

で、かつ問診（例：胸痛等の有無）等で心疾患の疑いがない場合は、一般に運動器の機能向上プログラムの提供が可能になる。その際、高齢者の特性や個人差を考慮して、運動介入は慎重に行っていく必要がある。

安静時心電図が「軽度異常」、たとえば、軽度の「Q-QS異常、ST-T異常、房室伝導異常、心室内伝導異常、不整脈等」がある場合で、問診等で心疾患の疑いがない場合は、運動器の機能向上プログラムの実施は可能であるが、その場合は医師の指導のもとで慎重に行う必要がある。

安静時心電図が「異常」の場合や、問診等で心疾患が疑われる場合には、要医療として医療機関への紹介となるが、そこで運動器の機能向上プログラムが有用と判断された場合には、医師の管理下で、必要に応じて運動強度・運動量の制限を行う。また「異常」の判定として心房細動を有する場合は将来的に脳梗塞を発症しやすくなることを説明し、主治医らと脳梗塞発症時の緊急時の対応（t-PAのための即時の参加）について相談するように勧める。

[結果の判定]

現行の判定基準に準じる。判定区分は一般に「正常」、「軽度異常」、および「異常」などとなる。「軽度異常」の場合は、プログラムの利用にあたり十分な注意が求められる。「異常」の場合は、医療機関への参加を適切に行うように勧める。

ウ) 貧血検査（血液中の赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値の測定であり、各種介護予防プログラム、特に運動器の機能向上プログラムの提供が想定される場合における安全管理の視点から実施する。）

貧血検査によって、貧血が見出された場合、原因を明らかにするために医療機関において精査が必要である。軽度の貧血の場合には、運動器の機能向上プログラムを実施することも可能であるが、運動時においては、動悸、息切れ、ふらつき、頻脈、不整脈等を誘発する可能性もあることから、対象者によっては医師の管理下で、運動介入の制限もしくは強度を低下して実施する必要がある。

[結果の判定]

原則として男性女性ともに、11.5 g/dl以上であれば運動器の機能向上プログラムを実施することが可能であるが、これを軽度以下回っている場合でも、医師の判断および本人の希望により慎重に実施することもできる。

エ) 血液生化学検査（血清アルブミン検査；低栄養状態が疑われ、栄養改善プログラム提供の対象となることが想定される場合に実施する。）

血液性化学検査のなかでも特に血清アルブミンは低栄養状態が疑われる高齢者においてきわめて重要な測定項目である。血清中にはさまざまなタンパク質が含まれているが、なか

でも血清アルブミンは55～70%を占める最大の分画を構成している。血清アルブミンは種々の病態でも増減するが、これまでの多くの高齢者を対象とした加齢変化や健康の推移に関する多くの縦断的研究から、極めて鋭敏な栄養指標であると同時に、生活機能の低下や生命予後に対する予知因子として優れた指標であることが確認されている。本検査では血清アルブミン値 3.8 g/dl 以下では確実な低栄養状態と判定する。

[結果の判定]

次のような基準によって判定する。

血清アルブミン値 3.8 g/dl 以下の場合；

原因となる疾病の有無を確認し、疾病のある場合には医療の必要性を考慮する。また、原因となる疾病のない場合には低栄養状態として、栄養改善プログラムへの参加が強く推奨される。

3.3 「生活機能評価」の実施方法と判定

1) 実施方法

(1) 生活機能チェック以外の機会に基本チェックリストを実施し、特定高齢者の候補者を選定する場合

ア 特定高齢者の候補者の選定

市町村は、第1号被保険者（要介護者及び要支援者を除く。以下同じ。）について、基本チェックリストを実施し、地域支援事業実施要綱に定める以下の基準に従い、特定高齢者の候補者を選定する。

基本チェックリストにおいて次の i から iv までのいずれかに該当する者

- i 1 から 20 までの項目のうち 10 項目以上に該当する者
- ii 6 から 10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当する者
- iii 11 及び 12 の 2 項目すべてに該当する者
- iv 13 から 15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当する者

イ 生活機能チェックと生活機能検査の実施

特定高齢者の候補者に選定された者について、基本チェックリストを除く生活機能チェックと生活機能検査を実施し、特定高齢者に該当する者であることの確認を医師が行う。

(2) 生活機能チェックの機会に基本チェックリストを実施し、特定高齢者の候補者を選定する場合

ア 特定高齢者の候補者の選定

第1号被保険者について、生活機能チェックを実施し、特定高齢者の候補者を選定する

等の医学的な理由により、一部又は全ての介護予防事業の利用は不適當であると判断される場合であり、利用が不適當な介護予防事業のプログラムに印を付するものとする。

(2) 生活機能の低下なし

地域支援事業実施要綱に定める特定高齢者の候補者の基準に該当しない場合又は特定高齢者の候補者の基準に該当する場合(2(3)アによって特定高齢者の候補者とみなされた場合を含む)であって、生活機能が比較的良好に保たれ、要支援・要介護状態となるおそれが高いとは考えられない場合。

3.4 介護予防事業への包括的判定

○ 個別の検査項目ごとの判定を踏まえ、各種介護予防プログラムを推奨すべき、包括的判定法について述べる。ただし、リスク管理に関する内容は本文中3.2に述べているので参照頂きたい。

