

# 青森県の介護老人保健施設における 支援相談員の現状と在宅復帰の課題について

江畑年巳

(青森中央学院大学大学院 院生)

## 論文要旨

厚生労働省の『高齢社会に関する意識調査』（平成 28 年度）（参考文献⑨）や青森市の『高齢福祉・介護保険事業計画 第 8 期計画』（令和 3 年）（参考文献①）では、年をとったり、介護が必要になったりしたとき、「自宅で過ごしたい」、「できるだけ在宅で、生活したい」と考える方が多く、我が国の超高齢化社会の現状を踏まえれば、介護老人保健施設（以下、「老健」）の在宅復帰の役割は在宅介護において重要となる。しかし、老健の役割や機能を定量的に評価した研究は多くない。江畑（2022）（参考文献②）は「介護サービス情報公表システム」（参考文献⑤、⑥）から、令和 2 年度と令和 3 年度の青森県及び地域性が大きく異ならないと考えられる秋田県及び岩手県を含む北東北三県の老健に関するデータを蓄積し、老健の平均在所日数を在宅復帰の成果指標、さらには、回帰分析の被説明変数として、成果に関する要因を分析している。その結果、支援相談員の常勤割合が高まるほど、平均在所日数が短くなるとしつつ、老健が成果をあげる上で、支援相談員の役割は重要であることを指摘している。よって、本稿では、老健において在宅復帰に関する入退所時の相談援助を担う支援相談員の現状と諸問題を、青森県に注目して分析し、老健の在宅復帰の課題と促進要因を検討した。そこで、青森県の支援相談員を対象に、支援相談員の属性に関する質問や、在宅復帰や相談援助に関するアンケート調査を実施した。その結果を基に、青森県の支援相談員の特徴や現状について考察し、さらに、支援相談員を 3 のクラスターに分類し、各クラスターの特性から、支援相談員を「在宅復帰意識高水準型」、「在宅復帰意識高低混在型」、「在宅復帰意識低水準型」の 3 つに分類した。各クラスターの特性から、在宅復帰を推進するための 3 つの改善すべき点を導き出した。1 つ目は、支援相談員の在宅復帰への意識が低いことから、在宅復帰へ向けた意識を高めること。2 つ目は、老健において在宅復帰が重視されていないことから、老健の本来の役割である在宅復帰を再認識してもらうこと。3 つ目は、在宅復帰後の在宅サービスが不足しているから、在宅サービスの不足を抑制することであった。日本の高齢社会の現状と今後の展望を踏まえると、介護老人保健施設（以下、「老健」）の在宅復帰の役割は在宅介護において重要となる。

Keyword: 老健、支援相談員、在宅復帰、相談援助、クラスター

## 1 はじめに

全国老人保健施設協会（以下、「老健協会」）の『介護白書』（令和 2 年度版）（参考文献⑭）では、65 歳以上の方々の 1 人暮らしが、平成 27 年度時点で 592 万人となり、令和 22 年度では 896 万人になると推定されている。また、高齢化率は上昇傾向にあり、その中でも北東北三県の高齢化率は、全国を上回っている。そして、高齢期に過ごしたい場所についてのアンケート<sup>1)</sup>（参考文献①、⑨）結果では、「自宅」が最多の回答となっている。そのため、近い将来、在宅支援や在宅復帰の必要性は高まり、その役割を担う、老健が重要になる

と考えられる。老健の役割は、厚生労働省の『介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準』（平成 11 年厚生省令第 40 号）（参考文献⑩）の基本方針でも、在宅復帰や在宅療養支援のための地域拠点となる施設とされており、リハビリテーションを提供し、利用者の機能の維持や改善の役割を担う施設とされている。また、老健協会でも老健施設の理念と 5 つの役割<sup>2)</sup>（参考文献⑬）を挙げており、その 1 つに、在宅復帰施設であることを明確にしている。このように老健は、他の介護施設と比べ、在宅復帰の方針の強い施設となっている。

そこで、老健の在宅復帰を主として推進する職種に、支援相談員が挙げられる。間嶋(2019)（参考文献⑳）は、厚生労働省の『介護老人保健施設における施設の目的を踏まえたサービスの適正な提供体制等に関する調査事業』（2016）（参考文献⑦）を基に、支援相談員の配置数と在宅復帰率の高さの関連に注目しており、支援相談員の退所支援の必要性と家族支援の重要性を指摘している。そして、江畑（2022）（参考文献①）の北東北三県の老健の在宅復帰の要因分析からも、支援相談員は、在宅復帰に影響していることが明らかにされている。よって、支援相談員は、在宅復帰に関わりのある注目すべき職種であると考えられる。

老健の在宅復帰の機能は、平成 30 年度の介護報酬改定において、在宅復帰や在宅支援を推進できていると評価されており、施設報酬に大きな影響がみられる。その評価において、施設報酬を定める施設類型の評価指標に、支援相談員の配置割合が含まれている。ここからも、支援相談員が在宅復帰を中心に担っていると見え、支援相談員による入退所の支援や相談援助は、在宅復帰に必要不可欠なものとなっている。さらに、老健協会の『介護老人保健施設の目的を踏まえた施設の在り方に関する調査研究事業の報告』（平成 30 年度版）（参考文献⑫）では、全国の老健を対象に、平成 30 年度介護報酬改定<sup>3)</sup>による施設 5 類型への移行後（半年経った時点で）の、在宅復帰・在宅療養支援機能の評価に関する 10 項目の状況や配置職種の人数を調査している。その結果によれば、超強化型など類型が高くなるほど、支援相談員の配置数は増え、「3 人以上」の配置割合<sup>4)</sup>が 65%となっている。その一方で類型が低くなるほど、支援相談員の配置数は減っており、「2 人未満」の配置割合が 66%となっている。そして、老健の支援相談員の配置人数<sup>5)</sup>についても、平成 29 年度の 1.9 人から、平成 30 年度の 2.3 人へと増加傾向を示している。その他にも、超強化型などの類型が高いほど、各職種の人数も多くなり職員の確保がなされている。以上のことから老健の在宅復帰の推進には、支援相談員の配置人数や利用者家族等への相談援助によるものが大きく、それらが利用者の在宅復帰の可能性を高めていると言えよう。

しかし、こうした支援相談員の現状を定量的に評価している先行研究は多くない。また、老健の在宅復帰に関する先行研究においても、老健の利用者側に関する在宅復帰の要因の研究は、多くあるものの、支援相談員の相談援助を中心としたものは少ない。そこで、本稿では、分析対象を青森県の老健の支援相談員に限定し、その体制や在宅復帰に対する老健内部と外部の影響、支援相談員の現状などに関するアンケート調査を実施した。それを基に、以下の 2 つのことを検討した。1 つ目は、在宅復帰での支援相談員の現状を把握し、相談援助の課題を明らかにすること。2 つ目は、在宅復帰での支援相談員の相談援助に影響する要因

から、支援相談員の特性を定量的に評価し、在宅復帰の要因を明らかにすることである。

## 2 支援相談員の配置及び業務について

本節では、老健の支援相談員の職務について確認しておく。

まず、介護保険法（参考文献⑧）によれば、老健の支援相談員の配置人数については<sup>6)</sup>、1名以上であり、入所者の数が100名を超える場合にあっては、常勤の支援相談員1人に加え、100名を超える部分を100で除して得た数以上の人数<sup>7)</sup>を、配置人数としている。そして、支援相談員の配置は法令により義務付けされているものの、その職種については、「支援相談員は、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、次に掲げるような入所者に対する各種支援及び相談業務を行うのにふさわしい常勤職員を充てること」されており、資格の有無は問われていない。支援相談員の業務内容については、「入所者及び家族の処遇上の相談」、「レクリエーション等の計画、指導」、「市町村との連携」、「ボランティアの指導」以上の4つが示されおり、それについての詳細な記載はない。また、全国老人保健施設協会『新在宅支援推進マニュアル』第2版 《令和3年度介護報酬改定対応版》（2022）（参考文献⑬）でも、支援相談員の業務は、面談や判定会議、カンファレンス、サービス担当者会議、老健内の委員会、入所前後訪問指導、退所前後訪問指導、外部との連携、書類作成とだけ記載されている。このように、支援相談員の業務は、広範囲かつ多様となるものの、具体的な業務内容や相談業務は規定されていない。このため、支援相談員の業務内容や相談援助は、その所属する老健の方針や運営体制、施設規模の影響を受けることが予想され、老健ごとに違いがあると考えられる。

## 3 先行研究

本節では、先行研究を概観しつつ、そこから在宅復帰の相談援助に影響する3つの要因を整理することとする。第1は支援相談員自身による要因。第2は支援相談員の所属する老健内部からの要因。第3は支援相談員の老健外部からの要因である。

第1の「支援相談員自身による要因」についてである。和気（2006）（参考文献⑭）では、全国の介護老人福祉施設と老健から無作為抽出した500箇所の各事業所において、最も経験年数の長い支援相談員を対象に支援相談員の特性や業務内容、業務の阻害要因や役割分担を調査している。その結果、老健の支援相談員は、女性、福祉系の大卒者が多く介護支援専門員や社会福祉士の有資格者が40%となっている。そして、老健の業務内容は、施設内の他職種との連絡や調整、家族や利用者の入所前相談、相談面接など利用者の入退所の調整だとして、支援相談員が男性である場合は、経営関連や運営管理の業務に従事していることが多いとしている。また、介護支援専門員資格を保持している場合は、運営管理の業務に従事し、社会福祉士資格を保持し、かつ男性の場合は、経営関連の業務に従事していると指摘している。このように、支援相談員の業務はその支援相談員自身の職歴や資格に影響され、その他

