

医療依存度の高い人々の在宅生活を支える ソーシャル・キャピタルに関する予備的調査

—地域住民（アクティブシニア層）と 医療専門職の意識の相違に関する検討—

保科寧子

【目的】本研究は、医療専門職と地域住民（アクティブシニア層）における医療依存度の高い人々へのケアに対する意識を調査することを目的とした。

【方法】入院施設を持つ1医療機関に勤務する医療専門職およびその医療機関のある地域の住民（アクティブシニア層）に対し自記式無記名のアンケート調査を実施した。収集したデータは単純集計にて実態把握を行い、専門職と地域住民のケアへの考え方の相違は χ^2 検定により回答の差を分析した。

【結果】多くの専門職は医療依存度の高い人々の在宅ケアに必要なソーシャル・キャピタルとして24時間対応の可能な医療機関や訪問看護、訪問介護を挙げていた。また在宅でキーパーソンとなりえる主介護者やそれを支える介護者の存在も必要とされていた。

ソーシャル・キャピタルとして期待される地域住民と医療専門職の間で意識の相違のあった点は、次の通りであった。①地域住民は安否確認を担うことが可能であるとする回答者は地域住民よりも医療専門職群に有意に多かった。②医療依存度の高い人々の在宅ケアを地域住民が担うことに否定的な回答者においては、地域住民には医療技術が十分でない、という回答が地域住民群において有意に高かった。また有意差はないもののケアの対象者の生命の危険への責任に対して不安を感じるという回答も地域住民に多くみられた。

キーワード：アクティブシニア，地域包括ケア，医療専門職，高齢者

I. 緒言

高齢化の進む日本において、従来の医療・福祉制度は転換期を迎えている。増える介護や支援の必要な人々を医療や福祉の専門職だけで支えることは困難となっており、地域住民とともに要介護者を支える地域支え合いシステムの構築が地方自治体に求められている。

2015年度の介護保険制度改正においては、高齢者福祉分野における地域包括ケアの必要性が明確に打ち出されている。この「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム」の構築は2025年達成を目標としており¹⁾、日本の各地域でのシステム構築が急がれる。

少子高齢化の進行により、高齢者、障害者、児童、生活困窮者等、すべての人が世代やその背景を問わずに支え合う地域社会を構築せずには日本は立ち行かなくなることも予測されている²⁾。そこで2016年度には厚生労働省から地域共生社会の実現に向けた工程表が示された³⁾。この地域共生社会は「制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会」と定義されている³⁾。

これらの地域包括ケアの推進、地域共生社会の実現においては、いずれも医療・福祉の各サービスが地域住民と連携して地域で暮らす高齢者や障害者、児童などのケアの必要な人々を支えることが求められている。

地域住民と連携して高齢者や障害者、児童のケアを行う取り組みは、高齢者や障害者などの利用者の枠組みを取り払った富山型デイサービスを展開している富山県を中心にすでに日本の各地で始まっている^{4) 5)}。特殊な例ではあるが先駆的な実践として、ある富山型デイサービスにおいては、障害者が支援を受

けながらスタッフの一員としてデイサービス内の業務の担い、障害のある地域住民も就労しケアに関わる機会を得ていることが示されている⁶⁾。

このように在宅介護の推進や福祉制度の縦割り廃止が促進されていく中でも、医療依存度の高い人々については、従来の専門職を中心としたフォーマルサービスの連携だけでは在宅での生活は難しいことが多く、かつ医療に関するボランティア活動は不安感が多く敬遠されがちで地域住民の関わるシステム構築も少ないため、地域でのケアに課題が残る。

なお本稿では、介護者の技術習得を分析した先行研究を基に⁷⁾インスリン注射や尿管カテーテル管理、人工呼吸器や中心静脈栄養の管理や吸引、経管栄養などの処置の必要な場合を医療依存度が高いと定義し、調査を実施した。今後、このような医療への依存が高まったり、認知症が重症化したりしても地域で暮らし続けるには、地域内での長期的な支援体制を整備する必要がある。そのためには地域住民を含めた人材育成が不可欠である。

