

図 3. 睡眠呼吸障害と BMI の関係 (n=150)

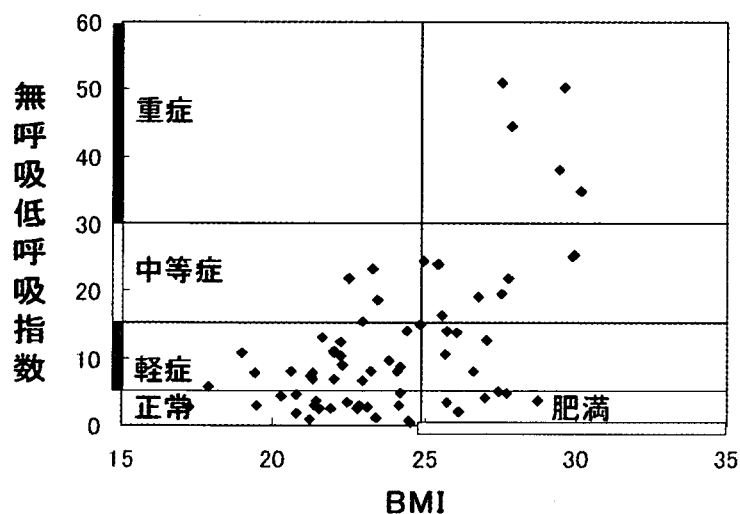
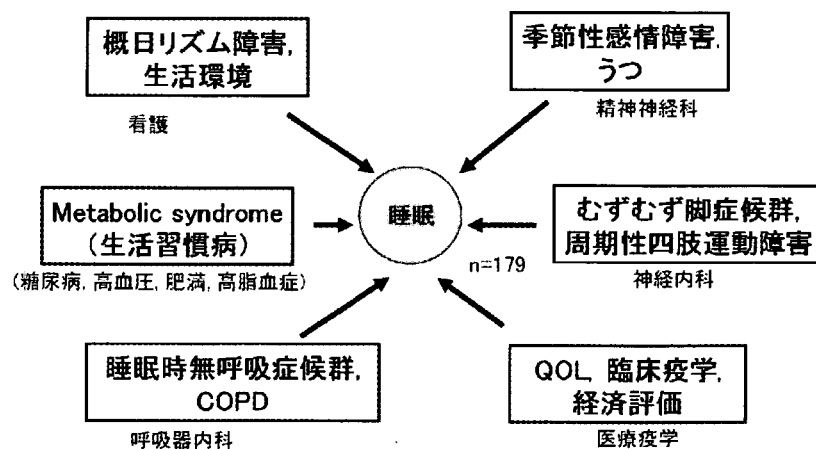


図 4. Kyoto Sleep and Health Cohort Study (KSHS)

ヒト睡眠・覚醒リズム障害の疫学的研究

- 京都睡眠と健康のコホート研究 -



nCPAP 療法が閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者の QOL に及ぼす影響

研究協力者 大井元晴 大阪回生病院睡眠医療センター センター長

若村智子^{1, 2)}、谷口充孝¹⁾、原田優人¹⁾、中井直治¹⁾、大倉睦美¹⁾

角谷寛^{1, 3)}、岡村城志¹⁾、堀田佐知子^{1, 4)}、陳和夫^{1, 5)}、竹上未紗⁶⁾、福原俊一⁶⁾

1) 大阪回生病院睡眠医療センター、2) 京都大学医学部保健学科、

3) 京都大学大学院医学研究科 HMRO、4) 兵庫県立大学大学院看護学研究科、

5) 京都大学医学部附属病院・理学療法部、6) 京都大学大学院医学研究科医療疫学分野

研究要旨 閉塞性睡眠時無呼吸症候群（OSAS）で nCPAP 療法を行った患者に対して治療が QOL に及ぼす影響を明らかにするために、自記式質問票などを用いた調査を実施した。治療によって SF-36、PSQI の特定で有意な改善が認められた。

A. 研究目的

経鼻持続気道陽圧（nCPAP）療法が閉塞性睡眠時無呼吸症候群（OSAS）患者の QOL に及ぼす影響を明らかにすることを目的として行った。

B. 研究方法

K病院睡眠センターを、OSAS の疑いで受診した患者のうち、nCPAP 療法の導入時と導入後（ほぼ3ヶ月経過時）に調査協力の得られた男性患者を対象とした。同意の得られた患者からは自記式質問票調査（包括的健康関連 QOL：SF-36、睡眠の質：PSQI 日中の眠気：ESS などを含む）を実施し、医師から臨床情報を得た。これらの実施に際しては、大阪回生病院倫理委員会の承認をうけた後に実施した。調査時期は、平成12年～平成15年であった。平成12年8月～平成14年7月に実施した調査では SF-36 (ver.1)を用いた。平成13年4月～11月の調査では、SF-36 (ver.2)および PSQI を用いた。また、調査用

紙の記入をもって研究の同意が得られることを記入前に対象者に確認を行った。

C. 研究結果

①平成12年8月～平成14年7月の調査では有効回答257名、平均年齢48.3歳、平均BMI26.8、平均AHIは62.9であった。SF-36(ver.1)の特定では、身体機能（PF）、全体健康観（GH）、活力（VT）、社会生活機能（SF）、日常役割機能（精神）（RE）、心の健康（MH）の下位尺度で有意な改善が見られた。BMIと症状の程度と眠気の関連では、重症でAHI>30で日中の眠気に関する自覚症状が少なく、BMI<30である場合は、QOLの改善が見られなかった。

②平成13年4月～11月の調査では、有効回答122人、平均年齢49.7才、平均BMI27.0、平均AHIは58.5であった。SF-36で国民標準値を用いて比較したところ、PF、日常役割機能（身体）（RP）、身体の痛み（BP）、VT、SF、MH、REの下位尺度有意な改善が見ら

れた。PSQI 得点では、有効回答 55 人中、導入前は 5.8 であったが、3 ヶ月後の得点は 4.2 で有意に改善していた。下位尺度では、睡眠の質、眠剤の使用、日中の覚醒困難で有意な改善が見られた。重症で日中の眠気が少なく、BMI<30 の場合、BP、GH、VT のみの改善に限局されたが、PSQI 総合得点では有意な改善が見られた。

D. 考察

2 回目の調査での AHI が 4.4 低いとすると、SF-36 の結果は、条件によってはドメインごとの結果に違いがあるものの、いずれの調査でも有意な差が見られた。また、PSQI での睡眠の質や日中の覚醒の点で有意な改善が見られたことは、CPAP 治療効果についての患者の感想と一致していると思われた。治療継続に結びつく要因を明らかにし有効な介入を検討していくために、様々な身体要因との関係を明らかにしていくことが、重要であると思われた。欧米のデータと比較すると、平均 BMI の値が大幅に異なっていることもあり、日本人のデータとして今回の結果は有用であろう。国内データと比較すると、サンプル数が今回の調査のほうが大きいので、より詳細な分析が可能であると思われる。

