

暮らしの中の元気づくりを活用した
かかりつけ医診療所における介護予防活動の試み

社団法人東京都医師会
東京都リハビリテーション病院

かかりつけ医診療所における介護予防活動の試み

本田哲三^{1) 2)}、鈴木順子¹⁾、堀田富士子¹⁾、玉木一弘³⁾、佐藤秀紀⁴⁾、高瀬 茂⁴⁾、安倍 智⁴⁾、清水恵一郎⁴⁾、山崎隆夫⁴⁾、窪田茂比古⁴⁾、羽木裕雄⁴⁾、桑名 斉⁴⁾、若林研司⁴⁾、日野研一郎⁴⁾、橋岡孝之介⁴⁾、新田國夫⁴⁾、高橋玖美子^{5) 6)}、山田拓実⁷⁾、田村孝司⁸⁾

- 1) 東京都リハビリテーション病院
- 2) 現：輝山会総合リハビリテーションセンター
- 3) 東京都医師会理事
- 4) 東京都医師会地域福祉委員会
- 5) 高崎健康福祉大学
- 6) 現：高齢者企業組合泰阜
- 7) 首都大学東京
- 8) 東京都作業療法士会

1. はじめに

わが国は急速に高齢化をたどり、2025年には65歳以上の人口が30%をこえる超高齢化社会が到来することが確実視されている。

これを受けて厚生労働省は2000年度より介護保険制度を導入した。さらに、2006年の改正介護保険法では、あらたに虚弱高齢者の介護予防をめざして筋力トレーニングや栄養指導などのサービスを実施する「新予防給付」が創設された。

しかし、新予防給付の利用は低迷しており「2006年度調査では65歳以上人口の0.21%しか利用されていない(2007年5月15日読売新聞)」のが現状である。

実際、自宅に引き籠りがちな虚弱高齢者が体育館等でおこなわれる筋力トレーニング教室に積極的に参加することは極めて疑問なところである。

一方、厚生労働省の主唱する介護予防システムでは、医療機関は「対象把握」をおもな役割として設定されている¹⁾。すなわち、「かかりつけ医が(介護予防対象者(筆者注)の)地域支援事業の入り口となる。(中略)かかりつけ医が日頃の診療を通じて必要と思われる高齢者を地域包括支援センターに紹介する」¹⁾といった構想が想定されているのである。

しかし、伝統的にわが国における地域の医療・福祉はかかりつけ医と看護師により担われてきた。現在でも、たとえ外出を控えがちな虚弱高齢者であっても近隣のかかりつけ医に足をはこぶ慣習はひろく認められるところである。

