

在宅復帰支援の推進要因

—介護老人保健施設職員に対するフォーカス・グループ・インタビューより—

Promotion factors of the at-home return assistance

From focus group interviews with Long-Term Care Health Facility staff

林 由 美 子*

Yumiko HAYASHI

抄録：2つの介護老人保健施設の多職種を対象に、在宅復帰を推進する要因を明らかにする目的で、フォーカス・グループ・インタビューを行った。発言内容の検討を通して、90コード、41サブカテゴリー、21カテゴリーが抽出された。両施設に共通したカテゴリーとして、「家族に在宅復帰を働きかける」、「本人の機能維持に多職種で取り組む」、「モチベーションの低下の対応」など6項目が、在宅復帰を推進する要因として挙げられた。

在宅復帰支援を推進するには、本人や家族に早期から在宅復帰支援老健を正しく認識してもらうこと、利用者や事業所が望む施設を目指し体制を整えること、多職種で支援の方法を考え連携して関わるということが重要であると示唆された。

キーワード：介護老人保健施設、在宅復帰支援、フォーカス・グループ・インタビュー

1. はじめに

介護老人保健施設は、入所者が有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、その者の居宅における生活の復帰を、目指すものでなければならないとされている¹⁾。制度創設から、25年を迎える介護老人保健施設は、要介護高齢者の自立を支援し、居宅における生活の復帰をはかるために、医療、看護や介護、リハビリテーションなどの多機能のサービスを、多職種からなるチームで提供してきた。

2012年度の介護報酬改定後は、在宅復帰率・ベッド回転率の高い施設が増加傾向にある。厚生労働省社会保障審議会の第48回介護保険部会²⁾では、在宅復帰率が50%を超え、毎月10%以上のベッドが回転している在宅強化型老健（以下：強化型老健とする）と、在宅復帰率が30%を超え、毎月5%以上のベッドが回転している在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健（以下：在宅復帰支援老健とする）の審査分を、2012年5月と2013年5月と比較している。この1年間で強化型老健は2.1%から5.1%に、在宅復帰支援老健は7.6%から15.0%に増加している。また、2011年から1年間の平均在所日数は、強化型老健では28日減少し189日に、在宅復帰支援老健では48日減少し282日となっている。これらは、強化型老健に対する基本施設サービス費の創設や、在宅復帰・在宅療養支援加算（21単位/日）が創設されたことに起因すると思われるが、同時に施設側の在宅復帰支

援に対する意識の変化が大きく影響していると考えられる。

全国老人保健施設協会(2013,2012)³⁾⁴⁾によると、在宅復帰率の高い施設は、訪問看護、訪問リハビリテーションなどの「在宅ケア体制」が整っている施設が多い。加えて、施設の医師と関連医療機関との連携による、24時間の医療提供体制を有している施設が多く、医師がリーダーシップを発揮し、医師と看護師などのスタッフとのコミュニケーションが、しっかり図られていると報告されている。さらに、在宅復帰に影響を及ぼす要因には、入所者自身のADL能力を中心とした入所者自身、家族構成や介護者の続柄に起因する家族介護者、そして入所施設が掲げる運営方針や職員を含めた人的問題に起因する施設側の他に、社会資源や居住地域などが複雑に関わっていると報告されている。そのため、在宅復帰を推進するには、本人や家族の意向を確認しながら運営方針を明確にし、職員が協働することが必要であると指摘されている。そこで、在宅復帰支援老健を対象に、在宅復帰に関わる多職種へのグループインタビューを通じ、在宅復帰支援の対策などの意見を引き出すことで、在宅復帰支援を推進する要因を質的に把握することを試みた。

2. 研究の目的

本研究では、在宅復帰支援老健で在宅復帰支援に携わ

*看護リハビリテーション学部看護学科

る職員が、互いに協働するために担っている役割と、在宅復帰支援に対し感じている課題を把握するため、フォーカス・グループ・インタビューを実施した。発言内容の検討を通して、在宅復帰支援を推進する要因を明らかにすることを目的とした。

3. 方法

1) インタビュー対象者

厚生労働省ホームページに掲載されている、介護サービス情報の公表制度⁵⁾を用いた。検索条件からG市にある14の老健施設のうち、在宅復帰・在宅療養支援機能加算を得ている4施設を選択した。各施設に電話で研究概要を話し、承諾の得られた2施設に対し実際に訪問し、研究の目的、方法を説明した。その上で、調査の承諾の得られたS施設を対象とした。A施設は、I市にある8施設に対し、同様の手順で調査依頼を行い承諾の得られた1施設を対象とした。2施設の管理者に、在宅復帰支援に関わり2年以上の就業経験を持つ職員を年齢、性別、職種に偏りが生じないように選出してもらった。S施設、A施設ともに、7名を対象とした。

S施設は、100床のユニット型介護老人保健施設、40床の通所リハビリテーションとデイケアセンターが併設されており、全室個室である。看護職員は、常勤・非常勤併せて14名、同様に介護職員は58名である。協力病院には、同一医療法人の病院、クリニック関連事業にデイサービスセンター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションがある。インタビューは、看護師1名、介護福祉士1名、支援相談員2名、管理栄養士1名、施設統括部長1名、事務部長1名に行った。

A施設は、149床の介護老人保健施設、70床の通所リハビリテーションとデイケアとが併設されている。居室は、個室、2床室、4床室があり、全64室となっている。看護職員は、常勤・非常勤併せて19名、同様に介護職員は59名である。協力病院には、同一医療法人の2つの病院、クリニック、歯科医院の他、デイサービスセンター、介護保険サービスセンター、地域包括支援センター、2つの訪問看護ステーションがある。1999年から在宅復帰支援に取り組み、2011年の11月から有志によるプロジェクトチームが活動している。インタビューは、看護師2名(1名は、総師長代行)、介護福祉士1名、支援相談員2名、理学療法士1名、言語聴覚士1名に行った。

2) データ収集方法

フォーカス・グループ・インタビューは、インタビューを受ける者同士の相互作用により、自分たちの持っている考えや感情を発見できるという利点がある⁶⁾。関係者の「なまの声」を体系的に整理し、潜在的なニーズ、意見を把握し、参加者同士のグループダイナミックにより

