

令和元年 8月1日	第5回高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム検討のための実務者検討班	資料3
--------------	---	-----

2019.07.30 暫定版

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

後期高齢者の質問票の解説と留意事項

令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

(厚生労働科学特別研究)

代表 津下 一代

1. 質問票の役割について

- 1) 特定健診の「標準的な質問票」に代わる位置づけとして、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、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、必要な保健事業や医療機関受診、地域の高齢者を支えるしくみにつなげる。
- 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サイクルを回した保健事業に資する。

2. 質問票の構成について

- 1) フレイルなど高齢者の特性を踏まえて健康状態を総合的に把握するという目的から、（1）健康状態、（2）心の健康状態、（3）食習慣、（4）口腔機能、（5）体重変化、（6）運動・転倒、（7）認知機能、（8）喫煙、（9）社会参加、（10）ソーシャルサポートの10類型に整理している。
- 2) エビデンスや保健事業の実際、回答高齢者の負担を考慮して、15項目の質問で構成されている。

<質問票の内容について>

類型名	No	質問文	回答
健康状態	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
心の健康状態	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
食習慣	3	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ
口腔機能	4	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
	5	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
体重変化	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
運動・転倒	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
	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
	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
認知機能	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されていますか	①はい ②いいえ
	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
喫煙	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
社会参加	13	週に1回以上は外出していますか	①はい ②いいえ
	14	ふだんから家族や友人との付き合いがありますか	①はい ②いいえ
ソーシャルサポート	15	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

5. 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

- ・高齢者に前向きになってもらい、健康のためにできそうなことを見つけてもらうこと
- ・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」に目が向いてしまうケースが多いため、「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。
- ・何ができないかではなく、何ができるかに着目すると老化を肯定的に捉えられるようになる。
- ・「今の時点でも元気だということ」、「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。
- ・後期高齢者は98.8%が医療機関を受診している。疾病等の変えられないことではなく、「自分でやれること」に目を向けていただくよう話を進める。
- ・コーピング（問題に対処する能力）が重要であり、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、質問票の内容について学習しておく。
- ②当日はマニュアルに頼ることなく面談できるよう、事前に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。面談対象者に対し、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。

⇒必要と思われる紹介先リスト（例）

- ・後期高齢者医療広域連合事業一覧（健康診査、訪問健康相談事業等）
- ・高齢福祉課（地域包括支援センター含む）が実施する事業一覧
（一般介護予防事業・介護予防・生活支援サービス事業等）
- ・健康推進課が実施する事業一覧（がん検診事業、重症化予防事業等）
- ・生涯学習課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）
- ・スポーツ課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）

3) 面談の流れ（最も活用場面が多い健診の事後指導を想定）

- ①挨拶； 面談の目的、おおよその所要時間を伝える。
- ②回答の済んだ質問票を提示する。
- ③健康状態（1）、心の健康状態（2）の回答を確認する。
 - ・本質問は、食習慣（3）以降の質問について聞き取り等を行った後、最後にこれらの回答も踏まえて、総合的に判断・アドバイスを行う
- ④食習慣（3）、口腔機能（4、5）、体重変化（6）、運動・転倒（7、8、9）喫煙（12）の項目に対して、できていることを確認する。
 - ・信頼関係を構築し、話しやすい雰囲気をつくるために、実践できている可能性が高いと思われる、食習慣（3）、運動習慣（9）、喫煙（12）のいずれかに目を向け、前向きな言葉かけを行う。
- ⑤アドバイスが必要な質問について確認を行う。面談記録に聞き取ったことを記載する。
 - ・今からでも生活改善や工夫により、健康状態の改善につながることを伝え、その具体的な方法を提示する。

- ⑥認知機能（10、11）の質問を確認する。
- ⑦健康状態（1）、心の健康状態（2）、社会参加（13、14）、ソーシャルサポート（15）の質問を確認する。
 - ・これまでの面談の様子に加え、これらの質問の回答も加味してアドバイス等を実施する。
 - ・食事がとれていない、運動ができていない等の原因として、「抑うつ状態」や「閉じこもり」がないかを確認する。
- ⑧アドバイスや保健事業等の紹介を行う。
 - ・健診の結果や治療状況を把握できた場合には、それらを踏まえた相談をする
 - ・今後体調の変化や健康に不安が生じた際の相談窓口を紹介する。
- ⑨まとめ、挨拶
 - ・面談で話したこと、確認したことを整理する。
 - ・今後の生活で取り組むことを明確にし、面談を終了する。
- ⑩終了、記録のまとめ

4) ケース対応の例

<ほとんどの項目に問題がない場合>

- ⇒できていることを確認し、素晴らしい状況であることを伝える。良い状態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」とオープン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、いつから食事がとれていないのか、何かきっかけがあるのか、どのような食事内容になっているのかを確認する。また、買い物や調理など食事の準備について問題があるかを確認する。栄養摂取量等難しい指導ではなく、食習慣に着目して具体的な改善策を提案し、行動変容を促す。

<運動習慣が“いいえ”の場合>

- ⇒ウォーキング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あれば良いため、ウォーキング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。身体活動があり、運動能力（7）、転倒リスク（8）の質問に該当がなければ、ウォーキングや運動習慣、日常の身体活動等の継続を促す。7、8いずれかの質問に該当する場合は確認を行う。
- ⇒一週間の活動状況を尋ね、身体活動に該当する活動がない場合には、どのへんにそのような活動が組み込まれる余地があるのか、話し合うとよい。身体活動を行うことのメリットを伝え、身体活動をいかに負担なくできる方法を共に考える。その際、本人の周囲に運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か否かも確認をする。だれと、どこで活動するのか、さらには雨が降ったときなどやれない状況の場合にはどうするか、具体的に話し合えると実行につながりやすい。

6. 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	<p>○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。</p> <p>○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。</p>	
エビデンス、統計等	<p>○主観的健康感とは、累積生存率¹⁾（図1）、要介護度、認知機能と強い関連がある。</p> <p>○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⁾。</p> <p>○男女いずれも、加齢により、健康と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）。</p>	
聞き取りポイント	<p>○「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。</p> <p>○「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・本人の捉え方等を確認する。</p>	
具体的な声かけの例	<p>○“よい、まあよい、ふつう”の場合 ⇒3番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んですね。」</p> <p>○“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？』</p>	
関連項目	心の健康状態（2）、食習慣（3）、口腔機能（4、5）、体重変化（6）、運動・転倒（7、8、9）、認知機能（10、11）、喫煙（12）、社会参加（13、14）、ソーシャルサポート（15）	
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。	
対応方法紹介先	<p>○「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。</p> <p>○急な健康状態の悪化の場合 ⇒医療機関を紹介する。</p>	

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。そして“あまり健康でない”“まあまあ健康である”“とても健康である”の順に累積生存率は高くなっている。

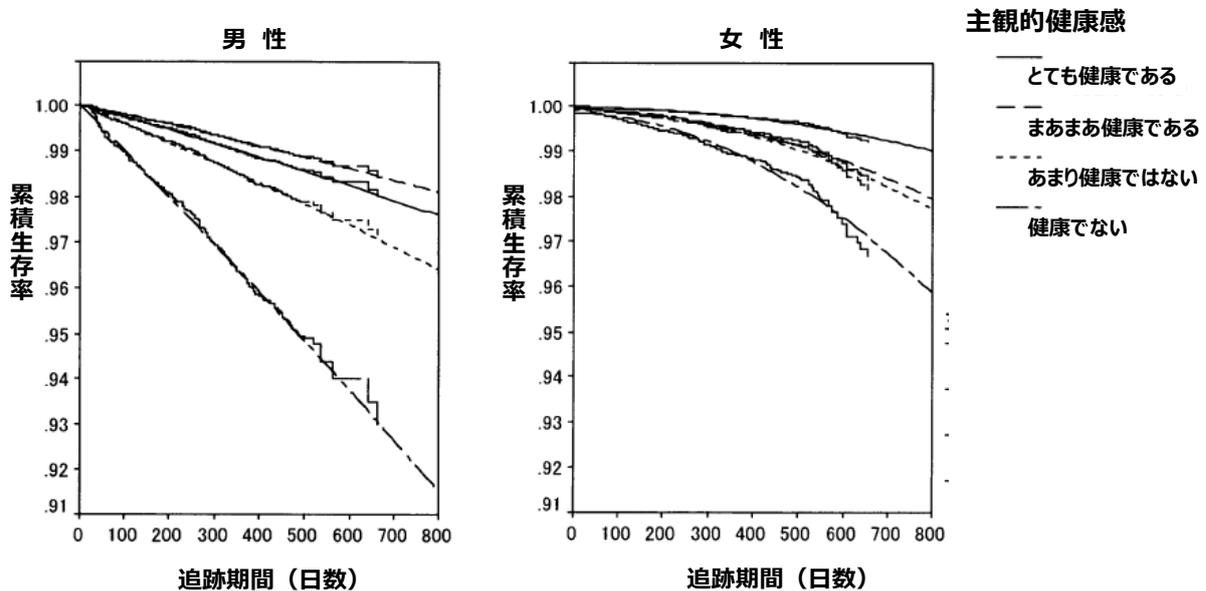
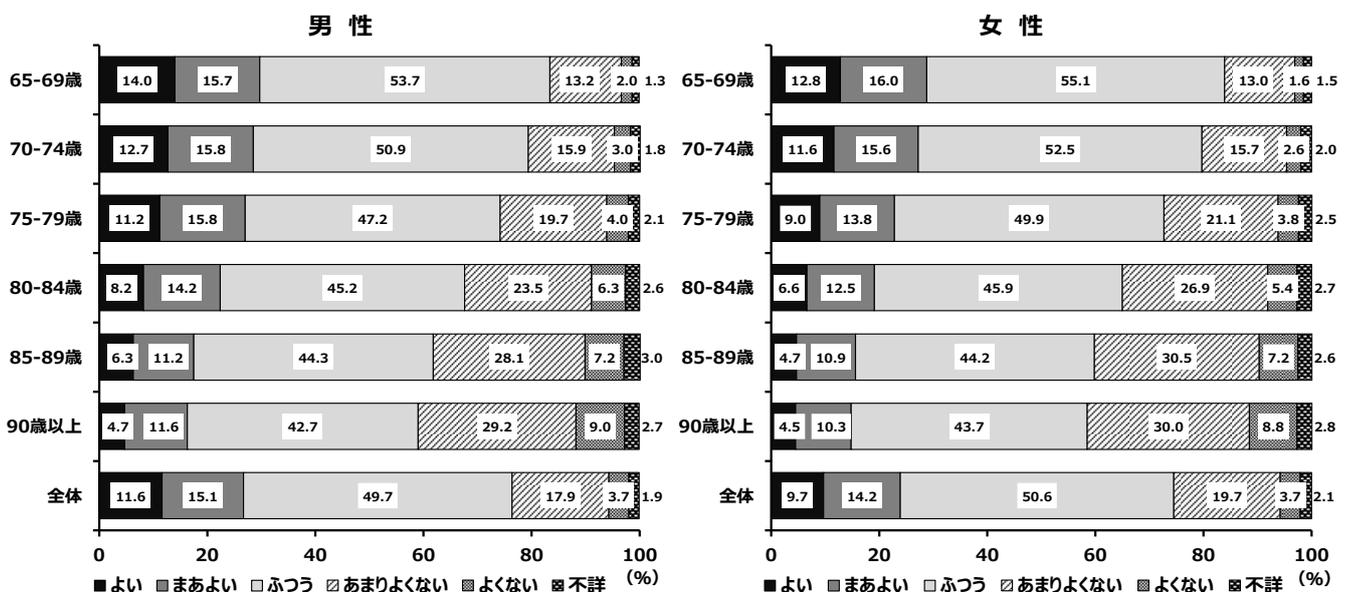


