

日本保健科学学会誌

June 2008
Vol. 11 No. 1



日本保健科学学会誌

The Journal of Japan Academy of Health Sciences



Vol. 11 No.1

June 2008

日保学誌

J Jpn Health Sci

C O N T E N T S

原 著

- 産褥早期の母子が退院する際の助産師の気がかりと対応5
山口江利子, 高橋 弘子, 山下 恵, 岡田 由香, 神谷 摂子
- 日中両国の認知症高齢者の BPSD に関する比較検討12
王 淑娟, 品川俊一郎, 中村 紫織, 鄭 洪新, 繁田 雅弘
- 都市部在住高齢者における閉じこもりの家族および社会関係の特徴20
山崎 幸子, 藺牟田洋美, 橋本 美芽, 繁田 雅弘, 芳賀 博, 安村 誠司
-

学会だより	28
日本保健科学学会 会則	29
日本保健科学学会誌 投稿要領	31
日本保健科学学会役員・評議員	33
編集後記	34



関節機能改善剤

（指定医薬品）（処方せん医薬品） 注意－医師等の処方せんにより使用すること

アルツディスポ[®]関節注25mg

アルツ[®]関節注25mg

（ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液）

（製造販売元） 生化学工業株式会社
東京都中央区日本橋本町2-10-5



経皮吸収型鎮痛消炎貼付剤

（指定医薬品）

アドフィード[®]

（フルルビプロフェン製剤）

（製造販売元） リードケミカル株式会社
富山市日保77-3



科研製薬株式会社

●各製品の効能・効果、用法・用量、禁忌、使用上の注意等の詳細は、
製品添付文書をご参照ください。 ●各製品共、薬価基準収載

発売元【資料請求先】

科研製薬株式会社 医薬品情報サービス室
〒113-8650 東京都文京区本駒込2-28-8

（2006年11月作成） 06S2

■原著

産褥早期の母子が退院する際の助産師の気がかりと対応

What concerns midwives when mothers in the early puerperium and babies are discharged, and their responses

山口江利子¹, 高橋 弘子¹, 山下 恵², 岡田 由香¹, 神谷 摂子¹Eriko Yamaguchi¹, Hiroko Takahashi¹, Megumi Yamashita², Yuka Okada¹, Setsuko Kamiya¹

要 旨：本研究は、病院勤務助産師が産褥早期の母子の退院に際し、どのような気がかりを感じているのか、そしてどのように対応し退院に向けて準備しているのか、助産師の体験を明らかにすることを目的とした。病院勤務助産師 13 名を対象者に、半構成的面接法を実施した。得られたデータは、面接内容を逐語録としてデータ化した後、内容分析を用いて分析を行った。

その結果、助産師は、[母乳育児] [サポート] [育児技術] [不安が強い母親] [相談できない] [精神疾患合併] [児の体重] など 1 つの内容による『単一的な気がかり』とそれらがいくつか絡みあった『複合的な気がかり』を感じていた。気がかりへの対応としては、[一時的ケア] [情緒的支援] [継続的ケア] に分類された。

キーワード：産褥早期、助産師、気がかり、母子、退院前

I 緒言

母子保健の国民運動計画である「健やか親子 21」¹⁾ では、安全・快適な出産の実現、育児不安の軽減に関し、受益者の満足やマンパワーの確保等の数値目標を設定し、都道府県レベルでの具体的な取り組みを推奨している。

現在、施設における分娩が出産全体の 99.8%^{2,3)} を占めており、多くは、妊娠・分娩・産褥期における母子の生活の場所が家庭と施設に跨っている。村上の報告によると母親は出産後 1 週間前後で病院を退院し家庭に帰っていくが、この時期まだ心身共に不安定な状態にあると述べている⁴⁾。また、昆野らも退院後 1 週間において褥婦は母体をめぐる不安を持ち、児については皮膚症状など

目に見えるものへの不安や育児行動への不安がみられた⁵⁾ こと、橋本ら⁶⁾ も育児不安は退院時から急速に増え、1 ヶ月健診でピークに達していると述べていることから、退院を境に母親の不安は大きいといえよう。

特に、退院時の母親にとって、退院直前と直後は一番不安な時期であり、その時期の不安を軽減するために母親自身が求めていることとして、清水らの報告によれば初産婦の 78% が新生児訪問を希望していること⁷⁾、河田らの報告でも 81.4% の母親が病産院の助産師による新生児訪問を希望している⁸⁾ ことなどが挙げられる。そういった産褥早期の母親の病院勤務助産師による新生児訪問のニーズは高いが、実際に研究者の所属機関が

1 愛知県立看護大学 Aichi Prefectural College of Nursing and Health

2 名古屋大学大学院医学系研究科 Nagoya University Graduate School of Medicine

在住する地域においても新生児訪問を実施している病院施設は少ない。一方、病院施設内においては、そのような不安の強い時期である産褥早期に、病院勤務助産師は、母親にとって最も身近な専門家として、退院後に自立して育児を行えるようケアしている。しかし、その産褥早期に助産師自身が母子へのケアを通して何を感じているのかについて、詳細に記述した既存の研究は少ない。

そこで、本研究では、面接調査により、病院勤務助産師が産褥早期の母子の退院に際し、どのような気がかりを感じているのか、そしてどのように対応し、退院に向けて準備しているのか、助産師の体験を明らかにすることを目的とする。この研究を行うことで、個別性に合わせた助産ケアの視点の示唆を得ることができると考える。

II 用語の操作上の定義

気がかり：産褥早期の褥婦および新生児と関わるなかで、退院後の育児や母子の健康について、病院勤務助産師が心配に思うこと。

III 研究方法

1. 研究対象者

対象者は、A県内の総合病院である2施設（A・B病院）の産科病棟に勤務し、産褥期の母子と接するようになって1年以上が経過している助産師で、研究に同意の得られた13名である。対象者は全て看護師長を通じて紹介してもらい、個別に研究を依頼した。この2つの病院の特徴は共通項が多く、年間平均分娩数は約800～1000件であり、母児同室制・自律授乳を基本としている。標準的には、分娩様式が経膣の場合、産褥5～6日目、帝王切開術の場合、産褥8～11日目に退院となる。

2. データ収集期間

平成17年9月～平成17年10月

3. データ収集方法

データ収集は、面接ガイドを用いた半構成的面接とし、次の手順で行なった。

- 1) 質問内容は、産褥早期（分娩後～退院まで）の母子が退院する際に助産師の感じた気がかりについて助産師自身の体験の語りが促されるよう、「助産師として母子が退院する際に気

がかりを感じた事例についてお聞かせください」「その気がかりを感じた時、あなたはどのように対応しましたか」等の問いかけをきっかけに自由に語ってもらった。

- 2) 面接時間は、30～40分とし、面接内容は許可を得たうえで録音した。
- 3) 面接場所は、各研究対象者の希望に合わせて研究対象者が指定する場所とした。

4. データ分析

録音された内容は、逐語録を作成後データとし、以下の手順で内容分析を行った。

- 1) 各データを「気がかりの内容」「気がかりへの対応」の項目ごとに振り分けた。
- 2) 抽出した「気がかりの内容」の吟味を行い、類似した内容をカテゴリー化し、ネーミングを行った。
- 3) 抽出したカテゴリーおよび内容をもとに、「気がかりへの対応」の抽出を行った。

分析結果については、母性看護学・助産学の専門家とディスカッションして妥当性の確保に努めた。

5. 倫理的配慮

倫理的配慮としては、研究者が属する大学の倫理委員会の承認（17愛看大第82-18号）を経て、看護師長に対し文書と口頭で研究の主旨を説明し、対象者の選定の協力を依頼した。看護師長に対象者の選定を依頼したため、対象者に強制力が働かないように、対象者に対しては個人が特定されず、調査の協力、非協力が看護師長にはわからないことを説明し、看護師長にも研究協力者を明らかにしない旨で了解を得た。

さらに、研究対象者の助産師には、個別に、研究者が研究協力の目的、方法、意義、匿名性の保持、研究以外に回答結果を利用しない、研究に際して知り得た情報は口外しない、結果の公表等について口頭で説明し、文書にて研究協力への同意を得た。

また、プライバシー保護のために、研究対象者の個人名と収集したデータは分離し、データはコード番号で厳重に管理し、逐語録および録音内容は、研究が終了した時点で、破棄することを約束した。

IV 結果

1. 対象者の特性

看護師長により、選定された13名の方すべてから同意を得た。研究対象者は、A病院の助産師7名、B病院の助産師6名で、助産師としての経験年数は、5.77年(SD = 4.49)であった。

2. 気がかりの内容と分類

産褥早期に助産師の感じた気がかりの内容および気がかりへの対応について、抽出した結果を示す。「」はデータ、「」は抽出されたデータの категорияで示す。

病院勤務助産師13名の気がかりを感じた体験として、事例ごとに記述された内容についてまとめていった結果、「直接母乳が不良な母親」「母乳育児への意欲の減退」「授乳が困難な初産婦」という「母乳育児」への気がかり、「サポート者がいない母親」「頼れるところがない母親」という「サポート」への気がかり、「毎回おむつ交換に失敗する」「児の扱いに慣れない初産婦」といった「育児技術」への気がかり、「ベビーセンスを借用して退院した不安の強い母親」「何度も不安を訴える母親」といった「不安が強い母親」への気がかり、「心配ごとがあるといいにくい」「言えない母

親」という「相談できない」ことへの気がかり、「うつ、心配性など質問が多い母親」「精神合併症、感情の起伏の激しい母親」といった「精神疾患合併」への気がかり、「小さい児を抱えて退院する母親」「体重増加不良で児がNICUに入院した経験のある母親」という「児の体重」への気がかりなどに分類した。このように、助産師が感じた1つの内容の気がかりを『単一的な気がかり』(表1)とした。

一方、助産師が気がかりとして1つの内容だけでなく、「双胎で帝王切開にて出産した母親で、かつ授乳が困難であり、性格的にも神経質、様々な心配事をもっている母親」といった「双胎・帝王切開・母乳育児・神経質・心配をもっている母親」の5つの内容を含んだ気がかり、「退院後、サポートが得られない、神経過敏で、授乳が上手くいかない、育児疲労のみられる母親」といった「サポート・神経過敏・母乳育児・疲労のある母親」の4つの内容を含んだ気がかりなど、助産師が複数の内容に気がかり感じていた。このような気がかりを『複合的な気がかり』(図1)とした。

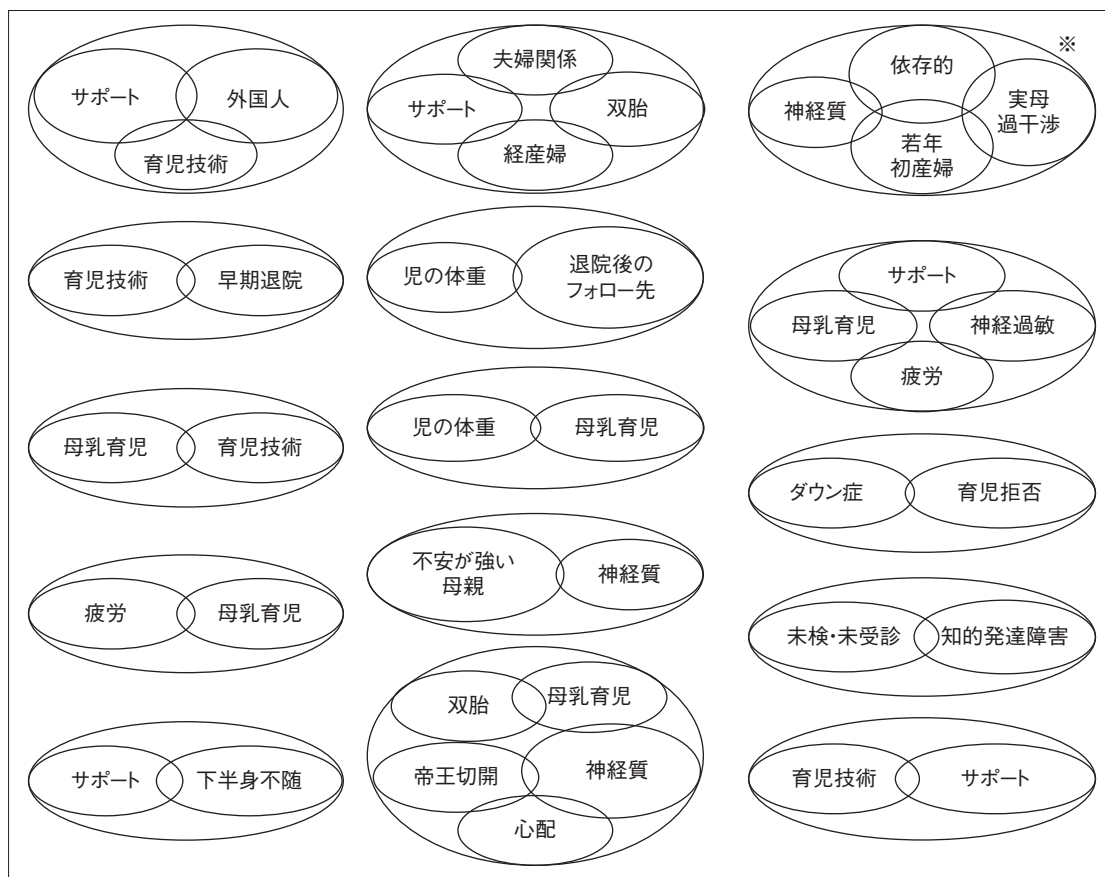
3. 気がかりへの対応と分類

気がかりへの助産師の対応(表2)をみていく

表1 助産師の感じた『単一的な気がかり』

データ	カテゴリー
①うっ積、乳房痛、母乳分泌不良により、直接母乳が不良な母親	母乳育児
②うっ積、うっ乳の時期に退院になる母親の母乳栄養の継続	
③児の体重減少防止のためにミルクを補充することによる母乳育児への意欲の減退	
④扁平乳頭、搾乳困難、児の吸啜困難とかんしゃく的な泣きにより、授乳が困難な初産婦	
⑤母乳希望が強いがミルクを足す初産婦	
①退院前日になっても退院後の必要物品を準備する人がいない環境に帰る母親	サポート
②夫の協力も期待できず、サポート者がいない母親	
③頼れるところがない母親※	
①毎回おむつ交換に失敗し、ナースコールで呼ぶ経産婦	育児技術
②児の扱いに慣れてこない初産婦	
①SIDS予防用ベビーセンスを借用して退院した不安の強い母親	不安が強い母親
②げっぷがでないが大丈夫かと何度も不安を訴える初産婦	
①心配ごとがあると言にくい母親	相談できない
②(心配ごとを)言えない母親	
①うつ、心配性、妊娠中から精神高揚状態継続、質問が多い母親	精神疾患合併
②精神合併症、感情の起伏の激しい母親	
①小さい児を抱えて退院を迎える母親	児の体重
②体重増加が不良のため、NICUへ児が入院した経験のある母親	