QOL や睡眠の質と、nCPAP 使用時間、自覚症状との関係は、今後明らかにする課題である。今後 SF-36 で有意差の見られたドメインの意味なども今後の検討課題である。今回は PSQI データの欠損が多く、各ドメインでの比較を行うには限界があると思われた。今後は症例数を増やし、様々な背景との関連を明らかにしていくことが、次の課題である。

E. 結論

nCPAP 療法の実施は、QOL 改善に関連していることが明らかになった。今後、それぞれの背景と、これらの得点がどのように関連しているかの解析が必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

1) Harada M, Taniguchi M, Ohi M, Nakai N, Okura M, Wakamura T, Tamura M, Kadotani H, Chin K: Acceptance and short-term tolerance of nasal continuous positive airway pressure therapy in elderly patients with obstructive sleep apnea, *Sleep and Biological Rhythm*, 2:53-56, 2004

2) Nakamura T, Chin K, Hosokawa R, Takahashi K, Sumi K, Ohi M, Mishima M: Corrected QT dispersion and cardiac sympathetic function in patients with obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome, *Chest*, 125(6):2107-14, 2004

2. 学会発表

1) 若村智子、堀田佐知子、大島理恵子、奥野信行、近田敬子：睡眠時無呼吸の患者の CPAP（経鼻的持続陽圧療法）開始前後の QOL の比較、第 23 回日本看護科学学会

2) 原田優人、谷口充孝、大井元晴、中井直治、大倉睦美、若村智子、堀田佐知子、田村仁孝、角谷寛、陳和夫、竹上未紗：症 OSAHS 患者に対するオート CPAP を用いた在宅導入法についての検討、第 29 回睡眠学会、第 29 回睡眠学会抄録集、300

3) 堀田佐知子、原田優人、谷口充孝、若村智子、大倉睦美、中井直治、角谷寛、陳和夫、大井元晴：高齢者群と若年・中年群の睡眠時無呼吸患者の nCPAP 治療前後の QOL の違い、第 29 回睡眠学会、第 29 回睡眠学会抄録集、

4) Horita S, Wakamura T, Oshima R, Okuno N, Uyama O, Chikata K : Quality of life inpatients with obstructive sleep/Hypopnea syndrome after therapy with CPAP、5th International nursing research conference, Japan Academy of Nursing Science, p49

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 引用文献

Fin L., et al.: Sleep-disorders breathing and self-reported general health status in the Wisconsin sleep cohort study. *Sleep*, 1998; 21(7):701-706.

D'Ambrosio C. et al: Quality of life in patients with obstructive sleep apnea, *Chest*, 1999; 115(1):123-129.

Bennett L et al.: Health status in obstructive sleep apnea, *Am J Respir Crit Care Med*, 1999; 159:1884-1890.

閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者のどの特性が治療継続性と関連しているか？

竹上未紗¹ 大井元晴² 陳和夫³ 若村智子⁴ 森田智視¹ 福原俊一¹

1 京都大学大学院医学研究科医療疫学分野 2 大阪回生病院睡眠医療センター 3 京都大学医学部附属病院理学療法部 4 京都大学医学部保健学科基礎看護学

研究要旨

閉塞性睡眠時無呼吸症候群(OSAS)の標準治療である Nasal-Continuous Positive Airway Pressure(以下 CPAP)の治療継続性と関連する治療前の患者の特性を検討した。

A. 背景

閉塞性睡眠時無呼吸症候群(OSAS)は、QOL 低下や事故など個人的・社会的影響が大きく、さらに循環器系疾患の発生リスクの面から二次予防が必要とされる疾患である。Nasal-Continuous Positive Airway Pressure(以下 CPAP)は、OSAS の非常に優れた治療法とされている。CPAP の治療効果として、OSAS の眠気などの症状、QOL を改善するだけでなく、血圧を正常にし、ひいては、循環器疾患の死亡を減少させるということが報告されている。

CPAP は、このように治療効果が優れている一方で、治療の継続性が問題となっている。特に、どのような患者群において、良好な治療コンプライアンスが期待できるかは明らかにされていない。そこで、本研究では、OSAS 患者において、CPAP 治療の継続性と関連する治療前の患者の特性を検討することを目的とした。

B. 方法

対象は、2003 年 4 月から 2004 年 2 月

の間に、関西圏の某睡眠医療センターを受診し、Polysomnography(以下 PSG 検査)、または簡易型 PSG 検査を施行し、Apean-Hypopnea index(以下 AHI)が 20 以上で CPAP 治療を開始した患者とした。デザインは、縦断的観察研究とした。

対象者に対し、医師の診断のもと PSG 検査を行い、その際に同時に、自記式質問票調査を実施した。自記式質問票では、鼾、喫煙、運動量、仕事量、職業、家族構成、日中の眠気(Epworth Sleepiness Scale; ESS)、包括的健康関連 QOL(Medical Outcomes Study Short Form-36; SF-36)などを測定した。また、医療スタッフより、PSG 検査データ(AHI、mean SaO₂、lowest SaO₂、arousal index、sleep stage など)、性、年齢、既往歴、血圧、BMI、AASM(American Academy of Sleep Medicine)の診断基準に用いられているの自覚症状などのデータを収集した。CPAP の中止は、2004 年 10 月末まで観察した。主なアウトカム指標は、CPAP 治療継続期間とした。

解析方法は、CPAP 治療継続の継続性と関連する患者の特性を把握するために、患者特性、治療前の SF-36 各下位尺度について、Cox 回帰分析により統計的に変数選択を行なった。その際、有意水準は 0.10 とした。説明変数を選択された変数、調整因子を性、年齢、AHI、結果変数を CPAP 治療継続の有無とした Cox 回帰分析を行った。

C. 結果

調査期間中に対象病院を受診した患者のうち、CPAP 対象となった患者は 481 名(63.0%)であった。そのうち、CPAP 治療の保険対象である AHI が 20 以上の患者は 411 名(53.9%)であった。本研究では、411 名を解析対象とした。

男性 369 名(90.0%)、対象者の年齢は 51.1 ± 11.6 歳(平均±標準偏差)、AHI は 59.1 ± 28.9 であり、OSAS 重症と診断された患者は、全体対象者の 85.4%であった。高血圧を併存している患者は、222 名(55.1%)であった。観察期間中に CPAP 治療を中止した患者は 48 名 (11.7%)、転院した患者は 27 名(6.6%)であった。CPAP 治療開始時の CPAP 圧は、最高圧 9.1 ± 2.5 cmH₂O、最低圧 6.2 ± 1.9 cmH₂O であった。

単変量の Cox 回帰分析の結果、CPAP の継続期間と関連があった変数は、性、年齢、BMI、既往歴、睡眠薬服用、SF-36 の下位尺度である身体機能、社会生活機能、AASM の診断基準とされている頻回の覚醒の自覚であった(表 1)。OSAS 患者の重症度をあらかず AHI は、CPAP 治療の継続との関連は見られなかった。最終的に選択され、モデルに含まれた変数は、BMI と収入を伴う仕事、頻回の覚醒の自

