

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

序章 介護予防／生活機能と関係職種に期待される役割

川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

1. はじめに

今後20年にわたる後期高齢者の急増が予想される中¹⁾、高齢者の生活機能²⁾の維持・向上と、高齢者医療・介護費用の適正化の両者を如何に達成するかが重要な政策課題となっている。こうした中、2005年6月、制度の基本理念である「自立支援」「尊厳の保持」を基本としつつ、制度の持続可能性を高めることを目的とした改正介護保険法が成立した。

さて、今回の改正の主要テーマの一つが「介護予防」であるが、その目的は、「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³⁾」にある。

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、これに一次・二次予防（地域支援事業）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。また、その実効性を高めるため、これまで三次予防で培ってきたケアマネジメントの仕組みが、一次・二次予防に対しても適用拡大されるとともに、担当者に関しても、一次～二次～予防給付対象者に対しては、新設された地域包括支援センター職員が（一部委託可）、介護給付対象者に対しては居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担う形に再編された。

ただし、このような大幅な制度見直しであったため、ケア現場担当者は制度への対応に追われ、「介護予防」の理念・目的やその根幹をなす「生活機能」に対する理解が不十分なままとなり、その結果、介護予防の理念実現のために、具体的に何にどのように取り組むべきかが混乱した状態にあったというのが、この1年間の実態であろう。

そこで、本稿では、「本研究の位置づけやその目指すところ」への理解を深める意味合いも含め、まず、「生活機能」「介護予防」の概念について整理を行うこととする。また、これら概念を理解した上で、「実効ある介護予防」を現場レベルで実現するために、関係職種には何が期待されているかについて私見を述べる。

2. 生活機能とは

…介護予防では、高齢者の生活機能の維持・向上を積極的に図ることが求められている。本節では、高齢者の障害のとらえ方の変遷を振り返りながら、この「生活機能」とは何かを解説する。

1) 高齢者の障害のとらえ方の変遷

1970年代より、世界保健機構（WHO）において障害に関する分類法の検討が開始され、1980年の国際疾病分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems：以下ICDと略）の第9回改訂に際し、補助分類として、①機能障害（impairment）②能力障害（disability）③社会的不利（handicap）の3レベルに分けて障害を総合的に捉

えるという基本的視点に立った WHO 国際障害分類 (International Classification of Impairment, Disability, and Handicaps : 以下、ICIDH と略) が発表された⁴⁾。

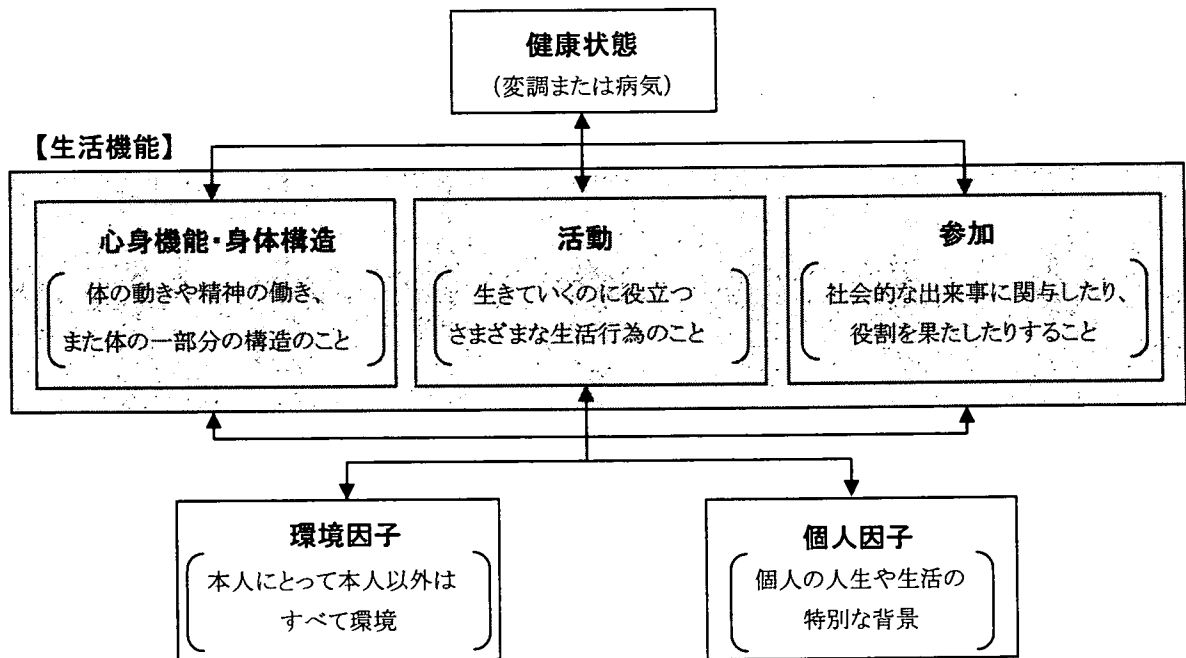
この分類法は、当時、障害分野の問題への正しい理解を普及する上で大きな役割を果たしたが、①生活・人生の問題点を疾病 (病気) の結果としてしか捉えていない ②「障害」というマイナス面だけに注目した分類となっている ③機能障害→能力障害→社会的不利という一方向的関係で捉えている ④障害に影響を及ぼす背景因子が考慮されていない などの批判が高まり、1993 年から改訂作業が正式に開始された。これら改訂作業を経て、2001 年 5 月の WHO 総会にて採択された新しい分類法が、国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health : 以下、ICF と略) である。

