

## 閉じこもり高齢者に対する援助における2つの方向性 ——活動性の増加と生活の質の拡大——

Two directions for supporting the Tojikomori:  
Increasing activity levels and/or expanding quality of life

橋本光平<sup>1</sup> 武藤 崇<sup>2</sup>

Kohei HASHIMOTO Takashi MUTO

### 要約

竹内（1984）が高齢者の閉じこもり症候群を指摘して以来、介護予防を目標に掲げ、閉じこもりに対する援助方法の構築が求められている。本稿では、まず閉じこもりの定義、発生の予測因子、介入研究、課題について整理した。そこから閉じこもりに対する2つの方向性を提案した。1つ目の方向性は閉じこもりを行動的に捉え、活動性の増加を第一義とするものであった。2つ目の方向性は、高齢者の行動的QOL拡大を第一義とするものであった。さらに、それぞれの方向性における援助方法の構築についての今後の展望を論じた。

キーワード：高齢者、閉じこもり、活動性、生活の質（QOL）、随伴性マネジメント、アクセプタンス&コミットメント・セラピー（ACT）

### はじめに

2006年4月に介護保険制度が改正された。その要点は急増する要支援・要介護高齢者の抑止であった。改正内容に基づき、予防を重視したプログラムが各自治体で実施されている。認知症、うつに対する予防・支援とともに、閉じこもりは、地域支援事業における介護予防事業に位置づけられ、その予防・支援方法の構築が求められている（山崎他、2008）。

そこで、本稿では、閉じこもりの問題を概観

した後に、現状をラディカルに捉え直し、新たな支援方法の構築における方向性を検討することを目的とする。

### 閉じこもりとは

閉じこもりは、家に閉じこもっており、外出がきわめて少ない状態として理解される（安村、2006）。その定義は、研究者によって異なっているが、「要介護認定で要支援・要介護と判定された人を除く、外出頻度が週1回未満」というのが一般的である（山崎、2012）。竹内（1984）はこの問題を我が国で初めて指摘しており、閉じこもり状態が放置されると、廃用性メカニズムにより身体・心理機能の低下が促進され、そ

<sup>1</sup> 同志社大学大学院心理学研究科 (Graduate School of Psychology, Doshisha University)

<sup>2</sup> 同志社大学心理学部 (Faculty of Psychology, Doshisha University)

の結果として要介護、寝たきり状態に至る、という仮説を提唱した。その後、実証的な研究によって、閉じこもりが活動能力低下の独立したリスク要因であること（新開他, 2005a）、85歳未満の自立生活高齢者において、閉じこもりが要介護への移行のリスク要因になること（渡辺・渡辺・松浦・河村・河野, 2005）、外出頻度が低下している高齢者は、身体・心理・社会的側面の健康水準が低いこと（藤田他, 2004）が明らかにされた。つまり、竹内（1984）が指摘していた問題が実証的に支持されたのである。

閉じこもりの出現率は、調査対象地域、調査対象者の自立度、閉じこもりの定義、質問方法などによって変動はあるが、おおむね5～25%である（平井・近藤・埴淵, 2008）。新開他（2005c）によると、高齢になるほど出現率は上昇し、特に80代以降において急増する。さらに、地方農村に比べ大都市近郊において出現頻度が高いことが分かっている。

その他、諸外国における、閉じこもりの類似概念としてhomeboundがある。山崎（2012）によると、homeboundは、概して社会的サー

ビスや在宅ケアを受けており、在宅療養者とはほぼ同義語である。つまり、健康・身体的機能上の理由により外出したくてもできない状態であることが多く、さらに要介護状態も含まれている。我が国における閉じこもりは、上述の一般的定義にもあるように、介護予防の対象として捉えられている。よって、homeboundと閉じこもりは類似する概念であるが、明確に区別する必要がある。

### 閉じこもりの予測因子

これまで閉じこもりの定義、発生率、予後などについて述べてきた。以下には、閉じこもりの予測因子となるものについて述べる。これまでの実証的な研究から、閉じこもりは、身体的要因、心理的要因、社会的要因によって予測されることが示された（Table 1）。

また、Table 1に示した内容以外にも、宮原（2012）は、ライフスタイルが閉じこもりの予測因子になることを示した。ここでいう、ライフスタイルとは身体（健康増進のためのライフ

