

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（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 19 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 20 (2008) 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
－外来通院高齢者について－
2. 在宅生活高齢者の生活機能の経時的変化
－介護予防のニーズ、リスク因子の同定のために－
3. 介護予防ケアマネジメントに関する認識調査
－生活機能低下の2モデルと3契機を中心に－

III. 研究成果の刊行物

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 大川弥生 国立長寿医療センター 研究所 部長

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。

今年度は、介護予防システム・プログラムの中で医療が果たす役割を確認するために、何らかの疾患をもっているが入院はせず外来通院している在宅生活高齢者、特に非要介護認定者を対象として（N=2,969）、生活機能の実態及び過去1年間の生活機能の変化を検討し、介護予防の対象となる生活機能低下、低下者の特性、影響する要因、リスク因子などについて分析を加えた。また、介護保険サービス関係者（N=325名）に対して、介護予防の具体的ターゲットである生活不活発病を中心に、介護予防ケアマネジメントに関する認識に関する調査を行った。

その結果、1)非要介護認定者でありながら高頻度の「活動」の「質」、「活動」の「量」、「参加」の低下がみられたこと、2)外来通院高齢者において、1年間のうちに明らかな「活動」の「質」及び「量」の低下をきたすものが少なからずいること、3)普遍的自立以下でありながら改善している人は極めて少なく、「活動」向上に向けての対応は不十分である可能性が高いこと、4)外来通院をしているにも関わらず低下者が多く、医療における生活機能向上の働きかけの必要性を示していること、5)生活機能の状態を示す評価点として、特に介護予防の観点から「自立」一般ではなく、「普遍的自立」と「限定的自立」を分けることが効果的であった。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」の対象のとりえ方としても効果的であること、6)またこれまで重視されてこなかった「普遍的自立」から「環境限定型自立」への低下に今後特に注意を払う必要があること、7)「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運動器障害以外の理由も多いこと、8)「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こと、9)生活の活発化にむけての十分な指導が必要である。「病気の場合は安静第一」との思い込みは強く、この誤解を解くには医療での積極的な関与が望まれるこ

と、10) これまで医療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こと、11) 医療機関でも積極的な介護予防への介入が必要であること、等である。

今後、以上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・システムの開発や啓発が必要と考えられる。

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）

「生活機能低下の2モデル」と「生活不活発病発生の3契機」に重点をおいて介護予防ケアマネジメントに関する認識に関する調査を行った。

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。

今年度は、介護予防システム・プログラムの中で医療が果たす役割を確認するために、何らかの疾患をもっているが入院はせず外来通院している在宅生活高齢者、特に非要介護認定者を対象として(N=2,969)、生活機能の実態及び過去1年間の生活機能の変化を検討し、介護予防の対象となる生活機能低下、低下者の特性、影響する要因、リスク因子などについて分析を加えた。

また生活機能向上にむけた介護予防ケアマネジメント構築を目的として、介護保険サービス関係者(N=325名)に対して、介護予防の具体的ターゲットである生活不活発病を中心に、特に実践的意義が大きい

B. 研究方法

地域の中核病院である7病院の外来を連続2週間間に受診した65歳以上の患者を対象として、直接面接法で実施したICF (WHO・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(本研究及び厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業等で実施)を再分析した。

対象外来患者は、4,520名で、分析対象者はそのうち65歳未満、年齢、性別不明を除いた3,669名とし、さらに、要介護認定の有無不明者は除外して非要介護認定者N=2,969、要介護認定者N=655に分け、そのうち非要介護認定者を中心に分析した。

意識調査は、県主催の県内在住の介護支援専門員、県・市町村保健師、介護保険関係者むけの、ICFと生活不活発病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325名を対象として、集会開催前にアンケート用紙を配布し、アンケートの個々の内容について

説明をしながら記入してもらい、回収した。アンケート回収後、その内容についての講演を行ない、知識の不足を補ってもらう形をとった。今回の分析は、地域支援事業・予防給付、介護給付に関するケアマネジメントの実務に従事している介護支援専門員、保健師、社会福祉士計 243 名を対象とした。うち地域支援事業・予防給付サービスにも従事しているのが 147 名、介護給付サービスのみに従事しているのが 96 名であった。

(倫理面への配慮)

主任研究者の所属機関の倫理委員会の審査を受け、承認を受けている。

C. 研究結果及び考察

1. 生活機能の実態分析による介護予防ケアマネジメントの課題の検討

ー外来通院高齢者についてー

1) 非要介護認定者でありながら高頻度の「活動」の「質」、「活動」の「量」、「参加」の低下がみられた。

2) 生活機能の状態を示す評価点として、特に介護予防の観点から「自立」一般ではなく、「普遍的自立」と「限定的自立」を分けることが効果的であった。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も効果的である。