にも施設運営や経営管理にも関わることがあるとしている。吉村（2019）（参考文献⑳）では、支援相談員の在宅復帰を意識した入所初期のアセスメントの実態と在宅復帰に影響のある要因について、施設の支援相談員を対象に、質問紙調査を実施している。その結果、多くの支援相談員は在宅復帰の意向のない家族にはアセスメントを実施していないため、在宅復帰の妨げの要因を把握していないことや家族の退所不安などに対応していないことを指摘している。佐藤（2012）（参考文献㉑）では、関東県内の在宅支援機能加算ⅠとⅡを取得している老健5施設と研究者が所属する法人の老健を含めた12施設に対して、在宅復帰に関する取り組み状況とケアスタッフの意識に関する調査をしている。加算取得群における在宅復帰の成功経験のある支援相談員は、さらなる経験を積み、在宅復帰にて成果を挙げているとしている。片山（2014）（参考文献④）では、ある1県の老健167施設の支援相談員を対象に、ソーシャルワークに基づいた実践内容の49項目と基本属性を分析し、支援相談員のソーシャルワーク専門職としての実践の現状とその課題を明らかにしている。その結果、支援相談員が相談援助において実践していることは、利用可能な制度の紹介や活用方法、事務処理などの相談援助であった。しかし、相談者自身が問題を解決できるような対処能力を習得できる支援については、その必要性を感じているものの、習得できるような対応をしなかった。そのため、支援相談員には、具体的な実践事例の積み重ねが必要であるとしている。これは、老健の在宅復帰の相談援助で捉えた場合、在宅サービスの紹介や制度の説明はしているものの、家族への在宅復帰の働きかけや在宅生活の不安への対応が不足しており、家族へのアプローチ不足と考えることができる。よって、支援相談員には、在宅復帰支援の成功経験値が必要になると言えよう。畠山（2017）（参考文献⑲）は、強化型老健の支援相談員を対象に、在宅復帰できなかった事例への対応について質問紙調査を実施し、在宅復帰できない要因を分析している。その結果、支援相談員による在宅復帰支援方法には格差がみられ、その格差は支援相談員の受けた教育課程や経験値の違いによるものであり、在宅復帰にも影響があるとされている。以上の先行研究より、支援相談員の相談援助の実践には、格差がみられ、支援相談員自身の相談援助の能力や遂行意欲が在宅復帰に影響していると考えられる。

第2の「支援相談員の所属する老健内部からの要因」についてである。片山（2012）（参考文献③）は、特別養護老人ホームと老健の支援相談員の業務に関する先行研究から、老健の支援相談員の相談援助の課題やその他の業務について整理している。それは、相談援助の中で、支援相談員は、各職種や家族から、様々な役割やその他の業務を求められているとしている。老健の管理者は、支援相談員に対して、老健の入退所数管理や利用者の獲得を、支援相談員へ期待しており、看護職や介護職は、施設の方針を利用者家族へ指導することやスタッフ間の連携を図るためのコーディネイトを期待している。このように支援相談員に求められる役割は、施設の運営を左右する重大な責務が伴うものの、施設内部の調整であるとしている。前述の佐藤（2012）（参考文献㉑）によると、加算取得群の老健では、在宅復帰に関する教育体制が取られており、在宅復帰支援についても利用者家族と具体的な話し合いの機会を設けている。そして、「在宅復帰の向上や自立支援介護を実践するために必要なこと」という質問に対して、施設の方針に納得していない回答者の多くが「管理者の意識改革」と

いう意見を表明しており、施設の方針に納得している回答者は「職員の意識改革」、「人員増加」、「成果に見合った報酬」などの意見を表明している。このことから、在宅復帰には職員の意識や老健の方針が影響すると考えられる。前述の吉村（2019）（参考文献③）は、在宅復帰には、支援相談員の在宅復帰に対する意識やアセスメント実施状況だけではなく、その所属している老健の施設方針も在宅復帰に影響があるとしている。中村（2016）（参考文献⑥）では、北九州・沖縄の老健の入所担当の介護支援専門員を対象に在宅復帰の要因を質問紙調査した結果、在宅復帰の要因は老健内の多職種による、入所利用者の健康やADLの支援が必要であるとしている。以上の先行研究から、支援相談員の在宅復帰の相談援助には、老健内部の職員の連携や在宅復帰の意識、老健の方針が影響していることがわかる。

第3の「老健外部からの要因」についてである。前述の片山（2012）（参考文献③）は、利用者やその家族が支援相談員に対して求めている相談援助や役割を「個別相談」、「利用者の心理、社会的問題の解決」、「利用者や家族とパートナー的存在となることを求めている」の3つを挙げている。このように支援相談員は、家族から求められる職種であり、家族への相談援助は在宅復帰の要因であるとしている。前述の中村（2016）（参考文献⑥）でも、在宅復帰には家族介護者への心理的支援や教育支援、地域内の連携など社会的支援を長期的に行うことであるとしており、家族支援が重要であるとしている。よって、支援相談員の相談援助には、家族支援やその地域の居宅サービス事業所の連携も含まれており、在宅復帰の相談援助に影響がみられる。

以上の通り3つの要因を先行研究から導き出したので、次節にて、在宅復帰の相談援助への影響を整理することとする。

#### 4 支援相談員の相談援助に影響する要因と分類型

3節を踏まえ、在宅復帰における支援相談員の相談援助に影響する3つの要因の強弱により、支援相談員の特性を以下の図1のように、3つのタイプに分類した。

図1 支援相談員の相談援助に影響する要因と分類型

出所：筆者作成

要因1	高い・・・・・・・・支援相談員自身の相談援助力の要因・・・・・・・・低い		
参考(根拠)の先行研究 和気(2006) 畠山(2017) 吉村(2019)	在宅復帰等の経験値が高い 在宅復帰の相談援助の意識が高い 家族支援への意欲が高い	在宅復帰等の経験値はある 在宅復帰の相談援助の意識はある。 家族支援への意欲はある。	在宅復帰等の経験値が低い 在宅復帰の相談援助の意識が低い 家族支援への意欲が低い
要因2	強い・・・・・・・・支援相談員に関わる施設内部の要因・・・・・・・・弱い		
参考(根拠)の先行研究 畠山(2017) 吉村(2019)	施設の在宅復帰の方針が強い 老健職員との連携が強い 老健職員の在宅復帰の意識が高い 在宅復帰の教育体制が有	施設の在宅復帰の方針が中間 老健職員との連携が弱い 老健職員の在宅復帰の意識が低い 在宅復帰の教育体制が無	施設の在宅復帰の方針が弱い 老健職員との連携が弱い 老健職員の在宅復帰の意識が低い 在宅復帰の教育体制が無
要因3	強い・・・・・・・・支援相談員に関わる施設外部の要因・・・・・・・・弱い		
参考(根拠)の先行研究 片山(2012) 中村(2016)	居宅サービスの連携が強い 地域での連携が強い 家族との連携が強い	居宅サービスの連携はある 地域での連携はある。 家族との連携はある。	居宅サービスの連携が弱い 地域での連携が弱い 家族との連携が弱い
↓	↓	↓	
分類型：	在宅復帰意識高水準型	在宅復帰意識高低混在型	在宅復帰意識低水準型

1つ目は、「在宅復帰意識高水準型」である。これは図1の（要因1、要因2、要因3）が（高い、強い、強い）となるタイプである。このタイプの支援相談員は、支援相談員の在宅復帰の経験値が最も高く、在宅復帰を意識した相談援助をしていると考えられる。よって、家族との相談援助の回数も多く、居宅サービス事業所との連携し、老健の内部も在宅復帰を重視している環境で相談援助を実施しているという特性を備えている。

2つ目は、「在宅復帰意識低水準型」である。これは図1の（要因1、要因2、要因3）が（低い、弱い、弱い）となるタイプである。このタイプの支援相談員は、在宅復帰の経験値が最も低く、在宅復帰の意欲も低いタイプであり、在宅復帰を意識した相談援助よりも入退所の手続きに関する相談援助を中心としていると考えられる。そのため、家族への相談援助の回数も少ない。施設内部においても、在宅復帰の方針を示さず否定的であり、職員に対しても在宅復帰に関する教育がされていないという環境で相談援助を実施しているという特性を備えている。

3つ目は、上記2タイプの間にある「在宅復帰意識高低混在型」である。これは図1の（要因1、要因2、要因3）が3つとも、中間的なタイプである。在宅復帰の経験値はそれほど高くはないものの、ある程度の経験をしている。利用者を在宅復帰させようとする意欲はあるため、在宅復帰を意識した相談援助となり、家族との相談援助の回数も十分に確保されている。そのため、居宅サービスや役場、病院との連携はされている。ただし、老健の方針は、在宅復帰をそれほど強く推進したものではないため、職員に対する教育機会も十分ではない環境で相談援助をしているという特性を備えている。

なお、上記の3つの分類は、典型的なパターンを捉えており、9つの全てを検討し得るものの、ここでは中心となる3分類を検討した。

以上の要因と分類を踏まえ、次節では、青森県の老健の支援相談員のアンケート調査の結果を見ることとする。

## 5 青森県の支援相談員の現状について

### 5.1 分析対象とデータ

本稿の対象は、青森県の老健54施設に在職している支援相談員135名である。ただし、条件を一定にするため、ユニット型と介護療養施設は除外している。調査方法は、各老健へ調査票を郵送しつつ、ウェブでも回答できるようにした。回答期間は令和3年12月20日から令和4年1月15日であり、135人中56人（回収率41.4%）から回答を得た。そのうちクラスター分析に用いたデータは、欠損値を除外した41人分である。調査内容については、支援相談員の属性に関する質問や、在宅復帰や相談援助に関する質問の合計34問を、中村（2016）（参考文献⑯）、中村（2018）（参考文献⑱）、畠山（2017）（参考文献⑲）、佐藤（2012）（参考文献⑩）、山本（2014）（参考文献㉒）を基に作成した。そこで、本節では、この調査結果を概観し、青森県の支援相談員の特徴や現状について検討する。

## 5.2 結果と考察

アンケート結果を基に、表2には、青森県の支援相談員の属性を示し、表3には、その記述統計を示した。表2と表3を併せて支援相談員の特徴に注目することとする。

**表2 支援相談員の属性**

N=56 項目	回答	人数	%
性別	男	25	44.6
	女	31	55.4
年代	20代	1	1.8
	30代	10	17.9
	40代	27	48.2
	50代	17	30.4
	60代以上	1	1.8
	無回答	1	1.8
支援相談員の配置人数（常勤）	1人	4	7.1
	2人	18	32.1
	3人	19	33.9
	4人	10	17.9
	4人以上	4	7.1
	無回答	1	1.8
支援相談員の経験年数	1年未満	6	10.7
	1年以上3年未満	7	12.5
	3年以上5年未満	9	16.1
	5年以上10年未満	14	25.0
	10年以上	17	30.4
	無回答	3	5.4
職歴について（経験職種）複数可	ケアマネ	34	39.5
	介護職	35	40.7
	看護職	1	1.2
	リハ職	1	1.2
	その他	11	12.8
	無回答	4	4.7
施設の形態	病院又は診療所併設の老健	14	25.0
	老健単独	41	73.2
	無回答	1	1.8
	青森地域	16	28.6
あなたの老健はどの地域にありますか	津軽地域	11	19.6
	西北五地域	5	8.9
	上十三地域	7	12.5
	八戸地域	15	26.8
	下北地域	2	3.6
平均在所日数 施設の入所定員		574	
	50人以下	2	3.6
	50人以上100人以下	6	10.7
	100人	43	76.8
	100人以上	5	8.9

