

[原著]

## 老人保健施設利用者の家庭復帰に影響する要因

長尾 邦彦<sup>1)</sup>・福屋 靖子<sup>2)</sup>

本研究は、老人保健施設における高齢障害者のリハビリテーション支援のあり方を見いだすために、老人保健施設利用者の家庭復帰に影響する要因を明らかにするとともに、その要因に関して老人保健施設職員の役割意識の特性を知ることが目的に調査した。

対象者は、老人保健施設入所者の家庭復帰にたずさわる施設職員180名である。回答の得られた143名を分析対象とし、老人保健施設職員の意識調査から分析する方法で実施した。

その結果、老人保健施設利用者の家庭復帰に影響を与える要因は8カテゴリー32項目が抽出された。また、老人保健施設職員の職種による役割意識の特性については、家庭復帰要因毎の重要度意識の差から職種による役割特性だと思われる内容にちがいがあることが示唆された。しかし、分担職種が特定できないカテゴリーや小項目もあることが判明し、新たな職種の配置の必要性が推察された。

キーワード：老人保健施設 リハビリテーション 家庭復帰要因 各職員の役割意識

### I. はじめに

老人保健施設は、家庭復帰が困難な高齢障害者のための家庭復帰を準備する中間施設として1987年に制度化された施設である。

新ゴールドプランによると、老人保健施設は全国で28万床の設置を目標とされており、高齢障害者の地域ケア・リハビリテーション施設の拠点として重要な位置づけとなっている。また、通常の入所サービスの他に一週間程度の短期入所やデイケアサービスなどの在宅における介護軽減のための機能も兼ね備えたサービスを提供している。

全国老人保健施設協会(1994<sup>1)</sup>)の報告によると、老人保健施設からの退所者のうち家庭への退所は1989年に51.2%、1993年には57.3%と少なく、リハビリテーションサービスを目標とする中間施設としては、まだ課題を残している。

障害者が病院から家庭復帰する場合の要因に関する研究は、永原(1988<sup>2)</sup>)、高田(1988<sup>3)</sup>)により紹介されているが、老人保健施設利用者を対象とした家庭復帰の影響要因に関する報告は、まだなされていない。

この家庭復帰への影響要因の分析は、高齢障害者が老人保健施設からの家庭復帰を可能とするためにどのような援助が必要なのかを知るための基礎研究として

必要であろう。また、老人保健施設の職員が職種により家庭復帰に関してどのような役割特性を持っているかを知ることが、家庭復帰促進のための示唆を与えると思われる。これらから本研究は以下の目的で行う。

研究1：老人保健施設利用者の家庭復帰に影響する要因を明らかにする。

研究2：家庭復帰への影響要因について老人保健施設職員の職種による重要度意識の特性を知る。

### II. 研究方法

研究1は、家庭復帰への影響要因を文献および予備調査から設定し質問紙を作成した。また、研究2は、同様の影響要因について重要度意識を知るための質問紙を作成した。対象は、老人保健施設職員で、これらの質問用紙を用い検証する方法で実施した。

#### 1. 対象

##### 1) 予備調査対象

研究1に関しては予備調査を行った。対象は、老人保健施設に3年以上常勤として勤務する医師、看護婦、介護福祉士、相談指導員、作業療法士各1名、理学療法士2名の計7名である。

##### 2) 本調査対象

研究1および2の本調査の対象は、老人保健施設利用者の家庭復帰に関わる実践をしている施設職員180

1) 帝京大学医学部附属溝口病院

2) 筑波大学心身障害学系

名で、医師、看護婦、介護福祉士、相談指導員、作業療法士、理学療法士各30名である。対象者の所属する施設数は、150施設で、実践報告や学会発表等でモデル的に実践をしていると思われる施設から全国的に偏りがないように選定した。回収数は143、回収率は79.4%であった。職種別回答率については、医師13名(43.3%)、看護婦23名(76.7%)、介護福祉士27名(90.0%)、相談指導員30名(100%)、作業療法士29名(96.7%)、理学療法士21名(70.0%)となり、この143名のデータを分析の対象とした。

