

介護予防施策の対象者が健診を受診しない背景要因

—社会経済的因子に着目して—

ヒラマツ マコト コンドウ カツノリ ヒライ ヒロシ
平松 誠*1 近藤 克則*2 平井 寛*3

目的 介護予防の特定高齢者施策では、65歳以上の高齢者の5%相当を事業の参加者と見込んでいたが、実際の参加者は0.14%と少なく、事業の見直しが求められている。そこで、特定高齢者に該当するような虚弱高齢者の特徴、スクリーニングの場とされている健診を受診しないことと関連する因子、健診以外のスクリーニング方法の可能性について検討した。

方法 9自治体に居住する要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者を対象とした。特定高齢者施策の対象者選定で用いられる基本チェックリストに類似した項目を含む自記式調査票を郵送で配布回収した。分析対象は、39,765名（回収率60.8%）で、性別、年齢、治療の有無、通院頻度、主観的健康感、飲酒、喫煙、老研式活動能力指標、GDS（高齢者うつ尺度）15項目版、健診受診の有無、所得、教育年数、気兼ねなく外出できる場所の項目を用いた。

結果 「特定高齢者」には、28.2%が該当した。年齢が高く、女性で、医療機関での治療や通院をし、毎日3合以上飲酒や喫煙をしており、活動能力が低く、主観的健康感が悪くうつ傾向・うつ状態で、社会経済的階層が低い者が多かった。なかでも、主観的健康感のよくない者が65.2%ととてもよい者（10.2%）の6倍、等価所得300万円以上で21.1%に対し、50万円未満では35.9%と1.7倍も多くみられた。健診未受診者は、年齢が高く、医療機関での治療や通院をしておらず、飲酒や喫煙をしており、活動能力が低く、主観的健康感やGDSが悪く、社会経済的階層が低い者が多かった。今回の調査で把握できた「特定高齢者」のうち46.1%は健診未受診者であった。健診以外のスクリーニングの場をさぐるために高齢者が気兼ねなくいける外出先をみたところ、公共施設や仕事場は少なく、自宅周辺、病院・診療所が多かった。

結論 健診には元気な人ほど来ており、介護予防事業の対象となる「特定高齢者」の半数は受診していなかった。健診を介してスクリーニングする方法にだけ頼るのには限界があると思われる。医療機関や郵送アンケートの活用、社会経済的な地位が低い人に虚弱な高齢者が多いことに着目したアプローチなどを考えるべきであろう。

キーワード 介護予防、特定高齢者、虚弱高齢者、健診、社会経済的因子

はじめに

介護保険の給付費・保険料の抑制を目的として介護予防施策が2006年度から拡充された。その中の、「特定高齢者施策」は、要介護認定は

を受けていないが要介護状態等となるおそれの高い虚弱な高齢者を対象としている。虚弱な状態は、身体的疾患により生じるものばかりではなく、閉じこもりや低所得など「健康の社会的決定要因」¹⁾が関与していると考えられる。根拠

* 1 日本福祉大学大学院社会福祉学研究科研究生 * 2 同教授

* 3 日本福祉大学地域ケア研究推進センター主任研究員

に基づく介護予防政策立案のためには、まずは特定高齢者に相当する虚弱高齢者の特徴を明らかにすることが必要である。

特定高齢者施策では、65歳以上の高齢者人口の約5%を事業の参加者と見込んでいた。しかし実際には0.14%と参加者が少なく²⁾、実施に支障をきたした。この理由の1つは、健診受診者を対象に特定高齢者をスクリーニングしたことである。そのため、1年後には判定基準の見直しや、健診に限らないスクリーニング方法の

拡大が行われた²⁾。

健診受診を介したスクリーニングがうまく機能しなかった1つの理由として、健診を受診する人には元気な人が多く、健康状態の悪い人はむしろ健診を受診していない可能性が考えられる。なぜなら、先行研究をみると、高齢であること³⁾⁴⁾に加え、何らかの疾病を抱えているような虚弱な人ほど⁴⁾⁹⁾、健診未受診となる傾向があるからである。しかし、細かく先行研究を検討すると、すべての報告にこのような傾向が

