

平成 29 年 5 月 19 日現在

機関番号：94411

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2014～2016

課題番号：26780337

研究課題名（和文）状況論的アプローチによる要支援・要介護高齢者の在宅継続を支援する実践モデル構築

研究課題名（英文）Care management from the situative perspective of long-term home care among disabled elders under the public long-term care system in Japan

研究代表者

竹内 みちる（Takeuchi, Michiru）

社会福祉法人敬友会（高齢者住宅研究所）・研究員・研究員

研究者番号：70722510

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 1,700,000円

研究成果の概要（和文）：本研究は、先行研究で明らかとされつつある高齢者の在宅継続の可否と関連する要因を踏まえた上で、高齢者の在宅継続を阻害すると考えられる条件下での在宅継続支援実践の展開に注目した。具体的には、(1)既存研究の文献検討によりケアが必要な高齢者の在宅継続の可否と関連すると考えられる要因を整理した。(2)ケアプラン等の文書調査とCMへの半構造化インタビュー調査を行い、高齢者の在宅継続を疎外すると考えられる条件下の1つである「要介護4,5で重度の場合」、ケアマネジャーは、いかなる在宅継続支援実践を行ったかをまとめた。(3)「重度の場合」の中でも、終末期支援の医療・介護連携について事例の再分析結果をまとめた。

研究成果の概要（英文）：This study focused on support for the elderly who continue to live at home based on the factors related to long-term home living that previous studies have described. The following are the key points: (1) Factors related to long-term home living were summarized through a review of existing literature. (2) This study explored care management of long-term home care among severely disabled elders who are certified as Care Level 4 and 5 under the care needs categories as per the Japanese public long-term care system, using the data obtained on care plans and the responses to the interview conducted with care managers who handle consultation and service coordination. (3) This study aimed to reveal the nature of “collaboration” between the medical staff and care workers to support older adults’ end-of-life care at home through a reanalysis of practices in service-added housing facilities for older adults.

研究分野：社会福祉学

キーワード：高齢者 在宅生活継続 支援 ケアマネジャー

1. 研究開始当初の背景

我が国では、住み慣れた自宅での居住継続に対する要望が圧倒的に強く、いかに生活拠点を変えることなく生活を送れるかが大きな関心事となっている。すなわち、高齢者の約3分の2は、身体が虚弱化しても自宅に留まりたいと考えている（内閣府，2013）。また、国策として、住み慣れた地域での生活を継続できる地域包括ケアシステムの構築が目指されている。

高齢者の在宅継続に関する先行研究では、高齢者の在宅継続の可否と関連すると考えられる要因やその組み合わせが要素還元的に明らかにされてきている。

一方、ケアマネジメント研究の分野では、条件がすべて整わない状態でも、いかに条件に対して、介護支援専門員（ケアマネジャー：以下、CM）が本人や家族と相互行為の中で関係性を作りあげつつ、居住継続を可能とするようなケアマネジメントを行っているかについては、白澤（2004）等先駆的な研究があるのみで、豊富な研究の蓄積がなされているとは言い難い。

2. 研究の目的

本研究は、先行研究で明らかとされつつある高齢者の在宅継続の可否と関連する要因を踏まえた上で、高齢者の在宅継続を阻害すると考えられる条件下での在宅継続支援実践の展開に注目した。具体的には、以下の2点を目的とした。

(1) 分野横断的な既存研究の文献検討により、ケアが必要な高齢者の在宅継続の可否と関連すると考えられる要因を明らかにする。

(2) 高齢者の在宅継続を阻害すると考えられる条件下での先駆的な在宅継続支援実践の事例収集を行い、条件下での支援実践の解明と在宅継続支援のモデルの提示を行う。

3. 研究の方法

以下、3つの方法を用いて研究を進めた。

(1) 分野横断的な既存研究の文献検討により、ケアが必要な高齢者の在宅継続の可否と関連すると考えられる要因を整理した。

(2) 高齢者の在宅継続を疎外すると考えられる条件下での先駆的な在宅継続支援実践の事例収集と結果の整理を行った。具体的には、(1)の文献検討で明らかになった高齢者の在宅継続を疎外すると考えられる条件下で（「要介護4,5で重度の場合」、「認知症の周辺症状が発生している場合」、「家族の協力が得にくい場合」）、CMは、いかなる在宅継続支援実践を行ったかについて調査を行った。