覚であった。性、年齢、AHI で調整後のハザード比は、BMI が 30 未満の患者では 3.76 ($p=0.040$)、収入を伴う仕事がない患者では 2.42 ($p=0.043$)、頻回の覚醒の自覚がある患者では 2.30 ($p=0.012$)であった(表 2)。収入を伴う仕事の有無との関連を図 1 に示す。1 年半の間に、仕事のある患者では約 10%が CPAP 治療を中止しているのに比べ、仕事のない患者では約 35%も CPAP 治療を中止していた。

D. 考察

本研究の結果から、CPAP の治療継続性と関連していた要因として、BMI、収入を伴う仕事の有無、頻回の覚醒の自覚があげられた。

BMI については、OSAS のリスクとして広く認識されているが、本研究においても AHI、その他の生理学的指標と有意な関連がみられた。しかしながら、最終的なモデルにおいて、AHI や Arousal index や lowest SaO₂ などの生理学的指標を入れても、同様の結果となった。このことから、重症度では説明できない要因があると考えられた。BMI は、治療前の AHI で調整後も AHI の改善度と関連していた。すなわち、BMI が高い患者は、より AHI が改善していた。また、BMI は、鼾、血圧とも有意な関連がみられた。これらのことから、肥満度が高い患者は、無呼吸の改善度が高く、治療の効果を実感しており、また、肥満自体、あるいは鼾や高血圧が伴うことによって、循環器疾患のリスクを認知している可能性があると考えられた。

収入を伴う仕事の有無については、日中の眠気を測定する ESS とは関連がみられなかったが、睡眠の質を測定する PSQI

の下位尺度である日常生活の支障と有意な関連がみられた。すなわち、仕事をしていない人に比べ、仕事をしている人は、日常生活の支障を感じており、それにより治療の必要性を強く感じていると推測された。

頻回の覚醒の自覚は、PSG 検査で測定される実際の夜間の覚醒回数を表す Arousal index や Awake index とは関連はみられなかった。また、ESS とも関連はみられなかった。このことから、頻回の覚醒の自覚は実際の覚醒とは異なっている可能性があり、治療前に頻回の覚醒の自覚を訴えている患者は、CPAP の効果を実感できていない、もしくは CPAP 治療において不適応である可能性があると考えられた。

本研究の限界としては、実際の CPAP の使用頻度や使用時間を測定できていないことがあげられる。CPAP 治療の開始時期の CPAP の使用時間がその後の治療継続と関連しているという報告もあることから、今後、このことについての検討が必要である。また、対象者の教育歴や収入、CPAP 治療の満足度などとも関連している可能性がある。今回は、収入に関して、保険適応である患者と送でない患者では CPAP 治療において金銭的な差異が生じることから、保険適応の患者のみを対象とした。しかしながら、その他にも今回測定できていない未知の要因があると考えられる。これについては、今後、質的、量的検討が必要である。

このような限界点がありながらも、CPAP 治療の長期継続と患者の要因を検討した研究は非常に少なく、また、今回のように CPAP 治療を継続している患者と中止した患者との要因の違いについての

検討はなされていないことから、本研究の知見は重要であると考えられる。

E. 結論

BMI が 30 未満の患者、収入を伴う仕事をしていない患者、頻回の覚醒を自覚している患者は、CPAP 治療を中止する傾向があった。今後、本調査で測定できていない未知の要因を検討するために、質的、量的な検討が必要であると思われる。

F. 研究発表

1. 論文発表

竹上未紗, 筈島茂, 山崎新, 中山健夫, 福原俊一. The Epworth Sleepiness Scale の性・年齢階級別得点分布と日中の過度の眠気の有症割合の推定: 地域住民を対象とした調査. 日本公衆衛生学会雑誌 第 52 巻第 2 号、137-145、2005

2. 学会発表

Takegami M, Morita S, Chin K, Akashiba T, Kimura H, Suzukamo Y, Fukuhara S. Impact of excessive daytime sleepiness on health-related quality of life in patients with obstructive sleep apnea syndrome. (11th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research, Honkong, 2004.)

竹上未紗, 大井元晴, 陳和夫, 若村智子, 森田智視, 福原俊一. 閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者のどの特性が 1) QOL, 2) QOL 面での治療効果, 3) 治療継続性と関連しているか? (第 15 回 日本疫学会学術総会, 滋賀, 2005.)

角谷寛, 竹上未紗, 森田智視, 中山幸代, 南一成, 岡靖哲, 角謙介, 高橋憲一, 中村敬哉, 陳和夫, 若村智子, 堀田佐知子, 新

井香奈子, 谷口充孝, 福原俊一 for the Kyoto Sleep and Health Cohort Study (KSHS) Group. 睡眠障害の有病割合と睡眠障害をもたらす影響: -京都睡眠と健康のコホート研究 Kyoto Sleep and Health Cohort Study(KSHS). (第15回日本疫学会学術総会, 滋賀, 2005.)

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得(出願)

なし

2. 実用新案登録

なし

表 1. CPAP 継続期間との関連; 単変量分析(Log-Rank test)

		ハザード比 (95%信頼区間)		P 値
性	男性	1.00		
	女性	3.03	(1.50 – 6.14)	0.002
年齢		1.04	(1.01 – 1.07)	0.003
BMI30 以上	30 以上	1.00		
	30 未満	3.85	(1.20 – 12.44)	0.024
既往歴	あり	1.00		
	なし	1.97	(1.02 – 3.82)	0.044
睡眠薬服用	あり	1.00		
	なし	3.01	(1.07 – 8.41)	0.035
仕事*	あり	3.56	(1.78 – 7.12)	<0.001
	なし			
身体機能 [†]		0.98	(0.95 – 1.00)	0.026
社会生活機能 [†]		0.98	(0.95 – 1.00)	0.036
頻回の覚醒(自覚) [‡]	あり	1.00		
	なし	2.00	(1.11 – 3.64)	0.022
AHI		1.00	(0.99 – 1.01)	0.490

* 仕事; 週に 5 日以上の収入を伴うもの

† SF-36 の下位尺度; 国民標準偏差得点

‡ AASM の診断基準とされている自覚症状の項目

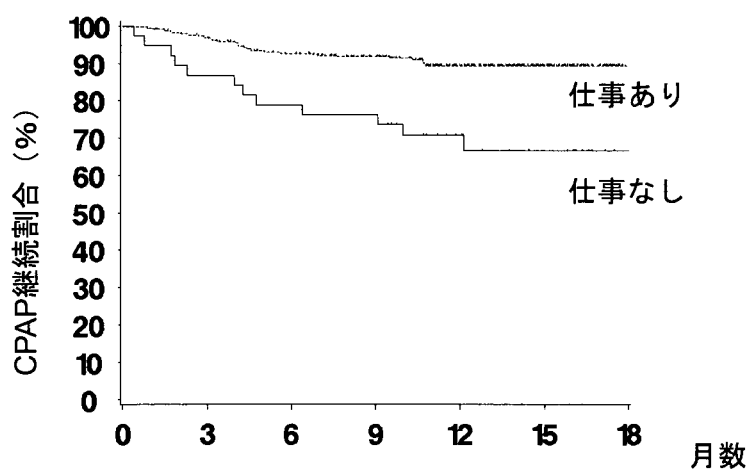
表 2.CPAP 継続期間との関連; Cox 回帰分析(最終モデル)

