

## 要介護度の変化に影響を及ぼす要因と要介護認定者とその介護者との対話から

○鈴木 郁<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>、佐藤 絵理<sup>2</sup>、平塚 美穂<sup>3</sup>、古木 あゆ子<sup>4</sup>、棟方 あすか<sup>5</sup>、佐藤 淑子<sup>6</sup>、夏井 サチ<sup>7</sup>

<sup>1</sup>秋田県北秋田地域振興局 福祉環境部、<sup>2</sup>東北厚生年金病院、<sup>3</sup>秋田県立リハビリテーションセンター、<sup>4</sup>精神医療センター、<sup>5</sup>秋田県脳血管研究センター、<sup>6</sup>青森県立中央病院、<sup>7</sup>秋田県由利地域振興局 福祉環境部 (元秋田県立衛生看護学院)、<sup>8</sup>秋田県藤里町役場

【目的】65歳以上の要介護認定者について本人とその介護者との対話の分析から要介護度の変化に影響を及ぼす要因を明らかにする。【方法】対象者：平成12～14年度の2年間において、秋田県F町において介護保険認定申請をした387名のうち、介護度の変化した126名の中から、在宅でかつ会話の可能な介護度の変化した9名、変化しなかった2名及びその介護者11名の計22名。調査方法：要介護認定者とその介護者のそれぞれに面接し、介護度が変化した要因について身体的・精神的・社会環境的な側面についてガイドしながら、自由に話してもらい、その際、対象者の承諾を得た上で録音し、面接終了後逐語録を作成して重要カテゴリーを導き分析した。【結果および考察】65歳以上の要介護者において、要介護度の変化に影響を及ぼす要因として、ア、疾患と障害とのつきあい方、イ、主体的な生きがい・楽しみ、ウ、社会的交流、エ、家庭内外における役割、オ、家族関係、カ、本人の意欲が明らかになった。対象者は疾患やケガによる障害を有して介護保険を利用していたが、病状の安定を目指した疾患管理や積極的なリハビリテーションは要介護度の変化に不可欠であることが示唆された。また、疾患や障害により身体機能のみならず、それまでの生活の喪失に遭遇する。そこで悲嘆するばかりでなく、そこから新たな生きがい・楽しみを創出している者は、要介護度の軽減がみられている。疾患や障害を有していても活発な社会的交流は、そのような生きがい・楽しみの創出に有効であることが分かった。また、家庭内外での身の丈に合った役割を果たしていくことは、それを周囲から認められることで生きる意欲や自己の存在意義、運動量増加につながっていた。家族関係は良好であることが望まれるところであるが、本研究では、対象者とある種の緊張感をもち、適度な距離を保つことが本人の自立を促し、介護度の軽減につながるということがわかった。その適度な距離に加え、家族の対象者への思いやりやよりよい生活を送ってほしいという考えが、本人を支えている。さらにこれら全てに関連していたのが本人の意欲である。身体機能の回復や維持を諦めず疾患や障害と上手につきあひ、前向きに生活をしようという本人の意欲が他の要因へ波及し、身体機能・精神活動両者に広がりをもたせ、介護度の維持・軽減につながっていると考えられる。

## レセプトによる介護保険サービス利用3年間の推移—保険料発生の影響を中心に—

○林原 好美<sup>1</sup>、田宮 菜奈子<sup>2</sup>、高橋 秀人<sup>2</sup>、佐藤 幹也<sup>3</sup>

<sup>1</sup>筑波大学 医科学修士課程、<sup>2</sup>筑波大大学院 人間総合科学 医学系、<sup>3</sup>帝京大 医 衛生公衆衛生

【目的】保険料が漸増した期間を含む介護保険開始から35か月間の某市全員の介護保険サービス利用の推移を記述し、サービス利用点数および利用人数の推移に対する保険料発生その他の要因の影響を明らかにする。【方法】2000.4～2003.2の介護保険利用明細をもとに、在宅サービス利用点数、利用人数および施設入所者数について、毎月の平均の推移および保険料段階的発生（半年全額免除、1年間半額免除、以降全額発生）3区分別に利用者の属性、各種サービス別利用サービス種類数別に算出した。また保険料発生の影響を検討するために各種属性別の利用点数や利用人数の推移に対する3段階段階型増加モデルと時間経過線形モデルの両方を比較し、モデルの許容性を時間変数の係数で適合度を赤池情報量基準（AIC）で検討した。また全体の利用点数の推移に関連する要因を重回帰分析で検討した。【結果】25696人月分、1869人が対象となった。在宅サービス利用人数及び一人当たり点数は期間中1.5倍及び1.2倍であった。また介護度1は後半に増加し約2.5倍となった。施設入所者数の推移は供給の影響が大きい。後半の供給増の入所は高介護度の男性が多く、介護度5の在宅男性は減少していた。全体のサービス利用点数による重回帰分析の結果では、デイサービス利用人数、75歳以上利用者数、女性利用者数が有意に影響していた。保険料3段階段階型増加モデルと線形モデルの比較で、3段階段階型増加モデルが許容的であった。【考察】保険料発生による利用低下も予測されたが、利用は全体に増加傾向にあった。保険料発生の権利意識から利用が増えた可能性もあるが、本調査では3段階の保険料発生は増加傾向にあまり影響がなかった。女性在宅利用点数のみ3段階段階型増加モデルの適合がよかったのは権利意識との関連も考えられるが、真に保険料発生の影響かどうかは他の変化を加味した検討が必要である。また施設サービスは供給が増えれば待機者が入所する形で、女性は男性の2-3倍で推移していた。後半で在宅介護してきた介護度の高い男性が施設入所に踏み切っているようであった。【結論】保険料発生には抑制効果はなくサービス利用は増加し、特に介護度の低い新規参入が増えていたことからサービス利用促進という介護保険の目的はある程度果たせたと考えられる。しかし施設利用は待機者が今だ多く、介護度5の男性の入所が後半に多かったことから、高介護度での在宅の維持と介護保険のあり方には検討の余地がある。本研究はH15年文部科研基盤Cの助成をうけた。

## 介護老人福祉施設におけるターミナルケアに関する研究：介護保険実施後の看取りの状況

○浅川典子<sup>1</sup>、本郷 隆子<sup>2</sup>、高橋 幸子<sup>3</sup>、野村 由美子<sup>4</sup>

東京女子医科大学 看護学部

【目的】介護保険制度実施後、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入所者の重度化が指摘されている。日常生活支援の場であり、医師や看護師の数や勤務体制が病院や介護老人保健施設とは大きく異なる施設において、入所者のターミナルケア期のケア体制は大きな課題である。本研究では介護老人福祉施設における介護保険制度実施後の看取りの状況を検討することを目的とする。【方法】13都道府県の介護老人福祉施設300か所（特養ホームを良くする市民の会の過去の調査でターミナルケアを行っていると回答した施設から抽出）に対し、自記式質問紙を用いた郵送調査を実施した。主な調査項目は入所者・職員の概要、常勤医・併設医療機関の有無、入所者の死亡状況、介護保険制度実施後のターミナルケアへの取り組みの変化などである。回答はターミナルケアの責任者あるいは最も良く現状を把握している職員に記入してもらうよう依頼した。調査期間は平成15年10月である。回収数は166であり、記入不備等を除いた161施設を分析の対象とした。【結果および考察】入所者の平均年齢は84.6±1.8歳であり、平均要介護度は3.7±0.3で、入所期間は49.0±13.0月であった。常勤医のいる施設は8.1%、併設医療機関のある施設は18.6%であった。看護師の夜間の勤務体制は毎日夜勤3.1%、状況に応じて夜勤5.0%、自宅で待機し必要時出勤72.7%であった。介護保険制度実施後のターミナルケアへの取り組みの変化は、積極的になった18.0%、変化なし73.9%、消極的になった5.6%であった。施設の定員は90.5±28.9名であり、年間の死亡者数は11.6±5.6名で、施設定員に対する死亡者の割合の平均は13.1%であった。施設内死亡者の割合の平均は5.8%、病院死亡者は7.1%であり、常勤医の有無、併設医療機関の有無による違いは認められなかった。看取りの状況を詳細に把握するため、施設内死亡、病院死亡の内訳の全てに回答が得られたデータを分析した結果、死亡者数に占める死亡時まで施設で看取った者の割合の平均は35.5%、施設内で急死した者は7.2%、施設内でターミナルケアを行っていたが病状が変化し病院に入院して死亡した者は27.5%、施設内でターミナルケアを行っていたが家族の希望で病院に入院して死亡した者は15.1%、施設内で死亡確認ができないため病院で死亡した者は9.6%であった。本結果より、病院死亡者の中に施設内で死亡確認できないために病院で亡くなっている者が含まれている可能性があることが示唆された。

