

ベーチェット病患者における quality of life の主観的 生活満足度に及ぼす影響

伊津野 孝* 宮川 路子^{2*} 杉森 裕樹^{3*}
高橋 英孝^{4*} 吉田 勝美^{4*} 星 恵子^{5*}

目的 近年、身体的状況のみならず、患者の社会的背景を考慮した上での治療方針の決定が重要視されるようになってきた。quality of life は最初終末医療において導入されたが、身体的、精神的苦痛が長引く慢性疾患の管理においても重要なものとなってきた。ベーチェット病の罹病期間は長引くことが多いため、患者の状態を評価するためには quality of life は意義あるものと考えられる。本研究の目的は患者の quality of life の主観的生活満足度に及ぼす影響を評価することである。

方法 本研究では13施設の専門施設において行われたベーチェット病患者調査において回答が回収された144人の男性と116人の女性のベーチェット病患者が解析の対象とされた。身体的状況、日常生活動作、仕事面、経済面、社会面、医療面、結婚関連、精神面の8要因の quality of life の患者の主観的満足度に及ぼす影響を Mantel-Haenszel 法によるオッズ比とステップワイズロジスティック回帰分析法により評価した。

成績 各 quality of life において基準以上の問題スコアを示した者は身体的状況、日常生活動作、仕事面、経済面、結婚関連において、男性は女性に比べ有意に高い頻度を示した。主観的生活満足度に対する影響は男性で、Mantel-Haenszel 法によって年齢を調整したオッズ比では身体的状況、日常生活動作、仕事面、経済面、社会面、結婚関連、精神面において有意に高いオッズ比を示した。女性では身体的状況、仕事面、経済面、社会面、医療面、結婚関連、精神面において有意に高いオッズ比を示した。罹病期間を調整した主観的生活満足度に対する影響は男性で、身体的状況、日常生活動作、仕事面、経済面、社会面、精神面において有意に高いオッズ比を示した。女性では身体的状況、仕事面、経済面、社会面、医療面、結婚関連、精神面において有意に高いオッズ比を示した。ステップワイズロジスティック回帰分析の結果では、男性で精神面と仕事面が、女性では精神面と経済面が取り込まれ有意に大きなオッズ比が示された。

結論 ベーチェット病患者の主観的生活満足度には医療面だけでなく、精神面などのサポートが重要なことが明らかにされた。今後、医学的治療の面のみならず、精神面や仕事面も含めた患者の quality of life の改善によりベーチェット病患者の生活満足度がさらに向上するものと期待される。

Key words : ベーチェット病, 生活の質, 慢性疾患, 疾病管理

I 緒 言

近年の医療においては、患者の身体的状況のみならず、その社会的背景などを考慮した上での治療方針の決定が望まれている¹⁾。quality of life は当初、癌患者の末期における終末医療における生命の延長に対する概念として提起されたが、身体的、精神的苦痛が長期にわたる慢性疾患において

* 東邦大学医学部衛生学教室

^{2*} 慶応義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室

^{3*} 昭和大学医学部衛生学教室

^{4*} 聖マリアンナ医科大学予防医学教室

^{5*} 聖マリアンナ医科大学難病治療研究所

連絡先：〒143-8540 大田区大森西 5-21-16

東邦大学医学部衛生学教室 伊津野 孝

も重要視されるようになってきた²⁾。ペーチェット病は口腔粘膜および外陰部の再発性アフタ性潰瘍と眼症状を主徴とする難治性の全身性疾患であり、我が国での有病率も高いため^{3,4)}、ペーチェット病の quality of life の評価は疾患管理上重要な問題であると考えられる。しかしながら、ペーチェット病を quality of life と患者の生活満足度の面から解析した研究はきわめて少ない⁵⁾。患者の quality of life の中で、患者の生活満足度に影響を与える要因の解明は、難病管理上の意義があるものと考えられる。そこで、本研究では、患者の quality of life のうち、ペーチェット病患者の主観的な生活満足度を決定する要因を明らかにし、ペーチェット病における患者指導に供することを目的とした。

