

# 要支援高齢者の生活機能の検討

— KOMIチャートを用いて —

河野 由乃

## 要 旨

本研究は、要支援高齢者の生活機能を生命過程、生活過程を通して明らかにし、生活過程については認識面と行動面より分析することを目的とした。15名の要支援高齢者を対象に、KOMIチャートを用いてアセスメントした結果、食事摂取、排泄、入浴、着脱、近隣の外出、コミュニケーション機能などが自立していることがわかった。しかし、社会とのつながりやその人らしい生活の実現に影響する分野の低下がみられていた。また、認識面が維持されている場合であっても、実際の行動面の生活小管理や金銭管理は支援されている者が多く、要支援高齢者の生活機能の特徴ではないかと考えられた。今後の介護予防や自立支援に向けて、要支援高齢者の生活機能を多面的に理解した上で、社会とのつながりやその人らしい生活の実現に影響する分野を維持していくことが重要であると考えられた。

キーワード：要支援高齢者、生活機能、生命過程、生活過程、認識と行動

## I. はじめに

2000年4月に介護保険制度がスタートして6年が経過した。この間、高齢化率は、2000年10月17.3%から2006年10月20.8%と3.5ポイント増加<sup>1)</sup>し高齢化が進行した。また、要介護認定者数は、2000年4月に218万人であったが、2006年2月には430万人となり、約210万人の増加がみられた<sup>2)</sup>。特に要支援の認定を受けた者は、2000年2月291千人から2006年2月716千人と約2.46倍の増加、同じく同年比で、要介護1の認定を受けた者は、約2.57倍の増加であり、他の要介護者数を上回って大幅に増加した<sup>3)</sup>。高齢化の進行と、要介護認定者数の増加、とりわけ軽度の要介護認定者の著しい増加により、これらの軽度の要介護認定者に対する対策の必要が生じてきた。加えて、高齢者は加齢による心身の変化があるため、容易に要介護状態に陥りやすい特徴がある。

一方、この5年間において、介護保険サービス利用者数が2倍以上伸びたことや、介護保険にかかわる総費用が2倍近い伸びを示し、3年

おきに改定される介護保険第1号保険料が増額されてきた<sup>4)</sup>ことなどから、介護保険制度が国民の間に定着してきたこと、また、財政上の課題などが明らかになってきた。

このような介護保険制度の実態を受けて、2006年4月に、制度の大幅な見直しが行われ、予防重視型システムへの転換などの方針が示された。介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方は、本人ができることをできる限り行うことを基本とし、利用者の生活機能向上に対する意欲を引き出し、具体的な日常生活における行為について目標を明確にすることである<sup>5)</sup>。

生活機能について、国際生活機能分類 (ICF) では、人間のあらゆる健康状態に関係した生活機能状態からその人を取り巻く社会制度や社会資源までも含め、人間の生活機能と障害について「心身機能・身体構造」「活動と参加」「環境因子」について分類している<sup>6)</sup>。また、柴田博は、高齢者の生活の質 (QOL) の構成要素の項目として「生活機能」をあげ、日常生活動作、手段的日常生活動作、認知能力、社会参加など

が含まれる<sup>7)</sup>としている。さらに、金井一薫は、対象の見つめ方は、生命過程、生活過程、認識過程、社会過程、自然過程の5過程を総合的に行う<sup>8)</sup>と述べている。そのうち、生命過程、生活過程、認識過程は、生活機能を浮き彫りにするためのアセスメントとしてシステムが開発され、KOMI記録システムとして実用化されてきた。KOMI記録システムはナイチンゲール看護論を礎として発展したKOMI理論を基盤とした記録システムである<sup>9)</sup>。生命過程は、心身の状況を示し、また、生活過程は、生命の維持過程に直接影響する分野と人とのかかわりの質に直接影響する分野及び社会とのつながりやその人らしい生活の実現に影響する分野の3つに区分<sup>10)</sup>され、認識面、行動面の両面からアセスメントし、できていることや生活の不自由さを、点数化、視覚化して描くことができる。現在、実践現場で使用されている介護予防ケアマネジメントの主なアセスメント領域は、運動・移動、日常生活、社会参加・対人関係、健康管理であり、KOMI記録システムには包含されていると考えられた。また、KOMI記録システムを用いた要支援高齢者の研究はみあたらない。

そこで、本研究では、生活機能を総合的、点数化、視覚化して捉えることが可能なKOMI記録システムのKOMIレーダーチャートとKOMIチャートを活用して要支援高齢者の生活機能の検討を行い、介護予防・自立支援に向けた看護の示唆を得たいと考えた。

## II. 研究目的

要支援高齢者の生活機能を生命過程、生活過程を通して明らかにする。

尚、生活過程は、認識面及び行動面より分析する。

## III. 用語の定義

### 1. 要支援高齢者

介護保険法の要介護及び要支援認定のうち、要支援1と要支援2に認定された高齢者とした。

## 2. 生活機能

KOMI記録システムで示している対象の生命過程、生活過程を、生活機能として捉えた。

## IV. 研究方法

### 1. 対象

A市の要支援高齢者で介護予防ケアマネジメントを受けた約90名のうち、データ収集期間内に同意が得られた15名を対象とした。

### 2. データ収集方法

対象者に研究の趣旨を説明し同意を得た上で、個別面接を行い、KOMIチャート及びレーダーチャートの項目に基づいてアセスメントを行い、データ収集した。尚、不足情報や認識面の確認をするため、各要支援高齢者の介護予防ケアマネジメント担当者から必要なデータを収集した。

