

# 姫路医療生協北地域包括支援センター利用者のヒアリング調査 くらしと協同の研究所 姫路医療生協地域調査 (2012年) にかかわって

小田 史\*, 川口 啓子\*\*

## 要約

筆者らは、くらしと協同の研究所が姫路医療生協から委託をうけた姫路医療生協地域調査 (2012年) にかかわり、姫路市内で介護サービスを利用しながら生活している方20名を対象にヒアリング調査を実施した。ヒアリング内容を「介護サービスを受けることに対する意識」に着目し分類すると、介護を受けることに否定的もしくは主体的ではない【受身的モデル】と主体的に介護サービスを受けている【主体的モデル】の大きく2つに分かれた。またこの2つのモデルについてICFを活用したアセスメントシートを作成したところ、生活機能の「参加」の阻害因子及び背景因子である環境因子の阻害因子の量に違いが見られた。これらの結果から、【受身的モデル】を【主体的モデル】へと変化させる生活援助においては、生活機能の「参加」及び環境因子への働きかけが重要であることが明らかになった。

キーワード：ヒアリング調査、ICF、アセスメント

2013年8月29日受理 (調査報告)

## 1. 姫路医療生協地域調査 (2012年) の概要

くらしと協同の研究所は1993年、くらしに関する総合的な諸事業 (調査・研究、教育・学習、研修活動等) を通し、協同の事業がくらしに果たす役割を明らかにすることを目的として設立された、京都市内に事務局を置く組織体である。

同研究所は2011年度～2012年度にかけて姫路医療生協から委託を受け「超高齢社会に向けた姫路医療生協の役割と可能性」をテーマとする調査研究を行った。姫路医療生協は、姫路市及び西播磨地域において介護・医療の分野で幅広く事業を展開しており、2013年現在、3つの医療機関、28の介護事業所を運営し、組合員総数は2万3千人に及ぶ。

調査研究にあたっては研究所事務局を軸として「地域調査」、「職員調査」、「政策」の3つのプロジェクトチームが結成された。

ここでの「地域調査」のねらいは姫路医療生協の高

齢組合員の暮らしとニーズを可視化することであり、その「健康」「日常生活」「地域生活」の現状と、そこからどのようなニーズが生まれているか、を明らかにしようとしたものであり、調査内容として下記3つを柱とした。

- 1) 北地域包括支援センター (現、増位・広嶺地域包括支援センター) エリアに在住する65歳以上の姫路医療生協組合員へのアンケート調査
- 2) 姫路医療生協とのかかわりで要介護認定を受け、現在介護サービスを利用している利用者及び家族介護者へのヒアリング調査
- 3) 高齢生活困窮者及び支援団体へのヒアリングから高齢者の生活の困窮と介護・医療に関する問題の提起

「地域調査チーム」の代表である立命館大学名誉教授の中川順子氏は、調査報告の中で、本調査の意義について以下のように述べている。「この調査を契機と

\*大阪健康福祉短期大学

連絡先：小田 史

〒590-0014 堺市堺区田出井町2-8

大阪健康福祉短期大学 介護福祉学科

E-mail: oda@kenko-fukushi.ac.jp

\*\*大阪健康福祉短期大学

して、組合員のニーズを手掛かりに地域住民のニーズを把握し、それらのニーズを充足する社会資源の掘り起こしにつながることを期待する。また、その中に、姫路医療生協の事業・経営活動や、組合員活動に期待される新たな役割を探る手掛かりが含まれているはずである。」<sup>1)</sup> この調査の目的、意義に沿いつつ、本稿では筆者らがかかわった「地域調査」の2) 利用者及び家族介護者へのヒアリング調査について、その概略を報告する。

