

研究報告

統合医療施設の受診者におけるライフスタイル、健康法の実施、およびQOLとの関連

—多施設共同研究—

木村 友昭¹ 松尾 汎^{1, 2} 飯田 尚治³ 牧 美輝⁴ 新田 和男^{1, 5}
 内田 誠也¹ 坂口 弘征¹ 津田 康民¹ 山岡 淳¹ 鈴木 清志^{1, 5}

抄 録

本研究では、岡田式健康法を奨励している統合医療施設の患者を対象に、QOLおよび自覚ストレスと関連する因子について調査した。2009年から2012年まで、全国10か所の医療施設にパソコンを設置し、患者の疾患情報を収集するとともに、患者がパソコン上の質問紙に回答した。質問紙の内容は、10項目版・MOAQOL調査票（MQL-10）、10項目版・日本語版自覚ストレス調査票（JPSS-10）、社会経済的属性、自覚症状、ライフスタイル、および健康法の実践状況であった。有効サンプルは、1480例（男性379人、女性1101人）で、平均年齢は58.5歳であった。ほとんどの患者（80.4%）が慢性疾患に罹患しており、高血圧症がもっとも多く（19.4%）、脂質異常症がそれに次いだ（17.7%）。QOLと自覚ストレスの間には、中程度の負の相関（ $r = -0.624$, $p < 0.001$ ）が認められた。QOLは、社会経済的属性（婚姻）、自覚症状（食欲、睡眠、アレルギーなど）、ライフスタイル（受動喫煙）、および健康法（自然食、芸術など）との間に有意な関連が認められた。自覚ストレスは、社会経済的属性（職業、婚姻など）、自覚症状（頭痛、肩こり、アレルギーなど）、ライフスタイル（受動喫煙、飲酒など）、および健康法（運動、芸術など）との間に有意な関連が認められた。

キーワード

岡田式健康法、QOL、自覚ストレス、自覚症状、ライフスタイル、社会経済的属性

1. 緒 言

厚生労働省が進める「第二次健康日本21」¹⁾では、健

康寿命の延伸を目標にしている。健康寿命とは、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のことであり、言い換えれば、生活の質（quality of life: QOL）が維持され、自立して生活できる期間である。QOLを維持向上させ、健康寿命を延伸するためには、さまざまな健康づくり、すなわち、生活習慣（ライフスタイル）や社会環境の改善、心の健康や高齢者の介護予防等への取り組みが重要である。

患者のQOLは、その疾患による症状だけでなく、心理状態、ライフスタイル、および社会経済的因子等の影響を受けていると考えられる。これまでの研究²⁾で、運動、飲酒、喫煙等のライフスタイルとQOLの関連が明らかにされている。また、喘息患者のQOLは、疾患の重症度よりも心理的ストレスと強い関連が見られた³⁾。

¹一般財団法人MOA健康科学センター

〒413-0038 静岡県熱海市西熱海町1-1-60

²医療法人財団愛和会 たてかわ内科クリニック

〒564-0053 大阪府吹田市江の木町16-9

³医療法人財団瑞泉会 MOA札幌クリニック

〒063-0804 北海道札幌市西区二十四軒四条2-8-31

⁴医療法人財団光輪会 光輪会鹿兒島クリニック

〒891-0115 鹿兒島県鹿兒島市東開町5-28

⁵医療法人財団玉川会 MOA高輪クリニック

〒108-0074 東京都港区高輪4-8-10

連絡先:

木村友昭. TEL: 0557-86-0663, FAX: 0557-86-0665,

E-mail: t-kimura@mhs.or.jp

受付日: 2014年4月28日, 受理日: 2014年7月5日.

各種健康法によるライフスタイルの変容やストレス管理は、疾病の予防やQOLの改善の効果が期待されている⁴⁻⁶⁾。しかし、その重要性は認識していても、健康法の継続は困難であるケースも多い。たとえば、体重管理プログラムが継続しにくいことが実証されている⁷⁾。したがって、魅力的で導入しやすく、継続できるような健康法の開発と普及が必要である。岡田式健康法（岡田式浄化療法、食事法、美術文化法）⁸⁾は、心身をとともに健康に導く方法として、医師や医療関係者の指導や助言のもとに実践されている。先行研究⁹⁾で、これらの健康法の頻度が多いほど、QOLが良好であることが示されている。

本研究では、岡田式健康法を奨励している統合医療施設の患者を対象に、QOLとそれに関連する因子について調査した。著者らは、その調査結果から、岡田式健康法の実施とストレス、およびQOLとの関連について分析し、英文の原著「Associations between perceived stress, quality of life and complementary health practices in Japanese outpatients: a multicenter observational study」（日本の外来患者における自覚ストレス、QOL、および相補的健康法との関連：多施設共同観察研究）¹⁰⁾において報告している。本研究報告は、調査したすべての因子の結果からQOLおよびストレスとの関連を検討し、日本語で再構成した2次的論文であることを付記する。

2. 方法

2-1 対象者および手順

本研究は、2009年4月から2012年6月まで、全国10か所の統合医療施設の外来患者を対象に行われた。医療施設の場所は、北海道、東京都、静岡県、愛知県、石川県、大阪府、広島県、高知県、鹿児島県、および沖縄県で、すべての施設で岡田式健康法を推奨していた。対象者は、20歳以上で、研究の意義が十分に理解でき、アンケートに回答が可能な患者とした。ただし、重篤な合併症などにより、研究の参加が困難な患者は除外した。

調査に先立って、MOA健康科学センターの治験審査委員会の承認を受け、各医療施設を運営する医療法

人とMOA健康科学センターの間で研究協力に関する協定書を締結した。著者らは、各医療施設で担当医師および医療スタッフに対して、研究の目的と調査方法を説明し、患者が回答するためのタブレット式パソコンを設置した。個人情報の保護のため、パソコンは、インターネットやLANなどの接続を禁止し、データの受け渡しは、CDへの書き込みで行った。