我々は虚弱高齢者への介護予防においてこそ、わが国の伝統にねざした施策が求められるべきであると考えた。

生涯教育

表1 東京都医師会介護予防研究 対象者一覧

No	年齢	性別	要介護度	群	傷病1	傷病2	傷病3	傷病4	傷病5	傷病6	傷病7	傷病8
1	80歳	男	要介護1	介入群	高血圧症	狭心症	不整脈	心室性期外収縮	変形性脊椎症	変形性腰椎症	腰椎圧迫骨折	
2	80歳	女	要支援1	非介入群	高血圧症	狭心症	糖尿病	高脂血症	肥満	脳神経(右肩マテ)	多発性脳神経	境界性脳症
3	79歳	女	要支援1	非介入群	高血圧症	糖尿病	高脂血症	肥満	変形性脊椎症	生活機能の低下	腰椎すべり症	左変形性肩関節症
4	77歳	女	要支援1	プラセボ群	高血圧症	変形性脊椎症	生活機能の低下	子宮癌				
5	75歳	女	要支援2	介入群	高血圧症	胃炎	骨粗鬆症	頸肩腕症候群				
6	80歳	女	要介護1	非介入群	高血圧症							
7	81歳	男	要支援	プラセボ群	高血圧症	狭心症	変形性脊椎症	変形性腰椎症				
8	82歳	女	要介護1	プラセボ群	マクログロブリン血症	アスピリン喘息						
9	79歳	女	要支援	プラセボ群	高血圧症	慢性心不全						
10	74歳	女	要介護1	プラセボ群	高血圧症	慢性心不全	慢性腎不全					
11	73歳	女	要支援	介入群	高血圧症	不眠症	便秘症					
12	81歳	女	要支援1	非介入群	高血圧症	狭心症	高脂血症					
13	80歳	女	要支援1	非介入群	高血圧症	胃炎	骨粗鬆症					
14	84歳	女	要介護1	プラセボ群	変形性膝関節症	変形性脊椎症	変形性膝関節症					
15	82歳	女	要介護1	非介入群	高血圧症	糖尿病	椎間板ヘルニア					
16	77歳	男	要介護1	プラセボ群	高血圧症	糖尿病	高脂血症	脳梗塞	椎間板ヘルニア	十二指腸潰瘍		
17	80歳	女	要介護1	介入群	高血圧症	脳梗塞	心室性期外収縮	小脳梗塞				
18	85歳	女	要支援2	非介入群	高血圧症	狭心症						
19	80歳	女	要介護1	非介入群	高血圧症	右大腿骨頸部骨折	右変形性膝関節症					
20	64歳	女	要介護1	介入群	高血圧症	変形性膝関節症	脳梗塞					
21	67歳	男	要支援2	プラセボ群	高血圧症	高脂血症	脳梗塞	高コレステロール血症	左腎のう胞			
22	79歳	男	要支援2	介入群	高血圧症	高脂血症	脳梗塞	高コレステロール血症				
23	76歳	男	要介護1	介入群	高血圧症	狭心症	食道癌		正常圧水頭症			
24	72歳	男	要介護1	介入群	高血圧症	狭心症	高脂血症	脳梗塞				
25	82歳	女	要介護1	プラセボ群	狭心症	高血圧症	同変性膝関節症	脳梗塞				
26	80歳	女	要介護1	非介入群	高血圧症	糖尿病	高脂血症	脳梗塞	左大腿骨頸部骨折			
27	68歳	女	要支援2	非介入群	左変形性膝関節症							
28	67歳	男	要介護1	非介入群	バネキンソン症候群							
29	69歳	男	要介護1	介入群	バネキンソン症候群							
30	63歳	男	要介護1	プラセボ群	高血圧症	脳梗塞	脳幹部梗塞					
31	83歳	女	要支援1	介入群	高血圧症	変形性脊椎症						
32	76歳	女	要支援	プラセボ群	高血圧症	変形性脊椎症						
33	71歳	女	要介護1	プラセボ群	洞機能不全症候群							
34	77歳	男	要介護1	非介入群	高血圧症	不整脈	変形性膝関節症					
35	75歳	女	要支援2	プラセボ群	脳梗塞	ギランバレー症候群						
36	82歳	男	要介護1	プラセボ群	高血圧症	脳梗塞						
37	80歳	女	要介護1	介入群	右股関節全置換術	頸髄症						
38	80歳	女	要介護1	非介入群	右大腿骨頸部骨折		左大腿骨頸部骨折					
39	79歳	女	要介護1	非介入群	高血圧症							
40	74歳	女	要支援1	介入群	腰部脊椎管狭窄症							
41	74歳	女	要介護1	介入群	高血圧症	脳梗塞						
42	70歳	男	要介護1	介入群	高血圧症	高脂血症	脳梗塞					
43	69歳	男	要介護1	プラセボ群	高血圧症	狭心症	高脂血症	脳梗塞				
44	68歳	女	要介護1	介入群	高血圧症	脳梗塞						
45	85歳	女	要支援	非介入群	高血圧症	変形性膝関節症	変形性脊椎症	逆流性食道炎				
46	76歳	女	要支援1	介入群	変形性膝関節症	変形性脊椎症	坐骨神経痛					

