

表4 アンケート結果

⑥今後研修で行ってほしい内容について

	2007年度		2008年度	
	n=44	%	n=72	%
レクリエーション技法	24	55.8	29	40.3
ミーティング技法	16	36.3	10	13.9
高齢者理解と援助	22	50.0	31	43.1
コミュニケーションの技法	18	40.1	28	38.9
プログラムの立案	17	38.6	9	12.5
プログラムの展開	11	25.0	14	19.4
サロンの管理・運営法	10	22.7	9	12.5
救急法	10	22.7	12	16.7
武豊町以外のサロン見学	21	47.7	31	43.1

「憩いのサロン」ボランティアの皆さまへ

調査ご協力をお願い

ボランティアの皆さまには、いつも「憩いのサロン」でご活躍していただいています。

本調査の目的は、「憩いのサロン」ボランティアの方々がこれまでの活動において、自信となったことや不安（困難）を感じておられる項目を知ることです。そして、今後の「憩いのサロン」の運営や研修会の企画などの参考にさせていただきます。

本調査の結果分析は、星城大学と日本福祉大学の関係者が責任をもって担当し、データの取り扱いには細心の注意を払います。また、結果分析の発表や武豊町への報告においては、本調査にご協力いただいた皆様方個人のお名前やご回答が、特定されることは決してありません。

ご多忙とは存じますが、本調査の趣旨をご理解いただきご協力をよろしくお願いいたします。

本調査に対するお問い合わせは、以下までお願いいたします。

【お問い合わせ先】

星城大学リハビリテーション学部 竹田徳則 052 - 601 - 6000

【問1】～【問8】は全員の方がご回答ください。

【問1】あなたのお名前

【問2】あなたがボランティアとして活動している主な「憩いのサロン」はどちらですか。あてはまる番号ひとつに○をしてください。

1. 大足サロン 2. 上ヶサロン 3. 玉貫サロン 4. 富貴サロン 5. 馬場サロン

【問3】あなたがボランティアとして活動（参加）し始めた時期についてあてはまる番号ひとつに○をしてください。

1. サロン開所前の準備段階から 2. 2007年5～7月（上ヶ・大足・玉貫サロン発足直後）
3. 2007年8月～2008年4月 4. 2008年5～7月 6. 2008年8月以降

【問4】あなたがボランティア活動を始めたきっかけについてあてはまる番号すべてに○をしてください。

1. 町の広報 2. 地区の掲示板 3. 回覧板 4. 地域包括支援センターを通じて
5. 社会福祉協議会を通じて 6. 知人・友人の誘い 6. 家族のすすめ
7. その他（ ）

【問5】基礎・リーダー研修（全5回連続講座）受講の有無についてあてはまる番号ひとつに○をしてください。

1. 2007年度にすべて受講 2. 2007年度に一部受講 3. 2008年度にすべて受講
4. 2008年度に一部受講 5. 未受講

【問6】「憩いのサロン」が開始される前または、ボランティアとして活動する前にサロンでボランティアとしてやっていく自信はありましたか。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1. とても自信があった 2. 自信があった 3. どちらでもない
4. どちらかといえば自信がなかった 5. まったく自信がなかった

【問7】これまでの「憩いのサロン」でボランティアとして活動する中で、変化したことや現在の気持ちをおうかがいします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1) 参加者とのコミュニケーションについて

1. とても自信がついた 2. 自信がついた 3. どちらでもない
4. どちらかといえば自信がついてない 5. まったく自信がついてない

2) 当日の「憩いのサロン」の流れ（展開）について

1. よく分かっている 2. 分かっている 3. どちらでもない
4. どちらかといえば分かかっていない 5. まったく分かかっていない

3) 「憩いのサロン」のプログラムを計画することについて

1. とても自信がついた 2. 自信がついた 3. どちらでもない
4. どちらかといえば自信がついてない 5. まったく自信がついてない

4) 「憩いのサロン」のプログラムを展開することについて（司会者や進行係）

1. とても自信がついた 2. 自信がついた 3. どちらでもない
4. どちらかといえば自信がついてない 5. まったく自信がついてない

5) あなたのサロンでの役割について

1. とても満足している 2. 満足している 3. どちらでもない
4. どちらかといえば満足していない 5. まったく満足していない

6) あなたは今後、「憩いのサロン」でボランティア活動をしばらく続けていく自信はありますか。

1. とても自信がある 2. 自信がある 3. どちらでもない
4. 自信がない 5. まったく自信がない

【問8】今後研修会で行ってほしい内容はありますか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. レクリエーション技法 2. コミュニケーション技法 3. 高齢者理解と援助
4. プログラムの立案 5. プログラムの展開 6. ミーティングの技法
7. サロンの管理・運営法 8. 救急法 9. 武豊町以外のサロン見学 10. その他 ()

【問9】～【問10】は2008年10月～11月に開催されたボランティア基礎・リーダー研修(一部参加者も含む)に参加された方のみがお答えください。

【問9】ボランティア基礎・リーダー研修参加後のあなたのサロンでの状況についておうかがいします。

1) 研修会参加後、今まで以上にボランティアとしてやっていく自信は高まりましたか。
あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1. とても高まった 2. 高まった 3. どちらでもない
4. どちらかといえば高まっていない 5. まったく高まっていない

2) 研修会参加により、今まで以上にボランティアとしてやっていくための技術や知識は得られましたか。あてはまる番号 ひとつに○をつけてください。

1. とても得られた 2. 得られた 3. どちらでもない
4. どちらかといえば得られなかった 5. まったく得られていない

3) 研修会での内容について、あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1. サロンでのミーティングで伝達した 2. サロンボランティアの一部の人に伝達した
3. 特に伝達していない

