

なお、この点検・評価(Check)を適切に行うためには、「当初の計画(Plan)の目標が何であったか、実施・実行は何を目指して(期待して)行ったのかを、本人・家族や関係職種がどこまで納得し、理解できていたか」がベース(軸)となることを認識する必要がある。

この点検・評価の軸が明確でない場合、計画レベル、実施・実行レベルの妥当性が検証できず、その結果、従来通りの業務が継続され、業務改善(ここでは介護予防の効果を上げること)につながらないことに留意する必要がある。

4) 処置・改善(Act)

処置・改善(Act)段階とは、点検・評価(Check)段階で明らかになった課題に対する対策を検討し、実行する段階のことである。

当初計画に対する点検・評価(Check)結果と、処置・改善(Act)の結果を踏まえ、次段階の計画が策定されることになる。

5. まとめ

本稿では、本研究の背景や狙いへの理解を深める意味合いも込め、まず、「生活機能」「介護予防」とは何か、また、実効ある介護予防を現場レベルで実現するためには、ケアマネジメント担当者やサービス提供者、本人・家族に何が求められているかを整理した。

介護予防に関するPDCAサイクルがうまく機能すれば、サービスおよびマネジメントの質の継続的向上が期待されるが、現時点では、

- ① アセスメント手法やコミュニケーション技法が具体化されていない、また、関係職種もこれら手法を十分には習得できていない
- ② 本人・家族の成功体験獲得のための具体的手法、具体的サービスが提示されていない
- ③ 具体的な評価指標、評価方法が提示されていない
- ④ 本人・家族が、同サイクルの中に十分には参画できていない

などの多くの課題を有している。

今後、PDCAの各段階で、関係職種、本人・家族は何をしなければならないのかを理解するとともに、具体的方法論を体感する実践・研修の場としてのケアカンファレンスの機能を充実させていく必要があると考える。

参考文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所:「日本の将来推計人口(2002年1月推計)」, 2002.
- 2) 障害者福祉研究会編:「ICF 国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」, 中央法規出版, 2003
- 3) 厚生労働省老健局:「介護予防に関する事業の実施に向けての実務者会議資料(平成17年10月27日)」, 2005
- 4) WHO 国際障害分類日本協力センター発行:「WHO 国際障害分類第2版-生活機能と障害の国際分類-ベータ2完全版」, 2000.
- 5) 臼田寛, 玉城英彦, 河野公一:「WHO 憲章の健康定義が改正に至らなかった経緯」, 日本公衆衛生学会誌, Vol.47, No.12, 2000
- 6) 大川弥生:「ICF(国際生活機能分類)-「生きることの全体像」についての「共通言語」-」, 第1回社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会参考資料3(平成18年7月26日), 2006
- 7) 株式会社三菱総合研究所:「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査研究」報告書(平成16年3月), 2004
- 8) 財団法人長寿社会開発センター:「居宅介護支援事業及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」報告書(平成14年3月), 2002
- 9) 片山壽:「ケアマネジャー養成の課題」, からだの科学臨時増刊『総点検!介護保険』, 81-85, 日本評論社, 2001

第1章

高齢化に伴う生活機能の自然歴

「介護予防の効果評価とその実効性を高めるための地域包括ケアシステムの
在り方に関する実証研究」
研究報告書

1-1-1. 基本チェック項目からみた高齢者特性と生活機能に関する横断的研究

主任研究者 川越雅弘 国立社会保障・人口問題研究所室長

介護予防関係者には、地域における様々な人的・物的資源を活用しながら、高齢者とともに「生活機能の維持・向上」を積極的に目指すことが求められているが、これを実現するためには、まず、高齢者の生活機能の現状と問題点を認識しておく必要がある。

ところで、生活機能は、①心身機能等 ②活動（“できる”活動、“している”活動） ③参加 の3領域で構成されるが、これら領域のアセスメント項目として活用できるのが、「基本チェックリスト 25 項目」である（活動は実行レベルの評価）。これは、日常診療などを含めた様々な場面で活用されるものであるが、特に、高齢者の4割強が受診する基本健診で測定されており、地域全体の高齢者の生活機能を把握する上で、非常に有用な情報をもたらす。

そこで、今回、島根県松江市の2006年度基本健診受診者を対象に、基本チェックリストデータ（松江市は独自5項目を含む30項目）と介護認定データのマッチングを行い、高齢者特性（性、年齢、要介護度）と基本チェック項目からみた生活機能の関係性に関する分析を行った（分析対象者数：22,252人）。

その結果、①要支援段階から、手段的ADL(日用品の買物等)は約4-5割、運動器関連(手すり等を使わない階段昇降等)は約6-9割、社会参加(友人宅の訪問等)は約3-6割の高齢者が“していない”状況にあること ②要支援者の約4割は、過去1年間に転倒を経験し、約8割は転倒不安があること ③要支援者の約2-3割は閉じこもり状態(外出頻度:週1回未満)にあること ④要支援者の約3-4割は、“生活に充実感がない”“自分が役に立つ人間と思えない”、また、約6割は“以前楽に出来ていた事が今は億劫”と回答 など、要支援段階から様々な生活機能、特に歩行・移動、うつ・意欲に関連した機能や活動性が低下している実態が明らかとなった。

実効ある介護予防を実現するためには、高齢者自身が意欲を持って主体的に参加することが重要となる。介護予防ケア・マネジメントでは、歩行・移動、うつ・意欲を含めた生活機能アセスメントと適切なコミュニケーション技法を通じて、高齢者が抱えているギャップ(①希望と現実 ②能力と実行状況)の把握と背景分析を行い、そのギャップを埋める、ないし希望を高めるための方法及び手順を、多職種で検討し、専門技法を適用し、再評価することが求められる。

A. 研究目的

基本健診における基本チェックリストデータと介護認定データのマッチングにより、高齢者特性（性、年齢、要介護度）と基本チェック項目からみた生活機能の関係性を分析し、実効ある介護予防ケア・マネジメントのための貴重な示唆を得ること。

B. 研究方法

島根県松江市の 2006 年度基本健診受診者を対象に、基本チェックリストデータ（松江市は独自 5 項目を含む 30 項目）と介護認定データのマッチングを行い、高齢者特性（性、年齢、要介護度）と基本チェック項目からみた生活機能の関係性に関する分析を行った（分析対象者数: 22,252 人）。

（倫理面への配慮）

本研究実施に当たり、松江市の首長に対し、研究概要と調査研究への協力要請を記載した書面を送付し、市内部で実施の可否、実施上の留意事項、提供可能なデータ項目などの内部検討を経た上で、同意の文書を書面により得た。なお、データマッチングは、市が実施し、さらに個人が特定可能な番号を任意番号に変換（匿名化）した上で、データを提供頂く形とした。