本研究は中央共同募金会の助成を受けたNPO法人特養ホームを良くする市民の会と共同で行った調査結果の一部をまとめたものである。

## 特別養護老人ホーム利用者の死亡場所を規定する要因の検討 1施設報告

○竹迫 弥生<sup>1,2</sup>、田宮 菜奈子<sup>2</sup>、梶井 英治<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>自治医科大学 地域医療学センター（地域医療学部門）  
<sup>2</sup>、筑波大学大学院 人間科学研究科<sup>2</sup>

【目的】特別養護老人ホーム（以下、ホーム）で最期を迎えたいというニーズは増えている。しかし、その支援体制はいまだ不十分である。そこで、本研究では、ホーム利用者における死亡場所を規定する要因を検討した。【対象】東京都内の1ホーム（入所定員110人）の利用者で、1999年4月1日から2004年3月31日までに死亡退所した98名のうち、突然死（イベント発症から24時間以内の死亡者）を除く83名（施設内死亡43名、病院死40名）。【方法】施設の各種記録から入手した、性別、死亡年齢、死亡場所、婚姻状態、入居前生活場所、入居期間、身元引受人、最終介護保険認定もしくは更新時のADL・痴呆の状態、本人の事前の施設内終末希望の有無、身元引受人による事前の施設内終末希望の有無、常勤医の有無（時期により不在あり）を独立変数とし、死亡場所を従属変数とした症例対象研究。統計解析はカイ2乗検定により単変量比較し、結果から有意水準10%以下の要因を初期変数として、変数増減法多重ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】単変量解析にて、死亡年齢が85歳以上、婚姻状態が未婚・離別・死別のいずれかであること、施設入居期間が5年以上、最終介護保険認定もしくは更新時のADLがねたきり(C1,C2)であること等の4つが施設内死亡と有意に関連していた。また、身元引受人による事前の施設内終末希望ありと常勤医の存在が、施設内死亡と関係する傾向がみとめられた。多重ロジスティック回帰分析では、死亡年齢が85歳以上、常勤医の存在が施設内死亡と有意に関連する要因として検出された。【考察】常勤医の存在、死亡年齢は、ホーム入居者の死亡場所に関連する要因であると考えられた。終末までホームでケアするためには、常勤医の存在が重要であると考えられる。海外の文献で主要要因である事前の希望が要因でなかったことは、希望の取り方の問題が影響した可能性もある。今後、本人家族への意思確認の方法も検討すべき点であろう。しかし、1施設調査であるので、他施設調査によるさらなる解析が必要と考えられた。

## 要介護高齢者の大腿骨頸部骨折発生に及ぼす家族構成の影響

佐瀬 武\* 橋本英樹\* 大脇和浩\* 佐藤幹也\*  
小川晋市\* 矢野栄二\*

\*帝京大 医 衛生公衆衛生

**【背景と目的】**：高齢化の進行に伴い介護費用の増加が問題視され介護予防対策が求められている。転倒により発症の多い大腿骨頸部骨折の発生率も、家族構成と骨折発症の関係も十分検討されていない。そこで本研究では、大腿骨頸部骨折発生率の算出及び、家族構成が大腿骨頸部骨折発生に影響を及ぼすのかを検討した。

**【対象と方法】**：鹿児島県肝属郡5町在住の65歳以上で、平成13年10月の段階で、要支援及要介護1の認定者1,040人に訪問調査を行い、世帯情報が得られない159人を除外、更に大腿骨頸部骨折の既往歴のある26人を除外した855人を追跡の対象とした。平成13年10月1日から平成15年10月31日までの2年間の追跡期間と介護保険給付実績、認定情報をもとに大腿骨頸部骨折の発生の有無ならびに発生月を同定した。患者の基本属性（年齢・性別・認定要介護度）、原因病名（脳卒中、パーキンソン病、変形性膝関節症）、世帯構成（一人暮らし、夫婦のみ世帯、高齢者のみ世帯、その他）、主たる介護者の属性を記述したのち、ポワソン回帰分析によりこれらの影響を検討した。

**【結果】**：855人の追跡期間の中央値は21ヶ月で、最小値1ヶ月、最大値25ヶ月であった。対象者855人の平均年齢は81±6歳、2年間の追跡結果、14件の大腿骨頸部骨折が確認され平均年齢は82±5歳で、骨折発症者は全員女性であった。発生率は10万人月当たり100人だった。基本属性、原因病名に対し、ポワソン回帰分析にて検定した結果、一人暮らしは骨折発生との傾向が見られたが有意水準に至らなかった( $p=0.07$ )。一方、パーキンソン病を併存症とするもので有意に骨折発生率が高かった ( $p<0.05$ )。

**【結論】**：大腿骨頸部骨折発生率に関しては2年間の追跡にて発生率は10万人月当たり100人と計算された。パーキンソン病の有無は有意差 ( $p<0.05$ ) が認められた。家族構成については有意水準ではないが傾向が見られた。今後、高齢者本人の健康維持と転倒及び骨折予防の為に、併存症や、インフォーマルケア・家族構成の影響を考慮する必要があると思われた。

**key words**：大腿骨頸部骨折、世帯構成、主介護者、発生率、介護認定

I 【緒言】日本は近年急速な高齢化が進行している。これに伴い、脳卒中、痴呆、転倒の発生が増加している。平成13年のデータで、脳卒中を始め、パーキンソン病、変形性膝関節症の3疾患は、介護が必要となった代表疾患である<sup>12)</sup>。この結果、これらに対する介護費用、介護の負担等が問題視されている。特に転倒が原因で発生する大腿骨頸部骨折は、高齢者において機能低下や生命予後へ及ぼす影響が問題となる<sup>1,2,16)</sup>。大腿骨頸部骨折発生率に関する先行研究は、発症者の年齢や性別及び、地域別の有病率報告がある。有病率の先行研究内容は、対象者を全年齢層を混ぜた値や又、全件数網羅していない為、算出された値は正確さを欠けていた。故に転倒骨折の影響を把握し、予防対策を講じる上でも、高齢者における大腿骨頸部骨折の発生率を明らかにする必要がある。

これまで、転倒骨折のリスク要因について、Tinettiらは、高齢者の転倒要因に関し内服薬、既往歴、基礎疾患等の調査した結果、鎮静剤、降圧剤、脳卒中、下肢機能低下は明らかになっている。これらの患者要因に加え、段差等の住宅環境要因も報告した。<sup>7)</sup>しかし、経済状態や家族構成などの社会的要因について検討したものは少ない。高齢者のADLと家族関係で、Sarwariらは、アメリカで家族のいる高齢者は独居者に比べ、ADLは上昇と報告したが<sup>10)</sup>、石崎らは、日本では逆のパターンを示すと報告した<sup>15)</sup>。高齢者で機能悪化要因の大きい大腿骨頸部骨折の発生についてEastwoodらは、大腿骨頸部骨折患者の家族構成について調査した結果、独居と夫婦世帯がほぼ40%ずつと報告した<sup>8)</sup>。Rosellらは、大腿骨頸部骨折発生の約70%が自宅で、しかも活動量が高く、家族の留守の多い日中発生が殆どであると報告している<sup>1)</sup>。しかし、家族構成の有無と大腿骨頸部骨折との関係は検討されていない。家族構成と大腿骨頸部骨折の関係が判明すれば、骨折転倒予防対策にインフォーマルケアが有用であると示唆される。本研究は、要介護高齢者における大腿骨頸部骨折発生率を算出し、先行研究で算出された値と比較し検討した。更に、家族構成により、発生率に影響見られるか検討した。

## II 【対象と方法】

1 調査対象地域：本研究の調査対象地域である鹿児島県肝属郡5町は、鹿児島県大隈半島の南東部に位置する地域で、平成13年10月段階の肝属郡5町の総人口は49,436人であった。このうち65歳以上の人口は14,150人で、老年人口割合は29%であり、平成12年の日本の老年人口割合が17%であるのに対して高い値を呈していた<sup>14)</sup>。

2 対象者：鹿児島県肝属郡5町在住の65歳以上の人口14,150人中、平成13年10月の段階で、1,967人が介護保険の認定を受けていた。このうち要支援及要介護1の認定者は1,040人であった。この認定者1,040人を対象に訪問調査し、このうち世帯情報の得られなかったもの(159人)、認定情報に掲載された意見書病名に、大腿骨頸部骨折既往認められたもの(26人)を除外した。その結果、855人を最終的な追跡対象者とした。