ところで、WHO は、WHO 憲章前文のなかで、「健康」を“Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない (昭和 26 年官報掲載の翻訳)) と定義している⁵⁾。この健康を、疾病を中心として捉えているのが ICD、生活機能という包括的枠組みで捉えているのが ICF であり、この相互補完的關係にある両者により、「健康」の全体像を捉える形となっている。

2) 生活機能とは

上記 ICF では、「生活機能」を、“心身機能・身体構造”、“活動”、“参加”を含む包括用語”と定義している。ところで、この「生活機能」には、「健康状態」、「環境因子」、「個人因子」が大きく関係することから、「生活機能」とこれら因子を含め、障害者を包括的に捉える視点の重要性を示したのが、「ICF の生活機能モデル」である⁶⁾。

図 1. ICF の生活機能モデル



(出所) 参考文献 2), P.17 を一部改変

3. 介護予防とは

介護予防とは、高齢者全員を対象とし、様々なサービス・地域資源を活用して、これら高齢者の生活機能の維持・向上を積極的に図ることにより、最終目標である「高齢者本人の自己実現」を支援することを目的とするものである。

ただし、ここでいう「生活機能の維持・向上」とは何を指すのかが曖昧である（人によって、いろんな解釈・イメージが取り得る）。

前述したように、生活機能は、①心身機能・身体構造 ②活動 ③参加 で構成される。高齢者の中には、介護予防サービスやケアマネジメントを受けることにより、サービス受給前に比べ、心身機能レベルも活動レベルも参加レベルも向上する（絶対レベルが向上する）場合もあろう。このような対象者に対しては、ほとんどの人が「生活機能が向上した」と判断するであろう。

では、障害の程度が進む、ないし加齢により、以前に比べ身体機能は低下したが、その現状の中で何がしたいかを傾聴し、利用者とともに適切なレベルの目標を立て、その実現に向かって適切に対処した結果、活動レベル、ないし参加レベルが維持できた、あるいは向上したとしたら、これも「生活機能が維持・向上した」＝「介護予防が達成できた」と言えるであろう。

要するに、介護予防を、「絶対レベルを維持・向上させること」と見なすのか（直すという発想に近い）、障害の程度が進む、ないし加齢に伴う一定の機能レベル低下を容認した上で、「目標と現状の相対レベル差（ギャップ）を維持・縮小させること」と見なすのかである。

ただし、介護予防の最終目標は「高齢者本人の自己実現」であることから、当然、この両者とも介護予防と言えると、筆者は考える。

表1に、筆者、ならびに本研究が目指している介護予防の定義を示す。

表1. 介護予防の定義（私案）

介護予防とは、利用者の希望（何がしたいかという潜在的本音）と現状（〇〇がしたいけど出来ないなど）のギャップ（課題）を、地域の様々な資源を活用して、介護予防関係者が、本人・家族とともに埋めることにより、自己実現を一緒に達成すること。

現時点より何が出来たかといった絶対レベルの向上のみを意味するのではなく、その時点時点での利用者の希望・目標と現実の間のギャップを課題（介護予防の対象課題）とし、本人・家族の参加の可能性、目標達成の可能性などの観点から目標レベルの最適化を図った上で、そのギャップを本人・家族とともに埋める協働作業のことを介護予防という。

