

200821010B

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

高齢者の閉じこもりにおける
住環境・家族など社会環境要因への介入方法の開発

平成18年度～平成20年度 総合研究報告書

主任研究者 橋本美芽

(首都大学東京 健康福祉学部)

平成21(2009)年3月

厚生労働科学研究費補助金
長寿科学総合研究事業

高齢者の閉じこもりにおける
住環境・家族など社会環境要因への介入方法の開発

平成18年度～平成20年度 総合研究報告書

主任研究者 橋本美芽
(首都大学東京 健康福祉学部)

平成21(2009)年3月

目 次

I. 総合研究報告

- 高齢者の閉じこもりにおける住環境・家族など社会環境要因への介入方法の開発（橋本美芽）
……………5

II. 平成18年度

1. 高齢者の閉じこもりにおける住環境・家族など社会環境要因への介入方法の開発……21
（橋本美芽）
 2. 国内外における高齢者の閉じこもりと社会・環境要因に関する研究動向（橋本美芽）・27
 3. 荒川区郵送調査における閉じこもり高齢者と非閉じこもり高齢者の身体、心理、社会環境要因の比較結果（安村誠司）……………33
 4. 荒川区訪問調査完了者における身体的・心理的要因と閉じこもりの有無の関連についての解析（安村誠司）……………45
 5. 人的環境要因による閉じこもりとの関連の検証—訪問調査の結果から（藺牟田洋美）・51
 6. 物理的環境要因による閉じこもりとの関連に関する研究（橋本美芽）……………71
 7. 「閉じこもり」と認知機能低下との関連に関する研究（繁田雅弘）……………89
- 資料
1. 荒川区の住民の健康に関するアンケート・2006年……………97
 2. 健康や福祉機器に関する訪問アンケート……………103

III. 平成19年度

1. 高齢者の閉じこもりにおける住環境・家族への介入プログラムの開発に……………123
関する研究（橋本美芽）
 2. 2006年度の非閉じこもり高齢者の1年後の変化と閉じこもり移行者の特徴……………129
（藺牟田洋美）
 3. 「閉じこもり」と認知機能低下との関連に関する研究（繁田雅弘）……………137
 4. 閉じこもりを規定する物理的環境要因の検討（橋本美芽）……………141
 5. 住環境要因及び関連因子の観察と閉じこもり予防・支援プログラムでの活用……………151
（橋本美芽）
 6. 人的環境要因への介入による閉じこもり予防・支援プログラムの開発（芳賀 博）…157
 7. 本研究における閉じこもり予防・支援プログラムの開発（橋本美芽）……………163
- 資料
1. 荒川区民の健康と生活に関するアンケート・2007年……………175

IV. 平成20年度

1. 高齢者の閉じこもりにおける住環境・家族など社会環境要因へのプログラムの開発・・・181
(橋本美芽)
2. 訪問型閉じこもり予防・支援プログラムの作成(橋本美芽) ……………187
3. 情報提供ツールの作成(橋本美芽) ……………197

資料

1. 健康情報・便利品リーフレット ……………203
2. 講話用 Powerpoint ……………211
3. 転倒予防体操リーフレット ……………231
4. 地域行事紹介用リーフレット ……………265

V. 研究成果の刊行物・別刷

1. 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・・・291
2. 都市部在住高齢者における閉じこもりの家族および社会関係の特徴 ……………304

I. 総合研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
総合研究報告書

高齢者の閉じこもりにおける住環境・家族など社会環境要因への介入方法の開発

主任研究者 橋本 美芽 首都大学東京健康福祉学部 准教授

研究要旨 研究要旨 都市部に在住する高齢者を対象とした大規模調査の実施により、閉じこもりの実態を把握し、身体、心理、社会環境要因の実態及び特性を明らかにし、1年後の追跡調査によって住環境・家屋構造等の物理的環境要因と、家族関係を主とした人的要因を中心に、閉じこもりをもたらす社会環境要因の解明を行った。都市部における都市部における閉じこもりの把握と、閉じこもりを規定する社会環境要因となりうる家族を中心とした人的要因及び、物理的要因が抽出された。物理的要因では、家屋構造に限らず居住の習慣に関する項目が得られたことから、社会環境要因面からの介入プログラムの開発に際しても、家屋構造などの固定物にとらわれず、人を対象とした支援のあり方、すなわち、問診による把握や生活改善指導、継続的なマネジメントに基づく介入方法介入方法が有効である可能性が示唆された。これらの抽出された特性をから閉じこもり予防・支援プログラムに盛り込む要素を検討し、訪問型閉じこもり予防・支援プログラムの試案作成を行い、プログラムの試行と、意見収集を重ね、プログラムの修正、情報提供用アイテムの開発を行い、実用化に向けた改善を行った。

分担研究者

安村 誠司・福島県立医科大学医学部教授
芳賀 博・桜美林大学大学院国際学研究所
教授
繁田 雅弘・首都大学東京健康福祉学部教授
藺牟田洋美・首都大学東京健康福祉学部
准教授

A. 研究目的

閉じこもりは、竹内^{1) 2)}が「寝たきり」の発生原因の一つとして「閉じこもり症候群」を提唱し、「閉じこもり症候群」に影響を与える身体的・心理的・社会環境の3要因の関連を概念図により提示³⁾したことに始まる。竹内は、社会環境要因の中に人的環境と物理的環境が含まれると指摘している。

日本における閉じこもりに関する研究は、1998年の藺牟田ら⁴⁾による閉じこもり高齢者の実態や特徴を身体、心理、社会的側面から調査した研究に始まり、その後蓄積されつつある。閉じこもり研究の展開と研究の蓄積の状況は、安村⁵⁾により報告されている。現在までの先行研究の多くは身体的要因と心理的要因に関するであり、閉じこもりを規定する

身体的・心理的要因に注目した研究が集積され^{6) 7)}ている。その反面、社会・環境要因については、ほとんど見受けられない状況である。また、先行研究の多くは地方における閉じこもり調査であり、都市部における閉じこもり実態に関する研究は不足している⁸⁾。

一方、2006年4月に改正された介護保険制度では、予防重視型システムへの転換を図るとしている。新たに創設された地域支援事業において、「閉じこもり」は、高齢者の寝たきりを引き起こす原因の一つとして位置づけが明確になり、特定高齢者に対する介護予防事業に閉じこもりの予防が盛り込まれた^{9) 10)}。これに伴い、研究の蓄積が著しく不足した状況にある社会環境要因の解明は急務となった。早急に社会環境要因に関連する閉じこもり予防の実証的なデータの蓄積、エビデンスに基づく介入・支援プログラムの開発が求められている。