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。「病気の場合は安静第一」との思い込みは強く、この誤解を解くには医療での積極的な関与が望まれる。

6) これまで医療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) 医療機関でも積極的な介護予防への介入が必要である。

8) 今後、以上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・システムの開発や啓発が必要と考えられる。

2. 在宅生活高齢者の生活機能の経時的変化ー介護予防のニーズ、リスク因子の同定のためにー

1) 今回の調査結果から外来通院高齢者において、1 年間のうちに明らかな「活動」の「質」及び「量」の低下をきたすものが少なからずいること、

2) 普遍的自立以下でありながら改善している人は極めて少なく、「活動」向上に向けての対応は不十分である可能性が高いこと、

3) 外来通院をしているにも関わらず低下者が多く、医療における生活機能向上の働きかけの必要性を示していること、

4) これまで重視されてこなかった「普遍的自立」から「環境限定型自立」への低下に今後特に注意を払う必要があること、

5) 介護予防の効果を論じる際は行政上の効果のみでなく、医療機関での対応による効果をも含めて検討する必要があると考えられ、介護予防のシステムを行政、医

療、自助・共助の3つの柱で再構築する必要があること、等である。

3. 介護予防ケアマネジメントに関する認識調査－生活機能低下の2モデルと3契機を中心に－

1) 介護予防の必要性に関する認識は、「要介護状態の進行を予防することも介護予防である」ことの認識が3分の1強と不十分。

2) 生活不活発病（廃用症候群）の把握状況及び生活不活発病予防・改善に向けたケアプランの作成状況は不十分であった。また作成を「難しい」と感じている者が4割弱であったが、これは生活不活発病についての理解が不十分であることも関係していると思われる。

3) 生活不活発病についての利用者への説明は不十分。

4) 生活機能低下の2類型、生活不活発病の発生の3契機はともに理解は不十分。

5) 「活動」についての認識の向上が望まれる。現状としては、例えば3契機のうち最も認識が不十分であったのが「活動」の「質」の低下であった。また、「活動」レベル、特に潜在的な生活機能を引き出す大きなヒントになる「できる活動」の把握は不十分。

6) 生活の活発化の要となる歩行についての把握や実用歩行向上に向けての働きかけや歩行補助具の活用は不十分。歩行器・歩行車だけでなく、屋外歩行での歩行補助具の活用や目的行為や使用場所によって歩行補助具の使い分けが望まれる。

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、また「活動」（特に「質」）についての啓発が必要で

あるといえよう。

E. 結論

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。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- Okawa Y, Ueda S, Shuto K, Mizoguchi T : Development of criteria for the qualifiers of activity and participation in the 'International Classification of Functioning, Disability and Health' based on the accumulated data of population surveys. *Int J Rehabil Res* 31(1):97-100, 2008
- 大川弥生：生活機能とは何か；ICF：国際生活機能分類の理解と活用．東京大学出版会（東京），2007
- 大川弥生：生活不活発病（廃用症候群）としての褥瘡．*ナーシング・トゥデイ* 22（6）：8－16
- Okawa Y, Ueda S, Shuto K : Impacts of Health Condition and Disability on the Functioning of Older Population: Another Evidence in Support of Japanese Criteria of ICF Qualifiers. *Int J Rehabil Res.* (in press)

- ・大川弥生：生活不活発病（廃用症候群）の予防．認知症の予防と治療．長寿科学振興財団（東京），p49－60，2007

2. 学会発表

- ・大川弥生：生活機能向上の観点からの廃用症候群（生活不活発病）予防・改善の重要性．第33回日本整形外科スポーツ医学会学術集会（シンポジウム：高齢者運動器障害者の運動機能とその治療）．札幌．2007年6月14日

3. 報道等

- ・大川弥生：Medical Tribune 2007年7月26日 廃用症候群；生活機能全般の活発化で悪循環断つ
- ・大川弥生：産経新聞、2008年1月11日、介護職のチカラ：日常の活動向上 「あきらめない」を支援
- ・大川弥生：生活不活発病を防ごう；「病気のせい」「年のせい」とだけ考えるのはやめよう、Libella 100、2008
- ・大川弥生：生活不活発病を防ごう；予防・改善は生きがいのある活発な生活で、Libella 100、2008

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 －外来通院高齢者について－

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。我々は生活機能向上にむけた介護予防を支えるのは行政サービスのみでなく、医療、さらに自助・共助も重要で、これらの3つの柱を重視すべきと考えている。その観点から本年は在宅生活をしつつ、何らかの疾患をもって外来に通院している非要介護認定者 2,969 名について生活機能調査を行い、以下の点が明らかとなった。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と考えられる。