図 2 : 65 歳以上、性・年齢階級別 健康意識の構成割合 ³⁾

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、年齢が上がるに連れて、健康と思っている者は減少し、健康と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, 巴山玉蓮, 星 旦二. 主観的健康感が高齢者の生命予後に及ぼす影響. 日本健康教育学誌. 2018 (1) ,31-38.

2) Tatsuro Ishizaki, Ichiro Kai, Yuichi Imanaka. Self-rated health and social role as predictors for 6-year total mortality among a non-disabled older Japanese population. Archives of Gerontology and Geriatrics 2006 ,42,91-99.

3) 平成 28 年 国民生活基礎調査 (特別集計結果) 厚生労働省ホームページ

類型名：心の健康状態

<p>質問 No2</p>	<p>毎日の生活に満足していますか</p>	<p>①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満</p>
<p>目的</p>	<p>心の健康状態を把握する。</p>	
<p>解説</p>	<p>○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）。ただし、回答しやすさの観点から、4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。</p>	
<p>エビデンス、統計等</p>	<p>○フレイル（注）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）。 <small>注フレイル：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⁾。</small></p>	
<p>聞き取りポイント</p>	<p>○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。</p>	
<p>具体的な声かけの例</p>	<p>○“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んですね。」 ○“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？」</p>	
<p>関連項目</p>	<p>健康状態（1）、食習慣（3）、口腔機能（4、5）、体重変化（6）、運動・転倒（7、8、9）、認知機能（10、11）、社会参加（13、14）、ソーシャルサポート（15）</p>	
<p>留意事項</p>	<p>○回答結果は、日常生活が滞りなく過ごしていること、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。</p>	
<p>対応方法紹介先</p>	<p>○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 ⇒市の「こころの相談窓口」等につなげる。</p>	

表：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4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せんか	はい	いいえ
4	毎日が退屈だと思ふことが多いですか	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	自分が無力だなぁ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せんか	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せんか	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せんか	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 No1、5、7、11、13は「はい」0点、「いいえ」1点、質問 No 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：フレイルとうつ病の関係について 1)より改変

高齢者全体のうつ有病率に対して、フレイル高齢者に対するうつ有病率は高かった。

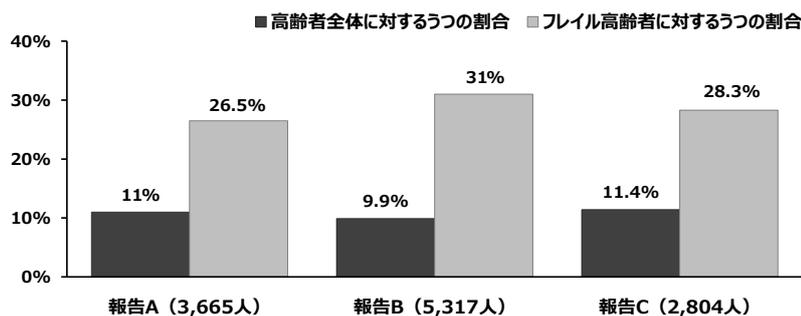


図2：うつ病の有無別 6年間のADL、運動機能低下者の割合 2)より改変

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。

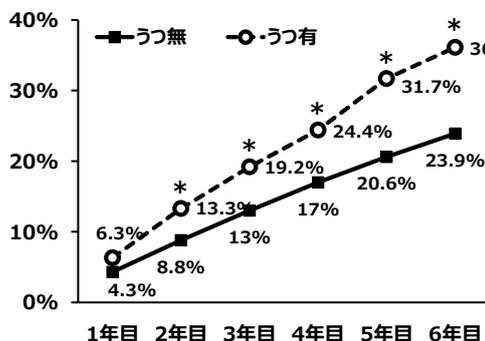


図2-1. ADL低下の割合

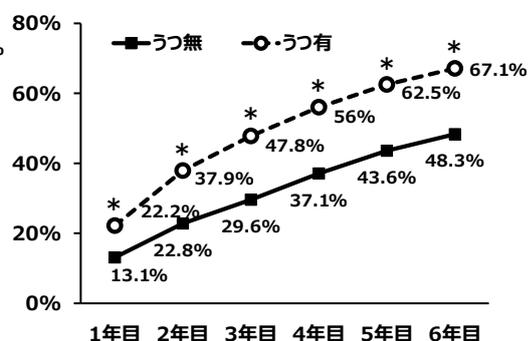


図2-2. 運動機能低下の割合

- 1) Vaughan L, Corbin AL, Goveas JS. Depression and frailty in later life: a systematic review. Clin Interv Aging. 2015 Dec 15;10:1947-1958.
- 2) Penninx BW, Leveille S, Ferrucci L, van Eijk JT, Guralnik JM. Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. 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	<p>○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。</p> <p>○「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。</p>	
エビデンス、統計等	<p>○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)。</p> <p>○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⁾。</p> <p>○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。</p>	
聞き取りポイント	<p>質問6の体重変化、質問4、5の口腔機能とセットで確認する。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>	
具体的な声かけの例	<p><u>○3食食べていて、体重減少がない場合</u> ⇒「3食食べていることが○○さんの元気の秘訣ですね。」</p> <p><u>○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</u> ⇒「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？」</p>	
関連項目	健康状態(1)、心の健康状態(2)、口腔機能(4、5)、体重変化(6)、運動・転倒(7、8、9)、認知機能(10、11)	
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	<p>○3食食べていて、体重減少がない場合 ⇒主食、主菜、副菜のバランス量を確認し、アドバイスを行う。</p> <p>○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。 ⇒コミュニティバス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。</p>	

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）。

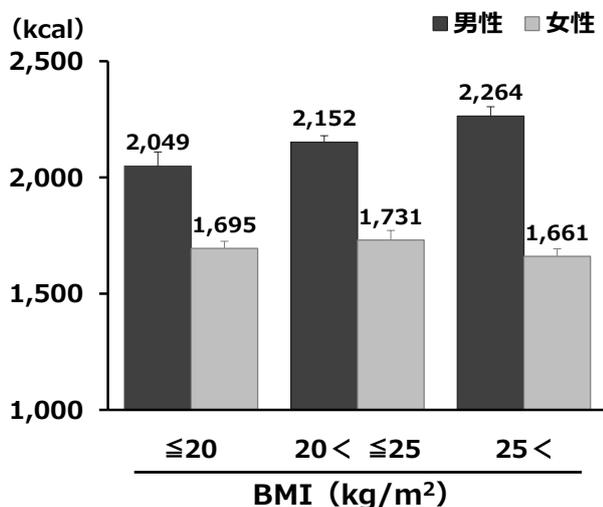


図 1-1. 65-74 歳の総エネルギー摂取量

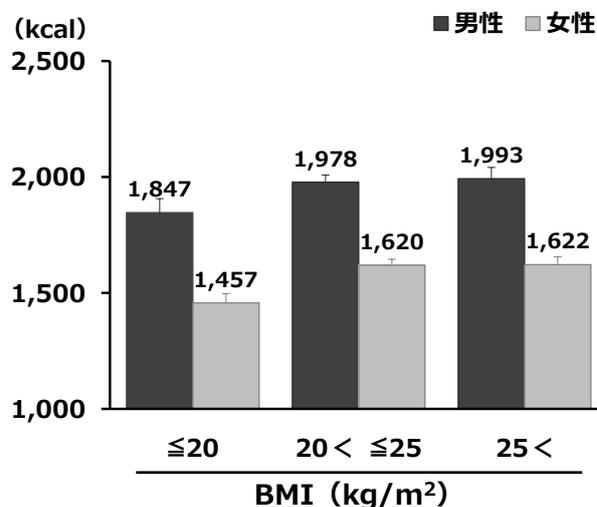
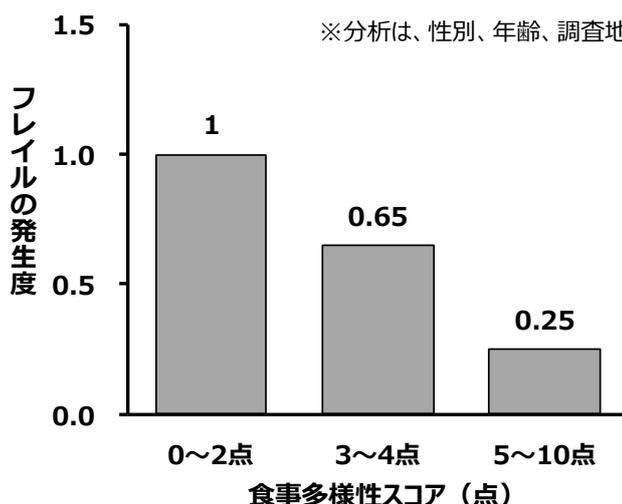