※は本文に挙げた事例



※は本文に挙げた事例

図1 『複合的な気がかり』

表2 気がかりへの助産師の対応

	一時的ケア	情緒的支援	継続的ケア
単一的な気がかり	・頻回の訪室 ・心配ごとの有無の確認 ・児の必要物品の確認 ・乳房のマッサージ、搾乳介助 ・実母のサポート状況の確認 ・退院日の延長を促す ・個別での退院指導 ・家族と一緒に育児指導	・「ゆっくり慣れて」という声かけ ・母親の表情を見ながらの声かけ ・授乳時に付き添う ・ゆっくり話す ・育児の楽しさを伝える	・ケアプラン実施状況の申し送り ・母乳外来の紹介 ・産婦人科外来との連携 ・地域（保健所）との連携 ・助産院の紹介
複合的な気がかり	・頻回の訪室 ・人形でおむつ交換の指導 ・新生児の生理の指導 ・夫と一緒に退院後の必要物品の準備と育児指導・家族計画指導 ・授乳介助、搾乳指導 ・NICUで授乳できるよう調整 ・相談できる場所の確保 ・退院後のサポートの確認 ・電話相談の紹介	・授乳時に付き添う ・話しかける、話を聞く ・母親の自信につながる声かけ ・側にいて見守る ・頑張りぶりや上達ぶりを誉める ・他の母親と交流の機会を設ける ・本人の意欲を大切にする	・母乳外来の紹介 ・プライマリーケア ・ケースワーカーとの調整 ・児童相談所との調整 ・地域（保健所）との連絡 ・助産院の紹介

と、「人形を用いて、おむつ交換などを一緒に行なう」「夫と一緒に必要物品の準備を実際に行う」「授乳介助をする」「相談できる場所を確保する」など、その母親が退院後の生活に支障がないように、その気がかりの内容に合わせて直接対処するケアが挙げられ、このような気がかりの内容に直接対処するケアを「一時的ケア」とした。

次に、「退院時にゆっくり慣れていってと声を掛ける」「授乳時に付き添う」「側にいて見守る」「母親の自信につながる声かけをする」など、気がかりに対する直接的なケアではなく、母親が安心できるように母親の内面に働きかけるケアが挙げられ、このような内面に働きかけるケアを「情緒的支援」とした。

さらに、プライマリーケアだけでなく、「母乳外来の紹介」など病院内で継続性をもたせたり、「児童相談所・保健所への連絡調整をする」などがあがり、このプライマリーケア、および病院内や地域との連携を「継続的ケア」とした。

4. 気がかりとして挙げられた例

『単一的な気がかり』および『複合的な気がかり』について、典型的な例を各々紹介する。

1) 事例A：『単一的な気がかり』[育児技術]への気がかりが挙げられた例

気がかりの内容として助産師は、「育児をはじめて、産褥3日目くらいですかね。赤ちゃんに慣れてこない手つきと…、こわごわ、ずっとこわごわ、自分の赤ちゃんなのに、壊れるものを触るような手つきというか…。赤ちゃんの扱いに慣れないけど、退院して大丈夫か気になった人がいて。」と[育児技術]への気がかりを挙げていた。

この事例への気がかりの対応として、[一時的ケア]では、頻回に訪室し技術の確認、技術習得するまで退院日を延長してはどうかと提案し、技術習得する機会を増やす。[情緒的支援]では、「ゆっくり慣れていって」という声かけ、児の特徴やこの時期ならではの楽しめることを意図的に伝える。[継続的ケア]では、ケアプランの実施状況を申し送り、統一したケアを行うといった病棟内での継続性が挙げられた。この事例では、育児技術の習得という具体的な課題だったため、気がかりへの対応は入院中に焦点が絞られてい

た。

また、この事例へのケアを通して助産師が感じた課題は、このような事例を妊娠期から把握していくために、外来スクリーニングの充実、妊娠期の情報の必要性、プライマリーケアの必要性が挙げられた。

2) 事例B：『複合的な気がかり』[若年・神経質・依存的・実母過干渉]への気がかりが挙げられた例

気がかりの内容として助産師は、「18歳と年齢的に若いこともあって、それも気になるんですけど。もともとの性格が親に頼る。頼るし、紐一つにしても、きっちり結ばないと気がすまないとか、いつも神経質でビリビリしているんです。それだけでなく、お母さんもやっぱり、手を出しちゃう。夜間もお母さんがほとんど付き添って、オムツ替えをしたりして。こんな状況で退院して大丈夫かなって気になって。」と[若年・神経質・依存的・実母過干渉]への気がかりを挙げていた。

その事例への気がかりの対応として、[一時的ケア]では、夫・実母に本人の意欲が高まるような指導、および本人には育児に慣れてもらう機会を増やす。[情緒的支援]では、介助するだけではなく、側にいて見守る。[継続的ケア]では、入院中はプライマリーケアを行ない、さらに退院後の生活を確認してもらうため、本人および家族の承諾を得て、地域への連絡をするなどが挙げられた。

また、このケースへのケアを通して助産師が感じた課題は、このケースの背景など妊娠期から把握していく必要性が大きかったために、外来スクリーニングの充実、妊娠初期からの介入など、早期から妊婦と関わっていくことの必要性が挙げられた。

V 考察

『単一的な気がかり』と『複合的な気がかり』とを比較すると、『単一的な気がかり』は、一般的に母子が遭遇する課題が多く、気がかりに対しケアが焦点化しやすいため、母子個々に合わせたケアへと結びつきやすい内容であった。逆に『複合的な気がかり』は個別性が高く、環境やサポー

ト者の関わり、またその人の気質など様々な要因が絡んでいるため、ケアの対象者およびケア内容も多岐にわたり、ケア効果が上がるまでに時間のかかる内容であった。

特に気がかりの内容のなかでも、[サポート]、[育児技術]、[母乳育児]など、出産後、子どもを育てていく上で、欠くことのできない内容は、気がかりの内容として多く挙がり、さらに『単一的気がかり』、『複合的な気がかり』の両者に共通して挙がっているという特徴がみられた。

また、気がかりへの対応は、[一時的ケア]、[情緒的支援]、[継続的ケア]の3つに大別され、『単一的な気がかり』と『複合的な気がかり』の両者に、[一時的ケア]、[情緒的支援]、[継続的ケア]がケア内容として含まれていた。

さらに[一時的ケア]、および[情緒的支援]から[継続的ケア]へと対応の内容および期間に広がりが見られた。このことは、出産施設での入院期間では全ての気がかりは解決されないことを意味し、助産師には出産施設から地域への密な連携をはかるようなコーディネート能力が求められていると考える。

また、『複合的な気がかり』のように、気がかりが複数の内容から構成される理由として考えられることは、核家族化、少子化により、母親が子どもと関わる機会が減少し、さらに、生活背景やおかれている状況が各々違うことなどが影響していると考えられる。

清水ら⁹⁾の研究では、退院後の相談相手に半数近くが実母を挙げていること、また、榮¹⁰⁾の研究からも、産後1ヵ月における育児協力者は、夫、実母、義母の3者であり、身近にいる家族が担っていたとある。この結果から、産褥早期の母親の不安を軽減する上でも、母親がもっとも育児への手伝いを頼りにし、また実際に母親を手伝っている夫や実母に対する教育指導が大切になってくると考えられる。したがって、『複合的な気がかり』の解決を支えるうえでも、出産施設内での指導は、本人のみの指導ではなく、夫や実母など身近なサポート者を交えた指導が必要であるといえよう。

また、助産師が感じた気がかりの内容の多くは、

藤迫らの¹¹⁾病産院退院後の母親が自分自身の産後の経過、母乳、育児に対し約半数以上、何らかの不安をもっていたことや、退院後の不安内容は、授乳、育児、自分の体について^{12, 13)}という、母親の退院後の不安と一致していた。このことは、助産師の感じる気がかりは、退院後の母親の不安を予測する上での手がかりとなり、助産師が感じた気がかりを産褥早期である入院中に解決していくことで、退院後の母親の不安も減少すると考えられる。

さらに、事例を通してみると、産褥早期の母親のケアとして、入院中のみならず、退院後を見越した助産師自身の意識した関わりなど[継続的ケア]の必要性を助産師は感じていた。しかし、柴田ら¹⁴⁾の調査では、わが国の妊産婦が快適な妊娠・出産を実現できていると思うかの質問に対して、思わないと答えた助産師が90.2%をしめ、その理由として人手不足、多忙、設備の不足などを挙げている。

人手や設備が不足している病院システムのなかでも、助産師は、自分の感じた気がかりに早期から対処することが必要であろう。そうすることで、母親の退院後の不安を軽減し、退院後の生活にスムーズに入ることができ、さらに母親自身の持つ力を引き出すきっかけになると考える。

VI 結論

1. 気がかりの内容は[母乳育児][サポート][育児技術][不安が強い母親][相談できない][精神疾患合併][児の体重]など1つの内容による『単一的な気がかり』とそれらがいくつか絡みあった『複合的な気がかり』が挙げられた。
2. 気がかりへの対応は、[一時的ケア]、[情緒的支援]、[継続的ケア]に分類された。

VII 本研究の限界と今後の課題

本研究においては、研究対象者が少なく、助産師個人の経験による違いが結果を左右している可能性がある。今後は、他の施設も含め、研究対象者となる助産師の数を増やし、助産師の経験を考慮したうえで、比較検討していくことが必要である。また、助産師が感じた気がかりと産褥早期の

母親の不安との関連を明確にするため、助産師と母親を1組として継続的にみていくことで、気がかりを双方向から捉え、より個々の母親に合った助産ケアを検討していきたいと考える。

引用文献

- 1) 厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)研究班:「健やか親子21」中間報告書, <http://rhino.yamanashi-med.ac.jp/sukoyaka/>.
- 2) 母子保健事業団: 母子の主なる統計. 47, 2006.
- 3) 母子衛生研究会: わが国の母子保健. 21, 2007.
- 4) 村上規子: 産褥における電話相談. ペリネイタルケア, 冬季増刊, 158-160, 1989.
- 5) 昆野裕香, 柳原真知子, 神林玲子他: 退院後1週間以内の褥婦の不安. 母性衛生, 43(2): 348-356, 2002.
- 6) 橋本武夫, 吉永陽一郎: 2週間健診の意義. Neonatal Care, 第9巻秋季増刊, 172-176, 1997.
- 7) 清水嘉子, 北村キヨミ, 落合富美江: S市における初産婦の産後1ヵ月頃までのケアニーズの明確化—入院形態別分析を通して—. 母性衛生, 42(4): 709-721, 2001.
- 8) 河田みどり, 杉下知子, 佐藤千史: 分娩施設の助産師による新生児訪問へのニーズ. 母性衛生, 45(1): 20-27, 2004.
- 9) 7)と同じ
- 10) 榮玲子: 産後1ヵ月の育児協力者別にみた褥婦の乳児への愛着と母親としての意識. 母性衛生, 47(1): 81-88, 2006.
- 11) 藤迫奈々重: 地域における, 母子保健活動サービスの経済的評価に関する考察. 滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌, 4: 45-50, 2000.
- 12) 都筑千景, 金川克子: 産後1ヵ月前後の母親に対する看護職による家庭訪問の効果—母親の不安と育児に対する捉え方に焦点を当てて—. 日本公衆衛生雑誌, 11: 1142-1151.
- 13) 高橋純子, 川崎佳代子, 渡邊亮一: 産後1ヵ月間の褥婦の悩みとそれに対する個別指導の効果. 自治医科大学看護学部紀要 第1巻: 85-94, 2003.
- 14) 柴田まりこ, 尾島俊之, 阿相栄子他: 快適な妊娠・出産を支援する基盤整備に関する研究—助産師を対象として—. 母性衛生, 46(2): 374-383, 2005.

