

以上のことから、すでに、多くの老人保健施設においては、転倒・転落記録、インシデントレポートをもとに、それをフィードバックするリスク会議が開催されている。しかし、これらの記録をもとにした発生率のようなアウトカムデータ指標を用いて、リアルタイムに評価と改善策の提案・実施、そして改善後の評価というPDCAサイクルを実現できている施設は少なかった。しかし、この部分を既存のソフトシステムを用いることにより、各施設においてPDCAサイクルに資する資料をリアルタイムに作成することが可能となることがわかった。また、実施にこのシステムを活用し、リスク会議を開催している施設は少なかったが、利活用している一施設の実例では、各種の統計を会議でスタッフと共有しており、実態に対応した改善策を議論し、改善につながっていることがわかった。

D. 考察

これまで、各種のインシデントレポートなどが記録・蓄積されていても、集計データをリスク会議でうまく活用できていないのは、施設現場の職員が、記録を整理し、統計として示すマンパワーを有していないためと考えられる。その点、このようなシステムを導入することにより、PDCAが実施できる可能性は広がり、大変有用であることが考えられた。しかし、一方で、どのような基準・方法で指標化するか一分母の設定、発生率の示し方、分子の基準など、一定のケアの指標(QI: Quality Indicator)として、各施設間の評価までに応用するには課題が多いことも明らかになった。米国のHCFAが実施しているような各施設間の評価にもつなげるためには、適切な指標作成のための学術的レビューに基づいた研究レベルの工夫と、さらに行政と共同した統一基準の作成と普及が必須であると考えた。

E. 結論

既存の記録を活用したQIの算出とPDCAサイクルシステムの構築に向けての具体的課題を把握することができた。この実現には、老人保健施設の職員、システム開発専門家(業者)、研究者、そして行政が協力することが必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：
なし(平成24年度日本公衆衛生学会発表予定)

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他
なし

<謝辞>

連携研究組織としてご協力いただきました株式会社コンピュータシステム研究所(仙台市)代表取締役・長尾良幸様、社長室特販部・大里公之様および岡崎公彦様、社会福祉法人青葉福祉会(仙台市)理事長庄子清典様はじめ職員のみなさまに感謝申し上げます。

医療福祉のための建築環境に求められる視点

研究分担者 川口 孝泰 筑波大学医学医療系 教授

研究要旨

<研究要旨>

今日の医療福祉建築は、医療福祉を受ける側（クライアント）、および医療福祉を提供する側のニーズの複雑化・多様化に伴い、新しいパラダイムへの転換が求められている。環境設計に取り組む際の大きな課題は、クライアントの「生活の場」としての要素と、医療福祉従事者の「仕事の場」としての要素の、相反する要素を同時に満す環境づくりに対峙することである。本論は、この2つの要素の特徴について整理し、アブラハム・マズローの欲求階層説を解説した上で、看護理論家であるヴァージニア・ヘンダーソンの「ニード論」から見た医療福祉環境の在り方について、看護・介護の対象となるクライアント、および医療福祉従事者の行為およびニーズに配慮した建築設計に求められる要素を論じた。

A はじめに

今日の医療福祉のための建築環境は、医療福祉を受ける側（クライアント）、および医療福祉を提供する側のニーズの複雑化・多様化に伴い、新しいパラダイムへの転換が求められている。本論では、「病む人に対するケアの在り方を模索したい・・・」という、ヒューマン・ケアリングの立場から、次世代に求められる医療福祉のための環境設計、とくに建築環境設計の必要要素について、ニード論の観点から考察する。

B. 医療福祉のための建築設計に求められる視点

医療福祉分野における建築設計に取り組む際に大きな課題として立ちはだかるのが、クライアントの「生活の場」としての要素と、医療福祉従事者の「仕事の場」としての要素の、相反する要素を同時に満す環境づくりに対峙することである。まずは、この2つの要素の特徴について整理してみる。

生活の場に求められる要素は、大きく7つほどの日常生活行為と、そのために必要な場に分けて考えられる。つまり、①休息したり眠ることができる場、②食べたり排泄したり、清潔にしたりする場、③食事の準備や洗い物をしたりする場、④ゆっくりとお茶などを飲んでくつろげる場、⑤書物を読んだりテレビを見たりする場、⑥生活用具や用品を仕舞う場、⑦お客さんなどを招き接待する場、などである。生活の場を中心に考えていく場合には、個々人の身体的な状態や生活習慣、好みなどの違いにより、その欲求レベルは異なる。

とくに高度医療が行われる特定機能病院などの環境においては、これらの異なる行為がベッドを中心とした狭い範囲の中で行われるため、人権やプライバシーなどの倫理的な問題に直面することも多い。

一方で、仕事の間として求められる要素を考えると、医療福祉従事者が、専門家としての役割を果たすためには、クライアントの健康回復に向けた「安全」、「安楽」、そして「安心」を満たしていくことが最重要課題となる。とくに生命の危機に直面した人たちの生活の間においては、仕事の間としての環境の充実は不可欠で、命を落としてしまっただけでは何にもならない。そのために、クライアントの生活の間を犠牲にしても、治療や援助を中心とした場づくりが優先される。

図1は、生活の間と仕事の間とのバランス関係を示したものである。とくに高度な医療を提供する環境においては、生活の間が軽くなってしまうことは避けられない。一方で、福祉住環境では、多様な日常生活のニーズが求められるため、個々人の欲求を前提とした生活の間づくりが重要となる。建築設計においては、対象となる医療施設の目的を十分に吟味した上で、生活の間と仕事の間とのバランスを考慮する必要がある。このような立場に立って建築設計を検討する際、指針となる考え方に、看護学における「ニード論」が役立つ。

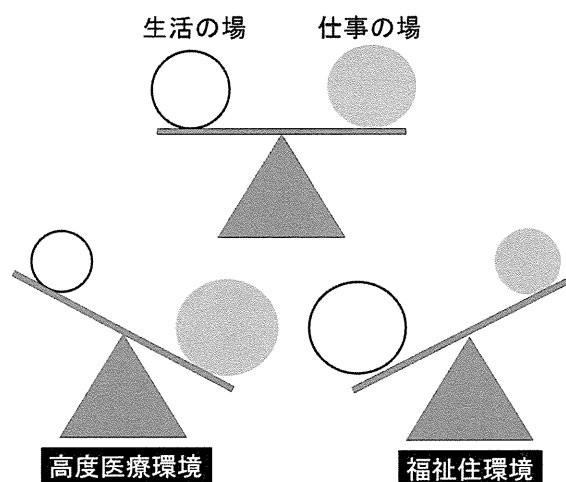


図1 医療福祉環境における「生活の間」と「仕事の間」のバランス

C. 「ニード論」から見た建築環境の在り方

看護学における「ニード論」とは、専門的ケアの基礎となる重要な理論である。ニード論は、大きく2つに分けて捉えられている。一つは「基本的欲求」、もう一つは「援助欲求」である。基本的欲求とは、看護師が専門家として判断し、必要だと考えられる技術行為で、現在および将来を見据えて、健康回復に向かうためには、クライアントが希望するか、希望しないかにかかわらず、生命を守るために必要となるニーズである。つまり専門家がクライアントの健康回復に向けて、専門家としてなすべきことを決定し、クライアントに説明・理解・納得・同意（インフォームドコンセント）してもらいながら進める営みである。