生涯教育

本研究の目的は、地域診療所のかかりつけ医と看護師による介護予防活動の有効性を検証することにある。

2. 対 象

東京都医師会地域福祉委員会委員（平成18年度）14名の診療所通院中の要支援・要介護1認定患者で、本研究に協力いただける方46名（男：女＝13：33、年齢65～85（75.9±7.1）歳（表1））である。なお、研究にあたっては研究の趣旨を予め文書で提示したうえで、協力の意思を確認し希望書には署名をうけることにした。

3. 方 法

3-1 研究デザイン

対象者を無作為に、ア）介入群、イ）プラセボ群、ウ）非介入群の3群（後記）に分類した。3群にはそれぞれ6ヵ月間の介入（後記）をおこなった。状況の評価（後記）は、介入開始前、3ヵ月目、および終了時に、介入に関与していない第三者（おもにリハビリ学院の学生）が二人組で各診療所を訪問して実施した。調査にあたっては参加者を無作為に募集したものの、対象者の男女比では女性が多数となる結果となった。そこでQOL評価（SF36²⁾）は、女性のみ符号検定³⁾）をもちいて初期値と最終値の変化（改善）の確率（P値）を算出した。さらに各群の平均値を算出し群間の比較をおこなった。

3-2 介入方法

3群（介入群、プラセボ群、非介入群）の介入内容は以下のとおりである。

ア）介入群：主治医または看護師が、外来受診時に冊子「暮らしの中の元気づくり（表2）後述」を用いて生活指導を実施する。具体的には初回面接では個別に約30分間面談し冊子の各項目にそって患者の質問を受けながらプ

表2 暮らしのなかの元気づくり（概要）

はじめに
I. 運動機能の向上
1. 朝一番布団の上での体操
2. 朝晩、洗面所で
3. 椅子に座ってできる運動
4. 指の運動
II. 口腔機能の向上
1. 歯みがき
2. 口の中のマッサージ
3. 口のストレッチ体操
4. 入れ歯のお手入れ
III. 栄養改善
1. 魚 2. 肉類 3. 豆・大豆製品 4. 卵と牛乳 5. 野菜・芋類 6. ごはん・穀類 7. 果物
IV. 社会参加
1. 外に出てみませんか
2. 家庭のなかの仕事
V. ものを忘れ対策
VI. 生きがいづくり

（全文は東京都医師会ホームページで公開されています）

ログラムの概要を説明する。2回目以降は2週間に1回約10分間、二人以上の集団で患者同士が情報を交換し仲間意識を培うように配慮しながら、自己管理表（「マイカレンダー（後述）」）にそってプログラムの実行状況をチェックした。

イ）プラセボ群：2週間に1回看護師が一般的な健康管理について対象者二人以上の集団に対してB4一枚程度におさまる簡単なパンフレットを用いて説明する。その際、指導時間も約5分程度で介入群のような自己管理表は用いない。

ウ）非介入群：2週間に1回外来で医師・看護師が通常の診察をおこなう。生活指導は一切おこなわない。

3-3 「暮らしのなかの元気づくり（表2）」について

本研究では、介護予防生活指導目的で高齢者の介護予防目的の冊子（「暮らしのなかの元気づくり」）を作成した。冊子は

- 1) 運動機能の向上
- 2) 口腔機能の向上
- 3) 栄養改善
- 4) 社会参加
- 5) 物忘れ対策

生涯教育

表3 SF36サブスケールのスコアの解釈(低いスコア)²

・身体機能 (PF)
健康上の理由で、入浴または着替えなどの活動を自力でおこなうことが、とてもむずかしい。
・日常役割機能 (身体) (RP)
過去1ヶ月間に仕事や普段の活動をした時に身体的な理由で問題があった。
・身体の痛み (BP)
過去1ヶ月間に非常に強い体の痛みのためにいつもの仕事にさまたげられた。
・社会生活機能 (SF)
過去1ヶ月間に家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんのつきあいが身体的あるいは心理的理由で非常にさまたげられた。
・全体的健康感 (GH)
健康状態が良くなり、徐々に悪くなっていく。
・活力 (VT)
過去1ヶ月間、いつでも疲れを感じ、疲れはてていた。
・日常役割機能 (精神) (RE)
過去1ヶ月間、仕事やふだんの活動をした時に心理的な理由で問題があった。
・心の健康 (MI)
過去1ヶ月間、いつも神経質でゆううつな気分であった。

