

都市部の介護老人保健施設における在宅支援 看護職・相談職のケアと連携内容

清水みどり 吉本 照子²⁾ 杉田由加里³⁾

新潟青陵大学看護学科

2) 千葉大学大学院看護学研究科

3) 千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程

A study on health services facility for the elderly in a Metropolitan area

- From the view of support for in-home care -

midori Shimizu teruko Yoshimoto yukari Sugita

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

2) GRADUATE SCHOOL OF NURSING, CHIBA UNIVERSITY

3) GRADUATE SCHOOL OF NURSING, CHIBA UNIVERSITY

Abstract

Aim : The aim of this paper is to clarify the function of health services facility for the elderly from view of support for in-home care.

Methods : We conducted semi-structured interviews involving one nurse manager, one nurse and one social worker who work at health services facility for the elderly in a Metropolitan area. This facility works on support for in-home care actively.

Results : The nurse manager and the nurse shared about users' information about their physical condition and care methods with health care workers in the community through the social worker. The social worker cooperated with care managers, focus on continuity of the health care plan of the user.

Conclusions : In the background of such cooperation methods, the social worker has an employment record of the nurse and the ability to assess a user's physical condition, so that she thinks health management is worth continuing for the home life of the users.

Key words

health services facility for the elderly, support for in-home care, nurses, social workers

要 旨

【目的】介護老人保健施設（老健）利用者の在宅支援に必要な看護職および相談職のケアおよび連携の内容を明らかにする。【方法】調査対象は都内にある在宅支援を積極的に行っている老健1施設の看護管理者、療養棟看護師、相談職管理者で、「在宅支援に関するケアの内容と意図および取り組み」について半構成的面接を行い、逐語録を作成して内容分析を行った。【結果および考察】今回、看護管理者、療養棟看護師が相談職を通じて、地域のケア職と利用者の状態やケア方法について情報を共有し、相談職管理者が施設と在宅のケアプランの連続性と利用者の健康管理を意図して、ケアマネジャーに働きかけていた。こうした連携方法の背景には、相談職管理者がケアマネジャーの資格と共に看護職としての職歴を持ち、利用者の健康状態のアセスメント能力があったこと、在宅生活の継続には健康管理が重要であると捉えていたことが考えられた。

キーワード

介護老人保健施設，在宅支援，看護職，相談職

．はじめに

本研究の目的は、介護老人保健施設（以下、老健とする）利用者の在宅生活継続に必要な、看護職と相談職のケアおよび連携の内容を明らかにすることである。2006年4月の介護保険改正で、介護予防やリハビリテーションの推進、地域包括ケアの確立などが盛り込まれ、老健施設は以前にも増して在宅復帰・在宅支援重視型施設としての役割を担うことになった。従来から老健の在宅支援に関する研究は行われてきたが、その内容は実践報告が多く、まとまった研究報告としては、在宅生活の継続や介護者の在宅受け入れに関連する要因を明らかにしたもの^{1,2}、老健の利用特性から施設機能の分類を試みたもの³、ケアマネジャーや相談員の在宅復帰への取り組みを分析したもの⁴、看護の役割機能と家庭復帰率を分析したもの⁵など非常に少ないのが現状である。そのうち在宅支援に関する看護職の役割機能を検討したものは渡辺の研究しかない。

先行研究の検討から、在宅療養の継続には利用者のADL、利用者の認知症の状態、家族の介護力・負担感が影響していることがわかった。従って今後老健が在宅復帰・在宅支援重視型施設としての機能を強化していくならば、その柱となる通所リハビリテーションおよびショートステイの質を向上させる必要があると考えた。特に通所リハビリテーションは利用者が在宅生活を継続できるように機能訓練を行う場であり、そこに勤務する職員は単に機能訓練だけでなく、利用者の健康管理をはじめ、他職種との連携・調整など様々な役割が要求されると考えた。看護職は利用者の健康障害を含む身体的・精神的機能を総合的に評価できる唯一の職種であり、また他職種との連携・調整役割を期待される職種でもあるが、現在の老健の人員基準では、看護職の通所リハビリテーションへの配置は必ずしも義務づけられていない。従って我々は在宅支援を積極的に行っている老健では、看護職が通所リハビリテーションやショートステイ利用者の健康管理をはじめ、介護負担軽減のための家族援助や、施設内外の他職種との連携・調整役割を担っているのではないかと考

