

# ベトナムにおけるハンセン病患者群の QOL 評価

渡辺弘之

新潟県立看護大学看護学部

[受付：2013 年 1 月 31 日、掲載決定：2013 年 4 月 26 日]

キーワード：ハンセン病、ベトナム、SF-36v2、QOL

ベトナムは WHO のハンセン病削減目標値を達成したものの、社会復帰が困難な状況に置かれた患者・元患者が多数存在しており、そうした患者群の生活状況やニーズについて明らかにされていない。本稿では包括的健康関連尺度である SF-36v2 を使用し、ベトナム国内 2 か所の病院の患者群と一般群の QOL を測定した。10-29 歳代の若年患者層においては日常役割機能（身体）、身体の痛み、全体的健康感、活力、社会生活機能、日常役割機能（精神）の各下位尺度スコアが一般群と比較して有意に低かった。一方、中高年齢層になると患者群と一般群との間に有意差のみられる項目は少なく、患者群と一般群にはほとんど差がないという結果となった。病院間の比較では日常役割機能（身体）、日常役割機能（精神）の項目に有意差がみられ、自立支援プログラムを実施している病院における患者群の各下位尺度スコアが有意に高かった。患者の QOL を高めるためにはこうしたプログラムの利用も有効であると考えられる。

## はじめに

### ーベトナムのハンセン病患者の置かれた状況ー

ベトナムでは 1983 年からの MDT (Multidrug Therapy, 多剤併用療法) 導入以降ハンセン病の登録有病率は下がり続け、1995 年に WHO が示す削減目標値を達成後、2006 年には登録有病率が 0.1 となり、ハンセン病の流行は終息したとみなされている<sup>1)</sup>。Bang らによれば、こうした登録有病率の減少は、国家レベルでのハンセン病対策が実施されたこと、地域医療活動における新規患者の発見から

診断・治療に至るまでのシステムが整備されたことによって実現したとされている<sup>2)</sup>。これにより、早期に発見され、MDT を受けた患者の多くは身体障害や後遺症を残さず回復し、通常の生活を送ることが可能となった。

その一方で、渡辺によれば重度の身体障害や後遺症が発生し、ハンセン病村などの生活施設やハンセン病専門治療病院で長期に渡って生活している元患者たちが存在している<sup>3)</sup>。こうした元患者の場合、入院代を含めた医療費の自己負担もなく、住居は政府から無償で貸与されているため、最低限の生活は保障されている。また生活に必要な資金はベトナム政府からの生活支援金の他、海外 NGO からの支援金も支給されている。しかし、それらの支援金を合計しても月に 18 ドルほどにしかならず、2011 年のベトナム国民一人当たり GDP 額 1374 ドルと比較してみてもその年間所得は約 10 倍近く低い

\*Corresponding author:  
新潟県立看護大学看護学部  
〒947-0147 新潟県上越市新南町 240  
Tel : 025-526-3108 Fax : 025-526-3108  
E-mail : hiro@niigata-cn.ac.jp

([http://www.jetro.go.jp/world/asia/vn/stat\\_01/](http://www.jetro.go.jp/world/asia/vn/stat_01/))。

これら元患者の多くはベトナムに MDT が完全に普及する以前に罹患・発病していたグループであり、重度の身体障害や後遺症が発生していることに加えて高齢者も多く、施設の外部（＝一般社会）で生活を再構築することは極めて困難な状況に置かれている。

渡辺がベトナムのハンセン病患者および元患者を対象に行った実態調査によれば、対象者の 70.1% に可視的身体障害の発生がみられ、とりわけ 60 歳代と 70 歳代の元患者群に集中していた<sup>3)</sup>。また MDT が導入される以前に発病した元患者の多くは現在もなおハンセン病による後遺症に苦しみ、重い身体障害のためにハンセン病村等での生活を余儀なくされるといった状況に置かれているとの報告がなされている<sup>3)</sup>。

こうした元患者グループが置かれている状況の問題点を整理すると、1) 後遺症・身体障害の発生とその治療の必要性、2) 社会経済上の問題、3) 社会復帰が実現されていない状態、の 3 点に集約できる。「流行状況の解消」が直ちに「ハンセン病問題の終焉」につながるものではないにもかかわらず、ベトナム政府はそうした状態の改善に向けた試みを特に行おうとはしていない。そのため、大部分の元患者は施設や病院が実質的な終の棲家となり、それらの場所で人生を完結させる可能性が高くなっている。そうした点から考えると、施設や病院といった日常生活の場所における QOL（Quality of Life、生活の質）を高めることが元患者の処遇改善にとって必要であると考えられる。

ハンセン病患者の QOL についての把握を試みた Joseph<sup>4)</sup>、Tsutsumi ら<sup>5)</sup>、J-G An<sup>6)</sup>、Proto<sup>7)</sup>、Lustosa<sup>8)</sup> などの先行研究においては、一般群と比較してハンセン病患者の QOL は有意に低いという結果が報告されている。例えば Tsutsumi らがバングラディシュで行った調査では、患者群は身体的および精神的領域の QOL が一般群より低くなっており、教育を受けた期間、読み書き能力、世帯年収などの社会経済的状況が一般群より有意に低いという結果が示されている<sup>5)</sup>。また男性患者群の場合、身体障害の発生している患者群の方が発生していない患者群より QOL スコアが低くなっている他、精神的領域におけるスコアも障害発生患者群の方が低く、

心理的なサポートや介入の必要が説かれている<sup>5)</sup>。

志賀がタイのハンセン病療養所に入所している患者・元患者を対象に行った研究では、社会的関係の程度、周囲環境、地域への浸透度という 3 点から QOL の把握を試みている<sup>9)</sup>。また Kataoka らはらい予防法廃止直後の時期に日本国内のハンセン病療養所において入所者の QOL 調査を実施している<sup>10)</sup>。Kataoka らの研究では入所者の治療の状況、身体的領域、精神的領域、社会的関係について調査が行われているが、年齢層を 74 歳以下と 75 歳以上にグループ化し、さらに性別で比較した場合、身体的領域のスコアは男女とも 74 歳以下グループが高いのに対し、精神的領域における生活の満足度では 75 歳以上グループ女性のスコアが 74 歳以下グループ女性より低いという結果となっている<sup>10)</sup>。また精神的領域における生活の満足度についても 75 歳以上グループ女性の方が 74 歳以下グループ女性よりスコアが高いという結果が示されている<sup>10)</sup>。

QOL の測定を行う場合、何らかの健康関連 QOL（Health-related QOL）を用いて評価を行うが、健康関連 QOL は「包括的 QOL 尺度」と「疾患（症状）特異的 QOL 尺度」の二つに大別される<sup>11)</sup>。

以上に挙げた先行研究において、志賀は独自に測定スケールおよび項目を作成、Kataoka らの研究では身体的領域の把握に ADL および IADL に関する項目、精神的領域の把握に Delighted terrible scale が用いられているが、Joseph、Tsutsumi らの研究では WHOQOL-BREF、J-G An、Proto の研究では DLQI、Lustosa の研究では SF-36 といった QOL 評価尺度が用いられている。WHOQOL-BREF（World Health Organization Quality of Life Assessment BREF）および SF-36（The Medical Outcomes Study 36 Item Short Form Health Survey）は特定の疾患を持つ患者に限定しない包括的 QOL 尺度であり、DLQI（Dermatology Life Quality Index）は、皮膚疾患に焦点を当てた疾患（症状）特異的 QOL 尺度である。

これらの先行研究では、ハンセン病患者および元患者の場合スティグマによる自己肯定感の低下や社会経済的な困難性といった問題が付随して発生することも指摘されており、ハンセン病患者は様々な意味において困難な状況に置かれていることが示唆されている。しかし、ベトナムを対象とした同様の先

