

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 27 年 6 月 15 日現在

機関番号：26401

研究種目：挑戦的萌芽研究

研究期間：2011～2014

課題番号：23660110

研究課題名(和文)高齢患者の在宅退院時における IADL 支援と在宅移行促進のための看護援助

研究課題名(英文) IADL support and nursing care to the aged patient who discharges to the home

研究代表者

竹崎 久美子 (TAKEZAKI, Kumiko)

高知県立大学・看護学部・教授

研究者番号：60197283

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 1,400,000 円

研究成果の概要(和文)：本研究では早期に自宅退院を行った高齢者に対して、退院前の不安と、実際に退院した後に体験した生活上の困り事や支障について、2例の独居高齢者の自宅退院ケースから実態調査を行い、退院直後の生活ニーズを明らかにしようとした。退院直後から必要とされた支援として、食事・水分補給の準備、退院後の医療対応、室温管理などの環境調整などがあり、痛みや苦痛を残して退院直後は移動が難しいケースでは、トイレ移動の問題と清潔援助に関わる支援が必要であった。

今後、独居高齢者、高齢夫婦世帯の増加に対し、退院直後の医療対応、家事援助をはじめとした自立支援サービスの必要性を社会に啓発する。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this research is to make it clear about the problem on the life that it was experienced after leaving and necessary nursing care to the senior citizen who left at a home. 2 examples were traced to a case and the living needs just after the leaving were made clear. I have a meal as support needed just after the leaving There were preparations of water supplement, medical correspondence after leaving and environmental adjustment of room temperature management, and movement left a pain and pain, and needed a problem of restroom movement and the support of aiding cleanly by a difficult case just after the leaving.

A solitude senior citizen will enlighten necessity of independent support service such as household assistance corresponding to medical treatment just after the leaving in society to increase of an old conjugal household from now on.

研究分野：老人看護学

キーワード：老人看護 在宅移行 IADL 在宅支援

1. 研究開始当初の背景

平成14年4月の診療報酬改訂で、急性期入院加算等の施設基準として「退院指導計画の作成・実施」が初めて盛り込まれ、我が国の医療施策は、医療施設抱え込みの医療から、退院支援への取り組みが注目されるようになった。また、2004年度には亜急性期病棟加算算定の条件として「専任の在宅復帰支援の担当者を1名以上配置、入室7日以内に退院に向けた指導・計画を含んだ診療計画を作成、概ね6割以上が居宅等へ退院」などが上げられ^①、以後、徐々に退院支援の取り組みは模索されつつある。退院支援の専門部門が設けられ、退院調整を行う専門職には看護職の他、ソーシャルワーカーなどの福祉職が多く参入している。

急性期を標募する高機能病院では、こうした制度の効果もあり、着実に連携バスや後方連携を行い在院日数の短縮に成功している。入院時からスクリーニングを行い、ハイリスクのケースには退院調整部門が早期から関与したり、家族や他職種を巻き込んだ退院準備、要介護高齢者には回復期リハビリテーション病棟の存在も功を奏していると考えられる。

しかし、独居高齢者や、要介護までは至らない状況で自宅退院しなければならない人たちにとって、現在どこまでサービスの恩恵が行き渡っているだろうか。特に退院直後の日常生活においては、様々な不安や支障があるのではないかと考えた。

2. 研究の目的

本研究では、早期に自宅退院を行った高齢患者に対して、退院前の不安と、実際に退院した後に体験した生活上の困り事や支障について実態調査を行うことを通して、退院直後の生活ニーズを明らかにする。また、実際にどのようなサービスがあれば安心して自宅退院できるか、ある程度自力生活が行えるようになる迄の期間はどの程度かかるかについて、追跡調査によって明らかにすることである。

3. 研究の方法

(1) データ収集

本研究では、実際に独居高齢者が急性期病院退院直後に体験する生活上の不安や不自由についてデータ収集するために、退院前から関わりを開始し、退院から退院直後、さらにある程度本人が身の回りのことを以前のように行えるようになるまでの期間、訪問フォローすることにした。

