

## [研究論文] 介護老人保健施設における在宅復帰支援の実態調査

畠山玲子<sup>1</sup>・増満昌江<sup>2</sup>・大澤一郎<sup>3</sup>・坂東美知代<sup>4</sup>  
佐口清美<sup>5</sup>・川下貴士<sup>5</sup>・青木真希子<sup>5</sup>

- 1 神奈川県立工科大学看護学部講師
- 2 日本保健医療大学保健医療学部講師
- 3 人間総合科学大学人間科学部教授
- 4 神奈川県立工科大学看護学部助教
- 5 神奈川県立工科大学看護学部助手

## Actual condition survey of home return of elderly from Geriatric Health Services Facility

Reiko HATAKEYAMA<sup>1</sup>, Masae MASUMITU<sup>2</sup>, Ichiro OSAWA<sup>3</sup>, Michiyo BANDO<sup>4</sup>, Kiyomi SAGUCHI<sup>5</sup>,  
Takashi KAWASHIMO<sup>5</sup>, Makiko AOKI<sup>5</sup>

**Abstract**

This study aimed to clarify the factors that promote a smooth home return of elderly from Geriatric Health Services Facility, by investigating support activities associated with return and responses from family members about receiving elderly members back into their homes. We performed an interview survey of 5 nurses (2 senior nurses, 1 staff nurse, and 2 nurses) at Geriatric Health Services Facility in Tokyo. Semi-structured interviews were performed and interview contents were summarized as individual data using unique IDs. Data were then classified into categories and sub-categories according to conceptual commonality and differences. The results revealed that the factors that promote smooth home return formed 15 subcategories within 10 categories.

**Keywords:** Geriatric Health Services Facility, elderly, home return, nurses, care

**I. はじめに**

わが国の平均寿命は、男性が80.50歳で過去最高となり、女性は86.83歳で世界第一位になるという超高齢化社会を迎えた（2014年7月30日厚生労働省簡易生命表）。このような超高齢化社会を見据えて、平成24年度介護報酬改定により、地域包括ケアの推進の1つとして自立支援型サービスの強化と重点化が打ち出された<sup>1)</sup>。その中で、介護老人保健施設の在宅復帰支援機能の強化についての見直しが行われた。介護老人保健施設は中間施設として在宅復帰支援の機能を担っているが、施設入所者の在宅への退所率は、減少傾向にある。その理由として、入所者の健康状態の重症化や介護老人保健施設の特別養護老人ホーム化、家族の介護者などの問題が指摘さ

れており、自宅へ退所というより特別養護老人ホームの入所待ちや他の介護老人保健施設の入所という高齢者も少なくない。これらは、病院の平均在院日数の短縮化、在宅医療提供の不充足、少子化に伴う家族介護者数の減少や介護者の高齢化等が影響していることが推測される。

石崎ら<sup>2)</sup>は、家庭への退所に大きな影響を及ぼす要因として、家庭からの入所者とADLレベルの高い者は家庭に戻りやすい、さらに石崎<sup>3)</sup>は、入所期間が短いことを示唆している。また、菊池ら<sup>4)</sup>は、寝たきり度が高い、痴呆の程度が重症であると家庭復帰が困難になる傾向を示唆している。渡邊<sup>5)</sup>は、入所期間と家庭復帰率の調査から、入所期間の短い施設では本人および家族に社会資源の活用を勧める看護実践が行われており、家庭復

帰率の高い施設では社会資源の活用、退所後に必要となるサービスの確立や施設外の多職種との連携が行われていることを示唆している。

しかしながら、上記のような調査研究は理学療法士、介護支援専門員、地域保健学者が行っており、介護老人保健施設に勤務している看護師に対しての調査研究は少ない。多職種連携でのケアが主となる施設において看護師の立場からの本調査研究は在宅復帰支援の一環として役立つものとする。

## II. 研究目的

本研究では、介護老人保健施設に勤務する看護師を対象にインタビュー調査を行い、在宅復帰を目指した具体的な援助、本人・家族の在宅復帰に関する反応、在宅復帰を円滑に進める実態を明らかにする。

