

博士学位論文

医療ソーシャルワーカーを対象とした
退院援助における
家族評価のための情報収集に関する研究

2022年3月

倉本 亜優未

岡山県立大学大学院

保健福祉学研究科

要 旨

本学位論文は、医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker：以下、MSW）の退院援助における患者の家族に関する評価（以下、家族評価）のための情報収集の実践について研究を行ったものである。

患者の家族成員は、疾病の進行やその対処の良否に関係する正負の社会資源であるとともに、疾病の影響を受け、援助の対象にもなり得る存在である。そのため、患者および家族成員の退院後の療養環境等の調整を行う退院援助では、患者の治療の継続や彼らの望む生活の実現に向けて経済的・心理的・社会的問題を予測し、予防や早期の対応を行うために、家族評価が必要である。とりわけ、家族の課題は、療養中の患者の課題、療養・介護を担う家族成員の課題、家族の人間関係上の課題、それらを取り巻く家族の環境の課題など様々な課題が併存し、相互に影響を及ぼし合っているため、的確な家族評価のためには広範な視点からの情報収集が極めて重要である。そこで、本論文では、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集の内容とその実践状況、実践の促進に関連する要因について実証的に明らかにすることを目的とした。

第1章では、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集に関する先行研究について確認した。その結果、ソーシャルワークの観点から検討が行われた研究は僅少であり、要介護高齢者を対象とした退院援助のアセスメントツールや退院支援実践の自己評価マニュアルの開発が試みられていたものの、家族に関する情報収集の視点が限定的であること、妥当性の検討が不十分であることなどの課題を有しており、改めて指標の開発に取り組む必要があることが示された。

第2章では、実践報告等を基に文献的検討を行い、退院支援において求められる家族評価のための情報収集の内容を明らかにした。その結果、【家族の課題の有無を明らかにするための情報収集】および【家族の課題の背景を理解するための情報収集】に関する17カテゴリ、84コードが得られ、先行研究には提示されていなかった新たな内容が確認された。

第3章では、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集の構造について構造方程式モデリングを用いて検討した。その結果、【退院に対する家族の感情

と代弁機能】【家族の健康状態と介護力】【退院に向けた家族間のコミュニケーション】【退院に対する家族の受容】【退院に向けた家族の役割機能】の5因子で構成されることが明らかになり、その信頼性および構成概念妥当性が支持された。

第4章では、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集の実践状況について、クラスター分析を用いて明らかにした。その結果、MSWは3つのクラスターに類型化され、実践に期待される視点を十分に有していると考えられたMSWは全体の約4割にとどまっていたことが確認された。また、全体として退院の促進に関する情報収集の実践頻度は高いものの、今後の生活を脅かす危険性のある潜在的な課題に関する情報収集については実践に至っていない可能性が示された。さらに、クラスター間において「家族のアセスメントに関する教育や研修」の複数回の受講の有無に有意差が確認され、養成・現任教育における示唆が得られた。

第5章では、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集の実践の促進に関連する要因について、潜在ランク理論による分析および順序ロジスティック回帰分析を用いて検討した。その結果、実践の促進には「職場外におけるロールモデルの有無」「スーパーバイザー・講師経験」「家族ライフサイクルモデルの学習経験」が有意に関連していたことが明らかになった。

第6章では、以上の結果をふまえて本学位論文の結論を述べた。まずMSWの退院援助における家族評価のための情報収集の実践の背景には、医療機関側からの早期退院への多大な期待と精神的な圧力があると考えられたことから、養成・現任教育では援助に必要な在院日数を確保するため、医師や看護師等の関係職種に対する交渉の技術とそれを支えるコミュニケーション技術を涵養する必要があることを示した。そして、実践の促進に向けて、家族ライフサイクルモデルの援助実践への活用・応用の視点等を養うこと、職場外の教育・支援体制や連携体制を整え、MSWを支えるネットワークを構築することが求められることを提示した。

なお、本学位論文の成果は、退院後の患者および家族成員の十全な療養生活の実現に向けてMSWに求められる退院援助における家族評価のための情報収集について、必要な視点の文献的検討、因子構造の検討、実践状況の確認ならびに実践の促進に関連する要因の探索を行い、MSWの実践能力の向上に寄与する資料を提示できたことにある。

目次

第1章 序論

第1節 研究の背景.....	1
第2節 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための 情報収集に関する先行研究.....	3
1. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための 情報収集の重要性.....	3
2. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための 情報収集に関する先行研究.....	5
第3節 本研究の目的と論文の構成.....	7
1. 本研究の目的.....	7
2. 本論文の構成.....	8
第4節 本研究における用語の定義.....	9
1. 退院支援および退院援助.....	9
2. 家族.....	9
3. 医療ソーシャルワーカー.....	9

第2章 日本の退院支援における家族評価のための情報収集に関する文献的検討

第1節 研究目的.....	10
第2節 研究方法.....	10
1. 文献の収集方法.....	10
2. 分析方法.....	11
3. 倫理的配慮.....	12
第3節 研究結果.....	12
1. 分析対象文献の概要.....	12
2. 退院支援における家族評価のための情報収集の内容.....	16
第4節 考察.....	18
1. 退院支援における家族評価のための情報収集の内容.....	18
2. 今後の課題.....	22
第5節 結論.....	23

第3章 医療ソーシャルワーカーを対象とした退院援助における家族評価のための 情報収集の構造に関する検討

第1節	研究目的	24
第2節	研究方法	24
1.	調査対象および調査方法	24
2.	調査内容	25
3.	解析方法	25
4.	倫理的配慮	26
第3節	研究結果	26
1.	分析対象者の属性分布	27
2.	分析対象者の所属機関の状況	28
3.	医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための 情報収集に関する項目の回答分布	29
4.	医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための 情報収集を構成する項目の選定	33
5.	医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための 情報収集の因子構造	33
第4節	考察	37
1.	医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための 情報収集の構造	37
2.	本章における研究の限界	40
第5節	結論	41

第4章 医療ソーシャルワーカーを対象とした退院援助における家族評価のため の情報収集に関する実践状況

第1節	研究目的	42
第2節	研究方法	42
1.	調査対象および調査方法	42
2.	調査内容	43
3.	解析方法	43
4.	倫理的配慮	43

第3節	研究結果.....	44
1.	分析対象者の属性分布.....	44
2.	分析対象者の所属機関の状況.....	45
3.	医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための 情報収集に関する項目の回答分布.....	46
4.	医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための 情報収集に関する実践状況の類型化.....	48
5.	クラスター間の属性分布および所属機関の状況の比較.....	51
第4節	考察.....	53
1.	医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための 情報収集に関する実践状況の特徴.....	53
2.	医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための 情報収集に関する実践のクラスター間の属性分布および所属機 関の状況の比較.....	55
第5節	結論.....	57

第5章 医療ソーシャルワーカーを対象とした退院援助における家族評価のため の情報収集の実践に関連する要因の検討

第1節	研究目的.....	58
第2節	研究方法.....	58
1.	調査対象および調査方法.....	59
2.	調査内容.....	59
3.	解析方法.....	61
4.	倫理的配慮.....	63
第3節	研究結果.....	63
1.	分析対象者の属性分布および家族療法に関する学習経験の回答 分布.....	64
2.	分析対象者の所属機関の状況.....	66
3.	医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための 情報収集に関する項目の回答分布.....	67
4.	医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための 情報収集に関する実践の特性.....	69

5. 潜在ランク間の属性および家族療法に関する学習経験の有無の比較	71
6. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践の潜在ランクに関連する要因の検討	73
第4節 考察	74
1. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践状況	74
2. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践の潜在ランクに関連する要因	74
3. 本章における研究の限界	76
第5節 結論	77
第6章 結論	
第1節 本研究のまとめと研究の意義	78
1. 本研究のまとめ	78
2. 研究の意義	80
第2節 臨床応用の可能性と教育・支援の方向性	81
1. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集の実践に着目した臨床応用の可能性	81
2. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集の実践の促進に関連する要因に着目した臨床応用の可能性	83
第3節 本研究の限界と今後の課題	85
引用・参考文献	87
謝辞	104
付記	106

第 1 章 序論

第 1 節 研究の背景

退院援助（退院支援）は，退院に伴って生じる経済的・心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行い，患者の治療の継続や患者および家族成員の望む生活を実現することを目的とした援助である（厚生労働省 2002）。わが国に医療ソーシャルワーカーが導入されて以来，取り組まれてきた医療ソーシャルワーカー（**Medical Social Worker**：以下，**MSW**）の主要な業務のひとつであるが（中野 2007），とりわけ 1980 年代以降においては，高齢化の進展に伴う社会的入院の増大を主因に医療財政を逼迫していた医療費の抑制政策として打ち出された医療機能の分化・連携，在宅療養の推進，平均在院日数の短縮化等の医療改革を推し進める具体的手段として期待が寄せられてきている（高山 2019）。これに関して，医療ソーシャルワーカー業務指針の策定時に健康政策局計画課の課長補佐として直接取りまとめに関わった椋野（2013）は，時代の課題への対応として「老人でも精神障害者でも大きな問題となっていた退院（社会復帰）援助を業務の範囲の中で強調した」と述べている。また，中野（2007）は，2002（平成 14）年の医療ソーシャルワーカー業務指針の改定において，これまで同項目に整理されていた「退院援助」と「社会復帰援助」が異なる項目として改められたことについて，度重なる医療制度の改正によって円滑かつ早期の退院が病院経営上不可欠となり，退院時の生活課題の解決に取り組んでいた **MSW** の援助が求められたことを指摘している。

MSW の退院援助への期待の大きさは，数度にわたる診療報酬改定によって退院援助の評価が年々強化されている点からもうかがえる。退院に関して **MSW** が初めて診療報酬上に明記されたのは，1983（昭和 58）年，老人保健法（現，高齢者の医療の確保に関する法律）の老人診療報酬点数表の「退院時指導料」においてであり，医師の指示を受けて薬剤師，保健婦，看護婦，栄養士，**MSW** 等が退院後の療養上必要な指導を行った場合に算定できるという内容であった（厚生省保険局医療課・厚生省保健医療局老人保健課編 1983）。その後，2008（平成 20）年に新設された「退

院調整加算」によって MSW である社会福祉士の退院援助が点数評価されることとなった。これにより、退院調整のための体制の整備や医療機関による円滑な退院を支援するための取り組みが推進され、2014（平成 26）年には退院支援部門に社会福祉士等を配置することが条件となり、2016（平成 28）年に新設された「退院支援加算」では退院支援体制をより強化している医療機関が高く評価されることとなった。また、2018（平成 30）年には地域包括ケアシステム構築・深化のための取り組み強化の一環として、入院しても住み慣れた地域で継続して生活するための支援や入院前からの支援の強化、退院時の地域の関係者との連携等の入院早期から退院後までの切れ目のない支援を評価することを目的に「入院時支援加算」が新設されている。2020（令和 2）年には、関係職種と連携し、入院前に身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握や退院困難な要因の有無の評価等を行い、病院職員との情報共有や患者および家族成員への説明を実施した場合には、診療報酬の点数が高く評価されるなど、入退院支援の取り組みがさらに推し進められている。これらを背景に、愛知県の単病院における 2012（平成 24）年医療福祉相談室年報によると、相談件数に占める退院援助の割合は 75%であり（村上 2020）、2018（平成 30）年に全国の MSW を対象に実施された質問紙調査では、退院援助が MSW の業務の半数以上を占めているとの回答が 61.2%に上ったことが報告されるなど（丸山 2019）、退院援助は MSW の中心的な業務となっている。

また、退院支援は、厚生労働省（2017a）が定めた「在宅医療の体制構築に係る指針」によると、都道府県が確保すべき医療機能として「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」に並ぶ重要な機能であると示されている。現在、わが国における高齢化率は 28.4%であるが、2065 年には 38.4%と約 3.9 人に 1 人が 75 歳以上になると推計されており（内閣府 2020）、持続可能な社会保障制度を確保しながら後期高齢者の増加に伴う医療需要の高まりに対応していくことが課題となっている。その一方で、医療技術の進歩によって日常的に医療的ケアを要する小児や若年層の患者も著増しており（田村ら 2016）、成人に比して医療的ケアの必要度が圧倒的に高い彼らのニーズに加え、家族介護者の負担軽減への対応も求められている（国立成育医療研究センター 2015）。在宅医療は、これらに大きく寄与するものとして期待さ

れ、診療報酬改定では在宅医療に対する加算措置等の評価の充実が図られているところである。こうした近年の在宅医療ニーズの高まりを受けて、退院支援は、在宅医療に向けた起点を設け、住み慣れた地域において療養や生活を継続していくうえで重要な役割を担っている。しかしながら、健康保険組合連合会（2008）が実施した調査では、在宅医療提供側の診療所および訪問看護ステーションが「病院側の退院支援等の力量不足」を在宅医療への移行の阻害要因と認識しており、MSWには退院援助に関する実践能力を向上させ、援助の質を高めていくことが重要課題となっている。

第2節 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する先行研究

1. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集の重要性

MSWによる援助は、インテーク、アセスメント、プランニング、インターベンションなど8つの局面によって展開される（日本ソーシャルワーク学会編 2013）。なかでもアセスメントは、「必要な情報の収集と処理を通じ、クライアントとその生活をめぐる問題と状況の構成や要因の理解と、援助計画と実践の展開に必要な情報の系統的提供を目的にした援助活動の認識過程」（太田 1995）や「クライアントの現在の問題を理解することに焦点化すること、問題解決のためのインターベンション・プランを発展させることに焦点化することという2つの要素をもつプロセス」（Northen 1987）であるといわれている。また、ケースの全貌を理解するための重要な認識プロセスでもあり（Franklin et al. 1995）、その良否はプランニングに影響を及ぼし介入効果の高低を規定することから、ソーシャルワーク実践の中心的概念であるとされる（中村 2002）。そのため、アセスメントでは、必要となる情報を包括的に収集するとともに客観的な視点から分析・評価することが求められ、退院援助においては患者のみならずその環境等にも視点を向けることが不可欠である。

とりわけ患者の家族成員は、疾病の進行やその対処の良否に係る正負の社会資源であるとともに、疾病の影響を受け、援助の対象にもなり得る存在であり (Steinglass et al. 1988)、アセスメントの必要性が示唆される。前者の「患者の正負の社会資源としての家族成員」に関して、先行研究では、家族成員の面会頻度が少ない場合には精神科救急入院患者が再入院に至る可能性が有意に高いこと (遠田ら 2014)、血液透析患者 (竹本ら 2009) やパーキンソン病患者 (倉本ら 2017) の精神的健康に家族機能が有意に関連していること、青年期の精神疾患患者の3割以上が家族関係の悪化により受療行動が生起されていたこと (加藤ら 2018) が確認されている。その他、慢性身体疾患患者 (心血管疾患, 脳卒中, がん, 関節炎, 糖尿病, 後天性免疫不全症候群, 全身性エリテマトーデスの患者) を対象とした52編の研究のランダム化比較試験 (計 8,896 人の患者を対象) のメタ分析では、家族成員が治療に関与することによって患者の心身の健康状態が改善する可能性が標準治療群に比して72~82%高いことが報告されている (Hartmann et al. 2010)。

他方、後者の「援助の対象としての家族成員」に関して、特にがん患者の家族成員は「第二の患者」と位置づけられ、支援の対象とされている (Rait et al. 1989)。また、在宅医療においては要介護度 (健康保険組合連合会 2008) および医療機器の装着や病状管理を要する医療依存度 (みずほ情報総研株式会社 2016) の高い患者が少なくなく、家族介護者は多大な療養・介護負担を抱えていることが報告されている。例えば、在宅で常時医療的ケアが必要な18歳未満の子どもの主介護者を対象とした調査 (みずほ情報総研株式会社 2016) では、「介護, 見守りのための時間的拘束に係る負担」や「医療的ケアの実施に係る負担」があると回答した人が7割以上を占めていたことや、在宅脳卒中患者の主介護者を対象とした調査 (渡邊ら 2013) では、患者の介護による健康面への影響に対して約7割があると回答していたことが報告され、家族成員に対する支援の必要性が指摘されている。

さらに、患者と家族成員の関係性に関する実証研究では、血液透析患者の家族介護者の療養負担感が高いほど患者への療養継続困難感が高く (竹本ら 2008a)、家族介護者の療養継続困難感が高いほど患者の精神的健康が低下していること (竹本ら 2008b) が報告されている。また、療養・介護負担によって家族介護者の精神的健康

が低下し (Persson et al. 2015 ; 野上ら 2016), 介護者自身の健康障害のほか, 最悪の場合には, 介護放棄 (桐野ら 2012) や虐待, 殺害, 心中等の介護殺人 (湯原 2011) を招く危険性が指摘されている。

以上をふまえるならば, 退院援助では, 患者と家族成員双方の健康障害を予防し, 患者の療養継続と彼らの望む生活を実現するため, 適切な患者の家族に関する評価 (以下, 家族評価) に基づき, 療養中および退院後の家族の課題を予測する観点から援助にあたることが求められる。特に, 家族の課題に関しては, 療養中の患者, 療養・介護を担う家族成員, 家族の人間関係, それらを取り巻く家族の環境等に関する様々な課題が併存し, 相互に影響を及ぼし合っているため (全国訪問看護事業協会 2000), 十分な家族評価を行うためには, 広範な視点からの情報収集が不可欠である。また, 現在, 平均在院日数の短縮化に向けて MSW には迅速な退院援助が求められているが, 患者に同居家族がいる場合には, 家族機能の評価とともに家族間調整等を要し, 在院日数が長期化することが報告されている (竹本 2017)。そのため, 早期退院を実現するためにも家族評価のための情報収集に関する実践は重要であるといえる。

2. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する先行研究

MSW の退院援助における家族評価のための情報収集に関連する先行研究では, 要介護高齢者を対象とした退院援助に関するアセスメントツール (小原 2012) や MSW による退院支援実践の自己評価マニュアル (小原ら 2017) が開発され, ソーシャルワークの視点から退院援助におけるアセスメント項目の提示が試みられている。

このうち, 要介護高齢者を対象とした退院援助に関するアセスメントツール (小原 2012) は, 今後さらなる高齢化の進展が見込まれるわが国の退院援助に有用な視点が提示されている一方で, 退院援助の対象には乳幼児を含む若年者等も含まれることから, クライエントの年齢・年代を問わずに情報収集の項目を提示することも必要であると考えられる。本研究では, クライエントの年齢・年代等に依らずに家

族評価のための情報収集について検討することを目的とすることから、小原(2012)のアセスメントツールにおいて提示された項目のみを用いて MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の実践状況を測定することは困難であると考えられた。

また、MSW による退院支援実践の自己評価マニュアル（小原ら 2017）は、各項目の定義と評価のポイントを熟読し自身の実践を振り返ることによって、専門職性を高めるためのツールとなり得るものであり、患者および家族成員に関するアセスメントについては、「本人・家族に対する実践プロセスの自己評価項目」において支援の方向性とポイントが示されている。しかしながら、支援プロセスとアウトカムを評価することを目的としているため、家族に関する情報収集の項目は7項目にとどまり、その視点は限定的である。さらに、信頼性や妥当性の検討が行われていないことから、本研究の MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の実践状況の測定項目への使用には適さないと考えられた。

その他、家族のアセスメントに関する研究は看護学の領域でも行われており、家族システム論や家族発達理論等を理論的基盤に様々なアセスメントモデルが開発されている。例えば、国外では家族アセスメント・介入モデル（Barkey et al. 1990）、フリードマン家族アセスメントモデル（Friedman 1998）、カルガリー家族アセスメントモデル（Wright et al. 1984）、国内では家族生活力量モデル（家族ケア研究会 2001）、渡辺式アセスメントモデル（渡辺 2004）などである。このうち、渡辺式アセスメントモデル（渡辺 2004）は、家族の健康と看護援助に向けて、家族における問題とその背景を構造化して理解するために必要な援助者の思考プロセスをモデル化したものであり、このモデルに基づいて看護師による退院支援に関する事例検討を行った研究（久倉ら 2014）なども確認される。しかしながら、家族の健康の向上を目標とする家族看護と、福利（ウェルビーイング）の増進を目標とするソーシャルワークでは、患者の生（LIFE）に対する視点が異なり、医療専門職が生死、生命維持や生殖、人体の体温やホルモンバランス等の恒常性など、生命を起点として患者および家族成員の療養生活、社会生活、人生へと目を向ける一方で、福祉専門職は患者および家族成員の生き甲斐等の価値観や人生観、生き様など、人生を起点として社会

生活，療養生活，生命に目を向けることが指摘されている（田中 2008b）。本研究では，ソーシャルワークの観点から MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の検討を行うことから，看護学のアセスメントモデルをそのまま適用するには限界があると判断した。

第 3 節 本研究の目的と論文の構成

1. 本研究の目的

MSW には，退院援助において的確な家族評価のための情報収集が求められるものの，そのために必要なソーシャルワークの視点を提示した研究は僅少であり，統計学的手法を用いてその信頼性と妥当性の検討が十分に行われている指標は皆無である。それゆえ，MSW の退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践状況やその促進に関連する要因等について定量的な手法を用いて検討した研究は行われていない。

そこで，本研究では MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の内容を確認したうえでその構造を明らかにし，MSW の適切な家族評価のための情報収集の実践を可能にするための指標開発に取り組むとともに，養成・現任教育における示唆を得るため，家族評価のための情報収集に関する実践の促進に関連する要因を検討すること目的とした。

2. 本論文の構成

本論文の具体的な研究目的と構成する章は以下のとおりである（図 1）。

1) 目的 1

退院支援に関する実践報告等を基に，退院支援において求められる家族評価のための情報収集の内容を確認する（第 2 章）

2) 目的 2

MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の測定項目を設定し，その構造を明らかにする（第 3 章）

3) 目的 3

MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の実践状況を明らかにする（第 4 章）

3) 目的 4

MSW の退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践の促進に関連する要因を明らかにする（第 5 章）

4) 目的 5

目的 1～4 の結果をふまえ，MSW の退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践を促進するための教育・支援に関する提言を行う（第 6 章）

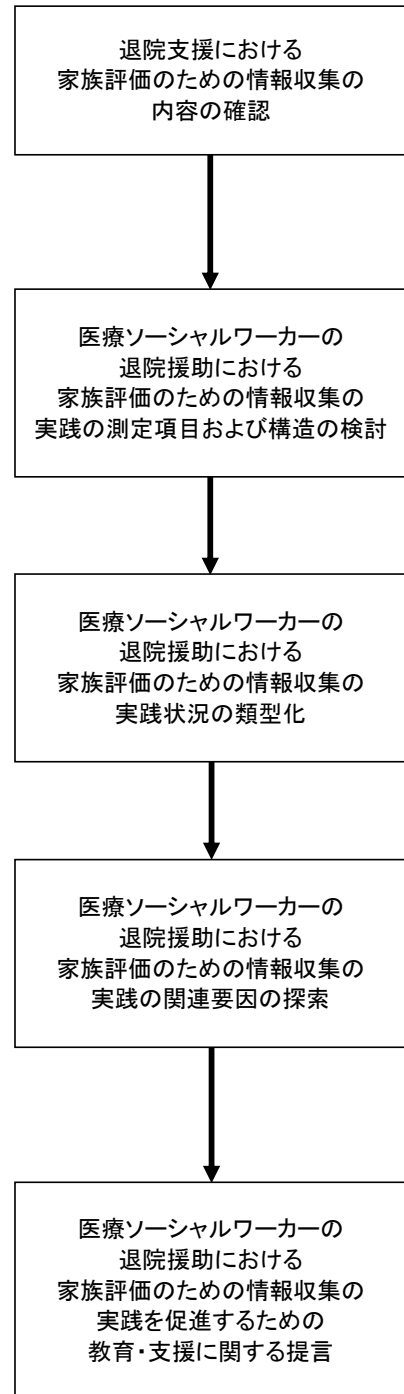


図 1 本論文(研究)の展開過程

第4節 本研究における用語の定義

1. 退院支援および退院援助

退院支援は、退院支援を行う専門職の学問的基盤である社会福祉学（厚生労働省 2002；日本精神保健福祉士協会 2014）および看護学（宇都宮 2011）における定義を参考に、「生活と傷病や障害の状況から退院に伴い生ずる経済的・心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、専門的知識および技術に基づき、これらの諸問題の評価や予測により、問題の解決、調整に必要な援助を行うこと」と定義した。

なお、本研究における表記では、MSW や看護師等の専門職に共通する退院に関する支援を「退院支援」、その中でも MSW が行う退院支援を「退院援助」とし、両者を区別した。

2. 家族

現在、核家族化や少子高齢化、未婚化・晩婚化、離婚件数の増加等に伴って家族の形態や範囲は多様化しており、家族について一義的に定義づけることは極めて困難である（山田 1986）。また、社会福祉学や看護学では、家族の概念や形態を固定化せず複眼的に捉えることが求められており（鈴木 2006b；宮崎 2015）、臨床現場ではこの視点に基づいて援助が行われていると考えられる。そのため、本研究では客観的な定義を用いた家族の概念化は行わず、クライアントや援助者等の個々人の主観的な家族の捉え方に依拠することとした。

なお、家族に関する表記については、患者を含む家族の全体性を意識する場合には「家族」、患者を除く個々の家族成員を意識する場合には「家族成員」とした。

3. 医療ソーシャルワーカー

医療ソーシャルワーカー業務指針（厚生労働省 2002）における MSW の配置先の病院、診療所、介護老人保健施設、精神障害者社会復帰施設、保健所、精神保健福祉センター等の保健医療機関のうち、医療機関に限定し、MSW を「医療機関に勤務するソーシャルワーカー（社会福祉士および精神保健福祉士を包む）」とした。

第2章 日本の退院支援における家族評価のための情報収集に関する文献的検討

第1節 研究目的

第1章のとおり、MSWの退院援助では適切な家族評価に向けて情報収集が十分に行われる必要があるが、小原ら（2017）が示したMSWによる退院支援実践の自己評価マニュアルでは、支援プロセスおよびアウトカムを対象としているため、家族に関する情報収集の項目は7項目と少数であり、その視点は限定的である。また、小原（2012）が開発した要介護高齢者を対象とした退院援助におけるソーシャルワークアセスメントツールについては、高齢化が進展する中でも退院援助の対象には若年者等も含まれるため、全年齢層を対象に患者および家族成員の課題の理解および予防的観点からの援助に必要な包括的な視点を明らかにする必要もあると考えられることなどの課題を有している。そのため、現在の研究段階では、ソーシャルワークの観点から退院援助において求められる家族評価のための情報収集に関する具体的かつ詳細な項目が提示されているとは言い難い状況にある。

そこで、本章では、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目の提示に有用な資料を得ることをねらいに、その第一段階として退院支援に関する実践報告等を基に、わが国の退院支援において求められる家族評価のための情報収集の内容を確認することを目的とした。

第2節 研究方法

1. 文献の収集方法

文献検索は、医学中央雑誌 Web 版を用いて 2017（平成 29）年 7 月に行った。検索用語は、第一段階では「医療ソーシャルワーカー or 退院調整看護師」「退院支援 or 退院援助」とし、退院支援に従事する専門職の援助実践に関する文献を収集した。

次いで第二段階では、退院支援における家族評価のための情報収集に必要な視点を包括的に把握することを目的に、日常的に患者および家族成員と関わる看護師の支援内容を包む広義の退院支援に関する文献を収集するため、‘退院’‘支援 or 援助’を検索用語に設定し、文献を収集した。文献の選定基準は、①国内の文献であること、②文献のタイトルと要旨から退院支援に関する文献であると判断されること、③本文に家族に関する記載がみられること、④会議録以外の文献であることの4点とし、これらすべてを満たす文献を分析対象とした。なお、国外の文献は、医療保険制度や社会情勢、文化等においてわが国と相当の差異があることから、本章の研究では国内の文献に限定して検討することとした。

以上における文献の収集方法は、メタスタディの方法論（Paterson et al.=2010）を参考にした。

2. 分析方法

分析では、まず分析対象文献から退院支援における家族に関する情報収集の内容および支援を促進・阻害する家族の要因等が記載されている部分をデータとして抽出した。次いで、それらを意味内容の類似性により分類整理し、コードおよびカテゴリーを生成し、カテゴリー間において類似の内容が確認できなくなるまで統合し、コア・カテゴリーを生成した。

また、分析においてデータをコードに集約する際には、その解釈の可能性をデータで確認する作業を繰り返し、データ解釈の厳密性とその妥当性の要請に応えた。さらに、コード同士、コードとカテゴリー、カテゴリー同士、カテゴリーとコア・カテゴリー、コア・カテゴリー同士についても比較分析の作業を継続した。さらに、MSW としての臨床経験を有する大学教員 2 人の協力のもと確認を重ね、分析内容の妥当性を確保した。

なお、分析にあたっては、まず患者および家族成員の特徴に応じて文献の分類を行い、一覧にした。そして、退院支援における家族評価のための情報収集の内容に関するコード、カテゴリー、コア・カテゴリーの一覧では、各コードの基となったデータの患者および家族成員の特徴に○印を記し、どのような特徴を有した患者お

および家族成員の退院支援におけるデータからコードが生成されていたのかを確認できるようにした。

以上の分析方法は、先述のメタスタディの方法論 (Paterson et al. = 2010) に加え、定性的コーディング (佐藤 2006 ; 2008) も参考にした。

3. 倫理的配慮

公表されている文献を分析対象とし、倫理的侵害はないことを確認した。また、当該文献の記載内容を記述する際には、個人名や機関名等が特定されないように配慮した。

第3節 研究結果

文献検索の結果、第一段階では 433 編、第二段階では 10,092 編 (第一段階と重複する文献を含む) が抽出され、4 点の基準に該当した 78 編 (表 1-1, 表 1-2) の文献を分析対象とした。

1. 分析対象文献の概要

分析対象文献の概要は表 2 のとおりであった。患者および家族成員の特徴に基づいて文献を分類したところ、「精神疾患患者・家族成員」が 35 編 (44.9%) (35 編には「精神科長期入院患者・家族成員」14 編 (17.9%)、「認知症患者・家族成員」6 編 (7.7%)、「統合失調症患者・家族成員」3 編 (3.8%) を含む) と最多であり、「急性期患者・家族成員」および「その他の家族機能が脆弱な患者・家族成員」が 8 編 (10.3%)、「小児患者・家族成員」が 7 編 (9.0%)、「高齢患者・家族成員」が 6 編 (7.7%)、「終末期患者・家族成員」が 5 編 (6.4%)、「回復期患者・家族成員」「慢性期患者・家族成員」ならびに「記載なし」が 3 編 (3.8%) であった。研究方法は定性的研究 (事例研究を含む) が 62 編 (79.5%) を占めた。また、退院支援実践の主たる援助者に着目し、例えば看護師が主導して他職種に働きかけていた場合は「看

