

# 閉じこもり予防・支援マニュアル (改訂版)

平成21年3月

「閉じこもり予防・支援マニュアル」分担研究班

研究班長  
福島県立医科大学医学部  
安村誠司

—目次—

1. はじめに	2
2. 閉じこもりとは	4
2. 1 閉じこもりと閉じこもり症候群	4
2. 2 閉じこもりの特徴	5
2. 3 閉じこもりの概念・定義、測定尺度	6
2. 4 閉じこもりの出現率	8
3. 閉じこもり予防・支援の重要性	10
3. 1 要支援・要介護、死亡のリスクとしての閉じこもり	10
3. 2 要支援・要介護リスク状態との関連	11
3. 3 閉じこもりの要因と予防・支援の考え方	12
3. 3. 1 閉じこもり予防・支援におけるアプローチ	12
3. 3. 2 生活空間から見た閉じこもり—その要因と予防—	12
3. 4 介護予防システムと閉じこもり予防・支援	13
4. 予防の観点から見た閉じこもり予防・支援の考え方	14
4. 1 一次予防としての閉じこもり予防	14
4. 1. 1 社会との交流が低下した状態としての「閉じこもり」	14
4. 1. 2 閉じこもり予防・支援としての社会との交流促進	15
4. 2 二次予防としての閉じこもり予防	17
4. 2. 1 対象者の把握	17
4. 2. 2 対象者の選定	17
4. 3 三次予防としての閉じこもり予防	17
5. 閉じこもり予防・支援の具体的取り組み	18
5. 1 地域支援事業を含めた取り組み	18
5. 2 各種プログラムの紹介	20
5. 2. 1 介護予防一般高齢者施策	20
1) 広報・健康学習プログラム（介護予防普及啓発事業）	20
2) 介護予防を推進する高齢者ボランティア（地域介護予防活動支援事業）	22
5. 2. 2 介護予防特定高齢者施策	26
1) 運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能の向上プログラムへの参加 （通所型介護予防事業）	26
2) 保健師等による訪問による支援（訪問型介護予防事業）	27
3) ライフレビュー（回想法）を用いた訪問プログラム（訪問型介護予防事業）	28
4) 訪問継続が必要な対象者への支援（訪問型介護予防事業）	31
5) 訪問による社会・環境要因のアセスメント（訪問型介護予防事業）	32
6. 閉じこもり予防・支援プログラムの評価	34
6. 1 県型保健所による対人保健サービス受給者での関与	34
6. 2 市町村による事業評価への関与	34
6. 3 閉じこもり予防・支援プログラムの評価の視点	36
7. 資料	43
8. 研究班名簿	48

## 1. はじめに

脳卒中(脳血管疾患)が死亡原因の第1位であった1980年代まで、その後遺症として寝たきりが多発していた。高齢化の急速な進展等を背景として、寝たきりの更なる増加が予想され、1990(平成2)年度から始まった「高齢者保健福祉推進十か年戦略」(ゴールドプラン)の中で、寝たきり予防対策である「寝たきりゼロ作戦」が国の健康政策の重要な1つとして掲げられた。翌年からの老人保健事業第三次計画の基本方針の中でも、寝たきり老人を大幅に減少させることが目標となった(厚生省大臣官房老人保健福祉局老人保健課, 1989)。寝たきり予防のための啓発活動の展開、減塩運動など食生活改善の推進、検診受診の勧奨、高血圧管理、リハビリテーションの普及など、さまざまな対策が実施された。「寝たきりゼロ作戦」開始以降に、寝たきりの発生率・有病率が低下したかどうかを検証した結果では、明確な変化は認められなかった(安村ら, 1999)。脳卒中の発症率の減少以上に、高齢化の進行の影響が大きく、寝たきりを含めた要介護高齢者は急増していった。

さて、国では、家庭や施設でできる寝たきり防止として「寝たきりゼロへの10か条」を1990年に作成した(表1)。特に注目すべき点は、すでにこの時点で第9条に「家庭(うち)でも社会(そと)でも よろこび見つけ みんなで防ごう 閉じこもり」と閉じこもりを採り上げている点である。しかし、残念ながら、国民への浸透はもちろん、行政関係者、専門家にも認知されず、10年以上が経過した。

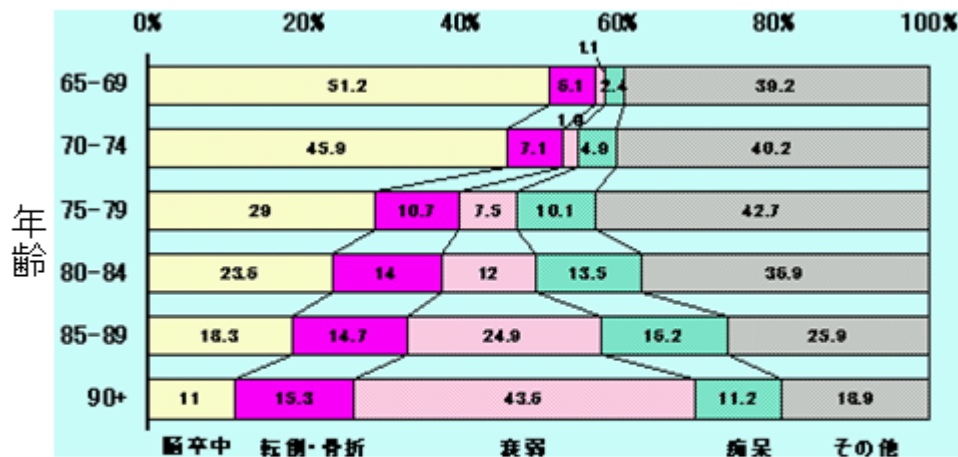
表1 寝たきりゼロへの10か条

第1条 脳卒中と骨折予防 寝たきりゼロへの第一歩
第2条 寝たきりは 寝かせきりから作られる 過度の安静 逆効果
第3条 リハビリは 早期開始が効果的 始めよう ベッドの上から訓練を
第4条 暮らしの中でのリハビリは 食事と排泄 着替えから
第5条 朝おきて 先ずは着替えて身だしなみ 寝・食分けて生活にメリとハリ
第6条 「手は出しすぎず 目は離さず」が介護の基本 自立の気持ちを大切に
第7条 ベッドから 移ろう移そう車椅子 行動広げる機器の活用
第8条 手すりつけ 段差をなくし住みやすく アイデア生かした住まいの改善
第9条 家庭(うち)でも社会(そと)でも よろこび見つけ みんなで防ごう 閉じこもり
第10条 進んで利用 機能訓練 デイ・サービス 寝たきりなくす 人の和 地域の輪

(1992. 厚生省 厚生白書(平成3年版))

寝たきりの原因としては、第1条にあるように、原因疾病としては脳卒中が大半を占めており、次に多い骨折が欧米と同様に増加すると予測されていた。しかし、適切なリハビリテーション(第3条、第4条)を実施することで、これら疾病になった人が必ずしも、寝たきりになるわけではなく、むしろ、大半は自立にまで回復することが知られていた。

また、年齢階級別に介護が必要になった原因を見ると、60代から70代までは脳卒中が圧倒的に多いが、より高齢になるほどその割合は低下する。また、転倒・骨折も年齢と共に増加し、90歳以上で脳卒中よりも多くなるが、脳卒中、転倒・骨折をあわせた身体的疾患の割合は加齢と共に低下している。一方、衰弱という、明らかな疾患が原因ではないと考えられる場合は高齢になるほど急増しているのがわかる。このことは何を意味するのであろうか。



資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2001年)

図1 介護が必要となった主な原因(年齢階級別)

高齢になるほど要介護になりやすいことは言うまでもないが、脳卒中や転倒・骨折という疾病が直接の原因で要介護状態になるのではなく、要介護状態の原因・背景要因として衰弱（心身の廃用状態）を想定する必要がある。従って、脳卒中予防対策や転倒・骨折予防教室のみでは、生活障害としての要介護状態に対して十分な効果は挙げられないことが予想される。

有効な対策が見出せない中で、要介護高齢者の増加に対応するために2000（平成12）年に介護保険制度が導入されることになった。また、要介護状態にならないことを目的とした「介護予防・生活支援事業（後に、介護予防・地域支え合い事業に改称）も同時に開始された。この事業では、補助事業として市町村が独自にさまざまな取り組みをしてきたが、残念ながら効果が実証できた事業はほとんどなかった（安村，2005）。

寝たきりの原因としての閉じこもり症候群の考え方は1980年代に竹内により提起された（竹内，1984）。閉じこもり症候群とは、生活の活動空間がほぼ家の中のみへと狭小化することで活動性が低下し、その結果、廃用症候群\*を発生させ、

\*コラム 廃用症候群

廃用症候群とは、「廃用（使わないこと）、すなわち不活発な生活や安静でおきる、全身のあらゆる器官・機能に生じる“心身機能の低下”である。

さらに心身両面の活動力を失っていく結果、寝たきりに進行するというプロセスを指したものである。この考え方は寝たきりの因果論として極めて正鵠を射ていたために、藺牟田らが1998年に在宅高齢者を対象とした研究を発表するまで実証研究はまったく行なわれなかった（藺牟田ら，1998）。介護予防の重要性が認識されるに至り、閉じこもりが改めて注目されるようになった。

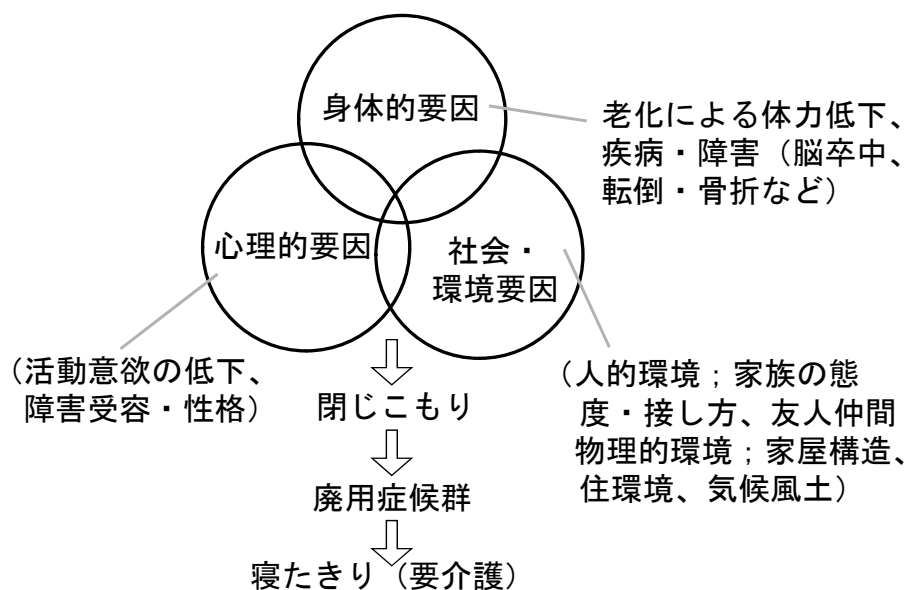
2006（平成18）年の介護保険法の改正に伴い、地域支援事業における介護予防のプログラムとして、閉じこもり予防・支援が取り上げられることになり、全国的に取り組みが行われることとなった。

## 2. 閉じこもりとは

### 2. 1 閉じこもりと閉じこもり症候群

寝たきりの原因としての閉じこもり症候群をもたらす要因には、身体的、心理的、社会・環境要因の3要因が挙げられており、相互に関連して発生してくると考えられている(図2)(竹内, 2001)。脳卒中で寝たきりになる場合を例にとると、脳卒中という疾病、つまり、身体的要因がまずある。それに、本人の回復への意欲の程度、つまり、心理的要因が関連して、リハビリテーションをどの程度しっかりやったか、発病前と同じように自分でできることは自分でしようとしたか、外出しようと頑張ったかなどが関連する。さらに、家族との人間関係が良好ではなく、近所の人との交流もない社会的な孤立の傾向があるのか、といった人的環境のほか、自宅の家屋構造がバリアフリーになっておらず、屋内の移動が危険なのか、などの物理的環境などさまざまな社会・環境要因が関連して閉じこもりは発生するのである。退院時には自立歩行、または、杖歩行であった高齢者が在宅で寝たきりになるのは、単に脳卒中になったからではなく、さまざまな要因が関連し、生活の不活発さにより、廃用症候群を生じ、結果的に、寝たきりになることがわかる。

寝たきり高齢者の寝たきりの原因(きっかけ)を聞くと、本人も家族も明確に回答できない場合が少なからずある。「冬、外は寒く、道が凍っていて滑ると危ない…」、「転びやすくなったので…」、「ちょっとかぜが長引いたので…」、「近所に友人もなく特に外出しなければならないことがない…」などさまざまな理由で外出は控え、自室で生活をしていったといったことで、気づいたら、寝たきりになっていた、という例である。脳卒中のような麻痺を伴うような疾病はなく、ほぼ自立した生活をしてきた高齢者でも何かのきっかけで家に閉じこもっていることにより、老化を背景として廃用症候群を来し、寝たきりなど要介護状態になっていくという事実を、寝たきりや要介護高齢者に関わっている専門家は体験的に知っている。



(竹内孝仁:閉じこもり、閉じこもり症候群。介護予防研修テキスト。社会保険研究所、東京、2001、128-140。一部加筆。)

## 図2 閉じこもりの要因と位置づけ

「閉じこもり症候群」という医学的診断病名と類似した表現が用いられていたが、最近では症候群を付けず、閉じこもり、と表記される場合がほとんどである。症候群という表現は疾病を連想させ、医学的対応を必要とするような印象を与える。閉じこもりという表現の方が家の中のみに活動範囲が限定しているという状態像を的確に表していると考えられる。閉じこもりの予防・支援が、医学モデル(疾病アプローチ)ではなく、生活全般へのアプローチ、つまり、社会モデルの考え方でなされるべきであることから、閉じこもりという呼称の方が、適当であると考えられる。

## 2. 2 閉じこもりの特徴

閉じこもり高齢者の特徴として、関連があると報告されたものを表2に示す。

表2 閉じこもり高齢者の要因・特徴

身体的要因	歩行能力の低下 <sup>1),2),3),6),11)</sup> IADL 障害 <sup>5),6),10),11)</sup> 認知機能の低下 <sup>2),6),9)</sup> 散歩・体操や運動をほとんどしない <sup>2),6),7)</sup> 日常生活自立度の低下 <sup>7),21),22)</sup> 下肢の痛み <sup>23)</sup> 体重や筋肉の減少感 <sup>23)</sup> 視力、聴力の低下 <sup>5), 10), 12), 17), 25)</sup> 生活体力の低下 <sup>13), 14), 15)</sup> 油脂類の摂取頻度が少ない <sup>1), 2)</sup> 生活習慣の不規則性 <sup>8)</sup> 健康生活習慣がない <sup>8)</sup> 転倒経験あり <sup>11)</sup> 咀嚼力の低下 <sup>17)</sup> 脳卒中の既往 <sup>17)</sup>
心理的要因	ADL に対する自己効力感の低さ <sup>5), 14), 15), 16)</sup> 主観的健康感の低さ <sup>3),5),10),17),23),25),26)</sup> うつ傾向 <sup>2),7),10)</sup> 生きがいがない <sup>6),11)</sup> 転倒不安による外出制限があること <sup>1), 2), 10)</sup> 主観的幸福感が低い <sup>18), 20), 24)</sup> QOL の低さ <sup>17)</sup>  (サンプルの代表性が確認されていない横断研究のみで得られた結果) 健康関連 QOL が低い <sup>3)</sup> 体力自己評価が低い <sup>26)</sup> 精神的健康度が低い <sup>13)</sup> 外出志向、生活創造志向、人生達成充足感、穏やかな高揚感などが低い <sup>27)</sup>
社会・環境要因	高齢であること <sup>2),6),12),25)</sup> 集団活動などへの不参加 <sup>2),6),11),17)</sup> 家庭内の役割が少ない <sup>6),17),19)</sup> 社会的役割の低さ <sup>6),22)</sup> 親しい友人がいない <sup>6),17)</sup> 老研式活動能力指標の低さ <sup>1), 13), 17), 26)</sup> 近隣との付き合いが少ない <sup>2), 17), 20)</sup> 友人・近隣・親族との交流が少ない <sup>11), 23)</sup> ソーシャル・ネットワークが小さい <sup>9)</sup> 日中過ごす場所が家中、あるいは自室のみ <sup>2)</sup> 低所得である <sup>12)</sup> 同居子がいること <sup>12)</sup> 社会的接触が少ない <sup>28)</sup> 居宅から 30 分以上の距離に住む友人が少ない <sup>19)</sup> 外出の援助などソーシャル・サポートが少ない <sup>9), 19)</sup> 同居家族との会話が少ない <sup>19)</sup> 畳の部屋での生活 <sup>14)</sup> 人口密度が低い地域 <sup>4)</sup>

※縦断研究により「予測因子」として解明されたものはゴシック体で記した。

縦断研究により閉じこもりの「予測因子」として解明された要因は、表2にゴシック体で記されているが、これらの要因以外に、表2には閉じこもりと関連があると報告されたものも含めて記載した。このような特徴を持つ高齢者は、閉じこもりの危険性が高いことを示している。したがって、これらの特徴を持つ高齢者に対して、早い段階から予防対策を講じることが重要である。

**\*コラム ADLに対する自己効力感**  
 問. あなたは、次の動作をするとき、どのくらい自信をもってできますか。

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 入浴する</li> <li>2. 家の周りを歩く</li> <li>3. 電話にすぐ対応する</li> <li>4. 服を着たり、脱いだりする</li> <li>5. 簡単な掃除をする</li> <li>6. 簡単な買い物をする</li> </ol>	<p>各項目について、「まったく自信がない」「あまり自信がない」「まあ自信がある」「大変自信がある」のいずれかで回答。それぞれに1点～4点を配点し、合計得点が高いほど自己効力感が高いとされる。</p>
---	--

**\*コラム 主観的健康感（健康度自己評価）**  
 問. あなたは、ふだんご自分で健康だと思いますか。

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 非常に健康だと思う</li> <li>2. まあ健康だと思う</li> <li>3. あまり健康ではないと思う</li> <li>4. 健康ではないと思う</li> </ol>	<p>4つの回答のうち、1あるいは2と回答した場合を「健康である」とし、3あるいは4と回答した場合を「健康ではない」と再分類する。</p>
--	---

### 2. 3 閉じこもりの概念・定義、測定尺度

閉じこもりの概念、定義はさまざまであり、現時点でも統一された定義はない。ヘルスアセスメントマニュアルでは、「1日のほとんどを家の中あるいはその周辺（庭先程度）で過ごし、日常生活行動範囲がきわめて縮小した状態」と定義されていた（新開, 2000）。また、「家の外から出られる状態であるにもかかわらず、家から外に出ない状況」であり、かつ、「社会的な関係性が失われている状態」との定義もある（鳩野ら, 1999）。一方、国内外の文献を参考に、外出頻度から「週1回も外出しない状態」を閉じこもりと定義が提示された（安村, 2003a, 2003b）。

**表3 「閉じこもり」スクリーニング尺度**

あなたは、どのくらいの回数で外出しますか？  
 （隣近所へ行く、買い物、通院などを含みます。）

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 週に1回以上は、外出する →よく行く場所を教えてください。 (よく行く場所: _____)</li> </ol>	<p>→ 非「閉じこもり」</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>2. 月に1～3回は、外出する →よく行く場所を教えてください。 (よく行く場所: _____)</li> </ol>	<p>→ 「閉じこもり」</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>3. ほとんど、または、全く外出しない</li> </ol>	<p>→ 「閉じこもり」</p>

(安村誠司, 他, 厚生労働省科学研究費補助金・長寿科学総合研究, 平成12～14年, P131～137)

