

- フリーマイクが開発されたらと思う。
- WOC（認定看護師）がなかなか訪問する機会を持ってないのでこのような方法を使うのはいいと思う。
 - 送信者の（褥瘡に関する）知識必要。当てていたガーゼの様子・浸出液の色や量やおいなどがどうかというのを追加情報で必要。洗浄の仕方・方法も見せてもらえるとアドバイスはできるかなと思う。通話時間が長くなってしまふとは思いますが、実施しながらアドバイスできたら（ケアの）改善もできる。
 - 通話の時刻はあらかじめ伝えられてあり、事前に電話連絡があつてからテレビ電話を再度かけ直したため、医局など電話を受けられる場所に移動は可能であつた。ただ外来診療中や緊急対応時など、対応は無理だと思う。
 - 特に緊張はなかつた。以前入院されていた患者で面識があつたのでコミュニケーション等不安はなかつたが、初対面の患者の場合、どんな風に対応したり話ができるかと思う。
 - 電話を持っている負担感はある。あらかじめ訪問時間を告げられてはいても、いつかかってくるかということはある。
 - 携帯電話だけでなくイヤホンマイクも含め一式をずっと持って歩くというのは負担感があり、対応は難しいと思う。その時間帯にどこにいるかとか解つていても持ち歩くことが。
 - テレビ電話でもって、何に使うか、どう使うか、どの程度に利用できるかということになる。実際にあれで診察しようと言うのは難しいのではないか。今回使つたのはあいさつ程度だったが、例えばちょっと調子が悪いと言うことになって実際の診療になると、ここが痛いとか熱が出たとかをあれでもってどこまでできるか、判断はそれだけでは難しいでしょう。
 - 病院に長く受診できていない在宅療養患者などにとっては様子を窺う「元気ですか」というぐらいでほんとに調子が悪いところは病院でということになる。実際に調子悪かつたら病院行つたらどうですかとか誰か（往診医・看護師など）に来てもらうとか救急車呼ぶとか、アドバイス程度のことならできるのではと思う。
- （機器の取り扱い）今回対象になつた受診側の医療者の内、携帯テレビ電話使用の経験のあるものは2名、無いもの4名だつた。
- テレビ電話の使用は今回が初めて。使用前に、操作方法（着信・イヤホンマイクなど）簡単に説明。
 - 使うのは初めてだったのでちゃんと使えるかなあという不安はあつた。やってみて意外と便利だなあと思った。
 - 今回はマイクを持っていなかったが音声で最大出力にして対応できた。送信側にはマイクは必要と思う。
 - ハンズフリーの仕方をよくわからなかつた。
 - 機器の取り扱いはあらかじめ説明を聞いていたので難しいと感じることはなかつた。
 - 事前に一度画像通信の練習をし、そのときうまくいかなかつたので実施までに気づけて良かった。送信側の画像設定がおかしく一度かけ直した。

E. 考察

地域で生活する重症難病患者は、専門医療機関へのアクセスが移動面や居住地域近くに専門医が不在であることにより困難な場合が多く、携帯テレビ電話を利用した専門医療者との面談や相談の機会に期待を持っていた。

通信の質に関しては患者側からはテレビ電話画面で相手と対面できることで満足感があり映像の質に高度なものは求めていなかった。医療者側は、表情や姿勢など大ま

かなものは観察できるが、振戦や萎縮、皮膚の状態などは明瞭ではなく、訪問者からの追加情報の提供などが要求され、視診技術の習熟も送信側にいる看護師等が必要である。医療的な診断や判断をするには十分な情報とはなり得ない可能性があり、適切な対応や責任を持った判断は困難かとの慎重な意見があったことに留意する必要がある。

先行研究の中でも携帯テレビ電話の医療診察に関する適応範囲について「現在では、携帯機から送られるテレビ電話画像が粗いため、雰囲気や言動による診断、粗い画像での医療相談対応などに適応範囲が限られ、画像による診断の実用性に欠ける」²⁾との記述がある。

在宅療養者の専門医との面談の希望や、療養生活上の相談、安定している患者に対しての様子伺い程度のことであつたら有効性はあるかとの意見が得られた。音声はイヤホンマイクを使うことでおおむね良好であった。

コンサルテーションの受け手側として訪問・通信予定時間をあらかじめ通告しておくことは、対応の予測と準備のため必要であった。それでも不確実な状況の中での対応や待機は非常に負担感が強かった。緊急の診察対応のためテレビ電話には対応できなかった事例が今回の研究中にもあった。専任の医師が待機するという状況も人員的な問題から不相当と考える。

在宅療養者の褥瘡の状態やケアに関する相談では訪問看護師と専門看護師が連携して問題解決できるシステム作りのために、携帯テレビの活用は今後期待される。既に海外においてはテレナーシングの導入によって、ケアの質の向上・継続看護・コスト効果などの報告があるが、我が国では情報通信を介しての看護師のケア提供技術はまだ体系化されていない³⁾。アセスメント技術、情報交換、遠隔教育等今後開発していく必要がある。

機器の取り扱いについては、映像通信機能付きの携帯電話が普及してきている現状でも実際にその機能を利用した経験のある者はほとんど無かった。映像通信機能の利用はそれほど難しいものではなく短時間の打ち合わせで使用は可能であった。イヤホンマイクを使うことで通信の質が向上するが、持ち歩く負担感も今回、表明された。

F. 結論

専門医の偏在など医療資源についての問題が近年大きくなってきており、セカンドオピニオンを希望する難病患者や通院の困難な患者に、携帯テレビ電話での専門医療機関へのつながりを持つ機会はある程度有効と思われる。

文献

- 1) 中井三智子, 成田有吾, 杉下知子, 林智世, 葛原茂樹. 携帯電話映像通信機能を用いた神経難病患者の在宅療養支援の試み —映像通信の質の検討—. Japanese Journal of Telemedicine and Telecare (日本遠隔医療学会誌). 2(2): 84-87, 2006.
- 2) 岡山聖彦, 山井成良, 秦正治, 他: 携帯機を用いた遠隔医療のための画像取得方法に関する一検討, Japanese Journal of Telemedicine and Telecare (日本遠隔医療学会誌). 2(2): 214~215, 2006.
- 3) 前原なおみ, 中宗根洋子, 新垣利香, 吉川知恵子, テレナーシング (遠隔看護) に必要な能力—4つの文献から—, 沖縄県立看護大学紀要, 5: 73-79, 2004.