担当医師、または医療スタッフは、対象の患者に、研究の目的と内容を説明し、同意を得て調査を実施した。説明同意書には、①個人情報の漏えい防止に努め、個人情報は公開しないこと、②回答したくない質問には答えなくてよいこと、③統計的に分析して学会などに発表すること、④参加による謝礼や利益がないこと、また参加しないことによる不利益もないこと、⑤いつでも参加を中止することや、取り消すことができることが記載されていた。担当医師は、患者の診断病名と合併症名を分類し、その疾患情報をパソコンに入力した。対象患者は、自由意思でパソコン画面上のアンケート（質問紙）に回答した。なお、パソコンでデータ収集することの妥当性は、すでに示されている¹¹⁾。

2-2 質問紙の内容

質問紙は、QOL、自覚ストレス、社会経済的属性、自覚症状、ライフスタイル、および岡田式健康法の実践状況から構成された。QOLの評価のために、10項目版・MOAQOL調査票（10-Item MOA Quality of Life Questionnaire: MQL-10）¹²⁾を使用した。MQL-10は、身体的、精神的、および社会的に良好な状態であることを評価する尺度である。この尺度は、世界的に広く使用されているWHOQOL-26¹³⁾やSF-36¹⁴⁾と強い相関が認められ、妥当性が検証されている¹²⁾。また、フォローアップ測定における反応性も検証され、さまざまな対象や設定で使用できる可能性が示された^{15,16)}。10項目の質問に対し、それぞれ5つの選択肢があり、0点から4点の得点が与えられる。合計得点は40点満点であり、高い得点はQOLが良好であることを示している。

ストレスの測定のために、10項目版・日本語版自覚ストレス調査票（10-Item Japanese version of the Perceived Stress Scale: JPSS-10）¹⁷⁾と、ストレスの

原因および対処に関する追加質問¹⁸⁾を使用した。JPSSは、アメリカのCohenら¹⁹⁾による14項目版のPerceived Stress Scale (PSS)を、岩橋ら²⁰⁾が日本語に翻訳したものである。木村ら¹⁷⁾は、対象者の労力と時間を節減するため、短縮版のJPSS-10を開発した。10項目の質問に対し、それぞれ5つの選択肢があり、0点から4点の得点が与えられる。合計得点は40点満点であり、高い得点はストレスが強いことを示している。ストレスの原因および対処に関する追加質問は、ストレスの判定が「多い」、すなわち19点以上（偏差値55以上）の場合のみ、データを収集した。

社会経済的属性として、職業、所帯年収、最終学歴、同居人数、婚姻状況を尋ねた。自覚症状として、肩こり（現在の状態と傾向）、腰痛、頭痛、手足痛、食欲、睡眠、排泄、生理（女性のみ）、およびアレルギーについて質問した。アレルギーは、体質、食品、薬品、鼻炎（花粉症）、皮膚炎、および喘息について詳細に尋ねた。ライフスタイルとして、喫煙、受動喫煙、および飲酒について尋ねた。

健康法について、岡田式浄化療法（以下、「浄化療法」）の経験、浄化療法の頻度と時間、他者への施術頻度と時間、浄化療法の効果（身体的および心理的）、自然食の割合、芸術（美術文化法）の頻度、家庭菜園の頻度、および運動の頻度を調査した。自覚症状と健康法については、過去3か月の状態を尋ねた。

2-3 統計解析

アンケート、および疾患のデータがそろった有効サンプルは、1480例（男性379人、女性1101人）で、これを分析データセットとした。質問項目ごとに結果を集計し、横断的にQOL、および自覚ストレスの合計得点との関連を調べた。質問項目の回答の選択肢が順序変数の場合、合計得点との関連はSpearmanの順位相関係数で示した。一方、質問項目が名義変数の場合、2群の比較はMann-WhitneyのU検定で、3群以上の比較はKruskal-Wallis検定で分析した。これらの統計解析は、IBM SPSS Statistics ver.20を使用し、有意水準は5%未満とした。

3. 結果

3-1 対象患者の概要

有効な1480例の平均年齢は、58.5（±14.9 SD、範囲：20-91歳）であった。医療施設別のサンプル数を図1に示す。北海道がもっとも多く、鹿児島県がそれに次いだ。患者の疾患分類を表1に示す。合併症がある場合、一人の患者が複数の疾患群に分類される。ほとんどの患者（80.4%）が慢性疾患に罹患しており、高血圧症がもっとも多く（19.4%）、脂質異常症がそれに次いだ（17.7%）。

表1 対象患者（n=1480）の疾患の分類[†]

	度数	%
慢性疾患	1190	80.4
悪性新生物	30	2.0
悪性新生物手術後	51	3.4
良性新生物	21	1.4
良性新生物手術後	8	0.5
貧血	74	5.0
内分泌疾患	40	2.7
糖尿病	104	7.0
肥満症	42	2.8
脂質異常症	262	17.7
精神病	7	0.5
神経症	38	2.6
脳神経疾患	15	1.0
アレルギー疾患	54	3.6
心臓疾患	70	4.7
高血圧症	287	19.4
脳血管疾患	35	2.4
呼吸器疾患	46	3.1
消化管疾患	43	2.9
肝・胆・膵疾患	79	5.3
関節炎・痛風	67	4.5
リウマチ・膠原病	34	2.3
腎疾患	31	2.1
その他	120	8.1
急性疾患・感染症	23	1.6
外傷・骨折	10	0.7
自覚症状のみ	172	11.6