閉じこもりを「生活空間」で定義して、測定尺度としては外出頻度を用いて、「週1回程度以下の外出」を閉じこもりのスクリーニング尺度（ふるいわけの基準）としている研究もある（新開, 2000）。

「週一回程度以下」では、その判断基準があいまいであり、評価する際や比較する際などに基準は明確であることが望ましいとの判断に立って、「週に1回以上は、外出する」と回答した場合に、非閉じこもり、「月に1～3回は、外出する」、または、「ほとんど、または、全く外出しない」と回答した場合に、閉じこもりと判定した研究結果等（表3）（安村, 2003a, 2003b）に基づき、基本チェックリスト（次ページ）でも、「週に1回以上は外出していますか」に対して、「0. はい 1. いいえ」が回答になった。

基本チェックリスト

No.	質問項目	回答	
		(いずれかに○をお付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長           cm        体重           kg (BMI=           )(注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると云われますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注) BMI(=体重(kg) ÷身長(m) ÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。



表4 外出頻度(認定審査項目)

外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 週1回以上 2. 月1回以上 3. 月1回未満

項目の定義

自宅外へ外出する頻度を評価する項目である。

調査上の留意点

一定期間(調査日より過去1か月)の状況を総合的に勘案し、1回30分以上の外出の頻度で判断する。自宅内の屋外(例えば、庭を歩くなど)は含まない。外出の目的や、同行者の有無等は問わない。車などで外出しても、外出先で自分で移動する場合は含む。

補足説明 週によって外出頻度が異なる場合、過去1か月の合計外出頻度を4で割った数とする。

選択肢の判断基準

1. 週1回以上;週1回以上、外出している場合をいう。
2. 月1回以上;月1回から3回、外出している場合をいう。
3. 月1回未満;月1回未満の頻度で外出している場合をいう。

また、2006(平成18)年度の介護保険法の改正に伴い、新たな認定審査項目として追加された「外出頻度」(表4)においても同様の基準が用いられており、週1回以上であるか否かで閉じこもりを評価する。同様に、生活機能評価へ導入される基本チェックリスト項目としての閉じこもりのスクリーニング尺度も、外出の頻度が「週1回以上/未満」で評価されることになった。

いずれにせよ、介護予防の対象者としての閉じこもり高齢者を簡便に把握するために、外出頻度でスクリーニングする。外出はしているが、その頻度が少ない場合には、表3のように、外出場所を聞くことにより、どのような場所が外出先になっており、今後、外出機会の増加に向けた支援の際の参考にすることが望ましい。また、現在は、外出頻度からは閉じこもりとは判定されなかったとしても、昨年と比べて外出頻度が減少しているような場合(基本チェックリスト)は、閉じこもりになる可能性がある対象として、その理由、原因に関して注意を払う必要がある。

## 2. 4 閉じこもりの出現率

閉じこもりに関して地域代表性のある対象者を厳密に選定して実施された調査が現在でも少なく、閉じこもりの出現率(頻度)についてはばらつきがある(表5)。この表における出現率は、地域支援事業における介護予防事業の導入前の調査におけるものであり、外出頻度が「週1回以上か、否か」、または、「週に1回程度か、それ以下か」の設問のみで計算されており、「特定高齢者として閉じこもり予防・支援」の対象としての「閉じこもり」の頻度ではない。この出現率では、65歳以上の高齢者全体を対象とした場合には、10%~15%程度と考えられ、年齢が高くなるほど閉じこもり者が多くなるため、75歳以上の後期高齢者における頻度は、20%を超えると考えられている。従って、高齢化が進行し、特に後期高齢者が多い地域においては閉じこもりの出現率(頻度)は高くなる。一方、性別については、女性のほうが閉じこもりの頻度が高いという報告もあるが、差がないという報告も多く、また、最近の報告では、女性における出現率の方が低いという報告もあり、性差に関しては確定的なことは言えない。

また、閉じこもりの出現率(頻度)には、地域差があるのではないかと考えられるが、地域代表性のある対象者に同一の調査票による調査結果の報告が限られており、実態は不明である。冬に寒く、雪の多い、北海道・東北・北陸・山陰などと、冬も温暖で一年中外出がしやすいと考えられる沖縄県などとは閉じこもり出現率(頻度)が著しく異なるのではないかと考えるのが普通であろう。しかし、研究報告からは大きな違いは認めていない。都市部と農村部とで異なるのではないかと考えられるが、都市部における報告は少なく、今後の課題である。閉じこもりの発生要因である社会・環境要因、特に、自然環境のみが、大きな決定因子になっているのではないこ

とが推察され、地域特性に応じた閉じこもり発生要因を解明することが大切である。

表5 閉じこもり高齢者\*の出現率

地 域	対象者数			発症率(%)			調査年	報告者
	年齢	男性	女性	男性	女性	検定		
宮城県旧三本木町	75歳↑	189	318	20.1	22.0	ns	2000	芳賀 博、他
山形県寒河江市	65歳↑	77	122	16.1	-	-	2000	阿彦忠之、他
兵庫県旧五色町	65歳↑	313	419	14.4	26.0	p<0.01	2000	渡辺美鈴、他 <sup>IX</sup>
宮城県旧三本木町	75歳↑	196	351	18.9	20.2	ns	2001	芳賀 博、他
福島県須賀川市	70歳↑	177	302	13.0	21.5	p<0.05	2001	安村誠司、他
沖縄県今帰仁村	70歳↑	254	427	20.5	19.8	ns	2002	安村誠司、他
全国無作為抽出	65歳↑	3000		15.9	-	-	2002	内閣府 <sup>XI</sup>
福島県福島市	65歳↑	1334		13.6	-	-	2003	高戸仁郎、他
新潟県与板町	65歳↑	612	930	10.3	-	-	2004	藤田幸司、他 <sup>III</sup>
東京都荒川区	65歳↑	1589	2003	9.6	6.8	p<0.01	2006	山崎幸子、他 <sup>IX</sup>

\*：閉じこもりの定義は必ずしも、同一ではない。

(安村誠司、他：厚生労働省科学研究費補助金・長寿科学総合研究、平成12～14年、他、文献9、10、11)

### 3. 閉じこもり予防・支援の重要性

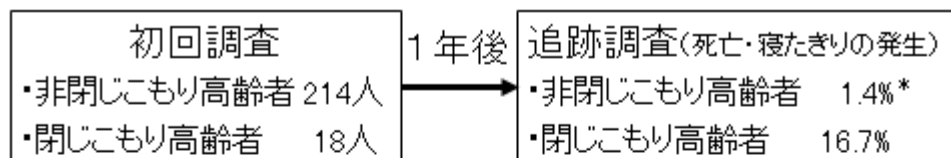
#### 3. 1 要支援・要介護、死亡のリスクとしての閉じこもり

閉じこもりはなぜ予防・支援が必要なのであろうか。加齢とともに、下記のような経過をたどる危険性が誰にでもある。つまり、寝たきり（要介護状態）や死亡のリスク（危険状態）だからである。

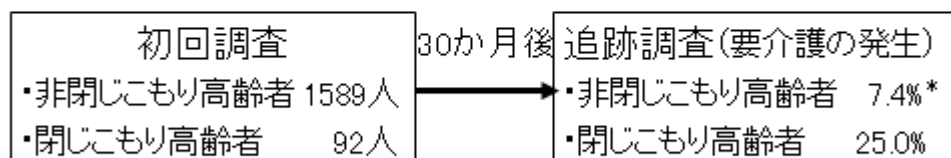
非閉じこもり → 閉じこもり → 要支援・要介護、死亡

閉じこもり高齢者を追跡調査した研究は少ないが、地域の在宅高齢者の1年後の転帰を調査した結果では、非閉じこもりからの死亡・寝たきりの発生は1.4%であったのに対し、閉じこもりからの発生は16.7%と有意に多くなっていた（図3上段）。また、在宅の高齢者を30か月追跡した調査では、要介護の発生は、非閉じこもりからは7.4%、閉じこもりからは25.0%と閉じこもりからの発生が有意に多くなっていた（図3下段）。

一方、特別な介入を行ったわけではないのに、16.7%の閉じこもり者は自立へと改善が見られたとの報告がある（藺牟田、1998）。閉じこもりは、要支援・要介護、死亡のハイリスクと位置づけることができるが、必ずしも悪化していくばかりではなく、改善の望める可変的な状態であると考えることができる。つまり、積極的な支援を行うことで非閉じこもりへと改善する可能性を高くすることができる状態像と位置づけられる。



\*:  $p < 0.01$  (藺牟田洋美, 他. 日本公衆衛生雑誌, 43:883-892, 1998)



\*:  $p < 0.01$  (渡辺美鈴, 他. 日本老年医学雑誌, 42:99-105, 2005)

図3. 「閉じこもり」・非「閉じこもり」の転帰

ところで、「閉じこもりはその人の生活スタイルであって、家の中にいて、外出しないことはいけないことなのか？」という疑問も生じる。確かに、例えば家業が自営業で、その店番をしている高齢者は外出をする必要がほとんどなく、ほぼ1日中自宅内にいることになる。お客さんばかりでなく、近所の友人・知人が訪れてくる、この場合、「閉じこもり」と判断し、外出を促す必要があるのか、という点である。確かに、家業の手伝いという役割を持ち、さらに、知人・友人との交流も行われていると考えられる。このような場合に、この対象者を閉じこもりと判定して、外出支援を行う必要性は極めて低い、または、ほとんどないと言って良い。ただ、自宅内での生活のみの場合、運動量（活動量）が低下し、体力が低下する可能性があり、結果的に体力の衰えから、要支援・要介護のハイリスク者になることがあるので、体力の維持・向上に気を配ることの重要性を理解しているかどうかを確認するだけで十分である。この場合以外にも、文筆業、画家など自宅が仕事場であって、仕事上は外出する必要がなく、また、電話、インターネット等を活用することで人との交流を行うことは可能である。このような場合にも、体力の問題を除けば、特に支援が必要な対象ではないであろう。「閉じこもり」すべてが予防・支援の対象という訳ではない。ただ、閉じこもりという状態が、要支援・要介護や死亡のリスクであることを高齢者自身や家族のみならず、地域全体が理解しておくことが求められる。その上で、閉じこもりと判断した対象者の特徴、状態を適切に把握し、支援の有無を決めることが大切である。

### 3. 2 要支援・要介護リスク状態との関連

閉じこもりは、多くの要因が関与して発生することは前述の通りであるが、閉じこもり高齢者はさまざまな要支援・要介護のハイリスク状態を併存している場合が多い(図4)。平成18年度の栃木県大田原市の後期高齢者で基本チェックリストが配布された5692人のうち、5504人から基本チェックリスト(96.7%)が回収された。うち、基本チェックリスト16「週に1回以上の外出」をしていないのは、全体の24.4%であった。特定高齢者の候補者は、全体の15.6%(859人)であり、閉じこもりと、後述する「運動器の機能向上」、または、「認知症予防・支援」のいずれかを合併しているのが288人(33.5%)、「栄養改善」、「口腔器の機能向上」、または、「うつ予防・支援」のいずれかを合併しているのが35人(4.2%)と約4割は要支援・要介護リスク状態を重複して合併していた。

#### ・認知症と閉じこもり

社会活動が不活発であることが認知症の発症リスクを上げると考えられていることから、閉じこもりは認知症の発症のリスクとなっている可能性がある。一方、認知症では徘徊が見られる場合も少なくないが、精神活動が不活発になり、非活動的で、家に閉じこもっている場合も多く認められる。また、認知症の疑いがある場合など、行方不明にならないように外出をできるだけしないように家族がしいることもある。

#### ・うつと閉じこもり

うつであると外出を好まず、活動が不活発になり、日中ほとんど自宅から外出しない閉じこもり傾向になることが多いと考えられる。これは、うつ状態であるから、閉じこもりになる、つまり、うつ状態が閉じこもりの発生要因と考えられる場合である。逆に、閉じこもり状態が長くなることで、人との交流が減り、会話も少なくなり、気分的にも落ち込んだ気分になっていき、うつ傾向になっていくこともあると考えられる。このように、閉じこもりとうつ状態の関係はどちらが原因で、どちらが結果というような一方向の関係ではなく、相互に関連した関係であるといえる(図4)。

#### ・運動器の機能低下、低栄養、口腔機能の低下と閉じこもり

このような合併をしている高齢者も多数いる。閉じこもりが他の要支援・要介護のハイリスク状態の原因となっている可能性がある。一方、例えば、低栄養状態であるために体力がなく、外出する意欲も低下して、閉じこもりになっているという場合もあろう。このように、さまざまな要介護のハイリスク状態の結果、閉じこもりである場合もある。

いずれにしても、閉じこもりは、さまざまな要介護のハイリスク状態とも密接な関係を持っており、閉じこもりと他の要支援・要介護のハイリスク状態とは、因果関係というより相互に関連した状態であると考えられる。

このことは閉じこもりであることが、要支援・要介護や死亡のハイリスクであることを説明している。

このように、閉じこもりの予防・支援を考える際には、閉じこもりのみを対象にするのではなく、閉じこもりとその他の要支援・要介護状態の合併者を「介護予防事業」の対象者としてとらえる必要がある。

限られたスタッフ、予算で効率的な事業実施を考えると、それぞれの要介護リスクに対応したプログラムを単独で実施するのではなく、複数に対応したプログラムでの事業実施が有効である。

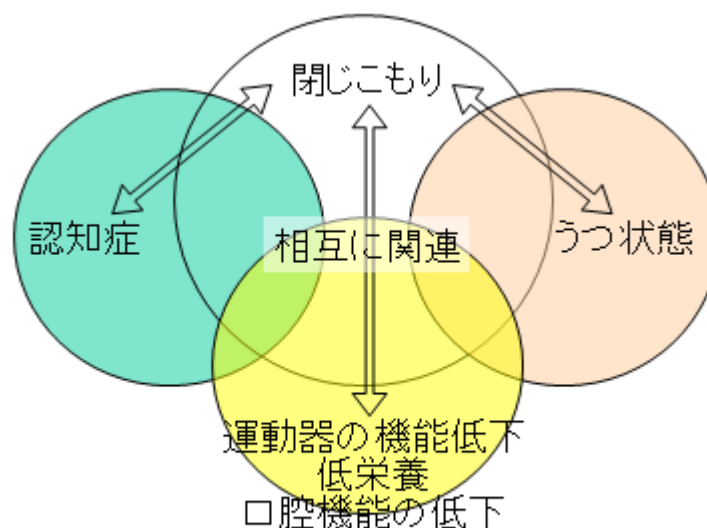


図4. 閉じこもりと他の状態との関連モデル

### 3. 3 閉じこもりの要因と予防・支援の考え方

#### 3. 3. 1 閉じこもり予防・支援におけるアプローチ

閉じこもり予防・支援では、その発生要因を考えて、その方策を考えることが重要である。発生要因として身体的・精神的要因が主である場合と心理・社会的要因が主である場合など要因の関与の程度がさまざまである。

前者は「心身の障害があって、『外出が困難、あるいはできない』」閉じこもりであり、死亡のリスクともなっているとの報告もある（新開, 2005）。一方、後者は「心身の障害はないか、あっても軽度なものであるにもかかわらず『外出しようとしめない』、または『外出できない』、」閉じこもりで、活動能力（歩行能力、ADL、IADL、認知機能）の低下を促進するとの報告（新開, 2005）があり、地域支援事業の対象になるのは、おもに、こちらと考えてよいであろう。いずれにせよ、閉じこもり予防・支援においては、要因別の予防・支援ではなく、閉じこもり高齢者の抱えている問題を多面的に捉え、総合的に対応する方策を考える。

\*コラム ADL, IADL

ADL (Activities of Daily Living)とは、日常生活動作（能力）であり、歩行、食事、排泄、着脱衣、入浴などを一人でできるかどうかを評価するもので、おもに、身体的自立の程度を測定している。IADL (Instrumental Activities of Daily Living)は手段的自立のことであり、日用品の買い物、食事の支度、家事など在宅で独立して生活するうえで必要な能力を評価している。

#### 3. 3. 2 生活空間から見た閉じこもり—その要因と予防—

##### 1) 閉じこもりから寝たきり（要介護）への要因

老年期においては、老化に伴いさまざまな変化が起こるが、その中でも4つの喪失が良く知られている（長谷川, 1975）。正常老化による身体能力や機能の低下は避けがたいとしても、「心身の健康」の喪失というほど健康を損なっている高齢者が多数存在するわけではない。

\*コラム 老年期における4つの喪失<sup>16)</sup>

- |            |          |
|------------|----------|
| 1. 心身の健康   | 2. 経済的基盤 |
| 3. 社会的つながり | 4. 生きる目的 |

WHO(世界保健機関)による「高齢者の健康は、生死や疾病の有無ではなく、生活機能の自立の程度で判断すべきである。」という高齢者の健康の考え方（WHO, 1984）に従えば、在宅高齢者の大多数は身体的に自立しており、むしろ「健康」と言える。このように、「老年期における4つの喪失」をすべての高齢者が必ずしも経験するとは限らない。「老年期は喪失期ではない。…むしろ、挑戦期とよんでもよい時期ではないだろうか。」と井上は述べている（井上, 1993）。高齢者が必ず喪失体験を持っていると判断することは早計である。ただし、大なり小なり喪失を体験していくのが老化のプロセスであるということを理解しておく必要はある。

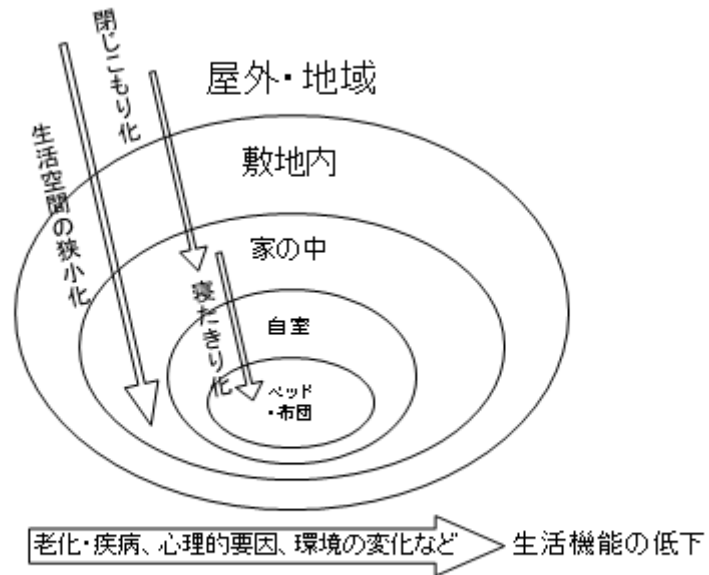


図5. 生活空間から見た閉じこもり—その要因—

閉じこもりの定義からもわかるように、閉じこもりは何らかの理由で外出をほとんどせずに、おもに自宅内のみを生活空間としている状態である。つまり、生活空間が自宅内だけに狭小化してしまった状態と考えることができる（図5）。閉じこもり化を経て、さらに、生活空間が狭小化する過程が寝たきり化であり、寝たきりは生活空間という視点から見れば、生活の場が布団・ベッド上だけに限局した状態と言える。

ほとんどの高齢者は閉じこもりになる前は、自宅の外、つまり、近隣・地域へは日常的に外出し、地域社会の中で活動している。老化に伴い、さまざまな原因で外出頻度が少なくなり、生活空間が屋外・地域から自宅内（敷地内を含む）へと狭くなっていく。なぜ、ある対象者の外出頻度が少なくなったのか、4つの喪失の視点から高齢者の特徴を把握することは、閉じこもりの改善方策を考える上で有効である。

