

# 高齢者の閉じこもりと介護予防の課題

福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座 教授

安村 誠司



やすむら・せいじ

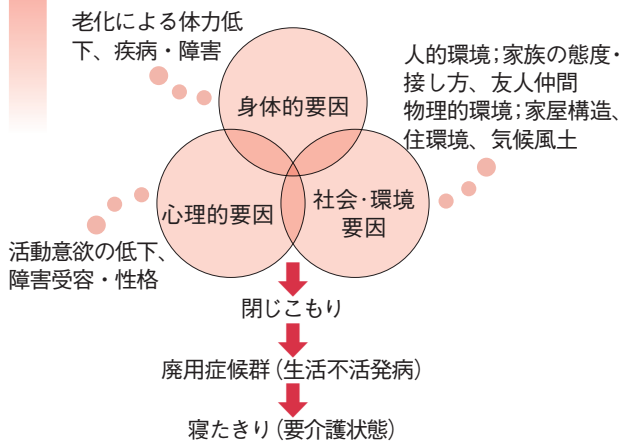
1988年山形大学大学院医学研究科修了。医学博士。東京都老人総合研究所、山形大学医学部公衆衛生学講座助教授をへて現職。専門は生活習慣病、老年学（高齢者保健）、地域保健、政策科学。日本学術会議連携会員。著書に、「地域ですすめる閉じこもり予防・支援」（中央法規出版、2006、編著）、「地域保健におけるエビデンスに基づく骨折・骨粗鬆症予防ガイドライン」（（財）日本公衆衛生協会、2004、共著）、「長寿科学事典」（医学書院、2003、共著）、「社会医学事典」（朝倉書店、2002、共著）など多数。

## 1. はじめに

本稿では、高齢者の閉じこもりについて紹介する。今から四半世紀前になる1984年、竹内孝仁氏（現国際医療福祉大学大学院教授）が、「寝たきり老人の成因－「閉じこもり症候群」について－」<sup>1)</sup>と題して、閉じこもりについて記載したのが、閉じこもりに関するもっとも早い解説であると著者は理解している。この中で、寝たきりの原因は脳血管疾患（脳卒中）や転倒・骨折といった疾病（身体的要因）のみによって発生するのではないことを述べている。積極的に何かをやるという活動意欲の減退や、他人に対する依存性の増大（心理的要因）や、外出して会いたいと思う友人がいない、近隣の人々など人間関係がない、または、外出して行く場所がないなどの人的要因や、バリアフリーでない家屋構造、屋外の歩道や施設が安全ではないなどの物的環境（社会・環境的要因）が外出の妨げになり、結果的に、高齢者を家の中のみでの生活、つまり、「閉じこもり」を作ってしまうとしている。このように「いったんある程度の広がりがあった生活が次第に狭くなっていくこと」を竹内氏は「閉じこもり症候群」と名付けた。この状態では、単調な日常生活になり、身体を動かすことも減り、徐々に、生活空間は狭小化し、筋力は衰え、歩行も不自由になっていく。現在では、良く知られた廃用症候群が発生し、さらに歩かなくなるという悪循環が進行し、最後はベッドまたは床上のみでの生活、つまり、寝たきりになってしまうというのである。

寝たきりの病因論として、理にかなっており、また、現実在宅ケア等に関わっている専門職からも賛同が得られたこともあり広く受け入れられた。しかし、症候群という表現が疾病を連想させ、疾病への対応が必要であるような印象を与えるため、最近では症候群という表現は使われていない。著者らは、身体的要因、心理的要因、社会・環境要因の重なりが「閉じこもり症候群」を作るという竹内氏の提案

図1 寝たきりの原因としての閉じこもり



(竹内孝仁：介護予防研修テキスト。社会保険研究所。東京。2001。128-140。に加筆・修正)

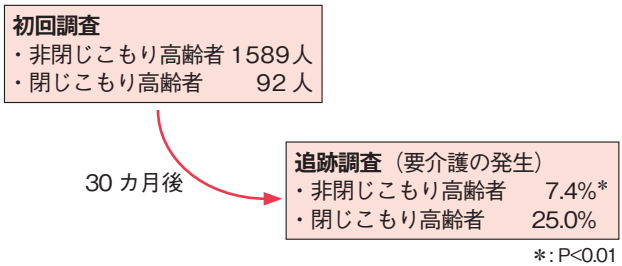
の図を一部改変し、寝たきりの原因としての閉じこもりを位置づけている(図1)。

## 2. 閉じこもりの定義とその要因

閉じこもりは要介護との関連から、近年にわかに注目されてきた。「閉じこもり」問題の重要性は理解されたが、その定義については研究者によって様々な意味づけがあり議論があった。しかし、2006(平成18)年度に開始された介護予防事業において、閉じこもりの定義は、寝たきりなどではないにもかかわらず、「週1回も外出しない状態」とされ、基本チェックリストでも、「週に1回以上は外出していますか。」に対して、「0. はい 1. いいえ」が回答となった<sup>2)</sup>。また、介護認定審査項目の外出頻度でも同様の基準が設けられ、閉じこもりの定義は統一された。ただし、外出頻度が少なく、自宅に閉じこもっている生活のありようは、考え方によっては、その人の生活スタイルと見ることができる。外出頻度のみでその生活スタイルを否定するのではなく、その状態の危険性を周知し、好ましくない経過を辿らないように注意喚起することが重要である。

