

地域在住高齢者に対する閉じこもり 予防・支援の現状と課題

若山修一¹⁾²⁾， 卷直樹¹⁾³⁾， 藤田好彦¹⁾⁴⁾， 柳久子⁵⁾

閉じこもりは、要介護の発生を高める要因の一つであり、わが国では、介護予防を目的とした地域支援事業に閉じこもり予防・支援を導入している。しかし、これまでに閉じこもりが改善した報告は少ないのが現状であり、有効な介入手段は未だ確立されていない。そこで今回、地域高齢における閉じこもりの現状をレビューすることとした。

その結果、閉じこもりの関連要因に関する報告は数多く散見され、閉じこもりは、身体的、心理的、社会・環境要因に分けられていた。また、閉じこもりの主な関連要因によって類型化した報告が散見された。一方、閉じこもりに対する介入研究は少なく、介入によって身体機能や精神状態、またはQOLが改善した報告はあるが、閉じこもりが改善した報告はわずかであった。これは、閉じこもりの要因が多岐にわたり複雑化していることが考えられる。今後は、主な関連要因の類型化に応じた介入を検討していく必要性が考えられる。

キーワード：閉じこもり， 高齢者， 予防， 介入

-
- 1) 筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマンケア科学専攻
 - 2) アール医療福祉専門学校
 - 3) 医療法人八郷病院八郷整形外科内科病院
 - 4) 茨城県立医療大学
 - 5) 筑波大学医学医療系

I. 緒言

わが国の高齢者人口は増加の一途を辿り、2014年2月時点で高齢化率は25.4%となっている¹⁾。それに伴い、介護保険認定者数も増加傾向を示しており、今後も急増することが見込まれている。この対策として、わが国では2006年4月に介護保険制度を見直し、介護予防を重視した制度改正が実施された。そして新たに創設された地域支援事業のなかに閉じこもり予防・支援が含まれている。

高齢者の閉じこもりについて、わが国では1984年に竹内²⁾が寝たきりに対するリスクファクターとして「閉じこもり症候群」を提起した。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、廃用症候群を発症させ、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。閉じこもりの概念はさまざまであり、統一されたものはないが、近年では、「日常生活における活動範囲が屋内にほぼ限られている状態³⁾」、「寝たきりなどではないにも関わらず、家からほとんど外出せずに過ごしている状態⁴⁾」とされている。

閉じこもりの定義は、研究者によってさまざまであるが、先行研究で最も多く用いられているのは、外出頻度である。外出頻度については、要介護状態になるリスクの高い二次予防事業対象者の把握事業に用いられている基本チェックリスト（厚生労働省作成）において、閉じこもりの判定を「外出頻度が週に1回未満」としていることから、この基準が最も多く用いられている。

閉じこもりの出現率は、65歳以上の高齢者全体を対象とした場合、10～15%程度であり、年齢が高くなるほど閉じこもりが多くなるため、後期高齢者では20%を超えると考えられている^{4) 5)}。また、要介護状態になるリスクの高い二次予防事業対象者296万人うち、閉じこもりに該当する割合は、18.0%となっている⁶⁾。閉じこもりは、死亡・寝たきりの発生や、要介護の発生を高める要因の一つであることが明らかにされている^{7) 8) 9)}。このようなことから介護予防の対策として、

閉じこもり予防・支援を検討することは重要である。しかしながら、現行の閉じこもり予防・支援においては、効果が十分に検証されておらず、未だ有効な介入手段が確立されていない状況である。

そこで、地域在住高齢者に対する閉じこもり予防・支援の現状と課題を総説として報告する。

II. わが国における閉じこもりに関する研究動向

1. 文献検索方法

2015年3月までの臨床研究を医学中央雑誌の電子データベースにて検索した。検索用語は、「高齢者」および「閉じこもり」とし、症例報告を除いた231件を抽出した。文献の採択基準は、対象者が65歳以上の地域在住高齢者であること、対象者が要介護認定を受けていない者であることとした。ただし、要介護認定を受けていない者と要介護認定を受けた者を含めた地域在住高齢者は採択基準に含めた。そのうち、主に閉じこもりの関連要因を検討した調査研究19件、介入研究5件を採用した。

2. 閉じこもりに関する関連要因の研究

閉じこもりの関連要因は身体的、心理的、社会・環境要因に分けられている。(表1)

