

● 特集 ●

高齢者の心療内科的ケア

福祉・介護・予防*

● 多賀 努** / 加瀬裕子***

Key Words : welfare for the aged, long-term care insurance, preventive elderly care, dementia prevention, community development

はじめに

いわゆるストレス関連疾患や生活習慣病に関わる身体疾患は、従来の身体医学的な疾病モデル(bio-medical model)ではなく、心身医学的な疾病モデル[bio-psycho-socio-eco-ethical (medical) model]に基づく全人的な医療を行ったほうが、より早く軽快・寛解させられるといわれる¹⁾。では、高齢者福祉においてはどのようなモデルに基づいてケアが実践されているのであろうか。

社会福祉の領域では、1970年代から「医学モデル」ではなく「生活モデル」でクライアントを理解することが行われるようになった。本稿では、高齢者福祉・介護保険・介護予防を「生活モデル」の視点から読み解く。

高齢者福祉の視点 —生活モデルに基づくケア—

1. 高齢者ケアの特徴

社会福祉における個別援助の方法であるソーシャル・ケースワークは、19世紀末から20世紀初頭にかけてアメリカで体系化された。当初ソー

シャル・ケースワークは、「それぞれ異なった人々のために、彼らと協力することによって、彼ら自身と社会の向上を同時に達成するために、異なった事柄をなす技術である」と定義されていた。「人と社会」を向上するための技術であったソーシャル・ケースワークは、その後精神分析学の影響を受け、「個人と個人、および個人と社会環境との間に意識的にもたらされた適応をおして、パーソナリティを發展させる過程」と考えられるようになった²⁾。

ところが70年代に、黒人やマイノリティーの公民権運動が盛んになると、こうした心理療法アプローチは批判されるようになる。なぜならば、貧困や障害は個人のパーソナリティの問題だけではなく、社会の側の問題でもあることが明白になってきたからだ。

なんらかの形で自立を損ねているクライアントの「問題」を、病理として捉えるのではなく、人と環境をつながりがあるものとして考え、人と環境との相関関係と、それを基盤として展開される人の日常生活の現実として捉えることを「生活モデル」という。この視点からは、疾病さえも生活の一断面として把握される。

70年代以降は、エコロジカル・モデルやシステム理論を応用したクライアント支援が導入されるが、これらのモデルが基盤としたものが「生

* Welfare, nursing care, and preventive care.

** Tsutomu TAGA: (株)ポリテック・エイディディ[〒105-0014 東京都港区芝1-5-12 TOP浜松町ビル]; Polytech ADD, Inc., Tokyo 105-0014, Japan.

*** Hiroko KASE, M.S.: 早稲田大学人間科学学術院; Faculty of Human Sciences, Waseda University, Tokorozawa, Saitama, Japan.

活モデル]である。最近では、クライアントの力に依拠したストレングス・モデルやエンパワーメント・モデルによる支援が、とくに精神障害者を対象とするサービスでは不可欠のものとなっている。

一方、医学分野でも70年代に老年医学が登場し、高齢者を対象とする医療は従来の「医学モデル」では効果的に行われなかったことが、理解されるようになる。70年代後半から80年代にかけてのアメリカでは、高齢者についての差別や思い込みを糾そうとする運動が起こる。マッカーサー財団などの補助により大規模な調査が行われ、高齢者を世話の必要な弱者と捉える「神話」についての間違いが指摘された。

そのなかで一つの重要な概念が提唱される。「サクセスフル・エイジング」である。サクセスフルに年齢を重ねたといわれる高齢者を調査して、その要素を分析したところ、「病気を避ける (avoiding disease)」、「認知的・身体的機能を高く維持する (maintaining high cognitive and physical function)」、「社会にかかわる (engagement with life)」の3要素が抽出された³⁾。いい換えれば、「病気」、「認知・身体機能」、「社会性」が互いに影響し合い、高齢者の「生活の質(QOL)」が決まるという考え方である。

サクセスフル・エイジング(図1)の概念は、「生活モデル」によらねば読み解くことはできない。

とくに「社会にかかわる」という要素は、社会的な役割をもつ、あるいは社会貢献をすると解説される場合が多いが、人間が社会的動物である以上、他者に認められる・他者を認めるという行動を持続することは人間である証といえよう。

仮に寝たきりとなり、すべてを他者の手にゆだねなければ生活できなくなった高齢者でも、介護する人々に対し貢献することがある。介護とは、与えるのみでなく、与えられるものもある互恵的作用である。高齢者をそのような社会性をもった存在として理解することが、高齢者福祉の視点である。

