

把握

- 例えば、実施地区の内外、参加者と非参加者を比較するなどの方法を検討すべき
- 「もし指導を行わなかったら透析になっていた人の透析導入を阻止できた人数」など、仮定をおいた効果は直接測定が困難。クレアチニンの数値の変化を記録するなど、より客観性が確保できるよう工夫する。
- 医療費の削減効果の測定には、当該介入以外の影響も紛れ込みやすいので特に留意
- 各地のモデル事業の実施状況、効果等について、情報共有を図る

(4) 実施体制と関係機関等の連携

<課題>

密接な連携体制づくりと役割分担の明確化が課題

- 後期高齢者の保健事業の実施にあたっては、後期高齢者医療広域連合と市町村

の連携、医師会、歯科医師会、看護協会、栄養士会、薬剤師会などの専門職団体との連携が必要

- 市町村内においても、医療保険、高齢者福祉、健康づくりなどの各所管課が連携し、円滑に事業を推進することが必要
- 専門職同士の連携や情報共有、お互いの特性を理解し生かすための研修などが求められる。

<展望>

課題や意見、情報を共有できる場づくりを進める

- 連携のための共通理解や協議の場づくりを進める
- そのために、データヘルス計画の策定を機会に広域連合と市町村、関係機関・団体とのコンセンサスを図ったり、関係機関による地域ケア会議を活用したりして、地域の状況に応じた工夫を行う。

Ⅲ. 今後の後期高齢者の保健事業の あり方に対する提言

III 今後の後期高齢者の保健事業のあり方に対する提言

研究代表者 鈴木隆雄

国立長寿医療研究センター 理事長特任補佐

研究要旨

今後の後期高齢者の保健事業のあり方に対する提言として、以下のような項目について取りまとめた。

1) 後期高齢者の保健事業は、生活習慣病の発症予防というよりは重症化予防や、加齢に伴う心身の機能の低下、すなわち「フレイル」の進行を予防することがより重要になる。従って、後期高齢者に対しては、その健康特性に応じた(1)健康状態及び生活機能の適切なアセスメント、(2)科学的根拠に基づく適切な介入支援が必要となる。健康状態の階層化と対応策の全体的イメージとしては図12(p61)に示される通りである。

2) 医療保険者の視点では、医療費適正化も重要な課題であり、生活習慣改善による健康支援を充実させることが重要。保健事業としては「不安をあおる場」ではなく「加齢の影響を考慮しつつ安心を提供できる場」とすることが重要。

3) 後期高齢者における保健指導においては、慢性疾患の有病率が高く、疾病の重症化予防や再入院の防止、多剤による有害事象の防止(服薬管理)が特に重要であるため、医療機関と連携して実施されることが必要。広域連合はレセプト情報や健診データを保有しており、こうした取組を実施するのに適した主体である。

4) 後期高齢者に対する生活習慣病管理あるいは薬物治療のあり方に関しては、現時点ではまだ妥当性の高い科学的根拠は乏しく、実際の治療の現場では明確な基準はなく、医師の経験に拠っているのが現状である。後期高齢者の治療指針やガイドラインの確立、普及が期待される。

5) 包括的なアセスメントツールとして、フレイルに対しては「基本チェックリスト」などが適しており、既存の健診・歯科健診結果及びレセプト情報等と組み合わせて今後活用

することが望ましい。

後期高齢者の7割以上が、かかりつけ医を受診していることから、受診の際に、包括的なアセスメントが実施されることが効果的である。さらに、健診や健康相談会、アウトリーチ方式による訪問指導時など、様々な場面で包括的なアセスメントが実施されるよう考慮すべきである。

6) 効果的・効率的介入のあり方としては、いわゆるポピュレーションアプローチとともに、健康状態等の個人差が拡大する後期高齢者の特性を踏まえ、ハイリスクアプローチによる個別的な対応を適切に組み合わせることが必要。

広域連合が保有する健診、歯科健診、レセプト情報、包括的アセスメント情報などを組み合わせ、支援を要する高齢者に対し、専門職種によるアウトリーチ（訪問指導）や、立ち寄り型相談などの機能も充実を図る必要がある。

7) 以上のような点を踏まえ、後期高齢者医療広域連合が実施する「後期高齢者の保健事業ガイドライン（試案）」を提案。本試案を踏まえた事業実施を通じデータ収集及び検証を並行して行い、より多くの広域連合が積極的に保健事業を展開できるよう、今後内容を改善していくことが必要。

