

<研究ノート (Research Note)>

「地域生活を支えるソーシャル・ワークのアセスメントに関する一考察」

泉 賢祐*

要 旨

本研究は、地域包括支援センターや相談支援センター等の相談支援機関での、ソーシャル・ワーク実践におけるアセスメントで取得すべき人間の生活に関する情報領域について、考察したものである。

生活上の障害全般を把握するために作成された公的資料を基にし、仮説としての5つの情報領域を使用して、生活全般を把握するアセスメント領域及び項目の概容を明らかにした。

それは、「本人の意志」を中心に「基本的属性」を基盤として、「身体状況」、「精神状況」、「社会生活状況」が、相互に関係しながら一つの構造を成していると考えられ、5つの情報領域による生活構造及び生活課題の把握は適切であると考えられる。

また、アセスメントを行う上で必要な視点として、①問題となる行為の原因を解明するため、情報を分析的に把握する視点、及び、②必要な支援を判断するために、生活上の一連の行為の情報を構造的・連続的に捉える視点、の2つが必要であることを指摘できる。

Keywords : 5つの情報領域、情報の構造、本人の意志

1. はじめに

本稿は、筆者のこれまでのソーシャル・ワーク及びケアマネジメントにおけるアセスメントに関する考察を、まとめたものである。

筆者は、ケアマネジメント技法は、ジェネラリスト・ソーシャル・ワークの簡易版的なものであると考えている。ジェネラリスト・ソーシャル・ワークの過程は、①インテーク（初回面接）②援助契約（援助合意）又は他機関紹介（リファー）③アセスメント（問題・ニーズ理解）④プランニング（プラン案作成）⑤契約（プラン合意）⑥プランの実施（援助活動）⑦モニタリング（点検・確認）⑧評価・終結、であり、必要に応じて⑥モニタリングから③アセスメントや④プランニングのプロセスに立ち戻り、そのような援助プロセスを繰り返しながら最終的に⑧評価・終結。に至るものである。^{注1)}

この援助過程とケアマネジメントの①アセスメント②計画作成③介入④モニタリング⑤評価、^{注2)} という援助過程は、基本的に同じ構造であり、ケアマネジメントを拡大化、複雑化、専門化していくとジェネラリ

スト・ソーシャル・ワークに到達すると考えられる。

したがって、本研究は、ソーシャル・ワークの個別援助技法部分を基盤として検討を進める。また、本稿は、2011年のケアマネジメント学会において発表した内容をもとに加筆、構成したものであることを付言しておく。

2. 研究の目的

本研究の目的は、地域包括支援センターや相談支援センター等の相談支援機関でのソーシャル・ワーク実践におけるアセスメントの取得すべき人の生活に関する情報領域について考察したものである。

周知のように、すでに、高齢者及び障害者等について、アセスメントで取得すべき情報領域は、それぞれの分野については多く検討されている。

しかし、高齢者、身体障害者、知的障害者、精神障害者、難病患者、生活困窮者等を含めて、総合的にアセスメントできる情報領域は、その情報の領域の広さや多様さのため、設定が難しい。

* 保健医療経営大学保健医療経営学部 教授 ken-izumi@healthcare-m.ac.jp

それでも、障害者福祉の分野において、3障害（身体障害、知的障害、精神障害）を区別せず、生活の場において総合的に支援することが求められている。そして、総合的な支援を可能にするためには、分野別に特化しない一般的なアセスメントの方法が必要である。

それでは、対象者個人の生活全体を把握するアセスメントを行うには、どのような領域及び項目の情報が必要であろうか。

3. 情報領域の設定

まず、情報領域の設定から行いたい。

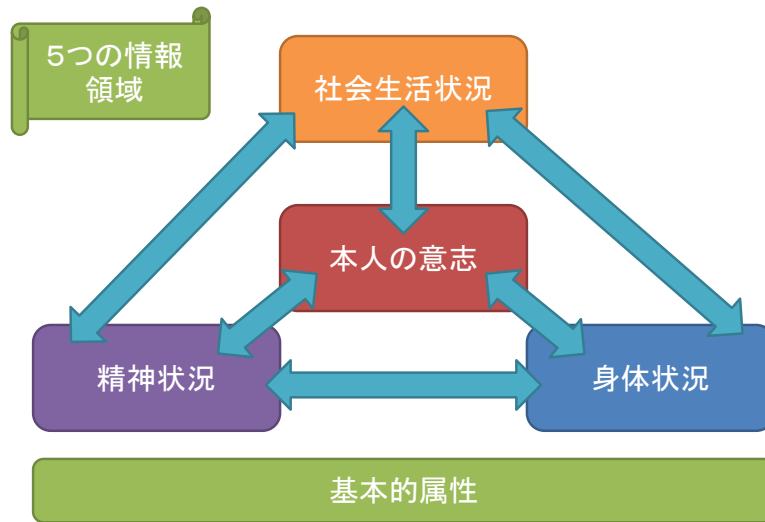
一般的には、氏名や住所等の「基本的属性情報」、性格や精神症状等の「精神状況情報」、移動や視力等の「身体状況情報」、家族関係や近隣関係等の「社会生活

