

2章 介護予防ニーズの潜在化の可能性

1. はじめに

2000年に制定された介護保険制度は、「医療と福祉サービスの統合化」「措置から契約へ」「公的な介護保険の導入」という目的をもって成立した。以上の3つの目的の他、「介護予防」についても条文に位置づけられていた。しかし、介護保険制度が導入されて以降、要支援、要介護1の認定高齢者が急増しており、条文に盛り込まれた理念とは裏腹に、それが十分に機能するための制度的な裏づけがなされていたとはいえない。

他方では、介護保険制度が制定されて以降も継続して、高齢者の自立度低下の原因解明と低下防止に対する介入方法の実証的な研究の蓄積が図られてきた。このような研究蓄積を反映させるかたちで、2005年に介護予防を重視した制度への転換を図るという1つの目的をもって介護保険制度が改正された。その内容は、介護予防の対象を「特定高齢者」と「要支援1・要支援2」¹⁾とし、それぞれの対象者に対して、介護予防を目的とした地域支援事業あるいは新予防給付のサービスを提供することによって、要支援や要介護状態になったり、要介護状態の悪化を防いでいこうというものである。

「要支援1・要支援2」については、ケアマネジメント（介護予防マネジメント）がケアマネジャーではなく、地域包括支援センターの保健師等が行うこととされ、提供されるサービスもこれまでのサービスを見直した介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリに加えて、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上というサービスメニューも選択肢に加わるようになった。しかし、この対象者は、要介護認定者を対象としている点では、把握から認定までの流れは従来の枠組みで行われる。

他方、「特定高齢者」については、これまでの介護保険制度ではまったくなかった新しい事業対象であり、今回の改正で初めて登場してきた。その内容は、要支援・要介護になるおそれのある高齢者であり、「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」「閉じこもり予防」「認知症予防」「うつ予防」などに区分されている。予防マネジメントは、「要支援1・要支援2」と共通して地域包括支援センターが行うこととされている。この事業の対象者を把握するルートとしては、①予防健診、②主治医、民生委員、高齢者福祉センターなどからの連絡、③保健師の訪問活動、④要介護認定の非該当者、などがあげられている。そして、特定高齢者施策の対象は高齢者人口の5%程度であると想定されている。

しかし、この特定高齢者については、提供される「通所系サービス」あるいは「訪問系サービス」が有効か否かを検証していく必要があるが、それ以前にしなければならない課題、すなわち、特定高齢者の割合の推定値や各把握ルートの有効性についてはほとんど議論されていない現状にある。そのため、本研究で行った地域住民を対象としたベースライン調査では、「閉じこもり高齢者」に焦点をあてつつも、特定高齢

者に関連する課題についても検討可能な調査項目を位置づけ、上記の課題を検討できるような調査とした。

本研究では、地域住民を対象としたベースライン調査に基づき、「閉じこもり」に加えて、介護予防事業の対象者となる「特定高齢者の候補者」²⁾に着目し、①それぞれの高齢者の割合とその促進・予防に関わるリスク要因、②それぞれの高齢者が「基本健診」「民生委員」あるいは「主治医」とどの程度の接点があるか、③これら的高齢者のサービス利用意向、について検討した。

2. 地域高齢者の介護予防ニーズ

1) 閉じこもり

(1) 閉じこもりの割合

本研究では、厚生労働省の研究班の定義に従い、閉じこもり高齢者を「週に1回未満の外出頻度」の者とし、モデル地区・対照地区における閉じこもりの割合を評価した。モデル地区と対照地区における割合は、それぞれ7.5%と11.4%であった。厚生労働省の閉じこもり予防・支援マニュアルでは（閉じこもり予防・支援についての研究班，2005）、全国各地で行われた調査のレビューをもとに、65歳以上の高齢者全体を対象とした場合には10～15%程度、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%を超えると指摘されている。本研究では、70歳以上という比較的高齢の人たちを対象としているものの、要介護認定者を対象から除外しているため、閉じこもりの高齢者の割合が低く出たのではないかと思われる。

ただし、興味深いのはモデル地区の7.5%という数値であり、対照地区と比較して有意に低く、またいずれの年齢階級でも同じようにモデル地区の方が低いという結果である。なぜニーズの割合が低いかについては、高齢者の経済階層などの違いも考えられる。今後の検討課題といえよう。

表2-1 年齢階級別にみた閉じこもりの高齢者の割合（%）

年齢階級	モデル地区		対照地区	
	閉じこもり 高齢者の割合	n	閉じこもり 高齢者の割合	n
70～74歳	5.3	419	8.7	402
75～79歳	6.1	148	5.7	175
80～84歳	13.2	106	20.6	126
85歳以上	20.0	45	31.8	44
全体	7.5	718	11.4	747

注) チェックリストの閉じこもりの項目が無回答の場合には、閉じこもり高齢者ではないと判定した。そのため、本報告の閉じこもり高齢者の割合は過少評価の可能性がある。

(2) 閉じこもり予防に対するサポートの効果

従来の研究では、歩行能力の低下や認知機能の低下という心身の障害、経済的基盤、社会とのつながり、生きる意欲などが閉じこもりの要因であると指摘されている（閉じこもり予防・支援についての研究班，2005）。しかし、これまで、周囲からのサポートが閉じこもり予防とどのような関係があるかについては十分な検討が行われていない。以下では、周囲からのサポートが閉じこもり予防にどの程度有効であるかを検証してみたい。取り上げたサポートの内容は、閉じこもり予防に特化させたサポートとして「外出や人との付き合いをすすめてくれたり、誘ってくれるか」、および一般的な情緒的サポートとして「話をよく聞いてくれたり、理解してくれるか」であった。そして、それぞれのサポートごとに、提供主体別に「同居家族」「別居家族」「友人や近所の人」「かかりつけの医師や保健師などの専門家」に区別してどのような人からのサポートが特に有効であるかを分析することにした。

まず、閉じこもり予防のためのサポートが閉じこもり予防にどの程度関係しているかを単クロスの結果に基づき検討してみよう。モデル地区、対照地区に共通して、「同居家族」「友人・近隣」についてはそれぞれ、サポートが多い人ほど閉じこもりの割合が有意に低いという結果が得られた（表 2-2）。