## 2. ヒアリング調査の概要

### (1) 調査方法について

- 1) 調査対象：姫路医療生協に何らかの関連があり要介護認定を受け介護サービスを利用している方20名及び1名の家族介護者 合計21名
- 2) 対象地域：姫路医療生協 北地域包括支援センター内
- 3) 調査日時：2012年7月～8月
- 4) 調査方法：調査員が小規模多機能施設及び自宅を訪問し、調査票に従ってヒアリングを実施。
- 5) 調査内容：これまでの生活歴、介護が必要となったきっかけ、要介護度、介護サービスの利用状

況、家族の状況、現状の生活についての思い、ケアに対する期待など。

### (2) ヒアリング対象者の分析

ヒアリングの中で、「介護サービス利用に本人の意思が反映されているか否か」について分類すると、2つの傾向に分かれた。ひとつは意思が反映されている【主体的モデル】、もう一つが意思の反映がされていない【受身的モデル】である。ここでは仮説的に2つのモデルを以下のように定義する。

【受身的モデル】とは利用者が介護を受けることに対し受身的ないしは否定的であり、主体的に生活を構築することが困難となっているモデルである。(認知症等で本人が意思を表明することが困難になっているケースもこのモデルに含む)

【主体的モデル】とは、利用者が主体となって介護サービスを選択し、新たな生活を構築し自己実現を図るモデルを言う。

利用者20名を各々のモデル(表1参照)と要介護度に分けると(表2)のようになった。

また受けている介護サービス別に分類すると(表3)のようになった。

表1 姫路医療生協 要介護者 介護者 インタビュー調査 一覧 2012年7月～8月実施

NO	要介護者			介護者			利用しているサービス (頻度)	モデル	備考
	性別	年齢	要介護度	性別	年齢	関係			
1	女性	88	2	女性	?	嫁	小規模多機能 通所 月1回宿泊	受身	ウエルニッケ脳症 失語 現状認識が困難 長男夫婦と同居
2	男性	73	3⇒2	女性	68	妻	小規模多機能 ロングステイ	受身	本人は自宅に帰りたい。妻(68歳)は「難しい」。
3	—	—	—	女性	68	妻	介護者	—	頸椎異常で四肢麻痺 夫の在宅での介護は難しいと感じている
4	女性	84	?	—	—	—	小規模多機能 宿泊	主体	独居 夫を亡くしたばかり
5	男性	80	3⇒1?	女性	?	妻	小規模多機能 デイ 週3 ショート月4	受身	脳梗塞 家族の希望で利用 自分の希望を出すことは控えている
6	女性	90	3	—	—	—	小規模多機能 宿泊 週4泊	主体	週末は自宅に帰る。娘3人が交代で介護
7	女性	88?	5	—	—	—	小規模多機能 デイ利用 ⇒ 宿泊	受身	認知症。見当識障害あり。女優。
8	女性	99	5	女性	70	娘	小規模多機能 デイ週3(入浴・食事)	受身	母親の介護を次女が一手に引き受けている。
9	男性	91	1	女性	88	妻	訪問介護 週1(掃除)	主体	夫婦仲が良い。100歳まで生きたい。
10	女性	85	(支援)2	女性	65	娘	デイサービス週1 ヘルパー週1	主体	デイ メニューが多く楽しい。デイ友がいる。
11	女性	83	(支援)2	女性	59	娘	デイ 週2(ヨガ)	主体	元プロパンガス会社の経営者。娘は民生委員。親族が近隣に多い。
12	女性	84	5	女性	66	妹	ショートステイ 週3 年間180日	受身	初期のケアマネとの信頼関係が厚い。サービスを上手に利用。
13	女性	88	5	男性	85	夫	訪問介護 毎日(午前90分 午後30分) 食事・排泄・シャワー 介助	受身	ヘルパーが妻の話し相手。夫の介護負担軽減が利用目的。近隣に住む娘が、1日2回訪問し介護を助けている。
14	男性	83	3	女性	78	妻	デイ 訪問看護(介護?) リハビリ 往診	主体	パーキンソン病 デイには感謝している 午前中自由 デイに友人はいない
15	女性	88	要2⇒支2	女性	50代	嫁	デイ 週2(入浴 カラオケ)	主体	和装小物を72年間経営。嫁姑仲もよく、孫やひ孫との交流もさかん。
16	女性	74	要1⇒支2	男性	75	夫	デイケア 週3 ⇒ 現在、週2	主体	介護度が下がると、サービスを減らさなくてはならないのが不満
17	女性	81	要2⇒支2	女性	63	嫁	デイケア 週2(入浴・リハビリ)	主体	静岡から姫路に転居し3年。介護が必要な状態になり長男夫婦と同居
18	男性	77	(支援)2	女性	75	妻	リハビリデイ 週2	主体	元気高齢者夫婦。夫婦仲が良い。
19	女性	85	支1⇒1	女性	55	娘	デイ 週3 訪問介護 週3	主体	物忘れがひどい 長女が近所に在住(徒歩5分) 週1は泊まる
20	男性	74	2	女性	72	妻	訪問介護週2 訪問看護2週に1	受身	認知症 透析 パーキンソン病 妻も要支援1
21	女性	80	1	—	—	—	ヘルパー週1	主体	夫とは早くに死別し独居 将来的には老人ホームに入りたい

