

様式 C-19

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 24 年 5 月 21 日現在

機関番号：32663

研究種目：基盤研究（C）

研究期間：2009～2011

課題番号：21530607

研究課題名（和文） 24 時間ケア 医療と介護の包括支援体制の方向性を探る

研究課題名（英文） 24 Hour Home Care System for Elderly care in Community , focus on coordination with non-medical social home care and medical care.

研究代表者

渡邊 裕美（WATANABE HIROMI）

東洋大学・ライフデザイン学部・教授

研究者番号：50247079

研究成果の概要（和文）：研究目的は 24 時間ケア医療と介護の包括支援体制の方向性を探ることである。実態を把握するために、大都市圏で夜間ケアに先駆的にとりくんでいる A 自治体において全域調査を行なった。結果、要介護認定者数に対する夜間対応型訪問介護利用者の比率は圏域によって異なるものの、その割合は、0.25%～0.73%と 1%にも満たなかった。定期訪問実人数は 0 人の事業所もあれば、28 人に 639 回の事業所もあった。随時訪問利用回数は、4 回の事業所もあれば、104 回の事業所もあった。定期より随時が多く行われていた。コールを押しでも訪問せずに電話対応のみという事業実態もあった。別の B 自治体では、介護施設を拠点に 24 時間訪問介護と夜間対応型訪問介護が一体運営でとりくまれており事業所ヒアリングを行なった。24 時間包括ケアの潜在利用者を病院から地域にもどすための退院支援のヒントをまとめた。2012 年 4 月創設される「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を読み解き、研究成果をふまえた、医療と介護の包括支援体制をすすめるための方法論を示した。

研究成果の概要（英文）：Purpose: 24 Hour Home Care System for Elderly care in Community, focus on coordination with non-medical social home care and medical care. Method : Questionnaire and semi-structured interview for home help service agent that supply for night care in urban area. Conclusion: The ratio of supplying home help service is 0.25%～0.73% against for long term care users. The number of home visit on time is less than the number of home visit on call. Some of the agent does not visit on call and treat by phone. Some of the agent located in special nursing home and cooperates with care staff at the institution. Medical and non-medical care must be provided comprehensively, not in unscheduled piece from each provider with dissimilar aims. We ensure 24 hours home care cooperate with non-medical social home care and medical care and made a guideline of 24Hours home care .

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2009年度	1,100,000	330,000	1,430,000
2010年度	1,000,000	300,000	1,300,000
2011年度	1,200,000	360,000	1,560,000
総計	3,300,000	990,000	4,290,000

研究分野：社会科学

科研費の分科・細目：社会学・社会福祉学

キーワード：社会保障 社会福祉政策 24 時間ケア

1. 研究開始当初の背景

要介護状態になった人の居宅生活を支える
24 時間ケアには、医療サービスと介護サー

ビスがともに必要なことは言うまでもない。
サービス名を並べると、24 時間ケアは整っ
ているかのような絵が描けるが実態はそう

なっていない。制度は縦割りの法のもとに分かれているために、現場は分化し、専門職は先鋭化している。訪問介護のサービス提供責任者は訪問介護の範疇で動く。ケアマネジャーは介護保険サービスを組み合わせることはできても、障害者自立支援法や、医療保険についてはよくわからない。施策を担当する部署も、介護保険担当、障害福祉担当、保健医療担当、とそれぞれである。研究者も、制度政策研究、看護学領域の24時間ケア研究、介護福祉学領域の24時間ケア研究と分かれていた。複雑なサービスを理解し運用するのに精一杯で、誰も全体像をつかめていない。24時間ケアを成り立たせるための制度施策（医療保険、介護保険、障害者自立支援法、難病施策など）を網羅して全体像を整理し、制度を“横”につなげるためにはどうすればよいのか、包括支援体制をすすめるための方向性を探る研究が求められている。

