

## V 閉じこもり予防・支援マニュアル（案）

# 閉じこもり予防・支援マニュアル(案)

平成17年7月

閉じこもり予防・支援についての研究班

主任研究者 安村 誠司

本マニュアル(案)の内容は、現時点における本研究班での検討状況を反映したものであり、今後の検討によって変更がありえるものである。

1. はじめに
  2. 閉じこもりとは
    2. 1 閉じこもりと閉じこもり症候群
    2. 2 閉じこもりの概念・定義、測定尺度
    2. 3 閉じこもりの出現率
  3. 閉じこもり予防の重要性
    3. 1 要介護のリスクとしての閉じこもり
    3. 2 うつ、認知症などのリスクとしての閉じこもり
    3. 3 閉じこもりの要因と予防の考え方
      3. 3. 1 タイプ別閉じこもりの考え方
      3. 3. 2 生活空間から見た閉じこもり—その要因と予防—
    3. 4 介護予防システムと閉じこもり予防
  4. 予防の観点から見た閉じこもり予防の考え方
    4. 1 一次予防としての閉じこもり予防
      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」
      4. 1. 2 社会との交流は積極的な「閉じこもり」予防策
    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
      4. 2. 2 対象者の選定
    4. 3 三次予防としての閉じこもり予防
  5. 閉じこもり予防プログラム
    5. 1 プログラムの概要
    5. 2 各種プログラムの紹介
      5. 2. 1 一般高齢者施策
        - 1) 健康教育（普及啓発）・地域支え合い型、地域づくり型（一次予防）
        - 2) 生きがい活動支援通所事業を例に（一次・二次予防）
      5. 2. 2 特定高齢者施策
        - 1) 保健師の訪問による支援
        - 2) 保健師以外の訪問による支援
        - 3) 従来事業における参考例
      5. 2. 3 その他
  6. 他の介護予防事業との連携
  7. 県（含む衛生研究所）・県型保健所の役割ほか
    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
    7. 2 市町村による事業評価への関与
  8. 閉じこもり予防事業の評価
- 資料
1. 閉じこもり評価のための質問票
  2. 事例等
  3. 引用文献・参考文献

## 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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>。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。

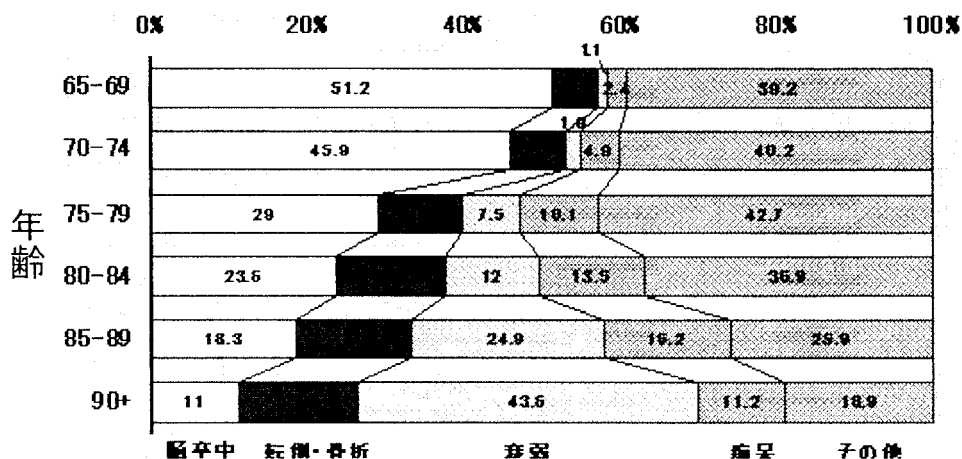
### 表1 寝たきりゼロへの10か条

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

(1990. 厚生省)

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、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<sup>3)</sup>。

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<sup>4)</sup>。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、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<sup>5)</sup>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。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こととなった。

