

厚生労働科学研究費補助金
政策科学推進研究事業

介護保険制度改正にともなう予防重視効果の検証
—介護予防ケアマネジメントシステムの構築を目指して—

平成 18 年度 総括研究報告書

主任研究者：大川 弥生
(国立長寿医療センター 研究所 生活機能賦活研究部)
平成 19 (2007) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

介護保険制度改正にともなう予防重視効果の検証

－介護予防ケアマネジメントシステムの構築を目指して－

II. 分担研究報告書

1. 生活機能の実態分析による介護予防ケアマネジメントの課題の検討

2. 一般医療機関を中心とした介護予防ケアマネジメントのあり方

3. 介護予防ケアマネジメントに関する認識調査

－生活不活発病と生活機能を中心に－

I . 総括研究報告書

介護保険制度改正にともなう予防重視効果の検証 —介護予防ケアマネジメントシステムの構築を目指して—

主任研究者 国立長寿医療センター 研究所 大川弥生

研究要旨 本研究の目的は、1)平成17年の介護保険制度改正における予防重視への大転換の効果を、介護予防の要と位置づけられた「生活機能」及び「生活不活発病」への効果について複数自治体で検証し、それを通じて、2)生活機能向上にむけた介護予防ケアマネジメントシステム構築のあり方を検討することである。

そこで初年度の本年は、効果判定を行う予定の自治体でのベースライン設定を目的として当該自治体での生活機能の分析を行うとともに、介護予防ケアマネジメントに取り組むまた介護支援専門員の認識と一般医療の関与のあり方を検討した。

その結果、以下の点が明らかとなった。①生活機能調査において活動の評価点に0：普遍的自立、1：限定的自立の区別をたてることで、一見問題がないように見える非要介護認定者にも少なからず「潜在的」生活機能低下者がおり、これらも介護予防の重要な対象であることが判明した。この評価点は効果判定にも有用である。②非要介護認定者においても高頻度の「活動」の「質」、「活動」の「量」、「参加」の低下がみられた。③医療機関での積極的な介護予防への介入が必要である。④「つくられた歩行不能」予防の面を含め、歩行補助具の活用は不十分であり、一層の活用が必要である。⑤生活の活発化にむけての十分な指導が必要である。⑥これまで介護保険関係では十分に注目されていなかったが、本来の目標である「参加」向上への働きかけが必要である。これは自助・共助の面からも重要である。⑦介護支援専門員等介護保険関係者において生活不活発病（廃用症候群）や生活機能については、名称を知るものは多いが、内容、目的等の理解はまだ非常に不十分である。⑧生活不活発病（廃用症候群）についての利用者本人への説明は不十分であることも含め、介護予防ケアプランにおいて、生活不活発病予防・改善への具体的対応は極めて不十分であった。

今後これらの観点をふまえて本研究班での効果判定を行うこと、および介護予防ケアマネジメントの技術・プログラムの開発や啓発が必要である。

分担研究者

・木村 隆次（日本介護支援専門員協会、会長） ・楠 正（日本薬剤疫学会、事務局長）

A. 研究目的

本研究班の目的は、1)平成17年の介護保険制度改正における予防重視への大転換の効果を、介護予防の要と位置づけられた「生活機能」及び「生活不活発病」への効果について複数自治体で検証し、それを通じて、2)生活機能向上にむけた介護予防ケアマネジメントシステム構築のあり方を検討することである。

そこで初年度の本年は、以下の3点を重点的な研究目的とした。

1. 生活機能の実態分析による介護予防ケアマネジメントの課題の検

介護保険法改正における予防重視の効果判定を行う予定の自治体でのベースライン設定を目的として、当該自治体で我々が行ってきた生活機能調査データを再分析し、介護予防ケアマネジメントの課題の明確化を行う。その際生活機能および廃用症候群（生活不活発病）予防・改善効果に重点をおく。

2. 一般医療機関を中心とした介護予防ケアマネジメントのあり方

介護予防ケアマネジメントの中での一般医療の介護予防ケアマネジメントへの関与のあり方を明らかにする。

3. 介護予防ケアマネジメントに関する認識調査

—生活不活発病と生活機能を中心に—
生活機能向上にむけた介護予防ケアマネジメントの現状と課題を明らかにすることを目的として、行政的な介護予防において連携の要（かなめ）としての役割を果たす介護支援専門員をはじめとする介護保険サービス関係者について認識調査を行った。

B. 研究方法

1. 生活機能の実態分析による介護予防ケアマネジメントの課題の検討

介護保険制度改正前後において効果の検証を行う予定の複数の自治体において、WHO・ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health, ,国際生活機能分類）にもとづく生活機能調査データを再分析した。

対象としたフィールドは、これまで我々がICFにもとづく生活機能実態調査を行ってきた5自治体（都市近郊2市と中山間部地域の2市1町）。

調査方法は、1市と1町の非要介護認定者については層別化無作為抽出法、それ以外は悉皆調査。1市のみ郵送法、他は訪問調査もしくは郵送留め置き訪問回収。（非要介護認定者N=14,734、要介護認定者N=3,046）

2. 一般医療機関を中心とした介護予防ケアマネジメントのあり方

在宅高齢者のWHO・ICFにもとづき生活機能の悉皆調査を行い、地域中核自治体立病院と、その他の医療機関受診者及び医療機関非受診者の特徴を明らかにし、その結果に立って医療機関中心の介護予防システムのあり方を検討した。（非要介護認定者N=2999、要介護認定者N=627）

3. 介護予防ケアマネジメントに関する認識調査

—生活不活発病と生活機能を中心に—

介護保険改正直後の2006年5月（第1回調査）と、ほぼ1年後の2007年3月（第2回調査）で、特に生活機能と生活不活発病に重点をおいた質問紙を用いた認識調査を行った。

対象は第1回・第2回調査ともに、県主催の県内在住の介護支援専門員、県・市町村保健師、

市町村事務担当者等、介護保険関係者むけの ICF を基盤としての介護予防についての研修会に出席した者のうち、調査に同意した 1,762 名（第 1 回調査；867 名、第 2 回調査；895 名）。

（倫理面の配慮）

主任研究者の所属機関の倫理委員会にて審査をうけ、研究の承認をうけた。また当該自治体の個人情報保護・管理等の規則に従い、本研究について主任研究者との間で協定書を締結している。

