

小規模多機能型居宅介護の従事者に生じる終末期ケアに係る課題の検証

吉田恭子*

Challenges in End-stage Care Faced by Healthcare Professionals in Multifunctional Small-scale Care Services

Kyoko YOSHIDA

Abstract

To clarify the details of end-stage care-related anxiety experienced by healthcare professionals in multifunctional small-scale care services, a survey on daily life support and end-stage care was conducted involving those providing such services in Fukuoka Prefecture. Among the subjects, 50 (38.3%) had experience in providing end-stage care via multifunctional small-scale care services. The type of profession and length of professional experience were found to be closely associated. On comparison of the scores representing end-stage care-related anxiety based on profession, care workers and those with professional experience of less than 10 years had higher scores. Regarding medical resources, home-visit medical or nursing services were not regularly used by the subjects. These results suggest that the different resources available in each community, such as medical institutions, need to be used by healthcare professionals engaged in multifunctional small-scale care services to help them provide end-stage care without anxiety.

Keywords: multifunctional small-scale care services, healthcare professionals, end-stage, end-of-life care, anxiety

要 旨

本研究は小規模多機能型居宅介護の従事者が抱く終末期ケアの課題を検討することを目的に、福岡県の小規模多機能型居宅介護の従事者を対象に生活支援と終末期ケアの課題について調査した。小規模多機能型居宅介護において終末期ケアを経験した者は50名（38.3%）であった。分析結果は職種別と職種による経験年数が有意に関連していた。従事者の属性による終末期ケアの課題の得点は介護職員が高く、経験年数10年未満の者が高かった。医療資源については平常時から訪問診療や訪問看護を利用していなかった。小規模多機能型居宅介護の従事者が不安なく終末期ケアを行うには、地域における医療機関等の多様な資源の活用を促す必要があることが示唆された。

キーワード：小規模多機能型居宅介護、従事者、終末期、看取り、不安

*福岡県立大学看護学部
Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University

連絡先：福岡県田川市伊田4395
福岡県立大学
吉田恭子
E-mail: k-yoshida@fukuoka-pu.ac.jp

緒言

我が国の高齢化率は2017年26.7%、2040年には36%に達し、65歳以上の死亡率は160万人を超える¹⁾と推測され、今後は多死時代の到来を避けることはできない。国民の多くが最期を迎える場所として自宅を希望している反面、病院死の割合が圧倒的に多い²⁾状況が続いている。厚生労働省老健局が2008年に発表した「死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計」³⁾では老健、特養、病院や自宅のみでは死亡場所が不足することが示された。したがって、従来からある介護施設だけではなく有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅などの新たな住まいに期待が寄せられている。しかし、これに対して二木⁴⁾は、この将来推計を在宅死率12%という現状通りで算出したことを評価するとしてうえて、死に場所は病院であり続け、自宅以外の在宅が病院死を補完する。そのために在宅生活の限界点を高めることで終末期あるいはそれよりももう少し長い期間の病院・施設への入院・入所の率と期間をできるだけ抑制することを目指している、と述べている。老老介護や家族介護力の低下等があるなか、政策は地域包括ケアの推進のもと、医療を病院完結型から地域完結型へと転換させている。こんにち、最期まで本人の生き方を尊重するには、医療やケアの提供を検討することが重要であり⁵⁾、その時をどこでどのように過ごすかということは支えられる人、支える人を問わず一人ひとりの喫緊の課題である。

そこで小規模多機能型居宅介護が在宅生活の限界点の時期や、さらに進んだ終末期のケアを担うことが可能ではないかと考えた。なぜなら、小規模多機能型居宅介護は通所と訪問介護に加えて宿泊の機能があり入所か自宅かの二者択一の選択をしなくてよいこと、それらを別個ではなく一事業所が担うため利用者のリロケーションダメージが少ないこと、また、看護職員が必置であることから例えば認知症高齢者グループホームに比べて医療依存度が高い利用者のケアも可能だと考えたからである。しかし、開設数の推移をみると2008(平成20)年1557⁶⁾、2010(平成22)年2369カ所⁷⁾と少なく、先行研究についてもケアに関するものは散見されるに過ぎず^{8) 9)}、詳細に分析されていない。

