

福祉サービスの質評価を目的とした ニーズ抽出質問票作成の試み

—ICFユニバーサルモデルの視点から—

山崎百子

A trial-making a needs-extraction questionnaire in quality assessment for welfare-services

—From the standpoint of ICF (International Classification
of Functioning, Disability, and Health) Universal Model—

Momoko Yamazaki

Abstract

In 2001, World Health Organization (WHO) issued the ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) which introduced the new concept of disability. ICF addressed universal model, providing a new conceptual frame work for considering variation in human ability. It acknowledges that every human being can experience a loss in health and thereby experiences some disability. With such an umbrella concept, ICF utilized the developing measurement of health and disability. Taking into account of such ICF concept, the present study examines the validity of using scientific data in the field of social welfare. In the preliminary study, the participants were questioned about their satisfaction on the service before and after the Kaigo-hoken. Their needs were analyzed and categorized using KJ method and quantification method of type 3. Then 281 care managers labeled these needs according to the three-point scale and averages of each need were indicated in the radar chart.

Sampling from this preliminary study, a needs-extraction questionnaire of this study was constructed. Since both descriptive and numerical data were involved throughout the process, it is believed that a sound data collection was achieved. ICF addresses the use of scientific methods in the field of social

welfare. This study supports such a claim, arguing that the scientific methods are necessary for achieving objective evaluation on social work. At the same time, this study specified two critical factors which contribute a sound service in the social work ; one is an objective evaluation of social workers and the other is their decision making abilities in intervention. The study concludes the interdisciplinary research is necessary in order to improve the quality service.

Key Words: ICF universal model from WHO, Quality evaluation of welfare service, Scientific method, Specialty of social work, needs-extraction questionnaire

I 研究の背景

I.1 動向と課題

介護保険改正を行ったわが国の福祉サービス供給環境は、地域格差をもちながらも準市場型機能と多様な供給体による競合状態を示しつつある¹⁾。改正案にはケアマネジャーなどヒューマンサービスの質向上がもりこまれ、サービス利用者ひとりひとりが満足する「サービスの質評価」が、万人対象の課題となりつつある。加えて規制緩和に伴う福祉NPOの役割や、当事者の人権向上を目指す施策充実など、さまざまな対策も提出された。これらの動向は福祉分野の社会調査や研究等の、特にソーシャルワークの方法論に影響を与え、「サービスの質評価と向上方法」の妥当性が問われることを予測させた²⁾。

また、介護保険をきっかけとしたサービス利用者による選択と契約の仕組みは、支援費制度と並行し、サービス供給の統合一元化傾向を示した。厚生労働省は施設から在宅ケアの移行を強化し、ケアマネジメントに力点を置く「小規模地域多機能サービス拠点ケアの構築」を2006年度開始予定とした。これに先立ち「サービスの質向上に向けた介護サービス格付け」を、グループホームだけでなく全介護保険事業者を対象とするとした。総じてこれらの動向は、新たな地域相互扶助システムの構築と、万人が参加可能な評価と介入効果、サービスの質評価について共通の認識と概念定義を持つ必要性をわたしたちに周知させたと言える³⁾。

I.2 ICF

2001年5月、世界保健機構（WHO）は、国際障害分類改定版として「国際生活機能分類（ICF）」；International Classification of Functioning, Disability and Healthを提唱した。本稿の随所で述べるICF概念は、メール上誰でもアクセスできるパワーポイント34枚のICF説明原稿に拠る⁴⁾。この資料では、ICF概説書のエッセンスと、改定理念（politically correct）の応用と説明などが凝縮され示されている。新理念は、1980年提唱の障害概念（ICIDH-1）との題名比較により明らかになる⁵⁾。両題名を比較すると、最後の各Hは、対極：社会的不利（Handicap）と健康（Health）の意味を示す。さらにICFの「健康」は、ユニバーサルモデルとして万人の幸福「福祉」と重なる。「健康」とは、個体と環境因子が双方向関係を持つ“今現在のI状態”で、障害や疾病を含め人間ならばだれでももつI症状の評価として、環境との相互作用モデルで扱われる。またICFのF、Functioningとは、「生体機能が正しく機能している状態」で「生活機能」と訳され、中立（neutral）の評価概念である。総じてICFは、健康と障害が疾病（ICD-10）を含め万人のライフサイクル上のI症状とする「連続性（continuum）」の概念を提唱し、サービスの受け手は同時に担い手でもある、という介入時における新たな臨床の視座を示唆した。また生活機能をプラス(肯定)、障害をマイナス(否定)コードで定量化表示する方法は、介入効果明示の必要性を強調した。これらの新たな支援の視座と表現方法は、介入効果におけるあらゆる分野を超えた専門非専門家たちが使える“共通言語”を目指した。