H. 知的財産権の出願・登録

無し

H18年度 携帯テレビ電話による療養相談 記録

| 年月日 | 通信時刻 | 通話時間 | 患者属性 | | | 訪問先 | 研究同意 | 通信回数の回数 | 受信者(医療者)の意見 | | | | |
|----------|-------|------|------|----|-----|--------|------|---------|-------------|----------------|---|---|--|
| | | | 年齢 | 性別 | 病名 | | | | 受信者 | 受信場所 | 通信の質(音声・画像など)について感じること | 通信による療養相談に思うこと | 機器の取り扱い |
| 06.9.25 | 15:20 | 15分 | 60代 | 男 | ALS | 患者自宅 | 有り | 1回 | A医師 | 大学病院医局 | 通信の質(音声・画像など)について感じること 画像は患者の上半身・顔のアップを見たがは大体見たいものは見ることが出来る。口を開けて舌の表面の乾き具合、委縮しているかどうかなど見てみたが細かいことは判らない。医師は患者の病状や状況から、こういう患者だとこんな事はできないと予測しながら見るので、情報としてはえられる。動かないことはよくわかる。振動など細かいことは判らない。皮膚の色、例えば爪などのは難しいかも見ても判りにくいのではと思う。 | 通信による療養相談に思うこと いつかかってくるのかという気持ちはあった。受信を予測していたので、今回は訪問時間の予告があったので対応できた。受信する場所を選ぶ。電車の中や病院の廊下運転中など、社会常識上対応できないだろう。確実に病院の中にいる医師で、診察中でないオプデューティーの人でなければ対応できないだろう。15分程度の対応時間だったが、外来診察中に中断するわけにはいかない。診断や検査などのデューティーの無い人に当てるしかないでしょう。いつかかわからないものをずっと待っているのも無駄なことと思われ。「10分したら電話します。」「午後いつごろかかります」というのがわかればある程度対応が可能と思われる。機器の取り扱いはテレビ電話の取り方の説明を受けただけだったが、それで充分だった。 | 機器の取り扱い テレビ電話の使用は今回が初めて。 |
| 06.10.19 | 10:30 | 10分 | 60代 | 男 | ALS | 患者自宅 | 有り | 1回 | B医師 | K市民病院外来 | 画像は予想していたよりもよく見えました。浮腫の部分もよくわかったし表情などもよくわかりました。カメラの移動で部分的にみえにくい所があったものの全体的には充分みえた。細かいところや傷などは判らないかもかもしれませんが、。音声はよく聞こえて自分の声かもう一度遅れて聞こえてくるのが耳障りな時がある。ゆっくり話すように気を付けた。 | 通信時間をあらかじめ聞いていたので心づもりはできていた。他病院での外来診療中だったが、ちょうど患者さんのいない時間だったので対応できた。もし患者診療中だったらもう少し後でかけて、というところかと思う。もし入退院まで判断しなければいけないとなると、ちょっとしんどいかなと思う。大学だからしんどいという面はあるのかもしれない。外の病院だったらより早く入院させて後で診るから、という風にはできるので、前もって練習としたほうがよかった。イヤホンマイクの差し込み口など確認しなかったので、確認しておくべきだったかと思う。 | 使うのは初めてだったのでちょっと不安なかなあという不安があった。やってみて意外と便利だなあと思った。 |
| 06.10.19 | 14:00 | 5分 | 70代 | 女 | MSA | 患者自宅 | 有り | 1回 | B医師 | K市民病院外来 | 表情や顔色などよく見えました。 | | |
| 06.10.25 | 15:00 | 15分 | 60代 | 男 | ALS | 患者自宅 | 有り | 1回 | C医師 | Y総合病院(K市内) | 画像は比較的よかった。昨年度研究に参加しており慣れもあったが、昨年よりよかった。会話は明瞭に聞こえ構音障害がないことが判った。嚥下障害など、呼吸困難無いことは患者自身の口から聞くことができた。息継ぎの様子でもわかった。表情はよくわかり脳神経の兆候が無く眼球運動も判った。口の中、振舌も良好で委縮がないことを確認。線維束収縮は細かくは見えなかったが無いように感じる。上肢機能は肩も含め動きが悪いといっていたが詳細な観察はできていない。前腕・手は膝の上に手を置いて頂いて手ぶれがなくなるので前腕・背側交換筋の委縮があるように見えた。委縮は左に強いのか？と感じた。下肢は拝見していないが歩行(乗用車)運転可能と聞いている。患者の希望の2NDオビニオンで受信された時に確認できると思う。 | 外来診療中にかかってくるのではというのは負担だった。診療中は集中していかなくてはならない。ちょうど空いていた時間帯であったため対応できた。通常業務として入れば外来患者さんの対応と平行しては難しい。前もっての連絡は必要。時間帯の予告やこちらの動きを察知してまたは再度かけ直して頂くと言うことが必要になる。受信環境が静かかどうかが重要だったからよかったが、そうでない環境の場合無理。マイクの所持は持つものにとってはかさばる場合もあり、内蔵されたハンズフリーマイクが開発されたらと思う。 | 今回はマイクを持っていないかったが音声も最大出力にして対応できた。送信側にはマイクは必要と思う。 |
| 06.10.25 | 13:20 | 10分 | 70代 | 女 | PD | 患者自宅 | 有り | 1回 | D看護師 | 大学病院医療福祉支援センター | テレビ電話だとぼやける。遠くだと見にくい近づくとかぼやけて、かなり深いつれが底の部分の壊死組織の形状とか色のちがいが、白色か黄色かという微妙なちがいが区別しにくかった。VTRで確認すると底の部分は黒色壊死組織がこびりついているということが判る。テレビ電話だけではVTR等で傷を見る必要があると思う。赤色の肉芽組織についても色調を具体的に例えば豚肉・牛肉などにたとえて口頭で説明を加えてもらったイメージとして伝わりやすいと考える。周りの皮膚も色調出かふやけているのか等テレビ電話の画像だけでは判断が難しく送信者からの口頭での説明が必要。 | WOCがなかなか訪問する機会を持ってないのでこのような方法を使うのはいいと思う。送信者の知識が必要。当たって一時的な様子、浸出液の色や量やにおいなどがどうかというのを追加情報が必要。洗浄の仕方・方法も見せてもらえるとアドバイスはできるかなと思う。通話時間が長くなってしまおうとは思いますが、実施しながらアドバイスできたら(ケア)改善もできる。 | ハンズフリーの仕方がよくわからなかった。 |
| 06.10.27 | 15:30 | 6分 | 70代 | 女 | ALS | 患者自宅 | 有り | 1回 | E医師 | 大学病院病棟Drステーション | 通信の質(音声・画像など)について感じること 通信の質(音声・画像など)について感じること 画像は解像度はよくない。患者の表情は判るが、皮膚の状態など細かいところまでは判りにくいと思う。 | 通信による療養相談に思うこと 通話の時刻はあらかじめ伝えられており、事前に電話連絡があったからテレビ電話を再度かけ直したため、医局など電話を受けられる場所に移動は可能であった。ただ外来診療中や緊急対応時などは対応は無理と思う。特に緊張はなかった。以前入院されていた患者で面識があったのでコミュニケーション等不安はなかったが、初対面の患者の場合、どんな風に対応したり話ができるかと思う。 | 機器の取り扱いはあらかじめ説明を聞いていたので難しいと感じることはなかった。 |
| 06.10.27 | 13:30 | 圏外 | 60代 | 女 | ALS | H病院入院中 | 有り | 2回 | E医師 | 大学病院 | | | |
| 06.11.6 | 15:30 | 実施せず | 70代 | 女 | ALS | 患者自宅 | 無し | | F医師 | 大学医局 | | | |
| 06.12.26 | 15:45 | 6分 | 40代 | 女 | ALS | 患者自宅 | 有り | 2回 | F医師 | 大学医局 | 細かいことは解らなかつた。例えば表情くらいは解るけど、回復から言ってもあれくらいまでかなあという程度。表情が解ると言ってもそんなにくっきり見えていないわけではない。光源にもよると思うが。患者はスピーチカニューレを使用して会話できる方だったが、良く聞こえていた。 | 電話を持っていない負担感はある。あらかじめ訪問時間を告げられてはいても、いつかかってくるかということはある。携帯電話だけでなくイヤホンマイクも含め一式をずっと持って歩くというのは負担感があり、対応は難しいと思う。その時間帯にどこにいるかとか解っていても持ち歩くことが、テレビ電話でもって、何に使うか、どう使うか、どの程度に利用できるかということになる。実際にあれで診察しようと言うのは難しいのではないかな。今回使ったのはあくまで程度だったが、例えばちょっと顔色が悪いと言ったことになって実際の診察になると、ここが痛いとか熱が出たとかをあれでもってどこまでできるか、判断はそれだけでは難しいでしょう。病院に長く受診できていない在宅療養患者などにとっては様子を探らう「元気ですか」というくらいでほんとに顔色が悪いところは病院でということになる。実際に顔色が悪かったら病院行ったらどうですかとか誰か(住診医・看護婦など)に来てもらうとか救急車呼ぶとか、アドバイス程度のことならできるのではと思う。 | 事前に一度画像通信の練習をし、そのときまくいかなかったので実施までに気づけて良かった。送信側の画像設定がおかしく一度かけ直した。 |
| 07.1.23 | 11:30 | 実施せず | 60代 | 男 | ALS | 患者自宅 | 無し | | G医師 | 大学病院病棟 | | | |
| 07.1.23 | 13:30 | 不成立 | 70代 | 女 | PD | 介護施設 | 有り | 2回 | G医師 | 大学病院外来 | 訪問時間はあらかじめ告げていたが、13:30頃患者への対応のため電話に出ることができなかった。 | | |

