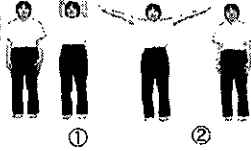


深呼吸3回

- ①手を上にゆっくりあげながら息を吸って、
- ②おろしながら息を吐きます。



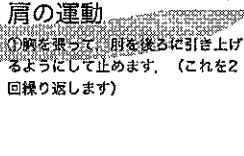
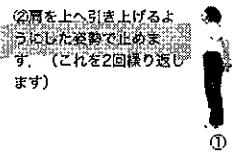
しなやか体操

「今の体力を維持しながら、しなやかな身のごなじができるように、少しずつ意識をして体を動かしてゆきましょう。」

止める運動は、ゆっくりと「1、2、3、4、5」と声を出しながら5まで数えましょう。

首の運動

- ①背筋を伸ばして、正面を向きます。
- ②右手で頭を右の方へ真横に傾けます。左の首筋が気持ちよくのびるところで止めます。その時目線が下を向かないように注意しましょう。元の姿勢にもどして、もう1回繰り返します。



肩の運動

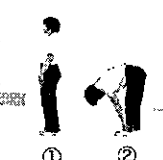
- ①胸を張って、肘を後ろに引き上げるようにして止めます。(これを2回繰り返します)

腰の運動

- ③手の指を組み、てのひらを自分の方へ向けたまま、肘を伸ばして止めます。



- ①背筋を伸ばして正面を向きます。脚は肩幅くらいに開きます。
- ②膝の上に手を置きながら、腰を前に曲げて止めます。



毎日すこしずつ続けてみましょう。

月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

しなやか体操-1

腕の運動

- ①手を肩幅に開いてつき、腰をできるだけ伸ばします。
- ②肘を曲げてゆっくりと顔を床に近づけて行き、また元に戻ります。声を出して数えながら8回繰り返します。



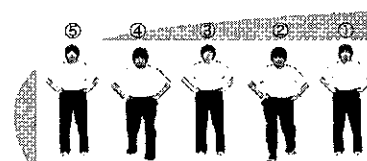
お腹の運動

- ①膝を曲げて仰向けに寝転がり、手を太股の上に置きます。②手を膝の方へ近づけながら、首を起こして膝頭を見たら元に戻ります。声を出して数えながら8回繰り返します。



膝の運動(1)

- ①足を少し開いた状態で背筋を伸ばして、正面を向きます。
- ②膝に手を当てて、右足を前に一歩踏み出します。
- ③踏み出した足に体重をかけて、また元に戻ります。
- ④次は左足を前に踏み出して、同様に体重をかけて元に戻ります。声を出して数えながら左右交互に4回ずつ、計8回繰り返します。



膝の運動(2)

- ①足を少し開いた状態で背筋を伸ばして、正面を向きます。
- ②膝に手を当てて、右足を右横に一歩踏み出します。
- ③踏み出した足に体重をかけて、また元に戻ります。
- ④次は左足を左横に踏み出して、同様に体重をかけて元に戻ります。声を出して数えながら左右交互に4回ずつ、計8回繰り返します。



足の運動

- ①足を少し開いた状態で背筋を伸ばして、正面を向きます。
- ②膝に手を当てて、両足でつま先立ちをしたら、ゆっくりとかかとをおろします。声を出して数えながら8回繰り返します。



深呼吸3回

最後に3回深呼吸をしておわりです。

しなやか体操-2

図15 体操パンフレットの例

②従来の機能訓練事業を例に（二次・三次予防）

機能訓練事業は、医療終了後も引き続き、活動性を高め、社会参加などを促す事業として、昭和57年度から市町村で保健師や理学療法士、作業療法士などの専門職が関与し、実施されてきた。特に脳卒中者や骨折など退院後間もない人たちの中には、疾病による体力の低下、障害による下肢筋力低下などの身体の要因により、たったりしゃがんだりしがづらい、身体に障害がある状態で家庭でのトイレ、入浴などのADLや調理、掃除などの手段的ADLをどう実施してよいかわからない、また実行する自信がない、家族の理解が得られず本人が役割を喪失し、日中何もすることがないなどの原因により、退院後活動の低下を引き起こすことが報告されている。また、外出時の周囲の視線が気になるなどの理由で外出を拒否する者もいる。一方、高齢者では、腰痛や膝痛により、同様の傾向がみられ、段々に活動範囲が狭くなり、閉じこもりや不動による廃用症候群になることが報告されている³⁰⁾。

