
研究ノート

高齢者在宅支援におけるニーズアセスメントの適正と 援助効果との関連について

田中由紀子

Grasping method of needs assessment in senior citizen home support and relation to effect of help

Yukiko Tanaka

The quality of care is asked from becoming of providing with the care service by the system of the care insurance system plural. There is a view that the revision of the care reward by the revision of the long term care insurance in 2005 has deteriorated the care working environment further, too. The user can lodge a complaint when there is dissatisfaction in the provided service. Next, 1st place occupies the entire more than half to the situation of the complaint seen according to the service kind by the home-visit care by the entire 28.7% by 24.7% of the home care support. The care service is able not to be measured in home help individual's quality alone though the mutual agreement of the measurement standard of the quality of the care service cannot be necessarily clarified. It is understood that home helper's realities have deteriorated by an increase in the population of the senior citizen and the change in various systems now after giving birth as a public in-home welfare business in 1962 when it takes a general view from the transition of a past home help service business of the put current state of a current care service practitioner the elderly person carer. As for the evaluation of the care service, home help individual's education, nature, and technology are often asked. However, it is necessary to evaluate whether management, state of employment of an appropriate needs assessment, the care plan, and service, and home help individuals' qualities etc. are appropriately performed overall.

1 はじめに

在宅介護支援は利用者の日常生活全体に直接的に関与できる社会福祉専門職の役割が重要と捉える。有効性と効率性の両立が求められる介護保険下で利用者の多様なニーズにこたえるためのアセスメントやモニタリングの重要性が指摘できる。

介護保険制度の制度による介護サービスの提供が多面的になったことから介護の質が問われている。ケアマネジャーとサービス提供責任者が協働し、介護職員が行った援助の効果を測定し、ニーズとサービス提供結果の一貫した評価プロセスを確立することが求められている。それには、介護支援内容の決定が適切なニーズアセスメントを元に決定されているのか否かを検証する必要がある。介護サービスの決定は、要介護高齢者が個人として尊重され、その人らしく暮らしていくための支援内容でなければならない。提供される訪問介護員の行う介護サービスは、利用者の要求を基本とし、決定された内容と

提供する介護サービスに差異があってはいけない。

介護労働は介護保険導入以前にもまして厳しい現状にある。介護職員の定着率は低く、離職率が高い。

2005年の介護保険の改正による介護報酬の改定が介護労働環境をさらに悪くしているという見方もある。社会福祉基礎構造改革の理念には利用者本位の質の高いサービスの確保が掲げられたが、介護サービスの質の測定尺度の合意は必ずしも明確にできていない。ホームヘルプサービスの評価に関しては、当然のことながらこの介護サービスの質が計られなくてはならない。訪問介護の果たすべき役割とその質の評価について、尺度案の開発を試みている研究で訪問介護の評価は「援助関係と成果」で規定すると述べている。ただし介護サービスは、生活の継続を維持確保することが基本であり、そのための条件である訪問回数とサービスの運営も重要な要素である、としている。介護サービスは訪問介護員個人の質だけでは計りえないのである。本稿では過去のホームヘルプサービス事業の推移から現状の介護サービス実践者のおかれている現状を概観し、介護保険制度下におけるニーズ把握と援助の適正、評価を検証することが目的で

ある。

なお、ここでの介護サービスの評価は、サービス個々の技術や利用者の満足度ではなく、介護保険下での介護計画に沿った援助が提供されているのか否かを見るものとする。

今回の報告においては、本研究に関する「要介護者のニーズと決定される援助内容の食い違い」と「介護保険制度における介護サービスの苦情」の実態について明らかにすることを主要な内容とし、部分的な検討にとどめる。

II ニーズと援助の不一致

介護保険法は利用者の選択に基づいてサービスが提供される仕組みである。利用者は提供されたサービスに不満がある場合は苦情を申し立てることができる。介護保険制度における苦情処理機関は、区市町村、都道府県、国民健康保険連合会で、それぞれに寄せられた苦情を取りまとめているが、統一した集計方法ではないため「苦情相談白書」として集約分析をしてある東京都の数字を取り上げる。

東京都国民健康保険団体連合会における「介護保険に関する苦情等の実況調査」（平成18年度版）によると、平成18年度の苦情総数は6058件で昨年と比べて16.5%の増であるが、過去5年間の発生件数では特別に多い件数ではない（図1）。

