

独居虚弱高齢者における介護予防事業対象者把握の検討

地域看護職の判断と国の基本チェックリストとの比較

コウノ
河野あゆみ*
クヤマ キョウコ
串山 京子^{3*}

バンドウ
板東 彩*
モトシゲ ア キ コ
元重あき子^{3*}

アヤ
津村智恵子^{2*}
イマキ マサヒデ
今木 雅英^{4*}

目的 本研究では、ある地域で介護認定を受けていない独居高齢者を対象とした悉皆調査を行い、介護予防事業対象者把握における基本チェックリストと地域看護職の判断との内容を比較検討することである。

方法 一次調査は郵送にて、総合的移動能力と厚生労働省による基本チェックリストについて調査した。二次調査では、地域看護職による訪問面接を行い、介護予防支援の必要性を判断した。住民基本台帳によるA町全独居高齢者のうち介護認定を受けていない677人に一次調査を行った結果、501人の質問紙が返送された。一次調査から非独居者、要介護認定者、交通機関を使って外出可能な者を除外し、110人を二次調査対象とし、そのうち、二次調査時に拒否、死亡、転居、不在、要介護認定者、介護認定申請が必要であった者等を除外した79人を分析対象とした。

結果 看護職の判断による介護予防事業対象者は33人（40.7%）であり、基本チェックリストによる介護予防事業対象者は12人（15.2%）であった。

看護職の判断と基本チェックリストによる介護予防事業対象者の割合におけるカッパ係数は0.17であり、両者間の一致率は低かった。看護職による判断の介護予防事業対象者の支援内容で多かったものは、運動器の向上（66.7%）、うつ予防（42.4%）、閉じこもり予防（39.4%）であり、基本チェックリストでは口腔機能改善（50.0%）と栄養改善（41.2%）であった。基本チェックリストにて、口腔ケアや栄養改善が必要とされていた者は、看護職の判断ではこれらの支援が必要とされていなかった。3種類以上の支援内容が必要とされていた者は、看護職の判断では、24.2%みられていたのに対し、基本チェックリストでは、全くみられなかった。

結論 独居虚弱高齢者において介護予防事業対象者を把握する際に、基本チェックリストでは看護職が判断する介護予防事業対象者を見逃す可能性が示された。一方、栄養改善や口腔ケアの必要な対象者を看護職は見落としやすいと考えられ、今後これらに関するアセスメント内容を改善することが必要と考えられた。また、基本チェックリストと看護職の判断では必要とされる支援内容が異なることが明らかにされた。

Key words : 介護予防, 看護職, 高齢者, スクリーニング, 独居

1 はじめに

介護予防とは「高齢期において、要介護状態になることを防ぐこと、要介護状態になってもそれ以上に悪化しないようにすること」であり、高齢者の生活の質（QOL: Quality of Life）の向上をめざし、健

康寿命をできるかぎり延ばそうとする取り組みのことであり¹⁾、その必要性は既に広く認められている。平成12年度介護保険制度の開始以来、地域高齢者の介護予防は、老人保健事業および健康づくり事業、また介護予防・生活支援事業（地域支え合い事業）などによって取り組まれてきた。

介護予防事業は主に通所型と訪問型とに分類される。わが国における介護保険制度施行以降に行われた通所型の介護予防事業の評価研究^{2~5)}では、その対象者を選定する基準は「介護認定を受けたが、非該当であった者³⁾」など必ずしも明確ではない。29

* 大阪市立大学医学部看護学科

^{2*} 甲南女子大学看護リハビリテーション学部

^{3*} 大阪府岬町保健センター

^{4*} 大阪府立大学総合リハビリテーション学部

連絡先：〒545-0051 大阪府大阪市阿倍野区旭町1-5-17 大阪市立大学医学部看護学科 河野あゆみ

事例の通所型介護予防事業を分析した報告⁶⁾においても、自治体で行われている事業の周知方法は、広報誌や民生委員等へのチラシ配布などが多く、今までの通所型介護予防事業は「事業を希望する者」を主な対象として展開されてきている。

訪問型の介護予防事業に関する評価については、事業の対象者を外出頻度で選定した報告⁷⁾や日常生活動作(ADLs: Activities of Daily Living)と手段的日常生活動作(IADLs: Instrumental Activities of Daily Living)などで選定した報告⁸⁾がみられているが、いずれも効果的な訪問型介護予防事業を展開するには、対象者選定基準の精練が必要であることが指摘されている。

つまり、通所型にせよ、訪問型にせよ、要介護状態になりやすいと考えられるハイリスク高齢者を適切に把握して介護予防事業につなげることが重要なのは自明のことであるが、実践的には介護予防事業が必要な高齢者を系統的に把握し、事業に結びつけることの困難さも指摘されている。この困難さの理由として、鳩野は①介護予防を必要とする対象者が明確でない、②介護予防を必要とする高齢者は健診や健康教育等に参加していないなど基本的に保健福祉サービスと接点がないため、接触が難しい、③介護予防の必要性があっても問題が表面化しないため、対象者本人からの訴えがないことなどを挙げている⁹⁾。

