

平成 27 年度 高知県立大学大学院 博士論文

中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構造とその関連要因

The structure and its related factors of medical and social welfare needs of older residents in hilly and mountainous areas who require long-term care

人間生活学研究科
博士後期課程

11G205

鈴木 裕介

指導教員 杉原 俊二 教授

論文要旨

中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構造とその関連要因

鈴木 裕介

近年、在宅医療を促進する保健医療政策により、慢性疾患を抱えて在宅生活を送る高齢者が増加したことを背景として、疾患を抱えながら地域で暮らす高齢者に対する支援が重要となった。なかでも、中山間地域は、「人の空洞化、土地の空洞化、むらの空洞化」が進んでおり、早急に支援システムの構築が求められる。しかし、中山間地域の医療福祉ニーズの研究はわずかに散見されるのみであり、十分に明らかになっているとは言い難い。そこで本研究の目的は、中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構造を明らかにして、その関連要因について検討することとした。

最初に、中山間地域で暮らす要介護高齢者 12 名に面接調査を実施した。分析の結果、【医療費負担に関連する困りごと】、【受診・受療に関連する困りごと】、【役割変化に関連する困りごと】、【住環境に関連する困りごと】、【社会資源に関連する困りごと】の 5 つのカテゴリーを抽出した。次に、中山間地域にて地域を基盤に支援を行っている専門職 12 名に面接調査を実施した。分析の結果、【医療費負担に関連する困りごと】、【受診・受療に関連する困りごと】、【役割変化に関連する困りごと】、【住環境に関連する困りごと】、【情報理解に関連する困りごと】、【社会資源に関連する困りごと】の 6 つのカテゴリーを抽出した。

高齢者及び支援専門職 24 名のインタビュー分析結果から質問票を作成し、高知県の中山間地域で暮らす要介護高齢者に対して、この質問票を用いた個別面接調査を行い、196 名から回答を得た。「性別」は男性 37 名、女性 156 名であった。「年齢」は平均 82.1 歳であり、「70 歳代」が 28 名、「80 歳代」が 95 名、「90 歳代」が 57 名、「100 歳代」が 5 名であった。因子分析（プロマックス回転を伴う主因子法）の結果、中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの因子として「役割変化に関する困りごと」「住環境に関する困りごと」「療養生活費に関する困りごと」「情報アクセスに関する困りごと」「社会資源量の不足に関する困りごと」の 5 因子が抽出された。また、ニーズ間の相関性の程度も明らかになり、支援をする際どのニーズと一緒に支援すると、より効果的なのかについて示唆を得ることができた。以上の結果から、これら 5 つの因子を相互に関連する一連のニーズとして捉えて包括的に支援する必要性があることが示唆された。最後に、「中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ」を独立変数、生活満足度尺度 K を従属変数として重回帰分析を行った。その結果、「役割変化に関する困りごと」、「住環境に関する困りごと」、「療養生活費に関する困りごと」が生活満足度と関連を示した。この結果から、どの因子が生活満足度に影響を及ぼすのか可視化できたことにより、ニーズにそった支援をすることで生活満足度が向上する可能性について実証的に明らかにした。

Abstract

The structure and its related factors of medical and social welfare needs of older residents in hilly and mountainous areas who require long-term care

Yusuke Suzuki

Given the recent increases in the number of older with chronic illnesses living at home resulting from healthcare policies for promoting homecare, support for older with illnesses living in the community has become increasingly important. In particular, hilly and mountainous areas have seen the progressive “emptying of people, the land, and the local community”, and urgently require establishment of support systems. However, few studies exist on medical and social welfare needs in hilly and mountainous areas, and these needs have not been sufficiently elucidated. Therefore, the present study aimed to elucidate the structure of medical and social welfare needs of older requiring care who resident in hilly and mountainous areas, and to investigate related factors.

First, An interview survey was conducted with 12 older residents in hilly and mountainous areas. Based on the analysis, five categories were identified: “*Problems related to medical expense burden*”; “*Problems related to receiving examinations and treatment*”; “*Problems related to role changes*”; “*Problems related to living environment*”; and “*Problems related to social resources*”. Next, an interview survey was conducted with 12 specialists providing community-based support in hilly and mountainous areas. Based on the analysis, Six categories were identified: “*Problems related to medical expense burden*”; “*Problems related to receiving examinations and treatment*”; “*Problems related to role changes*”; “*Problems related to living environment*”; “*Problems related to understanding information*”; and “*Problems related to social resources*”.

A questionnaire was created based on the results of analysis of interviews conducted on 24 older and support professionals, an individual interview survey using this questionnaire was conducted on older requiring care who resident in the hilly and mountainous areas of Kochi Prefecture, and responses were obtained from 196 individuals. Subjects included 37 men and 156 women, and had a mean age of 82.1 years with 28 individuals in their 70s, 95 in their 80s, 57 in their 90s, and five in their 100s. Based on the results of factor analysis (principal factor method with promax rotation), the following five factors were identified as the medical and social welfare

needs of elderly older requiring care who resident in hilly and mountainous areas: *“problems related to changes in roles”*; *“problems related to living environment”*; *“problems related to costs of recuperation”*; *“problems related to information access”*; and “problems related to lack of social resources”. The degree of correlation between needs was also clarified, and suggestions were obtained regarding the combinations of needs for which support becomes more effective when provided together. The above results indicate a need to provide comprehensive support that considers the above five factors as a series of interrelated needs. Finally, multiple regression analysis was performed using “medical and social welfare needs of older requiring care who resident in hilly and mountainous areas” as the independent variable and the life satisfaction scale K as the dependent variable. The results showed that *“problems related to changes in roles”*; *“problems related to living environment”*; and *“problems related to costs of recuperation”* were related to life satisfaction. Identification of factors that affect life satisfaction provides an empirical basis for support which may lead to enhancement of quality of life.

はじめに	1
------	---

第1節 研究の背景	1
第2節 研究の目的	2
第3節 研究の意義	2
第4節 本研究の構成	4
文献	4

第1章 高齢者の医療福祉ニーズに関する先行研究の検討	8
----------------------------	---

第1節 本章の目的	8
第2節 高齢者のニーズに関する研究動向	8
(1) 高齢者全般のニーズに関する研究動向	8
(2) 中山間地域や限界集落等に焦点を当てた高齢者のニーズに関する研究動向	9
第3節 医療福祉の概念整理	12
(1) 医療福祉の概念	12
(2) 制度・政策的視点から捉えた医療福祉	12
(3) 対人サービスから捉えた医療福祉	12
(4) 医療福祉の課題	13
第4節 ニーズの概念整理	14
(1) ニーズの概念	14
(2) ニーズ把握の困難性	15
(3) Bradshaw によるニーズの分類	16
第5節 小括	17
文献	17

第2章 中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構成要素—要介護高齢者に対するインタビュー調査に基づいて	21
----------------------------------------------------------	----

第1節 本章の目的	21
第2節 研究方法	21
(1) 調査協力者	21
(2) 調査方法	22
(3) 分析方法	22

第3節	倫理的配慮	22
第4節	結果	22
第5節	考察	30
	文献	33

第3章 中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構成要素—地域を基盤として支援を行っている福祉専門職に対するインタビュー調査に基づいて

第1節	本章の目的	35
第2節	研究方法	35
	(1) 調査協力者	35
	(2) 調査方法	36
	(3) 分析方法	36
第3節	倫理的配慮	36
第4節	結果	36
第5節	考察	49
	文献	51

第4章 中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構造

第1節	本章の目的	52
第2節	研究方法	52
	(1) 操作的定義	52
	(2) 調査項目案の作成	52
	(3) 調査協力者	57
	(4) 調査方法	57
	(5) 分析方法	57
第3節	倫理的配慮	57
第4節	結果	57
	(1) 基本属性	57
	(2) 「中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ」の基礎統計量	59
	(3) 「中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ」の因子構造	61
第5節	考察	63
	(1) 「中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ」の因子構造	63

(2) 因子間の相関関係	64
文献	64
 第5章 中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズと生活満足度の関係	 66
第1節 本章の目的	66
第2節 研究方法	66
(1) 調査協力者	66
(2) 調査方法	66
(3) 調査項目	66
(4) 分析方法	67
第3節 倫理的配慮	67
第4節 結果	67
第5節 考察	68
文献	69
 第6章 本研究のまとめ	 71
第1節 総合考察	71
(1) 要介護高齢者が感じるニーズと支援専門職が捉える困りごとの差	71
(2) インタビュー調査とアンケート調査の統合考察	72
第2節 本研究の独創性と新しい知見	74
第3節 提言	75
第4節 本研究の限界と今後の展望	77
文献	78
 文献リスト	 79

はじめに

第1節 研究の背景

わが国の疾病構造は、結核をはじめとする感染症から慢性疾患へ変化して久しい。この疾病構造の変化に伴い、平均寿命は延び、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2012年1月推計）」によると、2060年の老年（65歳以上）人口の割合は、39.9%と予想されており、高齢社会によっておこる様々な課題に対応することが求められている。

なかでも重要な課題の一つに、疾患を抱えながら地域で暮らす高齢者への支援が挙げられる。近年、在宅医療を促進する保健医療政策により、慢性疾患を抱えて在宅生活を送る高齢者が増加したことが背景にある。

厚生労働省老健局長の私的研究会が取りまとめた報告書「2015年の高齢者介護」は、『高齢者が尊厳をもって暮らすこと』を確保することが最も重要であり、高齢者が介護が必要となってもその人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とすること、すなわち『高齢者の尊厳を支えるケア』の実現」を課題として挙げている。高齢者の尊厳を支えるケアを実現するための具体的方策として地域包括ケアシステムの構築について提唱し、保健・医療・福祉の継続的・包括的支援の必要性について言及している。この報告書を踏まえ、厚生労働省より「在宅医療・介護あんしん2012」が発表され、地域包括ケアシステムのグランドデザインが示された。その内容は、①医療との連携強化、②介護サービスの充実強化、③予防の推進、④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護、⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備、が掲げられている。

一方、医療に関する法律や政策に目を向けると、医療費削減、適正化を主軸に置きながら、入院医療から在宅医療へ変化している。2005（平成17）年に政府・与党医療改革協議会において、「医療制度改革大綱」が取りまとめられた。基本方針は、①安心・信頼の医療の確保と予防の重視、②医療費適正化の総合的な推進、③超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現、となっており、「在宅医療・介護の連携強化」と「居宅系サービスの拡充」について言及している。その後、2006（平成18）年に「健康保険法等の一部を改正する法律」、「良質な医療を提供する体制を確保するための医療法等の一部を改正する法律」が成立し、医療制度改革が推進された。一連の医療改革における「医療費適正化の総合的推進としての平均在院日数短縮」と「医療機能の分化・連携の推進」により、在宅医療が推進された。同年の診療報酬改定では、在宅療養支援診療所が新設され、「24時間対応」や「介護支援専門員等との連携」が規定されている。

また、価値観の多様化に伴い、病気を持ちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。長崎ら（1998）の調査によると、在宅療養を希望している人は、24.3%に過ぎなかったが、2012（平成24）年の「在宅医療の体制構築に係る指針」によると、60%以上の国民が在宅療養を希望しており、在宅療養を可能とする条件としては、定期的な受診先の確保、介護サービスの供給、家族の協力、住居の改築、通院手段の確保等、が必要と考えている。調査デザインが異なるため、安易に比較することはできないが、国民意識が変化してきたことが推測できる。さらに在宅療養を安心して送るためには医療に係る様々な資源の充足が重要である。2005年の年間死亡

者数は 108 万であり、2042（平成 54）年には 166 万人に達すると推計されているが、医療機関は、89 万床と将来的にも現在と変わらない推計数であり、このような多死社会に対応するため、在宅療養を充実させる必要がある。

これまでみてきた政策動向からも疾患を抱えながら地域で暮らす高齢者への支援は重要な課題と位置付けられていることが理解できる。

なかでも、中山間地域は、「人の空洞化、土地の空洞化、地域社会の空洞化」（小田切 2009）が進んでおり、早急に支援システムの構築が求められる。人口減少率・高齢化率ともに全国 3 位で、県土の 84%が森林面積を占め、典型的な中山間地域が数多く存在する高知県では、生活及び健康に対する不安や医療機関へのアクセスの不便さなどを感じていることが報告されている（高知県産業振興推進部中山間地域対策課 2012）。

支援をする際、的確にニーズを捉え充足することが重要であるため、これまで、高齢者の福祉ニーズに関する研究は多く行われている。例えば、悩みごと、社会的孤立、生きがい等の生活課題に関する研究（浅野 1992；小澤 2013）、農村と都市部におけるニーズの比較に関する研究（高橋ら 2001；小松 2011）、高齢者の地域支援システムに関する研究（佐久川ら 2005；高橋ら 2006）、エンパワメント支援に焦点を当ててニーズを捉えた研究（渕田ら 2004）などがある。また、保健福祉サービスに関する研究として片倉ら（2002）は、グループインタビュー調査にて社会とのかかわり（家族、友人、近隣住民等）の阻害要因と、保健福祉サービスニーズを「社会システム」、「地域ケア領域」、「本人・家族領域」に分けて検討している。

中山間地域や限界集落に焦点を当てた研究は（栗田 2000；佐々木ら 2003；杉井 2005；金澤 2005；飯吉ら 2006；太湯ら 2006；小林ら 2008；限界集落における保健・医療・福祉（介護）の提供のあり方に関する検討委員会 2009；小磯 2009；松浦ら 2009；高野 2011；田中ら 2011a-c；田中ら 2012；堀川ら 2012）などがある。なかでも中山間地域の医療に関連した福祉ニーズの研究はわずかに散見されるのみである（栗田 2000；小磯 2009）。

中山間地域の医療に関連した福祉ニーズの先行研究を整理すると主に制度・政策の観点から訪問介護や訪問看護等の社会資源のあり方やサービス量に着目して、社会システムの整備について提言した研究といえる。しかし、疾患を抱えた高齢者を支援する際、サービスの充足のみでは不十分である。病気になることは、様々な不安やストレス反応が起きることや（岡堂 1998）、受療アクセス、情報アクセス等の医療システムについても充足する必要があること（瀬畠 2002）がこれまでの研究で明らかになっている。これらのニーズを複合的に捉え、実証的に検討することによって具体的な支援に繋がると考える。

第 2 節 研究の目的

本研究の目的は、中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構造を明らかにして、その関連要因について検討することである。

第 3 節 研究の意義

（1）医療福祉ニーズの指標開発

医療福祉ニーズを幅広く捉えて、有用なニーズ評価指標を提示することである。これまでの医療と福祉に関する研究は、サービス量に着目した内容が主なものであったが、その他にも着目する必要がある要因があることは、上述した先行研究でも明らかになっており、関連した研究として、病院内における病気に関連した不安認知尺度（森本ら 2001）や、保健福祉サービスの認知度に関する研究（小林ら 2000；当目ら 2000；大友 2012）、医療費と受診行動に関する研究（川添ら 2007；阿部 2011）がみられる。

これらの要因を複合的に捉え、実証的に検討することによって、今後さらに増加が予想される疾患を抱えながら地域で暮らす高齢者に対する具体的な支援に繋がると考える。支援者が、医療福祉ニーズの構成要素について十分な理解がない場合や、共通認識がない場合、サービス量の充足や支援者個人が気づいたニーズに対する支援に留まり、生活を包括的に捉えた支援を行うのは、難しいと考えられる。在宅療養は、様々な専門領域の支援が必要であり、従来の保健・医療・福祉といった領域ごとの支援では解決が困難な課題が山積していることや（高山 1998）、近年の地域包括ケアシステムにみられるように総合的支援が求められていることから、中山間地域で暮らす高齢者の医療に関連する福祉ニーズを捉える指標を提示することは重要と言えるだろう。

(2) フェルトニーズに着目した実証的研究の蓄積

ニーズを捉えるためには、支援者側から捉えたノーマティブニーズとフェルトニーズの双方に着目する必要がある（Bradshaw1972）。しかし、これまでの先行研究ではニーズの定義が曖昧なまま調査・分析されており、きちんとニーズの定義を行われたものはわずかに散見されるのみである（福井 2004；岡本ら 2005；松本 2007；永野 2009）。ノーマティブニーズとフェルトニーズは、ずれが生じることはいくつかの研究で明らかになっていることから（Farrell1991;岡本ら 2002；呉地ら 2008）、ニーズの定義は明確にすることが重要である。

社会福祉基礎構造改革や第 3 次医療法改正によりインフォームドコンセントが努力義務規定されたことから利用者主体のサービス提供体制が整備されつつあるといえる。しかし、医療や福祉の現場では専門職が主体となって治療や支援の計画立案・実施されてきた歴史的経緯があり、フェルトニーズに関する研究の蓄積は緒に就いたばかりである。真のニーズを捉えるためには、ノーマティブニーズ、フェルトニーズの双方から捉える必要があるが、利用者主体の観点から考えると最初にフェルトニーズを捉えることが適切であると考えられる。

(3) フェルトニーズを考慮した地域包括ケアシステムの構築

中山間地域で暮らす高齢者のフェルトニーズを基点とした地域包括ケアシステムのローカルモデルを構築するための基礎資料となることである。これまでみてきたように、わが国の保健医療政策は、在宅医療を推進し、その方策として各領域の連携・統合によって総合的に支援することを目的とした地域包括ケアシステムの構築が求められている。このシステムの構築が、疾病に罹患しても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを送ることができに貢献するだろう。「在宅医療・介護あんしん 2012」において、地域包括ケアシステムのグランドデザインは発表されたが、具体的な内容までは言及されておらず、「地域の

実情により柔軟に行うこととする」とあり、各自治体の裁量に委ねられているところが多い。地域包括ケアシステムに関する先駆的な取り組みの実践報告についてはいくつかみられるが（鷹野 2005；山口 2012）、同じ実践をどの地域でも行うことは難しく、人口、産業、社会サービスの整備状況、地理的条件など、人の生活に影響を及ぼす地域の実情と特性を踏まえた支援システムの構築が肝要となる。これまでの地域包括ケアシステムに係る実践分析研究や政策的な評価は、システム設計の観点からの論及にとどまっていることが多く、システムの対象者である高齢者の視点に立った検証は十分になされていない。地域にとって有用な地域包括ケアシステムを構築するためには、主体的な住民参画（右田 2005）の視点からも、生活の主体である高齢者が地域での暮らしにおいて自身によって明らかにされ、知覚されたニーズ（フェルトニーズ）を科学的根拠に基づき捉えて地域包括ケアシステムに組み込むことが重要である。

第 4 節 本研究の構成

本研究の目的を達成するため、第 1 章ではこれまでの研究動向の整理と使用する用語の整理を行い、本研究の研究目的を明確にする。第 2 章では、中山間地域で暮らす要介護高齢者に対するインタビュー調査を通して、中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構成要素を明らかにする。第 3 章では、中山間地域で暮らす要介護高齢者を支援する福祉専門職に対するインタビュー調査を通して、中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構成要素を明らかにする。第 4 章では、第 2 章と第 3 章で明らかにした結果に基づき量的調査を行い、中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構造を実証的に明らかにする。第 5 章では、第 4 章で明らかになった中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構造と生活満足度の関係性について考察する。第 6 章では、第 1 章から第 5 章までの研究成果の総括を行う。

文献

- 阿部彩（2011）「受診抑制の実態と公的医療保険の負担格差」『月刊保団連』1056, 11-16.
- 浅野仁（1992）『高齢者福祉の実証的研究』川島書店.
- Farrell, G.A. (1991) How Accurately Do Nurses Perceive Patient's Needs? : A Comparison of General and Psychiatric Settings, *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1062-1070.
- 淵田英津子・安梅勅江（2004）「保健福祉サービスにおけるエンパワメント環境の整備に関する研究—訪問面接とグループインタビューによる当事者主体のニーズ把握」『日本保健福祉学会誌』10(2), 31-40.
- 太湯好子・岡田ゆみ・神宝貴子・ほか（2006）「中山間地域における高齢者の健康寿命を支える地域保健福祉の基盤づくりに関する研究」『川崎医療福祉学会誌』115(2), 423-431.
- 福井貞亮（2004）「要援護在宅高齢者の感じるニーズ—生活における困りごとを構成する尺度の構成内容」『生活科学研究誌』3, 193-2004.
- 限界集落における保健・医療・福祉(介護)の提供のあり方に関する検討委員会（2009）『限界集落における保健・医療・福祉(介護)提供体制に関する実態調査研究事業調査結果概要

- (事業サマリ)』社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会.
- 堀川涼子・小坂田稔 (2012)「高齢化が進む中山間地域におけるまちづくり(第1報)—地域と大学が協働で行ったニーズ調査の結果について」『美作大学・美作大学短期大学部紀要』57, 43-54.
- 飯吉令枝・平澤則子・斎藤智子・ほか (2006)「豪雪地における高齢者の生活構造の変化とソーシャル・サポート・システムの評価」『看護研究交流センター年報』17, 1-5.
- 金澤誠一 (2005)「中山間地域で生活する在宅高齢者の生活の条件」『佛教大学総合研究所紀要』1, 19-39.
- 片倉直子・佐藤泉・西田麻子・ほか (2002)「高齢者の身近な社会とのかかわりへの保健福祉サービスニーズに関する研究」『日本保健福祉学会誌』8(2), 41-49.
- 川添希・馬場園明 (2007)「健康保険組合被保険者の医療受診における所得効果」『厚生指標』54(6), 14-19.
- 小林江里香・杉澤秀博・深谷太郎・ほか (2000)「高齢者の保健福祉サービスの認知への社会的ネットワークの役割—手段的日常生活動作能力による差異の検討」『老年社会科学』22(3), 357-366.
- 小林恵子・平澤則子・飯吉令枝・ほか (2008)「農村地域に暮らす高齢者の生活ニーズとソーシャル・サポートの検討—サービス提供者のフォーカス・グループ・インタビューから」『保健師ジャーナル』64(3), 258-263.
- 高知県産業振興推進部中山間地域対策課 (2012)『平成23年度高知県集落調査』.
- 小磯明 (2009)『地域と高齢者の医療福祉』御茶の水書房.
- 国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口 (2012年1月推計)』.
- 小松理佐子 (2011)「地域生活支援のニーズと充足方法」『日本福祉大学社会福祉論集』124, 39-54.
- 高齢者介護研究会 (2003)『2015年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて』.
- 厚生労働省 (2012)『在宅医療・介護あんしん2012』.
- 呉地祥友里・大湾明美・大川嶺子・ほか (2008)「高齢者ニーズの捉え方—住民主体と利用者本位の『ずれ』」『沖縄県立看護大学紀要』9, 67-71.
- 栗田明良 (2000)『中山間地域の高齢者福祉—「農村型」システムの再構築をめぐる』(財)労働科学研究所出版.
- 松本啓子 (2007)「在宅認知症高齢者の家族介護者における医療ニーズ測定尺度の開発」『老年看護学』12(1), 63-71.
- 松浦尊磨・間瀬教史・鈴木順一 (2009)「集落機能が低下した農村地域高齢者の抑うつ及び将来不安要因とケア・ニーズ」『甲南女子大学研究紀要看護学・リハビリテーション学編』3, 51-58.
- 森本美智子・高井研一・中嶋和夫 (2001)「病気に関連した不安認知尺度の開発」『岡山県立大学保健福祉学部紀要』8, 11-19.
- 永野典詞 (2009)「身体障害者療護施設の利用者と施設職員における主観的ニーズ認識比較に関する実証研究—質問紙調査による両者の主観的ニーズ認識の「差異」を中心に」『人間関係学研究』16(1), 25-34.

- 長崎雅子・若林由香・吉川洋子・ほか（1998）「在宅療養に関連する要因の分析」『島根県立看護短期大学紀要』3, 9-13.
- 小田切徳美（2009）『農山村再生 ―「限界集落」問題を越えて』岩波書店.
- 岡堂哲雄（1998）『病気と人間行動』中央法規.
- 岡本秀明・岡田進一（2002）「施設入所高齢者と施設職員との間の主観的ニーズに関する認識の違い」『日本公衆衛生雑誌』49(9), 911-921.
- 岡本秀明・岡田進一・白澤政和（2005）「農村部における高齢者の社会活動と生活満足度との関連―社会活動に対する参加意向に着目して」『社会福祉学』46(1), 63-73.
- 大友達也（2012）広島県におけるヘルスリテラシーの現状と課題―都市部とへき地の住民調査』『医療福祉研究』6, 31-48.
- 小澤薫（2013）「孤立する高齢者のニーズと地域福祉の課題：ひとり暮らし高齢者の実態調査結果から」『人間生活学研究』4, 61-69.
- 佐久川政吉・大湾明美・大川嶺子・ほか（2005）「沖縄県離島のモデル地域における地域ケアシステム構築に関するアクションリサーチ―住民主体の移送サービスの形成プロセス」『沖縄県立看護大学紀要』6, 58-63.
- 佐々木美佐子・小林恵子・平澤則子・ほか（2003）「山間豪雪地における高齢者の生活構造とソーシャル・サポート・ニーズに関する研究」『看護研究交流センター事業活動・研究報告書』14, 9-16.
- 瀬畠克之・杉澤廉晴・フェターズ マイク D・ほか（2002）「個人面接による地域高齢者の医療に対するニーズの調査」『日本公衆衛生雑誌』49(8), 739-748.
- 杉井たつ子（2005）「中山間地域における福祉サービス供給の課題―福祉サービス供給組織の整備」『介護福祉学』12(1), 158-162.
- 高橋和子・太田喜久子（2001）「都市部と農村部における高齢者の地域ケアシステムに関するニーズとその傾向」『老年看護学』6(1), 50-57.
- 高橋信幸・浜崎裕子・花城暢一・ほか（2006）「離島・過疎地域におけるケアリング・コミュニティ形成に関する研究(その1)―長崎県西海市崎戸地区におけるインフォーマルサポートの活性化に向けて」『長崎国際大学論叢』6, 143-152.
- 鷹野和美（2005）『地域医療福祉システムの構築』中央法規.
- 高野和良（2011）「過疎高齢社会における地域集団の現状と課題」『福祉社会学研究』8, 12-24.
- 高山忠雄（1998）「はしがき」高山忠雄編『保健福祉学』川島書店, 3-4.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか（2010）「限界集落における高齢者の生活実態と孤立問題」『高知女子大学紀要 社会福祉学部編』59, 139-153.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか（2011a）「限界集落における孤立高齢者への生活支援(上)」『高知論叢 社会科学』100, 117-152.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか（2011b）「限界集落における孤立高齢者への生活支援(中)」『高知論叢 社会科学』101, 61-106.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか（2011c）「限界集落における孤立高齢者への生活支援(下)」『高知論叢 社会科学』102, 97-132.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか（2012）「限界集落における孤立高齢者への生活

支援(完)(青木宏治教授定年退職記念号)』『高知論叢 社会科学』103, 69-122.

当日雅代・上野範子・西田直子・ほか(2000)「外来患者の保健福祉サービスに対する認知度とその関連要因—大学病院における調査から」『日本公衆衛生雑誌』47(5), 445-455.

右田紀久恵(2005)『自治型地域福祉の理論』ミネルヴァ書房.

山口昇(2012)「地域包括ケアのスタートと展開」高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社, 12-37.