## 2. 方法

### 1) 研究1：調査用紙Aの作成について

- ①家庭復帰への影響要因の情報収集は、予備調査で家庭復帰を促す働きかけや要件について自由記載を依頼し、得られた項目および各種文献・法制の記載事項から収集された60項目をKJ法を用いて8つのカテゴリーに分類した。
- ②①で分類したカテゴリー(大項目)毎に小項目を作成し質問項目として定めた。
- ③質問項目毎に5段階の評定尺度(5:よくあてはまる、4:だいたいあてはまる、3:どちらともいえない、2:あまりあてはまらない、1:全くあてはまらない)を定めた。

### 2) 研究2：調査用紙Bの作成について

調査用紙Aと同じ質問項目を用い、職種としての重要度について5段階の評定尺度(5:特に重要である、4:かなり重要である、3:重要である、2:あまり重要ではない、1:ほとんど重要ではない)を定めた。

### 3) 調査の方法

調査用紙A、Bを用い、郵送によるアンケート調査法で実施した。調査期間は、1995年9月25日から10月9日である。

## 3. 分析手順

- 1) 調査用紙Aの質問項目の内容的妥当性を検討する。
- 2) 調査用紙A、Bの5段階評定尺度の段階毎に5点、4点、3点、2点、1点を与え、小項目・カテゴリーの合計得点、平均点、標準偏差を算出する。
- 3) 研究1については、家庭復帰に影響する要因の因子的妥当性を検討するため因子分析を行う。

4) 質問項目別回答を、研究1では、「肯定」・「どちらともいえない」・「否定」、研究2では、「最も重要」・「重要である」・「重要ではない」の3段階に再分類し各設問項目の質問項目別回答者数を算出する。

5) 研究2については、職種としての重要度について意識のちがいをみるため2群間の平均値の差の検定を行う。

## III. 結果

### 1. 調査対象の背景

#### 1) 老人保健施設の基本属性

調査対象者となった老人保健施設の形態は、独立型(新たに独立の施設として設置)33施設(23.1%)と施設併設型(病院の一部を転換、病院や特別養護老人ホーム等に併設)110施設(76.9%)に分類された。併設型施設は、病院併設型90施設(62.9%)、診療所併設型11施設(7.7%)、特別養護老人ホーム併設型4施設(2.8%)、在宅介護支援センター併設型4施設(2.8%)、その他1施設(0.7%)に分けられた。この独立型と併設型の比率は、全国平均の3:7と同じ傾向を示していた。

対象者の老人保健施設での臨床経験年数は、1年以上から9年未満にわたり、3年以上の経験がある者は全体の79.6%を占めていた。

#### 2) 入退所状況について

施設利用者が入所前に生活していた場所を家庭・医療機関・社会福祉施設・その他として、多い順に記入してもらった結果、医療機関から入所する場合が一番多いと解答した人が143名中35名(24.5%)、家庭を1位とした人が143名中78名(54.6%)、前述以外とした人は30名(20.9%)であった。同様に、対象施設における退所後の行き先を家庭・医療機関・社会福祉施設・その他として、多い順に順番を記入してもらった結果、家庭へ帰る場合が一番多いと解答した人が143名中91名(63.6%)、医療機関を1位とした人が143名中13名(9.1%)、2位とした人が143名中83名(58.0%)、社会福祉施設とした人が12名(8.4%)、前述以外とした人は27名(18.9%)であった。また、退所あるいは家庭復帰について難渋するケースがあるかどうかについては、「よくある」「ある」との回答を合わせて、119名(83.8%)となっていた。

2. 「老人保健施設入所者の家庭復帰に影響する要因」

評定尺度（調査用紙 A）の内容的妥当性の検討

老人保健施設入所者の家庭復帰に影響する要因について、以下の8つのカテゴリーに分類された。すなわち、A. 家族・地域社会の受け入れ：正しい理解の上に立った家族・地域社会の受け入れがあること、B. 生活環境の整備：生活環境の評価・指導および住宅改造や福祉機器の導入に関すること、C. 介護力の確保：要介護老人の家庭復帰に必要な介護力、家族の他に他人介護としての公的サービスやボランティア等も含む介護力の確保に関すること、D. 地域サービスのネットワーク：暮らしに必要なシステム化された地域サービスとコーディネーターがいること、E. 疾病障害の理

解：疾病、障害、再発防止、過度の安静による障害などに関する知識があること、F. 日常生活動作（以下ADLと略す）の自立・実践：退所後の生活動作の具体的な方法が選定され、入所生活中にそれを実践すること、G. 本人の主体性・意欲：心理的動揺を乗り越え、自分なりに前向きに生活しようとする姿勢があること、H. 障害を持った生活イメージと可能性認識：以前とは異なる障害を持った新しい生活イメージを具体的に認識できていることの8つのカテゴリーである。この8つを大項目として各4つずつの小項目を計32項目作成した。（Table 1）

