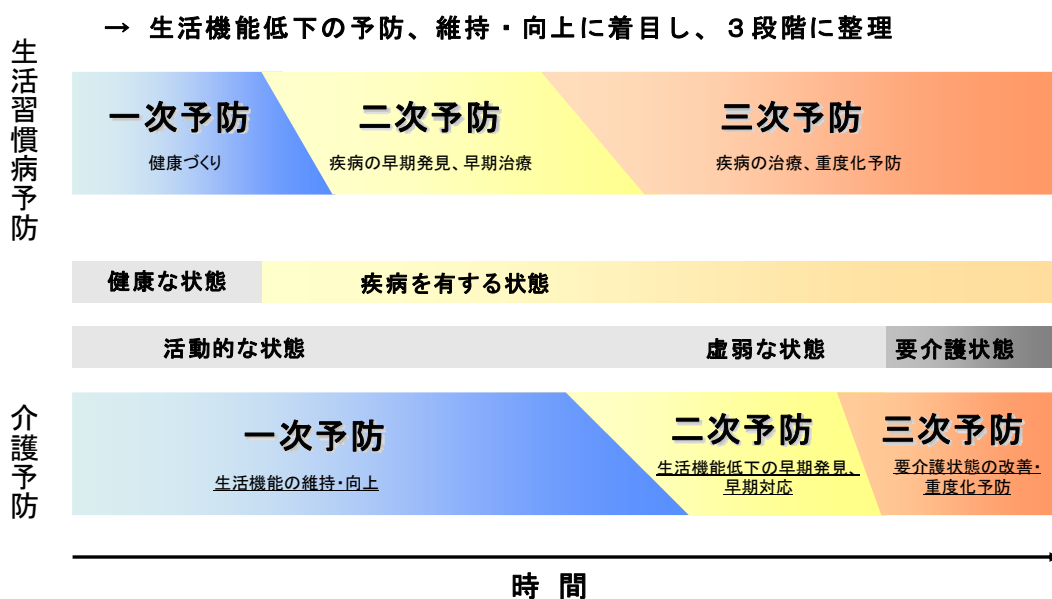


- 本マニュアルは平成 18 年 3 月に策定された「介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル」を改訂し、平成 20 年度より実施されている特定健康診査あるいは後期高齢者健康診査とも対応し、それらに関係する心身機能と活動についての一部と、それに影響する健康状態に重点をおいてまとめたものである。したがって、生活機能全般の評価を行うにあたっては、介護予防ケアマネジメントにおいて利用者本人の参加等の意思、環境等の状況も踏まえて包括的に実施することが必要となる。

## 1.2 介護予防の重要性

- 「介護予防」という概念は、単に介護保険サービス受給の対象者となることを予防したり、あるいはすでに介護保険サービス受給者の要介護度の悪化を予防したりするだけではなく、むしろその主題は「生活機能」のうち特に活動・参加の低下を予防することである。すなわち、生活場面での自立や社会参加といった、いわば生き生きとした生活や人生を過ごすことができるように支援することを目指したものである。
- 実際的には、生活習慣病予防（たとえば脳卒中や糖尿病などの予防）と介護予防は相互に関連する部分も存在する。したがって地域支援事業（介護予防事業）においては、両予防事業が密接な連携の下で行われる必要がある。具体的には、介護予防のための「生活機能評価」は、現行の特定健診等における「生活習慣病予防」の一次予防（健康づくり）、二次予防（疾病の早期発見、早期治療）を中心とした取組に加え、さらに「介護予防」の一次予防（生活機能維持・向上）及び二次予防（生活機能の低下の早期発見・早期対応）の取組が一体的に行われ、共に実現できるような事業となる必要がある。（図 4）