しかし、この結果から、周囲からの閉じこもり予防のサポートが、閉じこもり予防に効果があると結論づけることはできない。分析の結果では、心身の健康が良好でない場合に、外出や人とのつきあいをすすめてくれるという人の割合が低く（結果は省略）、心身の健康の悪い高齢者に対しては健康のことを配慮して、周りの人は高齢者に対して外出や人との付き合いの働きかけをしないという傾向にあることが示唆されている。さらに、心身の健康が良好でないことは、閉じこもりの大きなリスク要因でもあることから、閉じこもり予防のためのサポートは効果がなくても、心身の健康の悪化が一方では閉じこもりのサポートを減少させ、他方では閉じこもりの割合を増加させることになることから、両者の相関は擬似相関である可能性も高い。

以上の可能性を検証するため、心身の健康状態、さらに性と年齢という基本属性の影響を統計的に調整し、閉じこもり予防のためのサポートが独自の効果を持つか否かを評価してみた。具体的には、従属変数に閉じこもりの有無を、独立変数に閉じこもり予防のサポート、日常生活動作の障害と痴呆症の可能性の有無、年齢と性を投入し、多重ロジスティック回帰分析を行った。

分析の結果を表 2-3 に示したが、心身の健康と年齢、性の影響を調整した場合には、閉じこもり予防のためのサポートは閉じこもり予防に有意な効果をもっていなかった。一般的に、閉じこもり予防を目指した周囲の働きかけは閉じこもり予防に有効と思われたが、本研究では、これを支持する結果を得ることができなかった。

表2-2 閉じこもり予防のためのサポートの多寡別にみた閉じこもりの割合 (%)

	モデル地区		対照地区	
	閉じこもり 高齢者の割合	n	閉じこもり 高齢者の割合	n
同居家族				
よく誘ってくれる	4.7	296	7.4	282
たまに誘ってくれる	9.8	224	13.1	252
あまり／まったく誘ってこない	13.6	88	11.8	85
誘ってほしくない	9.4	32	30.3	33
同居家族いない・無回答	3.8	78	11.6	93
別居親族				
よく誘ってくれる	4.1	197	8.5	200
たまに誘ってくれる	7.8	321	12.6	348
あまり／まったく誘ってこない	11.0	145	10.7	131
誘ってほしくない	11.1	27	22.9	35
無回答	7.1	28	6.1	33
友人・近隣				
よく誘ってくれる	3.0	201	6.5	199
たまに誘ってくれる	6.5	278	10.4	288
あまり／まったく誘ってこない	11.8	144	14.4	139
誘ってほしくない	13.1	61	18.3	75
無回答	14.7	34	17.4	46
保健・医療・福祉の専門家				
よく誘ってくれる	5.5	55	8.3	60
たまに誘ってくれる	1.9	54	6.7	60
あまり／まったく誘ってこない	11.9	177	13.3	211
誘ってほしくない	17.0	47	19.5	41
関わりがない・無回答	5.5	385	10.7	375

注) サポートの多寡別に閉じこもり高齢者の割合に有意な差があるか否かについては、 χ^2 検定で評価した。**: P<.01, *: P<.05, N.S.; P>.05

表2-3 閉じこもり予防のためのサポートの多寡の閉じこもりの割合に与える効果
—多重ロジスティック回帰分析—

	モデル地区		対照地区	
	回帰係数	有意水準	回帰係数	有意水準
同居家族		.521		.294
よく誘ってくれる (参照カテゴリ)	-	-	-	-
たまに誘ってくれる	.394	.386	.589	.116
あまり／まったく誘ってくれない	.464	.399	.414	.424
誘ってほしくない	.211	.810	1.303	.040
同居家族いない・無回答	-.890	.258	.428	.362
別居親族		.955		.356
よく誘ってくれる (参照カテゴリ)	-	-	-	-
たまに誘ってくれる	-.008	.988	.003	.994
あまり／まったく誘ってくれない	-.104	.862	-.566	.256
誘ってほしくない	-.108	.916	-.341	.631
無回答	-.875	.945	-1.298	.147
友人・近隣		.211		.111
よく誘ってくれる	-	-	-	-
たまに誘ってくれる	.760	.208	.256	.544
あまり／まったく誘ってくれない	.892	.181	.675	.156
誘ってほしくない	.909	.242	.357	.526
無回答	1.926	.016	1.442	.015
保健・医療・福祉の専門家		.048		.056
よく誘ってくれる	-	-	-	-
たまに誘ってくれる	-2.354	.079	-.974	.220
あまり／まったく誘ってくれない	.205	.798	-.284	.636
誘ってほしくない	.481	.599	-.049	.948
関わりがない・無回答	-.555	.463	-.367	.523
年齢	.090	.001	.076	.001
性 (男性=1、女性=0)	-.217	.505	-.150	.574
日常生活動作 (障害あり=1、障害なし=0)	2.439	.000	3.322	.000
認知症 (疑いあり=1、疑いなし=0)	.921	.004	.609	.021
切片	-10.516	.000	-8.509	.000
モデルχ ²	76.200	.000	80.803	.000

注1) 分析例数は、モデル地区が718、全市が747であった。

注2) 日常生活動作については、「食事」「着替」「入浴」「排泄」「歩行」のいずれかの項目で「手助け」が必要という人である。いずれの項目も「手助け」が必要ないという人、無回答の項目を含む人は「障害なし」とした。

注3) 認知症の疑いの有無については、基本チェックリストの「認知症の予防・支援」の判定のための基準に基づき評価した。

では、情緒的サポートについては、閉じこもり予防に有意な効果をもっているのだろうか。情緒的サポートと閉じこもりの割合との単クロスの結果をみると、モデル地区と対照地区に共通して、「友人・近隣」からの情緒的サポートが多い人ほど閉じこもりの割合が有意に低く、閉じこもり予防のサポートと同じ結果がえられた (表 2-4)。

心身の健康状態と年齢、性の影響を調整するために、閉じこもり予防のためのサポートと同じようなモデルで多重ロジスティック回帰分析を行った結果、単クロスでは有意な関連がみられた「友人・近隣」からの情緒的サポートについては、他の要因の影響を調整した結果、有意な効果が消失した (表 2-5)。さらに、「同居家族」や「別居親族」からの情緒的サポートも有意な効果をもっていなかった。以上の知見は、既存

のサポート・ネットワークが閉じこもりの解消に必ずしも有効でないことを示唆している。これまでの研究では、手段的なサポートについては日常生活動作の自立度をかえって低下させる可能性があり、そのことの理由としてサポートを受ける側はサポートに依存し、自立的な行動が阻害されるといった点が指摘されている。閉じこもりの場合も、自宅内に閉じこもっていても周囲からの情緒的サポートがある場合には、外出しなくても人間関係のニーズは満たされていることから、かえって外出するという動機づけを弱めているのではないかと思われる。