### 3. データ分析方法

#### 1) KOMIレーダーチャートの特徴と視点

KOMIレーダーチャートは、解剖生理学視点を導入した16項目からなり、呼吸器系、循環器系、消化器系、泌尿器系、骨・筋肉系、感覚器系、脳神経系などの視点から、心身の状況を理解し生命過程を把握する<sup>11)</sup>ために用いた。各々に判定尺度(以下、尺度という)が設けられ、欠落した部分が大きいほど身体の不自由さを示し、逆に少ないほど健康状態が良好なことを示している。尺度1が正常範囲、尺度2、3になると順次、良好でない状態を示している。

#### 2) KOMIチャートの特徴と視点

KOMIチャートは、成人以上の健康な一人暮らしの生活像を基本としており、1週間程度の生活状況について事実をもとに記載する<sup>12)</sup>ものである。認識面(77項目)及び行動面(78項目)の2つの側面(計155項目)で示され、生活過程を把握するために用いた。認識面、行動面ともに、3つの分野からなり、第1分野は呼吸などの生命維持過程に直接影響する

分野で、{呼吸} {食} {排泄} {動く} {眠る}の中項目で各々に小項目がある。第2分野は人とのかかわりの質に影響する分野で、{身体清潔} {衣類着脱} {身だしなみ} {会話} {性}の中項目で各々に小項目がある。第3分野は社会とのつながりやその人らしい生活の実現に影響する分野で、{役割} {変化} {生活小管理} {金銭管理} {健康管理}の中項目で各々に小項目がある。KOMIチャートでは黒マークができていることをみるポイントとなる。1小項目1点で満点ならば155点であるが、本人が部分的に行える場合には、できている割合を勘案し、1点を10分割した0.1の最小単位からあらわす。一つの小項目の黒マークは、本人が全部できる場合1点となるが、部分的にできる場合でも点数をつけ、生活機能の状態を詳細に把握することができる。これらの判断に際しては、項目ごとの判断基準に基づいて記入していく。黒マーク数が高いほど生活機能が充実し自立しているといえる。

### 3) 手順

得られたデータを元に、KOMI記録システムソフトであるケアデザイナーⅡを用いて、マニュアルに従い入力処理し、KOMIリーダーチャートとKOMIチャートを作成した。まず、各事例のチャートを作成し、次に、15名の各項目の平均点を基にした全体像のチャートを作成した。次に、各事例の認識面の黒マーク数と行動面の黒マーク数を基に分布図を作成し、類似の事例を類型化し、3つのグループのチャートを作成した。類型化の基準は、認識面と行動面の黒マーク数とした。認識面76.0以上、行動面70.0以上で両方の黒マークが高い6名をAグループ、認識面は75.0以上でAグループと同様に高いが、行動面70.0未満の6名をBグループ、認識面75.0未満、行動面70.0未満で、認識面行動面ともに低い3名をCグループとした。さらに、個別事例を比較するため、KOMIリーダーチャート16項目とKOMIチャートの15中項目をグラフ化して示した。

尚、MOKI記録システムの使用やKOMIチャートの類型化を行うにあたり、ナイチンゲール看護研究所主催の専門研修を受講するとともに、研究員からも直接指導を受け確認した。

## 4. データ収集期間

2006年6月8日～2006年9月8日

## 5. 倫理的配慮

対象者に対して、文章と口頭にて研究の趣旨説明及び協力依頼を行った。また、任意参加であること、情報や記述の匿名化を図ること、研究終了後は情報を破棄することなどを説明し同意を得た。

## V. 結果

### 1. A市の概況

A市は、山間地、果樹地帯が面積の半分以上を占める地域であり、2006年9月現在、人口約73000人、高齢化率19.4%、前期高齢者率9.4%、後期高齢者率10.0%であった。

### 2. 対象の背景 (表1)

対象者15名の背景については表1に示した。

表1 対象の背景

事例	年齢	性別	要介護度	家族構成	黒マーク数		グループ
					認識面	行動面	
9	82	女性	要支援1	配偶者と二人暮らし	76.0	74.0	A
10	82	女性	要支援2	配偶者と二人暮らし	76.0	73.7	A
11	76	女性	要支援2	息子家族と同居	76.0	70.4	A
12	87	女性	要支援2	一人暮らし	76.0	71.4	A
13	84	女性	要支援1	一人暮らし	76.0	72.6	A
15	92	女性	要支援2	一人暮らし	76.0	71.7	A
1	87	女性	要支援2	息子家族と同居	76.0	59.9	B
3	79	女性	要支援2	娘家族と同居	76.0	63.3	B
4	76	男性	要支援1	配偶者・子と同居	74.0	66.9	B
5	90	女性	要支援2	配偶者と二人暮らし	76.0	58.7	B
6	65	男性	要支援2	配偶者と二人暮らし	75.3	62.1	B
14	88	男性	要支援1	娘家族と同居	76.0	67.1	B
2	76	女性	要支援1	子と二人暮らし	64.4	57.2	C
7	74	女性	要支援2	息子家族と同居	71.4	54.3	C
8	69	女性	要支援2	配偶者と二人暮らし	69.0	63.7	C

(黒マーク数：認識面77、行動面78)

