

論文

# 要介護高齢者の退院援助におけるソーシャルワーク アセスメントツールの開発と検証

小原 真知子

## The development and validation of the social work assessment tool for discharge planning of elderly patients

Machiko Ohara

退院後の介護形態の予測が可能な実用的なアセスメントツールの開発とその効率性・効果性の検証を行った。本研究の課題は要介護高齢者の退院援助において活用できるアセスメントツールの開発と専門職チームでの退院援助においてソーシャルワーク領域でのアセスメントの独自性を明示することとした。本稿では、まず取り扱う要介護高齢者のアセスメントのあり方が、退院援助の質と内容を問うものとして重要であることを示した。さらにアセスメントツール開発のための概念モデルを提示した。その上で要介護高齢者の退院援助アセスメントツールの開発を行った。要介護高齢者の退院援助アセスメントツール項目の信頼性と妥当性を検証するために調査を行った。その結果、概念モデルを用いて開発した要介護者の退院援助アセスメントツールは、一定の水準の内的一貫性の信頼性と予測的妥当性が確認された。本研究で設定した概念モデルは退院援助における患者とその家族の適切な分析・理解につながる可能性があり、このツール活用が医療機関の退院援助に貢献できることが明らかになった。

### 1. 背景

近年の医療保険制度の改正などにより、医療費の適正化、平均在院日数の短縮化がより一層期待され、病院全体で取り組む退院援助は、その効果および効率を含めた質的な保証が緊急の課題とされている。とくに要介護高齢者の退院援助では、患者や家族の生活拠点内での限られたサービス資源の中で、ニーズを有する利用者に適切な量のサービスが適切な時期に提供されることが肝要とされている。こうした状況から方法論的取り組みとして、退院計画（Discharge plan）やケアマネ

ジメント概念の重要性が指摘されてきた。今後の動向から推察しても、他職種との共同の中で専門家としてのソーシャルワーク援助介入の質を高める必要性がますます要求されている。

医療機関は高齢者の特徴を反映している。その高齢者は、治療が終了しても障害を持つ可能性が高く、継続して医療的なケアが必要な場合も多い。また高齢者の入院は、退院後に介護を要する可能性が高くなることから、サービス提供に関しては医療機関だけで完結するものではなく、地域サービスを含めた援助を入院時より検討していかなければ

---

この論文は、2005年3月に日本女子大学において博士（社会福祉学）の学位を授与された「要介護高齢者の退院援助におけるソーシャルワークアセスメントツールの開発と検証」をもとに執筆したものである。

ればならない。特に退院時に自宅になるのか、転院になるのかいずれかによって、サービスの内容が異なる。また患者や家族の生活拠点である地域を念頭に、退院援助を検討することが望まれるが、地域のサービス資源は無限ではなく、ニーズの量と供給のバランスを常に考慮しなければならない。従って、地域の限られたサービスの中で必要な利用者に適切な量を適時に供給していく必要がある。

これに関連して、サービス提供にかかわるソーシャルワーカーのアセスメントが不適切であるということは、サービス分配や医療の供給体制にゆがみが生じることになる。すなわち、適切なアセスメントが利用者や家族にとってもサービス提供の上からも重要であることはいうまでもなく、政策面やサービス提供の側にとっても非常に重要になってくる。このアセスメントは、援助全体の質的部分を大きく左右するものでありながら、実際にはなかなか適切なアセスメント方法がないという現状である。以上のことから、高齢者への介護支援について検討する上で、特に支援の質を向上させるための科学的方法を構築することが急務であると考えられる。

ソーシャルワークアセスメントに関しては生態学とシステム論的視点が理論の主流を占めるようになって以来、領域や視野の拡大や実践理論のアプローチの活用が多様になり、援助対象や目的、あるいは援助する範囲の拡大などが多様化してきた<sup>1)</sup>。それに伴い、自ずとアセスメントの構成要素も多様化してきた。マイヤー (Meyer C.)<sup>2)</sup> はアセスメントツールを選択し確定することが、適切な情報を収集・分析につながり、それがよりよい援助へと発展していくと述べている。またアセスメントの種類も、ジェノグラムやエコマップなどの図式化されるもの、Family Environment Scale, Beck Depression Scale, McMaster Family

Assessment Deviceなどのようにスケール化されたもの、Visual EcoScan Programのようにコンピューター化されたもの<sup>3)</sup>と3種類に分けている。その選択の方法はクライアントの問題のスタイルに合うものやその問題に好ましいタイプのアセスメントツールを使用すること、さらに問題を明確にすることや必要な情報を分析するためにアセスメントの量的、質的内容を把握できるように、種々のアセスメントツールを習得しておくことが望ましいとしている<sup>4)</sup>。

わが国においては、介護保険制度を機にアセスメントに関する混乱が著しくなった。介護保険導入の際に開発された若しくは採用された6種類<sup>5) 6) 7) 8) 9) 10) 11)</sup>のアセスメント方式に見られる項目やその内容を概観すると (1)アセスメントの視点はADLや医学的側面を強調しているものや、生活全体を捉えているものなど、その領域に相違がある (2)記述の方法にはチェック方式、自由記載、図式化などがあり、その方法とバランスには相違がある (3)記述式の場合、分析・統合、解釈に記載者の力量が問われ、質的統一性の保持が困難である (4)アセスメントからプランの連動性とモニタリングの適否に相違がある (5)膨大なアセスメント項目があり、評価に多大な時間を要するなどが問題の特徴としてあげられる。

これらのアセスメントツールに関しては、小原、Campbell (2001)<sup>12)</sup> が介護保険制度導入直後の2000年5月に、現場の援助者を対象に半構造面接を用いた調査を行なった。その結果、①アセスメント機能の形骸化 ②アセスメント理念に対するジレンマ ③複雑なニーズの埋没化 ④アセスメント知識と技術に対する混乱 ⑤アセスメント領域と視点の不確定の5点が問題点として明らかになった。

高齢者のアセスメント開発として安梅<sup>13)</sup> は、保健福祉評価の指標として「生活の主体性」「社会

への関心」「他者との関わり」「生活の安定感」「身近な社会参加」の各項目と、在宅高齢障害者の生命予後の関連性を明らかにしている。さらに野川<sup>14)</sup>らは要介護高齢者と家族のニーズ評価項目として10項目からなる質問を設定している。その中には本人の状況とそれを取り巻く環境や社会資源、そして自己実現ニーズとして生活の満足度、価値観、ライフスタイル、生活史などが取り入れられているが、どちらもアセスメントの実用化には至っていない。

一方、保健医療領域のソーシャルワークは昨今の制度から規定される諸状況や諸問題の影響を受けて、患者の入院期間短縮の責務を期待されている反面、患者・家族の人権の尊重や自己決定を含んだ質の部分にかかわる支援も期待されている。しかしそれに対応する実践方法に関する議論はこれまで十分になされていない。わが国ではソーシャルハイリスクチェックリストの開発がなされているが<sup>15)</sup>、退院援助のアセスメントツールの開発は乏しい。これに関連して、小原、小西<sup>16)</sup>(2001)が行った日本医療社会事業協会会員に対するアンケート調査では、有効回答<sup>17)</sup>の約半数弱の病院がアセスメントツールを使用していない結果であった。また使用していても、実際にはフェイスシートをアセスメントツールと位置づけている病院もあり、ソーシャルワーカーによってアセスメントツールに対する認識の相違が見られ、医療機関のソーシャルワーク援助の中でもアセスメントについて混乱している現状であった。

これまでの知見を整理すると、アセスメントツールには簡易性、効率性、ある一定の効果を有する必要がある。特に在宅か転院にかかわる要介護高齢者の退院援助では、家族を射程に入れたアセスメントが望ましいと言えよう。そこで本研究の目的は退院後の介護形態の予測が可能な実用的なアセスメントツールの開発とその効率性・効

果性を検証する。

## 2. 要介護高齢者の退院援助アセスメント開発における概念モデル

ここでは要介護高齢者の退院援助アセスメントツール開発のために、ストレス・コーピング理論の適用の意義とソーシャルワーク対象者の定義づけを行い、要介護高齢者の退院援助アセスメント開発における概念モデルを提示する。

本研究の援助対象は高齢者個人のみではなく、その家族にも焦点を当てる。退院援助には患者の状況把握も重要であるが、患者の背景には家族が存在する。その家族の影響は過去から現在、そして将来に継続されると予測できる。家族は物理的居住形態を問わず、絆や情緒的な結びつきが強く、お互いが生活に関わろうとする情動によって結ばれている個人の集合体であると定義する。

