

介護予防活動の検討 ～団塊の世代の高齢期への移行～

ふじもとすえみ はら まさよ
藤本末美 原 政代 (共同執筆者)

〈要 旨〉

2007年3月、団塊の世代が定年を迎えた。団塊の世代は従来のおおよそ2倍の人口を持っており、その人口の社会に与える影響は大きい。今回、保健福祉の観点から団塊の世代の高齢期への移行について考える。従来から一般的に75歳頃から要介護率が増加傾向にある。単純に考えても、15年後つまり、2022年には現在のおおよそ2倍の要介護人口が増えることになる。しかも、この人口の増加は、2007,2008,2009年と続き、そのままの人口が第20回生命表(完全生命表)によると、平均寿命である男性77.72歳、女性84.60歳(2005年)まで伸びることになる。国としても今後は様々な政策を打ち出してくると思われる。

こうした状況にあって、どの人々も自分らしさを失わないでそれぞれの人生を過ごしてほしいと思う。この観点で、一つには、政策上の介護予防に焦点をあて、現在までの政策の変化をたどることで今後の政策の方向性をさぐる。二つには、これからの時間を人々が自覚することで、介護予防の視点で日常生活を営み、かつ、楽しく、社会に貢献できる高齢期の過ごし方等について検討する。

〈キーワード〉

団塊の世代 高齢期の生活 介護予防活動 地域包括支援センター 地域保健福祉活動

I はじめに

2007年(平成19年3月)、団塊の世代が定年を迎えた。わが国では定年の多くは60歳を示している。しかし、2007年3月の60歳定年は、今までに例をみない多さで、従来の定年になる人口の約2倍となっている。従来から誰も皆60歳で定年を迎え、第2の人生を歩んできているが、少子・高齢化の時代を迎えて、今後どのような高齢期を過ごしていくことになるのだろうかさまざまな課題が考えられる。

今回、団塊の世代の老後について検討するにあたって、一つには、人々は高齢期への移行をどのように過ごしているのだろうか、様々な角度から検討を加えること。二つには、今まで行政は、高齢期への政策をどのように行ってきたのだろうか、今後の課題につい

て介護予防に焦点をあてて検討し方向性をさぐる。

<用語の定義>

- (1) 「地域包括支援センター」の機能と活動:地域包括支援センターは、「地域包括ケア」の中核となる機関である。その機能としては、①総合相談・支援、②虐待の早期発見・防止などの権利擁護、③包括的・継続的ケアマネジメント支援、④介護予防ケアマネジメントとなっている。
- (2) サクセスフル・エイジング:健康で長寿であることや活動的で社会関係が維持されていること自体をサクセスフル・エイジングとするのではなく、それらが老後生活観にどのようにそしてどの程度影響を与えているかを明らかにする。
- (3) アクティブ・エイジング:単に身体的に活動的ということではなく、社会的、経済的、精神的、文化的、政治的な事柄に継続的に参加・関与することを通じて、家族、友人、地域、社会に貢献すること。
- (4) プロダクティブ・エイジング:個々人の楽しみや生きがいに収斂する活動ではなく、個々人の楽しみと同時に「社会に貢献する」活動である。
- (5) アンチエイジング:抗加齢医学と呼ばれ、その予防と治療は食事・運動・精神指導といった生活指導からサプリメント指導・薬物療法に至るまで多岐にわたる。
- (6) T&L 2007:タイム&ライフ研究会(早稲田大学文学学術院)、2007年12月発行の研究誌名。

II 研究方法

- (1) 調査期間:2007年10月~2008年6月
- (2) 調査対象および調査内容、方法:
 - 1) K県K市「ミニデイケア」への参与観察
保健師1名へのインタビューおよび「脳卒中機能回復訓練教室」の活動経過資料
 - 2) Y県Y市地域包括支援センターへの参与観察
保健師1名へのインタビューおよび活動関係資料
 - 3) T&L研究会の合同ミーティングへの参与観察
メンバー9人へのインタビュー、および研究会記録、関係資料
- (3) 分析:関係資料およびインタビュー内容を質的分析し、検討した。

Ⅲ 研究結果

1. 介護予防を考える市および国の政策転換の経緯

～介護予防を考える活動の原点としての「脳卒中機能回復訓練教室」K県K市の活動事例を通しての展開～

(1) K市の「脳卒中機能回復訓練教室」の活動の試みから

1970年K市N保健所では、国民保険の高額医療費の対象者として、寝たきり老人に注目し、寝たきり老人の実態調査を実施し現状を把握した。対象者の多くは、医療機関での入院治療訓練は一応修了して退院するが、自宅ではその訓練が困難であることがわかった。そこで、「脳卒中機能回復訓練教室」（以下「リハ教室」）では、病院から退院して自宅療養に入った人を対象に、訓練の場を提供することとした。始めるにあたって、管内のリハビリ病院と連携して、医師、PT、保健師等による訪問リハビリを開始した。その後、保健所管内の寝たきり老人とその家族を対象者にして「意欲をもって生活ができるように」と考え、起き上がらせるプログラムを取り入れた「リハ教室」を月1回開催するに至った。この教室では、健康管理、寝起き動作の訓練、リハビリ体操、手足の訓練、歩行訓練、家事等家庭生活への復帰訓練、情報交換等を行った。

この「リハ教室」は、1978年にT保健所管内へと伝播し、市内の2箇所では「リハ教室」が行われるようになった。このような経過を経て、1981年のK市の取り組みとして、「在宅ねたきり老人等訪問」の実態把握を行うに至った。こうして、1982年T保健所管内で3箇所目、1983年S保健所管内で4箇所目の「リハ教室」が開設した。