平成18年度の介護保険制度改正では、ハイリスク高齢者にアプローチする方法として、介護予防特定高齢者施策が位置づけられた¹⁰⁾。この施策は、要支援・要介護状態になる可能性の高い高齢者を特定高齢者とし、厚生労働省による基本チェックリスト等を用いて基本健診などで対象者を把握^{11,12)}しようとするものである。しかし、基本チェックリストによって把握された介護予防事業対象者の実態や特徴など、基礎データはまだ報告されていない。そのため、介護予防活動の実務を担う保健師や看護師が介護予防事業の必要な事例をどのように判断するのか、その特徴を明らかにし、スクリーニングとして現在用いられている基本チェックリストでの判断との関連を明らかにする必要がある。

本研究の目的は、介護予防事業対象者把握における基本チェックリストと地域看護職の判断との内容を比較検討し、今後の介護予防事業対象者把握方法について基礎資料を提供することである。なお、本研究では、地域高齢者の中でより支援の優先順位が高いと考えられる独居虚弱高齢者を対象としたある地域での悉皆調査を行った。

II 方 法

1. 調査方法と対象

一次調査と二次調査を実施した。一次調査は2005年11月に、高齢者本人に対して自記式質問紙調査を行った。質問紙の配布と回収はいずれも郵送によるものである。二次調査は2006年2月～3月にかけて、看護職が対象者宅に訪問し、面接聞きとり調査を行った。

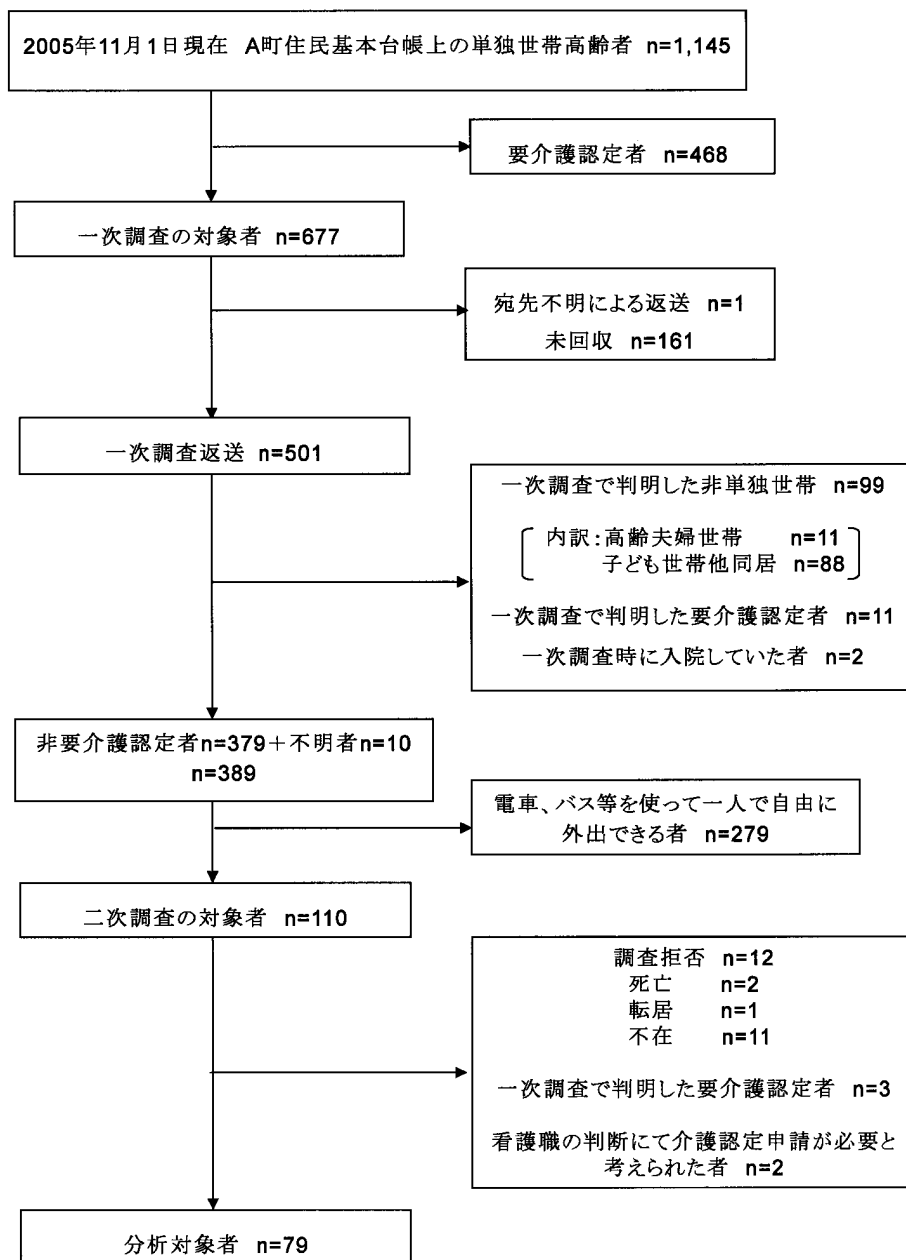
調査地域としたA町は大都市からの通勤圏内であるが、面積の約80%が山地であり、農業、漁業、林業なども盛んな地域である。また、年々人口の減少と高齢化が進んでいる。2005年11月1日現在には、総人口が19,147人(男性9,080人、女性10,067人、総世帯7,681世帯)であり、高齢化率は24.5%と全国平均の20%を上回っている。