出所：筆者作成

**表3 支援相談員の属性**

項目 N=56	平均	標準偏差値	中央値	最大値	最小値
性別 男：1 女：0	0.45	0.50	0	1	0
年代	41.25	7.81	40	60	20
人数	2.85	1.03	3	5	1
経験年数	6.20	3.34	7.5	10	1
ケアマネ：1 その他：0	0.63	0.48	1	1	0
介護職：1 その他：0	0.65	0.48	1	1	0
職歴数	1.48	0.50	1	2	1
併設：1 単独：0	0.25	0.44	0	1	0
青森：1 その他：0	0.28	0.45	0	1	0
復帰率	16.11	24.12	0	100	0
入所定員	95.13	19.70	100	130	29
平均在所日数	574.54	444.80	540	2548	90

出所：筆者作成

まずは、回答して頂いた支援相談員の属性についてである。性別については、大きな偏りは見られず、男女とも半数となっているものの女性が 55.4%とやや多い。年代については、40代が最も多く、全体の 48%を占めている。年代の平均値は 41.2 歳であった。支援相談員の配置は、3 人としている老健が最も多く 33.9%であり、ついで 2 人としている老健が、32.1%であった。支援相談員の配置の平均値は 2.8 人であった。経験年数については、10 年以上の経験を有する支援相談員が、最も多く全体の 30.4%であり、平均値は 6.2 年となった。職歴については、複数の回答が含まれており、介護職とケアマネジャー（以下「ケアマネ」）の双方で約 40%であった。職歴の平均値は 1.4 回であった。施設の形態については、併設の無い老健単独型が 73.2%となり、多かった。回答して頂いた支援相談員の方が所属する老健の所在地域は、青森地域（地域：青森市、平内町、今別町、外ヶ浜町、蓬田村）が最も多く、28.6%であり、ついで八戸地域（地域：八戸市、おいらせ町、三戸町、五戸町、田子町、南部町、階上町、新郷村）の 26.8%であった。入所利用者（長期）<sup>8)</sup>の平均在所日数は、574 日であり、最も長い日数は 2548 日であった。施設の入所定員は、100 人以上の老健が最も多く、全体の 76.8%であった。

表 4 はアンケート調査の回答を示している。特に第 3 節で挙げている 3 つの要因を基に結果を見てみることにする。

要因 1 である支援相談員自身に関しては、入所前の相談援助となる問 16 の在宅復帰を意識した入所相談や、問 17 の在宅復帰を意識した入所についての判定会議を実施している支援相談員は、どちらも全体の約 66%であった。しかし、入所後の相談援助となる問 26 の在宅復帰を意識したカンファレンス（3 か月ごとの見直し）を実施している支援相談員は 41.1%であった。そして、問 30 の入所者の在宅復帰に向けて家族との相談の回数は、「入所時のみ」の支援相談員が 17.9%であり、「3 か月に 1 回」の支援相談員が 41.1%であった。さらに問 29 の支援相談員が家族に対して在宅復帰への相談援助ができてきているかについては、48.3%の支援相談員が在宅復帰の相談援助ができていた。問 41 の支援相談員として在宅復帰にどれくらい貢献しているかの評価については、約 39.3%の支援相談員が貢献しているとしていた。

次に要因 2 である施設内部の要因に関しては、問 11 の在宅復帰機能が、施設長又は施設方針の中で重視されているかについては、約 62.5%の老健が在宅復帰の機能を重視されていた。しかし、問 12 の一年以内に在宅強化型又は超強化型の算定については、算定ができた老健は、全体の約 21%であり、問 13 の昨年 10 月から今年の 3 月までの間に在宅強化型又は超強化型を算定ができた老健も全体の約 21%であった。青森県の多くの老健は、在宅強化型又は超強化型を算定されておらず、在宅復帰が停滞していると考えられる。また、老健の在宅復帰の取組みに関する質問では、問 14 の支援相談員の所属する老健の在宅復帰委員会等の設置状況については、設置している老健が全体の 8.9%であり、問 15 の在宅復帰に関するマニュアルの有無については、マニュアルのある老健が 19.6%であった。また、問 20 の全職員に対して老健の機能や在宅復帰に関する教育機会の有無については、設けている老健が 26.8%となり、多くの老健は在宅復帰に関する教育機会の取組みがなかった。ま



た、問 21 では支援相談員の所属する老健の全職員について、老健の役割（在宅復帰）の理解をしているかについては、在宅復帰の役割を理解している職員が在職している老健は全体の約 55.3%であった。問 22 の支援相談員が在職している老健の在宅復帰に向けての職種間の連携状態については、64.3%の老健で職種間の連携があった。問 23 の支援相談員から介護職員への利用者の情報の提供の状況については、80.4%が情報の提供ができていた。問 24 の介護職員から支援相談員への在宅復帰に向けた利用者の情報提供の実施については、71.5%が情報の提供ができていた。問 40 の支援相談員が所属する老健の在宅復帰の貢献度については、約 44.6%の老健が在宅復帰に貢献していると支援相談員は判断していた。

要因 3 である支援相談員の係る施設外部の要因に関しては、問 27 の支援相談員は入所相談時に家族へ老健の機能（在宅復帰施設であること）を説明ができていないかについては、89.3%の支援相談員が説明ができていた。また、問 31 の居宅のケアマネや通所、ホームヘルパーなどの居宅サービス事業所と老健の連携については 67.9%の老健が連携されていると支援相談員が判断されており、問 32 の老健退所後の在宅サービスの充実についても約 53.6%の支援相談員は在宅サービスが充実していると判断していた。問 33 の病院から老健へ入所利用者の在宅復帰は「在宅復帰されている」が無く、「やや在宅復帰されている」が 32.1%となった。居宅サービス事業所との連携については、問 34 の居宅のケアマネから支援相談員への利用者の情報提供に関して 78.6%の支援相談員はケアマネからの情報提供がされており、問 35 の入所者の在宅復帰時に支援相談員から居宅ケアマネに対しての利用者の情報提供に関しても 71.5%の支援相談員が居宅ケアマネに対して情報提供が出来ていた。家族間については、問 38 の入所者の家族の介護に協力的かどうかについては、21.4%の支援相談員は家族が良好だと判断しており、良好な家族の割合は低かった。その他の質問として、支援相談員自身の考える在宅復帰を可能にする要因を「家族の引き取り意欲」、「利用者の強い希望」、「相談員のアプローチ」、「施設ケアでの自立性の確保」、「その他」の 5 つの中から選択頂いたところ、最も多く選択した要因は「家族の引き取り意欲」であった。そして、その反対に在宅復帰ができない要因については「家族が引き取らない」、「利用者の希望がない」、「相談員のアプローチに問題」、「施設ケアでの自立性の改善ができない」、「その他」の 5 つの中から選択頂いたところ、最も多く選択した要因は「家族が引き取らない」であった。また、家族からの相談時において在宅復帰の希望相談割合については、相談中の 16%が在宅復帰の希望相談であり、低かった。そして、家族からの相談時において入所希望や要望について「病院退院後のリハビリ継続」、「越冬・真夏期間の施設希望」、「介護者不在の一時利用」、「特養待機」、「看取りケア」、「在宅介護の不安」の 5 つの中から選択頂いたところ、「在宅介護の不安」が最も多く、家族は老健への入所希望として挙げられていた。