そのうち訪問介護等のサービスの利用に係わる苦情は2261件で全体の37.3%で最も多い。

サービス種類別に見た苦情の状況は、1位が訪問介護

で全体の28.7%、次いで居宅介護支援の24.7%で全体の半数以上を占めている。この順位は過去5年間変わっていない（図2）。訪問介護等のサービスの利用に係わる苦情は2261件の苦情内容は従事者の態度が22.0%と最も多く、次いでサービスの質21.3%、説明・情報の不足が19.2%となっている（表1）。訪問介護と居宅介護支援は利用頻度の多いサービスであるため苦情件数が多いが、発生率で見ると発生順位は訪問介護が10位、居宅介護支援は15位である。それにしても少ない数字ではない。

苦情内容が最も多いのは、従業者の態度であるが具体的な内容を見ると・物がなくなる・金銭貸借のトラブル・時間の割り増し要求・高齢のヘルパー派遣・守秘義務違反・感染症に対する過剰反応・宗教の勧誘・等々である。本人、家族による申立人の苦情の理由は、いずれも介護の質以前の介護者としてのモラルの欠如である。調査で

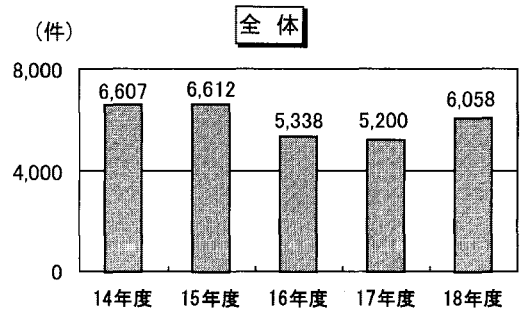


図1 苦情受付件数
 (出典) 平成18年介護労働実態調査 (財) 介護労働安定センター 調査時点平成18年8月

(単位: 件)

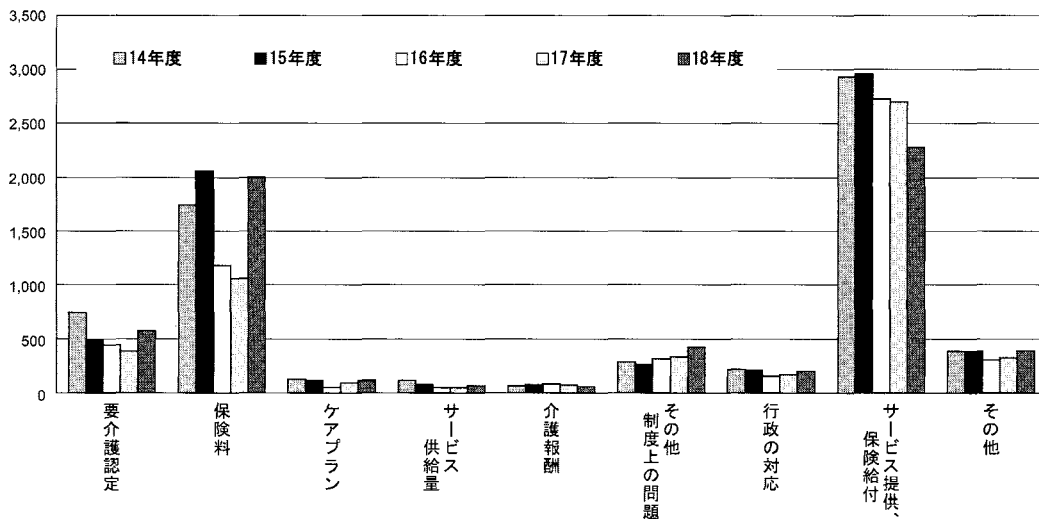


図2 苦情分類項目別苦情件数の変化
 (出典) 平成18年介護労働実態調査 (財) 介護労働安定センター 調査時点平成18年8月

表1 18年度苦情内容別の割合(累計:2261件)

従業者の態度	22.0%
サービスの質	21.3%
説明情報不足	19.2%
管理者等の対応	13.5%
具体的な被害・苦情	7.3%
利用者負担	3.4%
契約・手続き関係	4.2%
その他	9.0%

(出典)平成18年介護労働実態調査(財)介護労働安定センター調査時点平成18年8月

は、苦情の実態と訪問介護員の雇用形態まで明らかにされていないが、運営のあり方が訪問介護の評価におおきく関わっていることから^{前掲1)}雇用形態と介護の質の関連については興味を持つところである。