2. 生活モデルと介護保険制度

「生活モデル」の考え方は、援助者が、本人・

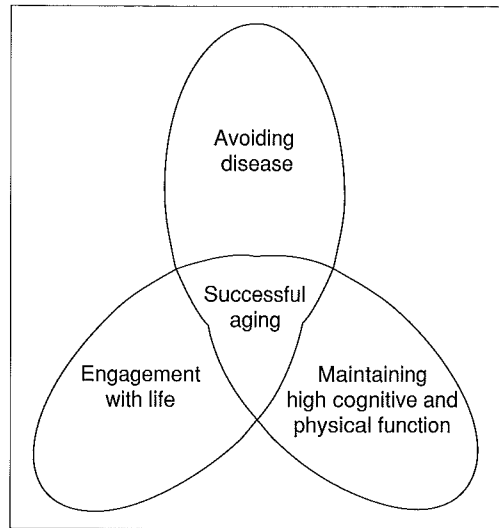


図1 サクセスフル・エイジングの要素 (components of successful aging) (文献³⁾より引用)

介護者・家族の能力開発や心身の機能改善、親族・近隣との関係、利用可能なサービス資源などを組み合わせて、QOLの向上を図るだけでなく、その相互作用によって問題状況が変化していく過程にも関心を払う。本人の日常生活動作能力(ADL)が改善し、介護者のストレスが軽減することによって家族の雰囲気明るくなり、それが本人の気持ちを明るくする効果を生むこともある。また、本人の認知機能が減退し買い物時の計算に手間取ることがあっても、商店街の協力を得ることによって本人を地域で見守る体制ができれば、一人暮らしであっても住み慣れた町に住み続けることができる。

「生活モデル」がうまく機能するためには、本人・介護者・家族・地域・事業者などが相互に連携・協力し合う仕組みが必要である。その仕組みの要となるのが、介護保険制度における「ケアマネジャー(介護支援専門員)」と「ケアプラン(介護サービス計画)」、そして、「地域包括支援センター」と「介護予防ケアプラン」である。「ケアマネジャー」や「地域包括支援センター」は相互連携・相互協力の調整主体であるが、調整する資源は介護保険給付サービスのみならず、本人などのニーズに合致した社会資源を幅広く活用する役割も与えられている。

そして、その計画的な実施を図るための仕組

みが「ケアプラン」や「介護予防ケアプラン」である。「ケアプラン」・「介護予防ケアプラン」の様式に共通する特徴として、4点があげられる。第1の特徴は、課題・目標・方策に関して本人・家族の意向を記載する必要があること、第2は、課題・ニーズの分析(いわゆるアセスメント)およびケアプランの達成目標を設定し記載する必要があること、第3は、介護保険事業の利用や本人・家族の取り組みだけでなくその他の社会資源の利用に関して記載事項があること、第4は、ケアプランに対し本人・家族が同意する必要があること、である。また、ケアプランの様式には、サービス担当者会議の記録、サービス評価の記載欄が含まれており、継続的な再調整の仕組みやいわゆるモニタリングの仕組みが組み込まれている。

介護保険制度は、「生活モデル」の理念を実現可能にしたという点では、たいへん先進的な仕組みといえるであろう。しかし現実には、さまざまな制度的な問題があり発展途上であることも事実である。たとえば、本人がプランについて十分理解せず、結果的にQOLの低下を自ら招く場合もある。また、「ケアマネジャー」などが利用者像を経験的に類型化し、利用者をそれらの類型化された利用者像に当てはめ、形式的にサービス計画を作成することによって、本人・介護者・家族のQOLの可能性を低めてしまう場合もないとはいえない。

「生活モデル」は高齢者を生活者として全体的に捉えるものである。しかしながら、ケアマネジャーの仕事の範囲は介護保険サービスのマネジメントを旨とするものであり、高齢者の「生活全体」を支援できる体制とはなっていない。入院治療と在宅介護の連携がとれない原因も、病院との連絡・調整がケアマネジャーの報酬に十分位置づけられていないことによる。まして商店街との連携を行っても、ケアマネジャーの努力に報酬上の評価はない。

また、健康の保持増進や能力の維持向上の観点から望ましいプランを作成しようとしたとしても、本人の同意を得るために多大な時間をかけて説明することはできないので、生活改善の必要なケースであっても、本人の意向という名

分のもとに妥協したプランを作成せざるをえない。介護保険制度にみられるこれらの問題点は、「生活モデル」という理念が内包する現実場面に対する弱点とも考えられよう。

高齢者の家庭におけるストレス —老老介護と介護負担—

1. 高齢者による高齢者の介護；老老介護の現状
心身症は、過剰な心理的(精神的)ストレスが長く生体を侵襲し続けることによって起こると考えられており、それらが心理的なストレス状態をひき起こし、心身症を発病させるといわれる⁴⁾。心理的なストレス状態をひき起こす場として、これまでは学校・職場などが主であったと考えられるが、高齢社会においては、そこに家庭を加える必要が出てこよう。