Abstract : The present study aimed to examine what concerns nurse-midwives when mothers in the early puerperium and babies are discharged from the hospital, and how midwives address these concerns before discharge of the mothers. We held a semi-constructive interview with thirteen nurse-midwives. After creating verbatim data from the interview, they were analyzed inductively and descriptively by the method of content analysis. The results demonstrated that midwives had “concerns over a single worrying matter” including ‘breast-feeding’, ‘support for mothers and babies’, ‘parenting skills’, ‘mothers with high-level anxiety’, ‘having nobody to consult with’, ‘mental disorders as complications’, and ‘child’s weight’ as well as “concerns about multiple worrying matters”. To address concerns, midwives provided ‘temporary care’, ‘mental support’, and ‘continuous care’.

Key words : early puerperium, midwives, concern(s), mothers and babies, and before discharge

(2007年6月1日 原稿受付)

■原著

日中両国の認知症高齢者の BPSD に関する比較検討

Comparison of BPSD among demented elderly in Japan and China

王 淑娟¹, 品川俊一郎², 中村 紫織², 鄭 洪新¹, 繁田 雅弘³Wang Shujuan¹, Shunichiro Shinagawa², Shiori Nakamura², Zheng Hongxin¹, Masahiro Shigeta³

要 旨：社会の高齢化が急速に進行する中国において、高齢者の認知症の実態、そしてそのことが家族に与える影響を把握するため、沈陽市蘇家屯の65歳以上の高齢者3432名を対象として認知症の有病率と認知症の行動心理学的症候（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD）の有症率の調査を行い、日本で同様の方法で行なわれた調査の結果と比較した。中国における認知症の有病率は8.1%であり、日本での有病率10.6%よりやや低かった。BPSD全体の有症率は両国間で有意差は認められなかったが、不安、抑うつ、焦燥、依存などの感情面での変化と排泄に関して、中国での有症率が日本より有意に高かった。認知症は中国においても大きな問題となっているが、中国においては生活水準が依然として低く、日本と比べて高齢者の社会保障制度が不十分であることが、感情面でのBPSDに関して両国で相違が出た原因の一つとして考えられた。

キーワード：日中両国、認知症高齢者、BPSD、比較

I はじめに

近年急激な高齢化社会の到来に伴い様々な社会問題が出現しているが、認知症患者の増加はその中でも最も大きな課題の一つである。そのため現在まで世界各地で認知症の疫学調査が行われている。中国においても上海や北京、南京などの地域で認知症の有病率に関する疫学調査が行われており、60歳以上の有病率は0.8%から8.6%^{1~8)}であり、認知症患者はすでに600万人を超えていると報告された⁹⁾。

認知症の行動心理学的症候（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD）は

認知症患者の70%から90%に出現するとされ¹⁰⁾、患者本人のみならず介護者の負担を増大させ^{11,12)}、患者と介護者双方の生活の質（Quality of life : QOL）を損なうことから、欧米諸国や日本においては記憶障害などの中核症状にもまして重要な治療対象として認識されてきている^{13,14)}。中国においても認知症やBPSDに対する認識は次第に高まりつつあるものの¹⁵⁾、BPSDの発生頻度並びにBPSDと原因疾患との関係、BPSD発症の要因などの報告は依然として少ないのが現状である。さらに、現在まで中国において行われた認知症の疫学調査は大都市圏あるいは農村の高齢

1 遼寧中医薬大学養生康復研究室 Liaoning University of Traditional Chinese Medicine

2 東京慈恵会医科大学精神医学講座 Department of Psychiatry, Jikei University School of Medicine

3 首都大学東京健康福祉学部 Tokyo Metropolitan University Faculty of Health Sciences

者を対象としたものが多く、都市部郊外地域における報告は極めて少ない。

そのため、本研究では中国都市部郊外地域における認知症とBPSDの実態及びそのことが介護者に与える影響を明らかにすることを目的とし、地域として遼寧省沈陽市蘇家屯地域を選び、在宅の認知症高齢者の有病率およびBPSDの有症率の調査を行なった。調査に際しては、結果が中国都市部郊外地域に特徴的かどうかを明らかにするため、中国の沈陽市蘇家屯と同様に都市部郊外地域であり、工業という産業を持ち、地理的・経済的な条件が類似していると考えられた日本の新潟県糸魚川市で行なわれた調査¹⁶⁾と同一の方法を用いた。そこで両国の結果を比較して、両国における認知症及びBPSDの発症状況の相違について検討した。

II 方法

1. 中国における調査地域と調査対象

沈陽市は中国の東北地方に位置し、工業を主たる産業とする人口670万人の都市であり、本研究の調査対象となった蘇家屯地域は沈陽市の郊外に位置し、2002年5月1日時点で141384世帯、人口は415367人である。調査対象者は遼寧省沈陽市蘇家屯地域育紅社区に戸籍のあるもののうち、2002年5月1日時点で満65歳以上の高齢者3432人であり、主として工場退職者または一般主婦である。対象者のうち、転居や調査拒否などの理由で一次調査が施行できなかったものが525人であり、調査が有効であったものは2907人(84.7%)であった。実際に調査を受けた高齢者の年齢の内訳は表1の通りであった。

なお、本研究の対象となった住民および家族に対しては口頭および書面で研究目的について説明し、同意を得た上で調査を行なった。本研究を行なうにあたって匿名性の保持及び個人情報流出には十分に配慮した。

2. 調査期間と方法

調査は一次調査と二次調査の二段階に分けて行なわれた。一次調査(基礎調査)は2002年5月1日から2002年9月30日まで行ない、二次調査(専門調査)は2002年11月1日から2003年4月20

日まで行なった。

実際に調査に携わる調査員は全員最初に調査に関するオリエンテーションを受け、事前のパイロット調査を施行し、精度を一定のものとしてから調査を行った。調査に際しては、日本における調査で使用された調査票と同一の標準化された調査票を用い、用語も統一した。一次調査は悉皆調査であり、調査員が各家庭を訪問し、調査対象である高齢者及びその家族に直接面接を行い、MMSE(Mini-Mental State Examination)¹⁷⁾を施行し、その得点により正常者と認知症の疑いがある者を抽出した。調査対象となる高齢者は約半数が未就学か小学校を卒業していない対象であり、鉛筆やペンを使ったことがないような対象もそのなかに含まれていたため、低教育歴のためにMMSEの下位項目の五角形交差図や減算といった項目で失点する対象もあると想定された。そのために先行研究¹⁸⁾を参考とし、調査対象の教育水準によってMMSEの得点のカットオフ値を調整し、教育を受けたことの無い場合が17点未満、小学校卒業の場合が20点未満、中学校以上の場合が24点未満と各々定めた。上記の得点未満の対象は認知症の疑いがあるとして二次調査の対象者となった。

二次調査においては、対象者の性別、年齢、教育歴を含めた臨床的背景および以下の項目について、家族および本人に面接を行った。調査項目は(1)脳血管障害の既往、(2)現在治療中の疾患、(3)全般的ADL、(4)聴力、(5)視力、(6)N式老年者日常生活動作能力評価尺度19)、(7)この1ヵ月間の精神症状、(8)認知症の初発症状、(9)精神医学的診断名、(10)現在の介護状況、(11)主たる介護者の基本特性、(12)認知症の重症度(Clinical Dementia Rating:CDR)^{20,21)}である。(7)の精神症状に関しては先行研究^{22,23)}から抽出された32項目(表3を参照)について介護者から聴取し、認められた症状はすべて記載した。なお、調査方法の更なる詳細については日本で同様の方法で行った報告¹⁶⁾を参照されたい。

3. 認知症の診断基準

認知症の診断はDSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth

表 1 蘇家屯地域育紅社区における調査対象高齢者の年齢・性別の構成

	全体	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳～
全体	2907	1924 66.2%	658 22.6%	208 7.2%	96 3.3%	21 0.7%
男性	1297 44.6%	876 67.5%	288 22.2%	81 6.2%	39 3.0%	13 1.0%
女性	1610 55.4%	1048 65.1%	370 23.0%	127 7.9%	57 3.5%	8 0.5%

(上段はN, 下段は%)

Edition)²⁴⁾に従って行なった。認知症の中でのアルツハイマー型認知症 (Alzheimer's disease : AD), 血管性認知症 (Vascular dementia : VaD), その他の認知症の診断に関しても, DSM-IVに従って行なった。認知症の診断に際しては, 十分に経験を積んだ精神科医が前述の調査内容と神経所見を含めた総合的診察を行ない, VaDの診断は局所神経徴候や症状を伴うもの, 脳血管障害の既往と認知機能低下の関連があると判断されたものとした。

4. 本報告のデザイン

以上の調査のうち, 本報告では認知症の有病率, 認知症患者の年齢, 性別, 認知症の重症度などの背景因子, そしてBPSDの有症率とその種類の結果を, 日本の新潟県糸魚川市において同様の方法で行なわれた調査¹⁶⁾の結果と比較する。本研究は非介入研究であり, 横断研究である。なお日本の調査に関しては, 東京慈恵会医科大学倫理委員会の承認を受けて行なったものであることを付記しておく。

5. 統計解析

統計解析は統計ソフトウェアSPSS10.0 J for windowsを用いて行なった。日中両国間の認知症患者の年齢と教育歴, MMSEの得点の比較にはt検定を, 性別, 診断, CDRスコアBPSDの発生頻度には χ^2 乗検定とフィッシャーの正確検定を用い, 5%を有意水準とした。

III 結果

一次調査が有効であった2907人のうち639人(22.0%)が認知症を疑われ, 二次調査の対象となった。二次調査対象者のうちで調査不能者が118人おり, 実際に調査を行なった人数521人のうち156人が認知症と診断された。それに加え,

スクリーニングされなかった対象者の中に認知症の対象者がいないかどうかを確認するため, 一次調査のスクリーニングで除外された2268名から200人を無作為抽出し, 二次調査に加えた。抽出された200人のうちで実際に調査を行なったものは151人であり, そのうち3人が認知症と診断された。これらより, 先行報告¹⁶⁾の計算方法に従い, 有病率は $\{(\text{認知症数} + \text{専門調査不能者数} \times \text{認知症数} / \text{専門調査有効数}) + [\text{スクリーニング群以外の一般調査有効数} \times (\text{認知症人数} + \text{専門調査不能数} \times \text{認知症数} / \text{専門調査有効数}) / \text{専門調査対象数}]\} / \text{一般調査有効数}$ で計算され, 8.1%と算出された。これは日本の糸魚川市での10.6%より低い値であった。認知症の原因疾患ではADが23.9% (日本57.1%), VaDが56.6% (日本22.6%)を占め, VaDの有病率がADに比べて高いことが明らかになった ($p < 0.001$) (表2)。両国の認知症症例の背景因子では, 年齢 ($p = 0.002$) と教育歴 ($p < 0.001$) は日本のほうが有意に高値を示し, 性別では中国で有意に男性が多い ($P < 0.001$) ことが明らかになった (表2)。CDRを用いた認知症の重症度では両国で有意差はなかったが, MMSEの得点は中国の方が有意に低値を示した ($P < 0.018$) (表2)。

認知症患者のBPSDの有症率は全体では日中両国で有意差を認めず, 各々74.9%と76.7%であった (表3)。また, 原因疾患別にもBPSDの有症率は有意差が認められなかった。中国での頻度の多かったBPSDを列挙すると, 「自発性低下」(中国30.8%, 日本29.8%; ns), 「感情失禁」(中国28.9%, 日本6.0%; $p < 0.001$), 「睡眠障害」(中国28.9%, 日本21.3%; ns), 「排泄」(中国28.3%, 日本3.5%; $p < 0.001$), 「易怒・興奮」(中国25.8%, 日本15.8%; $p < 0.01$), 「依存」(中

表 2 日中両国における認知症患者の背景因子の比較

	中国 (N = 159)	日本 (N = 399)	p value
年齢 (歳)	73.1 ± 5.9	81.0 ± 7.1	0.002 *
教育歴 (年)	4.6 ± 4.2	6.7 ± 2.4	< 0.001 *
性別 (男性 : 女性)	105 : 54	139 : 260	< 0.001 **
診断 (AD : VaD : その他)	38 : 90 : 31 (AD は 23.9% VaD は 56.6%)	228 : 90 : 81 (AD は 57.1% VaD は 22.6%)	< 0.001 **
CDR スコア (1 : 2 : 3)	48 : 45 : 66	152 : 112 : 172	0.928 **
MMSE 総得点	12.6 ± 5.8	15.2 ± 4.6	0.018 *