多様な意見を引き出すことをねらいとして、フォーカス・グループ・インタビューを採用した。

3) 実施方法

当該施設の一室にて、S施設は2013年8月2日、A施設は2013年8月28日に、1時間半程度で実施した。インタビュー対象者には、事前にインタビューガイドを含む研究計画書を提示した。インタビューアーは、ケースメソッド演習でディスカッションリーダーを1回以上経験している者が行った。できるだけ自由な発言を促し、グループダイナミクスにより、顕在的及び潜在的な意見が表出されるように関わった。インタビュー内容は、承諾を得た上で、ICレコーダーに録音し、研究協力者1名を同席させ、表情や態度および重要と思われる発言などを記録した。

4) インタビューガイド

インタビューガイドは、以下のとおりである。

- ① 在宅復帰支援を推進するために、どのような役割を發揮していますか
- ② 在宅復帰を進める上でご苦労されていること、うまくいかない点は何ですか
- ③ 今後、在宅復帰支援を進めるため、当該施設ではどのような対策、方法が良いと考えていますか

5) 分析方法

分析は、以下の手順で行った。

第1段階：インタビューの録音と、対象の非言語的表現の記録とから、逐語記録を作成する。

第2段階：在宅復帰支援に関連する重要な意見や、意味深い項目にラインマーカーで印を付け、意味ある項目を拾いだす。

第3段階から第5段階まで、研究協力者1名と共に分析を行う。

第3段階：抽出された意味ある項目の全体を並べ、それぞれの意味内容を損なわないよう整理し、コードとする。

第4段階：発言の流れごとにコードを束ねて見出しをつける。それをサブカテゴリーとする。

第5段階：サブカテゴリーの相互間の関係性を見出し、それ自体で意味が理解できる、最も少ない情報量のカテゴリーとする。

さらに、何度も全体を通読して、カテゴリーのバランス、体系について検討した。分析全般において、フォーカス・グループ・インタビューの実施と分析に精通した研究者より、スーパーバイズを受けた。

6) 倫理的配慮

インタビュー対象者として選出した各々に、計画書を配布し、同意が得られた人に集まってもらった。また、

当日、インタビュー中の途中退席や発言拒否も可能であること、個人名や個人を識別する情報は公表されないこと、同意した後でも辞退が可能なこと、インタビュー内容はICレコーダーに録音し厳重に管理すること、逐語録・インタビュー時のメモは、研究終了後1年以内にシュレッダーを用いて破棄すること、などのデータ管理に関する倫理的配慮や、研究趣旨の説明を書面および口頭で十分行い、同意書に記名してもらった。

4. 調査結果

S施設で抽出された、カテゴリーは10、サブカテゴリーは22、コードは44であった。A施設で抽出されたカテゴリーは11、サブカテゴリーは19、コードは46であった。それぞれの施設のカテゴリーを示す。

ここでは、【 】はカテゴリー名、〈 〉はサブカテゴリー名、" "はコードを示している。表は、文末に掲載した。

1) S施設における在宅復帰支援の特徴

(1) 在宅復帰支援を推進するために、発揮している役割

3つのカテゴリー、7のサブカテゴリー、12のコードに分類整理した。カテゴリー、サブカテゴリー、コードの関係は表1-1の通りである。3つのカテゴリーは、【施設の方針を示し、職員も考えて支援する】、【家族に働きかけて在宅復帰を進める】、【多職種で本人の能力を維持する】である。

【施設の方針を示し、職員も考えて支援する】は、〈在宅で何が必要か考えて支援する〉と〈国の方針を踏まえた施設の方向性を職員に示していく〉の2つのサブカテゴリーで構成されている。"何が必要なのかを見据えて支援する"、"職員に在宅復帰施設であることを意識づける"など、制度の変化に合わせて、組織として対応していく姿勢が見られた。

【家族に働きかけて在宅復帰を進める】は、〈在宅復帰できそうな家族との関係を作る〉、〈家族と在宅復帰の目標を明らかにする〉、〈病気について説明し、具体的に実行可能な指導を行う〉の3つのサブカテゴリーである。"家族の受け入れが大事なので、家族の話聞きながら帰る方向に働きかける"、"ゴールにずれがあると身体的な問題なのか、家の問題なのか、両方なのかを聞き取りで明らかにする"など、家族との関係を形成し、在宅復帰を支援していた。

【多職種で本人の能力を維持する】は、〈継続した暮らしができるように支援する〉と〈日常の問題は多職種とカンファレンスする〉の2つのサブカテゴリーである。"在宅に戻ってもそのまま継続した暮らしができるような形で支援していく"、"身体状況を見極め、やれることは本人にやらせよう"、"リハビリと看護とが協力しながら、日常の問題点については、定期的なカンファレンスで解決する"など、利用者の機能を低下させないように対応していた。

(2) 在宅復帰を進める上での苦勞や上手くいかないこと

3つのカテゴリー、7のサブカテゴリー、14のコードに分類整理した。カテゴリー、サブカテゴリー、コードの関係は表1-2の通りである。3つのカテゴリーは、【家族側に起こる在宅復帰の問題】、【施設の役割を維持する上での課題】、【職員の協力、連携不足】である。

【家族側に起こる在宅復帰の問題】は、〈在宅復帰を受け入れられない家族や気持ちの変化〉、〈永住でないことが家族に理解されない〉、〈家族関係や在宅復帰に関する家族の問題〉の3つのサブカテゴリーである。"永住でないことを再三伝えるが、言わなくなるとそのままになってしまう"や"入れたいがために在宅復帰の予定ですという家族のアプローチが難しい"など日頃対応に苦慮していることが示された。また、"家族にとって何を改善すれば帰れるのか、1つずつ聞き取って進めてい