このように既存のサポート・ネットワークがあまり有効でなかったことを考えるならば、新しいネットワークづくりをするという本研究の試みは大きな意味があるといえよう。すなわち、高齢者に対するサービスメニューとして傾聴ボランティアという訪問形態でのサービスを考えているが、既存のネットワーク以外の人たちが高齢者の話し相手となることから、その刺激によって高齢者の外部への関心を引き出し、外出するという欲求を強くすることに貢献する可能性があるのではないか。特に、傾聴ボランティアがデイサービスなどのサービスの利用や地域のグループへの参加を促すような働きかけができるならば、閉じこもり予防の効果はより一層大きくなるものと思われる。

表2-4 情緒的サポートの多寡別にみた閉じこもりの割合 (%)

	モデル地区		対照地区	
	閉じこもり 高齢者の割合	n	閉じこもり 高齢者の割合	n
同居家族				
よく聞いてくれる	7.5	333	9.2	336
まあよく聞いてくれる	7.7	246	13.1	274
あまり／まったく聞いてくれない	16.7	42	10.3	29
心配事を話さない	13.9	28	29.6	27
同居家族いない・無回答	7.1	69	8.6	81
別居親族				
よく聞いてくれる	6.2	355	10.8	361
まあよく聞いてくれる	7.3	262	10.8	268
あまり／まったく聞いてくれない	28.0	25	9.7	31
心配事を話さない	7.3	55	16.4	61
無回答	9.5	21	15.4	26
友人・近隣				
よく聞いてくれる	5.3	282	7.1	296
まあよく聞いてくれる	9.7	258	10.8	276
あまり／まったく聞いてくれない	24.3	24	5.0	20
心配事を話さない	13.0	135	18.8	128
無回答	29.2	19	18.5	27
保健・医療・福祉の専門家				
よく聞いてくれる	6.1	326	8.1	323
まあよく聞いてくれる	6.3	205	12.5	248
あまり／まったく聞いてくれない	30.0	20	9.1	11
心配事を話さない	16.7	12	21.4	14
関わりがない・無回答	8.4	155	15.8	152

注) サポートの多寡別に閉じこもり高齢者の割合に有意な差があるか否かについては、 χ^2 検定で評価した。**: P<.01, *: P<.05, N.S.; P>.05

表2-5 情緒的サポートの多寡の閉じこもりの割合に与える効果
—多重ロジスティック回帰分析—

	モデル地区		対照地区	
	回帰係数	有意水準	回帰係数	有意水準
同居家族		.152		.218
よく誘ってくれる (参照カテゴリ)	-	-	-	-
たまに誘ってくれる	-.564	.212	.393	.260
あまり／まったく誘ってくれない	-.330	.632	.432	.564
誘ってほしくない	-.832	.358	1.030	.076
同居家族いない・無回答	-2.686	.018	-.435	.412
別居親族		.419		.104
よく誘ってくれる (参照カテゴリ)	-	-	-	-
たまに誘ってくれる	-.147	.763	-.924	.011
あまり／まったく誘ってくれない	1.124	.147	-1.554	.069
誘ってほしくない	-.403	.579	-.599	.241
無回答	-.372	.722	-.439	.580
友人・近隣		.355		.035
よく誘ってくれる	-	-	-	-
たまに誘ってくれる	.547	.276	.653	.091
あまり／まったく誘ってくれない	.721	.397	.417	.664
誘ってほしくない	.709	.189	1.233	.003
無回答	1.654	.059	1.016	.183
保健・医療・福祉の専門家		.074		.261
よく誘ってくれる	-	-	-	-
たまに誘ってくれる	-.065	.888	.381	.274
あまり／まったく誘ってくれない	1.522	.024	.228	.849
誘ってほしくない	1.456	.022	.074	.934
関わりがない・無回答	.170	.710	.835	.025
年齢	.096	.000	.094	.000
性 (男性=1、女性=0)	-.074	.818	-.263	.325
日常生活動作 (障害あり=1、障害なし=0)	2.308	.000	3.671	.000
認知症 (疑いあり=1、疑いなし=0)	.916	.006	.623	.018
切片	-10.596	.000	-10.177	.000
モデルχ ²	77.546	.000	92.602	.000

注1) 分析例数は、モデル地区が718、全市が747であった。

注2) 日常生活動作については、「食事」「着替」「入浴」「排泄」「歩行」のいずれかの項目で「手助け」が必要という人である。いずれの項目も「手助け」が必要ないという人、無回答の項目を含む人は「障害なし」とした。

注3) 認知症の疑いの有無については、基本チェックリストの「認知症の予防・支援」の判定のための基準に基づき評価した。

2) 特定高齢者

特定高齢者の候補者の割合は、モデル地区で9.9%、対照地区で7.6%であった。表2-6に示したように、年齢階級別にみると、モデル地区では70～74歳では7.9%、75～79歳では8.1%、80～84歳では12.3%、85歳以上では28.9%と、年齢階級が高まるに従って特定高齢者の候補者の割合が高くなっていた。対照地区においても、同じように年齢階級が高いほど特定高齢者の候補者の割合が増加する傾向にあった。

厚生労働省では、特定高齢者の割合は高齢者人口の5%程度であると見込んでいる。その根拠は示されていないものの、この数値は重要な意味をもつ。すなわち、様々なルートを通じて把握され、介護予防サービスの対象となった高齢者が、はたして地域にいる特定高齢者のどのような割合を占めているか、すなわち潜在化している特定高齢者の割合を推定するために必要な重要な指標であるからである。そのため、その数値が果たして妥当であるか否かを検証する作業は重要な課題である。

既述のように対照地区はモデル地区を除く全市であるが、候補者の割合は7.6%であり、厚生労働省の見込みよりも高い。しかし、調査対象が70歳以上であるため、それが影響して特定高齢者の候補者の割合が高くなっている可能性がある。我孫子市の65歳以上人口の年齢階級別分布（平成17年1月）をもとに、過大評価をできるだけ防止するため、65～69歳における特定高齢者の候補者の割合を0と仮定し、それ以外の年齢階級は本調査で得られた割合に基づき推計値を算出した。このような手法で推計した結果、5.9%と厚生労働省の見込みよりも多少高い数値が得られた。65～69歳における特定高齢者の候補者の割合を0としたことに加えて、回収率が約80%と健康上の問題をもっている人が選択的に除かれている可能性が高いことから、この数値は過小に評価された可能性はある。もちろん、チェックリストだけでなく、医学的な検査所見に基づき特定高齢者の選定がなされることから、この数値だけで特定高齢者という点からみた介護予防のニーズが正しく見積もられているということとはできない。今後、特定高齢者の候補者の中でどの程度の人が特定高齢者として選定されるのか、その数値も考慮しながら、より精度の高い特定高齢者の割合の推計値を求めていくことが必要といえよう。