(2) 国の政策として、老人保健法による「機能訓練」事業のK市への導入の経過

1983年には、老人保健法が制定され、老人保健法に基づく保健事業が展開されることになった。この保健事業の一環として、「機能訓練」があげられ、全国一斉に「機能訓練」を開始することになった。その後、1989年、さらに「機能訓練」A型（基本型）、「機能訓練」B型（地域参加型）が提示され、それぞれのタイプ別の「機能訓練」が行われるようになった。A型（基本型）の対象者は、40歳以上の者で、① 医療終了後も継続的に訓練を行う必要のある者 ② 必要な訓練を受けていない者 ③ 老化等で心身機能が低下している者で、その内容は、歩行、起き上がり等の基本動作の訓練。食事、衣服の着脱等の日常生活動作の訓練。習字、絵画、陶芸、皮細工、くみひも編等の手工芸。レクリエーションおよびスポーツ。B型（地域参加型）の対象者は、老化等により心身機能が低下している者のうち、日常生活自立度判定基準「J」ランクに相当する者で、その内容は、レクリエーション、スポーツ、絵画・工芸等の創作を

主体とした活動。交流会、懇談会および地域の諸行事への参加等を主体とした活動としている。

(3) K市は介護予防的視点における、「リハ教室」から地域リハビリテーションとしての「リハ教室」の活動展開へ

K市では、「リハ教室」から始まった活動をさらに、対象者のニーズやデマンドにあわせた活動として展開しており、ボランティアなど地域住民を巻き込み、文字どおり、「地域リハビリテーション」としての活動として展開していった。これらの活動は、K市内7区に広がり、市内全域の活動となりその連携の場として、活動利用者による運営によって、「K市リハ連携運動会」が催されるようになった。

(4) 国の政策の変更にもなう「リハ教室」の見直し～保健活動としての老人保健法による「機能訓練」から、福祉活動としての介護保険制度による「予防重視型システム」への転換～

2000年4月介護保険法が施行され、2006年4月介護保険法の見直しにより、「予防重視型システム」へと政策が転換した。K市もこれにもなって保健事業としての「機能訓練」事業が見直された。その対象者として、40歳以上65歳未満の者で、疾病・外傷その他の原因による身体または精神機能の障害または低下に対する訓練を行う必要がある者に変更となった。内容としても、国は市町村保健センター等相当と認められる施設で実施するとして、内容も転倒予防、失禁予防、体力増進等を目的とした体操。習字、絵画、陶芸、皮細工等の手工芸。レクリエーションおよびスポーツ、交流会・懇談会等となって保健の視点での保健活動から福祉の視点での介護予防へと転化していった。

こうして、保健活動としての老人保健法による「機能訓練」は、活動の対象者を規定するとともに、ゴールドプラン21とその関連政策のなかで「今後のわが国の高齢化の進行と介護保険制度の施行のなかでゴールドプランの再検討課題となっている」として、2006年4月、改正介護保険法において、介護予防・地域支えあい事業などを廃止した。そして、2000年4月から介護保険制度が実施された。施行後5年の制度見直しを行い、2006年4月から改正され施行されている。機能訓練・リハビリの視点では、第2の「予防重視型システム」への転換を注視したい。①介護予防を重視した新予防給付の創設。施行後、軽度の要介護者が大幅に増加している状況を踏まえ、要介護状態等の軽減や悪化防止に効果的な予防給付を創設し、新要支援者を対象とする。そのマネジメントは、市町村が主体となって運営する「地域包括支援センター」が行う。としている。②地域支援事業の創設。従来の老人保健事業（65歳以上）や介護予防・地域支え合い事業等

を再構築して、市町村は、要支援・要介護になるおそれのある高齢者を対象にした介護予防事業や総合相談事業、権利擁護事業等を実施するとしている。

(5) 保健活動としての「機能訓練」 B型は、その後、福祉領域・社会福祉協議会の活動へと展開していった（表1「リハ教室」発足からミニデイケアへ発展した経過を参照）

1993年、行政政策の変化の中で、「ミニデイケア」はK市全域で福祉領域の活動モデル事業として、社会福祉協議会が取り組んだ、「ミニデイケア」へと変化していった。ここで言う「ミニデイケア」のモデル事業開始の少し前に、1993年民生委員による第一活動事例があり、第二事例として、浴場組合事例がある。これらと同時にモデル事業としての「地域リハ」を開始するに及んだ。これがきっかけとなって活動が伝播し、最初のモデル事業として受け入れたT区では、1999年に8事例が活動を開始し、現在10事例の活動を見ている。

こうして広がった、「地域リハ」は、現在ではミニデイケア・「すこやか活動」として、市内全域で活動を行っている。

表1 「リハ教室」発足から「ミニデイケア」へ発展した経過

年号	活動の動機	活動の実際	対象者	地域活動ネットワーク
1978	国保のレセプトから、寝たきり老人の実態調査	家庭訪問による調査	寝たきり老人	
1979	実態調査の結果、在宅家庭訪問による指導の開始。	N保健所寝たきり老人の訪問	寝たきり老人	管内病院（関東労災病院）のリハ医師、リハビリPT・OTと保健師の同伴訪問指導
1979	「脳卒中機能回復機能訓練教室」（「リハ教室」）の開設	「リハ教室」開設	寝たきり老人	保健師によるリハビリ病院への研修。同上病院のスタッフの協力指導。 対象者の入院先病院との入退院の様式による連携
1983	老人保健法による保健事業「機能訓練」となる。	「機能訓練」が市内全域に広がる	虚弱高齢者	
	老人保健法の見直しとして、「機能訓練」A型、B型（地域参加型）となる	「機能訓練」A型、B型	虚弱高齢者	保健所から離れた地域での「リハ教室」をB型として再編成する。
1989～1993	福祉領域から自主活動開始	ミニデイ	虚弱高齢者	民生委員活動や、浴場組合からの「ミニデイ」開始
1989～現在	社会福祉協議会モデル活動	ミニデイ	虚弱高齢者	地域での「リハ教室」が「ミニデイ」に吸収され、T区内に広がる。その後市内全域に広がる。その後「すこやか活動」として活動している
2000～現在	介護保険の改正にともなう介護予防活動として再構築	介護予防	介護保険1、支援者	地域包括支援センターでの活動として発展し活動を継続している。

