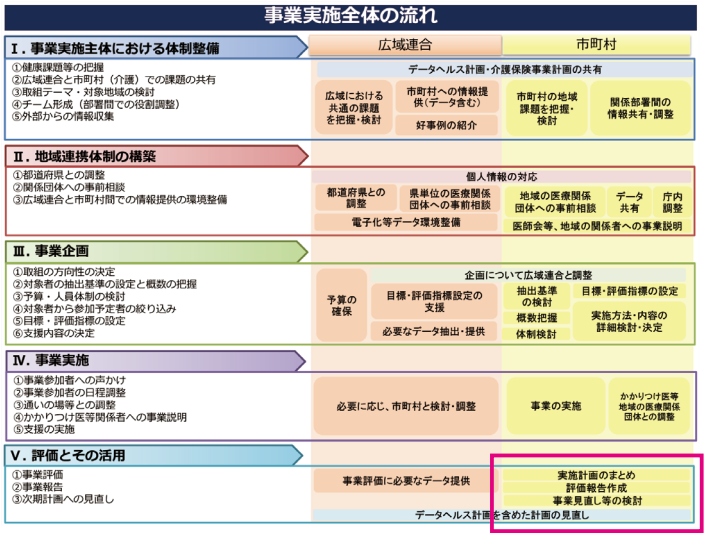
進捗チェックリスト　振り返り編

一体的実施という新しい事業の立ち上げ、おつかれさまでした。

ここで仕事が終わりということではなく、一体的実施に関わった自治体のみなさまが集まり、事業を振り返り、できたこと、課題、改善点等を整理しておきましょう。評価においては、データだけでなく、参加者の声、実施者の声も重要です。この話し合いの結果を広域連合に共有し、来年度にはここを強化したい、ここはルーチンワークとしてできている、等メリハリをつけて次年度計画を立てるとよいでしょう。

本事業でお世話になった関係のみなさまにも事業報告をお忘れなく。どんな成果が得られたか、を聞けると次の協力につながります。

図表Ⅰ－９　高齢者の保健事業の全体的な流れ



事業における振り返り編の位置づけ

振り返り編は、事業評価から次期計画準備に向けてのチェックリストです。最終評価としては2～3月頃が想定されますが、3か月、6か月毎にチームでチェックリストをもとに話し合う際、この振り返り編で確認し合うのも有効であると思います。

振り返り編の具体的な構成

実践編で実施した、個々の事業評価をまとめ、プロジェクトチームにて全体に俯瞰した「事業評価」として、振り返ります。

また、事業の評価を、関係団体に「事業報告」をして、引き続きよりよい事業としていくために、「次期計画への見直し」に進めていきます。

事業評価　　通し番号

- ストラクチャー評価……76～80
- プロセス評価……81～85
- アウトプット評価……86～87
- アウトカム評価……88～91

事業報告……通し番号 92～96

次期計画への見直し……通し番号 97～99

図表Ⅰ－ 12 保健事業評価の視点

評価の構造	評価の視点・内容
ストラクチャー 実施体制は整っているか	・達成したい目標にむけて、関係者の理解が得られているか。 ・保健指導の実施体制が構築できたか（直営・委託）。 ・委託の場合、十分に事業を実施できている事業者であるか。 ・保険者等との連絡、協力体制ができているか。
プロセス うまく運営できているか	・事業実施手順書を作成し、関係者間で共有できているか。 ・募集、初回実施、継続、評価の各段階でチェックしているか。 ・対象者に合わせた内容が準備できているか。 ・参加者の健康状態を事前に把握、指導者に提供できるか。
アウトプット ちゃんと実施できたか	・計画した事業が実施できたか。 ・ねらったセグメントの対象者が参加できているか。 ・最後まで継続できたか。 ・実施回数、人数は計画どおりか。
アウトカム 結果は出ているか	・目的とした成果が上がっているか。 関心度・生活習慣、健康状態（検査値）、療養状況 医療費　（非参加群との比較があるとよい）

振り返り編

事業評価／事業報告／次期計画への見直し

事業名（　　）

	項目		通し番号	内容
事業評価	ストラクチャー評価	庁内体制	76	本事業の実施にあたり、部局横断的な協議ができた。
		地域連携	77	地域の関係機関との連携体制が構築できた。とくに広域連合との連携が深まった。
		保健指導体制	78	データ分析、保健指導に必要な人材が確保でき、研修も実施できた（内・外含め）。
			79	事業実施計画書、実施マニュアル、保健指導教材の準備ができた。
			80	（委託の場合）委託先と事業の目的・方法などを協議し、適切な委託ができた。
	プロセス評価	進捗管理	81	全体のスケジュール管理をおこなった。
		分析	82	KDB等活用して、健康課題の分析、対象者の抽出などができた。
		適切な運営	83	概ね計画どおり、質問票実施や保健指導・支援することができた。
			84	参加者の満足度、意見、参加状況などを評価した。
		修正	85	状況の変化に対応し、チームで検討の上、マニュアルやスケジュールの修正をおこない、対応できた。
	アウトプット評価	ハイリスク	86	抽出された対象者の中で、実際に関われた人の人数を把握した。
		ポピュレーション	87	通いの場等での質問票や支援の実施人数を把握した。
	アウトカム評価	データ確認	88	質問票や検査データ等で効果を確認した。
			89	要介護認定の状況を確認した。
			90	レセプトで受診状況を確認した。
			91	（委託の場合）報告書で成果を確認した。
事業報告	広域連合との情報共有、意見交換		92	広域連合と評価結果について情報共有した。これをもとに改善策等を話し合った。
	関係部局間での事業評価の共有		93	関係部局間で、事業評価結果を共有する場を設けた。
	関係団体への報告		94	本事業に関係した団体等に事業報告した。
	地域協議会への報告		95	地域の協議会などで分析結果の報告や改善策の検討をおこなった。
	地域住民への報告、啓発		96	住民に対し、本事業の意義や成果について情報提供等をおこなった。
次期計画への見直し	次年度の計画策定		97	今年度の評価を踏まえ、次年度の計画策定をおこなった。
	長期追跡体制		98	長期的に健診やレセプト情報で評価できる体制を整えた。
	継続的な業務の引継ぎ		99	年度や担当者が代わっても進捗が滞らないような対策をおこなった。

進捗チェックリスト解説 76～99

76～91（事業評価）　ガイドライン P34

評価はストラクチャー（事業実施体制）、プロセス（事業の実施過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（事業の成果）の4つの観点からおこない、次年度以降の事業計画・内容の検討等に役立てる材料とします。「実践編」に記載した評価を確認しながら、「実績報告書」の記載内容と合わせて、本事業の全体の評価をプロジェクトチームでしておきましょう。

92～96（事業報告）

事業評価の内容について、関係部署や関係団体への報告が必要です。また、地域住民へわかりやすく情報提供していくことで、本事業への理解と協力を得ることができ、地域での健康づくり推進の醸成につながります。

	実施の有無	得られた成果（自己評価）		解決すべき課題	庁内、外部関係者の意見 （上司・他部局、広域連合、支援評価委員会、医師会、地域関係団体、委託先等）
		５段階評価（a-e）	その理由		
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				

97～99（次期計画への見直し）

事業評価は、以降の事業にいかすことが重要です。また長期的視野にたって、継続的な評価ができる整備を整えておくこと（KDBシステムへの情報登録等）、そして、事業を効果的に継続するためには、担当する人が異動になっても、培われたもの（継続しているデータや関係部署とのつながり、地域の情報等）がきちんと引き継がれるよう、体制を整えることが大変重要です。

「後期高齢者の質問票の解説と留意事項」より抜粋

令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進のための後期高齢者の質問票活用に向けた研究
代表　津下　一代　令和 2（2020）年　3 月

1．質問票の役割について

1）特定健康診査の「標準的な質問票」に代わるものとして、後期高齢者に対する健康診査（以下：健診）の場で質問票を用いた問診（情報収集）を実施し、高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に把握する。

2）診療や通いの場等においても質問票を用いて健康状態を評価することにより、住民や保健事業・介護予防担当者等が高齢者のフレイルに対する関心を高め、生活改善を促すことが期待される。

3）質問票の回答内容と KDB システムから抽出した健診・医療・介護情報を併用し、高齢者を必要な保健事業や医療機関受診につなげ、地域で高齢者の健康を支える。

4）保健指導における健康状態のアセスメントとして活用するとともに、行動変容の評価指標として用いる。

5) KDB システムにデータを収載・分析することにより、事業評価を実施可能とし、PDCA サイクルによる保健事業に資する。

2．質問票を用いた健康状態の評価について

本質問票を用いた評価は、健診の際に活用されることを想定しているが、市町村の介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）における通いの場やかかりつけ医の医療機関など、様々な場面で健康状態が評価されることが期待される。

① 健診の場で実施する
② 通いの場（地域サロン　等）で実施する
③ かかりつけ医（医療機関）等の”受診の際に実施する

3．質問票の活用場面について

1）高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握するとともに、必要な支援に繋ぐ

一体的実施において、市町村では KDB システムにより、高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるようになる。質問票の情報に、KDB システムから抽出した医療、健診、介護情報を組み合わせることで、高齢者の健康状態を多面的に捉えることが可能となる。

2）地域の健康課題を整理・分析

本質問票の回答結果は、KDB システムに登録される。KDB システムを活用することで、保険者単位よりも細分化された地区別分析、都道府県単位の集計・同規模保険者単位の集計・全国集計との比較、経年変化、性・年齢別の分析など、様々な角度からの分析が可能となり、地域における健康課題を整理・分析することができる。

4．質問票を活用した面談について（最も多い活用場面としては、健診の事後指導を想定する。）

1）目的

・健康状態を把握し、高齢者が前向きに自身の健康のためにできそうなことを見つけること

・自治体や医療機関等が高齢者の健康課題を把握すること
・自治体の保健事業や医療機関につなげること

＜ポイント＞
・高齢になると「できないこと」に目が向きやすいため、「悪いところを見つけて指摘する」面談にならないようにする。
・加齢現象を受け入れつつ、何ができるかに着目して自身の健康状態や老化を肯定的に捉えられるようになる。
・「今の時点でも健康であるということ」、「こんなにやれていることがある」というメッセージを伝える。
・コーピング（問題に対処する能力）が重要であり、何歳になっても工夫の余地があることに気づくことが大切である。
・質問項目ごとにアドバイスするのではなく、総合的な視点からアドバイスするようこころがける。

2）事前準備
①質問票による面談の目的を理解するとともに、本マニュアルを活用して、質問票の内容を学習する。
②ロールプレイ等のトレーニングを実施することが望ましい。
③地域の保健事業や社会資源等、紹介先リストを準備する。適切な保健サービスにつなげられるよう、各サービスの対象者基準や実施内容、日時、費用、連絡先なども確認しておくことが望ましい。
例）・後期高齢者医療広域連合事業一覧（健診、訪問健康相談事業等）
・市町村高齢部門（地域包括支援センター含む）が実施する事業一覧
・市町村保健部門が実施する事業一覧（がん検診事業、重症化予防事業等）
・市町村生涯学習部門が実施する事業一覧（生涯学習講座、保養施設利用促進事業、市民音楽祭等）
・市町村スポーツ推進部門が実施する事業一覧（総合型地域スポーツクラブ、運動施設運営等）
・各地域における医療機関一覧（病院、クリニック、歯科医院等）
・介護サービス会社の一覧（食事宅配サービス、訪問介護サービス等）
④面談に必要な教材やリーフレットなどをあらかじめ準備しておき、使用方法等を確認する。

3）ケース対応の例
＜ほとんどの項目に問題がない場合＞
⇒できていることを承認し、素晴らしい状況であることを伝える。良い状況を保っている理由は何かを尋ね、主観的な健康観を高める行動を強化する。
⇒回答では表現できていない悩みや症状がある可能性もあるため、面談終了前に「最近、ほかに何か困っていることはありませんか」など、受診者が話しやすいオープンクエスチョンを加える。

＜食習慣が“いいえ”の場合＞
⇒口腔機能（4、5）、体重変化（6）の質問を確認したうえで、良い状態であった時の食事はどうであったか、いつから食習慣が変化したのか、何かきっかけがあるのか、良い時のように改善できそうな食習慣はないかを確認する。また、買い物や調理など食事の準備について問題がある場合には、市町村の事業や介護保険サービスの利用なども検討する。個別の栄養摂取量等を基準にした指導ではなく、全般的な食習慣に着目して、具体的な改善策を想起させ、行動変容を促す。

＜運動習慣が“いいえ”の場合＞
⇒ウォーキング・体操等以外の運動習慣がないか確認する。運動習慣がなくても日常の身体活動が活発であれば良いため、ウォーキング・体操等と同程度の強度がある生活活動（自転車、掃除や調理、庭の手入れ、農作業

など）についても確認する。

⇒一週間の活動状況を尋ね、ウォーキングと同程度の身体活動に該当する活動がない場合には、生活のどこにそのような活動を組み込む余地があるのか、話し合う。適度な身体活動を行うことのメリットを伝え、身体活動を負担なくできる方法を共に考える。その際、本人の周囲に適度な身体活動を継続的に行っている知人がいないかなど、身体活動に適した環境についても確認をする。