わが国の高齢化の状況は、「住民基本台帳に基づく人口・人口動態および世帯数」(総務省)によれば、平成20年3月31日現在、65歳以上人口が27,411,466人となっており、全人口に占める割合は21.6%である。全国的にみた場合、もはや5人に1人が高齢者という時代に入っている。他方、わが国の社会福祉政策は、平成元年の「高齢者保健福祉推進十か年戦略」(ゴールドプラン)を契機に、施設福祉サービスを抑制し在宅福祉サービスを主体にする方針転換を行った。住み慣れた家で生活し続けることは本人の願いであるが、一方で在宅生活を継続するためにかかる介護負担は、主たる介護者である家族に相当の影響を及ぼし、健康の悪化を招くことが知られている⁵⁾。

高齢者人口の増大とともに、高齢者が高齢者を介護する、いわゆる「老老介護」の世帯が確実に増加している。そこで、「老老介護」の実態を平成19年国民生活基礎調査(厚生労働省)からみてみよう。

図2をみると、平成19年現在、介護を必要とする者65歳以上と同居する主な介護者の47.6%は「65歳以上」、さらに11.6%が「80歳以上」である。主な介護者の半数近くが高齢者であり、しかも主な介護者の10人に1人は自らも超高齢者という「老老介護」の現状が統計からも顕著にみられる。

65歳以上の主な介護者について介護時間の状

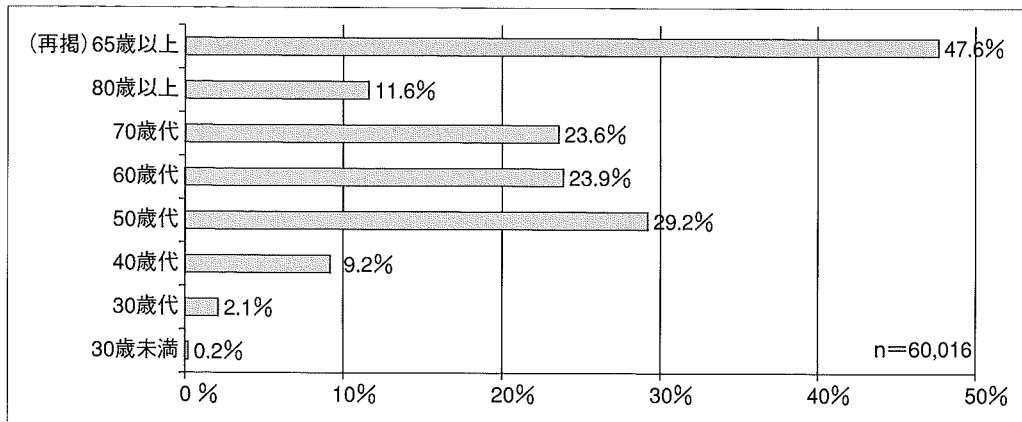


図2 主な介護者の年齢階級別構成比(介護を必要とする65歳以上の同居者)(平成19年国民生活基礎調査・厚生労働省)

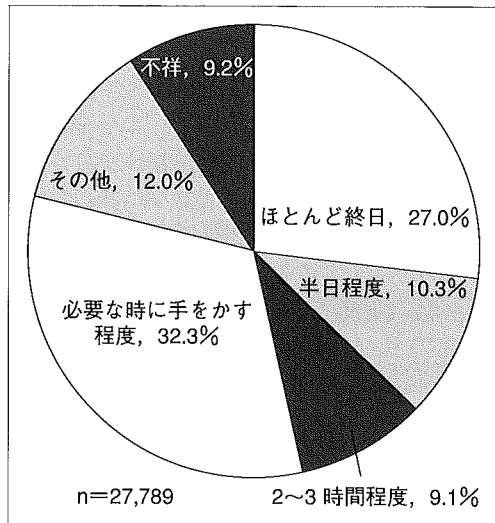


図3 65歳以上の主な介護者の介護時間別構成比(平成19年国民生活基礎調査・厚生労働省)

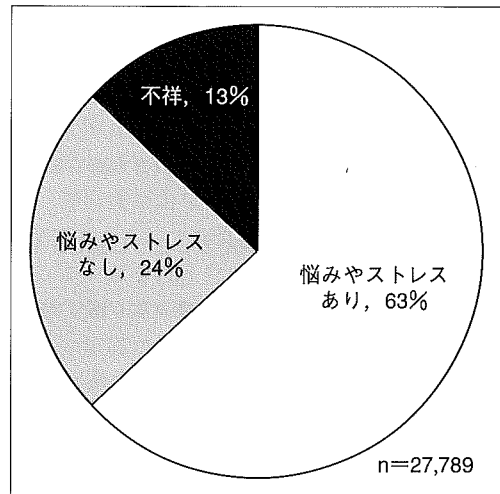


図4 65歳以上の主な介護者の悩み・ストレスの有無(平成19年国民生活基礎調査・厚生労働省)

況(図3)をみてみると、「ほとんど終日」が27.0%、「半日程度」が10.3%となっている(以下、被介護者は40歳以上を含む。ただし、うち65歳以上の被介護者が97%を占めるので、「老老介護」の現状をおおむね反映した統計であると考えられる)。65歳以上の主な介護者の3人に1人以上が、半日から終日の介護を行っていることがわかる。