C. 研究結果

①要支援段階から、手段的 ADL(日用品の買物等)は約 4-5 割、運動器関連(手すり等を使わない階段昇降等)は約 6-9 割、社会参

加(友人宅の訪問等)は約 3-6 割の高齢者が“していない”状況にあること ②要支援者の約 4 割は、過去 1 年間に転倒を経験し、約 8 割は転倒不安があること ③要支援者の約 2-3 割は閉じこもり状態(外出頻度:週 1 回未満)にあること ④要支援者の約 3-4 割は、“生活に充実感がない”“自分が役に立つ人間と思えない”、また、約 6 割は“以前楽に出来ていた事が今は億劫”と回答 など、要支援段階から様々な生活機能、特に歩行・移動、うつ・意欲に関連した機能や活動性が低下している実態が明らかとなった。

D. 考察および E. 結論

今回の分析で、意欲が低下している高齢者が多いことが判明したが、実効ある介護予防を実現するためには、高齢者自身が意欲を持って主体的に参加することが重要となる。

介護予防ケア・マネジメントでは、歩行・移動、うつ・意欲を含めた生活機能アセスメントと適切なコミュニケーション技法を通じて、高齢者が抱えているギャップ（①希望と現実 ②能力と実行状況）の把握と背景分析を行い、そのギャップを埋める（ADL 訓練等）、ないし希望を高める（成功体験等を通じて意欲を高める等）ための方法及び手順を、多職種で検討し、専門技法を適用し、再評価することが求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

川越雅弘(2006)「介護予防元年を振り返って」,『公衆衛生情報みやぎ』362, 3-4

2.学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

第1章 第一節 高齢者の生活機能と自然歴

研究報告1. 基本チェック項目からみた高齢者特性と生活機能に関する横断的研究

川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

1. はじめに

2006年の介護制度改正の主要テーマの一つが、「どのような状態にある者であっても、生活機能の維持・向上を積極的に図り、要支援・要介護状態の予防およびその重症化の予防、軽減により、高齢者本人の自己実現の達成を支援すること¹⁾」を目的とした介護予防である。

今回の改正は、上記実現に向け、従来の三次予防（予防給付＋介護給付）の一部見直しを行うとともに、これに、①活動的な状態にある高齢者（以下、一般高齢者と略）を対象とした介護予防一般高齢者施策（一次予防） ②要支援・要介護状態となる恐れのある高齢者（以下、特定高齢者と略）を対象とした介護予防特定高齢者施策（二次予防）をも加えた形での、総合的な予防重視型システムへの転換を図ったものである。

さて、このうち、介護予防特定高齢者施策（二次予防）では、特定高齢者を、基本健康診査（以下、基本健診と略）、主治医からの連絡、地域での保健活動などの様々なチャネルを使って早期に把握し、必要に応じて早期に適切なサービスにつなげることが求められている。その際の特定高齢者把握・選定のためのツールとして厚生労働省から提示されたのが、「基本チェックリスト25項目」である²⁾。

これは、老人保健事業の見直しに関する検討会が、介護予防対策の観点から強化すべきとして挙げた5分野（運動器の機能低下、低栄養、口腔機能低下、閉じこもり、認知症及びうつ）の早期発見のための問診項目25項目から構成されるものであるが³⁾、予防給付対象者に対するアセスメント情報としても活用されることから、一般高齢者～特定高齢者～予防給付対象者までの共通アセスメント項目という性格も併せ持つ。さらに、本チェックリストは、高齢者の4割強が受診する基本健診場面⁴⁾でも活用されることから、要支援・要介護者を含む健診受診者を、認定情報とのマッチングによって分類することにより、介護給付対象者をも含めた共通アセスメント項目として活用が可能となる。

そこで、今回、島根県松江市の2006年度基本健診受診者を対象に、健診および介護認定データのマッチングを行い、これらデータの解析を通じて、基本チェック項目からみた高齢者特性と生活機能の関係性、高齢者の生活機能低下の流れを明らかにすることを目的とした調査研究を実施した。

2. 研究方法

1) 実施方法および倫理面への配慮

今回、基本健診における基本チェックリストデータ及び介護認定データの情報を、個人が特定できる情報（住所、氏名、生年月日など）を削除した上で、住民基本台帳番号でマッチングした包括的データベースを構築し、高齢者特性（性、年齢、要介護度）との関係性を評価することを企画した。

そこで、まず、本研究実施に当たり、松江市の首長に対し、研究概要と調査研究への協力要請を記載した書面を送付し、市内部で実施の可否、実施上の留意事項、提供可能なデータ項目などの内部検討を経た上で、同意の文書を書面により得た。なお、データマッチングは、市が実施し、さらに個人が特定可能な番号を任意番号に変換（匿名化）した上で、データを提供頂く形とした。

2) 対象

同市では、65歳以上高齢者 45,993 人に対し基本健診受診券を郵送、うち 25,741 人が平成 18 年度の基本健診（個別健診受診者 24,742 人、集団健診受診者 999 人）を受診した（受診率：55.96%）。このうち、個別健診受診者で、かつ、松江市版基本チェックリスト 30 項目全て（BMI 含む）に回答があった 22,252 人を解析対象とした（表 1）。

3) 解析方法

今回、性、年齢階級に加え、要介護度別にみた解析も加えるため、基本健診における基本チェックリストデータと介護認定データのデータリンケージを実施した。その上で、高齢者特性（性、年齢階級、要介護度）と基本チェックリスト項目との関係性に関する解析を行った。なお、解析には、統計パッケージ SPSS Ver.14.0 を用いた。

3. 研究結果

1) 対象者の主なプロフィール

表 2 に、対象者 22,252 人の性・年齢階級別にみた対象者数を示す。

性別内訳は、「男性」7,936 人(構成比 35.7%)、「女性」14,316 人(64.3%)、年齢階級別内訳は、「65-74 歳」9,998 人(44.9%)、「75-84 歳」9,339 人(42.0%)、「85 歳以上」2,915 人(13.1%)で、平均年齢は 76.2±7.0 歳(男性 75.6±6.6 歳、女性 76.5±7.3 歳)であった。

表 3 に、年齢階級別要介護度別にみた対象者数を示す。

要介護度別内訳は、「非該当」19,242 人(86.5%)、「要支援」1,003 人(4.5%)、「要介護 1」819 人(3.7%)、「要介護 2-3」694 人(3.1%)、「要介護 4-5」494 人(2.2%)であった。

なお、要介護度別にみた平均年齢は、「非該当」75.0±6.3 歳、「要支援」82.3±6.1 歳、「要介護 1」83.7±7.0 歳、「要介護 2-3」84.4±7.4 歳、「要介護 4-5」86.0±7.6 歳であった。

表 2. 性・年齢階級別にみた対象者数

年齢	男性		女性		総数	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
65-74 歳	3,751	47.3	6,247	43.6	9,998	44.9
75-84 歳	3,386	42.7	5,953	41.6	9,339	42.0
85 歳≤	799	10.1	2,116	14.8	2,915	13.1
合計	7,936	100.0	14,316	100.0	22,252	100.0

表 3. 年齢階級別要介護度別にみた対象者数

(単位:人)

	非該当	要支援	要介護			総数
			1	2-3	4-5	
65-74 歳	9,693	109	95	65	36	9,998
75-84 歳	8,064	519	308	276	172	9,339
85 歳≤	1,485	375	416	353	286	2,915
合計	19,242	1,003	819	694	494	22,252