説明変数		ハザード比 (95%信頼区間)	P 値
性別	男性	1.00	
	女性	2.26 (0.89 - 5.74)	0.087
年齢		1.01 (0.98 - 1.05)	0.454
BMI	30 以上	1.00	
	30 未満	3.76 (1.06 - 13.30)	0.040
仕事*	あり	1.00	
	なし	2.42 (1.03 - 5.68)	0.040
頻回の覚醒(自覚) †	なし	1.00	
	あり	2.30 (1.20 - 4.40)	0.012
AHI		1.00 (0.99 - 1.02)	0.651

* 仕事; 週に 5 日以上の収入を伴うもの

† AASM から出されている診断基準の自覚症状の項目

図 1. CPAP 治療継続期間と仕事との関連



*Log-Rank test P<0.001

*仕事; 週に 5 日以上の収入を伴うもの

〈 医療倫理 〉

厚生科学研究補助金（難治性疾患克服研究事業）
研究報告書

難病患者の対人関係認識とその意義に関する研究

浅井篤 京都大学大学院医学研究科
成田有吾 三重大学医学部附属病院医療福祉支援センター（神経内科）

研究要旨

この研究の目的は難病患者の対人関係上の問題を明らかにし、医療専門職・関連職が取るべき行為・態度・医療的介入を考察することである。神経難病患者に対する半構成的個人インタビューと彼らの外来診療場面の観察研究を施行し、その結果の質的内容分析を行った。患者の罹患疾患はパーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症、重症筋無力症、脊髄小脳変性症、進行性核上性麻痺であった。今回の研究から、神経難病患者が自分の疾患や大変さが家族に十分理解されていない、家族から十分な協力・援助が得られていないと感じていること、共同体の疾患に関する理解度も不足していると考えていることが示唆された。また、患者は家庭や社会において満足の行く個人的な活動・行動ができないと認識しており、彼等の自己評価が低下していることが明らかになった。これらの結果から「共感の必要性」「自尊心の必要性」「援助の必要性」の3つが示唆された。本論では「共感の必要性」と「自尊心の必要性」について論じる。

A. 研究目的

難病患者が質の高い医療ケアを受けるためには、患者を取り巻く良好な人間関係が必須である。しかし多くの先行研究の結果は、患者－医療従事者関係は必ずしも良好とは言えず、患者が医療従事者との関係に満足していないことを示唆している。医療従事者は、患者への心理的サポートを十分にできない、共感能力に欠けている、十分な情報開示をしていない、そして患者を医療に関する意思決定参加を促す努力を怠っているなどと指摘されている（1, 2）。その結果、医療従事者はどのように患者－医療従事者関係に臨むべきかが議論され、コミュニケーション・スキル教育や良好な人間関係構築のための模索がなされている。

難病患者を取り巻く人間関係は、当然ながら患者－医療従事者関係に留まらない。患者は社会の中で生活し家族と人生を共にしている。Kleinman が述べているように、病いは単なる個人的な経験ではない。相互作用的で、伝達的で、極めて社会的なものである（3）。前述の患者－医療従事者関係者が患者の闘病生活に大きなインパクトを持つと同様に、否おそらくそれ以上に、

患者が人生の大部分の時を過ごす家庭や共同体における人間関係のあり様は、彼らの福利や日常生活の QOL に強い影響を持つと推察される。特に疾患によって身体機能を制限される難病患者の治療や療養は、持続的な家族との共同作業や社会福祉を抜きにしては成立しない。難病患者が受けるケアの質は患者を取り巻く関係や関係構成員の態度や行動に依存している部分が大きいのと言えよう。したがって難病患者が家族や社会とどのような関係を築いているのか、患者の家族や患者が生活する共同体が、患者の疾患や障害を持つ患者自身をどのように受け止めているのかを調査研究するのは意義がある。

精神科領域では、うつ病に罹患している患者の家族が、患者の状態が細やかな配慮を要する精神疾患と理解できず、自分の家族は単なる「怠け病」であるという固定観念を抱くことが今でもあり、患者家族の患者理解向上のために積極的な家族指導が必要になることがあるという（4）。患者の家族はしばしば患者の疾患によって直接的な打撃を受け、肉体的に疲弊し感情的に不安定になっている場合がある（3）。その結果、患者の苦痛を十分に受け止める

心身の余裕がなくなり、患者との良好な関係を維持できないかもしれない。共同体に目を移してみても、未だにハンセン病患者、HIV 感染症患者に対する差別は存在する(5)。そして差別の存在する人間関係は差別される対象に多大な精神的社会的害を与えるだろう。

しかしわが国において、慢性難治性内科疾患を持つ患者が自分を取り巻く個人的社会的な人間関係をどのように認識しているのか、家族や共同体における人間関係でどのような問題に直面しているかを調査した研究は我々が知る限りでは存在しない。我々は、わが国の難病患者に関わる人間関係に対する彼らの主観的認識を知ること、彼らを取り巻いている人間関係の問題点の一端を明らかにすることができ、それらを基に医療的観点からの何らかの対策を考えることができると考える。この研究の目的は、したがって、難病患者の対人関係上の問題を明らかにし、医療専門職・関連職が取るべき行為・態度・医療的介入を考察することである。

B. 研究方法

2003年5月～11月の期間に、三重大学医学部附属病院神経内科外来の神経難病患者に半構成的個人インタビューを行った。サンプリングは convenience sampling とし、主治医(YN)の判断で医学的にインタビュー参加が可能で、意思決定能力を有した成人であり、何らかの方法で意思疎通が可能な、研究参加に同意した患者を対象とした。外来受診の後に別途時間を確保し、外来診察室とは別の階にある個室でインタビューを行った。

インタビューでは、神経難病発症によって患者が直面している生活上の問題、家族、地域社会、医療に対する要望、そして治療方針決定の際の問題を訊いた。インタビュー参加者のプロファイルとして、年齢、性別、病名、結婚の有無、仕事の有無、信仰している宗教の有無についても尋ねた。

インタビューは主に研究者のひとり(AA)が行った。しかし例外的に二名のALS患者に対するインタビューは主治医(YN)によって、外来診療と同時に、外来時間を延長する形で外来診察室において

行われた。これら二名に対しては、外来受診とは別に改めてインタビュー参加を依頼するのは負担が大きすぎると判断したためである。ひとは進行度が高く体力に問題があり言語障害が強い男性患者、もう一人は呼吸筋障害が強く気管切開があり筆談を要する女性患者であり、意思疎通という観点からも主治医によるインタビューが好ましいと判断した。患者の同意が得られた場合は、インタビュー内容との比較を目的とした患者の診療場面の録音による観察調査を行った。実施は研究参加者の担当医(YN)によった。