\*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。

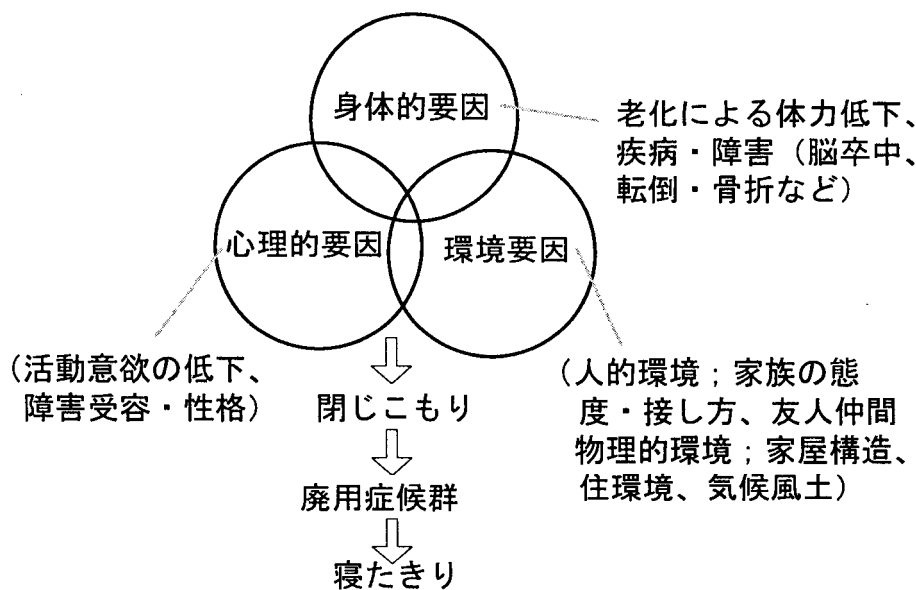
## 2. 閉じこもりとは

### 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、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思われる（図2）<sup>6)</sup>。脳卒中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、外出しようとし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、閉じこもり症候群の構造

「症候群」という医学的な診断病名と類似した表現が用いられていたが、最近は症候群を付けず、閉じこもり と表記される場合がほとんどである。閉じこもり症候群という表現は疾病を連想させ、医学的な対応を必要となるような印象を与える。閉じこもりという表現の方が活動範囲が家の中のみ限定しているという状態像をよりの確に表していると考えられる。閉じこもりの成因、状態、そして、その予防が、疾病アプローチ、つまり、狭義の医学モデルではなく、生活全般へのアプローチ、つまり、生活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。本マニュアルにおいても、特別な場合を除いて、閉じこもり と呼ぶこととする。

### 2. 2 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」と定義されている<sup>7)</sup>。また、鳩野らは、「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」と定義している<sup>8)</sup>。一方、安村は国内外の文献を参考に、「週1回も外出しない状態」を閉じこもりと定義した<sup>9, 10)</sup>。

表2 「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、通院などを含まます。)

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。 → 非「閉じこもり」  
(よく行く場所: \_\_\_\_\_)

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。 } 「閉じこもり」  
(よく行く場所: \_\_\_\_\_)

3. ほとんど、または、全く外出しない

(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、P131～137)

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いる。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る「外出頻度」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の評価は適切であると考えられる。認定審査項目における外出頻度は、下表の通りである。同様に、介護予防に関する健診へ導入される健診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」になると考えられ、今後は、週1回以上外出しているか、どうか判断の基準になると考える。

新規は閉じこもりを「生活空間」で定義しているが、測定尺度としては外出頻度を用いており、「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<sup>7)</sup>。一方、安村らは「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ている<sup>9、10)</sup>。その理由としては、「週一回程度以下」では、

表3 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。

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は、外出頻度でスクリーニングすることが肝要である。外出はしているが、その頻度が少ない場合には、表2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. 3 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少ないために、閉じこもりの出現率（頻度）についてはばらつきがある（表4）。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、性差に関しては確定的なことは言えない。

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、下表からは大きな違いは認めず、閉じこもりの発生要因である環境要因、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4 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
宮城県三本木町	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>9)</sup>
新潟県与板町	65歳↑	612	930	10.3		-	2004	藤田幸司、他 <sup>11)</sup>