## III. 研究方法

研究デザインは、介護老人保健施設に勤務する看護師を対象にインタビュー調査を行い、その内容をカテゴリー分類で整理し、今後実施する調査項目に取り入れるための質的記述的研究を用いる。

### 1. 対象

東京都内の介護老人保健施設に勤務し、インタビュー調査に同意が得られた5施設で、看護師5名（看護師長2名、看護主任1名、看護スタッフ2名）を対象とした。

### 2. 調査方法

調査期間は平成27年2月1日～3月31日である。

データ収集方法は、半構成的インタビュー法を用いた。インタビュー時間は、一人につき約1時間であった。場所は対象者から指定された場所（個室）でインタビューを行い、対象者の了承を得て、メモとICレコーダーに記録した。インタビューで録音したデータは、対象者のID毎に整理した。

### 3. 調査内容

- 1) 「対象者の属性」は、年代、性別、職種、職位、看護師経験年数、介護老人保健施設勤務経験年数について調査した。
- 2) 「高齢者の疾患名、健康の障害や程度の概要」は、疾患名、健康状態について調査した
- 3) 「在宅復帰を目指した多職種の具体的援助」について

調査した。

4) 「本人・家族の在宅復帰に関する反応」について調査した。

5) 「施設職員がとらえている在宅復帰を円滑に進める因子」について調査した。

## 4. 分析方法

「対象者の属性」(表1)、「高齢者の疾患名、健康の障害や程度の概要」(表2)は対象者のID毎にデータ化した。

「在宅復帰を目指した多職種の具体的援助」(表3)、「本人・家族の在宅復帰に関する反応」(表4)、「施設職員がとらえている在宅復帰を円滑に進める因子」(表5)をカテゴリー分類で整理した。概念の共通性と相違性を検討して分類し、分析結果が適切であるかどうか逐語録に戻りながら検討した。また、研究指導者のスーパーバイズを受けながら、解釈の信頼性、妥当性が確保されるように努めた。

## 5. 倫理的配慮

人間総合科学大学研究倫理委員会(第429号)の承認後、施設長及び研究対象者に研究の趣旨と自由意思、匿名性の保持、守秘義務の遵守を口頭と文書で説明し同意を得た。

## IV. 結果

1. 「対象者の属性」と「高齢者の疾患名、健康の障害や程度の概要」

1) 「対象者の属性」(表1参照)

表1 対象者の属性

ID	年齢(歳)	性別	職種	職責	看護師経験年数	介護老人保健施設勤務経験年数
A	50	F	看護師	主任	26年	2年
B	53	F	看護師 保健師	師長	14年7ヶ月 6年7ヶ月	3年
C	50	F	看護師	スタッフ	26年	6ヶ月
D	58	F	看護師	スタッフ	35年	6ヶ月
E	57	F	看護師	師長	40年	11年

年代は、50歳代が5人(100%)であり、性別は、対象者全員が女性(100%)であった。職種は、看護師が4人、次いで、保健師が1人であった。現在の職責は、看護師長が2人、看護主任が1人、看護スタッフが2人であった。

看護師経験年数は、看護師長、看護主任、看護スタッフが 20 年から 40 年であった。介護老人保健施設勤務経験年数は、11 年以上の経験者が 1 人、次いで 2~3 年以上の者が 2 人、6 ヶ月の者が 2 人であった。

## 2) 「高齢者の疾患名, 健康の障害や程度の概要」(表 2 参照)

在宅復帰できた高齢者の疾患名は、認知症, 呼吸器疾患(肺炎, 慢性呼吸不全を含む)であった。また, 健康の障害や程度は, 車椅子でトイレやキッチンに移動できる, 装具を装着して自分で歩ける, 吸引が必要であった。

表2 高齢者の疾患名, 健康障害の程度の概要

ID	A	B	C	D	E
疾患名 健康障 害の程 度	・認知症が進行していない ・重症化していない ・装具をつけて自分で歩ける ・車いすでトイレやキッチンに移動できる	・肺炎 ・慢性呼吸器不全	なし	・認知症が重症化している ・呼吸器疾患で吸引が必要な方	・認知症で車椅子の生活