## 2) 自己効力感を高めて、活動範囲（生活空間）を広げる予防の考え方

閉じこもり予防・支援を生活空間（活動範囲）の視点から考えてみよう。生活空間（活動範囲）を広げるためには、歩行する能力としての体力の増加や歩行を含めたさまざまな日常動作に対する自信とも言える自己効力感\*の向上が求められる。先行研究によれば、自己効力感が低いことが虚弱や閉じこもりの要因になっていた（藺牟田ら、2002）。また、体力には問題なくとも、外出する目的や意欲がなければ、外出にはつながらない。

体力を向上させ、自己効力感を高めるとともに、外出に結びつくようなサービスや事業、イベント等があることが望まれる。参加してみたいと思えるような魅力的な企画があるかどうか、閉じこもり高齢者が外出する機会を増やせるかどうかの鍵である。

より積極的な閉じこもり予防・支援としては、閉じこもりではない時から、外出できるだけの体力を維持しておくために、体力づくり、健康づくりに取り組む必要がある。また、体力はあっても、屋外、地域で、やるべきことがない状態では、日中の生活空間が屋外になることは難しい。家庭における役割としての買い物などのほか、地域社会における何らかの役割があることが望ましい。少なくとも閉じこもりではない時に地域社会における役割（例えば、老人会の役員など）を持ち続けることが重要である。社会における役割が生ずることで、外出の必要性は高まり、必然的に、外出頻度は増加する。また、役割が発生することで、自己効力感が高まり、日々の生活に対して積極的に対応していこうという姿勢が生まれる。

\*コラム 自己効力感（セルフ・エフィカシー）  
自己効力感とは、風呂に入る、電話にすぐ対応するなど日常の行動について、どの程度自信を持ってできるかなど心理的側面を評価する指標である。特に、その行動がうまくいくための自分の能力に対する信念を自己効力感という。

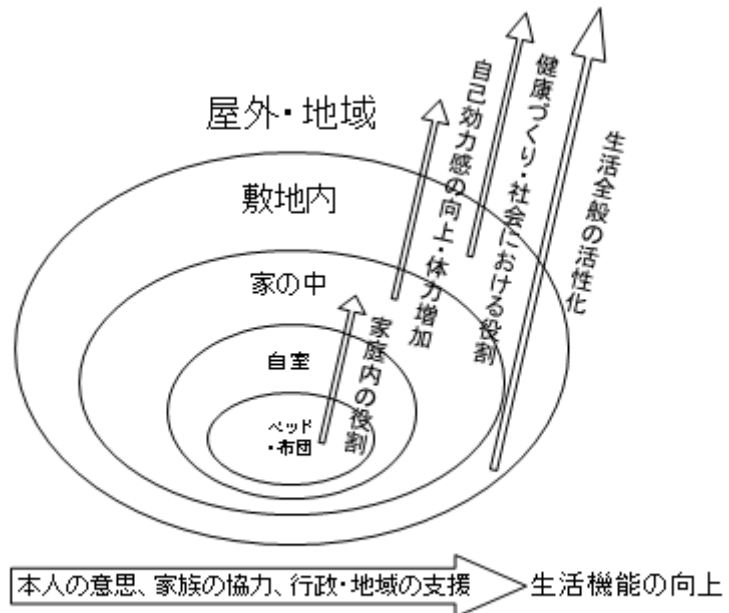


図6. 生活空間から見た閉じこもりーその予防ー

外出頻度自体の増加が目的ではなく、屋外、社会における役割を担う結果として、外出頻度が増加することになるのが良い。外出頻度を増加させるのではなく、高齢者の生活全般が活性化することが本来の目的である。

## 3. 4 介護予防システムと閉じこもり予防・支援

上述のように、閉じこもりは、他の要支援・要介護のハイリスク状態と極めて密接な関連を持っていることから、閉じこもりを解消することのみを目的とした単独の事業として実施することは、多種多様な特性を持っている閉じこもり対象者に対する事業としては適切とはいえない。また、効率的ではないと考える。他の地域支援事業や予防給付などとの協力・連携が必須であり、そのことが、閉じこもり予防・支援の成果を挙げることにもつながり、さらに、要介護者の減少に寄与するものと考えられる。介護予防システム全体の中での閉じこもり予防・支援は他のハイリスク状態と関連している点で、システムの成否の鍵を握っていると言える。

#### 4. 予防の観点から見た閉じこもり予防・支援の考え方

閉じこもり予防・支援の位置づけを一次予防、二次予防、三次予防という視点で整理する。

- ・一次予防は「非閉じこもりを閉じこもりにしない」予防対策である。また、より活動的な生活になるように支援することも含まれる。
- ・二次予防は、閉じこもり高齢者のみを「早期に発見し、早期に対応する」のみではなく、「閉じこもり傾向にある高齢者や閉じこもりになるリスクの高い高齢者（いわゆる、閉じこもり予備群）」も対象に含めている。
- ・三次予防は、閉じこもりを対象とし、廃用症候群を来したり、寝たきり化したりすることがないようにすることである。

他の地域支援事業と同様に、閉じこもり予防・支援においても、閉じこもりを作らないという一次予防がもっとも重要であることは言うまでもない。

##### 4. 1 一次予防としての閉じこもり予防・支援

##### 4. 1. 1 社会との交流が低下した状態としての「閉じこもり」

人間の活動能力には、低次から高次の活動までが含まれるものであるが、Lawton(1972)は、活動能力を概念的に①生命の維持 ②機能的健康度 ③知覚-認知 ④身体的自立 ⑤手段的自立 ⑥状況対応 ⑦社会的役割の7つに体系化している（図7）。概念図の左から右へ、また、下から上へ移るに従って、より高次で、より複雑な能力を表している。「生命維持」から「社会的役割」にいたる各レベルに配置された活動は、そのレベルに含まれる活動の例示である。

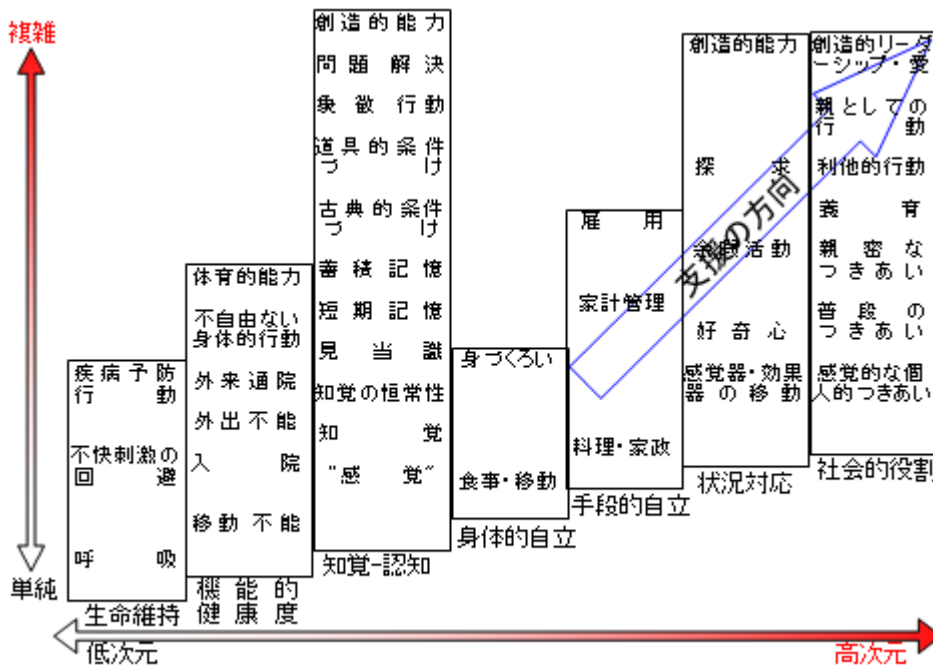


図7 能力の諸段階(Lawton,1972) (柴田 博,他, 社会老年学, 21, 1984)

身づくり、食事・移動などの日常生活動作能力は「身体的自立」に相当する。これは人が他からの援助なしに生活する上で最低限必要な能力である。活動能力は、人間の成長に伴い「手段的自立」→「状況対応」→「社会的役割」へと発展・拡大するとされている。一方で、老化にともなう活動能力の低下は、「社会的役割」→「状況対応」→「手段的自立」→「身体的自立」の順に推移するとされ

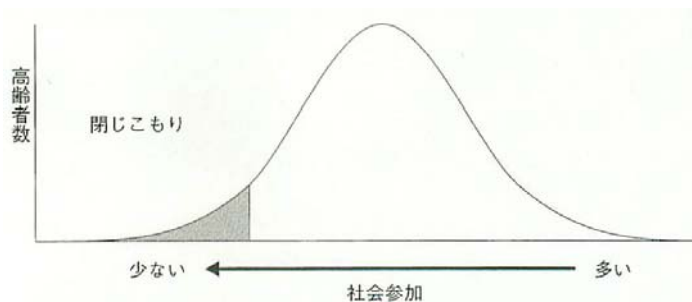


図8 社会との交流頻度の分布

ている。図7に見る右から左への活動能力の低下が意味するものは、人々の生活空間が徐々に狭まってくることであり、社会との交流が少なくなってくることもある。

閉じこもりは「週1回未満の外出しかなしい状態」とされるが、これを、「社会との交流頻度が極端に低下した状態」と見ることもできる（図8）。「閉じこもり」による生活空間や社会との交流（つきあい）の狭小化は、同時に高齢者の生活の質（QOL）の低下をも意味している。

#### 4. 1. 2 閉じこもり予防・支援としての社会との交流促進

##### 1) 社会的交流と死亡率およびADLの障害

高齢者の社会参加および社会活動性が健康度に影響することはよく知られている。図9は、東京都K市での70歳老人422名の10年間の追跡調査に基づいて、初回調査時の社会活動性（役割、友人を訪問、趣味、老人クラブ、手紙・電話の頻度などの合計得点で評価）の程度別に死亡率の比較を行ったものである（東京都老人総合研究所，1988）。男女とも社会活動性の得点が「低い」群からの死亡率は最も高く、社会活動性の得点が「普通」、「高い」となるに従って死亡率が低下していく様子が見て取れる。

図10は、同じくK市の調査で初回調査時に5項目の日常生活動作ADL（歩行、食事、入浴、衣服の着脱、排泄）が全て「自立」していた320名を対象として、初回調査時の社会活動性得点別に10年後のADL低下者の割合を比較したものである（東京都老人総合研究所，1988）。ここでは5項目のADLのうち、1項目でも何らかの支援を要する状態に移行した場合を「低下」と判断している。男女とも社会活動性の得点区分が「低い」→「普通」→「高い」と上がるにつれて10年後のADLに手助けを必要とする者は段階的に少なくなることを示している。

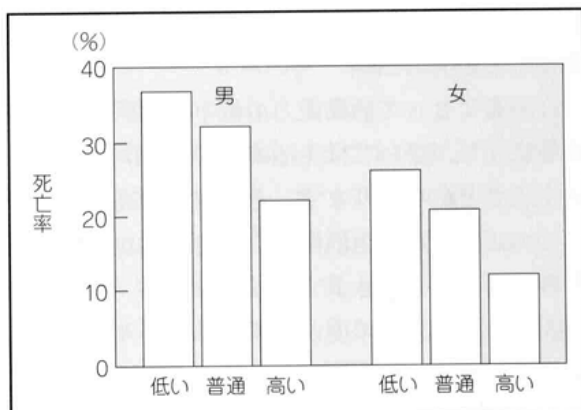


図9 社会活動性と死亡率（東京都K市）  
（文献<sup>25)</sup>より作成）

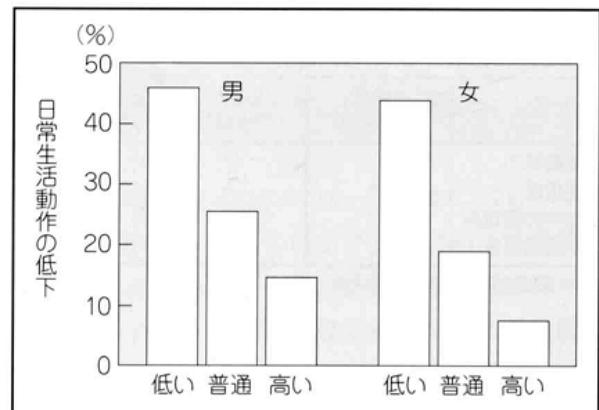


図10 社会活動性と日常生活動作の低下  
（東京都K市）（文献<sup>25)</sup>より作成）

##### 2) 社会的交流と主観的なQOL

図11は、社会的な交流の程度（社会的生活習慣）と健康感、精神的健康感（うつ）の尺度による、生活満足度との関連を示している。仕事、近所づきあい、地域行事への参加、環境美化活動への参加、趣味や娯楽の活動、老人クラブ、ボランティア活動、地域の世話役を引きうける、の8項目について、そのかわりの程度別に主観的QOL項目の平均値を示したものである。社会との交流が増すほど、健康感や生活への満足度が高くなり、精神面のうつの傾向は少なくなることが示されている。

すなわち、これらの成績（図8～11）は、高齢者の社会参加や社会との交流が、長生きや身体的自立を保ち、さらにはまた、主観的QOLを高めることにも強く関連することを示している。したがって、成人期までに拡大した地域社会との交流をできるだけ維持するような方策を講ずることは、高齢者の健康や生きがいになるだけでなく、閉じこもり予防・支援にもつながることは明らかである。これまでは、虚弱高齢者を対象とした二次予防としての閉じこもり予防・支援が取り上げられる傾向にあったが、いわゆる元気高齢者に対するサクセスフル・エイジングを目指した一次予防に力点を置いた積極的な閉じこもり予防・支援の推進が重要であると言える。



### 3) 閉じこもり予防における地域づくり、環境づくりの重要性

図7に示した Lawton の理論によれば、人間の活動能力（生活機能）の低下は「社会的役割」→「状況対応」→「手段的自立」の順に起きるというものであった。地域の元気高齢者に対する閉じこもり予防策はいかにしてくい止めるかにかかっている。生活空間の狭小をくい止めるためには、高齢者本人の努力だけではなし得ない。公的機関や地域の組織・団体さらには地域住民をも含めた地域全体での支援体制・環境づくりが重要となってくる。

「社会的役割」の中では、有償労働としての仕事 が最も大きな役割といえるが、定年退職を契機として仕事からの引退を余儀なくされ、外出の機会も少なくなりやすい。定年退職後も健康維持や生きがいづくりのために働きたいと思っている人は多い。しかし、多くの場合高齢者の雇用の機会は限られている。シルバー人材センターは、高齢者に対して地域社会に根ざした仕事を提供することを目的として設立されたものであるが、その存在は意外と知られていない。地域の人々への広報活動を充実させるとともに、シルバー人材センターで扱う仕事のメニューも増やす必要がある。

社会貢献としてのボランティア活動も「社会的役割」に含まれる。「国民生活選好度調査」（内閣府；2000年）によれば、60歳代前半ではその7割強がボランティア活動に参加してみたいと答えている。高齢者の視点に立った、ボランティア活動や地域活動のための「場」の見直しや創出が求められているといえよう。高齢者の社会貢献活動を地域全体で支援していく体制づくりが必要である。地域で展開されている介護予防事業の推進に関わる高齢ボランティアの養成も支援体制づくりの一環として期待が高まっている。地域関係の希薄化が進む中で、これらの保健福祉活動はコミュニティのネットワークの再生にもつながる。

「状況対応」とは、創造的能力や知的な活動性のことである。この中には、趣味やサークル活動、学習活動等が含まれる。これらの活動は、健康教育の一環としてその機会が提供される場合もあるが、むしろ、生涯学習や社会教育の一環として市民センターや公民館、老人福祉センターなどにおいて展開されている。その意味では、行政における保健福祉部門の担当者は生涯学習や社会教育部門との連携を密にすることが大切である。

また、体力の弱った高齢者のためには移送手段の確保も大切である。移送ボランティア等にその役割を期待することも一案である。可能であれば、自宅から歩いていける範囲の小学校や集会所などに学習やサークル活動の拠点を設ける工夫も必要である。

「手段的自立」は、在宅で一人でも生活を維持し得る能力を表している。この活動には家庭内の役割としての食事の支度や買い物などの家事的活動、預貯金の出し入れ（管理）や外来通院等の動作が含まれる。これらの役割や活動に高齢者自身が主体的に関わることは、社会参加を促し、閉じこもりを解消することにもつながる。高齢者がいる世帯の約半数は、若い世代との同居（「国民生活基礎調査」厚生労働省大臣官房統計情報部；2001年）であるが、高齢者を敬うあまり家族が高齢者の役割を奪ってしまうことになっていないであろうか。家族内での役割を見直すことも必要である。家事的役割は、高齢者も含めて家族全員で分担すべきものとの風潮を作っていくことが大切であろう。

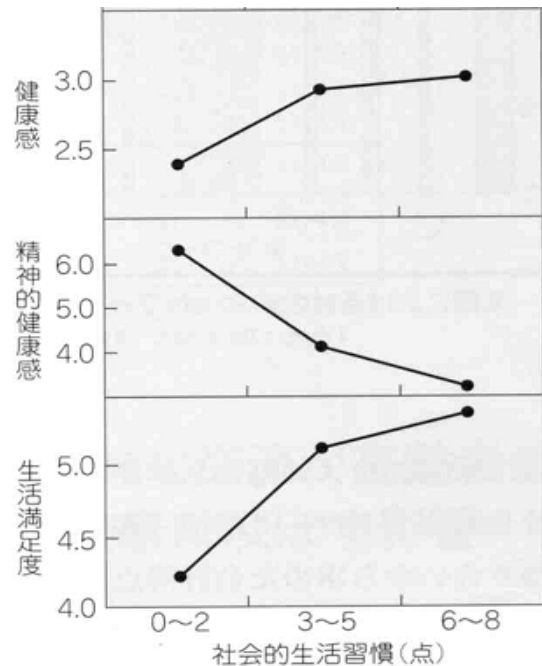


図 11 社会的生活習慣の得点別にみた健康指標の平均得点（沖縄県N市、女性<sup>41)</sup>）

#### 4. 2 二次予防としての閉じこもり予防

##### 4. 2. 1 対象者の把握

閉じこもりの「早期発見・早期対応」の第一歩としては、基本チェックリストによりスクリーニングを行い、対象者を把握することが必須である。また、かかりつけ医師、児童民生委員や食生活改善推進員、また、家族などからの情報収集が有効である。ただ、個人情報保護の視点から、その情報の提供が本人の同意に基づくものなのか、秘密保持が守られなければいけないものであるのかの検討が必要であり、取り扱いには十分に注意を要する。さまざまな情報源を活用し、より早く閉じこもり傾向のある人を見つける工夫が必要である。

##### 4. 2. 2 対象者の選定

閉じこもり高齢者の特徴として、特に予測因子として報告されたもののみを列挙した（表6）。

ここで特徴に取り上げられなかった項目が「閉じこもり」に関係がないということの意味している訳ではない。そのような項目が調査項目に採択されていなかったために、関連があるという結果になっていない可能性もある。いずれにしても、少なくともこのような要因を抱えている高齢者たちは「閉じこもり」の危険性が高い集団として早い段階での予防対策を講じることが重要である。

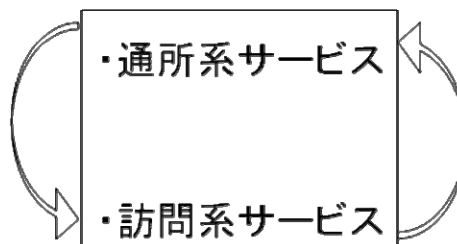
表6 閉じこもり高齢者の要因

身体的要因	歩行能力の低下 IADL障害 認知機能の低下 散歩・体操や運動をほとんどしない 日常生活自立度が低下 視力・聴力の低下 下肢の痛み
心理的要因	ADLに対する自己効力感の低さ 主観的健康感の低さ うつ傾向 生きがいがない
社会・環境要因	高齢であること 集団活動などへの不参加 家庭内での役割が少ない 社会的役割の低さ 親しい友人などがいない

