

長寿社会と保健・福祉サービス

——予防的機能を再考して——

浅 野 仁

峯 本 佳世子

I 課題と目的

長寿社会の到来は、高齢者人口全体の増大もさることながら、75歳以上の後期高齢者の絶対的、相対的増加によって、ねたきり老人や痴呆性老人などの要援護者の数が著しく増加することを意味している。

「厚生行政基礎調査」や「社会福祉施設調査」によれば、ねたきり老人は1978年の36万2,000人から、1984年には47万8,000人（在宅26万7,000人、入院9万9,000人、特別養護老人ホーム入所11万2,000人）と6年間に約11万6,000人も増加している。また、その出現率も、1978年の3.9%から1984年には4.2%とわずかではあるが上昇している。一方、痴呆性老人については、全国的なデータはないが、東京都が1980年に実施した調査では、65歳以上の在宅高齢者の4.6%が痴呆と推計されている。この比率を基礎にして換算すると、全国の在宅痴呆老人は約50万人を超える²⁾。

さらに、現在の年齢階級別出現率を固定すれば、2000年には、ねたきり老人数は102万人に、2025年には現在の約3倍の165万人になると予想されている。同様に、痴呆性老人数も2000年には現在の約2倍の113万人、2025年では現在の約4倍弱の192万人に及ぶと予測されている²⁾。

1) 三浦文夫編「図説高齢者白書1990」、全国社会福祉協議会、1990年、41ページ。

2) 経済企画庁総合計画局編「活力ある高齢社会を目指して—高齢社会への課題と対応—」、大蔵省印刷局、昭和60年、51ページ。

これにみられるように、我々が永い間求め、そして得られた「長寿」という人類の財産には、一面それを有意義に活用するために解決しなければならない深刻な問題が含まれているのである。

長寿ということからも、先進工業諸国への仲間入りをした我が国が、今後いずれの国にも劣らない人口高齢国になることは確実視されていることから、昨今、国の提言している社会的施策は、「長寿・福祉社会」の実現に向けての関連内容が著しく多くなっている。次章で詳しく紹介するが、それらの提言内容の特徴をみみると、明らかに「予防的」観点がそこに強調されているのである。前述の長寿社会に伴って生ずる要援護者の増大という、ネガティブな状況を最少限に止めるためには、社会的施策とその具体的実践活動に予防的機能を反映させることは不可欠である。

小稿では、援護を必要とする高齢者を主たる対象として、社会的施策のひとつである保健・福祉サービスの予防的機能について検討しながら、今後の保健・福祉サービスのあり方についても考察したい。なお、ここでの記述内容は、具体的な実践事例を掲げながら、高齢者の立場から実証的に検討する方法で記述したい。

Ⅱ 社会的施策の動向

ここ数年間の、長寿社会に関する国の代表的提言内容を点検してみると、そのひとつとして、「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について」³⁾があげられる。

ここでは、社会保障その他福祉に関する施策を今後次のような基本的考え方に立って進めると述べている。

「(1)高齢者が保護や援助の対象としてだけでなく、その豊富な人生経験や知識、技能をいかし、社会に貢献できる一員として、社会参加できるよう、必要な機会の提供と環境の整備を図る、(2)自立自助の精神と社会連帯の考え方に立

3) 厚生省・労働省「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について」、昭和63年10月。

ち、国民の基礎的ニーズについては公的施策をもって対応し、国民福祉の基盤の充実を図るとともに、多様かつ高度なニーズについては個人及び民間の活力の活用を図る。(3)略」

この基本的考え方に基づき、施策の方向として、(1)積極的な健康づくりと生きがいをもって暮らせる地域づくり、(2)保健・医療と福祉サービスの連携と充実、(3)高齢者雇用の促進などが設定されている。そして、(1)の内容には、「長い高齢期を健康に、また身体が不自由になった場合にも、住みなれた地域で安心して暮らせるような条件と地域環境を整備し」、「積極的な健康増進を図るとともに……、三大成人病等の疾患の予防対策を推進し、ねたきりや痴呆の発生を極力減らす」ことが指摘されている。