【問10】研修会各回の内容は、「憩いのサロン」活動に活かされていますか。
あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1) 1回目：平成20年10月20日(月)保健センター
高齢者の心身の変化・コミュニケーション・リーダーに求められるもの(講義)

1. とても活かされている 2. 活かされている 3. どちらでもない 4. 活かされていない
5. まったく活かされていない 6. 1回目は参加していない

2) 2回目：10月28日（火）保健センター

サロンにおける集団の活用と対人交流促進について（講義）

1. とても活かされている 2. 活かされている 3. どちらでもない 4. 活かされていない
5. まったく活かされていない 6. 2回目は参加していない

3) 3回目：11月7日（金）町民体育館

サロンにおける集団の活用と対人交流促進について（演習）

1. とても活かされている 2. 活かされている 3. どちらでもない 4. 活かされていない
5. まったく活かされていない 6. 3回目は参加していない

4) 4回目：平成20年11月11日（火）町民体育館

サロンにおけるプログラム立案と展開について（講義）

1. とても活かされている 2. 活かされている 3. どちらでもない 4. 活かされていない
5. まったく活かされていない 6. 4回目は参加していない

5) 5回目：平成20年11月18日（火）大足老人憩いの家

プログラム展開例（演習）

1. とても活かされている 2. 活かされている 3. どちらでもない 4. 活かされていない
5. まったく活かされていない 6. 5回目は参加していない

ご協力ありがとうございました

Ⅲ 研究成果の刊行に関する一覧表

- 1) 近藤克則, 渡辺邦夫: 介護予防における健康格差とポピュレーション・アプローチ -OT の役割と集団の重要性. 作業療法ジャーナル 42(12):1207-1215, 2007
- 2) 平井寛, 近藤克則, 竹田徳則: 敬老堂をモデルとしたポピュレーションアプローチの試み-武豊町介護予防モデル事業「武豊町憩いのサロン」. 社会福祉論集特集号: 99-106, 2008
- 3) 竹田徳則: 介護保険におけるリハアプローチの実践 3 介護予防認知症. 作業療法ジャーナル 42 (7), 665-669, 2008
- 4) 竹田徳則: ポピュレーション戦略による認知症予防. 認知症事例ジャーナル 1: 437-444, 2009. 印刷中
- 5) 竹田徳則, 近藤克則, 平井寛: 心理社会的因子に着目した認知症予防のための介入研究 -ポピュレーション戦略に基づく介入プログラム理論と中間アウトカム評価-. 作業療法. 印刷中

IV 研究成果の刊行物・別冊

どうなる？
今後の日本の医療とケア
(4回シリーズ：第1回)

介護予防における健康格差と ポピュレーション・アプローチ

OTの役割と集団の重要性

近藤克則
日本福祉大学 医師
渡辺邦夫
（金沢医療福祉専門学校）

渡辺 今日、近藤克則先生に介護予防をめぐる問題と健康格差、OTに対する期待等についてお話をうかがいます。近藤先生の実践と研究は若いOTにとって非常に参考になると思います。介護予防に関しては、「特定高齢者」がなかなかスクリーニングできない、介護予防事業への参加者がどんどん減っているといった声が聞かれます。また、短期的には運動等で効果があるようだが長期的効果はまったくわからない等、さまざまな問題が指摘されています。介護予防に関わっている方は本当にこれでいいのだろうかという疑問をもっています。

1. 現在の介護予防事業の問題点

近藤 介護予防には、すでに要介護認定を受けている人を対象にした「新・予防給付」と、要介護認定を受けていない人を対象にした「地域支援事業」があります。そして地域支援事業の中にも2つあります。1つは、要介護状態になる恐れの高い「特定高齢者」向けで、もう1つは健康な「一般高齢者」向けのものです。

地域支援事業のうち、OT等のリハ専門職が関わっていることが多い特定高齢者事業の流れについてお話ししましょう。第1段階では、特定高齢者をスクリーニングします。健診に来た高齢者を対象に転倒経験があるのか、うつ状態はないか、閉じこもり傾向はないか等をチェックして、基準に沿って判定します。第2段階では、特定高齢者とされた方々にさまざまなメニューを用意して、参加するよう案内します。第3段階では、参加してくれた人を対象に、効果の検証をします。これが現在の特定高齢者事業の流れです。

渡辺 介護予防事業の問題点を先生はどのようにお考えですか。現在ではこの3段階それぞれに問題が指摘されています。まず第1段階では、健診で特定高齢者が把握できない。当初は高齢者人口の約5%が特定高齢者に該当すると想定されていました。ところが導入後半年を経ての調査では、把握できた特定高齢者は、なん

と0.14%。つまり36分の1だったことがわかりました。次の第2段階では、特定高齢者とされた方に実際の介護予防プログラムに参加していただくとしても「私は元気」と拒否されるケースが多い。せっかくOTを呼んでプログラムを用意しても参加者が誰もいないというケースも実際あります。第3段階の問題として、先ほど渡辺先生も言われましたように、プログラムの長期効果が不明確であるという点です。

2 特定高齢者のスクリーニングと健康格差

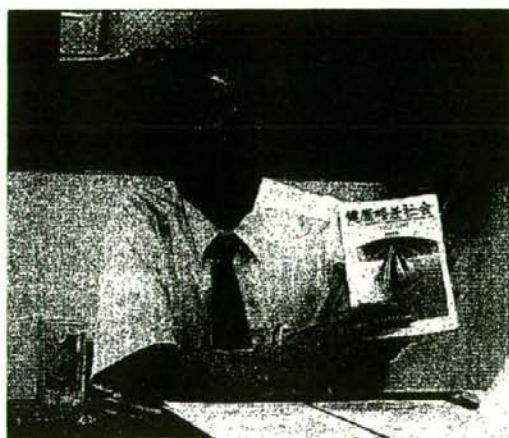
近藤 まず、なぜ健診で特定高齢者が把握できないかです。そもそも健診に来る高齢者というのは健康意識が高く、普段から健康に気を使っていて、客観的にも元気な人のほうが多いです。逆に、うつ状態で、転倒しやすい方は外に出ると転ぶかもしれないと思い、外に出る気力もなく家に閉じこもっているわけです。第2段階のプログラム実施においても、「あなたはもうすぐ要介護になりそうな特定高齢者」とレッ