1) 「活動」の「質」、「活動」の「量」、「参加」の低下が高頻度にみられた。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、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。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」の対象のとりえ方として現実的に極めて重要である。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関して歩行困難を感じている人は多く、運動器障害以外の理由も多いことが判明した。また「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ことが確認された。5) 医療機関にかかっているにもかかわらず自己判断で体を動かすことを制限している人は少なくないなど、生活の活発化にむけての十分な指導が必要である。6) 以上をふまえて、医療機関での生活機能の観点からの積極的な介護予防への介入が必要である。

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。

そこで昨年度は、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、当該自治体で生活機能を介護予防ケアマネジメントの課題の明確化を目的として、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て分析した（非要介護認定者N=14,734、要介護認定者N=3,046）。

医療機関の役割の明確化を目的に、病院の外来を受診している高齢者を対象として、介護予防ケアマネジメントの課題の明確化を行うこととした。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

自治体の病院を含む地域の中核病院である7病院の外来で連続2週間の間に受診した65歳以上の患者を対象として、直接面接法で実施した。ICF（WHO・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（本研究及び厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業等で実施）を再分析した。

対象外来患者は、4,520名で、分析対象者はそのうち65歳未満、年齢、性別不明を除いた3,669名とし、さらに、要介護認定の有無不明者は除外して非要介護認定者N=2,969、要介護認定者N=655に分け、そのうち非要介護認定者を中心に分析した。

調査項目は本研究にて介護予防の効果判定として用いる予定の生活機能調査内容と

同一のものである。

（倫理面の配慮）

主任研究者の所属機関及び実施病院の倫理委員会にて審査を受け、研究の承認を受けた。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. 研究結果及び考察

I. 活動の状況

1. 「活動」の「質」（自立度）について

1) 屋外歩行

「活動」の「質」であり、生活不活発病予防の大原則である生活の活発化の要といえる歩行について、まず屋外歩行の状況を表1に示す。

「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73.1%、75～84歳では59.3%85歳以上では36.1%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19.1%、29.8%、42.4%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92.2%、89.1%、78.5%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「誰か一緒であれば歩いている」は2.1%、3.5%、4.9%、「全面的制限」である「外は歩いて

いない」は 3.5%、5.0%、12.2%、「行っていない」である「外は歩けない」は 0.9%、1.4%、3.4%であり、3者を合計した「非自立者計」は 6.5%、9.9%、20.5%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。

男女差でみると、「遠くへも一人で歩いている」は、65～74 歳では男性 77.1%に対し女性が 69.7%、同様に 75～84 歳は 65.6%対 54.7%、85 歳以上 37.0%対 35.5%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 81.4%、女性 76.6%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、すでに明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 割、2 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 2 割弱～4 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、いわば顕在的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、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。すなわち疾患・外傷のために外来通院していても、実は生活機能の面から、また制度的には介護予防の観点からの関与が必要な患者が多いといえる。特に非自立者 1～2 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 2 割～4 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、

医療面で用いられている ADL の自立度をみる評価法も「普遍的自立」と「限定的自立」を分けずに、自立としてまとめて評価しており。このような評価法を用いると、低下者の発見は遅れることとなる。

2) 自宅内歩行

自宅内歩行について表 2 に示す。

「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 92.8%、75～84 歳では 87.5%、85 歳以上では 72.2%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 4.4%、75～84 歳は 10.3%、85 歳以上は 22.4%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

97.2%、97.8%、94.6%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。

男女差で見ると、「何もつかまらずに歩いている」において、すべての年齢層で男性のほうが自立者は多かった。しかし、自

立群とすると男女差は少なくなった。

「部分的制限」である「誰かと一緒に歩いている」は0.1%、0.5%、0.5%、「全面的制限」である「ほとんどずっと這いなど」は0.3%、0.2%、0%、「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0.9%、0.6%、3.4%であり、これら3者を合計した「非自立者計」は1.3%、1.3%、3.9%と僅かではあるが存在し、年齢層とともに増加していた。

表1 屋外歩行の状況

	65-74歳			75-84歳			85歳-			総計
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	
遠くへも一人で歩いている	538名 77.1%	554名 69.7%	1092名 73.1%	354名 65.6%	400名 54.7%	754名 59.3%	30名 37.0%	44名 35.5%	74名 36.1%	1920名 64.7%
近くなら一人で歩いている	102 14.6%	183 23.0%	285 19.1%	136 25.2%	243 33.2%	379 29.8%	36 44.4%	51 41.1%	87 42.4%	751 25.3%
誰かと一緒に歩いている	13 1.9%	18 2.3%	31 2.1%	12 2.2%	32 4.4%	44 3.5%	4 4.9%	6 4.8%	10 4.9%	85 2.9%
ほとんど外は歩いている	27 3.9%	25 3.1%	52 3.5%	29 5.4%	34 4.7%	63 5.0%	10 12.3%	15 12.1%	25 12.2%	140 4.7%
外は歩けない	7 1.0%	7 0.9%	14 0.9%	6 1.1%	12 1.6%	18 1.4%	1 1.2%	6 4.8%	7 3.4%	39 1.3%
回答なし	11 1.6%	8 1.0%	19 1.3%	3 0.6%	10 1.4%	13 1.0%	0 0.0%	2 1.6%	2 1.0%	34 1.1%
計	698 100%	795 100%	1493 100%	540 100%	731 100%	1271 100%	81 100%	124 100%	205 100%	2969 100%

