

介護老人保健施設における在宅復帰支援に関する研究

—在宅復帰マネジメントツールの開発—

A Study on Support for Home Discharge from Geriatric Health
Service Facilities:
Development of a Management Tool

2017年3月

九州保健福祉大学大学院

(通信制) 連合社会福祉学研究科

博士(後期)課程

D311403 中村 豪志

目次

第 1 章 研究の背景と研究目的

・ 第 1 節 問題の所在	1
・ 第 2 節 アセスメントツールの現状	5
・ 第 3 節 家族介護者の現状	8
・ 第 4 節 研究目的	10
・ 第 5 節 本論文の構成	11
・ 第 6 節 概念定義	11
・ 引用文献	12

第 2 章 老健におけるアセスメントツールと家族介護者評価の実態

・ 第 1 節 研究の背景と研究目的	14
・ 第 2 節 対象と方法	15
・ 第 3 節 結果	18
・ 第 4 節 考察	21
・ 引用文献	22

第 3 章 要介護者が老健から在宅復帰できるための要因

・ 第 1 節 研究の背景と研究目的	23
・ 第 2 節 対象と方法	24
・ 第 3 節 結果	25
・ 第 4 節 考察	28
・ 引用文献	29

第 4 章 家族介護者の負担感—A 県老健 B における調査—

・ 第 1 節 研究の背景と研究目的	30
・ 第 2 節 対象と方法	30
・ 第 3 節 結果	34
・ 第 4 節 考察	38
・ 引用文献	39

第 5 章 ADL 自立に向けた新たな支援方法—トイレ動作自立支援の取り組み—	
・ 第 1 節 研究の背景と研究目的	40
・ 第 2 節 対象と方法	42
・ 第 3 節 結果	45
・ 第 4 節 考察	46
・ 引用文献	47
第 6 章 在宅復帰マネジメントツールの開発	
・ 第 1 節 在宅復帰マネジメントツールの特徴	49
・ 第 2 節 各シートの概要	50
・ 参考文献	64
第 7 章 在宅復帰マネジメントツールによる在宅復帰の客観的指標	
・ 第 1 節 研究の背景と研究目的	65
・ 第 2 節 対象と方法	66
・ 第 3 節 結果	66
・ 第 4 節 考察	68
・ 引用文献	68
第 8 章 結論	
・ 第 1 節 本論文の成果及び結論	69
・ 第 2 節 本論文の課題と今後の展望	70
・ 謝辞	71

図表等一覧

図 1-1	65 歳以上の要介護者等の性別にみた介護が必要となった主な要因	3
図 1-2	介護を受けたい場所	3
図 1-3	最期を迎えたい場所	3
図 4-1	介護負担の有無	35
図 4-2	負担を感じる介護内容	36
図 4-3	介護に関する悩みの有無	36
図 4-4	家族介護者の悩み	37
図 4-5	在宅復帰が維持できるために必要と感じる動作	37
図 6-1	在宅復帰マネジメントツールの使用過程	50
図 7-1	ROC 曲線	67
表 1-1	在宅強化型老健と在宅支援加算型老健の要件のまとめ	4
表 1-2	課題分析標準項目	6
表 1-3	ケアプラン作成用の主なアセスメントツール	7
表 1-4	主なアセスメントツールの家族介護者評価	7
表 2-1	質問内容	16
表 2-2	施設区分	19
表 2-3	使用しているアセスメントツール	19
表 2-4	各種アセスメントツールの利用者への効果	19
表 2-5	各種アセスメントツールの在宅復帰効果	20
表 2-6	各種アセスメントツールの家族介護者支援効果	20
表 2-7	家族介護者への評価実施状況	20
表 3-1	在宅復帰に関する要因の質問事項	25
表 3-2	施設区分	26
表 3-3	在宅復帰要因（重要度）に関する探索的因子分析	27
表 3-4	在宅強化型老健施設を従属変数としたロジスティック回帰分析	27
表 4-1	質問内容	32
表 4-2	要介護者の属性	34
表 4-3	家族介護者の属性	35
表 5-1	対象者の属性	45
表 5-2	手すりなしと手すりありでの比較	45
表 5-3	手すりあり動作における重心動揺の指標間の相関係数	46
表 6-1	シート 1 の評価項目	51
表 6-2	シート 1 の評価基準	51
表 6-3	シート 4 の評価項目	52
表 7-1	在宅復帰群と非在宅復帰群の比較	67

表 7-2	シート 1 得点・シート 4 得点・合計得点のカットオフ値	67
写真 5-1	支持型手すりの使用例	42
写真 5-2	測定環境	44
写真 5-3	上げ下げ動作の開始・完了の基準部位	44
シート 1	利用者の在宅復帰を想定した生活アセスメント①～③	54
シート 2	在宅復帰に向けた排泄アセスメント	57
シート 3	家族介護者フェイスシート	58
シート 4	家族介護者アセスメント	59
シート 5	地域資源アセスメント	60
シート 6	在宅復帰後の生活パターンと家族介護者等の関わり	61
シート 7	在宅復帰判定	62
シート 8	利用者および家族介護者の支援計画	63
資料 1	アンケート調査用紙（第 2 章・第 3 章）	72
資料 2	アンケート調査用紙（第 4 章）	79

abstract

This paper aimed to research the factors related to home discharge from geriatric health service facilities and develop a management tool to assist those dependent on care and their caregivers. Management for home discharge was defined as multi-disciplinary support in home discharge, provided to those dependent on care and their caregivers, and attempted to develop management tool for home discharge.

Firstly, a postal survey was sent to 542 care managers in geriatric health service facilities in Kyushu and Okinawa, Japan. A total of 147-150 valid responses were received. The data showed that assessment seat was not enough for home discharge and caregivers support. Furthermore, in geriatric health service facilities caregivers support was not provided sufficiently. Using exploratory factor analysis, three factors related to home discharge from geriatric health service facilities were identified. Geriatric health service facilities strengthening home discharge more enthusiastically practiced ADL support for those dependent on care and provided information more often than did the other geriatric health service facilities. When individuals are discharged home from geriatric health service facilities, ADL support is needed for those dependent on care, and educational support is necessary for family caregivers.

Subsequently, a questionnaire survey was conducted with 37 caregivers to investigate their sense of burden. A total of 36 valid responses were received. A large proportion of caregivers worried about care and felt burden when they provided toileting assistance.

Therefore, we identified need for support system that would promote independence during toilet use and examined the efficacy of pulling a lower garment up and down with one upper limb while leaning over a handrail. We analyzed time, sway in the center of gravity, rectangular area, ratio of gravity deviation, and moving distance of the ear lobe for sagittal plane assessment. Sway in the center of gravity, rectangular area, and moving distance of the ear lobe were significantly lower when using the handrail than when not using it. A positive correlation was found between the sway in the center of gravity and the rectangular area while pulling up short pants, and between the rectangular area and the moving distance of the ear lobe while pulling down short pants. These results suggest that pulling a lower garment up and down with one upper limb while leaning on a handrail is effective for hemiplegic patients with a standing balance disorder.

On the basis of the above-mentioned results, management tool was developed for home discharge from geriatric health service facilities, consisting of eight assessment sheets: i) assessment of ADL and IADL in those dependent on care, ii) assessment of elimination in those dependent on care, iii) face sheet for caregivers, iv) assessment

of caregivers, v) assessment of local resources, vi) life pattern comparison of those independent on care and caregivers, vii) judgment of possible or impossible home discharge from geriatric health service facilities, and viii) planning of support for those dependent on care and caregivers.

A fundamental characteristic of the management tool for home discharge from geriatric health service facilities is the assessment of ADL at home, placing importance on elimination, and assessment and planning for not only those dependent on care but also caregivers.

Cutoff values of for sheet 1 (assessment of ADL and IADL in those dependent on care) and sheet 4 (assessment of caregivers) were obtained from previous research. The cutoff value for sheet 1 was 50 (perfect score: 100), that for seat 4 was 23 (perfect score: 30), and that for the total number of points was 71 (perfect score: 130).

We propose the use of objective indexes of home discharge from geriatric health service facilities as a new approach to support those dependent on care. The validity and reliability of the management tool for home discharge need to be tested in future research.

第 1 章 研究の背景と研究目的

現在，日本では高齢化が進行し，高齢化率は 26.0%である．高齢者の住まいは多様化しているが，要介護になった場合は自宅での生活を希望する者が多い．2000 年 4 月より公的介護保険制度が開始され，介護の社会化が進められている．介護老人保健施設（以下，老健）は在宅復帰・在宅生活支援を主な役割とした施設であるが，全国的にみると，その役割は十分に果たされていないと言われている．在宅復帰が十分でない原因として，老健から在宅復帰を適切に進めるための要介護者へのアセスメントや支援，家族介護者への支援に課題があると考えられる．そこで，本章では，文献研究により，要介護者の現状，老健の現状，アセスメントツールの現状，家族介護者およびその支援制度の現状の把握を試みた．その結果，家族介護者は様々な課題を抱えていること，既存のアセスメントツールでは家族介護者の評価が十分に行えない可能性が示唆された．これらを踏まえて本研究の目的を述べる．

第 1 節 問題の所在

厚生労働省の簡易生命表によると，平成 25 年現在で男性の平均寿命は 80.21 年，女性の平均寿命は 86.61 年となった（厚生労働省 2013）¹⁾．また，高齢者率は 26.0%となり，25%を上回っている（内閣府 2015：6）²⁾．高齢化の要因は大きく分けて，①死亡率の低下による 65 歳以上人口の増加と，②少子化の進行による若年人口の減少，の 2 つである（内閣府 2015：7）²⁾．このように，日本では高齢化が進み，経験したことの無い超高齢社会になっている．

介護保険制度における要介護者または要支援者と認定された人(以下，要介護者等)のうち，65 歳以上の人の数についてみると，平成 24 年度末で 545.7 万人となっており，13 年度末から 258.0 万人増加しており，第 1 号被保険者の 17.6%を占めている．また，65～74 歳と 75 歳以上の被保険者について，それぞれ要支援，要介護の認定を受けた人の割合をみると，65～74 歳で要支援の認定を受けた人は 1.4%，要介護の認定を受けた人が 3.0%であるのに対して，75 歳以上では要支援の認定を受けた人は 8.4%，要介護の認定を受けた人は 23.0%となっており，75 歳以上になると要介護の認定を受ける人の割合が大きく上昇する（内閣府 2015：24）²⁾．

65 歳以上の要介護者等について，介護が必要になった主な原因についてみると，「脳血管疾患」が 17.2%と最も多く，次いで「認知症」16.4%，「高齢による衰弱」13.9%，「骨折・転倒」12.2%となっている．男性の場合，「脳血管疾患」が 26.3%と特に多くなっている（図 1-1）（内閣府 2015：24）²⁾．

「日常生活を送る上で介護が必要になった場合に，どこで介護を受けたいか」という質問の回答は，男女とも「自宅で介護してほしい」人が最も多いが，男性は 42.2%，女性は

30.2%と、男性の方が自宅での介護を希望する割合が高くなっている（図 1-2）（内閣府 2015：28-29）²⁾。また、「最期を迎えたい場所はどこか」という質問の回答は、男女ともに「自宅を希望する」という回答が最も多かった（図 1-3）（内閣府 2015：29）²⁾。近年、高齢者の住まいは多様化しているが、要介護者にとって依然として自宅が重要な場所であることが伺える。

要介護者の在宅復帰を支援する施設として介護老人保健施設（以下、老健）がある。老健は、1986（昭和 61）年の老人保健法改正により、社会的入院を削減するための中間施設として創設された。当初は「老人保健施設」という名称だったが、2000（平成 12）年の介護保険法施行により、「介護老人保健施設」となった。公益社団法人全国老人保健施設協会は、老健の理念と役割として、①包括的ケアサービス施設、②リハビリテーション施設、③在宅復帰施設、④在宅生活支援施設、⑤地域に根差した施設を掲げている（全国老人保健施設協会 2015：3）³⁾。前述した要介護状態の主な原因となる脳卒中や骨折などの回復経過は、おおむね急性期、回復期、生活期（維持期）に分類されている。その中で、老健は生活期における在宅復帰支援を主な目的としており、ここでの経過は自宅で生活できるか、長期的に滞在可能な施設に入所するかの重要な分岐点となる。平成 27 年度版介護白書（全国老人保健施設協会 2015：111）³⁾によると、老健は 2015 年 3 月 31 日現在 3,998 施設あると報告されており、2013 年の要介護度別在所者数の構成割合では要介護 4 が 27.0%で最も多く、平均要介護度は 3.30、平均在所日数は 311.3 日だった。

現在、老健は「在宅強化型老健施設」「在宅復帰・在宅療養支援機能加算施設」「従来型老健施設」「介護療養型老健施設」の 4 つに分類される（全国老人保健施設協会 2015：174）³⁾。このうち、「在宅強化型老健施設」は在宅復帰率 50%超などの要件、「在宅復帰・在宅療養支援機能加算施設」は同 30%超などの要件が課されており、要件を満たせば所定の加算を取得できる（表 1-1）。これらの老健は、在宅復帰のために機能しているといえる。特に「在宅強化型老健施設」を取得すると、「従来型老健施設」に比べて基本報酬が高く設定されており、在宅復帰の支援は老健の経営にも大きな影響を及ぼす（全国老人保健施設協会 2015：11）⁴⁾。しかし、全国老人保健施設協会の平成 27 年度 4 月介護報酬改定直後の実態調査によると、「在宅強化型老健施設」「在宅復帰・在宅療養支援機能加算」を取得している施設の割合は、平成 27 年 4 月でそれぞれ 12.4%、25.7%であった（全国老人保健施設協会 2015：62）⁴⁾。取得率は伸びてきているが、約 6 割の老健が依然として在宅復帰の機能を十分に果たすことができていない。吉本ら（2011）⁵⁾、奥野ら（2006）⁶⁾も老健の在宅復帰機能の低下を指摘している。

在宅復帰が十分でない原因として、老健から在宅復帰を適切に進めるための要介護者へのアセスメントや在宅復帰の判断、家族介護者への支援に課題があると考えられる。その課題を解決するためには、新たな在宅復帰支援の方法論を構築することが求められる。そこで、まず文献研究により、アセスメントツールの現状、家族介護者およびその支援制度の現状の把握を試みる。

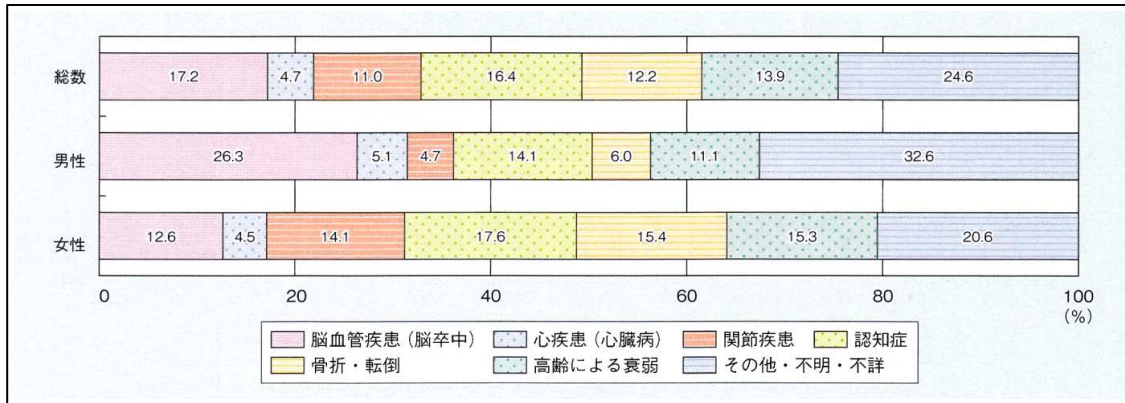


図 1-1 65歳以上の要介護者等の性別にみた介護が必要となった主な要因
(内閣府「高齢社会白書(平成27年度版)」より転載)

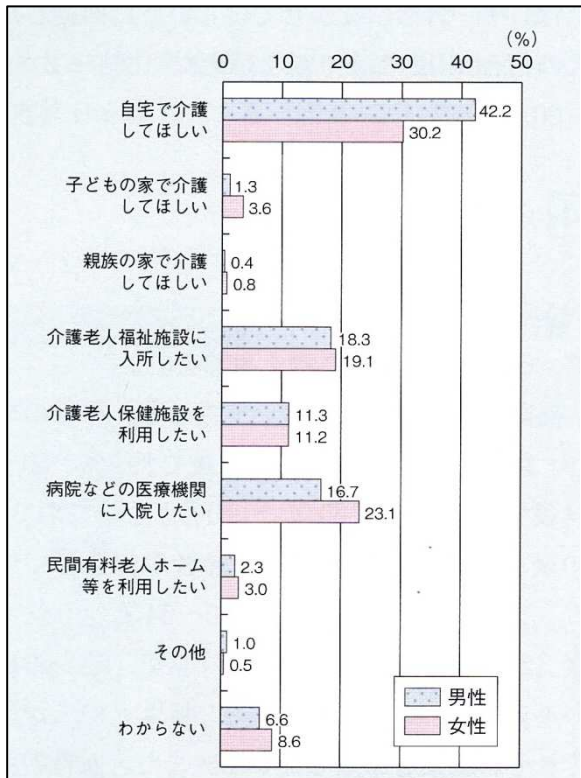


図 1-2 介護を受けたい場所
(内閣府「高齢社会白書(平成27年度版)」より転載)

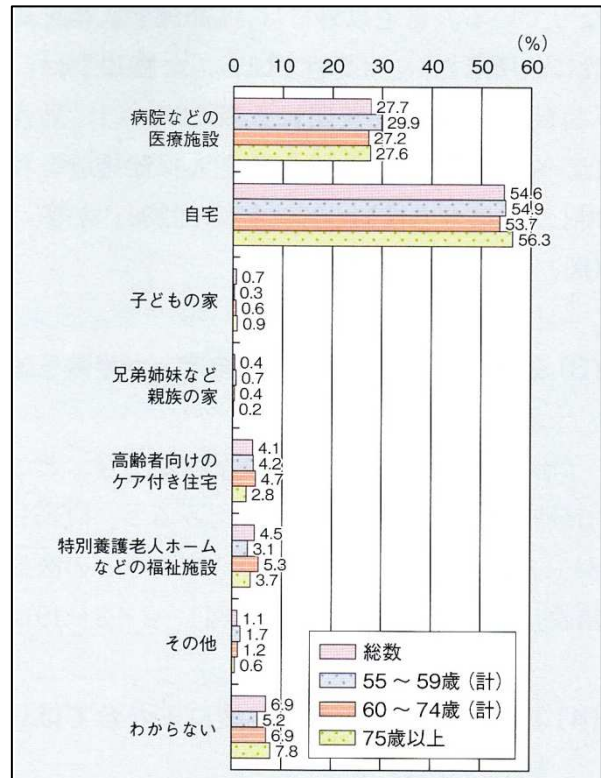


図 1-3 最期を迎えたい場所
(内閣府「高齢社会白書(平成27年度版)」より転載)

表 1-1 在宅強化型老健と在宅支援加算型老健の要件のまとめ
(在宅支援推進マニュアルより転載)

	在宅復帰率	退所後の 状況確認	ベッド 回転率	重度者割合	リハ専門職
在宅強化型 老健	50%超	要件あり	10%以上	要件あり	要件あり
在宅支援 加算型老健	30%超	要件あり	5%以上	要件なし	要件なし
従来型 老健	在宅強化型または在宅支援加算型の要件を満たさないもの				

評価項目	算定要件
在宅復帰の 状況	以下の両方を満たすこと。 a) $\frac{\text{在宅で介護を受けることになったもの}^{\text{注1}}}{\text{6月間の退所者数}^{\text{注2}}} > 50\% \star 1$ 注1: 当該施設における入所期間が1月間を超える入所者に限る。 注2: 当該施設内で死亡した者を除く。 b) 入所者の退所後30日 ^{注3} 以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月 ^{注3} 以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。 注3: 退所時の要介護状態区分が、要介護4又は要介護5の場合にあつては14日
ベッドの 回転率	$\frac{30.4}{\text{平均在所日数}} \geq 10\% \star 2$ $\text{平均在所日数} = \frac{\text{3月間の入所者延日数}}{\text{3月間の(新規入所者数+新規退所者数)} \div 2}$
重度者の 割合	3月間のうち、a, b, cいずれかを満たすこと a) 要介護4・5の入所者の占める割合が35%以上 b) 喀痰吸引が実施された入所者の占める割合が10%以上 c) 経管栄養が実施された入所者の占める割合が10%以上
その他	リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。

※在宅とは、自宅その他自宅に類する住まいである有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム及びサービス付き高齢者向け住宅等を含む。

※在宅支援加算型では、★1は30%、★2は5%と読み替える(重度者割合・その他の規定はない)。

第 2 節 アセスメントツールの現状

アセスメントとは諸所の定義があるが、本稿では「アセスメントは、クライアント・システムの問題に対して、ソーシャルワーカーとクライアントや関係者たちが可能な限り必要かつ適切な情報収集を行い、その情報に基づき生活問題状況の理解と援助計画や実践展開に必要な資源や方法の提供を目指して専門的判断を行う認識過程である」という中村（2002：92）⁷⁾の定義に基づいて論じる。

介護保険制度では、居宅もしくは施設サービス計画書（以下、ケアプラン）の作成が義務付けられている。「平成 11 年 11 月 12 日老企第 29 号」（厚生労働省 1999）⁸⁾において、サービス計画書を作成するための課題分析の基本的な考え方を示している。サービス計画作成の前提となる課題分析については、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、要介護者等の有する課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものとして認められる適切な方法を用いなければならないとしている。同文書において、課題分析の必須項目として課題分析標準項目（表 1-2）が記されている。課題分析標準項目には、介護力の項目に、利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意欲、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目と記している。また、これ以外の個別の課題分析手法については、課題分析標準項目を具備することをもって、それに変えることとすると記載されている。課題分析標準項目に基づいているアセスメントツールは様々なものが考案され、公開されている。