図 4 生活習慣病予防及び介護予防の「予防」の段階



注) 一般的なイメージであって、疾病の特性等に応じて上記に該当しない場合がある。

- 「地域支援事業」における、生活機能評価は高齢期の生活機能に着目した、要支援・要介護予備群（ハイリスク高齢者）早期発見・早期対応の広汎な介護予防システムの入り口としての重要性を有している。
- 平成19年には地域支援事業における特定高齢者把握のための基本チェックリストによる基準の緩和等がなされ、より効率的な運用を可能とすることが計られた。参照<3.3「生活機能評価」の実施方法と判定> (p23)  
 さらに、介護予防のための健診の重要性や介入効果あるいは基本チェックリストについての予測妥当性の確定など科学的根拠も数多く集積されている。参照<参考資料1> (p30)
- 高齢者の自立と介護予防のためには生活機能全般の評価に基づき、生活機能の低下状態を早期に発見し早期に対応することが、高齢者の健康長寿を可能とするとともに、ひいては今後の我が国の介護費用や医療費などの適正化にも大きな貢献をすることになると考えられる。
- 高齢期の健康と生活機能の維持、そして生活の質（QOL）の向上のためには、疾病だけを対象とする健診だけは不十分である。介護予防がめざすものは「高齢者本人の自己実現」「生きがいを持っていただき、自分らしい生活を創っていただく」ことへの支援である。そのためには、「心身機能の改善」や「環境面の調整」などを通して、「生活行為」「参加」を向上させることにより、「自分らしい生活」（すなわち、「自己実現」「生きがい」）を支えることが最も重要なポイントとなる。そのためにも高齢期には日々の生活でのさまざまな障害要因を早期に発見し、早期に対処し、総合的な健康を維持し、自己実現を目指すための、新しい「生活機能評価」のシステムの構築とその効率的運用が必須である。

## 2 「生活機能評価」の目的および位置付け

### 2.1 「生活機能評価」の目的

- 「生活機能評価」の実施にあたっては中年期からの生活習慣病予防のための健診と、高齢期における生活機能維持・向上のための検査あるいは評価が、「活動的な85歳」の実現を主目的として、相互に密接に関連しなければならない。
- 平成18年の介護保険法の改正により、要支援・要介護状態になるおそれのある高齢者（以下、「特定高齢者」という）を対象とする介護予防特定高齢者施策が、介護保険制度に新たに位置づけられた。それを含めた一連の介護予防に資するサービス（介護給付、新予防給付等）を効果的に実施するため、生活機能のうち以下の視点に重点をおいた内容について評価することとなった。
  - 1) 介護予防に資するサービスの対象となる特定高齢者の早期把握  
 具体的には、生活機能評価により、要介護状態を容易にもたらず生活機能項目の低下に対

する早期発見・早期対応を行う。

2) 介護予防に資するサービスを安全に実施するための情報提供

具体的には、ケアマネジメント後に提供されるさまざまな介護予防個別サービスの利用に際し、安全管理や禁忌者の把握を含め適切に活用される基礎データの取得と情報提供。

3) 対象者である高齢者の健康維持と介護予防に対するモチベーションの向上

- 一般に生活習慣病を予防することのみによって、高齢期の健康維持あるいは生活機能維持が図られ、介護予防が達成されるという誤解がある。確かに高齢者の死亡原因は中年期同様、悪性新生物、心疾患、そして脳血管疾患という生活習慣病が多数を占めている。
- しかし、高齢期における「寝たきり」の原因をみると、脳卒中は重複するものの、認知症、転倒・骨折、高齢による衰弱など老年症候群や廃用症候群（コラム参照）がその主要な原因であり、死亡原因とは明確に異なっている。
- 要介護状態の原因は性・年齢によっても大きな差が存在し、男性あるいは前期高齢者では脳血管疾患が要介護の主要原因であるのに対し、女性あるいは後期高齢者では衰弱、転倒・骨折あるいは関節疾患など運動器の衰弱に基づく状態が要介護の主要原因となっている。このような性・年齢層による要介護の原因が異なることは、介護予防のための対策もまた、性・年齢層によって取りうる戦略が異なっていることを意味している。
- 高齢者の健康や余命に関する内外の研究から高齢者では、身体活動の低さ、知的活動の低さ、栄養状態の悪さ、そして生活行為の障害が、潜在する慢性疾患の状態を悪化させ、容易に死に至るものと考えられ、高齢者での余命の規定要因は単に疾病の有無や重症度のみにとどまらず、生活全体のあり方に起因する背景要因にもおよんでいる。従って「生活機能評価」では、疾病のみならず、むしろ自立した生活行為や生活機能を維持するための機能に関する広汎なアセスメントやスクリーニングが必要となるのである。

## 2.2 「生活機能評価」の位置付け

- 平成18年の介護保険制度の改正では、介護予防に関して新たに創設された「地域支援事業」と「（新）予防給付」のいずれもが地域包括支援センターを中心として介護予防ケアマネジメントがなされている。
- 地域支援事業の介護予防特定高齢者施策においては、「特定高齢者」の早期把握のために、市町村が実施する「生活機能評価」、広く地域住民や民生委員あるいは関連機関からの「情報提供」、要介護認定の「非該当者」、さらには各市町村が実施する訪問活動などによる「実態把握」、「相談窓口」などを通じて、介護予防事業が必要とされる者を見いだすことになる。参照<図1, p4>

