

94-9
11

「介護支援方法論－在宅要介護高齢者への支援を中心として－」正誤表

UT51-94-011

ページ	行	誤り(下線部)	訂正
15	22	看護と介護は同じで <u>ない</u> 。	同じでは <u>ない</u> 。
19	16	伴われてこそ <u>よりよく</u> 展開する	<u>よりよく</u>
29	22	はじめは素人 <u>出も</u> できる仕事	<u>でも</u> できる
45	3	包括的に、 <u>適確</u> に行う	<u>的確</u>
62	23	<u>使えるなんてありえない</u>	<u>通用するはずがない</u>
77	9	<u>介護時間を裏返してに、自由</u>	<u>介護時間を、裏返しの自由</u>
87	9	<u>枠組みを下記の仮説を</u>	<u>枠組みの仮説を下記のように</u>
113	13	5%の <u>確立</u> で	<u>確率</u>
174	13	「 <u>直接介護支援</u> 」は、	「 <u>直接介入支援</u> 」
195	13	出かけることを <u>進めたい</u>	<u>勧めたい</u>

①

博士学位請求論文

『介護支援方法論』

－在宅要介護高齢者への支援を中心として－

東洋大学大学院社会学研究科社会福祉学専攻

博士後期課程3年

渡辺裕美

目 次

序章「研究の概要」	1
1. 研究の背景	1
2. 本研究テーマに関するこれまでの研究の軌跡	3
3. 研究目的	4
4. 論文の構成	4
5. 各章の研究目的と研究方法	5
第1章「介護とは」	9
第1節 介護の誕生の歴史	10
1. ”介護”の歴史の変遷	10
2. ホームヘルプサービス制度の変遷	13
3. 歴史からの学び	14
第2節 文献研究による介護の定義と機能	17
1. 社会福祉士・介護福祉士法制定前	17
2. 「社会福祉士及び介護福祉士法」制定以降	20
3. 文献研究からの学び	27
第3節 本論文における介護のとらえかた	29
第1章要約	32
第1章引用文献	33
第2章「介護支援方法論への問題解決アプローチの有用性」	36
第1節 社会福祉における問題解決アプローチによる援助方法論 の系譜	37
1. 問題解決アプローチが社会福祉援助技術方法論にとりい れられるまで	38
2. Perlmanの問題解決過程	40

3. 問題解決過程のその後	41
第2節 看護と医学における問題解決アプローチ「看護過程」と	
「POS」の系譜	46
1. 看護過程とは何か	46
2. 看護過程の歴史	48
3. 日本における看護過程の位置づけ	53
4. 問題解決志向型診療記録のシステム「POS」	54
5. 「看護過程」と「POS」との関係	56
第3節 ”問題解決”をキーワードとしての考察	60
1. William Oslerがつなぐ、不思議な輪	60
2. ”過程”重視の波	61
3. 汎用性の高い問題解決アプローチ	61
4. 介護支援方法論に組み入れたい側面	62
第2章要約	66
第2章 引用文献	67
第3章 「介護アセスメントの枠組み」	70
第1節 介護アセスメントに関する先行研究	71
1. 枠組み	71
2. 心身の障害程度	74
3. 介護力	76
4. 時間	77
5. 介護の場の決定	77
6. アセスメント項目のまとめ	78
第2節 介護アセスメントの枠組みの仮説	80
1. 介護アセスメントに関する研究の軌跡	80
2. 介護アセスメントの枠組みの仮説	87

第3節 介護アセスメントの枠組みの仮説の検証と客観化	93
研究の概要と結果	96
1段階：介護支援実践のグループ分類	96
1段階の研究方法	96
1段階の研究結果	96
2段階：グループ別支援パターン	102
2段階の研究方法	102
2段階の研究結果	102
3段階：グループ分類に影響を与えている変数の概観	111
3段階の研究方法	111
3段階の研究結果	113
4段階：グループ分類に影響を与える要因	117
4段階の研究方法	117
4段階の研究結果	119
第3章要約	132
第3章 引用文献	134
第4章 「介護支援の実際」	136
第1節 個々のケースに対して行った介護支援	137
1. ケースA（1グループ）	137
2. ケースB（1グループ）	141
3. ケースC（2グループ）	145
4. ケースD（2グループ）	149
5. ケースE（3グループ）	154
6. ケースF（3グループ）	160
第2節 各グループ別介護支援内容	168
1. 1グループの介護支援内容	168

2. 2グループの介護支援内容	169
3. 3グループの介護支援内容	170
第3節 介護支援内容の概観	172
第4章要約	174
第5章 「介護支援方法論」	176
第1節 介護支援の定義と用語の説明	176
第2節 介護支援方法論の展開過程	179
1. 出会い	179
2. 情報収集	181
3. アセスメント	183
1) 要介護者の必要とする「介護ニーズのアセスメント」	189
2) 主介護者と介護サポートによって提供されている 「介護力のアセスメント」	189
3) 「介護ニーズと介護力のバランスのアセスメント」	191
4. 介護問題の明確化	192
5. 支援プランの立案	192
1) 「直接介入支援」	193
2) 「介護サポートの補強・調整支援」	194
6. 実践	195
7. 評価	197
第5章要約	198
第5章 引用文献	200
終章 「本論文の要約と今後の課題」	201
謝辞	207
付属統計資料目次	208
付属統計資料	213

序章「研究の概要」

本論文は、在宅要介護高齢者へ対する介護支援方法論について帰納法的研究から論述したものである。第1章「介護とは」、第2章「介護支援方法論への問題解決アプローチの有用性」、第3章「介護アセスメントの枠組み」、第4章「介護支援の実践」、第5章「介護支援方法論」で構成されている。ここに本研究の背景と、論文の構成、各章の研究目的と研究方法を要約する。

1. 研究の背景

今、介護は熱いまなざしでみつめられ、社会には介護という言葉があふれている。そこで最も論議されている核は、介護の専門性、専門的介護支援の方法、そのしくみである。なぜ、それほど介護が注目されるのだろうか。その背景を要約する。

高齢者社会の進展に伴い、寝たきりや痴呆等の障害をもつ要介護者が急激に増加してきた。一方、出生率が低下し、家族の少人数化がすすみ、女性の就労率が増加したために家族内で介護をまかないきれなくなってきた。こうした弱体化した家族機能の補完を、だれがどこで行うのか、国民全体の問題となったのである。誰でも身近におこりうる介護問題は、社会福祉サービスの転換をも進めた。すなわち、ごく普通の一般世帯の人々も受けられるようにサービスを拡充させ、社会福祉施設の個別化と多様化を踏まえた、質の向上が重要課題となり、施設サービスの地域開放が求められるようになった。

さらに、増え続ける介護需要に関連して、専門的知識と技術を持つ国家資格の専門職として「介護福祉士」が誕生した。また、厚生省は高齢者保健福祉推進10か年戦略（ゴールドプラン）をうちだし、ホームヘルパー、ショートステイ、デイサービスセンター、在宅介護支援センター、ねたきり老人ゼロ作戦の

展開など、介護福祉サービスを緊急整備する政策を示した。

ゴールドプランの達成は、介護マンパワーの確保にかかっているが、大切なことは、マンパワーの数ではなく、そこで行われる介護の質、介護の専門性なのである。平成4年には、4年制大学での介護福祉士養成も開始された。ただマンパワーの数がふえるだけでは介護問題へ対応できない。マンパワーの資質を引き上げ、一定に保つための努力が必要なのである。介護は専門性を問われる時代に突入したといえよう。

だが一方で、介護の専門性はまだ確立されていない。今はまだ介護理論の概念化がはじまったものの、まだ整理がなされていない状況であるといえよう。しかし、概念化、理論化がなされていない状況でも、実際に介護はさまざまな所で行われている。現場は理論を待っているわけにはいかない。外から理論固めをすることよりも、内をみつめることが大切なのではないだろうか。今ここで行われていることを構造化することが何よりも現実を反映させることができるのである。介護を実践科学としてとらえ、実際にそこでなされているプロとしての判断を抽象化する帰納的研究方法によって、介護支援方法論を明らかにできるのではないかと考えた。

本研究は、実践の分析をもとに介護支援方法論を論述するものである。副題に一在宅要介護高齢者への支援を中心としてとつけたのは、本研究が概念研究でなく、実践研究であるからにほかならない。介護支援実践は対象者や行われる場によって特性があり、いちがいには論述できない。介護の場は、在宅か施設かのように二者択一的なものではなく、地域で暮らすためには在宅と施設の両方を全体としてとらえなければならないのでこのような表現には抵抗を感じられる方も多いただろう。だが、最初に全体論を組み立てるのは不可能なので、まずは、これまで実践を続けてきた部分における介護支援方法論をまとめることから始めることにした。この、在宅要介護高齢者に対する介護支援方法論を

基盤にして、今後さらに他領域での介護支援方法論を深めていきたいと考えている。

2. 本研究テーマに関するこれまでの研究の軌跡

介護支援方法論は著者の研究の集大成である。著者自身の実践と研究の軌跡が背景になっている。

昭和61年、地域で暮らしている要介護老人の調査に携わり、さまざまな家庭を訪問した。この時、「重介護でも、家族で仲よく助けあっている雰囲気のある一方、軽介護なのに、互いに口もきかなかつたり、せっぱつまった、緊張関係がある家庭がある。」ことに疑問を持った。”関係をこわさずに、介護していくための条件は何だろうか。”これが研究の動機となった。

206ケースを分析した結果、老人に中等度以上の痴呆症状がある場合には関係が歪みが生じることが多く、老人と介護者・家族関係を保つためには、介護者が自分の生き方としての介護を認識して、社会資源を得て家族の力を増強させることが大切であることが明かになった¹⁾。

著者はこの研究以降、痴呆症状、介護者の介護の認識、介護から離れられる時間と居住空間、同居内からの介護ヘルプ、血縁家族からの介護ヘルプ、専門家の介入、さまざまなサービスの利用状況などを、アセスメント項目として重視するようになった。

その後、介護相談実践を重ねる中で、ケースには、その場で何らかの問題解決ができるケース群と、どうしてもフォローが必要なケース群があることに気づいた。数多いケースの中から、フォローの必要な相談ケースをスクリーニングしていく専門家としての判断（アセスメント）により興味を抱いた。著者が相談を担当した1年間285ケースの分析を行った結果、フォローの必要なケース49（17.2%）は、介護力不十分で介護負担と介護力のアンバランスな状態とし

て説明できた²⁾。

著者自身が相談を担当したサンプルの分析では結果に偏りがあると考え、同職場で介護相談を担当している専門職（6名）の内的アセスメントを探った。

1か月の相談、225ケースからフォローが必要なケースとスクリーニングされた34ケース（15.11%）を分析した。そしてこれらをまとめると、フォローが必要なケースは、介護力が不十分であったり、介護機器選択にかなり個別な特殊性が求められるケースであることが明らかになった³⁾。

その後、著者は、必要なケースに必要と思われるフォローを惜しみなく行える、在宅介護支援センターで実践に携わる機会を得た。ここでは介護相談だけでなく実際に支援が提供できたので思うぞんぶん仕事ができる。在宅介護支援センターの実践から専門職に求められる支援の内容やアセスメントの枠組みについて研究をすすめた^{4) 5) 6)}。

このように、介護という領域に関わってきた今、専門職の行う介護支援方法論を整理してみたいと考えたのである。さまざまな場所でさまざまな介護支援が行われている。求める人もいる。実践があるのに、介護には理論がない、独自のものが無い、専門性がないなど思われているのが、本当に残念である。確かで、合意が得られるような方法論が確立するには、まだまだ不十分ではあるが、現段階の専門的介護支援方法論を提示してみたいと考えたことが、本論を書き始めた動機になっている。

3. 研究目的

本論文の目的は、在宅要介護高齢者への支援方法論を論述することである。

4. 論文の構成

本論文は5章立てである。第1章では本論文で介護をどのようにとらえるか

を歴史と文献研究から整理した。第2章では介護支援方法論への問題解決アプローチの有用性を説いた。第3章は介護アセスメントの枠組みを示し、それを介護支援実践の数量分析から検証し、客観化した。第4章は実際に介護支援を行った事例から、介護支援実践の内容を細かく分析した。第5章は、これら1～4章の研究結果を受けて介護支援方法論を組み立てた。いわば各章の要約を筋道立てて介護支援方法論として論述したものである。

5. 各章の研究目的と研究方法

論文を構成する1～5章の研究目的と研究方法を記した。

第1章「介護とは」

研究目的：研究目的は、介護の歴史と既存の介護研究の知見をふまえて、本論文では介護をどのようにとらえていくのかを示すことである。

研究方法：1. 介護の誕生の歴史を明かにする。
2. 文献研究で述べられている介護の定義と機能を集約する。
3. 1・2をふまえた上で本論文において、介護をどのようにとらえていくのかを示す。

第2章「介護支援方法論への問題解決アプローチの有用性」

研究目的：研究目的は、問題解決アプローチの論史に焦点をあて、介護支援方法論の基礎概念に問題解決アプローチを位置づけることである。

研究方法：1. 社会福祉援助方法論に焦点をあて、問題解決アプローチがどのように方法論にとりいれられ、現在どう変化しているのか系譜を探る。
2. 看護と医学における問題解決アプローチの系譜を探り、これらの領域がどのように影響しあっているのかを論史から考察する。

3. 問題解決アプローチをキーワードとして、介護支援方法論における問題解決アプローチを位置づける。

第3章「介護アセスメントの枠組み」

研究目的：研究目的は、介護支援方法論における介護アセスメントの枠組みを、文献研究と実証研究から試論することである。

- 研究方法：1. 介護アセスメントに関する先行研究から知見を得る。
2. 介護アセスメントの枠組みの仮説を立てる。
 3. 介護アセスメントの枠組みの仮説を検証し、客観化する。
 - 3-1. 記録を数量化してケースのグループ分類を行う。
(数量化3類とクラスター分析)
 - 3-2. グループ別支援パターンを示す。(クロス集計)
 - 3-3. グループを基準変数として、アセスメント項目との関連性を分析する。(クロス集計)
 - 3-4. グループを基準変数として最も強い影響を与える要因を絞り込み、その構造を明かにする。(数量化2類)

第4章「介護支援の実践」

研究目的：研究目的は、介護実践事例から介護支援の内容を整理して概観することである。

研究方法：介護支援実践事例6ケース（支援パターンの異なる3グループから各2ケースを選択）を対象に、下記の手順で分析をすすめる。

1. 個々のケースに対して行った介護支援を要約する。
2. 各グループ別に介護支援内容を要約する。
3. これらを統合して、介護支援内容を概観する。

第5章「介護支援方法論」

研究目的：研究目的は、在宅要介護高齢者への介護支援方法論を論述するこ

とである。

研究方法：1～4章の研究で得られた知見をまとめて、以下のように介護支援方法論を組み立てる。

1. 介護支援の定義と用語を説明する。
2. 介護支援方法論の展開過程を示す。

序章 < 引用文献 >

- 1) 今井（渡辺）裕美「在宅要介護老人の介護者・家族関係」『聖路加看護大学紀要』Vol14, 1988.
- 2) 渡辺裕美「介護相談の類型化のための一考察」『東洋大学大学院紀要』Vol27, 1991.
- 3) 東京都社会福祉総合センター相談担当『在宅介護のかけ橋－介護相談の専門性と相談援助のあり方について』東京都社会福祉総合センター, 1991.
- 4) 渡辺裕美「在宅介護支援センターにおけるケースマネジメントの実際と問題点」『東洋大学大学院紀要』Vol28, 1992.
- 5) 渡辺裕美「高齢者在宅介護支援センターに求められる保健福祉サービス」第51回公衆衛生学会, 1992.
- 6) 渡辺裕美「専門的介護支援のためのアセスメントの枠組みと項目の検討」第40回日本社会福祉学会, 1992.

第1章 「介護とは」

はじめに

介護とは何であろうか。介護は身近なところにあふれている。要介護高齢者、介護者、介護福祉士、介護ヘルパー、介護問題、介護手当、介護保険、介護休暇。なぜこのように耳にするようになったのだろうか。それは、いつからだろうか。どのような意味で介護が使われているのだろうか。介護の定義も、合意を得られる見解はまだ確立されてはいない。介護には専門性があるのだろうか。独自の領域があるのだろうか。看護と介護はちがうのだろうか。さまざまな疑問がある。

介護支援方法論を論じる前に、本稿では介護をどのようにとらえているのかをはっきりと示す必要がある。まずは介護の歴史をふりかえる。さらに、介護の定義と機能について誰がどのような知見を述べているかを文献で研究する。そしてこれらをふまえた上で、本論文：介護支援方法論では介護をどのようにとらえていくのかを論述していく。

研究目的

研究目的は、介護の歴史と既存の介護研究の知見をふまえて、本論文では介護をどのようにとらえていくのかを示すことである。

研究方法

研究方法は下記の3段階である。

1. 介護の誕生の歴史を明かにする。
2. 文献研究で述べられている、介護の定義と機能を集約する。
3. 1・2をふまえた上で本論文において、介護をどのようにとらえていくのかを示す。

第1節 介護の誕生の歴史

介護の誕生の歴史を、1. 介護の歴史的変遷、2. ホームヘルプサービス制度の変遷から要約し、3. 歴史からの学びを考察した。

1. ”介護”の歴史的変遷

前史

・「介」の漢字は、武将のよろいの象形文字。よろいを着て戦い領土を守る様子。介添え、介抱、介助、仲介は、長い時代を経てできた言葉¹⁾。

「介」は介在、介入、助けるの意で、「護」は守る、うかがい見る、目を離さず見る、見詰めるの意。「介護」は、困難な時にお互い援助しあう、相互扶助の意味があり、人類が誕生したときから、自然発生的に行われていたことといえるだろう²⁾。

身の回りの世話＝「介護」の登場まで。

・明治中期、社会福祉関係の法令の中に「介護」がはじめてつかわれた。

「陸軍軍人傷痍疾病恩給等差例」の第1条1号（明治25年12月24日陸軍省陸達第96号）。「不具モシクハ痲疾トナリ常ニ介護ヲ要スルモノガ・・・」。

その後、大正と昭和20年代までに恩給法、救護法、などにも登場³⁾。

・昭和36年、児童福祉手当法施行令（政令第405号）別表に、「常時の介護

を必要とする程度の障害を有するもの」「長期にわたる高度の安静と常時の監視または介護」——心身障害の程度によって手当の対象者を特定する用語として使われた⁴⁾。

- ・昭和37年、中央社会福祉審議会「老人福祉施策の推進に関する意見」に、「精神上または身体上著しい欠陥があるため常時介護を要する老人についてはこれに適した処遇を効率的に行うため、その他の老人を区別して収容するための対策を講ずべきであり……」——一人の手を介する公的施策としての介護を規定するきっかけとなった⁵⁾。
- ・昭和38年、「老人福祉法」が制定され、特別養護老人ホームが設置。入所対象者を、「身体上または精神上著しい障害があるために常時介護を必要とし、かつ居宅においてもこれを受けることが困難な人」とした。——政策上の課題として、介護という用語が使われはじめた。だが、介護内容の明記なし⁶⁾。
- ・特養で老人の世話をする人の名称は、寮母。家族に代わって行うのだから、従来のホームのように素人の寮母でよいだろうと考えられた。そして、寮母の行う世話・行為を看護とは呼べないので、「介護」とした。——新しく、身の回りの世話を介護という概念の誕生。だが、介護は素人が行うものというニュアンスが含まれていた⁷⁾。

介護専門職の誕生まで

- ・昭和49年発行の「社会福祉辞典」（仲村優一・一番ヶ瀬康子他編、誠信書房）で、介護とは「疾病や傷害などで日常生活に支障がある場合、介助や身の回りの世話（炊事、買い物、洗濯、掃除などを含む）をすること」とある。——介護内容についての合意が示されたが、介護従事者全体の職務内容は不明瞭だった⁸⁾。

- ・高齢化社会の進展に伴って要介護者が急増したが、家族は少人数になり、女性の就労率が増加し、家族内で介護をまかないきれなくなってきた。――高齢化社会への突入と、それに伴う介護問題の発生⁹⁾。
- ・昭和53年寮母の教育機関として、「聖隷浜松衛生短大付属医療ヘルパー学園」6ヶ月コース開設。――介護業務の専門性が要求されるようになってきた¹⁰⁾。
- ・日本ソーシャルワーカー協会の専門職に関する委員会の検討、兵庫県単独の「福祉介護士」制度創設のための検討、日本学術会議（社会福祉・社会保障研究連絡委員会）における介護専門職に関する研究がなされた。――専門職資格の検討がはじめられた¹¹⁾。
- ・昭和62年「社会福祉士及び介護福祉士法」制定。業務独占でなく、名称独占。介護福祉士とは、登録を受け、その名称を用いて、専門的知識および技術を持って、身体上または精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者に対して、入浴、排泄、食事その他の介護を行い、介護者（家族など）に対して介護に関する指導を行うことを業とするものとされている。――国家資格の誕生

政策課題としての介護

- ・平成元年厚生省は、介護対策検討会報告書の中で、介護対策の基本的考え方を「在宅サービスを適切に活用する家族介護」をめざしていくことを示した。
- ・要介護者の急増により、介護問題は国民全体で問われるようになり、社会福祉も発想の転換をせまられた。すなわち、選別された人々を対象としていた姿勢を、誰でもが、普通に利用できる社会福祉サービスへと拡充する必要が生じた。

- ・平成元年「高齢者保健福祉推進十ヶ年戦略、ゴールドプラン」発表。介護福祉のためのマンパワーの確保が課題。新たにヘルパー7万人、看護職員5万人寮母・介護職員11万人、在宅介護指導員2万人の確保をめざしている。――介護問題に対する政策が大きくうちだされた。

2. ホームヘルプサービス制度の変遷

ホームヘルパーサービス制度の変遷について、村川氏の論文¹²⁾を中心として下記のように整理した。

公的制度前史

- 1956年（昭和31年）・長野県上田市・諏訪市など「家庭養護婦派遣事業」
国制度として成立
- 1962年（昭和37年）・国庫補助「家庭奉仕員活動費」予算化
- 1963年（昭和38年）・「老人福祉法」に老人家庭奉仕員派遣事業の明文化
- 1967年（昭和42年）・「身体障害者福祉法」に身体障害者家庭奉仕員派遣
事業
- 1970年（昭和45年）・「児童福祉法」に心身障害児家庭奉仕員派遣事業
老人ホームヘルプサービスの制度改正と拡大化へ
- 1963年（昭和38年）・1世帯あたり派遣週1日以上
- 1965年（昭和40年）・派遣対象は低所得の家庭
- 1969年（昭和44年）・1世帯あたり派遣週2日程度
- 1970年（昭和45年）・派遣対象「65歳以上で常に臥床している低所得者で
介護困難」
- 1982年（昭和57年）・派遣対象「介護ニーズあれば所得税課税世帯にも派

遣（有料）」

- ・ 臨時的ニーズへの対応を一本化
- ・ 勤務体制を弾力化（パート勤務、時間給与制の導入）
- ・ 派遣回数ー1日4時間1週6日間、週あたり延べ18時間を目安
- ・ 採用時研修70時間の導入

1987年（昭和63年）社会福祉士・介護福祉士法制定

1989年（平成元年）高齢者保健福祉推進十ヶ年計画でホームヘルパー10万人体制計画化が発表され、老人ホームヘルプサービスに係わる事業運営要項改正

- ・ 派遣対象「介護を行う力が家族にあっても必要なら派遣」
- ・ サービス内容を①身体②家事③相談援助と3区分
サービス内容に介護が位置づけられた

1992年（平成2年）老人福祉法改正

老人家庭奉仕員派遣事業から老人ホームヘルプサービス派遣事業へ読替
家庭奉仕員からホームヘルパーへ読替

1991年（平成3年）・研修の3段階別システムの導入

（1級360時間、2級90時間、3級40時間）

ホームヘルパーの養成確保へ具体化

1992年（平成4年）・チーム運営方式へ

- ・ ホームヘルパー常勤補助手当の引き上げ
- ・ 退職共済手当制度の整備

3. 歴史からの学び

介護の誕生の歴史から下記5つの疑問へ一応の解答が得られた。

①介護は社会福祉領域にあるのか？

・介護は明かに、社会福祉の領域で誕生し発展してきている。ということは、介護支援方法論をすすめていく基盤に、社会福祉の援助方法論から使えるものを借りてくれる可能性があるということである。

②なぜ社会福祉士だけでなく、介護福祉士が必要になのか？

・それは、心理的社会的援助だけではニーズを満たせない対象者が急増したからである。要するに、高齢化社会によって要介護高齢者が急増し、社会問題として浮上してきたのに対応せざるをえなくなったからである。

③これまでの社会福祉援助方法論に欠けていて、新しく求められている支援とは何か？

・それは、対象者の身体を通していろいろなこと情報を把握すること、不自由なところへ直接手をさしのべる支援である。新しい力が加わったことによって、社会福祉実践はより注目されるようになった。介護は社会福祉全体の起爆剤になっている。

④介護と看護の関係は？

・歴史に示されるように、介護が専門分化していくのに看護が教育的立場をとったことは事実である。だから看護と介護に近いのは当然である。相互補完的な関係にあるといわれている。だが、看護と介護は同じでない。違う専門職として働いている事実がある。

⑤ホームヘルパーと介護福祉士はどうかみあうのだろうか？

・これらの歴史的背景は異なっている。だが、介護福祉士資格制定を境に、ホームヘルパーの業務に介護がはっきりと示されるようになり、路線が拡大しはじめた。現在は、法資格としての介護福祉士が、在宅支援をするにあたって雇用される職名としてホームヘルパーを用いることも多い。資格よりも職種名によって、期待される役割や機能があるようである。

第2節 文献研究による介護の定義と機能

介護に関する研究論文は、現場からの問題意識化、研究者たちによる専門性への注目、社会福祉士・介護福祉士法制定に伴う介護概論教科書等の出版という流れがある。近年はこれらの研究成果をふまえて、より進んだ介護の概念研究もすすめられるようになってきているが、使われる用語・定義・機能・位置づけもそれぞれであって、大方の合意が得られる概念化は未だなされていない現状がある。

論文の切り口は、論者の背景によって異なっていて、おおまかに分けると、1. 本質論としての介護、2. 介護福祉士が行う法資格者としての介護、3. 職種別・対象者別介護（①施設介護、②ホームヘルパーの介護、③在宅での介護、④障害者介護、⑤痴呆性高齢者の介護など。）に区分されるであろう。実にさまざまである。

ここでは、本質論としての介護研究論文に限定して文献研究を行った。介護の定義と機能が、時代を追ってどのように研究されてきたのか、何が明かになったのか、を文献から集約する。

1. 社会福祉士・介護福祉士法制定前

いつから介護に関する研究がなされてきたのか、相沢謙治¹³⁾が文献研究を行っている。それによれば、1970年代後半より、介護に関して問題提起がみられるようになったという。亀山幸吉は清瀬療護園（身体障害者療護施設）での施設労働から介護に注目し、1986年には「施設における介護労働論の探求」¹⁴⁾を発表した後も継続してこのテーマにとりくんでいる。

施設における介助という労働は精神労働と肉体労働が結合した労働であり、その本質は、社会生活を営む上で必要な援助をし、その障害を補完し、社会的人間としてごく当然の生活を保障することにある。そのための援助者であり、代行者である。利用者における人格、生活、両面を分析、「評価」し、どの部分にどのように援助、介助すべきか、かかわるべきかを判断し、自立にむけて介助労働を提供すべきであろう。¹⁴⁾より抜粋。

この当時、亀山は”介助”という表現を用いている。

1981年「ケア・ワーク試論」¹⁵⁾、1982年「社会福祉としてのケア・ワークの構成」¹⁶⁾を発表した船曳は、”ケア・ワーク”を用いた。氏は、社会福祉援助の中心にあるケア・ワークが、見よう見まねでできることとされ、他の専門的援助を支える舞台裏の仕事として考えられているのは疑問だとして研究に取り組んだ。そして「ケア・ワークは、個人の社会的機能を維持するために一自分が自分であるidentity根拠になり、またそれに価値をみいだせる生活を築く作用をもつものである。従ってケア・ワークは、社会福祉の他の援助と一体になっておこなわれなければならない。」と述べている。（著者が15) PP8-14を要約）

黒川昭登は1982年に「ソーシャルワークと社会福祉施設－Residential Care Workの専門性－」¹⁷⁾の中で、”ケア・ワーク”を用いて下記のように述べている。（著者がPP19-21を要約）

社会福祉施設において直接サービスを担当する職員、保母、寮母、指導員の職務ケア・ワークとは何か、専門性とは何かを論じなければならない。ケア・ワークは、単に上司に指示されたから車椅子に座らせて食事させるのであれば単純労働に