6) 生きがい作り

の6項目33頁からなる。内容は、プログラムの根拠を明示したうえで、特別な運動プログラムの導入ではなく生活の一部に取り込みながら実行できるようなアクティビティを紹介するとともに、写真を多用し親しみやすくするように配慮した。さらに、実施状況を自ら記入する「マイカレンダー」を添付して自己管理を促し達成感を得られるようにした(前述)。

3-4 評価内容・方法

評価項目は基本データ(年齢、身長、体重)および基本運動能力(握力、片足立ち、3m速歩時間・歩数)、およびQOLである。QOLの評価にはSF36を用いた(前述)。SF36は、身体機能(PF)、日常役割機能(身体)(RP)、身体の痛み(BP)、社会生活機能(SF)、全体的健康感(GH)、活力(VT)、日常役割機能(精神)(RE)、心の健康(MI)の8分野におけるサブスケールからなっている(表3)。評価は介入前(初期)、中間(3ヵ月目)および最終(6ヵ月後)に第三者が二人一組で診療所を訪問して実施した(前述)。

4. 結 果

4-1 基本データ結果(表4)

男女とも3群の基本データおよび基本運動能力

に差はなかった。さらに6ヵ月間の経過によっても各群に変化はなかった。

4-2 QOLの変化(表5)

男女とも3群のSF36いずれのサブスケールとも変化(初期-最終)は有意($P<0.05$)ではなかった。しかし、女性の介入群では活力(VT)の改善傾向($P=0.06$)が認められた。また平均値の比較では社会生活機能(SF)の改善が大きかった。プラセボ群では日常役割機能(RP)、体の痛み(BP)、活力(VT)の改善傾向($P=0.06$)が認められた。平均値の比較では日常役割機能(RP)、体の痛み(BP)、活力(VT)、社会生活機能(SF)の改善が大きかった。非介入群では明らかな変化の傾向は認められないものの、最終評価では初期に比較して身体機能(PF)および日常役割機能(RE)で平均値が減少していた。なお、中間値(3ヵ月目)と最終(6ヵ月目)の比較では介入群各サブスケール(PF、RP、BP、VT)では中間値の方が高く、一方プラセボ群(SFを除くすべてのサブスケール)では最終値が高い傾向が認められた。

5. 考 案

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めざすものではない。むしろ(中略)、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、それによって一人ひとりの生きがい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。」¹⁾とされている。

しかし、わが国における介護予防はおもに運動機能の維持・改善の観点から集団的筋力・体力維持増強中心に試行されてきた^{4)~6)}。実際、涉獵できる範囲では介護予防研究においてQOL改善を実証した先行研究はみあたらなかった。

生涯教育

表4-1 介護予防基礎データ結果 (男性)

男性	介入群			プラセボ群			非介入群		
	初期	中間	最終	初期	中間	最終	初期	中間	最終
症例数	3			6			3		
年齢	72			73.3			73.5		
身長	161.7±3.0			164.1±4.1			166±5.3		
体重	53.8±14.9	57.4±14.9	57.6±14.7	66±5.3	66±5.3	65.6±5.4	60.1±18.6	59.5±18.6	59.8±15.7
握力(kg)									
右	26±12.0	26.5±12.0	27.3±11.7	20±10.7	18.7±10.7	24.8±10.2	25±5.3	26±5.3	20.3±6.7
左	20.0±4.2	20.0±4.2	20±5.3	21.9±12.3	22.5±12.6	18.1±10.6	21.2±4.6	24.7±4.6	22.3±6.7
片足立ち									
1回目	11.7±3.7	40.5±4.0	2.4±0.9	6.7±3.1	5.5±11.0	6.7±3.2	0.56±3.6	3.6±2.4	2.7±1.2
2回目	11.7±4	10.8±10.5	5.8±4.8	6.5±6.2	2.3±14.1	6.5±6.1	2±6.2	5.6±2.3	7.3±2.3
3m速歩									
1回目									
時間	4±7.7	4.6±0.8	3.7±0.4	4±4.8	5.1±4.9	4.1±2.4	3.6±0.3	5±0.3	5.5±1.6
歩数	7.7±1.4	8±1.4	7±0	7.8±1.9	6.8±1.9	7.2±2.9	7.5±2.5	10.7±2.5	9.3±4
2回目									
時間	14.3±0.9	4.3±0.9	3.5±0.3	4.4±1.6	3.9±1.6	4.3±2	3.2±0.6	4.6±0.6	5.2±1.1
歩数	7.3±0.7	7.5±0.7	7±0	8.3±2.1	7±2.1	7.4±2.1	6.5±1.5	8.7±1.5	9.3±3.2