本稿は小規模多機能型居宅介護で最期を迎えるうえで生じている実態を踏まえ、終末期ケアにおける従事者が抱える課題を検証することを目的とした。

用語の操作的定義

本研究で使用する用語を以下のように定義する。看取りとは、無益な延命治療をせずに、自然の過程で死にゆく高齢者を見守るケアをすること¹⁰⁾とする。

職種とは、看護職員は保健師、看護師、准看護師とし、介護職員は介護福祉士やヘルパー、無資格の職員を含むものとする。

従事者とは、看護職員と介護職員とする。

対象と方法

調査方法

独立行政法人福祉医療機構が運営する福祉保健医療ならびに介護保険や障害者福祉サイト(WAMNET)に登録されている福岡県の小規模多機能型居宅介護129事業所に勤務する従事者を対象に調査を行った。福岡県を選択した理由は全国で最も開設数が多かった北海道に次いで多く¹¹⁾人口から鑑み福岡県のほうが充足率は高く小地域ごとにみられる影響を少なくして分析できると考えたからである。2010(平成22)年12月~2011(平成23)年2月、自記式調査票を用いて調査した。調査票の郵送に先立ち、事業所代表者に電話にて研究の承諾を得て、従事者数も確認した。研究協力を得たのは94カ所で1030名だった。

調査票は終末期ケアの経験を公表している福岡県内の小規模多機能型居宅介護の介護職員、看護職員、管理者10名へのインタビューから得た諸所見をもとに独自に考案し、兵庫県の小規模多機能型居宅介護の従事者15名に対してプリテストを経て作成した。具体的な質問内容は、個人に関する属性として、性別、年代、所有資格、経験年数は職種の経験および当該事業所における経験年数、介護や終末期ケアの経験とし、小規模多機能型居宅介護における生活支援と終末期ケアについては「いつも感じる」「時々感じる」「あまり感じない」「全く感じない」の4件法選択肢により、個人の考えの回答を求めた。なお、終末期ケアの経験については臨死期の関わりに限定せず、その時よりも前に入院した事例も含む。事業所に関することでは訪問系の医療資源の利用内容とした。

調査票の集計結果は260名(回収率25.2%)の回答が得られた。そのうち基本属性の記載がない票を無効回答とし、分析対象は133名、有効回答率は51.2%であった。

分析方法

各質問項目に対する回答について、各選択肢の度数分布と構成割合を算出した。従事者の属性と終末期ケアの課題との関連では、Mann-Whitney U検定を行い、職種と経験年数については χ^2 検定を行った。

分析はSPSS 19J for Windowsを使用し、有意水準を5%未満とした。

倫理的配慮

自記式調査票を用いて行うため、事業所代表者には研究開始前に研究の趣旨を説明し、了解を得た事業所に研究依頼書と調査票を郵送した。また、調査票を事業所代表者から配布してもらうため調査に対して強制力が働かないように配慮を依頼した。研究依頼書には業務を優先してもらい、匿名性の確保、研究参加の自由と不参加による不利益を生じない、研究以外の目的では使用しない、個別に準備した返信用封筒による調査用紙の返送をもって同意を得られたことにすることを明記した。なお、福岡県立大学研究倫理委員会の承認を得た。

研究結果

基本属性を表1に、職種と経験年数の関連については表2に示した。

回答者の約8割は女性が占め40歳代以降が多かった。職種については介護福祉士やヘルパー資格所持者である介護職員が大半を占め、看護職員は13.8%であった。また、職種と経験年数の各群の期待値を計算した結果、5未満の期待値は認められなかった。そのため χ^2 検定を適用し、有意な差があった($\chi^2=13.852$ $p<.01$)。