4. 実効ある介護予防を現場レベルで実現するために～PDCA サイクルとケアマネジメント～

工業（製造業など）の事業活動において、品質の維持・向上および継続的な業務改善活動を推進する代表的なマネジメント手法のことを PDCA（Plan→Do→Check→Act）サイクルという。

計画(Plan)、実施・実行(Do)、点検・評価(Check)、処置・改善(Act)のプロセスを順に実施し、最後の処置・改善(Act)では、点検・評価(Check)の結果から、最初の計画(Plan)を継続するのか、修正するのか、破棄するのかを決定し、次の計画(Plan)に結びつけるというもので、この考え方、流れはケアマネジメントと同じである(ケアマネジメントとは、品質管理プロセスで開発された PDCA サイクルを、ケアの領域に応用したものとも言える)。

さて、これまで、生活機能や介護予防の定義について言及してきたが、問題は、これをサービス担当者（ケアマネジメント、サービス提供担当者）レベル、保険者レベル、本人・家族レベルで如何に理解し、実践につなげられるかである。

以下、PDCA の流れに沿って、「実効ある介護予防」を実現するために、サービス担当者（ケアマネジメント担当者含む）や本人・家族に何が求められるかについて言及したい。

1) 計画(Plan)段階

ここでの計画(Plan)段階とは、単なるケアプラン作成を意味するものではない。この段階に含まれるのは、ア) 対象者に関する様々な情報を収集すること（本人・家族の意向や将来的希望などを含む）イ) その上で、本人・家族とともに目標を決定し、関係者間で共有化を図ること ウ) 目的を達成するための方法（担当者別の役割分担、スケジュールなど）を決めること である。

さて、介護予防では、高齢者、特に後期高齢者を主対象とするが、これら対象者が安心・安定した療養生活を地域で送るためには、本人・家族が有する様々な課題（医療面、生活支援面、介護面、社会参加面など）に適切に対応することが求められる。したがって、関係職種には、まず、本人・家族が、

- どのような課題（希望と現状のギャップ）を有しているか
- その課題に対し、どのような認識を持っているのか（克服の可能性など）
- 課題に対し、現在あるいは将来的にどうしたいと思っているのか
- 将来的に実現したいことはあるのか、また、それは何か

などを傾聴し、本音部分を引き出すことが求められる（援助的コミュニケーション技術が必要とされる）。その上で、関係職種は、生活機能や介護予防の考え方を理解した上で、

- 生活機能の各領域（心身機能等、活動、参加）の能力レベルと実行レベルの実態把握
- 能力レベルと実行レベルのギャップの有無とその要因分析

（例：“できる ADL” と “している ADL” の評価と両者のギャップの要因分析）

- 本人・家族の意識・意欲レベル等の評価とその背景分析
- 本人・家族への評価結果の説明

などを行い、具体的かつ適正レベルの目標を、本人・家族を交えながら設定した上で、目標達成に向け、誰が何をいつまでに行うかといった役割分担を決めていくことになる。

実は、PDCA サイクルにおいて最も重要な過程が、この計画(Plan)段階であり、その策定

レベルが、介護予防の効果に大きく影響を与えると筆者は考える。

介護保険では、この役割を担う実践の場として、ケアカンファレンスが想定されていたが、制度施行後の状況を見ると、これが必ずしも適切に実施されていないという報告がある⁷⁻⁸⁾。この背景には、介護支援専門員の業務の多忙さもあるが、方法論（アセスメント手法、コミュニケーション技術など）が具体化されていない、方法論を会得していないことも大きな要因と考えられる。

方法論の具体化を図った上で、「作戦会議（点検・評価を含む）」に相当するケアカンファレンスを、ケアマネジメント過程における最重要プロセスとして位置づけ、現場レベルで積極的に取り組む体制整備が必要と考える¹⁾。

2) 実施・実行(Do)段階

これは、計画(Plan)段階で決められた役割分担、例えば、リハビリテーション関係者の役割として、「歩行・移動に関する ADL 訓練を行うことで、実行レベルの ADL の獲得と、外出頻度の向上を目指す」などを、関係職種が各々の専門技術を駆使しながら実行する段階のことである。この際、サービス介入の効果を評価するための指標測定（アセスメント項目を活用）も求められる。