第1章 高齢者の医療福祉ニーズに関する先行研究の検討

第1節 本章の目的

本章の目的は、中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズについて研究するにあたり、これまでの高齢者に関するニーズ研究について先行研究を概観する。特に中山間地域ではどのような調査が行われてきたのかについて焦点を当てて検討する。また、「医療福祉」、「ニーズ」に関する概念整理を行い、用語の使用について整理する。

第2節 高齢者のニーズに関する研究動向

(1) 高齢者全般のニーズに関する研究動向

これまで多くの研究者により、高齢者のニーズに関する研究が行われて、多様なニーズの種類や構成要素、またニーズに対する支援方法や課題について議論されてきた。例えば、悩みごと、社会的孤立、生きがい等の生活課題に関する研究がある(浅野 1992;小澤 2013)。

浅野(1992)は、社会福祉が主に対応する高齢者の生活課題の概観とその影響要因を分析することを目的に、量的研究を行っている。主な質問項目は、①ADL、②経済状況、③悩みごとであり、悩みごとのなかで最も多かった回答は、「健康がすぐれないこと」となっている。また、その関連要因分析を多変量解析より行い、介護者の「介護の困難の程度」、「介護者の健康」等が影響していることを明らかにして、福祉サービスの拡充の必要性について言及している。その他、浅野は、社会的孤立や生きがいについて量的研究を行っている。小澤(2013)は、ひとり暮らしの高齢者を対象に孤立を中心とした困りごとに関する実態調査を行い、その結果、「買い物する場所の不足」、「防災対策」、「防犯」が主な困りごとであることを明らかにしている。また、医療や健康に関する項目については特に言及していない。

次に、農村と都市部におけるニーズの比較に関する研究は高橋ら(2001)や小松(2011)がある。高橋ら(2001)は、高齢者地域ケアシステムに対する要望について都市部と農村の比較検討をすることを目的に、量的研究を行っている。その結果、両地域とも「システムの充実・増加」や「経済的援助」の要望が多く、その内容は、「施設の増加」、「介護ヘルパーの増員」、「医療費の軽減」、「通院費の補助」となっている。地域差については、都市部では住民同士のつながりの強化、農村では、気兼ねなく利用できる公的サービスの充足の必要性について言及している。小松(2011)は、都市部と過疎部の2地区で住民を対象に懇談会を行い、地域生活におけるニーズを、「日常生活の基盤」、「日常生活のニーズ」、「生活困難への対応」と整理している。医療と健康については、「日常生活のニーズ」に位置づいており、過疎部では、医療機関不足、都市部では、安心して受診できる病院の不足、送迎サービス・往診サービスの不足を問題として捉えている。また、健康面では、健康維持目的として禁煙や運動の推奨が意見として挙がっており、ニーズというより希望という意味に近いと指摘している。

保健福祉サービスに関する研究は、片倉ら(2002)や湊田(2004)がある。片倉ら(2002)は、保健福祉サービスニーズを明らかにすることを目的にグループインタビュー調査を行

い、「社会システム領域」、「地域ケア領域」、「本人・家族領域」に分けてニーズを分析している。その結果、「社会システム領域」では、「高齢者の役割遂行と健康に関する知識の普及」、「本人・家族領域」では、「高齢者のかかわりと健康に関する知識の普及」、「簡便な相談窓口の設置」の必要性を明らかにしている。

涸田ら（2004）は、在宅高齢者が健康で生きがいをもつ生活条件をニーズに基づき明らかにし、保健福祉サービスにおけるエンパワメント環境整備のあり方について、個別訪問調査とグループインタビューを行っている。その結果、「個の条件」、「相互の条件」、「地域システムの条件」の3領域を抽出し、保健医療サービスについて、「相談の場の充実」、「巡回バスの充実」、「サービス選択肢の増量」、「健康教室」の必要性を明らかにしている。

（2）中山間地域や限界集落等に焦点を当てた高齢者のニーズに関する研究動向

中山間地域や限界集落に焦点を当てた研究は（栗田 2000；佐久間ら 2000；佐々木ら 2003；佐々木ら 2004；杉井 2005；飯吉ら 2006；宮田ら 2007；小林ら 2008；限界集落における保健・医療・福祉(介護)の提供のあり方に関する検討委員会 2009；小磯 2009；松浦ら 2009；高野 2011；田中ら 2010；田中ら 2011a-c；田中ら 2012；堀川ら 2012）などがある。また、社会資源量が限られている点や、交通状況によって、発生するニーズが中山間地域に近いことから離島におけるニーズ調査についても検討する。

離島で暮らす高齢者の地域支援システムに関する研究は、（佐久川ら 2005；大湾ら 2005；高橋ら 2006）がある。佐久川ら（2005）は、老人クラブの会長やその他専門職にてワーキンググループを作り、沖縄離島の交通に関するニーズを明らかにしている。その結果、移送サービスを創設し、地域ケアシステムの一部として位置づけている。

大湾ら（2005）は、公助、互助・自助の視点から、地域ケアシステム構築にむけての課題を明らかにすることを目的に「沖縄振興開発特別措置法」に規定される27島24市町村を対象に量的調査を行っている。主な質問項目は、①介護保険サービスの供給体制、②介護予防・生活支援事業の供給体制、③保健・医療・福祉の基盤整備状況である。その結果、離島であっても画一的な地域ケアシステムを構築することは難しく、「公助」、「自助」を基本としながら地域特性を反映した「互助」を重視する必要性について言及している。

高橋ら（2006）は、住民が安心して暮らし続けることのできるケアリング・コミュニティ形成の要因を明らかにすることを目的に量的調査とインタビュー調査を行っている。主な質問内容は、①家族構成および家族関係、②近所との付き合い、③生活の継続と地域資源、④日常生活圏域についてである。医療については、地元の医院の懸命な努力により地域医療がなりなっているが、診療科が不足していること、交通費の負担、通院時間の負担が大きいことを明らかにしている。

中山間地域や限界集落に焦点を当てた研究として佐々木ら（2003）は、豪雪地域と小雪地域における高齢者の健康と生活構造及びソーシャル・サポート・ニーズについて明らかにして、ソーシャル・サポートのあり方を検討することを目的に、新潟県東頸城郡安塚町と新潟県西蒲原郡味方村にて量的調査を行っている。主な質問項目は、①受療状況、②老研式活動能力指標、③生活構造、④ソーシャル・サポート・ニーズ、⑤SF-36となっている。その結果、生活構造のなかに、「病院・医院への受診」に対するニーズがあり、具体的には、「送迎」、「付き添い」、「往診」、「医療費援助」、「病院の案内」、「受診日数の調整」、「歩道

の整備」であった。これに対して、現在利用しているサービスは、「家族による送迎」、「知人・親戚による送迎」、「タクシー利用」、「診療所の送迎車」、「家族による付き添い」、「往診」となっている。また、9割程度が経済的に困っていないと報告している。また、佐々木ら（2003）の第二報である佐々木ら（2004）の研究では、豪雪地域である新潟県東頸城郡安塚町の冬季と夏季では、ソーシャル・サポート・ニーズの差がほとんどないことを明らかにし、高齢者のソーシャル・サポート・システム構築には、「高齢者の意識改革とニーズ把握」、「ボランティアの周知と運営」、「高齢者のSOSを早期に見つけて助ける仕組みづくり」等が必要であるとしている。さらに飯吉ら（2006）は、同地域で縦断調査を行い、ソーシャル・サポート・システムの理解が深まり、利用が促進されていることを報告している。

杉井（2005）は、介護サービスの選択肢が限定されており、自分にあった適切な介護サービスを選択する権利が保障されていない現状について文献検討を行い、①中山間地域の地縁ネットワークを活用した地域の福祉を目的とする非営利組織および農協・生協など組合員による共同組織の参入の促進と安定した運営を支援すること、②地域に密着した地域型社会福祉施設の運営を図ることが必要と提言している。

宮田ら（2007）は、高齢者の終末段階の生活やその看取りについて、高齢者が利用した医療福祉サービスの実態からその課題と生活支援のあり方を検討することを目的に看取りを終えた家族に対してインタビュー調査を行っている。その結果、ほとんどの家族が医療サービス、介護職、ケアマネジャーに対して多大な信頼を寄せており、医師による病状説明や死の準備教育もきちんと行われていたと報告している。しかし、一方で三次病院から一次病院への連携が不十分な事例もみられて、悲嘆ケアが不足していたことも報告している。また、地域における生活支援として、家族の看取りへの実体的サポートと共に、近隣や友人からの情緒的サポートや評価的情緒的サポートも強く求められていることについて言及し、「共助」について強調している。

小林ら（2008）は、高齢者が自立した生活を維持するため、ニーズとソーシャル・サポートのあり方を把握し検討することを目的に社会福祉協議会職員や医師等の専門職にグループインタビューを行っている。その結果、「人との交流・社会参加」、「健康な生活への取り組み」、「日常生活の営みのサポート」、「急変時のサポート」の4領域を抽出し、「健康な生活への取り組み」は、「保健師の健康相談会の場」、「認知症の予防や健康への関心」に対するニーズがあるとしている。

松浦ら（2009）は、ケア・ニーズを探る目的で、高齢者が集落人口の53%（平成19年調査）を占める集落機能が低下している地域を対象に量的調査を行っている。主な質問項目は、①現在の健康感、②日常生活動作、③入院・通院歴、④老研式活動能力指標、⑤抑うつ気分、⑥将来不安、⑦介護保険受給状況となっている。その結果、健康や将来不安と抑うつ気分は、ほとんどの項目で関連していることを明らかにしている。

限界集落における保健・医療・福祉(介護)の提供のあり方に関する検討委員会（2009）は、限界集落における住民生活の質的向上に資する保健・医療・福祉提供体制の改善策立案の基礎資料の作成を目的に、国保直営診療施設が選定した住民を対象に量的調査を行っている。質問項目は、①社会関係資本、②SF36となっている。その結果SF36は、日本人の国民標準値との比較において、限界集落住民の心身の健康状態は他地域と同等に保たれてい

ること、地域の活動に自主的に参加している住民の主観的健康感が高いことについて明らかにしている。

高野（2011）は、1996 年と 2007 年に大分県日田市中津江村地区の住民（1996 年は 18 歳以上、2007 年は 20 歳以上）を対象とした量的調査の比較研究を行っている。調査項目は、地域の生活環境全般についてであり、医療や福祉については、「社会福祉が整っている」、「病院や医療が整って安心」の項目がある。1996 年と 2007 年を比較すると、「社会福祉が整っている」は 63.4%から 41.3%へ低下、「病院や医療が整って安心」は 36%から 40.5%へ上昇している。

田中ら（2010；2011a-c；2012）による一連の研究では、「限界集落」や「限界自治体」である高知県長岡郡大豊町、高知県吾川郡仁淀川町、長野県下伊那郡阿智村、高知県香美市物部町、中土佐町大野見地区、高知県安芸郡北川村、高知県土佐郡土佐町を対象とする、高齢者などの地域住民が抱える生活課題を総合的に明らかにして支援のあり方を提示することを目的とする支援者、地域住民を対象としたインタビュー調査を行っている。主なインタビュー項目は、介護・保健福祉・医療ニーズ、家族との関係、仕事と収入、住居、近所づきあい、移動・交通、生きがい・趣味、地域福祉活動、地域生活の継続である。その結果、高齢者は高血圧や心臓病など多くの病気を抱えて生活をしており、日ごろから健康について心配している。また、介護保険事業の経営困難・人材不足は深刻な状況であるとしている。専門職の支援は、見守り活動を行っているが、隣近所が離れている場合は安否確認が難しく、耳が遠い人は電話をかけにくい、緊急通報装置の協力者が高齢化しているという問題が発生しているため、小地域ネットワークの開催等による解決策の検討をすることが必要であるとしている。今後の地域福祉システムのあり方について、「個別支援」と「地域づくり」の複眼思考で地域福祉を形成することを基本視座としつつ、「点」としての見守り型活動、「円」としての居場所づくり、「面」としての計画型活動を住民主体で発展的に展開する方向について提言している。

堀川ら（2012）は、年代を超えてすべての住民が住み慣れた地域で安心して暮らし続けていくことができる取り組みを考えることを目的に岡山県津山市加茂物見地区の 18 歳以上の住民に対して、他記式・質問紙法による調査を行っている。主な質問項目は、①65 歳以上の者の家族構成、②65 歳以上の者の健康状態と外出・移動の状況、③日常生活の困りごと、④雪が生活に及ぼす影響、⑤今後、日常生活のなかで不安に思うこと、等である。日常生活での困りごとは、「雪かき」が多く、「通院」、「介護」を挙げているのはわずかである。これは、65 歳以上の住民の 90%が日常生活は自立している状態であることが影響していると考えられる。しかし、今後、日常生活で不安に思うことでは、多くの回答者が「病気や介護状態になること」、「病気の悪化や要介護状態が進行すること」を挙げている。

なかでも中山間地域の医療に関連した福祉ニーズの研究はわずかに散見されるのみである（栗田 2000；佐久間ら 2000；小磯 2009）。栗田（2000）は、中山間地域らしい高齢者福祉のあり方を模索することを目的に山口県油谷町、秋田県大森町、高知県吾川郡池川町を対象として①中山間地域の立地条件、②高齢者医療・福祉のサービス供給基盤と提供体制、③ホームヘルパーの活動スタイルに着目したケーススタディの分析を行っている。これらの内容を複合的に分析した結果から、中山間地域の高齢者の自立支援をするためには、立地条件的に恵まれている都市・周辺部よりも手厚い社会的な支援体制が講じられて然る

べきであり、そうした対応こそが「社会福祉」と呼ぶにふさわしい政策であると述べている。

小磯（2009）は、中山間地域で高齢者が自立して在宅生活をおくるための条件や高齢者の環境をとりまく構成要素を明らかにすることを目的に地域政策的視点から高齢者や家族を対象としたインタビュー調査を行っている。主なインタビュー項目は、高齢者本人の ADL、居住に関する事柄、介護状況、社会資源の利用状況等の内容、である。その結果、介護保険サービスの不足、家族介護に頼らなければ在宅での高齢者の介護が成り立たない現状、また低所得者は介護サービス利用抑制にある傾向があること、について明らかにして、中山間地域独自の地域ケア計画の整備と社会資源の適切な資源配分について言及している。

第 3 節 医療福祉の概念整理

(1) 医療福祉の概念

医療福祉の定義について様々な議論がなされてきたが、明確な定義は存在しない（奥田 1990；高橋 2003；児島 2007；大田 2007；西 2011；川村ら 2011）。岡本によると、医療福祉は「①医療の論理から社会福祉をとらえる立場、②社会福祉の立場から医療をとらえる立場、③両者の関連性を基軸にしてとらえる立場」（岡本 1997：33）の 3 つの立場からのアプローチが可能であると述べている。社会福祉の立場から医療をとらえる立場をめぐる議論の内容を整理すると主に制度・政策的な視点と、対人サービスに大別できる。

(2) 制度・政策的視点から捉えた医療福祉

児島は医療福祉について広義と狭義で捉えることができるとし、広義には「保健・医療サービス（政策・実践）と社会保険・社会に関連する諸政策を含む広範なサービス（政策・実践）」（児島 2007：8）としている。また、小田や川村らも広義と狭義についてわけて述べており、広義については制度・政策として捉えている（小田 1997；川村ら 2011）。

田中は、医療福祉の中核的問題を「生活問題」であり、ミクロ・メゾ・マクロの 3 範囲の局面で捉えることができるとし、マクロについて「生活問題は社会問題の現実的表れととらえ、社会問題を対象として制度・政策を中心にマクロの局面から「健康」に接近する方法」（田中 2011：14）としている。

その他、広義、狭義と分けないで、制度・政策的視点から医療福祉について言及している太田は、『医療福祉』の理念・目標・目的を『健康で安心できる生活の保障』とし、それを実現する主要な手段として『社会保障制度』を位置づけることができる」としている。

(3) 対人サービスから捉えた医療福祉

児島は医療福祉について、狭義には「各保健・医療機関等において患者・家族の経済的、社会的、心理的悩みを充足させるために医療ソーシャルワーカーなどが行う対人サービス」（児島 2007：8）としている。また、川村らも児島と同様に「患者とその家族が抱える、さまざまな生活障害を解決するための医療ソーシャルワーク（医療福祉援助）」（川村・室田 2011：2）と、医療ソーシャルワークを狭義の医療福祉に位置付けている。小田は、医療ソーシャルワークに限定していないが、「対人サービスを内容とするソフト面」（小田 1997：

20) としている。また、田中はミクロの局面から「健康にかかわる生活問題を抱えた対象者そのものに対してかかわる接近方法」(田中 2011 : 14) としている。

(4) 医療福祉の課題

次に、具体的に医療福祉の課題には、どのようなものがあるかについて整理をする。これらを整理する際に、高齢者が抱える医療福祉の課題に絞ると、その数が非常に少なくなってしまうことを考慮して、医療福祉の課題について幅広く概観する。

高山は、老齢期の医療福祉の課題は高齢者の健康維持、増進、QOL 向上を目標として、①生活習慣病対策、②経済的蓄え、③仕事・社会から段階的にひくことへの対策、④知的刺激を促す環境作り、⑤生きる意味の保持、⑥高齢者に対する誤解の修正、⑦感覚器官への衰えの対応、⑧ソーシャルサポートの 8 つに整理している (高山 2011 : 65-7)。

宮田は、地域社会における医療福祉の課題について言及しており、小児から高齢者まで多様な課題を整理している。なかでも高齢者については、①虚弱な高齢者、認知症高齢者の支援と虐待防止、②難病や特定疾患患者の療養生活の保障、③在宅ターミナルケア、④老老介護における共倒れ、⑤独居高齢者や単身者の孤独死の 5 つに整理している (宮田 2011 : 156-7)。

児島は、医療ソーシャルワークが対応すべき課題として、①インフォームドコンセント、②退院援助計画、③喪失、④ターミナルケア・尊厳死の 4 つに整理している (児島 2007 : 1-13)。

徳富は、医療福祉の課題と、高齢者福祉の課題を分けて整理しており、医療福祉の課題は、医療費の自己負担増加と退院問題を中心として、①経済的問題、②長期療養に伴う医療と介護サービスの一体的提供、③失業、家族の喪失など生活基盤の喪失、④役割変化の 4 つに整理している (徳富 2007 : 122-3)。なかでも経済的問題は医療福祉の核的問題であるとしている (徳富 2007 : 122)。高齢者福祉の課題は、①身体介護、②医療・機能訓練、③孤独感、④不安感、⑤家族支援、⑥自己決定、⑦認知症の 7 つに整理している (徳富 2007 : 138-42)。

竹内は、医療からみた高齢者の特徴として①有病率が高い、②慢性疾患が多い、③心身の活動能力の喪失を挙げ、また、円滑な在宅生活のためには、①健康、②ADL 自立、③介助者の介護負担の軽減、④家事が適切に行われる、⑤経済的良好、⑥家族関係良好⑦孤立しないこと、⑧ストレスの軽減が必要であるとしている (竹内 1999 : 145-61)。

川村らは、医療福祉の今日的な問題として、①検査漬け・薬漬け医療、②差額ベッド、③無医村地区、④生命倫理 (人権尊重)、⑤自己決定権 (インフォームドコンセント) ⑥セカンドオピニオン、⑦医療情報の開示の 7 つに整理している (川村ら 2011 : 86-7)。また、援助が必要な高齢者像について①介護負担、②孤独、閉じこもり生活、③低所得に整理している (川村ら 2011 : 2-32)。

奥田は、医療福祉の課題は、疾病構造の変化、社会構造の変化、人口構造の変化に伴い、①診療供給体制整備の問題 (へき地医療対策、救急医療体制、医療従事者確保)、②疾病対策上の課題 (難治性の疾患、職業病、公害病、アルコール依存症、心身症)、③患者のケアにおける新たな局面 (老人・慢性疾患患者の在宅療養、重度の生活障害を抱える患者の増加、終末ケア) に整理している (奥田 1986 : 209-10)。また、ソーシャルワーカーの対応

すべき点として、①患者の身体・心理・社会的立場を理解し、不安軽減し、また、社会生活上の障害を軽減する、②チーム医療の遂行、③医療体制の整備・改善、④一般市民にむけた啓蒙活動としている（奥田 1986：210）。

伊藤は、医療における社会福祉実践の課題として、①医療者と患者の「治療」に対する認識の差異、②医療保障制度の枠外におかれた人々の問題、③患者としての権利保障（権利擁護、被害救済、インフォームドコンセント）の3つに整理している（伊藤 2007:154-66）。

窪田は、ソーシャルワーカーの援助の視点から患者・家族の生活問題の捉え方や援助の視点について包括的に述べている（窪田 1981：222-55）。傷病の要因としての生活問題として、①収入、②住居、③労働および教育、④家族関係、⑤生活習慣、⑥地域環境および地域生活、⑦医療の状況の7つに整理している。また、療養に伴う問題として、①医療費とその負担からくる諸問題、②身体的拘束、行動制限などと、それに伴う問題、③労働・教育・家庭生活などにおける役割の遂行をめぐる諸困難、④家庭生活への影響および二次的問題の発生、⑤潜在的あるいは慢性的な問題状況の顕在化、悪化の5つに整理している。さらに、疾病・障害に伴う生活設計の再構成をめぐる困難性について、①新しい家族関係②新しい労働、職場、学校、施設、③新しい友人関係・近隣関係、④新しい自己像の4つに整理している。その他、ソーシャルワーカーが援助する基本的視点として、①健康に生きる権利の保障という視点、②生活問題の重層性の認識、③人間形成の過程としての生活問題解決という視点の3点に整理している。

以上のように、医療福祉の課題は多様であり統一された見解はないが、大まかに整理すると、医療福祉の定義と同様に、①制度・政策的課題、②対人サービスから捉えた課題に整理することができる。

本研究が対象とする「対人サービスから捉えた課題」に着目すると各論者の共通した課題が浮かび上がる。それは、①医療費に関連する経済的問題、②受診・受療に関連する問題、③社会的役割の遂行に関連する問題、④住居の快適性に関連する問題、⑤療養生活の継続・維持に関連する問題、⑥社会資源の情報量に関連する問題の6つである。

対人サービスから捉えた課題は、主に、病院内における医療福祉の課題だったが、人の生活は病院、地域と連続しているものであり、病院内のみに発生するものではない。整理された6項目をみると地域生活においても重要な課題と理解することができる。

第4節 ニーズの概念整理

(1) ニーズの概念

これまで社会福祉学においてニーズ^{注1)}は、多様な意味で使用されており、曖昧な概念であると指摘されている（Lederer 1980：1-5；岩田 1986：1-2）。

制度・政策の観点から三浦は、社会的ニードとは「ある種の状態が、一定の目標なり、基準からみて乖離の状態にあり、そしてその状態の回復・改善等を行う必要があると社会的に認められたもの」であり、依存状態あるいは広義のニードは、「ある種の状態が、ある種の目標や一定の基準からみて乖離の状態にあるもの」、要介護性あるいは狭義のニードは、「回復、改善等を行う必要があると社会的に認められたもの」と定義している（三浦 1995：60-1）。岩田は、「ニード」は、社会にとって解決を促されていると価値判断された「社会

問題」解決のための一手法としての社会福祉の領域において、個人や家族の生活にとって『「不可欠なもの」＝必要』という脈絡の中で、問題の一部が捉えなおされたものであり、第一に中立的で普遍的な様相をとり、第二に無条件に社会の道徳的責任が引き出されてやすいという特徴をもつと述べている（岩田 2000：32-3）。また、武川はニーズ、ニードという言葉は日常語の文脈から切り離されると非常にわかりにくい概念であると述べ、ニーズ、ニードを「必要」という言葉に置き換えることを提案し、必要とは、「なんらかの状態にとって、何かが欠けているために非常に好ましくない状態にあること」で、「必要の有無の判定には本人の意思を超えたなんらかの客観的判断が要請されるのであり、そうした判断は、通常、専門家ないし社会的通念に由来する」としている（武川 2009：20-1）。Johnson らは、ニードとは、与えられた状況において適切な期待のなかで、機能する人や社会システムに必要なもののことであり、あれば快適になるものへの欲求ではなく、人やシステムが発達したり、機能するのに非常に重要なものとしている（Johnson and Yanca 2009：4）。

以上の論点から、本稿におけるニーズの概念は、「社会的に共有された価値基準からみて不可欠なものが、なんらかの不足状態にあり、好ましくない状態ないしは機能不全の状態」と整理できた。

（2）ニーズ把握の困難性

ニーズは、「社会的に共有された価値基準」が存在することが前提となる。しかし、この価値基準を厳密に規定することは難しく、批判や困難性について言及されている。例えば林（1984）と江口（1981）は三浦のニードの定義に対して下記のように批判している。

林は、社会的認識とは、政策を策定する組織・機関等の判定に委ねることであり、「運動」の役割も、「政策当局」によるコンセンサスづくりに必要な意見聴取の対象の一つとみなされるとし、「ニード」が社会的政策を要するかどうか政策主体の「判断」に委ねられるとすれば、その「ニード」はそのときどきの「財政事情」や政策的意図によって自由に裁量・操作できると批判している（林 1984：130-1）。また、江口も「最低必要条件」の概念の重要性について言及し、この概念がなければ、官僚的行政によって、ニードは変化するため不可知論に陥ると批判している（江口 1981：37-8）。岩田は、普遍的「ニード」は、人間の尊厳や「より善き生」、あるいは「生活の質」といった理念のレベルに「宙吊り状態」にしたままにして、具体的制度やサービスが「対象」とすべき正当な根拠をもった特定の「ニード」の確定を福祉官僚制度と専門家による「テスト」に委ねることになると述べている（岩田 2000：37）。武川は、価値判断自体が非常に主観性を帯びていることを理由に、必要を判定することは困難としながらも、人間が必要とする基本的なものに関して社会の大多数による合意が存在していることも事実であり、そうした判断に基づいて多くの社会サービスが存在していると述べている（武川 2009：20-1）。

このように「社会的に共有された価値基準」は、確かに存在しているが、曖昧な部分を多分に含んでおり明確に規定することは困難であることが理解できる。ニーズは、政策及び専門職の判断と対象となる本人の主観性の双方を考慮して規定する必要があることが、ニーズ概念を曖昧にし、理解することを困難にしている。

(3) Bradshaw によるニーズの分類

ニーズの分類として、いくつかの方法がみられるが（小林 2007：361-2）、今日よく参照されるものとして、Bradshaw の分類方法がある（小松 2011:41;平岡 2011:428）。Bradshaw（1972）は、規範的ニード（normative need）、感得されたニード（felt need）、表出されたニード（expressed need）、比較ニード（comparative need）に 4 分類した（表 1-1）。

表 1-1 Bradshaw によるニーズの 4 分類

ニードの種類	内容
規範的ニード normative need	規範的ニードは、専門家や社会学者がある所定の状況で定義するニードである。望ましい基準が置かれ、実際の状態と比較される。望ましい基準に満たない場合、ニードがあるとみなされる。ニードの規範的定義は難しく、専門家の価値志向によって異なってくる。規範的基準は知識の発展や社会的価値の変化の両側面の結果によって変化する。
知覚されたニード felt need	知覚されたニードは欲求と等しい。サービスに対するニードを評価する時、対象者となる人びとは、彼らがそれを必要とするのを感じるかどうか尋ねられる。感得されたニード自体を「真のニード」とするには不十分である。知覚されたニードは、個人の知覚による限界をもつ。利用できるサービスを知っているか、できなくなったことを認めることに抵抗がある、などの状況である。
表出されたニード expressed need	表出されたニードは、感得されたニードが行動に移ったニードである。ニードを感じない限りサービスを要求しないが、感得されたニードは、通常、要求によって表出されない。
比較ニード comparative need	比較ニードは、サービスをうける人びとの特性を研究することにより得ることができる。もし、サービスを受けていない同じ特性がある人びとがいた場合、その人びとにはニードがあると言える。この定義は個人と地域の両方のニードを評価するために使用する。

※Bradshaw, J. (1972) を参照し、筆者作成

さらに、4 つの分類方法の組み合わせについて説明されており、この分類方法は、理論と実践の両方で正確な考察が必要とされる領域には、建設的な方法を提供し、ソーシャルニードについて研究・立案しているソーシャルサービスに関係する人にとって問題を明快にすることに役立つと述べている（Bradshaw 1972：81）。

フェルトニーズは、利用者本人が必要と感じ、欲するもの、すなわち欲求と等しい。フェルトニーズは個人の知覚による限界がある。例えば、サービスに対する知識の有無、サービス利用に対する抵抗感の有無等である。そのため、フェルトニーズのみを真のニーズとして捉えることはできない。Bradshaw が分類したニーズはそれぞれ長所・短所があり、最終的には、多角的な視点でニーズを測定し、真のニーズを捉える必要があるが、本稿は、その第一段階としてフェルトニーズを重要視する。その理由は、専門家の判断がすべてで

あるという権威的な考え方が批判されるようになったことや（岡本ら 2005：288）、ニーズを有している当事者がニーズを最も良く知っている（岩田 2000：39）ということを考慮する必要があるからである。

第5節 小括

本章についてまとめる。中山間地域で暮らす高齢者のニーズに関する研究は、数多くみられたが、本研究が対象にしている中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズに焦点を当てた研究はわずかに散見されるのみであった（栗田 2000；小磯 2009）。また、その内容は、制度・政策面に着目された研究であった。

地域で暮らす高齢者を支援する際、個を地域で支える支援と個を支える地域をつくる支援という 2 つのアプローチを一体的に推進することが必要であり、高齢者を支援の中核に置き、その個々の状況に合わせた支援システムによって支援を展開することが重要である（岩間 2011）。本研究は、この 2 つのアプローチにおいて、個を地域で支える支援、つまり、生活の主体である高齢者自身がどのようなニーズを感じているかについて理解することに焦点を当てている。栗田（2000）や小磯（2009）に見られるような研究の蓄積が個を支える地域の構築方法につながり、そして本研究のようなニーズを把握することを蓄積し、地域包括ケアシステムに組み込むことが重要である。

また、医療福祉、ニーズともに多様な概念であり、実証的研究をするためには、操作的定義が必要である。これまでの先行研究の検討の結果、本研究では、医療福祉ニーズを「罹患することによって発生した医療に関連する社会福祉の問題、すなわち、①医療費に関連する経済的問題、②受診・受療に関連する問題、③社会的役割の遂行に関連する問題、④住居の快適性に関連する問題、⑤療養生活の継続・維持に関連する問題、⑥社会資源の情報量に関連する問題において社会的に共有された価値基準からみて不可欠なものが、なんらかの不足状態にあり、好ましくない状態ないしは機能不全の状態であること」と定義した。

注 1) 本論では、ニード、ニーズについては、ニーズに統一して使用する。ただし、直接引用する場合には、著者が用いている用語をそのまま記述する。

文献

浅野仁（1992）『高齢者福祉の実証的研究』川島書店。

Bradshaw, J. (1972) A Taxonomy of Social Need, McLachlan, G. ed. Problems and Progress in Medical Care: Essays on Current Research, 7th, Oxford University Press, 69-82.