[†]分類は担当医師による。合併症の場合、複数回答を行った。

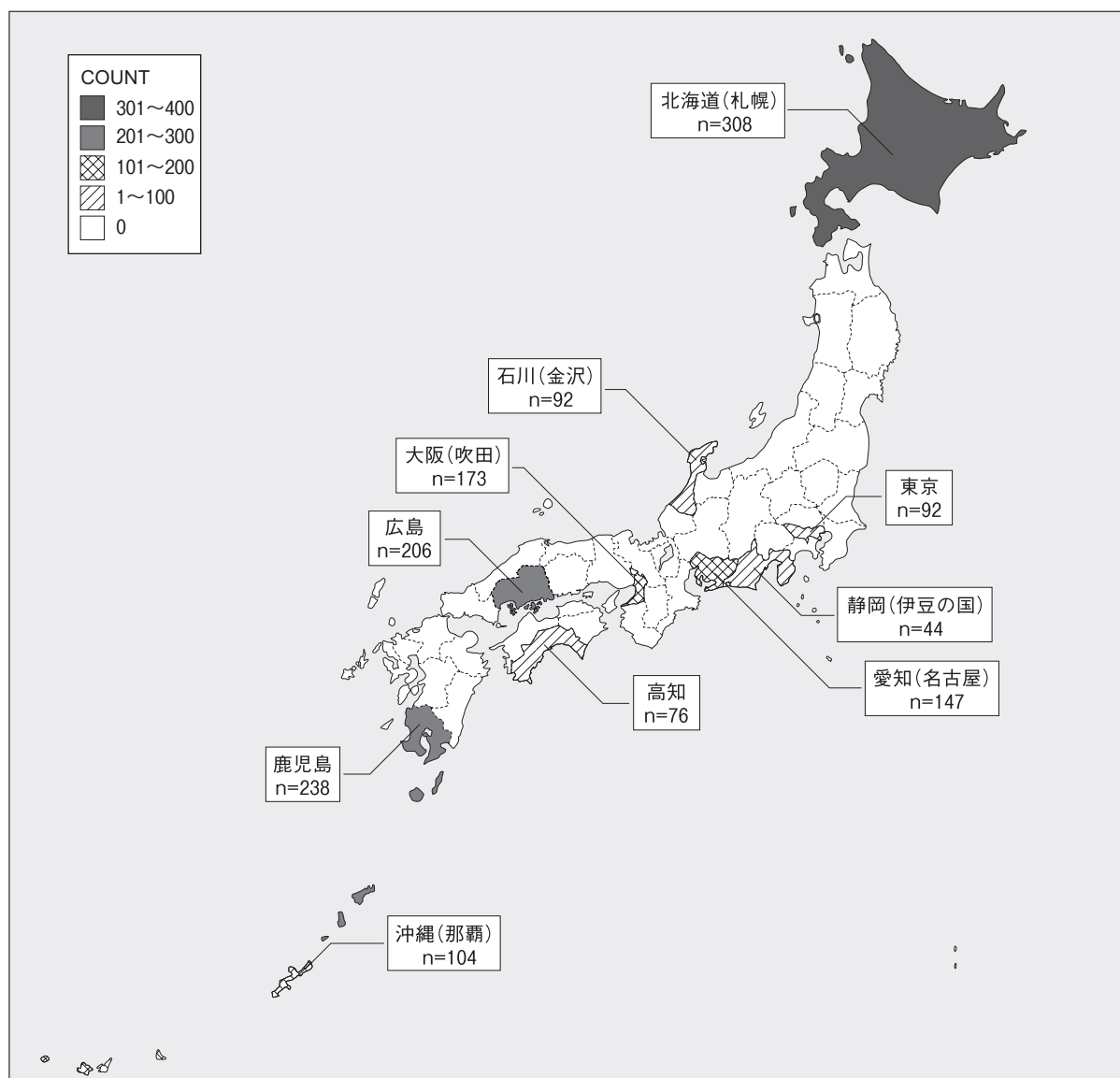


図1 本研究における医療施設 (n=10) と対象患者 (n=1480) の分布

3-2

対象患者のQOLと自覚ストレス

患者のQOL (MQL-10) の合計得点の平均は、27.2 (± 5.3 SD、範囲：3-40) であった。全国の標準値で換算した偏差値得点の平均は、50.8 (± 9.2 SD) であった。有意な性差は見られなかったが、年齢と弱い正の相関 ($r=0.185$, $p < 0.001$) が認められた。

一方、患者の自覚ストレス (JPSS-10) の合計得点の平均は、15.4 (± 5.7 SD、範囲：0-36) であった。全国の標準値で換算した偏差値得点の平均は、49.5 (± 10.1 SD) であった。有意な性差は見られなかったが、年齢と弱い負の相関 ($r=-0.343$, $p < 0.001$)

が認められた。QOLとストレスの間には、中程度の負の相関 ($r=-0.624$, $p < 0.001$) が認められた。国民標準値をもとに判定した結果、ストレスが「少ない」患者 (評価A) が434人 (29.3%)、ストレスの程度が「ふつう」の患者 (評価B) が643人 (43.4%)、ストレスが「多い」患者 (評価C) が321人 (21.7%)、およびストレスが「とても多い」患者 (評価D) が82人 (5.5%) であった。

ストレスの判定がCまたはDの患者403人 (27.2%) については、ストレスの原因と対処に関する追加質問を行っており、その結果を表2に示す。ストレスの原

表2 対象患者のストレスの原因と対処における度数分布、並びに自覚ストレスおよびQOL得点との関連 (n=403)