インタビューと診療場面の録音記録は共に逐語化し、質的内容分析を行った(6)。具体的には、神経難病患者が日常生活で経験する対人関係上の問題や彼らの家族や他者に対する認識に関わる部分を逐語録からすべて選び出し、各発言をコード化し、関連するコードをカテゴリー化するという作業である。はじめに研究者のひとり(AA)が内容分析を行い、その結果を他の2名(YN、TN(和歌山医科大学西垣恒代氏))がレビューし、分析結果の信頼性を確認するという手順を踏んだ。

分析内容の妥当性は、診療場面の録音による観察記録とインタビューでの回答の患者毎の個別比較および複数分析者による内容分析で保証を努めた。個々の患者のインタビュー内容と外来診療場面での患者の発言内容を比較したが、患者の病状と日常生活動作制限の程度、主訴や他の生活上の問題点、家庭環境、社会福祉の状況に関して両者で矛盾する点はなかった。また3名の研究者(AA、YN、TN)で内容分析により形成されたコードとカテゴリーを各自検討した結果、すべてのコードとカテゴリーの内容に関して合意が得られた。メンバー・チェックは分析内容が対人関係に関わる深刻な事項を含むため、患者に対する心理的被害を勘案し患者本人には行っていない。

倫理面の配慮：本研究は三重大学医学部の倫理委員会の承認を得て施行した。研究の目的と方法を説明し、研究の参加、不参加、途中中断は自由であること、インタビュー記録が逐語録化されること、プライバシーは保全されること、謝金が支払われることを文書で確認し、書面による同意を得

た。

C. 研究結果

インタビュー参加者

外来通院中の神経難病患者のうち 12 名に研究参加依頼を行い、10 名が半構成的個人インタビュー参加に同意し、全員が診療場面記録に承諾した。インタビュー参加を希望しなかったのは 2 名のパーキンソン病を持つ女性患者であった。

インタビュー参加者の背景は表 1 に示した通りである。女性が 6 名、男性 4 名で、年齢は 40 才～70 才、参加者全員が家族と同居しており、6 名が仏教、1 名がキリスト教の信者であった。罹患疾患は、パーキンソン病患者 4 名、筋萎縮性側索硬化症患者 3 名、重症筋無力症患者 1 名、脊髄小脳変性症患者 1 名、進行性核上性麻痺患者 1 名であった。インタビューには、5 名の患者インタビューに配偶者が同席した（筋萎縮性側索硬化症患者 3 名、重症筋無力症患者 1 名、そして進行性核上性麻痺患者 1 名）。

以下の結果は、インタビュー参加に同意した 10 名のインタビューにおける発言内容の分析に基づいている。今回は神経難病患者が抱える人間関係における問題に焦点を当てる。以下の結果の記載にあたっては同定されたコードは「」、カテゴリは『』で、インタビューからの引用発言はイタリックで示す。

家族との対人関係上の問題（家庭内の対人関係問題）

1. 『家族の理解が得られない』

神経難病に罹患している回答者には、自分の病気のつらさや重さが家族に十分に「理解されていない」という思いがある。また疾患ゆえの行動上の制約・失敗等に対して家人から「きつい態度」を取られたり、家族関係が拗れたときなど「詐病」呼ばわりされたりすることもある。さらに一概に無理解だけのせいとはいえないが、自分が罹患したが故に家庭内のストレスが高まり、「家族内不和」が起きたという認識も見られた。

不満言うたら、やっぱり家族がどこまで理解してくれているのだろうということですよ。やっぱり僕が動き回れるので、そんなに悪いことないだろうと気持ちが多いと思う・・・なかなか理解してくれているのかどうかはちょっと疑問に思います（50 代男性、脊椎小脳変性症の方）。

やっぱり病気になりますとね、悩むのは家族のことです。なんていうのでしょうか、こういう風に不自由になりますと、（家族から）勝手にパーキンソン病をしていると思われるんです（60 代女性、パーキンソン病の方）。

2. 『家族の一員としての役割が果たせない』

神経難病は、患者が家族の一員として役割を果たすことを困難にする。インタビュー参加者たちは「家計の一端を担うという役割」、「家庭内における「女性」の役割」が果たせず、自分を「邪魔者」と認識し、他の家族に対して「ひけ目」や「遠慮」を感じている。

もう、無職ということになってますね（40 代男性、筋萎縮性側索硬化症の方）。

思うようにお勝手ができないし掃除もできないし。で、お嫁さんにお勝手の方をしてもらったりするんですけども、何でも遠慮せんなりませんし（70 代女性、パーキンソン病の方）。

3. 『家族の協力が得られない』

神経難病患者のニーズが、必ずしも家庭内で最優先されるとは限らない。「家族の都合」が大きく影響する。成人した子供が遠方で就職しており患者夫婦が二人きりで生活している場合もあれば、同居家族の反対で患者の補助のための家の改装ができない場合もある。家族の病気で他にも疾患を抱えた家人がいる状況もある。「家庭内の性役割意識」による弊害もあり、患者が女性の場合、夫が積極的に家事を行わない状況があるようだ。

東京でおる子がまだ、結婚してないんでこ

つちに来てほしいんやけど、ちょっと、なかなか、就職ないんで・・・学校の先生してるもんで（資格試験を）受けなおさなあかん。いろいろあるもんでなかなか（60代男性、筋萎縮性側索硬化症の方）。

小物を持って歩かなければいけない時があるので、こんなくらい主人がやってくれんかなと思うけども・・・年寄り（高齢の姑）がおるとどうしても、男（患者の夫＝姑の息子）にさしやしませんやろ、今の人みたいに。子供らはよう気がついてパッと持ってきてくれるけども、主人なんかな、言ってもしないくらい（50代女性、パーキンソン病の方）。

家庭外（他者）の対人関係上の問題

4. 『社会の理解が得られない』

回答者たちは、自分たちの家族に対してと同じように、家族の範囲を越えた人間関係つまり社会においても自分たちの病気のつらさや重さが理解されていないと感じている。彼らに対して社会は時に「冷たく」、「世間の無理解」に苦しむことがあり、彼等が真っ先に社会に望むことは「親切にしてほしい」「思いやりがほしい」ということであった。具体的な事例は提示されなかったが「偏見・差別」を感じることもあるという。社会の理解不足や自分が「病気であると認知されない」ことに対して、自分の病気のことを「自分から説明」し一般人の知識を向上させる必要性を感じている回答者もいた。また、自分たちの病状は、まわりから十分認識され親切にされる程には重度に見えないかもしれないが、本人たちにとっては十分つらいという思いもあった。

（ご家族や周りの方にご希望することはという問いに対して）そりやもう、親切にして欲しいです。そのことが第一番ですわね。もう、孫にも嫌われましてね。おばあちゃんなんかついてきてもさっさと何にもできんで、ついてこんどいてっていわれることがあるんです。嫁さんは、ようしてくれまますんですけどね。それにしても、まあ、邪魔ですわね、もう、うっとうしいですわ

