

第5章閉じこもり予防・支援マニュアル

5-1 事業の趣旨

「閉じこもり」とは、外出頻度が少なく、生活の活動空間がほぼ家の中のみへと狭小化する状態である。閉じこもると活動性が低下することにより、廃用症候群¹⁵が発生・増悪し、さらに心身両面の活動能力を失っていき、最終的に要介護状態へと進行すると考えられている。

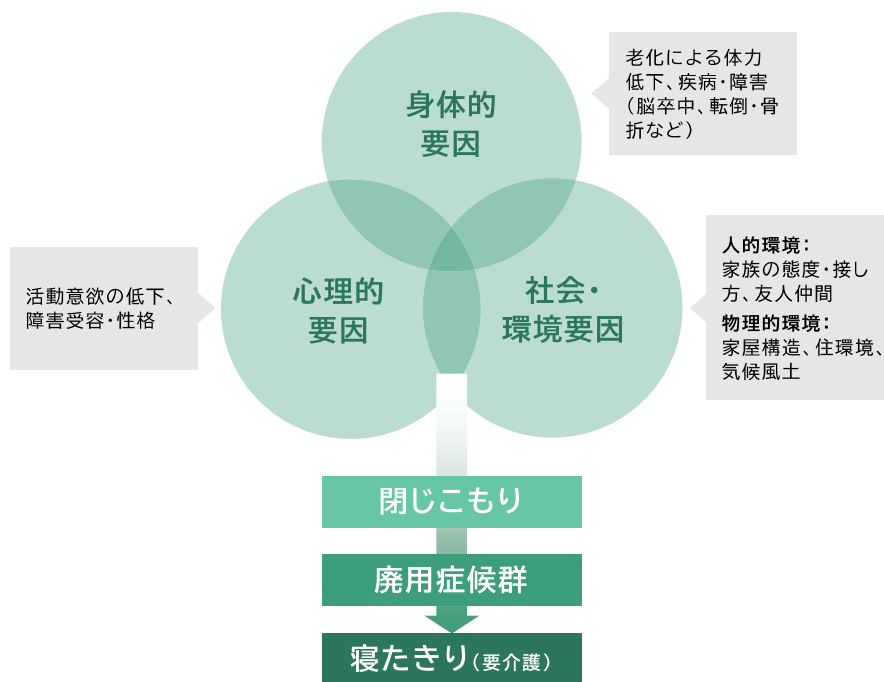
加齢に伴い、様々な原因で外出頻度が少なくなり、生活空間が屋外・地域から自宅内(敷地内を含む)へと狭くなっていく。例えば、身体機能・移動能力に支障がなくても、屋外や地域でやるべきことがないと、どうしても日中の生活空間は屋内になりやすい。また、家庭における役割(買い物など)がない、あるいは地域社会における役割がないと、外出の頻度が低くなる。外出頻度の増加そのものが閉じこもり予防・支援の目的ではなく、自宅の外で何らかの目的・役割をもつ結果として、外出が促進されることを目指すべきである。

要介護状態の原因としての閉じこもりをもたらす要因には、身体的、心理的、社会・環境要因の3つがあり、それらが相互に関連して発生すると考えられている(図表 5-1)¹⁶(竹内, 2001)。また、閉じこもり高齢者は認知症、うつ状態、運動器の機能低下、低栄養、口腔機能の低下など、さまざまな要支援・要介護のリスクを併存している可能性が高く、閉じこもりを引き起こす要因と健康障害の関連・影響を考慮する必要がある。たとえば、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。また、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状態になっていき、うつ傾向になっていくこともあると考えられる。さらに、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。

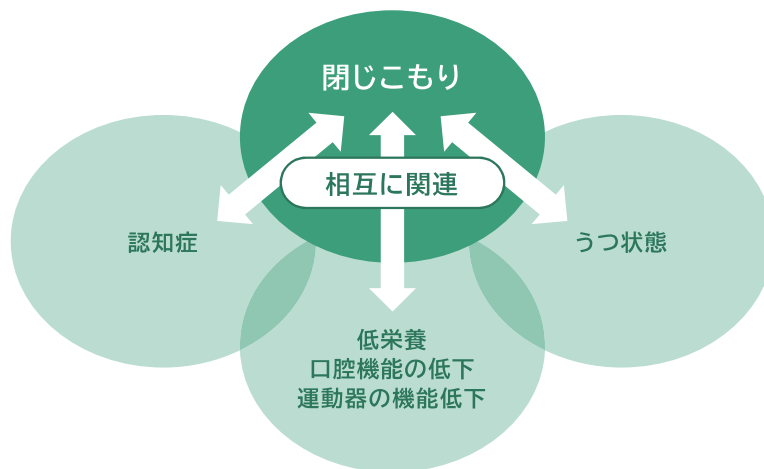
¹⁵ 廃用症候群とは、「廃用(使わないこと)」、すなわち不活発な生活や安静でおきる、全身のあらゆる器官・機能に生じる“心身機能の低下”である。

