実施した症例は 68 例であった。残り 21 例は特定疾患申請書から確認して PD として組み入れた。PD の年齢別症例数では男女とも 60-69 歳にピークをもち、男性では 65 歳から 80 歳台まで一定した症例数が存在していた。女性は 65 歳-69 歳、80 歳-84 歳の 2 峰性をしめしていた。年齢性別補正有病率に関して粗有病率が総人口では 10 万人に 104.6 人、男性は 94.19 人、女性 114.0 人と女性の方が高いことが示された。PD の男女差については t 検定にて p 値 0.45 とともに有意差はみられなかったが女性に多い傾向があることは認められた。

PD 患者へのアンケート調査は途中経過であるが、現時点で回収された分を集計する

つと男性4名、女性9名、計13名で行い、生活状況は持ち家で配偶者と二人暮らしが7名、持ち家で親と同居が1名、介護施設入所が1名、独居が4名であった。介護保険申請者が7名、非申請者が6名で、申請理由は①社会的サービスを利用するため、②より快適な療養生活のため、③病状の回復のため、④医師、看護婦に勧められたから、などであった。一方、非申請理由は、①介護を受ける本人が希望しないため、②介護者が申請を希望しないため、③家族で十分に介護できるため、があげられていた。介護度認定が要支援2名、要介護1が2名、要介護2が3名であった申請者が利用している社会サービスは訪問介護2名、デイケア2名、ホームヘルパー1名、訪問入浴介護1名であった。申請者のYahr重症度は2.8度に対して、非申請者のYahr重症度は3.1とほぼ同一の障害度を有していた。

D. 考察

本邦でのPDの疫学調査は鳥取県米子市の調査が1980年、1992年と同一地域を繰り返し、また詳細に調査されている以外に報告はなく、粗有病率も80.6人から97.5人と調査毎に増加していることが指摘された。今回北海道・岩見沢市における1994年のPDの疫学調査を基礎にして再度調査を行い、本邦におけるPDの有病率変化を検討した。前回(1994年)は医療機関へのアンケート、および特定疾患申請台帳をもとにして調査を実施した。この時点での総人口80,417人、PDとして確定した症例77例、粗有病率は10万人に95.8人であった。1998-1999年の1次調査でPDが疑われた152例について2次調査を行った。2次調査は戸別訪問が主体で、診察した症例は105例、その中でPDが疑われた症例11例、特

定疾患申請者の中で経過観察しているもの31例、外来にてPDが新たに確認されたものは14例、2000年度に新たに特定疾患申請されたものは5例であり、実際われわれが面接・診察を行うことが出来たPD症例は68例であった。またアンケート調査の回収率が50%程度と低かったことで精度の点ではやや劣ることが考えられたが、今回の調査で89例のPDを確認できたが、これ以上の症例が存在することが予想された。2次調査では人口85,077と前回の調査時より約5,000人の人口増加がみられたが65歳以上のいわゆる高齢人口は19.4%と前回の調査時12.6%から急速に高齢化が進行し、PDの平均年齢も69±8.6歳から72±10.2へと高齢化がみられた。男女比も前回1:1.2から今回1:1.34と同様な比率を推移していた。今回の調査で男性症例の平均年齢が女性より高いことがみられ、前回の調査と同様な結果となった。この原因については明確なものは見いだせないが、罹病期間が女性よりもやや長くなっていることがみられた。

また、介護保険制度が開始されてから、障害を有している高齢者の療養生活に変化がみられているが、本人または介護者が種々のサービスを希望しない、家族でも十分に介護できるという理由で社会サービスを利用していない状況もみられ、高齢者のQOLを高めるための課題の一つといえる。

研究発表

1. 論文発表

- 1) Nishio M, Koizumi K, Moriwaka F, Koike T, Sawada K. :Reversal of HIV-associated motor neuron syndrome after highly active

antiretroviral therapy, J Neurol
248(3):233-4,
2001

2) Shinpo K, Kikuchi S, Ogata A,
Sasaki H, Moriwaka F,
Tashiro K: ROS/RNS/dicarbonyl stress
to spinal motor
neurons in vitro, Molecular Mechanism
and Therapeutics of
Amyotrophic Lateral Sclerosis (Abe K
eds), Keio
University Symposium for Life Science
and Medicine, Vol. 6,
Springer-Verlag Tokyo, P87-93, 2001

