

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 29 年 5 月 24 日現在

機関番号：94411
 研究種目：基盤研究(C) (一般)
 研究期間：2014～2016
 課題番号：26350086
 研究課題名(和文) インタープロフェッショナルエデュケーションにむけた地域生活支援連携モデルの構築

 研究課題名(英文) Building a Support Cooperation Modeling Tool toward Inter-Professional Education for Community Care Participants

 研究代表者
 絹川 麻理 (KINUKAWA, MARI)

 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：10561160
 交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,700,000円

研究成果の概要(和文)：地域包括ケアシステムの構築推進を背景に、自助・互助も含めた地域ケアの主体のインタープロフェッショナルエデュケーションの円滑化に向けて、教育コンテンツとして地域生活支援連携のモデル構築を目的とした。オランダ、国内の事例の文献調査、聞き取り調査等から、連携における自助・互助の位置づけや自助・互助も対象とできる教育の重要性を確認した。また、生活支援と介護サービスを提供する在宅生活支援サービスの記録資料から、連携の主体・関係・属性(誰が何について連携したか)のデータ化、関係モデルを用いた図化を行い教育ツールを作成した。同ツールを用いて専門職による疑似検討を行い、その有効性・課題の確認を行った。

研究成果の概要(英文)：With the social theme of development of Community Integrated Care Service System, this study aimed to build a support cooperation modeling tool as educational content toward effective inter-professional education for community care participants. Through the results of the investigations on practices in Netherlands and Japan, the importance of positioning self- and mutual help in community care cooperation and providing education for self- and mutual help was clarified. The modeling tool for IPE was created on the basis of ERD (entity-relationship diagram) idea with the data organized from service record documentations of home-based care service with living support. The tool was tentatively checked by pro-participants including care takers, care manager, nurses and registered dietitians to find its effectiveness and task. Although further development is necessary, it was found as effective for education for community care/support cooperation including self- and mutual help.

研究分野：高齢者居住

キーワード：地域包括ケアシステム 自助・互助 インタープロフェッショナルエデュケーション ERD 地域生活継続 在宅高齢者 地域ケア

1. 研究開始当初の背景

2025年を目途に実現を目指す地域包括ケアシステムの構築では、地域ケア会議を開催し個別ケースの集積が行われているが、以下のような課題が指摘されていた。

(1) 自助・互助の活用：高齢者はできる限り自立した在宅生活を継続できるよう、自助の主体として連携のイメージを持つことが求められる。自助・互助も活用した連携の提示が求められるも、医療・介護サービスに関連したニーズの把握にとどまっている。

(2) 支援連携の方法の普遍化にむけた個別ケースの検討の充実と共有：地域ケア会議に関して、個別ケースの検討の不十分さが指摘されている。また、普遍化にむけて個別ケースの検討結果の共有を円滑化するために、使用しやすいツールの開発が必要である。

3) 住まいで発生する連携の提示と教育機会の提供：サービス付き高齢者向け住宅等住替えの住まいが増加している。事業者は高齢者と医療・介護専門職を結ぶ生活支援サービスの提供を行うため、連携の中に組み込まれる必要があるが中間的存在としての役割に知見が薄い。

2. 研究の目的

高齢化が加速度的に進む我が国では、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で暮らせるよう、地域において包括的に支援やサービスを提供できる体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。必要な多職種間の連携支援の構築に向けて、地域ケア会議を開催し個別ケースの集積が行われているが、医療と介護サービスの連携のフロー提示が中心となる等課題がある。高齢者を全人的に支える視点、自助・互助ならびに高齢者の住替えの住まい事業者を含めた連携の提示、医療・介護の専門職を超えた支援の担い手も対象とした連携に関わる教育の充実が求められるところである。本研究では、支援に関わる実体と関係、その属性の調査から高齢者の住まい（在宅）を基盤とした支援連携の整理を行い、家族、地域住民も含めた支援者を対象としたインタープロフェSSIONALエデュケーション（以下、IPE）の円滑化にむけて、教育コンテンツとしての活用を目指した生活支援連携のモデル構築を目的とした。目的に向けて、4つの目標を設定した。