なお対象となる被検者についてはインフォームド・コンセントの原則に立って、実施している。

C. 結果および考察

1. 生活機能の実態分析による介護予防ケアマネジメンツの課題の検討

以下の点が明らかとなった。今後これらの観点をふまえて本研究班での効果判定を行うこと、および介護予防ケアマネジメンツの技術・プログラムの開発や啓発が必要である。

1) 生活機能調査において活動の評価点に 0：普遍的自立、1：限定的自立の区別をたてることで、一見問題がないように見える非要介護認定群にも少なからず「潜在的」生活機能低下者がおり、これらも介護予防の重要な対象であることが判明した。この評価点は効果判定にも有用である。

2) 非要介護認定者においても、高頻度の「活動」の「質」、「活動」の「量」、「参加」の低下がみられた。

3) 「活動」の要であり、生活不活発病予防・改善のポイントである歩行についてその歩行困難の理由として複数理由が並存している場合が

多く、また運動器障害以外の理由も多かった。

4) 「つくられた歩行不能」予防の面を含め、歩行補助具の活用は不十分であり、一層の活用が必要である。

5) 生活の活発化にむけての十分な指導が必要である。

6) これまで介護保険関係では十分に注目されていなかったが、本来の目標である「参加」向上への働きかけが必要である。これは自助・共助の面からも重要である。

7) 医療機関での積極的な介護予防への介入が必要である。

2. 一般医療機関を中心とした介護予防ケアマネジメンツのあり方

1) 通常は健康であり自立していると考えられる非要介護認定者・身体障害者手帳非所持者の在宅高齢者において、意外ほど多くの生活機能低下（「活動」の「質」、「活動」の「量」、「参加」）についてみられた。

2) これは特に病院に通院している者に著明であった。すなわち介護予防の観点からすれば、病院は生活機能低下者を早期に発見する最適の場であることが明らかになった。

3) その際年齢が高くなるほど生活機能低下者が多くなること、概して男性よりの女性に低下者が多いこと等、特にハイリスク群の特徴が明らかになった。この点身障手帳所持は必ずしもハイリスク因子とならなかった。

4) 要介護認定者においては当然のことながら、非要介護認定者よりは生活機能低下者が多く、低下の程度も大きい。

5) 以上から今回の調査により、医療機関が中心となって行う介護予防プログラム・システムの確立のために必要な基礎的情報が確認された。

3. 介護予防ケアマネジメンツに関する認識調

査

－生活不活発病と生活機能を中心に－

1) 生活機能およびICFについてはその名称を知るものは比較的多いが、内容、目的等の理解はまだ非常に不十分である。

2) 生活不活発病（廃用症候群）については、廃用症候群の名称は比較的よく知られているが、その内容についての理解は限られている。

3) 生活不活発病（廃用症候群）についての利用者本人への説明は不十分であった。

4) 介護予防ケアプランにおいて、生活不活発病予防・改善への具体的対応は極めて不十分であった。

5) 上記について、介護支援専門員以外の介護保険サービス関係者の認識は更に不十分であった。

以上から、介護予防ケアマネジメントが十分に機能するには、生活不活発病と生活機能についての臨床的活用の啓発が必要である。

D. 結論

介護保険制度改正における予防重視への大転換の効果を判定するためのベースラインとなる生活機能の意義を把握した。また介護予防を行う介護支援専門員の認識調査結果もふまえ、現状の介護予防ケアマネジメントにおいて介護予防の要と位置づけられた「生活機能」及び「生活不活発病」への取り組みの問題・課題が明らかとなった。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

・大川弥生：介護予防のターゲットは「生活不活発病」. コミュニティケア 8 (13) : 14-21, 2006

2. 学会発表

・工藤美奈子, 玉木健太郎, 中井定, 角谷ふみ江, 関口春美, 大川弥生：要介護認定後期高齢者の就労意欲と生活機能に関する研究. 第48回日本老年医学会学術集会. 金沢. 2006年.

・A Proposal on Qualifiers of Activity based on Population Surveys (1): "Universal Independence" versus "Limited Independence". WHO-FIC Network Meeting, 1 November, 2006 Tunis, Tunisia

Ⅱ. 分担研究報告書

生活機能の実態分析による介護予防ケアマネジメントの課題の検討

主任研究者 大川 弥生 国立長寿医療センター 研究所 部長

分担研究者 楠 正 日本薬剤疫学会 事務局長

研究要旨 本研究班の目的は、1)平成17年の介護保険制度改正における予防重視への大転換の効果を、介護予防の要と位置づけられた「生活機能」及び「生活不活発病」への効果について複数自治体で検証し、それを通じて、2)生活機能向上にむけた介護予防ケアマネジメントシステム構築のあり方を検討することである。

そこで初年度の本年は、効果判定を行う予定の自治体でのベースライン設定を目的として、当該自治体で我々が行ってきた生活機能調査データを再分析し、介護予防ケアマネジメントの課題の明確化を行う。その際生活機能および廃用症候群（生活不活発病）予防・改善効果に重点をおいた（非要介護認定者N=14,734、要介護認定者N=3,046）。

その結果、以下の点が明らかとなった。

1) 非要介護認定者においても高頻度の「活動」の「質」、「活動」の「量」、「参加」の低下がみられた。2) 生活機能調査において活動の評価点に0：普遍的自立、1：限定的自立の区別をたてることで、一見問題がないように見える非要介護認定者にも少なからず「潜在的」生活機能低下者がおり、これらも介護予防の重要な対象であることが判明した。この評価点は効果判定にも有用である。3) 「活動」の要であり、生活不活発病予防・改善のポイントである歩行についてその歩行困難の理由として複数理由が並存している場合が多く、また運動器障害以外の理由も多かった。4) 「つくられた歩行不能」予防の面を含め、歩行補助具の活用は不十分であり、一層の活用が必要である。5) 生活の活発化にむけての十分な指導が必要である。6) これまで介護保険関係では十分に注目されていなかったが、本来の目標である「参加」向上への働きかけが必要である。これは自助・共助の面からも重要である。7) 医療機関での積極的な介護予防への介入が必要である。