当該事業所における終末期ケアについては、経験した者は50名(38.3%)、経験していない者は81名(60.9%)で、経験者のうち利用者数は1人が最も多く26名(50.0%)、2~3人を経験した者は15名(30.0%)であった。

平常時における医療機関の利用については図1に示した。

元々の主治医やかかりつけ医を利用していると回答した者が最も多く120名、在宅療養診療所への受診は16名であった(複数回答)。他には訪問診療を利用中との回答もあったが少なかった。また、訪問看護については90名(67.7%)が利用していないとした。

表1 従事者の属性

		N(%)	
性別	男性	18	(13.5)
	女性	115	(86.5)
年代	20歳代	22	(16.5)
	30歳代	29	(21.8)
	40歳代	36	(27.1)
	50歳代	39	(29.3)
	60歳代	7	(5.3)
職種 (複数回答)	介護職員のうち		
	介護福祉士	49	(29.2)
	ヘルパー2級	49	(29.2)
	ヘルパー1級	1	(0.1)
	ガイドヘルパー	2	(1.2)
	介護支援専門員	17	(10.1)
	社会福祉主事	10	(6.0)
	社会福祉士	3	(1.8)
	薬剤師	2	(1.2)
	無資格	2	(1.2)
	看護職員のうち		
	看護師	13	(7.7)
	准看護師	10	(6.0)
	保健師	1	(0.1)
未記入	11	(6.5)	
職業としての経験年数	1年未満	11	(8.3)
	1年~5年	52	(39.1)
	5年~10年	33	(24.8)
	10年以上	37	(27.8)
当該事業所での経験年数	1年未満	23	(17.3)
	1年~2年	30	(22.6)
	2年~3年	59	(44.4)
	3年~4年	20	(15.0)
	4年以上	1	(0.1)
当該事業所における終末期ケアの経験	経験有り	50	(38.3)
	(うち)看取った人数		
	1人	26	(50.0)
	2人	8	(16.0)
	3人	7	(14.0)
	4人	3	(6.0)
	5人	2	(4.0)
	6人以上	3	(6.0)
	無回答	1	(2.0)
	経験無し	81	(60.9)
無回答	2	(0.1)	