(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. 閉じこもり予防の重要性

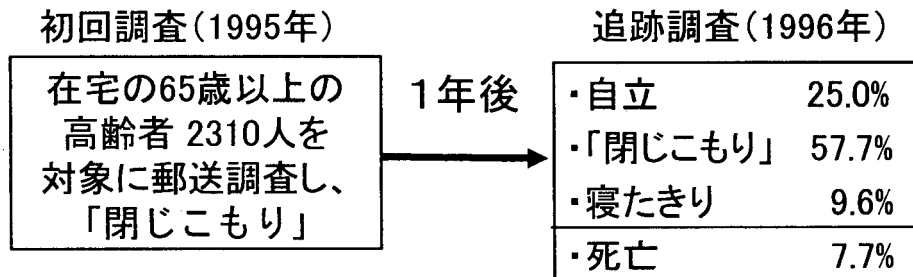
### 3. 1 要介護・死亡のリスクとしての閉じこもり

閉じこもりはなぜ予防が必要なのであろうか。それは、閉じこもりが寝たきり（要介護状態）や死亡のリスク（危険状態）だからである。閉じこもり高齢者を追跡調査した研究は極めて少ないが、閉じこもり高齢者の1年後の転帰を調査した結果では、閉じこもりのままであった者が57.7%でもっとも多かったものの、寝たきり（要介護状態）へと状態が悪化した者が9.6%おり、また、死亡した者が7.7%いた（図3上段）。このように、閉じこもりであることは、その後に要介護状態や死亡に至りやすい状態であることがわかる。また、在宅の70歳以上の非「閉じこもり」を1年間追跡した結果、男性14.9%、女性16.0%が「閉じこもり」へと悪化していた（図3下段）。加齢と共に、下記のような経過をたどる危険性が誰にでもある。

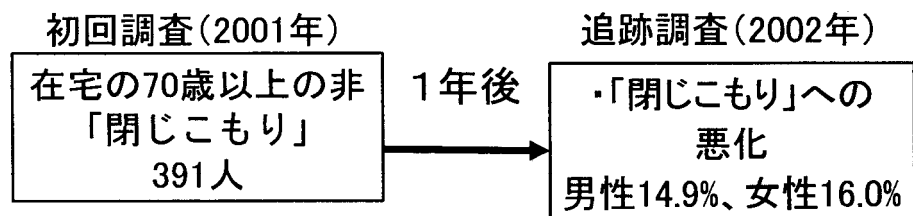


非「閉じこもり」 → 閉じこもり → 要介護・死亡

一方、特別な介入を行ったわけではないのに、25.0%の閉じこもり者は自立へと改善が見られた。閉じこもりは、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が高くすることができる状態像と位置づけられる。



(安村誠司、厚生省科学研究費補助金・長寿科学総合研究、平成9～10年、分担)



(安村誠司、蘭牟田洋美、厚生省科学研究費補助金・長寿科学総合研究、平成12～14年)

### 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？」という疑問を持つ住民も決して少なくない。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がいた場合、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、このような場合でも、「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家庭内の役割を持っており、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た低い、または、ほとんどないと言って良いであろう。あえて言えば、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るため、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と考えられる。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。例外がない規定がないように、「閉じこもり」すべてが予防のための支援対象という訳ではない。ただ、閉じこもりという状態が、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 うつ、認知症などのリスクとしての閉じこもり

うつ状態者の中には外出を好まず、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)。

また、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は多いが、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決して少なくない。また、家族が認知症の症状がある場合など、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させていることもある。

さらに、閉じこもりの中には、低栄養者、口腔機能低下者、運動機能低下者も多数いると想像される。つまり、閉じこもりが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としての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、このことは閉じこもりであることが、要介護や死亡のハイリスクであることを説明している。