No.	項目名	度数 (%)					相関 [†]	
		全くない	ほとんどない	ときどきある	よくある	いつもある	ストレス	QOL
1	出来事	0 (0.0%)	17 (4.2%)	227 (56.3%)	131 (32.5%)	28 (6.9%)	0.419	-0.310
2	家庭	13 (3.2%)	73 (18.1%)	206 (51.1%)	76 (18.9%)	35 (8.7%)	0.229	-0.267
3	仕事	47 (11.7%)	82 (20.3%)	186 (46.2%)	62 (15.4%)	26 (6.5%)	0.292	-0.126
4	健康	8 (2.0%)	44 (10.9%)	209 (51.9%)	85 (21.1%)	57 (14.1%)	0.231	-0.451
5	人間関係 [‡]	問題が多い	問題がある	普通	おおむね順調	極めて順調	-0.405	0.323
6	経済 [‡]	14 (3.5%)	69 (17.1%)	239 (59.3%)	74 (18.4%)	7 (1.7%)	-0.138	ns
7	対処知識	よく知っている	多少知っている	あまり知らない	ほとんど知らない	まったく知らない	0.205	-0.267
8	対処行動	45 (11.2%)	256 (63.5%)	79 (19.6%)	21 (5.2%)	2 (0.5%)	ns	0.162
		全くない	ほとんどない	ときどきある	よくある	いつもある		
		8 (2.0%)	81 (20.1%)	217 (53.8%)	81 (20.1%)	16 (4.0%)		

[†] Spearmanの順位相関係数を示す。ストレスはJPSS-10、QOLはMQL-10の合計得点を使用した。

[‡] 逆転項目

ns: not significant (有意ではない)

因において、ストレスになる出来事は、159人 (39.5%) が「よくある」または「いつもある」と回答した。ストレスの対処知識は、多くの人が「よく知っている」または「多少知っている」が、実際の対処行動の頻度はあまり高くなかった。ストレスの原因と自覚ストレスの合計得点との相関は、「出来事」がもっとも高く、「人間関係」がそれに次いだ。ストレスの原因とQOLの合計得点との相関は、「健康」がもっとも高く、「人間関係」がそれに次いだ。

3-3 対象患者の社会経済的属性

表3に、対象患者の社会経済的属性を示す。職業は、雇用されている人がもっとも多く、主婦(パートを含む)がそれに次いだ。学生は少数であった。所帯年収は、200万~500万円がもっとも多く、200万円未満がそれに次いだ。また、かなりの対象者(14.6%)が無回答であった。最終学歴は、高校(旧制中学を含む)がもっとも多かった。同居人数は、「2人」がもっとも多かった。婚姻状況は、ほとんどの対象者が「結婚している」と回答した。

社会経済的属性とQOLの合計得点との関連は、婚姻状況において、離婚者のQOLが有意に低かった。自覚ストレスの合計得点との関連は、職業において、学生や雇用されている対象者のストレスが有意に高かった。最終学歴において、小・中学校の対象者のストレスが低かった。同居人数において、1人暮らしや2人の対象者のストレスが有意に低かった。婚姻状況において、離婚者、および未婚者のストレスが有意に高かった。所帯年収は、自覚ストレス、およびQOLとも有意な関連は認められなかった。

3-4 対象患者の自覚症状

対象患者に過去3か月の自覚症状を質問した。ただし、生理については、女性にのみ質問した。その結果を表4に示す。多くの対象者が、肩こり症状を訴え、また肩こりしやすいと回答した。腰痛、頭痛、および手足痛について、重症者は少ないが、多くの対象者が症状を訴えた。食欲は、ほとんどの対象者で問題はなかった。睡眠は、約1割の対象者が不眠傾向を訴えた。排泄は、約1割の対象者が「やや不良」または「とて

表3 対象患者の社会経済的属性、並びにQOLおよび自覚ストレス得点との関連[†]

項目	カテゴリー	度数	%	QOL	ストレス
職業	雇用されている	574	38.8	27.2	16.5
	自営	99	6.7	27.5	15.7
	主婦（パート）	566	38.2	27.2	14.7
	学生	7	0.5	22.9	20.7
	無職	230	15.5	26.9	14.1
	無回答	4	0.3		
所帯年収	200万円未満	426	28.8	27.0	15.7
	200万～500万円	598	40.4	27.4	15.8
	500万～700万円	147	9.9	27.4	15.7
	700万～1000万円	65	4.4	27.6	15.7
	1000万円以上	28	1.9	27.6	14.0
	無回答	216	14.6		
最終学歴	小・中学校	220	14.9	27.5	14.3
	高校（旧制中学）	786	53.1	27.2	15.3
	短大	156	10.5	27.1	16.1
	専門学校	163	11.0	27.0	16.0
	大学（大学院）	147	9.9	27.1	16.3
	無回答	8	0.5		
同居人数	1人暮らし	260	17.6	27.7	14.1
	2人	469	31.7	27.2	15.2
	3人	329	22.2	26.7	15.9
	4人	210	14.2	26.8	16.5
	5人以上	210	14.2	27.5	15.6
	無回答	2	0.1		
婚姻	結婚している	1072	72.4	27.3	15.2
	死別	175	11.8	28.6	13.8
	離婚	58	3.9	25.7	17.7
	未婚	172	11.6	25.6	17.8
	無回答	3	0.2		

[†] Kruskal-Wallis検定で多群の比較を行った。(n=1480)

も不良」であると回答した。生理は、75%の女性が閉経していた。これらの症状と、QOLおよび自覚ストレスの合計得点の間に有意な相関が認められた。症状が強いほど、QOLは低くなり、ストレスは強くなった。QOLの合計得点との相関は、食欲がもっとも高く、睡眠がそれに次いだ。自覚ストレスの合計得点との相関は、頭痛がもっとも高く、肩こりと肩こり傾向がそれに次いだ。