みられるわけではない。また、その理由についても、十分に解明されているとはいえない。例えば、高齢になるほど健診未受診者が増えるのは、虚弱になり移動能力が低下する⁵⁾以外にも、医療機関において疾患に対する治療を受けているため、健診を受けなくなる可能性も考えられる。また、虚弱高齢者と健診未受診者に共通する背景要因として社会経済的因子も考えられる。社会階層が低い者ほど、うつをはじめとする不健康状態が多いなど「健康格差」¹⁰⁾が認められ、健診未受診者も多いことが報告されているからである¹¹⁾。

さらに2008年度は、介護予防重視システム導入3年目に当たり、その効果の検証にもとづく施策の見直しが行われている。

以上を踏まえた本研究の目的は次の3点である。

第1に「特定高齢者」に相当する虚弱高齢者と関連する因子を明らかにする。第2に健診未受診と関連する因子について、年齢や老

表1 分析に用いた変数の一覧表

変数	設問	分析方法
健診受診の有無	あなたは今までに、職場や医療機関などで、健診や成人ドックなどを受けましたか	「1年以内に受けた」「2～3年以内に受けた」「4年以上前に受けた」「受けていない」の4件法で回答を求め、1年以内に健診を受けた者を「受診あり」とし、それ以外を「(1年以内に)受診なし」とした。
治療の有無	現在、治療を受けていますか	「病気や障害はない」「病気・障害はあるが現在は治療の必要なしといわれている」「自分の判断で治療は中断している」「治療なし」「現在、治療中である」を「治療あり」とした。
疾患数		治療あり群に対し、示された病名や障害リストの中で当てはまるものすべてに「をつけてもらった。合計の疾患数が0(治療なし)、1つ、2つ、3つ以上の4段階に分けた。
通院頻度	病院・診療所への通院のための外出はどのくらいの頻度でしていますか	「週1回程度(ほぼ毎日、週2～3日、週1回程度)」「月1～2回」「年に数回」「していない」の4段階に分けた。
主観的健康感	現在のあなたの健康状態はいかがですか	「とてもよい」「まあよい」「あまりよくない」「よくない」の4件法で把握した。
飲酒	お酒は飲みますか(日本酒1合は、ビールで中ビン1本、ウイスキーでシングル2杯と教えてください)	「飲まない」「毎日3合未満飲む(ときどき飲む、毎日飲むが平均1.5合以下、毎日1.5合～3合飲む)」「毎日3合以上」の3段階に分けた。
喫煙	タバコは吸いますか	「現在、喫煙していない(5年以上前から吸わない、5年前は吸っていたが今は吸わない)」「現在も喫煙している」の2つに分けた。
老研式活動能力指標		点数が高いほど、能力が高いことを示すよう13項目について「はい」を1点、「いいえ」を0点とし、13点、9～12点、8点以下の3群に分けた。
Geriatric Depression Scale 15項目版 ¹²⁾		4以下を「うつなし」、5～15を「うつ傾向・うつ状態」の2つに分類した。
所得		世帯所得(年収)を構成人数の平方根で除した等価所得を用いた。
教育年数	あなたが受けられた学校教育は何年でしたか	「6年未満」「6～9年」「10～12年」「13年以上」「その他」の5件法。
高齢者が気兼ねなく行ける外出先	あなたが気兼ねなく行ける外出先はどこですか	

研式活動能力指標，社会経済的因子との関係も明らかにする。第3にスクリーニング方法の見直しの方向を探るため，健診以外の方法の可能性について検討する。これらから，介護予防施策のうちの特定高齢者を対象とするハイリスク戦略について，見直しの必要性和手がかりを示したい。

対象と方法

(1) 対象

9自治体に居住する要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者を対象とした。用いたのはAGES (Aichi Gerontological Evaluation Study; 愛知老年学的評価研究) プロジェクト¹⁰⁾¹³⁾の一部(2006~07年データ)である。自記式調査票を2006年から2007年にかけて配布し，郵送で回収した。配布数65,398名，回収数39,765名，回収率60.8%である。

(2) 調査方法

分析には，表1に示した項目を用いた。なお，自治体によって調査票から省いた項目があるため，治療の有無と喫煙については31,080名，所得は27,274名が分析対象である。

本研究では，要介護リスクの判定には「特定高齢者把握事業」のスクリーニングに用いられる「基本チェックリスト」とほぼ同等の項目(自記式調査では回答できない項目：血清アルブミン値，反復唾液嚙下テスト，などは除外)を用いた。特定高齢者把握事業における判定基準に該当する者を「特定高齢者」と定義した。