救命救急状況に置かれているクライアントの多くは、快適な生活の場を求めるのではなく、一刻も早く危機を乗り越えたいために、医療者に見守られながら、医療機器に取り囲まれた環境へのニーズが強い。しかし一方で、重篤でありながらも疾病の種類や状態によっては、自身の置かれている立場を十分に把握していない例も多い。その際には、該当施設の目的を十分に説明し、仕事の間が中心となった管理された環境であることへの理解と同意を促すことが重要となる。これは家族に対する援助も同様に配慮することが重要である。

援助欲求とは、援助を必要としているクライアントが要求する手段や行為への欲求である。この欲求は、援助の対象者本人が「ああして欲しい、こうして欲しい・・・」と望む欲求のことで、このような主観的な欲求に対しても、専門家は、その欲求の善し悪しを判断し、個々人の欲求に応じたケアを展開している。

このようなクライアントのニーズを把握することは、医療福祉のための環境設計において、基本となるものである。この考え方の基本となっている考え方に、アブラハム・マズローが提唱した欲求階層説がある。マズローの欲求階層説とは、「欲求には段階があり、下層の欲求が満たされないと、上層の欲求は生じてこない」というものである(図1、表1)。

表1 マズローの欲求階層説

<生理的欲求: physiological needs>	
生命維持のための食欲・性欲・睡眠欲等の本能的・根源的な欲求	
<安全の欲求: safety needs>	
衣類・住居など、安定・安全な状態を得ようとする欲求	
<所属と愛の欲求: love and belonging needs>	
集団に属したい、誰かに愛されたいといった欲求	
<承認の欲求: esteem needs>	
自分が集団から価値ある存在と認められ、尊敬されることを求める欲求	
<自己実現の欲求: self-actualization needs>	
自分の能力・可能性を發揮し、創作的活動や自己の成長を図りたいと思う欲求	

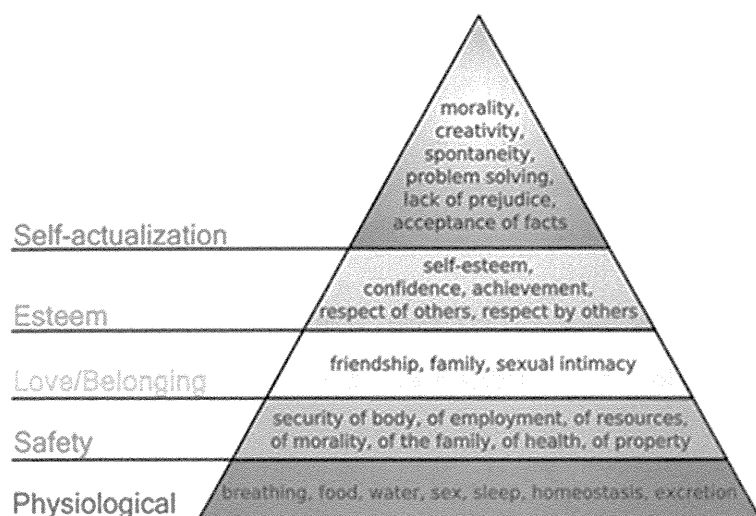


図2 マズローの欲求階層説

この考え方は、理論上の考え方であり、あまりに単純化されているので、実際の医療場面のなかでクライアントへの援助にそのまま適用できる訳ではない。しかし、単純化された理論は、適用限界を十分に理解していれば、複雑な医療福祉現場における個々人に応じた援助計画を検討する際の大きな指針となる。

看護学において、マズローの欲求階層説を基本に、看護実践に繋がるような援助方法を提唱したのがヴァージニア・ヘンダーソンである。この考え方は、「ニード論」と呼ばれ、現在でも看護独自の機能を理解するための原点となっている（表2）。

表2 ヘンダーソンによる14項目の基本的欲求

-
1. 患者の呼吸を助ける。
 2. 患者の飲食を助ける。
 3. 患者の排泄を助ける。
 4. 歩行時および坐位、臥位に際して患者が望ましい姿勢を保持するよう援助する。また患者がひとつの体位からほかの体位へと身体を動かすのを助ける。
 5. 患者の休息と睡眠を助ける。
 6. 患者が衣類を選択し、着たり脱いだりするのを助ける。
 7. 患者が体温を正常範囲内に保つのを助ける。
 8. 患者が身体を清潔に保ち、身だしなみよく、また皮膚を保護するのを助ける。
 9. 患者が環境の危険を避けるのを助ける。また感染や暴力など、特定の患者がもたらすかもしれない危険から他の者を守る。
 10. 患者が他者に意思を伝達し、自分の欲求や気持ちを表現するのを助ける。
 11. 患者が自分の信仰を実践する、あるいは自分の善悪の考え方に従って行動するのを助ける。
 12. 患者の生産的な活動あるいは職業を助ける。
 13. 患者のレクリエーション活動を助ける。
 14. 患者が学習するのを助ける。
-

ヘンダーソンは、人間の日常生活行為を、14項目に絞り、場面や状況に応じた、その人らしい生活に向けた具体的な援助方法についてまとめている。医療福祉建築においても、対象となるクライアント、および医療福祉従事者の行為を十分に受け止めた設計の在り方が求められる。その意味においては、本誌で取り上げるような行為に基づいた建築設計に向けての視点とその体系化は、今後の医療福祉建築を考えていく上でも重要なものとなる。

<文献>

1. フランク・G・ゴープル著、小口忠彦監訳、マズローの心理学、産業能率大学出版部、1972
2. ヴァージニア・ヘンダーソン著、湯槇ます、小玉香津子訳、看護の基本となるもの、日本看護協会出版会、2006
3. 川口孝泰、看護における環境調整技術のエビデンス、臨床看護、29、1880-1886、2003

地域在住のエスニック・マイノリティー高齢者のケアニーズに関する研究

研究分担者 陳 礼美 関西学院大学人間福祉学部 准教授

研究要旨

【研究目的】本研究は、日本におけるエスニック・マイノリティー高齢者のケアニーズについて検証することが目的である。

【研究方法】横浜中華街の有識者から意見を集めて、質的分析でデータから主な問題項目を抽出した。

【研究結果】有識者によって高い重要度を得られた地域における介護ケアに関連するのは、次の5項目であった：「プライドが理由で高齢者施設・サービスの利用を拒んでいる高齢者」（Ave. 3.05, Var. 2.05）、「C型肝炎にかかっている高齢者」（Ave. 2.80, 1.43）、「高齢者ケアの適当な華僑人材不足」（Ave. 2.77, Var. 0.56）、「言葉や文化の違いが理由で、福祉・医療制度の利用が少ない」（Ave. 2.76, Var. 0.99）、「介護保険の導入によって高齢者介護をしない家族、老いの準備をしない高齢者の現象」（Ave. 2.67, Var. 0.63）。