2. 研究の目的

本研究の目的は、24時間ケアを成り立たせるための制度施策を網羅して全体像を整理し、実際に、医療サービスと介護サービスを使って居宅で暮らしている事例から、法や制度によって別々に作られているサービスを“横”につなげて運用するための包括支援体制の方向性を探ることである。

3. 研究の方法

(1) 保健医療福祉の行政担当者とサービス機関実務者、ケアマネジャーの協力を得ながら24時間ケアを支える保健医療福祉サービスを網羅的に調べ、実際の運用や手続きなど、居宅において24時間ケアを成り立たせるための制度施策を調べる。

(2) 医療サービスと介護サービスを包括的に利用している事例を収集し、保健医療福祉の専門職による事例検討を行い分析する。

(3) 事例や経験豊富な専門職の知恵の中から施策やサービスをどう変更すればもっと使いやすくなるのか、医療サービスと介護サービスの使い方や組み方、24時間ケアを一步すすめるための制度政策を提言する。

4. 研究成果

24時間ホームケアとは何か

24時間ホームケアとは、市民が望む生活を実現するために、専門職チームがアセスメントを行い目標を設定し、そのニーズを解決するために展開するチーム援助である。24時間という夜に目が向くがそうではない。24時間ホームケアの中心は、朝起きてから眠るまでの日中である。昼に集中的なケアサービスを組み、さらに早朝・夜間・深夜や祝・休日にも必要な人に必要なケアサービスが提供される。昼と夜、夜と昼はつながり、人

の生活は連続する。24時間365日、市民の在宅生活を切れ目なく支える。

24時間ホームケアという、夜の訪問、呼ばれば行く随時訪問、というイメージを持つ人がいるがそうではない。朝の時間のモーニングケア、夜のイブニングケアをきっちり組み、一日を成り立たせるように定期訪問を組むことが基本だ。

(1) 24時間介護の制度変遷と実態

ホームヘルパーによる夜間巡回サービスは、平成4年(1992年)8月から福岡市でシルバーサービス振興会のモデル事業として、A社によって、夜間巡回介護サービスが始められ、平成6年(1994年)12月、北九州市で全国社会福祉協議会の委託による、「24時間巡回介護モデル事業」となり、平成6年(1995年)4月、大阪府枚方市では、巡回型24時間ホームヘルプを試行しはじめた。平成5年(1994年)、秋田県鷹ノ巣町では、24時間ホームヘルプサービスが開始された。

ホームヘルパーによる夜間巡回サービスは大きな成果をあげ、平成7年(1995年)として制度化された。そして、市町村委託によって全国で24時間対応ホームヘルプサービスが行われるようになった。東京都品川区は13地区に区分し、在宅介護支援センターと24時間ホームヘルプサービスをセットで位置づけた。

平成12年(2000年)4月、介護保険法施行。ホームヘルプサービスは「訪問介護」というサービス名で居宅サービスの柱となった。「訪問介護」の介護報酬は、24時間対応で、早朝(6時-8時)、日中(8-18時)、夜間(18時-22時)、深夜(22時-6時)の時間帯に区分され日中の介護報酬を100とすると、早朝と夜間は25%増の125、深夜は50%増の150となった。市場原理が導入され、市町村委託によってつくられた夜間訪問介護体制は揺らぎ、狭いエリアに乱立する訪問介護事業所、サービス提供の地区割りは不可能となり、夜間体制についても、それぞれの訪問介護事業所にまかされることとなった。

(2) 訪問介護と夜間対応型訪問介護の実態

訪問介護事業所数は282942ヶ所(介護給付費実態調査月報平成23年12月審査分)となっている。訪問介護事業所の曜日別時間帯サービス提供について推測すると、ほとんどが平日昼間中心で稼働していて、土日・祝日もサービス提供をしている訪問介護事業所は限られ、夜間を含めた、本当の意味での365日24時間訪問介護を行っている事業所はごく一部にすぎない。限定的な調査ではあるが、私たちがかつて行なった研究では深夜にサービスを行っていた事業所は15%だ