介護支援専門員実務研修テキスト五訂（介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会 2012：524-540）⁹⁾には、ケアプランを作成するためのアセスメントツールとして、包括的自立支援プログラム（全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協会、介護療養病床協会 2003）¹⁰⁾、インターライ方式（interRAI 2011）¹¹⁾、日本介護福祉士会アセスメント方式（日本介護福祉士会 2008）¹²⁾、ケアマネジメント実践記録様式（日本社会福祉士会 2000）¹³⁾、成人・高齢者用アセスメントとケアプラン（日本看護協会 2004）¹⁴⁾、の 5 種のアセスメントツールが掲載されている。その他にサービス計画書作成用として使用されているアセスメントツールで、記入マニュアルが一般公開されている居宅サービス計画ガイドライン（全国社会福祉協議会 2013）¹⁵⁾、MDS-HC（interRAI 1999）¹⁶⁾、全老健版ケアマネジメント方式 R4 システム（全国老人保健施設協会 2014）¹⁷⁾の 3 種を加え、合計 8 種のアセスメントツールの概略をまとめた（表 1-3）。さらに、これらのアセスメントツールにおいて、家族介護者の評価内容はどのような構成になっており、各アセスメントツールでどのような内容を網羅しているかについて、マトリクス表でカテゴリー分類し比較した（表 1-4）。その際、主介護者の有無・年齢・続柄などの基本事項は除外した。これによると、各アセスメントツールで内容にばらつきがあり、家族介護者の評価項目が少ないものも見受けられる。既存のアセスメントツールでは、施設介護支援専門員が在宅復帰へ向けた一定の評価や支援計画を行うには不十分ではないかと考えられる。

表 1 - 2 課題分析標準項目（平成 11 年 11 月 12 日老企第 29 号より転載）

基本情報に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日・住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行為等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

表 1-3 ケアプラン作成用の主なアセスメントツール

ツール名	作成主体
① 包括的自立支援プログラム	三団体（全国老人保健施設協会・全国老人福祉施設協会・介護療養病床協会）
② インターライ方式	interRAI
③ 日本介護福祉士会アセスメント方式	日本介護福祉士会
④ ケアマネジメント実践記録様式（日本社会福祉士会方式）	日本社会福祉士会
⑤ 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン（日本訪問看護振興財団方式）	日本訪問看護財団
⑥ 居宅サービス計画ガイドライン	全国社会福祉協議会
⑦ MDS-HC	interRAI
⑧ 全老健版アセスメント方式R4システム	全国老人保健施設協会

表 1-4 主なアセスメントツールの家族介護者評価

ツール	①包括プログラム	②インターライ	③介護福祉士会	④社会福祉士会	⑤看護協会	⑥社会福祉協議会	⑦MDS-HC	⑧R4システム	
項目数	14	8	4	21	11	3	13	3	
評価形式	チェック 自由記述	チェック 自由記述	自由記述	チェック 自由記述 定量化	チェック 自由記述 定量化	チェック 自由記述 定量化	チェック 自由記述	チェック 自由記述 定量化	
ア セ ス メ ン ト 内 容	居住・生活形態	援助者の居住		就寝場所	主介護者の同居	介護者の同居・別居	同居か別居か		
	介護に関する知識・技術等	IADLの援助 ADLの援助 援助の継続		各種サービスの知識 介護の知識・技術 介護教室等への参加 介護の程度 介護の影響	介護者の知識・技術 介護の状況 介護の受容 家族全体の家事の状況	家族の介護の状況・問題点	助言や精神的な支援の可否 IADL援助の可否 ADL援助の可否 精神的な支援の援助時間 IADL援助の時間 ADL援助の時間 介護継続の可否	家族の関わり方に関する状況	
	健康状態	主介護者の健康状態	介護者の健康	健康状態		介護者の健康状態等			
	負担感	身体的負担感 精神的負担感 経済的負担感	援助者の苦悩・怒り・うつ 援助者の憔悴	介護者の負担感	介護の程度 精神的負担 身体的負担	介護の負担感 家族全体の家事の負担感 夜間・休日時ケアの必要性		介護に対するストレス・怒り・憂うつの有無	
	就労・その他の役割	主介護者の就労 主介護者の育児			介護以外の役割（就労・育児等）	介護者の就労状況	介護者の職の有無		
	副介護者	副介護者の有無		別居家族との関係	副介護者の有無 副介護者の健康状態 副介護者の介護内容 副介護者の介護程度 その他の副介護者 介護上の支障		副介護者の有無		
	QOL			介護者の社会関係	趣味・楽しみ 相談相手		家族や友人から得ている満足感		
	要介護者との関わり	面会の頻度 外出+外泊の頻度	過去3日間の援助量	本人と家族との関係	介護期間			家族の関わり方に関する状況	
	意欲・希望	介護意欲		主な介護者の態度	本人家族等への希望 介護継続の意思	介護継続の意思		サービス利用の理由 達成してほしい目標	

注) ①包括プログラム：包括的自立支援プログラム、②インターライ：インターライ方式、③介護福祉士会：日本介護福祉士会アセスメント方式、④社会福祉士会：ケアマネジメント実践記録様式、⑤看護協会：成人・高齢者用アセスメントとケアプラン、⑥社会福祉協議会：居宅サービス計画ガイドライン、⑦MDS-HC：MDS-HC、⑧R4システム：全老健版ケアマネジメント方式R4システム

第3節 家族介護者の現状

(1) 家族介護者の状況

平成25年国民生活基礎調査によると(厚生労働省2013)¹⁸⁾によると、要介護者等からみた主な介護者の続柄をみると、6割以上において同居している人が主な介護者となっている。その主な内訳をみると、配偶者が26.2%、子が21.8%、子の配偶者が11.2%となっている。また、性別については、男性が31.3%、女性が68.7%と女性が多くなっている。要介護者等と同居している主な介護者の年齢についてみると、男性では69.0%、女性では68.5%が60歳以上であり、いわゆる「老老介護」のケースも相当数存在している。

家族の介護や看護を理由とした離職・転職者数は平成23年10月から24年9月の1年間で101,100人であった。とりわけ女性の離職・転職数は81,200人で、全体の80.3%を占めている。また、男女・年齢別にみると、男女共に50代および60代の離職・転職がそれぞれ約7割を占めている(内閣府2015:27)²⁾。

全国国民健康保険診療施設協議会(2012)¹⁹⁾の報告によると、介護前の就労状況については、「無職(年金受給者等も含む)」が29.3%と最も多く、次いで「正社員・職員として勤務」が24.2%、「パート・アルバイト、契約社員として勤務」が18.1%であった。一方、介護時には、「無職(年金受給者等も含む)」が50.4%と最も多く、介護前よりも2割ほど増加し全体の半数を占めた。次いで「正社員・職員として勤務」が12.8%、「パート・アルバイト、契約社員として勤務」が12.6%、自営(家事手伝い等も含む)が10.3%、「農業林業」が8.7%で、介護前よりも減少した。

以上により、家族介護者は女性が多く、高年齢化しており、就労していない者が多いことが伺われる。

(2) 家族介護者の健康面の課題

介護者の健康面に関する報告は、多くなされており、家族介護者や介護職員の健康面の問題が指摘されている。

町田ら(2006)²⁰⁾は、民間在宅介護サービス利用者の介護者8,486名にアンケート調査を行い、介護者の身体的健康観について調査している。それによると、医師からの治療を受けている介護者は71.4%だったと報告している。

西村ら(1998)²¹⁾は、24例の家族介護者について調査を行っている。介護行為は運動強度としては中等度に位置づけられるが、介護の複雑な運動様式や運動負荷以外の要因から影響を受け、単純な運動強度で評価される以上の負荷となっていると述べている。

塚崎ら(2004)²²⁾は夜間の睡眠を中断して介護していた家族介護者17名について調査を行っている。それによると、夜間の介助者は熟眠感が少なく、血圧が上昇する傾向にあると述べている。

星野ら(2009)²³⁾は生態学的指標を用いて女性介護者161名の健康面を評価している。

それによると、女性介護者は、HDL-Cの平均値が対照群と比較し有意に低かった。さらに、睡眠、栄養、Na量といった生活習慣や主観的健康状態、ストレスなど身体・心理的項目の多くで対照群と有意差がみられ、主観的客観的な両観点からみて女性介護者の健康状態は望ましくないと報告している。

山田ら（1997）²⁴⁾は在宅要介護高齢者の女性介護者49名を対象にして、ライフスタイルと疲労感に関する研究を行っている。それによると、介護時間が長い介護者がライフスタイル項目の睡眠や栄養のバランスなどが不良な状況にあり、かつ疲労感が高いと報告している。

このように、家族介護者も要介護者同様様々な健康面での問題を抱えており、家族介護者がいれば要介護者の在宅生活が万全というわけではないことが示唆される。

（3）家族介護者の介護負担感および介護に対する価値観

家族介護者の介護負担感に関する研究は多くなされている。介護者になることによるネガティブな面の報告が多いが、介護をすることによるポジティブな面の報告も散見される。

牧迫ら（2008）²⁵⁾は、訪問リハビリテーションを受けている要介護者78名とその主介護者78名に調査を行い、主介護者の介護負担感に関与する要因について研究を行った。それによると、要介護者の日常生活動作能力や基本動作能力は介護負担感に影響を与える一因であることが示唆された。また、介護協力者や介護相談者の有無も介護負担感と関係し、介護負担感が高い主介護者では主観的幸福感が低いことが示唆された。

濱島ら（2008）²⁶⁾は、就労している家族介護者194名のアンケート調査を行い、介護負担感や生活行動への影響を調査している。それによると、家事、仕事、地域活動などの生活行動の調整を行えていない状態が示され、介護負担感を高める要因になっていると報告されている。

高原ら（2004）²⁷⁾は高齢者の在宅介護者7名に対して面接を行い、介護継続理由について質的に分析している。その結果、介護継続理由は、愛情と家族の絆が最も重要であり、被介護者の健康の悪化が、しばしば在宅介護を中断させていた。また、家父長制に基づく性的役割が、介護者の義務感や伝統感に強く影響していた。また、介護から得るものが多いと感じていた2人の嫁は、介護に高い意欲を持っており、介護が価値ある体験であるという認識が、介護の動機づけを行っている可能性が示唆された。

広瀬ら（2004）²⁸⁾は、高齢者を在宅で介護する家族が感じる介護に対する認知的な評価を、介護負担感・介護満足感の両側面で構成される「認知的介護評価」として、「認知的介護評価」と要介護高齢者のADLとの関連を明らかにする研究を行っている。それによると、要介護高齢者の介護は負担感を伴うが、一方で高齢者を自分が支えているという意識から満足感も高まることを示している。

森ら（2014）²⁹⁾は親を介護したことのある全国の正社員2,268名に仕事と介護の両立に関して調査している。それによると、親を介護するために5割強の人が1年以内に離職している。しかし、介護に専念した約7割が自分の選択を肯定的にとらえていることが示されている。

このように、家族介護者は各々で介護に対する価値観は違っており、肯定的に捉えることができれば、負担感も減るのではないかと考えられる。

(4) 家族介護者の支援制度

日本は、ILO（国際労働機関）の「家族的責任を有する男女労働者の機会及び待遇の均等に関する条約(第156号)を1995年に批准し、同年、育児・介護休業法(育児休業等または家族介護を行う労働者の福祉に関する法律)を制定した。さらに、2010年に同法を改正し、育児・介護と仕事の両立に向けた支援制度を整備している(彦ら2015)³⁰⁾。

しかし、介護開始時期に介護休業を利用した者は1.5%にとどまり、しかも平成17年度女性雇用管理基本調査では、介護休業取得者のうち女性が73.5%を占めている。また、厚生労働省雇用均等基本調査を基に、2005年からの常用労働者の介護休業者割合の調査年における男女別推移をまとめると、男性は0.02~0.03%、女性は0.11~0.12%であり、介護休業制度の活用は男女とも進んでいないことが報告されている(労働政策研究・研修機構2006)³¹⁾。

彦ら(2015)³⁰⁾は、石川県内の企業を対象に、男性の仕事と介護の両立について調査を行っている。それによると、男性が介護休業制度を利用しにくいことが示され、理由として「制度利用者の代替要員の確保が難しい」が多かった。

高橋ら(2010)³²⁾は、日本ではまだ、介護をめぐる構造的特性を「介護＝女性役割」とみなすジェンダー規範が存在し、夫は働いて家計を支えるといった伝統的な男女役割分業を支配する意識が、特に地方では根強いと述べている。

2005年に改正された介護保険法により、地域支援事業が開始され、その中に家族介護支援事業が盛り込まれている。介護教室の開催や家族介護者のヘルスチェックなどが取り入れられているが、事業の実施率は低い(菊池2012)³³⁾。

以上により、我が国においては家族介護者への法的支援制度はその内容と活用においてまだ不十分であることが伺える。

第4節 研究目的

以上の文献研究により、要介護者の在宅復帰に関する問題として、①多くの高齢者が自宅生活を希望している、②老健の在宅復帰機能は十分ではない、③既存のアセスメントツールでは、家族介護者のアセスメントが十分ではない、④家族介護者には女性が多く、高齢化が進んでいる、⑤介護者は健康面に悪影響を及ぼしやすい、⑥介護者支援の制度利用が進んでいないことが示された。

このような状況に鑑み、本論文では「要介護者が老健から在宅復帰することを支援するために、多職種共同でアセスメント及び判断を行い、要介護者と家族介護者双方の支援計画を立案し、支援を実行すること」を「在宅復帰マネジメント」と定義した。複数のアセスメントを多職種で実施し、管理することからマネジメントという言葉を用いた。在宅復

帰が可能かどうか判断し、要介護者だけではなく、家族介護者に対しても評価や支援が行えるようなツールを開発することは、新規性があり社会貢献度が高いと考える。本論文では、老健からの在宅復帰に関する現状や支援に関して調査・研究を行い、最終的に在宅復帰マネジメントを行うためのツールを開発することを目的とする。

第 5 節 本論文の構成

本論文は 8 章により構成される。本章では、要介護者、家族介護者、老健などの現状について概説し、本研究の目的及び構成について述べる。第 2 章では、老健におけるアセスメントツールの使用状況と家族介護者支援の現状について、アンケート調査により考察する。第 3 章では、第 2 章と同じアンケート調査から、要介護者が老健から在宅復帰できるための要因について考察する。第 4 章では、家族介護者の負担に関してアンケート調査から考察する。第 5 章では、在宅復帰に特に影響が大きいと考えられるトイレ動作の支援方法について考案と検証を行う。第 6 章では、「在宅復帰マネジメントツール」を考案し、その概略を記す。第 7 章では、在宅復帰マネジメントツールにおいて数値化している 2 つのアセスメントシートを使用して、老健において後方視的研究を行う。第 8 章では、本論文の結論と課題、今後の展望について論じる。

第 6 節 概念定義

本研究において、「家族介護者」は、「在宅復帰した際、直接的な介助や事業所との連絡等を担うと予定されている家族などの介護者」と定義する。また、「在宅」は、「本人もしくは家族介護者の自宅とし、有料老人ホーム等の施設は含まない」と定義する。

引用文献

- 1) 厚生労働省 (2013) 『平成 25 年簡易生命表概況』
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life13/dl/life13-02.pdf>,2016.3.15).
- 2) 内閣府(2015) 『高齢社会白書 (平成 27 年度版)』 日経印刷, 10-30.
- 3) 公益社団法人全国老人保健施設協会 (2015) 『平成 27 年版介護白書—老健施設の立場から—』 TAC 出版, 3-174.
- 4) 公益社団法人全国老人保健施設協会 (2015) 『在宅支援推進マニュアル 総論・入所編』 リベラルタス・クレオ, 11.
- 5) 吉本照子・酒井郁子・八島妙子・ほか (2011) 「老人保健施設の在宅支援機能と関連する因子および取り組みに関する文献検討:1987-2010 年」『千葉看護学会会誌』17(1), 61-68.
- 6) 奥野純子・戸村成男・柳 久子 (2006) 「介護老人保健施設在り所者の家庭復帰へ影響する要因—介護者の在宅受け入れへの意向に影響する要因より—」『日本老年医学会雑誌』43, 108-116.
- 7) 中村佐織 (2002) 『ソーシャルワーク・アセスメント—コンピュータ教育支援ツールの研究』 相川書房, 92.
- 8) 厚生労働省 (1999) 「平成 11 年 11 月 12 日老企第 29 号」
(<http://www.jupiter.sannet.ne.jp/to403/hourei/cm/11rk029.html>,2016.3.15).
- 9) 介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会 (2012) 『介護支援専門員実務研修テキスト五訂』 長寿社会開発センター.
- 10) 介護療養型医療施設連絡協議会, 全国老人福祉施設協議会, 全国老人保健施設協会 (2003) 『新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』 全国社会福祉協議会.
- 11) John N. Morris・池上直己・山田ゆかり・ほか (2011) 『インターライ方式 ケア アセスメント—居宅・施設・高齢者住宅』 医学書院.
- 12) 日本介護福祉士会 (2008) 『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(Ver.4)』 中央法規.
- 13) 日本社会福祉士会 (2000) 『ケアマネジメント実践記録様式・介護保険対応版使用マニュアル』 ミネルヴァ書房.
- 14) 内田恵美子・島内 節 (2004) 『日本版成人・高齢者用アセスメントとケアプラン—財団方式』 日本訪問看護振興財団.
- 15) 全国社会福祉協議会 (2013) 『居宅サービス計画ガイドライン—エンパワメントを引き出すケアプラン』 全国社会福祉協議会.
- 16) John N. Morris , Roberto Bernabei, 池上直己・ほか (1999) 『日本版 MDS-HC2.0—在宅ケアアセスメントマニュアル日本版 MDS-HC2.0—在宅ケアアセスメントマニュアル』 医学書院.
- 17) 全国老人保健施設協会 (2014) 『全老健版ケアマネジメント方式 R4 システム 改訂版』 社会保険研究所.
- 18) 厚生労働省 (2013) 『平成 25 年国民生活基礎調査の概況』

- (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/05.pdf>,2016.3.15).
- 19) 社団法人全国国民健康保険診療施設協議会(2012)「家族介護者の実態と支援方策に関する調査研究事業報告書」.
 - 20) 町田いづみ・保坂隆(2006)「高齢化社会における在宅介護者の現状と問題点 8486 人の介護者自身の身体的健康観を中心に」『訪問看護と介護』11(7), 686-693.
 - 21) 西村ユミ(1998)「在宅介護が高齢介護者の循環器機能に及ぼす影響に関する検討(第1報)－女性介護者による介護行為に注目して－」『日本看護学会誌』vol(3), 87-95.
 - 22) 塚崎恵子・城戸照彦・須永恭子・ほか(2004)「在宅介護が家族の血圧と疲労感に及ぼす影響－夜間介護に焦点をおいて」『日本地域看護学会誌』6(2), 62-71.
 - 23) 星野純子・堀 容子・近藤高明(2009)「女性介護者における心身の健康的特性」『日本公衆衛生雑誌』56(2), 75-86.
 - 24) 山田紀代美・鈴木みずえ・佐藤和佳子(1997)「要介護高齢者の介護者のライフスタイルと疲労感に関する研究：介護時間による分析」『日本看護科学会誌』17(4), 11-19.
 - 25) 牧迫飛雄馬・阿部 勉・阿部恵一郎・ほか(2008)「在宅介護者の主介護者における介護負担感に關与する要因についての研究」『日老医誌』45, 59-67.
 - 26) 濱島淑恵・宮川雅充(2008)「家族介護者の介護負担感と各種生活活動に対する主観的評価の関連」『人間科学研究』5(1), 1-12.
 - 27) 高原万友美・兵藤好美(2004)「高齢者の在宅介護における介護継続理由と介護による学び」『岡山大学医学部保健学科紀要』14, 141-155.
 - 28) 広瀬美千代・岡田進一・白澤政和(2004)「家族介護者の介護に対する認知的評価と介護高齢者のADLとの関係 介護に対する肯定・否定両側面からの検討」『生活科学研究誌』Vol. 3, 227-236.
 - 29) 森 義博・力石啓史(2014)「仕事と介護の両立と介護離職」『明治安田生活福祉研究所』1-15.
 - 30) 彦 聖美・大木秀一(2015)「改正育児・介護休業法の整備と実績調査－男性の仕事と介護の両立支援の検討－」『石川看護雑誌』12, 25-33.
 - 31) 労働政策研究・研修機構(2006)「介護休業制度の利用拡大に向けて－介護休業制度の利用状況等に関する研究報告書－」『労働政策研究報告書』73, 47.
 - 32) 高橋龍太郎・須田木綿子(2010)『在宅介護における高齢者と家族 都市と地方の比較調査分析』ミネルヴァ書房, 2-19.
 - 33) 菊池いづみ(2012)「家族介護支援の政策動向：高齢者保健福祉事業の再編と地域包括ケアの流れのなかで」『地域研究：長岡大学地域研究センター年報』12, 55-75.