① ケースの選定

今回は研究者の親族で研究協力に同意の得られた独居高齢者が体験した2回の自宅退院をフォローすることとした。

ケース1：白内障手術の後、点眼・眼帯の交換などの処置を経て、初回外来診療まで。

ケース2：膿胸に伴う2ヶ月近い呼吸器内科

への入院の後、廃用障害による回復期リハビリ院への転院を経て、自宅に退院。ホームヘルプサービスを入れ、サービスを使つての自宅生活が軌道に乗るまで。

② データ収集

退院前の準備から、退院後自宅に定期的に訪問し、状況の変化についてヒアリング調査を実施すると同時に、必要最小限の身辺介助を行った。

データは、退院前から退院後の経過について、事実の記録、ケースから聞かれたことば、関係機関からの情報などを記載し、データ化した。

(2) データ分析

日々の状況や、本人の言動、介入事項などについて逐一メモを残し、それらをすべてデータとして書き起こしたものをデータとし、退院後に発生する事象と、それに対してどのような援助が必要とされたかについて、要素を抽出した。

4. 研究成果

(1) ケース1：白内障手術からの自宅退院

① 入院概要

白内障手術に伴う1泊入院。手術自体は部分麻酔であり、手術日夕方には安静が解除され、病室内でのトイレ歩行などが許可される。入院時はシルバーカーを利用して歩行。病室内はベットやトイレのドアへの伝い歩きができる。片目眼帯の状態であるが、特にせん妄症状や歩行困難無く経過。翌日、医師の診察を受けた後、退院となる。

② 退院時の状況

シルバーカーを使用し、自力歩行可能。しかしあまり夜眠れなかったと、やや足元のふらつきがあった。看護師から、一通り帰宅後から次回受診時までの点眼処置について聞いている。退院後3日間は、6時間毎の点眼と内服、夜間睡眠時の眼帯使用が指示されている。本人は「ハイハイ」と、復唱することなく聞いていた。

③ 退院日から初回受診時までのかかわり

◆退院日：帰宅時より眼帯ははずされているが「やや見えにくい」と云いつつ、歩行。帰宅後ホッとした様子で居室に座っている。その日の夕食は弁当を購入し、食べるよう促していったん帰宅。夕食後に訪問すると、ウトウトしていた様子で、玄関までの出迎えが遅い。部屋にはいると、弁当は食べていた。退院時に渡された薬袋を手元に出してる。内服と点眼は覚えていて時間通りにできそうであったが、眼帯をつけることができないと。何度か一緒に練習。途中でウトウトしてしまう。ようやくつけることができるようになったことを確認し、早めに休むよう、眠前にもう一度内服と点眼があることを確認して、退

室する。

◆退院2日目：朝訪問すると、すでに眼帯をはずしている。朝起きたらすでに外れていた。朝食（昨日退院時に購入したパン）はすでに食べていて、朝食後の内服も終えている。昨夜の眠前は内服していなかった様子である。手術した眼は何となく腫れぼったいが、よく見えるようだ。病院から持ち帰ったタオルなどの洗濯準備をしている。入院前の様子に戻っており、食事も生協で購入したものである。弁当は不要とのこと。内服と点眼は、眼前にも必要であることを説明すると、「そうだね」と。薬袋に大きく「1日、4回」と書き、その日は退室。

◆食事の準備：日頃は、自分で調理して食べていたが、退院日にはその日の夕食と翌日の朝食までをすぐ食べられるものを準備した。1晩とはいえ慣れない環境での入院生活ではよく眠れず、帰宅直後から寝てしまうことが予想されたため、できるだけ簡単に栄養補給だけはできるよう、配慮した。

翌朝には元気を回復している様子だったので、それ以上は食事の準備を手伝っていない。

◆内服・点眼の正しい実施：本人がある程度医師の指示通りの内服・点眼できていた。しかし、日頃内服のない眼前薬を忘れそうだったため、薬袋に「1日4回」と大きな字で記載した。点眼は、円背があり、指にくそであったが、下瞼につけるようにして点眼できておりそのまま様子を見た。

◆眼帯の施行：今回の退院でもっとも難航した。入院中に眼帯を自分でつける練習はせず、本人もつけたことのない形状で、相当戸惑いがあった。約1時間近くかけて練習と、どうやって一人でつけるかを一緒に工夫した。

◆予測されるトラブルと回避のための仕組み：今回は順調に経過したが、もし点眼ができない、見えづらいため飲食や生活行為がうまくできないなどの支障が出ていたら、二次的・三次的な健康障害に移行する可能性は考慮できる。退院4日目の受診が無い場合、何らかのフォローを行う仕組みは現在ないが、独居高齢者で1泊の白内障手術を希望する場合、オプションとして4日目の未受診に対する訪問看護依頼などがあっても良いと考える。また、1泊の入院を利用して、点眼指導、眼帯装着指導などが必要である。