地域住民参加型の地域ケアモデルを考えるに当たっては、日本の人口のボリュームゾーンとなっており、今後も増加すると考えられるシニア層に注目したい。特に65歳から74歳までの前期高齢者を中心とした活動的で元気なアクティブシニアと称されている高齢者が、これからの地域包括ケアの担い手として期待される。社会参加意識の関心の高いアクティブシニア層も多く、彼らとの協働の可否が地域づくりに影響を与えると考えられる。

そこで地域包括ケアモデルの構築に先立ち、現状を把握するために、医療依存度の高い人々のケアについて、参画が期待される地域住民と彼らとの連携の求められる医療専門職の意識を明らかにしてゆきたい。

II. 研究の目的

本研究では、地域包括ケアの人的資源として期待されている地域住民（アクティブシニア層）と、彼らと連携して地域包括ケアを担う医療専門職における医療依存度の高い人々へのケアに対する意識を調査することを目的

とした。

Ⅲ. 研究方法

2017年に埼玉県内のある入院施設を持つ医療機関（1施設）に勤務する医療専門職および地域住民に対し自記式無記名のアンケート調査を実施した。調査対象は地域で中核的な役割を担っている医療機関を選定している。加えて同一の市町村におけるアクティブシニア層の地域住民へも同様のアンケート調査を行った。調査対象としたのは、同市の運営する市民大学の全在校生である。この市民大学は65歳以上の当該地域に在住する受講希望者を対象とした2年制の教養講座であり、週1回の講義出席と卒業研究が卒業要件となっている。学生はいわゆるアクティブシニア層であり、日本のボランティア活動者の中心的な層でもあることから選定した。なお、本研究で調査対象とした市町村は、人口約9万人、65歳以上の高齢者の占める割合は26.69%であった（平成29年3月末時点⁸⁾。

調査用紙の作成にあたっては、事前に数人の医療専門職にインタビュー調査を実施し、その結果を踏まえて質問項目を設定した。その後、インタビュー対象者に質問項目を見てもらい助言を得た。

アンケート調査用紙では、専門職と地域住民双方に対して①基本属性（年齢、性別）のほか、専門職においては職種と勤務年数、地域住民に対しては取得している医療福祉関連資格とボランティア経験について問うている。次に②自分の勤務する地域における医療依存度の高い人々の在宅介護に必要なだと考えるサービスと③そのうち地域住民が担うことの可能だと考えるサービス、④困難だと考えるサービスおよび⑤その理由を調査した。ここでは医療依存度の高い人々の在宅介護を行うために地域住民に担うことのできるサービスや役割は無いと回答する際、自由記述ではなく一般的な2つの理由について「そう思う」「そう思わない」の2択で回答を得ている。

この調査用紙における医療依存度の高い人々は、そのケアに大きな相違のないことから要介護高齢者を中心として重度の身体障害

者や難病患者なども含み想定している。また市町村レベルで展開する地域包括ケアの可能性を検討するため広範囲の内容とし、サービスの詳細に踏み込む内容とはしなかった。

収集したデータは単純集計により実態把握を行い、専門職と地域住民のケアへの考え方の相違は χ^2 検定により回答の差を分析した。分析にはIBM SPSS StatisticsV24を用いた。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は埼玉県立大学における倫理審査を経て（申請番号28001）、かつ調査対象者および調査対象施設の代表者から研究の承諾を得た上で実施した。

調査は自記式無記名のアンケート調査であったので、対象者は調査の途中でいつでも調査を中止できること、調査結果の公表にあたっては個人の特長をされないこと等を調査用紙の表紙に記載し、すべてに了承しアンケート調査用紙の記入と提出を行った人のみを対象としている。

Ⅴ. 結果

1. アンケート回答者の基本属性

調査地域における主要な医療機関（1施設）に勤務する医療専門職（看護職・看護助手職・医療クラーク）へのアンケートは98部を配布し、92部を回収した（回収率93.9%）。専門職の回答者の職種の内訳は、看護師88名、看護助手3名、医療クラーク1名であった。勤務年数は回答者全員が1年以上で最長は33年であった。