表 1-1 S施設の発揮している役割のカテゴリー・サブカテゴリー・コードの関係

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
1) 施設の方針を示し、職員も考えて支援する	①在宅で何が必要か考えて支援する	・ケアマネ、相談員に在宅に意識を向けてもらい、在宅帰って行くために何が必要なのか考える。(1) ・家に帰ったときに何が必要なのかを見据えて支援する事を伝える。(2)
	②国の方針を踏まえた施設の方向性を職員に示していく	・職員に在宅復帰をする施設であることを意識づけていく。(3) ・3年に一度の介護報酬改定でどのような方向に向かっているか情報収集し施設に反映させていく(4)
2) 家族に働きかけて在宅復帰を進める	③在宅復帰できそうな家族との関係を作る	・ケアマネから見ると、在宅復帰できそうな人はたくさんいる。(5) ・家族の受け入れが大事なので、家族の話聞きながら帰る方向に働きかけていく(6)
	④家族と在宅復帰の目標を明らかにする	・家族とゴールをどういところで設定していくのか。ゴールにずれがあると身体的な問題なのか、家の問題なのか、両方なのかを聞き取りで明らかにする(7)
	⑤病気について説明し、具体的に実行可能な指導を行う	・病気を知ってもらい管理して、家族への支援、在宅復帰へ結びつけていく。(8) ・糖尿病や低栄養、胃腸の人や家族に実物や数値で具体的に示したり、身近なドラッグストアを紹介したり、濃厚流動の特徴や症状等を理由も含めて説明している(9)
3) 多職種で本人の能力を維持する	⑥継続した暮らしができるように支援する	・入居者が在宅に戻ってもそのまま継続した暮らしができるような形で支援していく。(10) ・身体状況を見極め、やれることは本人にやらせよう。(11)
	⑦日常の問題は多職種とカンファレンスする	・リハビリと看護と協力しながら、日常の問題点は、定期的なカンファレンスで解決する(12)

表 1-2 S施設の苦勞していることのカテゴリー・サブカテゴリー・コードの関係

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
1) 家族側に起る在宅復帰の問題	①在宅復帰を受け入れられない家族や気持ちの変化	・申し込み時の面接と契約時に永住でないことを再三伝えるが、半年も経ってこちらも言わなくなるとそのままになってしまう。(1) ・入れたいがために在宅復帰の予定ですという家族のアプローチと入所が長くなって気持ちが薄れた家族のアプローチが難しい。(2)
	②永住でないことが家族に理解されない	・在宅復帰を受け入れている家族は、施設に好意的だが、施設に預けたから知らないと言う家族には、次の施設を探して下さいと追っかけないといけない。(3) ・3ヶ月たったら、追い出されるというイメージに取られる。(4)
	③家族関係や在宅復帰に関する家族の問題	・家族関係が良くないと受け入れが難しい。(5) ・家族がノーと言うと進まない。家族にとって何を改善すれば帰れるのか、1つずつ聞き取って進めていければいいが、なかなか十分な対応ができない。(6)
2) 施設の役割を維持する上での課題	④職員側の心理的な負担	・老老介護で、歩いて面会に来られるので移りたくない家族とか共働きで受け入れられない家族に終の棲家ではないというのが心苦しい(7)
	⑤在宅復帰によって生じる問題	・毎日や2日に1回の面会があってもここに来るのは、1日1時間程度。自宅では、サービスを使って負担を減らしても24時間介護となるため家族が休めない。(8) ・車椅子を使うかが重要。小さな介助用の車椅子で帰ったが、家に帰ると、運動量が減って寝ていることが多い。(9)
3) 職員の協力、連携不足	⑥専門職間の協力体制、意思統一の不足	・在宅復帰は、窓口となるケアマネが中心、介護は家族にアプローチしていない。(10) ・具体的にどれくらいの期間でどういう目的を設定していったらいいか、専門職内で統一していくことが難しい、家族と本人を巻き込んで設定していくのが難しい。(11) ・看護は、疾患看護やメンタル面のサポートができるといいが、家族を支える部分は、実際ほとんどない。(12)
	⑦職員の人員不足や能力差	・理想は、家族に指導をして、在宅復帰していきたいが、1人では日々の厨房指導、食数の管理、栄養ケア計画書などの業務がありなかなか細かい指導ができない。(13) ・職員はベテランから新人と介護力に差がある。小さな事故が大きな事故にならないような体制をしっかりと作る。(14)

表 1-3 S施設の対策・方法のカテゴリー・サブカテゴリー・コードの関係

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
1) 当事者として家族を巻き込む	①家族が流されてしまうので早くから対応する	・3ヶ月経つと家族もこれで良いかと流されてしまうので3ヶ月が勝負。(1) ・家族との信頼関係を作っていく。(2)
	②家族に在宅サービスの知識をつける	・家族には、在宅で利用できるサービスの種類が具体的に分からず居宅のケアマネ主導のサービスになっている。家族が自分で選べる知識を持ってもらうことが大事。(3)
2) 利用者や事業所が望む老健を目指す	③居宅のケアマネや包括が望む役割を把握する	・在宅復帰は、居宅のケアマネから紹介を受けそこへ戻るので、居宅と包括のアンケートを実施している。地域の居宅のケアマネが老健に何を期待するのかわかり、共有して方向性を決めていきたい。(4)
	④利用者の世代や時代に求められる施設に変革していく	・今後は、団塊の世代の方の介護が必要なので、時代背景や家族構成を踏まえているんなケース、いろんなパターンの支援を進めていく必要がある。(5) ・質の高いケアを工夫し、個性を大事にしていく。(6) ・施設に満足してもらい、選ばれる施設になる。職員も楽しんで仕事をする環境作りで評判を上げていくことが大事。(7) ・在宅復帰を施設全体の運営のバランスを見て進めていき、利用者確保や老健を利用するリピーターを増やしていく。(8)
	⑤利用者が期待するリハビリの充実	・若い利用者は、特養や有料老人ホームにはないリハビリテーションでの機能回復を希望している(9)
3) チームで協力して在宅復帰を実現する	⑥家で課題を見つけて、チームが協力して解決していく	・家に通って何がこの人に問題なのか、どうなれば帰れるのかを見てくることをこれから取り組んでいく。(10) ・チームケアがどれだけできるか、どこまで精度が上げられるか取り組んでいく。(11) ・チームケアは、まだしっかり確立されていない部分もある、個々の職種がもっと関わる。(12)
	⑦在宅復帰に向けて個々の職種が役割を果たす	・リハビリは、家では何が問題なのかを知り、目的を持ったリハビリを介護・看護と連携して継続する。(13) ・介護・看護は、どうすれば家に返せるかを自分たちも意識してどう関わるか考えていく。(14) ・ケアマネは、とにかく口が大事。家族の不安を取り除いて、家に帰れます大丈夫ですよと喋ることが大事。(15) ・食べることは生きることに繋がり、在宅でも続いていくので、家に帰っても同じようにできるユニットケアの環境を作り指導していく。(16)
4) 看取りに対する体制づくり	⑧将来の看取りへの展望	・将来は、看取りをしていきたい。皆さん本当に家に帰りたいがいろいろな事情で無理なので、亡くなる寸前に1週間か3日家族を説得して、自宅に帰らせてあげたい。(17) ・受け入れが大変だと思うが、家族に話して施設から支援して安心して帰ってもらい、死を迎えてもらえるといい。(18)