注1. ここでの「要支援」とは、旧要支援者と新要支援者(要支援 1 と 2)の合計である。

2) 項目別にみた年齢階級別要介護度別ネガティブ回答率

厚生労働省が提示した基本チェックリスト 25 項目は、①手段的 ADL⁵⁾(Instrumental Activities of Daily Living、以下 IADL と略)や社会的役割⁶⁾に関する 5 項目(表 1 の No.1~5) ②運動器に関する 5 項目(同 No.6~10) ③低栄養に関する 2 項目(同 No.11~12) ④口腔機能に関する 3 項目(同 No.13~15) ⑤閉じこもりに関する 2 項目(同 No.16~17) ⑥認知機能に関する 3 項目(同 No.18~20) ⑦うつに関する 5 項目(同 No.25~30) で構成されている。松江市では、これら 25 項目に加え、IADL に関する 1 項目(No.26:請求書の支払いをしていますか)、運動器に関する 1 項目(No.27:片足立ちで靴下がはけますか)、低栄養に関する 3 項目(No.28:自分で食事の準備をしていますか、No.29:1 人で食事をする人が多いですか、No.30:1 日 3 食摂っていますか)の 5 項目を加え、合計 30 項目としている。

以下、各領域別に、年齢階級別要介護度別にみた項目別ネガティブ回答率(=対象者に占めるネガティブ回答者の割合)の関係をみる(図 1-7)。

① 手段的 ADL／社会的役割(No.1-5, No.26)

まず、非該当者における 6 項目のネガティブ回答率を年齢階級別にみると、「65-74 歳」4-12%、「75-84 歳」10-17%、「85 歳以上」27-40%と、6 項目とも特に 85 歳以上でネガティブ回答率が急増していた。項目別では、“バスや電車で 1 人で外出していない”が、他の 5 項目に比べ、全年齢階級でネガティブ回答率が高かった。

次に、要支援をみると、ネガティブ回答率は、「65-74 歳」28-59%、「75-84 歳」27-56%、「85 歳以上」41-74%と、非該当に比べ、6 項目とも全年齢階級でネガティブ回答率が大幅に増加していた。項目別では、“バスや電車で 1 人で外出していない”が、他の 5 項目に比べ、全年齢階級で、非該当～要支援間でのネガティブ回答率が最も増加していた。

② 運動器関連(No.6-10)

まず、非該当者における 5 項目のネガティブ回答率を年齢階級別にみると、「65-74 歳」8-29%、「75-84 歳」14-46%、「85 歳以上」23-62%と、加齢に伴いネガティブ回答率が増加する傾向にあったが、その増加率は項目で差がみられた。具体的には、“壁や手すりを使って階段を昇っている”“転倒に対する不安が大きい”“片足立ちで靴下がはけない”の 3 項目は、「65-74 歳」段階から他項目に比べネガティブ回答率が高く、また、加齢に伴う増加率も高かった。

次に、要支援をみると、ネガティブ回答率は、「65-74 歳」39-82%、「75-84 歳」40-85%、「85 歳以上」41-90%と、非該当に比べ、6 項目とも全年齢階級でネガティブ回答率が大幅に増加していた。項目別にみると、「65-74 歳」では、“片足立ちで靴下がはけない”が 57 ポイント増(25%→82%)、「75-84 歳」では、“何かにつかまらなさと椅子から立ち上がれない”が 46 ポイント増(18%→64%)、「85 歳以上」では、“何かにつかまらなさと椅子から立ち上がれない”が 33 ポイント増(37%→70%)と、他の 5 項目に比べ、非該当～要支援間でのネガティブ回答率が最も増加していた。

③ 低栄養関連(No.11-12, No.28-30)

低栄養に関しては、低栄養のスクリーニング用 2 項目(No.11-12)以外に、食事に関連する IADL1 項目(No.28:自分で食事の準備をしていますか)、食習慣に関する 1 項目(No.30:1 日 3 食摂っていますか)、低栄養のリスク要因に関する 1 項目⁷⁾(No.29:1 人で食事をする人が多いですか)の計 5 項目を調査した。

まず、低栄養のスクリーニングのうち、“半年間で体重が 2-3Kg 減少した”をみると、全年齢階級で「要支援」で最も多く、「65-74 歳」26%、「75-84 歳」24%、「85 歳以上」18%であった。非該当では、「85 歳以上」が最も多いものの、要支援～要介護 3 では「65-74 歳」が最も多かった。次に、“BMI が 18.5 未満”をみると、年齢及び要介護度が高くなるほど、ネガティブ回答率も高くなり、要介護 4-5 では、「65-74 歳」31%、「75-84 歳」32%、「85 歳以上」44%であった。

“自分で食事の準備をしていない”は、他の IADL 項目とほぼ同様の傾向に、また、“1 人で食事をする人が多い”は、要支援者でネガティブ回答率が最も多かった。“1 日 3 食摂っているか”は、年齢や要介護度に関係なく、約 3-8%と一定であった。

④ 口腔機能関連(No.13-15)

まず、非該当における 3 項目のネガティブ回答率を年齢階級別にみると、「65-74 歳」11-15%、「75-84 歳」16-21%、「85 歳以上」18-27%と、加齢に伴いネガティブ回答率が増加する傾向にあった。

次に、要支援をみると、ネガティブ回答率は、「65-74 歳」では 26-29%、「75-84 歳」では 24-36%、「85 歳以上」では 29-35%と、非該当に比べ、3 項目とも全年齢階級でネガティブ回答率が増加していた。

ただし、要介護 1 以上では、項目毎にネガティブ回答率の状況が異なっていた。具体的には、“半年前に比べ固い物が食べにくい”のネガティブ回答率は、要支援以上はほぼ 3 割前後で一定であった。また、“お茶や汁物等でむせることがあるか”では、要介護度が高くなるほどネガティブ回答率が高くなり、要介護 4-5 では約 4 割が該当していた。ただし、要支援以上では、年齢階級による差はみられなかった。また、“口の中の渴きが気になる”では、要支援者のネガティブ回答率が他に比べ最も高かった。

⑤ 閉じこもり関連(No.16-17)

閉じこもりの定義⁸⁾である“外出は週 1 回未満である”をみる。

まず、非該当では、「65-74 歳」6%、「75-84 歳」11%、「85 歳以上」23%、要支援では、「65-74 歳」18%、「75-84 歳」25%、「85 歳以上」32%、要介護 1 では、「65-74 歳」27%、「75-84 歳」32%、「85 歳以上」42%と、年齢や要介護度が高くなるほど閉じこもり者の割合が増加していた。また、要介護 1 の約 3-4 割が閉じこもり者に該当していた。

次に、“昨年と比べ外出頻度が減少しているか”をみると、非該当では、「65-74 歳」14%、「75-84 歳」28%、「85 歳以上」43%、要支援では、「65-74 歳」45%、「75-84 歳」53%、「85 歳以上」62%と、85 歳以上の非該当者の 4 割、要支援者の 5-6 割に、外出頻度の低下がみられた。

