

住民協働による公共政策のまちづくり研究

—豊島区の介護予防活動を担う高齢者人材育成プログラムの考察—

榎野光路

社会共生学部 公共政策学科 チューター

専門分野：社会デザイン学、まちづくり論、非営利組織論

キーワード：住民協働 ソーシャル・キャピタル 地域高齢者 人材育成
介護予防

1. 本研究の背景と目的

我が国の超高齢社会は、人生 100 年時代を見据えた健康寿命の延伸と体制が重要となる。そのためには、高齢者世代の誰もが持続可能な社会参加ができる、仕事（役割）・場（居場所）・つながり（関係性）などの要素が地域のキーコンセプトとなってくる。それと共に、高齢期に介護状態にならないための予防の仕組みづくり、要介護状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けることができる支え合いを可能にする地域づくりの地域包括ケア、リタイア後の高齢期からの住民協働の活動ができるまちづくりが重要である。

総務省統計局¹によれば、日本の総人口は、令和 3（2021）年 9 月 15 日現在、1 億 2,522 万人で前年比 51 万人の人口減少である。65 歳以上の高齢者人口は 3,640 万人で総人口に占める 65 歳以上の人口割合（高齢化率）は 29.1%であり毎年過去最高を更新している。そのうちの 75 歳以上の人口が 1,880 万人（総人口の 15.0%）になっており、令和 7（2025）年には、団塊の世代（1947 年～1949 年頃生まれ）がすべて 75 歳以上の後期高齢者となる。さらに、2030 年代からは、団塊ジュニア世代（1971 年～1949 年頃生まれ）が 65 歳以上の高齢期に入り、高齢者が日本社会において常態的にマジョリティとなる。同時に少子高齢化による人口減少も深刻で、経済社会や地域社会での生産年齢人口や担い手人材の不足と高齢社会の持続可能性がより切実な課題となって来ている。

近年では、働き方改革の一環として、大企業では 70 歳までの定年延長も囁かれ始めている。しかし、団塊ジュニアが高齢期になる時期の日本の高齢化社会では、経済資本市場での活躍ばかりでなく、地域の社会関係資本市場の中で、仕事（介護予防リーダー）、場（介護予防活動）、つながり（ソーシャル・キャピタル）などがリタイア後の高齢者の社会生産性として捉えられると想定する。

以上の背景を踏まえ、東京都豊島区で行った介護予防のまちづくり研究事業で開催した、“介護予防リーダー養成講座 in 豊島”の地域高齢者まちづくり人材育成プログラムを分析し地域活躍できる老年期の人材育成プログラムの要素を考察する。

2. 介護予防のまちづくり

1) 介護予防とは

高齢者が要介護状態に陥ることなく、健康でいきいきとした生活を送ることができるように支援することを介護予防という²。心身的に介護が必要な状態になることを予防することだが、一度、介護状態になったからといって、それで介護予防は終わりというのではなく、介護状態から再び以前の自立状態に戻るための取り組みや、すでに要介護状態であっても、重度化を予防することに対しても介護予防という。

介護予防は、健康寿命の延伸のためにある取り組みで、日本人は明治時代から寿命延伸に取り組んできた歴史がある。明治から昭和初期までは、感染症を対峙してきた

ことで寿命を延ばすことに成功した。戦後から高度経済成長期は、成人病と言われてきた生活習慣病対策の取り組みにより寿命の延伸が進んだ（表1）。どれも医療技術の発展により獲得されてきた寿命の延伸だが、平成以降は、65歳以上の要介護の原因を見ると半数以上が老年症候群³のシンドロームであり、医療処置をしなくても介護予防の取り組みで延伸が期待できることがわかる（表2）。

以上のことから、現在の超高齢社会では、老年症候群を防ぐ、介護予防の取り組みによって心身共に健康な寿命の延伸がはかれると考察する。

表1 平均寿命の変化

時期	男性	女性
明治24年～31年ごろ	42.8歳	44.3歳
大正10年～14年ごろ	42.1歳	43.2歳
昭和22年	50.1歳	54.0歳
昭和40年	67.7歳	72.9歳
平成12年	77.7歳	84.6歳