本調査の対象者の選択過程を図1に示す。まず、A町住民基本台帳から抽出した単独世帯高齢者1,145人から、要支援または要介護と認定されていた者468人を除き、677人に質問紙を郵送した。なお、要介護認定はA町高齢者福祉担当部門に協力を依頼して把握した。宛先不明により質問紙が未記入のまま返送された者が15人、質問紙が返信されなかった者161人であり、501人の質問紙を回収することができた(回収率74.0%)。質問紙記入内容から、実際には配偶者や子ども世帯等と同居していた者99人、要支援・要介護認定者11人、調査時に入院していた者2人を除いた。また、本研究では虚弱高齢者を「電車・バス等を使って一人で自由に外出できない者」と操作的に定義し、総合移動能力による「電車、バス等を使って一人で自由に外出できる」者279人を除いた。したがって、最終的に110人を二次調査の対象者とした。

二次調査対象者110人のうち、調査を拒否した者12人、死亡していた者2人、転居していた者1人、不在であった者11人、介護認定を受けていた者3人を除いた81人に二次調査を実施できた。そのうち、二次調査で看護職の判断により介護認定審査が必要であるとされた者2人を外し、79人を分析対象とした。

倫理的配慮として、対象者に調査の主旨と目的を明記した文書を一次調査時、質問紙と一緒に郵送し、質問紙回収をもって調査に同意が得られたとした。文書には、調査結果は統計処理を行い、個人の氏名等や回答を特定して公表しないこと、調査結果によっては、A町の担当看護職が訪問を行う可能性もあることを明記した。訪問によって対象者に何らかの支援が必要と判断された場合は、必要な対応を

図1 本研究における対象者の選択過程と分析対象者



行うこととした。なお、本研究はA町福祉部の承認を得て実施した。

2. 調査内容

1) 一次調査の内容

一次調査の内容は世帯状況，要介護認定状況，総合的移動能力尺度¹³⁾，厚生労働省による基本チェックリスト^{14,15)}である。

厚生労働省による基本チェックリストは要支援・要介護状態に陥る可能性の高い特定高齢者候補者を把握するスクリーニングとして，開発されたものであり，生活機能に関する5項目，運動器に関する5項目，栄養に関する2項目，口腔機能に関する2項目，閉じこもりに関する2項目，認知症に関する3

項目，うつに関する5項目の合計25項目から構成され，「はい」，「いいえ」の2件法でたずねるものである。基本チェックリストから特定高齢者候補者を選定する際には①うつに関する項目を除く20項目のうち12項目以上該当する者，②運動器に関する5項目全てに該当する者，③栄養に関する2項目全てに該当する者，④口腔機能に関する3項目全てに該当する者のいずれかに該当する者と提案されている^{12,13)}。これらの特定高齢者候補者のうち，指針^{12,13)}にしたがい，運動器の機能向上，栄養改善，口腔機能の向上，閉じこもり予防，認知症予防，うつ予防の必要性を基本チェックリストから算定した。

2) 二次調査の内容

二次調査では看護職が訪問面接を行い、介護予防支援の必要性を判断した。

(1) 生活機能

手段的日常生活動作状況は食料品や衣料品の買い物、食事の支度、掃除や洗濯などの簡単な家事、預金の出し入れなどの金銭管理の5項目と基本的日常生活動作状況については食事、排泄、椅子からベッドへの移乗、着替え、入浴の5項目について、自立しているか否かの2件法で把握した。

(2) 運動器の機能

運動器の機能の評価はTimed Up & Go test (TUG)¹⁶⁾と歩行時のふらつきを観察した。TUGは椅子に座った状態から、起立し、通常歩行する速度で3mの距離を往復し再び椅子に座るまでにかかる時間を測定するものであるが、本研究では日本の住宅事情を考慮して、歩行距離を1.5mに変更した。なお分析の際は、対象者の中央値の8/9秒で分類した。

(3) 栄養

簡易食物摂取状況調査票¹⁷⁾から低栄養の指標となる項目を選択した。選択した項目は魚・肉・大豆製品・卵の蛋白質と主食の最近1か月間の摂取状況である。朝食・昼食・夕食・間食の主食についてはご飯・おかゆ・麺類を何杯または食パンを何枚相当食べていたかについてその実数を得点化した。魚・肉・大豆製品は毎回の食事ごとに食べない(1点)、少し食べる(2点)、普通に食べる(3点)、たっぷり食べる(4点)とし、1日に食べる卵については食べない(1点)、食べたり食べなかったり(2点)、1個位(3点)、2個以上(4点)として合計点を算出した。

(4) 口腔機能

口腔機能は残存歯や入れ歯の状況などを把握し、食事摂取の上での不具合などを判断した。

(5) 認知機能

認知機能はMMSE (Mini-Mental State Examination)¹⁸⁾を使用した。MMSEのカットオフポイントで妥当性が高いと考えられているのは、23/24点であり¹⁹⁾、23点以下を認知機能低下の可能性ありとした。