3 方法：(1) 追跡期間と大腿骨頸部骨折発生有無の確認

本研究は平成13年10月1日から平成15年10月31日までの追跡期間とした後ろ向きコ

ホート研究である。Outcomeは大腿骨頸部骨折発生とした。大腿骨頸部骨折発生の確認のために、介護保険給付実績、認定情報を入手した。確認方法は、入手した介護保険給付実績、認定情報を利用して次のように行った。骨折発生とその年月の同定は、平成13年10月1日以降、追跡期間内において、認定情報の病名に大腿骨頸部骨折の記載を新しく認めたものを「大腿骨頸部骨折新規発生した」と同定した。これら「新規発生」と同定されたものは、全例認定情報の大腿骨頸部骨折記載直前の給付実績にて、利用期間が途絶していたので、その途絶時期の始めの月を、「大腿骨頸部骨折発生月」と同定した。

#### (2) 家族構成及主介護者の特性及原因病名の情報

家族構成及主介護者に関する情報は、平成13年10月の訪問調査から得た。調査質問票の質問項目の中の、①世帯構成（1人暮らし、夫婦のみの世帯、本人と65歳以上の高齢者のみの世帯、その他の世帯）と、②主介護者の有無と続柄（配偶者、同居の子供及其の配偶者、同居親族、ホームヘルパー、介護不要、介護者なし）の回答結果を世帯情報とした。要介護状態に至った主原因疾患について9疾患（脳卒中、整形外科疾患、内科的疾患、難病、痴呆など）より1つ選択を回答してもらい、その結果から脳卒中、変形性膝関節症、パーキンソン病の有無を得た。

4解析：基本属性として年齢、性、要介護度、世帯構成、主介護者の有無と続柄、原因疾患追跡期間（人月法による）について記述統計を得た。次いで大腿骨頸部骨折発生率を、人月法（10万人月あたり）にて計算した。説明変数に対し、ポアソン回帰分析を用いて、骨折発生に有意に影響する要因を検討した。有意水準0.05に設定し検討した。

### Ⅲ【結果】

#### 1 対象者の基本属性

table1に対象者の基本属性を示した。対象者855人の追跡期間の中央値は21ヶ月で、最小1ヶ月、最大25ヶ月であった。対象者855人の平均年齢は $81 \pm 6$ 歳。女性が全体の81%を占めていた。介護度は、要介護1が64%を占めていた。世帯構成は、独居者が53%、主介護者において、介護者なしが67%を占めていた。要介護状態となった原因疾患のうち、脳卒中、変形性膝関節症、パーキンソン病の3疾患を列挙し、脳卒中合併は28%、変形性膝関節症の合併は24%、パーキンソン病合併は3%であった。対象者855人を、人月法を用いて計算した結果、10万人月当たり13,995と計算された。

Table2に骨折発症者の特性と発生率、各説明変数に対し、ポワソンの回帰分析の結果を示した。骨折発症者は14人、平均年齢 $82 \pm 5$ 歳、75歳以上の発症は、14人中13人であった。骨折発症者14人の性別は全員女性。介護度で要介護1が11人であった。家族の世帯構成において、独居者及び家族人数が2人以下の発症は12人であった。主介護者に関して、介護なしで骨折発症したのは13人であった。原因疾患においては脳卒中なし13人、パーキンソン病なし12人、変形性膝関節症なし9人であった。人月法を用いて発生率を計算した結果、10万人月当たり100人と計算された。骨折発症者14人の年齢、性別、介護度、

世帯構成、原因病名の基本属性に対して、有意水準 0.05 でポアソンの回帰分析施行した結果、主介護者の有無は、 $p=0.071$  であり有意水準以下ではなかった。パーキンソン病の有無は  $p=0.038$  であり有意差 ( $p<0.05$ ) を認めた。

#### IV 【考察】

今回、鹿児島県肝属郡 5 町において、要支援、要介護 1 の認定者を対象に、大腿骨頸部骨折発生率を求めた。その結果、2 年間の追跡で、14 人の大腿骨頸部骨折発生認めた。人月法で計算して発生率は 10 万人月当り 100 であった。主介護者なしの発症者は 14 人中 13 人であり、ポアソンの回帰分析施行した結果、主介護の有無は、 $p=0.071$  であり、要介護状態となった原因病名として、パーキンソン病合併は大腿骨頸部骨折発生に有意な影響を与えていた。又、独居者は、介護者のいる者に比べ骨折発症の傾向は高い。

発生率の先行研究で、折茂らは平成 9 年に、全国規模の大腿骨頸部骨折の有病率を算出し、その結果、骨折発症頻度の高い 80 歳代女性で 116.6 であった<sup>3)</sup>。萩野、森田は鳥取、新潟の 2 県での 80 歳代女性の骨折有病率は、鳥取県は 804、新潟県は 772.7 であった<sup>5,9)</sup>。折茂ら全国規模での 80 歳代女性の有病率を 10 万人月当りで換算すると 97 であり、鳥取、新潟 2 県の 80 歳代女性での値を 10 万人月に換算すると、各々、67、64 であった。今回、肝属郡 5 町にて発生率を計算した結果、10 万人月当り 100 であった。折茂らの全国規模での大腿骨頸部骨折有病率と肝属郡 5 町の大腿骨頸部骨折発生率の値は近似し、鳥取と新潟の 2 県の値は今回肝属郡 5 町で算出した値より離れていた。2 県の調査方法は、県内の整形外科標榜施設を対象にしたが、全施設網羅していない点や返答率の問題、又、対象年齢を 65 歳未満も併せての算出による評価であった。又、折茂らの全国規模での大腿骨頸部骨折有病率算出も、日本全国の整形外科標榜している病院をベッド数ごとに分けて抽出し、更に年齢層、性で分け、その集計から発生数の推定値であった。この為、地域別と全国規模での大腿骨頸部骨折有病率を算出した値は両者離れていることが多く、算出した値を比較し検討するのも信憑性を欠いていた。実際、発生率算出により今後、骨折予防の為に必要な対策は何かを講じる上で大切である。

次に、今回、パーキンソン病合併と大腿骨頸部骨折との関係で、ポアソンの回帰分析にて算出した結果、有意差 ( $p<0.05$ ) が認められた。パーキンソン病合併と大腿骨頸部骨折発生の関係は、Pressley らは、パーキンソン病合併者は合併していない者に比べ、大腿骨頸部骨折発生のオッズ比は、2.3 と報告した<sup>21)</sup>。骨折だけでなく転倒のリスクにおいて、Tinetti らは、パーキンソン病合併は合併していない者に比べ、転倒のオッズ比は 3 と報告している<sup>7)</sup>。パーキンソン病は転倒要因と同時に、大腿骨頸部骨折を引き起こす原因疾患であると考えられる。

家族構成と大腿骨頸部骨折発生に関して、Eastwood らは、大腿骨頸部骨折患者の家族構成について調査した結果、独居と夫婦世帯がほぼ 40% ずつであったが、骨折発生と家族構成の影響に関しては検討していない<sup>8)</sup>。今回、大腿骨頸部骨折患者と主介護者の関係を、ポ

アソンの回帰分析を施行した結果、有意水準以下ではなかったが、14人中13人は主介護者なしであった。大腿骨頸部骨折患者14人の平均年齢は82±5で、又、骨折者の世帯構成で独居者が14人中9人占めていた。インフォーマルケアと高齢者のADLを関係とした先行研究で、Sarwariらはアメリカで、家族のいる高齢者は独居者に比べ、ADLは上昇と報告したが<sup>10)</sup>、石崎らは、日本では死亡率上昇を示すと報告した<sup>15)</sup>。岸らは、配偶者の有無と高齢者の早期死亡に関係あると述べ、更に親族含めたインフォーマルケアの有無も、早期死亡に関係あると述べ、配偶者含めたインフォーマルケアのある者はない者に比べ、長命であると報告している<sup>17)</sup>。又、Malmivaaraらは、高齢者の転倒に関して、65歳以上の高齢者は、性差と関係なく年齢が10歳上昇毎により、転倒のオッズ比は1.45であると報告し、更に、独居者は配偶者のいる人に比べ、転倒のオッズ比は2ないし3であると報告している<sup>20)</sup>。今回、対象者の年齢、原因疾患以外の合併疾患等から考慮して転倒等のリスクも必然的に高いと考えられる。しかし、主介護者と大腿骨頸部骨折発生に関しては有意水準以下ではなかった。それは骨折発症者数が855人中14人であり、低く出たためとも考えられる。