えた。

しかしながら先行研究が少ないうえに通所リハビリテーション看護職の役割に関する文献がなかったことから、この分野での研究はほとんど行われていないことがわかった。そこでまずは在宅復帰に積極的に取り組んでいる老健の通所リハビリテーションに勤務する看護職および療養棟看護職を対象に、在宅支援のための看護実践について聞き取り調査を行うことにした。また、看護職の看護実践は施設の運営方針の影響を受けることから、看護管理者への聞き取り調査も併せて行う必要があると考えた。さらに調査を進めていくうちに、地域のケア職との連携は相談職が重要な役割を担っていることがわかり、相談職も対象に加えることにした。

．研究方法

調査対象：都内にある在宅支援を積極的に行っている老健1施設の看護管理者（兼通所リハビリテーション看護師）1名、療養棟看護職1名、相談職管理者（ケアマネジャー、看護師）1名。

調査方法およびデータの分析方法：

「在宅支援に関するケアの内容と意図および取り組み」について半構成的面接を行い、逐語録を作成して内容分析を行った。調査期間は平成19年1月。

倫理的配慮：施設長の承諾を得たうえで、看護管理者に対象者の紹介を依頼した。対象者には調査への参加・中止は任意であり途中辞退も可能なこと、それによる不利益は生じないこと、公表に際しては個人のプライバシーに配慮した情報の取扱をすることなどを紙面で説明し同意書への署名をもって承諾を得た。

．結果

1．対象者の概要

看護管理者（兼通所リハビリテーション看護師）は、40歳代後半、女性、当該施設での勤務年数3年、当職での勤務年数3年。組織上は療養棟看護職、療養棟介護職、通所リハ

ピリテーション介護職の各主任を通して看護・介護職を統括する。療養棟看護主任は、50歳代前半、当該施設での勤務年数3年、当職での勤務年数3年。相談職管理者は、30歳代後半、当該施設での勤務年数3年、当職での勤務年数3年。

2. 施設の概要

設置主体は医療法人で定員160名、国立病院や大学付属病院など4つの協力病院を持ち、併設する居宅サービスは訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅介護支援・介護報酬加算の取得は15項目。当該施設の在宅復帰率は86.0%（年間居宅退所者数/年間退所者数）、毎月約90人、年間延べ1000以上がショートステイを利用していた。療養棟の平均稼働率は96%。入所者特性は表1の通り。

当該施設がある地域には、老健3カ所、特養4カ所、有料老人ホーム7カ所。居宅介護サービスの訪問介護79カ所、訪問看護22カ所、通所介護23カ所がある（「介護サービス情報の公開」平成18年1月現在）。

3. 看護管理者（兼通所リハビリテーション看護師）のケアと連携

通所リハビリテーション看護師を兼務する看護管理者が行っていたケアと連携を表2に示す。看護管理者は在宅療養の要である家族を支える、利用者の健康を管理するためのケアと連携を行っていた。まず在宅療養の要である家族を支えるであるが、＜家族介護者の介護負担感を軽減する＞ために、家族のレスパイトにショートステイを利用してもらう、見かねるケースにのみ介護指導をする、利用者の様子をできるだけ家族に伝える援助をしていた。また＜利用者や家族介護者の人間関係を再調整する＞ために利用者と家族介護者双方の思いを相手方に伝えていた。さらに＜繰り返し利用して貰えるようなケアサービスを提供する＞ために、研修や勉強会を通じて介護職を教育する、相談職を通じて通所リハスタッフ、療養棟スタッフが利用者の在宅での情報を共有する、提供可能なサービスの範囲を家族に示し了解を得る、介護職と協力関係を築くよう看護職を指導する等の援助をおこなっていた。これらのケア

表1 入所者の特性

入所者特性	年齢	%
年齢	40～64歳	2.2
	65～69歳	1.3
	70～74歳	8.3
	75～79歳	11.0
	80～84歳	21.6
	85～89歳	27.1
	90歳～	28.5
要介護度	要支援	0.9
	要介護1	9.0
	要介護2	18.1
	要介護3	30.8
	要介護4	27.6
	要介護5	13.6
障害老人自立度	ランクJ	4.5
	ランクA	45.0
	ランクB	42.5
	ランクC	8.0
認知症老人自立度	ランク	17.8
	ランク	30.0
	ランク	45.3
	ランク	6.9

