

介護福祉士に求められる地域包括ケアのあり方 — 介護現場職員の質問紙調査から —

三宅美智子¹, 三宅真奈美¹, 藤原 芳朗²

Ways of Community-Based Integrated Care Demanded of Care-Givers

Michiko MIYAKE¹, Manami MIYAKE¹ and Yoshirou FUJIWARA²

キーワード：地域包括ケアシステム, 要介護高齢者, 住まい, 地域生活

概 要

2025年問題を見据えて地域医療・介護推進法が成立し、高齢者の医療と介護が大きく変容し、地域医療、在宅介護へと舵を切ることになった。その中心にあるのが地域包括ケアシステムである。当面、このシステムにより高齢者の医療と介護がすすめられる。そこで、このシステム上の重要5領域（医療、ケアマネ・地域包括支援センター、介護、住まい、生活支援・介護予防）に各4つの項目を設け、介護現場で勤務する介護福祉士に対し、今後必要とされる能力について調査し、介護福祉士に求められる地域包括ケアの支援のあり方について考察した。その結果、専門的知識を必要とする項目は、認知症介護、身体介護などの介護の領域で最も高く、反対に基礎的な知識のみでよいとされる項目は、住環境や住宅整備などの住まいの領域、成年後見制度等の権利擁護などのケアマネジャー・地域包括支援センターの領域であった。要介護高齢者が安心して在宅生活継続を支えるための能力として、「人としての尊厳」を尊重し、一人ひとり異なる価値観や生活習慣といった個別性を重視した支援が必要である。また住宅保障は地域包括ケアシステムの円滑な運営の根幹をなすため、ニーズに応じた住まいでの生活を支え、要介護状態とまらない時期を継続し、社会的に自立した状態の継続が必要となる。そのためには介護予防にある住環境や疾病の知識をはじめ、経済面を支えるための社会保障制度や、認知症高齢者の自己決定を支えるための成年後見制度等の権利擁護の知識や技術は今後強化すべき能力であり、介護福祉士養成においても再構築していく教育内容であるといえる。要介護高齢者の地域生活を支えるためには、これらの知識や技術を持って包括的に生活を捉えてアセスメントし、必要に応じて他職種・多機関へ連携できる能力が求められている。

1. 緒 言

在宅の要介護高齢者の現状と問題の所在について、全国で458万人が利用している介護保険の制度を含めた高齢者の医療と介護が大きな転換点を迎えようとしている^{注1)}。2014年6月18日には地域医療・介護推進法が可決、成立した。要支援レベルの人へのサービスの縮小あるいは市町村単位での提供方法への変更、介護老人福祉施設の入所要件を原則要介護度3以上にするなどとともに、在宅医療連携拠点事業^{注2)}の立ち上げ、

在宅医療において医療側から介護への連携を図る取り組みのモデル事業の実施と連動する形で進められようとしている。

厚生労働省研究班の推計によれば、2012年時点の認知症高齢者は、軽度者を含め約462万人に上る。予備軍とされる軽度認知障害（MCI）の約400万人を加えれば、65歳以上の4人に1人が該当する計算である。厚生労働省は、団塊世代が75歳以上となる2025年には日常生活自立度Ⅱ（日常生活に支障を来す場合があるが、誰かが注意していれば自立できる状態）以上の患者が470万人と推計している¹⁾。それを受けて要介護高齢者の医療と住まいに関して、介護保険制度を含めた社会保障制度全体を維持するために地域包括ケアシステムを構築し、急性期病床に長期間留まる現状から医療の機能的分化を進めている。

地域包括ケアシステムとは、住居の種別にかかわら

(平成27年11月10日受理)

¹川崎医療短期大学 医療介護福祉科

²鈴鹿医療科学大学

¹Department of Care Work, Kawasaki College of Allied Health Professions

²Suzuka University of Medical Science

ず、概ね30分以内（日常生活圏域）に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを24時間365日通して利用しながら、病院や施設だけに依存せずに住み慣れた地域での生活を継続できる体制を指している²⁾。在宅医療・介護を充実させることで住み慣れた自宅での生活の継続を目指し、医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体化して提供されるスタイルの構築を目指しているのである。