ければ良いが、なかなか十分な対応ができない"が含まれた。

【施設の役割を維持する上での課題】は、〈職員側の心理的な負担〉と〈在宅復帰によって生じる問題〉の2つのサブカテゴリーである。施設として、在宅復帰支援を推進すると"老老介護で、歩いて面会に来られるので、移りたくない家族に終の棲家ではないというのが心苦しい"、"小さな介助用の車椅子で帰ったが、家に帰ると、運動量が減って寝ていることが多くなる"などの現状が示された。

【職員の協力、連携不足】は、〈専門職間の協力体制、意思統一の不足〉と〈職員の人員不足や能力差〉の2つのサブカテゴリーである。"具体的にどれくらいの期間でどういう目的を設定していったらいいか、専門職内で統一していくことが難しい"など、在宅復帰支援はケアマネを中心で、その他の職種は患者や家族へのアプローチはできていない現状であった。

(3) 今後、在宅復帰支援を進めための対策・方法

4つのカテゴリー、8のサブカテゴリー、18のコードに分類整理した。カテゴリー、サブカテゴリー、コードの関係は表1-3の通りである。4つのカテゴリーは【当事者として家族を巻き込む】、【利用者や事業所が望む老健を目指す】、【チームで協力して在宅復帰を実現する】、【看取り対する体制づくり】である。

【当事者として家族を巻き込む】は、〈家族が流されてしまうので早くから対応する〉と〈家族に在宅サービスの知識をつける〉の2つのサブカテゴリーである。"3ヶ月経つと家族もこれで良いかと流されてしまうので3

ヶ月が勝負"、"家族には、在宅のサービスの種類が具体的に分からず、居宅のケアマネ主導のサービスになっているので、家族が自分で選べる知識を持ってもらう"が含まれた。

【利用者や事業所が望む老健を目指す】は、〈居宅のケアマネや包括が望む役割を把握する〉、〈利用者の世代や時代に求められる施設に変革していく〉、〈利用者が期待するリハビリの充実〉の3つのサブカテゴリーである。"地域の居宅のケアマネが老健に何を期待するのかをつかみ、方向性を決めていく"、"今後は、時代背景や家族構成を踏まえているようなケース、いろいろなパターンの支援を進めていく"、"質の高いケアを工夫し、個別性を大事にしていく"など施設の特色を出して、選ばれる施設になること、職員も楽しんで働ける施設を目指していた。

【チームで協力して在宅復帰を実現する】は、〈家での課題を見つけて、チームが協力して解決していく〉と〈在宅復帰に向けて個々の職種が役割を果たす〉の2つのサブカテゴリーである。"家に通って何がこの人に問題なのか、どうなれば帰れるのかを見てくる"や"チームケアは、まだしっかり確立されていない部分もあり、個々の職種がもっと関わる"などリハビリテーションと介護・看護の連携と継続が大切である。他に、"介護・看護は、どうすれば家に返せるかを自分たちも意識しながら、どう関わるか考えていく"、"ケアマネは、とにかく口が大事。家族の不安を取り除いて、家に帰れます、大丈夫ですよと喋ることが大事"が含まれた。

【看取りに対する体制づくり】は、〈将来の看取りへの展望〉という1つのサブカテゴリーである。"皆さん

表 2-1 A 施設の発揮している役割のカテゴリー・サブカテゴリー・コードの関係

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
1) 復帰後の生活を意識して支援する	①在宅復帰が成功でなくその後の生活が大事	・在宅復帰支援は、家に帰ったあとにその人が、どう幸せになるかが大事。在宅復帰したら成功ではない、それを忘れないように取り組んでいる。(1)
2) 家族に在宅復帰を働きかける	②家族の要望を聞きながら在宅復帰を進める	・最初から在宅復帰を望む人は少ないので、施設の説明をしながら家族のご要望を伺い、家族の意向や施設の機能を摺り合わせていくことに力を注いでいる。(2) ・インテークの質が後々の復帰に関与する。家族の介護力の評価や人間関係の調整をして、家族が、在宅復帰の気持ちになるように他職種と協力して家族と施設を結んでいく役割をする。(3)
	③老健についての理解を深める	・本人や家族は、入所や介護サービスの利用に抵抗や罪悪感があり老健を知らない。(4)
3) 多職種で本人と家族を支援する	④本人の体調を管理し機能の維持に努める	・リハビリでは、利用者の機能予後をしっかり定めて、どう環境調整すれば生活が改善できるのか様々な提案をしている。(5) ・利用者の日常生活全般に関わり、思いを聞き取りながら、家族の負担が少なくなるようにできるだけ自分でも関わっている。(6)
	⑤多職種協働のチームで関わる	・多職種協働のチームの中で、看護師として体調管理、退所後入所前の医療面での連携をしている。①体調管理、②内服薬の管理、③退所指導、内服、血糖チェック、経管栄養等の家族指導、④訪問看護との連携を心がけている。(7)
4) 職員が目標を共有して活動する	⑥職員の能力を高め、在宅復帰支援する	・5人の支援相談員の個性や経験年数による能力の差を調整・教育している。他に、在宅復帰支援に付随する、施設の待機者調整、稼働率維持に携わっている。(8) ・新入職員や現職員の在宅復帰支援が本来の目的であると伝え、帰れない利用者のケアの質を落とさないよう注意している。(9) ・有志の在宅復帰支援のプロジェクトチームを招集し、活動を見守っている。(10)

本当に家に帰りたがるが、いろんな事情で無理なので、亡くなる寸前に1週間か3日家族を説得して、自宅に帰らせてあげたい、"受け入れが大変だと思うが、家族に話して施設から支援して安心して帰ってもらい、死を迎えてもらえるといい"という看取りに対する施設の希望があった。

2) A施設における在宅復帰支援の特徴

(1) 在宅復帰支援を推進するために、発揮している役割

4つのカテゴリー、6のサブカテゴリー、10のコードに分類整理した。カテゴリー、サブカテゴリー、コードの関係は表2-1の通りである。4つのカテゴリーは【復帰後の生活を意識して支援する】、【家族に在宅復帰を働きかける】、【多職種で本人と家族を支援する】、【職員が目標を共有して活動する】である。