表2 看護管理者(兼通所リハビリ看護師)のケアと連携

カテゴリー	目的	ケアの内容	対象	
在宅療養の要である家族を支える	家族介護者の介護負担感を軽減する	利用者の様子をできるだけ家族に伝える	ケアの対象 ・利用者 ・家族介護者	
		家族のレスパイトにショートステイを利用して貰う		
		見かねるケースにのみ介護指導する		
	利用者との関係性を再調整する	利用者との関係性を再調整する	利用者との関係性を再調整する	連携の対象 ・相談職 ・ケアマネジャー ・介護職 ・看護職
		繰り返し利用して貰えるようなケアサービスを提供する	研修や勉強会を通じて介護職を教育する	
			相談職を通じて通所リハスタッフ、療養棟スタッフが利用者の在宅での情報を共有する	
			施設全体で利用者をケアする	
	提供可能なサービスの範囲を家族に示し了解を得る			
	介護職と協力関係を築くよう看護職を指導する			
利用者の健康を管理する	利用者の利用前・中・後の健康状態をモニターする	血圧をモニターする	ケアの対象 ・利用者	
		皮膚のトラブルを早期発見し対処する		
		ADLの低下をモニターする		
		嚥下機能の低下をモニターする		
		内服を管理する		
		症状や対処法を介護職に指導する		
		介護職から情報を貰える関係を築く	連携の対象 ・家族介護者 ・相談職 ・ケアマネジャー ・介護職	
	利用者の安全を守る	利用者の身体機能に応じた安全なケアを行う		
		利用者の身体機能の低下と必要な援助を家族に説明し了解を得る		
	施設での健康管理を在宅で継続できるようにする	退所時に家族や相談職を通じてケアマネジャーに利用者の健康状態および対処法を伝える		

の対象は、利用者、家族介護者、介護職、看護職であり、連携の対象は相談職、ケアマネジャー、介護職、看護職だった。

次に 利用者の健康を管理する では、< 利用者の利用前・中・後の健康状態をモニターする > ために血圧や、ADLの低下、嚥下機能の低下、皮膚のトラブルをモニターし、内服を管理し、症状や対処法を介護職に指導し、介護職から情報が貰える関係を築くようにしていた。また< 利用者の安全を守る > ために、利用者の身体機能の低下と必要な援助を家族に説明し了解を得たり、利用者の身体機能に応じた安全なケアを行っていた。さらに< 施

設での健康管理を在宅で継続できるようにする > ために、退所時に家族や相談職を通じてケアマネジャーに利用者の健康状態および対処法を伝えていた。以上のケアの対象は、利用者、介護職であり、連携の対象は家族介護者、相談職、ケアマネジャー、介護職だった。

4. 療養棟看護主任のケアと連携

療養棟看護主任のケアと連携を表3に示す。療養棟看護主任もまた、看護管理者と同じく 利用者の健康を管理する、療養の要である家族を支える ためのケアと連携を行っていた。まず 利用者の健康を管理する で

表3 療養棟看護主任のケアと連携

カテゴリー	目的	ケアの内容	対象
利用者の健康を管理する	利用者のADLを維持する	利用者のできることはやってもらう	ケアの対象 ・利用者 連携の対象 ・家族介護者 ・相談職 ・ケアマネジャー ・療養棟介護職 ・療養棟看護職 ・リハビリスタッフ ・施設医 ・医療機関
		時には利用者の甘えたい気持ちを汲む	
		利用者のADLの状態を療養棟スタッフと共有する	
		利用者の病状を長引かせないために早めに医療機関に送る	
	利用者の利用前・中・後の健康状態をモニターする	血圧をモニターする	
		皮膚のトラブルに対処する	
		便通を整える	
		内服を管理する	
		利用者の様子がいつもよりおかしい、に注意し素早く対処する	
		介護職に協力し利用者の異常に関する情報を貰える関係を築く	
利用者の安全を守る	リハビリスタッフに利用者のADLと介助方法を確認する		
施設での健康管理を在宅で継続できるようにする	退所時に家族や相談職を通じてケアマネジャーに利用者の健康状態および対処法を伝える		
療養の要である家族を支える	家族の介護負担感を軽減する	今以上の介護を家族に望まない	ケアの対象 ・利用者 ・家族介護者
		利用者や家族の意向を聞く	
		利用者の様子を伝え家族の不安を軽減する	
	利用者と家族介護者の人間関係を再調整する	利用者の様子を伝え、家族の利用者に対する認識を変える	
	繰り返し利用して貰えるようなケアサービスを提供する	初回利用者の様子をよく観察し記録するようスタッフを指導する	
		提供可能なサービスの範囲を家族に示し了解を得る	

