

在宅要介護高齢者の家族（在宅）介護の質の評価

——家族（在宅）介護評価スケールの開発とその適用——

和 気 純 子
中 野 いく子
冷 水 豊

I はじめに

核家族化の進行や家族扶養意識の変化に伴い、これまで家族によって担われてきた高齢者の在宅介護が、従来にもまして多元的な在宅介護サービスによって補完・代替されていく必要があることはあらためて指摘するまでもない。しかしながら、わが国の家族扶養をめぐる歴史的・文化的背景や高齢者福祉の発展状況を考慮すると、少なくとも当面の間は、家族による在宅介護が果たす役割は看過できないものと考えられる。このような状況のもとで、要介護高齢者に対する在宅ケアが適切に提供されるためには、効果的な在宅介護の支援の前提となる家族介護の的確な把握と評価が不可欠となる。

ところで、家族介護の実態ともいべき「介護の質」については、これまで専門職個人の経験主義的な判断によって評価され、客観的な評価基準を用いて集团的・数量的に把握される試みはほとんどなされてこなかった。ケースマネジメントによって在宅介護を支援していく方法が普及するなかで、何らかの客観性をもった評価基準によって家族介護の質を把握するとともに、これをケアプランの作成やサービスの効果評価に活用していく要請が高まっている。

以上のような問題関心から、筆者らは、(1) 家族介護の質を把握する評価方法（スケール）を開発し、(2) この評価スケールによって家族介

護の質の現況を評価するとともに、家族介護の質に影響を及ぼす諸要因を探り、改善や支援を要する問題点や課題を明らかにする。さらに、(3) 家族介護の評価スケールを用いて、家族および在宅介護の質の変化をモニタリングし、在宅サービスの導入効果を評価する用具として活用する、の3点をねらいとする研究を実施した¹⁾。このうち本稿では、まず第一に、評価スケールの開発の経過およびスケールの信頼性・妥当性の検証を行った結果を提示し、次に、これを用いて家族介護の質の評価を行った事例およびサービス導入効果を評価した事例を報告する。なお、家族介護の質に影響を及ぼす要因については、別稿で分析を行っている²⁾。

II 「介護の質」の評価に関する先行研究

1 サービス事業としての「介護の質」の評価

医療や福祉の領域における質の評価は、これまで主として介護・看護専門職によるケアやサービス事業の質の評価を行うことに焦点がおかれ、とりわけケアやサービスの標準化が求められる施設のサービスについて評価を行うことが中心となってきた。例えば、わが国においては、「特別養護老人ホームサービス評価基準」や「特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準」などが開発されている^{3,4)}。このうち、1993年に作成された「特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準」は、①自己決定、②残存能力の

活用, ③サービスの継続性の3つの基本理念のもとに, 日常生活援助サービスをはじめとして, 地域連携, 施設設備環境, 運営管理, 専門的サービス, その他のサービスの6つの分野について4段階で評定を行う仕組みとなっており, 試行的な段階ではあるが施設ケア評価事業に活用されている。

一方, 近年は, 施設ケアから在宅ケアへの移行をうけて, 在宅における介護サービスの評価の必要性が高まっている。在宅ケアサービスの評価は, 利用者への直接効果のみならず, 地域全体としてみた効果も評価の指標となる点や, 評価の対象として事業の実施方法や内容に加えて, 実施体制や実施環境なども考慮する必要があるなど, 評価の視点や対象が施設ケアに比べてはるかに多面的で複雑となる。在宅ケアサービスのうち, ホームヘルプ, デイサービス, ショートステイを含む在宅福祉サービス3事業の評価については, 1996年に「高齢者在宅福祉サービス事業評価基準」が作成され, 評価にむけた第一歩が踏み出された⁵⁾。この評価基準は, ①利用者本位・自己決定, ②残存能力の活用—自立支援, ③サービスの総合性—ケアシステムの構築, ④サービスの柔軟性・即応性, といった4つの基本理念のもとに評価を行うが, 上述した評価の難しさに加えて, 在宅サービスが揺籃期・転換期にある点を勘案して, 「サービス提供の様式」および「サービス提供体制」に重点をおく暫定的な評価基準となっている。

いずれにしても, 施設, 在宅を問わず, 公的介護保険の導入などによって今後ますます多元的にサービスが提供されるようになることを考えると, 包括的な評価基準の作成とその効果的な適用が極めて重要な課題となろう。

2 家族による「介護の質」の評価

一方, 在宅ケアの包括的な評価を行うためには, その一部を構成する家族介護についても適切な評価がなされなければならない。しかしながら, これまで家族介護については, 臨床的な観点から, 介護の継続条件を評価することに力点がおかれ⁶⁾, 介護の質そのものの評価については, 個別の事例研究以外にはほとんど検討されていないのが現状

である。このような状況のなかで, 近年になり, 在宅要介護高齢者およびその介護家族への相談や訪問活動が普及するのにしたがい, 高齢者への不適切・不十分なケアの実態が明らかになってきている。例えば, 津村らは, 全国の高齢者相談窓口である7機関4150ヶ所への郵送調査を通して, 家族介護者の虐待についての実態調査を試み, 494機関(35.0%)において974の虐待例があったことを報告している⁷⁾。しかしながら, 虐待の察知は, 依然として専門職の個人的な判断にゆだねられている場合が多く, 介護の質の客観的・的確な評価方法の確立にはいたっていない。