1) 身体的要因

身体的要因には、歩行能力の低下^{5) 10) 11)}、IADL障害^{11) 12)}、認知機能の低下^{13) 14)}、散歩・体操や運動をほとんどしない^{11) 13)}、日常生活自立度の低下^{13) 15)}、下肢の痛み¹⁶⁾などが挙げられている。

2) 心理的要因

心理的要因には、ADLに対する自己効力感の低さ^{17) 18) 19)}、主観的健康感の低さ^{8) 16) 20)}、うつ傾向^{12) 13) 20)}、生きがいがいない¹³⁾、健康関連QOLの低下²¹⁾などが挙げられている。

3) 社会・環境的要因

社会・環境要因には、集団活動などへの不参加^{13) 20)}、近所との付き合いの少なさ²⁰⁾、社会的役割の低さ¹³⁾、親しい友人がいない¹³⁾、友人・近隣・親族との交流頻度が低い^{22) 23)}、

表1 閉じこもりの関連要因

身体的要因	歩行能力の低下 ⁵⁾¹⁰⁾¹¹⁾ IADL障害 ¹¹⁾¹²⁾ 認知機能の低下 ¹³⁾¹⁴⁾ 散歩・体操や運動をほとんどしない ¹¹⁾¹³⁾ 日常生活自立度の低下 ¹³⁾¹⁵⁾ 下肢の痛み ¹⁶⁾
心理的要因	ADLに対する自己効力感の低さ ¹⁷⁾¹⁸⁾¹⁹⁾ 主観的健康感の低さ ⁸⁾¹⁶⁾²⁰⁾ うつ傾向 ¹²⁾¹³⁾²⁰⁾ 生きがいがない ¹³⁾ 健康関連QOLの低下 ²¹⁾
社会・環境的要因	集団活動などへの不参加 ¹³⁾²⁰⁾ 近所との付き合いの少なさ ²⁰⁾ 社会的役割の少なさ ²⁰⁾ 親しい友人がいない ¹³⁾ 友人・近隣・親族との交流頻度が低い ²²⁾²³⁾ 人口密度が低い ²⁴⁾

人口密度が低い²⁴⁾などが挙げられている。

これらの報告の多くは、幅広く地域高齢者を対象としており、一般高齢者から要介護認定者を含めている。このうち、要介護認定を受けていない地域高齢者のみを対象とした報告はわずかに散見される程度である。渡辺ら¹⁶⁾は、65歳以上の在宅高齢者2,932名のうち、介護保険未利用で生活機能の自立している85歳未満の在宅高齢者で追跡可能であった732名を対象とし、閉じこもり発生の予測因子を検討している。その結果、友人・近隣・親族との交流頻度、下肢の痛みを挙げている。中村ら²³⁾は、地域在住の虚弱高齢者61名を対象とし、外出頻度を規定する要因として、性別、近隣ネットワーク、近所への外出能力、転倒経験、交流頻度を示している。平井ら²⁴⁾は、要介護認定を受けていない65歳以上の地域高齢者34,374名を対象に、閉じこもりに関連する地域要因の検討を行った結果、人口密度との関連を報告している。

地域支援事業の観点から閉じこもり予防・

支援を考慮するには、要介護認定を受けていない地域高齢者を対象に検討する必要がある。特に要介護状態になるリスクの高い二次予防事業対象者を対象にした閉じこもり要因についての報告は少なく、さらなる検討が必要である。

また、閉じこもりの前段階にある閉じこもり予備群に対して、関連要因を検討した報告がわずかに散見される。山縣ら²⁵⁾は、「閉じこもり群」は外出頻度が週に1回未満の者とし、「閉じこもり予備群」は外出頻度が週に1回以上であるが、昨年と比べ外出が減少している者と定義している。前述したように閉じこもりの出現率は、65歳以上の高齢者全体を対象とした場合、10～15%程度であるが、閉じこもり予備群も13～25%程度の割合を占めることが報告されている²⁰⁾²⁵⁾。また、山縣ら²⁵⁾は「閉じこもり群」のみならず「閉じこもり予備群」の体力も低下していることを明らかにし、「閉じこもり予備群」に対しても支援の必要性を述べている。このようなことから、閉じこもりの一次予防及び二次予防対策を考える上で、閉じこもり予備群に注目した関連要因の検討も重要な課題となる。

