

表4 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。

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た「外出頻度」(表4)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で閉じこもりを評価する。同様に、生活機能評価へ導入される基本チェックリスト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」で評価されることになった。

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、外出頻度でスクリーニングする。外出はしているが、その頻度が少ない場合には、表3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(基本チェックリスト)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. 4 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現在でも少なく、閉じこもりの出現率(頻度)についてはばらつきがある(表5)。この表における出現率は、地域支援事業における介護予防事業の導入前の調査におけるものであり、外出頻度が「週1回以上か、否か」、または、「週に1回程度か、それ以下か」の設問のみで計算されており、「特定高齢者として閉じこもり予防・支援」の対象としての「閉じこもり」の頻度ではない。この出現率では、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、また、最近の報告では、女性における出現率の方が低いという報告もあり、性差に関しては確定的なことは言えない。

また、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、研究報告からは大きな違いは認めていない。都市部と農村部とで異なるのではないかと考えられるが、都市部における報告は少なく、今後の課題である。閉じこもりの発生要因である社会・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5 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		
宮城県旧三本木町	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
兵庫県旧五色町	65歳↑	313	419	14.4	26.0	p<0.01	2000	渡辺美鈴、他 ^{IX}
宮城県旧三本木町	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 ^{XI}
福島県福島市	65歳↑	1334		13.6	-	-	2003	高戸仁郎、他
新潟県与板町	65歳↑	612	930	10.3	-	-	2004	藤田幸司、他 ^{III}
東京都荒川区	65歳↑	1589	2003	9.6	6.8	p<0.01	2006	山崎幸子、他 ^{IX}

*：閉じこもりの定義は必ずしも、同一ではない。

(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、他、文献9、10、11)

3. 閉じこもり予防・支援の重要性

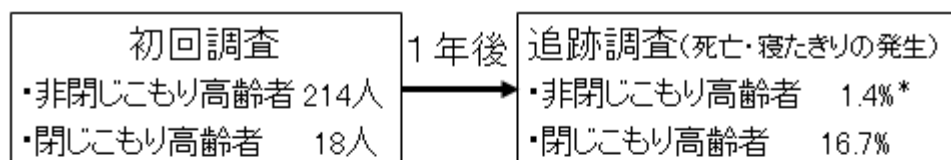
3. 1 要支援・要介護、死亡のリスクとしての閉じこもり

閉じこもりはなぜ予防・支援が必要なのであろうか。加齢とともに、下記のような経過をたどる危険性が誰にでもある。つまり、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。

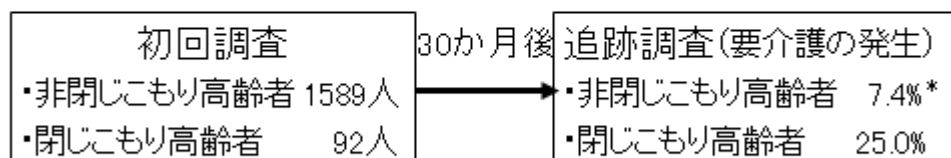
非閉じこもり → 閉じこもり → 要支援・要介護、死亡

閉じこもり高齢者を追跡調査した研究は少ないが、地域の在宅高齢者の1年後の転帰を調査した結果では、非閉じこもりからの死亡・寝たきりの発生は1.4%であったのに対し、閉じこもりからの発生は16.7%と有意に多くなっていた（図3上段）。また、在宅の高齢者を30か月追跡した調査では、要介護の発生は、非閉じこもりからは7.4%、閉じこもりからは25.0%と閉じこもりからの発生が有意に多くなっていた（図3下段）。

一方、特別な介入を行ったわけではないのに、16.7%の閉じこもり者は自立へと改善が見られたとの報告がある（藺牟田、1998）。閉じこもりは、要支援・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を高くすることができる状態像と位置づけられる。



*: p<0.01 (藺牟田洋美, 他. 日本公衆衛生雑誌, 43:883-892, 1998)



*: p<0.01 (渡辺美鈴, 他. 日本老年医学雑誌, 42:99-105, 2005)

