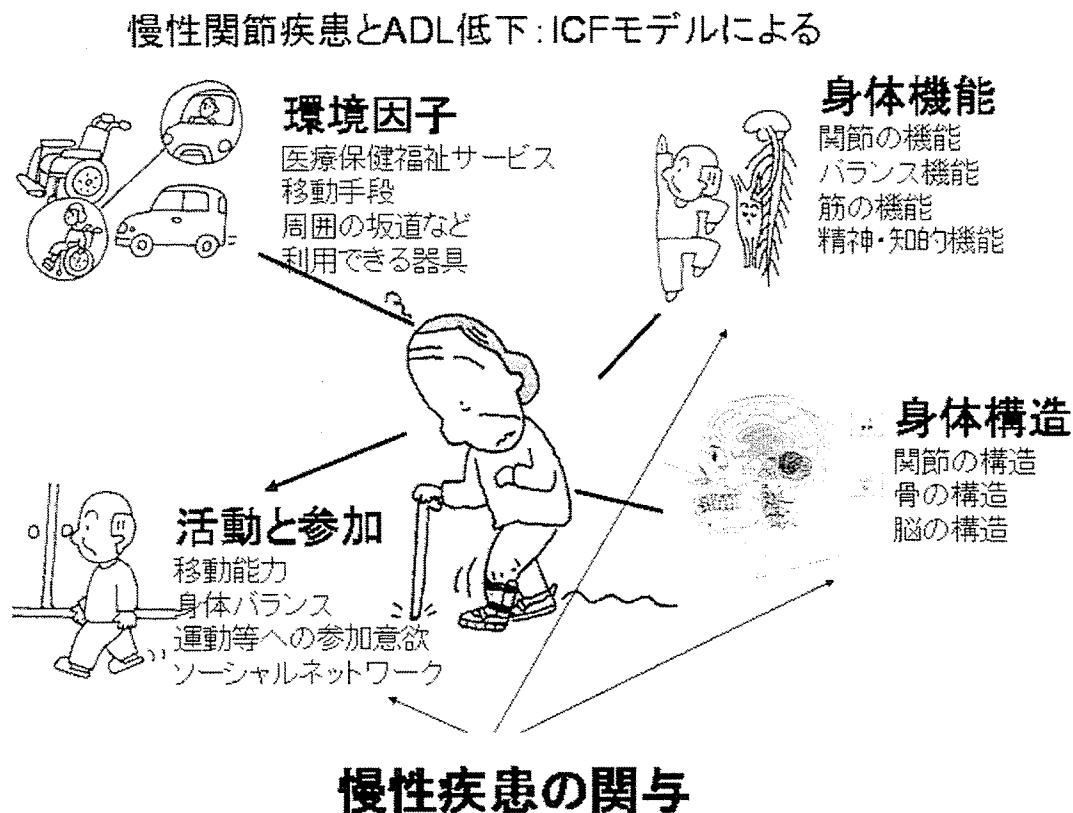


考察

2006年度からの改定により、介護保険法における介護予防の重要性は増加する。現在のところ、介護予防には1.転倒骨折予防、2.栄養改善、3.口腔ケアといった柱がもうけてあるが、相良村のこれまでの検討から、軽度要介護状態の増加を防止することがもっとも効果的であり、そのリスクファクターは慢性関節疾患であることがわかってきた[19]。従って相良村においての介護予防事業、特に自立あるいは軽度障害者を対象としたものは、慢性関節障害を対象としているものが望ましいと考えられた。

介護予防事業の目的はADLの維持および悪化防止である。関節障害によるADL低下のプロセスには様々な因子が関係しうる。この関係を国際生活機能分類[20]に基づいてモデル化したものが図10である。このモデルから、軽度要介護状態の主なりスクファクターである関節疾患に対する介入は、環境因子、活動と参加(意欲やソーシャルネットワーク)、身体機能(関節のROM等)、身体構造(骨、関節の構造)等の様々な因子が関与している。また他の慢性疾患の併発が大きなファクターとして関与している可能性がある。さらに性差も大きな影響を与える因子である[19]。

図10



今回は地域に対して健康太極拳、チェアエクササイズという介入を行うことにより、高齢者の身体機能および活動と参加を測定するというモデルに基づいて行うこととした。

本研究における倫理面での配慮

相良村における全高齢者に対しては、継続調査の目的で対象者から書面による同意を得た。さらに介入調査の対象者(コントロールを含む)については、同様に調査結果の使用許諾を調査票に含めており、許諾がされた場合のみに使用することとした。