要介護高齢患者の退院援助の場合、要介護者を取り巻く直接的環境のひとつとして、本人を家族の相互作用の文脈で再度捉え直す必要がある。それゆえ、退院援助の場面では本人とその家族の双方に援助の視点を向ける必要があると考えられる。ここでは家族を多くのサブシステムから構成され、家族成員の変化は家族全体に影響を与えるとする。ゆえに家族を円環的思考で捉える。さらに家族は変化と安定の間にバランスを創造する力を持っていると捉える。家族は家族成員内に何らかの予期しないことや若しくは、これまで経験したことのないことに遭遇すると、それに適応するように再度バランスを取り安定に向かう性質を持っていると考える。

このように本研究では、要介護高齢者個人のみではなく、家族全体の動きや言動の中からその影響される要因や関係性などを考慮し、家族を研究対象に入れることを前提とする。

また家族ストレス論は、ヒル (Reuben Hill)<sup>18)</sup>

ヤマッカバン (McCubbin, H.J.)<sup>19)</sup>に代表されるが、家族介護のストレスと負担感については主に心理学分野で発展してきた。多くの理論の中から本研究ではラザロス (Lazarus) の「ストレス認知理論」<sup>20)</sup>を活用した。新名<sup>21)</sup>、<sup>22)</sup>を含め、これまで多くの研究者がこの理論枠組みを適用し、研究を行ない、これを有効的なものとみなしている。

特にラザロスはストレスの定義を、人間と環境の関係を媒介するとしている。これはソーシャルワークにおいても不可欠な視点である。例えば、ライフモデルの中にもジャーメイン (Germain, C. B) とギッターマン (Gitterman, A.) は、その概念の中に「生活ストレス」(life stress)と「コーピング」(coping)を取り上げている。そこにLazarusのストレス理論を適用し、生活ストレスが人と環境の関係を転化するものとして、肯定的若しくは否定的な作用を及ぼすとしている<sup>23)</sup>。

ラザロスのストレス認知理論によれば、介護場面で生じる様々な出来事が介護者のストレス(環境刺激)になる。介護者がそのストレスを「肯定的に評価」する場合はポジティブな感情が生じ、それは積極的取り組み、すなわちストレスの原因を考え、その解決のための方策を立て、自ら問題解決に向けて意識的・行動的努力、すなわちコーピングを生み、負担感評価は問題ないとする。一方、「否定的に評価」する場合は、ネガティブな感情が生じ、それは否定的感情を制御したり、耐えたりする意識的・行動的努力やストレスからの回避、否定的感情の無視などの行動を生み出すとしている。これらが負担感を促進させ、不適応を起こすと、心理的ストレス症状や身体的ストレス症状を呈することになるとしている。ここで用いる資源 (resource) とは「ストレスに対処する目的で動員される介護者・要介護高齢者、家族の能力、特性、物質的、心理的要因」を示す。この資源は、介護者がどのような

負担感評価を行なうか、どのようなストレス症状を経験するか、どのようなコーピングを行なうかなどストレスプロセスにおいて重要な位置を示していると考えられる<sup>24)</sup>。本研究ではこの理論を適用し、独自の家族介護のストレス・コーピングモデルを作成し、概念モデルとして採用する。

これまでのストレスは「ストレス」、 「認知的負担」、 「ストレス症状」、 「コーピング」の変数の中で「ストレス」のみに重点を置き、また介護者の「認知的評価」がストレスとストレス症状の媒介変数とされている。本研究で採用するストレス・コーピング理論の枠組みの前提となる特徴は3つある。第1に全体を円環的思考に基づき、ストレスの焦点を介護者個人ではなく、介護に関わる介護者、要介護者、家族全体に設定し、モデル構成の諸変数は絶えず変化するダイナミクスなシステムとして捉える。第2にそれによりモデル構成の諸変数を介護者のみのストレス負担ではなく、介護者及び家族全体及びコミュニティを含む環境として、範囲を拡張する。第3に単に家族を取り巻く内的環境のみがストレス軽減の条件ではなく、外的環境もストレス軽減に影響を与えているとする。従って、介護燃え尽きを防止することやストレス軽減を目的としたソーシャルワーク援助介入そのものがそのシステム全体に作用することになる。これにより家族介護を支える親族や友人などのインフォーマルなネットワークのみならずフォーマルな社会組織や制度との間に形成されるソーシャルサポートネットワークが個人のコーピングにも影響を与えることを意味づけてくれる。

次にソーシャルワークの視点であるが、これまでソーシャルワークは問題を持っている患者・家族のみに焦点を当てて援助をしてきた経緯がある。すなわち社会不適応や社会関係の障害を持つ者や社会不適応や社会関係の障害そのものを対象

とし、その問題解決に援助目的がおかれた。しかしながら、人間は適切な生活環境や支援を得ることができれば、成長し自己の能力を伸ばす可能性を秘めている。これは従来の問題や課題の焦点化では生み出されないものである<sup>25)</sup>。

以上のことを前提に、本研究ではクライアントの本来持っている強さや能力に着目し、クライアントの内在化された固有の能力を引き出すためのソーシャルワーク援助に主眼をおいた<sup>26)</sup>。とりわけ本研究のソーシャルワーク援助対象者の定義に関わる主要な概念は、クライアントのコンピテンス (competence) とエンパワメント (empowerment) の二つである。これらはジャーメインらのライフモデルでも重要な概念として捉えられている。コンピテンスとはその人の持つ本能や力そのものであり、それが環境の交互作用の中で様々な経験を通して発達していくものとしている<sup>27)</sup>。そのコンピテンスに着目し、ソーシャルワーク援助の中でクライアントの行動を維持強化することにより、クライアント自身が本来持っている能力を発揮することにつなげる<sup>28)</sup>。

昨今、注目を浴びている概念でもあるエンパワメントは、自ら生きていく環境状況をより良くするために行動を起こすことができるようにパワーを強化する過程である<sup>29)</sup>。強化するシステムは個人のみではなく、対人関係、制度的、政治的レベルなど多様な角度から可能であるとしている<sup>30,31)</sup>。また、その中で重要な点は、クライアントシステムの病理や弱さを志向することよりも「強さ志向」に着目している点である<sup>32)</sup>。

本研究ではソーシャルワーク援助の主体であるクライアントの捉え方を以下のように捉える。①要介護者・家族介護者全員が介護の取り組みをしている ②取り組みにはそれぞれ特徴を持っている ③それぞれの特徴に応じてソーシャルワーク援助を行なう ④パートナーシップを形成しクラ

イアントと協働して援助に取り組むとする。具体的には要介護者や家族介護者及び環境全体をプラスの側面でアセスメントし、クライアントの行動を維持強化するための援助計画を立て、それを実施していくことになる。これらを前提に、ここではクライアントの本来持っている強さや能力に着目し、クライアントの内在化された固有の能力を引き出すソーシャルワークを実践するためのアセスメント開発を目的とする。

以上のことから、本研究の概念モデルの理論的根拠は主にラザロスのストレス認知理論、ジャーメインらのライフモデルを採用し、要介護高齢者のための退院援助アセスメントの開発における操作概念を以下のように設定した。(1)人と環境の相互作用とダイナミックスの作用により、双方が変化する (2)介護者のみのストレス負担ではなく家族全体が環境との相互作用により影響する (3)コーピング能力は人の問題対処の際に影響するとした。具体的には ①家族の疾病理解適応、要介護者の家族役割評価、家族の介護価値観などが家族適応能力に影響する ②介護者の不安感、介護ストレス度、介護拘束感などが家族ストレス対処能力に影響する ③ソーシャルサポート利用意欲、家族の開放性、社会福祉制度、社会福祉観の認知などがリソース活用の能力に影響する ④要介護者本人の自律度、心理的安定、疾病理解適応、生活の取り組みなどが要介護の取り組み能力に影響する ⑤要介護者のADL状況やコミュニケーション遂行能力が介護必要度に影響すると考えた。その対処の結果として要介護者および家族は退院時の療養の場所を選択し、独自の介護形態を遂行すると仮説を設定した。(図1)