しかし、国が在宅福祉を推進していくにしても、要介護高齢者が安心して在宅で暮らし続けるうえで必要とする知識や技術を、それを支える介護福祉士が持ち合わせる事が前提となる。今後は新しい制度としての地域包括ケアシステムに適応する形で教育に当たる必要が考えられ、介護の必要な高齢者が地域社会で今までの生活を継続していくためには、要介護高齢者の最も身近なところで支援する専門職の介護福祉士に求められる役割は極めて大きい。

本研究では、介護現場で働いている介護福祉士に対して、地域包括ケアシステムにあたり介護福祉士に必要とされる能力について質問紙調査を行った。調査項目は、地域包括ケアシステム構成に基づいた主要5領域に対して、領域ごとに4つの質問項目を設定した。その結果をもとに、地域包括ケアシステムにあたり、介護福祉士が要介護高齢者の地域生活を支えるために、どのような能力が必要であるかを明らかにすることを目的とした。

2. 研究方法

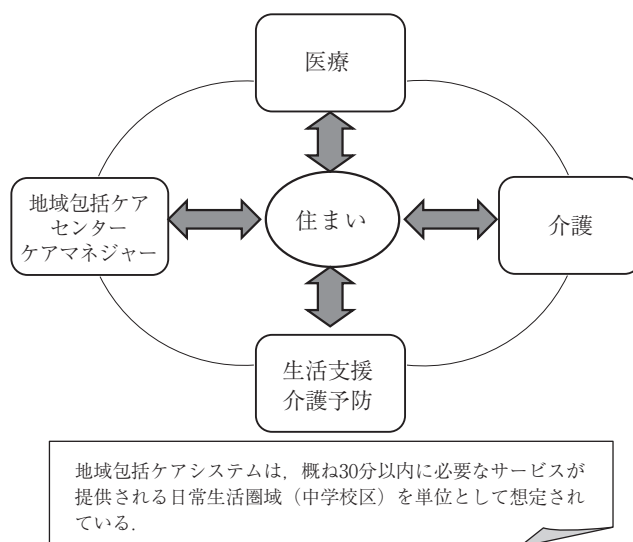
1) 調査対象

A医療短期大学B学科が介護実習で契約している62の施設・事業所の実習指導者のうち、回答の得られた52施設57人（回収率92%）である。質問紙は施設・事業所につき1部ずつ配布したが、ある1施設から5人分の回答が得られた。有効回答者数は51人、有効回答率は82%である。うち介護福祉士は45人であった。

2) 調査方法

郵送調査法とし、無記名自記式質問紙による調査を実施した。調査項目は、地域包括ケアシステム構成に基づき、主要な5つの領域である（図1）。「医療」、「ケアマネジャー・地域包括支援センター」、「介護」、「住まい」、「生活支援・介護予防」に対して介護福祉士が実際にその業務にあたることを想定して、各領域に4項目、調査項目として表1のとおり全20項目（筆者が作成）を設定した。項目は、「医療：1-1. 高齢

者の疾病の知識」他3項目、「ケアマネジャー・地域包括支援センター：2-1. 高齢者や家族の心理」他3項目、「介護：3-1. 身体介護」他3項目、「住まい：4-1. 住環境や住宅整備」他3項目、「生活支援・介護予防：5-1. 介護予防」他3項目とした。項目ごとに「基礎的な知識だけでよい」、「基礎的な知識だけでは不十分」、「専門的知識が必要」の全項目選択式と



全国介護保険担当部（局）長会議資料 厚生労働省（平成25年11月21日）をもとに著者作成

図1 地域包括ケアシステム主要5領域

表1 地域包括ケアシステム主要5領域 調査項目

領域	調査項目
医療	1-1 高齢者の疾病の知識 1-2 障害者の疾病の知識 1-3 胃ろうや経管栄養の処置の知識 1-4 医療保険やサービス制度の知識
ケアマネジャー 地域包括ケア センター	2-1 高齢者や家族の心理 2-2 相談援助・連絡調整 2-3 年金や保険等の社会保障制度 2-4 成年後見等の権利擁護制度
介護	3-1 身体介護 3-2 生活援助 3-3 認知症介護 3-4 在宅・施設の機能・サービス
住まい	4-1 住環境や住宅整備 4-2 複合的サービス等在宅系サービスの知識 4-3 介護保険制度 4-4 対人援助専門職者の倫理
生活支援 介護予防	5-1 介護予防 5-2 地域福祉 5-3 対人援助 5-4 多職種連携