表 1 SF-36v2 下位尺度について

下位尺度	得点の解釈	
	低い	高い
身体機能 PF (Physical functioning)	健康上の理由で、入浴または着替えなどの活動 を自力で行うことがとても難しい	激しい活動を含むあらゆるタイプの活動を行うこと が可能である
日常役割機能 (身体) RP (Role Physical)	過去 1 か月間に仕事や普段の活動をした時に身体 的な理由で問題があった	過去 1 か月間に仕事やふだんの活動をした時に、身 体的な理由で問題がなかった
身体の痛み BP (Bodily pain)	過去 1 か月間に非常に激しい体の痛みのためにい つもの仕事が非常にさまたげられた	過去 1 か月間に体の痛みはぜんぜんなく、身体の痛 みのためにいつもの仕事がさまたげられることはぜ んぜんなかった
社会生活機能 SF (Social functioning)	過去 1 か月間に家族、友人、近所の人、その他の 仲間とのふだんの付き合いが、身体的あるいは心 理的な理由で非常にさまたげられた	過去 1 か月間に家族、友人、近所の人、その他の仲 間とのふだんの付き合いが、身体的あるいは心理的 な理由でさまたげられることはなかった
全体的健康感 GH (General health perceptions)	健康状態がよくなく、徐々に悪くなっていく	健康状態は非常に良い
活力 VT (Vitality)	過去 1 か月間、いつでも疲れを感じ、疲れ果てて いた	過去 1 か月間、いつでも活力にあふれていた
日常役割機能 (精神) RE (Role emotional)	過去 1 か月間、仕事やふだんの活動をした時に心 理的な理由で問題があった	過去 1 か月間、仕事やふだんの活動をした時に心理 的な理由で問題がなかった
心の健康 MH (Mental health)	過去 1 か月間、いつも神経質でゆううつな気分 であった	過去 1 か月間、おちついていて、楽しく、おだやか な気分であった

福原俊一、鈴鴨よしみ：SF-36v2™ 日本語版マニュアル。特定非営利活動法人健康医療評価研究機構。京都。2004 より

行研究がないため、ハンセン病患者および元患者の QOL について調査を実施することとした。

本稿では、ベトナムにおけるハンセン病患者をとりまく現状および先行研究によって得られた知見を踏まえ、社会復帰が困難となった患者の QOL を把握し、その結果から患者の処遇改善につながる知見を提供することを目的とする。

## 方 法

ベトナム国内にあるハンセン病専門治療病院 3 か所のうち中部と南部の 2 か所(病院 A および病院 B)において、何らかの治療のために一年以上滞在している患者および元患者（以下患者群とする）143 名（男性 86 名、女性 57 名）を対象とし、QOL 尺度を用いてその生活の質の状態の調査を行った。

本研究の対象としたのは、現在両病院においてハンセン病に関する治療を受けているグループと、ハンセン病によって生じた後遺症などの治療を受けているグループである。ハンセン病は MDT を受ければ身体障害を残すことなく回復が可能であるとされているが、新規患者であっても既に身体障害が発生しているケースもみられたことや、身体障害によっ

て社会復帰が困難になる事態が予想されるため、患者および元患者の双方を調査の対象とした。

それぞれの病院の立地であるが、病院 A は市街中心地から国道に入り車で 7 km ほど移動後にある小高い岩山に囲まれた海沿いの低地に位置している。国道から病院に至るまでの山道は高低差があるため徒歩での移動は難しく、病院スタッフが移動する際にはバイクや車などの交通手段を利用している。病院 A のある市の人口規模は約 31 万人、農業や漁業などの産業が中心であるが、近年は自然の景観を生かしたリゾート開発なども進められている。一方の病院 B は、ベトナム南部の主要大都市から 40 km ほど離れた郊外の省に位置している。病院 B のある省の人口は約 160 万人で、近年工業団地の誘致や経済投資が行われていることもあり急速に開発が進んでいるエリアであるが、病院の周辺は静かな農村のたたずまいを残した環境である。

調査にあたってはまず両病院に調査依頼を行い、調査に応じてくれる患者群に対して自己記入式で調査を行った。QOL の測定には包括的健康関連 QOL である SF-36v2 (SF-36 の改訂版) を使用した。SF-36v2 は健康状態に価値付けをしないプロファイル型尺度であり<sup>12)</sup>、人間の生活を身体的健康度お

および精神的健康度の二つの側面から捉え、8つの下位尺度によってQOLを測定する。身体的健康度の下位尺度は身体機能、日常役割機能（身体）、身体の痛み、全体的健康感、精神的健康度の下位尺度としては活力、社会生活機能、日常役割機能（精神）、心の健康といった項目がある（表1）。SF-36v2のスコア評価は0-100点となっており、その得点が高いほどQOLの状態が高いと判断される。また、健康関連指標としてのSF-36v2の妥当性とその解釈については様々な先行研究によって実証されている<sup>13)</sup>。

本研究のパイロットスタディを実施した際、先行研究で用いられている2つのQOL評価尺度（WHOQOL-BREFおよびDLQI）とSF-36v2を調査予定先の病院に持参し、病院のスタッフ（医師・看護師）と各QOL評価尺度の項目についてディスカッションを行った。

ディスカッションの結果、WHOQOL-BREFとSF-36v2の二つが本研究の目的に合致しているとの意見が得られた。しかしWHOQOL-BREFには性的関係について問う項目が含まれており、患者が答えにくいのではないかという意見が病院スタッフから出された。DLQIにも性的関係について問う項目があるが、J-G Anらが行った中国のLL型ハンセン病患者の研究においても、性的関係（「性生活への影響」）についての質問に対して患者は回答しにくい、答えたくないという調査上の問題が発生したと指摘している<sup>6)</sup>。

また、ハンセン病（元）患者の場合、身体障害や後遺症が発生し、日常生活上の支障や社会復帰の妨げとなっているケースが多い。バングラディシュにおけるハンセン病患者のQOLを調査したTsutsumiらの研究では、身体機能の測定にはBarthel Index（機能的評価）、QOLの測定にはWHOQOL-BREF、精神的な状況の測定にはSelf-Reporting Questionnaire（SRQ）がそれぞれ用いられており<sup>5)</sup>、ハンセン病患者のQOLについて総合的かつ詳細な把握を試みている。しかし、これらの項目について同時に調査を行うとなると、対象者への負担が大きくなることも考慮しなくてはならない。

SF-36v2は身体機能についての下位尺度項目があり身体障害や後遺症発生による自立への影響が測定可能であること、また下位尺度に性的関係について

問う項目が含まれていないこと、精神面、社会生活面などの下位尺度によりQOLの総合的な把握に適していると判断し、SF-36v2を採用することとした。

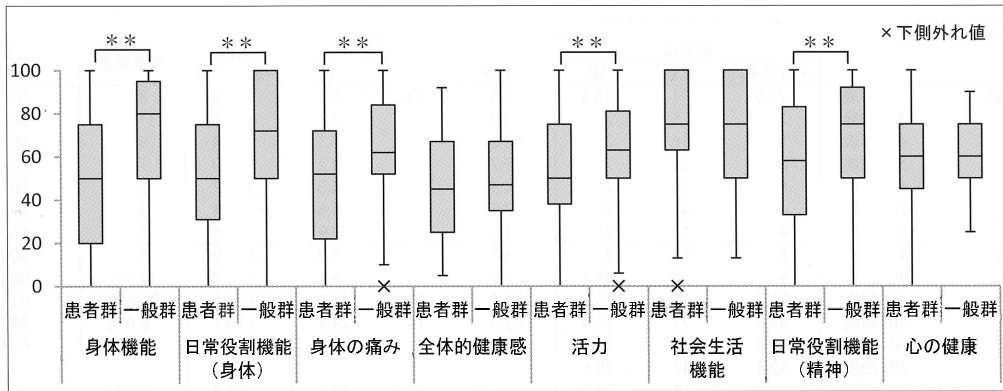
SF-36v2は自己記入式で行うことが推奨されているが<sup>14)</sup>、障害や後遺症などの影響により文字の識別が困難な対象者や少数民族の出身でベトナム語が読めない対象者がいることを想定し、自己記入の際には数人の調査アシスタントを配置した。

その他、対象者の許諾を得て身体部位の写真撮影を行い、WHOのハンセン病身体障害類型（WHO disability grading system for leprosy）<sup>15)</sup>に従って、知覚麻痺もなく目に見える変形や損傷がない状態をGrade0（G0）、目に見える変形や損傷はないが知覚麻痺がある状態をGrade1（G1）、目に見える変形や損傷がある状態をGrade2（G2）として分類した。

また、ベトナムの一般市民146名（男性61名、女性85名）を対象に同様の調査を行い、比較対照群（一般群）としてのデータを収集した。一般群の設定としては、年齢層や性別割合、患者群との比較において母数がほぼ一致することを目標とした。一般群のデータ収集対象地域は、病院AおよびBが置かれている地域に似通った地域特性を持つ場所を2か所選定し、調査を行った。一般群の調査候補地の選定にあたってはベトナム国家統計局が発行している統計年鑑<sup>16,17)</sup>を使用し、住民の人口規模、年齢構成、主要な産業、地理的条件（農漁村エリア・都市近郊エリア）といった地域特性を考慮した上で、病院A・Bの立地条件に近いと判断される2か所を選定した。