は、＜利用者のADLを維持する＞ために、ときには利用者の甘えたい気持ちも汲みながら自分でできることはやってもらい、利用者のADLの状態を療養棟スタッフと共有し、利用者の病状を長引かせないために早めに医療機関に送っていた。また＜利用者の利用前・中・後の健康状態をモニターする＞ために、血圧をモニターし、皮膚のトラブルに対処し、便通を整え、内服を管理していた。療養棟内をよくまわって利用者のいつもよりおかしい様子に注意し、素速く対処すると同時に、利用者が一番長く接する介護職から利用者の異常に関する情報を貰える関係を築いていた。

さらに＜利用者の安全を守る＞ために、リハビリスタッフに利用者のADLと介助方法を確認し、＜施設での健康管理を自宅で継続できるようにする＞ために、退所時に家族や相談職を通じてケアマネジャーに利用者の健康状態および対処法を伝えていた。以上のケアの対象は、利用者、介護職であり、連携の対象は家族介護者、相談職、ケアマネジャー、療養棟介護職、療養棟看護職、リハビリスタッフ、施設医師、医療機関だった。

次に 療養の要である家族を支える では、＜家族の介護負担感を軽減する＞ために、老々介護や共働き家族など介護資源の乏しい

家族には今以上の介護を望まず、施設を利用するさいは利用者や家族の意向を良く聞き、利用者の施設での様子を伝えることで家族の不安を軽減していた。また「利用者や家族介護者の人間関係を再調整する」ために、利用者の様子を伝えることで家族の利用者に対する認識を変えるよう働きかけていた。さらに「繰り返し利用して貰えるようなサービスを提供する」ために、初回利用者の様子をよく観察し記録するようスタッフを指導したり、提供可能なサービスの範囲を家族に示し了解を得ていた。これらのケアの対象は、利用者、家族介護者で、連携の対象は療養棟介護職、療養棟看護職だった。

5. 相談職管理者のケアと連携

相談職管理者のケアと連携を表4に示す。相談職管理者は「利用者の健康を管理する、利用者に必要なサービスが受けられるようにする、在宅介護の要である家族を支えるためのケアと連携を行っていた。まず利用者の健康を管理する」では、「利用者の利用前・中・後の健康状態をモニターする」ために、入所前日の利用者の健康状態を家族やケアマネジャーから把握し、その情報を施設スタッフと共有していた。また入所中の利用者のADLの変化について施設スタッフから情報を得ていた。さらに退所後の利用者の健康状態を家族に尋ね情報を得るようにしていた。また「施設での健康管理を在宅で継続できるようにする」ために、利用者のADLが維持できるよう施設スタッフと相談し、必要な場合は更なる介護サービスの利用をケアマネジャーに提案する、家族に退所後の利用者の健康状態を尋ね、必要なサービスにつなげる、入所中の利用者の健康に異常があれば在宅での対処法を家族やケアマネジャーに伝達するといった援助を行っていた。これらの援助の対象は利用者であり、連携の対象は家族介護者、ケアマネジャー、施設スタッフだった。

次に「利用者に必要なサービスが受けられるようにする」では、「在宅と施設の窓口を1つに絞る」在宅ケアプラン立案に必要な情報が不足しないようにする「ために、施設から家族に直接連絡した場合はその内容をケアマ