そこで、本研究では、特定高齢者を対象とした閉じこもり予防・支援プログラムの開発を第一の目的としている。実用的で有用なプログラム作成には、都市部における閉じこもりの実態把握が不啻血であることから、都市

部に在住する高齢者を対象とした閉じこもりの実態を把握し、身体、心理、社会環境要因の実態及び特性を明らかにすることを第2の目的とした。特に本研究では、住環境・家屋構造等の物理的環境要因と、家族関係を主とした人的要因を中心に、閉じこもりをもたらす社会環境要因の解明を目指すこととした。なお、閉じこもりをもたらす社会環境要因の研究実施にあたり、物理的・人的要因に関する先行研究の動向把握は不可欠であることから、研究動向の把握についても目的とした。

さらに、閉じこもりの追跡を行い、閉じこもりに関連する住環境・家屋構造等の物理的環境要因と、家族関係を主とした人的要因の抽出と検証を第3の目的とした。把握された要因の詳細と特徴をプログラム開発に活用するものである。

B. 研究方法

1. 大都市における閉じこもり高齢者と非閉じこもり高齢者の身体、心理、社会環境要因の比較

1) 郵送調査

東京都荒川区に在住する、65歳以上高齢者39,405名から、1万人を単純無作為法により抽出し、郵送法によるアンケート調査を2006年7月5日～7月20日の期間に実施した。調査項目は、象者の性別、年齢、世帯構成などの基本属性に加えて、要介護認定の有無および介護度、外出に関する項目、身体的項目（生活体力指標¹¹⁾、体の痛み、転倒経験）、心理的項目（自己効力感¹²⁾、健康度自己評価¹³⁾）、社会環境的項目（家屋構造、昼夜の滞在場所、座の場所）に関して質問した。

2) 訪問調査

郵送調査において「閉じこもり（週一回未満の外出頻度）」に該当した289名から抽出した95名（男性57名（60.0%）、女性38名（40.0%）、平均年齢70.2±4.9歳、中央値69歳）、および、「閉じこもり」調査対象の各人に対して性別と年齢（±2歳）、生活体力得点（移動性に関する6項目）によりマッチングさせて抽出した「非閉じこもり」調査対象者95名（男性57名（60.0%）、女性38名（40.0%）、平均年齢70.3±4.7歳、中央値69歳）を対象として、2006年9月から11月に訪問調査を実施し

た。調査項目は、社会環境要因（人的要因として、家族、ソーシャルネットワーク、社会的役割、物理的要因として、家屋構造、周辺環境、立地条件、居住の習慣）、長谷川式簡易知能評価スケール¹⁴⁾を用いて認知症の評価とした。

なお、倫理面への配慮としては、訪問時に、調査目的および調査から得られた結果は統計的に処理され個人情報には守られること、調査途中であっても随時、中止または拒否することができること、を説明し同意書に署名が得られた者に対して調査を実施した。認知機能検査である改訂長谷川式簡易知能評価スケールの施行に当たっては、訪問調査を承諾している対象者の場合であっても、この検査に参加するか否かあらかじめ本人に確認することとした。その際に、無理をせず途中で中止することも可能であること、などを本人に説明し了解を得た上で行うこととした。

2. 国内外の「閉じこもり」研究、及び社会環境要因の研究動向

国外における「閉じこもり」に関連する研究動向を把握するため、キーワードに homebound または housebound のいずれかが含まれている文献（原著、レビュー等を含む）を、PubMedを用いて検索した。さらに、キーワードに family または family relation のいずれかが含まれる文献、home modification または house environment、home environment のいずれかが含まれている文献を検索した。

国内における「閉じこもり」に関連する研究動向を把握する方法としては、キーワードに「閉じこもり」及び高齢者、または、外出及び高齢者を含む文献を医学中央雑誌により検索した。さらに、キーワードに家族、または家族関係を含む文献と、住宅、住環境、住環境整備、住宅改修等の関連用語を含む文献を検索した。

3. 閉じこもり高齢者の追跡調査

1) 郵送調査

初年度（18年度）の分析対象者3,592人（男性1,589人、女性2,003人）を対象として、1年後の閉じこもりへの移行を把握するため、郵送法による追跡調査を実施した。調査期間は2007年11月26日～12月5日であった。

新規に生じた閉じこもりの特徴を分析する

ため、2007年の調査で初年度と両方の外出頻度の情報がある人に絞り(2347名)、その中から初年度の閉じこもり該当者は除き(2181名)、さらには、要介護者および介護認定の有無について未記入であった対象者と認定を請けた人を除いた2124名(非閉じこもり2010名、閉じこもり114名)が対象となった。調査項目は、対象者の性別、年齢、世帯構成などの基本属性に加えて、要介護認定の有無および介護度、外出頻度に関する項目、人的環境要因および住環境に関する項目について質問した。

2) 訪問調査

2006年7月および2007年11月の「荒川区の住民の健康に関するアンケート」の回答者の中から、閉じこもり事例と、一度は閉じこもり傾向にありながら、2007年調査時点で非閉じこもりに移行したと思われる事例を抽出し、訪問調査を実施した。2年間の追跡調査期間の間に生活空間の狭小化⁸⁾または、縮小状態から拡大にいたった事例を通じて、生活空間の狭小化及び拡大に影響したと思われる社会環境要因、すなわち人的要因・物理的環境要因に着目し分析することにより、閉じこもりの2次予防プログラムに必要な要素を抽出することを目的とした。

調査は、普段の生活を「起床」から「就寝」まで順を追って回答してもらい、タイムテーブルの中に毎日の生活行為を記述するとともに、「誰と」「どこで(場所)」「どのように(状態)」行動しているかを併せて聞き取る方法によった。

4. 閉じこもり予防・支援プログラムの開発

1) 基本方針の検討とプログラムの具体化

2年度(19年度)の各分担研究における成果より得られた知見、すなわち物理的環境要因・人的要因に関する、閉じこもりの2次予防プログラムに必要な要素を基に、支援・予防プログラムの基本方針、プログラムの構成、など試案骨子を検討した。荒川区福祉部との意見交換を重ね、啓発用情報の選択、話題提供方法、時間配分、など、具体的なプログラム要素の各項目について、具体化の作業を行った。また、家族間のコミュニケーションの活性化を図り、自己効力感の向上を促せるよう、多様な話題提供と、情報提供方法を検討し、コミュニケーションツールや、話題提供