表1-1 分析対象文献の一覧

文献番号	記載文献
1	阿部庸子, 藍 真澄, 金子美智子ほか(2007). 大学病院における高齢者早期退院の阻害要因に関する検討. 日本老年医学会雑誌, 44(5):641-647.
2	明渡立樹, 前田友子, 新延せい子ほか(2014). 精神科急性期病棟で「触れる・対話」に焦点をあてた家族関係調整—ハンドマッサージをコミュニケーションツールにしての絆の深まり. 日本精神科看護学術集会誌, 57(1):222-223.
3	榎本純恵, 西田忠信, 中村早苗(2014). 回復期リハビリテーション病棟看護職の退院支援の現状と自己効力感との関係. 日本看護学会論文集 地域看護, 44:55-58.
4	千葉進一, 谷口都訓, 谷岡哲也ほか(2009). 地域移行型ホームに入所するための4カ月間の退院支援を受けた精神科の長期入院患者の思いの検討. 香川大学看護学雑誌, 13(1):109-115.
5	藤川和恵, 湊由季子, 井上雄二(2014). 退院への意欲を引き出す諦めないかわり—長期入院患者に対する退院支援. 日本精神科看護学術集会誌, 57(2):321-325.
6	藤澤 匡, 徳増裕宣, 山田陽子(2016). 18トリソミー児の退院支援の取り組み. 日本新生児看護学会誌, 22(2):18-21.
7	船木由美子(2016). 精神科長期入院患者家族の退院支援に必要な要素—意識調査を通して見えてきたもの. 日本看護学会論文集 精神看護, 46:213-215.
8	原 大貴, 中瀬裕絵, 角田 愛(2014). 長期臥床患者の自宅退院支援に関わって—家族への支援と, 社会資源活用の視点から振り返る. 信州大学医学部附属病院看護研究集録, 42(1):24-29.
9	原 清江, 三井彩子, 内田 緑(2014). 入退院を繰り返す高齢独居心不全患者の退院支援の有効性. 信州大学医学部附属病院看護研究集録, 42(1):19-23.
10	畠山貴満, 田辺有理子(2011). 精神科長期入院患者の退院支援における看護師の困難感. 日本精神科看護学会誌, 54(3):56-60.
11	畠山祐志(2016). 患者・家族の主体性と自己決定を支える退院支援—地域ネットワークの活用を通して. リハビリナース, 9(1):28-33.
12	平内郁子(2016). 不全麻痺がある独居患者の退院における意思決定支援. 市立三沢病院医誌, 23(1):31-34.
13	広瀬貴大, 高木真希, 久世美樹ほか(2014). 急性期病院において退院調整の必要な患者の家族が退院先を決定するまでの思い. 日本看護学会論文集 地域看護, 44:67-70.
14	久倉千登勢, 平田恵美(2014). 精神遅滞患者の退院を拒んでいる母親への看護介入—渡辺式アセスメントモデルを用いて. 日本精神科看護学術集会誌, 57(3):162-166.
15	堀越美香(2016). 精神科看護師が感じる退院支援上の困難—入院5年以上になる閉鎖病棟患者のケアに焦点をあてて. 日本精神科看護学術集会誌, 59(1):404-405.
16	堀内 亮, 西田崇大, 山本啓太(2007). ソーシャルワーカー主導のケース・カンファレンスを契機として早期退院が実現した統合失調症の1例. 医療, 61(9):609-612.
17	井口千春(2016). 認知症患者の退院支援—周辺症状の改善, 多職種協働, 地域連携, そして家族への支援. 精神科看護, 43(10):27-31.
18	猪尾桜子(2015). 精神科デイケア利用に向けた退院支援—退院に拒否的な家族との関係調整. 日本精神科看護学術集会誌, 58(1):382-383.
19	井上奈穂美(2015). 急性期病院から在宅移行する終末期がん患者の退院支援における看護援助内容と課題. せいらい看護学会誌, 6(1):1-7.
20	石川かおり, 葛谷玲子(2013). 精神科ニューロングステイ患者を対象とした退院支援における看護師の困難. 岐阜県立看護大学紀要, 13(1):55-66.
21	岩井さとみ, 大藤留美, 切畑亜矢子ほか(2010). 家族機能へのアプローチを行った退院支援—“家族の了解を得た退院”を実現するために家族調整を行った. 日本精神科看護学会誌, 53(3):198-202.
22	岩崎友理子, 横山夕里子, 押見知昭ほか(2012). 老老介護など様々な問題を抱えた患者の自宅退院を支援して—固定チームカンファレンスを行い困難事例患者の自宅退院を支援した一例. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 24:163-165.
23	香川由美子, 野原恵子, 林 まりほか(2002). 高齢者の退院先の選択決定に関与する要因の検討—家族機能に焦点を当てて. 日本看護学会論文集 老人看護, 32:98-100.
24	梶田 賢, 今倉千愛, 松葉智之(2014). レビー小体型認知症患者に対する熟練看護師の退院へのアプローチ—どのようにアセスメントし, どのような工夫をしているのか. 日本精神科看護学術集会誌, 57(1):186-187.
25	神林ミユキ, 原 靖子, 橋本澄春ほか(2010). 「退院困難」と判断する指標の検証—ソーシャルワーカーの立場から. 日本農村医学会雑誌, 59(2):86-91.
26	菅野睦美, 馬場香織, 大竹真裕美(2015). 退院を回避するため行動化を繰り返していた患者への退院支援—援助関係形成と家族看護エンパワメントモデルの視点での看護実践の分析. 日本精神科看護学術集会誌, 58(3):94-98.
27	樫葉雅人, 田邊徳樹, 田中博也(2016). 患者・家族支援により在宅へと移行した1事例—認知症患者の退院支援は困難か?. 精神科看護, 43(10):17-21.
28	柏木ゆきえ(2013). 機能障害を来した患者の退院支援における看護師の家族機能の捉え方に関する研究. 岩手看護学会誌, 17(1):3-12.
29	河合秀樹(2016). 独居高齢者の退院支援の一例—独居高齢者と家族の思いのコンフリクト介入とエンパワメント・社会資源へのアプローチ. リハビリナース, 9(1):16-21.
30	木本未佐子, 峯岸瑞樹, 加藤星花(2014). 他職種連携による精神科慢性期患者の退院調整—退院困難な患者へのアプローチと看護師の意識. 日本精神科看護学術集会誌, 57(3):111-115.
31	木村俊一, 押野見恵美子, 曳地洋祐ほか(2013). 入院初期に家族が感じる退院阻害要因. 日本精神科看護学術集会誌, 56(1):312-313.
32	木下良子(2015). 退院・転院を嫌がる家族に対する退院支援. 整形外科看護, 20(9):98-100.
33	窪田 聡, 玉城さとみ, 平良明子ほか(2014). 長期入院患者の退院支援におけるアプローチ—事例を通して見えてきた効果的な退院支援. 日本精神科看護学術集会誌, 57(1):264-265.
34	黒木信之(2004). 医療機関間ネットワーク形成による患者本位で効率的な退院援助. 総合ケア, 14(11):41-48.
35	黒澤佳代子, 池田清子, 河村麻佐子ほか(2016). 急性期病院の病棟看護師が行う退院支援の現状—がん, 慢性疾患の違いに焦点をあてて. 神戸市看護大学紀要, 20:69-77.
36	葛谷玲子, 藤澤まこと(2015). 精神科急性期治療期間を超過した患者のさらなる入院長期化を防止するために必要な看護. 岐阜県立看護大学紀要, 15(1):43-53.
37	眞栄城政直, 仲松美佳江, 城間正幸(2014). 問題解決志向アプローチを活用した退院支援—患者の強みを活かした退院支援. 日本精神科看護学術集会誌, 57(1):254-255.
38	牧野英之, 山本克子, 中村佳史ほか(2015). 家族に対して暴力行為のある精神障がい者の退院支援—自宅への退院に繋がった医療観察法入院患者の1事例. 日本看護学会論文集 精神看護, 44:238-241.
39	丸山朋子, 逸見尚子, 野間治義ほか(2016). 精神疾患合併妊婦からの出生児の特徴と退院支援に関する検討. 日本周産期・新生児医学会雑誌, 52(1):36-42.
40	松添サチ, 辻本眞由美(2016). 回復期リハビリテーション病棟の退院支援における問題点. 日本看護学会論文集 慢性期看護, 46:122-125.

表1-2 分析対象文献の一覧(表1-1の続き)

文献番号	記載文献
41	三浦由江, 西迫はづき, 木下良子ほか(2015). 救急搬送された家族機能不全の身元不明患者への支援. 国立病院機構熊本医療センター医学雑誌, 15: 185-189.
42	宮地普子(2007). 退院支援における家族へのアプローチ—終末期がん患者の在宅生活を支援した事例から. 砂川市立病院医学雑誌, 24(1):107-113.
43	宮本大輔, 小原弘嗣, 伊藤 隆ほか(2015). 家族が受け入れを拒否している長期入院患者に対する退院支援における看護者の視点. 日本精神科看護学術集会誌, 58(1):52-53.
44	宮本美奈子(2015). 事例紹介—認知症疾患に対する退院支援. 整形外科看護, 20(9):918-921.
45	中野真希, 東 恵子, 清礼智子ほか(2014). 急性期脳神経外科病棟看護師の退院支援における困難. 日本看護学会論文集 成人看護 I, 44:122-125.
46	難波秀子(2015). 精神科の長期入院患者に対する退院支援—自宅退院までには結びつけることができなかつた事例を振り返り, 今後の支援を考える. 日本精神科看護学術集会誌, 58(3):268-272.
47	南原聡美, 内山直美, 廣川小織ほか(2012). NICUから在宅療養に向けた退院支援—腹膜透析・経管栄養・ストマ管理. 信州大学医学部附属病院看護研究集録, 40(1):60-62.
48	根本恵理, 大槻久美(2012). 急性期医療を担う病院における退院調整看護師の現状と課題. 日本看護学会論文集 看護総合, 42:253-256.
49	二宮啓子, 森田恵子, 半田浩美ほか(2000). 小児ネフローゼ症候群のクリティカルパス作成へ. 日本看護学会論文集 小児看護, 30:97-99.
50	大橋定明(2006). 精神科病院長期入院患者の退院援助についての一考察—ソーシャルワーカーからの聞き取り調査に基づいたケーススタディ. KGPS review: Kwansai Gakuin policy studies review, 6:1-30.
51	沖佐々木直恵, 中島亜友美, 後藤コシエほか(2014). 退院支援の阻害要因分析—訪問看護師・病棟看護師・外来看護師への調査から. 日本看護学会論文集 地域看護, 44:89-92.
52	大森結実, 田口淳子, 加藤政子ほか(2015). 慢性疾患患者の退院後の療養生活からみた病棟看護師による退院支援内容の検討—退院支援ハイリスク者事例に関する看護記録とインタビューから. 東北大学医学部保健学科紀要, 24(2):77-88.
53	恩田高弘, 星野かおる, 柳橋 稔(2012). 社会復帰に向けた環境調整における看護師の役割—PSWとの連携に焦点をあてて. 日本精神科看護学術集会誌, 55(1):436-437.
54	小野美喜(2006). 回復期リハビリテーション病棟看護師の自宅への退院援助プロセス. 日本看護研究学会雑誌, 29(1):97-105.
55	太田桂子(2015). 医療的ケアを必要とする認知症の患者が日中独居になってしまいが、「犬と一緒に過ごしたい」気持ちを家族と他職種で支え合い退院調整を行ったケース. プロフェッショナルがんナーシング, 5(5):72-73.
56	大竹まり子, 田代久男, 齋藤明子ほか(2004). 山形大学付属病院における退院困難質的研究の特徴と地域医療連携センター退院支援部門の役割に関する検討. 山形医学, 22(1):57-69.
57	齊田菜穂子, 渡邊則子, 木下みゆき(2015). 退院支援・退院調整のために収集する患者情報の実態—職種間での差異に着目して. 日本看護学会論文集 在宅看護, 45:63-66.
58	坂口大地, 宮永孝志, 久保園剛ほか(2015). 精神科救急病棟の退院支援クリティカルパスのバリエーション分析. 日本精神科看護学術集会誌, 58(1):334-335.
59	榊原次郎(2016). 関与に消極的なキーパーソンへの支援とインフォーマルサービスの活用を通して自宅退院となった一例. リハビリナース, 9(1):22-27.
60	佐々木 愛, 沖政真治, 石飛祐子(2016). 急性期病院に勤務する病棟看護師の退院支援の実践内容と意識. 日本看護学会論文集 急性期看護, 46:289-292.
61	佐々木恵理子, 芳賀佳久子, 加藤美由紀ほか(2015). 在宅での最期を望む終末期の患者・家族への在宅療養移行支援の効果—終末期患者の家族援助の予期悲嘆の3段階別の分析から. 日本看護学会論文集 在宅看護, 45:67-70.
62	澤田紀子, 柳原清子(2011). 退院段階にあるが, 患者のさらなるADL拡大を期待し退院を拒む家族のケース. リハビリナース, 4(6):82-89.
63	清水良志, 井上伸正, 山中省吾ほか(2012). 包丁を振り回し家族崩壊寸前で入院した患者への退院支援—退院困難患者に対する多職種連携による社会復帰への道すじ. 日本精神科看護学術集会誌, 55(1):178-179.
64	高田久美(2010). 退院調整を担う地域連携室における看護師の役割(第1報)—総合病院の地域連携室における精神科認定看護師(退院調整領域)の活動. 日本精神科看護学会誌, 53(3):253-257.
65	高橋未来, 葛谷玲子, 石川かおりほか(2016). 精神科長期入院患者の退院支援における家族への看護の検討—複数施設で実施する質的研究検討会を通して. 岐阜県立看護大学紀要, 16(1):113-120.
66	高橋知博, 小倉雄三, 小笠原聖子ほか(2014). 父親の影響で意思決定が困難であった患者への退院支援のありかた. 日本看護学会論文集 精神看護, 44:19-22.
67	高橋智美, 塚本庸子(2016). 家族参加型Post-NICU退院支援モデルの構築と適用課題—入室児家族面接結果の分析から. 新潟医療福祉会誌, 16(2):12-20.
68	竹森美穂, 佐々木淳子, 田島律子ほか(2014). 退院支援における医療従事者の意識調査からみる退院支援の在り方. 近畿中央病院医学雑誌, 34:47-56.
69	竹内沙弥香, 高橋法恵(2012). 医療的ケアを必要とする小児の退院支援. 信州大学医学部附属病院看護研究集録, 40(1):63-65.
70	滝 敦子, 奥 起久子, 渡部晋一ほか(2011). NICUから退院できない長期人工呼吸管理患者の現状と在宅医療移行への阻害要因についての検討. 日本未熟児新生児学会雑誌, 23(1):75-82.
71	谷 義幸(2015). 要介護認定「軽度者」の退院支援における課題—ソーシャルワーカーの介入の必要性を考える. 福祉研究, 109:32-41.
72	鳥居芳行(2012). 家族の思い・サポート状況 透析ケア, 18(2):42-43.
73	上野佳苗, 原 ゆかり, 太田まきえほか(2012). 遺伝性疾患と診断された患児と両親への退院支援の実際. 信州大学医学部附属病院看護研究集録, 40(1):77-79.
74	和口秀子, 日高久美, 篠木敬二ほか(2013). 脳内出血患者の急性期病院における在宅復帰をめざして退院調整看護師と患者家族としての立場から学んだこと. 癌と化学療法, 40:216-218.
75	山端大器, 久住和史, 加茂初美(2015). 長期入院患者とその家族の退院支援—家族と疎遠になっている患者とその家族とのかわり. 日本精神科看護学術集会誌, 58(1):450-451.
76	山口洋子, 堀 直美, 稲垣政子(2015). 終末期にストーマ造設を受けた高齢者の退院支援質的研究報告—フイックの危機理論を用いた考察. STOMA: Wound & Continence, 22(1):25-28.
77	芳野菊子, 太田憲司, 山本美雪ほか(2015). 慢性心不全終末期における意思決定支援にむけた病棟看護師の役割. ホスピスケアと在宅ケア, 23(1):11-16.
78	湯浅美千代, 小川妙子, 石塚敦子ほか(2007). 認知症専門病棟における入院長期化の要因と退院支援の内容—看護職者へのグループインタビューより. 医療看護研究, 3:50-57.

表2 分析対象文献の概要

文献番号	患者および家族成員の特徴 ^{※1}			退院支援者 ^{※2}	研究方法 ^{※3}	文献番号	患者および家族成員の特徴 ^{※1}			退院支援者 ^{※2}	研究方法 ^{※3}		
	分類	本文での表記	本文での表記				分類	本文での表記					
53	精神疾患患者・家族成員	統合失調症患者と感情表出が強い家族成員	多職種	定性的	6	小児患者・家族成員	18トリソミー児・家族成員	多職種	定性的	6	18トリソミー児・家族成員	多職種	定性的
39		精神疾患合併妊婦・出生児	記載なし	定量的	49		特発性ネフローゼ症候群患児・家族成員	看護師	定性的	49	特発性ネフローゼ症候群患児・家族成員	看護師	定性的
37		アルコール依存症とうつ病を併発し、入院を繰り返す患者・家族成員	看護師	定性的	73		遺伝性疾患患児・家族成員	看護師	定性的	73	遺伝性疾患患児・家族成員	看護師	定性的
66		家族成員の影響で意思決定が困難であった精神科病棟のうつ病患者	看護師	定性的	70		NICUの長期人工呼吸管理患児・家族成員	記載なし	定量的	70	NICUの長期人工呼吸管理患児・家族成員	記載なし	定量的
2		精神科急性期治療病棟の入院患者・家族成員	看護師	定性的	69		人工呼吸器を装着し、自宅退院する患児・家族成員	看護師	定性的	69	人工呼吸器を装着し、自宅退院する患児・家族成員	看護師	定性的
14		精神科急性期治療病棟の入院患者・家族成員	看護師	定性的	67		Post-NICU病棟入室児・家族成員	看護師	定性的	67	Post-NICU病棟入室児・家族成員	看護師	定性的
31		急性期閉鎖病棟の入院患者・家族成員	記載なし	定量的	47		在宅療法困難と思われたNICU入院患児・家族成員	看護師	定性的	47	在宅療法困難と思われたNICU入院患児・家族成員	看護師	定性的
36		精神科急性期治療期間を超過した患者・家族成員	看護師	定性的	74		急性期病棟の脳内出血患者・家族成員	看護師	定性的	74	急性期病棟の脳内出血患者・家族成員	看護師	定性的
58		精神科救急入院料加算の対象であり、退院支援バスを使用した患者・家族成員	記載なし	定量的	45		急性期脳神経外科病棟の脳神経疾患患者・家族成員	看護師	定性的	45	急性期脳神経外科病棟の脳神経疾患患者・家族成員	看護師	定性的
38		医療観察法入院となった精神疾患患者と自宅退院を拒む家族成員	多職種	定性的	13		退院調整が必要な急性期病棟の入院患者・家族成員	看護師	定性的	13	退院調整が必要な急性期病棟の入院患者・家族成員	看護師	定性的
30	精神科慢性期患者・家族成員	多職種	定性的	48	急性期医療を担う病棟の入院患者・家族成員	看護師	定性的	48	急性期医療を担う病棟の入院患者・家族成員	看護師	定性的		
64	精神疾患患者・家族成員	看護師	定性的	25	急性期病棟の入院患者・家族成員	医療ソーシャルワーカー	定性的	25	急性期病棟の入院患者・家族成員	医療ソーシャルワーカー	定性的		
46	精神科長期入院患者・家族成員	統合失調症と知的障害がある精神科長期入院患者・家族成員	多職種	定性的	34	急性期病棟の入院患者・家族成員	医療ソーシャルワーカー	定性的	34	急性期病棟の入院患者・家族成員	医療ソーシャルワーカー	定性的	
5		退院を諦めていた精神科長期入院患者・家族成員	看護師	定性的	60	急性期病棟の入院患者・家族成員	看護師	定量的	60	急性期病棟の入院患者・家族成員	看護師	定量的	
75		家族成員と疎遠である長期入院患者	看護師	定性的	56	大学病院の入院患者・家族成員	看護師	定量的	56	大学病院の入院患者・家族成員	看護師	定量的	
26		退院を回避するための行動を繰り返す閉鎖病棟長期入院患者・家族成員	看護師	定性的	3	回復期リハビリテーション病棟の入院患者・家族成員	看護師	定量的	3	回復期リハビリテーション病棟の入院患者・家族成員	看護師	定量的	
33		退院拒否が強い精神科長期入院患者・家族成員	看護師	定性的	40	回復期リハビリテーション病棟の入院患者・家族成員	看護師	定量的	40	回復期リハビリテーション病棟の入院患者・家族成員	看護師	定量的	
21		精神科長期入院患者と退院に関する受け入れ拒否が強い家族成員	看護師	定性的	54	回復期リハビリテーション病棟の入院患者・家族成員	看護師	定性的	54	回復期リハビリテーション病棟の入院患者・家族成員	看護師	定性的	
43		家族成員が受け入れを拒否している長期入院患者	看護師	定性的	35	慢性期患者・家族成員	がん患者・家族成員および慢性疾患患者・家族成員	看護師	定量的	35	がん患者・家族成員および慢性疾患患者・家族成員	看護師	定量的
15		入院5年以上の精神科閉鎖病棟患者・家族成員	看護師	定性的	72		透析導入患者・家族成員	看護師	定性的	72	透析導入患者・家族成員	看護師	定性的
4		精神科長期入院患者・家族成員	記載なし	定量的	52	退院支援ハイリスク者と判断された慢性疾患患者・家族成員	看護師	定性的	52	退院支援ハイリスク者と判断された慢性疾患患者・家族成員	看護師	定性的	
7		精神科長期入院患者・家族成員	看護師	定量的	76	終末期患者・家族成員	高齢の終末期直腸癌患者・家族成員	看護師	定性的	76	高齢の終末期直腸癌患者・家族成員	看護師	定性的
10	精神科長期入院患者・家族成員	看護師	定性的	19	急性期病棟から在宅移行する終末期がん患者・家族成員		看護師	定性的	19	急性期病棟から在宅移行する終末期がん患者・家族成員	看護師	定性的	
65	精神科長期入院患者・家族成員	看護師	定性的	61	在宅療養を望む終末期がん患者・家族成員		看護師	定性的	61	在宅療養を望む終末期がん患者・家族成員	看護師	定性的	
20	精神科ニューロングステイ患者・家族成員	看護師	定性的	42	終末期がん患者・家族成員		看護師	定性的	42	終末期がん患者・家族成員	看護師	定性的	
50	精神科病院長期入院患者・家族成員	医療ソーシャルワーカー	定性的	77	慢性心不全終末期患者・家族成員	看護師	定性的	77	慢性心不全終末期患者・家族成員	看護師	定性的		
24	認知症患者・家族成員	レビー小体型認知症患者・家族成員	看護師	定性的	12	その他の家族機能が脆弱な患者・家族成員	不全麻痺がある同居患者・家族成員	看護師	定性的	12	不全麻痺がある同居患者・家族成員	看護師	定性的
27		アルツハイマー型認知症と血管性認知症の混合型認知症患者・家族成員	多職種	定性的	22		老老介護と家族機能の脆弱性から自宅退院が困難と予測された患者・家族成員	多職種	定性的	22	老老介護と家族機能の脆弱性から自宅退院が困難と予測された患者・家族成員	多職種	定性的
78		高齢者専門病棟の認知症専門病棟の入院患者・家族成員	看護師	定性的	41		家族機能不全の身元不明患者	医療ソーシャルワーカー	定性的	41	家族機能不全の身元不明患者	医療ソーシャルワーカー	定性的
17		認知症患者・家族成員	多職種	定性的	28		機能障害を来した患者・家族成員	看護師	定性的	28	機能障害を来した患者・家族成員	看護師	定性的
44		認知症患者・家族成員	多職種	定性的	11		経済的問題がある患者と問題解決への動きが消極的なキーパーソン	医療ソーシャルワーカー	定性的	11	経済的問題がある患者と問題解決への動きが消極的なキーパーソン	医療ソーシャルワーカー	定性的
55		認知症患者・家族成員	多職種	定性的	59		重度麻痺と高次脳機能障害が残存した患者と関与に消極的なキーパーソン	医療ソーシャルワーカー	定性的	59	重度麻痺と高次脳機能障害が残存した患者と関与に消極的なキーパーソン	医療ソーシャルワーカー	定性的
18		統合失調症患者・家族成員	看護師	定性的	32		レビー小体型認知症患者と退院(転院)を拒む家族成員	医療ソーシャルワーカー	定性的	32	レビー小体型認知症患者と退院(転院)を拒む家族成員	医療ソーシャルワーカー	定性的
16	統合失調症患者	精神科救急病棟の医療保護入院となった統合失調症患者・家族成員	医療ソーシャルワーカー	定性的	62	退院段階にある患者の退院を拒む家族成員	看護師	定性的	62	退院段階にある患者の退院を拒む家族成員	看護師	定性的	
63		家族成員への暴力行為がある統合失調症患者と退院を拒む家族成員	多職種	定性的	51	入院患者・家族成員	看護師	定量的	51	入院患者・家族成員	看護師	定量的	
9	高齢患者・家族成員	入退院を繰り返す高齢独居心不全患者・家族成員	看護師	定性的	57	入院患者・家族成員	記載なし	定量的	57	入院患者・家族成員	記載なし	定量的	
29		退院先の意向が相違した独居高齢者・家族成員	医療ソーシャルワーカー	定性的	68	入院患者・家族成員	記載なし	定量的	68	入院患者・家族成員	記載なし	定量的	
8		意思疎通が困難な長期臥床高齢患者・家族成員	看護師	定性的									
71		要介護認定軽度者・家族成員	医療ソーシャルワーカー	定性的									
1		大学病院の高齢入院患者・家族成員	記載なし	定量的									
23	高齢患者・家族成員	記載なし	定量的										

※1: 患者および家族成員の特徴は、当該文献内の記述に基づいて表記し、その内容に応じて分類した。なお、複数の項目に該当する文献は、当該文献の主旨をより反映していると考えられた項目に分類した。

※2: 退院支援者は、実践の主たる専門職に着目し、例えば看護師が主導して他職種に働きかけていた場合は「看護師」とし、文献の主旨が多職種連携に関するものであった場合は「多職種」と表記した。

※3: 研究方法に関して「定量的」は定量的研究、「定性的」は定性的研究(事例研究を含む)を示す。

護師」，文献の主旨が多職種連携に関するものであった場合は「多職種」として文献を分類したところ，「看護師」が 48 編（61.5%），「多職種」が 11 編（14.1%）「MSW」が 10 編（12.8%）であった。なお，文献は 2000（平成 12）年～2016（平成 28）年に発表されていた。

2. 退院支援における家族評価のための情報収集の内容

78 編の分析対象文献から 431 のデータが得られ，それを内容の類似性によって整理したところ，84 コード，17 カテゴリー，2 コア・カテゴリーに分類された（表 3）。以下，【 】内をコア・カテゴリー，《 》内をカテゴリー，[]内をコードとして示す。

【家族の課題の有無を明らかにするための情報収集】は，《家族の理解状況》《退院に関する家族の方向性》《退院に向けた家族の適応力》《患者に対する家族のサポート》《家族の役割の状況》《家族の介護力》《家族の経済状況》《家族の不安》《家族の社会資源の認識》の 9 カテゴリー，54 コードから構成され，退院支援において専門職の介入を要する家族の課題の有無について明らかにするための内容であった。

【家族の課題の背景を理解するための情報収集】は，《家族形態および家族成員の属性》《家庭環境》《家族システム内の相互作用》《家族の勢力》《家族機能》《家族のコミュニケーション》《患者および家族成員の思い》《家族の関係性》の 8 カテゴリー，30 コードで構成され，退院支援において専門職の介入を要する家族の課題の背景に関して，特に家族システム論の視点から理解し，適切な介入へとつなげるための内容であった。

表3 退院支援における家族評価のための情報収集の内容に関するコード、カテゴリー、コア・カテゴリーの一覧

患者および家族成員の特徴 ^{※1}								退院支援における家族評価のための情報収集の内容			
精神	高齢	小児	急性期	回復期	慢性期	終末期	その他	なし	コード	カテゴリー	コア・カテゴリー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	疾病や病状、治療等に対する患者および家族成員の理解の程度(15)	家族の理解状況	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	疾病や発症前後の変化に対する患者および家族成員の受容の状況(6)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	患者の病状改善やリハビリテーションに対する家族成員の過剰な期待(1)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院に対する患者および家族成員の理解の程度(8)	退院に関する家族の方向性		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院に関する家族の意向の一致(3)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院に関する家族の意向の不一致(9)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院後の生活に関する患者および家族成員の意向(9)	退院に関する家族の方向性		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院先に関する家族の意向(9)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	在宅での看取りに関する家族の意向(1)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族成員が退院後の患者の身元を引き受ける気持ちの有無(15)	退院に向けた家族の適応力		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院後の生活のイメージ等、今後に関する家族の見通し(20)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族成員が患児のもつ可能性を考えられるかどうか(1)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院に向けた問題を解決する家族の力の程度(4)	退院に向けた家族の適応力		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院に向けた家族成員の行動の積極性(3)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院に向けた家族成員の行動の適切性(1)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院支援に対する家族成員の協力の程度(9)	退院に向けた家族の適応力		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族成員の来院拒否や音信不通(7)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族成員の退院(転院)拒否(9)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族成員による面会の頻度や時間(4)	患者に対する家族のサポート		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入院中の患者に対する家族のサポート状況(3)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院後の患者に対する家族のサポート体制(5)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	患者の家庭内の役割(2)	家族の役割の状況		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院後の生活に向けた家族の役割分担の状況(5)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	患者の退院を支援できる家族成員数(1)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	キーパーソンの有無(5)	家族の役割の状況		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	キーパーソンとなる家族成員は誰か(6)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	キーパーソンを支える人の有無(3)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院後の患者の生活を支援する家族成員は誰か(1)	家族の役割の状況	家族の課題の有無を明らかにするための情報収集	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族の介護力の程度(11)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護に対する家族成員の受容の状況(2)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護が必要な他の家族成員数(2)	家族の介護力		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護者となる家族成員の年齢(4)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護者となる家族成員の体力や健康状態(8)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護者となる家族成員の就業の有無(1)	家族の介護力		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護者となる家族成員の介護意欲の程度(6)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護者となる家族成員の介護経験の有無(3)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護者となる家族成員の介護負担の程度(13)	家族の介護力		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護者となる家族成員を支える人の有無(2)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	別居家族の介護の協力の程度(2)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護者となる家族成員の不在(4)	家族の経済状況		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	世帯収入等、家族の経済状況(2)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族における生活保護制度の利用の有無(1)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族の経済的負担や経済的問題の有無(12)	家族の経済状況		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族成員の不安や葛藤(13)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	患者の病状や治療に対する家族成員の不安や気がかり(8)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院後の生活に対する患者や家族成員の不安や気がかり(13)	家族の不安		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院後の患者の介護に対する家族成員の不安(5)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院後の患者の服薬管理に対する家族成員の不安(1)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院後の患者の医療処置に対する家族成員の不安(1)	家族の不安		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	経済面に対する家族成員の不安(4)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	社会資源の知識不足による家族成員の不安(1)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	社会保障制度や福祉サービス等、社会資源に関する家族成員の知識(7)	家族の社会資源の認識		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	社会保障制度や福祉サービス等、社会資源の利用に対する家族成員の前向きな姿勢(1)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	社会保障制度や福祉サービス等、社会資源の利用に対する患者や家族成員の否定的感情(4)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族歴(1)	家族形態および家族成員の属性		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族構成(9)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	患者と家族成員の同居の有無(4)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族成員の性別や年齢(4)	家族形態および家族成員の属性		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族成員の病気や障害の有無等、健康状態(5)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族成員の就労状況(11)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族成員の居住地(1)	家族形態および家族成員の属性		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	患者および家族成員の生活歴(3)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家庭環境(2)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	住環境(13)	家庭環境		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族システム内の相互作用(3)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族の勢力構造(4)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族の勢力関係のバランス(1)	家族の勢力		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族機能(5)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入院による家族機能の変化(2)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族間のコミュニケーションの質(3)	家族のコミュニケーション		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院後の生活に関する家族間の話し合いの程度(2)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族間の感情表出の有無(5)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族成員に対する患者の思い(5)	患者および家族成員の思い		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族成員に対する患者の罪悪感(2)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	患者に対する家族成員の思い(8)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族成員に対する患者の否定的感情(5)	患者および家族成員の思い		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	過去の出来事等を起因とする家族成員の患者に対する否定的感情(8)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族関係の良好さ(5)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族関係の不良さ(9)	家族の関係性		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入院前の家族関係(2)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入院中の家族関係(7)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族間緊張の程度(1)	家族の関係性		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	患者に対する家族成員の関心の程度(1)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	患者に対する家族成員の過干渉(2)			

※1:患者および家族成員の特徴に関して、「精神」は精神疾患患者・家族成員、「高齢」は高齢患者・家族成員、「小児」は小児患者・家族成員、「急性期」は急性期患者・家族成員、「回復期」は回復期患者・家族成員、「慢性期」は慢性期患者・家族成員、「終末期」は終末期患者・家族成員、「その他」はその他の家族機能が脆弱な患者・家族成員、「なし」は記載なしを示す。
 ※コードは分析対象文献から得られたデータに基づいて生成し、各コードにおけるデータ数は()内に記した。
 ※各コードにおける「患者および家族成員の特徴」は、表2の当該分析対象文献の分類に応じて○印を記した。

第4節 考察

1. 退院支援における家族評価のための情報収集の内容

1) 家族の課題の有無を明らかにするための情報収集

このコア・カテゴリーでは、退院に向けて家族の課題の有無を明らかにし、専門職による介入の要否を検討するための内容が確認された。退院支援では、患者および家族成員を主体として、彼らが退院後の生活を見据えて自己決定ができるよう支援を行うため、退院支援の要否の検討においては、まず患者の疾病や退院への《家族の理解状況》について明らかにすることが必要である。そして、彼らの退院に関する意向や見通し（《退院に関する家族の方向性》）、退院に向けて適応していく力の程度（《退院に向けた家族の適応力》）について情報を収集していくことが重要である。これに関して、家族看護学では、家族には本来健康を維持しようとするセルフケア機能が備わっているが、それが何らかの理由で一時的に機能不全に陥り援助ニーズが発生していると考える（鈴木 2006a）。このセルフケア機能は「家族の発達課題を達成する能力」「家族が健康的なライフサイクルを維持する能力」「健康問題への家族の対応能力（問題解決能力、対処能力、適応能力）」に分類されるが（鈴木 2006a）、これらをもつためには、患者および家族成員一人ひとりに①家族の現状を的確に認識し、適切な対処方法を選択する能力、②問題を解決しようとする意欲、③家族の健康を守り高める方法を実行に移し継続させていく実践力が求められる（鈴木 2006d）。よって、《家族の理解状況》《退院に関する家族の方向性》《退院に向けた家族の適応力》《患者に対する家族のサポート》が生成されたものと考えられる。

また、医療処置を必要とする在宅療養患者が増加し、入院患者の多くを高齢者が占める（厚生労働省 2017b）という現状において、退院後の療養環境の調整に向けて《家族の役割の状況》《家族の介護力》《家族の経済状況》に関する情報収集は不可欠である。とりわけ《家族の役割の状況》について、疾病の発症や入院という予期せぬ出来事に対して家族は、役割変更が円滑にできない場合も少なくなく、家族の機能の破綻によって精神的・身体的負担が生じ、生活に支障をきたす可能性が高

いことが指摘されている（星 2007）。得られたデータを確認すると、谷（2015）は退院支援の相談記録等を基に事例を整理・分析し、多くの事例で退院後の生活に向けた話し合いを家族内で進めるような調整役が不在であり支援を要していたことを報告していた。また、その他のデータでは、患者の先妻の息子と現在の妻が互いに牽制した結果、関与に消極的となりキーパーソンが不在となった状況に対して、援助者は両者における役割の分担を提案し、役割の明確化・共有化を図ることで在宅復帰を実現するチームとして機能するよう働きかけていた（榊原 2016）。そのため、援助者にはキーパーソンの有無のほか、入院前後の家族の役割分担の状況等を把握し、介入の可否の検討へとつなげることが求められているといえる。また、《家族の経済状況》に関して、先行研究では、経済的理由により介護保険サービスの利用を手控えたケースの半数において患者の健康状態の悪化や介護負担の増加を引き起こし、その解決に向けて介護支援専門員は通常業務を超える支援を行っていたことが報告されている（本田ら 2012）。よって、入院を機に《家族の経済状況》を確認し、課題の有無および今後発生する可能性のある課題について検討する必要性は高いといえる。