一般群（20-50歳代）の抽出についてはベトナムの民間リサーチ会社に委託し、2か所の調査候補地から無作為に抽出された対象者リストの中から許諾が得られた者のみに調査を行った。調査対象者には自己記入式であることを事前に説明し、調査票を自宅に持ち帰ってもらい後日回収したが、調査項目に不明な点がある場合には回収時に必ず確認してもらうように依頼した。一般高齢者層の抽出にはベトナム高齢者協会（Hội người cao tuổi Việt Nam）に協力を依頼し、2か所の調査候補地の会員から無作為に選ばれた対象者に対して許諾を得た後に調査を行った。

これらのデータの分析にはSPSS Statistics 19.0 for Macを用いた。分析カテゴリーとして調査カテ



\*\*&lt;.001

図1 患者群・一般群の下位尺度比較

表2 患者群と一般群の下位尺度スコア比較 (全体)

	N	平均値	標準偏差
患者群	143	55.92	19.151
一般群	146	65.59	18.696

t(286)=4.336, p&lt;.01

ゴリー（患者群・一般群）を設定した他、年齢を10歳単位で区切った年齢カテゴリーを設定して比較を行った（対象者数が少ない10歳代および90歳代はそれぞれ「10-29歳代」「80歳以上」へ統合）。

同時に病院間（病院AおよびB）の比較を行ったが、病院Aには10-29歳のグループが11名（12.1%）いるのに対し、病院Bの場合には0名だった。そのため、病院間の比較においては10-29歳グループを除外して検定を行った。

2群間の有意確率の測定についてはt検定、調査カテゴリーと年齢カテゴリーの比較については一元配置分散分析およびBonferroni法による多重分析を用い、5%未満を有意水準とした。その他QOLに関する自由回答が得られた場合はその内容をすべて記録し、収集情報の切片化およびコード化作業を行った後にカテゴリー化を行った。

以上の調査対象者に対しては事前に調査研究の目的と趣旨について説明し、データの匿名性保持を約束した上で、同意を得られた場合にのみ調査を行っている。本研究は2010年から2012年にかけてそれぞれ8月に実施した。

## 結果

### 1. 対象者の基本的属性

対象者の平均年齢は患者群が61.4歳（SD ± 17.2）、一般群が55.2歳（SD ± 20.0）である。病院別内訳では病院Aが59.0歳（SD ± 18.4）、病院Bが65.6歳（SD ± 14.0）となっている。

### 2. 患者群の身体障害程度

患者群の身体障害程度別構成割合は、G0が2.1%（n=3）、G1が33.6%（n=48）、G2が64.3%（n=92）となっている。

### 3. 患者群と一般群の下位尺度スコア比較

下位尺度スコア全体の平均をt検定によって比較すると、患者群と一般群との間には有意差がみられた（t(286)=4.336, p<.01, 表2）。

各下位尺度スコアを個別に比較した場合、身体機能、日常役割機能（身体）、身体の痛み、活力、日常役割機能（精神）の項目において患者群と一般群との間に有意差がみられたものの、全体的健康感、社会生活機能、心の健康の項目においては有意差がみられなかった（図1）。

この結果をBonferroni法の多重比較（患者群・一般群×年齢層）によって検定すると、平均値スコアでは有意差のみられなかった全体的健康感、社会生活機能の両項目においてそれぞれ10-29歳代に有意差がみられた（表3）。

また患者群と一般群との比較において、完全に有意差がみられなかったのは心の健康のみである。

表3 各下位尺度の患者群・一般群×年齢層の比較

		患者群			一般群			患者群 - 一般群の差	標準誤差	単純主効果の 検定
		スコア平均	度数	SD	スコア平均	度数	SD			
身体機能	10-29歳	75.0	11	15.3	91.5	23	9.1	±16.5	8.634	.057
	30-39歳	58.0	5	28.0	94.0	24	7.1	±36.0	11.579	.002 **
	40-49歳	56.6	16	29.6	86.0	10	13.1	±29.4	9.495	.002 **
	50-59歳	63.8	25	29.8	79.7	19	14.2	±15.9	7.169	.027 *
	60-69歳	41.5	26	28.5	64.3	22	24.0	±22.7	6.823	.001 **
	70-79歳	44.2	47	27.4	47.5	31	25.6	±3.4	5.450	.537
	80歳以上	40.0	13	28.3	43.8	17	22.9	±3.8	8.678	.660
日常役割機能 (身体)	10-29歳	55.1	11	23.4	83.0	23	14.0	±27.9	9.658	.004 **
	30-39歳	51.3	5	45.1	86.0	24	16.1	±34.7	12.951	.008 **
	40-49歳	56.7	16	25.8	83.2	10	21.6	±26.5	10.620	.013 *
	50-59歳	55.8	25	26.9	65.9	19	23.5	±10.1	8.018	.208
	60-69歳	47.6	26	36.4	65.1	22	27.8	±17.4	7.632	.023 *
	70-79歳	52.3	47	29.6	57.0	31	20.3	±4.7	6.096	.442
	80歳以上	61.6	13	29.6	57.8	17	28.2	±3.7	9.707	.700
身体の痛み	10-29歳	45.8	11	37.7	81.7	23	15.8	±35.8	9.840	.000 ***
	30-39歳	45.8	5	34.8	78.5	24	17.7	±32.7	13.195	.014 *
	40-49歳	46.3	16	28.2	79.2	10	20.6	±33.0	10.820	.003 **
	50-59歳	57.0	25	30.1	70.5	19	16.3	±13.5	8.169	.099
	60-69歳	51.8	26	32.4	59.5	22	31.2	±7.7	7.775	.321
	70-79歳	50.8	47	30.4	50.0	31	23.2	±0.8	6.210	.895
	80歳以上	45.5	13	26.9	42.5	17	25.1	±3.1	9.889	.757
全体的健康感	10-29歳	43.8	11	22.8	62.9	23	20.0	±19.1	7.620	.013 *
	30-39歳	51.6	5	21.2	67.0	24	22.1	±15.4	10.218	.132
	40-49歳	58.6	16	24.7	58.1	10	15.8	±0.5	8.379	.956
	50-59歳	52.4	25	23.9	47.7	19	19.3	±4.8	6.326	.453
	60-69歳	44.9	26	25.2	46.9	22	18.0	±1.9	6.021	.747
	70-79歳	39.2	47	20.6	38.4	31	16.7	±0.8	4.809	.864
	80歳以上	52.3	13	21.5	39.1	17	15.7	±13.2	7.658	.085
活力	10-29歳	44.9	11	20.1	78.5	23	16.7	±33.6	8.527	.000 ***
	30-39歳	55.0	5	20.4	76.3	24	18.2	±21.3	11.435	.063
	40-49歳	63.7	16	24.3	77.0	10	17.7	±13.3	9.377	.157
	50-59歳	60.8	25	27.4	61.9	19	18.8	±1.1	7.080	.873
	60-69歳	53.6	26	27.0	61.2	22	24.1	±7.6	6.738	.263
	70-79歳	54.1	47	24.7	48.9	31	23.6	±5.3	5.382	.328
	80歳以上	53.4	13	26.4	46.1	17	24.5	±7.3	8.570	.393
社会生活機能	10-29歳	44.3	11	35.1	89.3	23	16.4	±45.0	9.058	.000 ***
	30-39歳	60.0	5	32.4	81.4	24	21.5	±21.4	12.147	.080
	40-49歳	80.5	16	18.2	83.8	10	20.5	±3.3	9.960	.738
	50-59歳	80.5	25	22.3	77.7	19	18.4	±2.8	7.520	.714
	60-69歳	78.9	26	29.1	72.4	22	21.1	±6.5	7.158	.366
	70-79歳	73.1	47	29.0	64.7	31	20.4	±8.5	5.717	.140
	80歳以上	70.2	13	30.8	59.1	17	30.5	±11.1	9.104	.222
日常役割機能 (精神)	10-29歳	50.0	11	26.4	83.3	23	14.4	±33.3	9.595	.001 **
	30-39歳	55.0	5	41.5	85.4	24	14.2	±30.4	12.867	.019 *
	40-49歳	54.2	16	30.9	78.3	10	23.2	±24.1	10.551	.023 *
	50-59歳	67.7	25	26.2	70.5	19	23.1	±2.9	7.966	.720
	60-69歳	57.1	26	33.1	65.5	22	27.5	±8.5	7.582	.266
	70-79歳	53.9	47	31.8	58.4	31	20.5	±4.5	6.056	.463
	80歳以上	62.8	13	29.2	50.6	17	21.8	±12.2	9.644	.206
心の健康	10-29歳	55.0	11	15.8	65.9	23	14.0	±10.9	6.290	.085
	30-39歳	65.0	5	17.0	64.6	24	15.5	±0.4	8.435	.961
	40-49歳	53.4	16	20.6	66.5	10	12.7	±13.1	6.917	.060
	50-59歳	61.4	25	21.3	61.8	19	16.3	±0.4	5.222	.933
	60-69歳	57.9	26	19.8	57.3	22	14.6	±0.6	4.971	.902
	70-79歳	56.6	47	19.0	54.5	31	12.5	±2.1	3.970	.601
	80歳以上	60.0	13	20.8	53.2	17	14.2	±6.8	6.322	.286
全体結果比較	10-29歳	51.8	11	16.5	79.5	23	10.5	±27.7	6.269	.000 ***
	30-39歳	55.8	5	22.8	79.3	24	11.2	±23.4	8.407	.006 **
	40-49歳	58.7	16	16.9	76.6	10	12.5	±17.9	6.894	.010 *
	50-59歳	62.4	25	17.4	67.0	19	11.8	±4.6	5.205	.379
	60-69歳	54.2	26	20.8	61.5	22	20.5	±7.3	4.954	.141
	70-79歳	53.0	47	20.1	52.4	31	16.1	±0.6	3.957	.872
	80歳以上	55.7	13	19.5	48.9	17	16.1	±6.8	6.301	.279