なりさがるが、個々の人の生理・心理・社会的な理解の上になされた行為であれば、専門的なサービスに転化するのである。

1984年山口康弘は「わが国におけるケア・ワークの実際と体系化－心身障害者コロニーの立場から－」¹⁸⁾において、「”ケア・ワーク”は日常生活のいとなみへの援助活動の中に、健康の維持、増進や発達成長、自立への導きがわかちがたく結びついて機能している有用性をもっている。ケア・ワークの実践的事実を集積して、各人が個人的体験や工夫の中で培ってきた技能をもちより、その中から処遇目標に最もふさわしい合理的なみちすじを発見して構築していくことが必要である。」と述べている。

また、1986年根本は、「施設ケアとソーシャル・ワーカーその実態と二者の関係－」¹⁹⁾において、「”処遇”は”ケア”よりもより広く、同じ意味ではない。”ケア”は入所者の身辺で日常生活の世話を中心になされる働きである。施設では日常生活援助を中心的機能とするケアとソーシャルワークが同時に行われるところに特色があり、両者の機能が伴われてこそ掘りよく展開する。」と結んでいる。（著者がPP5-8を要約）

1987年には、岡本が「ケアワークの範囲と質をどうとらえるか－ホームヘルパーの役割・養成・訓練」²⁰⁾を発表し、同年、一番ヶ瀬康子が「社会福祉学の独自性と展開」²¹⁾の中で介護を例に専門化の過程を述べている。それによると、「介護は世話や手伝いからその意義、専門性を問われる状況にきていて、個々の生活障害から噴出した”介護”への社会的需要の増大とその供給の在り方への検討を必要とする。社会福祉の専門性は、分化、深化より総合化、連帯化に特徴がある。なお介護とは、他の社会福祉実践と同様、結果より

も過程を意味する。」と述べている。（著者がPP23-24を要約）

2. 「社会福祉士及び介護福祉士法」制定以降

法制定に伴って、中央法規²²⁾、川島書店²³⁾、建帛社²⁴⁾、誠信書房²⁵⁾、ミネルヴァ書房²⁶⁾等から介護概論の教科書が出版された。

成清美治²⁷⁾はこれらの教科書を比較研究して、介護概念の定義を表1のようにまとめている。

表 1 27) P 55

表 / テキストの項目別比較

テキスト	【介護概論】 中央法規	【介護概論】 川島書店	【介護福祉概論】 建帛社	【介護概論】 誠信書房	【介護概論】 ミネルヴァ書房
論者	中島紀恵子	奥田いさよ	津久井 十	西村洋子	一番ヶ瀬康子・ 鎌田ケイ子
介護の定義 (概念)	介護とは、健康状態がどんなレベルであったとしてもその人が普通に獲得してきたところの自立的な生活に注目し、もし支障があれば「介護する」という独自の方法で、それを補い支援する活動である。	介護業務は、介護福祉士による援助を必要とする人びとに対して「社会福祉の機能」を具象化する、福祉の実現を目的とする諸々の活動や動作によって構成される、介護に関わる課業の集積でなければならない。	「介護」とは、人が人と人との間にあって日常生活上、身体的、精神的、社会的な困難に遭遇した場合お互いに援助し合うこと、相互扶助の意味がある。	介護は「自宅で療養している病人の介抱あるいは世話をし看護すること」	介護とは、ひとことというならば援助を必要としている人への生活面からの世話つまり“生活”ケアである。 (一番ヶ瀬康子)
「介護」と「看護」の関係・相違	看護の立場から介護を捉えている	特別触れていない (社会福祉の立場を強調している)	「介護」は大部分「看護」に含まれる	看護はその対象が傷病者であるのでその業務は診療の補助を中心として生活援助を行うことになる。一方介護はその対象が障害者であるので、その業務は生活援助を中心として、手当ても行うことになる。	看護の業務範囲は広く家政を除けば介護業務の大半は看護に包括される (鎌田ケイ子)
介護の対象	病人 老人・障害者	福祉サービス利用者	老人および病弱者 障害者(児)	老人・障害者	老人・障害者 (児)

出典：文献27) P55より抜粋

この表からもわかるように介護の定義はさまざまである。ただ、介護を概念化するにあたって、“生活”と“自立”を鍵としている論者が多いことに注目したい。生活と自立は介護を語る時に不可欠のキーワードといってもよいだろう。

中島紀恵子²⁸⁾は「介護とは健康状態がどんなレベルであったとしてもその人が普通に獲得してきたところの自立的な生活に注目し、もし支障があれば「介護する」という独自の方法でそれを補い支援する活動である。」と述べている。

一番ヶ瀬康子²⁹⁾は「介護は高齢化社会の進展を背景にして生まれてきた概念であり、それは、変容してきた現代の家族のみでは「ねたきり老人」などの世話が十分にできないところから生じてきた現実そのものまさに生活障害に対して、使われはじめてきたものである。」「介護とは、ひとことでいうならば、援助を必要としている人への生活面からの世話つまり“生活ケア”である。」³⁰⁾と述べている。また、津久井³¹⁾も「介護は人間の存在そのものを自立した生活に必要な援助という支援からとらえ、支えていく営みである。」と述べている。奥田³²⁾も「介護をどうしてより人間らしい生活が可能になるように考えられ、指向され、工夫されていることは、今や自明のことである。それは介護者が介護しやすいようにとか、介護が便利になるようにという意味だけでなく、心身障害が原因で、自立した日常生活の維持が困難な状態が継続している人に対して主体性を尊重し、自立心をそこなうことなく行われる、いわゆる介護や介助という援助である。」と記している。

“生活”は図1のような構造でとらえられるという³³⁾。介護は、生活・生きることを支えるものである。

☒ 1 前掲 26) P 17

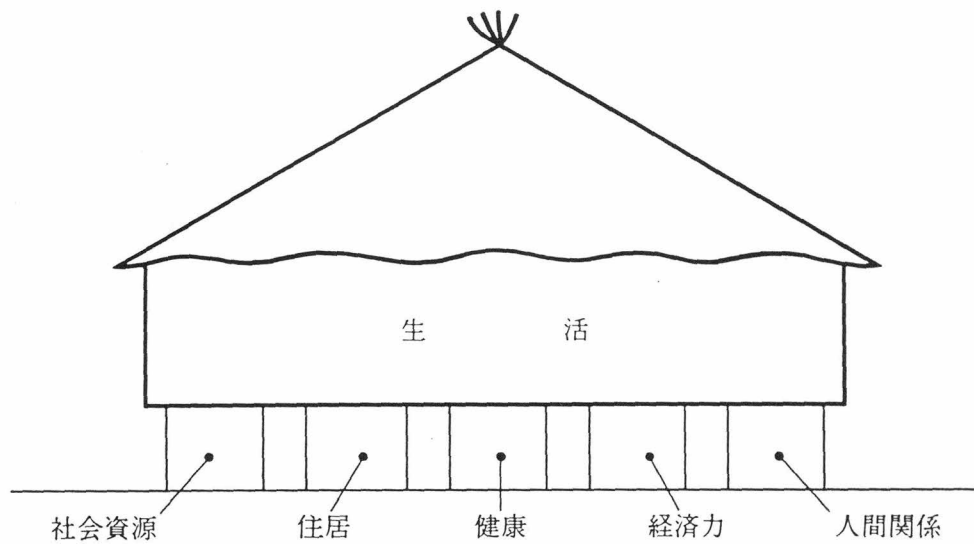


図 / 生活の構造

出典：文献26) P17より抜粋

さらに、”自立”をどのようにとらえるべきかについて、坪山³⁴⁾は実践から意味深い指摘をしている。

いわゆる食事、排泄、入浴、移動や衣服の着脱などの基本的な介護に関連して自立を支えるための取り組みが必要であると指摘されるようになった。今日の自立の概念はA D Lの自立を意味するだけでは不十分である。それは利用者が介護を受けることで自己選択や自己決定が可能であれば自立していると定義するところまで拡大した。介護機能の一つが自立支援であることを明確にしておきたい。

確かに介護の対象者は、維持するだけで精一杯の人や回復不可能な人も多い。だから、自立をA D Lの概念だけでとらえるのは無理がある。自己選択や自己決定までも自立に含めるという考え方は実態に即している。

介護の定義はそれぞれの論者によって異なっているが、だからといって、定義が固まるまで何もしないわけにはいかない。実践は日々なされているし、現場は動いている。利用者は待ってくれない。それに、介護養成校は今や毎年1万人に近い卒業生を送り出すほど定員枠が増えている。さまざまな教育を受けた介護福祉士たちは現場で実践に追われながら、介護とは何かを考えている。

根本³⁵⁾は、ケアワークの教育内容と教授方法の確立を急がなければならないと「ケアワークの概念規定」を公表している。これは既存の研究をふまえて整理した価値ある論文である。氏は「ケアワーク」を「介護」「養護」等を含む上位概念として位置づけ、ソーシ

シャルワークと比較しながら下記のように述べている。

ケアワークとソーシャルワークの違いは提供するサービスの内容と関わる対象者の特性である。ソーシャルワークは、主としてコミュニケーション技法・対人関係技法・社会資源の開発・活用技法を用い相手の自発性や意志を尊重しながら主として心理・社会的側面の問題解決を援助する。従って、対象者は比較的身体的・精神機能の健全な人である。一方、ケアワークは、身体的・精神的に障害をもつ比較的保護の必要な人に対して、日常生活場面で日常生活動作（手段的A D L、機能的A D Lを含む）の援助という具体的サービスの提供とともに心理・社会的側面の問題へもアプローチするところにその特色があり、その過程では援助者の人格的要素がより重要な社会福祉実践方法・技術である。

さらに、氏は関係のとらえ方についても興味深い提起をしている。

人と環境との相互作用の領域に注目すべきである。ここで重要なのは、介護者も「求める主体」で被介護者・介護者間には相互に要求があり、被介護者・介護者間には相互に要求と役割期待があり、そこに社会関係が成立しているという認識である。この相互の要求・役割期待水準の相違を認識し、それを意識的にコントロールできることが専門性の一つのポイントであろう。生活モデルを使って、部分に焦点をあてて、要介護者だけでなく介護者にも焦点づけするし、相互作用を含んで全体として関係をとらえていこうとする関係性をさらに見ていく必要があるだろう。

この生活モデルによるエコロジカルソーシャルワークのとらえ方は、介護関係をとらえるのに多くの洞察を与えてくれるだろうと思

われる。なぜならば、介護は1対1でなされるものではないからである。人と人の信頼関係が基盤になってはいるが、利用者に対してだけ働きかけても限界があることが多い。サポートを強化したり、環境を整えて全体の相互作用でとらえる考え方は実践に適したものである。

3. 文献研究からの学び

① 介助、ケア・ワーク、ケアー・ワーク、ケア・ワーク、ケア、ケアワーク、介護とさまざまな表現が用いられ、定義もさまざまである。

② 生活は介護を語るキーワードである。生活障害を整え、より人間らしい社会的生活を維持するために、日常生活の支援をするのが介護の機能である。介護は生活ケアともいえる。

③ 自立もまた介護のキーワードである。日常生活動作の自立だけではなく、自己決定、自己選択、自主性、自分が自分でいられるというアイデンティティの確立という側面も含まなければ不十分である。

④ 介護には専門性がある。どの論者も介護はただ体を動かす単純労働ではない、と述べている。ただやらなければならない決められた仕事としてトイレ誘導するのと、なぜトイレ誘導が必要なのかを考えて、より適した介護を頭で考えながらしていくのとでは全く違う。一見同じ仕事に見えるが、個々の人の生理・心理・社会的理解の上になされた行為であれば、専門的なサービスに転化するのだ。

⑤ 専門性を高めるためには、処遇目標に最もふさわしい合理的な

みちすじを発見して構築していく必要がある。だが、決められた固定された目標へひっぱっていくのが介護ではない。専門性のある仕事をするためには、頭で考えて個々に介護方法を組み立てていくことが大切であるということであろう。

⑥過程重視。どのように介護したらよいのかは、その時の状況による。どのようにしていきたいのか、自己選択を待ちながら、その時々状況に併せて、なお且つ頭で介護方法を考えながら支援していく過程に専門性があるのである。一番ヶ瀬氏の指摘通り、過程重視である。

⑦介護関係に注目。要介護者だけでなく、介護者も求める主体である。生活モデルで部分に焦点をあて、その相互作用を全体としてとらえた方がよい。介護サポートや生活環境を整えると支援効果が高まるのはこれによって説明される。

第3節 本論文における介護のとらえかた

本論文では介護を広義の社会福祉領域に含まれるものとしてとらえる。ここでは現代社会福祉事典³⁶⁾から、生活関連の公共施策そのものではなく、これらの施策を国民（個人）が利用し、改善して自分の生活問題を自主的に解決するのを援助する見解にたった定義を用いる。すなわち「社会福祉とは、個人、集団、地域社会および諸制度と全体社会のレベルにおいて、社会人としての機能や社会関係の改善を目的とした個人の福祉(personal welfare)増進のための社会的諸サービスと側面的援助(enabling process)である。」という定義の中で介護をとらえていく。さらに、介護を専門的介護に限定して論述していく立場をとる。それは、介護はさまざまな基礎知識を背景に他領域と重なりあっているものとして示されるが、主として社会福祉領域で誕生し発展してきているからである。

昔、介護の起源は慈しみ優しく手をさしだすことで、心さえあれば誰にでもできることだった。だが、社会は変化した。高齢化社会になり、要介護老人が増えた。感染症から慢性疾患へと疾病構造が変わった。医療も進歩して、かなり状態が悪くても延命できるようになった。従来の家制度から、核家族化へ移った。子供が少なくなった。女性は外で働くようになり、家族機能の社会化がすすんだ。このような社会変動に伴って、昔のように介護を家族内のかかえきれなくなって、社会的介護をどのようにすすめていくかが問われるようになった。

介護は老人福祉法ではじめて公的に用いられた。はじめは素人出もできる仕事としてとらえられていたが、施設介護をはじめ社会福祉の現場でなされる実践が積み上がってくるにしたがって、専門性が注目されるようになった。介護は誰にも身近な問題となり、政策として介護が語られるようになった。介護マ

ンパワー不足にからんで、専門的知と技術をもつ介護福祉士という国家資格が誕生した。この時に介護士でなく介護福祉士としたことや、社会福祉士・介護福祉士と二つの資格がツインになっている法制定にも、それまで社会福祉領域で介護実践が積み上げられてきたことが反映されている。

介護が専門分化していくのに看護は教育的役割をとった。だから、介護と看護が近いのは当然で、相互補完的な関係にある。しかし、介護と看護は同じではない。期待される役割は異なっているし、それぞれ専門職として働いている事実がある。その昔は、看護も未分化だった。だが、今はそれぞれが専門分化しているのである。

さて、社会福祉と介護が共通基盤をもつならば、有用な社会福祉援助方法論を借りて介護支援方法論をすすめていけるのではないかと考えた。個々の状態にあわせて介護をしていくことや、目標にもっともふさわしい合理的なみちすじを発見して構築していくことや、過程を重視していくことが、介護に関する研究論文に述べられていた。これらのことから考えると、介護支援を組み立てていく過程は、まさしく問題解決アプローチといえる。社会福祉方法論から問題解決アプローチを借りて、介護支援方法論をすすめていけるのではないかとヒントを得た。

さらにもう一つ、エコロジカルソーシャルワークも有用だろうと考えた。介護は1対1の信頼関係の上に成り立つものであるが、実践していくときは、要介護者だけに働きかけても何も変化が期待できないことが多い。エコロジカルソーシャルワークにみる、人間か環境かでなく、全体を共存させて相互作用的に思考していく考え方は、介護者や生活環境やネットワークなどをからめて支援体制を組むことを説明するものである。

次に研究方法であるが、介護理論化がなされていない現状では、演繹的研究方法をとることはできない。ただ、理論化がなされていないといっても介護実

践は日々なされている。本研究では、実践を分析する帰納的研究方法ですすめていくことにした。介護が実践科学であるならば、実践の分析が不可欠である。実践的事実の集積と介護支援従事者が個人的体験や工夫のなかで培ってきた技能を分析し、実践から介護支援方法論を論じていく。

介護支援方法論で強調したいことは、”介護の専門性”である。介護は単に体を動かす単純労働ではない。個々の状態にあわせて判断され、組み立てられていく高い専門性がなければできないことである。そして”関係”の上で、”過程”が展開する。これらのことをふまえて介護支援方法論を書きすすめていく。

第1章要約

第1章「介護とは」では、まず、介護支援方法論を論じるにあたって、介護の歴史をふりかえり、さらに介護の定義と機能について誰がどのような知見を述べているかを文献で研究した。これらをふまえて、本論文における介護のとらえかたが整理された。

本論文では、介護を広義の社会福祉領域に含むものとしてとらえる。それは、介護はさまざまな基礎知識の上に成り立ち、他領域と重なりあっているが、社会福祉領域で専門分化してきたものとしてとらえられるからである。

介護が専門分化するにあたって、看護は教育的立場をとってきた。介護と看護は相互補完的なものであるが、それぞれ期待されることは異なっている、異なる専門職である。研究は介護独自の支援方法を明かにするために、実践分析をすすめる帰納的研究方法ですすめることにした。

介護支援方法論では、介護が関係の上に成り立っていく支援過程であって、介護には専門性があるという点を明確にする必要があることが示された。

第1章 <引用文献>

- 1) 福祉士養成講座編集委員会, 改訂介護福祉士養成講座⑫ 『介護概論』中央法規出版, 1992, P4.
- 2) 津久井十編, 介護福祉士選書『介護福祉概論』建帛社, 1991, P2.
- 3) 中島紀恵子「介護概念ノート」『介護福祉』1991秋季号, PP8-9.
- 4) 同上P9
- 5) 同上P9
- 6) 同上P9
- 7) 一番ヶ瀬康子他編集執筆, セミナー介護福祉⑫『介護概論』ミネルヴァ書房, 1991, P10.
- 8) 前掲1)P5
- 9) 中島紀恵子「介護概念ノート第2回」『介護福祉』1991冬季号, P9.
- 10) 前掲2)P3
- 11) 古瀬徹「ソーシャルワークとケアワーク」『ソーシャルワーク研究』VOL15, N02, 1989, P82.
- 12) 村川浩一「ホームヘルプサービスの過去・現在・将来ー在宅高齢者のQOLの向上のためにー」『月刊総合ケア』VOL2, N08, PP18-23.
- 13) 相澤譲治「ケアワークに関する文献研究」『ソーシャルワーク研究』VOL15, N02, 1989, PP120-126.
- 14) 亀山幸吉「施設における介護労働論の探求」第34回日本社会福祉学会自由研究発表, 1986, PP194-195.
- 15) 船曳宏保「ケアワーク試論」『老人問題研究』第1号, 大阪府

- 老人総合センター，1981，PP7-14.
- 16) 船曳宏保「社会福祉としてのケアワークの構成」『社会福祉研究』30号，鉄道弘済会，1982，PP111-116.
- 17) 黒川昭登「ソーシャルワークと社会福祉施設」『ソーシャルワーク研究』VOL8,N01,1982,PP19-24.
- 18) 山口康弘「わが国におけるケアワークの実際と体系化」『社会福祉研究』34号，鉄道弘済会，1984，PP12-17.
- 19) 根本博司「施設ケアとソーシャル・ワーカーその実態と二者の関係ー」『ソーシャルワーク研究』VOL12,N01,1986,PP4-9.
- 20) 岡本千秋「ケアワークの範囲と質をどう考えるか」『社会福祉研究』40号，鉄道弘済会，1987,PP43-48.
- 21) 一番ヶ瀬康子「社会福祉学の独自性と展開」『社会福祉研究』41号，鉄道弘済会，1987,PP19-24.
- 22) 福祉士養成講座編集委員会，改訂介護福祉士養成講座⑩『介護概論』中央法規出版，1992.
- 23) 岡本民夫他編，社会福祉士介護福祉士養成テキスト『介護概論』川島書店，1991.
- 24) 津久井十編，介護福祉士選書『介護福祉概論』建帛社，1991.
- 25) 西村洋子，社会福祉士専門職ライブラリー介護福祉士編『介護概論』誠信書房，1991.
- 26) 一番ヶ瀬康子他編集執筆，セミナー介護福祉⑩『介護概論』ミネルヴァ書房，1991.
- 27) 成清美治「介護概念の構築に向けてーテキストの比較研究からー」『ソーシャルワーク研究』VOL17,N04,1992,PP292-299.
- 28) 中島紀恵子担当執筆，前掲1)P9

- 29) 前掲 21)P22.
- 30) 前掲 26)P5
- 31) 前掲 24)p22
- 32) 奥田いさよ担当執筆,前掲 23)PP21-22
- 33) 前掲 26)P16-17
- 34) 坪山孝「社会福祉施設におけるワーカーをめぐる諸問題ー特別用語老人ホームの介護の専門性をめぐるってー」『ソーシャルワーク研究』VOL18,N04,1993,P219.
- 35) 根本博司「ケアワークの概念規定」『明治学院論叢』VOL476,1991,P87.
- 36) 岡村重夫執筆担当項目「社会福祉」仲村優一他編『現代社会福祉事典』廣濟堂1988, PP229-230.

第2章「介護支援方法論への問題解決アプローチの有用性」

はじめに

介護は、介護を受ける人と介護を行う人によってつくられていくものである。画一的な介護は通用しないし、ありえない。介護はただ、体を動かすだけの仕事ではない。その人が最も必要としているところへ、適した方法で個別性に応じた介護を提供しなければ、役に立たない。ともすると、介護は、体の技術だけかのようにとらえられてきた。だが、教科書に書かれている通りに介護を行うことはない。常に応用の連続である。学生が習ったことが現場で通用しないのは当然である。個別的介護を行うためには、ただ手をさしだすのではなく、頭の中で考えて、その人に応じた介護支援を組み立てる技術が大切である。介護は、頭の技術を必要とする。頭の技術とは、ことばをかえれば、”どのように介護を行えばよいか、介護に関連する問題を解決するためのプランニングを立てること”とも言える。

”問題解決”とは、そもそも教育哲学分野で用いられた用語で、「問題場面において、一定の目標に到達する手段を見い出す働きを意味し、この働きの中心は、思考である。」¹⁾ 問題解決は、古くからさまざまな分野に用いられてきた。介護をとりまく周辺領域を見渡してみると、社会福祉における「問題解決アプローチによる援助方法論」、看護における問題解決アプローチ「看護過程」、医学における問題解決型志向診療記録のシステム「POS」などがある。

問題解決とは何か。人間の思考のプロセスとしての問題解決過程と、それぞれの領域で用いられてきた問題解決アプローチの展開は、

どう異なるのだろうか。介護支援方法論に問題解決はどのようにマッチするのだろうか、たいへん興味深い。本稿は、介護をとりまく領域の理論をとりあげ、”問題解決”をキーワードとして論じていくものである。

研究目的

本研究の目的は、問題解決アプローチの論史に焦点をあて、介護支援方法論の基礎概念に問題解決アプローチを位置づけることである。

研究方法

まず、1. 社会福祉援助方法論に焦点をあて、問題解決アプローチがどのように方法論にとりいれられ、現在どう変化しているのか、系譜を探る。次に2. 看護と医学における問題解決アプローチの系譜を探り、これらの領域がどのように影響しあっているのかを論史から考察する。3. 問題解決をキーワードとして、介護支援方法論における問題解決アプローチを位置づける。

第1節 社会福祉における問題解決アプローチによる援助方法論の系譜

1. 問題解決アプローチが社会福祉援助技術方法論にとりいれられるまで

社会福祉援助技術において問題解決というと、誰もがPerlmanを思い浮かべるだろう。1957年、Helen Harris Perlmanは、*SOCIAL CASEWORK A Problem-solving Process*を著した。²⁾ Perlmanの提唱した問題解決アプローチは、ソーシャルワーク理論の系譜において、図1³⁾P28に示されているように、診断主義と機能主義の折衷として位置づけられている。⁴⁾

診断主義とは、フロイトの精神分析理論を取り入れた理論で、調査、診断、治療というプロセスの中で、原因の因果的解明につとめる。結果が予測され、パーソナリティの変容、自我の強化を目的とした方法論である。一方の機能主義とは、ランクの意志心理学を基礎として、クライアントが自己を新しく建設的に用いていくように整えられた経験を提供する援助過程である。目的は主体的活用、よりよい適応である。過程が重視される。⁵⁾

Perlmanは、1917年に書かれたMary E. Richmondの *Social Diagnosis* 『社会的診断論』⁶⁾ に対して、「ケースワーク援助の過程を秩序づけた最初の、卓越する唯一のもので、問題解決の一企画を提案したもの。」と高く評価する一方、下記のように批評している。「Richmondの診断論は、ケースワーカーが診断を行うので、クライアントは診断されるまでじっと静止していなければならない。クライアント中心でなく、問題を中心に行っていること。解決されるのは、診断がなされるときどきで、過程がない。」と述べている。⁷⁾

後年、Richmond自身が過程の研究の必要性を説いたというが、このような先行研究を経て、Perlmanはケースワークの全体の過程、共

ソーシャルワークの理論的系譜

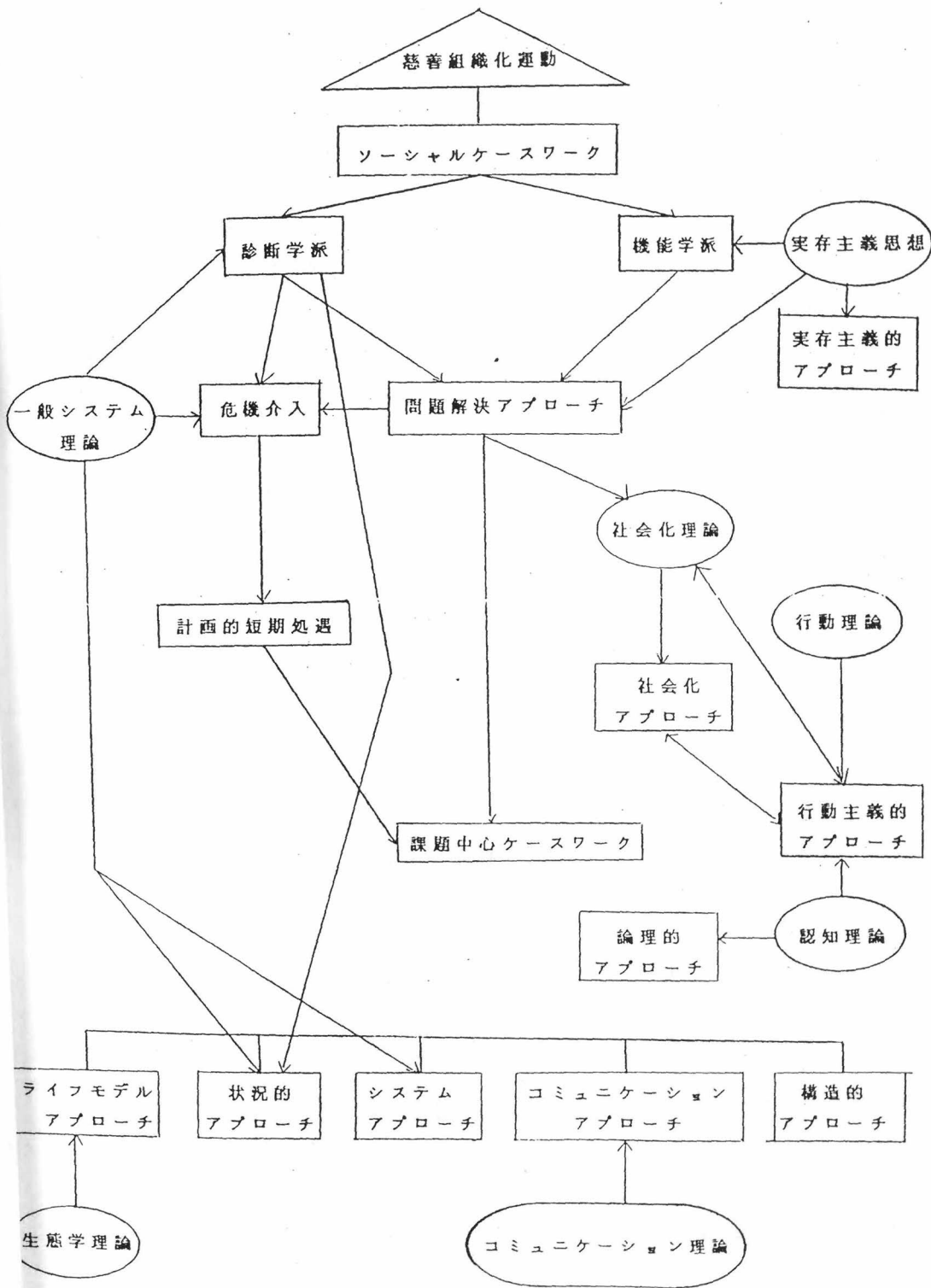


図 1 ソーシャルワークの理論的系譜

出典：文献 3) P 28 より抜粋

通する過程の研究を試みはじめたのである。氏は、人が持つ問題解決機能に気がついた経緯を以下のように語っている。⁸⁾

ケースワーク臨床のなかでクライアントがごく自然にニードや欲求に対処していく方法を観察し、人がどのように考え、学ぶかに関して研究と観察をしたところ、突然「大発見」をした。だが、私にとって大発見だと思っていたものを、教育哲学者・心理過程の哲学者たちは一私はとくにジョン・デューイの考えに親しんでいるが一簡潔にいいあらわしていた。