《家族の不安》は、退院に関する患者および家族成員の不安について情報収集する内容であった。不安には、その状態の中から自我が事態を打開し、結果としてポジティブな方向への動きを惹起させる志向性と、反対に事態の心理的重みに押しつぶされてさらにネガティブな方向に向かわせる契機が含まれている（三宅 2012）。得られたデータを確認すると、家族の介護力には限界があり、キーパーソンである妻は在宅療養への意向があるものの不安感から施設入所や転院の考えを示し、さらに療養先の決定に時間を要したことが報告されていた（和口ら 2013）。一方で、援助者はカンファレンスを通し、不安や疑問点の傾聴とその明確化を行うことによって家族成員をポジティブな方向へと導き、自宅退院を可能にさせていた。そのため援助では、不安が思考や行動に影響を及ぼすことを理解し、適切な評価と介入に向けて、患者および家族成員の不安の程度とポジティブに対応できるかどうかについて情報収集を行うことが重要であるといえる。また Spielberg（1966）は、不安を状態不安と特性不安に分類し、状態不安を「個人がその時おかれた生活体条件によ

り変化する一時的な情緒状態」, 特性不安を「不安状態の経験に対する個人の反応傾向を反映するもので, 比較的安定した個人の性格傾向を示すもの」と定義づけている。よって, 介入に向けた情報収集では, 患者および家族成員の不安がいずれの状態に当てはまるのかという判断も必要になると考える。

また, 退院支援では社会保障制度や福祉サービス等の社会資源を活用し退院後の生活の調整を行うため, 社会資源に関する知識や否定的感情等に関する《家族の社会資源の認識》を情報収集する必要性が示された。とりわけ, サービス利用の手控えは, 患者および家族成員の健康状態や生活に悪影響を及ぼす危険性があることから (本田ら 2012), サービス利用に対する否定的感情がみられる場合には, その背景にある要因や思いなどに着目した情報収集を行い, 介入の糸口を見つけることが求められる。

2) 家族の課題の背景を理解するための情報収集

このコア・カテゴリーでは, 退院支援の必要性が明らかになった家族の課題に関して, 特に家族システム論に基づいてその背景を理解し, 適切な介入へとつなげるための内容が確認された。家族システム論は, Bertalanffy (1968) が提唱した一般システム論を応用して構築されており, 家族の行動や出来事を円環的因果関係のもとに捉え, 家族の課題は家族全体の相互作用の結果として発現すると考える (Barker = 1993a)。家族システム論に基づいた援助では, 家族の課題の所在と介入のポイントが明らかにしやすくなり, 特に家族関係に起因して課題が発生している事例への援助に有効であるとされ (深野木ら 1994), 家族支援になくてはならない基礎理論である (鈴木 2006c)。よって, 適切な介入へとつなげるためには, アセスメント過程において患者と家族成員を一つのシステムとみなし, 現在の課題を理解するとともに退院後の療養生活の継続を脅かすような課題が潜在していないかなどにも着目して情報収集を行う必要がある, 《家族システム内の相互作用》が得られたものと考ええる。

そして, 主に家族システムをより理解するための視点として以下のカテゴリーが確認された。

わが国の社会保障制度は、自助を基本にその補完として社会保険制度など生活のリスクを相互に分散する共助があり、その上に自助や共助では対応できない困窮等の状況に対して、所得や生活水準、家庭状況等の受給要件を定め、たうえで必要な生活保障を行う公助があると位置づけられている（内閣府 2013）。社会保障制度やサービスの利用にあたっては、家族の有する資源の程度を把握することに加え、適用され得る法的な家族の範囲を理解し、家族支援や制度的な支援の量と質を高めるように働きかける必要があることから（宮崎 2015）、《家族形態および家族成員の属性》に関する情報収集は重要であると考えられる。また、家族ライフサイクルモデルに基づくと、家族には夫婦の結婚によって成立し、子の誕生によって成員を増やし、子が成長して独立し、やがて夫婦の一方が死亡してひとりになり、家族という集団の消滅を迎えるという周期的な発達段階が存在し、各段階には役割の取得と変更を要するような発達課題がある（大友 2001）。よって、今後想定され得る課題を把握し、それに対応できるよう支援計画の見通しを立てるためにも家族構成や家族成員の年齢等の情報を収集することが必要であるといえる。なお、[患者および家族成員の生活歴] は、患者および家族成員の個別性を重視しその人らしい生活を支えるために、彼らのこれまでの生活について理解するための情報であり、《家庭環境》はこれまでの生活について環境面から理解するための情報であった。とりわけ、身体機能に障害が残存した患者や在宅療養に移行する家族においては住宅改修等の検討を要することから、多数の文献で[住環境]に関する情報収集が行われていた。

《家族の勢力》に関して、Friedman (=1993) は、システムとしての家族を理解する側面として、家族がどのように組織を形成し影響し合っているかを表す家族構造があり、勢力構造、役割構造、価値観、コミュニケーションの4要素から成ると指摘している。特に勢力は、明文化されていない家族内の規則やその根底に流れる価値システムを反映し、家族内の力動的関係および家族と外部の関係を理解するために欠かせないといわれており（Friedman=1993）、情報収集が求められる。

《家族機能》は、患者の精神症状の増悪により養育機能や生活維持機能が低下し、心理的・社会的援助を要した家族に関するデータ（堀内ら 2007）などから生成されており、入院を契機とした家族機能の変化の有無や現段階での程度に関する情報収

集の必要性が示されていた。また、Olson ら（1982）は、多分野の先行研究で提示されてきた家族に関する諸概念の整理を試み、家族機能を「家族の凝集性」「家族の適応力」「家族のコミュニケーション」の3つに集約し、家族のコミュニケーションを家族の凝集性と家族の適応力の促進次元と位置づけ、その重要性を指摘している。そのため、《家族のコミュニケーション》は、《家族機能》について理解するためにも情報収集が求められる重要な内容であった。

なお、《患者および家族成員の思い》および《家族の関係性》は、以上の家族の構造、機能、歴史等から形成され、現在に至っていると考えられることから、患者や家族成員の思いや現在の関係性に至った要因等を理解するために以上の内容が示されていたといえる。

2. 今後の課題

本章の研究結果を先行研究（小原 2012；小原ら 2017）と比較すると、本章の研究では《家族の経済状況》《家庭環境》《家族システム内の相互作用》《家族の勢力》《家族機能》などに関して、小原（2012）が開発した要介護高齢者を対象とした退院援助におけるソーシャルワークアセスメントツールには提示されていなかった新たな内容が示された。また、《退院に向けた家族の適応力》《患者に対する家族のサポート》《家族の社会資源の認識》などの項目は、小原ら（2017）のMSWによる退院支援実践の自己評価マニュアルには示されていない内容であった。しかしながら、これらの先行研究（小原 2012；小原ら 2017）がソーシャルワークの視点から検討を行っていた一方で、本章の研究の分析対象文献における実践の主たる専門職は看護師が多かったことから、今後はMSWらの協力を得て内容をより精査し、本研究結果の妥当性をより高めていくことが求められる。とりわけ本研究では、報告された文献を対象としたこと、確認された家族に関する情報収集の内容が援助者等の技量の影響を受けている可能性が否定できないことから、後続研究では退院支援に関する十分な実践経験を有するMSWを対象としたインタビュー調査等を実施することが必要であると考えられる。

また、本章の研究では患者の疾病を限定しなかったため、各患者および家族成員

の特徴に特異的な情報収集の内容が確認された可能性が否めず、今後は疾患特性をふまえた検討を行うことも必要である。そのうえで、退院支援における家族評価のための情報収集に関する援助者の実践状況等の実態を確認していくことが今後の課題である。

なお、以上の課題を有しているものの、野末（2020）がアセスメントに関して、援助者自身が切り取って見ている現実を援助対象として扱い、その対象や範囲のみを現実として認識し問題視してしまう危険性を指摘している中で、広範な視点から家族評価のための情報収集の内容を提示できたことは本章の研究の成果であったと考える。

第5節 結論

本章における研究の結果、退院支援において求められる家族評価のための情報収集について、【家族の課題の有無を明らかにするための情報収集】および【家族の課題の背景を理解するための情報収集】に関する17カテゴリー、84コードが得られ、従来の退院支援における家族に関する情報収集の項目に示されていなかった新たな内容が確認された。今後は、本章の研究結果の妥当性や疾患特性別の情報収集の内容等に関するさらなる検討を行ったうえで、退院支援における家族評価のための情報収集の実践状況を定量的に明らかにすることが課題である。

第3章 医療ソーシャルワーカーを対象とした退院援助における家族評価のための情報収集の構造に関する検討

第1節 研究目的

退院援助において家族評価のための情報収集は重要であるものの、家族評価のための情報収集に焦点化した尺度は僅少であり、統計学的手法を用いてその信頼性と妥当性の検討が行われている指標は皆無である。そのため、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集の実践状況やその促進に関連する要因を定量的に検討し、有用な知見を得るためには、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践を的確に測定できる指標開発に取り組むことが必要である。

そこで本章では、MSWの適切な家族評価のための情報収集の実践を可能にするための指標開発を目指し、まずはMSWの退院援助における家族評価のための情報収集の測定項目を設定し、その構造を明らかにすることを目的とした。

第2節 研究方法

1. 調査対象および調査方法

本章では、近畿、中国ならびに中部地方内の8府県（京都府、兵庫県、奈良県、岡山県、島根県、鳥取県、山口県、愛知県）における医療機関844ヶ所に勤務するMSW844人を対象に質問紙調査を実施した。医療機関は、8府県庁ホームページに掲載されている医療機関一覧（2017（平成29）年4月末時点）を基に、各医療機関のホームページよりMSWの在籍が認められた場合に調査対象とした。調査票の配付は、医療機関の管理者宛に調査依頼書（趣旨説明等を含む）と調査票等（別紙に倫理的配慮等を記載）を送付し、各医療機関1人のMSWに回答を依頼した。その際、MSWの経験年数に関して制限を設けない旨を文書に記載した。また、調査票は無記名自記式とし、記入後は回答者自身が返信用封筒に厳封し、返送するという方

法を採った。調査期間は2017（平成29）年12月～2018（平成30）年1月の2ヶ月間とした。

2. 調査内容

調査票は、調査対象者の属性（性別、年齢、最終学歴、所持資格、雇用形態、所属職能団体、MSWとしての通算経験月数）、所属機関の状況（調査対象者の担当病棟、担当病棟において算定している加算、総病床数、MSWの所属人数）、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目で構成した。

「MSWの退院援助における家族評価のための情報収集」に関する項目は、第2章の研究においてメタスタディの方法論（Paterson et al.=2010）および定性的コーディング（佐藤 2006；2008）を参考に退院支援に関する実践報告等より生成したコード、カテゴリー、コア・カテゴリーを基に、ソーシャルワークの観点から情報収集が必要だと考えられた計78項目を設定した。なお、項目の設定においては、豊富な臨床経験を有する現任のMSWおよび大学教員計3人からの助言を得て項目の加除・修正を行うとともに内容的妥当性を確認した。回答は普段の退院援助における家族評価のための情報収集の実践頻度について4件法で求め、得点化は「まったくしていない：0点」「あまりしていない：1点」「まあしている：2点」「いつもしている：3点」とし、実践頻度が高いほど得点が高くなるよう設定した。

3. 解析方法

統計解析では、第一段階として「MSWの退院援助における家族評価のための情報収集」を測定する項目について、冗長性の高い項目を削除するため、ポリコリック相関係数を求め、各項目間の相関係数が0.800以上の値を示す項目を削除した。

第二段階として、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集を構成する因子を検討するため、探索的因子分析（Promax回転）を行った。探索的因子分析には、カテゴリカルデータに最適な推定法である重みづけ最小二乗法の拡張法（以下、WLSMV）を用い、探索的因子分析による因子数は、スクリー基準や寄与率、因子の解釈可能性により判断した。

第三段階として、探索的因子分析によって抽出された MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の構成概念妥当性を検討するため、斜交モデルを設定し、WLSMV を推定法に構造方程式モデリング（豊田 1998）を用いて検証的因子分析を行い、データに対する適合度を検討した。また、構造方程式モデリングで検証された因子構造を構成する観測変数を測定尺度とみなしたときの信頼性は、Cronbach の α 信頼性係数（以下、 α 信頼性係数）で検討した。

構造方程式モデリングにおけるモデルの適合度評価には、Comparative Fit Index（以下、CFI）、Root Mean Square Error of Approximation（以下、RMSEA）を用いた。CFI および RMSEA は一般に $CFI \geq 0.950$ 、 $RMSEA \leq 0.060$ であればそのモデルがデータをよく説明していると判断される（Muthen et al. 2007）。また、パス係数の有意性は非標準化係数を標準誤差で除した値で判断し、その絶対値が 1.96（5%有意水準）以上を示したものを統計学的に有意とした。

以上の解析には統計ソフト「IBM SPSS 22J for Windows」および「Mplus version 7.2」を用いた。

4. 倫理的配慮

本調査の実施にあたって、調査対象者に調査の趣旨、匿名性の保障、調査協力は自由意思（任意）であること等について文書にて説明するとともに、調査票に本調査への参加の同意を確認する欄を設け、倫理面に配慮した。なお、本調査は 2017（平成 29）年 11 月 24 日に岡山県立大学倫理委員会の審査・承認を得て実施した（受付番号：17-65）。

第 3 節 研究結果

回答は 267 人から得られ（回収率：31.6%）、統計解析には、調査対象者の属性、所属機関の状況ならびに MSW の退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目に欠損値を有さない 244 人の資料（調査対象者の 28.9%；回答者の 91.4%）

を用いた。

1. 分析対象者の属性分布

分析対象者の属性分布は表4に示すとおりであった。性別は女性が143人(58.6%)であり、年齢は平均38.6歳(標準偏差:8.0, 範囲:23-62)であった。最終学歴は福祉系4年制大学が最多の169人(69.3%)であり、一般4年制大学が41人(16.8%), 各種専門学校が20人(8.2%), 福祉系大学院が6人(2.5%)と続いた。所持資格

表4 分析対象者の属性分布(n=244)

項目		人数	(%)
性別	女性	143	(58.6)
	男性	101	(41.4)
年齢	平均38.6歳(標準偏差:8.0, 範囲:23-62)		
最終学歴	福祉系4年制大学	169	(69.3)
	一般4年制大学	41	(16.8)
	各種専門学校	20	(8.2)
	福祉系大学院	6	(2.5)
	高等学校	3	(1.2)
	一般短期大学	2	(0.8)
	一般大学院	2	(0.8)
	その他	1	(0.4)
	所持資格※	社会福祉士	215
介護支援専門員		114	(46.7)
精神保健福祉士		76	(31.1)
認定社会福祉士(医療分野)		6	(2.5)
認定医療社会福祉士		5	(2.0)
いずれも持っていない		6	(2.5)
雇用形態	常勤専任	215	(88.1)
	常勤兼任	27	(11.1)
	非常勤専任	2	(0.8)
所属職能団体※	各府県医療ソーシャルワーカー協会	141	(57.8)
	日本医療社会福祉協会※ ¹	67	(27.5)
	日本社会福祉士会	49	(20.1)
	日本精神保健福祉士協会	23	(9.4)
	いずれにも所属していない	53	(21.7)
医療ソーシャルワーカーとしての通算経験月数	平均129.3ヶ月(標準偏差:85.1, 範囲:5-488)		

※1:現, 日本医療ソーシャルワーカー協会

※複数回答

は、所持する人数の多いものから順に、社会福祉士が 215 人 (88.1%)、介護支援専門員が 114 人 (46.7%)、精神保健福祉士が 76 人 (31.1%)、認定社会福祉士 (医療分野) が 6 人 (2.5%)、認定医療社会福祉士が 5 人 (2.0%) であり、いずれの資格も所持していない人は 6 人 (2.5%) であった。雇用形態は、常勤専任が 215 人 (88.1%)、常勤兼任が 27 人 (11.1%)、非常勤専任が 2 人 (0.8%) であった。所属職能団体は、各府県医療ソーシャルワーカー協会が 141 人 (57.8%) と最も多く、次いで日本医療社会福祉協会 (現、日本医療ソーシャルワーカー協会) が 67 人 (27.5%)、日本社会福祉士会が 49 人 (20.1%)、日本精神保健福祉士協会が 23 人 (9.4%) であった。なお、これらのいずれにも所属していない人は 53 人であり、全体の 21.7% を占めていた。MSW としての通算経験月数は平均 129.3 ヶ月 (標準偏差 : 85.1, 範囲 : 5-488) であった。

2. 分析対象者の所属機関の状況

分析対象者の所属機関の状況は表 5 に示すとおりであった。担当病棟は一般病棟が 169 人 (69.3%) と最多であり、地域包括ケア病棟が 79 人 (32.4%)、療養病棟が 67 人 (27.5%)、回復期リハビリテーション病棟が 51 人 (20.9%)、精神科病棟が 22 人 (9.0%)、緩和ケア病棟および障害者施設等一般病棟が 16 人 (6.6%)、結核病棟および特殊疾患治療病棟が 3 人 (1.2%)、その他が 10 人 (4.1%) と続いた。担当病棟において算定している加算は、退院支援加算 1 が最も多く 121 人と全体の 49.6% を占め、次いで退院支援加算 2 が 68 人 (27.9%)、退院調整加算 (精神療養病棟入院料) が 7 人 (2.9%)、退院支援加算 3 が 5 人 (2.0%)、精神保健福祉士配置加算が 3 人 (1.2%) であり、「算定している加算はない」と回答した人は 46 人 (18.9%) であった。総病床数は平均 241.5 床 (標準偏差 : 196.4, 範囲 : 11-1,441) であり、MSW の所属人数は平均 4.3 人 (標準偏差 : 3.4, 範囲 : 1-26) であった。

表5 分析対象者の所属機関の状況(n=244)

	項目	人数	(%)	
担当病棟※	一般病棟	169	(69.3)	
	地域包括ケア病棟	79	(32.4)	
	療養病棟	67	(27.5)	
	回復期リハビリテーション病棟	51	(20.9)	
	精神科病棟	22	(9.0)	
	緩和ケア病棟	16	(6.6)	
	障害者施設等一般病棟	16	(6.6)	
	結核病棟	3	(1.2)	
	特殊疾患治療病棟	3	(1.2)	
	その他	10	(4.1)	
	担当病棟での算定加算※	退院支援加算1	121	(49.6)
		退院支援加算2	68	(27.9)
退院調整加算(精神療養病棟入院料)		7	(2.9)	
退院支援加算3		5	(2.0)	
精神保健福祉士配置加算		3	(1.2)	
算定している加算はない		46	(18.9)	
総病床数	平均241.5床(標準偏差:196.4, 範囲:11-1,441)			
医療ソーシャルワーカーの所属人数	平均4.3人(標準偏差:3.4, 範囲:1-26)			

※複数回答

3. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目の回答分布

MSW の退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目の回答分布は表 6-1, 表 6-2, 表 6-3 のとおりであった。「いつもしている」と回答した人数が最多であった項目は、「yA33: 患者の退院に向けて, 中心となって行動する家族成員が誰かをアセスメントしている」が 186 人 (76.2%) であった。一方, 「まったくしていない」と回答した人数が最多であった項目は, 「yA27: 患者の退院のために, 家族成員全員が何らかの役割を担っているかどうかをアセスメントしている」が 11 人 (4.5%) であった。

表6-1 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目の回答分布(n=244)

番号	項目	いつも している	まあ している	あまり していない	まったく していない
		人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)
yA1	患者や主介護者などの家族成員個人のみならず、家族全体にも目を向けてアセスメントしている	150 (61.5)	79 (32.4)	15 (6.1)	0 (0.0)
yA2	家族成員は互いに影響し合っているという視点からアセスメントしている	137 (56.1)	95 (38.9)	12 (4.9)	0 (0.0)
yA3	家族全体に関する物事を決断する場合、協力して取り組むことができるかどうかをアセスメントしている	113 (46.3)	113 (46.3)	16 (6.6)	2 (0.8)
yA4	家族全体の行動を決定する際に、強い影響力を持つ家族成員は誰かをアセスメントしている	184 (75.4)	57 (23.4)	3 (1.2)	0 (0.0)
yA5	家族成員が、患者に関心があるかどうかをアセスメントしている	135 (55.3)	99 (40.6)	9 (3.7)	1 (0.4)
yA6	家族成員が、患者に対し、どの程度関心を持っているかをアセスメントしている	118 (48.4)	107 (43.9)	19 (7.8)	0 (0.0)
yA7	家族全体が、患者に対する思いやりを持っているかどうかをアセスメントしている	99 (40.6)	117 (48.0)	28 (11.5)	0 (0.0)
yA8	家族全体に、患者のために何かしてあげたいという思いがどの程度あるかをアセスメントしている	98 (40.2)	120 (49.2)	26 (10.7)	0 (0.0)
yA9	家族成員が患者に対し、過保護であるかどうかをアセスメントしている	40 (16.4)	107 (43.9)	94 (38.5)	3 (1.2)
yA10	家族全体に、患者の自宅復帰に対して否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている	155 (63.5)	83 (34.0)	6 (2.5)	0 (0.0)
yA11	家族全体に、退院後の患者の身元を引き受けることに対して、否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている	146 (59.8)	84 (34.4)	13 (5.3)	1 (0.4)
yA12	家族全体の意向として、患者を病院や施設でケアしてほしいという考えがあるかどうかをアセスメントしている	164 (67.2)	74 (30.3)	5 (2.0)	1 (0.4)
yA13	家族全体に、退院後の患者の身元を引き受けることに対する拒否があるかどうかをアセスメントしている	143 (58.6)	84 (34.4)	16 (6.6)	1 (0.4)
yA14	入院前における患者と家族成員の関係の良否をアセスメントしている	109 (44.7)	109 (44.7)	23 (9.4)	3 (1.2)
yA15	入院中における患者と家族成員の関係の良否をアセスメントしている	111 (45.5)	114 (46.7)	19 (7.8)	0 (0.0)
yA16	患者と家族成員が、互いに情緒的な支え合いができていかどうかをアセスメントしている	58 (23.8)	135 (55.3)	49 (20.1)	2 (0.8)
yA17	入院前後における患者と家族成員の関係の変化についてアセスメントしている	80 (32.8)	108 (44.3)	50 (20.5)	6 (2.5)
yA18	家族成員それぞれが自身に付与されている役割を理解しているかどうかをアセスメントしている	43 (17.6)	129 (52.9)	64 (26.2)	8 (3.3)
yA19	退院に向けて、家族成員の家庭内での役割を変更する必要があるかどうかをアセスメントしている	82 (33.6)	101 (41.4)	56 (23.0)	5 (2.0)
yA20	家族成員それぞれが自身に付与されている役割を果たしているかどうかをアセスメントしている	41 (16.8)	119 (48.8)	75 (30.7)	9 (3.7)
yA21	家族成員が、患者の退院のために積極的に行動しているかどうかをアセスメントしている	104 (42.6)	115 (47.1)	23 (9.4)	2 (0.8)
yA22	患者が家庭内でどのような役割を付与されているかをアセスメントしている	97 (39.8)	106 (43.4)	37 (15.2)	4 (1.6)
yA23	患者の家庭内での立場をアセスメントしている	125 (51.2)	96 (39.3)	21 (8.6)	2 (0.8)
yA24	退院に向けて、患者の家庭内での役割を変更する必要があるかどうかをアセスメントしている	82 (33.6)	119 (48.8)	37 (15.2)	6 (2.5)
yA25	患者に対して家庭内で付与されている役割を、患者自身が理解しているかどうかをアセスメントしている	49 (20.1)	113 (46.3)	74 (30.3)	8 (3.3)
yA26	患者の退院に向けて、家庭内の役割の調整ができていかどうかをアセスメントしている	63 (25.8)	131 (53.7)	46 (18.9)	4 (1.6)

※人数の割合(%)に関し、小数点第二位を四捨五入し算出したため100%とならない場合がある。

表6-2 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目の回答分布(表6-1の続き)(n=244)

番号	項目	いつも	まあ	あまり	まったく
		している	している	していない	していない
		人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
yA27	患者の退院のために、家族全員が何らかの役割を担っているかどうかをアセスメントしている	32 (13.1)	115 (47.1)	86 (35.2)	11 (4.5)
yA28	患者の退院のための家庭内の役割分担が、家族全体の同意のもとに行われているかどうかをアセスメントしている	51 (20.9)	105 (43.0)	78 (32.0)	10 (4.1)
yA29	各家族成員の能力やできることに応じて、家庭内の役割が適切に分担されているかどうかをアセスメントしている	32 (13.1)	124 (50.8)	80 (32.8)	8 (3.3)
yA30	患者の希望を代弁できる家族成員がいることをアセスメントしている	77 (31.6)	122 (50.0)	41 (16.8)	4 (1.6)
yA31	退院に伴う家族全体の調整ができる家族成員がいることをアセスメントしている	112 (45.9)	102 (41.8)	26 (10.7)	4 (1.6)
yA32	患者の退院に向けて、意思決定を行うことができる家族成員がいることをアセスメントしている	158 (64.8)	79 (32.4)	7 (2.9)	0 (0.0)
yA33	患者の退院に向けて、中心となって行動する家族成員が誰かをアセスメントしている	186 (76.2)	58 (23.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
yA34	退院に伴う家族全体の調整が一人の家族成員のみに任されているかどうかをアセスメントしている	91 (37.3)	107 (43.9)	45 (18.4)	1 (0.4)
yA35	退院に伴う家族全体の調整を行う家族成員を支える家族成員がいることをアセスメントしている	90 (36.9)	113 (46.3)	36 (14.8)	5 (2.0)
yA36	家族成員が、患者の退院のために協力できるかどうかをアセスメントしている	149 (61.1)	90 (36.9)	4 (1.6)	1 (0.4)
yA37	患者の退院に向けた家族全体の調整を、家族成員で協力して行うことができているかどうかをアセスメントしている	73 (29.9)	118 (48.4)	47 (19.3)	6 (2.5)
yA38	退院後、患者と家族成員それぞれがどのような生活を送りたいと考えているのかをアセスメントしている	138 (56.6)	89 (36.5)	14 (5.7)	3 (1.2)
yA39	患者と家族成員の間で、今後の方向性が決まっているかどうかをアセスメントしている	167 (68.4)	74 (30.3)	3 (1.2)	0 (0.0)
yA40	患者と家族成員で、退院先の意向(希望)が一致しているかどうかをアセスメントしている	161 (66.0)	82 (33.6)	1 (0.4)	0 (0.0)
yA41	患者と家族成員の間で、今後の生活に対する目標が定まっているかどうかをアセスメントしている	94 (38.5)	127 (52.0)	22 (9.0)	1 (0.4)
yA42	家族成員が、退院時の患者の回復のイメージができているかどうかをアセスメントしている	118 (48.4)	107 (43.9)	19 (7.8)	0 (0.0)
yA43	家族成員が、退院後の患者に必要なケアについて理解ができているかどうかをアセスメントしている	154 (63.1)	84 (34.4)	5 (2.0)	1 (0.4)
yA44	家族成員が、退院後の療養生活をイメージできているかどうかをアセスメントしている	135 (55.3)	101 (41.4)	6 (2.5)	2 (0.8)
yA45	家族成員が、自宅での生活に関するイメージができているかどうかをアセスメントしている	124 (50.8)	114 (46.7)	4 (1.6)	2 (0.8)
yA46	患者の疾患について、家族成員が理解できているかどうかをアセスメントしている	119 (48.8)	111 (45.5)	13 (5.3)	1 (0.4)
yA47	入院中における患者の病状について、家族成員が理解できているかどうかをアセスメントしている	113 (46.3)	115 (47.1)	15 (6.1)	1 (0.4)
yA48	入院中における患者の治療について、家族成員が理解できているかどうかをアセスメントしている	101 (41.4)	117 (48.0)	26 (10.7)	0 (0.0)
yA49	家族成員が、患者の病気を受け入れることができているかどうかをアセスメントしている	120 (49.2)	104 (42.6)	20 (8.2)	0 (0.0)
yA50	家族成員に、患者の退院に対する戸惑いがみられるかどうかをアセスメントしている	140 (57.4)	90 (36.9)	14 (5.7)	0 (0.0)
yA51	家族成員が、患者が退院するという事について理解できているかどうかをアセスメントしている	133 (54.5)	106 (43.4)	5 (2.0)	0 (0.0)

※人数の割合(%)に関し、小数点第二位を四捨五入し算出したため100%とならない場合がある。

表6-3 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目の回答分布(表6-2の続き)(n=244)

番号	項目	いつも	まあ	あまり	まったく
		している	している	していない	していない
		人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
yA52	家族成員が、患者が退院するという状況を現実的に受け入れようと努力しているかどうかをアセスメントしている	102 (41.8)	116 (47.5)	25 (10.2)	1 (0.4)
yA53	家族成員が、患者が退院することについて受け止めることができているかどうかをアセスメントしている	122 (50.0)	114 (46.7)	7 (2.9)	1 (0.4)
yA54	家族全体が本来持っている力(ストレンクス)をアセスメントしている	70 (28.7)	121 (49.6)	51 (20.9)	2 (0.8)
yA55	家族成員には、患者の退院のために行動する力があるという視点からアセスメントしている	65 (26.6)	131 (53.7)	46 (18.9)	2 (0.8)
yA56	家族全体に、患者の退院に向けて活用できる力(資源)がどの程度あるかをアセスメントしている	116 (47.5)	116 (47.5)	11 (4.5)	1 (0.4)
yA57	患者の退院に向けて、家族全体でどの程度行動ができるかをアセスメントしている	97 (39.8)	124 (50.8)	20 (8.2)	3 (1.2)
yA58	退院後の患者の介護を行うことのできる家族成員がいるかどうかをアセスメントしている	171 (70.1)	70 (28.7)	2 (0.8)	1 (0.4)
yA59	主介護者が、退院後の患者をどの程度介護することができるかをアセスメントしている	171 (70.1)	70 (28.7)	2 (0.8)	1 (0.4)
yA60	家族全体で、退院後の患者の介護をどの程度協力し合うことができるかをアセスメントしている	120 (49.2)	110 (45.1)	12 (4.9)	2 (0.8)
yA61	家族全体に患者の介護を行うための経済的余裕があるかどうかをアセスメントしている	149 (61.1)	90 (36.9)	5 (2.0)	0 (0.0)
yA62	介護者の健康状態をアセスメントしている	110 (45.1)	111 (45.5)	22 (9.0)	1 (0.4)
yA63	介護者の体力をアセスメントしている	72 (29.5)	121 (49.6)	45 (18.4)	6 (2.5)
yA64	介護者の疲労度をアセスメントしている	91 (37.3)	112 (45.9)	38 (15.6)	3 (1.2)
yA65	介護者の介護意欲をアセスメントしている	105 (43.0)	119 (48.8)	17 (7.0)	3 (1.2)
yA66	介護者の介護経験の有無をアセスメントしている	84 (34.4)	108 (44.3)	50 (20.5)	2 (0.8)
yA67	患者と家族成員が連絡をとっているかどうかをアセスメントしている	72 (29.5)	113 (46.3)	50 (20.5)	9 (3.7)
yA68	家族成員がどの程度面会に来ているかをアセスメントしている	78 (32.0)	135 (55.3)	30 (12.3)	1 (0.4)
yA69	退院援助において、家族全体が協力的かどうかをアセスメントしている	115 (47.1)	115 (47.1)	13 (5.3)	1 (0.4)
yA70	患者の入院に対して、家族全体でどの程度サポートしているかをアセスメントしている	62 (25.4)	143 (58.6)	36 (14.8)	3 (1.2)
yA71	患者と家族成員の間で活発にコミュニケーションが行われているかどうかをアセスメントしている	51 (20.9)	152 (62.3)	40 (16.4)	1 (0.4)
yA72	病気や障害のことを患者と家族成員の間で話すことができているかどうかをアセスメントしている	45 (18.4)	119 (48.8)	77 (31.6)	3 (1.2)
yA73	患者と家族成員がそれぞれの思いを話し合うことができているかどうかをアセスメントしている	52 (21.3)	124 (50.8)	61 (25.0)	7 (2.9)
yA74	患者と家族成員の間で退院後の生活について話し合うことができているかどうかをアセスメントしている	72 (29.5)	135 (55.3)	34 (13.9)	3 (1.2)
yA75	家族成員が、入院中の患者の状況(病状、障害の程度など)に対し、不安があるかどうかをアセスメントしている	127 (52.0)	102 (41.8)	13 (5.3)	2 (0.8)
yA76	家族成員が、患者の治療に対して不安があるかどうかをアセスメントしている	106 (43.4)	106 (43.4)	30 (12.3)	2 (0.8)
yA77	家族成員が、退院後の療養生活に対して不安があるかどうかをアセスメントしている	139 (57.0)	100 (41.0)	3 (1.2)	2 (0.8)
yA78	家族成員が、患者の自宅退院に関して不安があるかどうかをアセスメントしている	142 (58.2)	99 (40.6)	2 (0.8)	1 (0.4)