2. 介護保険改正による介護予防システムとしての「地域包括支援センター」の現状 ～Y県Y市の「地域包括支援センター」の2年間の活動事例より～

(1) 地域包括支援センター（2006年4月～2008年3月）の実際

Y市の概況は、人口推移と将来推計についてみると、人口推移については、年々人口が減少傾向にあり、2008年には379千人である。そして2014年には362千人と予測される。また、高齢者人口の推移と将来人口については、高齢者人口が2014年度には約10万人になると予測されるとともに、75歳以上の後期高齢者の割合が増加傾向にある。高齢化率と将来推計については、2008年度の予測では23.9であり、2014年度には28.4になる見込みである。要支援・要介護認定者数の推移は、要介護1以下の軽度認定者の数は鈍化し、要介護2以上の認定者数が増加傾向にある。

地域包括支援センターの活動は、2006年4月より日常生活圏域を15圏域に分け、地域包括支援センターを直営1箇所、委託7箇所設置して運営している。在宅介護支援センター19箇所については、老人福祉法に基づく業務を行いながら、ランチとして地域包括支援センターから委託する形をとっており、地域包括支援センターへつなぐための活動、高齢者福祉サービスの申請の取り次ぎの一部を行っている。

表2 地域包括支援センターの設置状況

地域包括支援センター名称	受託法人
第1圏域	社会福祉法人
第2圏域	医療法人
第3圏域	社会福祉法人
第4圏域	社会福祉法人
第5圏域	社会福祉法人
第6圏域	社会福祉法人
第7圏域	NPO法人
第8圏域	Y市直営

市の取り組みとしては、表3「市の取り組み経過」で見ると、地域包括支援センターの連絡調整として、各地域包括支援センター連絡会議を本庁において毎月開催し、各地域包括支援センターの活動がスムーズに行えるよう方向づけと連絡調整を図る。2007年度は、活動方針を「地域の包括的ケアのためのネットワークの構築をめざしていく」とし、地域包括支援センター毎に活動計画を作成し、困難事例の検討、情報交換、相談を通して地域に応じた活動を展開することとした。また、ネットワーク会議に加え、職種間連携を図るため専門職種間連絡会議を持ち回りで毎月開催することとした。

表3 市の取り組み経過

2006 年度	2006年度委託契約 連絡会議による市の方針と事務手順について決定していく 介護予防支援手順の作成（別紙のとおり） 現地巡回指導（各地域包括支援センターの状況確認と計画進捗状況等の確認） 地域包括支援センター運営協議会開催 困難事例の把握 介護予防の取り組み状況交換会（介護保険監視委員との交流） 在宅介護支援センターとの連携強化について（文書発送と会議の開催） 居宅介護支援事業所への協力依頼 2007年度の全体の活動方針と計画の策定
2007 年度	2007年度委託契約地域包括支援センター運営協議会開催 2007年度地域包括支援センター毎の活動方針と事業計画に基づいた事業の実施 ネットワーク会議（月1回）、専門職種間連絡会議の開催（報告書提出）等 上半期事業報告書の提出（地域包括支援センター、在宅介護支援センター） 現地巡回指導（各地域包括支援センターの状況確認と活動計画進捗状況等の確認） 第7圏域地域包括支援センターの設置者交替のための公募選定と事務引継ぎ Y県地域包括支援センター交流会における実績発表の支援 2007年度のまとめと2008年度活動計画の策定

地域包括支援センターの運営状況としては、地域包括支援センター運営協議会を設置しその活動状況は、表4「地域包括支援センター運営協議会の活動状況」のとおりである。地域包括支援センターの活動実績は、「地域の包括的ケアのためのネットワークの構築」をめざした活動計画を作成し、個別事例や地域ケア会議を通して活動を行った。また表5「包括的支援業務」でみるように、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務が、2006年度に比べて2007年度に著しく減少しているのは、2006年度における新予防給付への移行においての混乱が伺えると共に、2007年度には平常業務に落ち着いていることを示しているものである。

表4 地域包括支援センター運営協議会の活動状況

日 程	議 題
2005年9月	(1) 会長・副会長の選任について (2) 日常生活圏域の設定について (3) 地域包括支援センターの担当圏域について
2005年10月	地域包括支援センターの委託先について
2006年3月	予防給付ケアプランの委託先となる指定居宅介護支援事業所について
2006年11月	地域包括支援センターの運営状況について
2007年4月	2007年度事業予定について
2007年5月	2006年度決算報告について
2007年10月	第7圏域地域包括支援センターについて
2007年11月	(1) 第7圏域地域包括支援センター設置者の選定について (2) 2007年度上半期事業報告について
2008年2月	第7圏域地域包括支援センターについて

表5 包括的支援業務

業務名	2006年度		2007年度	
	新規件数	延件数	新規件数	延件数
総合相談支援業務	4,380	9,231	3,802	5,336
権利擁護業務	270	510	243	601
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	2,839	5,955	647	1,245
介護予防ケアマネジメント	34	116	201	464

(2) 地域包括支援センター 活動モデル事例 (A 地域包括支援センター) (表6「管轄地域の状況」、表7「第6圏域の活動方針と事業実施状況」参照)

A 地域包括支援センターは、Y市の中央部に位置する日常生活圏域11であるM1地区とM2地区の2地区を管轄地域として活動している。

1) 困難事例への取り組み状況

＜事例A： 結核で入院した事例の支援＞

友人が訪ねると本人が上半身裸でベッドに横になっていた(入院先の病院から帰されていた)。友人が途方にくれ、近くの民生委員に連絡が入る。包括へ相談があり訪問したところ、本人は便まみれで、テーブルには、空いたワンカップに尿を入れて、ガムテープで蓋をしているものが何本も置いてあり、浴室を開けると、浴槽が赤黒く変色(血液と思われた)し、牛刀と刃物が2本きちんと並べて置かれていた。夕方であったため、高齢者福祉課、保健所への連絡・相談し高齢者福祉課の措置入所となった。その後、病院を受診するも、当初の入院先の病院で、アルコール性の精神障害と診断されたことで、2～3の医療機関より入院を拒否される。施設のかかりつけ内科でレントゲン撮影を受けた結果「肺疾患の疑い」があり、翌日、紹介状をもって病院受診し「肺結核」を診断され、専門医療機関に紹介のため搬送された。結果的には、排菌がなかったことが関係者に影響を及ぼさずに対応することができたが、感染しないと確定するまで2ヶ月程かかったため、その間、関係者や他の利用者への影響等も懸念された。