した。同時に、当該領域における4つの質問項目以外に必要と考えられる知識や技術について自由記述を入れた。施設・事業所種別（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護、通所介護、通所リハビリテーション、訪問介護）、記入者の有する資格、記入者の現職、経験年数に着目した。また、地域包括ケアシステムの概要をもとにした説明文とともに送付した。

3) 調査期間

平成26年7月3日～17日の間に実施した。

4) 分析方法

介護福祉士45人に対して、各設問に対する回答について、1「基礎的知識だけでよい」、2「基礎的知識だけでは不十分」、3「専門的知識を必要とする」として20項目について統計的に処理を行った。

5) 倫理的配慮

調査対象者への調査協力依頼は、調査票に同封した。調査協力依頼文において本研究の趣旨と目的を文書にて説明し、本研究以外には使用しないことを明記し、質問用紙の回答をもって研究への了解を得たものとした。なお、調査中に有害事象の発生は認められなかった。

3. 結 果

有効回答者51人(52施設・事業所)の所属する施設・事業所は、介護老人福祉施設13人、介護老人保健施設11人、認知症対応型共同生活介護4人、通所介護6人、訪問介護事業所14人、介護老人保健施設と通所リハビリテーション1人、無記入2人であった。また、51人の資格(重複あり)は、介護福祉士資格のみ有する者25人、介護福祉士とケアマネジャーを有する者11人、介護福祉士とケアマネジャーと認知症専門士を有する者1人、介護福祉士とケアマネジャーと保育士を有する者1人、介護福祉士とホームヘルパーを有する者3人、介護福祉士とケアマネジャーとホームヘルパーを有する者1人、介護福祉士とケアマネジャーと社会福祉士を有する者2人、介護福祉士と栄養士を有する者1人、看護師とケアマネジャーを有する者2人、ホームヘルパーのみ有する者1人、無記入3人であった。また、職種については調査時に直接介護従事者は29人であった。その他、ケアマネジャー、生活相談員、サービス提供責任者、参事であった。

現在介護福祉士を有する人が、現場で専門的知識を必要としている事柄が何であるかを知り、反対に専門

的知識を必要としないと考える項目を比較することで、新しい制度としての地域包括ケアシステムに適用できる教育内容を検討したい。

3-1 多くの「専門的知識を必要とする」項目

最も多かったのは「介護」の領域で、4項目(①身体介護、②生活援助(家事的介護)、③認知症介護、④住宅・施設の機能・サービス)のうち、認知症介護が77.8%、ついで身体介護が73.3%であった。

3-2 多くの「基礎的知識だけでよい」項目

最も多かったのは「住まい」の領域で、4項目(①住環境や住宅整備、②複合型サービス等在宅系サービス、③介護保険制度、④対人専門職倫理)のうち、住環境や住宅整備が60%、ついで「ケアマネジャー・地域包括支援センター」領域(①高齢者や家族の心理、②相談援助・連絡調整、③年金や保険等の社会保障制度、④成年後見制度等の権利擁護)の成年後見制度等の権利擁護が55.6%、年金や保険等の社会保障と「医療」の領域(①高齢者の疾病の知識、②障がい者の疾病の知識、③胃ろうや経管処置の知識、④医療保険やサービス制度の知識)の医療保険やサービス制度の知識が53.3%であった。