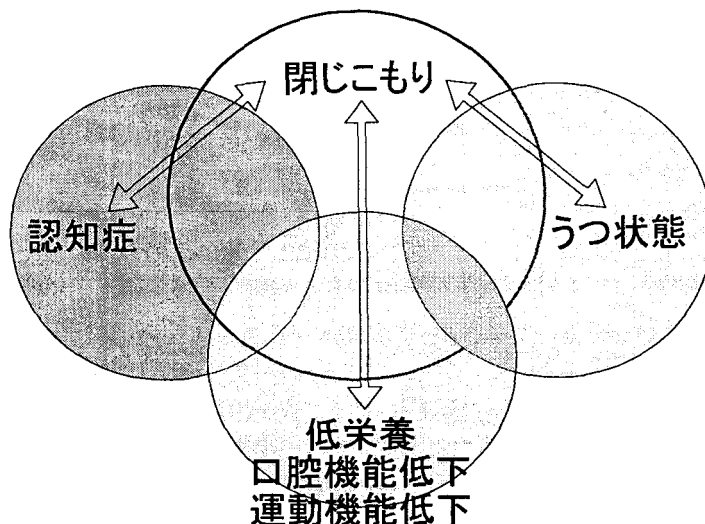


図4. 閉じこもりと他の状態との関連モデル

### 3. 3 閉じこもりの要因と予防の考え方

#### 3. 3. 1 タイプ別閉じこもりの考え方

閉じこもり予防の際に、その発生要因を考えて、その支援方策を考えることが重要である。新開は発生要因として身体的・精神的要因がおもである場合と心理・社会的要因がおもである場合の2つのタイプがあると述べており、前者を「タイプ1の閉じこもり」、後者を「タイプ2の閉じこもり」と便宜的に呼んでいる<sup>12)</sup>。

タイプの判定は、「外出するにあたって、誰かの介助が必要か。」という問に対して「はい」の回答はタイプ1、「いいえ」の回答はタイプ2としている。タイプ1は「心身の障害があって、『外出が困難、あるいはできない』」、タイプ2は「心身の障

#### コラム ADL, IADL

ADL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。

害はないか、あっても軽度なものであるにもかかわらず『外出しようとしなさい』閉じこもりである。タイプ1の発生要因としては、高齢、歩行能力の低下、認知機能の低下が指摘されており、また、死亡のリスクともなっていたことから、要介護状態にある高齢者における予後を左右する要因として、タイプ1閉じこもりは位置づけられる<sup>13)</sup>。従って、地域支援事業の対象となる「要支援・要介護」でない高齢者は概ね該当しないと推察できる。

タイプ2の発生要因としては、高齢、散歩・体操の習慣がない、認知機能の低下、抑うつ傾向、親しい友人がいないことであり、また、活動能力（歩行能力、ADL、IADL、認知機能）の低下を促進していた<sup>13)</sup>。このように、地域支援事業で対象にする閉じこもりは、おもに、このタイプ2の閉じこもりと考えてよいであろう。しかし、本マニュアルにおいては、閉じこもりを2つのタイプに分類して、支援を考えることはせず、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。

### 3. 3. 2 生活空間から見た閉じこもり—その要因と予防—

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。

老化に伴い老年期においては、さまざまな身体的、心理精神的、社会的な変化が起こるが、その中でも4つの喪失が良く知られている<sup>14)</sup>。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」を喪失する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。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<sup>15)</sup>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」であると言える。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<sup>16)</sup>。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のは確かである。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。

