

2) 傾聴ボランティアへの効果

ボランティアとして活動に参加する前後における身体的・精神的健康、社会関係の比較を行うことで、傾聴ボランティアの担い手への効果を検証した。昨年度は、そのための事前調査を行った。事前調査の対象は傾聴ボランティア養成講座の参加者60名全数であり、養成講座の初回講義の際に調査票を配布し、2回目の講義で回収するという配票留置自記式で行った。調査項目は、「身体的健康」「精神的健康」「社会関係」「ボランティアへの参加理由」「ボランティアに対する評価」であった。調査票は、参加者60人全員から回収された。

今年度は、講座から1年後の平成19年2月に追跡調査を実施した。調査方法は事前調査と共通していた。新しく、ボランティア活動に対する満足度の項目を加えた。回収者は56名であり、初回調査の回収者に対する割合は93.3%であった。

表1-2には、追跡調査の回収者と未回収者の基本属性をそれぞれ示した。未回収者は4名と少なかったが、男性が多く、年齢階級は比較的高齢に分布していた。

表1-2 追跡調査の回収状況別にみたボランティアの基本属性 (%)

回収状況	基本属性						n
	年齢階級				性		
	40～49 歳	50～59 歳	60～69 歳	70歳 以上	男性	女性	
回収者	8.9	37.5	42.9	10.7	92.9	7.1	56
未回収者	0.0	50.0	25.0	25.0	50.0	50.0	4

注) 年齢は初回調査時である。

3) 高齢者への効果

閉じこもり高齢者への効果については、傾聴ボランティアを派遣した事例を対象に、派遣前と派遣6ヶ月後に調査を行なった。調査項目は、「特定高齢者のスクリーニングのためのチェックリスト」「身体的健康」「精神的健康」「社会関係」である。

4) 事業のプロセス評価

閉じこもり高齢者の発見、専門家による査定、傾聴ボランティアの派遣といった各段階に直接かかわる住民や専門家（民生委員、ケアマネジャー、ボランティアのコーディネーター、ボランティア、傾聴ボランティアを受け入れた高齢者、傾聴ボランティアの教育機関のスタッフ）を対象としたフォーカス・グループ・インタビューや個別インタビューを実施し、その情報に基づき事業のプロセス評価を行った。

4. おわりに

昨年度は、モデル事業の対象地域の変更に関して言及した。今年度は、派遣対象となる閉じこもり高齢者の把握ケースが予想以上に少なかったため、安易にはすべきではないが、傾聴ボランティアの効果について量的データに基づき評価するために以下のような変更を行った。すなわち、傾聴ボランティアの派遣対象を地域高齢者の中で閉じこもりに限定せず、家族以外の人との交流がない、孤立感が強いという状態の人

に対しても派遣することとした。さらに、地域高齢者だけでなく、施設の高齢者に対しても派遣した。そのため、ボランティアの受け手に対する効果、担い手である傾聴ボランティアに対する効果については、このことの影響を考慮する必要がある。

2章 民生委員による閉じこもり高齢者の把握

杉澤 秀博・桜美林大学

1. はじめに

2000年に制定された介護保険制度は、「医療と福祉サービスの統合」「措置から契約へ」「公的な介護保険の導入」という目的をもって成立した。以上の3つの目的の他、「介護予防」についても条文に位置づけられていた。しかし、介護保険制度が導入されて以降、要支援、要介護1の認定高齢者が急増しており、条文に盛り込まれた理念とは裏腹に、それが十分に機能するための制度的な裏づけがなされていたとはいえない。

他方では、介護保険制度が制定されて以降も継続して、高齢者の自立度低下の原因解明と低下防止に対する介入方法の実証的な研究の蓄積が図られてきた。このような研究蓄積を反映させるかたちで、2005年に介護予防を重視した制度への転換を図るという1つの目的をもって介護保険制度が改正された。その内容は、介護予防の対象を「特定高齢者」と「要支援1・要支援2」とし、それぞれの対象者に対して、介護予防を目的とした地域支援事業あるいは新予防給付のサービスを提供することによって、要支援や要介護状態になったり、要介護状態の悪化を防いでいこうというものである。

「要支援1・要支援2」については、ケアマネジメント（予防マネジメント）がケアマネジャーではなく、地域包括支援センターの保健師が行うこととされ、提供されるサービスもこれまでのサービスを見直した予防訪問介護、予防通所介護、予防通所リハビリに加えて、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上というサービスメニューも選択肢に加わるようになった。しかし、この対象者は、要介護認定者を対象としている点では、把握から認定までの流れは従来の枠組みで行われる。

他方、「特定高齢者」については、これまでの介護保険制度ではまったくなかった新しい事業対象であり、今回の改正で始めて登場してきた。その内容は、要支援・要介護になるおそれのある高齢者であり、「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」「閉じこもり予防」「認知症予防」「うつ予防」などに区分されている。予防マネジメントは、「要支援1・要支援2」と共通して地域包括支援センターが行うこととされている。この事業の対象者を把握するルートとしては、①予防健診、②主治医、民生委員、高齢者福祉センターなどからの連絡、③保健師の訪問活動、④要介護認定の非該当者、などがあげられている。そして、特定高齢者施策の対象は高齢者人口の5%程度であると想定されている。

特定高齢者に事業の効果については、提供される「通所系サービス」あるいは「訪問系サービス」に着目し、これらのサービスが有効か否かを検証していく必要があるが、それ以前にしなければならない課題がある。すなわち、特定高齢者の割合の推定値や各把握ルートの有効性についてはほとんど議論されていない現状にある。平成18年9月に厚生労働省が全国の市町村を対象に実施した特定高齢者把握の割合に関する調査では、特定高齢者候補者の割合（特定高齢者者決定者を含む）が0.71%と推定の

5%と比較してかなり低いことが明らかとなり（厚生労働省老健局老人保健課 2006）、介護保険制度が改定されて以降、特定高齢者の把握が上手く機能していないことが示されている。

本章では、閉じこもりに限定しているものの、民生委員というルートがその把握にどの程度機能しえるものか、モデル地区の民生委員に意識的に取り組んでもらった結果を量的に評価するとともに、民生委員による把握のための活動がどのような問題を抱えるかについて、民生委員を対象としたフォーカスグループインタビューに基づき質的にも解明した。