表2-6 年齢階級別にみた特定高齢者の候補者の割合（%）

年齢階級	モデル地区		対照地区	
	特定高齢者の候補者の割合	n	特定高齢者の候補者の割合	n
70～74歳	7.9	419	4.2	402
75～79歳	8.1	148	8.0	175
80～84歳	12.3	106	12.7	126
85歳以上	28.9	45	22.7	44
全体	9.9	718	7.6	747

注) チェックリストに無回答の項目があっても、回答した項目によって特定高齢者の候補者に該当すると判定された場合には、特定高齢者とした。無回答項目のために判断できない場合にはすべて特定高齢者ではないと判定した。そのため、本報告の特定高齢者の割合は過小評価の可能性はある。

特定高齢者の候補として選択された高齢者の中から、「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」「閉じこもり予防・支援」「認知症予防・支援」「うつ予防・支援」といった各プログラムに参加することが望ましい人の割合を算出しておきたい。医学や理学的な検査によって多少の変化があるが、各サービスのニーズ量を推定する際の参考になるであろう。表2-7に示したように、特定高齢者の中では「認知症予防・支援」と「うつ予防・支援」のニーズが高かった。この結果は、現在の地域支援事業の介護予防サービスの形態では、特定高齢者の介護予防ニーズに必ずしも適合しないことを示唆している。地域支援事業の介護予防サービスは通所形態と訪問形態があるものの、集団的なプログラムを提供する通所形態の事業を中心としている。うつ、認知症、閉じこもり等のおそれがある高齢者や既にこうした状態にあるものなど、通所形態による事業実施が困難である者に対しては、保健師等がその者の居宅を訪問し、必要な相談や指導を行うといった訪問形態の事業を実施するとしている。本研究では、通所形態の対応となる「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」へのニーズが低く、訪問形態が望まれる「認知症予防・支援」と「うつ予防・支援」へのニーズが高いことが明らかになっており、通所形態を中心とした介護予防サービスでは、そのニーズに十分に対応できないことが示唆されている。

また、本研究では、「運動器の機能向上」「栄養改善」あるいは「口腔機能の向上」のニーズが単独で存在し、「認知症予防・支援」と「うつ予防・支援」「閉じこもり予防・支援」のニーズと重複していない人の割合は、特定高齢者中、モデル地区で22.2%、対照地区で10.9%であり、ほとんどの特定高齢者が「運動器の機能向上」「栄養改善」あるいは「口腔機能の向上」へのニーズと、「認知症予防・支援」「うつ予防・支援」あるいは「閉じこもり予防・支援」へのニーズを複合してもっていることが明らかとなった。「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」というニーズについても、「認知症予防・支援」「うつ予防・支援」あるいは「閉じこもり予防・支援」への対応なくしてはサービスの提供ができないという状況にあることから、このような人に対しては、保健師の訪問以外にも訪問形態のサービスのメニューの拡大を図ることが必要といえよう。

表2-7 特定高齢者に占める参加することが望ましいプログラム対象者の割合（％）

	モデル地区	対照地区
運動器の機能向上	21.1	12.3
栄養改善	19.7	15.8
口腔機能の向上	57.7	56.1
閉じこもり予防・支援	29.6	38.6
認知症予防・支援	71.8	75.4
うつ予防・支援	59.2	71.9
n	71	57

注) チェックリストに無回答の場合であっても、回答した項目によって特定高齢者の候補者に該当すると判定された場合には、特定高齢者とした。無回答項目のために判断できない場合にはすべて特定高齢者ではないと判定した。そのため、本報告の特定高齢者の割合は過小評価の可能性がある。

以下では、調査方法論の問題とも関連することであるが、代筆による回答や代理による回答がいかに高齢者の介護予防に関連したニーズを把握するのに重要であるかについて検討しておきたい。回答者の種類別に特定高齢者の候補者の割合をみると、本人の回答ではモデル地区、対照地区それぞれ 8.1%、5.9%であり、他方、代筆による回答では 26.2%、20.7%、代理による回答では 45.5%、41.7%で、本人の回答に限定すると、特定高齢者の候補者の割合がかなり低いことがわかる（表 2-8）。ちなみに本人の回答に限定して特定高齢者の候補者の割合を推定すると 4.6%となり、1 ポイント以上割合が低下することになる。

表2-8 回答者の種類別にみた特定高齢者の候補者の割合（%）

回答者の種類	モデル地区		対照地区	
	特定高齢者の候補者の割合	n	特定高齢者の候補者の割合	n
本人	8.1	663	5.9	666
代筆	26.2	42	20.7	58
代理	45.5	11	41.7	12
不明	50.0	2	9.1	11
全体	9.9	718	7.6	749

注) チェックリストに無回答の場合であっても、回答した項目によって特定高齢者の候補者に該当すると判定された場合には、特定高齢者とした。無回答項目のために判断できない場合にはすべて特定高齢者ではないと判定した。そのため、本報告の特定高齢者の割合は過小評価の可能性がある。

3. 閉じこもり・特定高齢者の把握

1) 閉じこもり

特定高齢者の把握のためのルートとしては、①基本健診、②主治医・民生委員などの関係機関からの連絡、③訪問活動をする保健師などからの連絡、④本人、家族、地域住民からの連絡、⑤要介護認定非該当者、などが想定されているが、それぞれのルートから、どの程度、閉じこもり高齢者の把握に有効なのであろうか。本研究では、「基本健康診査」「民生委員」「主治医」の3つのルートについて、それぞれによってどの程度の把握が可能かを検証してみたい。主治医については市内に限定した。それは、市内に主治医がいるならば介護予防のために地域包括支援センターとの連携の可能性を探ることが可能と考えたからである。

表 2-9 に示したように、閉じこもり高齢者のうち、民生委員の訪問や相談の経験がある人の割合がモデル地区で 5.6%、対照地区で 7.1%であり、把握のためのルートとしてはそれほど有効とはいえない。基本健康診査についても、受診割合がモデル地区で 35.2%、対照地区で 29.4%と、民生委員ルートよりも把握ルートとして有効であることが示唆されたものの、それでも半数が把握できずに残ることになる。3つのうちで一番有効であったのが市内にいる主治医からであり、いずれの地区でも 50%以上の割合を占めていた。もし主治医の協力が得られるならば、半数以上の閉じこもり高齢者が把握されることになる。