##### 4. 3 三次予防としての閉じこもり予防

閉じこもり高齢者が「要介護化」することを予防することが閉じこもりの三次予防である。閉じこもりと判断された特定高齢者に対しては、最初は、通所系サービスへのお誘いをする。通り一遍のお誘いには応じないのが閉じこもり高齢者の特徴でもある以上、必要に応じて市区町村や、地域包括支援センターから保健師等による訪問を行い、「閉じこもり評価のための二次アセスメント票」（資料参照）等を用いて事前アセスメントを実施し、その後のサービス提供の資料とする。通所系サービスへの参加勧奨を行う。また、継続的な訪問の必要性について判断し、訪問系サービス等の実施後に事後アセスメントを実施する。閉じこもり高齢者の中で、地域におけるさまざまなサービス、行事、催し、企画などの誘いに全く応じない人が、多くの問題を抱えた閉じこもりである可能性が極めて高い。つまり、要介護状態になりやすいハイリスク者である。通所系サービスで対応できなくなったら、訪問系サービスに移行し、訪問によって通所系サービスへ結びつけることが可能になるように働きかける。このサービスの連携が大切である。

もっとも重要なことは、すでに閉じこもりとなっている高齢者が廃用症候群をきたさないようにし、自立した生活ができるように支援することである。訪問により対象者と会って、その対象者の身体的、心理的特徴や、家族の意識・考え方、屋内外の物理的環境を的確に把握することが必要である。また、頻回の訪問を行うことは一般的に困難であり、少ない訪問の中で、対象者が主体的に屋外へ行きたくするような支援や、誘い出す工夫が必要である。



## 5. 閉じこもり予防・支援の具体的な取り組み

### 5. 1 地域支援事業を含めた取り組み

閉じこもり予防・支援の対象者は、予防の段階による軸とから「地域・集団（一般高齢者）」と「個人（特定高齢者）」という支援対象者の軸で整理できる（図 12）。一般高齢者を対象とした施策（ポピュレーション・アプローチ）には、①介護予防普及啓発事業、②地域介護予防活動支援事業、③介護予防一般高齢者施策評価事業が含まれる。特定高齢者を対象とした施策（ハイリスク・アプローチ）には、①特定高齢者把握事業、②通所型介護予防事業、③訪問型介護予防事業、④介護予防特定高齢者施策評価事業が含まれる。

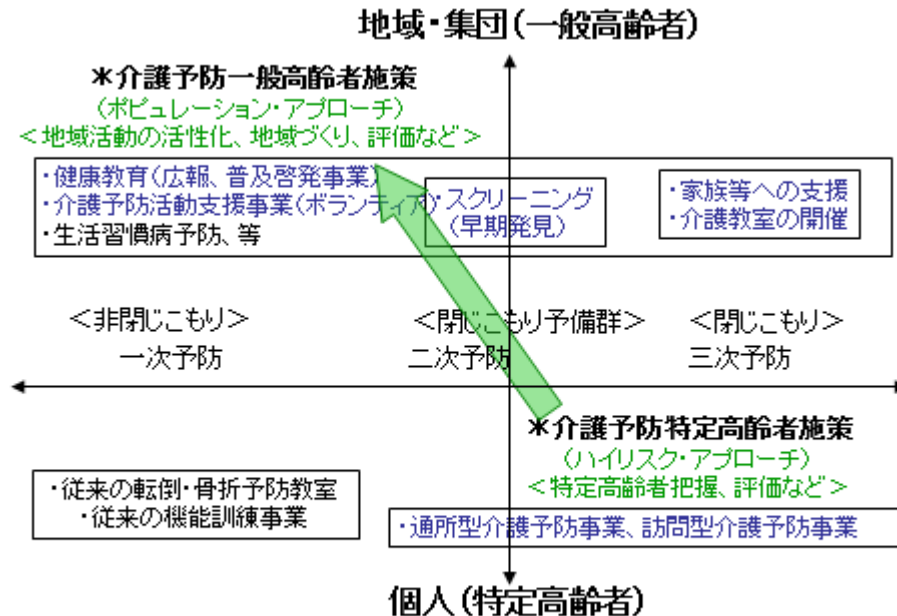


図12 閉じこもり予防・支援に関する概念モデル

地域包括支援センターでの特定高齢者把握事業において閉じこもりと評価された以降のフローを図示した（図 13）。支援の方向は、個別対応が必要な閉じこもりに対しては、訪問を行うことが必要である。ただし、地域における活動等への参加を促すことが大事である。

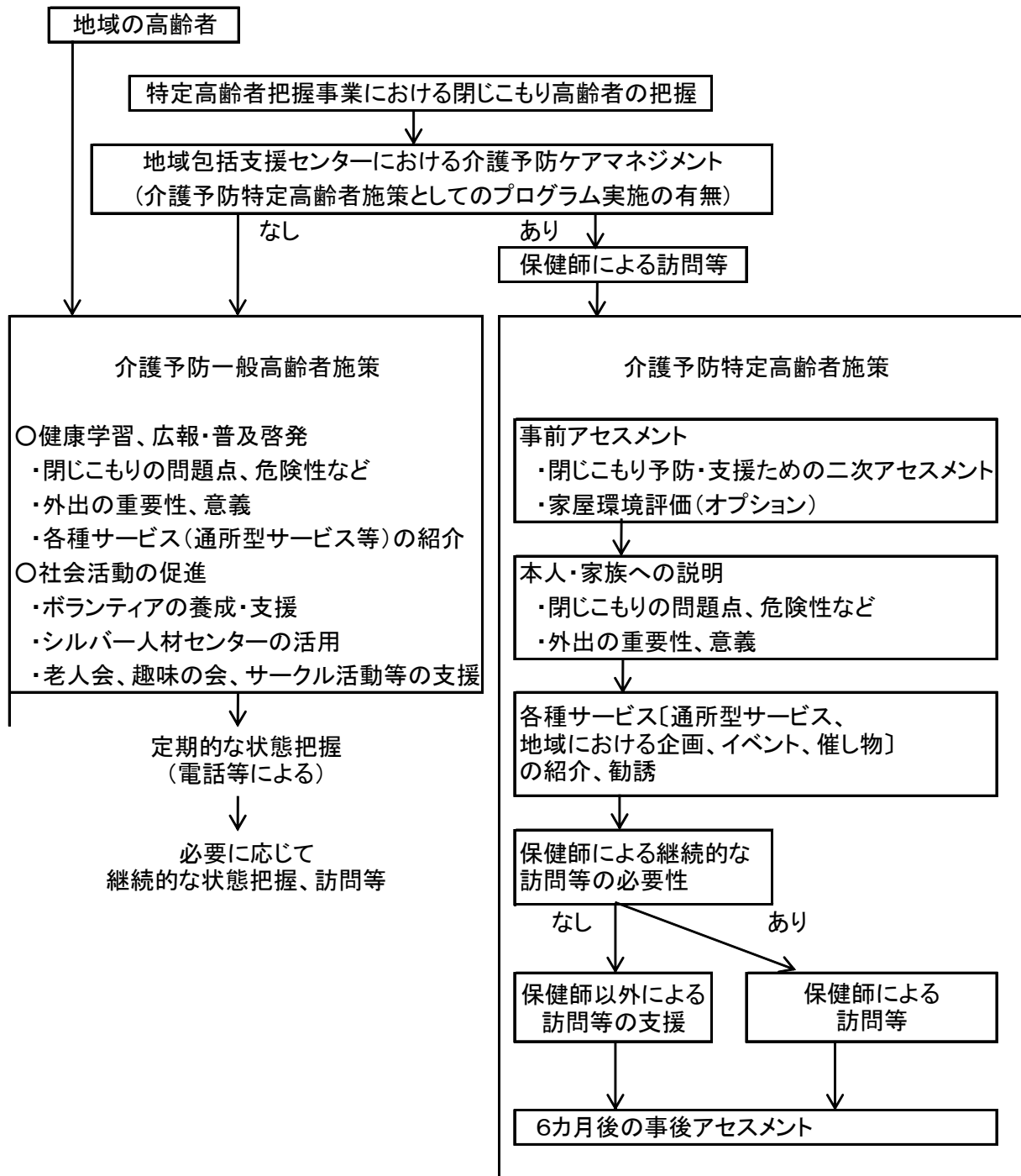


図13 地域支援事業の介護予防事業による閉じこもり予防・支援のフロー(イメージ)

## 5. 2 各種プログラムの紹介

### 5. 2. 1 介護予防一般高齢者施策

#### 1) 広報・健康学習プログラム（介護予防普及啓発事業）

「閉じこもり」は、社会との交流頻度が極端に低下した状態である。閉じこもり予防・支援は、要介護状態をもたらす疾病や障害の予防策とは大きく様相を異にしている。閉じこもり自体が病気や障害ではないという点、また、その要因が認知症やうつ、運動器の機能低下など他の要介護リスクの場合があるという点で表現型としての閉じこもりに特化した広報活動・健康学習はあまり馴染まない。ポピュレーションアプローチとしての1次予防的なプログラムとしては、成人期までに獲得した高次の生活機能（特に社会的役割）の低下防止に視点を置くべきであろう。

#### 【具体的な展開例】

社会的役割や社会活動、趣味活動などの内容は、地域性によっても異なるので、以下の流れが大切である。

①地域の団体・組織・会の活動の実態（表7）を把握する



②その実態把握にもとづいた広報・健康学習プログラムの立案・実施する



③地域全体への取り組みへと発展させる（→高齢者ボランティア養成プログラム）

#### （1）高齢者の社会活動・役割の実態調査

社会活動の分類としては、有償労働としての仕事（シルバー人材センターを含む）、地域の団体・組織活動、ボランティア活動、趣味や学習活動などがあげられる。団体・組織活動、ボランティア活動の例示として表7、表8の項目が考えられる。

表7 地域の団体・組織・会との関わり

団体・組織・会名	該当するものに○印をつけてください
町内会・自治会	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
老人会・高齢者団体	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
婦人会・女性団体	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
民生委員や福祉関係の団体・組織	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
保健や食生活改善関係の推進組織	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
体育・スポーツ関係指導団体	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
趣味やレクリエーション関係の会・サークル	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
地域の文化や祭りに関わる組織	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
農協・漁協・森林組合	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
商工会・法人会などの商工団体	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
その他( )	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員

表8 地域ボランティア活動

1. 公園整備や花壇の手入れなどの美化・環境整備に関する活動
2. 地域清掃や河川清掃などの清掃に関する活動
3. 施設補修やペンキ塗りなどの作業活動
4. 収穫や畑・田んぼ作業などの農作業に関する活動
5. 集金・交通安全・夜回りなどの町内会・自治会活動
6. 施設管理や案内・監視などに関する活動
7. 子育て支援や本の読み聞かせなど保育に関する活動
8. 介護・施設慰問・送迎・話し相手・配色などの高齢者福祉に関する活動
9. 遊び指導やレクリエーション、伝統芸指導などの子どもに関する活動
10. 運動指導、音楽指導、踊り指導など指導や講師に関する活動
11. その他( )

なお、必ずしも社会活動とは言えないが、家庭内で担っている仕事や役割は健康維持効果や生きがいの源である場合もあり、その実態を把握しておくことは意味のあることである(表9)。

表9 家の中での役割や仕事

1. 食事のしたく	8. 庭・花壇・菜園の管理
2. 洗濯	9. ごみ捨て・ごみ処理
3. 掃除	10. 留守番や電話番
4. 家計や財産の管理	11. 家業の手伝い
5. 孫の世話や保育	12. 大工仕事や家の修繕
6. 親や配偶者の介護	13. 漬物・乾物・味噌づくりなど
7. ペット・家畜の世話	14. その他(具体的に→ )

基本チェックリストとあわせて把握しておくことは、高齢者の社会活動・役割の評価というポジティブな評価という面から高齢者の残存能力・潜在能力を再発見する意味でも意義深い。

また、これらの調査は、事業評価の意味でも定期的にその経過を把握することが大切である。高齢者の調査の場合、信頼性の観点からは調査員による面接聞き取り法が望ましい方法である。

## (2) 社会活動・役割の重要性に関する広報及び健康学習

地域における社会活動や役割の持ち方には地域の産業、都市部と農村部、地理的条件によっても異なる。従って、一般論としての社会活動や役割をもつことの意義に関して広報活動や健康学習を行ってもあまり興味・関心を引かない。地域の実態データに基づいた情報発信や健康学習が大切である。当該地域のデータを用いて社会活動や役割を持っている人の実態を示したり、社会活動をしている人の健康度や生きがい感が社会活動をしていない人より勝っていることを具体的に示したりすることで社会活動や社会参加することの有用性が実感をもって理解してもらえることになる。

例：高齢者を対象とした社会参加促進のための「役割づくり」に関する健康学習

### 1回目：テーマ「やってみたい、やってほしい役割について」

- ・調査に基づいた社会活動・役割の実態について簡単に報告する。
- ・参加者を6～7名のグループにわけ、スタッフ1名(司会役)が加わる。
- ・各々の意見は、付箋に記し模造紙に張りながら発表。それについて話し合う。(話し合いのルールとして、「出された意見を否定しない」「できないことの原因を探さない」「うなずきと笑顔を大切に」「話題を独占しない」など)
- ・各グループの内容をまとめて発表(司会役)。
- ・発表に対して全体のまとめ役が住民参加・協働の視点から意味付けを行う。

### 2回目：テーマ「1回目に挙げられた役割を推進するためにはどうしたらよいか」

- ・1回目で得られた資料は、スタッフの実現可能性と有効性の観点から優先順位をつけ、発表。大切な役割の優先順位の確認をする。
- ・その役割を地区の中に設定するためにはどのような条件整備(予算、組織、人)が必要か、付箋紙に書き出しながら自由に討論する。その条件整備は行政が担うことか、住民でもできることか等についても話し合う。
- ・各グループの意見をまとめて発表(司会役)。
- ・発表したものに対し全体のまとめ役が意味付けを行う。

高齢者の社会活動や役割の推進のためには、高齢者本人に対する普及啓発だけではなく、地域の若い世代へ向けての情報発信がむしろ重要である。地域ぐるみで高齢者が活動しやすいような

場の創出や高齢者に対する役割期待の創出・見直しを進めるべきである。言い換えれば、社会活動に対する高齢者の積極的な意志とそれを可能にする受け皿としての場や環境づくりが整ってこそ初めて社会活動の推進がはかられる。高齢者に「役割を持ちましょう」と啓発するより、本人が望めば地域の中で何らかの役割が担えたり、ボランティア活動や趣味の活動などに参加できたりするような支援体制づくりに力点をおくべきである。

支援体制づくりのアイデアは、当該地域の実態調査の結果を参考にしつつ住民の主体的参加による健康学習を活用することである。

以上の流れで、具体的な役割設定に対する条件整備を行政や専門家を交えて実行可能なものへと整理する。このような手続きは、高齢者を含めた住民の主体的参加を促す方法として有効である。

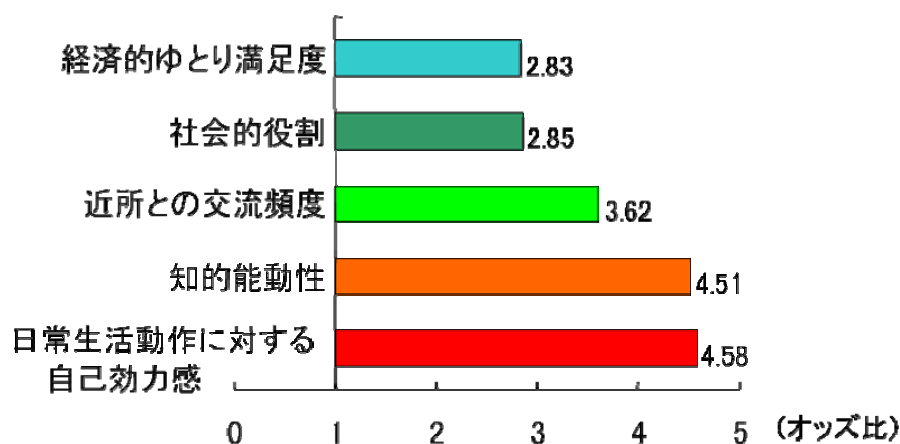
## 2) 介護予防を推進する高齢者ボランティア（地域介護予防活動支援事業）

### (1) 高齢者ボランティアの意義と養成

生きがい活動支援通所事業、転倒・骨折予防教室、機能訓練事業等の介護予防に資する事業に高齢者が参加することは、「閉じこもり予防」にもつながる。しかし、このような事業や教室を開催しても参加率が低いことが常に問題となっている。ボランティアによる参加促進のための声かけや、教室運営を安全に効率的に進めるためのサポート役としてのボランティアへの期待が高まっている。宮城県S町での高齢者ボランティアを中心として展開された「転倒・閉じこもり予防」のための介入研究では、ボランティアによる介入地区では、非介入（対照）地区に比べて「閉じこもり」になるリスクが有意に低かったことが報告されている（島貫ら，2007）。また、宮城県Y町での高齢者によるボランティア活動が1年後のボランティア自身のQOLにどの程度影響を及ぼすかの研究（図14）では、ボランティア非参加者は、参加者に比べて有意にQOL低下の大きいことが示され、とくに「日常生活動作に対する自己効力感」において、4.58倍も低下の割合が高いことが確認されている（島貫ら，2007）。

以上のような実証研究に加えて、高齢者のボランティア参加意識は高いこと、また、ボランティア活動への参加が参加者自身の役割を生み出し、生きがいづくりにつながることから考えても高齢者ボランティア養成の意義は大きい。

図14 ボランティア活動の有無がQOLの低下に及ぼす影響  
(ボランティア参加者に対する非参加者のオッズ比)



※ 性、年齢、就学年数、各QOL、変数の初回調査値を調整変数として投入

(出典: 島貫秀樹ほか; 日本公衛誌, 54巻, 749-759, 2007)

なお、高齢者ボランティアの例として、下記のものと考えられる。下記に挙げたもの意外に各地域には、さまざまなボランティア活動が展開されている。地域における資源としての高齢ボランティア活動の実態を把握することが、第一歩である。

#### 高齢者ボランティアの例

- ・中央開催型の事業・教室の支援
- ・介護予防に資する事業・教室への参加呼びかけ
- ・会場までの移送サービス
- ・地区集会所単位での「ふれあい・生きいきサロン」のような独自事業の展開（健康・生きがいづくり関連の健康学習、体操・レクリエーション、会食など）
- ・活動記録の作成とそれに基づく地域全体に向けた情報発信（広報活動）
- ・介護予防に関わる知識の普及 など

#### (2) 高齢者ボランティアの養成研修会

研修会では、地域のデータに基づく「閉じこもり」をはじめとする要介護状態をもたらすリスク要因の実態や問題点などについての健康情報の提供、さらに、介護予防につながる健康情報についての知識、技術（例：体操、レクリエーション、料理の仕方など）を習得のための時間、また、参加者のグループワークを通じたその地域らしいボランティア活動の進め方等を含むものとする。グループワークでは、ボランティア活動の地域でのすすめ方などについて自由に意見をだしあい、今後の活動に対する共通認識を深めることが大切である。

#### (3) 高齢者ボランティアの活動を支援する

1次予防としての介護予防事業は、地域全体を視野に入れた活動でなければならない。中央開催型の教室等の開催だけでは、その事業の精神は地域全体には行き渡らない。ボランティアの役割は、事業展開の初めは中央開催型活動の支援であったとしても、いずれはそれまでの活動の経験を踏まえてボランティアが主催する独自の活動へと発展することが期待されている。その意味では、ボランティア活動の継続・発展を支援するための行政スタッフの関与は重要である。