表2 職業における経験年数と職種の関連

		職種の違い	
		看護職員 N	介護職員 N
経験年数	10年未満	6**	81**
	10年以上	13**	24**

$\chi^2=13.852$ ** $p<.01$

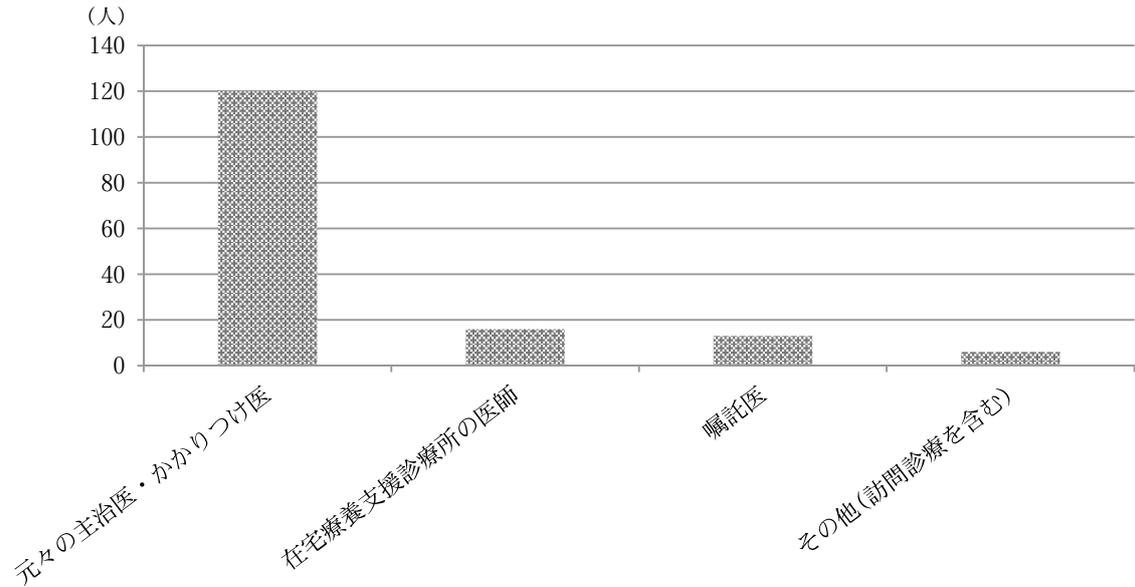


図1 平常時における医療資源の活用状況

終末期ケアの課題

経験年数との関連では10年未満の者は夜間の急変や死亡の不安について有意に高く ($Z=-2.72, p<.05$)、急変時の医療への連絡報告についても有意に高かった ($Z=-2.98, p<.05$)。また自身の医学的知識不足との関連では10年未満の者が有意に高く ($Z=-4.27, p<.05$)、自身の死の受入れ準備不足についても有意に高かった ($Z=-3.36, p<.05$)。

職種との関連では、介護職員は夜間の急変や死亡

の不安が有意に高く ($Z=-2.00, p<.05$)、医学的知識不足についても介護職員は看護職員より有意に高かった ($Z=-3.67, p<.05$)。また自身の死を受け入れる準備不足についても介護職員は有意に高かった ($Z=-3.07, p<.05$)。

急変時であっても他の利用者へのケアは継続されなければならないが経験年数や職種による統計学的有意差はなかった。(表3・4)

表3 終末期ケアの課題と経験年数の関連

設問		N	Ave	SD	Z	p
夜間の急変や死亡の不安	10年未満	95	3.49	0.77	-2.72	.01
	10年以上	37	3.11	0.84		
看護職不在時の急変対応	10年未満	96	3.30	0.80	-1.73	.08
	10年以上	37	3.03	0.87		
急変時の意思確認困難	10年未満	96	3.19	0.81	-1.75	.08
	10年以上	37	2.89	0.88		
急変時の医療への連絡報告	10年未満	95	2.89	0.81	-2.98	.00
	10年以上	37	2.38	0.86		
急変時の家族対応	10年未満	96	2.67	0.74	-1.76	.08
	10年以上	37	2.38	0.98		
自身の医学的知識不足	10年未満	96	3.60	0.64	-4.27	.00
	10年以上	37	2.95	0.91		
自身の死の受入れ準備不足	10年未満	96	2.94	0.87	-3.36	.00
	10年以上	37	2.35	0.89		
急変時の他の利用者対応	10年未満	96	3.03	0.75	-.97	.33
	10年以上	37	2.89	0.77		
家族が看取りメンバーに加わる	10年未満	94	2.54	0.85	-1.30	.19
	10年以上	37	2.76	0.86		
家族の看取り時の精神的負担	10年未満	92	2.50	0.76	-.04	.97
	10年以上	37	2.49	0.84		
近隣住民の噂	10年未満	94	1.96	0.72	-.86	.39
	10年以上	37	1.86	0.79		