⑥ 認知機能関連(No.18-20)

まず、“周囲から物忘れがあると言われるか”の年齢階級別ネガティブ回答率をみると、非該当では、「65-74 歳」13%、「75-84 歳」20%、「85 歳以上」30%、要支援では、「65-74 歳」27%、「75-84 歳」28%、「85 歳以上」34%と、年齢や要介護度が高くなるほどネガティブ回答率は増加していた。なお、この増加傾向は要介護 2-3 まで続いた後、要介護 4-5 で減少に転じていた。

次に、“自分で調べて電話をかけることをしていない”をみると、非該当者の年齢階級別ネガティブ回答率は、「65-74 歳」6%、「75-84 歳」6%、「85 歳以上」19%、要支援では、「65-74 歳」20%、「75-84 歳」12%、「85 歳以上」27%と、要介護度が高くなるほどネガティブ回答率は増加していた。なお、ネガティブ回答率は、要支援と要介護 1、要介護 1 と要介護 2-3 の間において、全年齢階級で急増していた。

次に、“今日が何月何日かわからない時がある”をみると、非該当者の年齢階級別ネガティブ回答率は、「65-74 歳」17%、「75-84 歳」21%、「85 歳以上」33%、要支援では、「65-74 歳」31%、「75-84 歳」36%、「85 歳以上」46%と、年齢や要介護度が高くなるほどネガティブ回答率は増加していた。

⑦ うつ関連(No.26-30)

まず、非該当者における5項目のネガティブ回答率を年齢階級別にみると、「65-74歳」6-22%、「75-84歳」11-35%、「85歳以上」18-43%と、5項目とも加齢にともないネガティブ回答率は増加傾向にあった。項目別では、“以前楽に出来ていた事が今は億劫である”“わけもなく疲れた感じがする”が、他の3項目に比べ、全年齢階級でネガティブ回答率が高かった。

次に、要支援をみると、ネガティブ回答率は、「65-74歳」28-60%、「75-84歳」23-58%、「85歳以上」29-60%であり、非該当に比べ、5項目とも全年齢階級でネガティブ回答率が増加していた。項目別では、“以前楽に出来ていた事が今は億劫である”が、他の4項目に比べ、全年齢階級で、非該当～要支援間でのネガティブ回答率が最も増加していた。

ここで、以上の結果をもとに、「非該当～要介護1」における年齢階級別にみたネガティブ回答率の上位10項目をまとめた(表4)。

図 1. 基本チェック項目別にみた年齢階級別要介護度別ネガティブ回答率～IADL 等～

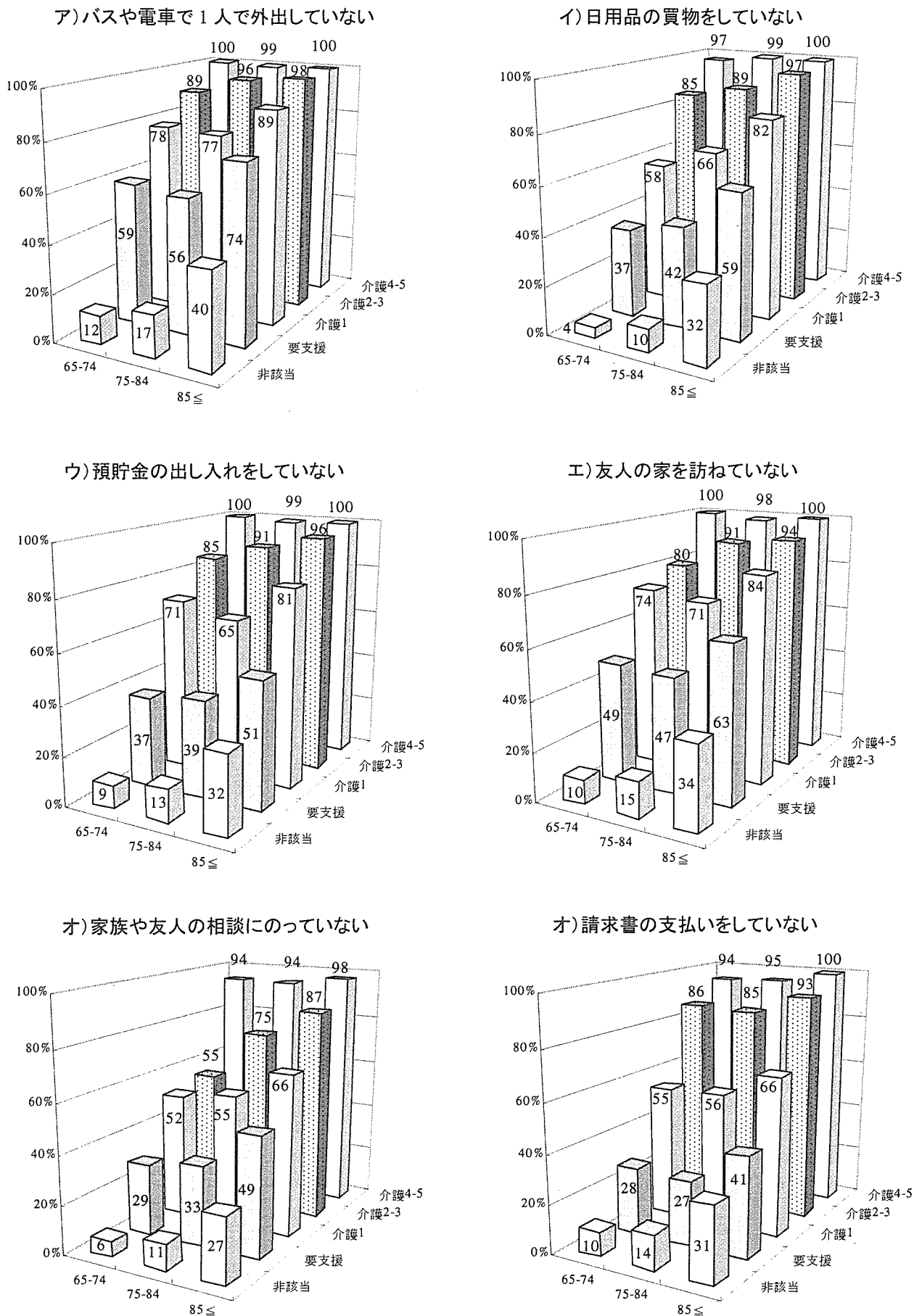
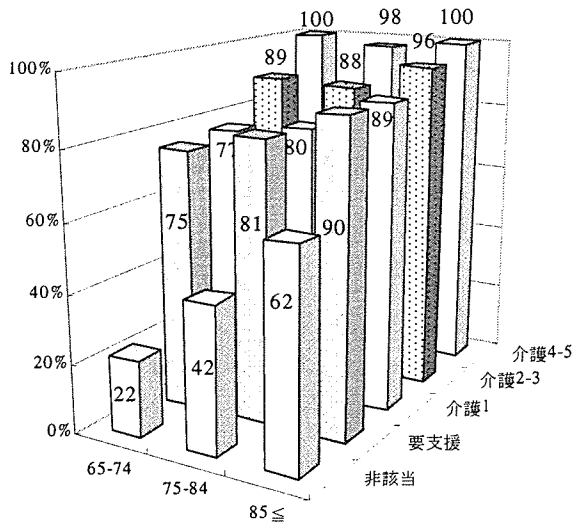
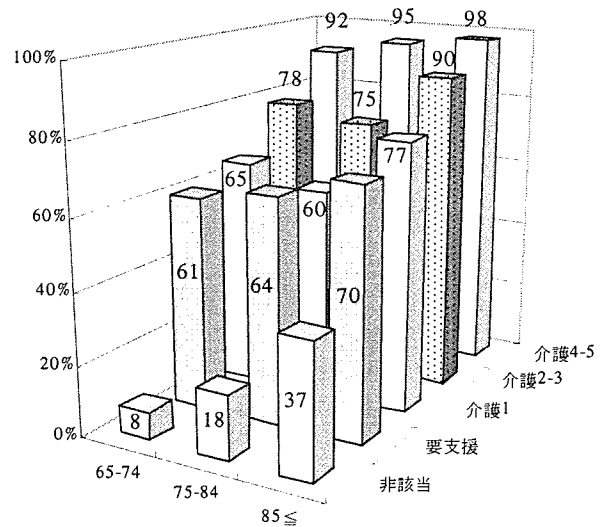