この調査の質問項目の内容的妥当性を検討するために専門家10名（老人保健施設相談指導員1名、心身障

Table 1 「老人保健施設入所者の家庭復帰に影響する要因」評定尺度

カテゴリー	小項目
A. 家族・地域社会の受け入れ	受け入れる家庭があり、家族が疾病障害を正しく理解している 家庭の中に家族メンバーとしての役割・居場所がある 地域社会に、障害者の受け入れがある 近所に、友人や仲間がいる
B. 生活環境の整備	住宅整備、福祉機器の必要性についての理解がある 住宅改造がなされている 福祉機器が導入されている 家庭訪問による環境の評価、指導がなされている
C. 介護力の確保	介護の必要性について理解している 介護方法を具体的に習得している 介護者の生活にも配慮した介護に調整されている 公的介護・ボランティア等の家族以外の介護力が得られる
D. 地域サービスのネットワーク	常時対応できる相談窓口がある 地域ケアとして必要な社会資源がある 地域ケアサービスシステムが整備されている 在宅ケアを支援するコーディネーターがいる
E. 疾病障害の理解	疾病について理解している 障害について理解している 障害が残ることについて告知されている 廃用性症候群についての知識をもっている
F. 日常生活動作の自立・実践	生活動作・方法・自立度が設定され、入所中の生活で実践されている できる動作を施設内生活で独力で実施している 外泊により生活訓練が実施されている 退所後の生活で可能な生活動作・方法についての評価・指導を受けている
G. 本人の主体性・意欲	家庭で生活したいと思っている 新しい生活機器・動作を受け入れ、生活自立へ向けての前向きの姿勢がある 自分なりに、障害について受容しようとする姿勢が伺われる 退所後にしたいと考えている楽しみや仕事（役割）がある
H. 障害を持った生活イメージと可能性認識	障害をもった状態での生活方法のイメージがある 退所後の生活動作の自立度についてイメージ化できる 退所後の生活動作・環境についてイメージ化できる 障害をもった生活イメージ実現の可能性を認識できる

害者福祉センター相談員1名、看護教員2名、作業療法士3名、理学療法士2名)によって内容的妥当性の検討を行った結果、一致率80%以上で内容的妥当性があるものと考えた。

### 3. 「老人保健施設入所者の家庭復帰に影響する要因」 評定尺度のカテゴリー別得点および小項目別得点 からみた職員の意識における特性

調査用紙 A のカテゴリー・小項目に対する回答(得点)傾向から老人保健施設職員がこれらの項目を家庭復帰を促す要因としてどのように判断しているかをみ

てみた。カテゴリー、小項目ともに一般的に高い得点であり、家庭復帰の促進要因としてみなされている項目が多いことがわかった。8カテゴリーの合計得点は得点の高い順から F. ADL の自立・実践、D. 地域サービスネットワーク、C. 介護力の獲得、A. 家族、地域社会の受け入れ、E. 疾病・障害の理解、B. 生活環境の整備、G. 本人の主体性・意欲、H. 生活イメージと可能性認識となり、8カテゴリーいずれにおいても合計得点の75%以上を占めていた。さらに、32項目の質問項目別回答数を、「肯定」・「どちらともいえない」・「否定」に再分類した結果、肯定回答が80%以上

Table 2 老人保健施設入所者の家庭復帰に関する質問項目別の回答者数(数, %)