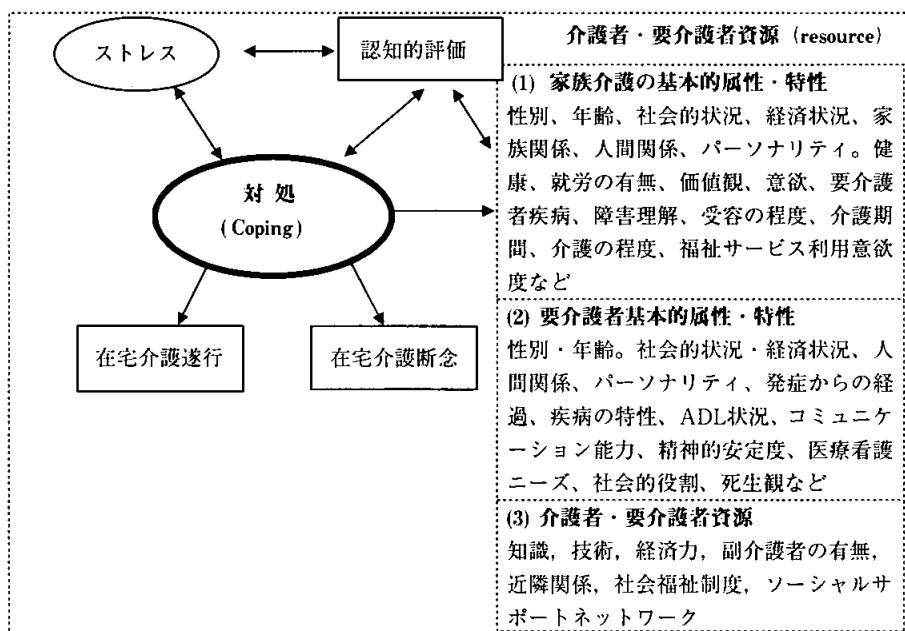


図1 新アセスメントツール開発のための概念モデル

### 3. 要介護高齢者の退院援助アセスメントツール開発と検証

#### (1) 研究 要介護高齢者の退院援助アセスメントツール開発

要介護高齢者の退院援助アセスメントツール項目の資料を得ることを目的として、調査を以下のプロセスで行なった。研究フィールドは、調査者が勤務していた首都圏郊外にあるN大学病院とする。第1の理由は大学病院の使命である教育、研究、臨床の3大機能を活用し、退院援助のあり方を検討することで、患者と病院に貢献することが可能であること、それに対して病院側から理解が得られていたことである。第2に大学病院は急性期治療が主であるが、治療が終了しても医療依存度の高いターミナルの患者、経管栄養、胃ろう、気切、在宅酸素が必要な患者、重度・重複障害の患者、要介護高齢者を対象とした退院援助が主なソーシャルワーク業務になっているという点で、

ツール開発後もその効果性を提示できると考えた。

#### 1) 調査方法と分析の視点

1994, 5年度のソーシャルワーク援助対象者は合計542人の中で、介護を要すると予測される全入院患者と家族486人を対象者とし、55歳以上の入院患者50名をランダムに選定しインテーク面接を行った。

面接形式はフェイスシート、インテーク評価用紙を使用した半構造化面接を行なった。一人当たりの面接時間は約1時間として設定した。その時の記録や逐語録であるフィールドノートを参考に分析を行なった。またそのフィールドノートの記述と共に、面接時の記憶も考慮して分析を試みた。さらに、退院援助のアセスメント情報収集に必要な客観的情報として、カルテ、看護記録、セラピストの評価記録、インテーク面接前に情報収集をした入院時記録用紙もアセスメント項目の分析対

象に入れた。面接後に専門家によるコンサルテーションを行いアセスメント項目の検討を行った。

アセスメント項目を検討した結果、50項目が確認できた。それぞれの50項目を4段階の評価尺度を用いて全ケースを再評価し、退院時の転帰先から、在宅介護遂行群と在宅介護断念群の2群間に分けた。その2群間で、50項目あるアセスメント項目のt検定を行った。さらにこれらの情報を面接終了後に本研究の概念モデルに照らし合わせ、インテークの段階でその情報が何を聞いているのか、何を評価した項目なのかを検討した。分析をするにあたって、家族は病気を機にどのような生活課題を持ち、ストレスを抱えているのか、そのストレスに対してどのように対処してきたのかに焦点を当て、以下の5つの側面から分析した。第1にどのような要因が家族適応能力に影響しているのか、第2にどのような要因が家族ストレス対処能力に影響しているのか、第3にどのような要因がソーシャルリソース活用の能力に影響しているのか、第4にどのような要因が要介護の取り組み能力に影響しているのか、第5に介護必要の度合いに対する影響要因も考慮した。

## 2) 結果

### ①インテーク時項目の特性

対象患者の内訳は男性28人、女性22人で平均66.8歳であった。主介護者の内訳は男性10人、女性40人で平均年齢は55.6歳であった。退院後の転帰先と関連する項目を概観すると、(a)対象ケース50のうち、在宅介護遂行36ケース、在宅介護断念14ケースであった。(b)面接場面で収集した情報は50項目であった。(c)50項目を分類した結果、8つのカテゴリーに分かれた。すなわち、①主介護者関連②副介護者関連③家族関係関連④生活環境側面関連⑤地域社会環境関連⑥介護状況関連⑦患者状況関連⑧家族生活状況関連であった。

これらの8つのカテゴリーは①患者側ファクター②患者・家族側ファクター③患者及び介護者家族を取り巻く地域環境資源ファクターと3分類できた。

### ②2群間の平均値の差と有意差検定

平均値の差と有意差検定ではそれぞれ50項目を、4段階の評価尺度を用いて対象である50ケースを再評価した。そして、退院時の転帰先の結果より、在宅介護遂行群と在宅介護断念群の2群間に分けた。その結果、50項目中、2群間の平均値の差が0.3以上ある25項目のt検定を行なった。その中で有意差のあるものを選択し、評価尺度の基礎項目とした。25項目中、有意差のあるのが13項目であった。まず $p<.001$ の項目である1:介護価値観 2:SS利用意欲度 3:将来不安 4:現在不安 5:制度認知度 6:患者コミュニケーション能力 8:介護負担を上位項目として選択した。次に $p<.01$ の項目である10:患者疾病理解 12:患者ADL自立度 13:介護経験を上位項目として選択した。さらに $p<.05$ の項目である7:主介護者疾病理解 9:患者依存度 17:患者回復期待を上位項目として選択した。これらのクロンバック信頼性係数は.712であった。合計13項目中、項目番号3と4の不安に関するもの、項目番号10と17を患者である要介護者の障害受容に関するもの、項目番号1と13を介護の経験が価値観を変化させる要因になりえるとして、それぞれ2つを1つにまとめ、合計10項目をアセスメント領域と視点とした。

### ③要介護高齢者のアセスメントツールの開発

アセスメントツールの理論的枠組みに基づき、各項目構成している理論を検討した結果(1)ソーシャルサポート意欲度には、1.ソーシャルサポート活用の積極性2.家族開放性(2)社会福祉サービス認知度には、3.制度の認知4.社会福祉観(3)介

表1 アセスメントツールと下位項目設定

アセスメントの領域と視点	アセスメント項目	アセスメントの領域と視点	アセスメント項目
I ソーシャルサポート 利用意欲度	①SS活用の積極性 ②家族開放性	VI 介護価値観	⑪家族介護価値観 ⑫介護者介護イメージ
II 社会福祉サービス認知度	③制度の認知 ④社会福祉観	VII 要介護者精神状態	⑬疾病理解・適応 ⑭心理的安定
III 介護不安耐性	⑤不安度 ⑥相談ニーズ	VIII 家族の要介護者評価	⑮家族疾病理解・適応 ⑯病前の要介護者家族評価
IV 介護に対する認知的評価	⑦介護疲労耐久度 (身体・精神) ⑧個人的・社会的活動の拘束	IX ADL状況	⑰ADL自立度 ⑱介護必要度
V 要介護者取り組み能力	⑨病前の自律度 ⑩要介護者生活取り組み	X 要介護者コミュニケーション遂行能力	⑲コミュニケーション遂行能力 ⑳コミュニケーションに対する認知度評価