【復帰後の生活を意識して支援する】は、〈在宅復帰が成功でなくその後の生活が大事〉の1つのサブカテゴリーである。"家に帰ったあとにその人が、どう幸せになるかが大事。それを忘れないように取り組んでいる。"という、在宅復帰支援に関する強い思いがあった。

【家族に在宅復帰を働きかける】は、〈家族の要望を聞きながら在宅復帰を進める〉と〈老健についての理解を深める〉の2つのサブカテゴリーである。"最初から在宅復帰を望む人は少ないので、施設の説明をしながら家族の意向や施設の機能を摺り合わせていく"、"家族が、

在宅復帰の気持ちになるように他職種と協力して家族と施設を結んでいく"や"入所や介護サービスの利用に抵抗や罪悪感がある"が含まれた。

【多職種で本人と家族を支援する】は、〈本人の体調を管理し機能の維持に努める〉と〈多職種協働のチームで関わる〉の2つのサブカテゴリーである。"利用者の機能予後をしっかり定めて、どう環境調整すれば生活が改善できるのか様々な提案をする"、"思いを聞き取りながら、家族の負担が少なくなるようにできるだけ自分でしてもらうように関わる"、"多職種協働のチームの中で、看護師として体調管理、退所後入所前の医療面での連携をしている"が含まれた。

【職員が目標を共有して活動する】は、〈職員の能力を高め、在宅復帰支援する〉の1つのサブカテゴリーである。"個性や経験年数による能力の差を調整・教育する"、"新入職員や現職員に在宅復帰支援が本来の目的を伝え、帰れない利用者のケアの質を落とさないよう注意する"など、在宅復帰支援が実施されるように、職員への教育指導が、実施されている。

(2) 在宅復帰を進める上での苦労や上手くいかないこと

3つのカテゴリー、6のサブカテゴリー、18のコードに分類整理した。カテゴリー、サブカテゴリー、コードの関係は表2-2の通りである。3つのカテゴリーは【利用者や家族による在宅復帰の困難】、【老健の制度に伴う制限】、

表 2-2 A 施設の苦労していることのカテゴリー・サブカテゴリー・コードの関係

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
1) 利用者や家族による在宅復帰の困難	①費用面でサービスが十分使えない	・家族との仲や利用者の収入面が影響する。例えば、ADLは良いがIADLまでいかない、要介護度も高くないのでサービス料が十分に使えない場合にもどかしく感じる。(1) ・独居の人の体調管理や内服管理など生活の支援を限られたサービスで行うときに悩む。(2) ・自宅に戻れないが、少しの手助けで生活できるケースが、費用の問題で進まない。(3)
	②サービスを知らないことやモチベーションの低下	・家族のモチベーションの低下や入所するために在宅復帰と言った事を後で知ることが多い。(4) ・軽介助の利用者は多いが、帰りたいと思っても家族が受け入れられないことや仕事の都合で無理な場合がある。(5) ・家族が、サービスを余り知らない事もある。(6) ・訪問リハビリでは、完全でなくても自宅で1~2ヶ月練習して回復が望めるが、そういう利用はされていない。(7)
2) 老健の制度に伴う制限	③在宅復帰を取り組む施設が煙たがられる	・市内の8施設で在宅復帰の結果を出しているのはここだけだが、必要な利用者が集まってこない。(8) ・この地域内の施設の役割が見えてこない。復帰を取り組む施設がうっとうしがられ、他の施設にユーザーが流れていく。(9) ・在宅復帰を進めると稼働の維持が反比例するので、どこまで在宅復帰施設の特徴を出して良いか難しい。(10)
	④病院と施設の制度の違い	・施設では、嚥下のVF検査や肺炎の画像診断など機材を使った検査ができない。制度として制限がある。(11) ・リハビリは一日一回20分の基準があるので在宅を目標とすると手薄で、リハビリの組み方、介入方法の工夫が必要。(12) ・短期集中の期間は3ヶ月だが、3ヶ月で元気に直るわけではない。時間の制約で、本来学習して積み上げていくものができていかない。(13)
3) 在宅系のサービスとの連携不足	⑤職員も家族もレスパイトに価値をおく	・職員は、在宅系のサービスの力がまだ信じられない。訪問看護は単位が高いので、ショートやデイなど家族から切り離すなどレスパイトに職員も家族も介護を使う価値観をおきやすい。(14) ・介護レスパイトに傾きがちで、ヘルパーの家事援助や家族の代行など代行業務を望み、本人の体調管理、ADL、精神面の維持・向上は二の次にされる傾向がある。(15)
	⑥事業所との連携や情報提供不足	・利用者に直接関われば支援が見えるが、支援相談員の伝達や情報提供が不十分で伝わらないこともある。(16) ・退所後の生活では指導したことが継続されているのか分からない。(17) ・事業所に、施設の役割と事業所の役割を繋げてフィードバックできると良いが現状は難しい。(18)

に伴う制限】、【在宅系のサービスとの連携不足】である。

【利用者や家族による在宅復帰の困難】は、〈費用面でサービスが十分使えない〉と〈サービスを知らないことやモチベーションの低下〉の2つのサブカテゴリーである。"ADLは良いがIADLまでいかない、要介護度も高くないのでサービス料が十分に使えない"や"体調管理や内服管理など生活の支援を限られたサービスで行うときに悩む"や"家族が、サービスを余り知らない"などが含まれた。

【老健の制度に伴う制限】は、〈在宅復帰に取り組む施設が煙たがられる〉と〈病院と施設の制度の違い〉の2つのサブカテゴリーである。"市内の8施設で在宅復帰の結果を出しているのはここだけだが、必要な利用者が集まってこない"や"復帰に取り組む施設がうつつしがられ、他の施設にユーザーが流れていく"、"在宅復帰を進めると稼働の維持が反比例する"と〈病院と施設の制度の違い〉では、"嚥下のVF検査や肺炎の画像診断など機材を使った検査ができない"や、"短期集中の期間は3ヶ月だが、時間の制約で、本来学習して積み上げていくものができていかない"、が示された。