N=143

質問項目	肯定 (4, 5)	どちらとも いえない (3)	否定 (2, 1)
90%以上の肯定			
1. 入所中の ADL 自立度の設定・訓練	138 (96.5)	3 (2.1)	2 (1.4)
2. 介護の必要性の理解	137 (95.8)	2 (1.4)	4 (2.8)
3. 施設内での ADL 実践	135 (94.1)	1 (0.7)	7 (4.9)
4. 相談窓口あり	134 (93.7)	3 (2.1)	6 (4.2)
80%~70%以上の肯定			
1. 環境の評価・指導	128 (89.5)	2 (1.4)	13 (9.1)
2. 介護法の習得	128 (89.5)	3 (2.1)	12 (8.4)
3. 家族の理解と受け入れ	127 (88.8)	2 (1.4)	14 (9.8)
4. 住宅、福祉機器の理解	126 (88.1)	3 (2.1)	14 (9.8)
5. ケアコーディネーターがいる	126 (88.1)	4 (2.8)	13 (9.1)
6. 退所後の ADL 評価・指導	126 (88.1)	5 (3.5)	12 (8.4)
7. 疾病の理解	125 (87.4)	7 (4.9)	11 (7.7)
8. 在宅生活希望	125 (87.4)	10 (7.0)	8 (5.6)
9. 生活自立姿勢	124 (87.4)	8 (5.6)	11 (7.7)
10. 社会資源の充実	124 (86.7)	2 (1.4)	17 (11.9)
11. 障害の告知	120 (84.9)	7 (4.9)	16 (11.2)
12. 介護の調整	121 (84.6)	5 (3.5)	15 (10.5)
13. 他人介護導入	121 (84.6)	5 (3.5)	17 (11.9)
14. 外泊訓練の実施	121 (84.6)	5 (3.5)	17 (11.9)
15. 家庭内の役割	120 (83.9)	5 (3.5)	18 (12.6)
16. ケアシステムの整備	120 (83.9)	4 (2.8)	19 (13.8)
17. 障害の理解	117 (81.8)	4 (2.8)	22 (15.4)
18. 地域の受け入れ	113 (79.0)	3 (2.1)	27 (18.9)
19. 福祉機器導入	113 (79.0)	3 (2.1)	27 (18.9)
20. 廃用症候群の知識あり	109 (76.2)	5 (3.5)	29 (20.3)
21. 住宅改造	105 (73.4)	3 (2.1)	35 (24.5)
22. 障害受容姿勢	105 (73.4)	13 (9.1)	25 (17.5)
23. 生活イメージがある	102 (71.3)	12 (8.5)	29 (20.3)
60%以上の肯定			
1. ADL 自立度のイメージ化	100 (69.9)	13 (9.1)	30 (21.0)
2. 退所後の ADL・環境のイメージ化	99 (69.2)	13 (9.1)	31 (21.7)
3. 生活イメージ実現の認識	98 (68.5)	14 (9.8)	31 (21.7)
4. 近所仲間がいる	98 (68.5)	8 (5.6)	37 (25.9)
5. 楽しみや社会的役割	90 (62.9)	13 (9.1)	40 (28.0)

Table 3 「老人保健施設入所者の家庭復帰に影響する要因」に関する質問項目の合計点及び平均（5段階評定尺度で5～1点に換算）

		N=143	
質 問 項 目	合計得点 (715点満点100%)	平均点	
A. 家族・社会の受け入れ	2340 (81.6)		
1. 家族の理解と受け入れ	628 (87.8)	4.39±0.92	
2. 家庭内の役割	605 (84.6)	4.23±1.02	
3. 地域の受け入れ	565 (79.0)	3.95±1.08	
4. 近所に仲間がいる	542 (75.8)	3.79±1.21	
B. 生活環境の整備	2335 (81.6)		
1. 住宅、福祉機器の理解	616 (86.2)	4.30±0.94	
2. 住宅改造	547 (76.5)	3.83±1.16	
3. 福祉機器導入	558 (78.0)	3.90±1.09	
4. 環境の評価・指導	614 (85.9)	4.29±0.95	
C. 介護力の獲得	2490 (87.1)		
1. 介護の必要性	659 (92.2)	4.61±0.66	
2. 介護法の習得	613 (85.7)	4.29±0.87	
3. 介護の調整	612 (85.6)	4.29±0.99	
4. 他人介護導入	606 (84.8)	4.24±1.02	
D. 地域サービスネットワーク	2506 (87.6)		
1. 相談窓口あり	657 (91.9)	4.59±0.73	
2. 社会資源の充実	621 (86.9)	4.34±1.00	
3. ケアシステムの整備	610 (85.3)	4.27±1.02	
4. ケアコーディネーターがいる	618 (86.4)	4.32±0.91	
E. 疾病障害の理解	2339 (81.8)		
1. 疾病の理解	599 (83.8)	4.19±0.84	
2. 障害の理解	580 (81.1)	4.06±1.02	
3. 障害の告知	595 (83.2)	4.16±0.97	
4. 廃用性症候群の知識あり	565 (79.0)	3.95±1.15	
F. ADLの自立・実践	2525 (88.3)		
1. 入所中のADL自立度の設定・訓練	655 (91.6)	4.58±0.63	
2. 施設内でのADL実践	646 (90.4)	4.52±0.75	
3. 外泊訓練の実施	602 (84.2)	4.21±0.97	
4. 退所後のADL評価・指導	622 (87.0)	4.35±0.89	
G. 本人の主体性・意欲	2320 (81.1)		
1. 在宅生活希望	623 (87.1)	4.36±0.84	
2. 生活自立姿勢	607 (84.9)	4.25±0.87	
3. 障害受容姿勢	564 (78.9)	3.94±1.08	
4. 楽しみや社会的役割	526 (73.6)	3.68±1.27	
H. 生活イメージと可能性認識	2162 (75.6)		
1. 生活イメージがある	550 (76.9)	3.85±1.12	
2. ADL自立度のイメージ化	540 (75.5)	3.78±1.12	
3. 退所後ADL・環境のイメージ化	538 (75.3)	3.76±1.11	
4. 生活イメージ実現の認識	534 (74.7)	3.73±1.12	