他方, 評価スケールの開発や適用に関する研究が進んでいる欧米諸国に目をむけると, わずかではあるが, 家族介護の質を数量的・客観的に評価するための研究が散見される。例えば, コスバーグ(Kosberg, J. I.)らは, 介護力(competence)を, ①介護知識と技術, ②医学・看護的ニーズへの対応, ③患者の安全性確保, ④社会的ニーズへの対応, ⑤身辺ケア・ニーズへの対応, の5領域21項目で把握する評価スケールを作成している。このスケールは, 学際的なチームによる3段階の質的・量的評価の段階をへて, 最終的に10ポイントで評価を行う仕組みになっている⁸⁾。また, 家族介護のプロセスや質的研究に長年とりこんでいるフィリップス(Phillips, L. R.)らは, 在宅要介護高齢者に対する家族による虐待や放置の事態を察知し, 改善や予防に役立てることを目的として, Qualcareと呼ばれる評価スケールを開発している⁹⁾。このスケールは, 当初は①環境, ②身体, ③医学管理, ④心理, ⑤人権, ⑥金銭管理の6つの下位次元から構成されていたが, その後, 評価者間信頼性, 内的一貫性, 構成概念妥当性, 基準関連妥当性の詳細な検討が行われる過程で, ③, ⑤, ⑥の次元が削除され, 最終的に①環境, ②身体, ④心理の3つの下位尺度をもつ計40項目からなるスケールに修正されている。評価の方法は, 各評価項目について, 最も適切なケアと最悪のケアを例示したうえで, 5段階で評価する方法をとっているが, 評価の信頼性を高めるために, 評価者が, 介護環境や高齢者と介護者とのやりと

りなどの介護場面をビデオによって具体的に検討する機会を設けるなどの、評価者に対する事前研修が実施されているのが特徴である。

Ⅲ 「家族（在宅）介護の質」の評価スケールの開発

1 「家族（在宅）介護の質」評価スケールの作成 「家族（在宅）介護の質」評価スケールの作成

表1 家族（在宅）介護の質の評価項目

環境次元	
*1.	老人の部屋（普段いる場所）は清潔で片づけられているか 〈部屋の清掃，部屋の整理・整頓，身の回りの整理，異臭，その他〉
*2.	寝具は適切で，清潔に保たれているか 〈寝具の洗濯，寝具の乾燥，寝具の手入れ，寝具の適切性，その他〉
3.	便所は老人が容易に使用できるように配慮・改善されているか 〈出入口，使いやすさ，便器等の適切さ，トイレトペーパー，安全性，その他〉
4.	浴室は老人が容易に使用できるように配慮・改善されているか 〈着替えの場所，浴室の使いやすさ，床，介助機器，その他〉
5.	家のなかでの移動が容易にできるように配慮・改善されているか 〈立ち上がり易さ，段差の解消，廊下・階段，玄関，介助機器，その他〉
身体介護次元	
*6.	食事の基本的ニーズに即した介助が行われているか 〈ペース，調理形態，用具，準備，その他〉
*7.	身体衛生の基本的ニーズに即した入浴・清拭・着替えが行われているか 〈頻度，髪・髭の手入れ，洗面，つめ切り，下着等の清潔〉
*8.	排泄の基本的ニーズに即した介助が行われているか 〈おむつ：交換頻度，適切性，清潔，尿・便の点検〉 〈トイレ等使用：介助，後始末，尿・便の点検，その他〉
*9.	医療・看護面の基本的対応が行われているか 〈通院・往診，医師との連携，身体変化への注意，口腔の衛生，皮膚のケア，体位変換，その他〉
*10.	栄養摂取のための基本的対応が行われているか 〈回数，量，栄養バランス，水分補給，その他〉
*11.	老人の安全と安心感を保持するための介護が行われているか 〈伝達方法，緊急時の対応，虐待的言動，その他〉
12.	身体機能の自立促進をはかるための努力が行われているか 〈食事，入浴・着替え，排泄，離床・動作訓練，その他〉
心理社会的介護次元（痴呆介護を含む）	
*13.	老人の社会的交流や活動のニーズは充足されているか 〈外出，交流，会話，趣味・楽しみ，その他〉
*14-1.	老人と円滑なコミュニケーションを図り，十分な情緒的支援を提供しているか 〈話し方・接し方，受容，言葉かけ，態度，その他〉
*14-2.	痴呆性老人に適切なコミュニケーションが図られているか 〈話し方・接し方，受容，適切な働きかけ，その他〉
*15-1.	老人を家族の一員として尊重し，自尊心が保たれるよう配慮しているか 〈放置，相談相手，理解・尊重，暴言等，その他〉
*15-2.	痴呆性老人の介護の基本原則をわきまえて介護が行われているか 〈放置，受容的態度，根気よさ，経験・過去の理解・尊重，暴言等，その他〉
16.	痴呆性老人の問題行動への対処は適切に行われているか 〈徘徊，妄想・幻覚，類食・異食，攻撃的言動，その他〉
*印はスケールとして得点化して用いた項目。 〈 〉内は，観察・質問の着眼点項目。	

にあたっては、信頼性・妥当性が検証されており、ためである。応用可能性が高いと判断された上述の Qualcare を参考にした。修正 Qualcare は、環境次元が 14 項目、身体次元が 13 項目、心理次元が 13 項目で構成されているが、「家族(在宅)介護の質」評価スケールは、わが国の在宅介護の現状を勘案してこれらに大幅な修正を加え、環境次元が居室、寝具、便所、浴室、屋内移動を評価する 5 項目、身体介護次元が、食事、身体衛生、排泄、医療・看護、栄養摂取、安全・安心感保持、自立促進の各項目を評価する 7 項目、心理社会次元が、活動・交流、コミュニケーション、尊重・自尊心保持、痴呆の問題行動への対応をみる 4 項目の計 16 項目から構成されている(表 1)。