(1) 連携の対象とすべき自助・互助も含む事項を確認する。

(2) 連携上の問題の把握から、IPEに含むべき項目を確認する。

(3) 高齢者の在宅生活における連携事例の把握を行い、関係モデルの概念を活用して連携状況を実体（人・モノ・場所・サービス）と関係（実体を結ぶ行動）、それらの属性（実体や関係の形容；活動のきっかけを含む）という観点から整理する。

(4) (3)に対して、多職種による検討を加えて有効性や課題を確認する。

3. 研究の方法

(1) 方法①：高齢者（支援活動を行う NPO 会員）74名を対象に、地域における在宅生活状況（互助）、地域生活を継続する上での問題・必要な支援に関するアンケート調査を実施した。

(2) 方法②：地域包括ケアシステムのモデルといわれているオランダにおける地域ケアシステムの先進的な実施組織に関する文献調査、視察調査（施設先：PEP、Buurtzorg、Meeting Ceter、フローレンス財団、IJ-Office）を実施し、自助・互助の事例や実施状況等を把握した。

方法③：①で把握した地域生活を送る高齢者のニーズと専門職の認識、専門職間の認識を比較確認するため、専門職（団地併設の地域包括支援センター、有料ボランティアナース組織、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者）、地域組織等（生活支援活動等を行う NPO3 組織、団地自治会）に聞き取り調査を実施した。

(3) 方法④：在宅の高齢者の24時間を支える定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業とともに生活支援サービス（相談・栄養管理・食事調達・連携調整等）を加えた介護サービスを提供する事業者の協力を得て、サービス利用に関する記録資料（ケアプラン、支援記録、職員間のコミュニケーションに関するデジタルメモ記録）を閲覧し、本人、家族等、多職種で実施した連携場面を抽出、関係図に整理した。（48事例の記録資料を確認し、記録不備等の14事例を省いた34件を対象とした。）また、訪問調査の協力を得ることができた高齢者や家族（16事例）を対象に、抽出した連携場面の連携に対しての評価について聞き取り調査を行った。

(4) 方法⑤：看護師3名（訪問看護ステーション、在宅部門、看護教育担当）、ケアマネジャー1名、介護福祉士2名（社協、訪問介護教育担当）、医療ソーシャルワーカー（退院調整）1名、栄養士2名（1名は管理栄養士）に、③で整理した関係図を用いて、模擬的検討を行ってもらい、取り上げた連携コンテンツの評価、ならびに、個別ケースの連携の検討・教育に使用する IPE ツールとしての有効性や課題について検討・議論してもらった。

4. 研究成果

(1) 地域生活を継続する上での互助、問題・必要な支援

地域生活を継続する上での問題（表1；3割以上の回答）は、住宅の問題や緊急時の対応、外出援助等に加えて、支援が必要だが支援につながっていない住民の存在（38%）があげられた。たとえば、認知症で夜間独居、介護保険サービスの利用時以外は一人である人等の例が挙げられた。ニーズとしては、介護・看護サービスの充実だけでなく、利用者でなくても緊急時等に宿泊利用ができる福祉施設、高齢者の相互の見守り等があげられた。

回答者は、地域生活を継続する上では、共助のみでは対応できない問題・ニーズが発生することを認識している。また、これらの問題・ニーズを拾い上げ、サービスにつなげるには、住民・福祉事業者・行政の連携で実施するのが良いという回答が約 6 割であった。特に、高齢者同士の見守りが互助で可能な項目として挙げられた。本人⇔地域での体制⇔専門職⇔行政の連携の必要性が示唆された。

表 1 地域生活を継続する上での問題・ニーズ

問題:	住環境の改善、緊急時の対応、防犯・防災、外出援助、家屋の維持・管理、近隣住民の様子がわからない 近隣に支援が必要だが地域や支援につながっていない人がいる 公的サービス利用時間外につながりがない
ニーズ:	住民が集える場、生活支援付き住宅、 緊急時・不安な時など利用者がなくても宿泊可能な福祉施設 高齢者の見守り、高齢者等の生活支援、助け合いの体制づくり 介護・看護のサービス

(2)-1 IPE に含むべき項目の確認；オランダの地域ケアシステムから得たポイント(文献調査)