江口英一（1981）『社会福祉と貧困』法律文化社。

渕田英津子・安梅勅江（2004）「保健福祉サービスにおけるエンパワメント環境の整備に関する研究—訪問面接とグループインタビューによる当事者主体のニーズ把握『日本保健福祉学会誌』10(2), 31-40.

堀川涼子・小坂田稔（2012）「高齢化が進む中山間地域におけるまちづくり(第1報)—地域

- と大学が協働で行ったニーズ調査の結果について」『美作大学・美作大学短期大学部紀要』57, 43-54.
- 林博幸 (1984)「第 6 章 地域福祉とニーズ論」宇田紀久恵・井岡勉編『地域福祉—いま問われているもの』ミネルヴァ書房, 127-156.
- 平岡公一 (2011)「第 20 章 社会福祉とニード」平岡公一・杉野昭博・所道彦・ほか編『社会福祉学』有斐閣, 423-436.
- 本田亜起子・片平伸子・別所遊子・ほか (2012)「介護支援専門員からみた経済的問題による高齢者の介護保険サービス利用の手控え—手控えの状況およびその影響と支援」『日本地域看護学会誌』15(1), 61-70.
- 限界集落における保健・医療・福祉(介護)の提供のあり方に関する検討委員会 (2009)『限界集落における保健・医療・福祉(介護)提供体制に関する実態調査研究事業調査結果概要(事業サマリ)』社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会.
- 飯吉令枝・平澤則子・斎藤智子・ほか (2006)「豪雪地における高齢者の生活構造の変化とソーシャル・サポート・システムの評価」『看護研究交流センター年報』17, 1-5.
- 伊藤正子 (2007)「第 11 章 医療サービス」古川孝順編『生活支援の社会福祉学』有斐閣ブックス, 154-166.
- 岩間伸之 (2011)「地域を基盤としたソーシャルワークの特質と機能—個と地域の一体的支援の展開に向けて」『ソーシャルワーク研究』37(1), 4-19.
- 岩田正美 (1986)「何が社会福祉の「対象」か—諸概念と認識枠組について」『人文学報.社会福祉学』2, 1-20.
- 岩田正美 (2000)「社会福祉とニード—ニード論再考」右田紀久恵・中村永司編『社会福祉の理論と政策』中央法規, 29-43.
- Johnson, L. C. & Yanca, S. J. (2009) *Social Work Practice : A Generalist Approach*, 10th ed, Allyn and Bacon.
- 片倉直子・佐藤泉・西田麻子・ほか (2002)「高齢者の身近な社会とのかかわりへの保健福祉サービスニーズに関する研究」『日本保健福祉学会誌』8(2), 41-49.
- 川村匡由・室田人志 (2011)「医療福祉の位置づけ」川村匡由・室田人志編『医療福祉論—これからの医療ソーシャルワーク』ミネルヴァ書房, 2-32, 86-7.
- 小林恵子・平澤則子・飯吉令枝・ほか (2008)「農村地域に暮らす高齢者の生活ニーズとソーシャル・サポートの検討—サービス提供者のフォーカス・グループ・インタビューから」『保健師ジャーナル』64(3), 258-263.
- 小林良二 (2007)「V 社会福祉の対象 1 社会福祉対象の認識方法」仲村優一・一番ヶ瀬康子・右田紀久恵監修『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規, 358-369.
- 児島美都子 (2007)「第 1 章 医療福祉とは何か」児島美都子・成瀬美治編『現代医療福祉概論 第 2 版』学文社, 1-13.
- 小磯明 (2009)『地域と高齢者の医療福祉』御茶の水書房.
- 小松理佐子 (2011)「地域生活支援のニーズと充足方法」『日本福祉大学社会福祉論集』124, 39-54.
- 窪田暁子 (1981)「Ⅲ 医療福祉—医療ソーシャルワーク」仲村優一・松井二郎編『講座社会福祉 4 社会福祉実践の基礎』有斐閣, 222-255.

- 栗田明良 (2000)『中山間地域の高齢者福祉―「農村型」システムの再構築をめぐる』(財)労働科学研究所.
- Lederer, K. (1980) Introduction, Lederer, K. ed. Human Needs : A Contribution to the Current Debate, Oelgeschlager, Gunn & Hain, 1-14.
- 松浦尊磨・間瀬教史・鈴木順一 (2009)「集落機能が低下した農村地域高齢者の抑うつ及び将来不安要因とケア・ニーズ」『甲南女子大学研究紀要看護学・リハビリテーション学編』3, 51-58.
- 三浦文夫 (1995)『社会福祉政策研究―福祉政策と福祉改革 (増補改訂)』全国社会福祉協議会.
- 宮田延子・安江悦子・橋本廣子・ほか (2007)「山村過疎地域における高齢者の看取りと医療福祉サービス」『岐阜医療科学大学紀要』1, 131-140.
- 宮田延子 (2011)「地域社会での課題と医療福祉サービス」星野正明・高内克明・土田耕司編『医療福祉学の道標』金芳堂, 156-162.
- 西三郎 (2011)「医療福祉を考える」星野正明・高内克明・土田耕司編『医療福祉学の道標』金芳堂, 1-5.
- 小田兼三 (1997)「第2章 医療福祉の原理」小田兼三・竹内孝仁編『医療福祉学の理論』中央法規, 15-28.
- 岡本秀明・岡田進一・白澤政和 (2005)「農村部における高齢者の社会活動と生活満足度との関連―社会活動に対する参加意向に着目して」『社会福祉学』46(1), 63-73.
- 岡本民夫 (1997)「第3章 医療福祉学の学問性」小田兼三・竹内孝仁編『医療福祉学の理論』中央法規, 29-43.
- 大田晋 (2007)「政策・制度・法律からみた『医療福祉』」『川崎医療福祉学会誌』17 増刊, 39-50.
- 大湾明美・宮城重二・佐久川政吉・ほか (2005)「沖縄県有人離島の類型化と高齢者の地域ケアシステム構築の方向性」『沖縄県立看護大学紀要』6, 40-49.
- 奥田いさよ (1986)「第12章 医療福祉」小田兼三・中村永司・日高沙千江編『社会福祉概論―看護・保育・福祉実践のために』ミネルヴァ書房, 204-216.
- 奥田いさよ (1990)「医療福祉」岡本民夫編『社会福祉』医学出版, 188-212.
- 小澤薫 (2013)「孤立する高齢者のニーズと地域福祉の課題：ひとり暮らし高齢者の実態調査結果から」『人間生活学研究』4, 61-69.
- 佐久間淳・高澤留美子・園田洋一 (2000)「高齢社会における医療福祉ニーズの研究―老年人口 44.8%の早川町について」『福祉と人間科学』1, 1-9.
- 佐久川政吉・大湾明美・大川嶺子・ほか (2005)「沖縄県離島のモデル地域における地域ケアシステム構築に関するアクションリサーチ―住民主体の移送サービスの形成プロセス」『沖縄県立看護大学紀要』6, 58-63.
- 佐々木美佐子・小林恵子・平澤則子・ほか (2003)「山間豪雪地における高齢者の生活構造とソーシャル・サポート・ニーズに関する研究」『看護研究交流センター事業活動・研究報告書』14, 9-16.
- 佐々木美佐子・小林恵子・平澤則子・ほか (2004)「山間豪雪地における高齢者の生活構造とソーシャル・サポート・ニーズに関する研究(第2報)」『看護研究交流センター事業活

- 動・研究報告書』15, 17-22.
- 杉井たつ子(2005)「中山間地域における福祉サービス供給の課題—福祉サービス供給組織の整備」『介護福祉学』12(1), 158-162.
- 高橋和子・太田喜久子(2001)「都市部と農村部における高齢者の地域ケアシステムに関するニーズとその傾向」『老年看護学』6(1), 50-57.
- 高橋恭子(2003)「日本における医療福祉の生成過程に関する研究—『医療の社会化』について」『人間福祉研究』6, 15-26.
- 高橋信幸・浜崎裕子・花城暢一・ほか(2006)「離島・過疎地域におけるケアリング・コミュニティ形成に関する研究(その1)—長崎県西海市崎戸地区におけるインフォーマルサポートの活性化に向けて」『長崎国際大学論叢』6, 143-152.
- 武川正吾(2009)『社会政策の社会学—ネオリベリズムの彼方』ミネルヴァ書房.
- 竹内孝仁(1999)「高齢者と医療福祉」竹内孝仁・平田豪成編『医療福祉の分野と実践』中央法規, 145-161.
- 高野和良(2011)「過疎高齢社会における地域集団の現状と課題」『福祉社会学研究』8, 12-24.
- 高山巖(2011)「老年期の生活と医療福祉の課題」星野正明・高内克明・土田耕司編『医療福祉学の道標』金芳堂, 65-67.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか(2010)「限界集落における高齢者の生活実態と孤立問題」『高知女子大学紀要 社会福祉学部編』59, 139-153.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか(2011a)「限界集落における孤立高齢者への生活支援(上)」『高知論叢』100, 117-152.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか(2011b)「限界集落における孤立高齢者への生活支援(中)」『高知論叢』101, 61-106.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか(2011c)「限界集落における孤立高齢者への生活支援(下)」『高知論叢：社会科学』102, 97-132.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか(2012)「限界集落における孤立高齢者への生活支援(完)(青木宏治教授定年退職記念号)」『高知論叢：社会科学』103, 69-122.
- 田中千枝子(2011)「医療福祉の対象と範囲」星野正明・高内克明・土田耕司編『医療福祉学の道標』金芳堂, 14-16.
- 徳富和恵(2007)「第6章 医療福祉の援助を抱えた人びと」児島美都子・成瀬美治編『現代医療福祉概論 第2版』学文社, 120-143.

第2章 中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構成要素—要介護高齢者に対するインタビュー調査に基づいて

第1節 本章の目的

本章の研究目的は、要介護高齢者に対するインタビュー調査から中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構成要素を検討することである。

第2節 研究方法

(1) 調査協力者

調査地域は、人口減少率、高齢化率が著しく高く、県土の84%が森林面積を占め典型的な中山間地域が数多く存在する高知県とした。調査協力者は中山間地域に暮らす要介護高齢者である。調査協力者選定については、最初に調査地区選定を行った。選定方法は、高齢化率が著しく高く、移送サービスやサロン活動等、地域で独自の高齢者支援事業を行っており、これまで筆者が所属する大学と協働で研究や事業を行ったことがあるため地域の状況を一部把握している地区とし、筆者が所属する大学の地域福祉を専門とする研究者と、高齢者福祉を専門とする研究者それぞれ1名ずつに選定の依頼をし、4地域とした。併せてその地区ごとに「地域のことをよく知っていて、熱心に高齢者支援に取り組んでいると考えられる実践者」の紹介を各地区1名ずつ依頼した。その紹介された1名ずつに要介護状態であり、インタビュー調査の際、身体的負担がそれほど多くない高齢者の紹介を依頼し、同意を得られた12名とした（表2-1）。

表2-1 調査協力者の属性

地区	氏名	年齢	主な疾患	介護度	家族構成
A	男性	81	高血圧	要支援1	夫婦で2人暮らし
	女性	77	糖尿病	要支援2	独居
	女性	82	心臓病	要支援1	二世帯住宅、息子夫婦
B	男性	89	甲状腺腫・高血圧	要支援2	独居、遠方に子供2人
	男性	76	脳出血後遺症・高血圧	要支援1	夫婦で2人暮らし
	女性	85	慢性心不全	要支援1	独居、遠方に子供4人
C	女性	87	動脈硬化・脊柱管狭窄症	要支援2	独居、近隣に息子夫婦
	女性	81	脊髄狭窄症	要支援2	独居、遠方に子供1人
	女性	87	狭心症	要支援1	息子と2人暮らし
D	男性	82	肺気腫	要介護2	息子夫婦と3人暮らし
	女性	90	脳梗塞後遺症	要支援1	独居、近隣に息子夫婦
	女性	86	脊柱管狭窄症	要介護2	独居、近隣に息子夫婦

(2) 調査方法

調査方法は、個別インタビューによる半構造化面接とした。インタビューの時間は一人あたり 30 分から 60 分程度であった。データ収集期間は、2014 年 3 月～2014 年 9 月であった。第 1 章で整理した医療福祉の概念を参照して「罹患によって発生する療養生活上の困りごと」をわかりやすい言葉に変更して質問をした。

(3) 分析方法

分析は、Mayring, P. (2004) の質的内容分析に基づいて行った。具体的には、同じ意味の言い換えや、まとめをする要約的内容分析、分析単位を理論的背景や発言の文脈を基盤に説明的な言い換えをする説明的内容分析、これまでに明らかになっている構造に添ってデータの抽出をする構造化内容分析を組み合わせて分析を行った。分析結果は、テキストの最小であるものを「コード化単位」、「コード化単位」をいくつか組み合わせた「文脈単位」、もっとも大きな概念は、「カテゴリー」また、語りの内容は「分析単位」として生成、抽出した。研究の質の担保をするために、高齢者福祉を専門とする研究者、医療福祉を専門とする研究者、また、質的研究に精通している研究者それぞれ 1 名、計 3 名にスーパーヴィジョンを受けた。

第 3 節 倫理的配慮

インタビューを行う際は、調査協力者に文章及び口頭により、研究目的、調査内容、調査協力に伴う利益・不利益について説明を行い、同意書を取り交わした。また、調査の同意後も、途中辞退、質問内容によって回答を拒否しても不利益を被らないことを伝えた。「高知県立大学社会福祉研究倫理審査委員会」(第 337 号)の審査・承認を受けて実施した。

第 4 節 結果

中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズとして生成されたコード化単位は、25 項目だった。また、カテゴリーを分類した結果、11 の文脈単位、5 のカテゴリーを抽出した。カテゴリーは、【】、文脈単位は、《》，コード化単位は、□ で表記する。

5 つのカテゴリーは、【療養生活費負担に関連する困りごと】、【受診・受療に関連する困りごと】、【役割変化に関連する困りごと】、【住環境に関連する困りごと】、【社会資源に関連する困りごと】であった。表 2-2 は、この結果を整理したものである。

表 2-2 中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ

カテゴリー	文脈単位	コード化単位	分析単位
療養生活費負担に関連する困りごと	保険利用料の支払い困難	医療費の支払い困難	医療費は、少し高いとは感じる。やっぱり、政府が決めたことやき。/あんまり贅沢はできませんねえ。まあ、食べるのを遠慮する。けんど、糖尿だからねえ。あんまりようけ食べんからねえ。/年金は来ゆですけど、自分は金銭的に困ったようなことがあってね/お金のことはねえ、まあ手術したときなんかはねえ、大変だなと思いましたけどねえ。
		介護保険利用料の支払い困難	誰にでも高いは高い、それは安いほうがい。/介護保険はちょっと高いみたいないけんど、年金から全部引き落としにしてる。/介護保険はずーっと高いですねえ。私は、国民年金ですからねえ。/介護保険なんか、借りるとやっぱりね、少ないからねえ、大変だなあとします。/介護保険とか、年金から引くでしょう。どうして、こんなにお金を引くのと思ってみたり
		薬剤費の支払い困難	医療費、あたし、もう1カ所の病院だけにかかっているからね。大体、高いのは高いけんど、いっぱい薬貰うからね。/内科の方がねえ、お薬とかもらうから。ちょっと多いなあと/(薬代が) ちょっと上がったんですけども。まあ、それでちょっと困るねえ
	移動費の支払い困難	タクシー利用料の支払い困難	足が悪いのでねえ病院へ行くのに、往復タクシー今日も行てきたんですけど、往復7000円ぐらいいります。/ハイヤーでも行ったりしゅのはしよります。なかなか高知までいうたら、1万円余りいりますがね。もう仕方ないきね。/交通費もね介護タクシーを雇ってね。〇〇町まで行くのね。往復6,000円くらいいりますがね。

受診・受療 に関連する 困りごと	医師との コミュニ ケーショ ン困難	医師に対する 遠慮	私、あんまりそれ、よう聞かんいうて、先生にも言われましたけどね。まあ、口下手なもんで。聞いても仕方のないことよと思うし/あんまり詳しくは聞かないし、私ももうこんななってしまったらねえ、先生に、「もうこれ一生ですね。」言うたら、先生笑うぐらいでねえ
		医師に対する 不満	もう長い付き合いですからねえ、ずっとその先生でやってるけど、あんまり優しい先生ではない。/肺炎を起こして、そいでその時に、「あんたは最悪の菌が出ました。」と言われたのよねえ。それがいつも頭に残っちゅうがねえ。/もうちょっと優しゅうかったらええけど先生替える訳にはいかん。長いこと、お世話になっちゅうから。
	専門医の 受診困難	専門医不在	(車で) まあ、1時間10分くらいかな。/結局、A病院で難しかったら、高知市へ行ってくれって言われます。高知市へ行ったマシや思うてね、高知へ行きより。/困ってるけど、これも、自分がそういう専門のところへ行って診てもらったらえいけど。/大きい検査いうたら、どうしても高知とかどっか出ないかんでしょう。それ億劫やきね。
		受診までの移 動手段困難	そこの下にありますろ、バス停。あこまで乗って行って。あっこは怖いぞね、気を付けちよらないかんぞね。バスに乗ったり降りたりするのはね、気を付けちよったら乗って行けます。/ここから、昔で言う5里も6里もあるようなくへ行かないかんし近かっても、〇〇地区まで出ないかんちゅうようなことでねえ。病院のことの距離的なものが、気になるねえ。

役割変化に関連する困りごと	社会的役割の変化	地域での役割の喪失	こんな状態のもんですからねえ、もう部落のには、ふれ役とか役を免除してもらっておるんです。道作り、この部落の道作りとか、家の掃除、公民館の掃除もねえ。/町内会活動とかは、全然。なんちゃあしていません。/もう私ら何にも、世話になるだけで、そんなことない。/地区の山道を作ったりとか、きれいに刈り上げたりとかいうことやりよりましたけど。
		仕事の喪失	足が痛くなったからやめたの、畑も。野菜なんかちゃんと作りよりましたけどね。もう足が痛くなったき。/土木作業、林業作業も発病前まではそんなこともやってきよったです。発病してからは、せん。半身へきちゅうもんじゃけね、もう手足がね。/しんどうなりだしたき、その前の草は畑やったけどね。もう全部生やしてしもうて、お野菜も一切よう作らんかった
		自信の喪失	どこへでも自分の気に入った通り、あれでどんどん動けたのがね、ええ、買い物平気で行きよったから。それが行けんかったら。とにかく足取られたみたいなものですけんね。バイクを足にしよったのにそれを取られて、今度は自分、本当の足を取られたがよ。
	余暇活動の変化	趣味の喪失	俳句会いうて、やりよったですけどね。毎日ね。それに、もうよう行かんかった。/ゲートボールやりよったけど、半身不随になってからはようやらんかったけど、運動もねえ、ゴルフ行くとか何とかもやりやせだったし/好きであの、釣りをやったりはしよったですけん、発病してからもう行かんです。/山狩りっちゅうか、銃を持ってやったこともありますかね
		交流関係の喪失	俳句の友達もみんな死んでしもうてね。友達に会いに行っても、みんな友達は、みんな寝込んだりしとってほら、ひとつも行ったち無益なところばっかしやきね。/友達が、痴呆症になったりしてね。最近ご友人のお家とか訪ねることができんです。おいでた道を降りるがやと/足が不自由になってね、行き来しません。友達とも話が近頃出来ませんがね。
		近隣・友人に迷惑をかけている思い	来んか来んか言うけど、もう迷惑かけたらいかんき、行かんね。/お見舞いにも行きたいけど、歩かんって人に呼んだりせないかんかったら、困るからと思うて。/遊びゆうきいうて人のところへ行って邪魔せられんというような感じになってきてね。/会やいうところへは出さんようにして行かんですがね。立

			ったり、座ったり、人に迷惑かけたらいかん
	家族関係 の変化	家事能力の喪失	もう、洗濯物もね干すのに、よう干さんからね、それも干してもらって。取り込むのは取り込んで、この車で押して、なにいうてするけどね。大体、もう何もやってもろうていますからね。/自分はね、炊事場へ立てってね、この背中がすくみましてね、ようせんから、もう。もう1年余り、もう、朝昼晩とね
		家族に迷惑をかけている思い	うーん、気を遣うと、なんぼ親子でもね、ちょっと気を遣うときがありますね。/「何しとるかね？」って嫁さんが来たらいかんやろ、ほんでもう家では大人しいんですけれども/お風呂も、あの、昼は、昼入らだったら、夜はもう、子どもと一緒にはいかんけね。ほんで、家内と一緒にみんなが行かんけ、昼入りよります。おるときは。
		家族関係の悪化	向こうで結婚してね、おるからね。ここらのことがあんまり分かんわけですわねえ。ほんで、私がこうちょつと言うとね、喧嘩する時もありますかねえ。けど、皆があんた、そればあにしてくれ、そればあにすれば文句言われん、言われるけど嫁さんから電話があつて、「私何か気に入らんことがあったかね。」って、ほんでそれからもう何にも、言わん。

住環境に関連する困りごと	家屋のバリア	居室のバリア	ちょっとあそこの〇〇さんのから入るの狭いでしょ。/台所が、背が短こうなって入りづらい。このひじ杖してね、洗わなあねえいかなような、そこじゃねえ。足の台を持っていったら、十分できるけどそれはまだしてないけどねえ。/部屋なんかも、仕切りのこのくらいの段差でも、どかしたら、ぐにやぐにやぐにやとこける訳ですわねえ
		トイレ・風呂のバリア	トイレがちょっと、外なんでね。夜はもう、室内に便器を置いてやるようにして。/風呂入ったりするのは健常者の時とは違うがやっぱり、発病してからちょっと、風呂も入りにくい/もう足へこう、足がこうなるき、このところをもう引っ掛けて上げて、やっと歩いてますけど、段差がない家じゃったらえいけど、段差があるから。
	周辺環境のバリア	住宅周辺環境のバリア	やっぱり、人のおらんようなところ歩きよって転んだらいかんと思ってね。よう行かんの。もっと、下のほら、坂が無かったら、しょう楽なけどね。あの坂があるんで、しんどい。/あの下のお家へも、年に何回行くろう。あんまりよう行かんねえ。/この坂があるのが、なんですけどね。坂が無かったらええところですけどね。/車が全然入らん。便利が悪いわ。
		移動環境のバリア	(公共交通機関が) あったら、もしあったら行くけど。割引券貰うてみんな年寄り行きよら/バスで行くのじゃなしに、ハイヤーで行くのも大変じゃけどって、バスで行くほうが行けるには行けるけど、怖いろうかどうかじゃろうかと思うたりして。/私らみたいな年寄りは、歩いてはよう行かんし仕方のないっっちゃうなもんでね。不便に感じることはありますね。

社会資源に 関連する困 りごと	介護保険 利用困難	介護保険サー ビスの不足	ほんで、もっと増やしてもらいたい、言うてねえ高齢 者がおる割りには施設が少ないから、ねえ、回した人 がなかなか入れんでしょ。/町がなかなか、お金が 無いからちょっと自分も考えないかんのじゃないろ うかねえと思うたりしてます。
		事業サービ スを利用した くない思い	私はまあ、デイサービスでも若い方です。ほいたらね え、やっぱり気を遣います。友達に。わざわざはたへ 来て、そういう言うのがねえ何か気になります。/ 文句があったら言うて、文句っちゅう言い方はおかし いけど。異議があれば、あの、言うてきてください って、終いに書きちゅうことが多いけど。私は言う ていったことないですけどね。
	制度理解 の困難	介護保険の仕 組み理解困難	私らあんまりこう、理解できんようなできるようなど ういうたらえいろうね。/介護保険の情報を新聞なん か見るには見るけど、ちょっと分からんときもある わね。/私、分かってないですけどね。こんなもの 今まで無かったのに取られるというようなこと考え たり、言うたりお互いにしよったけど/役場のほう で何してくれゆうんですろうね。介護保険の
		医療費助成の 仕組み理解困 難	難しいことはやっぱり役場に聞いたり、ねえ、知った 人の友達に聞いたりしてあれこれして/全部知っちゅ かつち、それはちょっと分からんけどね。/こう いう制度があるよって。/まあ、あんまり分からんけ、 高いやら、よく分からんけど、どうもその、人のあ っちこっち話した保険は割合高いとか、何とか言う人 もおるけどねえ。・。

1. 【療養生活費負担に関連する困りごと】

このカテゴリーは、医療を受ける際にかかる医療費や、そのときにかかる交通費の困りごとである。《保険利用料の支払い困難》、《移動費の支払い困難》、の 2 つの文脈単位から構成された。

《保険利用料の支払い困難》は、外来通院や入院等受診した際に支払う費用負担が難しいことである〔医療費の支払い困難〕、介護保険サービス利用料の負担が難しいことである〔介護保険利用料の支払い困難〕、医師から薬が処方された際に支払う費用負担が難しいことである〔薬剤費の支払い困難〕の 3 つのコード化単位で構成された。《移動費の支払い困難》は、通院時に使用するタクシー利用料の負担が難しいことである〔タクシー利用料の支払い困難〕、の 1 つのコード化単位で構成された。

2. 【受診・受療に関連する困りごと】

このカテゴリーは、医療を受ける際および、医療を受けた際に発生する困りごとである。《医師とのコミュニケーション困難》、《専門医の受診困難》の 2 つの文脈単位から構成された。

《医師とのコミュニケーション困難》は、医師に対して、聞きたいと思っていることについて聞けないことである〔医師に対する遠慮〕、医師の診察内容や診察態度に対する不満のことである〔医師に対する不満〕の 2 つのコード化単位で構成された。

《専門医受診の困難》は、専門的な治療が必要になったとき、近隣に医療機関がないことである〔専門医療不在〕、専門的な医療機関を受診する際の移動の負担感のことである〔受診までの移動手段困難〕の 2 つのコード化単位で構成された。

3. 【役割変化に関連する困りごと】

このカテゴリーは、病気にかかったことによって、本人の役割が変化・喪失したことの困りごとである。《社会的役割の変化》、《余暇活動の変化》、《家族関係の変化》の 3 つの文脈単位から構成された。

《社会的役割の変化》は、これまで担ってきた会長職など地域での役割を失うことである〔地域での役割の喪失〕、これまで働いてきた仕事を失うことである〔仕事の喪失〕、病前、病後の自己認識のギャップによって自信を失うことである〔自信の喪失〕の 3 つのコード化単位で構成された。

《余暇活動の変化》は、旅行や盆栽などの趣味を継続できなくなることである〔趣味の喪失〕、近隣・友人との交流関係を失うことである〔交流関係の喪失〕、自分が一緒にいることによって迷惑をかけるという思いである〔近隣・友人に迷惑をかけている思い〕の 3 つのコード化単位で構成された。

《家族関係の変化》は、これまで行っていた家事等ができなくなり、これまで家庭内で担ってきた役割を果たせなくなる〔家事能力の喪失〕、自分がいることによって、迷惑をかけるという思いである〔家族に迷惑をかけている思い〕、同居による家族との衝突、介護、負担等による〔家族関係の悪化〕の 3 つのコード化単位で構成された。

4. 【住環境に関連する困りごと】

このカテゴリーは、病気にかかったことによって、住環境に不便を感じるようになったことの困りごとである。《家屋のバリア》、《周辺環境のバリア》の2つの文脈単位から構成された。