苦情対応には利用者の「権利擁護」「介護サービスの質の維持・向上」といった重要な役割がある。表出する苦情が質以前のモラルの問題であっても訪問介護の苦情とされる。このような苦情発生の要因には介護労働を取り巻く労働環境の悪さ、事業所による良質な人材の確保不足が(財)平成18年度介護労働実態調査からも明らかである。また、訪問開始時におけるニーズと支援内容の不一致などがあげられる。

III ホームヘルプサービスの時代背景と実践内容

1 公的在宅福祉事業のスタートと老人家庭奉仕員の誕生

ホームヘルプサービスは1956年に長野県上田市社会福祉協議会の「家庭看護婦派遣事業」として始められた。次いで1958年大阪市「臨時家政婦派遣制度」に続いている。当時はいわゆる大家族制度の時代にあつて上田市、大阪市の世帯人員は全国の市部の世帯人員より低い傾向にあり、世帯人員の減少はその後の大家族の減少・衰退につながっていた可能性が強い。また、1947年民法の大改正により「いえ」制度は崩壊し、新しい家族制度の下で「いえ」の対面を気にすることなく潜在していた高齢者の介護が表出する時を得たのである。

上田市は派遣世帯を高齢者以外にも認めていたのに対し、大阪市は被保護世帯の独居老人に限定している。費用負担は、上田市は有料であるが、大阪市は無料である。長野市、大阪市、神戸市、名古屋市と相次いで同様の制度が誕生している。

2 1960年代

モデル段階は終わったとして1962年に250人分の国庫補助の対象として予算化され、家庭奉仕員事業はスタートした。施設対策として、養老施設(養老院)と経費

老人ホームだけの時代に国の公的在宅福祉事業の最初が家庭奉仕員事業であった。大阪市の方式が国の家庭奉仕員事業のモデルになっている。

高度経済成長は所得の増大や国民の生活水準の向上をもたらしたが、産業構造の変化が新たな福祉ニーズをも生み出した。都市への人口移動は農山村の過疎化、女性の就労による地域、家庭の相互扶助機能を低下させ所得の多寡に係わらず社会サービスに対する需要を高めた。東京都は1962年に東京都社会福祉協議会への委託事業として老人家庭奉仕員事業を創設する。翌年の1963年に老人福祉法が制定されると派遣対象は「老衰・心身の障害・傷病等の事情により日常生活に支障をきたしている老人の属する要保護老人世帯」とされ、実施主体は都道府県または市町村、委託先は都道府県または社会福祉協議会のみとされた。

3 家庭奉仕員の身分

奉仕員の身分は、原則として常勤の職員とされた。東京都の家庭奉仕員は1968年に23区と4市町村が常勤化された。国は1970年には高齢化率7%と急速な人口高齢化に気がつくが、その後採用された奉仕員も常勤雇用されている。

老人家庭奉仕員事業の創設に当たった厚生省(当時)の担当課長の言葉に『…われわれはこの事業が公的性格の強いものであることに着目している。』²⁾老人家庭奉仕員がその派遣対象を要保護老人世帯としたことから、公的保護の現物支給の性格があったのではないかとすれば当然、公的性格を持つ社会福祉協議会職員か市町村職員になる。しかし、現実には地方自治体の職員定数を変えることの困難さから公務員であることには検討の余地を含んでしまった。業務に公的性格、公的責任を持つ原則はその後の奉仕員の常勤雇用の数字に表れている(表2)。

国は家庭奉仕員の全国調査を1968(昭和43)年と1971(昭和46)年に行っている。1968年の調査は奉仕員1850人を対象に行っている。全体の40.3%が常勤雇用であった。そのときの「希望すること」のトップは身分保障であり、同調査でヘルパー属性は生計中心者が41.7%を占めていた。3年後の1971年の調査では、奉仕員の数は6300人に急増し、なんと77.6%が常勤雇用されている。

奉仕員の数が急増した背景には、それまで要保護老人世帯であった派遣対象を1965年に所得税非課税の低所得世帯に拡大している。奉仕員数の推移は(表2)4のとおりである。

1968年に全国社会福祉協議会、全国民生・児童委員

表2 老人家庭奉仕員の推移

年 度	人 数 (人)
1962 (昭和 37 年)	250
1963 (昭和 38 年)	507
1964 (昭和 39 年)	507
1965 (昭和 40 年)	507
1966 (昭和 41 年)	800
1967 (昭和 42 年)	1100
1968 (昭和 43 年)	1300
1969 (昭和 44 年)	5900
1970 (昭和 45 年)	6100
1971 (昭和 46 年)	6300
1972 (昭和 47 年)	6460
1973 (昭和 48 年)	7060
1974 (昭和 49 年)	8460