※人数の割合(%)に関し、小数点第二位を四捨五入し算出したため100%とならない場合がある。

4. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集を構成する項目の選定

冗長性の高い項目を抽出することを目的として、本章の研究においてアイテムプールした 78 項目における各項目間のポリコリック相関係数を求めた結果、yA5 と yA6($\gamma=0.881$), yA6 と yA8($\gamma=0.818$), yA7 と yA8($\gamma=0.871$), yA11 と yA13($\gamma=0.831$), yA24 と yA25 ($\gamma=0.853$), yA32 と yA33 ($\gamma=0.819$), yA33 と yA39 ($\gamma=0.817$), yA43 と yA44 ($\gamma=0.898$), yA43 と yA45 ($\gamma=0.871$), yA44 と yA45 ($\gamma=0.962$), yA46 と yA47 ($\gamma=0.940$), yA46 と yA48($\gamma=0.863$), yA47 と yA48($\gamma=0.956$), yA49 と yA50($\gamma=0.815$), yA56 と yA57 ($\gamma=0.832$), yA58 と yA59 ($\gamma=0.942$), yA62 と yA63 ($\gamma=0.823$), yA63 と yA64 ($\gamma=0.895$), yA72 と yA73 ($\gamma=0.805$), yA73 と yA74 ($\gamma=0.835$), yA75 と yA76 ($\gamma=0.889$), yA75 と yA77($\gamma=0.900$), yA75 と yA78($\gamma=0.871$), yA76 と yA77($\gamma=0.818$), yA77 と yA78 ($\gamma=0.987$) において 0.800 以上の相関が確認された。項目内容を確認しながら削除すべき項目を検討した結果、yA5, yA8, yA13, yA25, yA33, yA43, yA45, yA47, yA48, yA50, yA57, yA58, yA63, yA73, yA75, yA76, yA78 の 17 項目を削除することとした。

5. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集の因子構造

「MSW の退院援助における家族評価のための情報収集」の構造を検討するため、61 項目を用いて探索的因子分析を行った。その結果、スクリープロットは第 1 因子と第 2 因子までの傾きが大きく、第 2 因子以降の傾きが小さくなっていたが、因子の累積寄与率や解釈可能性も考慮して検討し、MSW の退院援助における家族評価のための情報収集は 5 因子構造と判断した。その後、Promax 回転後の因子パターン行列を確認し、因子負荷量が 0.500 未満の項目および複数の因子に 0.300 以上の因子負荷量を示した項目を削除した。そして、均等な項目の配置と因子の意味をより反映する項目の選択を目的に、各因子を構成する項目の選定を行った（表 7）。

第 1 因子は、「yA10：家族全体に、患者の自宅復帰に対して否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている」「yA11：家族全体に、退院後の患者の身元を引き

受けることに対して、否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている」

「yA32：患者の退院に向けて、意思決定を行うことができる家族成員がいることをアセスメントしている」「yA30：患者の希望を代弁できる家族成員がいることをアセスメントしている」で構成され、【退院に対する家族の感情と代弁機能】と解釈した。

第2因子は、「yA62：介護者の健康状態をアセスメントしている」「yA66：介護者の介護経験の有無をアセスメントしている」「yA64：介護者の疲労度をアセスメントしている」「yA65：介護者の介護意欲をアセスメントしている」で構成され、【家族の健康状態と介護力】と解釈した。

第3因子は、「yA71：患者と家族成員の間に活発にコミュニケーションが行われているかどうかをアセスメントしている」「yA72：病気や障害のことを患者と家族成員の間に話すことができているかどうかをアセスメントしている」「yA74：患者と家族成員の間に退院後の生活について話し合うことができているかどうかをアセスメントしている」「yA28：患者の退院のための家庭内の役割分担が、家族全体の同意のもとに行われているかどうかをアセスメントしている」で構成され、【退院に向けた家族間のコミュニケーション】と解釈した。

第4因子は、「yA40：患者と家族成員で、退院先の意向（希望）が一致しているかどうかをアセスメントしている」「yA41：患者と家族成員の間に、今後の生活に対する目標が定まっているかどうかをアセスメントしている」「yA44：家族成員が、退院後の療養生活をイメージできているかどうかをアセスメントしている」「yA53：家族成員が、患者が退院するという事について受け止めることができているかどうかをアセスメントしている」で構成され、【退院に対する家族の受容】と解釈した。

第5因子は、「yA19：退院に向けて、家族成員の家庭内での役割を変更する必要があるかどうかをアセスメントしている」「yA17：入院前後における患者と家族成員の関係の変化についてアセスメントしている」「yA23：患者の家庭内での立場をアセスメントしている」「yA22：患者が家庭内でどのような役割を付与されているかをアセスメントしている」で構成され、【退院に向けた家族の役割機能】と解釈した。

表7 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集の探索的因子分析(Promax回転)

番号	項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	
第1因子:退院に対する家族の感情と代弁機能							
yA10	家族全体に、患者の自宅復帰に対して否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている	0.844	0.008	-0.097	0.101	-0.014	
yA11	家族全体に、退院後の患者の身元を引き受けることに対して、否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている	0.711	0.036	-0.009	0.044	0.123	
yA12	家族全体の意向として、患者を病院や施設でケアしてほしいという考えがあるかどうかをアセスメントしている	0.648	0.014	-0.117	0.229	0.072	
yA32	患者の退院に向けて、意思決定を行うことができる家族成員がいることをアセスメントしている	0.637	0.093	0.072	0.142	0.010	
yA30	患者の希望を代弁できる家族成員がいることをアセスメントしている	0.503	-0.001	0.248	0.014	0.170	
第2因子:家族の健康状態と介護力							
yA62	介護者の健康状態をアセスメントしている	-0.024	0.782	0.160	0.051	-0.032	
yA66	介護者の介護経験の有無をアセスメントしている	0.041	0.731	0.181	-0.079	-0.068	
yA64	介護者の疲労度をアセスメントしている	-0.032	0.642	0.194	0.062	0.052	
yA65	介護者の介護意欲をアセスメントしている	0.025	0.660	0.050	0.070	0.116	
第3因子:退院に向けた家族間のコミュニケーション							
yA71	患者と家族成員の間で活発にコミュニケーションが行われているかどうかをアセスメントしている	-0.108	0.220	0.664	0.056	0.107	
yA72	病気や障害のことを患者と家族成員の間で話すことができているかどうかをアセスメントしている	-0.129	0.248	0.604	0.106	0.043	
yA27	患者の退院のために、家族成員全員が何らかの役割を担っているかどうかをアセスメントしている	0.072	-0.083	0.603	-0.033	0.296	
yA74	患者と家族成員の間で退院後の生活について話し合うことができているかどうかをアセスメントしている	-0.113	0.237	0.602	0.197	-0.001	
yA28	患者の退院のための家庭内の役割分担が、家族全体の同意のもとに行われているかどうかをアセスメントしている	0.058	-0.032	0.562	0.091	0.265	
第4因子:退院に対する家族の受容							
yA40	患者と家族成員で、退院先の意向(希望)が一致しているかどうかをアセスメントしている	0.064	-0.113	-0.083	0.874	0.053	
yA41	患者と家族成員の間で、今後の生活に対する目標が定まっているかどうかをアセスメントしている	-0.023	-0.098	0.160	0.722	0.064	
yA42	家族成員が、退院時の患者の回復のイメージができているかどうかをアセスメントしている	-0.164	0.154	0.106	0.653	0.102	
yA44	家族成員が、退院後の療養生活をイメージできているかどうかをアセスメントしている	-0.014	0.079	0.049	0.650	0.139	
yA53	家族成員が、患者が退院するということについて受け止めることができているかどうかをアセスメントしている	0.088	0.115	0.069	0.610	0.134	
yA51	家族成員が、患者が退院するということについて理解することができているかどうかをアセスメントしている	0.168	0.180	-0.066	0.608	0.059	
yA49	家族成員が、患者の病気を受け入れることができているかどうかをアセスメントしている	0.065	0.247	0.023	0.569	0.122	
yA52	家族成員が、患者が退院するという状況を現実的に受け入れようと努力しているかどうかをアセスメントしている	0.207	-0.028	0.099	0.542	0.116	
第5因子:退院に向けた家族の役割機能							
yA19	退院に向けて、家族成員の家庭内での役割を変更する必要があるかどうかをアセスメントしている	-0.001	-0.010	0.190	0.005	0.732	
yA17	入院前後における患者と家族成員の関係の変化についてアセスメントしている	0.033	0.034	0.256	0.007	0.636	
yA23	患者の家庭内での立場をアセスメントしている	0.059	-0.124	0.157	0.229	0.627	
yA22	患者が家庭内でどのような役割を付与されているかをアセスメントしている	-0.057	0.011	0.155	0.275	0.595	
yA9	家族成員が患者に対し、過保護であるかどうかをアセスメントしている	0.255	-0.111	0.190	-0.209	0.523	
yA54	家族全体が本来持っている力(ストレングス)をアセスメントしている	-0.153	0.076	0.110	0.226	0.514	
因子相関行列		第1因子	1.000				
		第2因子	0.531	1.000			
		第3因子	0.419	0.422	1.000		
		第4因子	0.473	0.524	0.490	1.000	
		第5因子	0.533	0.553	0.441	0.451	1.000
固有値		29.534	3.089	2.557	2.022	1.753	
寄与率(%)		48.416	5.064	4.192	3.315	2.874	

因子負荷量が0.500未満の項目ならびに複数の因子に0.300以上の因子負荷量を示した項目を削除(推定法:WLSMV)

は選択した項目

次に、探索的因子分析で抽出された5因子から成る斜交モデルを設定し、構造方程式モデリングを用いて構成概念妥当性の検討を行った。その結果、モデルのデータに対する適合度は、 χ^2 (df) =267.175 (160), CFI=0.982, RMSEA=0.052 であり、統計学的許容水準を満たしていた (図2)。加えて、 α 信頼性係数は【退院に対する家族の感情と代弁機能】が 0.784, 【家族の健康状態と介護力】が 0.834, 【退院に向けた家族間のコミュニケーション】が 0.812, 【退院に対する家族の受容】が 0.781, 【退院に向けた家族の役割機能】が 0.838 であり、統計学的に十分な信頼性を有することが示された。

なお、「MSW の退院援助における家族評価のための情報収集」の各因子の素点の合計得点は、【退院に対する家族の感情と代弁機能】が平均 9.88 点 (標準偏差:1.91, 範囲: 5-12), 【家族の健康状態と介護力】が平均 9.00 点 (標準偏差: 2.30, 範囲: 2-12), 【退院に向けた家族間のコミュニケーション】が平均 7.82 点 (標準偏差:2.29, 範囲: 0-12), 【退院に対する家族の受容】が平均 9.92 点 (標準偏差: 1.79, 範囲: 4-12), 【退院に向けた家族の役割機能】が平均 8.76 点 (標準偏差: 2.49, 範囲: 0-12) であった。

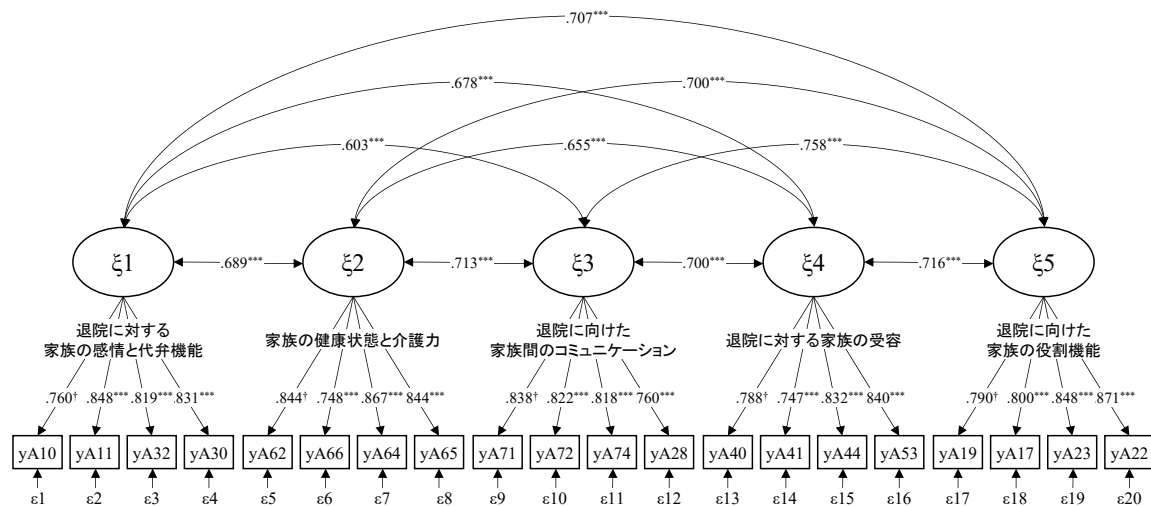


図2 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集の因子構造モデル(標準化解)

$n=244$: χ^2 (df)=267.175(160) CFI=0.982 RMSEA=0.052 (推定法:WLSMV)

※ ξ は潜在変数, ϵ は誤差変数
 ※†はモデルの識別のために制約を加えた箇所である。
 ※***: $p < 0.001$

第4節 考察

1. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集の構造

本章の研究において、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集の構造を明らかにすることを目的に、第2章の退院支援に関する実践報告等に関する文献的検討の結果を基に78項目の質問項目を設定し、一定の手続きにより項目を削除した後、探索的因子分析および検証的因子分析を行い構成概念妥当性の検討を行った結果、【退院に対する家族の感情と代弁機能】【家族の健康状態と介護力】【退院に向けた家族間のコミュニケーション】【退院に対する家族の受容】【退院に向けた家族の役割機能】で構成される5因子斜交モデルが支持された。

第1因子【退院に対する家族の感情と代弁機能】は、「患者の身元の引き受けや自宅復帰に対して家族に否定的な思いがあるか」「患者の退院に向けた意思決定や患者の希望を代弁できる家族成員がいるか」に関する項目で構成されていた。「患者の身元の引き受けや自宅復帰に対する家族の否定的な思い」に関して、自助が困難な患者の療養環境の調整にあたっては、患者の身近な存在である家族成員による自助・互助機能の発揮が優先的に求められる（内閣府 2013）。しかし、家族成員が患者の身元引き受けを拒否する場合には、その思いを傾聴し背景要因の理解に努め、状況に応じて家族関係の調整を行う必要がある。また、家族成員による支援が望めない場合においては、患者の療養環境の調整に向けて多職種連携のもと多様なサービスの導入等を検討することも求められる（内閣府 2013）。在院日数の短縮が求められている現状をふまえるならば、以上のような援助に一定の時間を要する事例の早期発見は必須であり、退院援助における家族評価のための情報収集の重要な因子といえる。

第2因子【家族の健康状態と介護力】は、介護者の健康状態、介護経験の有無、疲労度、介護意欲に関する項目で構成されていた。現在、要介護者等の主な介護者のうち、およそ7割を同居や別居の家族成員等が占めており、在宅介護の大部分を家族成員が担っている（厚生労働省 2020）。こうした中、先行研究では、要介護高齢者（野上ら 2016）、血液透析患者（Belasco et al. 2006）、パーキンソン病患者（Meara

et al. 1999), 脳卒中者 (Persson et al. 2015) 等の家族介護者の精神的健康状態が不良であったことが報告されている。また春名ら (2018) は、家族介護者が就労している場合において、介護ストレス、加齢による体力の衰え、自己不全感等を自覚するたびに仕事を続けることへの迷いが生じ、仕事を続けるか仕事を辞め介護に専念すべきかと自問を繰り返すことを確認している。しかしながら、介護を機に仕事を辞めた家族介護者の半数以上において精神面、肉体面、経済面の負担が増加していたことが報告されており (三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 2013)、家族介護者の置かれている状況の深刻さがうかがわれる。一方で、介護は肯定的側面も有しており、例えば *caregiving mastery* (介護による達成感) は介護者の精神的健康状態の悪化を防ぐ重要な役割を果たしている (安部 2002)。家族成員が身体的・精神的に良好な健康状態であるか、また介護経験や介護意欲等の介護力を有しているかという視点からのアセスメントに基づき援助を行った場合、退院後の療養生活において生活課題が発生する危険性は低いと考えられる。それゆえ、患者と家族成員双方の生活全体を見通した退院援助を行うためには、【家族の健康状態と介護力】に関する情報収集は不可欠であると考えられる。

第3因子【退院に向けた家族間のコミュニケーション】は、「患者と家族成員の間で活発にコミュニケーションが行われているか」「病気や障害、退院後の生活について患者と家族成員の間で話すことができているか」等の項目で構成されていた。これに関して、患者と家族成員が現状の共通理解に基づき今後の意向 (希望) 等について話し合うことができている場合、退院先の決定とその後の療養生活の調整に支障をきたすことが予想される。そのため、家族間で十分な情報が伝達されているか、必要な情報を家族の間に行き渡らせることに困難はないかなどをアセスメントすることが不可欠である (Barker et al. = 1993b)。また Olson ら (1982) は、多分野の先行研究で提示されてきた家族に関する諸概念の整理を試み、家族機能を「家族の凝集性」「家族の適応力」「家族のコミュニケーション」によって説明している。家族の凝集性は家族の親密性を、家族の適応力は状況的・発達のストレス (危機的状況) に対して家族システムの権力構造や役割関係、規則等を変化させる能力を意味している。このような家族機能は、患者と家族成員の生活の安定に欠かすことの

できない重要な資源であるといえる。なかでも、家族のコミュニケーションはこれらの促進次元として位置づけられており、退院後の生活において家族が十分に機能を発揮できるよう、家族間のコミュニケーションについて情報を収集することが重要であると考えられる。なお、コミュニケーションは言語的・非言語的にかかわらず、明確さと率直さ、量のうえでの十分さおよび相手の人物が心を開いていることが重要な要素とされる（Barker et al. = 1993b）。よって、これらの観点に基づいた情報収集も求められる。

第4因子【退院に対する家族の受容】は、患者および家族成員と協働して退院に向けた調整を行っていくにあたって、彼らが現在の状況を理解し、今後の生活について考えられているかに関する項目で構成されていた。現在、医療の提供は地域を基盤に行われており（厚生労働省 2015）、医療機関では高度急性期、急性期、回復期、慢性期と、その機能が分化されている。また、2018（平成30）年度診療報酬改正では「入院時支援加算」が新設され、入院前から「入院生活」「退院」「退院後の生活」を見据えて支援することが評価されている。このような中、患者と家族成員は病期に応じて療養の場を変更することとなり、現在の療養生活の先にある生活を見据えながら医療を受けることが求められている。しかしながら、令和2（2020）年受療行動調査（厚生労働省 2021）によると、入院患者の今後の治療・療養の希望について「完治するまでこの病院に入院していきたい」が最多の45.1%を占めている。また、先行研究では、退院に際して、認知症者とその家族成員が行先のみえない不安を抱えていること（錦織ら 2018）や、終末期がん患者とその家族成員ががんの進行に伴う諸症状によって在宅緩和ケアの移行に向けた準備について考える余裕がない状況にあること（森ら 2018）などが報告されている。それゆえMSWは、「家族成員が、患者が退院するという事について受け止めることができているかどうか」をはじめとする【退院に対する家族の受容】について情報収集し、それに基づく援助計画の立案および介入により、患者および家族成員が今後の生活を見据えながら医療を受けられるよう支援する必要がある。

第5因子【退院に向けた家族の役割機能】は、「患者の家庭内での役割」や「退院に向けた家族の役割を変更する必要性」など役割に関する項目で構成されていた。

マクマスター・モデル (Epstein et al. 1978) によると、家族が健康に機能するためには、「物質的な資源を用意すること」や「家族を養育し励ますこと」などの5つの役割が必須であり、家族にはこれらの遂行のために家族内の地位に基づいた役割遂行が求められるとされる。しかしながら、一方で、患者の入院といった危機状況に伴う役割変更が生じた場合には精神的・身体的負担等が生じやすく、役割変更が円滑に遂行されない場合には、家族の機能が破綻し生活に支障が生じる可能性が高い(星2007)。よってMSWは、患者が家庭内で担っている役割をふまえ、退院に向けた家族の役割変更の要否について情報収集をすることで、退院後の療養生活の充実や継続に寄与できるものと考えられる。

2. 本章における研究の限界

本章における研究には主に4点の限界が存在する。

第一に、本章の研究で設定したMSWの退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目について、MSWの自己評価に基づいて回答を求めたことである。そのため、客観的な実践状況の把握において課題を残しており、今後は他者評価に基づいた測定も検討する必要がある。また、本章の研究ではMSWの日常の退院援助における家族評価のための情報収集に対する回答を求め、専門職としてのMSWの全般的な退院援助での情報収集に関する知見を得た。その一方で、例えば、MSWの援助記録等を基にして事例における情報収集を評価した場合、患者の疾患や生活課題等の特徴をふまえた知見を得ることも可能である。前者が全般的な退院援助における情報収集の状況を測定できるのに対し、後者では個々の援助事例の特徴をふまえた情報収集の状況を測定できることから、後続研究では研究目的に応じて方法を選択し、MSWの退院援助に関する実践に寄与する知見を提示することが求められる。

第二に、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目に対する回答がMSWの主観的な家族の認識に基づいていることである。現在、家族に関する明確な定義は定まっておらず、社会福祉学を基盤とする援助における家族の概念は多様である。そのため、今後はMSWの家族の捉え方にも着目した研究も必

要である。

第三に、本章の研究が限られた医療機関に勤務する MSW を対象としたことである。よって、今後は他の都道府県の MSW を対象とした調査を実施し、結果の一般化を図ることが課題である。

第四に、本章の研究において確認された MSW の退院援助における家族評価のための情報収集を構成する 5 因子に関連する要因の検討は今後の課題に残していることである。それゆえ後続研究では、「MSW の退院援助における家族評価のための情報収集」の実践状況を明らかにするとともに属性等との関連を検討していくことが必要である。

なお、本章の研究には以上のような限界があるものの、統計学的手法を用いて MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の構造が確認されたことは、MSW の適切な家族評価のための情報収集の実践を可能にするための指標開発の一助となるものであったと考える。

第 5 節 結論

本章における研究では、MSW の適切な家族評価のための情報収集の実践を可能にするための指標開発を目指し、まずは MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の構造を明らかにすることを目的とした。その結果、MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の構造は、【退院に対する家族の感情と代弁機能】【家族の健康状態と介護力】【退院に向けた家族間のコミュニケーション】【退院に対する家族の受容】【退院に向けた家族の役割機能】の 5 因子で構成されることが確認された。今後は、本章の研究により設定した項目を用いて実践状況を明らかにし、属性等との関連を確認すること、他の都道府県の MSW を対象とした調査を実施することが課題である。

第4章 医療ソーシャルワーカーを対象とした退院援助における家族評価のための情報収集の実践状況

第1節 研究目的

第3章の研究では、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集が【退院に対する家族の感情と代弁機能】【家族の健康状態と介護力】【退院に向けた家族間のコミュニケーション】【退院に対する家族の受容】【退院に向けた家族の役割機能】の5因子構造であったことが確認されたものの、その実践状況については十分に検討されていない。MSWの退院援助に関する実践能力を向上させ、援助の質を高めていくことが求められている中で（健康保険組合連合会 2008）、その支援策の検討に向けて、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集の状況を確認することは有用であると考えられる。

そこで、本章では、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集の実践状況を明らかにすることを目的とした。

なお、本章では第3章の調査データを用いて分析を行った。

第2節 研究方法

1. 調査対象および調査方法

本章では、近畿、中国ならびに中部地方内の8府県（京都府、兵庫県、奈良県、岡山県、島根県、鳥取県、山口県、愛知県）における医療機関844ヶ所に勤務するMSW844人を対象に質問紙調査を実施した。医療機関は、8府県庁ホームページに掲載されている医療機関一覧（2017（平成29）年4月末時点）を基に、各医療機関のホームページよりMSWの在籍が認められた場合に調査対象とした。調査票の配付は、医療機関の管理者宛に調査依頼書（趣旨説明等を含む）と調査票等（別紙に倫理的配慮等を記載）を送付し、各医療機関1人のMSWに回答を依頼した。その

際、MSW の経験年数に関して制限を設けない旨を文書に記載した。また、調査票は無記名自記式とし、記入後は回答者自身が返信用封筒に厳封し、返送するという方法を採用した。調査期間は 2017（平成 29）年 12 月～2018（平成 30）年 1 月の 2 ヶ月間とした。

2. 調査内容

調査票は、調査対象者の属性（性別、年齢、最終学歴、所持資格、雇用形態、所属職能団体、MSW としての通算経験月数）、所属機関の状況（調査対象者の担当病棟、担当病棟において算定している加算、総病床数、MSW の所属人数）、MSW の退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目で構成した。

「MSW の退院援助における家族評価のための情報収集」の測定には、第 3 章の研究により設定した 5 因子 20 項目から成る質問項目を用いた。回答は「まったくしていない：0 点」「あまりしていない：1 点」「まあしている：2 点」「いつもしている：3 点」の 4 件法で求め、実践頻度が高いほど得点が高くなるよう設定した。

3. 解析方法

統計解析では、まず「MSW の退院援助における家族評価のための情報収集」に関する実践の特徴を明らかにすることを目的にクラスター分析（Ward 法）を行った。次いで、Fisher の正確確率検定および Welch の検定を行い、有意差が認められた場合には残差分析および多重比較（Games-Howell 法）を用いて、抽出されたクラスター間の属性分布および所属機関の状況を比較した。

なお、解析における有意性は 5% 有意水準とし、以上の解析には統計ソフト「IBM SPSS 22J for Windows (+ Exact Tests)」および「Mplus version 7.2」を用いた。

4. 倫理的配慮

本調査の実施にあたって、調査対象者に調査の趣旨、匿名性の保障、調査協力は自由意思（任意）であること等について文書にて説明するとともに、調査票に本調査への参加の同意を確認する欄を設け、倫理面に配慮した。なお、本調査は 2017（平

成 29) 年 11 月 24 日に岡山県立大学倫理委員会の審査・承認を得て実施した(受付番号: 17-65)。

第 3 節 研究結果

回答は 267 人から得られ(回収率: 31.6%), 統計解析には, 調査対象者の属性, 所属機関の状況ならびに MSW の退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目に欠損値を有さない 244 人の資料(調査対象者の 28.9%; 回答者の 91.4%)を用いた。

1. 分析対象者の属性分布

分析対象者の属性分布は表 4 に示すとおりであった。性別は女性が 143 人(58.6%)であり, 年齢は平均 38.6 歳(標準偏差: 8.0, 範囲: 23-62)であった。最終学歴は福祉系 4 年制大学が最多の 169 人(69.3%)であり, 一般 4 年制大学が 41 人(16.8%), 各種専門学校が 20 人(8.2%), 福祉系大学院が 6 人(2.5%)と続いた。所持資格は, 所持する人数の多いものから順に, 社会福祉士が 215 人(88.1%), 介護支援専門員が 114 人(46.7%), 精神保健福祉士が 76 人(31.1%), 認定社会福祉士(医療分野)が 6 人(2.5%), 認定医療社会福祉士が 5 人(2.0%)であり, いずれの資格も所持していない人は 6 人(2.5%)であった。雇用形態は, 常勤専任が 215 人(88.1%), 常勤兼任が 27 人(11.1%), 非常勤専任が 2 人(0.8%)であった。所属職能団体は, 各府県医療ソーシャルワーカー協会が 141 人(57.8%)と最も多く, 次いで日本医療社会福祉協会(現, 日本医療ソーシャルワーカー協会)が 67 人(27.5%), 日本社会福祉士会が 49 人(20.1%), 日本精神保健福祉士協会が 23 人(9.4%)であった。なお, これらのいずれにも所属していない人は 53 人であり, 全体の 21.7%を占めていた。MSW としての通算経験月数は平均 129.3 ヶ月(標準偏差: 85.1, 範囲: 5-488)であった。

表4 分析対象者の属性分布(n=244)(再掲)

	項目	人数	(%)
性別	女性	143	(58.6)
	男性	101	(41.4)
年齢	平均38.6歳(標準偏差:8.0, 範囲:23-62)		
最終学歴	福祉系4年制大学	169	(69.3)
	一般4年制大学	41	(16.8)
	各種専門学校	20	(8.2)
	福祉系大学院	6	(2.5)
	高等学校	3	(1.2)
	一般短期大学	2	(0.8)
	一般大学院	2	(0.8)
	その他	1	(0.4)
所持資格※	社会福祉士	215	(88.1)
	介護支援専門員	114	(46.7)
	精神保健福祉士	76	(31.1)
	認定社会福祉士(医療分野)	6	(2.5)
	認定医療社会福祉士	5	(2.0)
	いずれも持っていない	6	(2.5)
雇用形態	常勤専任	215	(88.1)
	常勤兼任	27	(11.1)
	非常勤専任	2	(0.8)
所属職能団体※	各府県医療ソーシャルワーカー協会	141	(57.8)
	日本医療社会福祉協会※ ¹	67	(27.5)
	日本社会福祉士会	49	(20.1)
	日本精神保健福祉士協会	23	(9.4)
	いずれにも所属していない	53	(21.7)
医療ソーシャルワーカーとしての通算経験月数	平均129.3ヶ月(標準偏差:85.1, 範囲:5-488)		

※1: 現, 日本医療ソーシャルワーカー協会
 ※複数回答

2. 分析対象者の所属機関の状況

分析対象者の所属機関の状況は表5に示すとおりであった。担当病棟は一般病棟が169人(69.3%)と最多であり、地域包括ケア病棟が79人(32.4%)、療養病棟が67人(27.5%)と続いた。担当病棟において算定している加算は、退院支援加算1が最も多く121人と全体の49.6%を占め、次いで退院支援加算2が68人(27.9%)であった。総病床数は平均241.5床(標準偏差:196.4, 範囲:11-1,441)であり、

MSW の所属人数は平均 4.3 人（標準偏差：3.4，範囲：1-26）であった。

表5 分析対象者の所属機関の状況(n=244) (再掲)

	項目	人数	(%)
担当病棟※	一般病棟	169	(69.3)
	地域包括ケア病棟	79	(32.4)
	療養病棟	67	(27.5)
	回復期リハビリテーション病棟	51	(20.9)
	精神科病棟	22	(9.0)
	緩和ケア病棟	16	(6.6)
	障害者施設等一般病棟	16	(6.6)
	結核病棟	3	(1.2)
	特殊疾患治療病棟	3	(1.2)
	その他	10	(4.1)
	担当病棟での算定加算※	退院支援加算1	121
退院支援加算2		68	(27.9)
退院調整加算(精神療養病棟入院料)		7	(2.9)
退院支援加算3		5	(2.0)
精神保健福祉士配置加算		3	(1.2)
算定している加算はない		46	(18.9)
総病床数	平均241.5床(標準偏差:196.4, 範囲:11-1,441)		
医療ソーシャルワーカーの所属人数	平均4.3人(標準偏差:3.4, 範囲:1-26)		

※複数回答

3. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目の回答分布

MSW の退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目の回答分布は表 8 に示すとおりであった。「いつもしている」と回答した人数が最も多かった項目は「yA3: 患者の退院に向けて、意思決定を行うことができる家族成員がいることをアセスメントしている」が 158 人 (64.8%) であり、次いで人数が多かった項目は「yA1: 家族全体に、患者の自宅復帰に対して否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている」が 155 人 (63.5%) と、いずれも「退院に対する家族の感情と代弁機能」に関する項目であった。

表8 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目の回答分布(n=244)

番号	項目	いつも している	まあ している	あまり していない	まったく していない
		人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)
「退院に対する家族の感情と代弁機能」に関する項目					
yA1	家族全体に、患者の自宅復帰に対して否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている	155 (63.5)	83 (34.0)	6 (2.5)	0 (0.0)
yA2	家族全体に、退院後の患者の身元を引き受けることに對して、否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている	146 (59.8)	84 (34.4)	13 (5.3)	1 (0.4)
yA3	患者の退院に向けて、意思決定を行うことができる家族成員がいることをアセスメントしている	158 (64.8)	79 (32.4)	7 (2.9)	0 (0.0)
yA4	患者の希望を代弁できる家族成員がいることをアセスメントしている	77 (31.6)	122 (50.0)	41 (16.8)	4 (1.6)
「家族の健康状態と介護力」に関する項目					
yA5	介護者の健康状態をアセスメントしている	110 (45.1)	111 (45.5)	22 (9.0)	1 (0.4)
yA6	介護者の介護経験の有無をアセスメントしている	84 (34.4)	108 (44.3)	50 (20.5)	2 (0.8)
yA7	介護者の疲労度をアセスメントしている	91 (37.3)	112 (45.9)	38 (15.6)	3 (1.2)
yA8	介護者の介護意欲をアセスメントしている	105 (43.0)	119 (48.8)	17 (7.0)	3 (1.2)
「退院に向けた家族間のコミュニケーション」に関する項目					
yA9	患者と家族成員の間で活発にコミュニケーションが行われているかどうかをアセスメントしている	51 (20.9)	152 (62.3)	40 (16.4)	1 (0.4)
yA10	病気や障害のことを患者と家族成員の間で話すことができるかどうかをアセスメントしている	45 (18.4)	119 (48.8)	77 (31.6)	3 (1.2)
yA11	患者と家族成員の間で退院後の生活について話し合えることができるかどうかをアセスメントしている	72 (29.5)	135 (55.3)	34 (13.9)	3 (1.2)
yA12	患者の退院のための家庭内の役割分担が、家族全体の同意のもとに行われているかどうかをアセスメントしている	51 (20.9)	105 (43.0)	78 (32.0)	10 (4.1)
「退院に対する家族の受容」に関する項目					
yA13	患者と家族成員で、退院先の意向(希望)が一致しているかどうかをアセスメントしている	161 (66.0)	82 (33.6)	1 (0.4)	0 (0.0)
yA14	患者と家族成員の間で、今後の生活に対する目標が定まっているかどうかをアセスメントしている	94 (38.5)	127 (52.0)	22 (9.0)	1 (0.4)
yA15	家族成員が、退院後の療養生活をイメージできているかどうかをアセスメントしている	135 (55.3)	101 (41.4)	6 (2.5)	2 (0.8)
yA16	家族成員が、患者が退院するということについて理解することができるかどうかをアセスメントしている	133 (54.5)	106 (43.4)	5 (2.0)	0 (0.0)
「退院に向けた家族の役割機能」に関する項目					
yA17	退院に向けて、家族成員の家庭内での役割を変更する必要があるかどうかをアセスメントしている	82 (33.6)	101 (41.4)	56 (23.0)	5 (2.0)
yA18	入院前後における患者と家族成員の関係の変化についてアセスメントしている	80 (32.8)	108 (44.3)	50 (20.5)	6 (2.5)
yA19	患者の家庭内での立場をアセスメントしている	125 (51.2)	96 (39.3)	21 (8.6)	2 (0.8)
yA20	患者が家庭内でどのような役割を付与されているかをアセスメントしている	97 (39.8)	106 (43.4)	37 (15.2)	4 (1.6)