《家屋のバリア》は、室内移動する際に感じる部屋の段差や部屋の狭さ、また扉の扱いにくさのことである〔居室のバリア〕、トイレ・風呂を利用する際に感じる使いにくさのことである〔トイレ・風呂のバリア〕の2つのコード化単位で構成された。

《周辺環境のバリア》は、住宅周辺にある急勾配な坂や、敷地内の段差のことである〔住宅周辺環境のバリア〕、公共交通機関がないことや、住宅の立地的に家までタクシーが入れないことである〔移動環境のバリア〕の2つのコード化単位で構成された。

5. 【社会資源に関連する困りごと】

このカテゴリーは、社会資源を理解することの困難さや利用する際に発生する困りごとである。《介護保険の利用困難》、《制度理解の困難》の2つの文脈単位から構成された。

《介護保険の利用困難》は、利用できる介護保険サービス事業が不足していることである〔介護保険サービスの不足〕、事業サービスの質が低いと思うことや事業所内での人間関係の煩わしさによって、サービス利用したくない思いのことである〔事業サービスを利用したくない思い〕の2つのコード化単位で構成された。

《制度理解の困難》は、介護保険制度の仕組みを理解することの難しさのことである〔介護保険の仕組み理解困難〕、高額療養制度など医療費負担を軽減することができる制度について理解することが難しいことである〔医療費助成の仕組み理解困難〕の2つのコード化単位で構成された。

第5節 考察

抽出した5つのカテゴリーについて先行研究の知見と比較検討を行い、考察する。

【療養生活費負担に関連する困りごと】は、医療費の支払い負担について言及した先行研究の知見（高橋ら 2001；佐々木ら 2003；小磯 2009；本田ら 2012）と一致し、金銭的負担は、重要な困りごとであることが読み取れた。平成 23 年度高知県集落調査（2012）において、日頃、生活で不安に感じていることの 2 位が経済的なことであることから、経済的な問題の一部が療養生活費負担であることが明らかになった。また、本田ら（2012）の介護保険サービス利用の抑制に関する研究は、都市部が対象であるが、中山間地域でも《介護関連費用の支払い困難》として見いだされ、地域問わず起きている問題であることが示唆された。本カテゴリーにおける新たな知見は、〔薬剤費の支払い困難〕である。

【受診・受療に関連する困りごと】は、佐々木ら（2003）が、病院・医院への受診に対するニーズを挙げていることや、小松（2011）が、医療機関の不足を指摘しているものの、直接一致したものは見いだせなかった。大友（2012）は、高齢者は、医師の話がわかりにくいと感じていることについて言及しているが、なぜそのような感じるのかについては言及していない。本研究においては、《医師とのコミュニケーション困難》として見出されて、その詳細についてコード化単位として見出された。本カテゴリーにおける新たな知見は、《専門医療の受診困難》とそのコード化単位である〔専門医不在〕、〔受診までの移動手段

困難」と、〔医師に対する遠慮〕、〔医師に対する不満〕である。

【役割変化に関連する困りごと】は、片倉ら（2002）が、田舎では人間関係は希薄化しにくいと述べているが、本研究では、罹患を起因として希薄化することが明らかになった。人間関係が希薄化することによって、社会的とのつながりが薄くなり、これらの変化は、孤立の原因となることが推測された。また、高橋ら（2001）のニーズ調査によると、地域での役割がない方が73%、家庭内での役割がない方が13.5%であったが、その他の役割については言及されていない。本研究では、高橋ら（2001）の知見を跡付けたことに加えて、《余暇活動の変化》とそのコード化単位である〔趣味の喪失〕、〔交流関係の喪失〕、〔近隣・友人に迷惑をかけている思い〕を新たな知見として見いだせた。

【住環境に関連する困りごと】は、多くの論者が言及しており（片倉ら 2002；佐々木ら 2003；湊田ら 2004；小林ら 2008；限界集落における保健・医療・福祉(介護)の提供のあり方に関する検討委員会 2009；小松 2011）、本研究においても《周辺環境のバリア》として生成され、先行研究の結果を支持するものとなった。加えて本研究では、《家屋のバリア》のコード化単位である〔トイレ・風呂のバリア〕を新たな知見として見いだせた。都市部においては、ほとんどの住宅で、風呂・トイレは室内にある。しかしながら、中山間地域において屋外にあることも珍しくなく、また、その移動もバリアが多いことが明らかになった。

【社会資源に関連する困りごと】は、社会資源の供給量が足りないことを中心に、多くの論者が指摘しており（栗田 2000；片倉 2002；湊田 2004；杉井 2005；小磯 2009；大友 2012；小澤 2013）、本研究においても、《介護保険の利用困難》と一致して先行研究の結果を支持するものとなった。しかし、栗田（2000）や小磯（2009）が不足を指摘しているような訪問介護、訪問看護等、具体的なサービス内容まで本研究では語られることはなかった。その他、中山間地域では、サービスが不足しているため、サービスの量を拡充することに着目されがちだが、本研究において、〔事業サービスを利用したくない思い〕として明らかになった通り、質に着目することも重要である。サービスが少ないと競争原理が働きにくく、サービスの質を向上させることが難しいことが推測される。中山間地域において社会資源の拡張は重点課題であるが、質にもきちんと着目し、社会資源の量と質の両方を充実させることが必要であろう。また、情報提供の必要性や理解困難について、杉井（2005）は、中山間地域で暮らしている高齢者は、情報を集めにくく、的確な選択をすることが困難であると指摘している。本研究にて、その必要な情報の一部として、《制度理解の困難》のコード化単位において、〔介護保険の仕組み理解困難〕、〔医療費助成の仕組み理解困難〕であることを具体的に提示した。

【社会資源に関連する困りごと】は、他の困りごとと比較すると、直接「苦しい」、「つらい」等、感じにくい困りごとと推測できる。例えば小磯（2009）は、中山間地域で暮らす高齢者に対する支援に必要な社会資源のなかで訪問看護を最も重要と位置付けているが、本研究では語られることはなかった。また、栗田（2000）は、ヘルパーと訪問入浴の重要性について言及しているが、訪問看護同様、本研究では語られていない。これらの先行研究との比較を通して「個を地域で支える支援と個を支える地域をつくる支援という2つのアプローチを一体的に推進すること」（岩間 2011）の重要性が改めて明らかになった。このようにニーズによっては、知覚しにくいことがあるため、支援者側がより一層の注意を払

う必要があると考えられる。

これまでの結果から、これらの困りごとは、中山間地域の地理的特性に大きく影響を受けていることが見いだせた。すなわち、居住地区の地理的条件によって生じる、人、場所、社会資源に対するアクセス困難のことであり、《周辺環境のバリア》を中心として生じている。自宅前から一番近くの道路にでるまでも距離があり、自家用車やタクシーを使うとしても大変である。さらに、自家用車がない場合はタクシーを利用することとなり、役所から配布されているタクシー券を利用しても経済的に厳しい。ある程度 ADL が自立している場合は、バスの利用も検討するが、自宅からバス停までの距離や坂によって利用困難な状況になりやすい。このように、中山間地域で暮らすことは、どこに移動するにも体力的、金銭的、交通整備状況の未整備から厳しい。この《周辺環境のバリア》が《専門医の受診困難》に影響を与えていると考えられる。日常の診療でさえ大変であるのに、地域内で対応できない疾患の場合は、遠方の医療機関にかかる必要があり負担が大きい。この受診負担の大きさにより受診抑制につながると考えられる。受診抑制になると病状が悪化し、高額な検査費用や入院費治療が必要な状態となり〔医療費の支払い困難〕となる。退院後に、介護サービスを増加する必要が発生すれば、〔介護保険利用料の支払い困難〕にもなる。しかし、中山間地域では、〔介護保険サービスの不足〕している状態であるため、本人がサービス希望しても受けることができないこともあり、在宅療養の継続が難しい状況を引き起こす。さらに病状の悪化は、【役割変化に関連する困りごと】を引き起こすと考えられる。中でも《社会的役割の変化》、《余暇活動の変化》が発生すると定期的な社会的とのつながりがなくなることとなり、これらの変化は、孤立の原因となることが考えられる。片倉(2002)は、田舎では人間関係は希薄化しにくいと述べているが、本研究では、罹患を起因として希薄化することが示唆された。孤立すると《制度理解の困難》にみられるように情報へのアクセスを困難にさせる。【社会資源に関連する困りごと】は、他の困りごとと比較すると、直接「苦しい」、「つらい」等、感じにくい困りごとと推測できる。そのため、支援者側がより一層の注意を払う必要があると考えられる。例えば小磯(2009)は、中山間地域で暮らす高齢者に対する支援に必要な社会資源のなかで訪問看護を最も重要と位置付けているが、本研究では語られることはなかった。

このようにニーズによっては、知覚しやすい、しにくいがあるため、本人が感じるニーズすなわち、フェルトニーズのみを捉えることは望ましくない。Bradshaw(1972)が、「知覚されたニード自体を『真のニード』とするには不十分である。知覚されたニードは、個人の知覚による限界をもつ」と述べている通り、本研究でもフェルトニーズのみでニーズとすることに限界が見られた。ニーズは、社会的に共有された価値基準からみて不可欠なものが、なんらかの不足状態にあり、好ましくない状態ないしは機能不全の状態(三浦1995; 岩田2000; 武川2009; Johnson and Yanca 2009)と整理できる。さらに「社会的に共有された価値基準」は確かに存在しているが、曖昧な部分を多分に含んでおり明確に規定することは困難であり(江口1981; 岩田2000; 武川2009)、本研究においても本人が感じる困りごとを、「社会的に共有された価値基準」に照らしてニーズと同定することの困難さが伺えた。

文献

- Bradshaw, J. (1972) A Taxonomy of Social Need, McLachlan, G. ed. Problems and Progress in Medical Care : Essays on Current Research, 7th, Oxford University Press, 69-82.
- 江口英一 (1981) 『社会福祉と貧困』 法律文化社.
- 淵田英津子・安梅勅江 (2004) 「保健福祉サービスにおけるエンパワメント環境の整備に関する研究—訪問面接とグループインタビューによる当事者主体のニーズ把握」『日本保健福祉学会誌』 10(2), 31-40.
- 限界集落における保健・医療・福祉(介護)の提供のあり方に関する検討委員会 (2009) 『限界集落における保健・医療・福祉(介護)提供体制に関する実態調査研究事業調査結果概要(事業サマリ)』 社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会.
- 本田亜起子・片平伸子・別所遊子・ほか (2012) 「介護支援専門員からみた経済的問題による高齢者の介護保険サービス利用の手控え—手控えの状況およびその影響と支援」『日本地域看護学会誌』 15(1), 61-70.
- 岩間伸之 (2011) 「地域を基盤としたソーシャルワークの特質と機能—個と地域の一体的支援の展開に向けて」『ソーシャルワーク研究』 37(1), 4-19.
- 岩田正美 (2000) 「社会福祉とニード—ニード論再考」 右田紀久恵・中村永司編『社会福祉の理論と政策』 中央法規, 29-43.
- Johnson, L. C. & Yanca, S. J. (2009) Social Work Practice : A Generalist Approach, 10th ed, Allyn and Bacon.
- 片倉直子・佐藤泉・西田麻子・ほか (2002) 「高齢者の身近な社会とのかかわりへの保健福祉サービスニーズに関する研究」『日本保健福祉学会誌』 8(2), 41-49.
- 小林恵子・平澤則子・飯吉令枝・ほか (2008) 「農村地域に暮らす高齢者の生活ニーズとソーシャル・サポートの検討—サービス提供者のフォーカス・グループ・インタビューから」『保健師ジャーナル』 64(3), 258-263.
- 高知県産業振興推進部中山間地域対策課 (2012) 『平成 23 年度高知県集落調査』.
- 小磯明 (2009) 『地域と高齢者の医療福祉』 御茶の水書房.
- 小松理佐子 (2011) 「地域生活支援のニーズと充足方法」『日本福祉大学社会福祉論集』 124, 39-54.
- 栗田明良 (2000) 『中山間地域の高齢者福祉—「農村型」システムの再構築をめぐって』 (財) 労働科学研究所.
- Mayring, P. (2004) Qualitative Content Analysis, Flick, U., Kardoff, E. V., Steinke, I. eds. A Companion to Qualitative Research, Sage, 266-269.
- 大友達也 (2012) 「広島県におけるヘルスリテラシーの現状と課題—都市部とへき地の住民調査」『医療福祉研究』 6, 31-48.
- 小澤薫 (2013) 「孤立する高齢者のニーズと地域福祉の課題 : ひとり暮らし高齢者の実態調査結果から」『人間生活学研究』 4, 61-69.
- 佐々木美佐子・小林恵子・平澤則子・ほか (2003) 「山間豪雪地における高齢者の生活構造とソーシャル・サポート・ニーズに関する研究」『看護研究交流センター事業活動・研究報告書』 14, 9-16.

- 杉井たつ子（2005）「中山間地域における福祉サービス供給の課題—福祉サービス供給組織の整備」『介護福祉学』12(1), 158-162.
- 三浦文夫（1995）『社会福祉政策研究—福祉政策と福祉改革（増補改訂）』全国社会福祉協議会.
- 高橋和子・太田喜久子（2001）「都市部と農村部における高齢者の地域ケアシステムに関するニーズとその傾向」『老年看護学』6(1), 50-57.
- 武川正吾（2009）『社会政策の社会学—ネオリベラリズムの彼方』ミネルヴァ書房.

第3章 中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズに関する研究—地域を基盤として支援を行っている福祉専門職に対するインタビュー調査に基づいて

第1節 本章の目的

本章の研究目的は、地域を基盤に支援を行っている専門職に対するインタビュー調査から中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構成要素を検討することである。

第2節 研究方法

(1) 調査協力者

調査地域は、人口減少率、高齢化率が著しく高く、県土の84%が森林面積を占め典型的な中山間地域が数多く存在する高知県とした。調査協力者は中山間地域に暮らす高齢者を対象に支援を行っている専門職である。調査協力者選定の際、最初に調査地区選定を行った。選定方法は、高齢化率が著しく高く、移送サービスやサロン活動等、地域で独自な高齢者支援事業を行っており、これまで本学と協働で研究や事業を行ったことがあることにより、地域の状況を一部把握している地区とし、筆者が所属する大学の地域福祉を専門とする研究者と、高齢者福祉を専門とする研究者それぞれ1名ずつに選定の依頼をし、4地域とした。併せてその地区ごとに1名ずつ実践者の紹介を依頼した。その紹介された実践者1名ずつに地域のことをよく知っていて、熱心に高齢者支援に取り組んでいると考えられる実践者の紹介を依頼し、同意を得られた12名とした（表3-1）。

表3-1 調査協力者の属性

地区	施設	資格	役職	年数	性別
A	地域包括支援センター	社会福祉士・精神保健福祉士	主監	10	女
	病院	社会福祉士	/	23	女
	居宅介護支援事業所	介護支援専門員	管理者	2	女
B	居宅介護支援事業所	介護支援専門員	/	12	女
	居宅介護支援事業所	介護支援専門員	管理者	2.5	女
	地域包括支援センター	介護支援専門員	/	6	女
C	地域包括支援センター	主任介護支援専門員	主任	10	女
	居宅介護支援事業所	介護支援専門員	/	8	女
	社会福祉協議会	社会福祉主事	室長	12	女
D	社会福祉協議会	社会福祉主事	/	10	男
	居宅介護支援事業所	介護支援専門員	管理者	11	女
	居宅介護支援事業所	介護支援専門員	主任	8	男

(2) 調査方法

調査方法は、個別インタビューによる半構造化面接とした。インタビューの時間は一人あたり 60 分から 90 分程度であった。データ収集期間は、2014 年 3 月～2014 年 9 月であった。第 1 章で整理した医療福祉の概念を参照して「罹患によって発生する高齢者本人から訴えがある療養生活上の困りごと」を中心に質問をした。

(3) 分析方法

分析は、第 2 章と同様の方法である。

第 3 節 倫理的配慮

インタビューを行う際は、調査協力者に文章及び口頭により、研究目的、調査内容、調査協力に伴う利益・不利益について説明を行い、同意書を取り交わした。また、調査の同意後も、途中辞退、質問内容によって回答を拒否しても不利益を被らないことを伝えた。「高知県立大学社会福祉研究倫理審査委員会」(第 337 号)の審査・承認を受けて実施した。

第 4 節 結果

中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズとして生成されたコード化単位は、48 項目だった。また、カテゴリーを分類した結果、18 の文脈単位、6 のカテゴリーを抽出した。カテゴリーは、【】、文脈単位は、《》，コード化単位は、[] で表記する。

6 つのカテゴリーは、【医療費負担に関連する困りごと】、【受診・受療に関連する困りごと】、【役割変化に関連する困りごと】、【住環境に関連する困りごと】、【情報理解に関連する困りごと】、【社会資源に関連する困りごと】であった。表 3-2 は、この結果を整理したものである。

表 3-2 中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ

カテゴリー	文脈単位	コード化単位	分析単位
医療費負担に関連する困りごと	医療費の支払い困難	外来受診費の支払い困難	医療費が 1000 円ちょっとが払えないとか、/医療でお金がぼんっていったりとか、その病院に行ったときに検査とかあったらお金の単価が跳ね上がって、500 円の単位が重いのでお金がある無しで、雲泥の生活の差はありますね。
		入院費の支払い困難	具合悪くして入院されて、何か感染症にかかってたんでしょかね、個室へ入らないかんって先生に言われて個室へ入って、そんなに長く入ってなかったみたいですけど医療費がね（苦しい）ていうこと/それはもう通院費もそうです、入院費も。
		薬剤費の支払い困難	お薬とかも（苦しい）ていう。/薬が高いと思います。1 割負担とか、そんなんでもやっぱり何千円かかっちゃうので、大変っていう声聞きます。
	移動費の支払い困難	タクシー利用料の支払い困難	頻繁に受診ができないとかいう話も聞いたことはありますね。/タクシー代とかの方が困っている方が多かったです。/タクシーを使わざるを得なくなると、お金がないので、（受診を）控えたり。/行くまでの交通手段の料金が高くなる。
		介護タクシー料の支払い困難	介護タクシーをどうしても利用される方がおまして、やはり高額やということで。/介護タクシーで、行かれる方がおったんですけど、往復で 2 万強の金がかかるんです。介護タクシーとか、簡単に 2 万は越すんですよ。
		院内付添料の支払い困難	受診とか退院とかの介助ですよ。そのときにシルバーさんをお願いする方もいるんですが時給いくらのので、あまり払えない。/介助者がいないと 1 人ではちょっと、検査室が遠いとかいうのがありますので、大きい病院は 1 人ではいけない。
	介護関連費用の支払い困難	介護保険利用料の支払い困難	毎日デイとか使ったりしないといけないので限度額がオーバーって例がありまして、利用するのをやめてる。/食費と電気量の支払いがあった上に医療、結構な利用回数をされる方は皆さん「きつい」、結局皺寄せがいくのは食事。
		施設入所費の支払い困難	奥へ行けば行くほど、施設より家族（たより）だけど、結局施設には入れないっていう理由がお金。/デイの回数 1 回減らしたりとかそういう工面できつき

			つで、入所なんてとんでもないってところです ね。（利用抑制は）かなりあると思います。
		特殊食費の 支払い困難	食事の形態が普通の食事でない方、例えばとろみだ とか液体の飲みものの固形状のものだとかそういう のは買うほうが楽じゃないですか実際家族さんが作 れなかったりする場合にそういうのを勧めるんです けど高いので買えない。

受診・受療に関連する困りごと	医師とのコミュニケーション困難	医師に対する遠慮	先生方も「質問ないですか？」って言うのと「無いです。」と言うけど、後から「先週こんなこと言われたんだけど。」とか。/後の人もつかえちゅうき、聞きたいことがあって聞かんとかありますね。/やっぱり敷居が高いっていうのがあります。
		医師との意思疎通困難	受診しても話が噛み合わない、受診してもただいつもの薬をもらってきただけっていう方が結構いらっしゃるって。/子どもさんが遠方におられるということで、ご夫婦で受診されることがあるんですが、先生のお話が正しく理解できないのか。
		医師に対する不満	家族的な付き合いで結構怒られるとか、ばしっと言われたりして言いにくい、そうかと言うて今までずっとお世話になったのでほかの病院には行けんと。/先生が一方的にあんたは必要ないとか言われたら言えないっていうのがあって。
	適切な療養生活の困難	内服管理の困難	お薬が飲めなかったりですね。/お薬ですね。飲めないのはね。先生は出してくださってるので、もちろん飲んでるという感じですけど。/先生これください、いらんとは言わんから、飲まないずつ置ける。けど、先生知らないからくれるんです。
		健康管理の困難	糖尿病とかで、食事のことのお話を聞いてくるんですが、それだけのことができなくて受診は行かれるんですが、先生のおっしゃった通りの治療とか生活が難しい方はおいでます。/健康管理の部分で、水分摂るとか、関心が無かったり。
	専門医の受診困難	専門医不在	あまりに田舎で行くまでに時間がかかる。専門医受診のときに、受診が難しい。/専門医がいないので、例えばリウマチとか。/検査の種類とか限られて、大きな病院へ行ったらいいんじゃないかなと思う時も大きな病院へ行く手段が無いので。
		中間施設の不在	ご家族さんの介護力が弱いときに遠方の病院に出てしまったもので。/中間的な施設があればそこに入って、自信がついたら帰りましょうとかできるけど場所もない。かと言って、市内まで行くのもできないし結局そのまま返してしまうしかない。
		受診までの移動手段困難	バスにも乗れないとタクシーになりますよね。そうになると、家族さんがいなければまあ受診できないような状態になったりしますね。専門医の受診ができない。/そこまで行くのが大変とか、そこへ行くのが

			しんどくなって受診自体を止めたりとか.
--	--	--	---------------------

役割変化に関連する困りごと	社会的役割の変化	地域での役割の喪失	今までの付き合いの方たちに、知られたくないのはあります。/田舎なので、班のつながりがあるんですけど、その役割からも外れる。慕われてたのが病気になっても皆は変わらないんですけど、本人が「自分を見られるのがすごい嫌だ」って。
		仕事の喪失	退院はできるんだけど、畑に行けないと疎外感というか、自分の役割が無くなった感みたいなのがあって。/畑仕事が生きていってという方が多くて、家、畑を守るっていうのが、使命というか、畑に行けなくなると趣味がない、生きていなくて。
		自信の喪失	・病気もですね、ひどければひどいほど本人さんの絶望感が大きいので。/価値が無くなったとまではいかななくても、歳をとるといかなねえ、こんなになってということ、色んなところに行ったときにわりとご高齢の方は言われますが。
	余暇活動の変化	趣味の喪失	盆栽とか多趣味やった方が脳の病気とかで思うように動けなくなって、家の前に置いている今まで立派だった盆栽が段々、変にいけなくなっていくとか。/「昔こんなところも行ったりしよったのに、」とか「なんちゃあ楽しゅうない。」言うて。
		交流関係の喪失	お友達と山とかお出かけしてたけど、自分が移動に不安を感じて閉じこもり傾向といいますか。/山へ行けば行くほど、隣に家が無くて何百メートルも離れてる所にぽつんとあるので、近隣とは自分が出て行かない限り、関わり合いができない。
		近隣・友人に迷惑をかけている思い	(みんなで交流する)場に行って、胸が騒いでとか、ちょっと気分が悪くなってっていうのをきっかけに、行ったら迷惑をかけるので行かんかったみたいな感じで。/1番はまた人に迷惑かけたらどうしようっていうところを、やっぱり言われるので。
	家族関係の変化	家庭内役割の喪失	ご家族が働きに行っちゅう間に、主婦の役割をしていたけれどできなくなって、家族に対して「申し訳ない。」とかですよね。/病気になって自分の思い通りに動かんって閉じこもりがちになって。/・(家事ができないとつらいというは)それなりに。
		家族に迷惑をかけている思い	ご家族と暮らしている方に見れば、家族に迷惑をかけるようになった自分がとても、「申し訳ない。」という気持ち。/「(何も)できん。辛い。」って。「迷惑かけるばっかりやから、はよう迎えに来てく

			れたらええのに」とおったりしますね.
		家族関係の 悪化	きつく言われたりしたということも、聞くこともあります. ご家族もだんだん、自分も忙しいのでご家族も分かってるけどやってしまったと. 本人が傷つかれちゅうケースもやっぱりあります. /お家であんまり笑ったことがないとかいう話を聞きますね.