ボランティアと行政スタッフや専門家が問題を共有し、活動内容を見直すための定期的な会合（定例会）は必須である。その頻度は毎月または隔月が目安となる。行政スタッフは、新たな情報の提供や新たな技術（体操、レクなど）の紹介あるいは、活動を進めていく上での問題点の解消につながる環境づくりなどの支援につとめることが大切である。

また、年1回程度のボランティアを対象とした健康調査（体力測定や栄養調査、生活習慣などに関するアンケートなど）を企画し、その成績を返すことで活動継続の意義を実感してもらうことにも役立つ。

#### (4) 事例紹介

##### a. ボランティアの活用で参加率を高める事業展開（栃木県大田原市）

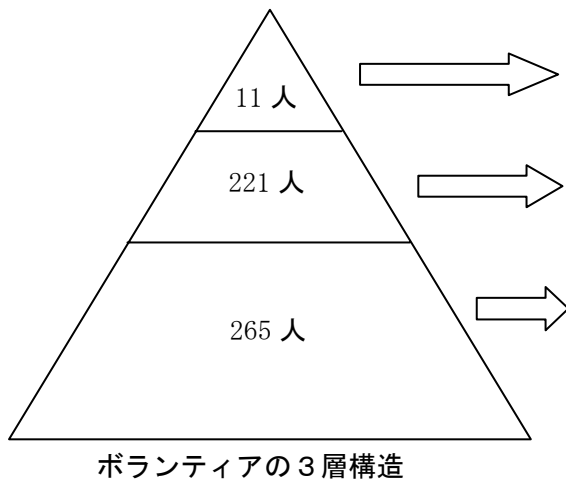
大田原市では、積極的に地域住民のボランティア養成に力を注いでいる。2006（平成18）年の介護保険改正を期に、ボランティアを養成の目的や特徴によって、下図のように3種類に分類し、養成を行っている。市では在宅高齢者が要介護状態にならないために保健予防活動や生きがい対策を含めた保健福祉サービス等を提供するために「高齢者ほほえみセンター」を1999（平成11）年10月から設置し、2006（平成18）年度も整備中である。センターでは健康相談や健康づくりのための体操などを行っており、高齢者にとって身近なものとするため、おおむね小学校区単位に設置され、地域住民による自主的・自立的な地域ケア体制の拠点として位置づけられている。

#### 【特徴】

- ①センターの管理運営は、地域の高齢者の課題を地域で考え、地域で解決していくことを推進するために、住民が組織する団体やボランティア団体などに委託している。
- ②センター事業の日常的な運営のサポートを担うボランティアとして2001（平成13）年度からは、「ほほえみサポーター」制度を導入した。他に、介護予防実践指導員、介護予防リーダーとともに3層構造でボランティアの養成・支援を行っている。
- ③これらのボランティアは高齢者のみを対象としたのではなく、広く地域住民を対象としているが、介護予防実践指導員以外での高齢者の参加割合が高い。



【事業概要】



- ・介護予防実践指導員：在宅看護師など有資格者。訪問型介護予防事業（介護予防特定高齢者施策）の閉じこもり予防・支援の一環として実施する「閉じこもり高齢者への訪問事業」を担う。
- ・介護予防リーダー：各ほほえみセンターなどを拠点とした介護予防に資する地区組織のリーダー役となる人材。地域からの要望に応じて自主的な活動を展開し、地域全体で介護予防に取り組み、地域で支えるまちづくりを目指す。
- ・ほほえみサポーター：ほほえみセンターの日常的な運営のサポートを担う。ボランティアの存在がほほえみサポーターの運営を活性化することから、各センターに一定人数の確保が必要である。

平成 18 年度 大田原市介護予防リーダー養成研修会計画書(著者改変)

1. 養成期間

前期コース：2006(平成 18)年4月～5月  
後期コース：2006(平成 18)年 10 月～11 月

2. 養成内容・プログラム

1コース 定員 50 名、6回講座、1講座約2時間

回数	内容	担当
1	高齢者のこころと身体の特徴	医師
2	介護予防とは	保健師
3	筋力アップ体操実技①	理学療法士
4	口腔ケアについて	言語聴覚士
5	認知症について	作業療法士・保健師
6	筋力アップ体操実技①	理学療法士

3. 養成協力機関

国際医療福祉大学

4. 応募

前期コース：食生活改善推進員や農業協同組合(JA)の介護支援専門員やほほえみサポーター、その他介護予防に関するボランティア活動をしている人をおもに対象とし、個別通知で行った。

後期コース：一般を対象として、広報誌にて公募予定

ほほえみサポーターの養成研修は、年1～2回開催される研修会への出席が求められている。過去には、「閉じこもり予防について」、「高齢者の筋力トレーニングについて」、「老化について」、「地域で支える介護予防－高齢者に対する筋力トレーニング－」、「自分たちでできる介護予防」などのテーマで実施されていた。介護予防リーダー研修と比較すると参加が容易である。

介護予防リーダー、ほほえみサポーターは、自ら要介護状態にならないように、研修会で学んだことを日常生活で実践することが求められている。自分が生活している身近な地域での介護予防活動への協力を行う。

【展開の工夫】

大学医学部公衆衛生学関係の講座のほか、保健、福祉関係の分野は地域での研究が中心であり、地域との連携・共同研究等は必須である。また、今日、大学はさまざまな地域貢献が求められており、大学にとっても自治体との共同事業の展開の意義は大きい。自治体が大学に相談する価値は十分にある。

b. 高齢者の活動支援拠点づくりを目指した事業展開（群馬県高崎市）

群馬県高崎市の通所型介護予防事業である「さわやか元気教室」は、「事業後の高齢者の活動拠点づくり」を目標に掲げ、積極的に住民の参画を図りながら、事業を展開している。

高崎市は下記のとおり、事業の普及啓発に向け、年度毎に事業実施箇所を拡大している点、地域介護予防活動の支援として企画・運営を担える人材の発掘、養成を行っている点、また、市独自の評価指標を作成し、客観的な個別評価を取り入れている点などが先駆的であるといえる。

他の地域支援事業との連動や、介護予防サポーター等の人材育成の継続支援、地域活動としての定着化に関しては、今後さらに検討を要する課題として挙げられるが、閉じこもり予防・支援事業の実施がきわめて難しい中で、積極的に事業を展開している点は評価でき、事業への住民の参画、地区活動としての定着促進を目指す自治体の参考になるものと思われる。

**【特徴】**

- ①毎年度、高齢者の活動支援拠点（サロン）のない新たな地区での事業の実施（町内会単位）
- ②場所の決定、対象把握、企画、運営への地区区長、民生委員、ボランティア等の参画
- ③在宅介護支援センターを有する法人への事業委託とマニュアルによるサービスの質の均一化
- ④事業実施前後での個別評価の実施（閉じこもり状態等）
- ⑤事業終了後の活動継続支援（社会福祉協議会サロン事業への継続と新たなサロンの立ち上げ）

平成14年度から市の直営で実施していた事業を、平成18年度に地域支援事業として位置づけ、委託事業として行っている。委託先は、地域の状況を把握している在宅介護支援センターを有する法人とし、事業運営のみでなく、地域との関係づくりを引き継いでもらっている。事業実施地区を決定し、調整を図る中で、地区区長の協力を得たり、民生委員と関わり、選定地域の様子を把握して、リーダーシップを担える人材を見つけている。また、事業の企画・運営についても、ボランティア等地域住民を巻き込み、参加者集めを一緒に行い、住民が、自分たちでも継続してできると思える事業内容、教材、道具を用いることで、その後のサロン化につなげている（平成18・19年度に事業を実施した34ヶ所中14ヶ所がサロンに移行）。

（→巻末資料参照）

5. 2. 2 介護予防特定高齢者施策

1) 運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能の向上プログラムへの参加（通所型介護予防事業）

特定高齢者に対する通所型介護予防事業としては、従来から行われてきた転倒・骨折予防などの機能訓練や健康教育などを実施し、自立した生活の確立と自己実現の支援を行うことになっている。運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能の向上を目的とした通所型のプログラムへのお誘い、参加は閉じこもり予防・支援として有効である。

a. 閉じこもりタイプ別予防コースプランの作成と支援（山形県山形市）

山形市では、通所型介護予防事業として、閉じこもりのタイプによりコースが選択できる「おたっしやげんき塾」を展開している。山形市社会福祉協議会に委託して実施しているが、事業の立ち上げ・基盤づくりには、市の保健師や介護予防専門職等が専門的立場で関わっている。また市では、ケアプランに沿った個別支援につなげるため、記録用紙の工夫や、中間評価も含めた事業評価の方法について委託事業所に助言・指導を行っている。

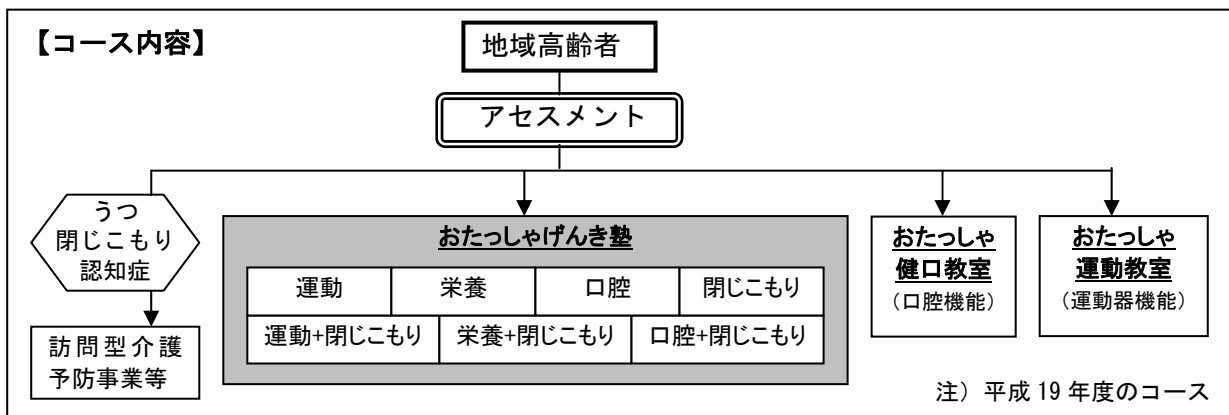
介護予防ケアマネジメント過程で、閉じこもりタイプのアセスメントを行っている点、コース作りや支援方法での工夫をしている点が先駆的といえる。

コースの設定や効果の検討は、今後の継続課題として挙げられるが、地域包括支援センターのケアマネジメントによる個別プランの作成および個別プランに沿った事業実施を実践している点は評価でき、他自治体の参考になるものと思われる。

【特徴】

- ①アセスメントによる閉じこもりタイプに応じたプランの選定  
（運動・栄養・口腔・閉じこもりの単独コースと、閉じこもりと各コースを複合した計7コースで対応）
- ②委託事業所と市の連携・協力体制による事業展開
- ③事業運営への地元社会資源の活用
- ④参加者およびスタッフへの介護予防という目的の意識付け
- ⑤個々の目標を明確にした事業参加の促しと、定期的なモニタリング・評価の実施

本事業は、平成16年度の「閉じこもり予防モデル事業」をきっかけに取組まれている。平成18年度からは、地域支援事業の通所型介護予防事業として社会福祉協議会に委託して行っている。平成18年度は、基本チェックリストの閉じこもりの項目（16・17番）該当者および閉じこもりの該当がなくてもうつ項目（21～25番）該当者を候補者として事業対象者を検討していた。その際、他の項目とも重複している高齢者が多く、平成19年度は、運動・栄養・口腔・閉じこもりの単独コースとそれぞれを閉じこもりと複合した合計7つのコースを作り、ケアマネジメントによりコースを選択できるようにした。山形市では、特定高齢者施策として、機能向上を目的とした運動器、口腔機能の単独事業も行っており、地域包括支援センターのケアマネジメントにより、効果的な個別プランを立てている。事業利用申請があった特定高齢者のうち、うつ・認知症が疑われる場合は、地域包括支援センターへの状況確認と診療情報提供書により通所型介護予防事業の対象とするかを判断している。（→巻末資料参照）



## 2) 保健師等の訪問による支援（訪問型介護予防事業）

介護予防特定高齢者施策では生活機能の低下により要支援・要介護に陥りやすいと判断させる高齢者に対しては、何らかのサービス提供を行うために一次アセスメントを行う。このアセスメントは原則的には地域包括支援センターにおいて実施されるため、来所した高齢者のみに原則的には限定される。しかし、閉じこもり高齢者を支援対象として考えた場合、センターからの呼び出し、勧誘に応じて来所するような方は、「真の閉じこもり」ではないと判断できる。本当に予防・支援が必要な閉じこもりは、さまざまな勧誘にも応ずることなく、外出しない（できない）高齢者である。従って、呼び出し、勧誘に応じないような閉じこもりではないかと疑われる高齢者に対しては、対象者を訪問することが必須である。地域包括支援センター、または、センターからの依頼による市町村保健師等が訪問によって、事前アセスメントを実施することになる（図13）。この訪問の際には、「閉じこもり予防・支援のための二次アセスメント票」等を用いて、閉じこもりの要因や問題点などについて評価する。訪問時には、自治体が発行している各種通所型サービスの紹介を行い、対象者にあったサービスへの参加勧誘を行う。特に、高齢者がどのようなイベント等に興味があるかについて聞く。また、地域で行われている企画、イベント、催しなどを紹介する。なお、可能な範囲で、閉じこもりの問題点や健康面での留意点なども説明する。家族がいる場合には、家族にも同様の説明を行い、閉じこもりへの理解を深めてもらう。

訪問による事前アセスメントの結果、少なくとも経過観察が必要であると判断された場合は、図13のフローに従った支援を行う。

市町村の保健師等による訪問の効果はさまざま検証されているが、閉じこもりに近い状態である「ADLは自立しているが、IADLが自立していない」高齢者を対象に、保健師等が3～4ヶ月に一度訪問した場合に1年半後に評価したところ、対照群と比べ健康的な行動の実施率が高く、健康状態が維持されていたとの報告がある（池上, 2001）。保健師等が対象者を包括的にアセスメントし、その評価に基づき、支援を行うことは極めて有効であると考えられる。限られた人材と時間の中で継続した訪問（指導）は難しいと考えるが、多くの問題を抱えていると判断させた対象者に対しては、保健師等の継続した訪問（指導）は必要不可欠である。

### ・訪問後の閉じこもり高齢者への3つの対応

訪問における事前アセスメントにより、閉じこもり高齢者への対応は下記のように3つに大別される。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>a. 通所サービス等の利用を望む対象者</li><li>b. 自らの選択（意思）で閉じこもりを選び、外部から干渉されたくない対象者、及び主観的QOLが高い、つまり現在自分は不満がなく、幸せだという対象者<br/>また、支援が必要でも対象者本人が希望しない人</li><li>c. 上記 a・b 以外で、支援が必要で、対象者本人が訪問を希望する人</li></ul> |
|--|

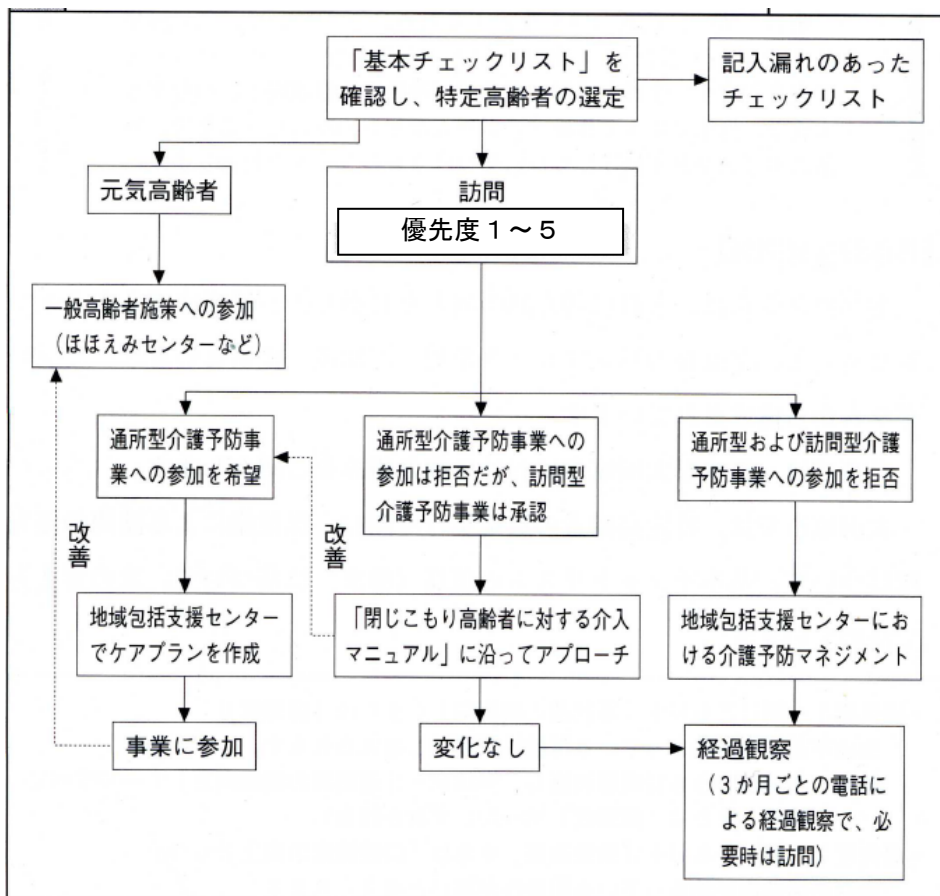
a と b の対象者については、基本的に訪問は通常1回のみで、内容として以下の3つの支援の必要性があると考えられる。なぜなら、通所サービスを望む人（a）は、1度訪問した際に、通所サービスにつなげることで、訪問時点よりも外出回数が増えることが期待され、訪問は基本的には必要なくなるからである。一方、干渉されたくない対象者も現在の生活に満足している対象者（b）も、外出に関する行動変容過程において無関心期にあるため、訪問の際に、サービスの利用をいくら促しても、徒労に終わる場合が多い。そのため、まず、地域で利用可能なサービス内容と閉じこもりの生活でのリスクを十分に説明して、その後、対象者自身が外出行動を増やすなどの行動変容の必要性を感じて、行政への支援の依頼につなげることを期待するアプローチとする。以下が支援の内容であるが、必要に応じて電話でのフォローアップもした上で、6ヶ月後の事後アセスメントへつなげる。

1回の訪問時の3つの支援内容

- 各自治体が作成している、介護予防に関する事業に関するパンフレット等に基づいて、通所型介護予防事業や地域のインフォーマルサービスなどの詳細を紹介し、利用希望者する場合は利用申請などの方法について情報提供し、利用につなげる。
- 閉じこもりはもちろん、認知症やうつなどの症状などで、行政の支援が今後必要になった時にはいつでも相談に乗り、対応してくれるという情報や連絡先などが掲載された資料等を使って周知を図る。現在は行政などの支援など必要ないと考えている高齢者が特に対象である。
- 閉じこもりの同居家族に対して、対象者が閉じこもり生活を続けていくと発生しやすいリスクを伝え、高齢者に楽をさせることが高齢者自身の自立をむしろ妨げることを伝える。