- 介護予防事業においては介護予防のための広汎な地域ネットワークにより、常時「生活機能の低下」が発生し始めた高齢者を早期に確実に発見し、早期に対応する「水際作戦」を実施することが重要である。生活機能低下の発見のためには、簡便で必要最低限かつ共通のスクリーニングが必要となる。
- 「生活機能評価」は、介護予防のためのさまざまな把握ルートによって特定高齢者の早期発見・早期対応を行うとともに、各種介護予防プログラム実施の際の安全管理や評価にも用いるものである。従ってこの生活機能評価では、生活機能の低下の予防、早期発見、および進行の阻止に向けた「水際作戦」を実施するための適切な介護予防ケアマネジメントに必要な生活機能の検査項目が盛り込まれている。

#### ◀ コラム ▶

- 「老年症候群」は、地域で比較的健常に生活している高齢者、特に 75 歳以上のいわゆる後期高齢者において生活機能、QOL を低下させ、健康寿命の短縮や要介護状態を招く症候や障害であり、具体的には転倒（骨折）、失禁、低栄養、閉じこもり、睡眠障害、うつ状態、認知症（認知機能低下）、咀嚼や嚥下能力などの口腔機能低下状態、快適な歩行を妨げる足のトラブル、など多項目に渡っている。
- 「廃用症候群」（生活不活発病）は、不活発な生活を原因として生じる全身の心身機能低下である。その原因としては活動の量的低下だけでなく、質的低下、参加制約、環境因子の変化などがある。その具体的原因として、老年症候群の放置、あるいは在宅や施設での原疾患の急性期から慢性期にわたる治療や療養において、本来必要である以上の安静（過度の安静）の指導がなされたり、また、早期離床や早期の日常生活活動の向上のための取組がなされていないことによっても生ずるものである。症候としては心肺機能低下、筋力低下、筋萎縮、骨萎縮、関節拘縮、知的活動低下、うつ状態など広く全身の機能低下を招く。

### 3 「生活機能評価」の実施体制

- 特定健康診査等と併せて、集団方式（医師等を雇い上げて公民館、健診車等で実施）、医療機関一括方式（受託医療機関において日時を定めて一括して実施）、医療機関個別方式（受託医療機関において日常診療において実施）等により実施する。なお、検査項目の測定については、通院中の医療機関等で行うことも考えられる。
- 特定高齢者を早期に把握するために、通年で参加できる体制を整備する。
- 参加者の利便性に配慮するとともに、効率的な実施を図るため、健診と一体的に実施することが望ましい。
- 要介護状態あるいは顕著な生活機能の低下を予防するためには、要介護状態をもたらす主要な危険因子を早期に発見し、生活指導や改善プログラムに結びつけることが必要である。
- このような危険因子の早期発見には効果的でしかも簡便な検査によってスクリーニングを行う必要がある。しかも、危険因子の状態を適切に評価し、要介護状態の可能性を適確に判定し、適切な予防対策を取るためには、その測定方法や評価方法が科学的に信頼性や妥当性が確立され、標準化されていることが必須である。

#### 3.1 対象者と実施機関等

- 「生活機能評価」の対象者は、介護予防の理念から、当該市町村に居住地を有する65歳以上の高齢者のうち要介護者及び要支援者を除く者とする。また適切に特定高齢者を把握するためには地域の高齢者における高い健診参加率が求められる。さらに生活機能評価は日常診療の場や訪問調査などで実施される。
- 「介護予防」の概念を一般に普及・啓発することが重要であり、「生活機能評価」に関し十分な周知活動や幅広い広報が必要である。実施に当たっては、行政、保険者、医師会、歯科医師会等との連携はもちろんのこと、保健所あるいは保健センターや地域包括支援センターなどの関係機関との十分な情報の交換や連絡・連携の体制を構築することが重要である。

#### 3.2 「生活機能評価」項目とその評価

生活機能評価は、基本チェックリスト、生活機能チェックと生活機能検査とで構成する<sup>参照<参考資料2>(p36)</sup>。

##### <基本チェックリスト>

- 介護予防事業においては、要支援・要介護状態となる可能性の高い高齢者として「特定高齢者の候補者」を効率的に選定するための質問票として「基本チェックリスト」が作成された。