表2 自宅内歩行の状況

	65-74歳			75-84歳			85歳-			総計
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	
何もつかまらずに	501名 92.8%	654名 93.7%	732名 92.1%	1386名 92.8%	611名 83.6%	1112名 87.5%	67名 82.7%	81名 65.3%	148名 72.2%	2646名 89.1%
壁や家具を伝わって	31 5.7%	23 3.3%	43 5.4%	66 4.4%	100 13.7%	131 10.3%	12 14.8%	34 27.4%	46 22.4%	243 8.2%
誰かと一緒に歩いている	2 0.4%	1 0.1%	0 0.0%	1 0.1%	4 0.5%	6 0.5%	1 1.2%	0 0.0%	1 0.5%	8 0.3%
這うなどして動いている	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 0.3%	2 0.3%	2 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 0.2%
自力では動き回れない	3 0.6%	6 0.9%	7 0.9%	13 0.9%	4 0.5%	7 0.6%	1 1.2%	6 4.8%	7 3.4%	27 0.9%
回答なし	3 0.6%	14 2.0%	8 1.0%	22 1.5%	10 1.4%	13 1.0%	0 0.0%	3 2.4%	3 1.5%	38 1.3%
計	540 100%	698 100%	795 100%	1493 100%	731 100%	1271 100%	81 100%	124 100%	205 100%	2969 100%

「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 4.4%、10.3%、22.4%存在することが注目される。

「伝い歩き」は、我々はこれまで屋内歩行の具体的指導内容として杖などよりも室内では効果的であることを指摘してきたが、今回の調査で、非要介護認定者で全体で 1 割弱で実行されている、きわめて現実的な方法であることが確認された。伝い歩きの人は年齢が高いほど多く、また特に女性では 75～84 歳で 4.4%対 13.7%、85 歳以上で 14.8%対 27.4%と男性に比べて著しく多い。

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。

3) 身の回り行為

身の回り行為の状況について表 3 に示す。

「普遍的自立」である「外出時や旅行の時にも不自由はない」は 65～74 歳では

88.7%、75～84 歳では 84.3%、85 歳以上では 67.8%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「自宅内では不自由はない」は 5.2%、9.0%、16.1%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 93.9%、93.3%、93.9%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・屋内歩行と同様に、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「不自由はあるがなんとかしている」は 3.1%、3.2%、7.3%、「全面的制限」である「時々人の手を借りている」0.9%、1.3%、5.4%「行っていない」にあたる「ほとんど助けてもらっている」は 0.5%、0.7%、1.5%であり、これら 3 者を合計した「非自立者計」は 4.5%、

表 3 身の回り行為の状況

	65-74 歳			75-84 歳			85 歳-			総計
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	
外出・旅行時も不自由なし	629 名 90.1%	696 名 87.5%	132 名 88.7%	472 名 87.4%	600 名 82.1%	1072 名 84.3%	60 名 74.1%	79 名 63.7%	139 名 67.8%	2536 名 85.4%
自宅内では不自由はない	25 3.6%	53 6.7%	78 5.2%	46 8.5%	69 9.4%	115 9.0%	12 14.8%	21 16.9%	33 16.1%	226 7.6%
不自由はあるがなんとかしている	20 2.9%	26 3.3%	46 3.1%	12 2.2%	29 4.0%	41 3.2%	4 4.9%	11 8.9%	15 7.3%	102 3.4%
時々人の手を借りている	7 1.0%	6 0.8%	13 0.9%	2 0.4%	14 1.9%	16 1.3%	3 3.7%	8 6.5%	11 5.4%	40 1.3%
ほとんど助けてもらって	4 0.6%	3 0.4%	7 0.5%	3 0.6%	6 0.8%	9 0.7%	1 1.2%	2 1.6%	3 1.5%	19 0.6%
回答なし	13 1.9%	11 1.4%	24 1.6%	5 0.9%	13 1.8%	18 1.4%	1 1.2%	3 2.4%	4 2.0%	46 1.5%
計	698 100%	795 100%	1493 100%	540 100%	731 100%	1271 100%	81 100%	124 100%	205 100%	2969 100%