【考察】華僑コミュニティの高齢者は日本の高齢者と同じようなケアニーズがあったが、エスニック・マイノリティー独自のケアニーズが示された。

【結論】エスニック・マイノリティー高齢者は文化の違いを含む社会的環境によって日本の介護・医療サービスをアクセスできない、利用しない可能性が示唆された。ソーシャルワーカーはエスニック・マイノリティー高齢者のケアニーズの評価方法をつくり、施設入所を防ぐためによりよいサービスへのアクセスと利用を促す必要がある。

A. 研究目的

本研究は、日本におけるエスニック・マイノリティー高齢者のケアについて検証することが目的である。日本におけるエスニック・コミュニティの代表的地域として、横浜中華街を対象に調査を行った。おおもとの研究は、華僑・華人高齢者とその家族のニーズを調査するために行った。本研究は、その研究の一部であり、地域における介護ケアと医療ニーズについて検証を行った。

B. 研究方法

研究方法は、横浜中華街の有識者から意見を集めて、質的分析でデータから主な問題項目を抽出した。フォーカス・グループ(Focus Group)を用いて街の有識者たちの観点から華僑・華人高齢者の健康、生活、社会参加に関する問題を把握した。つぎに、問題の優先順

位をつけるために、デルファイ・メソッド(Delphi Method)を通して、フォーカス・グループから抽出された各問題の重要度と問題に対する街の有識者のコンセンサス（合意）を求めた。

（倫理面への配慮）

フォーカス・グループの参加者全員からインフォームドコンセントを頂戴し、名前が特定できないように分析段階で固有名詞などを外したデータの分析を行った。

C. 研究結果

計 8 つのフォーカス・グループ（各グループに約 4 名～7 名）が形成された。街の 14 団体から 43 名の名前があがり、そのうち 32 名（74%）の有識者がフォーカス・グループに参加した。男女比は、女性が 9 名（28%）と男性が 24 名（72%）。参加者の年齢分布は 34 歳から 81 歳で、平均年齢は、59.1 歳であった（32 名のうち 3 名がフェースシートに年齢を明記しなかったため、残り 29 名の平均年齢を算出）。参加者を年代別で見ますと、60 代が 11 名（34%）で一番多く、65 歳以上の参加者は、12 名（38%）であった。

横浜中華街の有識者からみた華僑高齢者の生活・社会問題は、合計 30 項目が抽出された（表 1 参照）。抽出された 30 項目を大別すると、9 つのテーマにまとめられる。項目が多くみられるテーマは、介護・医療である。

サンプルの 43 名のうち 38 名（回収率 88%）がデルファイ・メソッドに参加した。回収率は、88%（38 名）だった。各項目にあてられた重要度の平均値と分散値を計算し、30 項目の平均値を小から最大値まで並べた（表 1）。30 項目の平均値の範囲は、1.72 から 3.19、平均値の平均は 2.455 であった。次に、項目を 3 等分（低）、（中）、（高）以上に分けて、問題の優先順位をつけた。結果、（低）は平均値 2.25 以下、（中）は 2.26～2.6、そして（高）は 2.61 以上であった。分散値も同じように扱ったが、分散値の場合は、数字が小さいほどコンセンサスがあると成す。分散値の範囲は、0.4 から 2.05、分散値の平均は 0.88 であった。結果、（低）は分散値 0.96 以上、（中）は 0.95～0.75、そして（高）は 0.74 以下であった。

有識者によって高い重要度と高い合意を得られたのは、次の 5 項目であった：「プライドが理由で高齢者施設・サービスの利用を拒んでいる高齢者」（Ave. 3.05, Var. 2.05）、「C 型肝炎にかかっている高齢者」（Ave. 2.80, 1.43）、「高齢者ケアの適当な華僑人材不足」（Ave. 2.77, Var. 0.56）、「言葉や文化の違いが理由で、福祉・医療制度の利用しない」（Ave. 2.76, Var. 0.99）、「介護保険の導入によって高齢者介護をしない家族、老いの準備をしない」（Ave. 2.67, Var. 0.63）。

表1 横浜中華街の有識者フォーカス・グループから抽出された30項目の重要度と合意

重要度	問題の Ave.	平均値	Var.	分散値	合意	問題への	項目	種別
高	3.19	0.66	高	1. 買い物が不便で困っている高齢者	移動			
	3.14	0.79	中	2. 街の倒産など予想できない出来事に対して準備が出来ていない高齢者	経済			
	3.05	2.05	低	3. プライドが理由で高齢者施設・サービスの利用を拒んでいる高齢者	医療・介護			
	3.00	1.03	低	4. 中華街に住みたくても家賃が高くて住めない高齢者	経済			
	2.80	1.43	低	5. C型肝炎にかかっている高齢者	医療・介護			
	2.77	0.56	高	6. 高齢者ケアの適当な華僑人材不足	医療・介護			
	2.76	0.99	低	7. 言葉や文化の違いが理由で、福祉・医療制度の利用しない	医療・介護			
	2.70	1.17	低	8. 集う場所や会をつくっても、高齢者の利用がない	ソーシャルサポート			
	2.67	0.53	高	9. 街の福祉活動への参加が慈善活動経費や寄付が非課税の対象ではないため少ない	政策・制度一般			
	2.67	0.63	高	10. (介護保険の導入によって)高齢者介護をしない家族、老いの準備をしない高齢者	医療・介護			
中	2.60	0.88	中	11. 中華街の施設や店舗へのアクセスが難しい	物理的環境			
	2.57	0.86	中	12. 高齢者のための街の福祉活動や政策は、街の「思想」が2つに分かれているために出来ない	華僑・華人社会			
	2.57	0.86	中	13. 公的介護保険などについての情報が不足しているため利用が少ない	医療・介護			
	2.55	1.21	低	14. 新華僑の高齢者と家族が抱える問題に介入が少ない	華僑・華人社会			
	2.52	0.96	低	15. うつ病など心の病を持つ高齢者がいる	医療・介護			
	2.52	1.06	低	16. 日本国籍・在留資格がないために公的サービスや保障が受けられない	医療・介護			
	2.45	0.92	中	17. 医療費が高くて医療サービスの利用が少ない	医療・介護			