状況情報」等が、それぞれのアセスメントの目的に応じて配置され、情報収集がなされる。

しかしこれだけでは、対象者本人が、何を考え何を望んでいるのかを把握することは難しい。状況に応じて対象者本人の自己決定を支援するには、独立した項目として「本人の意志」が必要である。

したがって、ここでは、アセスメントの取得すべき情報領域について、5つの情報領域を仮説として設定する。即ち、①「本人の意志」、②「基本的属性」、③「身体状況」、④「精神状況」、⑤「社会生活状況」、の5つである。

筆者は、情報の構造として、②「基本的属性」の上に、①「本人の意志」を中心として、③「身体状況」、④「精神状況」、⑤「社会生活状況」が、相互に関係しながら一つの構造を形成していると考えている。（図1）



（図1）5つの情報領域（2011年、泉作成）

4. 検討した資料及び検討方法

アセスメントにおける情報領域及び情報項目の確認について、次の2つの資料を検討した。

ひとつは、厚生労働省の障害程度区分「認定調査票」「概況調査票」（2010年）で、これは、介護保険制度の要介護認定区分の調査票をベースとして3障害に対応するように作成されている。^{注3) 注4)}

もうひとつは、福岡県のサービス管理責任者研修で使用された「生活支援アセスメント票」「訪問票」（就労分野）（2010年）で、これは、社会参加部分の情報が収集できるよう作成されている。^{注5)}

この両者を比較・検討し、統合することで、一般的なアセスメントの情報領域の概要が確認できると考えた。

（表1）「本人の意志」

意志表示	本人の要望・希望する暮らし，希望する1日の流れ（本人，介護者）
------	---------------------------------

検討の方法は、まず、両資料を使って、情報項目の整理表を作成した。次に、整理された項目を5つの情報領域を使って分類し、再整理した。さらに、フェイスシート（基本情報）部分とアセスメント表部分について、2つの資料を統合し、両方に重複している項目を削除し、最終的に整理・確定した。

5. 検討結果

検討結果は、以下のとおりである。

①「本人の意志」

「本人の意志」として、「意志表示」の項目がある。（表1）

- ②「基本的属性」 疾病状況、社会活動、就労状況、住環境、生活状況、
「基本的属性」として、「属性、家族介護（支援）者状況、 調査情報、利用サービス等」の項目がある。（表2）

（表2）「基本的属性」

属性	氏名、性別、生年月日、年齢、現住所・電話、家族等連絡先・電話
家族介護者状況	介護者状況、家族（氏名、年齢、職業/学校、同別居、特記）、家族構成（図）、家族の要望・希望する暮らし
疾病状況	入院歴、入院期間、入院の原因となった病名、病歴
社会活動	外出頻度、社会活動参加状況
就労状況	就労状況、過去の就労経験、就労希望の有無、日中活動状況
住環境	居住状況、家屋見取り図（持屋・その他）
生活状況	生活歴、障害歴、生活状況（1日の流れ～平日・休日）（本人・介護者）（図）
調査情報	訪問年月日、訪問目的、対応者所見
利用サービス等	身体障害者等級、身体障害の種類、療育手帳等級、精神障害者保健福祉手帳等級、障害基礎年金等級、その他の障害年金等級、生活保護の受給、サービスの種類・量、医療機関利用状況、医療保険、障害者医療、現在利用している福祉用具、関係機関からの情報（書類等）

③「身体状況」

- 「身体状況」には、「麻痺・拘縮、移動、複雑動作、 生活に関する領域、健康に関する領域、社会生活技能
特別な介護、身の回り、意思疎通、特別な医療、日常 に関する領域」の項目がある。（表3）

（表3）「身体状況」

麻痺・拘縮	麻痺、拘縮
移動	座位保持、両足での立位、歩行、移動
複雑動作	立ち上がり、片足での立位
特別な介護	褥瘡、皮膚疾患、嚥下、食事摂取、飲水
身の回り	爪切り
意思疎通	視力、聴力
特別な医療	点滴の管理、中心静脈栄養、透析、ストーマの処置、酸素療法、レスピレーター、気管切開の処置、疼痛の看護、経管栄養、モニター測定、褥瘡の処置、カテーテル
日常生活に関する領域	屋内移動（寝返り、起き上がり、ベッドへの移乗（床、車いす等） 衣服着脱（衣服出し、着脱、衣服の整容）、整容行為（洗顔、歯磨き、整髪等） 食事行為（食物摂取）（朝食、昼食、夕食） 排泄行為（排尿、排便）入浴行為（入浴動作）
健康に関する領域	体力
社会生活技能に関する領域	屋外活動（近距離移動、遠距離移動）