### 3. 要支援高齢者の生活機能

#### 1) 生命過程 (図1-1～図1-7)

各項目の平均で示したKOMIレーダーチャートの全体像 (図1-1) は、16項目のうち13項目が尺度1の正常範囲であった。起居動作は {座位から立ち上がることはできるが立位の保持には物につかまらなければならない}、移動の自由は {何かにつかまって歩く}、快・不快は {不快症状 (疼痛や身体の違和感など) が少しある、または時々ある} の3項目が尺度2であった。Aグループ (図1-2) は全

体像と同じだが、個別にみる (図1-5) と、6名のうち、快・不快の尺度3が2名で、起居動作と移動は6名とも尺度2であった。Bグループ (図1-3) は尺度2が4項目で、Aグループの3項目に加えて、気分・感情が尺度2であった。個別状況 (図1-6) は、上肢の動き、移動、気分・感情に尺度2～4がみられた。Cグループ (図1-4) は咀嚼と視覚が尺度2となり6項目が尺度2、10項目が尺度1であった。個別状況 (図1-7) は、視覚や快・不快が尺度1～3であった。

図1-1 KOMIレーダーチャート全体像

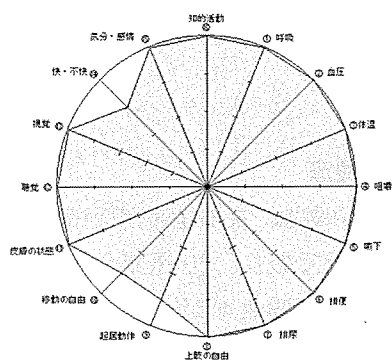


図1-2 AグループのKOMIレーダーチャート

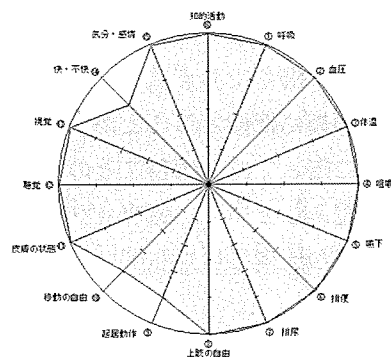


図1-3 BグループのKOMIレーダーチャート

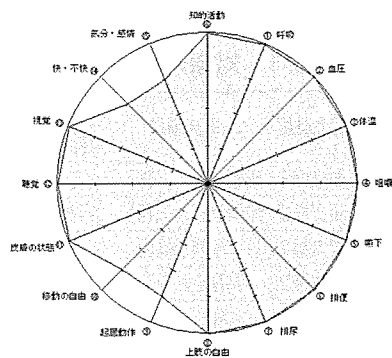


図1-4 CグループのKOMIレーダーチャート

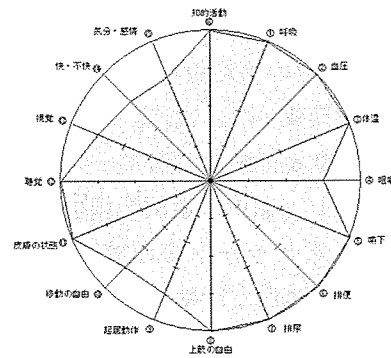
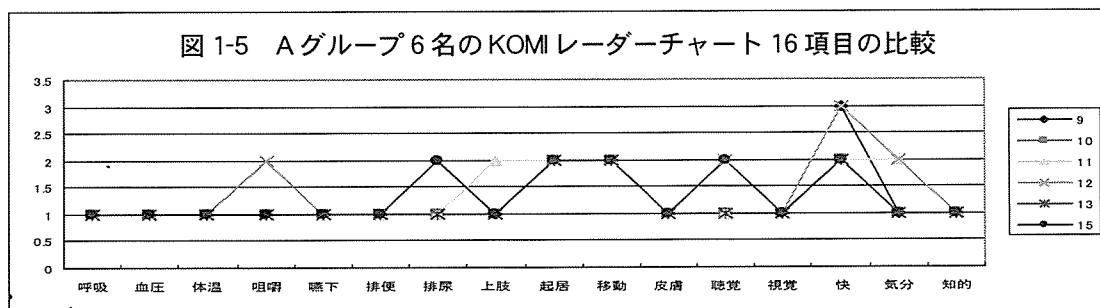
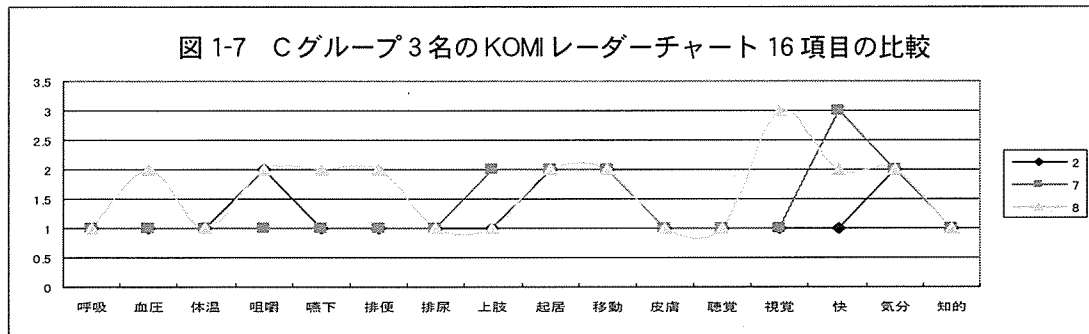
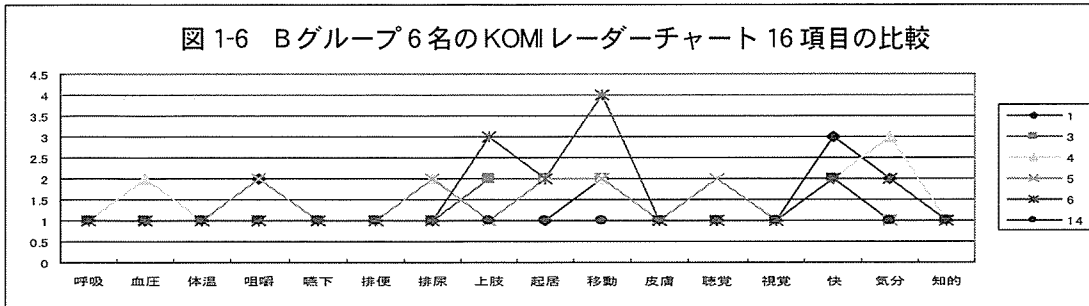


