

久留米大学大学院比較文化研究科
審査博士学位論文

高齢の大腿骨骨折患者に対するソーシャルワーク実践モデルの研究

－在宅復帰に向けた退院支援を中心に－

畑 香理

2022 年

【 目 次 】

序章	1
1. 研究の背景	1
(1) 日本における高齢の大腿骨骨折患者をめぐる問題	
(2) 高齢の大腿骨骨折患者に関する研究の現状	
(3) 大腿骨骨折患者の在宅復帰に関する実践モデル開発の必要性	
2. 研究の概要	7
(1) 研究目的	
(2) 研究の視点と範囲	
(3) 研究の内容	
3. 研究全体の構成	11
(1) 本研究の構成	
(2) 研究課題と研究方法	
(3) 用語の整理	
第1章 退院支援の萌芽と今日的課題	21
1. 業務指針における「退院援助」の変遷	21
(1) 業務指針の提示と1990年代の医療制度改革	
(2) 地域連携型医療への移行と「退院援助」	
(3) 地域包括ケアを視野に入れた多職種連携の必要性	
2. 先行研究にみる退院支援の特徴	24
(1) 医療ソーシャルワーカーが行う退院支援	
(2) 高齢患者への退院支援	
(3) 退院支援における医療ソーシャルワーカーと看護師の役割	
3. 今後の退院支援の充実と医療ソーシャルワーカーへの期待	30
(1) 医療ソーシャルワーカーの業務と組織内での位置付け	

- (2) 多職種協働の中の医療ソーシャルワーカーの視点
- (3) 大腿骨骨折を経験した高齢者への支援における「地域活動」の展開

第2章 大腿骨骨折患者に関する先行研究の概観 36

- 1. 大腿骨骨折患者の治療と予後に関する医学的知見 36
 - (1) 高齢者における大腿骨骨折の特徴
 - (2) 高齢者における大腿骨骨折の治療とその予後
- 2. 大腿骨骨折患者の回復や生活支援に関する研究の特徴 41
 - (1) 大腿骨骨折を経験した高齢者のADL及びQOL
 - (2) 高齢の大腿骨骨折患者及び家族の退院時から退院後の生活
- 3. 先行研究の到達点と今後の研究課題 44
 - (1) 大腿骨骨折を経験した高齢者に関する先行研究の到達点
 - (2) 今後の研究課題

第3章 大腿骨骨折患者への支援に関する特徴的な要因の検討 49

- 1. 調査の目的 49
- 2. 研究の方法 49
 - (1) 調査対象と方法
 - (2) 調査期間と回収率
 - (3) 調査内容と分析方法
 - (4) 倫理的配慮
- 3. 調査結果 52
 - (1) 回答者の属性
 - (2) 大腿骨骨折患者の特徴
 - (3) 支援実施状況に関する他疾患との比較
 - (4) 患者の性別にみる医療ソーシャルワーカーの支援実施状況

(5)	医療ソーシャルワーカーの性別にみる支援の傾向	
(6)	医療ソーシャルワーカーの経験年数別にみる支援の傾向	
4.	考察	63
(1)	大腿骨骨折患者への「退院援助」	
(2)	医療ソーシャルワーカーに期待される「地域活動」	
(3)	患者の性別による支援状況の差とソーシャル・サポートとの関係	
(4)	回答者の性別及び経験年数別からみた支援状況の特徴	

第4章 高齢の大腿骨骨折患者の入院中から在宅復帰までを支援する視点

..... 71

1.	調査の目的	71
2.	研究方法	72
(1)	調査対象と方法	
(2)	分析方法	
(3)	倫理的配慮	
3.	調査結果	74
(1)	療養生活に伴う精神的負担	
(2)	回復への意欲	
(3)	治療終了後も続く大腿骨骨折による負担	
(4)	安心した生活が確保された自分らしい暮らしの獲得	
4.	考察	81
(1)	時系列的展開でみる大腿骨骨折患者の課題とストレングス	
(2)	療養生活で生じる精神的ストレスに対する緩和と変容	
(3)	大腿骨骨折が引き起こす身体的・精神的負担に関する課題	
(4)	希望が実現したことで生じるストレングスの強化	
(5)	退院後の在宅生活における課題と当事者のストレングスとの関連	
(6)	生活の変容過程を捉えるソーシャルワークの視点の重要性	

第5章 大腿骨骨折患者の在宅復帰に関する実践モデルの構成要素 . . . 89

1. 大腿骨骨折患者の特徴 89
2. 実践モデルを提示する意義 91
3. 実践モデルにおける具体的な支援の手続き 92
4. 実践モデルを支える理論と根拠 94
5. 実践モデルに期待される効果 95

第6章 大腿骨骨折患者の在宅復帰に関する実践モデルの提示 97

1. 実践モデルの枠組みと展開 97
 - (1) 実践モデルの全体像
 - (2) 支援過程の展開
2. 実践マニュアルの提示 99
 - (1) 療養生活に伴う精神的負担の把握
 - (2) 回復への意欲に関する介入
 - (3) ソーシャル・サポートと患者の性別への着目点
 - (4) 在宅復帰後のストレングスと QOL の促進要因と阻害要因の検討
3. 実践モデルの到達点と課題 107
 - (1) MSW による退院支援過程の明確化
 - (2) 有効性の検証

終章 110

1. 本研究の成果と限界 110
2. 今後の研究課題と展望 112
 - (1) ソーシャルワーク実践モデルの有効性の検証と普及

- (2) 継続的な実践研究の必要性
- (3) 幅広い理論研究の必要性
- (4) 多様な疾患に対するソーシャルワーク実践モデル開発の研究

謝辞 116

文献 117

巻末資料 129

序章

1. 研究の背景

(1) 日本における高齢の大腿骨骨折患者をめぐる問題

総務省統計局（2019, 2021）の「人口推計」によると、日本の65歳以上人口は1950年から上昇が続き、2021年には高齢化率が28.9%と過去最高であった。さらに65歳以上人口のうち、75歳以上人口が65～74歳人口を上回っている。このような状況のなか、大腿骨骨折患者の近年の新規発生状況をみると、2012年の発生患者数は約17万5700人であり、1987年の5万3200人から25年間増加している。これは高齢化率の上昇によるものといわれている（Orimo et al. 2016 : 1780）。性別・年齢別での大腿骨骨折の発生率をみてみると、人口1万人に対し、男女共に年齢の上昇と比例して発生率が高くなっている。さらに、60歳代以降の老年人口に着目してみると、1992年と2012年では男女共に80歳代及び90歳以上の年代で上昇している。全体でみると、男性に比べて女性の方が発生率は高い（表1）。今後、日本で発生する大腿骨骨折患者数について『大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン』では、2030年では約30万人、2042年では約32万人と予測されている。

日本での骨折予防と対策に着目すると、『大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン』では、大腿骨骨折を対象とする骨折予防の介入研究報告数が少ないことを指摘している。加えて遠藤ら（2015 : 25-26）は、脆弱性骨折の既往のある高齢者へ介入することで大腿骨近位部骨折の50%を予防できるとし、脆弱性骨折の治療と二次骨折予防の重要性を指摘している。そして、高齢者の脆弱性骨折の治療と予防が発展している国に比べ、日本は「外傷専門の救急病院がなく、ただでさえ数の少ない骨折専門医が多く、多くの病院に分散しているため、難しい骨折が骨折治療の経験に富んだ専門医によって治療されるとは限らないこと、老年病専門医がほとんどいないこと、二次予防骨折の取り組みがほとんど行われていないこと、骨折治療を行う急性期病院は入院期間の短縮が優先され、患者はリハビリテーションを行う間もなく転院を強いられること」（遠藤ら 2015 : 24）などの点で立ち遅れていると述べている。つまり、日本は高齢者の増加に伴い近年では大腿骨骨折患者の発生数及び発生率が上昇しているにもかかわらず、骨折の予防や対策が進んでいるとは言い難い。これには、適度な運動や食事・栄養管理による骨粗鬆症予防に加え、転倒しにくい環境の整備が重要であると

いわれており（遠藤ら 2015, 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会 2015）、高齢者の生活習慣だけでなく環境整備にも目を向ける必要がある。大腿骨骨折に比べて発症による身体機能へのダメージの大きい脳血管疾患の予防や再発の対策は、主に患者本人の生活習慣の改善に論点が集約される一方で、大腿骨骨折の予防や再発防止、環境の整備は患者自身の健康管理から生活空間にまで及ぶことからより広範囲の取り組みになる。

大腿骨骨折を経験した高齢者は受傷に伴い身体機能が落ち、退院後の在宅生活において ADL が低下することが Fukui et al. (2012)、北村ら (2009)、山本 (1996) などの先行研究により明らかになっている。特に高齢であるほど身体機能の予後が不良であることもわかっている。Fukui et al. (2012) の調査では、手術後 1 年時点で、屋外歩行が自立している人は 59% から 36% に減少、屋内歩行が自立している人は 18% から 24% に増加、自立した歩行が困難な人は 23% から 41% に増加していたことが明らかになっている。北村ら (2009) は、退院 1 カ月後の生活では患部の痛みや腫れ、再転倒による骨折の恐怖、ADL 低下による不自由さなどを感じる高齢者の存在を指摘している。高齢患者は大腿骨骨折を経験したことが原因で、退院後も身体的な辛さや恐怖、不安感、日常生活で必要なことができない不自由さなどを抱えながら生活を営んでおり、在宅生活において様々なストレスを抱えていることが明らかになっているのである。

表 1 Incidence rate of hip fracture per 10,000, 1992-2012

	1992	1997	2002	2007	2012
Male, age					
-39	0.36	0.30	0.30	0.32	0.29
40-	1.03	0.91	0.84	0.92	1.09
50-	2.21	2.00	1.82	2.03	2.23
60-	5.74	5.12	5.26	4.81	5.03
70-	19.13	17.29	17.49	18.12	16.88
80-	56.02	57.41	58.61	61.03	60.81
90-	124.96	128.89	141.39	146.62	159.46
All ages	3.08	3.38	4.08	5.11	6.10
Female, age					
-39	0.16	0.13	0.12	0.15	0.14
40-	0.61	0.60	0.58	0.70	0.73
50-	2.28	2.39	2.41	2.95	3.13
60-	9.69	9.07	9.11	8.11	8.66
70-	44.32	40.85	41.07	39.71	36.71
80-	139.60	147.79	156.10	157.14	151.03
90-	264.66	281.04	315.52	313.58	323.25
All ages	9.20	11.19	14.43	18.14	21.31

Orimo et al. (2016 : 1780) Hip fracture incidence in Japan: Estimates of new patients in 2012 and 25-year trends, Osteoporosis International, 22, 1777-84. を基に筆者作成.

その他、高齢者の在宅生活ではあらゆる場面で大腿骨骨折を原因とした影響がみられる。例えば、山本（1996）は大腿骨骨折を経験した高齢者の生活において、①移動能力や体力の低下があること、②老いを自覚したり生きがい・役割等の喪失感を抱えたりすること、③交流相手及び交流回数の減少により対人関係の変化があること、④治療費や家屋改修費用の出費により経済的な負担が増えること、といった変化が生じると述べている。生活の変化は、高齢者本人だけでなく家族にも現れ、主に介護及び経済的負担があることがわかっている。

以上のことから、骨折による様々な影響が高齢者の生活の質の低下を招くことや、再骨折への不安や恐怖から外出を控えて閉じこもりになること、さらには外出や運動の不足が身体機能の低下を早めることで寝たきりになることなどの問題が生じる危険性は高い。また、近年では高齢者の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加し、高齢者の孤立が社会問題になっている。今後ますます高齢化が進行するなかで、大腿骨骨折の影響から生じる様々な問題に対応する支援方法を確立しなければ、大腿骨骨折の発症によって高齢者の社会的孤立が助長されるような事態も容易に推測できる。

そこで、大腿骨骨折患者への支援の現状に関する先行研究をみると、谷（2015：15）は、要介護認定において要支援1・2、要介護1の認定を受けた者を「軽度者」とし、「退院支援に関わる看護師や介護支援専門員のなかには、要介護度の重さをもって支援対象とする傾向もあり、SWとしての介入や連携に難しさを感じる場合もある」と述べている。確かに大腿骨骨折患者のようにADLの回復がある程度期待できる軽度者は、合併症やすでに抱えている疾患への対応を除けば、医療・介護におけるニーズは高くない。しかし、医療的なニーズや介護の必要性が少ないからといって生活上の問題も少ないとは言い切れない。例えば、先述したように再骨折への不安や恐怖から外出を控えて閉じこもりになることなどが考えられる。すなわち、軽度者であるからといって支援があまり必要ないのではなく、軽度者であるからこそ顕在化していないニーズに注目して支援を行わなくてはならない。

また、リハビリによるADLの回復が見込めるということは、入院期間中における患者の身体機能・状況の変化が大きいということである。この変化に合わせて退院の方向性や在宅復帰の可否、支援の内容を検討しなければならないが、限られた在院日数のなかで患者の状況に合わせた退院や在宅復帰の支援を検討することには困難さが伴うといえる。『回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書』（2019：48）によると平均入棟日数は「脳血管系疾患」が83.2日、「整形外科系疾患」が54.7日、「廃用症候群」が55.3日、「その他」が40.5日であった¹⁾。「その他」を除く3つの疾患は患者数も多く²⁾、高齢にな

るほど発生率が高くなるという特徴は共通している。一方で、在宅復帰率や退院時の ADL の水準は 3 分類の中で整形外科系疾患（大腿骨骨折患者含む）が最も高いため³⁾、短い在院期間のなかで大きく変化する患者の状態を見極めながら退院や在宅復帰への支援内容を検討しなければならない、という点が大腿骨骨折患者への支援の特徴であり、そこに難しさが存在する。

（２） 高齢の大腿骨骨折患者に関する研究の現状

高齢の大腿骨骨折患者に関する研究は、①疾患そのものや患者の身体機能等を対象とした研究、②心理的側面に関する研究、③高齢患者を取り巻く環境に焦点を当てた研究、④ニーズが捉えにくい患者に対する支援や在院日数に関する研究、の 4 つに特徴を次のように整理することができる。

第一に、疾患そのものや患者の身体機能等を対象とした研究には、大腿骨骨折の疫学、受傷のきっかけとなった要因、受傷後の ADL 状況等に関するものが挙げられる（中村ら 1991、伊藤ら 2006、新井ら 2011、堀井ら 2015、萩野 2019）。

第二に、心理的側面に関する研究では、患者の退院後における生活に着目しており、身体機能が低下したことで生活全体に影響が及び、高齢者本人の自信や意欲の喪失につながりやすいことが明らかになっている（山本 1996）。また、退院後の生活で日常的に行う活動が思い通りにならないことや家庭内の役割を十分に担えないことなどに加え、再転倒への不安があることが明らかになっている（千葉ら 2003）。

第三に、高齢患者を取り巻く環境に焦点を当てた研究には、家族に着目した研究、家族以外で患者に関わる人に着目した研究、患者の在宅生活に着目した研究等が挙げられる。家族に着目した研究では、家族が大腿骨骨折を経験した高齢者に与える影響を明らかにしており、その影響は日常生活における行動範囲の制限や社会参加の制約につながることがわかっている（征矢野ら 1998）。また、家族以外で高齢者に関わる周囲の人からの支えが与える影響についても明らかにされている（宗正 2008）。在宅生活に着目した研究では、骨折によって生活しづらくなったことへの対処として、生活全般で様々な工夫がなされていることが当事者の語りから具体的に明らかになっている（山本 1996）。

第四に、ニーズが捉えにくい患者に対する支援や在院日数に関する研究があるが、露木（2010）は長期間入院している患者では、顕在化したニーズにだけ注目して支援計画を策定

せず、潜在化したニーズを捉えるような意図的な関わりを持ち支援計画を立案することが重要であると述べている。また、患者の在院日数に影響を与えている介入の要因を検討する研究も行われている（間嶋 2015）。

以上のように、高齢の大腿骨骨折患者に関しては、様々な視点から研究が行われている。しかし、先行研究の多くは医学、看護学、リハビリテーション科学等の視点から述べられた研究であり、ソーシャルワークの視点から高齢の大腿骨骨折患者に関わる生活課題や支援方法・効果等を取り上げた研究は見当たらない。特に、大腿骨骨折患者の退院や在宅復帰に関して患者個人の要因から環境整備の要因にまで注目した体系的な支援方法の検討については未着手であり、患者の入院中から退院後の在宅生活までを視野に入れた一連の支援展開や内容は明らかになっていない。退院支援に関するソーシャルワークの研究自体は数多く見られるが、それらは面接技法や退院支援計画の作成、他職種との連携方法や役割分担、実践評価等、ある局面や技法に特化した研究であり、患者の疾患の特徴やそれに伴う生活上の困難を個別具体的に検討した上で一連の支援過程を示す実践モデルの構築を目指すような研究は見当たらない。一方この点に関して、医療や理学療法の分野では、対象疾患別に治療やクリティカルパス、リハビリテーションの効果的な方法の研究がなされており、大腿骨骨折患者についてもその特徴を踏まえた治療やリハビリテーションの方法が多数報告されている（加賀谷 2008、清水ら 2010、新井ら 2011、伊勢福 2016、岩瀬ら 2017）。

（3） 大腿骨骨折患者の在宅復帰に関する実践モデル開発の必要性

大腿骨骨折患者に関するこれまでの研究では、支援の対象となる患者の疾患や生活上の困難性を正確に把握した上で、その疾患に焦点化したソーシャルワーク実践モデルを開発する動向はみられない。しかし、当事者が抱える問題や生活状況の特徴を詳細に把握し、それに対応できる支援方法を確立しなければ、効果的なソーシャルワーク実践を行うことは難しい。その意味で、大腿骨骨折患者の在宅復帰支援を目指したソーシャルワークの研究には、患者の特徴を踏まえた実践モデルを開発する視点が不可欠であると考えている。

ソーシャルワークにおける実践モデルは、芝野（2002：41）によると「絞り込んだ対象者や対象問題に対する社会福祉実践の理論的背景と意義を説明し、ある程度具体的な実践方法を解説したもの」といわれている。これは、対象問題や対象者に対する具体的な支援の手続きの背後にある価値観や考え方、実践理論との関わりについての記述と、対象者が抱える

問題の解決あるいは課題の遂行を支援する具体的な手続きや技法についての概略や依拠する理論、技法の有効性等についての記述からなる。実践モデルは、具体的な支援の方向性を探る、あるいは確認することや、支援の意義を理解し介入への動機づけを高めることに役立つものであるが、これまでの日本のソーシャルワーク実践ではあまり提示されてこなかったと指摘されている（芝野 2002：41）。

そこで、実践モデルに関する先行研究をみると、学校ソーシャルワークや子ども家庭福祉分野、障害福祉分野ではいくつかの試みが行われている。たとえば門田（2000）は、日本の学校ソーシャルワーク実践の現状と特徴を踏まえ、様々なソーシャルワーク理論の検討から児童生徒のエンパワーの促進を目指したパワー交互作用モデルを提示している。この実践モデルは奥村（2009）や大塚（2019）などでも理論的な妥当性や介入の有効性が検討されており、学校ソーシャルワーク領域では有効な実践モデルの1つである。他にも、寺田（2020）はLGBTQ当事者へのインタビュー調査の結果から、エンパワメント視点に基づくLGBTQの児童生徒への学校ソーシャルワーク実践モデルを提示している。

金子（2013）は、支援を求めない子どもと家庭に対して、信頼関係の構築から継続的な支援あるいは緊急的な対応の実施までを含めた介入型ソーシャルワークモデルを提示し、事例分析によって有効性を検証している。これは従来の危機介入的な立入調査や親子分離に重点を置くのではなく、子どもが健全に育つ場として家庭が機能するよう家庭の変容を支援することに焦点を当て、現在から未来にわたって子どもの幸福追求の権利を守ることを意図した実践モデルである。木村（2014）は、子育て家庭への家庭訪問はアメリカやイギリスで支援効果が検証されているものの、日本ではそのような実践モデルがないことを指摘した上で、乳児家庭全戸訪問事業や養育支援訪問事業等を包括した切れ目のない子育て支援を提供することを目指した家庭訪問型のソーシャルワーク実践モデルの枠組みを提案した。

その他には、原（2018）が聴覚障害者のもつ「ろう文化」に着目し、その視点に基づいて聴覚障害者へのソーシャルワークにおける文化モデルアプローチの基盤となる概念を明らかにしている。当事者の価値観や特徴を把握する際に「聴覚障害者の特性」という用語が使われるが、これは聴者（聞こえる人。健聴者。）の価値を基準にした捉え方であり、それに対する「ろう文化」は当事者自身の価値観や考え方、生活体験そのものを指す。原は、このようなろう文化をもとにした当事者理解の仕方を重視した実践モデルの構築を目指している。福川ら（2013）は、再入院を繰り返す統合失調症患者を対象として地域生活支援と就労

支援を組み合わせた M-CBCM (Modified Community-Based Care Management) および IPS (Individual Placement and Support) モデルを開発し、統合失調症患者 41 名への介入結果の評価から実践モデルの有効性を明らかにしている。

以上のように、いくつかの先行研究では特定の対象者や問題に対する実践モデルの開発や有効性の検証が行われていることがわかる。しかしこうした研究は、日本のソーシャルワークの先行研究のなかでは数少なく、実践モデルの開発については対象や問題の別によって取り組みの状況に差がみられる。特に、子ども関連分野や精神保健福祉の分野では実践モデルの開発と検証が試みられているものの、それ以外の対象や分野ではほとんどこうした研究は行われていない。このような状況において医療福祉分野では、急性期病院における在院日数の短縮化に伴って、少ない介入機会のなかで支援効果をあげることが医療ソーシャルワーカー（以下、MSW と略す。）に期待されていることを踏まえ、「病院ソーシャルワーカーや研究者にもとめられる研究課題は、効果的な短期介入モデルや初期介入モデルの生成にある」（富樫 2004：79）と指摘されているが、現在に至るまでそうした研究の成果は特に見当たらない。

医療福祉分野でソーシャルワーク実践モデルの研究が進んでいない一方で、一定の成果や知見を得ている分野もある。そして後者の分野では、実践モデルが当事者の生活問題の解決に役立つものであることが一定程度示されている。本研究で着目する大腿骨骨折患者については、その固有の問題や支援の難しさ、効果的な支援方法の欠如が先行研究から明らかになっており、また今後の高齢化率のさらなる上昇に伴って患者数の大幅な増加が予測されている。このような現状を踏まえると、大腿骨骨折患者が安心かつ安全に在宅復帰することを支援するには、大腿骨骨折患者に焦点化した実践モデルの開発が急務である。

2. 研究の概要

(1) 研究目的

本研究では、高齢の大腿骨骨折患者の在宅復帰を支援するソーシャルワーク実践モデルの提示を目的とする。第一の理由は、高齢化の進行に伴って大腿骨骨折患者も増加の一途を辿っているにも関わらず、その予防や対策が不十分と考えられるからである。特に、大腿骨

骨折患者は在宅復帰に際して身体的・心理的・社会的・経済的側面等において様々な生活上の変化に対処しなければならないが、先行研究からこうした変化や負担が患者本人や家族に大きくのしかかっていることが明らかになっている。また、大腿骨骨折の予防や再発防止については脳血管疾患と比較して広範囲の取り組みが求められることから、ソーシャルワーカーによる生活全般を捉えた人と環境への介入が必要だと考えられる。さらに、大腿骨骨折はリハビリテーションを必要とする主な疾患の中でもリハビリテーションの効果が表れやすいため、退院時のADL水準と在宅復帰率が高く、平均在院日数も短い。このことから、短い入院期間のうちに大きく変化する患者の身体状況に合わせ、退院後の在宅生活の支援内容を適時検討するという柔軟な対応が求められる。しかし、これらの状況に対応できる体系的な支援内容を示す研究はまだなく、大腿骨骨折患者の在宅復帰支援を効果的に実施する方法は明らかになっていない。

第二の理由は、医療ソーシャルワークの研究において疾患別の支援モデルがほとんど示されてこなかったからである。先に述べたように、患者の抱える疾患やそれに伴う生活上の困難性を把握した上でそれらに適切に対応する実践モデルを構築しなければ、在宅復帰支援を効果的に展開することはできない。特に、大腿骨骨折患者の在宅復帰支援に関するソーシャルワーク実践モデルはこれまで研究されてこなかったため、今後も増加することが確実である大腿骨骨折患者を取り巻く現状と問題を踏まえても、取り組む意義のある研究テーマと考える。

以上の理由から、在宅復帰を目指す大腿骨骨折を経験した高齢者へのソーシャルワーク実践モデルの提示を本研究の目的とし、研究課題に取り組んでいく。

(2) 研究の視点と範囲

高齢の大腿骨骨折患者の在宅復帰を支援するソーシャルワーク実践モデルを検討する上では、まず前提としてMSWによる退院支援の枠組みと問題点を整理し、それを踏まえて大腿骨骨折患者への支援に関する先行研究の到達点と課題を明らかにしたい。大腿骨骨折患者への支援は、在宅復帰を目指した退院支援が主となるが、これには地域包括ケアシステムの構築といった近年の医療政策も影響を与えており、こうした動向との関係も理解しておく必要がある。また、大腿骨骨折患者への支援に関する先行研究の知見は医学や看護学、リハビリテーション科学等に多く見られるが、それらの隣接科学の成果を踏まえつつ社会福祉

学による先行研究の限界を見定めることで、患者の生活を人と環境の視野から幅広く捉えたソーシャルワーク実践モデルの構築に必要な視点を明らかにすることができる。

この前提を踏まえ、大腿骨骨折患者の支援を展開する上での特徴的な要因の検討を行う。従来の先行研究では、患者の疾患による支援方法や支援内容の違いについて考慮されてこなかったが、すでに述べてきたように大腿骨骨折患者は他疾患に比べて短期間で ADL の回復がみられることや在宅復帰率が高いことから、疾患の特徴に合わせた支援方法を明らかにする必要がある。さらに、患者が退院後も安心して自分らしい暮らしを営むことを可能にするためには、退院時のみでなく受傷前から退院後の生活の変化を捉え、患者の心身状況や社会関係を含めた生活の再構築を支援する必要がある、それには患者自身の受傷体験や回復過程、在宅復帰後の生活に関する語りからニーズや不安、課題、ストレングスなどを把握しておくことが重要である。

ソーシャルワーク研究における実践モデル開発の知見はまだ少なく、特に大腿骨骨折患者の退院支援に至っては実践モデルに関する研究自体がみられない。そのため本研究では、大腿骨骨折患者の支援に関する先行研究の到達点と限界の把握から始め、患者の支援に必要な特徴的な要因の検討を行い、また MSW による支援の実態からその傾向を分析し、さらに患者自身の語りから受傷を経て回復し在宅復帰に至るまでの生活実態を明らかにすることを通して、実践モデルの構築に必要な視点と要素を見つけ出すことに取り組む。そして、それらを踏まえて高齢の大腿骨骨折患者の在宅復帰に関するソーシャルワーク実践モデルを提示することまでを本研究の範囲としたい。

(3) 研究の内容

本研究では、大腿骨骨折患者の在宅復帰支援に関する実践モデルの構成要素を検討するために、次の4つの内容について整理していく。

1) 大腿骨骨折患者の特徴

大腿骨骨折患者の発生年齢は加齢に伴い高くなり、特に70歳以降では年齢と共に急激に発生率が増加する。そのため、今後も高齢化が進行する日本において大腿骨骨折患者への支援方法を検討することは重要な課題である。この点について、先行研究から大腿骨骨折患者

の特徴や治療法と予後などに関する知見を整理するとともに、在宅生活における生活課題についても明らかにしていきたい。特に、大腿骨骨折患者の身体的状況だけでなく、生活上の動作や活動など環境との関わりの中で生じる生活のしづらさや、在宅生活を支える力となり得る要因を検討したい。

2) 実践モデルを提示する意義

大腿骨骨折は受傷後に身体機能が大きく低下するが、その後の治療とリハビリによって回復を見込むことができる。そのため患者は、短い期間で大きく変化する自身の心身の状態や生活様式に適応しなければならず、ストレスや生活のしづらさを抱えやすくなる。また、家族が患者の状態を心配して行動を制限することによってもストレスを生じさせることが明らかになっており、本人や周囲の人々を含めた人と環境への介入が必要となる。しかし、患者の入院から退院後の在宅復帰までの一連の過程を効果的に支援する方法については、先行研究で扱われてこなかった。さらに、近年の医療政策の影響を受け、病院組織からは患者の早期退院の実現が MSW に期待されており、短い期間での効果的な支援方法の確立は喫緊の課題となっている。これらの先行研究の知見や社会的背景を詳細に検討することを通して、大腿骨骨折患者の在宅復帰に関する支援方法を検討する意義について明らかにしたい。

3) 実践モデルにおける具体的な支援の手続き

大腿骨骨折患者の在宅復帰に関する実践モデルでは、患者の入院から退院後の在宅復帰までの一連の過程を効果的に支援する方法を提示したい。その際、入院時から退院後までの生活状況を把握し、その変化に応じて介入するための一連の支援過程を構成する要素については、先行研究の知見に加えて本研究独自の調査を実施して得られた結果をもとに検討したい。また、具体的な介入の視点や技法についてもできるだけ詳細に明らかにし、現場での実践を可能にする実践モデルを作成することとする。これらの支援過程の全体像と介入方法の提示によって、支援の手続きの明確化を図りたい。

4) 実践モデルを支える理論と根拠

実践モデルを支える理論と根拠については、先行研究の知見や本研究独自に実施する調査から得たリサーチ・エビデンスを主に用いたい。特に、患者の入院から退院後の生活システムとその変容、患者の適応状態を捉えるソーシャルワーク支援過程を検討するために、エコシステム理論やストレンクス視点は欠かせないと考えている。また、院内外の多職種との連携や MSW の専門性の範囲を規定する業務指針と実践モデルとの関係も言及する必要があるだろう。実践モデルの提示を行う上では、ソーシャルワークの専門性を基盤とした一連の支援過程であることを説明することが不可欠であり、そこにはエコシステムやストレンクスといった一般的な理論から患者の語りによって得られる知見まで多様な根拠を含めることを想定している。

3. 研究全体の構成

(1) 本研究の構成

本研究は、全 8 章で構成しており、序章では研究の背景、研究目的、研究全体の構成、研究課題と研究方法、用語の定義について述べる。

第 1 章では、業務指針における「退院援助」の変遷を整理し、①MSW が行う退院支援、②高齢患者への退院支援、③退院支援における MSW と看護師の役割に焦点を当て、先行研究の検討を行っていく。また、退院支援業務を行う MSW の組織内での位置付けと多職種協働における MSW の視点についてもまとめていく。さらに、大腿骨骨折を経験した高齢者にかかわる「地域活動」の展開について今後の可能性を示す。これらの検討を通じて、大腿骨骨折患者への実践モデルを構築する意義について述べたい。

第 2 章では、大腿骨骨折患者に関する先行研究を概観する。まずは、高齢の大腿骨骨折患者の特徴として、大腿骨骨折の分類、日本における患者の発生数、骨折の危険因子、治療とその予後を整理する。つぎに、高齢の大腿骨骨折患者に関する研究の特徴をまとめる。具体的には、大腿骨骨折を経験した高齢者の ADL 及び QOL に関する先行研究、患者及び家族の退院時及び退院後の生活に関する先行研究にわけて整理する。最後に、大腿骨骨折を経験し

た高齢者に関する先行研究の到達点と研究課題を検討する。これらの検討から、実践モデルにおける対象理解の視点を明確にする。

第3章では、全国の回復期リハビリテーション病棟に勤務するMSWへのアンケート調査から、高齢の大腿骨骨折患者の特徴、退院時に導入する介護サービス、患者への支援状況を明らかにし、MSWが行う退院支援と地域活動について考察する。また、患者の属性の違いによるMSWの支援についてその傾向を明らかにし、高齢の大腿骨骨折患者に対する支援の特徴を考察する。さらに、MSWの属性及び経験年数による高齢の大腿骨骨折患者の支援傾向を明らかにし、支援状況の特徴を考察する。

第4章では、大腿骨骨折を経験した高齢者を対象に行ったインタビュー調査から、入院中の生活から退院後の在宅生活に至るまでに体験した不安や生活の困難さを整理し、当事者のストレスを明らかにする。さらに、入院中の生活から退院後の在宅生活における生活全体の変化を整理する。第3章と第4章の分析と考察から得られた知見は、実践モデルの支援過程と具体的な介入手続きを構成する根拠としたい。

第5章では、第1章から第4章までの先行研究のレビューと調査結果の考察を踏まえ、本研究が独自に提示する実践モデルの構成要素について明らかにしたい。

第6章では、本研究の成果として高齢の大腿骨骨折患者の在宅復帰に関する実践モデルの全体像を提示したい。具体的には、実践モデルの支援過程と具体的な介入手続きを示した実践マニュアルの解説に加え、実践モデル構築の到達点と課題についても検討する。

終章では、本研究の成果と限界、そして今後の研究課題を示す。

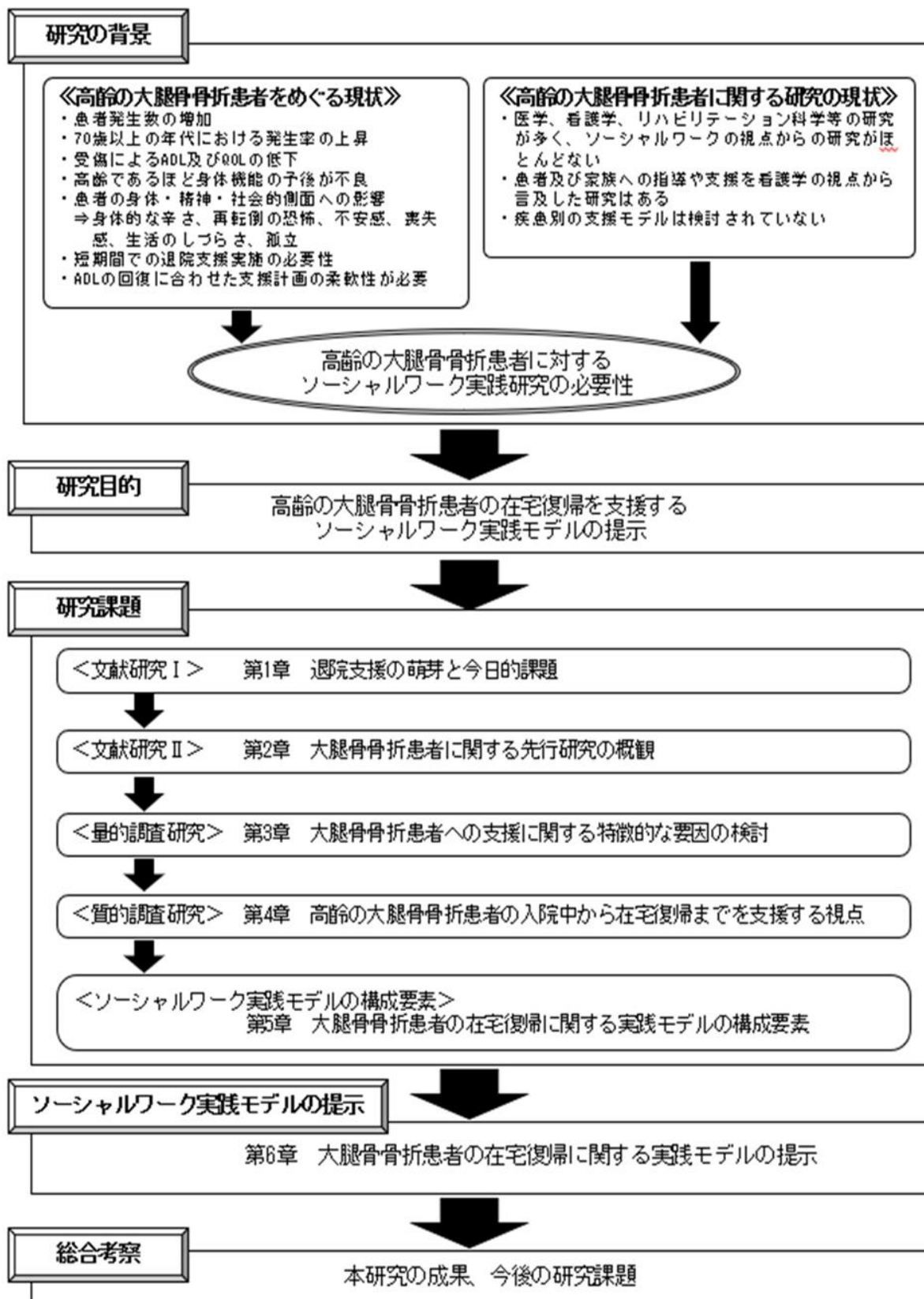


図1 研究構成 (筆者作成)

(2) 研究課題と研究方法

本研究では、文献研究と調査研究（量的研究・質的研究）を用いて議論を展開している。

まず、第1章及び第2章が文献研究であり、先行研究を概観し、①MSWが行う退院支援とMSWに期待される役割について、②高齢の大腿骨骨折患者に関する研究の到達点及び今後の研究課題について、それぞれ論点を整理する。

つぎに、第3章と第4章において、調査研究によってMSWが高齢の大腿骨骨折患者に対して行う支援実態を明らかにし、MSWの属性及び経験年数による支援傾向、患者の属性の違いによる支援の特徴を考察する。この調査は、全国の回復期リハビリテーション病棟に勤務するMSWを対象に無記名自記式質問紙を用いて実施した。また、高齢の大腿骨骨折患者から語られた入院中の生活から退院後の在宅生活までの生活課題を整理する。これについては、ストレングスの視点から当事者の強みを明らかにし、生活全体の変化をまとめる。この調査は、大腿骨骨折を経験し在宅生活を送る高齢者を研究対象とし、インタビュー調査を実施した。

そして第5章では、上記の研究成果を実践モデルの構成要素として整理し、最後に第6章で高齢の大腿骨骨折患者の在宅復帰に関する実践モデルの全体像を提示したい。

以下に研究の具体的内容を示す。

1) 文献研究 I

まず業務指針における「退院援助」の変遷について先行研究36点をもとに整理した。つぎに、①MSWが行う退院支援、②高齢患者への退院支援、③退院支援におけるMSWと看護師の役割について、それぞれ61点、3点、6点の文献を基に論点を整理した。先行研究は、国立情報学研究所が運営する学術情報ナビゲータ（CiNii）の利用と、退院支援に関する複数の文献の索引を参考にした文献収集をもとに検討を行った。これは第1章の内容に該当する。

2) 文献研究 II

まずは、高齢の大腿骨骨折患者の特徴として、大腿骨骨折の分類、日本における患者の発生数、骨折の危険因子、治療とその予後等に関する文献 25 点を基に論点を整理する。つぎに、高齢の大腿骨骨折患者に関する研究の特徴をまとめるため、16 点の文献から検討を行う。そして、これまでの文献検討を踏まえ、先行研究の到達点と今後の研究課題を整理する。これは第 2 章の内容に該当する。

3) 量的調査研究

全国の回復期リハビリテーション病棟に勤務する MSW を調査対象者とし、高齢の大腿骨骨折患者に対して MSW が行う支援の状況を明らかにするため、無記名自記式調査票により実施した。調査対象者は、一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会のホームページ (<http://www.rehabili.jp/>, 2018.8.1) にて公開されている全ての病院の回復期リハビリテーション病棟担当者である MSW とし、1 施設につき 1 名に回答を求めた。

得られたデータから、第一に、高齢の大腿骨骨折患者の特徴、退院時に導入する介護サービス、業務指針に基づく患者への支援状況を把握し、MSW が行う「退院援助」と「地域活動」について考察する。

第二に、MSW の属性及び経験年数による高齢の大腿骨骨折患者の支援傾向を明らかにするため、高齢の大腿骨骨折患者に関する先行研究を基に作成した 19 の質問項目に対して MSW 行っている支援を用いて分析する。分析の視点として、MSW の属性及び経験年数を取り上げ、考察を試みる。

第三に、患者の属性の違いによる MSW の支援についてその傾向を明らかにするため、上述の 19 の質問項目への回答から得られたデータを用いて分析する。分析の視点として、高齢の大腿骨骨折患者の属性の違いによって MSW の支援に差があるかを検討し、支援の特徴を考察する。

以上の量的調査研究の内容は、第 3 章に該当する。

4) 質的調査研究

大腿骨骨折を経験した高齢者を研究対象者とし、入院中の生活から退院後の在宅生活までの生活課題と当事者のストレングスを明らかにするため、インタビュー調査を実施した。

インタビューでは、受傷してから入院を経て在宅復帰に至るまでを時系列に語ってもらえるよう半構造化面接を採用した。研究対象者への質問は、①入院中に感じた不安な点、②退院後の在宅生活について困難に感じる点の2つとし、それぞれについて自由に語ってもらった。研究対象者の語りから、骨折した際の入院生活から退院後の在宅生活に至るまでの生活全体における変化を整理する。これは第4章の内容に該当する。