現在主に医療リハビリテーション分野でICF理念は具体的に活用されており、今後他分野特に福祉ソーシャルワークにも広がることは確実である⁶⁾。

ICF改定新概念は、単なる評価指標としてだけでなく、法サービスの改正や概念定義、介入の倫理的解釈などに影響が予測される。例えば、介護報酬改定はICFの生活自立概念に基づいた。また、ICFの評価活用についてはパラメディカル分野からの情報発信が著しい⁷⁾。今後医療福祉専門家チーム内のソーシャルワーク等に影響するであろう。なぜなら質の高いサービス対応と管理には、チーム共通の知識情報と評価尺度が前提とされ、ICFも示したように医療は明らかに福祉に含まれるサービスだからである。

II 福祉サービスの質

II.1 ヒューマンサービス商品

対人社会サービスは、個々のサービス利用者が有する生活問題を緩和、あるいは除去するための援助活動全般をさし、広義ソーシャルワークと重なる⁸⁾。しかしながらサービスの担い手受け手は共に人間で、個別サービス評価の真髄は、利用提供両者の主観に依存する場合が多い。したがって、専門家から見た潜在顕在両者の利用者ニーズの把握と評価が重要になる。また人間は社会的動物で、ICFが指摘した活動や社会参加など、サービスの受け手担い手両者が関わる環境との相互作用因も考慮する必要がある。他方、対人社会サービスの質は、人と人が向き合う臨床場面の、利用者のニーズを反映させた提供者による支援行動に集約される可能性がある。したがって福祉サービスの質はヒューマンサービス行動を対象とし、サービス業におけるサービス商品の質評価と同機能を有すると考える必要がある⁹⁾。

II.2 質の同定：定性と定量のデータ統合の努力

サービスの質評価の課題は「質をどのようにあつかうか」の方法を明確に示す必要がある。ここで対象とする質は、主観的クオリア（質感）有無の次元とは別である¹⁰⁾。ケア領域では質を安易に数値データに置きかえる際、感情的反発や忌諱を伴う場合もある¹¹⁾。また記述表示は限界ある言語で語られ、特に個別事例の介入効果判定は、追試検証が困難である場合が多い。したがって、言語表現データの限界をふまえつつ様々な技術で質を同定する努力が重要となる。近年、援助技術効果の判定には行動科学系心理学手法の知見流用が多く、品質管理等工学系知識の応用もある。結論として質向上等の課題は、方法論として個別ニーズをどのように処理するかを問う¹²⁾。したがって利用者の主観的な満足度を確認し、提供者の介入効果を説明できる方法が重要となる。また対人サービスは、情報の非対称性と相互性という特徴をもち、医療よりケアは介入効果判明に時間がかかる。この欠点を補うためにも、当事者ニーズを反映する質の定量指標値や評価方法を考慮する必要がある。

II.3 本稿作成の意図

本稿ではニーズを反映する質問票の作成を意図し、事前調査にて定性と定量データ処理を統合してニーズ抽出を行った質問票を作成し、その集計一部結果を示した。この作業を通し、ICFが提唱した「代弁から科学的援助」方法の意義を問い、前出質問票の未公開部分の後半約8ページ分の情報公開も兼ねた。前出質問票による調査とは、介護保険制度施行後の福祉環境について、約600名のY県ケアマネジャ回答による（599名、回収率約50%）質問票前半（A4版19ページ構成12ページ分）の結果であった。この結果は買い手（サービス利用者）中心ではなく、売り手市場の特徴をもつY県サービス供給I実態を示した¹³⁾。この調査に先立ち筆者は、品質機能展開（QFD; Quality Function Deployment）を用い特別養護老人ホームの施設サービスの質向上要因について、KJ法と数量化3類でニーズとサービスの整合性を検証していた¹⁴⁾。本稿は、質問票結果の考察ではなく新ICF改定概念の基底枠組みによる科学的ソーシャルワークの考察に重点を置きつつ、福祉方法論の専門性を問う。合わせて先行論文解析手法の追試（replicate）検証を目指した。