各項目の解説・ポイント

類型名：健康状態

質問 No1	**あなたの現在の健康状態はいかがですか**	①よい　②まあよい　③ふつう ④あまりよくない　⑤よくない
目的	主観的健康感を把握する。	
解説	○本質問は、すべての質問に関連しているため、単独では考えず、総合的に捉えることが必要であり、すべての回答を確認した後に活用する。 ○国民生活基礎調査の質問を採用しているため、調査結果と直接の比較に活用できる。	
エビデンス、統計等	○主観的健康感は、累積生存率[1]（図 1）、要介護度、認知機能と強い関連がある。 ○主観的健康感が良くない者の死亡リスクは、良い者より男性 1.3 倍、女性 1.5 倍高い[2]。 ○男女いずれも、加齢により、健康と思っていない者は増加している。一方、90 歳以上の男女においても、“よい”、“まあよい”、“ふつう”の割合は、6 割程度存在している[3]（図 2）。	
聞き取りポイント	○“あまりよくない”、“よくない”の回答に対しては、急性的（何かの理由により、たまたま現在の状態）なのか慢性的（継続的）な状態なのかを把握する。 ○“あまりよくない”、“よくない”が慢性的に続いている場合は、そのような状態にある期間・理由など、本人がどのように感じているかを確認する。	
具体的な声かけの例	○“よい”、“まあよい”、“ふつう”の場合 ⇒質問 3 以降の回答を踏まえ、今後もよい健康状態が続けられるよう、声掛けをする。 「日頃の食事や運動、サークル活動に参加していることが、健康の源になっているのですね。」 ○“あまりよくない”、“よくない”の場合 ⇒「“あまりよくない”、“よくない”という状態は、いつから続いているのですか？」 ⇒「“あまりよくない”、“よくない”と感じる時は、どのような時ですか？」	
留意事項	○KDB の傷病フラグの有無、薬剤数を把握し、疾患が関連しているかを確認できるとよい。 ○薬剤数が多い場合（ポリファーマシー）は、薬の飲み合わせ等、かかりつけ医と十分相談することをすすめる。	
対応方法、紹介先の例	○“あまりよくない”または“よくない”という状態が、慢性的に続いているような場合 ⇒保健センターの相談窓口や、かかりつけ医につなげる。 ○急な健康状態の悪化の場合 ⇒医療機関を紹介する。	

図 1：主観的健康感と、累積生存率との関連について[1]

主観的健康感が“健康でない”者は、累積生存率が最も低く、男性はその低下率が著しい。

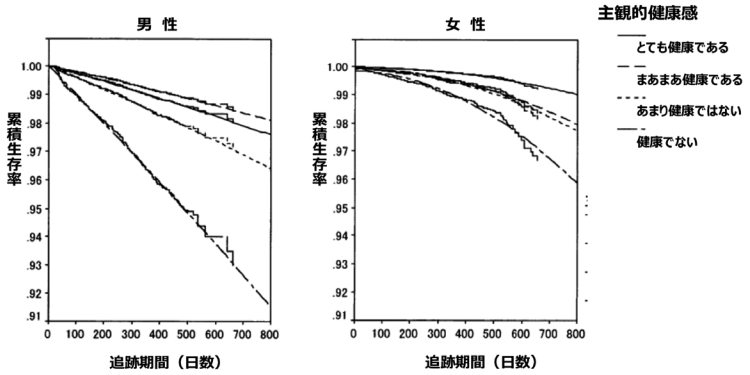
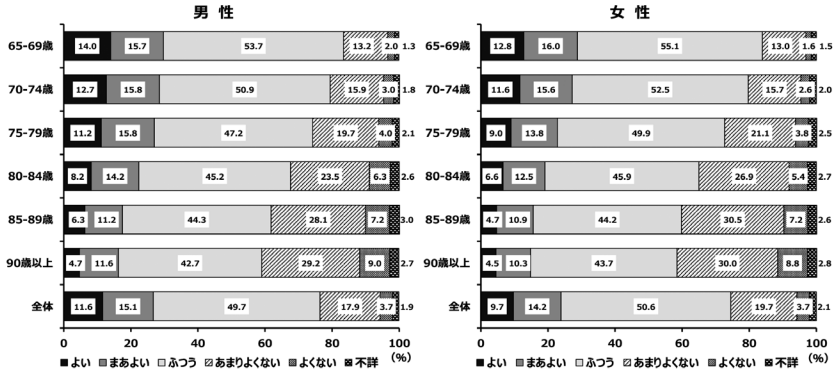


図 2：65 歳以上、性・年齢階級別　健康意識の構成割合[3]

平成 28 年「国民生活基礎調査の概況」によれば、男女いずれも、年齢が上がるとともに、健康と思っている者は減少し、健康と思っていない者は増加している。一方、90 歳以上においても、“よい”、“まあよい”、“ふつう”と回答している者は、60%程度存在している。



1）岡戸順一,艾　斌,他．日本健康教育学誌．2018（1）,31-38.
2）Ishizaki,T Kai I, et al.　ArchGerontol Geriatr.2006,42,91-99.
3）厚生労働省．高齢者の保健事業のあり方検討 WG 資料．参考資料 5 高齢者の健康状態等の包括的な把握方法に関する資料（特別集計）．https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000501521.pdf

類型名：心の健康状態

質問 **No2**	**毎日の生活に満足していますか**	①満足　②やや満足 ③やや不満　④不満
目的	心の健康状態を把握する。	
解説	○老年期うつ病評価尺度（Geriatric depression scale 15 ; GDS15）の質問を用いている（表 1）。ただし、回答しやすさの観点から、四者択一としている。 ○全体的な健康状態とともに、心の健康状態を把握するための質問である。 ○質問 1 と同様に、単独では考えず、総合的に捉えることが必要であり、すべての回答を確認した後に活用する。	
エビデンス、統計等	○フレイル*を有する高齢者はうつ病を有する確率が高い[1)]（図 1）。 ○身体的に問題ないうつ症例を 6 年間追跡すると ADL（図 2-1）、運動機能が低下した[2)]（図 2-2）。 *フレイル：加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態。フレイルは、要介護状態に至る前段階として位置づけられる[1)]。	
聞き取りポイント	○面接時に“表情が暗い”、“元気がない”と感じた時、また“やや不満”、“不満”の回答の場合はうつの可能性を考慮し、聞き取りを行う。 ○日常生活に支障が出ている場合は、うつ症状が進行している可能性が高いため、確認する。	
具体的な声かけの例	○“満足”、“やや満足”の場合 ⇒「充実した生活を送っていらっしゃるのですね。」 ○“やや不満”、“不満”の場合 ⇒「趣味など、毎日の生活を楽しめていますか？」 ⇒「眠れなかったり、食欲が落ちたりしていませんか？」 ⇒「気分が沈んで、憂鬱に感じることがありますか？」 ⇒「今お話いただいた症状で日常生活に支障が出ることはありませんか？」	
留意事項	○回答結果は、日常生活が滞りなく過ごせていること、健康を維持していること、休養がとれていること、生きがいがあること、などを反映すると考えられる。そのため、健康状態のみならず、生活状況、経済状況などについても、アセスメントする際の手がかりとしても活用できる。	
対応方法、紹介先の例	○日常生活に支障が出ていない場合 ⇒散歩など、その人なりの気分転換になる方法を共に考える。 ○日常生活に支障が出ている場合 ⇒市町村の「こころの相談窓口」等につなげる。	

表 1：老年期うつ病評価尺度（Geriatric depression scale 15 ; GDS15）の質問項目について

高齢者のうつ病のスクリーニングに使用される評価スケールである。

本質問では、回答しやすさの観点から、“満足”、“やや満足”、“やや不満”、“不満”の四者択一としている。

No	質 問 事 項	回 答	
1	毎日の生活に満足していますか	いいえ	はい
2	毎日の活動力や周囲に対する興味が低下したと思いますか	はい	いいえ
3	生活が空虚だと思いますか	はい	いいえ
4	毎日が退屈だと思うことが多いですか	はい	いいえ
5	大抵は機嫌よく過ごすことが多いですか	いいえ	はい
6	将来の漠然とした不安に駆られることが多いですか	はい	いいえ
7	多くの場合は自分が幸福だと思いますか	いいえ	はい
8	自分が無力だなあと思うことが多いですか	はい	いいえ
9	外出したり何か新しいことをするより家にいたいと思いますか	はい	いいえ
10	何よりもまず、もの忘れが気になりますか	はい	いいえ
11	いま生きていることが素晴らしいと思いますか	いいえ	はい
12	生きていても仕方がないと思う気持ちになることがありますか	はい	いいえ
13	自分が活気にあふれていると思いますか	いいえ	はい
14	希望がないと思うことがありますか	はい	いいえ
15	周りの人があなたより幸せそうに見えますか	はい	いいえ

※質問 1、5、7、11、13 は、“はい” 0 点、“いいえ”1 点、質問 2、3、4、6、8、9、10、12、14、15 は、“はい” 1 点、“いいえ”0 点を配点し、合計する。

5 点以上がうつ傾向、10 点以上がうつ状態とされている。

図 1：フレイルとうつの関係について[1)より改変]

複数の報告において、高齢者全体のうつ有病率に対し、フレイル高齢者のうつ有病率が高かった。

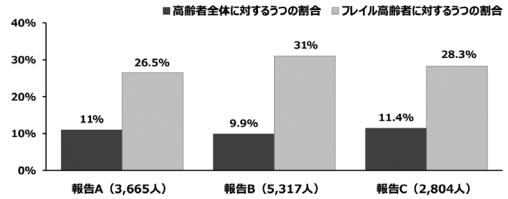


図 2：うつ病の有無別　6 年間の ADL、運動機能低下者の割合[2) より改変]

運動機能に問題のない高齢者集団を追跡した研究では、うつ有病者は、うつ病でない者と比較して、その後 6 年間で ADL（日常生活動作：図 2-1）や運動機能（図 2-2）の低下した者の割合が有意に増加した。

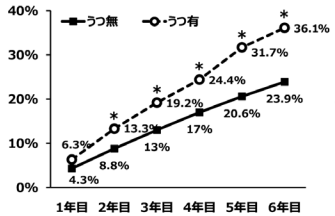


図 2-1. ADL 低下の割合

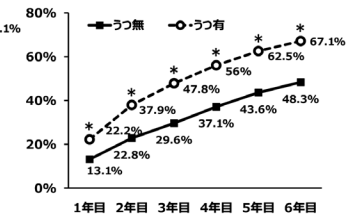


図 2-2. 運動機能低下の割合

1) Vaughan L, Corbin AL, et al. Clin Interv Aging. 2015 Dec 15;10:1947-1958.
2) Penninx BW, Leveille S, et al. Am J Public Health. 1999 Sep;89(9):1346-1352.
3) フレイル診療ガイド 2018 年度版.

類型名：食習慣

質問 No3	**1 日 3 食きちんと食べていますか**	①はい　②いいえ
目的	食事習慣の状態を把握する。	
解説	○欠食等による、低栄養のリスクをスクリーニングする質問である。 ○“きちんと”という文言から、食事内容、食事時間を想定した回答を得られる。	
エビデンス、統計等	○BMI20 以下では、BMI が大きい群と比べて、男女ともにエネルギー摂取量等が少ない[1)]（図 1）。 ○食事多様性スコアが低い者は、高い者と比べ、フレイルのリスクが高く[2)]（図 2）、食事多様性スコアが高い者は、4 年後の握力と歩行速度の低下のリスクが低かった[3)]。 ○誰かと一緒に食べる「共食」の頻度が高い者の方が、低い者より、主観的健康感や食事の満足度、食事多様性スコアが高く[1)]、低栄養予防につながる。	
聞き取りポイント	**質問 6 の体重変化、質問 4、5 の口腔機能と併せて確認する。** ○3 食食べているが体重減少がある場合は、食事内容を確認する。 ○欠食がある場合は理由を確認する。その際、質問 4、5 の口腔機能も活用する。 ○抑うつ状態により、食欲低下をきたすこともあるため、質問 2 の心の健康状態も考慮する。 ○その他、欠食理由には独居、家庭内環境、高齢者世帯による孤立、生活機能の低下、経済的困窮や食事準備の不具合等が考えられる。	
具体的な声かけの例	○3 食食べていて、体重減少がない場合 ⇒「3 食食べていることが○○さんの元気の秘訣ですね。」 ○3 食食べているが体重は減っている、または、欠食がある場合 ⇒「食事をおいしく食べていますか？」 ⇒「食事は、どなたが用意されていますか？」 ⇒「朝、昼、晩のうち、抜いてしまう食事はいつですか？」 ⇒「食事は、どなたと食べていますか？」	
留意事項	○“いいえ”という回答には、“食事回数が不足している”、“食事時間が不規則である”、“栄養バランスが偏っている”などの内容が含まれている可能性がある。	
対応方法、紹介先の例	○体重減少があり、欠食がある場合 ⇒配食弁当や食材の宅配を紹介する。 ⇒食材調達のためのコミュニティバス等の時刻表を紹介する。 ⇒日持ちのする食品（缶詰等）の利用を伝える。 ⇒共食（家族、友人等）の機会を増やすことを提案する。 ⇒食欲が低下している時は、どのようなものなら食べられそうか確認する。 （果物、ゼリー、ヨーグルト等）	

図 1：高齢者の BMI 区分別　栄養素摂取量の比較[1)] より改変

65～74 歳の男性ではエネルギー、たんぱく質、脂質の摂取量に有意差があり、BMI20 以下の群が最低であった（図 1-1）。75 歳以上の女性では、エネルギー、たんぱく質、炭水化物の摂取量に有意差があり、BMI20 以下の群が最低であった（図 1-2）。

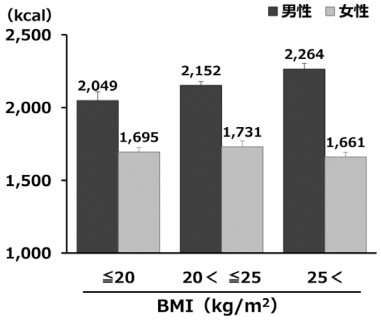


図 1-1．65～74 歳の総エネルギー摂取量

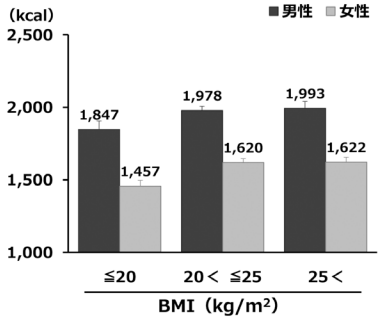
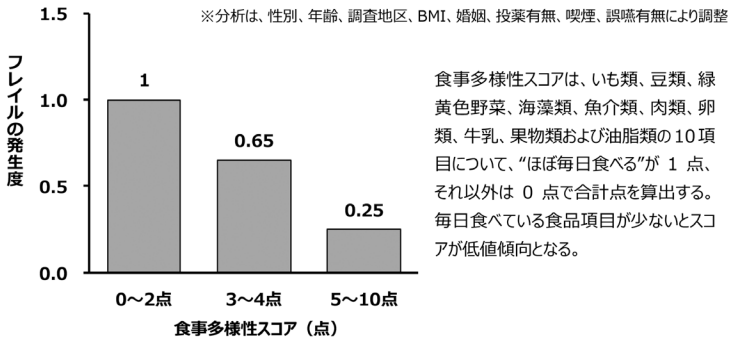