3. 閉じこもりの分類に関する研究

これまでに閉じこもりの特徴を分類した報告がいくつか散見される。新開ら¹¹⁾は、移動能力の低下により外出頻度が低下している者を「タイプ1」、移動能力は高いが、外出頻度が低下している者を「タイプ2」と分類している。そして、それぞれのタイプの閉じこもり高齢者を追跡調査した結果、「タイプ2」は歩行能力やIADL、認知機能などが低下しやすいことを示しており、閉じこもりが活動能力低下を促進する独立要因であることを報告している。「タイプ2」の閉じこもりは、要介護状態のハイリスク集団であり、心身機能の低下や抑うつなどの心理的特性に対するアプローチとともに、閉じこもり状態への改善に向けた取り組みが必要であること示している。

また、渋井ら²⁶⁾による閉じこもり予備群を類型化した報告がある。都市部高齢者を対

象に普段の外出頻度が週2～3回程度の者を閉じこもり予備群とし、クラスター分析を用いた検討を行っている。分析には閉じこもりの予測因子である「IADL」、「抑うつ」、「認知機能」、「交流状況」を用いて、「全体良好群」、「抑うつ傾向群」、「認知機能低下・抑うつ傾向群」、「IADL群」、「全体低下群」の5つの群に類型化している。また、群間の特徴を比較した結果、「抑うつ傾向群」と「認知機能低下・抑うつ傾向群」は、転倒不安を有する者、将来への不安を感じている者の割合が高く、昨年と比較して外出頻度が減少した割合が高いことを示している。「IADL低下群」と「全体低下群」は平均年齢が高く、要介護認定者の割合が高いことを示している。そして、類型化別に介入方策を検討する必要性を述べている。

このように閉じこもりの関連要因をもとに類型化した報告はわずかに散見される程度である。閉じこもりの関連要因は多岐にわたり、複雑に絡み合ったものであるため、閉じこもりの特徴を類型化して対策を考える必要がある。

4. 閉じこもりに関する介入研究

閉じこもりの予防、改善を目的とした介入研究は限られており、閉じこもり予防・支援の有効な介入方法が確立しているとはいえない。(表2)

閉じこもり者を対象とした報告は、藺牟田ら²⁷⁾や奥野ら²⁸⁾による報告がある。藺牟田らは、閉じこもり高齢者46名を対象に、心理療法であるライフレビューと健康情報の提供を実施した。介入評価指標は身体的変数として、ADLの5項目、心理的変数として主観的健康感、生きがいの有無、生活満足度、自己効力感、ぼけの有無、社会的変数として、老研式活動能力指標、外出の頻度とした。健康情報の提供を約20分、ライフレビューを約40分の計60分を1回の介入とし、月2回、2か月間、保健師らによる訪問型の介入を試みた。その結果、対照群と介入群で各変数の有意差は認められなかったが、介入群の方が、ADL、物忘れ、主観的健康感、生きがいにおいて維持・改善率がやや高値であったことを報告している。奥野らは、閉じこもり高齢者を含む運動教室参加者9名を対象に、個別に筋力トレーニング、ストレッチ、有酸素運