第 2 章 老健におけるアセスメントツールの使用状況及び家族介護者評価の実態

本章では、第 1 章第 2 節で取り上げた主要なツールにおいて、その使用状況と使用評価、また老健における家族介護者の評価はどの程度実践されているかを明らかにすることを目的とした。九州・沖縄の老健(542 施設)の施設介護支援専門員を対象とした。郵送による自記式質問紙調査を行い、150 通の有効回答を得た(有効回収率 27.7%)。それらのデータに関して、単純集計、クロス集計を行った。既存のアセスメントツールにおける家族介護者評価の項目数や内容は、一定ではなかった。約 6 割の老健で、家族介護者へのアセスメントは実施されていなかった。現在、老健における家族介護者のアセスメントは不十分であり、改善が望まれる。

第 1 節 研究の背景と研究目的

要介護者に対してケアプランを作成するためのアセスメントツールは、第 1 章第 2 節で述べたように様々な団体や研究者により開発されている。しかし、それらの使用評価に関する報告はあまりなされていない。在宅復帰が進まない背景には既存のアセスメントツールに課題があるのではないかと考えられる。既存のアセスメントツールが在宅復帰および家族介護者のアセスメントや支援に貢献しているかを見極める必要がある。

そこで本研究では、老健においてどのようなアセスメントツールが使用されているか、またそれらはどのように評価されているか、さらに家族介護者への評価・支援がどの程度行われているかの調査を行う。また、施設サービス計画書作成以外に要介護者の在宅復帰のアセスメントツールとして、「要介護高齢者のアセスメント 退院援助のソーシャルワーク」(小原真知子 2012)¹⁾、「在宅介護スコア」(厚生労働省長寿科学研究所 1992)²⁾、「ケアラズアセスメントツール」(一般社団法人日本ケアラズ連盟 2012)³⁾が開発されている。しかし、これらのツールが老健において使用されているかという報告はない。そこで、これらのツールが使用されているかについても合わせて調査する。以上の調査により、老健で使用されているアセスメントツールの評価や在宅復帰の重要な要因である家族介護者の評価・支援がどの程度行われているかを明らかにすることを研究目的とする。

第 2 節 対象と方法

(1) 調査対象者と調査方法

平成 27 年 7 月 1 日時点で全国老人保健施設協会に加入している九州・沖縄の老健(542 施設)の介護支援専門員(入所担当)を対象とした。調査方法は自記式質問用紙を用いた郵送調査であり、調査期間は平成 27 年 12 月 1 日から 12 月 31 日とした。倫理的な配慮として、研究の趣旨を説明する依頼文に調査への協力は任意であること、調査へ協力しない場合でも一切の不利益は生じないこと、匿名性とプライバシー保護を遵守すること、研究目的以外には調査の結果を利用しないことを明記し、調査票とあわせて調査対象者に郵送した。返送をもって、研究への同意が得られたとした。回収された調査票の回答はすべてパーソナルコンピュータにデータ化して記録し、パスワードロック機能の付いた USB メモリースティックに保存した。その後、質問用紙は破棄した。また、本研究は九州保健福祉大学倫理委員会の承認を得て行った(承認番号：15-033)。

(2) 調査項目

客観性・妥当性を保つため、現業の介護支援専門員 5 名と協議を重ね、アンケートの内容と質問項目を設定した(資料 1)。一般事項、施設区分、使用しているアセスメントツールについて質問した。さらに、使用しているアセスメントツールが①利用者の支援、②家族介護者の支援、③在宅復帰に有効に機能しているかの 3 点について、「思わない」「あまり思わない」「どちらでもない」「やや思う」「思う」の 5 件法で質問した。また、定期的に家族介護者の評価を行っているか、どのようなアセスメントツールを使用しているかを質問した。分析に使用した質問項目を表 2-1 に示す。

(3) 分析方法

施設区分、家族介護者への評価実施状況に関しては、単純集計を行った。使用しているアセスメントツールの種類、アセスメントツールの効果に関してはクロス集計を行った。集計には、Excel 2010(Microsoft 社製)を使用した。

表 2-1 質問内容

<p>1. 平成 27 年 10 月 1 日において、貴施設は以下のどれに該当しますか。</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/>従来型老健</td><td><input type="checkbox"/>在宅復帰・在宅療養支援機能加算算定施設</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>在宅強化型老健</td><td><input type="checkbox"/>介護療養型老健</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> 従来型老健	<input type="checkbox"/> 在宅復帰・在宅療養支援機能加算算定施設	<input type="checkbox"/> 在宅強化型老健	<input type="checkbox"/> 介護療養型老健							
<input type="checkbox"/> 従来型老健	<input type="checkbox"/> 在宅復帰・在宅療養支援機能加算算定施設										
<input type="checkbox"/> 在宅強化型老健	<input type="checkbox"/> 介護療養型老健										
<p>2. 入所利用者の施設サービス計画書を作成するために、どのようなアセスメントシートを使用していますか。主に使用しているものを1つ選んでください。</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/>①新老健版アセスメント方式 R4 システム（全国老人保健施設協会）</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>①包括的自立支援プログラム（三団体）</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>②インターライ方式（interRAI）</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>③MDS・HC（interRAI）</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>④居宅サービス計画ガイドライン（全国社会福祉協議会）</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>⑤日本介護福祉士会アセスメント方式（日本介護福祉士会）</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>⑥ケアマネジメント実践記録様式（日本社会福祉士会）</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>⑦成人・高齢者用アセスメントとケアプラン（日本訪問看護振興財団）</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>⑧TAI 方式・TAI - HC 方式（国際医療福祉大学 高橋泰教授）</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>⑨その他の既存のアセスメントシート （アセスメント名： _____ ）</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>⑩自施設で独自に作成したアセスメントシート （参考にした既存のアセスメント方式： _____ ）</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> ①新老健版アセスメント方式 R4 システム（全国老人保健施設協会）	<input type="checkbox"/> ①包括的自立支援プログラム（三団体）	<input type="checkbox"/> ②インターライ方式（interRAI）	<input type="checkbox"/> ③MDS・HC（interRAI）	<input type="checkbox"/> ④居宅サービス計画ガイドライン（全国社会福祉協議会）	<input type="checkbox"/> ⑤日本介護福祉士会アセスメント方式（日本介護福祉士会）	<input type="checkbox"/> ⑥ケアマネジメント実践記録様式（日本社会福祉士会）	<input type="checkbox"/> ⑦成人・高齢者用アセスメントとケアプラン（日本訪問看護振興財団）	<input type="checkbox"/> ⑧TAI 方式・TAI - HC 方式（国際医療福祉大学 高橋泰教授）	<input type="checkbox"/> ⑨その他の既存のアセスメントシート （アセスメント名： _____ ）	<input type="checkbox"/> ⑩自施設で独自に作成したアセスメントシート （参考にした既存のアセスメント方式： _____ ）
<input type="checkbox"/> ①新老健版アセスメント方式 R4 システム（全国老人保健施設協会）											
<input type="checkbox"/> ①包括的自立支援プログラム（三団体）											
<input type="checkbox"/> ②インターライ方式（interRAI）											
<input type="checkbox"/> ③MDS・HC（interRAI）											
<input type="checkbox"/> ④居宅サービス計画ガイドライン（全国社会福祉協議会）											
<input type="checkbox"/> ⑤日本介護福祉士会アセスメント方式（日本介護福祉士会）											
<input type="checkbox"/> ⑥ケアマネジメント実践記録様式（日本社会福祉士会）											
<input type="checkbox"/> ⑦成人・高齢者用アセスメントとケアプラン（日本訪問看護振興財団）											
<input type="checkbox"/> ⑧TAI 方式・TAI - HC 方式（国際医療福祉大学 高橋泰教授）											
<input type="checkbox"/> ⑨その他の既存のアセスメントシート （アセスメント名： _____ ）											
<input type="checkbox"/> ⑩自施設で独自に作成したアセスメントシート （参考にした既存のアセスメント方式： _____ ）											
<p>3. 「質問 2」で回答したアセスメントシートは、<u>施設内での利用者の支援</u>に有効に機能していると思いますか。</p> <p><input type="checkbox"/>思わない <input type="checkbox"/>あまり思わない <input type="checkbox"/>どちらとも言えない <input type="checkbox"/>やや思う <input type="checkbox"/>思う</p>											
<p>4. 「質問 2」で回答したアセスメントシートは、<u>家族介護者の支援</u>に有効に機能していると思いますか。</p> <p><input type="checkbox"/>思わない <input type="checkbox"/>あまり思わない <input type="checkbox"/>どちらとも言えない <input type="checkbox"/>やや思う <input type="checkbox"/>思う</p>											
<p>5. 「質問 2」で回答したアセスメントシートは、<u>利用者の在宅復帰支援</u>に有効に機能していると思いますか。</p> <p><input type="checkbox"/>思わない <input type="checkbox"/>あまり思わない <input type="checkbox"/>どちらとも言えない <input type="checkbox"/>やや思う <input type="checkbox"/>思う</p>											

第3節 結果

返答は154通あり、回収率は28.4%だった。このうち欠損値のあるデータを除いた150通を分析対象とした(有効回収率27.7%)。

施設区分に関しては、従来型老健施設が76施設(50.7%)で最も多く、次いで在宅復帰・在宅療養支援機能加算算定施設が42施設(28.0%)だった。在宅強化型老健施設は29施設(19.3%)だった(表2-2)。

使用しているアセスメントツールは、包括的自立支援プログラムが48.4%で最も多く、次いで全老健版R4システムが16.3%だった。その他の既存のツールは少なく、自施設で独自に作成しているという回答が24.1%だった(表2-3)。

使用しているアセスメントツールの有効性を問う質問では、上記質問で回答のあったアセスメントツールに関して、「思わない」～「思う」の項目ごとにクロス集計を行った。利用者の支援効果に関しては「やや思う」「思う」を合わせて半数以上を占めていた(表2-4)。それに対して、在宅復帰と家族介護者支援には、「思わない」「あまり思わない」が「やや思う」「思う」の合計を上回っていた(表2-5, 2-6)。

「家族介護者に対して、何らかの評価用紙を用いて定期的にあセスメントしていますか」という質問では、61.3%が「全くしていない」と回答した。また、「全ての方に実施している」、「問題のある方に実施している」という回答においては、約8割がケアプラン作成用のアセスメントツールを使用していた(表2-7)。高齢者退院援助ソーシャルワークアセスメントツール(小原真知子 2012)¹⁾、在宅介護スコア(厚生労働省長寿科学研究所 1992)²⁾、ケアラーズアセスメントツール(一般社団法人日本ケアラーズ連盟 2012)³⁾を使用しているという回答はなかった。

表 2-2 施設区分

区分	施設数	(%)
従来型老健施設	76	(50.7)
在宅復帰・在宅療養支援機能 加算算定施設	42	(28.0)
在宅強化型老健施設	29	(19.3)
介護療養型老健施設	3	(2.0)

N=150

表 2-3 使用しているアセスメントツール

アセスメントツール	従来型		加算型		強化型		療養型		総数	
	数	(%)	数	(%)	数	(%)	数	(%)	数	(%)
包括的自立支援プログラム	38	(53.5)	20	(28.2)	10	(14.1)	3	(4.2)	71	(48.4)
全老健版アセスメント方式R4システム	11	(44.0)	5	(20.0)	9	(36.0)			25	(16.3)
MDS-HC	3	(30.0)	2	(20.0)	5	(50.0)			10	(6.5)
居宅サービス計画ガイドライン	1	(100.0)							1	(1.0)
ケアマネジメント実践記録様式			1	(100.0)					1	(1.0)
インターライ方式									0	(0.0)
日本介護福祉士会アセスメント方式									0	(0.0)
成人・高齢者用アセスメントとケアプラン									0	(0.0)
その他の既存のツール	2	(40.0)	3	(60.0)					5	(3.3)
自施設で独自に作成したアセスメントツール	21	(56.8)	11	(29.7)	5	(13.5)			37	(24.1)
総数	76	(50.7)	42	(28.0)	29	(19.3)	3	(2.0)	150	

注) 従来型：従来型老健施設，加算型：在宅復帰・在宅療養支援機能加算算定施設，
強化型：在宅強化型老健施設，療養型：介護療養型老健施設

表 2-4 各種アセスメントツールの利用者への効果

	思わない		あまり思わない		どちらでもない		やや思う		思う		総計	
	数	(%)	数	(%)	数	(%)	数	(%)	数	(%)	数	(%)
包括プログラム	2	(2.8)	8	(11.3)	28	(39.4)	22	(31.0)	11	(15.5)	71	(48.4)
R4システム			3	(12.0)	8	(32.0)	8	(32.0)	6	(24.0)	25	(16.3)
MDS-HC	2	(20.0)	1	(10.0)	2	(20.0)	4	(40.0)	1	(10.0)	10	(6.5)
社会福祉協議会									1	(100.0)	1	(1.0)
社会福祉士会			1	(100.0)							1	(1.0)
その他の既存のツール							3	(60.0)	2	(40.0)	5	(3.3)
自施設で独自に作成	2	(5.4)	2	(5.4)	14	(37.8)	13	(35.1)	6	(16.2)	37	(24.1)
総計	6	(4.0)	15	(10.0)	52	(34.7)	50	(33.3)	27	(18.0)	150	

注) 包括プログラム：包括的自立支援プログラム，R4システム：全老健版ケアマネジメント方式R4システム，MDS-HC：MDS-HC，
社会福祉協議会：居宅サービス計画ガイドライン，社会福祉士会：ケアマネジメント実践記録様式

表 2-5 各種アセスメントツールの在宅復帰効果

	思わない		あまり思わない		どちらでもない		やや思う		思う		総計	
	数	(%)	数	(%)	数	(%)	数	(%)	数	(%)	数	(%)
包括プログラム	7	(9.9)	29	(40.1)	25	(35.2)	7	(9.9)	3	(4.2)	71	(48.4)
R4システム			2	(8.0)	11	(44.0)	8	(32.0)	4	(16.0)	25	(16.3)
MDS-HC	2	(20.0)	4	(40.0)	3	(30.0)	1	(10.0)			10	(6.5)
社会福祉協議会									1	(100.0)	1	(1.0)
社会福祉士会			1	(100.0)							1	(1.0)
その他の既存のツール			1	(20.0)	3	(60.0)	1	(20.0)			5	(3.3)
自施設で独自に作成	5	(13.5)	9	(24.3)	14	(37.8)	5	(13.5)	4	(10.8)	37	(24.1)
総計	14	(9.3)	46	(30.7)	56	(37.3)	22	(14.7)	12	(8.0)	150	

注) 包括プログラム：包括的自立支援プログラム，R4システム：全老健版ケアマネジメント方式R4システム，MDS-HC：MDS-HC，社会福祉協議会：居宅サービス計画ガイドライン，社会福祉士会：ケアマネジメント実践記録様式

表 2-6 各種アセスメントツールの家族介護者支援効果

	思わない		あまり思わない		どちらでもない		やや思う		思う		総計	
	数	(%)	数	(%)	数	(%)	数	(%)	数	(%)	数	(%)
包括プログラム	4	(5.6)	24	(33.8)	29	(40.8)	10	(14.1)	4	(5.6)	71	(48.4)
R4システム			3	(12.0)	7	(28.0)	10	(40.0)	5	(20.0)	25	(16.3)
MDS-HC	2	(20.0)	4	(40.0)	2	(20.0)	2	(20.0)			10	(6.5)
社会福祉協議会									1	(100.0)	1	(1.0)
社会福祉士会			1	(100.0)							1	(1.0)
その他の既存のツール			1	(20.0)	3	(60.0)	1	(20.0)			5	(2.7)
自施設で独自に作成	5	(13.5)	8	(21.6)	15	(40.5)	4	(10.8)	5	(13.5)	37	(24.1)
総計	11	(7.3)	43	(28.7)	56	(37.3)	27	(18.0)	16	(10.7)	150	

注) 包括プログラム：包括的自立支援プログラム，R4システム：全老健版ケアマネジメント方式R4システム，MDS-HC：MDS-HC，社会福祉協議会：居宅サービス計画ガイドライン，社会福祉士会：ケアマネジメント実践記録様式

表 2-7 家族介護者への評価実施状況

実施状況	数	(%)	ケアプラン用のツールを使用	
			数	(%)
全ての方に実施している	31	(20.7)	27	(87.1)
問題のある方のみ実施している	27	(18.0)	21	(77.8)
全くしていない	92	(61.3)		

N=150

第 4 節 考察

アンケート結果では、包括的自立支援プログラムが最も多く使用されていた。利用者の支援に関しては、効果があるという回答が半数以上を占めたが、在宅復帰支援や家族介護者支援にはあまり効果があるとは考えられていなかった。包括的自立支援プログラムは、1995 年から全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協会、介護療養病床協会の三団体により開発が進められ、老健協会も研修会などを開催して利用を後押ししたことから老健において使用施設が増加した。しかし、その後老健において在宅復帰は進まず、介護保険 3 施設の役割の違いが顕著になってきているため、老健における使用を疑問視する意見もある（全国老人保健施設協会 2014：6）⁴⁾。全老健版ケアマネジメント方式 R4 システム(以下、R4 システム)は、老健協会が包括的自立支援プログラムの反省をふまえて開発したアセスメントツールである。家族介護者のアセスメント項目が少ないが、表 2-5 において家族介護者支援効果があることが示唆されている。R4 システムは、インテークを重視しており、インテークを通して家族介護者と関係を形成しやすいため、このような回答結果になったと考えられる。全国老人保健施設協会が使用を推進しており、R4 システムを使用している施設は在宅復帰率が高いという報告もある（全国老人保健施設協会 2014：19）⁴⁾。社会福祉士会のアセスメントツールは、家族介護者の評価項目を最も幅広く網羅していたが、アンケートでは使用しているという回答は 1 施設のみだった。

主要なツール以外に在宅復帰や家族介護者支援のために開発されている高齢者退院援助ソーシャルワークアセスメントツール、在宅介護スコア、ケアラズアセスメントツールは、使用されておらず、老健ではケアプラン用のツール以外はほとんど使用されていないことも明らかになった。

家族介護者への支援は、約 6 割の施設でなされていなかった。全ての方に実施している、問題のある方にのみ実施しているという回答者も 8 割はケアプラン作成用のアセスメントツールを使用していた。しかし、既存のアセスメントツールでは、家族介護者の評価・支援機能は高いとは言えない状況である。したがって、家族介護者の支援は、全体的に不十分であるということが言える。

以上の研究結果より、老健において在宅復帰に影響の大きい家族介護者への評価や介入は不十分であるということが示唆された。原因として、家族介護者の評価は、健康面、心理面、介護知識・技術など幅が広い、要介護者と違って、家族介護者は事業所とサービス提供の契約をしているわけではないことが考えられる。特に家族介護者と要介護者や他の家族間の関係調整は困難な支援である。畑ら（2010）⁵⁾は、家族調整は多大な時間・労力を必要とするにもかかわらず介護報酬に反映されないなど、介護支援専門員が実践するには困難が多い実践であると述べている。

本研究により、老健では、家族介護者の評価や支援はほとんどなされておらず、一部の既存のアセスメントツールでは、在宅復帰や家族介護者支援の評価は不十分であることが明らかになった。今後は、各施設においてケアプランを作成するための適切なアセスメントツールを選択し、運用することに加えて、新たな在宅復帰や家族介護者のアセスメントを強化したツールを作成し併用しながら、在宅復帰や家族介護者の評価・支援を充実することが必要だと考える。

引用文献

- 1) 小原真知子 (2012)『要介護高齢者のアセスメント 退院援助のソーシャルワーク』相川書房.
- 2) 宮森 正 (1992)「在宅介護スコアの開発」『日本プライマリケア学会誌』15(4), 58-64.
- 3) 一般社団法人日本ケアラー連盟 (2012)「調査研究報告書 2012 年度」
(carersjapan.com/carereerresearch2012.html,2015.7.11).
- 4) 全国老人保健施設協会 (2014)『全老健版ケアマネジメント方式 R4 システム 改訂版』社会保険研究所.
- 5) 畑 亮輔・岡田進一・白澤政和 (2010)「居宅介護新事業所の介護支援専門員による家族介護者支援の構造」『介護福祉学』17(1), 33-45.