研究分担者： 辻 一郎（東北大学大学院医学系研究科 教授）

原田 敦（国立長寿医療研究センター病院 病院長）

吉村典子（東京大学医学部附属病院22世紀医療センター 特任准教授）

葛谷雅文（名古屋大学未来社会創造機構 教授）

清原 裕（九州大学大学院医学研究院環境医学分野 教授）

磯 博康（大阪大学大学院医学系研究科 教授）

杉山みち子（神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 教授）

島田裕之（国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 部長）

近藤克則（千葉大学予防医学センター 環境健康学研究部門 教授）

津下一代（あいち健康の森健康科学総合センター センター長）

石崎達郎（東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長）

研究協力者： 平野浩彦（東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長）

森山美知子（広島大学大学院医歯薬保健学研究院 教授）

遠又靖丈（東北大学大学院医学系研究科 講師）

高田健人（神奈川県立保健福祉大学栄養学科 助教）

田中和美（大和市役所健康福祉健康づくり 主査）

三浦康平（あいち健康の森健康科学総合センター ）

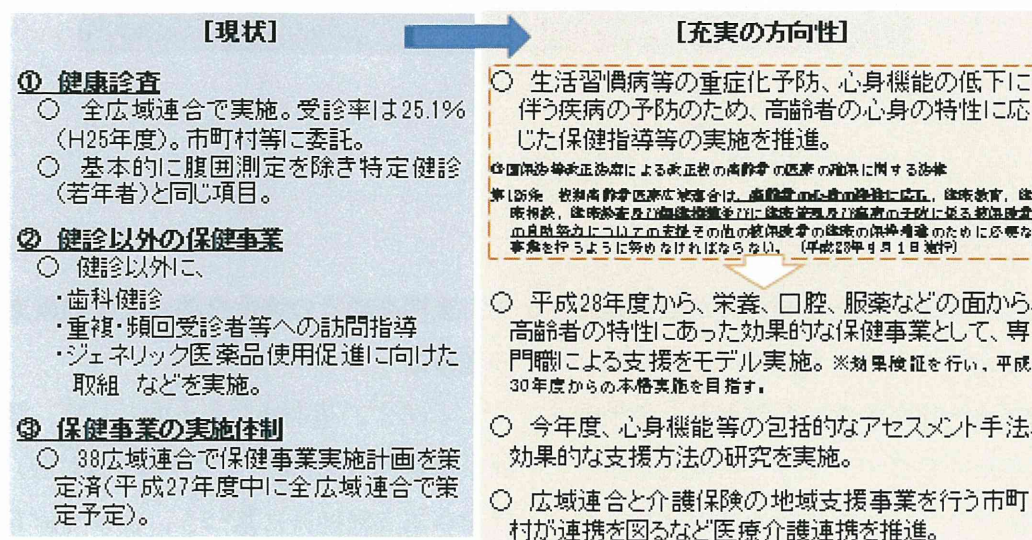
1 提言に至る背景

本研究の目的は I 総論で概観してきたように、(1) 後期高齢者の健康特性、(2) 疾病予防とフレイル予防のシームレスな移行・一体的実施、(3) 後期高齢者における疾病の重症化予防および生活機能（日常生活動作能力）の維持向上のための科学的根拠等、後期高齢者の保健事業の実施に際して有すべき基本的概念を整理したうえで、後期高齢者の疾病管理と自立支援のための包括的アセスメント手法の探索と生活習慣病重症化予防も含め心身機能低下予防に着

目した適切かつ効果的な介入、すなわち保健指導を中心として社会環境にも配慮した方策を検討することにある。先に述べた平成27年5月の経済財政諮問会議での厚生労働大臣提出資料の中で「後期高齢者の保健事業の充実について」においても今後充実すべき方向性が示されているが(図10)、まさに「心身機能等の包括的なアセスメント手法、効果的な支援方法の研究」があげられている。

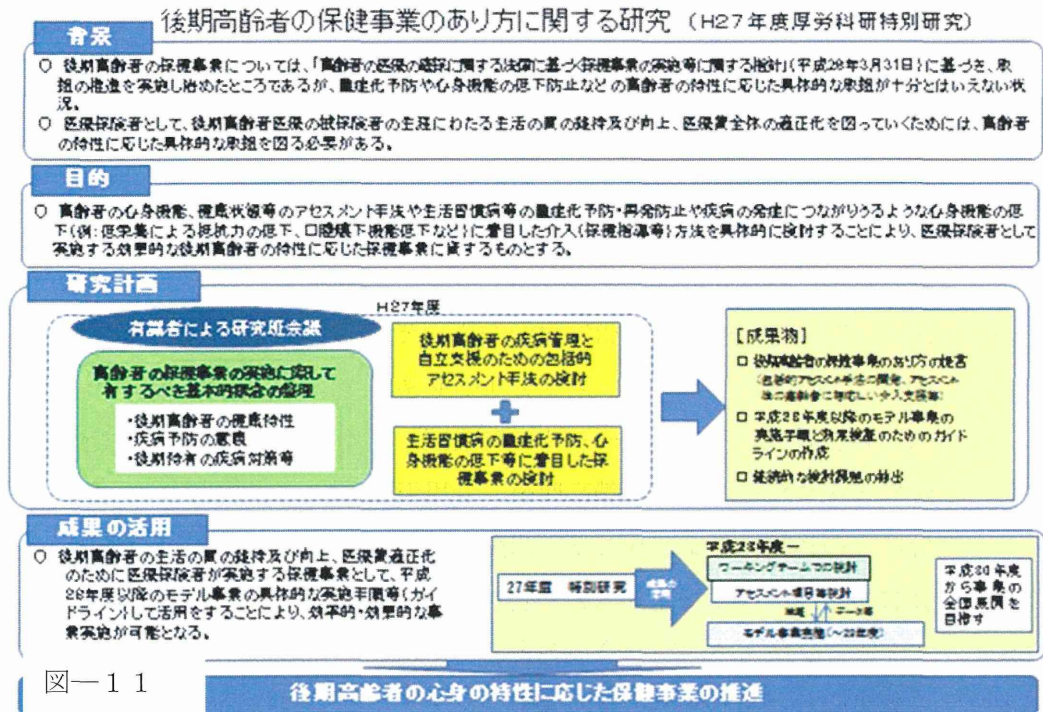
平成27年5月28日(火)経済財政諮問会議臨席大臣提出資料(「中期戦略視座に立った社会保障政策の展開」(参考資料))を一部修正