ところで、特定高齢者や予防給付対象者に対する介護予防では、その効果を高めるためには、本人・家族の能動的参加が非常に重要なキーとなる。この能動的参加を促すものは、「成功体験の獲得」であろう。計画段階で、合意の上で決めた目標を、関係職種と一緒に達成する（例：リハビリテーションによる ADL の獲得、社会参加による役割の獲得など）ことを経験することで、この能動的参加意識が高揚し、より高いレベルの自己実現を目指す意識が芽生えるものとする。

専門技術がなければ、成功体験の獲得支援など、実質困難である。介護予防で求められる「多職種協働による自己実現支援」において、各職種には、これまで以上に、専門技術をどれだけ持っているのかが問われていることを認識する必要がある。

3) 点検・評価(Check)

点検・評価(Check)段階とは、当初計画した内容が、実施・実行(Do)段階を通じて、何がどこまで出来たのか、また、何が出来なかったのかを明らかにする段階のことである。この際、実施・実行(Do)段階で実施した指標測定結果（事前および事後評価結果）が、点検・評価に用いられる。

ところで、「評価」という言葉から、“計画はどの程度達成出来たか（うまくいったか）”に視点が集まることが多いが、ここで重要なことは、「出来たこと、出来なかったことを客観的に棚卸しした上で、特に、出来なかったことに対し、その理由に言及すること」と考える。これにより、次の課題と対策が見えてくるのである。

点検・評価(Check)段階は、現状評価を通じて、次なる課題（本人・家族ベース、関係職種ベース）と対策を明らかにするための段階と理解した方がよいであろう。

¹⁾片山は、文献9)の中で、ケアマネジメント業務に関連する養成課題として、①アセスメント手法の習熟 ②コミュニケーション技術の習得 ③ケアカンファレンスを通じた多職種協働のメリット（機能分担の効率性、他職種からの専門的知識の習得など）の体感を挙げている。

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

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「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, No.362,

pp.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。

表 1. 松江市版基本チェックリスト

氏 名	(男・女)	記入日	
住 所		生年月日	(年齢 歳)
記載場面	<input type="checkbox"/> かかりつけ医の日常診療 <input type="checkbox"/> 保健師等の訪問 <input type="checkbox"/> その他 ()		

No	質問項目	回答 (いずれかに○)		チェック 欄
		0.はい	1.いいえ	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ	
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ	
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ	
11	6ヶ月間で2~3Kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	
12	身長 _____ cm 体重 _____ Kg (BMI _____) ^注			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ	
18	周りに人から「いつも同じ事を聞く」など物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ	
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ	
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ	
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ	
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ	
26	請求書の支払いをしていますか	0.はい	1.いいえ	
27	片足立ちで靴下がはけますか	0.はい	1.いいえ	
28	自分で食事の準備をしていますか	0.はい	1.いいえ	
29	1人で食事をすることが多いですか	1.はい	0.いいえ	
30	1日3食摂っていますか(食事は定期的に摂っていますか)	0.はい	1.いいえ	
合計点 _____ 点				

注. BMI(=体重(Kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。

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 1	要介護 2-3	要介護 4-5	総数
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人で食事をする事が多いですか、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、“何かにつかまらなる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、“何かにつかまらなる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)

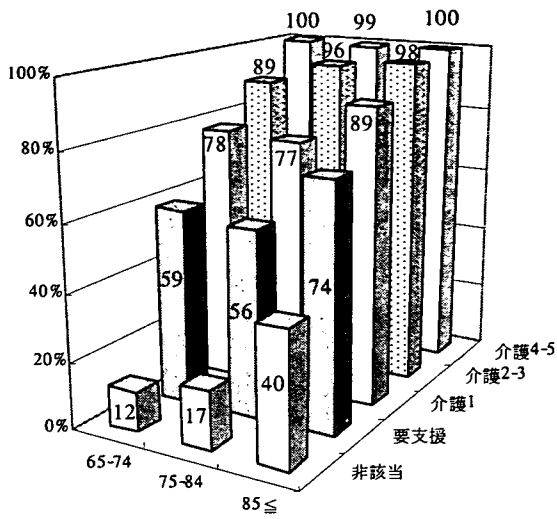
まず、非該当者における5項目のネガティブ回答率を年齢階級別にみると、「65-74歳」6-22%、「75-84歳」11-35%、「85歳以上」18-43%と、5項目とも加齢にともないネガティブ回答率は増加傾向にあった。項目別では、“以前楽に出来ていた事が今は億劫である”“わけもなく疲れた感じがする”が、他の3項目に比べ、全年齢階級でネガティブ回答率が高かった。