これらの活動や参加の不適應に対し、表12に示すように、専門職による支援の下、様々な生活の体験、上手くできる工夫の助言及び練習、社会参加への自信づけ、新たな役割や趣味の再獲得、同じ仲間による励ましの場として、機能訓練事業は生活空間の活動性の広がりや維持に貢献してきた。特に、対象者が元気な時と比較して、生活に支障を持つもしくは家族に世話をかけているという状況は、家族や元気な高齢者に対し、何らかの「劣等感」が生じ、関わりを避けようとする傾向がみられる。「あなた達は元気だから、自分の辛さがわからない。」「元気な人には身体的にも精神的にもついていけない。」「疎外感を感じる。」という言葉をよく耳にする。これらのことから、いきなり一般高齢者の集団への参加は得られにくく、まずは第一次社会参加として、

表12 機能訓練事業のねらい

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・再発及びねたきり予防<ul style="list-style-type: none">(1) 障害の原因を知り、病態の悪化を防ぐ(2) ねたきりにならない生活方法を知る・生活の再獲得<ul style="list-style-type: none">(1) 日常生活を自立する方法を学ぶ(2) 社会生活を体験し、学ぶ・体力維持・増進・役割・生き甲斐の再獲得・家族が障害を理解し、その支援方法を学ぶ・セルフヘルプグループの育成 |
|---|

20名以下の小グループで、同じ悩みや生活状況にある仲間の集まりへの参加を促すことが大切である。閉じこもり傾向の要因として、身体的要因がある場合や医療専門職によるサービスであれば受け入れが良さそうな場合、一人で努力することが困難な場合は、通所リハビリテーションへの参加勧奨が受け入れられやすい。ただし、事前に本人の状況等を受け入れ先の通所リハビリテーションのスタッフに伝えておくことが参加をスムーズに進める。通所リハビリテーションやこれまで行われてきた機能訓練事業などの小グループを経、安心感や自信がもてた段階で、さらに第二次社会参加として、同じ悩みを持つ仲間の会やセルフヘルプグループなどの集団への参加、老人福祉センターや社会福祉協議会などで実施される趣味や生きがい活動の機会に趣味を継続するために参加を進めると二次参加が促進されやすい。これらの参加が日常化されることにより、地域社会の様々な活動への参加に自信が持て、勧められていく。このように閉じこもりの場合は、社会参加について心理的不安の軽減や自信づけを行いながら、緩やかな参加を勧めていく配慮が必要である(図16)。