閉じこもりは寝たきりの原因として注目されたが、近年の研究の中で、在宅の高齢者を30カ月追跡した調査では、要介護認定の発生は、非閉じこもり高齢者からは7.4%であったの対し、閉じこもり

図2 非閉じこもり高齢者、閉じこもり高齢者における要介護発生状況



(出典：渡辺美鈴，他。日本老年医学雑誌。42:99-105。2005)

高齢者からは25.0%と発生率は有意に高くなっていった<sup>3)</sup>(図2)。

では、閉じこもりの要因はどのようなものだろうか。縦断研究で、予測因子として解明されたもののみを記載した(図3)。これらの要因からは、身体的に「不活発であること」ばかりでなく、心理的、社会・環境的な「不活発さ」が閉じこもりの発生に強く関わっていることが分かる。例えば、ADLに対する自己効力感の低いことが心理的要因として挙げられたが、この自己効力感とは、「ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまくできるか、という個人の確信」<sup>4)</sup>を指しており、ADLをどの程度自信を持ってできるかという感覚で、これが低いと閉じこもりになりやすいことを示している。閉じこもり高齢者は外出に対する自信も低い状態にある、つまり、自己効力感が低いことも想定される。この外出に対する自己効力感尺度(表1)が開発され、この尺度で見ると、外出頻度が少ないほど得点が低くなっていった<sup>5)</sup>。閉じこもりの発生要因の研究は増えつつあるが、心理的、社会・環境要因の解明が十分とは言えない。

## 3. 介護予防における閉じこもりの位置づけ

閉じこもりへの対応ということでは、介護予防事業の中に「閉じこもり予防・支援」として位置づけ

図3 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 生きがいが無い
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 親しい友人がいない

\*縦断研究で、予測因子として解明されたもののみを記載した。

(出典：厚生労働省、閉じこもり予防・支援マニュアル(改訂版)(www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1g.pdf) P5, 2009. 一部改変)

られ、注目を集めることになった。地域支援事業の中で実施することとなり、新予防給付には含まれていない。その理由としては、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上のようなすでに効果が実証されているサービスは新予防給付対象とするが、閉じこもり予防・支援は、うつ予防・支援、認知症予防・支援と同様に、その効果が十分に検証されておらず、引き続き、検証が必要であるとの判断からであった。これら3つの予防・支援については、事業開始から徐々にではあるが、エビデンスが蓄積されつつある。ただ、新規にサービスの効果を検証するためには、「対照群を設けて、介入群との比較」によって評価する必要がある。しかし、現に市町村の事業として実施しているサービスについて、そのような条件設定をすることは自治体にとって利益はなく、研究者が検証を行うにしても、その協力を得ること自体が困難となっている。

閉じこもり高齢者は、基本チェックリストにおけるその他の要介護リスクとの重複を見ると、運動器の機能向上との重複が87.2%、栄養改善とは4.4%、口腔機能の向上とは36.1%、認知症予防・支援とは58.0%、うつ予防・支援とは50.7%であり、重複したリスクを有している者が非常に多いという報告<sup>6)</sup>がある。閉じこもり以外のいずれの要介護リスクも、外出している高齢者よりも、閉じこもっている高齢者にその割合が多いことは容易に想像できる。外出

表1 外出に対する自己効力感尺度

あなたの外出に対する自信の程度についてお聞きします。次のような場合に、どのくらい自信を持てますか。当てはまる数字に○をつけてください。 なお、ここでいう外出とは、「家から外に出ること」をさします。					
		全く自信がない	あまり自信がない	まあ自信がある	大変自信がある
1)	家族や友人に止められても、自分が外出したければ外出できる	1	2	3	4
2)	おっくうなときでも、外出できる	1	2	3	4
3)	歩きにくい所やすべりやすい所を通る場合でも、外出できる	1	2	3	4
4)	目的なしの外出ができる(ふらっと散歩するなど)	1	2	3	4
5)	仕事や人の世話のために、外出できる	1	2	3	4
6)	外出時に、体調が悪くなくても対応できる	1	2	3	4

(出典：山崎幸子、他、日本公衆衛生雑誌、57:439-447, 2010)