今回の研究では、大腿骨頸部骨折の発生率算出及び、家族構成と大腿骨頸部骨折の関係について、要支援及要介護1認定者を対象に施行した。現在日本で、介護認定者の約50%が要支援及要介護1を占めている。しかし、要支援及要介護1認定者はサービス利用にもかかわらず介護度悪化傾向が問題となり、今後、サービス提供よりも予防重視型システムに重点を置いている。日本でも予防重視システムを、要支援及び要介護1を対象に導入する方針で、更なる介護度悪化の防止を目標としている。

転倒による骨折発症防止策の一貫の例で、介護保険による転倒予防の為の大腿四頭筋訓練や住宅改修サービスがある。Gillespieらは、大腿四頭筋訓練介入により、介入者は未介入者に比べ、転倒のオッズ比は1未満と報告した<sup>13)</sup>。Staegerらは、バリアフリー化の報告で大腿骨頸部骨折患者の77%が、骨折後に改修サービス利用した。しかし、住宅改修サービス介入と大腿骨頸部骨折発生の検討及び再発率算出はしていない<sup>6)</sup>。介護サービス介入有無にかかわらず、基本的には高齢者自身のADL、年齢、合併疾患に左右される。インフォーマルケアと高齢者のADLに関しての先行研究は、上記したSarwari、石崎、岸らの報告があるが<sup>10) 15) 17)</sup>、家族構成含めたインフォーマルケアと大腿骨頸部骨折の関係についての検討はされていない。今回、この関係を検討して、大腿骨頸部骨折予防の為に、在宅老人において行動する際、インフォーマルケアを含めたバックアップ及び、平素から誰が見守るのかといった主介護者確保しておく必要があると考えられる。

この研究の限界点は、①今回要支援、要介護1の高齢者を対象としたが、要介護2以下の者も入れても同様であるかという点。VanBalenらは、大腿骨頸部骨折患者のQOLを評価した際、元々ADL低い高齢者は、骨折発生1年以内に死亡することが多いと報告されている。<sup>2)</sup> 今回、要支援、要介護1といった軽度者を対象としたが、要介護2以下も拡大しても同様の結果になるのかという点。

②今回、鹿児島県肝属郡5町での追跡調査であるが、他の地域で施行しても同様の結果であるのかという点。先行研究において、鳥取、新潟、日本全国の大腿骨頸部骨折の発生率というよりむしろ、有病率の算出であった<sup>3), 5) 9)</sup>。実際、今回の発生率の値とかけ離れていた。又、過去に追跡調査による発生率の報告はない。他の地域においても、発生率算出しない限り、正確に比較するのは現時点で困難であると考えられる。

③家族をも含めた主介護者の収入等の経済的要因も介護状態に影響及ぼすことも考えられる。経済的理由にて介護認定受けられない、介護認定を受けたけど財政面の圧迫で、お金が払えず介護度悪化したことも考えられる。収入などの経済状況と介護状態に関する検討はされていないので、この点の影響を検討の余地がある。

④要介護状態に陥った病気で、今回、脳卒中、パーキンソン病、変形性膝関節症の3疾患を対象としたが、他の要介護状態に陥る疾患でも、骨折に有意差あるか否かという点や、対象者の使用している薬の副作用によるものも絡んで骨折したか否か不明である。Tinettiらは脳卒中等の病気以外に、転倒を引き起こす薬剤として降圧剤、鎮静剤、血糖降下剤等があると報告している<sup>7)</sup>。今回、対象者855人の並存病名を同定し、要介護状態になった3疾患挙げた。他の要介護状態に陥る疾患も大腿骨頸部骨折発症に影響あるのか考える必要がある。

## V 【結語】

本研究では、大腿骨頸部骨折の発生率算出と、家族構成含めたインフォーマルケアと大腿骨頸部骨折の関係を見た。同居家族の有無は、骨折発症にわずかながら影響を認め、パーキンソン病の有無は有意に影響があった。要支援、要介護1において、大腿骨頸部骨折発症防止の為に、併存症の状況に加え、家族によるインフォーマルケアの内容による影響あると考えられる。介護予防サービスによる転倒防止・骨折回避を推進することが求められている一方、今後、インフォーマルケアや家族構成などの社会的要因が介護度悪化防止に役立つのか検討する余地があると思われた。

謝辞：論文の執筆にあたり、本研究の実施と結果の解釈にあたり、ご支援戴きました、鹿児島県肝属郡5町（鹿児島県内之浦町、串良町、東串良町、吾平町、高山町）の保健行政担当者に感謝いたします。

## 参考文献

- (1) Rosell PA, Parker MJ. et al Functional outcome after hip fracture. A 1-year prospective outcome study of 275 patients. : Injury. 2003 Jul;34:529-32
- (2) VanBalen.R. et al Hip fracture elderly patients outcomes for function, quality of life, and type of residence. Clin Orthop 2001;390:232-43
- (3) Orimo H, Hashimoto T et al Trends in the incidence of hip fracture in japan, 1987-1997 : The third nationwide survey .J Bone miner Metab. 2000 (18):126-131



- (4) Binder,E.F.et al. Effects of Extended Outpatient Rehabilitation After Hip Fracture;A Randomized Controlled Trial JAMA. 2004;292:837-846.
- (5) Hagino H, Yamamoto K, et al . Changing incidence of hip, distal radius, and proximal humerus fractures in Tottori Prefecture, Japan. Bone. 1999 Mar;24(3):265-70.
- (6)P.Staeger.et,al. Prevention of recurrent hip fracture  
Aging Clin.Exp.Res.12;13-21,2000
- (7) Mary E.Tinetti, et al. Risk factors for falls among elderly persons living in the community N.Engl.J.Med.319:1701-1707,1988.
- (8) Eastwood EA, et al. Patients with hip fracture: subgroups and their outcomes. J Am Geriatr Soc. 2002 Jul;50(7):1240-9.
- (9)Morita Y, Endo N, et al. The incidence of cervical and trochanteric fractures of the proximal femur in 1999 in Niigata Prefecture, Japan. J Bone Miner Metab. 2002;20(5):311-8.
- (10)Sarwari AR, et al. Prospective study on the relation between living arrangement and change in functional health status of elderly women. Am J Epidemiol. 1998 Feb 15;147(4):370-8.
- (11)萩野 浩. 大腿骨頸部骨折の疫学 整形外科. 2003.16(12) : 1-7
- (12)厚生労働省. 国民基礎調査. 2001
- (13)Gillespie LD, et al. Interventions to reduce the incidence falling in the elderly. The Cochrane library3 : Updata software, 1998
- (14)Health and Welfare Statistic Association. Statistical abstracts on health and Welfare in Japan. pp 22
- (15)Ishizaki T, Watanabe S, Suzuki T, Shibata H, Haga H. Predictors for functional decline among nondisabled older Japanese living in a community during a 3-year follow-up. J Am Geriatr Soc. 2000 Nov;48(11):1424-9
- (16)Tidermark J . Quality of life and femoral neck fractures. : Acta Orthop Scand Suppl.2003 Apr;74(309):1-42.
- (17)岸 玲子. 高齢者の早期死亡ならびに身体機能に及ぼす社会的サポートネットワークの役割 日本公衛誌 2004 ; 51 : 79-93.
- (18)介護保険情報. 2004年9月.
- (19)介護保険情報. 2005年1月.
- (20) Antti Malmivaara, et al. Risk Factors for injurious Falls Leading to Hospitalization or Death in a Cohort of 19,500 Adults. Am J Epidemiol. 1993.138:384-394,
- (21) Pressley JC, et al. The impact of comorbid disease and injuries on resource

use and expenditures in parkinsonism Neurology. 2003 Jan 14;60(1):87-93.