介護不安体制には、5.不安度 6.相談ニーズ (4)介護に対する認知的評価には、7.介護疲労耐久度 8.個人的、社会的活動の拘束 (5)要介護者取り組み能力には、9.病前の自律度 10.要介護者生活取り組み (6)介護価値観には、11.家族介護価値観 12.介護者介護イメージ (7)要介護者精神状態には、13.疾病理解・適応 14.心理的安定 (8)家族の要介護者評価には、15.家族疾病理解・適応 16.病前の要介護者家族評価 (9)ADL状況には、17.ADL自立度 18.介護必要度 (10)要介護者コミュニケーション能力には、19.コミュニケーション遂行能力 20.コミュニケーションに対する認知的評価の合計20項目を設定した。(表1) さらに、開発したアセスメントツールを適切に活用できるよう、各評価項目の操作的定義と判定基準及び面接ガイドを盛り込んだガイドラインの作成を行った。

## (2) 研究 要介護高齢者の退院援助アセスメントツールの検証

研究 (1) で開発した要介護高齢者の退院援助アセスメントツール項目の信頼性と妥当性を検証するために4つの調査を行う。まず、作成されたツールを同じ医療機関で、その信頼性と妥当性を検討する。次に開発されたツールのリテストを介護老人保健施設に適用し、その信頼性と妥当性を検討する。さらに、7年後の追跡調査を通して、作成したツールの妥当性を検証する。最後に一般医療機関にて、実際にツールを再適用し、開発したツールの客観的妥当性を検証することを目的とする。

### <調査 I >

#### (1) 調査目的

本調査では、作成された家族介護アセスメントツール項目の解釈と分析および評価尺度の妥当性と信頼性を検討することを目的とした。



(2) 調査対象者・方法

調査対象者は1996年度中<sup>33)</sup>に入院しソーシャルワーク援助を受けた疾病・障害を持つ患者とその家族276人中のから55歳以上の入院患者101人を無作為抽出した。調査方法は全ケースについて入院から1週間以内にソーシャルワークインターフェース面接を行なった。その後、ケース記録から面接で収集した情報を、作成したツールを用いて、客観的評価を行なった。実際にはアセスメントを行なって介護形態の予測した上で援助を行なった。援助後の退院時転帰先を在宅介護遂行群と在宅介護断念群の2群間に分けて分析をした。

(3) 調査結果

対象ケース101にツールを適用した結果、20項目中、14項目に有意差が確認できた。(表2) 2群間の介護形態と20項目の平均値をみると、在宅介護遂行群は、ほぼどの項目も在宅介護断念群より平均値が高いことが明らかになった。20項目のそれぞれ2つの下位尺度は同じ因子に位置づけられ6因子で構成されていた。(表3) 第1因子は家族適応能力、第2因子はソーシャルリソース活用能力、第3因子は要介護者取り組み能力、第4因子は家族ストレス対処能力、第5因子はコミュニケーションの認知的評価、第6因子は要介護度が概念構成として確認できた。このツールの信頼性

表2 要介護高齢者の退院援助アセスメントツールの有意差検定

項目	在宅介護遂行群		在宅介護断念群		t-test
	Mean	SD	Mean	SD	
SS活用の積極性	2.95	0.84	2.68	0.94	N.S.
家族開放性	2.60	0.66	2.73	0.82	N.S.
制度の認知度	2.29	0.69	2.23	0.75	N.S.
社会福祉観	2.92	0.75	2.64	0.90	N.S.
不安度	2.48	0.81	1.77	0.69	***
相談のニーズ	2.62	0.68	2.41	0.80	N.S.
介護疲労耐久度	2.77	0.81	2.18	0.80	**
個人社会的活動拘束	2.70	0.71	2.18	0.50	***
病前の自律度	3.18	0.82	2.91	0.92	N.S.
要介護生活取り組み	2.73	0.93	1.95	0.84	***
家族介護価値観	3.03	0.76	2.36	0.95	**
介護者介護イメージ	3.0	0.84	2.41	0.91	*
疾病理解・適応	2.66	0.78	1.82	0.59	***
心理的安定	2.93	0.87	2.45	0.80	*
家族疾病理解・適応	3.06	0.78	2.45	0.86	**
病前要介護家族評価	3.04	0.88	2.27	0.89	***
ADL自立度	2.54	0.75	1.91	0.75	***
介護必要度	2.73	0.80	1.95	0.84	***
CC遂行能力	3.19	1.18	2.41	1.25	*
CCに対する認知度評価	3.46	0.89	2.95	1.04	**
合計	56.90	7.29	46.69	7.27	***

N.S.=有意差なし \* =P<.05 \*\* =P<.01 \*\*\* =P<.001

表3 アセスメントツール20項目主成分分析

主成分分析(バリマックス回転)								共通性	
No	アセスメント項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	初期	因子抽出後
VIII①	家族疾病理解適応	.863						1.000	.777
VIII②	病前の家族評価	.843						1.000	.755
VI②	介護者介護イメージ	.765						1.000	.792
VI①	家族価値観	.758						1.000	.694
I①	SS活用		.894					1.000	.832
I②	家族開放性		.806					1.000	.684
II②	社会福祉観		.796					1.000	.694
II①	制度認知		.484					1.000	.408
V②	生活取り組み			.782				1.000	.737
V①	自律度			.732				1.000	.673
VII②	心理的安定			.667				1.000	.655
VII①	疾病理解			.608				1.000	.664
III①	不安度				.792			1.000	.757
III②	相談必要性				.692			1.000	.589
IV①	介護疲労耐久性				.653			1.000	.757
IV②	拘束				.589			1.000	.633
X②	CO負担					.863		1.000	.830
X①	CO能力					.858		1.000	.807
IX①	ADL						.909	1.000	.885
IX②	介護の必要性						.885	1.000	.890
累積寄与率(%)		14.769	27.498	39.664	50.781	61.682	72.478	係数	.9062

係数は.906として示された。これらの尺度の信頼性は十分な水準にあることが確認できた。

## <調査Ⅱ>

### (1) 調査目的

本調査では、作成された要介護高齢者の退院援助アセスメントツールの実用性を介護老人保健施設(旧老人保健施設)にてリテストを行ない、信頼性と妥当性を検討すること、また判定基準と面接ガイドを修正し、他の専門家が活用出来ることを目的とした。

### (2) 調査対象者・方法

調査対象者は病院併設の介護老人保健施設2施

設を利用して1997年度<sup>34)</sup>に退所した要介護高齢者とその家族915人の中から80ケースを無作為抽出し、死亡退院した1ケースを除き、調査対象に該当する79ケースをその対象者とした。

調査方法はチーム全体の記録ファイル、ソーシャルワークケース記録を用いて、最初のインタビュー時のみの情報内容に基づき、調査者がアセスメントツールの評価尺度に基づいて評価し記入した。その後調査者はケース担当者(社会福祉士有資格者3人)にアセスメントツールの使用方法を詳細に説明した。その上でアセスメントツールを使用して各々担当ケースについて評価した。次に調査者と担当者間で異なった評価項目の評価方法を再度協議し、最終的にツールに記入した。

評価されたデータは在宅介護遂行群と在宅介護断念群の2群に分け分析した。

### (3) 調査結果

対象ケース79にツールを適用した結果、20項目中、19項目に有意差が確認できた。(表4) また因子分析の結果、第1因子は要介護者取り組み能力、第2因子は家族ストレス対処能力、第3因子はソーシャルリソース活用能力、第4因子は家族適応能力で構成されていることが確認できた。このツールの信頼性係数は.910として示された。これらの尺度の信頼性は十分な水準にあることが確認できた。(表5)

## <調査Ⅲ>

### (1) 調査目的

本調査では、調査Ⅰで調査し、退院した患者を対象にし、当時のアセスメント評価と同じ経緯を辿ったか否かについて、退院援助アセスメントツール有効性すなわち追跡調査により検証することを目的とした。

### (2) 調査対象者・方法

7年後の介護状況の追跡調査を実施した。調査方法は1996年に調査した対象患者101人の中から病院から在宅介護になると予測され、実際に自宅に戻った79事例中、病院の許可を得て、カルテ及