3) ライフレビュー（回想法）を用いた訪問プログラム（訪問型介護予防事業）

「保健師等の訪問による支援」で最初に保健師等による訪問を行った際に、今後も支援が必要であるが、通所型介護予防事業への参加には拒否的である高齢者が決して少なくないと考えられる。このような高齢者の中には、身体的には外出できるだけの能力は十分にあるにもかかわらず、その能力が著しく低下していると感じていたり、一人で外出する自信がなかったりしている場合が多い。閉じこもり高齢者では自己効力感（P13\*コラム）が低いことが明らかになっている（芳賀，1997）。人は、ある行動が望ましい結果をもたらすと思えば、その行動をうまくやることができるという自信がある時に、その行動をとる可能性が高くなる（Bandura, 1977）。そのため、簡単な動作に自信がない閉じこもり高齢者にとって、それ以上のレベルの外出行動を促されても拒否するのは当然である。そのため、自己効力感を改善する目的でライフレビュー（回想法）（藺牟田ら，2004）を実施することは健康行動への変容を促すプログラムとして有用である。また、必要に応じて、運動器の機能向上につながるような自宅でできる体操プログラムなども同時に行うことで、生活に不可欠な基本動作にも自信をつけてもらう支援方法である。



【具体的な展開例】

このプログラムは、①既存のパンフレットを用いた知識の提供と、②自己効力感の向上を目指した心理療法であるライフレビュー（回想法）という2つのプログラムから構成されている（表10）。大田原市では、特定高齢者の選定を行う際に、保健師による訪問の優先度を基本チェックリストの項目に基づき、下記のような考え方で決めている。

<p>優先度1：閉じこもり+（「運動器の機能向上」、または、「認知症予防・支援」） すなわち、生活不活発病がはじまっている可能性が高い。 基準：20項目のうち10項目該当し、(16)該当+ （「運動器の機能向上」(6)～(10)のうち3項目該当 または、 「認知症予防・支援」(18)～(20)いずれか該当）</p> <p>優先度2：閉じこもり+（「栄養改善」、または、「口腔機能の向上」、または、「うつ予防・支援」） すなわち、生活不活発病がはじまっている可能性が高い。 基準：20項目のうち10項目該当し、(16)該当+ （「栄養改善」(11)該当及びBMI18.5以下 または、 「口腔機能の向上」(13)～(15)すべて該当 または、 「うつ予防・支援」(21)～(25)2項目以上該当）</p> <p>優先度3：非閉じこもりで、3項目以上 基準：①「運動器の機能向上」(6)～(10)のうち3項目該当 ②「栄養改善」(11)該当及びBMI18.5以下 ③「口腔機能の向上」(13)～(15)すべて該当 ④20項目のうち12項目該当「認知症」(18)～(20)いずれか該当 ⑤20項目のうち12項目該当「認知症」(21)～(25)2項目以上該当</p> <p>優先度4：基本チェックリスト項目18～20、または、21～25すべての該当者 すなわち、病気の可能性が高いため、早期発見・早期治療を目的とする</p> <p>優先度5（その他）：チェック漏れが多いなど気になる人＝通所型介護予防事業の対象になる可能性がある</p>
---

保健師による訪問対象となった高齢者のうち、まず、優先度1を最優先に訪問を実施する。次に、優先度2→3→4→5と優先度の高い順から訪問する。

保健師による初回訪問は、「保健師による一般訪問プログラム」として実施する。この際、通所型介護予防事業への参加の勧奨に対しては拒否でも、訪問型介護予防事業への参加勧誘に応じた高齢者に対して、ライフレビュー（回想法）を取り入れた訪問を実施する。なお、対象になった人には、外出に関する自己効力感（表11）を評価しておくが良い。この尺度はカットオフポイントが決まっていないが、閉じこもりではおおむね14点未満であり、これが目安である（山崎ら、2008）。

ライフレビュー（回想法）は、過去からの問題の解決と再統合を図ることで、自己効力感を向上させるものである。ライフレビュー（回想法）による訪問に同意しても、いきなり、過去を振り返って頂くということは現実的には難しい。天気やテレビでの最近の話題などよま話をしている中で、打ち解け、信頼関係が培われる。訪問時には初めにライフレビュー（回想法）を実施するのではなく、まず、専門家として「健康情報の提供」を行いその後のライフレビュー（回想法）の導入がスムーズになる。

表10 大田原市におけるライフレビューを用いた介入の内容

1. 健康情報の提供(約15分)	
・血圧、腰痛、栄養などに関するパンフレットを使用	
2. ライフレビュー(約45分)	
1回目 導入と児童期	例)ご両親はどんな方でしたか
2回目 児童期と青年期	例)学校には行かれましたか
3回目 青年期	例)一番楽しかったことは何ですか
4回目 成人してから壮年期	例)20代のときから現在まで考えて いただいて、最も重要な出来事 は何でしたか?
5回目 壮年期	例)人生の中で願っていたことをな さったと思いますか?
6回目 まとめ	例)総じてどんな人生を送っていらっ しゃったと思いますか?
3. 体操プログラム(オプション、約30分)	
さわやか体操、しなやか体操の実施	

(安村誠司、芳賀博、藤幸田洋美等、科学研究費補助金・平成15～16年)

### ①健康情報の提供

健康情報は、健康づくりを促進する上で重要と思われる情報で、これを提供することで、自身の健康づくりへの意識を高めてもらい、身体的自立を支援することを目的にしている。例えば、食事・栄養に関しては「食事で防ごう骨粗鬆症」、血圧については「塩分は少なめに」、転倒予防については「ウォーキングで転倒を防ごう」、心理的側面については「心の健康づくりを目指そう」、生活環境については「安全な住まい作りの工夫（付図1）」など何種類かのテーマを用意する。

### ②ライフレビューの実施

まず、ライフレビューについて説明する。

#### ライフレビューとは？

あなたは自分の人生を振り返ったことがあるでしょう。楽しかったこと、時には苦しかったことを経験されたことでしょう。自分の歴史を振り返って、それを評価することを回想（ライフレビュー）と言います。私と昔話に花を咲かせながら、今に生かしてみませんか？今回あなたにお話をさせていただく目的は、あなた御自身に自分の人生を振り返ってもらい、改めて自分の人生の深さや意味を感じていただくことと、人生の先輩であるあなたに後輩である聞き手が勉強させていただくことと考えております。方法は毎週1回、聞き手があなたのお家に訪問いたします。そこで、毎回45分間あなたのこれまでの御経験をお話していただきたいのです。

#### <あなたが受ける利点>

ご自分のこれまでの人生を振り返ることでより充実した日々を送ることが可能になります。時折、辛い体験などを思い出すこともあるとは思いますが、それはあなただけではなく、回想（ライフレビュー）に参加した方が必ず体験するものです。

#### <あなたのプライバシーの保護>

お話しいただいた内容については、一切口外いたしません。万が一、公表させて頂きたいと考える場合には必ずあなたの許可を頂いてからに致します。

【評価】平成18年度にこのライフレビュー（回想法）訪問プログラムの対象になった12人のうち、1年後に9人は閉じこもりの状態が続いていたが、3人（25.0%）は非閉じこもりとなり、うち2人は自動車の運転が再開、畑仕事をするなど閉じこもりの解消、生活空間が拡大していた。このように、閉じこもりを解消できる介入プログラムとして注目できる。

表11 外出の自己効力感尺度

あなたの外出に対する自信の程度についてお聞きします。次のような場合に、どのくらい自信を持ってできますか。当てはまる数字に○をつけてください。 なお、ここでいう外出とは、『家から外に出ること』をさします。		全く自信がない	あまり自信がない	まあ自信がある	大変自信がある
1)	家族や友人に止められても、自分が外出したければ外出できる	1	2	3	4
2)	おっくうなときでも、外出できる	1	2	3	4
3)	歩きにくい所やすべりやすい所を通る場合でも、外出できる	1	2	3	4
4)	目的なしの外出ができる（ふらっと散歩するなど）	1	2	3	4
5)	仕事や人の世話のために、外出できる	1	2	3	4
6)	外出時に、体調が悪くなくても対応できる	1	2	3	4

4) 訪問継続が必要な対象者への支援（訪問型介護予防事業）  
－同居家族にも協力してもらう閉じこもり高齢者への支援－

a. 閉じこもり高齢者と家族の現状

高齢者の閉じこもりを積極的に解消するには、該当高齢者の同居家族（以下、家族）の理解や協力が不可欠である。閉じこもり高齢者宅へ保健師ら専門家が訪問して様々なサービス提供に関する話をしても、やんわりと断る家族も少なくない。前述のライフレビューを用いた訪問プログラムへの参加を呼びかけた際、家族の拒否が半数に上る地域もあった。拒否の理由として、

「うちの高齢者はもう歳だから、プログラムに応じる能力がないので」

「他人に家に上がってもらうのは自分（家族自身）の時間をとられて困るから」などが挙げられた。

このような背景には、家族が閉じこもりのリスクを理解していない現状と家庭に干渉してほしくないという心理状態がある。また、家族がそれとは知らず、高齢者の閉じこもりを助長していると思われる場合もある。高齢者への思いやりと、将来何か起こったらという不安から、高齢者に必要以上に手をかけ、結局のところ、高齢者の役割を奪い、高齢者の外出を制限してしまう。いずれにせよ、閉じこもりに関する家族への情報提供は注意喚起の意味で非常に重要である。

b. 閉じこもりに影響する家族の要因

いくつかの研究から、閉じこもり高齢者は同居家族と家計を同一にしている人が多く、家族との会話が少なく、家庭内での役割も少ない傾向にあることがわかった（山崎ら、2008）。

家計という経済的状況は同居家族内における親子間の勢力関係の指標として知られる。家計という側面からみると、閉じこもり高齢者と家族は情緒的結合が強く、家族内で葛藤が生じた時にその葛藤が緩和されにくく、高齢者本人の自主性が損なわれやすいことを意味している。家族内での会話の頻度の多寡は、高齢者の生活満足度を最もよく反映する指標でもある。

非閉じこもり高齢者に比べ、閉じこもり高齢者の在宅時間が長い。閉じこもり高齢者は在宅時間が長くても、家族との会話は少なく、経済的な点からも家族に遠慮しながら生活をしている様子が推察された。家庭内の役割遂行数も、閉じこもり高齢者は非閉じこもり高齢者に比べ少なく（山崎ら、2008）、閉じこもり高齢者は身近な人への有用感も低いことが示されており（蘭牟田ら、2008）、これは家庭内での役割の少なさも手伝っていると推察される。

【高齢者の閉じこもりを解消するために、家庭内での役割を増やす介入プログラム】

－同居家族のサポートを活用し高齢者の役割遂行に対する自己効力感や有用感を高める－

家族の力をうまく活用するためには、高齢者に対する家族の接し方を問題にするのではなく、家族の自尊心を損ねない形で現在の対応を変容してもらうことが第一である。高齢者に向かって、「閉じこもっているのはダメ」と言うのではなく、家族には高齢者が自身の身近な行動に少しずつ自信をもってもらえるような家庭内役割をいくつか考えてもらい、その成功体験の積み重ねとして、最終的には外出行動のサポートをしてもらえるように協力を促す。

また、それを通じて、家族間での心地よい会話を増やし、高齢者の役割遂行を通じて自己効力感や有用感を高め、ひいては閉じこもりというライフスタイルの変容を目標とする。

①閉じこもりはハイリスクなライフスタイルであることを理解してもらう

専門家が訪問し、閉じこもりに関してまとめたパンフレットなどを利用しながら家族に対して、同居高齢者の生活を閉じこもりという点から理解してもらう。家族の関わり方が閉じこもりというライフスタイルを促進する場合もあることもあわせて伝える。高齢者の生活に与える家族の重要性に気づいてもらい、家族から協力が得られるように働きかける。

②閉じこもり高齢者の家庭内での役割作りを通じ、役割行動への自己効力感や有用感を高める

高齢者が感じている家族との会話の乏しさや家族内での有用感の希薄さの改善として、家族に無理のない範囲で時間を作ってもらい、生活に即した役割作りや一緒に外出する用事を高齢者と共に考えてもらう。具体的には、閉じこもり高齢者に家族内での役割を今以上に担ってもらえるように、高齢者自身に新たにどのようなこと（役割）ならできそうか、またはしたいか尋ねる。ま



た、家族は高齢者にどのようなことをしてもらいたいと考えてもらう。それに基づいて、家族が実行を長期間遂行できるように実際に声がけをして励ますなどのサポートしてもらう。(ちなみに、家族のサポートと患者の自己効力感の関係については、(1)行動の改善に対する動機付けを高める役割、(2)動機付けを長期的に維持させる役割、(3)心理的ストレスを緩和する役割があると言われる。)

最終的には、役割の遂行を通じて、自己効力感や有用感の向上をめざす。役割が定着し、少しずつ生活に変化が出てきたら、自己効力感や有用感を測定し、その効果を測定する。

### ③家族による外出時の同行

上記、②における役割作りとその遂行が継続し、高齢者の自己効力感や有用感が高まった場合に、家族と高齢者が一緒に外出する用事をつくり、試行する。うまくいった場合には徐々に外出の頻度を増やし、最終的には週1回以上外出することを目標とする。家族はその目標が達成できるように定期的に励ます。なお、試行がうまくいかなかったとしても、それは誰でも経験することであることを高齢者自身に伝え、また、外出したい場所が見つかった時には声をかけてほしいと促すことも忘れないのが大切である。

## 5) 訪問による社会・環境要因のアセスメント (訪問型介護予防事業)

### (1) 住環境などの環境要因の考え方

閉じこもりに至る過程は生活空間の狭小化の過程といえるが、生活空間の狭小化をもたらす住環境要因としては、大きく分けて坂道・階段・交通量などの自宅周辺の環境や気温・降雨降雪量などの気候条件による屋外環境と、自宅の家屋構造や屋内環境が考えられる。自宅周辺の環境要因を評価する標準的なツールはまだないが、自宅の環境については、家屋構造だけでなく、居住習慣を加えて生活空間の狭小化の様子をとらえることで、保健師などが自宅を訪問した際に簡単な聞き取りや観察による評価を考える。

これは、段差・階段、間取りなどの固定的な家屋構造に留まらず、畳を主体とした和式生活(床に座る生活)にみられる居住習慣の特徴について観察することである。転倒予防の観点からは段差などの危険因子が重視されるが、閉じこもり予防・支援の観点からは、活動性を低下させやすい居住習慣についても重視するべきである。

### (2) 屋内生活空間の狭小化の特徴

#### ①生活空間の狭小化

家の中では活発な活動が維持されている時期から活動性の低下の過程において日中の滞在場所も狭小化するが、単に自室内に移行するのではなく、自己効力感の喪失と共にテレビ視聴時間の長期化が見受けられる。自室にテレビがない場合には、比較的テレビのある部屋(茶の間・居間)の滞在時間が長く維持される。一見すると活動性が維持されているようにみえるが、空間移動が活発にあるのではなく、家の中(屋内の移動は維持)→テレビ前(家の中、自室を問わず活動性低下)→自室(寝たきり化)といった、テレビ前に滞在する活動性低下の段階があり、二次予防では、重視するべき生活空間の狭小化の特徴と考える。

#### ②畳主体の座り方

高齢者の生活は和室が中心であることが多く、居室や茶の間(居間)での主な座り方は、畳敷きの床に直接座る床座位(あぐら座や、背もたれ付き座椅子、壁や家具に寄り掛かる座位を含む)となる場合が多い。床座位は椅子を用いた座り方に比べてくつろいだ姿勢がとりやすい一方、からだの重心が低く立ち上がるときの負担が大きい。家庭内での役割が多い場合には、立ち座りを繰り返すが、過程での役割や趣味を持たない高齢者は、家族との会話が長い場合でも、長時間一定の場所に座り続けやすい。テレビの長時間視聴による余暇時間の消化といった生活習慣に陥ると、活動性の低下に至りやすい。生活の中に立ち座りの回数を低下させない工夫が必要である。

#### ③電話機の配置

社会的役割や、友人や近所づきあいが減少し、社会との接触が少なくなる状態、つまり社会との接触が減少した高齢者は、電話機への関心が低く、携帯電話を持たない、家庭用電話機の子機を身の回りに置かない、電話機(親機)や子機が歩いて届く位置に置かれるなど、家族主体の配置となっている。自室内や主な座位位置から離れた場所に家庭用電話機(有線)が配置

されやすく、着信音に対して時間的、距離的問題から対応が消極的な例がみられる。自分への用事の場合のみ家族の取り次ぎにより電話を利用する様子が見受けられる。本人が主体的に電話機を活用し、人的ネットワークを維持する例では、電話機の配置、子機の利用、携帯などは常に身の回りに配置され、電話の活用が容易な環境が維持されている。

### (3) 居住環境のアセスメント

保健師などが訪問の際に本人との会話や観察や屋内の環境の評価により住環境要因からみた閉じこもり高齢者の特徴を評価することが大切である。環境要因の重要性は言われているが、確立した尺度、チェックリストはないのが現状であり、すでに使用しているものがあれば、それでも良い。

対象者に毎日の居住習慣についてたずねることにより、家族との交流の様子、生活空間の狭小化の様子、余暇時間の活動性とテレビの視聴時間、社会との接触の程度や交流の様子を把握し、居住習慣からみた閉じこもりの様子をおおむね推し量るようにする。

家屋構造については、保健師などが、メジャーや専門知識を用いずに観察により対象者の部屋と、外出を阻害する可能性がある物理的環境の状況を把握、外出の安全性の確認をする。

### (4) 住環境要因からみた訪問プログラムへの提言

閉じこもりをもたらす住環境要因としては、道路交通事情や気候条件などの地域が一体となって改善計画を検討すべき周辺環境と、対象者の自宅であっても直接的には改善が図りにくい家屋構造などの固定的な住環境、家族や対象者が毎日の習慣として築いた生活様式などの居住習慣がある。このうち、居住習慣については、情報提供や啓発による働きかけによる改善は費用を要するものではなく、訪問プログラムに取り入れやすい。住環境要因の改善は居住習慣へのアプローチから検討するべきであろう。

居住環境のアセスメントにより、閉じこもりをもたらしやすい要因を把握して、特に以下の点に注目して、働きかけを行う。

- ① 和室で床に長時間座る習慣をもつ高齢者には、日常的な長時間の床座位は運動機能の低下を導きやすいことを伝え、立ち上がって体を動かす習慣づくりを心がけるよう対象者と家族に促す。例えば、足腰を鍛える体操の紹介や、毎日の立ち座り回数目標を設定して自発的な運動習慣を身につけるように促す。
- ② テレビの視聴時間が長い高齢者には、毎日長時間テレビを見続けることで一定の場所に座り続けていること、将来的には運動機能に影響することを伝える。また、テレビの視聴中心の生活からの脱却を目指して余暇時間の過ごし方について情報提供し、家族を交えた習慣づくりを促す。例えば、番組と番組の間の時間（コマーシャル時間）を利用して体を動かす作業や役割、体操を提案する。
- ③ 電話への興味が低く、社会的役割やネットワークを持たない高齢者には、身の回りに電話機があることの意義を家族に伝える。対象者が電話機を直接とり家族に取り次ぐ習慣を身につけ、役割として定着することで、電話での家族との会話、地域のさまざまな催し物やプログラムへのお誘いに対象者が直接対応することができ、定期的な情報提供や外出の誘いへの主体的な対応を導くことができる。例えば、催し物のチラシやカレンダーと直前のお誘いの電話の組み合わせによる外出の促しは、曜日ごとの自発的なスケジュール管理を促すことが期待できる。なお、「振り込め詐欺」が後を絶たないことあり、電話対応には注意を要することも忘れてはならない。

## 6. 閉じこもり予防・支援プログラムの評価

### 6. 1 県型保健所による対人保健サービス受給者での関与

本事業の実施主体は市町村であるが、閉じこもり高齢者が、精神保健サービス利用者または難病患者の場合は、県型保健所が提供するサービスと本事業との調整が必要である。このような事例を除けば、県型保健所が、本事業に直接関与することはない。しかし、県型保健所が、調査研究機能と広域調整機能を拠り所に、各市町村で実施される本事業の評価を支援すれば、事業の効果的、効率的な推進に役立つと期待される。