図1-5 Aグループ6名のKOMIレーダーチャート16項目の比較





2) 生活過程

生活過程についてはKOMIチャートの認識面及び行動面で示した。全体像のKOMIチャート、類型化した各グループのKOMIチャート、また、対象ごとにKOMIチャート中項目の黒マーク数をグラフ化して示した。

(1) 全体像 (図2-1、図2-2)

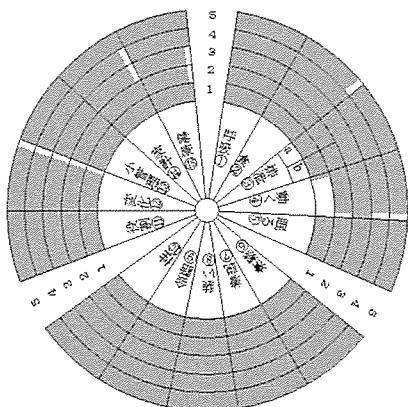
認識面の黒マークは図2-1に示したように74.8で、第2分野はすべてが黒マーク

であった。黒マークが低かったのは、{動く}の小項目で、日常生活に何らかの痛みや苦痛を感じていた。

行動面の黒マークは図2-2で示したように65.9であった。第3分野の黒マークは17.7、特に{小管理}と{家計}内の小項目全ての黒マークは減少していたが、黒マークが全くみられない項目はなかった。

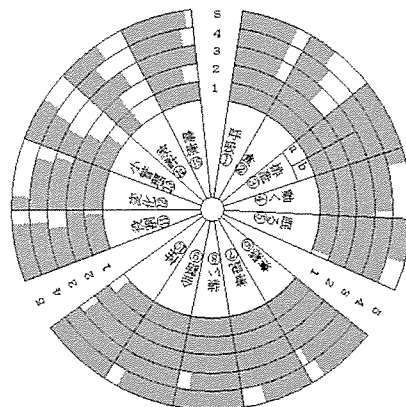
認識面、行動面ともに、小項目の全てが黒マークだった中項目は、{排泄}であった。

図2-1 KOMIチャート全体像 (認識面)



認識面の黒マーク数			
第1分野	第2分野	第3分野	合計
25.7 / 27	25.0 / 25	24.1 / 25	74.8 / 77

図2-2 KOMIチャート全体像 (行動面)



行動面の黒マーク数			
第1分野	第2分野	第3分野	合計
24.5 / 28	23.7 / 25	17.7 / 25	65.9 / 78

(2) Aグループの特性 (図3-1～図3-4)

対象は6名で、背景は表1に示した。

認識面の黒マークは図3-1に示したように76.0で、黒マークでない項目は {動く} の小項目で日常生活に何らかの痛みや苦痛を感じていた。

行動面の黒マークは図3-2で示したように72.3で、黒マークが最も少ない項目は、{動く:乗用車やバスに乗って自由に行動する} と {変化:自ら遠方の自然や文化を楽

しんでいる} であった。黒マークが多かった中項目は、{呼吸} {排泄} {眠る} に関する内容であった。{小管理} 内の各5小項目は黒マークが欠けてはいたが、0.6～0.9の黒マークがあった。対象の個別状況 (図3-3、図3-4) をみると、認識面中項目の黒マークは6名とも同じであった。行動面は、{役割} {変化} {小管理} {家計} {健康} の第3分野の中項目と第2分野の {性} の黒マークが対象によって異なっていた。

図3-1 AグループのKOMIチャート (認識面)

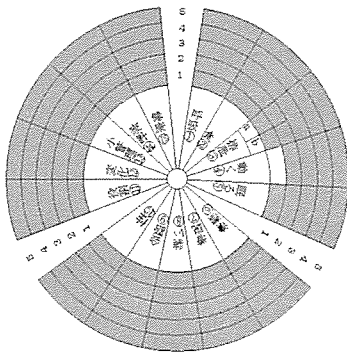
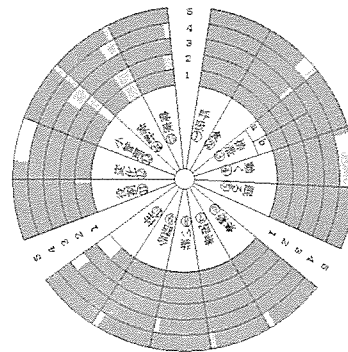