5.2%、14.2%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、すでに身の回り行為が自立していない、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4~5%と少なかったが、85歳以上では14%とかなりいることは注目しに値する。

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5.2%、9.0%、16.1%存在することが注目される。この限定的自立・非自立ともに活動向上の対象者として認識する必要がある。

男女差で見ると、「外出時や旅行の時にも不自由はない」において、すべての年齢層で男性のほうが自立者は多かった。

2. 「活動」の「量」(生活活動性)について

1) 外出頻度

外出頻度は特に「活動」の「量」及び「参

加」を示す生活活動性の指標として重要であるため調査した。その状況について表4に示す。

「ほぼ毎日」は65~74歳では72.1%、75~84歳では60.5%、85歳以上では43.9%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。「ほぼ毎日」と「週3回以上」、「週1回以上」を合計した「週1回以上」は94.3%、91.2%、80.0%であった。次いで「月1回以上」は1.9%、3.9%、8.8%、「ほとんど外出していない」は1.9%、3.4%、9.3%であり、年齢層が上がるとともに増加していた。

男女差について見ると、「ほぼ毎日」は65~74歳では男性77.7%に対し女性が67.2%、75~84歳は69.4%対53.9%、85歳以上は49.4%対40.3%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。また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。

表4 外出頻度の状況

	65-74歳			75-84歳			85歳-			総計
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	
ほぼ毎日	542名 77.7%	534名 67.2%	107名 72.1%	37名 69.4%	394名 53.9%	769名 60.5%	40名 49.4%	50名 40.3%	90名 43.9%	1935名 65.2%
週3回以上	72 10.3%	141 17.7%	213 14.3%	72 13.3%	160 21.9%	232 18.3%	18 22.2%	22 17.7%	40 19.5%	485 16.3%
週1回以上	45 6.4%	73 9.2%	118 7.9%	47 8.7%	110 15.0%	157 12.4%	13 16.0%	21 16.9%	34 16.6%	309 10.4%
月1回以上	8 1.1%	21 2.6%	29 1.9%	20 3.7%	29 4.0%	49 3.9%	3 3.7%	15 12.1%	18 8.8%	96 3.2%
ほとんど外出 していない	14 2.0%	14 1.8%	28 1.9%	20 3.7%	23 3.1%	43 3.4%	6 7.4%	13 10.5%	19 9.3%	90 3.0%
回答なし	17 2.4%	12 1.5%	29 1.9%	6 1.1%	15 2.1%	21 1.7%	1 1.2%	3 2.4%	4 2.0%	54 1.8%
計	698 100%	795 100%	1493 100%	540 100%	731 100%	1271 100%	81 100%	124 100%	205 100%	2969 100%

2) 日中活動性

日中の活動性については表5に示す。

「外でもよく動いている」は65～74歳では71.8%、75～84歳では59.6%、85歳以上では43.4%であり、「家の中ではよく動く」は65～74歳では14.2%、75～84歳では16.8%、85歳以上では22.4%であった。

一方「座っていることが多い」は8.4%、14.2%、20.5%であり「時々横になっている」は2.7%、6.1%、8.3%「ほとんど横になっている」は0.8%、1.8%、3.4%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。

II. 参加の状況

生活不活発病発生の契機として「活動の量」の低下、「活動の質」の低下とともに「参

加」の低下は大きな要因である。

そこで生活不活発病の予防・改善には「参加」の向上が重要である。特に、生きがいのある活発な生活を送っていることで自然に活発な生活が送れることが重要で、それにより生活不活発病を予防・改善することができ、介護予防としてもっとも望ましい姿を実現することができる。また介護予防の3つの柱の一つである「自助・共助」としての地域づくりの中で達成すべき大きな目標でもある。

そこで「参加」の中でも特に高齢者の中では多くの人々に関係することの大きい、家の中の役割、対人関係、趣味・スポーツの現状の3点について調査した。

1) 家の中の役割

家の中の役割の状況について表6に示す。「普遍的自立」である「ほぼ全部している」は65～74歳では57.8%、75～84歳では51.6%、85歳以上では34.6%と年齢が進むほどともに低下した。