AD : Alzheimer's disease VaD : Vascular dementia

* : t 検定 ** : χ^2 検定

表 3 日中両国における BPSD の比較

	全体		AD		VaD	
	中国 N = 159	日本 N = 399	中国 N = 38	日本 N = 288	中国 N = 90	日本 N = 90
BPSD 全体	122 (76.7)	299 (74.9)	25 (65.8)	176 (77.2)	75 (83.3)	69 (76.7)
睡眠障害	46 (28.9)	85 (21.3)	9 (23.7)	48 (21.1)	29 (32.2)	21 (23.3)
不安症状	23 (14.5)	22 (5.5) **	6 (15.8)	14 (6.1) *	17 (18.9)	5 (5.6) **
抑うつ症状	35 (22.0)	27 (6.8) ***	8 (21.1)	15 (6.6) **	20 (22.2)	7 (7.8) **
自殺企図	3 (1.9)	0 (0.0) *	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.1)	0 (0.0)
自発性低下	49 (30.8)	119 (29.8)	12 (31.6)	62 (27.2)	28 (31.1)	35 (38.9)
心気	24 (15.1)	34 (8.5) **	7 (18.4)	28 (12.3) **	15 (16.7)	3 (3.3) **
気分の易変性	33 (20.8)	31 (7.8) ***	7 (18.4)	17 (7.5) *	23 (25.6)	10 (11.1) *
感情失禁	46 (28.9)	24 (6.0) ***	5 (13.2)	6 (2.6) **	35 (38.9)	12 (13.3) ***
焦燥	30 (18.9)	39 (9.8) **	5 (13.2)	17 (7.5)	19 (21.1)	13 (14.4)
多動	10 (6.3)	17 (4.3)	3 (7.9)	10 (4.4)	4 (4.4)	4 (4.4)
妄想	21 (13.2)	42 (10.5)	8 (21.1)	27 (11.8)	10 (11.1)	10 (11.1)
被害念慮	0 (0.0)	20 (5.0) **	0 (0.0)	12 (5.3)	0 (0.0)	5 (5.6) *
幻聴	13 (8.2)	10 (2.5) **	9 (23.7)	5 (2.2) ***	4 (4.4)	2 (2.2)
幻視	0 (0.0)	16 (4.0) **	0 (0.0)	6 (2.6)	0 (0.0)	5 (5.6) *
せん妄	6 (3.8)	54 (13.5) ***	0 (0.0)	28 (12.3) *	5 (5.6)	13 (14.4) *
逸脱行為	8 (5.0)	6 (1.5) *	1 (2.6)	3 (1.3)	0 (0.0)	2 (2.2)
徘徊, 迷子	15 (9.4)	24 (6.0)	2 (5.3)	17 (7.5)	13 (14.4)	4 (4.4) *
易怒・興奮	41 (25.8)	63 (15.8) **	8 (21.1)	39 (17.1)	28 (31.1)	13 (14.4) **
拒薬・拒食・拒絶	11 (6.9)	24 (6.0)	4 (10.5)	11 (4.8)	7 (7.8)	8 (8.9)
言語的攻撃	7 (4.4)	36 (9.0)	4 (10.5)	23 (10.1)	3 (3.3)	9 (10.0)
行動的攻撃	5 (3.1)	6 (1.5)	4 (10.5)	1 (0.4) ***	1 (1.1)	4 (4.4)
依存	36 (22.6)	19 (4.8) ***	7 (18.4)	5 (2.2) ***	26 (28.9)	9 (10.0) ***
人物誤認	16 (10.1)	27 (6.8)	3 (7.9)	16 (7.0)	11 (12.2)	9 (10.0)
人物に関する状況誤認	10 (6.3)	75 (18.8) ***	2 (5.3)	48 (21.1) *	4 (4.4)	17 (18.9) **
場所に関する状況誤認	20 (12.6)	33 (8.3)	9 (23.7)	21 (9.2) **	7 (7.8)	8 (8.9)
火の不始末	8 (5.0)	57 (14.3) ***	5 (13.2)	42 (18.4)	0 (0.0)	7 (7.8) **
収集癖	6 (3.77)	6 (1.5)	4 (10.5)	4 (1.8) **	2 (2.2)	1 (1.1)
不潔行為	13 (8.2)	22 (5.5)	6 (15.8)	14 (6.1) *	7 (7.8)	6 (6.7)
排泄	45 (28.3)	14 (3.5) ***	11 (28.9)	12 (5.3) ***	27 (30.0)	2 (2.2) ***
多弁	11 (6.9)	17 (4.3)	2 (5.3)	11 (4.8)	5 (5.6)	5 (5.6)
異食	7 (4.4)	3 (0.8) **	1 (2.6)	2 (0.9)	3 (3.3)	1 (1.1)
過食	18 (11.3)	33 (8.3)	6 (15.8)	21 (9.2)	6 (6.7)	8 (8.9)
その他	3 (1.9)	45 (11.3) ***	1 (2.6)	28 (12.3)	1 (1.1)	7 (7.8) *

N (%) * p < 0.05 ** p < 0.01 *** p < 0.001

国 22.6%, 日本 4.8%; $p < 0.001$), 「抑うつ」(中国 22.0%, 日本 6.8%; $p < 0.001$), 「気分の易変性」(中国 20.8%, 日本 7.8%; $p < 0.001$), 「焦燥」(中国 18.9%, 日本 9.8%; $p < 0.01$), 「心気」(中国 15.1%, 日本 8.5%; $p < 0.01$) 及び「不安症状」(中国 14.5%, 日本 8.5%; $p < 0.01$) の順であった。このような多種にわたる感情面での各項目, 「排泄」および「自殺企図」(中国 1.9%, 日本 0.0%; $p < 0.05$) の項目において中国の方が日本より有意に有症率が高値を示した。さらに AD と VaD により原因疾患別に両国を比較しても, 「不安症状」, 「抑うつ」, 「心気」, 「気分の易変性」, 「感情失禁」, 「依存」及び「排泄」などの項目はいずれの疾患でも中国の有症率が有意に高値を示した。

IV 考察

沈陽市蘇家屯地域での認知症の有病率は 8.1% であり, 日本の糸魚川市よりもやや低い結果であった。対象者の年齢構成をみると, 中国では 65 ~ 69 歳の対象が男女共に最も多く 6 割以上を占め, 85 歳以上の対象はわずか 0.7%, 90 歳以上の人は 3 名のみで最高齢者は 93 歳であった。日本での調査では 70 ~ 74 歳の対象が最も多く 31.2% を占め, 85 歳以上の対象も 9.4% を占めた。日本における認知症高齢者の平均年齢が 81.0 歳であったのに対し, 中国では 73.1 歳であった。現在中国人の平均寿命は 73 歳であり, 日本の平均寿命と 10 歳以上の差があるが, この年齢差が今回の調査対象の年齢構成からも浮き彫りになり, 日本での調査に比べての低い認知症の有症率という結果になったと考えられる。加齢は認知症特に AD の最大の危険因子であり, 認知症高齢者の数は加齢とともに急激に増加し, 60 歳代では 1% 程度の有病率であるが, 90 歳代では 20% を超えることはよく知られている²⁵⁾。そのためこれから高齢者人口が増加する中国において, 認知症特に AD の患者が増加し, 社会問題となることが予想される。また, 本調査で得られた認知症の有病率 8.1% は現在まで中国で報告された数値^{1~7)} のなかでは, 比較的高値であった。その理由として, 今まで中国で行われた有病率調査の殆どは 55 歳あるいは 60 歳以上の人を対象にしているの

に対し⁸⁾, 今回は 65 歳以上が調査対象で, 対象の平均年齢も 73.1 歳とこれまでの中国の報告に比して高齢であり, 認知症の有病率も相対的に高くなったこと, また都市部と農村部での有病率が異なり, 今回の都市部郊外地域は認知症症例が多い地域であった可能性などが考えられた。

中国の認知症の原因疾患を考えると, 1990 年代以前は VaD が半数以上を占め AD は 30% 程度であったが²⁶⁾, 近年になり AD の比率が増加し, 7 割以上を占めるとの報告がみられるようになった^{7, 27, 28)}。しかし今回の我々の蘇家屯地域の調査ではその傾向は認められなかった。この違いは都市部と農村, 郊外などの地域差に由来しているのではないかと考えられた。すなわち, 中国の都市部郊外の地域や農村においては高血圧や動脈硬化などの脳血管障害の危険因子に対する積極的な治療が行なわれていない現状がある。それゆえ, 前述の都市部での報告と異なり, 今回調査した蘇家屯地域において, VaD が依然として認知症の主たる原因であったと考えられた。また今回の調査では中国で男性が多かったことも, 中国で VaD の患者が多かった一因とも考えられた。

本研究では, はじめから日本と中国という医療水準や教育水準が大きく異なる両国の比較という点に着目して調査を施行した。対象症例も年齢, 性別及び教育歴も両国間で有意差を示しており, 比較対象として適切でない可能性も考えられたが, このような社会経済状況の異なる両国間で BPSD を比較検討することにより, 逆に中国での医療体制が依然として十分でないことを明らかにできると考え, 本研究を立案した。とくに悉皆調査で地域在住の認知症高齢者全員の BPSD を介護者からくまなく聴取した点が本研究の特筆すべき点であると考えられる。従って年齢や性別を統制した群を抽出しての比較は行わなかったため, 年齢や教育歴などの背景因子の影響を受けるといわれる MMSE スコアは両群間で有意差が生じた。それに比べ, 客観的な認知症の重症度評価である CDR で両群に有意差がなかったことは, 両群の臨床的重症度に差がなく, 比較対象としてある程度適切であることを支持する結果と思われる。また, 今回の調査では BPSD に関して前述のよう

に介護者からの聴取によって評価している。介護者からの聴取は客観的な情報が得られる一方、BPSD への寛容度は介護者によって、または国によって異なり、特に経済水準や生活環境、習慣および医療制度などに関連していることも事実である¹¹⁾。したがって介護者が負担を感じている項目について強く訴える傾向があり、介護者の心理状況や生活状況などに影響される可能性は否定できなかった。

このような状況を背景として、本研究の認知症症例全体の BPSD の中でも両国間で明らかな相違を示した症状は、「不安」、「抑うつ」、「気分の易変性」、「依存」、「感情失禁」、「心気」などの感情面での変化および「排泄」であった。感情面での各項目に関しては、確かに中国においては AD に比して VaD の比率が高く、VaD においては AD より気分の易変性や感情失禁などの感情面での変化が多く出現し、2.8～4 倍ほど抑うつを来しやすいという報告がある^{29, 30)}。しかし AD と VaD それぞれでの疾患別に両国間で比較してもいずれの疾患でも中国での有病率が日本に比して有意に高かったため、疾患比率のみでこの差異は説明できない。本研究での日本と比較して感情面での症状が顕著であるという結果は、北京市（都市部）で行なわれた、中国の認知症症例で感情面での BPSD が多いという結果³¹⁾とも一致している。そこで原因として推測されるのが、中国において経済水準が上がる前に高齢化社会に突入したという事実である。社会の高齢化と経済水準とのバランスが取れていない中国の現状は「未豊先老」（富む前に年老いる）という言葉にも例えられる。さらに「排泄」に関しても、認知症症例全体においても、疾患別に AD と VaD に大別しても、日本に比して症状を呈する頻度は有意に高く、約 30% のケースで症状の出現を認めた。この点については中国の認知症患者が適切な介護を十分に享受することが困難であることを示唆していると考えられた。すなわち、中国では認知症の重症度にかかわらず失禁を伴うことが多くなり、環境面や衛生面、経済的側面なども日本に比して遅れており、そのことが介護者の負担を増大させ、日本に比して「排泄」の項目に関する症状が顕著に出現

したと推察された。

以上より、感情面での各項目や排泄面での BPSD が有意に高頻度に認められた大きな誘因としては、中国での医療保険制度の普及が不十分であることが根幹にあると類推している。中国では医療保険の加入率が低く、特に農村部では大半が医療保険未加入者である。中国国家衛生サービスの調査によると、農村部では 37% の人が病気になっても病院に行かず、65% の人は入院治療が必要でも入院しないと報告されている³²⁾。本研究の調査地域は都市部と農村部の境界であり、医療保険に加入してない対象が半数以上を占めていた。そのため高血圧や動脈硬化など脳血管障害の危険因子や他の疾患を有していても、さらに脳血管障害を併発し身体所見を有していても適切な治療を受けられない例が多数認められた。さらに老後の保障や医療保険などの面でも日本と比して遅れており、中国において老後の生活に対する不安は普遍的に存在している。このような医療サービスの遅れが介護者から聴取した BPSD の感情面での各項目や排泄の項目での日本との有意差として現れたものと考えられた。

中国の一般市民への認知症の啓発活動は進んでおらず、認知症患者は多くの場合自宅で配偶者や子供の介護を受け、介護者の知識は十分ではないことが多い。介護者が BPSD に悩まされて QOL を損ない、大きな負担を感じながらも認知症を病気として認識せず、加齢のため仕方がないと受け止め、医療機関に受診していない場合がほとんどである。中国においても今後高齢化に従い、AD 患者が増加していくものと考えられる。それに伴い、AD 患者によく出現する妄想、言語的攻撃、行動的攻撃、場所に関する状況誤認、火の不始末、収集癖、不潔行為などの BPSD が今後増加することも予想される。それゆえ現在から一般市民に対しても認知症に関する啓発をさらに行うことが必要である。BPSD に関しても早期診断や早期治療を行い、保健医療サービスを確立し、介護者の支援や指導などの制度を充実させ、介護者に十分な情報を与えて介護者の負担を軽減することが大切であると考えられる。