また、評価方法については、Qualcare で実施された例示やビデオによる評価者の研修にかえて、評価者間の評価のバラツキを小さくし、評価の信頼性と妥当性を確保するために、表 1 のとおり、評価にあたっての着眼点を各項目ごとに設定した。評価者は、観察と質問を併用して、着眼点で示したケアが行われているかどうかの有無を 2 件法でチェックする。このチェックを終了したのち、各項目の総合的な評価を、「非常によく行われている」から「全く行われていない」までのリッカート方式の 6 段階で行うものとした。評価者は、ソーシャルワーカーや保健婦、看護婦、ホームヘルパーなどの介護に携わる専門職を想定している。

なお、評価にあたっては、高齢者の障害の状態から評価が行えない場合、たとえば、寝たきりで入浴サービスを利用しているために浴室を利用していない場合などは、浴室の評価は非該当として処理し、スケールとして数量的な処理を行う場合には、非該当の多い評価項目については除外して得点化する。また、スケールの名称が「家族(在宅)介護の質」となっているのは、在宅サービスが普及するのに伴い、実際の在宅介護の場面では、在宅サービスと家族介護とが分ち難く提供されている場面が多いことから、質の現況を評価する場合には、在宅サービスによる代替が妥当であると思われる項目に限って、専門職によるサービスも含めて介護の質の現況を把握する方法をとった

2 スケールの信頼性と妥当性の検討

(1) 調査の対象と方法

調査対象は、東京都内の I 区で訪問看護サービスもしくはホームヘルプサービスを利用している要介護高齢者とその主たる介護者 149 組である。調査者は、保健婦、訪問看護婦、ケースワーカー、ホームヘルパー、PT、OT 等の専門職である。調査実施時期は、平成 6 年 9 月である¹⁰⁾。表 2 には、主介護者および高齢者の基本属性を示した。

表 2 調査対象者の基本属性 N=149

(高齢者)		人 (%)
性 別	男性	72 (48.3)
	女性	77 (51.7)
年 齢	70 歳未満	13 (8.7)
	70 歳～79 歳	46 (30.9)
	80 歳～89 歳	70 (47.0)
	90 歳以上	20 (13.5)
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 (J)	3 (8.7)
	準寝たきり (A)	11 (7.4)
	寝たきり (B-1)	25 (16.8)
	寝たきり (B-2)	33 (22.1)
	寝たきり (C-1)	25 (16.8)
	寝たきり (C-2)	52 (34.9)
痴呆性老人の日常生活自立度判定基準	症状・行動なし	99 (66.4)
	II a	2 (1.3)
	II b	9 (6.0)
	III a	16 (10.7)
	III b	6 (4.0)
	IV	15 (10.1)
M	2 (1.3)	
(介護者)		人 (%)
性 別	男性	22 (14.8)
	女性	127 (85.2)
年 齢	40 歳未満	3 (2.0)
	40 歳～49 歳	16 (10.7)
	50 歳～59 歳	43 (28.9)
	60 歳～69 歳	41 (27.5)
	70 歳～79 歳	36 (24.1)
	80 歳以上	10 (6.7)
高齢者との続柄	配偶者	70 (47.0)
	娘	45 (30.2)
	息子	9 (6.0)
	息子の妻	20 (13.4)
	その他	5 (3.3)

調査の対象となった要介護高齢者は、上述した在宅ケアサービスの利用者であることから、日常生活自立度の低い高齢者が多くなっているのが特徴である。

(2) 信頼性および妥当性の検討

16の評価項目のうち、高齢者の心身状態等のために評価ができず、非該当となるケースが多い4項目および痴呆性高齢者の介護に限定して評価する1項目を除外した。したがって、表1で*印をつけた11項目(環境面2項目、身体介護面6項目、心理社会的介護面3項目)を最終的にスケール項目として用いることにした。11項目の総合点は最小21、最大55、平均42.67、標準偏差9.38で、高得点の方に偏った分布を示している。

① 信頼性

はじめに、スケールの信頼性を内的整合性の観点から検討すると、11項目全体のCronbachの α 係数は.95ときわめて高く、この観点からみた信頼性は十分にあることが確かめられた。次に、異なる評定者の間の評定の信頼性を検討するために、39ケースについては、1ケースにつき異なる2種類の専門職(保健婦および訪問看護婦)でペアを組んで別々に評価を行った。その結果、表3のとおり、評価の一致度(2職種の評価が全く一

表3 評定者間の信頼性(評定者間の評価の一致度)

評価項目		項目別一致度(%)
環境	居 室	87.2
	寝 具	84.6
身体介護	食 事	82.1
	身 体 衛 生	89.7
	排 泄	82.1
	医 療 ・ 看 護	82.1
	栄 養 摂 取	84.6
	安 全 ・ 安 心 感 保 持	76.9
	活 動 ・ 交 流	64.1
心理社会的介護	コミュニケーション(非痴呆)	84.6
	コミュニケーション(痴呆)	78.9
	尊重・自尊心保持(非痴呆)	84.6
	痴呆介護の原則	78.6

致、あるいは1ランクだけ異なったケース数の39ケースに占める割合)は、環境面2項目が87.2%と84.6%、身体介護面6項目が76.9%~89.7%、心理社会的介護面3項目が64.1%~84.6%で、一部に一致度の低い項目も見られたが、全体的には一致度が高いことが明らかとなった。