Table 1 閉じこもりの予測因子（山崎・安村, 2009, p537, 表1より一部変更）

要因	予測因子の内容	文献
身体的要因	歩行能力の低下	藤田他（2004）、新開他（2005b）
	日常生活自立度の低下	Katsumata, Arai, & Tamashiro（2007）
	下肢の痛み	渡辺他（2007）
	散歩・体操や運動をほとんどしない	藤田他（2004）
	認知機能の低下	藤田他（2004）、新開他（2005b）
	IADL 障害	藺牟田・安村・藤田・新井・深尾（1998）、新開他（2005b）
心理的要因	ADLに対する自己効力感の低さ	藺牟田他（1998）
	主観的健康感の低さ	藺牟田他（1998）、宮原（2012）、渡辺他（2007）
	うつ傾向	藤田他（2004）
	生きがいが無い	新開他（2005b）
社会的要因	高齢であること	藤田他（2004）、宮原（2012）、新開他（2005b）
	集団活動への不参加	藤田他（2004）、新開他（2005b）
	家庭内の役割が少ない	新開他（2005b）
	社会的役割の低さ	Katsumata et al.（2007）、新開他（2005b）
	親しい友人がいない	新開他（2005b）

Note. IADL = Instrumental Activities of Daily Living ; ADL = Activities of Daily Living

スタイル：「草取りなどの作業をする」、「お茶漬けに味噌をひかえる」、「健康診断を受ける」など）、心理（心の安寧をもたらすライフスタイル：「墓参りにはかかさずいく」、「明るく考えるようにする」、「何か挑戦することがある」など）、社会（社会参加に関するライフスタイル：「趣味がある」、「仕事（家事、はたおり、畑など）をしている」、「近所づきあいをする」など）の3つの要素から構成されており、それぞれの要素に合致するライフスタイルが多いほど、ライフスタイルが“良好”であるとされている。ライフスタイルが“不良”であるほど将来の閉じこもりの危険性が高くなる。閉じこもりを判定するライフスタイル得点のカットオフ値（宮原（2012）では10.5点）による正診率は93%であり、ライフスタイルが高い精度で閉じこもりの危険性を判別することができる。

### 閉じこもりに対する介入研究

閉じこもりは、それ自体は疾病ではなく、高齢期における多様な生活様式の中の一つに過ぎない。しかし、その生活様式の持続は身体的、心理的活動の低下をもたらし、廃用性のメカニズムによって、将来の寝たきりのリスクを高めることから支援する必要がある。

閉じこもりは歩行能力の低下などの身体的な要因以外にも心理・社会的な要因が関連しており、「高齢者のこころのケア」という視点からのアプローチが構築されている（藺牟田，2003）。

閉じこもり高齢者の心理的側面へアプローチするための介入法として、ライフレビュー（Butler, 1963）が使用されている。Butler（1963）は、人間は高齢になり死が近づくにつれて、過去を回想する頻度が高まるが、これは高齢者が自分の歩んだ人生を振り返り、整理し、その意味を探索しようとする自然で普遍的なプロセスであると考えた。そして、こうした高齢者の回想に対し、専門家が共感的受容の姿勢をもって意図的に介入することを通して、Erikson（1963）のいう老年期の発達課題であ

る「統合」や心理的な well-being が達成されるとした（黒川・斎藤・松田，1995）。ライフレビューは狭義の回想であり、構造化された質問によって児童期（例：「あなたの記憶していることで一番古いことはどんなことでしょうか」）、青年期（例：「思春期で一番楽しかったことは何でしょうか？」）、壮年期（例：「あなたがしていた仕事について話してください」）、老年期（例：「もし、もう一度人生を送るチャンスがあったら、今の人生を変えますか、変えませんか」）のライフストーリーを系統的に振り返る手続きを踏む。ライフレビューにより homebound の高齢者の人生満足度と心理的 well-being に効果があることが実証されている（Hight, 1988）。

閉じこもり高齢者に対する支援法において、ライフレビューの長所は、手続きの簡便性であると考えられる。実践的な問題として、閉じこもりの高齢者は病院などの施設に赴くとは考えられず、支援する場合には、現状では、介護士、看護師などが訪問することになるだろう。ライフレビューは手続き的に簡便で、サービスを提供する側にとって習得しやすく、実行しやすいものであると考えられる。また、サービス提供者にとってだけでなく、サービスを受ける側にとっても、この簡便性は重要である。通常、心理療法といえは、心理的な問題に関して「話す」ことが要求されるが、高齢者にとって、この作業は困難を伴う（Fisher & Goldney, 2003）。一方で、ライフレビューでは、高齢者は構造化された質問に沿って、内容的に制限のない発話を求められている。この類の行動は高齢者にとって容易であると想定される。