図 1-2．75 歳以上の総エネルギー摂取量

図 2：食事多様性スコアとフレイルの関係[2)] より改変

食事多様性スコアとは、食品 10 項目の 1 週間あたりの摂取頻度を 0～10 点で評価した点数であり、点数が高い方が、食事多様性があり良好となる。

65～95 歳の高齢者 218 名を対象に、アンケート方式で横断的に調査した結果、食事多様性スコアが最も低い 0～2 点群のフレイル度（なりやすさ）を 1 とすると、3～4 点群は 0.65、5～10 点群は 0.25 と、食事多様性が良好なほど、フレイル度は小さくなり、フレイルになりにくいことがわかった。



食事多様性スコアは、いも類、豆類、緑黄色野菜、海藻類、魚介類、肉類、卵類、牛乳、果物類および油脂類の 10 項目について、“ほぼ毎日食べる”が 1 点、それ以外は 0 点で合計点を算出する。毎日食べている食品項目が少ないとスコアが低値傾向となる。

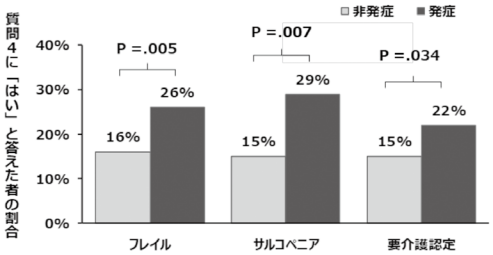
1）武見ゆかり，小岩井馨．保健医療科学, 66（6）,603－611, 2017.
2）吉﨑貴大，横山友里，他．栄養学雑誌,77（1）,19-28, 2019.
3）Yokoyama Y, Nishi M, et al. J Nutr Health Aging. 2017;21(1),11-16.

類型名：口腔機能

質問 No4	**半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか** **※さきいか、たくあんなど**	①はい　②いいえ
目的	咀嚼機能の状態（咀嚼力）を把握する。	
解説	○半年前と比較した咀嚼力についての質問であり、基本チェックリストの質問を採用している。 ○咀嚼力は様々な要素（歯数、義歯の適合具合、咬合筋力や舌の動き、唾液分泌など）が影響し合う。 ○咀嚼力が低下した人は、食べにくいものを避けて柔らかい物を好んで食べるなど、さらに咀嚼力が低下する悪循環に陥りやすい。結果、口腔機能全般が衰える危険性がある。	
エビデンス、統計等	○咀嚼力の低下は口腔機能全体の低下につながりやすい。 質問５のむせ（嚥下機能低下）と連動して、口腔機能の低下は、全身のフレイル・サルコペニア（筋肉減弱）や、要介護リスク・死亡リスクにつながる[1]（図１、２）。	
聞き取りポイント	**質問 4、5 の口腔機能は、2 項目を併せて確認する。** ○咀嚼力の低下により、食べるものを意識的に柔らかい物に変えている場合がある。どれくらいの食材なら食べられるか（“さきいか”や“たくあん”などと例示する）、食べているのか、どのような食材が食べにくいのかを確認する。 ○かかりつけ歯科医があるかないか、定期的に歯科を受診し、口腔機能や口腔衛生の管理等できているかを確認する。 ○質問 5 と併せて、会話（本人の発語）の内容が聞き取れないなど、滑舌の悪さや口臭が気にならないかについても意識して確認する。 ○質問 3 と質問 6 により、欠食や体重減少の状態も併せて確認する。咀嚼力を保つことが第一である。また、歯数が少なくとも、義歯の調整や口腔機能訓練などにより、咀嚼力の改善が見込める。	
具体的な声かけの例	○“いいえ”の場合 ⇒「何でもよくかんで、おいしく食事ができていますね。」 ⇒「症状がなくても歯科医療機関で定期的に歯科健診を受けていただくことをお勧めします。」 ○“はい”の場合 ⇒「定期的にかかりつけ歯科医を受診し、お口の状態を診てもらってください。」 ・3 食食べていて、体重の減少がない場合 ⇒「固いものが食べにくくなっているようですが、食べる際に何か工夫をされていますか？」 ・3 食食べておらず、体重の減少がある場合 ⇒「食べこぼし、話しているとき、聞き取りにくいとよく言われますか？」、「どのようなものが食べにくいですか？」、「お口の機能の衰えはオーラルフレイルと言われ、全身の機能の衰えにつながる可能性があります[2]。口腔機能低下症の可能性も考えられますので、なるべく早く歯科医療機関を受診することをお勧めします。」	
留意事項	○歯の治療中、歯の痛みで食べられないも場合は除く。 ○状態に変化が生じていない場合は“いいえ”とする。	
対応方法、紹介先の例	○歯や口が痛い等で食べられない、もしくは歯の欠損がある場合⇒歯科医院を紹介する。 ○口腔機能低下が疑われる場合⇒歯科医院を紹介、口腔機能の維持・向上のための介護予防教室等を案内。口腔体操のリーフレットを渡す。	

図１：65 歳以上高齢者における質問４への回答頻度と、全身のフレイル化との関連[1]

歯の喪失や咀嚼力が低下した人は、食べにくいものを避けて柔らかいものを好んで食べるなど、さらに咀嚼が低下する悪循環に陥りやすいとされる。フレイルやサルコペニアの新規発症者や要介護新規認定者では、質問４に対して”はい”と答えた者の割合が有意に多かった[1]。（年齢等調整済み）



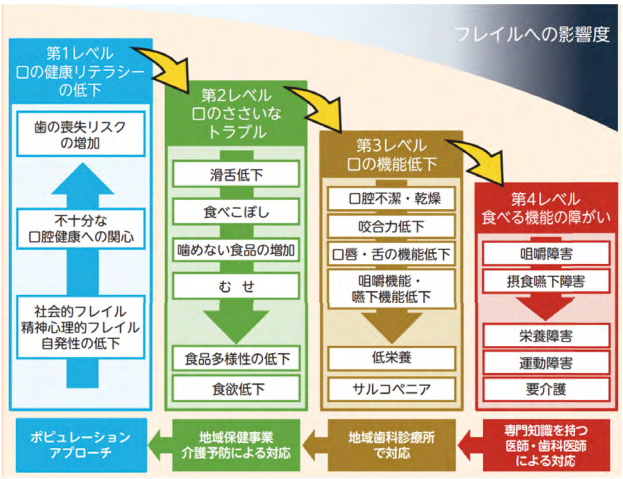
＊65 歳以上の地域在住高齢男女 2011 名を最大４年間追跡調査

図２：オーラルフレイル[2]

一般的には、オーラルフレイルとは、口に関するささいな衰えを放置したり、適切な対応を行わないままにしたりすることで、口の機能低下、食べる機能の障害、さらには心身の機能低下まで繋がる負の連鎖が生じてしまうことに対して警報を鳴らした概念とされている。

日本歯科医師会によるオーラルフレイルの定義＊（2019 年度版）[2]：老化に伴う様々な口腔の状態（歯数・口腔衛生・口腔機能など）の変化に、口腔健康への関心の低下や心身の予備能力低下も重なり、口腔の脆弱性が増加し、食べる機能障害へ陥り、さらにはフレイルに影響を与え、心身の機能低下にまで繋がる一連の現象及び過程である。第３レベルまで進行すると「口腔機能低下症」に該当する。

（＊2019 年度現在、学会等による確定した診断基準はないが、ここでは日本歯科医師会の定義を示した。）



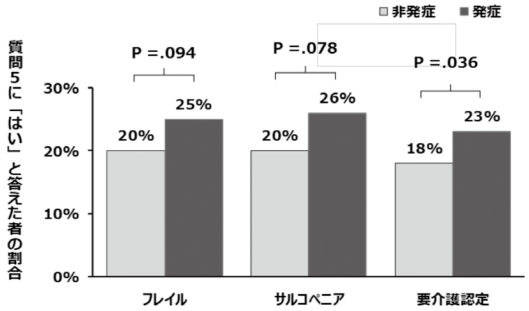
1）Tanaka T, Takahashi K, et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2018 Nov 10;73(12):1661-1667.
2）日本歯科医師会．歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル 2019 年版．

類型名：口腔機能

質問 No5	お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい　②いいえ
目的	嚥下機能の状態を把握する。	
解説	○嚥下機能を確認する質問であり、基本チェックリストの質問を採用している。 ○むせは食物が気管に入りこむ、いわゆる誤嚥による咳反射であり、むせていることは嚥下機能の低下を疑う。さらに、飲み込んだ後、口の中に食べ物が残っているときは、舌の動き、頬筋の低下を疑う。	
エビデンス、統計等	○むせ（嚥下機能低下）は誤嚥性肺炎や窒息と関連するとされる。 質問４の（咀嚼力の低下）と連動し、口腔機能の低下は、全身のフレイル・サルコペニアや、要介護リスク・死亡リスクにつながる[1]（図１、２）。	
聞き取りポイント	**質問 4、5 の口腔機能は、2 項目を併せて確認する。** ○むせるのが一時的なのか慢性的なのか確認する。⇒食べた時にむせるかどうかを確認する。食事以外でむせている場合も注意が必要である。（食事中よくむせる、食事以外でも突然むせる・咳き込む、飲み込んだ後に口腔内に食べ物が残る、ご飯より麺類を好むなど） ○粘度の少ない液体はむせを生じやすい。慢性的なむせを確認する。 ○むせるため、一口量、食べ方、食材を工夫している場合がある。 ○食事中に食べこぼしがあるかを確認する。⇒一口量や食事にかける時間を確認する。	
具体的な声かけの例	○“いいえ”の場合⇒「お茶や汁物等でもむせずに飲み込めていますね。」 ○“はい”の場合⇒質問 3 食習慣、5 口腔機能、6 体重変化と関連がある。 ・食事中にむせる→食事の方法について確認・指導する。 ⇒「食事中にむせることはありますか？」、「一口量は多いですか？」、「早食いですか？」 ・食事以外でもむせる→嚥下機能低下の可能性がある。 ⇒「食事以外でも突然むせたり、咳き込んだりすることはありますか？」 ⇒「食事に時間がかかるようになってきましたか？」 ⇒「食べこぼし、滑舌も悪くなってきているとよく言われますか？」 ⇒「お口の機能の衰えは全身機能の低下につながりやすく、“オーラルフレイル”と言われています。」（※質問４の図 2 参照、咀嚼力と併せて進行する）[2]	
留意事項	○誤嚥性肺炎の既往がある場合、耳鼻科や呼吸器科で検査が推奨される。	
対応方法、紹介先の例	○嚥下機能低下の場合、誤嚥性肺炎のリスクが高まる。 ①歯科医院を紹介する。 ②口腔機能の維持・向上のための介護予防教室等を案内する。 ③口腔体操のリーフレットを渡す。 ○食事の方法を伝える。 ①ゆっくり食事をするようにすすめる。 ②食べるときの一口量を減らす。 ③とろみをつける。 ④テレビを見ながら、会話をしながら食事をしない。	

図 1：65 歳以上高齢者における質問 5 への回答頻度と、全身のフレイル化との関連[1]

むせ（嚥下機能の低下）は誤嚥性肺炎や窒息と関連するとされる。フレイルやサルコペニアの新規発症者や要介護の新規認定者では、質問 5 に対し”はい”と答えた者が多い傾向にあった。（年齢等調整済み）



＊65 歳以上の地域在住高齢男女 2011 名を最大 4 年間追跡調査

図 2：オーラルフレイルの有症率と全身のフレイル化との関連[1]

口腔機能は歯数や咀嚼力、嚥下機能など様々な機能から成り立つ。先行研究では 65 歳以上地域在住の自立高齢者の 16%がオーラルフレイルに該当し、50%がその予備群に該当した。質問４の咀嚼力と連動し、口腔機能の低下が重複した「オーラルフレイル（質問 4：図 2 参照）」である高齢者は、フレイル・サルコペニアの新規発症や要介護認定と関連し（図 2-1）、4 年間の累積生存率が低いことが報告されている（図 2-2）。

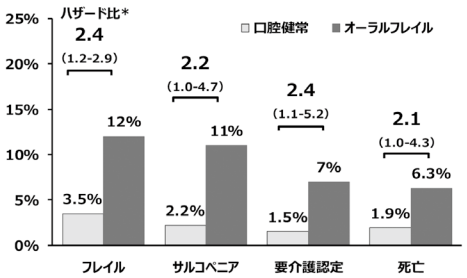


図 2-1. オーラルフレイルの高齢者の新規発症率とリスク

＊年齢や疾患等の影響を加味したハザード比（危険度）と 95%信頼区間

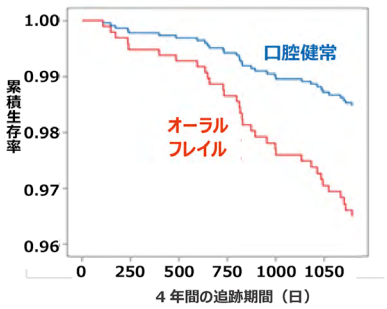


図 2-2. オーラルフレイルと累積生存率

1）Tanaka T, Takahashi K, et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2018 Nov 10;73(12):1661-1667.
2）日本歯科医師会．歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル 2019 年版.

