

表1. 生きがいカテゴリー毎の対象者の基本特性

変数	生きがい		
	ある	どちらとも言えない	ない
対象者数	25,596	15,782	2,013
平均年齢(歳)(標準偏差)	60.3 (10.2)	59.6 (10.5)	61.4 (11.1)
女性 (%)	50.1	55.6	57.4
婚姻状況 (%)			
結婚している	84.7	79.2	68.9
離婚 or 死別・離別	12.8	15.0	21.7
独身	2.5	5.7	9.4
教育歴 (%)			
中学校卒業	56.9	62.4	67.1
高等学校卒業以上	43.1	37.9	32.9
職業 (%)			
あり	67.3	60.0	47.6
なし(主婦)	32.7	40.0	52.4
Body Mass Index in kg/m ² (%)			
≤18.4	3.0	4.0	6.6
18.5-24.9	67.6	67.5	65.1
≥25.0	29.4	28.5	28.4
喫煙 (%)			
生涯非喫煙	53.0	55.0	54.9
過去喫煙	14.9	13.0	14.0
現在喫煙			
1-19 本/日	11.8	12.2	12.3
≥20 本/日	20.3	19.8	18.9
飲酒 (%)			
生涯非飲酒	42.6	47.0	49.8
過去飲酒	6.3	8.3	11.3
現在飲酒			
≤22.7 g/日	21.9	19.2	16.9
22.8-45.5 g/日	10.4	8.6	7.6
45.6-68.3 g/日	12.5	10.1	7.2
≥68.4 g/日	6.3	6.7	7.2
歩行時間 (%)			
<1.0 時/日	50.7	57.5	65.0
≥1.0 時/日	49.3	42.5	35.0
睡眠時間 (%)			
≤6 時/日	15.2	16.7	19.5
7-8 時/日	69.2	65.9	55.7
≥9 時/日	15.6	17.4	24.8
主観的健康度 (%)			
健康ではない or あまり健康ではない	12.3	24.8	46.6
ふつう	10.8	20.8	16.9
まあ健康 or 非常に健康	76.9	54.5	36.5
主観的ストレス (%)			
高い	12.4	19.2	36.3
ふつう	65.6	70.4	43.2
低い	22.0	10.3	20.5
身体の痛み (%)			
強い痛み or 中ぐらいの強さの痛み	13.4	20.0	33.3
弱い痛み or ごく弱い痛み	50.3	54.1	40.8
まったく痛くない	36.3	25.9	25.8
疾患既往歴 (%)			
高血圧	24.4	26.5	30.0
糖尿病	5.7	6.1	9.2
腎疾患	3.5	3.9	5.0
肝疾患	5.1	5.6	6.0
胃・十二指腸潰瘍	14.5	14.2	14.0
関節炎	8.8	10.0	12.3
骨粗鬆症	3.4	4.0	6.0
身体運動機能* (%)			
制限あり	18.9	29.6	48.6
制限なし	81.1	70.6	51.4

*身体運動機能はthe Medical Outcomes Study (MOS) scoreにより評価.

表2. 生きがいと死因別死亡リスクに関する相対危険度 (HR)、95%信頼区間 (95% CI)

死亡リスク	生きがい			傾向性のP値
	ある	どちらとも言えない	ない	
追跡人年	160,910	97,232	11,847	
全死因				
死亡者数	1,547	1,206	295	
HR1 (95% CI)	1.0 (基準)	1.1 (1.0 - 1.2)	1.5 (1.3 - 1.7)	<0.001
HR2 (95% CI)	1.0 (基準)	1.1 (1.0 - 1.2)	1.4 (1.2 - 1.6)	<0.001
がん				
死亡者数	653	374	73	
HR1 (95% CI)	1.0 (基準)	0.9 (0.8 - 1.1)	1.3 (1.0 - 1.6)	0.59
HR2 (95% CI)	1.0 (基準)	0.9 (0.8 - 1.1)	1.2 (0.9 - 1.6)	0.85
循環器疾患				
死亡者数	460	399	112	
HR1 (95% CI)	1.0 (基準)	1.2 (1.0 - 1.4)	1.6 (1.3 - 2.0)	<0.001
HR2 (95% CI)	1.0 (基準)	1.1 (0.9 - 1.3)	1.6 (1.2 - 2.0)	0.004
虚血性心疾患				
死亡者数	96	97	14	
HR1 (95% CI)	1.0 (基準)	1.4 (1.0 - 1.8)	0.9 (0.5 - 1.7)	0.34
HR2 (95% CI)	1.0 (基準)	1.4 (1.0 - 2.1)	0.9 (0.4 - 1.9)	0.34
脳血管疾患				
死亡者数	222	192	65	
HR1 (95% CI)	1.0 (基準)	1.2 (1.0 - 1.5)	2.1 (1.6 - 2.9)	<0.001
HR2 (95% CI)	1.0 (基準)	1.1 (0.9 - 1.4)	1.9 (1.3 - 2.7)	0.004
肺炎				
死亡者数	102	105	34	
HR1 (95% CI)	1.0 (基準)	1.3 (1.0 - 1.7)	1.8 (1.2 - 2.7)	0.007
HR2 (95% CI)	1.0 (基準)	1.3 (0.9 - 1.7)	1.3 (0.8 - 2.2)	0.14
外因死				
死亡者数	91	76	19	
HR1 (95% CI)	1.0 (基準)	1.3 (0.9 - 1.7)	1.9 (1.1 - 3.3)	0.018
HR2 (95% CI)	1.0 (基準)	1.2 (0.8 - 1.8)	2.4 (1.3 - 4.4)	0.011
自殺				
死亡者数	44	38	8	
HR1 (95% CI)	1.0 (基準)	1.3 (0.9 - 2.1)	1.8 (0.8 - 4.1)	0.060
HR2 (95% CI)	1.0 (基準)	1.4 (0.8 - 2.5)	2.5 (0.9 - 6.7)	0.064

HR1は全死亡例を含むHRを表示.

HR2は全死亡例から2年以内の早期死亡例を除外したHRを表示.

補正項目は年齢、性別、婚姻状況、教育歴、職業、BMI、喫煙習慣、飲酒習慣、歩行時間、睡眠時間、主観的健康度、主観的ストレス、身体の痛み、疾患既往歴、身体運動機能*とした.

* 身体運動機能はthe Medical Outcomes Study (MOS) scoreにより評価.

表3. 層別化解析における生きがいと全死因死亡リスクに関する相対危険度 (HR)、95%信頼区間 (95% CI)

変数	対象者数	死亡者数	生きがい			傾向性のP値
			ある	どちらとも言えない	ない	
年齢						
≤64 歳	28,002	959	1.0 (基準)	1.1 (0.9 - 1.2)	1.1 (0.8 - 1.4)	0.57
≥65 歳	15,389	2,071	1.0 (基準)	1.1 (1.0 - 1.2)	1.6 (1.4 - 1.9)	<0.001
婚姻状況						
結婚している	32,089	2,043	1.0 (基準)	1.1 (1.0 - 1.2)	1.6 (1.3 - 1.9)	<0.001
離婚 or 死別・離別、独身	7,003	632	1.0 (基準)	1.2 (1.0 - 1.4)	1.5 (1.1 - 1.9)	0.003
職業						
あり	20,372	995	1.0 (基準)	1.2 (1.1 - 1.4)	1.8 (1.4 - 2.4)	<0.001
なし (主婦)	11,566	1,163	1.0 (基準)	1.1 (1.0 - 1.3)	1.5 (1.2 - 1.8)	<0.001
主観的健康度 (%)						
まあ健康 or 非常に健康	28,893	1,496	1.0 (基準)	1.2 (1.1 - 1.3)	1.6 (1.3 - 2.1)	<0.001
健康ではない - ふつう	14,312	1,524	1.0 (基準)	1.1 (0.9 - 1.2)	1.5 (1.3 - 1.7)	<0.001
主観的ストレス (%)						
低い	7,600	593	1.0 (基準)	1.1 (0.9 - 1.3)	1.7 (1.3 - 2.2)	0.002
高い or ふつう	35,342	2,380	1.0 (基準)	1.1 (1.0 - 1.2)	1.4 (1.2 - 1.7)	<0.001
疾患既往歴*						
なし	21,455	1,962	1.0 (基準)	1.1 (1.0 - 1.3)	1.6 (1.3 - 1.8)	<0.001
あり	21,936	1,086	1.0 (基準)	1.1 (0.9 - 1.2)	1.4 (1.1 - 1.8)	0.019
身体運動機能 †						
制限なし	32,161	1,584	1.0 (基準)	1.1 (1.0 - 1.3)	1.6 (1.3 - 1.9)	<0.001
制限あり	10,245	1,348	1.0 (基準)	1.1 (1.0 - 1.3)	1.3 (1.0 - 1.6)	0.012