III 概念枠組み

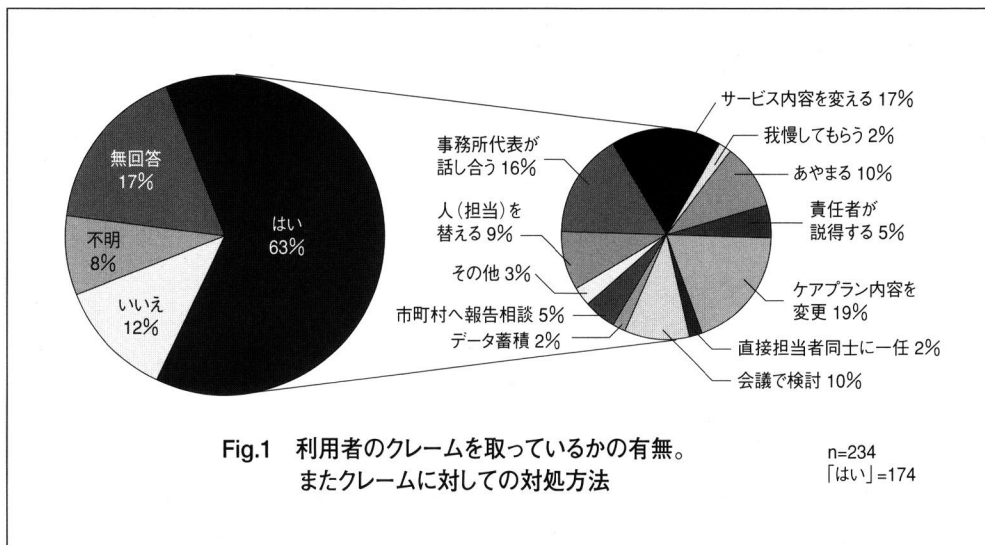
III.1 ニーズとサービス

ニーズとサービスは、それぞれ専門分野で定義や解釈レベルが異なる場合が多い。また福祉ニーズは環境と個体からそれぞれ、要求の違いで対象範囲が拡大縮小する。したがって対応サービスは、社会環境の要請には法サービスや体制システム、個体ニーズには臨床サービスの対応となる可能性がある。特に個体ニーズに基づく臨床対人サービスは、対象者ニーズの理解が大前提となる。またニーズは苦情クレームを含む場合が多いため、援助技術向上の重要情報となる。個体ニーズの理解には、人間性心理学者マズローの欲求階層説の引用が多い¹⁵⁾。筆者実験結果では、施設対応サービスでは、マズローの下位欲求について従来のサービス提供で充足可能であった。しかし、個体欲求が高次になればなるほど自発的内発動機付けや主観的個別要因、例えば価値観や嗜好等を考慮する必要があるが示された。このため、利用者の主観的満足を得ないかぎり質が高いサービスとはならない可能性があった。同様にICF概要2元表内の個人因子も、主観性考慮のためプラス・マイナス共に未開発で、非該当（not-applicable）となっている。したがってICFにおいても主観的尺度については、今後のデータの蓄積が必要で、フィールドリサーチ等を経たデータベースの構築後、何らかの尺度と標準マニュアルの提出が予測された¹⁶⁾。

III.2 クレームと評価

(1) 苦情クレーム評価

厚生労働省および全国社会福祉協議会調査から、苦情が最も多い項目は「職員の接遇



サービス内容」であった¹⁷⁾。この結果は、サービス提供者が「クレーム評価をどのように次のステップに反映させるか」が質向上に重要機能を果たし、評価指標は、信頼性よりニーズとの整合性が重要であることを示唆した。評価機能には事前 (assessment) と事後 (evaluation) があるが、前者では介入のための対象者のニーズ理解が主に問われ、担い手の恣意性が入るため介入機能と重複する場合が多い。後者はケアマネジメントのモニタリングと同等の働きがある。したがって、質向上のための苦情評価は後者機能の比重が高い。これは次ステップに評価結果を生かす品質管理PDCAサイクル内のC (check) 機能と同等で、plan (計画) とdo (実行) のギャップを次に生かすaction (方略) サービス行動に質が集約される可能性がある¹⁸⁾。

(2) 調査結果からのケアマネジャーによるクレーム対応例

事後評価機能事例として先の調査結果一部を情報公開する。Fig.1は介護保険サービスについてケアマネジャーによる利用者クレーム対処の複数回答結果である (有効回答数199件)。

ケアマネジャーが行う主たる苦情対応は、ケアプランで示され「ケアプラン内容の変更93件、19%」「サービス内容を変える83件、17%」「事業所代表が話し合う78件、16%」と続き、半分以上を占めた。つまり利用者クレームに対する対応は、ケアプランサービス変更内容に主として依存し、「市町村へ報告相談27件」や「国保連へ報告相談2件」など、制度活用は少なかった (無回答82)。つまりケアマネジャーによる裁量がヒューマンサービスの質に深くかわることを示唆した。したがって次に「それらクレームを個別サービスにどのように生かし利用者ニーズを満足させる」方法を以下の今回質問票作成過程で問うこととした。

Ⅲ.3 質問票作成のためのニーズ抽出

(1) ニーズ要求項目の同定 (表1・表2)

先行論文で入所者の満足度を改善可能性尺度 α と数量化定義し、サービス利用提供者

双方の意識差を定量比較した結果、両者の満足度は必ずしも一致しなかった¹⁹⁾。このため、本稿では介護保険前後を対比させ、利用者苦情を含む要求項目を抽出同定することとした。質問票の作成を目的として先行調査を行い、2種の要求（ニーズ）：介護保険施行前Y県内市町村社会福祉協議会所属のホームヘルパーとサービス利用者と家族100名に調査票と聞き取り調査（表1の行）、介護保険施行後F市介護保険課による調査結果を反映した要求（表2の行）を得た。列は、在宅介護支援センタービデオ²⁰⁾から抽出し、KJ法で整理したサービス業務を行に対応させた。介護保険前後の2つの2元表内を4段階スケール（0, 1, 2, 3）にて行列関係程度を数値化し、数量化3類でそれぞれ解析整理して表1と2を得た。これを以下の手続きでレーダー図による質問票に生かした。