(3) 分析方法

まず「特定高齢者」との関連因子，次に「健診未受診」との関連因子を検討した。少なからず欠損値がみられる項目があったため，欠損値も示した。

一般線形モデルを用いて年齢の影響を調整した。「特定高齢者」「健診未受診」と基本属性との関係には， χ^2 検定を用い，各項目の欠損値を除いた群間の差の検定を行った。分析には

SPSS for Windows ver 13.0Jを用いた。

結 果

(1) 「特定高齢者」と関連する因子(表2)

全体で11,196名(28.2%)が「特定高齢者」に該当した。男女とも，年齢が高いほど，性別については，女性で「特定高齢者」の割合が統計学的に有意に大きかった。

治療を受けている，通院頻度が高い，主観的健康感が悪い，毎日3合以上飲酒をする，喫煙をする，老研式活動能力指標が低い，うつ傾向・うつ状態である者で，そうでない者に比べ「特定高齢者」が有意に多かった。なかでも，主観的健康感は，よくない者では65.2%，とてもよい者では10.2%と，特定高齢者に該当する者の割合の差が大きかった。

社会経済的因子については，300万円以上21.1%，50万円未満35.9%など，所得が低く，教育年数が短いほど，「特定高齢者」が多かった。

「特定高齢者」は，受診あり(26.3%)よりも，受診なし(30.4%)に多かった。

(2) 健診と関連する因子(表3)

健診未受診者は，16,633名(41.8%)であった。健診未受診者の割合は，年齢が高いほど，女性より男性で，治療を受けていない，通院をしていない，主観的健康感が悪い，毎日3合以上飲酒をする，喫煙者，老研式活動能力指標が低い，うつ傾向・うつ状態の者で，有意に大きかった。

社会経済的因子と健診との関連については，所得が低く，教育年数が短いほど，未受診者が多かった。

健診を受診していない者は「特定高齢者」非該当者(40.8%)に比べ，「特定高齢者」で45.5%と，多かった。

(3) 「特定高齢者」が気兼ねなく外出できる場所(表4)