重要度	問題の Ave.	平均値	Var.	分散値	問題への 合意	項目	種別
	2.40		0.88		中	18. 老老介護の負担を背負っている高齢者がいる	医療・介護
	2.33		0.73		高	19. 元気な高齢者が集う場所が中華街には少ない	物理的環境
	2.27		0.78		中	20. 閉じこもりの高齢者がいる	ソーシャルサポート
低	2.25		0.72		高	21. 薬の投与や認知症等で日本語を忘れた高齢者への対応が少ない	医療・介護
	2.23		0.95		中	22. 高齢者が働ける場所が少ない	就労
	2.15		0.56		高	23. 困窮している高齢女性がいる	経済状況
	2.14		1.03		低	24. 身寄りがいない高齢者がいる	ソーシャルサポート
	2.05		0.75		中	25. 血縁家族と話が合わないことで悩んでいる高齢者がいる	ソーシャルサポート
	2.05		1.05		低	26. 他に方法がないために行政の「囲い込み」の政策が生じている	政策・制度一般
	2.00		0.86		中	27. 元気な高齢者が若い世代と触れ合う機会が少ない	ソーシャルサポート
	1.77		0.47		高	28. 加齢とともに変化する身体や精神への不安がある	医療・介護
	1.76		0.69		高	29. 無年金の高齢者がいる	経済状況
	1.72		0.4		高	30. 身体が動かないために生活について不安をかかえている高齢者がいる	医療・介護

D. 考察

デルファイ・メソッドの結果によって 30 項目の問題のうち、有識者によって高い重要度を得られた地域における介護ケアに関連するのは、次の 5 項目であった：「プライドが理由で高齢者施設・サービスの利用を拒んでいる高齢者」（Ave. 3.05, Var. 2.05）、「C 型肝炎にかかっている高齢者」（Ave.2.80, 1.43）、「高齢者ケアの適当な華僑人材不足」（Ave. 2.77, Var. 0.56）、「言葉や文化の違いが理由で、福祉・医療制度の利用が少ない」（Ave. 2.76, Var. 0.99）、「介護保険の導入によって高齢者介護をしない家族、老いの準備をしない高齢者の現象」（Ave. 2.67, Var. 0.63）。

「高齢者ケアの適当な華僑人材不足」と「介護保険の導入によって高齢者介護をしない家族、老いの準備をしない高齢者」両者とも、現在の介護保険制度の盲点についている内容である。地域福祉・介護事業を展開する横浜市社会福祉協議会との調査協力でわかった

ことは、中区（横浜中華街の所在地）では、介護保険サービスを利用している華僑・華人高齢者は一切いないことが判明した。本研究結果を踏まえて考えられる理由として、文化や言語に精通する介護人材がいないため、ケアを受けることを拒んでいることが考えられる。また、介護保険制度は、家族介護者の介護負担を減らすことが意図だったものの、「（介護保険の導入によって）高齢者介護をしない家族、老いの準備をしない高齢者」は、華僑・華人社会にとって良いとみなされていた家族介護の喪失や高齢者の準備不足などの要因として介護保険が指摘されている。家族やコミュニティーへの負担として高齢者問題を捉えている項目であろう。

低い重要度だが高い合意を得た 5 項目がある：「薬の投与や認知症等で日本語を忘れた高齢者への対応が少ない」、「困窮している高齢女性がいる」、「加齢とともに変化する身体や精神への不安がある」、「無年金の高齢者がいる」、「身体が動かないために生活について不安をかかえている高齢者がいる」。この 4 項目を含む抽出された 30 項目は、最低 3 人以上の有識者から挙げられた問題として残った項目ではあるが、デルファイ・メソッドによって低い重要度として多くの有識者たちに決定された。4 項目とも体の機能や体力の低下による無力さを感じさせる内容となっている。高い重要度を高い合意で得た項目の中に、高齢者の介護に触れている項目があることは前述で紹介したが、この 4 項目のうち 3 項目は介護を必要とする身体や精神の低下についての内容にも関わらず、重要度についての評価は低かった。「不安」、「認知症」、「無年金」、「困窮」といった言葉が文字としてあらわれると、多くの有識者が懸念を示したため重要度が低く査定されたと考える。実際、無年金の高齢者がいることは、華僑・華人高齢者との個別インタビューでも確認できた。しかし、経済的や身体的に脆弱する高齢者の姿については、華僑・華人社会を代表するリーダーの人たちが、あまり触れたくないタブーなテーマかもしれない。

E. 結論

本研究結果について 3 点ふれておきたい。1 点目に、華僑・華人コミュニティーのニーズ調査を行った理由の一つとしては、エスニック・コミュニティー特有のニーズがあるのか、明らかにすることだった。フォーカス・グループの調査では、華僑・華人が抱えるユニークな問題が抽出された。「言葉や文化の違いが理由で、福祉・医療制度の利用が少ない」は、重要度は高かったが合意が得られなかった理由として、有識者たちは大きく 2 つのグループがいたからだと考える：『老華僑』と言われる 1972 年の日中国交正常化以前、主に第 2 次世界大戦以前に日本に来た人たち（古くは、明治時代に来日した祖先を持つ人たちもいる）と 70 年代後半の中国における改革開放政策を実施後、日本で就職することによって「永住」あるいは日本国籍に帰化した留学生や日本人の配偶者となった人々、中国残留孤児の家族などの定住した人々を『新華僑』と呼ぶ¹。老華僑の多くは、同化しており、言

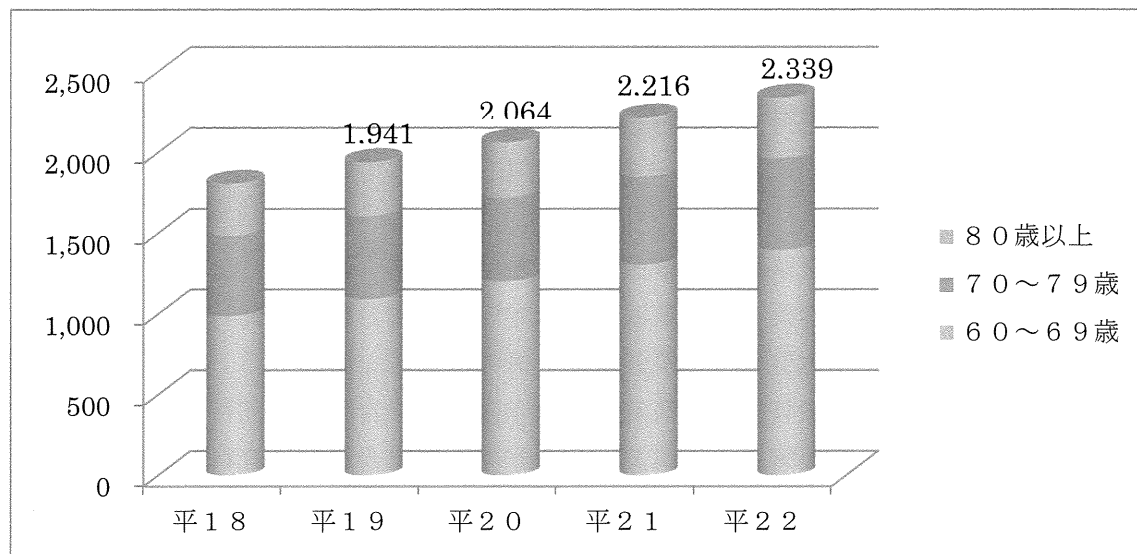
¹ 鞠玉華 (2005). 「日本華僑華人社会の変容：留学生から新華僑華人へ」御小山大学大学院文化科学研究科紀要第 20 号.