なお、介護予防事業においては、その生活行為の自立度・実用性向上にむけた支援を行うなど、下記の各介護予防プログラムだけでなくそれ以外のサービスの必要性も含めて総合的に考慮することが求められる。

1) 基本チェックリストの活用について

1 基本チェックリストの構成

- 24項目の質問項目及び体重・身長を加えた25項目で構成する
- 介護予防プログラムとの対応関係は以下のとおり。

運動器の機能向上	(6)～(10)
栄養改善	(11)、(12) (BMI (身長、体重から算出))
口腔機能の向上	(13)～(15)
閉じこもり予防・支援	(16)、(17)
認知症予防・支援	(18)～(20)
うつ予防・支援	(21)～(25)

2 基本チェックリストの活用

- 特定高齢者把握事業において、以下の事項に活用する。
 - ①特定高齢者となる可能性がある「特定高齢者の候補者」の選定
 - ②特定高齢者が参加することが望ましいと考えられる介護予防プログラムの判定

2) 特定高齢者の決定までの流れ

- 以下の1、2については、市町村が特定高齢者把握事業により実施することとするが、地域包括支援センターに委託実施することが可能とする。

1 特定高齢者の候補者の選定

- 健康診査（以下「健診」）の参加者及びその他様々な方法により把握された特定高齢者の可能性のある者が記入した基本チェックリストをもとに、以下の①から④のいずれかに該当する者を特定高齢者の候補者として選定する。

- ①うつ予防・支援関係の項目を除く1～20項目のうち10項目以上該当する者
- ②運動器の機能向上5項目のうち3項目以上に該当する者
- ③栄養改善2項目全て該当する者
- ④口腔機能の向上3項目うち2項目以上に該当する者

2 特定高齢者の決定

- 上記1により「特定高齢者の候補者」として選定された者について、基本チェックリストをはじめとする生活機能評価を<参照：参考資料 2, (p36)>の結果等を踏まえて、後述の「特定高齢者の決定方法」(1)～(6)により、参加することが望ましいと考えられる介護予防プログラムを判定する。
- 介護予防プログラムの判定にあたっては、地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメントと一体的に実施することが望ましい。
- 健診以外の方法で把握された者で未参加の者に対しては、参加勧奨する。

→ (1)～(6)により、何らかのプログラムへの参加が望ましいと判定された者を「特定高齢者」として決定する。

→ 特定高齢者のプログラムの参加については、地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメントを経て、本人の意向や生活環境等も踏まえ、介護予防ケアプランを作成する。

「特定高齢者の決定方法等」

市町村は、特定高齢者の候補者に選定された者について、生活機能評価の結果等を勘案した医師の総合的な判断を踏まえ、特定高齢者を決定し、さらに、当該特定高齢者にとって医学的な理由により利用が不適当な介護予防事業の有無を決定する。

なお、医師は、特定高齢者の候補者に選定された者について、以下の1～6への該当の有無、生活機能チェック及び生活機能検査の結果を踏まえて、生活機能の低下の有無及び当該特定高齢者にとって医学的な理由により利用が不適当な介護予防事業の有無について総合的な判断を行う。

1 運動器の機能向上

基本チェックリスト6～10の5項目のうち3項目以上に該当する者

ただし、うつ予防・支援関係の項目を除く 20 項目のうち 10 項目以上該当し「特定高齢者の候補者」と判定された者であって、基本チェックリスト 6～10 のうち 3 項目以上該当していない者について、以下に示す運動機能測定を行った場合に 3 項目の測定の配点が 5 点以上となった場合については、該当する者とみなしてよい。[参照<参考資料 4, \(p41\)>](#)

運動機能測定項目	基準値		基準値に該当する 場合の配点
	男性	女性	
握力 (kg)	<29	<19	2
開眼片足立時間 (秒)	<20	<10	2
10m 歩行速度 (秒) (5m の場合)	≥8.8 (≥4.4)	≥10.0 (≥5.0)	3
配点合計	0-4 点 … 運動機能の著しい低下を認めず 5-7 点 … 運動機能の著しい低下を認める		

2 栄養改善

以下の①及び②に該当する者又は③に該当する者

- ① 基本チェックリスト11に該当
- ② BMIが18.5未満
- ③ 血清アルブミン値3.8g/dl以下

3 口腔機能の向上

以下の①、②又は③のいずれかに該当する者

- ① 基本チェックリスト13～15の3項目のうち2項目以上に該当
- ② 視診により口腔内の衛生状態に問題を確認
- ③ 反復唾液嚥下テストが3回未満

4 閉じこもり予防・支援

基本チェックリスト16に該当する者
(17にも該当する場合は特に要注意)

5 認知症予防・支援

基本チェックリスト18～20のいずれかに該当する者

6 うつ予防・支援

基本チェックリスト21～25で2項目以上該当する者

※ なお、認知症及びうつについては、特定高齢者に該当しない場合においても、可能な限り精神保健福祉対策の健康相談等により、治療の必要性等についてアセスメントを実施し、適宜、参加勧奨や経過観察等を行うものとする。