表5 日中活動性の状況

	65-74歳			75-84歳			85歳-			総計
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	
外でもよく動いている	520名 74.5%	552名 69.4%	1072名 71.8%	354名 65.6%	404名 55.3%	758名 59.6%	38名 46.9%	51名 41.1%	89名 43.4%	1919名 64.6%
家の中ではよく動いている	65 9.3%	147 18.5%	212 14.2%	64 11.9%	149 20.4%	213 16.8%	19 23.5%	27 21.8%	46 22.4%	471 15.9%
座っていることが多い	73 10.5%	53 6.7%	126 8.4%	79 14.6%	101 13.8%	180 14.2%	18 22.2%	25 20.2%	43 21.0%	349 11.8%
時々横になっている	18 2.6%	22 2.8%	40 2.7%	31 5.7%	46 6.3%	77 6.1%	5 6.2%	12 9.7%	17 8.3%	134 4.5%
ほとんど横になっている	5 0.7%	7 0.9%	12 0.8%	5 0.9%	18 2.5%	23 1.8%	0 0.0%	7 5.6%	7 3.4%	42 1.4%
回答なし	17 2.4%	14 1.8%	31 2.1%	7 1.3%	13 1.8%	20 1.6%	1 1.2%	2 1.6%	3 1.5%	54 1.8%
計	698 100%	795 100%	1493 100%	540 100%	731 100%	1271 100%	81 100%	124 100%	205 100%	2969 100%

それに対し「限定的自立」である「一部している」では65～74歳では12.3%、75～84歳は16.1%、85歳以上は22.4%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70.1%、67.7%、57.0%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。

「部分的制限」である「時々している」、「全面的制限」である「ほとんどしていない」、「行っていない」にあたる「全くしていない」3者を合計した「非自立者計」は28.4%、30.8%、41.0%と、年齢層とともに増加していた。

このように、すでに家での役割が自立していない、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3割弱と少なかったが、85歳以上では4割強とかなりいる。

それに加えて「限定的自立」の状態も潜在的な生活機能低下群がであり、合計すると4～6割強にもものぼることが注目される。

男女差で見ると、「ほぼ全部している」で

は、65～74歳では男性25.8%に対し女性が85.9%、同様に75～84歳は27.0%対69.8%、85歳以上は23.5%対41.9%と、すべての年齢層で女性のほうが自立者は多かった。

2) 対人関係

対人関係の状況について表7に示す。

「活発（高いレベル）」は65～74歳では75.3%、75～84歳では77.0%、85歳以上では65.9%であり、「部分的に行っている」は65～74歳では11.4%、75～84歳では9.9%、85歳以上では15.6%であった。「全くしていない」は7.8%、10.0%、16.1%であった。

3) 趣味・スポーツ

表8に示すように、「活発（高いレベル）」が、65～74歳では43.7%、75～84歳では、35.9%、85歳以上では、29.3%であり、「部分的に行っている」が22.5%、23.2%、30.7%と比較的に活発であった。しかし一方で、「全くしていない」が29.5%、37.5%、35.6%と年齢をおうごとに活発（高いレベル）は低下し、全くしていないが増加している。

表6 家の中の役割の状況

	65-74歳			75-84歳			85歳-			総計
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	
ほぼ全部している	180名 25.8%	683名 85.9%	863名 57.8%	146名 27.0%	510名 69.8%	656名 51.6%	19名 23.5%	52名 41.9%	71名 34.6%	1590名 53.6%
一部している	120 17.2%	64 8.1%	184 12.3%	87 16.1%	117 16.0%	204 16.1%	12 14.8%	34 27.4%	46 22.4%	434 14.6%
時々している	83 11.9%	15 1.9%	98 6.6%	45 8.3%	31 4.2%	76 6.0%	6 7.4%	11 8.9%	17 8.3%	191 6.4%
ほとんどしていない	82 11.7%	7 0.9%	89 6.0%	70 13.0%	27 3.7%	97 7.6%	8 9.9%	9 7.3%	17 8.3%	203 6.8%
全くしていない	223 31.9%	13 1.6%	236 15.8%	189 35.0%	30 4.1%	219 17.2%	36 44.4%	14 11.3%	50 24.4%	505 17.0%
回答なし	10 1.4%	13 1.6%	23 1.5%	3 0.6%	16 2.2%	19 1.5%	0 0.0%	4 3.2%	4 2.0%	46 1.5%
計	698 100%	795 100%	1493 100%	540 100%	731 100%	1271 100%	81 100%	124 100%	205 100%	2969 100%

全くしていないには、「高齢なので趣味など、スポーツなどできるはずがない」という「思い込み」か、それまで仕事中心の生活であったため、趣味を養う機会がなかった場合が多い。これも超高齢化社会の介護予防（生活機能低下予防）の大きな課題であろう。

ケアプランにおいても、また医療場面においても参加として趣味・スポーツの面の評価や参加を促すことが望まれる。患者に個別的にできなくても、医療機関全体として活動向上訓練や行う場やサークルについての情報を提供できることが望まれる。

Ⅲ. 歩行困難と歩行補助具について

1. 歩行困難の状況とその理由

歩行は単に歩行のみでなく、目的行為と一連のものとして行われることが多く、「活動」の基本となり、また「参加」向上のためにも重要である。そのため生活不活発病予防・改善の要となるものであるが、前述したように屋外歩行・自宅内歩行ともに、環境限定型自立者、また非自立者が多かった。そこで歩行困難の状況について分析した。