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？」という疑問も生じる。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は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、この場合、「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役割を持ち、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て低い、または、ほとんどないと言って良い。ただ、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り、結果的に体力の衰えから、要支援・要介護のハイリスク者になることがあるので、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。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。「閉じこもり」すべてが予防・支援の対象という訳ではない。ただ、閉じこもりという状態が、要支援・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 要支援・要介護リスク状態との関連

閉じこもりは、多くの要因が関与して発生することは前述の通りであるが、閉じこもり高齢者はさまざまな要支援・要介護のハイリスク状態を併存している場合が多い（図4）。平成18年度の栃木県大田原市の後期高齢者で基本チェックリストが配布された5692人のうち、5504人から基本チェックリスト（96.7%）が回収された。うち、基本チェックリスト16「週に1回以上の外出」をしていないのは、全体の24.4%であった。特定高齢者の候補者は、全体の15.6%（859人）であり、閉じこもりと、後述する「運動器の機能向上」、または、「認知症予防・支援」のいずれかを合併しているのが288人（33.5%）、「栄養改善」、「口腔器の機能向上」、または、「うつ予防・支援」のいずれかを合併しているのが35人（4.2%）と約4割は要支援・要介護リスク状態を重複して合併していた。

・認知症と閉じこもり

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も少なくないが、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多く認められる。また、認知症の疑いがある場合など、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家族がしいることもある。

・うつと閉じこもり

うつであると外出を好まず、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）。

・運動器の機能低下、低栄養、口腔機能の低下と閉じこもり

このような合併をしている高齢者も多数いる。閉じこもりが他の要支援・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、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、閉じこもりと他の要支援・要介護のハイリスク状態とは、因果関係というより相互に関連した状態であると考えられる。

このことは閉じこもりであることが、要支援・要介護や死亡のハイリスクであることを説明している。

このように、閉じこもりの予防・支援を考える際には、閉じこもりのみを対象にするのではなく、閉じこもりとその他の要支援・要介護状態の合併者を「介護予防事業」の対象者としてとらえる必要がある。

限られたスタッフ、予算で効率的な事業実施を考えると、それぞれの要介護リスクに対応したプログラムを単独で実施するのではなく、複数に対応したプログラムでの事業実施が有効である。

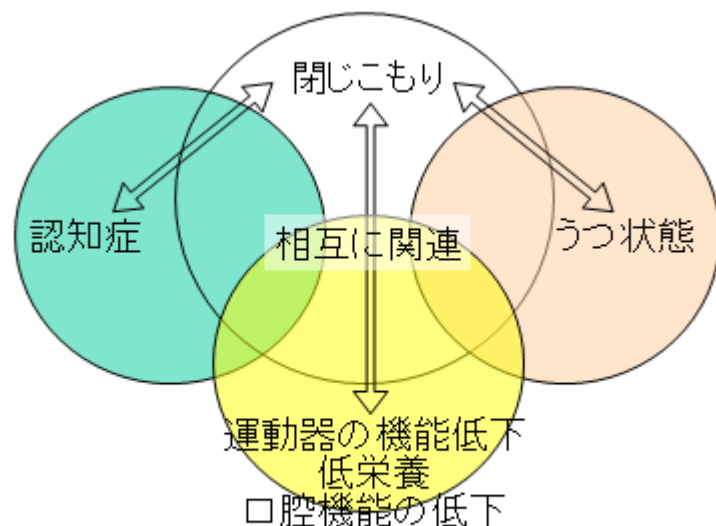


図4. 閉じこもりと他の状態との関連モデル

3. 3 閉じこもりの要因と予防・支援の考え方

3. 3. 1 閉じこもり予防・支援におけるアプローチ

閉じこもり予防・支援では、その発生要因を考えて、その方策を考えることが重要である。発生要因として身体的・精神的要因が主である場合と心理・社会的要因が主である場合など要因の関与の程度がさまざまである。

前者は「心身の障害があって、『外出が困難、あるいはできない』」閉じこもりであり、死亡のリスクともなっているとの報告もある（新開, 2005）。一方、後者は「心身の障害はないか、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』、または『外出できない』、」

閉じこもりで、活動能力（歩行能力、ADL、IADL、認知機能）の低下を促進するとの報告（新開, 2005）があり、地域支援事業の対象になるのは、おもに、こちらと考えてよいであろう。いずれにせよ、閉じこもり予防・支援においては、要因別の予防・支援ではなく、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。