② 妥当性

妥当性に関しては、先に示したとおり、各項目ごとに観察・質問の着眼点を設けることにより、評価者が具体的な共通の項目にしたがって評価するように工夫した。各項目の評価とその着眼点の合計点との相関を見ると、表4のとおり、環境面では.667~.809、身体介護面では.671~.789、心理社会的介護面では.777~.850という高い水準にあり、項目評価が共通の具体的な着眼点に即して行われたことが確認された。また構成概念の妥当性を検討するために、スケール11項目の主成分分析(バリマックス回転)を行った結果、表5のとおり、あらかじめ設定した上記の3側面の通り次元構成されることが確認された。

IV 「家族(在宅)介護の質」評価スケールの適用

1 適用事例1:家族(在宅)介護の質の現況評価

本スケールを用いて、家族(在宅)介護の質の現況を評価した結果を明らかにしておく。調査の対象と方法は、前述したとおりである。

表4 着眼点と評価項目との相関係数

評価項目		相関係数(r)
環境	居 室	.667
	寝 具	.809
身体介護	食 事	.671
	身 体 衛 生	.720
	排 泄	.732
	医 療 ・ 看 護	.789
	栄 養 摂 取	.683
	安 全 ・ 安 心 感 保 持	.722
	活 動 ・ 交 流	.850
心理社会的介護	コミュニケーション(非痴呆)	.828
	コミュニケーション(痴呆)	.790
	尊重・自尊心保持(非痴呆)	.777
	痴呆介護の原則	.840

表6は、16項目の単純集計の結果を示したものである。全体としてみると、分布は「よく行われている」とする肯定的評価に偏り、家族による介護の質はおおむね高く評価されていることがわかる。なかでも評価が高く、評価A～Cの肯定的

な評価が9割を超えている項目は、環境次元では「居室」と「寝具」の2項目、身体介護次元では「食事」、「身体衛生」、「医療・看護」、「栄養摂取」の4項目、心理社会的介護次元では、「コミュニケーション(非痴呆性高齢者)」、および「尊重・自尊心保持(非痴呆性高齢者)」の2項目である。

しかしながら、いくつかの項目では、介護の質について否定的評価が比較的高くなっている。具体的には、評価がD～F、すなわち「どちらかというも行われていない」以下の評価が全体の2割を超える項目をみると、環境次元が「便所」、「浴室」および「屋内移動」の3項目、身体介護次元では「自立促進」の1項目、心理社会的介護次元では、「活動・交流ニーズの充足」および「痴呆の問題行動」の2項目の計6項目であった。

また、各項目ごとに設けた着眼点についても、各評価項目と同様に、「行われている」とする肯定的評価が8割から9割におよぶ項目が大半をしめるが、一部の項目で「行われていない」とされた割合が5割を下回っていた。それらの項目は、環境次元では、「便所」の着眼点である「出入口」

表5 構成概念の妥当性：主成分分析(バリマックス回転)の結果

	第1因子	第2因子	第3因子	共通性
排泄	.783	.391	.155	.790
医療・看護	.749	.360	.375	.832
食事	.749	.233	.395	.771
栄養	.717	.237	.488	.805
安全・安心	.613	.561	.181	.724
身体衛生	.596	.269	.551	.771
活動・交流	.253	.806	.152	.733
尊重・自尊心	.337	.779	.322	.825
痴呆介護原則				
コミュニケーション	.282	.774	.393	.825
居室	.274	.289	.856	.891
寝具	.367	.294	.812	.881
因子寄与	3.446	2.808	2.569	8.823
因子寄与率(%)	31.3	25.5	23.4	80.2

表6 家族(在宅)介護の質の評価結果

実数(%)

		A	B	C	D	E	F	非該当	不明
環境次元	居室	74 (49.7)	33 (22.1)	29 (19.5)	13 (8.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	寝具	56 (37.6)	50 (33.6)	30 (20.1)	11 (7.4)	2 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	便所	17 (24.6)	18 (26.1)	19 (27.5)	10 (14.5)	3 (4.3)	2 (2.9)	80 (53.7)	0 (0.0)
	浴室	17 (23.9)	18 (25.4)	17 (23.9)	5 (7.0)	10 (14.1)	4 (5.6)	78 (52.3)	0 (0.0)
身体介護次元	屋内移動	18 (17.6)	21 (20.6)	33 (32.4)	18 (17.6)	9 (8.8)	3 (2.9)	47 (31.5)	0 (0.0)
	食事	47 (33.6)	48 (34.3)	33 (23.6)	11 (7.9)	1 (0.7)	0 (0.0)	9 (6.0)	0 (0.0)
	身体衛生	67 (45.0)	38 (25.5)	34 (22.8)	9 (6.0)	1 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	排泄	53 (36.6)	40 (27.6)	35 (24.1)	15 (10.3)	1 (0.7)	1 (0.7)	0 (0.0)	4 (2.7)
	医療・看護	62 (41.9)	44 (29.7)	31 (20.9)	11 (7.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)
	栄養摂取	57 (40.7)	46 (32.9)	29 (20.7)	7 (5.0)	1 (0.7)	0 (0.0)	9 (6.0)	0 (0.0)
心理社会的介護次元	安全・安心感保持	36 (24.5)	45 (30.6)	41 (27.9)	22 (15.0)	3 (2.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.3)
	自立促進	28 (23.5)	21 (17.6)	42 (35.3)	18 (15.1)	8 (6.7)	2 (1.7)	30 (20.1)	0 (0.0)
	活動・交流	29 (19.5)	27 (18.1)	44 (29.5)	32 (21.5)	16 (10.7)	1 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
	コミュニケーション(非痴呆)	48 (50.0)	24 (25.0)	14 (14.6)	6 (6.3)	4 (4.2)	0 (0.0)	51 (34.2)	2 (1.3)
	コミュニケーション(痴呆)	10 (19.6)	18 (35.3)	13 (25.5)	6 (11.8)	4 (7.8)	0 (0.0)	98 (65.8)	0 (0.0)
	尊重・自尊心保持(非痴呆)	42 (42.9)	28 (28.6)	18 (18.4)	9 (9.2)	1 (0.7)	0 (0.0)	51 (34.2)	0 (0.0)
痴呆介護原則	16 (31.4)	10 (19.6)	17 (33.3)	5 (9.8)	3 (5.9)	0 (0.0)	98 (65.8)	0 (0.0)	
痴呆の問題行動	7 (18.9)	9 (24.3)	11 (29.7)	7 (18.9)	3 (8.1)	0 (0.0)	112 (75.2)	0 (0.0)	