表4-2 介護予防基礎データ結果 (女性)

女性	介入群			プラセボ群			非介入群		
	初期	中間	最終	初期	中間	最終	初期	中間	最終
症例数	11			9			11		
年齢	74.5			79.6			79.9		
身長	149.1±8.0			147.2±6.4			147.6±7.0		
体重	53.2±13.6	53.8±13.6	58.3±13.7	51.4±6.0	51.7±6.0	51.2±7.9	53.4±9.3	52.2±9.3	51.8±8.8
握力(kg)									
右	16.5±6.2	18.9±6.2	15.4±13.6	16.3±3.1	18.0±3.1	16.6±10.2	16.5±3.4	16.5±3.4	16.6±3.0
左	15.9±5.5	16.6±5.5	16.5±7.7	13.6±3.9	15.7±3.9	14.6±3.4	15.1±3.8	14.5±3.8	14.4±3.8
片足立ち									
1回目	3.8±2.3	2.7±2.3	3.8±4.9	4.7±6.9	7.6±9.9	5.3±4.4	3.7±2.9	5.3±10.2	4.1±4.9
2回目	4.6±4.4	2.0±1.8	3.8±4.9	9.2±9.1	7.8±6.2	5.1±5.6	3.5±7.7	3.4±6.6	8.7±6.9
3m速歩									
1回目									
時間	4.2±3	5.5±3.0	5.6±3.4	5.9±2.9	5.3±2.9	6.3±3.3	5.2±4.8	7.8±4.8	5.2±5.2
歩数	7.6±2.8	8.4±2.9	8.6±3.2	9.8±3.7	9.1±3.7	9.7±4.1	8.3±4.0	9.9±4.0	9.1±3.5
2回目									
時間	3.9±2.7	5.4±2.7	5.3±3.2	5.5±2.4	4.9±2.4	5.8±2.8	5.0±4.4	7.3±4.4	7.2±6.4
歩数	7.2±2.8	8.2±2.8	8.2±3.1	10.0±3.7	8.8±3.7	9.3±4.1	8.1±3.5	9.5±4.1	9.5±4.1

以上の観点から、我々は診療所の医師・看護師による要介護・要支援状態者に対してQOL維持・向上を目的とする生活指導を試行した。

本研究結果では、介入によりSF36各サブスケ-

ルで統計的に有意($P<0.05$)の変化にはいたらなかった。この最大の原因は欠損値の多発があげられ、その一因として評価者が習熟していない技術的問題にくわえてプログラム途中における脱落

生涯教育

表 5-1 SF36結果 (男性)