類型名：体重変化

質問 No6	6 か月間で 2～3kg 以上の体重減少がありましたか	①はい　②いいえ
目的	低栄養状態のおそれを把握する。	
解説	○基本チェックリストの質問を採用している。 ○低栄養は筋肉量の減少から体重減少をきたす。 ○低栄養は本人が自覚しにくく、気づかないうちに進行していることが多いため、体重減少はよい指標となる。	
エビデンス、統計等	○体重減少がある者は、ない者より要介護状態の累積発生率が有意に高く[1]（図 1-1）、その発生リスクは、体重減少がない者の 1.61 倍高い（図 1-2）。 ○年齢が上がると、やせ（低栄養）の割合が高く、80 歳以上は著しい[2]（図 2）。	
聞き取りポイント	○低栄養による体重減少を踏まえ、質問 3 と併せて確認する。 ○欠食がない場合も食事内容に偏りがあるケース（間食が中心、たんぱく源の不足等）も考えられるため、質問 3 と併せて確認する。 ○抑うつ状態が原因で低栄養につながり、体重減少をきたしているケースもあるため、質問 2 を確認し、食欲があるかなども聞き取る。 ○欠食等がない場合は、意識して減らしているのか（ダイエット等）、無意識のうちに減少しているのかを確認する。 ○対象の BMI を考慮し、やせ型でかつ無意識に減少している場合は特に注意が必要である。 ○食事に問題がない場合は、健診受診の有無、かかりつけ医があるか、既往歴および現病歴について確認する。	
具体的な声かけの例	○“いいえ”の場合 ⇒「体重が落ちると低栄養状態のおそれがありますが、しっかりと維持されていますね。」 ○“はい”の場合 ⇒「食欲はありますか？」　⇒「ダイエットか何かをしているのですか？」 ⇒「最近、食事の内容や生活習慣で何か変わったことはありますか？」	
留意事項	○KDB の傷病フラグの有無や薬剤数を把握し、疾患が関連しているかを確認できるとよい。	
対応方法、紹介先の例	○欠食や食事がしっかりとれていない場合 ⇒配食弁当や食材の宅配、コミュニティバスの時刻表、日持ちのする食品（缶詰等）等を紹介する。 ○気分がすぐれない、抑うつの可能性がある場合 ⇒質問 2 に戻って確認する。 ○ダイエット中の場合 ⇒無理な内容になっていないか、食事内容や方法を確認し、アドバイスを行う。 ○それ以外（疾病が原因と考えられる）の場合 ⇒かかりつけの医療機関があれば、かかりつけに相談するよう伝える。 ⇒未受診の場合は医療機関の受診をすすめる。	

図 1：体重減少と 2 年後の要介護状態の発生[1]

体重減少がある者は、体重減少がない者と比べて要介護状態の累積発生率は高く（図 1-1）、その発生危険度は 1.61 倍と有意に高い状況である（図 1-2）。

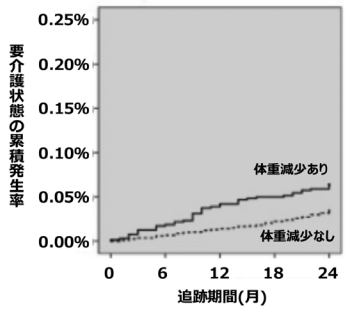


図 1-1. 要介護状態の累積発生率

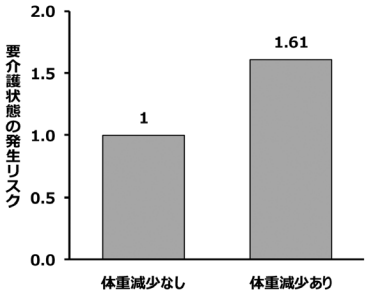
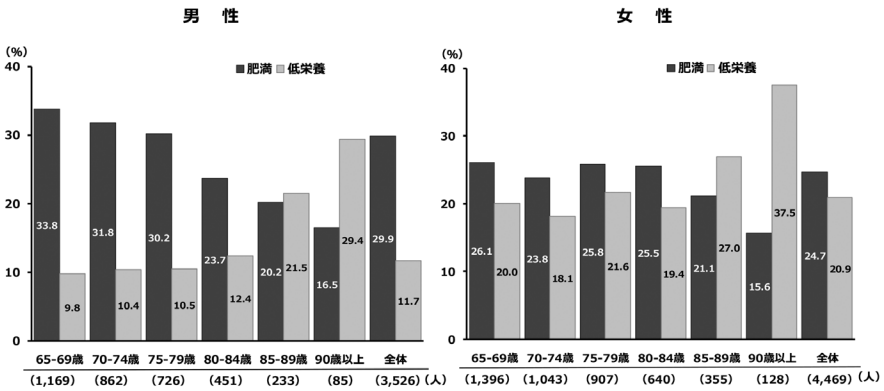


図 1-2. 要介護状態の発生リスク

図 2：65 歳以上、性･年齢階級別　BMI の分布[2]

年齢が高くなるとの肥満（BMI≧25）の割合は減り、低栄養（BMI≦20）の割合は増加する。
低栄養の割合は、どの年齢階級においても、女性が男性より高い状況である。



1) Makizako H, Shimada H, et al. BMJ Open. 2015 Sep 2;5(9),:e008462.
2) 厚生労働省．高齢者の保健事業のあり方検討 WG 資料．参考資料 5 高齢者の健康状態等の包括的な把握方法に関する資料（特別集計）．https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000501521.pdf

類型名：運動・転倒

質問 **No7**	**以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか**	①はい　②いいえ
目的	運動能力の状態を把握する。	
解説	○簡易フレイルインデックスの質問を採用しており、体力が日常的に支障がないか把握する。 ○早期にフレイルの状況、可能性を把握する。 **フレイルの診断法（J-CHS 基準）**[1)] ①体重減少（6 か月で 2～3 kg以上の減少）、②筋力低下（握力：男性＜26 kg、女性＜18 kg）、 ③疲労感（訳もなく疲れたような感じがする）、④歩行速度（秒速 1.0m 未満）、⑤身体活動 （週 1 回以上の定期的な運動）　➤フレイル（3 つ以上）、プレフレイル（1～2 つ）、非フレイル（該当なし） ○"はい"の場合、できていた事ができなくなったことを表す。ハイリスク者との認識が必要である。	
エビデンス、統計等	○高齢者では、通常歩行速度が遅い群は、速い群よりも総死亡リスクが 1.6 倍高かった[2)]。 ○要介護認定の発生リスクは、歩行速度低下を有するフレイルにおいて最も高かった[4)]（図2）。	
聞き取りポイント	**質問 7、8、9 の運動・転倒は、3 項目を併せて確認する。** ○"青信号で横断歩道を渡れるか"など、日常生活に支障がないかを確認する。 ○歩行速度低下の理由として、COPD、心不全等の基礎疾患の疑い、膝関節痛や腰痛・筋肉量減少などの運動器の問題が挙げられる。したがって、息切れによって歩行が遅くなったのか、膝や腰の痛みによって遅くなったのかを確認する。 ○回答が"はい"の場合は、そのような状態にある期間・理由・本人の捉え方等を確認する。	
具体的な声かけの例	○"いいえ"の場合 ⇒歩けていることがとても大切であることを伝える。 「歩行速度を維持できていることは、健康寿命を延ばすことにつながります。」 ○"はい"の場合 ⇒「青信号で横断歩道を渡れないなど、何か、生活上で困った経験がありますか？」 ⇒「息切れや、腰・膝などの痛みのために、歩く速度が遅くなったと感じていますか？」	
留意事項	○KDB の傷病フラグの有無（特に疼痛性疾患、慢性心不全、呼吸器疾患等）や薬剤数を把握し、疾患が関連しているかを確認できるとよい。 ○"いいえ"の場合でも、歩行速度が低下した状態が長く続いている可能性があるため、身体状況によっては生活に支障がないか確認する必要がある。 ○フレイル予防のため運動実践に効果がある一方、誤った方法により、足腰の痛みや思わぬ事故につながる可能性がある。	
対応方法、紹介先の例	○質問 7"いいえ"、8"いいえ"、9"はい"3 項目の全てで良好な場合 ⇒既存の健康増進施設や市町村主催の運動教室、自発的なウォーキング等を推奨する。 ○質問 7"はい"または 8"はい"の回答の場合 ⇒市町村が主催する介護予防教室等への紹介により、運動機能の向上を図る。 ○質問 7"はい"かつ 8"はい"の回答の場合、なおかつ、身体機能が著しく低下している場合 ⇒地域包括支援センターを紹介し、介護サービスの相談に繋げる。 ○歩行速度の低下の理由に疾患が考えられる場合　⇒医療機関を紹介する。	

図 1：フレイルの有症率[3)]

フレイルの有症率は、65 歳以上の高齢者全体では 11.5%（予備群 32.8%）であり、加齢に伴い有症率の増加が認められた（n=5,104）。

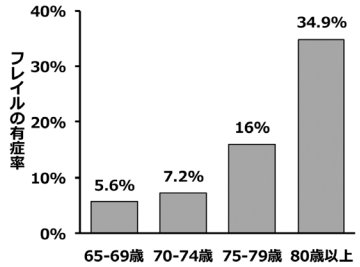


図 2：フレイルと 2 年後の要介護状態の発生[4)]

要介護認定の発生リスクは、歩行速度低下を有するフレイルにおいて最も高かった

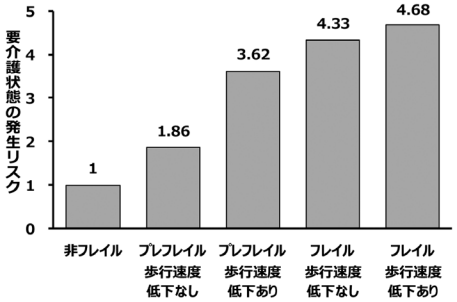
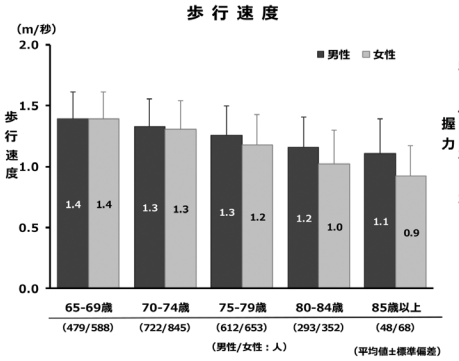
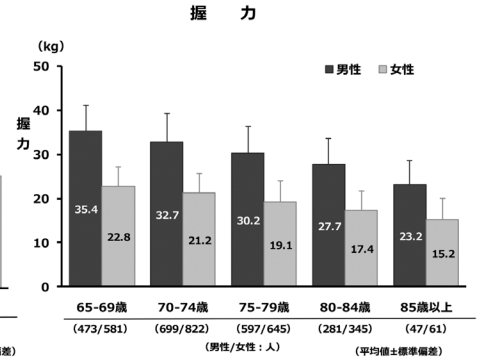


図 3：地域在住高齢者の歩行速度・握力の体力測定参照値[5)]

男女いずれも、歩行速度と握力は年齢が上がるとともに、漸減している。





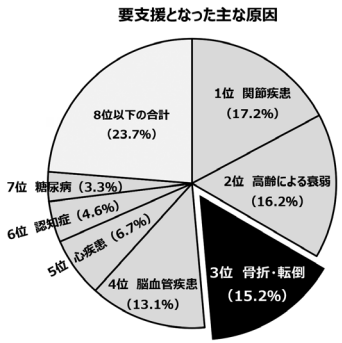
1）フレイル診療ガイド 2018 年度版.
2）Nofuji Y, Shinkai S, et al. JAMDA. 2016;17(2):184.e1-7.
3）Shimada H, Makizako H, et al. J Am Med Dir Assoc. 2013 Jul;14(7):518-524.
4）Shimada H, Makizako H, et al. J Am Med Dir Assoc. 2015 Aug 1;16(8):690-696.
5）Seino S, Shinkai S, et al. PLoS One. 2014 Jun 12;9(6):e99487.

類型名：運動・転倒

質問 **No8**	**この 1 年間に転んだことがありますか**	①はい　②いいえ
目的	転倒リスクを把握する。	
解説	○基本チェックリストの質問を採用しており、転倒における骨折の状況を把握する。 ○転倒の既往は、将来の転倒や他のリスクを予測しており、注意すべき対象者であることを認識する。例えば、手首を骨折した場合、他の部位（大腿骨頚部等）の骨折に繋がる。（転倒歴の保有者は、転倒のハイリスク者となる。）	
エビデンス、統計等	○骨折・転倒は、介護が必要になった原因の第 4 位である[1]（図 1）。 ○視力障害、認知障害、内服薬剤、運動機能は転倒の危険因子に挙げられる[2]（表 1）。 ○通院患者の転倒リスクは、5 種類以上の薬剤服用者で有意に高かった[3]（図 2）。 ○認知症高齢者はそうでない高齢者と比べ、転倒及び骨折や頭部外傷などの外傷の頻度が高い。その要因は、認知機能の障害、運動障害、治療による薬剤の 3 つに分けられる[4]。	
聞き取りポイント	**質問 7、8、9 の運動・転倒は、3 項目を併せて確認する。** ○転倒による骨折の有無を確認する。 ○転んだ場所（屋内か屋外）を確認する。 ○転倒の頻度を確認する。 ○転倒恐怖感を確認する（外出頻度を抑えているか確認が必要）。 ○回答が“はい”の場合は、そのような状態にある期間・理由等を確認する。 ○杖やシルバーカーの使用状況について確認する。	
具体的な声かけの例	○“いいえ”の場合 質問 9、13 も確認し、活動的であれば概ね問題ないと判断する。 ⇒「今後も転倒には十分にお気をつけください。」 ○“はい”の場合 ⇒「転倒によって骨折はありましたか？」 ⇒「年に何回くらい転倒しましたか？」 ⇒「どこでどんなときに転倒されましたか？」 ⇒「転倒への不安がありますか？外出が減っていませんか？」	
留意事項	○KDB の傷病フラグの有無や薬剤数を把握し、疾患が関連しているかを確認できるとよい。 ○薬剤数が多い場合（ポリファーマシー）は、薬の飲み合わせ等、かかりつけ医と十分相談することをすすめる。	
対応方法、紹介先の例	○質問 7“いいえ”、8“いいえ”、9“はい”3 項目の全てで良好な場合 ⇒既存の健康増進施設や市町村主催の運動教室、自発的なウォーキング等を推奨。 ○質問 7“はい”または 8“はい”の回答の場合 ⇒市町村が主催する介護予防教室等への紹介により、運動機能の向上を図る。 ○質問 7“はい”かつ 8“はい”の回答の場合、なおかつ、身体機能が著しく低下している場合 ⇒地域包括支援センターを紹介し、介護サービスの相談に繋げる。必要に応じて杖やシルバーカー使用、介護保険による住宅改修（段差解消や手すりの設置等）を紹介する。 ○転倒の理由に疾患が考えられる場合、医療機関を紹介する。	