テルを貼られることを喜ぶ人はいないですね。そのうえ、「参加してみたら幼稚園児のような名札をぶら下げられてショックだった」と言っていた方もいました。今のやり方のまま、「もっと頑張る」だけでは、特定高齢者向けの介護予防事業はうまくいかないと思います。うまくいかない背景には「健康格差」（社会経済的に恵まれない人たちに不健康な人が多く、恵まれた人たちには健康な人が多いという格差）の問題があるというのが私の理解です。

3 社会疫学と AGES プロジェクト

近藤 どういう背景をもった方たちが、うつ状態や閉じこもり等、要介護状態になりやすいのかを調査しました。約3万3,000人の高齢者を対象にした大規模な社会疫学的な調査です。愛知県で始めたので、AGES (Aichi Gerontological Evaluation Study, 愛知老年学的評価研究) プロジェクトと呼んでいます。今まで予防と言えば、身体に悪影響を与えるタバコやお酒等の食習慣や生活習慣を危険因子と考えてきました。それに対し、社会疫学という新しい分野が生まれています。そこでは、人間というのは、一般に思われている以上に社会的な動物で、その健康に影響を与えるのは身体的要因だけではなく、もっと幅広い心理・社会的な要因だという仮説を検証するものです。具体的にいえば趣味活動、社会的な人とのつながり、経済的余裕、教育背景等です。海外ではこれを裏づける研究が増えています。それを日本でも検証したいというのが、このプロジェクトの目的です。

その結果では、たとえば認知症の場合、お酒あるいはタバコ等の伝統的な健康行動・生活習慣指標のオッズ比は2倍を切るのに対して、主観的健康感や趣味といった心理的指標のほうは大方2倍を超えるのです。また要介護状態の人の割合は、低所得の人で高所得の人より5倍も多い。健康な方だけを、追跡調査したコホート研究でも、やはり低所得の人に多い。男性では、実に4倍以上です。つまり健康に与える影響で



渡辺邦夫

1979年東京都立府中リハビリテーション専門学校卒業。同年、山梨温泉病院勤務。1982年湯村温泉病院勤務。1993年9月～2004年3月、山梨県作業療法士会アシスト・パン事業事務局長。2000年6月より帝京医療福祉専門学校勤務。2001年4月より同校作業療法科長。2006年4月より同校校長。

は、伝統的な危険因子よりも心理・社会・経済的因子のほうが関連が大きいです。低所得の人や受けられた教育年数の短い人ほど、周囲の人々との社会的つながりが弱い。すると、うつになりやすく閉じこもりがちとなる。そして、そのような人たちが健康には来てくれない。だから健康では把握できないということです。つまり日本で、想像以上に広がっている健康格差が、背景にある問題だと考えています。

4 予防における2種類のアプローチ

渡辺 現在の方法ではスクリーニングできない多数の特定高齢者を対象とした事業というのはどのようなものになるのでしょうか？

近藤 予防の方法には2種類あると英国のローズ教授は言っています。1つはハイリスク者をスクリーニングし、それに対してアプローチするハイリスク・アプローチです。これは結核やがんの早期発見・早期治療で成果を上げ、現在の日本の介護予防事業もこの戦略に従って計画されています。もう1つがハイリスク者だけではなく、元気な方を含めた集団全体にアプローチする方法で、これはポピュレーション・アプローチと呼ばれています。ローズ教授によれば、ハイリスク・アプローチが成功するにはいくつかの条件がある。たとえばハイリスク者を的確にスクリーニングできる方法があること。ハイリスク者がごく一部の者に限られていること。そしてハイリスク者を的確に治療できる手段があること等です。結核ではこれらのハイリスク・アプローチが有効な条件にあてはまります。ところが介護予防の場合、先ほど述べましたようにスクリーニングで特定高齢者を把握できなかったという問題があります。またAGESプロジェクトの調査によると、現在の基準なら高齢者人口の30%が特定高齢者にあてはまる可能性があります。そうすると介護予防事業は、全国で800万人を対象する大規模な事業となります。果たしてこれほど多くの人に、介護予防プログラムが提供できるのでしょうか。

さらに、長期的な効果が確認された介護予防プログラムがあるわけではありません。つまり、ハイリスク・アプローチが有効であるための条件を現在の介護予防事業はほとんど満たしていません。そう考えると、うまくいくとはとても思えません。

渡辺 先生の著書『健康格差社会』で非常に印象に残ったデータがあります「要介護状態になった人の半数は、1年前にはハイリスクではなかった」というデータです。

近藤 そうなんです。ある地域で、1年間に新しく要介護認定を受けた人たちを対象に、1年前にさかのぼっていくつの危険因子をもっていたのかを、分析したのです。驚いたことに約半数の方は危険因子を1つももっていません。つまり、危険因子をもっている方のみをターゲットとした介護予防戦略では、はじめから半分の方を対象から外しているのです。

生活習慣病対策でも指摘されているのですが、危険因子を指摘して、健康教育で行動変容を迫っても一時的な効果はあるが、やがて元に戻ってしまう。個人に生活を変えるように教育



近藤克則

1983年千葉大学医学部卒業。同公衆衛生学教室研究生、船橋二和病院リハビリテーション科長等を経て、1997年日本福祉大学助教授。2000年8月よりUniversity of Kent at Canterburyの客員研究員。2003年より日本福祉大学社会福祉学部教授。著書：『健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか』（医学書院）。他