のアイテムについて具体的な試作を行った。

5. プログラムの試行

作成した話題提供のアイテムやコミュニケーションツールについて、実際に高齢者の興味誘導、コミュニケーションの活性化に有用であるか、参加の継続を維持できるかについて、基礎調査を実施した。閉じこもり傾向が認められる高齢者を対象とした荒川区主催行事(月1回定期開催)、転倒予防体操(週1回定期開催)の場において協力者を募り、60分程度のプログラム参加と半構造化面接による意見収集、改善点の把握、情報の追加を重ね、完成度の向上を図った。さらに、基礎調査の結果を反映させ再構成した1回60分の訪問プログラムについて、試験実施2年度(2007年度)二次調査の対象者、閉じこもり高齢者20名に協力を依頼し、訪問プログラムの試行実施を行った。この試行実施結果をもとに、実用化に向けて、試作プログラムをさらに検討し、修正を加えて実用性を高めた。

C. 研究結果

1. 国内外の「閉じこもり」研究、及び社会環境要因の研究動向

PubMedによる検索結果では、2001年から2006年までの期間に発表されたキーワードにhomeboundまたはhouseboundを含む文献は253件、今日までの研究の蓄積数は700件を超えた。日本における「閉じこもり」研究では、過去5年間で急速に文献数が増加したことがわかった。なお、社会環境要因に着目して検索した結果では、familyまたはfamily relationでは26件、home modificationまたはhouse environment、home environmentでは11件に過ぎず、国内においてもキーワードに家族または家族関係が含まれる文献は25件、住環境に関するものを含む文献数は8件のみであった。

閉じこもりに関連する研究活動は活発である反面、社会環境要因としての家族・家族関係に言及したもの、あるいは住環境・物理的環境についての研究は著しく不足していることがわかった。

2. 大都市における閉じこもり高齢者と非閉じこもり高齢者の身体、心理、社会環境要因の比較

閉じこもりの出現率は、調査対象から「要支援」「要介護」認定者を除外したため、8.0%（外出頻度が週一回未満289名／分析対象者数3592名）と低かった^{15) 16) 17)}。各項目における閉じこもりと非閉じこもりにおける比較を男女別に行った結果、1) 身体的側面では、男女ともに、閉じこもりの方が非閉じこもりよりも生活体力得点が有意に低かった ($p < .001$)。2) 心理的側面では、男女いずれにおいても、閉じこもりの方が非閉じこもりよりも自己効力感が低かった ($p < .001$)。3) 外出に関しては「外出の目的先」「外出時に使用している交通手段」に有意差が認められた。4) 社会環境側面では「昼間過ごす部屋」「寝室と玄関が同じ階にある」「普段長く座る場所」「暖房に使う器具」に有意差が認められた。

3. 身体的・心理的要因と閉じこもりの有無の関連

閉じこもりと関連する身体的・心理的要因として、先行研究では、身体的ADL(歩行^{4) 6)}、排泄⁴⁾、心疾患の既往⁶⁾、主観的健康感^{4) 5)}、自己効力感⁵⁾、転倒不安による外出制限⁷⁾が報告されている。本研究においても、閉じこもりと関連がある可能性のある要因として、主観的健康感、および、複数の身体機能の反映であるとされる長座位立ち上がり時間¹⁸⁾が示された。このことは、先行研究と同様に、高齢者の虚弱性が閉じこもりと関係あることを示すものと考えられる。今回の結果は、閉じこもり予防のために、主観的健康感の改善と体力向上のための介入が有効であることを示唆すると考えられる。

4. 人的要因による閉じこもりとの関連

人的環境のうち、家族、ソーシャル・ネットワーク、そして社会的役割の3つの側面から検討した結果、家族関係では、閉じこもりは家族と家計が一緒に、会話が少ない人が多い傾向にあった。ソーシャル・ネットワークでは、外出援助のネットワークが狭く、友人との電話での交流も少なかった。さらに、社会的役割では、家庭内における役割が少ない傾向にあることが伺えた。以上から、これまで明らかになった身体・心理的要因同様に、人的環境においても閉じこもり高齢者は若干劣っていることが示された。

5. 物理的要因による閉じこもりとの関連

閉じこもりに関連する物理的環境について、物理的環境を家屋構造、居住の習慣、周辺環境の3つの側面から検討したところ、段差などの移動を阻害する家屋構造に付帯する物理的障壁については、閉じこもりとの関連が認められなかった。また、居住の習慣に関する項目が抽出され、物理的環境要因として固定物対外の家具・調度類の使い方、過ごし方の習慣等が含まれる可能性が示された。これにより、物理的環境への介入手法においても、人を対象とした支援のあり方、すなわち、問診による把握や生活改善指導、継続的なマネジメントに基づく介入方法が有効である可能性が示された。

6. 閉じこもりと認知機能の低下との関連

認知機能全般と閉じこもりの有無との間には有意な関連を見出せず、また初期症状とも関連する近時記憶の低下と閉じこもりとの間にも有意な関連は見出せなかった。一方、見当識障害と閉じこもりとの間には有意な関連が認められた。閉じこもり群には、見当識能力が低下している者がより高頻度に含まれていた。今回の結果からは認知症が存在すると言い切れるほど明確な見当識障害ではなく、閉じこもっていたために環境からの刺激が少なくなり、そうしたことが軽度の見当識能力の低下をもたらしている可能性も否定できなかった。閉じこもりと認知障害との関連はさらに検討を要するものと考えられた。

7. 1年後の閉じこもり移行状況

初年度（18年度）調査において非閉じこもり該当者のうち、非閉じこもりのままだった人は91.5%だった。1年後に閉じこもりに転じた人は5.5%。要介護や死亡に至った人は3.2%を占めた。一方、初回調査で閉じこもりだった人で、非閉じこもりに改善した人は64.4%で、1年後も閉じこもりだった人は22.5%で、要介護や死亡に至った人は13.1%であった。

2007年に閉じこもり移行者と、2年間非閉じこもりであった人では、性差以外で有意差がみられ、閉じこもりは非閉じこもりに比べて、後期高齢者に多く、心理的特徴としてADLに関する自己効力感の得点が低く、生活体力指標においても得点が低いという身体的特徴が認められた。閉じこもりと社会環境要因の

関連では、家族や友人への有用感(p<. 001)、ソーシャル・ネットワークの近所の人と会って話す頻度(p<. 001)、友人と会って話す頻度の2項目(p<. 01)、住環境の項目では、一日中、寝室で過ごすことがある(p<. 01)、電球や蛍光灯の交換(p<. 05)で有意な関連が認められた。また、有用感については、家族にまったく役にたっていない、またはほとんどないと回答した高齢者は、しょっちゅう役にたっていると回答した高齢者に比して、閉じこもりに2.37倍なりやすかった。また、住環境では、一日寝室で過ごすことがあると回答した人は4.25倍閉じこもりのリスクがあることが示された。