文 献

- 1) 周玢, 洪震, 黃茂盛, 他: 上海市城鄉人群痴呆患病率調査. 中華流行病雜誌, 5(22): 368-370, 2001.
- 2) 王道, 卜時明, 付永軍, 他: 社区老年期痴呆的發病率及相關因素研究. 上海精神医学, 1(12): 10-13, 2000.
- 3) 賴世隆, 溫沢准, 梁偉雄, 他: 広州市城区75歳以上老人痴呆患病率調査. 中華老年医学雜誌, 6(19): 450-455, 2000.
- 4) 張京立, 張紅紅, 陶国枢, 他: 北京海淀区1390名老年期痴呆流行病学調査. 中華流行病学雜誌, 1(19): 18-20, 1998.
- 5) 範儉雄, 言鏡玲, 陳寶華, 他: 南京地区老年期痴呆流行病学調査. 臨床精神医学雜誌, 3(10): 137-138, 2000.
- 6) 梁柳娟, 林啓明, 黃朝, 他: 社区老年人痴呆流行病学調査. 現代予防医学, 4(30): 515-517, 2003.
- 7) 韓恩吉: 老年期痴呆流行病学. 山東医薬, 25(43): 14-15, 2003.
- 8) 解恒革: アル茨海默病的流行病学. 中国全科医学, 12(4): 933-935, 2001.
- 9) 張愛芹, 朱洪: 老年性痴呆家庭介護. 实用医技雜誌, 7: 22-24, 2005.
- 10) Black W, Almeida OP: A systematic review of the association between the behavioral and psychological symptoms of dementia and burden of care. Int Psychogeriatr, 16(3): 295, 2004.
- 11) 国際老年精神医学会: BPSDの的確な治療法の開発 日本老年精神医学会監訳, BPSD痴呆の行動と心理症状. 17, アルタ出版株式会社, 東京, 2005.
- 12) Shigenobu K, Ikeda M, et al: Reducing the burden of care for Alzheimer's disease through the amelioration of "delusions of theft" by drug therapy. Int J Geriatr Psychiatry, 17: 211-217, 2002.
- 13) 工藤喬, 武田雅俊: BPSD総論. 老年精神医学雜誌, 16(1): 9-15, 2005.
- 14) 三好功峰: 痴呆治療における医学的管理のあり方. 中村重信編 痴呆疾患の治療ガイドライン, 21-26, ワールドプランニング, 東京, 2003.
- 15) 周秋華, 候建民: 痴呆の行動と精神症状BPSDの臨床特徴和介護方法. 中国民康医学雜誌, 7(16): 450-451, 2004.
- 16) 新潟県糸魚川市福祉保険課, 東京慈恵会医科大学精神医学講座: 平成9年度及び平成10年度高齢者こころとからだの健康調査 専門調査結果報告書, 2000.
- 17) Folstein MF: Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, 12: 189, 1975.
- 18) 張明園, 瞿光重, 王征宇, 他: 痴呆和Alzheimer病的患病率研究. 中華医学雜誌, 70: 424, 1990.
- 19) 小林敏子, 播口之朗, 西村健, 他: 行動観察による痴呆患者の精神状態評価尺度(NMスケール)および日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)の作成. 臨床精神医学, 17(11): 1653-1668, 1988.
- 20) Hughes CP, Berg L, Danziger WL, et al: A new clinical scale for the staging of dementia. Br J Psychiatry 140: 566-572, 1982.
- 21) Morris JC: The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. Neurology 43: 2412-2414, 1993.
- 22) 東京都福祉局高齢福祉部計画課: 平成7年度高齢者の生活実態および健康に関する調査 専門調査結果報告書, 1996.
- 23) Reisberg B, Auer SR, Monteiro IM: Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. Int Psychogeriatr, 8(Suppl 3): 301-308, 1996.
- 24) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. 1994, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 25) 武田雅俊: 痴呆(認知症)の前駆症状 前駆状態の病態概念. 老年精神医学雜誌, 16(3): 289-295, 2005.
- 26) 高素榮, 張力平: 906名老年人痴呆調査. 中華老年医学雜誌, 8: 75-78, 1989.
- 27) 高之旭, 劉福根, 等: 城市, 城鎮, 農村老年期痴呆患病率研究. 中華神經精神科雜誌, 26: 209-211, 1993.
- 28) 鄒開利, 漆靜, 張守華, 他: 重慶兩路口街道老年期痴呆横断面研究. 中国臨床康復, 7(10): 1550-1551, 2003.
- 29) Cummings JL: Vascular Subcortical dementias; Clinical aspects. Dementia, 5: 177-180, 1994.
- 30) Greenwald BS, Kramer-Ginsberg E, et al: Dementia with coexistent major depression. Am J Psychiatry, 146: 1472-1478, 1989.
- 31) 解恒革, 王魯寧, 于欣: 北京市城鄉社区高齢者和痴呆患者神經精神症状的調査. 中華流行病学雜誌, 25(10): 829-832, 2004.
- 32) 池田裕, 池永由美子: 中国の医療衛生体制改革の動向. 日中医学, 9(20): 36, 2005.

Abstract : In order to clarify the actual situation of dementia in China where the social aging goes rapidly, we investigated the prevalence of dementia and the prevalence of BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) among 3432 elderly over 65 years old in suburbs area, and we compared the result in China to that in Japan conducted with the same methodology.

Prevalence of dementia in China was 8.1% which was lower than that in Japan. Although there was no significant difference in the prevalence of BPSD as a whole, prevalence of changes in emotion such as anxiety, depression, agitation, dependence, and changes in excretion were higher in China.

Although dementia is already a big social problem in China, the standard of living is still low and the social security for elderly is insufficient compared to Japan, and it may result in the high prevalence of emotional changes in China.

Key words : Japan and China, demented elderly, BPSD, comparison

(2007 年 10 月 29 日 原稿受付)

■原著

都市部在住高齢者における閉じこもりの家族 および社会関係の特徴

Characteristics of family and social relationships of homebound elderly people living in an urban area

山崎 幸子¹, 藺牟田洋美², 橋本 美芽², 繁田 雅弘², 芳賀 博³, 安村 誠司⁴

Sachiko Yamazaki¹, Hiromi Imuta², Mime Hashimoto², Masahiro Shigeta², Hiroshi Haga³, Seiji Yasumura⁴

要 旨：本研究では、都市部在住高齢者における閉じこもりと家族関係、社会関係の特徴を検討し、閉じこもり予防・支援のための基礎資料を得ることを目的とした。東京都A区在住の65歳以上の住民に対する郵送調査の有効回答者3,592名から、要介護者等を除き、訪問許可のあった閉じこもり95名、性別と年齢、移動能力をマッチングさせた非閉じこもり95名を対象とした。調査完了者は閉じこもり69名、非閉じこもり73名であった。分析の結果、閉じこもりは、1. 同居家族との会話が少なく、同居している他世代との家計が一緒である傾向が示され、2. 同居家族がいる場合には家庭内における役割が少なく、3. 居宅から30分以上の距離圏における交流人数や、情緒的サポート、外出援助に非閉じこもりと差異があることが確認された。以上から、閉じこもりの同居家族に対する情緒的依存傾向や、周囲との関係性が非閉じこもりと異なっていることが推察された。

キーワード：閉じこもり、外出頻度、家族関係、家庭内の役割、社会関係

I 緒言

高齢者における閉じこもりは竹内¹⁾が閉じこもり症候群として提唱したのが始まりであり、寝たきりの発生因子とされ、身体的、心理的、社会・環境要因の3要因が相互に関連してもたらされると考えられている。閉じこもりの予後については、寝たきりや死亡率を高めること²⁾、要介護のリスクファクターであること³⁾などが縦断研究の結果から確認されている。閉じこもりは、2006年4月に介護保険法の改正により、地域支援事業にお

ける介護予防事業に位置づけられ、予防・支援方法の構築が求められている。

これまでの閉じこもりの関連要因に関する研究結果からは、身体的要因として、歩行能力や移動能力の低下^{2, 4, 5)}、心疾患の既往歴²⁾、ADL、IADL障害⁶⁾などが指摘され、心理的要因では、ADLに対する自己効力感の低さ^{2, 6, 7)}、転倒不安による外出制限⁵⁾、主観的健康感の低さ^{2, 6, 7)}、うつ傾向⁸⁾などとの関連が明らかにされている。社会・環境要因では、近所との付き合いの少な

1 早稲田大学大学院人間科学研究科 Graduate School of Human Science, Waseda University

2 首都大学東京健康福祉学部 Faculty of Health Sciences, Tokyo Metropolitan University

3 桜美林大学大学院 Graduate School, Obirin University

4 福島県立医科大学医学部 Fukushima Medical University, School of Medicine

さ⁵⁾、友人がいないこと⁸⁾、集団活動への不参加⁵⁾などの報告がある。身体的要因や心理的要因については知見が蓄積されつつあるが、社会・環境要因については、その要因の1つである家族関係の検討は見当たらず、また社会関係の詳細な検討は数少ない。しかし、閉じこもりは同居家族からの外出制限などの問題が示唆される²⁾ことから、同居家族を始めとした対象者の交流関係が、閉じこもり状態の形成や維持に関連していると想定される。さらに先行研究の多くが非都市部の高齢者を対象としているが、住宅が密集し交通の便の良い都市部では、隣近所までの距離が短く、友人と接触しやすい環境にあり、社会関係と閉じこもりの関連が非都市部とは異なっている可能性もある。

そこで本研究では、介護予防の観点から地域支援事業の対象者を想定し、要介護、要支援者（以下、要介護者等）を除いた都市部在住高齢者における閉じこもりと家族および社会関係の特徴を検討し、閉じこもり予防・支援のための基礎資料を得ることを目的とした。なお、多くの先行研究より閉じこもりは歩行能力や年齢の影響を受けることが明らかにされているが、これまでの閉じこもりと非閉じこもりの関連要因の比較研究では、対象者抽出の段階でこれらの要因を統制したものはみられない。そこで本研究では、対象者抽出の段階から、移動能力および基本属性として年齢と性別を統制した閉じこもりと非閉じこもりによる家族および社会関係の特徴を検討することを目的とした。

II 方法

1. 調査対象者と調査方法

2006年7月、単純無作為法により抽出された東京都A区在住の65歳以上の住民10,000人に対する郵送調査において有効回答の得られた3,864名のうち、要介護者等を除いた3,592名（閉じこもり289名、非閉じこもり3,303名）の参加者から訪問対象者を抽出した。閉じこもりは、訪問許可のあった95名（男性57名、女性38名、平均年齢70.16±4.92）を対象とした。非閉じこもりは、訪問許可のある780名から、閉じこもりの訪問対

象者の各人に対して、性別と年齢（±2歳）および生活体力指標⁹⁾の移動性に関する6項目の得点（6点満点）を高群と低群に2区分（中央値4点のため、4点をカットオフポイントとしてカテゴリ化）してマッチングに用いた。候補者が複数いる場合には無作為に選出した。その結果、非閉じこもりの訪問対象者は95名（男性57名、女性38名、平均年齢70.26±4.73）となった。調査は戸別訪問により2006年9月～11月にかけて行われた。1戸あたりの調査時間は約40分であった。

2. 調査項目

事前の郵送調査の段階で性別、年齢、世帯構成、介護認定の有無を尋ねた。マッチング変数である移動能力には、生活体力指標⁹⁾の移動性に関する6項目を用いた（「ものにつかまらないで、家の中を歩くことができる」など全14項目、「はい」「いいえ」の2件法により、「はい」の合計数が高いほど生活体力が高いことを示す）。

閉じこもりのスクリーニング基準である外出頻度については、「あなたはどのくらいの回数で外出しますか（隣近所へ行く、買い物、通院なども含みます）」の質問に対し、「週に1回以上は外出する」「月1～3回は外出する」「ほとんど、または、全く外出しない」で回答を求め、後者2つを合わせて「週1回未満」とし、これらを閉じこもりとした^{6,10)}。

家族に関する項目では、家族との会話¹¹⁾、同居している他世代との家計の別の有無、家族関係の主観的満足度（「家族とうまくいっていると思うか」について2件法）について、同居家族がいる対象者にのみ回答を求めた。その他、家族が日頃の生活において好きなようにさせてくれるか、外出を止められた経験の有無について尋ねた。家庭内での役割は、家の中での役割や仕事15項目の有無について尋ねた。該当する役割を合計し役割数を算出した。社会関係に関する項目では、ソーシャル・ネットワークとして、近隣、別居親族、友人の3主体別に、資源の有無（近所づきあいの有無、別居親族の有無、友人の有無）、居住地からの距離別の交流人数（片道10分未満、片道30分程度、片道30分以上〔移動手段は問わない〕）、

親しい人との交流頻度を尋ねた。交流人数は距離別の他に、別居親族および友人については、各距離別に得られた交流人数をそれぞれ合計し主体別の交流人数を算出した（近隣ネットワーク、友人ネットワーク）。なお、各距離別の交流人数が10人以上の場合は10人として換算した。交流頻度では、「ほとんど毎日」～「ほとんどない」の5件法について尋ねた。主体別の分布を考慮し、近隣の交流頻度を「月1回以上」「それ以下」、別居親族、友人は「週1回以上」「それ以下」として2区分した。ソーシャル・サポートは、情緒、病気時の世話、外出援助の3サポートについて、配偶者、同居家族、別居親族、近隣、友人、その他について入手可能性の有無を尋ねた。各項目に該当する主体のそれぞれに1点を与えて合計得点を算出し、各サポート得点とした。