2. 方法

1) 閉じこもり高齢者の把握

(1) 民生委員への働きかけ

民生委員に呼びかけ、担当地区における閉じこもり高齢者の発見を平成18年2月に依頼した。報告先は社会福祉協議会（社協）とした。民生委員への動機付けのため、『閉じこもり予防への取り組み』というパンフレット（平成17年度総括研究報告書を参照）を作成し、民生委員に配布・説明した。ケースの概要とアセスメントに役立てるために『報告シート』（巻末の資料参照）を作成した。そのシートは「発見までの経過・きっかけ」「閉じこもりと思った理由」「訪問の際の注意点・その他」といった項目で構成した。集約は平成18年の4月中旬に行った。すなわち、把握のための稼働期間は2ヶ月ということになる。

発見されたケースの概要を把握し、ケースが閉じこもりか否かを評価するために社会福祉協議会のケアマネジャーが訪問し、アセスメント票（巻末の資料参照）に基づき情報を収集した。

(2) 把握率の推定

モデル地区の閉じこもり高齢者数を分母に、民生委員によって報告されたケースのうちケアマネジャーの訪問によって収集された情報から「週に1回未満の外出頻度」であった人を分子にして把握率を算出した。

モデル事業実施地区における閉じこもり高齢者数の推定は次のように行った。70歳以上の高齢者896人（要介護認定者は除外）を系統抽出法によって抽出し、その対象に対して郵送調査法によって平成18年2月に介入前の事前調査を実施した。調査項目は「特定高齢者のスクリーニングのためのチェックリスト」「日常生活動作」「精神的健康」「社会関係」「主観的幸福感」「介護予防事業・サービスの利用意向」であった。回収数はモデル地区が718人（回収率は80.1%）であった。この調査によって回収者のうち閉じこもりの割合が7.5%であり、モデル地区における70歳以上の人口（認定者を除く）が2,810人であったことから、閉じこもり高齢者数は211人と推定される。

2) 民生委員による閉じこもり高齢者把握に伴う問題点

閉じこもり高齢者の把握のための活動に伴う問題がどのようなものかを把握するため、モデル地区の民生委員を対象にフォーカスグループインタビューを実施した。グループ数は2グループであった。2グループともインタビューは7月に行った。グル

ープの特性は、1つのグループは8名で構成され、性別では全員が女性、年齢構成は60歳代が4名、40歳、50歳、70歳代が各1名（1名無回答）、民生委員の経験年数は5年未満と10年以上が各4人であった。もう1つのグループは11名で構成され、性別では全員が女性、年齢構成は60歳代が6名、50歳代が5名、民生委員の経験年数は5年以上9年未満が7名、5年未満が2名であった。

以上のフォーカスグループインタビューから逐語録を作成し、そのデータをKJ法に基づき質的に分析した。

3. 結果

1) 閉じこもり高齢者の把握

(1) 民生委員によって把握された閉じこもり高齢者の集約

4月の集約の時点で民生委員によって把握された閉じこもり高齢者は13ケースであった。

(2) 社協のケアマネジャーによるアセスメントのための調査による評価

報告されたケースが閉じこもりに該当するか否かを評価するため、社協のケアマネジャーがアセスメント票を用いた調査を平成18年6～7月に行なった。アセスメント票に基づき評価した結果、70歳以上の閉じこもり（外出の頻度が1ヶ月に1回未満）高齢者は3ケースであった。モデル事業実施地区の70歳以上の高齢者（要介護認定者は除外）を対象に実施した調査によれば、モデル地区の閉じこもり高齢者数は211人と推計されることから、民生委員による把握割合は1.4%となる。

2) 閉じこもり高齢者の把握に伴う課題

(1) 報告が少なかった理由

モデル地区の民生委員を対象としたフォーカスグループインタビューの逐語録を質的に分析した結果、次のような要因が抽出された。

① 報告するようなケースがない

報告するようなケースをそもそももっていなかったことが報告しなかった要因の1つとして浮かび上がってきた。さらにこの要因は大きく3つのカテゴリーで構成されていることもわかった。

i) 閉じこもりの基準に合致するようなケースを知らない

まず、閉じこもり（外出の頻度を1週間に1回未満）の基準に該当する人をほとんど知らないという点があった。このカテゴリーに属する発言内容を示すと、「そういう外に出ないで引きこもりという方はいらっしゃらなかったんですね皆さん、外に出る方が結構多くて、意外と外出する方が多いんですね。それと、もう1つは逆に人を集めて一生懸命いろんな活動をしている方もいるんですね、1人の方で。近所の方を集めて。逆にそういう方が1人居て、ひとり暮らしの方を集めて会食会をやったり。意外とそういう方はいなかったんです。ですから、わたしの方では特別対象者がいなかったんです」、また「皆さん病院には行かれてるんですね。月に何回か行っているんですよと言われると、もうそれで閉じこもりじゃないかなと、ちょっと考えたりもするんです。」という発言もあった。

ii)住民全体の状況をよく知らない

i)の背景の1つとしてみることが出来る要因でもあるが、住民の状況を詳しく知らないためにケースを発見できなかった可能性があるとみられた。たとえば、「自分が把握している以外にいらっしゃるかどうかということは、全く分からないですよ。アンケート（事前調査のための住民調査）にどういうふうに地域の方が出されたかということは、本当に自分が見えてる範囲というのは少しですので。」（カッコ内は筆者）という発言などがそれにあたる。

さらに、住民の状況をよく知らないという理由として3つの要因がでてきた。a)「両方70歳以上にならないと、とてもじゃないけど、すごく多いんです、担当が。少しお隣の方に持っていただいたくらいでは。前任者の方は何をしていたのかと。500以上ですからね。前はもっと多かったんじゃないんですか。すごく多かったですよ。びっくりしました。」という発言にみられるように、民生委員が担当する住民の数が多く、b)「われわれ民生委員に用はないんです。だから、今の一番問題は75歳以上っていうか、古い人たちは民生委員さんにお世話になりたくないって感じですけど、今の人は利用できるものはしたいって、65歳から75歳ぐらいまでは思ってたらいらっしゃるので、困ったときは市のほうへ連絡して、市のほうからこちらへくるケースが昔と違ってあります。昔は発掘っていうか、わたしたちが回ってて発掘したケースが多いですけども、」のように、民生委員は福祉だから関りたくないという心理的なもの、c) マンションやアパートの場合、構造的に住民にアクセスすることが難しい、といったことが要因として指摘されていた。「今までの情報を伺って分かってる方はマンションには行けるんですけども、新たに発見するというのがなかなか難しいなと思うんですね。たぶんマンションの中にはいらっしゃるかもわからないですね。だけど、現実には探すすべがないというか、わたしの知識の中ではないんですね。」、さらに、マンションの住民が要介護状態の人の介助をするのをみて、民生委員が声掛けをしたということを紹介した上で、「偶然そういう機会というのがあったんですけども、わたしがその方とたまたまそういうすれ違い、触れ合いがなかったら発見するということは本当に難しい。マンションの方でどなたか亡くなったらしい、どこのおうちか分からない、救急車が来てましたよというニュースしか入りませんので、管理人さんにそういうことを伺いに行っても、それは教えてくださらない。『お願いします』という形で『わたしも心配になりますので』と頼み込んで。個人の情報というのを把握するということの難しさを本当に感じております」といった発言も、この要因に位置づけられる。