65歳以上の主な介護者の悩み・ストレスの有無(図4)をみてみると、63%が「悩みやストレスあり」と回答しており、65歳以上の主な介護者の3人に2人が心身症予備軍とも受け取れよう。

「悩みやストレスあり」と回答した65歳以上の主な介護者について、悩み・ストレスの原因(図5)をみてみると、第1位が「家族の病気や介護」で78.6%、第2位が「自分の病気や介護」で39.4%などとなっている。10人に8人は「家族の病気や介護」が悩み・ストレスの原因となっており、10人に4人が「自分の病気や介護」が悩み・ストレスの原因となっている。原因の第3位は10人に2人の割合であるのに対し、第2位、第1位とその割合は倍々で増えている。しかも第1位(「家族の病気や介護」と第2位(「自分の病気や介護」)は、いずれも加齢に伴う不可逆的な原因と密接

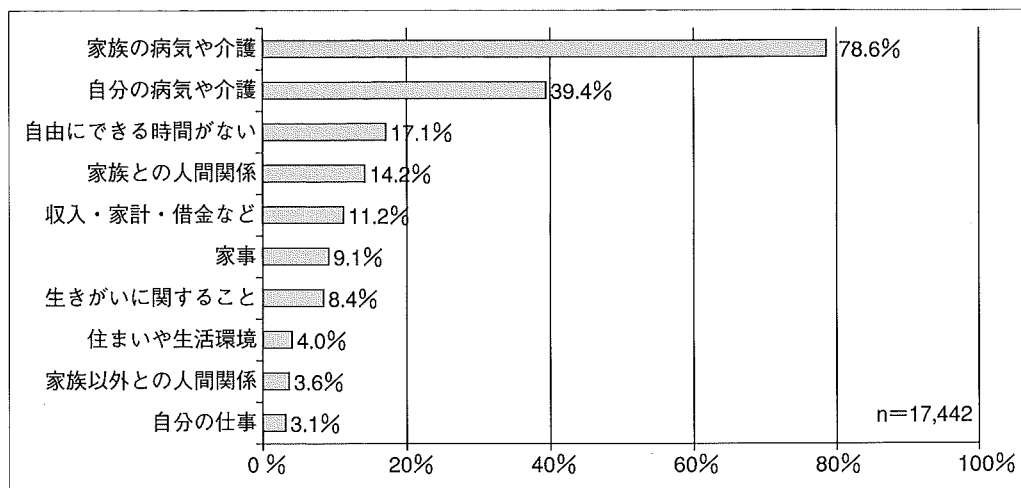


図5 主な介護者の悩み・ストレスの原因上位10(悩み・ストレスありに対する割合)(平成19年国民生活基礎調査・厚生労働省)

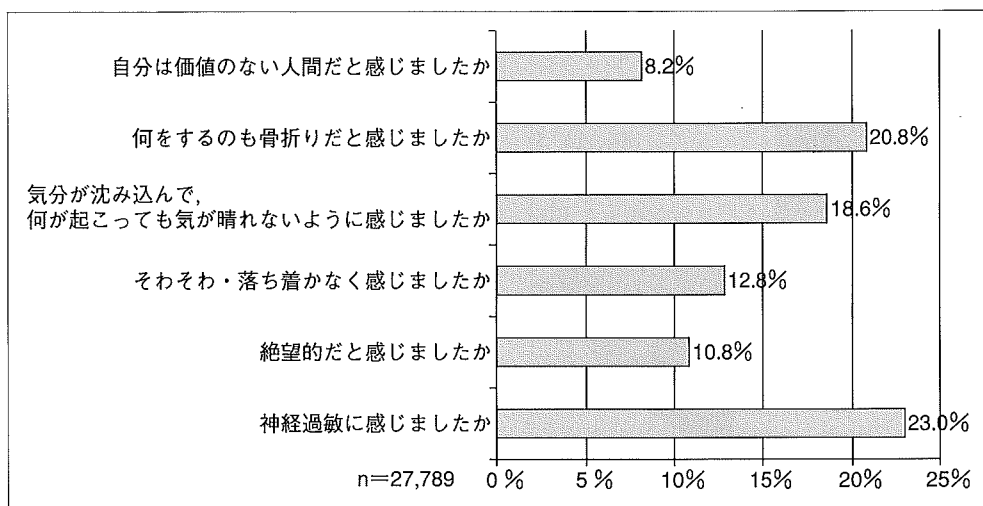


図6 65歳以上の主な介護者のこころの状態(「いつも」・「たいてい」・「ときどき」の和の割合)(平成19年国民生活基礎調査・厚生労働省)

にかかわっている可能性が高い。排除しがたい心理的(精神的)ストレスが「老老介護」という場で、主な介護者の生体に長く侵襲し続ける状況がみえてこよう。

65歳以上の主な介護者のこころの状態を、設問ごとにみでみる(図6)。「いつも」・「たいてい」・「ときどき」・「少しだけ」・「まったくない」の5件法で回答した結果のうち、「いつも」・「たいてい」・「ときどき」の回答数の和が占める割合をみると、回答数の占める割合がもっとも高いのは「神経過敏に感じましたか」の23.0%、次いで「何をす