④「精神状況」

- 「精神状況」には、「意思疎通、問題行動、行動面、
特別な行動、健康に関する領域、社会生活技能に関する領域、コミュニケーションスキルに関する領域、精神障害に関する情報」の項目がある。（表4）

(表 4)「精神状況」

意思疎通	意思の伝達, 指示への反応, 毎日の日課を理解, 生年月日を言う, 短期記憶, 自分の名前を言う, 今の季節を理解, 場所の理解
問題行動	被害的, 作話, 幻視幻聴, 感情が不安定, 昼夜逆転, 暴言暴行, 同じ話をする, 大声を出す, 介護に抵抗, 常時の徘徊, 落ち着きなし, 外出して戻れない, 一人で出たがる, 収集癖, 火の不始末, 物や衣類を壊す, 不潔行為, 異食行動, ひどい物忘れ
行動面	こだわり, 多動・行動停止, 不安定な行動, 自ら叩く等の行為, 興味等による行動, 通常と違う声, 突発的行動, 反復的行動
特別な行動	独自の意思伝達, 説明の理解, 過食・反芻等, 憂鬱で悲観的, 対人面の不安緊張, 意欲が乏しい, 話がまとまらない, 集中力が続かない, 自己の過大評価, 疑い深く拒否的, 文字の視覚的認識
健康に関する領域	病気への留意
社会生活技能に関する領域	金銭管理 (金銭理解, 他)
コミュニケーションスキルに関する領域	対人関係及び問題行動
精神障害に関する情報	加療中の医療機関 (名称, 主治医), 病名・診断名, 本人の理解, 加療歴 (発症状況, 初診, 入院歴), 公費負担医療利用状況, 精神保健福祉手帳取得状況, その他の障害者手帳取得状況

⑤「社会生活状況」

「社会生活状況」には、「身の回り、日常生活、日常生活に関する領域、健康に関する領域、社会生活技能に関する領域、生活基盤に関する領域、家族・近隣支援に関する領域、コミュニケーションスキルに関する領域、社会参加に関する領域、教育・就労に関する領域、育児・養育に関する領域、精神障害に関する情報」の項目がある。(表 5)

(表5)「社会生活状況」

身の回り	日常の意思決定
日常生活	調理, 買い物
日常生活に関する領域	起床時間(目覚まし, 起こされる, ベッドメイキング), 就寝時間(ベッドメイキング), 衣服着脱(衣服の補修), 食事行為(介護者の調理, 自炊, 外食の有無, 買い物, 後片付け等)(朝食, 昼食, 夕食), 入浴行為(入浴準備, 洗身, 衣服着脱, 浴室清掃等), 洗濯(本人が汚れ物を洗濯機に入れる, 洗濯機操作, 干す, 取り込む・介護者が全介助), 掃除(本人の掃除行為の内容, 介護者が全介助)
健康に関する領域	服薬管理, 食事管理
社会生活技能に関する領域	屋外活動(通学, 通勤, 公共交通機関の利用の有無等), 金銭管理(使用状況, 貯蓄管理, 他), 危機管理(戸締り, 連絡)
生活基盤に関する領域	経済環境(家族扶養, 年金, 所得, 工賃等), 住環境(持ち家, 賃貸, 住宅改造の有無, 住環境の改善点等)
家族・近隣支援に関する領域	家族・介護者支援状況とその関係(介護支援, レスパイト, その他), 近隣支援の状況とその関係性
コミュニケーションスキルに関する領域	意思伝達手段・意思表示の程度(身振り, 音声, 対話の状況)(意思表示の行為内容), 言語理解の程度(依頼, 言語説明理解等), 電話・FAX・筆記・パソコン・ワープロの使用
社会参加に関する領域	レクリエーション・趣味・旅行等, 当事者団体, 各種社会活動の参加とその役割
教育・就労に関する領域	学校教育または障害教育(料理教室等)への要望, 就労に関する要望
育児・養育に関する領域	子どもの有無, 子どもの人数, 年齢, 生活について(食事, 入浴, 衣類, 洗顔, 歯磨き, 髪等の整容行為等), 医療に関すること(病気への留意, 服薬管理, 病院への連絡等), 保育所・学校等との関係について
精神障害に関する情報	精神科以外の受診状況, 家族歴等特記事項

