ETICの原点から考える

暮らしが狭くなる前に、ケアは何ができるか

予防的な作業療法の二つの試験から考える



Daiki Morimoto / Unknown Lab
ORCID: 0009-0009-6444-750X
Version 1.0 / 公開日 2026-11-08
DOI: 10.5281/zenodo.24045612
未査読 / 専門職としての著者確認済み
独立専門レビュー未実施 / AI支援執筆
ライセンス: CC BY 4.0

30秒で読む

予防的ケアは、病気を早く見つけることだけではない。本人が続けたい活動を選び、移動や費用、疲れやすさなどの障壁を整理し、実際の暮らしの中で試す支援も、その対象になり得る。こうした作業療法はAI以前から研究されてきた。

ただし、「元気な高齢者へ広く提供すれば生活が良くなる」とまでは言えない。米国のWell Elderly 2では複数の自己報告指標に小さな改善が報告された一方、英国のLifestyle Mattersでは主要評価項目の明確な改善は示されなかった[1,2]。何を支援するかだけでなく、誰に、いつ、どの程度届け、何をもって予防の成果とするかが残る問いである。

本稿は二つの試験と関連する質的研究・批判・応答を読み合わせる。予防全般の網羅的レビューでも、ETICの効果検証でもない。

1.「まだできる」時期にも、支えられることがある

買い物はできるが、以前の店には行かなくなった。人に会うことは嫌いではないが、交通手段や費用が気になり、外出を控えるようになった。こうした場面では、身の回りの動作ができるかという問いだけでは、生活の変化を捉えきれない。これは問題を説明するための一般的な場面であり、本稿の試験参加者の症例ではない。

作業療法でいう「作業」は、仕事だけを指さない。買い物、料理、趣味、人との交流など、その人の日々を構成する活動も含む。予防的な支援では、大きな機能低下が起きた後に能力を取り戻すことに加え、生活の中で大切な活動を続けられる条件を整えることが問われる。

米国のWell Elderly 2が検討したのは、このような生活活動を基盤とする介入である。単に「外出しましょう」と勧めるのではなく、本人に意味のある活動と健康との関係を考え、実行を妨げる条件に対処する。少人数の集団活動と個別面談、実際の外出を組み合わせていた[1]。

例えば、行きたい場所があっても移動に不安があるなら、情報を渡すだけでなく、移動方法を検討し実際に試すことが支援の内容になる。本人が選ぶ活動を起点に、知識を生活の実行へつなぐ点が重要である。もっとも、この仕組みの各部分が、それぞれどの程度効果を生んだかは試験全体の結果だけでは分からない。

2. 米国では、どのような変化が見られたか

ClarkらのWell Elderly 2は、ロサンゼルス地域の21施設で、地域生活を送る60～95歳の460人を無作為に分けた試験である。介入群232人には6か月の生活活動支援、対照群228人にはその期間は介入を提供しなかった。登録は2004～2006年の二つの募集時期に行われた[1]。

作業療法士が担当し、6～8人の集団で週1回約2時間、個別面談は最大10回、月ごとの外出も用意された。活動の選択に加え、移動、費用、痛みや疲労への対処などを扱った。集団で学び合う機会と、個別の暮らしへの適用を組み合わせた点に特徴がある。

6か月後に評価できたのは360人だった。痛み、活力、社会生活機能、精神的健康、生活満足度、抑うつ症状などの自己報告指標で、対照群より良い変化が報告された。差の大きさは小さく、原著が有意とした結果の効果量は0.14～0.23である。認知機能には明確な介入効果がなかった[1]。

この結果には読み方の条件がある。原著は改善する方向を仮定した片側検定を用い、複数の指標を評価した。参加者全員の結果がそろったわけではなく、自己報告が中心で、同じ時間の交流を提供する対照群は置かれていない。「多くの項目で有意だった」という数だけで、全員が実感できる大きな変化や、特定の介入要素の効果を示したと読んではならない。

3. 英国では、同じ方向の結果にならなかった

MountainらのLifestyle Mattersは、米国の考え方を参考に英国で構成されたプログラムである。65歳以上で地域生活を送り、認知的に参加可能な288人を、介入145人と通常ケア143人へ無作為に分けた。募集・割付は2012～2013年に英国の2地域で行われた[2]。