つまり、生きることは問題解決の過程であること、自我は人が遭遇した問題を処理する一現実を知覚し、順応し、防衛し、保護し、対処し、和解し、ひきこもり、断念し、妥協し、選択し、取り組み、現実と対していく機能一をもっていることである。自我の対処能力の訓練過程としての問題解決が、ケースワーク過程となる。

2. Perlmanの問題解決過程

Perlmanは、問題解決の過程を重視した。ある決められた目標を達成することではなく、そこにいきつくまでの問題解決の過程、そのものがケースワーク過程であると述べている。⁹⁾ ここでいう問題とは、何らかの理由で混乱し傷つき、援助をもとめている人の現在の生活状況があり、その人がそこから抜け出したいと望んでいること。人が今知覚し、ストレスがあると感じ、外部からの援助なしには克服できないと思っている社会的課題と人間関係を遂行するうえでの問題、である。

氏の問題解決過程は藤原正子氏によると図2のような過程で、

5段階としてとらえることができるという。¹⁰⁾

(図2) 10)P160

- 1、ワーカー・クライアント関係の確立（信頼の絆・いたわり）
- 2、問題についてのクライアントの認知・思考・感情を明確化する
- 3、希望することや可能な解決方法について満足かどうかを確認する
- 4、一連の変化に向けての行動や予測される結果についての熟考
- 5、次に何をするかどうかについての小さな決断の継続

このモデルによって援助されると、クライアントは下記のような過程をたどることになる。

最初の面接で、クライアントは、混沌とした気持ちを認められ、支えとなるダイナミックな人間関係を経験し、かつ合理的にみえ、たのもしいようなゆき方で、自分たちの問題をともに分かち持たれるように援助され、施設がどんなもので、どのように援助してくれるかについて学び、混和・不決断から選択・行動へと導かれる。¹¹⁾

3. 問題解決過程のその後

Perlmanが提唱した、問題解決過程は、人が出会うさまざまな状況を判断し、選択していくという過程を援助するという意味で汎用性が高い。だが、その後ソーシャルワーク理論は変革の道をたどり、問題解決過程も発展・統合へと動いていった。

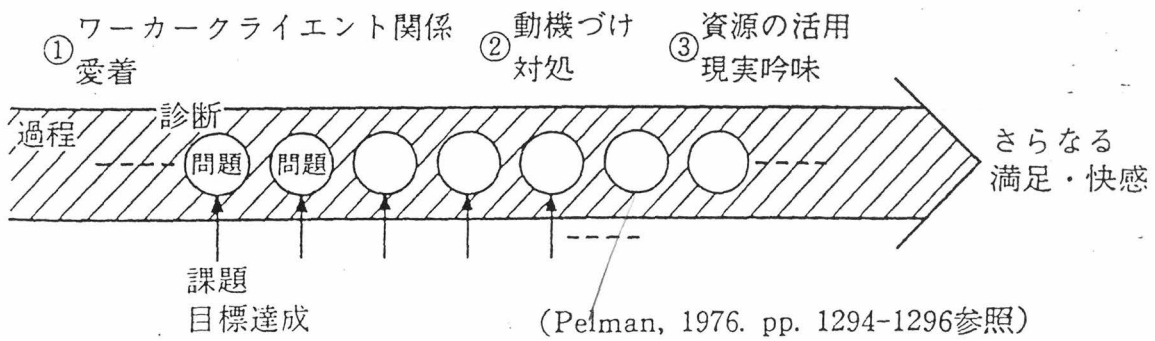


図 2 パールマンの問題解決過程

出典：文献10) P160より抜粋

病気の診断、問題に焦点をあてる「医学モデル」よりも、問題を病理状態の反映でなく、諸要素の相互作用の結果の生活問題として考える「生活モデル」へと移行した。また、家族と地域社会、および、その他の社会制度、機関との関係がますます重視され、他方では行動諸科学が概念構成に影響を及ぼした。その結果、家族を全体として、構造的に焦点化する、家族力学、多問題家族に対する援助、家族診断、ライフサイクル、危機理論、行動療法が注目されるようになった。¹²⁾

また、単純で直線的な因果論的に分析する方法では、クライアントの多様なニーズに対応できないことから、全体を交互作用的にとらえる「生態学的視点」がソーシャルワークに取り入れられた。「人間のニーズ」か「環境」かを「人間－環境」と直線で一部に二者択一的視点で分析していたものが、「人間：環境」と全体的論で相互補完的作用があるものとしてとらえられるようになったのである。¹³⁾

かくして、特記すべきことであるが、1987年版のソーシャルワーク辞典から、問題解決アプローチの項目は消滅した。そして、問題解決アプローチは、「ジェネラリスト・パースペクティブ」(Shear & London)という項目の根幹に組み入れられるようになったという。¹⁴⁾

このことに気づいた藤原正子氏は、問題解決過程の歴史的系譜を研究して表1に過程をまとめている。¹⁵⁾

表 1 15) 前掲 P158

表 | 提唱者別問題解決過程の諸段階

提唱者	Dewey (1910)	Perlman (1957)	Spitzer & Welsh (1969)	Goldstein (1973)	Hallowitz (1974)	Compton & Galaway (1975)	Johnson (1983)	Sheafor & Landon (1987)
問題解決過程の諸段階	熟考の5段階	問題解決過程 (治療的過程)	問題解決過程	問題解決の6段階	問題解決のとりくみ	問題解決モデルの主要短い方の書式より	問題解決の7段階 (循環性)	問題解決過程 計画された変革過程 (復元し、崩壊する諸局面)
	1. 感じられる困難点	1. ワーカー-クライアント関係の確立 (信頼の絆・いたわり)	1. 主訴	1. 観察したり、感じ取っているニードまたは困難な事	1. 受容。問題に捕われた気持ちの傾聴	<接触段階> 1. 問題の確認と限定	1. 先ず問題について述べる	1. インテーク 導入時の契約 (engagement)
	2. その困難点の置かれたる位置と定義づけ	2. 問題についてのクライアントの認知・思考・感情を明確化する	2. 問題要因の明確化	2. 系統だてて、置かれた状況の全体像のどこに問題が位置するかを見極めて明確にする	2. 必要な情報の探索。内科・神経科の検査も含む	2. 目標の確認	2. 問題の性質に応じた当面の仮説を述べる	2. 事前評価
	3. 可能な解決方法の提案	3. 希望すること可能な解決方法について満足かどうか	3. 行動計画 (援助の提案) a. ニードの明確化 b. ターゲットの設定 c. 介入方法や課題の選定	3. 必要とされる情報の探索	3. 可能な解決方法や今後の方向性の提示	3. 導入時の契約	3. 情報の選択及び収集	3. 目標設定
	4. 提案された解決方法の吟味と展開	4. 一連の変化に向けての行動や予測される結果についての熟考	4. 事後評価 フィードバック	4. 可能な解決方法のくみだて	4. ひとつひとつ問題をとりあげて、人間の行動の意味・気持ちを互いに表現し、直面してゆく	4. 探索と調査	4. 収集された情報の分析	4. 計画
5. 更なる考察及びその解決方法の今後の採否を決める実験	5. 次に何をするか、どうするかについての小さな決断の継続		5. 事後評価の積み重ね 6. 行った解決方法の吟味。その受容・内面化	5. ひとつひとつの関係改善後のフォローアップ	<契約段階> 5. 事前評価と事後評価	5. 計画立案	5. 契約・履行	3. 計画・契約 (contract)
					6. ひとつひとつの関係改善後のフォローアップ	6. 行動計画のくみだて、介入への相互指針	6. 安定化・終結	4. 介入
						7. 予後	7. 計画の事後評価	5. モニタリング 事後評価
						<実行段階> 8. 計画履行		6. 終結
						9. 終結		
						10. 事後評価		

注) これら問題解決の6段階に呼応して社会的学習及びソーシャルワーカーの役割を各々当てはめている(図2)

注) ホロヴィッツのケース事例の中に共通項として出てくるとりくみ方を筆者が段階別に分けた

更に詳しい書式及び問題解決過程におけるソーシャルワーカーの活動と要求される技能(1984)については(資料2)

藤原氏によれば、ジェネラリスト・パースペクティブは、問題解決アプローチの流れにあるが、全く新しい概念であるという。この概念は、「事前評価」を包括的に、適確に行うことで、クライアントシステムに応じて最適な援助計画を、直接サービスも間接サービスも組み入れた複合レベルで立てていくことができ、有用であると紹介されている。¹⁶⁾

日本では、副田あけみが、ケアセンターでの実践にジェネラリスト・パースペクティブを用いて、研究をすすめている。¹⁷⁾

今、社会福祉援助方法論において、新しい問題解決アプローチ—ジェネラリスト・パースペクティブ—が生きづきはじめています。

第2節 看護と医学における問題解決アプローチ「看護過程」

「POS」の系譜

1. 看護過程とは何か

看護には、問題解決アプローチをとり入れた「看護過程」がある。看護過程とは、専門看護の「手段」あるいは方法学であり、看護婦が実践を系統的にアプローチするように意図された知的活動として定義づけられる¹⁸⁾。看護過程は、患者の問題解決をめざし、個別的な質の高い看護を提供することを目標として、問題解決のプロセスを論理的考え、ケアをすすめる思考と実践のシステムである。¹⁹⁾看護過程によって、看護独自の機能がうきぼりにされる。それは、看護婦が高度な専門知識・技術と訓練された判断力を用いて、個々の看護の対象を把握し、どのような援助が必要であるかを決定し、最も適切な方法で看護を実施し、行った看護を評価することである。看護はこのような一連の過程—看護過程 nursing process—にそって行われていると考えられる。²⁰⁾

提唱した研究者によって、看護過程の段階の数や、各段階にはりつけたラベルは異なる。が、3～6段階で説明され、（情報収集）アセスメント、（問題の明確化）看護診断、計画立案、介入あるいは実行、評価を、循環させながらすすめられるという過程であるにとらえられている点は共通している。

一例として、波多野による、5段階の看護過程の表2を示した。

表 2 20)p105より抜粋

表 2 看護過程の構成要素と看護行動

構成要素	目的	看護行動	具体的活動
査定すること, アセスメント Assessing	資料を収集し, 看護の対象に関するデータベースをつくりあげる	データの収集・記録	<ul style="list-style-type: none"> ・看護歴をとる ・健康診査を行う ・記録を検討する(検査記録) ・他の保健医療チームのメンバーの意見を聞く ・支援する人々の意見を聞く ・矛盾するデータを確かめる ・既存の文献を検討する
分析と総合: 看護診断 Nursing diagnosis	看護の対象にとって必要な看護援助をそれとみなし, いかなる要因がこの問題に関与しているかを明らかにする	分析とデータの解釈と記録 優先順位の設定	<ul style="list-style-type: none"> ・データを確認する ・データを分類しグループ分けする ・データを総合する ・データを解釈する ・原因または関連要因を明らかにする ・顕在的問題と潜在的問題を明らかにする ・優先順位をつける
計画すること Planning	看護の対象の目標を明確にし, 適切な看護介入を計画する	目標と予想される結果を定める 看護介入を計画する(Nursing intervention)	<ul style="list-style-type: none"> ・目標と結果の基準の評価を記述する ・看護介入の方法を選択する ・他の保健医療スタッフと意見交換をする ・看護計画を記述する ・看護行動を記述する ・看護行動を看護チームに委託する
実施すること Implementing	看護の対象が目標を達成することを援助するために計画された看護介入を行う	計画された看護介入を実施する	<ul style="list-style-type: none"> ・看護の対象を再査定する ・データベースを新しいものにする ・看護計画を修正する ・計画された看護介入を実行する
評価すること Evaluating	看護援助の目標が達成された程度を明らかにする	目標や結果の達成を評価する 看護計画を再査定する	<ul style="list-style-type: none"> ・看護の対象の反応についてデータを集める ・看護の対象の反応と結果の基準評価を比較する ・結果の理由を分析する ・看護計画を修正する

出典：文献 20) P 105 より抜粋

- 1 アセスメントー看護歴、健康審査、検査記録、保健医療チームの意見等を集め、看護の対象者に関するデータベースをつくる。
- 2 看護診断ーデータを分析、統合して、看護の対象者にとって必要な援助を明かにする。
- 3 計画ー看護の対象者の目標を明確にし、適切な看護介入を計画する。
- 4 実施ー計画された看護介入を実施する。
- 5 評価ー目標が達成された程度を明かにする。

2. 看護過程の歴史

看護は、問題解決アプローチを取り入れて、看護の過程を分析し、看護独自の機能を明らかにする努力をしてきた。看護過程の発展は1850年～1950年の始まりの段階を経て、識別と分析の時代へと続く。1960年代にかけて、Dorothy Johnson、Ida Orland、Ernestine Wiedenbachが看護過程のステップを研究し、1960年後半より1970年代にかけて、Martha Rogers、Dorothea E.Orem、Sister Callista Roy、などによって、看護モデルが示されるようになった。こうして、より科学的学問としての看護が確立されていった。ここに、問題解決アプローチが看護過程にどのようにして組み入れられたのか、文献より看護過程の発展の歴史たどっていく。²¹⁾

< 始まりの段階 >

1859年 Florence Nightingaleは健康に関わる問題を明らかにし、それを解決するために行う看護のプロセスを構造化するよう

に試み、『看護覚え書』の中で”観察”（観察は看護過程の最初のステップであるアセスメントの第一要素である。）が大切なことを強調した。

1900年～看護リーダー達が問題解決法を看護に組み入れた。

1929年 Florence Wilsonは、看護学生が患者のケアをしている間に経験する問題を分析し、論文を書いた。

1929年 Doborah Maclurg Jensenは、『学生のための看護ハンドブック』に事例研究の分析に問題解決法を入れた。

1948年 Esther Lucill Brownは、『これからの看護』に専門看護の質を高め機能を明かにする必要性を報告し、看護過程の発展の舞台をつくった。この頃、多くの看護学生は問題解決法を理解していた。

< 識別と分析の段階へ >

1950年 R.Louise Mcmanusは、看護問題の判別に関連して診断という用語を使った。

1953年 Vera Fryは、看護診断という用語を使用し、系統的記述の方法を最初に提案し、一人一人の患者固有の情報を利用して、ケアを個別化することを要求した。

1955年 Lydia Hallが「看護はひとつの過程である」と提唱した。この頃、診断という用語について、これに含まれている医学的意味について混乱と論争が続き、問題（Problem）やニード（Need）という用語もかなりつかわれていた。

1959年 Dorothy Johnson

1961年 Ida Orland } 看護過程のステップを研究し

1963年 Ernestine Wiedenbach } た最初の人々。

看護診断を看護婦独自の機能とした。

(表 3 21)p21より抜粋)

1960年～70年代は、看護診断への認識が増し、看護理論の研究が花開きはじめた。

1973年 全米看護診断分類会議 (National Conference on the Classification of Nursing Diagnosis)

1973年 看護業務の基準 (Standards of Nursing Practice) に看護診断が含まれた。

1975年までに36州で看護婦業務法 (Nurse Practice Acts) が改正され、看護診断を看護婦の責任として包含した。

1974年 Doris Blochは、アセスメントを再定義し、5つのステップの看護過程を示した。

以降、5つのステップの過程が受け入れられるようになり、看護理論がより発展していくのである。

(表 4 21)p22より抜粋)

表 3 看護過程：3つのステップ

1959 D. Jonhson	1961 I. Orlando	1963 E. Wiedenbach
看護問題を分析する過程： 1. アセスメント 2. 決定 3. 行為	看護婦の熟慮した行為の中の 要素： 1. 患者の行動 2. 看護婦の反応 3. 患者の利益のために 計画された看護行為	患者の要求を満たすために看護 婦によってとられるステップ： 1. 援助へのニーズを識別する 2. 援助を行う 3. 行った援助が、必要とされた 援助なのかどうか確認する

出典：文献 21) P 21 より抜粋

表 4 4つから5つのステップへの看護過程の発展

1967	1969	1974	1975	1975
H.Yuraと M.Walsh	D.Littleと D.Carnevali	D.Bloch	Sr.C.Roy	M.Mundingerと G.Jauron
査定する (Assessing)	観察 (Observation)	データの収集 (Collection of data) 問題の明確化 (Definition of problem)	データの収集 (Collection of data) 看護診断 (Nursing Diagnosis)	データ収集する (Data gathering) 診断する (Diagnosing)
計画立案 (Planning)	目標 (Goals)	計画立案 (Planning)	看護行為の計画 (Plan for nursing action)	計画立案 (Planning)
実施する (Implementing)	看護行為 (Nursing action)	介入の実施 (Implementation of interventions)	実施 (Implementation)	実施する (Implementing)
評価 (Evaluation)	評価 (Evaluation)	評価 (Evaluation)	評価 (Evaluation)	評価する (Evaluating)

出典：文献21) P.22より抜粋

3. 日本における看護過程の位置づけ

日本では、特定の理論家のモデルに基づいた教育カリキュラムは、まだ一部でしか行われていない。特定のモデルに裏付けられていないにもかかわらず、「看護過程」は、たいへんよく知られている。看護の教科書には必ず出てくるし、看護の教員が書いた介護の教科書にも、「看護過程」ならぬ「介護過程」が登場する。看護過程は現場と学校を結ぶ鍵として、看護教育で重視されてきた。小玉は、「どのような看護をどのようにして行うか、ということが具体的に共有されることが、教育と現場のずれの調整に役立つ。」と述べている。²²⁾ 確かに看護教育において、「看護過程は、実践の専門性を高め、独自機能を明かにしていくために、大変重要な柱である。」と教えられる。だが、なかなか身につかず、現場では、「看護過程はやらなきゃいけないとは思っただけど、うまく使えない、わからない。」という声が多く聞かれるのも事実である。どうしてだろうか。なぜだろうか。

中西睦子は、「日本に問題解決アプローチがなじみにくいのは、分析的思考を得意としない、日本の文化的背景があるからだ。日本では、看護過程はやらなければならない規範としてとらえられている。」と指摘している。²³⁾ 南裕子もまた、日本文化と看護過程について述べた中で、「アメリカ文化の論理的・分析的な考え方と日本文化の直感的・主観的・包括的な考え方の統合が必要であると考え。」と記している。²⁴⁾

さて、ここで、留意しなければならないことがある。それは、「POS」または、「SOAP」という用語で語られ、「看護過程」とセットで（混同して）使われるものである。看護実践の現場では、

「看護過程」よりも「POS」が使われているといってもよいだろう。次項に「POS」とは何か、「看護過程」と「POS」の関係について述べる。

4. 問題解決志向型診療記録のシステム「POS」

「POS」とは、Problem-Oriented Systemの略である。1964年、アメリカの医師L.Weedが発表した、問題志向型診療記録（Problem-Oriented Medical Record:POMR）のシステム（Problem-Oriented System:POS）のことである。Weedは、書いた本人しかわからないようなメモ的診療記録に着目し、診療記録こそが医療の研究や教育の基盤であると、診療記録を一定のルールに基づいて整理していくシステムを実践していた。²⁵⁾ もともとは、医師や医学生の診療と教育効率化のためのものであったが、それがアメリカの指導的看護婦に伝わり、日本には1973年、日野原重明によって紹介された。²⁶⁾

POSによる問題志向的ケアのプロセスは図3に示すように7つのステップをとる。²⁷⁾

- 1、生のデータを集める。
- 2、データを貯え組み立てる。
- 3、問題リストを作成する。
- 4、SOAP形式を用いて健康上の問題の初期経過記録を書く。
- 5、行動計画を実行する。
- 6、行動上の具体的なデータを記録する
- 7、SOAP形式で各々の問題の継続的記録を書く。

図 3 25)p14より抜粋

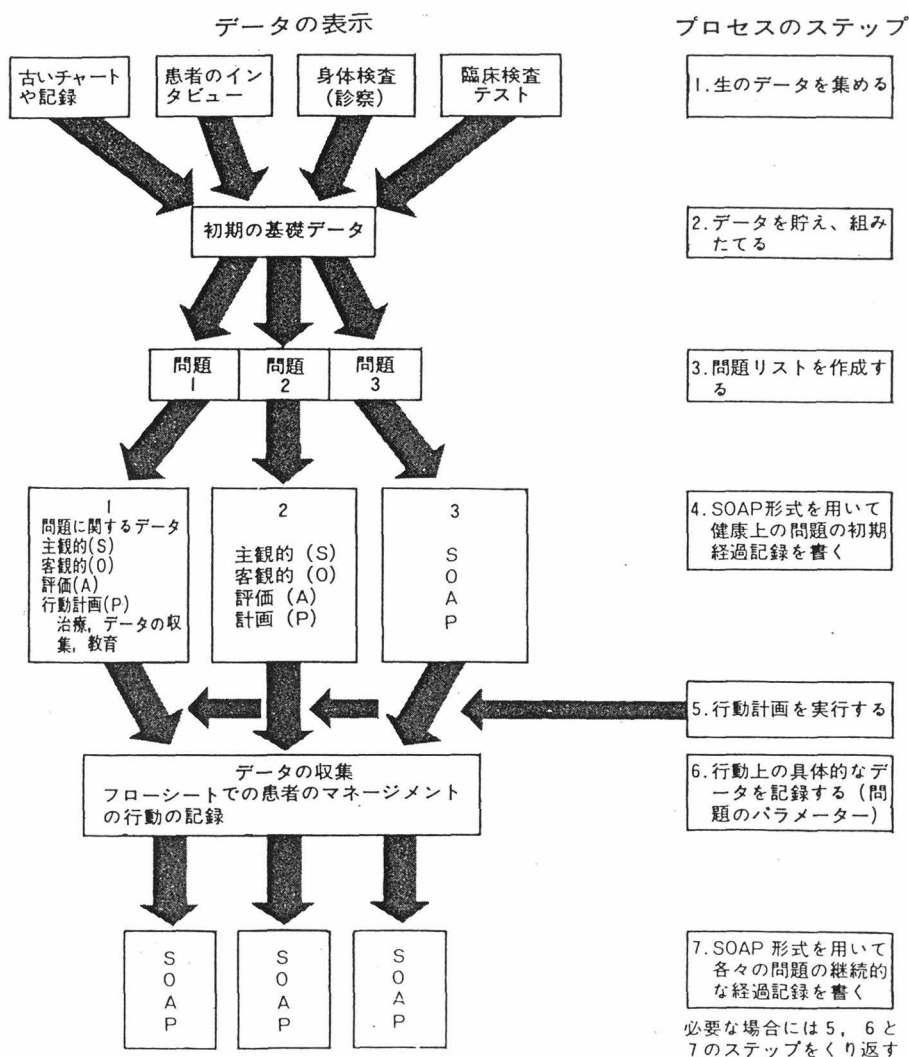


図 3 問題志向的ケアのプロセス

患者のケアを行なうプロセスの中での活動は、問題志向型診療記録の中では、それに相当するところに記載される。左の欄には診療記録の中に書かれる情報が示され、右の欄には患者ケア上の活動が示されている。

出典：文献 25) P 14 より抜粋

使用する記録は、①データベース②問題リスト③初期計画④経過記録⑤退院時要約から構成され²⁸⁾、記録には、下記の簡略語である「SOAP」を用い、ロジカルな思考を展開していく。²⁹⁾

S: Subjective (data or "story") 主観的情報—主訴、症状等

O: Objective (data or observation) 客観的情報—身体所見、血圧、検査データ等

A: Assessment (or Analysis) アセスメント—情報を解釈・分析、病状悪化、合併症発生等

P: Planning—ケアをうまくすすめるための計画

5. 「看護過程」と「POS」との関係

では「看護過程」と「POS」の関係はどのようにとらえたらよいのだろうか。岩井郁子は、以下のように述べている。「看護過程とPOSの歴史的背景は異なっているが、これらの本質は同じであると言える。問題解決のプロセスを論理的に考え、ケアを進める思考と実践のプロセスである。POSは、この思考と実践のプロセスを記録に残すシステムを開発しているが、看護過程には明確な記録のシステムがない。記録は、医療チームメンバーのコミュニケーションの手段となり、法的証拠ともなるものである。POSによって看護過程の全貌を記録として残し、看護過程の実施を証明することができる。」³⁰⁾

看護過程とPOSの不思議な関係について、井部俊子も岩井と同じ意見である。「方法論として類似している。POSを書くことによって看護過程の思考プロセスを展開していくことができるようになる

り、いわば看護過程の手段としてのPOSという発想もできる。」
と述べ、両者の関係を図示している。³¹⁾

図 4 31)P47より抜粋

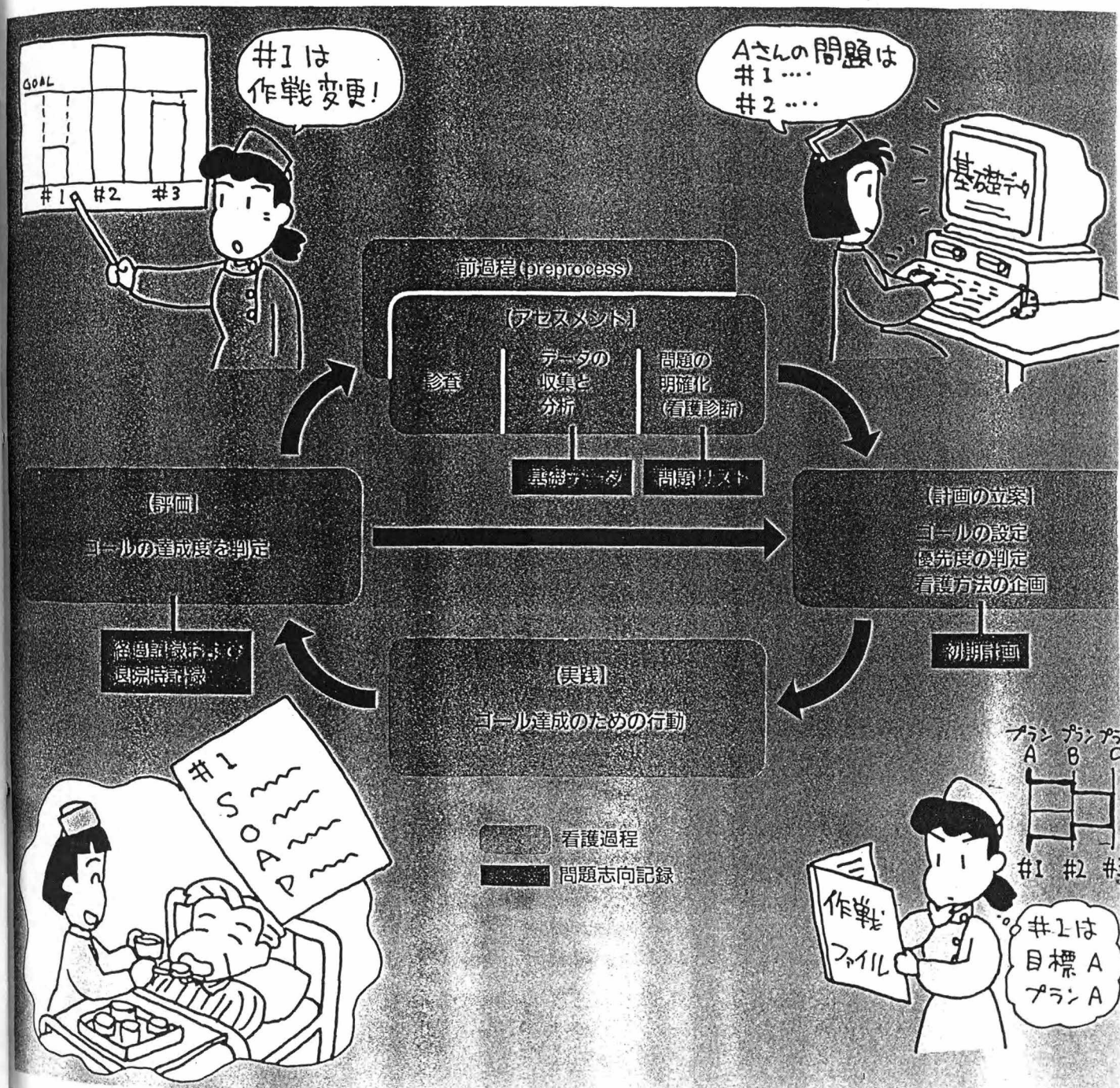


図4 看護過程と問題志向記録

出典：文献31) P47より抜粋

P O S については毎年研究会が開催され、あちこちの臨床現場で導入された。1993年現在、P O S を導入して20年近い病院では、さらに看護診断の枠組についての実践研究を行う程になった。³²⁾ だが、いまだによくわからないという声もあるし、ケアの質の向上にP O S が役立ったかどうか、これから研究が進んでいく段階である。