II 研究方法

対象は平成6年度厚生省特定疾患ペーチェット病調査研究班の班員、研究協力者の13施設において治療中のペーチェット病患者で quality of life 調査票に回答した男性154人、女性116人である。調査期間は平成6年9月の2週間であり、回答率は69.2%であった。調査票は厚生省特定疾患ペーチェット病調査研究班によって作成されたもので⁶⁾、quality of life に関する設問と主観的生活満足度の設問から構成されている。表1に示すように quality of life の8要因(身体的状況、日常生活動作、仕事面、経済面、社会面、医療面、結婚関連、精神面)に関連する設問44問が含まれている。各要因毎に問題となった設問の数が研究班によって設定された各要因の基準を越えた場合を要因の問題所見がありと定義した。各要因の所見ありの基準は表1に示した。また、これらの個々の quality of life の設問の他に患者の主観的生活満足度を把握するために「普段の生活または人生に満足していますか」の設問を設け、「満足」、「まあまあ満足」、「やや不満足」、「不満足」の回答を求めて、「満足」と「まあまあ満足」を満足、「やや不満足」と「不満足」を不満足とした。本研究では、この「満足」、「不満足」を目的変数とし、表1に示した quality of life の8要因を説明変数として、これらの要因がどのように目的変数である生活満足度に影響を与えるかを解析した。

解析は、年齢、罹病期間、眼症状(前部・後部

ぶどう膜炎、炎症性硝子体混濁)の各々について、層別化を行い、各要因が主観的生活満足度に及ぼす影響をオッズ比として求めた。各々層別化した要因のオッズ比を求める際には、Mantel-Haenszel 法を使用した。95%信頼区間の求め方は Mantel-Haenszel χ^2 乗値を用いた方法⁶⁾によった。

最後に年齢、罹病期間、眼症状の影響を同時に調整し、主観的生活満足度へ影響を及ぼす quality of life の各要因の総合的評価を行うために、満足、不満足を従属変数としたステップワイズロジスティック解析 (PROC LOGISTIC, F to enter and remove=0.05) を行った。統計学的処理には SAS (Statistical Analysis System)⁷⁾を用いた。

III 研究結果

表2に対象者の基本属性を示した。男性の平均年齢は44.7±10.7歳 (Mean±SD) で、年齢別の人数は50歳代が46人 (29.9%) と最も多かった。女性の平均年齢は49.7±12.2歳 (Mean±SD) で、同じく年齢別の人数は50歳代が40人 (34.5%) を占めた。ペーチェット病の平均罹病期間は男性で8.8±7.2年、女性で8.6±7.8年とほぼ同じであった。

主観的生活満足度は男性で不満が37.0%、女性で不満が30.2%であった。

Quality of life の要因別に問題要因の頻度を表3に示した。すべての要因で男性の方が女性に比べ、高い問題スコアの頻度を示し、身体的状況、日常生活動作、仕事面、経済面、結婚関連では、有意に高いスコアの頻度を示した。

年齢階級別の主観的生活満足度に対する各要因のオッズ比を表4に示した。男性の40歳未満では身体的状況、日常生活動作、仕事面、経済面、社会面、結婚関連、精神面において、有意に大きなオッズ比を示した。40歳代および50歳以上では仕事面、経済面、精神面の要因において有意に大きなオッズ比を示した。Mantel-Haenszel 法によって年齢を調整したオッズ比では身体的状況、日常生活動作、仕事面、経済面、社会面、結婚関連、精神面において有意に高いオッズ比を示した。女性の40歳未満では、社会面、精神面の要因において、40歳代では、仕事面、経済面、社会面、結婚関連および精神面の要因において、50歳以上で