対象患者に過去1年間のアレルギー症状を質問した。その結果を表5に示す。対象者の約3分の1がアレルギー体質であると回答しており、種別では鼻炎がもっとも多かった。アレルギーがある人の方がいない人よりもQOLが低く、ストレスが強かった。ただし、喘息については、自覚ストレスとの間に有意な関連は見られなかった。

表 4 対象患者の自覚症状における度数分布、並びに自覚ストレスおよびQOL得点との関連 (n=1480)

No.	項目名	度数 (%)					相関 [†]	
		非常にこっている	こっている	ややこっている	普通	こっていない	QOL	ストレス
1	肩こり	296 (20.0%)	559 (37.8%)	331 (22.4%)	201 (13.6%)	93 (6.3%)	0.326	-0.298
2	肩こり傾向	290 (19.6%)	651 (44.0%)	344 (23.2%)	162 (10.9%)	32 (2.2%)	0.323	-0.298
3	腰痛	43 (2.9%)	448 (30.3%)	634 (42.8%)	264 (17.8%)	91 (6.1%)	0.292	-0.180
4	頭痛	9 (0.6%)	153 (10.3%)	593 (40.1%)	483 (32.6%)	242 (16.4%)	0.314	-0.303
5	手足痛	35 (2.4%)	294 (19.9%)	434 (29.3%)	406 (27.4%)	311 (21.0%)	0.269	-0.105
6	食欲	まったく食べれない	あまり食べれない	どちらとも言えない	だいたい	とても	0.374	-0.235
		0 (0.0%)	28 (1.9%)	51 (3.4%)	535 (36.1%)	866 (58.5%)		
7	睡眠	まったく眠れない	あまり眠れない	どちらとも言えない	だいたい	とても	0.372	-0.288
		1 (0.1%)	138 (9.3%)	171 (11.6%)	699 (47.2%)	471 (31.8%)		
8	排泄	とても不良	やや不良	どちらとも言えない	やや良好	とても良好	0.321	-0.235
		21 (1.4%)	141 (9.5%)	151 (10.2%)	663 (44.8%)	504 (34.1%)		
9	生理 [‡]	閉経している	とても不順	やや不順	やや順調	とても順調	0.139	-0.125
		819 (75.0%)	22 (2.0%)	42 (3.8%)	114 (10.4%)	95 (8.7%)		

[†] Spearmanの順位相関係数を示す。QOLはMQL-10、ストレスはJPSS-10の合計得点を使用した。

[‡] 生理は、女性のみ質問した。相関は、閉経している人を除外して分析した (n=273)。

3-5 対象患者のライフスタイル

健康に関連するライフスタイルとして、喫煙、飲酒、睡眠、食事、運動などが考えられるが、睡眠・食事は自覚症状で測定し、運動は後で述べる健康法の範疇でとらえているので、ここでは喫煙と飲酒を取り上げた。その結果を表6に示す。本研究の対象患者の多くは禁煙者であり、飲酒頻度も低かったが、家族に喫煙者がいるため、受動喫煙の影響を受けている人がかなり存在した(約26%)。家族に喫煙者がいる人は、いない人より有意にQOLが低く、ストレスが強かった。喫煙と飲酒は、QOLの合計得点と関連はなかったが、自覚ストレスの合計得点と有意な関連が見られた。

3-6 対象患者の健康法の実施状況

対象患者のうち、浄化療法を受けた経験のある者は、1470人(99.3%)であった。そのうち、他者への施術

ができる資格を有する者(会員)は、1435人(97.0%)であった。浄化療法の経験のない対象者(10人)には、浄化療法に関する質問を行わなかった。また、さらに、施術資格のない対象者(35人)には、他者への施術について質問しなかった。浄化療法、およびその他の健康法の結果を表7に示す。浄化療法の施術頻度と他者への施術頻度は、ともに「週1、2回」がもっとも多かった。浄化療法の施術時間と他者への施術時間は、ともに「30-60分」がもっとも多かった。ほとんどの対象者が浄化療法の身体的、および心理的効果を「とても」または「だいたい」感じていた。自然食の割合は、「80%以上」がもっとも多く、「60-80%」がそれに次いだ。芸術、家庭菜園、および運動は、「ときどき」実施する人がもっとも多かった。

健康法の頻度(割合)とQOLの合計得点との相関は、自然食がもっとも高く、芸術がそれに次いだ。自

表5 対象患者のアレルギー症状、並びにQOLおよび自覚ストレス得点との関連[†]

項目	カテゴリー	度数	%	QOL	ストレス
アレルギー体質	アレルギー体質である	174	11.8	25.6	17.2
	少しアレルギーがある	317	21.4	26.4	16.5
	以前はあったが、現在は ない	126	8.5	27.2	16.3
	ない	776	52.4	27.9	14.2
	分からない	87	5.9	26.1	16.9
食品アレルギー	現在もある	98	6.6	26.3	16.4
	以前はあったが、現在は ない	67	4.5	25.3	17.0
	ない	1243	84.0	27.5	15.1
	分からない	71	4.8	24.9	17.6
薬品アレルギー	現在もある	87	5.9	25.0	16.6
	以前はあったが、現在は ない	31	2.1	28.6	14.6
	ない	1088	73.5	27.6	15.0
	分からない	274	18.5	26.1	16.7
鼻炎	症状あり	322	21.8	25.9	17.1
	以前はあったが、現在は ない	124	8.4	26.5	16.0
	ない	965	65.2	27.7	14.6
	分からない	68	4.6	26.6	16.8
皮膚炎	症状あり	119	8.0	26.1	16.8
	以前はあったが、現在は ない	113	7.6	26.4	16.7
	ない	1186	80.1	27.5	15.0
	分からない	61	4.1	24.5	17.7
喘息	症状あり	53	3.6	24.9	15.3
	以前はあったが、現在は ない	108	7.3	26.8	15.9
	ない	1300	87.8	27.3	15.3
	分からない	19	1.3	23.7	17.6