現在我が国で、閉じこもりに対して、実証的に効果を検討した介入法はライフレビューのみである。藺牟田・安村・阿彦（2004）では、準寝たきり、虚弱の閉じこもり高齢者に対して自宅訪問によるライフレビューによる介入が行われた（ただし、当研究での対象は現在の一般的定義による閉じこもりではなく、homebound に近い）。1セッションは約20分の健康情報の

提供と約40分のライフレビューから構成されており、合計6セッション実施された。その結果、介入群の方が対照群に比べて、統計的な有意差はないものの、主観的健康感や生きがいなどにおいて改善や維持率が若干高かった。また、外出頻度と自己効力感においては有意な差は認められなかった。また、山崎他(2010)では、閉じこりの高齢者に対してライフレビューを行い、その長期的効果(新規要介護発生と生命予後)を検討した。ライフレビューの手続きは藺牟田他(2004)に依拠していた。介入後、2年の観察期間を経て介入群と対象群を比べた結果、新規要介護発生率は、介入群の方が高かった。死亡率では、両群に有意な差は認められなかった。以上の介入研究の結果をまとめると、ライフレビューは、介入直後の心理的well-being(主観的健康感と生きがい)にはある程度の効果がある。しかし、その心理的改善もどれほど持続するかは検討されておらず、将来の新規要介護発生率ではネガティブな効果すらもたらす可能性が示唆されている。また、日常生活動作に対する自己効力感と実際の外出頻度には全く効果がない。すなわち、現時点でライフレビューによって閉じこりの行動変容を達成することは難しい。

山崎(2012)は、この現状を「閉じこり解消の効果が十分にあるプログラムは見受けられない」と評しており、閉じこりへの支援法の再構築が必要であるとしている。その第一歩として、閉じこりを不健康な行動として捉える動きが出現した。つまり、閉じこりは単に「家から外に出ないというライフスタイル」であり、その状態が長く続くと要介護状態をもたらす「不健康な行動」であるという考え方である。このように捉えることで、喫煙、飲酒、運動不足などに関する研究から生み出された行動変容理論が使用可能になるのである。

山崎・藺牟田・野村・安村(2014)はトランスセオレティカル・モデル(Transtheoretical Model: TTM; Prochaska & Diclemente, 1983)に焦点を当てた。山崎他(2014)では、

TTMの構成要素の一つである行動変容ステージについて検討された。その結果、外出に対する行動変容ステージが以下の5段階に分類された。すなわち、前熟考期(現在、閉じこもっており、これから先も外出する意思がない段階)、熟考期(現在は閉じこもりであるが、近い将来(6か月以内)には週1回以上、外出しようという意思がある段階)、準備期(現在は閉じこもりであるが、いますぐにでも(1か月以内)週1回以上は外出しようという意思がある段階)、実行期(閉じこもりの状態が解消してから6か月以内の段階)、維持期(閉じこもりの状態が解消してから6か月以上経過している段階)である。山崎他(2014)は行動変容ステージに分類することによって、各段階に適した支援方法が提供できること、さらに、簡易かつ有効なアセスメントが可能になると主張している。

また、TTMに基づく援助方法を確立するという方向性のなかで、TTMの構成要素の一つである自己効力感についても研究が進められている。自己効力感とは、ある行動を起こす前にその個人が感じる「遂行可能感」、自分自身がやりたいと思っていることの実現可能性に関する知識、あるいは、自分にはこのようなことがここまでできるのだという考え、のことである(Bandura, 1977)。山崎・安村(2009)は、人間の行動が変容するには、標的の行動に対する当人の自己効力感が強く関連しており、閉じこりの解消においても、日常的な動作や外出に対する自己効力感(山崎他, 2008)が最も強く関連していると想定している。山崎・藺牟田・橋本・野村・安村(2010)では、高い信頼性と妥当性をもった外出に対する自己効力感尺度の作成が開発され、今後、心理的介入の効果指標として使用されることが期待される。