5) 研究成果の提示

上記1)～4)の内容を踏まえて、高齢の大腿骨骨折患者の在宅復帰に関する実践モデルの構成要素を整理する。これは、先行研究のレビューだけでなく本研究独自の調査結果に基づく新たな知見としてまとめるものである。また、実践モデルの全体像として支援過程の構造とそれに含まれる実践マニュアルを提示する。さらに、その解説と到達点、今後の課題についても明らかにする。これは第5章と第6章の内容に該当する。

以上の1)～5)の関係を図に示す(図2)。

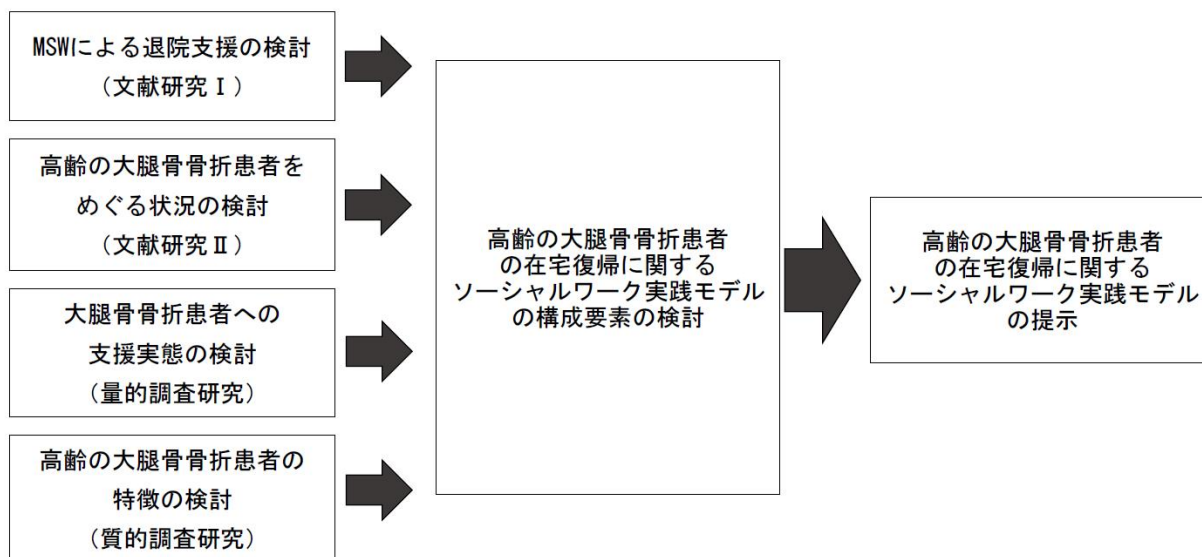


図2 研究課題の構成 (筆者作成)

6) 倫理的配慮

本研究は、量的調査研究及び質的調査研究について福岡県立大学研究倫理委員会の審査を受け、承認を得ている（量的調査研究：承認番号H30-10，質的調査研究：承認番号2019-01）。

量的調査研究では、調査票とともに病院長及びMSW宛に依頼書・説明書を添付した。それから添付文書には、研究目的、個人情報取り扱いに関する事項、データの目的外の不使用、回答済の調査票及びデータ保存方法等を明記した。調査票は無記名となっており、個人や病院名を特定する情報は含んでいない。また、回答は誰からも強制されるものではなく、研究対象者の意思で回答できるように留意事項を明記した。研究対象者が回答する際に、悪影響が生じた場合の対処方法を記載し、さらに調査に関する疑問や質問等がある場合、誠実に対応することも併せて記載した。最後に、研究への協力は調査票の返送をもって同意を得ることとし、その旨明記した。

質的調査研究では、研究対象者の選定にあたり、調査に理解を示した病院の病院長及びMSWへ電話で調査概要の説明を行い、本調査に関する周知を研究対象者（候補者）へ実施してもらうよう依頼した。病院長及びMSWより口頭での意向確認後、依頼文書、調査内容に関する文書、インタビュー内容に関する説明書、同意書、同意撤回書を送付した。文書での同意が得られた後に、研究対象者（候補者）へ調査内容の紹介としてチラシの配布や掲示を通知してもらった。研究に関心を示して参加表明のあった研究対象者（候補者）に対し、口頭及び文書にて説明を実施した。説明に用いた文書は、依頼文書、インタビュー内容に関する文書、同意書、同意撤回書である。研究対象者には、研究の目的・方法、個人情報保護に関する事項、得られたデータの取り扱い、調査への参加は自由意思であること、調査への参加を拒否・中断しても不利益は生じないこと、研究成果の公表方法を説明し、同意を得た。また、インタビュー時は研究対象者の同意のもとで音声を録音した。

量的調査研究及び質的調査研究で得られたデータにはパスワードをかけファイルに保存し、鍵付きの場所に保管した。データは研究終了後から10年間保管する。

7) 研究費の出所

本研究は、科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）若手研究（B）（課題番号：16K17270，研究代表：畑香理）及び科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）若手研究（課題番号 19K13944，研究代表者：畑香理）からの助成を活用している。

(3) 用語の整理

1) 高齢、高齢者

本研究では、65歳以上を「高齢」、65歳以上の人を「高齢者」として表記する。理由として、総務省統計局が人口推計に用いる指標において65歳以上を基準に設けていることが挙げられる。

2) 大腿骨骨折

大腿骨とは、太ももの骨のことであり、太ももの付け根部分の骨折は大腿骨近位部骨折と呼ばれる（重本 2019：12）。『大腿骨頸部骨折／転子部骨折診療ガイドライン』（2011：10）によると、大腿骨近位部における骨折は、①骨頭、②頸部（骨頭下も含む）、③頸基部、④転子部、⑤転子下に発生する。骨頭骨折及び転子下骨折は主に交通事故等による高エネルギー損傷の結果として生じる骨折であり、他方、頸部骨折・頸基部骨折・転子部骨折は主に高齢者の転倒等による低エネルギー損傷の結果として生じるとされている。また、当該ガイドラインでは頸基部骨折は転子部骨折に含めているため、大腿骨頸部骨折及び転子部骨折が高齢者に生じやすい骨折といえる。

本研究では、大腿骨近位部における骨折のうち、高齢者に生じやすい骨折である大腿骨頸部骨折及び転子部骨折を大腿骨骨折として表記する。なお、先行研究では「大腿骨頸部骨折」や「大腿骨転子部骨折」に限定した研究もあるため、研究の内容に沿って「大腿骨頸部骨折」「大腿骨転子部骨折」「大腿骨近位部骨折」と表記する部分もある。

3) 退院支援

業務指針における「退院援助」は、「生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、これらの諸問題を予測し、退院・退所後の選択肢を説明し、相談に応じ」以下の5点のような「解決、調整に必要な援助を行う」こととされている（厚生労働省 2002）。

- ① 地域における在宅ケア諸サービス等についての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連携の下に、退院・退所する患者の生活及び療養の場の確保について話し合いを行うとともに、傷病や障害の状況に応じたサービスの利用の方向性を検討し、これに基づいた援助を行うこと。
- ② 介護保険制度の利用が予想される場合、制度の説明を行い、その利用の支援を行うこと。また、この場合、介護支援専門員等と連携を図り、患者、家族の了解を得た上で入院中に訪問調査を依頼するなど、退院準備について関係者に相談・協議すること。
- ③ 退院・退所後においても引き続き必要な医療を受け、地域の中で生活ができるよう、患者の多様なニーズを把握し、転院のための医療機関、退院・退所後の介護保険施設、社会福祉施設等利用可能な地域の社会資源の選定を援助すること。なお、その際には、患者の傷病・障害の状況に十分留意すること。
- ④ 転院、在宅医療等に伴う患者、家族の不安等の問題の解決を援助すること。
- ⑤ 住居の確保、傷病や障害に適した改修等住居問題の解決を援助すること。

本研究では、業務指針に掲げられた定義を基に検討していくが、「退院援助」のほかに、「退院計画」、「退院指導」、「退院調整」、「退院支援」などと多様な用いられ方がある。木戸（2011）は、「退院援助」を「患者・家族の個別状況を理解して、特に患者・家族が困ったと思っていることに対応していくこと」とし、「『援助』という言葉には、ソーシャルワーカーなど援助する側がより近くで寄り添い、個別的な状況を理解し対応しようという意味が含まれる」と述べている（木戸 2011：19）。他方、「退院支援」の「『支援』は援助よりもソーシャルワーカーが少し離れて支える、見守るといった感じ」であり、「退院支援」の姿勢は「患者・家族には生きていく力がある、その主体性を尊重する」ことであるとしている（木戸 2011：23）。本研究では、業務指針の内容及び木戸の見解を踏まえて、「退院支援」と表記する。

《注》

- 1) 『回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書』（2019）では、回復期リハビリテーション病棟（1,445 病院、1,836 病棟、82,279 病床）を対象に調査を実施している。回復期リハビリテーション病棟は厚生労働省告示第 58 号で対象疾患及び入院期間が定められており、①脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態：算定開始日から起算して 150 日以内、②高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷：算定開始日から起算して 180 日以内、③大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態：算定開始日から起算して 90 日以内、④外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態：算定開始日から起算して 90 日以内、⑤大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態：算定開始日から起算して 60 日以内、⑥股関節又は膝関節の置換術後の状態：算定開始日から起算して 90 日以内となっている。ここで示した脳血管系疾患は①②、整形外科系疾患は③⑥、廃用症候群は④、その他は⑤である。
- 2) 疾患別の患者数は、「脳血管系疾患」が 18,856 人、「整形外科系疾患」が 19,393 人、「廃用症候群」が 2,910 人であった。
- 3) 退院経路のうち「自宅」の割合は、高い順に「整形外科系疾患」75.0%、「脳血管系疾患」62.7%、「廃用症候群」52.7%であった。また、退院時の ADL 水準を FIM 利得でみると、高い順に「整形外科系疾患」24.1 点、「脳血管系疾患」23.3 点、「廃用症候群」17.1 点であった。

第1章 退院支援の萌芽と今日的課題

1. 業務指針における「退院援助」の変遷

(1) 業務指針の提示と1990年代の医療制度改革

1989年に業務指針が示される以前、山手(1982:6)は「退院援助が欠けているための長期入院」等により医療をめぐる問題が増加しており、それらに取り組む医療ソーシャルワークの方法として、「長期入院患者の問題に対しては、早期から(入院または予後の見通しがつく時期から)退院準備に着手」し、社会資源の情報提供や利用援助、関係者との連携等を行うことが必要であると述べている。業務指針について中野(2007:226)は「『業務指針』の制定により、これまで不明確であると指摘されてきたMSWの業務が一定整理された。そして退院に関わる問題への援助においても、その業務内容が具体化され、『退院援助』がMSWの業務の一つであると明記された」と述べている。つまり、「退院援助」は業務指針が示される以前からMSWが行ってきた業務であったが、標準的な業務の範囲や方法等が定められたことでMSWの「退院援助」に関する役割が明確になったといえる。

1990年以降、「退院援助」は保健医療福祉分野におけるソーシャルワークの課題の一つとして様々に言及されている。1996年から1999年にかけて、「退院援助」に関する議論や調査結果がいくつかの主要な雑誌で特集され¹⁾、加えて大本(1997)は医療機関においてMSWが専門職として活動するための「基盤整備行為」と退院援助業務の関係性を指摘し、三毛(2001)はグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて大学病院での退院援助におけるニッチ確立を目指した理論生成の試みを行うなど、実証的な研究が行われてきた。また、高山(2000)による19年にわたるソーシャルワーク原簿のデータを基にした検証結果²⁾や「1990年代の医療制度改革が、急性期と慢性期の区分とそれを前提とした急性期医療と慢性期医療の『機能分担と連携』であった」という山路(2013:127)の指摘から、1992年の第2次医療法改正や1997年に行われた第3次医療法改正によって医療機関の機能分担とそれに伴い効率的に医療提供するよう整備がなされたことなどが「退院援助」への関心を高める結果に繋がったと考えられる。

(2) 地域連携型医療への移行と「退院援助」

2002年には業務指針が改訂され、「退院援助」は上述した内容になった。それまで「退院援助」と「社会復帰援助」は同項目に扱われていたが、別々の項目へと整理されている。この改訂は、医療制度改革の推進に対応したものと考えられる。日本医療社会事業協会の会員調査では、2000年当時にはMSWの病院配置が少なく、配置されていたとしても少人数であるという報告がなされている（制度化研究委員会2000）。村上（2002）は、MSWが配置されていない小規模病院での退院援助の現状を示し、実施上の課題を具体的に挙げたうえで、①退院援助の実施体制確立には病院運営管理責任者の理解・承認と退院援助担当者の配置が条件となること、②病院内スタッフの理解、③地域福祉ネットワークとの連携・協力体制構築の推進、④退院援助の効果・質を評価する視点を導入することなどが重要であると述べている。

2000年と2006年には医療法改正により抜本的な医療制度改革が進むとともに、診療報酬改定も行われた。特に慢性期医療や長期療養患者については、介護保険制度において対応するほか、リハビリテーションによる機能改善を目指す方向性が示されている。以上のような状況において、小原（2004, 2012）は、要介護高齢者の退院援助における問題を①諸制度の概況とその影響、②医療法改正と保健医療福祉機関の連携、③医療相談室の組織運営、④ソーシャルワークの専門性という4つの側面から検討し、アセスメントスケールの質的向上の必要性に言及した後にその開発と検証を行っている。それと同時に、「病院管理者からソーシャルワーカーに課せられる役割は患者の早期退院であり、多くのソーシャルワーカーが患者や家族の思いと病院側の方針とで板ばさみになりジレンマを抱えている」と述べ、幾度にわたる医療法改正や介護保険制度成立の影響を大きく受けることで「専門家としてのアイデンティティを揺るがす結果となっている」ことを指摘している（小原2004：72-74）。さらに、伊藤（2006：100）は、「早すぎる退院」や「望まない転院」が避けられない患者が存在するなかで「ソーシャルワークの立場としては、医療費抑制政策によって発生する転院問題をいかにスムーズに解決するのかを考えるのではなく、医療が内包する構造的な問題を見据え、まずは医療機関のなかで患者・家族の声を代弁し続けていくこと、そのことによって医療者との間に存在する認識の差異を埋め続けていくことが重要」と指摘した。

これらの先行研究をみると、数次にわたる医療制度改革の中で、当初「社会復帰援助」と

同項目として扱われていた「退院援助」が独立した項目として定められ、病院運営管理を行っていきうえで MSW への期待が高まっていった。しかし、従来 MSW が行ってきた「退院援助」と効率的な医療提供を行うために期待される役割とのギャップから、MSW として自らの在り方を問い直してきたといえる。そして、加速化する医療制度改革の中で専門職としての立ち位置を見定め、「退院援助」をめぐる課題検討を行っている。

(3) 地域包括ケアを視野に入れた多職種連携の必要性

2011 年には介護保険法改正により地域包括ケアの理念が規定された。そのなかで生活に関する支援が一体的に提供されるシステム構築が提示され、他機関・他職種との連携や協働がますます求められるようになった。松浦（2010：33-42）は、「特に、他職種の中でも日常的に患者家族と接し退院援助を行う一員である看護師」と MSW に焦点を当て、退院援助プロセスにおける両者の協働について検討している。また佐藤（2013：19-38）は、2008 年及び 2010 年の診療報酬改訂により「専門性が異なる 2 職種が同一業務を担うという、従来の縦割りの病院組織では見られない状況が生み出された」と指摘し、退院支援担当者である MSW と看護師間のコンフリクトの構造を明らかにした。

一方、従来退院援助に関する評価は MSW の観点から行われてきたが、高山ら（2016）は、回復期リハビリテーション病棟をもつ病院の「運営管理部門側」からの評価について検証している。具体的には、退院援助の成果として①病院組織の体制及びチーム構築、②地域の関係機関との信頼関係構築の 2 点をソーシャルワーク部門に期待していることを明らかにした。その要因には「運営管理部門の関心領域及び医療政策の影響」があることも同時に指摘している。さらに、運営管理部門との協働において「政策として地域連携がすすむことによって、運営管理部門は病院の経済的側面のみでなく、地域における病院の役割や位置づけに高い関心を寄せるようになること、その分野においてソーシャルワーカーが貢献することに期待されるようになること、さらに、地域連携が進むにつれて、ソーシャルワーカーの患者家族に対する生活支援への期待が高まることを考慮することが肝要である」（高山ら 2016：23）と論及した。

退院援助について村上（2015：38-39）は、「MSW にとってストレスフルな業務である」と指摘した。そのストレスの要因は「病院管理の意向を受けて業務する場面が多いこと」であり、「退院、転院の手立てである医療機関の種別を含めて地域の社会資源は、選択とは程遠

い量と質の現状」にあると述べている。さらに、「そのオーダーには期間限定という、解決にスピードを要求されている」と付け加えている。こうした医療政策の影響を多大に受ける環境の中で、患者・家族を中心とした退院援助に取り組むことは容易でないことが推察できる。また村上は、院内で他職種との協働システムが整っていない病院においては、既存のシステムを変革し、組織づくりを行う必要があることも述べている。

このように、「退院援助」を円滑かつ効率的・効果的に行うために多職種による連携の必要性や有効性が示されてきたが、患者本位の関わりを十分行いながら進めることには課題が残されている。この他、病院組織内での MSW 数の不足やソーシャルワーク部門の未整備等により他職種との連携が困難な状況があると考えられる。そのため、組織内における MSW の位置付けや多職種との役割分担について検討する必要があるだろう。さらに、地域包括ケアシステムの構築が進展するなかでは、院内だけでなく院外との連携を効果的かつ効率的に行う上で MSW として求められる取り組みの整理や検討が必要である。

2. 先行研究にみる退院支援の特徴

(1) 医療ソーシャルワーカーが行う退院支援

近年の MSW が行う退院支援に関する研究に注目すると、2008 年以降に様々な研究が行われている。その理由として、2008 年の診療報酬改定によって「退院調整加算」及び「後期高齢者退院調整加算」が新設されたことが影響していると考えられる。上記加算の施設基準等は、「病院にあっては当該部門に退院調整に係る業務の部門の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が一名以上配置されていること」とされており（厚生労働省告示第 62 号 2008 : 53-55）、社会福祉士の配置が条件に加わっている。また、2006 年から 2013 年にかけて MSW の実践の検証をテーマとする雑誌連載の中に退院支援を取り上げた記事が複数回にわたり見受けられ³⁾、退院支援への関心が高まっていったことがうかがえる。具体的には、表 1-1 に示す先行研究等が行われてきた。その他には、緩和ケア病棟（橘 2009）及び回復期リハビリテーション病棟（取出 2009）における退院支援事例や業務の紹介、日本医療社会事業協会（現日本医療社会福祉協会）による調査として、社会福祉士等が行う退院支援の実績及び支援対象者の傾向（社会保険部急性期委員会 2008）、退院調整加算の申請状況

(社会保険部退院支援小委員会 2010)、急性期病院の退院支援の実態 (2010) 等がある。

表 1-1 医療ソーシャルワーカーによる退院支援に関する先行研究の特徴

先行研究	内容
本杉ら (2008)	退院を困難にしている要因を明らかにしアセスメントの視点を検証
小滝ら (2009)	転退院相談支援のあり方を ISTT (Integrative short-term treatment) の視点から考察
坂田ら (2009)	MSW の組織内での位置付けに関する研究
森田ら (2010)、神林ら (2010)、伊藤 (2010)、常喜ら (2019)	効果的な退院支援を目的としたスクリーニングの導入とその有用性を検討
松浦 (2010)、望月ら (2010)、佐藤 (2013)、徳山ら (2014)、高山ら (2014)、佐藤 (2014)	MSW と退院調整に関わる看護師に焦点を当てた研究
柳田 (2011)	援助日数の長短に影響を及ぼす要因の研究
日比野 (2011)	病床区分変更が患者と MSW に与える影響に関する研究
新保 (2011、2014)	当事者支援システムにおける「状況的価値」の形成に関する研究
人見 (2011)	MSW の連携に関する研究
平野 (2012)	重症の小児患者への退院支援に関する事例検討
高山 (2012)、山口ら (2013)、高山ら (2016)、高山 (2016)、小原ら (2017)	退院に係る実践の自己評価に関する研究
小原 (2012)	要支援高齢者を対象とした退院支援におけるアセスメントツールの開発と検証
谷 (2013)	退院にかかわる MSW 機能の検討に関する研究
小林 (2014)	退院支援及び退院調整業務に対する患者・家族からの評価に関する研究
小島ら (2014)	救急搬送されたソーシャルハイリスクのある患者の特徴と退院支援期間に関する研究
有原 (2015)	退院前訪問指導における MSW の支援に焦点を当てた研究
山室ら (2015)	回復期リハビリテーション病棟の単身独居及び日中独居の退院患者における特徴と事例検討
谷 (2015)	軽度の要介護認定者に対する退院支援の事例検討
渋谷ら (2016)	心疾患患者への退院支援に関する事例検討
林 (2010、2016、2018a、2018b、2019)	転退院支援の実態を踏まえ MSW による支援の在り方を検討
宮原 (2018、2019a、2019b)	他者への依存度が高い患者に対する退院支援に関する事例検討
野田 (2018)	急性期病院における MSW のアセスメントに焦点を当てた研究
鈴木 (2020)	診療報酬上の退院支援計画策定におけるソーシャルワーク実践の整理

(筆者作成)

表 1-1 をみると、ソーシャルワーカーが行う退院支援の先行研究には、①スクリーニングやアセスメント、プランニング (退院支援計画)、評価 (自己評価、当事者評価) の局面に焦点化した研究、②在院期間の短縮や診療報酬に注目した制度との関連を検討する研究、③ ISTT や MSW 機能、組織内での位置付けといった専門職としての役割に焦点化した研究、④

看護師等との連携や他職種との関係に注目する研究、⑤状況的価値やソーシャルハイリスクなどの当事者の状況や特徴に着目した研究、⑥重症の小児患者や他者への依存度が高い患者など特定の問題をもつ患者の支援を検討する事例研究がある。

これらの先行研究の特徴としては、総じて場面や問題が焦点化されており、ソーシャルワーカーによる退院支援の一部を詳細に研究したものであることが挙げられる。その一方で、患者の退院支援に関するソーシャルワーク支援過程の全体像や枠組みの明確化に取り組んでいる研究はほとんどないことがわかる。

(2) 高齢患者への退院支援

近年の退院支援では、特に高齢患者への支援が重要になってきている。『平成 29 年患者調査』によると、病院の入院患者総数 127 万 2600 人のうち 65 歳以上の者は 93 万 3300 人 (73.3%)、さらに 75 歳以上の者は 67 万 5800 人 (53.1%) となっている。65 歳以上の患者の割合は、1984 (昭和 59) 年の 38.0%から増加の一途をたどり、いまや患者の大半を占めるようになった。また、平均在院日数も 35~64 歳の 21.9 日に比べて 65 歳以上は 37.6 日、75 歳以上は 43.6 日であり、高齢になるほど治療や在宅復帰の調整に時間がかかることがわかる。そのため退院支援の実践や研究においても、高齢患者の特徴や支援の方法を検討することが重要になっている。そこで、高齢患者に焦点を当てた退院支援の先行研究を概観し、その特徴を整理してみたい。

まず、本杉ら (2008) の研究では、高齢患者の退院を困難にしている要因を明らかにし、アセスメントの視点を検証している。本杉らは、医療政策により患者の早期退院を促進させなければならない現状で、高齢患者及び家族の意思を尊重しながら退院支援を行うには、退院に関わる家族の「困難」を明らかにする必要があると述べている。その「困難」は、①介護の困難さ、②医療システムの壁、③患者の心身の不安定さ、④家族との軋轢によって構成されていることを明らかにした。また、「ソーシャルワーカーは他家族と患者の退院に関して協力が得られない状況と医療機関とのコミュニケーションの不足により、聞きたいことが聞けない状況の改善に向けたシステムへのアプローチと介護への不安と患者の心身の不安定さによる、家族の負担に向けた援助を行うことが重要である」と述べ (本杉ら 2008 : 33)、上記 4 点への介入の必要性にも触れている。本杉らの研究では退院に関わる家族の「困難」は明らかにしているが、患者及び家族への具体的な支援方法は述べられていない。

次に、小原（2012）は要支援高齢者を対象とした退院支援のためのアセスメントツール開発をし、その検証を行っている。小原（2012：147）は、「介護が必要な高齢者の退院援助が、介護者の介護に対する認知と受容、さらに介護者の取り組み能力、また本人の身体的・心理的・社会的状況を的確に把握するために、どのような側面をアセスメントするのか、そしてその情報を多職種間でどのように生かしていくのかを提示する必要がある。それはただ単に制約された状況下で、効率よく設定された課題解決に結びつけ援助をするビューロクラティカルな側面だけではなく、クライアントに生じている状況を理解・分析した上で、十分な解釈が必要であろう」とし、さらに多職種との連携において「チームアプローチに対応できるようなソーシャルワークアセスメントツールが必要となる」と言及している。小原の研究では、医療現場において効果的・効率的な退院支援が求められる中で、MSWが要介護高齢者への支援の質を保ちながらチームメンバーと情報共有し、チームアプローチが展開できるようなアセスメントツールを開発している。このアセスメントツールの活用成果として、①要支援高齢者の退院後の介護形態が予測できること、②その予測を基にした援助計画及び介入が可能となること、③多職種のチームメンバーとの情報共有の際にソーシャルワーク領域独自の心理・社会的側面としてのアセスメントを共有できること、④初期評価と事後評価に用いることで援助者自身のフィードバックに役立つことなどが挙げられる。

谷（2015）は、介護保険制度における要支援認定者等の「軽度者」を事例分析の対象としており、「軽度者」が抱える課題の特徴を明らかにし、MSWによる介入の必要性に言及している。分析対象者の課題として、①心身状態が保持されているが、一方でたやすく悪化するリスクも抱えていること、②家族が様々な困難を抱えており家族としての機能を発揮しにくいこと、③経済的な問題を抱えていること、④これまでの自らの生活を客観視しにくいために必要な支援の受け入れが困難であること、⑤意欲低下や依存的傾向があることなどを明らかにしている。そして、以上のような課題を抱える「軽度者」に対しMSWの関わりを、「他職種の情報（評価）を収集しながら多面的・包括的なアセスメントに活かす」「他職種に対して軽度者への退院支援の必要性の合意をとりつける」「面接での患者や家族への問いかけなどによる課題の掘りおこし、課題整理・明確化の手助けをする」「問題解決にむけた『力』（内的資源）を見つけ、承認する」「『軽度』ゆえに必要な合意形成や意見調整などの機会を意図的に作る」「介護保険やインフォーマルサポートなど、退院後の多様な社会資源の活用に向けてつなぐ準備、つなぎなおしをする」「日頃から、院内・地域の関係者の協力・連携体制の構築に努める」（谷 2015：18-20）の7点に整理し、これらは相互に関連してい

ると述べている。谷（2015：20）は事例をとおして、「表面化しにくい困難が重なっているにもかかわらず、本人や家族による問題の認識が乏しい場合が多く、退院後の生活への見通しがもてないまま、必要な支援が届きにくい状況にあった」とまとめており、MSWによる介入の必要性を強調している。

以上を踏まえると、高齢患者への退院支援に関する研究では、高齢者に対する医療政策及び介護保険施策の影響に注目していると考えられる。本杉と小原の研究ではいずれも医療政策によって効率的な退院支援を期待される現状から、MSWの支援の質をいかに担保し、効果的な支援を展開するかということが基本的な問題意識であるとする。さらに、谷の研究からは、介護保険制度の改定が続き、要介護認定者への支援に主眼が置かれるなかで要支援認定者等の「軽度者」が抱える課題が見過ごされているのではないかという危機感がうかがえる。高齢患者に関わる退院支援では、概ね以下の7点が共通の課題として挙げられることから、特に高齢患者に関する支援の視点として重要な要因になる。

- (1) 介護の問題
- (2) 高齢患者自身の心身状態の不安定さ
- (3) 家族との関係性
- (4) 家族が抱える問題
- (5) 患者側と医療者側との認識のズレ
- (6) 経済的な問題
- (7) 軽度な要支援者への問題

（3） 退院支援における医療ソーシャルワーカーと看護師の役割

2008年の診療報酬改定で「退院調整加算」及び「後期高齢者退院調整加算」が新設され、施設基準に社会福祉士と共に看護師の配置も明記された。そのため、2008年以降の先行研究では、MSWと退院調整に関わる看護師に焦点を当てた研究が複数みられた。そこで本項では、主に院内での連携やMSWの位置付けという観点から、MSWと看護師の両者に関する先行研究の特徴を整理したい。

松浦（2010）は、MSWと看護師が協働することにより、患者及び家族へ身体的・心理的・社会的側面が一体となった支援が可能となっていると述べたうえで、①MSWが行う支援の視

点を看護師に伝えながら情報共有すること、②患者に対する心理的・社会的側面における支援を両者が行うこと、③MSW と看護師の関わりをより強化させるアクションを起こすことが重要であると言及している。

望月ら（2010：22）は、MSW 及び看護師は「専門職本来の役割が果たせない場合、それがストレスとなり結果的にバーンアウトを生み出す要因となり得る」とし、退院支援業務に携わる両者には本来業務及び役割に加えた負荷がかかっていることを述べている。そのうえで、MSW と看護師では共にストレス対処力（SOC）と自らが果たす役割の受容において関連があること、そしてストレス対処力（SOC）が高い者は所属している組織の経営者や管理者から業務内容を理解されているという認識があることを明らかにし、多職種との協働においては経営者等の理解が重要であることを示している。

佐藤（2013、2014）は、MSW と看護師という専門性の異なる職種が退院支援を協働して行う際のコンフリクトとして、1 つ目に「看護師が『医療（治療）』、SW が『社会生活』から事象を見る視点は、2 職種が持つフレームワークの差異そのものである」と述べ（佐藤 2013：36）、職種間でのフレームワークがコンフリクトになっていることを明らかにしている。2 つ目に、「退院支援では、対象者である『患者本人』、患者を取り巻く『家族』、さらには『病院』という三者の意向が存在」しており、「いずれの意向を優先させることが正しいのか」という問題ではなく、複数の人物や機関の思惑と利害を調整することが退院支援担当者に求められているということである」と指摘し（佐藤 2013：37）、調整業務そのものにコンフリクトが存在していると述べている。3 つ目に、「退院支援経験年数は短い、組織からは管理権限を与えられている看護師と、退院支援経験年数が長くても職位が低い SW の間には、退院支援経験年数と組織上の権限に関する『ねじれ現象』が起きていた」ことを明らかにしている（佐藤 2013：38）。これらのコンフリクトを解消するためには、①MSW と看護師間での相互理解が必要であること、②組織上、両者が対等な立場であること、③コンフリクトがあることを認めマネジメントすること、④退院支援業務にあたる人員の人件費に係る問題に取り組むことを挙げている。

徳山ら（2014）は、退院支援を担う部署に配置されている看護師の年代、職歴、組織内での役職及び立場等の影響により、部署に対する認識の上昇や退院支援そのものに対する意識の高まりがある一方、「MSW と退院調整看護師は年代やキャリアによる差が大きく、立場的に上下関係になりやすく、「実践においては異なる専門職として相互に尊重できなければ、役割分担や協働が上手くいかず、専門性を発揮することに葛藤を起こしてしまう」と述

べている（徳山ら 2014：58）。このことから、MSW が持つ専門性を他職種に対し発信する力を身につけること、MSW と看護師が相互理解を深め尊重しあうことが必要であると言及している。

高山ら（2014）は、MSW が担う退院支援の課題として、①MSW が担当していない患者に対してスクリーニングを行いたく確に関与していく必要があること、②医療的な課題がある患者へ MSW が支援を行うことの重要性を明示することを挙げている。

以上の MSW と退院支援業務を担う看護師にかかわる先行研究から、退院支援における多職種連携を向上させる視点として重要になることは、まず MSW と看護師それぞれの専門性の相違点を踏まえて相互に理解・尊重しあうことである。次に、同一業務であっても役割分担を明確にすることがある。最後に、経営者を含む組織全体で退院支援業務への理解を深めることが挙げられる。

3. 今後の退院支援の充実と医療ソーシャルワーカーへの期待

（1） 医療ソーシャルワーカーの業務と組織内での位置付け

本章では、業務指針における「退院援助」の変遷と MSW が行う退院支援に関する先行研究を整理してきた。そのなかで、今日の MSW にとって退院支援が重要かつ中心的な仕事になってきたことがわかった。特に、制度・政策に規定される業務や病院から期待される役割、組織内での位置付けという外的要因を背景に、退院支援に取り組む現状を明らかにしてきた。

まず、退院支援に携わる MSW や他職種は、これまで幾度にもわたる医療法改正や診療報酬改定によって多大なる影響を受けてきた。その度に MSW は、病院の運営管理側からの要求を受けとめながら、患者を主体とした支援を行ってきた。これは MSW が病院という組織に所属するかぎり付随する課題であろう。しかし、医療政策の影響を受けずに医療サービスを楽しむことは、ほとんどの患者にとって不可能なことである。そしてそこには、伊藤（2006）が言及するような「早すぎる退院」や「望まない転院」が避けられない患者が少なからず存在する。一方、MSW の専門職としての価値観は、そのような患者を一人でも減らし、誰もが納得して退院できるよう努めることを追求する。MSW がこのように退院支援に取り組むことは、患者・家族側からだけでなく病院の運営管理側からも期待が寄せられているのである。

次に、MSW の組織内での位置付けに関する課題を明らかにしてきた。先行研究では、組織内で退院支援業務に携わる MSW と看護師との間にコンフリクトが生じていると指摘された。その背景には、専門性の問題や組織内の上下関係、MSW と看護師間に年齢及び経験年数の差異があることなどが具体的に挙げられた。また、業務指針には「できれば組織内に医療ソーシャルワークの部門を設けることが望ましい」と記載されているが、実際にそのような部署が設置しているかは病院によって異なり、組織内での MSW の位置付けには曖昧さが残る。MSW の所属する部門の名称も多様であり⁴⁾、診療報酬上、退院支援担当者を「看護師」もしくは「社会福祉士」としているため、社会福祉士資格を有する MSW は退院支援だけでなく地域連携も担う部署へ配置される者もいる。村上（2015：38）は、「退院援助は MSW 1 人の孤軍奮闘で実践できるものではない。MSW だけがその結果の責めを背負い込むべきものでもない。退院援助は病院内の関連他職種の協働によって初めて可能になるのであって、この協働システムが整っていない病院で、退院を早めると患者満足度は低下し、結局は地域の医療資源としての病院の評価も下げることになる」と述べている。このような指摘からも、病院内での MSW の位置付けを明確にし、退院支援業務への理解を組織内で深めていくことは、多職種での連携及び協働を円滑にするための組織づくりにとって欠かせない。そのためには、MSW の役割を明確にし、支援が必要な患者が見落とされないように、退院支援の体制を構築し、定着させる取り組みが必要である。

（２） 多職種協働の中の医療ソーシャルワーカーの視点

2016 年の診療報酬改定では、これまでの「退院調整加算」が廃止され、「退院支援加算」が新設された。そこには算定要件として「退院支援等に専従する職員」に社会福祉士が位置付けられた。このことにより、退院支援の専従者等を病棟配置とすることや多職種によるカンファレンスの実施、他の医療機関及び介護施設との連携体制等が整備・定着するよう促進された。さらに、2018 年の診療報酬改定では、「退院支援加算」から「入退院支援加算」への名称変更や「入院時支援加算」の新設等、入院前から退院後に至るまで切れ目のない支援を行うことを評価するということが強調された。他方、医療と介護の連携を推進するような評価の充実も行われ、「ときどき入院、ほぼ在宅」という流れが加速している。このような背景を踏まえると、MSW による退院支援は、診療報酬上の位置付けを通して評価されることによって、より社会的な役割を担う業務となってきた。そのため、退院援助においては今後

ますます MSW に対して専門職としての役割期待が高まってくる。

このように診療報酬上の業務の遂行という形で社会の要請に応える一方で、MSW にはソーシャルワーカーとしての専門性と独自性をもって多職種と協働しながら退院援助に臨むことが求められる。表 1-1 で示した先行研究は、まさにそうした専門性や独自性を明らかにするために取り組まれてきたものである。しかし、それらは面接技法や退院支援計画の作成、他職種との連携方法や役割分担、実践評価等、ある局面や技法に特化した研究であり、MSW の専門性や独自性の一部を明らかにするにとどまっている。これらの先行研究の知見だけでは、これまで整理してきた退院援助の課題を十分解決するには至っていないのも事実である。

そこで今後の研究課題として、MSW の専門性や独自性を明確にし、他職種との相互理解や役割分担を可能にし、さらには病院内での組織的な位置付けを確立するために、MSW が実践している退院援助の全体像や枠組みをソーシャルワークという専門的基盤から説明することが考えられる。従来の先行研究の知見を踏まえつつ、MSW の専門性と独自性をさらに明確に示すためには、患者の疾患の特徴やそれに伴う生活上の困難を包括的に捉え、人と環境の接触面に介入することを通して患者のウェルビーイングの増進を図る一連のソーシャルワーク支援過程を明らかにする必要がある。すなわち、ソーシャルワークという学問基盤に基づく専門的な支援方法の構築を通して、他職種や所属組織等に対して MSW の専門性と独自性の理解を促進し、多職種協働による円滑かつ効果的な支援体制を確立することによって、退院支援の質の向上を図ることができる。

退院支援では、看護師をはじめとする多職種と連携・協働し、ひとつのチームとして患者を支援していくことになる。その支援の中で MSW は、患者の立場や価値観を尊重し、在宅生活や転院先での療養生活に係る不安を軽減するような関わりを行う。さらに、家族やチーム内の他職種、他機関の専門職等へ働きかけ、患者が安心して退院後の新たな生活に進めるよう様々な調整や支援を行う。このように退院支援は、患者本人に働きかけることと多職種と協働して支援を進行していくことが同時に行われる。そして、その際チームには MSW 独自の視点が非常に重要になると考える。なぜなら、MSW は患者を生活者として捉え、人と環境の相互作用や生活環境への適応状況に焦点を当てて医療や福祉等を総合的にコーディネートできる存在だからである。それは、患者が「退院」という事態に対して抱く不安感や思い、今後の生活への希望を最も大切にしている専門性であり、制度や政策の影響を大きく受ける退院支援やそこでの連携・協働を徹底した患者中心の視点から進めるという独自性をもつか

らである。

(3) 大腿骨骨折を経験した高齢者への支援における「地域活動」の展開

これまでみてきたように、近年の医療ソーシャルワークでは退院支援が重要な業務となっており、その担い手としてMSWに期待が寄せられている。その一方で、MSWの専門性や独自性の明確化については、先行研究が散見されるものの、まだ大きな課題が残っている。特に研究課題として、退院支援に関するソーシャルワーク実践の展開方法を明らかにすることが挙げられるが、これについて先行研究ではほとんど扱われてこなかった。

そこで本研究では、退院支援に関するソーシャルワーク実践モデルの提示に取り組むことで、MSWの専門性と独自性を検討し、患者への支援の質を向上させる実践方法を明らかにしていきたい。具体的には、高齢の大腿骨骨折患者に焦点をあてた退院支援の実践モデル作りに取り組んでいく。ソーシャルワーク実践モデルの必要性や大腿骨骨折患者を研究対象とする理由と意義については、すでに序章で述べたとおりである。そのためここでは、これまで検討してきたMSWの役割である「患者・家族を主体としたソーシャルワーク支援」や「MSWの役割や位置付けの明確化」とともに、MSWが行う「地域活動」と大腿骨骨折を経験した人への支援の関係性について検討したい。

業務指針において「地域活動」とは、「患者のニーズに合致したサービスが地域において提供されるよう、関係機関、関係職種等と連携し、地域の保健医療福祉システムづくり」に「参画を行う」こととされている。具体的な内容は次の4点である。

- (1) 他の保健医療機関、保健所、市町村等と連携して地域の患者会、家族会等を育成、支援すること
- (2) 他の保健医療機関、福祉関係機関等と連携し、保健・医療・福祉に係る地域ボランティアを育成、支援すること
- (3) 地域ケア会議等を通じて保健医療の場から患者の在宅ケアを支援し、地域ケアシステムづくりへ参画するなど、地域におけるネットワークづくりに貢献すること
- (4) 関係機関、関係職種等と連携し、高齢者、精神障害者等の在宅ケアや社会復帰についての地域の理解を求め、普及をすすめること

すなわち MSW は、患者が有する個別の課題から社会的問題をキャッチし、地域の課題及び社会的な課題に取り組む役割をも担っているといえる。地域包括ケアシステムの推進が模索される中において MSW にとっての今日的課題は、ソーシャルワーカーとしての自らの専門性を発揮し、病院内にとどまらない支援、すなわち「地域活動」を展開することである。

大腿骨骨折を経験した人は、骨折前の ADL を取り戻すことが難しい場合もあると同時に、家族内での役割期待も喪失することがある。さらに再転倒による骨折の恐怖を抱える人もいる。ゆえに、入院中だけでなく退院後の在宅生活をその人らしく暮らせるよう身体の状態や生活機能、家族関係等が安定するまでサポートする必要がある。このように大腿骨骨折を経験した人への支援をみると、MSW は患者の入院中から退院後の生活を支援する視点に立ち、地域における訪問活動や地域活動を行い、コーディネーターとしての役割を担うことが重要であると理解できる。そのため、大腿骨骨折患者への退院支援を分析し、地域の関係機関・専門職種、その他あらゆる社会資源等との連携を含めた支援内容を検討することでより時代に即した実践モデルを構築することが可能となり、これからの時代をとらえた MSW の役割や新たな可能性を示せると考える。