【在宅系のサービスとの連携不足】は、〈職員も家族もレスパイトに価値をおく〉と〈事業所との連携や情報提供不足〉の2つのサブカテゴリーである。"ショートやデイなど家族から切り離すなどレスパイトに職員も家族も介護を使う価値観をおきやすい"や"介護はレスパイトに傾きがちで、ヘルパーなどの代行業務を望み、本人の体調管理、ADL、精神面の維持・向上は二の次にされる傾向がある"が示された。また、施設と事業所のケアマネージャーとの連携が重要であるが、"退所後の生活では指導したことが継続されているのか分からない"や"施設の役割と事業所の役割を繋げてフィードバックできると良いが現状は難しい"が示された。

(3) 今後、在宅復帰支援を進めたための対策・方法

4つのカテゴリー、7のサブカテゴリー、18のコードに分類整理した。カテゴリー、サブカテゴリー、コードの関係は表2-3の通りである。4つのカテゴリーは【特色を伝え早期から支援に取り組む】、【変化に対応する体制を整える】、【職員間の信頼関係を高め協働する】、【法人や地域との連携を強化する】である。

表2-3 A施設の対策・方法のカテゴリー・サブカテゴリー・コードの関係

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
1) 特色を伝え早期から支援に取り組む	①入所前面接を多職種で行い早期に課題を見つける	<ul style="list-style-type: none"> ・インテーク面接を多職種で行い、入所前にアセスメントで課題を明らかにして、早い段階から援助できると良い。(1) ・本人や家族に入所前に面接して、生活や支援のオプションを提示して納得した上で、リハビリが開始できると良い。(2)
	②家族に様々な支援方法を伝える	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設の、在宅復帰支援やリポート利用、リハビリ合宿的にレスパイトを含めて利用ができることを知らせていく。(3) ・本人の身体機能を把握し、季節のレスパイトでなく短期集中リハビリが効果的な時にリハビリで機能回復できると良い。(4) ・職員が、事業所の特徴や広域的なサービスを知り、家族が困っているときに情報提供して一緒に考えていく。(5)
2) 変化に対応する体制を整える	③予測される変化に応じて体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の病院の変化に合わせて、老健として担うべき役割が果たせるように体制を整えておく。(6) ・在宅復帰を進めることで予測される、ショートステイの数や入退所の複雑さなどの課題に対応していく。(7) ・リピーターで利用してもらえるように、老健の利点が見える良い形で、必要なときに使ってもらう。(8)
3) 職員間の信頼関係を高め協働する	④支援の情報を多職種と共有する	<ul style="list-style-type: none"> ・本人・家族と信頼関係を築き、困ったことがあれば、多職種と相談、実行、継続して連携できると良い。(9) ・リハビリではどれだけできるか、日常トイレ動作はどうしているかなどの情報を共有し、生活の中でできることを増やしていく。職種間の信頼を高めて連携させて支援する。(10)
	⑤個々の能力を高め、ケアプランを協働して作成する	<ul style="list-style-type: none"> ・2年前のプロジェクト開始前より能力が上がった。スタッフの能力を高め利用者へ還元して、満足してもらおう。(11) ・施設の方針が浸透し、目標が共通化され距離感等は縮まってきているが、まだ伝わらないところある。老健のケアプラン、総合の計画書をみんなで作り、それを見ながら実行して効果を上げていく。(12)
4) 法人や地域との連携を強化する	⑥地域のケアマネと連携する	<ul style="list-style-type: none"> ・地域のケアマネを巻き込み、機能が低下したときにケアマネに紹介してもらい、帰ったときの情報をフィードバックしてもらう。(13) ・ケアマネとの連携をして、その内容の意味を我々自身が、実感できるフィードバックの方法を考えていく。(14) ・自分たちの活動が、利用者や家族にどう還元され、現在どのように生活しているのか、実際の声や姿でフィードバックされることでスタッフの喜びとなりモチベーションに繋がる。(15)
	⑦リハビリテーションで法人との関係を強化する	<ul style="list-style-type: none"> ・回復期で自宅に不安がある方を対象に、退院1ヶ月後のサポートをこちらの老健で行う。帰った間に自宅での課題を洗い出して、回復期のデータシステムを作り、課題を見えやすくする。(16) ・法人の他の職員に老健のリポート利用を知ってもらい、法人全体の体制として整える。(17) ・法人の内科や外科など、リハビリテーションを受けずに退院する人に、老健で退院後のリハビリが実施できると良い。(18)

【特色を伝え早期から支援に取り組む】は、〈入所前面接を多職種で行い早期に課題を見つける〉と〈家族に様々な支援方法を伝える〉の2つのサブカテゴリーである。"インテーク面接を多職種で行い、入所前にアセスメントで課題を明らかにして、早い段階から援助する"や"本人や家族に入所前に面接して、生活や支援のオプションを提示して納得した上で、リハビリを開始する"などの入所前のアセスメントを重視する意見があった。"在宅復帰支援やリピート利用、リハビリ合宿的にレスパイトを含めて利用ができることを知らせる"や"本人の身体機能を把握し、季節のレスパイトでなく短期集中リハビリが効果的な時にリハビリで機能回復する"や"事業所の特徴や広域的なサービスを知り、家族が困っているときに情報提供して一緒に考えていく"などのように、職員が家族に必要な情報を、いつでも提示できることが必要と考えていた。

【変化に対応する体制を整える】は、〈予測される変化に応じて体制を整える〉の1つのサブカテゴリーである。"法人の病院の変化に合わせて、老健として担うべき役割が果たせるように体制を整えておく"や"在宅復帰を進めることで予測される、ショートステイの数や入退所の複雑さなどの課題に対応していく"や"リピーターで利用してもらえるように、老健の利点が見える良い形で、必要なときに使ってもらう"が含まれた。

【職員間の信頼関係を高め協働する】は、〈支援の情報を他職種と共有する〉と〈個々の能力を高め、ケアプランを協働して作成する〉の2つのサブカテゴリーである。"本人・家族と信頼関係を築き、困ったことがあれば、多職種と相談、実行、継続して連携できると良い"や"リハビリではどれだけできるか、日常トイレ動作はどうしているかなどの情報を共有し、生活の中でできることを増やしていく"が含まれた。そして、多職種でケアプランを作成し、それに基づいて多職種が協力していくことが、シンプルであり大切と捉えていた。