介入は4か月、週1回の集団活動を16回と、月1回の個別面談を4回用意した。作業療法士の監督を受けた担当者が運営し、本人たちが活動を選び、地域で実際に試した。米国とは期間、担当者、地域、募集方法などが異なるため、同じ介入の完全な再現試験ではない。

主要評価項目は、6か月時点のSF-36精神的健康得点だった。これは本人が回答する健康関連の尺度であり、英国試験では0～100点で扱われた。262人の解析で、調整後の群間差は介入群に有利な2.3点だったが、95%信頼区間は−1.3～5.9点で、統計学的に明確な差はなかった[2]。効果が正確にゼロだと証明したわけではないが、介入の有効性を示した結果でもない。

試験	比較と主要な読み取り
Well Elderly 2	460人を割付、360人が事後評価。6か月の介入で複数の自己報告指標に小さな有利な変化。片側検定・多数の評価・欠測を考慮する必要がある
Lifestyle Matters	288人を割付、262人を主要解析。6か月の精神的健康の調整群間差2.3点、95%信頼区間−1.3～5.9。主要な効果は明確でなかった

両試験は直接対決ではない。SF-36にも得点化の違いがあり、ここに並べた数値から優劣を計算することはできない。

英国では参加者の開始時の精神的健康が比較的良好だった。著者らは、生活が変化しつつある人を適切な時期に支援できていなかった可能性を議論している。しかし、そうした人に対象を絞れば有効になる、という仮説をこの試験が実証したわけではない[2]。

4. 楽しかったことと、暮らしが変わったこと

英国試験の質的サブ研究では、参加者13人と運営担当者4人に面接した。新しい活動やつながり、移動への自信を語る参加者がいた一方、日々の生活に大きな変化はなかったという語りもあった。移動、聞こえにくさ、活動費への気兼ね、個別面談の目的の伝わりにくさも報告された[3]。

本試験では、少なくとも1回の集団活動に参加した123人のうち、予定された4回全ての個別面談を受けたのは5人だった[2]。集団へ来てもらうことと、一人ひとりの生活へ働きかける部分まで届くことは同じではない。

ただし、この実施状況だけを見て「個別面談が少なかったから効果がなかった」と断定することもできない。参加回数は無作為に割り付けられたものではなく、生活条件や本人の必要性と結びついている可能性がある。少人数の面接は、効果のあった人の割合を推定する資料でもない。

Unknown Labがここから読み取るのは、予防プログラムを名前や回数だけで理解しない必要性である。参加して楽しかった、知識を得た、外出を試せた、その後の生活が変わった、という段階は区別したい。前の段階の好意的な感想で、後の段階の成果を代用しないことが、介入を改善する手がかりになる。

5. 小さな改善は、予防では意味がないのか

米国試験にも議論がある。SchellyとOhlは同じデータを再解析し、統計学的な差が、本人にとって意味のある大きさの変化に達しているかを問い直した[4]。これに対しPyatakらは、集団を対象とする予防では、一人あたりの改善が小さくても、悪化を抑える差や集団全体での便益には意味があり得ると反論した。大きく改善した人を解析から除く手法などにも異議を述べている[5]。

この論争は、「数字が有意なら十分」でも「一人の大きな改善がなければ無意味」でもないことを示す。個人に支援を勧める場面と、地域で広く提供する事業を評価する場面では、答えたい問いが違う。

一方、反論で追加された解析は、後から介入を受けた対照群も合わせた前後比較であり、新しい独立した無作為化試験ではない。予防で小さな差を評価する必要性を認めても、効果の持続、費用、負担、届かなかった人まで確認不要になるわけではない。

米国原著は費用対効果を肯定的に評価したが、それは当時の米国での費用と健康関連指標による評価である[1]。英国試験は費用対効果についても明確な支持を得ていない[2]。制度や人員配置の異なる地域へ、そのまま結論を移すことはできない。

6. ETICは、予防をどこから考え直すか

ETIC 2.0は、本人の意味ある作業参加を中心に、人、環境、技術、地域や制度の関係を捉える設計の提案である[7]。今回の研究を読むと、その出発点をAIの導入や将来のリスク予測に限定する必要はないことが分かる。続けたい活動があり、それを難しくする条件があるなら、技術を使わない支援から検討できる。