表4 介護老人保健施設における退院援助アセスメントツールの有意差検定

項目	在宅介護遂行群		在宅介護断念群		t-test
	Mean	SD	Mean	SD	
SS活用の積極性	2.99	0.82	2.36	0.81	*
家族開放性	2.94	0.67	2.36	0.68	**
制度の認知度	2.66	0.64	2.19	0.75	*
社会福祉観	3.03	0.73	2.45	0.52	*
不安度	2.33	0.73	1.55	0.52	*
相談のニーズ	2.44	0.68	1.72	0.46	***
介護疲労耐久度	2.56	0.80	1.90	0.30	***
個人社会的活動拘束	2.39	0.71	1.73	0.64	**
病前の自律度	3.11	0.88	2.56	0.93	**
要介護生活取り組み	2.49	0.99	1.63	0.68	*
家族介護価値観	2.88	0.74	1.82	0.88	**
介護者介護イメージ	2.75	0.70	1.91	0.70	***
疾病理解・適応	2.43	0.73	1.82	0.75	***
心理的安定	2.60	0.81	2.10	1.04	*
家族疾病理解・適応	3.04	0.80	2.27	0.90	*
病前要介護家族評価	3.22	0.62	2.27	0.79	**
ADL自立度	2.56	0.73	2.00	0.63	***
介護必要度	2.79	0.89	2.10	1.04	*
CC遂行能力	2.95	1.04	2.27	1.19	*
CCに対する認知度評価	3.29	0.89	2.82	1.25	N.S
合計	55.4		41.8		***

NS= 有意差なし \* =P<.05 \*\* =P<.01 \*\*\* =P<.001

表5 介護老人保健施設におけるアセスメントツール20項目主成分分析

No	アセスメント項目	主成分分析(バリマックス回転)				共通性	
		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	初期	因子抽出後
X①	CO能力	.854				1.000	.781
X②	CO負担	.789				1.000	.803
IX②	介護必要性	.793				1.000	.699
IX①	ADL	.741				1.000	.738
VI①	疾病理解適応	.739				1.000	.687
VI②	心理的安定	.628				1.000	.842
V②	要介護者生活取り組み	.701				1.0	.525
III②	相談必要性		.800			1.000	.803
III①	不安度		.800			1.000	.814
IV②	個人社会的活動拘束		.731			1.000	.608
IV①	介護疲労耐久性		.696			1.000	.659
V①	病前の自律度		.584			1.000	.550
I②	家族開放性			.863		1.000	.817
I①	SS活用			.844		1.000	.735
II①	制度認知			.852		1.000	.765
II②	社会福祉観			.824		1.000	.688
VI①	家族介護価値観				.902	1.000	.860
VI②	介護者介護イメージ				.847	1.000	.782
VII②	病前の家族評価				.667	1.000	.681
VII①	家族疾病理解適応				.618	1.000	.677
累積寄与率(%)		23.615	41.526	57.299	72.150	α係数 .9100	

びソーシャルワーク援助ファイルから追跡可能なケース22事例の介護状況の変化を調査した。調査期間は平成15年9月1日～9月30日の1ヶ月間である。

22事例中、患者及び家族に事前に研究の目的を説明し、面接の許可を得た12事例のみ詳細なインタビュー調査を行なった。これらのケースは入院時のソーシャルワーク援助プロセスから既にレポート関係は取れている。また自由に語れるよう事前に文章にて調査目的などは知らせておき、承諾を得たケースである。面接方法は訪問可能だった5ケース、電話インタビューは7ケースである。面接時間は一般の面接時間に合わせ50分から1時

間を目安とした。二人面接を行なう場合はそれぞれに30分～40分程度を目安に行なった。これらのインタビュー終了後、アセスメントツールを使用し、その枠組みに従って事例検討を行なった。

### (3) 調査結果

在宅介護遂行タイプは22事例中18事例であり、施設介護移行タイプは4事例であった。(図2) 22事例の退院援助の際に行なったアセスメントの平均点数は55.5点であった。継続の形態は全事例が7年前と同様であった。インタビュー調査をした12事例に関しては退院援助の際に行なったアセスメント平均点数は56点であった。7年後の評価平

均点数は68点になり、点数が上昇していることが確認できた。12事例の中で当初より在宅介護断念ケースと判断していた3ケースも点数は上昇しているものの退院時と同様の介護プロセスを通じていた。

インタビュー調査の結果、12ケース中、在宅介

護がうまくいっているタイプは9ケースであり、施設介護移行タイプは3ケースであった。ツール項目の変化に関しては12事例のインテーク時と7年後の評価をした結果、20項目は①経時的に変化した項目 ②若干の変化が確認できた項目 ③変化しない項目の3タイプに分けられた。経時的に変

研究対象データ一覧							
対象者年齢	性別	主介護者年齢	世帯状況	副介護者	点数	事後	形態
1)70-75歳	男性	妻 67歳	高齢者夫婦	なし	54	61	○
2)65-70歳	男性	妻 65歳	高齢者夫婦	長男(近隣)	60	64	○
3)80-85歳	女性	夫 86歳	高齢者夫婦	娘(近隣)	44	58	△
4)80-85歳	男性	娘 58歳	子どもと二人	娘(遠方)	46	57	△
5)90-95歳	男性	妻 84歳	妻+長男家族	嫁(52歳)	63	70	○
6)70-75歳	女性	夫 82歳	夫+息子家族	嫁(45歳)	53	66	○
7)75-80歳	女性	嫁 58歳	息子家族同居	夫(63歳)	56	66	○
8)80-85歳	男性	妻 79歳	高齢者夫婦	娘(49歳)+孫	62	64	○
9)60-65歳	女性	夫 60歳	夫・息子	息子(29歳)	52	61	○
10)65-70歳	女性	夫 73歳	高齢者夫婦	息子(遠方)	45	61	△
11)60-65歳	女性	夫 58歳	夫・息子	なし	56	73	○
12)85-90歳	女性	息子 56歳	息子二人暮らし	なし	56	68	○
13)60-65歳	男性	妻 56歳	妻+子ども	子ども(27歳)	62		○
14)65-70歳	男性	妻 62歳	二人暮らし	娘	57		○
15)80-85歳	男性	娘 58歳	子どもと二人	長男	51		△
16)65-70歳	男性	妻 63歳	二人暮らし	嫁	63		○
17)70-75歳	男性	妻 64歳	二人暮らし	息子(近隣)	59		○
18)80-85歳	男性	妻 73歳	高齢者夫婦	娘(近隣)	52		○
19)65-70歳	女性	夫 73歳	夫+息子夫婦	嫁	62		○
20)60-65歳	男性	妻 58歳	二人暮らし	なし	58		○
21)60-65歳	男性	妻 55歳	二人暮らし	なし	52		○
22)70-75歳	男性	妻 68歳	二人暮らし	娘	59		○
平均 72.9歳		66.2歳		平均点数	55.5	64	

(点数—7年前の点数 事後—7年後の点数 形態 ○—在宅介護移行タイプ△—在宅介護断念タイプ)

図2 7年後の点数の変化と介護形態

化した項目は「ソーシャルサポート活用の積極性」、「家族開放性」、「制度認知」、「社会福祉観」、「介護の不安度」、「相談ニーズ」、「介護疲労耐久度」、「社会的活動の拘束」、「ADL自立度」、「介護必要度」であった。若干の変化した項目は「家族介護価値観」、「家族の疾病理解・適応」、「患者疾病理解・適応」、「心理的安定度」、「コミュニケーション遂行能力」、「コミュニケーション認知度評価」であった。変化しない項目は「介護者介護イメージ」、「病前の要介護者家族評価」、「病前の自律度」、「介護の必要度」の項目であった。

事例検討した結果、在宅介護遂行ケースの特徴は①身体的機能レベルと介護負担は関係ないこと②危機的状況（主介護者の病気などによる変更患者の医療的なケアが必要）など身体的に大きな変化がない③家族形態が変更（離婚、引っ越しなど）などがない限り、介護形態は変化しない。④在宅でも介護に対する相談できる人を家族外に持ち、必要な社会資源を利用している⑤他人からのアドバイスだけではなく、自分で地域環境資源を上手に利用していることが明らかになった。

以上のことより、アセスメントツールを用いてインテーク面接を経て、予測を立て自己決定をうながす援助を行ったケースは7年間の経過の中で同じ経緯を辿っていた。この要介護高齢者の退院援助アセスメントツールを用いたソーシャルワークアセスメントは危機的状況がないかぎり、時間の経過を経ても有効であることが確認できた。

## <調査Ⅳ>

### (1) 調査目的

本調査では、要介護高齢者の退院援助アセスメントツールの客観的評価として、他の専門家にこのアセスメントツールを実際に使用してもらい、その妥当性と信頼性を検証すること、及びインテーク時と退院時の得点の比較より項目の特徴を