＜事例B： 物取られ妄想による近隣者への暴力から入院に至った精神不安定者へののかかわり＞

本人は、以前から精神不安定で、現住所の前に住んでいたところでも、住人とトラブルがあった。現住所では、近隣の住人が物を盗みに来るといって、鍵や南京錠を家の玄関やタンスなど何ヶ所もかけたり、家の中を見張っている等と言って、トラブルがあった。要支援から要介護になってから、近隣の家の前に灯油をまかれた

ことがおこったので、事件につながる可能性も出てきたため、ケアマネジャーと連携を取りながら、保護課・保健所（精神保健福祉班）への相談や精神科へ受診し安定剤の服薬等の対応をとっていた。土曜日の18時頃、近隣の住人に暴力をふるって、警察に連行され、ケアマネジャー、地域包括支援センター、県・市の精神保健福祉班が同行し、取調べが20時頃までとなった。結果によって、入院できなければ、地域包括支援センターとケアマネジャーで対応してほしいと話があったが、土曜日の夜中で、アパートに戻すこともできず、施設の受け入れもできないため、かなり困惑したが、結果として、入院に至った。

表6 A地域包括支援センター管轄地域の状況（2007年4月1日）

担当地区	M1地区	M2地区
人口	24,078人	16,539人
世帯	10,266世帯	7,425世帯
高齢者人口	5,109人	3,840人
高齢化率	27.9	17.1
地区の特性	Y駅東口より南東の方向に位置する住宅地であり、交通の便は比較的良好であり、市内最大の人口を抱え密集度も大きい。人口の高齢化が進んでおり、南東の端にある昭和30年代に整備された大きな団地において、高齢化とともに独居率も高まっている状況である。	K線のY駅より一駅目にある「M2駅」周辺に位置する住宅地であり、新興住宅が増加している一方で、高齢化と独居世帯が増加している状況である。
ブランチ	在宅介護支援センター1カ所	在宅介護支援センター1カ所
居宅介護支援事業所数	10	15
医療機関数	病院3、診療所19、 歯科診療所数11	病院1、診療所1 歯科診療所数9
介護保険施設	指定 0 介護老人保健施設 4 指定介護療養型医療施設 2	指定介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 1 指定 0
地域密着型サービス事業所数	認知症対応型共同生活介護 1	小規模多機能型居宅介護 1 認知症対応型共同生活介護 1
公的機関	公的「M1」連絡所 小学校2、中学校1	公的「M2」連絡所 小学校1、中学校1

表7 A地域包括支援センターの活動方針と事業実施状況

2007 度活動方針と事業計画	実績と評価	
	実績	評価
<p><活動方針> 地域包括支援ネットワーク作りを踏まえた対応と取り組みを中心に活動を行っている。</p>		
<p><事業計画> 1. 関係機関との連携体制の強化</p>	<p>市・連絡所を通した民生委員、自治会等との連携を図る。</p> <p>1. M2 地区 ①連絡所長との打ち合わせ ②自治会長会議への出席</p> <p>2. M1 地区 ①連絡所長との打ち合わせ2回 ②自治会長会議への出席 ③ふれあい食事会への出席</p> <p>3. 保健所の精神障害者に対する意見交換会への参加</p>	<p>M2 地区は、設置地域ということで、いつでも対応できると思っていたが、実績があらなかったが、個別には密に対応できていた。</p>
<p>2. 医療機関との連携強化</p>	<p>①地区内医療機関へのアプローチ(随時) ②介護保険の更新申請時の主治医の意見書等について、利用者の健康状態やアドバイスを受ける。</p>	<p>利用者の主治医とは随時に対応できたが、圏域内の他の医療機関に対しては、地域包括支援センターの広報活動を行うまでには至っていない。 介護支援専門員との連携は、うまく出来ていた。</p>
<p>3. 困難事例を抱える介護支援専門員への対応</p>	<p>2006 度のスタート時より当該地域における一人暮らし、特に男性のアルコール依存者が目立ってきた。また、精神障害者を抱える家族がいる利用者の虐待のケースが目立ってきた。 (主な対応策) ①保健所精神保健福祉担当につなぎ相談、同時に危害を加えられる恐れがある場合には警察にも相談を持ちかける。 ②地区民生委員に相談して、理解を得ながら対応する。</p>	<p>年2回実施予定だが、達成率は50%である。充分把握できなかった。</p>
<p>4. 介護支援専門員への各種研修会の開催</p>	<p>特定高齢者についての研修実施</p>	
<p>5. 地域のインフォーマルサービスの把握</p>	<p>インフォーマルサービス自体が少なく、児童を守る取り組みが精力的に行われている。</p>	<p>充分把握できなかった。</p>

<p>6. 困難事例・虐待ネットワークの構築</p> <p>対象者をはじめ、近隣・自治会・民生委員・居宅介護支援事業所・サービス事業所・行政・警察等と必要に応じて連携を行っているが、今後は、定期的な地域ケア会議を行い、ネットワークを強化し、スムーズに対応できる流れをつくるように取り組む。また、困難事例、虐待だけでなく、地域の包括支援ネットワークの基盤づくりを行ってきたい。</p>	<p>当該地域における基盤づくりは、以前の在宅介護支援センターの時に十分構築されていなかったため、地域包括支援センターが立ち上がった時点からスタートとして2年目となった。現在、地域における地域包括支援センターの理解は2割程度と低調である。そこで、何でも相談できる地域包括支援センターを築きあげる取り組みとして、特に民生委員と密接に関係を取るために、今発生している「困難事例」を通じて、一歩ずつ連携を深めていっている（草の根運動）。十分に理解をしてもらった民生委員が民生委員会議で地域包括支援センターの必要性についてアピールしてもらった。</p>	<p>地域包括支援センターが前面に出ることができず、当惑することが多かったが、今後も民生委員の立場を尊重しつつ、協働での対応を心がけていきたい。</p>
---	--	--