上に紹介した内容からも明らかなように、本施策の目標と方向には、高齢者に対する開発的機能の促進とともに、予防的機能が強調されている。

さらに、この6カ月後に厚生省から提示された意見具申は、社会福祉に限定されているが、社会福祉の新たな展開を図る基本的考え方が次のように示されている⁴⁾。

「国民の福祉需要は多様化、高度化しつつ増大してきており、21世紀の超高齢社会を目前にひかえた現在、このような変化に対応しつつ、社会福祉の新たな展開を図ることは、社会福祉を取り巻く環境の変化の中で、重要かつ喫緊な政策的課題である。国民の福祉需要に的確に応え、人生80年時代にふさわしい長寿・福祉社会を実現するためには、福祉サービスの一層の質的量的拡充を図るとともに、ノーマライゼーションの理念の浸透、福祉サービスの一般化・普遍化、施策の総合化・体系化の促進、サービス利用者の選択の幅の拡大等の観点に留意しつつ……」と。

この基本的考え方に沿って、(1)市町村の役割重視、(2)在宅福祉の充実、(3)福祉と保健・医療の連携強化・総合化、(4)サービスの総合化・効率化を推進するための福祉情報提供体制の整備など、新たな社会福祉の展開を図ることの重要

4) 厚生省・福祉関係3審議会合同企画分科会「今後の社会福祉のあり方について（意見具申）」、平成元年3月。

性が指摘されている。

2つの提言を請ける形で、平成元年12月に厚生省は「高齢者保健福祉推進十か年戦略」を公表した⁵⁾。この戦略は、「高齢化社会を国民が健康で生きがいを持ち、安心して生涯を過ごせるような明るい活力のある長寿・福祉社会としなければならない。このため、消費税導入の趣旨を踏まえ、高齢者の保健福祉の分野における公共サービスの基盤整備を進めることとし、在宅福祉、施設福祉等の事業について、今世紀中に実現を図るべき10か年の目標を掲げ、これらの事業の強力な推進を図ること」を目的として、策定されたものである。消費税による財源の使途を明確にするねらいが、その背景にあったとしても、21世紀を迎える10年後の施策の目標を具体的な数字をもって提示した内容は、従来の国の提言にはなかった画期的なことである。

この戦略は、7つの内容から構成されているが、その主要なものを列記すれば、

「(1)市町村における在宅福祉対策の緊急整備、(2)「ねたきり老人ゼロ作戦」の展開、(3)施設の緊急整備、(4)高齢者の生きがい対策の推進」となっている。

このなかで、予防的機能として施策の目玉になっているのが「ねたきり老人ゼロ作戦」である。具体的には、①地域において機能回復を受けやすくするための体制の整備を図り、希望する者誰もが機能訓練を受けられるようにする、②全国民を対象とする脳卒中情報システムを整備する、③介護を支える要員を確保する。ホームヘルパーの増員とあわせ、在宅介護支援センターにおける保健婦・看護婦の要員等を計画的に配置する、④脳卒中、骨折等の予防のための健康教育等の充実を図る、となっている。

上記した3つの施策について予防的観点から共通項を抽出してみると、まず基本的考え方では、

- (1)住みなれた地域で、安心して生活できること。
- (2)健康増進と成人病等の予防。

5) 厚生省「高齢者保健福祉推進十か年戦略」(高齢者福祉十か年ゴールドプラン)、平成元年12月。

(3)社会参加と生きがいの増進。

であり、それらの基本的考え方を具体化するサービスのあり方として、

(1)在宅福祉の充実

(2)ねたきり老人ゼロ作戦、であり、その条件として、

(1)保健・福祉サービスの連携

(2)公私の役割分担

をあげることができる。

これまでに記述してきた内容はあくまでも政策レベルであり、これらの政策がサービスとして具体的にどのように展開されているのかをつぎに検討しなければならない。

そこで、施策が指摘する予防的機能の内容と高齢者福祉サービスにおける予防的機能のあり方、そして現状の実践活動の内容の3つを並行して考察しながら、現状の課題を明らかにしたい。

Ⅲ 予防的保健・福祉サービスの確立

1. 予防的機能の3つのレベル

ビーバーとミラーは、「高齢者の『生活の質』を高めるためには、高齢者の機能を強化する社会福祉サービスの予防的手段が大切である」と述べている。つまり、「加齢は、複合的で多面的な特性をもち、高齢者にマイナスに働く機能低下を必然的に生ぜしめる。高齢者の場合、若い人であれば問題にならない状況であっても、加齢のために十分に対応できないことが多い。したがって、予防的方策が何よりも重要である⁶⁾」と。

そして、加齢に伴う変化に対応していく方法として、3つのレベルの予防的機能が提示されている。

(1)健康な高齢者を対象にした問題発生前の援助活動で、問題発生を予防する(第1次予防)。

6) M. L. Beaver/Don Miller, *Clinical Social Work Practice with the Elderly*, The Dorsey Press, 1985, p. vii.