地域を基盤としたケア (community-based care) と統合ケア (integrated care) の両概念を含むシステムケアを実施した数少ない国としてオランダの地域ケアシステムと実施事例について、関連する文献調査(33 件)を行った。主要なものを次にあげる。

表 2 文献調査リスト(主要なもの)

* 京都大学経済学部同窓会 東京支部 第 41 回経済懇話会発表資料「地域包括ケアのまちづくりとその担い手を考える」、2014 年 11 月
* 「多職種協働プライマリ・ケア重視のオランダのケア提供体制ー我が国における地域包括ケア提供体制充実に向けて」、医師会、2014 年 3 月
* 「オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策ー我が国における地域包括ケア提供体制の充実に向けてー」JILPT Discussion Paper Series 12-07
* 「地域包括ケアとオランダの在宅ケア組織ビュートゾルフ：持続可能な地域ケアモデル」、2014 年 3 月
* 「在宅ケアのルネサンス：オランダ Buurtzorg の統合ケア」、オランダ大使館、2013 年 10 月
* 「2025 年に向けた新しい地域づくりー地域包括ケアシステムの構築を目指してー」から「地域包括ケアとまちづくり」、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティングシンポジウム 2013 年 8 月
* 「オランダの地域包括ケアーケア提供体制の充実と担い手確保に向けて」労働政策研究報告 No. 167, 2014 年 (いずれも、堀田聡子氏の文献である)

文献から得られたポイントを上げる。

- ①なぜ今地域包括なのか：慢性疾患を抱えた地域居住者が増加する。健康概念・支援観が変化している(治すから支えるへ)。
- ②オランダのケアを支える仕組み：健康保険(健康保険法 ZVW：1 年未満、特別医療費保障法 AWBZ：1 年以上(この中に個人ケア予算＝現物支給によるインフォーマルケア(以下、IC)の確保)、補完的保険 VHI) の 3 段階制…

ZVW, AWBZ は強制加入、VHI は任意である。これに社会支援法 Wmo による社会参画・生活支援、公衆衛生法 Wpg による予防・保健が加わる構成となっている。

③社会支援法 Wmo：2007 年に社会福祉法+障害者サービス法+特別利用費保障法の 1 部を統合して試行された。互助を活用しながらできる限り自立した生活と社会参加を促すことを目的とする。長期ケアを必要とする人向けのサービスにおいて、家事援助、住宅改修、移送、福祉用具、地域社会におけるコミュニケーション促進、ソーシャルワークが AWBZ から Wmo へ移行された。(2015 年 1 月に再改正)

④Buurtzorg(新しい在宅ケア提供のモデル；ジェネラリストの地域看護師によるトータルケア)：セルフケア(自助)、IC も活用した連携ケアを提供し、生活において全人的に支える仕組みにより社会保障費の減少に貢献。利用者を中心にした取り組み、専門性が発揮されるフラットな小チームによる新しい組織モデルでも注目されている。

⑤地域包括ケアのまちづくり：地域医療×地域看護の新たな役割(健康増進・自己管理推進、予防、end of life care に至る意志決定支援)等は要となる。地域生活を支援するためには、介護保険サービス(共助)だけではなく医療保険サービス(共助)、住民・ボラティア主体の活動(互助)、セルフケア(自助)が存在するが、どのように有機的に連動して提供されるのかが鍵となる。地域包括ケアの実現という観点から、専門職の他、NPO・住民・利用者自身も含めた多様な人々の参画を推進していくことが必要である。生活・暮らしという文脈の中で何が課題で、地域をベースとして何に対応できるのか(誰が、何に対して、どのように)の発掘・整理は必要である。

⑥統合ケアの中核：ケースマネジメントと組み合わせられたセルフマネジメント(自助)の支援と患者教育、多職種チームとクリニカルパスウェイ、サービス提供者へのフィードバックと教育である。

⑦ケア従事者の確保施策：非制度的支援の担い手、自助の主体、当事者も視野に入れて概観すること。

(2)-2 IPE に含むべき項目の確認；オランダの地域ケアシステムの先進的取組みがはたす機能(訪問調査)