第 3 章 要介護者が老健から在宅復帰できるための要因

老健から在宅復帰するための要因に関する研究論文はあまり報告されていない。本章では、アンケート調査をもとに、要介護者が老健から在宅復帰する要因を明らかにすることを目的とした。全国老人保健施設協会に加入している九州・沖縄の老健(542 施設)の施設ケアマネジャーを対象とした。郵送による自記式質問紙調査を行った。有効回答は 147 通だった(回収率 27.1%)。在宅復帰支援に関する要素は、3 因子から構成されていることが分かった。在宅強化型老健は、それ以外の老健と比較して利用者に対する ADL 支援と家族介護者に対する情報提供支援の実践度が高かった。老健からの在宅復帰には利用者に対する ADL 支援とともに、家族介護者に対する情報提供などの支援が重要な要因であることが示唆された。

第 1 節 研究の背景と研究目的

第 1 章第 1 節で述べたように、老健は生活期における在宅復帰支援を主な目的としており、老健での経過は自宅で生活できるか、長期的に滞在可能な施設に入所するかの重要な分岐点となる。しかし、全国老人保健施設協会の平成 27 年度 4 月介護報酬改定直後の実態調査によると、「在宅強化型老健施設」「在宅復帰・在宅療養支援機能加算」を取得している施設の割合は、平成 27 年 4 月でそれぞれ 12.4%、25.7%であった(全国老人保健施設協会 2015)¹⁾。特に「在宅強化型老健施設」を取得すると、「従来型老健施設」に比べて基本報酬が高く設定されており、在宅復帰の支援は老健の経営にも大きな影響を及ぼす(全国老人保健施設協会 2015)²⁾。取得率は伸びてきているが、約 6 割の老健が依然として在宅復帰の機能を十分に果たすことができていないのは、老健の存在意義や今後の地域包括ケアシステム構築の中で重要な課題であり、その対策が必要である。

老健と同様に在宅復帰の機能を持つ施設として、回復期リハビリテーション病棟(以下、回復期病棟)から在宅復帰するための要因については、多くの報告がなされている(金山ら; 2008, 前田ら; 2013, 西尾ら; 2014, 杉浦ら; 2014)³⁻⁶⁾。老健は回復期病棟から在宅復帰できなかった要介護者が入所するので、運動機能や認知機能などの障害がより重度なケースが多いと考えられる。したがって、老健からの在宅復帰には、回復期病棟からの場合とはまた違った要因があると思われる。

吉本ら(2011)⁷⁾は 1987 - 2010 年の文献研究により老健からの在宅復帰に関して報告している。それによると、在宅復帰の促進要因は、入所元が家庭である、移動能力あるいは ADL が高い、認知症が重度ではない、子供と同居している、入所期間が相対的に短い、定期的短期入所の利用である。その他、老健からの在宅復帰の要因に関する研究論文は少なく、特に「在宅強化型老健施設」等が創設された平成 24 年度以降の報告は少ない。介護保険法・介護報酬改正に伴って、めまぐるしく制度が変化する中で、最新の情報を調査

する必要がある。そこで本研究では、老健において在宅復帰に関与している要因の構造を分析し、老健から在宅復帰するための要件を明らかにすることを目的とする。

第 2 節 対象と方法

アンケート対象者は第 2 章と同一であり、同じアンケート用紙（資料 1）で調査を行った。本研究では、老健の施設区分と在宅復帰に関する要因の質問項目を分析対象とした。質問項目は、厚生労働省（1999）⁸⁾が指定している課題分析標準項目と畑ら（2011）⁹⁾の先行研究を参考にし、その原案を作成した。その後、現業の介護支援専門員 5 名と協議を重ね、事前調査を行った末、最終的に 16 項目を設定した。それぞれの項目に対して、重要度については「重要ではない」「あまり重要ではない」「どちらとも言えない」「やや重要である」「重要である」の 5 件法、施設全体としての実践度については、「できていない」「あまりできていない」「どちらとも言えない」「ややできている」「できている」の 5 件法で質問した（表 3-1）。「家族介護者」の定義は、在宅復帰した際、直接的な介助や事業所との連絡等を担うと予定されている家族などの介護者とした。「在宅」の定義は、本人もしくは家族介護者の自宅とし、有料老人ホーム等の施設は含まないこととした。

質問 1 に関して単純集計を行った。質問 2 の在宅復帰に関する要因の重要度の分析としては、その構造を明らかにするために全 16 項目の重要度に関して探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行った。抽出された各因子の内的整合性を検討するために、Cronbach の α 信頼係数を求めた。次に在宅強化型老健施設を取得している施設とそうでない施設の差を検討するために、在宅強化型老健施設かどうかを従属変数（在宅強化型老健である：1、在宅強化型老健ではない：0）、質問 2 の全 16 項目の実践度を独立変数として、ロジスティック回帰分析（ステップワイズ法）を行った。統計処理には SPSS ver.23（IBM 社製）を使用し、有意水準は 5%とした。

表 3-1 在宅復帰に関する要因の質問事項

	重要度					実践度				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	1. 重要ではない 2. あまり重要ではない 3. どちらとも言えない 4. やや重要である 5. 重要である					1. できていない 2. あまりできていない 3. どちらとも言えない 4. ややできている 5. できている				
① 利用者の疾病や健康状態の管理	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
② 利用者の移動・歩行の支援	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
③ 利用者のADLの支援	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
④ 利用者のIADLの支援	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
⑤ 利用者のコミュニケーションの支援	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
⑥ 利用者の認知症に関する支援	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
⑦ 利用者の心理面に関する支援	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
⑧ 利用者の住環境整備に関する支援	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
⑨ 家族介護者に対する介護技術などの教育的支援	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
⑩ 家族介護者に対するサービスなどの情報提供支援	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
⑪ 家族介護者の心理面に関する支援	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
⑫ 利用者と家族介護者間の意見や関係性に関する支援・調整	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
⑬ 家族介護者と他の家族間の意見や関係性に関する支援・調整	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
⑭ 施設内での連携	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
⑮ 施設外での(他事業所との)連携	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
⑯ 地域の在宅サービス(実践の項目は充実度で評価)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

第3節 結果

返答は 154 通あり、回収率は 28.4%だった。このうち区分に関する回答がなかった 3 通、在宅復帰に関する回答が 2 割以上欠損していた 4 通を除き、147 通を分析対象とした（有効回収率 27.1%）。

施設区分に関しては、「従来型老健施設」が 75 施設（51.0%）で最も多く、次いで「在宅復帰・在宅療養支援機能加算算定施設」が 43 施設（29.3%）だった。「在宅強化型老健施設」は 27 施設（18.4%）、「介護療養型老健施設」は 2 施設（1.4%）だった（表 3-2）。施設区分ごとの重要度得点と実践度得点の平均値は表 2 に示すようになり、「在宅強化型老健」の実践度得点が、他の施設区分と比較するとやや高かった。

在宅復帰に関する要因の重要度の分析では、因子分析の結果、16 項目全てから構成される 3 因子が抽出された。第 1 因子は、「施設外での連携」「情報提供の支援」などの 10 項目から構成され、これを「要介護者・家族介護者双方への心理的・教育的支援と地域連携」と命名した。第 2 因子は、「移動・歩行の支援」「ADL の支援」「健康状態管理」「施設内での連携」から構成され、これを「老健内での多職種による要介護者の健康・ADL 支援」と命名した。第 3 因子は、「コミュニケーションの支援」「IADL の支援」から構成され、これを「要介護者が自宅生活を行うための社会的要素の支援」と命名した。Cronbach の α

信頼係数は第 1 因子 0.891, 第 2 因子 0.810, 第 3 因子 0.640 であり, すべて 0.60 以上だったため信頼性があると判断された。因子間相関係数では, 第 1 因子と第 2 因子に高い正の相関がみられた (表 3-3)。

「在宅強化型老健施設」であるかどうかに関して, ロジスティック回帰分析の結果, 「利用者の ADL の支援」「家族介護者に対する情報提供の支援」「利用者の認知症に関する支援」が採択された。特に, 前者 2 項目のオッズ比が高かった (表 3-4)。

表 3-2 施設区分

区分	施設数	%	重要度得点	実践度得点
従来型老健施設	75	51.0	4.52±0.24	3.52±0.49
在宅復帰・在宅療養支援機能 加算算定施設	43	29.3	4.62±0.26	3.80±0.44
在宅強化型老健施設	27	18.4	4.55±0.33	3.97±0.48
介護療養型老健施設	2	1.4	4.53±0.34	3.78±0.58

n=147, 得点: 平均値±標準偏差

表 3-3 在宅復帰要因（重要度）に関する探索的因子分析

	因子負荷量		
	第1因子	第2因子	第3因子
第1因子：要介護者・家族介護者双方への心理的・教育的支援と地域連携 ($\alpha = 0.891$)			
⑮ 施設外での（他事業所との）連携	0.764	0.113	-0.145
⑩ 家族介護者に対するサービスなどの情報提供支援	0.707	0.031	0.173
⑫ 利用者と家族介護者間の意見や関係性に関する支援・調整	0.650	-0.108	0.196
⑯ 地域の在宅サービス	0.619	-0.175	0.126
⑪ 家族介護者の心理面に関する支援	0.609	0.115	0.088
⑨ 家族介護者に対する介護技術などの教育的支援	0.582	0.074	0.192
⑧ 利用者の住環境整備に関する支援	0.562	0.216	-0.019
⑥ 利用者の認知症に関する支援	0.536	0.339	-0.049
⑬ 家族介護者と他の家族間の意見や関係性に関する支援・調整	0.524	-0.241	0.331
⑦ 利用者の心理面に関する支援	0.403	0.217	0.308
第2因子：老健内での多職種による要介護者の健康・ADL支援 ($\alpha = 0.810$)			
② 利用者の移動・歩行の支援	-0.118	0.843	0.109
③ 利用者のADLの支援	-0.200	0.801	0.284
① 利用者の疾病や健康状態の管理	0.109	0.623	-0.063
⑭ 施設内での連携	0.422	0.542	-0.329
第3因子：要介護者が自宅生活を行うための社会的要素の支援 ($\alpha = 0.640$)			
⑤ 利用者のコミュニケーションの支援	0.037	0.167	0.728
④ 利用者のIADLの支援	0.170	-0.022	0.525
因子寄与	6.06	4.80	2.83
因子間相関係数	第1因子	0.631	0.409
	第2因子		0.287

因子抽出法：最尤法，回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

表 3-4 在宅強化型老健施設を従属変数としたロジスティック回帰分析

独立変数	β	オッズ比	95%信頼区間
利用者のADLの支援	0.69	2.72**	1.28-5.77
家族介護者に対する情報提供の支援	0.63	2.61**	1.39-4.93
利用者の認知症に関する支援	-0.78	0.46*	0.24-0.87

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

第4節 考察

施設区分は、老健協会による全国規模の報告と同様の傾向がみられ、在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援加算施設が徐々に増えていることが伺える。しかし、依然として約50%の施設が従来型であったことから、さらに老健の在宅復帰機能が求められる。

因子分析の結果では、在宅復帰に関する要因が3つの因子に分類された。第1因子「要介護者・家族介護者双方への心理的・教育的支援と地域連携」は、「施設外での連携」「情報提供の支援」などの10項目から構成されている。単なる利用者の生活支援だけではなく、家族介護者も含めた心理的要素や教育的要素が含まれている。また、事業所内外での連携も重要であることが明らかになった。これらの要素は、施設介護支援専門員や支援相談員の業務内容に関する内容を多く含んでいる。第2因子「老健内での要介護者の健康・ADL支援」は、「移動・歩行の支援」「ADLの支援」「健康状態管理」「施設内での連携」から構成され、老健の入所サービスにおける要介護者への直接的支援に当たると考えられる。これらは、リハ専門職を中心とした多職種による施設内でのADLの支援である。第3因子「要介護者が自宅生活を行うための社会的要素の支援」は、「コミュニケーションの支援」「IADLの支援」から構成されている。これは、在宅生活をより長期的に維持するために必要な応用的要素であると考えられる。様々な職種が関与すると考えられ、社会活動へもつながる因子である。因子間の相関を見ると、第1因子と第2因子の間で強い正の相関があることから、要介護者および家族介護者の心理的・教育的支援に積極的に多職種で関わることで、要介護者の健康面・ADL面の向上が深く関連していることが示唆される。

ロジスティック回帰分析において、在宅強化型老健施設であるための要因として要介護者に対するADLの支援、家族介護者に対する情報提供の支援が採択された。つまり、老健から在宅復帰を進めるためには、要介護者に対するADL支援をしつつ、家族介護者に対する支援を実践することが重要であると示唆される。吉本ら(2011)⁷⁾は、利用者の身体・精神的状態を整えることと適切な入所期間をとることの両立が期待され、家族および老健内外の多職種連携による在宅支援方法に関する検討が必要だと述べており、牧迫ら(2009)¹⁰⁾は訪問によるリハビリテーションを利用する要介護者の家族に対して1回につき5分程度の情報提供などの教育介入を行った結果、家族介護者の主観的幸福感が向上したと述べている。本研究の見解もこれらの先行研究を支持している。

本研究の結論として、老健からの在宅復帰のための要因として、①老健内で多職種による要介護者の健康・ADL面の支援を行うこと、②要介護者・家族介護者双方への心理的・教育的支援を行い、地域内で連携を図ること、③要介護者が自宅生活を長期的に継続するためにコミュニケーションやIADLなどの社会的支援を行うことの3つが挙げられる。そして、老健から在宅復帰を促進するためには、要介護者のADL向上のためのリハビリテーションを積極的に行うとともに、家族介護者に対する情報提供などの教育的支援を行うことが重要であることが示唆される。回復期病棟からの在宅復帰に関しては、金山ら(2008)³⁾は「移動能力のレベルが高い」「認知症が重度ではない」、前田ら(2013)⁴⁾は「排泄に関わる動作の自立度」、杉浦ら(2014)⁶⁾は「食事」と「トイレ動作」を挙げている。ADL面の支援という点では同様であるが、老健からの在宅復帰は、より家族介護者に対する支援が重要であるという点が特徴であると考えられる。したがって、家族介護者に

対する支援に関して、評価方法や支援方法などを具体的に記したツールが必要であると考えられる。

引用文献

- 1) 公益社団法人全国老人保健施設協会編（2015）『平成 27 年版介護白書—老健施設の立場から—』TAC 出版，59-65.
- 2) 公益社団法人全国老人保健施設協会編（2015）『介護老人保健施設 在宅支援推進マニュアル 総論・入所編』リベルタス・クレオ，8-11.
- 3) 金山 剛・大平雄一・西田宗幹・ほか（2008）「回復期リハビリテーション病棟における自宅復帰患者の特徴」『理学療法科学』23(5)，609-613.
- 4) 前田悠太郎・渡邊晶規・日比野至（2013）「回復期リハビリテーション病棟における自宅復帰に影響を与える因子—FIM を用いた検討—」『名古屋学院大学論集 医学・健康科学・スポーツ科学篇』2 (1)，1-8.
- 5) 西尾大祐・前島伸一郎・大沢愛子・ほか（2014）「回復期リハビリテーション病棟から在宅復帰した高齢脳卒中患者の日常生活活動に影響を及ぼす因子」『理学療法科学』29(5)，725-730.
- 6) 杉浦 徹・櫻井宏明・杉浦令人・ほか（2014）「回復期退院時の移動手段が車椅子となった脳卒中患者に求められる自宅復帰条件—家族の意向を踏まえた検討—」『理学療法科学』29(5)，779-783.
- 7) 吉本照子・酒井郁子・八島妙子・ほか（2011）「老人保健施設の在宅支援機能と関連する因子および取り組みに関する文献検討:1987-2010 年」『千葉看護学会会誌』17 (1)，61-68.
- 8) 厚生労働省（1999）「平成 11 年 11 月 12 日老企第 29 号」
(<http://www.jupiter.sannet.ne.jp/to403/hourei/cm/11rk029.html>,2016,3,15).
- 9) 畑 亮輔・岡田進一・白澤政和（2011）「居宅介護支援事業所の介護支援専門員による家族へのアセスメントと家族介護者支援との関連」『介護福祉学』18 (2)，112-121.
- 10) 牧迫飛雄馬・阿部 勉・大沼 剛・ほか（2009）「家族介護者に対する在宅での個別教育介入が介護負担感および心理状態へ及ぼす効果」『老年社会科学』31(1)，12-20.

第 4 章 家族介護者の介護負担感—A 県老健 B における調査—

在宅復帰支援を確立するにあたって、家族介護者がどのような内容に負担を感じているか把握する必要がある。本章では、37 名に対するアンケート調査により、家族介護者が実際にどのようなことに負担を感じており、どのような悩みを抱えているのか調査を行った。多くの家族介護者が何らかの負担を感じており、特に排泄介助に負担を感じている者が多かった。健康面での不安を感じている者も多かった。排泄に関わる介助負担を軽減すること、家族介護者の支援方法を確立する必要性が示唆された。

第 1 節 研究の背景と研究目的

公的介護保険制度は、要介護者の全ての生活課題を解決することは難しく、家族介護者の支援を必要とするケースも多い。家族介護者の負担に関する研究は多くなされている。広瀬ら（2004）¹⁾は、「要介護高齢者の ADL 自立度と負担感は弱い相関関係にあった。排泄・入浴・更衣が主に負担感と関連し、全面介助である方が自立よりも負担感が有意に高かった」と述べている。一方で武政ら（2005）²⁾は、在宅脳卒中患者 21 名とその主介護者 21 名に調査を行った結果、介護負担と ADL 自立度との間には関連はなかったと報告している。したがって、在宅介護の負担感は、要介護者の状況や家族介護者の価値観などで変わると考えられる。

そこで、老健からの在宅復帰支援を進めるために、老健から在宅復帰した要介護者を援助している家族介護者が、どのような負担を感じ、どのような悩みを抱えているのかということ把握する必要がある。本研究では、老健から在宅復帰した要介護者の家族介護者の介護負担や悩みに関する調査を行い、家族介護者がどのような負担や悩みを感じているのか、自宅での生活を継続するためには、どのような要因があり、どのような支援をしなければならないのかということ考察する。

第 2 節 対象と方法

（1）対象

平成 22 年 1 月から平成 25 年 6 月までに A 県の老健 B から在宅復帰した要介護者の主介護者のうち、アンケート調査が可能な状態にある方 37 名を対象とした。対象者には個人情報をも十分に保護すること、拒否しても不利益を被ることはないこと等を書面にて説明し、同意を得た上、署名していただいた。回収後はデータをデジタル化して匿名性を確保し、厳重に個人情報保護の管理を行った。

(2) 方法

介護負担や悩みなどに関してアンケート調査を行った(資料1)。分析に使用した質問項目を表4-1に示す。アンケート用紙は老健Bに勤務している職員が手渡しし、後日回収した。選択肢方式と自由記載で回答していただいた。実施期間は、平成25年5月1日～7月31日とした。アンケート結果は、各項目に関して単純集計を行った。集計には、Excel 2010(Microsoft社製)を使用した。

表 4-1 質問内容

1. 主に介護をされる方に関して教えてください。

(1) 性別 ①男性 ②女性

(2) 年齢 () 歳

(3) 続柄 ①実子 ②配偶者 ③義理の子 ④その他の親族
⑤その他

(3) ご職業 ①正職員・自営業 ②パート・アルバイト ③無職

(4) 健康面 ①特に問題はない ②持病があり通院している
③通院はしていないが、何らかの問題はある

(5) 住居 ①同居している ②同じ敷地内に住んでいる
③自家用車で 30 分以内の場所に住んでいる
④自家用車で 30 分以上離れた場所に住んでいる

2. 日々の介護において、負担を感じることがありますか。

①ほぼ毎日ある ②時々ある ③ほとんどない ④全くない

3. 上記の質問で①または②と答えた方は、どのような時に負担を感じますか
(複数回答可)。

①家屋への出入りの介助 ②家屋内での移動介助 ③家屋外での移動介助
④昼間の排泄介助 ⑤夜間の排泄介助 ⑥衣服の着脱介助
⑦ベッドへの乗り移り・起居介助 ⑧食事の介助 ⑨入浴の介助
⑩口腔ケア・整容の介助 ⑪認知症による危険行為 ⑫日常会話
⑬掃除・洗濯 ⑭食事の準備（調理等） ⑮送迎（受診など）
⑯その他 ()

4. 介護や生活に関することで、お悩みがありますか。

①ほぼ毎日ある ②時々ある ③ほとんどない ④全くない

5. 上記の質問で①または②と答えられた方は、どのような内容ですか（複数回答可）。

①自分の健康面に不安がある
②仕事と介護の両立を継続することが難しい
③子育てと介護の両立を継続することが難しい
④他の家族や親族から介護の協力が得られない
⑤介護や生活にかかる経済的な面が心配である
⑥介護に関して相談する相手がいない
⑦その他 ()

6. 今後も在宅生活が維持できるためには、ご本人のどのような能力の維持や向上が必要だと思いますか（複数回答可）。

- | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①家屋への出入り | <input type="checkbox"/> ②歩行 | <input type="checkbox"/> ③車椅子の操作 |
| <input type="checkbox"/> ④洋服の着脱 | <input type="checkbox"/> ⑤トイレ動作 | <input type="checkbox"/> ⑥食事動作 |
| <input type="checkbox"/> ⑦口腔ケア・整容 | <input type="checkbox"/> ⑧ベッドへの乗り移り・起居 | <input type="checkbox"/> ⑨入浴動作 |
| <input type="checkbox"/> ⑩記憶・見当識 | <input type="checkbox"/> ⑪精神面の安定 | <input type="checkbox"/> ⑫コミュニケーション |
| <input type="checkbox"/> ⑬掃除・洗濯 | <input type="checkbox"/> ⑭食事の準備 | |
| <input type="checkbox"/> ⑮その他（ | | ） |

第3節 結果

アンケート結果は、欠損回答が半数以上だった 1 通を除く 36 通を分析対象とした。3 名の要介護者に対して家族介護者 2 名が回答したので、要介護者は 33 名、家族介護者は 36 名だった。要介護者の平均年齢は 78.1±9.9 歳（51～92 歳）で、要介護度の分布は表 4-2 のようになった。家族介護者の平均年齢は 60.6 歳±10.6 歳（46 歳～81 歳）で、女性が 27 名（75.0%）、男性が 9 名（25.0%）だった。続柄は実子が 16 名（44.4%）で最も多く、次いで配偶者が 12 名（33.3%）だった。就労状況では 50%の方が何らかの仕事に就かっていた。居住形態は、同居が 26 名（72.2%）で最も多く、次いで車で 30 分以内が 8 名（22.2%）だった。健康面に関して、19 名（52.7%）の方が何らかの問題があると回答された（表 4-3）。

介護負担に関しては、23 名（63.9%）の方が何らかの負担を感じていると回答された。負担の内容としては、「夜間の排泄介助」が 12 名で最も多く、次いで「日中の排泄介助」が 9 名だった（図 4-2）。悩みに関しては、27 名（75.0%）の方が何らかの悩みがあると回答された。悩みの内容では、「健康面の不安」を挙げた方が 18 名で最も多く、次いで「仕事と介護の両立」が 9 名だった（図 4-4）。在宅生活を継続するために維持してほしい項目は、「トイレ動作」が 21 名で最も多く、次いで「精神面の安定」が 18 名だった（図 4-5）。在宅生活を維持するために、当施設にどのようなことを望みますか」という質問では、「リハビリテーションの充実」が最も多かった。

表 4-2 要介護者の属性

年齢	78.1±9.9歳（51歳～92歳）		
		人数	(%)
性別	女性	17	(51.6)
	男性	16	(48.4)
介護度	要支援1	0	(0.0)
	要支援2	2	(6.0)
	要介護1	4	(12.1)
	要介護2	12	(36.4)
	要介護3	5	(15.2)
	要介護4	8	(24.2)
	要介護5	2	(6.0)

N=33, 年齢：平均値±標準偏差

表 4-3 家族介護者の属性

年齢		60.6±10.6歳 (46歳～81歳)	
		人数	(%)
性別	女性	27	(75.0)
	男性	9	(25.0)
続柄	実子	16	(44.4)
	配偶者	12	(33.3)
	義理の子	3	(8.3)
	その他の親族	5	(13.9)
就労状況	無職	18	(50.0)
	パート職員	9	(25.0)
	正職員・自営業	9	(25.0)
健康面	特に問題はない	17	(47.2)
	通院している	14	(38.9)
	通院していないが問題あり	5	(13.9)
住居	同居	26	(72.2)
	同敷地内	1	(2.8)
	車で30分以内	8	(22.2)
	車で30分以上	1	(2.8)