(6) うつ

うつはGDS (Geriatric Depression Scale)²⁰⁾日本語版²¹⁾の短縮5項目版²²⁾を使用した。GDS短縮5項目版では、2点以上をうつの可能性ありとすることが推奨されている²²⁾。

(7) 閉じこもり

閉じこもりは社会交流の面から閉じこもっている

かを評価するために家族 APGAR 指数と友人 APGAR 指数^{24,25)}を測定した。各指数10点満点のうち、3点以下は家族や友人との関係に大きな不全があること、4~6点は中等度の不全があることを示すが、本研究では対象者の中央値の7/8点で分類して、分析を行った。

(8) 他の健康状況

高齢者の健康への自己評価や身体の痛みは4段階のリッカートスケールでたずねた。尿失禁は国際前立腺症状スコア²³⁾によって評価した。このスコアでは、計7点以下を軽度の排尿障害、8~19点を中等度、20点以上を高度とするが、本研究の対象者では、大部分の者が7点以下であったため、対象者の中央値の2/3点で分類して、分析を行った。

上記の訪問面接内容を参考に、各事例について①支援は不要である、②介護予防に関する対応や定期的な見守りが必要である、③すぐに支援や対応が必要である、の三段階で保健センター等に所属する保健師または看護師が判断し、②介護予防に関する対応や定期的な見守りが必要である者を介護予防事業対象者とした。さらに、看護職が訪問した事例に必要な支援内容を記入し、基本チェックリストと同様に運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上、閉じこもり予防、認知症予防、うつ予防に分類した。

調査を実施した者は14人であり、そのうち5年以上の実践経験を持つ者が13人(92.9%)であった。実践経験が2年であった看護職は1人であったが、その看護職が訪問する際、一部の訪問については実践経験の長い看護職と同伴訪問を行い、判断を確認した。なお、調査にあたる者には予め説明会を行い、可能な限り、統一した判断がもてるように配慮した。

3. 分析方法

各群の比較検討には、カテゴリー変数は χ^2 検定、順序性のあるカテゴリー変数はMantel-Haenszelの χ^2 検定、連続変数はt検定を使用した。解析には統計ソフト SAS Ver. 8.02を使用し、危険率5%未満を有意差ありとした。

III 結 果

1. 一次調査未回収者の特性

一次調査の返送があった者501人と未回収者161人の性、年齢を比較した。返送があった者のうち男性は124人(24.8%)、女性は377人(75.3%)であり、未回収者のうち男性は50人(31.1%)、女性は111人(68.9%)であり、有意な関連はみられなかった。返送があった者の平均年齢は74.0(標準偏差6.0)才、未回収者の平均年齢は72.7(標準偏差5.7)才

と未回収の方が有意に年齢は低かった ($P=.01$)。

2. 看護職の判断による介護予防事業対象者の特徴

二次調査完了者81人中、看護職の判断では、①支援は不要であった者は46人 (56.8%)、②介護予防に関する対応や定期的な見守りが必要であった者は33人 (40.7%)、③すぐに支援や対応が必要であった者は2人 (2.5%) であった。なお、すぐに支援や対応が必要であった者はいずれも介護認定の申請

が必要な者であった。看護職の判断による介護予防事業対象者33人とそれ以外の高齢者46人の基本属性とその特徴を比較した (表1)。その結果、介護予防事業対象者はそれ以外の高齢者に比べて、有意に健康状態の評価が低く ($P=.0010$)、痛みをよく感じており ($P=.0033$)、うつ*の程度が強かった ($P=.0102$)。基本的日常生活動作5項目は79人 (100.0%) 全て自立していた。また、介護予防事業対象者の方に入れ歯が合っていない者が有意に多か

表1 看護職の判断による介護予防事業対象者の特徴

n=79

		看護職の判断による 介護予防事業対象者 n=33		それ以外の高齢者 n=46	P値
性別	女性	n (%)	28(84.9)	39(84.8)	NS
平均年齢		mean (SD)	75.8(6.8)	77.0(6.2)	NS
健康状態	とても健康である	n (%)	3(9.1)	9(19.6)	.0010
	まあ健康である	n (%)	14(42.4)	32(69.6)	
	あまり健康でない	n (%)	16(48.5)	5(10.9)	
	全く健康ではない	n (%)	0(0)	0(0)	
痛みの程度	よく感じる	n (%)	14(42.4)	6(13.0)	.0033
	ときどき感じる	n (%)	4(12.1)	17(37.0)	
	たまに感じる	n (%)	5(15.2)	3(6.5)	
	ほとんど感じない	n (%)	10(30.3)	20(43.5)	
手段的日常生活動作の自立者	簡単な買い物	n (%)	27(81.8)	42(91.3)	NS
	食事の支度	n (%)	31(93.9)	42(91.3)	NS
	簡単な家事	n (%)	32(97.0)	46(100.0)	NS
	金銭管理	n (%)	31(93.9)	46(100.0)	NS
Up & Go test (中央値)	8秒以下	n (%)	16(48.5)	26(56.5)	NS
	9秒以上	n (%)	17(51.5)	20(43.5)	
栄養		mean (SD)	12.4(2.0)	13.0(2.0)	NS
残存歯数		mean (SD)	16.0(9.3)	14.2(6.7)	NS
義歯の適合性	合っている者 [†]	n (%)	3(25.0)	63(91.3)	.0436
	合っていない者	n (%)	9(75.0)	6(8.7)	
MMSE	24点以上	n (%)	25(75.8)	41(89.1)	NS
	23点以下	n (%)	8(24.2)	5(10.9)	
うつ*	1点以下	n (%)	15(45.5)	34(73.9)	.0102
	2点以上	n (%)	18(54.5)	12(26.1)	
尿失禁* (中央値)	2点以下	n (%)	18(54.6)	24(52.2)	NS
	3点以上	n (%)	15(45.5)	22(47.8)	
家族関係 (中央値)	8点以上	n (%)	16(48.5)	27(58.7)	NS
	7点以下	n (%)	17(51.5)	19(41.3)	
友人関係 (中央値)	8点以上	n (%)	9(27.3)	20(43.5)	NS
	7点以下	n (%)	24(72.7)	26(56.5)	