数量化3類の操作実施中、2元表の交点がない：要求（行）があるのにサービス（列）がない行、提供（列）があるのに要求（行）がない列を除いた。結果として表1と2は、介護保険前後の現状ニーズと対応した1業務状況を示した。したがって、各表行の現状要求が介護保険施行前後のニーズ項目として新たな質問票レーダー図に反映された：各表の行要求（品質）について、それぞれKJ法にて4分類（表中行太線）上位概念で整理され、各4総計8レーダー図の設問を構成し、各要求項目はレーダー図内の軸を構成した²¹⁾。

表1 介護保険施行前の要求（要求品質）と提供（品質要素）の業務実態事例

品質要素	要求品質																											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
介護について	対象者を最後まで見たい	1		3	2	2																						
	相互理解を深めたい	2	3	2	2	3	3	2	1			2	3															
	対象者の選択の自由をくみみたい	3	1	3	2	2	2	3	2	1	2			2														
	家族とコンセンサスをもちたい	4	1	3	3	3	2	2	2	2	2				3													
	プロの技術を信じてほしい	5	2	3	2	2	2	3	1	3	3	3	3	3	3													
	介護の周知を高めたい	6	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2											
個別援助について	家族の協力がほしい	7		3	3	2	2	3	2	2	1	2	3	3			1			2								
	専門知識を高めたい	8		1	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	1	2											
	在宅医療リハビリに力をいれたい	9				2	3	3	2	3	2		2	2	3	3	3	3					2					
	福祉用具・改修情報がほしい	10				2	2		1	1	2	2	2	1	2		3	2			2		1					
	自立を目的とした個別援助をしたい	11				2	2	3	2	3	1	2	3	3	3	1	2	1	3			3	3	3				
	処遇を高めてほしい	12							2	2	3	3	3	3	3	2			3									
医・着と連携をとりたい	13								3	3	3	2	3	3	3	2		3	2		2	3						
ケアマネジャの質の差を示したい	14											2	2	2	3	3						2						
記録力を向上させたい	15										2	3	2		2	3	2	2	1		3							
トラブル（安全含む）に対応したい	16								2	2	2		2	2	1	2	2	3	3		2	2	2					
会議をきちんとしたい	17									2	2				2					3	2	3	2					
介護計画をうまくたてたい	18									2	2	1	3	3				3	3		3	2	3	3	2	3	2	
チーム内外の情報を共有したい	19														3			3	3	2	3	3	2	1	2			
前資源を活用したい	20														2	2	2	2		2	3	3	2		3	3	3	
ネットワーク作りをしたい	21																					1	3	3	2	3	2	

表2 介護保険施行後の要求(要求品質)と提供(品質要素)サービスの業務実態事例

品質要素	福祉器具用具の説明をする	専門的補助について熟知する	住宅改修の知識・情報を得る	調査(委託)をする	宣伝&普及活動をする	相談援助をする	緊急事態に備える	地域密着活動をする	24時間体制をとる	ニーズを把握する	福祉地図を作る	ニーズを検討する	連携する(公私・分野等)	ケアプランを立てる	行政や地域資源先へ出向く	総合サービスの提供を行う	情報収集&提供する	コミュニケーション(内外)を行う	会議を開く	記録をつける	同行訪問をする	代理申請をする	インフォームドコンセントを行う
要求品質	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
障害者用サービスとの連携をしてほしい	2	3	2																				
福祉用具を活用したい	2	3	1	3	1	2																	
介護保険の内容を熟知したい	3	1	2	1	3	3																	
アドバイスがほしい	4	2	2	2	3	2	2			2													
対象を拡大してほしい	5	3			3			1		3			3										
費用をかけたくない	6	1	3	2	3	3		1		2		2		3			3						
家族による介護をあてにしたい	7		2				2	1	3			2											
高齢者と家族を理解したい	8		2	3	2	3	1	2	1	1	2		3										
地域差をなくしてほしい	9				2			2	2		2		2										
サービスの 中身 について	医療保険サービスと区別したい	10				1	2						1			1	2						
	サービス内容を選びたい	11				3					2	2	1	2		3							
	多くの事業者を教えて欲しい	12				2	2			2	2		2	3		2	2						
	サービスの回数・時間を知りたい	13				2	1			3		2	3	3		2	3						
	(土)(日)休日もサービスをして欲しい	14					1				3	1	2	3		2	1	2					
空き情報を教えてほしい	15				2		3		3	2	3	1	3	2	2	3	2	2					
ケアプラン について	ケアプラン通りしてほしい	16							1	3		3	3	3		3		3	3	3	2		3
	インフォームドコンセントをして欲しい	17													3		3	3		1	3	3	3
	契約を正しくしたい	18														2	3	1			2	3	3
	情報もれはやめてほしい	19																	2	3	2		3
	家族介護のほうがいい	20																					

(2) 質問票レーダー図と結果(ケアマネジャ回答平均値)