健診以外にどのような場所でスクリーニング

表2 「特定高齢者」と関連する因子の一覧表

	分析対象者	特定高齢者											
		総数				男性				女性			
		n	%	年齢調整 (%)	p 値	n	%	年齢調整 (%)	p 値	n	%	年齢調整 (%)	p 値
総数	39 765	11 196	28.2		4 002				6 605				
年齢													
65～70歳未満	11 445	2 051	17.9	/	860	15.8	/	*	1 165	19.7	/	*	
70～75歳未満	10 692	2 658	24.9		1 057	21.7			1 543	27.2			
75～80歳未満	8 099	2 724	33.6		1 020	28.3			1 658	38.2			
80～85歳未満	4 934	1 969	39.9		659	34.1			1 259	43.9			
85歳以上	2 348	1 204	51.3		330	40.0			838	59.0			
欠損値	2 247	590	26.3		76	28.6			142	34.5			
性別													
男性	16 950	4 002	23.6	24.3									
女性	20 605	6 605	32.1	31.5	*								
欠損値	2 210	589	26.7	29.3									
治療													
なし	6 322	1 116	17.7	20.2		451	15.4	17.2		606	19.4	22.7	
あり	20 384	6 797	33.3	32.6	*	2 333	27.4	26.7	*	4 123	37.9	37.0	
欠損値	13 059	3 283	25.1	25.3		1 218	22.1	21.9		1 876	28.5	28.1	
疾患数													
0	7 162	1 232	17.2	19.9		477	15.4	16.9		689	19.9	22.5	
1	9 226	2 046	22.2	22.4		733	18.3	18.4		1 186	25.2	25.5	
2	6 772	2 088	30.8	29.9	*	759	26.3	25.3	*	1 220	34.6	33.6	
3以上	7 913	3 813	48.2	45.8		1 247	41.0	39.1		2 352	52.7	50.3	
欠損値	8 692	2 017	23.2	24.0		786	20.0	20.6		1 158	26.1	26.7	
通院頻度													
週1回程度	5 692	2 380	41.8	39.9		767	35.8	34.4		1 474	45.8	43.7	
月1～2回	20 934	6 115	29.2	28.6		2 174	24.3	23.8		3 627	32.8	32.3	
年に数回	6 036	1 249	20.7	23.1	*	553	18.1	19.6	*	658	23.8	26.6	
していない	3 914	623	15.9	18.8		267	14.2	16.1		330	17.5	21.1	
欠損値	3 189	829	26.0	27.0		241	25.8	24.3		516	30.6	28.7	
主観的健康感													
とてもよい	2 681	219	8.2	10.2		81	6.7	7.8		124	9.2	12.0	
まあよい	22 655	4 774	21.1	21.5		1 639	16.9	17.2		2 915	24.3	24.8	
あまりよくない	8 452	4 058	48.0	46.7	*	1 455	41.5	40.0	*	2 385	53.7	52.1	
よくない	1 859	1 240	66.7	65.2		492	60.6	59.4		657	73.2	70.1	
欠損値	4 118	905	22.0	23.9		335	19.5	20.1		524	27.0	27.2	
飲酒													
飲まない	24 381	7 687	31.5	30.6		1 847	27.6	26.3		5 460	33.0	32.5	
毎日3合未満	13 561	3 048	22.5	24.1		2 012	20.7	21.5		881	27.0	30.0	
毎日3合以上	166	48	28.9	34.9	*	44	29.5	33.6	*	2	22.2	25.6	
欠損値	1 657	413	24.9	27.0		99	25.6	23.1		262	33.7	29.7	
喫煙													
喫煙していない	26 017	7 828	30.1	29.6		2 344	24.2	23.5		5 069	33.7	33.4	
喫煙している	3 512	966	27.5	29.4	n.s.	741	25.5	26.5	*	1 75	38.4	41.2	
欠損値	10 236	2 402	23.5	24.4		917	21.0	21.5		1 361	26.7	26.9	
老研式活動能力指標													
13点(満点)	14 559	3 815	17.9	19.4		758	13.7	14.3		1 741	20.3	22.5	
9～12	16 650	4 584	27.5	27.8		1 757	22.4	22.5		2 631	32.5	32.7	
8点以下	8 140	2 603	46.9	46.1	*	1 419	41.8	40.4	*	2 120	56.7	51.9	
欠損値	416	194	46.6	44.1		68	42.5	39.4		113	50.2	47.5	
GDS													
うつなし	20 913	4 112	19.7	20.7		1 565	15.7	16.3		2 472	23.3	24.7	
うつ傾向・うつ状態	8 922	4 028	45.1	44.6	*	1 637	40.1	39.7	*	2 278	49.4	48.7	
欠損値	9 930	3 056	30.8	29.9		800	27.6	25.8		1 855	34.4	32.2	
学校教育													
13年以上・その他	4 433	997	22.5	24.0		542	19.9	20.6		442	26.7	29.0	
10～12年	11 845	3 076	26.0	26.7		1 021	20.0	21.0		1 997	30.3	30.6	
6～9年	19 865	5 887	29.6	29.5	*	2 226	26.3	25.5	*	3 503	32.2	32.8	
6年未満	1 258	607	48.3	38.7		139	41.0	36.2		441	51.3	39.1	
欠損値	2 364	629	28.2	28.0		74	24.7	22.7		222	36.6	31.6	
等価所得													
300万円以上	1 129	223	19.8	21.1		92	15.1	15.9		123	25.4	27.1	
200～300万円未満	2 667	597	22.4	23.3		242	17.9	18.4		338	27.2	28.1	
100～200万円未満	8 497	2 070	24.4	25.6	*	879	20.4	20.9	*	1 115	28.5	30.3	
50～100万円未満	4 494	1 412	31.4	31.7		570	26.9	26.3		771	35.6	36.8	
50万円未満	2 784	1 037	37.2	35.9		324	33.4	31.5		656	40.2	39.1	
欠損値	20 194	5 857	29.0	28.7		1 895	25.0	24.8		3 602	32.3	31.3	
健診													
受診なし	16 633	5 157	31.0	30.4		1 921	25.7	25.2		2 985	35.7	34.8	
受診あり	19 296	4 866	25.2	26.3	*	1 773	21.1	21.7	*	2 879	28.3	29.9	
欠損値	3 836	1 173	30.6	29.1		308	29.2	26.1		741	35.6	31.0	