出典：東京都健康長寿医療センター研究所（介護予防リーダー養成講座テキストを参考に筆者作成）

表2 65歳以上の要介護の原因（平成以降）

原因	割合	区分
脳卒中	17.2%	
心疾患	4.7%	
パーキンソン病	3.3%	
その他	21.3%	
認知症	16.4%	老年症候群 53.5%
高齢による衰弱	13.9%	
骨折・転倒	12.2%	
関節疾患	11.0%	

出典：東京都健康長寿医療センター研究所（介護予防リーダー養成講座テキストを参考に筆者作成）

2) 介護予防のまちづくりの意義と求められる人材

介護予防は、2000年度に介護保険制度がスタートした当時は、理念こそ高齢者の自立を長く保つ目的としていたが、実際には身体・精神機能の維持、向上する作用は期待できず、介護予防の体制が地域に整備されるべきで、身体機能低下と共に高い給付をするだけでは、機能改善の実効性を念頭にしていないと指摘している（大淵2006）。また、大淵は、介護予防の定義も「高齢者ができる限り要介護状態に陥ることなく、

健康でいきいきした生活が送れるように支援すること」という極めて概念的で方向性が見えていないと指摘している。介護状態に陥らせない実効性としては、対象と介入方法の明確化、介入方法の妥当性の評価が必要としている。そして、まちづくりの手法として実効的に進めるには「介護予防が可能であることの住民理解」「対象を絞り込む効果的なスクリーニング」「高齢者自身の介護予防を必要とする問題意識」「自分に合った介護予防サービスの選択」「効果的な介護予防サービスの提供」「地域での自助努力による健康増進活動の維持」これらを支える地域づくりの視点を持って取り組むべきだとしている（大淵 2006：27-32）。介護予防とその必要性への理解、地域主体の介護予防推進活動やまちづくりを実践するためには、介護予防の専門知識を備える介護予防リーダー人材を育成することが重要な点であると考えている。

3) 住民協働による介護予防リーダー活動の地域支援者の必要性

超高齢社会における地域の支え合い事業には、地域包括ケアシステムの構築がある。その実現のためには、住民協働による介護予防リーダー活動によるまちづくりが重要になってくるだろう。住民協働のまちづくりには、住民同士の信頼感、規範、ネットワークなどのソーシャル・キャピタルが重要だが、河合（2018）は、それが負の側面に働く場合を指摘している。そして、介護予防リーダーの活動への支援をしていて、しばらくすると活動に貢献できなくなったと活動から離脱するリーダーや負担増による活動を休止するグループも少なくなく、そのため研究者がコーディネーターとして介入しエンパワーメントすると困難を乗り越える事例が多いという（河合 2018:443-451）。前項での大淵（2006）の言うところの介入手法の妥当性を分析する必要性を感じる。そこで、河合（2018）は、ソーシャル・キャピタルの要素である「私的社会的統制⁴⁾」を研究者やコーディネーターの介入により弱められることで、活動の継続要因にもつながることを検証している（河合 2018）。この論証により、介護予防リーダー養成講座には、地域支援者によるエンパワーメントする活動支援や地域介入するソーシャル・キャピタル醸成プログラムがキーコンセプトとなると推察する。次項では、地域支援者に必要なソーシャル・キャピタルの要素を考察する。

3. ソーシャル・キャピタルとまちづくり

ソーシャル・キャピタルは「社会関係資本」と訳され、インフラなどの社会資本のような具体的なものとは異なり、人々やネットワークの関係性の集積が社会にとって有益な効果をもたらす社会資源とアメリカの政治学者ロバート・パットナムが定義づけた（Putnam1993：167）。さらに、パットナムはこの定義において、ソーシャル・キャピタルを構成する重要な下位要素は、①市民社会の水平的ネットワーク、②一般的信頼感、③一般化された互酬性の規範の3つがキーワードだと説いている。