②報告をためらう

他方では、閉じこもりか、もしくは傾聴ボランティアを派遣したほうがよいケースを知りながら報告しなかった人もおり、理由として以下の4点が抽出された。

i)傾聴ボランティアという知らない人との話は無理

民生委員とは長年の間に親しい関係ができてきたが、傾聴ボランティアという知らない人との話は無理なのではないかという考えが、紹介を躊躇した理由の1つとして抽出された。それには次のような発言が該当する。「独居ではなくて日中独居なんですけど、ちょっと離れたところにお住まいがあるので、ほとんど人との交流がないんですよ。それで、わたしは民生委員としてまだ7年、8年目なんですけどその前から防止推進員をしていましたので、その時代、20年ぐらい前からのお付き合いなんです。わたしが行くと、もう帰さないくらい話すんですけど、果たして傾聴ボランティアさんの全然知らない方がそこへ伺って、その話を聞いてあげて、その方がどうなのか

などというのはすごく皆さんきつとあると思うんです。隣の方もおっしゃったんですけども、民生委員となら話すけれども、全然知らない方と話すのは。」

ii) 家の中に入られるのに抵抗がある

傾聴ボランティアは自宅を訪問することになるが、このことも報告を躊躇させたことの理由の1つとして把握された。たとえば、「傾聴で入ってもらうように1人紹介した人がそうなんですけど、やっぱりもう何十年も住んでると、自分もそんな身動きできないから、お掃除も不十分、家も古い。だから、あなたは民生委員だからいいけど、ほかの人に見られたくないというかね。でも、逆の立場になったら分かると思うんですけど、そういうのは結構強いんです。だから、電話とか、ちょっと外で立ち話ならいいんだけど、ちゃんと傾聴とか何かそういうので訪問することに対しては、ちょっと拒否反応があるという場合もあります。」というように、訪問の対象者が家の中を見られることに抵抗があると思われるため、報告を断念したと発言している。

iii) 家族による障壁

家族が高齢者を通じて家のプライバシーが表に出ることを警戒したり、家族以外の人との接触を好ましくと思わないことも、報告を躊躇させている要因として把握された。具体的な発言としては、「1人の方なんですけど、お話するのは好きみたいなんです。日中独居の方なんですけど、行くとお話しますよね。隣近所の人も行ってお話するのが好きなものだから、いろんなことをしゃべり過ぎることもあって、息子さんと住んでいるんですけど、息子さんがちょっと、あまり人と話すなというふうに言われちゃったのでということも聞いたんですよ。いろいろお誘いしたときにも。だから、本当はたくさんいろんな人が行ってお話を聞いてあげるのが一番いいのかなと思うんですけど、その話を聞いて、どうしたらいいのかなと思いましたけど。」「息子さんとそのお年寄りの方住んでるんですけど、やっぱり息子さんがね。ですから、お父さんですよ。お父さんが悪くなったときに、市からちょっとうまくいなくて、で、わたしも市の回し者みたいに思ってるらしくて、『民生委員がもう来んでよ』っていわれることがありまして、日中独居でちょっとお寂しそうなんですけど、行くと息子さんにばれると怒られるんですね。あれ、いけないんですけど、遠くから見てるっていうのがあります。」がある。

iv) 人との接触を嫌っていたり、現状で満足

以上に加えて、民生委員に対してすら話をするのを嫌うようなケースもあり、傾聴ボランティアを派遣しても到底うけいれてもらえないだろうということで報告しなかったことも要因として抽出された。このカテゴリーは、「1人男の独居の方がいらっしゃるんですけど、その方は、『おれはいいんだよ。人と会うのが嫌だから、ひとりにさせておいてもらった方がいい』とか。そういう方も病院にはひとりで行っていらっしゃるので、無理にそういう方を閉じこもりとして挙げていいものかというのが分からなかったの、その方を閉じこもりの調査の対象になりますと提出しても、その方のところへ伺っても、きつと取り合わないです。それはもうわたしが何年か、毎年市の方の調べることで行っても、奥さんだけが出てこられて、ご主人は出てこられることがなくて、足が悪いからということでお会いできないんですけど、訪ねることすらすごく嫌がられるんです。」といった発言が導き出された。

v) 報告することによる関係の悪化を懸念

これは、報告した経験のある人の発言であったが、閉じこもりというマイナスの評価をすることになるため、その人との関係が上手くいかなくなるのではないかという

懸念である。このカテゴリーには、「わたしはアセスメントのための訪問を一緒に行くことをお願いしなかったんです、わたしと一緒に行くことを。自然に『この辺に来ましたので、寄ってみました』で行っていただいたんです。その方が後で行きやすい。民生委員さんに閉じこもりと思われる、『あの方、思ってたんだ』と思われるのはちょっと心苦しかったので。この次、言おうと思ってます。はい。まだいっぺん行っただけで、「閉じこもりだから来るのよ」とはとても言えません。その閉じこもりという言葉を使えません。」という発言などが該当する。

(2) 要因の構造

以上の要因を構造的に布置配置すると、次のような概念図を描くことができる(図2-1)。すなわち、「報告のケースが少ない」のは「基準にあったケースが少ない」と「報告を躊躇する」の大きく2つの要因が影響している。