【法人や地域との連携を強化する】は、〈地域のケアマネと連携する〉と〈リハビリテーションで法人との関係を強化する〉の2つのサブカテゴリーである。"ケアマネとの連携をして、その意味を我々自身が実感できるフィードバックの方法を考える"や"自分たちの活動が、利用者や家族の声や姿でフィードバックされることでモチベーションにつなげる"。法人の病院との連携について"回復期で自宅に不安がある方を対象に、退院1ヶ月後のサポートをこちらの老健で行う"や"法人職員に老健のリピート利用を知ってもらい、法人全体の体制として整える"が含まれた。

5. 考察

S施設とA施設の在宅復帰支援で類似していたカテゴリーは、6つである、以下1) 2) 3) は類似してい

た点、4) は異なっていた点について考察した。

1) 「在宅復帰支援を推進するための役割」で類似していたカテゴリーは2つ

(1) S施設【家族に働きかけて在宅復帰を進める】とA施設【家族に在宅復帰を働きかける】

S施設では、家族の受け入れが大事なので、家族との関係を築くために、支援相談員が話を聞きながら、自宅に帰る方向に働きかけていた。家族と目標を明らかにするとともに、家族にとって具体的で、実行に移しやすい指導が行われていた。A施設でも、支援相談員が施設の機能の説明をしながら家族の要望を聞き、人間関係の調整をしながら、在宅復帰の気持ちになるように関わるとともに、施設の機能や役割について説明していた。日高ら(1998)は施設入所時において、家族の方に「家で介護することができるのだろうか」という不安を多く認めると述べている⁷⁾。このことから、在宅復帰の決定過程において、家族が様々な不安や問題に直面していることが考えられる。また、日経ヘルスケアの特集記事において医療法人和光会の事務長は、「在宅復帰には、入所者の身体機能の回復だけでなく、家族の協力が欠かせない。家族への働きかけが在宅復帰の推進につながる」と述べている。和光会では、ケアカンファレンスに家族の参加を促し、家族の不安に施設長が適切に応える形で対応している⁸⁾。これらのことから、個々の家族のニーズに応じたアドバイスや適切な対応を心がけ、在宅復帰の気持ちになるように働きかけていく必要があるといえる。

(2) S施設【多職種で本人の能力を維持する】とA施設【多職種で本人と家族を支援する】

S施設では、入所中の本人の機能が低下しないように、身体状況を見極めながら、できることを継続していた。生活を支援する介護職は、リハビリ専門職や看護職とのカンファレンスを開いて、問題解決を図っていた。A施設でも、日常生活全般に関わりながら、家族の負担が少なくなるよう、本人ができることは本人にしてもらい、リハビリや看護職と連携していた。吉本ら(2011)は、全国平均以上に在宅支援機能を発揮している老健では、多様な地域特性のもとで、基準以上のリハビリ職員の配置により、移動能力や認知症等の身体・精神機能の維持や改善に取り組み、さらに看護・介護職との協働により、ADL改善に取り組んでいたと述べている⁹⁾。本研究では、どちらの施設もリハビリテーションを重視し、施設のデイサービスやショートステイを活用しながら、本人の機能を維持することで在宅復帰につなげていた。

2) 「在宅復帰支援での苦労や上手くいかないこと」で類似していたカテゴリーは1つ

(1) S施設【家族側に起こる在宅復帰の問題】とA施設【利用者や家族による在宅復帰の困難】

S施設では、支援相談員が永住の施設でないことを、申込みや契約時に伝えており、最初は家族も緊張して気にしているが、入所が長くなってくると、そのままになってしまうケースや、在宅復帰するつもりがないのに入所するために、偽って入所するケースがあった。A施設でも家族のモチベーションが低下して在宅復帰を望まないケース、費用面で十分なサービスが行えないケース、家族が十分にサービスを知らないケースがあった。宮田(2000)は、専門的な在宅サービスを提供する老健施設であっても、老人の多様な行動への対応や、介護家族を支えるための施設単独のサービスでは、在宅生活の継続に繋がりにくいことを指摘していた¹⁰⁾。このことは、本研究からも明らかになった。費用面の問題から、十分なサービスが行えないケースや、入所が長くなりモチベーションが低下したケースへの対応が難しいことが示唆された。

3) 「今後、在宅復帰支援を進めるための対策・方法」で類似していたカテゴリーは3つ

(1) S施設【当事者として家族を巻き込む】とA施設【特色を伝え早期から支援に取り組む】

S施設では、入所が長くなると家族が、これでよいかと流されてしまうので、3ヶ月が勝負であることを再確認していた。そして、家族自身で選べるように、在宅サービスの知識を提供する必要性を感じていた。A施設でも、早い時期から支援できるように、入所前のインテーク面接を多職種で行い、入所前にアセスメントして、課題を明らかにする必要性を確認していた。それにより、より効果的なりハビリの提供を望んでいた。また、事業所の特徴や広域的なサービスを、家族に情報提供する必要性を述べていた。福島ら(2003)は、在宅復帰を推進するには、主介護者の精神的ストレスの受け止めや、主介護者を取り巻く家族内での精神的なサポート体制に対して援助を行っていく必要があると述べている¹¹⁾。本研究からも、入所前面接から早期に関わることで、在宅復帰支援老健を正しく認識してもらい、情報提供などの役割が発揮できる体制づくりをめざしていた。

(2) S施設【利用者や事業所が望む老健を目指す】とA施設【変化に対応する体制を整える】

S施設では、居宅のケアマネや包括が望む役割を、アンケートの実施から把握し、利用者の世代や時代に求められる施設に変革して、選ばれる施設になる事や、職員自身も楽しんで働ける職場を目指していた。A施設では、法人の変化に合わせて在宅復帰の体制を整えることや、必要なときに良い形で使ってもらえるようにするなど、現実の課題に対応しながら、変化に対応しようと考えていた。どちらの施設にも、地域や法人に期待される役割を速やかに捉え、選ばれる施設にしていく姿勢が見受けられた。吉本ら(2011)は、在宅支援機能を発揮している老健は、家族との信頼関係の構築・協力により介護