①PEP(IC 提供者を支援する組織)：

2015 年 1 月の改正で「相談」も社会支援法 Wmo に移行される。ケアを IC に移行することで社会保障費が 20～25%減少される。ハーグ市では 18 組織が参加して IC の合意書を作成し、IC の促進にむけた活動を模索中である。

・機能：政府は IC の提供者直接ではなくそれを支援する団体を支援する。IC の質の管理が課題となる今後にむけて、「高齢者⇔IC⇔専門職」の仲介的な機能をもつ。IC の教育、専門職に向けた IC の利用促進が主な役割。

また、市からの依頼で IC のプロジェクトの評価も行う。

②Buurtzorg（訪問看護事業所。12 人以下のフラットな関係性のチームによるチームアプローチで高齢者等の生活を全人的な観点でとらえ、サービスのみならず予防や自助の活動の指導、IC 提供者との連携も行う等で社会保障費を減少させている取り組み）：

・IC との連携：ハーグ市では、市が IC の組織化を進める。その他、バディという IC の提供システム、IC 提供者のコンサルタント、癌患者のクラブハウス等がある。これらは、ニーズによって連携をしている。IC が活用されているが、専門職として、ボランティアを利用する際は、義務と責任という観点でリスクもあると感じている。

・セルフケアの実施：2 週間に 1 度、運動と社会交流の機会を設けている。Buurtzorg は自立を促進することを役割と考えているので、セルフケアは大切。セルフケアを含む評価には、OHAMA システムを用いている。

・相談業務：Wmo への移行は 2015 年 1 月からであり、詳細はまだわからない。1 月に移行されても段階的に状況は発展していくと思う。市から要請をうけたら Buurtzorg でも相談を活動に組み入れるかもしれない。

③Meeting Center（軽度認知症の人と家族を支える場。訪問先の Meeting Center は高齢者や子供をサポートする 4 団体が入っているビルで運営）：

・機能：軽度認知症高齢者のケア、家族のレスパイト、家族の在宅ケアに関する相談業務、服薬サポート。

④フローレンス財団（病院、ナーシングホーム、アシステッドリビング、フラッツ（高齢者住宅）、認知症施設、在宅ケアチーム、ミーティングセンター等いろいろなサービスを運営する団体）：

・高齢者住宅：高齢者は 1～10（重度）のレベルに認定を受けている。希望すれば、10 レベルの人でもフラッツを利用できる。財団のフラッツ居住者は、生活支援を含む在宅ケアパッケージを利用できるようにしている。

・IC：在宅ケアチームは現在 50 名のスタッフがいて、ボランティアは 200 名程度。コーディネーターもいる。

⑤IJ-Office（障害者、高齢者の相談機関。市からの要請があり、組織的に活動している。基本的に情報の提供、サービス選択のサポートが主な仕事である。その他、クライアント（ケアスタッフやボランティア、家族等）のための調整ミーティングも実施）：

・機能・効果：スタッツディール市からの要請によるケア調整が業務。主な機能としては、IC の調整であり、情報提供、調整を行う。活動の前提は、「その人らしい生活を行うことをサポートすること」「社会保障費をダウンさせること」。専門職はすべてをサービスで行おうとする傾向がある。同組織の介入により利用者が必要な部分のみにケアを提供す

ることができている。また、専門職以外にも状況把握をするものとして利用者の社会的接点が生まれている。評価研究により、社会保障費減少の効果的取り組みであることが実証された。しかし、プロセスをシンプルにすること、より多くのケースを扱う必要があることが指摘されている。

・連携：ケアスタッフの連携会議が月 1 回ある。その他、IC も含むケアのすべてに関する情報供給システムを開発。

(2)-3 IPE に含むべき項目の確認；専門職の認識の確認（聞き取り調査）

①0 在宅支援センター（岡山。地域包括支援センターのランチとして機能）：

・連携：都市部と違い事業所の数も限られており、人と人の顔がわかるような地域性（本センターは岡山の地方部）では、地域で円滑につながっていることが重要。医療と介護の連携はできているが、私立病院と診療所等の関係が課題。病院との連携だけではなく、地域（町内会長、民生委員、福祉委員）から信頼を得ることを連携の糸口としている。