「地域における介入研究の評価に関する系統的レビュー」

分担研究者：林邦彦 群馬大学医学部保健学科医療基礎学講座

研究協力者：深堀浩樹 三重県立看護大学

沼田加代 群馬大学大学院医学系研究科

研究要旨

国内外の地域における介入研究の評価に関する資料を検索し、近年の系統的レビューを行うこととした。文献データベースを使用し、検索語は、「地域 (Community)」, 「評価 (Evaluation)」, 「介入研究 (Intervention study)」である。さらに、タイトルと目的を検討し、最終的に、30編の文献(国内12編、国外18編)をレビューした。その結果、研究のテーマおよび対象は、年代の幅があり、健康スペクトルは、ほとんどの年代で健康であったが、高齢者では、健康な高齢者から準寝たきりまでであった。

割り付けの方法は、学校や行政区を単位とし、集団による方法と個別による方法とがあった。集団による方法は、一定地域を対象とし、さらに、コントロールとして、近隣地域が設定されていた。もう一つの方法である、個別による方法は、一定地域を単位とし、その単位からランダムに個々が介入群とコントロール群に選定されていた。

A. 研究目的

当分担研究では、国内外の地域における介入研究の評価について検討した。地域を研究の場とした評価に関する文献は、研究とする対象や内容、活動の場が広く、評価方法が確立していないために、まだ数少ないといえる。さらに、地域における支援プログラムモデルにおいて、そのプログラムモデルが、その地域の実情に見合ったモデルであるか、検証されたモデルであるか、モデルの評価までを含めた先行研究はみあたらない。つまり、地域特性を考慮した上で、地域における支援プログラムの構築と評価を行い、検証された地域保健プログラムを確立する必要があるといえる。

そこで、国内外の地域における介入研究の評価に関する資料を検索し、近年の系統的レビューを行うこととした。

B. 研究方法

1. 文献検索

国内外の文献を収集するために、使用した文献データベースは、国内の医学文献データベースである医中誌、国内外の医学・看護学文献データベースであるPubMed, CINAHLである。検索語は、「地域 (Community)」AND「評価 (Evaluation)」AND「介入研究 (Intervention study)」である。検索の限定として、文献の種類は「原著」であり、掲載誌発行年は「1997～2007年」とした。

2. 文献の選別

1) 第1段階

検索の結果、国内の医学文献データベースである医中誌からは、13編が検索された。国内外の医学・看護学文献データベースであるPubMedから207編、CINAHLからは38編が検索された。その中から、重複して検索された文献、文献のタイトルと要旨から、目的と異なる文献を除外した。

2) 第2段階

第2段階として、除外されなかった文献の抄録を読み、必要な文献を選定した。その時の選定基準は、

①地域（研究フィールド）が明確であること、②対象者が研究フィールドである地域に居住している者であること、③介入群とコントロール群が設定されていることである。さらに、HIV などの感染症やがんのスクリーニング、居住環境をテーマとした文献は除外した。

最終的に、30 編の文献（国内 12 編、国外 18 編）をレビューした。

3) 抽出文献の主な結果の検討

残る 30 編の文献の主な結果について、「研究タイトル」、「目的」、「地域」、「対象」、「割り付け方法」、「介入方法」、「エンドポイント」、「結果」を要約し、一覧として示した。

C. 研究結果

1. 抽出文献における研究の概要「研究のタイトル、目的、地域、対象」の主な結果（表 1）

国内の研究タイトルは、転倒リスク、認知症、自殺防止、うつ病、世代間交流、準寝たきり高齢者の自立、保健事業における広報媒体の活用実践などであった。研究対象は、65 歳以上の高齢者もしくは 20～60 歳の成人を対象とした研究が多かった。研究地域は、全国各地の農村部や都市部、自殺の多い地域など、テーマに即したフィールドであった。

国外は、DV（家庭内暴力）発見のできる専門職、母親へのボランティアによる子育て支援、親トレーニング、低所得者思春期のリプロダクティブケア、ヒスパニック系低所得者の多い小中学校の肥満、スペイン系移住者が在学する高校生のたばこアルコールの防止、骨粗鬆症予防のための高齢者のサプリメント摂取、中高年の糖尿病や脳血管疾患の危険因子における介入、老人病院における腰骨骨折患者のリハビリ、喘息患者への介入などであった。研究地域は、骨粗鬆症予防のため必要なビタミン D が不足がちな北ヨーロッパ、アフリカ系アメリカ人が居住する地域、アイルランドの田舎などであった。

2. 抽出文献における「割り付け方法」の主な結果（表 2）

国内は、介入地域が決められ、その近隣地域がコントロールとなる文献が多かった。対象者は、設定された地域からランダムに選定されていた。

国外は、地域もしくは学校をランダムに選定する

方法と面接者によるランダム化あるいは研究対象者本人の希望により介入とコントロールに分けられる方法があった。その他の割り付け方法として、薬局が介入群あるいはコントロール群を選択し、その薬局に通う患者が必然的に介入群かコントロール群となる方法があった。

3. 抽出文献における「介入方法」の主な結果

国内は、教育プログラムの実施、3 ヶ月間にわたる運動指導やボランティア講習会、うつ病や自殺についての知識伝達、広報媒体の直接配布が多かった。

国外は、DV（家庭内暴力）発見のトレーニング、専門職からの支援、エビデンスに基づいたプログラム、ビタミン D とカルシウムの毎日補足、脳血管疾患や喘息、やけどに関する健康教育、8 週間のたばこアルコール予防教育プログラム、1 歳になるまでの子育て支援、親トレーニングであった。

国内外ともに、コントロール群には介入の教育プログラムのない状態もしくは従来の教育プログラムの遂行があった。

4. 抽出文献における「エンドポイント」、「結果」の主な結果（表 2）

国内は、転倒予防では運動機能、ボランティア講習会では社会貢献、自殺予防は自殺の発生頻度、精神保健に関する意識と知識のアンケート、広報媒体による保健事業参加割合などであった。

国外は、DV（家庭内暴力）発見のケース数、サービス利用満足度、肥満度と食事量の変化、脳血管疾患に関連する血液検査、たばこ飲酒への興味、骨折患者の入院期間、子育て支援サービスを受けた 7 年後の子どもの健康や母親の意識などであった。

国内外ともに、介入による効果がみとめられた文献が多かった。しかし、国外では、従来からよい状態であったために、介入後に変化のない文献もあった。

D. 考察

1. テーマおよび対象の健康スペクトルについて

研究のテーマおよび対象は、乳幼児から学童、思春期、中高年、高齢者までであり、年代の幅があった。さらに、健康スペクトルは、高齢者では、健康な高齢者をテーマとした文献から準寝たきりまであり、その他の年代では、多くが健康な対象をテー

マとしていた。まさに、地域で生活するあらゆる人々を支援する地域保健分野の研究特性が見出されたものとなっていた。

具体的には、乳幼児はボランティアによる子育て支援から、DV（家庭内暴力）発見といった子育て中に起こる可能性のあるリスクへの支援がテーマとなっていた。思春期は、肥満といった生活習慣病予防や健康を害するアルコールとたばこを禁止するなど、望ましい生活習慣の確立にむけた支援、リプロダクティブケアなど次世代育成にむけた支援がテーマとなっていた。中高年者は、生活習慣病予防や自殺防止への支援、保健事業を活用実践してもらうための支援がテーマとなっていた。高齢者は、転倒予防や認知症など身体上の課題への支援、世代間交流や準寝たきり高齢者の自立など社会的な生活支援も含めた支援がテーマとなっていた。

様々なテーマが取り上げられ、各年代において課題となっている健康問題への取り組みがテーマとされていた。

2. 評価方法について

割り付けの方法は、学校や行政区（州、市町村、市町村内のある地区など）を単位とし、対象を選定していた。国内の文献においては、割り付けにあたり、同一農村内や同市内、都内の市など、行政区を単位としていた。国外の文献においては、低所得者層が多い学校を単位としている文献やある市部や一定地域など行政区を単位とする文献があった。さらに、対象者を選定する方法は、集団による方法と個別による方法とがあった。集団による方法は、学校に在学する全学生や一定地域に居住する全住民を対象とし、さらに、コントロールとして、他地域の学校や近隣地域が設定されていた。対象の選定のもう一つの方法である、個別による方法は、学校に在学する学生や行政区に居住する住民を単位とし、その単位からランダムに個々が介入群とコントロール群に選定されていた。