※非該当・不明ケースの割合は、全149ケースに対する割合。

A: 非常によく行われている B: かなりよく行われている C: どちらかというも行われている

D: どちらかというも行われていない E: ほとんど行われていない F: 全く行われていない

と、「屋内移動」を評価するための「段差の解消」および「玄関」の2項目、身体介護次元では、「安全・安心」の着眼点である「緊急時の対応」の1項目、心理社会的介護次元では、「活動・交流」の着眼点である「外出」の1項目の計4項目であった。

このように、要介護高齢者の家族介護の質は、全体的には良好に評価され、特に身体介護次元での評価は全般的に高くなっていることが明らかとなった。これは、今回の調査対象者が、在宅ケアサービスの利用者であることに起因しているものと思われる。しかしながら、環境次元、および痴呆性高齢者への心理社会的介護面での家族介護では、不十分であるとみなされた項目が多くなっており、看過できない結果が示されている。環境次元の項目は、いずれも何らかの住宅の改造を必要とする項目であり、わが国の介護には不向きな住宅構造に加えて、住宅改造に対する認識や経済的・専門的支援の希薄さや難しさをものごとになっているものと考えられる。また、痴呆性高齢者の介護については、その困難さがあらためて示される結果となった。さらに、近年になって強調されるようになっている「生活の質(QOL)」関連の項目である、「自立促進」や「活動・交流のニーズの充足」といった項目についても評価が低くなっており、こうした高齢者の介護に関わる新しい取り組みや考え方が、家庭にあっては十分に浸透していない実態が明らかとなった。

2 適用事例 2: 24時間対応(巡回型)ホームヘルプサービスの効果評価

次に、家族(在宅)介護評価スケールの一部を活用して、24時間対応(巡回型)ホームヘルプサービスの実施による、要介護高齢者に対する直接および間接的な在宅ケアの質の変化の分析を行う。このサービスは、国のモデル事業として1995年に実施されたもので、本研究の調査対象地域となったのは東京都S区である。なお、筆者らは本事業の包括的なサービス評価研究を行っているので、詳細は別稿を参照されたい¹¹⁾。

(1) 分析の対象

本稿における分析の対象は、東京都S区において、1995年に24時間対応(巡回型)ホームヘルプサービスを利用した在宅要介護高齢者およびその主たる介護者で、サービス導入前後の2回におよぶ面接調査における評価者が同一であった9ケースである。分析対象者の概要は表7のとおりである。評価者が同一であるケースに分析を限定したのは、集団的・数量的な分析を行うスケールとしては一定の水準の評価者間信頼性が確保されている場合でも、個別のケースのモニタリングを行うには、微妙な評価の相違が分析に影響を及ぼすことになると判断したためである。

(2) 評価方法

家族(在宅)介護評価スケールのうち、24時間巡回型ホームヘルプサービスが身体介護面の改善を目的としたサービスであることから、心理社会的介護面の評価は除外し、介護環境面2項目(居室、寝具)、身体介護面6項目(食事、身体衛生、排泄、医療・看護、栄養、自立促進)を用いる。なお、各評価項目の評点は、分布の偏りをさける目的から、「1. ほとんど行われていない」～「7. よく行われている」の7段階とし、2～6の段階にはラベルを付けないよう改訂を行った。評価者は、在宅介護支援センターの専門職員および区高齢福祉課職員である。評価時点は、第1回目は巡回型ホームヘルプ実施前の1995年6～7月、第2回目は同サービス実施後の1995年11～12月である。

表7 調査対象者の概要

ケースNo.	要介護高齢者						主介護者		
	性別	年齢	ねたきり度	痴呆	世帯類型	続柄	年齢	同居別居	
1	女	81	C 2	自立	有配偶子同居	娘	46	同居	
2	男	81	B 2	II b	有配偶子同居	娘	56	同居	
11	男	85	B 2	自立	高齢者夫婦	妻	79	同居	
16	女	93	C 1	III a	有配偶子同居	息子	62	同居	
18	女	75	C 1	自立	独居	娘	47	別居	
19	女	87	B 2	II a	無配偶子同居	息子	52	同居	
20	女	74	A	II a	独居	なし	—	—	
21	女	87	B 2	II a	無配偶子同居	息子	54	同居	
22	男	68	C 2	自立	無配偶子同居	妻	61	同居	

表8 在宅ケアの質(評点)の変化(9ケース)