図 2. 基本チェック項目別にみた年齢階級別要介護度別ネガティブ回答率～運動器関連～

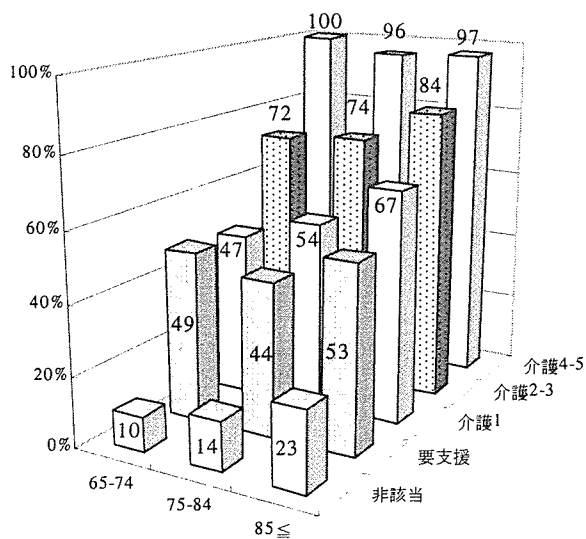
ア) 壁や手すりを使って階段を昇っている



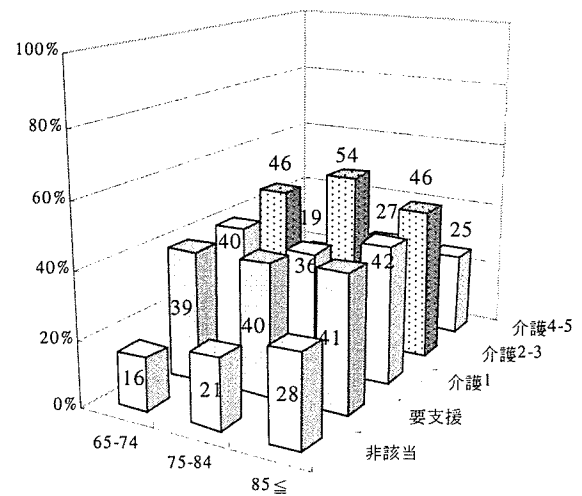
イ) 何かにつかまらないと椅子から立ち上がれない



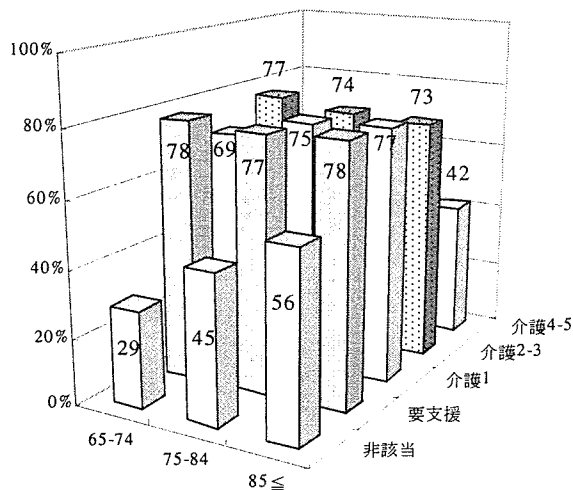
ウ) 15分間続けて歩いたりしてはしていない



エ) この1年間に転んだことがある



オ) 転倒に対する不安が大きい



カ) 片足立ちで靴下がはけない

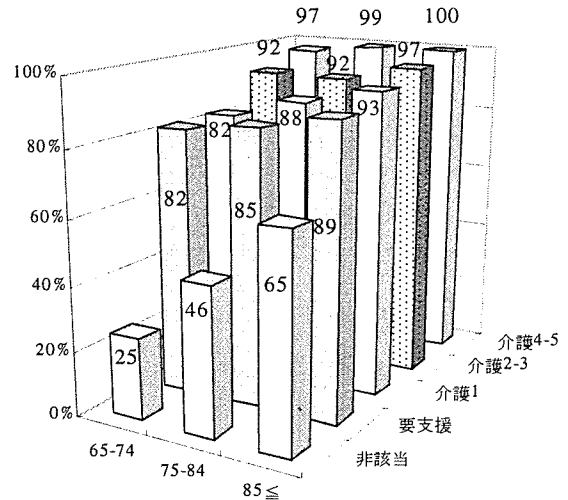
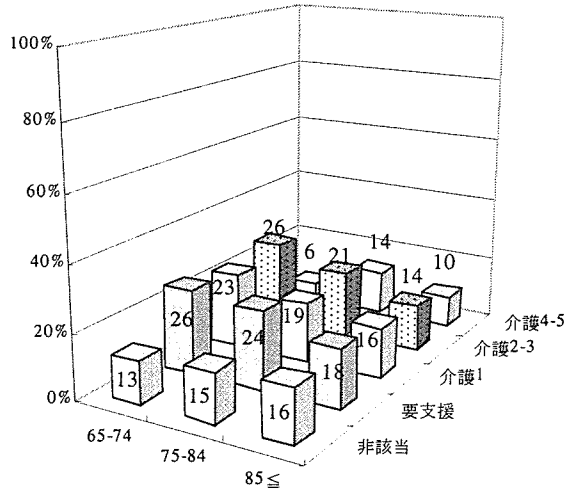
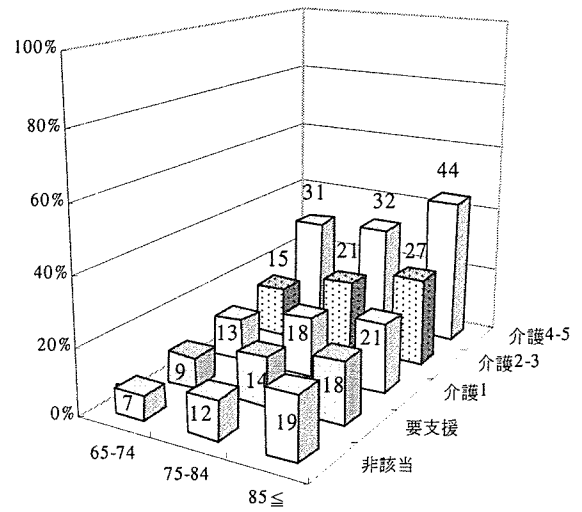