2) A地域包括支援センターの活動のまとめ

地域包括支援センターを地域住民に十分に理解してもらうために、1回、2回の広報活動では理解してもらえないので、困難事例等を通じて、個別に地域住民や各関係機関と関わることで、地域包括支援センターの重要性を認識してもらえるように努力してきた。本モデル事例のような在宅での対応が困難で、施設や病院等への受け入れができなかった場合には、地域包括支援センターだけで対応しきれない。そのためには、長年地域に根ざして活動している民生委員や自治会へ相談や協力をお願いをしながら、活動してきたことによって克服できたといえる。今後も困難事例等の解決のためには、個々のネットワークから地域のネットワーク（行政・民生児童委員会・自治会・老人クラブ・病院・施設等）における連携を大切にした支援が有効であると考えている。

(3) 地域包括支援センターのまとめ（2006、2007年度）

地域包括支援センターが設置された2006年度当初は、漸次認定される要支援1、要支援2の方々の予防支援業務を滞りなく行えるよう、市が主催する地域包括支援センター連絡会を通して調整を図り、地域包括支援センターの運営について検討を重ねてきた。平成19年度からは、地域の包括的ケアのためのネットワークの構築をめざして統一した方針を設定するとともに、地域に応じた活動計画を作成するために、育成指導に努めてきたつもりである。

今後の課題としては、次の4つが挙げられる。① 各地域包括支援センター毎に、対象者の現状を把握し、活動スタイルを創りあげること。② 各地域包括支援センターへの後方支援としては、地域包括支援センターからの課題や問題点を把握し、必要な

支援を行うことが求められる。③地域包括支援ネットワークの構築にあたっては、施設間、マンパワー間の地域ネットワークづくりをし、関係者間の連携を深めて活動していく。具体的には、事例を中心としたネットワークの活性化した状況が望まれる。④ネットワークの中核である運営協議会の指針が重要である。

3. 「団塊世代」について

(1) 団塊世代をどうとらえるか

高齢期への移行をライフコースでとらえると、いくつかの役割移行がある。T&L2007で嶋崎は、以下のように述べている。「この特性は、「仕事から引退する」「趣味を縮小する」「社会活動から離れる」など、中年期の中心的役割を喪失したり、縮小するといった選択が繰り返されていく。他方では、新たに介護者としての役割を取得したり、年金受給者役割も取得するだろう。また、祖父母役割の取得、病人役割の取得、地域活動の取得なども考えられる。いずれにしても、人生の最終章にむけての大きな役割構造の変容であり、ライフスタイル全般にわたっての変化が求められる。」として、その特性を5点に整理して、「①身体的条件の影響をうける、②役割取得よりも役割喪失が中心になる、③他の移行よりも長期にわたる、④個人差が非常に大きい、⑤性差が非常に大きい。」をあげている。

(2) 団塊世代の人口学的特性と時代状況

団塊世代とは1947年～49年に出生した男女からなる。1947年の出生数は2679千人、1949年2697千人である。出生時点での総数は、8057千人にのぼる。また、1971年～74年の出生数が年間2000千人を超えており、団塊世代の子どもの世代にあたり「団塊ジュニア」と呼ばれ第2のベビーブーマーを形成している。2005年現在、団塊世代は678万人強で、人口の5.3%を占める。

時代状況として団塊世代は、①人口規模が極端に大きく、かつ2007年時点でも突出している。彼らの出生は、②「多産型」から「有子少産型」へと出生行動が変化する時期にあたり③「出生時に定位家族内での位置は地域差が大きい。④高等学校への進学が上昇するなかで、4分の3程度が高校進学を経験した。⑤生涯未婚率は高いものの総じて結婚経験率は高く、多くが、1960年代後半から1970年代にかけて結婚した。⑥子どもの数は半数が2人であり、⑦サラリーマンと専業主婦世帯を実現した。

(3) 「2007年問題」

2007年、1947年生まれのものたちが60歳をむかえる。定年退職し、そして年金

受給者へと移行していく。そして2009年にはすべての団塊世代が60歳以上となる。このマクロ現象が「2007問題」と呼ばれている。最大の問題は労働需要の問題である。年金需給開始年齢の63歳への引き上げとともに、年金受給開始までの団塊世代の生活基盤を確保することが社会保障面での課題である。

社会保障面では、現行の医療制度では、対象となるのは原則75歳まで引き上げられている。また、介護保険制度は、同居家族や地域を福祉における「含み資産」と位置づけ、私的扶助を優先した上での公的扶助枠組みとしている。この枠組みは、1973年からすでに日本型福祉制度として定着している。実質的な課題は、未亡人となった女性たちの介護問題であるといえる。さらに、団塊世代が、その後高齢期自体をどのように生きるのか、検討していく必要がある。

4. 団塊世代の移行の課題

(1) 団塊世代の仕事

男性の仕事・職業キャリアと定年後の展望については、戦後直後都市人口が激減する一方で、農村には余剰労働人口がいわゆる「二・三男問題」を引き起こしていた。しかし、高度経済成長とともに、地方から大都会へと大移動した。団塊世代はこの高度経済成長期に初職を得、2007年を向かえ定年に直面している。彼らは職種をこだわらなければ、就職に困ることはなかった。

彼らは、定年を前に、年金の支給年齢と企業の定年退職年齢に数年の開きがあり、この間を埋めるべく、なるべく66歳ぐらいまでは現役で働きたいとの意向がある。

有職女性のリタイアでは、有職女性は、未婚で職業継続をして定年にいたる場合や、結婚・子育て中に職業を中断する、または結婚・出産を機に退職し新たな仕事につくなど、ライフイベントとの関連が深い。女性は学校卒業後ほとんどは就職するが、人間関係、社会への関わり、家庭生活への影響などで生活状況が異なる。職業に対する自分の取り組み、職業から受け取る自分へのメッセージなどを捉えながら働いている。有職女性のリタイア後はそれまで経験してきた職業が色濃く影響していくことになる。