図 1-2. 75 歳以上の総エネルギー摂取量

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。



※分析は、性別、年齢、調査地区、BMI、婚姻、投薬有無、喫煙、誤嚥有無により調整

- 1) 武見ゆかり,小岩井馨. 高齢期における低栄養予防の必要性および今後の対策：地域高齢者等の健康支援のための配食事業と共食の場の充実. 保健医療科学, 66 (6), 603-611, 2017.
- 2) 吉崎貴大, 横山友里, 大上安奈, 川口英夫. 地域在住高齢者における食品摂取の多様性と食事摂取量およびフレイルとの関連. 栄養学雑誌, 77 (1), 19-28, 2019.
- 3) Yokoyama Y, Nishi M, Murayama H, Amano H, Taniguchi Y, Nofuui Y, Narita M, Matsuo E, Seino S, Kawano Y, Shinkai S. Dietary Variety and Decline in Lean Mass and Physical Performance in Community-Dwelling Older Japanese: A 4-year Follow-Up Study. 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	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>	
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繋がりがやすく、さらに、全身のフレイル・サルコペニア（筋肉減弱）・要介護（リスク）・死亡のリスクに繋がる ¹⁾ （図1）。	
聞き取りポイント	<p>質問4、5の口腔機能は、2項目をセットで確認する。</p> <p>○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、どのような物が食べにくいのを確認して咀嚼力を判断する。</p> <p>○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ができてきているかを確認する。</p> <p>○質問5と合わせて、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るかについても意識して確認する。</p> <p>○質問3と質問6を合わせて確認する。欠食や体重減少の理由が、口腔機能の低下によるものであるかを確認する。咀嚼力を保つことが第一であるが、一方、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。</p>	
具体的な声かけの例	<p>○“いいえ”の場合</p> <p>⇒「何でもよくかんで、おいしく食事ができていますね。」</p> <p>⇒「歯の状態は良くて歯科医療機関で定期健診をしてください。」</p> <p>○“はい”の場合</p> <p>⇒「定期的に歯医者を受診し、お口の状態を診てもらって下さい。」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3食食べていて、体重の減少がない場合 <p>⇒「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？」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3食食べておらず、体重の減少がある場合 <p>⇒「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全身機能の低下に繋がりがやすく、オーラルフレイル²⁾（診断名：口腔機能低下症：図2）とされています。必ず歯科受診をしてください。」</p>	
関連項目	健康状態（1）、食習慣（3）、口腔機能（5）、体重変化（6）、認知機能（10、11）	
留意事項	<p>○歯の治療中、歯の痛みで食べられないものは除く。</p> <p>○状態に変化が生じていない場合は「いいえ」とする。</p>	
対応方法紹介先	<p>○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。</p> <p>○口腔機能低下が疑われる場合⇒歯科医院を紹介、介護予防教室等を案内。口腔体操のリーフレットを渡す。</p>	

類型名：口腔機能

<p>質問 No5</p>	<p>お茶や汁物等でむせることがありますか</p>	<p>①はい ②いいえ</p>
<p>目的</p>	<p>嚥下機能の状態を把握する。</p>	
<p>解説</p>	<p>○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。</p>	
<p>エビデンス、統計等</p>	<p>○むせ（嚥下機能低下）は誤嚥性肺炎や窒息との関連が報告されている¹⁾（図1）。質問4の咀嚼力と連動し、口腔機能の低下は、徐々に全身のフレイル・サルコペニア・要介護リスク・死亡リスクにつながる¹⁾（図2）。</p>	
<p>聞き取りポイント</p>	<p>質問4、5の口腔機能は、2項目をセットで確認する。 ○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は注意が必要である。（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、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。 ○食事の時に食べこぼしがあるかを確認する（一口量や早食い）。</p>	
<p>具体的な声かけの例</p>	<p>○“いいえ”の場合⇒ 飲み込む力を維持できていますね。 ○“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→食事の方法を考える、代償手段を指導する。 ⇒「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→嚥下機能低下を疑う ⇒「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、咀嚼力と合わせて進行する)²⁾</p>	
<p>関連項目</p>	<p>健康状態(1)、食習慣(3)口腔機能(4)、体重変化(6)、認知機能(10、11)、</p>	
<p>留意事項</p>	<p>○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必要である。</p>	
<p>対応方法紹介先</p>	<p>○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。 ○食事の時の代償手段を伝える。 ①ゆっくり食事をするように勧める。 ②食べる時の一口量を減らす。 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。</p>	

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が報告されている。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。

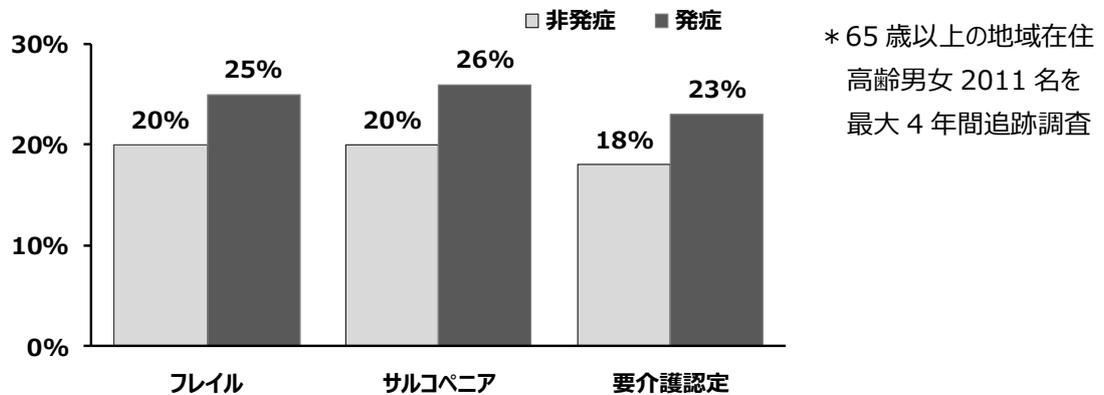


図 2 : オーラルフレイルの有病率と全身のフレイル化との関連¹⁾

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。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%がその予備群とされる。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・要介護認定のリスクが高く（図 2-1）、4 年間の累積生存率が低いことがわかっている（図 2-2）。

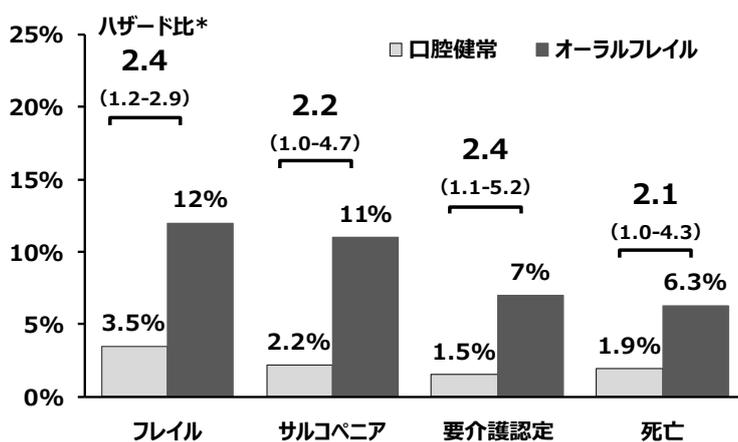


図 2-1. オーラルフレイルの高齢者の新規発症率とリスク

*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

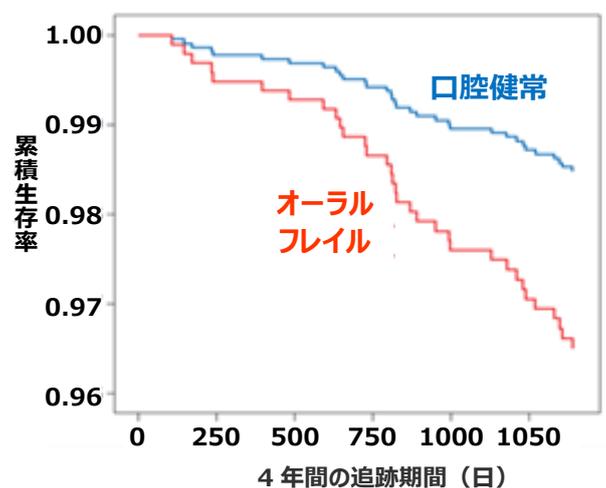


図 2-2. オーラルフレイルと累積生存率

1) Tanaka T, Takahashi K, Hirano H, Kikutani T, Watanabe Y, Ohara Y, Furuya H, Tetsuo T, Akishita M, Iijima K. Oral Frailty as a Risk Factor for Physical Frailty and Mortality in Community-Dwelling Elderly. 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 2～3 k g 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	<p>○基本チェックリストの質問を採用している。</p> <p>○低栄養は筋肉量の減少から体重減少をきたす。</p> <p>○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。</p>	
エビデンス、統計等	<p>○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) 。</p> <p>○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) 。</p>	
聞き取りポイント	<p>○低栄養による体重減少を踏まえ、質問 3 と合わせて確認する。</p> <p>○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 と合わせて確認する。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>	
具体的な声かけの例	<p>○“いいえ”の場合 ⇒「体重が落ちると低栄養状態になりやすいですが、しっかりと維持されていますね。」</p> <p>○“はい”の場合 ⇒「食欲はありますか？」 ⇒「なにかダイエット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？」</p>	
関連項目	健康状態 (1) 、心の健康状態 (2) 、食習慣 (3) 、口腔機能 (4、5) 、運動・転倒 (7、8、9)	
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	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>	