補正項目は年齢、性別、婚姻状況、教育歴、職業、BMI、喫煙習慣、飲酒習慣、歩行時間、睡眠時間、主観的健康度、主観的ストレス、身体の痛み、疾患既往歴、身体運動機能とした。

* 疾患既往歴は高血圧、糖尿病、腎疾患、肝疾患、胃・十二指腸潰瘍、関節炎、骨粗鬆症のうち1つでも既往のある者を疾患既往歴ありとした。

† 身体運動機能はthe Medical Outcomes Study (MOS) scoreにより評価。

しかし、年齢による有意な修飾効果は示されなかった ($P>0.05$)。また、生きがいの「ない」者において、婚姻状況の層別化に関わらず全死因死亡リスクが上昇した [結婚している群; 1.6(1.3-1.9)、していない群; 1.5(1.1-1.9)]。以下、生きがいの「ない」者において、職業 [職業あり群; 1.8(1.4-2.4)、なし群; 1.5(1.2-1.8)]、主観的健康度 [健康度の高い群; 1.6(1.3-2.1)、低い群; 1.5(1.3-1.7)]、主観的ストレス [ストレスの低い群; 1.7(1.3-2.2)、高い群; 1.4(1.2-1.7)]、疾患既往歴 [既往歴のない群; 1.6(1.3-1.8)、ある群; 1.4(1.1-1.8)]、身体運動機能 [制限のない群; 1.6(1.3-1.9)、ある群; 1.3(1.0-1.6)] の層別化に関わらず全死因死亡リスクの上昇が示された。その他の社会経済的要因、生活習慣、心理的要因を層別化解析した結果においても、同様に層別化に関わ

らず生きがいの「ない」者では全死因死亡リスクの上昇が示された。上記の結果から、生きがいの「ない」者では、社会経済的要因、生活習慣、心理的要因、疾患既往歴、身体運動機能と独立して死亡リスクを上昇することが示された。

D. 考 察

地域住民を対象とした前向きコホート研究において、生きがいの「ある」者に比べ、「ない」者では全死因死亡リスクが有意に上昇した。死因別では、CVD(脳血管疾患)、外因死死亡リスクの上昇が示された。一方、生きがいとがん、肺炎死亡リスクとの間に有意な関連は示されなかった。自殺死亡リスクは有意ではないが上昇傾向が示された。また、生きがいの「ない」者では、社会経済的要因、生活習慣、心理的要

因、疾患既往歴、身体運動機能と独立して死亡リスクを上昇することが明らかになった。

生きがいと死亡リスクとの関連を検討した先行研究は3件報告されている。関らの報告は⁽¹¹⁾、対象者数が1,065名、死亡者数は123名報告されている。補正項目は年齢、性別、疾患既往歴(脳血管疾患、心疾患、高血圧、糖尿病、肝疾患、腎疾患、がんの既往)としている。生きがいの「ない」者に比べ、「ある」者では有意に全死因死亡リスクが低下すると報告されている。

坂田らの報告は⁽¹²⁾、対象者数が2,732名、死亡者数は304名報告されている。補正項目は年齢、喫煙状況、飲酒量、高血圧既往としている。男性において、生きがいの「ある」者に比べ、「ない」者では有意に全死因死亡リスクが上昇すると報告されている。

中西らの報告は⁽¹³⁾、対象者数が1,245名、死亡者数は398名報告されている。補正項目は年齢、性別、能力障害、咀嚼能力障害、歯科検診、身体検診、健康行動、社会活動参加、対人関係としている。生きがいの「ある」者に比べ、「ない」者では有意に全死因死亡リスクが上昇すると報告されている。

死因別に検討した研究は1件のみ報告されている⁽¹²⁾。生きがいの「ない」者において、男性では、CVD、脳血管疾患死亡リスクが上昇、女性では、IHD死亡リスクが上昇すると報告されている。また、男女ともに生きがいとがん死亡リスクとの関連はないと報告されている。

先行研究の結果は、3件中3件で、生きがいの「ない」者では全死因死亡リスクの有意な上昇が報告されている。死因別に調査した研究は1件のみであり、CVD死亡リスクは上昇し、がん死亡リスクは関連しないと報告されている。また、生きがいと社会経済的要因、生活習慣、心理的要因、疾患既往歴、身体運動機能と独立して死亡リスクに関連するのかは明らかになっていない。

本研究結果は、生きがいの「ない」者では全死因死亡リスクの有意な上昇が示された。死因別死亡リスクの結果は、CVD(脳血管疾患)、外因死の上昇が示された。一方、生きがいとがん、肺炎死亡リスクとの間に有意な関連は示されなかった。自殺死亡リスクは有意ではないが上昇傾向が示された。

生きがいと死亡リスクとの関連の因果性を明らかにするため、①多変量補正解析、②2年以内の早期死亡者を除外した解析、③層別化解析を行った。生きがいの「ない」者において、全死因死亡リスクは①多変量補正解析ではHR;1.5(1.3-1.7)を示しリスクが上昇、②2年以内の早期死亡者を除外した解析ではHR;1.4(1.2-1.6)を示しリスクが上昇、③層別化解析;社会経済的要因、生活習慣、心理的要因、疾患既往歴、身体運動機能の層別化に関わらずリスクが上昇。これらの結果から、健康状態や多くの要因と独立して、生きがいの「ない」者では死亡リスクが上昇する因果性が示唆された。

本研究の長所として以下のことが挙げられる。第1に本研究の対象者数は43,391名であり、先行研究(関ら1,065名、坂田ら2,732名、中西ら1,245名)に比べ、多くの対象者で生きがいと死亡リスクとの関連を検討することができた。

第2に先行研究では死因別に検討した報告は少ないが、本研究は詳細な死因[全死因、がん、CVD(IHD、脳血管疾患を含む)、肺炎、外因死(自殺を含む)]で、生きがいと死亡リスクとの関連を検討することができた。

第3に本研究は多変量補正解析、2年以内の早期死亡者を除外した解析、層別化解析を行うことで、多くの要因(社会経済的要因、生活習慣、心理的要因、疾患既往歴、身体運動機能)と独立して生きがいと死亡リスクとの関連を検討することができた。

本研究の短所として以下のことが挙げられ

る。第1に精神疾患に関する情報が不足しており、生きがいの「ない」ことがうつ病や抑うつ症状と独立しているのかは不明である。

第2に追跡期間中の生きがいや他の要因の変化を把握できていないことである。先行研究では、生きがいの変化と死亡リスクとの関連を報告した研究があるが⁽¹⁵⁾、本研究では生きがいや他の要因の変化による死亡リスクへの影響は把握することができなかった。

第3に解析対象者のうち追跡不能者は5,187名(12.0%)であった。しかし、生きがいに関する質問への回答は解析対象者と追跡不能者で同様の割合が示された;生きがいが「ある」と回答[59.0%(解析対象者) vs 56.5%(追跡不能者)]、「どちらとも言えない」と回答[36.4% vs 38.3%]、「ない」と回答[4.6% vs 5.2%]。