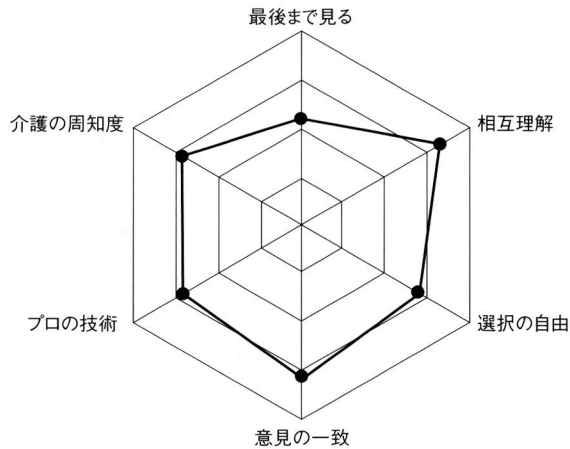
以下は表1と2の要求(ニーズ)項目について上位概念でまとめ、作成したレーダー図に対するケアマネジャ回答結果の一部である。2表の各行要求はレーダー図の軸を構成した。実際の質問票では、レーダー例図にて数値(最も重要10、やや重要5、重要でない0)の回答例を示した。次いで、各要求について「ケアマネジャとして要求実現のために重要だと感じる量」を軸上に黒印で示すよう指示した。以下図内プロットの点は回答ごとに集計されたケアマネジャ281名が示した要求平均値を示す。紙面の都合上介護保険施行前後の各2例:表1の「介護」と「個別援助」(Fig.2)、表2の「サービスの中身」と「ケアプラン」(Fig.3)の結果をそれぞれ示す。

Ⅳ むすび

ICFユニバーサルモデルは、「生活機能障害」が“加齢が原因となる障がい”とし、超高齢社会では万人が対象となりうることを示唆した。すなわち、サービス対応の担い手

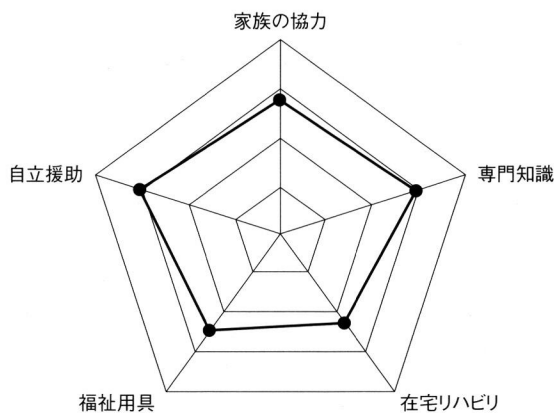
とは、サービス利用当事者を含む家族や、さまざまな分野を超えた専門非専門家全員となる可能性がある。特に地域相互システム構築のためには、全地域参加者が同レベルでサービスニーズを共有する必要がある。本稿では、介護保険前後のニーズの抽出を目的

介護について(表1 行の要求項目から)



	無回答	有効回答	無効回答	合計	平均	平均合計
最後まで見る	93	188	0	281	5.7	1079.5
相互理解	93	188	0	281	8.9	1673.0
選択の自由	93	188	0	281	7.4	1388.5
意見の一致	93	188	0	281	8.4	1587.5
プロの技術	93	188	0	281	7.4	1392.5
介護の周知度	93	188	0	281	7.5	1413.5

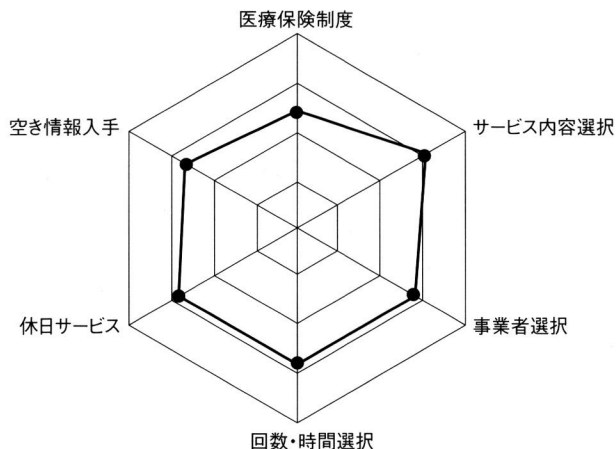
個別援助について(表1 行の要求項目から)



	無回答	有効回答	無効回答	合計	平均	平均合計
家族の協力	97	184	0	281	7.8	1441.0
専門知識	97	184	0	281	8.1	1491.0
在宅ハビリ	97	184	0	281	6.1	1127.0
福祉用具	97	184	0	281	6.7	1232.5
自立援助	97	184	0	281	8.5	1556.5