住環境に関連する困りごと	家屋のバリア	室内のバリア	ベッドを置くスペースがないとかですね。/土間があって、住宅改修もできないような家とか狭くて、段差はこんなにあっても扉はこんなに小さくてとか多いですかねえ。昔の家はほんとに家に入るまで、入っても部屋ごとに段差があったりとか。
		屋外のトイレ・風呂	五右衛門風呂で、炊いてもろうたりとかでもうヘルパーさんも薪を炊きゆう間に、1時間が過ぎてしまう/縁から台所に上がるのに、段差があって。お部屋に入ってもその障子、外側は雨戸、トイレと、お風呂は外が典型的だと思います。
		電気・ガス・水道の不整備	田舎に来ると、「こんなところで生活してる。」っていう人達もたくさんいて、掘っ立て小屋で電気も通ってなくてとか川の水を汲んできてとか、電化製品も全くない。/台風のあとに飲み水が無いとか結構あります。ヘルパーが水買いに行ったり。
	周辺環境のバリア	住宅周辺環境のバリア	地理的な面で、家までが坂になってるとか、狭いとか、車いすが通らんとか、車が家の前まで、その道中が、階段を上がってこないかんとか。家の中はバリアフリーだとしても、外へ出て行くのが大変なので、デイ行くのもやめちょこうかって。
		移動の不便	救急車も入れないし、車置いても歩いて行かなきゃいけない/バス停までもタクシー使う。/車の運転ができなくなってしまうと、田舎って、出て行く手段が無くなってしまうので、会行く時に、誰かに頼まなくちゃいけないから、「もう行かない。」と。

情報理解に関連する困りごと	介護保険 制度理解 の困難	制度枠組み の理解困難	介護保険のほうも周知はされてないと思います。結局病気になった時とか困った時に、どうしたらいいのかっていうのが、分かってらっしゃらない方が多いだと思います。/（介護保険は）冊子は回るのですけど目を通している方は少ない。
		訪問事業の 理解困難	支援なんかやったら週に1, 2回しかヘルパーさん来れないんですけどももっと行けると思ってる人はいます。/ヘルパーさんっていう人がいる、訪問看護さんがいる、とかっていう話をしても、ほんとに細かい説明をしないと分からない。
		施設事業の 理解困難	入ったこともない、見たこともない、通るから「ここにこんなものがある。っていうのを知ってるけど。」っていう感じですね。/施設があることは知っているけど、実際どういう施設でどういう方が入るのかとか、手続きがいるのかは知らないです。
	医療制度 理解の困 難	自立支援医 療の理解困 難	難病とか、疾患によつての補助だとかいうのはもう、「初めて聞きました。」っていう。/更正医療だったりとか、そういうのを大きい病院で手続きをしてくれてるんだけど、ほとんど分からずに置いて。
		医療費減額 制度の理解 困難	あんまり知らなくて入院されると、限度額認定の質問をして役場に行ってくださいね、っていうんですけど、ほとんどの方が知らないですね。お金が返ってくる話をすると、「聞いたことがある。」とか。/（限度認定の知識は）ないですね。
	市町村独 自制度理 解の困難	あつたかふ れあいセン ターの理解 困難	あつたかふれあいセンター周知は徹底はされてないと思います。/次、あつたかふれあいセンターとかがありますよっていう、ここへ行きませんかとかっていう紹介は出来るがですけど。
		地域独自の 理解困難	多分皆、生き生き事業に関してはあんまり知らないとは思いますが、参加するのはまあ限られた活動的な女性がメインになっているかなと。/NPO法人〇さんも多分皆さん、全然知らないと思いますね。

社会資源に関連する困りごと	社会資源の不足	介護保険サービスの不足	サービスは足りないと思います。通所リハなんかは特にですね。/訪問看護も足りてない、全然です。/収入的に見合わないということで辞められましたので無いですね。/ヘルパーさん空いてないからこの時間使えない。
		往診医の不在	職員さんがいないっていうのが特に山間部は困っていると思います。医療のほうも看護婦さんがいないとかが、あると思います。それから往診のお医者さんがいない、往診が。/なかなかもう手いっぱい往診がよう行かんと。
		配食サービスの不足	糖尿病とか、腎機能とかっていう部分で、食事制限が必要になってくる方とかっていますよね。なんとか食やったりとか。タンパク制限がある方については、お昼だけ。それも差があるので、この〇地区は。
	社会資源を利用する際の課題点	連携不足	「嫌いだからあの人とはやりたくない」とか、「そんなことを言うたらいかん」とかいうことから言うていかんといかんけど、「嫌、高校の時から」みたいな。/事業所同士も連携しないといけませんよね。本当に、（高齢者を）支えられない。
		社会資源の低質	教育をすることがかなり難しいし、勉強には行かないし、市内までの勉強とかお金がいると言ったら、行かないし。/クライアントと専門職の関係も専門的でないときもちらほら/競争するところが無いです。競争があってこそ質も上がるだろうし。
		利用者と事業者の関係	「あそこの家は嫌。お母さんがああやって、おばあさんがこうやったき、あそこの家には行きたくない」とか。/看護師さんと利用者さんがトラブルがあって、訪問看護の方としては「もうここ、行きたくない」っていう、でも行ってもらわないと困る。
	行政対応の問題点	行政に対する諦観	配食でも何にしても、「車が無い」、「ボランティアがおらん」とかですぐ片付けられてしまう。/行政が入って「こうした、ああした」とかっているのも全く無いです。/言うても変わらんでね、何が変わるの？」って、最終的にはなってしまう。
		行政サービスの低質	相談に行っても、すぐに対応ができないような。忙しくて（対応してもらえない）/役場の職員さんでもですね、介護保険制度が今どんな風に使えるか、どうしたらいいのかっていうのが分かってない方もおられるみたいです。

インフォーマルサポートの不足	介護者の不在	急に主介護者の方が怪我をされたりとかいう相談はあります。/病気になったので（家族が）仕事をできなくなるけど仕事しないと生活できなくなる。/フォーマルもインフォーマルも町中に比べたら全然ないので在宅維持が難しく困る。
	相談者の不在	「何かあった時に相談する人がいない」とか、「自分世話してくれる人がいない、」とか/特に、お1人生活されよう方は突然熱が出たりとかする時もありますよね、そんな時に、もう「どこにどうしたらえいろう」とかですね。

1. 【医療費負担に関連する困りごと】

このカテゴリーは、医療を受ける際にかかる医療費や、そのときにかかる交通費、また在宅療養生活をおくる際に必要な費用負担の困りごとである。《医療費の支払い困難》、《移動費の支払い困難》、《介護関連費用の支払い困難》の3つの文脈単位から構成された。

《医療費の支払い困難》は、受診した際に支払う費用負担が難しいことである〔外来受診費の支払い困難〕、入院した際に支払う費用負担が難しいことである〔入院費の支払い困難〕、医師から薬が処方された際に支払う費用負担が難しいことである〔薬剤費の支払い困難〕の3つのコード化単位で構成された。〔外来受診費の支払い困難〕は、普段から困難である場合や、日ごろの支払いは問題ないが、検査等で支払額が多くなる場合があった。

《移動費の支払い困難》は、通院時に使用するタクシー利用料の負担が難しいことである〔タクシー利用料の支払い困難〕、通院時に使用する介護タクシー利用料の負担が難しいことである〔介護タクシー料の支払い困難〕、病院内の付添いや退院時の付添いの費用負担が難しいことである〔院内付添料の支払い困難〕の3つのコード化単位で構成された。

《介護関連費用の支払い困難》は、介護保険サービスの利用料の負担が難しいことである〔介護保険利用料の支払い困難〕、施設入所に必要な利用料の負担が難しいことである〔施設入所費の支払い困難〕、食事管理を必要とする疾患に必要な食費負担が難しいことである〔特殊食費の支払い困難〕の3つのコード化単位で構成された。多くの介護保険サービスを利用すると限度額をオーバーして〔介護保険利用料の支払い困難〕となる。〔介護保険サービスの不足〕や〔介護者の不在〕によって、在宅療養生活が困難となり施設入所を希望しても、〔施設入所費の支払い困難〕であるため、無理をおして在宅療養継続になる。

2. 【受診・受療に関連する困りごと】

このカテゴリーは、医療を受ける際および、医療を受けた際に発生する困りごとである。《医師とのコミュニケーション困難》、《適切な療養生活の困難》、《専門医の受診困難》の3つの文脈単位から構成された。

《医師とのコミュニケーション困難》は、医師に対して、聞きたいと思っていることについて聞けないことである〔医師に対する遠慮〕、医師から伝えた診察内容や診療方針について正しく理解できないことである〔医師との意思疎通困難〕、医師の診察内容や診察態度に対する不満のことである〔医師に対する不満〕の3つのコード化単位で構成された。

《適切な療養生活の困難》は、処方された薬を用法・用量を守って飲むことができないことである〔内服管理の困難〕、医師から指導された食事内容や水分摂取などについて守れないことである〔健康管理の困難〕の2つのコード化単位で構成された。

《専門医の受診困難》は、専門的な治療が必要になったとき、近隣に施設がないことである〔専門医不在〕、病院から退院するときに、回復期リハビリテーション病棟や介護老人保健施設等の中間施設がないことである〔中間施設の不在〕、専門的な医療機関を受診する際の移動の負担感のことである〔受診までの移動手段困難〕の3つのコード化単位で構成された。退院から在宅移行期に〔中間施設の不在〕であるため、自宅から遠距離にある中間施設の利用か、急な自宅退院となり、在宅療養準備が行いにくいのではないかと考えられる。

3. 【役割変化に関連する困りごと】

このカテゴリーは、病気にかかったことによって、本人の役割が変化・喪失したことの困りごとである。《社会的役割の変化》、《余暇活動の変化》、《家族関係の変化》の3つの文脈単位から構成された。

《社会的役割の変化》は、これまで担ってきた会長職など地域での役割を失うことである〔地域での役割の喪失〕、これまで働いてきた仕事を失うことである〔仕事の喪失〕、病前、病後の自己認識のギャップによって自信を失うことである〔自信の喪失〕の3つのコード化単位で構成された。病気が重度であるほど絶望感を感じて、〔自信の喪失〕になる。家族は、心配して外出を促すも、本人は周囲の人に今の自分を見られることを嫌がる。〔自信の喪失〕になると、病気になっても周囲の人は付き合い方を変えていないが、本人が気にして、〔地域での役割の喪失〕につながる。〔仕事の喪失〕は、収入に直結するため生活困窮を引き起こす。

《余暇活動の変化》は、旅行や盆栽などの趣味を継続できなくなることである〔趣味の喪失〕、交流関係を失うことである〔交流関係の喪失〕、自分が一緒にいることによって迷惑をかけるという思いである〔近隣・友人に迷惑をかけている思い〕の3つのコード化単位で構成された。以前は、友人・知人と一緒に余暇活動を楽しんでいたが、体調を崩してからは、再度同じようなことが起きたら申し訳ないと思い、〔近隣・友人に迷惑をかけている思い〕から余暇活動を遠慮する。だんだんと友人・知人と〔交流関係の喪失〕となり、併せて〔趣味の喪失〕となる。

《家族関係の変化》は、これまで行っていた家事等ができなくなり、これまで家庭内で担ってきた役割を果たせなくなる〔家庭内役割の喪失〕、自分がいることによって、迷惑をかけるという思いである〔家族に迷惑をかけている思い〕、家族の退職、介護、金銭的負担等による〔家族関係の悪化〕の3つのコード化単位で構成された。

4. 【住環境に関連する困りごと】

このカテゴリーは、病気にかかったことによって、住環境に不便を感じるようになったことの困りごとである。《家屋のバリア》、《周辺環境のバリア》の2つの文脈単位から構成された。

《家屋のバリア》は、室内移動する際に感じる部屋の段差や部屋の狭さ、また扉の扱い

にくさのことである〔室内のバリア〕, 屋外にトイレ・風呂が設置されていることである〔屋外のトイレ・風呂〕, 電気・ガス・水道が通っていないことである〔電気・ガス・水道の不整備〕の3つのコード化単位で構成された。〔屋外のトイレ・風呂〕だと, 室内から屋外までずっと手すりをつけることはできず, 移動しづらい。また, 〔電気・ガス・水道の不整備〕も少なくなく, 台風などの気候の影響により清潔な水の確保等ができなくなり日常生活に支障をきたし, 療養生活を害することに影響する。

《周辺環境のバリア》は, 住宅周辺にある急勾配な坂や, 敷地内の段差のことである〔住宅周辺環境のバリア〕, 公共交通機関がないことや, 住宅の立地的に家までタクシーが入れないことである〔移動環境のバリア〕の2つのコード化単位で構成された。

5. 【情報理解に関連する困りごと】

このカテゴリーは, 在宅療養に必要な情報を理解することが難しいことの困りごとである。《介護保険制度理解の困難》, 《医療制度理解の困難》, 《市町村独自制度理解の困難》の3つの文脈から構成された。

《介護保険制度理解の困難》は, 介護保険制度の仕組みを理解することの難しさのことである〔制度枠組みの理解困難〕, デイサービスや訪問介護等の訪問事業を理解することの難しさのことである〔訪問事業の理解困難〕, 地域にある施設の役割を理解することの難しさのことである〔施設事業の理解困難〕の3つのコード化単位で構成された。

《医療制度理解の困難》は, 自立支援医療制度が理解されていないことである〔自立支援医療の理解困難〕, 高額療養費制度など医療費負担を軽減することができる制度について理解することが難しいことである〔医療費減額制度の理解困難〕の2つのコード化単位で構成された。普段, あまりなじみがない制度なので必要にならないと意識しない。必要時でも制度理解が難しく, 〔自立支援医療の理解困難〕, 〔医療費減額制度の理解困難〕となる。うまく申請につながれば良いが, 支援者側が気づかない状況では申請漏れの恐れがある。

《市町村独自制度理解の困難》は, 高知県の独自事業であるあったかふれあいセンター事業が周知されていないことである〔あったかふれあいセンターの理解困難〕, 各自治体の独自事業が周知されていないことである〔地域独自活動の理解困難〕の2つのコード化単位で構成された。各地域では, 周知の活動をしているが, 浸透していない。

6. 【社会資源に関連する困りごと】

このカテゴリーは, 《社会資源の不足》《社会資源を利用する際の問題点》《行政対応の問題点》《インフォーマルサポートの不足》の4つの文脈単位から構成された。

《社会資源の不足》は, 利用できる介護保険サービス事業が不足していることである〔介護保険サービスの不足〕, 往診可能な医師がいないことである〔往診医の不在〕, 配食サービスが不足していることである〔配食サービスの不足〕の3つのコード化単位で構成された。どの介護保険事業も, 〔介護保険サービスの不足〕となっている。さらに, 〔往診医の不在〕, 〔配食サービスの不足〕も重なり, 在宅療養継続がかなり困難な状況である。《社会資源を利用する際の問題点》は, サービス提供を行う支援者間同士で連絡が取れておらず, 在宅療養継続に支障をきたすことである〔連携不足〕, サービス事業所の質があまり良くないことである〔社会資源の低質〕, 利用者と, 支援者の関係性が良くないことである〔利用

者と事業者の関係」の3つのコード化単位で構成された。〔介護保険サービスの不足〕のため競争原理が働かなくなり、〔社会資源の低質〕となることが示唆された。

《行政対応の問題点》は、行政の変革を諦めていることである〔行政に対する諦観〕、困りごとに対して行政が対応できていないことである〔行政サービスの低質〕の2つのコード化単位で構成された。〔介護保険サービスの不足〕をなんとか補おうと考え、最初は配食サービスの拡充や地域独自サービスの提案など、介護支援専門員を通して行政に訴えるが、何度も断られるうちに疲弊し〔行政に対する諦観〕となる。《インフォーマルサポートの不足》は、介護をしてくれる人がいない状態のことである〔介護者の不在〕、病气や何かあったときに相談する相手がいないことである〔相談者の不在〕の2つのコード化単位で構成された。

第5節 考察

抽出した6つのカテゴリについて先行研究の知見と比較検討を行い、考察する。

【医療費負担に関連する困りごと】は、医療費の支払い負担について言及した先行研究の知見（高橋ら 2001；佐々木ら 2003；小磯 2009；本田ら 2012）と一致し、金銭的負担は、重要な困りごとであることが読み取れた。本田ら（2012）の介護保険サービス利用の抑制に関する研究は、都市部が対象であるが、中山間地域でも《介護関連費用の支払い困難》として見いだされ、地域問わず起きている問題であることが示唆された。

【受診・受療に関連する困りごと】は、小松（2011）が、医療機関の不足を指摘しているものの、直接一致したものは見いだせなかった。本研究では、医療機関の不足の中でも《専門医の受診困難》を新しい知見として見いだせた。小磯（2009）は、在宅療養継続についての困難感について述べており、《適切な療養生活の困難》と類似性があった。また、《医師とのコミュニケーション困難》は、中山間地域において先行研究では言及されていない。

【役割変化に関連する困りごと】は、先行研究ではあまり言及されておらず、「高齢者の交流や交友関係を尊重した保健福祉サービスの提供が必要」（片倉ら 2002）との指摘に留まっている。また、田舎では人間関係は希薄化しにくいとしている。本研究では、都市部だけではなく、中山間地域でも、【役割変化に関連する困りごと】は、生じることに加えて、具体的に《社会的役割の変化》、《余暇活動の変化》、《家族関係の変化》であることを新しい知見として見いだせた。

【住環境に関連する困りごと】は、多くの論者が言及しており（片倉ら 2002；佐々木ら 2003；湊田 2004；小林ら 2008；限界集落における保健・医療・福祉(介護)の提供のあり方に関する検討委員会 2009；小松 2011）、本研究においても《周辺環境のバリア》として生成され、先行研究の結果を支持するものとなった。加えて本研究では、都市部では、ほとんど整備されているインフラが、中山間地域では、〔電気・ガス・水道の不整備〕としてあらわれて健康状態に影響を与えていることが示唆された。

【情報理解に関連する困りごと】は、情報提供の必要性や理解困難の知見（高橋ら 2001；杉井 2005；片倉ら 2002；大友 2012）と一致した。杉井（2005）は、中山間地域で暮らしている高齢者は、情報をあつめにくく、的確な選択をすることが困難であると指摘してい

る。本研究にて、その必要な情報の一部として、《介護保険制度理解の困難》、《医療制度理解の困難》、《市町村独自制度理解の困難》であることを具体的に提示した。加えて、情報提供をおこなっても適切に理解してもらうことが難しい現状があることを明らかにした。

【社会資源に関連する困りごと】は、社会資源の供給量が足りないことを中心に、多くの論者が指摘しており（栗田 2000；瀧田ら 2004；杉井 2005；小磯 2009；小澤 2013）、本研究においても、《社会資源の不足》、《インフォーマルサポートの不足》と一致して先行研究の結果を支持するものとなった。加えて本研究では《社会資源を利用する際の問題点》、《行政対応の問題点》が新たな知見として見いだされ、さらに、社会資源が不足している状況を改善しようと試みるが、《行政対応の問題点》によって状況の改善がうまくいかないことを明らかにした。

これまでの考察から、これらの困りごととに共通している特徴は、居住地区の地理的条件や人間関係によって生じる、場所、人、社会資源に対する「アクセシビリティ困難」である。これらの特徴を踏まえながらカテゴリー同士の関連について考察する。中山間地域で暮らすことは、《周辺環境のバリア》として場所へのアクセシビリティ困難があり、どこに移動するにも体力的、金銭的、交通整備状況的に厳しい。《移動費の支払い困難》と《専門医の受診困難》が相互に影響して、受診抑制につながると考えられる。受診抑制から未受診になると病状が悪化し、定期受診費より高額な入院費治療が必要な状態となり《医療費の支払い困難》となる。このように経済的困窮になった際、本来であれば、行政等の公的機関や NPO などの相談機関に相談することが望ましいだろう。しかし、中山間地域における人間関係の特徴が、相談することへの抵抗感を生じさせていると考えられる。一般的に中山間地域の人間関係は、豊かである状況と捉えられている（金澤 2005；太湯ら 2006）。

一方、この緊密な人間関係は、支援専門職と、支援を受ける利用者の関係性の前に、同地域で暮らす地域住民同士という 2 つのコンテキストが混在することになり、一般的に語られる支援者と援助者間の関係とは様相が異なる。【医療費負担に関連する困りごと】のような家庭状況に深くかかわることは、この 2 つのコンテキストによって「近所の人に知られたくない」、「福祉の世話になるのは恥ずかしい」といった抵抗感が増幅し、人、社会資源へのアクセシビリティ困難となることが考えられる。また、《医師とのコミュニケーション困難》、《社会資源を利用する際の問題点》においては、今後もこの地域で暮らしていくための人間関係のあり方を意識して、人、社会資源へのアクセシビリティ困難が生じていることが考えられる。また、未受診の状態は、病状の悪化を招き、《社会的役割の変化》、《余暇活動の変化》、《家族関係の変化》を引き起こすと考えられる。これらの変化は、孤立の原因となり、《介護保険制度理解の困難》、《医療制度理解の困難》、《市町村独自制度理解の困難》等、社会資源の情報へのアクセスを困難にさせる。また、病状が重いほど、療養生活に《社会資源の不足》が影響を与えて、療養生活継続を困難にさせていると考えられる。さらに、《社会的役割の変化》、《余暇活動の変化》の状況は、本人と周囲の人の考え方が大きく異なる。周囲の人は、緊密な人間関係を背景に変わらない付き合いをしようと試みるが、本人にとっては、その緊密な人間関係がつらく、関わることを迷惑として捉えて生じる困りごとであると考えられる。

文献

- 淵田英津子・安梅勅江（2004）「保健福祉サービスにおけるエンパワメント環境の整備に関する研究—訪問面接とグループインタビューによる当事者主体のニーズ把握『日本保健福祉学会誌』10(2), 31-40.
- 太湯好子・岡田ゆみ・神宝貴子・ほか（2006）「中山間地域における高齢者の健康寿命を支える地域保健福祉の基盤づくりに関する研究」『川崎医療福祉学会誌』115(2), 423-431.
- 金澤誠一（2005）「中山間地域で生活する在宅高齢者の生活の条件」『佛教大学総合研究所紀要』1, 19-39.
- 限界集落における保健・医療・福祉(介護)の提供のあり方に関する検討委員会（2009）『限界集落における保健・医療・福祉(介護)提供体制に関する実態調査研究事業調査結果概要（事業サマリ）』社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会.
- 本田亜起子・片平伸子・別所遊子・ほか（2012）「介護支援専門員からみた経済的問題による高齢者の介護保険サービス利用の手控え—手控えの状況およびその影響と支援」『日本地域看護学会誌』15(1), 61-70.
- 片倉直子・佐藤泉・西田麻子・ほか（2002）「高齢者の身近な社会とのかかわりへの保健福祉サービスニーズに関する研究」『日本保健福祉学会誌』8(2), 41-49.
- 小林恵子・平澤則子・飯吉令枝・ほか（2008）「農村地域に暮らす高齢者の生活ニーズとソーシャル・サポートの検討—サービス提供者のフォーカス・グループ・インタビューから」『保健師ジャーナル』64(3), 258-263.
- 小磯明（2009）『地域と高齢者の医療福祉』御茶の水書房.
- 小松理佐子（2011）「地域生活支援のニーズと充足方法」『日本福祉大学社会福祉論集』124, 39-54.
- 栗田明良（2000）『中山間地域の高齢者福祉—「農村型」システムの再構築をめぐる』(財)労働科学研究所.
- 大友達也（2012）「広島県におけるヘルスリテラシーの現状と課題—都市部とへき地の住民調査」『医療福祉研究』6, 31-48.
- 小澤薫（2013）「孤立する高齢者のニーズと地域福祉の課題—ひとり暮らし高齢者の実態調査結果から」『人間生活学研究』4, 61-69.
- 佐々木美佐子・小林恵子・平澤則子・ほか（2003）「山間豪雪地における高齢者の生活構造とソーシャル・サポート・ニーズに関する研究」『看護研究交流センター事業活動・研究報告書』14, 9-16.
- 杉井たつ子（2005）「中山間地域における福祉サービス供給の課題—福祉サービス供給組織の整備」『介護福祉学』12(1), 158-162.
- 鈴木裕介（2014）「医療に関連する福祉的課題の文献検討—地域で暮らす高齢者のフェルトニーズに焦点化して」『高知県立大学紀要社会福祉学部編』63, 119-128.
- 高橋和子・太田喜久子（2001）「都市部と農村部における高齢者の地域ケアシステムに関するニーズとその傾向」『老年看護学』6(1), 50-57.

第4章 中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構造

第1節 本章の目的

本章の研究目的は、中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構造を明らかにすることである。

第2節 研究方法

(1) 操作的定義

第1章の医療福祉概念とニーズ概念の先行研究を整理した結果、第2章の中山間地域で暮らす要介護高齢者12名へのインタビューの結果、第3章の中山間地域にて地域を基盤に支援を行っている専門職、すなわち介護支援専門員、地域包括支援センター職員、社会福祉協議会職員など11名へのインタビューの結果をもとに、医療福祉ニーズを「罹患することによって発生した医療に関連する社会福祉的問題が社会的に共有された価値基準からみて不可欠なものが、なんらかの不足状態にあり、好ましくない状態ないしは機能不全の状態であることに対して本人が感じた困りごと、医療に関連する社会福祉的問題とは医療費に関する費用負担に関する問題、受診に関する問題、社会的役割に関する問題、住環境に関する問題、介護保険利用に関する問題、社会資源量に関する問題である」と操作的に定義した。

(2) 調査項目案の作成

質問項目は、要介護高齢者12名及び支援者11名^{注2)}に対するインタビュー結果で生成した概念と上述した医療福祉概念の先行研究の結果に加えて既存の尺度(古谷野ら1987;森本ら2001;小澤ら2004)を参照して6領域31項目を仮説モデルとして設定した(表4-1)。

具体的には、医療費に関する費用負担の困りごととは、「医療費の支払いは苦しいと感じている」、「介護保険利用料の支払いは苦しいと感じている」、「病院に行くための交通費の支払いは苦しいと感じている」、「健康維持に必要なもの(健康食品や健康器具など)に対する費用の支払いは苦しいと感じている」の4つの質問項目を作成した。

「医療費の支払いは苦しいと感じている」は、《医療費の支払い困難》から作成した。この質問項目は、《医療費の支払い困難》のコード化単位である〔外来受診費の支払い困難〕、〔入院費の支払い困難〕、〔薬剤費の支払い困難〕を包含していると考えた。

「介護保険利用料の支払いは苦しいと感じている」は、《介護関連費用の支払い困難》のコード化単位である〔介護保険利用料の支払い困難〕から作成した。《介護関連費用の支払い困難》のコード化単位である〔施設入所費の支払い困難〕は在宅で暮らしている高齢者であるため採用しなかった。

「病院に行くための交通費の支払いは苦しいと感じている」は、《移動費の支払い困難》から作成した。この質問は、《移動費の支払い困難》のコード化単位である〔タクシー利用料の支払い困難〕、〔介護タクシー料の支払い困難〕を包含していると考えた。〔院内付添料の支払い困難〕は、全体の質問数を考慮し採用しなかった。

「健康維持に必要なもの(健康食品や健康器具など)に対する費用の支払いは苦しいと感じて

いる」は、《介護関連費用の支払い困難》コード化単位である〔特殊食費の支払い困難〕から作成した。

受診に関する困りごとは、「医療費助成（医療費の負担を減らす制度）に関する情報が手に入りにくいと感じている」、「医療費助成（医療費の負担を減らす制度）の内容がわかりにくいと感じている」、「地域の病院に関する情報が手に入りにくいと感じている」、「地域の病院の利用方法が理解しづらいと感じている」の4つの質問項目を作成した。

「医療費助成（医療費の負担を減らす制度）に関する情報が手に入りにくいと感じている」、「医療費助成（医療費の負担を減らす制度）の内容がわかりにくいと感じている」の2つの質問項目は、《医療制度理解の困難》から作成した。情報を知ってはいるが、内容がわからないのか、そもそも情報が入らないのか確認するため2項目作成した。この質問項目は、《医療制度理解の困難》のコード化単位である〔医療費減額制度の理解困難〕〔自立支援医療の理解困難〕を包含していると考えた。

「地域の病院に関する情報が手に入りにくいと感じている」と「地域の病院の利用方法が理解しづらいと感じている」の2つの質問項目は、エキスパートレビューを受けて、協議した結果、作成した。病院は様々形態、機能、規模があり、どこでも同じような医療を提供しているわけではない。しかし、患者はそのことを理解することは難しく、受診する際に不便を感じていないか確認するためである。

社会的役割に関する困りごとは、「病気になる前にくらべて、地域内での役割が果たせなくなったと感じている」、「病気になる前にくらべて、自分の趣味や生きがいがなくなったと感じている」、「病気になる前にくらべて、仕事ができなくなったと感じている」、「病気になる前にくらべて、家族に迷惑をかけていると感じている」、「病気になる前にくらべて、家庭内の役割が少なくなったと感じている」、「病気になる前にくらべて、近隣・友人に迷惑をかけていると感じている」、「病気になる前にくらべて、近隣・友人の相談にのることができなかったと感じている」の7つの質問項目を作成した。古谷野ら（1987）の「老研式活動能力指標」と（森本ら 2001）の「病気に関連した不安認知尺度」も参照しつつ下記のように作成した。

「病気になる前にくらべて、地域内での役割が果たせなくなったと感じている」は《社会的役割の変化》のコード化単位である〔地域での役割の喪失〕から作成した。

「病気になる前にくらべて、自分の趣味や生きがいがなくなったと感じている」は《余暇活動の変化》のコード化単位である〔趣味の喪失〕から作成した。

「病気になる前にくらべて、仕事ができなくなったと感じている」は《社会的役割の変化》のコード化単位である〔仕事の喪失〕から作成した。〔自信の喪失〕については社会的役割に関する問題すべてに関連すると考えたため独立した項目としては採用しなかった。

「病気になる前にくらべて、家族に迷惑をかけていると感じている」は、《家族関係の変化》のコード化単位である〔家族に迷惑をかけている思い〕から作成した。

「病気になる前にくらべて、家庭内の役割が少なくなったと感じている」は、《家族関係の変化》のコード化単位である〔家庭内役割の喪失〕から作成した。

「病気になる前にくらべて、近隣・友人に迷惑をかけていると感じている」は、《余暇活動の変化》のコード化単位である〔近隣・友人に迷惑をかけている思い〕から作成した。

「病気になる前にくらべて、近隣・友人の相談にのることができなかったと感じている」は、《余暇活動の変化》のコード化単位である〔交流関係の喪失〕から作成した。

《家族関係の変化》のコード化単位である〔家族関係の悪化〕は、回答しにくいと考え採用しなかった。

住環境に関する困りごとは、「病気になる前とくらべて、移動するとき室内の段差が危なくなっただと感じている」、「病気になる前とくらべて、移動するとき家の周りの段差が危なくなっただと感じている」、「病気になる前とくらべて、暮らしやすくするための住宅改修が必要だと感じている」、「病気になる前とくらべて、家の周りの移動が不便になったと感じている」、「病気になる前とくらべて、室内でリラックスしづらくなったと感じている」の5つの質問項目を作成した。

「病気になる前とくらべて、移動するとき室内の段差が危なくなっただと感じている」は、《家屋のバリア》のコード化単位である〔室内のバリア〕から作成した。

「病気になる前とくらべて、移動するとき家の周りの段差が危なくなっただと感じている」は、《周辺環境のバリア》のコード化単位である〔住宅周辺環境のバリア〕から作成した。

「病気になる前とくらべて、暮らしやすくするための住宅改修が必要だと感じている」は、《家屋のバリア》から作成した。《家屋のバリア》のコード化単位である〔室内のバリア〕、〔屋外のトイレ・風呂〕、〔電気・ガス・水道の不整備〕を包含していると考えた。

「病気になる前とくらべて、家の周りの移動が不便になったと感じている」は、《周辺環境のバリア》のコード化単位である〔移動環境のバリア〕から作成した。

「病気になる前とくらべて、室内でリラックスしづらくなったと感じている」は、小澤ら(2004)の「住環境評価尺度」を参照して作成した。

介護保険利用に関する困りごとは、「介護保険に関する情報が手に入りにくいと感じている」、「介護保険の内容が理解しづらいと感じている」、「介護保険サービスの質は高いと感じている」、「地域の福祉施設に関する情報が手に入りにくいと感じている」、「地域の福祉施設の利用方法が理解しづらいと感じている」の5つの質問項目を作成した。

「介護保険に関する情報が手に入りにくいと感じている」、「介護保険の内容が理解しづらいと感じている」の2つの質問項目は、《介護保険制度理解の困難》のコード化単位である〔制度枠組みの理解困難〕から作成した。