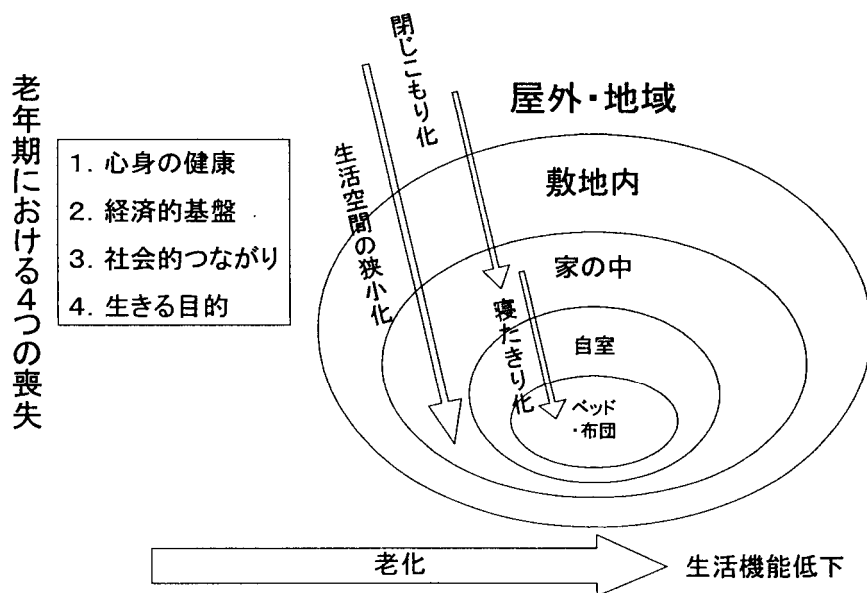


図5. 生活空間から見た閉じこもり—その要因—

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を考える上で有効である。

閉じこもり予防を生活空間の視点から考えてみよう。閉じこもりである状態から、非閉じこもりの状態へと生活空間を広げるためには、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<sup>17)</sup>。また、体力的には問題なくとも、外出する目的や意欲がなければ、外出ことにはつながらない。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としては、閉じこもりではない時から、身体的、体力的に外出できないことのないような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、体力だけあっても、屋外、地域において、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。

**\*コラム 自己効力感**

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。

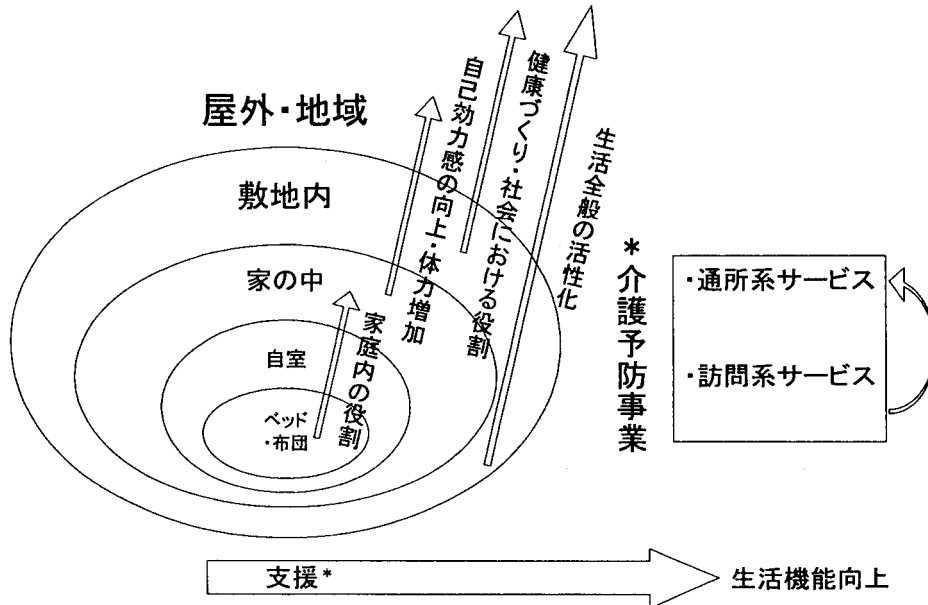


図6. 生活空間から見た閉じこもり—その予防—

家庭における役割としての買い物などはもちろん、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。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ったことによる結果として、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ことが目的ではなく、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。閉じこもり予防としての支援のあり方については、後述する（5. 2. 1参照）。

3. 4 介護予防システムと閉じこもり予防

上述のように、閉じこもりは、他の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言いがたい。他の地域支援事業や新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、システムの成否を担っていると言っても過言ではない。(具体的な協力・連携については、6. 参照)

#### 4. 予防の観点から見た閉じこもり予防の考え方

閉じこもり予防・支援の位置づけを一次予防、二次予防、三次予防という軸で整理した。ここでは、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。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、寝たきり化することがないようにすることがもっとも重要な目的となる。

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。

具体的な支援プログラムは後述する。

##### 4. 1 一次予防としての閉じこもり予防

##### 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、低次の活動から高次の活動までが含まれるものであるが、Lawton(1972年)は、このことに着目して、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。