介入群への介入方法においても、集団と個別による方法があった。集団を対象に、転倒予防プログラムや生活習慣病を予防する食事と運動、自殺防止対策のうつ病、たばこやアルコールなどの教育をする介入があった。個別への対応は、健康サプリメントの摂取、訪問による子育て支援などであった。

エンドポイントは、介入方法が個別による方法の場合は、個別の運動機能や身体機能の測定結果などであった。集団による介入方法の場合のエンドポイントは、集団による保健事業の参加率ややけどや転倒などの事象の発生率などの場合と個別によるたばこへの意識や身体機能の測定結果などであった。

以上のことから、地域分野における、ランダム化研究の可能性が示唆されたといえる。

E. 結論

1. 地域で生活するあらゆる人々を支援する地域保健分野の研究特性が見出され、研究のテーマおよび対象は、乳幼児から高齢者までであり、健康スペクトルは、健康な対象者から準寝たきりまでであった。各年代において課題となっている健康問題への取り組みがテーマとされていた。
2. 割り付けの方法は、学校や行政区を単位とし、集団による方法と個別による方法とがあった。集団による方法は、学校や一定地域に居住する全住民を対象とし、さらに、コントロールとして、他地域の学校や近隣地域が設定されていた。もう一つの方法である、個別による方法は、学校に在学する学生や行政区に居住する住民を単位とし、その単位からランダムに個々が介入群とコントロール群に選定されていた。
3. 介入群への介入方法においても、集団を対象に教育をする方法をし、集団による事象の発生率をエンドポイントとする方法と個別による身体的・精神的効果をエンドポイントとする方法があった。

文献および使用した資料源

- 1) KobayashiRyosaku, NakadairaHiroto, IshigamiKazuo, 他. 運動が在宅高齢者の転倒リスクに及ぼす効果についての介入試験. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2006 : 11(5) : 250-255.
- 2) 朝田隆. 認知症予防に関する介入研究の成果と今後の展望. *公衆衛生*. 2006 : 70(9) : 673-675.
- 3) 藤原佳典, 西真理子, 他. 都市部高齢者による世代間交流型ヘルスプロモーションプログラムの1年間の歩みと短期的効果. *日本公衆衛生雑誌*.

- 2006 : 53(9) : 702-714.
- 4) Oyama Hirofumi, Watanabe Naoki, 他. 高齢者のためのグループ活動を通じた地域密着型の自殺防止が女性の高自殺率を減少させるのに成功. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005 : 59(3) : 337-344.
 - 5) 斎藤民, 李賢情, 甲斐一郎. 高齢転居者に対する社会的孤立予防プログラムの実施とその評価の試み. *日本公衆衛生雑誌*. 2006:53(5) : 338-346.
 - 6) 八重樫由美, 黒澤美枝, 他. 住民対象うつ病教育の介入効果の検討 自殺多発地域における中高年を対象とした地域介入研究より. *岩手公衆衛生学会誌*. 2006 : 17 (2) : 44-52.
 - 7) 黒澤美枝, 坂田清美, 他. 住民対象うつ病教育の短期効果の検討 自殺多発地域における中高年を対象とした地域介入研究より. *岩手公衆衛生学会誌*. 2006 : 17(2) : 38-43.
 - 8) Ueki S, Kasai T, Takato J, Sakamoto Y, et al. 地域とともに転倒予防体操をつくる活動の展開. *日本公衆衛生雑誌*. 2006 : 53(2) : 112-21.
 - 9) 藺牟田洋美, 安村誠司, 阿彦忠之. 準寝たきり高齢者の自立度と心理的 QOL の向上を目指した Life Review による介入プログラムの試行とその効果. *日本公衆衛生雑誌*. 2004:51 (7) : 471-482.
 - 10) 芳賀博, 植木章三, 他. 地域における高齢者の転倒予防プログラムの実践と評価. *厚生*の指標. 2003 : 50(4) : 20-26.
 - 11) Yokokawa Y, Kai I, Usui Y, Kosoda F, 他. 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. *日本公衆衛生雑誌* : 2003 : 40(1) : 47-52.
 - 12) 竹内祐子, 高橋みね, 他. 地域保健事業における広報媒体の活用の実践と評価. *日本公衆衛生雑誌*. 2001 : 48(9) : 764-772.
 - 13) Fernandez Alonso MC, Herrero Velazquez S, et al. Protocol to evaluate the effectiveness of a consciousness-raising and training intervention for primary care professionals, in order to improve detection of domestic violence (ISFVIDAP) . *Aten Primaria*. 2006;38(6) : 369.
 - 14) Meuwissen LE, Gorter AC, Knottnerus JA. . Perceived quality of reproductive care for girls in a competitive voucher programme. A quasi-experimental intervention study, Managua, Nicaragua. *Int J Qual Health Care*. 2006 ;18(1):35-42.
 - 15) Jenum AK; Anderssen SA; Birkeland KI; Holme I; Graff-Iversen S; Lorentzen C; Ommundsen Y; Raastad T; Ødegaard AK; Bahr R. Promoting physical activity in a low-income multiethnic district: effects of a community intervention study to reduce risk factors for type 2 diabetes and cardiovascular disease: a community intervention reducing inactivity . *Diabetes Care* , 2006; 29(7): 1605-12.
 - 16) Coleman KJ, Tiller CL, et al. Prevention of the epidemic increase in child risk of overweight in low-income schools: the El Paso coordinated approach to child health. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159(3):217-24.
 - 17) Larsen ER, Mosekilde L, Foldspang A. Vitamin D and calcium supplementation prevents osteoporotic fractures in elderly community dwelling residents: a pragmatic population-based 3-year intervention study. *J Bone Miner Res*. 2004;19(3):370-8.
 - 18) Liu YH, Yang QD, et al. Evaluation of effectiveness of intervention on risk factors for cerebrovascular disease in three cities of China . *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2003 ;37(2):105-8.
 - 19) Story M, Sherwood NE, et al. An after-school obesity prevention program for African-American girls: the Minnesota GEMS pilot study. *Ethn Dis*. 2003 ;13(1):S54-64.
 - 20) Lupton BS; Fønnebø V; Søgaaard AJ. The Finnmark Intervention Study: is it possible to change CVD risk factors by community-based intervention in an Arctic village in crisis? . *Scandinavian Journal of Public Health*, 2003; 31(3): 178-86.
 - 21) Elder JP, Litrownik AJ, et al. Tobacco and

- alcohol use-prevention program for Hispanic migrant adolescents. *Am J Prev Med.* 2002 23(4):269-75.
- 22) Huusko TM; Karppi P; et al. Intensive geriatric rehabilitation of hip fracture patients: a randomized, controlled trial. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 2002; 73(4): 425-31.
- 23) Johnson Z, Molloy B, Scallan E, et al. Community Mothers Programme--seven year follow-up of a randomized controlled trial of non-professional intervention in parenting. *J Public Health Med.* 2000;22(3):337-42.
- 24) Resnicow K, Yaroch AL, et al. GO GIRLS!: results from a nutrition and physical activity program for low-income, overweight African American adolescent females. *Health Educ Behav.* 2000 ;27(5):616-31.
- 25) Schulz M; Verheyen F; et al. Pharmaceutical care services for asthma patients: a controlled intervention study. *Journal of Clinical Pharmacology (J CLIN PHARMACOL)*, 2001; 41(6): 668-76.
- 26) Ytterstad B, Smith GS, Coggan CA. Harstad injury prevention study: prevention of burns in young children by community based intervention. *Inj Prev.* 1998;4(3):176-80.
- 27) Schuster MA, Wood DL, et al. Utilization of well-child care services for African-American infants in a low-income community: results of a randomized, controlled case management/home visitation intervention. *Pediatrics.* 1998;101(6):999-1005.
- 28) Vartiainen E, Paavola M, et al. Fifteen-year follow-up of smoking prevention effects in the North Karelia youth project. *Am J Public Health.* 1998;88(1):81-5.
- 29) Taylor SM, Ross NA, et al. Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT): changes in community attitudes toward cigarette smoking. *Health Educ Res.* 1998 ;13(1):109-22.
- 30) Tucker S; Gross D; et al. The long-term efficacy of a behavioral parent training intervention for families with 2-year-olds. *Research in Nursing & Health,* 1998; 21(3): 199-210.