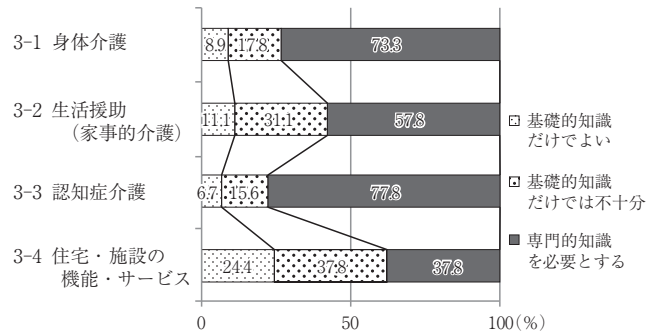


図2 地域包括ケアシステム構成要素「介護」領域

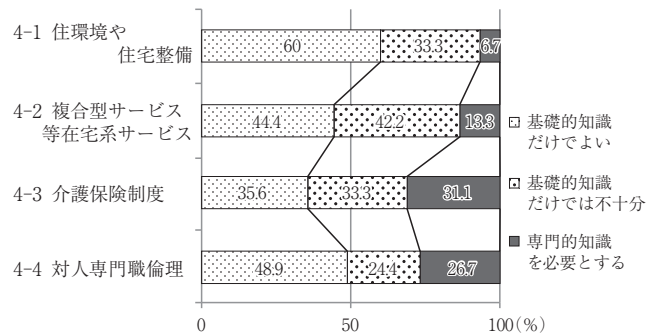


図3 地域包括ケアシステム構成要素「住まい」領域

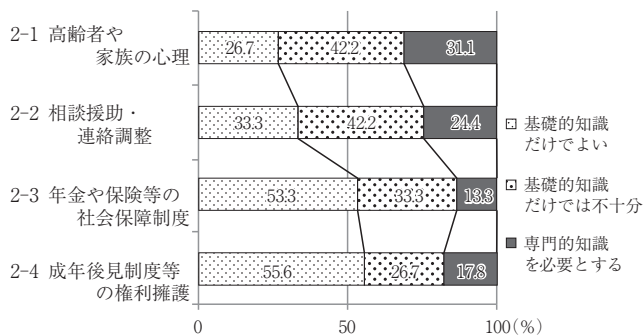


図4 地域包括ケアシステム構成要素「ケアマネジャー・地域包括支援センター」領域

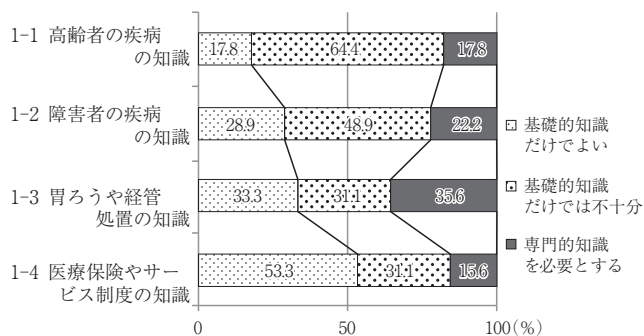


図5 地域包括ケアシステム構成要素「医療」領域

3-3 「専門的知識を必要とする」項目で少なかったもの

最も少なかったのは、「住まい」の領域の住環境や住宅整備が6.7%，ついで「生活支援・介護予防」領域（①介護予防，②地域福祉，③対人援助，④多職種連携）の地域福祉が11.1%，さらに「住まい」と「ケアマネジャー・地域包括支援センター」領域の複合型サービス等在宅系サービス13.3%，年金や保険等の社会保障制度13.3%であった。

3-4 多くの「基礎的知識だけでは不十分」項目

最も多かったのは「医療」の領域で，4項目（①高

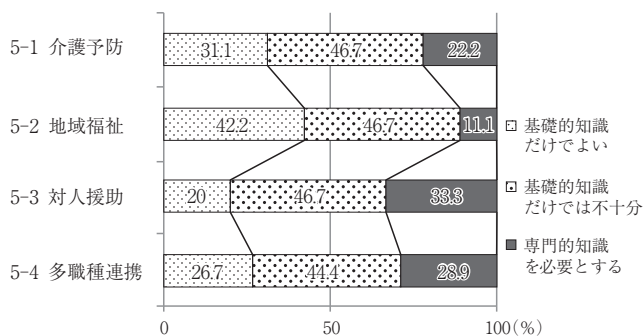


図6 地域包括ケアシステム構成要素「生活支援・介護予防」領域

齢者の疾病の知識，②障がい者の疾病の知識，③胃ろうや経管栄養の知識，④医療保険やサービス制度の知識）のうち，高齢者の疾病の知識が64.4%，障がい者の疾病の知識が48.9%，ついで「生活支援・介護予防」領域（①介護予防，②地域福祉，③対人援助，④多職種連携）の介護予防と地域福祉，対人援助が46.7%であった。