## 2. 「在宅復帰を目指した多職種の具体的援助」(表 3 参照)

以下カテゴリーを【】, サブカテゴリーを<>, コードを[]で示す。

【飲水・摂食動作の機能向上の援助】【服用動作・内服管理の援助】【移動, 食事, 排泄, 入浴動作の機能向上の援助】【機能維持のリハビリテーション】【家族に介入し, 家族力・介護力が高められるような援助】【多職種と連携し社会資源を活用】という 6 カテゴリーと 12 サブカテゴリーが生成された。

【飲水・摂食動作の機能向上の援助】は, <嚥下状態の観察と嚥下訓練>と<飲水と摂食動作>は[自分でお茶を入れて飲めるかどうか][用意された食事がきちんと食べられるかどうか]などであった。【服用動作・内服管理の援助】は, <内服管理>[週間カレンダーポケットの中に薬を入れて, それをちゃんと飲んで, 間違いなく空袋を入れておく]<服用動作>[この内服動作ができていますかどうか]であった。【移動, 食事, 排泄, 入浴動作の機能向上の援助】は, <移動動作>[車椅子からテーブル, 車椅子からベッドなど移動が安全にできるかどうか]<食事, 排泄, 入浴

>[食事, 排泄, 入浴の援助を行い, 生活面での異常や支障があるかどうか]などであった。【機能維持のリハビリテーション】は, <機能訓練>[機能が落ちないようにすることが大事]また, [廃用症候群が起きないようにリハの訓練を入れていく]であった。【家族に介入し, 家族力・介護力が高められるような援助】は, <認定看護師の介入>[摂食が関係するので認定看護師に入院当初から介入してもらおう]<本人・家族に生活援助技術の指導>[具体的にその支援の方法をこすれば少しは楽になるという支援の方法を家族に教える]<家族の気持ちや意見の傾聴>[早めに家族の人と介入して話し合いを持つ][家族の人が積極的に関わってくれる気持ちがあるかどうかということを見極める]などであった。【多職種と連携し社会資源を活用】は, <多職種の連携でマネジメントする>[福祉関係の人たちも入っているから, アセスメントしてマネジメントできるのです]<退所後サービスの情報提供>[訪問看護, 介護の話をしておく][在宅でショートステイを使いながら, 生活がしていける]などであった。

## 3. 「本人・家族の在宅復帰に関する反応」(表 4 参照)

【退所後, 安心して生活を送れる】【家族の信頼関係と看る覚悟が必要である】【本人の意向・気持ち】という 3 カテゴリーと 5 サブカテゴリーが生成された。【退所後, 安心して生活を送れる】は, <自宅での生活のイメージができる>[家に帰ったらだいたいどういう風に過ごすか]<緊急時あるいは困った場合の対処方法を知ってもらう>[最終的にこの施設と同じ系列の訪問看護サービスを使うといざというときに入院のルートはありますよ, と話す]などであった。【家族の信頼関係と看る覚悟が必要である】は<家で看たい, 一緒にいたいという気持ちがある>[奥さんは家で看たいと思います][お母さんとは一緒にいたいし, お母さんもまた認知症があるけど娘さんのことはわかるので一緒にいたいというものがある]などであった。<家族が看るという覚悟を持つ>[家族が看るという覚悟を決めない限り, 退所をすすめるということは全くできない状況]などであった。【本人の意向・気持ち】<家に帰りたいという気持ちの有無>[自分から家に帰りたいといわない]などであった。