平成 16 年度第 63 回日本公衆衛生学会学術集会発表抄録(於 島根)

### 住宅改修サービスと要介護度の変遷に関する検討

佐瀬武 1 橋本英樹 1 大脇和浩 1 佐藤幹也 1 小川晋市 1 濱田千鶴 2 能勢佳子 2  
松井千穂 2 原田操 2 丸鶴洋子 2 永田朋子 2 矢野栄二 1  
1 帝京大 医 衛生公衆衛生 2 肝属地区地域保健連絡協議会

【目的】高齢者の自立を促し、機能低下を予防する上で住宅改修による住環境のバリアフリー化は有用と考えられており、介護保険においても住宅改修サービス費用の一部がカバーされている。そこで本研究では住宅改修が高齢者の機能に与える影響について実証的に検討を加えた。

【対象と方法】鹿児島県肝属郡 5 町の介護保険給付実績・要介護認定情報・住宅改修実績情報を入手した。2000 年 4 月から 2002 年 3 月までの間に改修サービスを受けた 533 名を対象とし（改修群）、改修から 1 年目の要介護度を調査した。また同時期に改修サービスを受けていない在宅サービス需給者 2564 名（非改修群）と介護度の悪化率について、ロジスティック回帰分析を用いて年齢、性別、当初介護度などを補正して比較した。

【結果】改修群の平均年齢は 79±8 歳で、68%が女性、改修時の要介護度は要支援 20.1%、介護度 1 が 41.5%、介護度 2 が 18.2%、介護度 3 が 10.7%、介護度 4 が 5.4%だった。介護認定から改修サービスを受けるまでの期間の中央値は 214 日だった。一方、非改修群の平均年齢は 81±8 歳で、71%が女性、要介護度は要支援 20.2%、介護度 1 が 32.8%、介護度 2 が 12.9%、介護度 3 が 11.3%、介護度 4 が 9.7%だった。改修から 1 年後の要介護度悪化率は、当初介護度が 4 のものでは 10%で、非改修群の 27%より低かった。同様に要介護 3 での悪化率は改修群 18%、非改修群 30%となった。一方要介護 2 ではそれぞれ 31%、32%、要介護 1 では 28%、32%、要支援では 45%、42%と差はなかった。ロジスティック回帰分析で、年齢・性別・当初介護度を補正して検討したところ、改修群では非改修群に対して悪化のオッズ比は 0.87 [95%CI; 0.69-1.10]だった。

【考察】改修群に比べ非改修群のほうが、要介護 3、4 では介護度悪化率は低い傾向が見られたが、有意水準にはいたらなかった。住環境のバリアフリー化による機能状態への影響は、当初要支援・要介護度 1 などの低介護度群で顕著に見られると期待されたが、これに反する結果が見られ、ただちに改修サービスが予後悪化に予防的効果を持つと解釈することはできない。今後、介護負担に与える影響なども含めて、介護者の世帯構成や主介護者の世帯属性、所得、改修サービス以外の在宅介護サービス内容などを加味した解析を進める必要があると考えられた。

本研究は平成 15 年度厚生労働科研政策科学推進研究事業（主任研究者、田宮菜奈子）によって補助を受けた。

## 脳卒中急性期入院後の自宅退院及び入院期間に関連する要因:配偶者の影響

大脇和浩、橋本英樹、佐藤幹也、入部美智子、徳田元、矢野栄二  
帝京大 医 衛生公衆衛生、徳田脳神経外科病院

＜目的＞脳卒中患者は急性期入院後に自宅退院するにあたり、その多くが介護者を必要とする。特に日本では未だにインフォーマル・ケアが重要な役割を占めていると考えられるが、脳卒中急性期患者における家族構成の影響はよくわかっていない。本研究では脳卒中急性期入院後、他の関連する臨床的・社会的因子とともに家族構成が自宅退院ならびに入院期間に与える影響を調査した。＜方法＞調査は鹿児島県内自治体の協力を得て行った。この地域の脳卒中患者のほとんどが入院するとされる、某脳神経外科病院に平成12年4月から平成15年3月までに入院した患者を「脳卒中情報退院通報票」より同定した。この「通報票」及び病院のカルテから、匿名形式で性、年齢、家族構成、脳卒中の型、初再発、病変の部位・大きさ、手術治療、感染症の合併、退院時のADL状況、痴呆、尿失禁、褥瘡、経管栄養などの情報を入手した。これらの因子について、自宅退院した群とそうでない群とを比較した後、臨床的因子については有意なもの（ $P < 0.10$ ）を用い、社会的因子（性、年齢、家族構成）は強制的にモデルに含めて、自宅退院を予測するロジスティック回帰分析を行った。自宅退院した者については、入院期間の中央値で2群に分けて各因子との関連を比較した後、同様に臨床的因子については有意なもの、及び社会的因子を用い、入院期間を予測する重回帰分析を行った。＜結果＞くも膜下出血（14例）を除く脳卒中患者158例（脳梗塞114例、脳内出血44例）を評価した。自宅退院した者は98人（62%）であった。家族構成は独居22人、夫婦のみ74人、子と同居は58人であった（不明4例）。ロジスティック回帰分析の結果、低ADL、ラクナ梗塞と比較して中等度以上の脳梗塞及び脳内出血が自宅退院できないことと有意な関連があったが、家族構成との関連はみられなかった。自宅退院した者のうち、入院日数の中央値（34日以下、35日以上）で分けた2群間ではADLのみ有意差がみられた。重回帰分析の結果、低ADLが長期入院の主要な予測因子であった。家族構成では子と同居している者に比較して、夫婦のみの家庭は有意レベルには至らなかったものの、男女で全く反対の影響がみられた（男 $P = 0.075$ 、女 $P = 0.069$ ）。男では妻は有意に入院期間を減少させ、女では夫は延長させる傾向があった。＜結論＞脳卒中急性期入院後の早期自宅退院にはADLが重要な影響を与えていた。しかし自宅退院できた者においては、配偶者もまた入院期間に影響し、その効果は男女で正反対で女性ではむしろ夫がいると入院期間が延長する傾向があった。

（1090字）

## 在宅介護サービスの介護予防効果

佐藤幹也、橋本英樹、大脇和浩、佐瀬武、小川晋市、濱田千鶴、能勢佳子、  
松井千穂、原田操、丸鶴洋子、永田朋子、田宮菜奈子、矢野栄二

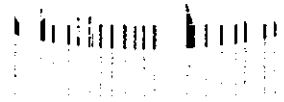
帝京大・医・衛生公衆衛生  
肝属地区地域保健連絡協議会  
筑波大学大学院 人間総合科学研究科

【目的】要支援・軽度の要介護者(軽度要介護者)においては、要介護度の悪化を防ぎ生活機能を保持するための介護予防やリハビリテーションが重要であるといわれ、この観点から現在、介護保険制度の見直しが検討されている。本報告では、既存の各在宅介護サービスを訪問介護、通所介護などの福祉系サービス、訪問看護、通所リハビリテーションなどの医療系サービスの2種に分け、これらのサービスの軽度要介護者への介護予防効果について、要介護度の悪化を指標として検討した。

【方法】鹿児島県肝属郡内5町の要支援・介護度1の者771人を対象とした。介護保険で規定された在宅介護サービスのうち訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導を医療系サービス、訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、福祉用具貸与を福祉系サービスとし、平成13年10月の給付実績を元に医療系サービスのみを利用した者を医療群、福祉系サービスのみを福祉群、両者を利用したものを併用群とした。この3群を平成15年9月までの2年間追跡し、要介護度の悪化率を、要介護者の年齢、性別、基礎疾患、所得、介護者の有無等を調整した上で比較した。

【結果】医療群、福祉群、併用群はそれぞれ、256人(要支援：99人、要介護1：157人)、344人(同130人、214人)、171人(同32人、139人)であった。3群の要介護度悪化率は順に41%(同54%、33%)、45%(同64%、33%)、33%(同56%、28%)であり、併用群で悪化率が低い傾向が認められた。また調査対象に対して介護計画を作成した介護支援事業所27事業所について、平成13年10月の介護計画で福祉系サービスの介護給付が医療系サービスよりも多かった事業所を福祉志向事業所(10事業所)、その逆を医療志向事業所(17事業所)とし、この2事業所群間で要介護度とその悪化率を比較したところ、福祉志向事業所は医療志向事業所に比べ要支援の者が多く、福祉志向事業所の要支援の者で悪化率が高かった。

【結論】訪問看護、通所リハビリテーション等の医療系サービスと訪問介護、通所介護等の福祉系サービスを併用した軽度要介護者で要介護度が悪化しにくい傾向が認められた。これらの結果から、福祉系サービスを主体に介護計画を提供する事業所と医療系サービスを提供する事業所との連携を促進し、要介護度が軽度の段階で早期に訪問看護、通所リハビリテーションなどの医療系サービスを介護計画に組み込むことにより、より高い介護予防効果が期待されると考えられた。



# 女性は女性医師を受診したいと思っているのか ～診察医師の性別希望について～

Do Women Prefer to Consult Female Physicians?  
Patient Preferences Regarding Gender of the Physician