戦後高齢社会基本文献集 第Ⅱ期 第21巻 老人福祉10年の歩み 2007 (株)日本図書センターより 筆者が作成

協議会が行った「居宅寝たきり老人実態調査」において、一日中寝たきりですごしている70歳以上の高齢者が20万人おり、家族の大きな負担になっていることが指摘されると、1969年に寝たきり老人家庭奉仕員制度が創設された。しかしこの制度は翌年、老人家庭奉仕員事業に統合される。

1970年代

1970年代は、70年に心身障害児家庭奉仕員派遣事業の発足、72年には一人暮らし老人を対象に介護人を市町村に登録し、短期間無料で身の回りの世話をを行う介護人派遣事業が新たに創設されている

老人福祉施設はその整備が重点的に進められ、施設が増設したことで低所得者層は施設へそれ以外の者は社会的入院し、人口の高齢化による介護問題はこれら施設の中に隠れてしまったものと思われる。

老人福祉法が制定されて10年が経過したとき、ほぼ同時にスタートした老人家庭奉仕員事業の将来の展望が語られた³⁾。そこには先述の家庭奉仕員の業務を公的資格、公的責任を持つ原則に今後の展望が語られている。

①奉仕員の数

わが国の家庭奉仕員は対象を低所得者層に限っていた。しかし、ホームヘルプサービスさえ十分に行えるならば、居宅で生活の可能な老人の数は相当に上がる。またそのような状況にある人は経済階層を問わない。

②私的な介護では手の及ばない部分については、公的なホームヘルパーによって補完されるべきものと思われる。

※この手の及ばない部分が何をさしているのかは定かではないがこの時点でホームヘルパー（奉仕員）の仕事

が何かを基準にして分けられている。

③ホームヘルパーの数をスウェーデン並みにするには85万人が必要になる。今後もお勤務体制を常勤にすることは難しい。

④当時の家庭奉仕員派遣要領の中で規定されている、「家事・介護・相談、助言」のいずれのサービスも十分にこなしうる能力を有する職員を十分に確保することは容易ではない。

⑤イギリス型（家事援助中心）への指向を目指す。そのことは他の在宅福祉サービスを強化させ複数のサービスがあいまって目的を達成することである。

すでに財政的なこと、業務内容、他のサービスとの、他のホームヘルプ事業との調整が考えられていた。1980年代にはそれらが形を作っていく。

1980年代

1980年代は、表向きは在宅福祉中心の時代といわれ、新しい福祉の創造のように捉えられたが、次々に出される答申や改革は、財政の困難さを解消する手段であり、在宅福祉を担う多くの家庭奉仕員や介護人は苦しめられていく。

福祉元年（1973年）のオイルショック以降、経済成長率が5%程度であったが国民所得に占める社会保障費の割合は高まるばかりであったが国は景気浮揚のため、いわゆる「赤字国債」を大量に発行していく。財政の悪化と人口の高齢化は進み将来に備え、社会保障費の見直しが始められる。「福祉国家の危機」である。なぜ政府によるサービス提供が有効に機能しなかったのか。

①競争相手のいない政府の直接サービスの提供は非効率的で効果になりやすい

②政府による供給は対価払いを求めない限り利用者の過剰需要をひきおこし、過大なコスト負担となりやすい

③政府の規制は個人の選択の幅を限定する方向に傾きがちである。以上を指摘する⁴⁾。

まず先に1973年に導入された老人医療費の無料化の見直しがされる。1982年の老人保健法の制定は社会的入院患者の入院が長引くほど報酬は逡減させる仕組みであり、1982年を境に一般病床平均在院日数は減少する。社会的入院者が退院していったことが推測される。

赤字国債解消のために行政改革が行われ、小さな政府（国はやることを限定）の誕生と民間活力の導入が謳われ始めた。1981年に武蔵野福祉公社設立され、買う福祉、出前の福祉、有料福祉といわれ、介護サービスの担い手は常勤雇用されていた家庭奉仕員から地域住民やボランティアへ移行し始める。家庭奉仕員事業は派遣世帯の拡大と所得制限撤廃しかし引き換えに費用負担導入受益者