*コラム ADL, IADL

ADL (Activities of Daily Living)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 (Instrumental Activities of Daily Living)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。

3. 3. 2 生活空間から見た閉じこもり—その要因と予防—

1) 閉じこもりから寝たきり（要介護）への要因

老年期においては、老化に伴いさまざまな変化が起こるが、その中でも4つの喪失が良く知られている（長谷川, 1975）。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」の喪失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。

*コラム 老年期における4つの喪失¹⁶⁾

1. 心身の健康
2. 経済的基盤
3. 社会的つながり
4. 生きる目的

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（WHO, 1984）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」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（井上, 1993）。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。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。

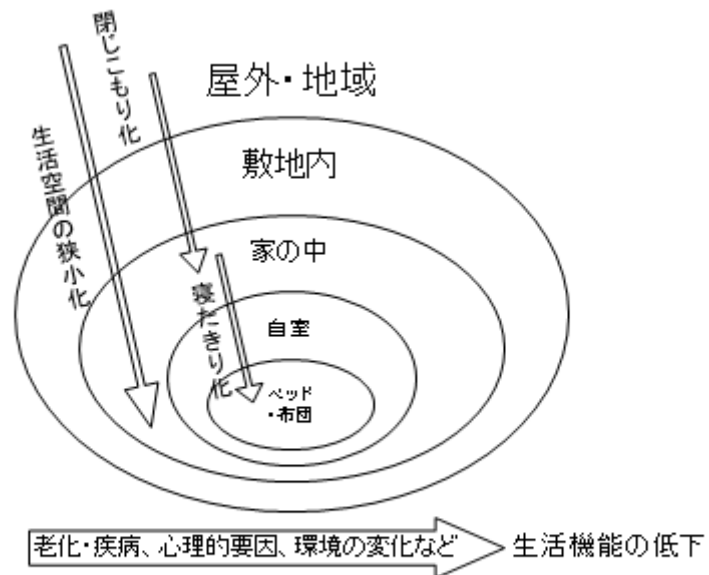


図5. 生活空間から見た閉じこもり—その要因—

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。

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策を考える上で有効である。

2) 自己効力感を高めて、活動範囲（生活空間）を広げる予防の考え方

閉じこもり予防・支援を生活空間（活動範囲）の視点から考えてみよう。生活空間（活動範囲）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（藺牟田ら、2002）。また、体力には問題なくとも、外出する目的や意欲がなければ、外出にはつながらない。

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・支援としては、閉じこもりではない時から、外出できるだけの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、体力はあっても、屋外、地域で、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。家庭における役割としての買い物などのほか、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。

*コラム 自己効力感（セルフ・エフィカシー）
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。

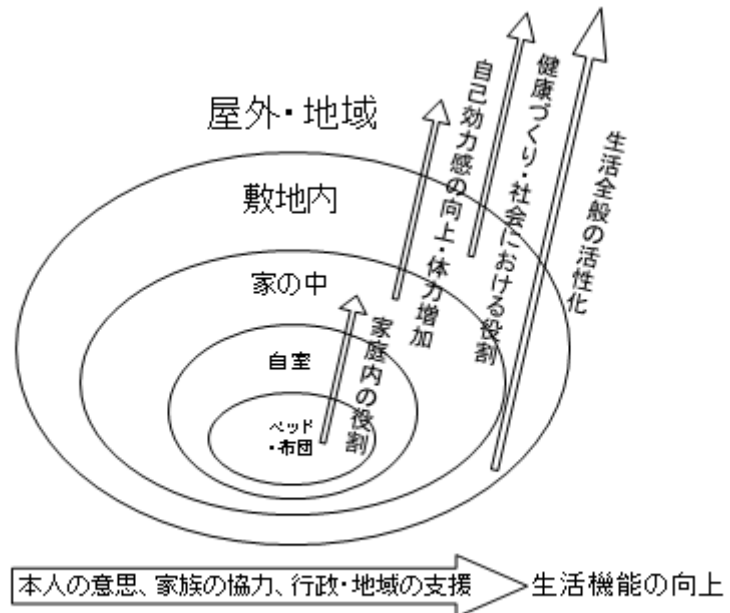


図6. 生活空間から見た閉じこもりーその予防ー

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う結果として、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のではなく、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。