表2 わが国の閉じこもりに関する介入研究の概要

著者	研究デザイン	対象	評価項目	介入内容	介入期間	結果
藺牟田ら ²⁷⁾	無作為化対照試験	閉じこもり高齢者46名	身体的変数(視力・聴力の低下の有無、歩行、食事、排尿、入浴、着脱衣)、心理的変数(主観的健康感、生きがいの有無、生活満足度、自己効力感、ぼけの有無)、社会的変数(老研式活動能力指標、同居状況、外出の程度)	保健師らの訪問による、身体面(パンフレットを用いた健康情報の提供)と心理面(Life Review)を実施。	3か月間(月2回)	対照群と介入群で各変数の有意差は認められなかったが、介入群の方が、ADL、物忘れ、主観的健康感、生きがいにおいて維持・改善率がやや高値であった。
奥野ら ²⁸⁾	前後比較試験	運動教室に参加した高齢者184名。そのうち閉じこもり高齢者11名。	体力テスト、外出頻度、運動頻度、運動実施時間、自己健康感、体力への不安、老研式活動能力指標、精神健康度(GHQ-12)	運動教室と自宅での筋力トレーニング、ストレッチ、ウォーキング、有酸素運動	3か月間(週2～3回)	閉じこもり高齢者の約7割が、外出頻度が向上し、閉じこもりの改善に至った。
樋口ら ²⁹⁾	前後比較試験	転倒・閉じこもりのハイリスク高齢者12名	移動能力(5m歩行時間、Timed Up & Go test、課題付加Timed Up & Go test)、転倒恐怖感、疼痛	運動教室でのストレッチ、バランストレーニング。個別にはホームエクササイズ	3か月間(週1回)	バランス能力の改善を認めている。
加藤ら ³⁰⁾	前後比較試験	閉じこもりを含む二次予防事業対象者301名	基本チェックリスト、体力評価(握力、開眼片足立ち、Timed Up & Go test、5m歩行時間)、転倒不安、主観的健康感、運動頻度	健康教室での運動器機能向上プログラム(講義、ストレッチ、筋力強化、バランス訓練、歩行訓練)	3か月間(週1回)	女性のみ閉じこもり、うつ症状に有意な改善を認めている。
伊藤ら ³¹⁾	対照研究	要介護認定者を除く一般高齢者960名(介入地区556名、非介入地区404名)	転倒の有無、閉じこもりの有無、運動習慣、日常の活動性、生活体力、動作に対する自己効力感、生活満足度	高齢者ボランティアの養成及び活動支援、地域全体への広報普及活動、小地区単位での保健活動(転倒予防教室)	3年間	非介入地区に比べ、介入地区では閉じこもりの発生や運動習慣(規則的に運動しない)のリスクを約半分に抑制した。

動を実施している。これらを週2回、また自宅でも週3回、3ヶ月間の介入を試みた。その結果、閉じこもり高齢者の約7割が、外出頻度が向上し、閉じこもりの改善に至ったと報告している。

また、虚弱高齢者などを対象に閉じこもりの予防を目的とした介入研究がいくつか散見される。樋口ら²⁹⁾は、転倒・閉じこもりのハイリスク高齢者12名に対し、運動教室での運動プログラムを週1回の3か月間実施し、バランス能力が改善したことを報告している。また、加藤ら³⁰⁾は、通所型介護予防教室に参加した二次予防事業対象者301名(男性108名、女性193名)に対し、運動器機能向上プログラムを週1回2時間で講義、運動、評価等を3か月間(12回)実施している。その結果、女性において、閉じこもり、うつ症状に有意な改善を報告している。伊藤ら³¹⁾は、閉じこもり高齢者を含む地域在住の後期高齢者622名を対象とし、転倒・閉じこもり予防を介入地区(361名)において実施し、非介入地区(261名)との比較からその効果を検討している。介入地区では、高齢者ボランティアの養成及び活動支援、地域全体への広報普及活動、小地区単位での保健活動を3年間実施した。その結果、非介入地区に比べ、介入地区では閉じこもりの発生や運動習慣(定期的に運動しない)のリスクを約半分に抑制したことを報告している。

閉じこもりに関連する介入研究の報告は少なく、閉じこもり高齢者に対して、閉じこもりの改善を報告しているものはほとんどない。予防的な観点から二次予防事業対象者のような虚弱高齢者に対し、運動プログラムなどの介入によって閉じこもりの改善を認めた報告もわずかに散見される程度である。閉じこもり予防・支援のエビデンスを構築するためには、今後さらなる実証研究が求められる。また、これまでに報告された閉じこもりに対する介入研究は、運動プログラムなど身体的要因に対しての介入がほとんどである。心理的要因に対して介入を検討した報告は、藺弁田らのライフレビューを用いた介入に限られる。今後は、心理的要因や社会・環境的要因

を含めた介入を検討する必要がある。

Ⅲ. 海外における閉じこもりに関する研究動向

1. 文献検索方法

日本における閉じこもりに対応する言語として諸外国ではhomeboundあるいはhouseboundがある³²⁾。しかし、これらに明確な定義づけをしている報告は少なく、多くは何らかの身体的・精神的理由により外出が困難となった在宅高齢者として取り扱われている。米国メディケアではhomeboundを「怪我や疾病などにより、家から外に出るときにかなりの労力を要する状態であり、まれに外に出るときでも、わずかな時間であり、医療ケアを必要とする状態」と示している³³⁾。