るのも骨折りだと感じましたか」の20.8%、そして、「気分が沈み込んで、何が起ころしても気が晴れないように感じましたか」の18.6%などの順となっている。65歳以上の主な介護者の4人に1人が、いらいらを感じている様子うかがえる。

2. 認知症ケアと「家族の介護力」

認知症の周辺症状といわれる「BPSD(認知症の行動・心理症状)」は、とりわけ介護負担が重く、家族崩壊の直接・間接の原因となりうる。BPSDのなかでも夜間の不穏・失禁などに対する見守り・介護の負担感は重く、「被介護者がいなくな

ればよい」, 「死んでしまいたい」など虐待・自殺につながりかねない感情・思考が強まる⁶⁾。

認知症が理由で見守り・介助を要するのは、介護保険サービス受給の対象となる要介護(要支援)認定者のうち、どの程度いるのであろうか。厚生労働省が介護保険事業の統計から作成した平成14年9月時点の推計によれば、見守りがあれば自立して生活できる認知症高齢者(認知症高齢者自立度II以上)は、要介護(要支援)認定者全体の47.5%、在宅生活を送っているのは23.2%である。同様に、介護を必要とする認知症高齢者(認知症高齢者自立度III以上)は要介護(要支援)認定者の25.2%、在宅生活を送っているのは8.9%である。

また、平成14年9月時点の推計をもとに平成17年以降の将来推計を作成したところ(図7)、見守りがあれば自立して生活できる認知症高齢者(認知症高齢者自立度II以上)が65歳以上人口に占める割合は、平成22年時点で7.2%、平成42年以降は10%を越えるとみられている。

70歳の妻が80歳前半の認知症の夫を介護する「老老介護」の事例を紹介しよう。夫の介護保険における要介護状態は「要介護3」(立ち上がりや歩行などが自力ではできない状態で、排泄・入浴・衣服の着脱などは全面的な介助が必要)で、夕食の準備のためなどに週2回のホームヘルプサービス(「訪問介護」)を利用している。また、

表1 要介護(要支援)認定者の認知症高齢者自立度の推計(平成14年9月末時点)(万人)

	要介護者 要支援者		(再掲)認定時に 居宅に所在	
	推計値	対総数	推計値	対要介護・ 要支援者総数
・総数 (再掲)認知症 高齢者	314	—	210	66.9%
・自立度II以上 (再掲)認知症 高齢者	149	47.5%	73	23.2%
・自立度III以上	79	25.2%	28	8.9%

※[自立度II]日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる。※[自立度III]日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがときどきみられ、介護を必要とする。(「2015年の高齢者介護～高齢者介護研究会報告書～(2003年6月26日)」より作成)

認知症高齢者の自立度判定は「自立度III」(日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがときどきみられ、介護を必要とする)で、物忘れがかなり進んでいる。本人は1日に2箱ほどのタバコを吸うヘビースモーカーで、日中、タバコを吸うために2階の自室から1階の居間に降りてくる。本人には心臓疾患があり、それが原因で、階段を上り下りしている最中に意識が遠のくことがあった。それからは、本人が階段を上り下りする際、妻が必ず付き添うよ

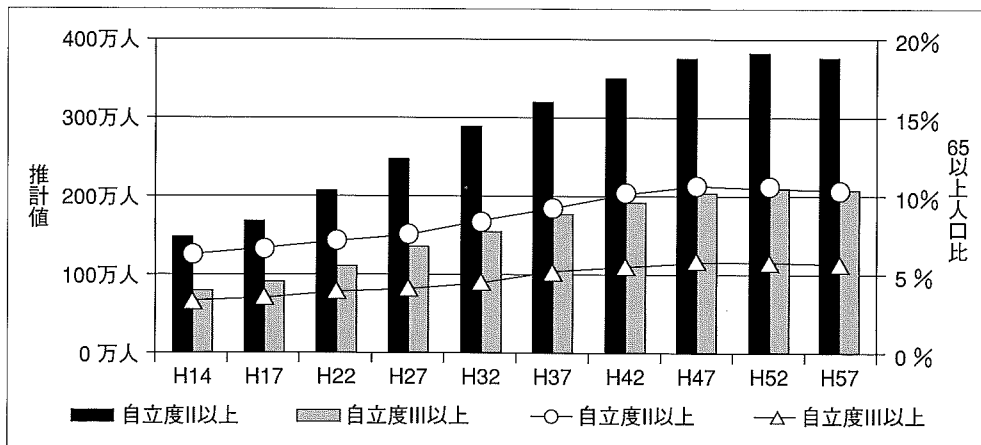


図7 要介護(要支援)認定者における認知症高齢者の将来推計

※「要介護(要支援)認定者の認知症高齢者推計値(平成14年9月末時点)と日本の将来推計人口(平成14年1月推計)から算出。(「2015年の高齢者介護～高齢者介護研究会報告書～(2003年6月26日)」より作成)