### 3. ヒアリング事例の分析から～ICFを活用したアセスメントから利用者主体支援の方向性を探る

#### (1) ICF（国際生活機能分類）を活用したアセスメントの特徴

##### 1) 人が生きることの全体像を捉える…ICFの6つの要素

介護の目的は、利用者の望むその人らしい暮らしの実現であり、この目的に沿って科学的根拠を持った介護を実践するための思考過程を介護過程と呼んでいる。近年、介護過程のアセスメントには、利用者の全体像を全人的に捉えることを目的として、2001年にWHOが提唱したICF（国際生活機能分類）の視点が用いられるようになってきている（表4参照）。ICFでは「障害」を生活機能の中に位置づけ、マイナス面（障害因子）だけでなく、プラス面（促進因子）も含めて捉えることを可能にした。

また、各要素の情報収集を行い、相互の関連を捉えることが個人の全体像の把握につながるとしている。また生活機能（心身機能/身体構造・活動・参加）は相互に関連しながらも、個々の独自性もあり、他からの影響で全てが変わるというわけではないということも指摘されている。

ICFは、人間の生活機能・健康状態・背景因子全体の詳細な分類コードであるため、全ての項目を合わせると約1500項目にもなる。

##### 2) 医学モデルと社会モデルの統合

またICFでは医学モデルと社会モデルの統合を提起した。

□医学モデル…「問題志向型」障害の原因は個人にある。

⇒個人に働きかける（治療/リハビリ/指導）ことで、個人が変化する。

ICFで言う「健康状態」や「心身機能/身体構造」の改善を重視。

□社会モデル…「目標志向型」障害の原因は社会（環境）にある。

⇒社会に働きかける（人的・物的環境の改善）ことで、社会が変化する。

ICFで言う「参加」や「環境因子」の改善を重視。医学モデルと社会モデルは障害の原因の捉え方が異なることから対立するモデルとして考えられてきた。そこでICFは両極端の2つのモデルを統合し、「統合モデル」を提唱した。統合モデルの特徴は以下のとおりである。

①ICF各要素の全てのレベルを重視する。⇒ICFの6つの要素、全てを重視する。

②ICF各要素の相互作用を重視する。⇒「生活機能」の「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の3つのレベル、「健康状態」、背景因子の「環境因子」、「個人因子」の相互作用を重視する。

表2 各モデルの要介護度

要介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	不明
主体的モデル12名	-	6名	3名	-	2名	-	-	1名
受身的モデル8名	-	-	1名	3名	-	-	4名	-