* 得点が高いほど問題がある。† 義歯を持たない者も含む。‡ NS=not significant

った ($P = .0436$)。

3. 基本チェックリストによる介護予防事業対象者の特徴

分析対象者79人中、基本チェックリストによる介護予防事業対象者は12人であった。12人のうち①うつに関する項目を除く20項目のうち、12項目以上該当する者は7人②運動器に関する5項目全てに該当する者は3人、③栄養に関する2項目全てに該当する者は5人、④口腔機能に関する3項目全てに該当

する者は6人であった(複数回答)。

基本チェックリストによる介護予防事業対象者12人とそれ以外の高齢者67人の基本属性とその特徴を比較した(表2)。その結果、基本チェックリストによる介護予防事業対象者は有意に健康状態の評価が低く($P = .0058$)、より痛みを感じていた($P = .0183$)。また、介護予防事業対象者の方に入れ歯が合っていない者が有意に多かった($P = .0002$)。

表2 基本チェックリストによる介護予防事業対象者の特徴

n=79

			基本チェックリスト による介護予防事業 対象者 n=12	それ以外の高齢者 n=67	P値
性別	女性	n (%)	12(100.0)	55(82.1)	NS
平均年齢		mean (SD)	74.5(6.6)	76.9(6.4)	NS
健康状態	とても健康である	n (%)	1(8.4)	11(16.4)	.0058
	まあ健康である	n (%)	3(25.0)	43(64.2)	
	あまり健康でない	n (%)	8(66.7)	13(19.4)	
	全く健康ではない	n (%)	0(0)	0(0)	
痛みの程度	よく感じる	n (%)	6(50.0)	14(20.9)	.0183
	ときどき感じる	n (%)	4(33.3)	17(25.4)	
	たまに感じる	n (%)	0(0)	8(11.9)	
	ほとんど感じない	n (%)	2(16.7)	28(41.8)	
手段的日常生活動作の自立者	簡単な買い物	n (%)	11(91.7)	58(86.6)	NS
	食事の支度	n (%)	11(91.7)	62(92.5)	NS
	簡単な家事	n (%)	12(100.0)	66(98.5)	NS
	金銭管理	n (%)	11(91.7)	66(98.5)	NS
Up & Go test (中央値)	8秒以下	n (%)	6(50.0)	36(53.7)	NS
	9秒以上	n (%)	6(50.0)	31(46.3)	
栄養		mean (SD)	12.3(1.6)	12.8(2.1)	NS
残存歯数		mean (SD)	13.9(7.9)	15.5(8.3)	NS
義歯の適合性	合っている者 [†]	n (%)	5(41.6)	59(88.1)	.0002
	合っていない者	n (%)	7(58.3)	8(11.6)	
MMSE	24点以上	n (%)	10(83.3)	56(83.6)	NS
	23点以下	n (%)	2(16.7)	11(16.4)	
うつ*	1点以下	n (%)	5(41.7)	44(65.7)	NS
	2点以上	n (%)	7(58.3)	23(34.3)	
尿失禁* (中央値)	2点以下	n (%)	6(50.0)	36(52.2)	NS
	3点以上	n (%)	6(50.0)	31(46.3)	
家族関係 (中央値)	8点以上	n (%)	6(50.0)	37(53.6)	NS
	7点以下	n (%)	6(50.0)	30(44.8)	
友人関係 (中央値)	8点以上	n (%)	4(33.3)	25(37.3)	NS
	7点以下	n (%)	8(66.7)	42(62.7)	

* 得点が高いほど問題がある。[†] 義歯を持たない者も含む。* NS = not significant

表3 基本チェックリストによる介護予防事業対象者と看護職の判断による介護予防事業対象者との関連

n = 79

看護職の判断	基本チェックリスト		計 (人)
	介護予防事業 対象者 (人)	それ以外 (人)	
介護予防事業対象者	8	25	33
それ以外	4	42	46
計	12	67	

カッパ係数は0.17 (95%信頼区間は0.01-0.35) である。

4. 基本チェックリストと看護職の判断による介護予防事業対象者との関連

表3のとおり、基本チェックリストによる介護予防事業対象者と看護職の判断による介護予防事業対象者の割合に有意な関連はみられず ($P = .1091$)、カッパ係数は0.17 (95%信頼区間 0.01-0.35) であった。