今後これらの観点をふまえて効果判定を行うことおよび、介護予防ケアマネジメントの技術・プログラムの開発や啓発が必要である。

A. 研究目的

本研究班の目的は、1)平成17年の介護保険制度改正における予防重視への大転換の効果を、介護予防の要と位置づけられた「生活機能」

及び「生活不活発病」への効果について複数自治体で検証し、それを通じて、2)生活機能向上にむけた介護予防ケアマネジメントシステム構築のあり方を検討することである。

そこで初年度の本年は、効果判定を行う予定の自治体でのベースライン設定を目的として、当該自治体で我々が行ってきた生活機能調査データを再分析し、介護予防ケアマネジメントの課題の明確化を行う。その際生活機能および廃用症候群（生活不活発病）予防・改善効果に重点をおいた。

B. 研究方法

在宅生活非要介護高齢認定者および要介護高齢認定者について、WHO・ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health, 国際生活機能分類）にもとづく生活機能調査データを効果判定を行う予定の自治体でのベースライン設定を目的として再分析した。

なお生活機能調査は生活機能の全てのレベルについて行っているが、調査項目および評価点は実施時により一部異なるため、分析項目によっては分析対象数が一部異なる。

対象としたフィールドは、介護保険改正の効果検証を実施する予定の、これまで主任研究者がICFにもとづく生活機能実態調査（厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業で実施）を行ってきた4自治体および、本研究で今年度初回調査を行った1自治体で、調査方法等の詳細は以下の通りである。今回の分析対象者（非要介護認定者N=14,734、要介護認定者N=3,046）は回収者から、年齢、性別、身体障害者手帳所持の有無不明者は除外した。

1. 中山間地域1市

・非要介護認定者

対象：6,193名

調査方法：郵送留め置き訪問回収法

回答：5,961名（回収率96.3%）

・要介護認定者

対象：要支援～要介護5の468名

調査方法：訪問調査

回答：463名（回収率98.9%）

2. 大都市通勤圏内の近郊小都市1市

対象：75歳以上の全2,871名

回答：2,051名（回収率79.5%）

調査方法：郵送留め置き回収

3. 地方中都市

・非要介護認定者

対象：75歳以上26,766名から、層別化無作為抽出（年齢階層毎）した6,000名。

調査方法：郵送配布・郵送回収

回答：3931名（回収率65.5%）。

・要介護認定者

対象：要支援・要介護1・要介護2の認定者4,712名中、介護保険サービス利用中のもの2,921名

調査方法：直接面接法

回答：2,150名（回収率73.6%）

4. 中山間地域1町

・非要介護認定者

対象：層別化無作為抽出1,000名（年齢階層別）

調査方法：郵送留め置き回収

回答：992名（回収率99.2%）

・要介護認定者

対象：要支援～要介護2の層別化無作為抽出200名

調査方法：直接面接法

回答：189名（回収率94.5%）

5. 中山間地域1市

対象：当該市民病院へ定期的な通院はしていない2,919名

・ 非要介護認定者

対 象： 2,391 名

調査方法： 郵送留め置き回収

回 答： 2,233 名（回収率 93.4%）

・ 要介護認定者

対 象： 528 名

調査方法： 郵送留め置き回収

回 答： 457 名（回収率 86.6%）

（倫理面の配慮）

主任研究者の所属機関の倫理委員会にて審査を受け、研究の承認を受けた。また当該自治体の個人情報保護・管理等の規則に従い、本研究について自治体と主任研究者との間で協定書を締結している。

なお対象となる被検者についてはインフォームド・コンセントの原則に立って実施している。

C. 結果と考察

I-1. 活動の状況

1) 屋外歩行

屋外歩行の状況を非要介護認定者については表 1-1、要介護認定者者については表 1-2 に示す。

（1）非要介護認定者

非要介護認定者では、表 1-1 に示すように、まず「普遍的自立」である「遠くへも一人で歩いている」は、65～74 歳では 56.8%、75～84 歳 36.4%、85 歳以上 18.2%と、65～74 歳ですでに 6 割弱であり、85 歳以上では 2 割以下と非常に少なくなっていた。

これに対し、「限定的自立」である「近くであれば一人で歩いている」は 33.4%、47.0%、52.0%と高齢ほど多くなっていた。この「普遍的自立」と「限定的自立」との両者をあわせた

「自立者計」は 90.2%、83.4%、70.2%と高齢ほど少なくなっているが、「普遍的自立」の鋭い減少が「限定的自立」の増加で「相殺」されているため、「普遍的自立」だけを見たときのような著しい低下ではなかった。

これに対し、「部分的制限」である「誰か一緒にあれば歩いている」は 3.7%、6.1%、9.3%、「全面的制限」である「外は歩いていない」は 4.9%、7.8%、16.8%、「行っていない」である「外は歩けない」は 0.1%、0.3%、0.7%であり、3 者を合計した「非自立者計」は 8.7%、14.2%、26.8%と高齢ほど多くなっており、特に 85 歳以上では急に増加している。

男女差で見ると、「遠くへも一人で歩いている」は、65～74 歳では男性 60.3%に対し女性が 54.1%、同様に 75～84 歳は 42.2%対 32.4%、85 歳以上 23.1%対 15.6%と、どの年齢層でも男女差があり、女性が少なかった。一方「近くであれば一人で歩いている」は女性が多かった。その結果「自立計」の男女差は、85 歳以上で男性 72.2%、女性 68.9%と若干差があることを除けばほとんどなかった。ここでも上記の年齢層差の場合と同様に「普遍的自立」の低下が「限定的自立」の増加で「相殺」されるという現象がみられた。

以上のような結果は、まず地域に生活しており要介護認定を受けていないという、ふつうならば「健康で自立している」と考えられがちな高齢者においても、すでにあきらかに屋外歩行が自立でない人々（「非自立計」）がそれぞれの年齢層別で、1 割弱、1.5 割、2.5 割と少なからずいることを示している。

また一見屋外歩行は自立しているが、近くにはしか出歩いていないという形で「限定的自立」の水準に落ちている、軽度とはいえ既に生活機

能が低下している者が3割強～5割強も存在していることが重要である。

これらは、一般高齢者における、いわば顕在のおよび潜在的な生活機能低下者とみることができる。

以上は、このような特に健康上問題がないと考えられがちな在宅一般高齢者でも、生活機能の面からみれば、すでに介護予防の対象者であるものが少なくないことを示すといえよう。特に非自立者1～2.5割には具体的な活動向上支援が必要であり、更に潜在的な候補者として限定的自立者が3.5割～5割と意外に多数存在していることは重要である。