った。

筆者らの平成15年の調査では、間帯の訪問介護サービス利用実態を調べてみると、訪問介護利用者を100人とすると、早朝夜間帯（6-8時・18-22時）利用者は1.6~5.5人、深夜帯（22-6時）利用者は0.2~0.9人であった。本研究の結果が示していることは、訪問介護は昼間（8-18時）は利用されているが、早朝（6-8時）、夜間（18-22時）は5%ほどの利用、深夜（22-6時）の利用は1%未満という結果であった。

介護保険制度上では24時間ホームケア体制が整っているかのように見えるが現実には錯角に近い中、平成18年（2006年）4月「夜間対応型訪問介護」が地域密着型サービスとして創設された。夜間対応型訪問介護のサービス提供時間は深夜時間帯だけ（22時-6時をコア時間とし最大18時-8時までの時間帯で各事業所が設定可）として制度設計された。ケアコール端末が利用者宅におかれコールを押すとオペレーターにつながり、「呼べばつながるコールボタン、ヘルパー訪問」を売りとして、予定していないニーズへのヘルパー訪問が売りとされた。端末による連絡を受けるためのオペレーションセンターを設置して運営するI型（端末利用基本料金と定期訪問と随時訪問の訪問利用に応じて支払う「出来高払い」の介護報酬）と、オペレーションセンターを設置せずに運営するII型（コールを押して何回きてもらおうと、一度も訪問利用をしなくても同一料金の「1ヶ月の包括払い」）がある。2009年4月からは、事業所が24時間加算をとる事業所であり、利用者が契約した場合には、24時間コール利用できるようになった。

制度創設から約5年経過した平成23年12月時点でも、夜間対応型訪問介護の事業所数は全国に157ヶ所しかない。内訳としてI型が150箇所、II型が7箇所。夜間対応型訪問介護の全国すべての事業所の利用者総数は7100人のみ、（介護給付費実態調査月報平成23年12月審査分）とサービスは普及しなかった。夜間対応型が事業展開しているのは都市部で、しかも東京都区でも偏在し、人口密度が分散するエリアはゼロであるため、どんなサービスなのか姿が見えない、よくわからないという声もよく聞く。

（3）24時間ホームケア先駆例：大都市全域を地区分割し、夜間対応型訪問介護連絡協議会でつなぐとりくみ

A市役所、A市夜間対応型訪問介護連絡協議会を対象にヒアリング調査。市内全部の夜間対応型訪問介護事業所を対象にアンケート調査を実施した。人口3,654,427人、18区。夜間対応型訪問介護を全域で実施するために、行政は2区で9エリアを設定し、5事業

所で分担。夜間対応型事業所調査結果、利用登録者総数は32人・46人・46人・108人・189人。要介護認定者数に対する登録者数の割合は、0.25%~0.73%と1%にも満たない数であった。通信機器の24時間対応未実施は4事業所、近く行く予定が1事業所。随時訪問は5事業所とも他の訪問介護事業所に委託していなかった。定期訪問実人数は、平成21年11月の1ヶ月間で0人の事業所もあれば、28人利用で訪問回数が639回の事業所もあった。随時訪問は、深夜22時~6時が多く、早朝6時-8時は少なかった。随時訪問利用回数は、4回の事業所もあれば、104回の事業所もあった。定期より随時が多く行われていた。コールを押しても訪問せずに電話対応のみという事業実態もあった。