図 1：介護が必要となった主な原因[1]

骨折・転倒は、介護が必要になった原因として、「認知症」「脳血管疾患」「高齢による衰弱」に続き、第 4 位であった。



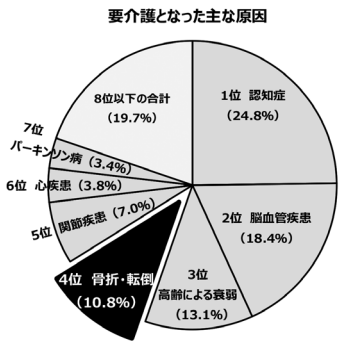


表 1：臨床的に重要な転倒の危険因子[2]

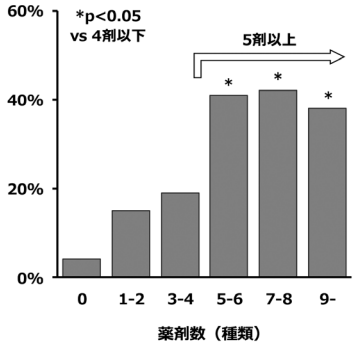
転倒予防を考える上で、視力障害、認知障害、内服薬剤に加えて、運動機能は重要な要因である。危険因子が重なるほど、転倒率は高くなる。

■下肢の筋力、筋パワーの低下
■バランスの低下
■歩行能力の低下
■視力障害
■認知障害
■鎮静剤、抗不安薬、睡眠薬内服
■多剤薬剤内服

図 2：薬剤数と転倒の発生頻度[3]

（都内診療所通院患者 165 名の解析）

通院患者の転倒リスクは、薬剤数が 5 種類以上の者が、4 種類以下の者より有意に高かった。5 種類以上の薬剤内服は、重大リスクである。



1）厚生労働省.平成 28 年　国民生活基礎調査.
2）Runge M, Rehfeld G, et al. J Musculoskelet Neuronal Interact. 2000 Sep;1(1):61-65.
3）Kojima T, Akishita M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2012 Jul;12(3):425-430.
4）日本転倒予防学会監修：認知症者の転倒予防とリスクマネジメント第 2 版．日本医事新報告.

類型名：運動・転倒

質問 No9	ウォーキング等の運動を週に 1 回以上していますか	①はい　②いいえ
目的	ウォーキング・体操等の運動習慣を把握する。	
解説	○フレイル（J-CHS 基準）の基準である（質問 7 解説参照）。 ○簡易フレイルインデックスの質問を採用している。	
エビデンス、統計等	○運動習慣があることがフレイル予防に繋がる[1]（図 1）。 ○散歩習慣が無い者は、ある者よりも要介護リスクが 2.14 倍高かった[2]。 ○65 歳以上の身体活動の基準は、「横になったままや、座ったままにならなければどんな動きでもよいので、身体活動を毎日 40 分（10 メッツ・時/週）行う」としている[3]（図 2）。 ○高齢者は、男女いずれも 3 メッツ以上の身体活動時間と体力には有意な相関があり、女性においては、2～2.9 メッツの低強度でも、活動時間と身体能力に関連が認められた[4]。 ○65 歳以上の運動習慣のある者の割合は、男性 43.1%、女性 35.0%である[5]（図 3）。	
聞き取りポイント	**質問 7、8、9 の運動・転倒は、3 項目を併せて確認する。** ○ウォーキングに限定して受け取られる可能性があるので、他の種目（体操、サイクリング、水泳など）や日常生活における身体活動（掃除や調理、庭の手入れ、農作業など）を確認する。 ○ウォーキングという言葉には、高い運動強度を想像させてしまう可能性があるので、散歩レベルで良いことを理解していただくことが必要である。 ○回答が“いいえ”の場合、日常生活における身体活動量を確認する。 ○社会参加にも関連するため、運動している環境（集団か個別）についても確認する。 ○回答が“いいえ”の場合は、そのような状態にある期間・理由・本人の捉え方等を確認する。	
具体的な声かけの例	○“はい”の場合 ⇒「どんな運動をされているのですか？今後も継続してください。」 ⇒「○○市では、こんな取り組みがありますから、お出かけしてはいかがでしょうか。」 ○“いいえ”の場合 ⇒「ウォーキング以外で何か意識的に運動をしていますか？」 ⇒「家事や趣味など日常的によく体を動かすほうですか？」	
留意事項	○フレイル予防のために運動実践に効果がある一方、誤った方法により、足腰の痛みや思わぬ事故につながる可能性がある。 ○社会参加の観点から、多くの人達と運動することを推奨するとともに、継続の重要性をしっかり伝える。	
対応方法、紹介先の例	○質問 7“いいえ”、8“いいえ”、9“はい”3 項目の全てで良好な場合 ⇒既存の健康増進施設や市町村主催の運動教室、自発的なウォーキング等を推奨。 ○質問 7“はい”または 8“はい”の回答の場合 ⇒市町村が主催する介護予防教室等への紹介により、運動機能の向上を図る。 ○質問 7“はい”かつ 8“はい”の回答の場合、なおかつ、身体機能が著しく低下している場合 ⇒地域包括支援センターを紹介し、介護サービスの相談に繋げる。	

図 1：フレイル状態にある高齢者において、運動の継続はフレイルの進行を抑える効果がある[1]

在宅でのゴムチューブを使用した腕・脚のレジスタンス運動（週 3 回の実施から 1 日 1 回の実施に漸増した）を継続した結果、中等度のフレイルを有する高齢者では、7 か月以降、障害スコアは対照群と比べ有意に低く、フレイルの進行を抑える効果が得られた。
なお、図中の障害スコアは、8 つの日常生活活動（歩行、入浴、食事、椅子から立って移動する等）から判定され、スコアが低い方が良好な状態を示す。

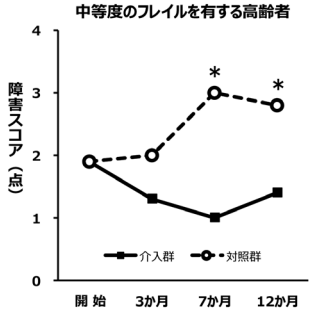
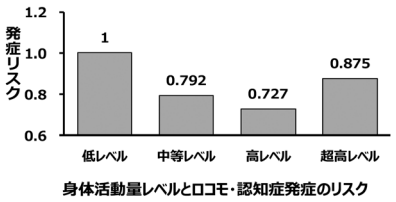


図 2：身体活動基準の根拠：身体活動量とロコモ・認知症発症リスク[3]

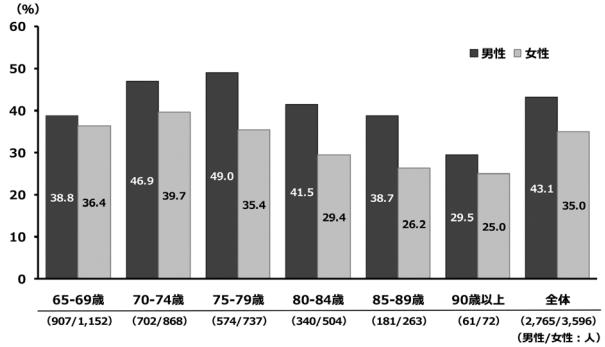


身体活動量が最も低い群の発症リスクを 1 とすると、中等レベル群は約 20%の発症リスクを抑えており、身体活動量の平均が 10.5 メッツ・時/週だったことから、この活動量が 65 歳以上の基準値とされている。普通歩行レベルの活動の場合、毎日 30 分行うことで、この基準を満たすことができる。活動量が非常に多い場合発症リスクがやや高まるので「やりすぎる必要はない」といえる。

図 3：65 歳以上、性・年齢階級別　運動習慣のある者の割合[5]

※運動習慣のある者とは、「1 回 30 分以上の運動を週 2 回以上実施し、1 年以上継続している」と回答した者

65 歳以上における運動習慣のある者の割合は、男性 43.1%、女性 35.0%であり、75 歳以上においては、年齢が上がるとともに低下している。



1) Gill TM, Baker DI, et al. N Engl J Med. 2002 Oct 3;347(14):1068-1074.
2) Ishizaki T, Watanabe S, et al. J Am Geriatr Soc. 2000;48(11):1424-1429.
3) 厚生労働省.健康づくりのための身体活動基準 2013.
4) Izawa KP, Shibata A, et al. PLos One. 2017;12(6):e0178654.

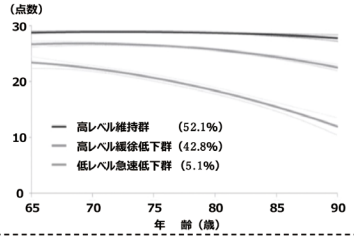
類型名：認知機能

質問 **No10**	**周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われていますか**	①はい　②いいえ
質問 **No11**	**今日が何月何日かわからない時がありますか**	①はい　②いいえ
目的	認知機能の低下のおそれの把握	
解説	○フレイルの状況（認知機能の低下のおそれ）を把握する。 ○記憶について確認する質問であり、基本チェックリストの質問を採用している。	
エビデンス、統計等	○高齢者における認知機能検査（MMSE[1]）の得点は、90 歳まで高く維持している者が 52.1%を占めている[2]（図 1）。 ○軽度認知障害（MCI：Mild Cognitive Impairment[3]）は、その自然経過の過程で認知症に移行する症例もあるが、正常に復帰する症例も少なくない[4]（図 2）。 ○MCI 高齢者を対象とした研究に関して、運動介入群は QOL の改善に効果がみられたとの報告がある[5]。ストレッチング・有酸素運動・筋力トレーニング・脳活性化運動・行動変容技法による運動を習慣的に行うことは、認知機能改善に効果があるという報告もある[6]（図 3）。	
聞きとりのポイント	**<u>質問 9、13、14 を併せて確認する。⇒認知症が心配であるかどうか。</u>** ○“いいえ”の場合でも、話の中で「帰宅中、道に迷ってしまうことがあるか」など、確認しておく。 ○日常生活で困っていることがないか確認する。 （自宅に帰れなくなる、金銭管理や薬の服用の管理、買い物でのお釣りの計算など） ○運転免許を保有している場合、免許更新の際に何か言われていないかを確認する。 ○認知機能検査に関して、本人の希望を確認する。 ○“はい”を選択している場合は、その期間や理由・本人の捉え方等を確認する。	
具体的な声かけの例	<u>○“いいえ”の場合</u> ⇒「自宅への帰り道がわからなくなってしまったことはありますか？」 <u>○“はい”の場合</u> ⇒「道に迷ってしまい、自宅に帰れなかったなど、日常生活で困ったことはありますか？」 ⇒「薬の飲み忘れや飲み間違いなどはありませんか？」 ⇒「食事をしたことや、買い物をしたことを忘れてしまうことがありますか？」 ⇒「運転免許をお持ちですか？免許の更新をされていますか？その際、認知機能について何か言われていますか？」 ⇒「物忘れ検査を受ける機会があったら、受けてみたいと思いますか？」	
対応方法、紹介先の例	○認知機能に関して、不安を抱いている場合 ⇒地域包括支援センターなどの相談窓口や認知症カフェを紹介する。 ⇒物忘れ外来をもつ医療機関を紹介する。	

用語解説：MMSE：Mini-Mental State Examination とは[1]
認知症の認知機能障害を評価する有用な評価尺度。評価項目は 11 問で、時や場所の見当識や単語の記銘、計算、図形の描写などで構成されており、言語機能を用いる検査が 29 点、図形描写が 1 点の合計 30 点が満点となる。一般に 23 点以下を認知症の疑いとするカットオフ値が使われており[1]、27 点以下は軽度認知障害 MCI の疑いがあると判断される[7]。

図 1：MMSE スコアの加齢変化パターン[2]

認知機能検査（MMSE スコア）の 65 歳から 90 歳までの加齢変化は、高レベルを維持する群は 52.1%、徐々に低下する群は 42.8%、低レベルで急速に低下する群は 5.1%と、3 つのパターンに分類された。90 歳になっても認知機能を高く維持している人が、半数以上存在していることが明らかになっている。



用語解説：軽度認知障害(MCI：Mild Cognitive Impairment)とは[3]
「認知症の一歩手前」と言われる状態で、物忘れのような記憶障害がでるものの症状はまだ軽く、自立した生活ができると言われている。症状が軽いからこそ、正しく知らないと家族や自分自身でさえも見過ごしてしまう場合がある。MCI のうちに発見し、早期に対策を行うことで認知症の改善、発症時期の遅延につながる可能性がある。

図 2：MCI の 4 年間の変化：正常に復帰する症例の状況について[4]

65 歳以上の地域在宅高齢者について認知機能を、正常、単領域健忘型、単領域非健忘型、多領域健忘型、多領域非健忘型、および包括的認知障害（GCI）の 6 つのカテゴリーに区分し、4 年後に追跡調査した。

MCI は、自然経過の過程で認知症に移行する症例もあるが、正常に復帰する症例も少なくない。また、正常への復帰については、MCI のタイプによって異なっている。

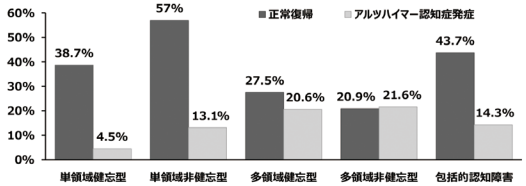
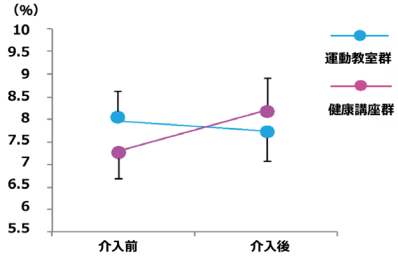


図 3：MCI 高齢者に対する多重課題運動（コグニサイズ）による無作為化対照試験：脳容量の変化[6]

脳萎縮領域の割合（健忘型 MCI 高齢者）

健忘型 MCI を有する高齢者では、6 か月間の運動介入によって脳の萎縮領域が縮小した。一方、運動しなかった健康講座群（対照群）は、6 か月後、脳の萎縮領域が増加した。



1）認知症疾患診療ガイドライン 2017.
2）Taniguchi Y, Kitamura A, et al. Geriatr Gerontl Int. 2017 Nov;17(11):1928-1935.
3）Brodaty H, Mothakunnel A, et al. Ann Epidemiol. 2014 Jan;24(1):63-71.
4）Shimada H, Makisako H, et al. J Am Med Dir Assoc. 2017 Sep 1;18(9):808.e1-808.e6.
5）Van Uffelen JG, Chin A Paw MJ, et al. Qual Life Res. 2007 Sep;16(7):1137-1146.
6）Suzuki T, Shimada H, et al. PLoS One. 2013 Apr 9;8(4):e61483.
7）Kaufer DI, Williams CS, et al. JAMDA. 2008 Oct;9(8):586-593.