《注》

- 1) 『医療と福祉』では、1996年「転院援助」、1997年「地域への退院援助」がそれぞれ特集され、さらに『ソーシャルワーク研究』では、1997年に「医療分野におけるソーシャルワーカーの任務」が、『医療社会福祉研究』では、1999年に「退院援助に関する医療ソーシャルワーカーへの全国調査」が特集された。
- 2) 高山恵理子（2000）は19年間のソーシャルワーク原簿のデータを基に、MSWが行う業務の定着を検証し、特定機能病院での退院援助業務の増加は医療政策の影響を受けていることを指摘した。
- 3) 『病院』では、2006年から2013年にかけて「医療ソーシャルワーカーの働きを検証する」をテーマとした連載が組まれた。その中で退院支援を扱った記事は12編あった。まず、2007年には、第11回に「患者と医療機関の期待に応えるMSW-MSW雇用ニーズと退院援助101事例の援助効果をもとに」、第17回に「退院援助と受診受療援助」が掲載された。次に、2008年には、第25回に「在宅医療におけるMSWの退院支援-患者の意思を支える専門職として」、第27回に「退院援助における対象者の実態と実践課題」、第28回に「人工呼吸器装着児への退院支援の取り組み-生活を支える地域連携のネットワークづくり」が、2009年には、第36回に「MSWによる転院支援の有効性」、第40回に「MSWコーディネート機能の入退院モデル分析-連携モデル分析と平均在院日数分析」が掲載された。そして、2010年には、第41回に「MSWコーディネート機能の入退院モデル分析-ケースミックス平均在院日数分析、病床利用率分析、入院収益分析、入院収益貢献度分析」、第46回に「退院・生活支援としてのリエゾンシステム」、2012年には、第68回に「退院支援におけるMSWと看護師の共通点と相違点-退院支援の専門性の明確化に向けて」、第72回に「脳卒中の患者への退院支援-障害の受容から退院まで」、2013年には、第77回に「地域を繋ぎ“住み慣れた家への退院”を目指す」が掲載された。
- 4) 2004年度位置付け調査研究委員会の調査では、ソーシャルワーカーが所属する部門の名称は様々であり、最も多い名称が「医療相談（科、課、係、室等）」37.4%であった。また「地域医療連携」、「総合相談」、「在宅支援」等も多いという結果が示された。

第2章 大腿骨骨折患者に関する先行研究の概観

1. 大腿骨骨折患者の治療と予後に関する医学的知見

(1) 高齢者における大腿骨骨折の特徴

1) 大腿骨近位部における骨折の分類

本章では、ソーシャルワーク実践モデルの構成要素として当事者の価値観や考え方、抱える問題と状況要因について検討していきたい。具体的には、大腿骨骨折患者に関する先行研究を渉猟し、身体状況と生活の質に関して人と環境の相互作用に着目しながら考察する。

大腿骨は太ももの骨であり、太ももの付け根の部分の骨折を大腿骨近位部骨折と呼んでいる（重本 2019：12）。大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン（2011：10）によると、「大腿骨近位部の骨折は、関節面に近い側から 1) 骨頭、2) 頸部（骨頭下も含む）、3) 頸基部、4) 転子部、5) 転子下に発生する。このうち、骨頭骨折・転子下骨折は主として交通事故や労働災害などの高エネルギー損傷の結果として生じ、頸部骨折・頸基部骨折・転子部骨折は主として高齢者の転倒による低エネルギー損傷の結果」として生じる。さらに、伊勢福（2016：10）によれば、「大腿骨頭骨折や転子下骨折の頻度は低く、大半は大腿骨頸部骨折（Femoral neck fractures）と大腿骨転子部骨折（Trochanteric fractures）である。頸部骨折は、骨頭下から頸部に発生する骨折であり、転子部骨折は、大転子から小転子の高位に発生し、近位部（頸部）と遠位部（近位骨幹端）との連続が断たれる骨折である」という違いがある。大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドラインでは、頸基部骨折を転子部骨折に含めているため、大腿骨頸部骨折及び転子部骨折は高齢者に生じやすい骨折といえる。

大腿骨頸部骨折の分類には、一般的に Garden stage が用いられており、転位（ずれ）の程度によって stage I～IV の 4 つに分類され、その分類によって治療方針が決まる。骨折部の転位が少ない stage I・II が非転位型、画像診断で骨折部の転位が明確な stage III・IV が転位型と区別される。他方、大腿骨転子部骨折の分類には、Evans 分類や Jensen 分類があり、伊勢福（2016：13）は「これらは、安定した骨折整復を得る可能性と、二次的な骨折転位の危険性についての目安となる」と述べている。その他に、近年では A0 分類が用いられることもある（安藤 2017：80）。

2) 日本における大腿骨近位部骨折の発生数

Orimo et al. (2016) の調査によると、2012 年における大腿骨近位部骨折の新規患者数は、推定 17 万 5700 人（男性は 3 万 7600 人、女性は 13 万 8100 人）であることが明らかになっている（図 2-1）。1987 年の調査から増加し続けており、性別で見ると、特に女性の新規患者数は 1987 年の 3 万 9700 人から大幅に増加していることが示されている（図 2-2）。さらに、2012 年における男性新規患者数に比べ、女性新規患者数は約 3.7 倍であることも明らかになっている。また、地域別発生率では男女ともに、1987 年以降、地域差は小さくなっているものの、東日本よりも西日本で高いという傾向がわかっている。性・年齢別での人口 1 万人あたりの発生率では、39 歳以下の男性 0.29、女性 0.14、40 歳代の男性 1.09、女性 0.73、50 歳代の男性 2.23、女性 3.13、60 歳代の男性 5.03、女性 8.66、70 歳代の男性 16.88、女性 36.71、80 歳代の男性 60.81、女性 151.03、90 歳以上の男性 159.46、女性 323.25 という結果が示されている（図 2-3、図 2-4）。そして、この結果から新規患者数の増加は高齢化率の上昇によるものと指摘している。今後の新規患者数は 2030 年に約 30 万人になると予測されており、これは 30 年間で 3 倍以上の患者が発生することを意味している（日本整形外科学会他 2011：26，萩野 2012）。

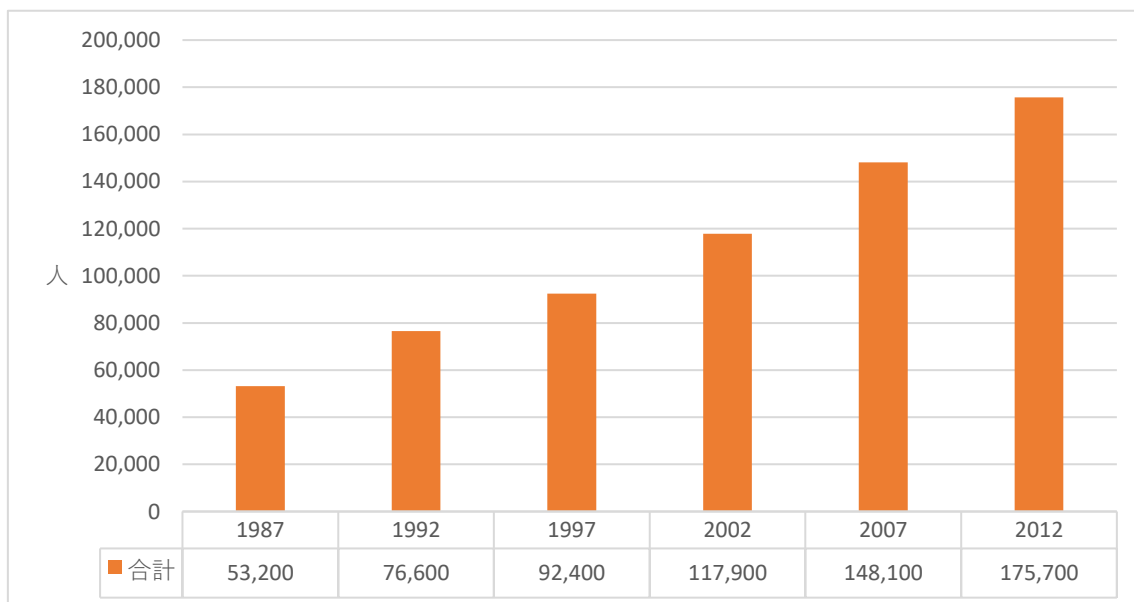


図 2-1 大腿骨近位部骨折患者数の推移

Orimo et al. (2016) Hip fracture incidence in Japan: Estimates of new patients in 2012 and 25-year trends, Osteoporosis International, 22, 1777-84. を参考に筆者作成

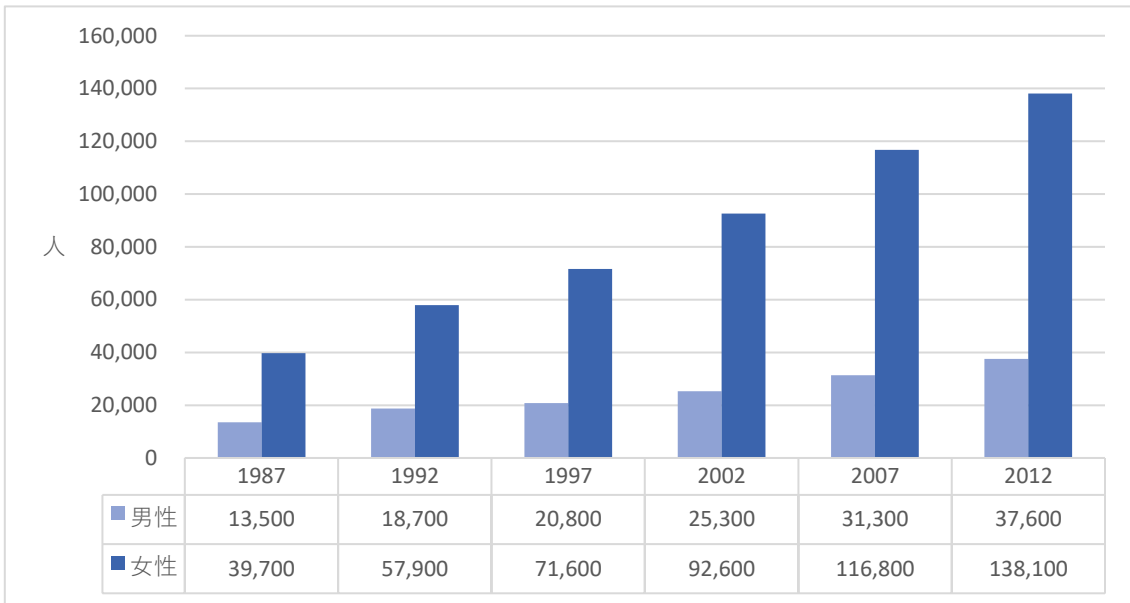


図 2-2 大腿骨近位部骨折患者数の推移（性別による新規患者数の推移）

Orimo et al. (2016) Hip fracture incidence in Japan: Estimates of new patients in 2012 and 25-year trends, *Osteoporosis International*, 22, 1777-84. を参考に筆者作成

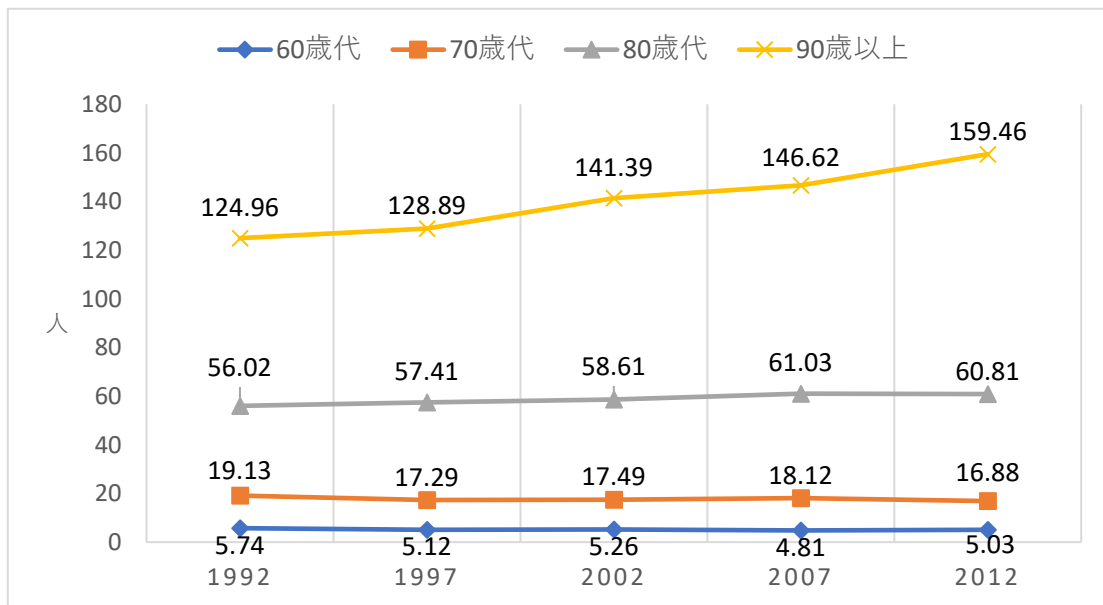


図 2-3 人口 1 万人あたり的大腿骨近位部骨折発生率（男性・年齢別）

Orimo et al. (2016) Hip fracture incidence in Japan: Estimates of new patients in 2012 and 25-year trends, *Osteoporosis International*, 22, 1777-84. を参考に筆者作成

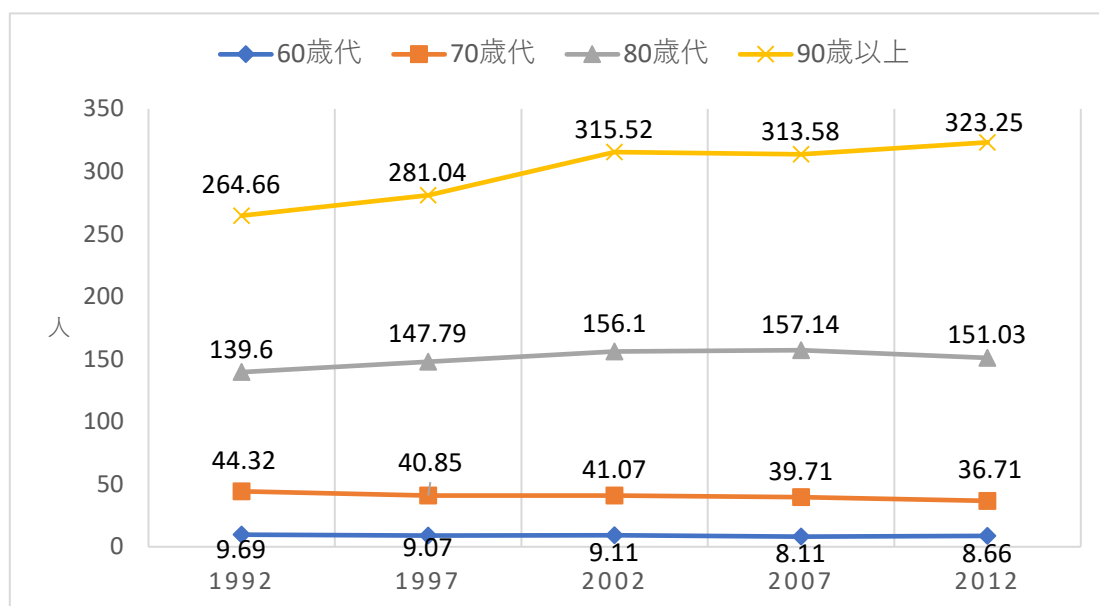


図 2-4 人口 1 万人あたり的大腿骨近位部骨折発生率（女性・年齢別）

Orimo et al. (2016) Hip fracture incidence in Japan: Estimates of new patients in 2012 and 25-year trends, *Osteoporosis International*, 22, 1777-84. を参考に筆者作成

3) 大腿骨骨折の危険因子

大腿骨骨折の主な危険因子として挙げられるのは、加齢と転倒である。人は加齢により骨量が経年的に変化し、骨強度が低下して骨折リスクが高まるとされる（骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会 2015：6-9，14）。「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015 年版」では、「骨粗鬆症は骨折リスクが増大した状態」（2015：2）とされており、高齢者にとって骨粗鬆症を治療及び予防していくことが、大腿骨骨折の危険因子を軽減することにつながる。骨粗鬆症への具体的な治療及び予防としては、薬物療法、食事療法、運動療法等がある（萩野 2004，遠藤 2015：208-35，骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会 2015：78-123）。

萩野ら（2003）によると、大腿骨頸部骨折の受傷原因では立った高さからの転倒を理由にするものが最も多く、軽微な外傷が原因であることを明らかにしている。そして、受傷した場所では、屋外よりも屋内で受傷した例が多く、90 歳以上の 85%以上が屋内での受傷が原

因であると指摘している。坪山ら（2003）の調査では、受傷場所として居室・寝室、廊下が多く、その他にトイレ、台所、玄関・勝手口、浴室等でも受傷していた。また、鈴川ら（2009）の研究によると、転倒を経験した高齢者のうち骨折した者では、大腿骨頸部骨折が最も多いことが明らかになっている。性別では、転倒経験は女性よりも男性の割合が高いが、転倒により骨折した者の割合では男性に比べ女性の割合が約 3 倍であったことを明らかにしており、女性における骨折の危険度が高いことがうかがえる。

転倒の発生を防止するためには、住宅環境の整備が有効であることが示されている（Kamei 2015）。その他に転倒予防への具体的な実践例では、検診や運動及び生活指導を目的とする地域での「転倒予防教室」「健康教室」の開催や、転倒予防指導士による「転倒予防サポーター養成講座」の開催等がある（遠藤 2015：142-7，阿部 2019）。以上のことから、転倒の危険因子を軽減するためには、高齢者の生活環境を整備し、運動機能、認知機能等を維持・向上させることが重要である。

（２） 高齢者における大腿骨骨折の治療とその予後

伊勢福（2016：13-4）は、大腿骨骨折の治療について、「治療目標は寝たきりにしないこと、受傷前の状態へできるだけ早期に復帰させることである。受傷前から車椅子移乗も不能であった患者については、介護における疼痛緩和が目標となる」と述べている。大腿骨頸部骨折・転子部骨折の治療においては、手術が患者の全身状態に悪影響を及ぼす場合や保存的治療を望んでいる場合等を除いて、手術的治療が推奨されている。一方、保存的治療を行う場合は、長期間の入院加療が必要となり、活動性が低下するため、早期から積極的にリハビリテーションを行う必要がある。

大腿骨頸部骨折は転子部骨折に比べ、骨癒合しにくいとされている。その原因として、大腿骨頸部は関節包の内側であり関節液が流入することや、骨折線が垂直方向に走りやすく骨折部へ剪断力が働くこと、骨折により骨頭部への血流が阻害されるため血流障害が起こることなどがある。骨折により大腿骨頸部及び骨頭部へ栄養を送る動脈が損傷を受け血流が途絶えると、骨頭壊死や遅発性骨頭陥没（LSC）を引き起こすこともあるため、手術後は経過観察が重要となる（日本整形外科学会他 2011：74，重本 2019：13）。

大腿骨骨折の外科的治療には、骨接合術と人工物置換術がある。大腿骨頸部骨折では、非転位型に対しては骨接合術が推奨され、転位型には人工物置換術が推奨されている。ただし、

高齢患者の全身状態等を考慮して手術法が選択されるべきである。他方、大腿骨転子部骨折では骨接合術が治療の第一選択となるが、整復困難な症例では人工物置換術を行ってもよいといわれている（日本整形外科学会他 2011：89, 141, 安藤 2017：49, 113）。

周術期に起こり得る合併症には様々なものがあるが、とくに、人工物置換術では手術後の合併症でその後の生活にも影響を及ぼすものとして脱臼がある。手術アプローチによって脱臼の方向や脱臼時の肢位は異なるが、一方向の動作ではなく複合的な動作により脱臼を起こす。例えば、車いすへの移乗動作、入浴動作、床からの立ち上がり動作等で脱臼の危険肢位を取りやすいため、日常生活では注意が必要となる。その他に注意しなければならない合併症は、神経麻痺である。具体的には腓骨神経麻痺、外側大腿皮神経麻痺、大腿神経麻痺、坐骨神経麻痺等があり、神経麻痺の種類によって症状が異なる。腓骨神経麻痺が生じると、足首や足の指を上にとらすことが困難になり足首が垂れた状態となるため、歩行時につま先とつま先といった支障が出る。外側大腿皮神経麻痺の場合は、運動麻痺は起こらないものの、大腿前面から外側にかけて痛みやしびれなどが生じる。大腿神経麻痺の場合は、大腿前面から下腿内側部にしびれや感覚障害が生じ、歩行に関係する筋力が低下するため椅子からの立ち上がりや階段昇降が困難となる。最後に坐骨神経麻痺では、大腿の裏側や下腿、足の裏等にしびれ、感覚鈍麻、疼痛等が生じる。加えて腓骨神経麻痺と同様に足首が垂れた状態となり歩行が困難となることがある。

以上の神経麻痺は、受傷時や手術操作時、入院中の不適切な姿勢等が原因となるため、周術期における予防が重視される（坂越 2019：35-6）。

2. 大腿骨骨折患者の回復や生活支援に関する研究の特徴

（1） 大腿骨骨折を経験した高齢者の ADL 及び QOL

大腿骨骨折患者の中には、骨折の程度によって骨折直後でも歩行可能な人もいる。また、認知症のある人では、骨折に伴う痛みの訴えが乏しい場合もある（重本 2019：12）。受傷から治療、回復の過程は人によってその様相が異なるものの、多くの場合、高齢の大腿骨骨折患者には外科的治療が選択されるため（萩野ら 2003, 堀井ら 2015）、手術後の ADL 及び QOL の回復及び向上に向けた取り組みが重要となる。

これまでの研究では、大腿骨骨折受傷前の ADL 自立度は受傷後に低下することがわかっている。具体的には、ADL 自体の著しい低下には至らないものの、ADL 自立度が低下していることが示されている (Kitamura et al. 1998, 萩野ら 2003, 坪井 2004, Fukui et al. 2012)。萩野ら (2003: 6) の全国調査によると大腿骨頸部骨折の治療後の ADL 自立度は、「交通機関等を利用して外出する」ことが可能だった人が 1 年後には 7.7 ポイント減少、「隣近所へなら外出する」ことができた人は同じく 1 年後に 9.6 ポイント減少しており、歩行能力及び社会生活において自立度の低下が認められたと述べている。加えて、前期高齢者よりも後期高齢者の方が身体機能の悪化が認められたことも明らかにしている。北村ら (2009) は、大腿骨骨折を経験した人の退院後の ADL に関する推移や不安に関する研究を行っている。大腿骨骨折を経験した高齢者の退院 1 カ月後の生活について調査し、「動いていることが多い」という「活発群」と「座っていることが多い」及び「横になることが多い」という「不活発群」の 2 群に分類し、退院後の不安の内容を整理している。具体的な不安の内容には、患部の痛みや腫れに関するものや再転倒による骨折の恐怖のほか、生活上必要な動作や日課とすることができない不自由さを挙げている。

また、身体的側面だけでなく、心理的側面、人的及び物的環境において受傷後の生活では受傷前と比較すると変化が生じることも先行研究では明らかになっている。山本 (1996: 62) は、高齢者が大腿骨骨折になったことで「生活を支えてきたものまでが、何らかの形で失ったり、変更を余儀なくされるといった転機になっている。一方では杖の利用、介護の導入等、各側面での代償的役割変化も見られる」と指摘し、大腿骨骨折が生活の様々な場面に影響を及ぼすと述べている。例えば、家事等において高齢者自身が役割を果たせなくなることへの喪失感、介護への戸惑い、生活の場や生活リズムの変更、住環境整備に伴う出費等、様々な変化が明らかになっている。他方、受傷後に健康に対する関心が高まったことも明らかになっている。

以上のことから、大腿骨骨折を経験した高齢者は受傷前に比べると、著しく ADL が低下するわけではないが、高齢になるほど身体機能の予後が不良であると考えられる。また、ADL が低下することで、家族及び周囲からの助け、介護サービスの利用等によってある程度自立した生活を営めることが推察できた。さらに、ADL の低下により受傷前の生活との違いを自覚することや人的及び物的環境が変化することなどによって、心理的側面への影響、経済的な負担等が生じると考えられる。

(2) 高齢の大腿骨骨折患者及び家族の退院時から退院後の生活

大腿骨骨折を起因とする不安や喪失に着目して対象者への支援を検討した研究として、征矢野ら（1998）、千葉ら（2003）、安田ら（2011）の研究がある。まず、征矢野ら（1998）は、大腿骨骨折を経験した高齢者の退院後における生活環境及び家族からの行動制限について調査しており、看護師が行う退院指導のあり方について検討している。その中で以下のように述べ、「家族の不安を軽減するための具体的指導」の必要性に言及している。

医療現場において、医療者は退院時に何げなく『転ばせないように』と口にすることが多い。これが家族に暗黙の強制となり、無意識のうちに『転ばせてはいけない』という思いを過剰に募らせる結果になっていると考えられる。しかしその一方で、家族は転ばせないための具体的な方策を指導されていなかったり、あるいは家族の記憶に残るようには指導されていないため、転倒に対する漠然とした危惧から、家の中や庭なら安全だが道路に出たら危ないとか、玄関にスロープや廊下に手すりをつけながらも居室の床はつまづきそうな障害物が放置されているなど、それぞれの骨折高齢者の回復状況、環境などをかならずしも的確に反映していない制限や対策に終わっていることが多いと考えられる（征矢野ら1998：40-41）。

次に千葉ら（2003）は、大腿骨骨折で手術を受けた高齢者の退院1週間前から退院1カ月後までに「生活の折り合い」を見つける過程を検証している。対象者は、退院後の生活への不安と回復への期待を持ちながらも、その後の在宅生活が思い通りにならないことや再転倒による骨折への不安を語っている。また「生活の折り合い」をつけるなかで、「杖歩行による生活の障害や役割行動が担えず自尊感情は低下し、抑うつ性が高まった」ことを明らかにしており、自分らしさを立て直すための支援が重要であることを強調している。

続いて安田ら（2011）は、大腿骨骨折の入院治療を受けた高齢患者に対し、退院後1年間の生活状況を追跡調査し、看護師の視点から生活の再構築を検討している。具体的には、①退院後を見据えた生活リハビリの援助、②退院早期から不安や抵抗感を感じる家族を把握しかかわりをもつこと、③患者の生活習慣や価値観を退院後も継続させるための支援の重要性、④家庭内の役割や社会参加にかかる活力が損なわれないよう心理的ケアを大切にすることなどが必要であると言及している。

さらに、回復過程における介護支援に関する研究として、宗正（2008）は、大腿骨骨折で

手術を受けた高齢者の「活動と参加」に対し、入所施設内での生活体験やデイケア利用体験が与える影響を明らかにしている。対象者は、「手術後から断続した痛みを抱え、生活機能の低下を再認識し、迷惑を掛けたくない」と職員や家族に掛かる負担を気遣いながら、外出はできないものとあきらめ活動・参加を自制していた。一方、彼らは思うように回復しないことへの不安や苛立ち、焦りを感じ、迷惑を掛ける存在として自己価値を低め、先の目的や希望が持てず」に過ごしている。その中でも「周囲の支えや励ましを力に現実を受け止め、生活行動を自己調整」していることを明らかにした。

MSWの視点からの研究としては、露木（2010）が回復期リハビリテーション病棟における支援について、①物理的側面、②社会的側面、③身体的側面、④精神的側面、⑤心理的側面、⑥霊的側面の6つの側面における取り組み状況等を整理し、「単に視覚から入ってくる情報や顕在化された情報のみにとらわれて、入院60日以降の支援計画や退院計画を策定していくのではなく、潜在化された側面を含め包括的、総合的に支援計画を策定していくことが重要である」（露木2010：61）と述べている。また、間嶋（2015）は、大腿骨地域連携パスを適用して転院した患者の在院日数へ影響を及ぼす要因を検証し、①患者・家族に退院時期が明示された書面による医師の説明と②転院先の状況が、在院日数を左右することを明らかにした。また、MSWの経験年数による在院日数短縮への影響は確認できなかった。

以上の先行研究から、看護師の視点では大腿骨骨折を経験した人の不安と活動面に関する問題や介護支援に関する問題、それに対するケアや指導等について述べられている。つまり、当事者の実態と支援の課題を明らかにした上で今後の方針が検討されている。一方、MSWの視点では、多様な視点を取り入れた包括的な支援計画策定の必要性や在院日数に影響を及ぼす要因が指摘されている。

3. 先行研究の到達点と今後の研究課題

（1） 大腿骨骨折を経験した高齢者に関する先行研究の到達点

本章では大腿骨骨折を経験した高齢者に関する先行研究の特徴を概観してきたが、これらの先行研究の共通点及び到達点を整理したい。

第一に、大腿骨骨折患者の身体機能面に焦点を当てて研究されたものがある。具体的には、

大腿骨骨折の発生数や原因、患者の特徴、危険因子、受傷前後の活動状況、死亡率及びその後の生存率等がある。さらに、大腿骨骨折の診断や治療方法、合併症、予後等の研究がある。これらは、大腿骨骨折の疫学や現代医療及び医学に関するものであり、大腿骨骨折患者への治療やケアに役立てられる研究である。先行研究からは、日本における大腿骨骨折患者の発生数及び発生率、高齢の大腿骨骨折患者における特徴等が明らかになっている。また、治療後の生活状況として、受傷前と比較した ADL の回復の程度や介護の有無等も傾向が明らかになっている。医療従事者側の問題として、近年における大腿骨骨折患者の診療上の課題も議論されている。

第二に、大腿骨骨折患者の身体的側面に加え、心理的側面に焦点を当てた研究がある。大腿骨骨折を経験した高齢者は、退院後の生活において身体機能の低下から自信と意欲を喪失しやすいこと、介護への戸惑いが生じること、骨折前のように家庭内での役割が遂行できないという変化とその変化を受けとめていく中で喪失感を持ちやすいことなどが明らかになっている。先行研究では「生活の折り合い」をつけながら、自分らしい生活を再構築していける支援の必要性が強調されている。そこでは、看護師の視点から退院後の生活を見据えて患者及び家族へ指導や助言を行ったり、家庭内での役割や社会参加への活力が損なわれないよう入院中から心理的ケアを行ったりすることの重要性が研究の成果として示されている。

第三に、大腿骨骨折を経験した高齢者を取り巻く環境に焦点を当てた研究がある。家族に関する研究として、骨折の治療を終えて退院した高齢者に対して家族から行われる助言または行動制限が及ぼす影響を明らかにしている。それは、日常生活上での行動範囲の制限や社会参加の制約につながっており、QOL 低下に関連していることがわかっている。そのため、看護師が行う退院時指導では大腿骨骨折患者の能力に見合う生活指導、家族の不安軽減のための指導が重要であるとされている。また、家族以外の人に関する研究では、周囲の人からの支えや励ましが高齢者本人に与える影響についても明らかになっている。さらに、大腿骨骨折を経験した高齢者の生活に関して、骨折後の生活習慣そのものが変化するため、その変化に対応しようと生活全般で多くの工夫がなされていることも明らかになっている。例えば、「家屋改造や衣服・靴の工夫や補助具の利用」、「再転倒防止の為に夜間照明を明るくしたり、踵の無い靴に履き替えたり、服装も和服よりズボンなどの工夫も見られた。食生活に関して、骨を強くするような献立を増やす」といった高齢者の生活に合わせた具体的な工夫等が示されている（山本 1996 : 58）。以上の大腿骨骨折を経験した高齢者を取り巻く環

境に関する研究では、家族、家族以外の人、生活環境が高齢者に与える影響や変化について明らかにされている。特に家族が与える影響では、看護師の視点から患者及び家族への指導のあり方が示されていた。一方で、ソーシャルワーカーが行う具体的支援や、大腿骨骨折患者及び家族への関わりに関する研究は見受けられない。

第四に、ニーズが捉えにくい患者に対する支援や在院日数に関する研究がある。先行研究では、回復期リハビリテーション病棟において多様な視点を取り入れた支援計画及び退院計画策定の必要性を強調している。露木（2010：56，61）は、回復期リハビリテーション病棟で「身体機能や障害の固定化に伴い、医療機関での課題を達成したかのように」捉えられ、「単に介護施設等の待機期間」として入院しているとみなされやすい患者を「平均在院日数が60日を超えた患者家族」とし、「表面的・視覚的には、ニーズや患者家族の取り組みが減少しているかのように錯覚するが、特徴としては、取り組みや状況・状態が潜在化しているため、意図的にかかわりを持たない限り、課題や問題などが表出されにくい」と述べている。つまり、支援計画等の立案では顕在化したニーズだけにとらわれるのではなく、潜在化された側面にも目を向けて支援計画等を策定することが重要であると指摘し、6つの側面から考察を行っている。またMSWの経験年数は、患者の在院日数に影響を与える介入の要因にはならないことが示されている。以上の研究では、大腿骨骨折患者に対してソーシャルワーカーが行う具体的な支援過程や方法・技術の効果等についての検証は行われておらず、その点には課題が残されていると考える。

（2） 今後の研究課題

大腿骨骨折を経験した高齢者に関する先行研究では、高齢の大腿骨骨折患者が受傷したことで失った身体機能を回復させること、患者のADLを評価し生活指導や家族指導を行うことで当事者の負担や不安感を解消しようと試みることなどが考察の主な視点であると考える。その視点には、高齢の大腿骨骨折患者個人、あるいは患者の一側面に焦点が当てられることが多い。さらに、医療従事者や支援者側は、患者が抱える問題の原因に対してアプローチを行い、問題を除去することにより解決を図るという立場に立っている。一方、ソーシャルワーカーとして大腿骨骨折を経験した高齢者への支援を検討する際には、高齢者本人が持つ力を活かして、より豊かな生活へと回復し、その生活を維持・向上することを目指すことを目的にすべきである。しかし、これまでの研究ではソーシャルワークの視点から高齢

の大腿骨骨折患者への支援が検討されたものは少ない。

そこで、高齢の大腿骨骨折患者への支援方法をソーシャルワークの立場から検討するにあたっては、先行研究の知見に加え、ストレングスの視点に着目することが重要であると考ええる。ストレングスは本人がもつ意欲や能力などの内的資源だけでなく、他者とのコミュニケーション技術や環境への適応力、さらに本人の支えとなる周囲の資源までを含んでおり、生活状況を変化・向上させるための重要な力である。そのため、大腿骨骨折を経験した高齢者がその人らしく暮らしていけるよう社会福祉の諸サービスを活用し、高齢者本人による課題解決が可能となるよう支援を展開したり、骨折により生活が変化したことで生じるストレスに対し高齢者自身が対処できるよう支援するなど、高齢者本人の力の発揮や成長を信じて主体的かつ積極的に生活の改善・向上を図る上で欠かせない視点といえる。先行研究の知見を見る限り、高齢の大腿骨骨折患者においては身体的な機能の回復が生活の質の向上に直結しないと考えられるため、患者本人と生活環境の接触面に介入する支援が求められており、そうした支援を患者中心で進めていく上でストレングス視点から検討することは意義があると考ええる。

次に、退院後の生活において、高齢者の家族・親族・近隣住民・友人等のインフォーマルな社会資源、そして医師・看護師・セラピスト・ソーシャルワーカー・ケアマネジャーなどのフォーマルな社会資源等、高齢の大腿骨骨折患者が在宅生活を営む上で、高齢者本人を取り巻く周囲の人々から得られる支えは重要となる。高齢者の暮らしを支えるインフォーマル及びフォーマルな社会資源から得られる支え、すなわちソーシャル・サポートを新たに作ったり、受傷前から得られていたサポートをより強化したりすることで、高齢者の生活が安定し豊かになると考える。例えば、身体的側面でのサポートだけでなく、家庭内での役割に関するサポートや趣味活動へのサポートなど、生活のあらゆる場面でサポートを得ることができれば、受傷後にADL及びQOLが低下したとしても回復することができる。これは、ソーシャルワークが重視する人と環境への介入のうち環境の力を高める視点、つまり補綴的環境の整備である。以上のことから、高齢の大腿骨骨折患者の支援にとってソーシャル・サポートを重視することは不可欠であると考ええる。

加えて、高齢の大腿骨骨折患者への支援を検討する際には、入院中の療養生活を支援しつつ、退院後の生活を見据えて退院支援を進めていくことが重要である。日常生活を送るなかで受傷し、大腿骨骨折と診断され入院となった高齢者は、入院中に受傷前の日常とはまったく違った療養生活を送り、身体的・心理的・社会的側面等で多くの変化が生じ、新しい対応

が求められる。そして、退院後に在宅復帰し元の日常生活を営むためには、高齢者自身の努力や家族、親族、友人等の多くの支えが必要となる。骨折は、長年続けてきたいつもと変わらない日常生活に突然の変化をもたらし、今後の生活に多大な影響を与えるが、骨折した当人は身体的な回復とともに退院後の生活をこれまで通りに営もうとする。しかし、そこにはいくつかの困難な要因や状況があり、これまでの暮らしを送れないことに不安やストレス、喪失感等を感じるのである。それゆえ、高齢の大腿骨骨折患者を支援する上では、リハビリ後の身体機能に見合った生活様式を提案するだけでは不十分であり、本人がこれまでどのような生活を送ってきたかということ把握しつつ、新たな生活への変化を受け入れ、そのための対応を患者本人や家族と共に考えていくことが求められる。これは、生活システムの時系列変化とそのなかでの生活のしづらさや適応の状況を捉えるエコシステム視座の必要性を意味している。つまり、このようなソーシャルワークの理論や見方を基盤に、受傷前の生活との関連を意識しながら退院支援を行い、退院後の生活を患者や家族と共に考えていく視点が今後の研究にとって重要となる。

以上の視点に基づいて高齢の大腿骨骨折患者への支援を検討することが今後の研究課題であると考え。その要点として、①ストレングス視点からの検討、②MSWの支援とソーシャル・サポートとの関係の検討、③受傷前の生活を前提とした退院支援の展開に関する検討の3点を念頭に置き研究を進める必要がある。

第3章 大腿骨骨折患者への支援に関する特徴的な要因の検討

1. 調査の目的

大腿骨骨折患者に対するソーシャルワーク実践モデルを提示するには、疾患の特徴に合わせた支援方法や支援内容を明らかにする必要がある。この点について先行研究では扱われてこなかったため、より実態に即した実践モデルの提示のためには独自の調査研究が必要となる。

「大腿骨頸部骨折の発生頻度および受傷状況に関する全国調査」(荻野ら 2003)では、大腿骨頸部骨折患者のうち、80～84歳が最も多く、高齢であるほど軽微な外傷が受傷原因であること、そして治療後はADL低下や介護の必要性が認められたことが明らかになっている。わが国は近年、高齢者の増加に伴い、大腿骨骨折患者が増加していることから、骨折予防や再骨折対策の取り組みの重要性が指摘されている(遠藤ら 2015)。このような状況の中で、「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」(一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会 2018)によると、社会福祉士が配置されている病棟は93.2%であり、約8割の患者が在宅復帰している。つまり、回復期リハビリテーション病棟では身体機能の回復やADLの向上に向けた取り組みが行われるとともに、MSWによる在宅復帰に向けた支援が活発に実施されていると考えられる。

そこで本章では、MSWを対象にアンケート調査を行い、回復期リハビリテーション病棟で行われるMSWの支援、特に大腿骨骨折患者への支援の実施状況を明らかにし、大腿骨骨折患者への支援内容として特徴的な要素を考察していきたい。

2. 研究の方法

(1) 調査対象と方法

調査対象は、2018年8月1日現在で一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会のホームページ(<http://www.rehabili.jp/>)に公開されている全ての病院とし、調査対象者は、回復期リハビリテーション病棟を担当しているMSWのうち、1施設につき1名とした。

調査方法は、質問紙を用いた郵送調査法とし、無記名自記式調査票により実施した。アンケート調査票は当該病棟に配置されている MSW 1 名分と返信用封筒等を病院長宛（1, 181 か所）に郵送した。

（２） 調査期間と回収率

調査期間は、2018 年 8 月 6 日から 2018 年 9 月 30 日で 345 名から回収し、回収率は 29.2% (345/1, 181) であった。このうち、調査上、必要な回答項目において未回答であった 6 名を除外した 339 名を分析対象とした。