（4）24時間ホームケア先駆例：介護施設を拠点に24時間訪問介護と夜間対応型訪問介護を一体運営のとりくみ

2006年に夜間巡回訪問介護を開始した。利用者2人から始まり、2012年1月現在は巡回32人、夜間対応型が52人となっている。

配属職員は管理者：1人（面接相談員、ヘルパー兼務）・オペレーター：常勤の介護職13人（介護福祉士12人、社会福祉士1人）。ホームヘルパー、デイサービス、特養で勤務しながら交代で1名ずつオペレーターとしてコール対応する。巡回ヘルパー：13人。11人は訪問介護とナイトサポートの両方を担当し、特養兼務のうちの2人はナイトサポートのみ担当。常勤6人（特養兼務）、非常勤7人で、直行直帰の登録ヘルパーはおらずきちんと申し送りができる体制をとっている。・勤務時間は24時間を2交代制（8：30~17：00、17：00~8：30）・移動：車2台と自転車を利用。基本的には近距離は自転車、遠距離は車を利用するように巡回ルートを組んでいる。

（5）サービス提供状況と課題

転倒時に来てもらえたら安心、毎日来てもらえれば朝におむつの汚れがなくて安心、夜にトイレに連れて行ってほしいという声で開始することが多い。コール対応が一番多いのは「ベッドから落ちた」「転倒」である。多くの場合、定期巡回がしっかり入っていくとコールは鳴らさなくてもすむので、随時訪問も減らすことができる。毎日行くことでリスクを軽減できる。つまり「転んでから呼ぶ」のではなく、転ぶ前に対応できることが本来はベストだと考えられる。実際の運営では定期訪問に対して、緊急コールへの随時訪問が補完的に行われている状況であり、コール端末を持っているが一度も使用したことがないという利用者も存在する。ただ、利用者にとっては緊急時にすぐ繋がるという安心感

があることが非常に重要であり、随時訪問を利用しないからといって外す気持ちにはなれないという。

随時訪問の要請がきても、出来る限り対応が出来るようルートを作成している。ある夜は定期巡回が8件予定され、随時訪問が3件あった。3件は21:30~22:30に相次いでコールされ、定期訪問との調整が難しかった。利用者にはあらかじめ「すぐに来られないこともある」と事前に十分伝えておく必要がある。そうすることで利用者同士がお互い様ということでの理解も生まれてくる。また「あと何分で到着できるのか」を数字等で示すと安心して待つことができる。担当する地域割りも重要となる。T区の面積はあまり広くはないので、移動距離は長くても5キロ程度で15分ほどで到着できるエリアとなっている。オペレーターは必ず「あと何分でつか伝える」ことが必要で徹底している。ヘルパーが到着するまでの時間を知ることで、利用者も安心できるのでクレームもほとんどないということである。コール対応時に「何を優先するのか」というオペレーターの判断が重要となる。利用者への対応も含めて、状況の把握、定期訪問中のヘルパーの調整が重要であり、コール時に最初に利用者に対応するオペレーターには相応の力量・能力が求められる。なおA事業所では、オペレーター自身で判断できなければヘルパーに相談を入れることになっている。

随時訪問を適切に行なうための留意点として、利用開始前のアセスメントと3ヶ月に1回のモニタリングが重要であるとあげられる。随時訪問では、ヘルパーがはじめて訪問する利用者宅で、即時に介護を行なう必要がある。適切にまたスムーズに実施するために住所、地図、利用者宅の見取り図、フェイスシート、注意点等を3~4枚にまとめファイリングしたものを、ヘルパーは鍵とともにサービス中は携帯する。

事例をあげると、80代男性、ヘルパー訪問により状態が良好となり、訪問回数減少したケースである。妻を亡くし、生活リズムが乱れていた。訪問看護が週1回入っていたが、「生活のリズムを整えよう」とヘルパーが訪問を開始する。週3回はデイサービスに通い、昼間のヘルパー訪問では食事はナイフフォークで食べるようなスタイルであった。定期巡回で就寝前の22:00台に毎日訪問。着替え、トイレ誘導、血圧、体温測定。水分補給、服薬確認、就寝。ヘルパーが訪問し1年ほどで生活リズムも整い、毎晩の訪問が週3回となり、介護度も4から2となる。ヘルパーが訪問しない夜も、ほぼ同じような時間に血圧を測り就寝している様子で、生活のリズムを取り戻すことができた。家族は利用者の様子に危機感がなく「元気だ」と認識していたが、