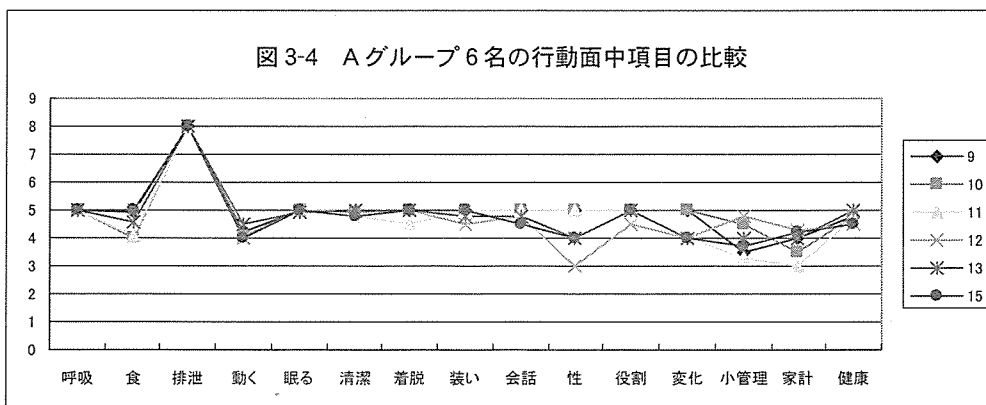
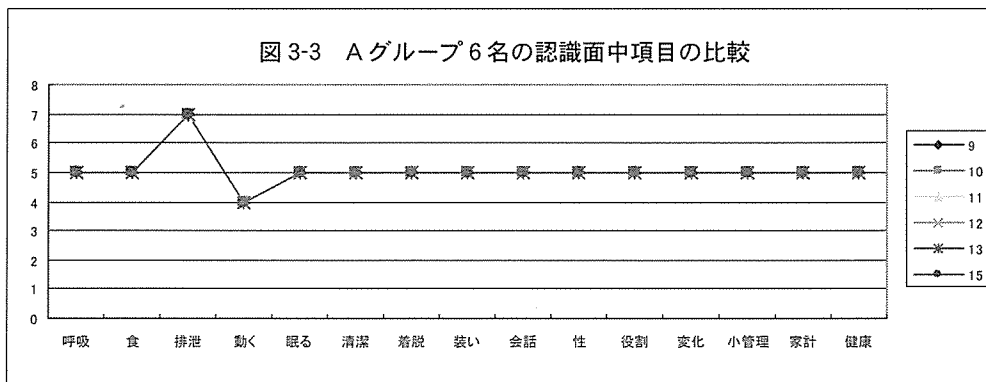
図3-2 AグループのKOMIチャート (行動面)



認識面の黒マーク数			
第1分野	第2分野	第3分野	合計
26.0 / 27	25.0 / 25	25.0 / 25	76.0 / 77

行動面の黒マーク数			
第1分野	第2分野	第3分野	合計
26.7 / 28	23.9 / 25	21.7 / 25	72.3 / 78

(グレー: 何らかの支援あり)



(3) Bグループの特性 (図4-1～図4-4)

対象は6名で、背景は表1に示した。

認識面の黒マークは図4-1に示したように75.6で、黒マークでない項目は {動く} の小項目で、日常生活に何らかの痛みや苦痛を感じていた。

黒マークが0.1欠けて0.9であった小項目は、{食:人と一緒に食べたいと思う} {着脱:洗濯する意志・意欲がある} {役割:相手のことを思いやる気持ちがある、自分

のことは自分で決定しようと思う}であった。

行動面の黒マークは図4-2に示したように63.6で、社会とのつながりを示す第3分野の黒マークが減少していた。黒マークが50%未満の小項目は、{食:自分で配膳・下膳をしている、自分で調理している} の2小項目、{動く:乗用車やバスに乗って自由に行動する} の1小項目、{眠る:眠るための寝床や寝室の環境を自分で整えて

図4-1 BグループのKOMIチャート (認識面)

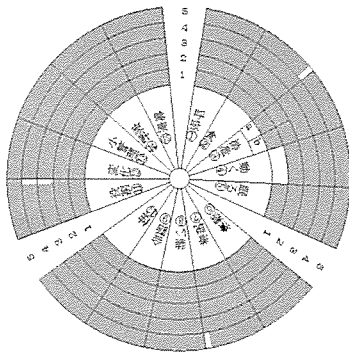
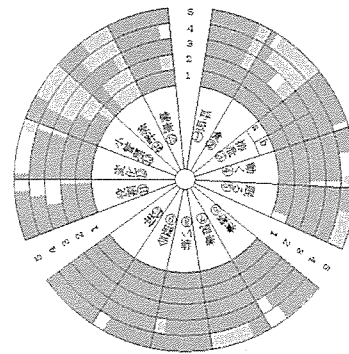