調査は、ケアプラン等の文書調査とCMへの半構造化インタビュー調査を行い、基本属性、ケア内容の他に、CMから見た在宅継続支援実践について明らかにするように努めた。2015年5月～2016年2月に各居宅介護支援事業所に訪問し、CM15名に調査を行った。結果、32ケースのデータを取得した。

(3) さらに、「重度の場合」の中でも、終末期支援の医療・介護連携について、別調査で取得した（調査期間：2014年6月～9月）以下のデータの再分析を行った。

近畿2府4県内のサービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）12住宅への訪問調査（1件は電話調査）を通して、22件の看取り事例のケアプラン等の情報を取得した。再分析では特にケアプランの一部である「支援経過」を基にした。「支援経過」は、ケアマネジメントのプロセスを記載する日誌形態の書類であり、本人・家族・関わるサービス事業者等のやり取りについて記載されている。本稿では、この文書を「支援経過」と「」付きで記載する。

研究における倫理的配慮としては、協力者には調査で知りえた情報は個人が特定されないように個人情報を守秘することとデータの保管には万全を期し外部へは漏洩しないことを説明し了解を得た。

4. 研究成果

(1) 分野横断的な既存研究の文献検討により、ケアが必要な高齢者の在宅継続の可否と関連すると考えられる要因を以下のように整理した。

本人の身心状況：年齢、性別、ADL、悪性新生物等との関連が示されてきた（武田，1994；渡辺・河野・河村・松浦，1998；松鶴・鷲尾・荒井・森・井手，2002；Oura, Washio, Wada, Arai, & Mori, 2006；藤田，1992）。また、要介護度が高いほど施設入所者の割合が高くなることが明らかになっているが（後藤・若松，2003）、ADL障害が高度であるより軽度であることのほうが入院・入所のリスクを高めているという結果を示した研究もあり（黒田，1992）、認知症の周辺症状との関連が示唆されている（松鶴他，2002；後藤，2005；後藤・若松，2003；宮田，2000）。

世帯・家族状況：要介護者の在宅生活の中断要因に関する研究では、要介護者の在宅生活の継続には本人の心身の障害の程度だけではなく、家族介護者の状況が重要な役割を果たしていることが示されてきた。具体的には、同居家族がいる（黒田，1992；藤田，1992；武田，1994；松鶴他，2002）、家族介護体制が充実している（介護補助者の存在、介護者が1人で外出する時間がとれる、主たる介護者に対する他の家族の理解・協力等）（赤澤，2002；中島，2012；三徳，1986；Oura et al., 2006；坪井・新井，1999；加藤，2008；祝原・吾郷，2009）、介護者と要介護者の関係性（岸・神山・土屋，1999）、家族介護者が健康（三徳，1986）、虐待に関連する行がない（Sasaki et al., 2007）等である。また、「介護負担感」「介護の価値を『学び』として切り替える対処」等との関連も検討されていた（岡山・小松・田中，2001）。

生活支援・介護・医療提供状況：サービス利用については、かかりつけ医（松鶴他，

2002)、介護サービス利用傾向(石附・和氣・遠藤, 2009; 石附・和氣, 2010; 石附・和氣, 2013; 赤澤, 2002)等が検討されている。

住宅・近隣関係・近隣環境状況: 住宅が持家か否か(黒田, 1992)、部屋数、要介護者専用の部屋の有無(藤田, 1992)、住宅の利便性・構造(鈴木, 2003; 村山・矢田・田中・長坂・小川, 2011)等との関連が検討されている。また、近隣の理解と協力(井上・井手・奥山, 2006)に言及している研究がある。

(2)前記3. 研究の方法の(2)で述べたように、高齢者の在宅継続を疎外すると考えられる条件下での先駆的在宅継続支援実践の事例収集を行った。本稿では、ケース数の多い「要介護4,5で重度の場合」のデータ(28ケース)についてCMは、いかなる在宅継続支援実践を行ったかをまとめた。