するだけではなく、生活環境を変えないと解決しないのではないかと恐れ始められています。介護予防も同じだと思います。

5 「原因の原因」にアプローチする ポピュレーション・アプローチ

渡辺 つまり生活の中にこそ、危険因子を増強するようなさまざまな要素があるということです。そこに対するアプローチというのはどのようなものになるのでしょうか。

近藤 たとえば高齢者の転倒一つを考えてみても、その前段階に多くの場合、廃用症候群があります。なぜ廃用症候群になるのかといえばそれは bio-science モデル、いわゆる医学モデルでは「寝転がってばかりいて動かないからだ」と説明されます。確かにそうなのですが、ではなぜ動かないのでしょうか。大田仁史先生が「心が動けば身体も動く」とよくおっしゃいますが、身体を動かしたくなるような心を動かす要因がない。だから寝転がってテレビばかり見て寝たきり生活となるのです。そのような方たちに「動かないから寝たきりになってしまう。もっと動いたほうがいいですよ」と言っても、きっと動いてくれないでしょう。身体を動かしたくなる何か、そのきっかけをつくり出さなければいけない。環境を変えて、周囲に声をかけてくれる人的ネットワークをつくる。「はじめはいやいや参加したけれど、行ってみたら楽しかった。だから、また行ってみたい」。そんなきっかけをつくる。これが全体をみようとする生活モデル、あるいは生物・心理・社会モデルに立脚した戦略です。そしてハイリスクの方だけではなく、健康な方をも対象とし、環境に介入することで人々の行動を変える。そんな地域づくり、町づくり戦略がポピュレーション・アプローチに沿う介護予防の戦略です。

渡辺 いわば原因の原因に対して手を打つということですね。

近藤 そうです。英語では cause of cause という言葉を使いますが、ある事象の原因にはまた原因がある。いわば、川の上流へとさかのぼ

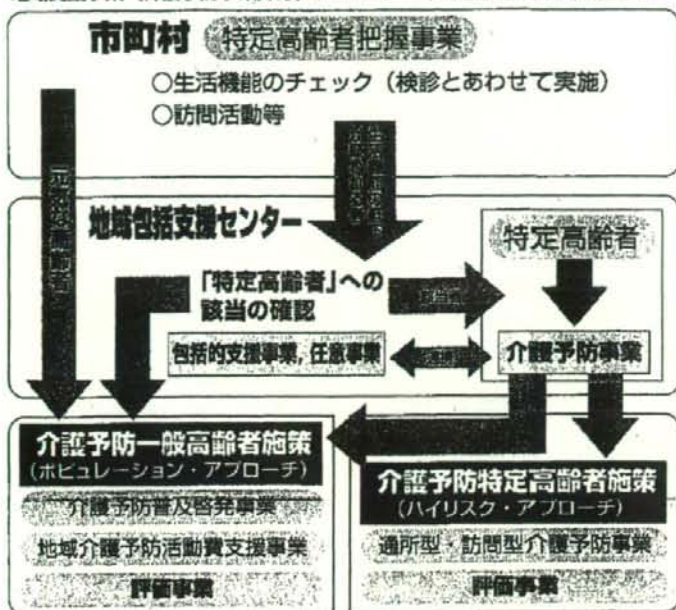
て、上流の因子にアプローチしないと、川下にあたる、結果としての行動というものとはそう簡単には変えられないということです。

今ポピュレーション・アプローチの考え方に基づく介入研究に取り組んでいます。ハイリスクの方だけではなく、健康な方に対してもアプローチするものです。「憩いのサロン事業」等の名前で全国の社会福祉協議会が取り組んでいて、すでに数万の取り組みがあるものです。健康な方も対象として、地域で気軽に集まってお話ししたり、さまざまな行事を開催したりする。居場所を提供することを目的としています。ただ集まってお話しだけの所もありますが、われわれの場合は、そこに OT が関わってさまざまなアクティビティを用意し、また集団をマネジメントする OT の技術をボランティアの人たちに伝えています。

6 ポピュレーション・アプローチによる 介護予防の実践

近藤 この事業を、愛知県の武豊町で、初年度の 2007 年には 3 カ所で実施しました。1 カ所で月に 3~4 回でなく、3 カ所で月に 1~2 回にしたのもエビデンスに基づいています。事前調査で、町の健康保健センターで行った事業に参加したことのある人を対象に、お住まいから保健センターまでの距離を GIS (地理情報システム) を使って計測しました。保健センターから半径 500m, 1km, それ以上の距離に住んでいる人と分けて参加率を分析したのです。すると、500m 離れるごとに参加率が 1 割落ちるのです。考えてみれば当然で、高齢者にとっては 500m なら 10 分未満で歩いていけますが、1km という歩けば 15 分以上かかる。そうすると参加したくなくなりますよね。

この結果に基づいて、町の中心部で月に何回も事業を開催するよりも、複数カ所で月に 1 回やったほうが参加者が多くなるだろうと考えました。そこで、3 カ所の会場で始めました。取り組み始めて 1 年後に、全高齢者を対象に調査したところ、町の高齢者の約 11 人に 1 人 (9%)



の方が、1度は参加したことがあると答えました。これは、それまで町が取り組んできた介護予防的の参加者よりおよそ6倍も多かったのです。しかも健康な高齢者が、近所の特定高齢者の方にも声をかけて、一緒に来たりしている。1カ所でやるよりも多拠点でやること、そして特定高齢者だけを対象にするよりも健康な高齢者も対象とすること、そのほうが優れているようだとなりました。