表4 質問表

質問	N=56	回答数	%	質問	N=56	回答	%
問 11 在宅復帰機能は、施設長又は施設の方針の中で、重視されていますか				問 12 一年以内に在宅強化型又は超強化型を算定しましたか			
1 重視されている		20	35.7	1 算定した		13	23.2
2 やや重視されている		15	26.8	2 算定しなかった		42	75.0
3 どちらともいえない		10	17.9	3 無回答		1	1.8
4 あまり重視されていない		8	14.3				
5 全く重視されていない		3	5.4				
問 13 昨年の10月から今年の3月までの間に在宅強化型又は超強化型を算定しましたか				問 14 施設において在宅復帰へ向けての特別な取組みとして在宅復帰委員会等を設置していますか			
1 算定した		12	21.4	1 設置している		5	8.9
2 算定しなかった		43	76.8	2 設置していない		44	78.6
		1	1.8	3 作成中・検討中		5	8.9
				4 無回答		2	3.6
問 15 在宅復帰に関するマニュアルはありますか				問 16 在宅強化型など、在宅復帰を意識した入所相談をしていますか			
1 ある		11	19.6	1 意識している		22	39.3
2 ない		39	69.6	2 やや意識している		16	28.6
3 作成中・検討中		4	7.1	3 どちらともいえない		9	16.1
4 無回答		2	3.6	4 あまり意識していない		3	5.4
				5 全く意識していない		5	8.9
				6 無回答		1	1.8
問 17 入所判定会議では、在宅復帰を意識した入所判定をしていますか				問 18 介護、看護職員は日常業務の中で、在宅復帰を意識していると思いますか			
1 考慮している		20	35.7	1 意識している		6	10.7
2 やや考慮している		17	30.4	2 やや意識している		20	35.7
3 どちらともいえない		10	17.9	3 どちらともいえない		13	23.2
4 あまり考慮されていない		6	10.7	4 あまり意識されていない		13	23.2
5 全く考慮されていない		3	5.4	5 全く意識されていない		4	7.1
問 19 在宅復帰を最も意識して業務にあたっている職種はどれだと思いますか				問 20 全職員に対して老健の機能や在宅復帰に関する教育機会を設けていますか			
1 看護職		3	5.4	1 設けている		15	26.8
2 介護職		3	5.4	2 設けていない		36	64.3
3 リハ職		40	71.4	3 作成中・検討中		5	8.9
4 その他		8	14.3				
5 複数回答		2	3.6				
問 21 老健の全職員が老健の役割(在宅復帰を理解している)と思いますか				問 22 在宅復帰に向け、老健内の職種間で連携できていると思いますか			
1 理解している		5	8.9	1 連携できている		5	8.9
2 やや理解している		26	46.4	2 やや連携できている		31	55.4
3 どちらともいえない		13	23.2	3 どちらともいえない		12	21.4
4 あまり理解されていない		12	21.4	4 あまり連携できていない		7	12.5
5 全く理解されていない		0	0.0	5 全く連携できていない		1	1.8
問 23 支援相談員から介護職員へ、利用者の情報を十分に提供できていると思いますか				問 24 介護職員から支援相談員へ、利用者の情報が十分に提供されていると思いますか			
1 情報提供できている		14	25.0	1 情報提供されている		9	16.1
2 やや情報提供できている		31	55.4	2 やや情報提供されている		31	55.4
3 どちらともいえない		9	16.1	3 どちらともいえない		11	19.6
4 あまり情報提供できていない		2	3.6	4 あまり情報提供されていない		5	8.9
5 全く情報提供できていない		0	0.0	5 全く情報提供されていない		0	0.0
問 25 複数名の支援相談員が配置されている場合、利用者の情報が十分に共有されていると思いますか				問 26 3か月ごとの見直しカンファレンスは自宅への退所を意識したものになっていると思いますか			
1 情報共有されている		19	33.9	1 意識している		3	5.4
2 やや情報共有されている		24	42.9	2 やや意識している		20	35.7
3 どちらともいえない		7	12.5	3 どちらともいえない		16	28.6
4 あまり情報共有されていない		4	7.1	4 あまり意識されていない		15	26.8
5 全く情報共有されていない		1	1.8	5 全く意識されていない		2	3.6
6 無回答		1	1.8				
問 27 支援相談員は入所相談時に申し込み家族へ老健の機能(在宅復帰施設である)を説明できていると思いますか				問 28 支援相談員は入所者の家族の情報を十分に入手できていると思いますか			
1 説明できている		35	62.5	1 入手できている		5	8.9
2 やや説明できている		15	26.8	2 やや入手できている		36	64.3
3 どちらともいえない		4	7.1	3 どちらともいえない		12	21.4
4 あまり説明できていない		1	1.8	4 あまり入手できていない		3	5.4
5 全く説明できていない		1	1.8	5 全く入手できていない		0	0.0

問 29 支援相談員は入所者の家族に対して在宅復帰の相談援助をできていると思いますか			問 30 入所者の在宅復帰に向けて、家族との相談回数はどれくらい実施しますか		
1 できている	7	12.5	1 入所時のみ	10	17.9
2 ややできている	20	35.7	2 週1回	1	1.8
3 どちらともいえない	16	28.6	3 1か月に1回	7	12.5
4 あまりできていない	12	21.4	4 3か月に1回	23	41.1
5 全くできていない	1	1.8	5 その他	15	26.8
問 31 居宅ケアマネ、通所、ホームヘルパーなどの在宅サービスの事業所と老健は連携できていると思いますか			問 32 老健退所後の在宅サービスは充実していると思いますか		
1 できている	14	25.0	1 充実している	6	10.7
2 ややできている	24	42.9	2 やや充実している	24	42.9
3 どちらともいえない	12	21.4	3 どちらともいえない	15	26.8
4 あまりできていない	5	8.9	4 あまり充実していない	9	16.1
5 全くできていない	1	1.8	5 全く充実していない	1	1.8
			6 無回答	1	1.8
問 33 病院から老健へ入所した方は自宅への在宅復帰はできていますか			問 34 居宅のケアマネから支援相談員へ、利用者の情報が十分に提供されていると思いますか		
1 在宅復帰されている	0	0.0	1 情報提供されている	13	23.2
2 やや在宅復帰されている	18	32.1	2 やや情報提供されている	31	55.4
3 どちらともいえない	11	19.6	3 どちらともいえない	8	14.3
4 あまり在宅復帰されていない	19	33.9	4 あまり情報提供されていない	4	7.1
5 全く在宅復帰されていない	8	14.3	5 全く情報提供されていない	0	0.0
問 35 入所者の在宅復帰時、支援相談員から居宅ケアマネに対し、利用者の情報を十分に提供できていると思いますか			問 36 特養の空きの少なさが、入所者の退所を遅らせることに影響していると思います		
1 提供できている	16	28.6	1 影響がある	12	21.4
2 やや提供できている	28	50.0	2 やや影響がある	17	30.4
3 どちらともいえない	8	14.3	3 どちらともいえない	17	30.4
4 あまり提供できていない	4	7.1	4 あまり影響がない	6	10.7
5 全く提供できていない	0	0.0	5 全く影響がない	4	7.1
問 37 入所待機者は多いと思いますか			問 38 入所者の家族は介護に協力的ですか		
1 多い	5	8.9	1 良好	1	1.8
2 やや多い	15	26.8	2 やや良好	11	19.6
3 どちらともいえない	9	16.1	3 どちらともいえない	29	51.8
4 あまり多くない	17	30.4	4 あまり良好ではない	15	26.8
5 全く多くない	10	17.9	5 全く良好ではない	0	0.0
問 39 老健入所時から特養に入所するまでにはどれくらいの日数がかかりますか			問 40 あなたの在職する老健は在宅復帰にどれくらい貢献していると思いますか		
1 半年以内	2	3.6	1 貢献している	4	7.1
2 1年未満	3	5.4	2 やや貢献している	21	37.5
3 1年以上3年未満	23	41.1	3 どちらともいえない	7	12.5
4 3年以上5年未満	12	21.4	4 あまり貢献していない	17	30.4
5 5年以上	12	21.4	5 全く貢献していない	6	10.7
6 無回答	2	3.6	6 無回答	1	1.8
問 41 支援相談員として在宅復帰にどれくらい貢献していると思いますか					
1 貢献している	5	8.9			
2 やや貢献している	17	30.4			
3 どちらともいえない	13	23.2			
4 あまり貢献していない	14	25.0			
5 全く貢献していない	7	12.5			
問 42 在宅復帰を可能にする要因はどのようなことだと思いますか。要因として強いと思う順に番号を記入してください。					
回答	1位	最下位			
1 家族の引き取り意欲	43	0			
2 利用者の強い希望	11	2			
3 相談員のアプローチ	1	32			
4 施設ケアでの自立性の確保	0	14			
5 その他 ( )	1	6			
6 無回答	0	0			
問 43 在宅復帰ができない要因はどのようなことだと思いますか。要因として強いと思う順に番号を記入してください。					
1 家族が引き取らない	46	0			
2 利用者が希望しない	3	7			
3 支援相談員のアプローチに問題	1	31			
4 施設ケアでの自立性の改善ができない	4	10			
5 その他 ( )	2	5			
6 無回答	0	0			
問 44 家族の在宅復帰の希望相談割合	16%				

問 45 入所相談に訪れる家族の要望として多い順に番号を記入してください。		
1 病院退院後のリハビリ継続	20	4
2 越冬・真夏期間の施設希望	1	3
3 介護者不在の一時利用	0	18
4 特養待機	6	6
5 看取りケア	4	19
6 在宅介護不安	25	1
7 その他	0	5

出所：筆者作成

### 5.3 調査の考察

回答を得た青森県の支援相談員は、女性が約 50%を占め、40 代が約 50%と多く、10 年以上の支援相談員として経験を有する回答者が約 30%であった。ここから、ベテラン職員が多く、経験値も高いと考えられる。また、職歴についても、ケアマネや介護職を経てから、支援相談員の職務に従事していることから、介護現場や在宅での相談援助の経験値が高いことが分かる。また、回答者が所属する老健は、併設の無い老健単独の施設が多く、約 73%を占めており、100 人以上の定員を有するのが約 77%であった。在宅復帰機能の現状については、在宅復帰機能の評価とされる超強化型または強化型の施設類型を 1 年以内に算定できた老健は、約 20%だけであった。よって、青森県の老健の在宅復帰機能は、停滞している可能性が考えられる。そして、施設方針として在宅復帰を重視している老健は、約 62%であった。在宅復帰に向けた施設の取り組みについては、在宅復帰のマニュアルを整備する老健が約 20%にとどまり、在宅復帰委員会を設置する老健は約 10%弱、老健の機能や在宅復帰に関する教育機会を設けている老健も約 30%と低かった。これらのことから、青森県の老健は、在宅復帰の取組みが十分ではなく、在宅復帰に対しての努力不足が指摘できる。よって、そのような老健で、支援相談員は、在宅復帰を意識した相談や入所判定会議を実施してきたことになる。しかし、支援相談員も、家族への相談回数は、3 か月に 1 回が最も多く約 40%であり、さらに入所時のみが約 20%であったことから相談回数が少なかった。そして、支援相談員自身の在宅復帰の貢献度についても、約 30%の支援相談員が貢献していると回答しており、支援相談員自身が申告する貢献度も低かった。よって、在宅復帰を重視してない老健に所属する支援相談員は、在宅復帰に向けた自分の役割や業務に疑問を持ちながら、相談援助をしていることが予想され、貢献度も低く、相談回数も少なくなったと考えられる。そして、老健とは異なる介護保険サービス事業者やケアマネとの連携については、全体の約 65%の支援相談員が連携できていると判断しており、在宅復帰で利用する居宅サービスの環境についても約 54%の支援相談員は居宅サービスの環境が整っていると判断している。しかし、病院から老健へ入所した利用者の在宅復帰は、確認されず、病院から在宅への中間施設として機能がされていなかった。よって、青森県の老健は、中間施設というよりも、病院からの受け皿的役割や、特養待機化施設となっていると考えられる。家族支援に関しては、家族の介護協力は低く、利用者家族との在宅復帰に向けた相談割合も約 16%と低かった。加えて、支援相談員が感じている在宅復帰の要因では「家族の引き取り意欲」を最も多く挙げていることから、家族支援を支援相談員がどのように実施してくかが、今後の課題と言えよう。特に青森県の老健では、入所相談に来る家族が介護不安を強く訴えている。そのため、支援相談