類型名：喫煙

質問 No12	**あなたはたばこを吸いますか**	①吸っている　②吸っていない ③やめた
目的	喫煙習慣を把握する。	
解説	○喫煙習慣の有無(禁煙者を含む)を把握するための質問であり、国民生活基礎調査の質問を採用している。 ○この質問の「たばこ」は、加熱式たばこや、電子たばこを含む。	
エビデンス、統計等	○喫煙は COPD、肺がん等との関連に加え、糖尿病等との関連もみられる。 ○高齢者では、非喫煙者の割合が高い[1)] (図 1)。 ○40～80 歳代のどの年齢階級においても、喫煙のカテゴリー（非喫煙、喫煙、現在喫煙）が上昇するとともに、総死亡リスクは有意に増加した[2)] (図 2-1)。また、喫煙による推定年間過剰死亡数は、12 万人を超える[2)] (図 2-2)。 ○受動喫煙によって、非喫煙女性のがん発症リスクは高まる[3)] (図 3)。	
聞き取りポイント	○吸っている場合 ・咳や痰など症状の有無を確認し、ある場合は緊急性が高いため COPD 等を確認する。 ・喫煙における周囲への配慮(受動喫煙の有無)を確認する。 ・禁煙の意思を確認する。 ○やめた場合 ・禁煙の理由や継続期間を確認する。 ○“吸っている”、“やめた”を選択している場合は、その期間や理由・本人の捉え方等を確認する。	
具体的な声かけの例	○“吸っている”場合 ⇒「息切れすることはありませんか? 咳や痰が続いていませんか?」 ⇒「たばこを吸うときに、周りにはどなたかいらっしゃいますか?」 ⇒「たばこをやめたいと考えていますか?」 ○“やめた”場合 ⇒「禁煙されたのですね。よかったです。何かきっかけはありましたか？」 ⇒「たばこをやめたのは、何歳の頃でしたか？」	
対応方法、紹介先の例	○自覚症状がある場合 ⇒かかりつけ医への受診を勧奨する。あるいは、近隣の医療機関を紹介する。 ○禁煙の意思がある場合 ⇒禁煙に関する情報（リーフレット等）を提供する。 ⇒禁煙外来を実施している医療機関のリストを提示し、勧奨する。	

図 1：65 歳以上　性･年齢階級別　喫煙の状況[1)]

高齢者では、過去から吸っていない割合が最も高く、その割合は、女性が男性に比べ高い。

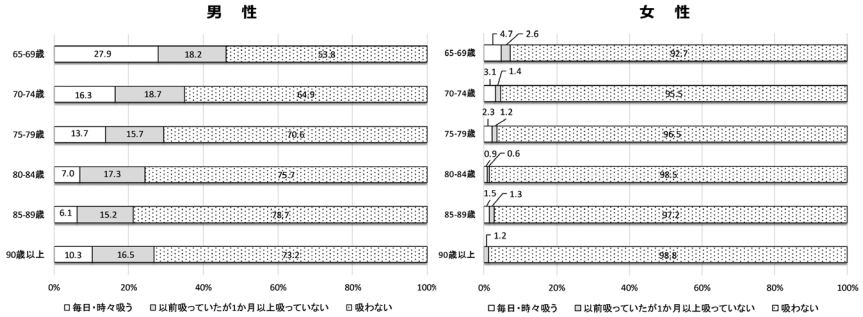


図 2：喫煙状況と総死亡　および　喫煙による推定年間過剰死亡数[2)]

男性において、非喫煙者の死亡リスク 1 を基準にすると、40～80 歳代のどの年齢階級においても、喫煙のカテゴリーが上昇するとともに、総死亡リスクは有意に増加した（図 2-1）。喫煙による推定年間過剰死亡数は、男性 109,998 人、女性 11,856 人と推定されており、60 歳代、70 歳代の男性が高値であった（図 2-2）。80 歳代でも喫煙の影響がみられることから、禁煙することは何歳になっても有効である。

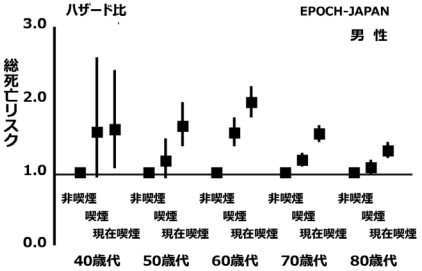


図 2-1．喫煙状況と総死亡リスク

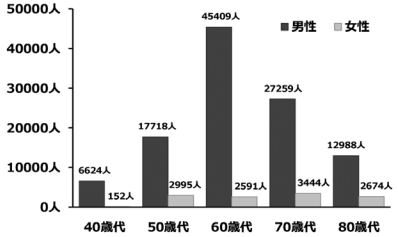
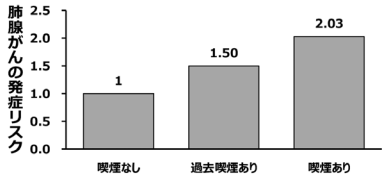


図 2-2．推定年間過剰死亡数

図 3：非喫煙女性の受動喫煙によるがんへの影響[3)]

喫煙する夫をもつ非喫煙女性は、喫煙しない夫をもつ者より、肺腺がんの発症リスクが 2.03 倍高い。



1）厚生労働省．高齢者の保健事業のあり方検討 WG 資料．参考資料 5 高齢者の健康状態等の包括的な把握方法に関する資料（特別集計）．https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000501521.pdf
2）Murakami Y, Miura K, et al. Prev Med. 2011 Jan;52(1):60-65.
3）Kurahashi N, Inoue M, et al. Int J Cancer. 2008 Feb 1;122(3):653-657.

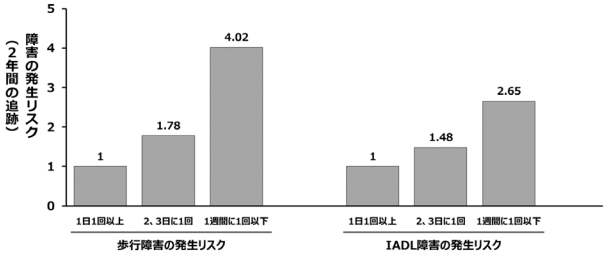
類型名：社会参加

質問 **No13**	**週に 1 回以上は外出していますか**	①はい　②いいえ
目的	閉じこもりのおそれの有無を把握する。	
解説	○社会的フレイルの状況を把握する質問であり、基本チェックリストの質問を採用している。 ○社会的フレイルは、一般的には、独居、外出頻度、友人の訪問、家族との接触などの質問により 2 つ以上問題がある場合を指す [1]。 ○本質問から、閉じこもりの状況や社会との繋がりの状況を把握する。 ○外出頻度が週 1 回以下の者は、健康障害のリスクが極めて高い。	
エビデンス、統計等	○週に 1 回外出しない高齢者は、毎日外出している者よりも、2 年後の歩行障害や手段的自立障害、認知機能障害が発生しやすい [2] (図 1)。 ○社会的孤立（別居親族や友人・知人との対面・非対面の交流が週 1 回以下）や外出頻度の低下（1 日 1 回未満）は高次生活機能の低下リスクとなり [3] (図 2-1)、6 年後の生存者割合も低い [4] (図 2-2)。	
聞き取りポイント	**質問 13、14 の社会参加、質問 15 のソーシャルサポートは 3 項目を併せて確認する。** ○質問 9 の運動習慣や趣味などを聞き取り、通いの場等に参加することへの意向を確認する。 ○質問 14 の家族や友人との付き合いがある場合は、その状況を確認する。 ○治療中の疾患を持っている場合は、通院の状況を確認する。 ○“いいえ”を選択している場合は、その期間や理由・本人の捉え方等を確認する。	
具体的な声かけの例	○“はい”の場合 ⇒「活動的な生活を送られていて、とても楽しそうですし、充実されていますね。」 ○“いいえ”の場合 ⇒「お好きなことや、何か、やってみたいことなどはありませんか？ 例えば、地域サロンや健康・スポーツ、趣味のサークルなどへ参加してみたいと思いますか？」 ⇒「家族や友人と、お茶したり、ランチしたりする機会はありますか？ 家族や友人とは、どれくらいの頻度で会っていますか？」 ⇒「どれくらいの頻度で外出されていますか？」	
留意事項	○週に 1 回以上の外出には、定期的な通院が含まれていることに留意し、医療機関の受診も併せて確認し、閉じこもり状態ではないかを確認することが望ましい。 ○予防的には、1 日 1 回以上の外出を心がけるように指導する。	
対応方法、紹介先の例	○様々な通いの場に参加することに対し、前向きに捉えている場合 ⇒サロンなどの地域の活動、健康・スポーツや趣味のサークル、老人クラブなどを紹介する。 ○質問 13～15 のうち、2 項目以上に”いいえ”があり、なおかつ、質問 1、2 が良好でない場合 ⇒地域包括支援センターなどの相談窓口を紹介する。	

図 1：週に 1 回外出しない高齢者は、毎日外出している者よりも、2 年後の歩行障害や手段的自立障害、認知機能障害が発生しやすい [2]

1 日 1 回以上外出している高齢者の 2 年後の障害発生リスクを 1 とすると、2、3 日に 1 回の外出頻度の者は、歩行障害は 1.78 倍、手段的自立＊障害は 1.48 倍高く、1 週間に 1 回以下の者は、それぞれ 4.02 倍、2.65 倍と障害の発生リスクが高くなった。

＊手段的自立：バスや電車での外出、日用品の買い物など 5 項目を一人でできる能力



※性・年齢、慢性疾患、歩行能力、視力、聴力、尿失禁、健康度自己評価、うつ、認知機能の影響を除いている

図 2：社会的孤立（別居親族や友人・知人との対面・非対面の交流が週 1 回以下）や外出頻度の低下（1 日 1 回未満）は 4 年後の高次生活機能低下のリスクとなり [3]、6 年後の生存者割合も低い [4]

非孤立・非閉じこもり傾向の者の高次生活機能＊＊の低下リスクを 1 とすると、非孤立・閉じこもり傾向、孤立・非閉じこもり傾向、孤立・閉じこもり傾向の者の機能低下リスクは高く（図 2-1）、6 年後の生存者割合も低い状況であった（図 2-2）。

＊＊高次生活機能：手段的（バスや電車での外出など 5 項目）、知的（新聞などを読んでいるかなど 4 項目）、社会的（友達の家を訪ねることがあるかなど 4 項目）ADL の得点合計で評価する。

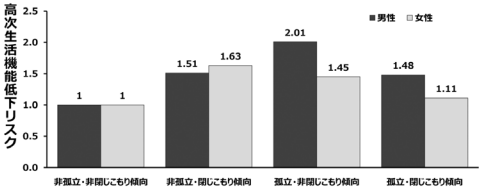


図 2-1. 社会的孤立と外出頻度による高次生活機能低下リスク

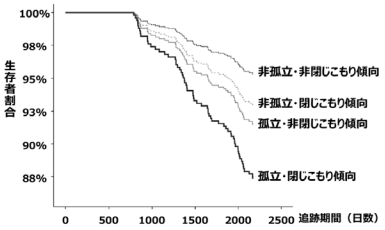


図 2-2. 社会的孤立と外出頻度による生存者割合

1）フレイル診療ガイド 2018 年度版.
2）Fujita K, Fujiwara Y, et al. J Epidemiol. 2006 Nov;16(6):261-270
3）Fujiwara Y, Nishi M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2017 Mar;17(3):500-508.
4）Sakurai R, Yasunaga M, et al. Int Psychogeriatr. 2019 May;31(5):703-711.