5. 基本チェックリストと看護職の判断による介護予防事業対象者に必要な支援内容

基本チェックリストと看護職の判断による介護予防事業対象者に必要な支援内容の比較を表4に示す。その結果、看護職による介護予防事業対象者33人中、運動器の向上を必要としていた者は22人 (66.7%)、うつ予防を必要としていた者は14人 (42.4%)、閉じこもり予防を必要としていた者は13人 (39.4%)、認知症予防を必要としていた者は6人 (18.2%)、栄養改善を必要としていた者は4人 (12.1%) であり、口腔機能改善を必要としていた者はみられなかった。一方、基本チェックリストによる介護予防事業対象者12人中では、口腔機能改善を必要としていた者が6人 (50.0%)、栄養改善を必要としていた者は5人 (41.2%)、運動器の向上を必要としていた者は3人 (25.0%)、認知症予防とうつ予防を必要としていた者はそれぞれ1人 (8.3%) であり、閉じこもり予防を必要としている者はみられなかった。また、基本チェックリストにて、口腔機能や栄養改善が必要とされていた者は、看護職の判断ではこれらの支援が必要とされていなかった。看護職の判断と基本チェックリストの双方において一致していた支援内容は運動器の向上が3人、うつ予防が1人であった。

基本チェックリストと看護職の判断による介護予防事業対象者に必要な支援内容の組み合わせを表5と表6に示す。看護職の判断による支援内容では、3種類以上の支援が必要であった者が33人中8人

(24.2%) であった。一方、基本チェックリストによる支援内容では3種類以上の支援を必要としている者はみられなかった。

IV 考 察

本研究では、平成18年度の介護保険制度改正後をはじめ、介護認定を受けていない独居高齢者を対象に、ある地域で悉皆調査を行い、介護予防事業対象者把握における基本チェックリストと看護職の判断との関連を検討し、以下の知見が得られた。

第一に、本研究で選択された基本チェックリストによる介護予防事業対象者は12人であり、これはA町の独居高齢者1,145人中、1.0%にあたる。一方、看護職の判断による介護予防事業対象者は2.9%にあたる。本研究では二次調査の対象者を選定する際に、「電車やバス等を使って一人で自由に外出できる者」を除外しており、厚生労働省による基本チェックリストの適用方法と全く同じではないが、厚生労働省による特定高齢者割合の推計である約5.0%¹²⁾に比べると少なかった。本研究を行った地域では、独居高齢者1,145人中、要支援・要介護認定者は468人であり、要介護認定割合は40.9%と全国平均16.5% (平成17年6月)²⁶⁾やA町全高齢者の要介護認定割合である21.8% (平成17年4月) と比べても著しく高い。このことより、調査地域の独居高齢者は介護保険制度をよく認知しており、特定高齢者に相当する高齢者が既に介護認定をうけており、介護予防事業対象者として挙げられなかった可能性も考えられた。

第二に、基本チェックリストによる介護予防事業対象者も看護職の判断による介護予防事業対象者も健康への自己評価が有意に低く、痛みも有意に強く感じていた。海外の報告では「非常に元気な高齢者」と「重度の障害のある高齢者」の中間にあたる虚弱な地域高齢者を選択する際の簡便なスクリーニング項目として、健康への評価や痛みの程度なども有用であるという指摘²⁷⁾もある。したがって、今後、介護予防に必要な高齢者を把握する際に、健康への評価や痛みの程度などについて、スクリーニング項目に加えてもよいと考えられた。

第三に、基本チェックリストと看護職の判断による介護予防事業対象者の割合におけるカッパ係数は0.17とその一致度は低かった。このことから基本チェックリストと看護職との判断は必ずしも一致していないと考えられた。また、閉じこもり予防、認知症予防、運動器の向上、うつ予防、栄養改善については看護職が介護予防支援を必要と判断しているが、基本チェックリストではこれらの支援が必要と

表4 基本チェックリストと看護職の判断による介護予防事業対象者に必要な支援内容

事例	看護職の判断による支援内容		基本チェックリストによる支援内容	
I. 看護職の判断のみにおける介護予防事業対象者				
1	運動	栄養 閉じこもり	うつ	
2	運動	栄養	うつ	
3	運動	栄養	うつ	
4	運動		認知症	うつ
5		閉じこもり	認知症	うつ
6	運動	閉じこもり		
7	運動	閉じこもり		
8	運動	栄養		
9	運動		うつ	
10	運動		うつ	
11		閉じこもり	うつ	
12		閉じこもり	うつ	
13	運動			
14	運動			
15	運動			
16	運動			
17	運動			
18	運動			
19		閉じこもり		
20		閉じこもり		
21			認知症	
22			認知症	
23			認知症	
24			認知症	
25			うつ	
II. 看護職の判断と基本チェックリストと双方における介護予防事業対象者				
26	運動	閉じこもり	うつ	認知症 うつ
27	運動	閉じこもり	うつ	運動 口腔
28	運動	閉じこもり	うつ	口腔
29	運動	閉じこもり		運動
30	運動	閉じこもり		栄養 口腔
31	運動			栄養 口腔
32	運動			運動
33			うつ	栄養
III. 基本チェックリストのみにおける介護予防事業対象者				
34				栄養
35				栄養
36				口腔
37				口腔