3.5 その他実施にあたっての留意点

1) 「生活機能評価」の対象者の把握と管理

- 市町村は対象者の名簿を作成し、実施計画を作成する。
- 市町村は、参加者の氏名、生年月日、年齢、住所、健診結果、参加者の過去の基本健診の参加状況、検診結果、および要精検（要医療）とされた者の医療機関における精密検査参加の有無とその結果に関わる記録等に関し、医療機関等と連携のもと整備する。
- 平成18年度以降では、「生活機能評価」の参加状況、結果、要医療あるいは要介護予防とされた者の医療機関での精密検査参加の有無と結果、あるいは介護予防プログラムの参加状況や改善状況についても記録の整備が必要である。
- 特に、治療や介護予防プログラムへの参加の対象となった者については、個人票として整備し、経時的記録を作成することにより、次年度以降の事業に活用することが必要である。

2) 検体検査の精度管理

- 「生活機能評価」において採集された血液検体に関する精度管理については、現行の基本健診における検体の精度管理と同様にこれを実施する。（参照：厚生省老人保健福祉局老人保健課監修；老人保健法による健康診査マニュアル。日本醫事新報社）

3) 「生活機能評価」の結果活用

- 「特定健康診査」等の「生活機能評価」によって得られた結果あるいはデータについては、これを充分活用し、介護予防事業がより効率的・効果的に運用されるよう配慮しなければならない。
- 生活機能評価実施機関は、「判定報告書」を市町村に報告する。
 - (1) 市町村は、生活習慣病等の観点も考慮した上で、介護予防特定高齢者施策の対象者に該当する者について、その心身状況等を含め、地域包括支援センターに情報提供する。
 - (2) 地域包括支援センターにおいて、「基本チェックリスト」を含めて、身体計測、理学的検査やリスク評価等の結果に基づき、介護予防ケアマネジメントを行う。
 - (3) 介護予防に資するサービス等（介護給付、新予防給付及び介護予防事業）の利用者は、地

域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメントを経てサービス等へ参加する。

- なお、生活機能評価の結果を踏まえ、介護予防ケアマネジメント等に際しての留意点は以下の通りである。
 - (1) サービス利用が必要と評価された項目を確認すること。
 - (2) サービス利用の際の安全管理について医学的視点で確認すること。
 - (3) 利用者本人の意志や意欲を確認すること。
 - (4) サービス利用による生活機能の改善等について、関係機関と常に情報を共有すること。
 - (5) 提供サービスは自己実現や生きがいの創造といった目標達成のための手段であり、目的化しないよう指導、確認すること。

- 「生活機能評価」のデータについては以下のような活用方法も考えられる。
 - (1) 横断的データ：本検査実施当該年のデータを用いて、「生活機能の低下あり」や「生活機能の低下なし」などのそれぞれの区分の割合（異常者等出現率）を明らかにするとともに、各区分での年齢構成や性比などを確認する。また全国平均データや近隣各市町村間との比較を行う。もし大きくデータのかげ離れている場合には検体の精度管理上の問題点が関与していないかどうかを検討する。
 - (2) 縦断的データ：本検査の経年的データについて、各年度の異常者等出現率を求め、年次間での比較を行う。異常者等出現率が年次間で常識を越えた変動を示した場合にはその原因を探求する。

4 参考資料

<参考資料 1>

1) 介護予防のための生活機能評価の科学的根拠

- これまでの我が国では、介護予防を目的とした生活機能評価とその科学的妥当性を検証した例はごく少数の研究モデルとして行なわれたものを除いては皆無である。ここでは、地域高齢者を対象として、介護予防を目的とした、疾病のスクリーニングや生活機能のアセスメントを包括的に行い参加者の特性や死亡リスク低減効果に関する科学的根拠を紹介しておく。

- 東京都老人総合研究所では、地域在宅高齢者における老年症候群の代表的徴候であり、かつ自助努力により相当な改善効果の見込まれる、転倒（骨折）、失禁、低栄養、認知機能低下および全体的な生活機能（ADL および I-ADL）の低下に関する効果的スクリーニング法の開発と予防対策（改善プログラム）を目的とした高齢者向け介護予防のための生活機能評価を疾病予防のための健診と同様の方法で実施し、その後、経年的に追跡調査を実施しているが、ここでは、
 - (1) 初回調査における参加者と非参加者の特性比較、
 - (2) 追跡期間中参加者と非参加者の 39 ヶ月間の生命予後の比較、
 - (3) 老年症候群の有無と 5 年後の生命予後に関する研究を紹介する。

1) 参加者と非参加者の比較について、調査対象者は東京都板橋区内在宅の 70 歳以上の高齢者 863 名である。生活機能評価には、このうち 438 名（50.8%）が参加した。内容は老年症候群のさまざまな項目についてハイリスク者のスクリーニングが主体となっている。ここでは前年に実施された事前調査データを基に、評価を受けた者（参加者）と受けなかった者（非参加者）の性別および年齢分布の他、健康度自己評価、老研式活動能力指標による生活機能、GHQ うつ尺度、PGC モーラルスケールによる主観的幸福感、転倒の既往、慢性疾患有病率、および身体能力としての握力などについて比較した¹⁾。