・支援：連携構築に向かって、活動の中心となり必要なものを実施している。特に、住民にむけた教育。情報発信のための広報誌の作成。小地域ケア会議の開催等。専門職には異動がある。また、地域の中のキーパーソンがいなくなったら継続できない活動もある。継続のためには、異動にかかわらない職種を活動に参加してもらい、地域の 2 番手、3 番手の確保が必要。

②S あんしんすこやかセンター（神戸市にある UR 団地併設の地域包括支援センター。集会所を軸に担当分担をしている。自治会がないため、地域包括がコミュニティ活性化活動を実施地域包括支援センター）：

・連携・支援：2 つの地域包括が集会所を核として地域活性化を進めている（認知症学習会等）。コミュニティサポート事業として地域包括が主導している喫茶を団地住民ボランティア、民生委員が運営。喫茶の声かけ、住民情報の提供等で支援している。今後は住民主体としたい（お金の管理等をどうするか）。地域レベルで住民主体の活動をどう引き出していくかが課題。集会所の改修・食器等備品の購入は UR が担当している。

③J 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者（以下、定期巡回）（母体組織 M が定期巡回と生活支援サービスをパッケージとした在宅支援サービスを開始）：

・連携：訪問診療との医療専門職との情報共有が鍵となっている。在宅支援サービスパッケージについては、ケアマネ連絡会、地域包括の勉強会等に参加し、在宅を支える新しい中間的なサービスとして説明をしている。

④NPO Y の会（制度外の高齢者住宅事業グループリビング（GL）1 棟の運営、高齢者の社会参加事業等を実施）：

・連携：地域の他社会団体（年金者組合）と高

高齢者の社会参加を目的としたサークル活動を実施。診療所友の会の食事会の運営協力するなど診療所、居宅介護事業所、訪問介護事業所との協力関係がある。制度外的生活支援の有償ボランティア組織にスタッフとして参加。また、地域のまちづくり組織、他社会団体へNPO理事が参加し連携をはかっている。地域の組織が手を組み社会参加の促進、生活支援の組織の運営・活動実施の円滑化で連携。連携により、地域の課題の認識ができています。

・互助支援：年間延べ200名のNPO会員にむけてセミナー開催による情報提供・教育を実施。年間700名のサークル活動を通じた社会参加を促進している。GL入居者に対しては、制度外的生活支援(衣類の整理、環境・身体

の清潔保持、食費等の管理、社会参加活動、交流促進、自立にむけた生活訓練、不安定時の対応)を提供。入居者の自助・自立への意識の向上が必要だと考える。

(その他4組織に対して聞き取りを実施したが、紙面の関係で割愛する)

以上のオランダの先進事例では、地域生活を支援する連携においては、セルフマネジメント(自助)やICを連携ケアの中に位置付けていた。ICの質の管理、ICと専門職によるサービスの調整等中間的役割を担う機能がみられた。ケースマネジメントと組み合わせられたセルフマネジメント(自助)の支援と教育の重要性が示された。日本の取り組みの聞き取り調査においても、地域レベルでの主体的活動の促進や高齢者本人の自助・自立への意識の向上等、地域生活継続にむけた支援の中での位置づけや教育の必要性が示された。

(3) 高齢者の在宅生活における連携事例の把握、関係モデルを活用した連携の整理

(2)-3の事例③在宅支援サービス(定期巡回+生活支援サービスの提供、連携管理を実施)の協力を得て、連携状況の把握を行った。48事例の記録資料を閲覧、記録が充実していた34事例について本人やIC、生活支援サービス、専門職で連携した場面を抽出、データ化した。(4)で行った検証には15事例を用いた(表3;一部事例を例示)。

データ化では、まず本人の身心状況、生活支援サービス内容、定期巡回のサービス・支援の内容等について基本情報をまとめた。次に、記録から本人やICの関わり、生活支援サービスが必要になった状況を抽出する。連携には複数の場面展開が発生するので、各場面について、時間情報(サービス開始からの日数、複数日に渡る場合は日や発生時間)、

表3 検証事例(一部)