後期高齢者の保健事業の充実について



図—10

そのために本研究班では、以下のような機能の維持・向上に資する保健事業のあり方について提言をまとめることが求められ、現行の保健事業の見直しや改善に基づく、より一層の後期高齢者の健康、並びに生活している（図 11）。



2. ガイドラインの検討

本節では、本研究でまとめられた既存の研究成果や先行的な取組等を基に、広域連合が実施する後期高齢者の保健事業を効果的に進めるためのガイドラインを検討する。検討にあたり、①後期高齢者の健康特性を踏まえた健康支援の進め方、②アセスメント項目、③アセスメントのあり方（実施方法）、④効果的効率的な介入について、整理する。

1) 後期高齢者の特性を踏まえた健康支援の進め方

まず、基本的な考え方として、標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）や保健事業実施指針に基づき、後期高齢者の保健事業は、生活習慣病の発症予防というよりは重症化や加齢に伴う心身機能の低下、すなわち「フレイル」に起因する疾病（転倒・骨折、誤嚥性肺炎等）の管理（栄養指導

等)を実施することにより、被保険者の健康の保持増進と心身機能の低下を防止し、結果として医療費の適正化に資することを目的とする。

平成26年における75歳における平均余命は男性で11.94年、女性で15.60年であり、後期高齢者といっても元気な方が増えてきた現在、多様な後期高齢者に対応した健康管理の在り方を検討していくことが重要と考える。

後期高齢者医療制度における健診では(中年期と同じ)特定健診に準じた健診が

(1) 医療保険者の視点から見た後期高齢者の保健事業のあり方

医療保険者の視点では、医療費適正化も重要な課題である。循環器疾患医療費が高額であるが、多剤併用の薬物治療に依存するのでなく、生活習慣改善による健康支援を充実させることが重要である。すなわち、健診により異常値を発見し薬物治療につなげていくだけでなく、生活を活発にし自分の生活を大切にす健康支援につなげていくことが大切である。保健事業としては「不安をあおる場」ではなく、「加齢の影響を考慮しつつ、安心を提供できる場」になりうるかどうかのカギとなる。

① 健康診査について

後期高齢者の7割は医療機関を受診して特定健診の血液検査レベルの検査を受けていることから、これらの対象者については診療時の血液データを医療保険者が受

なされているが、「疾病予防と介護予防」の項で確認されたように、後期高齢者では疾病の重症化予防同様、心身機能低下やフレイル予防のより一層の取り組み強化が重要である。特に後期高齢者では(前期高齢者と異なり)「フレイル」が顕在化し、様々な心身の機能低下が出現しやすく生活機能の脆弱化が顕著となってくる。

したがって後期高齢者にはその健康特性に応じた①健康状態及び生活機能の適切なアセスメントと②これを踏まえた科学的根拠に基づく適切な介入支援が必要となる。

領し、必要な保健事業につなげる方策について検討する必要がある。たとえば糖尿病等で医療機関を受診している場合、もしくは、本人が病院での検査データを保管している場合には、本人の同意の上血液データを確認し、健診での血液検査を不要とすることも考えられる。

一方、未受診の3割の人に対して疾病発見、重症化予防に関する健康診査は引き続き重要であると考えられる。その際、死亡リスクのみではなく、循環器疾患・糖尿病性腎症重症化予防につながる健診項目が必要である。

検査の判定基準の在り方についても課題がある。現行の「保健指導判定値」は後期高齢者には厳しすぎて不安をあおる結果ともなる。後期高齢者の保健事業のスクリーニングとして適切な基準を設定する必要がある。

治療の有無にかかわらずフレイル予防が重要であるが、対象者の抽出として BMI だけでなく、健診時の体重の推移を確認することが重要である。

② 健診対象者の抽出と必要な保健事業

後期高齢者医療広域連合は、レセプトデ

ータと健診データの両者を保有しているので、これらを個人単位で突合することで、健診対象者を類型化することができ、各グループの特性にあわせた健診の目的や事後措置等を設定可能となる。慢性疾患選択の際、保険病名や疑い病名が混在している点に注意する。

表—2 健診受診者・非受診者の類型化の一例

健診データ	対象疾患の外来レセプトデータ	被保険者の特性と保健指導等
あり	あり	健診受診前・受診時に対象疾患を治療中→外来で重症化予防、健診データで疾病管理の状況を把握、多病対策・多剤処方の評価
	なし	対象疾患なし→対象疾患の1次・2次予防に関する保健指導
		対象疾患以外の疾患治療中→対象疾患以外の疾患を外来でフォロー、多病対策・多剤処方の評価
		長期入院中→健診対象外
		健診で対象疾患が初めて同定→保健指導・治療方針の検討
なし	あり	対象疾患外来通院中→外来で重症化予防、多病対策・多剤処方の評価
		対象疾患以外の慢性疾患の併存あり→外来で重症化予防、対象疾患以外の疾患を外来でフォロー、多病対策・多剤処方の評価
	なし	対象疾患なし→対象疾患の1次・2次予防に関する保健指導、多病対策・多剤処方の評価
		対象疾患以外の疾患治療中→対象疾患以外の疾患を外来でフォロー、多病対策・多剤処方の評価
		長期入院中→健診対象外