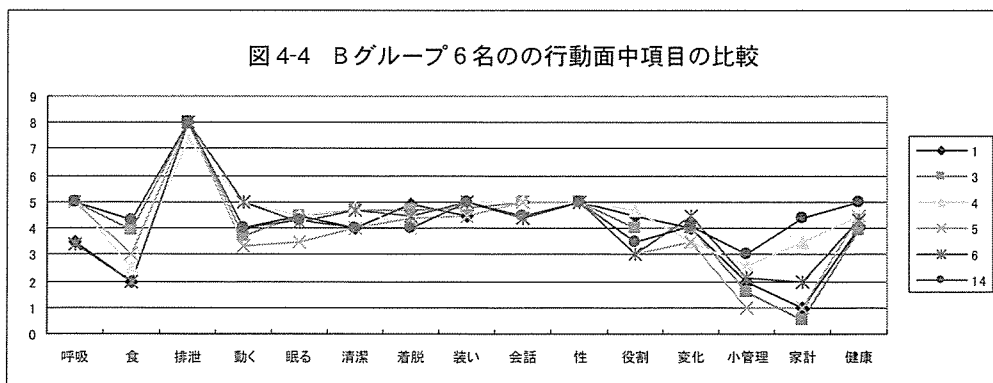
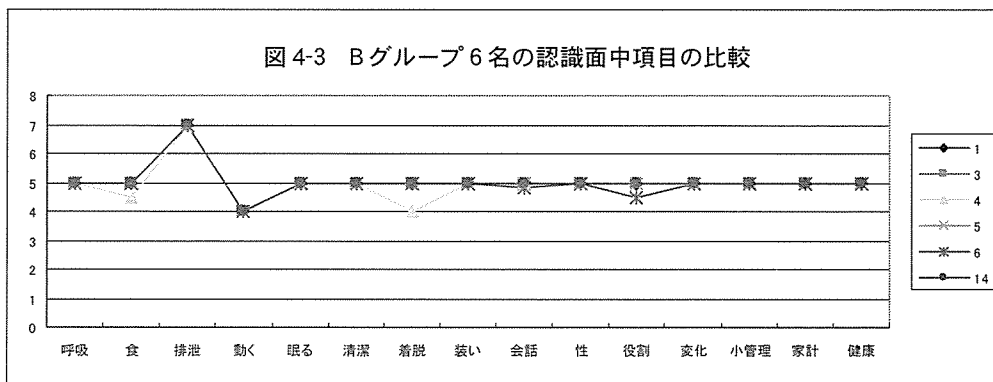
図4-2 BグループのKOMIチャート (行動面)



認識面の黒マーク数			
第1分野	第2分野	第3分野	合計
25.9 / 27	24.9 / 25	24.8 / 25	75.6 / 77

行動面の黒マーク数			
第1分野	第2分野	第3分野	合計
23.5 / 28	23.4 / 25	16.7 / 25	63.6 / 78

(グレー：何らかの支援あり)



いる} の1小項目、{着脱：自分で洗濯をしている} の1小項目であった。社会とのつながりを示した第3分野では、{変化：自ら遠方の自然や文化を楽しんでいる} の1小項目、{小管理：日常生活で不足している物品を自分で補充している、届けられた手紙や品物などを自分で適切に処理している、自ら安全管理をしている} の3小項目、{家計：店でほしい物を自分で選んでいる、自ら物を買っている、1ヶ月の生活費の管理を自分でしている} の3小項目であった。

対象の個別状況(図4-3、図4-4)をみると、認識面中項目の{着脱}と{役割}の黒マークにややばらつきがあったが、6名ともほぼ同様な傾向を示していた。一方、認識面に比べ、行動面中項目の黒マークは全体的に対象によって異なっていた。

#### (4) Cグループの特性(図5-1～図5-4)

対象は3名で、背景は表1に示した。

認識面の黒マークは図5-1に示したように68.2で、黒マークの減少は、{動く}と{変化}に関する各小項目が欠けていたが、黒マークが0の項目はみられなかった。{呼吸}{排泄}{眠る}{清潔}{装い}はどの小項目も黒マークであった。

行動面の黒マークは図5-2で示したように58.2であった。黒マークが50%未満の項目は、第1分野では5小項目、第2分野はなし、第3分野は13小項目であった。第1分野は{食：食事内容に大きな偏りがない、自分で配膳・下膳をしている、自分で調理をしている}の3小項目、{動く：乗用車やバスに乗って自由に行動する}の1小項目、{眠る：眠るための寝床や寝室の環境を自分で整えている}の1小項目であった。第3分野は、{変化：自ら身近にある自然や文化を楽しんでいる、自ら遠方の自然や文化を楽しんでいる}の2小項目、{小管理：自分で居室の清掃を保っている、

自分でゴミを分別し決められた場所に持って行っている、日常生活で不足している物品を自分で補充している、届けられた手紙や品物などを自分で適切に処理している、自ら安全管理をしている}の5小項目、{家計：店で欲しい物を自分で選んでいる、自ら物を買っている、自分で財布の管理をしている、1ヶ月の生活費の出し入れを自分でしている、自ら預貯金や財産全体の管理をしている}の5小項目、{健康：不調時には自ら受診し治療を受けている}の1小項目であった。そのうち、黒マークが全くなかった小項目は、4つで{動く：乗用車やバスに乗って自由に行動する}{小管理：届けられた手紙や品物などを自分で適切に処理している}{家計：自分で財布の管理をしている、1ヶ月の生活費の出し入れを自分でしている}で、第1分野が1つ、第3分野が3つであった。他の74項目は、多少の差はあるが黒マークはみられ、特に、{排泄}と{性}に関する小項目の全てが黒マークであった。対象の個別状況(図5-3、図5-4)は、3名と少ない人数であるが、認識面、行動面ともに全体的に中項目の黒マークは対象によって異なっていた。