の項目が32項目中21項目(65.6%)、70%以上の項目が32項目中6項目(18.8%)、70%未満の項目が32項目中5項目(15.6%)であった(Table 2)。小項目の合計点では、すべての項目に関して70%以上の得点を得ていた(Table 3)。

#### 4. 「老人保健施設入所者の家庭復帰に影響する要因」の因子構造および因子的妥当性の検討

この「老人保健施設入所者の家庭復帰に影響する要因」の評定尺度を家庭復帰要因として、その因子的妥当性を検証する目的で、143名を対象として因子分析を

行った。「老人保健施設入所者の家庭復帰に影響する要因」の32の設問項目の標準得点を因子分析の対象とし8因子が抽出された。第I因子は、寄与率15.96%で8因子の中では最も高く、「退所後の生活動作の自立度についてのイメージ化ができる」をはじめ6項目の因子  
 負荷量が高く、「障害を持った生活イメージと可能性の認識」に関わる因子、第II因子は「地域ケアとして必要な社会資源がある」の他3項目から「地域サービスのネットワーク」に関わる因子、第III因子は「家庭訪問による環境の評価、指導がなされている」他の3項

Table 4 「老人保健施設入所者の家庭復帰要因評定尺度」の因子負荷量と各因子の寄与率及び平均得点

因子	質問内容	平均得点	因子負荷量
第I因子 【障害を持った生活イメージと可能性の認識】	1. 障害をもった状態での生活方法のイメージがある	3.85	0.80
	2. 退所後の生活動作の自立度についてイメージ化できる	3.78	0.89
	3. 退所後の生活動作・環境についてイメージ化できる	3.76	0.85
	4. 障害をもった生活イメージ実現の可能性を認識できる	3.73	0.77
	5. 自分なりに、障害について受容しようとする姿勢が伺われる	3.94	0.60
	6. 退所後にしたいと考えている楽しみや仕事(役割)がある	3.68	0.48
寄与率: 15.96			
第II因子 【地域サービスのネットワーク】	1. 常時対応できる相談窓口がある	4.06	0.55
	2. 地域ケアとして必要な社会資源がある	4.34	0.83
	3. 地域ケアサービスシステムが整備されている	4.27	0.85
	4. 在宅ケアを支援するコーディネーターがいる	4.23	0.58
寄与率: 11.98			
第III因子 【生活環境の整備】	1. 住宅整備、福祉機器の必要性についての理解がある	4.30	0.64
	2. 住宅改造がなされている	3.83	0.49
	3. 福祉機器が導入されている	3.90	0.60
	4. 家庭訪問による環境の評価、指導がなされている	4.29	0.71
寄与率: 8.23			
第IV因子 【疾病障害の理解】	1. 疾病について理解している	4.19	0.64
	2. 障害について理解している	4.06	0.67
	3. 障害が残ることについて告知されている	4.16	0.61
	4. 廃用性症候群についての知識をもっている	3.95	0.68
寄与率: 8.03			
第V因子 【日常生活動作の自立・実践】	1. 生活動作・方法・自立度が設定され、入所中の生活で実践されている	4.58	0.54
	2. できる動作を施設内生活で独力で実施している	4.52	0.41
	3. 外泊により生活実践訓練が実施されている	4.21	0.66
	4. 退所後の生活で可能な生活動作・方法についての評価・指導を受けている	4.35	0.70
寄与率: 5.99			
第VI因子 【介護力の確保】	1. 介護の必要性について理解している	4.61	0.53
	2. 介護方法を具体的に習得している	4.29	0.59
	3. 介護者の生活にも配慮した介護に調整されている	4.28	0.51
	4. 公的介護・ボランティア等の家族以外の介護力が得られる	4.24	0.54
寄与率: 5.67			
第VII因子 【家族、地域社会の受け入れ】	1. 家庭の中に家族メンバーとしての役割・居場所がある	4.23	0.62
	2. 地域社会に、障害者の受け入れがある	3.95	0.47
	3. 近所に、友人や仲間がいる	3.79	0.58
寄与率: 4.55			
第VIII因子 【本人の主体性・意欲】	1. 家庭で生活したいと思っている	4.36	0.51
	2. 新しい生活機器・動作を受け入れ、生活自立へ向けての前向き姿勢がある	4.25	0.52
寄与率: 3.77			
累積寄与率 (%)			64.18