N=36, 年齢：平均値±標準偏差

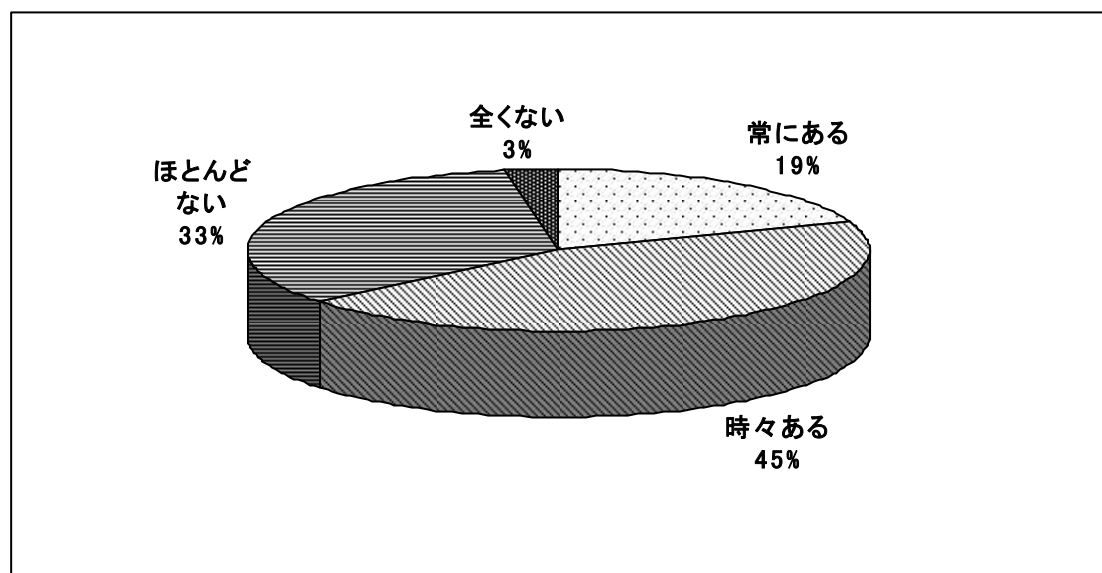


図 4-1 介護負担の有無

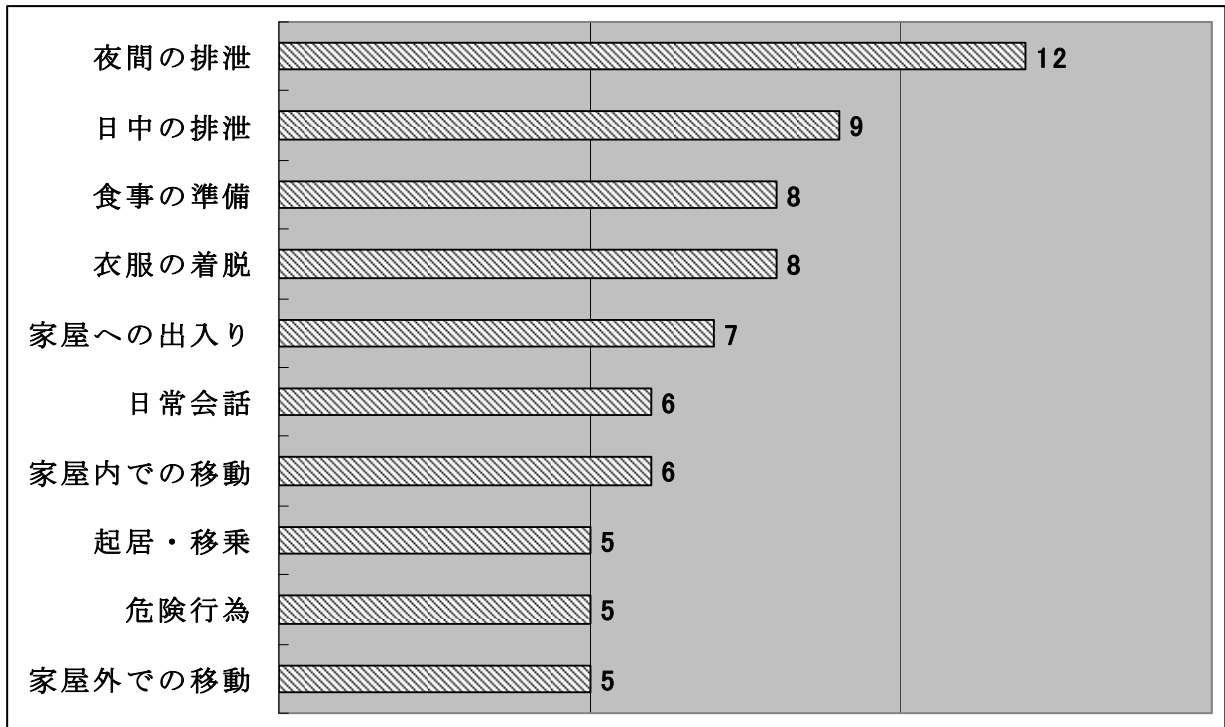


図 4-2 負担を感じる介護内容

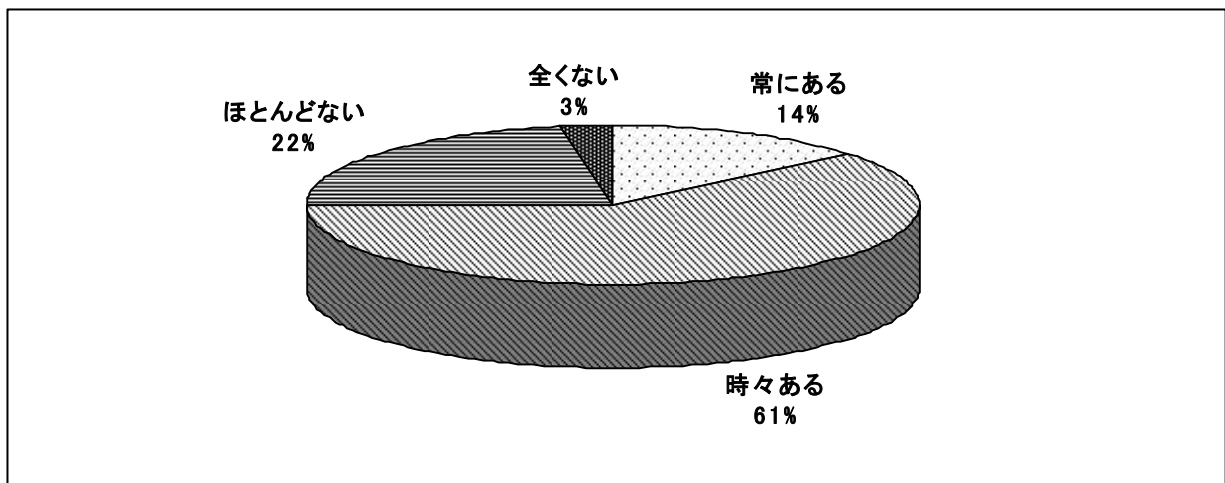


図 4-3 介護に関する悩みの有無

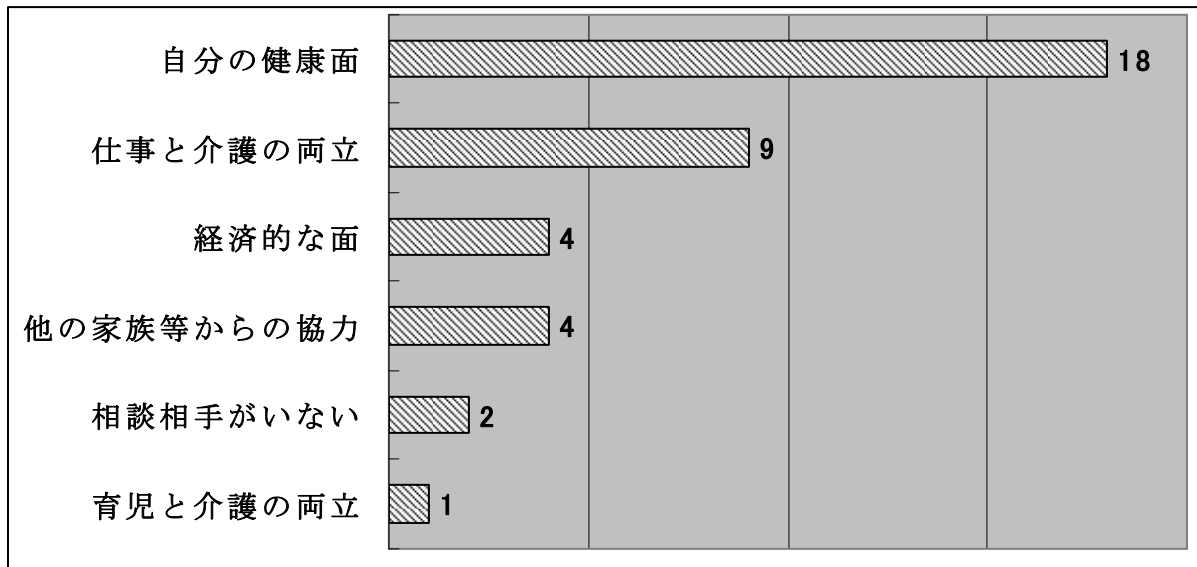


図 4-4 家族介護者の悩み

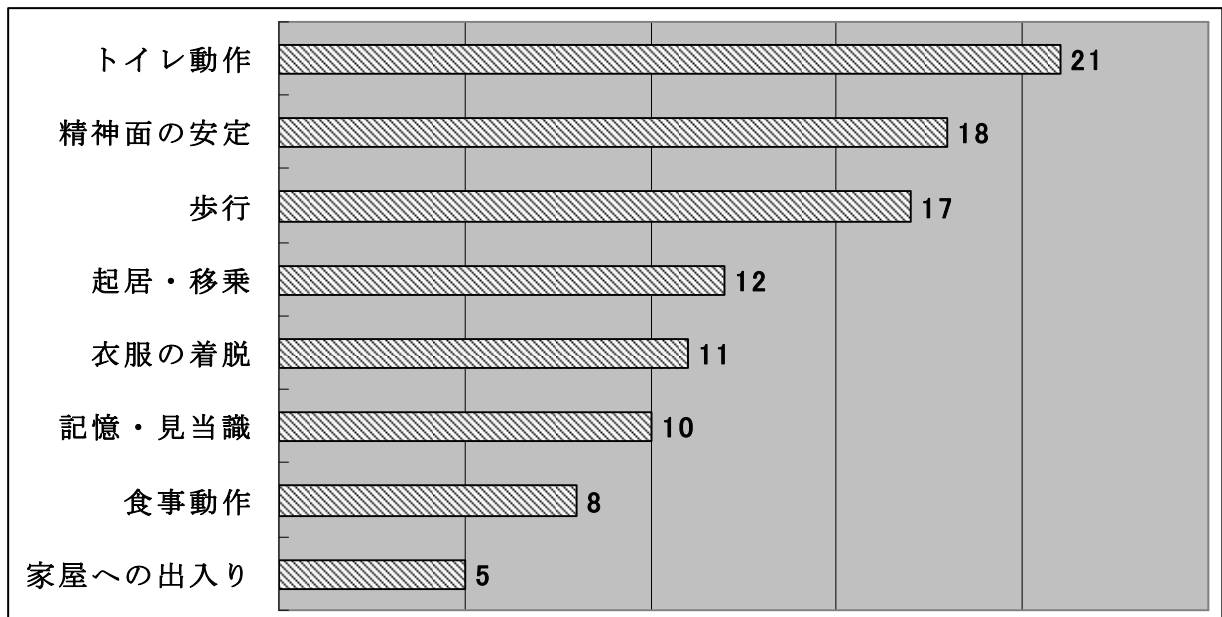


図 4-5 在宅復帰が維持できるために必要と感じる動作

第4節 考察

本調査では、多くの家族介護者が介護負担を感じていることが明らかになった。中でも、最も負担に感じる介護内容は、排泄だった。排泄は、時間を問わない生理現象であり、デリケートな行為である。浅野ら（2012）³⁾は、夜間の排泄援助は、介護者にとって負担になっていると述べており、本研究の結果もこれを支持している。できる限り排泄が自立できるような支援の確立が求められる。

悩みに関しては、健康面の悩みが最も多かった。これは第1章第5節で述べたように、家族介護者が健康面で様々な問題を抱えているという見解と一致した。したがって、家族介護者に対する健康面等のサポートが重要であると考えられる。しかし、そのような介護者に対するサポート体制は確立されているとは言いがたく、その役割をどの職種が担うかということも明確ではない。老健からの在宅復帰を支援し、老健が在宅復帰支援施設として機能するためには、要介護者だけではなく、家族介護者のアセスメントや支援体制を構築することが求められる。武政ら（2005）²⁾は、在宅脳卒中片麻痺患者の在宅生活を継続させるためには、要介護者のみへの支援ばかりでなく、介護者のQOLの視点からの支援介入が必要であり、行政やサービス機関、地域によるこれらの支援体制の確立が必要であると述べている。大城ら（2008）⁴⁾は、要介護者の身体的自立度を表すADLから間接的に介護負担を推定するよりも、介護者自身が介護をどの程度負担に感じているかという「主観的な介護負担度評定」を組み入れ直接的に訊ねる方が、必要なサービス量を的確に査定できると示唆されると述べている。

日本では、2025年に地域包括ケアシステムの構築が計画されている。地域包括ケアシステムにおいては、24時間巡回型の在宅サービス等の整備が重視されているが、夜間の訪問サービスなど、整備・利用が進んでいないサービスもあり（一般社団法人24時間在宅ケア研究会2016:3）⁵⁾、要介護者が在宅生活をする上で、家族介護者も引き続き重要な要素であると考えられる。今後、在宅復帰支援のケアマネジメントにおいて、要介護者の排泄の自立支援、家族介護者の支援を強化することが、欠かせない要素ではないかと思われる。

引用文献

- 1) 広瀬美千代・岡田進一・白澤政和（2004）「家族介護者の介護に対する認知的評価と要介護高齢者の ADL との関係：介護に対する肯定・否定両側面からの検討」『生活科学研究誌』3, 227-236.
- 2) 武政誠一・出川瑞枝・杉本雅晴・ほか（2005）「在宅高齢脳卒中片麻痺者の家族介護者の QOL に影響を及ぼす要因について」『神戸大学保健医療学部紀要』21, 23-30.
- 3) 浅野 均（2012）「回復期リハビリテーション病棟から退院した脳血管障害療養者の排泄の援助—在宅療養初期において家族介護者が行う援助内容の質的分析—」『国立看護大学校紀要』11（1）, 10-19.
- 4) 大城トモ子・國吉和子（2008）「生活行動能力と介護負担との関連について」『地域研究』4, 73-77.
- 5) 一般社団法人 24 時間在宅ケア研究会（2016）「平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の実態と効率的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業報告書」, 3.

第5章 ADL自立に向けた新たな支援方法—トイレ動作自立に向けた 取り組み—

本章では、トイレ動作が自立できるためのひとつの支援方法として、体幹を縦手すりにもたれて、一側上肢で下衣を上げ下げする方法を考案した。そして、その動作について健康者による科学的な検証を行った。対象者は健康な男性 10 名とした。服の上から「短パン」を装着し、これを上げ下げする動作を測定した。手すりなしと手すりにもたれた姿勢で動作を行い、時間、重心総軌跡長、矩形面積、耳垂の上下移動距離の姿勢による相違点を解析した。手すりにもたれた動作では、手すりなしの動作と比較して、重心総軌跡長、矩形面積、耳垂移動距離の平均が有意に低かった。手すりにもたれた動作では、上げる動作における重心総軌跡長と矩形面積、下げる動作における矩形面積と耳垂移動距離で正の相関がみられた。一側上肢で下衣を上げ下げする動作は、縦手すりに寄りかかることでバランスが向上することが示唆された。

第1節 研究の背景と研究目的

第4章の研究により、要介護者にとって、排泄動作の自立の可否が在宅復帰できるかどうかの条件の1つになることが示唆された。日常生活活動 (activities of daily living ; ADL) と在宅復帰に関する報告は多くなされており (CV Granger et al. 1992 ; Friedman PJ 1995 ; RW Mauthe et al. 1996) ¹⁻³⁾、トイレでの排泄動作 (以下、トイレ動作) と在宅復帰との関連性を指摘する報告もみられる。杉浦ら (2014) ⁴⁾の報告では、回復期病棟退院時の移動手段が車椅子となった脳卒中患者の在宅復帰条件は「食事」と「トイレ動作」であったとしている。わが国の医療保険および介護保険制度では、自宅等の住み慣れた地域で生活するための支援が推進されている (社会保障制度国民会議 2013: 21-38) ⁵⁾ため、トイレ動作の自立支援はリハビリテーションにおいて重要な課題であると考えられる。

トイレ動作は、車椅子利用者を想定すると、おおよそ①トイレまで車椅子での移動、②車椅子からの立ち上がり、③下衣の下げ動作、④便座への着座、⑤座位保持、⑥後始末、⑦便座からの立ち上がり、⑧下衣の上げ動作、⑨車椅子への着座、という動作から成り立つ。この一連の流れの中で、立つ、座る、かがむ、あるいはそれらの動作を保持することと、各姿勢でのバランス能力が要求される (中村 2011) ⁶⁾。

一般的に、トイレ動作では下肢が下衣によって拘束される状況になるため、支持基底面を広く取ることができず、下肢のステップ反応も出現しにくいので、バランスが取りにくい姿勢となる。これに加えて、麻痺側上肢が機能していない脳血管障害片麻痺者 (以下、片麻痺者) は、立位姿勢を保持しつつ、非麻痺側の上肢のみで下衣の上げ下げ動作を行わなくてはならないので、体幹の回旋等を伴うことでよりバランスの保持が困難になる。これらの要素は、上記の下衣を上げる動作および下げる動作に影響するものであり、これら

の動作ができないとトイレ動作の自立は達成できない(中村 2011)⁶⁾。そのため、片麻痺者は下衣の操作が困難であるとする報告は、多くみられる(安藤 1993;坂田ら 2015)⁷⁻⁸⁾。

現在の高齢者住宅向けのトイレの基準は、「高齢者が居住する住宅の設計に係る指針について」(国土交通省 2001)⁹⁾に規定されている。公共機関や一般家庭におけるトイレ手すりもこの指針に準じて各メーカーが基準を設定していると思われる。従来、脳卒中片麻痺者を想定したトイレ動作における標準的なトイレの手すりとしては、便座に座って非麻痺側の壁に壁離れ寸法が数センチのL字手すり(以下、標準型L字手すり)を設置するというケースが多くみられる。しかし、標準型L字手すりは、立ち座り動作、移乗動作、座位保持の代償手段にはなるが、下衣の上げ下げ動作の代償手段にはなりにくい。非麻痺側上肢が手すりの把持に用いられると、上げ下げ動作ができなくなり、壁に寄りかかろうとすると、壁や手すりの横部分で非麻痺側上肢の動作が阻害される(中村 2011)⁶⁾。つまり、標準型L字手すりの環境下では、片麻痺者が非麻痺側上肢のみで下衣の上げ下げを行う際、手すりは補助的に機能できないので、手放しでの動作をせざるを得ない状況になる。そうすると、手放しで立位バランスを保つ能力がないと下衣の上げ下げ動作が自立できない。

我々は、手放しで立位保持できない片麻痺者が、壁離れ寸法の長いL字手すりの縦部分に、麻痺側もしくは非麻痺側で体幹を手すりにもたれることで非麻痺側上肢の自由度が高まり、下衣の上げ下げ動作がしやすくなるという症例を複数経験した。そこで、手すりの縦型部分に体幹をもたれることが下衣の上げ下げ動作の自立につながる有効な手段ではないかと考えた。片麻痺者が非麻痺側で縦手すりにもたれて下衣を上げ下げする動作の報告は複数されており、ブルンストロームステージ、高次脳機能障害、体幹機能の影響が示唆されている(鴻ら 2003;鴻ら 2009;後藤ら 2011)¹⁰⁻¹²⁾。松葉(2015)¹³⁾や山崎(2015)¹⁴⁾は、もたれる動作について言及しているが、いずれも壁離れ寸法が短い手すりでの環境である。中村(2012)⁶⁾は、壁離れ寸法を15~20 cmに設定し、縦部分にクッション材を取り付けて(厚さ8 mmのウレタンを巻いて接着後、合皮製のファスナー付きカバーで巻く)、体幹をもたれやすい形状にした手すり(以下、支持型手すり;写真5-1)を考案し、2012年に特許庁の実用新案に登録した(日本国特許庁 2012)¹⁵⁾。15~20 cmの壁離れ寸法とすることで、もたれる際に前傾姿勢になっても頭部が壁に当たりにくくなり、頭部の位置を気にせずにもたれやすくなる。日本家屋のトイレ内の有効幅員は78~80 cm、洋式便座の横幅は約40cmであるため、15~20 cmの壁離れ寸法でも取り付け可能である。便座と手すりの距離が近いことにより、便座に座って麻痺側の壁に取り付けても、立ち上がり動作の際、非麻痺側の上肢で手すりの縦部分を把持しやすい。実際、このような環境下でトイレ動作が自立した症例も経験した。つまり、非麻痺側の壁だけでなく、ケースによっては麻痺側の壁に設置し、麻痺側の体幹でもたれても使用できる。しかし、麻痺側でもたれることによる下衣の上げ下げ動作の安定性を科学的に証明するに至っておらず、そのような報告もみられない。本研究では、片麻痺者等の一側上肢が使用困難な患者を想定し、標準型L字手すり環境下で一側上肢による下衣の上げ下げ動作を対象に、何もつかまらずに行う環境との比較を行い、麻痺側で手すりにもたれて下衣の上げ下げをする動作の有効性を客観的に検証することを目的とする。