1) 歩行困難の状況

本人が歩くことに難しさを感じるかどうかをきいた結果について表9に示す。

年齢別にみると、65～74歳では「歩行困難あり」は33.9%であるが、75～84歳では

表7 対人関係の状況

	65-74歳			75-84歳			85歳-			総計
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	
活発（高いレベル）	489 70.1%	635 79.9%	1124 75.3%	407 75.4%	572 78.2%	979 77.0%	51 63.0%	84 67.7%	135 65.9%	2238 75.4%
部分的に行っている	95 13.6%	75 9.4%	170 11.4%	50 9.3%	76 10.4%	126 9.9%	15 18.5%	17 13.7%	32 15.6%	328 11.0%
全くしていない	72 10.3%	44 5.5%	116 7.8%	65 12.0%	62 8.5%	127 10.0%	13 16.0%	20 16.1%	33 16.1%	276 9.3%
回答なし	42名 6.0%	41名 5.2%	83名 5.6%	18名 3.3%	21 2.9%	39 3.1%	2 2.5%	3 2.4%	5 2.4%	127 4.3%
計	698 100%	795 100%	1493 100%	540 100%	731 100%	1271 100%	81 100%	124 100%	205 100%	2969 100%

表8 趣味・スポーツ

	65-74歳			75-84歳			85歳-			総計
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	
活発（高いレベル）	285 40.8%	368 46.3%	653 43.7%	208 38.5%	248 33.9%	456 35.9%	25 30.9%	35 28.2%	60 29.3%	1169 39.4%
部分的に行っている	167 23.9%	169 21.3%	336 22.5%	119 22.0%	176 24.1%	295 23.2%	26 32.1%	37 29.8%	63 30.7%	694 23.4%
全くしていない	211 30.2%	229 28.8%	440 29.5%	197 36.5%	279 38.2%	476 37.5%	27 33.3%	46 37.1%	73 35.6%	989 33.3%
回答なし	35名 5.0%	29名 3.6%	64名 4.3%	16 3.0%	28 3.8%	44 3.5%	3 3.7%	6 4.8%	9 4.4%	117 3.9%
計	698 100%	795 100%	1493 100%	540 100%	731 100%	1271 100%	81 100%	124 100%	205 100%	2969 100%

42.6%、85歳～では56.1%と半数以上になり、年齢層が高くなるほど約1割強ずつ増加していた。

男女別にみると、著しい差はなかった。

2) 歩行困難の理由

次に前問で歩行困難「あり」と答えた1,163名について歩行困難の理由をきいたものを表10に示す。

「重複回答のため、比率は対象群全体（歩行困難を感じていない人も含む）の中の率で示している。まず全体的に多い順からみると、「足の関節の痛み」が17.0%（歩行困難者1,163名の中では43.4%）、ついで「足の力が落ちた」13.4%（34.3%）、「腰痛」、「疲れやすい」、「ふらつく」、「つまづきやすい」と続く。

通常歩行困難の原因という運動器関係の問題だけを考えがちであるが、このように運動器以外の症状である「疲れやすい」、「呼吸が苦しくなる」「動悸がする」などの呼吸・循環器症状や「耳が聞こえない」、「目が見えにくい」（9.5%）を原因とする場合も決して少なくないことは注目すべきである。

年齢別にみると、前年例で「足の関節の痛み」、「足の力が落ちた」の順で多いが、85歳以上では「疲れやすい」が19.5%と3番目で「目が見えにくい」が、全体の3番目に多い「腰痛」、5番目に多い「ふらつく」とほぼ同じく、1割強である。

2. 歩行補助具の使用状況と用いられている歩行補助具の種類

歩行補助具使用者が用いている歩行補助具の種類について表11に示す。

全体でみると、歩行補助具（装具以外）使用者は490名（歩行困難を感じる人の43.3%）である。歩行補助具の内容としては、T字杖目立って多く、次いでシルバーカーであった。

年齢別・性別で見ると、どの年齢でもT字杖が多く、75～84歳、85歳以上と年齢を増すほど使う人が増している。

IV. 病気のために体を動かすことを控えることについて

生活不活発病予防・改善のポイントは「生活全体の活発化」である。

表9 歩行困難の有無

	65-74歳			75-84歳			85歳-			総計
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	
感じていない	465 66.6%	500 62.9%	965 64.6%	336 62.2%	379 51.8%	715 56.3%	33 40.7%	56 45.2%	89 43.4%	1769 59.6%
感じていた	221 31.7%	285 35.8%	506 33.9%	201 37.2%	341 46.6%	542 42.6%	47 58.0%	68 54.8%	115 56.1%	1163 39.2%
回答なし	12名 1.7%	10名 1.3%	22名 1.5%	3名 0.6%	11 1.5%	14 1.1%	1 1.2%	0 0.0%	1 0.5%	37 1.2%
計	698 100%	795 100%	1493 100%	540 100%	731 100%	1271 100%	81 100%	124 100%	205 100%	2969 100%