[†] Kruskal-Wallis検定で多群の比較を行った。(n=1480)

表6 対象患者のライフスタイル、並びにQOLおよび自覚ストレス得点との関連[†]

項目	カテゴリー	度数	%	QOL	ストレス
喫煙	ほぼ毎日吸う	89	6.0	26.3	17.2
	たまに吸う	16	1.1	26.1	16.3
	以前吸っていたが、現在は 吸わない	309	20.9	27.2	15.7
	吸わない	1065	72.0	27.3	15.1
受動喫煙	家族に喫煙者がいる	388	26.2	26.6	16.3
	以前はいたが、現在は いない	209	14.1	26.4	16.3
	いない	883	59.7	27.6	14.8
飲酒	毎日	57	3.9	26.7	15.9
	だいたい毎日	104	7.0	28.0	15.6
	ときどき	196	13.2	27.5	15.0
	たまに	551	37.2	26.9	16.4
	ぜんぜん飲まない	572	38.6	27.2	14.5

[†] Kruskal-Wallis検定で多群の比較を行った。(n=1480)

表7 対象患者の健康法における度数分布、並びに自覚ストレスおよびQOL得点との関連 (n = 1480)

No. 項目名	度数 (%)						相関 [†]	
	ほとんどない	数週間に1回	週に1、2回	週に3、4回	週に5、6回	毎日	QOL	ストレス
1 浄化療法頻度 [‡]	29 (2.0%)	178 (12.1%)	359 (24.5%)	306 (20.8%)	227 (15.5%)	369 (25.1%)	0.147	-0.065
2 他者施術頻度 [‡]	101 (7.1%)	133 (9.3%)	324 (22.7%)	290 (20.3%)	217 (15.2%)	365 (25.5%)	0.192	-0.060
3 浄化療法時間 [‡]	15分未満	15-30分	30-60分	1-2時間	2時間以上		ns	ns
4 他者施術時間 [‡]	42 (2.9%)	350 (24.0%)	846 (58.1%)	208 (14.3%)	11 (0.8%)		-0.177	ns
5 身体的効果 [‡]	6 (0.4%)	32 (2.2%)	206 (14.2%)	525 (36.1%)	686 (47.1%)		0.261	-0.152
6 心理的効果 [‡]	14 (1.0%)	36 (2.5%)	200 (13.7%)	573 (39.4%)	632 (43.4%)		0.330	-0.222
7 自然食	20%未満	20-40%	40-60%	60-80%	80%以上		0.280	-0.171
8 芸術	20%未満	20-40%	40-60%	60-80%	80%以上		0.264	-0.200
9 家庭菜園	ぜんぜんない	たまに	ときどき	だいたい毎日	毎日		0.177	-0.163
10 運動	47 (3.2%)	267 (18.1%)	600 (40.6%)	367 (24.8%)	198 (13.4%)		0.232	-0.204
	400 (27.0%)	382 (25.8%)	423 (28.6%)	169 (11.4%)	106 (7.2%)			
	214 (14.5%)	406 (27.4%)	463 (31.3%)	245 (16.6%)	152 (10.3%)			

[†] Spearmanの順位相関係数を示す。QOLはMQL-10、ストレスはJPSS-10の合計得点を使用した。

[‡] 浄化療法についての質問は、経験なし (n=10) を除外し、さらに他者への施術は施術資格のない人 (n=35) を除外した。(質問しなかった。)

覚ストレスの合計得点との相関は、運動と芸術が高かった。健康法の頻度と自覚ストレスの合計得点との相関は、QOLと比べて、やや低めであった。

4. 考察

本研究の対象患者は、中高年の女性が多く、生活習慣病などの慢性疾患が占める割合が大きかった。QOLと自覚ストレスの合計得点が、標準値に近かったことから、多くの対象者は日常生活に支障が出ない軽症者であることが示唆された。ストレスの原因が「出来事」にあると答えた割合が大きかったが、「健康」が原因と答えた対象者も多かった。健康問題が自覚ストレスよりもQOLと関連が大きかったのは妥当な結果と考えられる。

社会経済的属性において、離婚者のQOLが低く、ストレスが高いということは、経験的な知見に一致している。雇用されている人のストレスが高く、小・中

学校卒の人、同居人数の少ない人のストレスが低かったが、高齢者のストレスが少ないという結果が交絡している可能性が考えられるので、さらなる検討が必要である。

肩こり、腰痛、頭痛などの自覚症状や、食欲、睡眠などがQOLや自覚ストレスと弱い関連があるのは妥当な結果と考えられる。食欲や睡眠に問題がある人の割合は小さいが、当事者にとって切実な問題であることが示唆される。肩こりは、日本人の愁訴として、もっとも多いことが指摘されている²¹⁾。先行研究²²⁾において、肩こりと健康関連QOLとの関連はすでに示されている。その研究結果は、別のQOL尺度を使用しているため単純な比較はできないが、本研究により結果はいっそう明確になった。アレルギー症状は、生活の制限や自覚症状を伴うので、QOLとの関連は妥当と考えられる。緒言で言及した喘息患者のQOL調査³⁾において、QOLと自覚ストレスの関連を明らかにしているが、喘息症状のない群との比較は行っていない。

本研究は、既報の結果を補足するものと言える。

ライフスタイルの中で、喫煙と飲酒は、当事者にとってストレス対処の方法の一つと見なされる場合もあるが、健康上の問題でやめる人もいるので、QOLやストレスとの関連は、複雑な要因がからんでいる。このような横断的な調査では、単純な解釈は困難である。受動喫煙とQOLとの関連については、これまであまり調査されておらず、新しい視点である可能性がある。厚生労働省は、本人の喫煙だけでなく、受動喫煙対策について啓発に取り組んでいる²³⁾。受動喫煙に絞った課題で、さらなる研究が必要である。