これまで述べた一連の研究は、TTMに基づいた不健康な行動を望ましいものに変容させていくという流れに沿ったものであるが、現時点においては、具体的な介入法に関する研究はない。つまり、閉じこりに対する支援・予防方法の構築というプロジェクトの現状をまとめる

と、心理的 well-being を向上させることが実証されているライフレビューでは閉じこもりの解消には至らず、TTM に基づいた介入法について検討している、という段階である。

### 1 つ目の方向性： 活動性の増加を第一義とした援助

本稿での目的は閉じこもりに対する援助の方向性を考察することであった。この目的を達成するために、もう一度閉じこもりの問題について、根底にある背景から捉え直し、援助の方向性を提案する。

閉じこもりの問題が出現した背景は、寝たきりの増加に伴う、その予防の必要性である。さらに寝たきり状態に移行するのを未然に予防することで、介護保険に関する費用の削減につながる、という予算運営上の背景も関係するだろう。この寝たきりを予防することで費用を節約する、という目標から生成される最も単純なロードマップは、高齢者の外出頻度をあげるような援助方法を構築する、高齢者が外出するようになる、寝たきりになる高齢者が減る、それに伴い必要経費が減る、となるであろう。このことから、現在の閉じこもりに関する議論は、「家の外にでる行動の頻度が極めて少ない状態は不健康であり、家の外に出る行動の頻度を上げることが第一義」という価値を暗に包含している、といえる。

ここで、上に挙げた目標について、さらにもう一步踏み込んで考察していく。批判的に考えれば、家の外に出る行動、というのはトポグラフィによって定義されたもので、寝たきりへの移行を防ぐというテーゼを満足させるためには、標的行動として不適切である。なぜなら、家の外にでる行動が増加したからといって、必ずしも身体機能の低下が予防されるとは限らないからである。極端な例を言えば、週3、4回、家の外に出て5メートルだけ歩くようになったとして（この状態を外出頻度が増えた、と言うことは間違っていないだろう）、それが、心身機

能の低下を予防することになるだろうか。よって、機能的には身体活動を標的行動とする方が、役に立つ (successful working) であろう。ここでいう身体活動とは、スポーツ、趣味やレジャー活動から家事、庭仕事、歩行などの日常的な活動までを含む広範囲の運動を意味する。つまり、家の外に出る、という行動の頻度は、援助対象を選定するためには役立つであろうが、標的行動にするには不適切なのである。

以上の議論をまとめると、高齢者の活動性の増加が第一義であるという価値が、閉じこもりの行動変容における文脈である。この価値を自覚したときにはじめて、行動を変容することを目的とした援助は力づけられ、さらに、使用可能な行動のテクノロジーの選択肢が広がる。すなわち、行動のセルフモニタリング、達成基準を満たしたときに強化子を提示することなどである (Washington, Banna, & Gibson, 2014)。このようなアプローチを総合して随伴性マネジメントと呼ぶ。随伴性マネジメントによって、健常成人、高齢者、子ども、肥満の成人、脳損傷、発達障害児・者を含む様々な対象の活動性を増加させることに成功している (Washington, et al., 2014)。特に高齢者に注目すると、援助者の社会的強化による介入 (Desai, 2010; Matteson, 1986)、活動量のフィードバックによる介入 (Thompson, 2014)、両方を組み合わせた介入 (Perkins, Rapp, Carlson, & Wallace, 1986)、さらに、トークンを使用した介入 (Libb & Clements, 1969) の有効性が示されている。

随伴性マネジメント、特に援助者による社会的強化や活動量のフィードバックは、介護職員にとっても容易な方法であるため、実行可能性が高いと考えられる。今後、閉じこもり高齢者に対して、これらの方法を実践することで、介入の効果とプロセスを検討するような研究が待たれる。

## 2つ目の方向性： QOLの拡大を第一義とした援助

上に述べた、援助の方向性は、高齢者の活動性の増加に価値を置いたものであった。しかし、一方で、これまでの研究から明らかなように、高齢者の閉じこもりには、自己効力感や抑うつ気分、生きがいのなさなどを含む心理的要因と社会的役割の少なさや親しい友人の喪失などの社会的要因が関係しているとされる。よって、活動性の増加に価値をおく援助の方向性は、ある意味、これらの心理・社会的問題をひとまず棚上げし、顕現的な行動問題に対してアプローチしている、と捉えることもできる。