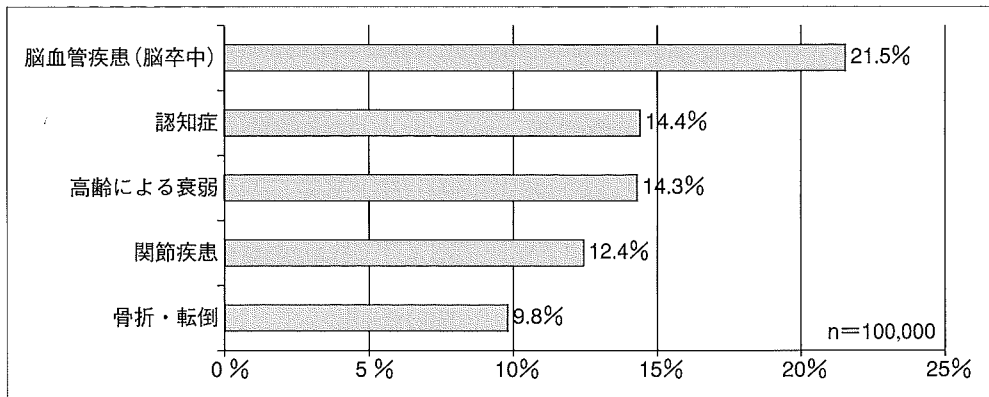


図8 65歳以上の介護を要する者の介護が必要となった主な理由上位5(平成19年国民生活基礎調査・厚生労働省)

うになった。妻は几帳面な性格で、ショートステイ(「短期入所生活介護」)やデイサービス(「通所介護」)などの介護保険サービスは利用していない。にもかかわらず妻にかかる介護負担は相当であり、肩・背中が痛い、胃が重い、だるくて起き上がれない、などの愁訴がある。

認知症高齢者を在宅で世話し続けるためには、各種サービスを活用すること以上に家族が自分たちの介護力を見極めることが大切である⁷⁾。たとえばアルツハイマー型認知症の場合、体験したことをひどく忘れる段階、失見当識や徘徊・物盗られ妄想が現れる段階、身近な人や自分自身さえ見分けがつかなくなる段階など、個人差はあるものの段階を追って進行していく。被介護者がアルツハイマー型認知症であることがわかったとき、今後、どのような「中核症状」・「BPSD(認知症の行動・心理症状)」が起ころうのか、そして、あらかじめ家族のなかで見守り・介護にさける人数・時間を検討し、「もし徘徊がみられるようになったら、私たち家族だけではケアは無理だ」、「近所に娘夫婦も息子夫婦もいるから、協力すれば、便失禁が現れるくらいまでは家族でケアできる」など、家族の介護力にあわせて各種サービスを利用する必要がある⁷⁾。

見通しをもち、家族の力と社会の資源をうまく組み合わせて介護に臨むことが介護負担を軽減するカギであり、また、このような観点から支援を行うことがたいへん大事である。

介護予防・認知症予防と「環境」 —地域づくりの必要性—

1. 廃用症候群と改正介護保険法

地域の65歳以上高齢者に対する東京都老人総合研究所(現 東京都健康長寿医療センター、以下同じ)の縦断研究によれば、日々の生活を自立して送ることのできる生活機能は、平成2年から平成12年のあいだに確実に向上している。とくに「前期高齢者(65~74歳)」の健康度はきわめて高く、もはや老人とは呼べない集団を形成している。一方、「後期高齢者(75歳以上)」は、老化に伴う心身の機能や生活機能の低下が顕在化する⁸⁾。介護が必要となる原因は、認知機能の低下や筋骨格系の虚弱化など加齢に伴う疾患が上位にあがってくるのが特徴である。

これらには、三つの共通する特徴があるといわれる。第1は、「年のせい」にされ疾病が見過ごされること、第2は、致命的な症状ではないので「生活の不具合」とされること、第3は、日常生活への障害が小さいため、当初は本人にも自覚がないこと、である⁹⁾、認知機能の低下や筋骨格系の虚弱化は使わないと機能が低下するが、使えば機能の維持・改善が可能である⁹⁾ことから、「廃用症候群」(生活不活発病)と総称される。「廃用症候群」は、廃用(使わないこと、生活の不活発、安静)で起こる全身の心身機能・生活機能の低下を指す。

改正介護保険法(平成18年4月施行)の改正、趣旨の一つは、要支援や要介護1の軽度者の増

表2 基本チェックリスト

No.	質問項目	回答(いずれかに○をお付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物などでむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

(注)BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。(厚生労働省老健局老人保健課。基本チェックリストの活用等について。事務連絡;2005年11月22日)