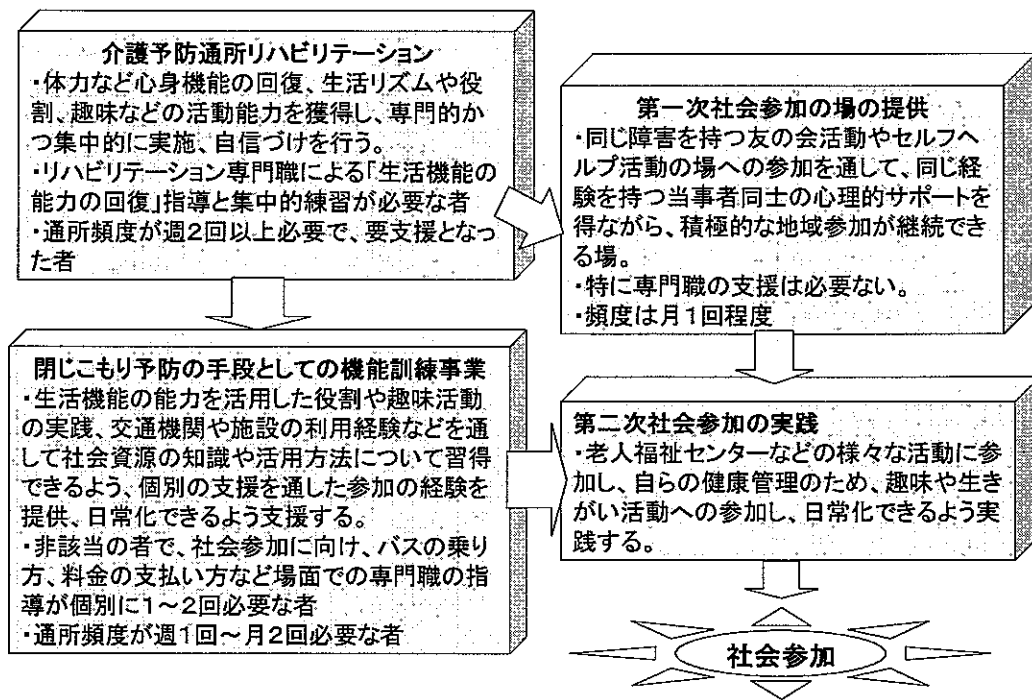


図16 閉じこもり予防における各通所系リハビリテーションサービスの機能

これまでに行われてきた機能訓練事業のような通所型介護予防事業は、理学療法士による基本的動作能力、作業療法士による応用的動作能力、社会的適応能力の見極めなどの助言を得、個々の生活機能の課題を明確にしつつ、表13に示すような身体機能の改善のみならず、ADLやIADLなどの活動、社会参加に至る生活機能全般に対する支援サービス機能として、閉じこもり傾向のある者に対して、有効である。

表13 対象の抱える閉じこもり要因と介護予防事業における支援プログラム

<p><身体的要因></p> <ul style="list-style-type: none"> ・外出したいが体力がない。 ・たったりしゃがんだりがしづらい。 ・歩きにくい 	}	<ul style="list-style-type: none"> ・体力維持改善のための体操 ・集団での園芸・畑仕事 ・散策など屋外活動
<p><心理的要因></p> <ul style="list-style-type: none"> ・外出したいが転ぶのではないかと不安である。 ・買い物ができるか不安である。 ・公共の乗り物を利用できるか不安である。 ・身体の障害や老化により、何をするのに自信がない。 ・何もすることがない。何もしたくない。 		<ul style="list-style-type: none"> ・外出練習 ・買い物練習 ・交通機関利用練習 ・趣味や楽しみなどの「したい活動」の機会を提供、「できる活動」になるよう支援する。
<p><社会環境的要因></p> <ul style="list-style-type: none"> ・一人暮らしであるため、孤立している。 ・高齢により、親しい友人がいなくなった。 ・家族の理解がなく、外出を止められたり、役割を喪失している。 ・玄関に階段があり、一人での外出が困難である。 ・家が交通のアクセスに不便なところにある。 ・歩いて趣味活動や体操など健康を維持する場所がない。 	}	<ul style="list-style-type: none"> ・交流の場の提供 ・碁や俳句など趣味の教室 ・家族教室の開催 ・家屋など環境調整 ・社会資源の情報提供

プログラム例：調理、書道、花作り、絵手紙、ワープロ、手芸、映画館・喫茶店の利用など

また、事業の運営についても図15に示すように参加者自身がプログラムの決定や推進、効果判定まで積極的に参加、閉じこもりや不動の弊害を理解していくことが大切である。これらのプログラム活動への主体的参加から、自分と同じ状況に置かれているのは一人ではないのだということを理解し、さらに「生きる」ことに対し自信を持つことができると考えられる。