①「基準にあったケースが少ない」については、閉じこもりの高齢者がいないというのではなく、「地域住民の情報に乏しい」ため十分な発見の機会がないことが関係している。この「地域住民の情報に乏しい」についても、さらにこれを生み出している要因があり、「民生委員と関ることに対して抵抗がある」という、生活保護など福祉を扱う人として民生委員がみられていること、「担当する住民が多く、すべての住民のことを把握できない」といった人的資源の問題、「マンションやアパートといった住民では生活の様子を把握しづらい」など住環境上の制約が関係している。

②「報告を躊躇する」についても、背景となる要因が存在していた。「家の中のことを見られたくない」「見知らぬ人と話すことへの抵抗」という傾聴ボランティアの活動スタイル、そもそも「人との交流がきらい」という高齢者本人の要因、「家族の障壁」としてプライバシーという点から高齢者が他人と話すことを嫌う家族側の要因、「報告することによる関係の悪化」といった高齢者との関係が、「報告を躊躇する」ことの要因として抽出された。

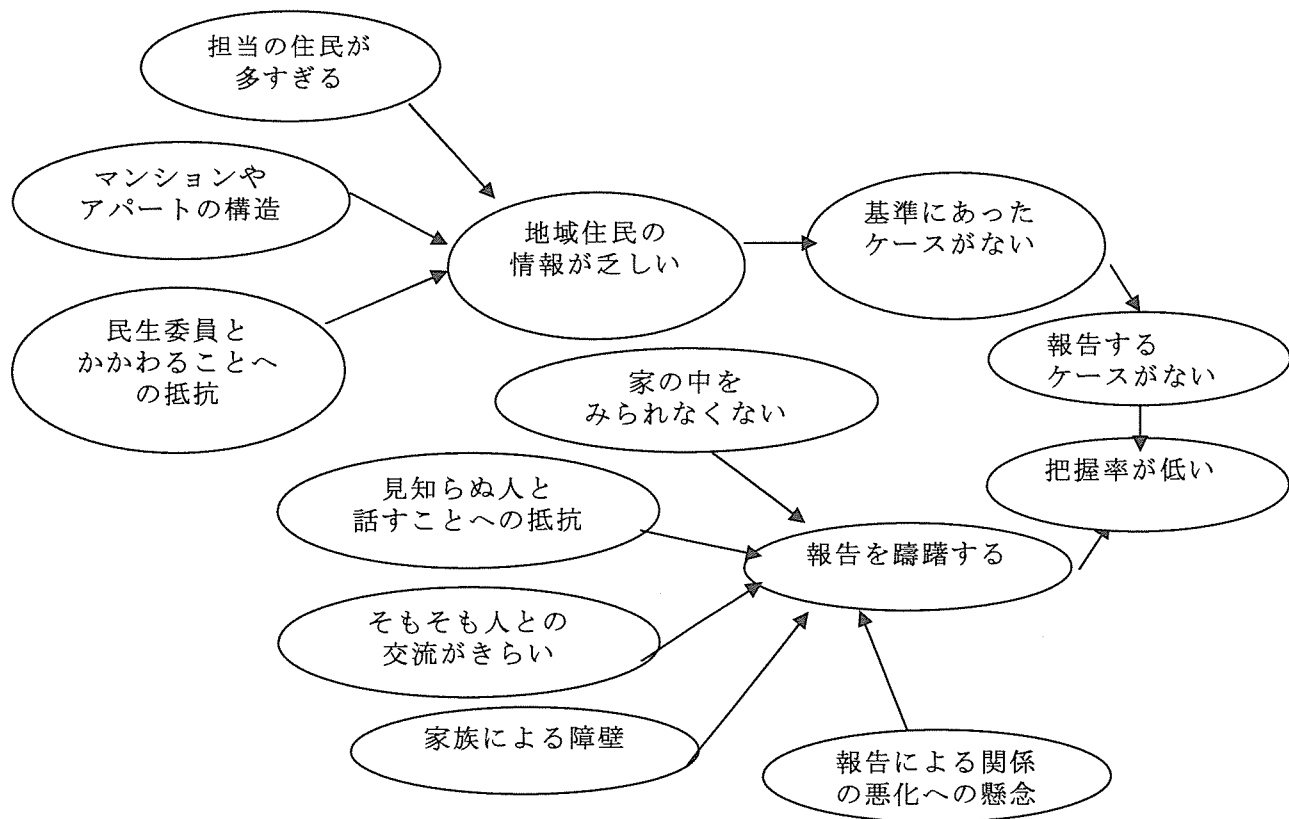


図 2-1 民生委員による報告が少ない要因の構造

4. 考察

本研究では、閉じこもりに限定しているものの、民生委員というルートがその把握にどの程度機能しえるものか、モデル地区の民生委員に意識的に取り組んでもらった。その結果、モデル地区にいるであろう閉じこもり高齢者の1.4%しか把握できず、現状では把握ルートとしてほとんど機能しないことが示唆された。

昨年度の報告では、閉じこもり高齢者が民生委員と接触をもっている割合が5.6%に過ぎないことを明らかにした。この結果は、別途意識的に努力しない限り、民生委員ルートでは閉じこもり高齢者を発見することが困難であることを示唆している。今回の結果は、意識的に把握を心がけてもらったものの、日頃のつながりの中で把握される割合よりも把握できる割合が少なかった。

このように把握率が低いことの原因は何であろうか。フォーカスグループの結果から推測すると、大きな要因として報告を躊躇したという点が指摘できる。さらに、その理由には高齢者本人の要因、家族側の要因、住民と民生委員との関係、傾聴ボランティアのサービスの特性といった4つの要因が複合的に関連していることが示唆された。

以上の要因からすると、傾聴ボランティアの派遣という制約がない場合には、少し報告数が増えた可能性がある。加えて、民生委員ルートを通じて報告ケースを増やし

ていくには、民生委員によって高齢者の要因、家族の要因を除去していくのは荷が重いことであるから、1つの方向性としては民生委員には機械的に報告してもらい、その後の高齢者本人や家族への働きかけについてはケアマネジャーなどの専門家がアプローチするという方法がある。いうまでもなくその際には、住民と民生委員との信頼関係をそこなわないように慎重な対応をすることが求められる。

4. おわりに

本研究では、閉じこもり高齢者を民生委員というルートを通じて発見する割合が非常に低く、現状では有効に機能する可能性が低いこと、なぜ有効に機能しないかについては民生委員による対応のみでは困難な状況にあることを明らかにした。

文献

厚生労働省老健局老人保健課（2006）『介護予防事業の実施状況の調査結果と特定高齢者把握のための効果的な取組の分析』.