地域住民に対するアンケートは地方自治体の運営する地域住民向け市民大学学生へ175部を配布、100部を回収した（回収率57.1%）。調査協力を得られた市民大学学生のうち、何らかのボランティア活動経験のあった人は60人であり、活動期間は半年から30年と個人により幅があった。活動経験のあるボランティア活動の内容では、地域で行われている介護予防体操教室のリーダー、安全協会交通指導員（小学生の登下校の見守りなど）、花いっぱい推進運動（市内の花植え）、特別養護老人ホームボランティア（オカリナ演奏、

話し相手、シーツたたみなど) などへの取り組みが多かった。そのほか図書館ボランティア (移動図書の手伝いや布絵本の作成)、児童養護施設での行事の運営協力、外国人を対象とした日本語教室スタッフ、安否確認活動などの回答も得られた。また 40 人は活動経験なしと回答した。

2. 医療依存度の高い在宅介護を行うために必要なシステムや環境

医療専門職に対し、日常の業務を通じて医

療依存度の高い人々の在宅介護に必要なだと考えるサービスについて回答を得た結果を単純集計し表 1 に示す。24 時間対応の可能な医療機関の存在を指摘した回答が最も多く、24 時間対応の訪問看護や訪問介護を挙げた回答も多くみられた。また独居の際の介護を担う人材や主介護者を支える副介護者や自由に利用できる介護サービスもそれぞれ 40 ~ 30% の医療専門職が必要と回答した。移送サービスや家政婦等の有料介護サービスを必要とした回答は少なかった。

表 1 医療依存度の高い人の在宅介護に必要なだと考えるサービス
(専門職回答 複数回答)

必要なサービス	必要だと回答した人数 N=92 (%)
24 時間対応の往診可能な医療機関	59 (64.1%)
24 時間対応の訪問看護	41 (44.6%)
24 時間対応の訪問介護	29 (31.5%)
希望通りに利用可能なショートステイ	32 (34.8%)
希望通りに利用可能なデイサービス	26 (28.3%)
独居での主介護者の役割を無料または安価で担う人 (キーパーソンとしての役割も担う)	37 (40.2%)
主介護者以外に無料で支援できる介護者 (親族他)	29 (31.5%)
身体介護を担うことの可能な介護保険外有料サービス	13 (14.1%)
寝台車・介護タクシー	6 (6.5%)
安価・無料のボランティア移送サービス	11 (12.0%)
現行以上の介護費用の軽減制度	13 (14.1%)
介助ボランティアとそのコーディネーターや運営組織	14 (15.2%)
室内で一定時間は実施可能な近隣住民等の見守り	14 (15.2%)
近隣住民による安否確認 (緊急時の通報や声掛け)	23 (25.0%)
医療と介護の連携システム	16 (17.4%)

医療依存度の高い人々の在宅介護を行うために地域住民には担うことのできるサービスや役割は無いと回答した際の理由と回答人数を表2に示す。医療技術の不足よりも、生命の危険に対して責任を負うことができないため地域住民がサービスを担うことはできない、と回答した人が7%ほど多かった。

3. 専門職と地域住民における医療依存度の高い人々のケアに対する認識の差

これらの在宅介護に必要と考えられるサー

ビスの中で、特別な資格のない地域住民にも担うことが可能であると考えるものを専門職および地域住民にそれぞれ問うた回答を単純集計し、表3に示した。緊急通報や声掛けなどの安否確認や医療依存度の高い人々の状況の見守りを担うことができると回答している人が多かった。低額かつ病院送迎などの用途限定の移送ボランティアや専門職としてではなくショートステイ、デイサービスの運営を担うことが可能と考える人もそれぞれ20%ほど見られた。

表2 医療依存度の高い人の在宅介護において地域住民の担えるサービスはないと考える理由と回答群間の差（複数回答）

理由	理由に同意した人数		P
	上段：地域住民 (n=100)	下段：専門職 (n=92)	
医療技術の不足により 地域住民の担えるサービスはない。	21 (21%)	8 (8.7%)	0.017
生命の危険への責任を負うことができないため 地域住民の担えるサービスはない	28 (28%)	15 (16.3%)	0.052