その結果；

- ① 生活機能評価参加者における性別の参加者割合は男性 49.0%、女性 51.0%で有意差はなかった。参加者と非参加者の平均年齢は各々 75.3 歳と 76.4 歳であり有意差が認められ、年齢分布からみても非参加者に高齢化が認められた。
- ② 健康度自己評価について参加群と非参加群に有意な差が認められ、非参加群で健康度の悪化している者の割合が高かった。
- ③ 身体機能（握力）についてみると非参加者と参加者で有意差はなかった。
- ④ 生活機能、うつ傾向、主観的幸福感についての各々の得点で両群の比較を行ったが、いずれの項目についても非参加者では有意に生活機能の低下、うつ傾向の増加そして主観的幸福感の低下が認められた。
- ⑤ 過去 1 年間での転倒経験者の割合には有意差は認められなかった。
- ⑥ 有病率の比較的高い 2 種類の慢性疾患（高血圧症および糖尿病）についてはいずれも参加者と非参加者の間に有病率の差は認められなかった。

このように、高齢者を対象とする介護予防を目的とした生活機能評価における非参加の大きな要因は実際の身体機能の老化や、老年症候群（転倒）の経験、あるいは慢性疾患の存在などではなく、むしろ健康度自己評価や主観的幸福感などの主観的なそして精神的な虚弱化の影響が大きいと推測された。参加者については今後も生活機能評価を中心とした要介護予防の対策が当然必要であるが、非参加者に対しては訪問看護などによる精神的な支援も含め要介護予防に対するよりきめ細かい対応が必要である。

2) 生活機能評価の参加者と非参加者の生命予後については、856名（男性332名、女性524名）のコホートを用いて検討した。これら分析対象者の39ヶ月間の生存時間（単位：日）を算出し、死亡リスクに関しては多変量解析を用いて検討した²⁾。その結果、39ヶ月の転帰状況では、死亡者数60名（参加者10名；2.3%、非参加者50名；11.9%）生死不明者16名（参加者7名；1.6%、非参加者9名；2.2%）であり、非参加者において死亡者数は著しく、有意に多かった。生活機能評価の参加による死亡リスク低減効果を検討することを目的として、39ヶ月の生存時間を目的変数、生活機能評価に対する参加行動（参加 vs 非参加）を説明変数とし、年齢、性別などの関連要因10項目を調整変数としたCox比例ハザードモデルを実施したところ、単変量解析（RR=5.6：95%CI：2.8-10.9）、多変量解析（RR=3.4：95%CI：1.6-7.2）とともに、参加行動（非参加）が有意な関連を示し、非参加者が、生命予後不良の要因であることが明らかとなった²⁾。（図1）もちろん参加者においてはもともと健康状態が良好であるという自己選択バイアスが存在するが、そのバイアスを調整しても尚、参加行動と生命予後の有意な関連性が見出されており、地域高齢者を対象とした包括的な生活機能評価のもつ有効性は確実に存在するものと考えられる。一方、非参加者に対しては単に参加の勧奨だけではなく、訪問による在宅での虚弱化予防のための対策が必要であると考えられた。

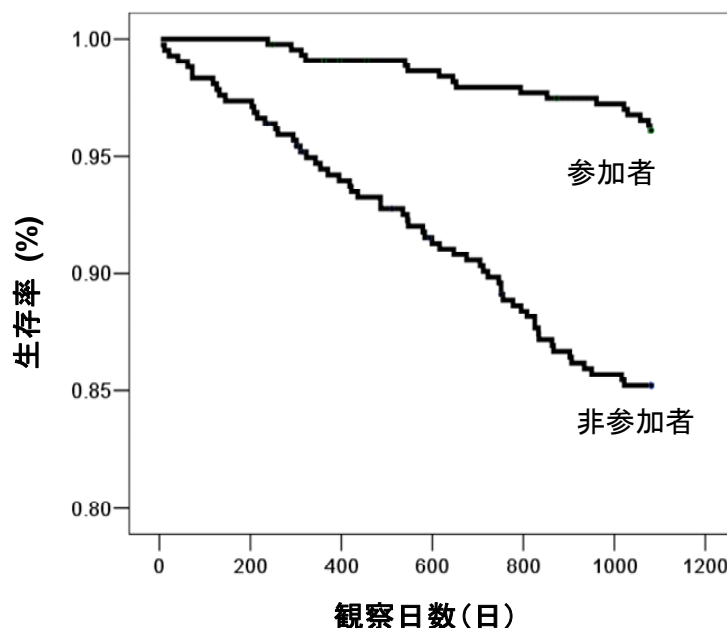


図1 介護予防のための生活機能評価に参加した群と非参加の群のその後3年間での生存率(死亡率)の推移

3) 生活機能評価への参加者における老年症候群の有無とその背景要因や5年後の生命予後に関する追跡研究については、地域在住の高齢者を対象に、老年症候群に属する代表的な徴候（症状）としての転倒、失禁、生活機能の低下、低栄養およびうつ傾向をとりあげ検討されている^{3,4,5}。