8. プログラムに求められる要素の抽出

生活空間の「縮小」状態から「拡大」にいたった事例から、閉じこもりの二次予防プログラムに組み込むべき要素として以下の点に配慮すべきことが示唆された。

1) 主治医からのアドバイス：主治医から助言(散歩、運動など)は、外出へのモチベーションの向上に有効である。2) 同居家族による外出時の同行支援：家族が同行することで、外出への不安解消につながる。3) 家族内での役割の分担：役割の遂行は、有用(存在)感や動作遂行への自信の獲得につながる。4) 携帯電話活用の促進：いつでも、どこでも連絡できるといった機能が外出時の不安解消につながる。5) 新たなネットワークの構築：主治医からの地域行事(ミニディサービス、ふれあいサロンなど)の紹介、ボランティア団体や地域包括支援センターからの声かけがネットワークの拡大につながる。

また、閉じこもりの事例からは、以下のような生活空間に見られる特徴を把握した。

1) 活動性の低下の過程において日中の滞在場所は、単に自室内に移行するのではなく、テレビを中心とした滞在位置の狭小化が見受けられる。2) 主な座り方は、和室の畳に床座位となる場合が多く起立せず長時間座位を保つ。3) 座位主体のアイレベル(目の高さ、視線高さ)に合わせてテレビを中心とした視野が構成されている。4) 電話機への関心が低く家族主体の配置となっている。

9. 閉じこもり予防・支援プログラムの検討

社会・環境要因に関する改善を主とした訪問型閉じこもり予防・支援プログラム(2次予防プログラム)の開発を目指して、支援・予防プログラムの基本方針、プログラムの構成を検討し、居住環境アセスメント票の作成、プログラムの試案作成を試みた。

なお、住宅の環境については、家屋構造だけでなく、居住習慣を加えて生活空間の狭小化の様子をとらえることで、保健師などが自宅を訪問した際に簡単な聞き取りや観察による評価を考えた。

これは、段差・階段、間取りなどの固定的な家屋構造に留まらず、畳を主体とした和式生活(床に座る生活)にみられる居住習慣の特徴について観察することである。転倒予防の観点からは段差などの危険因子が重視されるが、閉じこもり予防の観点からは、活動性を低下させやすい居住習慣についても重視すべきであるとの考えによる⁹⁾。

プログラム実施者については、実用的なプログラムとすることが重要であることから、地域包括支援センター職員、および、社会福祉協議会等への事業委託を見据えて、高齢者支援経験を有する一般職員を想定し、認知症状や明らかな身体機能低下が疑われる対象者に対しては、看護師有資格者が担うこととした。

プログラムの内容については、1) 家族とのコミュニケーションを重視し、家族の同席や参加を促すよう、家族共通の興味対象、家庭での利便性向上を図る話題提供、2) 室内で実施可能な軽度の体操メニューの提供、3) 電話連絡を多く設けて同居家族以外とのコミュニケーション機会の提供、4) 地域行事(ミニディサービス、昼食会、体操教室、ふれあいサロンなど)への興味の誘導、等が主な構成内容となった。

また、対象者がプログラムへの興味を失うことなく参加の継続を図るため、1回に提供するメニューは数種類のメニューを合わせた複合型とした。

また、多様な話題提供と、情報提供方法を検討し、コミュニケーションツールや、話題提供のアイテムについて具体的な試作を行った。検討、試作を重ねた結果、健康情報、家庭内での安全性、生活習慣、便利品等に関する

るリーフレット14種類、転倒予防に関する啓発用Powerpoint4種類、室内での軽度の体操メニューに関する体験用DVDの動画、動画と組み合わせたリーフレット3種類、外出の動機づけとなる高齢者向けの行事リーフレット10種類、また、話題提供用に持参する日用品の便利品を11種類用意した。

10. プログラムの試行実施

試行実施結果から、話し相手としての定期的な訪問自体が、コミュニケーションの活発化に影響することが示された。その一方、対象者の興味に即した話題提供が重要であり、固定のプログラムメニューでは継続が難しく、訪問回ごとに、対象者のし好や希望を反映させた話題や提供情報を組み合わせる必要性が示され、個別対応の工夫の重要性が示された。この試行実施結果をもとに、訪問型プログラムに求められるプログラム特性として、1) 1話題ごとの所要時間に標準時間を設定(対象者の興味により時間延長可)する、2) 家族の同席を促す、3) 常時予定数以上の話題や情報を用意する、4) プログラム実施者の柔軟な対応を促す研修システムの工夫、が把握された。これらの結果を参考に、実用化に向けて、試作プログラムをさらに検討し、修正を加えて実用性を高めた。

D. 考察

2006年4月の介護保険制度改正により、介護予防は高齢者施策の中核に位置づけられ、介護保険制度の対象は全ての高齢者に拡大した。その結果、閉じこもり予防においても、スクリーニングによる高リスク者の早期発見、虚弱化した特定高齢者への予防・支援事業の整備は喫緊の課題である。また、予防・支援事業における支援プログラム開発には確かなエビデンスが求められている。社会環境要因も例外ではない。

これに対し、日本における閉じこもり研究は活発であり、2001年以降、急速に蓄積されつつあるが、その反面、社会環境要因としての家族・家族関係に言及したもの、あるいは住環境・物理的環境についての研究は著しく不足しており、閉じこもりをもたらすとされる3要因のうち、身体的、心理的要因に比較して立ち後れが著しい。閉じこもりを規定す

る社会環境要因の解明は、ほとんど未着手であるといえる。今日の社会情勢に鑑みて、社会環境要因の解明は、社会環境要因の面からの閉じこもり予防・支援に不可欠であり、早急に取り組むべき課題である。

初年度における調査の結果、閉じこもりに関連する社会環境項目には、男女共に共通する項目と、男女別に特徴を示す項目があることが明らかになった。高齢者と家族の関係、家族の中での位置付け、家族間での役割などは、家庭生活における男女の役割分担を背景とすると考えられ当然ともいえるが、閉じこもりは家族と家計が一緒に、会話が少ない人が多い傾向が示され、また、社会的役割では、家庭内における役割が少ない傾向にあることが伺える結果を得た。家族関係を主とした人的環境の改善にむけた支援に必要性が改めて示された。