第4に有効回答者のうち生きがいに関する質問の未回答者は2,526名(4.9%)であった。解析対象者(43,391名)と生きがいに関する質問の未回答者(2,526名)における基本特性の相違は以下のように示された。解析対象者に比べ、未回答者は平均年齢が高い[60.1歳(解析対象者) vs 64.5歳(未回答者)]、主観的健康度の低い者が多い[18.4% vs 25.6%]、身体の痛みの強い者が多い[16.7% vs 21.1%]、身体運動機能に制限のある者が多い[24.2% vs 46.1%]ことが示された。上記のことから、未回答者は年齢が高く、健康状態の低い者が多いことが考えられ、生きがいと死亡リスクとの関連を検討した本研究の結果には過小評価の可能性が考えられる。

これまで、否定的な心理的状态の者(主観的健康感・生活満足度・主観的健康度の低い者)では全死因死亡リスクを上昇する傾向が報告されており⁽¹⁻⁷⁾、本研究結果はこれらの先行研究を支持するものである。身体的健康状態や心理的状态の低下などが生きがい感の喪失を来たと考えられているが、本研究結果は層別化

解析により、生きがいの「ない」者では社会経済的要因、生活習慣、心理的要因、疾患既往歴、身体運動機能と独立して死亡リスクを上昇する関連が示された。よって、生きがい感の喪失はこれらの要因と独立した死亡の危険因子であることが示唆された。

また、否定的な心理状態が死亡リスクを上昇させるメカニズムが検討されている。否定的な心理状態が自律神経系(ANS)、視床下部-下垂体-副腎皮質(HPA)系の異常調節と関連があり、インターロイキン-6(IL-6)、C反応性タンパク(CRP)、腫瘍壊死因子アルファ(TNF- α)の血中濃度上昇がアテローム発生過程に寄与し、CVD死亡リスクが上昇するとのメカニズムが報告されている⁽¹⁶⁾。

生きがいを含む否定的な心理状態は、死亡リスクの上昇と関連し、特にCVDに悪影響を及ぼすことが示唆された。本研究結果は、生きがいづくりを推進することで寿命の延長を促す取り組みの重要性を示唆する、新たなエビデンスを示すことができた。今後は生きがいづくりに焦点を当てた事業の充実を図るとともに、趣味活動や社会的繋がりを強化していくことで、死亡リスクの低下や健康増進を促すことができると考える。

E. 結 論

日本の地域住民を対象とした大規模前向きコホート研究において、生きがいの「ない」者では全死因死亡リスクが有意に上昇し、死因別ではCVD(脳血管疾患)、外因死死亡リスクの上昇が示された。一方、生きがいとがん、肺炎死亡リスクとの間に有意な関連は示されなかった。自殺死亡リスクは有意ではないが上昇傾向が示された。また、生きがいの「ない」者では、社会経済的要因、生活習慣、心理的要因、疾患既往歴、身体運動機能と独立して死亡リスクを上昇することが明らかになった。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

曾根稔雅, 中谷直樹, 大森 芳, 島津太一, 柿崎真沙子, 菊地信孝, 栗山進一, 辻 一郎. 生きがいと死亡リスクに関する前向きコホート研究: 大崎コホート研究. 第 17 回日本疫学会学術総会, 広島, 2007 年.

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

I. 引用文献

- 1) Maier H, Smith J. Psychological predictors of mortality in old age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 1999;54: P44-54.
- 2) Meinow B, Kareholt I, Parker MG, et al. The effect of the duration of follow-up in mortality analysis: the temporal pattern of different predictors. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 2004;59: S181-9.
- 3) Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Viinamaki H, et al. Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. *Am J Epidemiol*, 2000;152:983-91.
- 4) Gustafsson TM, Isacson DGL, Thorslund M. Mortality in elderly men and women in a Swedish municipality. *Age Ageing*, 1998;27:585-93.
- 5) Idler EL, Angel RJ. Self-rated health and mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-up Study. *Am J Public Health*, 1990;80:446-52.
- 6) Idler EL, Kasl SV, Lemke JH. Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington counties, Iowa, 1982-1986. *Am J Epidemiol*, 1990;131: 91-103.
- 7) Heistaro S, Jousilahti P, Lahelma E, et al. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *J Epidemiol Community Health*, 2001;55:227-32.
- 8) 長谷川明弘, 藤原佳典, 星 旦二, 他. 高齢者における「生きがい」の地域差: 家族構成, 身体状況ならびに生活機能との関連. *日本老年医学会雑誌*, 2003;40:390-6.
- 9) 瀬谷 彰. 主観的健康感, 生活満足度及び生きがいに関連する生活習慣要因について. *J Natl Inst Public Health*, 2003;52: 242-4.
- 10) 藤本弘一郎, 岡田克俊, 泉 俊男, 他. 地域在住高齢者の生きがいを規定する要因についての研究. *厚生指標*, 2004;51: 24-32.
- 11) 関 奈緒. 歩行時間, 睡眠時間, 生きがいと高齢者の生命予後の関連に関するコホート研究. *日本衛生学雑誌*, 2001;56: 535-40.
- 12) 坂田清美, 吉村典子, 玉置淳子, 他. 生きがい, ストレス, 頼られ感と循環器疾患, 悪性新生物死亡との関連. *厚生指標*, 2002;49:14-8.
- 13) Nakanishi N, Fukuda H, Takatorige T, et al. Relationship between self-assessed masticatory disability and 9-year mortality in a cohort of community-residing elderly people. *J Am Geriatr Soc*, 2005; 53:54-8.

- 14) Tsuji I, Nishino Y, Ohkubo T, et al. A prospective cohort study on National Health Insurance beneficiaries in Ohsaki, Miyagi Prefecture, Japan: study design, profiles of the subjects and medical cost during the first year. J Epidemiol, 1998;8:258-63.
- 15) Nakanishi N, Fukuda H, Tatara K. Changes in psychosocial conditions and eventual mortality in community-residing elderly people. J Epidemiol, 2003;13:72-9.
- 16) Carney RM, Freedland KE, Miller GE, et al. Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity. A review of potential mechanisms. J Psychosom Res, 2002;53:897-902.

IV. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧

[論文発表]

- 1) 出江紳一.
コーチング技術を応用した神経難病患者に対する心理社会的介入.
iHope Newsletter, Sep 1-4, 2006.
- 2) 小坂 健.
介護保険制度と介護予防について.
東北大学歯学雑誌, 2006;25:1-6.
- 3) Izumi S, Ando K, Ono M, Suzukamo Y, Michimata A, Fukuhara S.
Effect of coaching on psychological adjustment in patients with spinocerebellar degeneration: A pilot study.
Clinical Rehabilitation (in press).
- 4) Hayashi A, Kayama M, Ando K, Ono M, Suzukamo Y, Michimata A, Onishi Akiyama M, Fukuhara S, Izumi S.
Analysis of Subjective Evaluations of the Functions of Tele-Coaching Intervention in Patients with Spinocerebellar Degeneration.
NeuroRehabilitation (投稿中).
- 5) 小坂 健.
介護保険制度の課題と今後の展望.
高齢者歯科医療懇話会誌, 2007;10(予定).

iHope Newsletter

コーチング技術を応用した神経難病患者

に対する心理社会的介入

東北大学大学院医学系研究科 肢体不自由学分野
教授 出江 紳一

1. 非薬物的介入としてのコーチング

難治性疾患の患者や家族は、疾病とその予後についての不安のみならず、症状や障害が長期化、重度化するに伴って、経済的な問題や生活・将来についての不安など、多くの問題を抱えることとなる。このような難治性疾患においては、治療法の開発を進めるだけでなく、患者のQOLの向上を図ることが重要であり、限られた範囲ではあるが患者がコントロール能力を回復し無力感を克服して行動の自由が確保できるように援助することが求められる。

神経難病は、その多くは進行性であり、有効な治療法が少なく、徐々に身体機能の障害をきたす。筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、パーキンソン病、多発性硬化症などがあるが、神経症状から行動が制限されて廃用症候群や心理的問題など、2次的な障害が発生することが少なくない。実際、パーキンソン病患者の健康関連 QOL (HRQOL)を調査した研究では、心理的適応が疾患の重症度よりも HRQOL と強く相関したことが示されている¹⁾。したがって心理的適応を促進することができれば、これら神経難病患者の HRQOL を高めることにつながる可能性がある。