「介護保険サービスの質は高いと感じている」は、《社会資源を利用する際の問題点》から作成した。この質問項目は、《社会資源を利用する際の問題点》のコード化単位である〔連携不足〕、〔社会資源の低質〕、〔利用者と事業者の関係〕を包含していると考えた。

「地域の福祉施設に関する情報が手に入りにくいと感じている」、「地域の福祉施設の利用方法が理解しづらいと感じている」の2つの質問項目は《介護保険制度理解の困難》のコード化単位である〔訪問事業の理解困難〕、〔施設事業の理解困難〕から作成した。この質問項目は、《市町村独自制度理解の困難》を包含していると考えた。

社会資源量に関する困りごとは、「家の目の前までデイサービスなどの送迎車が入れなくて不便だと感じる」、「この地域では、高度な医療を受けることができず困っていると感じている」、「専門的な医療を受けるための医療機関は遠くて受診が大変だと感じている」、「訪問診療を受けることができなくて困っていると感じている」、「地域の福祉施設が不足していると感じている」、「介護保険サービスは不足していると感じている」の6つの質問項目を作成した。

「家の目の前までデイサービスなどの送迎車が入れなくて不便だと感じる」は、《周辺環境のバリア》から作成した。

「この地域では、高度な医療を受けることができず困っていると感じている」は、《専門医の受診

困難》のコード化単位である「専門医不在」から作成した。

「専門的な医療を受けるための医療機関は遠くて受診が大変だと感じている」《専門医の受診困難》のコード化単位である「受診までの移動手段困難」から作成した。

「訪問診療を受けることができなくて困っていると感じている」は、《社会資源の不足》のコード化単位である「往診医の不在」から作成した。

「地域の福祉施設が不足していると感じている」、「介護保険サービスは不足していると感じている」は、《社会資源の不足》のコード化単位である「介護保険サービスの不足」から作成した。

《専門医の受診困難》のコード化単位である「中間施設の不在」は、質問がわかりにくいと考え採用しなかった。《社会資源の不足》のコード化単位である「配食サービスの不足」は、全体の質問数を考慮し採用しなかった。

《医師とのコミュニケーション困難》とそのコード化単位である「医師に対する遠慮」、「医師との意思疎通困難」、「医師に対する不満」は、採用しなかった。理由は、他の質問項目と比較検討したときにやや性質が異なると考えたためである。罹患したから医師に診察をしてもらうのだが、罹患そのものが医師とのコミュニケーション困難を引き起こすとは考えにくく、その他の要因、たとえば医師との相性や、患者の性格等が影響すると思ったためである。

《市町村独自制度理解の困難》とそのコード化単位である「あったかふれあいセンターの理解困難」、「地域独自活動の理解困難」は、質問がわかりにくいと考えたことと、全体の質問数を考慮して採用しなかった。

《適切な療養生活の困難》とそのコード化単位である「内服管理の困難」、「健康管理の困難」は、採用しなかった。理由は、要介護高齢者に対するインタビューでは語られていなかったことと、質問が多くの内容を捉えており曖昧であるが、その内容を詳細な質問項目として作成すると質問項目数が多くなりすぎるためである。

《行政対応の問題点》と、そのコード化単位である「行政に対する諦観」、「行政サービスの低質」は、採用しなかった。理由は、要介護高齢者に対するインタビューでは語られていなかったことと、回答しにくいと考えたためである。

《インフォーマルサポートの不足》と、そのコード化単位である「介護者の不在」、「相談者の不在」は、採用しなかった。理由は、罹患したからインフォーマルサポートが不足するわけではなく、安心した療養生活を疎外する関連要因と考えたためである。

また、これらの質問項目の内容の適切さや回答のしやすさなどについて、現場の実践者、高齢者福祉を専門とする研究者、医療福祉を専門とする研究者、また、量的研究に精通している研究者それぞれ1名、計4名からエキスパートレビューを受け、内容妥当性を確保した。

表 4-1 中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズに関する質問項目 (31 項目)

「医療費に関する費用負担の困りごと」
1.医療費の支払いは苦しいと感じている
2.介護保険利用料の支払いは苦しいと感じている
3.病院に行くための交通費の支払いは苦しいと感じている
4.健康維持に必要なもの（健康食品や健康器具など）に対する費用の支払いは苦しいと感じている
「受診に関する困りごと」
5.医療費助成（医療費の負担を減らす制度）に関する情報が手に入りにくいと感じている
6.医療費助成（医療費の負担を減らす制度）の内容がわかりにくいと感じている
7.地域の病院に関する情報が手に入りにくいと感じている
8.地域の病院の利用方法が理解しづらいと感じている
「社会的役割に関する困りごと」
9.病気になる前にくらべて、地域内での役割が果たせなくなったと感じている
10.病気になる前にくらべて、自分の趣味や生きがいがなくなったと感じている
11.病気になる前にくらべて、仕事ができなくなったと感じている
12.病気になる前にくらべて、家族に迷惑をかけていると感じている
13.病気になる前にくらべて、家庭内の役割が少なくなったと感じている
14.病気になる前にくらべて、近隣・友人に迷惑をかけていると感じている
15.病気になる前にくらべて、近隣・友人の相談にのることができなかったと感じている
「住環境に関する困りごと」
16.病気になる前とくらべて、移動するとき室内の段差が危なくなったと感じている
17.病気になる前とくらべて、移動するとき家の周りの段差が危なくなったと感じている
18.病気になる前とくらべて、暮らしやすくするための住宅改修が必要だと感じている
19.病気になる前とくらべて、家の周りの移動が不便になったと感じている
20.病気になる前とくらべて、室内でリラックスしづらくなったと感じている
「介護保険利用に関する困りごと」
21.介護保険に関する情報が手に入りにくいと感じている
22.介護保険の内容が理解しづらいと感じている
23.介護保険サービスの質は高いと感じている
24.地域の福祉施設に関する情報が手に入りにくいと感じている
25.地域の福祉施設の利用方法が理解しづらいと感じている
「社会資源量に関する困りごと」
26.家の目の前までデイサービスなどの送迎車が入れなくて不便だと感じる
27.この地域では、高度な医療を受けることできず困っていると感じている
28.専門的な医療を受けるための医療機関は遠くて受診が大変だと感じている
29.訪問診療を受けることできず困っていると感じている
30.地域の福祉施設が不足していると感じている
31.介護保険サービスは不足していると感じている

(3) 調査協力者

調査地域は、人口減少率、高齢化率が著しく高く、県土の84%が森林面積を占め典型的な中山間地域が数多く存在する高知県の8地区とした。調査協力者は中山間地域に暮らす要介護高齢者である。調査協力の選定は、筆者が所属する大学の地域福祉を専門とする研究者1名、高齢者福祉を専門とする研究者1名、また、本学の卒業生である社会福祉協議会職員2名に地域包括支援センター、社会福祉協議会、居宅介護支援事業所、行政の紹介を依頼し、同意を得られた8地区とした。この8地区の専門職に対して調査する対象者と場所について相談をして、デイサービスセンター及び自宅を調査実施の場所とした。さらに、デイサービスセンターについては、施設管理者に対して文書および口頭にて本研究の趣旨について説明し、調査実施に対する同意を得た。回答は、196名から得られた。

(4) 調査方法

調査方法は、調査地区のデイサービスセンター及び自宅訪問による質問票を用いた個別面接調査法である。著者と面接調査協力員8名の合計9名で実施した。面接調査協力員に対して事前説明と面接実施の研修を行い、調査内容の理解と調査方法を習得させた。調査期間は、2014年8月～2014年11月である。

(5) 分析方法

中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズとして設定した31項目について回答選択肢を「まったく感じていない(1点)」「あまり感じていない(2点)」「どちらともいえない(3点)」「やや感じている(4点)」「非常に感じている(5点)」の5段階スケールとして医療福祉ニーズがあると感じているほど高得点となるように配点した。次に、中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構造は、実際、どのような構造であるのかを明らかにするために、因子分析(プロマックス回転を伴う主因子法)を行った。因子負荷量が低い項目についてその意味と内容を考慮しつつ検討し、0.40以下の項目を削除した。その結果、9項目を除く計22項目から構成された5因子が抽出された。また、抽出された各因子の内的整合性を検討するために、Cronbachの α 信頼係数を求めた。これらの統計分析には、SPSS22.0J for Windowsを用いた。

第3節 倫理的配慮

調査協力者に対して調査の開始前に面接調査員が文章及び口頭により、研究目的、調査内容、調査協力に伴う利益・不利益について説明を行い、調査の同意後も、途中辞退、質問内容によって回答拒否しても不利益を被らないことを伝えた。また、回答はすべて統計的に処理され、厳密に取り扱われることを説明し、同意を得たうえで調査を実施した。「高知県立大学社会福祉研究倫理審査委員会」(第325号)の審査・承認を受けて実施した。

第4節 結果

(1) 基本属性

基本属性の結果を表4-2に示す。調査協力者の基本属性について、「性別」は男性37名(19.2%)、

女性 156 名 (80.8%) であった。「年齢」は平均 82.1 歳であり、「70 歳代」が 28 名 (15.1%), 「80 歳代」が 95 名 (51.4%), 「90 歳代」が 57 名 (30.8%), 「100 歳代」が 5 名 (2.7%) であった。独居の方は, 64 名 (33.5%) であった。配偶者と同居している方は, 46 名 (24.1%), していない方は, 145 名 (75.9%) であった。子どもと同居している方は, 82 名 (42.9%), していない方は 109 名 (57.1%) であった。子どもの配偶者と同居している方は, 37 名 (19.4%), していない方は, 154 名 (80.6%) であった。孫と同居している方は, 27 名 (14.1%), していない方は, 164 名 (85.9%) であった。ADL は, 齋藤らの尺度 (5 項目, 5 点満点で 5 点に近いほど自立) の ADL に関する項目を使用した。その結果, 平均 4.37 点であった。

表 4-2 基本属性

項目	カテゴリー	度数	%
性別	男性	37	19.2
	女性	156	80.8
年齢	70 歳代	28	15.1
	80 歳代	95	51.4
	90 歳代	57	30.8
	100 歳代	5	2.7
年齢平均	82.1 歳		
同居形態	独居	64	33.5
	配偶者と同居	46	24.1
	子どもと同居	82	42.9
	子どもの配偶者と同居	37	19.4
	孫と同居	27	14.1
ADL	0	5	2.7
	1	5	2.7
	2	3	1.6
	3	12	6.5
	4	39	22.0
	5	122	65.6
ADL 平均値±SD	4.37±1.15		

※各項目における欠損値は除外している

(2)「中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ」の基礎統計量(表 4-3)

「医療費に関する費用負担の困りごと」の平均値は、 2.36 ± 0.95 であった。この領域で最も得点が高かったのは「医療費支払い困難」の 2.57 ± 1.20 であった。

「受診に関する困りごと」の平均値は、 2.75 ± 1.08 であった。この領域で最も得点が高かったのは「医療費助成の内容理解困難」の 3.12 ± 1.36 であった。

「社会的役割に関する困りごと」の平均値は、 2.98 ± 1.07 であった。この領域で最も得点が高かったのは「仕事の遂行困難」の 3.79 ± 1.40 であった。

「住環境に関する困りごと」の平均値は、 2.97 ± 1.26 であった。この領域で最も得点が高かったのは「室内の段差の危険性」の 3.25 ± 1.57 、「住居付近の段差の危険性」 3.25 ± 1.59 であった。

「介護保険利用に関する困りごと」の平均値は、 2.77 ± 0.88 であった。最も得点が高かったのは「介護保険の内容理解困難」の 3.07 ± 1.47 であった。

「社会資源量に関する困りごと」の平均値は、 2.25 ± 0.79 であった。最も得点が高かったのは「高度な医療機関への受診困難」の 3.06 ± 1.60 であった。

すべての質問項目で最も高い得点は、「仕事の遂行困難」 3.79 ± 1.40 であり、もっとも低い得点は、「送迎車利用の不便」の 1.44 ± 0.92 であった。

表 4-3 中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの平均値・標準偏差

	まったく 感じてい ない	あまり感 じていな い	どちらと もいえな い	やや感じ ている	非常に感 じている	平均値± SD	N
医療費に関する費用負担の困りごと						2.36±0.95	194
1.医療費支払い困難	35 (17.9)	80 (40.8)	30 (15.3)	35 (17.9)	16 (8.2)	2.57±1.20	196
2.介護保険利用料の支払い困難	35 (17.9)	76 (38.8)	40 (20.4)	31 (15.8)	14 (7.1)	2.55±1.16	196
3.病院交通費の支払い困難	65 (33.2)	68 (34.7)	28 (14.3)	20 (10.2)	15 (7.7)	2.24±1.23	196
4.健康維持費用の支払い困難	76 (39.2)	61 (31.4)	28 (14.4)	18 (9.3)	11 (5.7)	2.10±1.18	194
受診に関する困りごと						2.75±1.08	187
5.医療費助成の情報入手困難	32 (16.9)	45 (23.8)	41 (21.7)	37 (19.6)	34 (18.0)	2.97±1.35	189
6.医療費助成の内容理解困難	30 (15.5)	35 (18.1)	52 (26.9)	32 (16.6)	44 (22.8)	3.12±1.36	193
7.病院の情報入手困難	48 (24.9)	59 (30.6)	35 (18.1)	26 (13.5)	25 (13.0)	2.59±1.33	193
8.病院の利用方法理解困難	63 (32.3)	61 (31.3)	34 (17.4)	21 (10.8)	16 (8.2)	2.31±1.25	195
社会的役割に関する困りごと						2.98±1.07	190
9.地域内での役割遂行困難	40 (20.5)	33 (16.9)	20 (10.3)	59 (30.3)	43 (22.1)	3.16±1.46	195
10.趣味や生きがいの喪失	55 (28.4)	41 (21.1)	18 (9.3)	45 (23.2)	35 (18.0)	2.81±1.50	194
11.仕事の遂行困難	23 (12.0)	20 (10.5)	14 (7.3)	51 (26.7)	83 (43.5)	3.79±1.40	191
12.家族に迷惑をかけている思い	37 (19.1)	38 (19.6)	12 (6.2)	43 (22.2)	64 (33.0)	3.30±1.55	194
13.家庭内の役割喪失	39 (20.1)	38 (19.6)	22 (11.3)	44 (22.7)	51 (26.3)	3.15±1.50	194
14.近隣に迷惑をかけている思い	75 (38.7)	47 (24.2)	17 (8.8)	32 (16.5)	23 (11.9)	2.38±1.43	194
15.近隣の相談への助言困難	64 (33.0)	53 (27.3)	28 (14.4)	30 (15.5)	19 (9.8)	2.41±1.34	194
住環境に関する困りごと						2.97±1.26	189
16.室内の段差の危険性	41 (21.4)	35 (18.2)	11 (5.7)	45 (23.4)	60 (31.3)	3.25±1.57	192
17.住居付近の段差の危険性	42 (21.6)	36 (18.6)	11 (5.7)	40 (20.6)	65 (33.5)	3.25±1.59	194
18.住宅改修の必要性	58 (30.2)	40 (20.8)	15 (7.8)	39 (20.3)	40 (20.8)	2.80±1.55	192
19.住居付近の移動困難	45 (23.3)	41 (21.2)	13 (6.7)	43 (22.3)	51 (26.4)	3.07±1.55	193
20.室内でのリラックス困難	80 (41.2)	40 (20.6)	17 (8.8)	35 (18.0)	22 (11.3)	2.37±1.45	194
介護保険利用に関する困りごと						2.77±0.88	188
21.介護保険の情報入手困難	49 (25.4)	44 (22.8)	36 (18.7)	38 (19.7)	26 (13.5)	2.73±1.38	193
22.介護保険の内容理解困難	39 (20.1)	39 (20.1)	30 (15.5)	40 (20.6)	46 (23.7)	3.07±1.47	194
23.介護保険サービスの質	43 (22.1)	40 (20.5)	75 (38.5)	22 (11.3)	15 (7.7)	2.62±1.17	195
24.福祉施設の情報入手困難	44 (22.9)	49 (25.5)	39 (20.3)	33 (17.2)	27 (14.1)	2.73±1.36	193
25.福祉施設の利用方法理解困難	44 (23.2)	50 (26.3)	39 (20.5)	29 (15.3)	28 (14.7)	2.71±1.36	191
社会資源量に関する困りごと						2.25±0.79	187
26.送迎車利用の不便	142 (75.1)	26 (13.8)	9 (4.8)	8 (4.2)	4 (2.1)	1.44±0.92	190
27.高度な医療機関の不足	74 (38.5)	42 (21.9)	22 (11.5)	27 (14.1)	27 (14.1)	2.42±1.46	193
28.高度な医療機関への受診困難	47 (24.4)	41 (21.2)	15 (7.8)	32 (16.6)	58 (30.1)	3.06±1.60	193

29.訪問診療の利用困難	113 (58.5)	41 (21.2)	22 (11.4)	12 (6.2)	5 (2.6)	1.73±1.05	193
30.福祉施設の不足	49 (25.5)	45 (23.4)	51 (26.6)	29 (15.1)	18 (9.4)	2.58±1.27	193
31.介護保険サービスの不足	68 (35.1)	47 (24.2)	50 (25.8)	21 (10.8)	8 (4.1)	2.24±1.16	195

(3)「中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ」の因子構造 (表 4-4)

第1因子は、「病気になる前にくらべて、家庭内の役割が少なくなったと感じている」、「病気になる前にくらべて、家族に迷惑をかけていると感じている」、「病気になる前にくらべて、近隣・友人の相談にのることができなくなったと感じている」、「病気になる前にくらべて、近隣・友人に迷惑をかけていると感じている」、「病気になる前にくらべて、自分の趣味や生きがいがなくなったと感じている」、「病気になる前にくらべて、地域内での役割が果たせなくなったと感じている」の6項目で構成され、【役割変化に関する困りごと】と命名した。第2因子は、「病気になる前とくらべて、移動するとき室内の段差が危なくなったと感じている」、「病気になる前とくらべて、移動するとき家の周りの段差が危なくなったと感じている」、「病気になる前とくらべて、家の周りの移動が不便になったと感じている」、「病気になる前とくらべて、暮らしやすくするための住宅改修が必要だと感じている」の4項目で構成され、【住環境に関する困りごと】と命名した。第3因子は、「医療費の支払いは苦しいと感じている」、「介護保険利用料の支払いは苦しいと感じている」、「病院に行くための交通費の支払いは苦しいと感じている」、「健康維持に必要なものに対する費用の支払いは苦しいと感じている」の4項目で構成され、【療養生活費に関する困りごと】と命名した。第4因子は、「地域の病院に関する情報が手に入りにくいと感じている」、「医療費助成に関する情報が手に入りにくいと感じている」、「地域の福祉施設に関する情報が手に入りにくいと感じている」、「介護保険に関する情報が手に入りにくいと感じている」の4項目で構成され、【情報アクセスに関する困りごと】と命名した。第5因子は、「この地域では、高度な医療を受けることで困っていると感じている」、「介護保険サービスは不足していると感じている」、「専門的な医療を受けるための医療機関は遠くて受診が大変だと感じている」、「地域の福祉施設が不足していると感じている」の4項目で構成され、【社会資源量の不足に関する困りごと】と命名した。また、各因の内的整合性を確認したところ、Cronbach の α 信頼係数は第1因子.842、第2因子.913、第3因子.809、第4因子.775、第5因子.679であり、第5因子がやや低いものの、信頼性が確認された。

表 4-4 中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの因子分析結果 (N=176)

	因子					平均値±SD
	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	
因子1 役割変化に関する困りごと ($\alpha=.842$)						
家庭内の役割が少なくなったと感じている	.743	.082	-.027	.035	-.076	3.10 ± 1.49
家族に迷惑をかけていると感じている	.731	.037	-.040	-.057	.021	3.26 ± 1.56
近隣・友人の相談にのることができなくなったと感じている	.704	.021	.094	-.092	-.127	2.38 ± 1.35
近隣・友人に迷惑をかけていると感じている	.653	-.003	-.025	-.051	.072	2.34 ± 1.40
自分の趣味や生きがいがなくなったと感じている	.500	.069	.109	.078	.142	2.80 ± 1.51
地域内での役割が果たせなくなったと感じている	.442	.156	.033	-.063	.181	3.15 ± 1.46
因子2 住環境に関する困りごと ($\alpha=.913$)						
移動するとき室内の段差が危なくなったと感じている	.036	.926	-.066	.076	-.065	3.23 ± 1.56
移動するとき家の周りの段差が危なくなったと感じている	.095	.900	-.023	-.065	-.067	3.27 ± 1.58
家の周りの移動が不便になったと感じている	.210	.674	.019	.020	.036	3.04 ± 1.55
暮らしやすくするための住宅改修が必要だと感じている	.062	.659	-.025	.128	.008	2.76 ± 1.55
因子3 療養生活費に関する困りごと ($\alpha=.809$)						
医療費の支払いは苦しいと感じている	.007	-.077	.902	-.066	.007	2.55 ± 1.18
介護保険利用料の支払いは苦しいと感じている	.128	-.121	.707	.037	.090	2.53 ± 1.16
病院に行くための交通費の支払いは苦しいと感じている	-.079	.123	.656	-.022	-.040	2.23 ± 1.21
健康維持に必要なものに対する費用の支払いは苦しいと感じている	.045	-.033	.637	.222	-.097	2.13 ± 1.21
因子4 情報アクセスに関する困りごと ($\alpha=.775$)						
地域の病院に関する情報が手に入りにくいと感じている	.010	.011	.067	.758	-.221	2.59 ± 1.34
医療費助成に関する情報が手に入りにくいと感じている	-.087	.140	.006	.684	-.015	2.93 ± 1.35
地域の福祉施設に関する情報が手に入りにくいと感じている	-.180	.049	.044	.630	.100	2.73 ± 1.38
介護保険に関する情報が手に入りにくいと感じている	.038	-.020	.027	.620	.184	2.74 ± 1.40
因子5 社会資源量の不足に関する困りごと ($\alpha=.679$)						
この地域では、高度な医療を受けることで困っていると感じている	-.098	.177	.169	-.102	.650	2.39 ± 1.46
介護保険サービスは不足していると感じている	.140	-.191	-.111	.089	.618	2.19 ± 1.15
専門的な医療を受けるための医療機関は遠くて受診が大変だと感じている	-.213	.390	.067	-.062	.515	3.05 ± 1.60
地域の福祉施設が不足していると感じている	.168	-.127	-.181	.388	.402	2.56 ± 1.29
因子寄与	4.44	4.64	3.25	2.90	3.29	
因子1						
因子2	.564					
因子3	.242	.261				
因子4	.218	.111	.360			
因子5	.363	.443	.392	.376		

因子抽出法: 主因子法, 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

第5節 考察

(1)「中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ」の因子構造

第1因子の【役割変化に関する困りごと】は、罹患することによってこれまで担っていた家庭内の役割、近隣・友人との関係性、地域内の役割の変化を表す項目で構成された。窪田（1981）は、疾病に伴う生活設計を再構築する際、新しい友人・近隣関係、新しい家族関係、新しい自己像は相互の関連しながら進むと指摘している。罹患すると、ADLが低下することが多く以前と同様な活動を行うことが難しくなる。その内容は多岐にわたり、家庭内外における役割、また高齢者本人の気持ちの変化により様々な役割が変化して生活に困難をきたすことから1因子に収束したと考えられる。本研究においても窪田が指摘するようにこれらの質問項目が1つに収束したことから人間関係の変化や自身の役割変化を一体的に捉えることが重要であることが示唆された。

第2因子の【住環境に関する困りごと】は、住宅内でのバリア、居住環境周辺のバリア、また移動の不便さを表す項目で構成された。地理的に不利である中山間地域において、居住状況を起因として発生する困りごとは多くあることが指摘されている（片倉 2002；佐々木ら 2003；小林ら 2008；限界集落における保健・医療・福祉(介護)の提供のあり方に関する検討委員会 2009；小松 2011）。中山間地域はこの地理的条件により、移動する際は不便であることが多い。罹患により、もともと移動することが不便だった状況に加え、室内環境もバリアとなる。さらに住宅周辺の環境がこれまで以上のバリアとなり、より一層移動することが困難となることから1因子に収束したと考えられる。

第3因子の【療養生活費に関する困りごと】は、医療費、介護保険利用料、受診に必要な移動費、また、健康を維持するために必要な費用を表す項目で構成された。疾病によって、生活困窮となることは、多くの論者が指摘している（窪田 1981；徳富 2007；川村ら 2011；高山 2011）。在宅療養生活を送る際には、様々な費用がかかる。健康を維持するためには、定期受診は欠かせない。先行研究のような医療費負担に加えて、中山間地域では、自宅から医療機関が遠いため多額の移動費用が必要となる。在宅療養を継続するためには、介護保険サービスの利用は重要な位置を占めている。医療費や介護保険利用料は、在宅療養生活に必要な一連の費用として1因子に収束したと考えられる。

第4因子の【情報アクセスに関する困りごと】は、地域に存在する医療機関や福祉施設の存在、医療費助成制度や介護保険にみられる社会サービスに対する情報が入手の困難さを表す項目で構成された。杉井（2005）は、社会的弱者が多い社会サービスの利用者は、情報を集めにくく、限られた情報のなかで的確な選択をすることが困難であると指摘している。近年、介護保険に代表されるように様々な社会サービスが創設されているが、その内容が多岐にわたり非常に複雑である。福祉施設の種類も多様性があり、施設によって対象としている介護度、利用費用、利用期間が異なる。また、医療に関連する制度も総合支援法などにみられるようにめまぐるしく法改正されている。これらの情報が療養生活において身体状況の変化や社会環境の変化によって適宜必要な情報が変化しても、情報にアクセスしにくいことから施設の情報や社会サービスの情報として1因子に収束したと考えられる。

第5因子の【社会資源量の不足に関する困りごと】は、専門的な治療ができる医療機関、介護保険サービス、福祉施設が不足していると感じている項目で構成された。日ごろの生活で最も不安に感じていることは、健康面のことであり、69.4%の人が訴えている（平成 23 年度高知県集

落調査 2012). 地域で安心した療養生活を送るためには、社会資源の充足が必要であり、これまでの中山間地域における医療福祉的課題において主要な課題として取り上げられてきた(栗田 2000;小磯 2009). 本研究においても先行研究の知見を跡付ける結果として、サービスの不足や、専門的医療機関の不足が社会資源の不足として 1 因子に収束したと考えられる。

(2) 因子間の相関関係

因子間の相関では、【住環境に関する困りごと】と【情報アクセスに関する困りごと】以外の因子間で弱から中程度の正の相関がみられた ($r = .218 \sim .564$). 最も高い正の相関がみられたのは、【住環境に関する困りごと】と【役割変化に関する困りごと】であった ($r = .564$). 要介護高齢者が中山間地域で暮らすことは、どこに移動するにも体力的、交通整備状況的に厳しい。これまで、地域での活動や趣味を通して築かれた交流関係は、このような地理的条件が活動への参加や交流を阻害する要因となり、本人の役割が変化すると考えられる。また、【社会資源量の不足に関する困りごと】はすべての因子と中程度の正の相関関係がみられた ($r = .363 \sim .443$). 先行研究や本研究でも実証されたように中山間地域において社会資源は不足しており、社会資源を拡充することは、中山間地域で安心した療養生活を送るうえで重要であることが相関関係からも示されたと考えられる。

最後に【療養生活費に関する困りごと】と【情報アクセスに関する困りごと】($r = .360$)について考察する。【情報アクセスに関する困りごと】の考察にて述べたように、社会サービスは、非常に複雑である。所得等に応じて様々な助成制度が存在するものの自分自身にて申請する必要がある、基準に該当するすべての人が制度を利用しているわけでない。この相関関係は、情報を知らず制度を利用できていないことが、費用負担に対する困りごとを増長させていると考えられる。

以上、中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの因子構造と相関関係について考察を行った。これまでの結果から、これら 5 つの因子を相互に関連する一連のニーズとして捉えて包括的に支援する必要性があることが示唆された。

注 2) 第 3 章では、12 人インタビューを行ったが、アンケート用紙作成時に参照したのは、D 地区、介護支援専門員(男性)以外のデータである。

文献

限界集落における保健・医療・福祉(介護)の提供のあり方に関する検討委員会(2009)『限界集落における保健・医療・福祉(介護)提供体制に関する実態調査研究事業調査結果概要(事業サマリ)』社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会。

片倉直子・佐藤泉・西田麻子・ほか(2002)「高齢者の身近な社会とのかかわりへの保健福祉サービスニーズに関する研究」『日本保健福祉学会誌』8(2), 41-49.