3章 高齢者のアセスメントと傾聴ボランティアの派遣調整

杉澤 秀博・桜美林大学

中西 泰子・桜美林大学

1. はじめに

傾聴ボランティアについては、少なくない自治体で養成講座が実施されている。その講座へは定員を上回る応募があり、住民の間の関心は高い²。しかし、傾聴を必要とする高齢者を把握し、把握された高齢者をボランティアと結びつけることを組織的に行っている自治体は、船橋市などきわめて限られたところである。その講座を終了した人の多くは、個別に施設に訪問したりして傾聴活動を行っている。

傾聴ボランティアをニーズのある高齢者と組織的に結び付けていくには、本プロジェクトの課題である「ニーズの把握」「ニーズの評価」「サービス調整」「傾聴ボランティアの派遣」という一連のプロセスを地域に位置づけ、機能させてこそ可能となる。

以上のプロセスを組織的に位置づけている自治体はほとんどないため、「ニーズの評価」「サービスの調整」に伴う問題点については、これまでほとんど明らかにされてこなかった。

2章ではニーズの把握についての問題点について言及したが、本章では、プロジェクトの一環として、民生委員から報告された事例に基づき、社会福祉協議会のケアマネジャーによるアセスメントおよび派遣調整、さらにボランティアコーディネーターによる高齢者とボランティアとのマッチングを行った。その経験を整理し、傾聴ボランティアのニーズアセスメントと派遣調整に伴う問題点を検討してみたい。

2. 方法

1) 活動の実際

(1) 地域高齢者に対する派遣

①社協のケアマネジャーによるアセスメントのための調査

報告されたケースが閉じこもりに該当するか否かを評価するため、社協のケアマネジャーがアセスメント票を用いた調査（巻末資料を参照）を平成18年6～7月に行なった。さらに当初の予想よりも閉じこもり高齢者（13名）が少なかったため、モデル地区の高齢者を対象とした事前調査から閉じこもりの可能性が高いケースを抽出し、市の保健師の訪問により、アセスメント調査と必要な場合には傾聴ボランティア派遣について本人の承諾が得られた5名をアセスメント調査の対象に加えた。

②アセスメント票に基づくボランティア派遣対象者の確定

以上のように、ケース会議では計18ケースについて派遣の必要性が検討された。ケース会議の参加者は、社会福祉協議会のケアマネジャー、同協議会のボランティアコーディネーター、本研究プロジェクトの研究者、ホールファミリーケア協会のスタッフであ

² 我孫子市の経験では、定員 60 名に対し、その定員を超える応募があった。さらに、傾聴ボランティアを地域のケアに組織的に活用している船橋市でも同様に募集定員を超える応募があった。

った。検討の際には個人のプライバシーに配慮し、直接訪問した社会福祉協議会のスタッフ以外に個人情報漏れることを防止するために、個人名は削除した。

派遣対象を確定するにあたっては、閉じこもりに限定した場合対象者が少なくなり、派遣の効果を評価できなくなるため、次善の策として外出しているものの「家族以外の人との交流が少ないこと」「家族以外の人との交流を希望している」「孤立感が強い」あるいは「うつ傾向がある」、それに「傾聴ボランティアを受け入れる可能性がある」ことを加味し、計14ケースについて派遣調整を行うことを決定した。

③社会福祉協議会のケアマネジャーによる派遣の調整

派遣の調整は、アセスメント調査の中で「傾聴ボランティアの受け入れ」についての打診を行うなどアセスメント調査と並行して開始された。その情報も参考にしながら14ケースのうち10ケースに傾聴ボランティアが派遣された。最終的に派遣しなかった4ケースの未派遣の理由としては、「本人が必要ない」が3ケース、「アセスメント調査の後に本人の健康上の理由のため面会が不能」が1ケースであった。

④高齢者とボランティアのマッチング

マッチングの基準として重視したのは距離と年齢であった。距離については、対象者の自宅とボランティアの自宅の距離が遠すぎるとボランティアに負担がかかる、逆に近すぎると近所の人になってしまうという理由から、適当な距離のボランティアを選定した。年齢については、40歳代のボランティアだと高齢者の話し相手として若すぎるという不安があったため、1人の対象者に対して2人のボランティアが訪問する場合に40歳代のボランティアとより高齢のボランティアを組み合わせた。

⑤派遣態勢

派遣回数は2週間に1回、ボランティアの未経験者が多いということで原則2人のボランティアが1組となって訪問することとした。地域の高齢者に対して傾聴ボランティアとして派遣されたのは21名であった。派遣は7月から順次行われ、現在も継続中のケースもある。

(2)施設入所者に対するボランティアの派遣

①派遣の理由

民生委員やモデル地区における高齢者調査のルートのみでは、養成講座を受講した人たち全員が実際の傾聴ボランティアを実施するための対象を確保することができなかった。この人的資源を有効に活用すると同時に、養成講座を受けた人全員が傾聴ボランティアとしての活動に参加するための場を確保し、スキルをアップさせていくこと、さらに、研究課題である傾聴ボランティアとして活動することがボランティア自身にどのような効果があるかを評価するために、施設入所者に対しても傾聴ボランティアを派遣した。

②派遣対象とした施設

我孫子市に最近設立されたデイサービス2施設とグループホーム1施設を派遣対象の施設として選定した。新たにできたデイサービスの施設とグループホームを選んだ理由は、新設以外のデイサービスの施設とグループホームに対してはすでに我孫子で活動していた「聴くボランティア」など他のボランティア団体がボランティアを派遣しており、それとの重複を避けるためであった。加えて、これまでどのボランティア

団体も派遣の対象とはしなかった特別養護老人ホーム3施設、有料老人ホーム1施設、高齢者福祉事業福祉住宅1施設も派遣先として選定した。

②派遣態勢

派遣したボランティアの数は次の通りである。特別養護老人ホームは19名、デイサービス施設は8名、グループホーム施設は12名、有料老人ホームは7名、高齢者福祉事業福祉住宅が8名、計54名であった。各ボランティアは月1回の頻度で所定の施設に訪問している。原則として訪問の曜日は固定しているが、対象者の都合によって変更されることもある。訪問の日時の設定については、各ボランティアが直接各施設と調整しており、コーディネーターは関与していない。