- 「基本チェックリスト」は25の質問項目から構成されており、1～5の5項目が主として手段的ADLに関する項目であり、6～10の5項目が転倒発生のリスクを中心とした運動器の機能に関する項目である。11及び12は栄養状態を判断する項目であり、13～15の3項目は咀嚼、嚥下機能を中心とする口腔機能を判断する項目となっている。さらに16、17の2項目は閉じこもりに関する質問であり、18～20の3項目は認知症、21～25の5項目はうつそれぞれの可能性を判断するための設問となっている。参照<表1(p5)および参考資料3>(p37)
- 「基本チェックリスト」による特定高齢者の候補者の選定に関する基準は平成18年4月に設定されたが(旧基準)、平成19年4月よりその基準が緩和され(新基準)、現在に至っている。新基準の科学的根拠等については「平成18年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)」『今後の生活機能評価(介護予防健診)のあり方に関する研究』(平成19年3月、日本公衆衛生協会)を参照されたい。
- さらに「基本チェックリスト」の妥当性に関する科学的根拠については<参考資料1>3)基本チェックリストの妥当性に関する科学的根拠(p34)を参照されたい。

## <生活機能チェック>

### ア) 問診

現状の症状、既往歴、家族歴、嗜好、生活機能に関する項目(基本チェックリスト)等を聴取する。ただし、市町村が、生活機能チェックを実施する前に、基本チェックリストを行い、特定高齢者の候補者を選定している場合は、基本チェックリストは行わないものとする。

#### 1) 参加者の基本情報

氏名、生年月日(年齢)、性別、住所(電話番号)、職業等を確認する。認知機能の評価としても利用可能である。

#### 2) 介護予防の観点からの問診

##### 2-1) 自覚症状・既往歴等

自覚症状・既往歴等は医療の対象となる疾病の確認のほか、介護予防プログラム提供時の安全管理の役割も担っている。

・自覚症状: 疾病の由来する自覚症状の有無を確認し、自覚症状あるいは主訴のある場合には現病歴を聴取する。

・既往歴: 「生活機能評価」は65歳以上の高齢者を対象とするが、既往歴については高血圧、脳卒中、狭心症、心筋梗塞、心不全、不整脈、糖尿病、脂質異常症(高脂血症)、骨粗鬆症、関節症、うつなどについて可能な限り詳しく聴取する。また、服薬状況(降圧

剤、高脂血症薬、糖尿病薬、睡眠剤、鎮痛剤等）や、（この1年間での）入院歴についても聴き取る。脳卒中や各種神経疾患、運動器疾患などの疾患による麻痺や筋力低下などにより運動障害がある場合は、運動器の機能向上のプログラムに関する留意が必要となる。

- ・家族歴および社会歴：祖父母、両親を中心として、その主要な罹患疾患、死亡原因、死亡年齢等を聞き取る。例えば骨粗鬆症性骨折（特に大腿骨頸部骨折）の家族歴は、女性の場合本人の骨折の危険因子、すなわち生活機能の低下をもたらす危険因子となることが知られている。また、退職や転居などの環境因子や参加の変化は生活機能低下の大きな要因となる。さらに、過去の生活環境や職業などの変遷（特に最長就労職種）、などが生活機能の低下に間接・直接に関与することがある。

## 2-2) 生活機能に関する項目（基本チェックリスト等）

生活機能はきわめて多面的であり、これまでに測定する指標は数多く開発されている。そのなかで代表的な測定指標として「日常生活動作能力（Activity of Daily Living：ADL）」がある。ADLにはその能力に階層性が存在し、介護予防の視点から重要なのは、今日の高齢者が自立して生活するのに必要な能力の（すなわち「生活機能」）であり、これを評価することができる代表的な指標が、「手段的ADL」（I-ADL）である。従って、介護予防を目的とした「生活機能評価」においては、最も重要な生活機能についての測定はI-ADLに関する項目を含めて調べることになる。

以上を踏まえ、生活機能に関する問診項目の評価については、次のように考えられる。

### ①基本チェックリスト

まず、介護予防の視点から、生活機能に関する評価を行うために開発された「基本チェックリスト」を利用することが考えられる。それにより、各介護予防プログラムへの関連性に関して評価を行う。基本的には対象者自身が事前に記入しておくことが望ましい。なお、BMI（基本チェックリストNo12）については、記入されていない場合には健診機関等で記入する。身長、体重の記入値及びBMI値については、適正であるかを確認する。

### ②その他

前述の「基本チェックリスト」に加え、特に以下の体の不具合に関する項目がないかどうかを確認することが推奨される。

- ・判断力の確認
- ・痛み（腰痛や関節痛）
- ・視力（新聞の字が普通に読めるか）
- ・聴力（普通の会話が可能か）
- ・転倒（この1年間での転倒経験の有無）