（３） 調査内容と分析方法

アンケートでは、①調査対象者の属性、②これまでに担当した大腿骨骨折患者のうち高齢入院患者（65 歳以上）の状況、③高齢入院患者において「大腿骨骨折」「脳血管疾患」「廃用症候群」の患者それぞれに対する業務実施状況に関する項目について回答を求めた。脳血管疾患及び廃用症候群の入院患者への支援に関する調査項目を作成した理由は、大腿骨骨折患者への支援と比較検討することで、大腿骨骨折患者への支援の特徴をより明らかにすることができると思ったからである。脳血管疾患及び廃用症候群は、身体機能の状況と回復の過程について大腿骨骨折と差異があり、また、回復期リハビリテーション病棟入院料が算定可能な疾患として挙げられており、高齢者の入院の主な原因疾患にあたる。脳血管疾患は受傷後の身体機能の低下が著しく、ADL の回復もそれほど見込めない場合が多いため、退院後の生活では大腿骨骨折より多くの制限が加わる点異なる。廃用症候群では、身体機能の低下は大腿骨骨折に比べると緩やかであるが、ADL の回復もなかなか進まないため、生活の変化は徐々にしか起こらない。その点、大腿骨骨折は受傷によって急激な身体機能の低下をきたすが、治療やリハビリ等による回復も早く進むため、身体機能と ADL の急激な変化が特徴である。こうした違いを踏まえて MSW による支援の実施状況を検討することで、大腿骨骨折患者への支援の特徴について明らかにしていきたい。

具体的な質問項目として、①調査対象者の属性に関する項目では、性別、年齢、経験年数、取得資格、所属する医療施設及び所属部署、大腿骨骨折患者の担当数について回答を求めた。②これまでに担当した大腿骨骨折患者のうち高齢入院患者の状況に関する項目では、患者

の年齢層、世帯状況、退院時に導入する介護サービス、既往歴について尋ねた。③「大腿骨骨折」「脳血管疾患」「廃用症候群」の3疾患に対する業務実施状況に関する項目は、業務指針の6項目すべてについて尋ねたが、そのなかでもこれまで述べてきたようにMSWが中心的な役割を果たすことが求められている退院援助と地域活動の2点に着目して分析したい。これらの質問について、高齢入院患者のうち「大腿骨骨折」「脳血管疾患」「廃用症候群」の患者それぞれへの実施状況を質問した。④大腿骨骨折の高齢入院患者への支援内容に関する項目では、MSWが入院中に高齢入院患者のうち大腿骨骨折患者に対して行っている支援について、患者の性別による支援状況を質問した。設問については、先行研究(千葉2003, 北村ら2009, 安田ら2011)を基に作成した19項目から構成した。

設問への回答は選択式とし、「1:ほとんど実施しない(0~20%)」「2:ときどき実施する(21~40%)」「3:しばしば実施する(41~60%)」「4:わりと実施する(61~80%)」「5:よく実施する(81~100%)」の5件法で回答を求めた。

分析方法は、①②では単純集計を行った。③大腿骨骨折患者へのMSWによる支援状況の特徴を明らかにするため、業務指針を基に作成した設問について、「大腿骨骨折患者」と「脳血管疾患患者」への支援に差があるかどうか、また「大腿骨骨折患者」と「廃用症候群」の患者への支援に差があるかどうかについてWilcoxonの符号付順位検定を行った。④大腿骨骨折の高齢入院患者への支援内容に関する項目では、患者の性別によってMSWの支援状況に差があるかどうかを検討するため、Wilcoxonの符号付順位検定を行った。また、調査対象者であるMSWの性別・経験年数ごとに差異があるかどうかについて χ^2 検定を行った。統計的検定の有意水準は5%未満($p < 0.05$)とした。なお、統計処理にはIBM SPSS statistics ver. 24を用いた。

(4) 倫理的配慮

アンケート調査票の発送に際して、病院長及びMSW宛に依頼書、説明書を添付した。添付文書には、研究目的・個人情報の取り扱いに関する事項・データの目的外の不使用・回答済のアンケート調査票及びデータの保存方法等について記載した。本調査は、無記名で実施し、個人や病院名を特定する情報は調査内容に含んでいない。また、回答は回答者の任意とし、研究への協力はアンケート調査票の返送をもって同意を得ることを明記した。なお、本調査の実施にあたり福岡県立大学研究倫理委員会の審査・承認を得た(承認番号:H30-10)。

3. 調査結果

(1) 回答者の属性

回答者の属性について、表 3-1 に整理した。

表 3-1 回答者の属性

属性	区分	人数	割合 (%)
性別	男性	97	28.6
	女性	242	71.4
年齢	20 歳以上 30 歳未満	67	19.8
	30 歳以上 40 歳未満	153	45.1
	40 歳以上 50 歳未満	94	27.7
	50 歳以上 60 歳未満	19	5.6
	60 歳以上	2	0.6
	無回答	4	1.2
	経験年数	5 年未満	101
5 年以上 10 年未満		121	35.7
10 年以上 15 年未満		69	20.4
15 年以上 20 年未満		32	9.4
20 年以上 25 年未満		6	1.8
25 年以上 30 年未満		1	0.3
30 年以上		4	1.2
資格 (複数回答)	無回答	5	1.5
	社会福祉士	329	97.1
	精神保健福祉士	71	20.9
	介護支援専門員	133	39.2
	社会福祉主事	333	98.2
	看護師	3	0.9
	保健師	1	0.3
	臨床心理士	0	0.0
	その他	45	13.3

n=339

回答者の性別は、「男性」が 28.6% (n=97)、「女性」が 71.4% (n=242) であった。年齢層は、最も多いものが「30 歳以上 40 歳未満」45.1% (n=153) となっており、次いで「40 歳以上 50 歳未満」27.7% (n=94)、「20 歳以上 30 歳未満」19.8% (n=67) の順に高く、平均年齢は 36.6 歳であった。

経験年数については、最も多いのが「5 年以上 10 年未満」35.7% (n=121) となっており、次いで「5 年未満」29.8% (n=101)、「10 年以上 15 年未満」20.4% (n=69) の順で、平

均経験年数は8.3年であった。

取得している資格については、該当するものを複数回答で求めた。最も多いものが「社会福祉主事」98.2%（n=333）であり、次いで「社会福祉士」97.1%（n=329）、「介護支援専門員」39.2%（n=133）の順であった。

なお、年齢と経験年数の区分については、実数で回答のあったものを再分類している。

（2） 大腿骨骨折患者の特徴

回答者がこれまでに担当した経験のある大腿骨骨折患者のうち65歳以上の高齢入院患者に関する設問について、最も多い年齢は「80歳以上85歳未満」44.8%（n=152）、次いで「85歳以上90歳未満」33.9%（n=115）、「75歳以上80歳未満」10.6%（n=36）であり、80歳代が全体の8割弱と多い傾向であった。世帯状況に関しては、「夫婦二人暮らし（本人+配偶者）」42.2%（n=143）が最も多く、次いで「一人暮らし（単身）」22.1%（n=75）、「夫婦二人と子の同居（本人+配偶者+子）」13.0%（n=44）であり、高齢者のみの世帯（単身、本人+配偶者）が6割以上を占めていた（表3-2）。

表3-2 大腿骨骨折患者の特徴

項目	区分	人数	割合 (%)
担当患者の年齢	65歳以上70歳未満	0	0
	70歳以上75歳未満	6	1.8
	75歳以上80歳未満	36	10.6
	80歳以上85歳未満	152	44.8
	85歳以上90歳未満	115	33.9
	90歳以上95歳未満	14	4.1
	95歳以上	6	1.8
	無回答	10	2.9
	担当患者の世帯状況	単身	75
本人+配偶者		143	42.2
本人+子		43	12.7
本人+配偶者+子		44	13.0
本人+配偶者+子+孫		6	1.8
本人+子+孫		2	0.6
その他		7	2.1
無回答		19	5.6

n=339

また、既往歴として多いと感じる疾患についてランク付けするように回答を求めたところ、「1位」では「高血圧」64.9%（n=220）、「2位」では「糖尿病」28.3%（n=96）、「3位」では「認知症」22.4%（n=76）が最も割合が高かった。「その他」の自由記述欄には、「反対側の大腿骨骨折」を挙げた回答が複数あった。

さらに、退院時に導入する介護サービスのうち上位3つについて回答を求めた。最も導入するサービスでは、「福祉用具貸与」81.4%（n=276）という結果であった。次いで「通所リハビリ」54.6%（n=185）、「通所介護」49.0%（n=166）、「住宅改修費支給」42.5%（n=144）の順に多かった。退院時に導入される介護サービスとして、福祉用具や住宅改修等の住環境に関する整備や、通所サービスが多い傾向にあることがわかる（表3-3）。

表 3-3 退院時に導入する介護サービス（上位3つ）

項目	導入する	無回答
福祉用具貸与	81.4 (276)	1.5 (5)
通所リハビリ	54.6 (185)	1.5 (5)
通所介護	49.0 (166)	1.5 (5)
住宅改修費支給	42.5 (144)	1.5 (5)
訪問介護	23.9 (81)	1.5 (5)
特定福祉用具販売	20.1 (68)	1.5 (5)
訪問リハビリ	15.6 (53)	1.5 (5)
短期入所生活介護	2.7 (9)	1.5 (5)
訪問看護	1.5 (5)	1.5 (5)
特定施設入居者生活介護	1.5 (5)	1.5 (5)
短期入所療養介護	0.9 (3)	1.5 (5)
療養通所介護	0.6 (2)	1.5 (5)
認知症対応型共同生活介護	0.6 (2)	1.5 (5)
居宅療養管理指導	0.3 (1)	1.5 (5)
小規模多機能型居宅介護	0.3 (1)	1.5 (5)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0 (0)	1.5 (5)
夜間対応型訪問介護	0 (0)	1.5 (5)
訪問入浴介護	0 (0)	1.5 (5)
認知症対応型通所介護	0 (0)	1.5 (5)
看護小規模多機能型居宅介護	0 (0)	1.5 (5)

注) 各項目の割合%、()内は人数。n=339

(3) 支援実施状況に関する他疾患との比較

1) 退院援助に関する支援実施状況

「退院援助」に関する設問として、設問 C2-①「地域における在宅ケア諸サービス等についての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連携の下に、退院・退所する患者の生活及び療養の場の確保について話し合いを行うとともに、傷病や障害の状況に応じたサービスの利用の方向性を検討し、これに基づいた援助を行う。」では、大腿骨骨折患者への支援状況と脳血管疾患患者への支援状況に有意な差がみられた。加えて、大腿骨骨折患者への支援状況と廃用症候群の患者への支援状況に有意な差がみられた。

次に、設問 C2-②「介護保険制度の利用が予想される場合、制度の説明を行い、その利用支援を行う。また、この場合、介護支援専門員等と連携を図り、患者、家族の了解を得た上で入院中に訪問調査を依頼するなど、退院準備について関係者に相談・協議する。」では、大腿骨骨折患者への支援状況と廃用症候群の患者への支援状況に有意な差がみられた。

さらに、設問 C2-③「退院・退所後においても引き続き必要な医療を受け、地域の中で生活することができるよう、患者の多様なニーズを把握し、転院のための医療機関、退院・退所後の介護保険施設、社会福祉施設等利用可能な地域の社会資源の選定を援助する。なお、その際には、患者の傷病・障害の状況に十分留意する。」では、大腿骨骨折患者への支援状況と脳血管疾患患者への支援状況に有意な差がみられた。加えて、大腿骨骨折患者への支援状況と廃用症候群の患者への支援状況に有意な差がみられた。

そして、設問 C2-④「転院、在宅医療等に伴う患者、家族の不安等の問題解決を援助する。」では、大腿骨骨折患者への支援状況と脳血管疾患患者への支援状況に有意な差がみられた。

最後に、設問 C2-⑤「住居の確保、傷病や障害に適した改修等住居問題の解決を援助する。」では、大腿骨骨折患者への支援状況と脳血管疾患患者への支援状況に有意な差がみられた。加えて、大腿骨骨折患者への支援状況と廃用症候群の患者への支援状況に有意な差がみられた。

以上のことから、業務指針における退院援助については、どの設問についてもよく実施されている。しかしながら、支援状況の平均値に着目すると、脳血管疾患患者に対して最もよく実施されている。大腿骨骨折患者は廃用症候群の患者よりは実施されているため、3疾患

では中間に位置することがわかる。

表 3-4 大腿骨骨折患者と他疾患入院患者における業務実施の差について

設問	疾患	Z 値	r
C2 ①	大腿骨骨折－脳血管疾患	-3.824**	.15
C2 ①	大腿骨骨折－廃用症候群	-3.838**	.15
C2 ②	大腿骨骨折－廃用症候群	-4.399**	.17
C2 ③	大腿骨骨折－脳血管疾患	-4.077**	.16
C2 ③	大腿骨骨折－廃用症候群	-2.923**	.11
C2 ④	大腿骨骨折－脳血管疾患	-6.626**	.26
C2 ⑤	大腿骨骨折－脳血管疾患	-4.592**	.18
C2 ⑤	大腿骨骨折－廃用症候群	-6.080**	.24
C6 ①	大腿骨骨折－脳血管疾患	-4.094**	.16
C6 ①	大腿骨骨折－廃用症候群	-2.165*	.09
C6 ③	大腿骨骨折－脳血管疾患	-3.047**	.12
C6 ③	大腿骨骨折－廃用症候群	-3.169**	.12
C6 ④	大腿骨骨折－脳血管疾患	-2.422*	.09
C6 ④	大腿骨骨折－廃用症候群	-3.297**	.13

設問

退院 援助	C2-① 地域における在宅ケア諸サービス等についての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連携の下に、退院・退所する患者の生活及び療養の場の確保について話し合いを行うとともに、傷病や障害の状況に応じたサービスの利用の方向性を検討し、これに基づいた援助を行う。
	C2-② 介護保険制度の利用が予想される場合、制度の説明を行い、その利用支援を行う。また、この場合、介護支援専門員等と連携を図り、患者、家族の理解を得た上で入院中に訪問調査を依頼するなど、退院準備について関係者に相談・協議する。
	C2-③ 退院・退所後においても引き続き必要な医療を受け、地域の中で生活を行うことができるよう、患者の多様なニーズを把握し、転院のための医療機関、退院・退所後の介護保険施設、社会福祉施設等利用可能な地域の社会資源の選定を援助する。なお、その際には、患者の傷病・障害の状況に十分留意する。
	C2-④ 転院、在宅医療等に伴う患者、家族の不安等の問題解決を援助する。
	C2-⑤ 住居の確保、傷病や障害に適した改修等住居問題の解決を援助する。
地域 活動	C6-① 他の保健医療機関、保健所、市町村等と連携して地域の患者会、家族会等を育成、支援する。
	C6-③ 地域ケア会議等を通じて保健医療の場から患者の在宅ケアを支援し、地域ケアシステムづくりへ参画するなど、地域におけるネットワークづくりに貢献する。
	C6-④ 関係機関、関係職種等と連携し、高齢者、精神障害者等の在宅ケアや社会復帰について地域の理解を求め、普及を進める。

(注) *p<.05、**p<.01

2) 地域活動に関する支援実施状況

まず、設問 C6-①「他の保健医療機関、保健所、市町村等と連携して地域の患者会、家族会等を育成、支援する。」では、大腿骨骨折患者への支援状況と脳血管疾患患者への支援状況に有意な差がみられた。加えて、大腿骨骨折患者への支援状況と廃用症候群の患者への支

援状況に有意な差がみられた。

次に、設問 C6-③「地域ケア会議等を通じて保健医療の場から患者の在宅ケアを支援し、地域ケアシステムづくりへ参画するなど、地域におけるネットワークづくりに貢献する。」では、大腿骨骨折患者への支援状況と脳血管疾患患者への支援状況に有意な差がみられた。加えて、大腿骨骨折患者への支援状況と廃用症候群の患者への支援状況に有意な差がみられた。

最後に、設問 C6-④「関係機関、関係職種等と連携し、高齢者、精神障害者等の在宅ケアや社会復帰について地域の理解を求め、普及を進める。」では、大腿骨骨折患者への支援状況と脳血管疾患患者への支援状況に有意な差がみられた。加えて、大腿骨骨折患者への支援状況と廃用症候群の患者への支援状況に有意な差がみられた。

これらのことから、業務指針における地域活動は、平均値に着目すると全体的にほとんど実施されていない傾向がうかがえる。また、疾患別にみると退院援助の設問同様、脳血管疾患患者、大腿骨骨折患者、廃用症候群の患者という順で実施状況が多いことがわかる。

(4) 患者の性別にみる医療ソーシャルワーカーの支援実施状況

回答者が行っている支援のうち、65歳以上の大腿骨骨折患者に対する入院中の支援実施状況について回答を求めた。患者の性別による支援の実施状況の差異を検討したところ、「③家事全般（炊事・洗濯・掃除等）のサービスや支援の導入・調整」「⑦退院後の屋外活動（散歩・買い物や受診時の移送・庭仕事等）に関するサービスや支援の導入・調整」「⑨再転倒の不安・恐怖の訴えを受けとめる」「⑩受傷前の家事役割を維持するためにサービスや支援を導入・調整する」「⑬家庭内で担っていた役割を果たせないもどかしさや情けなさ、同居家族への気遣いや気兼ねなどの想いを傾聴する」「⑭痛みや疲労感の訴えを受けとめる」「⑮生活の中で楽しみ・趣味活動を見つける手助け」「⑰これまでの社会活動参加（近隣住民や町内会との交わり）の維持に配慮した支援」の8項目で違いがみられた。いずれの項目もMSWが行う支援は、高齢男性患者に比べ高齢女性患者に対して多く行われていた。

患者の性別によって支援状況に違いが認められなかった項目の内容としては、社会資源や制度に関する情報提供や活用の仲介、退院後の身辺動作（移動・入浴・トイレ等）に関するサービスの導入とその調整、家屋環境を含む生活環境の物理的整備、歩行生活で生じる不自由さの説明、疾病受容の促進、同居家族による家事協力のとりつけ、生活様式のこだわり

(昼の生活へのこだわりや自分らしい生活の回復)に配慮した支援、転院先や入所施設選定、経済的問題への支援があった。

表 3-5 大腿骨骨折の高齢入院患者の性別における支援実施の比較

設問	女性患者	男性患者	Z 値	r
③家事全般(炊事・洗濯・掃除等)のサービスや支援の導入・調整	3 (3-4)	3 (2-4)	-3.081**	.12
⑦退院後の屋外活動(散歩・買い物や受診時の移送・庭仕事等)に関するサービスや支援の導入・調整	3 (2-4)	3 (2-4)	-2.071*	.08
⑨再転倒の不安・恐怖の訴えを受けとめる	3 (2-4)	3 (2-4)	-5.290**	.20
⑫受傷前の家事役割を維持するためにサービスや支援を導入・調整する	4 (3-4)	4 (2-4)	-6.696**	.26
⑬家庭内で担っていた役割を果たせないもどかしさや情けなさ、同居家族への気遣いや気兼ねなどの想いを傾聴する	4 (3-4)	3 (2-4)	-8.165**	.32
⑭痛みや疲労感の訴えを受けとめる	3 (2-4)	3 (2-4)	-2.380*	.09
⑮生活の中で楽しみ・趣味活動を見つける手助け	3 (2-3)	2 (2-3)	-4.065**	.16
⑰これまでの社会活動参加(近隣住民や町内会との交わり)の維持に配慮した支援	3 (2-4)	3 (2-4)	-2.106*	.08

(注) 中央値(四分位範囲)、* $p < .05$ 、** $p < .01$

(5) 医療ソーシャルワーカーの性別にみる支援の傾向

「退院後の生活に必要な道具の準備」の設問については、【女性高齢患者への支援】及び【男性高齢患者への支援】のどちらについても、 χ^2 検定によると男性MSWは女性MSWに比べて「わりと実施する」の回答が多かった。女性MSWは男性MSWと比べて、「ほとんど実施しない」と「よく実施する」が多かった。一方、合計をみると、回答者の性別に関わらず支援がよく実施されている傾向がうかがえる。

「疾病受容を促す」の設問については、【女性高齢患者への支援】及び【男性高齢患者への支援】のいずれも、回答の合計では「ときどき実施する」としたMSWが最も多かった。 χ^2 検定によると男性MSWは女性MSWに比べて「よく実施する」と「しばしば実施する」の回答が多かった。また、「疾病受容を促す【女性高齢患者への支援】」の設問では、女性MSWは男

性 MSW に比べて「わりと実施する」が多かった。

表 3-6-1 対象者の性別にみる大腿骨骨折患者への支援傾向

設問		回答者 (MSW) の性別		合計	p 値	
		男性	女性			
退院後の生活で必要な道具の準備【女性高齢患者への支援】 (n=337)	ほとんど実施しない (0~20%)	度数	2	19	21	0.007
		調整済み残差	-2.0	2.0		
	ときどき実施する (21~40%)	度数	7	14	21	
		調整済み残差	0.5	-0.5		
	しばしば実施する (41~60%)	度数	12	33	45	
		調整済み残差	-0.3	0.3		
	わりと実施する (61~80%)	度数	39	54	93	
		調整済み残差	3.3	-3.3		
	よく実施する (81~100%)	度数	37	120	157	
		調整済み残差	-2.0	2.0		
合計	度数	97	240	337		
退院後の生活で必要な道具の準備【男性高齢患者への支援】 (n=333)	ほとんど実施しない (0~20%)	度数	2	19	21	0.014
		調整済み残差	-2.0	2.0		
	ときどき実施する (21~40%)	度数	7	15	22	
		調整済み残差	0.3	-0.3		
	しばしば実施する (41~60%)	度数	15	31	46	
		調整済み残差	0.6	-0.6		
	わりと実施する (61~80%)	度数	36	53	89	
		調整済み残差	2.8	-2.8		
	よく実施する (81~100%)	度数	36	119	155	
		調整済み残差	-2.1	2.1		
合計	度数	96	237	333		
疾病受容を促す【女性高齢患者への支援】 (n=337)	ほとんど実施しない (0~20%)	度数	15	53	68	0.001
		調整済み残差	-1.3	1.3		
	ときどき実施する (21~40%)	度数	27	82	109	
		調整済み残差	-1.0	1.0		
	しばしば実施する (41~60%)	度数	33	53	86	
		調整済み残差	2.4	-2.4		
	わりと実施する (61~80%)	度数	8	42	50	
		調整済み残差	-2.1	2.1		
	よく実施する (81~100%)	度数	13	11	24	
		調整済み残差	2.9	-2.9		
合計	度数	96	241	337		
疾病受容を促す【男性高齢患者への支援】 (n=333)	ほとんど実施しない (0~20%)	度数	15	53	68	0.005
		調整済み残差	-1.3	1.3		
	ときどき実施する (21~40%)	度数	25	82	107	
		調整済み残差	-1.4	1.4		
	しばしば実施する (41~60%)	度数	31	48	79	
		調整済み残差	2.4	-2.4		
	わりと実施する (61~80%)	度数	11	42	53	
		調整済み残差	-1.4	1.4		
	よく実施する (81~100%)	度数	13	13	26	
		調整済み残差	2.5	-2.5		
合計	度数	95	238	333		

表 3-6-2 対象者の性別にみる大腿骨骨折患者への支援傾向

設問	回答者 (MSW) の性別		合計	p 値	
	男性	女性			
転院先・入所施設選定【男性高齢患者への支援】 (n=335)	ほとんど実施しない (0~20%)	度数	3	9	12
		調整済み残差	-0.3	0.3	
	ときどき実施する (21~40%)	度数	22	26	48
		調整済み残差	2.8	-2.8	
	しばしば実施する (41~60%)	度数	13	39	52
		調整済み残差	-0.6	0.6	0.009
	わりと実施する (61~80%)	度数	27	48	75
		調整済み残差	1.6	-1.6	
	よく実施する (81~100%)	度数	31	117	148
		調整済み残差	-2.8	2.8	
合計	度数	96	239	335	

「転院先・入所施設選定【男性高齢患者への支援】」については、 χ^2 検定によると男性 MSW は女性 MSW に比べて「ときどき実施する」が多かった。女性 MSW は男性 MSW に比べて「よく実施する」が多かった。「転院先・入所施設選定」の設問における回答者の合計からみると、「よく実施する」という回答が最も多かった。

(6) 医療ソーシャルワーカーの経験年数別にみる支援の傾向

「家事全般のサービスや支援の導入・調整【女性高齢患者への支援】」の設問では、 χ^2 検定によると経験年数が「10年以上 15年未満」の MSW は、「ほとんど実施しない」という回答が少なく、「よく実施する」が多かった。経験年数が「15年以上」の MSW は、「しばしば実施する」という回答が少なかった。

「物的介助による歩行生活で生じる不自由さの説明」の設問では、【女性高齢患者への支援】及び【男性高齢患者への支援】のどちらの支援でも経験年数が「5年未満」の MSW で「よく実施する」が、「15年以上」では「ときどき実施する」が少なかった。経験年数が「5年以上 10年未満」で「ときどき実施する」が、「10年以上 15年未満」では「わりと実施する」が、「15年以上」では「よく実施する」の回答がそれぞれ多かった。また、回答者の合計からみると、「ほとんど実施しない」という回答が最も多く、歩行に関する生活上の不自由さの説明機会そのものが少ないという現状がうかがえた。

「受傷前の家事役割を維持するためにサービスや支援を導入・調整する【男性高齢患者への支援】」の設問では、 χ^2 検定によると経験年数が「10年以上 15年未満」の MSW において「ほとんど実施しない」の回答が少なかった。経験年数が「5年以上 10年未満」では「し

表 3-7-1 対象者の経験年数別にみる大腿骨骨折患者への支援傾向

設問		回答者 (MSW) の経験年数				合計	p 値
		5年未満	5年～10年未満	10年～15年未満	15年以上		
家事全般 (炊事・洗濯・掃除等)のサービスや支援の導入・調整【女性高齢患者への支援】 (n=333)	ほとんど実施しない (0～20%)	度数	4	7	0	4	0.050
		調整済み	-0.3	0.9	-2.0	1.6	
		残差					
	ときどき実施する (21～40%)	度数	22	15	11	10	
		調整済み	1.4	-1.8	-0.4	1.1	
		残差					
	しばしば実施する (41～60%)	度数	30	42	19	7	
		調整済み	0.1	1.7	-0.4	-2.0	
		残差					
	わりと実施する (61～80%)	度数	26	35	20	18	
		調整済み	-1.1	-0.2	-0.2	1.9	
		残差					
よく実施する (81～100%)	度数	19	21	19	4		
	調整済み	0.0	-0.5	2.1	-1.7		
	残差						
合計	度数	101	120	69	43	333	
物的介助 (つえ等)による歩行生活で生じる不自由さの説明【女性高齢患者への支援】 (n=334)	ほとんど実施しない (0～20%)	度数	46	41	23	19	0.003
		調整済み	1.7	-1.3	-1.0	0.8	
		残差					
	ときどき実施する (21～40%)	度数	27	40	14	4	
		調整済み	0.4	2.4	-1.1	-2.6	
		残差					
	しばしば実施する (41～60%)	度数	15	18	12	9	
		調整済み	-0.4	-0.5	0.3	0.9	
		残差					
	わりと実施する (61～80%)	度数	11	13	15	3	
		調整済み	-0.6	-0.8	2.6	-1.2	
		残差					
よく実施する (81～100%)	度数	2	9	5	8		
	調整済み	-2.4	0.1	0.0	3.1		
	残差						
合計	度数	101	121	69	43	334	
物的介助 (つえ等)による歩行生活で生じる不自由さの説明【男性高齢患者への支援】 (n=330)	ほとんど実施しない (0～20%)	度数	46	42	23	19	0.005
		調整済み	1.6	-1.1	-1.2	0.7	
		残差					
	ときどき実施する (21～40%)	度数	27	37	13	4	
		調整済み	0.7	2.1	-1.2	-2.5	
		残差					
	しばしば実施する (41～60%)	度数	14	17	14	10	
		調整済み	-0.9	-0.8	0.9	1.2	
		残差					
	わりと実施する (61～80%)	度数	10	13	14	2	
		調整済み	-0.7	-0.3	2.5	-1.6	
		残差					
よく実施する (81～100%)	度数	3	9	5	8		
	調整済み	-2.1	0.0	-0.1	2.9		
	残差						
合計	度数	100	118	69	43	330	

表 3-7-2 対象者の経験年数別にみる大腿骨骨折患者への支援傾向

設問		回答者 (MSW) の経験年数				合計	p 値
		5年未満	5年～10年未満	10年～15年未満	15年以上		
【男性高齢患者への支援】 (n=330)	ほとんど実施しない (0～20%)	度数	10	8	2	10	0.010
		調整済み	0.4	-1.1	-2.0	3.5	
		残差					
	ときどき実施する (21～40%)	度数	19	14	17	6	
		調整済み	0.6	-1.8	1.9	-0.6	
		残差					
	しばしば実施する (41～60%)	度数	24	34	11	6	
		調整済み	0.4	2.0	-1.5	-1.5	
		残差					
	わりと実施する (61～80%)	度数	28	35	28	13	
		調整済み	-0.9	-0.5	1.8	-0.2	
		残差					
よく実施する (81～100%)	度数	19	27	11	8		
	調整済み	-0.2	1.1	-0.9	-0.2		
	残差						
合計	度数	100	118	69	43	330	
【女性高齢患者への支援】 (n=334)	ほとんど実施しない (0～20%)	度数	12	13	0	2	0.003
		調整済み	1.7	1.3	-2.8	-0.9	
		残差					
	ときどき実施する (21～40%)	度数	18	16	17	17	
		調整済み	-0.8	-2.4	1.0	3.3	
		残差					
	しばしば実施する (41～60%)	度数	32	36	28	9	
		調整済み	0.1	-0.5	1.8	-1.6	
		残差					
	わりと実施する (61～80%)	度数	20	33	18	10	
		調整済み	-1.2	1.0	0.4	-0.2	
		残差					
よく実施する (81～100%)	度数	19	23	6	5		
	調整済み	1.0	1.2	-1.8	-0.8		
	残差						
合計	度数	101	121	69	43	334	
【男性高齢患者への支援】 (n=330)	ほとんど実施しない (0～20%)	度数	12	13	1	2	0.003
		調整済み	1.5	1.2	-2.4	-1.0	
		残差					
	ときどき実施する (21～40%)	度数	17	13	16	17	
		調整済み	-0.6	-2.8	1.0	3.7	
		残差					
	しばしば実施する (41～60%)	度数	31	36	27	8	
		調整済み	0.0	-0.1	1.7	-1.9	
		残差					
	わりと実施する (61～80%)	度数	21	34	18	11	
		調整済み	-1.2	1.0	0.1	0.0	
		残差					
よく実施する (81～100%)	度数	19	22	7	5		
	調整済み	1.0	1.0	-1.5	-0.8		
	残差						
合計	度数	100	118	69	43	330	

ばしば実施する」、「15年以上」では「ほとんど実施しない」の回答が多かった。

「生活様式のこだわりに配慮した支援」の設問では、【女性高齢患者への支援】及び【男性高齢患者への支援】のいずれについても、経験年数が「5年以上10年未満」のMSWでは「ときどき実施する」が、「10年以上15年未満」では「ほとんど実施しない」の回答が少なかった。経験年数が「15年以上」のMSWでは「ときどき実施する」が多かった。

4. 考察

(1) 大腿骨骨折患者への「退院援助」

まず、大腿骨骨折患者と他疾患との支援実施状況の差について考察していきたい。これについては、業務指針における退院援助と地域活動に着目して検討する。

退院援助の設問については、実施状況の平均ポイントが4点を超える項目が多く、全体としてよく実施されていることがわかった。このことから退院援助は、MSWの中心的な業務であることが理解できる。疾患別の実施状況については、実施状況の高い順に脳血管疾患、大腿骨骨折、廃用症候群となっていた。

具体的な内容をみると、傷病や障害の状況に応じたサービス利用の検討（設問C2-①）や退院後に引き続き医療を受けられるようにするための地域の社会資源の選定（設問C2-③）、傷病や障害の状況に応じた住宅改修等の支援（設問C2-⑤）では、脳血管疾患患者への支援が最も多く行われており、次いで大腿骨骨折、最後に廃用症候群という順に実施状況が下がるという有意差が見られた。これらの支援内容は、退院後に受ける通院等の医療や日常生活上のサポート全般の必要性を見込んで行うものである。医療や福祉サービス、住宅改修等の必要性を判断するにあたって、患者の身体機能の状態は重要な視点であり、3つの疾患の中で最も身体機能の低下をもたらしやすい脳血管疾患患者への支援が多くなるのは当然であろう。大腿骨骨折は、脳血管疾患に比べると治療やリハビリによる身体機能の回復を見込める場合が多いため、上記の支援内容が脳血管疾患患者より少なく実施されていることも理解できる。また、廃用症候群は身体機能の回復やADLの向上が大腿骨骨折よりも緩やかであるため、日常生活上の行動に入院前後で大きな変化が起こりにくいと考えられ、福祉サービスや住宅改修等の検討の必要性が他の2疾患に比べて少なくなると思われる。通院等の医

療についても、入院前とそれほど変わらない場合が多いと考えられる。

また、転院や在宅医療等に関する患者・家族の不安の解決（設問 C2-④）では、脳血管疾患患者への実施状況が大腿骨骨折患者よりも高い。これについては、脳血管疾患の受傷によって脳機能が損傷し、身体機能だけでなく言語・認知機能などの低下も引き起こすことで、退院後の生活が受傷前と大きく変わることが要因であると考えられる。こうした機能は治療やリハビリによって回復可能であるが、その範囲は受傷の部位や範囲、程度によって大きく左右され、重大な後遺症を残す場合もある。そのため、受傷前とは全く別の生活を送ることへの不安が大きい疾患である。それに対して大腿骨骨折は、受傷によって身体機能は大きく低下するが、治療やリハビリで一定の回復が見込める場合が多く、退院後の生活では受傷前の生活様式に戻ることができるという希望をもつことが可能である。そのため、脳血管疾患に比べると患者・家族の不安の解決という支援の必要性は低くなるだろう。

さらに、介護保険の利用に関する支援（設問 C2-②）については、大腿骨骨折患者への実施状況が廃用症候群患者よりも高くなっている。これは、大腿骨骨折の方が廃用症候群より治療やリハビリによる身体機能の回復が見込めることから、退院後の生活における動作や行動の量と範囲、さらには生活様式を考慮すると、日常生活上の介護をどのように計画して提供するかということについて、患者や家族と検討する必要性が高いからであると考えられる。廃用症候群の場合は、入院前とそれほど行動範囲や生活様式が変わらないとすると、全体的な介護サービスの利用量は大腿骨骨折より多くなるかもしれないが、退院時に改めて支援計画を検討する必要性は比較的少なくなるのではないかと思われる。

以上のように他疾患との比較から大腿骨骨折患者への退院援助について検討してきたが、その特徴は次の3点に整理できる。

- ① 他疾患と比較しても一定程度のサービス導入を検討する必要性がある
- ② 受傷による身体機能の低下は大きいものの、回復に向けた希望をもつことができる
- ③ 退院後の生活を支援するには、身体機能の回復程度に応じた生活様式や行動範囲を予測しながら検討する必要がある

これらの特徴については、千葉ら（2003）が、大腿骨骨折患者は退院後の生活への不安とともに回復への期待を持っているが、その後の生活が思い通りにならないことにより自尊心が低下し、抑うつ性が高まると指摘していることと共通している。つまり、受傷による

身体機能の低下についての不安と治療等による回復への希望、さらに元の生活に戻れるという希望をもっていることと、それらなるべく実現するように支援を検討する必要性について述べている点である。

(2) 医療ソーシャルワーカーに期待される「地域活動」

次に、大腿骨骨折患者に対する地域活動は、他疾患の実施状況との間に差が認められたが、全体としてほとんど行われていない。これは、MSW が病院内での業務を中心に支援を展開せざるを得ないという制度や組織の枠組みによる影響が大きいと考えられる。しかし、MSW による大腿骨骨折患者への支援は本来、ソーシャルワークの専門性や視野を基盤とし、個別支援から地域への取り組みへと広がりを見せる活動を目指すものである。そのため、今一度、地域活動の内容と意義を確認しておきたい。

業務指針において地域活動とは、「患者のニーズに合致したサービスが地域において提供されるよう、関係機関、関係職種等と連携し、地域の保健医療福祉システムづくりに次のような参画を行う」（厚生労働省 2002）こととされている。しかし調査結果からは、地域活動が他の業務に比べると実施されていないことがうかがえる。他方、昨今では地域での貢献活動やアウトリーチによる住民への活動を通して、多様な専門職が地域づくりの役割を担っている。このような状況から、MSW が果たす地域活動の意義を再認識し、多職種との協働による地域づくりを進めていく必要がある。

そこで、大腿骨骨折患者への地域活動の可能性を考えてみたい。MSW は、大腿骨骨折に伴う障害やその他疾患を抱えながら生活を営む苦労や生きづらさに寄り添い、患者と社会資源を繋いで多職種と地域社会に働きかける。あるいは、社会資源を地域の人々と共に開発することもあるだろう。例えば、家事支援や社会参加活動のサポートを中心としたボランティアの育成や支援に携わることや、地域ケアシステムに参画し、新たな社会資源の開発をすることで地域へ貢献することが考えられる。さらに、健康づくりや骨折予防教室の開催、家族向けの在宅ケアなどをはじめとする知識の普及活動の機会等といった取り組みを行うことが期待される。また、MSW が地域活動を行う中で、地域社会の人やモノと繋がり、新たに資源を発見していくことはさらに地域活動に広がりを見せると考える。

今後、高齢化率が高まることに比例して大腿骨骨折の発生数も増加することが予想されており、大腿骨骨折患者の退院後の生活課題を解決することは非常に重要であると考えられる。

ここでは、再骨折予防に取り組んでいくことが社会として喫緊の課題である。特に MSW が行う地域活動の展開については、今後ますます期待が高まるものとする。

(3) 患者の性別による支援状況の差とソーシャル・サポートとの関係

本調査では、大腿骨骨折を呈した 65 歳以上の高齢入院患者に対する支援のうち、特に患者の性別による支援の違いと、その違いが生じる背景や要因を考察するため、MSW が行う支援の実施状況を患者の性別との関係で分析した。

これまで大腿骨骨折を経験した高齢入院患者への MSW による支援では、患者の性別によって支援の違いがあることを明らかにした研究は見受けられなかったが、本調査では大腿骨骨折を経験した高齢入院患者の性別によって MSW の支援に差があることを明らかにし、新たな知見を得ることができた（表 3-5）。つまり、大腿骨骨折を経験した高齢入院患者への支援を検討する際には、性別に留意するという視点が重要であることがわかった。

患者の性別によって MSW の支援に差が生じる要因には、患者が入手するソーシャル・サポートの割合における男女差が関係していると考えられる。野辺（1999）によると、夫婦のみで暮らす世帯の高齢者にとって、生活上のサポートを受けるうえで配偶者と親族の存在は最も重要になる。具体的に、高齢男性は高齢女性に比べて配偶者や職場仲間からサポートをより得られるのに対し、高齢女性は親族や近隣者からサポートを得られやすいという傾向が明らかになっている。特に、配偶者から「入院時の世話」をしてもらえるという点においては、高齢男性と高齢女性ではその割合に大きな差が認められ、高齢男性にとって配偶者の存在が重要なソーシャル・サポートとなっていた。つまり、高齢男性は骨折によって ADL が低下しても、生活上必要となるサポートを骨折以前と変わらず配偶者から得ることができる一方で、高齢女性は骨折によって ADL が低下すると親族や近隣者とのかかわりが骨折以前より減少し、それまで得ていたソーシャル・サポートが入手できなくなる。このように、日常的なソーシャル・サポートが大腿骨骨折による入院で入手できなくなった、あるいは退院後の生活では受傷前のようにソーシャル・サポートを受けづらいことが予想されることにより、その代替となるサービスの導入・調整や支援の実施を MSW が担っていると考えられるのである。

そこで、以上のような視点から大腿骨骨折患者の在宅生活に向けた支援内容について具体的に考察してみると、3 つの特徴が明らかになる。

第一に、高齢女性の大腿骨骨折患者には家事に関するサービスや支援の導入及び調整がより重要になるという点である。平成 28 年社会生活基本調査によると、65 歳以上の高齢者では家事に従事する時間が男性では 36 分、女性では 2 時間 52 分と男女間で大きな開きがある。また、日本の近代家族を特徴づけるような性別役割分業は高度経済成長期に定着し、男性は仕事をし、女性は家庭で家事や育児に専念するという分業が確立してきた（総務省 2017）。その後、共働き世帯が増加したが、家庭内では男性は仕事、女性は家庭と仕事といった新たな男女の役割分業へと変化してきた（厚生省 1998, 松田 2001）。このように性別による役割分業が定着してきたなかで、これまでの人生を歩んできた高齢者への支援を検討する際、大腿骨骨折の影響によって ADL 及び QOL の低下を引き起こし在宅生活に支障をきたすような場合は、とくに家事役割を担う高齢女性の抱える課題に着目して支援内容を検討する必要がある。本調査においては、質問項目のうち、「③家事全般（炊事・洗濯・掃除等）のサービスや支援の導入・調整」「⑦退院後の屋外活動（散歩・買い物や受診時の移送・庭仕事等）に関するサービスや支援の導入・調整」「⑩受傷前の家事役割を維持するためにサービスや支援を導入・調整する」の 3 つの家事関連項目において、男性より女性の高齢入院患者の方が MSW の支援が行われていることが明らかになった。