以上、本研究では閉じこもり高齢者の把握のルートとして民生委員の活用の可能性を考えているが、このルートによる把握率をより一層高めていくには、民生委員が接触をもっている高齢者の範囲をより一層広げ、掘り起こしていくよう努力することが必要であることを物語っている。

表2-9 閉じこもり高齢者のサービス・機関の利用割合 (%)

サービス・機関の利用	モデル地区	対照地区
基本健康診査（毎年受診）	35.2	29.4
民生委員（訪問・相談経験あり）	5.6	7.1
主治医（市内に限定）	55.6	67.1
n	54	85

注) 基本健康診査については、「数年に一度受けている」「ほとんど受けていない」「無回答」は、「利用なし・その他」に分類した。主治医については、通っている医療機関が「市内にある」「市内と市外の両方」という人は「主治医が市内」に、「市外にある」「通っていない」「無回答」は「市外に主治医、未受診・その他」に分類した。民生委員については、「この1年間に訪問を受けたり、相談したりしたことがある」を「訪問・相談経験あり」に、「知っているが、この1年では訪問を受けたり、相談したことなし」「知らない」「無回答」は「訪問・相談経験なし・その他」に分類した。

2) 特定高齢者

表 2-10 に示したように、受診率からすると、基本健康診査によって把握される割合はモデル地区で 38.0%、対照地区で 40.4%であり、残りの 60%程度の特定高齢者が基本健康診査では把握できないことが明らかとなった。民生委員についても、モデル地区と対照地区ではいずれも 10%程度と、基本健診というルート以上に把握することのできる特定高齢者の割合が低いことが示された。この2つのルートは、それによって把握される人はほとんど重複していないことから、いずれかによって把握される割合はモデル地区で 43.7%、対照地区で 47.4%とそれぞれ単独のルートよりも把握できる割合が増加した。しかし、この2つのルートを併用しても把握される特定高齢者の割合は半数に満たない。

それに対して、市内に主治医がいる特定高齢者はモデル地区で 67.6%、対照地区で 78.9%と、以上の2つのルートを併用して把握される割合よりも把握できる割合が高かった。特定高齢者の把握には、市内にいる主治医の協力が重要であることを示唆する結果であった。

表2-10 特定高齢者の候補者中のサービス・機関の利用割合 (%)

サービス・機関の利用	モデル地区	対照地区
基本健康診査（毎年受診）	38.0	40.4
民生委員（訪問・相談経験あり）	8.5	10.5
主治医（市内に限定）	67.6	78.9
n	71	57

注) 基本健康診査については、「数年に一度受けている」「ほとんど受けていない」「無回答」は、「利用なし・その他」に分類した。通っている医療機関が「市内にある」「市内と市外の両方」という人は「主治医が市内」に、「市外にある」「通っていない」「無回答」は「市外に主治医、未受診・その他」に分類した。民生委員については、「この1年間に訪問を受けたり、相談したりしたことがある」を「訪問・相談経験あり」に、「知っているが、この1年では訪問を受けたり、相談したことなし」「知らない」「無回答」は「訪問・相談経験なし・その他」に分類した。

次に、特定高齢者のうちでもどのようなサービスニーズをもっている人が、把握されにくいかを、「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」「閉じこもり予防・支援」「認知症予防・支援」「うつ予防・支援」についてみてみよう。表 2-11 に示したように、ニーズの種類に関係なく、いずれのニーズについても、それをもつ高齢者については市内に主治医がいるという人の割合がほぼ 70%を超えており、特定高齢者を把握するためには医療機関の協力が有効であることがわかった。例数が少ないものの、「栄養改善」にニーズのある人では、基本健診受診者が 60%以上であり、他のニーズをもっている高齢者よりも高い割合で把握できることがわかった。民生委員による把握はニーズの種類に関係なく、相談や訪問を受けたという割合が全般的に低いことから、介護予防のニーズを限定しても現状の活動のレベルでは大きな期待をかけることができないことが示唆された。

表2-11 介護予防サービスニーズ別にみたサービス・機関の利用割合 (%)

サービス・機関の利用	モデル地区	対照地区
運動器の機能向上		
基本健康診査（毎年受診）	26.7	28.6
民生委員（訪問・相談経験あり）	20.0	14.3
主治医（市内に限定）	66.7	100.0
n	15	7
栄養改善		
基本健康診査（毎年受診）	28.6	66.7
民生委員（訪問・相談経験あり）	14.3	11.1
主治医（市内に限定）	57.1	66.7
n	14	9
口腔機能の向上		
基本健康診査（毎年受診）	46.3	40.6
民生委員（訪問・相談経験あり）	2.4	15.6
主治医（市内に限定）	78.0	81.3
n	41	32
閉じこもり予防・支援		
基本健康診査（毎年受診）	38.1	36.4
民生委員（訪問・相談経験あり）	4.8	4.5
主治医（市内に限定）	61.9	81.8
n	21	22
認知症予防・支援		
基本健康診査（毎年受診）	37.3	39.5
民生委員（訪問・相談経験あり）	5.9	14.0
主治医（市内に限定）	66.7	83.9
n	51	43
うつ予防・支援		
基本健康診査（毎年受診）	28.6	36.6
民生委員（訪問・相談経験あり）	2.4	14.6
主治医（市内に限定）	71.4	75.6
n	42	41

注1) 分析対象は、特定高齢者の候補者に限定した。

注2) 基本健康診査については、「数年に一度受けている」「ほとんど受けていない」「無回答」は、「利用なし・その他」に分類した。医療機関については、通っている医療機関が「市内にある」「市内と市外の両方」という人は「市内の医療機関に受診中」に、「市外にある」「通っていない」「無回答」は「市内の医療機関に未受診・その他」に分類した。民生委員については、「この1年間に訪問を受けたり、相談したりしたことがある」を「訪問・相談経験あり」に、「知っているが、この1年では訪問を受けたり、相談したことなし」「知らない」「無回答」は「訪問・相談経験なし・その他」に分類した。

4. 閉じこもり高齢者・特定高齢者のサービス利用意向

1) 閉じこもり高齢者

本研究では、閉じこもり高齢者に対するサービスメニューとして、傾聴ボランティアの派遣を考えている。以下では、閉じこもり高齢者の間における傾聴ボランティアの利用意向と利用意向に関する要因を検討してみよう。

閉じこもりの高齢者のうち、傾聴ボランティアを「利用したい」と回答した人はモデル地区では 13.0%、対照地区では 9.4%であり、利用意向は高いとはいえない。利用意向に関連する要因を、性、心身の健康の側面、同居家族の有無という社会的側面、孤立感、対人関係志向性という心理的側面から検討してみたい。