加が大きく、適切な対応により状態が改善することが期待されるにもかかわらず、状態の改善に十分つながっていなかった旧制度を予防重視型へ転換することである。あらたに「要支援1」・「要支援2」(日常生活の一部に介護が必要であるが、介護サービスを利用すれば心身の機能の維持・改善が見込める)の区分をつくり、対象者は「新予防給付」というかたちで介護保険給付事業の各種サービスを利用するとともに、新設された介護予防事業のプログラム(「運動器の機能向上」・「栄養改善」・「口腔機能の向上」)も利用できる仕組みをつくった。また、介護保険給付事業のほかに地域支援事業を創設し、介護予防事業のプログラムとして「運動器の機能向上」,「栄養改善」,「口腔機能の向上」だけでなく、「認知症予防・支援」などのプログラムも事業化された。

介護予防事業のプログラムの主な対象はハイリスクアプローチ(「介護予防特定高齢者施策」)

で、基本健康診査で使用される「基本チェックリスト」(表2)によって特定高齢者の候補者が選定される。「基本チェックリスト」の1~25の各項目は介護予防事業のプログラムと対応関係にあり、「運動器の機能向上」は項目6~10,「栄養改善」は項目11~12,「口腔機能の向上」は項目13~15,「閉じこもり予防・支援」は項目16~17,「認知症予防・支援」は項目18~20,「うつ予防・支援」は項目21~25と対応している¹⁰⁾。「新予防給付」と「介護予防事業」は改正介護保険法で創設された「地域包括支援センター」が「介護予防ケアプラン」を作成し、それに基づいて実施する。また、「新予防給付」と「介護予防事業」の二つの「介護予防ケアプラン」は、様式が共通している。このような仕組みとなっているのは、厚生労働省によれば、「新予防給付」の対象者である「要支援1」・「要支援2」と「介護予防事業」の対象者である「特定高齢者」が、生活機能の変化により「新予防給付」と「介

「介護予防事業」のあいだを行き来する可能性があるためである(老健局振興課・老人保健課「介護予防ケアマネジメント・ケアプラン様式について」)。

2. 地域づくりの必要性

介護予防は、「介護予防ケアプラン」の作成だけでは利用者の実践に結びつかない。たとえば、転倒骨折予防教室をすすめても、本人に行きたい気持ちがわかなければ行かない。介護予防は本来、目的を達成するための手段であるので、介護予防の必要性や元気になった後のことを明確に示すことが必要である。また、「介護予防ケアプラン」と組み合わせるインフォーマルなサポートが少ないと、介護予防はうまく進んでいかない¹¹⁾。こうした課題は、脳血管障害後に後遺症の残った高齢者のリハビリテーションの問題と同じである。脳血管障害で歩けなかった高齢者がリハビリテーションによって歩けるようになって、歩けることによってどのような生きがいがあるのかが明確でないと、訓練期間終了後に短期間でもとの状態に戻ってしまうことが少なくない¹²⁾。ここでも、「社会にかかわること」が「心理的・身体的機能を高く維持」することに影響を及ぼすことがわかる。

また、「特定高齢者」の場合、足下が覚束なくらいに低下していた下肢筋力が、介護予防のプログラムによって自力歩行できるまでになった後には、その力を自分で維持・改善する場が必要になる。「特定高齢者」への支援とは、プログラムを行うことが目的化してはならず、プログラムによって変わった「特定高齢者」が地域とつながり地域の一員として生活できるように、地域全体で支える仕組みをつくることこそ目指すべきである。そのためには、新たな事業の開発だけでなく、既存の公民館事業やその他の事業の掘り起こしなども必要である¹³⁾。

介護予防時代の地域支援ネットワークは、従来型の「介護・見守り機能」とより積極的に自立を働きかける「自立・生きがい機能」の二つに大別される¹⁴⁾。

「介護・見守り機能」については、たとえば、羽曳野市の「あんしんシステム」がある。「あんしんシステム」は、一人暮らし高齢者・高齢者世帯を主な対象として、小学校区単位に見守りや声

かけを行う仕組みである。高齢者が登録を希望すると、近隣の支援者・近親者、担当ケアマネジャー、主治医などの情報を社会福祉協議会・行政・消防などのコンピュータに登録し、日常的な見守りなどのために情報を共有する。また、校区単位に「地域ケア推進チーム」を開き、民生委員も交えたケース会議を行う¹⁵⁾。また、東京都A市の「高齢者見守り支援ネットワーク」は、地域住民、近隣の店舗・事業所、地域包括支援センターが連携し、健康に不安があるが近くに家族・友人がいない一人暮らし高齢者・高齢の夫婦世帯を訪問・様子見する仕組みである。一人暮らしでなかなか外出できない高齢者を、「ふれあい見守り推進員」(地域の一般市民)が定期的に訪問している。事業と協力体制にある公共公益機関(警察・消防・郵便局・清掃)も、業務のなかで見守りを行っている。東京都B区では「高齢者見守り訪問員」(地域の一般区民)が65歳以上の一人暮らし高齢者を週1回訪問し、声かけや戸外からの見守りを行っている。訪問時には担当課や関係課が作成する情報紙を届けており、健康の維持・増進にかかわる知識やさりげない話題の提供を行っている。