この視点は既存の作業療法にもある。本人が活動を選び、環境や習慣を調整し、実生活で試すという考え方をETIC固有の発見として取り込むべきではない。今回紹介した研究が支えるのは、それらの介入についての限定された知見であり、ETICを追加すると成果が良くなるという証拠ではない。

それでも、ETICを今後育てるための問いは具体化できる。本人がまだ続けられている活動について、何が維持を難しくし始めているのか。既存の支援が届いていない場合、それは内容、時期、移動や費用、紹介の仕方のどこに問題があるのか。これらを一緒に捉えることで、従来の方法だけでは見落とした支援先や介入時期を見つけられるか、という問いである。

これはUnknown Labの未検証の研究提案であって、対象者を選別する確立した方法ではない。悪化しそうな人をAIで選ぶ仕組みを先に作るのでもない。既存の作業療法や地域の支援と比べ、何かを追加する必要が本当にあるかを確かめることが先になる。広く届ける予防と、変化のある人への重点支援のどちらが適切かも、今回の二つの試験だけでは決められない。

暮らしが狭くなる前にできるケアとは、活動を増やす号令ではなく、本人が続けたいことを実際に続けられるようにする働きかけである。その方法には既に蓄積がある。次に必要なのは、効果を一律に約束することではなく、誰のどの生活を、どの条件で支えられたのかを、届かなかった場合も含めて確かめることである。

次に読む

SprangeらによるLifestyle Mattersの介入忠実度の報告[6]を挙げる。計画した介入が現場でどの程度実施されたかを調べる研究であり、今回の結果を「理論が効かなかった」の一言で終わらせないための次読候補である。本稿での確認は要旨と導入までで、全文の独立した方法論監査は未実施である。この文献を主要な効果の根拠には用いていない。

本稿の位置づけ

本稿は予防的ケアに関する選択的な研究紹介・批判的統合であり、診療指針や個人への治療助言ではない。日本での有効性、長期の要介護化予防、最適な対象選定は本稿の資料から確定しない。著者はETIC 2.0の提案者であり、AI支援による調査・執筆を含む。独立した専門職・方法論・当事者レビューは未実施である。第三者の図表を転載しておらず、表紙は研究参加者を描いたものではない。

参考文献

[1] Clark F, Jackson J, Carlson M, et al. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. Journal of Epidemiology and Community Health. 2012;66(9):782–790. オンライン先行公開2011年. doi:10.1136/jech.2009.099754.

[2] Mountain G, Windle G, Hind D, et al. A preventative lifestyle intervention for older adults (lifestyle matters): a randomised controlled trial. Age and Ageing. 2017;46(4):627–634. doi:10.1093/ageing/afx021.

[3] Mountain G, Sprange K, Chatters R. Lifestyle Matters Randomized Controlled Trial of a Preventive Health Intervention for Older People: Qualitative Sub Study with Participants and Intervention Facilitators. Clinical Interventions in Aging. 2020;15:239–253. doi:10.2147/CIA.S232108.

[4] Schelly D, Ohl A. Examining Clinical Meaningfulness in Randomized Controlled Trials: Revisiting the Well Elderly II. American Journal of Occupational Therapy. 2019;73(1):7301205120p1–7301205120p13. doi:10.5014/ajot.2019.030874.

[5] Pyatak EA, Carlson M, Vigen CLP, et al. Contextualizing the Positive Effects of the Well Elderly 2 Trial: A Response to Schelly and Ohl (2019). American Journal of Occupational Therapy. 2019;73(6):7306205100p1–7306205100p11. doi:10.5014/ajot.2019.038752.

[6] Sprange K, Mountain G, Craig C. Evaluation of intervention fidelity of a complex psychosocial intervention Lifestyle Matters: a randomised controlled trial. BMJ Open. 2021;11(4):e043478. doi:10.1136/bmjopen-2020-043478.

[7] Morimoto D. エコテクノロジカル・インテグラティブ・ケア(ETIC)2.0, Version 2.1改訂版 - AI時代の作業療法とケア生態系設計. Unknown Lab; 2026. 未査読. 作業参加中心の定義・既存モデルとの関係を参照. doi:10.5281/zenodo.21848456.