表1 調査に用いた要因別質問項目と所見ありの条件

要因	所見有りの条件	設問内容
身体的状況	1項目以上	視力低下がある 腹痛, 下痢, 下血がある 歩くのに不自由を感じる 大きな手術を受けた
日常生活動作	1項目以上	爪を切ることができない バス・電車での外出ができない 車の運転ができない(免許のある人)
仕事面	2項目以上	従来通り仕事や家事ができない 病気であることが仕事や家事に影響している 病気のため仕事の内容をかえてもらった 仕事をしてしたが, ベーチェット病のために辞めた
経済面	2項目以上	病気のために支出が増えた 病気のために収入が減った 病気のため仕事を辞めたいが収入が減るためやめられない 通院にかかる費用が高い
社会面	2項目以上	近所づきあいができない 学校や町内会などの活動に今まで通り参加できない 外出する機会が減った 旅行に出かけられる状態でない 趣味を生かせる生活をしていない ヘルパー派遣があれば活用したいと思う 職場や地域の人々の病気に対する理解, 協力が得られていない
医療面	3項目以上	目の発作が起きるのではないかと不安である 薬の副作用があった 治療を受けているのに症状が改善しない 痛みにより憂鬱になることがある
結婚関連	1項目以上	病気のため, 恋愛や結婚に支障を感じる 病気のために結婚ができなくなった 病気のため, 家族の結婚などに影響があった 病気の症状のために, 夫婦生活がうまくいかない 病気のために, 子供をあきらめている 病気が原因で離婚した
精神面	3項目以上	病気であるため家族の負担になっていると思う 心の支えになるものがほしい 病気になって家族, 病気, 将来のことが気になり眠れない 家族に不平不満を言う 外出することがいやになった 不安やストレスにうまく対処していない 趣味や社会生活など楽しみをもっていない 病気に対する偏見があり, 不利益を受けた 病気について周囲の理解が得られていない 自分のやりたいことが思うようにできない 家庭内での役割をもっていない

表2 対象者の基本属性

	男性	女性	計
年齢			
20歳未満	0(0.0%)	1(0.9%)	1(0.4%)
20歳代	15(9.7%)	6(5.2%)	21(7.8%)
30歳代	37(24.0%)	14(12.1%)	51(18.9%)
40歳代	43(27.9%)	32(27.6%)	75(27.8%)
50歳代	46(29.9%)	40(34.5%)	86(31.9%)
60歳以上	13(8.4%)	23(19.8%)	36(13.3%)
計	154	116	270
罹病期間	8.8年±7.2年 8.6年±7.8年		

は、身体的状況、仕事面、社会面、精神面の要因において有意に高いオッズ比を示した。年齢調整をしたオッズ比では身体的状況、仕事面、経済面、社会面、医療面、結婚関連、精神面において有意に高いオッズ比を示した。

ベーチェット病の罹病期間別の主観的生活満足度に対する要因のオッズ比を表5に示した。男性の罹病期間10年未満の群では日常生活動作、仕事面、経済面、社会面、医療面、結婚関連、精神面において有意に高いオッズ比を示した。男性の罹病期間10年以上の群では、仕事面、経済面、社会面、精神面の要因で有意に高いオッズ比を示した。罹病期間が短い程、主観的生活満足度と強く関連している要因が多かった。罹病期間を調整したオッズ比では身体的状況、日常生活動作、仕事面、経済面、社会面、精神面において有意に高いオッズ比を示した。女性では罹病期間10年未満の群では身体的状況、仕事面、経済面、社会面、医

療面、結婚関連、精神面で有意に高いオッズ比を示した。女性での罹病期間10年以上の群では仕事面、経済面、社会面および精神面の要因で有意に高いオッズ比を示した。罹病期間によるオッズ比の大きさの違いは社会面で男性に比べ大きな違いが認められた。女性で罹病期間を調整したオッズ比では身体的状況、仕事面、経済面、社会面、医療面、結婚関連、精神面で有意に高いオッズ比を示した。

眼症状別の主観的生活満足度に対する要因のオッズ比を表6に示した。男性では眼症状有りの者では経済面、社会面で有意に大きなオッズ比を示した。眼症状無しの方では日常生活動作、仕事面、経済面、社会面、結婚関連、精神面で有意に大きなオッズ比を示し、眼症状で調整したオッズ比では仕事面、経済面、社会面、結婚関連で有意に大きなオッズ比を示した。女性では眼症状無しの方で身体的状況、仕事面、経済面、社会面、医療面、結婚関連、精神面で有意に高いオッズ比を示した。眼症状で調整したオッズ比では仕事面、経済面で有意に大きなオッズ比を認めた。