第二に、情緒的な側面への支援に関して、特に高齢女性の大腿骨骨折患者への支援が重要になるという点である。本調査の質問項目のうち、「⑨再転倒の不安・恐怖の訴えを受けとめる」「⑬家庭内で担っていた役割を果たせないもどかしさや情けなさ、同居家族への気遣いや気兼ねなどの想いを傾聴する」「⑭痛みや疲労感の訴えを受けとめる」といった情緒的側面への支援は高齢男性に比べ、高齢女性の大腿骨骨折患者により多く行われていた。ソーシャル・サポートにおける先行研究では、情緒的側面へのサポートの入手において高齢男性では配偶者が、高齢女性では親族や配偶者に加えて、近隣者が重要なサポート源となっている（野辺 1999）。したがって、情緒的側面へのサポートは、高齢男性は家庭内で得られやすいが、高齢女性は家庭外の場面で得られやすいと考えられる。一般的に、患者は入院によって日常生活上の制限や身体的な不自由さから起こる活動制限等を経験するが、それらを考慮すると家庭外の人間関係は家庭内のそれより維持しにくいいため、とりわけ高齢女性ではサポートを入手しづらい状況に置かれることになる。以上のことから、高齢女性の大腿骨骨折患者が入院すると、高齢男性に比べてこれまで獲得していた情緒的側面へのサポートが得られにくくなるため、患者の性別によって MSW の支援に差が生じると考える。すなわち、MSW は高齢女性に対して情緒的側面へのサポートに留意する必要がある。

第三に、退院後の生活を見据え、趣味活動や社会との交流に関する支援を行う際は、高齢女性が受傷前に構築していた社会関係に着目することが重要になるという点である。先行研究では、高齢者をサポートする存在として配偶者と親族は重要であるが、「交遊」においては友人が重要な役割を果たすとされている。加えて、高齢女性は高齢男性よりも多くの近隣関係を組織していることが明らかになっている（野辺 1999）。このことから、多くの高齢者は社会活動等で交わりを持つ相手として友人の存在が重要であり、とくに高齢女性は日頃から近隣者との関係からソーシャル・サポートを入手し、生活を営んでいると考えられる。本調査では、「⑤生活の中で楽しみ・趣味活動を見つける手助け」「⑦これまでの社会活動参加（近隣住民や町内会との交わり）の維持に配慮した支援」の項目で MSW が行う支援に性別による差があった。つまり、高齢女性患者が退院後に在宅生活を送るうえで、友人や近隣者からソーシャル・サポートを得ることは重要であり、そうしたニーズを MSW がキャッチして支援していることがわかる。すなわち、高齢女性にはより外出や社会参加の機会を確保できるよう支援することが重要となる。

以上 3 つの特徴から、高齢の大腿骨骨折患者では性別によって受傷前に得てきたソーシャル・サポートが異なるため、MSW による支援の量に差が生じていることが明らかとなった。また、退院後の在宅生活を見据えた支援の視点として、高齢者の場合、性別に着目することによって必要な支援が見極めやすくなることがわかった。つまり、安心して在宅生活を営めるようにするための支援方法として、受傷前の生活を支えていたソーシャル・サポートの回復や代替、さらなる充実という視点で支援内容を考えることが、本人らしい在宅復帰を実現することが示唆された。

（４） 回答者の性別及び経験年数別からみた支援状況の特徴

最後に、回答者の性別及び経験年数別にみた際の大腿骨骨折患者に対する支援状況を考察する。まず性別でみた場合、患者の性別を問わず高齢患者の疾病受容を促すための支援を行う際には男性 MSW の方が女性 MSW よりもよく実施していることがわかる。この結果から、大腿骨骨折によって生じる歩行の不安定さや不自由さ、他者の助けを要する現状への認識、老いの再認識等といったあらゆる生活場面で感じる葛藤に関して、男性 MSW の方が女性 MSW より支援を実施していることが明らかになった。

一方、退院後の生活に必要な道具の準備に関する支援では、患者の性別を問わず女性 MSW

の方が男性 MSW よりもよく実施していた。また、男性高齢患者への転院先・入所施設選定についても、女性 MSW の方が男性 MSW よりもよく実施していた。つまり、退院後の在宅生活において必要となる福祉用具等の補助具の予測や、退院後の生活場所の検討については女性 MSW の方が男性 MSW より支援を行っている。なお、退院後の生活場所の検討については、男性高齢患者に対する支援にのみ有意差がみられていることが特徴的であるが、その理由については的確に考察するだけの分析結果は得られなかった。

以上のことから、MSW の性別による支援の違いとしては、男性 MSW が疾病受容という医学的側面の強い支援に積極的な一方で、女性 MSW は退院後の在宅生活で必要になる工夫や生活場所そのものといった暮らしの場面に関する支援を得意としていることが挙げられるだろう。なぜこのような違いが生じるのかについては、十分なデータがないため考察することはできないが、支援者の性別によって支援内容の違いがみられるということ自体が重要な知見であると考えられる。

次に回答者の経験年数別でみた場合、「物的介助（つえ等）による歩行生活で生じる不自由さの説明」の設問に関して、患者の性別に関わらず経験年数が増えるほど実施している傾向がうかがえた。この結果から、MSW の経験年数が多くなるほど、丁寧な関わりを通じて支援を行っていることが考えられる。つえ等を使用しながら生活することの不自由さを説明することは、退院後に予想される生活について患者と共に話し合うことにもなり、必要に応じて同居家族等に住環境整備の要請をするため理解を求めることなどにもつながる。例えば、物的介助が必要になることで、屋内移動、トイレ、入浴、食事の支度、掃除、買い物、受傷前から行っていた社会参加活動等が退院後の生活でも安全に行えるかを入院中から検討し、準備することは重要となる。医師や看護師等の医療従事者からの予後や在宅生活での留意事項に関する説明の機会に加え、MSW は生活者の視点から日常生活上の動作や活動等の不自由さに関する説明を行うことが必要だろう。

また、女性高齢患者に対する家事全般（炊事・洗濯・掃除等）のサービスや支援の導入・調整についても、経験年数が 10 年以上の MSW の方がそれ以下の経験年数の MSW よりも実施状況が高いことがわかった。このことから、MSW としての経験年数を積むほど、女性高齢者の方が在宅復帰後の家事役割を求められやすい傾向にあることを理解できるようになると考えられる。

最後にその他の設問については、男女別及び経験年数別による統計上の有意差は認められたが、本調査の結果からだけでは特に意味のある違いだとは考えられなかった。これらの

設問に関しては、有意差が生じる因果関係を考察するために今後さらに多角的な観点からの研究が必要だと考えられる。また、いくつかの課題は残されているが、高齢の大腿骨骨折患者の性別によって、MSW の男女別及び経験年数別における支援の差異が確認された点は、実践モデルを提示する上で有益であったと考えている。

第4章 高齢の大腿骨骨折患者の入院中から在宅復帰までを支援する視点

1. 調査の目的

総務省統計局（2019, 2021）の「人口推計」によると、日本の65歳以上人口は1950年から上昇が続き、2021年には高齢化率が28.9%であった。さらに、75歳以上人口が65～74歳人口を上回っている。また、近年の大腿骨骨折の発生状況に着目すると、2012年の新発生患者数は約17万5700人であり、25年間増加している（八重樫2015：1）。大腿骨骨折患者に関する先行研究をみると、坪井ら（2004）は、大腿骨骨折を呈した高齢者の歩行機能が低下するなど、ADLの低下が認められたと指摘している。遠藤ら（2015：18-26）は骨粗鬆症により大腿骨骨折をきたす人はQOLの低下も引き起こし、骨粗鬆症による骨折の危険因子に「女性」「高齢」「低骨密度」「既存骨折」があるとしたうえで、二次骨折予防の取り組みがほとんど行われていないことを指摘している。

しかし先行研究の全体的な特徴としては、大腿骨骨折患者の転帰先に関連する因子を検討した研究（濱田：2007, 岸本ら：2007, 藤田ら2012, 前島ら2012）や大腿骨骨折を経験した高齢者の生活に着目した研究（山本：1996, 征矢野ら：1998, 千葉ら：2003, 宗正：2008）のように、入院中の大腿骨骨折患者を対象としたものや患者への指導・ケアを目的とした研究が中心である。それらは医学、看護学、リハビリテーション科学等の視点から述べられた研究であり、ソーシャルワークの視点から大腿骨骨折患者及び大腿骨骨折の経験者に対する生活上の支援の方法・効果等を取り上げた研究は見当たらない。

患者にとって骨折の治療やリハビリテーションを入院中に行う期間は限られており、治療を終えて退院すると受傷前の在宅生活に戻ることになる。在宅復帰後における支援として、二次骨折予防への対応を含めた検討がなされることで、退院後の生活のQOL向上を図ることができる。したがって、ソーシャルワークの視点から暮らしの中での骨折予防やその取り組みの検討を行う必要があると考えた。

また、今日では地域包括ケアシステムの構築を目指して、高齢者をはじめとする地域住民が住み慣れた場所で自分らしい暮らしを送ることができる体制づくりが進められている。大腿骨骨折患者の発生数は著しく増加しており、坪井ら（2004）や遠藤ら（2015）が指摘するように受傷後も在宅生活を安心して送れるようにするためには退院後の生活も含めた支

援方法を検討することは重要である。そのため、高齢化が進展した今日の日本において地域包括ケアシステムを構築する観点からも、大腿骨骨折前後の暮らしを継続的に支援する視点と方法から当事者を捉えることは、実践モデルを提示する上でも意義がある。

そこで本章では、大腿骨骨折を経験した高齢者へのインタビュー調査から得た、入院中から退院後の在宅生活に至るまでに体験した不安や生活の困難さなどの語りについて質的研究法を用いて分析し、大腿骨骨折を経験した高齢者の生活と、入院中から在宅生活に至るまでの生活課題の特徴を明らかにする。そして、QOLの向上を可能にする支援方法をソーシャルワークの視点から考察することを目的とする。このことは、入院中から在宅生活を見据えて支援する際の重要な視点を明らかにすることにつながると考える。

2. 研究方法

(1) 調査対象と方法

本調査の研究対象者は、大腿骨骨折を経験した65歳以上の高齢者である。本調査では6名（男性1名、女性5名）にインタビューを行った。研究対象者の年齢は、60歳代後半、70歳代、80歳代が各1人、90歳代が3人である。インタビューでは、受傷してから入院を経て在宅復帰に至るまでを時系列に語ってもらえるよう半構造化面接を採用した。質問は、①入院中に感じた不安な点、②退院後の在宅生活について困難に感じる点の2つとし、それぞれについて自由に語ってもらった。調査期間は2019年8月から2019年10月までであり、1人につき60分程度のインタビューを実施した。

(2) 分析方法

分析方法は、佐藤（2008）の質的データ分析法を参考にした。本調査の分析方法として、同分析法を用いた理由は、第一に本調査の目的である大腿骨骨折を経験した高齢者の生活と、入院中から在宅生活に至るまでの生活課題の特徴が何であるかを当事者の語りや行為の文脈から明らかにするためである。こうした当事者の「現場の言葉」の意味を理解し、「理論の言葉」として置き換え考察を展開していく方法として同分析法を用いることが妥当で

あると考えた（佐藤 2008 : 37）。第二に、同分析法は他の質的分析手法とは異なり、コーディングによってデータの縮約を行うだけでなく、帰納的なアプローチと演繹的なアプローチを併用しながら、多様な語りや行為の意味の解釈及び分析を行っていくところに特徴がある。さらに、佐藤（2008 : 191-2）は「質的データ分析に関する基本的な発想は、そのかなりの部分をグラウンデッド・セオリー・アプローチの発想によっている」と述べている。グラウンデッド・セオリーは、データの中にある現象の構造を把握し理論を構築することを目的としているが、本調査の目的は大腿骨骨折を経験した高齢者の入院中から在宅生活に至るまでの生活課題の特徴を明らかにすることにあり理論構築までは行わないため、佐藤（2008）の分析法を用いることが適切であると判断した。

そこで本調査では、まず逐語録化したインタビューデータの定性的コーディングを行い、比較分析を繰り返し、コードを生成した。つぎにコード間を比較分析して概念的カテゴリーを作成し、概念モデルを構築した。また、分析の際に社会福祉学を専門とする他の研究者から指導・助言を受け検討し、妥当性を確保した。分析には、VERBI MAXQDA2020 を用いた。MAXQDA を使用した理由として、第一に質的な情報のデータベース化において効率的かつ効果的な作業を行える機能が備わっている点がある。第二に、紙媒体でのデータ処理上の課題であった分析作業の効率改善が望め、分析に係る一連の手続きをよりシステムティックに行える点がある（佐藤 2015）。

（3） 倫理的配慮

本研究におけるインタビュー調査において、福岡県立大学の研究倫理部会による審査を受け、承認を得た（承認番号：2019-01）。研究対象者には、研究の目的・方法、個人情報保護、データの取り扱い、研究への参加は自由意思であること、研究の参加を拒否・中断しても不利益は生じないこと、研究成果の公表方法等を文書と口頭にて説明し、同意を得た。また、インタビューは研究対象者の同意のもとで音声を録音し、その後文字データ化を行った。

3. 調査結果

分析の結果、大腿骨骨折を経験した高齢者の生活の特徴について、48のコードを抽出し、15のサブカテゴリー、4つのカテゴリーを生成した(表4-1～表4-4)。表のセグメントはコードを代表するものを抜粋し整理した。以下、セグメントを「」、コードを〈〉、サブカテゴリーを《》、カテゴリーを【】で表記する。なお、図1は大腿骨骨折を経験した高齢者の【療養生活に伴う精神的負担】、【回復への意欲】、【治療終了後も続く大腿骨骨折による負担】、【安心した生活が確保された自分らしい暮らしの獲得】という4つのカテゴリーを柱としてまとめており、以下の結果は4つのカテゴリーに沿って概観する。

(1) 療養生活に伴う精神的負担

このカテゴリーは、治療中の入院生活で患者が経験した不安やストレスといった精神的負担を示すものである(表4-1)。

大腿骨骨折を経験した高齢者は、入院中の療養生活において《療養に関する不安やストレス》を感じている。受傷したことで〈身体的な回復に対する不安〉を抱えており、さらに病状や治療方針等を理解するうえでインフォームド・コンセントを受けることになるが、その際に入院・治療等に関する様々な選択と決断を行わなければならない、〈インフォームド・コンセントに対する不安〉や〈インフォームド・コンセントの不十分さからくる不信感〉を感じることがあった。

入院中の患者は、非日常の場面に身を置き、プライベートな時間や空間を侵害されるため、〈療養生活上のストレス・不満〉を感じやすくなっていた。さらに、入院により親しい家族や友人との交流が減少するとともに、同様の疾患等で入院している患者との集団生活では〈他の患者とのコミュニケーションの少なさ〉がうかがえる。活動が制限される入院生活では、身体的な回復が緩徐なことによる〈回復や復帰の諦め〉、入院により〈家族へ迷惑をかけたことへの申し訳なさ〉といった《ネガティブな感情》が増長していた。

また、入院中は貴重品の管理や着替えの準備等を家族が担うことから、患者本人が不在のなかプライベートな空間への立ち入りが行われていた。加えて、受傷前と比較してADLが低下したまま退院を迎える際には住環境の整備が重要となるが、患者が〈家屋改修に対する消極的な考え〉を持つこともある。いずれの場合も《受傷前の生活の変更に対する抵抗感》が

患者に心理的なストレスを与えられた。

以上のことから、入院中の療養生活で患者は受傷に伴う身体面の不安に加えて、あらゆる場面で選択と決断を迫られストレスを抱えているといえる。その他にも、療養生活上の問題や家族関係、住環境問題等によるストレス、不満等といった負の感情が生起している。つまり、高齢の大腿骨骨折は様々な精神的負担を感じながら療養生活を送っているといえる。

表 4-1 【療養生活に伴う精神的負担】に関する分析結果

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	セグメント
療養生活に伴う精神的負担	療養に関する不安やストレス	身体的な回復に対する不安	「あんまり曲がらんしね。」「ただもう、いつになったら(治るのか)。他人の足みたいな感じで。」
		インフォームド・コンセントに対する不安	「帰れると思ったんです。どうしてそんなに2か月も？って。選択を迫られたんですね、手術しますかって。」
		インフォームド・コンセントの不十分さからくる不信感	「(診療情報が) 病院から病院へ行っとうとでしょうね。まあ、知ってたんかねって。」
		療養生活上のストレス・不満	「もう大変なんです、寝られずに。寝てても、(患者が) 救急で運ばれてきて、もうガチャガチャだし、悲鳴は上げるし。」「もうね、食事がね。好き嫌いが私あるからね。」
		他人に知られたくないという感情	「なるべくなら黙っておきたかった。その時に限って、絶対来ないだろうって人からも(メールが) 来るし。この人には言いたくなかったっていう人でさえも結局言わざるを得ないような状況のメールが来て。」
		他の患者とのコミュニケーションの少なさ	「いろんな事情がある人の患者が集まっているわけです。だからすぐ隣の人の病状とか聞きたいんですね。そりゃもう絶対いかんね。」「会話つちゅうもんは全然ない。」
	ネガティブな感情	回復や復帰の諦め	「クビになってもしょうがないね。」「リハビリでこういうことをしてくださいって言っても、やっぱりできないこともあったんですよ。これできないと、まず仕事復帰は難しいなって。」
		家族へ迷惑をかけたことへの申し訳なさ	「迷惑かけたなっていうのがすごく大きかったですね。」「入院してからも、あれだこれだをいっぱい頼まなくちゃいけないのを、反省がすごくあって。」
	受傷前の生活の変更に対する抵抗感	金銭管理や身の回りの世話を他者に頼むことへの抵抗感	「預金通帳とか、誰にも言っていないところを、やっぱりしないといけないわけですよ。娘だからって一応思うけど。」「日頃何気なくしてることを娘に点検されるっていうのも、なんだかなあ。」
		家屋改修に対する消極的な考え	「(家屋調査時に改修を) 決めて帰ったからね。玄関とあそこ(浴室)も。必要ないって言ったんですけどね。」「風呂場とか見に来たりして。ここに付けた方がいいですよ、ここ歩いてみなさいとか(病院スタッフが) 言ってね。そやけど、(てすりは) 必要ない。」

注：上記の表中にある()は、文脈を補正したものである。

(筆者作成)

(2) 回復への意欲

このカテゴリーは、患者が治療やリハビリテーションにより身体的な回復を実感し、ポジティブな感情や反応が表出される状況を示すものである（表 4-2）。

表 4-2 【回復への意欲】に関する分析結果

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	セグメント
回復への意欲	目標の達成や希望の実現への意欲	退院後の楽しみを想像する	「先月（趣味活動の）発表会があったんですよ。2回、月にやっています。退院したあと。楽しみ、もう楽しみよ。」
		目標の明確化によるリハビリへの意欲	「リハビリの先生にね、（孫の）結婚式がありますけど出られますかって聞いたらね、よしって言ってからね。返事だったから、翌々日からリハビリに入って。」
		退院後の生活の希望を家族へ伝える	「家でなんとか好きなことしてね。その生活をずっと続けたいからね。それができたらって言って。」
		退院前カンファレンスでの希望の表明	「だんだん元気になってきたので、この感覚だったらいいかなっていう状況だったので、退院しますって言って。それを遡って、1週間前にレントゲン撮ったり、担当の先生と看護師さんと理学療法士さんと作業療法士さんと、諸々の人たちが集まって、私との面接をして。」
	他者との交流機会から得るモチベーション	患者同士の支えあい	「家族の方がみえない方もあって、患者さん同士で助け合ったり。」「私の隣に入院してた方、お若い人だったんですけどね。やっぱり一回転んで、大腿骨骨折して、それが壊死して再手術されたんですよ。もう歩けなくなっただけ。人工骨で入れ替えてあるみたいですけど、若い時にもそういうのがあるんやなあと思って。だからもう、転ばないようにせんといけんよって。」
		同じ状況の患者との出会い	「一番楽しい部屋だったんですよ。毎日朝から晩まで笑っぱなしの部屋。股関節の人が4人で、6人のうち。同じ手術で。なんでここがこんなに笑いが絶えない病室なんだって。」
		友人からの励まし	「入院した時にね、みんなが寄せ書きしてね、持って来てくれたりとか。」「初体験、1救急車、2紙おむつとか、ずっと私が言うんですよ、電話で。そしたらゲラゲラ笑って。老人ホームに入る前の訓練やったね、先取りしたね、良かったねって言われて。そういう状況の捉え方してて。そっか、そういう感覚もあるねって言って。」
		病院スタッフへの信頼する気持ち	「だんだん慣れてくると（リハビリスタッフと）顔見知りになるから、（リハビリが）楽しみになるんですよ。」「医療事務ですかね。すごい親切で。わからないことはあそこに全部聞きに行ったんですよ。」

注：上記の表中にある（ ）は、文脈を補正したものである。

（筆者作成）

患者が在宅生活への復帰を目指す際、《目標の達成や希望の実現への意欲》が重要な要素になっていた。具体的には、大腿骨骨折を経験した高齢患者は、〈退院後の楽しみを想像する〉ことや、〈目標の明確化によるリハビリへの意欲〉を高めることで、退院に向けて順行

し、〈退院後の生活の希望を家族へ伝える〉ことや、〈退院前カンファレンスでの希望の表明〉を行うことで、在宅復帰を実現させようとしていた。

また、〈患者同士の支えあい〉や〈同じ状況の患者との出会い〉といった交流から患者にとってプラスとなる効果がうかがえた。一般的に入院中の患者の多くは、治療以外の時間を同室に入院している他の患者等と長時間過ごすことや、同様の疾患・治療をする者及び同性患者と交流する機会もあるため、他患者から影響を受けることが考えられる。他患者との交流は、患者が入院する病棟及び病室の雰囲気、他患者との相性、患者本人の社交性等の複数の条件によって程度が異なることが考えられる。交流の機会がより多い場合、その影響が患者にとってプラスに働くことで《他者との交流機会から得るモチベーション》となっていた。それは他患者との関係だけにみられるのではなく、入院前から交流のある〈友人からの励まし〉や、病院スタッフとの信頼関係にもうかがうことができた。大腿骨骨折の場合、治療やリハビリのため入院期間が数か月に及ぶことがあり、入院期間のなかで医療従事者をはじめとする多くの病院スタッフとのかかわりが生まれるという状況から、《病院スタッフへの信頼する気持ち》が生起していた。

つまり、高齢の大腿骨骨折患者にとって退院に向けて目標や希望を持つことが重要である。さらに、他の患者や病院スタッフといった他者との良好な関係が患者のモチベーションを高めている。

(3) 治療終了後も続く大腿骨骨折による負担

このカテゴリーは、退院した後も残る身体的・精神的な苦痛やストレス、そして受傷前には可能だった活動が制約されるという状況を示すものである（表 4-3）。

大腿骨骨折を経験した高齢者は、入院生活から在宅生活へと移行した後も《骨折による身体的苦痛》を受けていた。それには、〈歩きにくさ、痛み、違和感、疲労感等の身体的苦痛〉があり、〈痛みや立ち上がり時の違和感への対処〉をしなければならない。そして、〈「気をつけなければ」を意識することの負の影響〉として、受傷部位をかばうような姿勢や行動等をとることで、受傷側とは反対側を痛めるなどといった新たな身体的苦痛が生じていた。

在宅生活では、日常的に《再転倒の危険性》を伴った場面が存在していた。自宅内での家事動作や買い物等において《再転倒の危険性》があるような〈やむを得ない状況〉に直面しており、実際に〈再転倒の経験〉が確認された。このことは、〈受傷前とのギャップ〉や〈身

表 4-3 【治療終了後も続く大腿骨骨折による負担】に関する分析結果

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	セグメント
治療終了後も続く大腿骨骨折による負担	骨折による身体的苦痛	歩きにくさ、痛み、違和感、疲労感等の身体的苦痛	「歩く時に、なんか重いようなね。こんな歩きにくかったかねと思って。」「(足を)伸ばした時にちょっと痛みがある。」 「骨折してからは、今までなかった疲労感とか。なかなか(痛みが)ひかない。」
		痛みや立ち上がり時の違和感への対処	「立ち上がる時にしっかりと立って、それできちんと腰までたたいて、それで歩くようにしております。」「出かけないといけない時は先に痛み止めを飲んだりしてます。」
		「気をつけなければ」を意識することの負の影響	「腰掛け方とか、座り方を一方ばかりにしたら今度はこっち(反対側)も痛めてしまった。」
	再転倒の危険性	やむを得ない状況	「重たいものを持つというのが日常の中で絶対あるんですよ。買い物でもそうですし。やっぱり重たいものを持つって言いながらも、持たざるを得ない生活だなんて。」
		再転倒の経験	「家の中では何回かこけましたね。コテンと。」
	受傷に伴う機能の衰え	受傷前とのギャップ	「骨折をきっかけにいろんなところのしわ寄せが来たんじゃないかなって思って。今までは何でもないからこそ動いたり走ったり。」
		身体機能・体力の衰え	「足がふらついて。」「ちょっとびっくりするくらい筋力が落ちて。」
	骨折に関する精神的負担	受傷時の恐怖の記憶	「その時の怖さが残ってるんでしょうね。歩き方が変よと言われます。」「こけたところに行ったら恐ろしょ。」
		自由に外出できないことへの不満	「まだ自分なりの行動が、足が悪いから行動できないでしょう。だから退屈なんです。」
		生活再建への努力から生じる負荷	「めまいがして起きられなくなっただです。あとからの話ですけど、多分ストレス。リハビリ行かんと、仕事もある。」
		「気をつけなければ」を意識することへの心理的負担	「それはすごく気にしています。引っかからないようにっていうのは、すごく言われてたところだから。」
		「転ばないように」などの指導や注意	「今度転んだら骨折するよと言われてたんです。逆の、良い方の足も痛めるかもわからんけ、絶対転ばないようにしてねと。」
		室内で杖をつくことの遠慮	「よその家に行って、気をもむだけです。やっぱりよその家で上に上がった時はね、杖はつかれんじよ。」
		家族に対して遠慮する気持ち	「言いにくいところがあるんですよ。この日は(家族が)勤めだからね。」「してはくれますけど。やっぱり全部声掛けたらうっとうしがられるかと思って。」
	骨折に起因する行動や社会関係の制約	杖歩行による家事のしづらさ	「こぼれるといけん。あれ(湯呑)を持って行って置いて、そして今度はやかんをまた持って行って、入れて。」
		家族の意見によって生じる活動の制限	「いっぺん(バスに)乗ってみたいけど、安心せんから、子どもがね。止めとるんですよ。」「(一人で外出したら)ダメよとか言う。」
		別居家族からの支援の限界	「来られん時はね。ひ孫の世話からね、自分の趣味、で、また勤めようでしょうが。」「スケジュールがいっぱいだからね、子どもが。」
		生活の楽しみの減少・喪失	「今はもう、足が悪くなって(趣味活動を)止めました。」「趣味があってもされん。もうできませんからね。」

注：上記の表中にある()は、文脈を補正したものである。

(筆者作成)

体機能・体力の衰え」といった《受傷に伴う機能の衰え》も影響していると考えられる。

大腿骨骨折の受傷時の転倒体験は、《受傷時の恐怖の記憶》として残り、《骨折に関する精神

的な負担」となっていた。その他にも〈自由に外出できないことへの不満〉や〈「気をつけなければ」を意識することへの心理的負担〉がストレスとして表出されることもあった。

《骨折に起因する行動や社会関係の制約》として、ADLの状況によって杖を使用した生活を送らなければならず、そのため〈杖歩行による家事のしづらさ〉が生じていた。また、家族が再転倒を心配するあまり、特に外出することに関して、〈家族の意見によって生じる活動の制限〉を受けていた。

上記の《骨折による身体的苦痛》や《再転倒の危険性》、《受傷に伴う機能の衰え》、《骨折に関する精神的な負担》、《骨折に起因する行動や社会関係の制約》によって、受傷前まで行っていた趣味活動が困難になったり、あるいは自由に外出する機会が制限されたりと、日常生活上で〈生活の楽しみの減少・喪失〉が起こっていた。

以上のことから、大腿骨骨折を経験した高齢者は、退院後も身体的苦痛を感じていることがわかった。加えて、生活のしづらさや活動の制限があると同時に、受傷した時の恐怖の記憶や転倒・骨折しないよう常に気を配るといった精神的な負担もあり、当事者は在宅生活上でも様々な大腿骨骨折に伴う負担があるといえる。

(4) 安心した生活が確保された自分らしい暮らしの獲得

このカテゴリーは、受傷前と同じような暮らしが困難な状況にあっても前向きに自分らしく生活していこうとする高齢者の感情が増幅する状況を示すものである(表4-4)。

在宅生活において大腿骨骨折を経験した高齢者は、《骨折による身体的苦痛》や《受傷に伴う機能の衰え》がある一方、日常生活上の活動を通じて〈身体的な回復の自覚〉を持ち、《身体的な回復・健康増進への意欲》を高めていた。それは、《安心できる環境》の中での生活が基盤となっており、〈介護サービス利用による生活課題の解決〉や〈安心して暮らすための環境整備〉によって支えられていた。加えて、受傷前に行っていた家族内の役割について〈家族内での役割の再分担〉を行ったり、〈別居家族からの支援〉が行われたりと、《周囲からの支援や役割分担による生活のしやすさ》が実現していた。そして、家族の支えによって安心した暮らしを送ることができ、〈家族への感謝の気持ちの再認識〉がなされていた。

さらに、《身体的な回復・健康増進への意欲》が高まると同時に、〈自分らしい生活を取り戻したいという意識の高まり〉もうかがえた。それから、患者にとって大腿骨骨折によってもたらされた身体的・精神的苦痛や社会的制約を経験したことにより、以前よりも〈毎日を

大切に生きていたいと思う気持ち)が生起し、《人生に対するポジティブな思考》へと高齢者を変化させていた。

また、入院中に中断・制限されていた趣味活動や友人たちとの交流が再開したことにより、《喜びや楽しみのある生活》を送っていた。

つまり、大腿骨骨折を経験した高齢者は安心した在宅生活を確保することで自分らしく生きていくことやこれからの人生を大切に過ごすことを重視するようになるといえる。

表 4-4 【安心した生活が確保された自分らしい暮らしの獲得】に関する分析結果

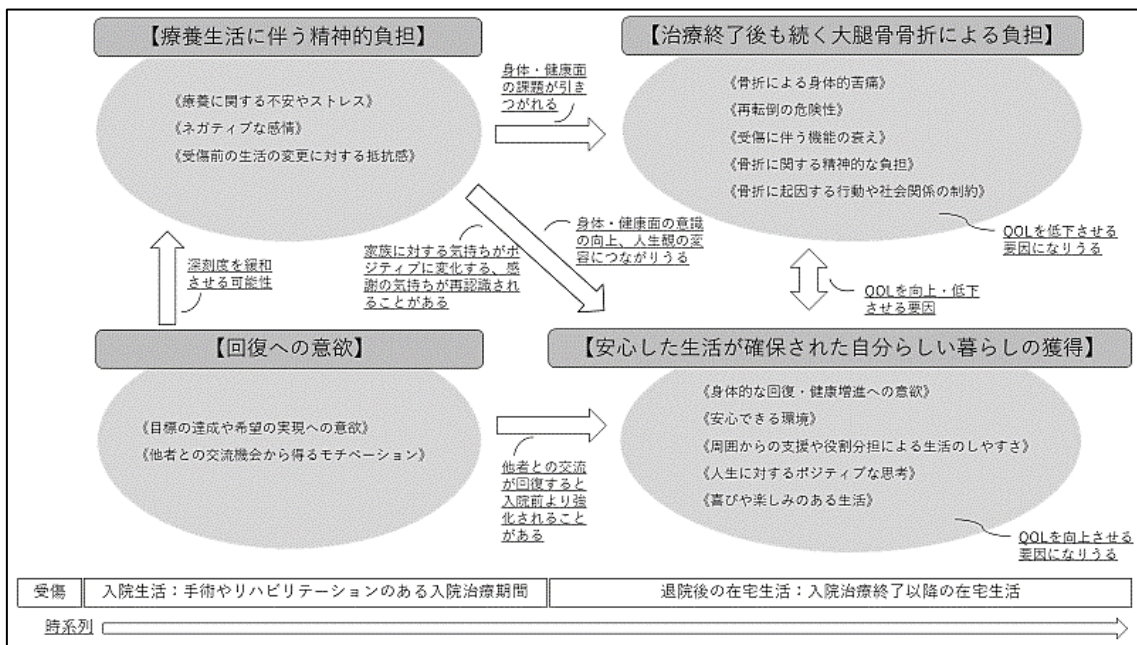
カテゴリー	サブカテゴリー	コード	セグメント
安心した生活が確保された自分らしい暮らしの獲得	身体的な回復・健康増進への意欲	身体的な回復の自覚	「今のところ、だんだん足は強くなってる。」「だんだん足が、力がついてきた。時にはもう杖なしで、部屋の中くらい。」
		身体機能の低下防止の実践	「(店で) 娘が食料を、私がずっとカートで行って。いい歩行訓練になると思って。」「家の周囲をね、歩いたりしてるんです。」
	安心できる環境	介護サービス利用による生活課題の解決	「できないから、1時間(ヘルパーが)来て掃除だけしてもらってる。」「リハビリセンター行くとお風呂から全部入れてもらえる。」
		安心して暮らすための環境整備	「(浴槽の) 段差を少しでもなくしようって、改修してくれたんですよ。」「夜中とかね、トイレで起きたりする時には安心ですよ。」
	周囲からの支援や役割分担による生活のしやすさ	家族内での役割の再分担	「全部主人がします。もうかがんですのはあんまりできないから。」「ときどき主人もトイレ掃除したりとか、してくれます。」
		近隣住民のサポート	「近所の方がね、草取りやらね、大体してくれるんですよ。」
		別居家族からの支援	「カーテン洗おうと思うから取り付けに来てって。(孫が)この前も来て、全部カーテンを洗ってくれました。」「買物はね、何がいいって言ったらね、(家族が)がドカーっと買ってくる。」
		家族への感謝の気持ちの再認識	「重たいものは、ちょっと買ってきてくれたら助かる。」「よう面倒みてくれます。それ、感謝してます。」
	人生に対するポジティブな思考	自分らしい生活を取り戻したいという意識の高まり	「自由にできたらと思って、頑張ってるね。」「人任せの人生になるなと思ったから、早く卒業せんといかんなんて思って。」
		毎日を大切に生きていたいと思う気持ち	「今日の一日を丁寧に生きていって、もう毎日思ってる。」「今日生きてたら後悔しないかなとか、何が起こるかかわからないので、自分でそう思うようになりました。」
	喜びや楽しみのある生活	生活の楽しみを持つ	「パソコンもしてる。週に2回(教室が)あるんですけどね。」「昔から我が家は猫を飼ってたから。唯一の楽しみです。」
		他者との交流機会の充実	「楽しみです。みんな、行ったら、1週間ぶりに会ったから嬉しくてね。」「毎月ね、月曜に(会食へ)行ってるんですよ。」

注：上記の表中にある()は、文脈を補正したものである。

(筆者作成)

4. 考察

本章では、大腿骨骨折を経験した高齢者の生活と、入院中から在宅生活に至るまでの生活課題の特徴を当事者の語りから明らかにし、QOLの向上を可能にする支援方法をソーシャルワークの視点、特にストレンクスを活かす点から考察する。以上4つのカテゴリーに分類した内容を関連させて当事者の生活課題とストレンクスを時系列に整理したものが図4-1である。この図では、各カテゴリーの関連性を矢印で示した。



(※図内の矢印は、各カテゴリーの関連性を示したものである。)

図4-1 入院から退院後の在宅生活における時系列的展開 (筆者作成)

(1) 時系列的展開でみる大腿骨骨折患者の課題とストレンクス

大腿骨骨折を経験した高齢者が骨折に伴う一連の治療を終えて在宅生活に戻るまでの展開として大きく分けると、(1) 受傷、(2) 入院生活：手術やリハビリテーションのある入院治療期間、(3) 退院後の在宅生活：入院治療終了以降の在宅生活、と分類できる。本調査では、(2) (3) に焦点を当てており、(2) に該当するカテゴリーとして【療養生活に伴う精神

の負担】【回復への意欲】が、(3) に該当するカテゴリとして【治療終了後も続く大腿骨骨折による負担】【安心した生活が確保された自分らしい暮らしの獲得】が挙げられる。

(1) から (3) を時系列的展開でみていくと、高齢者が受傷することにより治療のために入院を余儀なくされることとなり、【療養生活に伴う精神的負担】が生じる。しかしながら、入院生活で発生した【療養生活に伴う精神的負担】は、【回復への意欲】によって深刻度を緩和させている。そして、治療が進み退院時期が近づくと、人的・物的な環境調整により退院後の安心・安全な生活に向けた準備が行われるが、退院してもなお【治療終了後も続く大腿骨骨折による負担】に高齢者は悩まされる。他方、【安心した生活が確保された自分らしい暮らしの獲得】をしながら在宅生活を続けているという展開となる。入院治療期間から次の展開場面である在宅生活へ移行してもそれらの要因は消除されず保持され引き継がれたり、変容したり、強化されたりしていると考えられる。

以上のように、高齢の大腿骨骨折患者が受傷してから在宅生活に戻るまでには、身体的な変化が引き起こす行動の制約やそれに伴う本人や周囲のネガティブな感情の生起によってパワーレスな状態になることがわかる。しかしその一方で、失われたパワーを取り戻すためにリハビリへの意欲や退院後の楽しみへの感情を高めることなどが効果的であり、そのためには本人の回復への自覚だけでなく周囲の人々との関わりが必要になる。つまり、大腿骨骨折患者が退院後も安全に自分らしい暮らしを送るためには、機能回復という治療的な取り組みだけでなく、本人の意欲の向上や生活行動をサポートする補綴的環境の整備といったストレングスの発揮を可能とする継続的な支援が不可欠になるのである。

(2) 療養生活で生じる精神的ストレスに対する緩和と変容

第一に、【療養生活に伴う精神的負担】と【回復への意欲】の関連性では、【療養生活に伴う精神的負担】において、《療養に関する不安やストレス》、身体的及び社会的側面の回復や家族に対して《ネガティブな感情》、プライベートな空間に立ち入られたり馴染みのある居場所が自身の意思に反して変様したりすることによる《受傷前の生活の変更に対する抵抗感》が生じていた。しかしながら、【回復への意欲】では退院後の生活を意識したりリハビリに取り組み、希望の表明や楽しみのある生活を想像することにより意欲が生起していた。加えて、入院中には〈他の患者とのコミュニケーションの少なさ〉があるものの、入院生活を通じて病院スタッフへの信頼が高まると同時に、〈同じ状況の患者との出会い〉〈患者同士の

支えあい〈友人からの励まし〉などによりポジティブな感情が生起している。

以上のことから、入院中の生活では、退院後の生活を見据えることで生起する意欲や、他者との交流が与える影響により、当事者が抱える課題の深刻度を緩和させる可能性があると考えられる。これは、専門職や友人、同じ状況の患者というピアといった周囲の人たちとの関わりによって、受傷から生じるネガティブな感情やパワーレスな状態に対抗するための力、すなわちストレングスを発見・発揮するプロセスを意味している。患者にとって入院期間は、身体的な機能を回復させる治療の過程でもあるが、同時にこのようなストレングスを発見・発揮できるようになるプロセスを支援することがソーシャルワーカーに求められている。

第二に、【療養生活に伴う精神的負担】と【安心した生活が確保された自分らしい暮らしの獲得】では、【療養生活に伴う精神的負担】で挙げられた〈身体的な回復に対する不安〉や〈回復や復帰の諦め〉などの身体・健康面での課題は、退院後には〈身体的な回復の自覚〉や〈身体機能の低下防止の実践〉によって《身体的な回復・健康増進への意欲》に変化した。そして、入院中の課題は身体的な回復や骨折に係る様々な体験を通じて、身体・健康面の意識の向上や《人生に対するポジティブな思考》へとつながり得る。また、入院中には〈家族へ迷惑をかけたことへの申し訳なさ〉を感じていたが、退院後には家族に対する感謝の言葉が多く語られた。したがって、家族に対する気持ちに変化が生じており、家族への感謝の気持ちが再認識もしくは増幅されることがあると考えた。

この過程は、受傷後の入院生活という一種の危機的状況を乗り越えたことから、本人の身体・健康面への意識や周囲の人たちとの関係性に変容あるいは強化したことを表している。このように患者のコーピングを発展させて次の生活に活かす視点はエコロジカルな発想であり、ソーシャルワークの視点に基づく時系列での継続的な支援が重要であることがわかる。ここでは特に、不利な状況への抵抗力という意味でのコンピテンスやレジリエンスといった視点から、入院中の患者の様子を観察することも有効と考える。

(3) 大腿骨骨折が引き起こす身体的・精神的負担に関する課題

【療養生活に伴う精神的負担】と【治療終了後も続く大腿骨骨折による負担】の関連性では、入院中と退院後ではそれぞれに固有の課題が存在していた。例えば、【療養生活に伴う精神的負担】では、主に療養上の課題や退院調整に関する内容であるのに対し、【治療終了後も続く大腿骨骨折による負担】では、生活再建に関する課題や社会生活上の制約に関する