(2) ケース2：膿胸からの自宅退院

①入院概要

デイケア中、発熱を指摘され、受診。レントゲン上で肺炎が疑われ、中核病院に転院となる。膿胸と診断される。発熱が続き、抗生物質投与で様子を見るが改善せず。外科的に膿胸除去を行う。2ヶ月の入院の後、歩行器で何とか歩行できるまでに体力は改善したが、

廃用障害克服のため、回復期リハビリ病院に転院となる。

さらに2ヶ月の入院で体力の回復をはかるとともに、自宅の療養環境を改造。ベッドをレンタルし、布団を敷く和式生活から、ベッド中心のいす生活に移行することとする。この話は軽度の認知症があるとされる(HDS-R 18)本人とではなく、離れて暮らす親族との相談で進められていた。ケアマネージャーを通してベッドを導入し、退院。

②退院時の状況

かなり様子の変わった自宅に帰り、驚いていたが、4ヶ月ぶりに帰宅できたことに安堵していた様子。トイレまで行ってみたり、リビングの椅子に腰掛けてみたりしていた。生活空間の概ねは変わっていないことと、入院を通してベッドの生活には馴染んでいたため、さほど抵抗は無く受け入れていた。

ヘルパー等のサービス利用も増やしていた。デイケアとその日の夕食は宅配弁当。他はヘルパーに来てもらい、掃除洗濯、食事づくりなどを依頼していた。残り1日は親族が様子を見に行くことになっていた。

ADL的には、ベッドからのトイレ歩行、洗面所への伝い歩きは、ゆっくりではあったが可能であった。もとより30年近く住み慣れた自宅であるため、伝いなれた壁や家具を動かしていないことで、屋内の移動はほぼ支障なかった。

問題は空調調整ができないことであった。病院では常に一定気温が保たれているが、自宅ではそうはいかない。元々基礎体温が高く、高齢のわりにほとんど寒がらない人であったため、暖房は最近購入した小さな電気ファンヒーターだけであった。病名が膿胸という呼吸器系の疾患でもあり、寒暖の差は身体状態の低下が懸念されたため、これも退院前に空調器具を新たに設置し、日常の生活範囲は全て冷暖房できるようにしておいた。が、その操作は本人にはなかなか理解できなかった。リモコンが操作できないというよりは、寒いことを認識し、寒ければファンヒーターでなくエアコンをつけるということが考え付かない。確かにエアコンは、ファンヒーターほどすぐには温まらないため、本人にとってはただの「もったいない」対象でしかなかった。眼帯のときのように、1時間近く説明し、スイッチの入れ方、切り方は理解できたが、本人から積極的にスイッチを入れることは、その後もほぼ無かったようであった。

以上のように、生活全般にわたって環境調整を行なったが、以下の点で、その「環境を活用する」ための細かい介入が必要であった。

◆食事：退院日は宅配弁当をとることにしていたので、玄関まで取りに出るように話した。しかしまだ玄関までは歩行がおぼつかなか

ったので、玄関外に、玄関の中まで声をかけて弁当を入れてくれるようメモを書いて貼付した。翌朝訪問してみると、弁当が半分だけ食べられて冷蔵庫に入っており、配達の人が声をかけてきたので、さらに部屋の中まで入れてもらったとのことであった。

◆水分：食事時にお茶がすぐに飲めるよう、魔法瓶に湯と緑茶のティーバックを入れて緑茶にし、つめておいた。

◆空調：退院は2月の中ごろであり、夜間から朝にかけての冷え込みが気がかりであったため、エアコンのタイマーを利用し、午前4時ごろから暖房が入るようセットした。寒いために本人がエアコンのスイッチを入れることは期待できなかったが、日中になって、必要であれば本人がスイッチを切ることができると考えたからであった。

③退院日から1週間の主な援助

◆活動範囲の確認と環境整備：入院中とは異なり、看護師が全てをベッドサイドに持ってきてくれたり、移動を手伝ってくれるわけではない。ADLでは排泄目的のトイレ移動、食卓への移動、洗面までの移動、居住空間内の移動などが必要である。日々の生活では、玄関を施錠した場合、来客には玄関まで出迎え、解錠する必要がある。