図 3. 基本チェック項目別にみた年齢階級別要介護度別ネガティブ回答率～栄養関連～

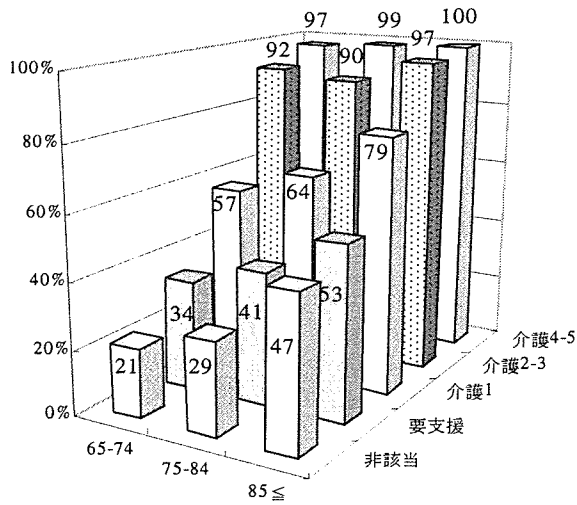
ア) 半年間で2-3Kg以上体重が減少した



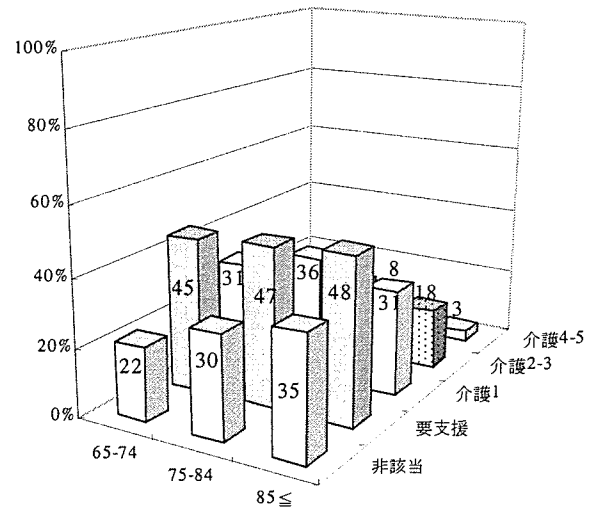
イ) BMIが18.5未満である



ウ) 自分で食事の準備をしていない



エ) 1人で食事が多い



オ) 1日3食摂っていない

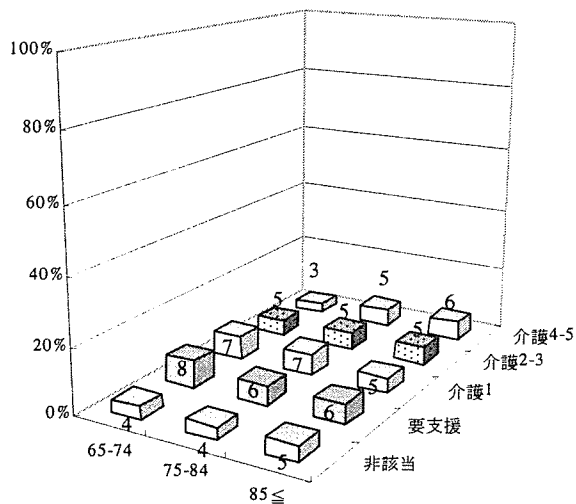
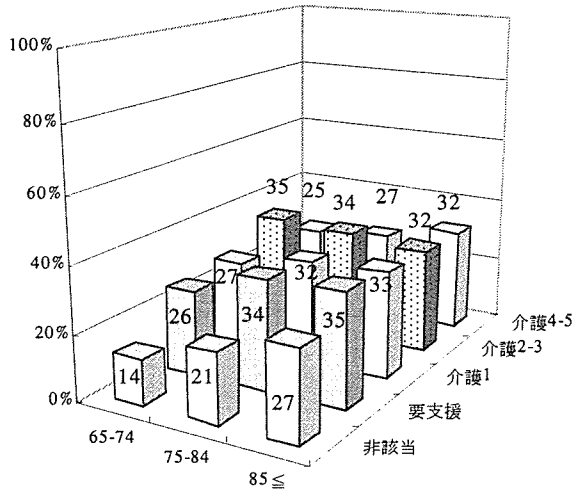
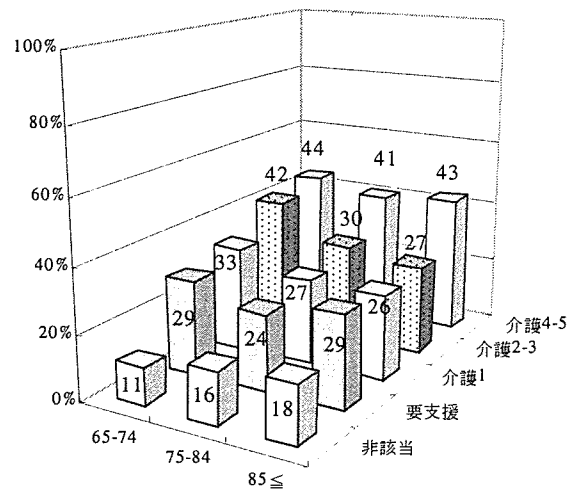


図4 基本チェック項目別にみた年齢階級別要介護度別ネガティブ回答率～口腔機能関連～

ア) 半年前に比べ固い物が食べにくい



イ) お茶や汁物でむせることがある



ウ) 口の中の渇きが気になる

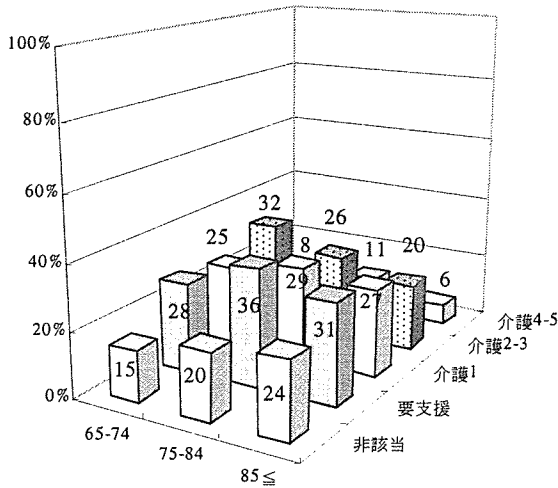
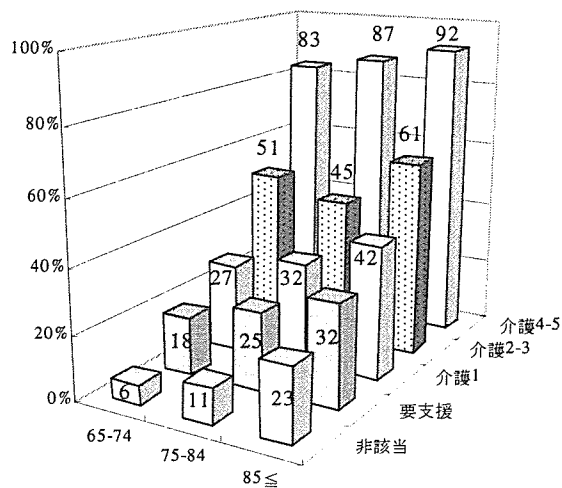