ケアマネが積極的に介入したことで訪問介護・ヘルパーも役割を果たすことができた。状態が悪化しかけたときの介入のあり方次第で状態が回復した。

(6) 24時間包括ケアの潜在利用者を病院から地域にもどすための退院支援

24時間の医療と介護を必要とする人はいらる。だが、事業所は事業を成り立たせるだけの利用者確保が難しいためにサービスに乗り出さない。一方で利用者はサービスがないから家には帰れないとあきらめ、家族はとも介護できないと病院や施設を探す。この連鎖を断ち切り、24時間包括ケアの潜在利用者が地域にもどろう、家に帰ろうという気持ちを高めるためにはどうすればよいのだろうか。現場従事者の声から、退院支援のためのヒントを整理した。

①退院支援の担当者が家族の話を何度も聞き不安を一つ一つ検証しクリアしていく。②介護保険の要介護状態区分を知る。申請から認定が出るまでに1ヶ月かかる。暫定で介護度を知りたいという。③経費がいくらかかるか知る。ケアマネに仮のケアプランを作成してもらい経費を試算してもらう。④退院までの時間的な余裕。急に退院をせまられると、在宅を考える余裕がなく、すぐに転院を受け入れてくれるところを探すしか選択肢がなくなる。時間は在宅サービスの情報を得て調整するために大切である。⑤ケアマネジャーの所属母体と力量。市役所で入手する情報と、口コミによってケアマネジャーを依頼する。入院している病院と同系列事業所のケアマネジャーや、訪問看護ステーションの看護師ケアマネジャーを選択するのも方法である。⑥入院先へのケアマネ訪問。病院で直接本人に会って本人の意向を聞き、顔合わせによって信頼をつくり、自分の目と耳で医療職からも情報を得ようとするケアマネと、家族の話だけで形だけのケアプランを作成するケアマネと、どちらを選ぶか。⑦退院は、もっとも集中的なケアマネの介入を必要とするときであり、ケアマネが夜間ケアの必要をアセスメントしてケアプランを作成する。⑧入院中に、看護師から本人のセルフケアや家族指導を行う。⑨通院や服薬をうまくつなげる。入院している病院の主治医や地域連携部門や退院支援部門に相談し、かかりつけ医や近所の専門診療所を紹介してもらい、紹介状や看護サマリーをもらう。薬の服用を適切にきちんと継続できれば、再入院を防止することにもなる。⑩退院後も入院していた病院とつながる。退院後も電話で医師に相談したり、通院で病院を訪れた際に、病棟看護師や地域連携室に相談したりする、家族が高齢である場合や独居の場合には、外来でホームヘルパーに直接指導という場合もある。⑪

問看護ステーション・訪問看護を利用する。医療機器をつけて退院する場合だけでなく、入院を回避につながり、日常生活にもプラスとなる。

(7) 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の特徴

①ケアマネではなく「計画作成責任者」が定期訪問介護の内容と時間を組む。②サービスの頻度や時間を状況に合わせて増減可能。③訪問時間に枠がない。30分未満、60分未満というような設定はない。④短時間訪問が前提ということではなく、短い訪問も、長い訪問も可能。⑤要介護度別の1カ月の包括報酬。⑥身体介護、生活支援、というような訪問介護の内容別介護報酬のあてはめは不要。⑦通信機器コールを設置する。⑧24時間365日コールがオペレーターにつながる。⑨コールによる随時訪問が可能。⑩看護は一体型と連携型の2類型。