者の介護意欲を支持し、施設外他職種との連携、在宅サービスの利用に主体的に取り組んでいると述べている⁹⁾。A施設では、施設の役割と事業所の役割をつなげて、在宅復帰後の情報を、ケアマネからフィードバックしてもらえ関係づくりの必要性を感じていた。また、第50回社会審議会・介護保険部会(2013)の報告書によると、2025年の高齢者像は、高学歴化、消費文化の享受と多彩な生活スタイル、幅のある世帯年収、定年後の高い就労意欲等の特徴がある¹²⁾。高齢者にとって一番大切なことは、日常性・生活の継続性である。そのため、在宅復帰支援は、これまでの生活の継続性を重視しながら、生活の場でも行っているように対応することが必要である。

(3) S施設【チームで協力して在宅復帰を実現する】とA施設【職員間の信頼関係を高め協働する】

S施設は、2011年に在宅復帰支援施設として開設した。諸事情で在宅復帰を望まない家族に対しても、施設の方針を伝えていく役割は、支援相談員が担っている。開設3年目の施設のため、介護職は、ベテランから新人と介護力に差がある。S施設では、在宅復帰を推進するために支援相談員やリハビリ専門職が、在宅に足を運んでどうすれば在宅復帰ができるか、実際に見て考えることや、介護職や看護職も意識してどう関わるかを考え、全職種が連携して継続する必要性を強く感じていた。それに対して、A施設は、以前から在宅復帰を目指していたが、2011年に有志によるプロジェクトチームが発足し、勤務時間外を中心に活動している。プロジェクトチームでの在宅復帰支援成功事例もあり、個々の能力の向上やチームの目標の共有で距離感も縮まっている。

A施設では、多職種でケアプランを作成し、それに基づいて多職種が協力していくことが大切と捉えていた。困ったことがあれば、多職種と相談、実行、継続して連携することや、利用者の日常動作やリハビリの情報を共有し、職員が同じ気持ちで入所者や家族に関わっていくことが必要である。雑誌「老健」の特集記事(2012)には、多職種の専門職がチームで関わるのが、老健施設の大きな特徴であることを生かし、サービスの提供においては、利用者の様々な情報を共有した上で、あらゆる角度からの情報収集やサービス提供の検討をすることが、より有効な援助の実現につながると結論づけられている¹³⁾。本研究でも、チーム全員が、支援の方法を考え共有して、生活が継続されるように連携して関わることを示された。

4) S施設は看取りを、A施設は制度による支援の制限の改善を考えている。

(1) S施設【看取りに対する体制づくり】とA施設【老健の制度に伴う制限】

S施設は、亡くなる直前に自宅に帰りたがる利用者があるので、将来は、看取りの対応を考えている。そのた

め、家族を説得して亡くなる寸前に、少しでも自宅に帰せるように、体制を整えようと考えている。第48回社会保障審議会・介護保険部会(2013)の報告によると、老人保健施設内での看取り件数は、老健施設全体としては、他施設と比較して少なくないものの、多くの看取りを行う施設も存在し、二極化している²⁾。A施設では、嚥下に関する検査や、肺炎に対する画像診断、リハビリの時間の制限などが、病院と比べて存在し、介入方法の工夫の必要を感じていた。また、在宅復帰を進めると、稼働の維持が反比例することも、在宅復帰支援施設の課題と感じていた。

両施設は、それぞれ同一医療法人に病院やクリニック、地域包括センター、訪問看護ステーションなどを有しており、積み重ねられた経験や運営が生かされていた。これらは、全国老人保健施設協会(2013)の調査の、在宅復帰率が高い施設ほど、母体医療機関(病院・診療所)を有する割合が高く、併設の関連サービスの有無を見ると、訪問看護、訪問リハビリの有の割合が高い³⁾と同様の結果であった。

6. 本研究の意義と限界

本研究は、限られた地域の、限られた参加者による調査結果であり、在宅復帰機能を強化する要因を明らかにすることができたとは言いきれず、本研究の限界といえる。今後、妥当性と信頼性を保つために、量的研究を組み合わせるなど検討を重ねる必要がある。

7. 結論

在宅復帰支援を推進するには、家族が在宅復帰の気持ちになるように働きかけるとともに、本人の身体・精神機能の維持に多職種で取り組む必要があった。

在宅復帰支援での苦勞には、対応が難しいケースとして、費用面の問題から十分なサービスが行えないケースや、入所が長くなりモチベーションが低下しているケースがあった。

在宅復帰支援を推進するための対策として、本人や家族に早期から関わり、在宅復帰支援老健を正しく認識して活用してもらうこと、利用者や事業所が望む施設を目

指し体制を整えること、多職種で支援の方法を考え連携して関わるのが重要であった。

引用文献

- 1)第45回社会保障審議会・介護保険部会：3施設サービス等について,厚生労働省,38,2013.
- 2)第48回社会保障審議会・介護保険部会：2施設サービス等について,厚生労働省,49,2013.
- 3)全国老人保健施設協会：介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援を支える医療のあり方に関する調査研究事業報告書,3-4,2013.
- 4)全国老人保健施設協会：介護老人保健施設における入所・短期入所リハビリテーションがもたらす在宅復帰・在宅生活支援に関する調査研究事業報告書,111-117,2012.
- 5)介護サービス情報公表システム www.kaigokensaku.jp/,厚生労働省 HP, 2013.4.27 アクセス.
- 6)平坂義則：地域包括支援センターにおける地域支援の方向性－実践者による「フォーカス・グループ・インタビュー調査」をとおして,日本の地域福祉 21,19-30,2008.
- 7)日高艶子,倉富史江,西茂子：老人保健施設における早期家庭復帰促進の要因－施設職員からの聞き取り調査－,地域看護 27,104-106,1998.
- 8)永井学,黒原由紀：特集「悩み、選び、進む老健」,日経ヘルスケア 4,40-49,2013.
- 9)吉本照子,酒井郁子,八島妙子他：老人保健施設の在宅支援機能と関連する因子および取り組みに関する文献検討 1987-2010,千葉看会誌 17(1),61-68,2011.
- 10)宮田香織：大都市近郊にある老人保健施設入所者の家庭退所後の在宅生活継続に関連する要因について,日本老年医学会雑誌 37(11),928-936,2000.
- 11)福島昌子,清水千代子：在宅ケアが継続できる要素－主介護者へのインタビューの分析から－,群馬県立医療短期大学紀要 10,81-90,2003.
- 12)第50回社会保障審議会・介護保険部会：1-2都市部の強みを生かした地域包括ケアシステムの構築,厚生労働省,4-6,2013.
- 13)編集部：特集「在宅復帰をめざす老健施設」,老健 10,12-13,2012.