¹⁶ 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。

図表 5-1 閉じこもりの要因と位置づけ



図表 5-2 閉じこもりと他の関連モデル



このように、閉じこもりは、さまざまな要支援・要介護のリスクとも密接な関係を持っており、閉じこもりと他の要支援・要介護のリスクとは、相互に関連した状態であると考えられる(図表 5-2)。

上述のように、閉じこもりは他の要支援・要介護のリスク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のではなく、他の地域支援事業や予防給付などとの協力・連携が必要である。

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ことが最も重要である。閉じこもり状態にない高齢者を閉じこもりや閉じこもり予備群にしないという予防対策とともに、より活動的な生活になるよう支援することが重要である。そのため、保健師、地域包

括支援センター、民生委員、地域ボランティアなど、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・環境づくりにより介護予防の普及啓発を行う。特に市町村は、こうした活動を支援する主体としてさまざまな機関による構成員の連携に努める。

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など、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、精神面のうつ的な傾向は少なくなることが報告されている。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じ、閉じこもり予防・支援にもつなげるようにする。

5-2 プログラムの進め方

5-2-1 事前準備

(1)実施担当者

保健師を中心に介護予防に携わる職種のほか、地域包括支援センターや社会福祉協議会等の社会福祉士や民生委員などが携わることが望ましい。

(2)対象者のスクリーニング

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等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要である。また、かかりつけ医・歯科医、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。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。

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が、基本チェックリストでは、「週に1回以上は外出していますか」(No.16)と「昨年と比べて外出の回数が減っていますか」(No.17)の項目が閉じこもりに関連する項目である。

短期集中予防サービスにて実施する場合、基本チェックリストの No.16 に該当することなどを目安としつつ、生活機能の低下が見られる者として、介護予防ケアマネジメントによりサービスの提供が適当とされる高齢者が対象となる¹⁷。なお、週に1回以上外出している場合でも、外出頻度が1日1回未満である場合は閉じこもり傾向がある場合も考えられるため、対象者の状況をよく把握した上で、外出につながる啓発やプログラムの実施を検討されたい。

¹⁷ その他の多様なサービスや一般介護予防事業等において、生活機能の低下が見られる者を対象として、当該マニュアルを活用することも可能である。

図表 5-3 基本チェックリスト(抜粋)

番号	基本チェックリスト項目(抜粋)	回答	
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

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(図表 5-4)。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。

図表 5-4 閉じこもりの予測因子

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、足腰の痛み、サルコペニア
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、生きがいがいない、体重や筋量の減少感
社会・環境要因	高年齢であること、集団活動などへの不参加、家庭内での役割の低さ、社会的役割の低さ、親しい友人などがいない、友人・近隣・親族との交流が少ない、金銭管理をしていない

5-2-2 事前アセスメント

(1)課題の確認・把握

市町村や地域包括支援センターから保健師等による面接を行い、「閉じこもり予防・支援のための二次アセスメント票(例)」(別添資料 5-1)等を用いて事前アセスメントを実施する。事前アセスメントでは、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し、閉じこもりの要因や問題点について評価する。

①環境要因の考え方

生活空間の狭小化をもたらす住環境要因としては、大きく分けて主に以下の3点が考えられる。

- ・ 坂道・階段・交通量などの自宅周辺の環境
- ・ 気温・降雨降雪量などの気候条件による屋外環境
- ・ 自宅の家屋構造や屋内環境

自宅を訪問した際に簡単な聞き取りや観察により、対象者の部屋や外出を阻害する可能性がある物理的環境を把握し、評価を行う。

また、対象者に住まいについての生活様式・習慣(以降、居住習慣とする)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なる。

②住環境の評価

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
- ・ 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
- ・ 家族や対象者の毎日の居住習慣

がある。このうち、居住習慣の改善については費用がかからず、訪問プログラムに取り入れやすいため、「居住習慣へのアプローチ」から検討するべきであろう。閉じこもりをもたらしやすい要因を把握して働きかけを行う。

5-2-3 閉じこもり予防・支援の進め方

(1)閉じこもり予防・支援の考え方

閉じこもり予防・支援においては、効果が示された標準的なプログラムはほとんどなく、特にリスクの高い高齢者に対する見守りと一般介護予防事業における通いの場や通所型サービスへの参加勧奨が中心となる。平成24年に改訂された介護予防マニュアルでは、保健師の訪問による働きかけを主軸としていたが、時代背景の変化により個別訪問を好まない高齢者や特殊詐欺等の不安から訪問に応じない高齢者も少なくない。訪問による働きかけが難しくなっている実情を踏まえ、多様な社会参加の機会を提示することで閉じこもり高齢者自らが外出や社会参加を希望し、実行できる環境整備の考え方を示す。

(2)閉じこもり高齢者の類型

外出頻度が「週1回程度以下」である閉じこもり高齢者は、移動能力によりタイプⅠとタイプⅡに大別されるが(新開、2005)¹⁸、関係者へのアプローチ方法によりここでは3類型に大別した。すなわち、①健康上または社会環境的には支障がないが、外出意欲が全くない高齢者、②健康上または社会環境的には支障がないが、外出意欲がやや低い(≡外出に億劫な)高齢者、③健康上または社会環境的に支障があるが、外出意欲がある高齢者である。