- ・失禁（不意に尿がもれることがあるか）
- ・物を嚙むときの痛みの有無
- ・めまい・ふらつき

## イ) 身体計測

身体計測は低栄養の判定のために用いられる。身長（m）および体重（kg）を測定し、体格指数（BMI；kg/m<sup>2</sup>）を算出する。

[結果の判定]

BMIは基本チェックリストの一項目となる。BMI18.5未満の者および「6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少」のある者については、血清アルブミンとともに「低栄養」の判定を行う指標となる。（血液生化学検査（血清アルブミン検査）の項（p22）参照）

## ウ) 理学的検査

理学的検査も生活機能のうち、特に心身機能に関する視点と、介護予防事業が安全に行われるための安全管理の立場からこれを実施する。

実際には、問診が終了したのち、理学的検査あるいは身体の診察に移ることになる。参加者が入室してきた時点から、特に起立動作、着席動作、歩行状態などの身体の動きに着目するとともに、参加者の体格（肥満やうい瘦）、皮膚色、浮腫の有無、顔貌や表情、動作などを注意深く観察する。

「生活機能評価」のための理学的検査では、基本的に、視診、触診、打聴診等の身体診察を行なう。

### 1) 視診（口腔内含む）

甲状腺腫や浮腫などの疾患の確認のみならず、特に顔貌や表情、歩行動作、および整容（身だしなみ）などが視診における重要なポイントとなる。また口腔内の衛生状態（歯垢・食物残渣の有無による清潔度や舌苔の有無、あるいは口臭）のチェックも行なう。歯痛、義歯の不具合等の症状が明らかな場合、本人の希望に応じ歯科診療の参加を勧める。

#### ○口のよごれ



ない

多少ある

ある

#### ○舌のよごれ



ない

多少ある

ある



## 2) 打聴診

聴診は通常聴診器を用いる間接聴診法を行なう。聴診は特に肺、心臓の病変の診断に有効である。介護予防では、特に運動器の機能向上プログラム提供の際、参加者が十分な呼吸器系や循環器系の機能を保持しているか否かを判断するため、心音と肺音についての注意深い聴診が必要となる。特に高齢者においては心臓の弁の石灰化などの変性による大動脈弁閉鎖不全や僧帽弁閉鎖不全などの弁膜疾患が増加し、心雑音有所見率は増加することに注意を払う必要がある。

## 3) 触診

参加者の身体各部に手指・手掌による触診を行なう。触診では、参加者が異常感を訴える局所や異常と判断される部分の性状を確認する。筋肉量低下や骨・関節部の異常の有無、皮膚緊張感の低下、関節の動きなどを評価する。関節の動きに関しては、関節の変形や痛みなどの異常、および関節可動域の制限の有無、不随運動などは運動器の機能向上プログラムの内容及び安全管理の面も含めて評価する。四肢の大関節（肩、肘、手首、股、膝、足首の各関節）および日常生活に重要な手指の関節の十分な可動性や痛みの有無の確認は、身体活動との関係も深く重要である。関節運動は筋骨格系と神経系とが協調しておこなわれることから、関節の動きの検査とあわせて、ハンマー等の簡便な器具を用いた神経学的診察を行なうことが望ましい。

## エ) 血圧測定

血圧測定は介護予防ケアマネジメント後に提供される各種介護予防事業プログラム、特に運動器の機能向上プログラムを安全に実施してゆくための安全管理としても重要である。

健診における血圧測定は、外来随時血圧とする。血圧測定は通常、水銀血圧計と聴診器による Riva-Rocci-Kororkoff 音法が用いられるが、精度の保障された自動血圧計の使用は測定の客観性と再現性を高める上で推奨されつつある。

血圧の測定は原則として 2 回行うことが望ましい。特に初回測定で血圧高値（例えば 140/90mmHg 以上）の場合には少なくとも 2 回の測定が望まれる。

外来随時血圧と集団の予後に関する観察研究や介入試験の成績から、血圧と脳心血管合併症・死亡との関係がほぼ直線関係にあることが明らかにされている。また、血圧高値の場合、家庭血圧の測定を必要に応じて勧める。

表は JSH（日本高血圧学会）ガイドライン 2009 の血圧レベルの高血圧診断と分類を示す。高血圧症と判断された者では、かかりつけ医での治療（降圧剤の服薬等）を聴取し、また要治療の高血圧を放置している者に医療機関への参加を推奨するなどの対応を行い、血圧を継続的に管理した上で運動器の機能向上プログラムを実施するように指導する。