区市町村が保有する介護保険レセプトデータを医療レセプトデータ・健診データと突合で

きると、更に詳細な類型化が可能である。

③ 保健指導について

保険者が実施する保健指導・健康相談等の場においては、受診者の慢性疾患の状況や処方医薬品の状況を統合して対応することが可能であることから、疾患の重症化予防や服薬調整のためにも重要な役割を果たすことが期待される。

自立度の高い高齢者については前期高齢者に引き続き、循環器疾患予防・改善のための保健指導の実施が望ましい。また市町村においては糖尿病性腎症等の重症化予防の取組みも始まっており、その成果を期待したい。

後期高齢者においては多病、多剤服用の実態があることから、多病のスクリーニングと多剤処方による薬剤有害反応の予防が重要である。処方された医薬品の調整（medication reconciliation）については、すべての処方医薬品を把握し、複数の処方がある場合は、医薬品間での相互作用が疑われる処方がないかどうか、慎重な対応が必要な処方が含まれていないかどうかを評価することが大切である。注意が必要な処方が含まれるかどうかは、日本老年医学会が作成したチェックリストが参考となる¹⁾。相互作用や問題のない処方であっても、多剤処方の場合は、内服管理が煩雑となり、コンプライアンス低下を招きやすいことから、服薬管理指導が必要である。

④ 保健指導と医療の連携

後期高齢者では慢性疾患の有病率が高いことから、後期高齢者では保健と医療を切り分けることが難しく、両者を一体として提供する必要がある。罹患中の慢性疾患についてその重症化を予防し、入院や合併症の発生を予防することが重要であり、医療と連携した保健事業が求められる。「高齢者の医療の確保に関する法律」では、広域連合がこの両者を運営しており、現在の枠組みは医療と保健事業を一体的に提供するうえで適した構造になっている。

情報を統合するためには、保険者が有する医療レセプト情報を集計することが最も確実であるが、日常業務においてそれを可能とする体制としては、母子手帳の高齢者版のような、ひとり一冊の健康手帳の導入が考えられないか。この健康手帳に、被保険者の既往歴、現病歴、予防接種歴、主要な検査データ（診療、健診）、処方薬、アレルギーの既往などが記載されると、診療や保健事業活動に有用な情報が包括的に収載されることとなる。その他、自動車運転免許の取得状況と運転経験、生活機能自立度、要介護認定状況なども重要な内容である。更には、ターミナル期や高度医療適用に関する意向も、ご本人に記入いただくことも考えられる。

このような取り組みを進めるにあたり、医療機関と保険者の連携体制の構築が不可欠である。市町村の行政区が必ずしも医療圏、郡市区医師会と一致していないことから、広域連合が都道府県との連携・協力のもと市町村を取りまとめて郡市区医師会と協議の場をもち、地域で一体となって対策を推進することが望ましい。

⑤ 後期高齢者に対する生活習慣病管理、薬物治療の在り方の検討

後期高齢者が抱えている高血圧症、脂質異常症、骨粗鬆症に対し、どのような管理方針のもとでいつまで薬物療法を継続するのか、確立した管理方針は存在していない。中年期～前期高齢期の間、適切な疾病管理が成功し、虚血性疾患、脳血管疾患を発症することなく75歳に達した高齢者に対し、その後、どのようにこれらの危険因子を管理するのか、現時点では、日本人を対象とする内的妥当性の高い科学的根拠は乏しい。また、外来診療での管理が可能な程度に軽症の虚血性心疾患や脳血管疾患を抱えている後期高齢者に対し、狭心症発作や急性心筋梗塞、脳梗塞・脳出血等の発症による入院を予防するための、二次予防としての疾病管理についても、明確な基準はない。

虚弱な80歳、90歳の高齢患者に対し、中年期と同じ基準に基づく血圧や血糖の厳格な管理は、利益よりも不利益が大きいとする研究成果があることから、超高齢期（oldest old）といわれる85歳超の患者では、疾病管理を緩やかにし、薬物治療の軽

減や中止を図ることが望まれるという考え方もある。この点については質の高い科学的根拠が存在していないため、それぞれの臨床医は、自らの判断・信念に基づいて疾病管理を行っているのが現状であろう。

一方、介護老人保健施設では、医療制度、介護保険制度における経済面から、施設入所中は投与薬剤数を減らすことが、老人保健施設制度が創設された直後から実施されている。特に、高額な骨粗鬆症治療薬や向精神薬は、入所中に中止される代表的な医薬品である。

後期高齢者に対する薬物療法において、20年後、30年後のイベント発生を予防することは、平均寿命や個々人の期待余命を鑑みると、現実的ではないと考えられ、疾患があっても薬物療法を見合わせるという選択が正当化される場合もある。

しかし、治療しない場合に、その疾患の経過観察は誰が責任を持って行うのか、主治医が一人に限定されていない場合、医師の間で管理方針が異なる場合も稀ではない。また、治療しないで経過観察した場合に状態が悪化した時に、どのタイミングで治療開始とするのか、その判断も難しい。後期高齢患者に対する過少医療が発生しないよう配慮しながら、適切に疾患の経過観察を継続できるような仕組みとすることが望ましい。

⑥ 後期高齢者におけるデータヘルス計画

広域連合においては、加入者のレセプト、

健診データを分析して健康課題を把握し、保健事業を実施、その評価を行うデータヘルス計画の策定が始まっている。後期高齢者の保健事業を効果的に提供するためには、多様な後期高齢者の身体特性を類型化し、各グループに最適な健診項目を採用することが求められる。また、健診の際に ADL や IADL、認知機能といった生活機能自立度やフレイルの状況、栄養状態等を収集すれば、身体特性を考慮した具体的な保健指導に有用となる。