※表6-1、表6-2、表6-3のうち、第3章の研究において「医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集」を構成する項目として選定した20項目のみを記した。

※人数の割合(%)に関し、小数点第二位を四捨五入し算出したため100%とならない場合がある。

一方、「まったくしていない」と回答した人数が最も多かった項目は「yA12：患者の退院のための家庭内の役割分担が、家族全体の同意のもとに行われているかどうかをアセスメントしている」が 10 人（4.1%）であり、次いで人数が多かった項目は「yA18：入院前後における患者と家族成員の関係の変化についてアセスメントしている」が 6 人（2.5%）であった。

4. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践状況の類型化

MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の回答傾向を基に、回答者を類型化し実践状況の特徴を明らかにするため、クラスター分析を行った結果、出力されたデンドログラムから 3 つのクラスターが抽出された。

MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の回答分布について、クラスター間で比較を行ったところ、20 項目すべてに有意差が確認され（ $p < 0.001$ ）、クラスター 2 において MSW の退院援助における家族評価のための情報収集を「いつもしている」と回答している人が多かった。一方、「yA3：患者の退院に向けて、意思決定を行うことができる家族成員がいることをアセスメントしている」「yA8：介護者の介護意欲をアセスメントしている」「yA10：病気や障害のことを患者と家族成員の間で話すことができているかどうかをアセスメントしている」を除く 17 項目において、クラスター 3 では MSW の退院援助における家族評価のための情報収集を「まったくしていない」または「あまりしていない」と回答している人が多く、実践頻度は高い順にクラスター 2、クラスター 1、クラスター 3 であった。

表 9 は各クラスターの MSW の退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目および因子の平均得点を示したものであり、図 3 は実践状況を図式化したものである。平均得点に基づき、各クラスターの実践状況を確認すると、クラスター 1 はすべての項目において全体平均得点よりやや低値であることが確認された。一方、クラスター 2 は 3 つのクラスターの中で最も高い値を示しており、高頻度で家族評価のための情報収集の実践をしているクラスターであったが、「yA9：患者と家族成員の間で活発にコミュニケーションが行われているかどうかをアセスメント

表9 各クラスターの医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目および因子の平均得点

番号	項目	クラスター1 (48.0%)	クラスター2 (43.0%)	クラスター3 (9.0%)	全体 平均得点
「退院に対する家族の感情と代弁機能」に関する項目					
yA1	家族全体に、患者の自宅復帰に対して否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている	2.444	2.886	2.182	2.611
yA2	家族全体に、退院後の患者の身元を引き受けることに対して、否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている	2.359	2.886	1.818	2.537
yA3	患者の退院に向けて、意思決定を行うことができる家族成員がいることをアセスメントしている	2.402	2.952	2.182	2.619
yA4	患者の希望を代弁できる家族成員がいることをアセスメントしている	1.838	2.571	1.409	2.115
「退院に対する家族の感情と代弁機能」の平均得点		2.261	2.824	1.898	2.470
「家族の健康状態と介護力」に関する項目					
yA5	介護者の健康状態をアセスメントしている	2.077	2.819	1.591	2.352
yA6	介護者の介護経験の有無をアセスメントしている	1.821	2.581	1.545	2.123
yA7	介護者の疲労度をアセスメントしている	1.855	2.752	1.318	2.193
yA8	介護者の介護意欲をアセスメントしている	2.017	2.819	1.727	2.336
「家族の健康状態と介護力」の平均得点		1.942	2.743	1.545	2.251
「退院に向けた家族間のコミュニケーション」に関する項目					
yA9	患者と家族成員の間で活発にコミュニケーションが行われているかどうかをアセスメントしている	1.829	2.390	1.455	2.037
yA10	病気や障害のことを患者と家族成員の間で話すことができているかどうかをアセスメントしている	1.573	2.276	1.227	1.844
yA11	患者と家族成員の間で退院後の生活について話し合うことができているかどうかをアセスメントしている	1.897	2.514	1.545	2.131
yA12	患者の退院のための家庭内の役割分担が、家族全体の同意のもとに行われているかどうかをアセスメントしている	1.632	2.219	0.773	1.807
「退院に向けた家族間のコミュニケーション」の平均得点		1.733	2.350	1.250	1.955
「退院に対する家族の受容」に関する項目					
yA13	患者と家族成員で、退院先の意向(希望)が一致しているかどうかをアセスメントしている	2.573	2.848	2.182	2.656
yA14	患者と家族成員の間で、今後の生活に対する目標が定まっているかどうかをアセスメントしている	2.085	2.629	1.727	2.287
yA15	家族成員が、退院後の療養生活をイメージできているかどうかをアセスメントしている	2.342	2.838	1.864	2.512
yA16	家族成員が、患者が退院するという事について受け止めることができているかどうかをアセスメントしている	2.248	2.838	1.818	2.463
「退院に対する家族の受容」の平均得点		2.312	2.788	1.898	2.480
「退院に向けた家族の役割機能」に関する項目					
yA17	退院に向けて、家族成員の家庭内での役割を変更する必要があるかどうかをアセスメントしている	1.880	2.514	0.909	2.066
yA18	入院前後における患者と家族成員の関係の変化についてアセスメントしている	1.889	2.524	0.909	2.074
yA19	患者の家庭内での立場をアセスメントしている	2.256	2.800	1.364	2.410
yA20	患者が家庭内でどのような役割を付与されているかをアセスメントしている	1.991	2.714	1.000	2.213
「退院に向けた家族の役割機能」の平均得点		2.004	2.638	1.045	2.191
各クラスターにおける全体平均得点		2.050	2.669	1.527	2.269

※得点化:「まったくしていない:0点」「あまりしていない:1点」「まあしている:2点」「いつもしている:3点」

している」「yA10：病気や障害のことを患者と家族成員の間で話すことができるかどうかをアセスメントしている」「yA12：患者の退院のための家庭内の役割分担が、家族全体の同意のもとに行われているかどうかをアセスメントしている」の実践頻度は他の項目と比して低かった。そして、クラスター3は家族評価のための情報収集の実践頻度が最も低いクラスターであり、なかでも「yA12：患者の退院のための家庭内の役割分担が、家族全体の同意のもとに行われているかどうかをアセスメントしている」「yA17：退院に向けて、家族成員の家庭内での役割を変更する必要があるかどうかをアセスメントしている」「yA20：患者が家庭内でどのような役割を付与されているかをアセスメントしている」の実践頻度は、他の項目よりも大幅に低かった。また、本章の研究において示された3つのクラスターは全体として相似した回答傾向であったことが確認された。

なお、各クラスターの構成割合は、クラスター1が48.0%、クラスター2が43.0%、クラスター3が9.0%であった。

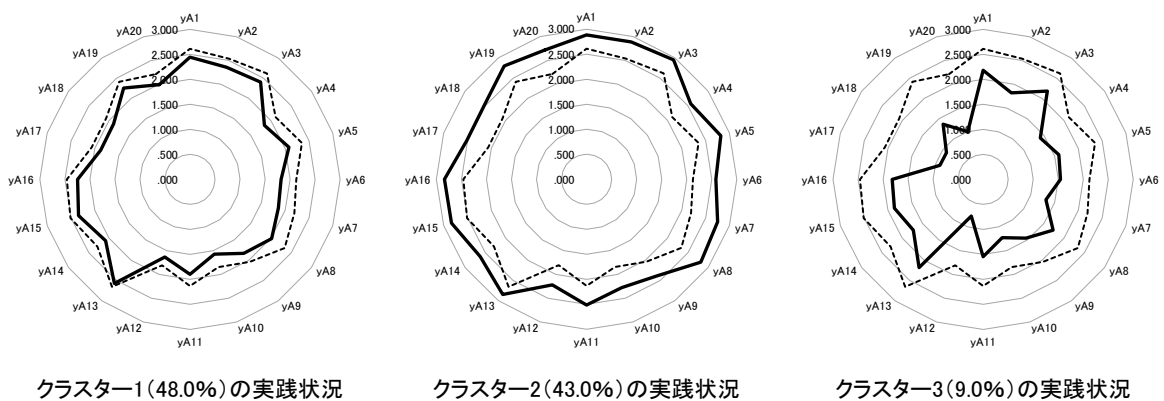


図3 各クラスターにおける家族評価のための情報収集に関する実践状況

※破線は全体平均得点、直線は各クラスターにおける各項目得点を示す。
 ※得点化：「まったくしていない:0点」「あまりしていない:1点」「まあしている:2点」「いつもしている:3点」
 ※()内の数字は各クラスターの構成割合を示す。

5. クラスター間の属性分布および所属機関の状況の比較

抽出されたクラスター間の属性分布および所属機関の状況について比較するため、Fisher の正確確率検定および Welch の検定を行った。その結果、「年齢」($p=0.006$)、「日本医療社会福祉協会（現，日本医療ソーシャルワーカー協会）への所属」($p=0.022$)、「MSW としての通算経験月数」($p=0.030$)、「家族のアセスメントに関する教育や研修の受講経験」($p=0.002$)、「精神科病棟の担当」($p=0.038$)において有意差が確認された（表 10，表 11）。

残差分析および多重比較（Games-Howell 法）の結果，具体的には，MSW の属性分布に関して，クラスター1 に所属する MSW の年齢がクラスター2 に比して有意に若く，クラスター3 に所属する MSW が日本医療社会福祉協会（現，日本医療ソーシャルワーカー協会）に所属している割合が低かった。また，家族のアセスメントに関する教育や研修の受講経験では，クラスター1 が「複数回受講した」と回答した割合が低かった一方で，クラスター2 では高かった。MSW の所属機関の状況に関しては，担当病棟が精神科病棟であった MSW の割合がクラスター1 において高く，クラスター2 において低かった。

なお，「MSW としての通算経験月数」については多重比較の結果，有意差は確認されなかった。

表10 クラスター間の医療ソーシャルワーカーの属性分布の比較 (n=244)

項目	クラスター1 (n=117)	クラスター2 (n=105)	クラスター3 (n=22)	有意差	
性別 ^{※1}	男性	人数(%) 52 (44.4)	36 (34.3)	13 (59.1)	n.s.
	調整済み残差	0.9	-2.0	1.8	
	女性	人数(%) 65 (55.6)	69 (65.7)	9 (40.9)	
	調整済み残差	-0.9	2.0	-1.8	
年齢 ^{※2}	平均(標準偏差, 範囲)	37.5歳 (7.4, 24-56)	40.4歳 (8.1, 25-62)	36.1歳 (9.2, 24-56)	**
		└──────────┘ *			
最終学歴 ^{※1}	高等学校	人数(%) 2 (1.7)	1 (1.0)	0 (0.0)	n.s.
	調整済み残差	0.7	-0.3	-0.5	
	各種専門学校	人数(%) 9 (7.7)	8 (7.6)	3 (13.6)	
	調整済み残差	-0.3	-0.3	1.0	
	福祉系短期大学	人数(%) 1 (0.9)	0 (0.0)	1 (4.5)	
	調整済み残差	0.1	-1.2	2.0	
	福祉系4年制大学	人数(%) 79 (67.5)	76 (72.4)	14 (63.6)	
	調整済み残差	-0.6	0.9	-0.6	
	一般4年制大学	人数(%) 23 (19.7)	14 (13.3)	4 (18.2)	
	調整済み残差	1.1	-1.3	0.2	
	福祉系大学院	人数(%) 3 (2.6)	3 (2.9)	0 (0.0)	
	調整済み残差	0.1	0.3	-0.8	
一般大学院	人数(%) 0 (0.0)	2 (1.9)	0 (0.0)		
調整済み残差	-1.4	1.6	-0.4		
その他	人数(%) 0 (0.0)	1 (1.0)	0 (0.0)		
調整済み残差	-1.0	1.2	-0.3		
所持資格 ^{※1}	社会福祉士	人数(%) 106 (90.6)	90 (85.7)	19 (86.4)	n.s.
	調整済み残差	1.2	-1.0	-0.3	
	介護支援専門員	人数(%) 53 (45.3)	52 (49.5)	9 (40.9)	n.s.
	調整済み残差	-0.4	0.8	-0.6	
	精神保健福祉士	人数(%) 39 (33.3)	32 (30.5)	5 (22.7)	n.s.
	調整済み残差	0.7	-0.2	-0.9	
認定医療社会福祉士	人数(%) 1 (0.9)	4 (3.8)	0 (0.0)	n.s.	
調整済み残差	-1.3	1.7	-0.7		
認定社会福祉士(医療分野)	人数(%) 1 (0.9)	5 (4.8)	0 (0.0)	n.s.	
調整済み残差	-1.6	2.0	-0.8		
雇用形態 ^{※1}	常勤専任	人数(%) 101 (86.3)	92 (87.6)	22 (100.0)	n.s.
	調整済み残差	-0.8	-0.2	1.8	
	非常勤専任	人数(%) 2 (1.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	
調整済み残差	1.5	-1.2	-0.4		
常勤兼任	人数(%) 14 (12.0)	13 (18.1)	0 (0.0)	n.s.	
調整済み残差	0.4	0.6	-1.7		
所属職能団体 ^{※1}	各府県医療ソーシャルワーカー協会	人数(%) 63 (53.8)	61 (58.1)	17 (77.3)	n.s.
	調整済み残差	-1.2	0.1	1.9	
	日本医療社会福祉協会 ^{※3}	人数(%) 31 (26.5)	35 (33.3)	1 (4.5)	*
	調整済み残差	-0.3	1.8	-2.5	
	日本社会福祉士会	人数(%) 23 (19.7)	23 (21.9)	3 (13.6)	n.s.
調整済み残差	-0.2	0.6	-0.8		
日本精神保健福祉士協会	人数(%) 13 (11.1)	9 (8.6)	1 (4.5)	n.s.	
調整済み残差	0.9	-0.4	-0.8		
教育や研修の 受講経験 ^{※1}	「ソーシャルワークのアセスメント」に関する内容				
	複数回受講した	人数(%) 26 (22.2)	36 (34.3)	3 (13.6)	n.s.
	調整済み残差	-1.5	2.3	-1.4	
	一度受講した	人数(%) 33 (28.2)	28 (26.7)	6 (27.3)	
	調整済み残差	0.3	-0.2	0.0	
	受講したことはない(受講しなかった)	人数(%) 58 (49.6)	41 (39.0)	13 (59.1)	
	調整済み残差	1.1	-1.9	1.3	
	「家族のアセスメント」に関する内容				
複数回受講した	人数(%) 15 (12.8)	32 (30.5)	1 (4.5)	**	
調整済み残差	-2.6	3.7	-1.9		
一度受講した	人数(%) 25 (21.4)	25 (23.8)	4 (18.2)		
調整済み残差	-0.3	0.5	-0.5		
受講したことはない(受講しなかった)	人数(%) 77 (65.8)	48 (45.7)	17 (77.3)		
調整済み残差	2.3	-3.4	1.9		
医療ソーシャルワーカー としての通算経験月数 ^{※2}	平均(標準偏差, 範囲)	119.7ヶ月 (79.5, 5-354)	156.3ヶ月 (89.0, 8-488)	104.5ヶ月 (85.5, 20-320)	*

※1: Fisherの正確確率検定, ※2: Welchの検定, ※3: 現, 日本医療ソーシャルワーカー協会
※人数の割合(%)は, 小数点第二位を四捨五入し算出したため100%とならない場合がある。

*: p<0.05, **: p<0.01, n.s.: not significant

表11 クラスター間の医療ソーシャルワーカーの所属機関の状況の比較(n=244)

項目		クラスター1 (n=117)	クラスター2 (n=105)	クラスター3 (n=22)	有意差	
一般病床	人数(%)	78 (66.7)	77 (73.3)	14 (63.6)	n.s.	
	調整済み残差	-0.8	1.2	-0.6		
地域包括ケア病棟	人数(%)	33 (28.2)	37 (35.2)	9 (40.9)	n.s.	
	調整済み残差	-1.3	0.8	0.9		
療養病棟	人数(%)	33 (28.2)	25 (23.8)	9 (40.9)	n.s.	
	調整済み残差	0.3	-1.1	1.5		
回復期リハビリテーション病棟	人数(%)	25 (21.4)	19 (18.1)	7 (31.8)	n.s.	
	調整済み残差	0.2	-0.9	1.3		
担当病棟 ^{※1}	精神科病棟	16 (13.7)	4 (3.8)	2 (9.1)	*	
	調整済み残差	2.4	-2.5	0.0		
緩和ケア病棟	人数(%)	8 (6.8)	8 (7.6)	0 (0.0)	n.s.	
	調整済み残差	0.2	0.6	-1.3		
障害者施設等一般病棟	人数(%)	8 (6.8)	6 (5.7)	2 (9.1)	n.s.	
	調整済み残差	0.2	-0.5	0.5		
結核病棟	人数(%)	0 (0.0)	3 (2.9)	0 (0.0)	n.s.	
	調整済み残差	-1.7	2.0	-0.5		
特殊疾患治療病床	人数(%)	2 (1.7)	1 (1.0)	0 (0.0)	n.s.	
	調整済み残差	0.7	-0.3	-0.5		
担当病棟での 算定加算 ^{※1}	退院支援加算1	57 (48.7)	50 (47.6)	14 (63.6)	n.s.	
	調整済み残差	-0.3	-0.5	1.4		
	退院支援加算2	34 (29.1)	31 (29.5)	3 (13.6)	n.s.	
	調整済み残差	0.4	0.5	-1.6		
	退院調整加算(精神療養病棟入院料)	6 (5.1)	1 (1.0)	0 (0.0)	n.s.	
	調整済み残差	2	-1.6	-0.8		
	退院支援加算3	3 (2.6)	2 (1.9)	0 (0.0)	n.s.	
	調整済み残差	0.5	-0.1	-0.7		
	精神保健福祉士配置加算	1 (0.9)	2 (1.9)	0 (0.0)	n.s.	
	調整済み残差	-0.5	0.8	-0.5		
	総病床数 ^{※2}	平均(標準偏差, 範囲)	246.1床 (208.4, 11-1,441)	244.5床 (194.7, 48-1,435)	202.1床 (129.8, 60-470)	n.s.
	医療ソーシャルワーカー の所属人数 ^{※2}	平均(標準偏差, 範囲)	4.4人 (3.2, 1-17)	4.4人 (3.8, 1-26)	3.7人 (2.1, 1-7)	n.s.

※1: Fisherの正確確率検定, ※2: Welchの検定

*: p<0.05, n.s.: not significant

第4節 考察

1. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践状況の特徴

本章の研究で設定した「MSWの退院援助における家族評価のための情報収集」に関する項目は、臨床現場の実践報告等に基づいて情報収集の必要性が示唆された20項目によって構成されている。十分なアセスメントに基づいて援助を展開するためには、まず包括的な視点から情報収集が行われる必要があることから、本章の研究では各項目に対して「いつもしている」と回答することが望まれる。クラスター2はすべての項目において高い実践頻度を示しており、退院援助における家族評価のための情報収集に関してMSWに期待される視点を有している集団であったといえる。

しかしながら、このクラスターに所属する MSW は全体の約 4 割にとどまっており、クラスター1 およびクラスター3 に所属する約 6 割の MSW において家族評価のための情報収集に関する実践に課題がある可能性が推測された。また、実践の程度に差があるものの、本章の研究において確認されたクラスターは相似した実践傾向を示していた。具体的には、いずれのクラスターも「退院に対する家族の感情と代弁機能」および「退院に対する家族の受容」に関する項目の情報収集の実践頻度が高かった一方で、「退院に向けた家族間のコミュニケーション」に関する項目の情報収集の実践頻度が低かった。

実践頻度が高かった「退院に対する家族の感情と代弁機能」は、「患者の身元の引き受けや自宅復帰に対して家族に否定的な思いがあるか」「患者の退院に向けた意思決定や患者の希望を代弁できる家族成員がいるか」に関する項目で構成されている。退院援助では、患者および家族成員の意向をふまえて退院先の決定を支援することが不可欠であるため、退院先の決定に直接関係するような家族成員における患者の身元引き受けの拒否の確認や退院援助におけるキーパーソンの把握については、情報収集が行われる頻度が高かったものと考えられる。また、「退院に対する家族の受容」は、退院に向けた調整を行うにあたって、彼らが現在の状況を理解し、今後の生活について考えられているかどうかに関する項目で構成されている。医療費の抑制政策として在院日数の短縮が求められる中で、患者および家族成員の意向に沿った退院援助を行うためには、彼らが退院について受け止められているか、どのような意向を有しているかなどについて確認する必要がある、実践頻度の高さにつながったものと推察される。

一方で、「退院に向けた家族間のコミュニケーション」に関する実践頻度は低かった。「退院に向けた家族間のコミュニケーション」は、病気や障害、退院後の生活等に関する患者と家族成員の間のコミュニケーションの状況について情報収集を行う項目で構成されている。家族におけるコミュニケーションは、家族機能の良否に係る (Olson et al. 1982) など、重要な情報収集の項目であるが、在院日数の短縮化に伴って面接の機会や時間が制限される中で、家族の間のコミュニケーションの状況について情報収集を行うことは容易ではなかった可能性が推測される。しかし

ながら、家族間のコミュニケーションについての情報収集が不十分な退院援助では、退院後の患者および家族成員の療養生活の継続等を脅かすような課題が発生する危険性があるため、MSW に対して実践の内省と自己覚知を促すような支援が必要であると考えられる。

2. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践のクラスター間の属性分布および所属機関の状況の比較

クラスター分析により確認された3つのクラスター間の属性分布および所属機関の状況について、Fisher の正確確率検定および Welch の検定後、有意差が認められた場合には残差分析および多重比較（Games-Howell 法）を用いて比較を行った。その結果、「年齢」「日本医療社会福祉協会（現、日本医療ソーシャルワーカー協会）への所属」「家族のアセスメントに関する教育や研修の受講経験」「精神科病棟の担当」において有意差とその特徴が確認された。

まず、年齢について、家族評価のための情報収集に関する実践頻度が2番目に高かったクラスター1 に比して、最も実践頻度が高かったクラスター2 の方が有意に高く、年齢を経て積み重ねた人生経験によって実践に差異がみられた可能性が考えられる。しかしながら、多重比較の結果、MSW としての通算経験月数には有意差が確認されなかったことから、後続研究ではクラスター2 に所属する MSW の特徴についてより詳細に検討することが必要である。

次いで、日本医療社会福祉協会（現、日本医療ソーシャルワーカー協会）への所属について、本章の研究では実践頻度が最も低かったクラスター3 において所属している割合が低かった。ソーシャルワーカーの倫理綱領（社会福祉専門職団体協議会 2005）では、実践現場において最良の実践を行うために、スーパービジョンや教育・研修に参加し、援助方法の改善と専門性の向上を図ることが倫理責任として挙げられており、職能団体はこれに関する取り組みをしていることから、職能団体への所属の有無によって実践頻度に有意差が確認されたものと考えられる。また、本章の研究では、日本医療社会福祉協会（現、日本医療ソーシャルワーカー協会）への所属の有無においてのみ有意差が確認されたが、分析対象者数が本研究結果に影響

響した可能性は否めないことから、今後は調査対象者数を増やし再検討を行うことが必要である。そのうえで、各職能団体の活動や取り組みをふまえて家族評価のための情報収集の実践との関連を確認することが今後の課題である。

また、MSW の実践能力の変容過程を定性的研究によって明らかにした保正(2013)の研究では、変容促進契機として「学びの活動」が挙げられている。これには「研修参加」「スーパービジョン受講」「講師・バイザー経験」などが含まれるが、その中でも「研修参加」が多くの MSW の変容促進契機となっていると述べられている。本章の研究においても「家族のアセスメントに関する教育や研修の受講経験」によって家族評価のための情報収集の実践頻度が異なることが確認され、先行研究を支持する結果であった。なお、先行研究では、経験年数によって実践能力が変容していくことが示唆されているが(武田ら 1996;保正 2005;保正ら 2007;横山ら 2007;保正ら 2008)、本章の研究では有意な関連がみられなかった。これらのことから、適切な教育や研修の受講によって経験年数に依らず実践能力が向上する可能性が推察される。その一方で、実践能力の向上に関して、現状では保健医療組織のみならず職能団体においても個々人の自己研鑽に任されているとの指摘(田中 2017)を鑑みるならば、主体的・意識的に研修等を受講する者は実践能力の向上に対する意識が高く、個々人の取り組みによって実践頻度が高まったとも考えられる。よって、今後は研修等への参加に関連する可能性のある要因を探索していくことが必要である。

最後に、精神科病棟の担当の有無について、平均して家族評価のための情報収集を「まあしている」と回答していたクラスター1において精神科病棟を担当している割合が高かったことから、精神科病棟を担当し、精神疾患患者および家族成員を対象とした退院援助に従事している経験が実践につながった可能性が考えられる。また、最も実践頻度が高かったクラスター2に所属する MSW においては精神科病棟を担当している割合が低かったが、これには本章の研究が現在の担当病棟について回答を求めていたことが関係していると推察される。つまり、調査時点において精神科病棟を担当していなくても過去に担当していた経験があることが実践頻度に関係した可能性があることから、今後は実践頻度の高かった MSW の業務経験や学

習内容を確認することが求められる。

なお、本章の研究では、提示された3つのクラスターが階層性を有する可能性が考えられた。これは、「家族のアセスメントに関する教育や研修」の内容や受講頻度等によって家族評価のための情報収集の実践頻度が段階的に高まる可能性を示している。しかしながら、これは推測の域を出ないため、後続研究では、潜在ランク理論(Shojima 2007)を用いた検証によって実践頻度に応じて潜在的な下位集団に順序性を仮定し段階的に示し、より高次の段階へとステップアップするための方略を段階ごとに提示するなど(相馬ら 2013)、より詳細に検討し、実用的な知見を得ることが求められる。

第5節 結論

本章における研究では、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集の実践状況についてクラスター分析を用いて確認したところ、実践に関してMSWは3つのクラスターに類型化され、実践に期待される視点を有していると考えられたMSWは全体の約4割にとどまっていたことが明らかになった。また、いずれのクラスターにおいても「退院に向けた家族間のコミュニケーション」に関する実践頻度が低いなど類似した実践傾向にあることが示された。さらに、クラスター間において「年齢」「日本医療社会福祉協会(現、日本医療ソーシャルワーカー協会)への所属」「家族のアセスメントに関する教育や研修の受講経験」「精神科病棟の担当」に有意差が確認され、MSWの養成・現任研修を意図とした教育活動における示唆が得られた。今後は、潜在ランク理論による分析を用いて家族評価のための情報収集の実践状況に関連する要因を検討し、より詳細な知見を得ることが課題である。

第5章 医療ソーシャルワーカーを対象とした退院援助における家族評価のための情報収集の実践に関連する要因の検討

第1節 研究目的

第4章では、退院援助における家族評価のための情報収集の実践に関してクラスター分析を用いてMSWを類型化し、クラスター間の属性分布および所属機関の状況を比較した。その結果、「年齢」「日本医療社会福祉協会（現、日本医療ソーシャルワーカー協会）への所属」「家族のアセスメントに関する教育や研修の受講経験」「精神科病棟の担当」において有意差が確認された。特に、実践の促進に向けては「家族のアセスメントに関する教育や研修」を複数回受講することが有用であることが明らかになり、後続研究ではその具体的な内容について検討する必要性が示唆された。加えて、第4章の研究において関連要因の検討に用いた変数はMSWや所属機関の基本属性にとどまっていたことから、今後はその他の変数もふまえた検討の必要性が示された。

また、第3章の研究では「MSWの退院援助における家族評価のための情報収集」に関する項目を設定し、その構造を検討したが、近畿、中国ならびに中部地方内の8府県における医療機関844ヶ所に勤務するMSWを対象としていたことから、他の都道府県のMSWを対象に調査を実施し結果の一般化を図ることが課題となっていた。

以上をふまえ、本章では、第3章の研究において作成した「MSWの退院援助における家族評価のための情報収集」の交差妥当性を検討したうえで、退院援助における家族評価のための情報収集の実践の促進に関連する要因を明らかにすることを目的とした。

第2節 研究方法

1. 調査対象および調査方法

本章における研究では、関東地方（東京都を除く）の各県庁ホームページ内の医療機関一覧（2019（令和元）年7月末時点）に掲載されていた計1,380ヶ所の医療機関に勤務するMSWを対象とした質問紙調査を実施した。調査票は、医療機関の管理者宛に調査依頼書（趣旨説明等を含む）等と合わせて送付し、各医療機関1人のMSWに回答を依頼した。また、調査票は無記名自記式とし、記入後は回答者自身が返信用封筒に厳封し、返送する方法を採った。調査期間は2019（令和元）年9月～同年10月の2ヶ月間とした。

2. 調査内容

調査内容は、調査対象者の属性（性別、年齢、MSWとしての通算経験月数、所持資格、雇用形態、職位、所属職能団体、ロールモデルの有無、スーパービジョンの受講経験の有無、スーパーバイザー・講師経験の有無）、家族療法に関する学習経験の有無、所属機関の状況（医療機関の種類、総病床数、MSWの所属人数、調査対象者の担当病棟）、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目とした。

MSWの退院援助における家族評価のための情報収集の測定には、第3章の研究によって設定した項目を用いた。計20項目の内訳は、「退院に対する家族の感情と代弁機能：4項目」「家族の健康状態と介護力：4項目」「退院に向けた家族間のコミュニケーション：4項目」「退院に対する家族の受容：4項目」「退院に向けた家族の役割機能：4項目」である。回答は「まったくしていない：0点」「あまりしていない：1点」「まあしている：2点」「いつもしている：3点」の4件法で求め、実践頻度が高いほど得点が高くなるよう設定した。

家族療法は、個人や家族の抱える様々な心理的・行動的な困難や問題を家族という文脈の中で理解し、解決に向けた援助を行っていかうとする対人援助の方法論の総称であり、広範な臨床領域において応用・実践されている（日本家族研究・家族

療法学会編 2013a)。そのため、家族療法に関する学習によって家族評価の実践に差異が生じると予想されることから、本章の研究ではその学習経験の有無を尋ねた。設定した項目は、「ジェノグラム（家族関係図）」「エプステインのマクマスター・モデル（Epstein et al. 1978）」「オルソンの円環モデル（Olson et al. 1979）」「サンタバーバラのプロセス・モデル（Santa-Barbara et al. 1981）」「ビーバーズ・ティンバーローン・モデル（Beavers et al. 1981）」「家族ライフサイクルモデル（Hill 1970）」「ABC-X モデル（Hill et al. 1949）」「ローラー・コースター（ジェットコースター）モデル（Hill 1958）」「二重 ABC-X モデル（McCubbin et al. 1983）」の 9 項目である。回答は「学習したことはない（聞いたことがない）：0 点」「学習したことがある：1 点」の 2 件法で求めた。なお、家族療法の学習経験に関する各項目の説明は以下のとおりである。

1) ジェノグラム（家族関係図）

3 世代以上の家族内の関係性や状況、世代間伝承等を記した図。

2) エプステインのマクマスター・モデル

現在の家族システムの健康度を評価するために「課題解決」「コミュニケーション」「役割」「情緒的な敏感さ」「情緒的関与」「行動のコントロール」といった独立した 6 次元に注目するモデル（Epstein et al. 1978）。

3) オルソンの円環モデル

家族システムが良好に機能しているか否かを「家族の凝集性」および「家族の適応力」の二軸で評価し、両機能が中庸であれば健康であるとされるモデル（Olson et al. 1979）。

4) サンタバーバラのプロセス・モデル

家族システムの健康度を関連し合う「課題の達成」「役割遂行」「コミュニケーション」「情緒的関与」「コントロール」「価値観と規範」といった 6 側面から捉えるモ

デル (Santa-Barbara et al. 1981)。

5) ビーバーズ・ティンバーローン・モデル

家族システムの特徴を「遠心的」と「求心的」の 2 つの側面から捉えるモデル (Beavers et al. 1981)。

6) 家族ライフサイクルモデル

構造、発達、機能というシステムの属性のうち家族システムの発達過程に注目したモデル (Hill 1970 ; 日本家族研究・家族療法学会編 2013b)。

7) ABC-X モデル

A 要因 (ストレス源)、B 要因 (対処資源) ならびに C 要因 (家族の認知) の相互作用の結果として X (家族危機) が発生するという危機発生メカニズムを示したモデル (Hill et al. 1949)。