表3 在宅復帰を目指した多職種の具体的援助

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
飲水・摂食動作 の機能向上の援助	嚥下状態の観察と嚥下訓練	嚥下状態が正常かどうか 嚥下訓練
	飲水と摂食動作	自分でお茶を入れて飲めるかどうか 用意された水分を飲めるかどうか 用意された食事がきちんと食べられるかどうか
服用動作・内服 管理の援助	内服管理	薬の管理ができているかどうか 週間カレンダーポケットの中に薬を入れて、それをちゃんと飲んで、間違いなく空袋を入れておく
	服用動作	この内服動作ができているかどうか 用意されたものが飲めるかどうか
移動、食事、排泄、 入浴動作の機能向上の援助	移動動作	車椅子からテーブル、車椅子からベッドとか移動が安全にできるかどうか
	食事、排泄、入浴	食事、排泄、入浴の援助を行い、生活面での異常や支障があるかどうか 一人で可能かどうか トイレはこういう風にしましょう
機能維持のリハビリテーション	機能訓練	機能が落ちないようにする 廃用症候群が起きないようにリハの訓練を入れていく
家族に介入し、 家族力・介護力 が高められるような援助	認定看護師の介入	摂食が関係するので認定看護師に入院当初から介入してもらう
	本人・家族に生活援助技術の指導	具体的にその支援の方法をこすれば少しは楽になるという支援の方法を家族に教える 「ここはこうしたらいいですよ」、と家族に指導する
	家族の気持ちや意見の傾聴	早めに家族の人と介入して話し合いを持つ 家族の人が積極的に関わってくれる気持ちがあるかどうかということを見極める 家族の意見を聞き出し、結果的に家に帰っていただける
多職種と連携し 社会資源を活用	多職種の連携でマネジメントする	行政が入っているわけです ケアマネージャーもいます 福祉関係の人たちも入っているから、アセスメントしてマネジメントできる
	退所後サービスの情報提供	訪問看護、介護の話をしておく 介護認定を受けていなかったらケアマネージャーさんから介護認定の受け方を指導することを早めにやっています 在宅でショートステイを使いながら、生活がしていける 生活保護をうけている

表4 本人・家族の在宅復帰に関する反応

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
退所後、安心して生活が送れる	自宅での生活のイメージができる	家に帰ったらだいたいどういう風に過ごすか
	緊急時あるいは困った場合の対処方法を知ってもらう	緊急時だれが助けてくれるかというのを話しておく 最終的にこの施設と同じ系列の訪問看護サービスを使うといざというときに入院のルートはありますよ、と話す
家族の信頼関係と看る覚悟が必要である	家で看たい、一緒にいたいという気持ちがある	(奥さんは)家で看たいと思います この人にとって私(奥さん)がやる必要があるんだという気持ちでやっている お母さんとは一緒にいたいし、お母さんもまた認知症があるけど娘さんのことはわかるので一緒にいたいというのものある 家にいれば食べたいものが食べられる
	家族が看るといふ覚悟を持つ	家族が温かくて受け入れがいい 家族が看るといふ覚悟を決めない限り、退所をすすめるということは全くできない状況
本人の意向・気持ち	家に帰りたいという気持ちの有無	自分から家に帰りたいといわない

#### 4. 「施設職員がとらえている在宅復帰を円滑に進める因子」(表5参照)

【ADLが高い】【認知症が重症ではない】【入所期間が短い】【経済的余裕が必要である】【退所場所は自宅以外、有料老人ホームも利用する】【介護意思・意欲と家族関係】【ケアマネジャーの的確な判断と働きかけ】【多職種による在宅療養するための的確なアセスメントとチームアプローチ】【家族が介護を体験する機会をつくる】【適切な介護認定と社会資源の活用】という10カテゴリーが生成された。【ADLが高い】[認知症が重症ではない][入所期間が短い][入所期間が短ければ生活スタイルがそんなに変わらない]であった。【経済的余裕が必要である】は[サービスの利用費を出せない][お金があれば訪問看護サービスを決まり以上に呼べる][やっぱり経済力だ][経済力は大事]であった。【退所場所は有料老人ホームも利用する】は[有料老人ホームが最近いろいろな形でいろいろなタイプが出てきているので、そこに5日とか一週間とか1か月、3か月というスパンで帰ることを在宅復帰としている]であった。【介護意思・意欲と家族関係】は[看る気があるのか][本人と家族が、意思がしっかりしていれば、ど