2015年3月までの臨床研究をPUBMEDの電子データベースにて検索した。PUBMEDの検索条件は「homebound “OR” housebound “AND” elderly “OR” older adults」とし、それらのキーワードがTitleまたはAbstractに含まれている786件を抽出した。homeboundまたはhouseboundの定義として外出頻度を用いた報告は4件であり、そのうち閉じこもりの関連要因を検討した3件を採用した。また、介入研究においてhomeboundまたはhouseboundの定義に外出頻度を用いた報告は皆無であったが、地域の虚弱高齢者を対象にした2件を採用した。(表3)

2. 閉じこもりの関連要因に関する研究

Lindesayら³⁴⁾は、一か月以内に外に出ない者をhouseboundと定義し、都市部高齢者に対して閉じこもりの関連要因を検討している。その結果、身体的健康状態、加齢などが有意に関連していることを明らかにしている。Ganguliら³⁵⁾は、外出頻度が週に1回以下をhomeboundと定義し、農村部高齢者の閉じこもりに対して閉じこもりの関連要因を検討している。その結果、性別(女性)、体重減少、IADL障害、抑うつ症状と有意な関連を明らかにしている。また、Cohenら³⁶⁾は、Ganguliらと同様の定義を用いており、閉じこもりの予測因子を縦断的に調査している。閉じこもりの予測因子として、高齢、性

表 3 海外における閉じこもりに関する研究

著者	研究概要
Lindesayら ³⁴⁾	一か月以内に外に出ていない者をhouseboundと定義している。都市部高齢者を対象に、閉じこもりに関連する身体的、精神的、社会的、環境的要因を検討している。その結果、健康状態、年齢、車へのアクセスなどが有意に関連していた。
Ganguliら ³⁵⁾	外出頻度が週に1回以下をhomeboundと定義している。農村部高齢者を対象に閉じこもりの関連要因を検討している。その結果、体重減少、IADL障害、性別、抑うつに有意に関連していた。
Cohenら ³⁶⁾	外出頻度が週に1回以下をhomeboundと定義している。イスラエルの高齢者を縦断的に調査し、閉じこもりの予測因子を検討している。その結果、閉じこもりの予測因子として、IADLの低下、階段がある、高齢、女性、肥満または低体重を明らかにしている。
Nourら ³⁸⁾	変形性関節症または関節リウマチを罹患している地域在住の閉じこもりを呈した虚弱高齢者に対し、筆者が考案した自己管理を促すプログラムを週1回1時間、6週間実施した。介入内容は、専門家が自宅を訪問し、エクササイズ、リラクゼーション、心理的ケア、目標設定と実施計画、問題解決方法などであった。その結果、介入群では統制群と比較して、自宅でのエクササイズが維持された。
Haight ³⁹⁾	地域在住の在宅サービスを受けている虚弱高齢者60名を対象に対し、心理的改善を目的にライフレビューの実施している。プログラム内容は週1回のライフレビューを6週間実施している。その結果、介入群では、生活満足度、心理的安定が有意に改善したことを報告している。

別（女性）、肥満または低体重、IADL 低下を明らかにしている。

3. 閉じこもりの介入に関する研究

Nourら³⁷⁾による報告がある。Nourは、変形性関節症または関節リウマチを罹患している地域在住の閉じこもりを呈した虚弱高齢者に対し、筆者が考案した自己管理を促すプログラムを週1回1時間、6週間実施している。介入内容は、専門家が自宅を訪問し、エクササイズ、リラクゼーション、心理的ケア、目標設定と実施計画、問題解決方法などであった。その結果、介入群では統制群と比較して、自宅でのエクササイズが維持されている。しかし、閉じこもりの改善については触れられていない。また、Haight³⁸⁾は、地域在住の虚弱高齢者60名を対象に対し、心理的改善を目的にライフレビューの実施している。プログラム内容は週1回のライフレビューを6週間実施している。その結果、介入群では、生活満足度、心理的安定が有意に改善したこと

を報告している。

海外におけるhomeboundまたはhouseboundに関する報告は、医療的ケアを必要とする高齢者を対象とした報告が多く、わが国の閉じこもりの概念とはやや相違がみられる。とくに、介護予防の観点から閉じこもり予防・支援の方策を考えるには、わが国の閉じこもり高齢者に焦点を当てた実証研究が求められる。