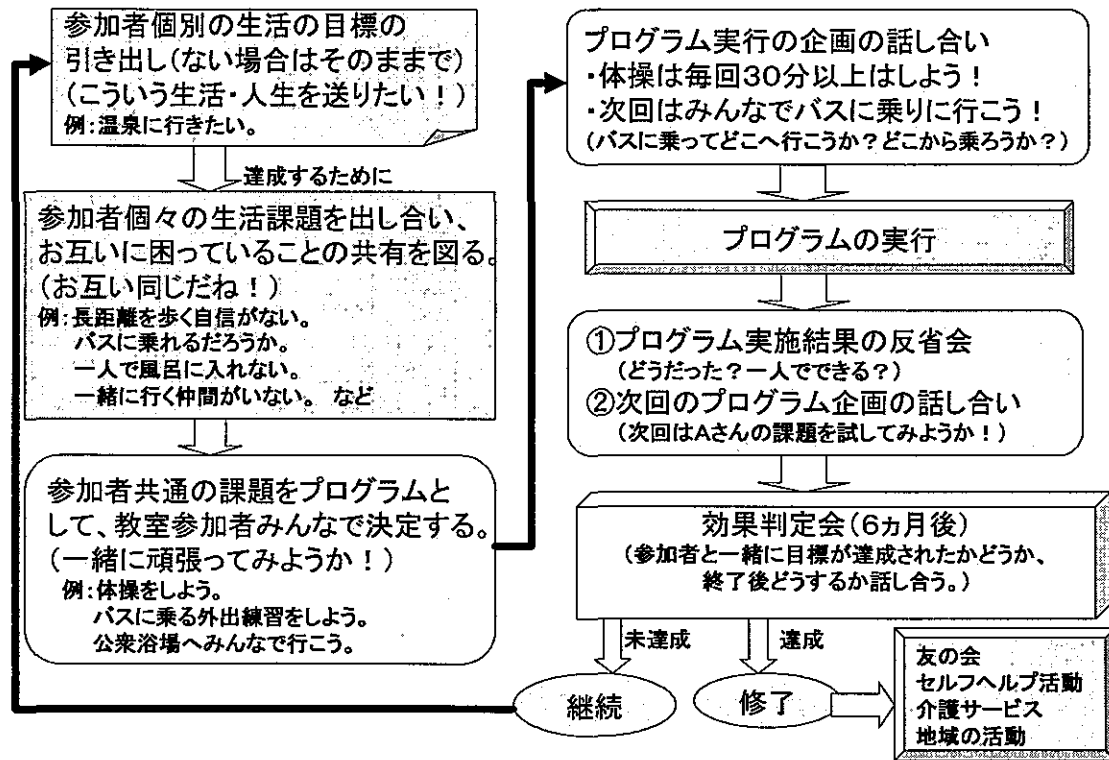


図17 閉じこもり予防のための通所型介護予防事業での介入

5. 2. 3 その他

全国の市町村では、さまざまな事業に「閉じこもり予防」という名称をつけて、事業を展開している。しかし、残念ながら、有効性に関してはさまざまな検討がされており、今後、全国で実施が可能な事業もあると考えられる。(事例紹介、事例2)

各市町村はすでに実施されている先駆的な事業(事例紹介、事例3)を参考にして、独自に、その地域特性、その地域の人的、物的資源を最大限に活用して、閉じこもり予防に取り組んでいく必要がある。

6. 他の介護予防事業との連携

閉じこもりは、うつ、認知症ばかりでなく、低栄養、口腔機能低下、運動機能低下と密接に関連している(3. 3. 2 図4)。従って、うつ状態の疑いがある場合は、うつ予防事業へと繋ぐ必要がある。同様に、認知症の疑いがある場合は、認知症予防事業に繋げる必要がある。

運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上が必要と認められた場合は、いずれの事業も基本的には地域において集団を対象としたサービスを基本としており、それらのサービス利用を積極的に促すことが大切である。これら他のサービスが必要と判断される閉じこもりは、「特に問題が発生していない」閉じこもりではなく、「要介護状態のハイリスクである」閉じこもりと定義することができ、その状態の改善の重要性や意義を、対象者本人はもちろん、家族にも十分理解してもらい、協力をしてもらうことが望まれる。高齢者自身が外出を決意しても、家族の協力が無い場合は継続的な外出が難しい場合があり、家族の理解が必須である。

7. 県（含む衛生研究所）・県型保健所の役割ほか

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。

7. 1 県型保健所による対人保健サービス受給者での関与

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。

7. 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、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が得ながら、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 14 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 14. 閉じこもり予防事業のプロセス評価項目

<p>【事業対象者の状況および周囲の状況の把握】</p> <p>〔対象者の状況〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者の外出を障害する要因を把握できているか。 ・対象者が外出してやりたいことを把握できているか。 <p>〔対象者の周囲の状況〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 <p>【簡易なケアプランの作成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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）。 ・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。 ・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。 ・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。 <p>【事業の中間評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 <p>【事業提供体制】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 ・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。
--

8. 閉じこもり予防事業の評価

閉じこもり予防事業の目的は、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。

○資料

1. 閉じこもり評価のための二次アセスメント票 (案)