表3 各モデルが利用しているサービス

生活の場	在宅中心						施設中心
	通所	訪問	通所+訪問	通所+訪看	訪問+訪看	宿泊+通所	
利用している介護サービス							宿泊
主体的モデル12名	5名	2名	2名	1名	-	-	2名
受身的モデル 8名	1名	1名	-	-	1名	2名	3名

表4 ICFの各要素とアセスメントに必要な情報

ICFの要素	必要な情報
健康状態	健康状態（疾患/変調/ケガ/老化/妊娠/ストレスなど）の程度、状況
活動	個人が生きていくために行う生活行動 ADL（日常生活動作）、IADL（手段的日常生活動作）、コミュニケーションなど
参加	個人が社会とかかわる場面での生活行動 仕事、役割を持つ、身だしなみを整える、出かける場所人とかかわる楽しみ、レクやクラブ活動など
環境因子	「活動」、「参加」に影響を与える環境因子 個人を取り巻く環境の全て 住環境、経済状況、使用している福祉用具、介護者、医療やリハビリ、介護サービス、制度・政策 福祉専門職、友人、近所づきあい、生活資源など
個人因子	「活動」、「参加」に影響を与える個人因子 性格、価値観、生活歴、喜び、寂しさ、不安、不満など
心身機能/身体構造	「活動」、「参加」にマイナスの影響を与える心身機能/身体構造の異常
主観的体験	個人が生活の状況をどのようにとらえているか 心の悩み、現状への不満など

③「プラス面」を重視する ⇒ 「プラス面」から出発し、「マイナス面」も「プラス面」の中に位置づける。

3) ICFを活用したアセスメントの有効性～利用者主体の支援計画を目指す

ここでICFを活用したアセスメントの有効性について3つ挙げる。

- ①個人の健康状態、生活機能（心身機能/身体構造・活動・参加）、背景因子（個人因子と環境因子）を客観的次元で捉え、そこに個人の悩みや不満などの主観的次元を含んで、個人の全体像を明らかにすることができる。
- ②アセスメントから得られた情報のプラス面に着目し、介護の目標を定め計画を立案することで、現在の状況だけでなく将来の状況を「よくしていく」という目標指向的に介護計画を考えることができる。
- ③利用者・家族介護者と専門職で援助の目標を共有する共通言語としての役割を果たす（例えば健康状態、心身機能/身体構造の改善には医療職が中心となってかわり、活動や参加へのかわりは介護職が中心となる。専門分野が異なっても全体像を見据

え「個人の生活をよくしていく」という共通の目標に沿うということが可能になる。また本人がどのような生活を望むのか、どのように社会とかかわっていきたいのかは利用者・家族介護者の自己決定が最大限尊重されるべきである。

#### 4. 【受身的モデル】、【主体的モデル】 2つの対照的なモデルのアセスメント

20名の利用者のヒアリングデータの中から、利用者本人及び家族が自らの心身の状態や生活状態、介護に対する思いを語ることが可能で、比較的多くの情報が集まったケースから【受身的モデル】と【主体的モデル】の各々1事例を選び、ICFを活用したアセスメントを実施した。

##### 1) 【受身的モデル】、【主体的モデル】事例の共通点と相違点

ヒアリングの中で得られた情報のみで、アセスメントシートを作成しているため、情報収集に不十分な箇所があることは否めないことは理解していただいた上で、2つ事例の特徴点を挙げる。