表1-1-1 抽出文献における研究の概要

| study | 報告者 | 報告年 | タイトル | 目的 | 国 | 地域 | 対象 |
|-------|------------|------|--|--|-------|----------------------|---|
| 1 | Kobayashiら | 2006 | 運動が在宅高齢者の転倒リスクに及ぼす効果についての介入試験 | 農村地域の在宅高齢者における運動の効果の評価 | 日本 | 農村 | 農村内で独立して日常生活を営んでいる60歳以上の高齢者：81名(介入地域)と56名(対照地域) |
| 2 | 朝田 | 2006 | 認知症予防に関する介入研究の成果と今後の展望 | 認知症予防に関する地域調査および介入研究 | 日本 | 茨城県利根町 | 茨城県利根町の65歳以上全住民400人 |
| 3 | 藤原ら | 2006 | 都市部高齢者による世代間交流型ヘルスプロモーションプログラムの1年間の歩みと短期的効果 | 高齢者の知的ポラテンティブ活動-子供への総本の読み聞かせ-による介入研究を開始し、高齢者による社会活動の有効性と活動継続に向けた方策を明らかにする。 | 日本 | 東京都中央区、川崎市多摩区、滋賀県長浜市 | 2004年6月一般公募による60歳以上：ポラテンティブア群67人と対照群74人 |
| 4 | Oyamaら | 2005 | 高齢者のためのグループ活動を通じた地域密着型の自衛防上が女性の高自殺率を減少させるのに成功 | 日本における地方在住高齢者に対する地域密着型自衛防プログラムの実施と成果の評価 | 日本 | 由利町と鳥海町 | 両町の高齢住民 |
| 5 | 斎藤ら | 2006 | 高齢転居者に対する社会的孤立予防プログラムの実施とその評価の試み | 社会的孤立から「閉じこもり」になる可能性が指摘される高齢転居者を対象に、ネットワークづくりと地域の情報活用を目的とする支援プログラムを開発・試行し、有用性を検討 | 日本 | 東京都A市 | ある期間に東京都A市に転入した65歳以上男女：プログラムへの参加同意者18人と参加に同意しなかった高齢転居者7人 |
| 6 | 八重樫ら | 2006 | 住民対象うつ病教育の介入効果の検討 | 一般住民がうつ病や自殺について確かな知識を身につけ、住民自らの態度の変化が必要である。健康教育プログラムを含む大規模な介入研究を実施。 | 日本 | 岩手県の自殺多発地域 | 介入地域と対照地域を設定(2002年には、20歳から79歳までの住民から無作為抽出された7,136人のうち、二回のアンケート両方に回答した4,334人を対象) |
| 7 | 黒澤ら | 2006 | 住民対象うつ病教育の短期効果の検討 | 自殺予防のための大規模地域介入研究を実施し、うつ病教育プログラムの短期効果を評価 | 日本 | 岩手県北部久慈保健医療圏と宮古保健医療圏 | 岩手県北部久慈保健医療圏と宮古保健医療圏 |
| 8 | Uekiら | 2006 | 地域とともに転倒予防体操をつくる活動の展開 | 転倒予防に有効な体操プログラムを作成し、その効果をはかる | 日本 | 宮城県S町 | 75歳以上高齢者で要介護認定者を除外：転倒予防教室参加希望者48人 |
| 9 | 簡牟田ら | 2004 | 準寝たきり高齢者の自立度と心理的QOLの向上を目指したLife Reviewによる介入プログラムの試行とその効果 | 準寝たきり高齢者の自立度の改善とQOLの向上を目的に、Life Reviewを用いた介入プログラムの試行・評価 | 日本 | 山形県 | 虚弱高齢者リンクAの該当者46名 |
| 10 | 芳賀ら | 2003 | 地域における高齢者の転倒予防プログラムの実践と評価 | 在宅の高齢者に対して転倒予防のための介入プログラムを実施し、転倒率や体力、QOLに及ぼす影響を検討 | 日本 | 宮城県三本木町 | 75歳以上の自立者551名 |
| 11 | Yokokawaら | 2003 | 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 | 介護予防支援事業に参加する後期高齢者に転倒予防のための運動指導プログラムを実施し、身体機能低下の遅延効果を検証 | 日本 | 長野県A村 | ADLが自立している75歳以上の高齢者で、デイサービス利用者55人、およびB型機能訓練利用者16人；介入群34人とコントロール群37人 |
| 12 | 竹内ら | 2001 | 地域保健事業における広報媒体の活用の実践と評価 | 「食生活講座」に関する広報活動に対する介入研究 | 日本 | 東京都町田市 | 20～60歳代の女性。町田市が実施している保健事業に参加した事がない者。 |
| 13 | Fernandezら | 2006 | DV(家庭内暴力)発見率を上げるプライマリケアの専門職の技術向上の効果に関する計画 | DVの発見ができていないプライマリケア医療従事者の介入効果の評価 | スペイン | スペインのプライマリケアセンター | プライマリケアの医師と看護師：2つの基本チームで計1136人(1基本チーム68人) |
| 14 | Meuwissenら | 2006 | 思春期のリプロダクティブケアのパウチャープログラムの展望：ニカラグア・マナグアの半経験的介入 | マナグアに居住する低所得者層思春期女性を対象とした性教育のパウチャープログラムの満足度 | ニカラグア | マナグアの低所得層 | 12～20歳の3009人の女性うち了解のあった700人；パウチャー利用者221人と非利用者478人 |
| 15 | Jenumら | 2006 | 低所得多民族地区の身体的活動の促進：2型糖尿病と心血管疾患のリスクを減少させるための地域介入 | 2型糖尿病と心血管疾患のリスクを増加させる地域をベースとした効果 | ノルウェー | オスロ | ベースラインの調査後フォローアップに同意した1,776人 |
| 16 | Colemanら | 2005 | 低所得小学校の子どもの体重増加リスクの予防 | エビデンスに基づいた介入(CATCH)の評価 | アメリカ | ヒスパニック系の低所得者の多い小学校 | 小学3年生896人；介入群423人と非介入群473人 |