閉じこもり評価のための質問票 (案)		
対象者氏名 ()	調査員氏名 ()	
<p>〈外出頻度〉・初回 (H 年 月 日)</p> <p>1. 週に1回未満 2. 月に2~3回 3. 月に1回以下</p> <p>・どのようなことがあったら、外出したいですか。(催し物、行事、サービス、集まり、など)</p> <p>()</p>		
<p>〈外出頻度〉・3か月後? (H 年 月 日)</p> <p>1. 週に1回未満 2. 月に2~3回 3. 月に1回以下</p>		
<p>〈手段的自立 (IADL)〉 (H 年 月 日) (H 年 月 日)</p> <p>1. バスや電車を使って一人で外出できますか 1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ</p> <p>2. 日用品の買い物ができますか 1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ</p> <p>3. 自分の食事の用意ができますか 1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ</p> <p>4. 請求書の支払いができますか 1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ</p> <p>5. 銀行預金、郵便貯金の出し入れができますか 1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ</p>		
<p>〈知的能動性〉</p> <p>6. 年金などの書類が書けますか 1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ</p> <p>7. 新聞を読んでいますか 1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ</p> <p>8. 本や雑誌を読んでいますか 1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ</p> <p>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 O. いいえ 1. はい O. いいえ</p>		
<p>〈社会的役割〉</p> <p>10. 友達の家を訪ねることがありますか 1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ</p> <p>11. 家族や友達の相談にのることがありますか 1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ</p> <p>12. 病人を見舞うことができますか 1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ</p> <p>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 O. いいえ 1. はい O. いいえ</p>		
<p>〈生活体力指数〉</p> <p>14. 歩行や外出に不自由を感じますか 1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ</p> <p>理由 (疾病、痛み、尿漏れ、目、耳、家の周囲、等)</p> <p>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 O. いいえ 1. はい O. いいえ</p> <p>16. 最近、つまずきやすい (転倒歴有) 1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ</p>		
<p>〈日中、おもに過ごす場所〉 (A B C D) (A B C D)</p> <p>17. A: 自宅の外 B: 敷地内 C: 自宅内 D: 自分の部屋</p>		
<p>〈日中、おもな過ごし方〉 (A B C D) (A B C D)</p> <p>18. A: 家の仕事 (役割) B: 趣味 C: 主にテレビ D: 特になし</p>		
<p>閉じこもりの要因の合計点</p> <p>I 生活機能低下要因 (1. ~5. 14. ~18.) 初回 _____ 点 3か月後 _____ 点</p> <p>II 意欲・気力低下要因 (6. ~13.) 初回 _____ 点 3か月後 _____ 点</p>		

2. 事例

事例1：北海道石狩当別町における生きがい活動支援通所事業

発足の経緯：平成10年11月、当別町保健福祉課保健サービス係保健師、社会福祉協議会職員、北海道医療大学教員と意見交換の機会があり当別町の高齢者の現状や課題について以下の情報を共有した。①町民から介護の必要はないが閉じこもりの人が利用できるサービスがないかという問い合わせが複数あったが、それにあうサービスがなかった。②北海道医療大学が「75歳以上高齢者の外出と健康に関する訪問調査」を実施、その結果閉じこもり高齢者が潜在していることが明らかとなった。③町がヘルパー資格取得に助成しており、資格取得者が増えてきた状況があった。④社会福祉協議会にボランティアセンターができ、ボランティアコーディネーターが配置され、ボランティア活動の拠点が組織され始めた。⑤町議会で「従来の機能訓練事業を住民に身近な地域会館で実施できないか」という趣旨の質問がだされ、行なうべき事業として後押しされた。⑥痴呆を抱える家族から、地域の理解がなくてつらいという声が寄せられた。以上の情報を検討する中で、閉じこもりの高齢者を対象に地域住民と一緒に企画から実施まで協働で「集い」を実施したいという機運が高まり、目標を設定し活動を開始した。目標①対象地域における要介護状態への移行を予防する。②住民主体の活動にしていく。③他地域にも拡大する（保健と福祉の町へ）。予算は当初大学の研究費で実施し、平成13年度より町の介護予防事業（閉じこもり予防・生きがい活動支援通所事業）として予算確保した。平成16年度から介護予防事業のうち地域住民グループ支援事業として実施している。