語や文化で問題がない世代である。言語や文化の違いを問題視にしているのは、高齢の親（80歳代以上）を持つ少数の『老華僑』と大半の『新華僑』有識者と考える。更に、(中)の重要度だったが合意が得られなかった「新華僑の高齢者と家族が抱える問題に介入が少ない」も来日時期が異なる2つのグループの意見の二分化が原因だと考える。「高齢者のための街の福祉活動や政策は、街の「思想」が2つに分かれているために出来ない」は、横浜中華街に二つの学校、二つの華僑総会等があるように、中華民国（台湾支持派）と中華人民共和国（大陸支持派）の政治思想で華僑・華人社会で分かれている。横浜中華街の経済的な発展以外の福祉や文化的活動については、思想の違いが理由に、公の協力関係は余り無い。本研究調査を進めるにあたりこの問題がハードルになっていないと言えば嘘だが、現在までの調査は、両派の有識者や高齢者たちから協力を得ている。しかし、今後、高齢者のニーズへの解決策が街全体の協力が得られるのかはわからない。

2点目は、「介護」というテーマに関しては、華僑・華人高齢者が抱える文化や言語の問題に対応できる人材の不足や老老介護の問題への対応を考えていかななくてはならない。上記に述べた中区（横浜中華街の所在地）における介護保険サービスを利用している華僑・華人高齢者は一切いない事実と本研究結果との関連性について調査する必要がある。更に、高齢者の介護の必要性や高年齢期に起こりうる予期せぬ出来事等へのリスク・マネジメントがあげられていた。今後は、介護や高年齢期のリスク・マネジメント等について講義やイベントを通して、年齢層を問わず、華僑・華人コミュニティーに対する啓発を行っていく必要があると考える。

日本では多様なマイノリティーが存在するが、世界のグローバル化によって人の移住が増加している（図1）。このような動向に対応する取り組みも必要だと考える。特に、介護ケアの最前線にいるソーシャルワーカーを含む福祉の専門職がマイノリティー高齢者の存在を明らかにし、積極的に彼らのケアニーズに応えるため必要なサービスと結びつけることが求められている。本研究では、横浜の華僑社会では、親を介護する伝統があり、現在でもその伝統思想が根強く、介護が必要の高齢者の介護を負担するのはほとんど本人の家族であった。しかし、華僑社会が日本社会に同化するに連れ、家族構成、特に独居高齢者の数の増大、若い世代の考え方の違いなどにより地域での在宅ケアが日本の高齢者と同様に難しくなっていることが本研究でも表れている。しかし、華僑社会に関しては、問題はここで止まらずエスニック・マイノリティー独自のニーズがあり、介護や医療サービスへのアクセスを更に困難にしている。多様化する高齢者のケアニーズの評価はもちろん、多文化に対応出来るソーシャルワーカーの専門職教育と訓練が求められていると考える。

図1 神奈川県中国国籍登録者60歳以上：平成18年～22年



F. 研究発表

1. 発表論文

- ① Chen, L. (2010, October). グローバリゼーションと高齢者福祉への影響(Globalization and its effects on social welfare of older adults). *ソーシャルワーク研究*, 36(3), 37-42.

2. 学会発表

- ① Sun, L. & Chen, L. (2011, November). Growing old in Japan: Experiences and needs of ethnic Chinese elders of Yokohama Chinatown. Poster presented at the 64th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, Boston, MA.
- ② Chen, L. & Sun, L. (2010, June). Use of focus groups to identify older adults' needs in an ethnic community: Case study of conducting research in Yokohama Chinatown. Poster presented at the 1st Joint World Conference on Social Work and Social Development, Hong Kong, China. Best Abstract Award.
- ③ Sun, L. & Chen, L. (2010, June). The needs of ethnic older adults living in Japan: Focus group interviews with community leaders of Yokohama Chinatown. Paper presented at the 1st Joint World Conference on Social Work and Social Development, Hong Kong, China.

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 該当なし
2. 実用新案登録 該当なし
3. その他 該当なし

介護者が在宅介護継続のために必要としている支援

-緊急ショートステイに着目して-

研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学	医学医療系	教授
研究協力者	堤春菜	筑波大学大学院人間総合科学研究科		修士課程
研究分担者	柏木聖代	筑波大学	医学医療系	講師
研究協力者	松田智行	筑波大学大学院人間総合科学研究科		博士課程
研究協力者	伊藤智子	筑波大学大学院人間総合科学研究科		博士課程

【研究目的】介護者が在宅介護を継続するために、介護者のニーズに対応する支援の整備と提供が必要とされている。本研究では、在宅で要支援・要介護認定者を介護している主介護者を対象とし、在宅介護継続意思および意思ごとの主介護者の特徴を明らかにすること、および、主介護者が在宅介護を継続するために必要としている緊急ショートステイの利用ニーズの実態とその関連要因を明らかにすることで効果的な緊急ショートステイのあり方を検証することを目的とした。

【研究方法】茨城県つくば市在住の要支援・要介護認定者のうち在宅で生活している認定者とその主介護者 1400 組を対象とした「第 5 期つくば市高齢者福祉計画策定のためのアンケート調査（平成 23 年 2 月実施）」のデータを用いた。研究対象については、①在宅介護継続意向ごとの主介護者の特徴を明らかにするために、主介護者が在宅介護継続意向に関する質問に回答していた 452 名、②在宅介護を続けるために支援を必要としている主介護者の特徴を明らかにするために、452 名のうち、在宅介護継続意向に関する質問で「何らかの支援が整えば在宅介護を続けることができる」と回答していた 238 名、③「緊急ショートステイ」とそれに関連する要因を明らかにするために、238 名のうち、必要な支援に関する質問に回答していた 227 名を対象とし、その後、被介護者が通常のショートステイを利用していた組を除外した 186 名を最終分析対象とした。分析方法については、緊急ショートステイ利用ニーズの有無を従属変数とし、カテゴリー変数の比較には χ^2 検定または Fisher 正確検定を、連続変数の比較には Wilcoxon 順位和検定を用いた。

【研究結果】在宅介護継続意思のある主介護者は約 9 割であった。しかし、うち約 6 割は支援がなければ在宅介護が困難になる可能性があることを示した。介護者が在宅介護を継続するための支援として、最も必要とされているのが『緊急ショートステイ』であった。単変量解析の結果、緊急ショートステイ利用ニーズのある主介護者は、主介護者の続柄が既婚の娘 ($p=0.037$)、被介護者の介護が必要になってからの期間が 3 年未満 ($p=0.018$)、被介護者の外出頻度が週 1 回以上 ($p=0.018$)、被介護者の現在治療中または後遺症のある病気が筋骨格疾患 ($p=0.024$)、被介護者の現在利用している介護保険サービスが通所介護サービス ($p=0.005$) であった。