高齢者の不適応な行動を変容させるという文脈では、上に挙げた方向性は確かに役立つであろう。しかし、より広い文脈に立ったとき、われわれが直面する根本的な問題は、社会的に構築された老年期という人生の段階における心理・社会的な問題である。このような複合的な心理・社会的問題の解決を目標に置いたとき、そこで選択される援助の方向性とは、閉じこもりの高齢者の生活の質 (Quality of life : QOL) の拡大である。行動的な立場からは、QOLの拡大とは、正の強化によって維持される行動の選択肢の増大、を意味する (QOLを拡大するという作業を、このような形で表現することの意義に関する詳細な議論は、望月 (2001) を参照されたい)。

この行動的観点から見たときの QOL の拡大というミッションを達成するための援助方法として、著者はアクセプタンス&コミットメント・セラピー (Acceptance and Commitment Therapy : ACT) (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) を提案する。以下では、なぜ ACT が高齢者の閉じこもりに対して寄与しうるかを考察する。

ACT では、人間の心理・社会的な病理を心理的非柔軟性というモデルで捉える。心理的非柔軟性は、体験の回避 (内的な刺激を含む嫌悪刺激からの逃避・回避)、認知的フュージョン

(言語的なプロセス、すなわち、恣意的に適用可能な関係反応によって、刺激機能の変換が容易に生じている状態) によって、個人の価値に基づく行動が制限されている状態と定義される。ACT は、その処遇において、心理的に非柔軟な状態から心理的に柔軟な状態へと移行するプロセスを目指す。心理的に柔軟な状態とは、心理的非柔軟性と対になる概念である。つまり、心理的に柔軟な状態とは、言語的に構築された苦悩に自覚的になり、価値に基づいて行動している、という状態をさす。この状態は、アクセプタンス、脱フュージョン、今・この瞬間との接触、価値との接触、価値に基づく行動、というプロセスによって達成される。

高齢者の閉じこもりに関する心理的な問題を、心理的非柔軟性の枠組みから捉えると、主観的健康感の低さ、Activities of Daily Living (ADL) に対する自己効力感などの認知に関する問題と、生きがいのなさ、という価値に関連する問題に分類される。認知に関する問題は、damaged conceptualized self (Levy, 2003) の問題に要約されるだろう。damaged conceptualized self とは、高齢者が持つ、加齢に関するネガティブな自己概念のことである。閉じこもりの高齢者に関していえば、自分は外出することができない、自分の身体的な健康は損なわれている、といった自己概念が考えられる。高齢者にとって、これらの認知的な問題はほとんど事実に基づいたものである。確かに加齢とともに、身体機能が低下することは事実である。しかし、これらの自己概念が様々な場面に過剰に適用されることによって、心理的に非柔軟になる。つまり、生活体の行動調節において、言語によって構成された加齢に伴うネガティブな認知が優位になり、生活体が有意義な人生を送ることの障害となるのである。ACT では、これらの言語的プロセスと距離をとり、嫌悪的な私的出来事に対してオープンになることを目指す。このアプローチが心理的問題を抱えた高齢者の健康に寄与するという考察は、高齢者がネガティブな思考を抑制することに従事するこ

とは主観的な well-being と負の相関関係にある (Krause, 2007) という事実と、高齢期において、アクセプタンスと主観的 QOL の間には正の相関がある (Butler & Ciarrochi, 2007), という2つの研究結果によって支持される。

生きがいがないことは、価値に関連する問題であると言える。加齢に伴う環境の変化 (たとえば、身体的能力の低下, 社会的役割の変化, 社会的人間関係の変化) によってこれまでの行動パターンが機能しなくなることは容易に想像できる。たとえば、仕事に従事していた人が定年退職したとき、子どもが自立して家で夫婦二人の生活が始まったとき、配偶者を失ったとき、視力を失ったとき、聴力を失ったとき、運動能力を失ったとき、など年齢を重ねることによって、これまで強化されていた行動レパトリーが維持されているような環境が失われていく。行動的な関点から捉えると、生きがいを失うとは、つまりこのような環境の変化によってもたらされる、正の強化と接触する機会の喪失である。一方で、このことは高齢期においても、自ら環境を変える、あるいは行動を変えることで、正の強化と接触する機会を増大させていくことができる、ということの意味する (Skinner, 1983)。