平成11年度4月から6月までは準備期として「事業を地域のみinnで考え共に作っていく」ために地域住民と意見交換を重ね、事業に関する合意を図った。話し合いの過程で「決まったことを手伝うだけのボランティアは嫌」という意見が出され、地域ボランティアを「地域スタッフ」とし、お互いをできるだけ固有名詞で呼ぶことが取り決められた。打ち合わせ会で事業内容を検討し、参加高齢者とボランティアを募集。平成11年7月から事業を開始した。

活動内容：

実施場所：コミュニティセンター。実施回数：月1回、年12回そのうち戸外活動年2回。地域スタッフの登録者数約50名、参加者35名。

事業内容は午前中に体を動かす体操やゲーム、午後は手や頭を動かす手工芸など創作活動である。

30名前後の参加者に対し、スタッフ（地域スタッフ、プロジェクトスタッフ（町・社協・大学））が25名前後の参加で、参加者1人につきスタッフ1人の対応を基本としている。昼食は地域スタッフが手作りしており（参加者の意見を受けて、地域スタッフの話し合いで決まった経緯がある）、スタッフは当日、会場・プログラム係、お茶・食事係に分かれて担当する。事業の1～2週間前に準備会を開催し、事業終了後に反省会（スタッフ会議）を行っている。

事例2：福島県福島市での訪問介入プログラム

この訪問介入プログラムは、①既存のパンフレットを用いた知識の提供、②在宅で実施可能な運動指導、③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3つのプログラムから構成される（付表1）。これは、閉じこもり生活改善のための健康行動への変容を促すアプローチである。訪問回数は半年間で月1～2回程度である。

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うことを目的にしている。例えば、「安全な住まい作りの工夫（付図1）」「心の健康づくりを目指そう」「食事で防ごう骨粗鬆症」「ウォーキングで転倒を防ごう」など何種類かのテーマを用意する。実施の際には、自治体や関連機関が作成しているパンフレットを利用するのも、高齢者の理解を促進する意味で一策であろう。そして、対象者が選択したテーマについて、パンフレットの内容に即して訪問者が解説し、対象者の質問に答える形式とする。

続いて、対象者の体力に応じて在宅で実施可能な運動（本文図13）を指導する。訪問の際に、対象者の体力を測定しておいて、その際のサイドステップ長の測定の可能・不可能によって、2種類の体操プログラムを用意する。いずれにおいても、特殊な道具が必要ないこと、単純な動作で覚えやすいことが基準となり、首、肩、腰など10種類の運動で構成されている。サイドステップ長の測定が不可能な人（物につかまらずに立ち上がることができない、足を閉じて立位できない、など）には、身体活動を自主的に行なうことによる爽快感、達成感などを体感し、体を動かすきっかけづくりを目指す「さわやか体操」を提供する。これはほとんど座位で可能な体操である。

一方、サイドステップ長の測定が可能であった人には、下肢の筋肉の低下を予防する「しなやか体操」という立位で実施するプログラムを提供する。訪問時には訪問員と一緒に体操を行い、それ以外の日は、対象者自身で継続実施してもらうように推奨する。なお、継続できるように、指導した体操を紙面に印刷し、実施した日はその紙面にチェックしてもらうなど工夫する。いずれの体操も、特に歩行機能に重要な関連がある膝関節と足関節の運動を取り入れている。

また、閉じこもり高齢者では自己効力感³²⁾（付表2）が低いことが明らかになっている。人は、ある行動が望ましい結果をもたらすと思い、その行動をうまくやることができるという自信があるときに、その行動をとる可能性が高くなる³³⁾。そのため、簡単な動作に自信がもてない閉じこもり者にとって、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、身体機能向上プログラムなどを通じて、生活に不可欠な基本動作に自信をつけてもらう支援を提案した。また、自己効力感を改善する目的でライフレビュー（回想法）³⁴⁾を実施した。

以上の介入により、特に運動を在宅で継続できた人では、体力に改善が見られた。

なお、ライフレビュー（回想法）の詳細は省略するが、一定の学習で実施可能である。書籍、インターネットでも情報が入手できるので、下記の文献を参照されたい。