類型名：社会参加

質問 No14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	①はい　②いいえ
目的	他者との交流(社会参加)を把握する。	
解説	○社会的フレイルの状況を把握する質問であり、基本チェックリストの質問を採用している。 ○社会的フレイルは、一般的には、独居、外出頻度、友人の訪問、家族との接触などの質問により 2 つ以上問題がある場合を指す[1]。 ○本質問から、閉じこもりの状況や社会との繋がりの状況を把握する。	
エビデンス、統計等	○社会参加している割合は、加齢とともに低くなっており、65 歳以上全体では、男性 58.7%、女性 50.8%である[2] (図 1)。 ○ボランティア活動に参加していない者や、参加したくないが参加している者は、進んで参加している者より 3 年後の要介護リスクが高い[3] (図 2)。	
聞き取りポイント	**質問 13、14 の社会参加、質問 15 のソーシャルサポートは 3 項目を併せて確認する。** ○どの程度、他者との関わりを持っているのか社会参加の程度と、一人で過ごすことを好んでいるかなど、社会参加に対する本人の意向、他者との交流を持てない理由などを確認する。 ○対面での関わりのみと捉え、”いいえ”とした場合が考えられるため、電話や手紙などの連絡手段を利用していないか確認する。 ○“いいえ”を選択している場合は、その期間や理由・本人の捉え方等を確認する。	
具体的な声かけの例	○“はい”の場合 ⇒「ご家族や友人と楽しく過ごしているのですね。」 ○“いいえ”の場合 ⇒「地域サロンやスポーツ、趣味のサークルなどへ参加してみたいと思いませんか？」 ⇒「息子（娘）さんとお電話などで、お話されることはありませんか?」 ⇒「家族や友人と、お茶したり、ランチしたりする機会はありますか?」	
留意事項	○同居家族がいるが孤食の場合には、フレイルのリスクが高まる。本質問を手がかりに、同居家族の状況、社会参加の状況などを把握することが必要である。	
対応方法、紹介先の例	○様々な通いの場に参加することに対し、前向きに捉えている場合 ⇒サロンなどの地域の活動、健康・スポーツや趣味のサークル、老人クラブなどを紹介する。 ○質問 13～15 のうち、2 項目以上に”いいえ”があり、なおかつ、質問 1、2 が良好でない場合 ⇒地域包括支援センターなどの相談窓口を紹介する。	

図 1：65 歳以上、性・年齢階級別　社会参加している者の割合[2]

「あなたは現在働いていますか。または、ボランティア活動、地域社会活動(町内会、地域行事など)、趣味やおけいこ事を行っていますか」の質問に“働いている”、”何らかの活動を行っている”と回答した者の割合は、男女いずれも年齢が高くなるにしたがって減少している。

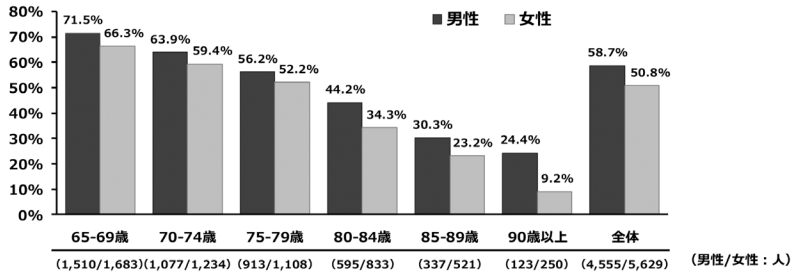
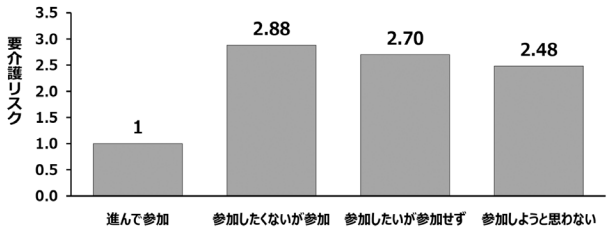


図 2：ボランティア活動に参加していない者や、参加したくないが参加している者は、3 年後の要介護リスクが高い[3]

ボランティア活動に進んで参加した者の 3 年後の要介護リスクを 1 とすると、参加したくないが参加した者の発生リスクは 2.88 倍、参加したいが参加しなかった者、参加しようと思わない者の発生リスクは、それぞれ 2.70 倍、2.48 倍であった。参加したくない人に無理やり参加させるのではなく、安心して参加できるような取り組みに繋げることが重要である。



1）フレイル診療ガイド 2018 年度版.
2）厚生労働省．高齢者の保健事業のあり方検討 WG 資料．参考資料 5 高齢者の健康状態等の包括的な把握方法に関する資料（特別集計）．https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000501521.pdf
3）Nonaka K, Fujiwara Y, et al. Geriatr Gerontl Int. 2019 Apr 16.

類型名：ソーシャルサポート

質問 **No15**	**体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか**	①はい　②いいえ
目的	身近な相談相手の有無を把握する。	
解説	○医療専門職だけでなく、ソーシャルサポート(社会的支援)の意味がより明確となるよう”身近に相談できる人”と明示している。 ○健康に関する相談ができる人がいるかどうかについて把握する。面談せずに電話のみで相談している場合も”はい”とする。	
エビデンス、統計等	○ソーシャルサポートの欠如は心理的苦痛と有意に関連している[1)] (図 1)。 心理的苦痛の調査票は、うつ病や気分障害、不安などの精神状態を発症する可能性が高い人を特定するために開発されたものである[1)]。 ○65 歳以上の高齢者においては、「病気のときや、一人ではできない家の周りの仕事の手伝いなどについて頼れる人はいますか」の質問に対し、概ね 95%以上が”いる”と回答している[2)] (図 2-1)。頼れる人については、”配偶者”が最も多い状況である[2)] (図 2-2)。	
聞き取りポイント	**<u>質問 13、14 の社会参加、質問 15 のソーシャルサポートは 3 項目を併せて確認する。</u>** ○対面での相談のみと捉え、”いいえ”とした場合が考えられるため、電話や手紙などの連絡手段を利用していないか確認する。 ○“いいえ”と答えた者には、相談する必要がない、相談してあれこれと指示を受けたくない、自分なりにやっている、時間が取れない、身近に相談できる人がいない、等の理由が考えられる。相談できる人がいない場合には、まずは健康に関して相談したいことがないかを確認し、本人の意向や健診結果などを十分に配慮しつつ支援を行う。 ○自身の健康に対する捉え方や、相談できない理由などを確認する。	
具体的な声かけの例	<u>○“はい”の場合</u> ⇒「身近に相談できる人がいると、心強いですよね。」 <u>○“いいえ”の場合</u> ⇒「体調が悪いときは、どのようにされていますか？」 ⇒「体調が悪くないから、相談しようと思っていないということはありますか？」 ⇒「体調が悪い場合でも、ご家族（身近な方）などに迷惑をかけてはいけない、心配をさせてはいけないと思って、遠慮なさっている（我慢している）ということはありませんか？」 ⇒「自分はもう高齢（年）だから、体調が悪いのはしょうがないと思っていたりはしませんか？」 ⇒「お電話などで、体調についてどなたかと相談することはありますか?」	
対応方法、紹介先の例	○質問 13～15 のうち、2 項目以上に”いいえ”があり、なおかつ、質問 1、2 が良好でない場合 ⇒地域包括支援センターなどの相談窓口を紹介する。	

図 1：ソーシャルサポート（困ったときの相談相手）の有無と心理的苦痛[2)]

65 歳以上では、男女いずれも、困ったときに相談相手がいない人は、相談相手がいる人よりも心理的苦痛をもつリスクが高い。

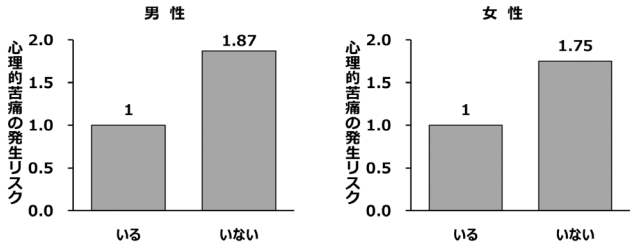


図 2：病気のときや、一人ではできない家の周りの仕事の手伝いなどについて頼れる人はいますか[2)]

65 歳以上では、概ね 95%以上が頼れる人がいると回答している。一方で、2～5%は頼れる人はいないと回答していた（図 2-1）。頼れる人に対しては、配偶者が最も多く、次いで子ども、その他の親族という順に多い結果であった（図 2-2）。

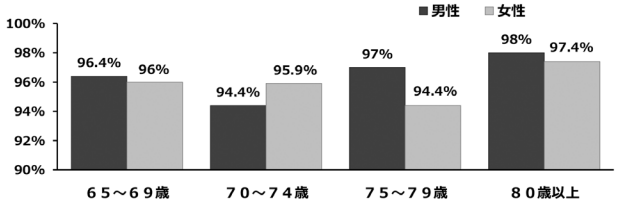


図 2-1. 性･年齢階級別の割合

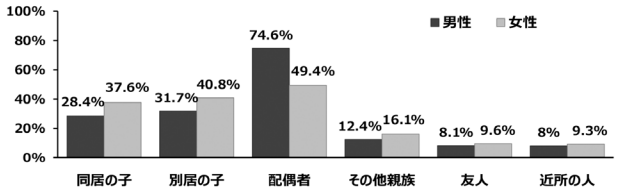


図 2-2. 男女別　頼っている人の割合（複数回答）

1) Kuriyama S, Nakaya N, et al. Journal of Epidemiology. 2009;19(6): 294–302.
2) 内閣府.令和元年 6 月高齢者の住宅と生活環境に関する調査.

参考資料１　質問票、KDB を活用した保健事業対象者抽出の参考例

太字：主要項目　細字：参考項目

保健事業		質問票データ		KDB			
				健診データ		レセプト	介護
		項目	参考項目		優先度高		
重症化予防	・受診勧奨	健康状態(1)	体重変化(6)	**HbA1c** 7.0%以上	**HbA1c** 8.0%以上	以下が未受診もしくは治療中断の場合 ＜疾患名＞ 糖尿病 高血圧 糖尿病性腎症 心不全	要介護 要支援 認定状況を考慮する
				血圧 **140/90mmHg**	血圧 **160/100mmHg**		
				尿蛋白：+以上 eGFR：45未満	尿蛋白：2+ eGFR：30未満		
	・重症化予防のための保健指導	健康状態(1)	体重変化(6)	**HbA1c** 7.0%以上	**HbA1c** 8.0%以上	＜疾患名＞ 糖尿病 高血圧 糖尿病性腎症 心不全 ＜その他＞ 救急外来への頻回受診 断続的な通院	
				血圧 **140/90mmHg**	血圧 **160/100mmHg**		
				尿蛋白：+以上 eGFR：45未満	尿蛋白：2+ eGFR：30未満		
服薬	・薬剤師との相談		転倒(8) 認知(10,11)			多剤併用 重複頻回受診	
栄養	・栄養面談 ・低栄養予防プログラム　等	体重変化(6) 食習慣(3)	口腔(4,5) 認知(10,11) 心の健康状態(2)	BMI：20未満 アルブミン ヘモグロビン	BMI：18.5未満 アルブミン ヘモグロビン	＜病的な体重減少をきたす疾患＞ 悪性腫瘍 甲状腺機能亢進症 糖尿病（管理不良）	
口腔	・歯科医療機関受診	口腔(4,5)	食習慣(3) 体重変化(6)			歯科未受診 誤嚥性肺炎の既往歴 糖尿病等	
	・口腔、嚥下体操教室　等	口腔(4,5)	食習慣(3) 体重変化(6) 認知(10,11)			誤嚥性肺炎の既往歴	
運動	・運動機能向上プログラム ・転倒予防教室　等	運動(7,8,9)	口腔(5) 体重変化(6) 社会参加(13,14)			＜要注意な疾患＞ 骨粗しょう症 骨折 変形性関節症	
健康相談通いの場		社会参加 **(13,14)** ソーシャルサポート(15)	運動(7,8,9) 健康状態(1) 心の健康状態(2)				
地域包括支援センターへつなぐ		認知(10,11)	社会参加(13,14) ソーシャルサポート(15)				

（令和2年3月作成）

参考資料２

個人面談記録表例

実施日　　年　　月　　日（　　）

支援担当者			
対象者氏名		男　　女	（　　）歳

現病歴	高血圧、脂質異常症、糖尿病、狭心症、心筋梗塞、その他心臓病、脳卒中、肝臓病、腎臓病、がん、COPD、骨粗鬆症、喘息、貧血、歯、認知症、その他（　　） 膝痛、腰痛、股関節、肩痛、首、その他（　　）、なし

聞き取りした内容	声かけ内容 アドバイス内容	紹介した 保健事業	参加 意思※
低栄養（3、 4、 5、 6）			
運動器（7、 8、 9）			
認知機能（10、 11）			
たばこ（12）			
総合［健康（1）、こころ（2）、社会参加（13、 14、15）］			

※参加意思への表記：確実に行く「◎」、前向きに検討「○」、行かない「△」、拒否的反応「×」

【支援者用メモ欄】

「かかりつけ医」のための後期高齢者の質問票対応マニュアル

かかりつけ医のための

後期高齢者の質問票 対応マニュアル

フレイルなど高齢者の特性を踏まえた健康状態を問診により総合的に把握することが後期高齢者の質問票の目的である。フレイルは、高齢者で生理的予備能が低下した要介護状態の前段階で、適切な介入により改善が期待できる。また、身体的、精神的、社会的など多面的要素からなり、各要素で評価・指導方法も異なる。本マニュアルは、かかりつけ医が質問票の回答にどう対応するかを示す目的で作成されており、高齢者の健康寿命延伸に向けて日常診療に活用していただければ幸いである。

一般社団法人　日本老年医学会理事長　秋下雅弘

専門職との連携

個別の質問項目に限らず、総合的なフレイルの状況を把握し、必要に応じて専門医、専門職種、専門施設、市町村の担当部署（医療専門職等）と連携する。

フレイルなどの状態	必要に応じた連携の例
身体的フレイル	特定の臓器別疾患：該当する診療科 複雑な多病と関連した病態：専門性を持った医師がいる施設（老年内科、内科、総合診療科など） ロコモティブシンドローム：整形外科 ポリファーマシー：薬剤師
精神的フレイル	精神科、老年内科、神経内科、認知症サポート医、公認心理師など
社会的フレイル	居住地区の地域包括支援センター（院内のソーシャルワーカーや診療所のスタッフが地域包括支援センターへ連絡し、該当する高齢者と面談してもらうことが望ましい）、福祉課など
オーラルフレイル	歯科、管理栄養士、言語聴覚士などによる嚥下リハ対応施設など
喫煙	禁煙外来、呼吸器内科など

一般社団法人 日本老年医学会

出典：日本老年医学会　2020年5月　https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/manual.html