(2)問題発生の初期段階における援助活動で、問題の進行を防ぐ（第2次予防）。

(3)機能障害をもつ高齢者に対する援助活動で、機能回復と残存機能の強化をはかる（第3次予防）。

この考え方にそって、仮説的に要約すれば、次のような表が作成されるであろう。

表1 保健・福祉サービスの予防的機能

	第1次予防	第2次予防	第3次予防
年齢区分	60歳～	70歳～	80歳～
障害状況	健康保持期	障害発生期	障害慢性期
予防的機能	問題発生を防ぐ	問題の悪化，進行を防ぐ	機能回復と維持
保健・福祉サービス例	●社会参加促進サービス ●社会・福祉教育 ●健康診断 ●住宅改善	●相談・助言サービス ●在宅保健・福祉サービス ●通所サービス	●病院，老人ホーム，在宅でのリハビリテーション

上表は高齢期を3つの年齢区分にして、保健・福祉サービスの例示をすることによって、予防的機能のモデルを示したものである。

そこで、つぎに上表を参照しながら、具体的な実践事例から予防的機能について検証していきたい。

2. 事例による検証

(1)「第1次予防」の援助活動

まず健康で、現在これといった深刻な問題のない高齢者が、本人の意識もちかた、工夫や努力、そして保健・福祉サービスの活用によって、心身の健康を保持して、ねたきりや痴呆にならないような生活をしている事例を紹介しよう。

〔事例1〕

A氏 男性 大正10年生まれ。満69歳
 家族 妻（61歳）と二人暮らし。

- 長男（38歳）は結婚後、近郊に住む。
- 疾病 本態性高血圧症。
- 住居 15年前から現在の T 市の住宅地の一戸建てに住む。
- 生活状況 A 氏は大手電機メーカーに勤務していたが、サラリーマンの定年後の生活に対して、早くから関心をもっていた。誰しもが健やかで幸せな老後生活を望むものであるが、戦時中の食料不足のため、栄養失調で健康を損なった体験をもつ A 氏の場合は、その思いは特に強かった。A 氏は、在職から退職後に備えて、健康および余暇についての活動を始めた。
- A 氏の勤務する会社は当時56歳定年であったが、A 氏は55歳の時、傍系の子会社の社長となり、63歳で退職する。就職以来ずっと営業を担当してきた。仕事柄、ゴルフは毎週していたが、費用のかかるスポーツは、退職後には不向きと感じて、58～59歳の頃から、老後のスポーツとして「ハイキングの会」に参加し、老後生活の準備をする。
- 現在の A 氏の生活を簡単に紹介すると、以下のとおりである。
- | | |
|-----|---|
| 月曜日 | 社交ダンス（公民館） 6：30 pm.～8：30 pm. |
| 火曜日 | 社交ダンス（老人福祉センター） 6：30 pm.～8：30 pm. |
| 水曜日 | 体操教室（市健康センター） 9：00 pm.～12：00 pm.
バイタルチェックのあと、ストレッチ体操、サウナ |
| 木曜日 | 月 1 回 郷土史研究同好会 |
| 金曜日 | 尺八の練習 |
| 土曜日 | 昭和史研究会 |
| 日曜日 | ハイキング |
- 月 1 回 男性料理教室（公民館）

身体的側面についての本人の留意と努力をとりあげてみると、定年後通いはじめた市健康センター（水曜日）での初めての健康チェックで、本態性高血圧症との診断を受けたため、市民病院に通院し、降圧剤を服用し、治療をしている。しかし病気にあまりこだわらず、毎日 2 合までの晩酌を楽しむ。ただし月・火は社交ダンスに行くので飲酒はしない。たばこは全く吸わない。

バスを利用しても、最寄りの駅からかなり遠い高台に自宅があるが、駅までの約30分の道のりは必ず歩く。毎日の「歩き」と日曜日のハイキングは、A 氏の足腰の筋肉を強化し、内臓の機能を活発にしている。高血圧症に対しても神経質にならず、むしろ克服する心がまえである。市民病院への