ネジャーに伝え、退所後に家族から連絡があればその内容をケアマネジャーに伝え、施設での利用者の情報は相談職から相談職管理者が集めてケアマネジャーに伝え、些細なことでも意図的にケアマネジャーを通じて家族に連絡するなどしていた。また「ケアマネジャーが機能しない場合でも利用者に必要なサービスが受けられるようにする」ために、ケアマネジャーが機能しない場合は直接家族や地域の介護サービスと遣り取りし、その結果をケアマネジャーに伝え、ケアマネジャーの力量が低く、どうにもならない場合はケアマネジャーを代えることを家族に示唆していた。さらに「家族介護者や地域の介護サービスと効果的に連携する」ために、老々介護の場合ケアマネジャーを含む協力者を決めてから入所してもらう、施設のサービスと在宅サービスに繋がりをを持たせる、利用者のお出迎え・お見送り時に利用者の情報を家族と共有することが行われていた。これらの援助の対象は利用者や家族介護者であり、連携の対象は家族介護者、ケアマネジャー、相談職、施設スタッフ、主治医、施設医師、ヘルパー、訪問看護師や介護サービス事業所だった。

在宅介護の要である家族を支える「では、繰り返し利用してもらえようサービスを提供する」ために、利用者・家族の苦情を次回に活かし、利用者の様子を家族に伝え、利用者・家族の要望を聞くようにしていた。また「利用者や家族介護者の意向を調整する」ために、入所者の意向を家族に伝え、在宅復帰の方法を探っていた。さらに「利用者や家族介護者の人間関係を再調整する」ために、施設での利用者の生き生きした様子など良い情報を家族に伝えていた。最後に「家族の介護負担感を軽減する」ために、家族の状況にあわせて臨機応変に対応し、ショートステイ利用の希望は可能な限り受け、代替サービスを紹介し、家族の事情を施設スタッフに伝え、介護者の努力を労うなどの援助をしていた。以上の援助の対象は利用者や家族介護者であり、連携の対象はケアマネジャーと施設スタッフ、地域の代替サービス資源だった。

表4 相談職管理者のケアと連携

カテゴリー	目的	ケアの内容	対象
利用者の健康を管理する	利用者の利用前・中・後の健康状態をモニターする	入所前日の利用者の健康状態を家族やケアマネジャーから把握し、その情報を施設スタッフと共有する	ケアの対象 ・利用者 連携の対象 ・家族介護者 ・ケアマネジャー ・施設スタッフ
		入所中の利用者のADLの変化について施設スタッフから情報を得る	
		家族に退所後の利用者の健康状態を尋ねる	
	施設での健康管理を在宅で継続できるようにする	利用者のADLが維持できるように施設スタッフと相談し、必要な場合は介護サービスの利用をケアマネジャーに提案する	
		家族に退所後の利用者の健康状態を尋ね、必要なサービスにつなげる	
		入所中の利用者の健康に異常があれば在宅での対処法を家族やケアマネジャーに伝達する	
利用者に必要なサービスが受けられるようにする	在宅と施設の窓口を1つに絞り在宅ケアプラン立案に必要な情報が不足しないようにする	家族に直接連絡した場合はその内容をケアマネジャーに伝える	ケアの対象 ・利用者 ・家族介護者 連携の対象 ・家族介護者 ・ケアマネジャー ・相談職 ・施設スタッフ ・ヘルパー ・訪問看護師 ・主治医 ・施設医師 ・介護サービス事業所
		退所後に家族から連絡があればその内容をケアマネジャーに伝える	
		在宅での利用者の情報はケアマネジャーから相談職管理者を経て施設スタッフに伝える	
		施設での利用者の情報は相談職管理者に集められ、ケアマネジャーに伝える	
	ケアマネジャーが機能しない場合でも利用者に必要なサービスが受けられるようにする	ケアマネジャーが機能しない場合、直接家族や地域の介護サービスとやり取りし、その結果をケアマネジャーに伝える	
		ケアマネジャーの力量が低い場合、ケアマネジャーを代えることを家族に示唆する	
	家族介護者や地域の介護サービスと効果的に連携する	老々介護の場合ケアマネジャーを含む協力者を決めてから入所してもらう	
		施設のサービスと在宅サービスにつながりを持たせる	
		利用者のお出迎え・お見送り時に利用者の情報を家族と共有する	
	在宅介護の要である家族を支える	繰り返し利用してもらえるようなケアサービスを提供する	
利用者の様子を家族に伝える			
利用者・家族の要望を聞く			
利用者と家族介護者の意向を調整する		入所者の意向を家族に伝え、在宅復帰の方法を探る	
利用者と家族介護者の人間関係を再調整する		利用者のよい情報を家族に伝える	
家族の介護負担感を軽減する		地域の介護サービスを家族に紹介する	
		家族の状況にあわせて臨機応変に対応する	
		ショートステイ利用の希望は可能な限り受ける	
		ショートステイ利用時は家族への連絡を控える	
		代替サービスを紹介する	
		家族の事情を施設スタッフに伝える	
		介護者の努力を労う	