基本情報: 男性4人、女性24人、世帯構成は、独居5人、夫婦世帯4人、子や親族と同居19人である。サービス利用は、福祉用具のみの者から、毎日訪問介護利用の者まで幅広い。

CMの在宅継続支援実践

支援実践の展開を、以下の枠組み(香川, 2008)で整理する。(a)CMと当該高齢者の相互行為で、いかなる概念的道具(人間が文化歴史的に作り出した概念。例えば、医学、介護、生物学的知見等も含まれる)が用いられているか、(b)在宅継続支援の実践共同体(高齢者の家族、他の専門職等)における分業はどのようになっているか。

(a)CMと当該高齢者の相互行為

重度の高齢者の在宅生活を維持していくためには、家族介護者との兼ね合いもあるが、様々な介護サービスを配置していく必要がある。CMは当該高齢者が在宅生活を送るにあたって不可欠な生活ニーズを明らかにし、そのニーズを充足させるため社会資源と結び付けていく(白澤, 2004)のはもちろんであるが、CMと当該高齢者は相互行為を通じて、サービスを当該高齢者の生活に「馴染ませる」。CMは、同じサービス(例えば訪問介護)であっても、本人から見たサービスの意味を汲み取ろうと模索していた。以下、具体的な事例を示す。インタビューからの引用はイタリック体で示す。引用文中の[]内は筆者の補足である。

事例A: 要介護4、独居、女性、高次脳機能障害 腰痛によりトイレに行けないため、おむつに納得したが、1日1回訪問介護でおむつ替えすることしかさせてもらえない状態であった。そこから2カ月程度かけて、家族にも相談して対応を徐々に確定させていった。家族は、朝昼晩訪問しおむつ交換と食事準備、毎週入浴を希望していたが、本人はそれを納得しなかった。まず昼に1回訪問していたのを2回増やした。最終的に、朝と昼とで本人は満足し、朝訪問時におむつ交換をし、昼の訪問時はおむつ交換と家事全般の支援、隔週で入浴という形で落ち着いた。

本人は、ヘルパーを追い返したりとサービスの導入には困難もあった。徐々に導入に至ったポイントについて質問すると、CMは以下のように答えた。

関わっている事業者さんが、同じように根気よく付き合ってくれる事業者さんがあったというのと、皆で協議した結果、「とりあえずこの人暴言はいても付いてくる人好きだよな」という。「負けちゃう人嫌いだよね」というところ。長くこの人も働いていた、職業女性なので、営業職だったらいいですよな。自分は断られても断られても何度でも行って、ようやく何カ月もかけて仕事をもらっていたんだっていうのを話すんですね(中略)じゃあ、とりあえずこれをクリアした方がいいのかなっていう話から、そりゃもう扱われるんですけど、皆して、で、何回かずーっとそういうのを繰り返すと本人も「言い過ぎたかしら?」って言うことは言うので。次の時はさっぱり忘れるんですけど。

一方、体制面では4事業者が関与している。CMは「たぶんそれこそ1社じゃ無理だろう。だったら皆でちょっとずつ痛み分けしないっていう」と述べている。

事例Aでは、当該高齢者の生活にサービスを「馴染ませる」プロセスで、2つの異なるCMの概念的な技法が混在している。一つは、関わっている事業者が皆で協議し、当該高齢者の生活歴も含めて、当該高齢者本人から見たサービスの意味(「この人暴言はいても付いてくる人好きだよな」等)を理解する、「わかる」という技法によってケアを推進していくものである。

一方、CMは上記のような「理解」「わかる」という概念的な技法を持ちながらも、「わかりあえない」けれど「いっしょにいる」ための技法(奥村, 1998)も同時に駆使していた。すなわち、事例では、1事業所では無理なので、4事業所が関与し、「痛み分け」しながら、ケアを推進していくというものである。CMは、当該高齢者から見たサービスの意味を「わかる」試みを行いつつ全体の負担の均衡を保つといったように、2つの概念的技法を混在させ、サービスを当該高齢者の生活に「馴染ませ」ていくプロセスが見られた。