表 2-12 に示したように、モデル地区、対照地区に共通して、利用意向に大きく影響を与えている要因は検出できなかった。外部の人を家庭内に入れることについては特に家族がいる場合には心理的な抵抗が強いのではと思われたが、結果はこれを支持するものではなかった。加えて、「同居家族」「別居家族」「友人・近隣」「保健・医療・福祉の専門家」それぞれからの情緒的サポートの多寡が傾聴ボランティアの利用意向に影響しているのではないかと検討してみたが、有意な関連はみられなかった（結果省略）。

本研究では、傾聴ボランティアを「利用したくない」と回答した人に対して、その理由を選択肢を用いて質問した。「どのようなボランティアがくるか不安」「傾聴ボランティアのことがよくわからない」といった回答が、モデル地区、対照地区それぞれ 25%を超えていたものの、それ以外の理由も 10~20%程度であり、理由として大きな比重を占めるものはなかった。つまり、利用意向に関連する要因の分析結果に言及して触れたように、利用意向がないのは、人との付き合いが嫌い、家の中を見られたくないなどの心理的な要因や、家族が反対する、相談相手がいないなどの社会的要因よりも、傾聴ボランティアというものが目新しく、具体的にどのようなサービスかについてほとんどイメージできないことが、利用意向が低い原因ではないかと思われる。

表2-12 閉じこもり高齢者の傾聴ボランティアの利用意向に関連する要因 (%)

	モデル地区		対照地区	
	利用意向の割合	n	利用意向の割合	n
性				
男性	10.7	28	11.1	36
女性	15.4	26	8.2	49
日常生活動作				
障害あり	0.0	9	25.0	12
障害なし	15.6	45	6.8	73
認知症				
疑いあり	17.6	34	14.0	43
疑いなし	5.0	20	4.8	42
同居家族				
なし	0.0	1	0.0	5
あり・無回答	13.2	53	10.0	80
孤立感				
ほとんどある	0.0	16	7.7	26
ときどきある	21.1	19	14.3	21
感じる時が多い	16.7	18	8.8	34
無回答	0.0	1	0.0	4
対人関係志向性 (3分位)				
低	10.8	37	9.3	43
中	9.1	11	9.7	31
高	40.0	5	16.7	6
無回答	0.0	1	0.0	5
全体	13.0	54	9.4	85

注1) 日常生活動作と認知症の評価については、表2-3の注2)、注3)を参照のこと。対人関係志向性については、「人付き合いがよいか」「個人的な話はわずらわしいか(逆転項目)」「出会った人とは親密になるように努力するか」「人間関係がわずらわしいか(逆転項目)」について、「まったくそう思う」「どちらかといえばそう思う」「どちらともいえない」「どちらかといえばそうは思わない」「まったくそうは思わない」の選択肢を用いて回答をえた。それぞれの選択肢に5点から1点まで(逆転項目は1点から5点)を配点し、それらを単純加算することでスケール得点とした。

注2) 要因別に利用意向に有意な差があるか否かについては、 χ^2 検定で評価した。N.S.; $P>0.10$

表2-13 傾聴ボランティアを利用したくない理由(複数回答) (%)

理由	モデル地区	対照地区
どのようなボランティアがくるか不安	31.0	25.4
傾聴ボランティアのことがよくわからない	26.2	42.9
必要ない	16.7	17.5
そもそも人と会うのが好きでない	23.8	17.5
他人に家の中をみられたくない	14.3	17.5
家族が反対	2.4	1.6
その他	21.4	15.9
n	39	63

2) 特定高齢者について

基本チェックリストを参考に、「身体機能の向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」それぞれの介護予防ニーズに該当する人を選択し、それぞれについてどのようなメニューのサービスに参加したいかを集計してみた（表 2-14）

まず、身体機能の向上については、メニューとしては「筋力を向上させるための訓練（トレーニング機器の利用）」「プールを利用した訓練」「自宅で気軽にできる体操」「公園などに整備する運動用具を利用した訓練」「どれにも参加したくない／参加できない」という選択肢を提示し回答を得た。「筋力を向上させるための訓練（トレーニング機器の利用）」が地域支援事業のメニューとなるが、それを選択した人がモデル地区で 6.7%、対照地区でも 14.3%と少なかった。他方「どれにも参加したくない／参加できない」「自宅で気軽にできる体操」がモデル地区、対照地区のいずれも、各 46.7%と 71.4%であり、自己決定を基本とし、ニーズのある高齢者にサービスの選択をしてもらった場合には、地域支援事業の運動器の機能向上の事業はほとんど利用されない事態になってしまいかねないことが懸念される結果であった。介護予防の必要性を強調するとともに、ニーズを持った高齢者の意向をも反映させ、訪問形態による運動器の機能向上事業の展開が必要かもしれない。

栄養改善についても「日頃の食事内容について栄養士による相談」という地域支援事業のメニュー以外に、「高齢者でもできる料理教室」「友達や友人とおこなう会食会」、さらに「どれにも参加したくない／参加できない」という選択肢に基づき回答を得た。運動器の機能向上と同じように、「日頃の食事内容について栄養士による相談」を選択する人はモデル地区、対照地区ともに 20%程度であるものの、「どれにも参加したくない／参加できない」の選択肢は両地区で 30%以上と多くを占め、さらに対照地区では「友達や友人とおこなう会食会」が 55.6%を占めていた。栄養改善ということで期待するのは、単に食事の内容の評価と指導といった情報提供や料理の仕方ではなく、食事を通しての社会参加ということにあるといえよう。社会参加が介護予防に効果があるという知見を考え合わせるならば、複合的な内容を含んだメニューの考案もニーズをもった高齢者の参加意向を刺激する上で重要なポイントであるといえよう。

口腔機能の向上については、地域支援事業のメニューの中には「食事が楽しくできるための「あご」の機能訓練」が位置づけられている。本研究では、それ以外に「入れ歯などの手入れや洗浄についての講習」「歯を定期的に健診する検査」さらに「どれにも参加したくない／参加できない」を選択肢に加え、各メニューの利用意向を質問した。いずれの地区でも「歯を定期的に健診する検査」が最も多く選択され、モデル地区では 56.1%、対照地区では 37.5%であった。次いで多かったのがモデル地区では「どれにも参加したくない／参加できない」（14.6%）であり、対照地区では「入れ歯などの手入れや洗浄についての講習」（25.0%）であった。「食事が楽しくできるための「あご」の機能訓練」を選択した人の割合は、モデル地区では 9.8%と最も低く、対照地区でも 21.9%と全体の 4 分の 1 を占めているに過ぎなかった。口腔機能の向上という点では、ニーズのある高齢者のイメージは歯のことであり、咀嚼に関してはほとんど関心がないということが明らかとなった。