3-5 自由記述

「介護保険制度のしくみについて，利用者が理解していない場合が多い」，「訪問介護員の行えることについて，その都度説明をしながら理解してもらえるように努めている」，「在宅で一人暮らしをしている方や家族の思いに配慮すること，私たちの発する言葉一つで，利用者の気持ちが良くも悪くもなるということ意識しながら訪問することが大切である」という意見があった。また，「異変に気づくことや日常と違う言動に敏感になることも必要である」，「施設なら設備が整っているが，在宅では本人のプライベートな場所に伺うため，物の扱いや態度など資格にふさわしい人が必要となってくる」，「制度やニーズの変化により，介護福祉士として求められる知識や能力が高度化しているように思う」，「働く場も多様化しており，基本的知識・能力を習得したうえでそれぞれの場に合った教育が必要になってくると感じている」などがあつた。

4. 考 察

1) 多くの「専門的知識を必要とする」項目について

「専門的知識を必要とする」段階については，「介護」の領域が際立っていた。特に認知症介護は，全体の77.8%を占めている。厚生労働省の報告³⁾では，「日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者の居場所が，平成22年において280万人中居宅が140万人，次いで介護老人福祉施設が41万人，介護老人保健施設が36万人と，施設のなかでの認知症高齢者が増加しているのがわかる。ここでいう認知症高齢者とは，「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者である。ちなみに日常生活自立度Ⅱ以上とは，日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても，誰かが注意すれば自立できる状態である。具体的には，たびたび道に迷う，服薬管理ができない，ひとりで留守番ができない等である⁴⁾。

認知症介護の専門性は，どれだけ認知症が重度になろうとも，「人」としての尊厳を保持しながら，その人らしく生きることを支えることだと考える。キットウ

ッド⁵⁾は、認知症介護の理念としてパーソン・センタード・ケアの概念を提唱し、従来の医学モデルに基づいた認知症の捉え方を再検討し、「人」に注目したケアのあり方の重要性を述べている。たとえ認知に障害をもっている、人として尊重されるべきであること、その人らしさ（personhood）を尊重し、それを維持した援助を行うことの重要性を指摘し、認知症高齢者との“良い”コミュニケーションや相互行為のあり方を提示している⁶⁾。

また、認知症高齢者が増加の一途をたどる時代背景で、認知症に関する国民の関心は強まり、関心の方向も変化してきている。一言で言えば、認知症を「怖いもの、忌むべきもの」として遠ざける態度、すなわち偏見から「誰でもかかる可能性のある病気」として捉える態度へとシフトしてきつつあると思われる⁷⁾。身近にいる家族や知り合いが、気がつくとも認知症になっていたという時代である。誰でもなり得る病気として、家族を含め地域住民が認知症高齢者に対して「人」として尊重する関わりを学ぶことができたならば、認知症高齢者は安心して地域で生活できるのではないかと考える。介護施設はその一端を担う役割と必要性がある。

今後増加していく認知症高齢者への介護について、平成24年9月認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）が示された。目指すべきケアの方向や5年計画の目標、施策推進の道筋は提示されたものの、認知症介護はニーズが一人ひとりの要介護者によって異なり、これが正解という支援は少ない。今まで歩んできた生活歴、生活環境や背景にある疾患、何よりも個々の想いに沿った介護を行うためには、専門職の介護福祉士でさえ他職種との連携のなかで、要介護高齢者にあった介護とは何かを模索し続けているのではないかと考えられる。

次に73.3%と多かった項目は、身体介護であった。身体介護とは、入浴、排泄、食事、着替えなどの介護といった身体に直接触れて行う介護をいう。高齢者介護の目標は、高齢者の自立を支援することである。自立を支援するとは、本人ができることは自分で行うことや、時間がかかっても見守るなどを継続することで、自立性の維持につながる。施設と在宅での身体介護の共通点は、身体状況や生活習慣は一人ひとり異なるため、その人の状態に合わせた介助が必要であること（個別性の尊重）、たとえば寝たきりとなっても自分のことは自分で決めたいという欲求を尊重すること（自

己決定の尊重）、安全で快適な生活を支えること、介護者の負担をできるだけ減らし、介護を継続できるように、できる限りボディメカニクスを活用する（力学的原理を活用した介護技術のことで、介護する側にとっての、無理のない自然な姿勢で介護する）ことなどがある。その中で在宅生活を維持するための身体介護とは、「利用者の家に介護者が訪問する」という特殊性があるため、施設よりさらに一人ひとり異なる価値観や生活習慣を尊重した個別性を重視した支援が必要となる。