・考察

1) 利用者の健康を管理する役割について

看護管理者および療養棟看護主任は利用者の健康を管理するために、医療的視点をもった介護職や、介護職と協働できる看護職の育成を意図して働きかけていた。介護職への教育指導の中心はOJTだが、施設内の勉強会や外の研修に参加させ伝達講習会を開くことも行われていた。これらは自施設の介護サービスの質を保証し、くり返し利用してもらうために老健看護職が果たすべき役割と見ることができる。また、利用者の身体機能低下を家族に説明し必要な援助について了解を得ることは、単に利用者の健康管理を円滑に行うだけでなく、施設のリスクマネジメント上も重要であることがわかった。

利用者の健康を管理するためには家族や地域のケア職、施設内スタッフが利用者の情報を共有する必要があるが、当該施設では情報の漏れが生じないように、在宅と施設の窓口をケアマネジャーと相談職管理者に絞り、相談職管理者が施設ケアに必要な情報を家族や地域のケア職から受信すると同時に、施設での利用者の情報を発信していた。さらに相談職管理者自身が利用者の健康状態をモニターし、施設での健康管理を在宅で継続できるよう働きかけていたことから、利用者の在宅支援には健康管理を意図したケアプランの施設と在宅間の連続性を確保することが重要であることが示唆された。

2) 家族介護者を支援する役割について

看護管理者、療養棟看護職、相談職管理者とともに、<家族の介護負担感を軽減する>、<繰り返し利用してもらえるようなケアサービスを提供する>、<利用者と家族の人間関係を再調整する>ことを意図して行っていた。

施設の地域特性として、居宅介護サービスが充実している反面、特養の待機者が入所定員の6~11倍にものぼる状況であることから、家族サポートが老健の在宅支援の中心的課題であり、当該施設も積極的に取り組んでいた。繰り返し利用して貰えるように、利用者の生

活習慣や家族介護量の軽減に関する家族の要望を最大限受け入れる、家族の要望が集団生活による制約や利用者の安全確保と対立する場合は十分なインフォームド・コンセントをおこない要望を調整する、予定外のショートステイ利用を担保することで、施設サービスの質向上を図っていた。

また管理者は、在宅生活の継続には家族の理解が不可欠であり、老健の役割の一つは利用者と家族介護者の相反する要望の調整機能であるとして、家族と利用者の気持ちのズレを調整するための援助を積極的に行っていた。具体的には、自宅では見られない利用者の残存機能発揮を家族に伝えたり、利用者の意向を家族に伝えるなどして家族の利用者に対するまなざしを変化させ、利用者や家族の人間関係を再調整していた。在宅生活の継続を可能にする要因の一つに、家族介護者のレスパイトがあるが¹³、当該施設では通所リハビリテーションやショートステイは単に家族のレスパイトだけでなく、利用者や家族の人間関係を再調整する機会や場にもなっていた。

在宅支援が進みショートステイ利用者が多くなるほどベッド稼働率と経営の問題、予定外のサービス利用の担保など課題が生じるが、この施設ではショートステイ利用を計画的に組み込むことで高いベッド稼働率を維持し、今回希望日を他の利用者に譲った利用者には次回優先し、調整が不可能な場合は有料老人ホームを含めた他施設のショートステイを紹介し、さらに前述したサービスの質を向上させリピート利用者を確保することで対処していた。なお、施設の介護報酬加算の取得が15項目と多いのは、ショートステイ利用者が多いことから生じる経営不安を解消するための戦略の一つとみることができよう。

3) 地域の医療・介護サービスと連携する役割について

当該施設は国立病院や大学付属病院を含む協力病院数が多く、利用者の急激な健康障害にも迅速な医療提供が可能な環境にあった。治療に要する入院期間や施設入所が長くなればなるほど、家族介護者の在宅介護継続意志が低下する可能性があることは指摘されてい