課題等が挙げられた。征矢野ら（1998）の研究では、家族からの過度な助言あるいは制限により大腿骨骨折を経験した高齢者の日常生活上の行動や楽しみが損なわれていることが明らかになっている。また、平ら（2002）によると、転倒経験のある高齢者は転倒を痛み体験として捉えており、転倒に対する予防行動をとっていても再転倒への恐怖感があるとしている。さらに、近藤ら（1999）は、転倒恐怖を持つ高齢者は生活上の行動制限や対人交流の減少により、QOLが低下すると分析している。つまり、これらの先行研究は、家族からの行動制限に係る意見や再転倒への恐怖によって、QOLの低下が引き起こされていることを示唆している。本研究においても、退院後の生活では、《骨折に起因する行動や社会関係の制約》や《骨折に関する精神的な負担》といった課題がみられた。このように入院中と退院後の生活においてそれぞれの課題が認められたが、それに加え、身体・健康面については質を変えながら課題が引きつがれていると考えられる。具体的に、入院中である【療養生活に伴う精神的負担】では、身体面での回復に対して不安や諦めがみられた。他方、【治療終了後も続く大腿骨骨折による負担】では、入院治療を終えた後も痛みや違和感があり、受傷前の生活と比較し身体機能及び体力の低下を実感したことで不安のある生活を送っていることが明らかになった。すなわち、身体面・健康面において、大腿骨骨折に伴う身体的苦痛は引き継がれているが、退院という環境の変化によってその質が変化し、課題が継続すると考えられる。

ここで注目することは、退院可能な程度に身体機能が回復しても、身体的かつ精神的に生活上の制約が残ることである。具体的には、回復した状態を鑑みて医学的には可能な動作であっても、実際の生活の中では再転倒の恐怖や家族による制限によってできない行動が多くあるということである。このような生活のしづらさを入院中から予測することが、退院後の問題解決に役立つ。そのためには、本人のニーズや希望をもとに、生活場面でのアセスメントを多面的に行う必要がある。具体的には、生活動作などのADLの確認だけでなく、趣味活動や外出しての対人交流といったQOLに関わる活動の可否や程度、そしてそれらに関する家族の意見や認識も明らかにし、目標とする生活像を具体的に共有することが重要となる。これは、ソーシャルワークにおけるプランニングそのものであり、生活全体を本人の立場から検討し、利用者のウェルビーイングの増進を図る利用者中心の視点でもある。

(4) 希望が実現したことで生じるストレングスの強化

【回復への意欲】と【安定した生活が確保された自分らしい暮らしの獲得】では、入院生活から在宅生活へと移行することで、それまで制約のあった他者との交流が回復し入院前より強化されることがある。具体的には、入院中においては趣味活動等の〈退院後の楽しみを想像する〉ことや、退院後の生活に関する希望や目標を明確にすることで治療やりハビリに対する意欲を高めていたが、退院後の在宅生活では実際に〈生活の楽しみを持つ〉ことや〈他者との交流機会の充実〉が図られ、《喜びや楽しみのある生活》につながっていた。それに加え、〈自分らしい生活を取り戻したいという意欲の高まり〉がみられ、大腿骨骨折という思いもよらない受傷を経験したことで〈毎日を大切に生きていたいという気持ち〉が生起し、退院後は自立し自由な生活や人生を大事に送りたいと願う気持ちが強まると考えられた。

この過程は、表 4-2 にみられるような入院中のストレングス発揮に向けた取り組みを基盤にして、そこで得られたストレングスを退院後の生活でも活用できるよう再認識または再構成していくプロセスと理解できる。特に、退院後は入院中よりも患者の生活システムが広がり、環境との関係や接触面も増えるため、実際的な変化が起こりやすくなる。そうした生活システムの広がりや、患者の生活上の楽しみや生きることへの意欲につながるため、QOL の向上を支援する上でソーシャルワーカーが見逃してはならない介入のポイントとなる。しかし、先に述べたように、こうした生活システムの広がりを前にして患者本人が恐怖心をもつことや、家族等の周囲の人たち安全を考慮して患者本人の行動に制約を課すこともあるため、本人を含めた関係者と入院中から協議を重ねて生活の再建を検討するなど、人と環境の変化を時系列で包括的に捉えるエコシステムの視点が必要になる。

(5) 退院後の在宅生活における課題と当事者のストレングスとの関連

【治療終了後も続く大腿骨骨折による負担】と【安心した生活が確保された自分らしい暮らしの獲得】との関連では、在宅生活における課題を解決または緩和させるうえで、【安心した生活が確保された自分らしい暮らしの獲得】の要素は重要になると考える。例えば、《骨折による身体的苦痛》は《身体的な回復・健康増進への意欲》が進展することにより在宅生活での QOL が高まると考えられるし、《再転倒の危険性》や《受傷に伴う機能の衰え》は、《安心できる環境》での生活や《周囲からの支援や役割分担による生活のしやすさ》の実現

によってQOL向上が期待できる。つまり、【治療終了後も続く大腿骨骨折による負担】にある課題よりも【安心した生活が確保された自分らしい暮らしの獲得】にあるストレングス部分が強化されれば、QOLを向上させる要因になり得る。逆に【治療終了後も続く大腿骨骨折による負担】にある課題が【安心した生活が確保された自分らしい暮らしの獲得】にあるストレングス部分より大きくなればQOLを低下させる要因になり得る。征矢野ら（1998）の研究では、大腿骨骨折をきたした高齢者に対する家族からの行動制限は転倒に対する漠然とした危惧やADL及び環境等を正確に把握していないため過度な制限となっている可能性を示唆しており、家族の不安を軽減するために具体的指導の必要性があるとしている。また、山本（1996）は高齢者本人と家族が大腿骨骨折によってこれまでの生活を見直さざるを得ない状況となり、生活及び健康への認識を再検討し生活の変化へ適応しようと試行錯誤することが、高齢者が健康的に過ごす転帰になり得ると指摘している。

さらに、【安心した生活が確保された自分らしい暮らしの獲得】にある《喜びや楽しみのある生活》に目を向けてみると、【治療終了後も続く大腿骨骨折による負担】では、日常生活上で《生活の楽しみの減少・喪失》が起こっていたが、身体的・精神的な苦痛や負担、社会的な活動制約がありながらも、〈生活の楽しみを持つ〉ことや、それらが〈他者との交流機会の充実〉につながることで、他方では《喜びや楽しみのある生活》になっていると考えられる。征矢野ら（1998）は、大腿骨骨折を経験した高齢者のADLを拡大する上で高齢者本人の趣味活動を後押しするような関わりを持つよう家族へ指導することが有効であると指摘している。本研究では、課題となる【治療終了後も続く大腿骨骨折による負担】と【安心した生活が確保された自分らしい暮らしの獲得】というストレングスが影響し合うことで、ADL及びQOLを低下させることにもなり得るし、向上させることにもなり得ると考える。

したがって、退院後の在宅生活では【治療終了後も続く大腿骨骨折による負担】にある課題を解決していけるような支援を行い、【安心した生活が確保された自分らしい暮らしの獲得】にあるストレングス部分を強化・増大させていくことが求められる。これまでみてきたように、患者本人の回復への意欲や自覚が高まり、また周囲のサポートが多く得られるような関係や環境が整うと、安全かつ自分らしい暮らしを営むためのストレングスは発揮されやすくなる。しかし、大腿骨骨折による影響は完全に拭えないため、そうしたストレングスを発揮させない状況も生まれる。このような本人及び環境が抱える身体的・精神的な適応の問題と保有するストレングスを総合的に検討し、本人と環境に働きかけることを通して、在宅生活への適応度や生活のしやすさを高めることが不可欠である。そのためには、大腿骨骨

折からの機能的な回復だけでなく、患者本人と生活環境の接触面を捉えつつ本人と環境のストレングスを高めるソーシャルワークの視点が重要となる。

(6) 生活の変容過程を捉えるソーシャルワークの視点の重要性

本調査では、インタビュー内容の分析から以下の6点を明らかにした。

- ① 入院中の大腿骨骨折患者の療養生活では、退院後の生活を見据えることで生起する意欲や、他者との交流が与える影響により、当事者が抱える課題の深刻度を緩和させる可能性がある。
- ② 入院中の療養生活における身体・健康面での課題は、退院後の在宅生活において身体的回復や骨折に係る様々な経験を通じて、身体・健康面の意識の向上と人生観の変容へつながり得る。
- ③ 退院後の在宅生活では、家族への感謝の気持ちが再認識もしくは増幅されることがある。
- ④ 入院中の療養生活と退院後の在宅生活における課題について、身体・健康面では質を変えながら課題が引きつがれている。
- ⑤ 入院生活から在宅生活へと移行することで、それまで制約のあった他者との交流が回復し入院前より強化されることがある。
- ⑥ 退院後の在宅生活において、大腿骨骨折を経験した高齢者が抱える課題よりもストレングス部分が強化されれば、QOLを向上させる要因になり得るし、逆になればQOLを低下させる要因になり得る。

これらについて先行研究では、患者本人の再転倒の恐怖や家族による行動の制約がQOLの低下につながる点（征矢野ら1998，平ら2002）や、患者本人や家族が新たな生活について検討することが健康に過ごす転機になり得る点（山本1996）など、患者の生活に影響を及ぼす具体的な要因や取り組みについて言及されている。本調査ではそうした内容をインタビュー調査で把握しつつ、患者の入院中から退院後の生活を一体的なプロセスとして捉え、ストレングスの発揮を中心に患者のウェルビーイングを高める支援方法についてソーシャルワークの視点から検討してきた点がこれまでにない試みであったといえる。特に、患者の

生活全体の変化を捉えるシステム思考やエコロジカルな視点に基づき、ストレングスを発揮するための取り組みをソーシャルワークの考え方やプロセスに沿って明らかにできたことは新たな知見といえる。

第5章 大腿骨骨折患者の在宅復帰に関する実践モデルの構成要素

1. 大腿骨骨折患者の特徴

序章でも述べたように、ソーシャルワーク実践モデルの提示にあたっては、その対象となる者や問題についての実践の社会的及び理論的な背景や意義、それらに対する実践上の考え方や価値観、理論との関わり、具体的な支援方法や支援内容の特徴を検討してきた。そこで本章では、文献研究と調査研究を通して述べてきた内容をもとに実践モデルの構成要素を整理していきたい。そしてこの整理を踏まえて、次章で実践モデルを提示する。

第一に、実践モデルの対象とする高齢の大腿骨骨折患者の特徴と問題について示す。大腿骨骨折の発生率は加齢に伴い高くなり、特に70歳以降は年齢を重ねるごとに発生率が急激に上昇する。そのため、大腿骨骨折は高齢期に生じやすい疾患であるといえる。また、近年の高齢化の急激な進行を背景に、大腿骨骨折患者の発生数は激増している。第2章で述べたように、大腿骨骨折の新規患者数は2030年に約30万人になると予測されており、30年間で3倍以上の増加率になるといわれている。このことから、今後も高齢化が進行する日本において大腿骨骨折患者への支援は重要な課題である。

大腿骨骨折の主な危険因子は、加齢と転倒である。加齢によって骨量と骨強度が低下することが1つの大きな要因であり、高齢になるほど発生率が高くなることと関連している。転倒については、立った状態の高さからの転倒が大腿骨頸部骨折の受傷原因として最も多く、軽微な外傷でも骨折を引き起こす。特に、90歳以上の患者ではその85%以上が居室・寝室・廊下など屋内での受傷である。性別でみると、転倒の経験自体は男性の方が多いが、転倒による骨折は女性の方が多く、約3倍の骨折のリスクがあることがわかっている。このような性差がみられることは、大腿骨骨折の特徴である。

大腿骨骨折の治療では、寝たきりにしないことと受傷前の状態へできるだけ早期に復帰させることを目的にして、主に外科手術が行われる。具体的には骨接合術と人工物置換術を採用するが、受傷程度や全身状態等を勘案して選択される。特に人工物置換術の場合、身体の様々な部位に起こる麻痺などの術後の合併症に注意しなければならない。また、手術アプローチによって脱臼の方向や脱臼時の肢位が異なり、複合的な動作による脱臼にも配慮する必要がある。つまり、車いすへの移乗や入浴、床からの立ち上がりなどの日常生活での動作への注意が欠かせなくなる。大腿骨骨折では、脳血管疾患や廃用症候群と異なり、こうし

た観点から日常生活上の動作に大きな制限と注意が必要になる点が特徴的といえる。なお、外科手術を行わず保存的治療を選択する場合は長期にわたる入院加療が必要となり、活動性が低下するため、早期からの積極的なリハビリテーションが重要となる。いずれにしても、手術や治療の後の ADL の回復に努める工夫が肝要である。

大腿骨骨折は、治療やリハビリテーションによって身体機能の回復を見込むことができる。ただし、受傷前の ADL に近い状態まで回復することができる一方で、ADL 自立度は低下することが明らかになっている。交通機関を利用しての外出や隣近所への外出ができなくなる人も多く、これには患部の痛みや腫れ、再転倒への不安や恐怖が関係している。さらに、家事等の家庭内での役割が果たせなくなることの喪失感や介護への戸惑い、生活リズムの変更、住環境整備等への出費などが重なり、ADL だけでなく QOL の低下が生じることもわかっている。

以上のように大腿骨骨折患者の特徴と問題をみると、次の 5 点に整理することができる。これらの点から、大腿骨骨折患者を対象とした在宅復帰の効果的な支援方法を検討することには一定の意義があると考えられる。

- ① 高齢になるほど発生率が高く、今後も高齢化が進行する日本では大腿骨骨折患者への支援は重要な課題である。
- ② 発生の要因は加齢と転倒であり、発生率には女性の方が高いという性差が見られる。
- ③ 治療は主に外科手術であり、術後の動作への配慮と ADL 回復が重要となる。特に、日常生活上の動作には注意が必要となる。
- ④ 治療やリハビリを通して身体機能自体は回復が可能であるが、在宅復帰後に ADL 自立度が低下する傾向にある。
- ⑤ 術後の患部の痛みや腫れへの不安、再転倒に対する恐怖感、家庭内での役割の喪失、介護への戸惑い、生活リズムの変化など身体・精神・社会的側面での影響が在宅復帰後の QOL の低下をもたらす。

2. 実践モデルを提示する意義

第二に、高齢の大腿骨骨折患者の在宅復帰に関する支援の社会的及び理論的な背景から、その意義について整理していきたい。

大腿骨骨折患者への支援に関しては、先に述べたような術後の影響から QOL が低下することに着目して、退院後の新たな生活に折り合いをつけ、自分らしい暮らしを再構築することの重要性が指摘されている。例えば、術後の影響は患者の家族にもみられ、家族が患者の状態を心配して行動を制限することが患者にとってストレスになる可能性についても言及されている。そして、そのような患者や家族に対して、生活習慣や介護、社会参加といった変化に適応できるような心理的な支援の重要性が強調されている。また、新たな生活を構築していくためには、周囲の支えや励ましといった力が有効であることも指摘されている。さらに、患者の退院支援に際しては、①物理的側面、②社会的側面、③身体的側面、④精神的側面、⑤心理的側面、⑥霊的側面を総合的に捉えた退院支援計画が重要であり、退院後の生活を見据える視点も欠かせない。これらの研究は、大腿骨骨折患者が抱える退院後の生活問題を明らかにしており、患者や家族を支援する視点を示したものとして意義がある。しかし、患者の退院から在宅復帰までの支援過程全体については扱われておらず、限られた視点や技法について述べているに過ぎない。

この傾向は、MSW による退院支援の研究でも同様である。MSW による退院支援に関する先行研究の特徴は第 1 章で述べたように、①スクリーニングやアセスメント、プランニング（退院支援計画）、評価（自己評価、当事者評価）の局面に焦点化した研究、②在院期間の短縮や診療報酬に注目した制度との関連を検討する研究、③ISTT や MSW 機能、組織内での位置づけといった専門職としての役割に焦点化した研究、④看護師等との連携や他職種との関係に注目する研究、⑤状況的価値やソーシャルハイリスクなどの当事者の状況や特徴に着目した研究、⑥重症の小児患者や他者への依存度が高い患者など特定の問題をもつ患者の支援を検討する事例研究等のように、総じて場面や問題が特定されており、ソーシャルワーカーによる退院支援の一部を詳細に研究したものである。そして、患者の退院支援に関するソーシャルワーク支援過程の全体像や枠組みの明確化に取り組んでいる研究はみられない。高齢患者の退院支援に関する先行研究に目を向けても、高齢患者の退院を困難にしている要因の検討や情報の包括的な把握とチームにおける情報共有を円滑にするアセスメントツールの開発、退院支援に関する MSW の役割や多職種連携における工夫と留意点を検討

したものがある一方で、それらの知見を支援過程全体の中でどのように活かすのかという視点から退院支援の全体像を示す研究はみられない。

しかし、これまで整理してきた内容からも、高齢の大腿骨骨折患者の退院支援は受傷後の治療やリハビリの段階から退院後の生活の変化までを見据えた継続的な支援が必要であることは明らかであり、病院と生活の場をつなぐ一連の支援過程の研究が不可欠である。特に近年の退院支援は、2018年の診療報酬改定で従来の退院支援加算が入退院支援加算へ名称変更されたり入院時支援加算が新設されたりするなど、入院前から退院後に至るまで切れ目ない支援を行うことを評価するという政策的な背景が強調されるようになってきている一方で、医療と介護の連携を推進するような評価の充実も行われ、「ときどき入院、ほぼ在宅」という流れが加速している。つまり、高齢の大腿骨骨折患者の特徴と問題やそれらに基づく支援のニーズという視点だけでなく、退院支援に関する社会的な情勢から見ても、病院と生活の場をつなぐ効果的な支援方法とそのプロセスを明らかにすることが求められているのである。このようなことから、高齢の大腿骨骨折患者の在宅復帰に関する実践モデルを構築する意義がある。

3. 実践モデルにおける具体的な支援の手続き

第三に、高齢の大腿骨骨折患者の在宅復帰に関する実践モデルの支援の手続きを示す。この支援過程では、これまで再三指摘してきたように受傷から入院時、そして在宅復帰までを一連の流れとして捉える必要がある。そこで便宜的に、(1) 受傷から入院時、(2) 回復から退院直前、(3) 在宅復帰時という3つの場面から支援過程を検討し、そこでの支援内容や技術、技法の展開について整理してみたい。

まず(1) 受傷から入院時であるが、本杉ら(2008)でも指摘されているように高齢者の退院を困難にする要因の1つには患者自身の心身の不安定さがある。身体的側面についての介入は、大腿骨骨折そのものの外科的治療やその後のリハビリによって行われるため、MSWによる支援は主に心理的側面に焦点化される。その際、小原(2012)が患者の心身の状態を包括的にアセスメントすることの重要性に着目し、アセスメントツールを用いた情報把握と多職種間での情報共有が有効であることを検証していることから、MSWは患者の心身の状態を総合的に把握しながら主に骨折に伴う不安などの心理的支援を行うことになる。

具体的には、第4章の調査から明らかになった療養生活に伴う精神的負担の内容に関して支援する必要がある。そこでは患者自身の身体の状態への不安だけでなく、家族や周囲の人たちとの関係、さらには入院生活自体へのストレスなども生じており、入院中の患者の生活システム全体を視野に入れることが求められる。

次に(2)回復から退院直前では、療養生活に伴う精神的負担が生じる一方で回復への意欲を患者が持つようになることに着目しなければならない。宗正(2008)が述べているように大腿骨骨折の手術後の高齢者は、「手術後から断続した痛みを抱え、生活機能の低下を再認識し、迷惑を掛けたくない」と職員や家族に掛かる負担を気遣いながら、外出はできないものとあきらめ活動・参加を自制していた。一方、彼らは思うように回復しないことへの不安や苛立ち、焦りを感じ、迷惑を掛ける存在として自己価値を低め、先の目的や希望が持てずに過ごしており、そのなかでも「周囲の支えや励ましを力に現実を受け止め、生活行動を自己調整」している。このことに加えて第4章の調査からは、療養生活において患者が回復への意欲をもつようになるきっかけについて明らかにしている。具体的には、リハビリによって身体機能が回復するにつれて退院後の生活での楽しみを想像するようになることや、同じ状況の患者同士や友人からの支えや励まし、病院スタッフへの信頼感の醸成が挙げられた。このことからMSWには、退院後の生活に前向きな見通しをもてるような患者との直接的な関わりに加えて、患者同士や友人からの支えや励ましが得られるような環境を整える間接的な支援が求められる。さらには、病院スタッフとの関係性の向上に努めることも重要となる。

そして、このような状況を踏まえ、露木(2010)が指摘するように①物理的側面、②社会的側面、③身体的側面、④精神的側面、⑤心理的側面、⑥霊的側面から患者の状態を包括的に捉え、潜在化している課題も含めた総合的な退院支援計画を医療職とともに検討することが必要である。これについては第3章でも述べたように、退院後の生活を支援する計画策定では、患者の身体機能の回復程度に応じた生活様式や行動範囲を予測しながら検討する必要がある。また、受傷前の生活におけるソーシャル・サポートが退院後の生活でどの程度変化するのかという視点も重要である。特に、患者の性別によって支援の必要度が異なる可能性には注意しなければならない。さらに、第4章で明らかにしたように、入院中に生じる療養生活に伴う精神的負担や回復への意欲は、退院後の生活にも引き継がれて大きな影響を与えるため、この段階から退院後の生活を予測しておくことは不可欠となる。

最後に(3)在宅復帰時に関して、先行研究では患者本人に対する生活指導や家族に対す

る介護指導の必要性が指摘されているが、これは主に看護師による介入である。MSW の支援に目を向けると、第4章の結果からわかるように、安心した生活が確保された自分らしい暮らしの獲得を目標にし、治療終了後も続く大腿骨骨折による負担を軽減するような介入が重要である。骨折による痛みなどの身体的苦痛や再転倒への恐怖心、身体機能の低下等から日常生活での行動が制限されたり社会関係が縮小したりすることによって、退院後の QOL は低下する。それに対して、身体的な回復や健康増進への意欲を高めることや住環境の整備などを通して安心できる住まいを確保すること、さらには家族等の支えを得ながら家庭での役割を担うことや社会関係を通じて喜びや楽しみのある暮らしを実現することで、QOL が向上する。つまり QOL を低下させる要因をできるだけ減らし、逆に QOL を向上させる要因を多くすることが MSW に求められる生活支援の目標である。これらの要因は、入院中に生じる療養生活に伴う精神的負担や回復への意欲と関係しており、入院中から退院後を見据えた支援を展開することが重要となる。また、退院後においても新たな生活様式の中で QOL を高めることができるよう、退院前に地域の支援者や家族、患者本人とよく打ち合わせをし、地域活動による取り組みも視野に入れながら暮らしやすい生活環境づくりに向けたサービスや支援の調整を図ることが重要である。

4. 実践モデルを支える理論と根拠

第四に、高齢の大腿骨骨折患者の在宅復帰に関する実践モデルを支える理論等を示したい。この実践モデルは、受傷から入院、そして退院後の生活までを視野に入れた一連の支援過程を基盤としており、そこでは大腿骨骨折患者の生活エコシステムの変化に着目している。具体的には、受傷前から退院後におけるソーシャル・サポートを含めたフォーマル・インフォーマルな社会関係から成り立つ生活システムとその生活システムの変容過程における患者のストレスとストレングスに着目した適応状態を捉える視点を有している。例えば、大腿骨骨折を受傷して身体機能が低下する場面では、身体状況の変化によって生じる不安などのストレスを把握して支援を行う。また、入院生活を通して抱えるストレスや回復への意欲についても、身体的側面からだけでなく他者との関わりを含めて把握しつつ、介入を検討する。さらに、退院後の生活状況の変化を予測し、より QOL が高まるようにストレングスの発揮を支える補綴的環境を整備することに努める。このような取り組みは、エコシステム

理論に基づく生活モデルのソーシャルワーク実践といえる。特に、ストレスへの対処やストレスの発揮については、受傷前から患者が築いてきた家族や友人などのソーシャル・サポートとともに、患者自身のコーピング能力やコンピテンス、レジリエンスという視点からも検討可能である。こうした過去から現在、未来を見据えた内的・外的資源への着目という点も、実践モデルの特徴といえる。

また、実践モデルの展開過程では、患者本人を中心としつつ、医師や看護師、家族、地域の支援者など多様な主体と協働することになる。退院前の支援では、総合的な退院支援計画を作成する上で院内の他職種との情報共有が欠かせない。さらに、退院後の支援については家族の他に訪問看護師や保健師、介護福祉士、介護支援専門員、地域住民などとの支援方針の共有や役割分担、連携が重要となる。こうしたチームワークやネットワーキングの視点も、効果的な実践には必要となる。

そして、社会的な情勢からみれば、MSWに求められる退院支援の枠組みは医療政策に規定されていることから、制度や病院組織から求められる役割や取り組みも実践モデルを構成する1つの要素となる。当然、業務指針に示されている6つの業務も含まれる。本研究では退院援助と地域活動に注目してきたが、その他の4つの業務も実際の現場では重要な役割である。

さらに、第3章の調査から明らかになったように、患者やMSWの性別によって支援の実施状況が異なるという実態がある。MSWの性別によって支援の実施状況が異なることについては、実践モデルに含めることは想定しておらず、どの性別であっても患者の状況に応じた支援を展開することを前提とする。しかし、患者の性別によって支援の実施状況が異なることは、ジェンダーの観点からみても妥当な結果と考えられるため、この点については実践モデルの中でジェンダーを鑑みた介入方法を検討する必要がある。

5. 実践モデルに期待される効果

最後に、実践モデルの提示によって期待される効果を述べたい。本研究で検討してきた実践モデルは、先行研究では扱われてこなかった受傷から入院、在宅復帰までを視野に入れた一連のソーシャルワーク支援過程を明らかにするものである。それは、高齢患者や大腿骨骨折患者の退院支援に関する先行研究が特定の場面や問題、技法、視点の検討にとどまってき

たことを踏まえて、一連の支援手続きを明らかにしてきたことからわかる。つまり、本実践モデルを展開することは、患者の生活実態や支援の特徴をより詳細に把握した上で、エコシステム理論に基づくソーシャルワークの視点から大腿骨骨折患者の支援を行うことを可能にする。そのことが、入院から退院まで切れ目のない支援を提供するという効果をもたらすと考えられる。

また、本実践モデルでは、家族や周囲の人たちからの支えも含めた患者のストレングスやソーシャル・サポートに着目し、受傷後の新たな生活環境や生活様式への適応度を高めることを目指した患者中心の支援過程を重視している。現代の退院支援は医療法の改正などの影響を受けて患者の早期退院が強く求められているが、一方で MSW は患者の早すぎる退院や望まない退院に関してジレンマを抱えており、病院管理者と患者・家族の間で板挟みになっている。伊藤（2006）が述べるように、「ソーシャルワークの立場としては、医療費抑制政策によって発生する転院問題をいかにスムーズに解決するのかを考えるのではなく、医療が内包する構造的な問題を見据え、まずは医療機関のなかで患者・家族の声を代弁し続けていくこと、そのことによって医療者との間に存在する認識の差異を埋め続けていくことが重要」であり、この点において実践モデルの提示は病院組織と患者・家族との間で働く MSW に効果的かつ効率的な支援過程の枠組みを提案することができる。なぜなら実践モデルは、退院支援のあらゆる場面における支援効果を高める視点を含んでおり、これをあらかじめ理解して退院支援に臨むことで、質の高い支援を迅速に患者へ提供することができるからである。そうすることで、患者のウェルビーイングの向上を十分に図りつつ、早期の退院を実現できるようになる。つまり、病院組織と患者・家族のどちらにもメリットをもたらすことが可能になるのである。

さらに、院内での多職種連携、特に看護師との役割分担や病院組織内での MSW の位置付けが曖昧であるという問題についても、MSW による患者への一連の支援過程が明確になることは解決の糸口になると考える。多職種連携を進めるには職種間での専門性の相互理解が欠かせないが、これまでの先行研究の知見だけではそれを十分に示すことができなかった。しかし本研究の実践モデルは、先行研究の知見をさらに深め、MSW によるソーシャルワーク実践の専門性を明確かつ体系的に示すものである。これにより、看護師との間で専門性の相互理解が深まり、円滑な役割分担を行うことが可能になる。また、病院組織内での MSW の位置付けについても、患者中心の退院支援を円滑に行うことができる専門職としての地位や役割を得る一助になるだろう。

第6章 大腿骨骨折患者の在宅復帰に関する実践モデルの提示

1. 実践モデルの枠組みと展開

(1) 実践モデルの全体像

本研究では、高齢の大腿骨骨折患者の在宅復帰に関するソーシャルワーク実践モデルを提示するために、先行研究のレビューと調査研究を通してその構成要素を検討してきた。本章では最後に、これまで明らかにしてきた実践モデルの支援過程を図式化し、5つの実践マニュアルを示すことで、その全体像を整理していきたい。そこでまず、実践モデルの全体像を図6-1に示す。

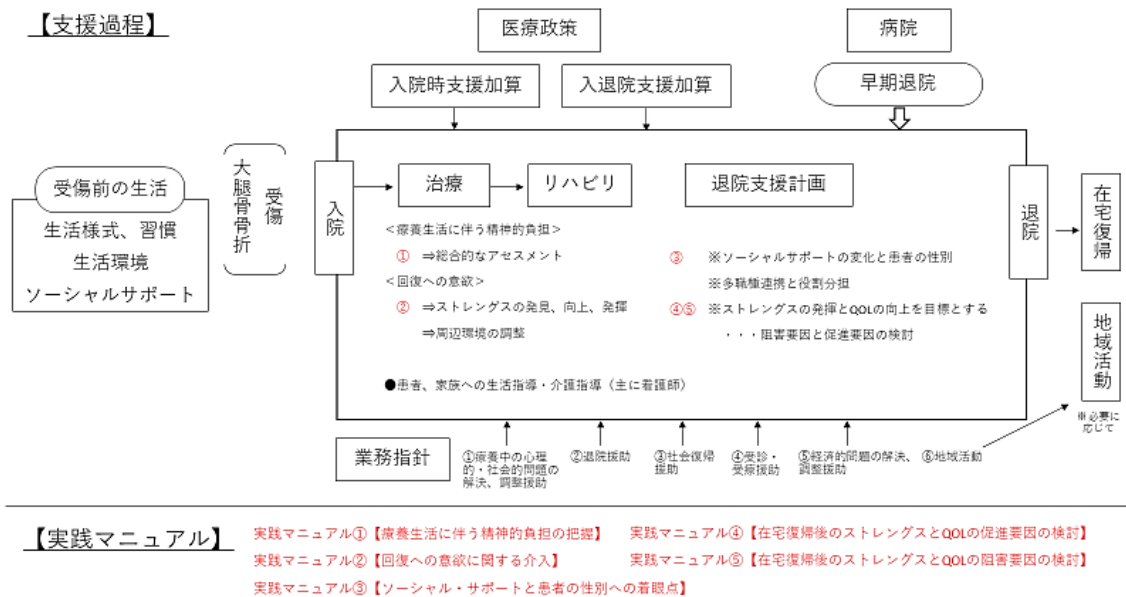


図6-1 実践モデルの全体像 (筆者作成)

図6-1は、受傷前の患者の生活を視野に入れ、大腿骨骨折の受傷から入院、そして退院までの支援過程を左から右に時系列が進むように作成している。また、退院後の在宅生活への復帰をゴールとし、在宅生活でのQOLを高める点にも着目して構成した。支援過程の上には社会的背景として医療政策の影響と病院からの役割期待を示し、矢印でその関係を示した。支援過程の下には専門職としてのMSWの実践範囲を規定した業務指針を記載し、医療ソー

ソーシャルワークの枠組みを基盤としていることを表した。さらに、支援過程を展開する上で重要となる具体的な介入の視点や手続き、留意点などを提示する実践マニュアルが伴うことも表している。

(2) 支援過程の展開

実践モデルにおいて最も重要となる要素として、図 6-1 で示した支援過程の内容について述べていきたい。

第一に、患者が受傷前にもっていた生活様式や生活習慣、過ごしていた生活環境、築いてきたソーシャル・サポートや社会関係について把握することが重要となる。患者が病院に来た時にはすでに大腿骨骨折を受傷しており、MSW が直接目の当たりにするのは身体機能が低下した状態から回復までの様子である。しかし、患者にとっては退院後に送る新たな生活は受傷前の生活から大きな変化を伴うものであり、そこへの適応が重要な課題となる。つまり、治療やリハビリを終えた身体機能や活動の状態のみを考慮して患者ができる範囲の在宅生活を検討するだけでは、退院後にその生活へ適応できるかどうか、また自分らしい生活を送ることができるかどうかという QOL の視点が欠けやすくなる。そのため、退院後の生活が受傷前の生活からどのように変わることになるのかという点について検討することが、病院で唯一生活支援を専門とする MSW にとって重要であり、本実践モデルの大前提となる。

第二に、患者の入院から治療、リハビリの実施という段階では、療養生活に伴う精神的負担を把握して支援を行うことと、回復への意欲を高める取り組みを行うことが必要となる。この段階では、医師による外科的治療や看護師による患者・家族への生活指導・介護指導、さらに理学療法士や作業療法士などによるリハビリが行われるが、従来の先行研究ではこの時期の MSW による積極的な支援は具体的に検討されてこなかった。現場においても入院時支援加算を背景とした相談やカンファレンス、あるいは重大な課題がある場合の医師等からの依頼によって患者のニーズや状況を把握することが主に実施されていたといえる。しかし、この実践モデルでは、治療や回復に対する不安や療養生活自体への戸惑い、受傷したことによる身の回りの変化に対するネガティブな感情や抵抗感など、多くの患者が抱くと考えられる精神的な負担感の軽減を行う。それは、この段階での精神的負担が解消されなければ退院後の在宅生活にも不安を残し、それが在宅生活の QOL を低下させる要因になると想定するからである。また、治療やリハビリを通じた回復への意欲を高めることは、療養

生活に伴う精神的負担を緩和させるだけでなく、退院後の在宅生活を主体的かつ積極的に営む力にもなり得るため、入院早期からの MSW による働きかけや環境調整を重視している。

第三に、退院の見通しがつき始めると、入退院支援加算を背景とした退院前カンファレンス等を行い、退院支援計画を作成していく。ここでは、患者の身体的側面だけにとらわれず総合的なアセスメントとプランニングが必要となるが、その際に実践モデルでは受傷前からのソーシャル・サポートの変化と患者の性別による支援ニーズの違いに着目する。また、退院後の生活を予測し、在宅生活におけるストレングスの発揮と QOL の向上に関する阻害要因と促進要因を検討しながら、退院後の生活の見通しを患者・家族や関係する支援者とともにプランニングする。

第四に、患者が退院し、在宅生活に復帰した後は、生活状況のモニタリングとともに地域活動を通して患者の生活環境を整える働きかけを行う。この際、安心できる生活環境や生活様式を確立し、患者が自分らしく暮らせているかどうかを確認する一方で、治療終了後も続く大腿骨骨折による負担や制限が生じて QOL を低下させていないかを評価する。そして、それらの負担や制限にうまく対処できていなければ、それらを軽減するための介入を検討し、家族や地域の支援者などに働きかける。

第五に、上記のような一連の支援過程は、病院組織が要求する早期退院の実現というプレッシャーの影響を受けながら進む一方で、ソーシャルワーカーとしての専門性を基盤とした業務指針にも基づき、患者中心で展開することを原則としている。

2. 実践マニュアルの提示

(1) 療養生活に伴う精神的負担の把握

図 6-1 に示した実践モデルの全体像だけでは、実際の支援場面におけるソーシャルワーカーの具体的な介入方法がわからない。そこで、実践モデルを展開するための介入の技術や技法を詳細かつ具体的に記述した実践マニュアル（介入手続き）について整理してみた。これは、実践モデルを用いるソーシャルワーカーが従わねばならない手続きをトップダウン的に示すものではなく、ソーシャルワーカーが対象者や問題を理解して支援する場合に活用できる豊富な情報を提供するものである（芝野 2015 : 10）。本研究の実践モデルに関して

も、第5章で構成要素を整理し、本章の図6-1で全体像を示してきたが、それだけでは実践の展開に関する質や内容のばらつきが担当するソーシャルワーカーによって生じることが考えられる。こうした事態を極力少なくし、実践モデルが意図する支援を確実に展開できるようにするためには、実践マニュアルの提示が必要であると考えた。そこで図6-1のうち、核心となる支援の内容と手続きに焦点を当てて実践マニュアルを検討し、作成することとした。第一に、患者の療養生活に伴う精神的負担の把握に関するものを整理した(表6-1)。

患者の療養生活に伴う精神的負担は、入院時から退院までの全ての過程で把握しておくことが重要である。特に、治療からリハビリを通じた回復の途中では身体状況も含めた様々な変化が患者に訪れるため、精神的な負担がかかりやすくなる。ここでは、他職種や他患者、家族や友人などとの関係も変化に影響を与えるため、MSWは患者の生活環境を総合的に把握することに努めなければならない。

表 6-1 実践マニュアル①【療養生活に伴う精神的負担の把握】

把握する精神的負担の内容	アセスメントの視点
療養に関する不安やストレス	<ul style="list-style-type: none"> (1) 身体的な回復の状況について患者が不安や心配を抱えているか。 (2) 治療に関する説明について患者と医療者との間に認識の違いが生じているか。また、それによって患者が不安や不満を抱えているか。 (3) 病院での入院生活について患者が不安や不満、ストレスを抱えているか。 (4) 入院している事実を他者に知られることについて患者がストレスを感じているか。 (5) 他の患者とのコミュニケーションについて患者がストレスや不満を感じているか。
ネガティブな感情の生起	<ul style="list-style-type: none"> (1) 現在の身体状況や回復の進捗について患者が諦めや不安を抱いているか。 (2) 家族に対して頼らなければならない状況にあることを患者が申し訳なく思っていたり遠慮・萎縮していたりするか。
生活の変化に対する抵抗感	<ul style="list-style-type: none"> (1) 身の回りの世話や金銭管理を他者(家族を含む)に頼むことについて不快感や抵抗感を抱いているか。 (2) 家屋改修することについて患者は納得しているか、また不満や抵抗感を抱いているか。
介入の留意点	
<ul style="list-style-type: none"> (1) 患者の現状を把握するための総合的なアセスメントを基盤としつつ、上記の項目については患者の療養生活の質を特に左右するものとして扱う。 (2) 患者本人からの訴えや申し出を十分に聞き取った上で、医師や看護師などの他職種、家族や友人などの周辺人物から得た情報と照らし合わせてアセスメントを行う。 (3) 解決が必要な問題が生じていると判断した際には、必要に応じて患者への心理的ケア、周囲の対人関係の調整、支援計画に関する丁寧な説明と同意あるいは計画修正を行う。 (4) 実践マニュアル②【回復への意欲に関する介入】との関係性を考慮すること。 	

(筆者作成)

実践モデルでは表 6-1 の取り組みを一連の支援過程を構成する 1 つの要素として位置付けているが、患者にとっては大きく変化する生活の中で自らの心身と向き合うという最も重要な作業であり、そこで生じる精神的負担を考慮することは支援過程全体における患者と MSW との関係性に影響を与えるといっても過言ではない。しかし、第 3 章の結果から明らかのように、男性 MSW は女性 MSW に比べて受傷による歩行の不安定さや不自由さ、他者の助けを要する現状への認識等に関する疾病受容をよく実施する傾向があり、女性 MSW は男性 MSW より退院後の在宅生活で必要となる福祉用具等の補助具の予測や退院後の生活場所の検討をよく実施していた。このことを鑑みると、男性 MSW は表 6-1 のうち療養に関する不安やストレスとネガティブな感情の生起の把握が得意であり、女性 MSW は生活の変化に対する抵抗感の把握に強みがあると考えられることができる。このように、MSW の性別によって支援の実施状況が異なるということは、支援者の属性によって支援内容が影響を受けるということであり、専門職としての安定的な支援の実施の観点からみるとそうした影響は排した方がよい。そのため、支援者の属性によらず確実に支援が遂行できるようにし、支援の質を確保するには、実践マニュアルの提示が必要なのである。

(2) 回復への意欲に関する介入

第二に、回復への意欲に関する介入手続きである。これについては、表 6-2 に整理した。

患者は入院生活の中で精神的な負担を抱えることになるが、その一方で回復への意欲をもつようになる。これは、治療やリハビリに対する積極的な取り組みを支えるだけでなく、退院後の在宅生活に対する希望を生み出すことにつながる。またこのことは、療養生活に伴う精神的負担の軽減にも役立つと考える。さらに、入院中の回復体験をポジティブに捉え、そこでの取り組みを自信に変えることは、健康面の意識の向上や人生観の変容を生じさせ、在宅復帰後の生活においても家庭内の役割や社会関係を取り戻す力になり得る。つまり、入院中に生じる患者の回復への意欲を把握して強化することは、入院中から退院後の患者のストレングスの発揮を意味しており、入院生活を主体的かつ積極的に過ごす可能性を高めるとともに、それによる在宅復帰後の生活の質の向上に大きく関係する支援の要素なのである。