ね。そりや。一緒に行ってもさっさと歩けないし。何するにも手伝だわななりませんしね（70代女性、パーキンソン病の方）。

やっぱり社会にこういう病気への思いやりがほしいなと思う・・・どうやったらいいって言われると難しいけれど、やっぱり（周りの人々から理解されるには）、自分が病気やいうのをみんなに打ち明けるか、わかってもらえるようにするしかない（50代男性、脊椎小脳変性症の方）。

5. 『社会参加ができない』

何事につけても他の健常人と「いっしょにできない」ことが、彼らの社会参加を制約していた。また特定の日常生活動作が「自分で出来ない」ため、援助者が得られないときにはいろいろ場所に行ったり、行なったりすることを「我慢する」必要があるためしばしばつらい思いをする。

歩く方も、これが利かないので、歩いている時にくるっと回ってしまう・・・横へこう斜めにならなければ、ばたばたばたっで行ってしまう。先生にそういうときはしばらくとまって、それから歩くようにするよう言われている。それで、止まっているんです・・・みんながすすすすすす歩いている時に杖もってばたばたばたっ歩いていく。本当に何でこんな病気になってしまったのか・・・（60代女性、パーキンソン病の方）。

6. 『他人の目』

日常制限動作の制限のために社会参加ができないことは非常につらいことである。しかし、神経難病と共に生きることは、自分の一挙一動が他人の目に晒されることでより困難なものになる。常に「他人の目が気になり」、「普通の人と違う」ことを意識してしまう。転倒は他者の目を意識すると、危険なことであると同時に、「かっこ悪い」ことにもなる。自分が「周りの迷惑になっている」、自分の行動や動作が「感じ悪い」ものと自覚され、必要以上に「気を遣う」こともある。そして家庭内と同様に他の人々に対して「ひけ目」を感じてしまうという。現在では既に症状がほぼ消失している重症筋無力症の患者でも「普通の

人と違う」という意識が常にある。

もしも、旅行行ったり買い物行ったりした途中倒れたりしたら、かっこ悪いわと思ってね。「かっこ悪いというより体の方が大事ですけどね」というインタビューアの発言に対して)かっこ悪いっていうのもあるんです(60代女性、パーキンソン病の方)。

いまはもう、ほとんど普段は普通の人と変わらないくらいに生活はできている。自分でも疲れをためないようにしているから。疲れたなと思ったら、朝寝てるか昼寝てるか……。よっぽど忙しい時は1日起きているけれど、うーん、どっちか、朝か昼かどっちかは自分で横になるようにしている(40代女性、重症筋無力症の方)。

D. 考察

今回の研究から、神経難病患者が自分の疾患や大変さが家族に十分理解されていない、家族から十分な協力・援助が得られていないと感じていること、共同体の疾患に関する理解度も不足していると考えていることが示唆された。また、患者は家庭や社会において満足の行く個人的な活動・行動ができないと認識しており、彼等の自己評価が低下していることが明らかになった。

研究結果の検討を始める前に本研究の限界・問題点について確認しておきたい。第一に最終的な研究対象者の数は10名である。研究参加者数によって研究の質が本質的には左右されない質的インタビュー調査方法を採用したが、海外で最近行なわれている類似研究に比べれば対象者数は少ないであろう。この意味で今回の研究調査はpreliminaryであり、今回インタビュー参加者が言及した事項以外の問題点がある可能性がある。第二に5名の患者インタビューに配偶者が同席したため、配偶者の態度・行動に対する患者の率直な意見が聞けなかった可能性がある。しかし同席していない家族に対する患者の思いは十分に知ることができた。第三に今回我々が対象にしたのは、介助があれば外来通院が可能な神経難病患者、または自力通院が可能

な患者であった。したがって外来診療が出来ないほど疾患が進行した患者の対人関係に関する認識は異なったものであるかもしれない。また神経難病以外の慢性難治性疾患を抱える患者の対人関係に関する認識も異なる可能性がある。最後にそしてこれが最も重要だが、この研究の結果はあくまでも個々の患者の主観的認識に基づいており、家族や社会の理解度や援助の程度が実際にどの程度なのかは、今回の知見から知ることができない。ここで言及されていることは「患者が感じていること」「患者が考えていること」であり、患者の身の回りで実際に起きている客観的事実ではない。患者の発言を裏付けるための患者家族へのインタビューや外来診療場面以外での観察研究も施行していないため、患者と家族、患者と共同体を第3者的立場から分析したデータは今回含まれていない。

これらの限界を十分に踏まえた上で、以下に患者が家族、共同体、自身との関係に関して言及した事項から、医療従事者がどのような教訓を得るべきなのか、何ができるかを論じたい。今回の研究結果から医療従事者が学ぶべきことは幾つがあるが、「共感(empathy)の必要性」「自尊心(self-esteem)の必要性」「援助(help)の必要性」の3つにまとめることができるだろう。神経難病患者に対する援助に対する論文は医療、看護、介護、社会福祉の観点からすでに語り尽くされている感があるので、本論では「共感(empathy)の必要性」と「自尊心(self-esteem)の必要性」について論じる。

共感(共感)は人間関係において大切であることは論をまたない。「誰も分かってくれない」時のつらさや「わかってもらえた」時の喜びは誰しも経験していることだろう。疾患を治癒させることができなくても、つらさの共有ができるだけでも患者の苦痛は軽減するかもしれない。しかし一方で他者を完全に理解することは不可能かもしれない。特に自分が経験したことの無い状態の苦痛に共感するのは至難の業であろう。この意味で病苦はあくまでも主観的でありQOLについてもまた然りである。難病患者が日々体験している病苦は外側からは計り知れないものがある。病いと共に生きている人々の思いを理解するのは患

者の家族にも難しいということだと思われる。このように他者からの共感を得がたく共感が欠如した人間関係は苦痛をもたらす。

したがって、医療従事者は常に「自分は患者のつらさを理解しているか」と自問する必要があるだろう。「相手の立場に立って考えることができるか」「相手の視線でものを見ることができる」「思いやりをもって接しているか」という問いは重要である。ではどうやったら我々は心の底から共感的な人間になれるのだろうか。倫理の言葉で言えば、我々はどうやったら「共感的」という徳性を習得することができるかという問いになる。本稿ではこの難問には立ち入らないが、そうなるようとする姿勢が患者ケアにおいて高い必要性を持つことは疑問の余地がないことを確認したい。この領域での医学教育の強化が望まれる。

Kleinman が明らかにしたように、疾患によって患者の世界は根本的に変わってしまい、病いは患者の家庭をも崩壊させる(3)。良好な人間関係の維持は元来難しいものだが、患者の疾患とそれに起因する障害はこの関係を一層難しくする。関係が拗れてしまった家庭の中では、家族が患者の病苦を理解し、十分にそして常に共感的になることが困難になることは想像に難くない。同様に病者を抱えた家族の気持ちを医療従事者が理解することも容易でないことも忘れるべきではない。このような状況で医療従事者にできることは、家族が患者の罹患している疾患を十分に理解できるよう家族教育を行なうことであり、家庭内に病者がいることで肉体的心理的経済的なストレス下にある家族の援助であろう。介護者へのケアや負担への気配り、介護者の QOL 向上を促す対策は重要である。たとえば、家族に対して、患者の行動が制限されているのは疾患のためであり、疾患によっては当人がリハビリ等でいくら頑張っても症状は徐々に悪化していくものであること、最善の治療を行っても予後は不良であることなどを、理解が得られるまで根気良く説明する必要がある。社会福祉や介護などの社会資源についての情報を提供することも重要だろう。さらに患者家族が経験している苦痛に対する共感的態度を医療従事者が示すことも大切だ