8) ローラー・コースター (ジェットコースター) モデル

集団 (組織体) としての家族が危機に遭遇した後、組織解体→回復→再組織化という経過を辿って適応していく過程を示したモデル (Hill 1958 ; 石原 2001)。

9) 二重 ABC-X モデル

ABC-X モデルの終局である X (家族危機) に至った後、その累積により再び ABC-X モデルと同様の経過を辿り、適応 (良好適応または不適応) に至るといった、家族危機前後に ABC-X モデルを設定したモデル (McCubbin et al. 1983 ; 石原 2001)。

3. 解析方法

統計解析では、第一段階として、近畿、中国ならびに中部地方内の 8 府県における医療機関に勤務する MSW から得られた資料を基に作成された「MSW の退院援助における家族評価のための情報収集」の交差妥当性を検討するため、第 3 章の研究

での解析と同様に 5 因子斜交モデルを設定し、WLSMV をパラメータの推定法に構造方程式モデリングを用いて検証的因子分析を行い、データに対する適合度を確認した。

第二段階では、MSW の退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践の特性を明らかにするため、第 1 段階で交差妥当性および信頼性が支持された「MSW の退院援助における家族評価のための情報収集」の項目を用いて、自己組織化マッピングによる潜在ランク理論 (Shojima 2007) による分析を行った。分析に際して、当該項目に関するデータは順序性のある段階反応であることを仮定し、潜在ランクの推定において各項目の単調増加制約や事前分布、目標潜在ランク分布といった制約は課さなかった。

第三段階では、潜在ランク理論に推定されたランク間における属性および家族療法に関する学習経験の有無を比較するため、Fisher の正確確率検定および Welch の検定を行った。

第四段階では、MSW の退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践の潜在ランクに関連する要因を検討することを目的に、各変数の内容を鑑みたくえで第三段階において有意差が確認された変数を用いて順序ロジスティック回帰分析を行った。なお、独立変数の選定にあたっては多重共線性を考慮し、テトラコリック相関係数が 0.800 以上の値を示す変数を分析から除外した。分析における得点化は、性別では「女性：0 点」「男性：1 点」、その他の項目では「無：0 点」「有：1 点」とした。

構造方程式モデリングにおけるモデルの適合度の評価には、CFI および RMSEA を用いた。CFI および RMSEA は一般に $CFI \geq 0.950$ であればそのモデルがデータをよく説明しており (Muthen et al. 2007)、 $RMSEA \geq 0.100$ であればそのモデルを採択すべきでないと判断される (山本 1999)。構造方程式モデリングで検証された因子構造を構成する観測変数を測定尺度とみなした際の信頼性は、 α 信頼性係数で検討した。また、潜在ランク理論における最適な潜在ランク数は、Bayesian Information Criterion (以下、BIC) および Conditional Akaike Information Criterion (以下、CAIC) を参考にし、当該ランクモデルの良否は RMSEA により判断した。相対指標である

BIC および CAIC は、値が小さいほど情報量が多く良好であるとされ、本章の研究における潜在ランク理論による分析では k ランクモデルから $k+1$ ランクモデルへと徐々にランク数を増加させたとき、その値が最も低かったランクモデルを採用した。

なお、本章の研究で用いる潜在ランク理論は、潜在尺度に順序尺度を仮定し、2 値や段階反応のデータに対して、各回答者の推定されたランクへの所属確率を推定する方法である（清水ら 2014）。従来、個人を複数の集団に分類する統計手法としては、クラスター分析や潜在クラス分析が用いられてきたが、これらの分析方法が回答者を順序性のない名義グループに分類するのに対し、潜在ランク理論では順序性を持ったグループに分類するという特徴がある（清水ら 2014；杉山ら 2018）。

以上の解析には統計ソフト「IBM SPSS 22J for Windows (+ Exact Tests)」「Mplus version 7.2」ならびに「Exametrika version5.3 (Shojima 2007)」を用い、統計学的な有意性は 5% 有意水準とした。

4. 倫理的配慮

本調査の実施にあたって、調査対象者に調査の趣旨、匿名性の保証、調査協力は自由意思（任意）であること等について文書にて説明するとともに、調査票に本調査への参加の同意を確認する欄を設けた。なお、本調査は 2019（令和元）年 8 月 22 日に日本福祉大学倫理審査委員会の審査・承認を得て実施した（受付番号：19-10）。

第 3 節 研究結果

回答は 266 ヶ所の医療機関から得られ（回収率：19.3%）、統計解析には調査対象者の属性、家族療法に関する学習経験の有無、所属機関の状況ならびに MSW の退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目に欠損値を有さない 215 ヶ所の医療機関に勤務する MSW の資料（調査対象とした医療機関の 15.6%、回答があった医療機関の 80.8%）を用いた。

1. 分析対象者の属性分布および家族療法に関する学習経験の回答分布

分析対象者の属性分布および家族療法に関する学習経験の回答分布は表 12 のとおりであった。性別は女性が 154 人 (71.6%) であり、年齢は平均 40.4 歳 (標準偏差: 8.5, 範囲: 23-60), MSW としての通算経験月数は平均 149.6 ヶ月であった。所持資格は, 社会福祉士が 188 人 (87.4%) と最も多く, 次いで精神保健福祉士が 93 人 (43.3%), 介護支援専門員が 84 人 (39.1%), 認定医療社会福祉士が 11 人 (5.1%), 認定社会福祉士 (医療分野) が 10 人 (4.7%) であり, いずれの資格も所持していない人は 2 人 (0.9%) であった。雇用形態は常勤専任が 198 人 (92.1%) を占め, 職位は管理職が 124 人 (57.7%) であった。所属職能団体は, 各県医療ソーシャルワーカー協会が最多の 126 人 (58.6%) であり, 次いで日本医療社会福祉協会 (現, 日本医療ソーシャルワーカー協会) が 81 人 (37.7%) であり, 各県医療ソーシャルワーカー協会, 日本医療社会福祉協会 (現, 日本医療ソーシャルワーカー協会), 日本社会福祉士会ならびに日本精神保健福祉士協会のいずれにも所属していない人は 52 人と, 全体の 24.2% を占めていた。

また, ロールモデルとなるような MSW (目標としている MSW) がいると回答した人は, 職場内では 66 人 (30.7%), 職場外では 126 人 (58.6%) であり, 職場内においてスーパービジョンの受講経験があると回答した人は 82 人 (38.1%) であり, 職場外においては 97 人 (45.1%) であった。スーパーバイザー・講師経験があると回答した人は 95 人 (44.2%) であった。

家族療法に関する学習経験は, 学習したことがあると回答した人数が多かったものから順に「ジェノグラム (家族関係図) の記載方法」が 204 人 (94.9%), 「家族ライフサイクル」が 124 人 (57.7%), 「オルソンの円環モデル」が 32 人 (14.9%), 「ローラー・コースター (ジェットコースター) モデル」および「ABC-X モデル」が 28 人 (13.0%), 「二重 ABC-X モデル」および「サンタバーバラのプロセス・モデル」が 18 人 (8.4%), 「エプステインのマクマスター・モデル」が 14 人 (6.5%), 「ビーバーズ・ティンバーローン・モデル」が 10 人 (4.7%) であった。

表12 分析対象者の属性分布および家族療法に関する学習経験の回答分布 (n=215)

項目		人数	(%)
性別	女性	154	(71.6)
	男性	61	(28.4)
年齢	平均40.4歳(標準偏差:8.5, 範囲:23-60)		
医療ソーシャルワーカーとしての 通算経験月数	平均149.6ヶ月(標準偏差:93.2, 範囲:1-426)		
所持資格※	社会福祉士	188	(87.4)
	精神保健福祉士	93	(43.3)
	介護支援専門員	84	(39.1)
	認定医療社会福祉士	11	(5.1)
	認定社会福祉士(医療分野)	10	(4.7)
	いずれも持っていない	2	(0.9)
雇用形態	常勤専任	198	(92.1)
	常勤兼任	16	(7.4)
	非常勤専任	1	(0.5)
職位	管理職	124	(57.7)
	非管理職	91	(42.3)
所属職能団体※	各県医療ソーシャルワーカー協会	126	(58.6)
	日本医療社会福祉協会※ ¹	81	(37.7)
	日本社会福祉士会	36	(16.7)
	日本精神保健福祉士協会	26	(12.1)
	いずれにも入会していない	52	(24.2)
ロールモデルの有無	職場内	いる	66 (30.7)
		いない	149 (69.3)
	職場外	いる	126 (58.6)
		いない	89 (41.4)
スーパービジョンの受講経験 の有無	職場内	あり	82 (38.1)
		なし	133 (61.9)
	職場外	あり	97 (45.1)
		なし	118 (54.9)
スーパーバイザー・講師経験 の有無	あり	95 (44.2)	
	なし	120 (55.8)	
家族療法に関する学習経験 の有無 (「あり」の回答)	ジェノグラム(家族関係図)の記載方法	204	(94.9)
	家族ライフサイクルモデル	124	(57.7)
	オルソンの円環モデル	32	(14.9)
	ローラー・コースター(ジェットコースター)モデル	28	(13.0)
	ABC-Xモデル	28	(13.0)
	二重ABC-Xモデル	18	(8.4)
	サンタバーバラのプロセス・モデル	18	(8.4)
	エプステインのマクマスター・モデル	14	(6.5)
	ビーバーズ・ティンバーローン・モデル	10	(4.7)

※1: 現, 日本医療ソーシャルワーカー協会
※複数回答

2. 分析対象者の所属機関の状況

分析対象者の所属機関の状況は表13のとおりであった。医療機関の種類は、一般病院（特定機能病院，地域医療支援病院を除く）が最多の104人（48.4%）であり，次いで地域医療支援病院が56人（26.0%），精神科病院が31人（14.4%），特定機能病院が7人（3.3%）であった。担当病棟は，一般病棟が最多の143人（66.5%）であり，地域包括ケア病棟が60人（27.9%），療養病棟が55人（25.6%），回復期リハビリテーション病棟が43人（20.0%），精神科病棟が32人（14.9%），緩和ケア病棟が12人（5.6%），障害者施設等一般病棟が8人（3.7%）と続いた。総病床数は平均261.0床（標準偏差：194.2，範囲：40-1,208）であり，MSWの所属人数は平均5.4人（標準偏差：3.6，範囲：1-24）であった。

表13 分析対象者の所属機関の状況(n=215)

	項目	人数	(%)	
医療機関の種類	一般病院(特定機能病院, 地域医療支援病院を除く)	104	(48.4)	
	地域医療支援病院	56	(26.0)	
	精神科病院	31	(14.4)	
	特定機能病院	7	(3.3)	
	その他	17	(7.9)	
担当病棟※	一般病棟	143	(66.5)	
	地域包括ケア病棟	60	(27.9)	
	療養病棟	55	(25.6)	
	回復期リハビリテーション病棟	43	(20.0)	
	精神科病棟	32	(14.9)	
	緩和ケア病棟	12	(5.6)	
	障害者施設等一般病棟	8	(3.7)	
	結核病棟	2	(0.9)	
	感染症病棟	1	(0.5)	
	特殊疾患治療病棟	1	(0.5)	
	その他	15	(7.0)	
	総病床数	平均261.0床(標準偏差:194.2, 範囲:40-1,208)		
	医療ソーシャルワーカーの所属人数	平均5.4人(標準偏差:3.6, 範囲:1-24)		

※複数回答

3. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目の回答分布

MSW の退院援助における家族評価のための情報収集に関する項目の回答分布は表 14 のとおりであった。「いつもしている」と回答した人数が最多であった項目は、「yA3：患者の退院に向けて、意思決定を行うことができる家族成員がいることをアセスメントしている」が 177 人（82.3%）であり、「yA1：家族全体に、患者の自宅復帰に対して否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている」が 130 人（60.5%）、「yA16：家族成員が、患者が退院するという事について受け止めることができているかどうかをアセスメントしている」が 126 人（58.6%）と続いた。

一方、「まったくしていない」と回答した人数が最多であった項目は、「yA17：退院に向けて、家族成員の家庭内での役割を変更する必要があるかどうかをアセスメントしている」が 5 人（2.3%）であった。なお、「yA5：介護者の健康状態をアセスメントしている」「yA7：介護者の疲労度をアセスメントしている」「yA8：介護者の介護意欲をアセスメントしている」「yA11：患者と家族成員の間に退院後の生活について話し合うことができているかどうかをアセスメントしている」「yA15：家族成員が、退院後の療養生活をイメージできているかどうかをアセスメントしている」「yA16：家族成員が、患者が退院するという事について受け止めることができているかどうかをアセスメントしている」の 6 項目においては、「まったくしていない」と回答した人数が 0 人（0.0%）であった。

また、「いつもしている」と「まあしている」を合わせた結果は、「yA3：患者の退院に向けて、意思決定を行うことができる家族成員がいることをアセスメントしている」および「yA13：患者と家族成員で、退院先の意向（希望）が一致しているかどうかをアセスメントしている」が 210 人（97.7%）と最多であった。一方、「まったくしていない」と「あまりしていない」を合わせた結果は、「yA6：介護者の介護経験の有無をアセスメントしている」「yA10：病気や障害のことを患者と家族成員の間に話すことができているかどうかをアセスメントしている」「yA12：患者の退院のための家庭内の役割分担が、家族全体の同意のもとに行われているかどうかをアセスメントしている」の 3 項目が 51 人（23.7%）と最多であった。

表14 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集
に関する項目の回答分布(n=215)

番号	項目	いつも している	まあ している	あまり していない	まったく していない
		人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)
「退院に対する家族の感情と代弁機能」に関する項目					
yA1	家族全体に、患者の自宅復帰に対して否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている	130 (60.5)	72 (33.5)	11 (5.1)	2 (0.9)
yA2	家族全体に、退院後の患者の身元を引き受けることに対して、否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている	124 (57.7)	77 (35.8)	13 (6.0)	1 (0.5)
yA3	患者の退院に向けて、意思決定を行うことができる家族成員がいることをアセスメントしている	177 (82.3)	33 (15.3)	4 (1.9)	1 (0.5)
yA4	患者の希望を代弁できる家族成員がいることをアセスメントしている	124 (57.7)	75 (34.9)	14 (6.5)	2 (0.9)
「家族の健康状態と介護力」に関する項目					
yA5	介護者の健康状態をアセスメントしている	119 (55.3)	81 (37.7)	15 (7.0)	0 (0.0)
yA6	介護者の介護経験の有無をアセスメントしている	77 (35.8)	87 (40.5)	49 (22.8)	2 (0.9)
yA7	介護者の疲労度をアセスメントしている	107 (49.8)	86 (40.0)	22 (10.2)	0 (0.0)
yA8	介護者の介護意欲をアセスメントしている	116 (54.0)	89 (41.4)	10 (4.7)	0 (0.0)
「退院に向けた家族間のコミュニケーション」に関する項目					
yA9	患者と家族成員の間で活発にコミュニケーションが行われているかどうかをアセスメントしている	97 (45.1)	96 (44.7)	20 (9.3)	2 (0.9)
yA10	病気や障害のことを患者と家族成員の間で話すことができているかどうかをアセスメントしている	68 (31.6)	96 (44.7)	49 (22.8)	2 (0.9)
yA11	患者と家族成員の間で退院後の生活について話し合っているかどうかをアセスメントしている	115 (53.5)	89 (41.4)	11 (5.1)	0 (0.0)
yA12	患者の退院のための家庭内の役割分担が、家族全体の同意のもとに行われているかどうかをアセスメントしている	69 (32.1)	92 (42.8)	48 (22.3)	3 (1.4)
「退院に対する家族の受容」に関する項目					
yA13	患者と家族成員で、退院先の意向(希望)が一致しているかどうかをアセスメントしている	137 (63.7)	73 (34.0)	3 (1.4)	2 (0.9)
yA14	患者と家族成員の間で、今後の生活に対する目標が定まっているかどうかをアセスメントしている	81 (37.7)	104 (48.4)	29 (13.5)	1 (0.5)
yA15	家族成員が、退院後の療養生活をイメージできているかどうかをアセスメントしている	123 (57.2)	84 (39.1)	8 (3.7)	0 (0.0)
yA16	家族成員が、患者が退院するという事について受け止めることができているかどうかをアセスメントしている	126 (58.6)	80 (37.2)	9 (4.2)	0 (0.0)
「退院に向けた家族の役割機能」に関する項目					
yA17	退院に向けて、家族成員の家庭内での役割を変更する必要があるかどうかをアセスメントしている	69 (32.1)	101 (47.0)	40 (18.6)	5 (2.3)
yA18	入院前後における患者と家族成員の関係の変化についてアセスメントしている	82 (38.1)	83 (38.6)	47 (21.9)	3 (1.4)
yA19	患者の家庭内での立場をアセスメントしている	90 (41.9)	93 (43.3)	29 (13.5)	3 (1.4)
yA20	患者が家庭内でどのような役割を付与されているかをアセスメントしている	76 (35.3)	99 (46.0)	37 (17.2)	3 (1.4)

※人数の割合(%)に関し、小数点第二位を四捨五入し算出したため100%とならない場合がある。

4. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践の特性

統計解析の第一段階として検証的因子分析を行った結果、 $\chi^2(df)=359.945(160)$ 、CFI=0.972、RMSEA=0.076 と、統計学的許容水準を満たしていた。モデルの識別のために制約を加えたパスを除き（山本 1999）、パス係数はすべて正の値を示し、統計学上有意であった。また、 α 信頼性係数は「退院に対する家族の感情と代弁機能」が 0.762、「家族の健康状態と介護力」が 0.815、「退院に向けた家族間のコミュニケーション」が 0.813、「退院に対する家族の受容」が 0.794、「退院に向けた家族の役割機能」が 0.886 であった。

第二段階として、潜在ランク理論による分析を行った結果、潜在ランク理論の前提である順序配置条件は満たされており、ランク数が 2 から 6 までのモデルによる RMP に基づく BIC および CAIC はランク数が 3 の場合に最小であった（図 4）。BIC および CAIC は、ともに他の情報量規準を示す適合度指標（AIC など）よりも良好であることから（Lin et al. 1997）、本章の研究では 3 ランクモデルを採択した。また、3 ランクモデルにおける RMSEA は 0.001 未満と統計学的許容水準を満たしており、当該モデルが最適であると判断した。

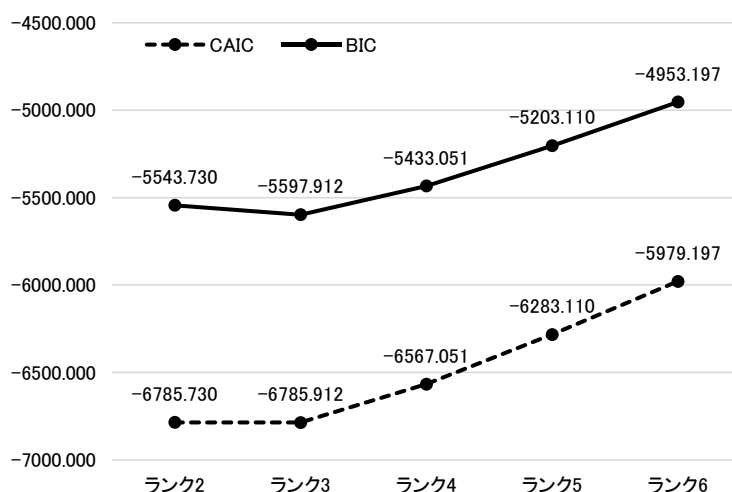


図4 各潜在ランクモデルにおけるBICおよびCAICの推移

3 ランクモデルにおける各項目のカテゴリー反応率から算出された平均点をランクごと示した項目参照プロファイル (Item Reference Profile: 以下, IRP) は表 15 のとおりであった。推定された潜在ランクにおける回答者の分布を示すランク・メンバーシップ分布 (Rank Membership Distribution: 以下, RMD) はランク 1 が 77.318, ランク 2 が 63.060, ランク 3 が 74.623 であり, 相対 RMD はランク 1 が 0.360, ランク 2 が 0.293, ランク 3 が 0.347 であった。

表15 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践の項目参照プロファイル(IRP)

番号	項目	RMD [*] (相対RMD)	ランク1	ランク2	ランク3
			77.318 (0.360)	63.060 (0.293)	74.623 (0.347)
yA1	家族全体に, 患者の自宅復帰に対して否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている		2.183	2.596	2.855
yA2	家族全体に, 退院後の患者の身元を引き受けることに対して, 否定的な思いがあるかどうかをアセスメントしている		2.191	2.540	2.808
yA3	患者の退院に向けて, 意思決定を行うことができる家族成員がいることをアセスメントしている		2.589	2.849	2.972
yA4	患者の希望を代弁できる家族成員がいることをアセスメントしている		2.159	2.528	2.815
yA5	介護者の健康状態をアセスメントしている		2.131	2.535	2.814
yA6	介護者の介護経験の有無をアセスメントしている		1.724	2.088	2.525
yA7	介護者の疲労度をアセスメントしている		1.966	2.473	2.785
yA8	介護者の介護意欲をアセスメントしている		2.120	2.549	2.840
yA9	患者と家族成員の間で活発にコミュニケーションが行われているかどうかをアセスメントしている		1.919	2.369	2.748
yA10	病気や障害のことを患者と家族成員の間で話すことができているかどうかをアセスメントしている		1.645	2.074	2.503
yA11	患者と家族成員の間で退院後の生活について話し合うことができているかどうかをアセスメントしている		2.112	2.546	2.824
yA12	患者の退院のための家庭内の役割分担が, 家族全体の同意のもとに行われているかどうかをアセスメントしている		1.646	1.998	2.544
yA13	患者と家族成員で, 退院先の意向(希望)が一致しているかどうかをアセスメントしている		2.291	2.640	2.906
yA14	患者と家族成員の間で, 今後の生活に対する目標が定まっているかどうかをアセスメントしている		1.836	2.182	2.677
yA15	家族成員が, 退院後の療養生活をイメージできているかどうかをアセスメントしている		2.216	2.552	2.852
yA16	家族成員が, 患者が退院するということについて受け止めることができているかどうかをアセスメントしている		2.188	2.587	2.881
yA17	退院に向けて, 家族成員の家庭内での役割を変更する必要があるかどうかをアセスメントしている		1.630	2.041	2.593
yA18	入院前後における患者と家族成員の関係の変化についてアセスメントしている		1.660	2.108	2.641
yA19	患者の家庭内での立場をアセスメントしている		1.762	2.269	2.756
yA20	患者が家庭内でどのような役割を付与されているかをアセスメントしている		1.674	2.112	2.675

※RMD(Rank Membership Distribution; ランク・メンバーシップ分布): 推定された潜在ランクにおける回答者の分布を示したもの

図5は、「MSWの退院援助における家族評価のための情報収集」20項目の合計得点と3つのランクの関係を示すために示したランクごとのヒストグラムである。各ランクは、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集の得点に基づいて順序性を有していることが確認された。

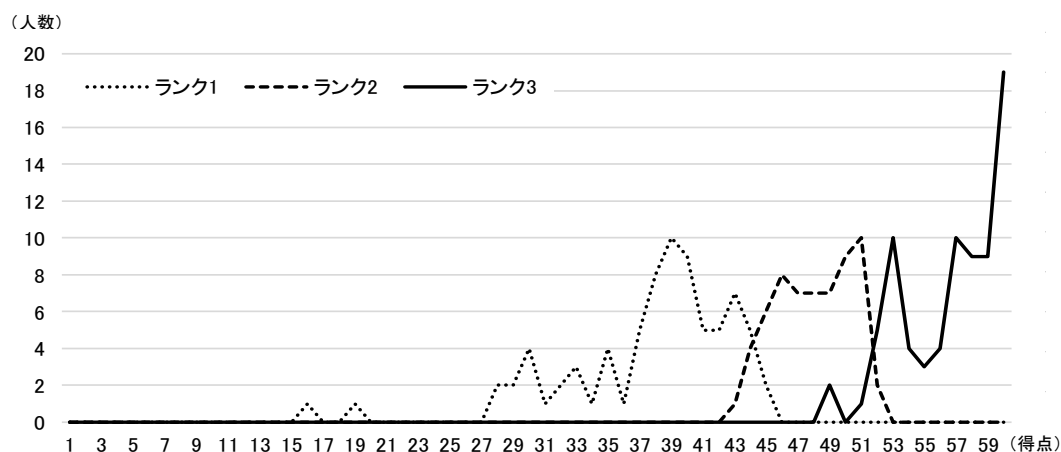


図5 各潜在ランクにおける「医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集」20項目の合計得点のヒストグラム

5. 潜在ランク間の属性および家族療法に関する学習経験の有無の比較

3つの潜在ランク間の属性および家族療法に関する学習経験の有無の差を確認するため、Fisherの正確確率検定およびWelchの検定を行った結果、「性別」(p=0.044)、「日本医療社会福祉協会（現、日本医療ソーシャルワーカー協会）への所属」(p=0.006)、「日本社会福祉士会への所属」(p=0.026)、「職場外におけるロールモデルの有無」(p=0.001)、「職場外におけるスーパービジョンの受講経験」(p=0.014)、「スーパーバイザー・講師経験」(p<0.001)、「家族ライフサイクルモデルの学習経験」(p<0.001)、「オルソンの円環モデルの学習経験」(p=0.030)、「ローラー・コースター（ジェットコースター）モデルの学習経験」(p<0.001)、「ABC-Xモデルの学習経験」(p=0.010)、「二重ABC-Xモデルの学習経験」(p=0.013)において有意差が認められた（表16）。

表16 潜在ランク間の医療ソーシャルワーカーの属性および家族療法に関する学習経験の有無の比較 (n=215)

項目		ランク1 (n=78)	ランク2 (n=61)	ランク3 (n=76)	有意差	
性別 ^{※1}	女性	人数 (%)	50 (64.1)	42 (68.9)	62 (81.6)	*
		調整済み残差	-1.8	-0.6	2.4	
	男性	人数 (%)	28 (35.9)	19 (31.1)	14 (18.4)	
		調整済み残差	1.8	0.6	-2.4	
年齢 ^{※2}	平均 (標準偏差, 範囲)	39.4歳 (8.8, 23-60)	39.9歳 (7.6, 24-59)	41.8歳 (8.7, 25-57)	n.s.	
医療ソーシャルワーカーとしての通算経験月数 ^{※2}	平均 (標準偏差, 範囲)	131.6ヶ月 (92.1, 1-400)	154.2ヶ月 (84.5, 12-426)	164.3ヶ月 (98.9, 6-402)	n.s.	
所持資格 ^{※1}	社会福祉士	人数 (%)	69 (88.5)	54 (88.5)	65 (85.5)	n.s.
		調整済み残差	0.3	0.3	-0.6	
	精神保健福祉士	人数 (%)	29 (37.2)	30 (49.2)	34 (44.7)	n.s.
		調整済み残差	-1.4	1.1	0.3	
	介護支援専門員	人数 (%)	27 (34.6)	26 (42.6)	31 (40.8)	n.s.
		調整済み残差	-1.0	0.7	0.4	
	認定医療社会福祉士	人数 (%)	2 (2.6)	3 (4.9)	6 (7.9)	n.s.
		調整済み残差	-1.3	-0.1	1.4	
	認定社会福祉士 (医療分野)	人数 (%)	1 (1.3)	5 (8.2)	4 (5.3)	n.s.
		調整済み残差	-1.8	1.6	0.3	
職位	管理職	人数 (%)	38 (48.7)	39 (63.9)	47 (61.8)	n.s.
		調整済み残差	-2.0	1.2	0.9	
所属職能団体 ^{※1}	各県医療ソーシャルワーカー協会	人数 (%)	39 (50.0)	41 (67.2)	46 (60.5)	n.s.
		調整済み残差	-1.9	1.6	0.4	
	日本医療社会福祉協会 ^{※3}	人数 (%)	19 (24.4)	25 (41.0)	37 (48.7)	**
		調整済み残差	-3.0	0.6	2.5	
	日本社会福祉士会	人数 (%)	7 (9.0)	16 (26.2)	13 (17.1)	*
		調整済み残差	-2.3	2.3	0.1	
	日本精神保健福祉士協会	人数 (%)	6 (7.7)	12 (19.7)	8 (10.5)	n.s.
		調整済み残差	-1.5	2.1	-0.5	
ロールモデル ^{※1}	職場内にいる	人数 (%)	21 (26.9)	22 (36.1)	23 (30.3)	n.s.
		調整済み残差	-0.9	1.1	-0.1	
	職場外にいる	人数 (%)	37 (47.4)	32 (52.5)	57 (75.0)	**
		調整済み残差	-2.5	-1.2	3.6	
スーパービジョンの受講経験 ^{※1}	職場内での受講経験あり	人数 (%)	22 (28.2)	25 (41.0)	35 (46.1)	n.s.
		調整済み残差	-2.3	0.5	1.8	
	職場外での受講経験あり	人数 (%)	25 (32.1)	32 (52.5)	40 (52.6)	*
		調整済み残差	-2.9	1.4	1.6	
スーパーバイザー・講師経験 ^{※1}	あり	人数 (%)	21 (26.9)	27 (44.3)	47 (61.8)	***
家族療法に関する学習経験 (「あり」の回答) ^{※1}	ジェノグラム (家族関係図) の記載方法	人数 (%)	72 (92.3)	57 (93.4)	75 (98.7)	n.s.
		調整済み残差	-1.3	-0.6	1.9	
	家族ライフサイクルモデル	人数 (%)	32 (41.0)	33 (54.1)	59 (77.6)	***
		調整済み残差	-3.7	-0.7	4.4	
	オルソンの円環モデル	人数 (%)	9 (11.5)	5 (8.2)	18 (23.7)	*
		調整済み残差	-1.0	-1.7	2.7	
	ローラー・コースター (ジェットコースター) モデル	人数 (%)	4 (5.1)	4 (6.6)	20 (26.3)	***
		調整済み残差	-2.6	-1.8	4.3	
	ABC-Xモデル	人数 (%)	4 (5.1)	4 (6.6)	15 (19.7)	**
		調整済み残差	-2.0	-1.2	3.2	
	二重ABC-Xモデル	人数 (%)	2 (2.6)	4 (6.6)	12 (15.8)	*
		調整済み残差	-2.3	-0.6	2.9	
	サンタバーバラのプロセス・モデル	人数 (%)	4 (5.1)	3 (4.9)	11 (14.5)	n.s.
		調整済み残差	-1.3	-1.2	2.4	
	エプスタインのマクマスター・モデル	人数 (%)	4 (5.1)	4 (6.6)	6 (7.9)	n.s.
		調整済み残差	-0.6	0.0	0.6	
ピーパーズ・ティンパーローン・モデル	人数 (%)	2 (2.6)	1 (1.6)	7 (9.2)	n.s.	
	調整済み残差	-1.1	-1.3	2.3		

※1: Fisherの正確確率検定, ※2: Welchの検定
 ※3: 現, 日本医療ソーシャルワーカー協会

*: p<0.05, **: p<0.01, ***: p<0.001, n.s.: not significant

6. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践の潜在ランクに関連する要因の検討

MSW の退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践の潜在ランクに関連する要因を検討するため、まず前段階で有意差が確認された変数間のテトラコリック相関係数を求めたところ、「ABC-X モデルの学習経験」と「二重 ABC-X モデルの学習経験」の相関係数が 0.990 であったため、「二重 ABC-X モデルの学習経験」を分析から除外し、順序ロジスティック回帰分析を行った。その結果、MSW の退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践の潜在ランクには「職場外におけるロールモデルの有無」(Odds Ratio (以下, OR) : 1.865, 95% Confidence Interval (以下, 95% CI) : 1.057-3.290, p=0.031), 「スーパーバイザー・講師経験」(OR : 2.451, 95% CI : 1.356-4.430, p=0.003), 「家族ライフサイクルモデルの学習経験」(OR : 1.867, 95% CI : 1.027-3.392, p=0.041) が有意に関連した (表 17)。

表17 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践の関連要因(n=215)

項目	OR	95%CI	p値
性別(男性:女性)	0.560	0.308 - 1.019	0.058
日本医療社会福祉協会への所属(有:無)	1.414	0.799 - 2.503	0.234
日本社会福祉士会への所属(有:無)	1.322	0.661 - 2.641	0.430
職場外におけるロールモデルの有無(有:無)	1.865	1.057 - 3.290	0.031
職場外におけるスーパービジョンの受講経験(有:無)	0.998	0.554 - 1.796	0.994
スーパーバイザー・講師経験(有:無)	2.451	1.356 - 4.430	0.003
家族ライフサイクルモデルの学習経験(有:無)	1.867	1.027 - 3.392	0.041
オルソンの円環モデルの学習経験(有:無)	1.219	0.515 - 2.887	0.652
ローラー・コースター(ジェットコースター)モデルの学習経験(有:無)	1.514	0.544 - 4.212	0.427
ABC-Xモデルの学習経験(有:無)	2.668	0.976 - 7.294	0.056

※OR: Odds Ratio, 95%CI: 95%信頼区間

第4節 考察

1. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践状況

本章における研究の結果、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践は3つの段階反応があり、実践頻度はランク3、ランク2、ランク1の順で高かった一方で、最も望ましい実践をしていると考えられたランク3に所属するMSWは4割に満たないことが確認された。