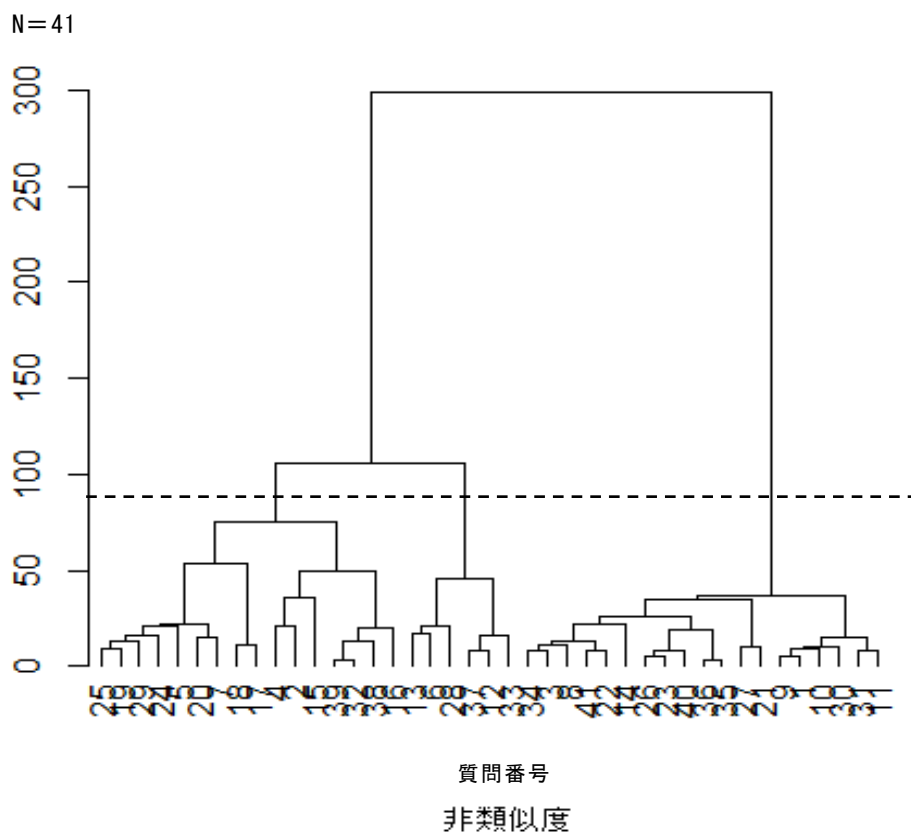
員は、老健以外の居宅サービス事業所や老健のリハビリ職と連携し、家族の介護不安を軽減できるように支援し、在宅復帰のきっかけを引き出せるようにするべきである。

#### 5.4 クラスタ分析について

前節での可能性を踏まえ、ここでは、青森県の支援相談員のアンケート結果を基に、青森県の支援相談員をいくつかのクラスターに分類する。これらの各クラスターの特徴を把握できれば、老健の在宅復帰を中心になって担う支援相談員に必要な要素を、クラスターごとに提示し、不足している要素について補うことで、老健の在宅復帰機能を左右する相談援助を底上げできると考える。

支援相談員のクラスタリングには、各支援相談員から得たアンケートの問 11 から問 41 までの結果を基に、階層的クラスタ分析（ワード法）を用いた。図 2 は、支援相談員間の類似性を示すデンドログラムであり、ここから支援相談員を大きく 3 つのクラスターに分類することとし、問 11 から問 41 までの各問の 3 クラスターごとの回答結果の平均値は図 3 のようになった。なお、問 11 から問 41 までのアンケート結果は表 5 にまとめてある。