通院と、年1回の健康診断は怠っていない。毎週水曜日の市健康センターでのストレッチ体操は、家庭生活での体操の習慣をつくった。運動といろいろな活動への参加が相乗効果をあげ、健康を維持している。また、自分の健康状態にあわせたスポーツと必要な医療によって、脳卒中等の発作が起こるのを予防しているようだ。

精神的側面については、余暇活動として健康対策の活動が多いが、一方、郷土史、昭和史などの研究会に入り、知的な活動を通じて精神的な老化や衰え、知的能力の低下を防いでいる。また生活自体に楽しみと生きがいをもっている。さらに書物上の研究ばかりでなく、同好会の幹事を引き受けたり、実際に「歴史を歩く会」で体を動かし学ぶというバランスのとれた活動をしている。尺八の演奏に関しては、年1回の発表会に出演する目標をもって、練習している。譜面を読むこと、指を動かすこと、肺・腹筋をつかうことなど、尺八練習の利点は多い。楽しんで楽器を演奏することによって情緒的な安定も得ている。

市健康フェアの催し後、本人が呼びかけて「男性料理教室」を結成し、食生活の勉強と男性の家事自立をめざした活動をしている。このため、配偶者が不在でもあまり不自由を感じることなく、自分の生活ベースを維持している。大正の末期に生まれ、昭和を生き抜いた一人の市民が、自分の生活を顧みながら過ぎた一時代を考え、そして、現在住んでいる土地の歴史を学ぶことによって、仕事に代わる新しい生きがいを見出している。家事についても、意識の改革をし、さらに能力の開発をすることへの努力を続けている。その他、文章を書くことは、呆けの防止であるとして、積極的に新聞、雑誌等に投稿をしている。

このように、A氏は全体にバランスのとれた活動を工夫し、老後の余暇を有効に活用している。A氏のこのような積極的な老化予防の生活の特徴として注目すべき点は、人との交流である。その交流の場を提供しているのが、健康センター、福祉センター、公民館などである。いずれもX市が取り組んでいる福祉対策や、市民活動プログラムである。A氏自身が人生の大部分、営業という仕事を通して人との付き合いが多かったことや、管理職の経験が生かされたこともあって、いろいろな活動のリーダーシップをとり、新しい役割を得ている。また、自分からすすんで地域資源を求めて活用しているほか、老後生活の自立

をめざした活動をしている点で、健康老人の生活の好例である。

(2)「第2次予防」の援助活動

ここでは、第2次予防の援助活動として、2つの事例を提示しておこう。

まず、福祉事務所を通じて種々の福祉サービスを受けながら、住み慣れた地域で家族とともに生活を続けているケースを紹介しよう。このケースは、援助がなければ「ねたきり」あるいは「ねかせたきり」の状態であり、介護者も倒れかねない。しかし、問題が深刻化したときに福祉サービスを利用することによって、これ以上心身の健康を損ねないように予防し、生活を維持しているケースといえる。

〔事例2〕

B氏 男性 明治45年生まれ。満78歳。

家族 妻（56歳）と2人暮らし。

近くに長男（23歳）が住んでいる。

障害・疾病 脳梗塞後遺症、糖尿病。

障害一種二級（体幹機能障害、片麻痺）

生活歴 九州で出生。小学校卒業後すぐに、左官として働き始める。昭和8年結婚したが、昭和21年妻死亡。戦後（昭和24年）岡山県に移り、左官をする。35年再婚するが、すぐ離婚。39年大阪に移住する。42年現在の妻と結婚する。大阪市内から府下X市の現在地に移る。58年交通事故で右手を負傷したため左官の仕事ができなくなり、同年より生活保護を受給する。昭和62年脳梗塞で倒れて以来、入退院を繰り返す。

問題発生 B氏が脳梗塞で倒れた後、介護者である妻はもともと糖尿病、神経痛、精神分裂病などの疾患があった上に、看病疲れが重なってさらに体調を崩す。夫の介護が負担であることと、日常家事が困難になってパニック状態となり、平成1年7月自殺未遂を起こす。妻はB氏の老人ホーム入所を希望する。長男は朝早く出勤し、夜遅い帰宅を続ける生活である。