生活の活発さについて、「体を動かすことを控えているかどうか」をたずねた。その結果を、表12に示す。「自分で心がけて控えている」は65～74歳では14.1%、75～

84歳では16.1%、85歳以上では25.4%である。一方、同様に控えていても「医師から指導されて控えている」は65～74歳では3.9%、75～84歳では3.1%、85歳以上で

表10 歩行困難の理由

	65-74歳			75-84歳			85歳-			総計
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	
足の関節の痛み	65 9.3%	137 17.2%	202 13.5%	83 15.4%	167 22.8%	250 19.7%	17 21.0%	36 29.0%	53 25.9%	505 17.0%
足の力がおちた	68 9.7%	91 11.4%	159 10.6%	68 12.6%	124 17.0%	192 15.1%	23 28.4%	25 20.2%	48 23.4%	399 13.4%
腰痛	63 9.0%	66 8.3%	129 8.6%	47 8.7%	92 12.6%	139 10.9%	7 8.6%	16 12.9%	23 11.2%	291 9.8%
疲れやすい	49 7.0%	71 8.9%	120 8.0%	36 6.7%	86 11.8%	122 9.6%	17 21.0%	23 18.5%	40 19.5%	282 9.5%
ふらつく	40 5.7%	49 6.2%	89 6.0%	37 6.9%	67 9.2%	104 8.2%	14 17.3%	10 8.1%	24 11.7%	217 7.3%
つまづきやすい	34 4.9%	47 5.9%	81 5.4%	30 5.6%	62 8.5%	92 7.2%	13 16.0%	7 5.6%	20 9.8%	193 6.5%
歩く速さが遅い	27 3.9%	38 4.8%	65 4.4%	24 4.4%	53 7.3%	77 6.1%	8 9.9%	10 8.1%	18 8.8%	160 5.4%
目が見えにくい	27 3.9%	23 2.9%	50 3.3%	13 2.4%	31 4.2%	44 3.5%	7 8.6%	10 8.1%	17 8.3%	111 3.7%
呼吸が苦しくなる	16 2.3%	22 2.8%	38 2.5%	17 3.1%	16 2.2%	33 2.6%	8 9.9%	7 5.6%	15 7.3%	86 2.9%
耳が聞こえにくい	20 2.9%	7 0.9%	27 1.8%	16 3.0%	20 2.7%	36 2.8%	10 12.3%	13 10.5%	23 11.2%	86 2.9%
動悸がする	8 1.1%	12 1.5%	20 1.3%	6 1.1%	9 1.2%	15 1.2%	1 1.2%	6 4.8%	7 3.4%	42 1.4%
特に分からない	9 1.3%	6 0.8%	15 1.0%	10 1.9%	8 1.1%	18 1.4%	1 1.2%	0 0.0%	1 0.5%	34 1.1%
その他	46 6.6%	53 6.7%	99 6.6%	38 7.0%	51 7.0%	89 7.0%	1 1.2%	8 6.5%	9 4.4%	197 6.6%
計	472 67.6%	622 78.2%	1094 73.3%	425 78.7%	786 107.5%	1211 95.3%	127 156.8%	171 137.9%	298 145.4%	2603 87.7%

表11 歩行補助具の種類

	65-74歳			75-84歳			85歳-			総計
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	
T字杖	40 5.7%	70 8.8%	110 7.4%	57 10.6%	152 20.8%	209 16.4%	15 18.5%	52 41.9%	67 32.7%	386 13.0%
四点杖	1 0.1%	1 0.1%	2 0.1%	1 0.2%	0 0.0%	1 0.1%	1 1.2%	2 1.6%	3 1.5%	6 0.2%
シルバーカー	1 0.1%	13 1.6%	14 0.9%	3 0.6%	61 8.3%	64 5.0%	3 3.7%	23 18.5%	26 12.7%	104 3.5%
装具	4 0.6%	7 0.9%	11 0.7%	2 0.4%	5 0.7%	7 0.6%	0 0.0%	1 0.8%	1 0.5%	19 0.6%
その他	4 0.6%	5 0.6%	9 0.6%	3 0.6%	15 2.1%	18 1.4%	3 3.7%	4 3.2%	7 3.4%	34 1.1%
計	701 100.4%	804 101.1%	1505 100.8%	544 100.7%	763 104.4%	1307 102.8%	83 102.5%	134 108.1%	217 105.9%	3029 102.0%