ケース番号	環境1 居室	環境2 寝具	身体介護1 食事	身体介護2 衛生	身体介護3 排泄	身体介護4 看護	身体介護5 栄養	身体介護6 自立促進
No. 1	↑3→4	↑3→4	3→3	↑2→5	↑2→3	↑1→5	4→4	9→9
No. 2	↑2→4	↑3→4	↓4→3	↑3→5	↑3→4	↑4→5	↓4→3	↓4→3
No.11	7→7	7→7	7→7	7→7	7→7	7→7	7→7	7→7
No.16	7→7	6→6	↑6→7	↑6→7	↑6→7	↑4→6	6→6	↑6→7
No.18	5→5	↑1→5	5→5	6→6	6→6	↓6→5	6→6	↑3→4
No.19	↑2→3	↑1→3	↑2→3	↑2→4	↑3→4	↑2→4	3→3	↑3→4
No.20	4→4	↓4→3	↓4→3	↓4→3	4→4	↓4→3	3→3	3→3
No.21	6→6	7→7	7→7	7→7	6→6	7→7	7→7	5→9
No.22	↑6→7	7→7	7→7	7→7	7→7	7→7	7→7	9→9

(3) 評価の結果

1) 家族(在宅)介護の質の変化の概要

表8には、評価項目別に評点の2時点における変化を示した。何らかの項目で評点の上昇(ケアの改善)が認められたのは6ケースで、そのうち顕著な上昇がみられたのは3ケース(No.1, 16, 19)であり、5~6項目でケアの質の改善が認められる。評点が変わらなかったケースは2ケースで(No.11, 21)、いずれも高いレベルのケアが継続されているケースである。最後に、評点の下降(ケアの質の低下)がみられたケースが1ケース(No.20)あるが、このケースは、身体介護がほとんど必要のない虚弱な一人暮らし高齢者であり、評価結果の低下は、要介護高齢者のセルフケアの面での気力の低下が原因と考えられる。分析するケースに限られた事例研究であるため一般化はできないが、もともと介護の質に問題があったケースで顕著な改善が認められている。ただし、巡回型ホームヘルプサービスの導入にあたってケアプランが作成され、その他のサービスが新規に提供されるようになったケースもあるため、ケアの質の変化の分析にあたっては、これらのサービスによる直接的、間接的な影響も含めて総合的に検討を行う必要がある。

以下には、明白なケアの質の改善が認められた3ケースの概要を報告する。

2) 事例分析

〈ケース No.1〉

本事例は、主介護者である娘が、おむつ交換などの重介護を担い、高齢で虚弱化している夫が、

副介護者として要介護高齢者の見守りを行っている事例である。主介護者は、介護と育児に加えて、昼より深夜にかけて自宅に併設された店を一人で切り盛りしており、心身の負担が強まっている。このような状況にあるため、本事例は、当初より環境および身体介護面においてケアの質が懸念された事例である。

① 「ケアの質」改善の内容

サービス導入前の評点は、全般的に2または3と低かったが、導入後の再評価では5項目で改善がみられ、4から5の中等度の評点が多くなった。特に大幅な改善がみられたのは、身体介護面の「身体衛生」と「医療・看護面の対応」で、評点はそれぞれ2から5、1から5に大幅に向上した。

② 「ケアの質」改善の背景・理由

かねてより利用していた訪問看護指導(週1回)に加えて、新規利用となったのは巡回型ホームヘルプ(1日2回、週7日)、給食サービス(週2回)、滞在型ホームヘルプ(週1回)、入浴サービス(月3~4回)である。巡回型ホームヘルプの内容は、体位交換、口腔ケア、上下肢運動であり、滞在型ホームヘルプの内容は、掃除を中心とした家事援助である。この間、家族介護状況に変化はみられないことから、ケアの質の向上は、介護環境面については滞在型ホームヘルプ、身体介護面では、身体衛生は入浴サービス、排泄介助および医療・看護については巡回型ホームヘルプによってもたらされたと考えられる。

③ 問題点と課題

介護環境面は若干の改善をみたものの、依然と

して評点4であり改善の余地が残されている。また、身体介護面では、給食サービスと滞在型ホームヘルプが導入されたが、食事と栄養の評点は3もしくは4にとどまっている。さらに、排泄についても、改善してもなお3であり、おむつ交換の頻度が不適切で、排尿の時間・頻度や便の状態点検も行われていないとの評価がなされている。こうした事態の背景には、主介護者がサービスに懐疑的・拒否的であって、結果的に巡回型ホームヘルプが昼間に2回しか利用されていないことが一因している。今後は、サービスの利用によって主介護者の意識の変化を促し、信頼関係を築きながら、ケアパッケージの見直し・変更を行っていくことが課題である。

〈ケース No. 16〉

本事例は、寝たきりの高齢者を5年近く息子が介護しているケースである。息子は、20分ほどのところに自宅兼自営の店を持ち家族らと暮らしていたが、介護が必要になってからは高齢者宅に住み込み、夕方から深夜にかけて店に出向く生活をしている。夕方2時間程度は、近所に住む娘が副介護者として手伝いにきている。

① 「ケアの質」改善の内容

全般に1回目の評点が高く、2回目には身体介護面の栄養摂取を除く5項目で若干ではあるが向上し、すべての項目が6もしくは7という高い評価を受けるに至った。特に、「医療・看護面の対応」は4から6に向上している。