図5-1 CグループのKOMIチャート（認識面）

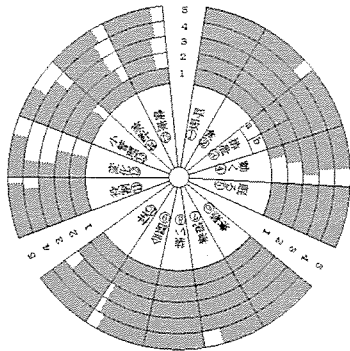
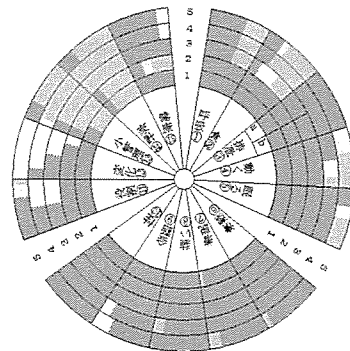


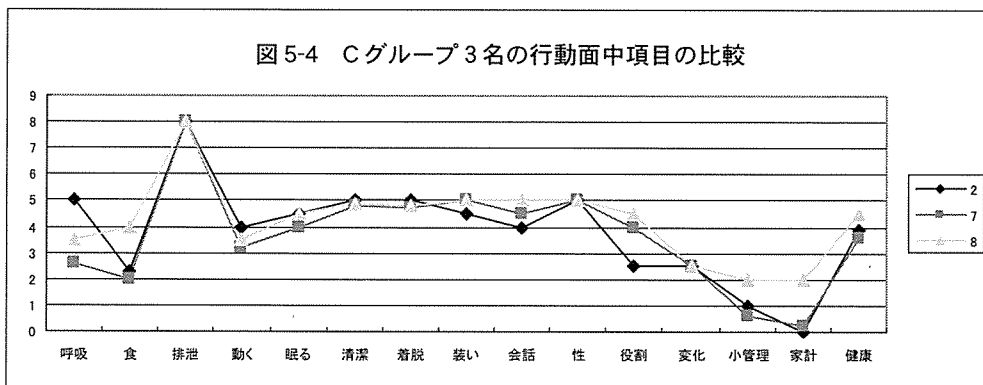
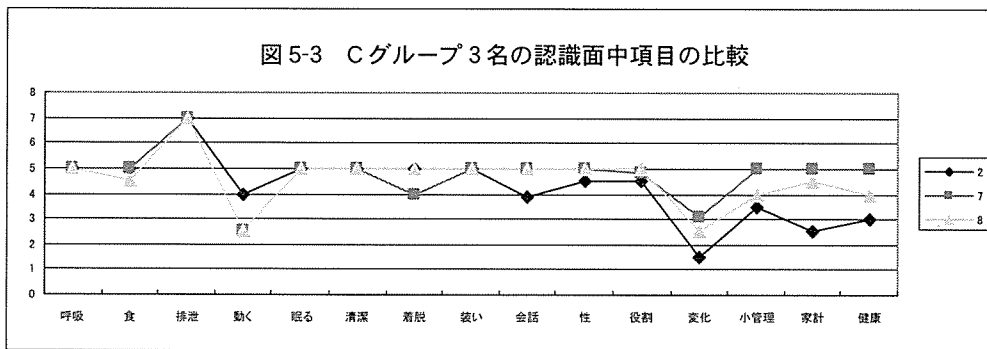
図5-2 CグループのKOMIチャート（行動面）



第1分野	第2分野	第3分野	合計
24.8 / 27	24.1 / 25	19.3 / 25	68.2 / 77

第1分野	第2分野	第3分野	合計
22.4 / 28	23.9 / 25	11.9 / 25	58.2 / 78

(グレー：何らかの支援あり)



## VI. 考察

### 1. 要支援高齢者の生命過程

KOMIレーダーチャートで示した16項目のうち、全体像とAグループは、起居動作と移動の自由について、物につかまって立位保持することやつかまって歩くといった何らかの支援を必要としていたことや、疼痛や違和感などの不快症状が時々みられる状況であった。主な要因は加齢による下肢筋力低下や骨関節の変形、疼痛などが考えられるが、支えがあれば自立で

きる状況であった。Bグループ、Cグループのように、KOMIチャートの黒マークが減少した場合のKOMIレーダーチャートは、気分・感情面、視覚、咀嚼などの尺度が低下していた。気分不安定や視覚機能低下、義歯や咀嚼機能の低下などは、いずれも加齢と密接な状況であるが、周囲の人には理解されにくい面があるため、高齢者を理解するための知識として十分心得て接する必要がある。

一方、いずれのグループにおいても、呼吸、

血圧、体温が示す呼吸器系、循環器系機能は維持されており、生命に直接かかわる機能は十分保たれていた。咀嚼機能が低下していたとはいえ消化器系機能はほぼ維持、また、下肢機能低下がみられたとはいえ上肢の自由は維持されていた。また、皮膚の状態、聴覚、知的活動も維持されていた。

## 2. 要支援高齢者の生活過程

全体的に行動面より認識面の方が維持されていた。このことは、KOMIチャートを用いた認知症高齢者を対象とした研究<sup>13)</sup>で示されている結果と比べ、逆の結果であり、むしろそれは当然と考えられた。初期の認知症高齢者では認識面が低下し行動面は維持された状況だったことに対し、要支援高齢者では行動面が低下し認識面が維持されていたからであった。しかし、両者ともに社会とのつながりやその人らしい生活の実現に影響する第3分野から低下する傾向があることは同じであった。