図5. 基本チェック項目別にみた年齢階級別要介護度別ネガティブ回答率～閉じこもり関連～

ア) 外出は週1回未満である



イ) 昨年と比べ外出回数が減少している

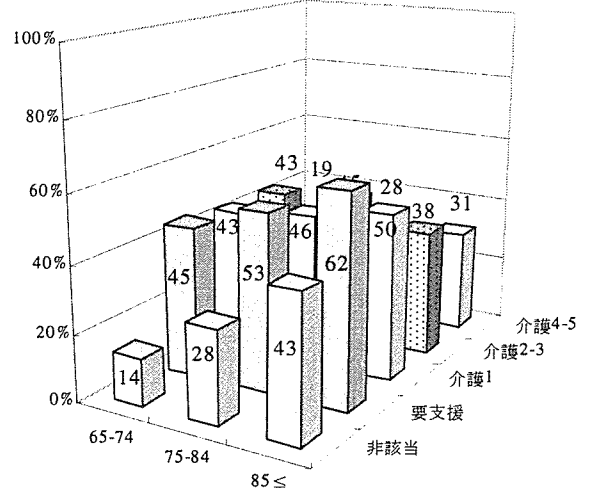
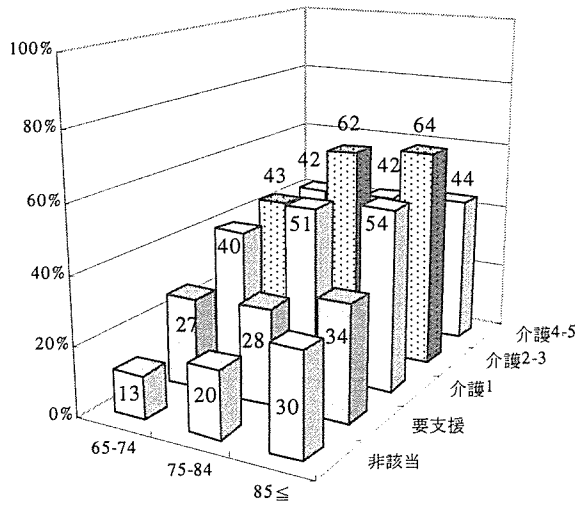
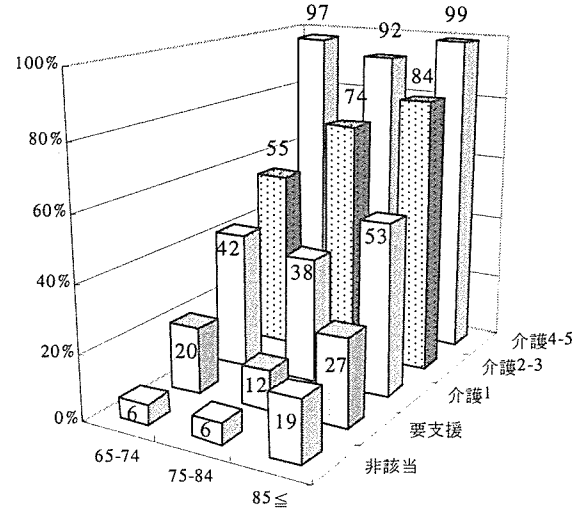


図 6. 基本チェック項目別にみた年齢階級別要介護度別ネガティブ回答率～認知機能関連～

ア) 周囲から物忘れがあると言われる



イ) 自分で調べて電話をかけることはしていない



ウ) 今日が何月何日かわからない時がある

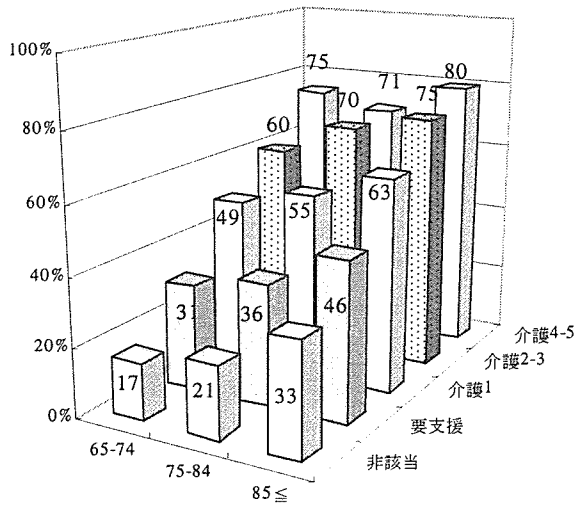
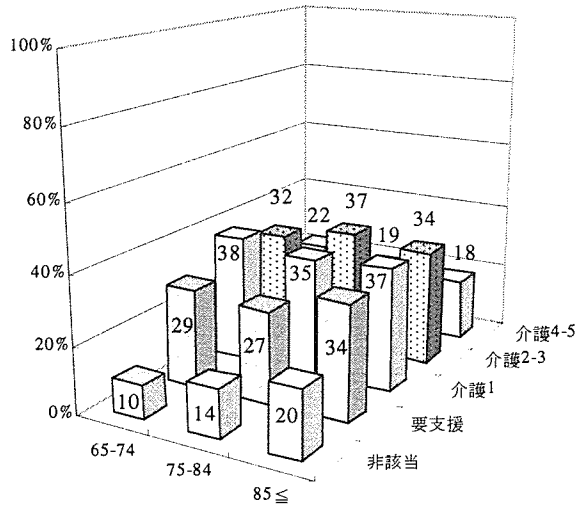
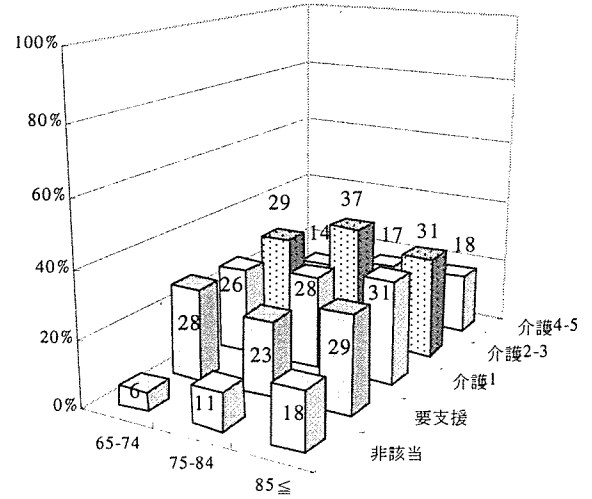