まず共通点として【主体的モデル】、【受身的モデル】モデル共に「生活意欲（生活の中で〇〇したいと

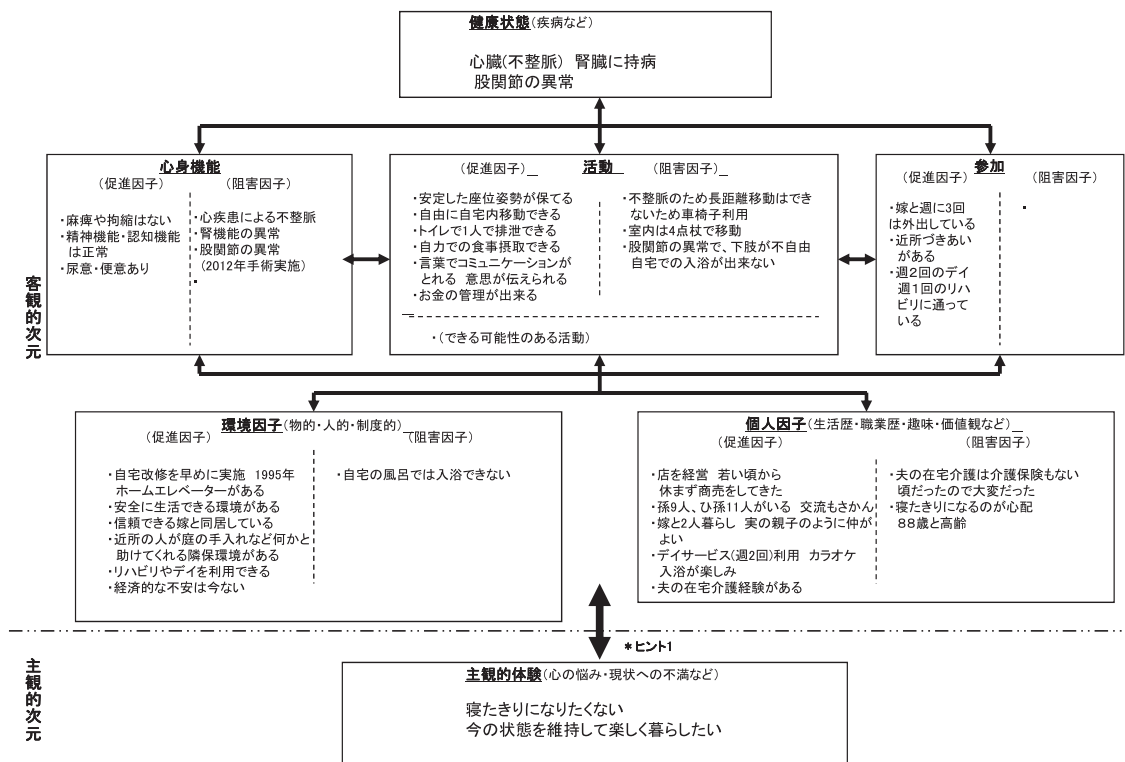


図1 【主体的モデル】事例 (女性 88歳) 要支援2 (要介護2より改善)