\*\*\*p&lt;.001, \*\*p&lt;.01, \*p&lt;.05

注：単純主効果の検定において信頼区間の調整は Bonferroni 法を用いた

## 1) 身体機能

身体機能の項目において有意差がみられたのは30-39歳 ( $p<.01$ )、40-49歳 ( $p<.01$ )、50-59歳 ( $p<.05$ )、60-69歳 ( $p<.01$ )の各年齢層である(表3)。しかし年齢層が上がるにつれて患者群・一般群ともに身体機能は漸次低下していく傾向がみられる(図2)。

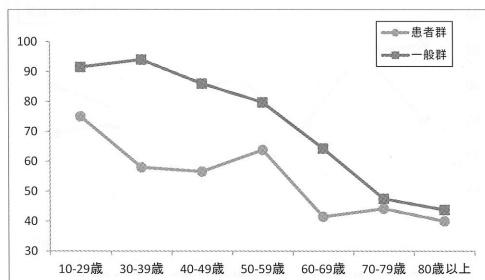


図2 患者群と一般群の比較：身体機能

## 2) 日常役割機能(身体)

日常役割機能(身体)の項目では10-29歳 ( $p<.01$ )、30-39歳 ( $p<.01$ )、40-49歳 ( $p<.05$ )、60-69歳 ( $p<.05$ )で有意差がみられた(表3)。とりわけ30-39歳代での平均値の差が顕著である。60-69歳代では一般群のスコアが有意に高いものの、70-79歳代では有意差がなくなり、80歳以上になると患者群が一般群を上回るという結果になっている(図3)。

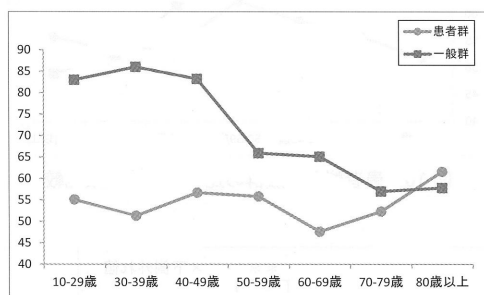


図3 患者群と一般群の比較：日常役割機能(身体)

## 3) 身体の痛み

身体の痛みの項目では10-29歳 ( $p<.001$ )、30-39歳 ( $p<.05$ )、40-49歳 ( $p<.01$ )の各年齢層で有意差がみられ、患者群の方がより身体の痛みの感覚を有しているという結果となった(表3)。また50歳以上になると患者群・一般群ともにスコアが下がる傾向がみられる(図4)。

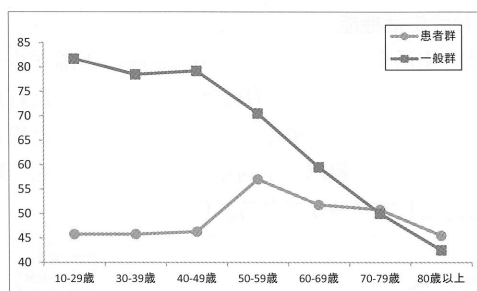


図4 患者群と一般群の比較：身体の痛み

## 4) 全体的健康感

全体的健康感の項目では10-29歳代に有意差がみられたが ( $p<.05$ )、30歳代以上では有意差はみられない(表3)。また、有意差はないものの80歳以上になると患者群のスコアが一般群を上回っている(図5)。

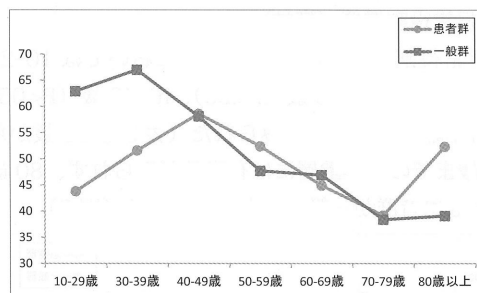


図5 患者群と一般群の比較：全体的健康感

## 5) 活力

活力の項目では10-29歳代が患者群と一般群との間に有意差がみられ ( $P<.001$ )、患者群全体においてもこの年代層のスコアが最も低くなっている(表3)。また、70-79歳、80歳以上の年齢グループにおいては患者群の方が一般群よりスコアが高いという結果となった(図6)。

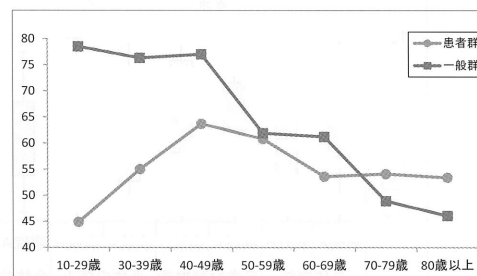


図6 患者群と一般群の比較：活力

## 6) 社会生活機能

社会生活機能の項目では10-29歳の年齢グループに有意差がみられた ( $P<.001$ , 表3)。また有意差はみられないものの、50歳代以降になると患者群のスコアが一般群を上回り、スコアの低下も一般群と比較して緩やかである。(図7)。

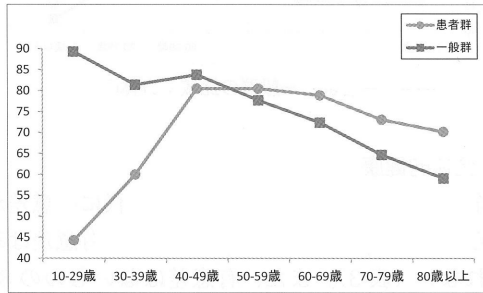


図7 患者群と一般群の比較：社会生活機能

## 8) 心の健康

心の健康については、年齢層別の調査カテゴリーにおける有意差はみられなかった(表3)。また平均値の比較においても有意差がみられず、患者群・一般群とも心の健康においては違いがみられない(図9)。

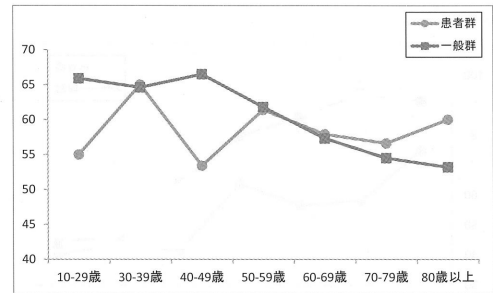


図9 患者群と一般群の比較：心の健康

## 7) 日常役割機能(精神)

日常役割機能(精神)の項目においては10-29歳 ( $P<.01$ )、30-39歳 ( $P<.05$ )、40-49歳 ( $P<.05$ )の各年齢層で有意差がみられた(表3)。50歳から79歳までの各年齢層には有意差がみられず、80歳代では患者群が一般群を上回っている(図8)。