男性	介入群			プラセボ群			非介入群		
	初期	中間	最終	初期	中間	最終	初期	中間	最終
症例数	4		2	6		5	3		3
身体機能	PF 32.8±19.4	51.6±0	39.3±17.4	24.0±10.5	17.8±8.8	22.7±21.1	13.3±27.2	22.3±8.1	9.3±12.2
日常役割機能	RP 41.5±25.6	56.2±0	40.1±7.2	29.0±9.4	19.6±12.9	33.0±13.3	19.9±23.2	52.8±3.4	34.6±19.3
体の痛み	BP 61.4±0	54.3±0	55.7±8.1	36.3±7.5	31.0±8.6	37.5±11.4	35.6±4.4	41.5±9.2	38.6±9.3
全体的健康感	GH 49.4±9.1	59.7±0	46.2±3.8	40.2±13.6	39.9±14.0	41.5±8.9	37.0±0	35.0±17.3	35.2±8.7
活力	VT 45.8±7.3	59.5±0	50.2±4.3	37.4±8.1	42.9±18.0	44.6±17.1	44.1±5.3	41.0±16.0	45.1±3.6
社会生活機能	SF 39.6±20.1	57.1±0	47.2±4.7	37.3±18.1	33.4±14.4	37.4±13.1	39.6±16.6	52.7±7.6	35.2±20.1
日常役割機能	RE 43.8±22.1	56.6±0	37.4±3.0	34.6±15.3	26.8±20.8	33.6±15.5	28.2±20.1	53.8±4.9	25.4±19.6
心の健康	MH 46.5±9.2	57.1±0	46.5±11.3	38.9±12.7	43.8±17.8	40.1±15.2	43.8±9.2	42.9±15.1	43.8±4.6

表 5-2 SF36結果 (女性)

女性	介入群				プラセボ群				非介入群			
	初期	中間	最終	P値	初期	中間	最終	P値	初期	中間	最終	P値
症例数	11		7		9		8		12		11	
身体機能	PF 23.2±19.3	28.3±16.1	24.9±28.6	0.5	16.8±18.9	15.6±14.8	19.4±19.0	0.5	32.2±15.1	27.9±16.7	27.1±22.7	0.25
日常役割機能	RP 37.6±15.9	47.0±10.5	44.0±16.2	0.19	26.3±19.7	29.3±14.8	41.4±16.7	0.06	41.9±14.0	36.7±16.1	41.7±16.7	0.73
体の痛み	BP 42.9±12.2	45.9±10.0	41.8±8.1	0.5	37.3±11.9	41.1±17.0	47.5±11.0	0.06	43.9±6.4	44.2±9.9	43.4±10.4	0.11
全体的健康感	GH 46.1±10.9	42.1±12.9	46.2±3.8	0.11	42.7±9.8	40.1±13.7	41.5±8.9	0.23	46.9±12.1	41.7±12.6	47.8±12.9	0.73
活力	VT 46.9±7.8	52.9±12.1	48.9±6.4	0.06	37.9±10.5	37.9±10.5	46.3±9.8	0.06	49.0±7.7	46.5±12.1	47.1±13.0	0.77
社会生活機能	SF 45.1±12.1	56.1±2.5	56.1±2.6	—	41.8±18.9	42.4±15.3	50.5±10.0	0.23	47.9±9.9	45.1±15.5	47.5±15.6	0.62
日常役割機能	RE 43.4±11.8	44.4±18.1	44.4±10.5	—	39.6±18.4	37.2±13.5	36.5±17.5	0.5	48.5±9.7	39.2±15.8	41.5±18.8	0.62
心の健康	MH 51.8±9.1	53.3±8.2	51.8±11.0	0.5	48.2±4.8	47.6±9.4	50.3±12.5	0.5	46.5±9.3	45.2±10.5	44.3±13.8	0.83

—:算出困難

者が多かったことが考えられた。このような脱落者の多発は、要支援・要介護1レベル高齢者の方々がいかに身体・精神的に脆弱であり、たとえ6ヵ月間であっても3回の評価を継続することがいかに困難であるかを示すものと考えられる。

以上の点をふまえて症例数の多い女性群での3

群(介入、プラセボ、非介入群)の改善の確率(P値)および平均値を比較すると、介入群とプラセボ群は共通して活力(VT)の改善傾向(P=0.06)と社会生活機能(SF)スケール平均値の改善が認められた。さらに、プラセボ群は日常役割機能(RP)、体の痛み(BP)にも改善傾向(P=