(b)在宅継続支援の実践共同体

在宅継続支援の実践共同体には、他の介護事業者、高齢者の家族、医療者も含まれていた。ここでは、(b1)高齢者の家族、(b2)医療者との分業がどのように行われているかについて整理する。

(b1)高齢者の家族

重度の高齢者の在宅生活を維持していくためには、その高齢者の家族との協働も重要である場合が多い。CMは、家族成員間の意向の調整も行いつつ、家族介護者と様々な介護保険サービスの提供者との協働を進めていた。その際、CM側が家族介護者に知識や情報を提供する(ポジショニングの仕方や通所介護の事業者の営業日の情報、転倒予防のため

の住宅の環境整備等)場合もあるが、家族から見たサービスの意味を汲み取り調整していくというケアマネジメントが見られた。以下、具体的な事例を示す。

事例 B: 要介護 5、夫婦世帯、女性 介護保険サービスは、訪問介護、訪問看護、通所介護を使用していた。通所介護に行く朝、同居の夫が行う準備が、時間帯もあるようだが、本人が大声を出し困難であったため、CMが以下のようにサービス導入の提案を行った。

朝のそのデイに行く前の支援も提案したんですけど、まあ朝ご主人さんなんですけど [夫が朝の準備を行っているが]、ご主人さん逆にまた朝そんな人が来ると、別の面ですんどいからまあやらしてくれって言って今の通りやっているんですけどね。

しかし、夫は、サービス導入を断る。その理由について聞くと、CMは以下のように話した。ヘルパーだったら絶対この時間に来るじゃないですか。そしたらこう、自分、えっとご主人さんとかお風呂入っていても、ちゃんと服着ておかなあかんとか [服を着ておかないといけない]。そのステテコの状態では会えないとか。誰もこないだったら、そのご主人さんのタイミングでも介護できるし (中略) やっぱ人が来るからそれなりに構えておかんと [構えておかないといけない] (後略)

CMは、「でも本人がそれで大変なことになってないので、家族の力は今まあ信じているっていう感じかな」と述べ、朝のサービス導入を見送っている。

すなわち、単にサービス不足による家族の介護負担だけではなく、家族から見て「サービスを受けること」の負担を踏まえてサービスを組み立てる実践が見られた。

Mason (1996) は、これまでのケア概念のなかで必ずしも明確に定式化されてこなかったが、それ抜きではケアが成り立ちえない「感覚的活動 (sentient activity)」を明示化した。「感覚的活動」とは、ケアが成り立つために必要な「感知すること (feeling)」、 「思考すること (thinking)」といった営為である。「感覚的活動」は、「世話すること」を意味する個々の作業 = タスクが、他者の生活と生存を支えるケアとして機能するための、いわばマネジメントに相当すると考えられる (平山, 2017)。具体的には、他者の状況・状態や嗜好・志向等を把握した上で、他者の世話となる個々の作業が首尾よく行われるように状況を設定したり、順序やタイミングを考えて作業を編成すること等である。

特に重度者の介護で、家族介護者と様々な介護保険サービスの提供者との協働を多く進めていく必要がある場合、家族介護者と共に個々の作業が首尾よく行われるような状況の設定、順序やタイミングを考えた作業の編成 (本人・家族介護者の生活の流れ、家族介護者の作業の順序やタイミングにいかにかサービスを組み込んでいくか) がケアマネジ

メント上重要と考えられる。

(b2) 医療

重度の高齢者の在宅継続では、様々な医療との接点が見られた。具体的には、入退院にまつわるケアマネジメント (入退院のタイミングに合わせた介護保険サービスの導入、退院時の家族支援、入退院時の介護老人保健施設のコーディネーター等) や、胃ろう等の医療処置の際の医療との連携、終末期支援の際の医療との連携等である。

(3) 前記 3 . 研究の方法の (3) で述べたように、サ高住における看取りという先駆的在宅継続支援実践の分析を通じて、特に独居高齢者を支える医療と介護の連携とはいかなるものであるのかをモデル化した (サ高住における医療と介護の提供体制については竹内・井上・志垣・絹川 (2015) を参照のこと)。