3. 分析方法

閉じこもりと非閉じこもりにおいて、各項目における差の検定を実施した。それぞれの項目に合わせて χ^2 検定、Mann-Whitney の U 検定、

Fisher's Exact test を用いた。解析には、統計パッケージ SPSS 15.0J for Windows を用いた。

4. 倫理面での配慮

調査を行うにあたり、東京都 A 区個人情報審議会および首都大学東京研究倫理委員会の承認を得た。対象者には、調査の趣旨、調査への協力が任意であること、匿名性を保持することを説明し署名にて同意を得た。

III 結果

1. 調査応答率

調査の結果、閉じこもりは、訪問拒否 24 人、調査不能 1 人、入院・入所 1 人で、調査完了は 69 人（応答率 72.4%）であった。非閉じこもりは、訪問拒否 19 人、調査不能 2 人、転居・長期不在 1 人、調査完了 73 人（応答率 76.8%）であった。

2. 基本属性

表 1 に対象者の属性を示した。閉じこもりと非閉じこもりの 2 群間では、性別、年齢、移動能力のマッチング 3 変数、および世帯構成に有意な差は認められなかった。

3. 家族に関する項目の比較

1) 家族関係（表 2）

閉じこもりは非閉じこもりと比べて、同居家族との会話が少ない傾向にあり、また他の世代との家計が同じであると回答した人が多い傾向が認められた。一方、家族関係の主観的満足度や外出を止められた経験、自分の好きなように過ごさせてくれる、については有意な差は認められなかった。

2) 家庭内の役割（表 3）

同居家族がいる場合、家庭内の役割数の合計は、

表 1 対象者の属性

		閉じこもり (N = 69)	非閉じこもり (N = 73)	検定
性別	男性	42 (60.9)	41 (56.2)	n.s.
	女性	27 (45.8)	32 (43.8)	
年齢 [※]	中央値 (平均±SD)	69.0 (70.6 ± 5.3)	69.0 (70.5 ± 5.0)	n.s.
移動能力 [※]	中央値	4.0	4.0	n.s.
世帯構成	一人暮らし	13 (18.8)	13 (17.8)	n.s.
	夫婦世帯	27 (39.1)	34 (46.6)	
	二世帯以上	29 (42.1)	26 (35.6)	

n.s. : not significant 人数 (%)

※ Mann-Whitney の U 検定, その他は χ^2 検定による

表 2 閉じこもりの有無における家族関係の比較

	※閉じこもり (N = 56)	※非閉じこもり (N = 60)	検定
家族との会話（あり）	22 (43.1)	37 (60.7)	†
他の世代との家計（同じ） ^{a)}	15 (55.6)	12 (44.4)	†
家族とうまくいっている	49 (96.1)	60 (98.4)	n.s.
外出を止められた経験（あり）	3 (5.9)	3 (4.9)	n.s.
好きなようにさせてくれる	49 (96.1)	59 (96.7)	n.s.

† : p < .10 n.s. : not significant 人数 (%)

※同居家族がない場合を解析から除外したため N が異なる

a) 二世帯以上のみで分析

χ^2 検定による

表 3 閉じこもりの有無における家庭内役割（あり）の割合

	同居家族あり			一人暮らし		
	閉じこもり (N = 56)	非閉じこもり (N = 60)	検定	閉じこもり (N = 13)	非閉じこもり (N = 13)	検定
総役割数 [※] 中央値 (平均±SD)	6.0 (5.6 ± 2.9)	7.0 (6.7 ± 2.8)	*	7.0 (7.1 ± 1.9)	7.0 (7.7 ± 2.0)	n.s.
食事の支度	28 (50.0)	41 (68.3)	*	13 (100.0)	13 (100.0)	n.s.
洗濯	26 (46.4)	33 (55.0)	n.s.	13 (100.0)	13 (100.0)	n.s.
掃除	36 (64.3)	39 (65.0)	n.s.	13 (100.0)	12 (92.3)	n.s.
家計や財産の管理	27 (48.2)	37 (61.7)	n.s.	9 (69.2)	13 (100.0)	n.s.
孫の世話や保育	11 (19.6)	15 (25.0)	n.s.	2 (15.4)	0 (0)	n.s.
親や配偶者の介護	9 (16.1)	4 (6.7)	n.s.	0 (0)	0 (0)	n.s.
ペット・家畜の世話	11 (19.6)	12 (20.0)	n.s.	3 (23.1)	1 (7.7)	n.s.
神棚・仏壇の管理	30 (53.6)	30 (50.0)	n.s.	7 (53.8)	8 (61.5)	n.s.
庭・花壇・菜園の手入れ	18 (32.1)	30 (50.0)	*	6 (46.2)	7 (53.8)	n.s.
ごみ捨て・ゴミ処理	38 (67.9)	45 (75.0)	n.s.	13 (100.0)	13 (100.0)	n.s.
留守番・電話番	39 (69.6)	46 (76.7)	n.s.	3 (23.1)	7 (53.8)	n.s.
家業の手伝い	14 (25.0)	21 (35.0)	n.s.	1 (7.7)	4 (30.8)	n.s.
大工仕事や家の修繕	12 (21.4)	21 (35.0)	n.s.	3 (23.1)	3 (23.1)	n.s.
漬物・乾物・味噌づくりなど	12 (21.4)	21 (35.0)	n.s.	6 (46.2)	5 (38.5)	n.s.

* : $p < .05$

n.s. : not significant

人数 (%)

※ Mann-Whitney の U 検定, その他は χ^2 検定による

閉じこもりは非閉じこもりよりも有意に少なかった。各項目別に見ると、食事の支度、庭・花壇・菜園の手入れにおいて閉じこもりは非閉じこもりよりも該当しないと回答した人が有意に多かった。また、ほぼ全ての項目で閉じこもりは非閉じこもりに比べ該当しないという回答が多かった。一人暮らしの対象者については、いずれの役割においても有意な差は認められなかった。

4. 社会関係の比較（表 4）

ソーシャル・ネットワークでは、資源の有無や同居家族人数、近隣ネットワーク、交流頻度有意差はなかったが、居宅から片道 30 分以上に住む別居親族ネットワーク、友人ネットワークにおいて閉じこもりの方が有意に少なかった。交流頻度では友人との電話での交流が閉じこもりの方が週 1 回もないと回答した人が有意に多かった。ソーシャル・サポートでは、悩み事の相談と外出の援助において閉じこもりの方が有意に少なかった。

IV 考察

本研究では、都市部の高齢者を対象とし、性別、年齢および移動能力を統制した閉じこもりと非閉

じこもりにおける家族および社会関係の特徴を検討した。その結果、次の 3 点が明らかになった。

第 1 に、閉じこもりは同居家族との家計が一緒の人が多く、家族との会話が少ない傾向が示された。佐藤¹²⁾によれば、家計は、同居家庭内における親子間の勢力関係の指標になりうることを指摘し、家計を別にして同居家族は情緒的結合が弱く、互いに独立的であること、同居に伴う世代的葛藤が緩和され、同時に老親と子ども夫婦との相互援助がそれぞれの自主性に損なわない形で行われやすいことが示唆されている。したがって、本調査の閉じこもりは、同居家族と経済的に分離しておらず世代的葛藤が緩和されにくく、自主性が損なわれやすいといった、情緒的に依存傾向にある可能性が推察される。また、家族関係の満足度は非閉じこもりと変わらず、一見すると満足していたものの、同居家族との会話は少ないことから家族関係は希薄傾向にある側面が伺える。閉じこもりの家族に対する満足度が、家族との関係が良いことに満足しているのか、良くなくても満足しているのかについては本調査からは言及できないが、仮に後者であれば家族に対する遠慮があり、そのことが会話の少なさに通じているとも考えら

表 4 閉じこもりの有無における社会関係の比較

		閉じこもり (N = 69)	非閉じこもり (N = 73)	検定
〈ソーシャルネットワーク〉				
各資源の有無				
配偶者	いる	48 (69.6)	53 (72.6)	n.s.
近所づきあい	あり	58 (84.1)	64 (87.7)	n.s.
別居親族	いる	66 (95.7)	69 (94.5)	n.s.
友人	いる	59 (85.5)	66 (90.4)	n.s.
各主体別の交流人数				
同居家族人数	中央値	1.0	1.0	n.s.
	(平均± SD)	(1.7 ± 1.9)	(1.5 ± 1.5)	
近隣ネットワーク	中央値	2.0	3.0	n.s.
	(平均± SD)	(2.7 ± 2.7)	(3.4 ± 2.9)	
別居親族ネットワーク	中央値	3.0	4.0	n.s.
	(平均± SD)	(3.9 ± 3.5)	(5.0 ± 4.2)	
10 分未満	中央値	0.0	0.0	n.s.
	(平均± SD)	(0.7 ± 1.1)	(1.2 ± 2.0)	
30 分程度	中央値	0.0	0.0	n.s.
	(平均± SD)	(0.6 ± 1.7)	(0.9 ± 1.8)	
30 分以上	中央値	2.0	2.0	*
	(平均± SD)	(2.6 ± 2.7)	(3.0 ± 2.8)	
友人ネットワーク	中央値	3.0	5.0	**
	(平均± SD)	(4.0 ± 4.2)	(6.1 ± 4.7)	
10 分未満	中央値	1.0	1.0	n.s.
	(平均± SD)	(1.7 ± 2.1)	(2.2 ± 3.0)	
30 分程度	中央値	0.0	0.0	n.s.
	(平均± SD)	(1.7 ± 2.1)	(1.0 ± 2.0)	
30 分以上	中央値	0.0	2.0	**
	(平均± SD)	(1.5 ± 2.9)	(2.8 ± 3.2)	
接触頻度 (対面)				
最も親しい近隣	月 1 回以上	33 (47.8)	43 (58.9)	n.s.
最も親しい別居親族	週 1 回以上	25 (37.9)	28 (40.6)	n.s.
最も親しい友人	週 1 回以上	21 (30.4)	30 (41.1)	n.s.
接触頻度 (電話)				
最も親しい近隣	月 1 回以上	13 (18.8)	17 (23.3)	n.s.
最も親しい別居親族	週 1 回以上	20 (30.3)	27 (39.1)	n.s.
最も親しい友人	週 1 回以上	10 (14.5)	23 (31.5)	*
〈ソーシャルサポート〉 **				
悩み事の相談	中央値	1.0	2.0	***
	(平均± SD)	(1.5 ± 0.9)	(2.1 ± 1.3)	
病気時の世話	中央値	1.0	2.0	n.s.
	(平均± SD)	(1.3 ± 0.9)	(1.5 ± 1.0)	
外出の援助	中央値	1.0	1.0	*
	(平均± SD)	(0.8 ± 0.8)	(1.1 ± 1.0)	

*** : p < .001 ** : p < .01 * : p < .05 n.s. : not significant

人数 (%)

※独居者、配偶者・別居親族のいない対象者を除外した

ネットワークの規模、ソーシャルサポートは Mann-Whitney の U 検定、その他は χ^2 検定による

れる。今後は家族に対する心理的側面からの検討が課題である。

第 2 に、家族と同居している場合、閉じこもりは非閉じこもりと比して家庭内の役割数が少なく、食事の支度や、庭・花壇・菜園の管理の役割

を担っていないことが示された。役割を持たない高齢者が調査対象者全体の約 1 割いた東北地方での調査結果¹³⁾とは異なり、本調査ではほぼ全員が何らかの役割を担っていた。都市部在住で身体的に問題の少ない場合には、閉じこもりであって

も家庭内に何らかの役割を担う傾向にあるといえる。その中でも閉じこもりは、非閉じこもりと比して、担当する役割数が少なく家族への貢献度が小さいこと、また自分でできることも家族が代わりに実施してくれている可能性が推察される。一方、一人暮らしの場合は、非閉じこもりとの有意な差はなく、閉じこもりであってもある程度家庭内での役割を伴う活動を維持していた。蘭牟田¹⁴⁾によれば、独居高齢者は社会的に自立した生活を送る能力が高いことから、同居家族がいる場合に閉じこもりが多く、問題があることを示唆している。本結果は、家庭内役割の側面からみた場合に、閉じこもりであっても一人暮らしの場合は生活維持のために役割を持つが、同居家族がいる場合には家族が役割を代わりに実施していることを示唆しており、蘭牟田¹⁴⁾の見解を反映したものと考えられる。家の中で自分の自由になる時間が多い閉じこもりが、家にいる時間が少ない非閉じこもりと比して家庭内の役割を担当する数が少ないことは、非閉じこもりと比して家族に対して生活に関する諸側面を依存しがちであることが推察される。さらに同居家族との会話が少なく家計も同じであり、自主性が損なわれやすい可能性を鑑みると、家族と同居している閉じこもりは家庭内で心理的に孤立しやすい状況にある可能性がある。