「コーチング」は、「相手の自発的な行動を促進するコミュニケーションの技術」と定義され、1980年代にアメリカでスポーツ、ビジネス、教育、個人的成長などの分野に導入されて大きな成果を発揮したコミュニケーション形態である。文献を検索できた範囲で医学誌に介入方法としての「コーチング」

が登場したのは2000年を過ぎてからであるが、これ以前に杏林大学の柳澤らは、コーチングと同様の手法を用いた Life-style Improvement Program (LIP)を心筋梗塞後の患者に行い、狭心症発作の減少などを認めた²⁾。

コーチングを用いた研究として、これまでに糖尿病、高脂血症、癌性疼痛などの論文がある。Saccoら³⁾は、18~50歳の1型糖尿病患者10人を介入群5人と対照群5人に分け、介入群には、1~2週間に1回15分間の電話によるコーチングを6か月間にわたって行った結果、HbA1cが介入群で1.2%減少したのに対して対照群では0.8%増大したと報告した。Valeら⁴⁾は、冠動脈疾患の治療で入院した患者245人を介入群121人と対照群124人に分け、介入群に対しては6週間毎に電話によるコーチングを計5回行った。その結果、介入群で総コレステロール値とLDLコレステロール値が対照群よりも統計的に有意に低く、コーチングを受けることは高脂血症治療薬と同等の効果を有した。同グループはさらに研究を拡大し、上記と同様のコーチングプログラムを冠動脈疾患で入院した患者398人行い、対照群394人と比較した。その結果、介入群では冠動脈疾患再発の危険因子である総コレステロール値が21mg/dL減少したのに対して対照群では7mg/dLの減少にとどまったと報告している⁵⁾。Oliverら⁶⁾は、18~75歳で2週間以上中等度の癌性疼痛を有する患者77人を介入群34人と対照群33人に分け、介入群には20分間の個別面談による教育とコーチングを行った結果、2週間後の疼痛重症度が介入群で改善していたと報告した。

以上をまとめると、コーチングを使うことにより通常の診療だけの場合よりも、それぞれ血糖・脂質のコントロールや、疼痛尺度の結果が良好であったと記載されている。有効性の機序として、これらの論文では、自己管理の促進、服薬の遵守、医師との意思疎通、治療方針の合意、そして自己効力感の向上などが考えられるとしているが、証明されていない。また、コーチングが難治性疾患患者に与える

影響を明らかにした研究はまだない。そこで私たちは、神経難病患者に対するコーチングの有効性を検討するパイロット研究として、脊髄小脳変性症患者に対する電話によるコーチング（テレコーチング）介入が、患者の心理的適応や HRQOL に与える影響を検討したのでその概略を紹介する。

2. 脊髄小脳変性症患者へのコーチング介入効果 — ランダム化比較試験 —

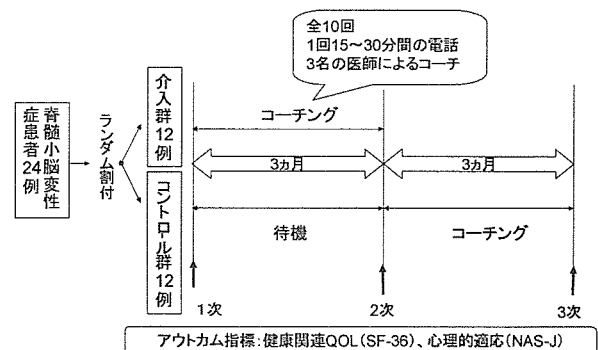
[対象] 脊髄小脳変性症患者 24 例、介入群、対照群それぞれ 12 例とした。選択基準として神経内科外来に通院し、脊髄小脳変性症の確定診断後半年以上経過している 20～65 歳の患者で、身辺動作はほぼ自立し、認知機能障害や精神疾患がなく、テレコーチングを希望するものとした。本研究は東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を受け、全ての参加者から文書による同意を得た。

[方法] 介入方法は、3 か月間、全 10 回、1 回 15～30 分間の電話によるコーチングとした。3 名のコーチ経験保有医師がコーチを担当した。また介入の質を均一に保つために週 1 回 15～30 分のコーチ間電話会議をもった。アウトカムは HRQOL 尺度である SF-36 と疾患への心理適応の尺度である NAS-J を用いた。

対象は介入群または対照群にランダムに割り付けられた。介入群には 3 か月間のコーチングを行い、対照群には 3 か月間の待機後に、3 か月間のコーチングを行った。コーチングあるいは待機の直前と直後に評価を行った（図 1）。

[結果] 介入群と待機（対照）群との間に性、年齢、診断名の差はみられなかった。ベースラインの HRQOL は、国民標準値と比較して、全体的に低い QOL を示した。特に身体機能、日常役割機能（身体）、全体的健康感が 1SD 以上低い得点を示した。一方、体の痛み、活力、心の健康は国民標準値と殆ど変わらなかった。

介入群と対照群の SF-36、NAS-J のベースライン得点は、統計学的有意差はみられなかった。



分散分析で、期間の効果、群の効果、交互作用の検定を行った結果、「活力」、「不安・うつ」、「ローカスオブコントロール(LOC)」に有意な期間の効果が見られた。これは、介入群も対照群も 3 か月後に有意に得点が高くなったことを示している。群の効果、交互作用効果はみられなかった。

次に性、年齢、ベースラインの得点を共変量として共分散分析を行い、介入群と対照群の 3 か月後の推定平均値を求めた。その結果、介入群は対照群と比較して「自己効力感」（自分には必要なことを実行できる力があると感じる程度）が有意に高かった。

[考察] 構造化されたコーチングは「自己効力感」を高めると示唆された。また介入・待機にかかわらず、試験に参加すること自体によって活力、不安・うつ、LOC が改善したと推測された。

コーチング介入には個別性が求められるが、研究としては均質である必要がある。事前にコーチング 10 回の構造を決め、さらに毎週コーチ会議をもったことで介入の均質性が保たれたと思われる。またコーチング介入のような人による介入においては、役割を明確にして連絡をスムーズに行う仕組みを作ることにより、介入自体の効果と研究の質を高めることができると考えられる。今後の研究においては、人的資源を含めた事務局リソースを整えることが必要である。

現在、有効性の機序やアウトカムスケールに現れない効果を検討するために、質的分析を行っている。

今後は、長期的にコーチングを継続することで心

理的適応の改善が QOL の向上あるいは維持につながるかなども含めて大規模な研究が必要であろう。またコーチングは家族や医療従事者にも応用できる可能性がある。

謝辞

本研究の一部は、厚生労働科学研究 難治性疾患克服研究事業 特定疾患のアウトカム研究：QOL、介護負担、経済評価班（主任研究者：京都大学大学院医療疫学分野 教授 福原俊一先生）の成果として報告し⁷⁾、第42回日本リハビリテーション医学会学術集会（平成17年、金沢）において発表した。参加者の紹介と医療情報の提供については東北大学病院神経内科にご協力いただいた。またコーチング技術については日本コーチ協会に支援していただいた。ご支援ご協力を賜った機関ならびに研究者の方々に深謝致します。

【引用文献】

1. Suzukamo Y, Ohbu S, Kondo T, Kohmoto J, Fukuhara S: Psychological adjustment has a greater effect on Health-related QOL in Parkinson's disease than severity of disease. *Movement Disorder* 21(6); 761-766, 2006.
2. 柳澤厚生、森野眞由美、石川恭三: 虚血性心疾患と脂肪酸代謝-包括的ライフスタイル改善プログラムの効果 (第2報) *脂質栄養学* 5: 142-143, 1996年
3. Sacco WP, Morrison AD, Malone JI: A brief, regular, proactive telephone "coaching" intervention for diabetes. Rationale, description, and preliminary results. *J Diabetes Complications* 2004;18:113-118.
4. Vale MJ, Jelinek MV, Best JD, Santamaria JD: Coaching patients with coronary heart diseases to achieve the target cholesterol: A method to bridge the gap between evidence-based medicine and the "real world" -randomized controlled trial. *J Clin Epidemiol* 2002;55:245-252.
5. Vale MJ, Jelinek MV, Best JD, Dart AM, Grigg LE, Hare DL, Ho BP, Newman RW, McNeil JJ: Coaching patients on achieving cardiovascular health (COACH). A

multicenter randomized trial in patients with coronary heart disease. *Arch Intern Med* 163:2775-2783, 2003.