6. 結論

以上のように、生活上の障害全般を把握するために作成された公的資料を基にし、仮説としての5つの情報領域を使用して、生活全般を把握するアセスメント領域及び項目の概容を明らかにした。

「本人の意志」を中心に「基本的属性」を基盤として、「身体状況」、「精神状況」、「社会生活状況」が、相互に関係しながら一つの構造を成していると仮定した、5つの情報領域による生活構造及び生活課題の把握は適切であると考えられる。

「本人の意志」は重要な情報領域であるが、それをどのように確認し、どのように支援するかは、特に、医療同意能力の問題等、本人の意志が確認できない場合にどう対応するか、という問題も含めて、さらに多くの研究が必要である。

また、資料の検討を行う中で、アセスメントを行う上

で必要な視点として、①問題となる行為の原因を解明するため、情報を分析的に把握する視点、及び、②必要な支援を判断するため、生活上の一連の行為の情報を構造的・連続的に捉える視点、の2つが必要であることを指摘できる。

さらに、その両方の視点をもって、生活支援に必要な情報を収集することが重要である。

生活状況を把握するための情報領域として、本人の「基本的属性」の情報、「身体状況」の情報、「精神状況」の情報、「社会生活状況」の情報等があるが、さらに、本人の身体と精神の状況によって、「社会生活状況」が大きく影響を受ける構造が推測される。これはICFの考え方も関係する興味深い部分で、さらに研究を進めたい。今後、対象者の生活状況の情報の把握が必要と考えられる項目をさらに整理・仮定したものをを用いて、アセスメントツールを作成し、実際にアセス

メントを行い、その有効性を検証したい。

また、前述のように、身体障害、知的障害、精神障害の三障害への対応を含む全人的・総合的なアセスメントの実施は、領域の広さと情報の性質の違いから困難さが指摘されている。さらに、それらの情報は、縦割りの・個別的であり、ソーシャル・ワーカーがそれぞれの専門的な部分も含めて、そのすべてを把握することは難しいと考えられる。

しかし、視点を変えて、最初から身体障害、知的障害、精神障害等の分野や、或いは障害者、高齢者、児童等の分野に分けて把握しようとするのではなく、まず、個人の生活全体を見るという視点から出発することが重要で、そうすることによって縦割りのアセスメントの欠点を克服できるのではないかと筆者は考えている。ただし、ソーシャル・ワーカーがクライアントの生活全体を視野においてアセスメントを進めるとしても、把握する情報をどのレベルまで掘り下げて把握するのかという問題等があり、更なる検討が必要である。

以前、筆者は高齢者分野について同様の研究を行ったが、このような研究を進めるほど、最初に障害者或いは高齢者というような分野があるわけではなく、最初に個人の生活があり、その生活をアセスメントしていく中で、生活の必要（ニーズ）として精神障害や身体障害、社会生活上の障害等が明らかになってくる、或いは明らかにしていくものである、と考えている。

<注>

- 1) 副田あけみ『社会福祉援助技術論』誠信書房 2005年 P79
- 2) D. P. マクスリー『ケースマネジメント入門』中央法規 1994年 P4
- 3) 厚生労働省 障害程度区分「認定調査票」「概況調査票」2010年
- 4) 「障害程度区分」は2014年度より「障害支援区分」に改正されている。
- 5) 福岡県 サービス管理責任者研修「生活支援アセスメント票」「訪問票」（就労分野）2010年

<参考文献>

- (1) D. P. マクスリー『ケースマネジメント入門』中央法規 1994年
- (2) チャールズ・A・ラップ『精神障害者のためのケースマネジメント』金剛出版 1998年
- (3) 白澤政和・橋本泰子、竹内孝仁『ケアマネジメント講座第1巻 ケアマネジメント概論』中央法規 2000年

(4) J. ミルナー、P. オーバーリン『ソーシャルワーク・アセスメントー利用者の理解と問題の把握』ミネルヴァ書房 2001年

(5) 副田あけみ『社会福祉援助技術論』誠信書房 2005年

(6) ジョナサン・パーカー、グレッタ・ブラッドリー『進化するソーシャルワーク 事例で学ぶアセスメント・プランニング・介入・再検討』筒井書房 2008年

(7) 厚生労働省 障害程度区分「認定調査票」「概況調査票」2010年

(8) 福岡県 サービス管理責任者研修「生活支援アセスメント票」「訪問票」（就労分野）2010年

(9) 北川清一『児童養護施設のソーシャルワークと家族支援ーケース管理のシステム化とアセスメントの方法』明石書店 2010年

(10) 小原真知子『要介護高齢者のアセスメントー退院援助のソーシャルワーク』相川書房 2012年