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）。

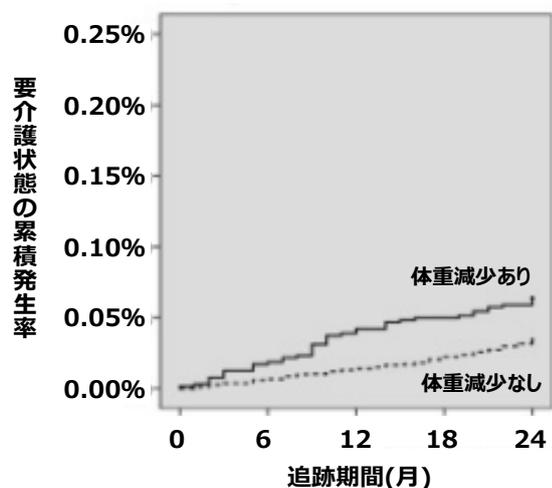


図 1-1. 要介護状態の累積発生率

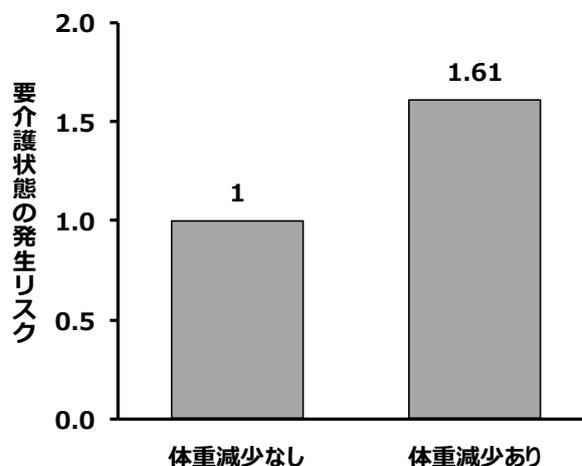
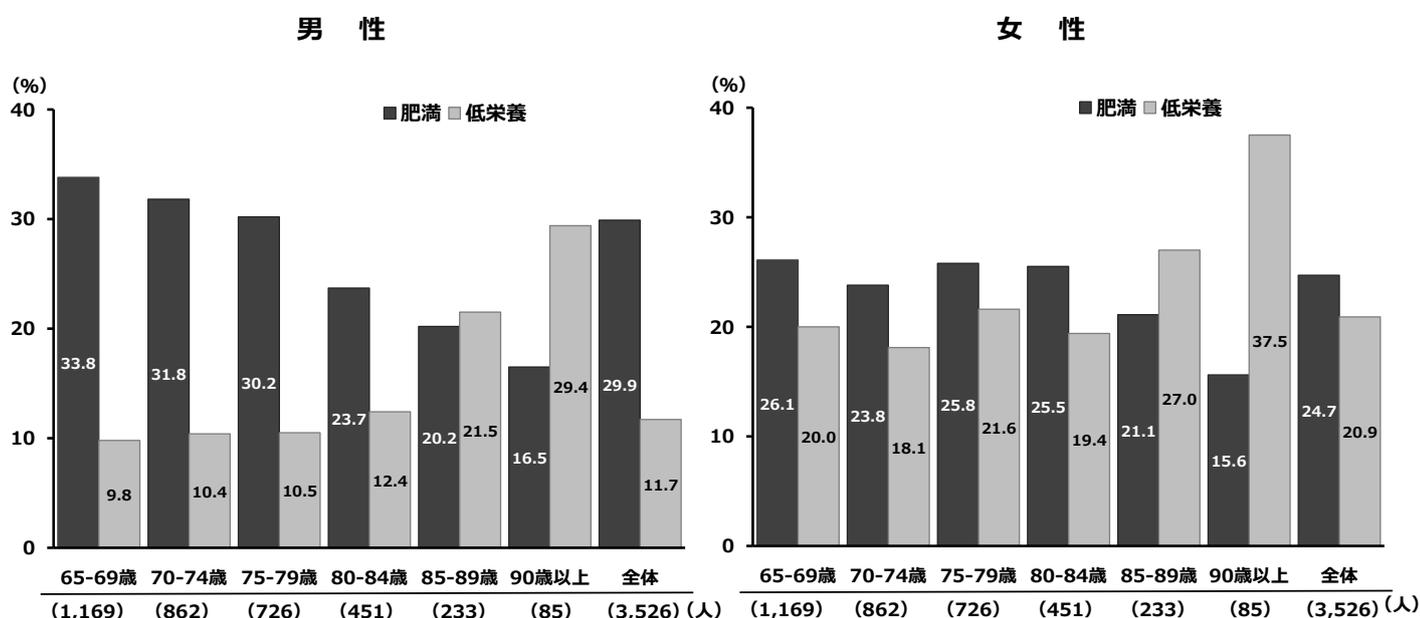


図 1-2. 要介護状態の発生リスク

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 BMI25 以上の肥満の割合は減り、BMI \leq 20 の低栄養の割合は増加する。

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, Tsutsumimoto K, Suzuki T. Impact of physical frailty on disability in community-dwelling older adults: a prospective cohort study. BMJ Open. 2015 Sep 2;5(9):e008462.

2) 平成 28 年 国民健康・栄養調査（特別集計結果） 厚生労働省ホームページ

類型名：運動・転倒

<p>質問 No7</p>	<p>以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか</p>	<p>①はい ②いいえ</p>
<p>目的</p>	<p>運動能力の状態を把握する。</p>	
<p>解説</p>	<p>○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。</p>	
<p>エビデンス、統計等</p>	<p>○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⁾。 ○健常者に対する要介護認定の発生リスクは、フレイルは 4.65 倍、プレフレイルは 2.52 倍と高く⁴⁾（図 2）、歩行速度の低下と要介護状態の発症リスク増大は関連している⁵⁾。</p>	
<p>聞き取りポイント</p>	<p>質問 7、8、9 の運動・転倒は、3 項目をセットで確認する。 ○「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。</p>	
<p>具体的な声かけの例</p>	<p>○“いいえ”の場合 ⇒「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。」 等、歩いていることがとても大切であることを伝える。 ○“はい”の場合 ⇒「青信号で横断歩道を渡れないなど、何か、生活に支障がありますか？」 ⇒「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？」</p>	
<p>関連項目</p>	<p>食習慣（3）、体重変化（6）、運動・転倒（8、9）、社会参加（13）</p>	
<p>留意事項</p>	<p>○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。</p>	
<p>対応方法紹介先</p>	<p>○質問 7（いいえ）、8（いいえ）、9（はい）3 項目の全てで良好な方 ⇒既存の健康増進施設や市主催の運動教室、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）の回答の方 ⇒市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）の回答の方、尚且つ、身体機能が著しく低下している方 ⇒包括支援センターを紹介する。 ○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。</p>	

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 (5,104 人)。

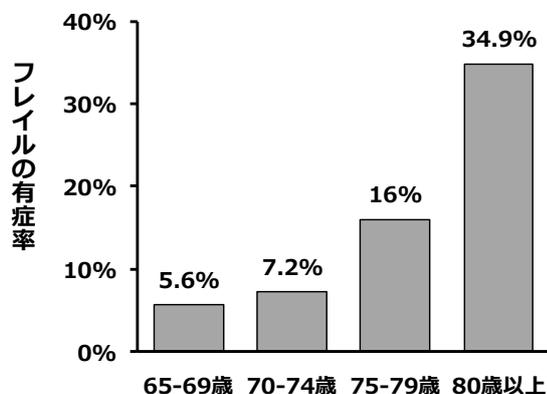


図 2 : フレイルと 2 年後の要介護状態の発生⁴⁾

要介護認定の発生は、プレフレイル、フレイルと有意にリスクは上昇した⁴⁾。また、フレイルの中でも「歩行低下」者の発生リスク (4.68) が最も高かった⁵⁾。

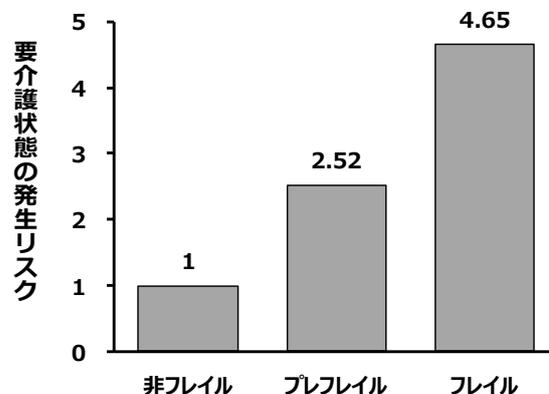
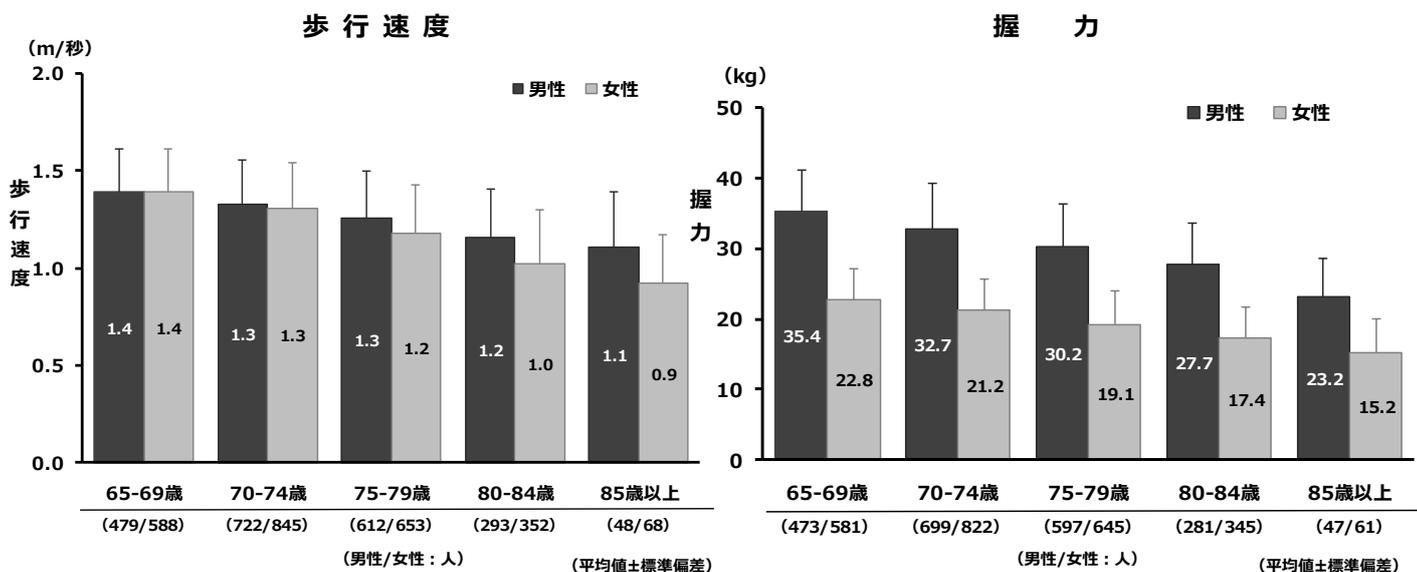


図 3 : 地域在住高齢者の歩行速度・握力の体力測定参照値⁶⁾

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, Taniguchi Y, et al. Associations of Walking Speed, Grip Strength, and Standing Balance With Total and Cause-Specific Mortality in a General Population of Japanese Elders. JAMDA. 2016;17(2):184.e1-7.