1) 介護予防のまちづくりに必要なソーシャル・キャピタルの検討

地域高齢者の健康寿命延伸や介護予防には、行政主導型の健康教室や介護予防教室ではない、住民同士のネットワークや互酬性の規範といったソーシャル・キャピタルの要素が重要である。高取(2017)は、住民協働を可能にするためにも、行政主導でないことが地域でのソーシャル・キャピタルの醸成が大きな原則となってくると言っている。さらに、介護予防リーダーによる住民主体の介護予防促進はソーシャル・キャピタルの基本的要素「つながり」「信頼」「互酬性の規範」「社会活動」を全て含むものだと述べており、介護予防リーダーによる組織は、ブリッジング・ソーシャル・キャピタルとし、高齢者の健康寿命延伸に対して同じ目標を共有するつながりを持った集団だとしている。また、その住民主体の当事者活躍という特性から、実際に関わる地域高齢者にとってある意味お手本ともなる。要するに「互酬性の規範」の観点から、これらの活動の継続・発展は直接的に関与しない地域高齢者の健康行動にも良好な影響を与え、「地域への信頼」向上にも貢献する可能性があるとしている(高取 2017)。

2) 持続可能なまちづくりのための第3のソーシャル・キャピタルの考察

ソーシャル・キャピタルには、ボンディング・ソーシャル・キャピタル(結束型)と、ブリッジング・ソーシャル・キャピタル(架橋縁型)の2種類のソーシャル・キャピタルがある。ボンディング型は、同種集団として結束力があるが閉鎖的で新しい知識の導入に遅れるとされ、主に町内会、自治会、商店会などが例えられる。ブリッジング型は、異質集団との連携と新しい知識の採り入れにも積極的だが、結束力や共通の規範は薄れ、集団行動につながりにくいとしている(日下部 2016)。

表3 3種類のソーシャル・キャピタルの比較表

SCの種類	A 結縁 Bonding・SC	B 架橋縁 Bridging・SC	C 支縁 Bracing・SC
①規範の重要性	共通の規範が絆の中心	集団間の連携推進に重点があり、共通の規範構築は弱い	共通の規範は重要だが、より戦略性に重心
②場所とテリトリーの役割	重要	重要ではない	政策問題対応では場所が特定されるが、関係者は場所に特定されない
③SCの働きのスケール	主にマイクロ	マクロまたはマイクロ	マクロ・マイクロにまたがる
④連携のタイプ	水平的	水平的	水平・垂直的
⑤部門の関与 (公・民・市民)	普通は1部門	1つまたは複数	複数

出典: Rydin & Holman (2004): 日下部 (2016) ※SCはソーシャル・キャピタル

以上の2種類に加え、ライディン、ホルマン (Rydin and Holman 2004) が提唱した3種類目のソーシャル・キャピタルに、プレイシング・ソーシャル・キャピタル (支縁型) がある。プレイシング型は、複数のネットワークをパートナーシップでつなぐソーシャル・キャピタルで、地域、セクター (公民)、行政の階層を超えてつながる。また、支援アクタ (キーパーソン) によりネットワークされたソーシャル・キャピタルといえる。介護予防のまちづくりを推進する、高齢者地域人材や地域支援者のネットワーク環境には、プレイシング型の要素がキー概念となってくると考えられる。

ライディンとホルマン (Rydin & Holman 2004) は、第3のプレイシング・ソーシャル・キャピタルを5つの観点から従来の2種類と比較している (表3)。

- ①規範や価値観の共有はなされるが、目的達成への戦略性により重心がある
- ②場所・テリトリーを越えたつながりを持つ
- ③マクロ・ミクロに働きのスケールがまたがる
- ④水平的及び垂直連携の両方向に広がる
- ⑤通常複数の部門 (公共・民間・市民) につながりをもつ