参考文献

1. 杉原陽子:【介護予防】 地域における転倒・閉じこもりのリスク要因と介入研究, Vol. 15, 2004.
2. 藤田博暁, 荒畑和美, 吉羽誠治, et al.: 大腿骨頸部骨折患者の在宅リハビリテーションメニュー施行による運動機能の介入効果, Vol. 10, 2004.
3. 横川吉晴, 甲斐一郎, 臼井弥生, 小須田文俊, 古田大樹, 小中一輝: 農村部後期高齢者における転倒と関連する身体機能の低下を遅延するための介入研究, Vol. 40, 2003.
4. 海老原孝枝:【予防医学をとらえ直す】 介護予防 口腔ケアによる肺炎予防, Vol. 4, 2002.
5. 金成由美子, 安村誠司:【予防医学をとらえ直す】 介護予防 転倒・骨折予防介入プログラムの有効性, Vol. 4, 2002.
6. 本田知久, 山口和之:【高齢者介護予防の具体化方法】 介護予防へ向けて 要支援・要介護高齢者に対する介護予防 介護老人保健施設におけるパワーリハビリテーション. クリニカルプラクティス 2004; 23: 914-917.
7. 竹内孝仁:【高齢者介護予防の具体化方法】 介護予防へ向けて パワーリハビリテーションによる介護予防. クリニカルプラクティス 2004; 23: 910-913.
8. 竹内孝仁:【理学療法と医療経済学】 費用対効果を踏まえた実践例報告 パワーリハビリテーション. 理学療法 2004; 21: 932-936.
9. 山本玲江, 田中義孝: 医療機関におけるパワーリハビリテーションの用性について. 理学療法福井 2003; 7: 36-39.
10. 望月秀樹: 介護予防・自立支援のためのパワーリハビリテーション 作業療法におけるパワーリハビリテーションの試み. 総合ケア 2003; 13: 64-67.
11. 本田知久, 照井和史, 平野雄三, et al.: 介護老人保健施設におけるパワーリハビリテーションの取り組み. 東北理学療法 2003: 19-25.
12. 新井武志, 大淵修一, 柴喜崇, et al.: 医学的運動トレーニングの筋力増強効果について. 北里理学療法学 2001: 5-8.
13. Okochi J, Takahashi T, Takamuku K, Matsuda S, Takagi Y: Reliability of a geriatric assessment instrument with illustrations. Geriatr Gerontol Int 2005; 5(1): 37-47.
14. Takahashi T, Okochi J, Takamuku K, Matsuda S: The introduction of typology of the aged with illustrations. Casemix Quarterly 2001; 3(1): 3-14.
15. 竹尾吉枝:【健康づくりとまちづくり】 高齢者介護予防・健康づくり事業への参加 兵庫県稲美町

「いきいきサロン」とチェアエクササイズ. Sportsmedicine 2004; 16(4): 22-24.

16. 竹尾吉枝: 【中高年者における健康のための運動】 チェアエクササイズ. 保健の科学 2003; 45: 820-827.

17. 竹尾吉枝: チェアエクササイズの実際と指導のポイント チェアエクササイズの指導原則 チェアエクササイズの基本的な動き. Sportsmedicine 2002; 14: 39-43.

18. 竹尾吉枝: チェアエクササイズの実際と指導のポイント チェアエクササイズの指導原則 チェアエクササイズの動きの発現機序. Sportsmedicine 2002; 14: 29-32.

19. 高橋泰, 緒方俊一郎, 大河内二郎: 自立から死亡までのプロセスとコストの分析に関する研究. 平成 15 年度厚生労働科学長寿総合研究事業報告書, 2004.

20. World Health Organization.: International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization, 2001.

II アンケート調査による慢性疾患の正確性について 産業医科大学 公衆衛生学 大河内二郎

目的

アンケート調査による慢性疾患の有無とカルテ調査における慢性疾患の有無について調査し、2003年に相良村・大三島町で行なわれた慢性疾患調査の正確性について検討した。

方法

2医療機関において、1999年前後に罹患していた疾患名をカルテから抽出し、その結果をアンケート調査の結果と比較することにより、アンケート調査による慢性疾患調査の正確性について検討する。アンケート調査において、用いた疾患名は、骨そしょう症、関節疾患、骨折(大腿骨骨折・その他の骨折)、慢性疼痛(神経痛・腰痛・頭痛等)、脳血管障害(脳出血・脳梗塞)、パーキンソン病、心疾患(不整脈・心不全・弁膜症等)、高血圧、糖尿病、高脂血症、慢性肺疾患(気管支喘息・慢性肺気腫・慢性気管支炎)、腸・内臓疾患(胃潰瘍・慢性胃炎・肝疾患等)、うつ、アルツハイマー病、腎・泌尿器疾患(慢性腎炎・前立腺肥大等)、眼疾患(白内障・網膜症等)、悪性腫瘍であった。