第3節 ”問題解決”をキーワードとしての考察

1. William Oslerがつなぐ、不思議な輪

社会福祉、看護、医学と領域は違っているが、それぞれの問題解決アプローチの歴史を調べていくと、それらの領域がお互いになんか密接に影響しあってきたことが推測できた。興味深いことは、問題解決の一企画を提案してケースワークを秩序立てたといわれる Mary E. Richmond (1861-1928) が、世界的に有名な内科医 William Osler (1849-1919) を心から賞賛し、親しく指導を受けたという一文である。³³⁾ ちょうど Richmond がボルチモア慈善組織協会に勤務していた期間 (1889年~1900年) と、William Osler がボルチモアのジョン・ホプキンス大学病院に赴任していた期間 (1889年~1905年) は、ピッタリと重なる。Osler は、病院開設のメンバーで、医学部を創設するという大役を依頼されての赴任であった。多忙な人であったが、頼まれて往診することも少なくなかったという。³⁴⁾ Richmond の COS の在職中、多くの医学生がボランティアとして、友愛訪問に参加したという。この時期、Richmond が、医学治療モデルを用いて、貧困を疾病、複雑な状況をいやす友愛訪問員のことを社会的医者・慈善の開業医と表現したのは、William Osler をはじめとする医学関係者との出会いが影響していたという。³⁵⁾

実は、POS を日本に紹介した日野原重明氏もまた、「William Osler を師としてわたしは生きてきた」と記しているのである。時代を超えて、人の輪がつながっているというのは興味深い発見である。

36)

2. ”過程”重視の波

さらに興味深いのは、社会福祉と看護で”過程”という言葉が使われはじめた時期がほぼ一致していることである。1955年にLydia Hallが「看護はひとつの過程である」と言い、その後看護でも看護過程のステップの研究がはじまった。1957年のPerlmanが問題解決アプローチを書いた時期は、ほぼ重なっている。また、POSは医師や医学生の治療と教育効率化のためのものであったが、看護にとりいれられ、今は看護婦でPOSを聞いた事がない人はいない位である。ある領域での研究が、論議を呼び、隣接の研究へ影響を与えているのではないかと推測できる。Perlmanの問題解決過程（以降Perlmanモデルと呼ぶ）も、看護過程も、POSも、人が人を支え、援助する実践でつかわれる。人の援助という側面で切ると、共有できるものがあるということであろう。

3. 汎用性の高い問題解決アプローチ

これまで、Perlmanの問題解決過程（以降Perlmanモデルと呼ぶ）、看護過程、POS、を中心に問題解決アプローチを概観してきた。どれも、人間の思考過程をステップ毎に焦点づけていくという点は共通している。私たちは、日々さまざまな選択、判断をしている。今、何と返事するか、どう動くか、から、人生の選択に至るような重たい判断もあるだろう。人は、情報を集め、塾考して、選択できる解決方法の中から、ある方法を選んでいく。問題解決方法は、このような自我心理学をベースとしていることと、人のもつ個別的状況に焦点をあてることができることから、対人援助の領域において

汎用性の高いアプローチを生み出してきたのである。介護の支援方法を過程として深めていくにあたっては、同様に役立つと考えられる。

だが、問題解決方法だけでは方法論として成り立っていないわけではない。問題解決方法は共通項であるが、別の項があって、全体で方法論が構成されているということである。それぞれの概念枠組みに注目したい。要するに、この枠組みによって、問題解決の問題のとらえ方や、アプローチの方法が異なってくるのである。介護には介護の問題のとらえ方があり、アプローチの方法があるはずである。問題解決方法をベースにしながら、介護支援方法論を論じるためには、どのように概念枠組みをたてたらよいのだろうか。

Perlmanモデル、看護過程、POS、をさらに考察し、介護支援方法論に組み入れられる側面を整理してみたい。

4. 介護支援方法論に組み入れたい側面

① まず、Perlmanモデル、看護過程、POS、全てが、“過程”を重視していることである。人が人へ対して援助していくのは、結果ではなく、過程が評価されるものであるという意味で、どのアプローチにおいても根幹を成している。介護も“点”の援助ではない。介護を必要とする人や介護者の両方と、同じ時を共有していく、過程を踏む。状況は刻々と変化していくので、始めに決めた援助目標が終結まで使えるなんてありえない。その意味でも、過程重視である。

② 過程重視だからといって、何も結果や目標を設定しない、動

いていく方向を予測しないわけではない。どのアプローチも、”援助する専門家の判断（アセスメント）”や”意図”を大切にしている。むしろ、専門家としての判断がいかに的確にできるかを重視しているともいえる。変化を追いかけてながら、状況を正しくとらえ、常に判断し続ける過程が、専門家としての力量につながるとしている。介護も人に支援をする時、どのように行えばよいのか、常に判断をせまられる。介護の専門職というのは、判断、意図が的確にできなければならない。

③ さらに、どのアプローチも、”人と人との関係”が基盤になっている。信頼関係がなければ人の援助はできないというのは真実である。相互関係を基盤として、ダイナミックに動いていくという考え方は、介護支援をすすめる柱である。介護は介護する人とされる人の関係の上になりたっているが、それらの人々と専門職として関わりはじめる時、やはり相互関係抜きの実践は考えられないからである。

④ 特にPerlmanモデルは、信頼関係を築く”初期の関わり”を重視している。どんなに悩んできたかという気持ちを受け入れ、信頼関係を作り、問題に取り組む動機づけを行い、援助者が何をどのように提供できるかを示す。最初の接触場面を最も重視して特別に記している。もちろん、看護過程もPOSも初期の関わり的重要性を問うてはいるが、Perlmanモデル程に心理的ダイナミクスに触れてはいない。初期に集めた情報や観察によってアセスメントを行い、初期計画を立てるという意味において、重視している。

介護は、生活に入りこまなければ支援が展開できない。通常は見られない所を見聞きすることになる。介護支援は最初に接触した場

面でカチっとかみ合うことが、その後の展開を成功させるための秘訣である。初回の相談がもっとも鍵となる。

⑤ もう一つ、Perlmanモデルで注目に値するのは、根本的な治癒でなくても、“対処できるようにする”ことができれば、その問題は解決できたと考えることの有用性である。介護はどんなに一生懸命にやっても、改善は期待できない側面をもっている。高齢者の機能は、若い頃には戻らないし、医学的障害がなくなるわけではない。治療ができず、変容がむずかしい高齢障害者への介護を行う時、対処できればよしとする考え方はぴったりである。

⑥ 忘れてならないことは、どのアプローチも、“援助される人が中心である”ということである。自我機能が十分に活性化されるように援助をすすめていく。その人が自分で道を切り開いていけるように援助する過程が大切だという。援助者側が診断して、目標を決め、そこに達するように働きかけ、結果で評価することは援助ではないと言っている。介護も、支援を必要とする対象者が意志決定できるように、もてる力を発揮できるように、側面から支えていく支援である。ただ、介護は、意志決定ができない状態の人に対することが多い。もしくは、機能は保たれていても、意志決定をしない役割（年をとったのだから、若いもの、家族のいう通りにしなければならぬと思っている人）をとっている場合があるので、難しい側面がある。

⑦ “問題”のとらえ方は、アプローチの概念枠組みによって異なってくる。Perlmanモデルは心理社会的な側面で問題をとらえているし、看護過程は健康問題として、POSはそもそもは疾病を問題としている。さらに、看護過程における問題の絞り込み（看護診断）

は、モデル提唱者による違いがあるものの、役割の遂行、自立とコントロール、基本的ニーズへの焦点づけについては類似している。

36)

日本語の”問題”には、さまざまな意味があるという。「そこが問題 (problem) ですね。いや問題 (trouble) というほどではありません。この方が問題 (issue) にのぼった患者さんでして。問題 (trouble making) の患者さんとはなんです！。問題 (trouble) がわかっていたら、解決できるでしょう。」中西は、前記のような例を上げ、Problem (問題) を日本語にすると、”困難またはtroubleの源、問題状況”が最も近いと、述べている。³⁷⁾

介護方法論を考えていくにあたっては、介護問題をとらえるアセスメントの枠組みを明記する必要がある。

第2章要約

第2章「介護支援方法論への問題解決アプローチの有用性」では、介護支援方法論を考えるあたって、問題解決アプローチが有用であるかどうかを文献の系譜により研究した。検討したのは、社会福祉援助方法論における「Perlmanを初めとする問題解決アプローチ」、看護と医学における問題解決アプローチとして「看護過程」、「POS」の3つである。

結果、問題解決アプローチは思考を科学的にとらえることができ、対人援助の領域において、専門性を高めるのに適していることがわかった。問題をどのようにとらえるか、どのようなアプローチをすすめていくかは、それぞれの方法論としての概念枠組みによって、異なってくる。介護支援方法論に組み入れられる側面としては、過程のステップを明かにすること、アセスメント・意図があること、人と人との関係が基盤になること、初期の関わりを重視すること、対処できるようにすること、援助される人が中心であること、が示された。

そして、介護支援方法論を論じていくにあたっては、問題アプローチを基盤とした上で、問題をどうとらえるかのアセスメントの枠組みを示す必要があることが明らかになった。

第2章 <引用文献>

- 1) 辰野千壽, 問題解決の心理学, 金子書房, 1976.
- 2) Helen Harris Perlman, *SOCIAL CASEWORK A Problem-solving Process*, The University of Chicago Press, 1957. 日本語訳は、2つに分本されている。2) 松本武子訳『ソーシャル・ケースワーク』全国社会福祉協議会、昭和33年。松本武子訳『グレイスン氏とホイットマン婦人のケース』全国社会福祉協議会、昭和36年。
- 3) *Handbook of Clinical Social Work*, Jossey-Bass Publishers, 1983、P28より引用 (日本社会事業大学の佐々木政人ゼミ訳)
- 4) 前掲3) P38
- 5) 小松源助他、『ケースワーク論』有斐閣双書、1975.
- 6) Mary Ellen Richmond(1861-1928)は社会福祉援助技術のケースワークを初めて体系づけた。Richmondの思想については、6)小松源助氏の『ソーシャルワーク理論の歴史と展開』川島書店、1933年.を参照してほしい。)
- 7) 前掲 1)序 pp5~7
- 8) Perlman, 「ソーシャル・ケースワークにおける問題解決モデル」 Robert W. Roberts and Robert H.Nee, *Theories of Social Casework*, 1970, 久保絃章訳『ソーシャルケースワークの理論I』川島書店, 1985, 第4章 pp131-134を要約.
- 9) 前掲1) p53
- 10) 藤原正子「ジュネラリスト・パースペクティブへの展開をめぐる一考察一 問題解決アプローチに関連して一」『社会福祉学』日本社会福祉学会, 第31-1号, 1990.p160.

- 11) 前掲 2) P58～64を要約
- 12) 前掲 5)
- 13) Carel B. Germain , DSW, Ecological Social Work, 小島蓉子編訳
・著『エコロジカル ソーシャルワーク』学苑社, 1992.
- 14) 前掲 10) p156
- 15) 前掲 P158
- 16) 前掲 pp182～183
- 17) 副田あけみ「ケアセンターにおけるソーシャルワーク実践ー
ジェネラル・メソッドによる検討ー」『人文学報』東京都立大学,
No233, 1992. pp109-158
- 18) Nursing Theories Conference Group, Nursing Theories: The
Base For Professional Nursing Practice, Prentice-Hall,
INC, 1980. 南裕子・野嶋佐由美訳、看護理論集ー看護過程に
焦点をあてて、日本看護協会出版会、1984. p15.
- 19) 岩井郁子「看護過程とPOS (Problem-Oriented System)」
『看護MOOK NO.18』金原出版, 1986. p159.
- 20) 波多野梗子『系統看護学講座 専門1 基礎看護学1』医学書
院、1993. P102.
- 21) Florence k. Stelzer, R.N, Ann Marie Becker, R.N, *Historical
Development Of Nursing Diagnosis*, 太田喜久子訳, 「看護診断
の歴史的発達」, 日野原重明鑑訳 『看護診断』, HBJ出版、1983.)
- 22) Rosemary Long , *Systematic Nursing Care* , 小玉香津子『看護
過程を使う』日本看護協会, 1991, 訳者から
- 23) 中西睦子 『看護のアメリカ言葉』日本看護協会出版会, 1998.
- 24) 南裕子「日本における看護過程の課題」『看護MOOK NO.18』金

- 原出版,1986,p12.
- 25) Wolley,Warnick,Kane,Dyer,*Problem-Oriented Nursing*,1974,日野原重明他訳『看護のためのPOS』医学書院,1978.
- 26) 日野原重明『POS－医療と医学教育の革新のための新しいシステム』医学書院,1973.
- 27) 前掲25)P14.
- 28) 岩井郁子「看護過程とPOS (Problem-Oriented System)」『看護MOOK No18.』金原出版,1986,P160.
- 29) 日野原重明「POSのプロセス」,日野原重明編集『看護にいかすPOS』医学書院,1991,P25.
- 30) 前掲28) p159より筆者が要約
- 31) 井部俊子「看護に生かすPOS」,日野原重明編集『看護にいかすPOS』医学書院,1991,P46より筆者が要約.
- 32) 菊地登喜子「POS記録委員会および院内研修を通じて」『看護研究』VOL26,N02,PP25-29,1993.
- 33) Carel B.Germain,「ケースワークと科学－歴史的な出会い－」, Robert W. Roberts and Robert H.Nee, *Theories of Social Casework*,1970,久保紘章訳『ソーシャルケースワークの理論I』川島書店、1985、第1章 P6.
- 34) 日野原重明『医学するところ』岩波書店、1991,P114.
- 35) 前掲33)P6
- 36) J.P.Riehl,Callist Roy,Conceptual Models For Nursing Practice,兼松百合子,小島操子『看護モデル』日本看護協会出版会1990, P531.
- 37) 前掲23)P150.

第3章 「介護アセスメントの枠組み」

はじめに

介護支援方法論を問題解決アプローチを基盤として考えいくにあたっては、“介護問題”をどのようにとらえるのかという、介護アセスメントの枠組みを明かにしなければならない。

介護が必要な状態をアセスメントするには、どのような情報が必要だろうか。また、支援の必要の程度や援助内容をアセスメントするためには、誰からどのような情報を得たらよいのだろうか。そして、集めた情報をどのように関連づけて、何を基準として、介護問題を絞り込んでいけばよいのだろうか。

まず、既存の研究による介護アセスメントに関する知見を得ることが、研究の道を開くのではないかと考えた。さらに、大切なことは、介護支援を行う現場で、何が判断され、何が行われているのか、それを浮かび上がらせて、アセスメントの構造を明らかにすることである。介護支援従事者は誰もが経験の中で試行錯誤しながら身につけた判断基準＝自分のアセスメントの枠組みを持っている。その、内在しているアセスメントは、主観であるが、一方において専門家としての客観ともいえるはずである。本研究は、文献研究と介護支援実践で実際に行われているアセスメントを数量化によって客観化していく研究の両方向から、介護アセスメントの研究をすすめていくものである。

研究目的

本研究の目的は、介護支援方法論における介護アセスメントの枠組みを、文献研究と数量分析研究から試論することである。

研究方法

研究は、下記の3段階で行う。

- 1、介護アセスメントに関する先行研究から知見を得る。
- 2、介護アセスメントの枠組みの仮説を立てる。
- 3、介護アセスメントの枠組みの仮説を検証し、客観化する。

3-1.記録を数量化してケースのグループ分類を行う。

(数量化3類とクラスター分析)

3-2.グループ別支援パターンを示す。(クロス集計)

3-3.グループを基準変数として、アセスメント項目との関連性を分析する。(クロス集計)

3-4.グループを基準変数として最も強い影響を与える要因を絞り込み、その構造を明かにする。(数量化2類)

第1節 介護アセスメントに関する先行研究

1. 枠組み

介護に関する研究で、枠組みを示しているものは少ない。が、藤崎宏子は既存の研究をふまえて、要介護老人の在宅介護を規定する家族的要因の分析枠組みを検討している。氏は、R. ヒルの家族ストレス論を柱にして、家族の介護能力は認知によって左右されるのに、これまでの研究であまり重視されていないことを指摘している。

そして、認知される「介護意識」を1) 介護状況についての認知・意味づけ、2) 介護についての欲求水準、3) 介護に伴う負担感、4) 介護継続意志でとらえている¹⁾。

藤崎氏の分析枠組みは、図1に示される。1)P75

藤崎：要介護老人の在宅介護を規定する家族的要因

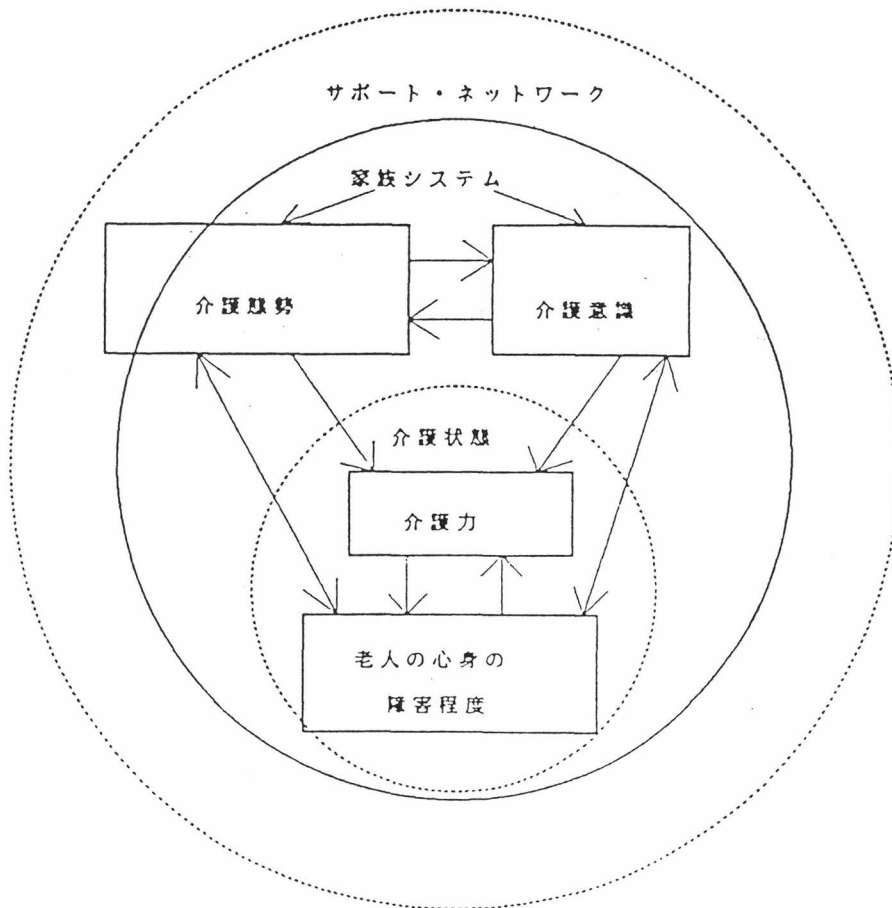


図 / 要介護老人の家族介護にかんする分析枠組

出典：文献1) P75より抜粋

まず、老人の介護状態を直接的に規定する二つの要因として、「老人の心身の障害程度」と家族の「介護力」をおく。このうち介護力については、介護の客観的側面である「介護態勢」と主観的側面である「介護意識」により規定されているものと考えられる。これら2要因は、分析的には別次元のものであるが、現実には相互に規定しあっている。また、これらは「介護力」を通して老人に働きかけるばかりでなく、「老人の心身の障害程度」とも直接に関連している。さらに、いまあげたすべての要因の背景をなす者として「家族システムの全体的状況」が位置づけられる。そして、こうした家族システム全体を「サポート・ネットワーク」が包み込んでいる。「介護態勢」については、必ずしも家族集団内部で完結しているわけではなく、家族外のサポートにその一部を依存している事も多い。尚「時間的要因」については、このような構造的特質をあらわす図の上には示しがたいので、含まれていない。

2. 心身の障害程度

確かに、老人の“心身の障害程度”の把握については、ADLや各種の痴呆スケールなどがあるし、これまで曖昧な社会用語としてつかわれてきた「寝たきり」²⁾についても、国は平成3年10月、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」表をとりまとめ、スケール化がなされた。³⁾

表1 3)P90より抜粋

表1 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランクC	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力では寝返りもうたない

期間	ランクA, B, Cに該当するものについては、いつからその状態に至ったか 年 月頃より（継続期間 年 カ月間）
----	--

*判定にあたっては補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

出典：文献3） P90より抜粋

3. 介護力

介護力をスケール化するのは簡単ではない。それは、藤崎が指摘しているように、認知という主観的な側面を把握するのが難しいからである。重介護を必要とする人がいても、皆で協力しあって、前向きにとりくんでいく場合もある。一方で、食事で顔をあわせるようになったことが嫌で嫌でたまらなくなり、これ以上介護しなければならなくなったらと考ただけで、夜眠れないという場合もある。重介護だと介護負担が大きく、軽介護だと介護負担が小さいとはいえないのである。

この主観的側面を明かにしようと、さまざまな研究が行われてきた。前田らは障害老人を世話している家族の訴える主観的困難にどのような変数が、どのように関係しているかを探求し、2つの因子「ボケ老人や気むずかしい老人を介護する上での困難」と、「世話する人の人手不足、仕事にかかわる支障、経済的負担にかかわる困難」を見出した。⁴⁾

中谷らは、家族介護者の受ける主観的負担測定スケールをつくった。研究過程で行った詳細な文献Reviewによれば、介護負担に影響を与える要因は下記である。家族・親類の接触度、問題行動・精神症状の一部、介護関係・家族関係の悪化、自由時間・社会活動の束縛、ソーシャルサポート、特に何かあったときの頼れるサポートの有無、介護者の身体的・心理的健康の低下、就業状況・世帯収入、身体・精神状況など。尚、痴呆性老人の身体・精神症状は介護負担には影響を与えないという、相反する結果が出ている。⁵⁾

その後中谷は、家族介護者の負担を、ストレス認知理論モデルを用いてとらえ、燃えつきMBI(Maslach Burnout Inventory)の修正版と

して、家族介護MBIを作成し適用を試みている。⁶⁾

坂田の研究では、「介護負担感」と「介護継続意志」は独立して別の次元で別の要因に規定されるという。介護負担感が高いと社会資源の利用意向が高いが、継続意志とは無関係で、資源の利用意向は介護態度の積極性を媒介とすることも考えられるとしている。⁷⁾

4. 時間

また、“時間”を切り口にして、介護問題の解明を試みた研究も行われている。大本は、介護時間を裏返してに、自由になる時間から分析している。その結果、自由になる時間は3時間未満しかないのが現状で(52%)、真の自由時間ではなく、残余時間でしかないので、まとまったことはできない。このようなパターンは育児時期の母親と似ているが、育児は時限的なのに対して、介護はどこまで続くかわからない側面をもっていると述べている。⁸⁾

袖井も、子どもは将来の予測がつくのに対して、介護は見通しがつかず、長い時間をかけて段階的に弱っていくので固定化したとらえかたはできないと述べている。⁹⁾

5. 介護の場の決定

岡本は、介護を中断するケースと継続するケースを比較研究している。それによれば在宅を継続している群には、問題行動が少なく、徘徊がなく、寝たきりが多い。在宅を中断して特養に入所したり、入院した群では、問題行動が多く、徘徊が多く、ねたきりがいない、という結果が出ている。岡本は在宅を継続するかどうかについて影響を与えている要因は、①老人の身体・精神状況、②介護者家族員

の健康、③老人扶養の決定者の意向、④親族の意向、⑤介護者の介護への意識・責任感であると述べている。上記研究で興味深いのは、在宅を継続するか中断するか、言い替えれば介護の場を決定づけるのは老人扶養決定者の意向・親族の意向であるという点である。¹⁰⁾

Laura j. Secordは、在宅か施設か、介護の場を決定するのに使われているスクリーニングプログラム(PAS:The Minnesota Preadmission Screening, ACG:Alternative Care Grants)を受けた老人が、どこで長期ケアを受けたらよいのかを判断する要因を明かにしようと研究を行った。結果より下記の知見が得られている。

①在宅か施設かを判断するのにどちらにも影響を与える有意な因子はなく、このことは判断に使うアセスメントシートの一般化はできないことを意味している。②個人の様々な性格や独自性が、施設入所を決定づけることはない。③これまでどこで介護を受けるか、本人が判断しているかのように思われてきた。しかし実は要介護老人ではなくて、家族の判断がきいていることがわかった。さらに、専門職の予知的判断もかなり影響を与えていることがわかった。¹¹⁾

6. アセスメント項目のまとめ

介護を必要とする状態をアセスメントする時、「老人の心身の状態」と「介護力」が中心となるのは、どの研究でも同様である。介護力をどうとらえるか、客観的な介護時間や就労、経済、住宅環境などだけでなく、その介護状態をどのようにとらえるかという認識が鍵になっている。そして、介護力を把握するには、認知介護負担感、介護継続意志、介護態度の積極性、家族の意向、家族関係、サポート、時間、などのアセスメントが重要であることが明らかにな

った。

第2節 介護アセスメントの枠組みの仮説

1. 介護アセスメントに関する研究の軌跡

アセスメントの枠組みの仮説は、著者自身の経験と研究によって積み上げられてきたものである。

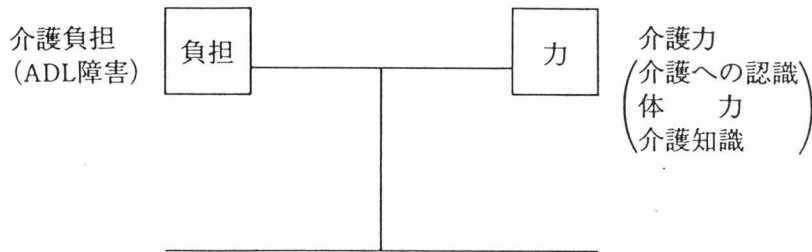
① 昭和61年、地域で暮らしている要介護老人の調査に携わりさまざまな家庭を訪問した。この時、「重介護でも、家族で仲よく助けあっている雰囲気のある一方、軽介護なのに、互いに口もきかなかったり、せっぱつまった緊張関係がある家庭がある。」ことに疑問を持った。“関係をこわさずに介護していくための条件は何だろうか。”206ケースを分析した結果、老人に中等度以上の痴呆症状がある場合には関係に歪みが生じることが多く、老人と介護者・家族関係を保つためには、介護者が自分の生き方としての介護を認識して、社会資源を得て家族の力を増強させることが大切であることが明かになった。¹²⁾

著者はこの研究以降、痴呆症状、介護者の介護の認識、介護から離れられる時間と居住空間、同居内からの介護ヘルプ、血縁家族からの介護ヘルプ、専門家の介入、さまざまなサービスの利用状況などをアセスメント項目として重視するようになった。

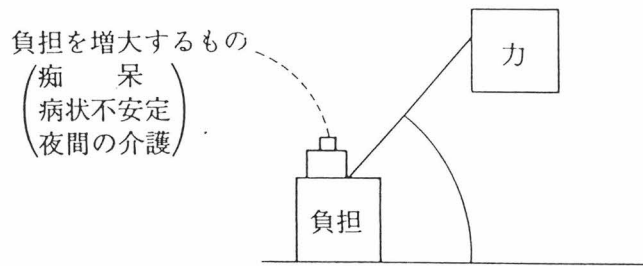
② その後、介護相談実践を重ねる中で、ケースには、その場で何らかの問題解決ができるケース群と、どうしてもフォローが必要なケース群があることに気づいた。数多いケースの中から、フォローの必要な相談ケースをふりわけていく専門家としての判断（アセス

メント)により興味を抱いた。著者が相談を担当した1年間285ケースの分析を行った結果、フォローの必要なケース49(17.2%)は、介護力不十分なケースで、介護負担と介護力のアンバランスな状態として説明できた。¹³⁾(図2)

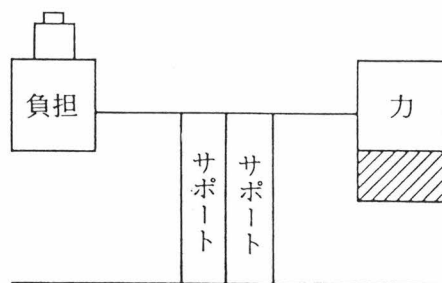
図2 13)162より抜粋



A'-a 介護負担がそれほどでもないのに、介護力が対応できる状態



A'-b 介護負担が増大し、それに対応する介護力が不十分でサポートも細いために、バランスがくずれてしまった状態



A'-c 介護負担は増大したが介護者が介護を自分の生き方として介護力を強化し、サポートでしっかりと支えられている状態

図 2 介護負担と介護力のバランス図示

出典：文献 13) P 162 より抜粋

③ 著者自身行った相談の分析では、研究サンプルとして偏りがあるため、同職場で介護相談を担当している専門職（6名）の内的アセスメントを探った。1か月の相談件数225ケースから、フォローが必要とふりわけられた34ケース（15.11%）を分析した。結果、表のような要因が浮かび上がった。