N=143

目から「生活環境の整備」に関わる因子、第IV因子は「廃用症候群についての知識をもっている」他3項目から「疾病障害の理解」に関わる因子、第V因子は「退所後の生活で可能な生活動作・方法についての評価・指導を受けている」他3項目から「ADLの自立・実践」に関わる因子、第VI因子は「介護方法を具体的に習得している」他3項目から「介護力の確保」に関わる因子、第VII因子は「家庭の中に家族メンバーとしての役割・居場所がある」他2項目から「家族、地域社会の受け入れ」に関わる因子、第VIII因子は「新しい生活機器・動作を受け入れ、生活自立へ向けての前向きの姿勢がある」他1因子から「本人の主体性・意欲」に関わる因子とした。以上、抽出された8因子の累積寄与率は64.18%であり、これらの因子によって老人保健施設入所者の家庭復帰に影響を与える要因の64%が説明できるという結果が得られた (Table 4)。

#### 5. 家庭復帰への影響要因の職種としての重要度意識の特性

調査用紙 B に対する回答から、「最も重要」と考える回答率の最も高いカテゴリーを職種毎にみると、医師：F. ADLの自立・実践 (90.0%)、看護婦：D. 地域サービスネットワーク (80.7%)、介護福祉士：F. ADLの自立・実践 (79.1%)、相談指導員：D. 地域サービスネットワーク (85.0%)、作業療法士：F. ADLの自立・実践 (85.7%)、理学療法士：B. 生活環境の整備 (90.0%) となった。さらに、「最も重要」と回答したカテゴリーのみの合計得点で職種間の有意差をみたところ、B. 生活環境の整備のカテゴリーでは、理学療法士が他職種と比べ有意に高く、C. 介護力の獲得のカテゴリーでは、理学療法士・相談指導員が共に介護福祉士と比べ有意に高く、D. 地域サービス

ネットワークのカテゴリーでは、相談指導員・看護婦が、F. ADLの自立・実践のカテゴリーでは、理学療法士・作業療法士が、G. 本人の主体性・意欲のカテゴリーでは、医師が、H. 生活イメージと可能性認識のカテゴリーでは、理学療法士が有意に高くなっていた。この結果を受けて、前述の各職種が「最も重要」と考える回答率が1位のカテゴリーと重ね合わせると、F. ADLの自立・実践の医師と介護福祉士が追加される (Table 5)。すなわち、この結果と「最も重要」と考える回答率1位の両者を合わせたものから職種別重要度意識のちがいを分析した結果、A. 家族、地域社会の受け入れ、E. 疾病障害の理解のカテゴリー以外は、カテゴリー毎に職種別重要度意識における差異がある程度明らかになった。同様に、小項目を合計得点1位のもの、「最も重要」の回答率1位を合わせてみると、H. 生活イメージと可能性認識のカテゴリーを除く7カテゴリーと32項目のうち12小項目が抽出され、職種毎の重要度意識の特性が明らかになった (Table 6)。