表 6-2 実践マニュアル②【回復への意欲に関する介入】

把握する回復への意欲の内容	アセスメントの視点
目標の達成や希望の実現	(1) 退院後の目標や楽しみを持つことができているか。 (2) 退院後の生活での希望を家族に伝えることができているか。 (3) 退院前カンファレンスなどで退院後の生活への希望を専門職などに伝えることができているか。
他者との交流機会から得るモチベーション	(1) 他の入院患者との関わりの中で、感情の共有や情報交換、助け合いなどを通して前向きな気持ちを持つようになっているか。 (2) 友人や知人などからの励ましを得て、前向きな気持ちを持つようになっているか。 (3) 院内の各職種と良好な関係を築くことができているか。また、そのことが入院生活の質を高めているか。
介入の留意点	
(1) 患者の現状を把握するための総合的なアセスメントを基盤としつつ、上記の項目については患者の心身の回復を特に左右するものとして扱う。 (2) 回復への意欲を詳細に把握するために、患者との信頼関係の構築・醸成を重視する。 (3) 回復への意欲を高めるためには、面接等を通して患者が自身のストレングスに気づけるよう働きかける。また、患者と他者との交流の機会を設け、良好な関係を築くことができるよう調整することも重要となる。 (4) 実践マニュアル①【療養生活に伴う精神的負担の把握】との関係性を考慮すること。	

(筆者作成)

これについても、第3章で明らかにしてきた結果から、MSWの経験年数による支援の差が生じる可能性がある。第3章では、「物的介助（つえ等）による歩行生活で生じる不自由さの説明」に関して、患者の性別に関わらずMSWの経験年数が増えるほど実施している傾向がみられた。これは退院後の生活行動を見据えた関わりであり、このような退院後に予想される生活様式や不自由さ、不自由さについて患者や家族とともに検討できるのは経験を重ねたMSWの強みである。つまり、退院後の生活に対して前向きな希望をもてるよう支援することで患者の回復への意欲を高めることは、経験年数のあるMSWの方が経験年数の少ないMSWより得意であると考えられる。そのため、経験年数という支援者の属性によって支援内容が左右されることのないよう、実践マニュアルにその手順や視点を明示することが必要となるのである。

(3) ソーシャル・サポートと患者の性別への着目点

第三に、ソーシャル・サポートと患者の性別への着眼点である。

本研究では、これまでの先行研究では明らかにされてこなかった患者の性別による支援の実施状況の違いを検討し、性差による支援量の相違を具体的に示してきた。それは、ジェ

表 6-3 実践マニュアル③【ソーシャル・サポートと患者の性別への着眼点】

着目するニーズ	プランニングの視点	
	男性患者	女性患者
家事に関するサービスや支援	配偶者がいれば ニーズ低い傾向	※以下のニーズが高くなる傾向 (1) 家事全般(炊事・洗濯・掃除等)のサービスや支援の導入・調整 (2) 退院後の屋外活動(散歩・買い物や受診時の移送・庭仕事等)に関するサービスや支援の導入・調整 (3) 受傷前の家事役割を維持するためのサービスや支援の導入・調整
情緒的な支援	配偶者がいれば ニーズ低い傾向	※以下のニーズが高くなる傾向 (1) 再転倒の不安・恐怖の訴えを受けとめる (2) 家庭内で担っていた役割を果たせないもどかしさや情けなさ、同居家族への気遣いや気兼ねなどの想いを傾聴する (3) 痛みや疲労感の訴えを受けとめる
趣味活動や社会との交流の支援	女性患者より ニーズ低い傾向	※以下のニーズが高くなる傾向 (1) 生活の中で楽しみ・趣味活動を見つける手助け (2) これまでの社会活動参加(近隣住民や町内会との交わり)の維持に配慮した支援
退院支援計画策定の留意点		
<p>(1) 患者の現状に応じた総合的な退院支援計画の策定を基盤としつつ、得られるソーシャル・サポートの男女差を考慮する。ソーシャル・サポートの主な入手源は、男性：配偶者・職場仲間、女性：親族・近隣者・配偶者である。</p> <p>(2) 退院支援計画の策定においては、受傷前の生活を支えていたソーシャル・サポートの回復や代替、さらなる充実という視点で支援内容を考えることが、本人らしい在宅復帰を実現するという観点で重要となる。</p> <p>(3) 女性患者においては、情緒的な支援を近隣者から得ることや、交友関係を友人との関わりから得ることが重要なソーシャル・サポートとなる場合が多い。</p> <p>(4) 配偶者がいない場合では、男性患者が得られるソーシャル・サポートは少ないことが想定されるため、それを考慮した地域との連携が重要となる。特に、フォーマルな資源だけでは対応できない生活課題を視野に入れる必要がある。</p>		

(筆者作成)

ンダーの観点から高齢者の生活様式について洞察を深めてきたからこそ得られた結果であり、患者の生活支援という専門性からも重要な知見である。なぜなら、大腿骨骨折に対する治療とリハビリは医療職の専門領域であるが、それらの身体的状況を中心とした退院支援計画では在宅復帰後の患者の生活の質を回復・向上させるには不十分だからである。患者の生活は入院中の状態だけに焦点化されるべきではなく、受傷前の生活から退院後の生活がどのように変化し、その変化にどれだけ対応・適応できるかということが在宅復帰後の生活の質に大きく影響していることに着目しなければならない。そして、そのような生活エコシステムの変容を捉えて患者の生活支援を行うことができるのは、病院ではMSWにおいて他にいないからである。特に、患者の生活様式や生活習慣におけるソーシャル・サポートの変化や減少を、フォーマル・インフォーマルな社会資源の活用によって支援するという視点と方法は、ソーシャルワークの専門性が不可欠となる支援である。こうした観点から患者の退

院支援計画を策定することが、MSWに求められている重要な役割である。

しかし、第3章の表3-3でも示したように、退院時に導入する主な介護サービスは福祉用具貸与や住宅改修に関する環境整備、通所リハビリや通所介護などの身体機能に応じた通所系サービス、訪問介護や訪問リハビリなどの家事や身体動作に対応した訪問系サービスであり、表6-3で示した家事に関するサービスや支援のみに対応している。また、女性高齢患者に対する家事支援サービスの導入は、経験年数10年以上のMSWが多く実施しており、経験年数による差が見られている。このことから、患者の性別によってニーズが異なるというジェンダーの視点から支援を展開できるようになるには、相当な経験年数が必要になることがわかる。

また、情緒的な支援や趣味活動・社会関係の回復と維持には、訪問系・通所系のフォーマルなサービスだけでなくインフォーマルな支援も重要であるが、この点にもやや不安が残る。第3章の表3-5で示した通り、情緒的な支援や趣味活動・社会関係の回復と維持の支援については、家事全般の支援より実施状況のポイントが低い傾向になっており、フォーマルなサービスでは対応しにくい領域の支援の実施状況が低いことがわかる。特に、退院後の生活での楽しみや趣味活動の発見、社会関係の回復・維持への支援は最も低くなっている。つまりMSWは、患者の入院中に情緒的な支援を提供できたとしても、退院後の生活に関しては支援がしにくい状況に置かれていることが推測できる。このような調査結果から、退院支援計画の策定においてソーシャル・サポートと患者の性別への着眼点を実践マニュアルに整理する必要性が高いと考えられ、それによって患者の退院後の生活を見据えた効果的な支援計画の策定が可能になるといえる。

(4) 在宅復帰後のストレングスとQOLの促進要因と阻害要因の検討

第四に、在宅復帰後のストレングスとQOLの発揮に関する促進要因と阻害要因の検討である。これについては、促進要因と阻害要因それぞれの検討を実践マニュアルに整理した(表6-4、表6-5)。

在宅復帰後のストレングスの発揮がQOLの向上に影響を与えることは第4章の調査結果から明らかになったが、これは主に退院後の生活の中で介護サービスの利用や周囲の人との関わりなどを通して得られるものである。そのため、医療政策や病院組織から院内業務の遂行を主に求められているMSWが直接その場面の支援に関わることは難しいと考えられる

表 6-4 実践マニュアル④【在宅復帰後のストレングスと QOL の促進要因の検討】

検討する促進要因	アセスメントの視点
身体的な回復・健康増進への意欲	(1) 身体的な回復を自覚しているか。 (2) 身体機能の低下を防ぐ取り組みを退院後に行えるか。
安心できる生活環境	(1) 介護サービスの利用によって生活動作に関する課題を解決できるか。 (2) 安心して暮らすための住宅環境が整えられているか。
周囲からの支援や役割分担による生活のしやすさ	(1) 家庭内での新たな役割分担を検討することができるか。 (2) 近隣住民などから家事等のサポートを得られるか。 (3) 別居している親族などから家事等のサポートを得られるか。 (4) 家族等へ感謝を伝えられるような良好な関係を築けるか。
人生に対するポジティブな思考	(1) 自分らしい生活を取り戻したいという意識が高まっているか。 (2) 毎日を大切に生きたいという気持ちが生じているか。
喜びや楽しみのある生活	(1) 生活の中で楽しみを持つことができているか。 (2) 他者との交流の機会を充実させられているか。
促進要因を高める上での留意点	
(1) 患者の現状に応じた総合的な退院支援計画の策定を基盤としつつ、上記の項目については患者の退院後の生活におけるストレングスの発揮と QOL の向上を特に促進するものとして扱う。 (2) ストレングスの発揮と QOL の向上は、安心した生活が確保された自分らしい暮らしの獲得につながることを十分に考慮する。 (3) 患者の退院後、上記の要因が生活の中でできるだけ多く現れるよう、退院後の生活を予測しつつ患者・家族や関係する支援者と十分に協議して退院支援計画に反映させることが重要である。 (4) 実践マニュアル⑤【在宅復帰後のストレングスと QOL の阻害要因の検討】との関係性を考慮すること。	

(筆者作成)

が、退院支援の際に在宅復帰後の生活を予測して検討しておくことで支援の方向性を示すことは可能であり、患者の在宅復帰後の生活に見通しをつけるという意味がある。また、入院中に生じる療養生活に伴う精神的負担や回復への意欲は、受傷前の身体機能や周囲の人との関わり、ソーシャル・サポートの変化への対応と関係しており、それらに関する入院中の取り組みを退院後にうまく引き継ぐことができれば、入院前から退院後の生活を包括的かつ継続的に捉えた効果的な支援を行うことが可能である。そのため、退院支援計画の策定時にこれらの促進要因と阻害要因を検討し、計画に反映させることが重要と考える。

この取り組みに関しても、第 3 項で指摘した困難さがあるといえる。表 6-4 と表 6-5 であげた促進要因と阻害要因の多くはインフォーマルな支援と関係しており、フォーマルなサービスの利用だけでは十分に対応することが難しい。そのため、インフォーマルな支援の導入や調整を確実に行うには、実践マニュアルの提示が不可欠である。また、フォーマルなサービスの導入と調整に関しても、経験年数 10 年以上の MSW が退院後の介護サービスの利用を多く実施しており、患者の退院後を見据えた支援計画の策定にはかなりの実践経験を

表 6-5 実践マニュアル⑤【在宅復帰後のストレングスと QOL の阻害要因の検討】

検討する阻害要因	アセスメントの視点
骨折による身体的苦痛	(1) 生活動作の中で歩きにくさや痛み、違和感、疲労感を感じているか。 (2) 上記の痛み等に対して痛み止めの服用などの対応が必要になっているか。 (3) 受傷部位を気にする行動を取りすぎていないか。それにより受傷部位の反対側を痛めていないか。
再転倒の危険性	(1) 再転倒の危険がある生活動作をせざるを得ない状況がどの程度あるか。 (2) 実際にどの程度の再転倒の危険が屋内外にあるか。
受傷に伴う機能の衰え	(1) 受傷前の身体機能や生活動作とのギャップを感じているか。 (2) 身体機能や体力の衰えを深刻に感じているか。
骨折に関する精神的な負担	(1) 受傷時の恐怖感の記憶が生活動作に影響を与えているか。 (2) 自由に外出できないなどの行動制限に不満を感じているか。 (3) 生活再建に向けた種々の努力に対してストレスを感じているか。 (4) 再転倒・再骨折を予防するための動作や行動の制限を気にしすぎて負担を感じているか。また、他者からの行動制限の注意や指導が負担になっているか。 (5) 他人の家の屋内で杖をつくことができないなど、外出先での行動に不便や負担を感じているか。 (6) 家族に対して頼りにくいなどの遠慮を感じているか。
行動や社会関係の制約	(1) 杖歩行による家事や動作のしづらさが生じているか。 (2) 家族による行動の制限が生じているか。 (3) 別居家族からの支援に限界が生じているか（頼りにくい、支援の頻度が少ないなど）。 (4) 生活の楽しみの減少や喪失がみられるか（趣味活動をあきらめたなど）。
阻害要因を減らす上での留意点	
(1) 患者の現状に応じた総合的な退院支援計画の策定を基盤としつつ、上記の項目については患者の退院後の生活におけるストレングスの発揮と QOL の向上を特に阻害するものとして扱う。 (2) 上記の治療終了後も続く大腿骨骨折による負担が大きくなると、ストレングスの発揮と QOL の向上が阻害され、安心が確保された自分らしい暮らしの獲得が困難になることを十分に考慮する。 (3) 患者の退院後、上記の要因が生活の中にできるだけ現れないよう、退院後の生活を予測しつつ患者・家族や関係する支援者と十分に協議して退院支援計画に反映させることが重要である。 (4) 実践マニュアル④【在宅復帰後のストレングスと QOL の促進要因の検討】との関係性を考慮すること。	

(筆者作成)

要する。こうしたことから、退院後の生活におけるストレングスの発揮や QOL の向上を患者・家族や関係者とともに検討し、支援計画に反映させるという取り組みは簡単な実践ではないことが明らかであり、実践マニュアルの整備が欠かせないのである。特に、促進要因と阻害要因は相互に関係していることが想定できるため、退院後の生活をかなり具体的に予測する力が必要となる。例えば、促進要因にあげた安心できる生活環境は、阻害要因となる再転倒の危険性や行動の制限と関係していると考えられ、促進要因を強化することで阻害要因を減少させられるものもあるだろう。

3. 実践モデルの到達点と課題

(1) MSW による退院支援過程の明確化

本章ではこれまで実践モデルの全体像を示し、支援過程と具体的な手続きについて説明してきた。そこで最後に、実践モデルの到達点として、実践モデルの活用によって得られるであろう効果と今後の課題を述べておきたい。

実践モデルを活用することによって得られると推測できる効果については、その概要を第5章第5節で以下の3点から整理した。

- 1) 入院から退院まで切れ目のない支援を提供することができる
- 2) 患者中心の質の高い支援を迅速に提供することができる
- 3) 看護師との役割分担の円滑化と MSW の病院内での位置付けの明確化の一助になる

第一に、「1) 入院から退院まで切れ目のない支援を提供することができる」について、実践モデルでは先行研究で明らかにされてこなかった入院前の患者の生活様式や生活習慣、ソーシャル・サポートを捉える視点や、大腿骨骨折の受傷によって生じる入院前から退院後における生活の変容に着目する視点、さらに入院中の患者の精神的負担やストレスを把握して介入する視点、入院中から退院後を見据えた支援計画を策定する視点、そして退院後の生活において患者がストレスを發揮することによって QOL を高める視点を含んだ一連の支援過程を提示してきた。これは、単に入院から退院まで切れ目なく MSW が患者に関わるということだけでなく、患者の心身や生活の変容を捉えて回復と適応を継続的に支援するというものであり、ソーシャルワークの専門性に基づいた実践を意味している。このような実践を可能にすることを意図して実践モデルを提示してきたことから、従来の退院支援に比べると介入の視点や手続きが詳細になっている。したがって、この手続きを確実に実行することができれば、意図した効果を得られる可能性は高いと考える。

第二に、「2) 患者中心の質の高い支援を迅速に提供することができる」について、実践モデルでは上述の一連の支援過程が医療政策や病院組織の期待に影響されることを想定している。医療政策は診療報酬の設定によって MSW の業務を規定しており、病院組織における費用対効果や業務の効率化の観点から規定にない取り組みをできるだけ縮減しようと作用す

る。また、病院組織は医療政策を背景に、患者の早期退院によって利益の最大化を図ろうとするため、MSW に対して支援にかかる時間の短縮を要求する。このような外的要因の圧力を受けつつも、MSW は限られた機会と時間の中で患者に対して最大限の支援を提供しようと努力しているのである。その際、支援の効果を上げるための介入の視点と手続きが明確になっていれば、効果的かつ効率的に患者中心の支援を展開することができる。実践モデルの提示はまさにこうした点に対して有効であり、病院組織と患者・家族のどちらにもメリットをもたらす可能性が高いのである。

第三に、「3) 看護師との役割分担の円滑化と MSW の病院内での位置づけの明確化の一助になる」について、実践モデルでは MSW が患者の生活そのものを支援の対象とし、患者のストレスやストレングス、社会関係を捉える視点から支援を行うこと、そしてその具体的な介入手続きが明示されている。多職種連携を円滑に行うためには、関連職種の専門性を理解し合うことが不可欠であり、その点で実践モデルは MSW の専門性を他職種にわかりやすく示す重要なツールとなる。特に実践マニュアルを見れば、MSW によるアセスメントの視点や介入の留意点などが詳細かつ明確に理解することができ、多職種連携における役割分担を容易にすることができると思う。さらに、実践モデルの提示によって MSW の専門性が病院内に広く知られれば、ソーシャルワークの専門性に基づいて患者の退院支援を効果的かつ効率的に実施することができる院内唯一の専門職として認識され、相応の地位や役割を得ることにつながる可能性が高くなる。

以上のことから実践モデルの提示は、患者の生活の質を高める支援を可能にするだけでなく、多職種連携や MSW の職業地位に関しても一定の効果が期待できると考える。

(2) 有効性の検証

実践モデルにはこれまで述べてきたような有効性が期待できると考えられるが、そうした効果があるかどうかについては実践現場での活用を通して具体的に検証していくことが不可欠である。ソーシャルワーク実践モデルの構築には本来、試行と検証を通じたフィードバックをもとにモデルの修正を繰り返し行うことが必要とされているからである。しかし、高齢の大腿骨骨折患者の在宅復帰に関するソーシャルワーク実践モデルの構築については先行研究が乏しく、その構成要素や介入手続きを明らかにすること自体が大きな研究課題であった。そのため本研究では、実践モデルの試作版の完成までを研究範囲とし、その作成

に取り組んできた。試作版の作成についてはこれまでの研究を通して一定の成果を得たと考えているが、これを実践で活用できるものとして完成させるには、有効性の検証が今後の研究課題となる。そこで、実践モデルの有効性を検証する視点と方法について整理しておきたい。

有効性の検証は、予測される効果に対して実施することが基本的な取り組みになると考えている。具体的には、前項で示した3点の効果についてである。

まず「1) 入院から退院まで切れ目のない支援を提供することができる」に関しては、従来の支援と比較して患者の生活の変容を継続的に把握することができたかどうか、また療養生活に伴う精神的負担や回復への意欲を踏まえ、退院後のストレスの発揮を見据えた支援計画を策定できたかどうかについて検討していくことが必要である。具体的には、カルテや支援記録などの記載内容の変化や退院支援計画の内容の充実、さらに退院後の生活のモニタリングを通じた成果の評価を行うことである。

次に「2) 患者中心の質の高い支援を迅速に提供することができる」に関しては、従来の支援と比較して支援内容や手続きがMSWの属性によってばらつくなどの影響を受けていないか、また支援期間に対して支援効果が上がっているかを検討しなければならない。具体的には、様々な属性のMSWの支援内容を比較することや、支援期間が少なくとも長くなっているか、支援効果が一部でも上がっているかどうかについて、患者や家族からの評価も含めて検証していく必要があるだろう。

最後に「3) 看護師との役割分担の円滑化とMSWの病院内での位置づけの明確化の一助になる」に関しては、実践モデル導入前後で多職種間、特に看護師との専門性についての相互理解が深まったかどうかの検証が必要である。また、院内でのMSWの専門性や業務に対する理解や認識が得られているかどうかについても調査することが求められる。

そして上記の検証を踏まえて、期待した効果が得られていない項目があれば、その要因を明らかにして実践モデルの修正を行い、さらなる検証を実施するというプロセスを経て完成度を高めていくことになる。これらの取り組みを今後の課題として包含していることを前提に、本研究では高齢の大腿骨骨折患者の在宅復帰に関するソーシャルワーク実践モデルを提示してきた。

終章

1. 本研究の成果と限界

本研究は、高齢の大腿骨骨折患者の在宅復帰を支援するソーシャルワーク実践モデルを提示することが目的であった。そのため、本研究では、MSWによる退院支援の検討（文献研究Ⅰ）と、高齢の大腿骨骨折患者をめぐる状況の検討（文献研究Ⅱ）を行った。さらに、高齢の大腿骨骨折患者に対するMSWの支援実態（量的調査研究）と、大腿骨骨折を経験した高齢者の生活、入院中から在宅生活に至るまでの生活課題の特徴（質的調査研究）を明らかにし、大腿骨骨折を経験した高齢者への支援方法を社会福祉学の観点から検討してきた。そして、次のような成果を得ることができた。

第一に、大腿骨骨折を経験した高齢入院患者の性別によって、MSWの支援に差があることが明らかになった。その結果から、MSWの支援に差が生じる背景として、患者が入手し得るソーシャル・サポートの割合が患者の性別に関係しているということが考えられた。つまり、大腿骨骨折を経験した高齢入院患者の支援を考える際に、患者が周囲から得られるソーシャル・サポートを考慮して支援を展開することが重要であるという知見が得られた。

具体的に調査結果の分析から、支援における3つの特徴を明らかにしてきた。1点目は、高齢女性の大腿骨骨折患者には家事に関するサービスの導入及び調整が男性に比べてより重要になるという点である。日本は高度経済成長期に性別役割分業が定着してきたという背景があり（総務省2017）、女性が家庭内の家事を担うことが多いと考えられる。大腿骨骨折によりADL及びIADLが低下することで受傷前に担っていた家事役割を退院後も引き続き担うことが困難になったため、それを補うために家事に関するサービスの導入及び調整が行われ、結果として高齢女性の患者に支援が多く実施されたと考えた。2点目に、情緒的側面への支援ではとくに高齢女性の大腿骨骨折患者への関わりが重要になるという点である。高齢女性は入院によりソーシャル・サポートが得られにくくなるため、例えば大腿骨骨折患者の多くに共通する再転倒の不安・恐怖への訴えや、家事や買い物等のIADLにおける回復が困難あるいは緩徐であるために家庭内での役割を遂行できないことへのもどかしさや情けなさなどが生じやすく、男性に比べて情緒的側面へのサポートがより必要となる。3点目に、受傷前に構築されていた社会関係を前提に外出及び社会参加の機会を確保する支援を展開することが重要になるという点である。高齢者にとって交流相手として友人の存在が

重要であるが、とくに高齢女性は日常的に多様な近隣者からのソーシャル・サポートを得て生活している。術後 1 年時点での大腿骨骨折患者の ADL は、受傷前と比べると屋外での歩行自立者が減少することが明らかになっており (Fukui 2012)、退院後の生活で外出する手段及び機会を確保することは高齢の大腿骨骨折患者にとっては不可欠である。ことさら高齢女性にとって受傷後の生活でも外出及び社会参加の機会が存続することは、ソーシャル・サポートの入手にもつながり豊かな生活になり得る。これまで、高齢者のソーシャル・サポートの重要性は多くの研究で述べられているが、大腿骨骨折患者の性別によって MSW の支援に差があり、その背景にソーシャル・サポートとの関連性が考えられることは、今回の研究で得られた新たな知見である。また、上記で述べた支援における 3 つの特徴は、高齢の大腿骨骨折患者に対して支援を展開する際に重要な視点となり得る。

第二に、入院中の生活から退院後の在宅生活までを視野に入れて大腿骨骨折を経験した高齢者が抱える生活課題を明らかにし、高齢者本人のストレングスに着目することが生活の質に影響を与える点に言及したことは、これまであまり議論されてこなかった高齢の大腿骨骨折患者へのソーシャルワーク支援過程の検討に役立った。特に、高齢の大腿骨骨折患者の入院中の生活から退院後の在宅生活までを「入院中の生活」と「在宅生活」に分けて生活を分断するような捉え方をするのではなく、生活全体を連続するものとして捉えることで、先行研究では明らかにされてこなかった支援の視点及び方法について検討することができた。

第三に、以上の成果として高齢の大腿骨骨折患者の在宅復帰に関する実践モデルを提示できたことは、先行研究の到達点を踏まえて本研究が新たに示すことができた知見である。先行研究では、MSW による退院支援に関して場面や技法、対象問題を焦点化した検討は見られるが、退院支援に関するソーシャルワーク支援過程の全体像と具体的な介入手続きは明らかになっていなかったからである。また、高齢者の退院支援についても、在宅での介護の問題や高齢患者自身の心身の不安定さ、家族との関係、経済的な問題など支援に関する部分的な問題や事象についての検討が見られるのみであり、生活支援としてのソーシャルワークの専門性を踏まえた研究はほとんどなかった。こうした中で本研究では、ソーシャルワークの専門性に基づき、患者の生活の変容をエコシステム視座から広く把握しつつ、大腿骨骨折の受傷に伴う心身の状態や生活の変化への適応過程を一体的に捉えた実践モデルを検討してきた。これにより、先行研究では明らかになってこなかった患者の生活支援に関わる一連の支援過程を社会福祉学的な観点から提示することができたのである。

その一方で本研究の限界としては、①主に回復期リハビリテーション病棟を有する病院に勤務する MSW に研究対象が焦点化されたこと、②実践モデルの有効性について現場での試行を経た検証が実施できていないことが挙げられる。①については、実践モデルを構成する上での理論的根拠が回復期リハビリテーション病棟に勤務する MSW の支援状況に限定されたため、急性期病院や在宅支援サービスに関わるソーシャルワーカーの支援状況が含まれておらず、入院前から退院後の生活支援の検討にやや不十分さを残したことが課題である。回復期リハビリテーション病棟は大腿骨骨折患者の在宅復帰を支援する中心的な医療機関であり、急性期病院や在宅支援サービスとの連携も行っていることから、実践モデルを作成する上で必要な知見を十分に得ることができたと考えているが、急性期病院や在宅支援サービスに関わるソーシャルワーカーの支援状況も考慮することができればより実態に即したものになると思われる。②については、第 6 章でも述べた通り、本研究の範囲をそもそも実践モデルの作成までに設定していたため研究計画としては予定通りであるが、その効果について十分に提示することができなかつた点は本研究の限界であると認識している。先行研究が不十分な中では基礎的な知見を得ることに多大な時間と労力を要するため、本研究の範囲を実践モデルの試行版の作成にとどめたことは妥当であったとも考えている。

2. 今後の研究課題と展望

(1) ソーシャルワーク実践モデルの有効性の検証と普及

本研究では、高齢の大腿骨骨折患者への在宅復帰支援におけるソーシャルワーク実践モデルを提示した。しかし、現段階ではソーシャルワーク実践モデルの提示にとどまっており、有効性の検証には至っていない。そこで、本研究の成果と限界を踏まえ、今後の研究課題を整理したい。

第一に、実践モデルを改良し、有効性の検証を行うことが挙げられる。本研究で提示した実践モデルを現場で試行し、その成果を検証することを通してさらに精緻化していかねばならない。具体的には、本研究の量的調査研究で研究対象とした回復期リハビリテーション病棟だけでなく、急性期病院や在宅支援サービスに関わるソーシャルワーカーにも実践モデルの検証に加わってもらうことも検討し、より幅広い視野からの支援を可能にする

支援過程を確立させたい。例えば、協力者として回復期リハビリテーション病棟・急性期病院・在宅支援部門等のソーシャルワーカーに実践モデルを試行してもらい、評価して改良していく作業が有効であろう。個々のソーシャルワーカーから得られた詳細なフィードバックを丁寧に分析し、実践モデルを改良していくことは、より多くのソーシャルワーカーが活用できるものとなり得る。さらに、大腿骨骨折患者本人やその家族からも実践モデルによる支援の評価を得ることで、患者中心の視点を重視した実践モデル構築が可能になると考える。そして、様々な改良を行った後、実践モデルを効果測定し、有効性を検証する必要がある。

第二に、実践モデルの普及が挙げられる。普及に向けては、現場のソーシャルワーカーとの協働が必要となる。そのため、実践モデルの開発に現場のソーシャルワーカーを加え、さらに実践モデルの採用現場の状況を把握しそれぞれの条件に合うようカスタマイズしていきたい。実践モデルを定着させるためには、高度急性期・急性期・回復期・慢性期機能それぞれの現場のソーシャルワーカー、患者とその家族、その他関係者などからフィードバックを受け、内容を検討し実践モデルの改善に努めることが重要である。また、実践モデルを広く普及・採用・維持させるためにも開発の研究成果は継続的に社会へ発信し続けていきたい。

(2) 継続的な実践研究の必要性

本研究では、文献研究Ⅰで退院支援に関する先行研究を、文献研究Ⅱで高齢の大腿骨骨折患者に関する先行研究を整理した。今後は、実践モデルの構成要素を検討する上で行ってきた先行研究のレビューをさらに深化させることが課題となる。

本研究で提示したソーシャルワーク実践モデルは、MSWが活用できるように考案したものであるが、MSWの日々の活動は医療政策の影響を大きく受ける。したがって、医療政策や関連する法制度等を考慮することや、高齢の大腿骨骨折患者を取り巻く状況を把握しておくことは重要である。医療政策は年々変化しており、時代の要請を考慮しつつ地域包括ケアシステムから地域共生社会へと進む地域医療の展開を踏まえたソーシャルワーク実践モデルとして更新していく部分を検討していく必要がある。具体的には、地域共生社会における医療機関の役割や、多職種協働を前提としたMSWの役割等の検討が挙げられる。

医療政策の動向によっては、MSWの支援の実施状況の変化を捉えるため追加的な調査も検討することになるだろう。近年の医療政策は、財源の確保と効率的な医療提供を進めるため

に、診療報酬改定や患者の自己負担見直し、医療計画の見直しなどが進められている。繰り返しになるが、MSWは医療機関に勤務しているため、その業務や活動は医療政策の変化に影響を受けることとなる。したがって、政策の動向によってはMSWの支援実施状況を把握する調査が必要となるため、その際は新たに調査を実施したい。その他に、今回のソーシャルワーク実践モデルでは十分に提示できなかった地域との連携も含めた実践マニュアルの作成も視野に入れていきたい。

(3) 幅広い理論研究の必要性

本研究は、高齢の大腿骨骨折患者を対象にした在宅復帰支援をテーマに取り組んできた。先行研究には、ソーシャルワークの視点から大腿骨骨折患者への支援を検討する研究がほとんど見当たらなかったため、第3章及び第4章で述べた量的調査研究、質的調査研究を行い、考察を試みた。さらに、本調査研究で明らかになったことを基に、ソーシャルワーク実践モデルの構成要素を捉え、実践モデルを提示した。つまり、本研究はMSWや大腿骨骨折を経験した高齢者といった現場の当事者からのフィードバックを受けて帰納的なプロセスを中心にソーシャルワーク実践モデルを提示してきたといえる。したがって、今後はソーシャルワーク実践理論やリサーチ・エビデンスなどの理論を組み入れ、演繹的なプロセスからもソーシャルワーク実践モデルを検討し、改良を行う必要がある。具体的には、今回提示した実践モデルでも着目したエコシステム理論とそれに基づく生活モデル、そしてストレングスモデルなどの文献研究が必要であろう。また、学会や研修会等で発表されたりリサーチ・エビデンスを参考に理論研究の深化を図ることや、現場のソーシャルワーカーと協力し様々な理論を組み入れられるかなどのアイデアを協議することも有効である。

(4) 多様な疾患に対するソーシャルワーク実践モデル開発の研究

他分野のソーシャルワーク研究の進展を考慮すると、医療ソーシャルワーク分野での実践モデル研究はまだ少ないため、大腿骨骨折患者だけでなく他疾患に対する実践モデルの研究を進めることが重要である。例えば、認知症患者、脳卒中患者、がんなどの疾患によって人生の最終段階を迎えた患者等のソーシャルワーク実践モデル開発の研究である。そうした取り組みを通じて、医療ソーシャルワークに共通する専門性や介入手続きの明確

化を図り、他分野のソーシャルワーカーとの連携をより円滑かつ充実したものにしていくことを目指していきたい。これは、ソーシャルワーカーが関わる支援対象や生活問題の複雑化や複合化に対応し、地域共生社会の中で役割を果たしていく上で重要な課題であると考えている。

以上を踏まえると、本研究で提示したソーシャルワーク実践モデルに対する試行と改良、その後の普及への道筋が見えてきた。今後は、本研究から得られた成果を基にさらなる研究課題に取り組み、継続して研究を行っていきたい。

謝 辞

本研究におきまして、お世話になった方々にお礼を申し上げます。

久留米大学大学院比較文化研究科 客員教授の鬼崎信好先生には、修士課程の院生時代からこれまで熱心に指導していただきました。先生の温かいご指導があったからこそ、博士論文の完成まで来られたのだと思います。先生は、マイペースに研究を進める私を見守り、何度も励ましのお言葉をかけてくださいました。研究が思うように進まずに辛い時も、研究成果が形となり嬉しかった時も、深い懐で受けとめてくださったおかげで、博士論文としてまとめられました。心からの敬意とともに、多大なるご指導とご支援をいただきましたことに深甚なる謝意を表します。

同研究科 教授の門田光司先生は、博士論文をまとめるうえで、重要な点をご指摘くださり、かつ丁寧なご指導をしていただきました。そして、同研究科 教授の辻丸秀策先生には貴重なご助言をいただきました。ここに深甚なる謝意を表します。

福岡県立大学大学院人間社会学研究科 教授の本郷秀和先生には、日頃から業務や研究のことでお心遣いいただき、また叱咤激励もしていただきました。博士論文の執筆においては、貴重なご助言をいただきました。改めて心より感謝申し上げます。

後期博士課程の先輩である久留米大学文学部 島崎剛先生と西南女学院大学保健福祉学部 荒木剛先生には、様々なご助言をいただき、研究を進めるうえでの支えとなりました。また、同期入学の院生である久留米大学文学部 永松美菜子先生と ILP お茶の水医療福祉専門学校 矢部航先生との交流から刺激を受け、これまで研究を進めることができました。心から感謝を表します。

本研究では、調査研究を行いました。研究対象者としてご協力いただきました全国の医療ソーシャルワーカーの皆様、大腿骨骨折を経験された当事者の皆様、関係者の皆様には、改めて深甚たる謝意を表します。

また、本研究は科学研究費助成事業の助成を受けて実施しました。ここに感謝の意を表します。

最後に、在学中に支えてくれた家族には、この場をお借りして、心からの感謝の気持ちを表します。

皆様、本当にありがとうございました。

《文献》

1. 2004 年度位置付け調査研究委員会（2005）『保健医療分野におけるソーシャルワーカーの位置付けに関する現状と課題』社団法人日本医療社会事業協会.
2. 阿部邦彦（2019）「転倒予防指導士としての新しい活動を作ろう！」『日本転倒予防学会誌』6（1），15-8.
3. 安藤謙一編（2017）『Must&Never 大腿骨頸部・転子部骨折の治療と管理』南江堂.
4. 有原正悟（2015）「退院前訪問指導におけるソーシャルワーカーの介入プロセスー病者役割からの離脱を促す主・客置換アプローチ」15，12-24.
5. 遠藤直人編（2015）『大腿骨近位部骨折ゼロを目指す治療・予防戦略～多職種連携による取り組み～』医療ジャーナル社.
6. 藤田緑郎（1999）「病院機能別にみる退院問題および退院援助の特徴」『医療社会福祉研究』8（1），11-7.
7. 藤田康孝・土屋翔大・清水拓也・ほか（2012）「超高齢大腿骨近位部骨折患者における自宅退院の可否に関連する因子の検討」『理学療法科学』27（4），457-60.
8. 福田明美（1999）「退院援助における実践プロセスとソーシャルワーク機能」『医療社会福祉研究』8（1），18-26.
9. Fukui, Naoshi, Watanabe, Yoshinobu and Nakano, Tetsuo et al. (2012) Predictors for Ambulatory Ability and the Change in ADL After Hip Fracture in Patients With Different Levels of Mobility Before Injury: A 1-Year Prospective Cohort Study, Journal of Orthopaedic Trauma, 26(3), 163-71.
10. 福川摩耶・宇佐美しおり・中山洋子（2013）「再入院を繰り返す精神障害者への M-CBCM および IPS モデルの開発」『熊本大学医学部保健学科紀要』9，63-72.
11. 船橋邦子（2001）「家族のなかのジェンダー問題」『家族看護学研究』6（2），142-6.
12. 萩野浩・阪本桂造・中村利孝（2003）『大腿骨頸部骨折の発生頻度および受傷状況に関する全国調査』平成 14 年度総括・分担研究報告書（厚生労働科学研究費補助金研究報告書）鳥取大学.
13. 萩野浩（2004）「骨粗鬆症と骨折予防」『総合リハビリテーション』32（10），917-22.
14. Hagino, Hiroshi, Sakamoto, Keizo and Harada, Atsushi et al. (2010) Nationwide One-Decade Survey of Hip Fractures in Japan, Journal of Orthopaedic

- Science , 15, 737-45.
15. 萩野浩 (2012) 「わが国における大腿骨近位部骨折の現状」『CLINICIAN』610, 585-591.
 16. Hagino, Hiroshi, Endo, Naoto and Harada, Atsushi et al. (2017) Survey of Hip Fractures in Japan: Recent Trends in Prevalence and Treatment, Journal of Orthopaedic Science, 22, 909-14.
 17. 萩野浩 (2019) 「大腿骨近位部骨折の疫学」『日本骨粗鬆症学会雑誌』5 (3), 5-8.
 18. 濱田和美・平原寛隆・入江将考・ほか (2007) 「大腿骨近位部骨折患者の術後早期運動能力と自宅復帰について」『理学療法学』34 (6), 273-6.
 19. 原順子 (2018) 「聴覚障害ソーシャルワークにおける文化モデルアプローチの概念研究－聴覚障害ソーシャルワーカーへのインタビュー調査分析をもとに－」『四天王寺大学紀要』65, 7-19.
 20. 長谷川美規・安村誠司 (2008) 「日本人高齢者の転倒頻度と転倒により引き起こされる骨折・外傷」『骨粗鬆症治療』7 (3), 10-5.
 21. 畑香理・本郷秀和 (2019) 「退院援助からみる医療ソーシャルワーカーの役割と大腿骨骨折を経験した人への支援－先行研究の分析から－」『九州社会福祉学』15, 25-36.
 22. 畑香理 (2019a) 「高齢の大腿骨骨折患者に対する支援の現状－男女別、経験年数別にみた医療ソーシャルワーカーの支援状況の差異－」『地域ケアリング』21 (12), 53-7.
 23. 畑香理 (2019b) 「大腿骨骨折患者の支援における医療ソーシャルワーカーの役割に関する一考察－回復期リハビリテーション病棟へのアンケート調査から－」『医療と福祉』53 (2), 56-62.
 24. 畑香理 (2021a) 「高齢の大腿骨骨折患者への支援に関する一考察－患者の性別に着目した医療ソーシャルワーカーの支援の特徴－」『厚生指標』68 (7), 6-11.
 25. 畑香理 (2021b) 「大腿骨骨折を経験した高齢者の語りからみる生活課題とストレスの特徴－入院から退院後の在宅生活を中心に－」『福岡県立大学人間社会学部紀要』30 (1), 35-50.
 26. 林祐介 (2010) 「療養型病院・施設への転院阻害要因がもたらす困難性の定量化の試み」『医療と福祉』44 (1), 75-9.
 27. 林祐介 (2016) 「患者と家族の退院先についての意向とそれを踏まえた退院支援のあり方に関する一考察－A医療法人B病院の事例調査の分析から－」『医療と福祉』49 (2), 49-56.