明らかにすることを目的とする。

### (2) 調査対象者・方法

調査対象者は2003年6月から2004年4月までの期間に入院し退院した患者のうち、ソーシャルワーク援助を受けた疾病・障害を持つ患者とその家族276人中から入院患者100人を無作為抽出した。その結果、65歳以下のもので、介護保険制度の要介護に該当しない17人を除き、担当援助者が65歳以上の高齢者及び50歳以上65歳以下で介護保険制度の要介護に該当する入院患者83人が調査対象者となった。判定を行なう者は病院で退院援助に直接関わっている2名のソーシャルワーカーであり、両者共に10年以上のベテランである。

全ケースについて入院から1週間以内にソーシャルワークインテーク面接を実施した。その後、ケース記録から面接で収集した情報に基づき、作成したツールを用いて、客観的評価を行なった。援助後の退院時転帰先を在宅介護遂行群と在宅介護断念群の2群間に分けて分析を行なった。

### (3) 調査結果

対象ケース89のうち、介護形態と各項目の平均値では在宅介護遂行群の総合得点平均値が在宅介護断念群の総合得点平均値より高いことが示された。2群間の有意差検定では不安度、介護疲労耐久度、病前の自律度、要介護者生活取り組み、家族介護価値観、介護者介護イメージ ( $P<.01$ ) 相談のニーズ、疾病の理解・適応、介護必要度、CCに対する認知的評価 ( $p<.05$ ) で有意差が確認された。また合計点数では  $p<.001$  で有意差が確認された。(表6) 20項目中、18項目がそれぞれ2つの下位尺度は同じ因子に位置づけられ5因子で構成されていた。(表7) 第1因子はコミュニケーション能力と要介護者取り組み能力、第2因子は家族介護価値観形成力、第3因子は介護対応力、第

4因子はソーシャルリソース活用能力、第5因子は身体的自立度が概念構成として確認できた。これらのツールの信頼性は内部一貫性による信頼性係数は.829であり、この尺度の信頼性は十分な水準にあることが確認できた。

#### 4. 研究結果・考察

本研究はツール作成の理論的根拠として、要介護高齢者における退院援助のための新アセスメントツール概念枠組みを提示した。それを前提に退院援助アセスメントツールを開発するために調査を行ない、実用性のあるツール作成を行なった。さらに医療機関にて、アセスメントツールの信頼

性と妥当性の検証を行なった。次に介護老人保健施設にそれを適用し、信頼性と妥当性の検証を行なった。加えて、7年後の追跡調査から経時的妥当性を提示した。最終調査では他の医療機関において客観的妥当性の検証を行なった。その結果は以下の6点にまとめられた。

第1に本調査において、在宅介護遂行群と在宅介護断念群、各項目の平均値の差では、在宅介護遂行群の方が高かった。また、有意差を検定した結果、20項目中「不安度」、「介護疲労耐久性」、「個人的・社会的活動の拘束」、「要介護生活取り組み」、「家族介護価値観」、「介護者介護イメージ」、「疾病理解・適応」、「心理的安定」、「ADL自立度」、

表6 要介護高齢者退院援助アセスメントツールの有意差検定

項目	在宅介護遂行群		在宅介護断念群		T test
	Mean	SD	Mean	SD	
SS活用の積極性	2.64	0.67	2.63	0.56	N.S.
家族開放性	2.58	0.71	2.41	0.50	N.S.
制度の認知度	2.29	0.78	2.19	0.68	N.S.
社会福祉観	2.73	0.62	2.70	0.54	N.S.
不安度	2.5	0.69	1.96	0.76	**
相談のニーズ	2.64	0.64	2.30	0.67	*
介護疲労耐久性	2.64	0.64	2.04	0.80	**
個人社会的活動拘束	2.41	0.60	2.19	0.56	N.S.
病前の自律度	3.13	0.79	2.52	0.89	**
要介護生活取り組み	2.98	0.75	2.33	0.92	**
家族介護価値観	2.71	0.56	2.25	0.59	**
介護者介護イメージ	2.67	0.63	2.22	0.58	**
疾病理解・適応	2.8	0.63	2.48	0.70	*
心理的安定	2.66	0.77	2.51	0.64	N.S.
家族疾病理解・適応	2.80	0.48	2.81	0.49	N.S.
病前要介護家族評価	2.96	0.74	2.85	0.73	N.S.
ADL自立度	2.14	0.52	1.88	0.71	N.S.
介護必要度	2.64	0.62	2.19	0.80	*
CC遂行能力	3.6	0.75	3.15	1.09	N.S.
CCに対する認知度評価	3.66	0.70	3.08	1.13	*
合計	55.3	7.29	48.1	7.53	***

NS= 有意差なし \* =P<.05 \*\* =P<.01 \*\*\* =P<.001

表7 退院援助におけるアセスメントツール20項目主成分分析（調査Ⅳ）

No	アセスメント項目	主成分分析(バリマックス回転)					共通性	
		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	初期	因子抽出後
X①	CO能力	.797					1.000	.771
X②	CO負担	.805					1.000	.774
Ⅶ①	疾病理解	.840					1.000	.759
Ⅶ②	心理的安定	.707					1.000	.627
V②	生活取り組み	.781					1.000	.755
Ⅵ①	家族疾病理解適応		.552				1.000	.648
Ⅵ②	病前の家族評価		.778				1.000	.625
Ⅱ②	家族価値観		.806				1.000	.607
Ⅱ①	介護者介護イメージ		.832				1.000	.708
Ⅳ①	介護疲労耐久性			.823			1.000	.762
Ⅳ②	個人社会的活動拘束			.647			1.000	.800
Ⅲ①	不安度			.757			1.000	.682
Ⅲ②	相談ニーズ			.772			1.000	.657
I①	SS活用				.827		1.000	.699
I②	家族開放				.501		1.000	.648
Ⅱ①	制度認知				.717		1.000	.535
Ⅱ②	社会福祉観				.850		1.000	.745
K②	ADL					.863	1.000	.691
K①	介護の必要性					.858	1.000	.682
V①	病前の自律度					.561	1.000	.634
累積寄与率(%)		17.39	32.4	46.74	59.14	68.27	α係数 .829	

小数点第3位四捨五入

「介護必要性」、「コミュニケーション遂行能力」の11項目はすべての調査において2群間の有意差が確認できた。

第2に内的信頼性を表すクロンバック信頼性係数は調査Ⅰ、調査Ⅱの双方でそれぞれ $\alpha > .90$ を示し、また客観的評価として行なった調査Ⅳのリテストでのクロンバック信頼性係数は $\alpha = .82$ を示し、合計3つの調査より本ツールの信頼性が確認できた。

第3に3つの調査結果から、在宅介護遂行群の方が、在宅介護断念群の総得点の平均点数が高く、その有意差は医療機関、老人介護保健施設では $P < .001$ 、他医療機関では $P < .01$ であった。また、

入院・入所期間には在宅介護断念群が在宅遂行群より長くなる可能性があることが明らかになった。

第4に危機的状況、濃厚な医療的ケアの必要性、家族の大きな変化などがない限り、アセスメントツールを用いた介護形態予測は7年を経過しても同じ経緯を辿っていたことから、本ツールの経時的妥当性が確認された。

第5にインテーク時評価と退院時評価において有意差が確認された「ソーシャルサポート活用の積極性」、「制度の認知」、「社会福祉観」の項目から、これらは介護形態にかかわらず、ソーシャルワーカーからの情報量によって変化する項目であ



ることが確認された。

第6に構成概念妥当性は、3つの量的調査すべての因子分析から「家族介護適応能力」、「家族介護ストレス対処能力」、「ソーシャルリソース活用能力」の3因子が確認された。

これまでの調査から要介護者の退院援助におけるアセスメント項目の特徴をまとめると第1に「家族介護適応能力」因子の項目に位置づけられていた⑪「家族介護価値観」⑫「介護者介護イメージ」⑬「家族疾病理解・適応」⑭「病前の要介護者家族評価」の各項目は7年後の追跡調査からわかるように、時間が経過してもあまり変化がない、若しくはまったく変化のない項目で構成されていることがわかる。このことから「家族介護適応能力」は家族発達と介護に対する家族機能を評価していると示唆された。これは個人の発達段階と同様、家族は本人が病気になる以前から共に諸々の発達課題を達成することを通して、家族としての絆を強めている。介護やケアの課題に対して、これまで家族はどのように取り組んできたのか、過去から現在に至るまで、どのように家族全体の介護価値を形成してきたのか、またそれは、家族介護という課題が家族発達を一時的に阻止するのか、さらにこれは、将来的な家族発達の変化を評価するものである。加えてこの項目は、家族内での要介護者の力関係や関係性と役割機能、パワーバランスなど家族の介護機能についての評価を行なっていると示唆された。