負担(応能負担)制がとられる。

1981.12.「当面の在宅福祉対策のあり方について」中央社会福祉審議会答申において

- ①福祉サービスは居宅処遇を原則とし、従来施設福祉対策の補完物であった在宅福祉対策を積極的に確立すること
- ②所得のいかに係わらず、援助を必要とするすべての老人を対象とすること、
- ③地域住民やボランティア等を組み込んだ福祉供給システムを形成し、必要な福祉サービスをいつでも供給できる体制を整備すること
- ④具体的な施策として、市町村が行う老人家庭奉仕員派遣事業を所得税非課税世帯にも適用を拡大すること、当該事業を社会福祉協議会のほか、地域も民間福祉資源を活用するという観点から、新たに老人ホームを経営する社会福祉法人、福祉活動団体等にも委託すること、痴呆性老人のための福祉施策の早急な実施

などが提言され、1982年家庭奉仕員派遣事業として老人家庭奉仕員事業、心身障害児家庭奉仕員派遣事業、介護人派遣事業3事業を統合する。これより、公務員は有償ボランティアがホームヘルプ事業へ大量導入され、ホームヘルプ事業の公的性格は払拭されてしまった。

公務員は給料に見合った仕事をしない、ヘルパーの高年齢化、仕事が硬直化しているなどヘルパーへの攻撃が始まるのである。確かに創設時の家庭奉仕員は年齢も高齢化していた。しかし身分保障がされた公務員ヘルパーは、必ずしも社会福祉援助技術者としての専門教育を受けて仕事の従事していないにもかかわらず、自分たちで、老人指導主事に指導を請い、社会福祉援助者としての基本姿勢を構築していた。介護サービスが公的性格、公的責任で遂行されるサービスであれば、社会福祉の現場のサービスは常勤の職員によって行われるものという考え方が強くなる。それが非常勤、または有償ボランティアによって叩かれる状況を「豊富な労働予備軍を抱えていたわが国の労働市場の変貌」³⁾前掲²⁾3) といっている。

1987年に「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定され社会福祉の基礎教育、人権としての介護の理念や価値、介護の原理・原則に基づいた介護技術をとって人材育成がされている今、身分保障がされることによって介護の質は十分に保障できるものである。

1990年代

1989年4月消費税導入(3%)、12月に「高齢者保健福祉10ヵ年戦略」ゴールドプランがスタートする。1990年～1999年までの10年間に具体的数値を掲げ、在宅福祉サービスや施設福祉サービスの整備を行い本格的

な社会福祉の改革と介護保険制度への準備が始まった。

1990年老人家庭奉仕員派遣事業を高齢者ホームヘルプサービス事業に名称変更する。これは単なる呼称の変更にとどまらず、これから先多元化される介護事業に係わる介護の担い手の総称であった。またこの年、福祉八法等の改正がされ、福祉行政の実施権限を市町村に集中させ「老人保健福祉計画」の策定が義務づけられ、地方における老人保健福祉の計画的な基盤整備を進める。

区市町村を、施設福祉、在宅福祉の運営主体としてさだめ、ホームヘルパー派遣事業の委託先についても法律上変更された。「従来の社会福祉法人、その他の団体」から「在宅介護支援センターを併設する特別養護老人ホーム、老人保健施設、病院」に拡大する。1992年委託先は福祉公社、一定の要件を満たす民間事業者、介護福祉士等に拡大され利用時間制限も撤廃された。安上がり福祉のための住民参加型在宅福祉サービスの興隆である。

1994年各市町村の老人福祉計画の事業量が確定したことに伴うゴールドプランの目標値の見直しがされる。新ゴールドプランである。1994年12月高齢者介護・自立支援システム研究会により「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」が出された。新介護システムの基本理念は「高齢者の自立支援と与えられる福祉から選ぶ福祉へ」である。

ホームヘルプ事業の委託先の拡大(多元化)は同時に供給量の増加となる。予想を上回る供給量の拡大は福祉サービスの新たな財源を必要とした。措置制度に変わる制度として社会保険(介護保険)制度構想が生まれてくる。21世紀福祉ビジョンで「介護の社会的保障」が提唱され、1997年12月介護保険法が制定される。

介護保険法の成立

介護の社会保障の財源は社会保険方式による「公的介護保険」で、これまで社会福祉分野では基本であった行政機関を介したサービス提供方式を見直し、利用者と提供者の契約に基づくサービス利用と費用弁償の仕組みを導入した。2000年4月介護保険がスタートする。