これらをまとめると、介護力が不十分であったり、介護機器選択にかなり個別な特殊性が求められるケースの場合は、一回の相談では先が見えず、そのケースがどのように変化していくのかと、気になっているのではないかと考えられた。¹⁴⁾（表2）

表2

14)P39より抜粋

表 2 フォローの必要性に関する要因

患 者	予後不良, 状態が変化する疾病 (ALS, 頸椎損傷, コミュニケーション不能, 痴呆)
相談来所者	再度来所者 パーソナリティ (理解力, 判断力に欠ける, 支えが必要)
家族関係	関係の歪み (口だけで手を出さない, 受け入れが悪い)
介 護	介護者の問題 (高齢, 疲労, 神経質な性格) ケアーの問題 (おむつのあて方, 失禁, 尿器のあて方, トイレへの移動, 夜間の体位変換, 褥創のケアで困っている)
ネットワーク	在宅か施設か (退院間近, このまま在宅で可能か) 介護ヘルプ (介護者が一人きりでヘルプがない) 社会福祉サービス (医療なし, 公的福祉サービスの未利用)
福祉機器	機器の個別性 (ピッタリと目的にあった機器がない) 機器の機能 (選択した機器で目的を達したか, 使い心地, 機器によって介護が楽になったか)

出典 : 文献 14) P 39 より抜粋

④ その後、著者は必要なケースに必要と思われるフォローを惜しみなく行える機能を持つ、在宅介護支援センターで実践に携わる機会を得た。在宅介護支援センターで出会うケースには、情報提供だけでよいケース群、公的保健福祉サービスに結び付けばよいリファー群、ニーズを掘り起こしながら見守りフォローする群、最優先で密度の濃いフォローを必要とする群があることに気がついた。⁴⁾

表 3

15)より要約

表 3 在宅介護支援センターに求められる保健福祉サービス活性機能 一類型別一

<p>1グループ（情報提供のみ）</p>
<p>介護支援センターには、その地域の介護関連情報の集約機能が求められている。しかも、その情報は、広報などで示されるサービスの概略でなく、実際に今利用可能か、費用負担は？、待ちの期間は？などの具体的な情報を、出し惜しみなく提供することが求められている。多くは電話相談で、1回の関わりで終結する。</p>
<p>2グループ（申請代行、関係機関へのリファー）</p>
<p>ここで支援センターに求められているのは、各種サービスの申請用紙を備えておき、すぐに訪問して申請代行する、出前のサービスである。在宅の要介護者を抱えて外出ができない人も、一人で外出がむづかしい人も。サービスが利用できるようになる。また、支援センターと地域の関係機関とが、気軽に連絡しあい、お互いの機能を利用しあう柔軟さが求められている。</p>
<p>3グループ（必要時フォロー）</p>
<p>このグループに対して行われている支援は、一番見えにくい、大切な支援センター独自のものである。すなわち、すぐにサービスとは結びつかないが、何かありそうなケースを見守ったり、これまでとりこぼしてきたケースを発掘して、専門的な支援を予防的に行う力が要求されている。訪問して、実際にサービスの提供を行う。もちろん、介護支援も行う。</p>
<p>4グループ（継続的フォロー）</p>
<p>数十回も訪問を繰り返しながら、専門的判断に基づいて意図的に保健福祉サービスのコーディネーターが必要なトや、実際の介護支援も行う。支援センターだけでなく、複数の関係機関、特に医療機関と連携をとることが大切なため、各関係機関の機能を充分理解した上で、情報を共有化しながら、お互いの力を調整しあっていくことが求められている。</p>

出典：文献15)より要約

2. 介護アセスメントの枠組みの仮説

介護アセスメントの先行研究と、著者が行ってきた研究の軌跡より、介護アセスメントは常に介護ニーズと介護力をアセスメントすることが基本であることがわかった。そして注目すべきことは、どの人にも同じように支援するわけではなく、必要に応じて必要な支援を行っていることである。いわば、介入の優先度と関わりの密度のアセスメントが、介護アセスメントを凝縮しているものとみなすことができるのではないだろうか。このような理由で、今回の研究では、アセスメントの枠組みを下記の仮説をたてることにした。

仮説：介護支援アセスメントは、介護ニーズと介護力のバランスをみていくことによってすすめられる。①要介護力者の必要とする「介護ニーズ」を把握し、②主介護者と介護サポートによって提供されている「介護力」を把握し、③そのバランスをみて《介入の優先度と関わりの密度をアセスメント》する。

介護ニーズと介護力のバランスイメージを図3に示した。

図3

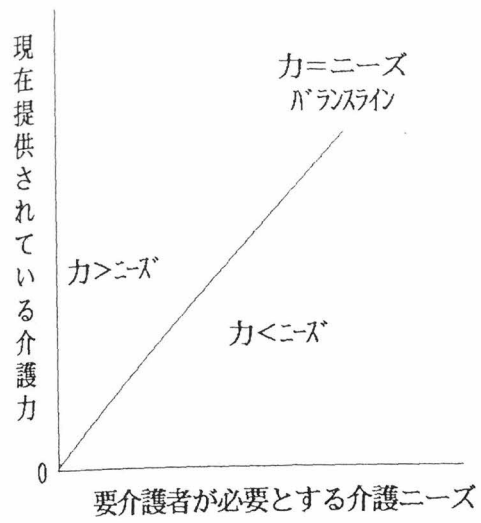


図 3 介護ニーズと介護力のバランスイメージ

「介護ニーズ」は、「要介護者の心身の状態」によって規定される。自立度の高い人はそれほど介護ニーズがないだろうし、痴呆で目が離せなかったり、夜間介護を必要とする人はかなりの介護ニーズが高いだろう。また、「介護力」は、「主介護者の介護力」と「サポートから得られる介護力」をプラスしたものである。それぞれのアセスメントの項目を、表4に示した。

表 4

表 4 介護支援のためのアセスメント項目

介護ニーズアセスメント項目	介護力アセスメント項目	
要介護者の基本的属性 現病歴・既往歴 病状の安定 受療状況 痴呆症状、問題行動 障害の部位と程度 ADL 移動介護の必要 コミュニケーション能力 体格、性格、印象 生活歴 経済状況	主介護者の介護力	介護ネットワークからの介護力
	主介護者の基本的属性 健康状態 介護知識・技術 介護を担うことに対する認識 介護の継続意志 介護負担感・不安 介護から離れられる時間と空間 要介護者との人間関係 情報をつかんで利用するための 、理解・判断・行動力	同居家族、血縁の基本的属性 同居家族からのサポート内容 血縁からのサポート内容 近隣、知人からのサポート内容 保健福祉サービスの利用 頼りになる専門職の存在 適切な福祉機器の利用 住宅の構造 サポート間のネットワーク

介護ニーズが高ければ、介護力もそれにみあっただけ必要となる。どうしても主介護者の介護力だけでまかないきれないとき、サポートによる介護力の補給がより求められるようになる。介護支援従事者は、介護ニーズと介護力を的確にとらえ、そのバランスをみて何をどのように働きかければよいかをアセスメントするのである。介護ニーズに対して介護力が不十分な場合（図3において、バランスラインよりも下の領域にケースがいる場合）は、より優先的に、濃い密度の関わりが求められている。

留意すべきは、介護ニーズ・介護力は、その時々に応じて流動的に増えたり減ったりすることである。固定してとらえることはできない。介護ニーズと介護力のバランスに影響を与える要因を表5に示した。マイナス因子を排除・改善させると共に、プラス因子を強化する介護プランの実践により、介護ニーズと介護力のバランスが保たれるのである。

表5

表 5 介護ニーズと介護力のバランスに影響を与える因子

	介護ニーズ	介護力 (主介護者の介護力+ サポートからの介護力)
バランスを改善	<p>介護ニーズを減少させる因子</p> <ul style="list-style-type: none"> リハビリによりADLが改善 意欲がある 	<p>介護力を増強させる因子</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護者に介護知識・技術がある 介護を自分の生き方の中に組み込んでいる 介護から離れられる時間や空間がある <p>頼れる専門職の存在がある</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護者の代替えがある 介護サポートを得られる 保健福祉サービスを利用する
バランスを悪化	<p>介護ニーズを増大させる因子</p> <ul style="list-style-type: none"> 進行性疾患がある 病状が不安定 意欲の低下 移動ADLの低下 排泄に介護を必要とする 夜間も介護を必要とする 痴呆があつて目が離せない 問題行動がある コミュニケーションがむづかしい 適切な医療を受けていない 	<p>介護力を弱体化させる因子</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護者が高齢 介護者の健康状態が悪い 情報の理解力が低下している 判断力に欠ける 介護の継続意欲がない 介護負担感・不安がある 介護者と要介護者の人間関係に歪みがある <p>介護サポートがない</p> <ul style="list-style-type: none"> 頼れる専門職がない 保健福祉サービスを利用していない 介護体制を組み直す時(退院・転居など)

第3節 介護アセスメントの枠組みの仮説の検証と客観化

前項に示したように、「介護支援アセスメントは、介護ニーズと介護力のバランスをみていくことによってすすめられる」と仮説を立てた。仮説を検証するために、介護支援実践の数量分析を行った。統計処理が現実以上のものを見いだすわけではないが、見えない内的アセスメントの研究をすすめるのに、客観的に裏付けられた結果を導きたいと考えたからである。

研究目的

研究目的は、介護ニーズと介護力のバランスを見ていくアセスメント（介入の優先度と関わりの密度アセスメント）を数量化により客観的に示すことである。

研究対象

A在宅介護支援センターで、1年間（1991年3月～1992年2月）に把握した新規170ケースの内、著者自身が初回相談を行った75ケースの支援記録を分析した。支援記録は、ケースへの支援695件、関係機関との連絡支援181件、計876件である。

研究方法

介入の優先度と関わりの密度アセスメントを客観化するために、次の段階で研究をすすめた。まず介護支援実践がつねに均一の関わりをしていないことを客観化するために、1.介護支援実践をグルー

ブ分類し、2.各グループ毎の支援パターンを示した。次に、介護支援の優先度と関わりの密度アセスメントの構造を明らかにするために、3.グループ分類に影響を与えている変数を概観し、4.グループ分類に影響を与える要因を絞り込んだ。

数量研究の流れと統計処理の概要は、図4に示した。尚、分析には市販の統計パッケージHALBAUを使用した。

図 4

< 思考の流れ >

・ケースへの関わりは均一ではない。
・いくつかに分類できる

・関わり方はさまざまであるが、いくつかのグループ別支援パターンがある。

・ケースをふりわけていく、専門家の判断は、すなわち、介入の優先度と関わり密度アセスメントとみなすことができる。

・介入の優先度と関わり密度アセスメントの構造を明らかにする。

< 統計処理の流れ >

1 段階
記録を数量化して、
ケースのグループ分類を行う。
(数量化3類&クラスター分析)

2 段階
グループ別支援パターンを示す
(クロス集計)

3 段階
グループを基準変数として、
アセスメント項目との関連性を分析する。
(クロス集計)

4 段階
グループを基準変数として、
最も影響を強く与える要因を絞り込み、その構造を明らかにする。
(数量化2類)

図 4 数量分析のフローシート

研究の概要と結果

数量研究の概要と結果を各段階を追って以下に述べる。

1 段階：介護支援実践のグループ分類

1 段階の研究方法

① ケース記録を数量化し、5つの変数（電話支援の回数、来所支援の回数、訪問支援の回数、関係機関との連絡支援の回数、支援依頼経路）を使って、数量化3類を行った。

② 上記によって得られた成分2つ（累積寄与率85.5）を抽出し、ケースの重み係数をデータとしてクラスター分析を行い、グループに分類した。

1 段階の研究結果

5つの変数をダミー変数にして、数量化3類で分析すると、変数成分1の寄与率が68.471と強く、成分2の寄与率17.000と合計した累積寄与率は85.5であった。（表6）そこで各ケースに与えられた2つの重み係数をデータとして入力し、（表7）ウォード法でクラスター分析を行った。クラスター分析の結果は、デンドログラム（図5）に示された。分類後のケース数が分析可能な程度になるように、3つのクラスターに分類するレベルを選択した。

結果、ケースは1グループ37ケース（49.3%）、2グループ17ケース（22.7%）、3グループ21ケース（28.0%）の3つのグループに分類された。

表 6

表 7

图 5

表 6 双対尺度法 ・ 数量化3類 : 重み係数 [X]

変 数 名	成 分 1	成 分 2
電話支援の延べ回数	-0.519	-0.832
来所支援の延べ回数	1.014	-0.631
訪問支援の延べ回数	-0.988	-0.535
関係機関との連絡支援の延べ回数	1.282	0.085
支援依頼経路	-0.818	2.362
固有値	0.449	0.112
寄与率	68.471	17.000
累積寄与率	68.471	85.471
カイ2乗値	779.294	154.516
(自由度)	(77)	(75)
有意確率	0.0000	0.0000

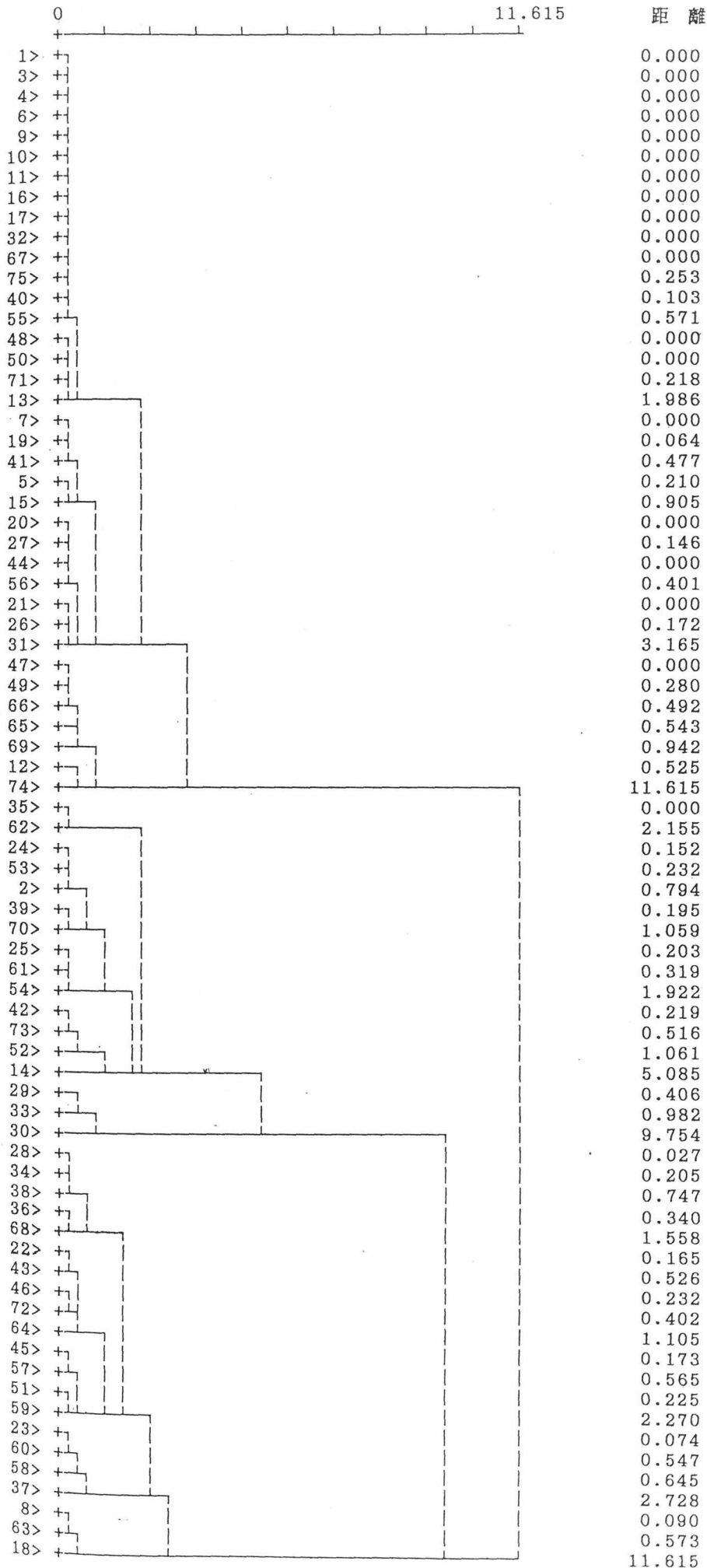
表 7-1 双対尺度法 · 数量化3類 : 重み係数 [Y]

個体番号	成分 1	成分 2
1	1.644	-0.019
2	0.100	1.156
3	1.644	-0.019
4	1.644	-0.019
5	1.086	-0.589
6	1.644	-0.019
7	1.241	-0.431
8	0.409	-1.047
9	1.644	-0.019
10	1.644	-0.019
11	1.644	-0.019
12	1.394	-0.416
13	1.840	-0.134
14	-1.100	1.932
15	0.944	-0.744
16	1.644	-0.019
17	1.644	-0.019
18	0.485	-0.515
19	1.241	-0.431
20	1.424	-0.244
21	1.431	-0.381
22	-0.855	-0.338
23	-0.829	-1.159
24	0.142	0.939
25	-0.609	0.916
26	1.431	-0.381
27	1.424	-0.244
28	-0.967	-0.027
29	-0.918	3.373
30	-0.645	3.974
31	1.564	-0.448
32	1.644	-0.019
33	-0.924	2.967
34	-0.988	-0.010
35	0.706	1.727
36	-0.558	-0.011
37	-0.901	-1.609
38	-1.066	-0.172
39	-0.089	0.576
40	1.568	-0.108
41	1.208	-0.475
42	-0.383	1.548

4 3	-0.894	-0.498
4 4	1.360	-0.163
4 5	-0.522	-0.299
4 6	-0.901	-0.730
4 7	0.762	0.532
4 8	1.872	0.041
4 9	0.762	0.532
5 0	1.872	0.041
5 1	-0.381	-0.787
5 2	-0.261	1.908
5 3	-0.005	0.977
5 4	-0.369	0.982
5 5	1.632	-0.189
5 6	1.360	-0.163
5 7	0.350	-0.320
5 8	-0.322	-1.170
5 9	-0.261	-0.597
6 0	-0.761	-1.130
6 1	-0.678	1.107
6 2	0.706	1.727
6 3	0.453	-0.969
6 4	-1.124	-0.810
6 5	0.696	0.110
6 6	0.967	0.403
6 7	1.044	-0.019
6 8	-0.606	0.326
6 9	0.399	0.555
7 0	-0.283	0.594
7 1	1.872	0.041
7 2	-0.669	-0.730
7 3	-0.242	1.380
7 4	1.081	0.837
7 5	1.644	-0.019

カイ2
 の自由度
 の関係
 の係数
 の長さ
 の確率
 の有意
 のラ

883.789
 (296)
 0.00000
 0.40501
 0.00892
 0.17755



2 段階：グループ別支援パターン

2 段階の研究手法

3つのグループ別に支援回数を分析した。支援は、ケースへの支援と関係機関との連絡支援に分けられ、さらにケースへの支援は、電話・来所・訪問・手紙の4つの方法で細分して検討した。

2 段階の研究結果

ケースに対する支援回数を、ケースへの支援と関係機関との連絡支援回数別に、表8に示した。1グループはケースとの支援回数82回、関係機関との連絡支援10回、計92回で全体の10.5%しかない。2グループはケースとの支援回数130回、関係機関との連絡支援97回、計227回で全体の25.9%である。ケースへの支援と関係機関の連絡支援の比率が1：0.8と、連絡支援の比率が高いのがこのグループの特徴である。3グループはケースへの支援回数483回、関係機関との連絡支援74回、計557回で全体の63.6%を占めている。

表 8

表 8 支援回数 一記録の種類別一

	ケースへの 支援回数	関係機関との 連絡支援回数	計
1G	82 (89.1)	10 (10.9)	92 (10.5) (100.0)
2G	130 (57.3)	97 (42.7)	227 (25.9) (100.0)
3G	483 (86.7)	74 (13.3)	557 (63.6) (100.0)
計	695 (79.3)	181 (20.6)	876 (100.0) (100.0)

$\chi_0^2=91.3$ P < 0.01

グループ別にケースとの平均支援回数を計算すると、1グループは平均2.2回で7割以上が2回未満の支援で終結している。2グループは平均7.6回である。3グループは平均23回と継続的な支援が行われていることが明らかである。

表 9

表 9 グループ分類

	ケース数 (%)	* 平均支援回数
1G	37 (49.3)	平均 2.2回
2G	17 (22.7)	平均 7.6回
3G	21 (28.0)	平均 23回
計	75 (100.0)	平均 9.3回

*関係機関との連携支援は除き、対ケースの支援回数の平均

もう少し詳しく支援パターンをみるために、支援方法別に分析した。支援方法は、電話、来所、訪問、手紙による4種類の支援がある。表10と表11に示されるように、1グループは電話支援が62.2%と主で、訪問は14.6%しかない。また、来所の6割は1グループであることに注目したい。2グループは訪問支援が52.3%を占めている。3グループは訪問による支援が51.3%あるが、電話支援もかなりあり、関わりの密度がかなり濃いことがわかる。電話支援の延べ数をグループ別に図示したものが図6である。1グループが電話支援1～5回に分散しているのに対して、3グループは最高29回まで達している。同様に訪問支援の延べ数を図7に示してみると、2グループも訪問半数を占めている。だが、3グループと比べてみると分散が全く異なっていることがわかる。3グループは訪問延べ48回を最高として、かなりの支援が行われている。

表 1 0

表 1 1

図 6

図 7

表10 ケースへの支援回数 一支援方法別一

	電話支援	来所支援	訪問支援	手紙支援	計
1G	51 (62.2)	18 (22.0)	12 (14.6)	1 (1.2)	82 (11.8) (100.0)
2G	57 (43.8)	3 (2.3)	68 (52.3)	2 (1.5)	130 (18.7) (100.0)
3G	222 (46.0)	8 (1.7)	248 (51.3)	5 (1.0)	483 (69.5) (100.0)
計	330 (47.5)	29 (4.2)	328 (47.2)	8 (1.2)	695 (100.0) (100.0)

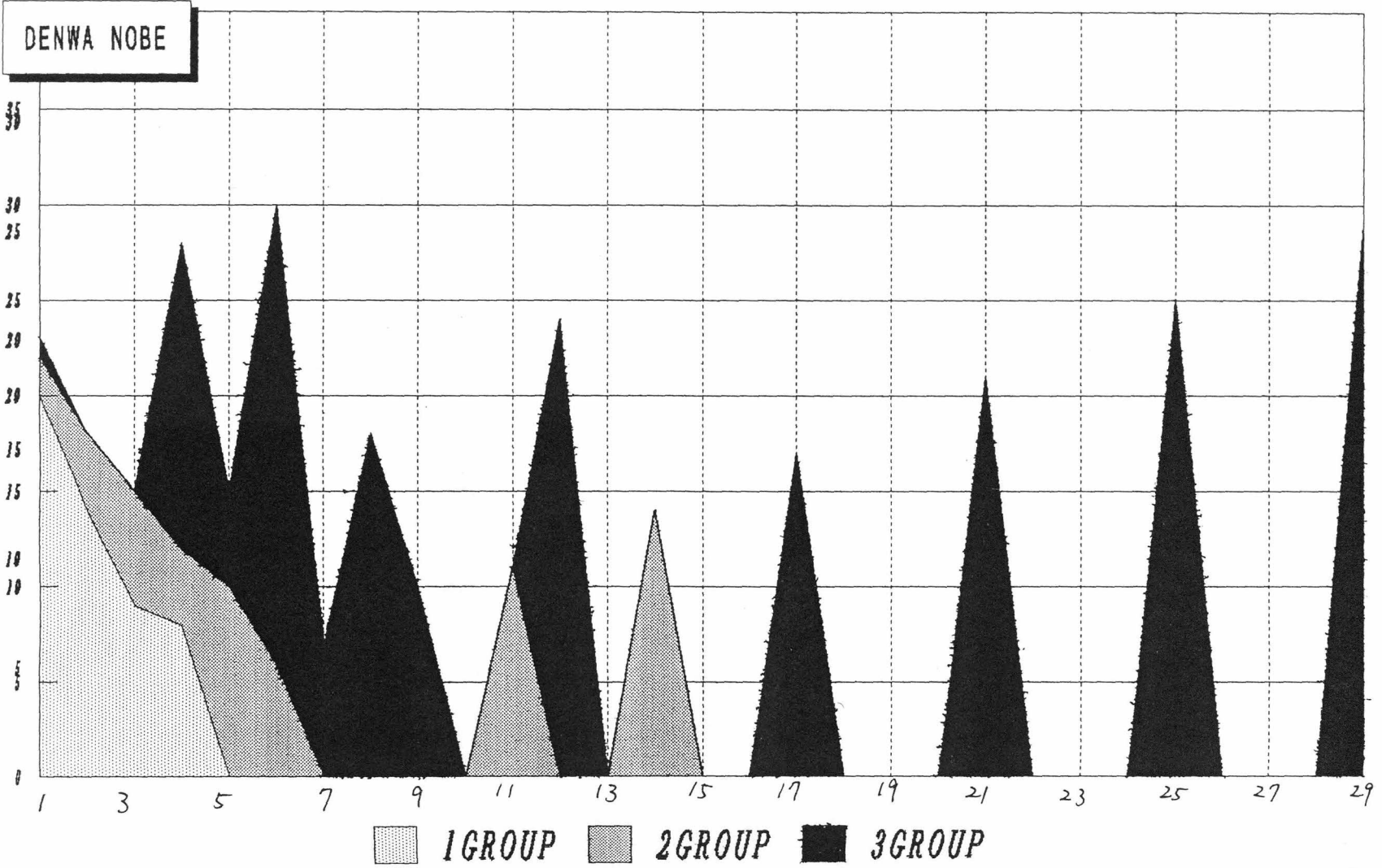
$\chi^2=95.5$ P < 0.01

表// ケースへの支援回数 一訪問、訪問外別一

	訪問支援	訪問以外の支援	計
1G	12 (14.6)	70 (85.4)	82 (11.8) (100.0)
2G	68 (52.3)	62 (47.7)	130 (18.7) (100.0)
3G	248 (51.3)	235 (48.7)	483 (69.5) (100.0)
計	328 (100.0)	367 (100.0)	695 (100.0) (100.0)