んなことをしても、あーしよう、こーしようと看るけど、意思が揺らいじゃうと難しい]などであった。[本人と家族の関係がいままでどうだったのかということも大きく影響している]であった。【ケアマネジャーの的確な判断と働きかけ】は[こういう方を家に連れて帰る、家で生活するためにはどうするか、というアセスメントができないと問題である][いくらケアマネジャーに相談していても全くだめだった。拉致があかなくて看護師のほうで精神科の病院を受診したという状況だった]であった。【多職種による在宅療養するための的確なアセスメントとチームアプローチ】は[福祉関係の人たちも入っているから、アセスメントしてマネジメントできる]であった。[現場で看ている看護師が、これこれこうですよ、というように働きかけていくことが大事][何かあったらこのようにして、という安心材料を家族に提供しておくとい][看れるんですよ、ということを説明していき、看れそうだなという気持ちに変化させるようなかわりが大事]であった。[悩みを抱えているかもしれないから、早い段階で聞き出していたら、介護していく人も楽になる]であった。【家族が介護を体験する機会をつくる】は[家に帰ってからサービスを入

表5 施設職員がとらえている在宅復帰を円滑に進める因子

カテゴリー	コード
ADLが高い	ADLが高い 片麻痺があっても生活できる程度 車いすで自走して、トイレやキッチンに移動できる 生活の面で自立していた 装具をつけて自分で歩ける
認知症が重症ではない	認知症が重症ではない 重症化していない 認知症が進行していない
入所期間が短い	入所期間が短ければ生活スタイルがそんなに変わらない
経済的余裕が必要である	お金がかかる（年金生活4万円くらいで生活している人もいる） サービスの利用費を出せない お金があれば訪問看護サービスを決まり以上に呼べる やっぱり経済力だ 経済力は大事
退所場所は自宅以外、有料老人ホームである	有料老人ホームが最近いろいろな形でいろいろなタイプが出てきているので、そこに5日とか一週間とか1か月、3か月というスパンで帰ることを在宅復帰としている 自宅で生活する 老健から老健を3か所から5か所くらいキープして、半年から1年たったら、家に帰らずに違う老健に入所する 特養が空くまで老健を転々と回っている
介護意思・意欲と家族関係	家族がみな働いている 老老介護だったり介護できる余裕がない方が多い 家族と入所者の距離が近い 看る気があるのか 一緒に暮らす気があるのか 距離が近い人に関しては介入できる 無理やり返したとしても必ず面倒みられない状況でまた戻ってくる 状態が悪化して戻ってくるケースがある 慢性呼吸不全の人は酸素療法が自分でできている時はいい ケアマネが入ろうが、看護師が入ろうが、サービスの提供を話していても看る気持ちがないと実際進まない ご家族がいて、受け入れてくれるという状況がない限り、厳しい状況になる なんといつてもご家族が看る覚悟が持てるのか 家で看たくない人はどんなに動けるからといっても、「いや無理です」という どんなに重症だろうが軽いだろうが、自宅で看ようとしているひとにとっては関係ない 家がもう少し落ち着かないと見れないので、いったん介護老人保健施設に入所する 家族は老健はこのくらいいて、家に帰るという判断ができるとうい 認知症で動けて、どこかへ行ってしまうたりと言う人の家族は、病気になってしまう 家族です