図 2 デンドログラム



出所：筆者作成

図3 クラスター別アンケート結果

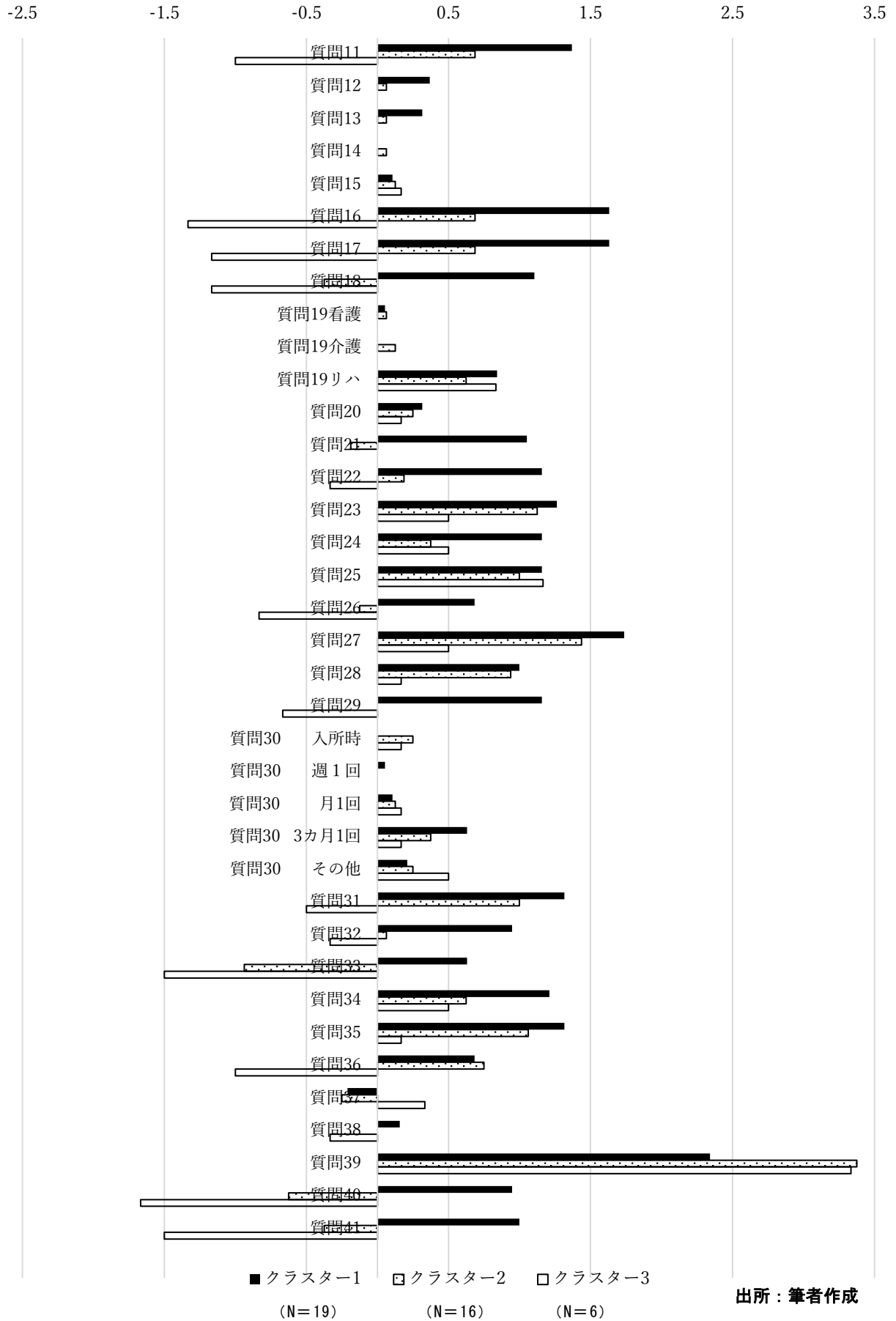


表5 質問結果（クラスター別） 在宅復帰意識高水準型（N=19） 在宅復帰意識高低混在型（N=16） 在宅復帰意識低水準型（N=6）

質問	クラスター分類	1					2					3				
		クラスター分類	平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値	平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値	平均値	標準偏差	中央値	最大値
質問11	在宅復帰を重視する施設方針	1.4	0.8	2.0	2.0	0.0	0.7	1.0	1.0	2.0	-1.0	-1.0	1.0	-1.0	1.0	-2.0
質問12	年内超強化・強化 取得：1 無：0	0.4	0.5	0.0	1.0	0.0	0.1	0.2	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
質問13	10-3月超強化・強化 取得：1 無：0	0.3	0.5	0.0	1.0	0.0	0.1	0.2	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
質問14	在宅復帰委員会設置 有：1 無：0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
質問15	在宅復帰のマニュアル 有：1 無：0	0.1	0.3	0.0	1.0	0.0	0.1	0.3	0.0	1.0	0.0	0.2	0.4	0.0	1.0	0.0
質問16	在宅復帰を意識した入所相談	1.6	0.6	2.0	2.0	0.0	0.7	0.8	1.0	2.0	-1.0	-1.3	0.7	-1.5	0.0	-2.0
質問17	在宅復帰を意識した入所判定会議	1.6	0.5	2.0	2.0	1.0	0.7	0.8	1.0	2.0	-1.0	-1.2	0.4	-1.0	-1.0	-2.0
質問18	介護・看護は在宅復帰を意識した業務	1.1	0.6	1.0	2.0	0.0	-0.4	0.8	0.0	1.0	-2.0	-1.2	0.7	-1.0	0.0	-2.0
質問19	在宅復帰を意識職種 看護：1その他：0	0.1	0.2	0.0	1.0	0.0	0.1	0.2	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
質問19	在宅復帰を意識職種 介護：1その他：0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
質問19	在宅復帰を意識職種 リハ：1 その他：0	0.8	0.4	1.0	1.0	0.0	0.6	0.5	1.0	1.0	0.0	0.8	0.4	1.0	1.0	0.0
質問20	老健の在宅復帰の教育機会 有：1 無：0	0.3	0.5	0.0	1.0	0.0	0.3	0.4	0.0	1.0	0.0	0.2	0.4	0.0	1.0	0.0
質問21	老健の役割（在宅復帰）の理解	1.1	0.6	1.0	2.0	0.0	-0.2	0.9	-0.5	2.0	-1.0	0.0	0.8	0.0	1.0	-1.0
質問22	在宅復帰に向けた職種間の連携	1.2	0.5	1.0	2.0	0.0	0.2	0.9	0.0	2.0	-1.0	-0.3	1.1	-0.5	1.0	-2.0
質問23	支援相談員→介護情報提供	1.3	0.5	1.0	2.0	0.0	1.1	0.9	1.0	2.0	-1.0	0.5	0.5	0.5	1.0	0.0
質問24	介護→支援相談員情報提供	1.2	0.7	1.0	2.0	-1.0	0.4	0.9	1.0	2.0	-1.0	0.5	0.5	0.5	1.0	0.0
質問25	複数支援相談員の情報共有	1.2	0.7	1.0	2.0	0.0	1.0	1.1	1.0	2.0	-2.0	1.2	1.1	1.5	2.0	-1.0
質問26	在宅復帰を意識した3か月後のカンファ	0.7	0.7	1.0	2.0	-1.0	-0.1	1.0	0.0	2.0	-2.0	-0.8	0.4	-1.0	0.0	-1.0
質問27	入所相談時の老健機能（在宅復帰）説明	1.7	0.4	2.0	2.0	1.0	1.4	0.9	2.0	2.0	-1.0	0.5	1.3	1.0	2.0	-2.0
質問28	家族の情報入手	1.0	0.6	1.0	2.0	-1.0	0.9	0.6	1.0	2.0	0.0	0.2	0.9	0.5	1.0	-1.0
質問29	家族へ在宅復帰の相談援助	1.2	0.6	1.0	2.0	0.0	0.0	0.9	0.0	2.0	-2.0	-0.7	0.5	-1.0	0.0	-1.0
質問30	相談回数 入所のみ：1 その他：0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.4	0.0	1.0	0.0	0.2	0.4	0.0	1.0	0.0
質問30	相談回数 週1回：1 その他：0	0.1	0.2	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
質問30	相談回数 月1回：1 その他：0	0.1	0.3	0.0	1.0	0.0	0.1	0.3	0.0	1.0	0.0	0.2	0.4	0.0	1.0	0.0
質問30	相談回数 3か月1回：1 その他：0	0.6	0.5	1.0	1.0	0.0	0.4	0.5	0.0	1.0	0.0	0.2	0.4	0.0	1.0	0.0
質問30	相談回数 その他：1 その他以外：0	0.2	0.4	0.0	1.0	0.0	0.3	0.4	0.0	1.0	0.0	0.5	0.5	0.5	1.0	0.0
質問31	在宅サービスと老健連携	1.3	0.6	1.0	2.0	0.0	1.0	0.8	1.0	2.0	-1.0	-0.5	0.5	-0.5	0.0	-1.0
質問32	在宅サービスの充実	0.9	0.9	1.0	2.0	-1.0	0.1	1.0	0.0	1.0	-2.0	-0.3	0.5	0.0	0.0	-1.0
質問33	病院から入所の在宅復帰	0.6	0.6	1.0	1.0	-1.0	-0.9	0.8	-1.0	1.0	-2.0	-1.5	0.5	-1.5	-1.0	-2.0
質問34	ケアマネ→相談員情報提供	1.2	0.5	1.0	2.0	0.0	0.6	1.1	1.0	2.0	-1.0	0.5	0.5	0.5	1.0	0.0
質問35	相談員→ケアマネ情報提供	1.3	0.6	1.0	2.0	0.0	1.1	0.8	1.0	2.0	-1.0	0.2	0.7	0.0	1.0	-1.0
質問36	特養の空所の影響	0.7	0.9	1.0	2.0	-1.0	0.8	0.8	1.0	2.0	-1.0	-1.0	1.0	-1.0	1.0	-2.0
質問37	待機者の多さ	-0.2	1.0	0.0	1.0	-2.0	-0.3	1.5	-1.0	2.0	-2.0	0.3	1.4	1.0	2.0	-2.0
質問38	家族の介護協力	0.2	0.7	0.0	2.0	-1.0	0.0	0.7	0.0	1.0	-1.0	-0.3	0.7	-0.5	1.0	-1.0
質問39	老健から特養への入所日数	2.3	1.1	2.0	5.0	0.5	3.4	1.4	4.0	5.0	1.0	3.3	1.7	3.5	5.0	1.0
質問40	老健の在宅復帰の貢献度	0.9	0.6	1.0	2.0	-1.0	-0.6	0.8	-1.0	1.0	-2.0	-1.7	0.5	-2.0	-1.0	-2.0
質問41	支援相談員の在宅復帰の貢献意識	1.0	0.6	1.0	2.0	0.0	-0.4	1.0	0.0	2.0	-2.0	-1.5	0.5	-1.5	-1.0	-2.0
質問44	家族の在宅復帰希望の相談割合	2.1	1.0	2.0	4.0	0.5	1.1	0.6	1.0	2.0	0.0	0.5	0.4	0.5	1.0	0.0

出所：筆者作成

## 5.5 クラスター分析の結果

図3の凡例で示されるクラスター1は、どのアンケート結果でも在宅復帰に関する意識が相対的に見て高水準にあることから、「在宅復帰意識高水準型」と呼ぶことができ、19名の支援相談員が属している。これら支援相談員の属性は表6にまとめたように男性が多く、経験年数もクラスターの中で最も長い7年であった。職歴は約1.3回であった。支援相談員が属する老健は、支援相談員を約3名配置しており、併設施設を持たない単独であり、青森地域（地域：青森市、平内町、今別町、外ヶ浜町、蓬田村）以外に立地している。入所定員は100人以下である。

支援相談員の特徴は、表5にまとめたように、入所前の相談援助や、入所についての判定会議、3か月ごとの見直しとなるカンファレンスの実施において、在宅復帰への意識が高水準にある。そして、家族に対して在宅復帰の相談援助が実施できていると自己評価も高く、在宅復帰の貢献度も高い水準にある。その老健は、施設や施設長が在宅復帰の方針を重視しており、3つのクラスターの中で最も重視されていた。そのため、介護職や看護職は、老健の機能（在宅復帰の支援）を理解しており、日常のケアでも在宅復帰への意識が高水準にある。また、在宅復帰機能の目安となっている施設類型の算定でも、年内と10月から3月までの双方で、超強化型や強化型を算定されていた。そして、在宅復帰後に利用される居宅サービス事業所と老健の連携がされていることや在宅サービスの充実も図られている環境である。その他にも、入所相談をしている家族は、介護に協力的だった。

続いて、図3の凡例で示されるクラスター3は、「在宅復帰意識高水準型」とは逆に、質問、11、16、17、18、22、26、29、31、32、38、40、41などの平均値が低く、「在宅復帰意識低水準型」と呼ぶことができ、6名の支援相談員が属している。ここに属する支援相談員の属性は表6にまとめたように、女性が多く、経験年数は、約6.6年であった。職歴は約1.6回であった。支援相談員が属する老健は、支援相談員を約2.3名配置しており、診療所を有している併設の老健であり、青森地域（地域：青森市、平内町、今別町、外ヶ浜町、蓬田村）に立地している。入所定員は100人以下である。

支援相談員の特徴は、表5にまとめたように、入所前の相談援助や、入所についての判定会議、3か月ごとの見直しとなるカンファレンスの実施において、在宅復帰への意識が低水準にある。また、在宅復帰に向けての家族との相談援助の回数が、入所時のみだけとなっていた。そして、家族に対して在宅復帰の相談援助は、実施できていないと自己評価も低く、在宅復帰の貢献度も低い水準にある。その老健は、施設や施設長が在宅復帰の方針を重視しておらず、3つのクラスターの中で最も重視されていなかった。そのため、介護職や看護職は、老健の機能（在宅復帰の支援）を理解しておらず、日常のケアでも在宅復帰への意識は低い水準にある。さらに、在宅復帰に向けた職員間の連携も、3つのクラスターの中で最も低かった。また、在宅復帰機能の目安となっている施設類型の算定は、年内と10月から3月までの双方で、超強化型や強化型の算定がされていなかった。そして、在宅復帰後に利用される居宅サービス事業所と老健の連携は、されておらず、その在宅サービスの充実についても不足としている。その他にも、入所相談をしている家族は、介護に非協力的だった。



最後に、図3の凡例で示されるクラスター2は、「在宅復帰意識高水準型」よりも在宅復帰意識はやや低く、質問18、21、26、40、41などの平均値は「在宅復帰意識低水準型」のように低くなっていることから、「在宅復帰意識高低混在型」と呼ぶことができ、16名の支援相談員が属している。ここに属する支援相談員の属性は表6にまとめたように、男性が多く、経験年数は約5.4年であった。職歴は約1.6回であった。支援相談員が属する老健は、支援相談員を3名配置しており、併設施設を持たない単独であり、青森地域(地域：青森市、平内町、今別町、外ヶ浜町、蓬田村)以外に立地している。入所定員は約100人である。

支援相談員の特徴は、表5にまとめたように、入所前の相談援助や、入所についての判定会議の実施において、在宅復帰への意識が高水準と低水準の間にある。しかし入所後に実施するカンファレンス(3か月ごとの見直し)は、在宅復帰への意識が低水準であった。そして在宅復帰に向けての家族との相談援助の回数が、入所時のみだけとなっていた。家族に対して在宅復帰の相談援助は、実施できていないと自己評価も低く、在宅復帰の貢献度は高水準と低水準の間にある。その老健は、施設や施設長が在宅復帰の方針を重視しているものの、3つのクラスターの中で中間となる。そして、介護職や看護職は、老健の機能(在宅復帰の支援)を理解しておらず、3つのクラスターの中で最も低水準である。よって、日常のケアでも在宅復帰への意識や在宅復帰に向けた職員間の連携も低水準になった。そして、在宅復帰機能の目安となっている施設類型の算定も、年内と10月から3月までの双方で、超強化型や強化型の算定がされていなかった。しかし、在宅復帰後に利用する居宅サービス事業所と老健の連携は、とれていた。しかし、その在宅サービスの充実については、サービスの不足としている。

以上のクラスター分析の結果を踏まえると、支援相談員は、「在宅復帰意識高水準型」、「在宅復帰意識低水準型」、「在宅復帰意識高低混在型」のそれぞれ3つのタイプに分けられ、「在宅復帰意識低水準型」と「在宅復帰意識高低混在型」に注目すべき特徴がみられた。次節では、この2タイプを中心に考察する。

表6 属性クラスター別 在宅復帰意識高水準 (N=19) 在宅復帰意識高低混在型 (N=16) 在宅復帰意識低水準型 (N=6)