また、保健指導等の保健事業により健診データや受療状況、医療費等に及ぼす効果を検証していくことが重要であり、KDB（国保データベースシステム）等を有効に活用し、後期高齢者医療のレセプト・健診情報を提供することにより市町村の事業評価支援を行うことも重要である。さらには、市町村と広域連合の連携を推進して両者のデータの連続性が保たれれば、若い世代や前期高齢者に対する保健事業がのちになって後期高齢の医療費にどのように影響を与えるかを検証することが可能となり、長期効果を測定することも可能となる。

後期高齢者の医療費増大が問題となっている現在、「予防可能性のある病気」に対してどのくらいの医療費負担が発生しているのかを国民に正しく認識してもらうことも重要である。そのうえで、健康状態の維持は後期高齢期における生活の質、経済状態にも直結することを若い年代層にも知ってもらい、自らの健康を守る行動（禁煙、節

酒、運動、肥満の予防、口腔衛生、健診受診）につなげる取り組みを進めることが重要である。

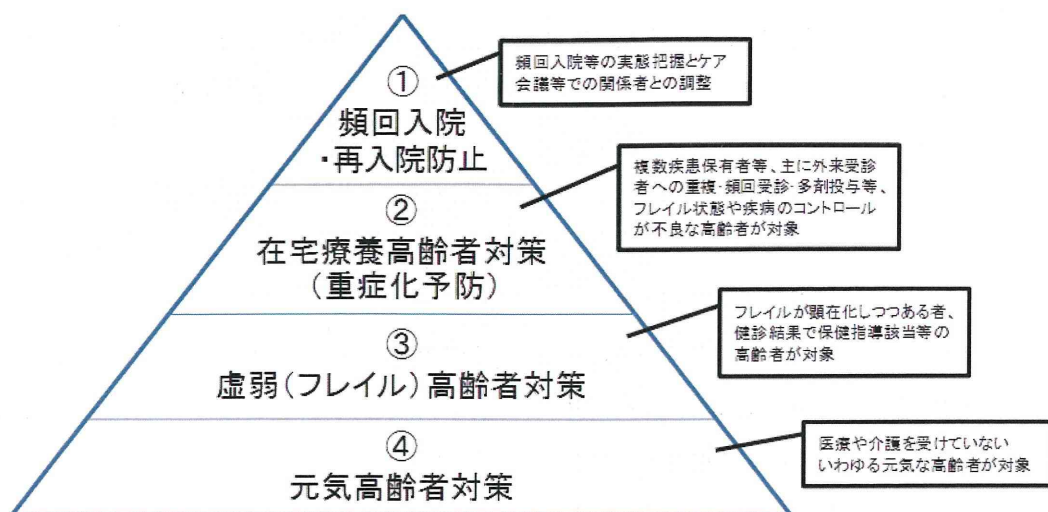
後期高齢者の医療費は若年期からの支援金により支えられていること、若年期からの不十分な健康管理に由来することからも、医療費適正化の在り方について、国民一人ひとりが自分ゴト化して考えられるような情報提供が重要ではないだろうか。

1) 日本老年医学会．高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015．メジカルレビュー社

（２）健康指標の分析に基づく後期高齢者医療における健康支援のあり方

保健事業はレセプトや健診データ、基本チェックリスト等の健康指標、住民の意識等の調査資料に基づいた戦略的なものであることが望ましい。これら指標の分析結果に基づき、人々の健康寿命の向上、結果としての医療費の適正化を実現するためには、ポピュレーション・ヘルス・マネジメントの考え方に基づく階層化（図 1 2）のような総合的な対策が有効となる。

前項（１）⑥のとおり、広域連合においては、「保健事業実施指針」に基づいたデータヘルスの推進の一環として、レセプトデータや健診データを分析のうえ、被保険者の状態に応じた保健指導等の実施を企画することが求められる。



図一 1 2 後期高齢者に対する保健事業の考え方 (階層化イメージ)

(被保険者の階層化イメージ)

被保険者の健康状態を把握し、その状態像に応じて以下の①～④に例示するような階層化を行い、各階層の特性に対応した保健指導等を行うことにより、効果的、効率的な事業展開が期待できる。広域連合による保健事業は、当面の間、主に②、③の階層を重点的に実施することが適当である。①②の階層は医療と、③④の階層は介護予防との連携が重要である。

- ① 頻回入院・再入院防止対策 (頻回に入退院を繰り返すなど重症化リスクが高い者等)
→退院調整等も含め医療主体の高度なケアマネジメントが必要となる層。
医療保険者 (広域連合及び市町村) としては、地域包括ケア会議等を通じて保健・医療・介護サービスの調整機能を担うことが考えられる。

また、高額医療費分析等による課題把握から各階層に必要な対策を検討する。

在宅療養高齢者対策 (重症化予防)
→複数疾患保有者など主に外来の重複・頻回受診、多剤投与等の状況にある者、フレイル状態や疾病のコントロールが十分でない者等が対象であり、フレイルの進行や疾病の重症化を予防するため、かかりつけ医と連携の上、包括的な管理を行う。

- ② 虚弱 (フレイル) 高齢者対策 (基本チェックリスト非該当や健診結果で保健指導該当の者等)
→栄養指導等のフレイル対策を行う。
必要に応じ一般介護予防事業との連携を図る。