また調査の方法論として、先に年齢層差においても男女差においても、「普遍的自立」と「限定的自立」とを分けることで大きな差がみられたものが、両者を合計して「自立者計」としてみると、差が消失あるいは著しく減少したという事実は非常に重要な意味をもつ。すなわち同じ「自立」であっても、この2者の差を明確にすることで、比較的軽度な「活動」の低下も鋭敏に検知することができるのであり、これは介護予防、特に生活機能低下の早期発見、早期対応という「水際作戦」の対象のとらえ方として現実的に極めて重要である。

(2) 要介護認定者

次に、要介護認定者について要介護度別にみたものを表1-2に示す。

屋外歩行における「普遍的自立」である「遠くへも一人で歩いている」は要支援では11.1%、要介護1では3.4%、要介護2では2.5%、要介護3では0.6%、要介護4では1.9%、要介護5では0%であった。

「限定的自立」である「近くあれば一人で歩いている」は要支援では63.4%、要介護1：

45.7%、2：25.3%、3：14.7%、4：1.9%、5：1.7%であった。

両者を合計した「自立者計」は、要支援では74.5%、要介護1：49.1%、2：27.8%、3：15.3%、4：3.8%、5：1.7%であった。

このように要介護認定者における屋外歩行の自立度は「普遍的自立」の状態にある者は少なく、要介護度との関連にも、ややバラツキがあったが、「自立計」としてみると要介護度との関連はきわめて明らかであった。なおここでは非要介護認定者でみられた「普遍的自立」の減少を「限定的自立」で相殺するような減少は見られなかった。

次に非自立者についてみると、「誰かと一緒にあれば歩いている」は要支援では9.0%、要介護1：16.3%、2：25.5%、3：12.2%、4：12.4%、5：6.7%と要介護2までは要介護度と並行し増加し、その後は減少した。「外は歩かない」は要支援では14.3%、要介護1：29.8%、2：39.7%、3：41.7%、4：45.7%、5：43.3%と明らかに並行して増加した。

両者を合計した「非自立者だが歩いている計」(除：外は歩けない)は要支援では23.3%、要介護1：46.1%、2：65.2%、3：53.9%、4：58.1%、5：60.0%と、要介護度が進むほど増加していった。これらは後述するように、実用歩行訓練でさらに向上できる可能性をもつものである。

2) 自宅内歩行

自宅内歩行の状況を非要介護認定者については表2-1、要介護認定者者については表2-2に示す。

(1) 非要介護認定者

非要介護認定者では表2-1に示すように、

表 1-1. 屋外歩行の状況 - 非要介護認定者 -

	65-74 歳			75-84 歳			85 歳以上			総計
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	
遠くでも一人で	1227名 60.3%	1408名 54.1%	2635名 56.8%	1428名 42.2%	1587名 32.4%	3015名 36.4%	143名 23.1%	186名 15.6%	329名 18.2%	5979名 40.6%
近くなら一人で	604 29.7%	947 36.4%	1551 33.4%	1425 42.1%	2473 50.4%	3898 47.0%	307 49.6%	636 53.3%	943 52.0%	6392 43.4%
誰かと一緒になら	60 2.9%	111 4.3%	171 3.7%	163 4.8%	345 7.0%	508 6.1%	50 8.1%	119 10.0%	169 9.3%	848 5.8%
ほとんど外は歩いていない	122 6.0%	104 4.0%	226 4.9%	287 8.5%	360 7.3%	647 7.8%	96 15.5%	209 17.5%	305 16.8%	1178 8.0%
外は歩けない	2 0.1%	2 0.1%	4 0.1%	11 0.3%	17 0.3%	28 0.3%	4 0.6%	9 0.8%	13 0.7%	45 0.3%
回答なし	21 1.0%	29 1.1%	50 1.1%	68 2.0%	121 2.5%	189 2.3%	19 3.1%	34 2.8%	53 2.9%	292 2.0%
合計	2036 100%	2601 100%	4637 100%	3382 100%	4903 100%	8285 100%	619 100%	1193 100%	1812 100%	14734 100%

表 1-2. 屋外歩行の状況 - 要介護認定者 -

	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	合計
遠くでも一人で	80 11.1%	41 3.4%	15 2.5%	1 0.6%	2 1.9%	0 0.0%	139 4.8%
近くなら一人で	456 63.4%	558 45.7%	153 25.3%	23 14.7%	2 1.9%	1 1.7%	1193 41.6%
誰かと一緒になら	65 9.0%	199 16.3%	154 25.5%	19 12.2%	13 12.4%	4 6.7%	454 15.8%
ほとんど外は歩いていない	103 14.3%	364 29.8%	240 39.7%	65 41.7%	48 45.7%	26 43.3%	846 29.5%
外は歩けない	4 0.6%	32 2.6%	31 5.1%	45 28.8%	38 36.2%	29 48.3%	179 6.2%
回答なし	11 1.5%	27 2.2%	12 2.0%	3 1.9%	2 1.9%	0 0.0%	55 1.9%
計	719 100.0%	1221 100.0%	605 100.0%	156 100.0%	105 100.0%	60 100.0%	2866 100.0%

「普遍的自立」である「何もつかまらずに歩いている」は65~74歳では90.9%、75~84歳では84.0%、85歳以上では69.4%と年齢が進むほどともに低下した。それに対し「限定的自立」である「よく家具や壁をつたわっている」は65~74歳では6.5%、75~84歳は11.1%、85歳以上は21.0%と年齢層が上がるとともに増加した。その結果、これら両者を合計した「自立計」は97.4%、95.1%、90.4%と、年代を追う毎に自立度が減少したが、その程度は「普遍的自立」に比べれば著明ではなかった。

屋外歩行と同様に、このように「普遍的自立」の低下を「限定的自立」の増加で「相殺」する傾向があきらかで、この両者の差を明確にすることで、比較的軽度な「活動」の低下をも鋭敏に検知できることがわかる。