作成委員長　サルコペニア・フレイル小委員会　委員長　荒井秀典

後期高齢者の質問票

	質問文	回答 ※囲みに対して対応考慮	フレイル	質問の意図	かかりつけ医での初期対応
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか？	① よい ② まあよい ③ ふつう **④ あまりよくない** **⑤ よくない**	身体 精神 社会	全般的な健康状態の評価	身体疾患の関与を見直す 薬剤有害事象の有無を評価する うつ・アパシーの有無を判断する 生活環境との関係を見直す
2	毎日の生活に満足していますか？	① 満足 ② やや満足 **③ やや不満** **④ 不満**	身体 精神 社会	うつ状態や QOL 低下を反映した生活満足度の評価	QOL が低いと感じるポイントを聞く うつ・アパシーの有無を判断する 経済・社会状況要因を見直す
3	1 日 3 食きちんと食べていますか？	① はい **② いいえ**	身体 精神 社会	食思不振ならびに栄養の評価	食べていない理由を聞いて評価すべき項目を判断する
4	半年前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか？	**① はい** ② いいえ	オーラル	口腔内の器質的問題ならびに口腔機能低下の有無	口腔機能評価
5	お茶や汁物などでむせることがありますか？	**① はい** ② いいえ		嚥下機能の評価	肺炎、脳血管障害の既往の確認 嚥下に関わる総合的機能評価
6	6 カ月間で 2 ～ 3kg 以上の体重減少がありましたか？	**① はい** ② いいえ	身体	身体的フレイル・低栄養の評価	意図的な減量・治療中の病気によるもの・原因不明に分類する
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか？	**① はい** ② いいえ		サルコペニア、ロコモティブシンドロームなどの運動機能低下や転倒リスクの評価	歩行状態を確認する 脊柱管狭窄症、変形性脊椎症、変形性関節症など整形外科疾患の鑑別
8	この 1 年間に転んだことがありますか？	**① はい** ② いいえ		転倒リスク（内的要因・外的要因）や転倒関連疾患の評価	転倒時の状況、頭部外傷の有無、骨折の既往の聴取、骨粗鬆症の評価[9]
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか？	① はい **② いいえ**		運動習慣の評価	社会資源活用（運動教室、スポーツセンターなど）の必要性を判断する
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われていますか？	**① はい** ② いいえ	精神	記憶力低下の評価	認知機能検査の必要性を判断する
11	今日が何月何日かわからない時がありますか？	**① はい** ② いいえ		見当識低下の評価	
12	あなたはたばこを吸いますか？	**① 吸っている** ② 吸っていない ③やめた	-		呼吸器症状の問診、喫煙歴の聴取
13	週に 1 回以上は外出していますか？	① はい **② いいえ**	社会	閉じこもりリスクの評価	外出頻度と閉じこもりのリスクを判断する
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか？	① はい **② いいえ**		社会的フレイルの評価	社会資源活用の必要性を判断する
15	体調が悪い時に、身近に相談できる人がいますか？	① はい **② いいえ**			

初期対応時の主な評価内容	想定される病態	問題がある場合の対応の概要
身体疾患・老年症候群[1]の診断 服薬アドヒアランスの確認 ポリファーマシー・薬物有害事象[2] うつ[3]・意欲の評価 生活支援者や介護者の評価、社会資源評価	臓器別疾患 老年症候群 薬物有害事象 うつ	・保有疾患の管理不十分、既往疾患の再燃、新規疾患の発生に対しての検査、治療の追加・強化を検討する。 ・該当する症候の原因となる服用薬を確認する。 ・薬物有害事象の可能性を検討し、ポリファーマシー関連の問題について対応する。
精神・心理状態に影響する老年症候群[1] QOL の評価 うつ[3]・意欲の評価 家族・生活環境、介護サービス利用を含む経済・社会状況の評価	慢性疼痛、不眠、頻尿、活動量低下など うつ、アパシー 孤独	・原因疾患や老年症候群があれば、それに対する治療やケアを優先する。 ・うつ病であれば治療が必要であり、**専門医への紹介**も検討する。 ・家族・生活環境に応じて、地域包括支援センターや市町村の保健事業担当等と連携し、地域資源の活用を検討する。
栄養状態の評価[4] 口腔機能、味覚・嗅覚評価 食欲低下の原因の鑑別診断[a] うつ[3]・意欲・認知症[5]の診断 家族・住宅環境、経済状況、介護必要度の判定	臓器別疾患 老年症候群 薬物有害事象 うつ、認知症	・食思不振・低栄養の原因に応じた対応。 ・**歯科との連携。** ・市町村の管理栄養士等につなぎ、栄養相談・食事指導を行う。
口腔内診察（齲歯、歯周病、義歯の状態） 握力	齲歯・歯周病、口腔機能低下症、サルコペニア	・咀嚼や摂食障害の存在により、栄養障害を引き起こしている可能性があり、口腔内の評価のみならず、栄養状態の評価を実施する。**歯科との連携**。
嚥下機能評価（反復唾液嚥下テスト[6]） 嚥下機能障害の鑑別診断[b]	誤嚥、嚥下機能障害、サルコペニア	・嚥下リハビリや誤嚥予防などの介入を考慮する。 ・低栄養があれば栄養介入を考慮する。
栄養状態の評価[4]、低栄養の鑑別診断[a] 意図しない体重減少の鑑別診断	低栄養 悪性疾患、炎症性疾患などの身体疾患 フレイル、サルコペニア	・原因となる疾患がある場合、適宜対応する。 ・原因となる疾患がない場合、栄養状態、運動（活動性）、精神・心理、社会的背景（生活環境の変化）を評価し、介入を考慮する。
歩行状態の評価と歩行障害の鑑別診断[c] 心肺機能の評価 握力測定、ロコモ度テスト[8]、指輪っかテスト[7]	ロコモティブシンドローム 心不全、COPD サルコペニア 感覚器疾患 神経疾患 脆弱性骨折、骨粗鬆症 薬物有害事象 慢性硬膜下血腫	・原因となる疾患がある場合、適宜対応する。 ・ロコモ・サルコペニア・フレイルに対する運動・栄養介入を考慮する。
転倒の外的要因[d]・内的要因の診断[e] ロコモ度テスト[8] 骨粗鬆症関連検査		・転倒関連疾患に介入する。 ・ロコトレなどの運動介入や内的要因・外的要因の軽減、除去を考慮する。
家族・住宅環境、経済状況の把握と運動を阻害する身体疾患の鑑別、慢性疾患の評価		・フレイル予防や健康長寿に向けて運動習慣の大切さを伝える。 ・介護予防教室等の紹介、地域包括支援センターとの連携、慢性疾患管理としての運動療法を考慮する。
認知機能評価[5] 認知機能障害の鑑別診断または専門医への紹介	認知機能障害	・認知症の診断を行う以外に地域包括支援センターの紹介や、地域で提供しているサービスの利用を検討する。 その際、各地域で作成されている認知症ケアマニュアルを参考にする。 ・**認知症サポート医との連携。**
呼吸機能評価、必要に応じて胸部 Xp	COPD など	・過去の喫煙歴がある者に対しても、呼吸器症状の問診、喫煙歴の聴取、胸部レントゲンの評価を行うことを考慮。
外出を妨げる原因の評価（2 抑うつ，6 体重減少，7-9 運動器，10-11 認知，その他の身体疾患、家族・住宅環境）	身体疾患（心不全や神経・運動器疾患など） うつ・アパシー・認知症 閉じこもり、社会的孤立	・各原因に対する対応策を検討する。 ・**介護予防事業**の活用。
家族・住宅環境、介護状況 必要に応じて質問票を用いた評価[10]		・**地域包括支援センター**や**福祉課**と連携して対応する。また、地域の交通事情にも配慮し、地域資源の活用を検討する。 ・13 ～ 15 で 2 項目以上「いいえ」で、質問 1、2 で良好ではない場合、地域包括支援センターや市町村の保健事業担当などの相談窓口を紹介する。

評価方法や鑑別診断

評価項目	評価法など
1) 老年症候群	加齢に伴い増加する症状・徴候の重なった状態 (慢性疼痛、不眠、頻尿、便秘など)
2) ポリファーマシー・薬物有害事象	多剤服用（6 種類以上など)、重複投与、腎機能、服薬アドヒアランスなどから総合的に評価。特に慎重な投与を要する薬物のリスト参照
3) うつ	GDS15：5 点以上はうつ傾向、10 点以上はうつ状態
4) 栄養状態の評価	BMI、Alb、T-chol などから総合的に評価。 疑い例では、MNA-SF（Mini Nutritional Assessment-Short Form)、GLIM 基準などで評価。
5) 認知機能の評価	改訂長谷川式簡易知能評価スケール（20 点以下で認知症疑い) MMSE（23 点以下で認知症疑い) など
6) 反復唾液嚥下テスト	30 秒の間に唾液を飲み込める回数が 2 回以下の場合、摂食嚥下障害の可能性が高い
7) 指輪っかテスト	両手の親指と人差し指で輪っかをつくり，下腿の最も太い部分を囲んだ時に隙間ができる場合はサルコペニアの可能性高い
8) ロコモ度テスト	立ち上がりテスト、2 ステップテスト、ロコモ 25 (https://locomo-joa.jp/check/)
9) 骨粗鬆症の評価	1-a. 大腿骨近位部の脆弱性骨折の有無：問診・臨床症状から判定 1-b. 椎体の脆弱性骨折の有無：問診ならびに身長低下（25 歳時身長より 3-4cm 以上の低下があるかどうか）の有無、脊柱変形（円背など）の有無から判定。 → 脆弱性骨折「有り」なら骨粗鬆症と診断。いずれも認めない場合は 2 を評価する。 2. FRAX 評価 → 10 年間の主要骨折確率 15% 以上であれば骨粗鬆症精査 (骨 Xp、骨密度測定等) を進める。 3. 1 と 2 で骨粗鬆症の診断となった場合、低骨量をきたす骨粗鬆症以外の疾患や続発性骨粗鬆症の原因疾患（薬剤性、副甲状腺機能亢進症など) の有無を確認し、治療方針を決定する。
10) 社会的フレイルに関する質問票	①自分の経済状況に不満足、②独居、③地域や近隣の活動への不参加、④隣人との関係があいさつ程度又は付き合いなし、の 4 項目で 2 点以上を社会的フレイルと判断（またはフレイル診療ガイドにある質問票を参照)

鑑別を要する病態	原因疾患など
a) 食欲低下、低栄養の鑑別診断	社会的要因：孤食、独居、不適切な食習慣、貧困など 医学的原因：口腔機能低下症、味覚・嗅覚障害、消化管障害、抑うつ・認知機能低下、疼痛、疾病（炎症性疾患・がんなど)、薬物有害事象、不適切な食事指導
b) 嚥下機能障害の鑑別診断	口腔・咽頭の器質的疾患、神経・筋疾患（脳梗塞やパーキンソン病など)、認知症、円背、加齢に伴う嚥下機能低下など
c) 歩行障害の鑑別診断	軽度の意識障害 (薬剤、脳血管障害など)、ロコモティブシンドロームおよびその関連疾患（筋痛や関節痛（脊柱管狭窄症、変形性脊椎症、変形性関節症など))、運動麻痺、サルコペニア、パーキンソン関連疾患、平衡障害、視覚障害
d) 転倒の外的要因	床やじゅうたん、障害物、照明、踏み段など
e) 転倒の内的要因	中枢神経系：脳血管障害、認知症、パーキンソン病など 感覚・末梢神経系：聴覚・平衡機能障害、視力障害、糖尿病による末梢神経障害など 循環系：起立性低血圧、不整脈など 筋骨格系の疾患：ロコモティブシンドローム、筋萎縮、関節リウマチなど 薬剤副作用：睡眠薬、向精神薬、抗ヒスタミン薬、薬剤性パーキンソニズムなど

参考資料

- 健康長寿診療ハンドブック（https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/index.html）
- 「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編)」（https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000208848.html)
- 高齢者薬物療法ガイドライン 2015 https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/index.html）
- フレイル診療ガイド 2018 年版（http://jssf.umin.jp/clinical_guide.html）
- サルコペニア診療ガイドライン 2017 年版（改訂版）（https://minds.jcqhc.or.jp/n/med/4/med0337/G0001021）
- ロコモティブシンドローム（解説）（https://locomo-joa.jp/about/）

▲

FAX 049-282-3717

研究室HP
入力サイト

厚生労働科学「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究」アンケート
市町村における『高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施』のための進捗チェックリストガイド
チェックリストや解説の改善、研修等に活用してまいりますのでご協力よろしくお願いします。

【記入日】　　年　　月　　日

1. 進捗チェックリストについて、感想をご記入ください。
　①一体的実施をすすめるにあたり、このような進捗チェックリストが必要だと思いますか?
　　□…必要　□…不要　□…わからない
　　その理由 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　②リスト項目の中で、不要な項目、わかりにくい項目がありますか?（複数回答可）
　　項目番号（　　）その理由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　③リスト項目に追加したほうがよいと思う事項、その他改善案はありますか?
　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2. 解説について
　①進捗チェックリストについての解説は必要と思いますか?
　　□…必要　□…不要　□…わからない
　　その理由 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　②解説の中で、わかりにくい事項がありますか?（複数回答可）
　　ページ（　　）わかりにくい内容＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　③解説に追加したほうがよいと思う事項や改善案はありますか?
　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3. 研究班からの情報提供、研修、研究協力についてのお考えをお聞かせください。
　（該当する項目に✓）
　□…研究班へのアンケート、ヒアリング等に協力可能
　□…ワークショップ、研修会、情報交換会等に参加したい
　□…一体的実施の進め方について、相談したい　（その内容＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
　□…その他のご要望（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

下記にご記入ください。
①自治体・団体名（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
　記入代表者氏名（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）担当課（＿＿＿＿＿＿＿）職種（＿＿＿＿＿＿＿）
　連絡先　メールアドレス＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
②貴自治体の「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の実施状況をおきかせください。
　□…令和2年度実施した　□…令和3年度実施予定　□…令和4年度以降に実施予定　□…未定
③あなたは本事業にどうかかわっていますか?（複数回答可）
　□…市区町村コーディネートを担う専門職　□…保健指導担当専門職　□…担当事務職
　□…広域連合　□…国保連合会　□…その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

アンケートはここまでです。ご協力ありがとうございました!