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。

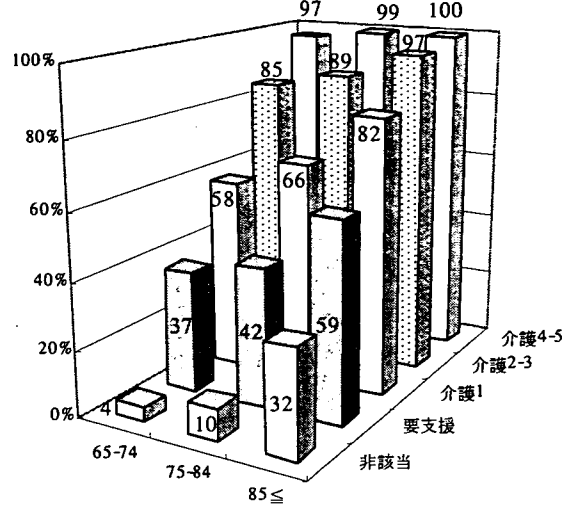
ここで、以上の結果をもとに、「非該当～要介護1」における年齢階級別にみたネガティブ回答率の上位10項目をまとめた(表4)。

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

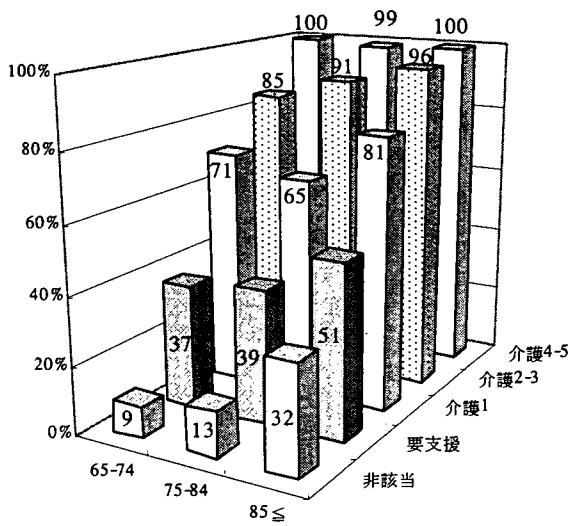
ア) バスや電車で1人で外出していない



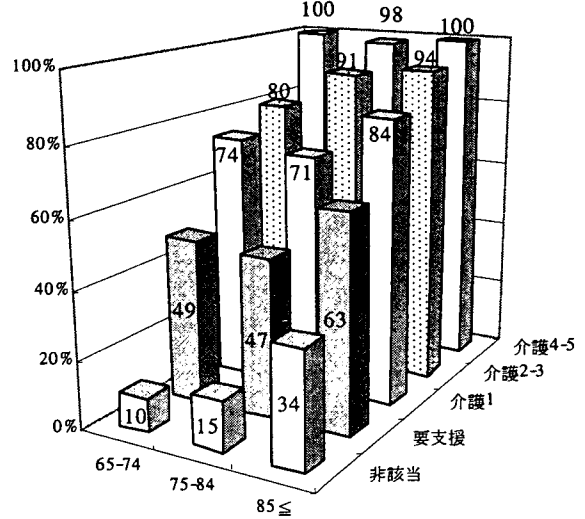
イ) 日用品の買物をしていない



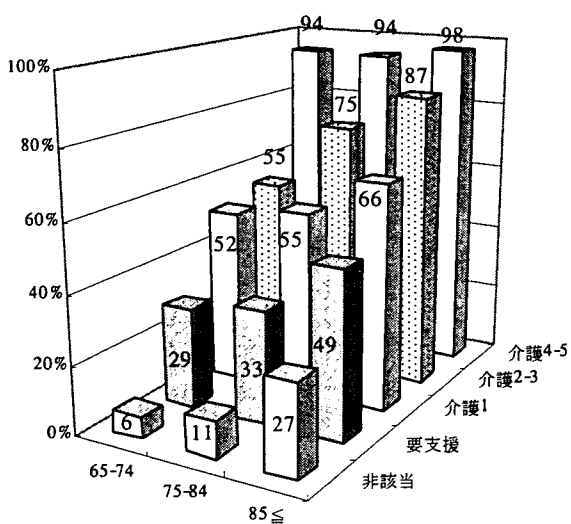
ウ) 預貯金の出し入れをしていない



エ) 友人の家を訪ねていない



オ) 家族や友人の相談にのっていない



カ) 請求書の支払いをしていない