生命予後との関連についての研究対象者は、1996年9月に秋田県K村在住の65歳以上の高齢者（1,011人）である。本対象者に対し、介護予防あるいは老年症候群の早期発見・早期対応を目的とした生活機能評価を実施した。この評価事業に参加した756人（男性318人、女性438人）について、2001年7月までの約5年（58ヶ月）にわたって追跡し、この間の総死亡を把握するとともに、総死亡をもたらした要因に関する分析を行った。解析では、老年症候群のうち5徴候、すなわち、①過去1年間の転倒（あり）、②尿失禁（あり）、③生活機能の低下：手段的自立（非自立）；老研式活動能力指標（下位尺度1～5：4点以下/5点満点）より、④低栄養：アルブミン（3.8g/dl以下）、⑤うつ状態：GDS-15（6点以上）の各徴候およびこれらの徴候数と総死亡との関連についてCoxの比例ハザードモデルを用いて解析した。その結果、初回調査からの追跡期間中における男性1525.2人年、女性2169.8人年の観察に対して、総死亡数（死亡率）は、男性は46人（30.1人/1000人年）、女性は40人（18.4人/1000人年）であった。主な死亡原因として悪性腫瘍、心疾患、脳卒中、肺炎が認められている。ベースライン時の老年症候群の各徴候別と総死亡との関連で、男性では、「生活機能の低下」、「低栄養」、「うつ傾向」で死亡のリスクが有意に高かった。また、女性では、「過去1年間転倒」、「生活機能の低下」、「うつ傾向」で死亡のリスクが有意に高く、さらに「低栄養」においてはリスクが高い傾向にあった。また、老年症候群の徴候を多く有するほど、男女ともに死亡のリスクが有意に高かった。とくに、徴候数2個以上では、徴候なし（0個）に対し、男性ではハザード比5.37、女性では8.44ときわめて高い死亡ハザード比を示した（図2）。2個以上の徴候数の主な組み合わせは、男性では、「うつ傾向+生活機能の低下」9名、「過去1年間転倒+うつ傾向」6名であり、女性では、「うつ傾向+生活機能の低下」11名、「過去1年間転倒+うつ傾向」7名、などであった³。

本研究から、老年症候群は、高齢者の生命予後に明らかに影響をもたらし、その徴候が多いほど、単に生活機能を傷害するのみならず、生命予後もまた悪いことが示された。このことは高齢期においては生活機能や自立を容易に障害する老年症候群の早期発見と早期対応こそが、きわめて重要であることを示している。

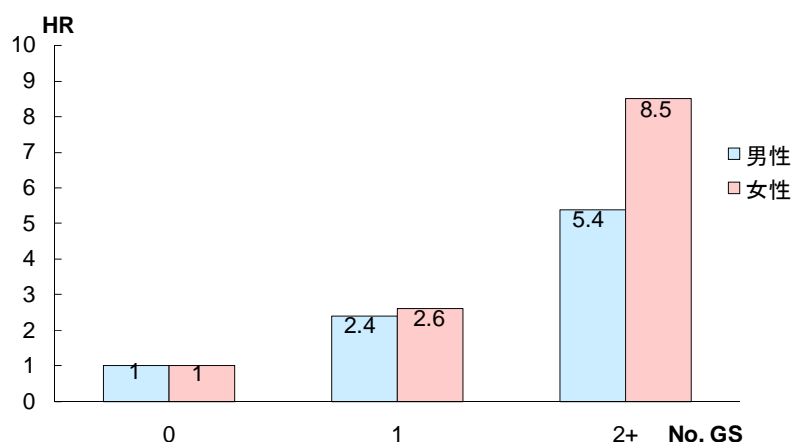


図2 老年症候群を保有する個数(0, 1, 2個以上)と5年間の死亡率との関連(年齢等を調整済、Cox比例ハザードモデルによる)

(文献3より引用)

2) 介護予防のための生活機能評価に基づく介入効果に関する科学的根拠

介護予防のための生活機能評価を通じて、さまざまな生活機能低下のリスクを有する高齢者、すなわち転倒、失禁、低栄養、足部変形などの老年症候群を有する高齢者に対し、科学的根拠として質の高い無作為割り付け比較介入試験 (Randomized Controlled Trial) を用いた介入効果についてのデータも蓄積されている。

1) 地域在宅で独歩可能な高齢女性 (73~90 歳) を対象とした転倒予防教室と在宅での継続的運動、特に下肢の筋力、バランス能力および歩行能力の改善を目的とした 6 ヶ月間の介入によりその後約 1.5 年間にわたり転倒の発生は有意に抑制されていた⁶⁾。(図 3)

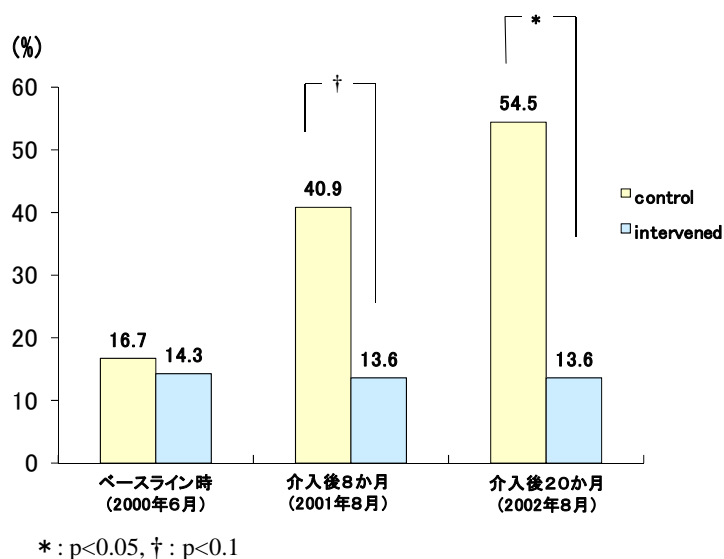


図 3 トレーニング介入による転倒抑制効果

2) 地域在宅高齢女性 (70~90 歳) で月に 1 回以上失禁を経験している者に対し、3 ヶ月間の骨盤底筋を中心とする体操と体重の減少を目的とした失禁予防教室による介入では、介入群で 55% の完全な尿失禁の消失 (対照群では 9%) が認められ、有意な介入効果がみられた⁷⁾。(図 4)