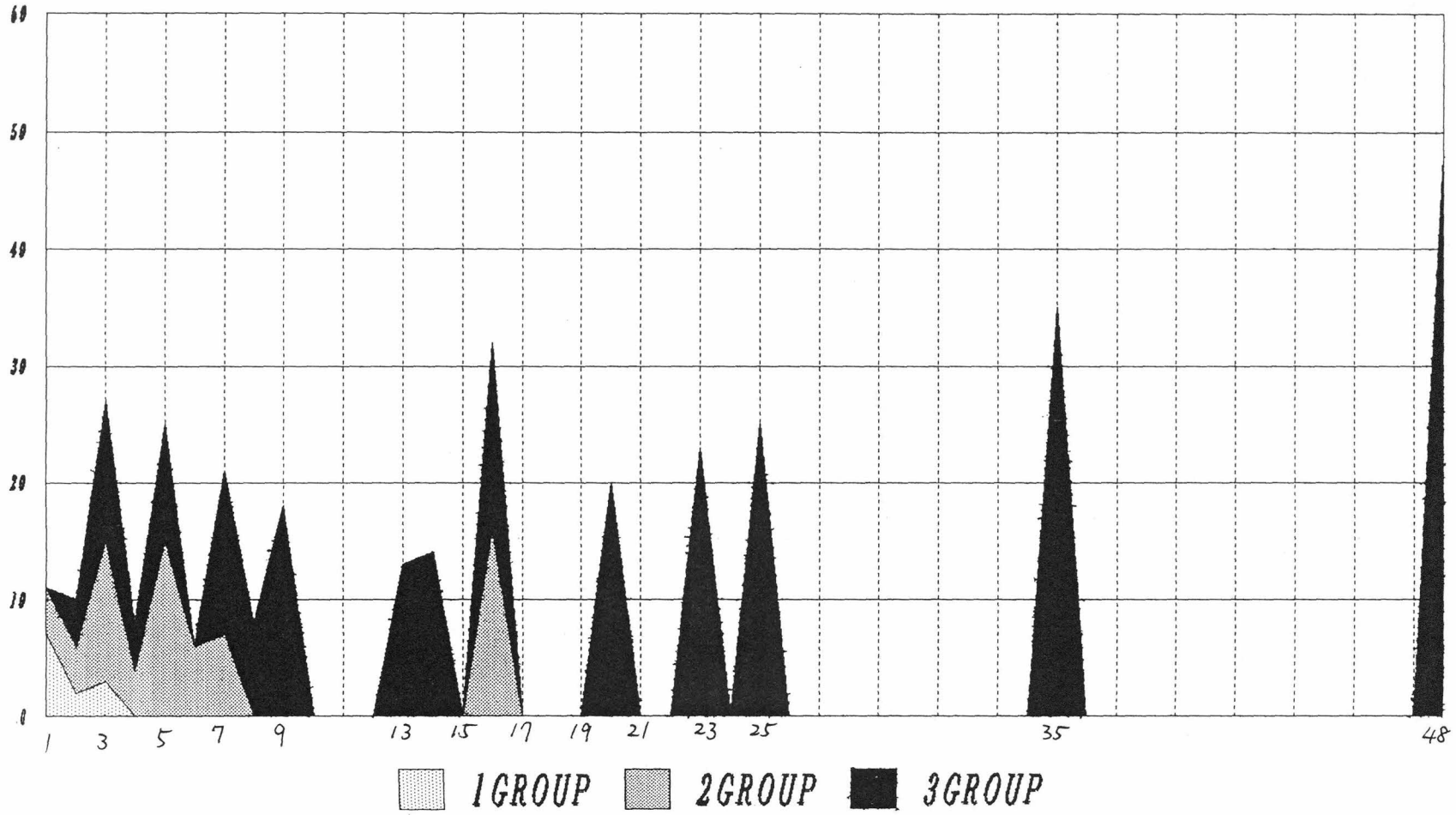
$$\chi_0^2=39.6 \quad P<0.01$$

6



14 7

HOUMON NOBE



3 段階：グループ分類に影響を与えている変数の概観

3 段階の研究手法

グループ分類を基準変数、アセスメント項目を説明変数として、クロス集計を行って関連性を分析した。分析に使用したコーディングシートは、付録に示した。

説明変数は、以下である。

- ・ 支援依頼経路
- ・ 要介護高齢者の状況（性別、年齢、居地、主疾患、病状、痴呆、精神症状、医療受療状況、身障認定、褥瘡、意欲）
- ・ 総合日常生活自立度
- ・ 日常生活自立度（移動、食事、排泄、入浴、着替え、容姿、意志疎通、視力（眼鏡）、聴力（補聴））
- ・ 家族（世帯員数、世帯構造）
- ・ 住居（種、エレベーター、トイレ、風呂）
- ・ 要介護者の部屋（専用部屋、階、ベッドかふとんか）
- ・ 介護ニーズ（買い物、調理、掃除、洗濯、外出介助、移動介助、食事介助排泄介助、入浴介助、清拭介助、着替え介助、容姿介助、意志疎通、服薬管理、訓練、連絡調整、財産管理、話し相手）
- ・ 処置
- ・ 夜間介護
- ・ 留守可能時間
- ・ 家族介護者の状況（年齢、性別、続柄、健康状態、介護期間（年）、就労、就労への影響、趣味、家族介護者の寝室）
- ・ 家族介護者の情報収集力、介護経験・介護知識、介護継続意志

- ・介護サポート（同居サポート、別居サポート、ヘルパーサポート）
- ・専門職　－頼れる存在の有無－
- ・相談内容（主訴　公的サービスの利用、特養入所、病院紹介、退院準備、介護方法、介護機器・用品、介護負担・不安感、介護関係、家族関係）
- ・ケースにタッチした機関と職種（市役所高齢福祉課ＣＷ、市役所身障福祉課ＣＷ、市役所生保ＣＷ、市役所保健婦、市役所看護婦、市役所栄養士、市役所高齢福祉課ヘルパー、市役所身障福祉課ヘルパー、家政婦紹介所の雇用者、家政婦、有料介護サービス業者のＣＷ、有料介護サービス業者の介護職、社協ＣＷ、社協の保健婦、社協の運転ボランティア、身障者センターのＰＴ、身障者センターの看護婦、身障者センターの送迎ボランティア、福祉会館職員、施設ＣＷ、施設介護職員、医師、病院看護婦、ＭＳＷ、保健所保健婦、入浴サービス業者の看護婦、介護機器用品業者、民生委員、その他）
- ・ケースにタッチした機関と職種（支援センターコーディネーター、支援センターケアスタッフ）
- ・連携のまとめ（関連職種の数、同行訪問の数、検討会の数・連絡支援の数）・ケースへの支援のまとめ（電話、来所、訪問、手紙、計）
- ・支援前ケースが利用していた公的保健福祉サービス（老人福祉手当、医療費助成（難病・身障）、日常生活用具給付、ショートステイ、デイサービス、施設入浴、訪問入浴、食事サービス、訪問看護、訪問リハビリ、ホームヘルプサービス）

- ・ 支援前に利用していた保健福祉サービスの利用数
- ・ 支援後ケースが利用した公的保健福祉サービス（老人福祉手当、介護手当、住宅改造費の助成、日常生活用具給付、ショートステイ、デイサービス、デイリハビリ、施設入浴、訪問入浴、食事サービス、訪問看護、訪問リハビリ、訪問歯科、特養入所、ホームヘルプサービス）
- ・ 支援後に利用し始めた公的保健福祉サービスの利用数

3 段階の研究結果

グループ分類に影響を与えるアセスメント項目の相互関係を把握するために関連係数を計算した。関連係数が0.2以上の強さで関連がみられた変数の中で、検定の結果、5%の確立で有意差が認められた変数に注目した。結果の一覧は、表12の通りである。尚、それぞれの変数とのクロス集計の結果は付録に示した。

表 1 2

表 12-1 グループ分類に影響を与える変数との相関関係

** 1%水準で有意
* 5%水準で有意

変 数 名	ケルールの関連係数	
支援依頼経路	.563	**
要介護高齢者の性別	.131	
要介護高齢者の年齢	.595	
要介護高齢者の居地	.133	
要介護高齢者の主疾患	.365	*
要介護高齢者の病状	.309	*
要介護高齢者の痴呆	.357	**
要介護高齢者の精神症状	.383	
医療	.306	
身障認定	.089	
褥瘡	.285	
意欲	.247	
総合日常生活自立度	.277	
日常生活自立度 —移動—	.220	
日常生活自立度 —食事—	.220	
日常生活自立度 —排泄—	.220	
日常生活自立度 —入浴—	.208	
日常生活自立度 —着替え—	.220	
日常生活自立度 —容姿—	.220	
日常生活自立度 —意志疎通—	.232	
日常生活自立度 —視力(眼鏡)—	.176	
日常生活自立度 —聴力(補聴)—	.111	
家族 —世帯員数—	.261	
家族 —世帯構造—	.274	
住居	.194	
エレベーター	.212	
要介護者の部屋 —階—	.212	
要介護者の部屋 —専用部屋—	.050	
要介護者の部屋 —就寝—	.103	
トイレ	.209	
風呂	.257	
介護ニーズ —買い物—	.207	
介護ニーズ —調理—	.224	
介護ニーズ —掃除—	.224	
介護ニーズ —洗濯—	.224	
介護ニーズ —外出介助—	.210	
介護ニーズ —移動介助—	.281	*
介護ニーズ —食事介助—	.271	**
介護ニーズ —排泄介助—	.309	**
介護ニーズ —入浴介助—	.283	**
介護ニーズ —清拭介助—	.291	**
介護ニーズ —着替え介助—	.302	**
介護ニーズ —容姿介助—	.291	*
介護ニーズ —意志疎通—	.237	
介護ニーズ —服薬管理—	.231	
介護ニーズ —訓練—	.231	
介護ニーズ —連絡調整—	.242	
介護ニーズ —財産管理—	.242	
介護ニーズ —話し相手—	.245	
処置	.271	
夜間介護	.127	
留守可能	.336	
家族介護者の年齢	.363	

家族介護者の性別	.119	
家族介護者続柄	.238	
家族介護者の健康状態	.198	
家族介護者の介護期間(年)	.585	
家族介護者の就労	.227	
家族介護者の就労への影響	.442	
家族介護者の趣味	.403	
家族介護者の寝室	.351	
家族介護者の情報収集力	.394	
家族介護者の介護経験・介護知識	.109	
家族介護者の介護継続意志	.388	*
介護サポート(同居サポート)	.189	
介護サポート(別居サポート)	.290	
介護サポート(ヘルパーサポート)	.099	
専門職 一頼れる存在の有無一	.347	*
相談内容(主訴) 公的サービスの利用	.460	**
相談内容(主訴) 特養入所	.187	
相談内容(主訴) 病院紹介	.035	
相談内容(主訴) 退院準備	.249	
相談内容(主訴) 介護方法	.111	
相談内容(主訴) 介護機器・用品	.261	
相談内容(主訴) 介護負担・不安感	.418	**
相談内容(主訴) 介護関係	.208	
相談内容(主訴) 家族関係	.055	
ケースにタッチした機関と職種(市役所高齢福祉課CW)	.454	**
ケースにタッチした機関と職種(市役所身障福祉課CW)	.068	
ケースにタッチした機関と職種(市役所生保CW)	.214	
ケースにタッチした機関と職種(市役所保健婦)	.453	**
ケースにタッチした機関と職種(市役所看護婦)	.165	
ケースにタッチした機関と職種(市役所栄養士)	.186	
ケースにタッチした機関と職種(市役所高齢福祉課ヘルパー)	.524	**
ケースにタッチした機関と職種(市役所身障福祉課ヘルパー)	.129	
ケースにタッチした機関と職種(家政婦紹介所 雇用者)	.186	
ケースにタッチした機関と職種(家政婦)	.289	*
ケースにタッチした機関と職種(有料介護サービス業者 CW)	.214	
ケースにタッチした機関と職種(有料介護サービス業者 介護職)	.214	
ケースにタッチした機関と職種(社協 CW)	.391	**
ケースにタッチした機関と職種(社協 保健婦)	.309	*
ケースにタッチした機関と職種(社協 運転ボランティア)	.306	*
ケースにタッチした機関と職種(身障者センター PT)	.269	
ケースにタッチした機関と職種(身障者センター 看護婦)	.265	
ケースにタッチした機関と職種(身障者センター 送迎ボランティア)	.186	
ケースにタッチした機関と職種(福祉会館職員)	.017	
ケースにタッチした機関と職種(施設CW)	.406	**
ケースにタッチした機関と職種(施設介護職員)	.457	**
ケースにタッチした機関と職種(病院 医師)	.435	**
ケースにタッチした機関と職種(病院 看護婦)	.236	
ケースにタッチした機関と職種(病院 MSW)	.326	*
ケースにタッチした機関と職種(保健所 保健婦)	.377	**
ケースにタッチした機関と職種(入浴サービス業者 看護婦)	.266	
ケースにタッチした機関と職種(介護機器用品業者)	.166	
ケースにタッチした機関と職種(民生委員)	.238	
ケースにタッチした機関と職種(その他)	.104	
ケースにタッチした機関と職種(支援センター コーディネーター)	.629	**
ケースにタッチした機関と職種(支援センター スタッフ)	.568	**
連携のまとめ 一関連職種の数一	.649	**
連携のまとめ 一同行訪問の数一	.473	**

連携のまとめ 一検討会の数一		.437	**
連絡支援の数		.685	
ケースとの支援回数一電話一		.706	
ケースとの支援回数一來所一		.228	
ケースとの支援回数一訪問一		.748	
ケースとの支援回数一手紙一		.194	
ケースとの支援回数一計一		.789	
支援前ケースが利用していた公的保健福祉サービス	老人福祉手当	.195	
支援前ケースが利用していた公的保健福祉サービス	医療費助成	.129	
支援前ケースが利用していた公的保健福祉サービス	日常生活用具給付	.129	
支援前ケースが利用していた公的保健福祉サービス	ショートステイ	.214	
支援前ケースが利用していた公的保健福祉サービス	デイサービス	.165	
支援前ケースが利用していた公的保健福祉サービス	施設入浴	.214	
支援前ケースが利用していた公的保健福祉サービス	訪問入浴	.165	
支援前ケースが利用していた公的保健福祉サービス	食事サービス	.117	
支援前ケースが利用していた公的保健福祉サービス	訪問看護	.236	
支援前ケースが利用していた公的保健福祉サービス	訪問リハビリ	.186	
支援前ケースが利用していた公的保健福祉サービス	ホームヘルプサービス	.098	
支援前ケースが利用していた公的保健福祉サービスの利用数		.248	
支援後ケースが利用していた公的保健福祉サービス	(老人福祉手当)	.289	*
支援後ケースが利用していた公的保健福祉サービス	(介護手当)	.214	
支援後ケースが利用していた公的保健福祉サービス	(住宅改造費の助成)	.117	
支援後ケースが利用していた公的保健福祉サービス	(日常生活用具給付)	.032	
支援後ケースが利用していた公的保健福祉サービス	(ショートステイ)	.336	*
支援後ケースが利用していた公的保健福祉サービス	(デイサービス)	.117	
支援後ケースが利用していた公的保健福祉サービス	(デイリハビリ)	.265	
支援後ケースが利用していた公的保健福祉サービス	(施設入浴)	.117	
支援後ケースが利用していた公的保健福祉サービス	(訪問入浴)	.186	
支援後ケースが利用していた公的保健福祉サービス	(食事サービス)	.104	
支援後ケースが利用していた公的保健福祉サービス	(訪問看護)	.282	
支援後ケースが利用していた公的保健福祉サービス	(訪問歯科)	.186	
支援後ケースが利用していた公的保健福祉サービス	(特養入所)	.104	
支援後ケースが利用していた公的保健福祉サービス	(ホームヘルプサービス)	.519	**
支援後ケースが利用していた公的保健福祉サービスの利用数		.377	*

4 段階：グループ分類に影響を与える要因

4 段階の研究手法

グループ分類を基準変数として、最も影響を強く与える要因を絞り込み、その構造を明かにするために数量化2類を行った。

数量化2類は判別分析である。的中率の高い結果が得られれば、支援開始時の情報によって、ケースがどのグループに所属するのか、どのような支援を求めていると考えられるか、ある程度の目安になるはずである。

そのため2類に投入する変数は、3段階の研究で得られたグループ分類との関連性が高い変数のうち、支援開始前に情報収集できるものに限ることとした。また、介護の必要度の各相関が高いので、移動介護の必要度を代表変数とした。投入できる可能性のある変数は、表13にしぼられた。

さらにそれぞれの変数間の関連性を計算すると、表14のような結果が得られた。数量化2類の的中率を上げるためには、独立性の高い変数を投入した方がよいため、他の変数すべてと0.2以上の関連性がある、x2：相談経路と、x6：主疾患は除いた。また、x8：痴呆の有無は、x71：介護の継続意志と0.45という高い関連がみられるため、x8を除くことにした。

表 1 3

表 1 4

基準変数をx1：グループ分類（カテゴリーは3つ 1.1グループ 2.2グループ 3.3グループ）と、他の説明変数とでクロス集計を行った。その結果、 $p < .05$ で有意で、かつ関連係数が.2以上の変数を取りあげ、表1に関連係数を示した。

表13 グループ分類との関連の強さ

	変数名	関連係数
x2	相談経路	.563
x6	主疾患	.365
x7	病状の安定さ	.309
x8	痴呆の有無	.357
x44	移動介護の必要程度	.281
x71	介護の継続意志	.388
x75	頼れる専門職の存在	.347
x76	公的サービスの利用相談	.460
x82	介護負担・不安の相談	.418

表14 説明変数間の関連性の強さ

	x2	x6	x7	x8	x44	x71	x75	x76	x82
x2		.33	.43	.37	.28	.43	.65	.41	.35
x6	.33		.44	.20	.34	.26	.44	.20	.24
x7	.43	.44		.11	.27	.27	.28	.01	.14
x8	.37	.20	.11		.31	.45	.11	.03	.32
x44	.28	.34	.27	.31		.18	.21	.06	.32
x71	.43	.26	.27	.45	.18		.21	.02	.11
x75	.65	.44	.28	.11	.21	.21		.05	.05
x76	.41	.20	.01	.03	.02	.02	.05		.17
x82	.35	.24	.14	.32	.11	.11	.05	.17	

4 段階の研究結果

6つの変数（x 7：病状の安定さ、x 44：移動介護の必要程度、x 71：介護の継続意志、x 75：頼れる専門職の存在、x 76：公的サービスの利用相談、x 82：介護負担・不安の相談）を投入して、数量化2類を計算した結果、表15のように2軸のカテゴリの重み係数が得られた。

数量1と数量2はどの群を他から判別している軸なのか、意味を理解するために表16に示される、判別空間における各群の重心をみてみた。すると、1グループはf1軸もf2軸も正、2グループはf1軸は負でf2軸は正、3グループはf1軸もf2軸も負である。このことから、f1軸は1グループを2・3グループから判別する軸、f2軸は3グループを1・2グループから判別する軸と理解ができる。

判別境界値は、判別した群の累積度数を図示することによって得られる。f1を図示すると、図8のようになり、f1の判別境界値は0.15である。同様にf2の判別境界値は図9から、-0.15である。それぞれのグループは表17の判別値で分類されると予測でき、この値での的中率みると、表18に示されるようになり、全体の的中率は62.2%であった。3グループを判別するf2の判別の的中率が低いことに問題があると考えられる。

表15

表16

図8

図9

表 1 7

表 1 8

表 15 数量化2類：重み係数（数量）

項目-カテゴリ	数量 1	数量 2
X7 病状の安定さ		
1安定・改善	6.39383D-03	-4.28596D-01
2不安定・進行	-1.41578D-02	9.49033D-01
X44 移動介護の必要程度		
1不要	1.60888D+00	1.40521D+00
2見守り程度	4.69206D-01	4.60387D-01
3かなり必要	-1.85322D-01	-1.76738D-01
X71 介護の継続意志		
1あり	2.91478D-01	2.33574D-03
2なし	-1.16591D+00	-9.34296D-03
X75 頼れる専門職の存在		
1あり	-1.45498D+00	8.53514D-01
2なし	2.68022D-01	-1.57226D-01
X76 公的サービス利用相談		
1該当あり	1.16563D-02	-3.80318D-01
2なし	-2.58103D-02	8.42134D-01
X82 介護負担・不安相談		
1該当あり	-2.01236D-01	-2.61460D-01
2なし	4.95350D-01	6.43594D-01
正準相関係数	0.69007	0.42699

表 16 判別空間における各群の重心

	有効 N	f 1 重心 = 平均値	f 2 重心 = 平均値
1グループ	14	0.9275	0.2557
2グループ	10	-0.9037	0.5579
3グループ	21	-0.1880	-0.4361

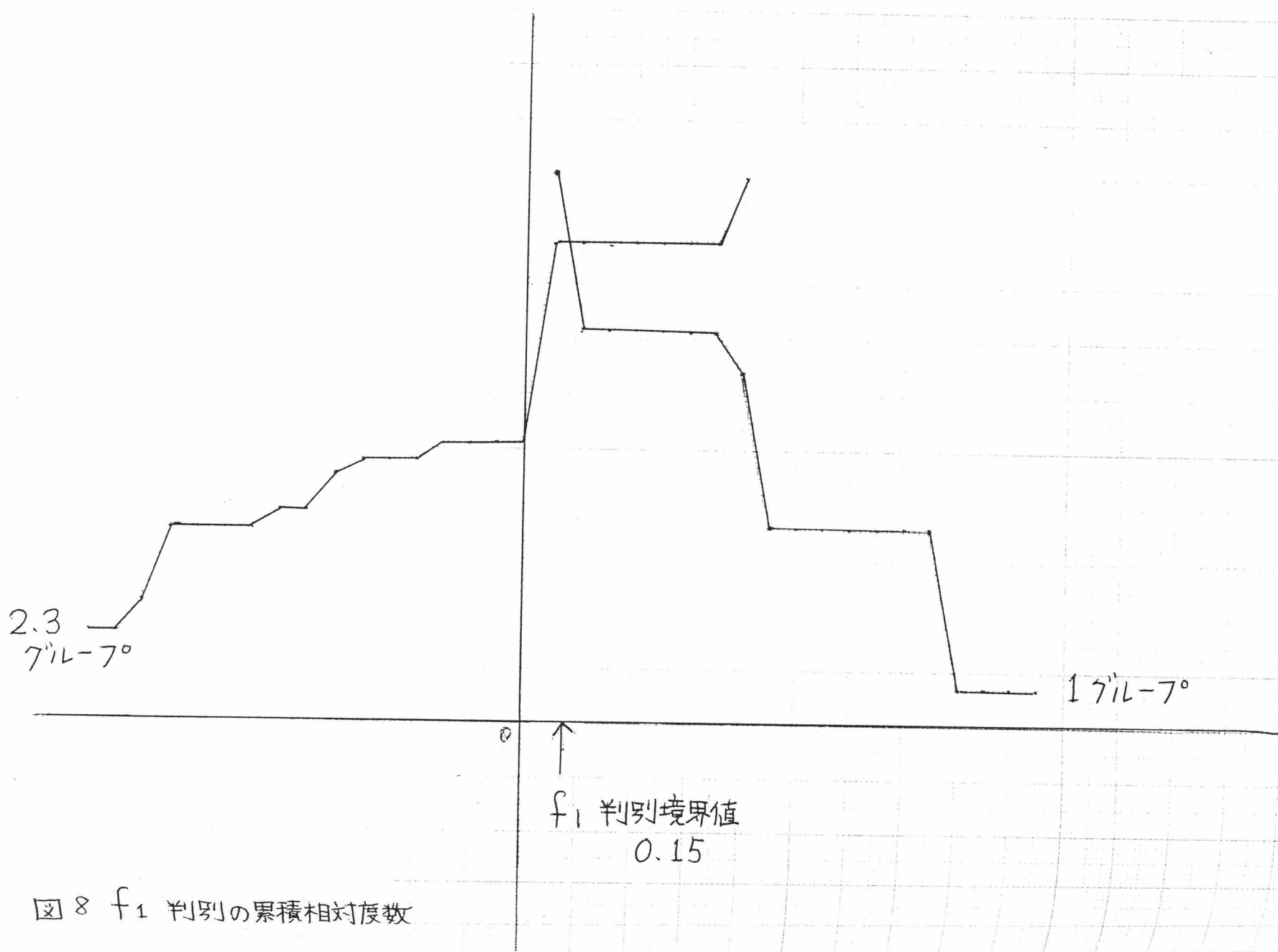


図 8 f_1 判別の累積相対度数

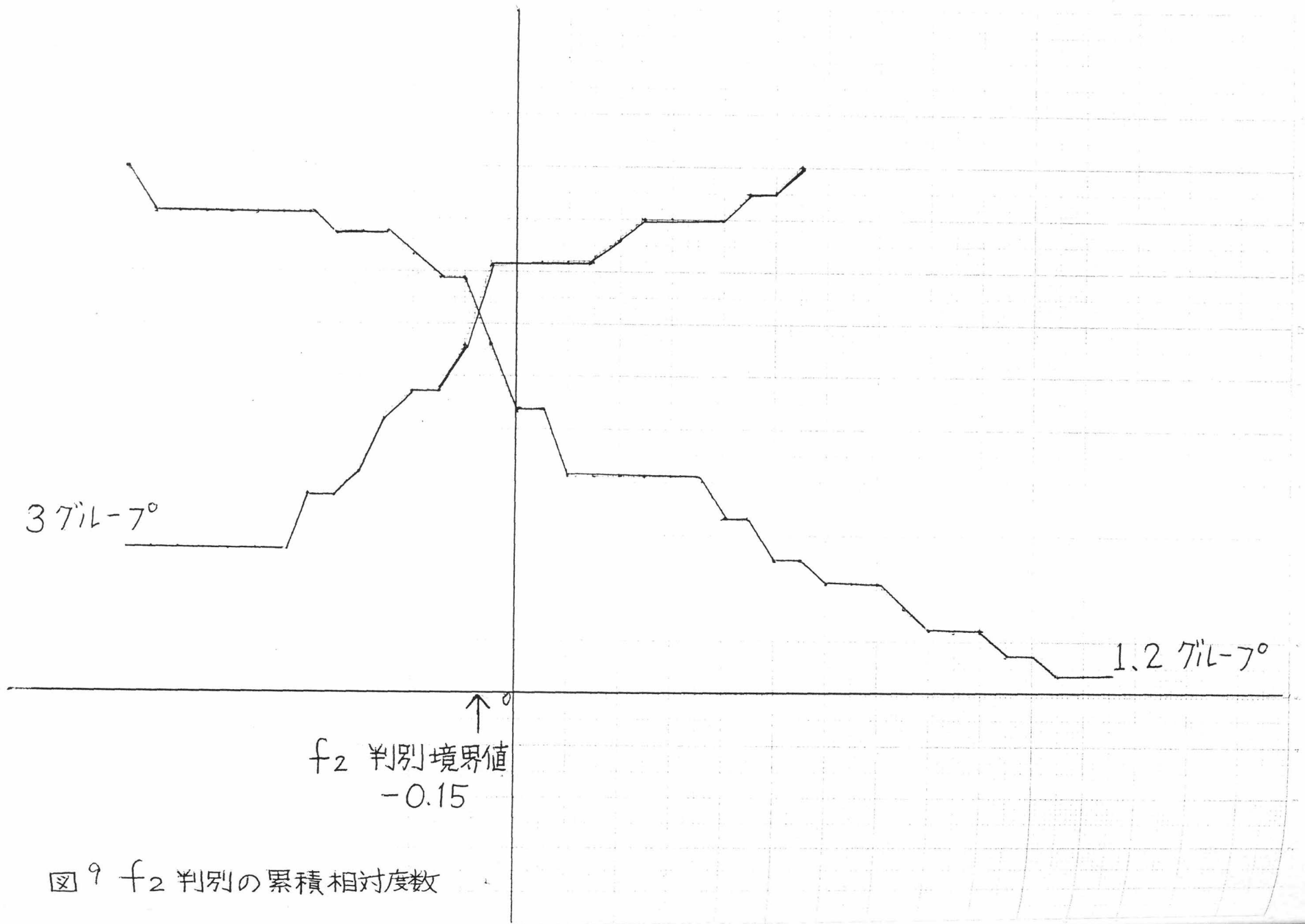


図 9 f_2 判別の累積相対度数

表 17 各群の判別境界値

	有効 N	f 1 境界値 0.15	f 2 境界値 -0.15
1グループ	14	$f_1 > 0.15$	$f_2 > -0.15$
2グループ	10	$f_1 < 0.15$	$f_2 > -0.15$
3グループ	21	$f_1 < 0.15$	$f_2 < -0.15$

表 18 判別の的中率

予測 実際	1グループ°	2グループ°	3グループ°	計
1グループ°	14	0	0	14
2グループ°	1	7	2	10
3グループ°	11	3	7	21
計	26	10	9	45

的中率 $28 / 45 = 62.2\%$

これらの結果をふまえると、6割の確立で介入の優先度と関わりの密度アセスメントに影響を与える要因を説明できることとなる。結果、介護ニーズと介護力のバランスラインとなる、介入の優先度と関わりの密度アセスメントに影響を与える要因は、“要介護者の病状の安定”、“移動介護の必要程度”、“主介護者の介護の継続意志”、“頼れる専門職の存在”、“公的サービス利用相談（主訴）”、“介護負担・不安相談（主訴）”であった。

よって、介護支援アセスメント項目は表19に示されるように、特に*印の項目は注意を要する必要があることが明らかになった。

表 1 9

表19 介護支援のための アセスメント項目 — 要注意の項目*印付き —

介護ニーズアセスメント項目	介護力アセスメント 項目	
要介護者の基本的属性 現病歴・既往歴 *病状の安定 受療状況 痴呆症状、問題行動 障害の部位と程度 ADL *移動介護の必要 コミュニケーション能力 体格、性格、印象 生活歴 経済状況	主介護者の介護力 主介護者の基本的属性 健康状態 介護知識・技術 介護を担うことに対する認識 *介護の継続意志 *介護負担感・不安 介護から離れられる時間と空間 要介護者との人間関係 情報をつかんで利用するための 、理解・判断・行動力	介護ネットワークからの介護力 同居家族、血縁の基本的属性 同居家族からのサポート内容 血縁からのサポート内容 近隣、知人からのサポート内容 *保健福祉サービスの利用 *頼りになる専門職の存在 適切な福祉機器の利用 住宅の構造 サポート間のネットワーク

さらにこれらの結果より、グループ分類に影響を与える要因とその構造が見え始めた。

1 グループに判別されるケース像は下記である。

要介護者は、病状が安定していて、見守り程度の移動介護があればなんとかやっけていける状態である。主介護者は介護の継続意志がある。頼れる専門職はいないが、それほど必要ない状況ともいえる。自分達で公的保健福祉サービスを求める力がある。介護負担感や不安はそれほどない。