28. 林祐介 (2018a) 「患者と家族の退院先に関する意向調整・支援の研究上の課題－医療・福祉現場における意思決定・自己決定支援についての文献検討を踏まえて－」『医療と福祉』52 (1), 40-7.
29. 林祐介 (2018b) 「患者と家族の退・転院先の意向についての量的研究－A病院のカルテ・ソーシャルワーク記録調査より－」『社会福祉学』59 (1), 27-39.
30. 林祐介 (2019) 『効果的な退院・転院支援－医療ソーシャルワーカーの専門的役割－』旬報社.
31. 日比野絹子 (2010) 「医療機関の機能分化と MSW の退院支援における先行研究の到達点と課題」『医療と福祉』44 (1), 59-64.
32. 日比野絹子 (2011) 「病床区分の変更に伴う患者と家族の退転院先選択への影響と MSW 業務の変化についての研究－2005～2009 年に病床区分を変更した A 県の 5 病院の MSW への面接調査－」『医療と福祉』45 (1), 29-33.
33. 樋口キエ子・原田静香・カーン洋子・ほか (2008) 「患者家族が求める退院支援に関する研究－退院後の患者家族の退院支援への要望・意見から－」『順天堂大学医療看護学部 医療看護研究』4 (1), 42-9.
34. 人見江利子 (2011) 「MSW の専門的機能としての連携に関する一考察－退院支援過程の分析から－」『社会福祉研究』12, 137-52.
35. 平野朋美 (2012) 「ソーシャルワーカーの立場から考える退院支援－在宅移行が困難な子どもたちを在宅につなぐために－」『小児看護』35 (7), 848-52.
36. 堀井基行・久保俊一 (2015) 「大腿骨近位部骨折の疫学」『京都府立医科大学雑誌』124 (1), 1-12.
37. 一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会 (2018) 『平成 29 年度 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書』.
38. 一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会 (2019) 『平成 30 年度 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書』.
39. 伊勢福修司 (2016) 「大腿骨近位部骨折の治療の現状」『仙台医療センター医学雑誌』6, 10-20.
40. 伊藤淳・藤田英彦 (2006) 「大腿骨頸部骨折術後の起立テストと術後の歩行能力」『リハビリテーション医学』43, 756-61.
41. 伊藤正子 (2006) 「医療制度改革下における転院問題の現状と MSW の課題」『現代福祉研

- 究』6, 81-101.
42. 伊藤隆博 (2010) 「後期高齢者退院調整加算新設に伴う退院援助システムの導入プロセスと効果」『医療と福祉』44 (1), 48-51.
 43. 伊藤淑子 (1997) 「医療ソーシャルワーカーのカリキュラムのあり方ー日本におけるソーシャルワークの分野特定に関する一考察」『ソーシャルワーク研究』23 (3), 43-9.
 44. 岩瀬弘明・村上貴士・中井良哉・ほか (2017) 「大腿骨近位部骨折を呈した超高齢患者の在宅退院に関連する因子の検討」『ヘルスプロモーション理学療法研究』7 (2), 63-7.
 45. 門田光司 (2000) 「学校ソーシャルワーク実践におけるパワー交互作用モデルについて」『社会福祉学』41 (1), 71-85.
 46. Kamei, Tomoko, Kajii, Fumiko and Yamamoto, Yuko et al. (2015) Effectiveness of A Home Hazard Modification Program for Reducing Falls in Urban Community-Dwelling Older Adults : A Randomized Controlled Trial, Japan Journal of Nursing Science, 12, 184-97.
 47. 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ーソーシャルワーカーの立場からー」『日本農村医学会雑誌』59 (2), 86-91.
 48. 金子恵美 (2013) 「支援を求めない子どもと家庭への介入型ソーシャルワークモデルの開発ー地域ネットワークに基づく多職種協働ー」『東洋大学大学院紀要』50, 177-94.
 49. 金子努 (1996) 「『退院 (転院) 援助』を考えるーMSWの専門性とその役割ー」『医療と福祉』30 (1), 2-4.
 50. 金子努 (1997) 「在宅ケアを支える退院援助ー老人介護支援センターの立場からの提案ー」『医療と福祉』31 (1), 2-9.
 51. 川越雅弘 (2012) 「要介護高齢者に対する自宅退院支援の現状と課題」『静岡県医師会報』1493, 6-9.
 52. 木村容子 (2014) 「子育て家庭のための家庭訪問型ソーシャルワーク実践モデルの枠組みと構成要素：文献レビューから」『日本社会事業大学研究紀要』60, 107-22.
 53. 木下裕美 (1997) 「医療分野におけるソーシャルワーカーの任務ーハイリスクを抱える高齢者の一人暮らし生活への復帰を支えるソーシャルワーク援助について」『ソーシャルワーク研究』23 (3), 10-5.

54. 岸本勇二・福島明・倉信耕爾・ほか (2007) 「自宅退院が困難であった大腿骨近位部骨折症例に関する検討」『整形外科と災害外科』56 (3), 476-8.
55. Kitamura, Shinji, Hasegawa, Yukiharu and Suzuki, Sadao et al. (1998) Functional Outcome After Hip Fracture in Japan, Clinical Orthopaedics and Related Research, 348, 29-36.
56. 北村隆子・畑野相子・安田千寿・ほか (2009) 「大腿骨頸部骨折を経験した高齢者の退院後の生活活発度に関する研究」『人間看護学研究』7, 91-5.
57. 小林利彦 (2014) 「退院支援・退院調整業務に関するインターネットアンケート調査」『日本医療マネジメント学会雑誌』14 (4), 203-8.
58. 小島好子・雲野博美・角野圭佑・ほか (2014) 「救命救急センターにおける医療ソーシャルワーカーが介入する患者の特性と退院支援」『日本臨床救急医学会雑誌』17 (3), 359-402.
59. 近藤敏・宮前珠子 (1999) 「在宅高齢者の転倒恐怖」『広島県立保健福祉短期大学紀要』4 (1), 1-5.
60. 小滝則子・柳田千尋 (2009) 「転退院相談における支援のあり方の一考察－ISTT ワークショップでの意識調査から－」『医療と福祉』42 (2), 10-4.
61. 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会編 (2015) 『骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015 年版』ライフサイエンス出版.
62. 公益社団法人日本医療社会福祉協会調査研究部 (2018) 「地域包括ケア病棟における在宅復帰支援の実態報告」『医療と福祉』51(2), 17-23.
63. 厚生労働省 (2002) 『医療ソーシャルワーカー業務指針』.
64. 厚生労働省 (2008) 『平成 20 年厚生労働省告示第 62 号』.
65. 厚生省 (1998) 『厚生白書平成 10 年版』.
66. 久保茂樹 (2017) 「退院援助における『狭間』についての一考察－回復期リハビリテーション病棟でのソーシャルワークの実践の一例から」『ソーシャルワーク研究』43 (3), 218-25.
67. 黒川明美 (1997) 「退院援助における MSW の役割と視点について－医療現場における事例を通して－」『医療と福祉』31 (1), 15-7.
68. 前島伸一郎・大沢愛子・西尾大祐・ほか (2012) 「回復期リハビリテーション病棟における大腿骨近位部骨折へのアプローチ－転帰先と単位数, 在院日数における考察」

- 『Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science』3, 72-7.
69. 間嶋健 (2015) 「転院支援を必要とする患者の在院日数に影響を与える介入要因の検討に関する研究」『医療と福祉』48(2), 61-66.
 70. 松田茂樹 (2001) 「性別役割分業と新・性別役割分業—仕事と家事の二重負担—」『現代日本の夫婦関係』39-57.
 71. 松浦愛 (2010) 「退院援助における医療ソーシャルワーカーと看護師の関わり展開プロセス」『医療社会福祉研究』18, 33-42.
 72. 三毛美予子 (2001) 「ニッチ開拓：大学病院のソーシャルワーカーによる退院援助の側面」『社会福祉学』41(2), 117-129.
 73. 宮原和沙 (2018) 「退院支援における医療ソーシャルワーカーの果たすべき役割—妻への依存度が高い透析患者の自宅退院へ向けてのソーシャルワーク実践を通して—」『徳島文理大学研究紀要』96, 65-70.
 74. 宮原和沙 (2019a) 「他者に対する依存度が高い患者の退院に向けてのソーシャルワーク・アプローチ—医療ソーシャルワーカーによる患者の行動変容に向けての支援—」『徳島文理大学研究紀要』97, 25-30.
 75. 宮原和沙 (2019b) 「医療ソーシャルワーカーによる長期療養目的で転院してきた帰宅願望の強い患者の在宅へ向けての支援—生活の全てを妻に依存する患者の一事例—」『徳島文理大学研究紀要』97, 39-42.
 76. 望月宗一郎・小澤結香・村松照美・ほか (2010) 「介護療養型医療施設の退院調整に携わる看護師・医療ソーシャルワーカーの業務に関する認識とストレス対処力 (SOC) との関連」『山梨大学看護学会誌』8(2), 21-9.
 77. 本杉亜里・北島英治・田中千枝子 (2008) 「高齢患者の退院における家族の困難—多面的システムから捉えるアセスメントの視点」『医療社会福祉研究』16, 25-34.
 78. 森田亘・天羽健太郎・黒田栄史・ほか (2010) 「高齢者に対する早期退院支援スクリーニングの有用性」『東日本整形災害外科学会雑誌』22(2), 194-7.
 79. 宗正みゆき (2008) 『大腿骨頸部骨折手術後の高齢者の回復過程における介護支援に関する研究』平成17年度～平成19年度科学研究費補助金基盤研究C成果報告書, 日本赤十字広島看護大学.
 80. 村上信 (2002) 「小規模病院における退院援助の現状と課題」『静岡県立大学短期大学部紀要』16-W(4), 1-21.

81. 村上須賀子・渡邊佳代子 (1997) 「老人医療のよりよい『場』の確保と MSW の機能」『ソーシャルワーク研究』23 (3), 16-22.
82. 村上須賀子 (2015) 『変化を生み出すソーシャルワーカー—ヒロシマ MSW の生活史から—』大学教育出版.
83. 村上武敏 (2008) 「医療ソーシャルワーカーの働きを検証する 27 退院援助における対象者の実態と実践課題」『病院』67 (8), 65-8.
84. 中村達彦・山本吉藏・萩野浩 (1991) 「大腿骨頸部骨折の疫学調査—予後を中心として—」『整形外科と災害外科』40 (1), 329-332.
85. 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.
86. 中尾泰恵 (1997) 「痴呆症患者への退院援助」『医療と福祉』31 (1) 10-4.
87. 日本医療社会事業協会社会活動部 (2010) 「2008 年度退院援助の状況に関する調査・検討委員会調査報告書」『医療と福祉』44 (1), 34-47.
88. 日本医療社会事業協会社会保険部 (2010) 「退院調整加算の現状調査報告—平成 20 年度日本社会事業協会会員アンケートより一部抜粋—」『医療と福祉』43 (2), 2-3.
89. 日本医療社会事業協会社会保険部会 (2008) 『『社会福祉士等の退院支援調査』レポート及び追加資料』『医療と福祉』42 (1), 8-19.
90. 日本整形外科学会・日本骨折治療学会監修 (2011) 『大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン改訂第 2 版』南江堂.
91. 日本転倒予防学会 (2002) 『『転倒予防指導士』とは』
(<http://www.tentouyobou.jp/instructor/9.html>, 2020.9.1).
92. 野辺政雄 (1999) 「高齢者の社会的ネットワークとソーシャル・サポートの性別による違いについて」『社会学評論』50 (3), 375-92.
93. 野田秀孝 (2018) 「医療費抑制と退院支援に関する一考察—保健医療機関の福祉専門職の役割に焦点を当てて—」『富山大学人間発達科学部紀要』12 (2), 37-43.
94. 小原眞知子 (1997) 「ソーシャルワーカーと医療専門職との協働—リハビリテーション・チーム医療の経験から—」『ソーシャルワーク研究』23 (3), 32-42.
95. 小原眞知子 (2004) 「我が国の要介護高齢者の退院援助におけるソーシャルワーク実践にみられる今日の問題」『久留米大学文学部紀要』4, 55-76.
96. 小原眞知子 (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.

97. 小原真知子 (2013) 「支援を必要とする高齢者へのソーシャルワーカー-高齢者退院援助からの評価法」『地域リハビリテーション』8 (7), 520-5.
98. 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.
99. 奥村賢一 (2009) 「不登校児童生徒の状況改善に向けた家族支援の有効性に関する一考察-パワー交互作用モデルを基盤にした学校ソーシャルワーカー-」『学校ソーシャルワーク研究』4, 2-15.
100. 大垣京子 (2007) 「医療ソーシャルワーカーの働きを検証する 17 退院援助と受診受療援助」『病院』66 (10), 50-3.
101. 大本和子 (1997) 「転院援助行為とソーシャルワーカーの日常活動」『社会福祉学』38(1), 145-159.
102. 大谷昭 (1997) 「保健医療領域におけるソーシャルワークの現状と課題-変動する医療・福祉状況のなかで-」『ソーシャルワーク研究』23 (3) 4-9.
103. 大塚浮子 (2019) 「子どもを主体とした学校ソーシャルワーク理論の構築: パワー交互作用モデルと子どもアドボカシー研究の統合を目指して」『社会関係研究』24 (2), 33-64.
104. 折茂肇・坂田清美 (2004) 「第四回大腿骨頸部骨折全国頻度調査成績-2002 年における新発患者数の推定と 15 年間の推移-」『日本医事新報』4180, 25-30.
105. Orimo, H., Yaegashi, Y. and Hosoi, T. et al. (2016) Hip Fracture Incidence in Japan: Estimates of New Patients in 2012 and 25-Year Trends, Osteoporosis International, 27, 1777-84.
106. 齋場三十四 (1997) 「住環境整備と在宅ケア-SW 支援活動の確立について-」『医療と福祉』31 (1), 18-25.
107. 坂越大悟 (2019) 「特集術後の看護を知りたい注意すべき合併症」『整形外科看護』24 (9), 33-42.
108. 坂田裕美子・植竹日奈・鎌倉雅子・ほか (2009) 「地域医療連携および退院支援業務におけるソーシャルワーカーの位置づけ-ソーシャルワーカーはどこへ行くのか-」『医療社会福祉研究』17, 49-54.
109. 佐藤郁哉 (2008) 『質的データ分析法 原理・方法・実践』新曜社.

110. 佐藤奈津子 (2013) 「ソーシャルワーカーと退院調整看護師間のコンフリクトに関する研究－退院支援担当者へのアンケート調査から－」『北星学園大学大学院論集』4, 19-38.
111. 佐藤奈津子 (2014) 「ソーシャルワーカーと退院調整看護師間のコンフリクトに関する研究－退院支援担当者へのインタビュー調査から－」『北星学園大学大学院論集』5, 1-21.
112. 制度化研究委員会 (2000) 「2000 年会員調査結果報告」『医療と福祉』34(1), 2-17.
113. 征矢野あや子・太田勝正・麻原きよみ・ほか (1998) 「大腿骨骨折を経験した高齢者と家族の関りを中心とした退院指導についての考察」『老年看護学』3 (1), 35-42.
114. 芝野松次郎 (2015) 『ソーシャルワーク実践モデルの D&D プラグマティック EBP のための M-D&D』有斐閣.
115. 渋谷侑理加・新村郁子 (2016) 「ソーシャルワーカーからみる内部障害リハビリテーションの実際－退院支援を通じて－」『Monthly book medical rehabilitation』200, 29-33.
116. 重本顕史 (2019) 「特集疾患を知りたい大腿骨頸部骨折」『整形外科看護』24 (9), 12-3.
117. 清水智弘・佐久間隆・奥村潤一郎・ほか (2010) 「当院における大腿骨近位部骨折術後の合併症の検討」『北海道整形外科外傷研究会会誌』26, 3-6.
118. 新保祐光 (2011) 「利用者と専門職の協働による合意形成－『状況的価値』形成を目的とした退院支援－」『社会福祉学』51 (4), 43-56.
119. 新保祐光 (2014) 『退院支援のソーシャルワーカー当事者支援システムにおける『状況的価値』の形成－』相川書房.
120. 七田恵子・遠藤千恵子・柴崎公子・ほか (1988) 「大腿骨頸部骨折患者の追跡調査－生存率と身体的活動性－」『日本老年医学会雑誌』25 (6), 563-8.
121. 総務省 (2017) 『平成 28 年社会生活基本調査』.
122. 総務省 (2019) 「人口推計 (2019 年 (令和元年)10 月 1 日現在)」 (<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2019np/pdf/2019np.pdf>, 2020.7.25).
123. 総務省 (2021) 「人口推計－2021 年 (令和 3 年) 7 月報－」 (<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/202107.pdf>, 2021.8.14).
124. 鈴川芽久美・島田裕之・牧迫飛雄馬・ほか (2009) 「要介護高齢者における転倒と骨折

- の発生状況」『日本老年医学会雑誌』46 (4), 334-40.
125. 鈴木淳子 (2017) 「ジェンダー役割不平等のメカニズム」『心理学評論』60 (1), 62-80.
126. 鈴木裕介 (2020) 「医療機関におけるソーシャルワーク実践を基盤とした退院支援計画」『ソーシャルワーク研究』45 (4), 311-6.
127. 平真紀子・泉キヨ子・河村一海・ほか (2002) 「入院高齢者の転倒経験とその後の予防のとらえ方」『日本看護研究学会雑誌』25 (2), 17-28.
128. 高名祐美 (1997) 「退院援助における退院前訪問の意味」『医療と福祉』31 (1), 26-8.
129. 高山恵理子 (2000) 「医療機関におけるソーシャルワーク業務の実証的検証ー特定機能病院における『退院計画』援助の定着ー」『社会福祉学』41(1), 99-109.
130. 高山恵理子 (2012) 「病院におけるソーシャルワーカーによる退院支援プログラム策定の試みー病院組織・院内スタッフに対する実践に焦点をあててー」『上智大学社会福祉研究』36, 1-17.
131. 高山恵理子・小原真知子 (2014) 「医療機関における退院支援に関わるソーシャルワーク部門の位置づけと看護師との協働の状況ー『病院における医療ソーシャルワーカー退院支援業務に関する調査』よりー」『医療と福祉』47 (1), 60-6.
132. 高山恵理子 (2016) 「退院支援に関わる組織を対象としたソーシャルワークの実践：実践基盤としての『使命』の役割」『上智大学社会福祉研究』40, 1-16.
133. 高山恵理子・山口麻衣・小原真知子・ほか (2016) 「退院支援において病院運営管理部門はソーシャルワーカーに何を期待しているのか：回復期リハビリテーション病院運営管理部門を対象としたソーシャルワーク実践アウトカム評価調査より」『医療社会福祉研究』24, 9-25.
134. 竹中麻由美 (1996) 「介護力強化病院における転院問題」『医療と福祉』30 (1), 5-11.
135. 田村真実子 (1996) 「自宅生活が困難な時の退院援助について」『医療と福祉』30 (1), 19-25.
136. 田中千枝子 (1999) 「医療ソーシャルワーカーの退院援助業務への取り組み姿勢」『医療社会福祉研究』8 (1), 27-33.
137. 谷義幸 (2013) 「退院支援と医療ソーシャルワーカーの実践課題ー介護支援連携におけるMSW機能の検討ー」『福祉研究』106, 11-20.
138. 谷義幸 (2015) 「要介護認定における『軽度者』への退院支援ー事例にみるソーシャルワーカーの介入ー」『医療と福祉』49 (1), 15-21.

139. 立石昌子 (2009) 「医療ソーシャルワーカーの働きを検証する 36 MSW による転院支援の有効性」『病院』68 (8), 64-7.
140. 橘直子 (2009) 「退院支援における医療ソーシャルワーカーの役割と実際」『緩和ケア』19 (2), 120-2.
141. 転院問題を考える会 (2003) 『第2回転院調査報告書 MSW による患者・家族に対するアンケートの結果から』転院問題を考える会.
142. 寺田千栄子 (2020) 「エンパワメント視点に基づく LGBTQ 児童生徒への学校ソーシャルワーク実践モデル」『学校ソーシャルワーク研究』15, 33-47.
143. 千葉京子・中村美鈴・長江弘子 (2003) 「大腿骨頸部骨折術後高齢者が『生活の折り合い』に向かう心理的過程」『日本看護研究学雑誌』26 (5), 73-86.
144. 鳥羽信行 (1996) 「転院時における援助業務の情報提供についての一考察」『医療と福祉』30 (1), 12-3.
145. 富樫八郎 (2004) 「急性期型病院におけるソーシャルワーク介入の頻度に関する研究」『沖縄大学人文学部紀要』5, 79-86.
146. 徳山磨貴・鈴木孝子・道井典子 (2014) 「医療ソーシャルワークにおける退院調整看護師との役割分担の現状と課題ー急性期病院の MSW に対するアンケート調査からー」『医療と福祉』47 (1), 54-9.
147. 取出涼子 (1997) 「ソーシャルワーカーが行う退院援助の意義と今日的課題」『ソーシャルワーク研究』23 (3), 23-31.
148. 取出涼子 (2009) 「ソーシャルワーカーがマネジメントするチームによる退院時カンファレンスの有用性ー回復期リハビリテーション病棟の場合ー」『地域連携 network』2 (2), 25-31.
149. 坪井真幸・長谷川幸治・鈴木貞夫 (2004) 「大腿骨近位部骨折の長期予後」『総合リハビリテーション』32 (10), 947-50.
150. 坪山直生・清水基行・中村孝志・ほか (2003) 「大腿骨頸部骨折発生機序の調査」『日本骨粗鬆症学会雑誌』11 (3), 563-6.
151. 常喜達裕・田之上武明 (2019) 「退院支援アセスメント導入による医療ソーシャルワーカー対応事象比率の変化」『医療と福祉』53 (2), 51-5.
152. 露木信介 (2010) 「回復期リハビリテーション病棟におけるソーシャルワーク支援の検討ー大腿骨頸部骨折患者及び家族の入院 60 日以降の取り組みー」『医療と福祉』43,

56-61.

153. 漆畑真人 (1996) 「転院問題の人権的論点についてー法的コンセンサスの確認ー MSW が活用すべき患者の権利の整理ー」『医療と福祉』30 (1), 14-8.
154. 八重樫由美 (2015) 「日本の大腿骨近位部骨折発生率ー2012 年における新発生患者の推定と 25 年間の推移ー」『骨粗鬆症財団ニュース』26, 1.
155. 山田昌弘 (1994) 『近代家族のゆくえー家族の愛情のパラドックスー』新曜社.
156. 山口奈都世・橋本麻由里 (2015) 「大腿骨近位部骨折術後患者の早期 ADL 自立に向けた看護ケアの指標作成とその評価」『岐阜県立看護大学紀要』15 (1), 55-65.
157. 山口麻衣・高山恵理子・小原真知子・ほか (2013) 「医療ソーシャルワーカーの退院支援実践の評価」『医療社会福祉研究』21, 127-40.
158. 山路克文 (1997) 「医療制度改革下における MSW 機能の変容と課題ー退院・社会復帰援助の制度的期待と問題点」『医療と福祉』31 (1), 29-34.
159. 山路克文 (2013) 『戦後日本の医療・福祉制度の変容 病院から追い出される患者たち』法律文化社.
160. 山本恵子 (1996) 「高齢者の骨折が生活に及ぼす影響ー転倒による大腿骨頸部骨折患者を例としてー」『茨城県立医療大学紀要』1, 55-64.
161. 山室創・野口暁子・篠原直樹・ほか (2015) 「回復期リハビリテーション病棟退院患者 (単身独居・日中独居) の現状報告」『医療と福祉』49 (1), 8-14.
162. 山手茂 (1982) 「第 1 章 日本の保健・医療問題と医療ソーシャルワークの課題」須川豊・山手茂編『MSW の役割と専門技術 保健・医療・福祉の統合』へるす出版, 5-10.
163. 柳田千尋 (2011) 「急性期病院における短期援助に関する研究ー退院援助における援助日数に影響を与える要因ー」『医療と福祉』44 (2), 16-22.
164. 柳田千尋 (2016) 「さまざまなタイプのクライアントを支援する際のポイントー退院支援に関する事例研究ー」『医療社会福祉研究』24, 77-90.
165. 安田千寿・北村隆子・畑野相子 (2011) 「大腿骨骨折治療を受けた高齢患者の 1 年間の生活状況ー生活の再構築と看護師との関わりにおける事例検討ー」『人間看護学研究』9, 55-60.
166. 吉田雅子 (1999) 「退院援助に関する医療ソーシャルワーカーへの全国調査」『医療社会福祉研究』8 (1), 2-10.

《巻末資料》

【 図表一覧 】

- 表 1 Incidence rate of hip fracture per 10,000, 1992-2012
- 図 1 研究構成
- 図 2 研究課題の構成
- 表 1-1 医療ソーシャルワーカーによる退院支援に関する先行研究の特徴
- 図 2-1 大腿骨近位部骨折患者数の推移
- 図 2-2 大腿骨近位部骨折患者数の推移（性別による新規患者数の推移）
- 図 2-3 人口 1 万人あたり的大腿骨近位部骨折発生率（男性・年齢別）
- 図 2-4 人口 1 万人あたり的大腿骨近位部骨折発生率（女性・年齢別）
- 表 3-1 回答者の属性
- 表 3-2 大腿骨骨折患者の特徴
- 表 3-3 退院時に導入する介護サービス（上位 3 つ）
- 表 3-4 大腿骨骨折患者と他疾患入院患者における業務実施の差について
- 表 3-5 大腿骨骨折の高齢入院患者の性別における支援実施の比較

- 表 3-6-1 対象者の性別にみる大腿骨骨折患者への支援傾向
- 表 3-6-2 対象者の性別にみる大腿骨骨折患者への支援傾向
- 表 3-7-1 対象者の経験年数別にみる大腿骨骨折患者への支援傾向
- 表 3-7-2 対象者の経験年数別にみる大腿骨骨折患者への支援傾向
- 表 4-1 【療養生活に伴う精神的負担】に関する分析結果
- 表 4-2 【回復への意欲】に関する分析結果
- 表 4-3 【治療終了後も続く大腿骨骨折による負担】に関する分析結果
- 表 4-4 【安心した生活が確保された自分らしい暮らしの獲得】に関する分析結果
- 図 4-1 入院から退院後の在宅生活における時系列的展開
- 図 6-1 実践モデルの全体像
- 表 6-1 実践マニュアル①【療養生活に伴う精神的負担の把握】
- 表 6-2 実践マニュアル②【回復への意欲に関する介入】
- 表 6-3 実践マニュアル③【ソーシャル・サポートと患者の性別への着眼点】
- 表 6-4 実践マニュアル④【在宅復帰後のストレングスと QOL の促進要因の検討】
- 表 6-5 実践マニュアル⑤【在宅復帰後のストレングスと QOL の阻害要因の検討】

この調査は、全国の回復期リハビリテーション病棟を対象に、医療ソーシャルワーカーの業務全体の状況及び大腿骨骨折の高齢入院患者（65歳以上）への支援を中心にお聞きするものです。次の各設問について回答をお願いします。

F. 回答する方ご自身のことについてお聞きします。

F1. あなたの性別をお答えください。 (1) 男性 (2) 女性 (3) その他

F2. あなたの年齢について、お答えください。 () 歳

31 F3. あなたが医療ソーシャルワーカー職に就いてからの経験年数について、お答えください。 () 年 () 月

F4. あなたが取得されている資格について、該当する番号すべてに○をつけてください。複数回答可。

- (1) 社会福祉士 (2) 精神保健福祉士 (3) 介護支援専門員 (4) 社会福祉主事 (5) 看護師
(6) 保健師 (7) 臨床心理士 (8) その他 ()

F5. あなたの所属機関において、回復期リハビリテーション病棟の病床規模はどのくらいですか。具体的な数字をお書きください。

() 床

F6. あなたの所属機関では、回復期リハビリテーション病棟を担当するソーシャルワーカーは現在何人いますか。具体的な数字をお書きください。

() 人

F7. あなたが受け持っておられる入院患者のうち、大腿骨骨折の高齢入院患者数(65歳以上)は月平均でどのくらいですか(2018年7月までの直近1年)。具体的な数字をお書きください。

() 人

F8. あなたの所属機関の設立主体について、該当する番号に○をつけてください。

- (1) 医療法人 (2) 国立病院機構 (3) 都道府県立 (4) 市町村立 (5) 地方独立行政法人
(6) 個人 (7) その他 ()

F9. あなたの所属部門について、該当する番号に○をつけてください。複数回答可。

- (1) 診療部門 (2) 診療技術部門 (3) 看護部門 (4) 事務部門
(5) 独立部門 (6) その他 ()

A4. 既往歴として多いもの上位3つを選んで、番号を記入してください。

- | | | | |
|---------------------|----------------|-------------|--------------|
| (1) 心疾患(高血圧性のものを除く) | (2) 高血圧 | (3) 糖尿病 | (4) 慢性腎不全 |
| (5) 悪性新生物 | (6) 摂食・嚥下障害 | (7) 脳血管疾患 | (8) 肺炎 |
| (10) 変形性膝関節症 | (11) 腰椎・胸椎圧迫骨折 | (12) 関節リウマチ | (13) 白内障・緑内障 |
| (14) 認知症 | | | |
| (15) その他 () | | | |

1位 < > 2位 < > 3位 < >

B. あなたが行っている支援についてお聞きします。

B1. 大腿骨骨折の高齢入院患者（65歳以上）に対する支援のうち、男女別の実施状況について、あてはまる数字に○をつけてください。

(※ 1-ほとんど実施しない、 2-ときどき実施する、 3-しばしば実施する、 4-わりと実施する、 5-よく実施する)
 (0-20%) (21-40%) (41-60%) (61-80%) (81-100%)

	女 性	男 性
B1-① 社会資源や制度に関する情報提供及び説明	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
B1-② 社会資源活用への仲介	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
B1-③ 家事全般（炊事・洗濯・掃除等）のサービスや支援の導入・調整	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
B1-④ 退院後の身辺動作（移動・入浴・トイレ等）に関するサービスや支援の導入・調整	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
B1-⑤ 退院後の生活に必要な道具の準備	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
B1-⑥ 家屋環境整備（障害物の撤去や手すり設置等）	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
B1-⑦ 退院後の屋外活動（散歩・買い物や受診時の移送・庭仕事等）に関するサービスや支援の導入・調整	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5

前ページのつづき

(※ 1-ほとんど実施しない、 2-ときどき実施する、 3-しばしば実施する、 4-わりと実施する、 5-よく実施する)
 (0-20%) (21-40%) (41-60%) (61-80%) (81-100%)

	女 性	男 性
B1-⑧ 物的介助（つえ等）による歩行生活で生じる不自由さの説明	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
B1-⑨ 再転倒の不安・恐怖の訴えを受けとめる	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
B1-⑩ 疾病受容を促す	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
B1-⑪ 同居家族による家事協力をとりつける	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
B1-⑫ 受傷前の家事役割を維持するためにサービスや支援を導入・調整する	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
B1-⑬ 家庭内で担っていた役割を果たせないもどかしさや情けなさ、同居家族への気遣いや気兼ねなどの想いを傾聴する	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
B1-⑭ 痛みや疲労感の訴えを受けとめる	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
B1-⑮ 生活の中で楽しみ・趣味活動を見つける手助け	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5

前ページのつづき

(※ 1-ほとんど実施しない、 2-ときどき実施する、 3-しばしば実施する、 4-わりと実施する、 5-よく実施する)
 (0-20%) (21-40%) (41-60%) (61-80%) (81-100%)

	女 性	男 性
B1-⑯ 生活様式のこだわり（畳の生活へのこだわり、自分らしい生活の回復）に配慮した支援	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
B1-⑰ これまでの社会活動参加（近隣住民や町内会との交わり）の維持に配慮した支援	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
B1-⑱ 転院先・入所施設選定	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
B1-⑲ 経済的問題への支援	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5

C. あなたが行っている業務のうち、【大腿骨骨折】【脳血管疾患】【廃用症候群】の高齢入院患者（65歳以上）についてお聞きします。
 （※医療ソーシャルワーカー業務指針の内容を中心にお聞きします。）

C1. あなたが行っている業務のうち【療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助】について、あてはまる数字に○をつけてください。

（※ 1-ほとんど実施しない、 2-ときどき実施する、 3-しばしば実施する、 4-わりと実施する、 5-よく実施する ）
 (0-20%) (21-40%) (41-60%) (61-80%) (81-100%)

	大腿骨骨折の高齢入院患者	脳血管疾患の高齢入院患者	廃用症候群の高齢入院患者
C1-① 受診や入院、在宅医療に伴う不安等の問題の解決を援助し、心理的に支援する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
C1-② 患者が安心して療養できるよう、多様な社会資源の活用を念頭に置いて、療養中の家事、育児、教育就労等の問題の解決を援助する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
C1-③ 高齢者等の在宅療養環境を整備するため、在宅ケア諸サービス、介護保険給付等についての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連携の下に患者の生活と傷病の状況に応じたサービスの活用を援助する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
C1-④ 傷病や療養に伴って生じる家族関係の葛藤や家族内の暴力に対応し、その緩和を図るなど家族関係の調整を援助する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5

前ページのつづき

(※ 1-ほとんど実施しない、 2-ときどき実施する、 3-しばしば実施する、 4-わりと実施する、 5-よく実施する)
 (0-20%) (21-40%) (41-60%) (61-80%) (81-100%)

	大腿骨骨折の高齢入院患者	脳血管疾患の高齢入院患者	廃用症候群の高齢入院患者
C1-⑤ 患者同士や職員との人間関係の調整を援助する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
C1-⑥ 学校、職場、近隣等地域での人間関係の調整を援助する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
C1-⑦ がん、エイズ、難病等傷病の受容が困難な場合に、その問題解決を援助する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
C1-⑧ 患者の死による家族の精神的苦痛の軽減・克服、生活の再設計を援助する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
C1-⑨ 療養中の患者や家族の心理的・社会的問題の解決援助のために患者会、家族会等を育成、支援する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5

C2. あなたが行っている業務のうち【退院援助】について、あてはまる数字に○をつけてください。

(※ 1-ほとんど実施しない、 2-ときどき実施する、 3-しばしば実施する、 4-わりと実施する、 5-よく実施する)
 (0-20%) (21-40%) (41-60%) (61-80%) (81-100%)

	大腿骨骨折の高齢入院患者	脳血管疾患の高齢入院患者	廃用症候群の高齢入院患者
C2-① 地域における在宅ケア諸サービス等についての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連携の下に、退院・退所する患者の生活及び療養の場の確保について話し合いを行うとともに、傷病や障害の状況に応じたサービスの利用の方向性を検討し、これに基づいた援助を行う。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
C2-② 介護保険制度の利用が予想される場合、制度の説明を行い、その利用支援を行う。また、この場合、介護支援専門員等と連携を図り、患者、家族の了解を得た上で入院中に訪問調査を依頼するなど、退院準備について関係者に相談・協議する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
C2-③ 退院・退所後においても引き続き必要な医療を受け、地域の中で生活ができるよう、患者の多様なニーズを把握し、転院のための医療機関、退院・退所後の介護保険施設、社会福祉施設等利用可能な地域の社会資源の選定を援助する。なお、その際には、患者の傷病・障害の状況に十分留意する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5

前ページのつづき

(※ 1-ほとんど実施しない、 2-ときどき実施する、 3-しばしば実施する、 4-わりと実施する、 5-よく実施する)
 (0-20%) (21-40%) (41-60%) (61-80%) (81-100%)

	大腿骨骨折の高齢入院患者	脳血管疾患の高齢入院患者	廃用症候群の高齢入院患者
C2-④ 転院、在宅医療等に伴う患者、家族の不安等の問題解決を援助する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
C2-⑤ 住居の確保、傷病や障害に適した改修等住居問題の解決を援助する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5

141

C3. あなたが行っている業務のうち【社会復帰援助】について、あてはまる数字に○をつけてください。

(※ 1-ほとんど実施しない、 2-ときどき実施する、 3-しばしば実施する、 4-わりと実施する、 5-よく実施する)
 (0-20%) (21-40%) (41-60%) (61-80%) (81-100%)

	大腿骨骨折の高齢入院患者	脳血管疾患の高齢入院患者	廃用症候群の高齢入院患者
C3-① 患者の職場や学校と調整を行い、復職、復学を援助する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
C3-② 関係機関・関係職種との連携や訪問活動等により、社会復帰が円滑に進むように転院、退院・退所後の心理的・社会的問題の解決を援助する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5

C4. あなたが行っている業務のうち【受診・受療援助】について、あてはまる数字に○をつけてください。

(※ 1-ほとんど実施しない、 2-ときどき実施する、 3-しばしば実施する、 4-わりと実施する、 5-よく実施する)
 (0-20%) (21-40%) (41-60%) (61-80%) (81-100%)

	大腿骨骨折の高齢入院患者	脳血管疾患の高齢入院患者	廃用症候群の高齢入院患者
C4-① 生活と傷病の状況に適切に対応した医療の受け方、病院・診療所の機能等の情報提供等を行う。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
C4-② 診断・治療を拒否するなど、医師等の医療上の指導を受け入れない場合に、その理由となっている心理的・社会的問題について情報を収集し、問題の解決を援助する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
C4-③ 診断・治療内容に関する不安がある場合、患者、家族の心理的・社会的状況を踏まえて、その理解を援助する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
C4-④ 心理的・社会的原因で症状の出る患者について情報を収集し、医師等へ提供するとともに、人間関係の調整、社会資源の活用等による問題の解決を援助する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
C4-⑤ 入退院・入退所の判定に関する委員会が設けられている場合には、これに参加し、経済的、心理的・社会的観点から必要な情報の提供を行う。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5

前ページのつづき

(※ 1-ほとんど実施しない、 2-ときどき実施する、 3-しばしば実施する、 4-わりと実施する、 5-よく実施する)
 (0-20%) (21-40%) (41-60%) (61-80%) (81-100%)

	大腿骨骨折の高齢入院患者	脳血管疾患の高齢入院患者	廃用症候群の高齢入院患者
C4-⑥ その他診療に参考となる情報を収集し、医師、看護師等へ提供する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
C4-⑦ 通所リハビリテーション等の支援、集団療法のためのアルコール依存症者の会等の育成、支援を行う。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5

C5. あなたが行っている業務のうち【**経済的問題の解決、調整援助**】について、あてはまる数字に○をつけてください。

(※ 1-ほとんど実施しない、 2-ときどき実施する、 3-しばしば実施する、 4-わりと実施する、 5-よく実施する)
 (0-20%) (21-40%) (41-60%) (61-80%) (81-100%)

	大腿骨骨折の高齢入院患者	脳血管疾患の高齢入院患者	廃用症候群の高齢入院患者
C5-① 入院、入院外を問わず、患者が医療費、生活費に困っている場合に、社会福祉、社会保険等の機関と連携を図りながら、福祉、保険など関係諸制度を活用できるよう援助する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5

C6. あなたが行っている業務のうち【地域活動】について、あてはまる数字に○をつけてください。

(※ 1-ほとんど実施しない、 2-ときどき実施する、 3-しばしば実施する、 4-わりと実施する、 5-よく実施する)
 (0-20%) (21-40%) (41-60%) (61-80%) (81-100%)

	大腿骨骨折の高齢入院患者	脳血管疾患の高齢入院患者	廃用症候群の高齢入院患者
C6-① 他の保健医療機関、保健所、市町村等と連携して地域の患者会、家族会等を育成、支援する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
C6-② 他の保健医療機関、福祉関係機関等と連携し、保健・医療・福祉に係る地域のボランティアを育成、支援する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
C6-③ 地域ケア会議等を通じて保健医療の場から患者の在宅ケアを支援し、地域ケアシステムづくりへ参画するなど、地域におけるネットワークづくりに貢献する。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
C6-④ 関係機関、関係職種等と連携し、高齢者、精神障害者等の在宅ケアや社会復帰について地域の理解を求め、普及を進める。	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5

D. 地域連携についてお聞きします。

D1. 現在、高齢入院患者（65歳以上）を支援する上で、地域の関係機関・関係職種と連携を行っていますか。

(1) はい〈D1-①へ進んでください〉

(2) いいえ〈D1-②へ進んでください〉



D1-①. D1で「はい」と答えた方へお聞きします。具体的な活動内容を教えてください。

D1-②. D1で「いいえ」と答えた方へお聞きします。今後、どのような連携が必要だとお考えですか。自由にお書きください。

D2. 現在、大腿骨骨折の高齢入院患者（65歳以上）を支援する上で、地域の関係機関・関係職種と連携を行っていますか。

(1) はい〈D2-①へ進んでください〉

(2) いいえ〈D2-②へ進んでください〉



D2-①. D2で「はい」と答えた方へお聞きします。具体的な活動内容を教えてください。

D2-②. D2で「いいえ」と答えた方へお聞きします。今後、どのような連携が必要だとお考えですか。自由にお書きください。

お忙しいところ、ご協力いただき、ありがとうございました。

インタビューガイド

このたびは、インタビュー調査にご協力いただき、ありがとうございます。私は、福岡県立大学人間社会学部社会福祉学科に所属する畑香理と申します。本日は、「大腿骨骨折を経験した在宅高齢者への支援に関する調査研究」のインタビュー調査を行わせていただきます。

- (1) インタビューにかかる時間は、1時間程度と考えています。
- (2) 依頼内容を研究対象者様と一緒に確認します。
- (3) インタビュー調査に関する説明書を用いて、研究の目的と意義、研究方法、倫理的配慮等を研究対象者様と一緒に確認します。
- (4) インタビューガイドの内容を研究対象者様と一緒に確認します。
- (5) 研究内容、倫理的配慮、インタビューガイドを了承していただき、調査に参加していただけるようでしたら、同意書にサインをしていただきます。
- (6) 以下①～⑥のインタビュー項目に沿ってインタビューを実施します。
 - ① 大腿骨骨折を経験されてから退院するまでの状況について、入院中に医療ソーシャルワーカーからどのような支援があったのか教えてください。
 - ② 入院中に、在宅生活を送るうえで不安に感じた点とその点への対処及び行われた支援について教えてください。
 - ③ 退院後の生活全般において、困難を感じる点や不安を感じる点を教えてください。
 - ④ 家事を行う上で、困難を感じる点を教えてください。
 - ⑤ 受傷前に行っていた家庭内の役割について、退院後では変化がありましたか。
 - ⑥ その他、上記の項目以外のことでご意見等がございましたら、ぜひお話しください。よろしくお願いいたします。

以上でインタビューを終了します。本日は、ご協力いただきありがとうございました。研究同意の撤回や研究結果の公表等、ご不明な点がございましたら、研究者まで連絡をください。