χ^2 検定

表3 医療依存度の高い人の在宅介護において地域住民が担えると考えるサービスと回答群間の差（複数回答）

医療依存度の高い人に必要なサービス	地域住民が担うことを可能と回答した総人数 (%)	回答群別内訳 (群内%) 上段：地域住民 (n=100) 下段：専門職 (n=92)	P
希望通りに利用可能なショートステイ	39 (20.3%)	22 (22%) 17 (18.5%)	
希望通りに利用可能なデイサービス	40 (20.8%)	23 (23%) 17 (18.5%)	
独居での主介護者の役割 (キーパーソン)	21 (10.9%)	10 (10%) 11 (12%)	
主介護者外の支援介護者	27 (14.1%)	15 (15%) 12 (13%)	
身体介護の可能な介護保険外有料サービス	20 (10.4%)	8 (8%) 12 (13%)	
移送ボランティア	43 (22.4%)	18 (18%) 25 (27.2%)	
介助ボランティアとそのコーディネーターや組織	20 (10.4%)	10 (10%) 10 (10.9%)	
近隣住民等の見守り (室内)	55 (28.6%)	27 (27%) 28 (30.4%)	
近隣住民による安否確認 (緊急時の通報や声掛け)	81 (42.2%)	35 (35%) 46 (50%)	

χ^2 検定

次に、医療専門職と地域住民の意識に偏りがあるかどうかを χ^2 検定にて分析したところ、いくつかの項目について医療専門職と地域住民の回答に差が生じていた。表3に示したように緊急通報や声掛けなどの安否確認を地域住民が担うことに対しては、医療専門職がより多く担い手としての期待を寄せていたが、担い手である地域住民側はこのサービスを引き受けられるという回答が少なかった。

また医療依存度の高い人々のケアに対して「医療技術の不足によりサービスを担うことはできない」と回答したのは専門職と比較して地域住民に有意に多かった。「生命の危険への責任を負うことが困難なため地域住民の担えるサービスはない」という回答には、専門職と地域住民間に有意差はなかったが、単純集計では地域住民がこの回答をより多く選択していた。この詳細は表2に示した。

VI. 考察

本研究により、調査対象地域における医療依存度の高い人々のための在宅介護の実現に向けて検討すべき課題が何点か明らかになった。

1. 調査対象地域における医療依存度の高い人々の在宅介護に必要な支援

まず、医療依存度の高い人々の在宅介護について、実際に医療現場に携わる人々は、24時間対応可能な医療機関、看護および介護サービスの不足を感じていた。調査対象地域の市役所の提示している情報では時間外の往診に応じる医療機関は、眼科、心療内科等も含むすべての診療科をあわせても12機関である⁸⁾。人口規模約9万人の市町村であることを考えると在宅介護を支える医療サービスは十分とは言い難いであろう。

次に、日本において独居で生活する人々は増加傾向にあるが⁹⁾、調査対象地域においても同様の傾向がみられ¹⁰⁾、それゆえ独居者の介護を担い介護の方針を決めることのできるキーパーソンが不在となり在宅介護が困難となっているという回答が多く読み取れた。あわせて表2 専門職の必要と考える地域住民の担えるサービスにおいて「独居での主介護

者の役割を無料または安価で担う人」が必要という回答が40%を超えており、支援の対象となる独居者は経済的に余裕がなく、介護者に高額な費用を支払うサービスよりも、無料で介護を支援できる親族や安価な介護サービスが必要とされていることが推測される。また、ショートステイやデイサービスが希望通りに提供できることで在宅介護が可能となるという意見も30%ほど見られることから、医療専門職は在宅サービスの充実も重要であると考えていることが示された。