【考察】介護者は在宅介護を継続するために支援を必要としている。特に緊急ショートステイは最も必要とされている支援であることから、介護者の特徴をふまえたうえでの効果的な提供が求められる。

【結論】緊急ショートステイの導入により、介護者の在宅介護の継続および認定者の施設入所率の減少につながる可能性が考えられた。実際にこのような効果があるのか、緊急ショートステイの利用効果を明らかにしていく必要がある。

A. 研究目的

わが国では高齢者のより自立した生活を支援し家族介護者の負担を軽減するため、2000年に介護保険制度が導入された[1]。介護保険サービスの中には、ショートステイなど介護者のレスパイト機能があるとされているサービスもある[2][3][4]。しかし、介護保険サービスは介護者を“直接的”ではなく“間接的”に支援するにとどまっている。在宅療養が推進されているわが国において、介護者は重要な役割を担ってきた。高齢化や核家族化、女性の社会進出などの社会環境の変化や、ライフスタイルの多様化が進む中で、介護者が在宅介護を継続できるよう、介護者のニーズに柔軟に対応する“直接的”な支援が、いま必要とされている。

近年、介護者が在宅介護を継続するために、介護者の休息や入院、冠婚葬祭など緊急の場合に利用する「緊急ショートステイ」のニーズが高まりをみせている。在宅介護を継続するための支援として、緊急ショートステイを導入することで、介護者の在宅介護継続をより可能にし、要支援・要介護認定者の施設入所率を減少することにつながる可能性がある。しかし、これまで要支援・要介護認定者の介護者を対象とした緊急ショートステイ利用のニーズや実態、緊急ショートステイの効果に関する研究は行われてこなかった。

そこで、本研究では、在宅介護継続意思および意思ごとの主介護者の特徴を明らかにするとともに、要支援・要介護認定者の介護者が在宅介護を継続するために必要としている緊急ショートステイの利用ニーズの実態とその関連要因を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

茨城県つくば市在住の要支援・要介護認定者のうち在宅で生活している認定者とその主介護者1400組を対象とした「第5期つくば市高齢者福祉計画策定のためのアンケート調査」が平成23年2月に実施された。本調査表の作成・実施にあたっては、筑波大学ヘルスサービスリサーチ研究室も参画した。調査結果は、つくば市の許可および筑波大学の倫理審査を経て、個人情報を含まない2次データとして大学の当該研究室において分析した。主な調査項目は、認定者とその主介護者の基本属性・介護状況・介護負担・サービス利用状況・介護に関する考え方・ニーズ・今後の介護方針に関する情報・主介護者の介護負担（Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版：J-ZBI8）であった。

【研究対象について】

1) 在宅介護継続意向と主介護者の特徴

在宅介護継続意向ごとの主介護者の特徴を明らかにするために、主介護者が在宅介護継続意向に関する質問に回答していた452名を対象とした。

2) 在宅介護を続けるために支援を必要としている主介護者の特徴

在宅介護を続けるために支援を必要としている主介護者の特徴を明らかにするために、452名のうち、在宅介護継続意向に関する質問で「何らかの支援が整えば在宅介護を続けることができる」と回答していた238名を対象とした。なお、在宅介護継続意向に関する質

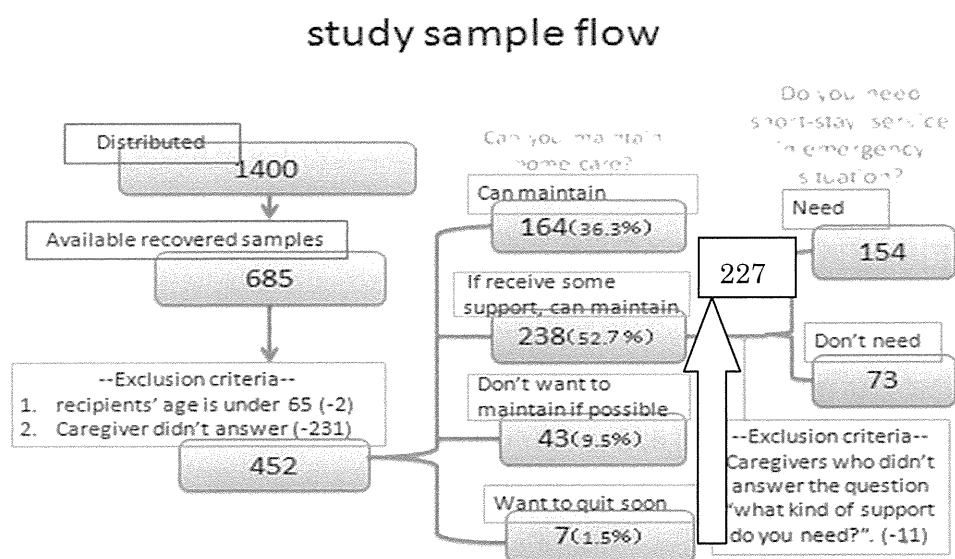
間は、①このまま続けていくことができる ②何らかの支援が整えば続けていくことができる ③できればもう続けたくない ④すぐにやめたい の4択とした。

3) 緊急ショートステイへのニーズとその関連要因

つくば市の調査から最も必要とされている支援であることが明らかになった「緊急ショートステイ」とそれに関連する要因を明らかにするために、238名のうち、必要な支援に関する質問に回答していた227名を対象とし、その後、被介護者が通常のショートステイを利用していた組を除外した186名を最終分析対象とした。

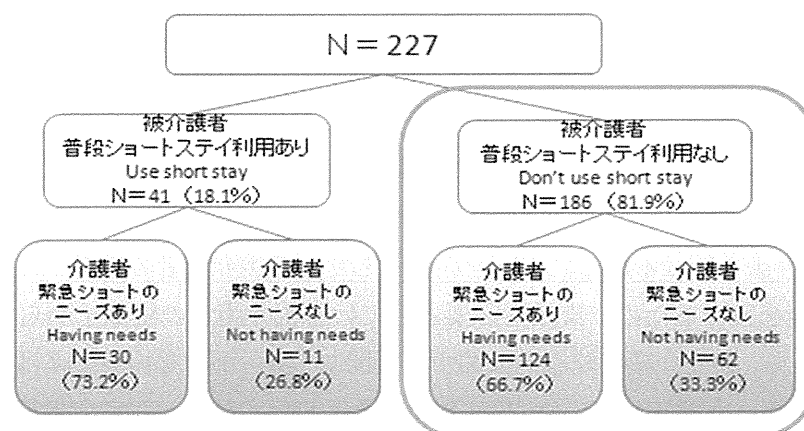
【分析方法】

緊急ショートステイとその関連要因を明らかにする際に、SAS 9.1を使用した分析を行った。緊急ショートステイ利用ニーズの有無を従属変数とし、カテゴリー変数の比較には χ^2 検定またはFisher 正確検定を、連続変数の比較にはWilcoxon 順位和検定を用いた。



