

【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（藺牟田ら、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見えるが、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。