夜中に転倒した人を転倒するたびにかけつけて起こすだけではなく、夜中に転倒する原因を考え、転倒しないように、トイレ誘導の時間を遅くし、昼間の訪問介護で足元のコードを片付け、転倒しないように、あらかじめ手をうっておくことに専門性がある。ポイントは、定期訪問+コールである。利用者の要望をきいた上で定期訪問介護の時間量とリズムを決めることが基本となる。起こりうることは予測し、可能な限り予防する。コールを押せる人のところに行き頼まれたことをこなす、を繰り返してよいわけがない。突然訪問してその時にできることには限りがある。オペレーター機能によって施設と事業所がつながり、介護のまちづくりがすすむ。

介護保険の運営主体である市町村が自分たちの市町村の地域包括ケアをどう考えつくりあげていくか、圏域などを考慮して指定していくことになる。例えば、神奈川県横浜市には18区あるが、行政区ごと18圏域とし、当初は1圏域1事業者を選定するとしている。

(8) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の運営と利用者像

厚生労働省は、オペレーションセンターではなくオペレーション機能と表現している。オペレーターが常時一人いなければならないが、その事業所単独でオペレーターをローテーション勤務が可能ないように何人も雇用しなくてもよいのだ。24時間稼働している、地域にすでにある介護施設を活用して、施設の夜勤職員がオペレーターを兼務したり、複数事業所でオペレーター機能を分担したり、柔軟な対応がイメージされている。さらに、オペレーターはパソコンや電話の前にじっと座っていなくてもよい。訪問介護や訪問看

護に出かけることも可能である。

これからどうなっていくかを予想すると、「訪問介護」を行なう事業所が、「夜間対応型訪問介護」も、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」も、3つの事業所看板を掲げるだろう。単独で事業をそれぞれに運営するのではなく、一つの事業所がいくつもサービスメニューをもって、ある利用者とは「訪問介護」+「夜間対応型訪問介護」の利用契約を結び、ある利用者とは「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の利用契約を結び、同時に「訪問看護」事業所と提携していく。このようなサービス像がイメージされる。

(9) 包括介護報酬とコール対応の難しさ

それぞれ、介護度別に月ごとの包括介護報酬が設定されている。ちなみに訪問看護を行わない場合は、要介護1(6670単位)～要介護5(26700単位)、訪問看護を行う場合は要介護1(9270単位)～要介護5(30450単位)である。利用者側から考えると、何回コールしても、何回来てもらっても同じ料金だから安心して利用できる。定額制ならコールを押さないと損だと考える人もいるだろう。日に数十回押す人に、ほんとうに何かあったらと思うと行かないと判断するのは難しい。いつもの状態、昨日の状態がよくわかっているオペレーターなら判断できても、家に行ったこともなく、電話だけのやりとりでは「行かない」という的確な判断は困難である。事業者側から考えると、コール対応は未知な世界である。コールを受けたときの訪問必要性の判断、緊急性の判断、定期訪問を行ないながら随時訪問にも対応するとすると、限られた人員がどう対応するか。コールが重なったときに優先度の高い人を電話でスクリーニングできるのか。コール対応することで他の予定訪問が遅れ訪問ルートが乱れる、利用者が呼ぶ時間帯は重なり、すぐには訪問できない。苦情への対応等々。さまざまな難しさが予想される。

(10) 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の組み方使い方

研究最終年にこれまでの研究成果をふめて、本人の力を引き出し介護の専門性が輝くための24時間ホームケア方法論をまとめた。下記内容が項目となっている。

24時間ホームケアを必要とする人に注目する。24時間ホームケアを組むときの流れ。関わりづくり、コミュニケーション。生活リズムの把握。起き上がり立ち上がりを楽にする、自立しやすいベッド環境の整備。その人に適した移乗・移動方法を検討し、福祉用具を導入。歩く機会をうばわない。介護アセスメント。排泄介護というような大項目でなく、細かく生活行為の分解が鍵。自立を支