3) Shimada H, Makizako H, Doi T, Yoshida D, Tsutsumimoto K, Anan Y, Uemura K, Ito T, Lee S, Park H, Suzuki T. Combined prevalence of frailty and mild cognitive impairment in a population of elderly Japanese people. J Am Med Dir Assoc. 2013 Jul;14(7):518-524.

4) Makizako H, Shimada H, Tsutsumimoto K, Suzuki T. Impact of physical frailty on disability in community-dwelling older adults: a prospective cohort study. BMJ Open. 2015;5(9), e008462.

5) Shimada H, Makizako H, Doi T, Tsutsumimoto K, Suzuki T. Incidence of Disability in Frail Older Persons With or Without Slow Walking Speed. J Am Med Dir Assoc. 2015 Aug 1;16(8):690-696.

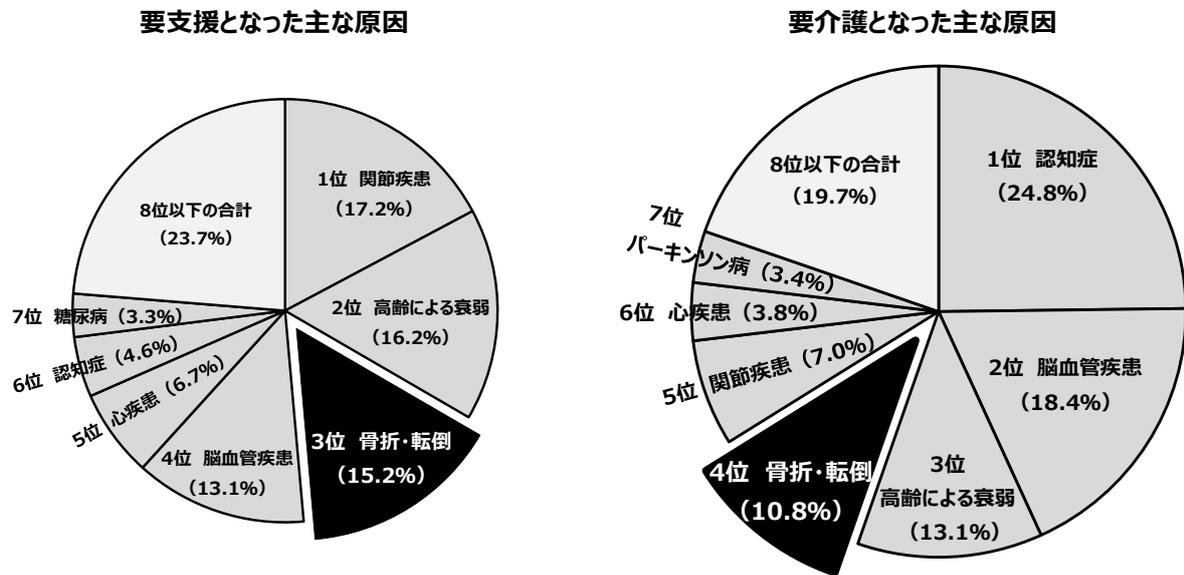
6) Seino S, Shinkai S, Fujiwara Y, Obuchi S, Yoshida H, Hirano H, Kim HK, Ishizaki T, Takahashi R, TMIG-LISA Research Group. Reference values and age and sex differences in physical performance measures for community-dwelling older Japanese: a pooled analysis of six cohort studies. PLoS One. 2014 Jun 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	<p>○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。</p> <p>○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（大腿骨頸部等）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。）</p>	
エビデンス、統計等	<p>○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）。</p> <p>○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）。</p> <p>○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）。</p> <p>○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⁾。</p>	
聞き取りポイント	<p>質問7、8、9の運動・転倒は、3項目をセットで確認する。</p> <p>○転倒による骨折の有無を確認する。</p> <p>○転んだ場所（屋内か屋外）を確認する。</p> <p>○転倒の頻度を確認する。</p> <p>○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）。</p> <p>○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。</p>	
具体的な声かけの例	<p>○“いいえ”の場合 質問9、13で活動的で、転倒歴がなければ、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。」</p> <p>○“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？」</p>	
関連項目	健康状態（1）、心の健康状態（2）、食習慣（3）、体重変化（6）、運動・転倒（7、9）、認知機能（10、11）、社会参加（13）	
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	<p>○質問7（いいえ）、8（いいえ）、9（はい）3項目の全てで良好な方 ⇒既存の健康増進施設や市主催の運動教室、自発的なウォーキング等を推奨。</p> <p>○質問7（はい）または8（はい）の回答の方 ⇒市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。</p> <p>○質問7（はい）かつ8（はい）の回答の方、尚且つ、身体機能が著しく低下している方 ⇒包括支援センターを紹介する。</p> <p>○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。</p>	

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、「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：臨床的に重要な転倒の危険因子²⁾

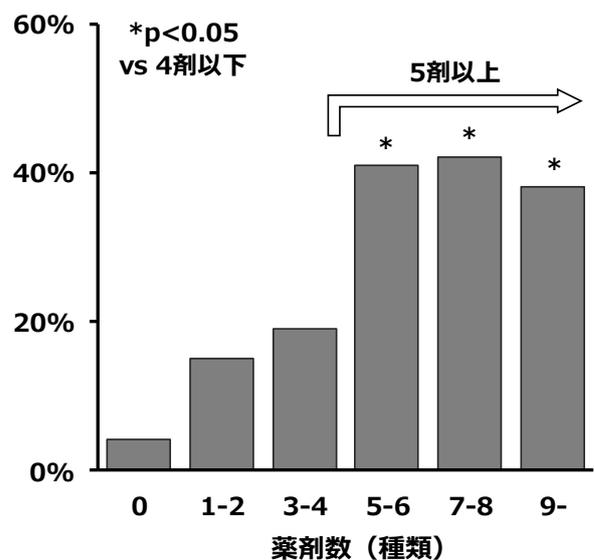
転倒予防を考える上で、視力障害、認知障害、内服薬剤に加えて、運動機能は重要な要因である。危険因子が重なるほど、転倒率は高くなる。

■ 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) 平成 28 年 国民生活基礎調査 厚生労働省

2) Runge M, Rehfeld G, Resnicak E. Balance training and exercise in geriatric patients. J Musculoskelet Neuronal Interact. 2000 Sep;1(1):61-65.

3) Kojima T, Akishita M, Nakamura T, Nomura K, Ogawa S, Iijima K, Eto M, Ouchi Y. Polypharmacy as a risk for fall occurrence in geriatric outpatients. 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	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 項目をセットで確認する。 ○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（自転車、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ため、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。 ○運動習慣がない場合、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。」 ⇒「〇〇市では、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。」 ○ “いいえ”の場合 ⇒「ウォーキング以外に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？」	
関連項目	健康状態（1）、心の健康状態（2）、食習慣（3）、体重変化（6）、 運動・転倒（7、8）、認知機能（10、11）、社会参加（13）、ソーシャルサポート（15）	
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と伝える。	
対応方法 紹介先	○質問 7（いいえ）、8（いいえ）、9（はい）3 項目の全てで良好な方 ⇒既存の健康増進施設や市主催の運動教室、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） の回答の方 ⇒市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） の回答の方、尚且つ、身体機能が著しく低下している方 ⇒包括支援センターを紹介する。	

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。

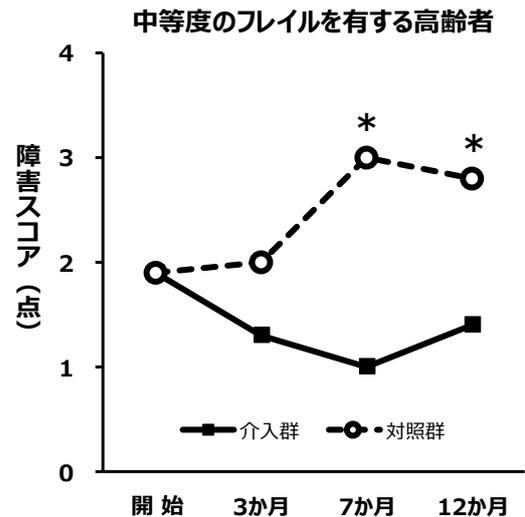
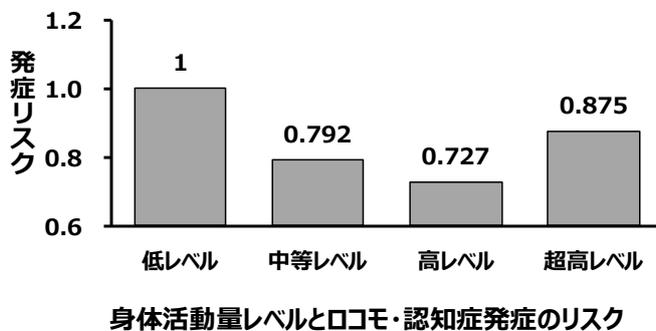


図 2 : 身体活動基準の根拠 : 身体活動量とロコモ・認知症発症リスク³⁾

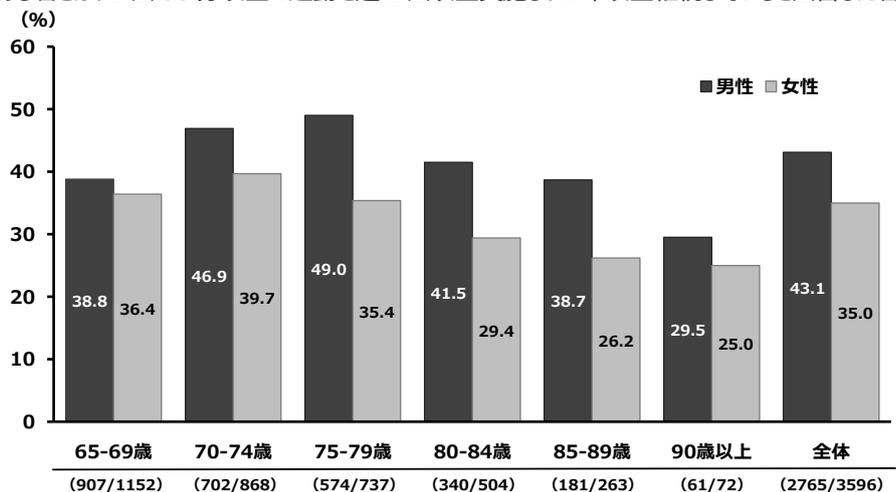


身体活動量が最も低い群の発症リスクを 1 とすると、中等レベル群は約 20%の発症リスクを抑えており、身体活動量の平均が 10.5 メッツ・時/週だったことから、この活動量が 65 歳以上の基準値とされています。普通歩行レベルの活動の場合、毎日 30 分行うことで、この基準を満たすことができます。活動量が非常に多い場合発症リスクがやや高まるので「やりすぎる必要はない」といえます。