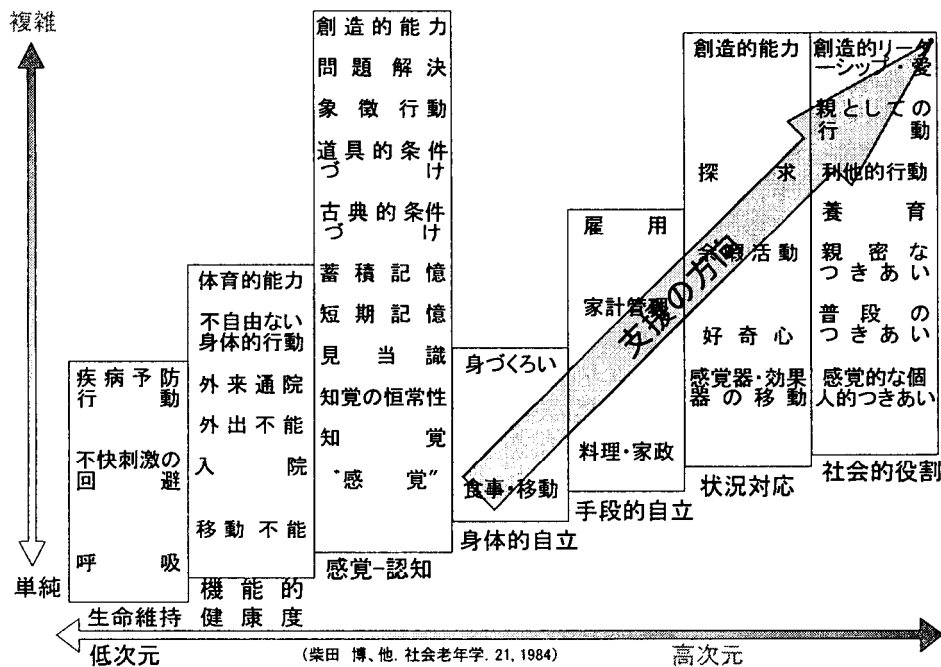


図7 能力の諸段階 (Lawton, 1972)

身づくろい、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。これは人間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。より人間的で積極的な意味での活動能力は、人間の成長にともない「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ている。「社会的な役割」は人々との親密な付き合いや他への支援などの能力、「状況対応」は余暇活動や探究心・好奇心などの知的な活動能力、「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。概念図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。

閉じこもりの定義として本マニュアルでは「週1回未満の外出しかしない状態」として捉えているが、この定義を、「社会との交流頻度が極端に低下した状態」と言い換えることもできる(図8)。「閉じこもり」による低活動状態が廃用症候群を引き起こし、結果として寝たきりなどの要介護状態をもたらすことが問題とされているが、生活空間や社会との交流(つきあい)の狭小は、同時に高齢者の生活の質(QOL)の低下をも意味している。

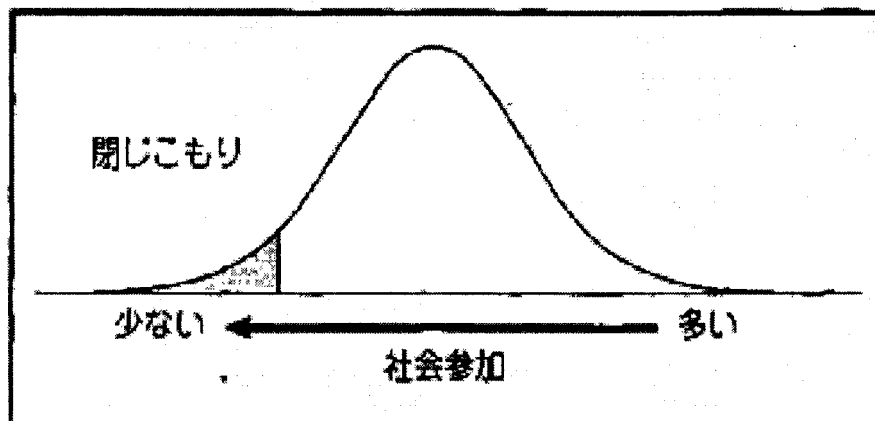


図8 社会との交流頻度の分布

#### 4. 1. 2 社会との交流は積極的な「閉じこもり」予防策

##### 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<sup>18)</sup>。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<sup>18)</sup>。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。