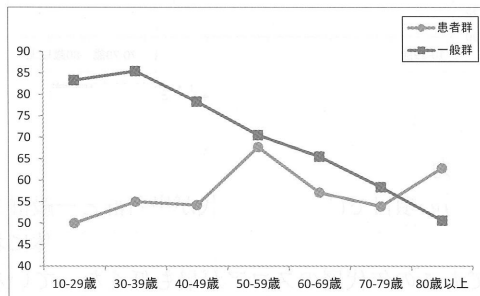


図8 患者群と一般群の比較：日常役割機能(精神)

## 9) 全体平均の比較

10-49歳までの各年齢層において患者群と一般群との間に有意差がみられるが(表3)、50歳以上からは有意差はなくなる。また、有意差はみられなかったものの、80歳以上では患者群のスコアが一般群を上回るといった結果になった(図10)。

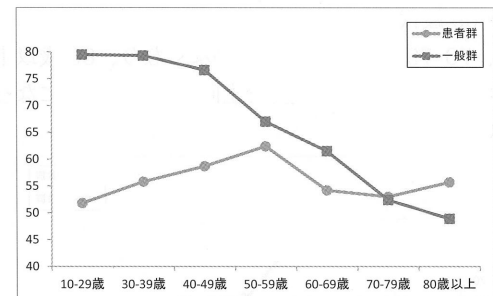


図10 患者群と一般群の比較：全体結果比較

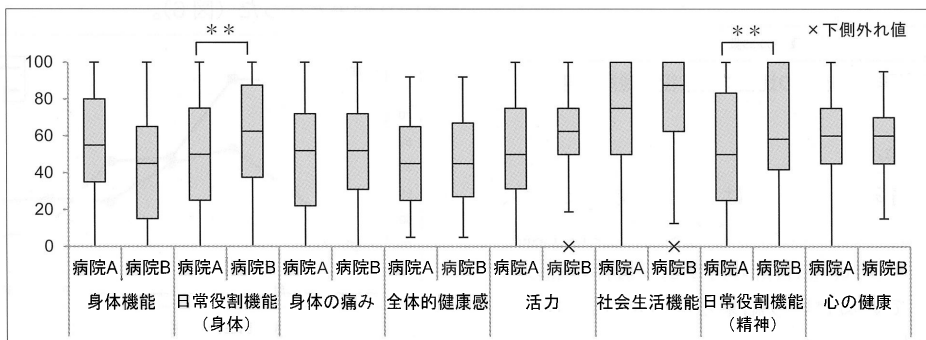


図11 病院間の下位尺度比較

\*\*<.001



表 4 各下位尺度の病院 A・病院 B × 年齢層の比較

		病院 A			病院 B			病院 A-病院 B の差	標準誤差	単純主効果の 検定
		スコア平均	度数	SD	スコア平均	度数	SD			
身体機能	30-39歳	65.0	3	32.8	47.5	2	24.7	±17.5	25.812	.499
	40-49歳	52.5	10	31.9	63.3	6	26.6	±10.8	14.601	.460
	50-59歳	58.9	14	29.0	70.0	11	31.0	±11.1	11.393	.333
	60-69歳	45.5	19	30.0	30.7	7	22.3	±14.8	12.502	.238
	70-79歳	49.1	29	28.6	36.1	18	23.7	±13.0	8.485	.127
	80歳以上	53.0	5	36.5	31.9	8	20.3	±21.1	16.120	.193
日常役割機能 (身体)	30-39歳	18.8	3	10.8	100.0	2	0.0	±81.2	25.833	.002 **
	40-49歳	41.3	10	13.3	82.3	6	20.3	±41.0	14.613	.006 **
	50-59歳	51.4	14	27.1	61.4	11	26.8	±10.0	11.402	.381
	60-69歳	40.5	19	35.4	67.0	7	34.4	±26.5	12.512	.036 *
	70-79歳	51.5	29	30.3	53.5	18	29.3	±2.0	8.491	.817
	80歳以上	86.3	5	11.2	46.1	8	26.9	±40.1	16.133	.014 *
身体の痛み	30-39歳	24.3	3	25.6	78.0	2	8.5	±53.7	26.805	.048 *
	40-49歳	36.9	10	26.5	61.8	6	25.6	±24.9	15.163	.103
	50-59歳	61.1	14	31.9	51.7	11	28.1	±9.3	11.831	.431
	60-69歳	44.0	19	32.9	72.9	7	20.3	±28.9	12.983	.028 *
	70-79歳	53.6	29	30.5	46.2	18	30.6	±7.4	8.811	.403
	80歳以上	58.4	5	20.7	37.5	8	28.4	±20.9	16.740	.214
全体的健康感	30-39歳	43.0	3	24.8	64.5	2	3.5	±21.5	20.639	.300
	40-49歳	52.0	10	29.2	69.5	6	8.2	±17.5	11.675	.137
	50-59歳	50.2	14	25.5	55.3	11	22.6	±5.1	9.109	.580
	60-69歳	45.4	19	24.3	43.7	7	29.4	±1.7	9.996	.869
	70-79歳	43.4	29	22.0	32.4	18	16.6	±11.0	6.784	.109
	80歳以上	63.6	5	13.8	45.3	8	23.2	±18.4	12.889	.157
活力	30-39歳	45.9	3	13.0	68.8	2	26.5	±22.9	23.378	.330
	40-49歳	58.2	10	26.0	72.9	6	19.6	±14.8	13.225	.266
	50-59歳	60.3	14	33.7	61.4	11	18.3	±1.1	10.318	.916
	60-69歳	48.0	19	27.3	68.8	7	21.0	±20.7	11.323	.070
	70-79歳	54.3	29	26.7	53.8	18	21.9	±0.5	7.684	.949
	80歳以上	63.8	5	27.7	46.9	8	25.0	±16.9	14.600	.250
社会生活機能	30-39歳	37.5	3	12.5	93.8	2	8.8	±56.3	24.695	.025 *
	40-49歳	80.0	10	17.9	81.3	6	20.5	±1.3	13.970	.929
	50-59歳	79.5	14	24.3	81.8	11	20.4	±2.4	10.900	.829
	60-69歳	80.9	19	28.1	73.2	7	33.4	±7.7	11.961	.521
	70-79歳	73.7	29	29.6	72.2	18	28.9	±1.5	8.117	.855
	80歳以上	77.5	5	22.4	65.6	8	35.8	±11.9	15.422	.443
日常役割機能 (精神)	30-39歳	25.0	3	8.3	100.0	2	0.0	±75.0	27.049	.006 **
	40-49歳	41.7	10	26.3	75.0	6	27.9	±33.3	15.301	.031 *
	50-59歳	63.1	14	28.6	73.5	11	22.6	±10.4	11.939	.386
	60-69歳	51.3	19	34.1	72.6	7	26.2	±21.3	13.101	.107
	70-79歳	54.0	29	32.5	53.7	18	31.6	±0.3	8.891	.971
	80歳以上	80.0	5	19.2	52.1	8	30.1	±27.9	16.892	.101
心の健康	30-39歳	68.3	3	20.8	60.0	2	14.1	±8.3	17.818	.641
	40-49歳	49.5	10	22.2	60.0	6	17.6	±10.5	10.079	.300
	50-59歳	55.0	14	23.0	69.6	11	16.3	±14.5	7.864	.067
	60-69歳	56.3	19	20.5	62.1	7	18.5	±5.8	8.630	.501
	70-79歳	60.5	29	17.2	50.3	18	20.6	±10.2	5.857	.083
	80歳以上	72.0	5	11.5	52.5	8	22.4	±19.5	11.127	.082
全体結果比較	30-39歳	42.0	3	16.4	76.6	2	9.9	±34.6	17.151	.046 *
	40-49歳	51.5	10	16.2	70.8	6	10.0	±19.3	9.702	.049 *
	50-59歳	59.9	14	19.8	65.6	11	14.1	±5.6	7.570	.459
	60-69歳	51.5	19	20.9	61.4	7	20.4	±9.9	8.307	.237
	70-79歳	55.0	29	22.1	49.8	18	16.5	±5.3	5.638	.353
	80歳以上	69.3	5	14.1	47.2	8	18.1	±22.1	10.711	.041 *

\*\* p&lt;.01, \* p&lt;.05

注：単純主効果の検定において信頼区間の調整は Bonferroni 法を用いた

## 4. 病院間の比較結果

分散分析によって病院間（病院 A および B）の比較を行ったところ、有意差がみられたのは「日常役割機能（身体）」、「日常役割機能（精神）」の二つの下位尺度である（図 11）。