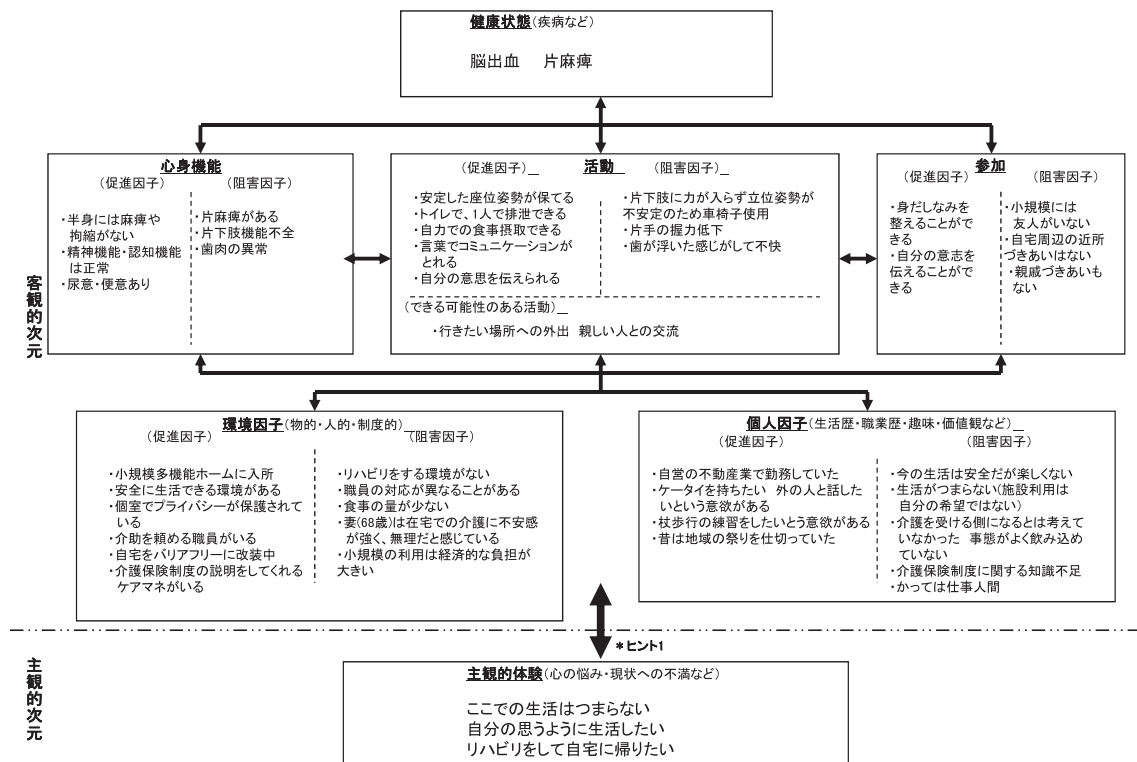


図2 【受身的モデル】事例 (男性 73歳) 要介護2 (要介護3より改善)

いう願いや希望) がはっきりしている」ことが挙げられる。【受身的モデル】、は介護を受けることに対し受身的ないしは否定的であり、主体的に生活を構築することが困難となっていることから、「生活意欲」そのものが言葉でははっきり表明されないことも多い。このヒアリング対象者は、【受身的モデル】の8名の中では最もはっきりとした「生活意欲」が見られた事例である。しかし、「あきらめるしかないという気持ちもある。」という言葉が表しているように、このまま状況を放置すれば生活意欲そのものが埋もれてしまう可能性が大きいと考えられる。

相違点としては、「参加と環境因子の障害因子が【受身的モデル】には多く、【主体的モデル】では少ない」ということが挙げられる。ICFで言う「参加」とは、「個人が社会とかかわる場面での生活行動」であり、「環境因子」とは、「個人を取り巻く環境 (物的・人的)」である。【主体的モデル】には、近所づきあい、家族関係、余暇生活を楽しむゆとり、介護保険の情報など、「環境因子」や「参加」の促進因子が多く、障害因子は自宅の風呂ぐらいである。【受身的モデル】では、「環境因子」や「参加」の中に、促進因子と障害因子の両方が見られる。小規模多機能に入所し、介

護保険制度について説明してくれるケアマネがいて、安全に生活できるという「環境因子」の促進因子があるが、本人が最も望んでいる「自宅復帰のためにリハビリをしたい」という願いはかなえられておらず、経済的な状況も厳しいという環境に置かれている。

## 2) 【受身的モデル】から【主体的モデル】へ向けた支援とは

介護の目的は、利用者の望むその人らしい暮らしの実現であり、個人の尊厳を護り、自己決定を尊重し、自立 (自律) を支援するという基本原則がある。【受身的モデル】を介護の働きかけによって【主体的モデル】へと変化させていくために介護は何ができるのか、ICFを活用したアセスメントで見えた事象から検討してみた。

### ①環境因子への着目

障害因子は、可能な限り軽減していくことが求められるが、特に環境因子は支援する側が主体となって変化させていくことが可能な領域である。利用者にとって介護サービスとは、物的・人的両方の環境因子となる。まず、介護サービスの中での障害因子は何が原因となっているのかを見極め、可能な限りの改善をして