IV. 閉じこもり予防・支援の実際と課題

このように、閉じこもり改善または予防を目的とした介入研究は少ないが、わが国では、各自治体で閉じこもり予防・支援について様々な取り組みがなされている。厚生労働省が作成した「閉じこもり予防・支援マニュアル³⁹⁾」によると、閉じこもり予防・支援は、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ことが示されている。具体的な方策に、介護予防一般高齢者施策として介護予防普及啓発事業や地域介護予防活動支援

事業が紹介されている。また、二次予防事業対象者を対象とした介護予防特定高齢者施策として、通所型介護予防事業や訪問型介護予防事業が紹介されている。

主に一次予防を目的とした介護予防普及啓発事業では、高齢者の社会活動・役割の実態を調査し、社会活動や役割の重要性を訴える広報活動や健康学習の機会を設けている。また、地域介護予防活動支援事業として、高齢者ボランティアの養成研修及び活動を支援している。二次予防事業対象者を対象とした、通所型介護予防事業では、運動器機能の向上や栄養改善・口腔機能の向上を目的とした通所型のプログラムへの参加が閉じこもり予防・支援として有効であることを示している。山崎ら⁴⁰⁾は、通所型介護予防事業（運動器の機能向上）への参加が閉じこもり改善に寄与していたことを報告している。対象は外出頻度が週に1回未満と判定された閉じこもり高齢者274名であり、1年間追跡調査によって閉じこもり改善に関連する因子を検討した結果、「通所型介護予防事業への参加」があることを明らかにしている。しかし、この報告では具体的なプログラムは紹介されていないため、今後は通所型介護予防事業における閉じこもり予防・支援プログラムに関する知見を重ねていく必要がある。また、訪問型介護予防事業は、通所型介護予防事業に参加しないが、支援が必要である対象者に対して、地域包括支援センターから保健師らによってアセスメントや各種サービスの紹介が行われる。閉じこもり予防・支援は、うつや認知症と同様に個別的なアプローチが求められ、訪問型介護予防プログラムの適用が望まれる。通所型介護予防事業への参加が困難であった場合、保健師らによるライフレビューを用いた訪問プログラムを実施した例³⁹⁾が紹介されている。ライフレビューを用いて自己効力感の改善を図るとともに、健康行動への変容を促すプログラムとして有用であることが示されている。しかしながら、現実的には保健師らの訪問には限界があることや、訪問者の知識や経験に依拠せざるを得ない状況となっており⁴¹⁾、十分な体制が整っていない。今

後は、介入できる人材の確保や訪問者の専門的知識の向上が求められる。

V. 結 語

現状の高齢者の閉じこもり予防・支援について、わが国では介護予防の観点から注目され、各自治体で様々な取り組みがなされているにも関わらず、エビデンスが低い状況となっている。わが国の閉じこもりに関する研究は、関連要因を検討した報告は散見されるが、介入を検討した報告はわずかであった。関連要因を検討した報告は、郵送調査や面接による聞き取り調査などによって実施されているのに対し、介入研究は継続的かつ直接的にアプローチを実施している報告が多かった。介入研究の報告が少ないことについては、直接的にアプローチできる人材が確保できないことや対象者に継続した介入が困難であったことが考えられる。また、閉じこもりの介入研究において効果を認めた報告が少ないのは、閉じこもりの要因が多岐にわたり複雑化していることが考えられる。そのため、閉じこもり高齢者に対して、身体機能や精神状態の改善、またはQOLの改善は報告されているが、閉じこもり状態の改善には至っていないケースが多い。今後は閉じこもり高齢者への継続的な支援策を考えるとともに、身体、心理、社会・環境的要因を包括し、総合的に対応した方策を考える必要がある。

VI. 文 献

- 1) 総務省 統計局：人口推計2014-7. <http://www.stat.go.jp/date/jinsui/2.htm>（参照2014-07-29）
- 2) 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，148-152，医学書院，1984
- 3) 新開省二：「閉じこもり」アセスメント表の作成とその活用法．ヘルスアセスメントマニュアル—生活習慣病・要介護状態予防のために—（ヘルスアセスメント研究委員会監修），113-141，厚生科学研究所，東京，2000