対応 介護者の負担を軽減するため、ホームヘルパーの派遣をする。続いてB氏本人のリハビリテーションを目的としてデイサービスセンターの利用を勧める。

福祉サービス等利用状況 問題発生後、福祉事務所が老人ホームの申請をしようとした

が、妻は決心がつかず、結局週2回ホームヘルパーが家事援助、生活・身上に関する相談・助言を行う。これによって要介護老人自身より、介護者の介護負担の軽減と精神的安定を図っている。同年秋から保健所の保健婦訪問が始まる。B氏の寝たばこによるやけどの手当、褥瘡の手当、また精神状態が不安定な妻の生活に対して指導をする。B氏の褥瘡は食生活の偏りからくることを説明し、栄養指導を行う。B氏は週2回デイサービスセンターに通所、そこで入浴サービス利用とレクリエーションに参加する。家ではねたきりで、おむつをあて、ふとんの中で日に15本ほどたばこを吸って過ごしているB氏は、デイサービスセンターに出かけることで、離床、座位の保持ができ、また積極的に身体を動かすようになった。デイサービスセンターでは、家族以外の人と接し、将棋を楽しむ。また、デイサービスセンターの援助によって歯科治療も受けることができた。B氏の状態が悪く、妻も介護疲れがひどくなると、ショートステイホームを利用する。また介護者の妻にとっても、ホームヘルパーが週2回訪問、援助することによって、閉鎖的な日常生活やうつ状態に刺激を与え、よい気分転換になっている。

問題発生後、担当のケースワーカーはすみやかに、X市の福祉、保健、医療の連携による対応をして、老夫婦世帯の危機に適切に介入、援助をしている。X市では高齢者調整チームによるネットワークが存在しており、ひとつのケースにあらゆる側面からの検討が試みられ、サービス提供が効率よくなされている。本ケースにおいても担当諸機関の情報交換が密であり、いわゆるケースマネジメント機能が福祉事務所主体で果たされている。このような点から、本ケースは予防的な福祉の対応が行われ、その結果、在宅生活が継続できているということができる。

つぎのケースは、老夫婦がそれぞれ障害をもっているため、今後の生活に不安を抱き、おのおの老人ホームへの入所を老えて、申請をしている。しかし、両者とも心底から入所を願っているわけではない。そのことがケースの援助を通して明らかにされる。福祉事務所が関わることによって、問題の多い老人世

帯の崩壊が予防されているケースである。

〔事例3〕

- C氏 大正10年生まれ。満69歳。
- D子 昭和2年生まれ。満63歳。
- 家族 C氏と先妻との間に一子（女）があるが、あまり交流はない。
現在の夫婦には実子はいない。
- 障害・疾病 C氏 視力障害（障害一種2級）、心臓弁膜症、糖尿病、高血圧症
D子 精神分裂症、多発性関節炎、冠硬化症。
- 生活歴 C氏は名古屋市で出生。祖父と父は鉄工所を経営していたが、本人が3歳のとき、2人とも事故で死亡する。そのため幼少時より親戚の家を転々とする。高等小学校卒業後、食料品店で働き、戦争中は軍需工場で働く。戦後、闇市や米軍キャンプで仕事をする。昭和25年結婚し、一子をもうけるが、性格の不一致で離婚する。昭和44年、現在の妻と内縁関係になり今日に至る。次第に身体を悪くし、当時勤めていた製菓会社を休むことが多くなる。職場に居づらくなり、55年退職するが、次の職もなく、その後は生活保護を受給している。持病の糖尿病による視力低下もすすむ。
- D子は大阪市で出生。高等小学校卒業後、家業の衣料品店の手伝いをする。戦時中は縫製工場で働くが、戦後大阪市内で住み込みの仕事をする。昭和28年に結婚するが、約3年で離婚する。この頃、精神分裂症が発病し入院・退院を繰り返す。44年、現在の夫と知り合い、Y市で一緒に暮らすようになる。
- 問題発生 夫の目の不自由なところを妻が手助けしてきたが、妻も膝、腰の痛みがひどくなり、家事が困難になってきた。昭和61年3月、夫が福祉事務所に来所し、特別養護老人ホームの入所を希望する。妻は、当時50歳代で入所資格がないため、C氏ひとりしか入所できないことに不満を感じ、反対する。同年11月C氏再来所し、盲養護老人ホーム入所を希望する。その時、障害5級認定のままであったので入所することができなかった。このように、夫は一人で老後の生活に不安を感じて、妻には相談せずに福祉事務所をたびたび訪れている。妻は反対し続けて、結局老人ホーム入所は立ち消えとなった。63年8月、妻より福祉事務所に電話が入り、「夫の入所を私が反対すると言って、夫は怒り、悪態をつく。老人ホームへ入れてやってほしい」と訴える。