対象患者は、ほとんどが岡田式浄化療法の施術資格を有していたことから、その効果を認識しているものと考えられる。浄化療法の頻度や時間よりも、効果の認識の方が、QOLやストレスと相関が大きかったので、浄化療法の質が問われるのかもしれない。他者への施術頻度もQOLと弱い相関があり、患者同士のケアについての視点から、参考になる結果と思われる。

自然食の頻度が高い人ほどQOLが高かったが、自然食そのものの健康への効果だけでなく、自然の食材を購入する経済的・時間的なゆとりや、自然食を提供する家族の協力などとの関係があるものと推察される。

芸術は、QOLと正の相関があり、ストレスと負の相関があった。芸術を楽しむことが効果的であると考えられるが、QOLの高い人が芸術を楽しむゆとりがあるとも考えられる。大塚ら²⁴⁾は、お茶やお花を楽しむことにより、リウマチの症状が軽減することを実証したが、特定の疾患の患者でフォローアップ調査することの有用性を示唆している。アンドルー・ワイル²⁵⁾は、自然美や芸術を楽しむことにより精神性を高めることを提案している。芸術と健康、または芸術とQOLとの関連について、今後のさらなる研究が必要である。

家庭菜園や運動も同様に、QOLと正の相関があり、ストレスと負の相関があった。中西ら²⁶⁾は、園芸活動やウォーキングにより、糖尿病患者が改善したと報告した。本研究の結果もそれを裏付けていると考えられる。牧ら²⁷⁾は、高血圧症患者に対し、岡田式健康法を基本としたテーラーメイドの包括的ケアプランを提案した。また、Dusekら²⁸⁾は、高血圧症患者にお

いて、ライフスタイル変容よりリラクゼーションなどのストレス管理の方が効果的であると報告した。各種健康法は、ストレス軽減効果があるので、疾患そのものに対しても効果が期待できる。その効果を実証するためには、上記のような疾患ごとの介入的研究が必要である。

本研究の限界は、日本人を代表していないことである。日常的に岡田式健康法を実施している患者を中心としたサンプルであり、その中で健康法の頻度とQOLおよびストレスとの関連を調べた結果である。また、中高年の女性が多いサンプルなので、結果には性・年代の偏りが反映している可能性がある。本研究は横断的な調査なので、因果関係を証明することができない。すなわち、健康法の効果なのか、QOLが高い人が結果的に健康法をよく実施できたのか不明である。これらの限界はあるものの、患者を対象に、QOLとストレスに及ぼす多くの因子を検討した結果を示すことができた。また、10か所の医療施設で、同じプロトコルでデータを収集できたことも意義深いことと思われる。今後も、このような多施設共同研究が実施されることが期待される。

謝 辞

本研究を実施するに当たり、医療法人財団玉川会、愛和会、瑞泉会、および光輪会と、そのもとにある10か所の医療施設の医療関係者・スタッフのご協力をいただきました。深甚なる感謝をさせていただきます。

[参考文献]

- 1) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会. 健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料. http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf, (アクセス日: 2014年3月27日)
- 2) Kimura T, Ogushi Y, Haruki Y, et al. Is interest in art effective in health-related quality of life? Results of a cross-sectional survey on lifestyle and health promotion. *Tokai J Exp Clin Med.* 25, 141-149. 2000
- 3) Kimura T, Yokoyama A, Kohno N, et al. Perceived stress, severity of asthma, and quality of life in young

- adults with asthma. *Allergol Int* 58, 71-79. 2009
- 4) Ezoe S, Morimoto K. Behavioral lifestyle and mental health status of Japanese factory workers. *Prev Med.* 23, 98-105. 1994
 - 5) Suda M, Nakayama K, Morimoto K. Relationship between behavioral lifestyle and mental health status evaluated using the GHQ-28 and SDS questionnaires in Japanese factory workers. *Industrial Health* 45, 467-473. 2007
 - 6) 森本兼襄. ライフスタイルと健康. *日衛誌.* 54, 572-591. 2000
 - 7) Cresci B, Rotella CM. Motivational readiness to change in lifestyle modification programs. *Eat Weight Disord.* 14, 158-162. 2009
 - 8) 一般社団法人MOA インターナショナル. 岡田式健康法. <http://www.moainternational.or.jp/health/therapy.html>, (アクセス日: 2014年3月27日)
 - 9) Suzuki K, Uchida S, Kimura T, et al. A large cross-sectional, descriptive study of self-reports after biofield therapy in Japan: Demography, symptomology, and circumstances of treatment administration. *Altern Ther Health Med.* 18(4), 38-50. 2012
 - 10) Kimura T, Matsuo H, Iida N, et al. Associations between perceived stress, quality of life, and complementary health practices in Japanese outpatients: A multicenter observational study. *Altern Med Stu.* 3, 1-6. 2013
 - 11) Kimura T, Uchida S, Tsuda Y, et al. Computer-assisted measurement of perceived stress: An application for a community-based survey. *Hiroshima J Med Sci.* 54, 61-65. 2005
 - 12) 木村友昭, 鈴木清志, 森岡尚夫ほか. 大規模調査のためのQOL尺度開発とその妥当性の検証: 10項目版MOAQOL調査票 (MQL-10). *MOA 健科報.* 13, 73-84. 2009
 - 13) World Health Organization. "WHOQOL-BREF." Management of substance abuse. http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/, (accessed 2014-03-27).
 - 14) Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Med Care.* 30, 473-483. 1992
 - 15) Kimura T, Suzuki K, Uchida S, et al. Responsiveness and minimally important difference of a generic quality of life measure for complementary health practices. *Altern Med Stu.* 2, 59-63. 2012
 - 16) 木村友昭, 鈴木清志, 内田誠也ほか. MOAQOL調査票 (MQL-10) の反応性および最小有用差異の検討: 岡田式健康法における12週間追跡調査の結果より. *MOA 健科報.* 16, 55-64. 2012
 - 17) 木村友昭, 津田康民, 内田誠也ほか. 日本語版自覚ストレス調査票の短縮版作成のための検討. *MOA 健科報.* 12, 21-25. 2009
 - 18) 木村友昭, 山岡淳, 岩橋成寿ほか. 健康啓発行事の参加者における自覚ストレスの評価: ストレスの原因とその対処に関する検討. *MOA 健科報.* 15, 3-10. 2012
 - 19) Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 24, 385-396. 1983
 - 20) 岩橋成寿, 田中義規, 福士審ほか. 日本語版自覚ストレス調査票作成の試み. *心身医.* 42, 459-466. 2002
 - 21) Kim K, Uchiyama M, Liu X, et al. Somatic and psychological complaints and their correlates with insomnia in the Japanese general population. *Psychosom Med.* 63, 441-446. 2001
 - 22) Kimura T, Tsuda Y, Uchida S, et al. Association of perceived stress and stiff neck/shoulder with health status: Multiple regression models by gender. *Hiroshima J Med Sci.* 55, 101-107. 2006.
 - 23) 厚生労働省. たばこと健康に関する情報ページ. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/tobacco/index.html, (アクセス日: 2014年3月27日)
 - 24) 大塚実, 栗木章二, 野田英夫ほか. 花とお茶を用いた健康プログラムが関節リウマチ患者における疾患活動性, サイトカインに及ぼす影響. *MOA 健*