表 1-2 抽出文献における研究の概要

| study 報告者 | 報告年 | タイトル | 目的 | 国 | 地域 | 対象 |
|-----------------|------|---|---|--------|--------------------------------|---|
| 17 Larsen ら | 2004 | 高齢者の骨粗鬆症を予防するためのビタミンDとカルシウムのサブプラメントについて3年間の介入研究 | ビタミンDとカルシウムのサブプラメントにより、ビタミンD不足として知られる北ヨーロッパの骨粗鬆症を予防する | デンマーク | 北ヨーロッパ、デンマーク | 66歳以上の9,605人；介入群4,957人と非介入群5,063人 |
| 18 Liu ら | 2003 | 中国3つの市の脳血管疾患のための危険因子における介入の有効性の評価 | 脳血管疾患の危険因子への地域介入の効果を評価する | 中国 | 30万都市である北京、上海、および長沙 | 35~74歳の男女；2,586人の女性、および2,723人の男性 |
| 19 Story ら | 2003 | アフリカ系アメリカ人の少女のための放課後の肥満防止プログラム；ミネソタGEMSパイロット研究 | アフリカ系アメリカ人の少女のための放課後の肥満防止プログラムの開発。GEMSプロジェクトとして減量のための介入研究。 | アメリカ | ミネソタ大学 | 8~10歳のアフリカ系アメリカ人の少女とその保護者54人 |
| 20 Lupton ら | 2003 | フィンランドの介入研究；危機的な極寒において地域をベースとしたCVDのリスクファクターを変えようか？ | ノルウェーの北極において地域をベースとした心血管リスクファクターを変えようか？ | ノルウェー | ノルウェーの北極、海岸地域 | 地域に居住する中高年の男女 |
| 21 Elder ら | 2002 | スペイン系移住者におけるタバコとアルコール使用の防止 | タバコとアルコール使用を予防するプログラムの地域をベースとした評価 | アメリカ | スペイン系移住者が在学する高校 | 教育プログラムを受けた660人；タバコとアルコール予防の介入群37人とコントロール群33人 |
| 22 Huuskola ら | 2002 | 老人病院における腰骨骨折患者の集中リハビリテーション；ランダム化コントロール法 | 腰骨骨折患者の老人病院におけるリハビリテーションの効果として、死亡率、入院の長さ、機能回復を測定 | フィンランド | フィンランド病院 | 64歳以上243人の腰骨骨折患者；介入群120人とコントロール群123人 |
| 23 Johnson ら | 2000 | 地域における母親のプログラム--7年間の非専門職によるランダム化された介入研究 | 第1子が1歳になるまでのポランディングによる支援。ランダム化された介入研究 | インド | アイルランドの田舎 | 第1子を持つ母親；介入群38人とコントロール群38人 |
| 24 Resnicow ら | 2000 | アフリカ系アメリカ人の低所得層の肥満少女のための栄養と運動の効果 | アフリカ系アメリカ人の肥満少女の介入効果について | アメリカ | アフリカ系アメリカ人の居住する都市部 | 4つの公営住宅の居住者；出席率の高い26人と出席率の低い31人 |
| 25 Schulz ら | 2001 | 喘息患者の薬物療法；コントロール介入研究 | 心理社会的、経済的に負担となる喘息患者のQOLを高める教育を開発 | ドイツ | ドイツ | 軽症から重症な喘息患者；介入群161人とコントロール群81人 |
| 26 Ytterstad ら | 1998 | ハルスタターのけが予防；地域をベースとした介入 | 地域をベースとした子どものやけどを予防する長期的なプログラムの検討 | ノルウェー | ノルウェー（ハルスタター、6つの周囲の自治体、トロンヘイム） | 5歳以下の子ども |
| 27 Schuster ら | 1998 | 低所得地域に居住するアフリカ系アメリカ人のケアサービスCCCの活用；家庭訪問によるランダム化されたケアコントロール研究 | 家庭訪問による介入を効果として、WCCC（より良い子どもへのケア）の活用度を評価する | アメリカ | ロサンゼルス南部 | アフリカ系アメリカ人の新生児；介入群185人、コントロール群180人 |
| 28 Vartiainen ら | 1998 | 北部カレリア若者への15年間の喫煙防止効果 | 学校と地域をベースとした喫煙防止プログラムの長期的効果 | フィンランド | 北部カレリア | 6つの中学校 |
| 29 Taylor ら | 1998 | 喫煙に対する地域介入；喫煙に対する地域の態度変容 | 喫煙態度の変容として2つの仮説がある：コントロール群よりも介入群に、(1)喫煙が健康上の問題として取り上げられる、(2)非喫煙者の数が増える。 | イギリス | イギリス | 喫煙者5,450人 |
| 30 Tucker ら | 1998 | 2歳児という家族のための親トレーニング介入の長期的効果 | 親トレーニング (BPT) により、親としての自己評価が高まり、親子間のストレスがよい方向に変化する | アメリカ | アメリカ中西部HMOとその周辺 | 2~3歳までの子どもとその両親24組；介入群12組とコントロール群12組 |

表2-1 抽出文献における主な結果

| Study | 介入方法 | 結果 |
|-------|--|----------------------------|
| 1 | 農村内の2地域を無作為に对照地域と介入地域に指定 | 運動機能は介入前後で評価・比較し、对照者のそれと比較 |
| 2 | 対象者の希望 | 介入群は非介入群に比べ認知症移行率が低かった。 |
| 3 | 参加同意の有無で群分け | 介入群は非介入群に比べ認知症移行率が低かった。 |
| 4 | 对照地域は介入地域の近隣の町 | 介入群は非介入群に比べ認知症移行率が低かった。 |
| 5 | 参加同意の有無で群分け | 介入群は非介入群に比べ認知症移行率が低かった。 |
| 6 | 無作為抽出された7,136人のうち、2回のアンケート両方に回答した4,334人を対象 | 介入群は非介入群に比べ認知症移行率が低かった。 |
| 7 | 自殺発症の特に高い岩手県北部久慈保健医療圏と隣接する宮古保健医療圏 | 介入群は非介入群に比べ認知症移行率が低かった。 |
| 8 | 介入地区と非介入地区を設定 | 介入群は非介入群に比べ認知症移行率が低かった。 |
| 9 | 虚弱高齢者ランクAの該当者：46名を介入群と对照群の2群に分け | 介入群は非介入群に比べ認知症移行率が低かった。 |
| 10 | 居住する地域のまとまりを考慮して「介入地域」と「非介入地域」に2群分け | 介入群は非介入群に比べ認知症移行率が低かった。 |
| 11 | 介入地区を玉川学園、对照地区を成瀬地区。 | 介入群は非介入群に比べ認知症移行率が低かった。 |
| 13 | クラスターランダムにトレネニンング | 介入群は非介入群に比べ認知症移行率が低かった。 |
| 14 | パウチャーター利用者と非利用者 | 介入群は非介入群に比べ認知症移行率が低かった。 |
| 15 | 社会状況をマッチングさせ、介入群とコントロール群に群分け | 介入群は非介入群に比べ認知症移行率が低かった。 |

表 2-2 抽出文献における主な結果

| study | 割り付け方法 | 介入方法 | エンドポイント | 結果 |
|-------|---|--|------------------------------|---|
| 17 | | ビタミンD3を400IU (10microg)と炭酸カルシウムを1000mgを毎日補足 | 骨折 | 介入群の参加は50%と非介入群は46%。骨折は介入群は16%減少した。 |
| 18 | 層化クラスターにより2群分け | 禁煙、アルコール消費の健康教育の実施、糖尿病患者および高血圧患者の治療の見直しを3年間実施 | 血圧、血中脂質、BMI、そして、喫煙とアルコールの消費量 | 総コレステロールと血圧は介入群で達成。BMIはコントロール群において増加。喫煙割合は介入群において減少し、コントロール群は変化がなかった。 |
| 19 | 2群をランダムマイズコントロール | 毎週、週に2回または12週間、介入も実施。介入群は、運動とよい食事の両方に焦点が当てられ、栄養指導も実施される。コントロール群は、運動と食事に関係ないプログラムを実施。 | BMI、体脂肪率、運動量、食事量、保護者も食事量。 | 介入群において、多くの変化がみられ、肥満予防につながった。 |
| 20 | Batsfjord (介入群)と同じ沿岸3つの地区(コントロール群) | 半実験的にブライマリーへヘルスケアシステムとは異なる組織で実施 | 身体活動の割合、血圧 | 難しい経済の状況の地域にもかかわらず、ライフスタイルの変容が可能であった。 |
| 21 | 教育プログラムを受けた660人のうちランダムに22学校を抽出：37人のタバコとアルコール予防の介入群と33人の急を要する群 | 8週間のタバコとアルコールの予防教育プログラムを受講 | タバコとアルコールへの興味 | もともとスベイン系の移住者の喫煙と飲酒の率が低いため、介入による効果は得られなかった |
| 22 | 腰骨骨折患者をランダムマイズに2群のりハビリグループに群分け | 介入群は老人病院にてりハビリテーションプログラムから、コントロール群は通常の病院でのりハビリとなる | 入院期間 | 介入群は34日、コントロール群は42日 |
| 23 | 2群をランダムマイズコントロール | 第1子が1歳になるまでのボランティアによる支援 | 7歳のときの子どもの健康、栄養、育児能力、母親の自己評価 | 介入群ではコントロール群よりも入院が少なく、図書館の利用が多い。また、夜に宿題をチェックし、しつけもしっかりしている。予防接種もすすんでいた。 |
| 24 | 出席率で比較 | 食事と運動のプログラム参加者 | 身体活動、30〜60分の運動、低脂肪の食事 | プログラム参加後の結果、介入群の方が、運動をし、低脂肪の食事をしていた |
| 25 | 薬局が介入群となるかコントロール群となるかを選択。その果局に通う患者が必然的に介入群かコントロール群となる。 | 12ヶ月間にわたり、介入群は自己管理の教育を受け、コントロール群は薬物療法を継続する。 | QOLやメンタルヘルス尺度SF-36 | 夜間発作の時間、自己効力、知識のいずれも向上 |
| 26 | ハルスター(主な介入)、6つの周囲の自治体(半介入)、およびトロント(参考) | 半実験的に10年間、地域をベースとした介入 | やけど率 | やけど率は介入した市は52%、半介入は40%の減少。参考となった市は18%の増加であった。プログラムは効果的であった。 |
| 27 | ケースマネージャーが面接後、ランダムに介入群とコントロール群に群分け | 少なくとも4回の家庭訪問と電話やメールによるフォローアップ | WCCの来所回数 | 家庭訪問サービスという介入の効果は得られず、介入群とコントロール群とにWCC来所回数に有意差はなかった。 |
| 28 | 北極カリリアの4つの中学校(介入群)と他地域の2つの中学校(コントロール群) | 中学生に2年間喫煙防止を教育し、15年間フォローする | 喫煙率 | 介入群はコントロール群よりも喫煙率が22%少ない。 |
| 29 | 介入群とコントロール群について、11のマッチングした地域をランダム化介入 | 地域をベースとし、4年間にわたる介入 | たばこに関する態度 | 地域ごとに態度の変化がみられ、ヘビー・スモーカーの方が効果がみられた。 |
| 30 | 他の親トレーニングを受けていた親子を募集し、その中から介入群とコントロール群に群分 | 介入群は親トレーニングBPTを実施し、コントロール群は実施しない。 | 子育て自己評価、ストレス、子育て内容、親子関係 | 母親には効果があったが、父親は最小限の効果であった。トレーニングを受けるほどよい効果が得られる。 |