「部分的制限」である「誰かと一緒に歩いている」は1.0%、1.6%、2.8%、「全面的制限」である「ほとんどずり這いなど」は0.1%、0.3%、1.5%、「行っていない」にあたる「ほとんどベッドや布団の上の生活」は0.2%、0.8%、2.8%であり、これら3者を合計した「非自立者計」

は 1.3%、2.7%、7.1%と、年齢層とともに増加していた。

このように、一見健康と思われる在宅高齢者でも、すでに自宅内歩行が自立していない、あきらかな「活動」低下を示すものがあり、最初の二つの年齢層では 1~2%と少なかったが、85歳以上では 7%とかなりいることは注目に値する。

それに加えて「限定的自立」の状態にある、いわば潜在的な生活機能低下群が年齢層別に順を追って 6.5%、11.1%、21.0%存在することが注目される。

男女差で見ると、「何もつかまらずに歩いている」において、65~74歳では男性 92.7%に対し女性が 89.4%、同様に 75~84歳は 87.4%対 81.6%、85歳以上は 74.5%対 66.7%と、すべての年齢層で男性のほうが自立者は多かった。

「伝い歩き」についていえば、具体的指導内容として、我々はこれまで屋内歩行の方法として、杖などよりも「伝い歩き」の指導が効果的であることを指摘してきたが、今回の調査で、非要介護認定者で 1割、要介護認定者の半数で実行されている、きわめて現実的な方法であることが確認された。

介護予防の対象として非自立者は当然含まれるべきであるし、たとえ「自立」であっても手放し歩きから、伝い歩きになった段階での対応が必要と考えられる。

(2) 要介護認定者

要介護認定者について要介護度別にみたものを表 2-2 に示す。

「何もつかまらずに歩いている」は要支援では 47.6%、要介護 1 では 32.6%、2 では 27.3%、3 では 14.1%、4 では 13.3%、5 では 3.3%であった。すなわち要介護度の悪化と並行して低

下するが、特に要介護 2 と要介護 3 との間の落差が目立つ。

「よく家具や壁を伝わっている」は要支援では 48.0%、要介護 1 : 58.7%、2 : 54.7%、3 : 39.1%、4~5 : 17.4%であり、要支援と要介護 1 では全体の 3分の2以上が「伝い歩き」をしている。要介護 2・3 でも 4~5割がそうであり、その後急激に 0 となる。

両者を合計した「自立者計」は要支援では 95.6%、要介護 1 : 91.3%、2 : 82.0%、3 : 53.2%、4 : 25.7%、5 : 8.3%であり、要介護度との関連性が明らかであった。また要介護 3 までは約半数以上が自宅内歩行自立であったことが注目される。

次に非自立者である「誰かと一緒に歩いている」は要支援では 1.3%、要介護 1 : 1.7%、2 : 3.3%、3 : 14.7%、4 : 13.3%、5 : 3.3%で、要介護 4 までは増えていくが、要介護 5 では急に 0 となる。「ほとんどずり這いなど」は要支援では 1.8%、要介護 1 : 2.8%、2 : 6.1%、3 : 8.3%、4 : 11.4%、5 : 5.0%、「ほとんどベッドや布団の上の生活」は要介護度との関連性が著明で、要支援では 0.3%、要介護 1 : 2.3%、2 : 6.3%、3 : 21.8%、4 : 48.6%、5 : 83.3%であった。

「非自立者計」は要支援では 3.4%、要介護 1 : 6.8%、2 : 15.7%、3 : 44.8%、4 : 73.3%、5 : 91.6%と、要介護度との関連性が明らかであった。

介護予防のプログラムとの関連では、ずり這い移動可能な者を、伝い歩きや介護歩行などで歩行を可能とすることにはかなりの可能性があるものと考えられ、それにより家庭内及びで社会的な役割を拡大することができると考えられる。

表 2-1. 自宅内歩行の状況 — 非要介護認定者 —

	65-75 歳			75-84 歳			85 歳以上			総計
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	
何もつかまらずに	1888名 92.7%	2326名 89.4%	4214名 90.9%	2956名 87.4%	4000名 81.6%	6956名 84.0%	461名 74.5%	796名 66.7%	1257名 69.4%	12427名 84.3%
壁や家具を伝わって	100 4.9%	200 7.7%	300 6.5%	285 8.4%	636 13.0%	921 11.1%	107 17.3%	273 22.9%	380 21.0%	1601 10.9%
誰かと一緒なら	13 0.6%	32 1.2%	45 1.0%	37 1.1%	95 1.9%	132 1.6%	13 2.1%	37 3.1%	50 2.8%	227 1.5%
ずり這い等で動いている	2 0.1%	4 0.2%	6 0.1%	8 0.2%	17 0.3%	25 0.3%	6 1.0%	21 1.8%	27 1.5%	58 0.4%
自力では動き回れない	8 0.4%	3 0.1%	11 0.2%	33 1.0%	34 0.7%	67 0.8%	17 2.7%	34 2.8%	51 2.8%	129 0.9%
回答なし	25 1.2%	36 1.4%	61 1.3%	63 1.9%	121 2.5%	184 2.2%	15 2.4%	32 2.7%	47 2.6%	292 2.0%
合計	2036 100%	2601 100%	4637 100%	3382 100%	4903 100%	8285 100%	619 100%	1193 100%	1812 100%	14734 100%

表 2-2. 自宅内歩行の状況 — 要介護認定者 —

	要支 援	要介 護度1	要介 護度2	要介 護度3	要介 護度4	要介 護度5	合計
何もつかまらずに	342 47.6%	398 32.6%	165 27.3%	22 14.1%	14 13.3%	2 3.3%	943 32.9%
壁や家具を伝わって	345 48.0%	717 58.7%	331 54.7%	61 39.1%	13 12.4%	3 5.0%	1470 51.3%
誰かと一緒なら	9 1.3%	21 1.7%	20 3.3%	23 14.7%	14 13.3%	2 3.3%	89 3.1%
ずり這い等で動いている	13 1.8%	34 2.8%	37 6.1%	13 8.3%	12 11.4%	3 5.0%	112 3.9%
自力では動き回れない	2 0.3%	28 2.3%	38 6.3%	34 21.8%	51 48.6%	50 83.3%	203 7.1%
回答なし	8 1.1%	23 1.9%	14 2.3%	3 1.9%	1 1.0%	0 0.0%	49 1.7%
計	719 100.0%	1221 100.0%	605 100.0%	156 100.0%	105 100.0%	60 100.0%	2866 100.0%