今回は住み慣れた家でもあるため、2～3mの範囲の移動は可能であったが、退院直後の状態で基本的な移動や歩行にふらつきなどがないことを確認した。さらに、玄関先までの移動は、すぐには難しかったので、玄関は解錠しておき、宅配の弁当屋には室内まで入って貰うこととした。慣れた屋内での移動は、数日で玄関先まで可能となったことを確認し、玄関を施錠することとした。

◆気温調整：マンションタイプのため、部屋の気密性は高く、エアコン一つで気温を調整することができた。しかし、本人には慣れない機械であり、適切な操作はできなかった。日々の気温変化に応じて、介助者が連日通って深夜のエアコンセットを直接行う必要があった。

◆食事の確保：ヘルパー導入により、「食事の準備」と「片付け」について環境を整えた。すでに入院前から本人は調理ができなくなっていたため、食材ではなく食事そのものを提供する支援を強化した。

◆水分摂取：水道水をそのまま飲むことを除いて、緑茶や紅茶、コーヒーなどの嗜好品を飲むことには、湯を沸かし、飲みたいものを準備するという手間がかかる。今回は部屋にあった魔法瓶を活用し、緑茶を作り置きする方法をとった。毎日中身を交換する際、だいたい飲水量も把握することができた。夏に冷蔵庫に麦茶を作り置くのと同じ考え方である。

なお、魔法瓶の蓋は温度が下がると開けにくくなることがあり、今回は1度だけ「開けられない」ということがあり、ヘルパーにゆるく閉めておくことを申し送った。

容器が本人の使い慣れたものであること、開閉が自由に本人にできること、内容量の確認がしやすいものであること等の条件を整える必要があり、残量のチェックで飲水量を確認する情報収集と判断が重要となる。

◆内服管理：入院前は朝1回、1錠のみであった内服は、1日4回に増量されていた。そこで、今回はまず朝昼晩の1回分ずつの包装にして貰った上で、訪問毎に次の訪問までの何袋かのみを食卓に出しておき、本人に書かれた文字を確認して飲むように声をかけておくことにした。

◆ヘルパーとの情報交換ノートの記載：それ以前からヘルパーとは連絡事項があるときはメモ帳を通して、意思疎通を図っていた。退院翌日からヘルパー利用が再開される予定であったため、退院時の様子や、内服のこと、お茶ポットの残量を確認することなどを依頼したメモを残した。

◆予測されるトラブルと、回避のための仕組み：病院での4ヶ月にわたる生活の後、独居への復帰であったが、気温調整などの「環境調整」や、「食べること」「内服」など、連日の人の目による確認と、本人が目の中の「それ」を行えばいいようにセッティングすることで、栄養摂取や水分補給、内服治療が着実に実施されていた。同居家族がいれば、ともに食事したり、内服を勧めるなど誰かの目があるが、独居の場合、「生」を維持する、仮の同居家族の目が必要となる。

(3) 考察

①退院直後に必要となること

ケース1は、比較的ADL、IADL共に自立度が高い状態のケースであり、ケース2は、自立度が低下し要介護の状態のケースである。

◆共通する支援：食事と水分補給の支援提供いずれの場合も、生きていく上ですぐに必要となるのは、「食」に関する支援である。「食」に関するADLは自立していても、退院直後は「食事を準備する」「食事の後片付けをする」というIADLには、支援が必要である。

◆療養環境の調整：ケース2では真冬の自宅退院であり、室温調整は大きな課題となった。盛夏の熱中症防止も、退院直後の体力が落ちた身体状態には必要不可欠な視点と考える。今回はマンションタイプの住居なので、思い切ってエアコンを設置したが、結局操作は人の手を借りる必要があり、高額なエアコンが実際に使われることは少なかった。今回は親族が決断したが、高額な環境調整は乏しいと

考える。代替案としては一時的なストーブやファンヒーターの持ち込みであるが、今度は管理上の危険が伴い、実際には難しい問題であったと考える。

◆排泄の支援：今回はいずれも本人がトイレまでの歩行が可能であり、尿意・便意もしっかりしていたため、自宅への退院には何の支援も不要であった。尿意・便意が明確で、トイレまで行ければ、トイレ誘導や失禁に対する援助、オムツ管理が不要となるからである。もしこの尿便意の障害や失禁などの症状が残っている場合であれば、食事に関する支援よりも、もっと頻回で複雑な第3者支援が必要となる。ポータブルトイレの衛生管理やオムツ交換、失禁に対する清潔の援助である。床や住居の清掃だけでなく、衣類の洗濯や本人の身体保清も必要となるからである。