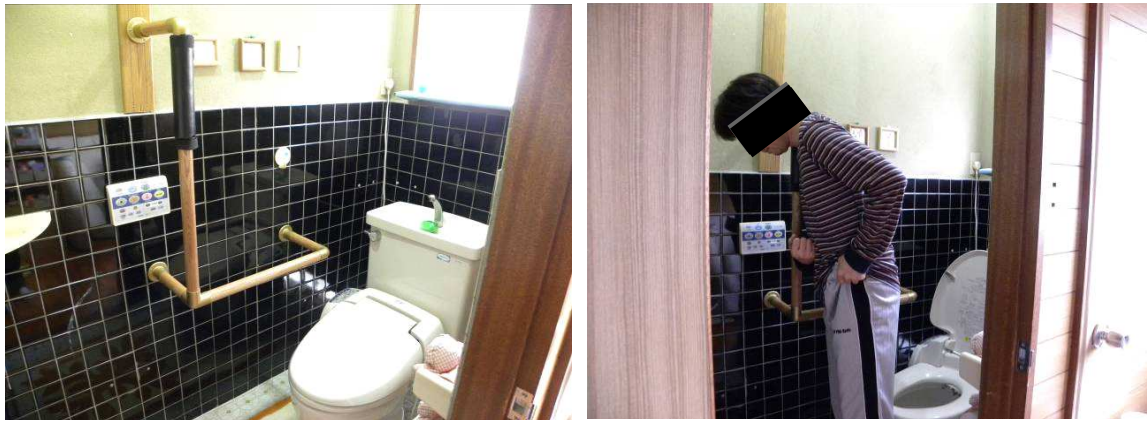


写真 5-1 支持型手すりの使用例

第 2 節 対象と方法

(1) 対象

本研究では、客観的なデータが得られやすい健常者によって測定を行った。被験者は、A 県内の老健 B に勤務する 30 歳代～40 歳代の健常な男性 10 名とした。平均年齢は 39.3 ± 5.9 歳（標準偏差）だった（表 5-1）。

対象者に研究の目的について書面と口頭で説明し、書面にて同意を得てから測定を行った。被験者の個人情報、実験データは、個人が特定できないように管理し、パスワードロック機能付きの USB フラッシュメモリーに保存した。USB フラッシュメモリーはパスワードにより第三者が閲覧できないように設定し、研究者が管理した。なお、本研究は九州保健福祉大学倫理審査委員会の承諾を得て行った（受理番号 14-026）。

(2) 方法

測定は A 県内の老健 B で行った。実際のトイレでは測定が困難であるため、同施設内の機能訓練室にて擬似的な環境を設定した。支持型手すりの縦部分の代用として、ベストポジションバー（NBP 100-80、ホクメイ社製）を使用した。同施設の機能訓練室に、手すりにもたれる以外の条件を排除し、安全に測定できるような位置にベストポジションバーを設置した。床に Wii ボード（RVL-021、任天堂社製）を置き、ノート型パーソナルコンピュータ（VOSTRO1550、Dell 社製）をBluetoothで接続した。Wii ボードでの重心動揺測定の妥当性は RA Clark ら（2010）¹⁶⁾によって報告されている。矢状面より動画を撮影するために、スマートフォン（iPhone 5s、Apple 社製）を三脚で固定し、ベストポジションバーから 3 m 離れた位置に設置した（写真 5-2）。iPhone 5s は画素数が 800 万画素で、サンプリング周波数は 120 fps である。この値は、病院などの理学療法場面で歩行

などを対象とする際にほとんど問題ないとされている 60 fps (坂口 2012)¹⁷⁾と比べて十分に高い。

被験者は、普段着用している衣服サイズを参考にして「短パン」(M, L, LL)を選び、同施設のユニフォーム(「ポロシャツ」,「スラックス」)の上から着用した。さらに利き手をアームスリングで上肢が胸部・腹部に位置するよう肩関節軽度外転,肘関節 90°屈曲位に固定し,利き手が使用できない状況を作った。これによりできる限り片麻痺者に近い状況を作った。Wii ボード上に足部間隔 13.5 cm (Wii ボードに記されている内側ライン)で立位姿勢をとり,以下の 2つの動作を行った。

実験①として,ベストポジションバーにもたれない状態で短パンを腸骨上端部から膝蓋骨上端部まで下げる動作を 5回,膝蓋骨上端部から腸骨上端部まで上げる動作を 5回実施した(写真 5-3)。上げ下げする際は,短パンを把持する箇所を左右交互に持ち替えながら行った。動作の完了は被験者が判断し,完了時に口頭で合図した。実験②として,まず被験者にベストポジションバーにもたれて安定する位置を選んでもらい,その場所で固定側の肩・胸部をベストポジションバーに付けてもたれる姿勢を取り,実験①と同様の動作を行った。

Wii ボードによりこれら実験①,②の重心動揺を測定し,パーソナルコンピュータに取り込んだ。このデータを RA Clark ら (2010)¹⁶⁾が開発したソフトで解析し,1回の動作に要した時間,総軌跡長,矩形面積を算出した。

矢状面を撮影した動画は,動画処理ソフトウェア Quick Time7 Pro (Apple 社製)によりイメージシークエンスに変換した。変換された画像を画像処理ソフトウェア ImageJ (NIH 社製)に取り込み,スタック画像としてコマ送りで確認しながら,キャリブレーションを基に被験者の耳垂下端の上下移動距離(最上端から最下端までの距離)を測定した。耳垂は矢状面での姿勢評価のランドマークに使用されることが多いということから,測定部位に採用した。

1回の動作に要した時間,重心総軌跡長,矩形面積,耳垂移動距離に関して,手すりなしと手すりにもたれた状態の間での上げ動作・下げ動作を比較するため,5回の測定値の平均値を算出し,対応のある t 検定を行った。有意差がみられた項目については,手すりを使用した動作における各指標の相互関係を見るため,それらの間でピアソンの相関係数を求めた。統計処理には SPSS ver.22.0 (IBM 社製)を用い,有意水準は 5%とした。

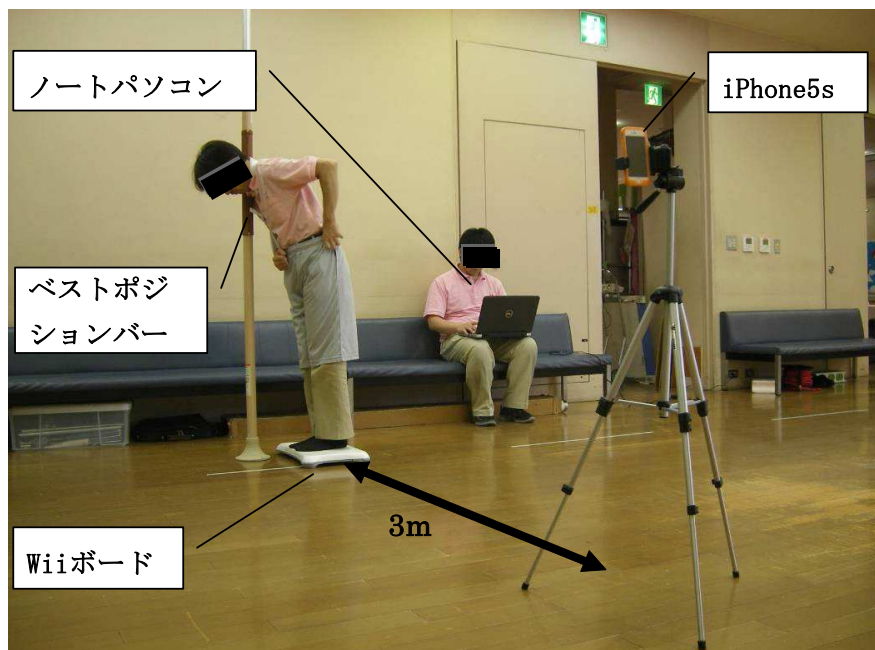


写真 5-2 測定環境



写真 5-3 上げ下げ動作の開始・完了の基準部位

第3節 結果

時間に関しては、下げ動作、上げ動作ともに手すりなしとありの間では、統計学的に有意な差はみられなかった。重心総軌跡長、矩形面積、耳垂移動距離に関しては、下げ動作、上げ動作ともに手すりありの場合に手すりなしの場合と比較して、平均が有意に低かった（表5-2）。

手すりを使用した動作における重心総軌跡長、矩形面積、耳垂移動距離の相関係数は、5つの指標間で有意な相関を示した。その中で、同じ動作でかつ異なる指標間では、上げ動作における重心総軌跡長と矩形面積が0.66、下げ動作における矩形面積と耳垂移動距離が0.73と、それぞれ有意な正の相関を示した（表5-3）。

表5-1 対象者の属性

性別	年齢 (歳)	身長 (cm)	体重 (kg)
男性	39.3 ± 5.9	171.2 ± 6.5	70.3 ± 8.5

N=10, 数値：平均値 ± 標準偏差

表5-2 手すりなしと手すりありでの比較

	動作	手すりなし	手すりあり
時間 (秒)	下げ動作	7.8 ± 1.8	8.0 ± 2.6
	上げ動作	10.7 ± 1.9	10.6 ± 2.8
重心総軌跡長 (cm)	下げ動作	52.7 ± 17.5	38.5 ± 13.0**
	上げ動作	74.5 ± 20.4	52.1 ± 15.4**
矩形面積 (cm ²)	下げ動作	30.6 ± 9.7	16.8 ± 11.0**
	上げ動作	67.9 ± 26.5	31.3 ± 18.6**
耳垂移動距離 (cm)	下げ動作	51.3 ± 11.9	10.2 ± 7.6**
	上げ動作	39.9 ± 9.9	6.0 ± 4.5**

数値：平均値 ± 標準偏差, **: p<0.01

表 5-3 手すりあり動作における重心動揺の指標間の相関係数

		①	②	③	④	⑤	⑥
① 重心総軌跡長	下げ動作						
② 重心総軌跡長	上げ動作	0.60					
③ 矩形面積	下げ動作	0.16	0.41				
④ 矩形面積	上げ動作	0.05	0.66*	0.75*			
⑤ 耳垂移動距離	下げ動作	0.15	0.27	0.73*	0.56		
⑥ 耳垂移動距離	上げ動作	0.14	0.04	0.69*	0.40	0.88**	

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$

第 4 節 考察

縦手すりに寄りかかって、一側上肢で下衣を上げ下げする動作は、時間には影響を及ぼさないが、水平面での重心動揺と矢状面での安定性に寄与することが分かった。健常者による測定だったので、動作への適応が早く、時間には差が出なかったと思われる。運動学的な安定性は、圧中心、支持基底面の大きさ、支持基底面に対する圧中心の位置の 3 つで決定される（奈良ら 2004）¹⁸⁾。重心総軌跡長は圧中心の移動軌跡であり、バランスが保たれている状態では、3 次元的な体重心を鉛直方向に投影した点（重心点）が支持基底面内の圧中心に一致する。バランス能力は体重心を支持基底面内に投影する能力といえることができる（内山 2002）¹⁹⁾。また、身体各部がバランスを保持できる範囲を空間内に規定し、その境界は安定性限界と呼ばれている（藤澤 2004）²⁰⁾。

手すりにもたれることによって、体重を支持する部分が増加し支持基底面が広がっている。これによって動的なバランスが安定化している。つまり、介助者が前方から支えているのと同じような効果をもたらしていると考えられる。手すりにもたれて下衣を上げ下げすることは、重心線が支持基底面の中央付近から外れるが、もたれることで安定域の変動が少なくなる。それによって、重心総軌跡長、矩形面積が小さくなると考えられる。また、体幹の固定によって運動の自由度が制限されるため、課題の実行が容易になるのではないかと推測される。つまり、もたれることによってバランスを制御する運動器や神経機構の働きが最小限の力でできるようになり、上肢の操作にゆとりができると考えられる。

これらのことが、重心総軌跡長、矩形面積、耳垂移動距離で、有意差がみられた理由と思われる。また、手すりにもたれた動作の下げ動作においては、矩形面積と耳垂移動距離との間に、有意な正の相関があることから、上下移動が少ない姿勢で動作を行うことが、より小さな重心線の移動範囲で動作を行うことにつながるのではないかと推察される。

手すりにもたれて下衣の上げ下げ動作が可能になれば、トイレにおける排泄動作が自立し、要介護者の在宅復帰へつながるのではないかと考えられる。特に一側上肢の随意性が著しく低下した片麻痺者が、使用できるようになれば意義が大きい。しかし、本研究は、健常者による一側上肢のみ制限したモデルでの測定であり、基礎研究としての意味合いが

強く、そのため実際の片麻痺者がどのようなバランスの戦略をとるのかは解明できていない。今後、片麻痺者でのデータ収集を試み、どのような状態の片麻痺者に適応できるのか、障害パターンに応じてどのようなもたれ方がより安定性に寄与するのかを検証することが課題である。

引用文献

- 1) CV Granger, BB Hamilton, RC Fiedler(1992)Discharge outcome after stroke rehabilitation.*Stroke*,23(3),978-982.
- 2) Friedman PJ(1995)Stroke outcome in elderly people living alone.*Disabil Rehabil*, 17(2),90-93.
- 3) RW Mauthe, DC Haaf, P Haya, et al. (1996)Predicting discharge distinction of stroke patients using a mathematical model based on six items from the functional independence measure.*Arch Phys Med Rehabil*,77(1),10-13.
- 4) 杉浦 徹・櫻井宏明・杉浦令人・ほか (2014)「回復期退院時の移動手段が車椅子となった脳卒中患者に求められる自宅復帰条件一家族の意向を踏まえた検討一」『理学療法科学』 29(5), 779-783.
- 5) 社会保障制度改革国民会議 (2013)『社会保障制度改革国民会議報告書一確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋一』 21-38.
- 6) 中村豪志 (2011)「脳血管障害片麻痺者のトイレ動作支援に関する研究 下衣の上げ下げ動作のための有効な手すりの検証」九州保健福祉大学大学院保健科学研究科平成 22 年度修士論文.
- 7) 安藤徳彦 (1993)「多変量解析を用いて行った日常生活動作に対する構造解析」『横浜医学』 44, 201-210.
- 8) 坂田祥子・大島洋平・佐藤雅哉・ほか (2015)「脳卒中片麻痺患者のトイレ動作に関連する動作の難易度」『総合リハビリテーション』 43(3), 233-240.
- 9) 国土交通省 (2001)
「高齢者が居住する住宅の設計に係る指針 平成 13 年度国土交通省告示 1301 号」
(<http://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/torikumi/koureishahou-kokuji1301.htm>,2014.7.11).
- 10) 鴻真一郎・生田宗博 (2003)「脳卒中片麻痺者が手すりを用いてズボンを上げ下げするための機能レベルと有効な手すりの位置の検討」『作業療法』 22(5), 452-462.
- 11) 鴻真一郎・井村由子・山口直子・ほか (2009)「脳卒中片麻痺患者における発症早期からのズボン上げ下ろし動作練習の経過」『作業療法』 28(2), 167-177.
- 12) 後藤晃太郎・鴻真一郎 (2011)「脳卒中患者のズボン上げ下ろし動作における体幹機能の影響」『共済医報』 60(4), 325-328.
- 13) 松葉貴司 (2011)「理学療法臨床のコツ 住宅改修のアドバイスのコツ」『理学療法ジャーナル』 45(1), 50-52.

- 14) 山崎哲司 (2006) 「トイレ, 浴室, 居室の家屋改造のポイント」『理学療法ジャーナル』40(2), 139-144.
- 15) 日本国特許庁 (2012) 「実用新案登録第 3173155 号」『登録実用新案公報』1-5.
- 16) RA Clark, AL Bryant, Y Pua, et al.(2010)Validity and reliability of the Nintendo Wii Balance Board for assessment of standing balance.*Gait & Posture*,31,307-310.
- 17) 坂口 顕 (2012) 「動画の撮り方と保存」『理学療法ジャーナル』46(10), 917-923.
- 18) 奈良 勲・内山 靖 (2004) 『姿勢調節障害の理学療法』医歯薬出版, 2-43.
- 19) 内山 靖 (2002) 「バランス障害と理学療法 バランスと姿勢・活動」『理学療法ジャーナル』36(4), 223-232.
- 20) 藤澤宏幸 (2004) 「バランス障害に対する運動療法の基礎」『理学療法ジャーナル』38(9), 733-740.

第 6 章 在宅復帰マネジメントツールの開発

第 1 章から第 5 章において、要介護者のアセスメントの現状、家族介護者のアセスメントの現状、在宅復帰に関する要因、介護負担の内容、排泄動作の支援方法について、多角的な研究を行った。これらの研究結果を基に、在宅復帰を目的として、多職種共同で要介護者および家族介護者の評価・支援を行うということを「在宅復帰マネジメント」と定義し、それを実践するためのツールとして在宅復帰マネジメントツールを開発した。在宅復帰マネジメントツールは 8 種のシートから構成される。本章では、在宅復帰マネジメントツールの特徴、各シートの内容および記載方法について論述する。

第 1 節 在宅復帰マネジメントツールの特徴

第 1 章から第 5 章の研究により、要介護者が老健から在宅復帰するためには、①要介護者の心身機能、②家族介護者の介護力、③生活（物理的）環境、④社会的環境が重要な要素であることが判明した。これらが相互に有機的に結びついて在宅復帰が可能となると考えられる。

そこでこの概念を基に、在宅復帰を目的として、多職種共同で在宅復帰が可能かどうかを判断し、要介護者および家族介護者の評価・支援を行うということを「在宅復帰マネジメント」と定義した。筆者らは在宅復帰マネジメントを詳細かつ客観的に実施するためのツールとして、「在宅復帰マネジメントツール」を開発した。在宅復帰マネジメントツールは、第 1 章から第 5 章の研究結果および既存のアセスメントツールを参考に、老健に勤務する理学療法士 3 名、作業療法士 1 名、医師 1 名、看護師 1 名、施設介護支援専門員 4 名と協議し、アセスメントシートの種類及び各シートの項目を決定した。「在宅復帰マネジメントツール」は、①在宅復帰を想定した利用者の生活アセスメントシート（シート 1）、②在宅復帰に向けた排泄アセスメントシート（シート 2）、③家族介護者フェイスシート（シート 3）、④家族介護者のアセスメントシート（シート 4）、⑤地域資源のアセスメントシート（シート 5）、⑥在宅復帰後の生活パターンと家族介護者の関わり（シート 6）、⑦在宅復帰判定（シート 7）、⑧利用者および家族介護者の支援計画（シート 8）の合計 8 種類のシートで構成され、全体の流れは図 1 に示すようになる。

在宅復帰マネジメントツールは以下のような特徴を備えている。第一に、要介護者の動作を評価する場所は、施設での環境ではなく自宅での環境とし、評価項目は自宅での生活が最低限度維持できるための動作とした。第二に、在宅復帰の可否に重要な要素である排泄に関しては、独立した評価シートを作成し、重点的に評価・支援を行えるようにした。第三に、在宅復帰を想定したサービスの仮計画や一日の生活を記載し、在宅復帰後の具体的なサービスや生活がイメージしやすいように配慮した。第四に、利用者、家族介護者のアセスメントシートは数値化し、客観的なアセスメントやモニタリングができるようにした。第五に、要介護者と同様に家族介護者に対しても支援計画を作成し、支援を実行できるようにした。以上により、在宅復帰のための根拠とプロセスを明確にできると考える。

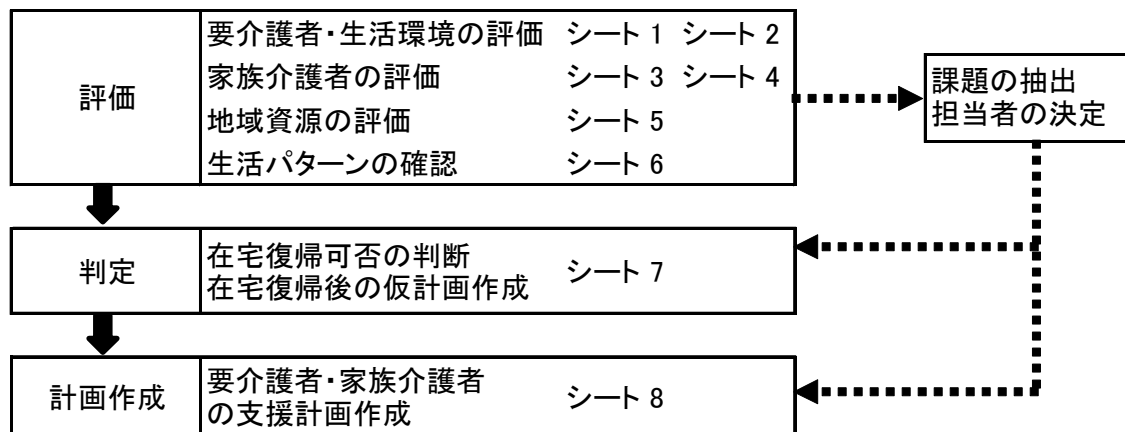


図 6-1 在宅復帰マネジメントツールの使用過程

第 2 節 各シートの概要

(1) 在宅復帰を想定した利用者の生活アセスメント (シート 1)

要介護者の自宅を訪問し，自宅環境を踏まえて本人が自宅で最低限の生活を送るための日常生活動作，手段的日常生活動作の要素に関して評価する．老健に特化したアセスメントツールとして開発された R4 システムにおける動作評価は，施設内で評価することが原則であるが，本ツールでは自宅環境下で評価を行うことに独自性がある．評価項目は，日本社会福祉士会（2000）¹⁾のケアマネジメント実践記録様式等を参考にし，25 項目を設定した（表 6-1）．

主として担当のリハビリテーション専門職が本人の現状の能力と自宅環境を総合的に評価し，25 項目を各 1～4 点，合計 100 点満点で「評価」欄に記載する．評価基準は表 6-2 に記す．本人の動作能力に加えて物理的環境と人的環境を加味して評価する点に独自性がある．判断に迷う場合は，低いほうの点数を採用する．「課題」「課題解決のための方法・目標」「担当」を具体的に記載する．