病院間および年齢カテゴリーを Bonferroni の多重比較によって分析すると、日常役割機能（身体）は 30-39 歳（p<.01）、40-49 歳（p<.01）、60-69 歳（p<.05）、80 歳以上（p<.05）の年齢カテゴリーにおいて有意差がみられた（表 4）。特に 30-39 歳

表5 QOL低下の要因として考えられるもの（患者群・自由回答）

身体の痛み・麻痺・しびれ	身体障害の発生
背中の痛み	歩行に松葉づえが必要
腰痛	片足がない
頭痛	視力の衰え
痛風	目が見えない
胃痛	
手足の痛み	
手足がまひして動かない	
足のしびれ	
ずっと身体がしびれている	
精神的問題	その他の身体症状
ホームシック	鼻づまり
精神的に落ち込んだ	身体がだるい
実家にいた時、近所の人と会いたくなかった。入院してから同じ患者同士会うのは気にならない	食後に不整脈が発生する
よく物忘れをする	ずっと寝たきり
自分では何もできず無力感を感じる	糖尿病
	不眠
社会経済的問題	その他の問題
仕事のことが心配	病気のことは心配していないが子どものことが心配
お金がない	事故に遭い2か月間入院した

のグループにおいて平均値の差が最大となっている（±81.2、表4）。

身体の痛みは30-39歳のグループの差が大きく、病院Bのスコアが有意に高い（ $p<.05$ ）他、60-69歳のグループでも有意差がみられた（ $p<.05$ ）。社会生活機能は30-39歳グループにおいて有意差がみられ（ $p<.05$ ）、病院Bのスコアが高くなっている。日常役割機能（精神）は30-39歳（ $p<.01$ ）、40-49歳（ $p<.05$ ）で有意差がみられたが、ここでも病院Bのスコアが病院Aのスコアを上回るといふ結果になった。

全体的健康感、活力、心の健康については病院間および年齢カテゴリーによる有意差はみられなかった。

#### 5. 自立支援プログラムへの参加状況

病院Bには患者が携わることができる軽作業や自立支援のプログラムが用意されている。軽作業は障害程度によって作業内容を選ぶことができ、簡単な清掃から患者の身の回りの世話、家具の組み立てなど様々な種類が用意されており、患者の希望によって参加する・しないという選択が可能である。

また、事業資金を希望者に融資しマイクロクレジット方式による農業や養鶏、養豚といった自立支援プログラムが行われ、病院B患者群の83%がこうした軽作業への従事またはプログラムを利用していた。一方、病院Aの場合はこうしたプログラムは用意されていない。

#### 6. 自由回答として挙げられたもの

その他、患者群の自由回答ではQOLを妨げる要因として身体の痛みや麻痺、社会経済的な問題等がみられたが（表5）、こうした問題を挙げたのはほとんどが50歳代以降の中高齢層であった。

## 考 察

#### 1. 患者群と一般群との比較結果について

多重比較を行うことにより、各下位尺度の平均値比較だけではみえない実態が明らかとなった。まず身体機能であるが、70歳代以降は患者群・一般群ともに身体機能が低下する傾向にある。これは患者群・一般群を問わず、加齢による身体機能の低下は避けられないという事実を反映しており、とりわけ

患者群の場合は身体障害や後遺症などの要因が身体機能のスコアを引き下げていることは自明である。また Kataoka らの研究では 75 歳以上の高齢患者群の場合、加齢によって身体障害の程度が重くなるという結果が紹介されているが<sup>10)</sup>、ベトナムの場合も同様に加齢という要因によって身辺自立が妨げられていると考えられる。

日常役割機能（身体）は過去一か月間の活動について尋ねる項目であるが、患者群の場合、とりわけ 10-29 歳、30-39 歳の層が一般群との比較において差が大きい。この年齢層はまだ若く、本来であれば仕事や家事などの活動に勤しんでいるはずであるが、入院生活によってそうした活動から切り離されているということが考えられる。

身体の痛みについては 10-49 歳までの幅広い層において有意差がみられた。自由回答として挙げられた内容をみると、背中の痛み、腰痛、手足の痛み、頭痛、痛風といった訴えが多く、知覚麻痺が発生している場所とは別の部位に痛みが発生していた。また中高年齢層の患者群の場合、長年の投薬治療の影響による胃痛や肝臓機能の低下がみられるケースもみられた。

全体的健康感の場合、スコアの平均値では患者群と一般群との間に有意差はなかったものの、多重比較を行った結果では 10-29 歳の層で有意差がみられた。この年齢層の患者群は、現在および今後の健康状態が良好でなく、徐々に悪くなっていくという不安感を抱えている状態にある。身体機能が低下したと考えられる 60-69 歳の患者群と 10-29 歳代の層を比較してみてもスコア結果はほとんど変わらず、10-29 歳の患者群は活動的な時期に入院治療を受けることで健康感が損なわれた状態に置かれている様子うかがえる。また日常役割機能（身体）、身体の痛み、全体的健康感、活力、社会生活機能、日常役割機能（精神）の項目においても患者群 10-29 歳代のスコアは著しく低くなっている。

日常生活機能（精神）の質問項目である「仕事やふだんの活動時間を減らした」「仕事やふだんの活動が思ったほどできなかった」「仕事やふだんの活動が集中してできなかった」のスコアを一般群との比較してみると特に 10-29 歳代のスコアが低く、入院治療によって家族との関係や職業生活から遠のき、孤立感や無力感を深めている様子うかがえる。

10-29 歳は社会的・対人的に関係を深めていく時期にあり、罹患および病院での入院生活が若年患者群の喪失感を強めているように思われる。

高齢患者群の場合、対人的な関わりの程度を示す社会生活機能のスコアは一般群と比較しても低いとは言えない。高齢患者群の場合、普段は病院内のハンセン病村で生活を送り、何らかの治療の必要性が生じた場合は病棟に行き、治療が終了すればハンセン病村へ戻るという生活を何十年に渡って繰り返しているパターンが多い。病院内のハンセン病村はこうした長期滞在の元患者のコミュニティとなっており、ハンセン病元患者とその家族しか住んでいないという事実を除けばベトナムの一般的な農村部コミュニティと大きな違いはない。こうしたコミュニティにおいて人間関係上の大きな変化はあまりみられず、安定的な人間関係が営まれている。そのため高齢患者群の場合は社会生活機能のスコアが大きく低下していなかったと考えられる。

また一般群にも慢性的な疾患を抱える高齢者が含まれており、高齢になるに従い患者群・一般群ともに QOL の程度に差が無くなってくるのは結果のみた通りである。しかし、高齢一般群の場合、健康状態や身体的自立程度の差が大きく、とりわけ農村部では疾病などの影響により身体機能が低下し病院への通院も困難な状況に置かれている高齢者の姿もしばしばみられた。夫婦のいずれか、あるいは夫婦ともに何らかの治療が必要なケースもあったが、家事援助や送迎を担う子どもがいない、あるいは子どもと同居していない高齢一般群の場合、社会生活機能の低下が避けられない状況にあった。

一方、高齢患者群の場合、病院の高齢者棟やハンセン病村といった一般社会から距離が置かれた状況での生活を余儀なくされてはいるものの、一般的な医療ニーズが発生した場合でも医師や看護師がすぐ対応できる状況にある。若年の患者群にとっては孤立感を抱きやすい環境であることは否めないが、医療面に限れば高齢患者群にとって心配の少ない環境であるといえる。Tsutsumi らの研究によればパングラディシュのハンセン病患者は無料で医療サービスを受けられることから環境領域面での QOL スコアが高くなっているという結果が紹介されている<sup>5)</sup>。また Kataoka らの研究でも療養所から適切なケアが提供されることによって元患者の主観的健康

度が良好になるとの結果が示されているが<sup>10)</sup>、医療サービスへのアクセス性や適切なケアの提供と患者群の QOL は関連性があると考えられる。

心の健康であるが、患者群と一般群との比較において有意差はなく、年代別に比較した場合でも有意差はみられなかった。Tsutsumi らのバングラディシュの研究では一般群と比較した場合患者群の精神的状況は低いという結果が紹介されているが<sup>5)</sup>、本研究の対象であるベトナムの場合は 10-29 歳および 40-49 歳の比較では患者群の方が一般群より低いスコアを示しているものの有意差はなく、30-39 歳、50-59 歳、60-69 歳では患者群と一般群との差はほとんどみられない。逆に、有意差はみられないものの 70-79 歳、80 歳以上の比較では患者群の方が一般群より良好なスコア結果を示している。スコア全体を比較した場合でも 10-69 歳までは一般群が患者群を上回っているが、70 歳以上になるとスコアが逆転すること、社会生活機能や活力などの下位尺度でも 60 歳以上のグループで比較すると患者群が一般群を上回ることなどから考えてみても、心の健康については決して悪くない状態であると判断される。