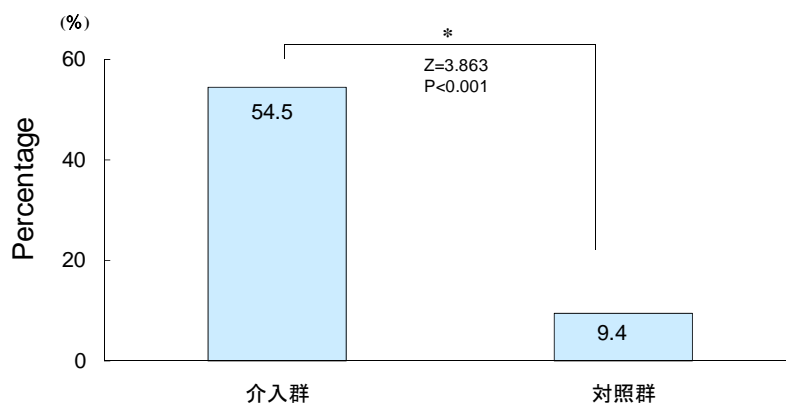


図 4 3ヶ月間の介入による尿失禁の改善率の比較 (無作為割り付け比較介入試験による)

3) デイケアセンターを利用する独歩可能な地域在宅高齢女性（65～92歳）で扁平足、外反母趾などの足部変形による痛みと歩行の軽度困難者に対し、個人対応による靴の中敷調整による介入の実施により、痛みの軽減および健康 QOL の指標（SF-36）の有意な改善が認められた⁸⁾。

これら RCT による介入効果の検証は多くの老年症候群や廃用症候群あるいは生活機能低下のハイリスク高齢者に対して現在も着実に蓄積されており、今後さらに介護予防事業の科学的根拠を与えることになる。

3] 基本チェックリストの妥当性に関する科学的根拠

1) 地域高齢者を対象とした悉皆調査における基本チェックリストの予測妥当性について

特定高齢者施策が開始されて以来、生活機能低下を示すハイリスク高齢者をスクリーニングすることを主たる目的として基本チェックリストが活用されている。この基本チェックリストについてはその信頼性や妥当性に関して開始当初には十分な検証がなされていた訳ではなく、特に施策の根幹となる特定高齢者あるいは要支援・要介護状態を基準（アウトカム）とした予測妥当性については、緊急に解決すべき検討課題であった。

幸い、平成 17 年度に基本チェックリスト作成のために厚生労働省老人保健増進等事業による研究班が組織され、基本的調査がなされた⁹⁾。実際は全国 12 市町村の協力を得、約 8,500 名の地域高齢者を対象として「基本チェックリスト」（26 項目版）を用い、市町村によりあらかじめ選定されていた地域（高齢者人口 700～1,200 名程度）において平成 17 年 8 月 1 日現在の対象者に対し、同年 8～9 月にかけて悉皆調査を実施したものである。

この悉皆調査の対象者の一部はその後平成 19 年度まで追跡されている（参加市町村 6 市町村、対象者数 3,792 名¹⁰⁾）。また特定高齢者候補者の特定基準は平成 18 年度版（旧基準）ではなく、平成 19 年度版（新基準）を用いて分析された。詳細な内容は報告書を参照されたいが、2 年間の追跡期間中に 64 名の特定高齢者が発生し、要介護認定を受けサービスの確定した者は 268 名であった。これらの実測値から、基本チェックリストの感度および特異度は以下のとおりであった。

① 特定高齢者（決定者）

感度	75.0%	(48/64)
特異度	58.3%	(1936/3321)

② 要介護認定者（要支援及び要介護状態）

感度	73.5%	(197/268)
特異度	57.8%	(1945/3365)