表 6-1 シート 1 の評価項目

項目	内容
① 玄関までの移動	乗用車等から玄関までの移動能力、手段
② 自宅への出入り	出入りの場所、手段
③ 室内移動	自宅内での移動能力、手段
④ 起居	起き上がる動作と寝る動作
⑤ 就寝	就寝時の布団操作やベッド・マットレスの種類
⑥ 移乗	ベッドや椅子への移乗動作
⑦ 食事動作	食事動作能力、手段
⑧ 調理・片付け	電子レンジの操作など
⑨ 内服・服薬管理	内服の動作、薬の管理
⑩ 口腔ケア	歯磨き、義歯の手入れなど
⑪ 整容	髭剃り、爪切り、整髪
⑫ 排泄（日中）	日中の排泄方法、本人の能力
⑬ 排泄（夜間）	夜間の排泄方法、本人の能力
⑭ 更衣	下衣・上衣の着脱
⑮ 靴・装具着脱	室内用の靴なども含む
⑯ 入浴・清拭	自宅で入浴するための動作、手段
⑰ 室内での余暇活動	テレビ鑑賞などのための器具操作など
⑱ 掃除・ゴミ出し	自宅内の掃除・ゴミ出しの動作、手段
⑲ 洗濯	洗濯機の操作・物干し・たたみの動作、手段
⑳ 買い物	必要物品の入手方法
㉑ 金銭管理	生活費用の管理
㉒ コミュニケーション	自宅での会話や電話など
㉓ 認知機能（危険行為の回避）	転倒などの危険性、予防対策
㉔ 空調管理・戸締り	エアコン操作、窓の開閉、鍵の施錠など
㉕ 緊急時の対応	体調が悪化した時などの対応

表 6-2 シート 1 の評価基準

点数	評価基準
1点	住環境・福祉用具等を整備しても、一人ではできず、専門職等の援助を要する。
2点	住環境・福祉用具等を整備しても、一人ではできず、家族等の援助を要する。
3点	住環境・福祉用具等を整備すれば、一人で行える。
4点	住環境・福祉用具等を整備しなくても、一人で行える。

(2) 在宅復帰に向けた排泄アセスメント (シート 2)

在宅復帰に特に影響を及ぼすと考えられる排泄に関しては、独立項目を設け、詳細なアセスメントを行う。自宅トイレを想定した動作能力の現状を評価し、10項目を各1~4点で評価する(自宅での移動が歩行の場合は、全ての項目を評価する必要はない)。評価基準は表6-2に従う。判断に迷う場合は、低いほうの点数を採用する。第5章で示された手すりにもたれかかって下衣の上げ下げをする動作の評価を取り入れた。最終的に日中と夜間に分けて、詳細な排泄手段を決定する。

(3) 家族介護者フェイスシート (シート 3)

家族介護者の評価項目が多く記載されている日本社会福祉士会(2000)¹⁾のケアマネジメント実践記録様式を参考にして作成した。家族介護者の介護能力を評価するために、必要な情報収集を行う。聴き取りによって記載するか、もしくは家族介護者本人に記載していただく。

(4) 家族介護者のアセスメントシート (シート 4)

家族介護者フェイスシートを基にして、家族介護者の評価を行う。評価項目は10項目とした(表6-3)。現状について各項目3点満点、合計30点満点で採点する。判断に迷う場合は、低いほうの点数を採用する。また、各項目について具体的な課題を記載する。

表 6-3 シート 4 の評価項目

評価項目
① 身体的健康面
② 精神的健康面
③ 介護・在宅復帰に関する意欲
④ 介護・在宅復帰に対する不安感
⑤ 介護に関する知識・技術
⑥ 本人との関係
⑦ 協力者
⑧ 就労
⑨ 他の養育
⑩ 経済能力

(5) 地域資源のアセスメント (シート 5)

利用者の生活地域で利用できる地域資源をもれなく調べることを目的とする。介護保険サービス、市町村が独自に提供しているサービス、身体障害者手帳に基づくサービス、社会福祉協議会が提供するサービス、ボランティア等に区分した。自宅復帰した場合、利用予定を「適応」欄に記載する。必ず利用する場合「○」、地域で利用可能であり、利用を検討する場合「△」と記入する。その他、予定している事業所などを記入する。

(6) 在宅復帰後の生活パターンと家族介護者の関わり (シート 6)

利用者の行動予定、家族介護者の行動予定を併記して、家族介護者が関わることのできる時間帯を明確にすることを目的とする。日本社会福祉士会(2000)¹⁾のケアマネジメント実践記録様式フェイスシートIX「主な日課とサービス等のスケジュール」等を参考に作成した。在宅復帰後の生活パターンを1日の時系列で記載する、外部サービスを記載する、曜日によって生活パターンが変わる場合は複数のパターンを記載するという点に独自性がある。

(7) 在宅復帰判定 (シート 7)

シート 1~6 をもとに、在宅復帰が可能かどうか、多職種によって判断する。そして、利用者と家族介護者の双方の支援計画を立案する。手順は以下のように行う。

- ①本人および家族介護者の在宅復帰に対する希望を確認する。
- ②本人の病状や介護状況などの今後の予測を記載する。
- ③シート 1, シート 4 の得点やその他の評価内容を参考にして、在宅復帰が可能であるか判定する。
- ④在宅復帰が可能であればどのような期間かチェックする。
- ⑤在宅復帰する場合、どのサービスを何回利用可能か、支給限度額基準と照らし合わせて、仮のプランを立案する。

(8) 在宅復帰診断及び支援計画 (シート 8)

第1章から第5章までの研究の結果、家族介護者の支援計画を明記することが必要であると示唆されている。利用者の支援計画と家族の支援計画を同様に記載する。その際、担当者も明記する。

シート 1 利用者の在宅復帰を想定した生活アセスメント①

利用者名		様	評価日	平成	年	月	日
項目	評価	課題	課題解決のための方法・目標				担当
玄関までの移動							
自宅への出入り							
室内移動							
起居動作							
就寝							
移乗動作							
食事動作							
調理・片付け							

シート 1 利用者の在宅復帰を想定した生活アセスメント②

項目	評価	課題	課題解決のための方法・目標	担当
内服・服薬管理				
口腔ケア				
整容				
排泄（日中）				
排泄（夜間）				
更衣				
靴・装具着脱				
入浴・清拭				
室内余暇活動				

シート 1 利用者の在宅復帰を想定した生活アセスメント③

項目	評価	課題	課題解決のための方法・目標	担当
掃除・ゴミ出し				
洗濯				
買い物				
金銭管理				
コミュニケーション				
認知機能 (危険回避能力)				
空調管理・戸締り				
緊急時の対応				
計		点 / 100		
備考				

シート 2 在宅復帰に向けた排泄アセスメント

利用者名 _____ 様 評価日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

1. 尿意・便意

1	尿意	日中:	夜間:
2	便意	日中:	夜間:

2. 服薬等でのコントロール

1	尿意	日中:	夜間:
2	便意	日中:	夜間:

3. 動作能力(自宅トイレ)

項目	評価	備考
1 適切な停止		
2 車椅子からの立ち上がり		
3 下衣の下げ動作		<input type="checkbox"/> つかまりなし <input type="checkbox"/> 片手持持 <input type="checkbox"/> 健側で手すりに寄りかかり <input type="checkbox"/> 麻痺側で手すりに寄りかかり <input type="checkbox"/> 頭部で壁に寄りかかり
4 車椅子から便座への回転・着座		
5 座位保持		
6 ふき取り・洗浄		<input type="checkbox"/> 温水洗浄便座
7 水流し		
8 便座からの立ち上がり		
9 下衣の上げ動作		<input type="checkbox"/> つかまりなし <input type="checkbox"/> 片手持持 <input type="checkbox"/> 健側で手すりに寄りかかり <input type="checkbox"/> 麻痺側で手すりに寄りかかり <input type="checkbox"/> 頭部で壁に寄りかかり
10 便座から車椅子への回転・着座		

4. 日中の排泄手段

1	トイレ環境・福祉用具	<input type="checkbox"/> 標準型L字手すり <input type="checkbox"/> 標準型I字手すり <input type="checkbox"/> 横手すり <input type="checkbox"/> 支持型L字手すり <input type="checkbox"/> 支持型I字手すり <input type="checkbox"/> フレーム型手すり <input type="checkbox"/> 補高便座 <input type="checkbox"/> 昇降便座 <input type="checkbox"/> 温水洗浄便座 <input type="checkbox"/> ボタン式水洗 <input type="checkbox"/> その他 ()
2	ベッドサイドでの福祉用具	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 介助バー <input type="checkbox"/> ベストポジションバー <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 管付き尿器 <input type="checkbox"/> 特殊尿器 <input type="checkbox"/> 集尿器 <input type="checkbox"/> 差込み便器 <input type="checkbox"/> その他 ()
3	下着・オムツ	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> コットンパンツ <input type="checkbox"/> パンツ型オムツ <input type="checkbox"/> パッド型オムツ <input type="checkbox"/> フラット型オムツ <input type="checkbox"/> テープ式オムツ

5. 夜間の排泄手段

1	トイレ環境・福祉用具	<input type="checkbox"/> 標準型L字手すり <input type="checkbox"/> 標準型I字手すり <input type="checkbox"/> 横手すり <input type="checkbox"/> 支持型L字手すり <input type="checkbox"/> 支持型I字手すり <input type="checkbox"/> フレーム型手すり <input type="checkbox"/> 補高便座 <input type="checkbox"/> 昇降便座 <input type="checkbox"/> 温水洗浄便座 <input type="checkbox"/> ボタン式水洗 <input type="checkbox"/> その他 ()
2	ベッドサイドでの福祉用具	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 介助バー <input type="checkbox"/> ベストポジションバー <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 管付き尿器 <input type="checkbox"/> 特殊尿器 <input type="checkbox"/> 集尿器 <input type="checkbox"/> 差込み便器 <input type="checkbox"/> その他 ()
3	下着・オムツ	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> コットンパンツ <input type="checkbox"/> パンツ型オムツ <input type="checkbox"/> パッド型オムツ <input type="checkbox"/> フラット型オムツ <input type="checkbox"/> テープ式オムツ

シート3 家族介護者フェイスシート

利用者名 : 様 評価日 : 平成 年 月 日

家族介護者名	様	性別	
続柄(関係)		生年月日	年 月 日 歳
住所		(携帯)電話	- -
居住環境	<input type="checkbox"/> 利用者と同居 <input type="checkbox"/> 同敷地内の別宅 <input type="checkbox"/> 乗用車で30分以内 <input type="checkbox"/> 乗用車で30分以上		
家族形態	<input type="checkbox"/> 配偶者 () <input type="checkbox"/> 子 ()		
移動手段	<input type="checkbox"/> 乗用車の運転 () <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> タクシー等		
健康面	<input type="checkbox"/> 特に問題はない <input type="checkbox"/> 病院にかかっている 診断名 () <input type="checkbox"/> 病院にかかっていないが問題がある 症状 ()		
意欲	<input type="checkbox"/> 在宅復帰を強く希望する <input type="checkbox"/> できれば在宅復帰を希望する <input type="checkbox"/> 在宅復帰は希望しない 在宅復帰・在宅介護に関して思うことや不安なことは何ですか。 ()		
見守り	<input type="checkbox"/> 基本的に誰かが常時行える <input type="checkbox"/> 仕事などで誰もできない時間帯がある <input type="checkbox"/> 時間がある時は優先的に行える <input type="checkbox"/> 基本的に誰も行えない		
可能な介護	<input type="checkbox"/> 家屋への出入り <input type="checkbox"/> 家屋内での移動 <input type="checkbox"/> 家屋外での移動 <input type="checkbox"/> 昼間の排泄 <input type="checkbox"/> 夜間の排泄 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> ベッドでの起居動作 <input type="checkbox"/> ベッドへの乗り移り <input type="checkbox"/> 食事動作 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 食事の準備(調理等) <input type="checkbox"/> ゴミ出し <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 送迎(受診など) <input type="checkbox"/> 担当者会議などへの出席 <input type="checkbox"/> その他 ()		
希望	在宅復帰するために最低限自立してほしいことは何ですか。 ()		
関係	<input type="checkbox"/> よい関係である <input type="checkbox"/> 普通である <input type="checkbox"/> よい関係ではない 相手(介護対象者)に対してどのように思っていますか。 ()		
協力者	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ①氏名 続柄 ②氏名 続柄 ③氏名 続柄 ④氏名 続柄		
就労	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 会社員・公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・手伝い () 勤務曜日 () 勤務時間 ()		
養育	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 子供 () 人 他の要介護者 () 人		
経済	ご本人様とご家族様合わせて、1ヶ月あたりに費やせる金額(医療・介護費用も含む)はどのくらいですか。 <input type="checkbox"/> 5万円未満 <input type="checkbox"/> 5万円～10万円 <input type="checkbox"/> 10万円～15万円 <input type="checkbox"/> 15万円以上 住宅改修などの環境整備に費やせる金額はおよそいくらですか。 () 円		

シート 4 家族介護者アセスメント

利用者名 : _____ 様 評価日 : 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

家族介護者名 : _____ 様 利用者との関係(続柄)

項目	評価	具体的な課題
1 身体的健康面	【1点】問題がある 【2点】問題があるが自制内 【3点】問題はない 点数 ()	
2 精神的健康面	【1点】問題がある 【2点】問題があるが自制内 【3点】問題はない 点数 ()	
3 介護・在宅復帰に関する意欲	【1点】意欲はない 【2点】どちらともいえない 【3点】意欲がある 点数 ()	
4 介護・在宅復帰に対する不安感	【1点】非常に不安である 【2点】少し不安である 【3点】不安はない 点数 ()	
5 介護に関する知識・技術	【1点】ほとんどない 【2点】少しはある 【3点】十分である 点数 ()	
6 本人との関係	【1点】よくない 【2点】普通である 【3点】よい 点数 ()	
7 協力者	【1点】いない 【2点】いるが常時ではない 【3点】常にいる 点数 ()	
8 就労	【1点】ある 【2点】あるが休みはとりやすい 【3点】ない 点数 ()	
9 他の養育	【1点】ある 【2点】あるが負担ではない 【3点】ない 点数 ()	
10 経済能力	【1点】不十分である 【2点】最低限度である 【3点】余裕がある 点数 ()	
	合計 点	

シート 5 地域資源アセスメント

利用者名 : _____ 様 評価日 : 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 生活地域 : _____ 県

分類	種類	適応	予定事業所・備考
介護保険サービス	1 通所介護		
	2 通所リハビリテーション		
	3 認知症対応型通所介護		
	4 訪問介護		
	5 訪問看護		
	6 訪問リハビリテーション		
	7 訪問入浴介護		
	8 夜間対応型訪問介護		
	9 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
	10 居宅療養管理指導		
	11 短期入所療養介護		
	12 短期入所生活介護		
	13 福祉用具レンタル		
	14 福祉用具購入(1割)		
	15 住宅改修		
市町村サービス	1 介護用品給付事業		
	2 食の自立支援事業		
	3 家庭内事故等通報事業		
	4 軽度生活援助事業		
	5 寝具類等乾燥消毒サービス		
	6 成年後見制度		
	7 その他		
身体障害者手帳サービス	1 身体障害者手帳交付		
	2 重度心身障害者医療費助成		
	3 特別障害者手当		
	4 日常生活用具の支給		
	5 補装具の支給		
	6 住宅改造		
	7 その他		
社会福祉協議会サービス	1 紙おむつ支給		
	2 車椅子・ベッド貸し出し		
	3 日常生活自立支援事業		
	4 その他		
ボランティア・その他	1		
	2		
	3		
	4		

シート 7 在宅復帰判定

利用者名	様	年齢	歳	作成日	年	月	日
要介護度	有効期間	平成	年	月	～	年	月

1. 本人・家族の在宅復帰に対する希望

本人	
家族介護者	

2. 本人の病状・機能の予測

--

3. 在宅復帰判定

シート1得点 (/ 100) *カットオフ値50	シート4得点 (/ 30) *カットオフ値23
<input type="checkbox"/> 可	時期 : 平成 年 月頃 期間 : <input type="checkbox"/> 長期在宅 <input type="checkbox"/> 季節型往復利用 <input type="checkbox"/> 短期間型往復利用
<input type="checkbox"/> 検討	理由 :
<input type="checkbox"/> 不可	理由 :

4. 在宅復帰する場合の仮プラン

介護保険サービス	摘要内容		
	単価	利用回数等	合計
デイケア			
デイサービス			
訪問介護			
訪問看護			
短期入所			
福祉用具 レンタル			
その他			
		本人の支給限度額基準 :	
その他のサービス			

シート 8 利用者および家族介護者の支援計画

1. 利用者の支援計画(環境整備も含む)

利用者名 : _____ 様

	在宅復帰のための目標	在宅復帰のための支援計画	担当者
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

2. 家族介護者の支援計画

家族介護者名 : _____ 様

	在宅復帰のための目標	在宅復帰のための支援計画	担当者
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

参考文献

- 1) 日本社会福祉士会 (2000) 『ケアマネジメント実践記録様式・介護保険対応版使用マニュアル』 ミネルヴァ書房.
- 2) John N. Morris・池上直己・山田ゆかり・ほか (2011) 『インターライ方式 ケア アセスメント—居宅・施設・高齢者住宅』 医学書院.
- 3) 日本介護福祉士会 (2008) 『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(Ver.4)』 中央法規.
- 4) 内田恵美子・島内 節 (2004) 『日本版成人・高齢者用アセスメントとケアプラン—財団方式』 日本訪問看護振興財団.
- 5) 全国社会福祉協議会 (2013) 『居宅サービス計画ガイドライン—エンパワメントを引き出すケアプラン』 全国社会福祉協議会.
- 6) John N. Morris , Roberto Bernabei, 池上直己・ほか (1999) 『日本版 MDS-HC2.0—在宅ケアアセスメントマニュアル日本版 MDS-HC2.0—在宅ケアアセスメントマニュアル』 医学書院.
- 7) 全国老人保健施設協会 (2014) 『全老健版ケアマネジメント方式 R4 システム 改訂版』 社会保険研究所.

第 7 章 在宅復帰マネジメントツールによる在宅復帰可否の客観的指標

前章で記した在宅復帰マネジメントツールによる在宅復帰の客観的な評価が有効であるか検証するために、老健を退所された 48 名の要介護者に対して後方視的な研究を行った。在宅復帰マネジメントツールのうち、点数化を行っている在宅復帰を想定した要介護者の生活アセスメント（シート 1）と家族介護者アセスメント（シート 4）による客観的な評価を行った。在宅復帰群 34 名と非在宅復帰群 14 名で得点を比較すると、在宅復帰群が有意に高かった。ROC 曲線からカットオフ値を求めた結果、シート 1 が 50 点、シート 4 が 23 点、合計得点が 71 点であった。在宅復帰マネジメントツールのシート 1 とシート 4 による客観的な評価は、在宅復帰の判断の 1 つとして使用できる可能性が示唆された。

第 1 節 研究の背景と研究目的

第 1 章で述べたように、全国老人保健施設協会の平成 27 年度 4 月介護報酬改定直後の実態調査によると、約 6 割の老健は、在宅復帰に関する加算を取得しておらず、老健からの在宅復帰支援は、全国的に見て十分であるとはいえない。在宅復帰するための判断は、サービス担当者会議等で協議し、本人・家族介護者・担当職員の主観が中心となって総合的に判断されていると考えられる。しかし、そのために用いられるアセスメントツールは、第 2 章において在宅復帰や家族介護者支援には、不十分であることが示唆された。また、在宅復帰が可能であるかどうかという客観的な指標は、現在は存在しない。

本論文で開発した在宅復帰マネジメントツールは、8 つのシートから構成され、在宅復帰を想定した要介護者の生活アセスメント（シート 1）と家族介護者アセスメント（シート 4）は点数化している。シート 1 は要介護者が生活する自宅を訪問し、生活環境を確認した上で、生活動作能力を評価する。シート 4 は家族介護者の介護力を総合的に評価する。これらを用いて、在宅復帰が可能かどうか判断する場合の定量的な目安を設定することができれば、老健からの在宅復帰へ 1 つの指標となり得ると考えた。本研究では、在宅復帰マネジメントツールが在宅復帰の判断に使用できるための指標を設定することを目的とする。

第2節 対象と方法

(1) 対象

平成26年1月1日から平成28年5月31日までにA県の老健Bを退所された要介護者のうち、自宅の評価を行なっている48名とその中心的な家族介護者を対象とした。老健Bの施設内およびホームページに研究の趣旨を掲載し、厳重に個人情報保護すること、研究への参加を拒否した場合でも不利益は被らないことを通達した。その結果、研究の拒否を申し出る者はいなかったため、要介護者48名とその主な家族介護者を研究対象とした。要介護者の平均年齢は 81.5 ± 8.0 歳（標準偏差）だった。

(2) 方法

上記の対象者に対する後方視的研究とした。要介護者本人に対して、シート1の25項目に関して4段階で評価（点数化）を行う。点数は、リハビリテーション実施計画書およびリハビリテーション記録をもとに、担当職員と協議して判断する。項目と判断基準は別紙に示す。家族介護者に対して、シート4の10項目に関して3段階で評価（点数化）を行う。点数は、施設サービス計画書および介護支援専門員の記録をもとに、担当職員と協議して判断した。項目と判断基準は別紙に示す。両シートともに、判定に迷う場合は、低いほうの得点を採用した。

各シートにおいて、正規性が確認できなかったのでMann-WhitneyのU検定により在宅復帰群と非在宅復帰群の各得点を比較した。さらに、在宅復帰群と非在宅復帰群でReceiver Operating characteristic（以下、ROC）曲線から、シート1、シート4、合計得点のArea Under the Curve（以下、AUC）、カットオフ値を算出した。最適なカットオフ値の算出には、Youden index（感度＋特異度－1）を用いた。統計処理はエクセル統計2015（統計情報サービス社製）を使用し、有意水準は5%とした。

第3節 結果

平均点は、在宅復帰群は79.1点、非在宅復帰群は71.4点だった。Mann-WhitneyのU検定を行った結果、在宅復帰群の得点は非在宅復帰群の得点に比べて有意に高かった。ROC曲線において、Youden indexから算出したカットオフ値はシート1が50点（AUC 0.697, 感度 85.3%, 特異度 50.0%, $p < 0.01$ ）、シート4が23点（AUC 0.748, 感度 47.1%, 特異度 92.9%, $p < 0.01$ ）、合計得点が71点（AUC 0.764, 感度 91.2%, 特異度 57.1%, $p < 0.01$ ）だった（表7-2）。シート1、シート4、合計得点の全てがカットオフ値を上回っていた場合は、在宅復帰は100.0%だった。