対応 福祉事務所は夫婦の訴えどおり、夫の老人ホーム入所申請を受理する。同時に問題の軽減を図るため、老人ホーム入所の待機期間中、C氏にデイサービスセンターの利用を勧める。しばらくしてデイサービスセンターに通所ようになる。Y市ではデイサービスへの新規登録と同時に、保健所にもケースに関する情報がつながるシステムになっているため、保健婦の訪問も始まる。

福祉サービス等利用状況 同年10月M老人ホームに夫婦とも入所の手続きをする。12月入所可能となったが、夫が辞退する。翌年、訪問した保健婦よりホームヘルパー派遣の要請がある。妻の方も日常生活にさまざまな障害があり、当時、膝痛がひどくなり家事をすることが困難であった。今回は妻も夫とともに入所の手続きをしていたが、妻自身は在宅生活を続けたいと考えている。平成元年初めから、週2回ヘルパーが訪問援助をする。1年後、妻の精神分裂病の症状が不安定なので、福祉事務所のケースワーカーとホームヘルパーが同行して、かかりつけの医師のもとで診察を受ける。その結果、しばらく入院となる。妻の入院中は、在宅の夫の生活をホームヘルパー、デイサービスセンター、配食サービスの利用をすることによって継続できるように援助する。入院していた妻は病院で転倒し、怪我をしたことがきっかけで病院とトラブルを起こし、外泊帰宅をする。ケースワーカーは再び別の病院を紹介するが、先の病院で加療中なので転院はできず、そのため先の病院を退院扱いにして、一旦帰宅する。あらたに地域にある病院に通院することになった。その後、週2回ホームヘルパー訪問援助、週1回デイサービスセンター利用など、各種の福祉サービスを受けながら、夫婦共地域での生活を続けている。

C氏の持病の通院治療はガイドヘルパー、ボランティアが介助をしている。

問題発生は、当人たちが今後の生活に不安を感じて、福祉事務所へ老人ホーム入所の希望を申し出た時であろう。福祉事務所では、申請を受理し手続きをする一方、その間、少しでも現状を改善するため、デイサービスセンターをうまく利用させ、自動的に保健所にもつないで総合的な援助を展開する方法をとっている。このような福祉、保健の連携が今後発生するおそれのある夫婦の家庭危機を予防したといえることができる。

(3)「第3次予防」の援助活動

つぎに、第3次予防の事例を掲げておこう。本事例は、事故によって障害をもった一人暮らしの老人が、状況の変化で無気力になり、失っていないはずの機能まで低下させ、ねたきりとなった。特別養護老人ホームに入所し、そこでの処遇をとおして、機能を回復し、積極的な生活ができるようになったケースを示しながら、施設処遇の予防的機能を考えてみたい。

〔事例4〕

- E子 大正11年1月生まれ。満68歳。
- 家族 一男一女がいるが、それぞれ結婚して家庭をもち、長男は〇市在住、長女は関東在住。
- 生活歴 E子は関東で出生。19歳で結婚。新婚4カ月で夫は召集されて満州に渡った。その時、すでに長男を妊娠していた。まもなく夫が病気になる現地で入院する。1年後帰国し、しばらく家庭で養生していたが、さらに別の病気を併発し、わずか6カ月後、死亡した。そのとき、次子がお腹にいた。21歳で2人の子どもをかかえて、苦勞の多い生活を続けた。実家の世話になって、子育てをし、落ち着いてから地元の役所に勤め始める。夫は戦病死とは認められず、遺族年金などの保障が得られなかった。
- 子どもたちが独立したのをきっかけに、念願の家を買い、ゆとりのある一人暮らしが始まる。ある日、デパートのエスカレーターで倒れ、背骨を折った。3カ月入院治療の後、普通の生活に戻る。以後、脊椎損傷で無理はできなくなった。事故から4～5年後、再び脊椎に痛みを感じる。変形脊椎症と診断され、入院する。これを契機に退職する。退院後は一人で自宅療養していたが、今後の生活の不安がつる。大阪に住んでいる長男が同居を提案したので、住み慣れた地を離れる迷いはあったが、安心を選んで長男宅のある大阪へ居を移す。治療のため大阪でも3年半入院。リハビリテーションも試みるが、すぐ倒れることが続き、次第に気力を失う。なかばあきらめて長男の家に帰る。従来から嫁との関係がよくないため、身体が不自由でねたきりでいると、孤独感、不安感が増す。かかりつけの開業医が特別養護老人ホームを紹介してくれたので、思い切って入所した。
- 施設入所時 昭和56年2月（当時59歳）。脊椎損傷。骨だけは80歳代のもろさとの診断。ヒステリー症状、無気力でねたきり。
- 視力、聴力は正常。会話はふつう。排せつはベッドの横に差込み便器をお