注 * p < 0.01

表3 健診未受診と関連する因子の一覧表

	分析対象者	健診未受診											
		総数				男性				女性			
		n	%	年齢調整 (%)	p 値	n	%	年齢調整 (%)	p 値	n	%	年齢調整 (%)	p 値
総数	39 765	16 633	41.8			7 472				8 365			
年齢													
65～70歳未満	11 445	4 514	39.4			2 245	41.2			2 229	37.8		
70～75歳未満	10 692	4 413	41.3			2 147	44.1			2 204	38.9		
75～80歳未満	8 099	3 480	43.0	*		1 635	45.3	*		1 774	40.9	*	
80～85歳未満	4 934	2 222	45.0			924	47.8			1 245	43.4		
85歳以上	2 348	1 178	50.2			390	47.3			750	52.8		
欠損値	2 247	1 421	36.8			131	49.2			163	39.7		
性別													
男性	16 950	7 472	44.1	44.2									
女性	20 605	8 365	40.6	40.5	*								
欠損値	2 210	796	36.0	39.6									
治療													
なし	6 322	3 127	49.5	50.3		1 486	50.9	51.3		4 386	40.3	49.4	
あり	20 384	8 472	41.6	41.3	*	3 685	43.3	43.0	*	1 509	48.2	40.0	*
欠損値	13 059	5 034	38.5	39.4		2 301	41.7	41.6		2 470	37.5	37.5	
疾患数													
0	7 162	3 277	45.8	48.6		1 531	49.5	50.0		1 605	46.3	47.5	
1	9 226	3 912	42.4	42.4		1 756	43.9	44.0		1 932	41.0	41.0	
2	6 772	2 841	42.0	41.6	*	1 233	42.7	42.3	*	1 454	41.3	40.8	*
3以上	7 913	3 281	41.5	40.7		1 349	44.3	43.4		1 776	39.8	38.9	
欠損値	8 692	3 322	38.2	38.5		1 603	40.8	40.9		1 598	36.0	36.3	
通院頻度													
週1回程度	5 692	2 304	40.5	39.5		903	42.2	41.4		1 265	39.3	38.3	
月1～2回	20 934	8 519	40.7	40.5		3 812	42.6	42.4		4 308	39.0	38.8	
年に数回	6 036	2 579	42.7	43.4	*	1 321	43.4	43.8	*	1 148	41.5	42.7	*
していない	3 914	2 275	58.1	59.3		1 104	58.6	59.3		1 090	57.7	59.3	
欠損値	3 189	976	30.0	32.7		332	35.6	34.5		554	32.8	32.4	
主観的健康感													
とてもよい	2 681	1 081	40.3	41.1		514	42.4	42.7		524	39.0	40.0	
まあよい	22 655	9 488	41.9	41.9		4 246	43.8	43.8		4 817	40.2	40.3	
あまりよくない	8 452	3 762	44.5	44.3	*	1 630	46.5	46.0	*	1 925	43.3	42.8	*
よくない	1 859	929	22.6	49.8		411	50.6	50.4		455	50.7	50.1	
欠損値	4 118	1 373	9.5	36.1		671	39.1	39.0		644	33.2	33.7	
飲酒													
飲まない	24 381	10 410	42.7	42.4		3 099	46.4	45.9		6 827	41.2	41.1	
毎日3合未満	13 561	5 732	42.3	42.8		4 182	43.0	43.1		1 297	39.8	40.9	
毎日3合以上	166	85	51.2	52.7	*	77	51.7	52.9	*	4	44.4	37.7	n.s.
欠損値	1 657	406	24.5	28.3		114	29.5	28.4		237	30.5	29.7	
喫煙													
喫煙していない	26 017	11 067	42.5	42.4		4 209	43.4	43.2		6 328	42.0	42.0	
喫煙している	3 512	1 855	52.8	53.1	n.s.	1 516	52.2	52.5	*	253	55.5	56.1	*
欠損値	10 236	3 711	36.3	37.5		1 747	40.1	40.2		1 784	35.1	35.2	
老研式活動能力指標													
13点(満点)	14 559	5 278	36.3	36.5		2 103	38.0	38.1		2 980	34.8	35.3	
9～12	16 650	7 230	43.4	43.4		3 537	45.0	45.0		3 397	42.0	42.0	
8点以下	8 140	3 916	48.1	50.0	*	1 742	51.3	50.9	*	1 882	50.4	49.6	
欠損値	416	209	50.2	50.0		90	56.3	55.4		106	47.1	46.8	
GDS													
うつなし	20 913	8 388	40.1	40.3		4 149	41.6	41.7		4 083	38.5	38.9	
うつ傾向・うつ状態	8 922	4 295	48.1	48.3	*	2 047	50.2	50.1	*	2 145	46.5	46.5	*
欠損値	9 930	3 950	39.8	40.4		1 276	44.0	43.4		2 137	39.7	39.0	
学校教育													
13年以上・その他	4 433	1 827	41.2	41.7		1 124	41.2	41.3		687	41.6	42.4	
10～12年	11 845	4 726	39.9	40.1		2 146	42.0	42.2		2 525	38.3	38.4	
6～9年	19 865	8 591	43.2	43.2	*	3 882	45.8	45.6	*	4 488	41.2	41.4	*
6年未満	1 258	662	52.6	50.5		200	59.0	57.4		437	50.9	47.5	
欠損値	2 364	827	35.0	36.6		120	40.1	38.4		228	37.6	35.8	
等価所得													
300万円以上	1 129	421	37.3	37.5		223	36.6	36.9		188	38.8	39.1	
200～300万円未満	2 667	1 009	37.8	38.0		519	38.3	38.4		463	37.2	37.8	
100～200万円未満	8 497	3 514	41.4	41.6	*	1 860	43.1	43.2	*	1 543	39.4	39.9	*
50～100万円未満	4 494	2 107	46.9	47.0		1 031	48.7	48.4		983	45.4	45.8	
50万円未満	2 784	1 350	48.5	48.5		501	51.7	51.3		761	46.6	46.4	
欠損値	20 194	8 232	40.8	41.2		3 338	44.0	43.9		4 427	39.7	39.4	
特定高齢者													
非該当	28 569	11 476	40.2	40.8	*	5 551	42.9	43.0	*	5 380	38.4	38.9	*
該当	11 196	5 157	46.1	45.5		1 921	48.0	47.2		2 985	45.2	44.4	