3) 外出頻度

外出頻度は生活活動性の指標として重要であるため調査した。その状況を非要介護認定者については表 3-1、要介護認定者者については表 3-2 に示す。

(1) 非要介護認定者

非要介護認定者では表 3-1 に示すように「週 4 回以上」は 65~74 歳では 53.5%、75~84 歳では 38.7%、85 歳以上では 26.9% と年齢層が上がるにつれて外出頻度が著しく減少しているのがわかる。「週 2~3 回」は 26.3%、29.5%、

24.2% とほとんど同じで、「週 1 回」は 9.7%、15.6%、17.3% と増えていった。以上を合計した「週 1 回以上」は 89.5%、83.8%、68.4% であった。次いで「月 1~3 回」は 6.8%、6.9%、10.0% 「ほとんどなし」は 2.5%、6.5%、18.0% であり、年齢層が上がるるとともに増加していた。

男女差について見ると、「週 4 回以上」は 65~74 歳では男性 59.2% に対し女性が 49.1%、75~84 歳は 47.9% 対 32.4%、85 歳以上以上は 33.9% 対 23.2% と、どの年齢層にも男女差がみられ、女性が少なかった。逆に「週 2~3 回」、

「週1回」、「月1～3回」ともに女性の方が多かった。

このように低年齢層よりも高年齢層で、また男性よりも女性で外出頻度が少なかった。

(2) 要介護認定者

要介護認定者について要介護度別にみたものを表3-2に示す。

「週4回以上」は要支援では27.1%、要介護1では16.7%、要介護2では12.4%、要介護3では5.8%、要介護4では9.5%、要介護5では10.0%であった。「週2～3回」は要支援では33.8%、要介護1：26.5%、2：25.0%、3：23.7%、4：21.9%、5：18.3%であった。

この2者を合計した「週2～3回以上」は要支援60.9%、要介護1 43.2%、要介護2 37.4%、要介護3 29.5%、要介護4 31.4%、要介護5 28.3%とかなりよく要介護度と並行していた。

「週1回」は要支援では21.4%、要介護1：21.6%、2：18.8%、3：27.6%、4：17.1%、5：21.7%であった。これを加えた「週1回以上」は要支援では82.3%、要介護1 64.8%、要介護2 56.2%、要介護3 57.1%、要介護

4 48.5%、要介護5 50.0%であり、要介護4、5という状態でも4～5割が週1回は外出していることは注目される。

次いで「月1～3回」は要支援では4.0%、要介護1：5.4%、2：4.3%、3：5.8%、4：10.5%、5：6.7%、「ほとんどなし」は要支援で13.4%、要介護1：28.7%、2：38.2%、3：35.3%、4：41.0%、5：43.3%であった。

以上のように「生活の活発さ」を「外出頻度」と「一日の活動量」の両面からみると、ともに後期高齢者で著明に低く、これらの人々では既に廃用症候群を起こしているか、その危険性が高いことがうかがわれた。

4) 日中活動性

日中の活動性の状況を非要介護認定者については表4-1、要介護認定者者については表4-2に示す。

(1) 非要介護認定者

非要介護認定者では表4-1に示すように、「外でもよく動く」は65～74歳では80.6%、75～84歳では54.9%、85歳以上では33.7%であり、「家の中ではよく動く」は65～74歳

表3-1. 外出頻度の状況 —非要介護認定者—

	65-75 歳			75-84 歳			85 歳以上			総計
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	
週4回以上	1206名 59.2%	1277名 49.1%	2483名 53.5%	1620名 47.9%	1590名 32.4%	3210名 38.7%	210名 33.9%	277名 23.2%	487名 26.9%	6180名 41.9%
週2-3	474 23.3%	746 28.7%	1220 26.3%	906 26.8%	1535 31.3%	2441 29.5%	139 22.5%	300 25.1%	439 24.2%	4100 27.8%
週1	163 8.0%	288 11.1%	451 9.7%	403 11.9%	889 18.1%	1292 15.6%	100 16.2%	214 17.9%	314 17.3%	2057 14.0%
月1-3	116 5.7%	201 7.7%	317 6.8%	163 4.8%	406 8.3%	569 6.9%	52 8.4%	130 10.9%	182 10.0%	1068 7.2%
ほとんどなし	61 3.0%	57 2.2%	118 2.5%	208 6.2%	330 6.7%	538 6.5%	100 16.2%	226 18.9%	326 18.0%	982 6.7%
回答なし	16 0.8%	32 1.2%	48 1.0%	82 2.4%	153 3.1%	235 2.8%	18 2.9%	46 3.9%	64 3.5%	347 2.4%
合計	2036 100%	2601 100%	4637 100%	3382 100%	4903 100%	8285 100%	619 100%	1193 100%	1812 100%	14734 100%

表3-2. 外出頻度の状況 — 要介護認定者 —

	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	合計
週4回以上	195 27.1%	204 16.7%	75 12.4%	9 5.8%	10 9.5%	6 10.0%	499 17.4%
週2-3	243 33.8%	323 26.5%	151 25.0%	37 23.7%	23 21.9%	11 18.3%	788 27.5%
週1	154 21.4%	264 21.6%	114 18.8%	43 27.6%	18 17.1%	13 21.7%	606 21.1%
月1-3	29 4.0%	66 5.4%	26 4.3%	9 5.8%	11 10.5%	4 6.7%	145 5.1%
ほとんどなし	96 13.4%	351 28.7%	231 38.2%	55 35.3%	43 41.0%	26 43.3%	802 28.0%
回答なし	2 0.3%	13 1.1%	8 1.3%	3 1.9%	0 0.0%	0 0.0%	26 0.9%
計	719 100.0%	1221 100.0%	605 100.0%	156 100.0%	105 100.0%	60 100.0%	2866 100.0%

では3.2%、75～84歳では14.1%、85歳以上では12.9%であった。「座っていることが多い」は11.0%、19.6%、30.9%であり「時々横になっている」は3.5%、6.9%、14.2%「ほとんど横になっている」は0.5%、1.8%、5.1%であった。