	<p>本人と家族が、意思がしっかりしていれば、どんなことをしても、あーしよう、こーしようとするけど。意思が揺らいじやうと難しい</p> <p>介護意欲は大事</p> <p>介護老人保健施設に入所していると、その人が家にいない、存在していないと、家の人は楽なんです</p> <p>本人と家族の関係がいままでどうだったのかということも大きく影響している</p>
ケアマネジャーの的確な判断と働きかけ	<p>ケアマネジャーという資格が誰でも取れるというのが問題</p> <p>ケアマネジャーは、この人を家で看ると本気で考えてほしい</p> <p>こういう方を家に連れて帰る、家で生活するためにはどうするか、というアセスメントができないと問題である</p> <p>いくらケアマネジャーに相談していても全くだめだった。拉致があかなくて看護師のほうで精神科の病院を受診したという状況だった</p> <p>ケアマネジャーは家族の苦悩と言うものをとらえてほしい</p> <p>地域に帰ったら、ケアマネジャーの判断に頼る</p>
多職種による在宅療養するための的確なアセスメントとチームアプローチ	<p>福祉関係の人たちも入っているから、アセスメントしてマネジメントできる</p> <p>他職種の方と、2泊3日何とか頑張りましょうと、半年くらい説得してチームでアプローチした</p> <p>現場で看ている看護師が、これこれこうですよ、というように働きかけていくことが大事</p> <p>何かあったらこのようにして、という安心材料を家族に提供しておくとい</p> <p>看護職の中には、退所に関してはケアマネの仕事と割り切っている看護師もいるんです。そう割り切って仕事をしている限り、在宅復帰は難しいと思う</p> <p>家に帰るということに対して、「ぼーん」と後押しすることも大事</p> <p>看れるんですよ、ということを説明していき、看れそうだなという気持ちに変化させるようなかかわりが大事</p> <p>無理という人は、国の対策として家で看ましようといわれているということを説明していくことも必要</p> <p>介護度にあったサービスの提供など具体的なところを話していくことが大事になってくる</p> <p>悩みを抱えているかもしれないから、早い段階で聞き出していたら、介護していく人も楽になる</p>
家族が介護を体験する機会をつくる	<p>家に帰ってからサービスを入れた一日の経過の中でのイメージで、どれだけ手助けしてもらえるのか</p> <p>自分の負担はどうか、というところがしっかりとできていけば家につれて帰れるのではないかと思う</p> <p>家族を説得する</p> <p>ようやく2泊3日の外泊が可能になるという状態です</p> <p>しっかり認定してもらわないと困る。介護度3なら介護老人保健施設を退所していただきますとご家族の方に話していたのに、介護度5になったから退所できなくなってしまった。という例もある</p> <p>家族にとっては、歩けるのに要介5ってなに？ 在宅復帰に関して、介護認定をしっかりしてもら</p>
適切な介護認定と社会資源の活用	<p>在宅で必要なサービスが受けられる</p> <p>ショートステイを定期的に使っている</p> <p>行政が入っている</p> <p>生活保護を受けている</p> <p>在宅でショートステイを使いながら、生活していける</p> <p>家族力がなくても行政が入っていて生活していける</p>

れた一日の経過の中でのイメージで、どれだけ手助けしてもらえるのか[自分の負担はどうか、というところがしつかりとできていれば家につれて帰れるのではないかと思う][家族を説得する][ようやく2泊3日の外泊が可能になるという状態です]であった。【適切な介護認定と社会資源の活用】は[家族にとっては、歩けるのに要介5ってなに?][しつかり介護認定してもらわないと困る。介護度3なら介護老人保健施設を退所していただきますとご家族の方に話していたのに、介護度5になったから退所できなくなってしまった。という例もある]であった。[在宅でショートステイを使いながら、生活していける][家族力がなくても行政が入っていて生活していける]などであった。

## V. 考察

介護老人保健施設は1986年度に、医療サービス、生活サービス、リハビリに力を入れ在宅復帰を促進する中間施設として開設された。いわゆる病院と自宅、病院と福祉施設の間である。近年、老老介護や独居高齢者が増加、さらに医療の進歩で延命にともない疾患も複雑化・重症化している。このような背景を受け、今回、多職種連携のアプローチによって在宅復帰できた事例を看護師からインタビュー調査し得られたデータを分析したものである。

在宅復帰した場合、本人はどのように生活できるのか、家族の負担や介護力はどこまで必要なのかなど不安の要素は多々ある。それらは、表4に示された本人・家族の在宅復帰に関する反応から【退所後、安心して生活が送れる】に示されている。これは、表3に示された在宅復帰を目指した多職種の具体的な援助で【飲水・摂食動作の機能向上の援助】から肺合併症を起こさないこと、【移動、食事、排泄、入浴動作の機能向上の援助】は転倒による骨折、皮膚損傷、脱水症等を起こさない、【服用動作・内服管理の援助】は医療面での健康管理であり、【機能維持のリハビリテーション】はADL維持向上の援助である。さらに、【退所後、安心して生活が送れる】のサブカテゴリー<自宅での生活のイメージができる><緊急時あるいは困った場合の対処方法を知ってもらう>とは、住居環境に合った日常生活の援助技術の指導と合併症や異常を引き起こさない援助の方法や異常時の早期発見の方法を本人・介護者に指導していく必要がある。指導にあたっては病院とは異な