主観的生活満足度に及ぼす quality of life のステップワイズロジスティック回帰分析の結果を表7に示した。男性では精神面と仕事面の要因が、女性では精神面と経済面の要因が取り込まれ有意に大きなオッズ比が示された。

IV 考 察

ベーチェット病は口腔粘膜のアフタ性潰瘍、皮膚症状、眼症状、外陰部潰瘍を主症状とし、再発再燃を繰り返し慢性に経過する難治性の疾患であ

表3 quality of life 要因別の所見ありの頻度

スコア	男性	女性	計
身体的状況	90/154(58.4%)*	53/116(45.7%)	143/270(53.0%)
日常生活動作	53/154(34.4%)**	22/116(19.0%)	75/270(27.8%)
仕事面	78/154(50.7%)**	38/116(32.8%)	116/270(43.0%)
経済面	64/154(41.6%)**	28/116(24.1%)	92/270(34.1%)
社会面	79/154(51.3%)	51/116(44.0%)	130/270(48.1%)
医療面	64/154(41.6%)	47/116(40.5%)	111/270(41.1%)
結婚関連	77/154(50.0%)*	40/116(34.5%)	117/270(43.3%)
精神面	75/154(48.7%)	50/116(43.1%)	125/270(46.3%)

* p<0.05, ** p<0.01 女性に対する男性の率の差の検定

表4 年齢階級別の主観的生活満足群のオッズに対する不満足群のオッズ比

	男 性				女 性			
	40歳未満	40歳代	50歳以上	全 体	40歳未満	40歳代	50歳以上	全 体
身体的状況	3.73(1.00-13.92)*	3.00(0.74-12.11)	1.78(0.60-5.25)	2.56(1.20-5.46)*	1.88(0.30-11.62)	2.80(0.62-12.66)	5.37(1.30-22.17)*	3.36(1.30-8.65)*
日常生活動作	28.00(3.17-247.40)*	2.92(0.75-11.41)	2.17(0.75-6.30)	3.85(1.84-8.08)*	2.57(0.19-34.48)	3.33(0.50-22.02)	0.77(0.14-4.09)	1.61(0.33-7.80)
仕事面	12.59(2.93-54.11)*	5.15(1.15-23.01)*	8.33(2.52-27.60)*	8.24(3.83-17.72)*	3.20(0.42-24.42)	15.56(2.59-93.57)*	6.76(1.78-25.62)*	7.24(2.85-18.43)*
経済面	4.88(1.43-16.64)*	4.28(1.04-17.62)*	5.83(1.85-18.38)*	5.07(2.43-10.56)*	11.25(0.97-130.23)	18.67(1.88-185.41)*	3.57(0.90-14.14)	7.02(2.49-19.76)*
社会面	4.71(1.37-16.20)*	18.55(2.10-163.48)*	7.14(2.00-25.50)*	7.26(3.29-16.03)*	18.00(1.50-216.63)*	39.00(3.80-399.87)*	7.11(1.70-29.67)*	12.85(4.73-34.87)*
医療面	1.02(0.31-3.38)	2.88(0.74-11.21)	2.93(0.99-8.65)	2.04(0.97-4.28)	3.00(0.46-19.60)	2.14(0.49-9.36)	3.41(0.95-12.21)	2.83(1.11-7.22)*
結婚関連	4.92(1.32-18.39)*	2.89(0.65-12.80)	1.31(0.45-3.83)	2.41(1.13-5.14)*	1.33(0.20-8.70)	5.20(1.07-25.31)*	3.17(0.87-11.58)	3.03(1.18-7.80)*
精神面	14.88(3.41-64.89)*	25.33(2.84-226.08)*	13.89(3.72-51.81)*	16.14(7.06-36.90)*	31.50(2.35-422.32)*	56.00(5.13-611.74)*	6.46(1.56-26.83)*	14.01(5.26-37.30)*