事例A: 精神疾患をもち、入院を経て施設に入所。施設退所後、自宅での生活が安定するまで発生した精神的不安の増悪へ連携対応
事例B: 疾病により嘔吐を繰り返す。緊急コールへの対応、食事面での医療介護の連携対応
事例C: 利用者の配偶者の視力が低下。家事や介護ができなくなり、不安をかかえる配偶者への対応も行い在宅生活を支援
事例D: 認知症で独居。別居家族は急変時や体調不良時等の状況がわからず、専門職と連携対応

連携状況の詳細、連携主体(関係図では実体という)、実体の関係(誰が誰に何をしたのか)、属性(実体や関係の説明)を表にまとめた(表4)。

表4 連携状況のデータ(事例Gの連携場面一部分)

連携の状況	関係	属性
◆本人がおかずを食べず、本人・知人ともに補食傾向に ○知人が訪介にメモで指示「おかず食べていない場合、フルーツを提供して」 ・訪介が訪看に相談「1回のおおよその目安量」 ○チーム全体に最近の食事摂取状況の報告 ・おかずが残っていることが多い ・本人の意向確認「まずい、おなかずいていない」 ・本人による補食「ジュース」	34)②→⑥指示 35)⑥→⑧相談 36)⑥→③→⑧報告 37)⑥→①意向確認	34)「おかず食べていない場合、フルーツを提供」 35)「1回のおおよその目安量」 36)食事摂取状況 おかずが残っている 本人が補食(ジュース) 37)「まずい、おなかずいていない」
○訪看が回答・指示 ・フルーツは1/2量をメサ菓に ・ジュース接種時はフルーツは提供しない	38)⑧→⑥回答・指示	38)「フルーツは1/2量を目安に」 「ジュース摂取時はフルーツは提供しない」
○生活コーディネータ(連携管理)が生活コーディネータ(管理栄養士)に質問(質問は全体に見える化)◎ ・果物の種類(糖度の違うもの)で提供量は変わるのか ・パンでおかず摂取していない場合、果物提供は可能か ・パンにピーナッツバターを塗ることがあるが目安量は?	39)③→④質問	39)「果物の種類と提供量」 「パンでおかず摂取しない場合のフルーツ提供可否」 「パンに塗るピーナッツバター量目安」
○訪看が回答・説明 ・食事を完食しない場合、フルーツを提供可能 ・低血糖を避ける	40)⑧→②説明	40)「食事を完食しない場合、フルーツを提供可能」 「低血糖を避ける」

次に、データ化した連携状況を図1のように関係図の概念を用いて整理を行った。実体は□、関係は◇、属性は楕円で示す。それぞれの図形の中に情報を記入する。本研究では連携状況の場面発生の順番を示すために、実体を結ぶ関係の能動者側に34)のように片括弧付き数字を記入したり、コメントを加えるアレンジを行った。

事例Gについて例示する。G氏は糖尿病を患っており救急搬送後入院。退院後に同サービスの利用を開始した。知人(別居)が支援している。食事・血糖値管理が困難であり、知人の教育も含め連携対応を行った事例である。連携状況では、①糖尿病食の手配、②食事管理への支援、③血糖値が不安定なことへの対応の3状況がみられた。表4は③の対応の中で、本人の食欲が減退し、本人・知人による補食傾向が見られた際の連携状況である。図1(表4に対応)は、連携状況③(血糖値が不安定)で、食事管理の支援を実施するも不安定血糖値が継続。本人が副食を摂取しないため、知人が訪問介護に補食の指示を行った。安定した血糖値には、補食の管理や教育が必要となり、専門職間で検討が見える化し、訪看から知人に説明を行った場面である。