◆清潔の援助：今回はいずれも清潔に関する援助は、デイケアで行うため、自宅では支援は不要であった。しかし、清潔への援助も入浴であれば、風呂を沸かす、使用後の清掃を行う等の支援が必要となり、一人で入浴できない場合は、介助が必要となる。

◆緊急時の連絡：今回は、特に退院後の歩行に大きな課題がなかったため、転倒などの緊急事態の連絡は懸念されなかった。これが大腿骨頸部骨折といった、関節系の疾患や、脳血管疾患などに伴う麻痺を伴う健康障害からの退院であったら、非常に大きな対応課題として検討が求められたと考える。緊急通報サービスや、携帯電話の利用、頻回な安否確認、あるいは本人の同意があれば監視カメラの設置なども候補に挙がるかも知れない。

② IADLの観点からみた、退院直後に求められる支援とは

今回のケースは、いずれも数日から1週間ほどで、元の生活に復帰できたが、実際に日常生活におけるIADLの観点にはどのようなことがあるだろうか。

介護支援専門員は、こうした日常生活援助について要介護者にケアプランを提供しているが、その介護支援専門員の視点として、以下のようなケア項目があげられている^②。

イ食事の用意・後片付け、ロ掃除、ハ寝具の整理、ニ家の中の整理、ホ洗濯、ヘ洗濯物干し、ト洗濯物の整理、チごみの分別、リごみの廃棄、ヌ収支計算*、ル電話利用、ヲ買い物、ワ公的機関等の外出、カ趣味・行楽等の外出*、ヨ美容院の利用、タ火の始末、レ戸締り、ゾ衛生、ツペットの世話、ネ裁縫*、ナ衣替え*、ラ照明*、ン危険物、ウ緊急時の対応、キ救急箱、ノ耐久消費財の管理、オ家屋の維持*、ク雪対策、ヤ寒冷・暑熱対策

この中で「*」を付した6項目は、退院直後には必要ないかも知れない事柄であるが、それ以外の23項目はいずれも、本人の体力が回

復し、以前のようにできるようになるまで、第三者の手伝いが必要となることが考えられる。食事の用意や片付け、排泄と整容・保清に関わる事柄、そして掃除、洗濯、ゴミ出し、買い物、緊急時の連絡、季節対策(空調、寒冷・猛暑・雪かき等対策を含む)などが、日々の生活では必要となる。それにペットや庭の手入れなども先延ばしにできないことである。

数日から1週間で体力が戻れば徐々に本人ができるようになるが、骨折・関節障害などによって痛みが伴う疾患の場合、数週間から1ヶ月、脊椎圧迫骨折などの場合、2ヶ月近く本人が思うように動けない可能性がある。また、脳血管障害による麻痺症状は、回復期リハビリで訓練してきても、自宅での生活に馴染んでくるには数ヶ月は必要となるだろう。この場合は明らかに新たなケアサービス導入の対象として、介護保険に正式に載せていくことになるであろうが、身体障害の軽微な疾患の場合、介護保険を大々的に導入する理由は見あたらないのである。

③ニーズに対する社会資源の実際

制度の側面：退院後、身体状態が著しく低下しており、すぐにでも支援が必要と認められる場合、介護保険制度では「特例介護給付」が認められている。前述の骨折などの場合はある程度この制度の恩恵にあずかり、痛みが激しい数ヶ月間は要介護認定を受けて、訪問介護を受けることが可能となるだろう。実際にこの制度でサービス利用ができるためには、要介護1以上に認定されるだけの要介護状態でなければならないのである。生活に「自信がない」程度の支障ではどうして利用はできない。また介護保険制度そのものが、恒久的な要介護状態の人に対してのみ介護給付を行う発想であるため、一過性の健康障害はもともと対象外といえるだろう。

しかし、入院に至るような健康障害が元で、健康に自信を失い、それをきっかけに不活動症候群から要介護状態に移行するケースも考えられる。一人暮らしであっても、健康に不安があっても、いつでも支援がうけられるという『安心』のための支援は、現在の制度の中では考えられていない。

制度以外の方法では、介護保険制度以外の方法で、このような危機に対処する方法はないのだろうか。

例えば、ホームヘルプサービスの事業所では、「自費」を前提で、利用者のニーズに応えるサービスを持っているところがある。家事援助の場合、介護保険を基準に全額自己負担となるので、金額は約1時間数千円。しかし、介護保険では対応されない季節の衣替えや、家の模様替え、大掃除などで利用できることは、独居高齢者にとっては心強いサービスと