6. Oliver JW, Kravitz RL, Kaplan SH, Meyers FJ: Individualized patient education and coaching to improve pain control among cancer outpatients. *J Clin Oncol* 2001;19:2206-2212.

7. 出江紳一、安藤 潔: 特定疾患のリハビリテーションにおけるコーチング技術を用いた tele-therapy に関する研究. 平成16年度総括・分担研究報告書

【参考文献】

- ・安藤 潔、柳澤厚生 (編): 難病患者を支えるコーチングサポートの実際. 真興交易医書、2002

コーチングについて

～ コーチング介入研究と

コーチングを受けて感じたこと ～

東北大学大学院医学系研究科 肢体不自由学分野
道又 顕

iHope newsletter 寄稿にあたり、「コーチングとは」の内容でとお願いされましたが、コーチングについてはたくさんの方が出版されています。「コーチングの方法・スキル」についてはそちらをご覧ください。今回としまして、今回は臨床研究と自分がコーチングを受けて感じたことを中心に話をすすめます。

コーチングとの出会い

私がコーチングに出会ったのは、大学院前期過程に在籍中に教授から「一緒に研究しないか？」と誘われ、好奇心の多い私は二つ返事で「私でよければ」と研究に参加させていただいた時でした。その研究が平成16年度の「神経難病患者へのコーチング介入効果に関する研究」で、教授より「研究事務局」という大役？を仰せつかったことが始まりでした。この研究では神経難病の中でも脊髄小脳変性症の患者さんを対象としたコーチング介入が行われた。「研究事務局」として、研究に参加していただく患者さ

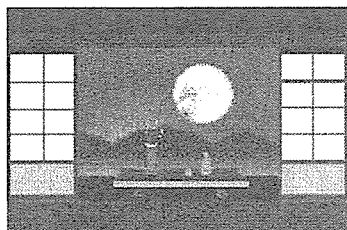
んと直接お会いすること、研究に対する質問の窓口として電話での対応、研究状況にあわせた紙面でのやりとりと直接・間接的に患者さんに関わる機会を持つことが出来ました。

ところで私は作業療法士というリハビリテーション医療のスタッフとして働いています。「研究事務局」として研究参加患者さんからの質問に答えるためにコーチングについて多少の勉強をした際に、コーチングの方法とリハビリテーション医療従事者が患者をゴールに到達させるために行うことが非常に似た側面を持っていると感じました。さらに、研究参加患者さんからお電話を頂いたときに、初めて会った時に感じたどこか自信のないような話し方から、少し自信を持った話し方（主観的で非常に申し訳ありませんが）に変化していたのは印象的でした。

コーチングを受けて

直接コーチングを受ける機会に恵まれたときにも、二つ返事でした。わずか10回のセッションではありましたが、自分のことを理解するには十分な時間でした。自分の長所・短所を整理すること、今やるべきことは何なのか目標を達成するためにどう行動すべきかが明確になっていくのを感じました。

翻って考えた時、リハビリテーションに携わり患者さんと一緒にゴールを決め、そこに到達するときには私は患者さんの話を傾聴しているであろうか？コミュニケーションスキルとしての「コーチング」に、私はリハビリテーション医療技術者として無限の可能性を感じます。リハビリテーション医療技術者は治療者として無意識にコミュニケーションスキル（コーチングスキル）を使っているかもしれませんが、このスキルを意識して使う、また、この方法を技術論として学べる場を提供できる仕組みを確立できればと考えています。



NPO 法人 iHope からのお知らせ

●iHope 研究者による研究論文が掲載されました

・ Fukuhara S, Green J, Albert J, Mihara H, Pisoni R, Yamazaki S, Akiba T, Akizawa T, Asano Y, Saito A, Port F, Held P, Kurokawa K. Symptoms of depression, prescription of benzodiazepines, and the risk of death in hemodialysis patients in Japan. *Kidney International*, 2006 (in press)

・ Miyashita M, Yamaguchi A, Kayama M, Narita Y, Kawada N, Akiyama M, Hagiwara A, Suzukamo Y and Fukuhara S. Validation of the Burden Index of Caregivers (BIC), a multidimensional short care burden scale from Japan. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2006 (in press)

・ Fukuhara S, Yamazaki S, Marumo F, Akiba T, Akizawa T, Fujimi S, Haruki S, Kawaguchi Y, Nihei H, Shoji T, Maeda T. The Predialysis CRF Study Group in Japan. Health-related quality of life of predialysis patients with chronic renal failure. *Nephron Clin Pract*, 2006 (in press)

●iHope 研究者による著書が出版されました

・「QOL 評価学 測定, 解析, 解釈のすべて」福原俊二、他監訳、ピーター・M・フェイヤー、他著（中山書店、2005年4月）7600円

・「腰部脊柱管狭窄診断サポートツールマニュアル」紺野慎一、菊地臣一、林野泰明、福原俊二、（医薬ジャーナル社、大阪、2006年8月）1995円

・「重症疾患の診療倫理指針」重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループ著、浅井篤・福原俊二 編（医療文化社、2006年、2月）3990円

・「幸福と医学」福原俊二、他著（岩波書店、2004年11月）2520円

お問い合わせ・連絡先

NPO 法人健康医療評価研究機構 iHope International

TEL 075-211-5656 FAX 075-211-4762

ご意見ご感想は... news@i-hope.jp まで

配信停止・アドレス変更は... i-hope@i-hope.jp まで

〒604-0931 京都市中京区二条通寺町東入

榎木町 82 宮崎ビル 3F

介護保険制度と介護予防について

小坂 健

東北大学大学院歯学研究科 国際歯科保健学分野

A new prevention service program under the Long-term Care Insurance System for the Elderly in Japan

Ken Osaka

Department of International Health, Graduate School of Dentistry, Tohoku University

Abstract: A new service program designed to prevent accelerated physical deterioration (*Kaigo-yobo*) in elderly persons has been established as part of the Long-term Care Insurance System for the Elderly in Japan. Over the past 5 years, the number of persons using the services has doubled, and total expenditures have risen by more than 10% per year. With a noticeable increase in utilization among persons with mild disabilities requiring lower levels of care, improvements and enhancements of services have been requested. The introduction of new services such as "strengthening of bone, muscle, and joint functions," "nutritional support" and "oral function improvement" represent initial steps in establishing systems that enable elderly persons to live independently and with dignity.

Key words: Prevention of conditions requiring long-term care, community-based care, dementia

1. はじめに

我が国の介護保険制度は2000年に導入された。以来、この制度を利用する高齢者数やそのサービス量も年々増加してきており、高齢者及び虚弱高齢者を抱える家族への欠くことの出来ない社会保障制度のひとつとなってきた。しかしながら、急激なサービス量の増加に伴って様々な問題点も指摘されてきていることや、予定されていた開始5年後の見直しにあたることから介護保険法の改正が行われ、2006年4月より施行(一部は2005年10月施行)されることとなった。

今回の改正では、介護保険の基本的な理念である自立支援、すなわちその人の生活・人生を尊重し、出来る限り自立した生活を送れるように支援することに立ち返り、この実現のため介護予防サービスの導入をすることとなった。この介護予防の具体的な体制として、これまで要支援及び要介護1に相当する軽度の要介護者に対する新予防給付と、そこまで至らないが虚弱である高齢者を対象とした地域支援事業の2つがある。この2つの体制において、口腔機能の向上等のプログラムが導入され、全ての市町村で実施されることになった。

2. 介護保険制度の現状と課題

介護保険制度施行後、サービス利用は急速に拡大し、介護サービスの利用者は約149万人(2000年4月)から329万人(2005年4月)へとこの5年間で2倍以上に増加している(図1)。サービス費用についても3.6兆円(2000年度実績)か