介護保険による介護サービスの提供は5年経過し2006年に介護保険制度の見直しがされた。この5年間介護従事者の労働環境は深刻な状態である。福祉介護職員やホームヘルパーは全産業と比較して、勤続年数は短く、賃金は一般労働者の平均賃金より低い。また、離職率も全産業と比較して正社員において高く、定着率は低い(表3～5)。

2005年の介護報酬の改定でさらに介護の質を確保することは困難な状況である。質の介護サービスの質の向上には、介護報酬が大きく関わっている(表6)。サー

表3 一般労働者の男女比、平均年齢、勤続年数及び平均賃金

	男				女			
	構成比	平均年齢	勤続年数	決まって支給する現金給与額	構成比	平均年齢	勤続年数	決まって支給する現金給与額
全産業	68.80%	41.8歳	13.5年	372.7千円	31.20%	39.1歳	8.8年	238.6千円
福祉施設介護員	29.20%	33.2歳	4.9年	227.1千円	70.80%	37.2歳	5.3年	206.4千円
ホームヘルパー	15.20%	37.6歳	3.9年	230.6千円	84.80%	44.7歳	4.5年	197.0千円

(出典) 平成18年資金構造基本統計調査(厚生労働省) 調査時点:平成18年7月

表4 離職率

	全体	正社員	非正社員
全産業平均	16.2%	13.1%	26.3%
介護職員	20.3%	21.7%	27.3%
ホームヘルパー		19.6%	14.0%

平成18年度雇用動向調査結果(厚生労働省)

表5 従業員の定着状況

	定着率が低く困っている	定着率は低い が特に困っていない	定着率は低い ではない
訪問系	12.7%	8.9%	70.1%
施設(入所)系	25.4%	14.4%	58.0%

(出典) 平成18年度介護労働実態調査((財)介護安定センター) 調査時点:平成18年8月

表6 指定介護サービス事業を運営する上での問題点(複数回答)

	訪問系	施設(入所)系
今の介護報酬では十分な賃金を払いコトができない	45.9%	49.1%
介護サービス提供に関する書類作成が煩雑で、時間に追われてしまう	46.8%	37.0%
経営(収支)が苦しく労働条件や福祉環境の改善をしたくてもできない	35.1%	33.1%
良質な人材の確保が難しい	30.1%	44.6%
介護保険の請求事務が煩雑で時間に追われてしまう	19.8%	13.9%
介護従事者の介護業務に関する知識や技術が不足しており教育が必要	11.1%	20.1%
介護保険の改定等についての的確な情報や説明が得られない	13.9%	13.8%
利用者や利用者の家族の介護サービスに対する理解が不足している	18.4%	10.6%
介護従事者の介護業務に臨む意欲や姿勢に問題がある	5.9%	9.8%
管理者と職員間のコミュニケーションが不足している	3.9%	8.6%
介護従事者同士のコミュニケーションが不足している	4.3%	8.4%
雇用管理等についての情報や指導が必要である	5.7%	5.1%
その他	4.4%	3.8%
特に問題はない	3.4%	3.1%

(出典) 平成18年介護労働実態調査(財)介護労働安定センター 調査時点平成18年8月

ビスを提供する介護従事者の処遇(報酬・労働時間・研修)の改善は事業者規制だけでは不可能であり、その規制の実効が上がるような介護報酬の設定が必要である。

IV 適切なニーズアセスメントの必要性

介護援助は疾病や障害、老化によって日常生活動作(ADL)を自分一人でやるのが困難になった要介護者とその家族に生活の自立援助を目的とする活動である。その方法は身体介護援助を中心にした要介護者に直接働きかける活動と、要介護者とその周辺の人達に介護援助が効率よく提供されるように働きかける間接的な介護援助とがある。

2000年より開始された公的介護保険制度では、要介護者の状態を認定する要介護認定に「要介護認定基準」とケアプラン作成に必要な情報を得るための全国一律の「認定調査票」が用いられる。認定調査票は概況調査(フェースシート)基本調査(心身の状況)特記事項と主治医の意見書により総合的に判断され、介護支援量を示している。この要介護認定規準は主に心身の障害を捉えて段階別に要介護度をあらわしているが、これはタイプ別の心身の障害度が明らかになるだけであり、これで個々の日常生活の自立度を図るには無理がある⁶⁾。介護保険制度では医学モデルと障害モデルによる判定で要介護者が求める援助のすべてが規定されてしまうこととなる。