はされていなかった。このことから、とくに閉じこもり予防、認知症予防、運動器の向上、うつ予防、栄養改善の必要性などについては、基本チェックリストでは看護職が判断する介護予防事業対象者を見

逃す可能性が示唆された。介護予防事業対象者を把握する際には、実際に介護予防事業展開にあたる看護職や福祉職のアセスメントを考慮に入れる必要性が示唆された。

表5 看護職の判断による介護予防事業対象者に必要な支援内容の組み合わせ

		n=33	
支援内容の組み合わせ	人数 (人)	割合 (%)	
1. 3種類以上の支援が必要であった者	8	24.2	
「運動」「栄養」「閉じこもり」「うつ」	1	3.0	
「運動」「閉じこもり」「うつ」	3	9.1	
「運動」「栄養」「うつ」	2	6.1	
「運動」「認知症」「うつ」	1	3.0	
「閉じこもり」「認知症」「うつ」	1	3.0	
2. 2種類の支援が必要であった者	9	27.3	
「運動」「閉じこもり」	4	12.1	
「運動」「うつ」	2	6.1	
「閉じこもり」「うつ」	2	6.1	
「運動」「栄養」	1	3.0	
3. 1種類の支援が必要であった者	16	48.5	
「運動」	8	24.2	
「認知症」	4	12.1	
「閉じこもり」	2	6.1	
「うつ」	2	6.1	

表6 基本チェックリストによる介護予防事業対象者に必要な支援内容の組み合わせ

		n=12	
支援内容の組み合わせ	人数 (人)	割合 (%)	
1. 2種類の支援が必要であった者	4	33.3	
「栄養」「口腔」	2	16.7	
「運動」「口腔」	1	8.3	
「認知症」「うつ」	1	8.3	
2. 1種類の支援が必要であった者	8	66.7	
「栄養」	3	25.0	
「口腔」	3	25.0	
「運動」	2	16.7	

介護予防は、学際的な職種で取り組む課題であるが、看護職はより介護予防事業対象者を発見しやすい職種であり²⁸⁾、介護予防事業の実務を担っている職種でもある。本研究では看護職が面接を行い、介護予防事業対象者の選択を試みたことが特徴である。看護職の判断と基本チェックリストにおいて、必要な介護予防支援内容を比較した結果、看護職の判断で約4割以上の対象者にあげられた支援内容は運動器の向上、うつ予防、閉じこもり予防であったのに対し、基本チェックリストでは口腔機能改善と栄養改善であり、基本チェックリストと看護職の判

断では必要とされる支援内容は異なるものであることが本研究によって明らかにされた。また、看護職の判断では3種類以上の支援内容が必要であった者が24.2%みられた。運動機能や閉じこもり、認知機能、うつなどは相互に関連しているものであり^{29,30)}、ある1つの介護予防支援を必要としている高齢者が同時に他の内容の支援を必要としていると考えられる。元来、介護予防の目標は高齢者の総合的機能の低下予防であり³¹⁾、多面的な介入を同時に行うことの重要性が本研究でも示唆された。

一方、基本チェックリストにて口腔ケアや栄養改善が必要とされていた者は、看護職の判断ではこれらの支援が必要とされていなかった。このことから栄養改善や口腔ケアの必要な対象者を看護職は見落としやすいと考えられ、今後これらに関するアセスメントを改善することが必要と考えられた。

しかしながら、本研究を解釈するにあたって考慮しなければならない点があると考えられる。

まず、本研究では一次調査未回収者は返送者に比べて、年齢が若かった。前期高齢者は比較的健康問題が少なく、高齢者自身に不安がないため、本調査に返信しなかった可能性が示された。一方で未回収者は心理社会的問題をもっているため、返信しないことも推測され、未回収者について年齢以外の特性を検討することも必要である。

本研究は経験5年以上の看護職は一致した判断をすると想定して実施したが、看護職の判断の一致性についても、さらなる検証が必要と考える。また、看護職が判断した介護予防事業対象者が実際に要介護状態になりやすい対象者なのか、その予測的妥当性について、縦断調査等にて検討することが今後の課題である。本研究では看護職の判断に焦点をあてて、介護予防事業対象者把握方法を論じてきたが、地域の住民や福祉職など他の専門職などを活用した把握方法のエビデンスも明らかにすべきである。

最後に、本調査の対象が独居高齢者に限られていることや著しく介護認定率が高い集団であったこと、調査地域が地方の一地域であり、地域性に特徴があることなどが考えられ、本研究の一般化には限界があると考えられる。

本研究の実施にあたり、調査に参加して下さった高齢者のご家族の皆様に、心より御礼申し上げます。また、大阪府岬町保健センタースタッフの皆様に深謝いたします。

なお、本研究は平成18年度学術振興会科学研究費補助金(基盤研究B:研究代表者河野あゆみ)によって実施された。また、一部は平成16年度ユニバーサル財団研究助成によって実施された。

(受付 2006. 2.20)
(採用 2007.12.11)