り、多職種の専門性を図りながら、連携を保ち、ケアをコーディネートしていくことが必要とされる。

次に、表4の【家族の信頼関係と見る覚悟が必要である】は、表3に示された在宅復帰を目指した具体的な援助で【家族に介入し、家族力・介護力が高められるような援助】が必要とされる。それは、入所申請から入所直後に家族関係や主介護者は誰か、介護負担感、住居環境等、生活するために必要な情報や意見を傾聴して、家族が参加できる介入方法を考慮することと、さらに、表3<退所後サービスの情報提供>を行い、家で看れるという意識を家族が持てるように介入していくことが必要ではないか、と考える。

そして、【本人の意向・気持ち】は発言できる高齢者の意向・気持ちを確認することが必要である。認知症高齢者や発言できない高齢者においては、入所生活の行動や表情で把握できることもある。日々のケアを通して注意深く観察することが必要とされる。本人の意向・気持ちは家族に伝えて、在宅復帰における本人の意思決定の情報として提供することも必要であると考えられる。

施設職員がとらえている在宅復帰を円滑に進める因子について

表5に示された施設職員がとらえている在宅復帰を円滑に進める因子の10カテゴリーから、【ADLが高い】は石崎<sup>2)</sup>の、家庭への退所に大きな影響を及ぼす要因として、ADLレベルの高い者は家庭に戻りやすいという研究結果と一致している。【認知症が重症ではない】は菊池<sup>4)</sup>の、寝たきり度が高い、痴呆の程度が重症であると家庭復帰が困難になる傾向を示唆している、という研究結果と一致している。【入所期間が短い】【経済的余裕が必要である】は石崎<sup>3)</sup>の、入所期間が短いことと家庭の経済状態が家庭への退所に影響を及ぼしているという研究結果と一致している。さらに、【退所場所は有料老人ホームも利用する】は、有料老人ホームへの入所は在宅復帰とみなされていることから、経済的余裕は在宅復帰を円滑に進める因子の1つである。【介護意思・意欲と家族関係】は菊池<sup>4)</sup>の家庭復帰に影響する主な要因として介護意欲の有無が示唆されている、という研究結果と一致している。本人と家族の関係が今までの生活でどうだったのか、また、[本人と家族が、意思がしつかりしていれば、どんなこと



をしても、あーしよう、こーしようとするけど、意思が揺らいじゃうと難しい]とあるように介護意思が介護力に影響している。【ケアマネージャーの的確な判断と働きかけ】は、個々のケアマネージャーの関わりに差があることが示されている。これは、[ケアマネージャーという資格が誰でも取れるというのが問題]や[いくらケアマネージャーに相談していても全くだめだった。拉致があかなくて看護師のほうで精神科の病院を受診したという状況だった]という内容から推測される。ケアマネージャーは、マネジメント能力が求められるが、個人差があり今後の課題ではないかと考える。【多職種による在宅療養するための的確なアセスメントとチームアプローチ】は多職種のなかでも、ソーシャルワーカーのアセスメントとマネジメントできる能力が在宅療養を円滑に進める要因となっている。これは、D・H・ヘブワースら<sup>6)</sup>の『必要とされる物資やサービスが適切なタイミングで提供されるように、クライアントと直接関わることがある。』というようにこの高齢者には何が問題(課題)でどのようなサービスを提供すればこの人らしく生きていけるか、というアセスメントとマネジメントが必要とされる。さらに、社会資源を活用して本人も介護者も自分らしい生活が送れることが重要である。

また、[現場で見ている看護師が、コレコレこうですよ、というように働きかけていくことが大事]とあるように看護師のコミュニケーション技術が求められる。それは、[看れるんですよ、ということを説明していき、看れそうだなという気持ちに変化させるようなかわりが大事]である。また、[家に帰るといふことに対しても「ぼーん」と後押しすることも大事]であるという内容から、家族の意見を傾聴して、本人・家族介護者の仲介役が必要である。さらに、介護ができる方向で交渉するコミュニケーション技術が必要であるということである。この関わりの中で、介護に対しての不安や悩みも早期にアセスメントしていくことが在宅療養を円滑に進める因子となる。【家族が介護を体験する機会をつくる】は試験外泊を通して[自分の負担はどうかというところがしっかりとできていれば家につれて帰れるのではないかと思う]との内容から、短期間でも介護を体験することが重要であり、また、サービスが入った一日の生活のイメージをすることで介護負担感の軽減にも繋がるかと考える。【適切な介護認定と社会資源の活用】はデイケアを利用することで介護負担の軽減がは