* p<0.05 括弧内は95%信頼区間を示す
 全体は Mantel-Haenszel 法により年齢を調整したもの

表5 罹患期間別の主観的生活満足群のオッズに対する不満足群のオッズ比

	男 性			女 性		
	10年未満	10年以上	全 体	10年未満	10年以上	全 体
身体的状況	2.42(0.96-6.07)	3.17(0.92-10.96)	2.66(1.21-5.84)*	3.12(1.15-8.44)*	3.75(0.64-22.04)	3.27(1.29-8.28)*
日常生活動作	7.50(2.77-20.3)*	1.69(0.51-5.60)	4.04(1.91-8.56)*	1.51(0.45-5.09)	1.47(0.23-9.53)	1.50(0.31-7.13)
仕事面	9.00(3.20-25.29)*	5.04(1.40-18.18)*	7.26(3.30-16.00)*	4.95(1.74-14.02)*	17.25(2.53-117.73)*	6.53(2.65-16.08)*
経済面	4.06(1.67-9.86)*	9.17(2.30-36.53)*	5.13(2.43-10.85)*	5.88(1.87-18.48)*	8.00(1.28-50.04)*	6.36(2.38-17.00)*
社会面	6.88(2.67-17.71)*	6.10(1.44-25.78)*	6.62(3.02-14.53)*	9.33(3.03-28.72)*	16.63(1.75-158.09)*	10.67(4.05-28.11)*
医療面	2.36(1.00-5.59)*	1.54(0.46-5.14)	2.04(0.95-4.40)	3.29(1.21-8.93)*	1.70(0.35-8.34)	2.73(1.09-6.83)*
結婚関連	2.67(1.12-6.38)*	1.29(0.39-4.24)	2.07(0.97-4.43)	3.12(1.15-8.44)*	3.50(0.67-18.34)	3.21(1.28-8.03)*
精神面	16.95(5.56-51.65)*	9.33(2.17-40.18)*	13.60(5.95-31.11)*	11.73(3.62-38.03)*	16.63(1.75-158.09)*	12.77(4.75-34.37)*

* p<0.05 括弧内は95%信頼区間を示す
 全体は Mantel-Haenszel 法より罹患期間を調整したもの

表6 眼症状別の主観的生活満足度のオッズ比に対する不満足のオッズ比

	男		女		全体
	眼症状有り	眼症状無し	眼症状有り	眼症状無し	
身体的状況	—	1.91(0.89- 4.09)	—	3.29(1.39- 7.79)*	—
日常生活動作	—	2.34(1.07- 5.09)*	—	2.05(0.67- 6.25)	1.80(0.14- 7.43)
仕事面	7.33(0.88- 61.33)	7.23(3.10-16.86)*	7.25(3.33-15.75)*	9.23(3.54-24.06)*	7.17(2.96-17.38)*
経済面	8.33(1.03- 67.14)*	4.68(2.13-10.28)*	5.03(2.39-10.60)*	8.34(2.95-23.53)*	7.41(2.76-19.86)*
社会面	16.00(1.27-200.93)*	4.81(2.15-10.76)*	5.39(2.51-11.55)*	12.30(4.51-33.60)*	—
医療面	1.20(0.19- 7.77)	1.98(0.93- 4.21)	1.84(0.84- 4.02)	3.52(1.48- 8.36)*	—
結婚関連	2.92(0.41- 20.90)	2.45(1.14- 5.30)*	2.51(1.17- 5.40)*	4.36(1.80-10.52)*	—
精神面	—	12.13(4.88-30.13)*	—	13.76(4.86-38.96)	—

* p<0.05 括弧内は95%信頼区間を示す

全体は Mantel-Haenszel 法により眼症状を調整したもの

表中—はオッズ比を計算する上で例数が0の区分があるために信頼区間が計算不能となったもの

表7 主観的生活満足度に及ぼす quality of life 要因のステップワイズロジスティック回帰分析の結果

変数	男性	女性
精神面	10.42(4.18-25.99)	10.32(3.60-29.58)
仕事面	4.65(1.95-11.09)	—
経済面	—	4.47(1.49-13.36)