表4 終末期ケアの課題と職種別の関連

設問		N	Ave	SD	Z	p
夜間の急変や死亡の不安	看護職	19	3.00	1.00	-2.00	.05
	介護職	104	3.44	0.77		
看護職不在時の急変対応	看護職	19	2.84	0.96	-1.90	.06
	介護職	105	3.28	0.80		
急変時の意思確認困難	看護職	19	2.95	0.85	-.64	.52
	介護職	105	3.09	0.85		
急変時の医療への連絡報告	看護職	19	2.42	0.96	-1.35	.18
	介護職	104	2.76	0.82		
急変時の家族対応	看護職	19	2.42	0.96	-.60	.55
	介護職	105	2.60	0.78		
自身の医学的知識不足	看護職	19	2.74	0.93	-3.67	.00
	介護職	105	3.50	0.71		
自身の死の受入れ準備不足	看護職	19	2.16	0.83	-3.07	.00
	介護職	105	2.86	0.88		
急変時の他の利用者対応	看護職	19	3.16	0.77	-1.20	.23
	介護職	105	2.96	0.76		
家族が看取りメンバーに加わる	看護職	18	2.78	0.65	-1.04	.30
	介護職	104	2.58	0.88		
家族の看取り時の精神的負担	看護職	18	2.61	0.70	-1.13	.26
	介護職	102	2.44	0.79		
近隣住民の噂	看護職	19	1.74	0.56	-1.03	.30
	介護職	103	1.94	0.72		

表5 生活支援の実際の分布

	いつも感じる		時々感じる		あまり感じない		全く感じない		無回答	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
柔軟さゆえの家族介護力低下への懸念	8	(6.0)	79	(59.3)	42	(31.6)	4	(3.0)	0	(0)
家族と職員の情報共有と連携の必要性	104	(78.2)	27	(20.3)	2	(1.5)	0	(0)	0	(0)
家族と職員の介護観の相違	18	(13.5)	90	(67.7)	25	(18.8)	0	(0)	0	(0)
スムーズな利用の困難さ	9	(6.8)	47	(35.3)	68	(51.1)	8	(6.0)	1	(0.1)
家族間の調整の困難さ	0	(0)	44	(33.1)	74	(55.6)	15	(11.2)	0	(0)
医療よりも生活が優先される	17	(12.8)	59	(44.4)	52	(39.1)	2	(1.5)	3	(2.3)
現状に満足し、より良い介護の提供が困難	2	(1.5)	48	(36.1)	71	(53.3)	12	(9.0)	0	(0)
事業所内の職種間の連携の困難さ	9	(6.8)	26	(19.5)	64	(48.1)	34	(25.6)	0	(0)
医療との連携の困難さ	5	(3.8)	38	(28.6)	66	(49.7)	23	(17.3)	1	(0.1)

生活支援の実際

小規模多機能型居宅介護ではスムーズな利用ができるものの、柔軟なサービス利用は家族介護力低下の懸念にもなるとの回答が多く見られた。一方で事業所内の職種間連携は良かった。(表5)

考 察

本研究は介護保険制度開始から10年目に当たる2010(平成22)年度に実施した。回答者の多くが当該事業所における経験年数2～3年がピークだったことは新規の介護現場に勤務する従事者を対象とした調査であり妥当だったと考える。

職種や職業による経験年数の違いによる終末期ケアの課題の差

本研究の結果から多くはないが、終末期ケアを行っている事業所があることが明らかになった。また、終末期ケアの課題は職種や経験年数が関係しており、それらは終末期に生じるさまざまな不安が影響していると考えられる。

本研究の協力時に看護や介護の専門職者として10年以上の経験を有する回答者は、介護保険制度以前から何らかの施設にて経験を重ねてきたことは明らかである。介護職員については介護保険施設の状況によると1999(平成12)年、老人福祉施設の従事者は約10万人、老人保健施設では約7千人が従事しており¹²⁾、多くの回答者が老人福祉施設や老人保健施設で高齢者ケアの経験があると考えられる。専門的経験が10年に満たない回答者は、介護保険制度が施行され高齢者サービスや関連施設が整備されつつあるなかで、入所施設に限らず通所や訪問のサービスに従事し高齢者ケアの経験を積み重ねている。一方で、1992(平成4)年に「居宅」が医療の場として制度上位置づけられ、1994(平成6)年には診療報酬上で24時間の往診対応が評価されるものの未だに病院