未受診や治療中断、健康状態不明者へ必要に応じて受診勧奨等を行う。

- ③元気高齢者対策 (医療、介護をあまり利用していない元気な高齢者等)

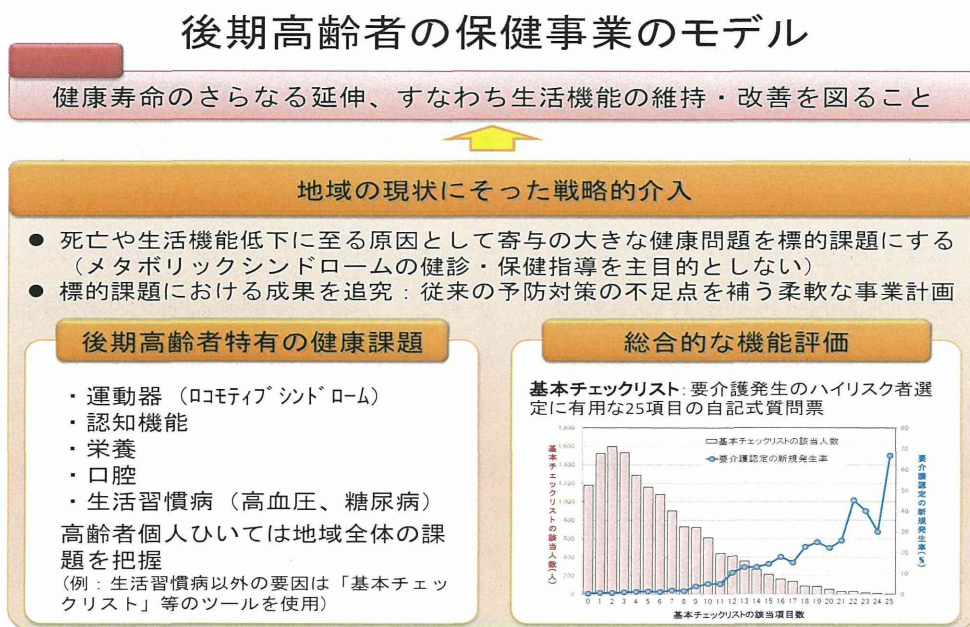
→健康に関する一般的な注意喚起や情報提供、健診受診勧奨、健康教育等を行う。

2) 対象者及びアセスメントすべき項目の選定について

一方、後期高齢者に顕在化するフレイルを中心とするアセスメントには国内外からいくつかの手法が開発されているが、本邦では現在国の実施している介護予防事業（地域支援事業）で用いられている「基本チェックリスト」が最も適している指標の一つと考えられる。基本チェックリストについては平成12年に介護保険法下における介護予防事業に新たに導入され、先に述

べたように、その後基本チェックリストに関する、信頼性や妥当性についての研究成果が集積している（I 総論、3. フレイル、認知症、ロコモティブシンドローム（サルコペニア、低栄養・口腔機能（オーラルフレイル）；p 13）。

また基本チェックリストは使用されてから10年以上を経過し、介護予防事業を実施する自治体や医療関係者、さらには高齢者を中心とした国民の方々にもようやくその存在と利用が定着してきた観があり、今後は特に後期高齢者の保健事業の第1歩としての健康アセスメントとして「基本チェックリスト」のより一層の利活用が望ましいと考えられる（図 13）。



図—13

(1) 包括的なアセスメントについて

後期高齢者医療保険制度の枠組みにおける保健事業や健康支援の対象者は（当然であるが）75歳以上の後期高齢者である。

今後の後期高齢者の保健事業において特に重点的にアセスメントすべきは、若年者で中心となっている生活習慣病に加え高齢者の加齢に伴う疾患および日常生活動作能力を中心とした生活機能に関わる十分なアセスメントが必要となる。以前より老年医学の領域においては、高齢期における健康特性に基づき、高齢者をみるうえでは単なる疾患の診断と治療にとらわれず、患者の個々の生活者としての視点や介護者の視点から見た生活機能障害の評価を含めた全人的医療が必須の条件となっており、この条件を満たすために開発されたツールが高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment：CGA）と呼ばれるものである。

CGAは単に疾患の診断・治療のみならず、高齢者の全人的・包括的評価がその中核となっている。CGAにおける（評価すべき）3大要因として身体的要因、精神心理的要因、そして家庭・社会的要因があげられる。身体的要因での評価はADL及びIADLが中心となる。精神心理的要因では評価は認知機能とうつ状態が中心となる。さらに家庭・社会的要因では家族、介護者、住居、家計など患者が置かれているさまざまな家庭環境や社会環境の評価が含まれている。

CGAの有用性は、これまで入院回数の減

少、入院日数の短縮、施設入所の減少、QOLの向上、服薬数の減少、ADLの改善、そして死亡率の低下などが報告されてきた。CGAによる総合的評価の後、その有効性を具体化するためには、多職種（主治医、PT、OT、MSW、看護師、栄養士、薬剤師など）による退院後のケアも考慮した連携と効果的介入が必要となる。またCGAは単に医療施設でのみなされるものではなく、例えば地域の高齢者に対しても老年症候群と生活機能評価を行うことによって介護予防を効率的に進めることも可能であることが国内外の研究で明らかにされている。具体的にアセスメントすべき項目としてはI総論で概説されたように、後期高齢者に特有に出現し自立とQOLを障害することが明らかである、フレイル、サルコペニアを含むロコモティブシンドローム、軽度認知障害(MCI)を含む認知症、さらには低栄養を含む栄養と口腔機能、などは十分にアセスメントし、その後の効果的介入へとつなげてゆく必要がある。特に後期高齢者の生活機能障害や様々な老年症候群の背景ともなっている歩行速度の低下については直接測定あるいはその代替調査は必須と考えられる。