ら6.8兆円(2005年度実績)へ倍増している。利用者の増加については要介護度1,2といった軽度の要介護者において顕著であるが、通所介護や訪問介護といった単一のサービスを受けているが、要介護度の維持、改善という観点からすると、必ずしも効果的なサービスといえず、3割程度の要支援者及び要介護1の高齢者は重度化しているとする報告もある(図2)。必要のない電動車いすや電動ベッドなどの使用により、本人の身体活動が低下すること等により、介護保険の本来の目的である高齢者の自立した生活を支援するということから離れてしまっている場合もあるとの指摘もある。これら軽度の要介護者については、要介護になった主要原因についてみると、要介護4,5の高齢者が脳血管障害であるのと異なり、その多くがいわゆる廃用症候群であり、取り組みにより維持・改善が可能であると考えられている(図3)。

2015年にはいわゆるベビーブーム世代が65歳に到達し、その10年後には高齢者人口はピークを迎えることとなり、約3,500万人となると推定されており、これから高齢化の最後の急な上り坂の時期を迎える。さらに、2015年には高齢者の独居世帯は約570万世帯に増加し、高齢者夫婦のみ世帯も約610万世帯となると見込まれており、これらの独居高齢者の増加は特に都市部で著しいと予測されている。このような状況の中で、介護保険制度が今後も持続して信頼されるシステムとして確立されていくためには、将来予想されている急速な高齢化や独居老人の増加などの点を見据えて、給付の効率化や重点化を思い切って進める必要がある。

現行制度は、1990年以降のゴールドプランの成果を踏まえ

たものであり、サービスの基本は身体障害を有する高齢者に対する身体ケアに置いている。現在、約150万人といわれている認知症高齢者数は、2015年には約250万人に増加すると予測されていることから制度の軸足を「認知症ケア」にも置くことが求められる。このために高齢者の尊厳の保持といった観点から、環境変化の影響を受けやすい認知症高齢者の特性に配慮して小規模・多機能型サービスの創設や、早期の診断・対応から始まる継続的な地域支援体制の整備および虐待防止のための権利擁護システムの充実等が必要となる。また、高齢者単身世帯や高齢者夫婦のみ世帯において介護が必要となっても、でき

る限り住み慣れた地域で人生を送ることができるような地域ケア体制を整備していくことが求められる。これを実現するためには夜間や緊急時の対応も視野に置いたケア体制の充実や地域における総合的なマネジメント体制の整備を進めるとともに、これを支える地域での基盤整備の必要がある。

3. 介護保険法の改正点

3.1 介護予防の導入

今回の介護保険法の改正の大きなポイントが介護予防の導入にある。介護予防とは、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった個々の要素の改善だけを目指すものではない。WHOの生活機能分類 International Classification of Functioning, Disability and Health²⁾の考え方を土台として(図4)、これら心身機能の改善や環境調整などを通じて、個々の高齢者の生活行為(活動レベル)や参加(役割レベル)の向上をもたらし、1人ひとりの生き甲斐や自己実現のための取り組みを支援して、生活の質(QOL)の向上をめざすものである。これにより、国民の健康寿命を出来る限り延伸するとともに、真に喜ぶに値する長寿社会を創成することを目指している。

介護予防の具体的なサービスは軽度の要介護者が対象となる「新予防給付」と要介護認定では認定されなかった方や地域の虚弱高齢者を対象として市町村が主体となって行われる「地域支援事業」の2つが大きな柱となる。これまでの介護保険のサービスについても、要介護高齢者の生活の自立に役立っているかという観点から見直しを行い、足りないものを補う介護サービスから、適切なケアマネジメントにより、高齢者の尊厳のある自立した生活を支える介護へと転換を図ることにある。

これまでの介護保険制度の要介護認定において、要支援に該当する高齢者と要介護1の中で認知症の程度が重くサービス

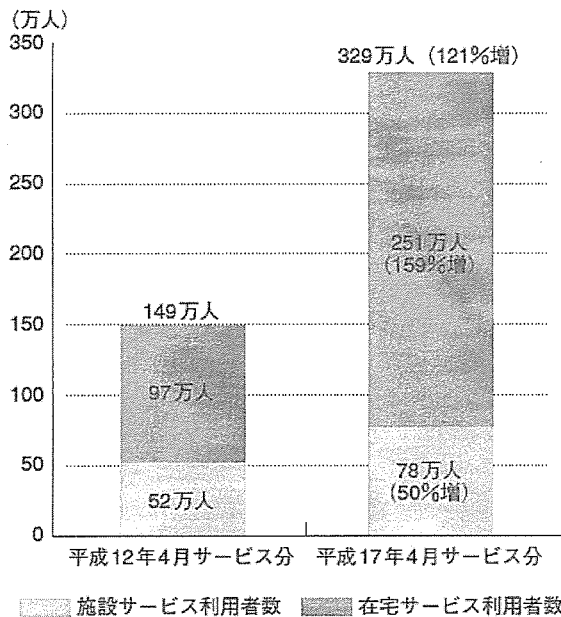


図1. サービス利用者数の推移 (厚生労働省資料より)
過去5年間で介護保険の利用者は149万人から329万人へと倍増した。

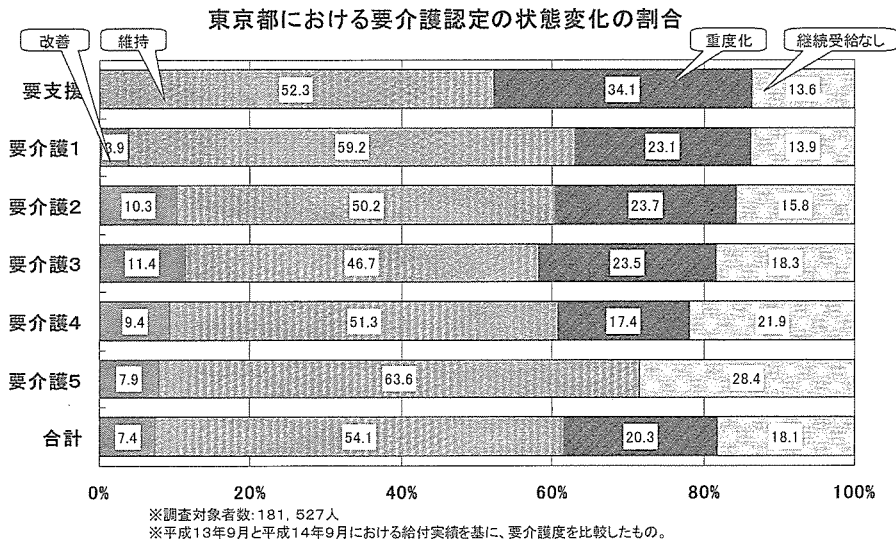


図2. 東京都における要介護認定の状態変化の割合 (厚生労働省資料より)
要支援など軽度の要介護者において1年度に要介護度が重度化した高齢者が少なくない。

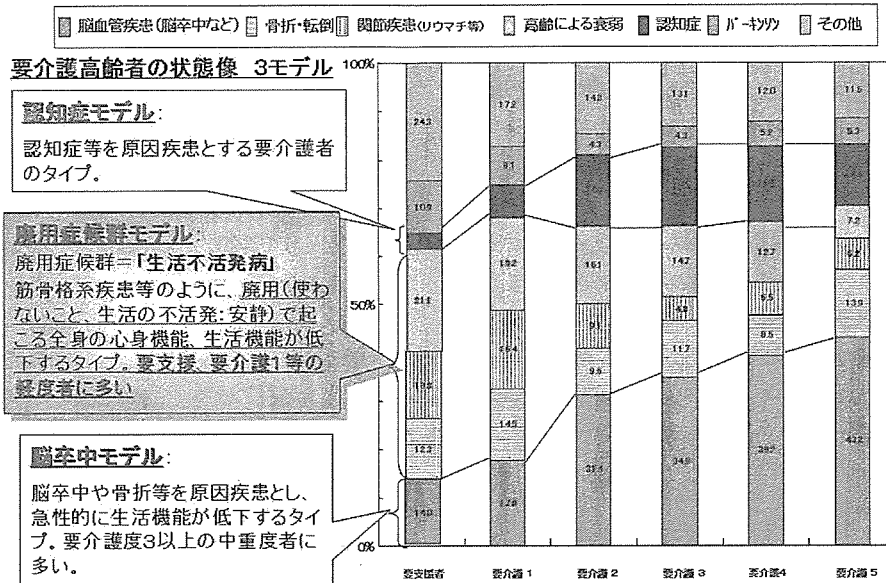


図3. 要介護に陥った原因疾患 (厚生労働省資料より)
要介護状態に陥った原因疾患は要支援といった軽度の要介護者については、廃用症候群に該当する疾患の割合が多い。