注 * p < 0.01

することで、より多くの「特定高齢者」を把握できるのかをさぐるために、高齢者が気兼ねなく行ける外出先を集計した。その結果、自宅周辺（6,349名、56.7%）、病院・診療所（5,483名、49.0%）が多かったが、公共施設（1,567名、17.1%）や仕事場（1,061名、9.5%）は少なかった。

また、所得の高低（200万円以上、200万円未満）に2区分し比較した結果、ほとんどの外出先において、所得が低い方で、気兼ねなく外出できる割合が少なかった。しかし、田や畑に関しては、所得が低い方が有意に高かった（200万円未満35.3%、200万円以上29.4%）。

考 察

（1）「特定高齢者」と関連する因子

今回の調査で、男性で4人に1人、女性で3人に1人もの人が特定高齢者の候補に該当した。このことから「特定高齢者」判定基準そのものは、対象者が集まらない理由ではないことが確認された。

「特定高齢者」は、医療機関に通院し治療をしており、老研式活動能力指標が低く、主観的健康感やGDSが悪かった。このことは、基本チェックリストとその判定基準は、それなりに「虚弱な高齢者」を把握していると考えられた。

一方、現在の基本チェックリストの25項目には含まれていない主観的健康感注目値する。「特定高齢者」の割合は、主観的健康感が「よくない」と回答する者は65.2%と、「とてもよい」とする者（10.2%）に比べ、約6倍大きかった。今回検討した他項（3倍程度）よりも明らかに大きく、かつ「よくない」と答えた者の3人に2人が「特定高齢者」に該当した。また、主観的健康感は、機能低下¹⁴⁾や死亡¹⁵⁾の予測力を持つことも、多くのコホート研究で報告されており、「特定高齢者」選定のための尺度として優れている可能性が示された。

また、高所得層に比べ低所得層で約2倍など、社会経済的階層が低い者に虚弱高齢者が多いこ

表4 特定高齢者が気兼ねなく外出できる場所と所得の関係についての分析

(単位 %、()内人)

	特定高齢者		
	総数	所得	
		200万円未満	200万円以上
自宅周辺	56.7(6 349)	58.1(2 624)	61.7(506)
病院・診療所	49.0(5 483)	49.4(2 234)	56.8(466)
商店・飲食店	39.0(3 578)	37.8(1 294)	47.1(279)
友人宅	35.8(3 289)	35.1(1 204)	42.2(250)
田や畑	28.0(3 136)	35.3(1 596)	29.4(241)
公共施設	17.1(1 567)	16.2(555)	20.1(119)
仕事場	9.5(1 061)	10.5(475)	12.6(103)
特になし	5.8(653)	5.7(258)	4.5(37)
その他	2.3(260)	2.5(112)	3.7(30)