さらに、日下部 (2016) は、図1のように結縁型と架橋型の強みを合わせ持つものと説明している。

A. 迅速な情報流布

B. 資源動員力

C. 集合行為を起す実践力

この様なパートナーシップによるネットワーク構築は、持続可能な地域づくりを目標としたプロジェクトに実践され、広域に広がった事例もみられる。このソーシャル・キャピタルをまちづくりや地域課題解決に活かしていくためには、多彩な集団が結束力を持って繋げることが肝要である (日下部 2016)。

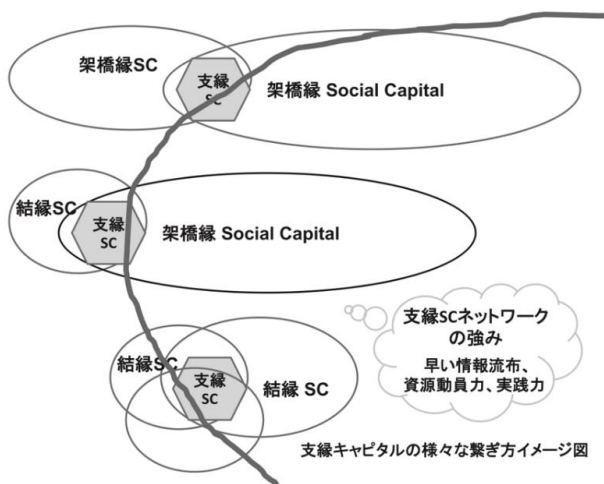


図1 プレイシング・ソーシャル・キャピタルの図 出典：日下部 (2016)

介護予防のまちづくりにおける、地域支援者のネットワークを8項目の観点から分析し、ブレイン・ソーシャル・キャピタルの構築が地域支援プログラムの要素につながっているか考察する。

4. 介護予防のまちづくり地域人材の育成プログラムの考察

1) 介護予防リーダー養成講座について

介護予防のまちづくりを担う高齢者の地域人材育成プログラムとして計画された人材育成講座である。東京都豊島区在住の65歳以上の一般区民から募り、男女23名で全13回の講座を開講した。講座内容は、介護予防と老年学の専門知識、介護状況に地域調査データによる地域課題の把握、先行活動を体験する地域活動の実習、成果として具体的な地域活動を想定した行動計画の作成と宣言というプレゼンテーションを行う、地域課題解決型人材を育成するものである。また、この養成講座は、前述した専門知識やフィールドワークを行う「学習プログラム」と、地域支援者によるケアとネットワーク構築を支援する「地域支援プログラム」の2つのフェーズで地域活動の実現につなげるのが特徴である。地域支援者は、多職種の地域組織でコーディネーターとして学習と実習双方に「伴走型の支援⁵⁾」として介入するものである。

2) 学習プログラムの内容と特徴

学習プログラムの特徴は、ステップ1「専門知識の学習」として行動に結びつける知識を学ぶ、ステップ2「地域課題の把握」として自分ごととして地域の状況を良く調べ知る、ステップ3「地域活動の実習」として課題を解決するためのフィールドワークや先進的に取り組んでいる仲間を知る、ステップ4「行動計画の作成と宣言」として具体的な活動の計画と介護予防リーダーとしての心がけを考えるという4つのステップで展開し、グループワークによるインプットとアウトプットを繰り返すアクティブラーニングを採用している(河合 2018)。従来の地域ボランティア講座にみられる目的指向性とは異なり、リーダー自身が考えて介護予防活動が創造できる参加者を発掘するプログラムである。