2) 担当者からのヒアリングと分析

アセスメントと派遣の調整に伴う問題点を把握するため、ボランティア派遣のためのアセスメントと派遣の調整を行った社会福祉協議会のケアマネジャーとボランティアコーディネーターからのヒアリングを平成19年3月に行った。

担当者のヒアリングのメモをもとにコーディングし、そこから問題に関連するカテゴリーを抽出した。

3. 結果

1) アセスメントと派遣の調整を行ったケアマネジャーからのヒアリングの結果

(1) 対象者とのコンタクトが困難

モデル地区における高齢者調査によって把握されたケースは、市の保健師から対象者に事前にアンケート調査についての一定の説明・了解がなされていたため、アセスメント調査を行いやすかった。しかし、民生委員から報告されたケースでは、民生委員から報告したということを知られない場合が多く、何回電話してもつながらず突然訪問したり、何度訪問しても出てきてもらえず最終的に接触できないケースもあった。このように、民生委員から報告されたケースではアセスメント調査を行うに際して、アポイントを取ることで自体が難しいケースが少なくなかった。

(2) 対象者に対する訪問の趣旨説明の困難

民生委員から報告されたケースは対象者との間で了解が得られておらず、民生委員との関係で閉じこもりのリスクが高い高齢者として選出されたことを対象者に伝えることが望ましくないケースが多かったため、訪問した理由を説明することが難しかった。このようなケースでは、訪問理由を「独居の高齢者のかた全員にお伺いしています」など工夫した。さらに、閉じこもりのリスクが高い高齢者であることを伝えた上で話を進めていないため、その緩和策として傾聴ボランティアサービスを勧めることも難しかった。

説明が困難であった理由には、ケアマネジャー自身が、傾聴ボランティアについて十分に理解するまでに至っていない時期にアセスメントをしたため、説明が困難であり、意義を伝えきれなかった点にも関係していた。ひとりひとりのアセスメントにもう少し時間をかけることができれば、傾聴ボランティアについてきちんと説明することや、十分なヒアリングを行うことが可能だった。

(3) 派遣の調整を一人ですることの負担

派遣ができるかどうかが自分のアセスメントおよび受け入れの説得にかかっていたため、プレッシャーが大きかった。派遣高齢者全員に対するアセスメントを継続的にひとりで担っていることも負担に感じた原因である。

(4) 必要とされるスキル

ケアマネジャー自身、対人関係技術について訓練を受けてきており、そのスキルがアセスメントや勧誘においても役立った。そうしたスキルのない人の場合、対応することが難しかったのではないかと思われる。

2) ボランティアコーディネーターからのヒアリングの結果

(1) 在宅高齢者への派遣

① マッチングの困難

独居や日中独居の男性宅に女性ボランティアがひとりで訪問することに対して、懸念を示す女性ボランティアがいた。夫からの反対や近所の目が気になることが理由として挙げられてきた。対象者が女性であっても、息子と2人暮らしの場合などでは独居男性宅への訪問と同様の懸念が寄せられた。こうしたケースについては、女性ボランティアが2人で訪問するようにして対応した。

② ボランティアの活動範囲

体が不自由な対象者の場合には、コーディネーターから、気分転換のためにたまには散歩に連れ出すなどしてほしいという要望を出したが、歩行補助などのような行為は「傾聴ボランティア」の範囲を超えるとして、介助行為を必要とする対象者とのマッチングを拒否するボランティアもいた。なにか事故があったときに責任を負わされるのが怖いというボランティアもいた。

③ 重い症状の対象者への派遣

認知症状が重くなるなどして、対象者の心身状態がアセスメント時から悪化していくケースがあり、その場合にボランティアの負担が大きかった。このケースでは2人1組での派遣のうち1人が事情によりボランティア活動を休止したため、残った1人により負担が重くなったという事情も関係している。ボランティアは無償なので、事業として活動してもらおう場合でも、どこまでお願いできるかという線引きが難しい。介護保険の対象とはなっていないが、認知症が悪化する傾向にある高齢者にボランティアが関わるのは難しい。

④ 対象者の変更の要望

ボランティアがマッチングされた対象者との活動において十分な満足感を得ることができず、ほかの人との変更を希望するケースもあった。1つのケースでは、あいづちをうっているだけでいくらかでも話してくれるので傾聴するのは自分でなくてもいいのではないかと思ってしまったケース、別のケースでは、沈黙が続いてつらいので変えてほしいというケースもあった。これら対象者の変更の要望については、とくに対処はせず継続してもらおうようにお願いした。

⑤ 単独での訪問の希望

ボランティアからの「2人一緒では傾聴はできない」という声が出た場合、当初は2人1組で訪問していたが、数回訪問した後に1人ずつ交互に訪問するように変更し

たケースもある。

⑥月あたり派遣回数増加の要望

派遣対象者 1 人当たりに対して、月 2 回の訪問が原則だが、ケアマネジャーからは（対象者の見守りという意味においては）週 1 回が望ましいという要望もあったが、ボランティアにとっては、現状以上の頻度で訪問することは難しいため、現在のような頻度（月 2 回）になっている。

2) 施設への派遣

①施設側に傾聴ボランティアを理解してもらうことの難しさ

各施設に対してボランティア受け入れを申し入れに行ったとき、「傾聴ボランティア」の意義を分かってもらうことに苦労した。ホールファミリーケア協会の冊子などを持って、1 時間以上説明したこともあった。施設には他にもボランティアグループが入っていることが多いが、他のグループは介助行為をしたうえでお話相手もするという形をとっているため、介助行為をせずに話だけを聴くという活動の趣旨を理解してもらうことが難しかった。

②施設側への報告義務、守秘義務

施設によっては話した内容を施設側に伝えてほしいというところもあり、報告書のようなものを出すように言われているところもある。ボランティアには、社会福祉協議会に出す報告書と同様、対象者個人の状況を詳しく報告する必要はないと指示をしている。

ボランティアが対象者から聴いた話を外部に漏らすことに対して、施設側の懸念は大きかった。傾聴ボランティア活動における守秘義務についての念書のコピーを施設に届けるなどして対処した。

4. 考察

傾聴ボランティアの派遣先としては施設が多い。自治体レベルで、組織的に地域高齢者を評価し、必要な場合には傾聴ボランティアの派遣の調整を行っているところはほとんどない。本プロジェクトでは、このような事業を自治体で構築しようとする際に検討しなければいけない課題を整理するため、社会福祉協議会と共同してモデル事業として民生委員から報告された対象者を評価し、必要な場合には派遣の調整を行った。そして、その過程で解決しなければならない課題や問題点について、アセスメント評価、派遣の調整を実際担当したスタッフからヒアリングを行った。