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。



(男性/女性 : 人)

- Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. N Engl J Med. 2002 Oct 3;347(14):1068-1074.
- Ishizaki T, Watanabe S, Suzuki T, et al. Predictors for functional decline among nondisabled older Japanese living in a community during a 3-year follow-up. J Am Geriatr Soc. 2000;48(11):1424-1429.
- 健康づくりのための身体活動基準 2013 厚生労働省
- Izawa KP, Shibata A, Ishii K, Miyawaki R, Oka K. Associations of low-intensity light physical activity with physical performance in community-dwelling elderly Japanese: A cross-sectional study. PLoS One. 2017;12(6):e0178654.
- 平成 28 年 国民健康・栄養調査 厚生労働省

類型名：認知機能

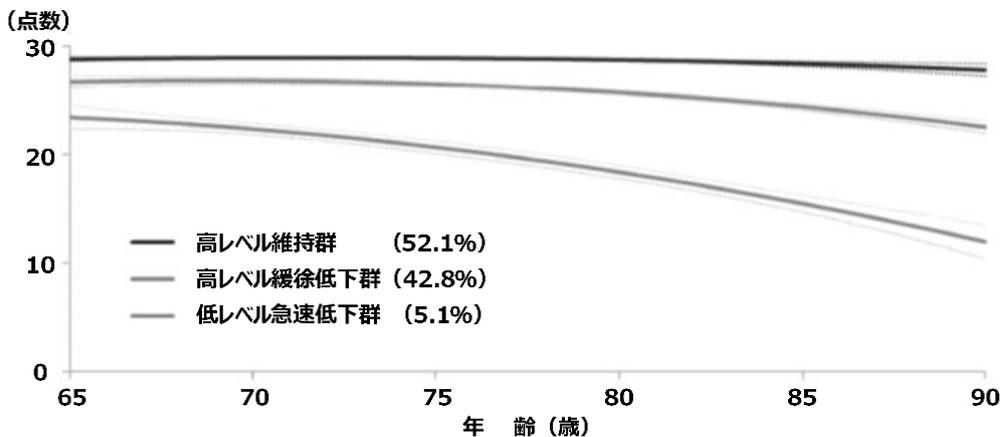
質問 No10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	①はい ②いいえ
質問 No11	今日が何月何日かわからない時がありますか	①はい ②いいえ
目的	認知機能の低下のおそれの把握	
解説	○フレイルの状況（認知機能の低下のおそれ）を把握する。 ○記憶について確認する質問であり、基本チェックリストの質問を採用している。	
エビデンス、統計等	○高齢者における認知機能検査（MMSE ¹⁾ ）の得点は、90歳まで高く維持している者が52.1%を占めている ²⁾ （図1）。 ○軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment :MCI ³⁾ ）は、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	<p>質問 9、13、14 を合わせて確認する。⇒認知症が心配であるかどうか。</p> <p>○“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。</p> <p>○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、服用の管理、買い物：お釣りの計算、など）</p> <p>○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。</p> <p>○認知機能検査に関して、本人の意向を確認する。</p> <p>○「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。</p>	
具体的な声かけの例	<p><u>○“いいえ”の場合</u> ⇒「例えば、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？」</p> <p><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？」</p>	
関連項目	健康状態（1）、心の健康状態（2）、食習慣（3）、口腔機能（4、5）、運動・転倒（7、8、9）、社会参加（13、14）	
対応方法、紹介先の例	<p>○認知機能に関して、不安を抱いている場合 ⇒認知症カフェや、地域包括支援センターの相談窓口を紹介する。 ⇒物忘れ外来をもつ医療機関を紹介する。</p>	

用語解説：MMSE：Mini-Mental State Examination とは

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（資料参照）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、健忘型 MCI（単領域）、非健忘型 MCI（単領域）、健忘型 MCI（多領域）、非健忘型 MCI（多領域）、および包括的認知障害（GCI）の 6 つのカテゴリに区分し、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。

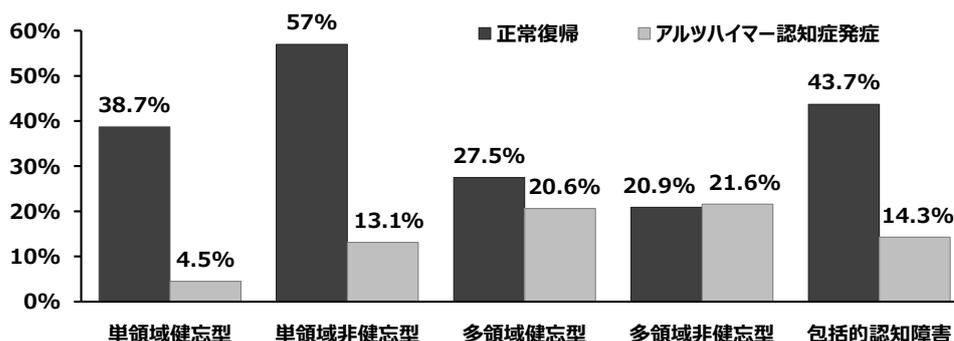
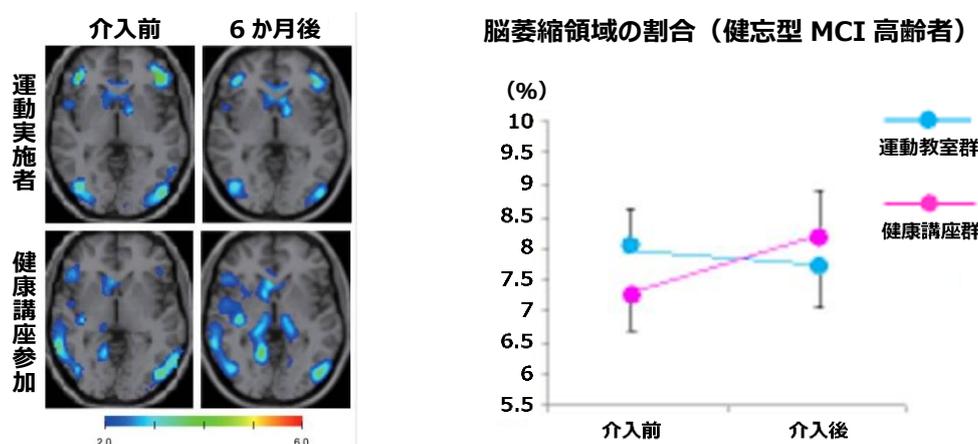


図3 : MCI 高齢者に対する多重課題運動 (コグニサイズ) による無作為化対照試験 : 脳容量の変化⁶⁾

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 (図の青色の部分の割合) 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, Murayama H, Amano H, Shinozaki T, Yokota I, Seino S, Nofuji M, Yokoyama Y, Matsuyama Y, Fujiwara Y, Shinkai S. Mini-Mental State Examination score trajectories and incident disabling dementia among community-dwelling older Japanese adults. *Geriatr Gerontol Int.* 2017 Nov;17(11):1928-1935.
- 3) Brodaty H, Mothakunnel A, de Vel-Palumbo M, Ames D, Ellis KA, Reppermund S, Kochan NA, Savage G, Trollor JN, Crawford J, Sachdev PS. Influence of population versus convenience sampling on sample characteristics in studies of cognitive aging. *Ann Epidemiol.* 2014 Jan;24(1):63-71.
- 4) Shimada H, Makisako H, Doi T, Lee S, Lee S. Conversion and reversion rate in Japanese older people with cognitive impairment. *J Am Med Dir Assoc.* 2017 Sep 1;18(9):808.e1-808.e6.
- 5) Van Uffelen JG, Chin A Paw MJ, Hopman-Rock M, van Mechelen W. The effect of walking and vitamin B supplementation on quality of life in community-dwelling adults with mild cognitive impairment : a randomized, controlled trial. *Qual Life Res.* 2007 Sep;16(7):1137-1146.
- 6) Suzuki T, Shimada H, Makizako H, Doi T, Yoshida D, Ito K, Shimokata H, Washimi Y, Endo H, Kato T. A randomized controlled trial of multicomponent exercise in older adults with mild cognitive impairment. *PLoS One.* 2013 Apr 9;8(4):e61483.
- 7) Kaufer DI, Williams CS, Braaten AJ, Gill K, Zimmerman S, Sloane PD. Cognitive screening for dementia and mild cognitive impairment in assisted living: comparison of 3 tests. *JAMDA.* 2008 Oct;9(8):586-593.