② 「ケアの質」改善の背景・理由

巡回型ホームヘルプ導入前は、公的なサービスは全く利用されていなかったが、巡回型ホームヘルプ導入と同時に、給食サービス(週2回)を新規に利用するようになった。巡回型ホームヘルプ(一日2回、週7日)の内容は、トイレ誘導とおむつ交換、着替え、服薬である。介護の各側面への個々のサービス利用の影響は、この間に家族介護状況に変化がないことから、食事については給食サービス、その他の項目については巡回型ホームヘルプの直接的な影響であると考えられることができる。

③ 問題点と課題

着眼点からみて依然として不十分と評価されているのは、エアーマットなどの褥瘡予防のための寝具用品が使われていないことのみである。

〈ケース No. 19〉

本事例は、就労している独身の息子が、兄弟や親戚の協力が得られないまま一人で準寝たきり高齢者の介護にあたり、介護者の心身の疲弊が著しいケースである。巡回型ホームヘルプは、主介護者の出勤直後、昼、退社前に利用されている。

① 「ケアの質」改善の内容

すべての項目で1回目の評点が1~3と低かったが、7項目で若干のケアの改善がみられた。しかし個々の項目の向上の幅が全体にわずかであり、全ての項目が3か4にとどまっている。この背景理由としては、排泄、入浴等が全面介助にある重度障害高齢者を、無配偶の息子が仕事をしながら一人で介護するという困難な介護状況があるためと考えられる。

② 「ケアの質」改善の背景・理由

巡回型ホームヘルプ導入前は、ショートステイを時折利用するのみであったが、巡回型ホームヘルプ導入と同時に、デイサービス(入浴を含み月2回)、給食サービス(週2回)を新規に利用するようになった。巡回型ホームヘルプ(1日3回、週7回)の内容は、排泄介助(トイレでの介助とおむつ交換)と食事介助(準備を含む)である。この間に家族介護状況に変化はないことから、これらのサービス利用の影響は、身体衛生についてはデイサービスの入浴による影響、また食事については給食サービスの影響が認められ、その他の改善点は、巡回型ホームヘルプによってもたらされたものと考えられる。

③ 問題点と課題

介護環境面は、ケアの質が向上してもなお評点3であり、ほとんどの着眼点について必要なケアが行われていない。身体介護面でも、食事については、食事用具の工夫以外の着眼点については必要なケアが行われていないほか、身体衛生、排泄等その他の項目についても、十分に行われていない部分が多い。本ケースは、介護者が仕事を抱えて

いること、男性であることなどに加えて、心身の疲労が蓄積していることから、介護者の負担軽減を基本として、ケアパッケージの見直しを行っていくことが課題といえよう。

V まとめと考察

本稿では、介護の質を客観的に評価していくことの重要性を論じたうえで、特に家族によるケアに焦点をあてた評価スケールの作成を試みたものである。その結果、環境、身体介護、心理社会的介護の3つの次元、計16項目からなる「家族(在宅)介護評価スケール」を構成し、このうち非該当ケースが多かった5項目を削除した11項目により、スケールの信頼性、妥当性の検証を行ったものである。この結果、信頼性、妥当性ともに概ね満足のいく水準にあることが確かめられた。

このスケールを用いて、家族(在宅)介護の質の現況の評価を行ったところ、全体的には質の高いケアが提供されていることが明らかになった。ただし、今回の調査対象者が、すでに訪問看護サービスやホームヘルプサービスなど、何らかの専門職による在宅ケアサービスを受けている高齢者とその家族に限定されていることから、今後はサービスの未利用者も含めて調査対象者を拡大し、検討を加えていく必要がある。

一方、相対的にケアが不十分とみなされた項目には、環境面の項目が多く、この面の対策が急がれることが示唆された。また、特別養護老人ホーム等で取り組みが進んできた「自立促進を図るための努力」や「障害高齢者の社会的交流・活動のニーズ充足」といったQOL関連のケアが、在宅では十分に取組みられていないことが明らかとなった。これらに加えて、「痴呆性高齢者の問題行動への適切な対処」が不十分であることも示され、在宅での処遇方法の指導を含む痴呆性高齢者のための在宅サービス充実の必要性が認められた。

さらに、この「家族(在宅)介護評価スケール」の一部を、国のモデル事業として実施された24時間対応(巡回型)ホームヘルプサービスの効果評価に適用した事例を紹介した。その結果、当初

よりケアの質に問題がみられたケースにおいて評価が向上し、介護の質が改善された状況が認められるなど、1つのケースを同一評価者が評価・モニターしていく場合には、サービスの効果評価の用具として十分に使用可能であることが確認された。また、ケアの質に問題が認められるケースの発見や、ケアの質の改善にむけて臨床的なアプローチを行う際のアセスメント用具としても活用の可能性のあることが示唆された。

最後に、今後の課題として次の点を指摘しておきたい。第一に、今回開発した評価スケールの精緻化が求められる点である。具体的には、いくつかの項目で非該当の回答が多くなり、スケールとして用いる場合にはこれらの項目を除外することになった。これは、高齢者の状態が多様であるために、評価が一律に行いえないことに起因しているが、スケール本来の目的や整合性を考えると、少しでも多くの高齢者の介護の質を評価できる項目の選定や回答方法の設定が望まれる。また、スケールの信頼性に関しては、集団的・数量的な分析に使用するための信頼性は概ね確保されたといえるが、個別のケースのサービス導入後のわずかな数ヶ月間に生じた変化をとらえる場面では、微妙な変化を敏感にとらえきれないことが判明した。これは、今回、評価者間の一致を保つための事前の研修を行わなかったことが大きく影響したものと考えられる。この結果は、専門職といえども、その判断にかなりの差があることを図らずも示すこととなり、信頼性を確保するためには、評価者ができるだけ同一の基準で評価を行うための事前研修が必要不可欠であることを示唆している。