その結果、アセスメント調査と派遣の調整の際には、民生委員から報告されたケースにアプローチする際の問題点が、特に市の保健師から紹介されたケースとの対比の中で浮かび上がってきた。すなわち、第 1 に、閉じこもりなどの問題を抱えている対象者の場合には、そもそも本人と接触するのが困難な場合も多く、それに投入する労力が非常に大きくなる。2 章で言及したが、民生委員からケアマネジャーによる訪問の主旨を対象者に伝えることに心理的な抵抗がある場合も多く、まったく紹介なく突然の訪問となる場合もある。そのため、第 2 の課題として、訪問の趣旨説明をどのようにするかが問題となる。さらに、第 3 として、第 1 と第 2 の問題をクリアーするに

は対人関係技術が求められるが、現在のケアマネジャーではこのような技術が身についているか疑問がある。

派遣の受け入れが決まった後においても、派遣の調整・継続という点では施設へのボランティアの派遣と異なる問題点が明らかとなった。すなわち、第1に、施設においては、密室で傾聴が行われることはないため、性や年齢、世帯構成など対象者の特性についてはほとんど問題にならないものの、在宅の高齢者の訪問の際には中には性や年齢などの組み合わせが問題になる可能性があること、第2には、対象者と傾聴ボランティアの組み合わせがある一定期間固定されることになるため、傾聴ボランティアからの不満や、今回は出なかったが対象者から傾聴ボランティアに対して不満がでた場合、組み合わせの変更も含めどのように対処していくか、第3には、施設の場合には施設のスタッフがいるため傾聴のみの活動に集中して取り組むことができるが、在宅での訪問の場合には相手の健康状態や傾聴以外の要望への対応が求められる場合もあり、傾聴以外の活動にどのように関係したらよいかなど傾聴ボランティアの精神的な負担を大きくすること、などが問題として生じる可能性が明らかとなった。

5. おわりに

本プロジェクトでは、民生委員から報告してもらった場合、その後のアセスメント調査や傾聴ボランティアの派遣調整にまでその影響が生じていること、また、在宅での傾聴の場合に施設とは異なる課題を抱えることも明らかとなった。

4章 高齢者に対する傾聴ボランティアの派遣効果

杉澤 秀博・桜美林大学

杉原 陽子・東京都老人総合研究所

1. はじめに

ボランティアに参加している人は増加傾向にある。社会生活基本調査では、1年間に何らかのボランティアを行った人の割合が1996年では25.9%であったが、2001年では28.9%と増加している。年齢階級別にみると、10歳台と20歳前半の増加が10ポイントと大きいものの、60歳以上の高齢者も2ポイント程度の増加がみられた。全国社会福祉協議会がほぼ毎年行っている全国のボランティアの活動状況をも、ボランティアとして把握されている人数は調査が始まった1980年には約160万人であったが、直近の2004年には779万人とこの約25年間に5倍に増加している。

社会生活基本調査では、参加したボランティアの種類が調査されており、その種類としては、道路・公園の清掃やまちおこしなどの「まちづくりのための活動」が最も高く、次いで、リサイクル運動などの「自然や環境を守るための活動」が高くなっているものの、ボランティア活動の種類は、福祉、教育、環境、および人権擁護など広範囲に渡っている。

本研究の対象である高齢者の保健・福祉の分野に限定しても、様々なところでボランティアの活動が展開されている。地域に居住する高齢者に対しては、ひとりぐらし高齢者友愛訪問活動、ひとりぐらし高齢者ふれあい給食会活動、地域見守り活動推進事業などにボランティアが参加しており、また、老人福祉施設においてもクラブ活動やお祭りの手伝い、高齢者への介助がボランティアによって行われている。以上のように、ボランティア活動は現実には様々な領域に浸透しつつあり、フォーマルセクター、市場セクター、インフォーマルセクターに加えて、新しいセクターとして社会を支える大きな力となってきている。

では、研究の面ではどのような到達点にあるのだろうか。ボランティアの担い手への効果については別の章に譲ることにして、ボランティアの受け手にとっての利益や影響に関する研究については、特に保健福祉領域で活動するボランティアの場合、受け手が病気や障害、あるいは周囲のサポートが必要な状態にあることから、重要な課題である。しかし、筆者が調べた限りではほとんど研究が行われていない。本研究が対象にしている傾聴ボランティアについても、担い手と受け手それぞれにどのような効果や影響があるかについては、事例的に紹介されているものの（ホールファミリーケア協会編 2004）、その効果を実証的に検証した研究はない。

本章では、傾聴ボランティアの受け手に対する効果を量的だけでなく、質的にも分析する。量的な分析による効果の評価については、前後比較デザインを採用し、傾聴ボランティアを受け入れる前後比較による精神的・社会的健康指標の変化を分析する。同時に、未開拓の分野であることから、傾聴ボランティアによる主観的な評価を、訪問の際のチェックリストに基づき量的に行うとともに、フォーカスグループを用いて

質的にも行う。質的な分析は、前後比較デザインで用いたアウトカム指標ではその効果を十分に検出できない可能性があったため、探索的ではあるが、効果がどのような点に現れるかについて検討するため行った。

なお、傾聴ボランティアの受け入れる高齢者の主観的な効果評価については次章の課題である。

2. 方法

1) 前後比較デザインによる効果

(1) 対象

民生委員からの報告ケースでは閉じこもり高齢者のケース数が不足したため、市の保健師からの報告ケースを加え、18ケースについて派遣の必要性と可能性が検討された。検討の結果、閉じこもりに限定した場合、派遣の対象者が少なくなり、派遣の効果を検出することが困難となるため、「家族以外の人との交流が少ないこと」「家族以外の人との交流を希望している」「孤立感が強い」あるいは「うつ傾向がある」、さらに「派遣の受け入れの可能性」を加味し、14ケースについて派遣の調整が行われた。実際、傾聴ボランティアの派遣を受け入れたケースは10ケースであった。派遣は平成18年7月から順次行われた（詳細は3章を参照）。派遣回数は2週間に1回、ボランティアの未経験者が多いという理由から原則2人のボランティアが1組となって訪問することとした。