傷病の発症によって患者および家族成員は、潜在していた問題が顕在化し、利害が対立する（田中 2008c）など家族機能が低下しやすい状況にあり、夫婦不和、別居・離婚、育児不安、家庭内暴力の発生等の家族危機に陥る危険性がある（法橋ら 2008）。そのため、MSWは退院援助において的確な家族評価と介入によって家族の課題を解決し、充実した療養生活の実現・継続に寄与することが求められる。しかしながら本章の研究では、常に十分な家族評価のための情報収集をしているとはいえないランク1およびランク2に所属するMSWが6割以上を占めており、看過できない状況であることが示された。医療現場では、多忙による時間不足（田中ら 2015）や早期退院が志向されるあまり十分なアセスメントに至らぬままクライアントと社会制度や資源との間を仲介するのみで解決を急ぐ傾向にある（田村 2015）といわれ、こうした状況が情報収集の実践頻度の低さに関係しているものと考えられる。MSWは今後も限られた在院日数の中で援助を行うことが求められることから、養成・現任教育をより一層充実させていく必要があるといえる。

2. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践の潜在ランクに関連する要因

本章の研究では、以上の実態をふまえMSWの退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践を促進する要因を検討した。その結果、最も望ましい実践状況にあると評価されたランク3において「職場外におけるロールモデル」「スーパーバイザー・講師経験」「家族ライフサイクルモデルの学習経験」を有する割合が有

意に高かった。

まず、ロールモデルとは「将来において目指したいと思う、模範となる存在であり、そのスキルや具体的な行動を学んだり模倣をしたりする対象となる人材」(厚生労働省 2013) のことである。精神保健福祉士の成長過程を定性的に検討した塩満(2012)は、モデルとなる精神保健福祉士との出会いが専門職としての成長につながる契機となったことを報告し、山崎ら(2012)は看護師を対象としたインタビュー調査によって、ロールモデルの存在が学習の動機づけに寄与していたことを明らかにしている。そのため、MSWにおいても同様に、ロールモデルの存在によって成長意欲や学習意欲が高められ、家族評価のための情報収集の実践頻度の高さにつながったものと推察される。なかでも本章の研究では、職場外におけるロールモデルの有無において有意な関連が確認され、より良い実践に向けて、MSWが職場外のMSWと出会うことができる機会を設ける必要性が示唆された。一方で、本章の研究ではロールモデルとなるMSWの特徴は明らかにできなかったことから、今後はどうのような特徴を持つMSWをロールモデルとすればよいかをインタビュー調査等によって定性的に明らかにすることが必要である。

次に、スーパーバイザー・講師経験に関して、本章の研究では他者に対して教育を行う立場の人であるか否かを問うため、これらの経験の有無を尋ねた。スーパービジョンや講義等を行うためには、一定以上の実践能力や知識・技術等を認められる必要があるため、これらの経験を有していると回答したMSWは相対的に実践能力が高いことが推測される。また、保正(2013)の研究においても、中堅期のMSWがこれらの経験を経ることでベテランに移行していくことが示されており、本研究結果は先行研究を支持していた。今後は、教育活動に有用な示唆を得るため、スーパーバイザー・講師経験を有するMSWの実践能力の関連要因を検討していくことが求められる。

最後に、家族療法に関する学習経験について、とりわけ家族ライフサイクルモデルの学習の有効性が示された。このモデルは、家族システムの発達過程に注目し、家族には周期的な発達段階が存在すると解釈し(大友 2001)、各発達段階において家族を構成する個々人の発達課題と家族全体としての発達課題があり(Duvall 1967)、

この課題をめぐって家族はストレスを抱え、様々な危機に直面し、うまく乗り越えられれば成長の機会となる一方で、うまく乗り越えられない場合には家族機能が停滞し、何らかの症状や問題が顕在化する危険性があるとされる（日本家族研究・家族療法学会編 2013b）。MSW には、家族の発達・成長の観点から情報収集を行い、現在および退院後に想定される課題に対して予防的に支援することが求められることから、家族ライフサイクルモデルに関する学習が有用であったと考えられる。

なお、先行研究（武田ら 1996；保正 2005；保正ら 2007；横山ら 2007；保正ら 2008）においてソーシャルワーク実践との関連が指摘されている経験年数について、本章の研究では関連性が確認されなかった。これに関して、先行研究（保正 2005；保正ら 2007；横山ら 2007；保正ら 2008）では、経験年数の長短により二分した調査対象者に事例を提示し、その援助におけるアプローチの対象・内容・方法を比較検討するという方法を採用していた。他方、本章の研究では、日常の退院援助において家族評価のための情報収集をどの程度実践しているかを測定し、その実践状況と経験年数（経験月数）の関連性を検討していたことから、この研究の着眼点および方法の違いが結果に関係したものと考えられる。本章の研究結果では、適切に MSW の養成・現任教育活動を展開することによって経験年数に依らず十分な情報収集が実施できる可能性が示唆されたが、今後は先行研究（武田ら 1996；保正 2005；保正ら 2007；横山ら 2007；保正ら 2008）と同様に事例等を用いて情報収集後の援助の展開内容やその質をふまえて検討することが課題である。

3. 本章における研究の限界

本章の研究の限界として、回収率および有効回答率の低さやサンプルサイズの小ささから、選択バイアスを避けられない点が挙げられる。これは、本章の研究が関東地方（東京都を除く）の各県庁のホームページ内の一覧にある全医療機関を調査対象としたことから、調査票を配付した医療機関の中に MSW が在籍していない医療機関が存在したためと考えられる。ただし、MSW の属性分布や所属機関の状況は、MSW を対象とした研究（鈴木 2017；北川ら 2019；倉本ら 2019）や第 3 章の研究の結果と近似しており、サンプリングの偏りが本章の研究結果に著しい影響を

及ぼした可能性は低いと考えられるが、今後は MSW の所属が確認された医療機関を調査対象とするなど回収率を高めるための工夫が必要である。

以上のような限界があるものの、本章の研究はこれまで明らかにされてこなかった MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の実践状況について、潜在ランク理論による分析によって順序性をもった3つの段階反応があることを提示できた点に成果がある。潜在ランク理論による分析は、恣意的に個人を複数の集団に分類するクラスター分析等の統計手法と異なり、適合度指標に基づいた分類を行うこと (Magidson et al. 2002), 単に合計得点によって回答者を順序化するのではなく、項目ごとの識別力や困難度を考慮して回答者の特性を推定すること (清水ら 2014) が可能である。そのため、本章の研究では、より高い妥当性を有する方法を用いて結果を示すことができたと考える。

第5節 結論

本章における研究の結果、MSW の退院援助における家族評価のための情報収集について、最も望ましい実践を示していたランク3に所属する MSW は4割に満たないこと、実践の促進には「職場外におけるロールモデルの有無」「スーパーバイザー・講師経験」「家族ライフサイクルモデルの学習経験」が関連することが確認された。今後は家族ライフサイクルモデルに関する理解を深め、援助実践への活用・応用の視点を涵養できるような養成・現任教育を行うこと、職場外の教育・支援体制や連携体制を整え、MSW を支えるネットワークを構築することが重要であると考えられた。

第 6 章 結論

第 1 節 本研究のまとめと研究の意義

1. 本研究のまとめ

本研究では、MSW の適切な家族評価のための情報収集の実践に向けて、養成・現任教育に有用な資料を得ることをねらいに、MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の内容を確認したうえでその構造を明らかにし、MSW の適切な家族評価のための情報収集の実践を可能にするための指標開発に取り組むとともに、家族評価のための情報収集に関する実践の促進に関連する要因を実証的に検討した。

第 1 章において設定した研究目的は、以下の 4 点である。

- 目的 1： 退院支援に関する実践報告等を基に、退院支援において求められる家族評価のための情報収集の内容を確認する（第 2 章）
- 目的 2： MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の測定項目を設定し、その構造を明らかにする（第 3 章）
- 目的 3： MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の実践状況を明らかにする（第 4 章）
- 目的 4： MSW の退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践の促進に関連する要因を明らかにする（第 5 章）

以上の目的に対して、本研究では、各章の研究目的に基づいて必要な手続きに従い、新たな知見と考察を提示した。第 2 章から第 5 章の研究において得られた知見と考察の要約は、以下のとおりである。

第 2 章では、退院支援において求められる家族評価のための情報収集の内容を明らかにした。文献検索には医学中央雑誌 Web 版を用い、設定した 4 点の基準を満たしていた 78 編の文献を基に、退院支援における家族に関する情報収集の内容およ

び支援を促進・阻害する家族の要因等についての記載内容を分類整理した結果、【家族の課題の有無を明らかにするための情報収集】および【家族の課題の背景を理解するための情報収集】に関する 17 カテゴリー、84 コードが得られた。そして、先行研究によって開発が試みられていた要介護高齢者を対象とした退院援助におけるソーシャルワークアセスメントツール（小原 2012）や MSW による退院支援実践の自己評価マニュアル（小原ら 2017）には提示されていなかった新たな内容が確認された。

第 3 章では、MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の測定項目およびその構造を明らかにした。近畿、中国ならびに中部地方内の 8 府県における医療機関 844 ヶ所に勤務する MSW 844 人を対象とした質問紙調査を実施し、構造方程式モデリングを用いて検討した結果、MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の構造は、【退院に対する家族の感情と代弁機能】【家族の健康状態と介護力】【退院に向けた家族間のコミュニケーション】【退院に対する家族の受容】【退院に向けた家族の役割機能】の 5 因子で構成されることが明らかになり、その信頼性および構成概念妥当性が支持された。

第 4 章では、MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の実践状況について、クラスター分析を用いて明らかにした。その結果、家族評価のための情報収集に関する実践において MSW は 3 つのクラスターに類型化され、実践において期待される視点を有していると考えられた MSW は全体の約 4 割にとどまっていることが確認された。また、全体として退院の促進に関する情報収集の実践頻度は高いものの、今後の生活を脅かす危険性のある潜在的な課題に関する情報収集については実践に至っていない可能性が示された。さらに、各クラスターにおける MSW の属性分布および所属機関の状況について有意差検定を行った結果、「年齢」「日本医療社会福祉協会（現、日本医療ソーシャルワーカー協会）への所属」「MSW としての通算経験月数」「家族のアセスメントに関する教育や研修の受講経験」「精神科病棟の担当」において有意差が確認された。特に、家族評価のための情報収集に関する実践において期待される視点を有していると考えられたクラスター 2 に所属する MSW は、「家族のアセスメントに関する教育や研修」を複数回受講していたこと

が明らかになり、MSW の養成・現任研修を意図とした教育活動における示唆が得られた。

第 5 章では、MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の実践の促進に関連する要因を明らかにした。関東地方（東京都を除く）の各県庁ホームページ内の医療機関一覧に掲載されていた計 1,380 ヶ所の医療機関に勤務する MSW を対象とした質問紙調査を実施し、まず潜在ランク理論による分析を基に MSW の退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践について検討した結果、最も望ましい実践を示していたランクに所属する MSW は 4 割に満たないことが確認された。次いで、順序ロジスティック回帰分析を用いて関連要因を検討した結果、実践の促進には「職場外におけるロールモデルの有無」「スーパーバイザー・講師経験」「家族ライフサイクルモデルの学習経験」が有意に関連していることが明らかになり、家族ライフサイクルモデルに関する理解を深め、援助実践への活用・応用の視点を涵養できるような養成・現任教育を行うこと、職場外の教育・支援体制や連携体制を整え、MSW を支えるネットワークを構築することが重要であると考えられた。

2. 研究の意義

これまでの研究では、アセスメントが援助効果の高低を規定する重要な援助過程であることは認識されていたものの、その実践状況等の定量的な確認は行われてこなかった。本研究では、MSW の退院援助における家族評価のための情報収集について統計学的手法を用いて、①因子構造を検討し信頼性と妥当性を確認した点、②実践状況を明らかにした点、③MSW の属性や学習経験をふまえて実践の促進に関連する要因を提示した点に成果がある。特に、本研究の分析には、構造方程式モデリングや潜在ランク理論による分析、順序ロジスティック回帰分析等の高度な多変量解析を用いており、精度の高い知見を提示することで MSW の退院援助に関する実践能力の向上に寄与する知見の蓄積に貢献することができたと考える。

第2節 臨床応用の可能性と教育・支援の方向性

本節では、第2章から第5章の研究によって得られた知見を基に、今後さらに複雑・多様化すると予想される患者および家族成員のニーズに対応するために実践能力の向上が求められる MSW に関して、退院援助における家族評価のための情報収集の実践の促進に着目した臨床応用の可能性について言及する。

1. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集の実践に着目した臨床応用の可能性

本研究では、①近畿、中国ならびに中部地方内の8府県における医療機関844ヶ所に勤務するMSW、②関東地方（東京都を除く）の各県庁ホームページ内の医療機関一覧に掲載されていた計1,380ヶ所の医療機関に勤務するMSWを対象とした2回の質問紙調査を実施した。そして、第4章の研究では1回目の調査データを用いてクラスター分析を、第5章の研究では2回目の調査データを用いて潜在ランク理論による分析を実施し、MSWの退院援助における家族評価のための情報収集の実践状況を確認した。その結果、いずれの研究においてもMSWは3つに類型化され、実践に期待される視点を有していると考えられたMSWの割合は、第4章の研究では43.0%、第5章の研究では34.7%と3~4割にとどまっており、すべてのMSWが退院援助において家族評価のための情報収集が十分に実践できているとはいえない可能性が推測された。

とりわけ第4章の研究結果から、全体としてMSWは相似した実践傾向にあり、退院先の決定に直接関係するような家族成員における患者の身元引き受けの拒否の確認や退院援助におけるキーパーソンの把握、患者および家族成員が退院について受け止め、今後の生活について考えられているかどうかについての情報収集は実践頻度が高い一方で、疾病や障害、退院後の生活等に関する患者と家族成員のコミュニケーションの状況についての情報収集の実践に課題がある可能性が明らかになった。

この背景には、医療施策による在院日数の短縮化の影響から、退院援助に従事す

る MSW に医療機関側からの早期退院への多大な期待と精神的な圧力がかかっていること（久保 2013；真嶋ら 2014；田中ら 2015）が関係していると考えられる。先行研究では、複雑・複合的な生活課題を抱える家族が増える一方で、在院日数や社会資源が限られ、ソーシャルワーク業務に対する困難性が高まっていることが指摘されている（杉浦 2006；山川ら 2010；久保 2013）。また、MSW は多忙による時間不足の状況にあり、「ケースの疑問も解決しないままに」「患者と向き合う時間がなくなる」などの不安を抱えている（田中ら 2015）。こうした状況下で、退院の促進に関する情報収集の実践頻度は高いものの、今後の生活を脅かす危険性のある潜在的な課題に関する情報収集については実践に至っていない MSW が存在したと考えられる。しかしながら、MSW にとっての「退院」とは単なる入院医療の終結ではなく、患者やその家族成員の人生における重要な節目ないしは危機を支援する「特定の期間」を意味していることから（杉浦 2006）、MSW に対する養成・現任教育では、医療機関側からの早期退院への要請の中で限られた期間内に的確に援助ができる技術を身につけていくことが必要であるといえる。とりわけ、在院日数の制約によるプレッシャーが MSW の負担となっている現状をふまえるならば、家族を対象とした援助技術の向上に留まらず、患者および家族成員の最善の利益の実現に向けて援助に必要な在院日数を確保するため、医師や看護師等の関係職種に対する交渉の技術とそれを支えるコミュニケーション技術を養っていくことも求められると考える。

また、MSW が所持することの多い社会福祉士資格や精神保健福祉士資格が診療報酬制度上に明記されたことで MSW を配置する医療機関は年々増加しているものの、日本医療社会事業協会（現、日本医療ソーシャルワーカー協会）（2006）が提案している 100床につき1人という配置基準を満たしていない医療機関は少なくない。少人数の人員配置の中で MSW は、診療報酬制度によって業務が制限され、書類作成等の業務負担も重なり（久保 2013；田中ら 2015）、十分な援助実践を行うことが困難な状況下にある。そのため、今後は医療機関における MSW の適切な配置に向けて定量的データとともに MSW の役割や意義を示していくことも必要であると考えられる。

2. 医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価のための情報収集の実践の促進に関連する要因に着目した臨床応用の可能性

本研究の結果，以下の2点について臨床応用の可能性が考えられた。

1) 家族ライフサイクルモデルの学習に着目した臨床応用の可能性

MSW の退院援助における家族評価のための情報収集の実践に対して，第4章の研究では「家族のアセスメントに関する教育や研修の受講経験」が，第5章の研究では「家族ライフサイクルモデルの学習経験」が実践の促進に関連する可能性が明らかになった。家族ライフサイクルモデルでは，平均的な家族には一生において共通して経験するいくつかの発達段階と各段階に特有の発達課題があると考え，結婚，第1子誕生，思春期，巣立期，中年期，離婚，再婚，失業，親との死別，定年退職など，家族の発達過程に起こり得る移行期に家族を構成する個々人はストレスを受け，健康問題を引き起こしやすいとされる（McDaniel et al.=2012）。退院援助に関して MSW には，現在および退院後に想定される家族の課題に対する予防的支援を行うために，長期的な視点から家族を捉えることが求められることから，このモデルに関する学習経験が有効であったと考えられる。また，例えば援助者自身が思春期の子どもと葛藤状態にある場合，親の傷つきや苦しみを共感的に理解しやすい一方で，反抗的な子どもなどに批判的になる可能性がある（野末 2009）。そのため，良好な援助の実施に向けて援助者には，自身の家族ライフサイクルをふまえて患者および家族成員に抱いている感情等を日頃から意識しておく必要があり，家族ライフサイクルモデルの視点が役立つといえる。

養成・現任教育に関しては，MSW が所持することが多い社会福祉士資格の新カリキュラム（2021（令和3）年度より適用）において，「心理学と心理的支援」の科目の教育内容の例に家族療法が挙げられ，心理学の理論を基礎としたアセスメントの方法と支援について理解することが目標（ねらい）として掲げられている（厚生労働省 2019）。そのため，当該科目の講義内容に家族ライフサイクルモデルの援助実践への活用・応用の視点等を取り入れ，家族評価のための情報収集に必要な視点を涵養していくことが可能となれば質の高い MSW の養成につながると考える。一方

で、現在、離婚や再婚、未婚・晩婚等によって家族のありようは変化しており、家族ライフサイクルモデルの枠組みに縛られてしまうと援助の方向性を誤りかねない。そこで、教育においては個人の人生を多様なものとして捉えるライフコース論（Clausen 1986）もふまえた内容とし、患者および家族成員の生活や人生について柔軟に思考し対応していく力を身につけていくことも求められる。同時に、後続研究においては、社会情勢を鑑みて家族ライフサイクルモデルの有用性を継続的に検討していくことが必要である。

2) 職能団体への所属に着目した臨床応用の可能性

本研究では第4章の研究において「日本医療社会福祉協会（現、日本医療ソーシャルワーカー協会）への所属」が、第5章の研究において「職場外におけるロールモデルの有無」がMSWの退院援助における家族評価のための情報収集の実践に有意に関連していることが確認された。これに関して、専門職団体は自己の職業の専門職化を目指すことから、①社会的承認を獲得するための政治的団体である、②専門職としての技能の教育、訓練、維持、向上のための基本的な責任を負う団体である、③専門職個々人の行動を規制し、時には非行に対して懲戒を加える自己規制の団体であるという特徴を有しており（石村 1969）、MSWは実践能力を高めていくために職能団体に所属し、積極的に現任教育を受けることが求められる。また、職能団体は、所属機関外のMSWと交流し、情報交換を行う場を提供する役割も担っている。本研究では、職場外におけるロールモデルの存在が実践の促進に有意に関連しており、より良い実践に向けてMSWが職場外のMSWと出会うことができる機会を設ける必要性が示唆された。これに関して、北海道医療ソーシャルワーカー協会（2020）が会員を対象に実施した満足度調査では、協会に所属している目的について「他の会員とのつながり（ネットワーク）を作れるから」と回答した人が最も多く、有効回答の73.2%を占めていたことから、職能団体への所属はロールモデルと出会う機会としても求められているといえる。そのため、職能団体においては会員であるMSWが中堅やベテランのMSWとも交流ができる機会を設け、職場外の教育・支援体制や連携体制を整え、MSWを支えるネットワークを構築していくこと

が求められる。一方で、MSW が職能団体に求める具体的な内容については十分に明らかにされていないことから、後続研究において MSW の教育・支援における職能団体の在り方について検討していくことが課題である。

また、本研究では各都道府県医療ソーシャルワーカー協会、日本医療社会福祉協会（現、日本医療ソーシャルワーカー協会）、日本社会福祉士会ならびに日本精神保健福祉士協会のいずれにも所属していない割合が 1 回目の調査では 21.7%、2 回目の調査では 24.2%といずれも分析対象者の 2 割以上を占めていた。とりわけ、第 4 章の研究において退院援助における家族評価のための情報収集について最も実践頻度が低かったクラスター 3 に所属する MSW が日本医療社会福祉協会（現、日本医療ソーシャルワーカー協会）に所属している割合が低かったことをふまえるならば、今後は MSW が職能団体に所属しない理由やその背景について検討していくことが必要である。

第 3 節 本研究の限界と今後の課題

本研究では、主に 3 点の限界と今後の課題があると考えられる。

第一に、本研究の調査はいずれも質問紙を用いた標本調査であったことから、悉皆（全数）調査と異なり、得られるデータが標本に依存し、標本誤差を伴うことが避けられないという標本調査の限界が挙げられる。また、本研究で実施した 2 回の質問紙調査の回収率は、1 回目の調査では 31.6%、2 回目の調査では 19.3%であった。回収率の差異については、1 回目の調査が 8 府県庁のホームページに掲載されている医療機関一覧を基に、各医療機関のホームページより MSW の在籍が認められた場合に調査対象とした一方で、2 回目の調査では関東地方（東京都を除く）の各県庁のホームページ内の一覧にある全医療機関を調査対象としたことから、調査票を配付した医療機関の中に MSW が在籍していない医療機関が存在したことが関係していたと考えられる。しかしながら、本研究データに偏りが存在する可能性は否めないことから、今後は調査対象者数を増やして質問紙調査を実施するなど、結

果の一般化に努めることが必要である。なお、こうした一方で2回の質問紙調査におけるMSWの属性分布等は、MSWを対象とした研究（鈴木 2017；北川ら 2019；倉本ら 2019）と近似しており、サンプリングの偏りが研究結果に著しい影響を及ぼした可能性は低いと考える。

第二に、本研究における2回の調査は、自記式質問紙を用いた主観的評価に基づいて回答を求めており、退院援助における家族評価のための情報収集の実践の程度や内容について客観的な確認ができていない点である。そのため、今後は他者評価に基づいた測定も検討する必要がある。例えば、MSWの援助記録等を基に、患者の疾患や生活課題等の特徴をふまえて各事例における情報収集について評価することによって、MSWの実践能力の向上に向けた新たな知見が得られると考えられる。また、事例を提示し、その援助におけるアプローチの対象・内容・方法を比較検討した先行研究（保正 2005；保正ら 2007；横山ら 2007；保正ら 2008）を参考に、事例等を用いて情報収集後の援助の展開内容やその質をふまえた検討を行うことも有用であるといえる。

第三に、本研究結果を臨床に応用していくためには、さらなる研究を要する点である。本章第2節「臨床応用の可能性と教育・支援の方向性」に記述したとおり、継続研究として、①医療機関におけるMSWの適切な配置に向けて定量的データとともにMSWの役割や意義を示していくこと、②社会情勢を鑑みて家族ライフサイクルモデルの有用性を継続的に検討していくこと、③MSWが職能団体に求める内容をふまえてMSWの教育・支援における職能団体の在り方について検討していくこと、④MSWが職能団体に所属しない理由や背景について検討していくことの4点について取り組み、知見を提示していくことが今後の課題である。

引用・参考文献

- 安部幸志 (2002). 介護マスターの構造と精神的健康に与える影響. 健康心理学研究, 1 (2) : 12-20.
- 阿部庸子, 藍 真澄, 金子美智子ほか (2007). 大学病院における高齢者早期退院の阻害要因に関する検討. 日本老年医学会雑誌, 44 (5) : 641-647.
- 明渡立樹, 前田友子, 新延せい子ほか (2014). 精神科急性期病棟で「触れる・対話」に焦点をあてた家族関係調整—ハンドマッサージをコミュニケーションツールにしての絆の深まり. 日本精神科看護学術集会誌, 57 (1) : 222-223.
- 穂本純恵, 西田忠信, 中村早苗 (2014). 回復期リハビリテーション病棟看護職の退院支援の現状と自己効力感との関係. 日本看護学会論文集 地域看護, 44 : 55-58.
- Barker, P. (1986a). *Basic Family Therapy*, 2nd ed. Oxford University Press. (中村伸一, 信国恵子監訳 (1993). 家族療法の基礎, pp67-73. 金剛出版.)
- Barker, P. (1986b). *Basic Family Therapy*, 2nd ed. Oxford University Press. (中村伸一, 信国恵子監訳 (1993). 家族療法の基礎, pp.118-119. 金剛出版.)
- Barkey, K.H., and Hanson, S.M.H. (1991). *Pocket Guide to Family Assessment and Intervention*. Maryland Heights, Missouri: Mosby Year Book.
- Beavers, W.R. (1981). A Systems Model of Family for Family Therapist. *Journal of Marriage and Family Therapy.*, 7 : 299-307.
- Belasco, A., Barbosa, D., Bettencourt, A.R., Diccini, S., and Sesso, R. (2006). Quality of Life of Family Caregivers of Elderly Patients on Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. *American Journal of Kidney Diseases.*, 48 (6) : 955-963.
- Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.
- 千葉進一, 谷口都訓, 谷岡哲也ほか (2009). 地域移行型ホームに入所するための4カ月間の退院支援を受けた精神科の長期入院患者の思いの検討. 香川大学看護学雑誌, 13 (1) : 109-115.
- Clausen, J. A. (1986) *The Life Course: A Sociological Perspective*. New York: Prentice-Hall.

- Duvall, E.M. (1967). *Family Development* 3rd ed, pp.27-52. Philadelphia : J.B.Lippincott.
- Epstein, N.B., Bishop, D.S., and Levin, S. (1978). The McMaster Model of Family Functioning. *Journal of Marriage and Family Counselling.*, 4 : 19-31.
- Franklin, C., and Jordan, C. (1995). Qualitative Assessment: A Methodological Review. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Service.*, 76 (5) : 281-295.
- Friedman, M.M. (1986). *Family Nursing: Theory and Assessment*. New York: Appleton-Century-Crofts. (野嶋佐由美監訳 (1993). *家族看護学理論とアセスメント*, pp.193-216. へるす出版.)
- Friedman, M.M. (1998). *Family nursing: Research, theory, and practice* 4th ed. Stamford, CT: Appleton & Lange.
- 藤川和恵, 湊由季子, 井上雄二 (2014). 退院への意欲を引き出す諦めないかかわり—長期入院患者に対する退院支援. *日本精神科看護学術集会誌*, 57 (2) : 321-325.
- 藤澤 匡, 徳増裕宣, 山田陽子 (2016). 18 トリソミー児の退院支援の取り組み. *日本新生児看護学会誌*, 22 (2) : 18-21.
- 深野木智子, 島内 節 (1994). 家族看護学の理解—システム理論による家族分析と援助への利用法. *看護技術*, 40 (14) : 1480-1487.
- 船木由美子 (2016). 精神科長期入院患者家族の退院支援に必要な要素—意識調査を通して見えてきたもの. *日本看護学会論文集 精神看護*, 46 : 213-215.
- 原 大貴, 中瀬裕絵, 角田 愛 (2014). 長期臥床患者の自宅退院支援に関わって—家族への支援と, 社会資源活用の視点から振り返る. *信州大学医学部附属病院看護研究集録*, 42 (1) : 24-29.
- 原 清江, 三井彩子, 内田 緑 (2014). 入退院を繰り返す高齢独居心不全患者の退院支援の有効性. *信州大学医学部附属病院看護研究集録*, 42 (1) : 19-23.
- Hartmann, M., Bätzner, E., Wild, B., Eisler, I., and Herzog, W. (2010). Effects of Interventions Involving the Family in the Treatment of Adult Patients with Chronic Physical Diseases: A Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics.*, 79 (3) : 136-148.
- 春名誠美, 福原隆子 (2018). 仕事と介護の両立を継続してきた介護者の体験. *日本在宅看護学会誌*, 6 (2) : 56-64.

- 畠山貴満, 田辺有理子 (2011). 精神科長期入院患者の退院支援における看護師の困難感. 日本精神科看護学会誌, 54 (3) : 56-60.
- 畠山祐志 (2016). 患者・家族の主体性と自己決定を支える退院支援—地域ネットワークの活用を通して. リハビリナース, 9 (1) : 28-33.
- Hill, R. (1949). Families Under Stress: Adjustment to the Crisis of War Separation and Reunion. New York: Harper and Brothers.
- Hill, R. (1958). Generic Features of Families under Stress. Social Casework., 39 : 139-150.
- Hill, R. (1970). Family Development in Three Generations: A Longitudinal Study of Changing Family Patterns of Planning and Achievement. Cambridge, MA: Schenkman.
- 平内郁子 (2016). 不全麻痺がある独居患者の退院における意思決定支援. 市立三沢病院医誌, 23 (1) : 31-34.
- 広瀬貴大, 高木真希, 久世美樹ほか (2014). 急性期病院において退院調整の必要な患者の家族が退院先を決定するまでの思い. 日本看護学会論文集 地域看護, 44 : 67-70.
- 久倉千登勢, 平田恵美 (2014). 精神遅滞患者の退院を拒んでいる母親への看護介入—渡辺式アセスメントモデルを用いて. 日本精神科看護学術集会誌, 57 (3) : 162-166.
- 北海道医療ソーシャルワーカー協会 (2020). 会員満足度調査 結果報告書.
(<https://www.hmsw.info/members/wp-content/uploads/2020/12/03a8cde8dcef68f480bc9eb8595f1e7e.pdf>, 2021.5.31)
- 本田亜起子, 片平伸子, 別所遊子ほか (2012). 介護支援専門員からみた経済的問題による高齢者の介護保険サービス利用の手控え—手控えの状況およびその影響と支援. 日本地域看護学会誌, 15 (1), 61-70.
- 堀越美香 (2016). 精神科看護師が感じる退院支援上の困難—入院5年以上になる閉鎖病棟患者のケアに焦点をあてて. 日本精神科看護学術集会誌, 59 (1) : 404-405.
- 堀内 亮, 西田崇大, 山本啓太 (2007). ソーシャルワーカー主導のケース・カンファレンスを契機として早期退院が実現した統合失調症の1例. 医療, 61 (9) : 609-612.

- 星 直子 (2007). 家族の役割と権威構造. (小島操子監修, 星 直子編. 家族看護学, pp.22-28. 中央法規出版.)
- 保正友子 (2005). ソーシャルワーカーの専門的力量についての予備的研究—同一事例の検討による若手とベテランのコメント比較に基づいて. 社会福祉実践理論研究, 14 : 27-41.
- 保正友子 (2013). 医療ソーシャルワーカーの成長への道のり—実践能力変容過程に関する質的研究, pp83-96. 相川書房.
- 保正友子, 横山豊治 (2007). 医療ソーシャルワーカーの専門的力量に関する考察—同一事例の検討による若手とベテランの共通点と相違点. 立正大学社会福祉学部紀要 人間の福祉, 21 : 111-124.
- 保正友子, 横山豊治 (2008). 経験年数の違いとソーシャルワーカーの援助視点の異同に関する考察—医療ソーシャルワーカーへの紙面による事例検討に基づいて. 立正大学社会福祉学部紀要 人間の福祉, 22 : 173-187.
- 法橋尚宏, 本田順子, 平谷優子ほか (2008). 家族機能のアセスメント法—FFFS 日本語版Iの手引き, EDITEX.
- 井口千春 (2016). 認知症患者の退院支援—周辺症状の改善, 多職種協働, 地域連携, そして家族への支援. 精神科看護, 43 (10) : 27-31.
- 猪尾桜子 (2015). 精神科デイケア利用に向けた退院支援—退院に拒否的な家族との関係調整. 日本精神科看護学術集会誌, 58 (1) : 382-383.
- 井上奈穂美 (2015). 急性期病院から在宅移行する終末期がん患者の退院支援における看護援助内容と課題. せいい看護学会誌, 6 (1) : 1-7.
- 石原邦雄 (2001). 家族ストレス論的アプローチ. (野々山久也, 清水浩昭編. 家族社会学の分析視覚, pp.221-238. ミネルヴァ書房.)
- 石川かおり, 葛谷玲子 (2013). 精神科ニューロングステイ患者を対象とした退院支援における看護師の困難. 岐阜県立看護大学紀要, 13 (1) : 55-66.
- 石村善助 (1969). 現代のプロフェッション, pp34-37. 至誠堂.
- 岩井さとみ, 大藤留美, 切畑亜矢子ほか (2010). 家族機能へのアプローチを行った退院支援—“家族の了解を得た退院”を実現するために家族調整を行って. 日本精神科看護学会誌, 53 (3) : 198-202.