介護援助を開始する際、要介護者と家族がどのような問題を抱えているのか、利用者の生活活動を中心とした身体機能、心理要因、環境条件を総合的にアセスメントし、要介護者と介護者の介護状況を総合的に示す介護モデルによる介護度⁷⁾から介護支援量を示す必要がある。

身体介護援助を中心とした直接的な援助は、生きていくために必要な生活行動への働きかけであり、介護を受ける要介護者の身体的機能を十分に承知していなければ的確な援助方法を見つけることはできない。身体機能レベルと生活動作の関係は、要介護者の生活意欲、介護を提供する訪問介護員との関係、家屋などの物理的条件によって違ってくる。ADLの判断をしばしば本人の運動機能のみで判断することがあるがそれだけでは、要介護者個人の身体機能の把握にとどまり、介護状況を総合的に把握した介護支援量の判定にはならないと考える。

要介護者とその周辺の人達に介護援助が効率よく提供されるように働きかける間接的な介護援助は、訪問介護員と、援助を必要としている人との関係は個人的な関係でも上下の関係でもない。また友人という一般的な関係でもない。両者の関係は生活上の困難を介護援助の提供で要介護者のニーズを充足することを目的に展開されるのである。

要介護者のニーズは、必ずしも介護援助開始時に表出しているものばかりではない。また要介護者の要求と訴えが、必要とされる介護ニーズとも限らない。要介護者の訴えと実際の生活レベルのくいちがいはよくあることである。訴えの中には依存的な欲求や保護的な要求も含まれている。

介護援助を必要としている人達は、生活というそれぞれに違ったニーズと目標を持っている。生活援助は、衣食住を基本にした要介護者にとって無くてはならない極めて切実な生活行為への援助である。身体的な自立のみが目的ではなく、一人の生活者として尊重された生活目標に沿った援助を展開しなければならない。

援助内容の決定、選択は要介護者と要介護者家族の要求を受けて行い、常に受けて本位の介護が提供されなければならない。在宅という連続している生活の中で、しかも最も個別的な環境の中で、要介護者と介護家族の生活の継続を見据えた介護を展開して行くために必要な援助が求められてくる。サービス内容の適性と利用者の身体機能の向上が必ずしも一致していない傾向は、要介護者のニーズと決定される援助内容の食い違いにあらわれているように見られる。その結果、訪問介護員が援助の過程で利用者の要求に応えるために、サービス提供責任者の指示によらず独断で行う援助が多く見られるという

調査結果に現れている⁸⁾。その結果は、居宅介護支援のヒヤリハット、介護事故の要因につながる。さらに利用者と介護家族からの介護サービスの苦情となって表面化する要因にもなる。

介護サービスの評価は、しばしば訪問介護員個人の教育、資質、技術が問われる。しかし、適切なニーズアセスメント、介護計画、サービスの運営、雇用状態、訪問介護員個人の質等が適切になされているか総合的に評価をする必要がある。

V 高齢者のニーズ把握のために

生活の満足度は、生活背景の違いにより個性が高く、かなりの個人差があると考えられ、測定しづらい内容であると思われる。支援効果の測定の基準となる個人の生活満足度に関する先行研究⁹⁾では、

1 家族構成

配偶者との2人暮らしがもっとも満足度が高く、配偶者の存在が重要な役割を示している
続く3世代同居が2位であり、子との同居を望むというより、配偶者と孫の存在が重要になる。

2 職業

現在、何をやっているかより、以前何をやっていたのか、そのときの充足感を自分の職業としての満足感として継続している。

- ### 3 生活の諸側面（・自分の健康・経済状態・③友人関係・自分の仕事・社会貢献・自分の活動に対する他からの評価・運動・夫婦生活・①家族関係・②信仰・人間的な成長・全体）では、すべての項目が精神的満足度と一致していること。○は満足度の高さの順位
- ### 4 主体的な欲求（・承認・挑戦・成長・責任・奉仕の5項目）を持ちたいか、に関することは、高齢による活動範囲の狭まりからかすべてに低く、精神的エネルギーの減少が見られる。

高齢者の、生活に対する満足度の要因から見えることは、以下の訪問介護の特質である『1居宅支援であること2世帯構成によって支援内容が異なること3高齢者は現役世代の延長線上にあること4援助効果は生活の諸側面に対する満足度の実感と深く関連があること5介護保険下の訪問介護は介護行為のパッチワークである』を踏まえると援助の決定に考慮すべき内容として大変重要である。『・子との同居・生きがいを持つ活動の促進・主体的（自立的に動けるための援助）は本当に高齢者にとって、望むことであるのか疑問さえもつ。また、予防援助施策は高齢者にとって必要ではあるが満足はしていないのではないかと感じられる。