類型名：喫煙

<p>質問 No12</p>	<p>あなたはたばこを吸いますか</p>	<p>①吸っている ②吸っていない ③やめた</p>
<p>目的</p>	<p>喫煙習慣を把握する。</p>	
<p>解説</p>	<p>○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。</p>	
<p>エビデンス、 統計等</p>	<p>○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)。</p>	
<p>聞き取り ポイント</p>	<p>○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。</p>	
<p>具体的な 声かけの例</p>	<p>○“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？」 ○“吸っていない”場合 ⇒「たばこをずっと吸っていないので、健康状態も良いんですね。」 ○“やめた”場合 ⇒「禁煙されたんですね。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？」</p>	
<p>関連項目</p>	<p>健康状態(1)、心の健康状態 (2)、運動・転倒 (7)</p>	
<p>留意事項</p>	<p>○禁煙者に対しては禁煙を継続していることを認め、継続するよう励ますことが必要である。 ○後期高齢者の行動変容は困難であることを踏まえ、喫煙者に対しては本人の意向を十分に尊重したうえで禁煙に必要な情報提供を行う。</p>	
<p>対応方法 紹介先</p>	<p>○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。</p>	

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。

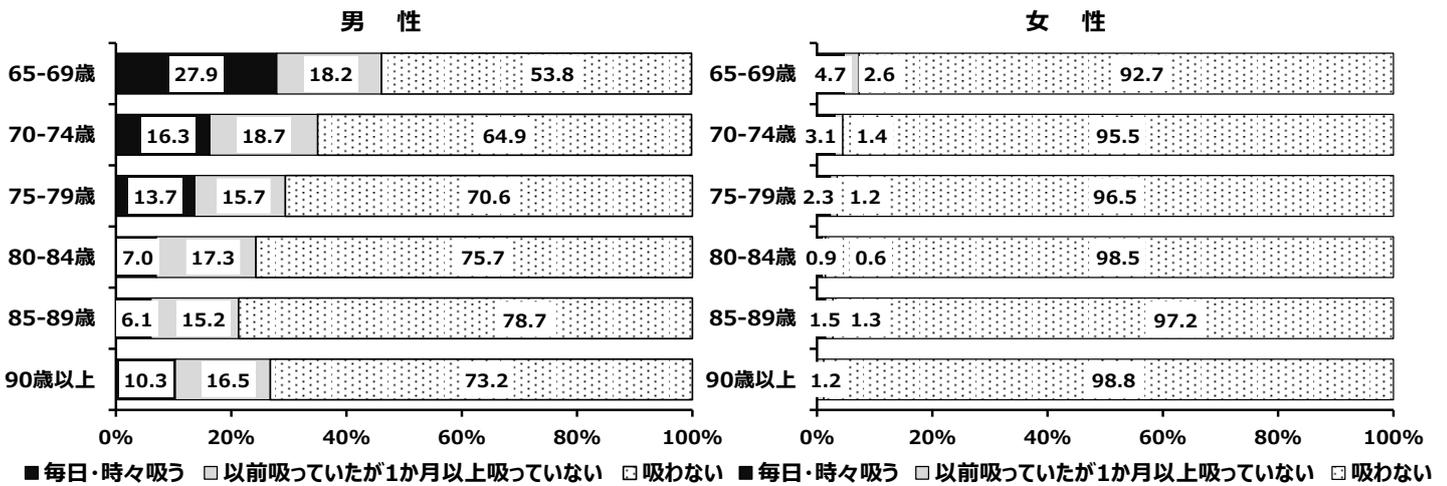


図 2 : 喫煙状況と総死亡 および 喫煙による推定年間過剰死亡数²⁾

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 категория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。

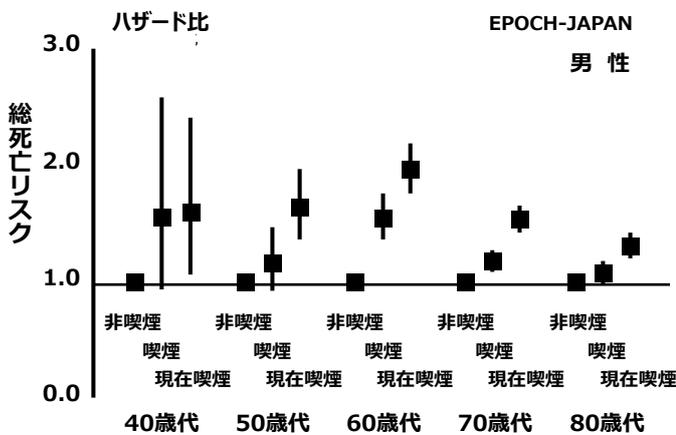


図 2-1. 喫煙状況と総死亡リスク

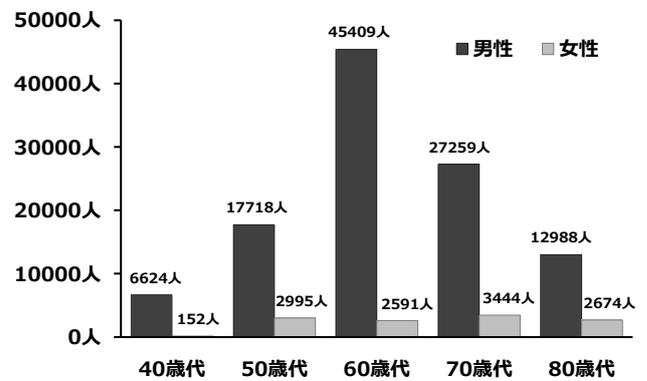
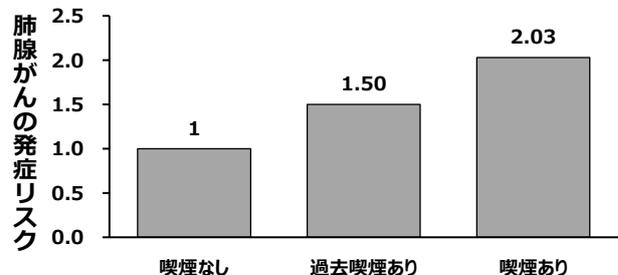


図 2-2. 推定年間過剰死亡数

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) 平成 28 年 国民健康・栄養調査（特別集計結果）厚生労働省ホームページ

2) Murakami Y, Miura K, Okamura T, Ueshima H; EPOCH-JAPAN Reserch Group. Population attributable numbers and fractions of deaths due to smoking: a pooled analysis of 180,000 Japanese. Prev Med. 2011 Jan;52(1):60-65.

3) Kurahashi N, Inoue M, Liu Y, Iwasaki M, Sasazuki S, Sobue T, Tsugane S; JPHC Study Group. Passive smoking and lung cancer in Japanese non-smoking women: a prospective study. Int J Cancer. 2008 Feb 1;122(3):653-657.

類型名：社会参加

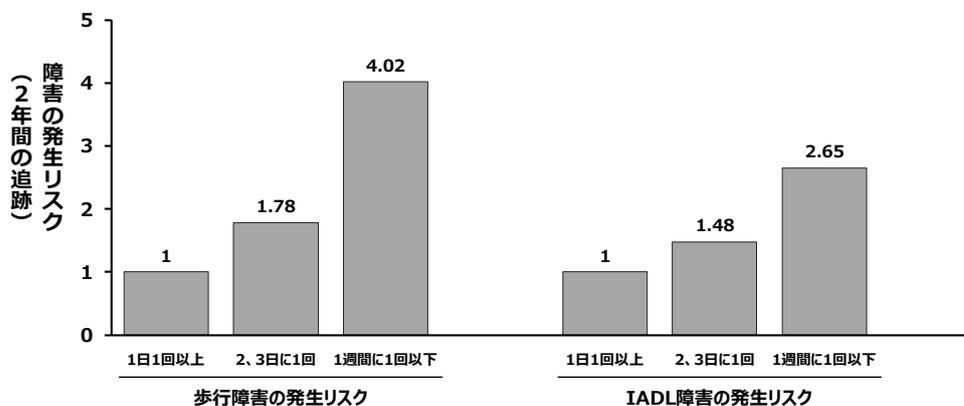
質問 No13	週に 1 回以上は外出していますか	①はい ②いいえ
目的	閉じこもりのおそれの有無を把握する。	
解説	<p>○社会的フレイルの状況を把握する質問であり、基本チェックリストの質問を採用している。</p> <p>○社会的フレイルは、一般的には、独居、外出頻度、友人の訪問、家族との接触などの質問により 2 つ以上問題がある場合を指す¹⁾。</p> <p>○本質問から、閉じこもりの状況や社会との繋がりの状況を把握する。</p>	
エビデンス、統計等	<p>○週に 1 回外出しない高齢者は、毎日外出している者よりも、2 年後の歩行障害や手段的自立障害、認知機能障害が発生しやすい²⁾ (図 1)。</p> <p>○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)。</p>	
聞き取りポイント	<p>質問 13、14、15 の社会参加・ソーシャルサポートは、3 項目をセットで確認する。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○「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。</p>	
具体的な声かけの例	<p>○“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。」</p> <p>○“いいえ”の場合 ⇒「好きなこととか、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？」</p>	
関連項目	健康状態（1）、心の健康状態（2）、食習慣（3）、運動・転倒(7、8、9)、認知機能（10、11）、社会参加(14)、ソーシャルサポート（15）	
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、医療機関の受診も合わせて確認し、閉じこもり状態ではないかを確認するのが望ましい。	
対応方法 紹介先	<p>○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。</p> <p>○質問 13～15 のうち、2 項目以上に“いいえ”があり、尚且つ、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。</p>	

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 項目を一人のできる能力



※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。

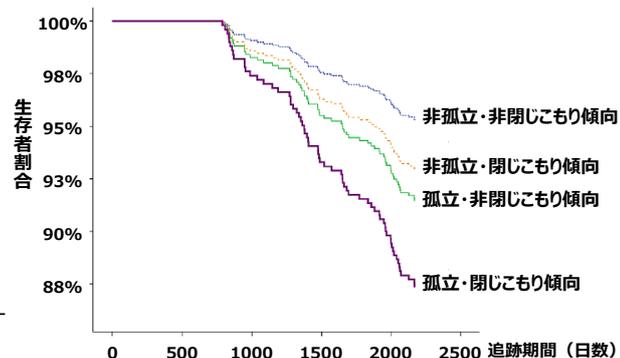
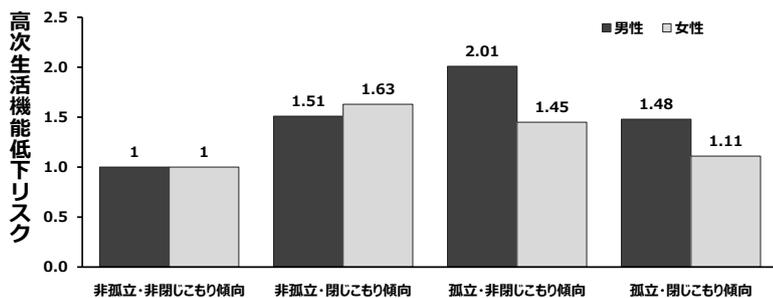