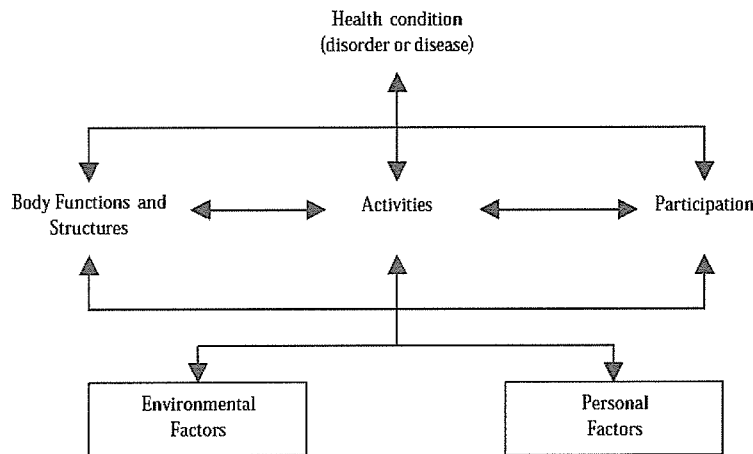


図4. 国際生活機能分類における各要因の概念図

を理解できない場合、心身の状態が不安定な場合を除いた高齢者を新たな要支援1,2と再分類し、新予防給付の対象者となった。また、要介護認定での非該当者や自立した生活を送っている要介護高齢者の予備軍である虚弱な高齢者に対しても、「地域支援事業」による介護予防プログラムを受けることが可能となった。地域支援事業は保険者である各市町村の責任で行うことになっている。

これらの新予防給付と地域支援事業については、市町村に新たに設けられる「地域包括支援センター」においてケアマネジメントが行われることが大きな特徴である。これらのサービスの評価等にも市町村が積極的に関わることにより、より効率的なサービスが行われることが期待される。

介護予防の導入にあたっては、これまでの国内外の文献の精査による既存の研究の検討や、長寿科学総合研究事業における

研究結果や未来志向プロジェクトにおける先駆的な取り組み、さらには厚生労働省が行った介護予防市町村モデル事業などの結果を踏まえ検討されてきた。適切なケアマネジメントを導入することや、既存の在宅及び通所サービスの評価・見直しを行った上で、新たに追加すべきサービスとして、以下のものが導入された。

新たな要支援者を対象に行われる新予防給付には、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上が導入された。このほかに認知症、うつ、閉じこもりなどの対応についても、主として幅広い集団に対してサービスを実施することが有効と考えられることから、地域支援事業において実施することとなった。これらのプログラムについては各分野の専門家によって構成される研究班において検討が行われた³⁾。そのなかで、特に地域支援事業については、対象者の把握と選定が大切であり、これ

まで市町村などのプログラムに参加できなかったような、真にサービスが必要な高齢者をいかに把握し、実際のサービスにつなげるかということが重要である。対象者はこれまで通りの本人や家族からの1) 当事者ルート、2) 民生委員や老人クラブなどを通じた住民ルート、3) 商工会や農協や各種サークルなどを通じた民間ルート、4) 介護予防に関する検診な保健活動による行政ルート、5) 医療機関を通じたルートなどを通じて様々なチャンネルを通じてハイリスクの高齢者を把握する必要がある。その上で市町村が主体となって創設される「地域包括支援センター」での適切なケアマネジメントに基づき、以下のような具体的なプログラムを本人の積極的な選択と同意の基に行うこととなった。

3.2. 介護予防の内容

口腔機能の向上

高齢者の日常生活において楽しみの第1位は食事であり、おいしく、楽しく、安全な食生活は高齢者が健康で生き生きとした生活を送る上で欠かすことの出来ないものであるとされる⁴⁾。自分でおいしく食べられることは、脱水や低栄養の予防にもつながる。要介護度が重度化するにつれて嚥下性肺炎を起こす危険性が高くなると言われているが、口腔ケアが嚥下性肺炎の予防に対して重要な役割を担うことが証明されてきており⁵⁾、また、サンプルサイズは少ないものの、インフルエンザ感染についてもウイルスが感染する際の開裂に必要なトリプシン様プロテアーゼを減少させることから、口腔ケアがインフルエンザの予防にも効果がある可能性も示唆されている⁶⁾。これらのことから、口腔ケアの重要性について、嚥下性肺炎を初めとした肺炎の予防といった観点から重要であることについては根拠が整いつつある⁷⁾。この介護予防プログラムにおいては、様々な原因疾患や高齢化により引き起こされる軽度の摂食・嚥下障害を有する高齢者に対して必ずしも専門家でないスタッフにより、健口体操を始めとしたプログラムを行うこととなっている。摂食・嚥下訓練についての適応は、その時の状態だけでなく、脳血管障害によるものであれば、その障害部位、発病からの日数や年齢などによって影響を受けることから、これらの要因を総合的に判断し訓練の対象として適切かどうか判断される。介護予防により実際どのような高齢者を対象として行えば有効であるのかについてのデータなどについては今後、更なる研究が必要であると考えられる。また、何故、このような口腔機能の向上のプログラムが軽度の要介護者のみに実施され、重度の要介護者について必ずしも実施される体制にないことなどもこれからの課題となろう。しかしながら、これまで広く認知されているとは言い難かった口腔ケアの重要性について、この介護予防への導入を機会として、様々な分野に波及していくことが考えられる。

運動器の機能向上

高齢による衰弱あるいは転倒などの明確な疾病ではないが、加齢に伴う生活機能の低下については、身体や精神の活動低下

が背景にあると考えられ、これまで不可逆的なものと考えられてきたが、ここ十数年余りの間に虚弱な高齢者においても運動器の機能向上がもたらされることが明らかになって以来、国内外の数多くの研究によって運動器の機能低下の改善や予防が可能であることが明らかになった⁸⁾。マシンを使ったトレーニング以外にも、弾力性のあるバンドをもちいたもの⁹⁾、ダンベルをもちいたもの、あるいは太極拳をふくめたバランストレーニングにより転倒予防や運動機能の改善に役立つことが分かってきている¹⁰⁾。これらの知見を基として、高齢者の個々に応じたメニューにより、より適切なプログラムを行うことと、運動負荷を軽負荷のものから段階的に高めていくコンディショニング期間を設けるとともに、その後、筋力の向上をねらった筋力向上期間、さらに最終的に利用者のニーズを反映させた機能的トレーニング期間へと3ヶ月程度を1周期としている。

低栄養対策

入院患者や虚弱高齢者における低栄養を予防することの重要性は次第に認識されるようになってきており、医療施設においてもNST (nutrition support team) などの取り組みにより特に経口からの栄養摂取の重要性が認識されてきている。低栄養状態にある高齢者に対して食事によって適正なタンパク質、エネルギーの摂取を行うことによって栄養状態が改善し、身体機能の改善が行われることは、メタアナリシス等の解析で示されている¹¹⁾。介護保険を利用する高齢者においては、通所介護を利用している高齢者においては約1割で低栄養対策が必要とする報告もある¹²⁾。我が国での栄養に関連した対策というのは、これまでの栄養指導として生活習慣病の予防及び重症化予防を主な目的として、塩分制限や脂質の制限など食べる楽しみを制限する指導になりがちであったが、介護予防の観点からは、食べる楽しみを重視し、食べることにより低栄養状態を予防・改善し、高齢者の生活機能を維持・向上させることが必要である。低栄養状態の改善のためには、単に食事を提供するのではなく、個別の計画に基づいた栄養素等の摂取と食事についての適切な相談が有効であることが明らかにされており、他職種協働による、双方向的コミュニケーションを重視し行うことが適当である。