表2-14 介護予防サービスニーズ別にみた利用したいサービスメニュー (%)

サービス・機関の利用	モデル地区	対照地区
運動器の機能向上		
筋力を向上させるための訓練	6.7	14.3
プールを利用した歩行訓練	13.3	0.0
自宅で気軽にできる体操	46.7	71.4
公園などに整備する運動用遊具の利用	0.0	0.0
どれにも参加したくない／参加できない	33.3	14.3
無回答	0.0	0.0
n	15	7
栄養改善		
日頃の食事内容について栄養士による相談	21.4	11.1
高齢者でもできる料理教室	21.4	0.0
友達や友人とおこなう会食会	21.4	55.6
どれにも参加したくない／参加できない	35.7	33.3
無回答	0.0	0.0
n	14	9
口腔機能の向上		
入れ歯などの手入れや洗浄についての講習	9.8	25.0
歯を定期的に健診する検査	56.1	37.5
食事が楽しくできるための「あご」の機能訓練	9.8	12.5
どれにも参加したくない／参加できない	14.6	21.9
無回答	9.8	3.1
n	41	32

5. 結語

本研究では、閉じこもりと特定高齢者に着目し、①それぞれの高齢者の割合とその促進・予防に関わる要因、②それぞれの高齢者が「住民健診」「民生委員」あるいは「主治医」とどの程度の接点があるか、③これらの高齢者のサービス利用意向、について、ベースライン調査に基づき検討した。

- 1) 閉じこもりとサポートの関係を分析した結果、閉じこもり予防のためのサポートや情緒的なサポートは、「同居家族」「別居家族」「友人・近隣」「保健・医療・福祉の専門家」のいずれからのものについても閉じこもりの予防にあまり有効ではないことが示唆された。
- 2) 特定高齢者については、厚生労働省の見込みの値である高齢者人口の5%という割合がある程度妥当な数値であることが示唆された。
- 3) 特定高齢者については、通所形態の対応となる「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」へのニーズが低く、訪問形態が望まれる「認知症予防・支援」と「うつ予防・支援」へのニーズが高いという結果から、通所形態を中心とした介護予防サービスでは、そのニーズに十分に対応できないことが示唆された。
- 4) 高齢者においては、「運動器の機能向上」「栄養改善」あるいは「口腔機能の向上」のニーズが単独で存在し、「認知症予防・支援」と「うつ予防・支援」「閉じ

こもり予防・支援」のニーズと重複していない人の割合は、特定高齢者中10%程度に過ぎず、「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」というニーズについても、「認知症予防・支援」「うつ予防・支援」あるいは「閉じこもり予防・支援」への対応なくしてはサービスの提供ができないという状況にあることがわかった。

- 5) 閉じこもり・特定高齢者の把握については、基本健診、民生委員のいずれのルートとも、その割合はそれぞれ30%と10%程度であり、他方、主治医のルートは70%程度であった。つまり、主治医の協力なくしては地域支援事業の対象者を十分に把握することができないことが示唆された。
- 6) 閉じこもり高齢者のうち傾聴ボランティアの利用意向のあるものは10%程度であり、利用意向は必ずしも高くなかった。傾聴ボランティアのことを知らないということも利用意向が低い原因の1つであると考えられた。
- 7) 特定高齢者のうち、「運動器の機能向上」「栄養指導」「口腔機能の向上」という介護予防のニーズごとに、地域支援事業で提供されるサービスメニューの利用意向がどの程度あるかを調べた結果、いずれのニーズにおいても、各ニーズをもつ高齢者のサービス利用意向は低かった。地域支援事業のメニューではニーズが存在していたとしても、利用意向が低いために利用に結びつかないケースが大量に出る可能性が示唆された。

注

- 1) 旧制度の「要支援、要介護1」の人が主に該当する。しかし、その中から「脳卒中や心疾患、外傷の急性期などで医療サービスを優先すべき人」「進行性の神経性難病や末期がん患者」「意思疎通の困難さが多少見られる程度の認知症で介護が要る人」「精神疾患で理解が難しい人など」は除外される。
- 2) 厚生労働省の基準では特定高齢者の候補者は、「うつ予防・支援関係の項目を除く1～20項目のうち12項目以上該当する者」「運動器の機能向上5項目全て該当する者」「栄養改善2項目全て該当する者」「口腔機能の向上3項目全て該当する者」のいずれかに該当するものとしている。

文献

閉じこもり予防・支援についての研究班(2005) 『閉じこもり予防・支援マニュアル』

3章 担い手と受け手の側からみた傾聴ボランティアの効果

1. 本章の課題

ボランティアに参加している人は増加傾向にある。社会生活基本調査では、1年間に何らかのボランティアを行った人の割合が1996年では25.9%であったが、2001年では28.9%と増加している。年齢階級別にみると、10歳台と20歳前半の増加が10ポイントと大きいものの、60歳以上の高齢者も2ポイント程度の増加がみられた。全国社会福祉協議会がほぼ毎年行っている全国のボランティアの活動状況をみても、ボランティアとして把握されている人数は調査が始まった1980年には約160万人であったが、直近の2004年には779万人とこの約25年間に5倍に増加している。

社会生活基本調査では、参加したボランティアの種類が調査されており、その種類としては、道路・公園の清掃やまちおこしなどの「まちづくりのための活動」が最も高く、次いで、リサイクル運動などの「自然や環境を守るための活動」が高くなっているものの、ボランティア活動の種類は、福祉、教育、環境、および人権擁護など広範囲に渡っている。

本研究の対象である高齢者の保健・福祉の分野に限定しても、様々なところでボランティアの活動が展開されている。地域に居住する高齢者に対しては、ひとり暮らし高齢者友愛訪問活動、ひとり暮らし高齢者ふれあい給食会活動、地域見守り活動推進事業などにボランティアが参加しており、また、老人福祉施設においてもクラブ活動やお祭りの手伝い、高齢者への介助がボランティアによって行われている。以上のように、ボランティア活動は現実に様々な領域に浸透しつつあり、フォーマルセクター、市場セクター、インフォーマルセクターに加えて、新しいセクターとして社会を支える大きな力となってきている。

では、研究の面ではどのような到達点にあるのだろうか。本章では、ボランティアに関する研究のレビューと本研究の特徴、および本研究の対象となったボランティアの参加動機についてベースライン調査に基づいて紹介することにしたい。特に参加動機に着目したのは、担い手への効果が参加の動機によって変化する可能性があると考えたからである。