いくことが求められる。【受身的モデル】のアセスメントでは、「リハビリをする環境がない」、「職員の対応が異なる」が阻害因子として挙げられている。この背景には「自宅へ帰りたい。だから（車椅子から）杖歩行できるようにリハビリをしたい。」「職員には○○のようにかかわってほしい。（異なる対応で混乱させないでほしい。）」という個人の意欲や希望があることがうかがえる。しかし現状のままでは「こうすればこうなる、介護サービスを利用したらこういうことも可能」というような適切な見通しや可能な選択肢を持つことは困難である。だからこそ支援する側が意識し、情報を提供し、利用者やその家族が将来の生活に見通しを持って適切な選択を行えるよう援助する必要がある。これが環境因子へのアプローチであり、ICF各要素の相互作用によって生活機能の「参加」や「活動」、「心身機能」が変化する可能性が出てくる。

現状での介護保険制度の中だけでは、そう多くの選択肢を提示できないという限界はある。しかし現状の中で何が可能であるのかを支援する側が追求し実践する姿勢は失ってしまえば、介護者や事業所自らが介護の限界を作る阻害因子となっているということになる。

## ②促進因子を活かす

ICFでは、個人の全体像という大きな促進因子の中に阻害因子（生活機能の低下）を位置づけるという考え方を基本としている。

促進因子を活かすことで、個人の生活がよりよい方向へ向かうきっかけを探ることも可能となる。【受身的モデル】のアセスメントでは、促進因子として「参加：自分の意思が伝えられる」、「環境因子：介護を頼める職員がいる。介護保険について説明してくれるケアマネがいる。」、「個人因子：外の人と話したい（人とつながりたい）。」等々が挙げられており、生活に対する意欲がはっきりと表れている。

「介護者の手を借りるところは借り、社会とつながっていききたい」という意欲をどのような形で実現させていけるのか、ここでは医学モデル（リハビリや治療）と社会モデル（参加する社会環境を整える）を組み合わせた統合モデルの支援の方針を考えていく必要がある。

ヒアリング全体でも【受身的モデル】と分類されるケースでは、自ら「何とかしよう、何とかしたい」という意欲がないわけではないが、意欲というよ

り「こうしてほしい」という相手に対する一方的な要求に傾斜しがちであった。また「こうしかない」というあきらめの気持ちから要求を出さないケースも多く見られた。

特に、要介護度が重い利用者は「身体機能が低下したから」、「家族に迷惑をかけるから」、だから介護サービスを「受けざるを得ないもの」（苦役／義務／集団生活の秩序）と考えて自己を説得する。そうして、結果的に主体的生活を営む権利を早々と放棄してしまう。（放棄せざるを得なくなる。）こうした状況が【受身的モデル】を作り出す要因となっている。

【主体的モデル】の事例では、「社会とのつながりを保ちながら、今までどおり生活したい」という本人の意欲が生活に反映されていることが、本人の生きがい（あるいは自己実現）につながっている。このように【受身的モデル】を【主体的モデル】に変化させていくきっかけは、促進因子や本人の主観的体験に表れる意欲を活かすことにあると考えられる。

併せて【受身的モデル】を作り出さない環境づくりも重要な課題であり、生活機能の低下という個人の課題を、環境因子（介護サービス、制度、政策等の社会的環境）の促進因子により、社会的に解決することを前提とすべきである。

介護サービスは、個人が主体的に自立した生活を営むために必要な生活機能を補ってくれるものであり、当然の権利である。家族介護者が介護を負担と感じている状況では、利用者だけでなく家族の権利も護られていないのだと言えよう。権利の行使には主体的な動機づけが欠かせない。介護は「社会」の問題であると同時に、個人が権利を行使する主体となり得るかという点において、「個人」の問題でもある。

## 引用文献

- 1) 中川 順子、2012、「姫路医療生協地域生活調査報告（I）」p. 1