今後の課題として、ケーススタディを通し、利用者の満足度からニーズアセスメントの妥当性、援助内容の決定、サービスの評価をさらに検討していくこととする。

参考文献

- 1) 「利用者によるホームヘルプ評価尺度案の開発」ホームヘルプサービス満足度調査(第2報)長野大学紀要 第23巻2号2001 宮崎まさ江他
- 2) 3) 戦後高齢社会基本文献集 第II期 第21巻 老人福祉10年の歩み 2007(株)日本図書センター
- 4) 日本社会事業大学社会保障論講義録 第7版 2007年度後期 編集北場勉
- 5) 前掲2) 3)
- 6) 住居広士他 要介護高齢者における介護度と日常生活自立度関係(広島県立保健福祉短期大学紀要)
- 7) ・医学モデル=生命の延長を主体とする病気を診断して治療する
 - ・障害モデル=病気・外傷などを原因として起こった機能障害、能力低下、社会的不利などの障害に対しては、従来からの医学モデルである国際障害分類(ICDH 1980年WHO)や社会モデルである国際生活機能分類(ICF: International Classification Functioning 2001年WHO)
 - ・障害モデルの目標はADLの促進による生活の質(QOL)の向上、自立生活(Independent Living)ノーマライゼーションが求められてきた。
 - ・介護モデル=尊厳のある生活を護り介(たす)ける
 介護度=困難度×(関わり度+必要度)
 介護モデルを設定するときの要因
 生命, 生活, ケアマネジメント, 医療, 末期, 在宅, 家族の7介護要因を評価するにはかわり度, 困難度, 必要度の相互作用の検討が必要「介護モデルの理論と実際」1998 大学教育出版
- 8) 鈴木依子『ホームヘルパーが自分の判断で行っていること』2006. 日本介護福祉学会報告
 町田市のヘルパー1348人の調査, 46.9%が有りの回答 38.5%はヘルパーの業務 19.9%指示書の不備 46.1%は不適切な行為, 援助過程への裁量権を認める方向の提言」

- 9) 「高齢期における精神的充足感形成に関する研究(第1報)」高齢者の精神的充足感獲得と生活の満足度および主体的欲求との関連性 日本家政学会誌 Vol 46 No 10 923~932 (1995) 岡本裕子
 「施設高齢者における生活環境の認知的評価と主観的QOLとの関係」The Journal of Tokyo Academy of Health Sciences 東保学誌 Vol. 2 No 1 1999 入内島一崇 峯島孝雄

用語の整理

介護サービスを提供するものの呼称について

訪問介護・訪問介護員

1997年12月介護保険法が制定される。介護の社会保障の財源は社会保険方式による「公的介護保険」で、これまで社会福祉分野では基本であった行政機関を介したサービス提供方式を見直し、利用者と提供者の契約に基づくサービス利用と費用弁償の仕組みを導入した。2000年4月介護保険がスタートする。これより、介護保険法に基づく介護サービスは訪問介護、サービスの担い手は訪問介護員とされる。

ホームヘルプサービス・ホームヘルパー

1982年に家庭奉仕員事業は派遣世帯の拡大と所得制限撤廃しかし引き換えに費用負担導入受益者負担(応能負担)制がとられる。委託先についても法律上変更された。従来の社会福祉法人, その他の団体から在宅介護支援センターを併設する特別養護老人ホーム, 老人保健施設, 病院に拡大する。1992年に委託先は福祉公社, 一定の要件を満たす民間事業者, 介護福祉士等にさらに拡大され, 利用時間制限も撤廃された。家庭奉仕員派遣事業として心身障害児家庭奉仕員派遣事業, 介護人派遣事業3事業が統合され, これより全て呼称はホームヘルパーに統一された。

老人家庭奉仕員・奉仕員

老人福祉法に法的根拠を置く介護員であり, 派遣対象は「老衰・心身の障害・傷病等の事情により日常生活に支障をきたしている老人の属する要保護老人世帯」とされ, 実施主体は都道府県または市町村, 委託先は都道府県または社会福祉協議会のみとされた。

ただし, 身体障害者家庭奉仕員は当時からホームヘルパーという呼称が使われていた