在宅生活を維持・継続していくための支援として、生活援助がある。生活援助とは、調理、洗濯、掃除、買物（買物の代行）などの家事や生活等に関する相談、助言などをいう。

生活援助（家事的介護）については、「専門的知識を必要とする」割合が57.8%と認知症介護、身体介護について高い。今後地域包括ケアシステムが機能していくことで、在宅生活を営む高齢者が一層増加する見込みである。在宅生活を継続する上で重要なことは、住み慣れた自分らしい生活を、支援を受けながらも維持していくことである。介護福祉士は、高齢者の生活の場へ赴き生活援助（家事的介護）を行う場合、生活空間の中からその高齢者の生き様や価値観を目の当たりにする。一般的に生活援助（家事的介護）と聞くと掃除や洗濯など誰でもできる支援だと判断されがちだが、他人の家へ上がり相手の領域で支援を展開するということは、掃除や洗濯なども相手の流儀で行わなければならない。高齢者が生きてきた背景を尊重し、特に一人ひとりの個性が色濃く出る生活援助（家事的介護）を意識することが必要で、それが尊厳ある支援へとつながっていく。しかし、それ以前に家へ上がらせてもらえるかどうか支援開始の分かれ道となる。他人を家に入れるという行為は、信頼関係なくしては成し得ないことであり、人間関係を構築し信頼関係を得ていくには、専門性を意識した関わりが必要となる。そのためにも、信頼関係を獲得していくためのコミュニケーション技術や、コミュニケーションから得た情報を的確にアセスメント（支援する上で解決すべき課題の抽出）する力、またそれを他職種・多機関と連携していくコーディネーター力が必要となり、専門性が発揮される場所である。また自由記述にもあるように、それ以上に対人援助職としての倫理はもちろんのこと、豊かな人間性も兼ね備えることはいうまでもない。

2) 多くの「基礎的知識だけでよい」項目と、「専門的知識を必要とする」項目で少なかったものについて「基礎的知識だけでよい」段階で最も多かった項目は、「住まい」領域の住環境や住宅整備が60%、ついで「ケアマネジャー・地域包括支援センター」領域の成年後見制度等の権利擁護が55.6%であった。「専門的知識を必要とする」段階で最も少なかった項目は、住環境や住宅整備の6.7%、ついで地域福祉が11.1%であった。全体的にも「住まい」の領域や「ケアマネジャー・地域包括支援センター」の領域については、どちらも比例して基礎的知識だけでよく、専門的知識はあまり必要がないと考えられていることが、全体の半数以上を占めていることでわかる。しかし、これらの知識や技術こそが地域包括ケアシステムを支えるために必要不可欠となってくるのではないだろうか。これらの結果から言えることは、新たな制度としての地域包括ケアシステムに対応するための、要介護高齢者を地域で支えるための知識や技術に関して不十分であると言わざるを得ない。1987年に介護福祉士法が制定されて以来、介護福祉士養成については学外の実習も含め、介護老人保健施設や特別養護老人ホームでの施設実習が中心であり、在宅実習よりも施設実習に重点が置かれていた。現在までの介護福祉士養成の中身は、施設に就労していくことを念頭に置いた教育内容であったといえる。時代が変わり超高齢社会となった現代、在宅福祉を推進していく国の方針に対応して、それを支えていく人材育成の教育内容を検討していく必要性がある。

地域包括ケアシステムとは、住居の種別にかかわらず、おおむね30分以内（日常生活圏域）に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを24時間365日通して利用しながら、病院や施設だけに依存せずに住み慣れた地域での生活を継続できる体制を指している。この一文からもわかるように、地域包括ケアシステムの実現においては、ニーズに応じた住宅が保障されていることが前提となる。住宅保障は地域包括ケアシステムの円滑な運営の根幹をなす。北欧をはじめとする社会民主主義国家で広く共有されている「福祉は住宅にはじまり住宅に終わる」という考え方が、ようやく日本でも浸透してきたと井上は述べている⁸⁾。これまでわが国では、福祉サービスの視点から住宅を考えるという視点は必ずしも意識されてこなかったが、これからの高齢社会では、このような新しい「住まい」を含め、「住まい」を必要な社会資本として