#### IV. 考 察

##### 1. 老人保健施設の通過機能について

老人保健施設入所者が施設から自宅へ通過できないことが多い現状 (茶谷, 1995<sup>4)</sup>) は、本調査で83.3%が家庭復帰に難渋すると回答した結果からも明らかにされた。さらに、老人保健施設利用者の入所前の生活場所として、54.6%が家庭からの入所で、医療機関からの入所は24.5%であった。退所後の行き先を家庭とした人は63.6%であるが、医療機関、社会福祉施設を第1位とする人も17.5%、また、特に医療機関を第2位とする人は58.0%でかなり多い。これらのことは、家庭復帰が一般的とは言えず、老人保健施設が通過施設として機能しきれていない現状を表していると思われる

Table 5 「老人保健施設職員の役割 (重要度意識)」カテゴリー合計得点第1位で他職種と有意差が認められた職種

カテゴリー・小項目	医 師	看 護 婦	介 護 福 祉 士	相 談 指 導 員	作 業 療 法 士	理 学 療 法 士
A. 家族・社会の受け入れ						
B. 生活環境の整備						◎
C. 介護力の獲得				◎		◎
D. 地域サービスネットワーク		◎		◎		
E. 疾病・障害の理解						
F. 日常生活動作の自立・実践	◎		◎		◎	◎
G. 本人の主体性・意欲						◎
H. 生活イメージと可能性認識						◎

◎：合計得点で他職種と有意差のみられた職種

○：「最も重要」とした人の職種

Table 6 小項目からみた職種別役割特性「最も重要」(重要度意識)の職種別質問項目回答者率1位の小項目と合計得点1位を合わせた結果

カテゴリー・小項目	医師	看護婦	介護福祉士	相談指導員	作業療法士	理学療法士
E 廃用性症候群の知識	(					
F 施設内でのADL実践	(				(	
F 外泊訓練の実施	(					
G 在宅生活希望	(					
G 生活自立姿勢	(					
A 家族の理解と受け入れ		(				
F 退所後のADL評価・指導		(				
D 相談窓口			(	(		
D ケアコーディネーターがいる				(		
C 介護法の習得					(	
B 環境の評価・指導						(
F 入所中のADL評価・指導						(

る。すなわち、老人保健施設のリハビリテーションが十分機能していないことが判明した。施設から障害を持った高齢者が家庭復帰できるためには、施設側にリハビリテーション施設としての機能があることが必要とされている(福屋, 1993<sup>3)</sup>)。その意味では、今後リハビリテーション機能を支える職員の充実が必要である。

## 2. 家庭復帰要因の妥当性について

「老人保健施設入所者の家庭復帰に影響する要因」評定尺度として定めた8カテゴリー、32項目の内容的妥当性の検討では、一致率80%以上であったことからこの評定項目の内容的妥当性はあるものと判断した。また、因子的妥当性を検証するための因子分析において因子負荷量が0.4以上として抽出された8因子は、KJ法で分類されたカテゴリーと大筋において対応していた。すなわち、『障害を持った生活イメージと可能性の認識』要因は分類カテゴリーH、障害を持った生活イメージと可能性認識と対応し、『地域サービスのネットワーク』要因はD、地域サービスネットワークと対応し、『生活環境の整備』要因はB、生活環境の整備と対応し、『疾病障害の理解』要因はE、疾病障害の理解と対応し、『日常生活動作の自立・実践』要因はF、ADLの自立・実践と対応し、『介護力の確保』要因はC、介護力の獲得と対応し、『家族、地域社会の受け入れ』要因はA、家族、地域社会の受け入れと対応し、『本人の主体性・意欲』要因はG、本人の主体性・意欲と対応しているものと解釈できる。この因子分析で得られた8因子によって6割が説明できるものと解釈できることから「老人保健施設入所者の家庭復帰に影響する要

因」評定尺度は、因子的妥当性のあるものと判断した(Table 2)。今後、この評定尺度については、入退所する当事者についての調査を実践し、検証していくことが必要であり、それにより、より妥当性がある評定尺度となるものと考えらる。