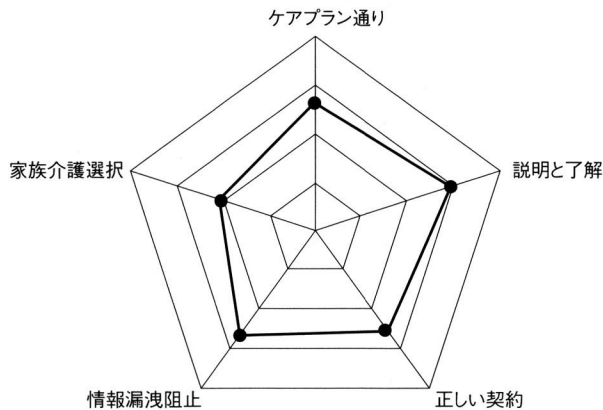
Fig.2 レーダー質問例と結果

サービスの中身について(表2 行の要求項目から)



	無回答	有効回答	無効回答	合計	平均	平均合計
医療保険制度	107	174	0	281	6.7	1196.0
サービス内容選択	107	174	0	281	8.8	1526.0
事業者選択	107	174	0	281	8.0	1395.5
回数・時間選択	107	174	0	281	8.1	1417.0
休日サービス	107	174	0	281	8.0	1396.5
空き情報入手	107	174	0	281	7.4	1284.5

ケアプランについて(表2 行の要求項目から)



	無回答	有効回答	無効回答	合計	平均	平均合計
ケアプラン通り	107	174	0	281	7.7	1345.5
説明と了解	107	174	0	281	9.1	1578.5
正しい契約	107	174	0	281	7.3	1277.0
情報漏洩防止	107	174	0	281	7.8	1352.5
家族介護選択	107	174	0	281	5.9	1028.5

Fig.3 レーダー質問例と結果

とし、妥当な質問票の作成過程と、一部結果を示しサービス利用、提供両者のニーズ抽出の例を示した。ICFの福祉への影響とは、「福祉」が万人の幸福実現を目的とする操作概念、科学的方法論を要請したこともかもしれない。例えば、福祉リハビリテーション領

域への応用として今後ICF理念が謳われる可能性が高く、科学的操作方法を用いた事例を示すことがソーシャルワークの専門性に寄与するであろうと考えられた。

Ⅳ.1 ICFユニバーサル理念の背景と方法論

社会福祉法はサービス利用者に対し、利用契約の説明と書面交付の義務付け、事業者自身と第三者機関による評価、苦情解決システムの設置など、さまざまな仕組みを謳った。しかしながらサービスの質評価の課題は、このような上からの保護的法整備はもとより、サービス実践を行うサービス利用提供者の評価活動自体に在る。すなわち「だれが主体で何を目的とし（何故に）何を基準として個別ニーズに合う質を評価し、どのように介入に結果を生かすか」、の効果評価や結果をふまえた管理業務活動自体にサービスの質が反映されると思われる。

「福祉」はICFも示したように幸福実現のための学際科学である。このため、方法論はさまざまな学問分野を巻き込む。ソーシャルワークも又、対象者の生きるさまざまな社会環境を相手とし、社会人文系学問を内包する複合科学である。また福祉の普遍多元性は、対応システムがよって立つ最適解の政策や実践理論を求める。つまり福祉の方法論にはユニバーサル性が要請され、ここにICFが提唱する代弁から科学への方法論的努力が重要となる。

日本政府は2010年までの「健康日本21」「健康親子21」や介護保険改正等で健康を軸とした予防支援を謳う。また'04年国民生活白書で「創造する地域」、'05障害者自立支援法グランドデザインで精神障害者や児童も含む「自己責任による自立」を掲げる²²⁾。これらの動向と機能は、ICFが示す疾病や死を見据えた“在宅医療”と、健康についての自己管理の強調と同一のものがある。最終的に社会は、個別ケアを超える医療を含むオーダーメイドケアとその方法論を要請するだろう。このための対応基本は、ICFが環境因子で指摘した人間行動の活動と参加に焦点化し、医療と福祉の両視座を持つケアとケアの統合支援介入であり、介入効果評価の妥当性判定が重要となろう。そしてその方法は、定性と定量データを並行して扱える統合の方法論であろう。本稿の質問票作成プロセスの試みがこの定性と定量データを統合して扱った1事例である。

また、福祉サービスの質指標は個々人の個別性ある主観的健康状態であり、そのため客観的評価である。サービス提供の目的が個々人の満足であるならば、提供者による評価介入が対象者の健康支援に有効かどうか、効果の是非が問われるべきで、この客観性保持のためには、例えばICF評価尺度とツールが標準目安として重要になる。「対象者に関わる専門家たちによる評価ないし介入が、サービスを受ける(た)人間の健康に満足をもたらすか」について全員共通で語れるICFが謳う中立言語ツールである。これがICFの提唱した測度等価性（Metric equivalence）であり、学際機能を謳う機能等価（Functional equivalence）とともに万人共通認識の概念等価（Conceptual equivalence）の上に成立する科学的道具となる可能性がある。

IV. 2 科学的方法論

学問は方法論でその内実がきまるといわれる。福祉ではサービス提供者が介入した結果について、関わった全員共通の目安と尺度で効果妥当性を結論づける必要がある。利用者に説明責任を果たすことができる作業が理想のソーシャルワークで、質の高いサービスとなる。質はわたしたちの主観的な体験の集約に基づいて形成される限界をもつ。このため、サービス提供利用者双方の定量的なマッチングの度合いが重要で必要となる。