ボランティアに関する研究には、経済評価などの経済学的な研究、フォーマルセクターとの関係を論じた制度・政策的な研究など多岐にわたるが、ここでのレビューは、本研究の課題との関連で、ボランティアに関わることがボランティアの担い手に対してどのような影響や利益をもたらすか、また、ボランティアの受け手にとってどのような効果をもたらすかについて限定することとしたい。本研究のデータから得られる傾聴ボランティア活動の閉じこもり予防への効果やボランティア自身への効果については、パネル調査が終了する次年度に報告する。

2. ボランティアに関する研究の到達点

ボランティア活動がボランティアの担い手にどのような影響をもたらすかについては、欧米において研究蓄積が多い。これまでの研究では、ボランティア活動が高齢者の身体・精神の健康に与える効果について肯定する知見を得ているものが多いものの、ほとんどが断面調査に基づいているため因果関係の方向性は特定できていない¹⁾。パネル調査を活用した研究は少ないものの、それらの研究は肯定的な効果があることを支持するものが多く、さらにその効果は年齢が高い者でより強いことが明らかにされている。Musick, Herzog, House(1999)はボランティア活動が死亡率を低下させる効果があること、身体機能の自立度や健康度自己評価や維持に対しては、Morrow-Howell, Hinterlong, Rozario, Tang(2003)や Moen, Dempster-McClain, Williams(1992)がその効果を検証している。うつ症状を抑制することについては、Musick, Wilson (2003)、Li, Ferraro(2005)が明らかにしており、さらに Musick, Wilson (2003)はその効果が心理的な資源の強化よりも社会的統合を介したものであると指摘している。Thoits, Hewitt(2001)は、幸福感、生活満足度、自尊感情、統制感の維持といった主観的な評価指標の維持に対してもボランティア活動が貢献するという知見を提供している。効果が年齢によって異なることについては、Van Willigen (2000) が、60歳以上の高齢者とそれ以下の者とでボランティア活動に従事することが生活満足度と健康度自己評価に与える効果が異なり、60歳以上の高齢者の間ではより効果が著しいという結果を示している。社会的に孤立している者、あるいは身体的に障害をもっている者では特にボランティア活動がより有益であるということを示唆した研究もあるが、否定的な知見もあることから、マイノリティに特に有益であるか否かについては結論を出すには至っていない (Morrow-Howell, Tang, Kim, Lee, Sherraden, 2005)。

この領域における日本の研究については、パネル調査に基づいて、ボランティア活動が高齢者の身体・精神の健康に与える効果を検証したものはほとんどない。断面調査に基づくということで範囲を広げても、出村ら(2001)が生活満足度に対して、杉原(2003)が自尊感情に対して肯定的な効果があることを明らかにしているだけであり、この分野の研究は立ち遅れている。さらに、ボランティア活動の高齢者の身体・精神の健康に与える効果については、ボランティア活動の種類によって異なる可能性もあると思われるが、これまでの研究においては欧米のものも含めてボランティア活動に参加しているか否かに焦点が当てられており、ボランティアの種類による違いについてはほとんど解明がなされていない。

ボランティアの受け手にとっての利益や影響に関する研究については、特に保健福祉領域で活動するボランティアの場合、受け手が病気や障害、あるいは周囲のサポートが必要な状態にあることから、重要な課題である。しかし、筆者が調べた限りではほとんど研究が行われていない。本研究が対象にしている傾聴ボランティアについても、担い手と受け手それぞれにどのような効果や影響があるかについては、事例的に紹介されているものの (ホールファミリーケア協会編, 2004)、その効果を実証的に検証した研究はない。

3. 傾聴ボランティアを閉じこもりに適応する理由

傾聴ボランティアはあまり知られていない活動であることから、ここではまず、傾聴ボランティアの概要を紹介しておこう²⁾。

傾聴ボランティアの源は、アメリカのシニア・ピア・カウンセリングにある。シニア・ピア・カンセリングは、カリフォルニア州サンタモニカ市にある高齢者センターで1978年に始められたのが最初といわれている。通常のカンセリングとの違いは、カウンセラーが、シニア・ピア・カウンセラーといわれるボランティアであるということであり、高齢者同士の相談活動ということにある。

カウンセリングの基礎を身につけた高齢者が、悩みや不安をもつ同世代の高齢者の相談相手になるというアメリカのシニア・ピア・カンセリングの理念を生かしながら、日本の実情にそって、話したくても話せない高齢者の相談相手、話し相手としての活動を行うようになったのが傾聴ボランティアである。日本では、1999年に発足したNPO法人ホールファミリーケア協会が「傾聴ボランティア」のプログラムを開発し、その養成・普及に取り組んでいる。

傾聴ボランティアは、人から話を聴くということであるから、通常的生活を送っている人であるならば誰でもできると考えるかもしれない。しかし、傾聴ボランティアの基本は、相手にできるだけ多くを話してもらい、そのことによって自分自身の心の負担を軽くなるように援助する、同時に考えの整理について自分なりに判断や納得に至ることを援助することであるため、相手の話を否定せず、自分の意見も押し付けず、また自分の価値観で判断せず、受け止めて聞くことが求められる。そのため、「傾聴の心構え」や「聴き方のスキル」を身につけるためのトレーニングコースを受講することが望ましいといわれている。

ホールファミリーケア協会では、現在18期にわたる養成講座を開催している。プログラムは、ワークショップ（体験学習）、ロールプレイング、高齢者の身体と心の基礎知識という3つの柱で構成されている。講座は3ヶ月間のコースであり、毎週金曜日か、土曜日、1回あたり午前・午後の2講義、計20回の講義が行われている。我孫子市におけるプログラムも、この養成講座とほぼ同様のものを実施している。

閉じこもり予防・支援についての研究班（2005）では、特定高齢者における閉じこもりの対応として、行政の管理の下において傾聴ボランティアの活用を提案している。この提案の根拠は示されていないが、妥当性は高いといえよう。すなわち、傾聴ボランティアと話すことで自分自身の心の負担が軽くなり、考えも整理されることから、自己効力感の低下や生きがいの喪失といった閉じこもりのリスク要因の解消に結びつくのではないかと思われる。同時に、対象が閉じこもり高齢者であり、心を開かせ、多くを語ってもらうためには、「傾聴の心構え」や「聴き方のスキル」が必要であることから、一般のボランティアではなく、その技術を身につけた傾聴ボランティアの活用が重要なポイントといえる。