西村 真紀\*<sup>1</sup>  
Maki NISHIMURA

大野 每子\*<sup>2</sup>  
Maiko ONO

松村 真司\*<sup>3</sup>  
Shinji MATSUMURA

田宮 菜奈子\*<sup>4</sup>  
Nanako TAMIYA

## ABSTRACT

診察医性別の希望を調査するため、16～65歳の東京ほくと医療生協組合員から無作為に抽出した男性300人、女性297人を対象とし、自己記入式質問紙票を用いた横断調査を行った(回収率:男25.3%,女30.0%)。女性の73.5%が、常にまたは場合によっては女性のかかりつけ医を希望していた。一方、男性の59.7%が性別をどちらでもよいと考えていた。性器、性交、月経の問題、子宮癌検診、乳癌検診などは女性医師に診て欲しいと答える女性が多かった。また受診時、医師の性別を選ぶことはできない状況が明らかになった。患者ニーズに応える診療サービスの改善、女性の問題に対処するための医師研修が必要と考えられた。

This study investigated differences in preferences between patients of each gender with regard to consulting a male or female physician. A postal questionnaire was sent to 300 men and 297 women comprising a random sample of Tokyo Hokuto Medical co-op members aged 16 to 65 years old. The men's response rate was 25.3% and the women's response rate was 30.0%. The responses showed that 73.5% of women preferred to see a female GP in at least some circumstances, while 59.7% of men did not feel the GP's sex mattered to them. Gender preferences of women were strong for gender-specific problems (e.g. genital problems, sexual matters, problems with menstrual cycle, cervical smear test, breast examination). The survey demonstrated that patients could not choose the gender of physicians in hospitals or clinics. Medical services corresponding to patients' needs and appropriate training of physicians to cope with women's medical problems should be improved.

## Key Words

女性医師 (women physicians)、患者希望 (patient preference)、  
かかりつけ医 (general practitioner)、性差 (gender difference)、  
女性の健康問題 (women's health)

## 緒言

わが国では、全国に女性医師による女性外来が近年次々と新設され、受診者も増えている。2003年度の調

査りでは全国で約200の女性外来があり、その特徴は既存の科の枠組みを超えて女性を総合的に診療する体制を確立し、予約制で30分以上時間をかけてゆっくり診療するところが多い。女性医師が担当するところがほ

\*<sup>1</sup>北部東京家庭医療学センター 生協浮間診療所 Seikyo Ukima Clinic, The Northern Tokyo Centre for Family Medicine 〒115-0051 東京都北区浮間3-22-1 3-22-1 Ukima Kita-ku, Tokyo, 115-0051 TEL03-3558-8361

\*<sup>2</sup>北部東京家庭医療学センター 臨床研究部 Department of Clinical Research, The Northern Tokyo Centre for Family Medicine 〒115-0051 東京都北区浮間3-22-1 3-22-1 Ukima Kita-ku, Tokyo, 115-0051

\*<sup>3</sup>松村医院 Matsumura Family Clinic 〒158-0093 東京都世田谷区上野毛3-4-16 3-4-16 Kaminoge Setagaya-ku Tokyo, 158-0093

\*<sup>4</sup>筑波大学大学院 人間総合科学研究科 Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba, 305-8575 つくば市天王台1-1-1 1-1-1 Tennodai Tsukuba-c Ibaraki, 305-8575

とんどで、男性医師には相談しにくい問題が持ち込まれることが多い。一方、男性外来は全国に45施設ある(2003年度)が、女性外来のような総合的な診療を行うものではなく、ED(勃起不全)外来、男性更年期外来といった専門外来がほとんどである。

女性医師が担当する女性外来へのニーズが高い理由として、わが国において女性外来を受診する女性は女性医師に診て欲しいという期待があるとの報告がなされている<sup>2)</sup>。一般住民に関する医師の性別希望というニーズに関しては、英国での1998年にPhillipsらによる、女性は男性general practitioner (=家庭医, 以下GP) より女性GPを希望するものが多いという報告がある<sup>3)</sup>。また同様の報告は豪州、欧米からもあり<sup>4-6)</sup>、またニーズだけでなく実際に、女性は女性医師を受診する傾向が強いという報告もある<sup>8-10)</sup>。

しかし、わが国を含むアジア諸国において、診察医の性別希望を調査した研究は現在までのところ皆無に近い。診察医に対する性別希望がどの程度あるかを明らかにし、その結果に応じて医療サービスを改善することで患者満足度の向上が期待できる。そこで本研究は女性および男性の診察医の性別希望を調査し、その傾向を知ることが目的とした。

### 対象・方法

16~65歳の東京はくと医療生協組合員から系統的無作為サンプリングにて抽出された男性300人、女性297人を対象とし、2003年7月、郵送法による自己記入式質問紙を用いた横断研究を行った。質問紙は英国のPhillipsらが用いた質問紙を参考に作成した。質問紙には、回答者の基本的属性、かかりつけ医の性別希望、性に特有の問題に関してかかりつけ医に限らず診察する医師の性別希望、乳癌、子宮癌、前立腺癌の各検診医の性別希望、かかりつけの医療機関での医師の性別を選べるか否か、が含まれた。

表 回答者の属性

項目	女性	男性	p値
n (回答率%)	89 (30.0%)	76 (25.3%)	
平均年齢(歳)	47.5	47.9	0.844
小学生以下子供あり(%)	10.3	12.3	0.692
介護あり(%)	12.6	20.5	0.177
婚姻(%)	68.6	62.5	0.42
一人暮らし(%)	8.0	10.8	0.548
仕事あり(%)	52.9	78.1	*0.01
最終学歴大卒以上(%)	18.8	33.8	*0.049
年収300万円未満(%)	22.5	27.8	0.764
年収300万円~500万円(%)	28.8	27.8	
年収500万円~1,200万円(%)	41.3	40.3	
年収1,200万円以上(%)	7.5	4.2	

\*p<0.05

### 結果

女性89人(回収率30.0%, 平均年齢47.5歳)、男性76人(回収率25.3%, 平均年齢47.9歳)から回答を得た(表)。男女の回答者の平均年齢、小学生以下の子供の有無、身内に介護の必要な人がいるか否か、婚姻状況、一人暮らしか否か、世帯の年収には有意差は認めなかった。男性は有職者が有意に多かった(p=0.01)。また男性は、大学卒業以上の割合が有意に多かった(p=0.049)。

かかりつけ医の性別希望の質問では、「いつも女性医師に診て欲しい」と答えた女性は17.2%、「いつも男性医師に診て欲しい」と答えた男性は13.9%で有意差は認められなかった。また同じ質問において「自分の病気の重さによる」と答えた女性は5.7%、男性は6.9%であり有意差は認められなかった。一方、「自分のその時の病気の種類による」と答えた女性は50.6%であり、男性の18.1%に対して有意な差があった(p<0.001)。また、医師の性別を「どちらでもよい」と答えた女性は21.8%であるのに対して、男性は59.7%であり、有意な差があった(p<0.001)(図1)。仕事(有職か否か)、学歴(大学卒業以上か否か)のそれぞれとかかりつけ医の性別希望との間には、

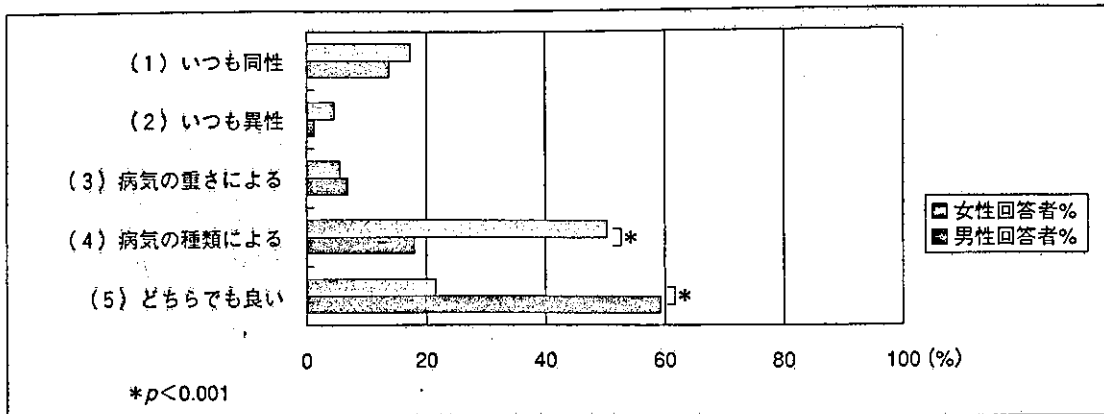


図1 かかりつけ医の性別希望 (女性：n=87, 男性：n=72)