オッズ比を示す

括弧内は95%信頼区間を示す

表中—は変数が取り込まれなかったことを示す

る。我が国では1955年ごろより患者数が増加し、現在では15,000人前後とされ、地中海沿岸、中近東諸国と並び有病率の高い国とされている⁸⁾。パーチェット病のような長期にわたる難病の医療評価を行う際には、quality of life をもとにした患者の生活満足度を指標にする必要がある。主観的生活満足度に及ぼす要因としては他の難病調査研究で社会的理解度などが指摘されているが、パーチェット病においてこれらの要因が主観的生活満足度に及ぼす影響について十分明らかにされていない。患者がパーチェット病に罹患した場合、生涯にわたってこの疾患による不安は患者の生活の一部となることが考えられる。そこで、パーチェット病における主観的生活満足度の評価は治療方針の決定、治療効果の評価の面でも期待される。現在、生活満足度を評価するにはいくつかの評価法が発表されているが、痛みが主な慢性関節リウマチに比べ、痛みそのものはあまり問題にならないなどパーチェット病特有な症状があり、他の疾患の評価法をそのまま適用することは困難である。本研究では身体的状況、日常生活動作、仕事面、経済面、社会面、医療面、結婚関連、精神面といった quality of life の8要因がパーチェット病における主観的生活満足度に及ぼす影響を解析した。

わが国におけるパーチェット病患者の調査⁸⁾によれば、1972年の性比は1.20と男性が多かったものの、1991年の調査では女性が増加し0.98となっている。男性の平均年齢は44.5歳、女性は48.4歳で罹病期間は男女とも10年前後である。本研究の対象者は、平均年齢は男性44.7歳、女性が49.7歳、平均罹病期間は男性が8.8年、女性8.6年であり、本研究の対象者は母集団から大きくかけ離れた

ているとは考えられない。

問題となる要因の男女別の頻度を比較すると、女性に対し男性の方が、各生活要因の問題を訴えている者が多いことを示している。近年女性の患者数が増えたが完全型の性比は1991年の調査でも1.07となっており、女性の方が眼症状を示す者が少ない⁹⁾などのために主観的生活満足度においても男性の方が不利になることが予想される。特に仕事面、経済面において男性が有意に問題スコアの頻度が高かったのは男性の主観的生活満足度における仕事の重要性も関係しているものと思われる。ベーチェット病のような慢性の疾病に罹患し、仕事に影響が出た場合にはその傾向がさらに強まることと思われる。森本ら⁹⁾は、男性の方が主観的生活満足度に厳しい評価をすることを指摘している。

年齢階級別に見た主観的生活満足度に対する問題スコアのオッズ比は、男性では、40歳未満では医療面以外のすべての要因で高いオッズ比を示したのに対し、40歳代、50歳以上においては仕事面、経済面、社会面、精神面において高いオッズ比を示している。年齢が高くなるにしたがい、身体的状況、日常生活動作、結婚関連が主観的生活満足度を与える影響力は小さくなるが、仕事面、経済面、社会面、精神面については変わらない。森本ら⁹⁾によると働きがいは20、30歳代よりも40歳以上の中高年で有意に上昇していることより、仕事の支障による主観的生活満足度に影響するものと考えられる。40歳未満の者では仕事に限らず、すべての quality of life の要因においての主観的生活満足度に影響を与えるものと解釈できる。女性においては全年齢層で有意に高いのは社会面、精神面であり、仕事面に関しては、40歳代以上で有意となっている。本調査における仕事は就業における仕事のみならず、家事も含んでいるため、女性においても仕事面が重要であると思われる。男女とも社会、精神面は全年齢層にわたって有意に高いオッズ比を示しており、主観的生活満足度を与える影響が大きいことが示された。一方、医療面については男女とも全年齢層にわたって主観的生活満足度に影響しているとは言えなかった。高血圧患者の quality of life において、小橋ら¹⁰⁾は血圧値と主観的生活満足度の改善度とは有意な関連を認めず、主観的生活満足度の改善に