(2) 夫婦問題

団塊世代における夫婦問題として、エンプティ・ネストがある。結婚20年以上の熟年夫婦が、夫の定年や子どもの独立などを契機に離婚に至る場合がある。また、2007、2008年に改正される年金問題からも、離婚問題が起こると推察されている。

高齢者家族環境の変化の過去30年間を見ても、少子化などの人口構成の変化や

家族を巡る価値観などを反映し高齢者を取り巻く家族環境は変化してきている。

2005年における世帯主の年齢別にみる世帯類型別世帯数の割合を見てみると、団塊世代ではその上の世代に比較し、夫婦と子どものいる世帯が少なくなっている。このことから、これから団塊世代が迎える高齢期には、単独・夫婦世帯が増加していくものと考えられる。

高齢者世帯とエンプティ・ネストについては、夫婦の定年時期、夫婦と子の世帯から夫婦のみの世帯への移行は60歳代にピークをむかえ、活発におこっている。

また、団塊世代夫婦の特徴としては、定年後はどのような生活を希望しているのか。男性では60歳を機に「仕事優先」から「家庭生活・地域活動優先」が大幅に増加している。また、子育てが終わり、子どもが家を巣立っていったあたりから「空の巣症候群」が起きており、その結果、熟年離婚へ移行する場合も多い。団塊世代周辺の60歳前後は、夫婦そろって段階世代というものの方が、配偶者が他の年代に比較し、離婚率が高くなっている。

今後、夫婦で将来どのような生活をしていくのかについて、定年を迎えてからお互いの考え方の話し合いをするなど、個としての人間性を尊重し、夫婦のあり方について日頃より話し合える関係性が重要であると思われる。

(3) 団塊世代の定年後の生き方を考える

団塊の世代が定年を迎えると、社縁を離れ自宅での生活時間が多くなる。そこで自宅周辺の地域の中で新たな人間関係を構築することになる。地域に参加していくためにどのようなことが考えられるのだろうか。2つの活動事例を検討した結果、町内のネットワークに参加するきっかけとしては、「町内自治会役員を引き受ける」が大きく、次いで「夏祭り、町内清掃、葬儀などに参加」となっている。団塊世代が町内のネットワークに参加する促進要因として、T&L2007で高原は、「①町内のネットワークにすでに参加している妻が、夫に向けて、情報提供、助言、また、隣人の協力を得るよう働きかけること。②本人はあまり積極的ではないが、周りの声かけで町内自治会の役員をこなすことで町内のネットワークに参加する。③飲みニュケーションも大事で、適度なアルコールでの親睦会も効果的である。と述べている。さらにこの促進要因を効果的にするには、①自治会役員を輪番制にするなど、一人の人が長期に渡って町内会の役員に位置づけることがないようにする。役員の任期を決めて多くの人に町内会参加のチャンスを提供する。②妻の持つ町内ネットワークが有効に働いている点から、妻も日頃から町内会参加を心がけ、夫の町内会参加の道案内としてバックアップをする。等のことが必要となってくる。」としている。

(4) 身体的なエイジング

現在、私たちは長寿社会を生きている。2005年現在、第20回生命表（完全生命表）によると、男の平均寿命は78.56年、女の平均寿命は85.52年となっている。そこで、身体的状況とそのサポートについてみていく。

身体的なエイジングについては、サクセスフルエイジングの研究の中で小田（2004年）は、「普通の老い」があるとして、「普通の老い」はとしをとるにしたがって、足腰が弱くなる、記憶力が衰える、免疫力が低下するといったように身体や心に生理的変化がおこることをさし、これを加齢変化と言うとしている。この「普通の老い」と区別した、最後まで満足のいく人生を送ることをサクセスフル・エイジングとしている。そして、サクセスフル・エイジングの定義として、①天寿を全うする・病気や病気に関連する障害が生じる可能性が低いこと、②生活の質（QOL）が維持される・認知的機能および身体的機能の水準が高いこと、③社会貢献ができる・「日常生活への積極的な関与」の三要素をあげている。

次に具体的な身体状況について、有訴者は、65歳以上では国民の約半数おり、通院では6割となっている。こうした身体状況をふまえて、高齢者の身体的な特長は、生活上の活動の減少にともない、呼吸の変化、消化器の変化・蠕動運動の低下、歯の欠損、骨粗しょう症、感覚器系の機能低下など、精神機能や身体機能が全般に低下する。この変化の一般的総称が「老化」といわれている現象である。

身体的なエイジングに対するサポートについて見てみると、高齢者の心と身体の健康管理としては、高齢者自身が最適な健康状態を保つために、規則正しい生活をする、食生活に気を配る、軽い運動の習慣を取り入れる、体の不調に早く気づく、こころの不調に早く気づくなど、生活習慣としての健康管理を大切にする必要がある。また、医療としての取り組みとしては、近年のアンチエイジング医学では、内分泌機能に関するもの、歯科ではインプラント治療、乳がん術後の「乳房形成手術」など、健康長寿を実現させるための究極の予防医学が進んでいる。さらに、アンチエイジングのためのサプリメントの可能性についても頻用されるようになってきたとしている。

一方、国民の健康づくりとしての政策的な取り組みとしては、平成19年に「新健康フロンティア戦略～健康国家への挑戦～」が策定され、10ヵ年戦略として、今後、国民が取り組んでいくべき分野として、9つの分野を取り上げ、「子どもの健康」「女性の健康」「メタボリックシンドローム克服」「がん克服」「こころの健康」「介護分野」「歯の分野」「食育」「運動・スポーツ」について対策をすすめていくことになった。