と思われる。しかし、家族という極めてプライベートな関係における問題—家庭内虐待等、患者に明らかな害はある状況は別であるが—に対して、医療という外部から何ができるか、どの程度介入すべきなのかは熟考を要する。

共同体の無理解については、差別やあからさまな無視は無知と非理性的な嫌悪から始まることを認識し、社会における医療や障害に関わる一般教育や人権概念の普及に務めることが大切であろう。しかし、社会全体の疾患や障害に対する無理解は医療だけで矯正できるものではない。共同体の社会的に弱い立場にある人々に対する態度を変えていく必要がある。

今回の研究では、患者の自尊心が非常に損なわれていることも明らかとなった。患者は、自分の役割が果たせないことからくる自己不全感や他人の目を意識した結果生じる羞恥心を抱いている。独力での社会参加ができないことから来る「自分は普通以下」という認識もある。これらは「普通にできない駄目な自分」という自己認識に要約されよう。Kleinman は、患者ケアにあたる医療従事者には、スティグマと羞恥心に対する鋭い感受性が必要不可欠であると述べている(3)。患者—医療従事者関係や医療機関内での接遇において、医療従事者が、患者の自尊心を傷つけないという配慮をするのは重要であろう。医療従事者の浅慮な態度や言動で患者は簡単に傷つけられることを忘れてはならない。医療は患者に利益をもたらすとは限らない。せめて「決して害を与えない」「決して傷つけない」を大前提する必要がある。この点においても、患者—医師関係の在り方に関する医学教育や医療従事者の職業倫理の徹底が不可欠だろう。

しかし家庭内や共同体において難病患者が感じている羞恥心や劣等感に対して、医療従事者に何ができるだろうか。これは医療的な働きかけだけでは如何ともし難いことだと思われる。現在の日本社会においては、「普通にできない駄目な自分」という認識を完全に払拭する即効案はないように思われる。しかし患者自身、患者を取り巻く人々、医療従事者、そして共同体全体が、個人の存在意義・価値、自己評価の基準に関して根本的な意識改革を行な

えば、状況はある程度改善するかもしれない。つまり、何が出来るかによって個人の存在意義や価値が決まるわけではなく、他にも人間の尊厳を支えるものはたくさんあること、普通という概念自体が厳密に言えば幻想であり、他の人と同じでなければいけないという理由も全くないこと、他人の目など気にする必要はないこと、そして誰もが程度の差こそあれ、他者や共同体からの援助を受けなければ生きて行けないこと、したがって、家族や共同体から支援を受けているからといって卑下することなどないなどの意識を社会全体で共有することが、患者の損なわれた自尊心を回復する第一歩だと考えられる。

E. 結論

本研究から神経難病と共に生きる患者の QOL を向上させるには、対人関係における「共感の必要性」、「自尊心の必要性」、「援助の必要性」の3つのニーズを認識し満たすことが大切であることが示唆された。具体的な対処法を考案していくことが必須である。

参考文献

- 1 西垣悦代、浅井篤、大西基喜他：日本人の医療に対する信頼と不信の構造、対人社会心理学研究、2004年；4：11-20.
- 2 中村明子 全国世論調査詳報 「朝日総研リポート」147 (2000年12月)、82-92
- 3 Arthur Kleinman The illness narratives Suffering, healing and the human condition, 1988, Basic Books Inc. New York (Japanese translation by 江口重幸、五木田紳、上野豪志、誠信書房、1996年、207-245
- 4 佐々木俊徳：内因性うつ病と大うつ病—急性期と寛解期について。こころの科学 2004；7月号、116：74-79
- 5 熊本日日新聞社編 検証・ハンセン病史、河出書房新社、2004年、東京
- 6 Flick U: Qualitative Forschung, 1995, Rowohlt Taschenbuch Verlag, GmbH, Hamburg (Japanese translation by Oda H, Yamamoto N, Kasuga T, Miyaji N, Shunshu-sha, 2002, Tokyo, 219-44

表1 研究参加者

性別：	女性	6名
	男性	4名
年齢：	40～70歳	
疾患：	パーキンソン病	4名
	筋萎縮性側索硬化症	3名
	重症筋無力症	1名
	脊髄小脳変性症	1名
	進行性核上性麻痺	1名
同居家族の有無	あり	10名
信仰宗教の有無：	あり	7名
	なし	3名

F. 研究発表

論文：本研究は、Atsushi Asai, Yugo Narita, Etsuyo Nishigaki, Seiji Bito, Taishu Masano, Yukari Take, Yasuhiko Miura, Koichiro Itai, and Shunichi Fukuhara 共著 “Perceptions of interpersonal relationships held by patients with obstinate disease”として、Eubios Journal of Asian and International Bioethics, 2005 に出版予定である。

G. 知的財産権の出願・登録状況：

特になし

厚生科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）
研究報告書

特定疾患（難病）に対する政策決定の基底にある倫理原則に関する研究（3）

分担研究者 浅井篤 京都大学大学院医学研究科医療倫理学分野 助教授

研究協力者 板井孝吉郎 宮崎大学医学部 哲学・倫理学研究室 助教授
大西 基喜 青森県上十三保健所 所長

研究要旨 本研究では、どのように難病関連の政策決定（とりわけQOL関連）が行われているのか、諸外国における医療政策のあり方との比較研究を通じて、決定に関わる寄与因子を明らかにし、さらにその基底にある倫理原則を同定することによって、わが国の特定疾患に対する政策的展開が、今後どのような倫理原則に基づいて行われていくべきかを考察する。今年度は特に、日本国内において、ALSをはじめとする難病政策も含めた包括的障害者福祉施策の展開にとって重要な意味を持つ「介護保険の見直し」が進んでいる中、我が国の介護保険制度が模範としたドイツにおける難病政策の現状について調査・考察を行った。ドイツにおいても、昨年考察したスウェーデンと同じく、わが国における「政策医療」に該当するような難病に対する特別な医療政策は認められなかった。ドイツでは難病患者に対する社会的支援は、障害者福祉を包括する「介護保険制度」によって行われている。ドイツにおいて介護保険の対象者は20歳以上の医療保険加入者となっており、原則的に加入は義務化されている。給付対象者は「介護が必要となった者」（年齢は問わない）とされており、要介護認定については、認定機関である「医療サービス機構（MDK：Medizinischen Dienst der Krankenversicherung）」が実施している。難病に対する介護・福祉的側面を含めた包括的な障害・介護福祉施策が重要であるとしても、そのための財源をいかに確保するかという問題は避けて通れない。高齢化率が上昇すると社会保険型では安定供給ができないというドイツの実情を鑑みれば、その点では未納や「逆進性」を避け、より公平かつ安定的に財源を確保できるスウェーデン型の福祉目的税の方が優れている。しかしその際には、間接税の徴収目的を曖昧にしない、用途の明確化が不可欠である。いずれにしても、今後の方向性としては、難病患者が「特定疾患」対象者として享受してきた既得権益を損なうことのないよう保障しつつ、既存の「特定疾患」または「特定疾病」の対象外とされてきた難病患者に対しても、「疾患の特異性」や「希少性」といった基準ではなく、実際の日常生活を営む上での「障害度・生活困難度」に応じた医療・介護サービスが受けられる方向での、制度改革をすすめていく必要がある。