3. 4 介護予防システムと閉じこもり予防・支援

上述のように、閉じこもりは、他の要支援・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。また、効率的ではないと考える。他の地域支援事業や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・支援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・支援は他のハイリスク状態と関連している点で、システムの成否の鍵を握っていると言える。

4. 予防の観点から見た閉じこもり予防・支援の考え方

閉じこもり予防・支援の位置づけを一次予防、二次予防、三次予防という視点で整理する。

- ・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。また、より活動的な生活になるように支援することも含まれる。
- ・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、寝たきり化したりすることがないようにすることである。

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一次予防がもっとも重要であることは言うまでもない。

4. 1 一次予防としての閉じこもり予防・支援

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、低次から高次の活動までが含まれるものであるが、Lawton(1972)は、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。

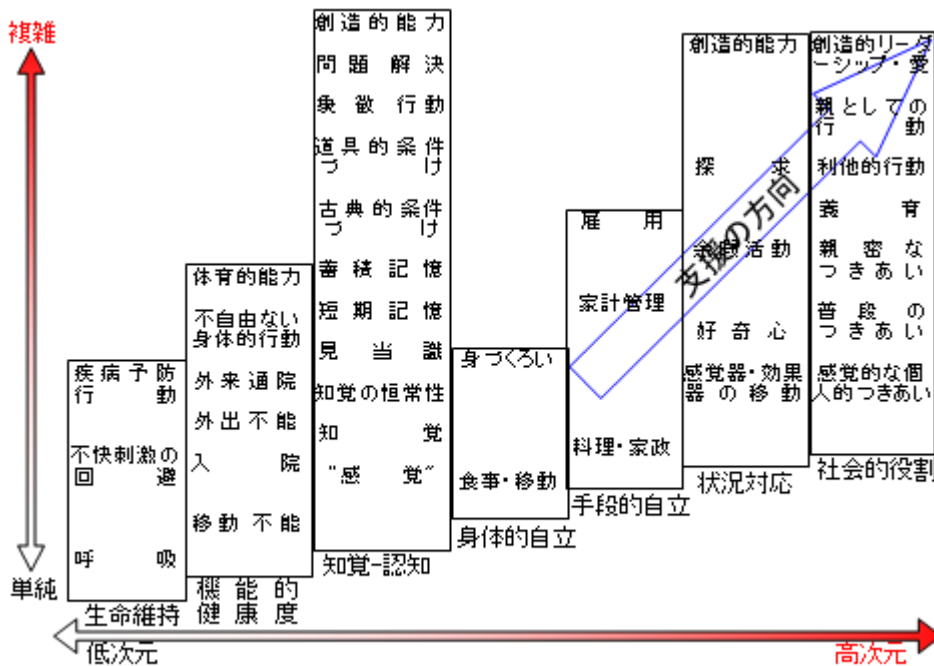


図7 能力の諸段階(Lawton,1972) (柴田 博,他, 社会老年学, 21, 1984)

身づくり、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。活動能力は、人間の成長に伴い「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

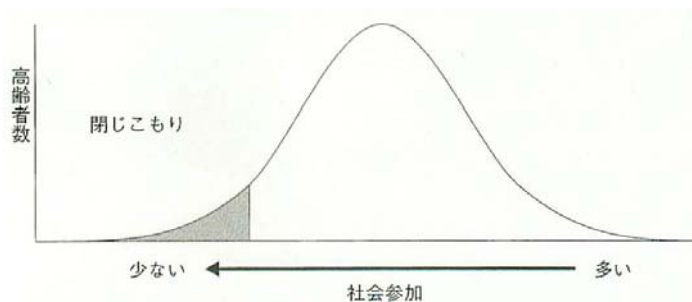


図8 社会との交流頻度の分布

ている。図7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。

閉じこもりは「週1回未満の外出しかなしい状態」とされるが、これを、「社会との交流頻度が極端に低下した状態」と見ることもできる（図8）。「閉じこもり」による生活空間や社会との交流（つきあい）の狭小化は、同時に高齢者の生活の質（QOL）の低下をも意味している。

4. 1. 2 閉じこもり予防・支援としての社会との交流促進

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（東京都老人総合研究所，1988）。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項目の日常生活動作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（東京都老人総合研究所，1988）。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。