- 4) 安村誠司：新しい介護保険制度における閉じこもり予防・支援. 老年社会科学, 27(4), 453-459, 2006
- 5) 杉原陽子：地域における転倒・閉じこもりのリスク要因と介入研究. 老年精神医学雑誌, 15(1), 26-35, 2004
- 6) 厚生労働省老健局老人保健課：平成24年度 介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果（概要） http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/tyousa/dl/h24_01.pdf（参照 2014-08-20）
- 7) Gilbert GH, Branch LG, Orav EJ : An operation definition of the homebound. Health Services Research, 26(6), 787-800, 1992
- 8) 藺弁田洋美, 安村誠司, 藤田雅美, 新井宏朋, 深尾彰：地域在住高齢者における「閉じこもり」の有病率ならびに身体・心理・社会的特徴と移動能力の変化. 日本公衆衛生雑誌, 45(9), 883-892, 1998
- 9) 渡辺美鈴, 渡辺丈眞, 松浦尊麿, 河村圭子, 河野公一：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(1), 99-105, 2005
- 10) 鈴川芽久美, 島田裕之, 小林久美子, 鈴木隆雄：要介護高齢者における外出と身体機能の関係. 理学療法科学, 25(1), 103-107, 2010
- 11) 新開省二, 藤田幸司, 藤原佳典, 熊谷修, 天野秀紀, 吉田裕人, 他：地域高齢者における“タイプ別”閉じこもりの出現頻度とその特徴. 日本公衆衛生雑誌, 52(6), 443-455, 2005
- 12) 渡辺美鈴, 渡辺丈眞, 松浦尊麿, 樋口由美, 河野公一：基本的日常生活の自立している地域高齢者の閉じこもり状態像とその関連要因. 大阪医科大学医学会雑誌, 62, 144-152, 2003
- 13) 新開省二, 藤田幸司, 藤原佳典, 熊谷修, 天野秀紀, 吉田裕人, 他：地域高齢者におけるタイプ別閉じこもりの予後2年間の追跡研究. 日本公衆衛生雑誌, 52(7), 627-638, 2005
- 14) Kono A., Kanagawa K. : Characteristics of housebound elderly by mobility level in Japan. Journal of Nursing and Health Sciences, 3(3), 105-111, 2001
- 15) Katsumata Y, Arai A, Tamashiro H : Contribution of falling and being homebound status to subsequent functional change among the Japanese elderly living in a community. Arch Gerontol Geriatr, 45, 9-8, 2006
- 16) 渡辺美鈴, 渡辺丈眞, 松浦尊麿, 樋口由美, 渋谷孝裕, 臼田寛, 他：生活機能の自立した高齢者における閉じこもり発生の予測因子. 日本老年医学会雑誌, 44(2), 238-246, 2007
- 17) 藺弁田洋美, 安村誠司, 阿彦忠之, 深尾彰：自立および準寝たきり高齢者の自立度の変化に影響する予測因子の解明 身体・心理・社会的要因から. 日本公衆衛生雑誌, 49(6), 483-496, 2002
- 18) 横山博子, 芳賀博, 安村誠司, 藺弁田洋美, 植木章三, 島貫秀樹, 他：外出頻度の低い「閉じこもり」高齢者の特徴に関する研究 自立度の差に着目して. 老年社会科学, 26(4) 427-437, 2005
- 19) 山崎幸子, 橋本美芽, 藺弁田洋美, 繁田雅弘, 芳賀博, 安村誠司：都市部在住高齢者における閉じこもりの出現率および住環境を主とした関連要因. 老年社会科学, 30(1), 58-68, 2008
- 20) 藤田幸司, 藤原佳典, 熊谷修, 渡辺修一郎, 吉田裕子, 本橋豊, 他：地域在宅高齢者の外出頻度別にみた身体・心理・社会的特徴. 日本公衆衛生雑誌, 51(3), 168-180, 2004
- 21) 結城美智子, 山田嘉明, 高橋和子, 関和則, 渡辺恵子, 熊谷恵, 他：閉じこもり傾向にある女性高齢者の Health-Related QOL および活動能力に関する研究. 保健の科学, 44(11), 875-880,