基本情報: 男性 8 人 女性 14 人、逝去時の平均年齢は 89.8 歳 ± 7.8 (65 歳 ~ 102 歳)、逝去時の要介護度は、平均 4.3 であった。

高齢者の在宅終末期支援の日々の実践で、医療 (訪問診療実施の医療機関)・介護グループ (CM、訪問介護、サ高住といった日常の介護面に関わる者) 間でいかなるやり取りを行い、それにより実際の看取りの支援がいかに進められていくのかを介護グループの記録である「支援経過」の記述を基に詳述する。22 事例の中で、まず単純に各事業者がその役割 (医療であれば医療サービス、介護グループであれば介護サービス) を果たすことにつながる「連携」が見られた。しかし、その「連携」がスムーズに作動しないやり取りが含まれる事例が 2 事例見られた。1 事例を示す。個人情報保護と読みやすさを考慮して、「支援経過」の記述は「」に入れて挿入している。

事例 C: 女性、逝去時の年齢 90 歳以上、主疾患: アルツハイマー型認知症

関係者: サ高住、生活支援 (食事サービス)、居宅介護支援、訪問介護、訪問診療、福祉用具、家族

事例では浮腫に関するやり取りで「連携」がスムーズに作動していない。事例では、医師から食事の重要性や食事が不可能な場合の生命の危機も示唆され、病気の治癒段階ではないとの指摘を受けていた。

その段階で、介護グループが「浮腫」を「確認」し、医療側から「C001 (仮名: 利尿剤。浮腫をとる薬) 服用」の指示が繰り返されていた。しかし、医師から「C001 の指示を受け」、介護グループが「投薬」を「開始する」が「平均 1 日 100cc 程の水分摂取に対し 300 ~ 400cc の排尿量があり」、介護グループは「脱水の心配があり C001 を中止」した (C)。「状態が安定していない中、C001 の服用等の判断を」介護グループが「下すのは危険と思われる」た。介護グループは「不安で仕方がない」のである (C)。「1 週間に 1 回、定期的に往診頂けないかを」医師と「相談」した (C)。介護グループからの上記の往診依頼により医師が往診の「日程」を「調整」することに

なった(C)。

介護グループ側はこの浮腫のやり取りについて、以下の振り返りの記述をしている。「週1回に変更し」医師に「往診して頂いているが、医師からは『歳だから仕方がない』『心臓・腎臓に問題があるから浮腫が出来ても仕方がない。どうしようもない』と」言われる。「投薬されることもなく医療的処置されることもない」。「日の往診の際にはマッサージの方法を」医師から介護グループに伝授して頂く(C)。本人は「100歳を超えて状態は安定しておられ」ない。介護グループとしては「状態の管理が必要なため往診は必要」と感じている。「援助時に不安に感じた事(浮腫、臥床姿勢、水分摂取方法、無呼吸)についてもその都度確認する必要」が「有」る。「相談することで家族もヘルパーも安心して訪問することが出来ている」(C)。

事例では、浮腫に関して、最初は、「介護：浮腫確認、医療へ連絡 医療：医療サービス実施(薬指示) 介護：介護サービス変更(服薬支援)」という連携になっていた。これは、介護側が本人の状態変化を把握し、医療側に連絡、結果として医療サービスを生じさせ、医療の指示により、介護サービス変更を生じさせたやり取りと見れる。ここまでは、単純に各事業者がその役割(医療であれば医療サービス、介護グループであれば介護サービス)を果たすことにつながる「連携」である。しかし、事例では、この連携がうまく作動しなくなっている。介護グループ側には脱水の心配という文脈が見られ(C) 現在の状態(浮腫)をいかなるものとして扱ってよいのか分からず、服薬支援が「不安で仕方ない」のである(C)。つまり、浮腫という現在の状態が、終末期における経過として適切に意味づけられていないため(医療側は、「年で、心臓・腎臓に問題があるから浮腫」(C)ができるという観点に立っているわけであるが) 介護グループ側は現在の状態を医療側と共有する方向に舵を切って、1週間に1回、定期的に往診を依頼することになる(C)。同様に、「援助時に不安に感じた事(浮腫、臥床姿勢、水分摂取方法、無呼吸)についてもその都度確認する必要有。相談することで家族もヘルパーも安心して訪問することが出来ている」という記述からも、終末期において様々な本人の状態の変化(浮腫、臥床姿勢、水分摂取方法、無呼吸)が起こるが、それらをどのように扱えばよいか援助時に不安に感じた時、その都度医療側と確認することで、それらを終末期における経過(とそれに対する対応)として意味づけしていく方向性が見られる(C)。