整備していくことが望まれる⁹⁾、とある。

高齢者介護に関する世論調査で、介護を受ける場所についての意識調査結果がある。それには、介護が必要となった場合、「可能な限り自宅で介護を受けたい」とする者が45%、「特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所したい」とする者が33%であった。そして「可能な限り自宅で介護を受けたい」とした者の、約9割がその理由として「住み慣れた自宅で生活を続けたいから」を挙げている¹⁰⁾。この調査結果のように、高齢になっても住み慣れた自宅で生活を続けるには、要介護状態とならない時期を継続し、社会的に自立した状態の継続が必要である。そのためには、生活を支える介護福祉士が介護予防の知識や、利用者に一番近い存在だからこそ見える、本人を取り巻く環境にも目を向け、安心して地域で生活するために広い視野を持ち合わせていく必要がある。そこに対応していく能力として、安全で安心して生活していくために、現在の住居が要介護高齢者にとって適切な環境であるかどうかの判断をしていかなければならない。それには「住まい」領域としての知識と技術である住環境や住宅整備の有無について、また刻々と変化していく介護保険制度を熟知した上で、このまま継続して在宅生活を送ることができるのか、もしくは施設入所を検討しなければならないかの見極めを行うためにも必要不可欠な知識と技術であるといえる。そして、経済的に不安があるかどうかということも地域で安心して生活する上で重要な課題の一つである。「基礎的知識だけでよい」段階で多かった「ケアマネジャー・地域包括支援センター」領域の成年後見制度等の権利擁護や、年金や保険等の社会保障制度などの知識や技術は、障がいを持ちながらも自立して在宅生活を送っている要介護高齢者にとっては、一番必要としているニーズではないかと考える。

3) 多くの「基礎的知識だけでは不十分」項目について

「基礎的知識だけでは不十分」である項目として、「医療」領域の高齢者の疾病の知識が64.4%、障害者の疾病の知識が48.9%、ついで「生活支援・介護予防」領域の介護予防と地域福祉、対人援助が46.7%であった。これは、専門的知識までも要しないが、基礎的知識だけでも不十分であるという段階である。

一般的に加齢とともに疾病の罹患率が高くなり、複数の疾病を合わせ持ちながら生活している要介護高齢者は多い。また、障がいがありながらも在宅生活を継

続している要介護高齢者もいる。訪問介護サービス等を受けている利用者に関しては、日常生活支援と共に利用者の既往歴や現病歴についても把握した上で、体調管理にも留意していかななくてはならない。そのためには、一番身近な存在である介護福祉士が小さな体調変化に気づき、速やかに医療職へと連携していくために、ある程度の医療的知識が必要であるといえる。「基礎的知識だけでは不十分」という設問は曖昧であったと思われるが、あくまでも介護福祉士は生活支援が専門で、医療に関しては医療職にと専門性がそれぞれ分かれているということを推察した結果だと思われる。しかしサービスを利用している利用者の情報を的確に把握し、生活支援に結び付けてアセスメントしていくには、疾病に関する知識は必要不可欠なものであるといえる。

介護予防や地域福祉、対人援助に関しては、地域包括ケアシステム上からも重要な位置づけである。特に地域包括ケアの提供に当たって示されている、それぞれの地域が持つ「自助・互助・共助・公助」の役割分担を踏まえた生活の継続を考えていく必要がある。ここで示されている自助は、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持することである。また、互助は、近隣やボランティア等のいわゆるインフォーマルな相互支援を意味するものとされ、共助は、介護保険を含めた社会保険のような制度化された相互支援を意味するものとされている。そして公助とは、自助・互助・共助では対応できない困窮者等の状況に対し、所得等の法定化された対象が限定されたサービス等を行う社会福祉等と考えられている。

これらの地域が持つ役割分担をコーディネートしていくには、自立を支えるための介護予防の知識や技術、地域住民が福祉や保健などの多様な課題解決に向け、自発的に取り組む仕組みづくりのための地域福祉や、それに伴う対人援助の知識や技術が今後さらに必要になってくると考える。

5. 結 語

高齢者人口は、団塊の世代が65歳以上となる平成27年には3,395万人となり、団塊の世代が75歳以上となる平成37（2025）年には3,657万人に達するとみられている。今後、要介護者が急激に増加するものと見込まれ、平成37年（2025年）までに必要な介護を提供できる体制整備が急務となっている。