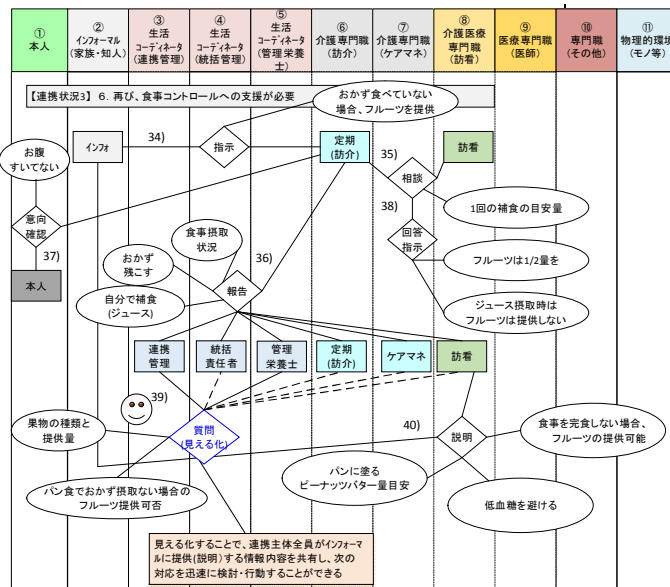


図1 事例Gの連携状況③を示す関係図(部分的に例示)

(4) (3)に対して、専門職による検討を加えて有効性や課題を確認する

・ IPE ツールとしての有効性や課題：

①本人・ICを連携対応に位置付けるのは良い(専門職は可能性のある複数の対応方法が浮かび対応を先走ることがある。本人・ICを位置付けた連携の全体像を示しながら検討を進めることで、家族の意向を確認、ICの関わりを一緒に考えやすくなる)

②連携場面のキーパーソンが明確になるので情報共有が改善される(「その事象や本人の生活面についてよく把握している人」がわかりやすく、情報共有や指示連携に有効)

③必要な連携主体や資源の検討に有効(本研究では定期巡回+生活支援コーディネーター等の11の連携主体に固定されていたが、検討する連携対応について適切な資源の活用(ステークホルダー分析)にも活用ができる)

④連携対応において問題となっている点を指摘しやすい、目的を共有しやすい(たとえば、本人・家族が「最期まで自宅で」という意向をもっていても、医療専門職の意見により意向が変更されることがある。その際に、何が困難で、各連携主体はどういう行動・対応ができるか等の検討が円滑になる)

⑤専門職の研修に利用可能(研修教育ツールとして有効であるが、その際は、時間軸(いつから兆候がみられたか)、原因、結果、対応等の道筋の整理方法をわかりやすく図化できるようにする必要がある)

⑥アウトプットの方法の検討が必要(紙媒体ではなく、デジタルベースにすると、検討土台となるモデル図と現状の検討を重ね合わせることができる)

専門職と模擬的検討をした結果、以上のような有効性を確認した。実用に向けては、本人・IC向け、専門職研修等で、アウトプットの方法をさらに開発する必要があり、今後の課題となる。

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)

[学会発表] (計7件)

Mari Kinukawa, Family Involvement in Home-based Comprehensive Care System for Older Adults, Aging & Society: Six Interdisciplinary Conference, Oct.6-7, 2016, Linköping University, Norrköping, (Sweden)

絹川麻理, 都市住宅学会シンポジウム「高齢者と地域の自律を引き出すサービス付き高齢者向け住宅」、2016年9月24日、東京

Tokiko Inoue, Status of Life Support by the Collaboration of Multidisciplinary Team for Aging in Place in Japan, Aging & Society: Six Interdisciplinary Conference Oct.6-7, 2016, Linköping University, Norrköping, (Sweden)

絹川麻理, 高齢者住宅への転居者の転居前の生活状況にみられる傾向－在宅生活の継続にむけた高齢者の生活状況の課題分析、日本建築学会大会、2015年9月7日、関東

Tokiko Inoue, 高齢者の在宅生活を支える介護サービス・栄養相談サービスの連携状況と課題－第24回日本介護福祉学会大会 2016年9月3,4日 長野大学

Mari Kinukawa, Supportive Clues to Avoid Housing Relocation toward Aging-in-Place, IAGG Asia 2015

Tokiko Inoue, Factors and issues related to failure of long-term home living among the elderly in Japan, Joint World Conference on Social Work, Education and Social Development, 27-30 Jun 2016, COEX Seoul (Korea)

6. 研究組織

(1) 研究代表者
絹川 麻理 (KINUKAWA MARI)
高齢者住宅研究所・研究員
研究者番号：10561160

(2) 研究分担者
井上 登紀子 (INOUE TOKIKO)
高齢者住宅研究所・研究員
研究者番号：20722507