図 2-1. 社会的孤立と外出頻度による高次生活機能低下リスク

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, Chaves PH, Motohashi Y, Shinkai S. Frequency of going outdoors as a good predictors for incident disability of physical function as well as disability recovery in community-dwelling older adults in rural Japan. J Epidemiol. 2006 Nov;16(6):261-270
- 3) Fujiwara Y, Nishi M, Fukaya T, Hasebe M, Nonaka K, Koike T, Suzuki H, Murayama Y, Saito M, Kobayashi E. Synergistic or independent impacts of low frequency of going outside the home and social isolation on functional decline: A 4-year prospective study of urban Japanese older adults. Geriatr Gerontol Int. 2017 Mar;17(3):500-508.
- 4) Sakurai R, Yasunaga M, Nishi M, Fukaya T, Hasebe M, Murayama Y, Koike T, Matsunaga H, Nonaka K, Suzuki H, Saito M, Kobayashi E, Fujiwara Y. Co-existence of social isolation and homebound status increase the risk of all-cause mortality. 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	<p>○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。</p> <p>○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⁾。</p> <p>○本質問から、閉じこもりの状況や社会との繋がり状況を把握する。</p>	
エビデンス、統計等	<p>○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)。</p> <p>○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)。</p>	
聞き取りポイント	<p>質問13、14、15の社会参加・ソーシャルサポートは、3項目をセットで確認する。</p> <p>○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、他者との交流を持ってない理由などを確認する。</p> <p>○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。</p> <p>○「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。</p>	
具体的な声かけの例	<p>○“はい”の場合 ⇒「ご家族や友人と楽しく過ごしているんですね。」</p> <p>○“いいえ”の場合 ⇒「例えば、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がありますか？」</p>	
関連項目	健康状態(1)、心の健康状態(2)、食習慣(3)、運動・転倒(9)、社会参加(13)、ソーシャルサポート(15)	
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	<p>○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。</p> <p>○質問13～15のうち、2項目以上に“いいえ”があり、尚且つ、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。</p>	

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。

社会参加している者の割合は、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。

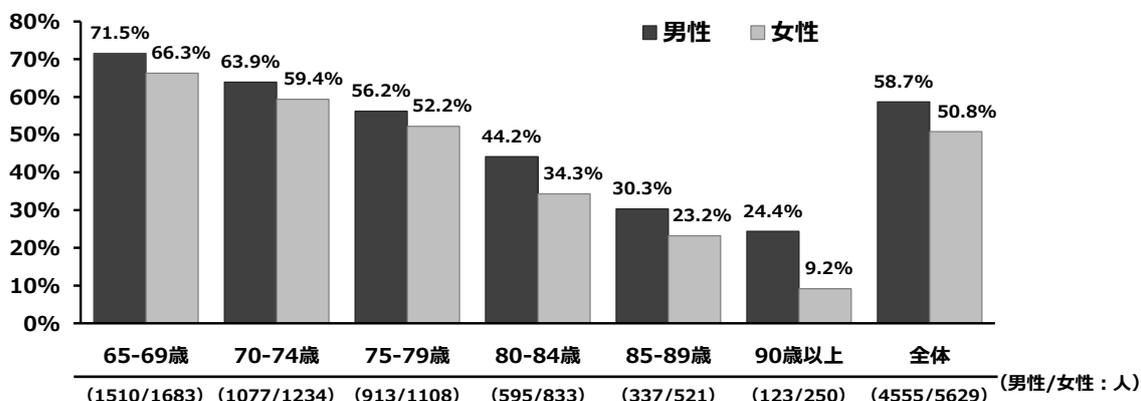
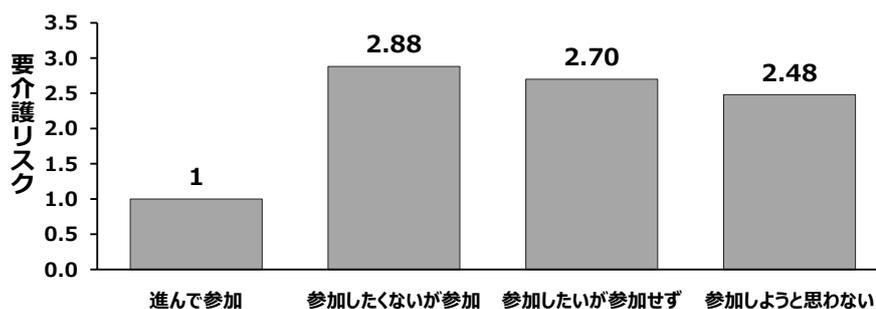


図 2 : ボランティア活動に参加していない者や、参加したくないが参加している者は、

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 2.7 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) 平成 28 年 国民健康・栄養調査 (特別集計結果) 厚生労働省ホームページ

3) Nonaka K, Fujiwara Y, Watanabe S, Ishizaki T, Iwasa H, Amano H, Yoshida Y, Kobayashi E, Sakurai R, Suzuki H, Kumagai S, Shinkai S, Suzuki T. Is unwilling volunteering protective for functional decline? The interactive effects of volunteer willingness and engagement on health in a 3-year longitudinal study of Japanese older adults. Geriatr Gerontol Int. 2019 Apr 16.

類型名：ソーシャルサポート

<p>質問 No15</p>	<p>体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか</p>	<p>①はい ②いいえ</p>
<p>目的</p>	<p>身近な相談相手の有無を把握する</p>	
<p>解説</p>	<p>○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。</p>	
<p>エビデンス、統計等</p>	<p>○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)。</p>	
<p>聞き取りポイント</p>	<p>質問13、14、15の社会参加・ソーシャルサポートは、3項目をセットで確認する。 ○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。</p>	
<p>具体的な声かけの例</p>	<p><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？ ⇒例えば、「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」と思っていたりはいませんか？ ⇒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？</p>	
<p>関連項目</p>	<p>健康状態(1)、心の健康状態(2)、運動・転倒(9)、社会参加(13、14)</p>	
<p>留意事項</p>		
<p>対応方法 紹介先</p>	<p>○質問13～15のうち、2項目以上に“いいえ”があり、尚且つ、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。</p>	

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。

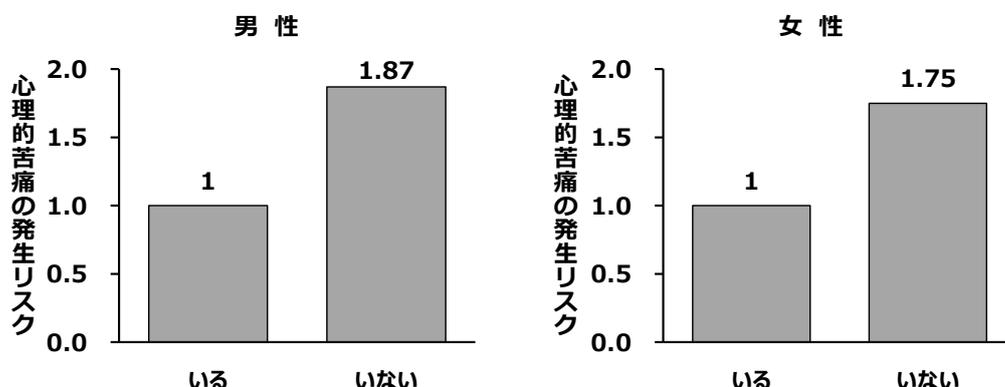


図 2：病気のときや、一人ではできない家の周りの仕事の手伝いなどについて頼れる人はいますか²⁾

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：複数回答）。

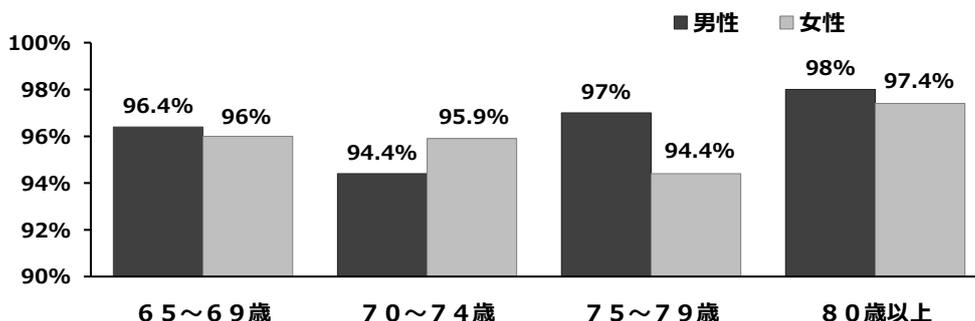


図 2-1. 性・年齢階級別の割合

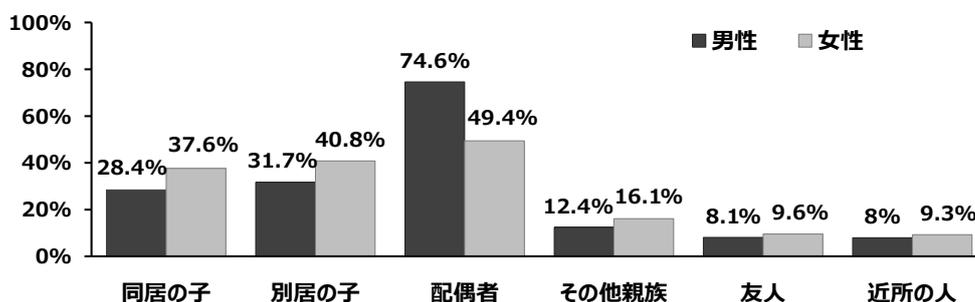


図 2-2. 男女別 頼っている人の割合

1) Kuriyama S, Nakaya N, Ohmori-Matsuda K, Shimazu T, Kikuchi N, Kakizaki M, Sone T, Sato F, Nagai M, Sugawara Y, Akhter M, Higashiguchi M, Fukuchi N, Takahashi H, Hozawa A, Tsuji I. Factors associated with psychological distress in a community-dwelling Japanese population: the Ohsaki Cohort 2006 Study. Journal of Epidemiology. 2009;19(6): 294-302. Epub 2009 Sep 12.

2) 令和元年 6月 政府統計 (e-stat)

7. 質問票、KDBを活用した保健事業対象者抽出の参考例

必要な支援		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
				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	要介護 要支援
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）	認定 状況を 考慮 する
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	認定 状況を 考慮 する
	・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	認定 状況を 考慮 する
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)				

【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】

研究代表者	津下 一代	あいち健康の森健康管理センター センター長
研究分担者	飯島 勝矢	東京大学 高齢社会総合研究機構 教授
	石崎 達郎	東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長
	岡村 智教	慶応義塾大学 医学部 衛生学公衆衛生学 教授
	鈴木 隆雄	桜美林大学 老年学総合研究所 所長
研究協力者	田中 友規	東京大学 高齢社会総合研究機構
研究班事務局	あいち健康の森健康科学総合センター	

早瀬絢香（医師）、坂本明恵、栄口由香里（保健師）、永田千里（歯科衛生士）

中村誉、岩竹麻希（管理栄養士）、和田正樹、野村恵理、山口和輝（健康運動指導士）