独居高齢者の在宅終末期の医療・介護連携とは以下二面があり、CMの(a)のみならず(b)への配慮が、在宅継続支援実践において重要であることが示唆される。すなわち、(a)各事業者がその役割(医療であれば医療サービス、介護であれば介護サービス)を果たすこ

とにつながる「連携」(医療側が本人の状態変化を把握し、介護側に連絡、結果として介護サービスの変更を生じさせる等) (b)終末期支援開始から終了までの間に起こる様々な本人の状態の変化を医療側と介護側が相互行為を通じて「終末期における経過」として秩序づけ意味づけていく<連携>である。

<引用文献>

- 赤澤寿美(2002). 痴呆性高齢者の在宅介護長期継続と介護中断に影響をする因子の検討 日本地域看護学会誌, 4(1), 76-82.
- 藤田利治(1992). 要介護老人の在宅介護継続の阻害要因についてのケース・コントロール研究 日本公衆衛生雑誌, 39(9), 687-695.
- 後藤真澄(2005). 介護時間および生活時間配分の観点からみた生活の場(在宅,施設)の選択の特性 介護者の生活時間調査に基づいて 介護福祉学, 12(1), 41-53.
- 後藤真澄・若松利昭.(2003). 要介護度別の介護サービス利用特性に関する研究 生活場所(在宅,施設)の選択志向にかかわる要因 厚生学, 50(7), 17-22.
- 平山亮(2017). 介護する息子たち 勁草書房
- 井上順子・井手環・奥山真由美(2006). 要介護高齢者が独居生活を継続できる要因 退院後一年間独居生活を継続している事例分析から 日本看護学会論文集 地域看護, 37, 246-248.
- 石附敬・和気純子(2013). 重度要介護高齢者の在宅生活の継続条件 介護支援専門員による認識とその影響要因 ケアマネジメント学, 12, 45-54.
- 石附敬・和気純子(2010). 重度要介護高齢者の在宅サービスの利用実態と利用要因 長期在宅者と施設入所者の比較 社会福祉学, 51(2), 57-69.
- 石附敬・和気純子・遠藤英俊(2009). 重度要介護高齢者の在宅生活の長期継続に関連する要因 老年社会科学, 31(3), 359-365.
- 祝原あゆみ・吾郷ゆかり(2009). 認知症高齢者の在宅生活継続を支えるためのケアシステムに関する文献的考察 島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要, 3, 113-121.
- 香川秀太(2008). 状況論とは何か 実践の解明と変革のアプローチ インターナショナルナーシングレビュー, 31(5), 19-26.
- 加藤佳子(2008). 高齢者の在宅介護継続を可能にする要件と介護継続意思に関連する要因 岡崎女子短期大学研究紀要, 41, 71-82.
- 岸恵美子・神山幸枝・土屋紀子(1999). 在宅要介護高齢者の介護者の介護継続意志に関わる要因の分析 自治医科大学看護短期大学紀要, 7, 11-22.

黒田研二(1992). 在宅要介護老人, 病院長期入院老人, 特別養護老人ホーム入所者の特性に関する比較研究 日本公衆衛生雑誌, 39(4), 215-222.

Mason, J.(1996). Gender ,care and sensibility in family and kin relationships In J. Holland, & L. Adkins(Eds.), *Sex, sensibility and gendered body* (pp.15-36). London, England: Macmillan.

松鶴甲枝・鷲尾昌一・荒井由美子・森満・井手三郎(2002). 訪問看護ステーションを利用している在宅要介護高齢者の入院・入所に関わる要因 日本公衆衛生雑誌, 49(10), 1107-1116.