一方、多拠点で事業を行おうとすると専門職だけでは人手が足りません。ボランティアが必要です。そこで事前に住民の方々にアンケートをとった際に、ボランティアへの参加意向を尋ねました。すると高齢者が約5,800人の町でなんと約550人が「可能な範囲で協力してもよい」という回答でした。「中心的な運営者として参加してもよい」と回答し記名してくださった方や従来からボランティアとして活躍してきた人々を対象とした説明会を開いたら、そこに62人の方が来た。説明を聞いて52人が協力してくれると言いました。この方たちに、「頭を使うことはボケ予防になります」と説明してプログラムを考えてもらいました。もちろん外部

から専門家を招いてのイベント等もありますが、地域を見回してみると住民の中にも大正琴ができる人、あるいは漢字博士等、いろいろな特技を持った方がいるのです。ですから地域の住民自らが講師となって女性向け・男性向けのプログラムを作ったり、小学生との交流事業を企画したりしています。いつも同じ体操だけでは飽きてしまうでしょうから、毎回いろいろなメニューをボランティアの人たちが工夫するわけです。事前の準備や終わったあとの反省会があったりと、人とのつながりも広がります。専門職は、当初の説明会や研修会のほか、時々参

加してアドバイスしたりしていると地域住民が動き始めたのです。

このボランティアの中には、実は介護予防事業で特定高齢者と判定された人もいました(笑)。「寝たきり一歩手前」のようなことを言われて介護予防事業には行く気がしなかったけれど、こっちは人の役に立てるからと手伝っている。そのうちにその人、元気になってしまった(笑)。最初は、月に1回では効果がないのではと思っていたのですが、波及効果があるんです。ボランティアになれば、事前の打ち合わせがあったりするので外出も増える。一般参加者も楽しみができた、次回の開催日をカレンダーに○をつけて待ちわびている方もいるそうです。つまり行き先や楽しみ、そして役割をつくる。そうすると生活が変わる。その手応えを感じています。徐々にほかの地域からも、「うちの近所にも欲しい」という声が上がりがち、今年から2カ所増やして計5カ所で展開することになりました。町の方も手ごたえを感じ始めて、町の総合計画にも盛り込まれ、長期的には10カ所以上に増やす話も出るようになりました。

渡辺 個人の身体機能も大切ですが、やはり人

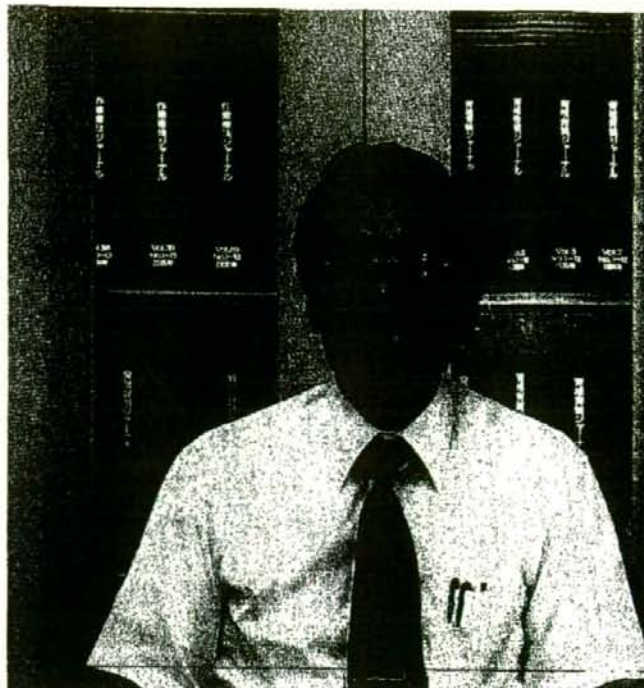
と人の社会的つながりが重要だということですね。では介護予防においてOTに期待されることはなんなのでしょうか。

7 介護予防に必要不可欠な OTの集団療法の技法

近藤 OTの方に期待しているのは、集団活動のノウハウですね。OTは集団を動かす技術をもっています。たとえば、あるとき、ボランティアの方たちが張り切りすぎて、自分たちで仕切ろうと、一方的にしゃべり続けてしまったらしいのです。そこで反省会のときに、参加していたOTが「参加者の相互交流はとても大切です。話している途中で、あえて『〇〇さん、どうですか』と振ってみては」と助言した。OTにとってはあたりまえの集団の相互交流を生む技術です。どのように声をかけ、誘導したらいいのかという基本的な技術を伝えました。ボランティアの方たちが、次回に実行してみたら、すぐに効果がみられた。参加者の話し声、笑い声が増えた。ボランティアの方から「さすが専門家は違う」とOTが見直されたと聞きました。もちろんOTの中にも、上手・下手というものはあるでしょうが、OTが集団活動に関してもっている技術は、このような地域での実践にとっても重要だと思います。

渡辺 若いOTが増えていることもあって、集団の活用方法について上手か下手かを言われると悩むところですね(笑)。それと診療報酬の体系から集団に対する作業療法が消えてしまったのも残念です。なんとか復活させなくてははいけませんね。

近藤 そうですね。今はどうしてもbio-scienceモデル、つまり医学的モデルに立脚して物事を考える傾向が強い。しかし、それでうまくいっているわけではありません。ならば、さまざまな作業を集団で行うことから生まれるパワー、それが個人に及ぼす影響、あるいは人と人のネットワークを築ききっかけになること、それを通じて生活を変える力、それらを再発見し、磨き直していかなければいけません。集団や生活