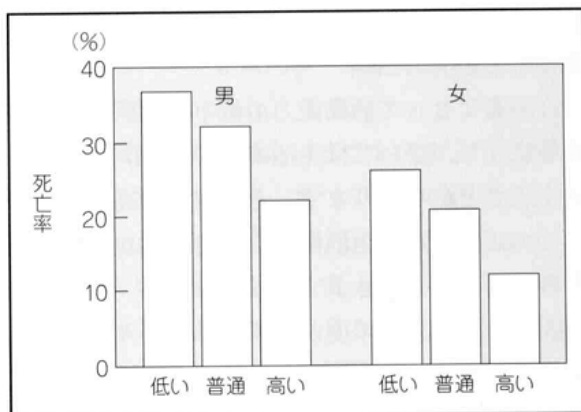


図9 社会活動性と死亡率（東京都K市）
（文献²⁵⁾より作成）

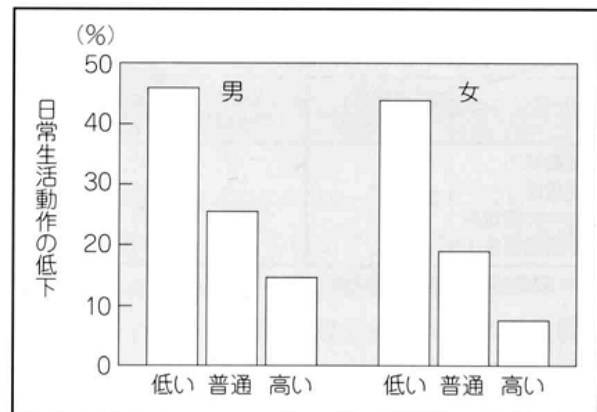


図10 社会活動性と日常生活動作の低下
（東京都K市）（文献²⁵⁾より作成）

2) 社会的交流と主観的なQOL

図11は、社会的な交流の程度（社会的生活習慣）と健康感、精神的健康感（うつ）の尺度による、生活満足度との関連を示している。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、の8項目について、そのかわりの程度別に主観的QOL項目の平均値を示したものである。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、精神面のうつの傾向は少なくなることが示されている。

すなわち、これらの成績（図8～11）は、高齢者の社会参加や社会との交流が、長生きや身体的自立を保ち、さらにはまた、主観的QOLを高めることにも強く関連することを示している。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ずることは、高齢者の健康や生きがいになるだけでなく、閉じこもり予防・支援にもつながることは明らかである。これまでは、虚弱高齢者を対象とした二次予防としての閉じこもり予防・支援が取り上げられる傾向にあったが、いわゆる元気高齢者に対するサクセスフル・エイジングを目指した一次予防に力点を置いた積極的な閉じこもり予防・支援の推進が重要であると言える。

3) 閉じこもり予防における地域づくり、環境づくりの重要性

図7に示した Lawton の理論によれば、人間の活動能力（生活機能）の低下は「社会的役割」→「状況対応」→「手段的自立」の順に起きるというものであった。地域の元気高齢者に対する閉じこもり予防策はいかにしてくい止めるかにかかっている。生活空間の狭小をくい止めるためには、高齢者本人の努力だけではなし得ない。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・環境づくりが重要となってくる。

「社会的役割」の中では、有償労働としての仕事 が最も大きな役割といえるが、定年退職を契機として仕事からの引退を余儀なくされ、外出の機会も少なくなりやすい。定年退職後も健康維持や生きがいづくりのために働きたいと思っている人は多い。しかし、多くの場合高齢者の雇用の機会は限られている。シルバー人材センターは、高齢者に対して地域社会に根ざした仕事を提供することを目的として設立されたものであるが、その存在は意外と知られていない。地域の人々への広報活動を充実させるとともに、シルバー人材センターで扱う仕事のメニューも増やす必要がある。

社会貢献としてのボランティア活動も「社会的役割」に含まれる。「国民生活選好度調査」（内閣府；2000年）によれば、60歳代前半ではその7割強がボランティア活動に参加してみたいと答えている。高齢者の視点に立った、ボランティア活動や地域活動のための「場」の見直しや創出が求められているといえよう。高齢者の社会貢献活動を地域全体で支援していく体制づくりが必要である。地域で展開されている介護予防事業の推進に関わる高齢ボランティアの養成も支援体制づくりの一環として期待が高まっている。地域関係の希薄化が進む中で、これらの保健福祉活動はコミュニティのネットワークの再生にもつながる。