文 献

- 1) 田高悦子. 超高齢社会に向けた介護予防のアプローチ. *からだの科学* 2006; 247号: 11-17.
- 2) 植木章三, 河西敏幸, 高戸仁郎, 他. 地域高齢者とともに転倒予防体操をつくる活動の展開. *日本公衛誌* 2006; 53(2): 112-121.
- 3) 河野あゆみ, 金川克子, 伴 真由美, 他. 地域高齢者における介護予防をめざした機能訓練事業の評価の試み. *日本公衛誌* 2002; 49(9): 983-991.
- 4) 清水暢子, 細谷たき子, 別所遊子, 他. 地域における高齢者の転倒予防を目指した音楽運動プログラム実施後の変化. *日本地域看護学会誌* 2005; 8(1): 65-72.
- 5) 尾形由起子, 小西美智子. 生活支援デザイナー参加高齢者の自己効力感評価指標の作成. *日本地域看護学会誌* 2004; 6(2): 79-85.
- 6) 大久保 豪, 斎藤 民, 李 賢情, 他. 介護予防事業への男性参加に関連する事業要因の予備的検討. *日本公衛誌* 2005; 52(12): 1050-1058.
- 7) Kono A, Kai I, Sakato C, et al. Effect of preventive home visits for ambulatory housebound elders in Japan: A pilot study. *Aging Clin Exp Res* 2004; 16(4): 293-299.
- 8) Yamada Y, Ikegami N. Preventive home visits for community-dwelling frail elderly people based on Minimum Data Set-Home Care: Randomized controlled trial. *Geriatrics & Gerontology International* 2003; 3(4): 236-242.
- 9) 鳩野洋子, 岩本里織. 介護予防の必要性が高い対象者の把握に向けて. *保健師ジャーナル* 2005; 61(3): 244-248.
- 10) 介護予防事業に係る市町村保険事業計画についての研究班. 介護予防事業に係わる市町村介護保険事業計画に関するマニュアル. (主任研究者 烏帽子田 彰) 2006. <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/051221/dl/01.pdf> (2008年1月現在)
- 11) 鈴木隆雄, 岩佐 一, 吉田英世, 他. 地域高齢者を対象とした要介護予防のための包括的健診(「お達者健診」)についての研究. *日本公衛誌* 2003; 50(1): 39-48.
- 12) 岩佐 一, 鈴木隆雄, 吉田英世, 他. 地域在宅高齢者における高次生活機能を規定する認知機能について: 要介護予防のための包括的健診(「お達者健診」)についての研究(2). *日本公衛誌* 2003; 50(10): 950-958.
- 13) 東京都福祉局総務部調査課, 編. 平成7年度東京都社会福祉基礎調査報告書: 高齢者の生活実態. 東京: 東京都, 1996.
- 14) 厚生労働省老健局. 地域包括支援センター業務マニュアル. 2005. <http://www.wam.go.jp/ca70/ca70b10.html> (2008年1月現在)
- 15) 鈴木隆雄. 介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル. 2005. <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/051221/dl/03a.pdf> (2008年1月現在)
- 16) Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(2): 142-148.
- 17) 高野美幸, 三橋扶佐子, 杉山みち子, 他. 施設入居高齢者を対象とした簡易食物摂取状況調査の妥当性, 信頼性の評価. *日本臨床栄養学会雑誌* 2000; 21(3-4): 59-70.
- 18) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-Mental State'; A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975; 12(3): 189-198.
- 19) 森 悦朗, 三谷洋子, 山鳥 重. 神経疾患患者における日本語版 Mini-Mental State テストの有用性. *神経心理学* 1985; 1(2): 82-90.
- 20) Brink TL, Yesavage JA, Lum O, et al. Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist* 1982; 1(1): 37-43.
- 21) Niino N, Imaizumi T, Kawakami N. A Japanese translation of the geriatric depression scale. *Clinical Gerontologist* 1991; 10(3): 85-87.
- 22) Hoyle MT, Alessi CA, Harker JO, et al. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47(7): 873-878.
- 23) Barry MJ, Fowler FJ Jr, O'Leary MP, et al. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association. *J Urol* 1992; 148(5): 1549-1557.
- 24) Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *The Journal of Family Practice* 1982; 15(2): 303-311.
- 25) Hilliard R, Gjerde C, Parker L. Validity of two psychological screening measures in family practice: Personal Inventory and Family APGAR. *The Journal of Family Practice* 1986; 23(4): 345-349.
- 26) 財団法人厚生統計協会, 編. 図説統計でわかる介護保険. 東京: 財団法人厚生統計協会, 2006.
- 27) Alessi CA, Josephson KR, Harker JO, et al. The yield, reliability, and validity of a postal survey for screening community-dwelling older people. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(2): 194-202.
- 28) 岩本里織, 岡本玲子. 保健師の対象発見方法に関する研究—介護予防活動の対象発見に焦点を当てて—. *日本地域看護学会誌* 2004; 7(1): 81-87.
- 29) 河野あゆみ. 在宅障害老人における「閉じこもり」と「閉じこめられ」の特徴. *日本公衛誌* 2000; 47(3): 216-229.
- 30) Kono A, Kanagawa K. Characteristics of housebound elderly by mobility level in Japan. *Nursing and Health Sciences* 2001; 3(3): 105-111.
- 31) 石垣和子, 北池 正, 宮崎美砂子, 財団法人総合健康推進財団, 編. 保健師・看護師のための介護予防の知識と技術. 東京: 中央法規出版, 2005.