- 岩崎友理子, 横山夕里子, 押見知昭ほか (2012). 老老介護など様々な問題を抱えた患者の自宅退院を支援して—固定チームカンファレンスを行い困難事例患者の自宅退院を支援した一例. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 24: 163-165.
- 香川由美子, 野原恵子, 林 まりほか (2002). 高齢者の退院先の選択決定に関与する要因の検討—家族機能に焦点を当てて. 日本看護学会論文集 老人看護, 32: 98-100.
- 梶田 賢, 今倉千愛, 松葉智之 (2014). レビー小体型認知症患者に対する熟練看護師の退院へのアプローチ—どのようにアセスメントし, どのような工夫をしているのか. 日本精神科看護学術集会誌, 57 (1): 186-187.
- 神林ミュキ, 原 靖子, 橋本澄春ほか (2010). 「退院困難」と判断する指標の検証—ソーシャルワーカーの立場から. 日本農村医学会雑誌, 59 (2): 86-91.
- 菅野睦美, 馬場香織, 大竹眞裕美 (2015). 退院を回避するため行動化を繰り返していた患者への退院支援—援助関係形成と家族看護エンパワーメントモデルの視点での看護実践の分析. 日本精神科看護学術集会誌, 58 (3): 94-98.
- 榎葉雅人, 田邊徳樹, 田中博也 (2016). 患者・家族支援により在宅へと移行した 1 事例—認知症患者の退院支援は困難か?. 精神科看護, 43 (10): 17-21.
- 柏木ゆきえ (2013). 機能障害を来たした患者の退院支援における看護師の家族機能の捉え方に関する研究. 岩手看護学会誌, 17 (1): 3-12.
- 加藤隆子, 渡辺尚子, 中村博文ほか (2018). 精神科受療行動から見た青年期にある患者のメンタルヘルスに関する探索的研究. 日本精神科看護学術集会誌, 61 (2), 286-290.
- 河合秀樹 (2016). 独居高齢者の退院支援の一例—独居高齢者と家族の思いのコンフリクト介入とエンパワメント・社会資源へのアプローチ. リハビリナース, 9 (1): 16-21.
- 家族ケア研究会 (2001). 家族生活力量モデル—アセスメントスケールの活用法. 医学書院.
- 健康保険組合連合会 (2008). 在宅医療の在り方に関する調査研究報告書.
(https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa19_06.pdf, 2021.03.16)

- 北川裕美子, 吉田浩子 (2019). 医療ソーシャルワーカーにおける職業上の葛藤経験の分析. 川崎医療福祉学会誌, 28 (2) : 455-464.
- 木本未佐子, 峯岸瑞樹, 加藤星花 (2014). 他職種連携による精神科慢性期患者の退院調整—退院困難な患者へのアプローチと看護師の意識. 日本精神科看護学術集会誌, 57 (3) : 111-115.
- 木村俊一, 押野見恵美子, 曳地洋祐ほか (2013). 入院初期に家族が感じる退院阻害要因. 日本精神科看護学術集会誌, 56 (1) : 312-313.
- 木下良子 (2015). 退院・転院を嫌がる家族に対する退院支援. 整形外科看護, 20 (9) : 98-100.
- 桐野匡史, 中島 望, 松本啓子ほか (2012). 在宅家族介護者の介護関連デイリー・ハッスルと介護放任傾向との関係. 日本保健科学学会誌, 15 (2) : 71-80.
- 国立成育医療研究センター (2015). 平成 26 年度小児等在宅医療連携拠点事業最終報告書. (<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000103144.pdf>, 2021.03.16)
- 厚生労働省 (2002). 医療ソーシャルワーカー業務指針 (厚生労働省健康局長通知 平成 14 年 11 月 29 日健康発第 1129001 号). (http://www.jaswhs.or.jp/upload/Img_PDF/183_Img_PDF.pdf, 2021.4.8)
- 厚生労働省 (2013). メンター制度導入・ロールモデル普及マニュアル. (<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000106269.pdf>, 2019.12.16.)
- 厚生労働省 (2015). 平成 28 年度版厚生労働白書—人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える. (<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/>, 2019.4.25)
- 厚生労働省 (2017a). 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について (平成 29 年 3 月 31 日付け医政地発 0331 第 3 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知). (<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000159904.pdf>, 2021.02.17)
- 厚生労働省 (2017b). 平成 29 年患者調査の概況. (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/01.pdf>, 2021.5.18)
- 厚生労働省 (2019). 社会福祉士養成課程のカリキュラム (案).

- (<https://www.mhlw.go.jp/content/000525183.pdf>, 2021.5.26)
- 厚生労働省 (2020). 令和元年国民生活基礎調査. (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/05.pdf>, 2021.5.18)
- 厚生労働省 (2021). 令和 2 (2020) 年受療行動調査. (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/20/dl/kekka-gaiyo.pdf>, 2021.9.27)
- 厚生省保険局医療課・厚生省保健医療局老人保健課編 (1983). 社会保険・老人保健診療報酬点数表の解釈 乙表編, 社会保険研究所.
- 久保茂樹 (2013). 回復期リハビリテーション病棟における医療ソーシャルワーカーのストレスに関する研究. 医療と福祉, 46 (2): 22-31.
- 窪田 聡, 玉城さとみ, 平良明子ほか (2014). 長期入院患者の退院支援におけるアプローチ事例を通して見えてきた効果的な退院支援. 日本精神科看護学術集会誌, 57 (1): 264-265.
- 倉本亜優未, 仲井達哉, 杉山 京ほか (2017). パーキンソン病患者を対象とした家族機能と抑うつ症状の関係. 社会医学研究, 34 (2), 45-55.
- 倉本亜優未, 竹本与志人, 杉山 京ほか (2019). WHO-5 を用いた医療ソーシャルワーカーのメンタルヘルスの実態. メンタルヘルスの社会学, 25, 17-26.
- 黒木信之 (2004). 医療機関間ネットワーク形成による患者本位で効率的な退院援助. 総合ケア, 14 (11): 41-48.
- 黒澤佳代子, 池田清子, 河村麻佐子ほか (2016). 急性期病院の病棟看護師が行う退院支援の現状—がん, 慢性疾患の違いに焦点をあてて. 神戸市看護大学紀要, 20: 69-77.
- 葛谷玲子, 藤澤まこと (2015). 精神科急性期治療期間を超過した患者のさらなる入院長期化を防止するために必要な看護. 岐阜県立看護大学紀要, 15 (1): 43-53.
- Lin, T.H., and Dayton, C.M. (1997). Model Selection Information Criteria for Non-nested Latent Class Models. *Journal of Educational and Behavioral Statistics.*, 22 : 249-264.
- 眞栄城政直, 仲松美佳江, 城間正幸 (2014). 問題解決志向アプローチを活用した退院支援—患者の強みを活かした退院支援. 日本精神科看護学術集会誌, 57 (1): 254-255.
- Magidson, J., and Vermunt, J.K. (2002). Latent class models for clustering: A comparison

- with K-means. *Canadian Journal of Marketing Research.*, 20 : 37-44.
- 牧野英之, 山本克子, 中村佳史ほか (2015). 家族に対して暴力行為のある精神障がい者の退院支援—自宅への退院に繋がった医療観察法入院患者の一事例. *日本看護学論文集 精神看護*, 44 : 238-24.
- 丸山正三 (2019). 医療ソーシャルワーカーによる実践評価と関連要因の分析. *藤女子大学 QOL 研究所紀要*, 14 (1) : 5-14.
- 丸山朋子, 逸見尚子, 野間治義ほか (2016). 精神疾患合併妊婦からの出生児の特徴と退院支援に関する検討. *日本周産期・新生児医学会雑誌*, 52 (1) : 36-42.
- 真嶋智彦, 山川敏久 (2014). 医療ソーシャルワーカーの離職意向の要因に関する研究—東北地方の MSW を対象とした調査をもとに. *医療と福祉*, 47 (2) : 43-52.
- McDaniel, S.H., Campbell, T.L., Hepworth, J., and Lorenz, A. (2005) *Family-Oriented Primary Care 2nd ed.* Berlin, Germany: Springer Science + Business Media. (松下 明 監訳 (2012). *家族志向のプライマリ・ケア*, pp.1-14. 丸善出版.)
- 松添サチ, 辻本眞由美 (2016). 回復期リハビリテーション病棟の退院支援における問題点. *日本看護学会論文集 慢性期看護*, 46 : 122-125.
- McCubbin, H. I. and Patterson, J. M. (1983). The family stress process: the Double ABCX model of adjustment and adaptation. (McCubbin, H. I., Sussman, M. B. and Patterson, J.M. eds. *Social Stress and the Family: Advances and Developments in Family Stress Theory and Research*, pp7-37. New York: The Haworth Press.)
- Meara, J., Mitchelmore, E., and Hobson, P. (1999). Use of the GDS-15 geriatric depression scale as a screening instrument for depressive symptomatology in patients with Parkinson's disease and their carers in the community. *Age and Ageing.*, 28 : 35-38.
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング (2013). 平成 24 年度仕事と介護の両立に関する実態把握のための調査研究事業報告書. (https://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/dl/h24_itakuchousa00.pdf, 2019.4.25)
- 三浦由江, 西迫はづき, 木下良子ほか (2015). 救急搬送された家族機能不全の身元不明患者への支援. *国立病院機構熊本医療センター医学雑誌*, 15 : 185-189.
- 宮地普子 (2007). 退院支援における家族へのアプローチ—終末期がん患者の在宅生活を支援した事例から. *砂川市立病院医学雑誌*, 24 (1) : 107-113.

- 三宅俊治 (2012). 健常不安意識の探求, pp.141-142. 中央公論事業出版.
- 宮本大輔, 小原弘嗣, 伊藤 隆ほか (2015). 家族が受け入れを拒否している長期入院患者に対する退院支援における看護者の視点. 日本精神科看護学術集会誌, 58 (1) : 52-53.
- 宮本美奈子 (2015). 事例紹介—認知症疾患に対する退院支援. 整形外科看護, 20 (9) : 918-921.
- 宮崎清恵 (2015). 医療における「家族」の理解. (日本医療社会福祉協会編. 保健医療ソーシャルワークの基礎—実践力の構築, pp.47-61. 相川書房.)
- みずほ情報総研株式会社 (2016). 在宅医療ケアが必要な子どもに関する調査. (<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000130383.pdf>, 2021.03.16)
- 森 京子, 古川智恵 (2018). 在宅緩和ケアへの移行における看護師の援助—終末期がん患者と家族が体験した困難と安心して移行するために有効であった援助. 日本在宅看護学会誌, 6 (2) : 65-74.
- 棕野美智子 (2013). 医療ソーシャルワーカーの歴史を振り返り, 未来を展望する—政策の視点から. 医療社会福祉研究, 21 : 1-29.
- Muthen, L.K., and Muthen, B.O. (2007). Mplus User's Guide, 5th ed. Muthen & Muthen.
- 村上武敏 (2020). 医療福祉の対象についての研究—1990年代以降における対象論と援助論の一般化批判として. 社会福祉学, 61 (3) : 72-86.
- 内閣府 (2013). 社会保障制度改革国民会議報告書—確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋. (<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>, 2021.4.8)
- 内閣府 (2020). 令和2年版高齢社会白書. (<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/gaiyou/pdf/1s1s.pdf>, 2021.05.12)
- 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, pp.23-122. 相川書房.
- 中野加奈子 (2007). 医療ソーシャルワークにおける「退院援助」の変遷と課題. 佛教大学大学院紀要, 35, 221-235.
- 中野真希, 東 恵子, 清札智子ほか (2014). 急性期脳神経外科病棟看護師の退院支

- 援における困難. 日本看護学会論文集 成人看護I, 44 : 122-125.
- 難波秀子 (2015). 精神科の長期入院患者に対する退院支援—自宅退院までには結びつけることができなかつた事例を振り返り, 今後の支援を考える. 日本精神科看護学術集会誌, 58 (3) : 268-272.
- 南原聡美, 内山直美, 廣川沙織ほか (2012). NICU から在宅療養に向けた退院支援—腹膜透析・経管栄養・ストマ管理. 信州大学医学部附属病院看護研究集録, 40 (1) : 60-62.
- 根本恵理, 大槻久美 (2012). 急性期医療を担う病院における退院調整看護師の現状と課題. 日本看護学会論文集 看護総合, 42 : 253-256.
- 日本医療社会事業協会 (2006). 医療機関における社会福祉援助活動を促進するために—医療ソーシャルワーカーを配置するに当たっての手引き. (http://www.jaswhs.or.jp/upload/Img_PDF/383_Img_PDF.pdf, 2021.7.16)
- 日本家族研究・家族療法学会編 (2013a). 家族療法テキストブック, pp.v-viii. 金剛出版.
- 日本家族研究・家族療法学会編 (2013b). 家族療法テキストブック, p.56. 金剛出版.
- 日本精神保健福祉士協会 (2014). 精神保健福祉士業務指針及び業務分類 第2版. (<http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20140930-gyoumu2/all-gyoumu2.pdf>, 2021.4.8)
- 日本ソーシャルワーク学会編 (2013). ソーシャルワーク基本用語辞典, p144. 川島書店.
- 二宮啓子, 森田恵子, 半田浩美ほか (2000). 小児ネフローゼ症候群のクリティカルパス作成へ. 日本看護学会論文集 小児看護, 30 : 97-99.
- 錦織典子, 竹内 香, 石橋照子 (2018). 急性期病院内の精神科病棟から退院となる認知症患者家族の思い. 日本医学看護学教育学会誌, 27 (1) : 7-12.
- 野上裕子, 鷲尾昌一, 堀口逸子ほか (2016). 訪問看護サービスを利用する要介護高齢者の家族介護者の介護負担に影響を与える要因の検討. 臨牀と研究, 93 (9) : 1229-1233.
- Northen, H. (1987). Assessment In Direct Practice. (Minahan, A., ed. Encyclopedia of

Social Work 18th ed, 1, p172. Silver Spring, MD: National Association of Social Workers Press.)

野末武義 (2009). 家族ライフサイクルを活かす—臨床的問題を家族システムの発達課題と危機から捉え直す. 精神療法, 35 (1) : 26-33.

野末武義 (2020). 家庭内で起こるバイオレンス—家族療法に問われる課題. 家族心理学研究, 33 (2) : 133-136.

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.

小原真知子, 高山恵理子, 高瀬幸子ほか (2017). ソーシャルワーカーによる退院における実践の自己評価. 相川書房.

大橋定明 (2006). 精神科病院長期入院患者の退院援助についての一考察—ソーシャルワーカーからの聞き取り調査に基づいたケーススタディ. KGPS review: Kwansei Gakuin policy studies review, 6 : 1-30.

沖佐々木直恵, 中島亜友美, 後藤ヨシエほか (2014). 退院支援の阻害要因分析—訪問看護師・病棟看護師・外来看護師への調査から. 日本看護学会論文集 地域看護, 44 : 89-92.

Olson, D.H., and McCubbin, H.I. (1982). Circumplex Model of Marital and Family Systems V: Application to Family Stress and Crisis Intervention. (McCubbin, H.I., Cauble, A.E., and Patterson, J.M., eds. Family Stress, Coping, and Social Support, pp.48-68. Springfield, IL: Charles C Thomas.)

Olson, D.H., Sprenkle, D.H., and Russell, C. (1979). Circumplex Model of Marital and Family System: I Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types and Clinical Applications. Family Process., 18 (1) : 3-28.

大森結実, 田口淳子, 加藤政子ほか (2015). 慢性疾患患者の退院後の療養生活からみた病棟看護師による退院支援内容の検討—退院支援ハイリスク者事例に関する看護記録とインタビューから. 東北大学医学部保健学科紀要, 24 (2) : 77-88.

恩田高弘, 星野かおる, 柳橋 稔 (2012). 社会復帰に向けた環境調整における看護師の役割—PSW との連携に焦点をあてて. 日本精神科看護学術集会誌, 55 (1) : 436-437.

- 小野美喜 (2006). 回復期リハビリテーション病棟看護師の自宅への退院援助プロセス. 日本看護研究学会雑誌, 29 (1) : 97-105.
- 太田桂子 (2015). 医療的ケアを必要とする認知症の患者が日中独居になってしまうが, 「犬と一緒に過ごしたい」気持ちを家族と他職種で支え合い退院調整を行ったケース. プロフェッショナルがんナーシング, 5 (5) : 72-73.
- 太田義弘 (1995). ソーシャルワークにおけるアセスメント—その意義と方法. ソーシャルワーク研究, 20 (4), 4-10.
- 大竹まり子, 田代久男, 齋藤明子ほか (2004). 山形大学附属病院における退院困難質的研究の特徴と地域医療連携センター退院支援部門の役割に関する検討. 山形医学, 22 (1) : 57-69.
- 大友由紀子 (2001). 家族周期論的アプローチ. (野々山久也, 清水浩昭編. 家族社会学の分析視覚, pp.184-201. ミネルヴァ書房.)
- Paterson, B.L., Thorne, S.E., Canam, C., and Jillings, C. (2001). *Meta-Study of Qualitative Health Research A Practical Guide to Meta-Analysis and Meta-Synthesis*. Newbury Park, California: Sage Publications. (石垣和子, 宮崎美砂子, 北池正ほか監訳 (2010). 質的研究のメタスタディ実践ガイド. 医学書院.)
- Persson, J., Holmegaard, L., Karlberg, I., Redfors, P., Jood, K., Jern, C., Blomstrand, C., and Forsberg-Wärleby, G. (2015). Spouses of Stroke Survivors Report Reduced Health-Related Quality of Life Even in Long-Term Follow-Up: Results From Sahlgrenska Academy Study on Ischemic Stroke. *Stroke.*, 49 (9) : 2584-2590.
- Rait, D., and Lederberg, M. (1989). The family of the cancer patient. (Holland, J.C., and Rowland, J.H., eds. *Handbook of Psycho-Oncology*, pp.585-597. Oxford University Press.)
- 齊田菜穂子, 渡邊則子, 木下みゆき (2015). 退院支援・退院調整のために収集する患者情報の実態—職種間での差異に着目して. 日本看護学会論文集 在宅看護, 45: 63-66.
- 坂口大地, 宮永孝志, 久保園剛ほか (2015). 精神科救急病棟の退院支援クリティカルパスのバリエーション分析. 日本精神科看護学術集会誌, 58 (1) : 334-335.
- 榊原次郎 (2016). 関与に消極的なキーパーソンへの支援とインフォーマルサービス

- の活用を通して自宅退院となった一例. リハビリナース, 9 (1) : 22-27.
- Santa-Barbara, J., Steinhauer, P., and Skinner, H., eds. (1981). *The Process Model of Family Functioning Theory, Research and clinical Applications*. Tronto: A Monograph.
- 佐々木 愛, 沖政真治, 石飛祐子 (2016). 急性期病院に勤務する病棟看護師の退院支援の実践内容と意識. 日本看護学会論文集 急性期看護, 46 : 289-292.
- 佐々木恵理子, 芳賀佳久子, 加藤美由紀ほか (2015). 在宅での最期を望む終末期の患者・家族への在宅療養移行支援の効果—終末期患者の家族援助の予期悲嘆の3段階別の分析から. 日本看護学会論文集 在宅看護, 45 : 67-70.
- 佐藤郁哉 (2006). 定性データ分析入門—QDA ソフトウェア・マニュアル. 新曜社.
- 佐藤郁哉 (2008). 質的データ分析法—原理・方法・実践. 新曜社.
- 澤田紀子, 柳原清子 (2011). 退院段階にあるが, 患者のさらなる ADL 拡大を期待し退院を拒む家族のケース. リハビリナース, 4 (6) : 82-89.
- 社会福祉専門職団体協議会 (2005). ソーシャルワーカーの倫理綱領. (<http://www.japsw.or.jp/syokai/rinri/sw.html>, 2018.4.5)
- 清水良志, 井上伸正, 山中省吾ほか (2012). 包丁を振り回し家族崩壊寸前で入院した患者への退院支援—退院困難患者に対する多職種連携による社会復帰への道すじ. 日本精神科看護学術集会誌, 55 (1) : 178-179.
- 清水裕士, 大坊郁夫 (2014). 潜在ランク理論による精神的健康調査票 (GHQ) の順位的評価. 心理学研究, 85 : 464-473.
- 塩満 卓 (2012). 地域精神保健福祉機関で働く PSW の成長過程に関する研究—利用者に対する援助者役割に着目して. 精神保健福祉, 43 (2) : 125-133.
- Shojima, K. (2007). Neural test theory. DNC Research Note., 07-02.
- 相馬敏彦, 清水裕士 (2013). ワンランク上のブランド・コミットメントを導くために—拡張版投資モデルをブランド—顧客の関係性に応用して. 日本心理学会第 77 回大会発表論文集, 1174.
- Spielberger, C.D. (1966). *Theory and Research on Anxiety*. (Spielberger, C.D., ed. *Anxiety and Behavior*, pp.3-20. Cambridge, Massachusetts: Academic Press.)
- Steinglass, P., and Horan, M.E. (1988). *Families and Chronic Medical Illness*. (Walsh, F., and Anderson, C.M., eds. *Chronic Disorders and the Family*, pp.127-142. Philadelphia,

Pennsylvania: Haworth Press.)

- 杉浦貴子 (2006). 文献により探索する医療ソーシャルワーカーの「困難性」の実態.
ルーテル学院研究紀要, 40 : 79-94.
- 杉山 京, 竹本与志人 (2018). 地域包括支援センターの専門職を対象としたかかり
つけ医との連携実践と関連要因の検討. 社会福祉学, 59 (1) : 83-95.
- 鈴木和子 (2006a). 家族看護学とは何か. (鈴木和子, 渡辺裕子編. 家族看護学—理
論と実践 第3版, p13-14. 日本看護協会出版会.)
- 鈴木和子 (2006b). 看護学における家族の理解. (鈴木和子, 渡辺裕子編. 家族看護
学—理論と実践 第3版, p32. 日本看護協会出版会.)
- 鈴木和子 (2006c). 看護学における家族の理解. (鈴木和子, 渡辺裕子編. 家族看護
学—理論と実践 第3版, p53. 日本看護協会出版会.)
- 鈴木和子 (2006d). 家族看護における看護者の役割と援助姿勢. (鈴木和子, 渡辺裕
子編. 家族看護学—理論と実践 第3版, p160. 日本看護協会出版会.)
- 鈴木裕介 (2017). 医療ソーシャルワーカーが行うアドボカシー援助活動の構造. 社
会福祉学, 58 (1) : 26-40.
- 田村正徳, 太田えりか, 奈倉道明ほか (2016). 「医療的ケア児に対する実態調査と
医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究」の中間報告. 平成 28 年度厚生労
働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業. ([https://www.mhlw.go.jp/file/06-
Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000147259.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000147259.pdf) ,
2021.02.18)
- 田村里子 (2015). アセスメント. (日本医療社会福祉協会編. 保健医療ソーシャル
ワークの基礎—実践力の構築, pp.159-170. 相川書房.)
- 高田久美 (2010). 退院調整を担う地域連携室における看護師の役割 (第1報) —総
合病院の地域連携室における精神科認定看護師 (退院調整領域) の活動. 日本精
神科看護学会誌, 53 (3) : 253-257.
- 高橋未来, 葛谷玲子, 石川かおりほか (2016). 精神科長期入院患者の退院支援にお
ける家族への看護の検討—複数施設で実施する質的研究検討会を通して. 岐阜県
立看護大学紀要, 16 (1) : 113-120.
- 高橋知博, 小倉雄三, 小笠原聖子ほか (2014). 父親の影響で意思決定が困難であっ

- た患者への退院支援のありかた．日本看護学会論文集 精神看護，44：19-22.
- 高橋智美，塚本庸子（2016）．家族参加型 Post-NICU 退院支援モデルの構築と適用課題—入室児家族面接結果の分析から．新潟医療福祉会誌，16（2）：12-20.
- 高山恵理子（2019）．医療ソーシャルワーカーの業務に医療政策が及ぼした影響—診療報酬の動向と医療ソーシャルワーカーの「退院支援」業務との関わり．上智大学社会福祉研究，43，10-30.
- 武田加代子，南 彩子，杉本照子（1996）．ソーシャルワーク実践における価値—医師・看護師・ソーシャルワーカーの比較研究から．社会福祉学，37（2）：101-115.
- 竹森美穂，佐々木淳子，田島律子ほか（2014）．退院支援における医療従事者の意識調査からみる退院支援の在り方．近畿中央病院医学雑誌，34：47-56.
- 竹本与志人，香川幸次郎（2008a）．血液透析患者の家族における療養負担感と療養継続困難感の関連性．社会福祉学，49（1）：87-97.
- 竹本与志人，香川幸次郎，白澤政和（2008b）．血液透析患者の精神的健康と主介護者の療養継続困難感との関連性．メンタルヘルスの社会学，14：53-63.
- 竹本与志人，香川幸次郎（2009）．血液透析患者における家族機能に対する認知的評価と精神的健康との関連性．日本保健科学学会誌，12（2）：67-76.
- 竹本与志人（2017）．量的研究によるソーシャルワーク実践の評価．（日本医療社会福祉協会・日本社会福祉士会編．保健医療ソーシャルワーカーアドバンスト実践のために，pp.342-358．中央法規出版．）
- 竹内沙弥香，高橋法恵（2012）．医療的ケアを必要とする小児の退院支援．信州大学医学部附属病院看護研究集録，40（1）：63-65.
- 滝 敦子，奥 起久子，渡部晋一ほか（2011）．NICU から退院できない長期人工呼吸管理患者の現状と在宅医療移行への阻害要因についての検討．日本未熟児新生児学会雑誌，23（1）：75-82.
- 田中千枝子（2018a）．2017年度学会回顧と展望—保健医療部門．社会福祉学，59（3）：216-234.
- 田中千枝子（2008b）．保健医療ソーシャルワーク論，pp.15-17．勁草書房．
- 田中千枝子（2008c）．保健医療ソーシャルワーク論，p.35．勁草書房．
- 田中千枝子（2017）．組織が保証する人材養成システムとスーパービジョン体制．（日

- 本医療社会福祉協会・日本社会福祉士会編．保健医療ソーシャルワーカーアドバンス実践のために，pp.271-286．中央法規出版．)
- 田中結香，望月宗一郎（2015）．医療ソーシャルワーカー（MSW）が抱える業務上の不安と解消の手立て．保健医療福祉連携，8（2）：146-154．
- 谷 義幸（2015）．要介護認定「軽度者」の退院支援における課題—ソーシャルワーカーの介入の必要性を考える．福祉研究，109：32-41．
- 遠田大輔，中西清晃，杉角俊信ほか（2014）．精神科救急病棟入院患者の再入院に関連する要因の検討．精神科救急，17，123-130．
- 鳥居芳行（2012）．家族の思い・サポート状況．透析ケア，18（2）：42-43．
- 豊田秀樹（1998）．共分散構造分析 [入門編] —構造方程式モデリング．朝倉書店．
- 上野佳苗，原 ゆかり，太田まきえほか（2012）．遺伝性疾患と診断された患児と両親への退院支援の実際．信州大学医学部附属病院看護研究集録，40（1）：77-79．
- 宇都宮宏子（2011）．3段階プロセスの流れ．（宇都宮宏子，三輪恭子編．これからの退院支援・退院調整，pp.9-14．日本看護協会出版会．)
- 和口秀子，日高久美，篠木敬二ほか（2013）．脳内出血患者の急性期病院における在宅復帰をめざして退院調整看護師と患者家族としての立場から学んだこと．癌と化学療法，40：216-218．
- 渡邊愛記，長山洋史，川口敬之ほか（2013）．介護保険導入前後における在宅脳卒中患者の介護状況と介護負担感．理学療法学，28（4）：511-516．
- 渡辺裕子（2004）．家族像の形成—渡辺式家族アセスメントモデルを通して．家族看護，2（2）：6-20．
- Wright, L.M., and Leahey, M. (1984) *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia : F.A.Davis.
- 山端大器，久住和史，加茂初美（2015）．長期入院患者とのその家族の退院支援—家族と疎遠になっている患者とその家族とのかかわり．日本精神科看護学術集会誌，58（1）：450-451．
- 山田昌弘（1986）．家族定義論の検討—家族分析のレベル設定．ソシオロゴス，10，52-62．
- 山口洋子，堀 直美，稲垣政子（2015）．終末期にストーマ造設を受けた高齢者の退

- 院支援質的研究報告—フィソクノ危機理論を用いた考察. *STOMA: Wound & Continence*, 22 (1) : 25-28.
- 山川敏久, 真嶋智彦, 庄司克哉 (2010). 医療ソーシャルワーカーのメンタルヘルスに関する研究 (第一報) —バーンアウトと MSW 属性との関連分析. *医療と福祉*, 43 (2) : 25-32.
- 山本嘉一郎 (1999). 共分散構造分析とその適用. (山本嘉一郎, 小野寺孝義編. *Amos* による共分散構造分析と解析事例, pp.16-17. ナカニシヤ出版.)
- 山崎恵子, 内田宏美, 長田京子ほか (2012). 中高年看護師の職業継続のプロセスとその思い. *日本看護管理学会誌*, 16 (1) : 34-44.
- 横山豊治, 保正友子 (2007). 同一事例に対するソーシャルワーカーの見解の比較—若手とベテランへのインタビュー調査より. *社会福祉士*, 14 : 189-197.
- 芳野菊子, 太田憲司, 山本美雪ほか (2015). 慢性心不全終末期における意思決定支援にむけた病棟看護師の役割. *ホスピスケアと在宅ケア*, 23 (1) : 11-16.
- 湯浅美千代, 小川妙子, 石塚敦子ほか (2007). 認知症専門病棟における入院長期化の要因と退院支援の内容—看護職者へのグループインタビューより. *医療看護研究*, 3 : 50-57.
- 湯原悦子 (2011). 介護殺人の現状から見出せる介護者支援の課題. *日本福祉大学社会福祉論集*, 125 : 41-65.
- 全国訪問看護事業協会 (2000). 在宅で介護にあたる家族を支援するためのマニュアル. (<https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/H11-6-1.pdf>, 2021.03.15)

謝 辞

本学位論文は、筆者が岡山県立大学大学院保健福祉学研究科保健福祉科学専攻博士後期課程において行った研究成果をまとめたものです。

研究活動全般にわたり格別なる御指導と御高配を賜りました岡山県立大学大学院保健福祉学研究科教授 竹本与志人先生に心より感謝の意を表します。私が学術研究の道への挑戦を決意し、本日に至るまで研究活動を継続することができたのは、常に竹本与志人先生が研究の意義とやりがいを示してくださり、私の成長を辛抱強く見守ってくださったからに他なりません。また、岡山県立大学保健福祉学部在学中より約7年間にわたり常に真摯に研究活動に取り組む竹本与志人先生の後姿から、真理を追究する研究者として、そして間接的援助技術を駆使する実践者としてのあるべき姿を学ばせていただきました。これまでの御恩に報いることができるよう、竹本研究室での経験を心の糧に、今後より一層人々の生活課題の解決に向けて尽力していく所存です。

岡山県立大学大学院保健福祉学研究科教授 村社 卓先生、同研究科教授 近藤理恵先生、同研究科教授 川上貴代先生ならびに同研究科准教授 實金 栄先生には副査として論文審査の労をお執りいただき、本論文の細部にわたり貴重な御指導を賜るとともに、さらなる研究展開に関して多くの御示唆をいただきました。ここに深謝の意を表します。

本研究の実施に際し、調査に御協力いただきました医療機関の管理者様および医療ソーシャルワーカーの皆様に深く感謝申し上げます。皆様の御理解と御支援がなければ本研究は成し得なかったことをここに申し添えます。また、兵庫医科大学病院認知症疾患医療センター 医療ソーシャルワーカー 木村亜紀子氏には、調査内容の検討や調査票の作成等において甚大な御協力を賜りました。御多忙にもかかわらず度重なる御過分な御厚意をいただき、拝謝いたします。

研究を進めるにあたって、多大なる御助言と御尽力を賜りました岡山県立大学保健福祉学部現代福祉学科准教授 桐野匡史先生および日本福祉大学福祉経営学部医療・福祉マネジメント学科助教 杉山 京先生に厚く感謝の意を表します。特に、杉

山 京先生には岡山県立大学保健福祉学研究科の先輩として、研究の進め方や悩みについて絶えず親身になって相談に応じていただき、多くの御支援、御協力を賜りました。重ねて御礼申し上げます。また、竹本研究室の皆様には調査研究に関する意見交換をはじめ、日頃より多くの御意見と励ましをいただきました。深謝申し上げます。

本学位論文の「第3章 医療ソーシャルワーカーを対象とした退院援助における家族評価のための情報収集の構造に関する検討」および「第4章 医療ソーシャルワーカーを対象とした退院援助における家族評価のための情報収集に関する実践状況」は、平成29年度岡山県立大学独創的研究助成費（医療ソーシャルワーカーを対象としたアセスメント実践に関する研究；研究代表者 竹本与志人）より助成を受けて実施した研究の一部です。また、「第5章 医療ソーシャルワーカーを対象とした退院援助における家族評価のための情報収集の実践に関連する要因の検討」は、2019年度助教研究特別支援制度（医療ソーシャルワーカーの退院援助における家族評価の関連要因の検討；研究代表者 杉山 京）より助成を受けて実施した研究の一部です。この場を借りて深く御礼申し上げます。

最後に、博士課程に進学する機会を与えてくださり、ありとあらゆる場面で私をあたたく支えて続けてくれた両親に心より感謝いたします。

ここに記しきれない多くの方々の学恩、御支援によって本研究が成立していることを銘記し、衷心より拝謝いたします。

付 記

本学位論文に関する研究業績

1. 倉本亜優未, 杉山 京, 仲井達哉, 竹本与志人 (2020). 医療ソーシャルワーカーを対象とした退院援助における家族評価の構造に関連する検討. 社会医学研究, 37 (2) : 107-120.
2. 倉本亜優未, 杉山 京, 竹本与志人 (2021). 医療ソーシャルワーカーを対象とした退院援助における家族評価の実践に関連する要因の検討. 社会医学研究, 38 (1) : 27-40.
3. 倉本亜優未, 竹本与志人 (2022). 退院支援における家族評価の情報収集に関する文献的検討. 岡山県立大学保健福祉学部紀要 (印刷中).