第2に「ソーシャルリソース活用能力」因子の項目に位置づけられていた①「ソーシャルサポート活用の積極性」②「家族開放性」③「制度の認知」④「社会福祉観」の各項目の有意差の特徴は、調査Ⅰと調査Ⅳでは、在宅介護遂行群と在宅介護断念群の2群間では有意差が確認されなかったにもかかわらず、調査Ⅲの追跡調査では、7年後に大きな変化があった項目であった。調査Ⅳの在宅

介護遂行群、在宅介護断念群の双方のインタビュー時評価と退院後の評価においては有意差が確認できた。これは家族が社会資源などの情報を収集することにより、支援者とのプロセスの中で、変化する領域であることを意味している。またこれは、退院時には評価が高くなる項目であることが確認できた。すなわちこれは、家族システムが社会システムと作用していることを意味し、インフォーマル、フォーマルサービスなどの外界からの作用に対して家族システムというフィルターがどのように作用するかということの意味している。つまり家族は、社会との境界線が強固であると、家族開放性は低くなるので、外界システムとのバランスが悪くなるが、結果として家族内において独自の介護方法を模索する。一方、家族は社会との境界線が曖昧であると、外部のサービスを必要以上に家族の中に取り込み、結果として家族の結合力が低下する。いずれにしても家族は再度新しい安定を求めて、これまで保たれていた家族内バランスを家族に見合った形で変化させていく。その変化に影響を与えるのが社会福祉に対する観念、制度に対する知識、利用に対する動機づけなどであり、これらがインフォーマル、フォーマルサービスに対する認知的評価へとつながる。その結果として、外部のシステムを家族システム内に受け入れるかの判断につながると示唆された。これはソーシャルワーカーが家族に情報提供することで変化する領域であることが確認できた。

第3に「家族介護ストレス対処能力」因子の項目に位置づけられている⑤「不安度」⑥「相談のニーズ」⑦「介護疲労耐久性」⑧「個人的・社会的活動の拘束」の各項目は、在宅介護遂行群と在宅介護断念群の2群間の有意差が確認されている項目である。さらにこれらは、調査Ⅲの7年後の追跡調査から、経時的にも顕著な変化が確認できた項目である。また調査Ⅳでは、これらの4項目

は在宅介護遂行群のインテーク時と退院時の両方の検定で有意差が確認できた。一方、在宅介護断念群では「不安度」、「介護疲労耐久性」の2項目に有意差が確認できた。

以上のことから「家族介護ストレス対処能力」は現在から将来にわたる不安感の高さが増すと、それと同時に相談のニーズの高さも増す傾向にあると言える。また介護者がどのように介護を負担として認知しているのか、それが個人的にどの程度、拘束感として受けとめているのか、社会的活動に制限が加えられていると認知しているのか否かが、家族内で介護形態を決定する重要な要因になると示唆された。

本研究の家族に関する前提は「家族は変化と安定の間にバランスを創造する力を持っている」としたが、家族内に介護が必要な家族成員を受け入れるにあたり、これまで保たれていた家族の絆や家族内のバランスは揺れるであろうし、それぞれ果たしてきた役割を変更しなくてはならなくなるであろう。しかし、家族は自ら安定する力に向かって模索していくシステムであるとするならば、それは、ただ単にもとの安定した状態に戻ろうとするのではなく、新しい安定を求めて変化していくものだと解釈できる。従って、その状況を家族がどのように認識するのかが介護形態の選択に影響を与えている。

家族に関するもうひとつの前提は、「家族は多くのサブシステムから構成され、家族メンバーの変化は家族全体に影響を与える。ゆえに家族を円環的思考で捉える」としたが、家族成員である要介護者、主介護者、副介護者などの家族の行動や判断になっているものには、その家族成員の持っている介護を含む物事に対する認識である。介護者を抱える家族が、その状況をどのように体験するかはその家族の認識によって大きく異なってくるであろう。しかし家族は困難な状況に遭遇した

時に、その状況から何とか乗り越えようと外部のさまざまなソーシャルリソースを取り入れることで新たな安定へと変化し、新しいバランスを得ていくものと示唆された。

それ以外のVI：要介護者精神状態の⑬「疾病理解・適応」⑭「心理的安定」IX：ADL状況の⑰「ADL自立度」⑱「介護必要度」X：要介護者コミュニケーション遂行能力の⑲「コミュニケーション遂行能力」⑳「コミュニケーションに対する認知的評価」は3つの調査ともそれぞれの変数が対で同因子内に位置づけられていた。この中には医学的アセスメントとしてADL自立度とコミュニケーション遂行能力が含まれている。これらのVI：要介護者精神状態、IX：ADL状況、X：要介護者コミュニケーション遂行能力、V：要介護者取り組み能力のすべてが要介護に関する項目であることがわかるが、これは要介護によって個性が高く、3種類の変数が因子としてまとまったり、離れたりすることがわかった。

また、「要介護者精神状態」の下位項目である⑬「疾病理解・適応」⑭「心理的安定」は要介護者自身が自らの疾病や障害をどのように理解し、適応しようとしているのか、これは本人の心理的安定に関与している。これらの項目は要介護者の心理的側面が大きく影響している。次に「ADL状況」の下位項目である⑰「ADL自立度」⑱「介護必要度」は、ADLの自立度が低ければ、介護の必要性は高くなるように、双方は連動している。ADLは単に動作のみではなく、本人の日常生活に関する行為の獲得が本人の生活のみではなく、家族の介護を含む家族全体の生活に影響を与えていると示唆された。

さらに「要介護者コミュニケーション遂行能力」の下位項目である⑲「コミュニケーション遂行能力」と⑳「コミュニケーションに対する認知的評価」から、特に言語障害が本人自身の疾病理解・

適応や心理的安定に影響を及ぼすことが調査Ⅲと調査Ⅳから示唆された。⑳「コミュニケーションに対する認知的評価」は家族が言語障害がある要介護者とのコミュニケーションをどのように認知しているかという点である。例えば、コミュニケーションの中で情緒的・感情的レベルを汲み取って理解しているのか、非言語的側面をどのように理解しているのかということにもつながる。これは単に疾病後のコミュニケーション関係を示しているだけではなく、長年の家族システムの中で培ってきた歴史、パターンの延長として受け手・送り手のコミュニケーションパターンが反映されており、この疾病を機に否定的若しくは肯定的な認知の仕方が介護ストレスに影響を及ぼすと示唆された。

以上のことより、研究結果として概念モデルを用いて開発した要介護者の退院援助アセスメントツールの妥当性が検証され、また介護形態の予測的妥当性が検証された。設定した概念モデルの妥当性は因子分析を用いて分析した結果、研究仮説とほぼ合致した。またその活用の効果として退院援助にも大きな貢献が出来る可能性が確認できた。

本研究から導き出せるソーシャルワークアセスメントの専門性と独自性とは医学的診断や心理判定とは以下のように異なることが明らかになった。まず第1に側面 (dimensions) と視点 (standpoints) から述べると、「人」と「環境」の交互作用から生じる問題やストレスに着目する一方で、病理的現象よりも積極的側面として強さ (strengths) や可能性にも着目している点である。第2に医学的診断や心理判定などの一側面からの診断・評価ではなく、社会的側面、心理的側面、身体的側面など多面的・複合的に評価している点である。とりわけ、本研究で明らかになったソーシャルワーク領域における要介護者の退院援助アセスメント

は「家族介護適応能力」、「家族介護ストレス対処能力」、「ソーシャルリソース活用能力」の3つの構成概念から成り立っていることが理解できよう。さらに、個別性が高いため概念としては捉えられなかったが、「要介護高齢者の取り組み能力」もアセスメントの視点として確認ができた。このことからソーシャルワークのアセスメントはそれぞれの側面を単独で評価しているのではなく、身体・心理・社会的側面 (bio・psycho・social) を包括的・総合的に分析・評価している。

第3にソーシャルワーク領域のアセスメントには過去軸から現在、そして未来の予測を含む時間軸の中で、その関連性や現象を分析しているものであり、そこには空間的システムを有する立体的なアセスメントであることが明らかになった。