援する介護—やる気を引き出す、場づくりの重要性、共に行うことの意味—起床時ケアと就寝時ケアを組む。排泄、食事（調理・服薬を含む）など時間限定で支援する内容を描く。訪問介護の定期巡回リズムを固める夜中は眠れるようにする。できるだけ起きなくてもよいように、ぐっすり眠れるようにする—コールの必要性をアセスメントして、コールを設置する。コールが点（訪問）と点（訪問）を結び面にする緊急随時訪問しなくてもよいように、起こりうることを予測し、予防する。夜は昼に、昼は夜につながる。チーム援助。介護と看護の連携。

（11）「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」サービスが定着していくため課題

市町村：自分たちの街の24時間ホームケア体制をどうつくるか青写真を描き、事業所を指定し、サービスをPRし、事業所支援を行うこと。

病院：入院中に行う退院支援（病状コントロールのための指示、リハビリ、かかりつけ医師を含む地域医療ネットワーク連携）

地域の受け入れケアマネ：ケアマネが病院を訪問して行う退院カンファレンス、住宅改修や福祉用具レンタル）

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」事業所：サービスを始める前に、必ず、介護職と看護職の両専門職によるダブルアセスメントを行う。1日の生活を成り立たせ、ニーズを満たすための24時間ホームケア計画をつくり、計書に基づいた定期訪問をベースとして随時訪問を行う。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護が事業として成り立ち、働く専門職の身分や雇用条件がよくなり、市民の目に見えるサービスに成長すること。

研究成果報告書は書籍化をめざして出版社に原稿送付中である。「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の組み方使い方について、勉強会を行なうことを予定している。

5. 主な発表論文等

（研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線）

〔雑誌論文〕（計2件）

- ① 渡辺裕美「広がらなかつた24時間基本のケアをま
ずしっかりと」月刊ケアマネジメント 査読無 22
巻1号 pp20-21, 2011年
- ② 渡辺裕美「24時間在宅ケアの実現へ向
けて」月刊福祉 査読無 98巻2号 pp24
-25, 2010年

〔学会発表〕（計4件）

- ① 渡辺裕美 武蔵野市・社会福祉法人武蔵野高齢者部門職員全体研修会「地域包括ケアの構築へ向けて」2011年8月31日 武蔵野市商工会議所
- ② 渡辺裕美 辻康代 尹一喜「夜間対応型訪問介護の実態—A市全域調査から—」第18回日本介護福祉学会大会 2010年9月19日 岡山県立大学
- ③ 渡辺裕美 小平市介護サービス事業所連絡会研修会「24時間ホームケアへの提言」2009年11月6日 小平市役所
- ④ 渡辺裕美 田岡祐子「24時間ホームケアを題材に保険と福祉のコーディネーションを考える」第68回日本公衆衛生学会総会、公衆衛生活動の遂行能力向上セミナー講師「保険から福祉活動のコーディネーション」、2009年10月23日 奈良県文化会館

〔図書〕（計1件）

- ① 村嶋幸代 田口敦子 永田智子 成瀬昂 栗原雄樹 「24時間365日安心して暮らし続けられる地域に向けて 看護が地域包括ケア」木星舎 2012年3月 144頁

6. 研究組織

(1) 研究代表者

渡邊 裕美 (WATANABE HIROMI)
東洋大学・ライフデザイン学部・教授
研究者番号：50247079

(2) 研究分担者 (0)

(3) 連携研究者

村嶋 幸代 (MURASHIMA SACHIYO)
東京大学・医学系研究科・教授
研究者番号：60123204

後藤 隆 (GOTO TAKASHI)
日本社会事業大学・社会福祉学部・教授
研究者番号：30205603

田口 敦子 (TAGUCHI ATSUKO)
東京大学・医学系研究科・助教
研究者番号：70359636

浅野 いずみ (ASANO IZUMI)
東洋大学・ライフデザイン学部・助教
研究者番号：00614562

辻 泰代 (TSUJI YASUYO)
東洋大学・ライフデザイン学部・助教
研究者番号：20611388