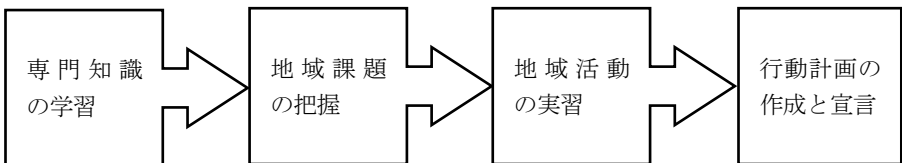


図2 介護予防リーダー養成講座学習プログラムのステップ

出典：河合 2018：445 を参考に筆者作成

表 4 介護予防リーダー養成講座学習プログラムの日程と内容

介護予防リーダー養成講座学習プログラム日程表 (平成 27 年度)			
		場所：ケアハウス菊かおる園 (第 2・7 回は大正大学)	
		時間：14 時 00 分～16 時 30 分	
1	6 月 9 日 (火) ケアハウス菊かおる	オリエンテーション 介護予防とリーダー (講義)	東京都健康長寿医療センター研究所
2	6 月 16 日 (火) 大正大学	介護予防と老年学 (講義) ※介護予防調査報告書作成オリエンテーション	東京都健康長寿医療センター研究所
3	6 月 23 日 (火) ケアハウス菊かおる	老年症候群の早期発見 (講義・実習) 「おたっしや 2 1」の実習	東京都健康長寿医療センター研究所
4	6 月 30 日 (火) ケアハウス菊かおる	口腔栄養の向上 (講義・実習) ※調査報告書提出締め切り	東京都健康長寿医療センター研究所
5	7 月 7 日 (火) ケアハウス菊かおる	認知機能の向上 (講義)	東京都健康長寿医療センター研究所
6	7 月 14 日 (火) ケアハウス菊かおる	介護予防地域資源調査報告 ※実習のオリエンテーション・希望調査	東京都健康長寿医療センター研究所
7	7 月 21 日 (火) 大正大学	地域の介護予防に関する課題 ※まちづくり検討会議メンバー介入	東京都健康長寿医療センター研究所
8	7 月 28 日 (火) ケアハウス菊かおる	介護予防ネットワーク構築・実践論 (講義) ※実習・論文作成について説明	先行活動団体代表
9	8 月中	介護予防活動見学 ※まちづくり検討会議メンバー介入	東京都健康長寿医療センター研究所
10	9 月 8 日 (火) ケアハウス菊かおる	豊島区の介護予防の現状	NPO 法人コミュニティランドスケープ/豊島区高齢者福祉担当
11	9 月中	行動計画作成 (指導)	東京都健康長寿医療センター研究所
12	10 月 6 日 (火) ケアハウス菊かおる	行動計画発表方法と練習	東京都健康長寿医療センター研究所
13	10 月 13 日 (火) ケアハウス菊かおる	行動計画発表・修了式 ※まちづくり検討会議メンバー介入	東京都健康長寿医療センター研究所

※2 回目以降の講義では、前回に学んだ内容について小テストを行います。

出典：介護予防リーダー養成講座 in 豊島の資料を参考に筆者作成

※プログラム内の「まちづくり検討会」は本論で説く地域支援者のネットワークの位置付け

3) 地域支援プログラムのソーシャル・キャピタル

地域高齢者が、地域人材育成プログラムにより地域資源となるには、学習プログラム修了後の地域活動を、介護予防リーダー任せにしては、リーダー自身が疲弊してしまい地域に介護予防活動は定着できない。そのため学習プログラム修了後は、地域にネットワークを持つ多職種のコーディネーターによる伴走型の地域支援プログラムが重要となる。

本研究での介護予防リーダー養成講座の地域支援者ネットワークのメンバーは、菊かおる園地域包括支援センター、豊島区社会福祉協議会 CSW、大正大学、東京都健康長寿医療センター研究所、NPO 法人コミュニティランドスケープ（まちづくり）、区民ひろば西巢鴨（豊島区立公民館）、豊島区の7組織で、まちづくり検討会議が構成された。この地域支援者ネットワークにより構築されるソーシャル・キャピタルの要素を検証し、人材育成プログラムとしての、住民協働による介護予防活動の定着要因として考察する。