3.3. 介護予防の導入以外の改正点

・施設給付の見直し

食費と居住費については在宅と施設の利用者負担の公平性、介護保険給付と年金給付の調整といった観点から、低所得者に対して低所得者の区分の見直しなどを行った上で、介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設の施設において光熱費に該当する居住費、食費を保険給付の対象外とし、2005年10月から入所者の自己負担となった。

・新たなサービス体系の確立・居住系サービスの充実・地域包括ケア体制の整備

高齢者のなかで認知症の方や独居の方が増加しており、これらの方々のこれらかのケアを考えた時には住み慣れた地域で

なじみの関係の中で生活していくことが重要である。このために、小中学校区など自宅の近くに通いのサービスを中心として希望に応じて訪問サービスや泊まりを組み合わせるサービスを提供する小規模多機能型居宅介護や 24 時間安心して生活できる体制を整備するため夜間対応型訪問介護といった地域密着サービスが創設された。これまでの居住系サービスについても一定の居住水準等を満たす高齢者専用賃貸住宅などにも特定施設としての対象を拡大するなどサービスの充実を行うこととなった。また、地域包括支援センターの設置等によって、要介護状態になっても高齢者のニーズ地域包括ケア体制の充実を目指すこととなった。

4. おわりに

介護保険制度がより効率的かつ有効な制度となるべく施行

内容要旨：2000 年に施行された介護保険制度は我が国に欠かせない社会保障制度の一つとなってきているが、過去 5 年間でサービス給付やそれに伴う費用が急増し、今後も増加していくことが予想される。高齢者の自立の支援のために、より効率的で有効な制度とするために様々な制度改正が行われることとなった。

中でも、要支援者に対する「新予防給付」と要支援まで至らない虚弱高齢者を対象とした「地域支援事業」等が介護予防として新たに導入された。その中のプログラムの一つの重要な柱として「口腔機能の向上」が全ての市町村において施行されることとなった。プログラム対象者の選定、関わるスタッフの専門性や歯科医療との関わりなど多くの課題が残されており、これらを解決しながら、よりよいプログラムに改善していく必要がある。

文 献

- 1) 内閣府：高齢社会白書 平成 17 年度版。
- 2) World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. <http://www3.who.int/icf/intros/ICF-Eng-Intro.pdf>
- 3) 厚生労働省老健局老人保健課：介護予防に関する各研究班における検討内容。第 4 回介護予防サービス評価研究委員会資料。平成 17 年 7 月 20 日。
- 4) 加藤順吉郎：福祉施設及び老人病院等における住民利用者（入所者・入院患者）の意識実態調査分析結果。愛知医報 1434：2-14, 1998。
- 5) Yoneyama, T., Yoshida, M., Ohrai, T., Mukaiyama, H., Okamoto, H., Hoshihara, K., Ihara, S., Yanagisawa, S., Ariumi, S., Morita, T., Mizuno, Y., Ohsawa, T., Akagawa, Y., Hashimoto, K., Sasaki, H. and Oral Care Working Group : Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J. Am. Geriatr. Soc.* 50 : 430-433, 2002.
- 6) Abe, S., Ishihara, K., Adachi, M., Sasaki, H., Tanaka, K. and Okuda, K. : Professional oral care reduces influenza infection in elderly. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2005 (in press).
- 7) Terpenning, M. : Geriatric oral health and pneumonia risk. *Clin. Infect. Dis.* 40 : 1807-1810, 2005.
- 8) Sevic, M.A., Bradham, D.D., Muender, M., Chen, G.J., Enarson, C., Dailey, M. and Ettinger, W.H. Jr. : Cost-effectiveness of aerobic and resistance exercise in seniors with knee osteoarthritis. *Med. Sci. Sports Exerc.* 32 : 1534-1540, 2000.
- 9) Jette, A.M., Lachman, M., Giorgetti, M.M., Assmann, S.F., Harris, B.A., Levenson, C., Wernick, M. and Krebs, D. : Exercise—it's never too late : the strong-for-life program. *Am. J. Public Health* 89 : 66-72, 1999.
- 10) Gillespie, L.D., Gillespie, W.J., Robertson, M.C., Lamb, S.E., Cumming, R.G. and Rowe, B.H. : Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2003.
- 11) Stratton, R.J., Green, C.J. and Elia, M. : Disease-Related Malnutrition : An Evidence-Based Approach To Treatment. CABI Publishing, Wallingford, United Kingdom, 2003.
- 12) 杉山みち子：介護予防のための低栄養状態スクリーニング・システムに関する研究。平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業報告書。

[学会発表]

- 1) Izumi S, Ando K, Ono M, Suzukamo Y, Michimata A, Fukuhara S.
Effect of coaching on quality of life in patients with spinocerebellar degeneration.
AAPM&R 67th Annual Assembly and Technical Exhibition, Honolulu, 2006年.
- 2) Suzukamo Y, Ohbu S, Izumi S, Fukuhara S.
Psychological adjustment has a greater effect on health-related quality of life than on severity of disease in Parkinson's disease.
AAPM&R 67th Annual Assembly and Technical Exhibition, Honolulu, 2006年.
- 3) 出江紳一, 萱間真美, 安藤 潔, 小野眞史, 鈴鴨よしみ, 道又 颯, 林 亜希子, 浅井 篤, 福原俊一.
脊髄小脳変性症患者に対するテレコーチング介入の機能に関する質的分析.
第43回日本リハビリテーション医学会学術集会, 京都, 2006年.
- 4) 鈴鴨よしみ, 大生定義, 出江紳一, 福原俊一.
パーキンソン病への心理的適応は症状以上にQOLに影響する.
第43回日本リハビリテーション医学会学術集会, 京都, 2006年.
- 5) 小坂 健.
自立した老後を迎えるために今できること.
第50回歯学会, 仙台, 2006年.
- 6) 曾根稔雅, 中谷直樹, 大森 芳, 島津太一, 柿崎真沙子, 菊地信孝, 栗山進一, 辻 一郎.
生きがいと死亡リスクに関する前向きコホート研究: 大崎コホート研究.
第17回日本疫学会学術総会, 広島, 2007年.

[新聞報道]

- 1) 読売新聞, 2007年2月12日.

AAPM&R 67th Annual assembly technical exhibition.

Abstract

Effect of coaching on quality of life in patients with spinocerebellar degeneration

Shin-Ichi Izumi, MD, PhD1; Kiyoshi Ando, MD, PhD2; Masafumi Ono, MD, PhD3; Yoshimi Suzukamo, PhD1; Akira Michimata1, OTR, MSc; Shunichi Fukuhara, MD, MSc4.

1, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Tohoku University Graduate School of Medicine, Sendai, Japan; 2, Tokai University School of Medicine; 3, Nippon Medical School; 4, Kyoto University Graduate School of Medicine

Objective: To examine effect of coaching intervention on patient quality of life (QOL) in spinocerebellar degeneration (SCD).

Design: Randomized controlled trial.

Setting: Tele-rehabilitation.

Participants: Twelve independently living SCD patients 20 to 65 years old, without cognitive impairment or psychiatric disorder received coaching intervention, which was postponed in another 12 (control).

Interventions: Each of three physician coaches telephoned assigned patients for 15 to 30 minutes in each of 10 weekly coaching sessions over 3 months.

Main Outcome Measures: Primary endpoints were health-related QOL (SF-36) and psychological adjustment to illness (Nottingham Adjustment Scale, Japanese version; NAS-J).

Results: Two-way analysis of variance (intervention x time) showed statistically significant main effects of time for vitality, anxiety/depression, and locus of control, scores with improvement over time for both coaching and control groups. No main effect of intervention or interaction was seen. However analysis of covariance with baseline scores as the covariate showed the coaching group to have better self-efficacy scores than controls at follow-up.

Conclusions: Carefully structured telephone coaching can improve QOL in SCD patients.