このように「よく動いている」ことは高年齢層で少なく、逆に「座って過ごすことが多い」と「時々横になっている」、「ほとんど横になっていることが多い」は高年齢層で多かった。男女間に大きな差はなかった。

(2) 要介護認定者

次に、要介護認定者について要介護度別にみたものを表4-2に示す。

「外でもよく動く」は要支援では19.3%、要介護1では8.4%、要介護2では5.3%、要介護3では1.3%、要介護4では3.8%、要介護5では0%であり、「家の中ではよく動く」は要支援では22.3%、要介護1 15.7%、要介護2 12.4%、要介護3 4.5%、要介護4・5は1.0%であり、要介護度の進行とともに急速に低下した。

「座って過ごすことが多い」は要支援では39.5%、要介護1 : 44.2%、2 : 37.5%、3 : 29.5%、4 : 30.5%、5 : 10.0%であり、要介護5を除く全要介護度で半数以上がこのレベルにあった。「日中も横になっていることが多い」は要支援では15.7%、要介護1 : 24.3%、2 : 31.2%、3 : 28.2%、4 : 21.9%、5 : 23.3%であり、「ほとんど横になっている」は要支援では2.2%、要介護1 : 6.3%、2 : 11.2%、3 : 34.0%、4 : 41.0%、5 : 65.0%と要介護5で特に多かった。

I-2. 活動の状況：通院の有無による影響

1) 屋外歩行

屋外歩行の状況を通院の有無で分け、非要介護認定者については表5-1、要介護認定者については表5-2に示す。

(1) 非要介護認定者

非要介護認定者について通院の有無の影響をみると、表5-1-1、5-1-2に示すように、「普遍的自立」である「遠くへも一人で歩いている」は、通院なし群の65～74歳では64.2%、75～84歳では47.6%、85歳以上では

表4-1. 一日の活動状況 — 非要介護認定者 —

	65-74 歳			75-84 歳			85 歳以上			総計
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	
外でもよく動く	1673名 82.2%	2064名 79.4%	3737名 80.6%	2017名 59.6%	2535名 51.7%	4552名 54.9%	249名 40.2%	361名 30.3%	610名 33.7%	8899名 60.4%
家の中ではよく動く	37 1.8%	110 4.2%	147 3.2%	367 10.9%	799 16.3%	1166 14.1%	61 9.9%	173 14.5%	234 12.9%	1547 10.5%
座っていることが多い	216 10.6%	292 11.2%	508 11.0%	623 18.4%	1001 20.4%	1624 19.6%	178 28.8%	382 32.0%	560 30.9%	2692 18.3%
時々横になっている	72 3.5%	92 3.5%	164 3.5%	212 6.3%	357 7.3%	569 6.9%	72 11.6%	185 15.5%	257 14.2%	990 6.7%
ほとんど横になっている	15 0.7%	10 0.4%	25 0.5%	73 2.2%	76 1.6%	149 1.8%	39 6.3%	54 4.5%	93 5.1%	267 1.8%
回答なし	23 1.1%	33 1.3%	56 1.2%	90 2.7%	135 2.8%	225 2.7%	20 3.2%	38 3.2%	58 3.2%	339 2.3%
合計	2036 100%	2601 100%	4637 100%	3382 100%	4903 100%	8285 100%	619 100%	1193 100%	1812 100%	14734 100%

表4-2. 一日の活動状況 — 要介護認定者 —

	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	合計
外でもよく動く	139 19.3%	103 8.4%	32 5.3%	2 1.3%	4 3.8%	0 0.0%	280 9.8%
家の中ではよく動く	160 22.3%	192 15.7%	75 12.4%	7 4.5%	1 1.0%	0 0.0%	435 15.2%
座っていることが多い	284 39.5%	540 44.2%	227 37.5%	46 29.5%	32 30.5%	6 10.0%	1135 39.6%
時々横になっている	113 15.7%	297 24.3%	189 31.2%	44 28.2%	23 21.9%	14 23.3%	680 23.7%
ほとんど横になっている	16 2.2%	77 6.3%	68 11.2%	53 34.0%	43 41.0%	39 65.0%	296 10.3%
回答なし	7 1.0%	12 1.0%	14 2.3%	4 2.6%	2 1.9%	1 1.7%	40 1.4%
計	719 100.0%	1221 100.0%	605 100.0%	156 100.0%	105 100.0%	60 100.0%	2866 100.0%

23.9%であり、一方通院あり群では65~74歳では51.9%、75~84歳では32.4%、85歳以上では16.4%と両者ともに年齢を追うごとに少なくなっていくが、どの年齢層をとってみても通院なし群で通院あり群よりも普遍的自立者が多かった。

これに対し、「限定的自立」である「近くであれば一人で歩いている」は通院なし群では27.5%、40.0%、47.6%で、あり群では37.9%、50.2%、54.4%、と年齢層と並行して高くなり、また通院なし群の方が通院あり群より全ての年齢層で

多かった。その結果「普遍的自立」と「限定的自立」の両者をあわせた「自立者計」は通院なし群91.7%、87.6%、71.5%、あり群89.9%、82.5%、70.8%と、通院あり群がやや少ないが、通院の有無による差は僅かになり、年齢層による差も「普遍的自立」だけでみた場合ほど著明ではなくなった。これも先に対象者全体についての年齢層差および性差でみた、2種の自立の「相殺」ともいえるべき現象といえよう。

これに対し、「部分的制限」である「誰か一緒であれば歩いている」は通院なし群2.7%、5.0%、

8.7%、あり群4.5%、6.6%、9.5%であり、「全面的制限」である「歩いていない」は通院なし群4.8%、5.7%、17.4%、あり群4.8%、8.7%、16.5%、「外は歩けない」は通院なし群0.0%、0.2%、0.9%、あり群0.1%、0.4%、0.7%であった。これら3者の合計である「非自立者計」は通院なし群7.5%、10.9%、27.0%、あり群9.3%、15.7%、26.7%と年齢層と並行して増え、また概して通院あり群で多かった。