死が多い状況下では、在宅で人の死を専門職者として経験することは稀なことだと言える。また近年、地域包括ケアシステム構築への取り組みが積極的に行われているが、この構築が図られはじめたのは2006(平成18)年の第5次医療法改正による病床の機能分化と整備、急性・亜急性期病院、かかりつけ医、在宅との連携体制強化がされるようになってからのことである。研究協力時に介護と在宅医療の連携が十分に図られていたとは言えず、専門職者が在宅死を経験したとは言い難い。高齢者医療と在宅介護については前述のような歴史的な背景の影響があり、研究協力時に既に10年以上の専門的経験を有する専門職者らは、計画された職場のOJTのみならず、職業人としての個人の経験を重ね、それらが終末期ケアに関する課題となる不安を軽減させる要因になったと推測される。よって、経験年数が少ない者には技術に関する研修等の機会が必要である。

研修の機会については、2009(平成21)年から介護職員による痰の吸引に関して検討され、短期間に夜間の看護職員配置が難しいことから医療安全が確保できる条件下であればやむを得ない¹³⁾とし、基礎教育のみならず現任教育が行われている¹⁴⁾。吸引に限らず介護職員への医療的ケアの要請があるものの医学的知識を理解し技術提供を行うには不十分である可能性がある。それは小規模多機能型居宅介護では医療ニーズがある利用者は約66%だが日常生活自立度はⅡ～Ⅲと高いわけではなく、終末期に多くなる吸引や胃瘻による栄養管理は約1%と少ない¹⁵⁾。そのため、小規模多機能型居宅介護では学んだ技術を活用する場面は少ない。また、回答者のうち看護職員の割合は少なかった。現場では看護職員は一人いれば良いと解釈されているようで、介護職員がいつでも看護職員に相談できる状況にあるとは言い難い。したがって、技術習得が十分とは言えない介護

職員が複雑な医療ニーズに応えることは難しいと考える。松尾はスキルの獲得を、自動車の乗り方を習得するとき、はじめは教習所で教えられた通りに一つ一つの動作を意識的に行うが、徐々に頭で考えることなしに運転することができるようになり、さらに練習をつむと一連の動作を自動的にこなすことが可能である¹⁶⁾、と述べている。医療的ケアを無理なく実施するには、制度化された研修のみならず、地域の医療機関等における教育や相談の場を設けることが必要だと考える。

本研究の回答者は家族を看取りのメンバーに加える必要性はあるとしながらも精神的負担の懸念も感じていた。これについては有意差はなかったものの、利用者と家族、ケアにあたる従事者の心の安寧を保ちながら終末期を過ごすためには、すべての人々への死の準備教育が必要になると考えられる。

小規模多機能型居宅介護のケアの強み

奥田は小規模多機能型居宅介護におけるケアは、通所の利用によりなじみの関係ができていた職員の援助を受けながら泊まることができるため、利用者の混乱を最小限にとどめることができる。職員にとってもケアの方法や日中の様子がわかったうえで利用者を受け入れるので介護の負担が少なくなる¹⁷⁾、ということを特徴と述べている。これは強みの一つと言えるだろう。

日常的な生活支援に関しては、職種間の連携がよく、利用者とその家族はスムーズな利用ができ、また家族間の調整についても困難さを生じておらず、利用者とその家族となじみの関係を構築させ、一体的な対応を可能とする小規模多機能型居宅介護の強みを発揮したケア提供をしている。一方で、元々の主治医やかかりつけ医へ受診をしているが訪問診療の活用は少なく、また、訪問看護は約6割が利用しておらず日常的なケアは従事者のみで提供していると言え、永田らのケアサービスの報告と同様に、医療提供がしにくい環境下で何とか工夫や努力して医療ニーズに対応し終末期ケアに取り組んでいる¹⁸⁾と考える。

また、永田らは看護体制が24時間対応になっていない上に、訪問看護の制限により十分に利用できないことや、医師との連携体制の困難さを指摘している¹⁹⁾。小規模多機能型居宅介護において終末期ケアを担うか否かに関わらず、訪問に応じる多様な医療資源の活用を充実することが小規模多機能型居宅介