本研究ではライフモデルとストレス・コーピング理論の概念を適用し、特に利用者の取り組みの実体に着目し、介護を否定的ではなく、肯定的側面から捉えツールを開発したという特徴がある。近年ではアセスメントを肯定的側面から捉えることをICF (国際生活機能分類) でも提唱しているが、本研究はそれ以前からすでに、この肯定的側面に着目し、開発したという点で独自性があると言える。本ツールは「人」と「環境」の交互作用から生じる問題やストレスよりも、積極的側面として利用者や家族の強さ (strengths) や取り組み能力に着目している。また、医学的診断や心理判定などの一側面からの診断・評価ではなく、社会的側面、心理的側面、身体的側面など多面的・複合的に評価している点に本ツールの独自性があると言えよう。要介護高齢者の退院援助アセスメントツールは、利用者にとってサービス資源選定の最適化を可能にし、延いては、地域ケアにおけるサービス分配の効果性と効率性にも貢献することになるであろう。さらに、本ツールは退院援助に際して、入院当初の段階で、家族介護の質や量

を肯定的にアセスメントし、退院後に家族が家族なりの取り組みができるように支援するための手がかりを与えている。

今後、本ツールの有効性をより確実に発揮させるためには、機関・施設が利用者の入院時に退院援助ができるような体制作りが必要であり、その体制を基盤として、地域ケアの展開を図ることができれば、このツールを真に価値づけることができると言える。

#### 註

- 1) C. H. Meyer Social Work, Eco-Systems Perspective, Columbia University Press 1983
- 2) Meyer, C. (1993) Assessment in social work practice New York: Columbia University Press p12
- 3) Encyclopedia of Social work 19th Edition, NASW press, 1995 p263-267
- 4) Sattler, J (1992) Assessment of Children San Diego: Sattler
- 5) 池上直己 (1994) 「高齢者ケアガイドラインの意義としくみ—ケアプランの必要性と策定の留意点」【高齢者ケアプラン概説】 pp5-23、鎌田ケイ子「高齢者の心身機能と特性とケアの基本」同書 厚生科学研究所 pp26-46
- 6) 全国老人保健施設協会・全国老人福祉施設協議会・介護力強化病院連絡協議会・ケアプラン策定研究会 (1997) 包括的自立支援プログラム
- 7) 内田恵美子、島内節他、日本訪問看護振興財団 (1997) 1997年度版改訂 日本版在宅ケアにけるアセスメントとケアプラン—成人・高齢者用
- 8) 全国社会福祉協議会 (2000) 改訂版包括的自立支援プログラム介護サービス計画作成マニュアル
- 9) 日本社会福祉士会編 (1997) ケアマネジメント実践記録様式 (Ver.3.2)
- 10) 日本介護福祉士会 (1997) 生活7領域から考える自立支援アセスメント・ケアプラン作成マニュアル (在宅版) 中央法規出版
- 11) 竹内孝仁 (1997) ケアマネジャーのためのアセスメントとケアパッケージ：その組み立て方 医歯薬出版
- 12) 調査対象者を大阪、京都、兵庫の関西エリア及び福岡、熊本の九州エリア、合計5県の介護支援専門員の中から居宅介護支援事業者に雇用されているもの、実際の業務についているものの中から調査協力を得られた52人とした。調査方法は質問紙を使用した1時間程度の個別面接調査を行なった。面接調査はケアマネジメント業務プロセスに沿って①インテーク面接②アセスメント③ケアプラン④説明と同意⑤実施後のモニタリングである。またケアマネジャーの業務に影響を及ぼすものとして⑥組織⑦質的向上にかかわる研修⑧スーパーバイザー⑨ケアマネジャーの役割⑩介護保険制度・システムに関することも調査項目の中に入れた。本調査ではこの52人の中から論者が実際に個別面接調査を行なった26事例を取り上げ、分析を試みた。(小原真知子、Ruth Campbell (2001) 介護保険施行に伴うケアマネジャーの現状と課題 アセスメントからの把握～インタビュー調査から～日本医療福祉学会大会口頭発表)
- 13) 安梅勅江「保健福祉評価指標としての社会関連性」社会福祉学第40号-2号日本社会福祉学会2000
- 14) 野川とも江他 (1994) 在宅寝たきり老人の

- 介護者の特性と社会的支援の検討、埼玉県立衛生短期大学紀要19号、pp59-69
- 15) NTT関東病院や東京都老人医療センターなどではソーシャルハイリスクチェックリストの開発を行なってきた。原田とも子(2001) ソーシャルハイリスクスクリーニングの導入 病院 60巻1号医学書院 p66-67  
原田とも子(2001) ソーシャルハイリスクスクリーニング規準の開発 病院60巻4号医学書院p328-329、伊藤祥子他(2000) 退院援助を必要とする高齢者のスクリーニング：スクリーニング票の開発と評価 医療社会福祉第9巻 第1号p4-14
- 16) 小原真知子小西加保留、白澤政和「保健医療領域ソーシャルワークにおけるアセスメントの現状と課題」日本社会福祉学会 第50回発表、抄録集参照のこと。
- 17) 調査対象は日本医療社会事業協会会員のうち、協会主催の専門講座を終了した184人に郵送調査を2001年5月に行った。有効回答は57人(31%)であった。13種類のアセスメントシートを収集した。
- 18) Hill, R. Family Under Stress (1949)-Adjustment to the Crisis of War Separation and Reunion-, Harper & Brothers, Hill, R (1958) "Generic Features of Family Stress." Social Casework 39 (1, 2), これらはヒルの独自の理論形成を遂げた実証研究として有名なものである。また、この中でABC-Xモデルやジェットコースターモデルなどの理論モデルを提唱している。
- 19) McCubbin, H. I. & Patterson, J. M. (1981) "Systematic Assessment of Family Stress, Resources and Coping: Tools for Research Education, and Clinical Intervention, University of Minnesota マッカバンらはヒルの理論を継承し発展させて二重ABCXモデルを開発し提唱している。マッカバンの研究歴については以下の拙稿を参照のこと。森岡清美・青井和夫編(1985) 家族ストレス論の新たな展開—ハミルトン・Iマッカバン 世代とライフコース 垣内出版
- 20) リチャードSラザロス、スーザン・フォクルマン著(1991) ストレスの心理学、認知的評価と対処の研究—実務教育出版
- 21) 新名理恵(1991)「在宅痴呆性老人の介護負担感—研究の問題点と今後の展望」老年精神医学雑誌 第2巻 pp754-762
- 22) 新名理恵・矢富直美・本間昭・坂田成輝(1989)「痴呆性老人の介護者のストレスと負担感に関する心理学的研究」東京都老人総合研究所プロジェクト研究報告書：老年期痴呆の基礎と臨床p131-144頁
- 23) Carrel B. Germain & Alex Gitterman, Ecological Perspective. Encyclopedia of Social Work voll. 18TH EDITION, NASW 1987, PP488-499
- 24) Lazarus, R.S. The Stress and Coping Paradigm. L. A. Bond & J. C. Rosen Eds. Competence and Coping during Adulthood. Hanover, N. H: University Press of New England 1980 pp28-74
- 25) 太田は対象者理解として対象規定を4分類している。その中の「問題規定説」は問題の有無を中心として対象認識する立場で、問題解決が目的化されるとしている。その問題点として対症療法的援助になりやすいこと、また手段と目的とが交錯するとしている。援助者側の発想や理論に基づいたものになりやすいことをあげている。
- 26) Anthony N. Maluccio (1981) Competence-

- oriented Social Work Practice: An Ecological Approach Library of Congress Cataloging in Publication Date The Free Press
- 27) Carol B.Germain (1991) Human Behavior In The Social Environment: An Ecological View, Columbia University Press p26
  - 28) 福山は問題解決志向の反省からクライアントの強さの維持強化を強調し、具体的なアセスメント方法や実践援助の「FKモデル」として援助方法を分かりやすく提示している。3次元の立体把握をヒムコンサルタント 1996参照のこと。
  - 29) Lorraine M.Guierrez, (1990) (Working with Women of Color: An Empowerment Perspective, Social Work35(2)
  - 30) Judian Rappaport (1987) Terms Of Empowerment / Exemplars of Prevention, Toward a Theory for Community Psychology, American Journal Of Community Psychology, 15(2) 1987 pp121-122
  - 31) Judith A.B.Lee (1994) The Empowerment Approach to Social Work Practice Columbia University Press
  - 32) Hasenfeld, Y. (1987) Power in Social Work Practice Social Service Review, 61
  - 33) 1996年度とは1996年4月1日から1997年3月31日である
  - 34) 1997年度とは1997年4月1日から1998年3月31日である。