(2) 要介護認定者

要介護認定者についてみると、表5-2-1、5-2-2に示すように、全体でみると「普遍

的自立」である「遠くへも一人で歩いている」は通院なし群で5.4%に対して、通院あり群で4.7%であった。「限定的自立」である「近くであれば一人で歩いている」は通院なし群で30.1%に対して、通院あり群43.2%と自立者は通院あり群に多かった。

「誰かと一緒に歩いている」は通院なし群13.5%に対して、通院あり群16.1%で、「ほとんど外は歩いていない」は通院なし群で11.9%に対して、通院あり群5.6%で、通院あり群の方が自立度は高かった。

表5-1-1. 屋外歩行状況の通院の有無による差 — 非要介護認定者：通院なし —

	65-74歳			75-84歳			85歳以上		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計
遠くでも一人で	601名 67.2%	659名 61.8%	1260名 64.2%	528名 53.9%	519名 42.5%	1047名 47.6%	55名 34.0%	55名 18.5%	110名 23.9%
近くなら一人で	213 23.8%	327 30.6%	540 27.5%	340 34.7%	541 44.3%	881 40.0%	71 43.8%	148 49.7%	219 47.6%
誰かと一緒になら	24 2.7%	29 2.7%	53 2.7%	32 3.3%	77 6.3%	109 5.0%	13 8.0%	27 9.1%	40 8.7%
ほとんど外は歩いていない	49 5.5%	45 4.2%	94 4.8%	60 6.1%	66 5.4%	126 5.7%	21 13.0%	59 19.8%	80 17.4%
外は歩けない	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.2%	3 0.2%	5 0.2%	0 0.0%	4 1.3%	4 0.9%
回答なし	8 0.9%	7 0.7%	15 0.8%	17 1.7%	16 1.3%	33 1.5%	2 1.2%	5 1.7%	7 1.5%
合計	895 100%	1067 100%	1962 100%	979 100%	1222 100%	2201 100%	162 100%	298 100%	460 100%

表5-1-2. 屋外歩行状況の通院の有無による差 — 非要介護認定者：通院あり —

	65-74歳			75-84歳			85歳以上		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計
遠くでも一人で	615 55.4%	737 49.4%	1352 51.9%	874 37.7%	1011 28.8%	1885 32.4%	82 19.2%	127 15.0%	209 16.4%
近くなら一人で	385 34.7%	602 40.3%	987 37.9%	1052 45.4%	1869 53.3%	2921 50.2%	221 51.9%	473 55.7%	694 54.4%
誰かと一緒になら	35 3.2%	81 5.4%	116 4.5%	128 5.5%	259 7.4%	387 6.6%	34 8.0%	87 10.2%	121 9.5%
ほとんど外は歩いていない	68 6.1%	57 3.8%	125 4.8%	220 9.5%	286 8.2%	506 8.7%	71 16.7%	139 16.4%	210 16.5%
外は歩けない	1 0.1%	1 0.1%	2 0.1%	8 0.3%	13 0.4%	21 0.4%	4 0.9%	5 0.6%	9 0.7%
回答なし	7 0.6%	14 0.9%	21 0.8%	35 1.5%	68 1.9%	103 1.8%	14 3.3%	18 2.1%	32 2.5%
合計	1111 100%	1492 100%	2603 100%	2317 100%	3506 100%	5823 100%	426 100%	849 100%	1275 100%

表5-2-1. 屋外歩行状況の通院の有無による差 一 要介護認定者：通院なし

	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	計
遠くでも一人で	8 16.3%	4 3.6%	3 5.1%	0 0.0%	2 6.5%	0 0.0%	17 5.4%
近くなら一人で	26 53.1%	51 45.5%	13 22.0%	3 7.5%	1 3.2%	0 0.0%	94 30.1%
誰かと一緒なら	4 8.2%	19 17.0%	12 20.3%	4 10.0%	2 6.5%	1 4.8%	42 13.5%
ほとんど外は歩いていない	10 20.4%	30 26.8%	26 44.1%	18 45.0%	18 58.1%	10 47.6%	112 35.9%
外は歩けない	0 0.0%	5 4.5%	3 5.1%	12 30.0%	7 22.6%	10 47.6%	37 11.9%
回答なし	1 2.0%	3 2.7%	2 3.4%	3 7.5%	1 3.2%	0 0.0%	10 3.2%
計	49 100%	112 100%	59 100%	40 100%	31 100%	21 100%	312 100%

表5-2-2. 屋外歩行状況の通院の有無による差 一 要介護認定者：通院あり

	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	計
遠くでも一人で	71 10.7%	36 3.3%	12 2.2%	1 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	120 4.7%
近くなら一人で	427 64.2%	504 45.9%	138 25.7%	20 17.2%	1 1.4%	1 2.6%	1091 43.2%
誰かと一緒なら	61 9.2%	179 16.3%	138 25.7%	15 12.9%	11 15.1%	3 7.7%	407 16.1%
ほとんど外は歩いていない	93 14.0%	329 30.0%	212 39.5%	47 40.5%	29 39.7%	16 41.0%	726 28.7%
外は歩けない	4 0.6%	27 2.5%	28 5.2%	33 28.4%	31 42.5%	19 48.7%	142 5.6%
回答なし	9 1.4%	22 2.0%	9 1.7%	0 0.0%	1 1.4%	0 0.0%	41 1.6%
計	665 100%	1097 100%	537 100%	116 100%	73 100%	39 100%	2527 100%

また要介護度毎にみると要介護1ではあまり差がなく要介護4では通院あり群が自立度の低い傾向がみられた。

以上をまとめると、通院の有無の「活動」への影響について屋外歩行の自立度に関するもっとも鋭敏な指標である「普遍的自立」（「遠くへも一人で歩いている」）と比較すると、非要介護認定者では通院の有無が大きく影響しており、どの年齢層においても通院なし群で通院あり群よりも「普遍的自立」者が多かった。それに対して要介護認定者ではそのようなことは要支援で僅かにみられ

ただけであった。

2) 自宅内歩行

自宅内歩行の状況を通院の有無で分け、非要介護認定者については表6-1、要介護認定者者については表6-2に示す。

(1) 非要介護認定者

非要介護認定者について通院の有無の影響をみると、表6-1-1、6-1-2に示すように、「普遍的自立」である「何もつかまらずに」は通院なし群の65～74歳では93.1%、75～84歳では87.9、85歳以上73.7%であり、一方通