「状況対応」とは、創造的能力や知的な活動性のことである。この中には、趣味やサークル活動、学習活動等が含まれる。これらの活動は、健康教育の一環としてその機会が提供される場合もあるが、むしろ、生涯学習や社会教育の一環として市民センターや公民館、老人福祉センターなどにおいて展開されている。その意味では、行政における保健福祉部門の担当者は生涯学習や社会教育部門との連携を密にすることが大切である。

また、体力の弱った高齢者のためには移送手段の確保も大切である。移送ボランティア等にその役割を期待することも一案である。可能であれば、自宅から歩いていける範囲の小学校や集会所などに学習やサークル活動の拠点を設定する工夫も必要である。

「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。この活動には家庭内の役割としての食事の支度や買い物などの家事的活動、預貯金の出し入れ（管理）や外来通院等の動作が含まれる。これらの役割や活動に高齢者自身が主体的に関わることは、社会参加を促し、閉じこもりを解消することにもつながる。高齢者がいる世帯の約半数は、若い世代との同居（「国民生活基礎調査」厚生労働省大臣官房統計情報部；2001年）であるが、高齢者を敬うあまり家族が高齢者の役割を奪ってしまうことになっていないであろうか。家族内での役割を見直すことも必要である。家事的役割は、高齢者も含めて家族全員で分担すべきものとの風潮を作っていくことが大切であろう。

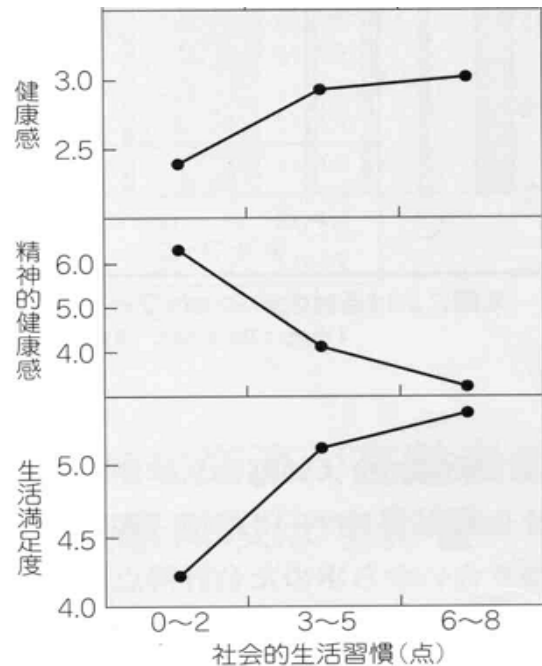


図 11 社会的生活習慣の得点別にみた健康指標の平均得点（沖縄県N市、女性⁴¹⁾）

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

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須である。また、かかりつけ医師、児童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。ただ、個人情報保護の観点から、その情報の提供が本人の同意に基づくものなのか、秘密保持が守られなければいけないものであるのかの検討が必要であり、取り扱いには十分に注意を要する。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。

4. 2. 2 対象者の選定

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（表6）。

ここで特徴に取り上げられなかった項目が「閉じこもり」に関係がないということの意味している訳ではない。そのような項目が調査項目に採択されていなかったために、関連があるという結果になっていない可能性もある。いずれにしても、少なくとも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。

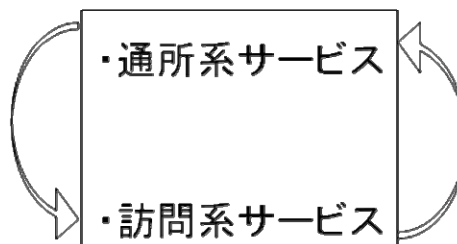
表6 閉じこもり高齢者の要因

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 下肢の痛み
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 生きがいがない
社会・環境要因	高齢であること 集団活動などへの不参加 家庭内での役割が少ない 社会的役割の低さ 親しい友人などがいない