閉じこもりとの関連がみとめられた物理的要因としては、昼間過ごす部屋が和室であること、椅子の生活が少ないこと、すなわち、床に直接座る生活が主であることが推測される。椅子に代表される家具類に使用の有無、過ごし方の習慣などは、これまでの家屋構造の概念には含まれていないものである^{3) 8) 19) 20) 21)}。物理的環境要因として、家屋構造以外に、居住の習慣に関する項目が閉じこもりの規定要因となりうる項目が示されたことは、物理的要因に対する閉じこもり予防・支援の新たな展開の可能性を示すものであると思われる。物理的環境への助言のあり方の多様性が示された結果となった。

2年度における研究結果より、閉じこもりの特徴といえる社会環境要因として、家族や友人への有用感の低さが明らかになった。また、社会的役割の喪失の後に続く家庭内での役割の喪失と自己効力感の低下により、閉じこもり高齢者は有用感を抱く機会が少ないことが示された。もう一つの社会環境要因として物理的環境要因では、居住の習慣として、一日中、寝室で過ごすことがあるという回答をしている人がしていない人の4.25倍閉じこもりになりやすいことが判明した。一日中寝室で過ごすことがあると回答した人は、健康を害していない限り、心身ともに活動性も当然低く、家族以外のほとんど誰も会わない

生活を送っているのを想像するのは容易い。

訪問調査の結果では、居住環境からも、これを裏付ける電話機に関する指摘が示された。社会的役割や、友人や近所づきあいが減少し、社会との接触が少なくなる状態、つまり社会との接触が減少した高齢者は、電話機への関心が低く、携帯電話を持たない、家庭用電話機の子機を身の回りに置かない、電話機（親機）や子機が歩いて届く位置に置かれるなど、家族主体の配置となっていることが把握された。一方で、外出の機会の増加には、携帯電話の活用によるネットワークの維持と外出時の不安解消の関連が示されている。これらは、人的環境と物理的環境それぞれの側面からみても共通する状態像を表すととらえることができよう。

また、これらの検討から得られた社会環境要因の改善を図ることを目指して、閉じこもり予防・支援プログラムの検討を行った。この検討結果から、本研究における訪問型閉じこもり予防・支援プログラム（2次予防プログラム）に求められる条件として以下のような項目が示された。

- 1) 保健師等による個別訪問。基本プログラムは職員の業務負担を考慮し、2ヶ月間に実施可能な構成とする。より重点的な改善を目指す場合には、3ヶ月間事前事後アセスメントと5回程度の情報提供を実施する。
- 2) 閉じこもりをもたらす社会・環境要因の改善をはかると共に、対象者の心身の状況等をふまえて体力維持・改善をはかる、「運動器の機能向上プログラム」等の要素も取り入れる。
- 3) 訪問時には以下の項目に関する情報を話題として提供し、啓発を行う。
 - a. 居住環境（住宅内における物理的要因と居住習慣）の改善に関する情報
 - b. 家庭内役割の分担を促す情報
 - c. 簡便な運動プログラムの紹介
 - d. 栄養改善、口腔機能向上、その他の改善情報
- 4) 情報提供方法を工夫する
対象者の身の回りの用品や居住環境への興味の誘導を促すため、写真や図を多用したリーフレットを作成し活用する。リーフレットの活用は、実物見本の提供が困難で

ある環境や用具の情報をより具体的に提供するために不可欠である。

また、家族も情報を共有できるよう努めて会話への参加を促し、自宅内の共用空間について、家族と共有できる話題を提供する。

- 5) プログラムにおける改善状況の評価方法
訪問型閉じこもり予防・支援プログラムの実施に際しては、事前アセスメント（二次アセスメント）および、事後アセスメントの実施が求められている。閉じこもりの状態像把握を詳細に行うため、本研究におけるプログラムにおいても、事前・事後アセスメントの評価は重要である。

従来の閉じこもり状況の把握は外出頻度¹⁰⁾によるが、外出行動に至るまでの意欲面における改善や生活状況における変化をより詳細に把握する必要がある。外出行動の変化（頻度）以外の評価を合わせて行う工夫が求められる。

- 6) 実施者の利便性を考慮する

社会・環境要因に着眼した訪問型閉じこもり予防・支援プログラムの検討作業において、実施者による居住環境アセスメント、情報提供の方法が課題である。閉じこもりに至る高齢者の身体的、心理的状況を鑑みて、疾病、認知症、うつ症状等の因子を抱える高齢者の発見、適切な対応の必要に迫られる場合が考えられることから、アセスメントの実施者としては保健師を想定したが、物理的環境要因のアセスメントにどの程度の専門的知識が必要とされるか、保健師にアセスメント可能であるか、今後の課題として残された。現状では高齢者の居住環境や居住習慣の状況を把握するには、ある程度の専門的知識が必要とされる可能性が否めない。試作案の改良を重ねる必要がある。また、プログラムの汎用性を考慮すると、保健師以外の職員が活用可能なプログラムが求められていることも無視できない。

- 7) プログラムの作成と試行実施

情報提供の方法についても模索する必要が示された。特に、身の回りの環境の改善に向けて興味を引く、親しみやすい内容を取り上げた情報提供が求められた。

作成したコミュニケーションツール、リーフレット類を用いた試行実施結果から、対象

者の興味に即した話題提供が重要であり、訪問ごとに、対象者の嗜好や希望を反映させた話題や提供情報を組み合わせる必要性が示され、個別対応の工夫の重要性が示された。プログラム実施者には、プログラム継続を図る意欲と、対象者の興味に柔軟に対応する許容力が求められ、実施者の育成、研修プログラムのあり方について、課題が明らかになった。

E. 結論

本研究では、都市部における大規模調査の実施により、都市部における閉じこもりの把握と、社会環境要因の実態、閉じこもりとの関連の把握を行った。

閉じこもりを規定する社会環境要因となりうる、家族を中心とした人的要因及び、物理的要因が抽出された。

物理的要因では、家屋構造に限らず居住の習慣に関する項目が得られたことから、社会環境要因面からの介入プログラムの開発に際しても、家屋構造などの固定物にとらわれず、人を対象とした支援のあり方が有効である可能性が示唆された。

本研究における閉じこもり予防・支援プログラムは、閉じこもりの特徴から、訪問型プログラムを作成した。訪問時の時間の活用方法、取り上げる話題や情報提供について、コミュニケーションツールやリーフレットなどのアイテムの作成、提示方法の工夫が重要であることが明らかになった。

本研究では、プログラムの基礎的な試験実施を行い、一定の評価を得ることができた。外出に対する自己効力感尺度による意欲の評価を含めた有効性の検討が今後の課題である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

時になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

文 献

- 1 竹内孝仁. リハビリテーション 寝たきり老人の成因. 老人保健の基本と展望. 東京: 医学書院, 1984; 148-152
- 2 竹内孝仁. 老人ケアの実際. 老人のケア. 東京: 中央法規出版, 1984; 69-100
- 3 竹内孝仁. なぜ、いま通所ケアか. 通所ケア学. 東京: 医歯薬出版, 1996; 15-37.
- 4 藺牟田洋美, 他. 地域高齢者における「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. 日本公衆衛生誌 1998; 45 (9) : 883-892.
- 5 安村誠司, 他. 国内外における高齢者の「閉じこもり」に関する研究動向および「閉じこもり」スクリーニング尺度の開発に向けて. 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業) 「閉じこもり」高齢者のスクリーニング尺度の作成と介入プログラムの開発総合研究報告書. 2003; 19-24.
- 6 芳賀 博. 三本木町における閉じこもりの実態に関する研究. 平成12年度厚生科学研究費補助金「閉じこもり」高齢者のスクリーニング尺度の作成と介入プログラムの開発(課題番号 H12-長寿-024) 研究成果
- 7 藤田幸司、藤原佳典、熊谷 修、他. 地域高齢者の外出頻度別にみた身体・心理・社会的特長. 日本公衛誌. 2004; 51 (3) : 168-179.
- 8 鳩野洋子, 田中久恵. 地域高齢者の閉じこもりの状況とその背景要因の分析. 平成11年度健康科学総合研究事業, 寝たきり予防活動推進のための方策研究報告書. 2000; 41-52.
- 9 平成18年4月1日施行 改正介護保険法第115条の38
- 10 厚生労働省 介護保険制度改革の概要 — 介護保険法改正と介護報酬改定—
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/dl/data.pdf>
- 11 Kinugasa T, Nagasaki H. Reliability and validity of the Motor Fitness Scale for older adults in the community. Aging and Experimental Research 1998;10(4):295-302.

- 12 芳賀博・他. 転倒に対する意識・態度の尺度化の試みにあたって. 地域の高齢者における転倒・骨折に関する総合的研究 平成7～8年度科学研究費補助金研究成果報告書. 1997; 124-126.
- 13 芳賀博・他. 健康度自己評価と社会・心理・身体的要因. 老年社会学, 20, 1984; 15-23.
- 14 加藤伸司・下垣光・小野寺敦志・植田宏樹・老川賢三・他. 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の作成. 老年精神医学雑誌2. 1991; 1339-1347.
- 15 阿彦忠之. 「閉じこもり」予防に関する介入プログラムの作成および評価に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)平成12～平成14年度総合研究報告書(主任研究者:安村誠司). 2003; 60-63.
- 16 金川克子. 「閉じこもり」状態と物忘れとの関連に関する検討. 「閉じこもり」高齢者の寝たきり化予防のための介入研究. 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)平成12年度～平成14年度研究成果報告書(主任研究者:安村誠司). 2001; 20-28.
- 17 内閣府政策統括官(総合企画調整担当). 高齢者の健康に関する意識調査結果. 内閣府政策統括官(総合企画調整担当)編. 東京. 2003; 20-30.
- 18 植木章三. 身体機能測定項目の検討—長座位立ち上がり時間の提案と妥当性の検討. 平成16年度厚生労働科学研究費補助金 介護予防を目的とする基本健康診査標準方式を策定するための疫学的研究報告書(主任研究者:安田誠史). 2005; 19-46.
- 19 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. 厚生科学研究所. 2000; 126.
- 20 牧上久仁子, 安村誠司. 高齢者の転倒と骨折; 転倒の防止 転倒と閉じこもり. 総合ケア 2005; 15(9): 44-48.
- 21 安村誠司・他. 地域在住高齢者における住環境バリアの認識状況と外出頻度. 平成15～16年度科学研究費補助金研究成果報告書「閉じこもり」高齢者の寝たきり化予防を目的とした無作為化比較試験. 2005.

Ⅱ. 平成 18 年度

目 次

I. 総括研究報告

高齢者の閉じこもりにおける住環境・家族など社会環境要因への介入方法の開発
橋本美芽

II. 分担研究報告

1. 国内外における高齢者の閉じこもりと社会・環境要因に関する研究動向
橋本美芽

2. 荒川区郵送調査における閉じこもり高齢者と非閉じこもり高齢者の身体、心理、社会環境要因の比較結果 安村誠司

3. 荒川区訪問調査完了者における身体的・心理的要因と閉じこもりの有無の関連についての解析 安村誠司

4. 人的環境要因による閉じこもりとの関連の検証—訪問調査の結果から
藺牟田洋美

5. 物理的環境要因による閉じこもりとの関連に関する研究 橋本美芽

6. 「閉じこもり」と認知機能低下との関連に関する研究 繁田雅弘

III. 資料

1. 荒川区の住民の健康に関するアンケート・2006年

2. 健康や福祉機器に関する訪問アンケート

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
総括研究報告書

高齢者の閉じこもりにおける住環境・家族など社会環境要因への介入方法の開発

主任研究者 橋本 美芽 首都大学東京健康福祉学部 准教授

研究要旨 研究要旨 都市部に在住する高齢者を対象とした閉じこもりの実態を把握し、身体、心理、社会環境要因の実態及び特性を明らかにすること、住環境・家屋構造等の物理的環境要因と、家族関係を主とした人的要因を中心に、閉じこもりをもたらす社会環境要因の解明を試みた。都市部における大規模調査の実施により、都市部における閉じこもりの把握と、閉じこもりを規定する社会環境要因となりうる家族を中心とした人的要因及び、物理的要因が抽出された。これらはその他の要因との関連も踏まえたうえで、今後、さらに検証を重ねる必要がある。物理的要因では、家屋構造に限らず居住の習慣に関する項目が得られたことから、社会環境要因面からの介入プログラムの開発に際しても、家屋構造などの固定物にとらわれず、人を対象とした支援のあり方、すなわち、問診による把握や生活改善指導、継続的なマネジメントに基づく介入方法介入方法が有効である可能性が示唆された。

分担研究者

安村 誠司・福島県立医科大学医学部教授
繁田 雅弘・首都大学東京健康福祉学部教授
藺牟田洋美・首都大学東京健康福祉学部
准教授

A. 研究目的

閉じこもりは、竹内^{1) 2)}が「寝たきり」の発生原因の一つとして「閉じこもり症候群」を提唱し、「閉じこもり症候群」に影響を与える身体的・心理的・社会環境の3要因の関連を概念図により提示³⁾したことに始まる。竹内は、社会環境要因の中に人的環境と物理的環境が含まれると指摘している。