小林江里香・杉澤秀博・深谷太郎・ほか(2000)「高齢者の保健福祉サービスの認知への社会的ネットワークの役割—手段的日常生活動作能力による差異の検討」『老年社会科学』22(3), 357-366.

小林恵子・平澤則子・飯吉令枝・ほか(2008)「農村地域に暮らす高齢者の生活ニーズとソーシャル・サポートの検討—サービス提供者のフォーカス・グループ・インタビューから」『保健師ジャーナル』64(3), 258-263.

- 高知県産業振興推進部中山間地域対策課（2012）『平成 23 年度高知県集落調査』。
- 小磯明（2009）『地域と高齢者の医療福祉』御茶の水書房。
- 小松理佐子（2011）「地域生活支援のニーズと充足方法」『日本福祉大学社会福祉論集』124, 39-54.
- 古谷野亘・柴田博・中里克治・ほか（1987）「地域老人における活動能力の測定--老研式活動能力指標の開発」『日本公衆衛生雑誌』34(3), 109-114.
- 窪田暁子(1981)「Ⅲ 医療福祉—医療ソーシャルワーク」仲村優一・松井二郎編『講座社会福祉 4 社会福祉実践の基礎』有斐閣, 222-255.
- 栗田明良（2000）『中山間地域の高齢者福祉—「農村型」システムの再構築をめぐって』（財）労働科学研究所。
- 森本美智子・高井研一・中嶋和夫（2001）「病気に関連した不安認知尺度の開発」『岡山県立大学保健福祉学部紀要』8, 11-19.
- 小澤純一・桜井康宏（2004）「高齢者の生活機能・障害と居住環境の関連性に関する調査研究—住生活に着目した居住環境評価尺度の開発」『日本建築学会計画系論文集』586, 25-30.
- 齋藤圭介・原田和宏・香川幸次郎・ほか（2001）「地域高齢者を対象とした ADL,IADL 統合尺度の構成概念の検討」『老年社会科学』23(1), 31-39.
- 佐々木美佐子・小林恵子・平澤則子・ほか（2003）「山間豪雪地における高齢者の生活構造とソーシャル・サポート・ニーズに関する研究」『看護研究交流センター事業活動・研究報告書』14, 9-16.
- 杉井たつ子（2005）「中山間地域における福祉サービス供給の課題—福祉サービス供給組織の整備」『介護福祉学』12(1), 158-162.
- 高山巖（2011）「老年期の生活と医療福祉の課題」星野正明・高内克明・土田耕司編『医療福祉学の道標』金芳堂, 65-67.
- 徳富和恵（2007）「第 6 章 医療福祉の援助を抱えた人びと」児島美都子・成瀬美治編『現代医療福祉概論 第 2 版』学文社, 120-143.

第5章 中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズと生活満足度の関連

第1節 本章の目的

本稿の研究目的は、中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズと生活満足度の関係を検討することである。

第2節 研究方法

(1) 調査協力者

第4章と同様の対象者である。なお分析には、用いる変数のいずれにも欠損値のない154票を集計および分析の対象とした。

(2) 調査方法

第4章と同様の方法である。

(3) 調査項目

(3-1) 従属変数

従属変数には、生活満足度尺度K(LSIK)を設定した(古谷野ら1990)。LSIKは、「人生全体についての満足感」「心理的安定」「老いについての評価」の3因子、9項目で構成されている。合計得点がとりうる値の範囲は0～9点であり、得点が高いほど生活満足度が高いことを示す。

(3-2) 独立変数

独立変数には、第4章で検証した「中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ」を設定した。この「中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ」は、「役割変化に関する困りごと(6項目)」、「住環境に関する困りごと(4項目)」、「療養生活費に関する困りごと(4項目)」、「情報アクセスに関する困りごと(4項目)」、「社会資源量の不足に関する困りごと(4項目)」の5因子、22項目にて構成されている。

回答選択肢は、「まったく感じていない(1点)」、「あまり感じていない(2点)」、「どちらともいえない(3点)」、「やや感じている(4点)」、「非常に感じている(5点)」の5段階スケールとして医療福祉ニーズがあると感じているほど高得点となるように配点した。本研究では、各領域を構成する下位項目の素得点合計を項目数で除したものを独立変数とした。

(3-3) 統制変数

統制変数には、年齢、性別、家族形態、ADLを設定した。性別(女性=0, 男性=1)と家族形態(同居なし=0, 同居あり=1)についてはダミー変数を作成した。ADLは、齋藤ら(2001)のADL, IADL統合尺度を構成するADL項目群を設定した。具体的には、「食

事」、「整容」、「トイレ」、「入浴」、「着替え」の 5 項目について尋ね、各項目について「できる」を 1 点、「できない」に 0 点として、単純加算し、5 点満点を自立する得点を作成した。ADL の Cronbach の α 信頼係数は、0.78 であり、信頼性が確認された。

(4) 分析方法

「中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ」の各因子及び統制変数である年齢、性別、家族形態、ADL を独立変数に、LSIK を従属変数として強制投入法による重回帰分析を行った。なお、VIF 値より独立変数間の多重共線性の有無について確認したところ、最も高い値が 1.72 となっており、基準値を下回っていたことから（小塩 2012）多重共線性の問題はないことが確認された。これらの統計分析には、SPSS22.0J for Windows を用い、検定の統計的有意水準についてはすべて 5%未満とした。

第 3 節 倫理的配慮

調査協力者に対して調査の開始前に面接調査員が文章及び口頭により、研究目的、調査内容、調査協力に伴う利益・不利益について説明を行い、調査の同意後も、途中辞退、質問内容によって回答拒否しても不利益を被らないことを伝えた。また、回答はすべて統計的に処理され、厳密に取り扱われることを説明し、同意を得たうえで調査を実施した。「高知県立大学社会福祉研究倫理審査委員会」（第 325 号）の審査・承認を受けて実施した。

第 4 節 結果

(1) 基本属性

基本属性の基礎統計量の結果は、第 4 章（表 4-2）と同様であり、「性別」は男性 37 名（18.9%）、女性 156 名（79.6%）であった。「年齢」は平均 86.4 歳であり、「70 歳代」が 28 名（15.1%）、「80 歳代」が 95 名（51.4%）、「90 歳代」が 57 名（30.8%）、「100 歳代」が 5 名（2.7%）であった。独居の方は、64 名（33.5%）であった。配偶者と同居している方は、46 名（24.1%）、していない方は、145 名（75.9%）であった。子どもと同居している方は、82 名（42.9%）、していない方は 109 名（57.1%）であった。子どもの配偶者と同居している方は、37 名（19.4%）、していない方は、154 名（80.6%）であった。孫と同居している方は、27 名（14.1%）、していない方は、164 名（85.9%）であった。

(2) 「中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ」と生活満足度尺度の関連

重回帰分析の結果を表 5-2 に示す。生活満足度に対して「役割変化に関する困りごと」（ $\beta = .375$ ）は、0.1%水準で有意な関連を示した。「住環境に関する困りごと」（ $\beta = .222$ ）は、1%水準で有意な関連を示した。「療養生活費に関する困りごと」（ $\beta = .156$ ）は、5%水準で有意な関連を示した。「情報アクセスに関する困りごと」及び「社会資源量の不足に関する困りごと」は有意な関連は示されなかった。また、重回帰モデルの F 値は、0.1%水準で有意であったため、これらの重回帰モデルは有効であることが示された。

表 5-2 「中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ」と生活満足度尺度の関連

	β	t 値	
役割変化に関する困りごと	-.375	-4.490	***
住環境に関する困りごと	-.222	-2.628	**
療養生活費に関する困りごと	-.156	-2.187	*
情報アクセスに関する困りごと	-.028	-.393	
社会資源量の不足に関する困りごと	-.048	-.625	
年齢	.059	.893	
性別（0：女性，1：男性）	.106	1.587	
同居家族（0：なし，あり：1）	.096	1.427	
ADL 合計	-.030	-.451	
調整済 R ²	.367***		

*P<.05, **P<.01, ***P<.001

第 5 節 考察

生活満足に最も影響を及ぼしていたのが「役割変化に関する困りごと」である。「役割変化に関する困りごと」は、社会的役割、余暇活動、家族関係に関する項目で構成されており、罹患してこれまで担っていた役割を果たせなくなることによって、生活満足度が低下することが示唆されたと言える。罹患することについて窪田（1981）は、家族関係や近隣友人の関係、また新しい自己像を再構築する必要がある、これらの関係性は相互に関連すると指摘している。また、松浦ら（2009）は、友人とのかかわりが少ない方は、抑うつ傾向にあることを指摘している。このように老年期は様々な役割変化が起こることに加えて、罹患することはこの役割変化に拍車をかけると考えられる。このような変化は、要介護高齢者にとって望ましくないものと捉えられているため、生活満足度が低下すると考えられる。役割変化について要介護高齢者は、「気を遣うと、なんぼ親子でもね、ちょっと気を遣うときがありますね.」,「回覧板でも、老人クラブもそうじゃけんどもう迷惑かけたらいかんき、俺は行かんね.」と語っていることから周囲に遠慮をしていると推察できる。そのため役割変化に対する支援をする際は、丁寧に本人の意向を伺い、「～はしたくない」、「～には参加したくない」という意見があっても時間をかけて潜在的ニーズの把握をすることが重要だと考える。

生活満足度と 2 番目に影響を及ぼしていたのが「住環境に関する困りごと」である。「住環境に関する困りごと」は、住宅内でのバリア、居住環境周辺のバリア、また移動の不便さを表す項目で構成されており、罹患して行動範囲が制限されることによって、生活満足度が低下することが示唆されたと言える。中山間地域において移動の問題は深刻であり（小林ら 2008；田中ら 2011）、小澤ら（2004）は、住居の安全性や利便性と主観的 QOL には相関性があると言及している。本研究において検証した結果、生活満足度とは負の関連が

あることが示唆され、先行研究を支持する結果が示された。「住環境に関する困りごと」がある一方で、平成 23 年度高知県集落調査によると、今後も住み続けたいと希望している方は、76.7%、地域に対する愛着や誇りを持っている方は、93%と非常に多くの方が継続して現在の居住地で暮らすことを希望している（平成 23 年度高知県集落調査 2012）。この結果から転居ではない方法で住環境の暮らしやすさを考える支援が必要と考える。特に中山間地域では、要介護高齢者にとってバリアフルな住宅が多く、現行の介護保険サービスのみでは十分な改修は難しいと考える。

生活満足度と 3 番目に影響を及ぼしていたのが、「療養生活費に関する困りごと」である。「療養生活費に関する困りごと」は、医療費、介護保険利用料、受診に必要な交通費等を表す項目で構成されており、療養生活に必要な費用を負担することによって、生活満足度が低下することが示唆されたと言える。暮らし向きと生活満足度には関連があり（岡本ら 2005）、本田ら（2012）は、経済的問題で介護保険サービス利用を控えることがあることを実証している。さらに、受診時にかかる移動の費用は要介護高齢者にとって都市部にはない中山間地域特有の大きな費用負担である。移動の費用負担について要介護高齢者は、「（ハイヤー代が）1 万円余りいりますがね。もう仕方ないきね。」と語っており、さらに「あんまり贅沢はできませんねえ。まあ、食べるのを遠慮する。あんまりようけ食べんからねえ」と療養生活費が他の生活費に影響を与えていると推察できる。医療費助成制度のみでは「療養生活費に関する困りごと」に対応することは不十分であり、特に往診体制が脆弱な中山間地域においては、通院費も含めた支援をすることにより生活満足度が向上すると考える。

生活満足度と「情報アクセスに関する困りごと」及び「社会資源量の不足に関する困りごと」は、有意な関連を示さなかった。これらの因子は、他の困りごとと比較すると、直接「苦しい」、「つらい」等、感じにくい困りごとであることが影響していると考えられる。「役割変化に関する困りごと」、「住環境に関する困りごと」、「療養生活費に関する困りごと」の 3 因子は、罹患を起因とした心身の変化によって、直接、ライフスタイルや家計状況が変化すると推察される。一方「情報アクセスに関する困りごと」と「社会資源量の不足に関する困りごと」の 2 因子は、高齢者が元気な時は関係なく、要介護高齢者となって初めて必要となる。不足して困っていると感じても充足した社会資源の情報やサービスの提供を体感していないので、他の 3 因子と比較すると充足から不充足への変化が乏しい。この変化の乏しさが以前の生活とのギャップを生み出さず、生活満足度との関連を示さなかったと考えられる。これまでの先行研究から情報アクセスや社会資源量に関する困りごとが存在することは明らかである（小林ら 2000；栗田 2000；瀬畠ら 2002；杉井 2005；小磯 2009；大友 2012）。しかし、生活満足度との関連がないことは、他の 3 因子と比較して困りごとを捉えにくいと推察される。そのため専門職は支援をする際、この 2 因子については、より一層の注意を払い困りごとについて捉える必要があると考える。

文献

- 本田亜起子・片平伸子・別所遊子・ほか（2012）「介護支援専門員からみた経済的問題による高齢者の介護保険サービス利用の手控え—手控えの状況およびその影響と支援—」『日本地域看護学会誌』15(1)，61-70。
- 小林江里香・杉澤秀博・深谷太郎・ほか（2000）「高齢者の保健福祉サービスの認知への社

- 会的ネットワークの役割—手段的日常生活動作能力による差異の検討」『老年社会科学』22(3), 357-366.
- 小林恵子・平澤則子・飯吉令枝・ほか(2008)「農村地域に暮らす高齢者の生活ニーズとソーシャル・サポートの検討—サービス提供者のフォーカス・グループ・インタビューから」『保健師ジャーナル』64(3), 258-263.
- 高知県産業振興推進部中山間地域対策課(2012)『平成23年度高知県集落調査』.
- 小磯明(2009)『地域と高齢者の医療福祉』御茶の水書房.
- 小塩真司(2012)『事例研究で学ぶ SPSS と AMOS による心理・調査データ分析 第2版』東京図書.
- 栗田明良(2000)『中山間地域の高齢者福祉—「農村型」システムの再構築をめぐって』(財)労働科学研究所.
- 窪田暁子(1981)「Ⅲ 医療福祉—医療ソーシャルワーク」仲村優一・松井二郎編『講座社会福祉4 社会福祉実践の基礎』有斐閣, 222-255.
- 松浦尊磨・間瀬教史・鈴木順一(2009)「集落機能が低下した農村地域高齢者の抑うつ及び将来不安要因とケア・ニーズ」『甲南女子大学研究紀要看護学・リハビリテーション学編』3, 51-58.
- 岡本秀明・岡田進一・白澤政和(2005)「農村部における高齢者の社会活動と生活満足度との関連—社会活動に対する参加意向に着目して」『社会福祉学』46(1), 63-73.
- 大友達也(2012)広島県におけるヘルスリテラシーの現状と課題—都市部とへき地の住民調査」『医療福祉研究』6, 31-48.
- 小澤純一・桜井康宏(2004)「高齢者の生活機能・障害と居住環境の関連性に関する調査研究—住生活に着目した居住環境評価尺度の開発」『日本建築学会計画系論文集』586, 25-30.
- 齋藤圭介・原田和宏・香川幸次郎・ほか(2001)「地域高齢者を対象とした ADL, IADL 統合尺度の構成概念の検討」『老年社会科学』23(1), 31-39.
- 瀬島克之・杉澤廉晴・フェターズ マイク D・ほか(2002)「個人面接による地域高齢者の医療に対するニーズの調査」『日本公衆衛生雑誌』49(8), 739-748.
- 杉井たつ子(2005)「中山間地域における福祉サービス供給の課題—福祉サービス供給組織の整備」『介護福祉学』12(1), 158-162.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか(2011)「限界集落における孤立高齢者への生活支援(上)」『高知論叢』100, 117-152.

第6章 本研究のまとめ

第1節 総合考察

(1) 要介護高齢者が感じるニーズと支援専門職が捉える困りごとの差

中山間地域で暮らす要介護高齢者が感じる困りごとと要介護高齢者を支える支援者が捉える困りごとの構成要素における差をインタビュー分析結果から比較検討する。要介護高齢者の語りからは、コード化単位 25 項目、文脈単位 11 項目、カテゴリー5 項目を抽出した。一方、地域包括支援センター、社会福祉協議会、居宅介護支援事業所、病院に所属している支援専門職の語りからは、コード化単位 48 項目、文脈単位 18 項目、カテゴリー6 項目を抽出した。コード化単位、文脈単位、カテゴリーすべてにおいて専門職の方が多く抽出された。特にコード化単位については、要介護高齢者に比べて 2 倍弱のコード化単位が抽出され、より詳細に困りごとを表していた。これは一見、支援専門職がより多くの困りごとを捉えることができるようにみえるが、そのようなことを指し示すものではない。支援専門職は、1 人で同時に数十人支援しており、また、延数百人から数千人を支援した経験がある。これに対して本調査では、要介護高齢者は 12 名へのインタビューであり、その困りごとは 12 名の人生経験に限られている。また、支援専門職は様々な知識と支援方法を蓄積しているため、社会資源に沿った困りごとが多く生成された。要介護高齢者は、社会資源について知らなければ、無いと認識することができない。これが構成要素数の差につながったものと考えられる。

支援専門職に対するインタビューでは、どのカテゴリーについてもカテゴリー間に大きな差がなく語られた。しかし、要介護高齢者は、カテゴリーによっては語るまで時間がかかる、話しが元に戻って語る、あまり語りたがらない様子などが見られた。研究結果として可視化しにくい部分ではあるが、インタビューから、ある程度傾向があるように推察できたので記述する。「住環境に関連する困りごと」、「受診・受療に関連する困りごと」に関しては比較的スムーズに語られることが多かった。「療養生活費負担に関連する困りごと」「役割変化に関連する困りごと」、「社会資源に関連する困りごと」は、語るまでに時間を要した。「療養生活費負担に関連する困りごと」は、金銭に関することであり、語ることが恥ずかしい、あるいは言いたくないといった感情があったと推察される。「役割変化に関連する困りごと」は、普段から意識しているわけではないが、趣味や仕事などを思い起こすと病気がきっかけだったと回想する方が多くいた。例えば、現在は友人との交流がなく、その生活が普通と認識していても、改めて考え直すと友人との交流がないことをつらいと思うということがあった。このように罹患によって困りごとが発生しても長い時間を経ることによってその生活に適応すると推察される。一見困っていないように捉えることができるが、友人との交流があったときの話しや仕事をしていた時の話しを伺うと、普段困りごととして表出していないが、確かに困りごとは存在していることが確認できた。また、「社会資源に関連する困りごと」は、上述したように社会資源を知らなければ無いと認識することができない。また困っていると感じていても「しょうがない」「私は（困ったことについて人に）言ったことない」との語りからも無いものは仕方ないと諦めていることが伺えた。インタビューから聞かれば、困っているが、諦めている困りごとということが推察

される。

このように困りごとによって、性質が異なり、要介護高齢者本人の捉え方も特徴があることが推察された。

(2) インタビュー調査とアンケート調査の統合考察

「役割変化に関する困りごと」における要介護高齢者の語りでは、「町内会活動とかは、全然。なんちゃあしていません」、「どこへでも自分の気に入った通り、あれでどんどん動けたのがね、ええ、買い物平気で行きよったから。それが行けんなったら。とにかく足取られたみたいなものですね。バイクを足にしよったのにそれを取られて、今度は自分、本当の足を取られたがよ」、「お見舞いにも行きたいけれど、そこまでは降りても、よう歩かんって人に呼んだりせないかんだったら、こら困るからと思うて」などが語られた。また、支援者の語りでは、「退院はできるんだけど、畑に行けないと疎外感というか、自分の役割が無くなった感みたいなのがあって」、「1番はまた人に迷惑かけたらどうしようっていうところを、やっぱり言われるので」、「きつく言われたりしたということも、聞くこともあります。ご家族もだんだん、自分も忙しいのでご家族も分かってるけどやってしまったと。本人が傷つかれちゃうケースもやっぱりあります」などが語られた。語りでは、社会的役割や家庭内の役割など様々な役割変化に対する困りごとが詳細に語られており、その多様な内容を裏付けるように、「仕事の遂行困難」(3.79±1.40)、「地域内での役割遂行困難」(3.16±1.46)の得点が高く、さらに生活満足度に最も影響を及ぼしていた。

「住環境に関する困りごと」における要介護高齢者の語りでは、「女で、体格はえいけんどねえ、なかなか1人ではよう起こさん。力が抜けてしもうちゅでしょう。部屋なんかも、仕切りのこのくらいの段差でも、ぐにやぐにやぐにゃとこける訳ですわ」、「人のおらんようなところ歩きよって転んだらいかんと思ってね。よう行かんの。もっと、下のほら、坂が無かったら、しょう楽なけんどね。あの坂があるんで、しんどいわ」などが語られた。また、支援者の語りでは、「縁から台所に上がるのに、段差があって。お部屋に入ってもその障子、外側は雨戸、トイレと、お風呂は外が典型的だと思います」、「車の運転ができなくなってしまうと田舎って、出て行く手段が無くなってしまうので、会行く時に、誰かに頼まなくちゃいけないから、『もう行かない』と」などが語られた。「室内の段差の危険性」(3.25±1.57)、「住居付近の移動困難」(3.07±1.55)の得点が高く、さらに生活満足度と2番目に影響を及ぼしていた。

「療養生活費に関する困りごと」における要介護高齢者の語りでは、「あんまり贅沢はできませんねえ。まあ、食べるのを遠慮する。あんまりようけ食べんからねえ。」、「介護保険はずっと高いですねえ。私は、国民年金ですからねえ」、「足が悪いのでねえ病院へ行くのに、往復タクシー今日も行てきたんですけど、往復7000円ぐらいいります」などが語られた。また、支援者の語りでは、「医療でお金がぼんっていつてみたりとか、その病院に行ったときに検査とかあったらお金の単価が跳ね上がって、500円の単位が重いのでお金がある無しで、雲泥の生活の差はありますね」、「薬が高いと思います。1割負担とか、そんなんでもやっぱり何千円かかっちゃうので、大変っていう声聞きます」などが語られた。「医療費支払い困難」(2.57±1.20)、「介護保険利用料の支払い困難」(2.55±1.16)の得点が高く、さらに生活満足度と3番目に影響を及ぼしていた。

「情報アクセスに関する困りごと」における要介護高齢者の語りでは、「こういう制度があるよって私は聞いてないんじゃないけど」、「私、分かってないですけどね。あんだけ介護保険も、初めはいや、こんなもの今まで無かったのに取られるというようなこと考えたり、言うたりお互いにしよったけど」などが語られた。また、支援者の語りでは、「介護保険のほうも周知はされてないと思います。結局病気になった時とか困った時に、どうしたらいいのかっていうのが、分かってらっしゃらない方がおいでだと思います」「(介護保険は) 冊子は回るんですけど目を通していらっしゃる方は少ない」などが語られた。「医療費助成の情報入手困難」(2.97±1.35)、「介護保険の情報入手困難」(2.73±1.38)、「福祉施設の情報入手困難」(2.73±1.36)の得点が高かった。なお、生活満足度との関連については差は有意ではなかった。

「社会資源量の不足に関する困りごと」における要介護高齢者の語りでは、「ほんで、もっと増やしてもらいたい、言うてねえ高齢者がおる割には施設が少ないから、ねえ、回した人がなかなか入れんでしょ」、「町がなかなか、うん。あの、お金が無いから、ちょっと自分も考えないかんのじゃないろうかねえと思うたりしてます」などが語られた。また、支援者の語りでは、「サービスは足りないと思います。通所リハなんかは特にですね」、「訪問看護も足りてない、全然です」などが語られた。「高度な医療機関への受診困難」(3.06±1.60)、「福祉施設の不足」(2.58±1.27)の得点が高かった。なお、生活満足度との関連については差は有意ではなかった。

これまでの中山間地域における高齢者支援の研究では、社会資源量の拡充に視点を置いたものが主たるものであり、本研究においても「社会資源量の不足に関する困りごと」は、その他の困りごとのすべてと中程度の相関関係を示していることから中山間地域において支援すべき中核的な困りごとであることが示唆された。しかし、「社会資源量の不足に関する困りごと」は、素点をみると、他の困りごとと比較するとそこまで高得点ではなく、生活満足度との関連も差は、有意ではなかった。これは、第5章で述べたように、罹患前とその後において社会資源に関連する生活スタイルのギャップが乏しいためと考えられる。「社会資源量の不足に関する困りごと」は、困りごとの構成要素として、要介護高齢者、支援者ともに捉えているが、支援者の方がより注意深くニーズを把握する必要があると考えられる。

生活満足度との関連では、「役割変化に関する困りごと」、「住環境に関する困りごと」、「療養生活費に関する困りごと」に負の関連が示された。最も高い負の関連は、「役割変化に関する困りごと」であり、この困りごとに対して支援していくことの重要性が示唆された。特に、「役割変化に関する困りごと」と「住環境に関する困りごと」は本研究にて最も高い正の相関がみられたことから、一体的に対応すべき重要な困りごとであると考えられる。自身の役割の変容を受け入れることができないことや他人を気遣うことにより孤立しやすくなり、さらに外出しにくい居住環境がこれに拍車をかけ、コミュニケーションや人間関係の再構築に至るのが難しい現状であることが示唆された。しかし、高知県の中山間地域で暮らしている方の8割弱は、現在の居住地で継続して暮らすことを望んでおり、引っ越しを軸に支援を考えることは得策ではない。どこで暮らしていてもコミュニケーションをとる方策の1つにICTがある。ICTを利用した見守りサービスの展開は始まっているが(西内2014)、交流やいきがいに着目したICT利用も重要となるだろう。

生活満足度と「療養生活費に関する困りごと」が負の関連を示した原因の 1 つとして考えられるのは中山間地域特有の多額な移動費負担であると推察できる。地区によっては、病院が運営するバスで対応をしていたが、それだけでは不十分である。地域内で完結できない病気については地区を超えて受療する必要があるときにも対応できるような支援策が必要だろう。また、「社会資源量の不足に関する困りごと」と同様に「情報アクセスに関する困りごと」も要介護高齢者本人が認識しにくいと推察できることから積極的な情報提供を行う必要性がある。これは、生活満足度は「療養生活費に関する困りごと」と関連はあるが、「情報アクセスに関する困りごと」との関連はみられない、且つ「療養生活費に関する困りごと」と「情報アクセスに関する困りごと」には、中程度の正の相関があったことから示唆された。

以上、これらのカテゴリーは、交互に影響を与えていることが示唆された。そのため、これまで単一に捉えられていたこれらの困りごとは、統合的な医療福祉ニーズとして捉え、包括的に支援する必要性があることが示唆された。

最後にこれらの困りごとに併せて、考慮する必要があることに「中山間地域における人間関係の特性」がある、一般的に中山間地域の人間関係は緊密であり、豊かである状況（金澤 2005; 太湯ら 2006）を、「良いこと」として捉えられているが、この緊密な人間関係であるがために生じている「良くないこと」の両面があることである。緊密な人間関係は、支援専門職と、支援を受ける利用者の関係性の前に、同地域で暮らす地域住民同士という 2 つのコンテクストが混在することになり、一般的に語られる支援者と援助者間の関係とは様相が異なる。この特徴的な人間関係を背景に、今後もこの地域で暮らしていくことを考えることによって、《医師とのコミュニケーション困難》、《社会資源を利用する際の問題点》が生じていることが明らかになった。さらに、「療養生活費に関する困りごと」のような家庭状況に深くかかわることは、この「良くないこと」があるために相談しにくい状況が生じていることが示唆された。さらに、「社会的役割に関する困りごと」は、本人と周囲の人の考え方が大きくことなる。周囲の人は、緊密な人間関係の「良いこと」を背景に変わらない付き合いをしようと試みるが、本人にとっては、その緊密な人間関係がつらく、「良くないこと」として捉えて生じる困りごとあることが示唆された。

これまでの人間関係や、お互いによく理解していると感じている関係ゆえに見過ごされやすい困りごとであり、緊密な人間関係の「良いこと」を含有しつつも、援助関係について見直し、相談内容の秘密保持や地域における情報共有体制についてより丁寧に説明する必要だろう。

第 2 節 本研究の独創性と新しい知見

本研究の独創性と新しい知見は、2 点に集約できる。1 つめは、医療福祉ニーズの構成概念を明らかにしたこと、2 つ目は、医療福祉ニーズと生活満足度の関連を明らかにしたことである。