2002

- 22) 渡辺美鈴, 谷本芳美, 河野令, 広田千賀, 高崎恭輔, 杉浦裕美子, 他: ひとりで外出できる閉じこもり高齢者の計測による歩行状態について. 日本老年医学会雑誌, 48(2), 170-175, 2011
- 23) 中村恵子, 山田紀代美: 虚弱高齢者の外出頻度とその関連要因. 日本看護研究学会雑誌, 32(5), 29-38, 2009
- 24) 平井寛, 近藤克則, 埴淵知哉: 高齢者の「閉じこもり」割合と居住地の人口の関連の検討. 老年社会科学, 30(1), 69-78, 2008
- 25) 山縣恵美, 木村みさか, 三宅基子, 山田陽介, 榎本妙子, 渡邊裕也, 他: 地域に在住する自立高齢者における閉じこもりリスクの実態と体力との関連. 日本公衆衛生雑誌, 61(11), 671-678, 2014
- 26) 渋井優, 村山洋史, 河島貴子, 可野倫子, 虎谷彰子, 立花鈴子, 他: 都市部高齢者における閉じこもり予備群の類型化 介護予防対策の具体化に向けて. 日本公衆衛生雑誌, 58(11), 935-947, 2011
- 27) 藺弁田洋美, 安村誠司, 阿彦忠之: 準寝たきり高齢者の自立度と心理的QOLの向上を目指したLife Reviewによる介入プログラムの試行とその効果. 日本公衆衛生雑誌, 51(7), 471-482, 2004
- 28) 奥野純子, 徳力格尔, 村上晴香: 運動教室参加による「閉じこもり」改善効果; 精神的健康度・体力との関連より. 厚生指標, 51(6), 7-13, 2004
- 29) 樋口由美, 渡辺丈眞, 渡辺美鈴, 松浦尊麿, 河野公一: 転倒・閉じこもりハイリスク在宅高齢者に対する介入効果と二重課題法による評価. Journal of rehabilitation and health sciences, 3, 7-11, 2005
- 30) 加藤智香子, 藤田玲美, 猪田邦雄: 二次予防事業対象者に対する運動器機能向上プログラムの参加者特性と介入効果の検証. 日本老年医学会雑誌, 50(6), 804-811, 2013
- 31) 伊藤常久, 志賀博, 植木章三, 島貫秀樹, 本田春彦, 河西敏幸, 他: 高齢者ボランティアを活用した地域介入研究における転倒・閉じこもり予防の効果, 福島医学雑誌, 58(4), 257-266, 2008
- 32) 鳩野洋子: 高齢者の「閉じこもり」に関する研究の状況 海外のhouseboundの定義・出現率を中心に. 保健婦雑誌, 56(1), 28-33, 2000
- 33) Donelson MS, et al : Clarifying the Definition of Homebound and Medical Necessity Using OASIS Data:Final Report Executive Summary. 2001
- 34) Lindeasy J, Thompson C. Housebound elderly people : Definition, prevalence and characteristics. International Journal of Geriatric Psychiatry, 8(3), 231-237, 1993
- 35) Ganguli M, Fox A, Gilby J, Belle S : Characteristics of rural homebound older adults : a community - based study. Journal of the American Geriatrics Society, 44(4), 363-370, 1996
- 36) Cohen-Mansfield J, Shmotkin D, Hazan H : Homebound older persons : Prevalence characteristics, and longitudinal predictors. Arch Gerontol Geriatr, 54(1), 55-60, 2012
- 37) Nour K, Laforest S, Gignac M, Gauvin L : Appreciating the predicament of housebound older adults with arthritis:portrait of a population. Canadian Journal on Aging, 24(1), 57-69, 2005
- 38) Haight BK : The therapeutic role of a structured life review process in homebound elderly subjects. Journal of Gerontology, 43(2), 40-44, 1988
- 39) 厚生労働省: 閉じこもり予防・支援マニュアル(改訂版). http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1g_0001.pdf (参照 2014-06-10)
- 40) 山崎幸子, 安村誠司, 後藤あや, 佐々木瞳, 大久保一郎, 大野裕, 他: 閉じこもり改善の関連要因の検討. 老年社会科学, 32(1), 23-32, 2010

41) 厚生労働省：平成 23 年度 老人保健事業推進費等補助金。老人保健健康増進等事業。介護予防事業におけるうつ・閉じこもり・認知症の予防・支援に関

する調査研究事業報告書。 http://www.fmu.ac.jp/home/public_h/120410Roken_Hokoku.pdf (参照 2014-10-15)

連絡先：若山 修一

〒 305-8577 茨城県つくば市天王台 1-1-1

筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマンケア科学専攻

Tel : 029-853-5978

Email : wakayama.shu@gmail.com