## 2. 病院間の比較結果について

病院間（病院 A および B）の各下位尺度スコアを比較してみると、日常役割機能（身体）と日常役割機能（精神）に有意差がみられ、病院 B が病院 A のスコアを上回っているという結果となった。しかし、平均年齢を比較すると病院 A 患者群は 59 歳、病院 B 患者群は 65.5 歳と病院 B の方が高齢者層の割合が高くなっており、本来であれば平均年齢の若い病院 A の方がこれらの項目においてもスコアが高くなるはずである。

この結果について病院 A の管理責任者とディスカッションを行ったところ、こうした違いが発生した理由として、①病院の立地条件、②自立支援プログラムの有無、が関係しているのではないかという指摘がなされた。

病院の立地条件であるが、病院 A から市街地へ行く場合、一番近い国道に出るまで傾斜の厳しい山道に沿って 3 km 以上移動しなくてはならない。そのため自力で移動できる患者はおらず、外出が必要な際には病院のスタッフなどにバイクや車で移送してもらう必要がある。一方、病院 B は平坦な郊外

に位置していることから、自分で移動できる患者は自由に外出したり、バイクタクシーなどを利用して遊びに出かけたりすることも可能である。家族も面会に訪れやすく、患者にとっては家族との精神的なつながりを保ちやすい。このように病院 A と B とでは立地条件の違いによる病院外へのアクセス性が異なり、病院 A の場合、病院外へのアクセスの不自由さが患者の精神的な孤立感につながっている可能性がある。志賀の行ったタイの研究でも病院や療養所外へのアクセスがある程度確保されている場合は日常生活上の欲求が充足されるという結果が示されており<sup>9)</sup>、若年患者層にとって社会生活上の交流が維持しやすい環境であれば QOL はある程度保持されと考えられる。

自立支援プログラムの有無であるが、結果で述べたように病院 B は患者向けの様々な自立支援プログラムが用意され患者群のプログラム利用者も多かったのに対し、病院 A にはそうしたプログラムは用意されていなかった。志賀が行ったタイの研究では調査対象者の半数以上が何らかの仕事に従事しており、それらの仕事から満足感や社会貢献の感覚を抱いているとの結果が報告されている<sup>9)</sup>。また石田らはミャンマーのハンセン病コロニー在住の若者を対象として、職業訓練プログラムへのニーズアセスメント調査を行ったが<sup>9)</sup>、ハンセン病コロニーの若者たちは手に職をつけ、収入を得たいとのニーズが高いとの結果が紹介されている。自立支援プログラムを利用することによって生計に必要な生計に必要な技術を身につけたり、他者の役に立つと感じることは自己肯定感の向上をもたらし、患者群の QOL 向上に有効であると考えられる。

## 3. QOL を低下させる要因とその対策について

若年患者群の場合、入院生活により社会的孤立感を深めてしまう傾向にあり、QOL の全般的な低下を招いている可能性が考えられる。この点から家族の継続的な支援や病院内での人間関係形成の支援が必要と考えられる。また、病院内で患者が従事可能な軽作業や自立支援プログラムの実施が QOL 向上の一策として考えられる。とりわけ長期に渡って病院の高齢者棟やハンセン病村に滞在している患者群に対しては、自立支援プログラムを通じて社会的役割を与えることに意義があると考えられる。

#### 4. 患者群の社会的背景

現在ベトナムにおけるハンセン病対策は公衆衛生活動の一環として実施され、発見から治療に至るまでのシステムが完成されている。治療効果の高いとされるMDTを受けることができ、早期に治療を開始すれば身体に障害を残すことなく回復可能である。

以前同じ調査場所（病院AおよびB）でハンセン病患者の実態調査を実施した際（n=402）、ベトナムにMDTが導入された1983年以前に治療を受けていた群と1983年以降に治療を開始した群と比較を行ったが、G2の身体障害が発生している割合はMDT導入以降群では40.7%であったのに対し、MDT導入以前群では82.4%に上っていた<sup>3)</sup>。

高齢患者群は主にダブソンの単独治療を受けていた者が中心で、その大部分はMDTの恩恵を受けることができなかったグループである。またこれらの高齢患者群には、後遺症治療などのためにハンセン病村や病院に長期滞在するうちに家族との関係が遠のいていった者も少なくない。ベトナムでは1991年から1997年にかけて地域社会レベルでの意識向上を目的としたキャンペーンやハンセン病撲滅キャンペーンが実施されているが<sup>1)</sup>、それ以前のベトナムではハンセン病に対する社会的なスティグマが強く、Bangらによれば隔離法が存在しなかったにもかかわらず患者たちは自らハンセン病村や病院へと移動していったという<sup>2)</sup>。そうした時代を過ごしてきた高齢患者群は結果的に社会復帰が実現せず、ハンセン病村などへ定着していくこととなる。

一方、ベトナムの一般市民とハンセン病患者とはほとんど接点がなく、ハンセン病という名前は知っていても実際に患者と会ったり、ハンセン病村へ行ったことのある市民はほとんどいない。2011年、ベトナム中部にあるハンセン病村がリゾート開発のための指定地域となり、元患者たちがほぼ強制的に他の場所へ移転を余儀なくされるという出来事が発生した（<http://giadinh.vnexpress.net/tin-tuc/to-am/lang-phong-bi-tay-chay-khi-vao-dat-lien-2276957.html>）。元患者たちの移転先に割り当てられたのは一般の住民が住む地域であったが、住民が反対運動を組織し、元患者向けの住宅建設阻止、反対デモの実施、ハノイ政府に抗議の文書を送るなどの反対運動を行った。こうした抗議運動は政治活

動が厳しく制限されているベトナムにおいて異例の事態と言えるだろう。2012年8月に筆者はこの地区で近隣住民にインタビューを行ったが、地区のある住民は「（元患者たちが来ることにに対して）誰も賛成している者はいない」と前置きした上で、「自分たち大人はいいが、子どもがハンセン病に感染するのが怖い」「治る病気であると知っているが、患者に対してはみんな怖いと思っている」などの理由を挙げていた。実際に患者をみたことがある、あるいは会ったことがある住民はほとんどおらず、唯一「自分が小さい頃、道端で物乞いをしている患者をみたことがある」と答えた女性が一人だけであった。元患者たちの移転については人民委員会の役人が皮膚科の医師を伴い何度も住民に説明し同意を求めたが、住民たちは頑なな姿勢を崩さず、人民委員会は別の移転先の検討も余儀なくされるという事態に発展している。こうした出来事は、ベトナムにおいてハンセン病に対する社会的な偏見が強く残存していることを示している。

#### 5. 社会的偏見の解消のために

ベトナムの国民的詩人であるハン・マック・トゥ（Han Mac Tu, 1912-1940）がハンセン病患者だったこともあり、ベトナムの中学や高校では国語の教材としてハン・マック・トゥの詩が取り上げられる際、ハンセン病についての説明も行われている<sup>18)</sup>。一般市民レベルにおいてハンセン病は治る病気であるとの知識が共有されているが、患者・元患者に対する社会的偏見を解消していくためには、公教育の場で正しい知識を提供していくことが重要である。

ベトナムのいくつかの大学では学生によるハンセン病村訪問ボランティアなども行われており、少数ではあるもののハンセン病患者が置かれてきた状況に対して関心を向ける若者も存在している。若い世代から意識を変えていくことにより、社会的偏見が徐々に解消されることが期待される。

#### 本研究の限界と今後の課題

ベトナムの国土は北部・中部・南部の3地方に区別され、本研究ではそのうち中部と南部を対象として行った。したがって、ベトナム全体の患者群を対象としたものではなく、本研究の結果は地域的な限定性を持つものである。また、現在ハンセン病の