2) 地域高齢者を対象とした基本健診（老人保健法による）参加高齢者における基本チェックリストの予測妥当性について

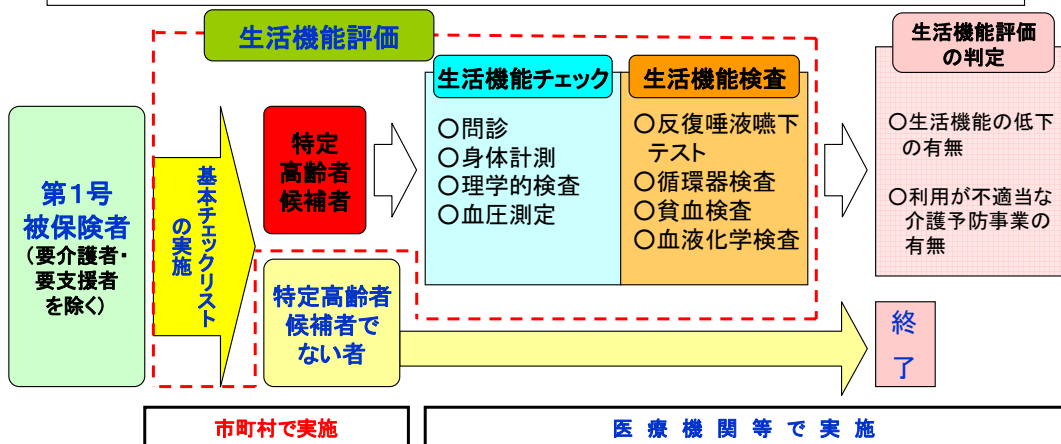
健診参加高齢者は未参加高齢者に比較して心身の健康度が高いことは、これまでのいくつかの研究からも明らかである（前項文献9,10を参照）。現在65歳以上の高齢者にあつては、基本チェックリストを用いた生活機能評価は健診において最もよく活用されているのが実情となっている。このような健診参加者における基本チェックリストの特定高齢者あるいは要支援・要介護状態を基準とした予測妥当性に関しても調査結果がまとめられている¹¹⁾。この調査では平成17年度に介護予防を目的とした基本チェックリストの実施も含む包括的健診に参加した1,016名（男性429名、女性587名；年齢72-92歳、平均78.5歳）について平成19年度までの2年間追跡調査を行ったものである。2年間の追跡期間中の死亡・転出95名を除いた921名のうち902名（98.8%）が追跡可能であり、分析対象とされた。これらの方々のなかから平成17年健診時に自立であった者（すなわち要介護認定を受けたいない者）は803名（男性338名、女性465名）であったが、2年間の追跡期間中に55名（男性20名、女性35名）の要介護認定による要支援・要介護者が新規に発生した、これらの実測値から基本チェックリストの感度、特異度を求めると以下のとおりとなった。

	男性		女性	
	感度	特異度	感度	特異度
基本チェックリスト (新基準)	60.0%	76.4%	60.0%	57.4%

<参考資料 2>

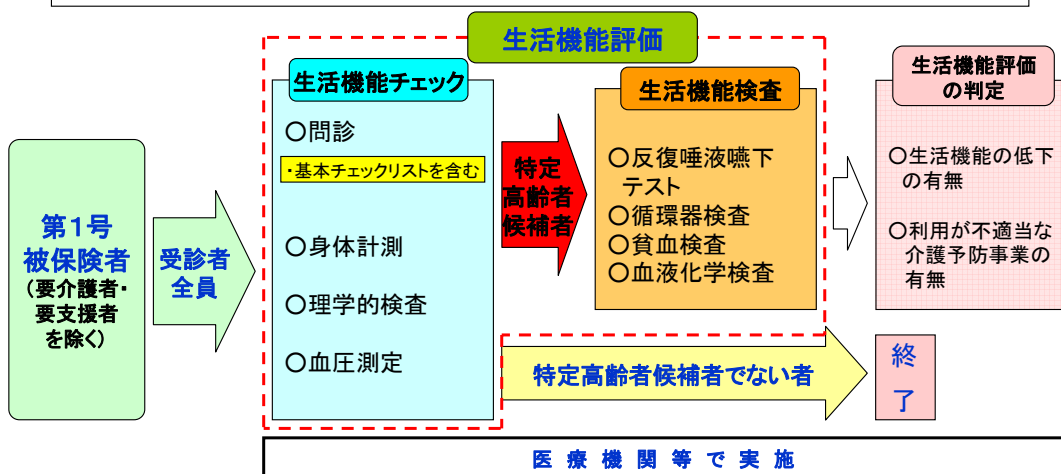
生活機能チェック以外の機会に基本チェックリストを実施し
特定高齢者の候補者を選定する場合

- 市町村は、要介護者及び要支援者を除く第1号被保険者に対して、基本チェックリストを実施し、特定高齢者の候補者を選定します。
- 特定高齢者の候補者に対して、基本チェックリストを除く生活機能チェックと生活機能検査を実施し、特定高齢者に該当する者であることの確認を医師が行います。
- 特定高齢者の候補者に該当しない場合は、医療機関等で生活機能チェック及び生活機能検査を行う必要はありません。



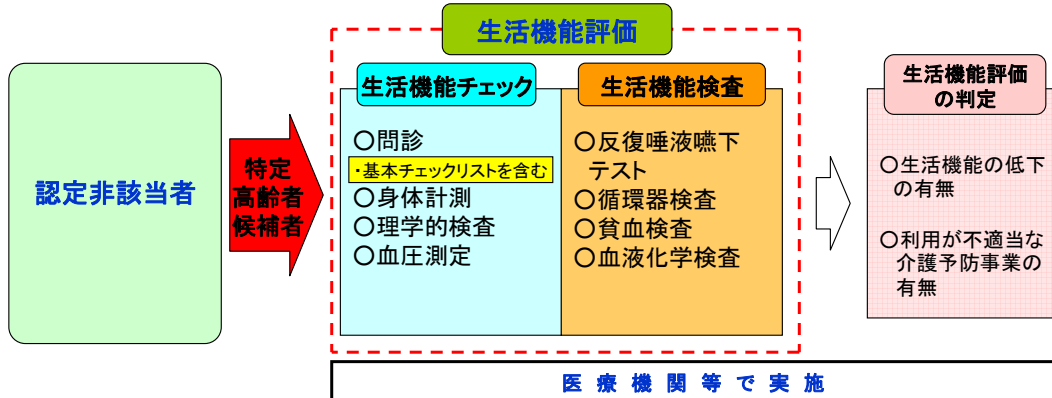
生活機能チェックの機会に基本チェックリストを実施し
特定高齢者の候補者を選定する場合