カルテ調査においては、相良村の住民が利用している二つの医療機関において、カルテに記載されている診断名を用いた。原則として1999年時点の診断名を抽出した。抽出した診断名について、アンケート調査に用いた疾患カテゴリー別に分類し、さらにカッパを用いてその信頼性をアンケート調査とカルテ調査の間で検討した。

なお、カッパは下記の式によって表される。

$$k = \frac{P_0 - P_e}{1.0 - P_e} \quad P_0 \text{ 対象において一致した割合} \quad P_e \text{ 偶然により一致する割合}$$

すなわち、偶然による一致する割合を考慮した場合の一致率であり、0.4以下は悪い一致、0.4-0.6は中程度の一致、0.6以上であれば良好な一致とされている。

結果

表1に対象者132名について、疾患の男女別割合と、カッパ値を示した。もっとも高い一致率を示したのは慢性肺疾患と糖尿病で、逆に低い一致を示したのは腎・泌尿器疾患であった。

考察

アンケート疾患による慢性疾患の調査は、その正確性について十分注意を払う必要がある。これまでアメリカ合衆国で慢性関節疾患や、アスピリンの使用については、

医師の診断と患者の報告間に差があったという報告がある[1]。本邦は患者が複数の医師にかかる場合も多く、一医療機関の診断名が患者の疾患名を代表していない可能性もある。

そのような条件にもかかわらず、アルツハイマー病・腎疾患・泌尿器疾患以外の疾患では、0.4以上の値を示した。特に高血圧、糖尿病、慢性肺疾患では高い傾向が認められた。

その他の多くの疾患名は、中間にあたり、特に高い一致率を示したわけではないが、本研究に用いられている診断名の妥当性について、アルツハイマー病と腎・泌尿器疾患については、これらのカッパ値の示す精度の範囲内において、適切と考えられた。

疾患名	情報源	度数		カッパ
		男性	女性	
骨そしょう症	アンケート	3	13	0.416
	カルテ	0	6	
リウマチ・関節疾患	アンケート	2	8	0.490
	カルテ	1	8	
骨折	アンケート	2	10	0.565
	カルテ	0	5	
慢性疼痛	アンケート	5	36	0.526
	カルテ	13	34	
脳血管障害	アンケート	8	4	0.443
	カルテ	11	16	
パーキンソン病	アンケート	1	0	0.494
	カルテ	3	0	
心疾患	アンケート	15	9	0.617
	カルテ	18	18	
高血圧	アンケート	28	56	0.717
	カルテ	27	64	
糖尿病	アンケート	2	6	0.705
	カルテ	4	10	
高脂血症	アンケート	0	3	0.482
	カルテ	2	7	
慢性肺疾患	アンケート	4	4	0.788
	カルテ	4	3	
腸・内臓疾患	アンケート	3	3	0.573
	カルテ	7	7	
うつ病	アンケート	0	3	0.494
	カルテ	0	1	
アルツハイマー病	アンケート	0	2	0.389
	カルテ	1	2	
腎疾患・泌尿器疾患	アンケート	7	5	0.291
	カルテ	3	3	
眼疾患	アンケート	7	25	0.424
	カルテ	4	8	
悪性腫瘍	アンケート	1	1	0.492
	カルテ	1	1	

これまで、本邦ではアンケート調査による診断名の確認の精度については報告が少

ないため、以上の結果は、アンケート調査における診断名の選択や、分析結果の判断等に寄与できると考えられた。

参考文献

1. Kehoe R, Wu SY, Leske MC, Chylack LT, Jr. Comparing self-reported and physician-reported medical history. Am J Epidemiol 1994;139(8):813-8.

謝辞

本研究を実施するにあたって、以下の方々のご協力を得ました。ここに感謝申し上げます。

1 億人元気協会 山室まり先生 竹尾吉枝先生 草山美佐子先生

健康太極拳指導者 田島順子先生 稲富ひさえ先生

相良村在宅介護支援センター 前田博典先生、越替ちひろ先生

新潟大学医学部 赤澤宏平 先生

杏林大学医学部 鳥羽研二 先生

イラストレーター 奥田邦年 様