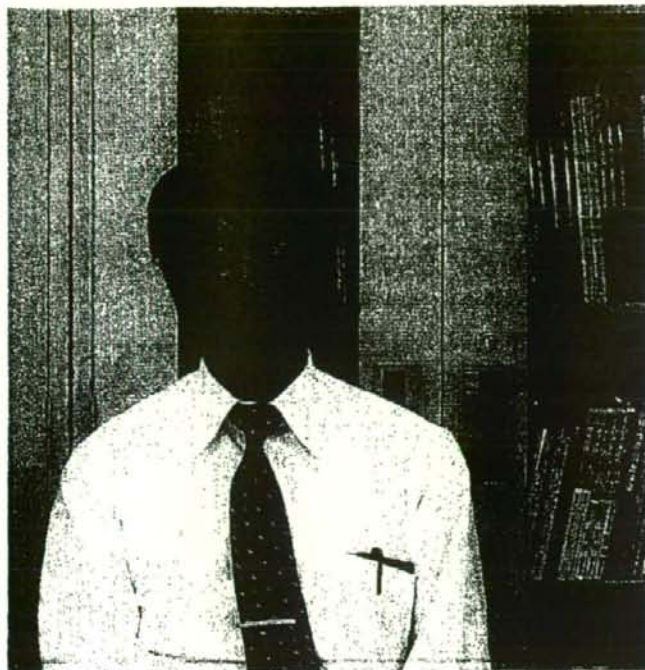


モデルが有効だというエビデンス(根拠)をつくってみせないといけない。それをぜひOTに成し遂げてほしいと思っています。

8 本来の地域の力を エンパワーメントする

渡辺 健康な方とハイリスクの方が共に参加して共に活動することによって、いわばピアサポートの関係が生まれる。そこに地域住民が参加して介護が必要であったり、病気や障害をもつ方々を支えるネットワークをつくっていくという方法ですね。ピアサポート、集団、地域にはそれだけのポテンシャルがあるということですね。

近藤 そうなのです。重要なのは専門職がいつまでも前面に出ているのではなくて、ボランティアの方たちの潜在力を引き出すことです。われわれがやったことは、介護予防に役立ちそうな事業を根拠に基づいて構想し、町に提案したこと、ボランティアを募り、そのボランティアに周りの役に立つことが寝たきり・ボケ予防になると説明したこと。その後、研修やアドバイス、使えそうな社会資源の紹介等をしてはいますが、毎回の企画と運営自体はボランティアの方がしています。つまり地域が本来もっている力がエンパワーメントされると、地域住民



が動き出すことがあるということです。2年目からは町は事業をボランティアのグループに委託しました。初年度は毎回すべての会場に専門職が出席して、リードしていましたが、少しずつ支援役に回るようにしています。専門職がいつまでも中心を担うのでは、多数の拠点ができないからです。紹介した私たちの試みは、日本福祉大学の地元で行ったからうまくいったと言われ兼ねません。だから、ほかの地域でも、同じような介入で同じような反応が出るのかぜひ試したいと思っています。もし全国のどこかで興味のあるOTがいたらノウハウは提供しますので、ぜひ地元の市町で試してもらい一緒に検証してみたいと思っています。

渡辺 それは面白いですね。この対談を読んだ市町村の関係者が手を挙げるといいですね。私も老人保健事業に関わっていた頃、似たような経験があります。20年くらい前ですが、メニューもメンバーもほぼ固定状態で、地域の保健センターですと機能訓練事業のリハを行っていました。そんな中で保健師さんと話し合って、地域の公民館に向いてリハビリ教室を開いたのです。地域には「愛育会」という育児支援の組織がありました。子育てを中心に栄養改善運動から嫁・姑の間の悩みの相談等も含めて、さまざまな運動を行っていたのです。と

ころが80年代になって少子化が進み、地域の活動がほとんど下火になっていました。しかし、そうした活動を通じて形成された地域の間人関係が残っていたのです。そうした愛育会のつてを頼りに公民館で行うリハビリ教室がどんどん普及していきました。そのうちに退職した看護師さんが関わるようになり、ついにデイサービスまでつくってしまった。一見、何も資源がないように見えるところでも、これまでの地域の資源や関係を見直して、ちょっと動きを起こすと、どんどん動きが広がってくる。こういう地域での実践の面白さをOT・PTが理解し、あたりまえにそれに参加する時代になってほしいですね。こうした地域での実践を実証していくために生活モデルを活用していくということが大切だと思います。

9 生活モデルの重要性

近藤 残念ながら多くの専門職の間に生物・医学 (bio-medical) モデルのほうが、生活モデルより上だとする意識があることが問題ですね。私は著書の中で生物・医学モデルから生物・心理・社会 (bio-psychosocial) モデルへと転換しなければならないと書きましたが、この生物・心理・社会モデルを生活モデルといってもいいでしょう。医学モデルのほうが着目する要素が少ないので、データを取ってグラフをつくりやすい。すると切れ味するどく見えます。ところが生活モデルに基づいてデータをとってグラフにするというのは、いろいろな要因が絡んでくるので難しいですね。そうすると、医学モデルのほうが専門性が高いように見えてしまうのです。生活モデルに立つ人が「自分は正しい」と思いながらも、「自分たちはどうも専門性が低いのでは」とコンプレックスをもつ場合が往々にしてあります。

渡辺 生活モデルで一番大切なのは、生活で答を出すこと、生活をアウトカムにすることだと思います。アウトカム研究では、臨床的アウトカム、患者由来のアウトカム、それにコストア

ウトカムの3種類のアウトカムがあると言われます。OTにとって一番重要なアウトカムは、患者由来のアウトカムなんじゃないでしょうか。機能的な指標やADLのスコアが上がること、入院期間が短くなるのも大切です。でも、患者さんが治療のプロセスやその結果としての生活に満足しているかどうかのほうが大切なのだと思っています。

近藤 何に着目するかで、見えてくるものが違ってきます。タバコや飲酒等に着目して危険因子を調べれば、それらの重要性がわかります。しかし、その研究に、心理・社会的な側面まで捉えようという枠組みがなければ、いくら大事なものでも見落としてしまいます。AGESプロジェクトが心理・社会的な因子の重要性を明らかにできたのは、調査票の中にうつ尺度等の心理的な指標や社会経済的な指標を入れてあったからです。感情や心理・社会的な側面におけるアウトカムを捉えるには、まず認識の枠組みの中にそれらが入っていること、そしてその重要性に気づいていることが必要です。その意味で生活モデルに立つOTと社会疫学には親和性があると思います。