社会福祉援助技術の効果判定には独自の評価方法がない²³⁾。例えば、近年社会福祉技術領域の介入効果の検証に利用されるシングルシステムデザインは、本来臨床心理学の行動療法系で使用されるスモールN (number) 実験デザインである。この様に人文系学問において科学性を追及するためには、特に介入後の評価において他分野のさまざまな手法が応用される。先述した品質管理のPDCA 機能やQC管理の活用など、工学系知識の応用が、例えば介護支援事業者等サービス提供者のISO取得傾向に拍車をかけてもいる。今後顧客満足 (Customer Satisfaction;CS) の観点や、魅力的品質の追求なども行われると予測される²⁴⁾。

IV. 3 専門性とチームケア

本稿のニーズ抽出事例は、KJ法により定性データを、数量化3類により定量データを処理し、両者を統合して質問票に生かした。すなわち、量的質的調査法の統合によるニーズ言語の加工方法が科学性を求めた例と言える。このようにICFが提唱する基本コンセプトの『アドボカシから科学へ』の理念は、代弁だけでなく質の高いサービスを科学的かつ具体的に表現する方法を含む。すなわちICFの示すbio-psycho-socialアプローチによる健康モデルとは、生物・心理・社会的人間（全人的人間）と、環境との各相互関係を全人的に捉え、その評価結果を介入に生かす意義をもつ。福祉へのICFの影響を考察する時、その対応が法か個別援助か、或いは方法が定性か定量分析か、の2者択一ではない統合支援と、それを具体的に示す統合方法が重要となるだろう。このための概念基底を専門家非専門家両チームで共通認識し、共有可能な方法として確立することがチームケアの責務であろう。この答えが最終的に福祉における専門性とは何かに応えると思われる。そのためにも、ICFの提唱する中立言語による科学的評価理念と方法の発想を福祉介入の参考とすべきである。根底に流れるユニバーサルモデルは、さまざまな分野を巻き込み影響し合う。まさに死や健康に関する課題はユニバーサルであり、その対応も専門性に耐えうるユニバーサルモデルとなる必要があろう。

注・文献

- 1) 競合状態を示す準市場型福祉環境の実証データは、山崎百子「介護保険施行後のY県の福祉環境の特色-ケマネジャ回答によるケアネジメント・サービス供給の実態と問題点」『社会福祉学』2002年, 42(2), pp.182-194に詳しい。介護保険改正については厚生労働省ホームページ「介護保険法等の一部を改正する法律案」等。準市場型機能をもつ地域福祉については和田敏明編著『地域福祉の担い手』2002年ぎょうせい、加藤寛、丸尾直美編、ライフデザイン研究所監修『福祉ミックスの設計』2002年、有斐閣、pp.134-149。大森 爾編著『地域福祉と自治体行政』, 2002年、ぎょうせい、などに詳しい。
- 2) 平山尚・武田丈・藤井美和『ソーシャルワーク実践の評価方法』2002年、中央法規出版。平山尚他「ソーシャルワーカーのための社会福祉調査法」2003年、ミネルヴァ書房において科学的福祉方法論の重要性と社会福祉学問の方法論についての新動向が具体例とともに示されている。
- 3) 日本経済新聞2003年7月28日付けによると厚生労働省は介護サービスの質向上にむけて介護保険対象の介護サービス全事業について外部評価を受けることを義務付ける方針を明らかにした。2004年5月25日から3回にわたり毎日新聞は介護保険抜本見直しにおける動向を調査した。その結果、障害者支援費との統合や地域ケアの充足に加え、サービス量増加に歯止めがかかり、各自治体の予防自助努力メニューの増加傾向が保険料負担の軽減策としてあることを指摘した。2004年国民生活白書によれば新しい公共性「自ら地域をつくる時代」、2005年同白書は「子育て世代の意識と生活」を謳い、これからの福祉は地域活動へ依存する構造を明らかにした。
- 4) ICF分類はWorld Health Organization, Geneva『International Classification of Functioning, Disability and Health』, 2001年, pp.11-13 18-20 212-214に詳しい。World Health Organization『Classification Assessment Survey & Terminology Group, ICF as the New Member in the WHO Family of International Classifications』www.who.int/classification/icf, Introduction on the WHO Family of International Classifications (WHO-FIC) 2001年など、さまざまな情報がインターネットで検索できる。本稿の概念枠組みに活用したインターネット上34枚のパワーポイントで改定の要旨を解説した資料は、絵や写真をふんだんに用い記述形式も簡条書きや表などにまとめられわかりやすい。この他厚生労働省ホームページ報道発表資料「国際生活機能分類-国際障害分類改定版-」<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>, 2001 pp.1-44, 2004年などがある。
- 5) 厳密にはICIDH-1からICIDH-2の改定があり、疾病はICF familyとしてICD-10が明記されている。
- 6) 山本和儀編『福祉領域のリハビリテーション論』医歯薬出版株式会社, 2003年, pp.113-188.
- 7) 上田敏「特集 臨床現場にいかす障害構造・障害分類, WHO 障害分類改定の経過と今後の課題- ICIDH からICFへ」『PTジャーナル』36(1), 2002年, 5-11. リハビリテーション(総合)実施計画書の書き方検討委員会『リハビリテーション(総合)実施計画書を上手に使いこなす法』, 2003年, reha-keikaku@mbh.nifty.com. 上田敏「ICFの基本的な考え方」『PTジャーナル』36(4), 2002年, pp.271-276. 上田敏「ICF(WHO国際障害分類改訂版)の問題点と今後の課題」『OTジャーナル』35, 2001年, pp.1025-1030. 上田敏「評価に生かすICF「+」の診断学とは何か」『PTジャーナル』36(7), 2002年, pp.507-511. など多数。
- 8) 白澤正和「日本における社会福祉専門職の実践力」『社会福祉研究』2004年, 90, pp.13-20. 鉄道弘済会。
- 9) 山崎百子「発達遅滞児の特殊教育に関する研究と品質機能展開の福祉サービスへの応用」『山梨大学大学院工学研究科社会・情報システム工学研究学位論文』, 1998年, pp.41-73, 65-67. サービスの質評価課題の解析は、論文第II部において福祉施設サービス(特別養護老人ホーム)を例に行った。
- 10) ここでいう質は目に見えない意識にかかわる。例えば茂木健一郎「意識とはなにか」ちくま新書, 2003年, pp.31-38.
- 11) ケアの意味はここでは介護という意味ではなく支援の意味で活用し、今田隆俊氏の示すケアに近い(「月間福祉」3月号2004年 pp.12-15)。
- 12) ニーズの意味はここでは需要ではなく、マズローモデルのニーズとはほぼ同等の意味と機能を持つ。マズ