層別化 (Stratification)

• Flow



C. 研究結果

1) 主介護者の在宅介護継続意向

図1.は、主介護者の在宅介護継続意思の内訳を示している。対象となった主介護者 452名のうち、在宅介護継続意向が認められたのは、選択肢①「このまま続けていくことができる」の164名(36.3%)、選択肢②「何らかの支援が整えば続けていくことができる」の238名(52.7%)で、合わせて402名(約89%)であった。一方で、継続意向がなかったのは、選択肢③「できればもう続けたくない」の43名(9.5%)、選択肢④「すぐにやめたい」の7名(1.6%)で、合わせて50名(約11%)であった。在宅介護継続意向については、②「何らかの支援が整えば続けていくことができる」と回答した者が238名(52.7%)と最も多かった。

図1. 主介護者の在宅介護継続意思の内訳
(N=452)

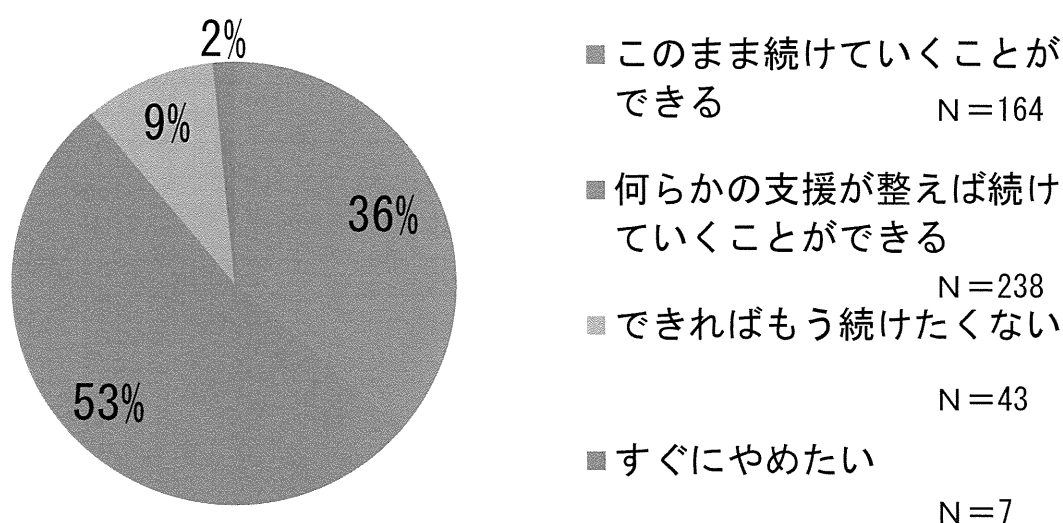


Table1 および Table2.は、継続意向ごとの主介護者と被介護者の特徴を示している。このまま継続可能群・何らかの支援が整えば継続可能群・できればもう続けたくない群・すぐにやめたい群の4つに分けた。在宅介護継続意思があるのを前者の2群とし、在宅介護継続意思がないのを後者の2群とした。

いずれの群でも、女性介護者の割合が高く、男性の被介護者の割合が高くなっていった。

介護者の続柄について、できれば続けたくない群で妻の割合が47.5%と高くなっていった。既婚・未婚に関わらず介護者が娘の場合には、このまま継続可能群で、既婚の娘25名(17.1%)・未婚の娘3名(2.1%)、何らかの支援が整えば継続可能群で、既婚の娘32名(13.8%)・未婚の娘9名(3.9%)と、在宅介護継続意思のある者の割合が高かった。介護

者が嫁の場合には、すぐにやめたい群で2名(28.6%)、何らかの支援が整えば継続可能群で45名(19.4%)と、継続意思がない者や、継続意思がある場合でも支援がなければ継続できなくなる可能性がある者の割合が高くなっていた。

介護時間について、ほとんど終日介護をしている場合には、できればもう続けたくない群で15名(36.6%)、すぐにやめたい群で2名(28.6%)であった。また、毎日半日程度介護している場合には、できればもう続けたくない群で10名(24.4%)であり、在宅介護継続意思がない群で、介護時間が長い傾向がみられた。

被介護者の介護度について、介護度が要介護5の場合、できればもう続けたくない群で7名(16.3%)、すぐにやめたい群で2名(28.6%)と在宅介護継続意思がない群で割合が高くなっていた。

介護負担(ZBIスコア)について、このまま継続可能群の中央値が6点と最も低く、順に、何らかの支援が整えば継続可能群で10点、できればもう続けたくない群で18点、すぐにやめたい群で23点と、在宅介護継続意思がない場合、介護負担が高い傾向がみられた。

Table1. 在宅介護継続意思ごとの主介護者の属性(カテゴリー変数)

	このまま継続可能	何らかの支援が整えば継続可能	できればもう続けたくない	すぐにやめたい	ALL
	N=164(36.3%)	N=238(52.7%)	N=43(9.5%)	N=7(1.5%)	N=452(100%)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
性別					
男	36 (24.3)	56 (24.0)	8 (20.0)	2 (28.6)	123 (25.3)
女	112 (75.7)	177 (76.0)	32 (80.0)	5 (71.4)	363 (74.7)
total	148 (100)	233 (100)	40 (100)	7 (100)	486 (100)
続柄					
夫	19 (13.0)	22 (9.5)	1 (2.5)	0 (0.0)	42 (9.9)
妻	51 (34.9)	77 (33.2)	19 (47.5)	2 (28.6)	149 (35.1)
既婚の息子	11 (7.5)	22 (9.5)	4 (10.0)	0 (0.0)	37 (8.7)
既婚の娘	25 (17.1)	32 (13.8)	5 (12.5)	0 (0.0)	62 (14.6)
未婚の息子	3 (2.1)	8 (3.4)	1 (2.5)	0 (0.0)	12 (2.8)
未婚の娘	3 (2.1)	9 (3.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (2.8)
嫁	23 (15.8)	45 (19.4)	7 (17.5)	2 (28.6)	77 (18.1)
その他	11 (7.5)	17 (7.3)	3 (7.5)	3 (42.9)	34 (8.0)
total	146 (100)	232 (100)	40 (100)	7 (100)	425 (100)
介護時間					
ほとんど終日	34 (21.8)	49 (21.0)	15 (36.6)	2 (28.6)	117 (23.8)
毎日半日程度	16 (10.3)	25 (10.7)	10 (24.4)	0 (0.0)	56 (11.4)
毎日2~3時間程度	23 (14.7)	40 (17.2)	2 (4.9)	3 (42.9)	71 (14.4)
時々・その他	83 (53.2)	119 (51.1)	14 (34.1)	2 (28.6)	248 (50.4)
total	156 (100)	233 (100)	41 (100)	7 (100)	492 (100)
被介護者の性別					
男	83 (51.2)	118 (50.2)	22 (52.4)	4 (57.1)	342 (51.3)
女	79 (48.8)	117 (49.8)	20 (47.6)	3 (42.9)	325 (48.7)
total	162 (100)	235 (100)	42 (100)	7 (100)	667 (100)
被介護者の介護度					
要支援1	23 (14.8)	26 (11.1)	6 (14.0)	0 (0.0)	107 (16.4)
要支援2	22 (14.2)	38 (16.2)	4 (9.3)	1 (14.3)	114 (17.5)
要介護1	29 (18.7)	49 (20.9)	4 (9.3)	3 (42.9)	132 (20.2)
要介護2	43 (27.7)	51 (21.7)	10 (23.3)	1 (14.3)	134 (20.5)
要介護3	16 (10.3)	38 (16.2)	9 (20.9)	0 (0.0)	80 (12.3)
要介護4	14 (9.0)	19 (8.1)	3 (7.0)	0 (0.0)	44 (6.7)
要介護5	8 (5.2)	14 (6.0)	7 (16.3)	2 (28.6)	42 (6.4)
total	155 (100)	235 (100)	43 (100)	7 (100)	653 (100)