注 総数には所得不詳を含む。

とも注目に値する。

（2）健診未受診と関連する因子

先行研究³⁾⁴⁾で示されているように、男女とも年齢が高くなるほど健診未受診者は多かった。年齢の影響を考慮しても、老健式活動能力指標、主観的健康感、GDSなどで虚弱性を示す者ほど健診未受診が多かった。このような虚弱な者を健診で把握をすることをめざすのであれば、高齢者が気兼ねなく行ける外出先として、自宅周辺が一番多いことを考慮する必要がある。例えば、滋賀県高島郡朽木村では、従来は村内の1カ所で行われていた健診会場を村内17カ所に増やしたことで健診受診者が1.8倍になったという報告⁴⁾がある。自宅周辺で受診できるように市町村の少数カ所だけでなく多数のカ所で健診を行うことにより対象者が増える可能性は高い。

健診未受診と社会経済的因子の関係を分析した結果、2003年調査¹¹⁾と同様に、社会経済的な階層が低い者ほど、健診を受診していないことが再確認できた。しかも、社会階層が低い者には、特定高齢者に該当する虚弱な者が多い。今後は、所得水準や数十年も前に受けた教育などが、健診受診や虚弱性に関連していることを考慮した制度設計が必要である。例えば多くの地域包括支援センターでは訪問活動によって、独居や閉じこもり、生活困窮世帯を把握している。その情報を生かした取り組みなどが考えられる。

今回の調査では、職場や医療機関などでの健診や成人ドックまで含まれているにもかかわらず

ず、健診未受診者は把握できた「特定高齢者」11,196人のうち5,157人(46.1%)と半数であった。つまり、健診受診者を対象とするスクリーニング方法では、特定高齢者の半数を把握できない可能性が高いことを意味する。佐藤ら¹⁶⁾の研究においても特定高齢者に相当する高齢者は、医療を必要とする高齢者を含めても生活機能評価受診者の2.66%であり、集団方式の受診者は活動度が比較的高い、元気高齢者にかたよるとされている。

以上から、健康な人の方が健診を受診していること、したがって健診受診者を対象に、ハイリスク者をスクリーニングする方法にだけ頼る方法は見直すべきであることが明らかと思われた。

(3) 健診以外のスクリーニング方法について

特定高齢者の半数が健診を受けていなかった。つまり、虚弱な高齢者を把握するには、健診以外のスクリーニング方法も考慮すべきである。健診以外のスクリーニング方法を探るために、高齢者が気兼ねなく行ける外出先をみたところ、自宅周辺に次いで、病院・診療所が多かった。特定高齢者の把握が進んでいる自治体の取り組みとして、医療機関との連携があげられており²⁾、医療機関への受診率が高い高齢者には、このような取り組みが効果的と考えられる。介護予防事業の円滑な実施を図るための指針(厚生労働省)⁷⁾においても、健診以外の方法として、保健師、医療機関など様々な機会の実施に努めるものとされている。一部の先駆的な自治体の取り組みが紹介されているが、今後、全国各地で取り組む具体的な方法の提示が必要である。

今回の郵送アンケート法を用いた調査では、回答者の28.2%が「特定高齢者」に該当した。回収率が60.8%であっても、健診を通じたスクリーニングによって把握される者よりもはるかに多い。郵送調査も、効率の良いスクリーニング方法の1つである可能性がある。

本研究の限界

本研究では、基本チェックリストに類似した項目のアンケート調査への回答が、特定高齢者把握事業の判定基準に該当した者を「特定高齢者」とした。そのため、厳密に言えば、基本チェックリストを用いて特定高齢者施策の対象者として選定された者とは異なっている。本調査の回収率は60.8%である。未回収の人は低所得の人に多いことがわかっている¹⁰⁾ので、未回収の4割の人には虚弱な人がさらに多い可能性が高い。そのため本研究の「特定高齢者」や健診未受診者の割合、社会経済的因子との関連の大きさは、真の値よりも小さいと推測される。