2 グループに判別されるケース像は下記である。

要介護者は、病状が不安定で移動をはじめ、見守り程度の介護を必要とする。介護は大変だが、主介護者は介護の継続意志があり、頼れる専門職もいる。頼れる専門職が身近にいるので、必要なサービスはもう提供されているのか、あらためて相談することはない。もう、介護体制が整っているので、今不安はない。

3 グループに判別されるケース像は下記である。

要介護者は、病状は落ち着いているが、移動介護をはじめ、全体にかなりの介護を必要とする状況である。主介護者は、これ以上介護を継続していけないし、限界だと思っている。頼れる専門職はいない。公的保健福祉サービスを利用したいし、何かで助けてほしいと願っている。介護負担・不安がある。

さらに、介入の優先度と関わりの密度アセスメントによって、グループ分類を説明すると、1グループは、介護ニーズ<介護力でバランスラインの上の領域にあるケース、2グループは介護ニーズ=介護力でバランスラインにそっている領域にあるケース、3グループは介護ニーズ>介護力でバランスラインの下の領域にあるケース

ではないかとイメージできた。(図10)

図10

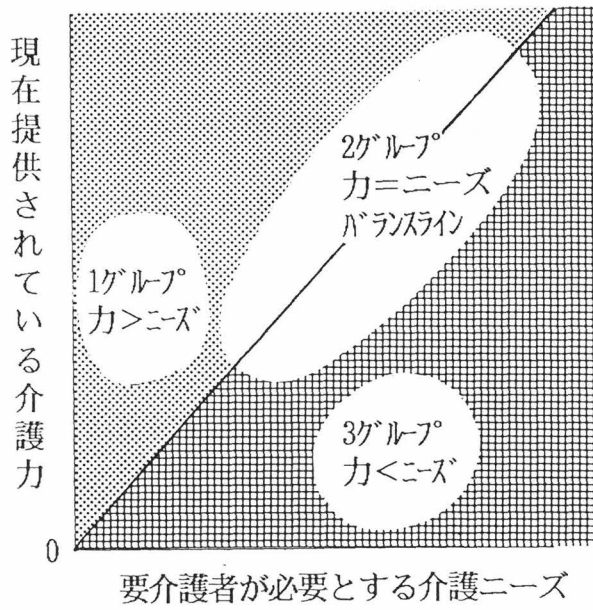


図 10 介護ニーズと介護力のバランスイメージ
—予測されるグループの領域—

第3章要約

第3章「介護アセスメントの枠組み」は、介護アセスメントに関する先行研究から知見を得て、介護アセスメントの枠組みの仮説を立て、介護支援実践の数量分析から仮説の検証と客観化を試みたものである。

介護支援方法論を問題解決アプローチを基盤として考えていくにあたって、介護問題をとらえる介護アセスメントの枠組みを明かにしたいと考えた。介護アセスメントの先行研究から知見を得、枠組を介護ニーズと介護力のバランスでとらえ、バランスラインとなる“介入の優先度と関わりの密度アセスメント”に注目した。そして、「バランスラインとは何か」を、介護支援実践の多変量解析から客観化することを試みた。

介護支援を求めるケースは3つに分類され、それぞれの支援パターンが明らかになった。1グループは2回未満の電話による支援で終結していることが多い。2グループは平均支援回数は7.6回で訪問も行っている。ケースの支援と関係機関との連絡支援の比率が6:4と割合多いのが特徴である。これは、サービスの導入や機関へのリファー支援を行っていることと、すでにケースマネージャーをつとめている専門職の介在があって、その専門職から要請のあった部分の支援のみを提供しているからであろうとみなされた。3グループは2グループの3倍の、平均23回の支援を行っていた。訪問が半数を占めていて、保健福祉サービスを導入しながら、継続的に支援を提供している。ケースによっては、ネットワークを組んでケースマネージャー的役割をとっているものもあった。

介護ニーズと介護力のバランス（介入の優先度と関わりの密度アセスメント）によってグループ分類を説明すると、1グループは介護ニーズ<介護力でバランスラインの上の領域にあるケース、2グループは介護ニーズ=介護力でバランスラインにそっている領域にあるケース、3グループは介護ニーズ>介護力

でバランスラインの下の領域にあるケースではないかとイメージできた。

バランスラインとなる介入の優先度と関わりの密度アセスメントに影響を与えるものは、要介護者の病状の安定、移動介護の必要程度、主介護者の介護の継続意志、頼れる専門職の存在、公的サービス利用の相談、介護負担・不安の6項目であった。これらの項目のカテゴリ量が得られ、実践の中でグループ判別を推測する参考にできることが示された。だが、判別の中率は62.2%にすぎない。さらなる介護アセスメントの研究が必要である。

第3章 <引用文献>

- 1) 藤崎宏子「要介護老人の在宅介護を規定する家族的要因」『総合都市研究』VOL39,1990,PP61-83.
- 2) 石塚正敏「寝たきり度判定基準のできるまで」『公衆衛生』VOL56, No1, 1992, PP69-71. 石塚は、寝たきりの概念を日本語と英語の表現を並列して表に示している。
- 3) 「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」作成検討会報告書『月刊福祉増刊号・施策資料集シリーズ 社会福祉関係施策資料集』11, 1993, PP89-92.
- 4) 前田大作・冷水豊「障害老人を介護する家族の主観的困難の要因分析」『社会老年学』VOL19, 1984, PP3-17.
- 5) 中谷陽明・東条光雅「家族介護者の受ける負担－負担感の測定と要因分析（痴呆性老人の家族介護に関する研究<特集>）」『社会老年学』VOL29, 1989, PP27-36.
- 6) 中谷陽明「在宅障害老人を介護する家族の燃えつき－”Maslach Burnout Inventory”適用の試み」『社会老年学』, VOL36, 1992, PP15-26.
- 7) 坂田周一「在宅痴呆性老人の家族介護継続意志」『社会老年学』, VOL29, 1989, PP37-43.
- 8) 大本圭野「寝たきり老人の在宅介護と家族構造－1－」『季刊社会保障研究』VOL24(2), 1988, PP205-220.
- 9) 袖井孝子「老人と家族のための介護システム」『季刊社会保障研究』VOL26 (1), 1990, PP14-22
- 10) 岡本多喜子「老年期痴呆の老人に対する介護の中断および継続

- の要因『社会老年学』VOL25,1987,PP67-80.
- 11) Laura J. Secord, Institution or Home Care? Predictors of Long-Term Care Placement Decisions, Interstudy Center for aging and long term care, 1986.
- 12) 今井（渡辺）裕美「在宅要介護老人の介護者・家族関係」『聖路加看護大学紀要』VOL14,1988,PP 54-64.
- 13) 渡辺裕美「介護相談の類型化のための一考察」『東洋大学大学院紀要』VOL27,1991,157-168.
- 14) 東京都社会福祉総合センター相談担当『在宅介護のかけ橋－介護相談の専門性と相談援助のあり方について』東京都社会福祉総合センター, 1991,PP3 5-63.
- 15) 渡辺裕美「高齢者在宅介護支援センターに求められる保健福祉サービス」『第51回日本公衆衛生学会』1992.

第4章 「介護支援の実際」

はじめに

これまでの章で、介護支援方法論を論じるための土台を固めてきた。だが、実際にどのようにして介護支援がおこなわれているのかをみなければ架空の論議をすすめることになってしまう。実践科学として介護をとらえるためには、ケースの事例性を研究することが不可欠である。ケースを詳しく分析することによって、介護支援方法論の基軸となる支援方法の具体的内容を浮かび上がらせることができるはずである。

どのケースにも使える平均した実践はあるはずもないが、ケースを分析することによって、何か共通する介護支援内容が目に見えはじめるのではないかと考えた。

研究目的

本章の研究目的は、介護支援実践から介護支援の内容を整理して概観することである。

研究方法

介護支援実践事例6ケース（支援パターンの異なる3グループから各2ケースを選択）を対象に、下記の手順で分析をすすめる。

1. 個々のケースに対して行った介護支援を要約する。
2. 各グループ別に介護支援内容を要約する。
3. これらを統合して、介護支援内容を概観する。

第1節 個々のケースに対して行った介護支援

1. ケースA（1グループ）

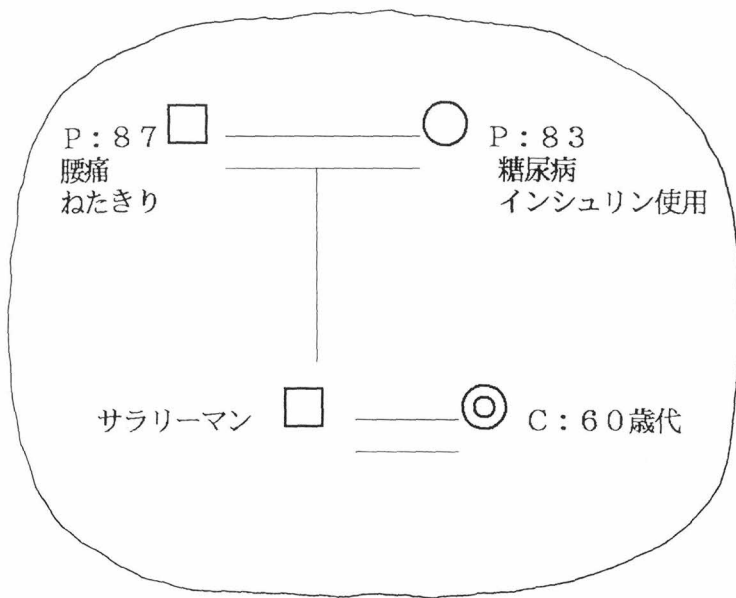
① ケースとの出会い

・ 支援依頼の経緯

60歳代の嫁から電話。「87歳の舅が一週間前から腰痛でねたきりになった。腰痛は少しづつよくなっているが、どこまで回復するかわからない。今後が心配。どんな福祉サービスがあるのかを知りたい。」

・ 家族構成を図1に示した。87歳の舅と83歳の姑を60歳代の嫁が介護している。姑の糖尿病は、インシュリンでコントロールを要する状態である。また、介護者の夫は仕事で昼間いないので、日中は介護を手伝ってくれる人はいないという。

図1 ケースAの家族構成



P : 要介護者本人
 C : 支援依頼者
 □ : 男性
 ○ : 女性
 ◎回 : 家族介護者

図 / ケースAの家族構成

② アセスメント

要介護者を二人抱えて、他に介護サポートがない状況である。家族介護者の嫁が息切れしないように今後の様子を把握していく必要があるだろう。ただ、現在は保健福祉サービスの利用導入までは求めているので、情報提供のルートづくりをしておけば安心するという状況のようである。

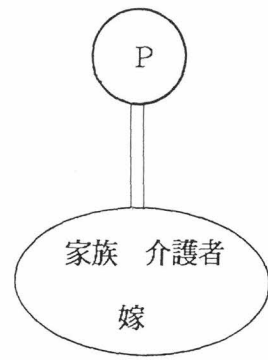
③ 介護支援内容

このケースに対しては、日常生活用具の給付（ベッド種類と値段）、入浴サービス（訪問と施設浴）、車椅子の貸与、訪問看護、老人福祉手当について情報提供した。だが、嫁は「いろいろなサービスがあることを知って安心した。今は手続きまではいらぬ。」と言うので、1回限りの電話支援で終結となった。

・介護サポートの変化を図2 に示したが、かわりはない。

図 2 ケースAの介護サポートの変化

支援前



支援後

変化なし

図 2 ケースAの介護サポートの変化

2. ケースB（1グループ）

① ケースとの出会い

・ 支援依頼の経緯

40歳代妹から電話。知人から支援センターを紹介されたという。「69歳の異母姉が脳血管疾患で倒れ、入院した。退院後の行き先がない。姉は独り暮らしで友達もなくパートで生計を立ててきた人。身寄りがないことが病院に知れると、早めに退院をせまられそうで相談するのをもためらってしまう。私はひきとれない。特養って何ですか。」

・ 家族構成を図3に示した。要介護者は69歳の女性。離婚して都内で独りで生計をたてていた。異母妹は別の市に家族と共に住んでいて、こちらも夫の父親を抱えている。姉妹とはいっても、母親が違うこともあり、あまり連絡もとりにあっていなかった。

図 3 ケースBの家族構成

② アセスメント

電話の声が細く、どう伝えたらよいのか話す内容もまとまっていない様子。姉が倒れて急に頼られることになったのだろう。迷惑だが他にだれも動く人がいないのでしかたなく情報収集にあたっているのだろう。とにかく詳しい状況を聞かなければなんともいえない。

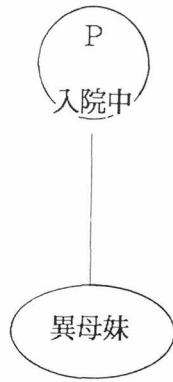
③ 介護支援の内容

在宅介護センターへ来所してもらう約束をして、その間に市役所に高齢者アパートと特養・養護の待機者の実状を確認した。来所時にこれらの情報を提供。退院後すぐの対応と、長期見通しの2本立てで考えていくことをその場で整理し、問題解決の方向性を確認した。その後、特養申請をすませてから転院、4ヶ月後に特養入所となった。

・介護サポートの変化を図4に示した。要介護者の生活の場は病院から特別養護老人ホームへ移った。

図 4 ケースBの介護サポートの変化

支援前



支援後

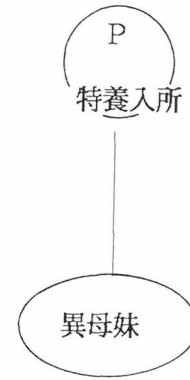


図 4 ケースBの介護サポートの変化

3. ケースC (2グループ)

① ケースとの出会い

・ 支援依頼の経緯

総合病院の医療ソーシャルワーカーから、退院後フォローしてほしいケースがあると支援依頼。40歳代の息子から電話があり、「74歳の父が退院といわれましたが、69歳の母は世話しきれないだろうと思うんです。世話する人を派遣してくれるんですか。」とのこと。

・ 家族構成を図5に示した。要介護者は74歳で、癌の骨転移で貧血症状が激しい。妻は69歳。甲状腺疾患のために通院していて、ふだんでもふとんを敷ていることが多い。同居の息子は独身である。娘は結婚して隣の市に住んでいる。

図 5 ケースCの家族構成

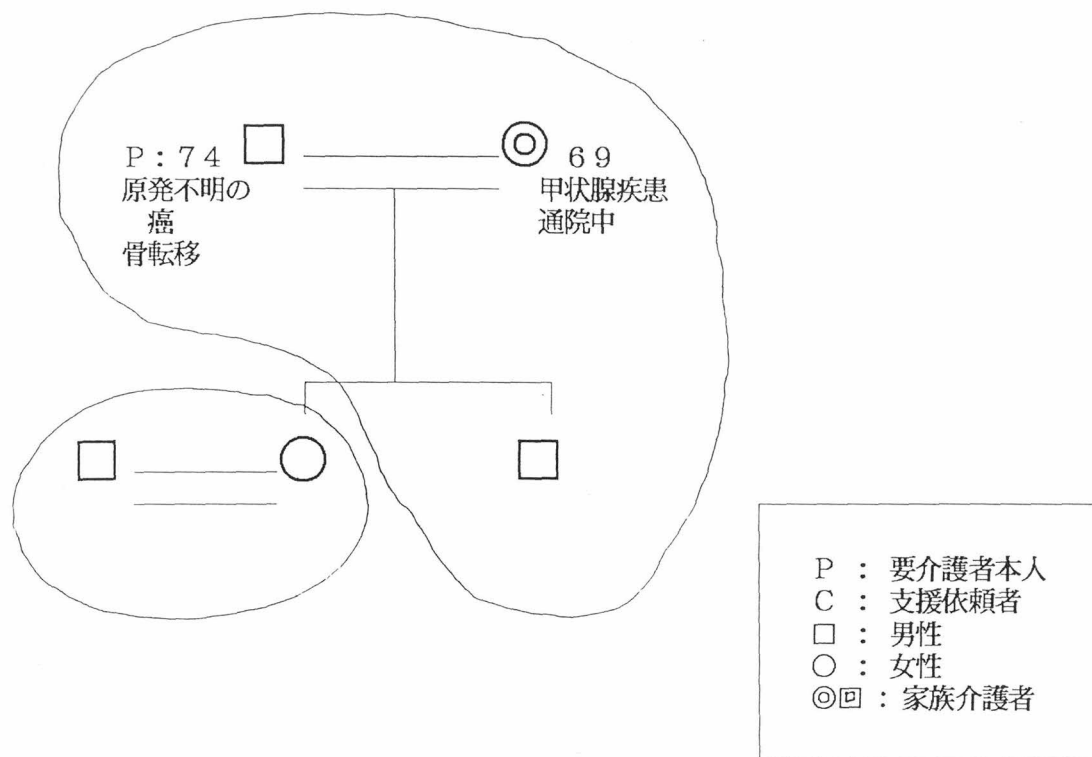


図 5 ケースCの家族構成

・ 病院訪問

まずは本人の状況を目で確認してからであると思い、即日、病院を訪問した。、本人の在宅の意向と状態を把握するとともに、婦長、医療ソーシャルワーカーからも情報収集。本人は、「家へ帰りたい。」と言ひ、主治医は、癌の転移による貧血で全身状態の低下はまぬがれないが、定期的通院で様子を見ていけるだろうとの診断。

・ 自宅訪問

これらの情報をふまえた上で自宅を訪問し、介護者の妻と息子にどのようにすすめていきたいのか意向を確認した。妻は、「私左手がしびれるんです。家で夫をみるのは無理じゃないかと思っているんですけど。食事をつくるのがめんどうです。ヘルパーさんっていくらですか。」と言う。

②アセスメント

主治医は在宅可能と判断しているが、家族介護者の妻は自分の体だるく、3食きちんと食べようとする夫がわずらわしく思っているようである。家事ヘルパーと介護ヘルパーの導入をすすめ、かなり妻の介護負担を軽減しなければならないだろう。だが、そうなると経済的負担が重くなる。癌の進行による全身低下はまぬがれないことであり、どこまで在宅が可能かは支援の量で左右される。

③支援内容

・ 退院準備として、ベッド一式給付と老人福祉手当を申請代行した。また、市内に住む娘が毎日買い物と調理を手伝いに来るのでヘルパーはいらないということになった。

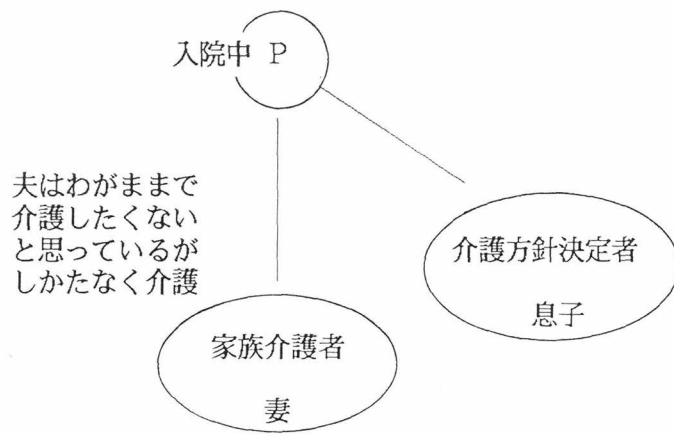
・退院時は、本人の状態がよく、屋内の移動が自立できる程度を維持できていた。その上、毎日娘が訪問して買い物や食事づくりを助けたため、妻の負担も重くならず、思ったよりも在宅がうまくいった。

・介護サポートの変化を図6に示した。退院後は娘が毎日訪れて日常生活が営めるようになりかなり支援するようになった。また、ベッドによって、起き上がりや立ち上がりが楽になり、安全と安楽と移動の自立が助けられた。

しかし、通院時に転倒して再入院となる。在宅は1ヶ月間に終わり、その後回復せずに転院先で逝去された。

図 6 ケースCの介護サポートの変化

支援前



支援後

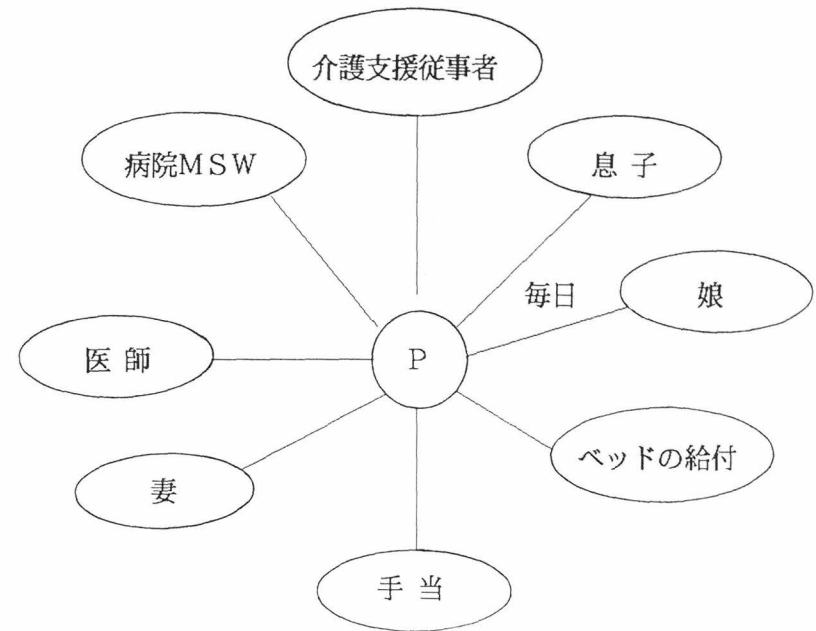


図 6 ケースCの介護サポートの変化

4. ケースD（2グループ）

① ケースとの出会い

・ 支援依頼

高齢者サービスセンターのケースワーカーから日常生活用具の給付（ベッド）の支援依頼があり、入浴サービスで施設を利用している要介護者と嫁と面接した。「80歳代の姑。痴呆のために徘徊がひどく、夜間もよつばいで動きまわっていたのですが、最近動きが少なくなったんです。もう落ちる心配がないので、ベッドにしようかと思ってはいたのですが、なかなか市役所へ手続きにも行けなくて。」とのこと。要介護者は寝たきりで、何に対しても全く反応がない状態であった。

・ 家族構成は図7 に示したように、家族4人暮らしである。姑を嫁が長年介護している。要介護者の娘もいるのだが、娘は口を出すだけで手はださないらしい。嫁は、娘達への意地もあり、ここまで一人でやってきたのだから最後まで看取る覚悟という。

図 7 ケースDの家族構成

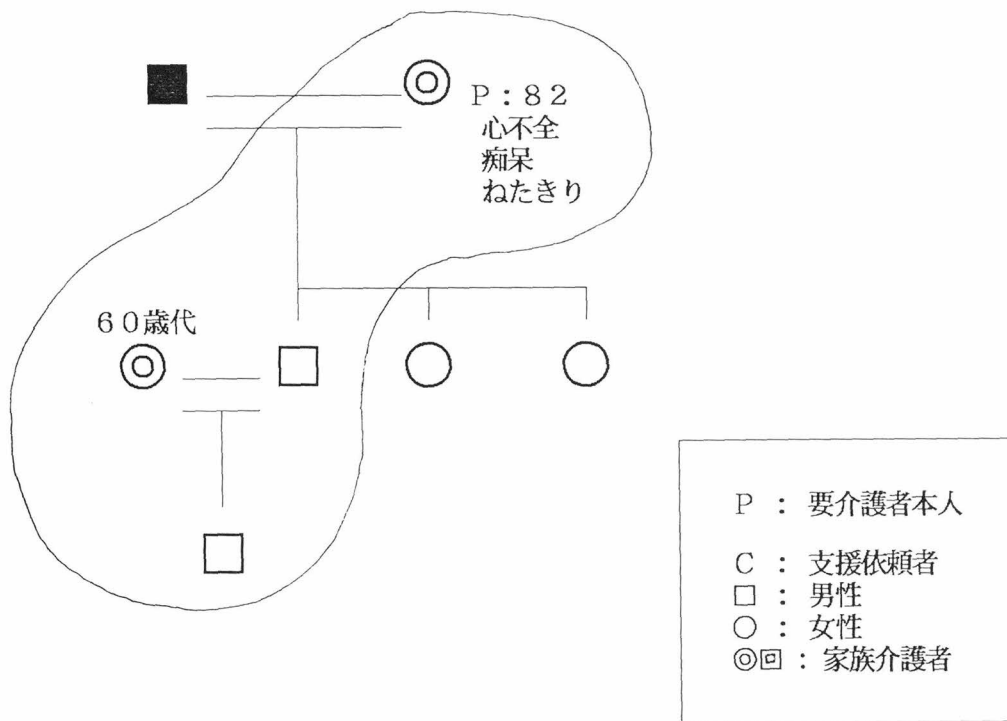


図 7 ケースDの家族構成

② アセスメント

これまで夜間の動きが激しいためにベッドが使えなかったということ。要介護者の状態が落ちてきたということだろう。少しでも家族介護者の負担が軽減するように、ハイロー機能がついている方がよいのではないだろうか。

③ 支援内容

このケースに対しては、すぐに自宅を訪問し、自己負担額と照らし合わせながらベッドの機種を選択できるように情報提供し、日常生活用具の給付申請を代行した。

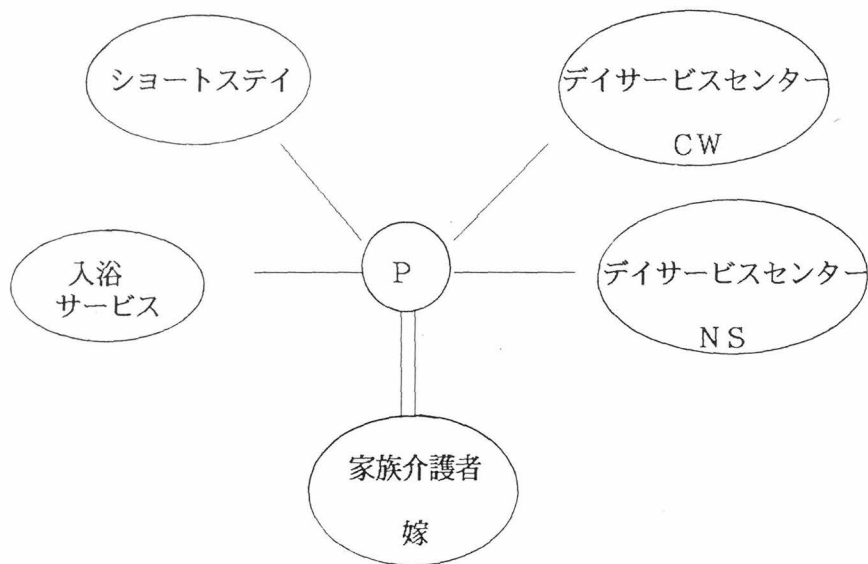
1週間程でベッドが搬入された。その後、さらに要介護者の状態が悪化したため、安楽を保持するエアマットの給付申請代行も行った。

・介護サポートの変化を図8に示した。もともと在宅サービスセンターのケースワーカーや看護婦が介入しているので、ベッドやエアマット等の介護環境を整える機器の給付の面だけで支援をおこなっている。

エアマットを給付した1ヶ月後に逝去された。

図 8 ケースDの介護サポートの変化

支援前



支援後

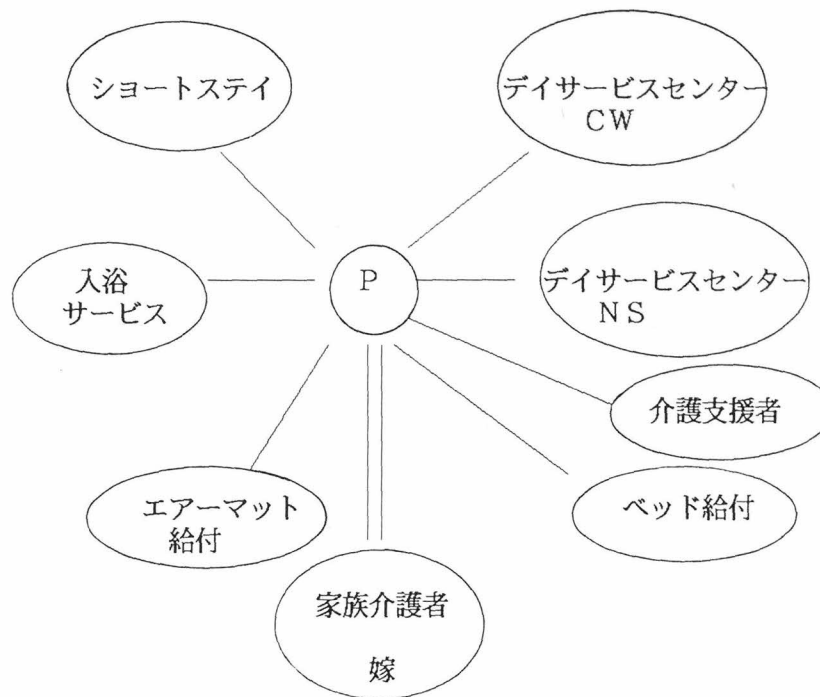


図 8 ケースDの介護サポートの変化

5. ケース E (3グループ)