## 3. 家庭復帰要因からみた現状の問題点について

調査結果から得られた上位3カテゴリーは、入所者本人の「ADLの自立・実践」、地域に対しての「地域サービスのネットワーク」、家族に対しての「介護力の獲得」となっていた。この結果から考えると老人保健施設の役割機能としては、入所者本人に対するものおよび地域に対するもの、さらには家族に対するものの3つの側面があるとも解釈でき、総合的にみて高齢者のリハビリテーションサービスにおける地域の拠点としての位置づけが期待されているといえる。さらに、この3カテゴリーの小項目も80~90%の高い得点となっている。特に得点の高かった項目の中には「介護の必要性の理解」「相談窓口あり」が含まれており、介護を必要とする老人保健施設利用者の日常生活の営み方についての不安が存在することが浮き彫りにされているといえる。また、「入所中のADL自立度の設定・訓練」「施設内ADLでの実践」からは、リハビリテーションとしての生活訓練の必要性が感じられていることが示唆された。

## 4. 家庭復帰への影響要因について職種による重要度意識

老人保健施設職員は職種毎にある程度専門的な役割があるが、そのことが、家庭復帰への影響要因の重要



度意識にも反映されていることがわかった。本調査からも、利用者本人の問題にかかわる職種として医師・理学療法士が、地域・生活にかかわる職種として相談指導員・看護婦が、多くの職種が問題とするカテゴリーとしてF. ADLの自立・実践が判明した。カテゴリーで重要度意識のちがいがみられなかったA. 家族・社会の受け入れ、およびE. 疾病障害の理解については、いずれも家庭復帰要因の基本として重要であることから、現状では配置されているところが少ない職種であるリハビリテーションソーシャルワーカーのような職種の配置が新たに必要であることを意味しているともいえよう。

職種による重要度意識の特性は、カテゴリー特性とすべての小項目は必ずしも一致しなかったことから考えると、家庭復帰に関して職種による役割意識をカテゴリーとしてみるのは大枠傾向であり、同じカテゴリーを複数の職種で分担する場合もあると考える方がより実状に即していると思われる。

#### V. まとめ

本研究は、高齢障害者の家庭復帰を可能にする要因および老人保健施設職員の職種毎による家庭復帰要因に対する重要度意識のちがいを明らかにし、老人保健施設からの家庭復帰促進のための示唆を得ようとするものである。

家庭復帰に影響を与える要因として、8カテゴリー32項目が設定され、因子分析した結果から、『障害を

持った生活イメージと可能性の認識』『地域サービスのネットワーク』『生活環境の整備』『疾病障害の理解』『日常生活動作の自立・実践』『介護力の確保』『家族、地域社会の受け入れ』『本人の主体性・意欲』の8因子が抽出された。そして、この8因子で家庭復帰に影響を与える要因の64%を説明できることが判明した。

老人保健施設職員の職種による家庭復帰要因として重要だと思われる内容にちがいがいることが示唆されたが、現状では分担職種が特定できないカテゴリーや小項目もあることが判明し、これは新たな職種の配置が必要とされているのかも知れない。

老人保健施設の本来の目的が遂行できるためには、現状を踏まえたさらなる検討が必要と考える。

#### 文 献

- 1) 全国老人保健施設協会 (1994): 現任研修会資料集.
- 2) 永原久栄(1988): 家庭復帰に必要な条件. 理・作・療法, 22(10), 634-638.
- 3) 高田玲子(1988): 家庭復帰に必要な条件. 理・作・療法, 22(10), 643-647.
- 4) 茶谷 滋 (1995): 老人保健施設における機能維持・回復訓練事業の意義. 理学療法, 12, 409-415.
- 5) 福屋靖子(1993): 地域リハビリテーション活動におけるケースマネジメント及びケアコーディネーション. PT ジャーナル, 27, 403-408.

## **Analysis of Factors Which Can Influence Home Rehabilitation of Users of Health Service Facilities for the Elderly**

Kunihiko NAGAO and Yasuko FUKUYA

The present study was performed to investigate how to support the advanced-aged handicapped in health service facilities specializing for the rehabilitation of the elderly. For this purpose, we have assessed the following ; (1) factors which can influence home rehabilitation of the advanced-aged handicapped, (2) role-characteristics of caregivers in those facilities. The attitude and practice surveys of the caregivers in health service facilities for the elderly were analyzed. A questionnaire was sent to 180 persons who were in charge of inhabitants' home rehabilitation and the facilities. 143 answered the questionnaire. Results of the analysis include ; (1) 32 items in 8 categories were recognized as influential factors for home rehabilitation, (2) the actual situation that caregivers at some facilities had not fulfilled essential roles, though their role-characteristics were roughly analyzed.

**Key words :** health service facilities for the elderly, rehabilitation factors of home rehabilitation, role-characteristics of caregivers