おわりに

本論文では、ハイリスク戦略である特定高齢者施策における、スクリーニング法の見直しの必要性を示し改善策をさぐってきた。しかし、スクリーニング法の改善で、介護予防事業の効果が大きくなるとは限らない。スクリーニング後に提供されるプログラムの効果が乏しければスクリーニング法を改善しても、介護予防の効果は上がらないからである。実際に、現在の介護予防事業の特定高齢者施策では、要介護認定を受ける人の割合の抑制は有意な水準でなかったと報告されている¹⁸⁾。

今後は、スクリーニング法の改善だけではなく、その後のプログラムのあり方も含めた介護予防事業全体の見直しが必要であろう。また社会経済的な地位が低い人に特定高齢者も健診未受診者も多いことなど、「健康の社会的決定要因」¹⁾に着目したアプローチが必要である。さらに今回検討したハイリスク戦略だけではなく、ポピュレーション戦略による介護予防プログラム開発の重要性を指摘しておきたい。

文 献

- 1) Wilkinson RG, Marmot M. Social Determinants of Health ; The Solid Facts 2nd edition. World

- Health Organization, Geneva, 2003 (高野健人監訳「健康の社会決定要因(第二版)」WHO健康都市研究協力センター, 2004. (<http://www.tmd.ac.jp/med/hlth/whocc/solidfacts2nd.pdf>))
- 2) 厚生労働省老健局振興課・老人保健課。地域包括支援センター・介護予防事業担当者会議資料(2007年3月14日開催)。(<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/vAdmPBigcategory20/7B0A9E0D2DAA66A4492572AA0017229A?OpenDocument>)
 - 3) 福永一郎, 實成文彦, 武田則昭, 他。無職高齢者の保健行動に関する研究 - 健康診査受診行動と保健行動との関連について - 。日衛誌 1997; 52: 490-503。
 - 4) 山川正信, 上島弘嗣, 嘉村里美, 他。健診受診群と未受診群の日常生活動作, 受療状況, 血圧値の比較 - 某山村における在宅高齢者の場合 - 。日本公衆衛生雑誌 1995; 42(9): 769-76。
 - 5) 柴田茂男, 沢井広量, 二階堂民江, 他。山梨県一宮町における循環器疾患の疫学的研究 - 未受診調査を中心に - 。日本公衆衛生雑誌 1975; 22: 349-55。
 - 6) 柴田博, 古谷野巨, 七田恵子, 他。地域老人健康調査における参加者と非参加者の比較。老年社会科学 1986; 8: 177-86。
 - 7) 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。日本公衆衛生雑誌 2003; 50(1): 39-47。
 - 8) 三觜雄, 岸玲子, 江口照子, 他。在宅高齢者の検診行動と関連する要因 社会的背景の異なる三地域の比較。日本公衆衛生雑誌 2005; 50: 49-60。
 - 9) 菅万理, 吉田裕人, 藤原佳典, 他。縦断的データから見た介護予防健診受診・非受診の要因。日本公衆衛生雑誌 2006; 53: 688-701。
 - 10) 近藤克則編。検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学的大規模調査。医学書院 2007。
 - 11) 松田亮三。生活習慣・転倒歴。近藤克則編。検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学的大規模調査。医学書院 2007: 21-7。
 - 12) 矢富直美。日本老人における老人用うつスケール(GDS)短縮版の因子構造と項目特性の検討 老年社会科学 1994; 16(1)。
 - 13) 加藤悦子, 近藤克則。AGESプロジェクト - 介護者・介護状況・一般高齢者調査の概要。社会政策研究 2008; 8: 216-29。
 - 14) Stuck, A. E., Walther, J. M., Nikolaus, T: Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. Social Science Medicine 1999; 48(4): 445-69。
 - 15) Idler EL, Benyamini Y: Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav 1997; 38: 21-37。
 - 16) 佐藤浩司, 佐藤秀寿, 鈴木仁, 他。基本健康診査の集団方式による高齢者の生活機能評価の実態。老年社会科学 2008; 30: 90-7。
 - 17) 介護予防事業の円滑な実施を図るための指針。厚生労働省, 2006年3月31日。(http://www.hourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t_docframe.cgi?MODE=hour&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=1903)
 - 18) 第4回介護予防継続の評価分析等検討会, 2008年5月28日。(<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/vAdmPBigcategory20/F81AD77A62BA83D449257459000DD101?OpenDocument>)