図 7. 基本チェック項目別にみた年齢階級別要介護度別ネガティブ回答率～うつ関連～

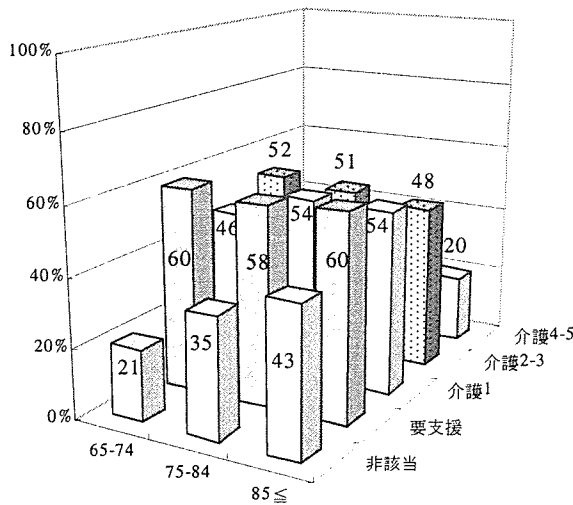
ア) 生活に充実感がない



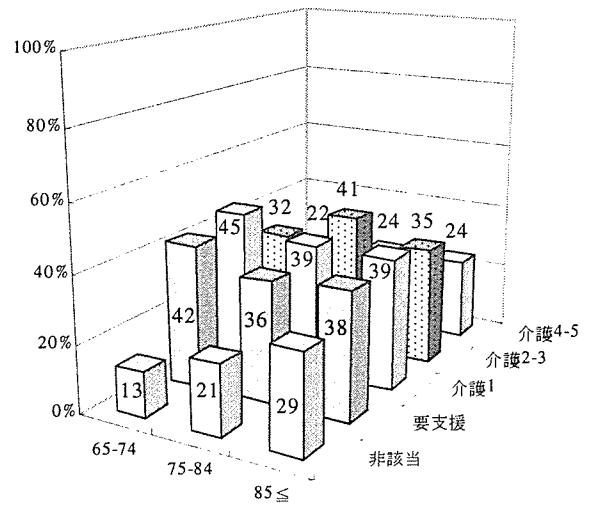
イ) これまでのように楽しめなくなった



ウ) 以前楽に出来ていた事が今は億劫である



エ) 自分が役に立つ人間と思えない



オ) わけもなく疲れた感じがする

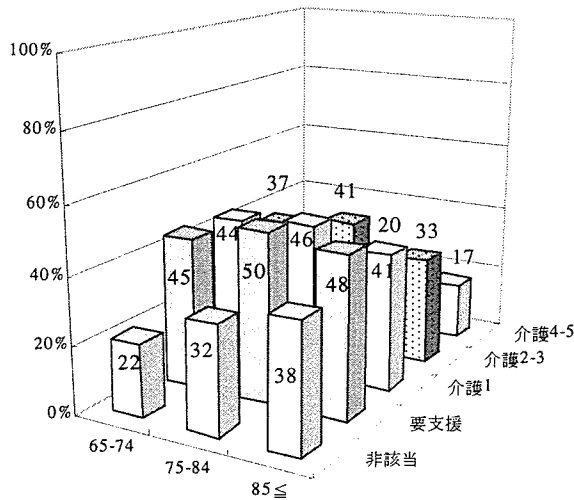


表 4. 年齢階級別にみたネガティブ回答上位 10 項目(非該当～要介護 1)

ア) 65-74 歳

	非該当 (N=9,693)		要支援 (N=109)		要介護 1 (N=95)	
	項目名	ネガティブ 回答率(%)	項目名	ネガティブ 回答率(%)	項目名	ネガティブ 回答率(%)
第 1 位	転倒不安	29.1	片足立ち	81.7	片足立ち	82.1
第 2 位	片足立ち	25.4	転倒不安	78.0	バスでの外出	77.9
第 3 位	階段昇降	22.2	階段昇降	75.2	階段昇降	76.8
第 4 位	疲れ	21.7	椅子立上り	60.6	友人宅訪問	73.7
第 5 位	一人食事	21.6	億劫さ	59.6	貯金出入れ	70.5
第 6 位	食事準備	21.3	バスでの外出	58.7	転倒不安	69.5
第 7 位	億劫さ	20.7	15 分歩行	48.6	椅子立上り	65.3
第 8 位	日付認識	16.7	友人宅訪問	48.6	買物	57.9
第 9 位	転倒歴	15.7	一人食事	45.0	食事準備	56.8
第 10 位	口の渇き	15.5	外出低下	45.0	請求書支払	54.7
			疲れ	45.0		

イ) 75-84 歳

	非該当 (N=8,064)		要支援 (N=519)		要介護 1 (N=308)	
	項目名	ネガティブ 回答率(%)	項目名	ネガティブ 回答率(%)	項目名	ネガティブ 回答率(%)
第 1 位	片足立ち	45.7	片足立ち	84.6	片足立ち	88.3
第 2 位	転倒不安	44.7	階段昇降	81.1	階段昇降	79.5
第 3 位	階段昇降	42.4	転倒不安	76.7	バスでの外出	76.6
第 4 位	億劫さ	34.8	椅子立上り	64.0	転倒不安	75.3
第 5 位	疲れ	32.1	億劫さ	58.2	友人宅訪問	70.8
第 6 位	一人食事	30.2	バスでの外出	56.3	買物	66.2
第 7 位	食事準備	28.6	外出低下	53.0	貯金出入れ	65.3
第 8 位	外出低下	27.7	疲れ	50.5	食事準備	64.3
第 9 位	日付認識	21.1	友人宅訪問	47.0	椅子立上り	60.1
第 10 位	固い物	21.0	一人食事	46.6	請求書支払	55.5

ウ) 85 歳以上

	非該当 (N=1,485)		要支援 (N=375)		要介護 1 (N=416)	
	項目名	ネガティブ 回答率(%)	項目名	ネガティブ 回答率(%)	項目名	ネガティブ 回答率(%)
第 1 位	片足立ち	65.1	階段昇降	89.6	片足立ち	93.3
第 2 位	階段昇降	62.1	片足立ち	89.1	階段昇降	89.2
第 3 位	転倒不安	55.6	転倒不安	77.9	バスでの外出	89.2
第 4 位	食事準備	46.9	バスでの外出	73.6	友人宅訪問	84.1
第 5 位	外出低下	42.8	椅子立上り	70.4	買物	82.5
第 6 位	億劫さ	42.6	友人宅訪問	63.5	貯金出入れ	80.5
第 7 位	バスでの外出	40.0	外出低下	62.4	食事準備	79.1
第 8 位	疲れ	37.6	億劫さ	59.7	転倒不安	76.7
第 9 位	椅子立上り	37.3	買物	59.5	椅子立上り	76.7
第 10 位	一人食事	35.5	食事準備	53.3	15 分歩行	66.6