- ローの説については「人間性の心理学」「マズローの心理学」小口忠彦監訳、産業能率大学出版部に詳しい。
- 13) 前掲論文，山崎百子「介護保険施行後のY県の福祉環境の特色-ケマネジヤ回答によるケアマネジメント・サービス供給の実態と問題点」『社会福祉学』2002年，42(2)，pp.182-194.
 - 14) 前掲論文，山崎百子「発達遅滞児の特殊教育に関する研究と品質機能展開の福祉サービスへの応用」『山梨大学大学院工学研究科社会・情報システム工学研究学位論文』，1998年，41-73，65-67.
 - 15) 日本老年医学会 proceedings，山崎百子「ニーズに合う福祉サービスとは」p.13，日本老年医学会，vol.42，2005，Mayにてマズローモデルのニーズと施設サービスの質の対応を考察した。
 - 16) T. Bedirhan Ustun, Somnath Chatterji, et., al. 『Disability and Culture: Universalism and Diversity』published on behalf of the World Health Organization by Hogrefe & Huber Publishers，2001年，141-155 日本のリサーチ結果は「Chapter 10 by M.Tazaki and Nakane」.
 - 17) 平成12年度の苦情相談件数と種別並びに受け付内容の区分(平成12年9月6日～13年3月31日)および平成13年度以降の苦情相談件数と種別並びに受付内容の区分(平成13年4月1日～14年3月31日)，平成14年4月1日～現在による，「月間福祉」3月号，2003年，pp.31-35，平成16年度運営適正化委員会苦情受付・解決状況資料，pp.1-17，全国社会福祉協議会，2005年5月による。
 - 18) 三浦 新・狩野紀昭・津田義和・ほか編『TQC用語辞典』1993年，日本規格協会。
 - 19) 前掲論文 山崎百子「発達遅滞児の特殊教育に関する研究と品質機能展開の福祉サービスへの応用」.
 - 20) 列データ収集の為に在宅介護支援センタービデオは，厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課作成の「ビデオで学ぶ在宅介護支援センターI～III」を用いてサービス業務を抽出した。[2元表作成については注21)を参照]
 - 21) 行の要求品質は「～を～したい」項目で当初803項目あったが，K J法で整理された後業務項目との対応後数量化3類で整理され21項目(表1)まで，表2用の要求品質は同じく204項目が20項目に簡素化された。同様に対応する列の品質要素は当初321項目と410項目あったが，表1用に27項目，表2用に23項目まで整理された。整理はK J法(川喜多二郎「発想法」「統発想法」1994年，中央公論)にて整理後，業務項目との対応二元表内数値のあと数量化3類(林知己夫『数量化－理論と方法－』1993年，朝倉書店)で整理された。
 - 22) 障害者自立支援法については「障害保健福祉施策改革と障害者自立支援法案について」山梨県福祉保健部生涯福祉課資料など，又は厚生労働省ホームページ。
 - 23) 前出書，平山尚他「ソーシャルワーカーのための社会福祉調査法」2003年，ミネルヴァ書房。
 - 24) 狩野紀昭，瀬楽信彦ほか「魅力的品質と当たり前品質」『品質』1984年，pp.39-48.