日本における閉じこもりに関する研究は、1998年の藺牟田⁴⁾による閉じこもり高齢者の実態や特徴を身体、心理、社会的側面から調査した研究に始まり、その後蓄積されつつある。閉じこもり研究の展開と研究の蓄積の状況は、安村⁵⁾により報告されている。現在までの先行研究の多くは身体的要因と心理的要因に関するであり、閉じこもりを規定する身体的・心理的要因に注目した研究が集積され^{6) 7)}ている。その反面、社会・環境要因については、ほとんど見受けられない状況である。また、先行研究の多くは地方における閉

じこもり調査であり、都市部における閉じこもり実態に関する研究は不足している⁸⁾。

一方、2006年4月に改正された介護保険制度では、予防重視型システムへの転換を図るとしている。新たに創設された地域支援事業において、「閉じこもり」は、高齢者の寝たきりを引き起こす原因の一つとして位置づけが明確になり、特定高齢者に対する介護予防事業に閉じこもりの予防が盛り込まれた^{9) 10)}。これに伴い、研究の蓄積が著しく不足した状況にある社会環境要因の解明は急務となった。早急に社会環境要因に関連する閉じこもり予防の実証的なデータの蓄積、エビデンスに基づく介入・支援プログラムの開発が求められている。

そこで、本研究では、都市部に在住する高齢者を対象とした閉じこもりの実態把握を把握し、身体、心理、社会環境要因の実態及び特性を明らかにすることを目的とした。特に本研究では、住環境・家屋構造等の物理的環境要因と、家族関係を主とした人的要因を中心に、閉じこもりをもたらす社会環境要因の解明を目指すこととした。

なお、閉じこもりをもたらす社会環境要因の研究実施にあたり、物理的・人的要因に関する先行研究の動向把握は不可欠であること

から、研究動向の把握についても目的とした。

B. 研究方法

1. 国内外の「閉じこもり」研究、及び社会環境要因の研究動向

国外における「閉じこもり」に関連する研究動向を把握するため、キーワードに homebound または housebound のいずれかが含まれている文献（原著、レビュー等を含む）を、PubMedを用いて検索した。さらに、キーワードにfamily またはfamily relationのいずれかが含まれる文献、home modification または house environment、home environment のいずれかが含まれている文献を検索した。

国内における「閉じこもり」に関連する研究動向を把握する方法としては、キーワードに「閉じこもり」及び高齢者、または、外出及び高齢者を含む文献を医学中央雑誌により検索した。さらに、キーワードに家族、または家族関係を含む文献と、住宅、住環境、住環境整備、住宅改修等の関連用語を含む文献を検索した。

2. 大都市における閉じこもり高齢者と非閉じこもり高齢者の身体、心理、社会環境要因の比較

1) 郵送調査

東京都荒川区に在住する、65歳以上高齢者39,405名から、1万人を単純無作為法により抽出し、郵送法によるアンケート調査を2006年7月5日～7月20日の期間に実施した。調査項目は、象者の性別、年齢、世帯構成などの基本属性に加えて、要介護認定の有無および介護度、外出に関する項目、身体的項目（生活体力指標¹¹⁾、体の痛み、転倒経験）、心理的項目（自己効力感¹²⁾、健康度自己評価¹³⁾）、社会環境的項目（家屋構造、昼夜の滞在場所、座の場所）に関して質問した。

2) 訪問調査

郵送調査において「閉じこもり（週一回未満の外出頻度）」に該当した289名から抽出した95名（男性57名（60.0%）、女性38名（40.0%）、平均年齢70.2±4.9歳、中央値69歳）、および、「閉じこもり」調査対象の各人に対して性別と年齢（±2歳）、生活体力得点（移動性に関する6項目）によりマッチングさせて抽出した「非閉じこもり」調査対象者95名

（男性57名（60.0%）、女性38名（40.0%）、平均年齢70.3±4.7歳、中央値69歳）を対象として、2006年9月から11月に訪問調査を実施した。調査項目は、社会環境要因（人的要因として、家族、ソーシャルネットワーク、社会的役割、物理的要因として、家屋構造、周辺環境、立地条件、居住の習慣）、長谷川式簡易知能評価スケール¹⁴⁾を用いて認知症の評価とした。

なお、倫理面への配慮としては、訪問時に、調査目的および調査から得られた結果は統計的に処理され個人情報守られること、調査途中であっても随時、中止または拒否することができること、を説明し同意書に署名が得られた者に対して調査を実施した。認知機能検査である改訂長谷川式簡易知能評価スケールの施行に当たっては、訪問調査を承諾している対象者の場合であっても、この検査に参加するか否かあらためて本人に確認することとした。その際に、無理をせず途中で中止することも可能であること、などを本人に説明し了解を得た上で行うこととした。

C. 研究結果

1. 国内外の「閉じこもり」研究、及び社会環境要因の研究動向

PubMedによる検索結果では、2001年から2006年までの期間に発表された キーワードに homebound または houseboundを含む文献は253件、今日までの研究の蓄積数は700件を超えた。日本における「閉じこもり」研究では、過去5年間で急速に文献数が増加したことがわかった。なお、社会環境要因に着目して検索した結果では、familyまたは family relationでは26件、home modification または house environment、home environmentでは11件に過ぎず、国内においてもキーワードに家族または家族関係が含まれる文献は25件、住環境に関するものを含む文献数は8件のみであった。

閉じこもりに関連する研究活動は活発である反面、社会環境要因としての家族・家族関係に言及したもの、あるいは住環境・物理的環境についての研究は著しく不足していることがわかった。

2. 大都市における閉じこもり高齢者と非閉

じこもり高齢者の身体、心理、社会環境 要因の比較

閉じこもりの出現率は、調査対象から「要支援」「要介護」認定者を除外したため、8.0%（外出頻度が週一回未満289名／分析対象者数3592名）と低かった^{15) 16) 17)}。各項目における閉じこもりと非閉じこもりにおける比較を男女別に行った結果、1) 身体的側面では、男女ともに、閉じこもりの方が非閉じこもりよりも生活体力得点が有意に低かった ($p < .001$)。2) 心理的側面では、男女いずれにおいても、閉じこもりの方が非閉じこもりよりも自己効力感が低かった ($p < .001$)。3) 外出に関しては「外出の目的先」「外出時に使用している交通手段」に有意差が認められた。4) 社会環境側面では「昼間過ごす部屋」「寝室と玄関が同じ階にある」「普段長く座る場所」「暖房に使う器具」に有意差が認められた。