第3に、閉じこもりは親しく交流している人が、居宅から30分以内に留まり、距離的に狭小化していることが示され、悩み事を聞いてくれるような情緒的サポートや、外出援助が少ないことが認められた。しかし先行研究^{6,8)}とは異なり、近所づきあいがあり、友人もいること、また交流頻度も非閉じこもりと同程度であることが示され、都市部の閉じこもりが必ずしも社会的に孤立しているわけではないことが確認された。これら先行研究との差異は、地域性の違いのみでなく、本調査が要介護者を除外していることが影響している可能性もある。しかし、本結果からは、身体的に問題が少ない場合には、近隣住民や、居宅から30分以内の距離にいる友人や別居の親族など交流している人とのアクセスが良い場合に、閉じこもりであっても、ある程度交流を保つことが可能

であることが示されたといえる。また情緒的なサポートや外出の直接的な援助が少なかったことから、周囲との交流の量ではなく、他者との関係性が非閉じこもりと異なっていることが示唆された。

以上から、同居家族がいる場合は家庭内での役割を担い、役割を通して家族との関わりや交流が増えることにより、閉じこもりの家族に対する情緒依存傾向や心理的孤立が緩和される可能性がある。したがって、閉じこもり予防・支援においては、在宅高齢者であれば誰でも取り組みやすい家庭内の役割について、どんな役割を担ってもらえそうかという検討を同居家族に助言するアプローチが有用であると推察される。さらに、悩み事を聞いてくれる相談相手や、外出時に一緒に付き添ったり誘ってくれる他者の存在、具体的な外出の援助などについて、傾聴ボランティアや民生委員など地域資源の活用の他に、家族に対してもこれらの検討を促す働きかけが閉じこもり解消に有用であろう。しかし本研究は、横断研究であることから因果関係まで言及することはできない。また一人暮らしの場合については人数が少なかったことから詳細な検討が困難であった。これらについては今後の検討課題である。しかし、本調査は、移動能力を統制した閉じこもりと非閉じこもりを対象としており、同じ移動能力で年齢や性別に差はないにも関わらず上記のような差異が認められたことは、移動能力が弱ってくるために周囲との交流が減ってくるのではなく、周囲との交流が少なくなったり、家庭内の役割も少なくなることから、結果的に閉じこもりになるという方向性が示唆されているとも考えうる。

V まとめと今後の課題

本研究では、年齢、性別および移動能力を統制した都市部在住高齢者の閉じこもりと非閉じこもりを検討した。その結果、同居家族との会話、同居している他世代との家計、居宅からの30分以上の交流人数や悩み事相談のサポート、外出援助、および、同居家族がいる場合には家庭内の役割にも差異があることが示され、閉じこもりの家族への情緒的依存傾向や、周囲との関係性の差異が推

察された。閉じこもり予防・支援として、家族に対するアプローチが有用である可能性が示唆された。今後は縦断研究による影響要因や一人暮らしの閉じこもりについての詳細な検討が課題である。

本研究の実施に際し、多大なるご協力を頂いた東京都A区の住民およびA区役所に感謝申し上げます。なお、本研究は、平成18年厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業・研究代表者：橋本美芽・課題番号H18-長寿-015）の助成を受けた。

文 献

- 1) 竹内孝仁. 寝たきり老人の成因—「閉じこもり症候群」について. 松崎俊久, 柴田博編. 老人保健の基本と展開: 第1版, 148-152. 医学書院, 東京, 1984.
- 2) 藺牟田洋美, 安村誠司, 藤田雅美, 他: 地域高齢者における「閉じこもり」の有病率ならびに身体・心理・社会的特徴と移動能力の変化. 日本公衆衛生雑誌, 45: 883-891, 1998.
- 3) Kawamura K, Watanabe M, Watanabe T, et al.: Incidence of disability in housebound elderly people in a rural community in Japan. *Geriatr Gerontol Int*, 5: 234-241, 2005.
- 4) 結城美智子, 山田嘉明, 高橋和子, 他: 閉じこもり傾向にある女性高齢者のHealth-Related QOL及び活動能力に関する研究. 保健の科学44(11): 875-880, 2002.
- 5) 藤田幸司, 藤原佳典, 熊谷修, 他: 地域在宅高齢者の外出頻度別にみた身体・心理・社会的特徴. 日本公衆衛生雑誌, 51(3): 168-179, 2004.
- 6) 横山博子, 芳賀博, 安村誠司, 他: 外出頻度の低い「閉じこもり」高齢者の特徴に関する研究: 自立度の差に着目して. 老年社会科学, 26(4): 427-437, 2005.
- 7) 藺牟田洋美, 安村誠司, 阿彦忠之: 自立および準寝たきり高齢者の自立度の変化に影響する予測因子の解明: 身体・心理・社会的要因から. 日本公衆衛生雑誌, 49(6): 483-496, 2002.
- 8) 新開省二, 藤田幸司, 藤原佳典, 他: 地域高齢者におけるタイプ別閉じこもり発生の予測因子—2年間の追跡研究から—. 日本公衆衛生雑誌, 52(10): 874-885, 2005.
- 9) Kinugasa T, Nagasaki H: Reliability and validity of the Motor Fitness Scale for older adults in the community. *Aging Clin Exp Res*, 10(4): 295-302, 1998.
- 10) 安村誠司: 「閉じこもり」高齢者のスクリーニング尺度の作成と介入プログラムの開発. 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)平成12年度～平成14年度総合研究報告(主任研究者: 安村誠司), 131-137, 2003.
- 11) 岡本和士. 地域高齢者における主観的幸福感と家族のコミュニケーションとの関連. 日本老年医学会雑誌2000, 37(2): 149-154, 2000.
- 12) 佐藤真一: 三世代同居家族における核家族協会と適応. 都市社会の進展に伴う生活構造の変容と“きずな”のダイナミクス. 平成3年度文部省科学研究費補助金総合研究A 研究成果報告書(研究代表者橋本仁司)185-223, 1992.
- 13) 高橋和子, 安村誠司, 矢部順子, 他: 東北地方の在宅高齢者における地域・家庭での役割の実態と関連要因の検討. 厚生指針, 54(1): 9-16, 2007.
- 14) 藺牟田洋美・安村誠司・阿部ひろみ, 他: 「閉じこもり」高齢者の実態. 保健婦雑誌, 56(1): 17-20, 2000.

Abstract : In this study, the characteristics of family and social relationships of homebound elderly people living in an urban area were investigated in order to obtain information that will be useful for providing support for homebound elderly people. From a total of 3,592 residents of District A in Tokyo aged 65 years or older who provided valid responses to mailed questionnaires, two groups of subjects were selected for this study after excluding residents who required home nursing care : one group of 95 homebound subjects for whom permission to visit was obtained and one group of 95 non-homebound subjects matched to the homebound group by gender, age and locomotion ability. Sixty-nine homebound subjects and 73 non-homebound subjects completed the survey. Results of analysis for homebound subjects living with other family members showed that the homebound subjects had little communication with other family members, who in many cases were family members of different generations, and that their role in the home was insignificant. Results of analysis also showed that there were differences between homebound and non-homebound subjects in the number of people living more than 30 minutes from their home with whom they associated and in the levels of emotional support and assistance in leaving the home. The results suggested that there are differences between homebound and non-homebound elderly people in emotional dependence on family members and in relationships with other people living nearby.

Key words : homebound elderly, frequency of going outdoors, family relationships, household activities, social relationships

(2008 年 2 月 18 日 原稿受付)

会員の皆様へのお知らせ

文部科学省研究振興局長 徳永保様より日本保健科学学会に対し「平成 21 年度科学技術分野の文部科学大臣賞及び若手科学賞候補者推薦」について依頼がまいりました。

この表彰の目的は、「科学技術に関する研究開発，理解増進等に顕著な成果を収めた者について，その功績を讃えることにより，科学技術に関わる者の意欲の向上を図り，もって我が国の科学技術水準の向上に寄与すること」，とあります。

被表彰者は，審査委員会における審査結果を尊重し，文部大臣によって決定されます。

当表彰者の候補者推薦の依頼が日本保健科学学会に届きましたことは，学会としましても名誉なことと感じます。

そこで，学会員の皆様の中から候補者の推薦を募集したいと思います。他薦，自薦は問いません。日本保健科学学会の皆様の中から申し出ていただけましたら，学会内での選考を経て，学会としての候補者として文部科学省へ推薦の手続きを取らせていただきたいと思います。

文部科学省への推薦の締め切りが平成 20 年 7 月 18 日金曜日となっております。そこで学会内での選考へのお申し出は 7 月 5 日までに日本保健科学学会事務局宛へお願いします。

問い合わせ先

日本保健科学学会 事務局

日本保健科学学会会則

第1章 総 則

第1条 本会は、日本保健科学学会（Japan Academy of Health Sciences）と称する。

第2章 目 的

第2条 本会は、わが国における保健科学の進歩と啓発を図ることを目的とする

第3章 事 業

第3条 本会は、前条の目的を達成するため次の事業を行う。

- 一、学術交流を目的とする学術集会を開催する
- 二、会誌等を発行する
- 三、その他理事会が必要と認めた事業を行う

第4章 会 員

第4条 本会の会員は、次のとおりとする。

- 一、正会員
- 二、学生会員
- 三、賛助会員

第5条 正会員とは、本会の目的に賛同するもので保健科学に関心がある研究者もしくは実践家であり、所定の会費を納入した個人をいう。

2. 正会員は総会に出席し、議決権を行使することができる。
3. 正会員は、会誌に投稿し、学術集会で発表し、会誌等の配布を受けることができる。

第6条 学生会員とは大学学部に在学し、保健科学に関連する分野に関心があるものであり、正会員1名の推薦があった個人をいう。学生会員は別途さだめる会費を納入する義務を負う。

2. 学生会員は総会への出席および議決権の行使はできない。
3. 学生会員は、会誌等の配布を受けることができる。

第7条 賛助会員とは、本会の目的に賛同する個

人または団体で、理事の承認を得た者をいう。

第8条 本会に入会を認められた者は、所定の年会費を納入しなければならない。

2. 既納の会費は、理由のいかんを問わずこれを返還しない。

第9条 会員は、次の理由によりその資格を失う。

- 一、退会
- 二、会費の滞納
- 三、死亡または失踪宣告
- 四、除名
2. 退会を希望する会員は、退会届を理事会へ提出しなければならない。
3. 本会の名誉を傷つけ、または本会の目的に著しく反する行為のあった会員は、評議員会の議をへて理事長がこれを除名することができる。

第5章 役員および学術集会会長

第10条 本会に次の役員を置く。

- 一、理事長1名
- 二、理事15名程度
- 三、監事2名
- 四、事務局長1名
- 五、評議員定数は別に定める

第11条 役員の選出は次のとおりとする。

- 一、理事長は、理事会で理事のうちから選出し総会の承認をうる。
- 二、理事および監事は、評議員のうちから選出し総会の承認をうる。
- 三、事務局長は正会員のうちから理事長が委嘱する。
- 四、評議員は正会員のなかから選出する。
- 五、役員の選出に関する細則は、別に定める。

第12条 役員の任期は2年とし再選を妨げない。

第13条 役員は、次の職務を行う。

- 一、理事長は本会を代表し会務を統括する。
- 二、理事は理事会を組織し会務を執行する。
- 三、監事は本会の会計および資産を監査する。

- 四、評議員は評議員会を組織し、理事会の諮問に応じ本会の重要事項を審議する。

第14条 学術集会長は、正会員のなかから選出し総会の承認をうる。

第15条 学術集会長の任期は当該学術集会の前の学術集会終了日の翌日から当該学術集会終了日までとする。

第6章 会議

第16条 本会に次の会議を置く。

- 一、理事会
- 二、評議員会
- 三、総会

第17条 理事会は、理事長が招集しその議長となる。

2. 理事会は年1回以上開催する。ただし理事の3分の1以上からの請求および監事からの請求があったときは、理事長は臨時にこれを開催しなければならない。

3. 理事会は理事の過半数の出席をもって成立する。

第18条 評議員会は、理事長が招集する。評議員会の議長はその都度、出席評議員のうちから選出する。

2. 評議員会は、毎年1回以上開催し、評議員の過半数の出席をもって成立する。

第19条 総会は、理事長が招集する。総会の議長はその都度、出席正会員のうちから選出する。

2. 総会は、会員現在数の10%以上の出席がなければ議事を開き議決することができない。ただし、委任状をもって出席とみなすことができる。

3. 通常総会は、年1回開催する。

4. 臨時総会は、理事会が必要と認めたとき、理事長が招集して開催する。

第20条 総会は、次の事項を議決する。

- 一、事業計画及び収支予算に関する事項
- 二、事業報告及び収支決算に関する事項

- 三、会則変更に関する事項

- 四、その他理事長または理事会が必要と認める事項

第7章 学術集会

第21条 学術集会は、学術集会長が主宰して開催する。

2. 学術集会の運営は会長が裁量する。

3. 学術集会の講演抄録は会誌に掲載することができる。

第8章 会誌等

第22条 会誌等を発行するため本会に編集委員会を置く。

2. 編集委員長は、正会員のうちから理事長が委嘱する。任期は2年とし、再任を妨げない。

第9章 会計

第23条 本会の費用は、会費その他の収入をもってこれに充てる。

2. 本会の予算および決算は、評議員会および総会の承認を受け、会誌に掲載しなければならない。

第24条 本会の会計年度は各年4月1日にはじまり、3月末日をもって終わる。

第25条 学術集会の費用は大会参加費をもって充てる。ただしその決算報告は理事会において行う。

第26条 本会の事務局は、当分の間、首都大学東京 健康福祉学部内におく。

2. 事務局の運営に関しては、事務局運用規定に定める。

第10章 会則変更

第27条 本会則の変更は、理事会および評議員会の議を経たのち総会の承認をうることを必要とする。

第11章 雑則

第28条 この会則に定めるもののほか本会の運営に必要な事項は別に定める。

付 則 本会則は、1998年9月30日から実施する。
(2005年9月10日改訂)