3) 森若文雄、田代邦雄：神経変性疾
患薬物療法の試み、
Clin. Neurosci. 19:188-189, 2001

4) 森若文雄、田代邦雄：運動ニュー
ロン疾患の治療の進歩、
神経治療学、18(4): 353-355, 2001

Meeting of American Neurological
Association, Sept 30-Oct.3 , 2001,
Chicago, USA

4) Isonish I K, Kashiwaba T, Ichiya S,
Hasegwa K, Moriwaka F, Tashiro K:
Accident and unexpected event of
ventilatory care. A questionnaire
survey, 12th International Symposium
on ALS/MND, Nov18-20, 2001, Oakland
USA

5) Isonishi K, Kashiwaba T, Yamashita I,
Moriwaka F, Nagashima M, Tashiro K. :
Who is sensitive? Effect of
Taltrirelin Hydrate on cerebellum in
patients with spinocerebellar
degeneration. The 31th Annual Meeting
of The Society for Neuroscience, San
Diego, Nov. 10-15, 2001

学会発表

1) Isonishi K, Kashiwaba T, Moriwaka F,
Tashiro K. 1H-MRS findings of
posterior half of putamen and thalamus
in patients with
Parkinson's disease, The XVII
World Congress of
Neurology, June 17-22, 2001, London,
England

2) Itoh K, Moriwaka F, Kuroshima K,
Tashiro K: epidemiology of
Parkinson's disease in Iwamizawa
City, Japan. The XVII
World Congress of Neurology, June
17-22, 2001, London, England

3) Tashiro K, Ikeda S, Iwasaki Y,
Moriwaka F, Naito Y, Nakamura S,
Okamoto K, Saito T: Japanese Phase II
Clinical study of
SR57746A(Xaliproden) in amyotrophic
lateral sclerosis, 126th Annual

研究報告（8）

ソーシャルサポートシステム構築へのアプローチ方法に関する研究（第2報）

分担研究者

前沢政次

北海道大学医学部附属病院総合診療部教授

研究要旨

旧産炭地は他の地域に比べて高医療費となっている。統計上考えられている要因を一般住民がどのように受けとめ、現在どのような支え合いをしているか、今後どのようなサポートシステムが望ましいかを、質的研究方法を用いて調査した。今回グループインタビューを用いて前回の高齢者男女の経験を踏まえて若年男性、若年女性、および保健福祉課職員のグループに適用した。高齢者に対するソーシャルサポートはあまり意識していないものの、子どもたちや夫に対する健康づくりには関心を持ち、何らかの活動をしたいと考えていた。職員グループは議論が盛んで、今後の地域保健計画に生かせるアイデアが出た。過疎地ならではのサポートシステム構築にそのアイデアが生かせると思われ、この地域におけるメンタルヘルスプロモーションのあり方を考察した。

分担研究者

前沢政次

北海道大学医学部附属病院総合診療部
教授

方策を明らかにすることを目的とした。

さらにフォーカスグループインタビューの分析法についても簡易な方法の妥当性を検討していくにはどうすべきかについて考察を加えることを目的とした。

A. 研究目的

昨年度は高医療費地域である旧産炭地を有する自治体で、統計上考えられている要因を一般住民がどのように受けとめ、現在どのような支え合いをしているか、今後どのようなサポートシステムが望ましいかを、質的研究方法を用いて調査した。今回はグループインタビューの活用を広げ、高齢者を見守る側の青年や子育てのグループ、さらに行政の保健福祉課職員に対してインタビューして、町の保健計画の具体に役立つ

B. 研究方法

「町での健康問題とこれからの保健活動」をテーマに話し合いをするので参加者を募集する。

今回は若年男性が青年会議所グループ、若年女性は子育てグループ、そして行政の保健福祉課職員（男女を含む）とした。

1セッションの時間は1時間とした。

グループインタビューの内容は自己紹介、自分が健康のために実践していること、町

の健康面での問題点、健康づくりの役立っている良い点、これからの健康づくりのあり方とした。司会者は分担研究者が担当した。

インタビューをテープに録音し、ビデオに録画した。1名の補助者がこれを担当した。

分析を簡略化するため3名の観察・分析者が同席して、インタビューの内容を記録した。各自がキーワード、ないしはキーフレーズと考える部分をあげ、それにランクづけをした。これをもとに3名が討論を行い、論点を整理した。

倫理的配慮に関しては、研究の結果報告において町の固有名詞を出さないことや参加者の個人的情報は取り上げないことで福祉保健課長の了承を得た。グループインタビューにおいては、課長に伝えたと同様の約束を参加者に伝え、かつインタビュー時に知り得た個人的情報を他の人に伝えないことを記した同意書を取り交わした。