き、なんとか自力ですが、夜間はおむつを使用。食事はねたきりで、少し頭をもちあげ、ようやく自分でできる程度。家庭では入浴はできなかった。清拭だけであった。

施設生活 入所後、しばらくはねたきりが続き、腰、背中が痛いと、ヒステリックに訴える。これまで睡眠障害があったが、ホームに慣れるにしたがって落ち着いて眠れるようになり、気分が和らいでくる。神経を使って暮らしてきた様子がうかがえる。看護婦や寮母たちは、女ひとりで2人の子どもを育て、仕事をしてきた人が自立心がないはずがないと考え、ベッドで起き上がり、座る時間を増やすことを目標にして、援助していく。数日後、2年ぶりに機械浴槽を使って入浴をする。ホームでの介護や生活に安心感を抱き、ベッドで起きて食事をするようになる。さらに歩行器で数歩歩く。自分でADLの向上がわかり、意欲がでてくる。2か月後には、施設内の行事にも介助をしてもらって出席する。4か月後にはベッドでの差込み便器からベッド脇のポータブルトイレ使用になる。同年7月の診察では「腰骨は治癒している。これからは運動が大切」との診断を受ける。今後の目標をふつうのトイレに行くこととする。また、施設職員が同行して、近所のスーパーマーケットへ出かけ、店内を歩行器で回る。ときおり面会に訪れる息子に対し、施設側が家族の協力や愛情の重要性を話す。早速、息子は母親に外食の誘いかけをしたところ、E子はすぐに応諾する。翌日、家族そろって食事に外かける。疲れて帰り、しばらく体調を崩すが、以前のような無気力さはなくなった。ホーム内で話し相手もみつかり、活気が出てくる。半年後、杖をもった歩行訓練が始まる。同じ日、夜間のおむつ使用をやめる。

トイレに近いところへ転室する。同室の人たちとの交流を楽しむ。レクリエーションにも参加する。このような経過で、現在は杖使用で身の回りの自立ができるまでに回復した。中学生になった孫の運動会にも出かけることができるようになり、施設で満足した生活を送っている。入所後9年になるが、現在、併設の軽費老人ホームへの転寮を願い出ている。

2つの要因（脊椎損傷と嫁姑の関係の悪さ）が過剰な負担になり、本来維持しているはずの日常動作能力にまで影響を与えていたケースである。環境を改善する意味からもE子にとって、特別養護老人ホーム入所は適切な対処であった。施設職員がE子の問題点を見だし、機能回復の処遇計画を立て、積極的

に援助していった。さらに家族にも働きかけて、情緒面でのケアにも対応した。ねたきりが続き、ますます機能も気力も失っていくところを、施設が心身両面の介護援助をとおして予防したことは特筆に値する。老人ホームが単に収容保護だけを目的とするのではなく、心身の自立を目指し、社会復帰させる施設であることを改めて確認することができる。E子の場合、家族関係を考えると、簡単に長男の家に戻ることはできないが、軽費老人ホームに移り、そこで必要なサービスを受けながら、かなり自立した日常生活が送れる見通しができた点で、老人ホームにおける予防的な処遇が大いに評価される。

IV 総括

1. 本稿のねらい

これまでに、高齢者の社会的施設の動向と実践活動を記述してきたが、本稿のねらいは、従来ともすれば援護を必要とする高齢者の「保護的機能」が重視される傾向に対して、施策や実践活動の「予防的機能」の重要性を見直すことであった。

先述したように、社会的施策の基本的考え方、目標では、(1)住みなれた地域で安心して生活できること、(2)健康増進と成人病等の予防、(3)社会参加と生きがいの増進が強調され、それらを具体化する実践活動としては、(1)在宅福祉の充実、(2)ねたきり老人ゼロ作戦が主要な目標として指摘されてくる。