護の強みを生かす介護のあり方だと考えられる。

研究の限界と課題

本稿は福岡県における小規模多機能型居宅介護に勤務する従事者を対象にした平成22年度の研究であり、得られた知見を一般化できるとは言えない。今後は勤務体制や地域の医療機関等との関連についても検討する必要がある。

結論

1. 小規模多機能型居宅介護において終末期ケアを行っていた。
2. 小規模多機能型居宅介護に勤務する従事者の職種と経験年数は関連があった。
3. 従事者に生じる終末期ケアの課題は、「夜間の急変や死亡に関すること」「自身の医学的知識不足に関すること」「自身の死の受け入れ準備の不足に関すること」という不安であった。

謝辞

本研究は日本看護福祉学会の推薦のもと、看護系学会等社会保険連合 平成22年度研究助成を受けて行いました。

ご協力いただいた福岡県および兵庫県の小規模多機能型居宅介護の従事者の皆さまに深謝申し上げます。

文献

- 1) 内閣府. 平成30年度版高齢者社会白書.
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/30pdf_index.html (2018年8月1日アクセス)
- 2) 内閣府. 平成25年度版高齢社会白書.
<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/index.html> (2018年8月1日アクセス)
- 3) 厚生労働省. 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/su-ii09/deth5.html> (2018年8月1日アクセス)
- 4) 二木立. 地域包括ケアと地域医療連携. 第1版 東京: 勁草書房. 2016.
- 5) 厚生労働省. 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂につ

- いて、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編。
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf>
 (2018年10月26日アクセス)
- 6) 厚生労働省. 平成20年介護サービス施設・事業所調査結果の概況。
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service08/dl/sisetu-jigyousyo.pdf> (2018年8月11日アクセス)
- 7) 厚生労働省. 平成22年介護サービス施設・事業所調査結果の概況。
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service10/dl/sankou.pdf> (2018年8月11日アクセス)
- 8) 永田千鶴, 松本佳代. エイジング・イン・プレイスを果たす小規模多機能型居宅介護の現状と課題. 熊本大学医学部保健学科紀要 2010; 6: 43-62.
- 9) 野田毅, 糟谷昌志. 小規模多機能型居宅介護事業所の有効性に関する研究—全国における事業所の現状調査—. 厚生 の 指 標 2011; 58: 2: 1-5.
- 10) 箕岡真子, 日本における終末期ケア“看取り”の問題点 在宅のケースから学ぶ. 長寿社会グローバル・インフォメーションジャーナル 2012; 17: 1: 6-11.
- 11) 都道府県別介護保険指定サービス事業者登録状況. 国民衛生の動向2011/2012. 東京: 厚生労働統計協会. 2012.
- 12) 厚生労働省. 平成12年介護サービス施設・事業所調査の概況. 介護保険施設の状況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service00/kekka1.html> (2018年8月11日アクセス)
- 13) 厚生労働省. 特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて.
<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/tankyuuin.files/ihouseisokyaku4.pdf> (2018年8月16日アクセス)
- 14) 厚生労働省. 介護福祉士養成施設における「医療的ケア」の追加について (概要)
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyyuin/dl/4-3.pdf
 (2018年8月17日アクセス)
- 15) みずほ情報総研株式会社. 平成22年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 医療依存度の高い在宅要介護高齢者を対象とした多機能型サービスのあり方に関する調査調査報告書. 2011.
- 16) 松尾睦. 経験からの学習 プロフェッショナルへの成長プロセス. 第1版 東京: 同文館出版. 2006.
- 17) 奥田佑子. 小規模多機能ケアの特徴. 平野隆之. 小規模多機能ケア実践の理論と方法. 第1版 東京: CLC. 2007.
- 18) 前掲8)
- 19) 永田千鶴, 北村育子. 地域包括ケア体制下でエイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型サービスの機能と課題. 日本地域看護学会誌 2014; 17: 1: 23-31.

受付 2018. 8. 31

採用 2019. 1. 8