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

地域で生活する障害児・者の自律生活を支援する看護プログラムの開発

—居住型モデルの開発・実践—

「地域で生活する障害者の自律支援に関する研究—英国における取り組み」

分担研究者 飯田恭子 首都大学東京 健康福祉学部看護学科
高島恭子 長崎国際大学 人間社会学部社会福祉学科

研究要旨

地域で生活する障害者の自律支援について、国際的に文献収集、分析し、わが国におけるモデル開発・実践の参考とする。本年度は、イギリスにおける、地域生活を支援する障害者福祉サービスについてダイレクトペイメントおよびパーソナルアシスタンスの歴史的推移を踏まえてその基本的考え方、現状と諸問題について報告する。

A.研究目的

地域で生活する障害者の自立支援について、イギリスにおける最新資料を分析し、わが国における居住型モデル作成の参考基礎資料とする。

B.研究方法

目的にもとづいて、イギリスにおける報告書、文献を収集、精査し、整理、報告する。研究の性質上、倫理面における問題は特にない。

C.研究結果

1) ダイレクトペイメントの基本的考え方

自立生活とは自分の人生・生活に選択（choice）と統制（control）をもつことであるという考えが根底にあり、選択（choice）と統制（control）がキーワードとなっている。

ダイレクトペイメントは、社会サービ

スから援助を必要としていると査定された人が、自分へのケアやサポートサービスを自治体から直接受けるのではなく、自分で選んだ人を雇い、自分で選んだサービスを購入し、自分が必要だと思う援助を得ることを可能にするための、その人への自治体の支払いのことである。ダイレクトペイメントを受けるためには、受給者本人が了解したことを自己表示出来なくてはならない。また必要な日々の援助を自己管理できなくてはならない。

2) ダイレクトペイメントの歴史的背景
イギリスでは 1948 年に National Assistance Act が施行され、障害者に福祉を提供する責任が行政にあることが示された。その後 1968 年に第 45 項においてこの「障害者」の中には高齢者も含まれることが明記された。イギリスの障害者に対する社会サービスの基本事項は、1970 年に施行された慢性疾患および障

害者法 (Chronically Sick & Disabled Persons Act 1970) に示された項目に基づいている。当初、サービスの内容は実際の援助やサービス情報の提供、調整に関することであったが、1977 年の National Health Service Act によってその他の家事援助サービスを提供する権限が社会福祉局に与えられた。また、精神障害者へのケアサービスの必要性については 1983 年の Mental Health Act の中で特に強調されている。

第二次世界大戦後の行政枠組みの中では、政府の義務づけというよりは、地方行政局の裁量で地域障害者への支援が行われる仕組みであり、1986 年の Disabled Persons Act (障害者法) では地方行政局に対し、住民のニーズをアセスメントする義務を強調している。1990 年の国民健康保健及びコミュニティケア法 (National Health Services & Community Care Act) ではさらにこの義務が強化された。イギリスでは地方における障害者行政は一本化された法によるのではなく、以上のように多数の法がパッチワークのように関与した複雑なものとなっている。

1986 年から 1991 年にかけて、Sir Roy Griffiths は、コミュニティケアの再組織化を提案した。地方行政局にはニーズに合わせた支援がなされていることを担保することに責任はあるが、必ずしも直接支援を提供する責任があるのではない。社会福祉局にはその地域におけるニーズのアセスメントをし、アセスメントの結果に合わせて優先順位の設定、計画作成をすることを要請した。これが後の障害

者が自分でサービスを選択し、受け取ることを主眼とするいわゆるパーソナルアシスタンスシステムの一つの背景となった。ダイレクトペイメントは 1997 年に導入された。その後ケア基準法 2000 (Care Standards 2000) が制定され、具体的実施のために、ケア基準法 2000 に基づく全国最低基準規則が定められた。この基準に基づいて、サービス提供機関が求められている基準に見合うパーソナルケアを提供しているかどうかを国のケア基準委員会が裁定し最低要件の充足を確認している。

3) パーソナルアシスタンス導入の経緯

パーソナルアシスタンスの元になったのは ILF 基金である。ILF (Independent Living Fund) は、1988 年に設立された。これは、Disablement Income Group 及び Department of Social Security と協力して、稼働年齢にある障害者の在宅支援を現金支払いという形で始めたものである。初年度は、基金の中から 1,000,000 ポンド、1992 年度には 1 億ポンドが 21,000 人に支払われた。その後、ILF は 1992 年には新規申請者を打ちきり、これまでの人々のための Independent Living (Extension) Fund と、新規の人々のための Independent Living Fund という 2 つの新しい基金に置き換えられている。

政府の支援には「障害者に現金を与え、そうすることで Independence と、自分自身の care needs に最も合うものを決める力を与えている」ということが背後

にあり、それが重要な概念とされている。障害者法が導入された当初は、社会サービスは自治体の管理の下にあり、障害者自身は生活管理上の自己裁量は殆ど無かった。障害者団体協議会を中心とした、熱心な、自立生活という概念を現実化する運動の成果として、パーソナルアシスタントというシステムが展開されるにいたった。このシステムの下で、障害者が施設を出て地域で自立生活する際に、必要な人材としてパーソナルアシスタントという職種が成立した。自立生活基金 (Independent Living Fund) は、障害者がこのパーソナルアシスタントを自ら求人雇用して必要な介助などを指示するための基金であった。この自立生活基金は、第三者機関を通じた間接的給付であったが、1996年に Community Care (Direct Payment) Act というコミュニティケアの現金給付制度として法成立し、地域社会サービスの一環として、行政から直接、障害者に給付されることになる。

4) ダイレクトペイメントの内容

ダイレクトペイメントの対象者は、社会サービスの対象者でダイレクトペイメントを受けることを選んだ人である。受給に際しては、コミュニティケアサービスの必要性に関して、自治体の社会サービス部に所属するケアマネージャーによるアセスメントやケアプランの作成がある。ケアサービスの受け方には選択肢があり、障害者は、コミュニティケアサービスを直接受けることも、ダイレクトペイメントで自らサービスを購入することも、また両者を併用することもできる。

2001年からは障害児をもつ親や、障害をもつ16・17歳の若者、継続的に介護役割を担う介護者も対象となっている。

対象者の中でダイレクトペイメントを受ける人は近年増えてきており、2002-03年では9,000人の成人が受けていたものが2004-05年では24,500人となっている。政府はダイレクトペイメントの利用者がさらに増えることを期待している。能力があり、本人の同意がある場合には審議会はダイレクトペイメントをしなければならないと法改正がなされ、ダイレクトペイメントはアセスメントの際に誰にとっても第一の選択肢となった。

ダイレクトペイメントでは、自治体によって査定されたニーズによって決められた額が、直接、銀行やビルディング・ソサイエティ、郵便局、ナショナル・セイビング・アカウントに振り込まれる。お金を下ろすのに介助が必要である場合や目が不自由な場合、支払いの小切手によってなされ、郵便局で現金化できる。障害があるために免許証などの身分証明書を持たない人やサインをするのに困難がある人のための配慮もなされている。