しない高齢者は、さまざまな通所型サービスに参加しない傾向にある。つまり、より介護予防が必要な高齢者ほど、サービスを受けない可能性が高い。介護予防の視点から閉じこもり予防・支援は、単に、閉じこもりへの対策という意味だけではなく、他の重複した要介護リスクへの対策という視点からもその重要性が極めて高いことがわかる。

#### 4. 閉じこもり予防・支援の今後の課題について

平成22年11月30日に社会保障審議会介護保険部会から、「介護保険制度の見直しに関する意見」が発表された。その中の、「Ⅲ 介護保険制度の見直しについて 1. 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備(地域包括ケアシステムの構築)(3) 地域支援事業」で、「…介護予防事業については、本年8月に、対象者の選定方法の効率化や事業内容の充実等を内容とする介護予防事業の見直しが行われたところであるが、昨年及び今年の行政刷新会議の事業仕分けにおける指摘も踏まえ、事業の効果の検証等に引き続き取り組むべきである。

積極的に取り組んでいる自治体においては、要介護認定率の低下などの効果が報告されており、今後、さらに介護予防事業の効果的実施を図っていくことが必要である。なお、地域支援事業における介護予防事業は、多くの参加が見込める弾力的な事業展開

が求められるとの意見があった。…」と記されている。ここでのポイントは、1. 事業の効果の検証、2. 介護予防事業の効果的実施、弾力的な事業展開、の2点である。

これに関して、厚生労働省では、平成21年度から「介護予防実態調査分析支援事業」を実施している。この事業は、より効果が見込まれる実施方法やプログラム内容による介護予防モデル事業を全国的に実施し、併せて当該プログラムを受けた高齢者の状況等を定期的に調査し、その効果等について検証を行うものである。この事業における検証結果等を踏まえ、第5期介護保険事業計画期間より、より効果的・効率的な介護予防事業を全国的に導入することを目指している。具体的には、A. 介護予防事業のシステム面を強化したモデル（システム介入）と、B. より効果が見込まれる介護予防プログラムを実施するモデル（プログラム介入）とからなっており、さらに、Aには、A-1. 基本チェックリストの全数配布・回収、A-2. 介護予防教室の重点的な周知・開催、Bには、B-1. 運動器疾患対策プログラム（膝痛・腰痛対策、転倒・骨折予防）の実施、B-2. 複合プログラム（栄養改善、口腔機能向上に関するプログラムを主とし、従来の運動器の機能向上プログラムを付加）の実施、B-3. 認知機能低下予防プログラムの実施、から構成されている。

この事業には、残念ながら、閉じこもり予防・支援は、うつ予防・支援とともに含まれていない。著者は、「今後の介護予防事業のあり方に関する検討研究委員会（平成21年度老人保健健康増進等事業、厚生労働省）」の委員として、閉じこもりの問題は他の介護予防リスクと重複している点であること、従って、単独の事業として実施するよりも、訪問を通じて要介護リスクを把握し、総合的な対策を考え

ることが重要であることを主張してきた。複数の要介護リスクを持った閉じこもり高齢者に対して、具体的に、どのような対策があるのか、様々な工夫が全国でなされているが、決め手はなく、今後の大きな課題である。

## 5. おわりに

急速な高齢化の中、特に、人間関係も希薄になっている今日、多様な生活スタイルを選択するであろう「団塊の世代」が高齢者になっていくと、閉じこもった生活スタイルを選択する高齢者も増加する可能性がある。個人の選択を尊重しつつ、廃用症候群になる可能性が高い閉じこもり生活から、地域社会とのつながりを重視し、社会の中での役割を担っていくことで自己実現を図れるように支援していくことが大切であると考えます。

高齢者個人の生活のありようと、高齢者が多数を占める社会の望ましい姿をどのように描けば良いかが問われている。

### 【引用文献】

- 1) 竹内孝仁. 寝たきり老人の成因－「閉じこもり症候群」について－老人保健の基本と展開. 医学書院, 東京 148-152, 1984
- 2) 厚生労働省. 閉じこもり予防・支援マニュアル（改訂版）（[www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1g.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1g.pdf)）P6-7, 2009
- 3) 渡辺美鈴, 渡辺丈真, 松浦尊磨, 他. 自立生活の在宅高齢者の閉じこもりによる要介護の発生状況について. 日本老年医学会雑誌, 42:99-105, 2005
- 4) Bandura, A.: Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84: 191-215, 1997
- 5) 山崎幸子, 蘭牟田洋美, 橋本美芽, 他. 地域高齢者の外出に対する自己効力感尺度の開発. *日本公衆衛生雑誌*, 57:439-447, 2010
- 6) 山崎幸子, 安村誠司, 後藤あや, 他. 閉じこもり改善の関連要因の検討－介護予防継続的評価分析支援事業より－. *老年社会科学* 32:23-32, 2010