「自立・生きがい機能」は「当事者団体」の育成と「当事者支援団体」の育成の二つがある¹⁴⁾。東京都老人総合研究所では認知症発症の危険因子を低減する生活習慣を身につけるプログラムを、地方自治体と協力して実施している。このプログラムの特徴はグループワークが主体であり、ファシリテーターが一定期間、プログラムやグループワークを支援した後、グループの自主活動化が目差される¹⁴⁾。東京都C区では、自主化したグループが地域の高齢者を巻き込んで、活動の輪を広げている。これは「当事者団体」の事例である。一方、「当事者支援団体」の育成事例としては、筆者が東京都B区と数年にわたり取り組んできた「認知症予防推進員」活動があげられる。認知症発症の危険因子を低減する生活習慣を地域に広げたい一般区民を募集し、認知症やその発症遅延の知識・方法を身近な住民に広げる手法を講座で学んでもらう。講座終了後は、個人やグループが地域のなかで自主活動を行ったり、行政事業に協力したりする。自主活動で

は、高齢者の集まる施設に出向くほか、公園に地域の高齢者を集め、認知症の発症遅延に効果のある健康体操を体験してもらうなどの取り組みを行っている¹⁴⁾。

高齢者が社会と接点をもつため、地域社会の側に仕組みをつくる一方、老人の心身症の治療の手法として重要な点の一つが、「社会的な活動へ参加できるようにすすめる、対人関係の拡大を図るようにする」¹⁶⁾ことであろう。しかし、自分のからだに起こっている心理ストレスの影響や「廃用症候群」に気づかず、予防の大切さに興味がもてなければ、たとえ予防に関するさまざまな手立てを提供しても継続することは難しい。「今までしていたことで、しなくなったことはありませんか」、「本当はしたほうがいいと思っただけけれど、していないことはありませんか」¹⁰⁾などの問いかけは、本人の興味をひき出す一つの方策である。

むすびにかえて

高齢者をケアする際には、疾病や障害を高齢者の生活全体から捉えることが重要であり、介護保険や介護予防についても、生活にとっての意味を考慮することがきわめて有効であることが理解されつつある。高齢者医療の中で、生活モデルによるアプローチが広がることは、今後、とくに重要な課題となろう。

文 献

- 1) 吾郷晋浩. 一般心療科医に望むこと. 末松弘行・編. からだの科学 2007 ; 254 : 30-3.
- 2) 黒川昭登. 臨床ケースワークの基礎理論. 東京 : 誠心書房 ; 2007. p. 112-3.
- 3) Rowe JW, Kahn RL. Successful Aging. New York : Dell Pub ; 1998. p. 39.
- 4) 樋口正元. 何がストレスになるか. 筒井末春・編. こころの科学 1987 ; 15 : 26-30.
- 5) 朝田 隆. 医療と介護-家族介護と介護負担. 三好功峰・編. 臨床精神医学講座S9巻—アルツハイマー病. 東京 : 中山書店 ; 2000. p.470-81.
- 6) 大西丈二, 梅垣宏行, 鈴木裕介, ほか. 痴呆の行動・心理症状(BPSD)および看護環境の介護負担に与える影響. 老年精神医学雑誌 2003 ; 14 : 465-73.
- 7) 加藤伸司. 認知症になるとなぜ「不可解な行動」をとるのか. 東京 : 河出書房新書 ; 2005. p. 198-202.
- 8) 鈴木隆雄, 大淵修一・監修. 指導者のための介護予防完全マニュアル. 東京 : 東京都高齢者研究・福祉振興財団 ; 2004. p. 2-4.
- 9) 大淵修一. 介護予防機能を充実させるための視点. 月刊福祉 2006 ; 10 : 28-31.
- 10) 厚生労働省老健局老人保健課. 基本チェックリストの活用等について. 事務連絡 ; 2005年11月22日.
- 11) 早乙女誠一郎, 中澤 伸, 福田真理, ほか. これからの在宅介護支援センターと介護予防. 介護保険情報 2004 ; 8 : 46-53.
- 12) 松田晋哉. これからの介護予防の戦略. 保健師ジャーナル 2006 ; 62 : 900-6.
- 13) 山田圭子. 介護予防ケアマネジメントの実践上の課題. 月刊福祉 2006 ; 10 : 32-5.
- 14) 多賀 努. 地域支援ネットワークの構築—地域包括支援センターの活動を含めて—. 日本在宅ケア学会誌 2007 ; 10 : 13-5.
- 15) 栞野章二郎. 羽曳野市での地域ケアネットワークづくり—「ふれあいネット雅び」の取り組みについて—. 月刊福祉 2005 ; 1 : 58-61.
- 16) 樋口正元. 老年期と心身症—この時期に対象となる心身症—. 武正建一・編. 精神科MOOK24 心身症. 東京 : 南江堂 ; 1989. p. 73-9.

* * *