かれる。それは、入浴やリハビリテーションといった身体的な支援と、人との関わりを持つあるいは機会を得るということで認知機能にも影響を与え脳の活性化にも繋がる、これらから在宅復帰を円滑に進める因子と考えられる。また、[ショートステイを定期的に使っている]は、菊池ら<sup>4)</sup>の、家庭復帰に影響する主な要因として定期的ショートステイの利用を示唆している、という研究結果と一致している。さらに、退所後、ショートステイを利用することは施設の退所率を上げることにも影響している。

## VI. 結論

「在宅復帰を目指した多職種の具体的援助」は【飲水・摂食動作の機能向上の援助】【服用動作・内服管理の援助】【移動、食事、排泄、入浴動作の機能向上の援助】【機能維持のリハビリテーション】【家族に介入し、家族力・介護力が高められるような援助】【多職種と連携し社会資源を活用】の6カテゴリーが生成された。また、「本人・家族の在宅復帰に関する反応」は、【退所後、安心して生活が送れる】【家族の信頼関係と看る覚悟が必要である】【本人の意向・気持ち】の3カテゴリーが生成された。最後に「施設職員がとらえている在宅復帰を円滑に進める因子について」は【ADLが高い】【認知症が重症ではない】【入所期間が短い】【経済的余裕が必要である】【退所場所は自宅以外、有料老人ホームである】【介護意思・意欲と家族関係】【ケアマネージャーの的確な判断と働きかけ】【多職種による在宅療養するための的確なアセスメントとチームアプローチ】【家族が介護を体験する機会をつくる】【適切な介護認定と社会資源の活用】という10カテゴリーが生成された。【ADLが高い】【認知症が重症ではない】【入所期間が短い】【経済的余裕が必要である】【介護意思・意欲と家族関係】【適切な介護認定と社会資源の活用】の6カテゴリーは先行研究と一致していた。また、【退所場所は有料老人ホームも利用する】【ケアマネージャーの的確な判断と働きかけ】【多職種による在宅療養するための的確なアセスメントとチームアプローチ】【家族が介護を体験する機会をつくる】の4カテゴリーは今回の調査で生成された。

おわりに

今回、介護老人保健施設にて退所できた事例を通して、

施設職員がとらえている在宅復帰を円滑に進める因子について看護師の立場から調査した。本研究で生成された結果を、今後の多職種対象の調査項目の資料とし、在宅復帰ができる具体的な援助に役立てていきたい。

#### 引用文献

1)厚生労働省：「平成24年度介護報酬改定の基本的考え方①」（2012）。

(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/dl/a01.pdf>, 2014.10.24)

2)石崎達郎, 甲斐一郎, 平山登志男: 大都市近郊の老人保健施設利用者の退所先に影響を与える要因. 日本老年医学会雑誌, 32(2), 105-110, (1995).

3)石崎達郎: 老人保健施設利用者の家庭復帰に影響を与える要因—老人保健施設有効利用のために—. 日本公衆衛生雑誌, 39(2), 65-74, (1992).

4)菊池忍, 黒川幸雄: 老人保健施設利用者の家庭復帰に影響する要因—利用者の諸因子から見た影響要因—. 北里理学療法学, 3, 65-68, (2000).

5)渡辺みどり: 老人保健施設の入所期間・家庭復帰率と看護の役割機能. 山梨大学看護学会誌, 2(2), 19-25, (2004).

6)ディーン・H・ヘプワース, ロナルド・H・ルーニー, グレンダ・デューベリー・ルーニー, キム・シュトローム・ゴットフリート, ジョアン・ラーセン著, 武田信子監修: ダイレクト・ソーシャルワークハンドブック対人支援の理論と技術, 明石書店, 65, (2015).