るが、療養棟看護主任は、症状が悪化し治療のための入院期間が長期化するのを防ぐために、できるだけ早期に病院に送るよう心がけていた。予備能力が低下した高齢者を早期に医療機関に送り治療することで体力の低下を防ぎ、治療終了後はただちに在宅に戻すことで、家庭での高齢者不在期間を可能な限り短くし家族の介護継続意志が低下しないよう援助していた。これらのことから在宅支援のための老健看護職の役割は、利用者の医療ニーズの見極めと、施設医師や相談職とともに協力医療機関と効果的に連携することであることが再認識された。

今回、看護管理者、療養棟看護職が相談職を通じて、地域のケア職と利用者の状態やケア方法について情報を共有し、相談職管理者が利用者の健康管理と施設 - 在宅ケアプランの連続性を意図して、ケアマネジャーに働きかけていた。これは在宅ケアの総括はケアマネの役割として位置づけ、ケアマネに情報が集約するよう働きかける方法であるが、こうした連携方法がとられていた背景の1つには、相談職管理者がケアマネジャーの資格と共に看護職としての職歴を持ち、利用者の健康状態のアセスメント能力があったこと、在宅生活の継続には健康管理が重要であると捉えていたことが考えられた。

．今後の課題

今回の調査と渡辺¹⁶の調査を比較すると、本調査では治療管理に関する項目や、健康維持・向上に関する項目が少なかった。これは対象施設が1施設と少ないことや、ショートステイの利用が多い施設で在宅支援の内容としてショートステイ利用者をイメージしやすい傾向があったこと、また利用者の要介護度に差があること、などが考えられる。ショートステイは利用期間が短いため、在宅支援に必要な中・長期的な健康・治療管理の内容が十分に語られなかった可能性がある。またケアマネジャーとの連携および利用者の健康管理に関するケアは、相談職の背景によって異なることが予測される。今後は対象施設を増やすこと、インタビューガイドの見直し、福

祉系の相談職と看護職の連携など体制の異なる在宅支援に関する検討が必要と考える。

- 1 宮田香織：大都市郊外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巻11号．p928 - 936．2000
- 2 奥野純子他：介護老人保健施設在在所者の家庭復帰へ影響する要員 - 介護者の在宅受け入れへの意向に影響する要員より - ．日本老年医学会雑誌．43巻1号．p108 - 116．2006
- 3 井上由起子他：在宅支援機能からみた老人保健施設のあり方に関する考察 - 「往復型老人保健施設」の利用特性をとおして - ．病院管理．38巻2号．p25 - 35．2001
- 4 徳久朋子：介護老人保健施設における入所者の在宅復帰のための取り組み - 施設担当者の認識に焦点をあてて - ．鹿児島大学医学部保健学科紀要15．p43 - 50．2005
- 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．山梨看護学会誌．2巻2号．p19 - 25．2004
- 6 野中一成他：介護老人保健施設における退所可否に関する基礎的検討．東北理学療法学第14号．p19 - 22．2002
- 7 木村裕美他：介護老人保健施設入所者の在宅介護の潜在的問題点．保健の科学．44巻12号．p941 - 947．2002
- 8 渡辺美鈴他：大都市郊外（高槻市）の要介護老人の介護者の状況と介護意識に及ぼす要因について．厚生指針．41巻2号．p30 - 37．1994
- 9 上田照子他：在宅要介護老人の介護する高齢者の負担に関する研究．日本公衛誌．41巻6号．p499 - 505．1994
- 10 横山美江他：在宅要介護老人の介護者における健康状態と関連する介護環境要因．日本公衛誌．39巻10号．p777 - 783．1992
- 11 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．日本公衛誌．39巻2号．p65 - 73．1992
- 12 とうきょう福祉ナビゲーション 介護サービス情報の公開 <http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/kohyo/>

- 13 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．北里理学療法学，3. 65 - 68. 2000
- 14 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．日本公衛誌，39（2）. 65 - 73. 1992
- 15 細井啓子：老人保健施設における入所者の家庭復帰困難要因に関する研究．日本大学医学雑誌，54（3）. 178 - 186. 1995
- 16 渡邊みどり 前掲書 2004