このうち、①に該当する高齢者は、自らの選択(意思)で閉じこもりを選び、周囲の人から干渉されたくない高齢者であり、主観的 QOL が高い、つまり現在自分は不満がなく、幸せだという高齢者で

¹⁸ 新開 省二:「閉じこもり」アセスメント表の作成とその活用表、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, 東京:厚生科学研究所, 2000: 113-141

ある。現状に満足しているため、現状では周囲の人からの働きかけに応じて外出に積極になる可能性は少ない。

②に該当する高齢者は、環境変化や体調の変化などで外出の意欲が低下しており、外出の機会が減ってしまっているものの、周囲の人の後押し・勧奨により閉じこもりを解消し、再び能動的な社会参加を実現できる可能性がある。

③に該当する高齢者は、本来外出の意欲はあるが、疾患や障害などの健康上の理由や金銭面などの社会環境上の理由で外出が難しくなっている高齢者である。外出しない背景に日常生活に困難を抱えるケースもあるため、医療や福祉サービスといった専門的支援の評価も必要である。

(3)閉じこもり予防・支援の内容

前述した通り、閉じこもり高齢者の中にも複数の類型があり、適切なアプローチ方法は異なる。

①健康上または社会環境的には支障がないが、外出意欲が全くない高齢者に対するアプローチ

①健康上または社会環境的には支障がないが、外出意欲が全くない高齢者に対しては、外出に関する行動変容過程において無関心であり、各種サービスや取組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や取組内容と閉じこもりのもたらす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。その後は、地域包括支援センターや社会福祉協議会の保健師・社会福祉士等を中心に見守りや生活支援を通して継続的な状況把握に努めるようにする。

②健康上または社会環境的には支障がないが、外出意欲がやや低い(≒外出に億劫な)高齢者に対するアプローチ

この類型の高齢者は、本来は外出や社会参加の意欲はあるものの、体調の変化や魅力的な社会参加の場がないと感じていることから、外出機会が減ってしまい、次第に外出意欲も薄らいでいる状態である。逆にいえば、周囲の人の後押し・勧奨により、再び社会参加につながる可能性が十分にある。

この類型の閉じこもり高齢者に対しては、一般介護予防事業などの事業と連携しながら、社会参加の場の選択肢を増やすことが有効であると考えられる。現状の通いの場の多くは、体操教室などの実施が活動内容となっているが、高齢者の中には集団での体操を好まない人もいる。そのため、趣味・学習活動、まちづくり活動や就労的活動といった多様な活動を行う通いの場等を充実させることが求められる。このような多様な活動を介護予防の取組として実施する場合、庁内の他部門や外部機関・民間企業との連携や協働が不可欠となる。庁内であれば、生涯学習部門やまちづくり部門を中心に、既にシニア向けの趣味の教室や市民講座を開催している例は少なくない。こうした行政が有する既存の取組を活用することで、短期間で社会参加の場の多様化を図ることができる。また、就労的活動やボランティアなどの場を提供する場合、民間企業との協働が有効である。人材獲得や地域貢

献を期待する企業と社会参加の場を求める高齢者をうまくマッチングすることができれば、行政だけでは提供しえない幅広い社会参加の場を提供できるとともに、高齢者自身が役割意識をもって活動に参加し、継続することにつながる。

③健康上または社会環境的に支障があるが、外出意欲がある高齢者に対するアプローチ

③健康上または社会環境的に支障があるが、外出意欲がある高齢者は、疾患や障害の悪化や生活困窮によって生活困難に至る危険性が高い。この類型の閉じこもり高齢者に対して、まずは行政や医療福祉の専門機関の支援につなげるとともに、地域包括支援センターや社会福祉協議会の保健師・社会福祉士等を中心に見守り・安否確認を継続して実施する。

別添資料 5-1 閉じこもり予防・支援のための二次アセスメント票(例)

対象者氏名()		評価者氏名()	
(年 月 日生 歳)			
〈外出頻度〉	・事前アセスメント(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(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)〉	事前アセスメント	事後アセスメント	
1. バスや電車を使って一人で外出できますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
2. 日用品の買い物ができますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
3. 自分の食事の用意ができますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
4. 請求書の支払いができますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
5. 銀行預金、郵便貯金の出し入れができますか	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	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
7. 新聞を読んでいますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
8. 本や雑誌を読んでいますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
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	
〈社会的役割〉			
10. 友達の家を訪ねることがありますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
11. 家族や友達の相談にのることがありますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
12. 病人を見舞うことができますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
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	
〈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)	0. はい 1. いいえ	0. はい 1. いいえ	
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	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
16. 最近、つまずきやすいですか(易転倒性)	0. はい 1. いいえ	0. はい 1. いいえ	
〈日中、おもに過ごす場所〉	(A B C D)	(A B C D)	
・A:自宅の外 B:敷地内 C:自宅内 D:自分の部屋			
〈日中、おもな過ごし方〉	(A B C D E)	(A B C D E)	
・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			
〈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(例)>の使い方

保健師など面接者は、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・社会的役割低下」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にしたがって、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。面接時には、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。したがって、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。