三徳和子(1986). ぼけ老人の在宅介護を支える要因に関する比較事例研究 ショートスティ利用後の在宅介護継続例と施設入所例について 公衆衛生, 50(6), 420-427.

宮田香織(2000). 大都市近郊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(11), 928-936.

村山美香・矢田フミエ・田中マキ子・長坂祐二・小川全夫(2011). 高齢者の在宅療養継続要因の検討 第1報: 百歳高齢者のADL 機能の検討 山口県立大学学術情報, 4, 97-105.

内閣府(2013).平成25年版高齢社会白書 内閣府 2013年6月14日 <<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/index.html>> (2013年11月6日)

中島民恵子(2012). 研究部レポート 大都市圏における要介護高齢者の在宅継続に関する研究 Monthly IHEP,213, 33-36.

岡山寧子・小松光代・田中富美子(2001). 痴呆性老人の介護家族交流会参加者における介護継続意識 京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要, 11(1), 37-43.

奥村隆(1998). 他者という技法 コミュニケーションの社会学 日本評論社

Oura, A., Washio, M., Wada, J., Arai, Y., & Mori, M. (2006). Factors related to institutionalization among the frail elderly with home-visiting nursing service in Japan. *Gerontology*, 52(1), 66-8.

Sasaki, M., Arai, Y., Kumamoto, K., Abe, K., Arai, A., & Mizuno, Y. (2007). Factors related to potentially harmful behaviors towards disabled older people by family caregivers in Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(3), 250-7.

白澤政和(2004). 在宅生活を支援するケアマネジメント事例 いかに在宅生活を支援していくのか(補遺)在宅生活を支援するケアマネジメントとは これまでの事

例を振り返って 介護支援専門員, 6(4),66-73.

鈴木千絵子(2003). 要介護高齢者における在宅介護の継続維持に関する調査研究 施設入所を希望する家族の介護力分析から 日本看護学会論文集 老年看護, 34, 150-152.

武田俊平(1994). 都市部の要介護老人における在宅群と入院・入所群の判別分析 日本公衆衛生雑誌, 41(1), 3-11.

竹内みちる・井上登紀子・志垣智子・絹川麻理(2015). 高齢者の住み替えの住まいにおける終末期居住を支援する関係諸機関連携構築のための環境指針づくり 近畿2府4県内のサービス付き高齢者向け住宅の事例から 大阪ガスグループ福祉財団調査・研究助成果報告集, 28, 61-67.

坪井章雄・新井光男(1999). 訪問リハビリテーションにおける高齢障害者の在宅介護継続因子の検討 在宅生活継続例と破綻例の介護者の心理的側面より 作業療法, 18(5), 402-409.

渡辺美鈴・河野公一・河村圭子・松浦尊磨(1998). 行政の在宅保健・福祉サービスを受けている高齢者の特別養護老人ホームの入所に関連する要因について 日本公衆衛生雑誌, 45(1), 45-55.

5. 主な発表論文等

[雑誌論文](計1件)

竹内みちる・井上登紀子(2017). サ高住の現在と今後の動向、開設時に活用できる支援制度 介護の経営と運営, 34, 56-60. 査読無

[学会発表](計7件)

TAKEUCHI, M. (2016). Collaboration Between Medical Staffs and Care Workers to Support Older Adults' End-of-Life Care at Home: A Case Study of the Daily Interactions Between Them in Service-Added Housing Facilities in Japan. Third ISA Forum of Sociology, RC46 Clinical Sociology session: Clinical Sociology, Health and Social Policy. July 10-14. Vienna, Austria.

TAKEUCHI, M., & INOUE, T. (2016). Interorganizational Chains to Support End-of-Life in Service Housings for Older Adults. Joint World Conference on Social Work, Education and Social Development 2016. June 27-30. COEX, Seoul Korea.

6. 研究組織

(1)研究代表者

竹内 みちる (TAKEUCHI, Michiru)

社会福祉法人敬友会(高齢者住宅研究所)・研究員

研究者番号: 70722510