後期高齢者の健康アセスメントの中で、（生活機能全体に関しては国民にも定着した感のある「基本チェックリスト」をまず実施することが望ましいと考えられるが、）特に生活機能や日常生活動作の維持・向上に関係の深い項目として、生活機能全体（いわゆる「フレイル」予防）、運動機能関連項目（いわゆる「ロコモ」、「サルコ」予防）、

認知機能関連項目（MCIにおける予防）、栄養・口腔機能項目（いわゆる「オーラルフレイル」予防）、「低栄養・重症化予防」、社会性関連機能（閉じこもり予防）等については「基本チェックリスト」のみならず、より当該項目により特化したアセスメントも必要と考えられる（表 3）。

2章で紹介した事例から、和光市においては、基本チェックリストを包含した形で日常生活圏域ニーズ調査を実施し、個別訪問を組み合わせることにより、ほとんどの高齢者の実態を把握するとともに、高齢者の医療の受診状況を含むなど医療・介護

ニーズを併せ持つ高齢者の包括的なアセスメントの機会として活用されている。また、柏市においては、住民主体の測定会などでフレイル状態を自ら把握可能な「指輪っかテスト」や滑舌チェックなどを紹介し地域への普及に努めている。

一方で、医療保険者が保有するレセプト・健診データを活用することにより、健康状態の継続的な把握から疾病の発症・重症化を予測するなど対象者のアセスメントを考慮することも重要となる（IV 分担報告等； pp120－152）。

表—3 アセスメントに活用可能な既存の指標等について

区分		項目
1 既存健診等の活用	①健康診査	<p><診察></p> <p>1 計測(身長、体重、BMI)</p> <p>2 理学的所見(身体診察)</p> <p>3 血圧</p> <p><脂質></p> <p>4 中性脂肪</p> <p>5 HDL コレステロール</p> <p>6 LDL コレステロール</p> <p><肝機能></p> <p>7 AST(GOT)</p> <p>8 ALT(GPT)</p> <p>9 γ-GT(γ-GTP)</p> <p><代謝系></p> <p>10 空腹時血糖(またはHbA1c)</p> <p>11 尿糖</p> <p><腎臓機能></p> <p>12 尿蛋白</p> <p>※医師の判断により追加 貧血、心電図、眼底検査</p>
	標準的な質問票	<p><薬の使用の有無></p> <p>1 血圧を下げる薬</p> <p>2 インスリン注射又は血糖を下げる薬</p> <p>3 コレステロールを下げる薬</p> <p><既往歴></p> <p>4 脳卒中の既往歴</p> <p>5 心臓病の既往歴</p> <p>6 慢性腎不全、人工透析の既往歴</p> <p>7 貧血の既往歴</p> <p><生活習慣></p> <p>8 喫煙習慣</p> <p>9 20歳から10キロ以上の体重増加</p> <p>10 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施</p> <p>11 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施</p> <p>12 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い</p> <p>13 この1年間で体重の増減が±3kg以上</p> <p>14 人と比較して食べる速度が速い</p> <p>15 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある</p> <p>16 夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある</p> <p>17 朝食を抜くことが週に3回以上ある</p> <p>18 お酒を飲む頻度</p> <p>19 飲酒日の1日あたりの飲酒量</p> <p>20 睡眠で休養が十分とれている</p> <p><改善の意志></p> <p>21 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思うか</p> <p>22 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用するか</p>

1 既存健診等の活用 (つづき)	②歯科健診	<ul style="list-style-type: none"> 1 歯の状態(歯数、処置歯数、未処置歯数など) 2 咬合の状態 3 咀嚼能力評価 4 舌機能評価(舌の力、巧緻性[オーラルディアドコネシス]) 5 嚥下機能評価 6 粘膜の状況 7 口腔衛生状況 8 口腔乾燥 9 歯周組織の状況
	③レセプト情報	<ul style="list-style-type: none"> 1 診療報酬(入院・入院外) 傷病名、診療開始日、投薬、注射、処置、手術・麻酔、病理検査、画像診断、入院等 2 診療報酬(歯科) 傷病名部位、診察開始日、診察実日数、投薬・注射、X線検査、処置・手術、麻酔、歯冠修復及び欠損補綴等 3 調剤報酬 処方(医薬品名、規格、用量、剤形、用法)等