表5 地域支援者のソーシャル・キャピタルの分析

メンバー	支援アクタ	分析	SC
菊かおる園地域包括支援センター	在 専属	公・民である、第三セクター要素ある	ブリッジング SC
大正大学	在 専属	公・民である、第三セクター要素ある、集団間の連携重点ある	ブリッジング SC
社会福祉協議会 CSW	在 専属	行政の外郭組織だが第三セクター要素ある	ブリッジング SC
東京都健康長寿医療センター研究所	在 主幹	公・民である、第三セクター要素ある、集団間の連携重点ある	ブリッジング SC
NPO 法人コミュニティランドスケープ	在 専属	第三セクターである	ブリッジング SC
区民ひろば（西巢鴨第一）	不在	単一部門である ※第三セクター化した公民館もありその場合はブリッジングSC	ボンディング SC
豊島区（高齢者福祉課）	在 共有	単一部門である ※区民ひろばなどとの他部門連携でブリッジング SC とする場合もある	ボンディング SC

※SCはソーシャル・キャピタル

表 6 地域支援者のまちづくり検討会議の内容

年度	回数	日付	内容
平成 26 年度	準備会	12月15日	顔合せ、開催趣旨説明、研究所より展開案・スケジュール提示、意見交換
	準備会	1月19日	サポーターの集いの名称・内容・進め方・募集方法の検討
	第1回	1月26日	研究趣旨説明、サポーターの集いの内容検討
	第2回	2月16日	サポーターの集いの役割分担・プログラム案の検討、リーダー養成講座のスケジュール確認
	第3回	3月23日	サポーターの集いの振り返り、リーダー養成講座のスケジュール確認、検討会議の日程の決定
平成 27 年度	第4回	4月20日	リーダー養成講座のスケジュールの確認・募集の対象・各機関の関わり方の検討、今年度の検討会議の計画の確認
	第5回	5月18日	リーダー養成講座の募集状況の共有、リーダー候補者の推薦、資源調査・実習候補地の追加、各機関の講座での関わり方の検討
	第6回	6月15日	リーダー養成講座の進捗状況の確認、実習地の推薦、出前出張講座の概要確認
	第7回	7月27日	リーダー養成講座の進捗状況の確認、出前出張講座の意見交換
	第8回	8月24日	リーダー養成講座の進捗状況の確認、出前出張講座の具体的な計画の決定
	第9回	9月14日	リーダー養成講座、介護予防活動実習の報告、行動計画作成に向け今後のスケジュール確認
	第10回	10月19日	リーダー養成講座の進捗状況の確認、出前講座の報告、介護予防大作戦の準備状況の報告、フォローアップ企画への検討会議の関わりについて意見交換
	第11回	12月7日	リーダー活動の進捗状況の確認、介護予防大作戦とリーダー会合の報告、ワークショップによる地域の課題・解決策の検討
	第12回	1月18日	リーダー活動の進捗状況の確認、11回で抽出した地域の課題をもとに検討会議が行う具体的な行動の検討、リーダー活動に対するフォローの検討
	第13回	2月22日	リーダー活動の進捗状況の確認、来年度の検討

			会議の進め方の検討
	第14回	3月14日	リーダーより活動報告、各グループリーダーを交え来年度の検討会議の進め方について検討
平成 28 年度	第15回	4月12日	年度計画確認、リーダーより活動報告、地域介入を増やす仕掛けの検討
	第16回	5月10日	リーダーより活動報告、地域介入を増やす仕掛けの検討
	第17回	6月14日	リーダーより活動報告、都営住宅への介入についての検討
	第18回	7月12日	リーダーより活動報告、西巣鴨での栄養講座・学園祭出典についての検討
	第19回	9月13日	リーダーより活動報告、西巣鴨での栄養講座報告、地域向け口座についての検討
	第20回	11月8日	リーダーより活動報告、リーダーによる任意団体の立ち上げ・イベントについての報告
	第21回	1月10日	リーダーより活動報告、地域介入の進捗と課題の報告、フォローアップ研修・今後に向けての検討
	第22回	3月14日	任意団体発足式についての相談、フォローアップ研修の報告、次年度のフォローアップ・まちづくり検討会議の進め方についての検討