C. 研究結果

1. 参加者の募集

北海道A町の保健婦に相談し、協力を得た。町内在住の若い年代の方々に参加を呼びかけたところ、男性は青年会議所の役員が、女性は子育てグループがこれに応じた。参加者の年齢は問わなかったが、両グループとも20代後半から30代にかけての年代であった。

職員のこの町での勤務年数は2年から28年まで、平均15.3年であった。

3. インタビューの内容

「町での健康問題とこれからの保健活動」をテーマとした。内容は

①自己紹介と「自分や家族がしてきた健康づくり」

②わが町は健康的か？

- ・いいなと思う点
- ・ちょっと問題かなと思う点

③これからどんな町になったらいいかな

- ・自分が理想とする町は
 - ・そのために今、何ができるかな
- 自分で、
家族で、
地域で、
町をあげて

とした。

1セッションの時間は1時間を予定したが、いずれのグループも若干延長した。

4. 記録

インタビューをテープに録音し、ビデオに録画した。従来の逐語的な記録分析と比較する意味で、3人の観察記録者を雇用し、筆記することとした。

5. 記録の分析

本来、録音テープによる逐語的な発言記録をデータとする。データを適当なまとまりごとに区切って単位化し、その内容にラベルをつけてコード化し、コードを列挙してリストを作る。次に類似性と相違性に従ってクラスタリング(類別)し、各クラスター(かたまり)にラベルを付けてカテゴリーを作成する。そして各カテゴリーに属する発言の回数を求める。さらに、カテゴリー同士を比較し、関連づけて上位のカテゴリーを求める。

今回はこれらの分析に時間を要しているため、観察記録者による直後の話し合いと各自の配点、および研究者と司会者が録音、並びに録画の聞き直し、見直しによる印象

と比較した。

6. 若手男性のインタビュー結果（表1）

自分や家族の健康については、特に強い関心を持っているわけではなかった。一部温泉と健康の関連があると考えている人、親の介護で苦勞している人がいた。

町についてはよい点として自然に恵まれている。水が美味しい、空気がよい、夏は風通しがよく照り返しが少ない、海に近いなどをあげていた。温泉が豊富なことは健康のために役立つと考えていた。近所つき合いがよい。それは人と人とのつながりがよいことであり、情報を得やすきしている。

若者から見る高齢者は元気で若々しい。お年寄りをどうサポートするかという話題はほとんど聞かれなかった。

町の問題点としては子どもなど若い人が少ない。娯楽などが無い（遊び場所、コミュニティセンター、大学など）。雪祭りなどイベントごとが全部なくなってしまい、イベントに関してよい案がなかなか出ない。若い人が少ない、財政が厳しい。

町内には保育園、幼稚園、小・中学校が一枚ずつしかない。利点は仲良くなったら仲間意識ができ団結力が大きいこと。欠点は一度孤立してしまうと辛い（不登校）ずっと同じメンバーなので上下関係が決まってしまう。競争心が育たない。部活動の種類が少ない（メンバー確保が大変、やりたくても選択できず、競争心が育たない）。他の学校などとの交流ができて刺激を受けることが必要。

7. 若手女性グループのインタビュー結果（表2）

自分の健康について語る人はなく、夫の健康や子どもの健康について語った。夫は

不健康な人が多く、アルコールの多飲が付き合いや寝酒で行われていた。肝機能が気になるのだが、健康診断の結果を妻に見せない人が多い。当然再検査を受けに病院には行かない。体力に自信があるためか、仕事が忙しくて行けない状況もある。タバコを吸う人は止めたくても止められないストレス下におかれている。

運動に関しては普段動かない、子どもが小さいときは一緒に身体を動かすが、子どもが友だちと遊ぶことが多くなって、運動量が減った。

服薬の仕方を適当にしている。薬に関する知識がなくこわい。薬は毒だからあまり飲まない方がいいと思う。薬を継続的に飲ませているが、副作用が気になる。薬の服用については否定的な意見が多かった。

子どもの健康に関しては参加者全員が強い関心を持っており、スポーツ面、勉強面も親がどれだけ関わったかによって変わってくると親の責任を強く自覚している。特に子育て面においても父親の存在は不可欠と考えている。

また育児に関しては、いい子といっても親には子どもの気持ちが見えないこともあり、子どもが甘えられるときに甘えさせた方がいい。ある程度の年齢までに良く会話をしておくことが大切と考えている。

医療の利用については、子どもによって性格が違い、訴え方が違うので、受診の判断が兼ね合いがさせたら良いか判断が難しい。我慢づよい子では病状がひどくってから受診することがあり後悔する。

一般的に炭坑まちの子どもは明るく、運動神経がよい。

高齢者に対しては総じて気持ちが若い人