(5) 高齢者の性

T&L 2007 で平澤は「わが国においては、高齢者の性は「枯れるもの」、加齢過程

で減退するものという見方をされることが多かった。これまでの高齢者の性は、若い頃からセックスが義務や苦痛であった女性もおおいことが伺えるものの大半は性欲があり、セックス回数は多く、決して「枯れたもの」ではなかった。高齢者のセクシュアリティについての理解は、私的領域では序々に進展しており、福祉施設などの公的領域での遅れが課題になっている。人間の性は各自の生き方と深く関わっているものであり、セクシュアリティは人間の一生の問題として位置づけられるものである。セックスレスの多い中高年の実態を踏まえて今後の高齢者の性を考えるとき、夫婦やパートナーとの密接な関係性を築くことも含めて課題が示唆された。」としている。

(6) 老いの受容

「高齢者像」の変遷と高齢期の短縮＝「新たな中年期の延長」について、日本の経済・文化・社会の仕組みは戦後 60 年の間に大きく変化してきた。その一方、高齢者人口の増加は多くの人々にとまどいを感じさせ、諸領域にわたって、これまでの対処の仕方を変更するように迫ってきた。高齢者のとらえ方も様々である。また、期待される高齢者像も、時代によってその呼称も、高齢化率を背景に、1970 年代は高齢化率 7% で高齢化社会、1995 年には高齢化率 14% で高齢社会、2005 年では高齢化率 20% で超高齢社会、2013 年には高齢化率 25% と推測され成熟社会と呼ばれるように変化している。これにともなって、高齢者に対する社会の見方も、高齢者への施策も、保護から共生社会へと変化してきている。

こうした状況の中で、高齢期の短縮つまり新たな中年期の延長として、高齢者の多くを労働力人口に組み入れ、年金や健康保険のシステムが見直されることになる。これらを踏まえて、「職業との別れ一定年退職をめぐるヤング・オールド」の中で嶋崎(2001)は、「ヤングオールド・オールド期(だいたい 60 歳から 75 歳あたり)はむしろ、高齢期の初期として位置づけられている。しかし、近年のわが国の雇用情勢、人口構造などをかんがみると、ヤング・オールドを中年期の最終局面として位置づけるほうが合理的である」と指摘し、「長寿化により、われわれに予定されている生涯時間の確実性は劇的に高まった。それは、モデルのない高齢期、「みんなが元気な高齢者」社会の到来であり、さらにあらたな中年期の延長という現象を生み出したのだ」との見解を示している。このように高齢期の短縮＝「新たな中年期の延長」として、議論にパラダイムの転換をもたらすものである。嶋崎は、「これまでは弱者として保護の客体としてみなされてきた高齢者が、「主体」として高齢期を生き、社会に関与する可能性をみいだした。」としている。

「プロダクティブ・エイジング」という見方を示しており、「超高齢社会は高齢者が支える」の中で藤田(2007)によると、高齢者を「社会の依存者」「社会の重荷」と

して見るのではなく、「プロダクティブな存在」としてみようということである。また、バトラーが提案した課題の枠組みは、高齢者のプロダクティブリティである。つまり、単に「物財」を作り出すだけでなく、「社会的関係性」を作り出すことも含み、本質的な意味で社会を豊かにすることを意味している。「社会的関係性」とは賃金と結びついた労働はもちろんであるが、ボランティア活動、地域活動、学習活動、保健行動、相互扶助活動、家事や自宅の菜園作りなどの無償労働活動を含んでいる。このように高齢者がこれらの活動を行うことのできる可能性を持った存在であるとみなすこと。また、その可能性を切り開く「社会システム」をつくること。このようにして高齢者に対してポジティブな見方をしようとするものである。

また、「アクティブ・エイジング」の定義としては、単に身体的に活動的ということではなく、社会的、経済的、精神的、文化的、政治的な事柄に継続的に参加・関与することを通じて、家族、友人、地域、社会に貢献することであるとしている。

老いの受容について、「老いの空白」の中で鷺田（2003）は、「人生を「できる」ということからではなく「できなくなる」というほうから見つめてみると、もっと違ういのちの光景が眼にはいつてくる、「作る」「できる」ではなく、ただ「いる」というそれだけで価値がみとめられるような、ひとについての見方、それが「高齢者問題」では賭けられている。＜老い＞は「問題」ではなく、人類史の「課題」として浮上してきている。」と述べている。また、「老いるということ」の中で黒井（2006）は「刻々と老いへと向かう過程を、あたふたと思惑い、ときには肢を取られたり転んだりしながらも進んでいくこと、すなわち生き続けることこそが、まさしく「老いの受容」に他ならないと語っている。この「老いの受容」過程は、これまでの高齢者観を刷新し、新しい生き方を創造する可能性をはらんでいる。そこに今回の検討である「団塊の世代」の生きる時間が、新しい老いの一歩を創造していくものと思われる。

(7) 高齢期につながる豊かな蓄え

「豊かさ」そのものは主観的できわめて感覚的なものである。しかし、T&L（2007）のなかで西原は高齢期につながる豊かな蓄えの関連図を描いている。その関連図によると、Ⅰ群に生きがい・自己実現、Ⅱ群に家庭・健康、Ⅲ群に対人関係、付き合い方、Ⅳ群に関心・住まいかたをあげている。

IV 考察

1. 介護予防を考える政策としての「機能訓練」とその活動の経緯について

介護予防を考える政策を、1970年K市の「脳卒中機能回復訓練教室」の活動の試みから、現在にいたるまでの活動の経緯にそってみてきた。それぞれの活動は時代状況を反映して、政策が刻々と変化しているのがわかる。殊に、1970年にみる「リハ教室」では、当時眼に触れはじめた光景として、脳卒中による入院加療・リハビリを行い、リハビリという言葉そのものが新しく感じられ、県に一箇所程度の施設での加療であった。しかし、最新鋭のリハビリを経て、在宅での療養に戻ると、家族と当事者とが困惑し、当事者も外に出て生き恥を曝したくないというのが現状であった。この1970年のN保健所での「リハ教室」の試みは、新たな取り組みであった。こうした経緯の中で、1983年高齢者人口の増加、脳卒中による死亡の増加、医療保険の赤字の中で、老人保健法が制定され、老人保健法に基づく保健事業が展開されるようになる。この一環として「機能訓練」が開始し、1989年には「機能訓練」B型（地域参加型）が提示され、地域リハビリテーションの始まりとなった。