出典：河合（2018）を参考に筆者作成

Rydin & Holman (2004)、日下部(2016)による3種類のソーシャル・キャピタルの比較表(表3)から、それぞれの支援者のソーシャル・キャピタルの種類を分析した(表5)。表5により、地域支援者は、過半数がブリッジングSC(架橋縁型)のもので構成されていることが見られた。また、表6の地域支援者のまちづくり検討会議の内容からは、支縁アクタ(キーパーソン)が機能したパートナーシップの構築支援として、活動課題の解決、情報流布、資源動員、集合行為の実践力が、公共・民間・市民を超えた議題とされていることがわかる。以上のことから地域支援者ネットワークは、結縁型と架橋型の強みを合わせもつ、ブレイジング・ソーシャル・キャピタルとして機能する地域支援プログラムであると考察する。

5. 結論

本論で分析してきた介護予防リーダー養成講座 in 豊島は、平成 27 年度に開催し 23 名の修了生を出した。令和 3 年度 3 月時点では、8 名の男女が 7 拠点の介護予防活動を継続させている。65 歳以上の地域人材による 7 年間の継続活動と実績を前提として、論述してきた考察をもとに、介護予防のまちづくりという具体の目的を持った地域人材育成プログラム構築のためのポイントとキーワードで考察する。

一つ目のポイントとして、介護予防リーダー養成講座は、従来の地域ボランティア講座にみられる目的指向型とは異なり、リーダー自身が課題を考えて柔軟に介護予防活動が創造できる状況対応型の参画者を発掘するプログラムであることである。グループワーク、フィールドワークを採り入れたアクティブラーニングなどの学習手法がキーワードとなる。

二つ目のポイントとして、学習プログラムの中に「専門知識の学習」と「地域活動の実習」の 2 つのフェーズがあり、対処行動能力の向上と介護予防リーダーとしての自信の向上につながる点である。地域での介護予防活動の動機づけと継続要因になる。

三つ目のポイントとして、まちづくり活動を伴う地域人材育成プログラムでは、「学習プログラム」と「地域支援プログラム」の 2 つのフェーズで伴走型の指導を行っている。1 つ目のフェーズの学習プログラムでは、介護予防、老年学、地域課題の把握、地域資源の抽出、地域活動の行動計画といった専門知識を備える。2 つ目のフェーズでは、地域活動とまちづくりに重要なソーシャル・キャピタルやネットワーク構築の支援を受ける。特にキーコンセプトとして、ブリッジング・SC (架橋縁型) の地域支援者を人材育成プログラムの介入にスカウトすることでブレッシング・SC (支縁型) 構築が地域支援者のネットワークに期待ができる。介護予防リーダー自身がまちづくりのブレッシング・SC に組み込まれ、介護予防リーダー活動に持続可能性がもたらされると推察する。

四つ目のポイントとして、住民協働が原則である。行政主導でないことは、住民間のソーシャル・キャピタル醸成の大きな要素となっている。健康寿命の延伸や介護予防のまちづくりには、ソーシャル・キャピタルの「互酬性の規範」の観点が重要である。介護予防リーダー養成講座により専門知識を備えた高齢者介護予防リーダーの活動に参加する地域高齢者の健康行動にも良好な影響を与えることができると考える。

五つ目ポイントは、背景にて前述した地域活躍できる老年期の人材育成効果である。リタイア後の高齢者は、地域ボランティアに参加する機会は増えたが、専門的な知識を学び、地域課題解決を担う活動はまだ少ないであろう。本講座のような高齢期のリカレント教育⁶は、生涯学習とは異なり、当事者意識醸成と共に、専門知識がリーダー本人の自信につながり、現場実習による地域所属感などが生きがいをつくり、地域課題解決の主体となり得るとも考えられる。人生 100 年時代における高齢者の仕事や住み慣れた地域での社会的役割へ創発をもたらす人材育成プログラムと位置付けられると考える。