は医療面の改善だけでなく、温かい人間関係や身近な生活目標が重要であるとしている。本研究においても医療面より社会面、精神面の重要性が示された。

罹病期間別にみた主観的生活満足度及びオッズ比は男性の罹病期間10年未満では身体面以外のすべての要因で有意に高いオッズ比を示したのに対し、罹病期間10年以上では仕事面、経済面、社会面および精神面のみで有意に高いオッズ比を示した。川合¹¹⁾は慢性関節リウマチ患者の quality of life を解析し、罹病期間が長いほど身体的、社会的および精神的満足度の障害度が強いことを示している。本研究では身体面では有意ではないが、これはベーチェット病が慢性関節リウマチと違い、痛みによる身体障害が少ないためと考えられる。罹病期間が長くなるほど、社会面、精神面での障害が大きくなることより罹病期間が長期になりがちなベーチェット病の主観的生活満足度において社会面、精神面は重要な quality of life の要因であることが示された。女性においても社会面、精神面の生活要因は罹病期間に拘わらず主観的生活満足度に強い影響を与えることが示されている。

眼症状別の有無別の主観的生活満足度に対する要因のオッズ比は男性の眼症状有りの群では経済面および社会面の要因において有意に大きいオッズ比を示した。眼症状無しの群では身体面と医療面以外のすべての要因で有意なオッズ比を示した。眼症状が出現した場合は、経済面および社会面の要因が主観的生活満足度に強く影響するものと考えられた。眼症状はベーチェット病を代表する症状で、炎症の反復とともに白内障、緑内障、網膜剝離などを起こし急激な視力低下をもたらす。発症後数年の時点で約60%が実用的な視覚障害を起こしていると言われ¹²⁾、眼症状は主観的生活満足度に大きな影響を与えるものと思われる。男性の経済面、社会面の要因においては眼症状ありの群の方が眼症状無しの群に比べ高いオッズ比を示した。眼症状が発現することによって収入が減ったり、近所付き合いや外出の機会が減ったことによって主観的生活満足度が減少したものと考えられる。女性では、男性に認められた眼症状の存在による主観的生活満足度及びオッズ比の存在が明らかにできなかったが、これは女性では眼症

状がない不全型が多いため¹³⁾と考えられる。

主観的生活満足度に及ぼす生活要因のステップワイズロジスティック回帰分析の結果では、男性では精神面と仕事面の要因が、女性では精神面と経済面の要因が取り込まれ有意に高いオッズ比が示されている。今村ら¹⁴⁾はベーチェット病と同じく難治性で慢性の経過をたどるクローン病患者の生活満足度に影響する要因を解析し、スポーツ・レジャーの活動状況の影響を指摘している。ベーチェット病はクローン病に比べ、発症年齢が高く、眼症状の出現等、社会的活動に及ぶ影響が強く出たものと考えられる。本研究ではスポーツ・レジャーに関しての設定は設けていないが、スポーツ・レジャーから得られるものは精神的な達成感、開放感であり、ベーチェット病、クローン病ともに精神的な要因が主観的生活満足度に影響していることは共通しているものと考えられる。男性では仕事、女性では経済の要因が取り込まれていることは社会生活を営む上での男女のライフスタイルの違いとも解釈される。

V 結 語

難治性で経過の長い疾患であるベーチェット病の管理には、単に炎症を抑えるといった医療上の管理だけでなく、いかにベーチェット病を受け入れ、主観的生活満足度を高めるかという包括的医療面からのアプローチも必要である。本研究では、患者の主観的生活満足度に及ぼす quality of life の要因を明らかにすることを目的とした。その結果、従来、重視されてきた医療面に劣らず精神面、仕事面、経済面の要因の重要性が示された。今後、患者の性格などを含めた精神面の要因のさらに詳細な解析によりベーチェット病の主観

的生活満足度をさらに向上させることが期待される。

(受付 '97.11.27)
採用 '98. 8.21)