分担研究者

浅井篤 京都大学大学院医学研究科社会
健康医学系専攻医療倫理学分野 助教授

研究協力者

板井孝吉郎 宮崎大学医学部哲学・倫理
学研究室 助教授
大西基喜 青森県上十三保健所 所長

A. 研究目的

わが国における医療政策は厳しい財政難に直面していると言われている。こうした中、特定疾患に関する政策（難病政策）も見直しの対象となっており、より効率的な対策事業の推進が求められている。そこで本研究では、どのように難病関連の政策決定（とりわけQOL関連）が行われているのか、諸外国における医療政策のあり方との比較研究を通じて、決定に関わる寄与因子を明らかにし、さらにその基底にある倫理原則を同定することによって、わが国の特定疾患に対する政策的展開が、今後どのような倫理原則に基づいて行われていくべきかを考察する。

B. 研究方法

昨年度に引き続き、文献的調査を主とし、諸外国における難病政策を中心とする医療政策に関しては、米国・スウェーデン・ドイツ・オランダ・ニュージーランドの5ヶ国について、それぞれの国の関係者に打診し、情報提供を受けた。今年度は特に、日本国内において、ALSをはじめとする難病政策も含めた包括的障害者福祉施策の展開にとって重要な意味を持つ「介護保険の見直し」が進んでいる中、我が国の介護保険制度が模範としたドイツにおける難病政策の現状について、インターネット及び文献調査をもとに考察を行った。

倫理面への配慮：文献的調査に関しては、厚生労働省によって行政文書として公開されているものや、難病医学研究財団によって運営されている難病情報センターWebページにて公開されている諸資料、および難病政策に関わる一般書籍等を対象としているため、基本的に倫理的問題は生じないと考える。また諸外国の情報についても、特

定の個人の情報やプライバシーに関するものは取り扱っておらず、現地の調査においても個人情報に関連するものも含まれていないため、問題はない。

C. 研究結果

ドイツにおいても、昨年考察したスウェーデンと同じく、わが国における「政策医療」に該当するような難病に対する特別な医療政策は認められなかった。ドイツでは難病患者に対する社会的支援は、障害者福祉を包括する「介護保険制度」によって行われている。ドイツにおける介護保険制度は1994年に創設され、その基本理念としては以下の3点が掲げられている。(1)自己決定と自己責任、(2)在宅介護の重視、(3)要介護状態の予防とリハビリ重視。介護保険の対象者は20歳以上の医療保険加入者となっており、原則的に加入は義務化されている。

保険料は雇用主と本人との折半となっている。給付対象者は「介護が必要となった者」（年齢は問わない）とされており、要介護認定については、独立法人である「介護金庫(die Pflegekasse)」が運営する「医療サービス機構（MDK：Medizinischen Dienst der Krankenversicherung）」が介護認定審査を行っている。

ドイツにおける介護保険制度の、我が国との特徴的な相違点は、以下のようにまとめることができる。

① 給付対象者：日本では65歳以上（2号被保険者は40歳以上）となっているが、年齢制限がなく、介護が必要に成った時点で受給者となる点（但し、保険料納付済みが前提条件）。

② 保険料：日本では40歳以上が納付対象者であるが、20歳以上の労働者（月収の1%で雇用企業と折半）である点。ドイツ

においては保険料のみでまかなわれているのに対して、日本においては介護費用の50%を国・県・市町村で負担し 残り50%を65歳以上の第1号被保険者と40歳以上64歳までの第2号被保険者が国民健康保険税の中で介護分として負担している。

③ 給付サービス内容：日本と同じく「在宅給付」と「施設給付」があるが、在宅給付には「現物給付」と「現金給付」がある

点。

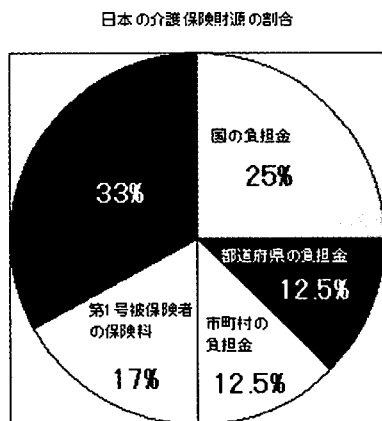
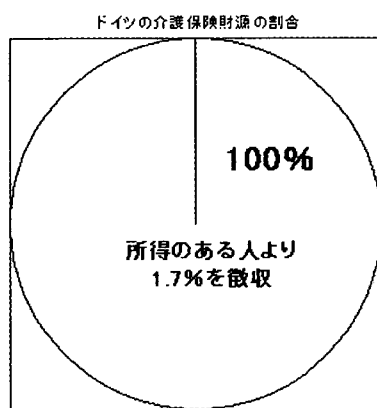
④ 家族介護：日本と異なり家族で介護した場合でも、有償の労働と見なされる点。

日本では家族での介護は労働と見なされず、そのために、我が国では介護者の物理的・精神的負担に対する社会的支援が脆弱化している。ドイツではさらに家族介護に対して社会保険が適用され、また家族が介護中に腰痛等になれば、労災も適用される。また、家族介護期間が年金保険の対象となり、年間4週間の長期休暇が認められ、制度上ではその間はホームヘルパーが無償で派遣されることになっている。

しかしながら、ドイツでの問題点として、介護保険制度でカバーできる保障内容には限界があり、結果として介護保険で提供されるサービス以上のものに対する自己負担が増大していることが挙げられる。

また、施行6年目を過ぎた頃から人口動態の変動により財政状況が悪化し、保険料率が1.7%に引き上げられた。また、2003年に徴収率を2~2.4%に引き上げる予定であったが、経済体制も悪く失業者が多いため見送られ、2006年までは現在の水準を維持する見込みであるという。

ドイツでは、介護を受けられる年齢に制限はなく、要介護の認定を受ければ介護を受けることができる。一方、日本では介護を受けられる対象が原則として、65歳以上



日本とドイツの財源構成

	日本	ドイツ
財源	市町村により異なり、65歳以上の人で所得に応じて最高150%から最低50%を徴収する。40歳~64歳以下世帯は健康保険税介護分として所得に応じて(所得×1.70%)世帯限度年額7万円を徴収する。	全国民一律所得のある人の1.7%を徴収(2~2.4%に上げる予定) * 労使折半。自営業者は全額自己負担。年金受給者は、年金保険者と折半。
その他	国・県・市が50%を負担している。	