6. 課題と展望

本研究で、高齢者住民を地域人材として捉えるのは、高齢者を「社会的コスト」「介護」「依存」として扱うエイジズム⁷の払拭の目的もある。現代社会のエイジズムの存在は、活力ある高齢者の意識をも侵してしまう課題として残る。解決のためには、高齢者自身が社会を変える老年期の社会デザインとして当事者実践することが真の人生100年の道を切り開くことにつながると考える。そのため本論を高齢者の社会貢献活動を社会的役割と捉える“プロダクティブ・エイジング”の概念研究へつなげて行く。

本論は、地域づくり人材育成として高齢者に焦点をあて、介護予防推進のまちづくりを論じたものでもある。介護予防は高齢期の介護状態を防止する日常行為のことだが、阪神淡路大震災や東日本大震災などの災害時にも同様の課題が起こる。被災後の仮設住宅生活は、閉じこもりを生み、高齢者は不活動の時間が増える。それを不活動症候群といいそれが原因で介護状態になるのだ。それが2020年のコロナ禍では、多くの高齢者が介護状態を防止する日常行為と災害時の課題と同時に向き合わされている。

本研究では、老年症候群として取り上げたが、介護予防のまちづくり研究は、災害時に起こる不活動などの課題にも援用でき、被災者支援としての地域人材育成プログラムとしても今後も期待のできる研究と考える。

【謝辞】

本研究の実施に関しては、東京都健康長寿医療センター研究所の研究員の方々、豊島区高齢者福祉課の関係者、地域高齢者の皆様に大変お世話になりました。東京都健康長寿医療センター研究所の河合恒先生とは、まちづくり検討会の準備会から多大なお力添えをいただきまして感謝致します。

【注】

- 1) 総務省統計局ホームページ高齢者の人口より。
<https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1291.html> (2021/09/30)
- 2) 東京都健康長寿医療センター研究所、介護予防リーダー養成講座テキストより。
- 3) 老年症候群とは、高齢者の不活動により起こる老化現象のこと、介護予防などの活動によって多くが予防でき進行も遅らせることができる、病気ではなく症候群(シンドローム)である。
- 4) 地域の秩序を守るための対処行動、個人行動の制限や排除や要過多要求をするソーシャル・キャピタルの負の側面。
- 5) 地域共生社会の実現のための弱者支援などで使われる、人と人一つ一つで行う支援
- 6) 社会人になった後の学び直し、繰り返し教育を受けること。
- 7) 固定観念から生まれる高齢者差別のこと。

【引用・参考文献】

- 河合 恒、2018、『コーディネーターのかかわりによって私的統制を強めない住民協働の介護予防の推進効果』、老年学会 科学 第39巻4号(2018. 1)別刷 443-451
- 川島典子、2020、『ソーシャル・キャピタルに着目した包括的支援』、晃洋書房、64-72
- 稲葉陽二、2011、『ソーシャル・キャピタル入門』、中公新書、23-68
- イチロー カワチ、2008、『ソーシャル・キャピタルと健康』、日本評論社、11-50
- 祖父江逸郎、2009、『長寿を科学する』、岩波書店、261-66
- 神谷美恵子、2004、『神谷美恵子コレクション 生きがいについて』、みすず書房、14-47
- Robert D. Putnam 他、2006、『孤独なボウリングー米国コミュニティの崩壊と再生』、柏書房、14-28
- 東京都健康長寿医療センター研究所、2019、『地域介護予防の地域構造化』、東京都健康長寿医療センター研究所
- <https://www.kaigoyobo-research.org/knowledge/>(2021/11/9 現在)

【調査・研究協力】

本研究の調査、講座は、AMED 長寿科学研究開発事業「住民との協働による介護予防のまちづくりの効果検証のための地域コントロールトライアル」において東京都健康長寿医療センター研究所が実施したものである。