いえる。

このサービスの課題としては、以下の点があげられる。

・日頃からその事業所のサービスを受けていなければ、全額出してヘルパーを雇用することに抵抗がある（そもそも家事援助に高額を支払う習慣が、我が国の高齢者にはない）。

・ヘルパー側も単発の要望には明確な指示がない限り従いにくく、利用者の満足が得られにくい（間にケアマネージャーなどの必要な支援を査定、仲介してくれる人は介在していない）。

・ヘルパーの人員調整のためには、ある程度の予約が必要であり、今回注目しているような緊急的な対応の依頼や、夜間、早朝と云った時間外サービスは対応がないか、更に高額となる。

・多くが1時間単位の単発依頼への対応であり、今回注目しているような、「退院後から1週間程度、毎日時間帯が不定期に1時間程度手伝いに来て欲しい」といった要請には応えづらい（介護保険の訪問介護サービスの空き時間を利用したサービスである）。

・全額負担の不定期対応は都心部の地域に限られている。等である。

こうしたサービスは、介護保険の縛りの中で、なかなか思うように利用者のニーズに応えられず、歯がゆい思いをしているヘルパーやケアマネージャーが、個人的に始めたりしているが、そうした個人の善意に支えられた活動では、多くのニーズには応えられないのが現状であるが、こうしたサービスが、経営として成り立つほどの制度も仕組みもないのである。

④今後のサービス展開の可能性と課題

こうした、介護保険には載らない家事援助のサービスは、特定商取引法に基づく「家事代行業」という業種になる。しかし、こうした取引はいわゆる悪徳商法とされる業種なども含まれ、サービスの質保障や、事業所の保護制度などもない不安定な業種とならざるを得ない。もっと事業者の質を管理し、良いサービスを提供するところがきちんと成り立っていく制度を確立していく必要があるだろう。

また、現在我が国の介護サービスは、まだまだそこで働く人々の生活が安定するほどの報酬は払われていないのも現状である。働き手の慢性的な不足に繋がっている。

このような現状の中では、起業することはなかなか難しいと思われるが、常勤だけでなく非常勤のヘルパー有資格者や看護職の登録を多く募り、要望に応えられる態勢を整えるだけでなく、サービス利用者に対する教育や啓発も重要となる。どのような利用の仕方が

あるかメニューを明確に示すことや、価格に関する理解を求める必要もあるだろう。そしてサービスの基本は、利用者自身が「ここをしのいで、再び自立した元の生活を取り戻す」という希望を持ち続けることである。と同時に、徐々に一人ではできないことが増えていく現状に寄り添い、息の永い介護サービスの提供にも繋がる必要があるだろう。

またこのサービスのみで独居高齢者の生活全てを支えられるわけではないので、介護の専門職ではなく、住宅や清掃の専門業者、一般のボランティアなどとも広くネットワークを持って、ニーズをシェアする態勢作りが求められる。

まずは、自分達の親世代が、そして将来的には自分達自身が、安心して生活を続けていける社会にする必要がある。

(4)まとめ

本研究では、2 ケースの事例から、食事と環境調整に関わる退院直後からの支援の必要性が明らかとなった。他にも、排泄に纏わる支援と、それにあわせて清潔維持に纏わる支援、洗濯や最初の受診への同伴などを考えることができた。

介護保険ではどうも対応されないこうした些細なニーズに、どの位きめ細やかに対応できるかが、将来的にシルバー産業として、我が国の経済を活性化することにも繋がっていけると考える。老後に蓄えた資金を、自分自身の安心や安寧のために安心して使える社会、ひいては共助の仕組みをもった社会に繋がりたいと願っている。

<引用資料>

① 永田 智子，村嶋 幸代：病院から在宅ケアへの流れ（特集 高齢者の退院支援と在宅ケア），ジェロントロジー，17(4)，300-304，2005。

② 介護支援専門員サイトケアマネジメントオンライン（平成27年5月1日閲覧）
http://www.caremanagement.jp/?action_cmt_detail=true&tid=6&storyid=39

*：筆者加筆

5. 主な発表論文等 準備中

6. 研究組織

(1) 研究代表者

竹崎 久美子 (TAKEZAKI Kumiko)

高知県立大学・看護学部・教授

研究者番号：60197283