これらの基本的考え方や目標が、どのような条件によって達成されるのかを前節の事例によってつぎに要約しておこう。

2. 「予防的機能」確立の条件

(1)保健・福祉サービスの連携

保健・福祉サービスの連携の必要性については、処々で指摘されているところであるが、予防的視点からも事例1、2、3に明らかに実証されている。

第1次予防の段階に位置づけられる自立生活の可能な事例1のA氏は、健康センター、老人福祉サービス、そして教育施策である公民館をも積極的に活用して、心身の健康の維持、社会参加や生きがいの増進を図っている。第2次

予防に位置づけられる事例2、3のB氏とC氏は特別養護老人ホーム入所の可能性をもった高齢者であるが、保健婦による訪問指導、ホームヘルプサービス、デイサービス事業、ショートステイ事業、配食サービス、ボランティアによる外出付添などの保健・福祉サービスを受けることで、住みなれた地域で生活することを継続している。不適切な施策入所を防ぐことも予防的機能として重要であることを示す一例である。

(2)公私の役割分担

ここでの「公私」とは、公立、公立民営の機関や施策を「公」とし、高齢者本人と家族などを「私」として、その両者の役割分担、関係を検討してみたい。

昨今の社会的施策には、「まず高齢者本人の自立自助と家族などの相互扶助があり、それが対応できなくなった時には公的施策が対応する」という基本的考え方が提示されている。しかしながら、事例1や事例4にみられるように、高齢者本人の自立自助のためには公的施策による諸サービスが十二分に活用されることが不可欠である。

予防的機能を確立する目的は、高齢者の自立の回復、維持にあることから、公的な実践活動の充実が、高齢者本人の自立自助を促進することになるのである。公私の役割分担とは本来このような関係において理解すべきである。

(3)ケースマネジメントの方法の確立

高齢者個々の問題を総合的に診断し、それに基づいて必要な諸サービスを提供し、そして諸サービスを評価する方法として、「高齢者サービス調整チーム」の制度が市町村レベルで設置されている。この制度のねらいは、保健・福祉サービスをはじめとする他の諸サービスの連携と公と民と私との連携が促進されることによって、適切に諸サービスが提供されることにある。

先に掲げた事例では、事例2、事例3において「高齢者サービス調整チーム」の組織のなかで、福祉事務所の担当ケースワーカーがケースマネジメントを実施している。

現状では、いずれの機関、施設の職員がケースマネジメントを担当するのかの明確な回答は得られてないが、事例2、3はケースマネジメントの方法

を確立するひとつの方向を示唆している。

3. 今後の課題

本稿では、援護を必要とする高齢者を主な対象として、厚生省が提示した「高齢者保健福祉推進十か年戦略」が強調している保健・福祉サービスにおける予防的機能に着目し、考察した。

しかしながら、高齢者が「長い高齢期を健康に、また身体が不自由になった場合にも、住みなれた地域で安心して暮らせるような条件」を検討するためには、より詳細な考察を必要とする。

岡村重夫は、社会福祉の予防的機能を検討するなかで、まず第1に「社会生活上の困難の発生を予防するのは、全国民を対象とする普遍的施策としての社会保障、保健・医療、完全雇用、教育、住宅、レクリエーション、文化等に関連する一般的サービスであること」⁷⁾を前提としながら、社会福祉の予防的機能について改めて指摘している。それによれば、

「第1次予防では、個人を普遍的サービスや基本的社会制度に結びつけ、利用を続けさせるための個別対策を準備すること。第2次予防は、(1)ケースの発見、(2)ケースのニーズ判定とサービス方針の決定、(3)早期にサービスを受けさせること。第3次予防では、(1)生活困難や障害の影響を極力少なくすること、(2)社会的リハビリテーション、すなわち社会人としての生活機能の回復や発達の促進、自立の助長、社会復帰への援助」⁸⁾を社会福祉の予防的機能としている。

スローガンとしての「予防は治療にまさる」を具体化していくためには、保護的サービスに含まれる予防的機能の点検が必要となるであろう。

7) 岡村重夫「地域福祉論」、光生館、1972年、51～52ページ。

8) 岡村重夫「前掲書」、1972年、52～56ページ。