本研究では、地域包括ケアシステム構成に基づいた

主要5領域に対して、介護福祉士が要介護高齢者の地域生活を支えるための能力を明らかにした。結果、在宅生活を維持するための介護福祉士の能力として認知症介護では、「人としての尊厳」を保持しながら、その人らしく生きることを支えること、身体介護・生活援助では、自立を支援するために、一人ひとり異なる価値観や生活習慣を尊重した個別性を重視した支援が必要であることがわかった。そして今後重視すべき能力について、多様化してくる高齢者のニーズに応じた住まいの保障を前提として考えなければならない。特に自宅での生活を希望する場合は、要介護状態とならない時期を継続し、社会的に自立した状態の継続が必要となる。そのためには介護予防にある住環境や疾病の知識をはじめ、経済面を支えるための社会保障制度や、認知症高齢者の自己決定を支えるための成年後見制度等の権利擁護の知識や技術は今後強化すべき能力であり、介護福祉士養成においても再構築していく教育内容であるといえる。要介護高齢者の地域生活を支えるためには、これらの知識や技術を持って包括的に生活を捉えてアセスメントし、必要に応じて他職種・多機関へ連携できる能力が求められている。

今後の課題として、さらに対象を直接介護従事者と管理者やサービス提供責任者などの直接介護従事者以外の職種別での比較や、高齢者入所系施設で勤務する介護職と通所系施設で勤務する介護職での、今後必要とされる能力の比較について分析をしたい。また今回は同意について尋ねるチェックリスト等がなかったため、次回調査時には、研究におけるチェックリスト等の同意を得られていることを明らかにする方法を取り入れ、より慎重に倫理的な配慮を行っていきたい。

6. 謝 辞

お忙しい中アンケート調査にご協力いただいた実習施設・事業所の皆様に、この場を借りて深く感謝申し上げます。

7. 注

- 注1) 2000年度スタートした介護保険法制度であるが、2014年6月18日成立した地域医療・介護推進法の成立により、2015年8月から創設以来の変更となる。
- 注2) 平成23年度に全国10カ所でモデル事業として実施され、24年度には105カ所に拡充。在宅医療の推進、医療と介護の連携に向けて、多職種連携の課題に対する解決策の抽出、在宅医療従事者の負担軽減、効率的な医療提供体制のための他職種連携、在宅医療に関する地域住民への普

及啓発、在宅医療に従事する人材育成の5つの課題に取り組む。

注3) 厚生労働省による2009年12月の前回集計約42万1千人に比べておおよそ10万人増の52万2千人が介護老人福祉施設入所待機者となっている。ただし、重複して申し込んでいる者、調査時に未集計の都道府県もあり若干の誤差はある。

8. 文 献

- 1) 朝日新聞社：朝日新聞記事朝刊「認知症高齢者462万人」、2013年6月1日
- 2) 飯島勝矢：超高齢化からみた将来予想図 高齢者を取り巻く環境, 理学療法学：41(3), 172, 2014.
- 3) 厚生労働省：「認知症高齢者数について」(報道発表資料) 2012. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1-att/2r9852000002iavi.pdf>
- 4) 中川秀空：介護保険制度改革をめぐる論点, 国立国会図書館レファレンス2：8, 2014.
- 5) トム・キットウッド：認知症のパーソンセンタードケア 新しいケアの文化へ, 東京：筒井書房, 2005
- 6) 亀井智子他：在宅認知症高齢者に関する学際的チームアプローチの質評価枠組みの開発 文献研究と専門職インタビュー調査から：聖路加看護学会誌10(1), 24, 2006.
- 7) 小林月子：認知症ケアと地域社会, 岐阜大学教育学部研究報告, 人文科学58(2), 34, 2010.
- 8) 井上由起子：地域包括ケアシステムにおける高齢者の住まいの考え方, 保健医療科学, 61(2), 120, 2012.
- 9) 厚生労働省：「2015年の高齢者介護」<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html>
- 10) 厚生労働省：「高齢者介護に関する世論調査」(内閣府大臣官房政府広報室 平成15年7月) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/10/s1027-6d2.html>
- 11) 厚生労働省：平成20年度地域包括ケア研究会報告書：<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku>
- 12) 西村周三監修：地域包括ケアシステム ―「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして, 東京：慶応義塾大学出版会, 2013