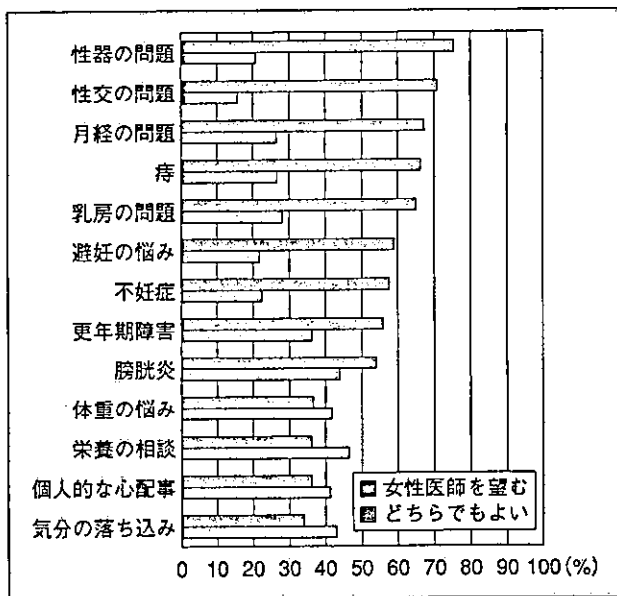


図2 女性特有の問題

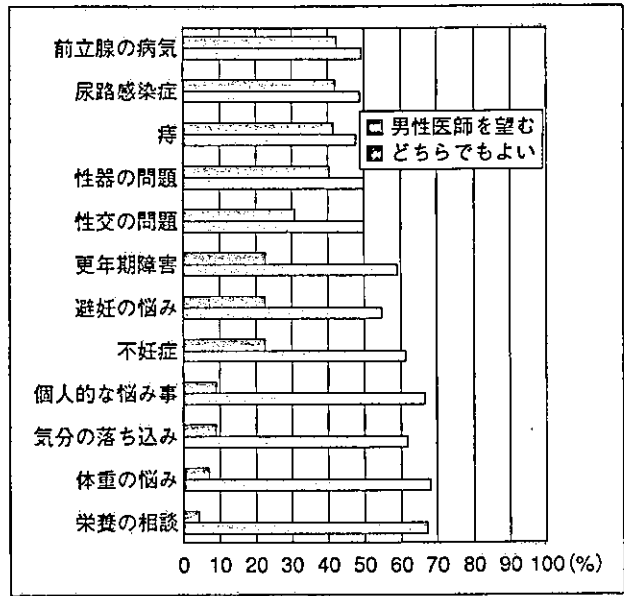


図3 男性特有の問題

有意な関係はみられなかった。

次に、女性に限定して、かかりつけ医に限らず女性特有の健康問題で希望する医師の性別について、今後問題があったなら①受診しない、②男性医師を希望、③女性医師を希望、④性別はどちらでもよい、の4つから選択項目を設定した。その結果、女性医師を希望する割合は、性器の問題 (75.6%)、性交の問題 (71.1%)、月経の問題 (67.6%) の順に多かった。その他、痔、乳房に関する問題、避妊の悩み、不妊症、更年期障害、膀胱炎で

女性医師を希望する割合は5割を超えていた (図2)。また、図2に挙げた女性特有の問題で過去に男性医師を受診した女性のうち、「できれば女性医師に診て欲しかった」と答えた回答者は16人 (61.5%) おり、さらにそのうちの81.3%が男性医師を受診した理由を、「女性医師がいなかった」、または「女性医師を選べなかった」からであると答えていた。

一方、男性に限定してかかりつけ医に限らず男性に特有の問題で希望する医師の性別を聞いたところ、「どち



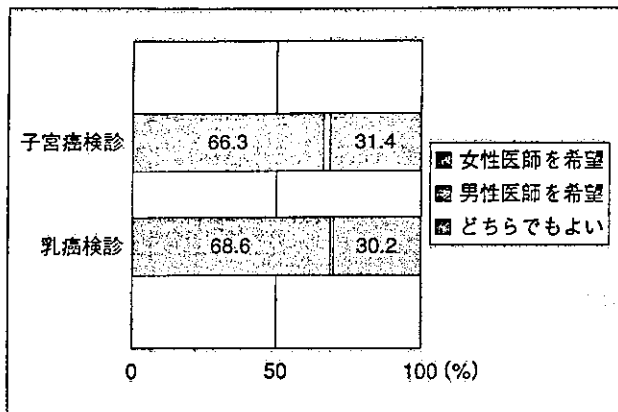


図4 子宮癌検診・乳癌検診での性別希望 (女性のみn=86)

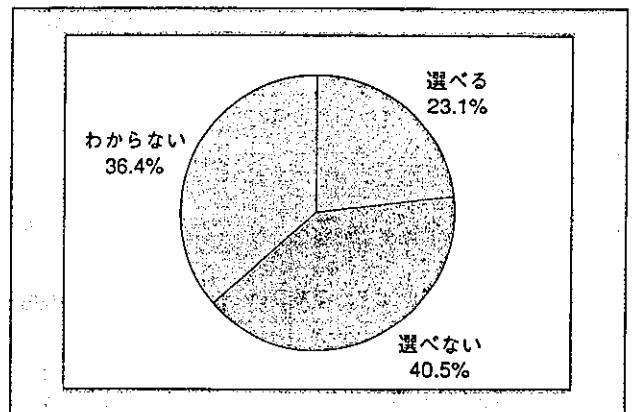


図6 医師の性別選択の可否 (n=121)

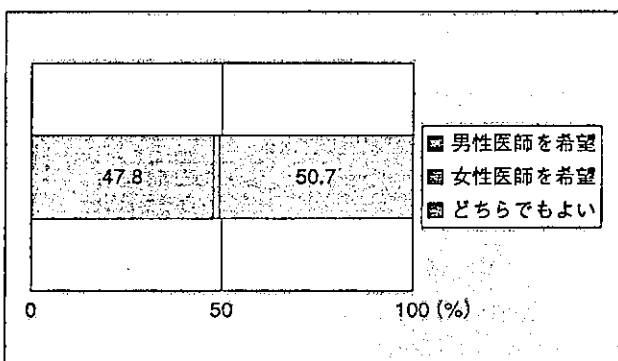


図5 肛門の診察での性別希望 (男性のみn=69)

らでもよい]を選ぶ回答者がすべての問題において最も多く、男性医師を希望する場合には、前立腺の病気(42.2%)、尿路感染症(41.9%)、痔(41.3%)の順に多かった(図3)。

さらに子宮癌検診、乳癌検診において「女性医師を希望する」女性の割合は、それぞれ66.3%、68.6%で、「どちらでもよい」の2倍以上であった(図4)。一方、男性で、前立腺癌検診に関して、肛門の診察(直腸診)の医師性別希望を聞いたところ、「どちらでもよい」が50.7%、「男性医師を希望する」と回答したものは47.8%であった(図5)。

さらに、「かかりつけの医療機関で診察医の性別を選ぶことはできますか」という問いに対しては、「選べる」と答えた人は男女合わせて23.1%、「選べない」が40.5%、「わからない」が36.4%であった(図6)。

## 考察

### 1) かかりつけ医の性別希望

今回の調査はかかりつけ医の性別希望に対して行われたわが国で初めてのものであり、その結果から重要な知見が得られたと考える。

まず、かかりつけ医の性別希望について、女性は17.2%が常に女性のかかりつけ医を望み、また56.3%は病気の種類や重さによると答え、合計73.5%の女性が常にまたは場合によっては女性のかかりつけ医による診療を希望していた。一方、男性は約6割がかかりつけ医の性別をどちらでもよいと答えていた。

今回の調査結果は、これまで国外で行われていた研究報告と同様の傾向を示している。英国でのPhillipsらの研究では常に女性GPを希望する女性は12.6%、病気の種類やその重さによって女性GPを希望している女性は49.2%、合計61.8%の女性が常にまたは場合によっては女性医師を希望していた<sup>3)</sup>。米国のSchmittzielによると、女性の方が男性に比べてより多く医師の性別を選ぶ傾向があり、特に女性医師を選ぶ傾向があった<sup>10)</sup>。Graffyによると、女性の半数以上が少なくともある問題では女性GPを希望していたが、今回の調査結果と同様に63%の男性は医師の性別をどちらでもよいと考えていた<sup>1)</sup>。