クラスター分類	1					2					3				
	平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値	平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値	平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値
N=41															
性別 男:1女:0	0.47	0.50	0.00	1.00	0.00	0.44	0.50	0.00	1.00	0.00	0.17	0.37	0.00	1.00	0.00
年代	43.16	6.53	40.00	50.00	30.00	38.75	5.99	40.00	50.00	30.00	40.00	5.77	40.00	50.00	30.00
支援相談員の配置人数	3.05	1.00	3.00	5.00	1.00	3.00	1.06	3.00	5.00	2.00	2.33	0.47	2.00	3.00	2.00
支援相談員の経験年数	7.58	3.00	7.50	10.00	1.00	5.44	3.01	4.00	10.00	1.00	6.67	3.24	7.50	10.00	1.00
職歴 ケアマネ:1 その他:0	0.68	0.46	1.00	1.00	0.00	0.69	0.46	1.00	1.00	0.00	0.67	0.47	1.00	1.00	0.00
職歴 介護職:1 その他:0	0.53	0.50	1.00	1.00	0.00	0.81	0.39	1.00	1.00	0.00	0.67	0.47	1.00	1.00	0.00
職歴数	1.32	0.46	1.00	2.00	1.00	1.63	0.48	2.00	2.00	1.00	1.67	0.47	2.00	2.00	1.00
施設体制 併設:1 単独:0	0.26	0.44	0.00	1.00	0.00	0.13	0.33	0.00	1.00	0.00	0.33	0.47	0.00	1.00	0.00
所在地域 青森:1 その他:0	0.37	0.48	0.00	1.00	0.00	0.25	0.43	0.00	1.00	0.00	0.50	0.50	0.50	1.00	0.00
入所定員	91.11	26.87	100.00	130.00	29.00	98.75	4.84	100.00	100.00	80.00	94.00	13.42	100.00	100.00	64.00

出所：筆者作成

## 5.6 クラスター分析の考察

「在宅復帰意識高水準型」のクラスターに属する支援相談員は、他のクラスターと比べて男性の割合が相対的に高く、職歴が1回と専門性が高く、経験年数も約7.5年と長いことからベテランの傾向にあると言えよう。そのため、在宅復帰の支援の経験値の高い支援相談員は、在宅復帰を意識した相談援助や相談回数も多くなっていると考えられる。また、在宅復帰を重視している老健は、支援相談員の配置が3人であり、「在宅復帰意識低水準型」より多く、体制的にも相談援助が提供しやすい環境であることが分かる。その一方で「在宅復帰低水準型」のクラスターに属する支援相談員は、女性の割合が高く、経験年数は約6.6年であり、職歴が約1.6回でクラスターの中で、もっとも職歴回数が多いことが分かる。経験年数は、第1クラスターよりも短いものの、5年以上であることやケアマネや介護の職歴があることから、経験豊富なベテランであると考えられる。しかし、支援相談員の配置は、3つのクラスターで最も少ない2.3人であった。よって、在宅復帰を重要視していない老健は、支援相談員の配置人数からも相談援助を十分に提供できる体制ではないことが分かる。その中間となる「在宅復帰高低混在型」の支援相談員は、性別は男性、女性とも偏りがなく、経験年数や、年代もクラスターの間であった。支援相談員の配置は、3人であり「在宅復帰高水準型」と同様な人数であることから、相談援助を十分に提供できる体制であることが分かる。

次に、クラスター分析の結果より、在宅復帰が停滞している「在宅復帰意識低水準型」の老健を中心に、「在宅復帰意識高低混在型」についても考察する。この「在宅復帰低水準型」の問題点を抽出し、改善点を検討することで、在宅復帰が推進されると考える。

まず、「在宅復帰低水準型」を他のクラスターと比べて注目すべき特徴を、3節で述べた3つの要因に分けて考察する。1つ目は、支援相談員自身の要因である。これは、問16、17の結果より、このクラスターに属する支援相談員は、入所前に実施する相談援助や入所を判定する会議において、在宅復帰への意識が低い。このように入所前から在宅復帰への意識が低い支援相談員は、利用者のニーズや利用目的が老健に該当するかどうかの相談援助を実施していないと考えられる。老健の入所希望者は、様々な目的で入所の申し込みをしている。その中で、在宅復帰の目的を持ち、老健のリハビリ機能を希望する利用者の入所が難しくなる状況が推察される。よって、支援相談員は、在宅復帰を意識した入退所の調整や相談援助をすべきである。また、支援相談員自身も「在宅復帰の意識低水準型」の老健では、在宅復帰の相談援助の経験値を積むことができないため、在宅復帰の相談援助が難しくなると考えられる。それゆえ、在宅復帰への相談援助の経験がない支援相談員は、看取りのための自宅への退所や、利用者の病態の悪化による退所などといった入所期間が短いケースでも相談援助を実践し、経験値を積むことで、在宅復帰への意識を高めていく必要がある。佐藤(2012) (参考文献⑩)でも、在宅復帰への相談援助の経験値がある支援相談員は、在宅復帰に貢献があったとしている。そして、問26、29、30の結果から、支援相談員は、利用者の入所後の相談援助においても、在宅復帰への意識が低く、相談の回数も入所時だけであった。明らかに、相談援助の回数が少なく、相談員自身も家族に対して在宅復帰への相談援助ができて

いなかったと評価している。これは、支援相談員による家族に対する相談援助の機会が少ないといった、アプローチ不足を指摘できる。よって、支援相談員による家族に対する在宅復帰への働きかけが少なく、在宅復帰を家族側にまかせてしまっていると考えられる。そのため、問 41 の結果は、支援相談員の在宅復帰への貢献度が低かった。以上のことから、支援相談員は、家族との相談援助の機会を設けることを意識し、家族との面会時など、わずかな機会でもアプローチをするべきである。

2つ目は老健内部の要因である。これは、問 11、18、21、22 の結果より、その老健は、在宅復帰を重視していないため、明確な在宅復帰の方針を示しておらず、老健内の介護職や看護職は在宅復帰への理解が十分にされていなかった。そのため、日頃のケアも在宅復帰を意識しておらず、在宅復帰を意識した職員間の連携もされていなかった。このような老健は、施設として今後の方向性を明確にし、在宅復帰を推進する施設であることを介護職や看護職に教育する機会を設け、施設全体で取り組む必要がある。まずは、老健職員から老健の役割や在宅復帰についての理解を深めることから始めるべきである。

3つ目は老健の外部からの要因である。これは、問 31、32 の結果よりその老健は、在宅復帰後の居宅サービス事業所との連携がされていない。このことから、明らかな老健の連携に対する努力不足が指摘でき、在宅サービスとの連携を図るべきである。

しかし、在宅サービスの不足については、在宅復帰を果たした利用者が老健のショートステイの利用を希望する場合、そうした在宅復帰者を優先することや、緊急でも受け入れる柔軟な体制を構築するなどの対応が必要となる。また、問 38 の結果からは、この老健に入所している家族は、介護協力が低いことから、常に支援相談員が中心となり、在宅サービスと連携をはかり、入所家族や他の家族からの介護協力を得られるようにアプローチをするべきである。次に「在宅復帰意識高低混在型」についてである。この「在宅復帰意識高低混在型」についても、その問題点を抽出し、改善点を検討することで、さらなる在宅復帰の推進がされると考える。

1つ目は支援相談員自身の要因である。入所前の相談援助は、在宅復帰への意識が一定水準に達しているものの、問 26、29、30 の結果より利用者が老健に入所してからの相談援助において、在宅復帰への意識が低かった。そして、相談回数も入所時だけとなっている。相談員自身も家族に対して在宅復帰の相談援助ができていなかったと評価している。支援相談員の在宅復帰に対する意識変化は、相談回数にも現れており、この意識変化は、利用者の入所後に起きている。そのため、支援相談員の意識変化の要因は、支援相談員自身の要因だけではなく、その他の要因が大きく影響していると考えられ、その要因は、次に述べている老健の内部や外部によるものである。

2つ目は、老健の内部の要因である。問 18、21、22 の結果より、この老健では在宅復帰の方針をやや重視しているものの、それほど、明確な在宅復帰の方針を示していない。そのため、入所時は在宅復帰を意識した相談援助を、支援相談員が実施していたものの、曖昧な在宅復帰の方針に影響を受け、その後の在宅復帰の意識が低下されていたと考えられる。また、「在宅復帰意識高低混在型」でも介護職や看護職は、在宅復帰の理解や在宅復帰の意識が低

く、職員間の連携も低水準だった。これは「在宅復帰意識低水準型」でも要因として挙げていたため、と同様な対策が必要と考えられる。ただし、この老健は、ある程度の在宅復帰の方針がみられるため、「在宅復帰意識低水準型」より、改善が可能であると考えられる。

3つ目は、老健の外部からの要因である。問 31、32 の結果より、在宅復帰後に利用する居宅サービス事業所と老健の連携はとられていたものの、在宅サービスの充実については不足している。在宅サービスの不足を補うためには、より適正かつ慎重な在宅サービスの選択が必要となる。そのサービスの選択には、支援相談員が在宅復帰の前後にケアマネとの連携を十分に図ることで、必要な在宅サービスの調整が可能となる。そのため、より一層、居宅サービス事業所との連携を図るべきである。

また、「在宅復帰意識低水準型」でも要因で挙げられていたため、同様な対策が必要と考えられる。

## 6 結論と課題

本稿では青森県の老健の支援相談員に関して大きく 2 つのことを検討した。1 つ目は、在宅復帰での支援相談員の現状を把握し相談援助の課題を検討したことである。そこから以下の結論が得られた。今回のアンケート調査に協力して頂いた青森県の老健の支援相談員は、経験年数が 10 年以上とベテラン職員が多く、ケアマネや介護職を経験しているため、介護現場や相談職の経験値も高いことが分かった。しかし、支援相談員を取り巻く環境は、約 6 割の老健が在宅復帰を重視しており、家族からの在宅復帰の相談割合も 16% と低く、在宅復帰が停滞しやすい状況にある。しかし、支援相談員の在宅復帰に向けた相談回数は、在宅サービスが充実しているにもかかわらず、3 か月に 1 回とされており、相談援助の機会が少なく、アプローチ不足を指摘できる。また、多くの支援相談員が、在宅復帰を可能にする要因として、「家族の引き取り意欲」を挙げており、支援相談員の相談援助回数の少なさからも、在宅復帰を家族側にまかせている可能性が考えられる。そして、家族からの入所相談では、「在宅介護の不安」を最も挙げていることから、在宅介護の不安を軽減できるような老健全体の取組みも必要と考えられる。