渡辺 最後に、どうして先生が今のような研究を行うようになったのか、先生の今までの軌跡をぜひ教えてください。

10 プラスの因子を適切に評価することの重要性

近藤 私は医師になったときに、とりあえずなんでもできるプライマリケア医になりたかった。一方で、医療政策や社会医学にも関心があった。そこで、ローテート研修を受けられる病院で研修を始めつつ、公衆衛生学教室の研究生にもなった。小児科は小児科で面白かったし、「循環器外科をやらないか」と言われたときはそれも格好いいかな(笑)と思った。ですが、いろいろ考えてリハビリテーション医学を選びました。いずれ超高齢社会になってニーズが高まることは当時から目に見えていましたし、あまり人がやっていない領域を切り開くチャレン

ジというのも魅力的でした。10年間は、早期リハビリテーションに取り組むリハ病棟づくりというのが私の仕事でした。当時の臨床経験と研究をまとめたのが『脳卒中リハビリテーション—早期リハからケアマネジメントまで』(医歯薬出版)です。しかし、いずれ政策に関わる研究を行いたいと思っていたので、日本福祉大学に移りました。

渡辺 先生は今も臨床を行っているのですか？

近藤 月に3~4日船橋の病院でおもに外来診療をしています。あと病棟でのカンファレンス。カンファレンスが好きなんです。たとえば一人暮らしの高齢者で本人は自宅に帰りたいと言っている。しかし、親戚が遠方にしかいなくて、「心配だから施設に入れてほしい」という。その人に対してどうやって自宅へ復帰するプログラムを組むのか。こういうカンファレンスは医学モデルだけではだめですよ。みんなで多面的に議論して知恵を出し合って、それでプログラムを作る。苦勞して患者さんが自宅に帰ることができたときは本当に気持ちがいいですね。もちろんそういう例ばかりではありませんが(笑)。

渡辺 マイナスの部分ばかり見ているとどう考えても施設に行かざるを得ない方でも、プラスの側面をしっかりと評価して活用していくと難なく自宅に帰れるという例がたくさんありますね。

近藤 そうです。ICF(国際生活機能分類)の積極面を見ようとする理念ですよ。健康関連QOLを捉えるICFの6つの要素のうち、「健康状態」と「心身機能・身体構造」は2つを占めるに過ぎない。ほかにも「活動」、「参加」、「環境因子」「個人因子」があります。私が、環境因子を重視する社会疫学と出会ったときに「これは面白い」と思えたのも、リハ医として約1,200例の患者に関わってきた経験があったからだと思っています。患者さん本人ではなくて、環境因子がきっかけで状況が改善した例をそれこそ無数にみてきたからだと思うのです。臨床の積み重ねの中で心理・社会的な因子の重要性を確信していたのです。

たとえば、いつ訪問してもベッドに寝てばか

りいた在宅患者さんがいました。ところがあるとき訪問したら、ベッドにいない。居間の椅子に座って楽しそうにしている。「いったいどうしたの?」と聞くと、「実は、孫が生まれて里帰りしてきた」→「孫の顔を見たい」→「孫のいる居間に行きたい」→「だから起こして連れてって」(笑)。患者本人に「ベッドを離れたほうがいいよ」とリハ医が説得するより、本人が動きたくなる環境やきっかけのほうがはるかに威力がある。リハ医である私は赤ちゃんに負けたんです(笑)。そんな例をいっぱい見てきた。だから社会環境や心理的因子の重要性を明らかにする社会疫学の文献を読み始めたときに、その考え方が正しいとまず直感的に思えたのです。

渡辺 実は私は、うまくいかなかった患者ばかり覚えていて、うまくいった患者をほとんど覚えていないのです(笑)。うまくいかなかった患者にはネガティブな因子がいろいろあって、それに苦勞したのは覚えている。反面、うまくいった患者は自分のセラピーが良かったのだと勝手に思い込んでいました(笑)。ところが患者さんご自身にたくさんのポジティブな因子があり、無意識にそのポジティブな因子を活用して作業療法を行っていたのだと気づいたのです。医療専門職というのは、つい患者さんのネガティブな因子に着目して、そこを治すことに意識がいきってしまい、相手にはそれぞれポジティブな因子があるのだということに気づかない。患者さん自身にもさまざまな資源がある。地域にもさまざまな資源がある。リハはまだ十分活用していないのではないかと最近思います。先生が言われたようにネガティブな因子にのみ着目する医学モデル、あるいは病理的アプローチをリハ専門職もまだまだ引きずっているのだなと感じています。

11 医学モデルと生活モデルというパラダイム

近藤 パラダイム(物事を捉える枠組み)は非常に重要です。医学モデルで教育された人は、無意識のうちにマイナスの因子に着目するもの

の見方が身につけてしまっている。問題点をたくさん探して問題リストに書き連ねる教育を受けてきましたから、この医学モデルに基づくスタイルのみを身につけてしまうと患者にプラスの因子があっても、そのことに気づかない、あるいはそれをどう活用するのがわからない。もちろん医学モデルはふさわしい場面ではすごく有用ですし、切れ味もある。しかし、限界があることも事実なのです。