4. 3 三次予防としての閉じこもり予防

閉じこもり高齢者が「要介護化」することを予防することが閉じこもりの三次予防である。閉じこもりと判断された特定高齢者に対しては、最初は、通所系サービスへのお誘いをする。通り一遍のお誘いには応じないのが閉じこもり高齢者の特徴でもある以上、必要に応じて市区町村や、地域包括支援センターから保健師等による訪問を行い、「閉じこもり評価のための二次アセスメント票」（資料参照）等を用いて事前アセスメントを実施し、その後のサービス提供の資料とする。通所系サービスへの参加勧奨を行う。また、継続的な訪問の必要性について判断し、訪問系サービス等の実施後に事後アセスメントを実施する。閉じこもり高齢者の中で、地域におけるさまざまなサービス、行事、催し、企画などの誘いに全く応じない人が、多くの問題を抱えた閉じこもりである可能性が極めて高い。つまり、要介護状態になりやすいハイリスク者である。通所系サービスで対応できなくなったら、訪問系サービスに移行し、訪問によって通所系サービスへ結びつけることが可能になるように働きかける。このサービスの連携が大切である。

もっとも重要なことは、すでに閉じこもりとなっている高齢者が廃用症候群をきたさないようにし、自立した生活ができるように支援することである。訪問により対象者と会って、その対象者の身体的、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することが必要である。また、頻回の訪問を行うことは一般的に困難であり、少ない訪問の中で、対象者が主体的に屋外へ行きたくするような支援や、誘い出す工夫が必要である。



5. 閉じこもり予防・支援の具体的な取り組み

5. 1 地域支援事業を含めた取り組み

閉じこもり予防・支援の対象者は、予防の段階による軸とから「地域・集団（一般高齢者）」と「個人（特定高齢者）」という支援対象者の軸で整理できる（図 12）。一般高齢者を対象とした施策（ポピュレーション・アプローチ）には、①介護予防普及啓発事業、②地域介護予防活動支援事業、③介護予防一般高齢者施策評価事業が含まれる。特定高齢者を対象とした施策（ハイリスク・アプローチ）には、①特定高齢者把握事業、②通所型介護予防事業、③訪問型介護予防事業、④介護予防特定高齢者施策評価事業が含まれる。

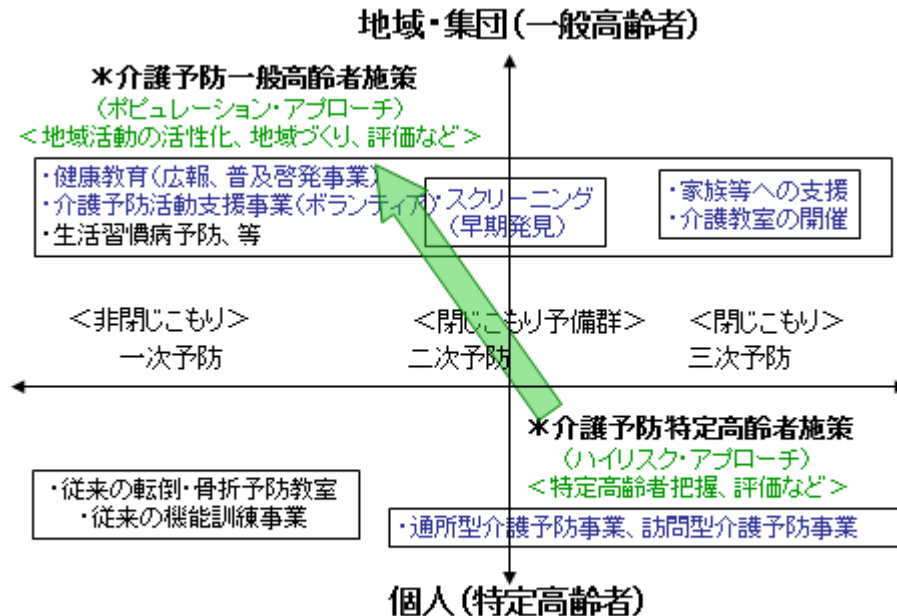


図12 閉じこもり予防・支援に関する概念モデル

地域包括支援センターでの特定高齢者把握事業において閉じこもりと評価された以降のフローを図示した（図 13）。支援の方向は、個別対応が必要な閉じこもりに対しては、訪問を行うことが必要である。ただし、地域における活動等への参加を促すことが大事である。