科報. 14, 17-27. 2010

- 25) アンドルー・ワイル. (訳者) 上野圭一. 「第7章 世俗的靈性と感情のウェルビーイング」. ワイル博士のうつが消えるころのレッスン. 角川書店. 東京. 239-279. 2012 (原著: Weil A. “Secular spirituality and emotional well-being.” Spontaneous happiness. Little, Brown and Company. New York. 167-194. 2011)
- 26) 中西好子, 坂井章子, 森岡尚夫ほか. 糖尿病患者に対する園芸活動プログラムの導入とその評価. MOA 健科報. 14, 29-42. 2010
- 27) 牧美輝, 岡山知加子, 末牧子ほか. 高血圧症患者に対するテーラーメイドの包括的ケアプランの評価. MOA 健科報. 16, 11-19. 2012
- 28) Dusek JA, Hibberd PL, Buczynski B, et al. Stress management versus lifestyle modification on systolic hypertension and medication elimination: A randomized trial. J Altern Complement Med. 14, 129-138. 2008

Associations between Lifestyle, Health Practices and Quality of Life in Outpatients of Integrative Medicine Clinics: A Multicenter Study

Tomoaki KIMURA¹, Hiroshi MATSUO^{1,2}, Naoharu IIDA³, Yoshiteru MAKI⁴, Kazuo NITTA^{1,5}, Seiya UCHIDA¹, Hiroyuki SAKAGUCHI¹, Yasutami TSUDA¹, Kiyoshi YAMAOKA¹ and Kiyoshi SUZUKI^{1,5}

Abstract

This study was conducted to assess the associations between quality of life (QOL), perceived stress, and other factors in outpatients of integrative clinics in which the Okada Health and Wellness Program is encouraged. Personal computers (PCs) were set up in ten clinics throughout Japan to collect patient data, and the patients were instructed to complete a questionnaire on the PC. The questionnaire consisted of the 10-Item MOA Quality of Life Questionnaire (MQL-10), the 10-Item Japanese version of the Perceived Stress Scale (JPSS-10), and items related to socioeconomic status (SES), subjective symptoms, lifestyle, and health practices. The number of evaluated subjects was 1480 (379 men and 1101 women), and their mean age was 58.5 years. Most patients had chronic illnesses (80.4%), such as hypertension (19.4%) or dyslipidemia (17.7%). There was a moderate negative correlation between QOL and perceived stress ($r = -0.624$, $p < 0.001$). QOL was significantly associated with SES (marital status); subjective symptoms such as appetite, sleep, and allergies; lifestyle (passive smoking); and health practices such as natural diet and art activities. Perceived stress was significantly associated with SES items such as occupation and marital status; subjective symptoms such as headaches, stiff shoulders, and allergies; lifestyle factors such as passive smoking and alcohol use; and health practices such as exercise and art activities.

Keywords:

Okada Health and Wellness Program, quality of life, perceived stress, subjective symptoms, lifestyle, socioeconomic status

¹MOA Health Science Foundation, 1-1-60 Nishi-Atami, Atami, Shizuoka 413-0038, Japan. ²Aiwakai Tatekawa Clinic, 16-9 Enoki, Suita, Osaka 564-0053, Japan. ³Zuisenkai MOA Sapporo Clinic, 2-8-31 24ken 4jo Nishi-ku, Sapporo, Hokkaido 063-0804, Japan. ⁴Korinkai Korinkai Kagoshima Clinic, 5-28 Tokai, Kagoshima, Kagoshima 891-0115, Japan. ⁵Gyokusenkai MOA Takanawa Clinic, 4-8-10 Takanawa, Minato-ku, Tokyo 108-0074, Japan.

Corresponding author: Tomoaki Kimura, Ph.D. TEL: (+81)557-86-0663, FAX: (+81)557-86-0665, E-mail: t-kimura@mhs.or.jp

Received 28 April 2014; accepted 5 July 2014.