① ケース紹介

・ 支援依頼の経緯

民生委員からの電話で「暗くて汚い部屋に一人でいる85歳の男性がいる。息子と二人暮らし。息子が市のサービスを受けることに抵抗、拒否する。近所に住む娘も困っているようだ。」とのこと。さっそく、民生委員を通じて息子と娘に訪問の許可をとり、民生委員と同行訪問した。

・ 自宅訪問

暗い部屋に失禁でぐっしりした布団が敷いてあり、布団を上げてみると、殿部があたる部分のジュータンがくさっている状況。要介護者は、ふらつきはあるが家具につかまりながらの移動は可。尿器をつかって排泄している様子である。性格は穏和でスムーズに会話ができる。本人はニコニコと訪問の受け入れはよいが、息子が抵抗ある様子。

・ 家族構成は図9に示した。85歳の要介護者と54歳の息子の二人暮らし。息子は朝早く夜遅いため日中独居である。さらに近所に住む娘は、手術後でまだ十分に体力が回復していないため、自分の体で精いっぱいという状況である。

図 9 ケース E の家族構成

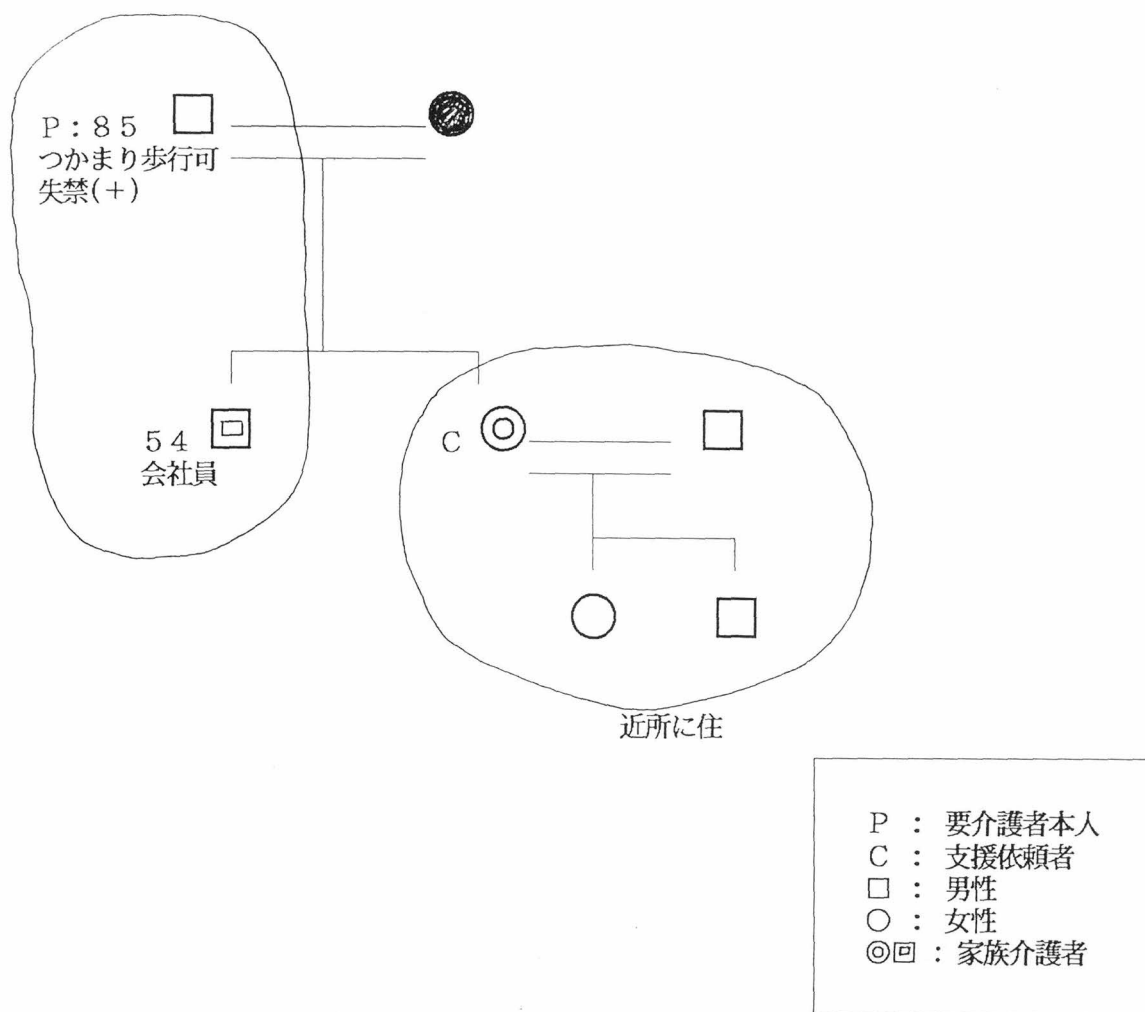


図 9 ケースEの家族構成

② アセスメント

要介護者は特に麻痺などなく、動かないで刺激がないためにだんだんと機能が落ちているようである。状態をこれ以上落とさないためにも介護支援が必要なのだが、本人も息子も気づいていない。ニーズが顕在化していないのだ。支援をはじめするためには、息子が介入を同意してくれることが先決。まずは頻回に訪問して、顔見知りになることから始め、信頼関係をつくないと進まない。

③ 支援内容

まずは言葉による説明よりも、具体的支援が有効と考えた。信頼を得るために、訪問する度に掃除や洗濯をして日常生活を整えた。また、娘と協力してふとんも取り替えた。入浴介助も行い、気分転換にと、近くの福祉会館の館長と連絡をとった上で、墨絵教室に車椅子で連れ出したりもした。10回程訪問支援を行う間に、息子の気持ちも変わり、ヘルパー導入と福祉会館のリハビリ申請を行えるようになった。

・ 支援プランの共有

介護ヘルパー導入にあたって、尚一層支援効果があがるように合同でケース検討を行った。目標を”墨絵教室やリハビリに積極的に参加して楽しめるようになる”と定めて一貫した支援ができるようにプランニングした。

表1 ケースEの支援プラン

表 / ケースEの支援プラン

支援目標：墨絵教室やリハビリに自分から積極的に参加して楽しめるようになる。

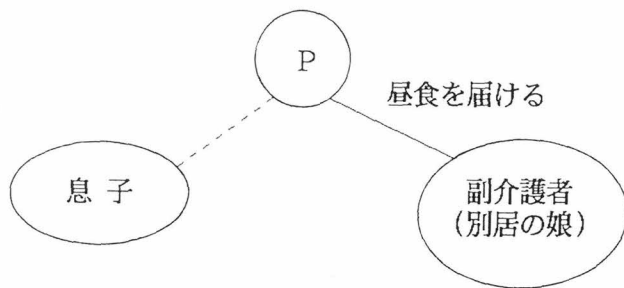
介護問題	支援プラン
# 1 生活に刺激がない	<ol style="list-style-type: none"> 1. 散歩や外気浴に誘う。 2. 意欲を引き出し、楽しめるように励ます。 3. 福社会館に来ている人と交流できるように配慮する。 4. 日常生活にリズムをつける。
# 2 転倒の危険がある	<ol style="list-style-type: none"> 1. 歩行時は後ろから軽く支える。 2. 常に足元を注意する。 3. 車椅子の乗り降りには特に事故を防止する。
# 3 失禁がある	<ol style="list-style-type: none"> 1. 時間をみてトイレへ誘う。 2. 行かないと言っても、もう一度声をかける。 3. トイレへの移動や排泄時に転倒しないように配慮する。

・その後、介護ヘルパーが福社会館の墨絵教室へ連れ出し、家政婦が掃除と洗濯を担当するようになった。さらにリハビリをすすめるために、市の保健婦が関わりはじめた。墨絵教室やリハビリに参加できるようになったが、支援開始の4ヶ月後、自宅内で転倒した。息子と共に受診につきそい、医師から「骨折はないので1週間後は動かしていい」との指示を受ける。在宅の支援体制を強化するために今後の方針をうちあわせたが、食事摂取が落ちたため、緊急入院となる。

・介護サポートの変化を図10に示した。さまざまな人が関わるようになり、生活がかなりかわったことがわかるであろう。ただ、軌道にのり始めた時に転倒して入院となったのが残念である。3ヶ月後に病院で逝去された。延べ、45回の支援を行った。

図 10 ケースEの介護サポートの変化

支援前



支援後

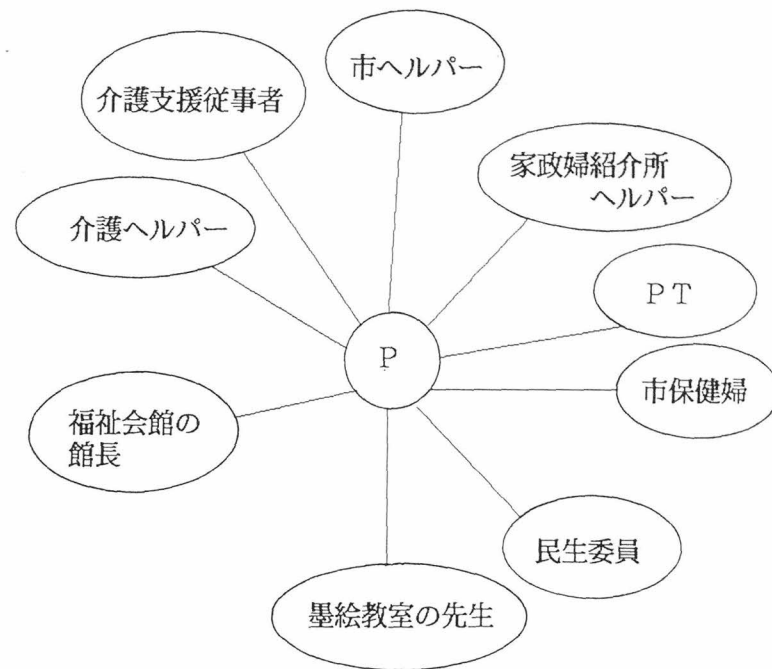


図 10 ケースEの介護サポートの変化

6. ケース F (3 グループ)

① ケース紹介

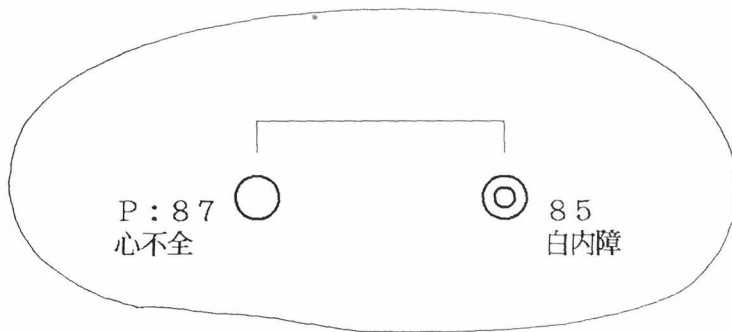
・支援依頼

市のヘルパーからの支援依頼。「87歳の姉が退院をせまられている。85歳の妹と二人暮らしだが、妹は白内障でほとんど見えない状態。本人も妹も退院には不安があると言う。様子を見に行ってもらいたい。」とのこと。

・家族構成は図 1 1 に示されるように87歳の姉と85歳の妹との二人暮らしである。これまで目が不自由な妹を姉が支えてきたのに、こんどは姉を妹が介護しなければならないことになってしまった。家族介護者になる妹の視力は、大きなマジックで書いた文字がなんとか見える程度。白内障のためにまぶしい天気が最も苦手で、買い物なども一人ではいけない。だが、屋内の家事は慣れているので不自由はない。

共に独身でよりそって生きてきたし、親戚も高齢で動けないために、頼れる親族はいないという状況である。

図 1 1 ケース F の家族構成



- P : 要介護者本人
- C : 支援依頼者
- : 男性
- : 女性
- ◎回 : 家族介護者

図 11 ケースFの家族構成

・ 病院訪問

市のヘルパーと病院へ同行訪問し、主治医から退院後の生活指導を受けた。心不全だが、服薬と減塩食を守って生活すれば大丈夫だろうとのこと。本人はかなりやせていて、足の筋力が落ちている。年末をひかえて退院となる。退院に同行し、介助を行う。

・ 自宅訪問

朝10時だというのに、まだ朝食を食べていないという。妹は「いつもこの時間です。私もこんなことはじめてなんで、どうしたらよいのか。誰か姉専門に人を頼んだ方がいいのかもしれないんですけどね。」

要介護者の姉はふとんから起き上がるのに介助が必要というので、側臥位になって起き、よつばいでコタツまで移動し、手をついて立ち上がる方法を練習した。

② アセスメント

姉妹で頼りあいながら生活しているが、なかなかたいへんそうである。ベッドの方がよい。とりあえず室内の移動ができるレベルまでもっていきたい。夜間の排泄が自立できるようになれば、少し介護負担が軽減されるかもしれない。退院後の生活が落ち着くまでは頻回な訪問支援が必要である。

③ 支援内容

支援開始時にすでに家政婦紹介所のヘルパーが定期的に支援していたので、どの支援を誰が担当するか調整が必要であった。話し合

いによって、買い物や介護者が外出するときの介助は家政婦紹介所ヘルパーが行い、健康状態の把握と自宅での入浴介助を支援センターで担当することになった。

・支援プランの共有

介護ヘルパー導入にあたり、合同でケース検討を行った。姉の支援目標を”現在の機能を保ち、生きる希望をもてる。”とし、介護者の妹の支援目標を”介護負担が軽減する。白内障手術を受けて視力が回復する。”とした。

表2 ケースF（姉）の支援プラン

表3 ケースF（妹）の支援プラン

・チームで協力しあって支援したが、退院後すぐに腎炎で1週間入院。退院の10日後に浮腫が著明になって救急入院。と、入退院を繰り返した。入退院時は医療ソーシャルワーカーと頻回に連絡をとりあった。姉妹は、会って顔を見るとお互い元気になれるが、離れていると不安という程、強い絆で結ばれている。入院中も、目の不自由な妹が病院へ行くのに同行したり、おむつを買ったり、洗濯物を持参する等の具体的支援を関係者で分担した。

また、家族介護者の妹が白内障の手術を受けられるように市のヘルパーが通院介助をおこない、手術の日程が決まった。その間は姉はショートステイを利用してもらうことにして対応し、晴れて妹の視力は回復した。

・介護サポートの変化を図12に示した。多機関の多職種が連携しながら支えていったことが支援効果を高めたのであろうと思われ

る。

その後やっと二人で穏やかに暮らすことができるようになった。延べ、60回の支援を行った。

図 1 2 ケース F の介護サポートの変化

表 2 ケースF（姉）の支援プラン

支援目標：これ以上機能が落ちないように希望がもてる。

清潔を維持し、事故がおこらない。

介護問題	支援プラン
#1 自力で入浴できない	<ol style="list-style-type: none"> 1. 皮膚の状態をみる。 2. 入浴介護を行う。 3. 入浴時は転倒しないように、必ず腰を支える。 4. すべらないように足元を注意する。
#2 歩行不安定	<ol style="list-style-type: none"> 1. 歩行時は腰をささえる。 2. つかまり歩行できるように家具を整える。 3. 転倒を防止を目配りする。
#3 心肥大、高血圧 腎炎、左膝関節血腫 がある	<ol style="list-style-type: none"> 1. 持病の状態、症状を聞く。 2. バイタルサイン（特に脈のみだれに注意）チェック。 3. 足の浮腫を観察する。
#4 朝の整容がスムーズにできない	<ol style="list-style-type: none"> 1. 朝の訪問は、陰部洗浄、オムツ交換、ねまきの着替え、洗面を手伝う。 2. 清潔が保たれているかを目配りする。
#5 失禁がある	<ol style="list-style-type: none"> 1. 昼間時間を決めてトイレへ誘導する。（2時間おき） 9時、11時、1時、3時、5時～ 2. 昼間はパンツ式オムツにサブパットをあてる。 3. 夜はパンツ式オムツに紙オムツをあてる。 4. 夜中はポータブルトイレをベッドサイドにおいて使う。

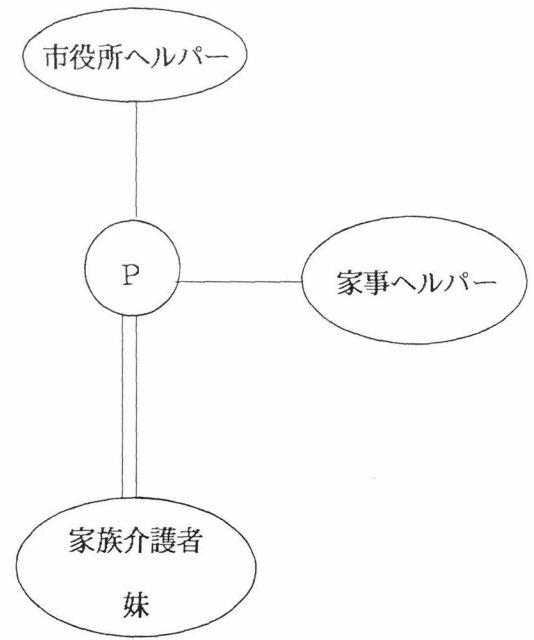
表 3 ケースF（妹）の支援プラン

支援目標：介護負担が少なくなる。

白内障の手術を受けて視力が回復する。

介護問題	支援プラン
#1 白内障で3センチ大の文字しか見えない	<ol style="list-style-type: none"> 1. 行動に対して目配りする。 2. 買い物や外出は代行するか、同行して介助する。 3. 緊急連絡先は大きな文字で決められた所を書いておく。 4. 伝えたいことや、確認することは、大きな文字に残す。 5. 白内障の手術が受けられるように支える。
#2 介護負担が大きい	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介護をサポートするために、ヘルパー間で仕事をわけあう。 2. 入浴介助など、力を要することは、代行する。 3. 室内の家事はこれまで通り行ってもらい、その他新しく増えた介護負担はできるだけ代行してサポートする。
#3 外の人に不信感を持ちやすい	<ol style="list-style-type: none"> 1. 信頼関係をつくる。 2. できるだけ細かいことまで話しあう。 3. 一つずつ意向を確認してすすめる。

支援前



支援後

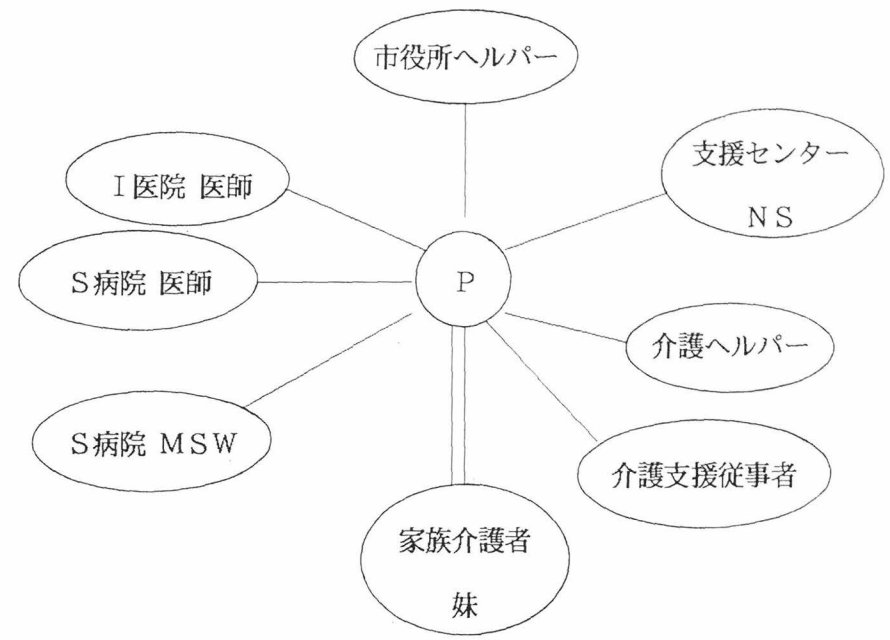


図 12 ケースFの介護サポートの変化

第2節 各グループ別介護支援内容

1. 1グループの介護支援内容

家族介護者の主訴は、「介護がとても大変なことをわかってほしい、介護方法がこれでよいのかどうか不安、よい方法を教えてほしい。」等の内容が多い。思いをそのままに共感するカウンセリング的支援が求められる。また、この群は介護ニーズに対する介護力があるため、適切な情報提供さえあれば、自分達で必要なサービスを得ていくことができるといえよう。1～2回の電話支援があれば、自分達で問題解決の方向を決めていけることが多い。

ということは、介護支援者は、家族介護者を通じて支援していくので、直接要介護者の状態を見ないままに一応終結してしまうのである。会わないで暮らしの場を見ることなく適切な支援を行うのは大変むづかしいことである。短時間の電話で即応的支援を行うには、介護支援者の経験に基づいた”イメージ””力量”がものをいう。支援を依頼してきた相談者を通して、要介護者の現状をできるだけ正確にイメージし、短時間でケースのニーズをはっきりさせるアセスメントの力がなければ、問題解決はできない。

たった一度の出会い、”初回接触”がとても重いのである。短時間の接触であっても、それが適した支援であれば、ぐっと心をつかむことができる。そして、その後また相談したいことが起こったときには、ためらいなくまた電話して支援を求めることにつながる。いつでもSOSが出せる支援者がいるということが、要介護者本人や家族介護者を支えるのである。

その初回を成功させるためには、その場でケースが求める情報を

提供することができなくてはならない。地域の介護関連情報の集積基地としての機能が要求されている。保健・医療、福祉サービスの概要だけでなく、実際に利用可能か、費用負担、利用の待ち時間、などの具体的な情報を、出し惜しみなく提供することが求められる。そのためには、そのサービスを実施している機関にすぐに問い合わせ、最新の情報をもらえるようにしておかなければならない。

医療機関の紹介は、地区の医師会のバックアップがなければできないし、縦割り行政窓口的な対応ではケースは満足しない。保健・医療、福祉サービスの情報が流れるしくみをつくっておくことが大切である。

2. 2グループの介護支援内容

2グループは、要介護者の介護ニーズは高いが、頼りになる専門職がいたり、すでにある程度対応する介護サポートが整えられている群ともいえる。何を支援してほしいかということがはっきりしていて、その部分について、限定した支援を求めていると理解できる。

家族介護者は介護に追われて身動きできず、情報が届きにくいところにいる場合が多いため、確実にサービスが受けられるようにリファーして、手続きを代行する支援が求められている。また、退院時等、介護の場が移りかわる時は、要介護者も家族も不安が強いので、うまくいくように体制を整える必要がある。介護方法を家族に指導することも多い。

支援内容からも推測されるように、ほとんどの場合訪問支援を行っている。だが、ずっと継続的に支援が求められるわけではない。限定された支援を集中的に提供することによって一応問題解決され

るので、その後は時々ケースの動きをみていけばよい。

他機関からケースを紹介され、サービスの申請代行を依頼される場合は、進行状況を紹介された機関の担当者に連絡することがとても大切である。こまめに連絡をとりあうことで、共同で支援をしているという同士の感覚が生まれるし、それはケースにとってもたいへんよい。専門職がバラバラのことを言い合うとケースは困ってしまう。その地域で連携する専門職者間の人間関係がうまくいけば、機関間の連携もうまくいくのである。

3. 3グループの介護支援内容

3群は、ニーズが複雑でしかも表面に浮かび上がっていないことが多く、関係機関が強く連携しながら、継続的にフォローしていく支援が求められている群である。訪問によって要介護者の状態や家族介護者の状況を目で確認しながら、密度の濃い支援を継続的に提供していくケース群ともいえる。

介護ニーズに対して介護力が不十分で、もうこれ以上同居家族等からのインフォーマルヘルプは期待できないことが多いので、専門的介護支援従事者の介入が最も求められている。

家族介護者の代わりに介護支援を行い、短期間に信頼関係をつくってケースの暮らしに入りこむことができるのが、介護支援従事者の強みである。決まりきった曜日と時間の支援ではなくて、状況に応じたフレキシブルな支援がもとめられることが多い。そういった支援が行える専門職は他にないため、より期待される。

さらに、必要によって保健福祉サービスを導入して介護サポートを補強していく。医療ニーズが高いケースには、主治医や看護婦、

医療ソーシャルワーカーからの情報が不可欠である。誰か一人の専門職が抱えていけるレベルではない場合は、関係職種がサポートネットワークをつくって連携しなければ支援効果はあわられない。

一人で頑張るのではなく、地域全体でケースを支えあう雰囲気をつくるのが、連携をスムーズにすすめるのである。多職種が関わる時に大切なのは、ケースとの連絡窓口になる人（ケースマネージャーともいえる）を中心として、それぞれの役割と機能を認めあうこと、必ずケース検討をすること、支援目標を共有すること、関係機関でこまめに連絡しあうことである。

最もケースに近い介護支援従事者が、連絡窓口になるほうがケースの思いをきちんと伝えることができるし、実態にあったケア目標をたてることもできる。さらに、動いていくケースの状況を常に把握し、共に揺れ、共に歩いていくことができるのは、継続して支援しているからである。その場を最も把握しているという事実が支援機能を効果的に増幅させていく。

第3節 介護支援内容の概観

介護支援内容概観すると、なぜ支援が依頼されたのか、その背景を情報収集することから始まっている。ケースとの初回接触は大変重く、信頼関係をつくることが支援の基礎である。そして、どのように問題解決をしたらよいのかをアセスメントされて、支援が実際に提供される過程を繰り返している。ニーズが顕在化していないケースや複雑に状況がからみあっているケースは、支援が開始されるまでかなりの時間を要する。このように、ケースの隠れたニーズに気づかせて動機づけていく専門性が重要である。

介護支援従事者の行う支援には2つの方法がある。一つは「直接介護支援」で、要介護者に対して行われる。体をさすったり、移動介助したり、買い物やそうじをしたり、あらゆる生活上のニーズを満たす支援である。いわゆる、「介護」である。

そして、もう一つは「介護サポートの補強・調整支援」である。家族介護者を励まし、不足している部分の介護力を補っていくための支援である。自らが家族介護者の代わりに介護を行うこともあれば、他の介護支援従事者とチームを組んで、組織的に支援することもある。保健福祉サービスも適宜組んでいく。

ここで、強調しなければならないのは、介護支援従事者が提供する介護サポートの補強・調整は、単に社会資源を配分するのとは異なることである。介護サポートの補強・調整がうまく機能するためには、支援プランを共有していくことが不可欠である。

ただいろいろな人が関わる、いろいろなサービスを導入するのと、どのように介護するのかをつめてプランニングを共有していくのと

は、支援効果が異なるのは当然のことではないだろうか。ケースの生活に入り込んでいる介護支援従事者であれば、もっとも現況を反映した情報をつかんでいるはずである。まずケースが信頼してくれるようになる。ケースのことを最も把握しているということが関係機関をも動かせるようになる。そして、内からも外からも介護サポートの補強・調整支援ができるのである。これはたいへんすぐれた、介護支援従事者の専門性である。

第4章要約

第4章「介護支援の実践」では、介護支援実践事例6ケース（支援パターンの異なる3グループから各2ケースを選択）の事例分析によって、介護支援方法論の基軸となる支援方法の具体的内容を概観した。

介護支援は支援が依頼された背景を情報収集しながら、ケースと信頼関係を結ぶことから始まり、何をどのように問題解決したらよいのかをアセスメントして支援が行われる過程を繰り返している。この過程において、顕在化していない介護ニーズに気づかせて、問題解決への動機づけをしていく力が重要なことが明かになった。

介護支援従事者の行う支援には「直接介入支援」と「介護サポートの補強・調整支援」の2つの方法があることが示された。

「直接介護支援」は、生きていくために必要な生活上のニーズを満たすためのもので、要介護者に対して提供されるものである。移動・排泄・清潔・食事などに代表される、いわゆる”介護”である。

「介護サポートの補強・調整支援」は、介護ニーズにみあった介護力をプランニングしていくものである。介護支援従事者が家族介護者の代わりに介護していただくだけでは足りない場合、チームで組織的に支援することや、保健福祉サービスを組み入れることもある。その際、ただ社会資源を導入するだけでなく、どのように介護するのかをプランニングして共有しながら働きかける方法をすすめられるので支援効果があがる。

ケースの生活に入り込んでいける介護支援従事者は、もっとも現況を反映した情報をつかむことができる。よく知っていてくれる人になることは、ケースの信頼を得ることになり、関係機関も動かせるようになる。内からも外からも介護サポートを提供できるということは、たいへんすぐれた介護支援従事者の

専門性であることが明かになった。