文 献

- 1) 高橋秀仁, 中川武正. 膠原病・アレルギー疾患と QOL. クリニカ 1993; 20: 369-373.
- 2) 古賀 学, 荒川規矩男. 高血圧と Quality of Life. 循環器科 1994; 35: 31-37.
- 3) 松田隆秀. ベーチェット病. 現代医療 1990; 22: 2009-2014.
- 4) 大野重昭. ベーチェット病の疫学と遺伝. 最新医学 1988; 43: 232-239.
- 5) 星 恵子. Behçet 病の QOL. 医学のあゆみ 1993; 164: 90-96.
- 6) Kahn, H. An introduction to epidemiologic methods. Oxford University Press, New York, 1983.
- 7) SAS User's Guide, Version 5 Edition. Cary, NC: SAS Institute Inc. 1985.
- 8) 中江公裕. ベーチェット病患者全国疫学調査成績. 平成4年度厚生省特定疾患ベーチェット病調査研究班研究業績 1992.
- 9) 森本兼囊, 丸山総一郎. 生きがい感と健康. 環境衛生 1992; 39: 10-14.
- 10) 小橋紀之, 公文 康, 井上澄江, 飯田紀彦. 外来高血圧患者のクオリティ・オブ・ライフ. 日老医誌 1992; 29: 753-757.
- 11) 川合眞一. 慢性関節リウマチ患者の QOL. 内科 1993; 71: 479-485.
- 12) International Study Group for Behçet's Disease. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. Lancet 1990; 5: 1078-1080.
- 13) 湯浅武之助. ベーチェット病の疫学と臨床統計. 眼科 1991; 33: 225-232.
- 14) 今村達也, 岡田光男, 瀬尾 充. Crohn 病患者の Quality of Life に関する研究. 日本大腸肛門病会誌 1993; 46: 136-146.

THE EFFECT OF QUALITY OF LIFE IN BEHÇET DISEASE PATIENTS ON SUBJECTIVE LIFE SATISFACTION

Takashi IZUNO^{*}, Michiko MIYAKAWA^{2*}, Hiroki SUGIMORI^{3*}, Eikou TAKAHASHI^{4*},
Katsumi YOSHIDA^{4*}, Keiko HOSHI^{5*}

Key words: Behçet disease, Quality of life, Chronic disease, Disease management

The purpose of this study is to elucidate the relationships between subjective life satisfaction and the following 8 factors of quality of life: physical condition, daily living activities, working condition, economic status, social status, medical status, marriage status, mental status. One hundred and fifty four male and 116 female Behçet patients in 13 medical facilities were analyzed in this study. Mantel-Haenszel's odds ratio method and stepwise logistic regression analysis were applied to evaluate the influence of quality of life on subjective life satisfaction in Behçet disease patients.

Males had higher problem scores than females in the following: physical condition, daily living activities, working condition, economic status, social status, marriage status, mental status.

With regard to the effect on subjective life satisfaction, physical condition, daily living activities, working phase, economic phase, social phase, marriage relations, mental phase showed significantly high odds ratio in male, while physical condition, working phase, economic phase, social phase, medical phase, marriage relations, mental phase showed significantly high odds ratios in females by Mantel-Haenszel age-adjusted method.

Physical condition, daily living activities, working phase, economic phase, social phase, and mental phase showed significantly high odds ratios in males after adjusting for active disease symptom periods, while physical condition, working phase, economic phase, social phase, medical phase, marriage relations, mental phase showed significantly high odds ratio in females after adjusting for active disease symptom.

By stepwise logistic regression analysis, working phase and mental phase in males, economic phase and mental phase in females were shown to be significant.

Improvement of quality of life including mental phase and working phase appear to raise the life satisfaction in Behçet's disease patients.

^{*} Department of Environmental and Occupational Health, Toho University School of Medicine, Tokyo

^{2*} Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Keio University, Tokyo

^{3*} Department of Hygiene and Preventive Medicine, School of Medicine, Showa University, Tokyo

^{4*} Department of Preventive Medicine, St. Marianna University School of Medicine, Kanagawa

^{5*} Intractable Disease Treatment Research Center Division of Social Medicine, St. Marianna University, Kanagawa