10ケースのうち半年以上にわたり継続して（平成19年2月まで）派遣されたケースは9ケースであった。脱落の1ケースは本人の拒否による派遣中止である。さらに、追跡調査が本人の拒否によって未完了であったケースが2ケースであった。そのため、分析対象は7ケースとなる。

年齢階級分布は70歳代が1人、80歳代が5人、90歳代が1人であった。性別分布は男性が1人、女性が6人であった。派遣を受け入れる前では「週1回未満の外出」という閉じこもりの状態にある人は4人、友人・近隣の人との会話の頻度が1週間に1回未満の人が5人であった。

(2) 方法

①調査時期

受け入れ前の事前調査は平成18年6～7月に、傾聴ボランティアを派遣するか否かを評価するために実施した高齢者に対するアセスメント調査を兼ねて行った。受け入れ後の事後調査は平成19年2月に行った。

②調査員と調査方法

事前・事後の調査はいずれも訪問面接調査で行い、調査員は1人の社会福祉協議会のケアマネジャーが担当した。

③調査項目

外出頻度、家族以外の人との交流頻度、うつ症状、サポート態勢に関する項目を設定した。

(3)分析方法

繰り返しのt検定によって有意な変化がみられたか否かを評価した。

2) 傾聴ボランティアによる評価の量的な分析

(1) 評価者

在宅の高齢者に対して傾聴ボランティアとして派遣された人は21人であった。性別分布では男性が19.0%、年齢の平均は59.3歳であり、施設のみ派遣された人（男性の割合は5.1%、平均年齢は61.6歳）と比較して、男性の割合が高いものの、いずれの指標とも有意な差はみられなかった。

(2) 評価対象となった高齢者

前後比較デザインによる効果の評価と同じ対象である。

(3) 方法

傾聴ボランティアが傾聴のために対象者を訪問するたびに評価票を提出してもらった。質問は、前回の訪問と比較して行動面や心理面での変化があったか否かについて、「明るくなった」「言葉が多くなった」「笑いが増えた」「こちらの話しかけに反応するようになった」「元気になった」「行動的になった」「落ち込んでいる気がする」「訪問を拒まれた」「身体状況が低下しているような気がする」という項目を設け、変化がみられた場合にその項目にチェックしてもらった。これらの項目は、傾聴ボランティアからのヒアリングにより変化が見られるであろうと考えられるものとして設定した。以上のような項目設定の理由から、初回訪問については主観的評価の対象となっていない。

評価の期間は初回の訪問（平成18年7月）から平成19年の12月までの訪問についてであり、延70ケースが分析の対象であった。

(4) 分析

単純集計であるが、前回と比較してよい方向に変化したとする割合がどの程度いるかを分析した。

3) 傾聴ボランティアによる評価の質的分析

(1) 対象と方法

地域の高齢者に対してボランティアとして派遣された21人のうち、参加の日程調整が可能であった各9人と6人を対象にそれぞれフォーカスグループインタビューを実施した。9人のグループの年齢分布は50歳代が4人、40歳代と60歳代が各2人、70歳代が1人、性別分布は女性が8人であった。6人のグループの年齢分布は50歳代、60歳代、70歳代が各2人、性別分布は女性が4人であった。実施時期は平成19年2月であった。

(2) 分析方法

インタビューを逐語録とし、そのデータをKJ法によって分析した。

3. 結果

1) 前後比較デザインによる量的な分析

派遣前後における健康（健康度自己評価、うつ状態）、閉じこもり（空間的、对人的、精神的）、サポート（友人・近隣、ボランティア）、意欲（外出、人との交流）を比較した。表 4-1 に示したように、ボランティアからのサポートについては、受け入れ前

後で有意に異なり、受け入れ後の方が「よく聞いてくれる」との回答が多かった。また、外出意欲については有意ではなかったものの向上する傾向がみられた。その他の指標についてはほとんど変化がみられなかった。

表 4-1 傾聴ボランティア受け入れ前後における指標の変化

指標		傾聴ボランティア 受け入れ前	傾聴ボランティア 受け入れ後	有意差 ^{注1)}
1. 健康				
健康度自己評価	よい	1	1	n. s.
	まあよい	2	2	
	ふつう	2	2	
	あまりよくない	1	1	
	よくない	1	1	
うつ状態 ^{注2)}	ない	2	0	n. s.
	ある	5	7	
2. 閉じこもり				
空間的 (外出頻度)	1週間に1回以上	3	4	n. s.
	1週間に1回未満	4	3	
対人的 (友人・近隣との会話頻度)	1週間に1回以上	2	2	n. s.
	1週間に1回未満	5	5	
精神的 ^{注3)} (孤立感)	ほとんどない	2	2	n. s.
	ときどきある	3	3	
	感じる時の方が多い	1	1	
3. サポート				
友人・近隣 ^{注3)}	よく聞いてくれる	0	0	n. s.
	まあ聞いてくれる	2	2	
	話さない/いない	4	4	
ボランティア ^{注3)}	よく聞いてくれる	1	7	P<.05
	まあ聞いてくれる	1	0	
	利用していない	3	0	
4. 意欲				
外出する機会 ^{注3)}	増やしたい	2	4	n. s.
	現状のまま	4	2	
	減らしたい	0	0	
友人や近所との交流機会 ^{注3)}	増やしたい	1	1	n. s.
	現状のまま	5	5	
	減らしたい	0	0	

注1) 有意差検定は、順序尺度ではWilcoxon検定、ダミー変数ではMcNemar検定で行った。n. s. は有意差がなかったことを意味する。

注2) うつ予防・支援についての研究班(2005)「うつ予防・支援マニュアル」の基準に基づき評価。

注3) 孤立感と友人・近隣からのサポート、ボランティアからのサポートについては、受け入れ前の調査では1ケースが無回答であった。このケースは有意差の検定の際には除外した。

2) 傾聴ボランティアによる評価の量的な分析

分析対象とした全訪問のうち、前回の訪問と比較して「言葉が多くなった」という評価をしていた訪問は42.7%と最も多くの割合を占めていた。前回の訪問と比較して30%以上の訪問で変化があったとした項目は、「こちらの話しかけに返答するようになった」(38.6%)、「明るくなった」(32.9%)、「笑いが増えた」(32.9%)の3項目であった。「行動的になった」(17.1%)、「外にでてみようかなという気になった」(8.6%)という項目は20%未満であった。「変化なし」が17.1%であった。