国のこの政策の「機能訓練」B型は脳卒中による機能回復訓練の場として、地域において実施した点が有効であった。その後、福祉領域でも、多くの時間を「ミニデイサービス」として展開するにおよび、地域住民を巻き込んで活動展開するようになったことは大きな成果であった。

2. 介護保険による「予防重視型システム」としての「地域包括支援センター」

その後少子高齢化とともに、1997年に地域保健法が、2000年には介護保険法が成立し、2006年には介護保険法の見直しが行われ、「予防重視型システム」へと政策が転換していった。この機能と活動の実際として「地域包括支援センター」が立ち上がり、地域リハをも包含した「地域包括ケア」の中核となった。では、期待される「地域包括支援センター」のこの2年間の活動は、地域の課題である人々の健康をどこまで守ることができるようになったのだろうか。Y市の事例では、日常生活圏域を15圏域に分け、地域包括支援センター8箇所、在宅介護支援センター19箇所で活動を開始している。市としては、地域包括支援センターの方向性を「地域ケアのためのネットワークの構築をめざしていく」として、活動計画の作成、困難事例の検討、情報交換等を展開することにした。また、地域包括支援センターの指導調整、計画の進捗状況の確認等を行っている。

しかし、まだ場が作られ、活動が始まったばかりで、今後ネットワークの構築、連携を深めるなどが重要である。さらに本来の介護予防としての重点的な機能が備えら

れ、住民によって利用されるように働きかけていく必要がある。

3. 団塊世代の高齢期への移行について

団塊世代は人口学的特性があり、時代状況ともあいまって、様々な課題が明らかになった。高齢期への役割り移行では、他の移行よりも長期にわたること。身体的条件の影響、個人差、性差が大きい。「2007年問題」では、労働需要の問題、年金受給開始年齢の引き下げ、生活基盤を確保、社会保障面での課題があり、66歳ぐらいまで働きたいとしている。夫婦問題では、個としての人間性を尊重し、夫婦のあり方について日頃より話し合える関係性が重要であるとしている。

4. 老いの受容について

老いの受容については、「新たな中年期の延長」として、「これまでの弱者としての保護の客体としてみなされてきた高齢者が「主体」としての高齢期を生き、社会に参与する可能性をみだした」としているとしており、「プロダクティブ・エイジング」とは、個々人の楽しみや生きがいに収斂する活動ではなく、個々人の楽しみと同時に「社会に貢献する」活動として定義されているとし、新しい生き方を創造していくものと思われる。

このように、団塊世代は新たな主体としての高齢期を生き、その生きるための考え方も、状況の捉え方も、よく言われる「自分らしく」生きることの本質を見極めて新たな生活スタイルを創り上げていく必要がある。

5. 団塊世代へのサポート

介護予防的視点で捉えるならば、国の政策で見てきたように、その時代状況の中で、必要とされている課題の優先順位が一番から政策化され、行政レベルでの支援が始まるのが実状である。今回の検討でも分かるように、現状では団塊世代を含め、今後増大する高齢者人口への対応も、介護保険法を適応していこうとしている。現状の政策で団塊の世代が75歳になる2025年にはどのような団塊世代へのサポートがなされていくのだろうか。

今回は、踏み込んで団塊世代のこれらの状況に対応する、活動等の始まりを把握することはできなかった。しかし、様々な私的、サークル的、趣味的、ボランティア的、半公的等活動をもとに、試行錯誤が始まっていると思われる。今後はこれらの日常活動が、公的政策をも援け、相互扶助的な生活体が創られて行く必要があると思われる。その中であって介護の受け手になる時間を短くすることのできる生き方がのぞまれる。できれば、サポートする側にたてるように過ごしたいものである。

V おわりに

以上、1947年～1949年に出生した「団塊の世代」は、2007、2008、2009年に60歳になりその始まりとして「2007年問題」と呼ばれるようになった現象を概観した。団塊の世代の生活してきた時代を様々な角度から、どのようにして高齢期へ移行してきたのかについて見てきた。人口学的な多さばかりが眼についていたが、実は、時代状況とともに刻々と考え方、生活環境、生活の実践が積みあがっており、たくましく乗り越えていく様にもみえてきた。

検討を始めるまでは、喪失感ばかりが先立っていたが、いわゆる介護予防としての国の政策は今福祉の課題として再構築し、活動が始まったばかりである。今後の「介護問題」も各自の学びと知恵で克服していく方法があるのでないかと思えてきた。これからの団塊の世代の新たな活動に注目すると同時に、協働しながら考えていきたい。

<参考引用文献>

- 小田利勝、「サクセスフル。エイジングに関する概念的考察と研究課題」徳島大学社会科学研究第6号、1993年
「川崎市公衆衛生看護のあゆみ」、川崎市公衆衛生看護の会、1986年
黒井千次、「老いるということ」講談社2006年
国民衛生の動向、財団法人国民衛生の動向、2007年
堺屋太一、「団塊の世代」、文春文庫、2005年
嶋崎尚子、「職業との別れ一定年退職をめぐるヤング・オールドの選択」早稲田大学人間総合研修センター監修、2001年
「タイム&ライフ2007 (T&L2007)」、タイム&ライフ研究会、2007年
「統計でわかる介護保険」、財団法人厚生統計協会、2007年
西三郎総監修「21世紀の健康づくり10の提言」、日本医療企画、2002年
藤田綾子、2007『超高齢社会は高齢者が支える 年齢差別を超えて創造的の老いへ』大阪大学出版会
歌山市地域包括支援センター設置と地域包括ケアづくり活動」、和歌山市健康福祉局、2008年
鷺田清一、「老いの空白」弘文堂、2003年
吉川敏一編集、「アンチエイジングの医学—その理論と実践」診断と治療社、2006