## 2) 性に特有の問題に関するかかりつけ医に限らない医師での性別の希望

本研究では、性器、性交、月経の問題など羞恥心に関係すると思われる問題は、女性医師に診て欲しいと考えている女性は7割近くに達した。英国のPhillipsらの報告では、女性医師に診て欲しいと考えている女性の割合では多い順に子宮癌検診(54.2%)、乳癌検診(49.1%)であった。この結果と比較すると、本調査はそれぞれ66.3%、68.6%とわが国における女性医師を希望する女性の比率が高かった。さらに本調査で女性医師を希望する割合が比較的少なかった項目である、個人的な心配事(36.4%)、気分の落ち込み(34.2%)についても、Phillipsらの結果は、それぞれ19.1%、9.2%であり<sup>3)</sup>、本調査における比率の方が高かった。女性特有の問題や心理的な問題に関して、女性医師の診療をより望んでいるという報告は、これまでもいくつかみられている。Ahmadらのカナダにおける研究では、3分の2以上の女性が婦人科診察や肌を出す診察においては女性GPを望んでいるという結果が報告された<sup>7)</sup>。青木らの調査でも、女性専用外来を受診した女性は、乳房、肛門の疾患などでは女性医師に診て欲しいと考えているものが多かった<sup>8)</sup>。Van Den Brink-Muinenらは女性GPが男性GPよりWomen's Healthに関わる問題を持つ女性患者を多く診ていた、と報告した<sup>10)</sup>。オランダのBensingらによると、女性GPは男性GPと異なる健康問題を診ており、女性特有の問題だけでなく社会的問題にも関わっていると報告している<sup>9)</sup>。また、オランダのKerssensらは診察医師の性別を希望するのは直接肌に触る科や心理社会的問題を扱う科(婦人科やGP)でその傾向が強いと述べている<sup>4)</sup>。

本調査は男性への調査も行ったが、男性は医師の性別をどちらでもよいと考えている人が多かった。Phillipsらは男性に関する調査は行っておらず、男女差について本研究と比較することはできなかったが、Kerssensらは本調査と同様の結果を報告しており<sup>4)</sup>、おそらく男性は女性よりも診察医師の性別に関する希望は強くないこ

とが示唆されていると考察される。

## 3) 医師の性別の選択と女性医師の配置について

かかりつけの医療機関で受診時に医師の性別を「選べない」、「(選べるかどうか)わからない」と答えた人が合わせて76.9%存在した。また、女性特有の問題で男性医師を受診した女性のうち女性医師に診て欲しかったと答えた女性が61.5%おり、わが国でも、女性医師を希望していてもそのニーズに答えていないという問題が浮き彫りになった。オーストラリアの田舎では女性GPが少なく、選べないために若い女性の受診抑制が生じていることを示唆する報告がある<sup>5)</sup>。わが国でも、女性医師数が少ないために同様の問題が発生していることも予測される。

## 4) 提言

これらの結果より、以下の提言をすることができると考える。

女性は、全般に女性医師による診療の希望が高く、特に女性特有の問題についての診療の希望はより強かった。したがって、これらの患者ニーズに応えられる診療体制やサービスの改善が必要である。例えば、医師の性別を受け付け時に明記し、患者が選択できるようにすること、特に婦人科、乳腺外科や、子宮癌検診、乳癌検診の担当医は、男性医師のみにならないように配置すること、かかりつけ機能を持つ女性医師を増やすことなどである。また、かかりつけ機能を持つ女性医師には、「場合によっては女性のかかりつけ医を希望」に秘められている女性の健康問題に対処するための研修の機会が必要である。

わが国において女性医師の割合は増加しており、2000年では14.4%、2004年医師国家試験合格者の33.8%が女性である。これらの役割を果たす女性医師が増加していくことが受療しやすさの改善につながるのではないかと考えられる。

女性が女性医師を希望する背景にはどんな要因があるのかは、今回の研究では明らかになっていない。しかし

羞恥心に関わる健康問題においては女性医師を希望する割合が多かったことなどから、同性ならば話しやすく診察を受け入れやすいため女性医師を希望していることが示唆される。オランダのKerssensらは、女性医師を望むのには同性の方が話しやすく診察の時に気が楽だからという理由があると報告した<sup>4)</sup>。また日本では青木らが女性外来を選んだ理由で「女性医師だから」と答えた人が最も多く、81%の人が「担当医は女性でなくてはならない」と答え、47%の人が女性外来に期待することとして「ゆっくり話を聞いて欲しい」と答えた<sup>2)</sup>と報告した<sup>2)</sup>。女性医師は男性医師に比べて、「ゆっくり話を聞く」という女性医師の特性を示す調査は多い。これらの調査内容として挙げられるのは、女性GPは診療、特にカウンセリングや問診に多くの時間をかけている<sup>9)</sup>、女性医師の方が男性医師に比べて長く会話をしている<sup>11-13)</sup>、また女性医師は女性患者に対して男性医師より長く会話をしている<sup>13)</sup>、などである。

一方で女性医師を選ぶ女性が多いことを報告したSchmittzielらは、患者と選んだ医師の性別での組み合わせのうち、女性医師を選んだ女性の満足度は他の群に比べて低く、女性は医師に対する期待が男性に比べて高く、期待を充足することが困難なようだ、とも報告している<sup>10)</sup>。またGPを選ぶときには、コミュニケーション能力や経験、ケアの質の方が医師の年齢や性別よりも重要であるとの報告もある<sup>9)</sup>。日本でも、女性外来を受診した患者満足度に医師の性別による差がないという報告がある<sup>14)</sup>。これらのことから単に女性医師が担当すれば女性患者が満足するわけではないことがうかがえる。今後、医師の性別希望とあわせて、希望の背景の調査、医師の性別ごとの特性と医師に期待することとの関連を解明するさらなる研究が望まれる。

女性医師を受診したいという女性のニーズ、特に女性に特有の健康問題においてはそのニーズが極めて高いことがわかった。今回の調査は回収率が低く、回答にバイアスがかかっている可能性があるため、今後さらに代表

性の高いサンプルでの調査が望まれる。しかし、今回の結果から、女性のニーズに応じてよりよい医療を提供するために、女性医師を希望する理由の調査が引き続き重要であるとともに、女性医師の配置の改善と女性の健康問題に対処するための研修が必要であると考えられる。

本研究は、厚生労働科学研究、女性の健康寿命のためのホルモン補充療法活用に向けての基礎的・疫学的研究(H13-健康-015)の助成を受けた。

#### 参考文献

- 1) 都道府県立病院「女性外来」実態調査. 性差と医療 1 (0): 21-25, 2004.
- 2) 青木昭子, 土井卓子, 西山潔: 総合病院における女性外来の実態とアンケート調査の結果からみた患者の希望. 性差と医療 1 (1): 125-130, 2004.
- 3) Phillips D, Brooks F.: Women's patients' preferences for female or male GPs. *Fam Pract* 15 (6): 543-547, 1998.
- 4) Kerssens JJ, Bensing JM, Andela MG: Patient preference for genders of health professionals. *Soc Sci Med* 44 (10): 1531-40, 1997
- 5) Bryson L, Warner-Smith P.: Choice of GP: Who do young rural women prefer? *Aust J Rural Health* 6 (3): 144-9, 1998
- 6) Bourke L: Do people prefer general practitioners of the same sex? *Aust Fam Physician*, 31 (10): 974-6, 2002
- 7) Ahmad F, Gupta H, Rawlins J, Stewart DE: Preferences for gender of family physician among Canadian European-descent and South-Asian immigrant women. *Fam Pract* 19 (2): 146-53, 2002
- 8) Gaffey J: Patient choice in a practice with men and women general practitioners. *Br J Gen Pract* 40 (330): 13-5, 1990
- 9) Bensing JM, van den Brink-Muinen A, de Bakker DH: Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioners. *Med Care* 31 (3): 219-29, 1993
- 10) Schmittziel J, Grumbach K, Selby JV, Quesenberry CP Jr: Effect of physician and patient gender concordance on patient satisfaction and preventive care practices. *J Gen Intern Med* 15 (11): 761-9, 2000
- 11) van den Brink-Muinen A, de Bakker DH, Bensing JM: Consultations for women's health problems: factors influencing women's choice of sex of general practitioner. *Br J Gen Pract* 44 (382): 205-10, 1994
- 12) Meeuwesen L, Schaap C, van der Staak C: Verbal analysis of doctor-patient communication. *Soc Sci Med* 32 (10): 1143-50, 1991
- 13) Roter D, Lipkin M Jr, Korsgaard A: Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Med Care* 29 (11): 1083-93, 1991
- 14) 相談外来で探る「女性医療」の理想形: 性差と医療 1 (1): 85-87, 2004