2 フレイル	①Friedの基準	<ol style="list-style-type: none"> 1 体重減少 2 疲れやすさの自覚 3 活動量低下 4 歩行速度の低下 5 筋力低下 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><判定基準></p> <p>3項目以上に該当「フレイル」 1、2項目に該当「プレフレイル」</p> </div>
3 生活機能	①基本チェックリスト	<ol style="list-style-type: none"> 1 バスや電車で一人で外出できるか 2 日用品の買い物をするか 3 預貯金の出し入れをしているか 4 友人の家を訪ねているか 5 家族や友人の相談にのっているか 6 階段や手すりや壁をつたわずに昇っているか 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るか 8 15分間位続けて歩いているか 9 この1年間に転んだことがあるか 10 転倒に対する不安は大きいのか 11 6か月間で2～3キロ以上の体重減少 12 BMI値18.5未満 13 半年前に比べて堅いものが食べにくくなったか 14 お茶や汁物等でむせることがあるか 15 口の渇きが気になるか 16 週に1回以上は外出しているか 17 昨年と比べて外出の回数が減っているか 18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされるか 19 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしているか 20 今日が何月何日かわからない時があるか 21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない 22 (〃) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった 23 (〃) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じる 24 (〃) 自分が役に立つ人間だと思えない 25 (〃) わけもなく疲れたような感じがする <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><判定基準></p> <p>以下に該当する場合、市町村が提供する介護予防事業を利用できる可能性があるため地域包括支援センターに相談を。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・項目6～10の合計が3点以上 ・項目11・12の合計が2点 ・項目13～15の合計が2点以上 ・項目1～20の合計が10点以上 </div>

	<p>②老研式活動能力指標</p>	<p><手段的ADL></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 バスや電車を使って一人で外出できるか 2 日用品の買い物ができるか 3 自分で食事の用意ができるか 4 請求書の支払いができるか 5 銀行預金、郵便貯金の出し入れが自分でできるか <p><知的ADL></p> <ol style="list-style-type: none"> 6 年金などの書類がかかるか 7 新聞などを読んでいるか 8 本や雑誌を読んでいるか 9 健康についての記事や番組に関心があるか <p><社会的ADL></p> <ol style="list-style-type: none"> 10 友達の家を訪ねることがあるか 11 家族や友達の相談にのることがあるか 12 病人を見舞うことができるか 13 若い人に自分から話しかけることがあるか <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><判定基準></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 手段的ADLスコア5点満点 ・ 知的ADLスコア4点満点 ・ 社会的ADLスコア4点満点 でそれぞれのADLを評価 総計を高次ADLスコアとする。カットオフ値はない。 </div>
<p>3 生活機能 (続き)</p>	<p>③JST版 活動能力指標</p> <p>(国立長寿医療センター研究所、東京都健康長寿医療センター研究所、福島県立医科大学)</p>	<p><新機器利用></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 携帯電話を使うことができるか 2 ATMを使うことができるか 3 ビデオやDVDプレイヤーの操作ができるか 4 携帯電話やパソコンのメールができるか <p><情報収集></p> <ol style="list-style-type: none"> 5 外国のニュースや出来事に関心があるか 6 健康に関する情報の信ぴょう性について判断できるか 7 美術品、映画、音楽を鑑賞することがあるか 8 教育・教養番組を視聴しているか <p><生活マネジメント></p> <ol style="list-style-type: none"> 9 詐欺、ひったくり、空き巣等の被害にあわないように対策をしているか 10 生活の中でちょっとした工夫をすることがあるか 11 病人の看護ができるか 12 孫や家族、知人の世話をしているか。 <p><社会参加></p> <ol style="list-style-type: none"> 13 地域の祭りや行事に参加しているか 14 町内会・自治会で活動しているか 15 自治会やグループ活動の世話役や役職を引き受けることができるか 16 奉仕活動やボランティア活動をしているか。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><判定基準></p> <p>得点が高いほど、各領域の活動能力が高く、積極的に活動していることを意味する。 カットオフ値は設定されていない。</p> </div>

4 運動機能	①ロコモ度テスト (日本臨床整形外科医会)	<p>①立ち上がりテスト ②ステップテスト ③問診票(ロコモ25)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><判定基準> 各段階で一つでもあてはまれば、「ロコモ度1」、「ロコモ度2」と判定される。</p> <p>【ロコモ度1】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・①のテストでどちらか片足で40cmの高さから立ち上がれない ・②のステップ値が1.3未満 ・ロコモ25の結果が7点以上 <p>【ロコモ度2】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・①のテストで両足で20cmの高さから立ち上がれない ・②のステップ値が1.1未満 ・ロコモ25の結果が16点以上 </div>															
	②指輪っかテスト (東大・飯島)	<p>指輪っかでふくらはぎを囲んだときにどうなるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 囲めない ・ ちょうど囲める ・ 隙間ができる <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><判定基準></p> <p>隙間ができれば筋肉量が少なくなっている状態(サルコペニア)の可能性がある</p> </div>															
	③転倒スコア FR I-SF (鳥羽他)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">1 過去1年間に転んだことがありますか</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">はい</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>2 歩く速度が遅くなったと思いますか</td> <td style="text-align: center;">はい</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>3 杖を使っていますか</td> <td style="text-align: center;">はい</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>4 背中が丸くなってきましたか</td> <td style="text-align: center;">はい</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>5 毎日お薬を5種類以上飲んでいきますか</td> <td style="text-align: center;">はい</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <p><判定基準></p> <p>7点以上が 転倒のハイリスク</p> </div>	1 過去1年間に転んだことがありますか	はい	5	2 歩く速度が遅くなったと思いますか	はい	2	3 杖を使っていますか	はい	2	4 背中が丸くなってきましたか	はい	2	5 毎日お薬を5種類以上飲んでいきますか	はい	2
	1 過去1年間に転んだことがありますか	はい	5														
2 歩く速度が遅くなったと思いますか	はい	2															
3 杖を使っていますか	はい	2															
4 背中が丸くなってきましたか	はい	2															
5 毎日お薬を5種類以上飲んでいきますか	はい	2															
④その他実測値	<ul style="list-style-type: none"> ・歩行速度(所要時間を計測) ・握力(握力計による計測) など 																