ACT では、援助者との共同作業によって、対象者が価値と接触すること、そして価値に基づいた行動レパトリーが拡大することを、支援する。ACT における価値とは、言語的に構築された「結果」である。援助者との協働を通して対象者の価値を明確にするという臨床的作業によって、行動に内在していた、主要な強化子が確立される。つまり、援助者が価値を明確にすること、そして価値に基づく行動の生起の増大を援助することによって、被援助者の行動的 QOL が拡大することに寄与するのである。高齢者の援助という文脈においては、さらに、実際に行動を起こすために、どのような社会的サポート、あるいは身体機能の喪失を補うような機械的なサポートを得られるかを協働で探索する必要があるであろう (Petkus & Wetherell,

2013)。

これまでに、高齢者の全般性不安障害 (Wetherell et al., 2011), 高齢者の慢性疼痛 (Alonso, López, Losada, & González, 2013; Alonso-Fernández, López-López, Losada, González, & Wetherell, 2015) について ACT の効果が検証された。全般性不安障害に関する研究では、12セッションから構成された ACT プログラムからドロップアウトした参加者がいなかったことから、高齢者に対して ACT が実行可能であることが示された。しかし、全般性不安障害に対する治療効果は、より若い成人のそれよりも限定的であった。慢性疼痛に関する研究では、ACT によって、痛みの受容、破滅的信念と抑うつ症状、痛みに関する不安、痛みによる気分と歩行の障害度が改善したことが示された。これらの研究結果から、ACT が高齢者の心理・社会的問題に対して実行可能であり、効果を示す可能性があることが示唆される。

## 最後に

本稿において、閉じこもり高齢者に対する援助の2つの方向性を明確にした。活動性の増大に価値をおいた方向性と、行動的 QOL の拡大に価値をおいた方向性である。これら2つの方向性について、どちらが良いか悪いか、という議論は何も生まないだろう。それは、選択する価値観の問題だからである。しかし、研究者・実践家が、自分が進んでいる方向性を自覚することで、表面的な問題解決ではない、実践と密接に結び付いた理論に基づいた援助が可能になる。理論的な基盤があることで、単に、ある介入法が効くのか、効かないのかだけでなく、変化のプロセスが分析可能になるのである。著者は、閉じこもりに関する2つの方向性が明確になったことによって、今後の研究がさらに発展すると考える。

文 献

- Alonso, M. A., López, A., Losada, A., & González, J. L. (2013). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for older people with chronic pain: A pilot study. *Behavioral Psychology, 1*, 59-79.
- Alonso-Fernández, M., López-López, A., Losada, A., González, J. L., & Wetherell, J. L. (2015). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for institutionalized older people with chronic pain. *Pain Medicine*. Advance online publication. doi: 10.1111/pme.12885
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry, 256*, 65-76.
- Butler, J., & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of Life Research, 16*, 607-615.
- Desai, P. (2010). *Impact of telephone reinforcement on exercise maintenance predictors among older adults with arthritis* (Unpublished doctoral dissertation). University of Illinois, Chicago.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: W. W. Norton.
- Fisher, L. J., & Goldney, R. D. (2003). Difference in community mental health literacy in older and young Australians. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18*, 33-40.
- 藤田幸司・藤原佳典・熊谷修・渡辺修一郎・吉田祐子・本橋豊・新開省二 (2004). 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 日本公衆衛生誌, 51, 168-180.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: A experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hight, B. K. (1988). The therapeutic role of structured life review process in homebound elderly subjects. *Journal of Gerontology, 43*, 40-44.
- 平井寛・近藤克則・埴淵知哉 (2008). 高齢者の「閉じこもり」割合と居住地の人口密度の関連の検討 老年社会科学, 30, 60-78.
- 藺牟田洋美 (2003). 虚弱・「閉じこもり」高齢者に対する心理的介入の意義 東京保健科学学会誌, 6, 111-118.
- 藺牟田洋美・安村誠司・阿彦忠之 (2004). 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 日本公衆衛生誌, 51, 471-482.
- 藺牟田洋美・安村誠司・藤田佳典・新井宏明・深尾明 (1998). 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 日本公衆衛生雑誌, 45, 883-892.
- Katsuma, Y., Arai, A., & Tamashiro, H. (2007). Contribution of falling and being homebound status to subsequent functional changes among the Japanese elderly living in a community. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 45*, 9-18.
- Krause, N. (2007). Thought suppression and meaning in life: A longitudinal