3. 身体的・心理的要因と閉じこもりの有無の関連

閉じこもりと関連する身体的・心理的要因として、先行研究では、身体的ADL(歩行^{4) 6)}、排泄⁴⁾、心疾患の既往⁶⁾、主観的健康感^{4) 5)}、自己効力感⁵⁾、転倒不安による外出制限⁷⁾が報告されている。本研究においても、閉じこもりと関連がある可能性のある要因として、主観的健康感、および、複数の身体機能の反映であるとされる長座位立ち上がり時間¹⁸⁾が示された。このことは、先行研究と同様に、高齢者の虚弱性が閉じこもりと関係あることを示すものと考えられる。今回の結果は、閉じこもり予防のために、主観的健康感の改善と体力向上のための介入が有効であることを示唆すると考えられる。

4. 人的要因による閉じこもりとの関連

人的環境のうち、家族、ソーシャル・ネットワーク、そして社会的役割の3つの側面から検討した結果、家族関係では、閉じこもりは家族と家計が一緒に、会話が少ない人が多い傾向にあった。ソーシャル・ネットワークでは、外出援助のネットワークが狭く、友人との電話での交流も少なかった。さらに、社会的役割では、家庭内における役割が少ない傾向にあることが伺えた。以上から、これまで明らかになった身体・心理的要因同様に、人的環境においても閉じこもり高齢者は若干

劣っていることが示された。

5. 物理的要因による閉じこもりとの関連

閉じこもりに関連する物理的環境について、物理的環境を家屋構造、居住の習慣、周辺環境の3つの側面から検討したところ、段差などの移動を阻害する家屋構造に付帯する物理的障壁については、閉じこもりとの関連が認められなかった。また、居住の習慣に関する項目が抽出され、物理的環境要因として固定物対外の家具・調度類の使い方、過ごし方の習慣等が含まれる可能性が示された。これにより、物理的環境への介入手法においても、人を対象とした支援のあり方、すなわち、問診による把握や生活改善指導、継続的なマネジメントに基づく介入方法が有効である可能性が示された。

6. 閉じこもりと認知機能の低下との関連

認知機能全般と閉じこもりの有無との間には有意な関連を見出せず、また初期症状とも関連する近時記憶の低下と閉じこもりとの間にも有意な関連は見出せなかった。一方、見当識障害と閉じこもりとの間には有意な関連が認められた。閉じこもり群には、見当識能力が低下している者がより高頻度に含まれていた。今回の結果からは認知症が存在すると言い切れるほど明確な見当識障害ではなく、閉じこもっていたために環境からの刺激が少なくなり、そうしたことが軽度の見当識能力の低下をもたらしている可能性も否定できなかった。閉じこもりと認知障害との関連はさらに検討を要するものと考えられた。

D. 考察

2006年4月の介護保険制度改正により、介護予防は高齢者施策の中核に位置づけられ、介護保険制度の対象は全ての高齢者に拡大した。その結果、閉じこもり予防においても、スクリーニングによる高リスク者の早期発見、虚弱化した特定高齢者への予防・支援事業の整備は喫緊の課題である。また、予防・支援事業における支援プログラム開発には確かなエビデンスが求められている。社会環境要因も例外ではない。

これに対し、日本における閉じこもり研究は活発であり、2001年以降、急速に蓄積されつつあるが、その反面、社会環境要因として

の家族・家族関係に言及したものの、あるいは住環境・物理的環境についての研究は著しく不足しており、閉じこもりをもたらすとされる3要因のうち、身体的、心理的要因に比較して立ち後れが著しい。閉じこもりを規定する社会環境要因の解明は、ほとんど未着手であるといえる。今日の社会情勢に鑑みて、社会環境要因の解明は、社会環境要因の面からの閉じこもり予防・支援に不可欠であり、早急に取り組むべき課題である。

本研究における調査の結果、閉じこもりに関連する社会環境項目には、男女共に共通する項目と、男女別に特徴を示す項目があることが明らかになった。高齢者と家族の関係、家族の中での位置付け、家族間での役割などは、家庭生活における男女の役割分担を背景とすると考えられ当然ともいえるが、閉じこもりは家族と家計が一緒に、会話が少ない人が多い傾向が示され、また、社会的役割では、家庭内における役割が少ない傾向にあることが伺える結果を得た。家族関係を主とした人的環境の改善にむけた支援に必要性が改めて示された。

閉じこもりとの関連がみとめられた物理的要因としては、昼間過ごす部屋が和室であること、椅子の生活が少ないこと、すなわち、床に直接座る生活が主であることが推測される。椅子に代表される家具類に使用の有無、過ごし方の習慣などは、これまでの家屋構造の概念には含まれていないものである^{3) 8) 19) 20) 21)}。物理的環境要因として、家屋構造以外に、居住の習慣に関する項目が閉じこもりの規定要因となりうる項目が示されたことは、物理的要因に対する閉じこもり予防・支援の新たな展開の可能性を示すものであると思われる。物理的環境への助言のあり方の多様性が示された結果となった。

E. 結論

本研究では、都市部における大規模調査の実施により、都市部における閉じこもりの把握と、社会環境要因の実態、閉じこもりとの関連の把握を行った。

閉じこもりを規定する社会環境要因となりうる、家族を中心とした人的要因及び、物理的要因が抽出された。これらはその他の要因

との関連も踏まえたうえで、閉じこもりの規定要因となりうるか、今後、さらに検証を重ねる必要がある。

物理的要因では、家屋構造に限らず居住の習慣に関する項目が得られたことから、社会環境要因面からの介入プログラムの開発に際しても、家屋構造などの固定物にとらわれず、人を対象とした支援のあり方、すなわち、問診による把握や生活改善指導、継続的なマネジメントに基づく介入方法介入方法が有効である可能性が示唆された。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

時になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

文 献

- 1 竹内孝仁. リハビリテーション 寝たきり老人の成因. 老人保健の基本と展望. 東京: 医学書院, 1984; 148-152
- 2 竹内孝仁. 老人ケアの実際. 老人のケア. 東京: 中央法規出版, 1984; 69-100
- 3 竹内孝仁. なぜ、いま通所ケアか. 通所ケア学. 東京: 医歯薬出版, 1996; 15-37.
- 4 藺牟田洋美, 他. 地域高齢者における「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. 日本公衆衛生誌 1998; 45 (9) : 883-892.
- 5 安村誠司, 他. 国内外における高齢者の「閉じこもり」に関する研究動向および「閉じこもり」スクリーニング尺度の開発に向けて. 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業) 「閉じこもり」高齢者のスクリーニング尺度の作成と介入プログラムの開発総合研究報告書. 2003; 19-24.
- 6 芳賀 博. 三本木町における閉じこもりの実態に関する研究. 平成12年度厚生科学研究費補助金「閉じこもり」高齢者のスクリーニング尺度の作成と介入プログラムの開発(課題番号 H12-長寿-024)