閉じこもり高齢者が、県型保健所による保健サービスの受給者（精神保健サービス利用者または難病患者）の場合は、地域包括支援センターと県型保健所の役割を明確にしたうえで、両者の連携を図りながら、簡易なケアプランを作成する必要がある。市町村役場の担当部署が該当する事例を集約して、地域包括支援センターのスタッフと県型保健所のスタッフが参加するサービス担当者会議を開催する。

### 6. 2 市町村による事業評価への関与

地域支援事業では、事業の成果が定期的に評価され、効果的、効率的な事業とするための改善が加えられながら、事業が推進される。事業の評価は、どの程度変化がおこったかに関心があるアウトカム評価と、なぜ、どのように変化がおこったかに関心があるプロセス評価に大別される。本事業のアウトカム評価は、短期的には、事業利用者の外出頻度が増加したかを、長期的には、事業利用者からの要介護認定発生率が減少したかを計測して行われる。一方、プロセス評価は、事業の実施過程で、効果的、効率的な実施に不可欠な要素が充足されているかを点検し、各実施過程の改善に結びつけるものである。本事業の実施過程は、『対象となった閉じこもり高齢者に対して、社会・環境要因や心理的要因の改善を試みたうえで、「出かける場」として、地域で提供されている通所型フォーマルサービスまたはインフォーマルサービスを利用するように働きかけを行い、家族と地域社会の協力も得ながら、外出頻度の増加を図ること。』と要約される。各実施過程を構成する要素に注目すると、本事業のプロセス評価の項目は表 12 のようになる。

市町村の事業担当部署が自ら評価を実施する場合は、事業担当部署に評価担当者を置いて評価を行うべきである。しかし、市町村単独で事業評価を進めることは、人的、時間的制約から困難な場合も多い。また、市町村の事業担当部署が自ら担当する事業を評価すると、客観性がある評価にならないおそれもある。市町村単独での評価が持つこれらの制約は、市町村事業の支援を担う県型保健所が本事業の評価に参加すれば克服される。県型保健所は、調査研究機能と広域調整機能を拠り所として、保健所単独で、あるいは必要に応じて市町村の事業担当部署と共同で、各市町村での事業を評価する。県型保健所は、評価に関与することによって、各市町村の評価結果を集約した資料を作成することができ、さらに、集約された資料を基に、各市町村の事業担当者や地域包括支援センターのスタッフに参加を求めて、事業実施上の課題と解決策を討議する事業検討会を主催することができる。広域で開催される検討会での事業担当者間の交流は、成功事例の経験が乏しい市町村のスタッフが、成功事例を経験した市町村の取り組みと工夫を学ぶうえで貴重である。このように、県型保健所が本事業の評価に関与することは、事業の効果的、効率的な推進に寄与すると考えられる。

表 12 閉じこもり予防・支援プログラムのプロセス評価項目（例）

<p><b>【事業対象者の状況および周囲の状況の把握】</b></p> <p>〔対象者の状況〕</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・対象者の外出を障害する要因を把握できているか。</li><li>・対象者が外出してやりたいことを把握できているか。</li></ul> <p>〔対象者の周囲の状況〕</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・対象者の外出を支援する家族、隣人、地域資源（ボランティア組織など）を把握できているか。</li><li>・地域で実施されている通所型サービスの実態（実施主体、実施スタッフ、活動内容と安全性、実施頻度、実施期間、サービス利用終了者の処遇など）を把握できているか。</li></ul> <p><b>【簡易なケアプランの作成】</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・対象者の外出を障害する改善可能な要因に対して、十分な処置を施すことができているか。</li><li>・対象者の簡易なケアプランとして利用することが適当なサービスは、どのような条件を備えているべきかについて検討できているか（実施主体、実施スタッフ、活動内容、実施頻度、実施期間、サービス利用終了者の処遇に関する条件）。</li><li>・対象者の簡易なケアプランに、上記条件を満たす通所型サービスを選定できているか。</li><li>・対象者の簡易なケアプランに選定した通所型サービスは、対象者本人の興味と都合に合っているか。</li><li>・家族、隣人、地域資源を、対象者の外出支援のために十分活用できているか。</li></ul> <p><b>【事業の中間評価】</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・事業実施期間中に対象者の外出状況を確認できているか。</li><li>・対象者の外出を支援する地域の資源、および簡易なケアプランで利用する通所型サービスについて、必要に応じて見直しを行っているか。</li></ul> <p><b>【事業提供体制】</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・対象者の家族、隣人、地域資源から、十分な協力を得られているか。</li><li>・簡易なケアプランで利用する通所型サービスとの連携は十分か。</li><li>・地域包括支援センターは、事業対象者の一次アセスメント、簡易なケアプラン作成および中間評価を実施するために必要となるスタッフ（職種と人数）を擁しているか。</li></ul>
---

## 6. 3 閉じこもり予防・支援プログラムの評価の視点

閉じこもり予防・支援プログラムの目的は、予防の視点から見た場合、

1次予防の視点からは、

- ①非閉じこもり（いわゆる、元気高齢者）からの閉じこもり者の新発生（発生率）の減少
- ②閉じこもり出現率（有病率）の減少
- ③非閉じこもりにおける閉じこもり要因としての身体的、心理的、社会・環境的要因の改善、または、悪化の減少
- ④住民の閉じこもりに関する知識の増加

2次予防の視点からは、

- ⑤閉じこもり傾向がある人の通所系サービスへの参加率の増加
- ⑥閉じこもり傾向がある人の閉じこもりにならないでいる割合の増加

3次予防の視点からは、

- ⑦閉じこもりからの要介護認定者の発生の減少
- ⑧閉じこもりから非閉じこもりへと改善した人数

などが挙げられるであろう。

さらに、閉じこもり予防をより積極的な意味でその目的を捉える視点からは、

- ⑨高齢者の社会参加、社会的交流の増加
- ⑩高齢者の家庭内外における役割の増加

などがむしろ評価指標として用いられることが望まれる。

このように、アウトカム評価としては、上記のいずれかの項目での評価が必要である。ただ、いずれの項目もすでにその情報を市町村で把握している場合は限られているものと考えられる。地域包括支援センターや市町村は少なくとも管内の高齢者における閉じこもりの出現率を把握することが必要である（②）。全域での対応が困難であれば、一部に関してのみでも悉皆的に把握することが重要である。そして、閉じこもり予防事業を実施した後で、その出現率に変化があったかどうかを評価しなければならない（⑧）。

なお、閉じこもり予防事業の効果を短期的にアウトカム評価として、示すことは困難な場合も少なくないと考えられる。地域包括支援センターや市町村は、上述のように、県型保健所等の協力も得ながら、プロセス評価を実施する。このプロセス評価を行うことで現在実施している事業の課題やその解決策の手がかりを得ることができる。

## ＜閉じこもり予防・支援のための二次アセスメント票＞

対象者氏名 ( ) ( 年 月 日生 歳)	評価者氏名 ( )	
〈外出頻度〉・事前アセスメント (H 年 月 日) 1. 週に1回以上      2. 月に1回以上      3. 月に1回未満 ・どのようなことがあったら、外出しますか。(催し物、行事、サービス、集まり、など) ( )		
・事後アセスメント (H 年 月 日) 1. 週に1回以上      2. 月に1回以上      3. 月に1回未満		
〈手段的自立 (IADL)〉 1. バスや電車を使って一人で外出できますか 2. 日用品の買い物ができますか 3. 自分の食事の用意ができますか 4. 請求書の支払いができますか 5. 銀行預金、郵便貯金の出し入れができますか	事前アセスメント 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ	事後アセスメント 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ
〈知的能動性〉 6. 年金などの書類が書けますか 7. 新聞を読んでいますか 8. 本や雑誌を読んでいますか 9. 健康についての記事や番組に関心がありますか	1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ
〈社会的役割〉 10. 友達の家を訪ねることがありますか 11. 家族や友達の相談にのることがありますか 12. 病人を見舞うことができますか 13. 若い人に自分から話しかけることができますか	1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ
〈生活体力指数〉 14. 歩行や外出に不自由を感じますか 理由(疾病、痛み、尿漏れ、目、耳、家の周囲、等) 15. イスから立ち上がる時、手の支えなしで立ち上がりますか 16. 最近、つまずきやすいですか (易転倒性)	0. はい 1. いいえ 1. はい 0. いいえ 0. はい 1. いいえ	0. はい 1. いいえ 1. はい 0. いいえ 0. はい 1. いいえ
〈日中、おもに過ごす場所〉 ・ A : 自宅の外      B : 敷地内      C : 自宅内      D : 自分の部屋	( A B C D )	( A B C D )
〈日中、おもな過ごし方〉 ・ A : 自宅外の仕事(役割)      B : 家の仕事(役割)      C : 趣味      D : おもにテレビ等      E : 特になし	( A B C D E )	( A B C D E )
〈その他の特記事項〉		
閉じこもりの要因の合計点		
I 手段的自立・体力低下 (1～5, 14～16.)	8点満点	事前_____点 事後_____点
II 知的能動性・社会的役割低下 (6～13.)	8点満点	事前_____点 事後_____点

## ＜閉じこもり予防・支援のための二次アセスメント票＞の使い方

保健師など訪問者は、閉じこもり予防・支援プログラムを実施する前に、対象者の個別の状況を把握する。

1. 確認の意味も含め、外出頻度は必ず確認する。事後アセスメント項目は網掛けしている。
2. 項目1～13は、老研式活動能力指標である。この指標は、「手段的自立」より高次元の活動能力を測定しており、「社会的役割」まで含む唯一の測定尺度である。この尺度は自立した高齢者を含む在宅高齢者の生活機能の評価に適している。項目1～5は「手段的自立」を、項目6～9は「知的能動性」を、項目10～13は「社会的役割」の水準を測定するもので、下位尺度として独立した評価も可能である。
3. 本アセスメント票では、項目1～5、14～16の合計点（満点8点）で、「Ⅰ 手段的自立・体力低下」と呼ぶことにしたが、この点数の増加が第一の目標である。
4. 項目6～13の合計点（8点満点）で、「Ⅱ 知的能動性・社会的役割」と呼ぶことにしたが、閉じこもりでこの機能を維持している場合は少ないと考えられるので、これは、Ⅰの後の目標にするのが現実的であろう。
5. 「日中、おもに過ごす場所」、「日中、おもな過ごし方」では、A→D、A→Eに従って、望ましくない状態を示している。事後アセスメントでD→A、E→Aへと1段階でも変化した場合には、改善と評価して良い。
6. その他の特記事項としては、対象者のうつ、認知症など他の要介護のハイリスク状態の把握のほか、家族の対象者に対する見方や家族と対象者との関係などについて気づいたことをメモとして記載する。
7. このアセスメント票は、「評価のための評価」が目的でないことは言うまでもない。対象者の評価を行うことで、機能低下している項目、注意すべき事項が浮き彫りになってくる。訪問時には、評価に基づき可能な範囲で、助言を行うべきである。
8. 評価の安定性を確保するために、原則的に、評価者は同じ人であることが望ましい。

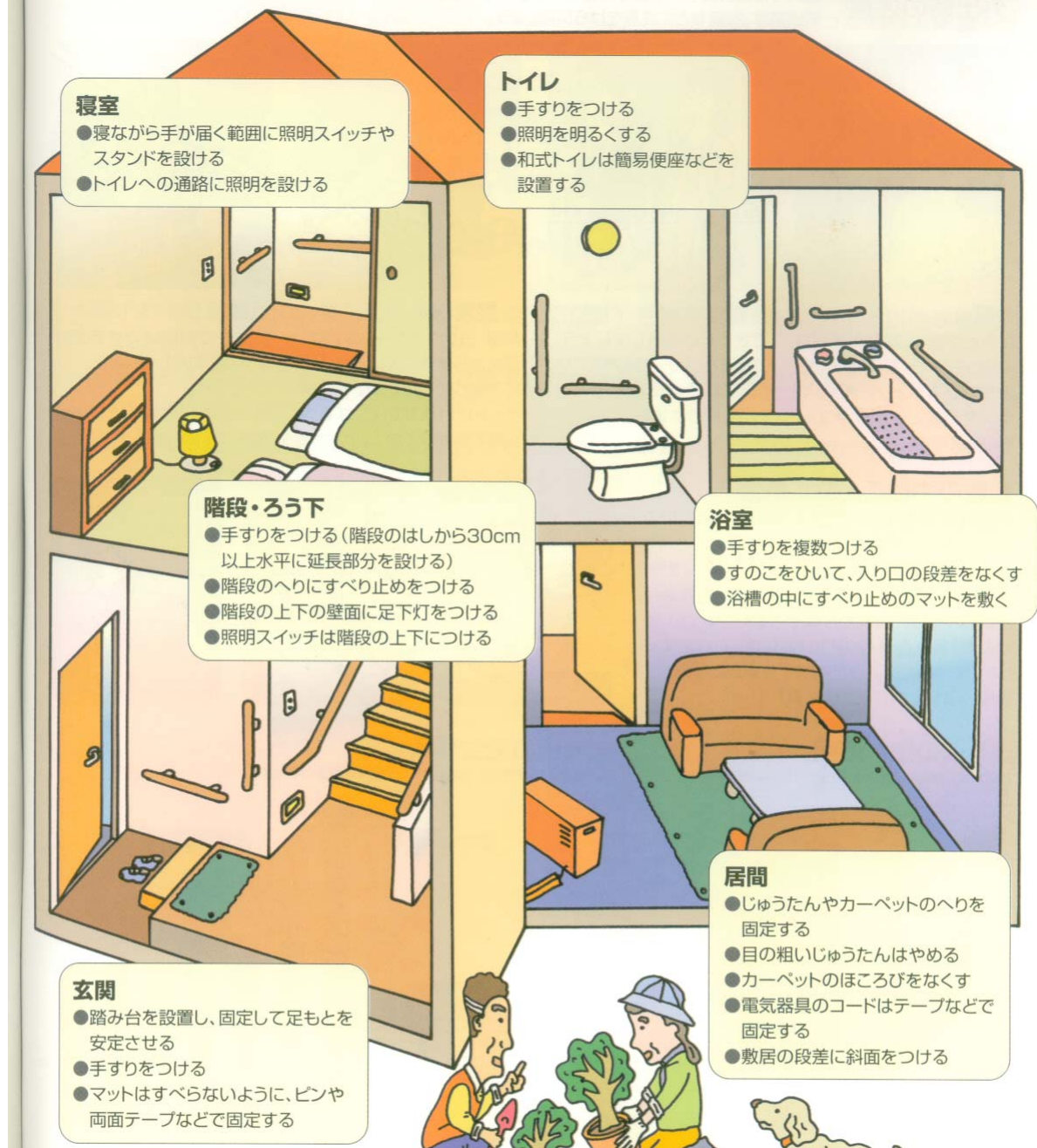
### 注意事項

- ・項目1, 2, 5は基本チェックリストと質問内容が類似しているが、本アセスメント票では「…できますか」になっている。一方、基本チェックリストでは「…していますか」になっている。「…できますか」は「やろうと思えばできる」能力の評価をしており、実際にその行為をしていないこと自体は評価に影響しない。いわば、潜在能力を測定していることになる。一方、「…していますか」は「実際にしている」能力（行為）を評価しており、「実際にはしていないが、やる必要性が生じたらやれる」場合も「していない」という評価になる。従って、測定された能力では潜在能力はわからないことになり、場合によっては、能力の過小評価につながる可能性がある。
- ・本アセスメント票は、確立した尺度である老研式活動能力指標そのものを用いており、下位尺度のみでも評価可能であるのに対して、基本チェックリストでは現時点では尺度としての妥当性・信頼性は検証されていない。ただ、下位尺度での変化はわずかである可能性が高いと考え、Ⅰ、Ⅱの合計点での評価を提案したが、これも妥当性・信頼性の検討はされておらず、あくまで目安とすべきである。
- ・事後アセスメントはおおむね3ヵ月後をめどに実施するが、対象者の状態等に応じて、早めに経過を把握する必要がある場合は、速やかに対応する。

# 安全な住まい作りの工夫

監修：福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座教授 安村誠司

年をとり体が衰えてきたり、病気や障害があったりすると、安全であるべき自宅のなかにも危険な要素がたくさんあります。自宅での転倒や転落などの事故を防ぐために、できるだけ安全な住まいに改善していきましょう。



付図1. 健康情報に関するパンフレットの見本



## 引用文献

- 1) Bandura A: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977;84: 191-215.
- 2) 藤田幸司, 藤原佳典, 熊谷 修, 他. 地域在宅高齢者の外出頻度別にみた身体・心理・社会的特徴. 日本公衛誌, 2004; 51; 168-180.
- 3) 長谷川和夫. 老人の心理. 老人心理へのアプローチ. 東京: 医学書院. 1975.
- 4) 芳賀 博. 地域の高齢者における転倒・骨折に関する総合的研究 平成7年度~平成8年度科学研究費補助金研究成果報告書. 1997: 124-136.
- 5) 芳賀 博, 植木章三, 島貫秀樹, 他, 地域における高齢者の転倒予防プログラムの実践と評価, 厚生指標, 50 (4), 20-26, 2003.
- 6) 鳩野洋子, 田中久恵. 地域ひとり暮らし高齢者の閉じこもりの実態と生活状況. 保健婦雑誌, 55; 664-669, 1999.
- 7) 井上勝也. 老年期と生きがい. 井上勝也, 木村 周; 編. 新版老年心理学. 東京: 朝倉書店. 1993;146-160.
- 8) 池上直己. 厚生労働省科学研究費補助金健康科学総合研究事業 保健サービスによる寝たきり予防に関する調査研究. 平成10年~平成12年. 2001.
- 9) 藺牟田洋美, 安村誠司, 藤田雅美, 他: 地域高齢者における「閉じこもり」の有病率ならびに身体・心理・社会的特徴と移動能力の変化, 日本公衛誌, 1998, 45, 883-892.
- 10) 藺牟田洋美, 安村誠司, 阿彦忠之 他: 自立およ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 身体・心理・社会的要因から. 日本公衛誌 2002; 49 (6): 483-496.
- 11) 藺牟田洋美, 安村誠司, 阿彦忠之: 準寝たきり高齢者の自立度と心理的QOLの向上を目指したLife Reviewによる介入プログラムの試行とその効果. 日本公衛誌 2004;51: 471-482.
- 12) 川村匡由. 新しい高齢者福祉. 京都: ミネルヴァ書房, 1969, 84-91.
- 13) 厚生省大臣官房老人保健福祉局老人保健課. 寝たきりゼロをめざして. 1989.
- 14) 厚生省: 厚生白書(平成元年版), 1990. 148-156., 厚生白書(平成3年版) 1992, 172.
- 15) 厚生労働省老人保健課監修: 機能訓練事業ガイドライン. 厚生科学研究 1994.
- 16) 厚生労働省老健局長: 介護予防・地域支え合い事業の実施について(平成15年6月9日・老発第0309002号・厚生労働省老健局長発各都道府県知事・各指定都市市長・各中核市市長宛). 2003.
- 17) 高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」. 東京: 法研, 2003.
- 18) 森 明子, 来島修志, 小島恵美, 他: 地域高齢者に対する介護予防事業への関わり~回想法を用いて~. 作業療法 2003; 22: 393.
- 19) 内閣府. H16高齢社会研究セミナー報告書「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」. 2004.
- 20) 島貫秀樹, 本田春彦, 伊藤常久, 他. 地域在宅高齢者の介護予防推進ボランティア活動と社会・身体的健康およびQOLとの関係. 日本公衛誌, 54, 749-759, 2007.
- 21) 新開省二. 「閉じこもり」アセスメント表の作成とその活用法. ヘルスアセスメントマニュアル—生活習慣病・要介護状態予防のために—, ヘルスアセスメント研究委員会監修. 厚生科学研究所, 東京, 2000, 113-141.
- 22) 新開省二. 閉じこもり予防 第三章 対象者把握のためのアセスメントとチェックリスト. 介護予防研修テキスト. 東京: 社会保険研究所. 2001;150-166.
- 23) 新開省二. 閉じこもり研究の現状と課題—閉じこもりに対して地域保健活動をどう展開するか—. 秋田県公衆衛生学雑誌. 2005;2:1-6.