- 要介護者及び要支援者を除く第1号被保険者に対して、生活機能チェックを実施し、特定高齢者の候補者を選定します。
- 特定高齢者の候補者に対して、生活機能検査を実施し、特定高齢者に該当する者であることの確認を医師が行います。
- 特定高齢者の候補者に該当しない場合は、生活機能検査を行う必要はありません。



要介護認定の担当部局との連携により 特定高齢者の候補者を把握する場合

- 要介護認定において自立(非該当)と判定された者については、特定高齢者の候補者とみなします。
- 特定高齢者の候補者とみなされた者に対して、基本チェックリスト、生活機能チェック及び生活機能検査を実施し、特定高齢者に該当する者であることの確認を医師が行います。
- 基本チェックリストにおいて特定高齢者の候補者に該当しない場合であっても、生活機能チェック及び生活機能検査を行う必要があります。



基本チェックリストの考え方

【共通的事項】

- ① 対象者には、深く考えずに、主観に基づき回答してもらって下さい。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行って下さい。
- ② 期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらって下さい。
- ③ 習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらって下さい。
- ④ 各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各地域の実情に応じて適宜解釈していただいて結構ですが、各質問項目の表現は変えないで下さい。

	基本チェックリストの質問項目	基本チェックリストの質問項目の趣旨
	1～5までの質問項目は日常生活関連動作について尋ねています。	
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答して下さい。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか(例えば、必要な物品を間違いなく購入しているか)を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答して下さい。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流は含みません。また、家族や親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。

6～10までの質問項目は運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっていますか	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どうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
11～12までの質問項目は低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6カ月で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	6カ月間で2～3Kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6カ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載して下さい。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15までの質問項目は口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
16～17までの質問項目は閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均して下さい。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20までの質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から

	聞く」などの物忘れがあると言われますか	指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
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	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25までに質問項目はうつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答して下さい。
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	
23	(ここ2週間)以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	

参考文献

- 1) 鈴木隆雄, 岩佐一他 : 日本公衆衛生誌, 50 : 39-48, 2003
- 2) Iwasa H, Suzuki T et al. : Aging Clin. Exp. Res. 19: 240-245, 2007
- 3) 鈴木隆雄, 吉田英世他 : 日本老年学会 (東京)、2005, 6月
- 4) 權珍嬉, 鈴木隆雄他 : 日本老年医学会雑誌, 44 : 224-230, 2007
- 5) 金憲経, 鈴木隆雄他 : 日本公衆衛生誌, 54 : 43-52, 2007
- 6) Suzuki T, Kim H et al. : J Bone Miner Metab. 22: 602-611, 2004
- 7) Kim H, Suzuki T et al. J Am Geriatr Soc, 55: 1932-1939, 2007
- 8) Kusumoto A, Suzuki T et al. : Gerontology 53: 348-356, 2007
- 9) 厚生労働省老人保健増進事業報告書. 「総合的介護予防システムのあり方に関する研究」(研究代表者 辻一郎). 平成 18 年度 3 月. (財) 日本公衆衛生協会
- 10) 厚生労働省老人保健増進事業報告書. 「基本チェックリストの予測妥当性についての研究」(代表研究者 鈴木隆雄). 平成 20 年 3 月. (財) 日本公衆衛生協会
- 11) 厚生労働省老人保健増進事業報告書. 「介護予防 (特定高齢者把握事業) におけるより効率的・効果的スクリーニング指標の開発と応用に関する調査・研究事業」(研究代表者 鈴木隆雄). 平成 20 年度 3 月

<参考資料 4>

運動機能測定の手順及び判定基準

- 生活機能評価においては、高齢者の日常生活の面での動作の大きな要因である身体能力、特に基本的な運動能力の測定は重要な検査項目である。

身体機能の低下に対する取組から、高齢者の基礎的体力あるいは運動能力を測定するテスト・バッテリー（組みテスト）が種々開発されているが、それらの中で簡便かつ信頼性や予測妥当性の高いものとして、ここでは以下の3つの項目について測定する。

- 1) 握力—上肢筋力の測定
- 2) 開眼片足立時間—バランス能力の測定
- 3) 歩行時間—総合的基礎体力の測定

[結果の判定]

運動機能検査3項目による判定は、介護予防のためのサービス、特に「運動器の機能向上プログラム」の提供にあたって、基本的で重要な情報を提供することになる。運動機能3項目のそれぞれの判定基準値を以下に示す。

- ・ 握力：男性 29kg 未満、女性 19kg 未満（測定は小数点第1位を四捨五入して整数化）
- ・ 開眼片足立時間：男性 20 秒未満、女性 10 秒未満（同上）
- ・ 歩行速度：男性 8.8 秒未満、女性 10.0 秒未満（10m歩行の場合）（測定は小数点第2位を四捨五入）
男性 4.4 秒未満、女性 5.0 秒未満（5m歩行の場合）（同上）

上記の判定基準値に基づき、各々基準値以下の場合に、握力2点、開眼片足立時間2点、および歩行時間3点を与え、その合計が5点以上の場合は「生活機能の著明な低下を認める」として、運動器の機能向上プログラムへの参加が強く推奨される。また、合計が0-4点の場合には「生活機能の著明な低下を認めず」と判断されるが、今後も十分なフォローアップが必要である。