表 7-1 在宅復帰群と非在宅復帰群の比較

	在宅復帰群 (n=34)	非在宅復帰群 (n=14)
年齢	81.2±8.6	82.3±6.4
性別		
男性	6	3
女性	28	11
シート1得点 (100点満点)	56.9±8.9	51.9±8.7
シート4得点 (30点満点)	22.2±3.2	19.4±2.8
合計得点 (130点満点)	79.1±9.3	71.4±9.2

年齢及び得点：平均値±標準偏差

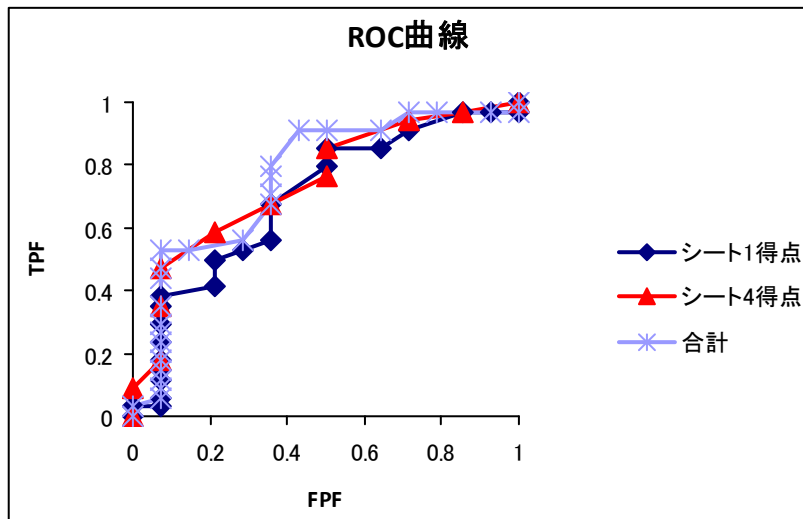


図 7-1 ROC 曲線

TPF：感度，FPF：1－特異度

表 7-2 シート 1 得点・シート 4 得点・合計得点のカットオフ値

	カットオフ値	感度	特異度	AUC	95%信頼区間 (AUC)	P 値
シート1得点	50	85.3%	50.0%	0.697	0.526-0.869	0.0238
シート4得点	23	47.1%	92.9%	0.748	0.595-0.901	0.0015
合計得点	71	91.2%	57.1%	0.764	0.602-0.926	0.0014

第4節 考察

日常生活における各動作が遂行可能かどうかは、本人の身体機能、認知機能、物理的環境で決まると考えられる。身体機能が不十分であっても物理的環境が本人の身体に適していれば、遂行可能となる。例えば、高さ 30 cm の肘かけなしの椅子からは立ち上がることはできなくても、高さ 40 cm の椅子で、壁に手すりを設置するという環境が設定されれば立ち上がることができることもある。自宅で生活できるかどうかは、本人の心身機能だけでは判断することは困難である。自宅環境下における本人のパフォーマンスはどうかという評価が必要である。その上で家族介護者がどこまで関わることができるか、という評価も不可欠である。

シート 1 得点は感度が高く、在宅復帰するためには本人の物理的環境とそこでの生活動作能力が重要であることが分かった。シート 4 得点は特異度が高く、家族介護者の介護力が低いと在宅復帰できない可能性が高いことが示唆されている。感度と AUC は、合計得点が最も高いことから、在宅復帰を判断するには、合計得点で判断するのが最適だと思われる。3 つの得点全てがカットオフ値を上回ると在宅復帰率が 100.0% であることから、在宅復帰には、要介護者の生活能力、生活環境、家族介護者の 3 つの要素を総合的に判断することが重要であることが示唆された。浜岡ら (2014)¹⁾ は、身体機能・能力のみで在宅復帰が可能かどうかを判断するのではなく、人的環境状況などを含めた複合的な評価の必要性があると述べている。

臨床における在宅復帰できるかどうかの判断は、本人の心身機能、物理的環境、人的環境、社会的環境などの様々な要素が関連し、しかもそれらは時間とともに変化するので、非常に困難な場合もある。客観的なデータは、それで全てが明らかになるという性質ではない。しかし、客観的指標の提示によって、在宅復帰の可能性のある要介護者をスクリーニングすることができれば、老健から在宅復帰する際のひとつの材料になりうると考えられる。

本研究において、自宅環境における本人の生活動作能力と家族介護者を客観的に評価することは、一定の新規性を有すると考えられる。しかし、1 施設における 48 名の調査結果である。複数の施設での横断的な研究を行い、カットオフ値の精度を高めることを今後の研究課題とする。

引用文献

- 1) 浜岡克伺・前田理奈・岡林 碧・ほか (2014) 「脳卒中患者の在宅復帰に必要な基準値—Functional Independence Measure を用いた検討—」『理学療法科学』29(6), 933-937.

第 8 章 結論

第 1 節 本論文の成果および結論

第 1 章では、要介護者、老健、既存のアセスメントツール、家族介護者の現状について文献研究をおこなった。要介護者は増加する一方、老健の在宅復帰機能はまだ不十分であり、既存のアセスメントツールは家族介護者の評価項目にはばらつきが大きいことが明らかになった。要介護者は自宅での介護生活を望んでいる者が多く、家族介護者の役割は無視できない。そのような中で、在宅復帰施設である老健からできる限り自宅へ退所できる要介護者を増やすことは、医療・介護・福祉従事者の重要な課題のひとつである。この課題を解決するために、要介護者だけではなく、家族介護者も評価し支援を行う在宅復帰マネジメントツールを開発することを本稿の目的とした。

第 2 章の研究では、老健におけるアセスメントツールの使用、家族介護者の評価・支援について、九州・沖縄地区の老健に勤務する施設介護支援専門員に対してアンケート調査を行った。150 通の有効回答が得られ、現在の老健では、既存のアセスメントツールでは在宅復帰支援や家族介護者への評価や支援は十分ではないことが示唆された。また、家族介護者の評価を実践している施設は少ないことが明らかになった。

第 3 章の研究では、老健における在宅復帰の考え方および取り組みについて、九州・沖縄地区の老健に勤務する施設介護支援専門員に対してアンケート調査を行った。147 通の有効回答が得られ、因子分析とロジスティック回帰分析の結果、老健から在宅復帰するためには、要介護者の ADL 支援とともに、家族介護者への情報提供の支援が求められることが明らかになった。

第 4 章では、家族介護者が感じている負担感の傾向を知るために、老健から在宅復帰した要介護者の家族介護者に対してアンケート調査を実施し、36 通の有効回答を得た。分析の結果、家族介護者の半数以上は介護負担や悩みを抱えていることが明らかになった。悩みに関しては「自分の健康面」が最も多く、介助負担では「夜間・日中の排泄」が最も多かった。また、在宅生活が維持できるために必要とされる動作でも「トイレ動作」が最も多かった。

そこで、第 5 章ではトイレ動作に着目した。トイレ動作において手すりに寄りかかって下衣を上げ下げする支援方法について考案し、健常者による動作の検証を行った。その結果、手すりに寄りかかることで下衣の上げ下げ動作のバランスが向上することが明らかになった。

これらの知見を総括し、第 6 章では老健から在宅復帰するためのひとつのツールとして、8 種類のシートから構成される「在宅復帰マネジメントツール」を開発した。老健からの在宅復帰の支援方法として、①要介護者の自宅環境における環境面も含めた生活の評価、②排泄の詳細な評価、③家族介護者の評価、④地域資源の評価、⑤在宅復帰を想定した生活およびサービス利用のシミュレーション、⑥在宅復帰の判定、⑦要介護者および家族介護者の支援計画の立案という過程を提示した。

さらに第7章において、在宅復帰マネジメントツールで数値化しているシート1とシート4を使用して、老健を退所した要介護者48名に対して後方視的な研究を行った。その結果、在宅復帰するためのカットオフ値として、シート1が50点（100点満点）、シート4が23点（30点満点）、合計得点が71点（130点満点）と算出された。

以上より、本論文の結論として「要介護者が老健から在宅復帰することを支援するために、多職種共同でアセスメント及び判断を行い、要介護者と家族介護者双方の支援計画を立案し、支援を実行すること」と定義した在宅復帰マネジメントの必要性が示された。そして、それを実行するための「在宅復帰マネジメントツール」を開発することができ、その有効性が示された。

在宅復帰マネジメントツールの新規性は、以下に示すとおりである。第一に、自宅でADL評価を行うことである。既存のアセスメントツールでは、原則的に施設等の現在生活している空間でADL評価を行うように設定されているが、動作の遂行には本人の能力と同時に物理的環境の評価も欠かせない。これから生活する自宅環境においてADLの評価を行う方が、より適切な判断ができると思われる。第二に、要介護者と同様に家族介護者の評価と支援に重点を置いていることである。家族介護者の評価・支援は重要であると認識されているにも関わらず、本格的に取り組んでいる老健は少なく、既存のアセスメントツールでも十分ではない。在宅復帰マネジメントツールにより、在宅復帰の重要な要因である家族介護者の評価から具体的な支援までが実施できれば非常に意義深い。第三に、在宅復帰の判断に客観的指標を提示することである。既存のアセスメントツールでは評価の一部を定量化したものもあるが、在宅復帰の判断基準を設定したツールは存在しない。客観的な指標を提示することで、在宅復帰の判断の正確性がより高くなることが期待される。

第2節 本論文の課題と今後の展望

今後の課題として、在宅復帰マネジメントツールを長期的に使用することによる在宅復帰の効果の検証を行うことが求められる。また、実際の使用により内容の見直しや運用システムの構築を行うことも必要である。その際、本ツールを使用するにあたって、どの職種が家族介護者の支援を行っていくのかを明確にすることが望ましい。

このような課題を解決し、本ツールが老健において適切に機能できれば、在宅復帰の根拠とプロセスを明確に示すことができ、要介護者の在宅復帰及び老健の在宅復帰機能の向上に寄与できると考える。

謝辞

第 2 章，第 3 章におけるアンケート調査にご協力いただいた老健の施設介護支援専門員の皆様，第 4 章でアンケート調査にご協力いただいた家族介護者の皆様，第 5 章において実験にご協力いただいた老健 B の職員の皆様，第 7 章での調査にご協力いただいた老健 B の利用者様には，この場をお借りして深謝いたします。

本研究の実施ならびに本論文の作成にあたり，主査である小川芳徳教授に多大なご指導を賜り，深く感謝申し上げます。また，副査として本論文への貴重なご助言・ご指導を頂きました永見邦篤教授，高橋睦子教授に感謝の意を表します。

アンケート調査ご協力をお願い

施設ケアマネジャー責任者様 各位

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は[]県に所在する介護老人保健施設 []に所属の []と申します。現在、九州保健福祉大学大学院連合社会福祉研究科博士（後期）課程に在籍し、介護老人保健施設における在宅復帰の支援に関して研究を行っております。今回、全国老人保健施設協会に加入されている九州・沖縄の介護老人保健施設の施設ケアマネジャー様（入所担当）を対象としたアンケート調査を行うことになりました。

つきましては、ご多忙な中、大変恐縮ではございますが、アンケートのご協力をお願い申し上げます。施設ケアマネジャーが複数いらっしゃる場合は、責任者の方 1 名にご記入お願いいたします。お時間を頂戴すること誠に恐縮ではございますが、何卒ご協力賜りますようお願い申し上げます。

謹白

【研究題目】

介護老人保健施設におけるアセスメントおよび在宅復帰支援の実態調査

【研究目的】

介護老人保健施設では、在宅復帰が主な役割ですが、現実的に困難な例も多く見られます。そこで、本研究では、①利用者や家族に対するアセスメントがどのように行われているか、現状を把握すること、②在宅復帰を促進する要因について検証することを目的とします。

【個人情報保護】

データは、個人・事業所が特定できないようにコード化し、パスワードロック機能付きの USB フラッシュメモリーに保存します。パスワードにより第三者が閲覧できないように設定し、研究責任者が管理します。研究成果は学術論文として公表する予定ですが、個人・事業所を特定できるような情報は公開しません。研究発表後はデータを破棄します。本研究は、九州保健福祉大学倫理審査委員会の承諾を受けています。

【研究への参加・拒否】

本研究への参加は自由意志によるものであり、研究への参加はいつでも拒否・撤回できます。アンケート用紙の返信をもって、この調査の目的を理解し、調査への参加に同意くださったものとさせていただきます。

同意の拒否、撤回または中止した場合でも、不利益をこうむることはありません。また、研究参加中に、疑問が生じた場合には、いつでもご質問ください。研究責任者より速やかに回答いたします。

【ご返信】

アンケート用紙は、施設ケアマネジャーの責任者の方に無記名で回答していただき
平成 27 年 12 月 31 日までに同封の返信用封筒（切手不要）にて [] までご返送いた
だけると幸いです。

アンケートの結果をご希望の方は、メールで送信致しますので、質問紙の最後にメ
ールアドレスをご記入ください。

お忙しい中、大変恐縮ではございますが、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

平成 27 年 11 月

研究責任者

介護老人保健施設 [] (TEL : [])

九州保健福祉大学大学院 連合社会福祉学研究科 博士（後期）課程

理学療法士・社会福祉士 []

E-mail: []

質問用紙

【一般事項】

1. 貴施設の所在する都道府県名をご記入ください。
() 名
2. 貴施設の定員は何名ですか。
入所 () 名
通所リハビリテーション1日 () 名
通所介護1日 () 名
3. 平成27年10月1日において、貴施設は以下のどれに該当しますか。
従来型老健施設 在宅復帰・在宅療養支援機能加算算定施設
在宅強化型老健施設 介護療養型老健施設
4. 平成27年10月1日現在で、入所部門のケアマネジメント（施設サービス計画書作成）を行っている施設ケアマネジャーは何名ですか（兼務を含む）。
() 名
5. 平成27年10月1日現在で、入所部門の支援相談業務を行っている職員は何名ですか（兼務を含む）。
() 名

【アセスメントに関して】

1. 入所利用者の施設サービス計画書を作成するために、どのようなアセスメントシートを使用していますか。主に使用しているものを1つ選んでください。
 - ① 新老年版アセスメント方式 R4 システム（全国老人保健施設協会）
 - ② 包括的自立支援プログラム（三団体）
 - ③ インターライ方式（interRAI）
 - ④ MDS-HC（interRAI）
 - ⑤ 居宅サービス計画ガイドライン（全国社会福祉協議会）
 - ⑥ 日本介護福祉士会アセスメント方式（日本介護福祉士会）
 - ⑦ ケアマネジメント実践記録様式（日本社会福祉士会）
 - ⑧ 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン（日本訪問看護振興財団）
 - ⑨ TAI 方式・TAI - HC 方式（国際医療福祉大学 高橋泰教授）
 - ⑩ その他の既存のアセスメントシート
(アセスメント名：)
 - ⑪ 自施設で独自に作成したアセスメントシート
(参考にした既存のアセスメント方式：)
2. 「質問1」で回答したアセスメントシートは、貴施設において利用者の支援に有効に機能していると思いますか。
 - 思わない あまり思わない どちらとも言えない やや思う 思う
3. 「質問1」で回答したアセスメントシートは、貴施設において家族介護者の支援に有効に機能していると思いますか。
 - * 「家族介護者」とは、在宅復帰した際、直接的な介助や事業所との連絡等を担うと予定されている家族などの介護者とする。「在宅」とは、本人もしくは家族介護者の自宅とし、有料老人ホーム等の施設は含まない。以下の質問も同様。
 - 思わない あまり思わない どちらとも言えない やや思う 思う
4. 「質問1」で回答したアセスメントシートは、貴施設において利用者の在宅復帰支援に有効に機能していると思いますか。
 - 思わない あまり思わない どちらとも言えない やや思う 思う
5. 入所利用中に、利用者・家族介護者の両方が出席するサービス担当者会議は、どのくらいの頻度で行っていますか。
 - 1ヶ月に1度 2ヶ月に1度 3ヶ月に1度 3ヶ月以上に1度

6. 入所利用中に、利用者・家族介護者の両方が出席するサービス担当者会議は、貴施設において在宅復帰に有効に機能していると思いますか。

思わない あまり思わない どちらとも言えない やや思う 思う

7. 家族介護者に対して、何らかの評価用紙を用いて定期的にアセスメントしていますか。

①全ての方に実施している ②問題のある方にのみ実施している

③全くしていない

8. 「質問7」で①もしくは②と回答された方は、どのような方法を取っていますか。

①利用者のアセスメントシート（質問1の回答）の中の項目で評価している

②その他の既存のアセスメントシートを使用している

ケアラーズアセスメントツール（一般社団法人日本ケアラーズ連盟）

在宅介護スコア（厚生労働省長寿科学研究所）

高齢者退院援助ソーシャルワークアセスメントツール（小原真知子）

上記以外（）

③自施設で独自に作成したアセスメントシート

（参考にした既存のアセスメント方式：）

【家庭復帰支援に関して】

家庭復帰をより促進するために重要だと考えられる要素に関する質問です。以下の項目に関して重要性と施設全体での実践度について、1～5のうち当てはまる項目の数字を○で囲んでください。

	重要性	施設全体での実践度
	1. 重要ではない 2. あまり重要ではない 3. どちらとも言えない 4. やや重要である 5. 重要である	1. できていない 2. あまりできていない 3. どちらとも言えない 4. ややできている 5. できている
① 利用者の疾病や健康状態の管理	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
② 利用者の移動・歩行の支援	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
③ 利用者のADLの支援	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
④ 利用者のIADLの支援	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
⑤ 利用者のコミュニケーションの支援	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
⑥ 利用者の認知症に関する支援	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
⑦ 利用者の心理面に関する支援	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
⑧ 利用者の住環境整備に関する支援	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
⑨ 家族介護者に対する介助技術などの教育的支援	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
⑩ 家族介護者に対するサービスなどの情報提供支援	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
⑪ 家族介護者の心理面に関する支援	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
⑫ 利用者と家族介護者間の意見や関係性に関する支援・調整	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
⑬ 家族介護者と他の家族間の意見や関係性に関する支援・調整	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
⑭ 施設内での連携	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
⑮ 施設外での（他事業所との）連携	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
⑯ 地域の在宅サービス （実践の項目は充実度で評価）	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

*調査結果に関して

結果報告書を希望する

所属：_____ お名前：_____

メールアドレス：_____

結果報告書を希望しない

ご協力ありがとうございました

在宅生活に関する アンケート

本アンケートは、を利用されている方で、ご自宅で生活されている方の介護者様を対象とします。介護をされているご家族様のご負担やお悩みを調査することで、今後のより良い援助に役立てることを目的とします。研究発表以外の目的には使用いたしません。また、本アンケートで知りえた情報により個人が特定できないように配慮します。ご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。

平成 25 年 7 月 吉日

介護老人保健施設

上記の内容に同意してアンケートに協力します。

平成 25 年 月 日 氏名

1. 主に介護をされる方に関して教えてください。

- (1) 性別 ①男性 ②女性
- (2) 年齢 () 歳
- (3) 続柄 ①実子 ②配偶者 ③義理の子 ④その他の親族
⑤その他
- (3) ご職業 ①正職員・自営業 ②パート・アルバイト ③無職
- (4) 健康面 ①特に問題はない ②持病があり通院している
③通院はしていないが、何らかの問題はある
- (5) 住居 ①同居している ②同じ敷地内に住んでいる
③自家用車で 30 分以内の場所に住んでいる
④自家用車で 30 分以上離れた場所に住んでいる

2. 日々の介護において、負担を感じることはありますか。

- ①ほぼ毎日ある ②時々ある ③ほとんどない ④全くない

3. 上記の質問で①または②と答えた方は、どのような時に負担を感じますか (複数回答可)。

- ①家屋への出入りの介助 ②家屋内での移動介助 ③家屋外での移動介助
④昼間の排泄介助 ⑤夜間の排泄介助 ⑥衣服の着脱介助
⑦ベッドへの乗り移り・起居介助 ⑧食事の介助 ⑨入浴の介助
⑩口腔ケア・整容の介助 ⑪認知症による危険行為 ⑫日常会話
⑬掃除・洗濯 ⑭食事の準備（調理等） ⑮送迎（受診など）
⑯その他

()

4. 介護や生活に関することで、お悩みがありますか。

- ①ほぼ毎日ある ②時々ある ③ほとんどない ④全くない

5. 上記の質問で①または②と答えられた方は、どのような内容ですか(複数回答可)。

- ①自分の健康面に不安がある
②仕事と介護の両立を継続することが難しい
③子育てと介護の両立を継続することが難しい
④他の家族や親族から介護の協力が得られない
⑤介護や生活にかかる経済的な面が心配である
⑥介護に関して相談する相手がいない
⑦その他

()

6. 今後も在宅生活が維持できるためには、ご本人のどのような能力の維持や向上が必要だと思いますか(複数回答可)。

- ①家屋への出入り ②歩行 ③車椅子の操作
④洋服の着脱 ⑤トイレ動作 ⑥食事動作
⑦口腔ケア・整容 ⑧ベッドへの乗り移り・起居 ⑨入浴動作
⑩記憶・見当識 ⑪精神面の安定 ⑫コミュニケーション
⑬掃除・洗濯 ⑭食事の準備
⑮その他

()

7. 今後、在宅生活を維持するために、介護老人保健施設(当施設)にどのようなことを希望しますか(複数回答可)。

- ①リハビリテーションを充実してほしい
②治療や医療的な管理を充実してほしい
③介護方法の指導や教育を充実してほしい
④介護サービスの制度等の指導や教育を充実してほしい
⑤介護をしている者への相談・カウンセリングを充実してほしい
⑥往復利用、ショートステイ、デイケア等をもっと利用できるようにしてほしい
⑦自宅への訪問を増やしてほしい
⑧特にない
⑨その他

()

ご協力ありがとうございました