- investigation. *International Journal of Aging and Human Development*, 64, 67-82.
- 黒川由紀子・斎藤正彦・松田修 (1995). 老年期における精神療法の効果評価——回想法を巡って—— 老年精神医学雑誌, 6, 315-329.
- Levy, B. R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journal of Gerontology*, 58, 203-211.
- Libb, J. W., & Clements, C. B. (1969). Token reinforcement in an exercise program for hospitalized geriatric patients. *Perceptual and Motor Skills*, 28, 957-958.
- Matteson, M. A. (1989). Effects of a cognitive behavioral approach and positive reinforcement on exercise for older adults. *Educational Gerontology*, 15, 497-513.
- 宮原洋八 (2012). 地域高齢者における閉じこもりとライフスタイルとの関連 ヘルスプロモーション理学療法研究, 2, 53-57.
- 望月昭 (2001). 行動的 QOL ——「行動的健康」へのプロアクティブな援助—— 行動医学研究, 6, 8-17.
- Perkins, K. A., Rapp, S. R., Carlson, C. R., & Wallace, C. E. (1986). A behavioral intervention to increase exercise among nursing home residents. *The Gerontologist*, 26, 479-481.
- Petkus, A. J., & Wetherell, J. L. (2013). Acceptance and commitment therapy with older adults: Rationale and Considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 47-56.
- Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- 新開省二・藤田幸司・藤原佳典・熊谷修・天野秀紀・吉田裕人・竇貴旺 (2005a). 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—— 日本公衆衛生誌, 52, 627-638.
- 新開省二・藤田幸司・藤原佳典・熊谷修・天野秀紀・吉田裕人・竇貴旺 (2005b). 地域高齢者におけるタイプ別閉じこもり発生の予測因子——2年間の追跡研究から—— 日本公衆衛生誌, 52, 874-885.
- 新開省二・藤田幸司・藤原佳典・熊谷修・天野秀紀・吉田裕人・渡辺修一郎 (2005c). 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 日本公衆衛生誌, 52, 443-455.
- Skinner, B. F. (1983). Intellectual self-management in old age. *American Psychologist*, 38, 239-244.
- 竹内孝仁 (1984). 寝たきり老人の成因——閉じこもり症候群について—— 松崎俊久・柴田博 (編) 老人保健の基本と展開 (pp.148-152) 医学書院
- 山崎幸子 (2012). 閉じこもり研究の動向と課題——心理的支援の観点から—— 老年社会科学, 34, 426-430.
- 山崎幸子・藺牟田洋美・橋本美芽・繁田雅弘・芳賀博・安村誠司 (2008). 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 日本保健科学学会誌, 11, 20-27.
- 山崎幸子・藺牟田洋美・野村忍・安村誠司 (2014). 地域高齢者の閉じこもり解消に対する外出行動変容ステージの分類——外出に対する自己効力感との関連から—— 老年社会科学, 35, 438-446.
- 山崎幸子・安村誠司 (2009). 閉じこもりの予防・支援からみた高齢者のこころの健康と地域社会の創造 老年精神医学雑誌, 20, 536-541.

- 山崎幸子・藺牟田洋美・橋本美芽・野村忍・安村誠司 (2010). 地域高齢者の外出に対する自己効力感尺度の開発 日本公衆衛生誌, 57, 439-447.
- 山崎幸子・安村誠司・後藤あや・佐々木瞳・大久保一郎・大野裕…辻一郎 (2010). 閉じこもり改善の関連要因の検討——介護予防継続評価分析支援事業より—— 老年社会科学, 32, 23-32.
- 安村誠司 (2006). 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, 453-459.
- Washington, W. D., Banna, K. M., & Gibson, A. L. (2014). Preliminary efficacy of prize-based contingency management to increase activity levels in healthy adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 47, 231-245.
- 渡辺美鈴・渡辺丈眞・松浦尊磨・桶口由美・渋谷考裕・臼田寛・河野公一 (2007). 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, 238-246.
- 渡辺美鈴・渡辺丈眞・松浦尊磨・河村圭子・河野公一 (2005). 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.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Ayers, C. R., Stoddard, J. A., Ruberg, J., Sorrell, J. T., … Patterson T. L. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy*, 42, 127-134.