生涯教育

0.06)も認められた。この結果は、診療所における介護予防活動では全般的な生活指導のみでも長期間(6ヵ月間)持続すれば有効である可能性を示唆すると考えられる。それと同時に、集団での生活指導における健康管理という切実な話題での仲間作りは高齢者の社会生活機能(SF)を改善させ、活力(VT)を生み出す可能性が考えられた。さらに興味深いのは、プラセボ群では日常役割機能(RP)や体の痛み(BP)にも改善傾向が及んでいることである。つまり、高齢者の社会的活動の活性化は身体機能面の改善にもつながる可能性がある。

また、介入群とプラセボ群の比較では、前者が3ヵ月目の方が6ヵ月目よりも改善傾向が大なの比して、プラセボ群は最終評価時における改善傾向が大であった。高齢者においては、マニュアル導入や厳密な経過管理などの積極的介入は長期にわたるよりもむしろ3ヵ月間程度のほうが好ましいとも考えられる。

一方、非介入群ではRE(日常役割機能—精神)とPF(身体機能)で低下し他の各項目はほぼ不変であった。たとえ6ヵ月間の調査期間内でも非介入群で機能低下傾向が認められたことは、高齢者では閉じこもりがちで精神的な役割機能を喪失すると6ヵ月間でも十分に身体的な廃用につながる可能性が示唆された。

鈴木⁷⁾は老化にともなう諸症状を「老年症候群」とまとめ、①明確な疾病ではない、②症状が致命的ではない、③日常生活への障害が初期には小さい、ことをあげている。

しかし「暮らしの場でQOLの向上を支援する」かかりつけ医の立場⁸⁾では、老化にともなう諸症状の特徴として、さらに④社会生活活動(買い物・友人・親戚づきあいなどの目的での外出)の不活化、があげられよう。

実際、本研究では男女とも介入群およびプラセ

ボ群で共通して改善した項目がSF(社会生活機能)であった。つまり、診療所での虚弱高齢者の集団教育が社会生活活動の活性化につながり介護予防に役立つ可能性が示唆された。

6. 結 語

地域診療施設におけるかかりつけ医と看護師による介護予防活動は有効な可能性があり、今後さらに広く試みられるべきである。

7. 謝 辞

本研究の冊子作成と患者指導および調査にご協力をいただいた東京都リハビリテーション病院看護部蟻田富士子、五十嵐美千代、大館千歳、金指るみ子、川村成子、中島克子、藤谷理恵、診療部柳原幸治、永長周一郎、リハビリテーション部大場秀樹、相馬正之、原 譲之および栄養科渡辺真紀の諸氏に感謝いたします。また、事務局の労をとられた東京都医師会事業部医療福祉課岩崎宮子および高島俊博氏に深甚の謝意を表します。さらに、統計処理を担当された田代クリニック高橋理夏氏に深謝いたします。

文 献

- 1) 総合的介護システムについての研究班(主任研究者 辻 一郎): 総合的介護予防システムについてのマニュアル(案)、厚生労働省、平成17年7月。
- 2) 福原俊一、鈴鴨よしみ、尾藤誠司、黒川清: SF36日本語版マニュアル(ver.1.2): 財ババリックヘルスリサーチセンター、東京、2001。
- 3) 岩原信九郎: ノンパラメトリック法、日本文化科学社、東京、1964。
- 4) 山田拓実、米本恭三、高野百合、他: 実例荒川ころばん体操(東京都荒川区)。Journal of clinical rehabilitation 14, 33-38, 2005。

生涯教育

- 5) 鈴木隆雄、大淵修一監修：指導者のための介護予防完全マニュアル、財団法人 東京都高齢者研究・福祉振興財団、2004.
- 6) 森本益雄：実例集パワーリハビリテーション、Journal of clinical rehabilitation 14, 45-50, 2005.
- 7) 鈴木隆雄：高齢者の介護予防と体力増強、Journal of clinical rehabilitation 14, 10-14, 2005.
- 8) 東京都医師会：かかりつけ医機能ハンドブック 2007、P21.