OTは医学モデルに基づく教育も受けていますが、生活モデルに対する親和性も非常に高い。だからOTの方々には、生活モデルの重要性にも自信をもってほしい。これからのOTのニーズは、病院から地域へ、また介護予防から終末期ケアまで、さまざまに広がっていくと思います。病院の急性期では、医学モデルは強い。しかし、地域や介護予防、終末期ケア等では、生活モデルも必要です。ですからOTの生活モデルに立脚した技術や技能を、さらに磨いてほしい。今までのOTを凌駕する生活モデルに基づきながらエビデンスを生み出せるOTがどんどん出てきてほしい。またOTに繰り返してお願いしたいのは集団活動の技術を極めることです。集団に対してOTが蓄積してきた技術のポイントを、ぜひ言語化してほしい。それを読めば、誰がやっても60点レベルの集団運営ができるというテキストを作ってほしい。集団に対するOTの専門知識と技術を普及していただくことが、患者さんだけでなく、地域のエンパワーメントに役立つと思います。

渡辺 わかりました。医学モデルだけでなく生活モデルを使いこなし、集団を上手に活用して、急性期から地域まで活躍できるOTを目指していきます。今日はお忙しい中、本当にありがとうございました。

Further readings!

近藤克則「健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか」医学書院、2005
イチロー・カワチ「介護予防のストラテジー—社会疫学の視点から」公衆衛生71:685-691, 2007

敬老堂をモデルとしたポピュレーションアプローチの試み

——武豊町介護予防モデル事業「武豊町憩いのサロン」——

日本福祉大学地域ケア研究推進センター 主任研究員 平 井 寛

日本福祉大学社会福祉学部 教授 近 藤 克 則

星城大学リハビリテーション学部 教授 竹 田 徳 則

I 背 景

平成 18 年度の介護保険制度改革では、介護予防の重視が重要なポイントとなった。厚生労働省は介護予防の実現には、ハイリスク戦略・ポピュレーション戦略¹⁾の両方による介護予防の取り組みの必要性があることを強調している²⁾、しかしハイリスク戦略に基づく特定高齢者施策は、対象者の把握が進まない³⁾ため十分に機能しておらず、またハイリスク戦略だけでは健康寿命喪失者（要介護・死亡）のうちのおよそ半分しかカバーできない⁴⁾。今後介護予防を効果的に行うためには、リスク者を対象とするハイリスク戦略のみでは不十分である。今後、地域全体に介入するポピュレーション戦略に基づく介護予防プログラムの開発が必要である。

我々は、現在武豊町と協力し、ポピュレーション戦略に基づく介護予防モデル事業に取り組んでいる。そこでは、個人の身体的・心理的なリスクに直接介入するのではなく、人々が支えあい、生きがいや役割を持っていきいきと健康に暮らせるような地域づくりを行うことにより介護予防を達成することを目指した。これはソーシャル・キャピタルの豊かな社会を開発する「福祉社会開発」の試みであるといえる。

武豊町での介護予防モデル事業開発にあたり、韓国の「敬老堂」からヒントを得た。それは、日本（愛知・香川・高知の 15 市町）と韓国（金海市）で高齢者を対象に行われたアンケートの調査結果を比較したところ、高齢者の「閉じこもり（外出頻度週 1 回未満）」割合が韓国で低いことがわかり、その理由が高齢者の約半数が参加するといわれている「敬老堂」であると考えられたからであった。

韓国の「敬老堂」の特徴のうち、本事業を行う上で参考としたのは「アクセスのしやすさ」、「住民主体による運営と行政による支援の体制」の 2 点である。

敬老堂の「アクセスのしやすさ」はその設置密度の高さによるものである。2005 年の韓国統計局報告によれば、高齢者人口約 438 万人に対し、韓国中に 51,000 ヶ所強の敬老堂が存在するといわれており、単純計算では高齢者約 86 人に 1 ヶ所となる。高齢者の約 4 割が参加するとい

われる要因の一つにこのようなアクセスのしやすさがあると考えられる。

もう一つは「住民主体による運営と行政による支援」である。ただし、これは、すべての敬老堂で行われているわけではない。2000年から始められた「敬老堂活性化モデル事業」の対象地域（2006年時点で1,500ヶ所）でのみ行政による積極的な支援が行われている。このモデル事業では、保健福祉部（厚生労働省にあたる）管轄の「老人福祉館」が定期的に「敬老堂」へソーシャルワーカーの派遣、理学療法士などの専門職による支援を行う。また専門職の派遣以外に、「老人福祉館」に地域の各敬老堂のリーダーが活動別に集まって活動報告、学習・研修事業が行われている。これにより一つの敬老堂で企画運営する場合よりもアイデアが豊富になり、活動内容が豊かになっている。

武豊町介護予防モデル事業では、このような敬老堂の活動の特徴を参考にプログラム理論を構想し、「武豊町憩いのサロン」を計画した。

II 目 的

本稿の目的は、敬老堂から示唆を得て開発された、介護予防モデル事業「武豊町憩いのサロン」の実施過程の記述を行うことである。また実施を通して、①アクセスの改善、②住民主体による運営と行政による支援の体制という事業の方針がどのように反映されたかについて考察する。

III 研究方法

1. 対象地域

愛知県武豊町は知多半島に位置し、臨海部の工業地域、内陸部の住宅地域からなる面積約30km²の町である。人口は約4万人で高齢化率、要介護認定率はそれぞれ約16%、12%である。

2. 武豊町介護予防モデル事業の目標と方針

武豊町介護予防モデル事業の最終目標は「介護予防」である。具体的には武豊町全体の高齢者の要介護認定移行率を低下させることである。これを達成するための方法として、高齢者の参加促進・社会活動活性化を進めることが中間目標に位置づけられている。同時に、住民相互の結びつきを強め、支えあい、生きがいや役割を持って生活できるソーシャル・キャピタルの豊かな地域づくりを目指している。

武豊町介護予防モデル事業の開発にあたり、敬老堂からヒントを得て定められた方針は、小地域に多くの拠点を設けることによる「アクセスの改善」、「住民主体による運営と行政による支援の体制」の2つである。