また、要支援高齢者の生活過程では、認識はあっても行動面の支援が増え、特に、こまごました小管理、金銭管理に対する支援が多くなっていたことがわかった。これらのことは、役割や責任をとまなうことであり、それらを実施しなくなったことで、自己有効感の低下につながるのではないかと考えられた。

また、対象者15名のうち、一人暮らしの後期高齢者は3名(女性)であったが、全員、Aグループであり認識面、行動面ともに生活過程は維持されていた。今後、益々一人暮らし高齢者が増加すると予測されているが、一人暮らし高齢者の生活機能から自立の要因を探り、介護予防に向けた具体的取り組みが重要であると考えられた。

在宅高齢者における生活機能に関する要因では、生活機能が後期高齢者まで高く維持される要因として、趣味・外出・運動・友人との会話・役割・忙しいなど<sup>14)</sup>や、高齢者の自立度変化に影響する因子として、簡単な掃除など身の回りの行動に対して自信が持てないという研

究<sup>15)</sup>があり、本研究においては、役割・趣味・小管理などを包含した社会とのつながりやその人らしい生活の実現に影響する分野への着目と対応が重要であると示唆された。

また、各グループの年齢をみると、黒マーク数が高かったAグループの平均年齢が最も高い結果となったため、要支援高齢者15名という限られた人数ではあったが、年齢のみで生活機能を安易に評価することはできないこと、社会とのつながりが生活機能へ及ぼす影響が大きいのではないかと考えられた。

## 3. 支援の方向性

- 1) 要支援高齢者が自立して行っている食事摂取、排泄、入浴、着脱、近隣の外出、コミュニケーション機能などの生活機能に着目し、機能低下させない工夫や、自立を支援する環境整備が必要である。
- 2) 自立支援に向けては、社会とのつながりやその人らしい生活の実現に影響する分野を低下させない働きかけや、意欲や気持ちを維持するためのメンタルサポートの工夫、きめ細やかな個別性のある支援が必要である。
- 3) 要支援高齢者の生活機能をKOMIチャートで類型化した3つのグループの支援については、まず、認識面行動面ともにできていることが多いAグループタイプには、本人の認識や行動を十分認めた上で、セルフケアとして評価し、セルフケアの継続を支持することが重要である。次に認識はあるが行動は低いBグループタイプには、行うことが可能な行動は見守り、手出しを急がずに、安全性に配慮しつつ、待つことが重要である。さらに、認識面行動面ともに低いCグループタイプには、楽しみや意欲への働きかけとして、まず関心を持っていることを理解するために、わずかな表情の変化も見逃さない観察や、生活歴や人生をもとに関心のよりどころを一緒に見つけていくことが重要であると考えられた。

## VII. 研究の限界と課題

本研究では、対象者が15名と少なく、一般化するためにはより多くの対象で検証する必要がある。また、KOMIチャートは観察した事実をもとにアセスメントを行うが、高齢者には長い人生があるため、人生や生活歴をも含めた検討の必要性や、生活機能を論じる別方式の展開との比較が必要であると考えられた。

## VIII. 謝辞

本研究を実施するにあたりご協力いただいた対象者並びにA市職員、ご指導いただいたナイチンゲール看護研究所研究員に深く感謝いたします。

尚、本研究は、財団法人大同生命厚生事業団平成18年度地域保健福祉研究助成を受け実施した研究の一部である。

## 引用文献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向 厚生指標, 53号, 36, 2007.
- 2) 前掲書 1), 233,
- 3) 前掲書 1), 233,
- 4) 前掲書 1), 233,
- 5) 長寿社会開発センター：介護支援専門員実務研修テキスト 改正介護保険法のポイント, 63, 2006.
- 6) 障害者福祉研究会：ICF 国際生活機能分類 国際障害分類改定版, 6-22, 中央法規出版, 2003.
- 7) 柴田博：高齢者のQuality of life (QOL) 日本公衆衛生誌, 43巻11号, 941-945, 1996.
- 8) 金井一薫：KOMI理論, 46-59, 現代社, 2004.
- 9) 金井一薫：KOMI記録システム, 33-41, 現代社, 2004.
- 10) 前掲書 8), 56,
- 11) 前掲書 9), 67,
- 12) 前掲書 9), 78,
- 13) 金井一薫：ケアプラン策定支援システム構築のための基礎的研究—KOMIチャートを用いた認知症スケールの開発とケアの方向軸—, 6-9, 日本社会事業大学社会事業研究所, 2001
- 14) 神宮純江, 江上裕子, 絹川直子, 佐野忍, 武井寛子：在宅高齢者における生活機能に関する要因 日本公衆衛生誌, 第50巻第2号, 92-103, 2003.
- 15) 藺牟田洋美, 安村誠司, 阿彦忠之, 深尾彰：自立及び準寝たきり高齢者の自立度の変化に影響する予測因子の解明 日本公衆衛生誌, 49巻6号, 483-493, 2002.

# The Examination of Function of Frail Elderly

— Using KOMI Chart —

KOHNO Yoshino

Key words : frail elderly, function, internal life activities, external life activities  
cognition and behavior