1 つめの医療福祉ニーズの構成概念については、これまでの先行研究では、中山間地域でのニーズは、様々なニーズがあることについて指摘されていたが、①医療福祉ニーズという概念が、必ずしも定義付けて使用されておらず多義的な使われ方をされているため、ど

のようなニーズか不明瞭なこと、②医療福祉ニーズに関するニーズは、きわめて少ないこと、②要介護高齢者に限定したニーズ調査は、ほとんどみあたらない状況であった。そのため本研究では、要介護高齢者とその支援者に調査を行い、インタビュー調査と量的調査のミックス法によって中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ尺度の作成を行ったことである。要介護高齢者と支援者に対するインタビュー調査の結果を踏まえて尺度の作成を行ったことにより、一定の妥当性がある尺度の作成を行えたと考える。

2 つめとして、本研究で開発した中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズと生活満足度の関連について明らかにしたことである。ニーズ研究は、多く行われてきたが、ニーズとその関連要因について言及しているものは少ない。さらに生活満足度との関連についてはさらに少ないのが現状である。そのような状況のなかで本研究では、重回帰分析により、医療福祉ニーズの各因子とその生活満足度との関連を明らかにした。この結果により、どの因子でニーズがあると、生活満足度に影響を及ぼすのか可視化できたため、支援をすることにより生活満足度が向上する可能性について実証的に明らかにした。さらにニーズごとに相関性の有無も明らかになっており、支援をする際、どのニーズと一緒に支援するとより効果的なのかについて示唆を得ることができた。

第3節 提言

【役割変化に関する困りごと】は、素点平均値や生活満足度との関連から対応すべき重要な課題であることが示唆された。これは、役割縮小過程の存在であることは(金子 1986)、生活満足度が低いことを裏付ける結果となった。高齢者に対する役割期待として、佐藤ら (2014) は、グループインタビューを行った結果から「高齢者をささえる」、「子育てのサポート」、「世代間交流」、「親しい近所つきあい」、「自治会運営」、「美化活動」とまとめている。また、金子 (2006) は、生きがい活動と生活満足度に関する調査を行い、活動していない理由として、「年齢」、「仲間の不在」等を原因として挙げている。先行研究の結果と本研究の調査結果からは、加齢によって身体的に不自由な状況になっても、交流できる場を提供して、本人の望む活動、具体的には「高齢者をささえる」、「子育てのサポート」、「世代間交流」、「親しい近所つきあい」、「自治会運営」、「美化活動」を行うことによって、生活満足度が向上する可能性が示唆された。ただし注意しなくてはいけないのは、佐藤ら (2014) の調査は、74 歳までの高齢者に対する調査であり、直ちに援用することは望ましくなく、地域の年齢構成等を配慮することが重要であろう。提案した活動ができないから役割が変化して生活満足度が低下していると考えられる方がおり、その場合は個別に考える必要がある。また、社会活動は、活動したいけどできていない方、活動の意向がない方によって、生活満足に差がでることが明らかになっている(岡本ら 2005) ため、意向の確認も重要である。さらに【役割変化に関する困りごと】は、多くの喪失体験であることから状況によって、精神科受診も視野に入れるべきであろう。本人も関係者も高齢者の役割が変化するの当たり前と考えることは、避けるべきであり、精神科受診を見構えない環境作りも重要と考える。このように【役割変化に関する困りごと】に関連する研究は様々な蓄積があり、複合的な観点から効果的と考えられる方策について根拠をもって具体的に挙げるができたと考える。

【住環境に関する困りごと】は、「平成 23 年度高知県集落調査 2012」において、76.7% が住み続けることを希望し、また、地域に対する愛着は 93%の方が感じていることが明らかになっている。一方で、本研究では、素点の平均値が高いことや生活満足度に負の影響を及ぼしていることが明らかになっていることから、愛着、住みたい気持ち、住みにくさ、生活に対する不満感等、様々な気持ちが入り交じっていると推察される。現在、限界集落のあり方に関しては、集落継続や移転等の議論があるものの、これらの調査結果から考えると、現在地での居住継続をベースとした支援が妥当であると考ええる。【住環境に関する困りごと】の個別の質問項目に着目すると「室内の段差の危険性」、「住居付近の段差の危険性」の素点平均値が高いことからバリアフルな住環境に困りごとを感じていると考えられる。介護保険による住宅改修が公的な支援として挙げられるが、建物の構造や屋外の状況まで含めると、介護保険のみでは不十分であることは否めない。特に屋外に関しては、介護保険の範囲外である。しかし、市町村独自制度による助成となると、公的財源の負担が重過ぎることが予想されるため現実的ではない。【役割変化に関する困りごと】と相関関係がみられることから、近隣・友人とバリア解消について検討し、転倒リスクが非常に高いポイントについては解消できるようにインフォーマルサービスを活用した支援が必要と考える。近隣・友人が直接サポートすることが難しくとも困っている状況の共有や聞き取りをすることによって、役割が発生し、【役割変化に関する困りごと】の軽減にも繋がると考えられる。

【療養生活費に関する困りごと】は、精神的健康度や社会活動等（佐藤ら 2003；岡本ら 2005）、様々な因子と関連していることがこれまでの研究で明らかになっている。経済的に不自由であることは、社会参加が縮小する傾向があり、また、そのことによって、生活満足度が低下することが推察される。また、【社会資源量の不足に関する困りごと】と最も高い相関関係がみられる。これは、自身が利用できる社会資源が金銭的理由により利用できない状況を不足していると捉えていることを示している可能性もあると推察される。そのため所得に応じて交通機関やサロン利用費用の現物支給が必要と考える。さらに、状況によっては、生活保護受給も検討するべきであろう。経済的なことである【療養生活費に関する困りごと】は、生活保護の相談等によって、スティグマが生成されることが危惧される。第 3 章で指摘した通り、中山間地域では人間関係が緊密であり、支援専門職と、支援を受ける利用者の関係性の前に、同地域で暮らす地域住民同士という 2 つのコンテキストが混在する。このコンテキストによって、制度利用を躊躇している可能性も看過できない。相談内容の秘密保持や地域における情報共有体制について見直し、地域住民にも秘密保持と状況共有のあり方について理解してもらい、適切なネットワーク構築の必要性があると考ええる。

【情報アクセスに関する困りごと】は、一般的なパンフレットや広報活動では十分に理解することが難しいことが本研究では示唆されたと言える。特に、独居等でソーシャルサポートを得ることが難しい方は情報を得ることが難しいと感じていると推察する。そのため見守りネットワークやインフォーマルサポート体制の構築が必要と考える。また、地域組織に参加しているほど保健事業サービスを認知しているという報告(杉澤ら 1996)から、住民同士の交流を図る機会に情報の理解促進に関するプログラムを入れることも情報認識を高めるうえで重要と考える。

【社会資源量の不足に関する困りごと】は、中山間地域の研究において多くの論者が指摘するところである。「ない」から増やすというのはもっともであるが、容易いことではない。その地域に社会資源がないことは、《社会資源を利用する際の問題点》、《行政対応の問題点》、また、「採算があわず業者が撤退する」という語りにみられるように、「ない」文脈が、存在する。介護報酬において中山間地域に関する報酬加算はあるものの、これだけでは、不十分と考える。地域において、どのサービスがどのくらい必要なのか、また、サービス提供を持続するためにはどのような方策が必要なのか、行政、医師、居宅介護支援事業所、地域住民等、関わる人・機関が十分に協議する必要があると考える。住民参画は、地域福祉において重要な要素であるが、医療現場において主体的に医療とかわることは根付いておらず、まだまだ専門職が提案したものを受動的に受けることが多いだろう。継続できなかったときの責任論ではなく、関わる全ての人が責任を持ち、暮らしやすい地域とは何かを考えたうえで社会資源量増加について検討すべきと考える。

第4節 本研究の限界と今後の展望

要介護高齢者の調査協力者の選定方法を「地域のことをよく知っていて、熱心に高齢者支援に取り組んでいると考えられる実践者」から紹介してもらった要介護高齢者というように恣意的な選定となっていることでデータにバイアスがかかっていることが予想される点や地域を限定した調査という点である。また、要介護状態でも比較的軽度の方に偏りがあることである。今後は他の地区や他県の中山間地域や幅広い介護度の要介護高齢者に継続的な調査を進める必要があるだろう。

しかし、このような限界を認めながらも、マンパワーが不足しており、数少ない支援者の中で、上述したような、他の支援者や高齢者に認められる調査協力者から得られたデータには一定の意義があると考えられる。

要介護高齢者に対する質問紙を用いた調査については、3点挙げられる。1点目として、調査協力者が、自分自身で発言できる要介護高齢者の中でも比較的元気な高齢者に偏りがあることである。本来であれば、要介護度が高い高齢者にも調査して軽度から重度の方までバランス良く調査する必要があるだろう。しかし、要介護度が高い高齢者が自分自身で答えることは非常に難しく、また、身体的負担も大きいため、データ収集は現実的に困難である。そのため、要介護度が高い高齢者のニーズについては、慎重に調査協力者選定を行い、質的研究にて補足する必要があると考えられる。2点目として、調査地区が高知県の8地区に限定されていることである。今後は他の地区や他県の中山間地域の要介護高齢者に継続的な調査を進め、比較検討を行う必要があるだろう。3点目として、尺度の妥当性、信頼性のさらなる検討が必要であることである。これは再テスト法等により、安定性、同等性について確認していく必要があるだろう。

また、中山間地域は幅広い概念であり、様々な特徴を持った地域が存在する。中山間地域と一括りにせず、類似する特徴ごとに調査をして、よりニーズに添った支援方法を検討する必要があるだろう。

本研究で明らかになった困りごとは、高齢者を支援するにあたり主要なサービスである介護保険では対応しきれない困りごとが散見された。構成要素について十分な理解がない

場合や、共通認識がない場合、サービス量の充足や支援者個人が気づいたニーズに対する支援に留まり、生活を包括的に捉えた支援を行うのは困難である。今後、本研究で明らかになったこれらの医療福祉ニーズの構成要素や関連データを関係機関にフィードバックすることにより、データの共通理解を得ることを通して、新たなサービスの創設、支援の均てん化を進める一資料としたい。

また、地域で高齢者を支援するためには、「個を地域で支える支援と個を支える地域をつくる支援という 2 つのアプローチを一体的に推進すること」(岩間 2011) が重要であり、本研究は、「個を地域で支える支援」の研究に位置づく。真のニーズを捉えるためには、多角的視点でニーズを検討する必要がある。本研究の知見に加え、「個を支える地域をつくる支援」に着目して研究の蓄積をすることが課題である。

文献

- 太湯好子・岡田ゆみ・神宝貴子・ほか (2006) 「中山間地域における高齢者の健康寿命を支える地域保健福祉の基盤づくりに関する研究」『川崎医療福祉学会誌』115(2), 423-431.
- 岩間伸之 (2011) 「地域を基盤としたソーシャルワークの特質と機能—個と地域の一体的支援の展開に向けて」『ソーシャルワーク研究』37(1), 4-19.
- 金澤誠一 (2005) 「中山間地域で生活する在宅高齢者の生活の条件」『佛教大学総合研究所紀』1, 19-39.
- 金子勝司 (2006) 「M 町における高齢者の生きがい活動の実態と今後の方向性について：生活の満足度調査による考察」『共栄学園短期大学研究紀要』22, 103-117.
- 金子勇 (1986) 「地域社会における高齢者の生活構造」『季刊社会保障研究』22, 41-50.
- 高知県産業振興推進部中山間地域対策課 (2012) 『平成 23 年度高知県集落調査』.
- 西内章 (2014) 「ソーシャルワークにおける ICT の意義と課題」『高知県立大学紀要社会福祉学部編』63, 39-54.
- 岡本秀明・岡田進一・白澤政和 (2005) 「農村部における高齢者の社会活動と生活満足度との関連—社会活動に対する参加意向に着目して」『社会福祉学』46(1), 63-73.
- 佐藤美由紀・齊藤恭平・若山好美・ほか (2014) 「地域社会における高齢者に対する役割期待と遂行のための促進要因—フォーカス・グループ・インタビュー法を用いて」『日本保健福祉学会誌』21(1), 25-34.
- 佐藤至英・戸澤希美 (2003) 「独居高齢者のストレスと QOL との関係」『北方圏生活福祉研究所年報』9, 39-45.
- 杉澤秀博・高梨薫・柴田博・ほか (1996) 「老人保健事業についての高齢者の認知度に関連する社会的要因」『日本公衆衛生雑誌』43(8), 624-631.

文献リスト

- 阿部彩 (2011) 「受診抑制の実態と公的医療保険の負担格差」『月刊保団連』1056, 11-16.
- 浅野仁 (1992) 『高齢者福祉の実証的研究』川島書店.
- Bradshaw, J. (1972) A Taxonomy of Social Need, McLachlan, G. ed. Problems and Progress in Medical Care : Essays on Current Research, 7th, Oxford University Press, 69-82.
- 江口英一 (1981) 『社会福祉と貧困』法律文化社.
- Farrell, G.A. (1991) How Accurately Do Nurses Perceive Patient's Needs? : A Comparison of General and Psychiatric Settings, *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1062-1070.
- 刈田英津子・安梅勅江 (2004) 「保健福祉サービスにおけるエンパワメント環境の整備に関する研究—訪問面接とグループインタビューによる当事者主体のニーズ把握」『日本保健福祉学会誌』10(2), 31-40.
- 太湯好子・岡田ゆみ・神宝貴子・ほか (2006) 「中山間地域における高齢者の健康寿命を支える地域保健福祉の基盤づくりに関する研究」『川崎医療福祉学会誌』115(2), 423-431.
- 福井貞亮 (2004) 「要援護在宅高齢者の感じるニーズ—生活における困りごとを構成する尺度の構成内容」『生活科学研究誌』3, 193-2004.
- 限界集落における保健・医療・福祉(介護)の提供のあり方に関する検討委員会 (2009) 『限界集落における保健・医療・福祉(介護)提供体制に関する実態調査研究事業調査結果概要(事業サマリ)』社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会.
- 林博幸 (1984) 「第 6 章 地域福祉とニーズ論」宇田紀久恵・井岡勉編『地域福祉—いま問われているもの』ミネルヴァ書房, 127-156.
- 平岡公一 (2011) 「第 20 章 社会福祉とニード」平岡公一・杉野昭博・所道彦・ほか編『社会福祉学』有斐閣, 423-436.
- 本田亜起子・片平伸子・別所遊子・ほか (2012) 「介護支援専門員からみた経済的問題による高齢者の介護保険サービス利用の手控え—手控えの状況およびその影響と支援」『日本地域看護学会誌』15(1), 61-70.
- 堀川涼子・小坂田稔 (2012) 「高齢化が進む中山間地域におけるまちづくり(第 1 報)—地域と大学が協働で行ったニーズ調査の結果について」『美作大学・美作大学短期大学部紀要』57, 43-54.
- 飯吉令枝・平澤則子・斎藤智子・ほか (2006) 「豪雪地における高齢者の生活構造の変化とソーシャル・サポート・システムの評価」『看護研究交流センター年報』17, 1-5.
- 伊藤正子 (2007) 「第 11 章 医療サービス」古川孝順編『生活支援の社会福祉学』有斐閣ブックス, 154-166.
- 岩間伸之 (2011) 「地域を基盤としたソーシャルワークの特質と機能—個と地域の一体的支援の展開に向けて」『ソーシャルワーク研究』37(1), 4-19.
- 岩田正美 (1986) 「何が社会福祉の「対象」か—諸概念と認識枠組について」『人文学報. 社会福祉学』2, 1-20.
- 岩田正美 (2000) 「社会福祉とニード—ニード論再考」右田紀久恵・中村永司編『社会福祉の理論と政策』中央法規, 29-43.

- Johnson, L. C. & Yanca, S. J. (2009) *Social Work Practice : A Generalist Approach*, 10th ed, Allyn and Bacon.
- 金澤誠一 (2005) 「中山間地域で生活する在宅高齢者の生活の条件」『佛教大学総合研究所 紀要』1, 19-39.
- 金子勇 (1986) 「地域社会における高齢者の生活構造」『季刊社会保障研究』22, 41-50.
- 片倉直子・佐藤泉・西田麻子・ほか (2002) 「高齢者の身近な社会とのかかわりへの保健福祉サービスニーズに関する研究」『日本保健福祉学会誌』8(2), 41-49.
- 小松理佐子 (2011) 「地域生活支援のニーズと充足方法」『日本福祉大学社会福祉論集』124, 39-54.
- 川村匡由・室田人志 (2011) 「医療福祉の位置づけ」川村匡由・室田人志編『医療福祉論—これからの医療ソーシャルワーク』ミネルヴァ書房, 2-32, 86-7.
- 川添希・馬場園明 (2007) 「健康保険組合被保険者の医療受診における所得効果」『厚生 の指標』54(6), 14-19.
- 小林江里香・杉澤秀博・深谷太郎・ほか (2000) 「高齢者の保健福祉サービスの認知への社会的ネットワークの役割—手段的日常生活動作能力による差異の検討」『老年社会科学』22(3), 357-366.
- 小林恵子・平澤則子・飯吉令枝・ほか (2008) 「農村地域に暮らす高齢者の生活ニーズとソーシャル・サポートの検討—サービス提供者のフォーカス・グループ・インタビューから」『保健師ジャーナル』64(3), 258-263.
- 小林良二 (2007) 「V 社会福祉の対象 1 社会福祉対象の認識方法」仲村優一・一番ヶ瀬康子・右田紀久恵監修『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規, 358-369.
- 高知県産業振興推進部中山間地域対策課 (2012) 『平成 23 年度高知県集落調査』.
- 小磯明 (2009) 『地域と高齢者の医療福祉』御茶の水書房.
- 児島美都子 (2007) 「第 1 章 医療福祉とは何か」児島美都子・成瀬美治編『現代医療福祉 概論 第 2 版』学文社, 1-13.
- 国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口 (2012 年 1 月推計)』.
- 小松理佐子 (2011) 「地域生活支援のニーズと充足方法」『日本福祉大学社会福祉論集』124, 39-54.
- 高齢者介護研究会 (2003) 『2015 年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて』.
- 厚生労働省 (2012) 『在宅医療・介護あんしん 2012』.
- 小塩真司 (2012) 『事例研究で学ぶ SPSS と AMOS による心理・調査データ分析 第 2 版』東京図書.
- 古谷野亘・柴田博・芳賀博・ほか (1990) 「生活満足度尺度の構造—因子構造の不変性」『老年社会科学』12, 102-116.
- 古谷野亘・柴田博・中里克治・ほか (1987) 「地域老人における活動能力の測定—老研式活動能力指標の開発」『日本公衆衛生雑誌』34(3), 109-114.
- 呉地祥友里・大湾明美・大川嶺子・ほか (2008) 「高齢者ニーズの捉え方—住民主体と利用者本位の『ずれ』」『沖縄県立看護大学紀要』9, 67-71.
- 窪田暁子 (1981) 「Ⅲ 医療福祉—医療ソーシャルワーク」仲村優一・松井二郎編『講座社会

- 福祉 4 社会福祉実践の基礎』有斐閣, 222-255.
- 栗田明良 (2000)『中山間地域の高齢者福祉―「農村型」システムの再構築をめぐって』(財)労働科学研究所出版.
- Lederer, K. (1980) Introduction, Lederer, K. ed. Human Needs : A Contribution to the Current Debate, Oelgeschlager, Gunn & Hain, 1-14.
- 松本啓子 (2007)「在宅認知症高齢者の家族介護者における医療ニーズ測定尺度の開発」『老年看護学』12(1), 63-71.
- 松浦尊麿・間瀬教史・鈴木順一 (2009)「集落機能が低下した農村地域高齢者の抑うつ及び将来不安要因とケア・ニーズ」『甲南女子大学研究紀要看護学・リハビリテーション学編』3, 51-58.
- 三浦文夫 (1995)『社会福祉政策研究―福祉政策と福祉改革 (増補改訂)』全国社会福祉協議会.
- Mayring, P. (2004) Qualitative Content Analysis, Flick, U., Kardoff, E. V., Steinke, I. eds. A Companion to Qualitative Research, Sage, 266-269.
- 三浦文夫 (1995)『社会福祉政策研究―福祉政策と福祉改革 (増補改訂)』全国社会福祉協議会.
- 宮田延子・安江悦子・橋本廣子・ほか (2007)「山村過疎地域における高齢者の看取りと医療福祉サービス」『岐阜医療科学大学紀要』1, 131-140.
- 宮田延子 (2011)「地域社会での課題と医療福祉サービス」星野正明・高内克明・土田耕司編『医療福祉学の道標』金芳堂, 156-162.
- 森本美智子・高井研一・中嶋和夫 (2001)「病気に関連した不安認知尺度の開発」『岡山県立大学保健福祉学部紀要』8, 11-19.
- 永野典詞 (2009)「身体障害者療護施設の利用者と施設職員における主観的ニーズ認識比較に関する実証研究―質問紙調査による両者の主観的ニーズ認識の「差異」を中心に」『人間関係学研究』16(1), 25-34.
- 長崎雅子・若林由香・吉川洋子・ほか (1998)「在宅療養に関連する要因の分析」『島根県立看護短期大学紀要』3, 9-13.
- 西三郎 (2011)「医療福祉を考える」星野正明・高内克明・土田耕司編『医療福祉学の道標』金芳堂, 1-5.
- 西内章 (2014)「ソーシャルワークにおける ICT の意義と課題」『高知県立大学紀要社会福祉学部編』63, 39-54.
- 小田切徳美 (2009)『農山村再生 ―「限界集落」問題を超えて』岩波書店.
- 小田兼三 (1997)「第 2 章 医療福祉の原理」小田兼三・竹内孝仁編『医療福祉学の理論』中央法規, 15-28.
- 岡堂哲雄 (1998)『病気と人間行動』中央法規.
- 岡本秀明・岡田進一 (2002)「施設入所高齢者と施設職員との間の主観的ニーズに関する認識の違い」『日本公衆衛生雑誌』49(9), 911-921.
- 岡本秀明・岡田進一・白澤政和 (2005)「農村部における高齢者の社会活動と生活満足度との関連―社会活動に対する参加意向に着目して」『社会福祉学』46(1), 63-73.
- 岡本民夫 (1997)「第 3 章 医療福祉学の学問性」小田兼三・竹内孝仁編『医療福祉学の理

- 論』中央法規, 29-43.
- 奥田いさよ (1986)「第 12 章 医療福祉」小田兼三・中村永司・日高沙千江編『社会福祉概論—看護・保育・福祉実践のために』ミネルヴァ書房, 204-216.
- 奥田いさよ (1990)「医療福祉」岡本民夫編『社会福祉』医学出版, 188-212.
- 大田晋 (2007)「政策・制度・法律からみた『医療福祉』」『川崎医療福祉学会誌』17 増刊, 39-50.
- 大友達也 (2012) 広島県におけるヘルスリテラシーの現状と課題—都市部とへき地の住民調査」『医療福祉研究』6, 31-48.
- 大湾明美・宮城重二・佐久川政吉・ほか (2005)「沖縄県有人離島の類型化と高齢者の地域ケアシステム構築の方向性」『沖縄県立看護大学紀要』6, 40-49.
- 小澤純一・桜井康宏 (2004)「高齢者の生活機能・障害と居住環境の関連性に関する調査研究—住生活に着目した居住環境評価尺度の開発」『日本建築学会計画系論文集』586, 25-30.
- 小澤薫 (2013)「孤立する高齢者のニーズと地域福祉の課題 : ひとり暮らし高齢者の実態調査結果から」『人間生活学研究』4, 61-69.
- 齋藤圭介・原田和宏・香川幸次郎・ほか (2001)「地域高齢者を対象とした ADL,IADL 統合尺度の構成概念の検討」『老年社会科学』23(1), 31-39.
- 佐久川政吉・大湾明美・大川嶺子・ほか (2005)「沖縄県離島のモデル地域における地域ケアシステム構築に関するアクションリサーチ—住民主体の移送サービスの形成プロセス」『沖縄県立看護大学紀要』6, 58-63.
- 佐久間淳・高澤留美子・園田洋一 (2000)「高齢社会における医療福祉ニーズの研究—老年人口 44.8%の早川町について」『福祉と人間科学』1, 1-9.
- 佐々木美佐子・小林恵子・平澤則子・ほか (2003)「山間豪雪地における高齢者の生活構造とソーシャル・サポート・ニーズに関する研究」『看護研究交流センター事業活動・研究報告書』14, 9-16.
- 佐々木美佐子・小林恵子・平澤則子・ほか (2004)「山間豪雪地における高齢者の生活構造とソーシャル・サポート・ニーズに関する研究(第 2 報)」『看護研究交流センター事業活動・研究報告書』15, 17-22.
- 佐藤美由紀・齊藤恭平・若山好美・ほか (2014)「地域社会における高齢者に対する役割期待と遂行のための促進要因—フォーカス・グループ・インタビュー法を用いて」『日本保健福祉学会誌』21(1), 25-34.
- 佐藤至英・戸澤希美 (2003)「独居高齢者のストレスと QOL との関係」『北方圏生活福祉研究所年報』9, 39-45.
- 杉澤秀博・高梨薫・柴田博・ほか (1996)「老人保健事業についての高齢者の認知度に関連する社会的要因」『日本公衆衛生雑誌』43(8), 624-631.
- 瀬畠克之・杉澤廉晴・フェッターズ マイク D・ほか (2002)「個人面接による地域高齢者の医療に対するニーズの調査」『日本公衆衛生雑誌』49(8), 739-748.
- 杉井たつ子 (2005)「中山間地域における福祉サービス供給の課題—福祉サービス供給組織の整備」『介護福祉学』12(1), 158-162.
- 鈴木裕介 (2014)「医療に関連する福祉的課題の文献検討—地域で暮らす高齢者のフェルト

- ニーズに焦点化して」『高知県立大学紀要社会福祉学部編』63, 119-128.
- 高橋和子・太田喜久子(2001)「都市部と農村部における高齢者の地域ケアシステムに関するニーズとその傾向」『老年看護学』6(1), 50-57.
- 高橋恭子(2003)「日本における医療福祉の生成過程に関する研究—『医療の社会化』について」『人間福祉研究』6, 15-26.
- 高橋信幸・浜崎裕子・花城暢一・ほか(2006)「離島・過疎地域におけるケアリング・コミュニティ形成に関する研究(その1)—長崎県西海市崎戸地区におけるインフォーマルサポートの活性化に向けて」『長崎国際大学論叢』6, 143-152.
- 鷹野和美(2005)『地域医療福祉システムの構築』中央法規.
- 高野和良(2011)「過疎高齢社会における地域集団の現状と課題」『福祉社会学研究』8, 12-24.
- 高山巖(2011)「老年期の生活と医療福祉の課題」星野正明・高内克明・土田耕司編『医療福祉学の道標』金芳堂, 65-67.
- 高山忠雄(1998)「はしがき」高山忠雄編『保健福祉学』川島書店, 3-4.
- 武川正吾(2009)『社会政策の社会学—ネオリベリズムの彼方』ミネルヴァ書房.
- 竹内孝仁(1999)「高齢者と医療福祉」竹内孝仁・平田豪成編『医療福祉の分野と実践』中央法規, 145-161.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか(2010)「限界集落における高齢者の生活実態と孤立問題」『高知女子大学紀要 社会福祉学部編』59, 139-153.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか(2011a)「限界集落における孤立高齢者への生活支援(上)」『高知論叢 社会科学』100, 117-152.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか(2011b)「限界集落における孤立高齢者への生活支援(中)」『高知論叢 社会科学』101, 61-106.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか(2011c)「限界集落における孤立高齢者への生活支援(下)」『高知論叢 社会科学』102, 97-132.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか(2012)「限界集落における孤立高齢者への生活支援(完)(青木宏治教授定年退職記念号)」『高知論叢 社会科学』103, 69-122.
- 田中千枝子(2011)「医療福祉の対象と範囲」星野正明・高内克明・土田耕司編『医療福祉学の道標』金芳堂, 14-16.
- 当目雅代・上野範子・西田直子・ほか(2000)「外来患者の保健福祉サービスに対する認知度とその関連要因—大学病院における調査から」『日本公衆衛生雑誌』47(5), 445-455.
- 徳富和恵(2007)「第6章 医療福祉の援助を抱えた人びと」児島美都子・成瀬美治編『現代医療福祉概論 第2版』学文社, 120-143.
- 右田紀久恵(2005)『自治型地域福祉の理論』ミネルヴァ書房.
- 山口昇(2012)「地域包括ケアのスタートと展開」高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社, 12-37.