以上

日本保健科学学会誌 投稿要領

1. 本誌への投稿資格は日本保健科学学会会員とする。ただし、依頼原稿についてはこの限りではない。投稿論文の共著者に学生会員を含むことができる。研究や調査の際に倫理上人権上の配慮がなされ、その旨が文中に明記されていること。
2. 原稿は未発表のものに限る。
3. 原稿は次のカテゴリーのいずれかに分類する。
 - ・総説
 - ・原著（短報、症例報告、調査報告などを含む）
 - ・その他（資料など）
4. 投稿原稿の採否は、査読後、編集委員会において決定する。
5. 審査の結果は投稿者に通知する。
6. 原稿の分量および形式は、下記の通りとする。
 - (1) 和文原稿はパソコンまたはワープロ（テキストファイル形式）を用い、A4版横書き縦40行・横40字の1600字分を1枚とし、引用文献、図表、写真を含み、本文の合計が7枚（11200字相当）以内とする。1600字用紙で3枚程度の短報も可能。
 - (2) 英文原稿の場合は、ダブルスペースでパソコン又はワープロ（テキストファイル形式）を用いて、引用文献、図表、写真を含みA4版横書き15枚以内とする。
 - (3) 図表、写真は、それぞれ1枚につき原稿400字分と換算し、原則として合計5枚以内とする。図は製版できるよう作成し、表はタイプ又はワープロで作成する。写真は白黒を原則とし、カラー写真の場合には実費負担とする。
 - (4) 刷り上がり3ページ（4800字相当）までの掲載は無料。4ページ以上の超過ページの印刷に関する費用は有料とする（1ページ当たり6000円）。
7. 原稿の執筆は次の号に従うものとする。

- (1) 原稿の表紙に、標題（和文・英文）、著者名（日本字・ローマ字）、所属機関名（日本語・英表記）、希望する原稿のカテゴリー、別刷必要部数を明記する。原稿本文には、和文の要旨（400字以内）とキーワード（5語以内）、本文、引用文献、英語要旨（300語以内のAbstract）とKeywords（5語以内）の順に記載し、通し番号を付け、図表及び写真を添付する。
- (2) 図、表及び写真は1枚ずつ別紙とし、それぞれの裏に通し番号と著者名を記入する。さらに図及び写真の標題や説明は、別紙1枚に番号順に記入する。また、原稿中の図表、写真の挿入箇所については、欄外に朱筆する。
- (3) 年号は原則として西暦を使用し、外国語、外国人名、地名は、原語もしくはカタカナ（最初は原綴りを併記）で書く。略語は本文中の最初に出たところでフルネームを入れる。
- (4) 引用文献の記載方法
 - a) 本文中の該当箇所の右肩に、順に1), 2) …の通し番号を付し、文末に番号順に揚げる。
 - b) 雑誌の場合
著者名：題名、雑誌名、巻(号)：引用ページ、発行年 の順に記載する。
(例)
井村恒郎：知覚抗争の現象について、精神神経誌、60：1239-1247, 1958.
Baxter, L R, Schwartz, J M, et al. : Reduction of prefrontal cortex metabolism common to three types of depression. Arch Gen Psychiatry, 46 : 243-250, 1989.
 - c) 単行本の場合
著者名：題名、監修ないし編集者、書名、版数：引用ページ、発行社名、発行地名、西暦発行日の順に記載する。
(例)
八木剛平、伊藤 斉：躁鬱病、保崎秀夫編著、新精神医学：282-306、文光堂、東京、1990。
Gardnar, M B : Oncogenes and acute leukemia. Stass SA (ed) , The Acute

Leukemias : 327 - 359, Marcel Dekker,
New York, 1987.

- d) 著者名が4名以上の場合、3名連記の上、
○○○他、あるいは○○○ et al. とする。
8. 原稿はパソコン又はワープロ（テキストファイル形式）で作成し、正原稿1部とそのコピー1部、所属・著者名を削除した副原稿2部、合計4部を提出する。また、3.5 インチフロッピーディスク（氏名、ファイル名等を明記）と所定の投稿票と投稿承諾書（巻末）を添付する。
9. 修正後の原稿提出の際には、修正原稿1部とそのコピー1部、修正副原稿（所属、著者名を削除）2部、修正後の3.5 インチフロッピーディスク（氏名、ファイル名等を明記）、査読済の元原稿（コピー）2部を添えて提出

する。

10. 著者校正は1回とする。校正の際の大幅な変更は認めない。
11. 採択した原稿及びフロッピーは、原則として返却しない。
12. 論文1編につき別刷30部を贈呈する。それ以上の部数は著者の実費負担とする。
13. 原稿は日本保健科学学会事務局
〒116-8551 東京都荒川区東尾久7-2-10
首都大学東京 健康福祉学部内
に提出する。
14. 本誌に掲載された論文の著作権は日本保健科学学会に帰属する。

(2007年4月1日改訂)

入会の おすすめ

日本保健科学学会（旧）東京保健科学学会）は平成10年9月30日に設立されましたが、現在会員数は500余名を数えます。大東京を中心とする保健医療の向上と福祉の増進および学問の交流・推進に寄与するためにはますます本学会の活動を充実させる必要があります。この骨組みに肉付け・味付けするのは会員の皆様です。また、会誌の発行などは会員の年会費に大いに依存しています。この趣旨に賛同される皆様の入会を切に希望します。備え付けの入会申込書に年会費1万円を添えてご入会下さい（下記郵便振替も可）。

投稿論文 募集

日本保健科学学会雑誌は、皆様の投稿論文をよりスピーディに円滑に掲載できるよう年4回の発行を予定しています。また、論文の受付は常時行っており、審査終了後、逐次掲載していきますので、会員多数のご投稿をお待ちしております。投稿論文は本誌掲載の投稿要領をご熟読の上、学会事務局までお願いします。

入会や会誌に関しては、日本保健科学学会事務局までお問い合わせ下さい。

事務取り扱い時間は、

月曜日と水曜日は午前10時～午後4時まで、金曜日は午後1時30分～午後5時となっております。

〒116-8551 東京都荒川区東尾久7-2-10

首都大学東京 健康福祉学部内

TEL. 03-3819-1211 内線270 e-mail : gakkai@hs.tmu.ac.jp

ダイヤルイン 03-3819-7413 (FAX 共通)

郵便振替 口座番号 00120-0-87137, 加入者名 日本保健科学学会

日本保健科学学会役員・評議員

(平成 19 年 9 月 10 日現在)

理事長

米本 恭三 (首都大学東京)

理 事

新井 賢一 (東京大学)

池田 和彦 (東京都精神医学総合研究所)

笠井 久隆 (工学院大学)

川村佐和子 (青森県立保健大学)

菊池恵美子 (首都大学東京)

木下 正信 (首都大学東京)

志自岐康子 (首都大学東京)

杉原 素子 (国際医療福祉大学)

丸山 仁司 (国際医療福祉大学)

柳澤 健 (首都大学東京)

里宇 明元 (慶応義塾大学)

安保 雅博 (東京慈恵会医科大学)

内田 卿子 (聖路加看護大学)

金子 誠喜 (首都大学東京)

川村 義彦 (日本医科大学千葉北総病院)

菊池 吉晃 (首都大学東京)

繁田 雅弘 (首都大学東京)

篠原 広行 (首都大学東京)

林 泰史 (東京都リハビリテーション病院)

水間 正澄 (昭和大学)

米本 恭三 (首都大学東京)

渡邊 修 (首都大学東京)

監 事

上木 隆人 (八王子保健所)

恵美須文枝 (首都大学東京)

事務局長

新田 収 (首都大学東京)

評議員

青山 正征 (群馬バース大学)

安部 真治 (首都大学東京)

新井 賢一 (東京大学)

安保 雅博 (東京慈恵会医科大学)

飯田 恭子 (首都大学東京)

池田 和彦 (東京都精神医学総合研究所)

池田 誠 (首都大学東京)

石井 賢二 (東京都老人総合研究所)

伊藤 政子 (山梨県立看護短期大学)

井上 順雄 (首都大学東京)

入船 寅二 (首都大学東京)

上木 隆人 (八王子保健所)

内田 卿子 (聖路加看護大学)

恵美須文枝 (首都大学東京)

岡部 聡子 (茨城キリスト教大学)

長田 久雄 (桜美林大学)

織井優貴子 (首都大学東京)

香川幸次郎 (岡山県立大学)

笠井 久隆 (工学院大学)

勝野とわ子 (首都大学東京)

金子 誠喜 (首都大学東京)

金田麻里子 (荒川区役所)

河原加代子 (首都大学東京)

川村佐和子 (青森県立保健大学)

川村 義彦 (日本医科大学千葉北総病院)

菊池恵美子 (首都大学東京)

菊池 吉晃 (首都大学東京)

喜多村章一 (首都大学東京)

木下 正信 (首都大学東京)

後藤 保正 (首都大学東京)

才木 C. 滋子 (首都大学東京)

齋藤 秀敏 (首都大学東京)

齋藤 宏 (東京医療学院)

里村 恵子 (首都大学東京)

三妙 律子 (東京都福祉保健局)

繁田 雅弘 (首都大学東京)

志自岐康子 (首都大学東京)

篠原 広行 (首都大学東京)

菅又 昌実 (首都大学東京)

杉原 素子 (国際医療福祉大学)

杉本 正子 (東邦大学)

鈴木 隆雄 (東京都老人総合研究所)

須田 治彦 (首都大学東京)

関根 紀夫 (首都大学東京)

田村 孝司 (東京医療学院)

寺山久美子 (帝京平成大学)

栃木捷一郎 (首都大学東京)

新津 守 (首都大学東京)

新田 収 (首都大学東京)

猫田 泰敏 (首都大学東京)

林 泰史 (東京都リハビリテーション病院)

福士 政広 (首都大学東京)

福田 賢一 (首都大学東京)

松本 満臣 (博仁会第一病院)

丸山 仁司 (国際医療福祉大学)

水間 正澄 (昭和大学)

森山 弘子 (東京都看護協会)

八木 一夫 (首都大学東京)

柳澤 健 (首都大学東京)

山田 孝 (首都大学東京)

山村 礎 (首都大学東京)

結城美智子 (福島県立医科大学)

米本 恭三 (首都大学東京)

里宇 明元 (慶応義塾大学)

渡邊 修 (首都大学東京)

編集後記

2008年6月5日、2016年夏季五輪の立候補都市を絞り込む第1次選考で7都市から東京など4都市が正式承認されました。今後は、開催都市を決定する2009年10月2日のIOC総会（コペンハーゲン）に向けて、国際的な招致活動が解禁されます。東京は1964年以来52年ぶり2度目となる、日本での夏季五輪開催を目指すことになりました。私も小学生の時に東京オリンピックをライブで体験した年代です。勿論、テレビ観戦でしたが…

さて、日本保健科学学会誌への投稿原稿の内容はオリンピック種目までとはいきませんが、大変多くの分野の方々の投稿があります。看護学、理学療法学、作業療法学および放射線学はもとより、生命科学、理学、工学、公衆衛生学、医学等々そのカバーする分野の広さに驚かされます。そのため、編集委員会としては苦勞するところでもあり、反面嬉しいところでもあります。

今後とも多くの会員の皆様の研究成果を投稿されますようお願い申し上げます。（福士政広）

編集委員

繁田 雅弘	（編集委員長）	井上 順雄	（副編集委員長）
石川 陽子	笠井 久隆	金子 誠喜	河原加代子
菊池恵美子	志自岐康子	篠原 広行	杉原 素子
猫田 泰敏	林 泰史	福士 政広	丸山 仁司
柳澤 健	米本 恭三		（五十音順）

日本保健科学学会誌

（略称：日保学誌）

THE JOURNAL OF JAPAN ACADEMY OF HEALTH SCIENCES

（略称：J Jpn Health Sci）

定価 1部 2,750 円（送料と手数料を含む）

年額 11,000 円（送料と手数料を含む）

2008年6月25日発行 第11巻第1号©

発行 日本保健科学学会

〒116-8551 東京都荒川区東尾久7-2-10

首都大学東京 健康福祉学部内

TEL. 03(3819)1211(内線270)

ダイヤルイン 03(3819)7413(FAX共通)

製作・印刷 株式会社 双文社印刷

〒173-0025 東京都板橋区熊野町13-11

TEL. 03(3973)6271 FAX. 03(3973)6228

ISSN 1880-0211

本書の内容を無断で複写・複製・転載すると、著作権・出版権の侵害となることがありますのでご注意下さい。