※欠損がある場合、各項目の合計は群の元々のサンプル数と異なっている。

Table2. 在宅介護継続意思ごとの主介護者の属性(連続変数)

	このまま継続可能 (N=164)			何らかの支援が整えば継続可能 (N=238)			できればもう続けたくない (N=43)			すぐにやめたい (N=7)		
	N	median	(min - max)	N	median	(min - max)	N	median	(min - max)	N	median	(min - max)
主介護者の年齢	156	65	(25 - 96)	233	64	(25 - 97)	41	67	(37 - 87)	6	70.5	(35 - 85)
ZBIスコア	147	6	(0 - 24)	217	10	(0 - 32)	41	18	(3 - 32)	7	23	(6 - 27)
被介護者の年齢	162	83	(65 - 99)	237	84	(65 - 101)	42	84	(67 - 101)	7	90	(77 - 96)

2) 在宅介護を続けるために支援を必要としている主介護者の特徴

Table3~5 では、在宅介護を続けるために支援を必要としている主介護者の介護状況を示した。

Table3.は、主介護者が介護をするうえで困っていることを示している。支援を必要としている主介護者は主に、精神的疲労 147 名 (61.8%)、肉体的疲労 93 名 (39.1%)、経済的負担 59 名 (24.8%)、介護を手伝ってくれる人がいない 52 名 (21.8%)、仕事との両立 47 名 (19.7%) に困難を感じていた。

Table3.介護をするうえで困っていること(複数回答)

	N	%
ALL	238	100
介護方法がわからない	14	5.9
介護サービス利用方法がわからない	16	6.7
どんな介護サービスがあるのかわからない	35	14.7
本人がサービス利用を嫌がる	40	16.8
家族の理解が得られない	3	1.3
肉体的疲労	93	39.1
精神的疲労	147	61.8
相談相手や窓口がわからない	8	3.4
経済的負担	59	24.8
仕事との両立が困難	47	19.7
介護を手伝ってくれる人がいない	52	21.8
サービス提供者と合わない	2	0.8
ケアマネージャーと合わない	4	1.7
相談窓口が遠い	14	5.9
その他	12	5
特になし	23	9.7

Table4.は主介護者を含めた介護者の人数を示している。支援を必要としている主介護者は、1人かつ就労のない者が121名(50.8%)、1人かつ就労のある者が59名(24.8%)、2人以上の者は51名(21.4%)で、1人で介護をしている者が多かった。

	N	(%)
	238	(52.7)
1人・就労あり	59	(24.8)
1人・就労なし	121	(50.8)
2人以上	51	(21.4)
missing	7	(2.9)

Table5.は、被介護者の要介護度ごとの被介護者の介護者の人数を示している。介護者が1人の場合と2人以上の場合を比較すると、要介護1および要介護2の者を介護している場合には、介護者が1人の割合がそれぞれ40名(81.6%)と42名(82.4%)であった。要介護5(35.7%)の者を介護している場合には、介護者が2人以上の割合が5名(35.7%)であった。

	介護者の人数						All	
	1人		2人以上		missing		N	%
	N	%	N	%	N	%		
All	180	75.6	51	21.4	7	2.9	238	100
要支援1	18	69.2	4	15.4	4	15.4	26	100
要支援2	28	73.7	8	21.1	2	5.3	38	100
要介護1	40	81.6	9	18.4	0	0	49	100
要介護2	42	82.4	9	17.6	0	0	51	100
要介護3	27	71.1	10	26.3	1	2.6	38	100
要介護4	15	78.9	4	21.1	0	0	19	100
要介護5	9	64.3	5	35.7	0	0	14	100
missing	1	33.3	2	66.7	0	0	3	100

Table6~8 では介護者が1人の場合の就労の有無と主介護者の特徴を示した。

Table6.は、被介護者の要介護ごとの介護者の就労の有無を示している。就労の有無で比較をすると、要介護3者を介護している場合には、就労がある主介護者が13名(46.4%)であった。要介護4および要介護5の者を介護している場合には、就労がない主介護者がそれぞれ11名(73.3%)と7名(77.8%)であった。

Table6.介護者の就労の有無と被介護者の介護度

	介護者が一人の場合						All	
	就労あり		就労なし		missing		N	%
	N	%	N	%	N	%		
All	59	31.6	121	64.7	7	3.7	187	100
要支援1	7	31.8	11	50	4	18.2	22	100
要支援2	10	33.3	18	60	2	6.7	30	100
要介護1	12	30	28	70	0	0	40	100
要介護2	11	26.2	31	73.8	0	0	42	100
要介護3	13	46.4	14	50	1	3.6	28	100
要介護4	4	26.7	11	73.3	0	0	15	100
要介護5	2	22.2	7	77.8	0	0	9	100
missing	0	0	1	100	0	0	1	100

Table7.は、続柄ごとの就労の有無を示している。主介護者が未婚の子である場合には、未婚の息子(71.4%) 未婚の娘(88.9%)と就労している割合が高く、夫や妻、既婚の娘である場合には夫(75%)、妻(80%)、既婚の娘(69.6%)と就労していない割合が高くなっていた。

Table7.介護者の就労の有無と主介護者の続柄

	介護者が一人の場合						All	
	就労あり		就労なし		missing		N	%
	N	%	N	%	N	%		
All	59	31.6	121	64.7	7	3.7	187	100
夫	4	25	12	75	0	0	16	100
妻	10	15.4	52	80	3	4.6	65	100
既婚の息子	7	50	7	50	0	0	14	100
既婚の娘	7	30.4	16	69.6	0	0	23	100
未婚の息子	5	71.4	2	28.6	0	0	7	100
未婚の娘	8	88.9	1	11.1	0	0	9	100
嫁	14	42.4	19	57.6	0	0	33	100
その他	4	26.7	10	66.7	1	6.7	15	100
missing	0	0	2	40	3	60	5	100