地域住民が担うことのできる医療依存度の高い人々を支えるサービスについて今回新たに確認できたのは、医療依存度の高い人々が希望通りにデイサービスやショートステイを利用するための支援を地域住民が担うことは可能であるという回答がそれぞれ20%程度あり、回答の内訳では専門職よりも多くの地域住民が可能と回答している点である。ここから医療依存度の高い人々のケアに対して意欲のある地域住民の協力を得て、医療依存度の高い人々を受け入れるデイサービスやショートステイを展開することの検討ができるのではないかと考えられた。ただし、調査用紙ではあまり細かく地域住民の担う役割について問うていないため、今後さらなる検討が必要ではある。また少数ではあるが、在宅介護の支援介護者やキーパーソンとしての主介護者の役割を担うことも可能と回答する地域住民がいることから、成年後見制度などを併用し、本人の意向や財産を守り、支援を行う地域住民の責任問題などのリスクをマネジメントできるケアシステムの構築も視野に入れても良いのではないだろうか。

なお、必要な支援として安否確認サービス(42.2%)や医療依存度の高い方の自宅等室内での見守り(28.6%)、移送サービス(22.4%)が高い割合で示された。これらは、従来から地域住民に期待されている部分であり、日本各地で取り組まれているサービスでもあるが¹¹⁾¹²⁾、調査地域でもその必要性が確認された。

2. 地域住民と医療専門職の医療依存度の高い人々の在宅介護における認識の差

地域包括ケアの担い手として期待されている地域住民と医療現場の専門職では考え方に相違のある部分を示された。地域住民による安否確認については、約50%の医療専門職が地域住民によるサービスの実施を期待していたが、地域住民においては安否確認を行うことができると考えている人はおよそ30%であった。この差の理由は現時点では未調査であるが、専門職ほど積極的になれない理由を明らかにすることで安否確認システムの円滑な運営に寄与できる可能性もある。

また、医療依存度の高い人々のケアについて地域住民の担うことのできるサービスは無いと回答した人において、地域住民と医療専門職間の意識の相違が示されていた。医療依存度の高い人々の在宅ケアを担うには、地域住民には医療技術が十分でないため困難である、またケアの対象者の生命の危険への責任に対して不安を感じるという回答が地域住民において高い傾向があった。一方で、すでに医療現場でケアを行っている医療専門職は、地域住民がケアに入ることに否定的な回答者は少ない。地域住民のこれらの不安を解消できるようなシステム構築により、地域住民が医療依存度の高い人々のケアに関わることも可能となると考える。具体的には丁寧で継続的な研修や、専門職による緊急時の対応、ケアに携わる地域住民のための相談窓口の設置などが求められるだろう。

3. 研究の限界

本研究は、あくまで小規模な予備的研究であり、結果の一般化は困難である。また地域住民や医療専門職の基本属性の詳細やケアを受ける医療依存度の高い人々への調査は行っておらず、多角的な検討は十分ではない。

ただし地域住民の地域包括ケアにおける役割について、今後ボランティアの中心的存在となると考えられるアクティブシニア層の地域住民自身に医療的なボランティア活動や地域活動への考え方を調査した研究はまだ少なく、この年代の人々のボランティアや地域包括ケアへの関わりについての意識を知る上での一助になるであろうと考える。

Ⅶ. 結 語

地域包括ケアの担い手として期待されている地域住民（アクティブシニア層）と、彼らと連携して活動する医療や福祉の専門職において医療依存度の高い人々へのケアに対する意識調査を行い、単純集計と χ^2 検定にて分析した。その結果、多くの専門職は医療依存度の高い人々の在宅ケアに必要なソーシャル・キャピタルとして24時間対応の可能な医療機関や訪問看護、訪問介護を挙げている。また在宅でキーパーソンとなりえる主介護者やそれを支える介護者の存在も重要な資源として挙げられている。

地域住民と医療専門職双方が必要であると考える医療依存度の高い人々に対するサービスとして、安否確認や室内での見守り、希望通りに利用できるショートステイやデイサービスなどが高い割合で挙げられた。