ダイレクトペイメントは、ニーズと査定されたものに対して、サービスを手配するために使われ、原則的に自治体は最も良い手配を本人に任せている。親かまたは16歳以上の介護者の場合、ダイレクトペイメントを受けることが出来るが、ケアをしている人のためにサービスを買うことは出来ない。介護者をサポートするために必要と査定されたことにのみ、使うことが出来る。居住関連の永久的なもの（自治体が同意をすれば短期間の安

全のための器具に支払うことが出来る)、また同居している家族のための使用はできない。ただし特別に住み込みで雇っている人やその他の環境については、自治体の同意があれば使用できる。

ダイレクトペイメントを受けた場合、その内容について説明する必要がある。自治体にとって必要な記録は、情報、例えばパーソナルアシスタントの署名入りタイムシート、サービス事業所からの領収書などである。ダイレクトペイメントは収入の代わりとなるものではないので、受けている給付金や手当てに影響しない。

5) ダイレクトペイメントの現状

ダイレクトペイメントの利用にあたっては、受給希望者は、ケアマネージャーにこの制度に関心があることを伝え、アセスメントを受け、コミュニティケアサービス受給資格、ケアプランの経費、受給上限額など法的ニーズの確認・評価を受け、利用希望者の達成したい目標についての合意を得る。ダイレクトペイメントはコミュニティケアのサービス支給形態の一つであり、ケアマネジメントのプロセスを通じて行われるものである。そのため受給側とケアマネージャーとの関係が重要である。

イギリスでは、自分の受ける治療や介護の種類について決断したり、サービスを選択したりすることに活発に関わる方が結果がよいという証拠が次々にあがってきているとされる。政府はダイレクトペイメントの利点について理解を深め、知識を広めるように進めているところである。

6) パーソナルアシスタントと利用者との関係

地方自治体と契約を結んだワーカーから支援を受ける障害者よりも、ダイレクトペイメントを利用してパーソナルアシスタントを雇う障害者が増加しつつある。

サラ・ウーディンの調査により以下のことが明らかとなっている。

障害を持つ雇用者とパーソナルアシスタントとの関係は、友人関係と雇用関係の特徴をもっている。これはパーソナルアシスタントが仕事をすることを契約している一方で雇用者の生活のための個人的な場所に侵入していることによる。雇用者は「購入された友人関係」か雇用関係かを意図的に選択している。

入浴介助などはインフォーマルな関係があったほうが快適であることや、週に何時間も援助を受けるためパーソナルアシスタントが家に馴染んでいなければ家で暮らしている感じが得られないこと、好意が手段として必要であることから「購入された友人関係」が生じている。十分な援助時間を得ることができない雇用者もおり、車に乗せてもらう等のパーソナルアシスタントの時間外の好意によって生活を成り立たせ、パーソナルアシスタントの子どもの宿題をみる等の好意のお返しをし、それによって友人関係が育っている。在宅で自律の高い人は、パーソナルアシスタントと雇用関係というよりはできるだけ友人関係でいようとする。それはそのほうがより融通が利くからである。24時間介護を必要とする人を除いて、ほとんどの雇用者はパーソナルアシ

スタントとは別に社会的な友人をもつことを望んでいた。

雇用者とパーソナルアシスタントとの関係は、構造的あるいは文脈的要因によって雇用関係と友人関係との間で揺れ動いている。それは例えば家の外で、雇用者がパーソナルアシスタントを初対面の人に友人として紹介し、専門職には雇用している人として紹介することに現れる。

家での暮らしと職場とが重なるため、パーソナルアシスタントの雇用には大変込み入った感情があり、いろいろな考えのバランスをとることによって関係者は環境の理解をしている。

当事者団体のニュースレターには次のような事例も報告されている。

ダイレクトペイメント受給生活の一報告
(Maria Brooks 氏)

この3年間、ケアサービスとしてダイレクトペイメント及び自立生活基金を受けてきた彼女は、この基金の長所短所について、自身の経験をもとに以下のように述べている。

適切なパーソナルアシスタントの雇用に苦慮した。1~2年続く人もあれば、3~6ヶ月で何度も代わる場合がある。アシスタントとの関係作りが大変ストレスになる。アシスタントの立場からすれば、昇進も年金も無いため、職種として将来の見通しが見えない。アシスタントを紹介する事業所にも問題がある。事業者自身も経営上の問題を抱えている。生活管理が自力でできない障害者の場合、アシスタントを雇用せざるを得ないが、その場合にはアシスタントの管理能力が要求

される。ときには昔のように、お役所任せでやってくれた方がずっと楽だったと思う。

7) ダイレクトペイメントの課題

イギリスの障害者運動は、保護、隔離からの開放と、その大きな手段としてのダイレクトペイメントを求めてきた。自立生活を実現する上の一つの柱として、直接雇用（パーソナルアシスタント）や直接支払い(ダイレクトペイメント)があり、選択と統制の拡大が図られているが、コミュニティケアの一連のプロセスは経由しなくてはならない。自治体のコミュニティケアの整備、ケアマネージャーの資質、アセスメントにおける交渉、パーソナルアシスタントの雇用を巡る障害者の力量、これらを側面的にバックアップするダイレクトペイメント支援サービスの存在、など数々の課題がある。

ダイレクトペイメントの限界について、
①ダイレクトペイメントは、ニーズアセスメントに関する既存の仕組みから一歩も出ていない、配分された資金の管理は可能だが、配分決定の基準は変わらない、
②サービス利用者の多くがダイレクトペイメントの先行きに不安を持っている、
③ダイレクトペイメントは、お金を出すことによって、本来のサービスでは行われている「扱いにくい厄介なもの」を回避してしまう危険がある、などが指摘されている。

ダイレクトペイメントでは責任が重過ぎて活用できない人のためには individual budgets という制度もある。

D.考察

イギリスにおいては、自立を「自分の人生・生活における選択 (choice) と統制(control)」とし、これを広げる仕組みをつくることで、必要な介護と援助を自由に選べるようにし、障害をもつ人の地域における自立生活を支援しようとしている。一方でケアの最低基準を明確に定めることにより介護の質を担保し、また制度の対象者や金額については査定を行なうことで予算の制御を行なっている。

この仕組みを前提としたパーソナルアシスタントと障害者との関係では、友人関係と雇用関係、個人の生活の場と職場など、それぞれの理解の複雑なバランスによって、障害をもつ人の自律が保たれていると考えられる。

しかし、個人の自律が尊重されても責任が分散して見えにくくなる仕組みは、長期にわたって障害者と介護職との生活と技術を守れるのか疑問である。自立を「自分の人生・生活における選択 (choice) と統制(control)」とする方法はわかりやすいが、どのような選択 (choice) と統制(control)が可能となるのかは検証の必要があると考えられる。

E.結論

自立を「自分の人生・生活における選択 (choice) と統制(control)」とすることやダイレクトペイメントという制度からのアプローチは、地域でのさまざまな人との交流を通じた自律生活の支援に効果があると考えられる。しかしその維持のためにはさらに工夫が必要であることが推測される。

F.研究発表

第 15 回日本保健科学学会
(第 15 回日本保健科学学会学術集会抄録集 p.15)

参考資料

英国保健省 <http://www.dh.gov.uk/>

『Our health, our care, our say; a new direction for community services』

<http://www.nhs.uk>

<http://www.statistics.gov.uk>

<http://www3.hants.gov.uk>

<http://www.cheshire.gov.uk>

<http://www.direct.gov.uk>

リーズ大学障害学センター

<http://leeds.ac.uk/disability-studies/>

School of Sociology and Social Policy

‘Social Relationships and Disabled People: The impact of direct payments’

社会サービス管理者協会

<http://www.adss.org.uk>

政策学研究所 <http://www.psi.org.uk/>

全国自立生活センター協議会

<http://ncil.org.uk/>

ピープル・ファースト

<http://www.peoplefirst.org.uk/>

英国介護者協会

<http://www.londonhealth.co.uk/carersnationalassociation.asp>

<http://scope.org.uk/>

http://www.strategy.gov.uk/work_areas/disability/index.asp

社団法人生活福祉研究機構編集『イギリスの実践にみるコミュニティ・ケアとケアマネジメント』

p.37, 中央法規出版, 1998 年.