治療中の患者と元患者のデータは臨床的に区別されるべきであるものの、病院側の事情により患者カルテにアクセスできる権限が与えられなかったため、同じ病院内の患者と元患者を分析の対象とした。本論でも述べたように、元患者の中にはハンセン病の後遺症により何らかの治療を余儀なくされている者が多く含まれ、現在治療中の患者同様に日常的な生活の支障が発生しているということが共通点となっている。また、ハンセン病は社会的なスティグマを伴う病気であり、それは患者・元患者を問わず心理的な影響を与えている。多くの患者・元患者にとってハンセン病の治療履歴は他者に明かさない秘密となっており、家族や親族にも治療を受けていることを明かしていないケースもみられた。そうした患者の心理的特性を踏まえ、本研究ではハンセン病の治療履歴という共通性を持つ患者群の QOL として調査テーマを設定した。

また、患者群の QOL を低下させないためには、身体障害発生の予防が必要不可欠である。本研究の調査対象となった二つの専門治療病院でも新規患者の早期発見および身体障害発生予防に注力しているが、ホーチミン保健局の Le Kim Phuong 医師によるとベトナム国内の新規患者の 20-25% が身体障害の発生した状態で発見されているとの報告がなされている ([http://www.medinet.hochiminhcity.gov.vn/tintuc/news\\_detail.asp?period\\_id=1&cat\\_id=394&news\\_id=2017](http://www.medinet.hochiminhcity.gov.vn/tintuc/news_detail.asp?period_id=1&cat_id=394&news_id=2017))。障害発生予防は重点的に取り組まなければならない活動であるものの、本研究ではそうした活動について十分論考を重ねることができなかったこともあり、今後の調査研究における課題としたい。また、一般群より低いスコアとなった 10-29 歳および 40-49 歳の患者群の場合、精神的な問題を抱えている者が含まれている可能性が考えられるが、今回の調査ではそうした問題が十分に救い上げられなかった可能性がある。今後の課題として Self-Reporting Questionnaire などのスケールを用い、患者群のメンタルヘルスを測定することも必要になると思われる。

## 謝 辞

本研究は、科学研究費基盤研究 (B) 「ベトナムのハンセン病 (元) 患者および家族の状況分析と

社会復帰支援に関する研究」(20402045, 2008-2011) および科学研究費基盤研究 (C) 「ベトナムにおける社会復帰が困難なハンセン病 (元) 患者の QOL と生活支援の研究」(24530705, 2012-2014) の助成を受けて行ったものである。

本研究を行うにあたり、Le Van Truoc 医師、Nguyen Thanh Tan 医師から多大なる御厚意と御協力を頂いた。Vu Doan Lien Khe さん、Ho Thi Le Thuy さん (いずれもホーチミン国家人文社会科学大学) のお二人は子育てにお忙しい状況にもかかわらず調査コーディネーターとしてご参加して頂き感謝の念に堪えない。また Vo Thi Mai Huong (Quantic CO.LTD) さんからはインタビュー時におけるテクニカルなキーワードの翻訳に多大なるご協力を頂いた。ベトナム高齢者協会ホーチミン支部 (Hội người cao tuổi Việt Nam) の Le Dinh Thu 氏、Nguyen Van Bao 氏 (Hattyando Vietnam) からは調査対象者のアレンジに全面的にご協力いただいた。この場をお借りして感謝の意を表したい。

## 文 献

- 1) World Health Organization: Trends in the epidemiology of leprosy-Viet Nam, 1983-2006. Weekly epidemiological record pp217-224, 2008.
- 2) Bang PD, Suzuki K, Ishii N, Khang TH: Leprosy situation in Vietnam-reduced burden of stigma. Japanese journal of leprosy 77:29-36, 2008.
- 3) 渡辺弘之: ベトナムにおけるハンセン病対策の現状と課題—重度障害を持つ患者の処遇改善に向けて—. 国際保健医療 25:79-87, 2010.
- 4) Joseph GA, Rao PS: Impact of leprosy on the quality of life. Bull World Health Organ 77: 515-517, 1999.
- 5) Tsutsumi A, Izutsu T, Islam AM, Maksuda AN, Kato H, Wakai S: The quality of life, mental health, and perceived stigma of leprosy patients in Bangladesh. Soc Sci Med 64: 2443-2453, 2007.
- 6) An JG, Ma JH, Xiao SX, Xiao SB, Yang F: Quality of life in patients with lepomatous leprosy in China. Journal of the European Academy of

- Dermatology and Venereology 24: 827-832, 2009.
- 7) Proto RS, Machado FCD, Rehder JR, Paixao MP, Angelucci RI: Quality of life in leprosy: a comparative analysis between patients in the Amazon region and patients in Santo Andre in the ABC region of Sao Paulo, Brazil. *An Bras Dermatol* 85: 939-941, 2010.
  - 8) Lustosa AA, Nogueira LT, Pedrosa JI, Teles JB, Campelo V: The impact of leprosy on health-related quality of life. *Rev Soc Bras Med Trop* 44: 621-626, 2011.
  - 9) 志賀文哉：タイ王国南部・ハンセン病患者／元患者の社会保障と QOL に関する研究. *社会福祉学* 42：195-205, 2002.
  - 10) Kataoka M, Ihara K, Imai Y, Wada E, Uehara J, Genda K: Questionnaire Survey Life Style and Health Conditions Among Leprosarium Patients: One Year After the Abolition of the Leprosy Prevention Law. *Bulletin of Allied Medical Sciences of Kobe* 14: 101-109, 1998.
  - 11) 福原俊一, 鈴鴨よしみ, 高橋奈津子, 中村元信, 宮地良樹：皮膚疾患の QOL 評価：DLQI (Dermatology Life Quality Index) Skindex 29 日本語版マニュアル, 健康医療評価研究機構, 東京, 2004.
  - 12) 竹上未紗, 福原俊一：誰も教えてくれなかった QOL 活用法：測定結果を研究・診療・政策につなげる：SF-36 活用編, 健康医療評価研究機構, 東京, 2012.
  - 13) Fukuhara S, Ware JE, Kosinski M, Wada S, Gandek B: Psychometric and clinical tests of validity of the Japanese SF-36 Health Survey. *Journal of Clinical Epidemiology* 51: 1045-1053, 1998.
  - 14) 福原俊一, 鈴鴨よしみ：SF-36v2™ 日本語版マニュアル：健康関連 QOL 尺度, 健康医療評価研究機構, 東京, 2011.
  - 15) Leprosy Who Expert Committee on: Seventh Report. WHO Tecnical Report Series, World Health Organization, Geneva, 1998.
  - 16) General Statistics Office of Vietnam: Statistical Yearbook 2010, STATISTICAL PUBLISHING HOUSE, HANOI, 2011.
  - 17) General Statistics Office of Vietnam: Statistical Yearbook 2011, STATISTICAL PUBLISHING HOUSE, HANOI, 2012.
  - 18) 渡辺弘之：ベトナムのハンセン病村の子どもたちの被差別経験と葛藤. *グローバル人間学紀要*：101-129, 2012.

# The Quality of life of leprosy patients' group in Vietnam

Hiroyuki WATANABE

Faculty of Nursing, Niigata College of Nursing, Niigata, Japan

[Received: 31 Jan, 2013 / Accepted: 26 April, 2013]

**Key words :** leprosy, QOL, SF-36v2, Vietnam

Vietnam has achieved WHO's leprosy elimination goal at a national level, but there are a lot of ex-leprosy patients who have severe physical disabilities in the leprosy treatment centers and resettlement villages.

The purpose of this study is to analyze the quality of life (QOL) of ex-leprosy patients in Vietnam.

The study was conducted in two leprosy treatment centers in Vietnam. The SF-36v2 QOL survey was used to evaluate the leprosy patients' health related conditions, and as a comparison group, SF-36v2 QOL survey was provided to a random group from the general population to measure the general groups' health related conditions.

For those participants aged from 10 to 29 years old, the patients' group scored lower than the general group in each of the following categories; Role physical, Bodily pain, General health perceptions, Vitality, Social functioning, Role emotional.

On the other hand, middle aged and elderly participants were found to show no significant difference between the patients' group and the general group. In comparing the two leprosy treatment centers, the score of Role physical and Role emotional were significantly higher in the leprosy treatment center where vocational training programs for leprosy patients are offered. From these results, the use of vocational training program is one of the effective methods for improving the QOL of the patients' group.

---

\*Corresponding author:

Faculty of Nursing, Niigata College of Nursing  
240 Shinnan-cho, Joetsu-city, Niigata, Japan  
Tel : +81-25-526-3108, Fax : +81-25-526-3108  
E-mail : hiro@niigata-cn.ac.jp