ソーシャル・キャピタルとして期待される地域住民と医療専門職の間で意識の相違のあった点は大きく次の2点であった。①「地域住民は安否確認を担うことが可能」とする回答者は地域住民群よりも医療専門職群に有意に多かった。②医療依存度の高い人々の在宅ケアを地域住民が担うことに否定的な回答者においては、「地域住民には医療技術が十分でない」、という回答が地域住民群において有意に高かった。また「ケアの対象者の生命の危険への責任に対して不安を感じる」という回答も地域住民に多くみられた。

これらの現場の医療専門職の意見や地域包括ケアの担い手として期待されるアクティブシニア層の考え方を知り、不安を解決できるシステムを考えることが必要である。各自治体が地域包括ケアシステムを構築するにあたり、本研究が実現可能なシステムを検討ための参考資料となることを期待する。

Ⅷ. 謝 辞

本研究の調査にご協力いただいた皆様、調査用紙配布のご承認と用紙回収にお力添えくださった職員の皆様をはじめ、本研究のためにご指導ご助言くださいました皆様に感謝いたします。

IX. 参考文献

- 1) 厚生労働省ホームページ：地域包括ケア
へ向けて
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2017.5.17)
- 2) 厚生労働省：平成28年版厚生労働白書
—人口高齢化を乗り越える社会モデルを
考える—, 201-215, 2016
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/dl/all.pdf> (2017.5.18)
- 3) 厚生労働省ホームページ 「我が事・丸
ごと」地域共生社会実現本部
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syakaihosyou.html?tid=368203> (2017.5.18)
- 4) 小林昭夫：地域の福祉力の向上をめざし
て—富山から全国へ8つの提言. 公衆衛
生, 70(3), 207-210, 2006
- 5) 荘田智彦, 中島真由美, 西島有美, 蛭川
泰子, 北川まさみ, 江上昌子: “住民参加”
の意味と行政の役割—富山型地域ケア推
進活動. 公衆衛生, 72(6), 498-503, 2008
- 6) 「地域共生型障害者就労支援事業」の実
態と普及に向けた課題：富山型デイサー
ビスにおける障がい者の就労支援. 日本
の地域福祉, 28, 69-82, 2015
- 7) 片山陽子, 太湯好子, 小野ツルコ：在宅
移行期における療養者の医療ニーズ別に
みた家族介護者の介護準備態勢. 日本看
護研究学会雑誌, 32(4), 67-76, 2009
- 8) 東松山市ホームページ 東松山市在宅医
療・介護連携ガイドを作成しました
http://www.city.higashimatsuyama.lg.jp/soshiki/kenkofukushibu/koreikaigo/menu/elder_care_facility/ikairenkei/1467356591707.html (2017.5.29)
- 9) 平成28年版高齢社会白書(全体版)1 高
齢者の家族と世帯
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/zenbun/s1_2_1.html
(2017.9.6)
- 10) 東松山市ホームページ 人口・世帯数の
推移
http://www.city.higashimatsuyama.lg.jp/soshiki/shiminseikatsubu/shimin/menu/habitancy/pb_24.html (2017.5.29)
東松山市ホームページ 東松山市在宅医
療・介護連携ガイドを作成しました
http://www.city.higashimatsuyama.lg.jp/soshiki/kenkofukushibu/koreikaigo/menu/elder_care_facility/ikairenkei/1467356591707.html (2017.5.29)
- 11) 佐々木美佐子, 小林恵子, 平澤則子 v 飯
吉令枝, 斎藤智子, 横尾加奈江, 外立直子:
豪雪地における高齢者のソーシャル・サ
ポート・システム構築に関する研究. 看
護研究交流センター年報, 16, 11-15, 2007
- 12) 保科寧子, 奥野英子：在宅高齢者を対象
として対話や交流を行うボランティアの
機能分析：話し相手ボランティアの事例
分析から. 社会福祉学, 49(2), 111-122,
2008

連絡先 保科寧子
〒343-8540 埼玉県越谷市三野宮820
埼玉県立大学 保健医療福祉学部
Tel 048-973-4753
E-mail hoshina-yasuko@spu.ac.jp

平成29年6月9日 受付
平成29年8月30日 採用決定