2 つ目は、支援相談員へ属性や、在宅復帰、相談援助に関するアンケート調査より得られた結果より、在宅復帰に向けた相談援助に影響する要因を基に、クラスター分析によって、支援相談員を 3 クラスター（「在宅復帰意識高水準型」、「在宅復帰意識高低混在型」、「在宅復帰意識低水準型」）に分類し、各クラスターの特徴を把握し、検討したことである。老健の在宅復帰の推進には、「在宅復帰意識低水準型」の老健が「在宅復帰意識高水準型」に移行できれば、在宅復帰の推進が図れると考えられる。それには大きく 3 つのことを改善する必要がある。1 つ目は、支援相談員の在宅復帰への意識が低いことから、在宅復帰へ向けた意識を高めること。2 つ目は、老健において在宅復帰が重視されていないことから、老健の本来的な役割である在宅復帰を再認識してもらうこと。3 つ目は、在宅復帰後の在宅サービスが不足しているから、在宅サービスの不足を抑制することであった。以上の 3 つの中で、

特に 2 つ目の在宅復帰を重視していない老健が、在宅復帰への意識転換をしていくことは、多大な改善を有するため、課題は大きいと言えよう。そして、この改善には、政府が医療と介護の機能を有する老健に求めていること、すなわち「病院でフォローできなかった退院後の在宅支援を、病院と在宅復帰の間にある中間施設となって支援すること」を踏まえれば、老健に求められるニーズは高い。そして、老健の利用者は、病態や身体状態の回復に時間を要し、リハビリなど、多職種の間わりによるケアの提供が必然となる。よって、現状で配置されている職種や人員では、在宅復帰の支援は難しい。そのため、在宅復帰に必要な職種や人員を整えるためにも、老健の人員配置基準や運営規定を見直すことが必要になると考えられる。さらには、老健が提供するケアをより高く評価し、在宅復帰に対する評価法も改め、介護報酬を引き上げることなどが必要である。こうした改善が制度的になされれば老健自身が在宅復帰の機能に価値を見出し、在宅復帰を重視すると考えられる。そして、老健退所後の在宅サービスは、必要不可欠であるため、訪問リハや訪問看護、ショートステイなどのサービスをさらに充実させる必要がある。そして、老健自体も家族の介護不安を解消するために、在宅復帰後のショートステイの受入れを優先的に対応することや、緊急でも受け入れを実施するなど柔軟な体制を構築する努力も必要と考えられる。また、支援相談員も、家族の介護意欲の向上や介護不安を軽減できるように、居宅サービス事業所との連携について詳細に家族に説明を重ねることや越冬での老健の利用を提案し、短期間の在宅復帰だとしても経験値を積むべきと考えられる。加えて、アンケート結果から支援総相談員は、利用者や家族が介護不安を抱えていることを認識している。そのため、支援相談員の相談援助は、そのニーズを把握するため、常に必要になると言えよう。まずは、家族へのアプローチを常に実施することから始めるべきではないだろうか。

以上のように、支援相談員の在宅復帰への相談援助は、老健の方針や老健の体制、在宅サービスの状況から影響を受けている。しかし、支援相談員のおかれている現状は、直ぐに変化するものではない。そのため、支援相談員は、老健が在宅復帰及び支援施設であることや老健の特別な機能であるリハビリ提供や医療サポートの効果を老健の内部や外部に示し、老健の正しい理解が得られるように、相談援助を通じて務めるべきである。

今回は、青森県の老健に限って支援相談員の現状と課題が明確にされた。今後は老健を利用している利用者や家族側の在宅復帰の要因や在宅復帰に必要なサービスの検討をしていきたい。

## 謝辞

本研究は青森中央学院大学学長裁量経費より助成を得て進められたものであり、記して感謝申し上げます。本稿の執筆にあたり、青森中央学院大学の指導教員の山本俊准教授よりご指導を頂いた。さらに、青森中央学院大学の楠山大暁准教授より多大なるご助言を賜った。また、青森中央学院大学の竹内紀人教授や畠山光史講師、地域課題研究会にてご指導頂いた玉川大学元教授の高千穂安長先生からも貴重なご助言を頂き、感謝申し上げます。また、アンケート調査にご協力頂いた青森県内の支援相談員の皆様にも感謝申し上げます。なお、本稿にあり得る全ての誤りは筆

者の責任によるものである。

## 注

- 1) 厚生労働省の『高齢社会に関する意識調査』（平成 28 年度）では、「年を取って生活したい場所」を問う設問に対し、「自宅で過ごしたい」という回答が約 72%となっている。さらに、青森市の『高齢福祉・介護保険事業計画 第 8 期計画』（令和 3 年）では、「介護が必要になった場合、どのようにして自分らしい生活を続けたいか」という問いに対し、「できるかぎり在宅で、生活したい」という回答が約 47%となっている。
- 2) 老健協会で挙げている 5 つの役割は、①包括的ケアサービス施設②リハビリテーション施設③宅復帰施設④在宅支援施設⑤地域に根ざした施設の以上である。
- 3) 平成 30 年度介護報酬改定より老健の在宅支援・在宅復帰機能の取組みを「在宅復帰・在宅療養支援等指標」10 項目とのその他の施設評価項目についての算定要件を満たしているかの二つの評価結果の組み合わせによって、施設類型に分類される。その施設類型の機能評価が高い順に「超強化型」、「強化型」、「加算型」、「基本型」、「その他型」となる。
- 4) 在宅復帰・在宅療養支援等指標の項目に支援相談員の配置割合がある。その評価値は「3人以上」は 5 点となり「2人以上」3 点となり「2人未満」は 0 点となる。
- 5) 施設規模を考慮し、入所定員 100 人あたりの換算となる。
- 6) 支援相談員の常勤換算方法である。
- 7) 老健の入所の利用には、長期間の入所と短期間の入所となる 2 パターンがある。

## 参考文献

- ① 青森市福祉部 介護保険課 高齢支援課 [2021] 『高齢福祉・介護保険事業計画 第 8 期計画（令和 3 年～令和 5 年度）』。
- ② 江畑年巳 [2022] 「北東北三県の介護老人保健施設の現状と課題について―老健の役割と在宅復帰機能―」『青森中央学院大学 地域マネジメント研究所 研究年報』 第 19 号掲載予定。
- ③ 片山徹 [2012] 「高齢者入所施設における相談員のソーシャルワーク実践の現状と課題」『総合福祉科学研究』第 4 号、81-91 頁。
- ④ 片山徹 [2014] 「介護老人保健施設における支援相談員のソーシャルワーク実践と課題―支援相談員への質問紙調査から―」日本福祉大学社会福祉学部『日本福祉大学社会福祉論集』第 131 号、19-37 頁。
- ⑤ 厚生労働省 介護サービス情報公表システム  
(<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp>. 2021.6.1 にアクセス)
- ⑥ 厚生労働省 介護サービス情報公表システム  
(<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp>. 2022.6.10 にアクセス)
- ⑦ 厚生労働省 [2016] 『介護老人保健施設における施設の目的を踏まえたサービスの適正な提供体制等に関する調査事業』。
- ⑧ 厚生労働省 厚生労働省法令等データベースサービス

(<https://www.mhlw.go.jp/web/t..docdataid=00ta4388&dataType=18pageNo=1> 2022.12.22 にアクセス)

- ⑨ 厚生労働省 [2016] 『平成 28 年度版 厚生労働白書—人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える—政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」』。
- ⑩ 厚生労働省 第 183 回社会保障審議会介護給付費分科会 (web 会議) 資料 ([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_13082.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_13082.html) 2022.12.25 にアクセス)
- ⑪ 佐藤政美 [2012] 「老健施設における在宅復帰とケアスタッフの意識に関する研究」国際医療福祉大学, 博士(医療福祉学), 甲第 169 号, 2013-3-14。
- ⑫ 全国老人保健施設協会 [2018] 『介護老人保健施設の目的を踏まえた施設の在り方に関する調査研究事業の報告 (平成 30 年度版)』。
- ⑬ 全国老人保健施設協会 [2022] 『新在宅支援推進マニュアル』第 2 版 <令和 3 年度介護報酬改定対応版> 三輪書店。
- ⑭ 全国老人保健施設協会 [2020] 『令和 2 年版 介護白書—老健施設の立場から—』 TAC 出版。
- ⑮ 内閣府 [2020] 『令和 2 年度版 高齢社会白書』。
- ⑯ 中村豪志 [2016] 「介護老人保健施設から在宅復帰するための要因」『理学療法科学』第 31 巻 5 号、765-769 頁。
- ⑰ 中村豪志 [2016] 「介護老人保健における在宅復帰支援に関する研究：在宅復帰マネジメントツール開発」九州保険福祉大学 博士 (社会福祉学) 37604 博甲第ツ 054 号。
- ⑱ 中村豪志 [2018] 「在宅強化型の介護老人保健施設における自宅復帰の実態」『厚生指標』第 65 巻第 13 号、20-25 頁。
- ⑲ 畠山玲子 [2017] 「強化型介護老人保健施設における在宅復帰不能要因」国際医療福祉大学, 博士 (介護福祉・ケアマネジメント学), 甲第 349 号, 2018-3-7。
- ⑳ 間嶋健・和気純子 [2019] 「介護老人保健施設の退所支援ソーシャルワークの評価枠組みの構成—支援相談員による支援記録の質的分析より—」『日本ソーシャルワーク学会』第 38 巻、15-26 頁。
- ㉑ 山本道代・奥宮暁子・山本武志・相馬仁 [2014] 「介護老人保健施設における医療・福祉専門職間の情報提供と被提供の認識の相違」『日本保健医療福祉連携教育学会学術誌』第 7 巻 1 号、2-10 頁。
- ㉒ 吉村敏康 [2019] 「介護老人保健施設支援相談員の入所初期アセスメントが在宅復帰に与える影響」『自立支援介護・パワーリハ学』第 13 巻 1 号、28-36 頁。
- ㉓ 和気純子 [2006] 「介護保険施設における施設ソーシャルワークの構造と規定要因—介護老人福祉施設と介護老人保健施設の相談業務の比較分析を通じて—」『厚生指標』第 53 巻第 15 号、21-30 頁。