第二に、介護の質を捉える方法として、今回の研究では、高齢者やその家族が利用している在宅サービスの影響を含めて評価した。しかしながら、家族介護および在宅サービスの質を厳密に評価するには、少なくとも理論的には両者を区分して評価すべきであろう。そのうえで、両者がどのように相互に関連して家族(在宅)介護の質を形成しているのかを明らかにし、介護の質の改善にむけた支援の内容を明確化する必要がある。また、今回の調査対象者が在宅サービスの利用者であっ

たことから、介護の質が肯定的に偏って評価された可能性は否定できない。今後は、何らかの理由でサービスを利用していない家族を含めて介護の質を評価し、その現況を明らかにすることが課題である。

最後に、「家族（在宅）介護評価スケール」の意図するところは、介護の質を客観的に把握したうえで、要介護高齢者および介護者の双方のQOLの向上につなげていくことにある。上述した事例研究の結果からは、ケアの質の改善が求められるケースは、いずれも介護者の介護環境が厳しく、心身の負担が高いケースであることが判明している。したがって、「家族（在宅）介護評価スケール」の活用にあたっては、介護者の状況を的確に把握し、介護負担の軽減をケアの質の改善と並行して図る介護者支援の視点が不可欠である。

付記：在宅介護の質の評価研究は、平成6年度長寿科学研究補助金（研究代表者 冷水豊）を得て行われました。継続実施したサービスの効果評価研究を含めて、この一連の研究に参加した研究者は、筆者らの他に、中谷陽明（日本女子大学）、平岡公一（お茶の水女子大学）、坂田周一（駒澤大学）、出雲祐二（秋田桂城短期大学）、馬場純子（日本女子大学）、菊地和則、川元克秀、深谷太郎、堀端克久（以上、東京都老人総合研究所）の方々です。また、本研究の実施にあたり、ご協力いただいた東京都板橋区、品川区の関係者の方々、および両区の高齢者および家族介護者の皆様に誌面をかりて厚く御礼申し上げます。

注

- 1) (1) および(2)の研究は、平成6年度長寿科学研究補助金（長寿科学総合研究事業：研究代表者：冷水豊）により実施されたものである。なお、研究結果の概要は、冷水豊（1995）「要介護高齢者に対する家族の福祉的機能の諸要素と社会福祉サービスとの関連」、『長寿科学総合研究平成6年度研究報告』Vol. 7, 長寿科学総合研究費中央事務局, pp. 200-204 に掲載されている。
- 2) 菊地和則, 冷水豊, 中野いく子, 中谷陽明, 和気純子, 坂田周一, 平岡公一, 出雲祐二, 馬場純子, 深谷太郎 (1996) 「在宅要介護高齢者に

対する家族（在宅）介護の質の評価とその関連要因」, 『老年社会科学』第18巻第1号, pp. 50-62。

- 3) 東京都老人総合研究所社会学部 (1987) 『特別養護老人ホームサービス評価法 (老研版)』, 東京都老人総合研究所社会学部。
- 4) 全国社会福祉協議会 (1993) 『特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準』, 全国社会福祉協議会。
- 5) 全国社会福祉協議会 (1996) 『高齢者在宅福祉サービス事業評価基準』, 全国社会福祉協議会。
- 6) 例えば, 宮森らは, 介護力評価のための項目を先行研究から抽出し, 介護者の健康, 介護者の専念, 介護代替者, 経済的条件, 住環境, ADL, コミュニケーション能力, 異常行動, 医療処置, 介護者および患者の意欲を16項目に集約し, 「在宅介護スコア」としてその有効性を示している。ただし「在宅介護スコア」は, 在宅介護の可能性を評価する一つの目安とはなるものの, 在宅介護の質そのものを把握するわけではない。なお, 出典は, 宮森正・岡島重孝 (1992) 「在宅介護スコアの開発」, 『日本プライマリ・ケア学会誌』第15巻第4号, pp. 58-64, である。
- 7) 津村智恵子・臼井キミカ・松田京子・大谷昭・柴垣幸智子・大國美智子・小出保広・柴尾慶次・杉村和子 (1997) 「在宅高齢者虐待 (含疑い) の施設別・タイプ別実態と対処について」, 『日本老年社会科学会第39回大会発表論文集』, p. 152。
- 8) Kosberg, J. I. & Cairl, R. E. (1991) "Burden and competence in caregivers of Alzheimer's disease patients: research and practice implications," *Journal of Gerontological Social Work*, Vol. 18, pp. 273-278.
- 9) Phillips, L. R., Morrison, E. F., & Chae, Y. M. (1990) "The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care," *International Journal of Nursing Study*, Vol. 27, No. 1: pp. 61-75.
- 10) 東京都老人総合研究所社会福祉部門・板橋区おとしより保健福祉センター (1995) 『「在宅ケアの質の評価」研究報告書: 板橋保健福祉サービス利用者調査』, 東京都老人総合研究所社会福祉部門。
- 11) 東京都老人総合研究所社会福祉部門 (1996) 『品川区「24時間対応 (巡回型) ホームヘルプサービスモデル事業」の効果に関する研究報告』, 東京都老人総合研究所社会福祉部門。
(わけ・じゅんこ 東京都老人総合研究所研究員)
(なかの・いくこ 国際医療福祉大学教授)
(しみず・ゆたか 上智大学教授)