- 24) 竹内孝仁：寝たきり老人の成因—「閉じこもり症候群」について。老人保健の基本と展開。医学書院，東京，1984，148-152.
- 25) 東京都老人総合研究所。小金井市 70 歳老人の総合健康調査—第 2 報・10 年間の追跡調査。1988.
- 26) 高村寿子：ヘルスプロモーションとエンパワメント—今，保健師に期待される役割をめぐって—，生活教育：2000：44（2）：7-12.
- 27) 竹内孝仁：閉じこもり，閉じこもり症候群。介護予防研修テキスト。社会保険研究所，東京，2001，128-140.
- 28) 地域保健研究会。平成 15 年度老人介護保健事業推進費等補助金介護予防優良事例集。東京：地域保健研究会，2004.
- 29) 植木章三，河西敏幸，高戸仁郎，他，高齢者の歩行機能維持を目的とした体操プログラムの開発の試み，リハビリテーションスポーツ，2002;21（2）：42-52.
- 30) 山崎幸子，藺牟田洋美，橋本美芽，他。都市部在宅高齢者における閉じこもりの家族および社会関係の特徴。日本保健科学学会誌 2008a;11(1):20-27.
- 31) 山崎幸子，藺牟田洋美，安村誠司，他。地域高齢者の外出に対する自己効力感尺度の開発。日本公衛誌 2008b;55（特別付録）：513.
- 32) 保田玲子，工藤禎子，桑原ゆみ，他：住民主体型閉じこもり予防事業のボランティアが活動を通じて得ているもの，保健師ジャーナル 2004：60(4)：376-383.
- 33) 安村誠司，安田誠史，松田晋哉。寝たきりゼロ作戦の評価—課題は評価可能な調査項目の設定—。公衆衛生情報。16-18，1999.
- 34) 安村誠司：厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「閉じこもり」高齢者のスクリーニング尺度の作成と介入プログラムの開発 平成 12 年度～平成 14 年度総合研究報告書。2003a. 3.
- 35) 安村誠司：「閉じこもり」高齢者の寝たきり化予防のための介入研究 平成 12 年度～平成 14 年度 科学研究費補助金（基盤研究（C）（1））研究成果報告書。2003b. 3
- 36) 安村誠司；高齢者における「閉じこもり」。日本老年医学会雑誌，2003c；40：470-472.
- 37) 安村誠司。「閉じこもり」高齢者の寝たきり化予防を目的とした無作為化比較試験。科学研究費補助金（基盤研究（B）（1））研究成果報告書，2005a.
- 38) 安村誠司：厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業 介護予防事業の有効性の評価とガイドラインの作成 平成 15 年度～平成 16 年度総合研究報告書。2005b. 4.
- 39) WHO. The uses of epidemiology in the study of the elderly. WHO Technical Report Series 706, Geneva, 1984.
- 40) 渡辺美鈴，渡辺丈眞，松浦尊磨，他。自立生活の在宅高齢さ穂の閉じこもりによる要介護の発生状況について。日本老年医学会雑誌，2005；42：99-105.
- 41) 芳賀 博。地域在宅高齢者のライフスタイルに関する縦断研究。平成 12 年度厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）。平成 10～12 年度総合研究報告，P19-26，2001.

（参考文献）

- 1) 芳賀 博：三本木町における閉じこもりの実態に関する研究。厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「閉じこもり」高齢者のスクリーニング尺度の作成と介入プログラムの開発 平成12年度～平成14年度総合研究報告書（主任研究者：安村誠司），49-59.
- 2) 平井 寛：8 閉じこもり。検証「健康格差社会」。医学書院，東京，2007，59-66
- 3) Imuta H, Yasumura S, Abe H, et al: The prevalence and psychosocial characteristics of

- frail elderly in Japan: A community-based study. *Aging Clin and Exp Res* 2001;13:443-453.
- 4) 藺牟田洋美, 安村誠司, 阿彦忠之, 他: 自立およ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 身体・心理・社会的側面から. *日本公衛誌* 2002;49, 483-496.
  - 5) 藺牟田洋美, 安村誠司, 牧上久仁子, 他「閉じこもり」高齢者に対する介入研究(第1報) ライフレビュー場面での心理的变化. *日本公衛誌* 2004: 51(10): 701.
  - 6) 工藤禎子, 三国久美, 桑原ゆみ, 他: 閉じこもり予防事業における住民主体化のプロセス, *日本地域看護学会第3回学術集会講演集* 2002: 48.
  - 7) 工藤禎子: 閉じこもり予防事業の参加者への効果評価, 厚生省科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業) 分担研究報告書: 2003: 18-22.
  - 8) 厚生労働省保険局国民健康保険課. 国保ヘルスアップ事業個別健康支援プログラム実施マニュアルver.1. 国民健康保険中央会 2005年3月.
  - 9) 坂野雄二, 前田基成編著. セルフエフィカシーの臨床心理学, 北大路書房, 2002.
  - 10) 高取真由美: 当別町地域参加型閉じこもり予防事業, *北海道公衆衛生学会誌* 2003:16:77-82.
  - 11) 高戸仁郎, 芳賀 博, 牧上久仁子, 他: 「閉じこもり」高齢者に対するホームヘルパーの運動指導が運動機能に及ぼす効果. *保健福祉学研究* 2004; 3: 31-42.
  - 12) 山崎幸子, 橋本美芽, 藺牟田洋美, 他. 都市部在宅高齢者における閉じこもりの出現率および住環境を主とした関連要因. *老年社会科学* 2008;30(1):58-68.
  - 13) 安村誠司編: 地域ですすめる閉じこもり予防・支援 効果的な介護予防の展開に向けて, 中央法規出版, 2006

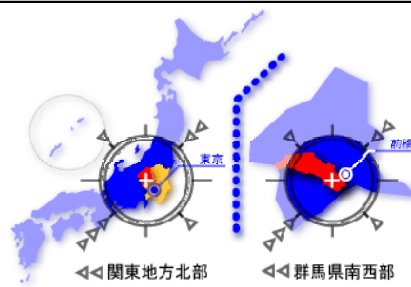
## 1. 本事業の特徴

群馬県高崎市の通所型介護予防事業である「さわやか元気教室」は、「事業後の高齢者の活動拠点づくり」を目標に掲げ、積極的に住民の参画を図りながら、事業を展開している。高崎市は下記のとおり、事業の普及啓発に向け、年度毎に事業実施箇所を拡大している点、地域介護予防活動の支援として企画・運営を担える人材の発掘、養成を行っている点、また、市独自の評価指標を作成し、客観的な個別評価を取り入れている点などが先駆的であるといえる。他の地域支援事業との連動や、介護予防サポーター等の人材育成の継続支援、地域活動としての定着化に関しては、今後さらに検討を要する課題として挙げられるが、閉じこもり予防・支援事業の実施がきわめて難しい中で、積極的に事業を展開している点は評価でき、事業への住民の参画、地区活動としての定着促進を目指す自治体の参考になるものと思われる。

## 2. 自治体の概要

### 【高崎市の特徴】

高崎市は、広大な関東平野の北端に位置する、群馬県を代表する都市である。平成 18 年 1 月 23 日に、倉渟村、箕郷町、群馬町、新町と、10 月 1 日には榛名町と合併し、新たな市の人口は 34 万人を超え、面積は 401.01 平方キロメートルに及ぶ。現在、中核都市への移行を進めている。



引用：高崎市 HP・公表資料

### 【人口】

総人口：341,197 人（平成 19 年 3 月）

### 【高齢者人口・高齢化率・要介護認定率】

高齢者人口 69,937 人、20.5%（平成 19 年 3 月）、15.6%（平成 20 年 2 月現在）

## 3. 事業の体制づくり

### 【事業開始のきっかけ・経緯】

平成 14 年度から市の直営で実施していた事業を、平成 18 年度に地域支援事業として位置づけ、委託事業として行っている。委託先は、地域の状況を把握している在宅介護支援センターを有する法人とし、事業運営のみでなく、地域との関係づくりを引き継いでもらっている。事業実施地区を決定し、調整を図る中で、地区区長の協力を得たり、民生委員と関わり、選定地域の様子を把握して、リーダーシップを担える人材を見つけている。また、事業の企画・運営についても、ボランティア等地域住民を巻き込み、参加者集めを一緒に行い、住民が、自分たちでも継続してできると思える事業内容、教材、道具を用いることで、その後のサロン化につなげている（平成 18・19 年度に事業を実施した 34 ヶ所中 14 ヶ所がサロンに移行）。

## 4. 実施状況

### 【目的】

地域ネットワークの育成・活用と、高齢者にとって身近な地域で気軽に参加できる交流の場づくり

### 【実施方法】

- ・在宅介護支援センターを有する法人に委託
- スタッフ：委託先職員 2 名、民生委員・ボランティア数名 計 2～10 名程度で運営
- ※地域包括支援センター職員、歯科衛生士、栄養士、保健師は必要時参加

### 【実施内容】

場所：地区公民館・集会場等（平成 18 年度 18 ヶ所、平成 19 年度 16 ヶ所で実施）

※会場は、地区役員会に参加し、役員との話し合いにより決定

頻度：月 2 回（隔週）、6 ヶ月間、1 回あたり 2 時間程度

**対象者の把握・誘い出し方法：**

①地区役員からの声かけ、②関係連機関・本人問合せ等で把握した高齢者宅の訪問

**周知の方法：**町内回覧

**参加者数：**おおむね 20 名程度（平成 18 年度 316 名、平成 19 年度 296 名）

**実施内容：**下記のようなプログラムを組み合わせで実施

＜プログラムの一例＞

- ・さわやかなのびのび体操
- ・レクリエーション（歌、歌体操、指体操等）
- ・おたっしゅ健診、簡易体力測定
- ・筋力トレーニング
- ・各種体操（バランス強化体操、骨盤底筋体操、健口体操、嚥下体操、頭の体操）
- ・地域包括支援センターの業務紹介（権利擁護等）
- ・健康講話（転倒予防、口腔衛生、認知症、栄養指導等）

**地域づくりへの協力：**委託先は、サロン移行による事業の継続実施への働きかけと、サロン立ち上げ時・開催時の協力を行う。

**5. 事業の評価**

**【事業の評価方法】**

- ・参加者の感想の把握
- ・お達者健診・簡易体力測定結果による変化把握（開始時と終了時（6ヶ月後）に実施）  
※閉じこもり予防・支援に関するマニュアル等に掲載されている評価表を参考に、市でさわやか元気教室用の評価表を作成して使用。

**【評価の結果】**

- ・事業実施前後の体力測定、老研式活動能力指標、生活体力指数、閉じこもり度の各項目で 1～20%程度の改善者が認められた。

**6. 事業が可能となっている要因**

- ◎地域との協力体制を基盤とした事業展開
- ◎委託事業者への具体的な事業展開の提示（マニュアル作成）
- ◎終了後の事業継続を図るサロンの基盤づくり
- ◎年度毎に実施箇所の新規開拓を行っていることによる住民への周知と、口コミ効果

**7. 課題**

- ◎サロンを生かした他の地域支援事業との連動
  - ・現在、市で行っている運動器機能向上に関する地域支援事業は、送迎が必要であり、さわやか元気教室から発展したサロンを利用し、一般高齢者施策として、送迎の必要のない運動器機能向上や他の支援内容を含めた総合事業の展開を図ることを考えている。
- ◎サロンの増加と活動支援
  - ・町内会単位にサロンをつくり、介護予防サポーターの養成を進め、地域の民生委員、役員と協力してサロン運営ができるように支援し、地域活動としての定着化と促進を図る。

注）本事例は、「安村誠司：介護予防事業等の実施に関する先駆的取組の推進に関する研究 報告書、財団法人 日本公衆衛生協会、2008」の記載内容をもとに、加筆・修正を加えたものである。

## 1. 本事業の特徴

山形市では、通所型介護予防事業として、閉じこもりのタイプによりコースが選択できる「おたっしゃげんき塾」を展開している。山形市社会福祉協議会に委託して実施しているが、事業の立ち上げ・基盤づくりには、市の保健師や介護予防専門職等が専門的立場で関わっている。また市では、ケアプランに沿った個別支援につなげるため、記録用紙の工夫や、中間評価も含めた事業評価の方法について委託事業所に助言・指導を行っている。

介護予防ケアマネジメント過程で、閉じこもりタイプのアセスメントを行っている点、コース作りや支援方法での工夫をしている点が先駆的といえる。

コースの設定や効果の検討は、今後の継続課題として挙げられるが、地域包括支援センターのケアマネジメントによる個別プランの作成および個別プランに沿った事業実施を実践している点は評価でき、他自治体の参考になるものと思われる。

## 2. 自治体の概要

### 【山形市の特徴】

山形県の平成 19 年における 65 歳以上の老年人口割合は全国 5 位（26.4%）と高齢化の進んでいる県といえる。山形市は、県庁を有する都市部であることから、県平均よりは高齢化は進んでいないものの、老年人口割合は 22.6%となっており、高齢者対策は重要課題の一つとなっている。（山形県長寿社会課：目で見える高齢化マップ 平成 20 年山形県）

### 【人口】

総数：255,327 人（平成 19 年 12 月現在：山形県統計企画課）

前期高齢者人口：28,311 人 後期高齢者人口：29,442 人（引用：山形市 HP）

## 3. 事業の体制づくり

### 【事業開始のきっかけ・経緯】

本事業は、平成 16 年度の「閉じこもり予防モデル事業」をきっかけに取組まれている。平成 18 年度からは、地域支援事業の通所型介護予防事業として社会福祉協議会に委託して行っている。平成 18 年度は、基本チェックリストの閉じこもりの項目（16・17 番）該当者および閉じこもりの該当がなくてもうつ項目（21～25 番）該当者を候補者として事業対象者を検討していた。その際、他の項目とも重複している高齢者が多く、平成 19 年度は、運動・栄養・口腔・閉じこもりの単独コースとそれぞれを閉じこもりと複合した合計 7 つのコースを作り、ケアマネジメントによりコースを選択できるようにした。山形市では、特定高齢者施策として、機能向上を目的とした運動器、口腔機能の単独事業も行っており、地域包括支援センターのケアマネジメントにより、効果的な個別プランを立てている。事業利用申請があった特定高齢者のうち、うつ・認知症が疑われる場合は、地域包括支援センターへの状況確認と診療情報提供書により通所型介護予防事業の対象とするかを判断している。

## 4. 実施状況

### 【目的】

介護予防を目的としたデイサービスを提供することにより、要支援及び要介護状態になることを予防し、又は心身状態の悪化の防止を図り、在宅で自立した生活が維持できるようにする。

### 【実施方法】

運営：山形市社会福祉協議会へ委託

スタッフ：ケースワーカー・看護師（委託事業所職員）、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、接骨師、音楽療法士等  
※事業立ち上げ時は保健師もアドバイザーとして参加

場所：老人福祉センター 2 ヶ所で実施

利用期間：1 クール 3 ヶ月～6 ヶ月

実施曜日・利用時間：週 4 日間（火～金）

単独コース又は閉じこもりとの複合コースを実施。10：30～15：00

定員・頻度：定員 20 名、1 人週 1 回（曜日指定、送迎付）

※市職員は、委託事業所と定期的に情報交換会を実施（月1回程度）し、運営状況を把握している。

**【実施内容】**

- ・山形接骨師会による機能訓練や、口腔ケア、栄養改善、音楽療法、手工芸、絵画、書道などを専門的有識者の協力を得て実施

**5. 事業の評価**

**【事業の評価方法】**

①定期的な個別評価の実施

- ・事業所評価として利用者の改善・維持・悪化状況を定期的に判定。
- ・地域包括支援センターでは、継続・変更、終了を判定。

**項目：**基本チェックリスト、閉じこもり予防アセスメント票、体力測定（身長、体重、握力、長座位体前屈、開眼片足立ち、ファンクショナルリサーチ、5m最大歩行時間）、主観的健康観（5段階評価）

- ・市は全体的な事業管理を実施。

②事業全体の評価

- ・改善・維持・悪化・中断者数、要支援・要介護移行者数を把握し、年度末に事業量全体の報告書を作成している。

**【評価の結果】**

◎後期高齢者の参加と改善者の増加

単位：人

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上	合計
改善	1 (1)	1 (2)	8 (7)	19 (10)	19 (9)	48 (29)
維持	0 (0)	0 (1)	9 (5)	24 (20)	33 (38)	66 (64)
悪化	0 (0)	0 (0)	1 (0)	6 (3)	15 (3)	22 (6)
辞退(その他)	0 (0)	1 (1)	4 (2)	8 (6)	12 (16)	25 (25)
合計	1 (1)	2 (4)	22 (14)	57 (39)	79 (66)	161 (124)

注) 上段：平成19年度値、下段：( )内は平成18年度値

**6. 事業が可能となっている要因**

◎住民・参加者の要望・ニーズの把握によるコースプランの検討

◎関係機関からの意見の吸い上げ

◎事業運営への地元社会資源の活用

◎介護予防という目的を明確にした事業参加の啓発と意識付け

◎コース別の記録用紙の作成（継続的個別支援への活用）

**7. 課題**

◎地域包括支援センターの評価機能の充実と他の事業・社会資源との連携

- ・定期的な評価の実施により、必要性に応じて、他の地域支援事業（特定高齢者施策）への継続や新予防給付の導入などの判断を適切に行っていく。事業修了者も2ヶ月後の事後評価を確実にいき、必要な社会資源につなげる（一般高齢者施策等）。

◎支援コースの検討

- ・利用者のニーズや要望を踏まえ、より効果的なコース設定の検討をしていく。

注) 本事例は、「安村誠司：介護予防事業等の実施に関する先駆的取組の推進に関する研究 報告書、財団法人 日本公衆衛生協会、2007、2008」の記載内容をもとに、加筆・修正を加えたものである。

## 8. 研究班名簿

### 初版メンバー

- 安村誠司（福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座教授）
- 芳賀 博（東北文化学園大学医療福祉学部教授）
- 藺牟田洋美（首都大学東京健康福祉学部准教授）
- 高戸仁郎（東北文化学園大学医療福祉学部助教授）
- 安田誠史（高知大学医学部公衆衛生学教室助教授）
- 村井千賀（石川県リハビリテーションセンター企画専門員）
- 大竹まり子（山形大学医学部看護学科助手）
- 叶谷由佳（山形大学医学部看護学科教授）

### 改訂版メンバー

- 安村誠司（福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座教授）
- 芳賀 博（桜美林大学大学院老年学教授）
- 藺牟田洋美（首都大学東京健康福祉学部准教授）
- 橋本美芽（首都大学東京健康福祉学部准教授）
- 高橋和子（宮城大学看護学部在宅看護学准教授）
- 山崎幸子（㈱明治安田生活福祉研究所 福祉社会研究部研究員）
- 鈴木理恵子（栃木県大田原市高齢生きがい課介護予防係係長）

（○：研究班長）

\* 問い合わせ先：福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座メールアドレス：[public-h@fmu.ac.jp](mailto:public-h@fmu.ac.jp)  
または、ファックス：024-548-4600（電話でのお問い合わせはご遠慮下さい。）