

資 料

地域包括支援センター看護職による認知症が疑われる独居高齢者の在宅生活継続にむけた支援

岩原 由香

Support Provided by Nurses at a Community General Support Center for Older Adults with Suspected Dementia Who are Living Alone

Yuka Iwahara

キーワード：認知症高齢者，独居，在宅生活，看護職，地域包括支援センター

key words : older adults with dementia, living alone, living at home, nurses, Community General Support Center

要 旨

本研究目的は、地域包括支援センターの看護職が行う、認知症が疑われる独居高齢者の在宅生活継続にむけた支援の実際を明らかにすることである。6名の看護職に半構造化面接を実施し、M-GTAを参考にして質的記述的に分析した。その結果、地域包括支援センターの看護職は、認知症が疑われる独居高齢者に対して、〔無理をしない〕〔チャンネルを合わせる〕〔安心させる行動を示す〕ことをし、自らの存在や提案を【受け入れてもらう】とともに、〔高齢者の人となりを知る〕〔緊急性を見極める〕ことをし、【必要なことを診る】ことを行っていた。これらを繰り返しながら、【社会資源につなげる】ために、周囲の社会資源を〔見定める〕、新たに〔うみだす〕ことをしていた。その後も〔心の隅で気にしている〕ため状況を確認し、〔つかず離れずいる〕関係を保つことで、認知症が疑われる独居高齢者の在宅生活継続にむけた支援は、細く長く【つながっている】ことが明らかになった。

1. 緒言

日本は超高齢社会であり、高年齢層では独居率の上昇が著しく見込まれている（国立社会保障・人口問題研究所，2018）。高齢者が独居生活を継続していくための課題の一つとして、認知症による生活機能の低下等が挙げられている（柄澤・稲吉，2008）。認知症の早期診断や早期治療の遅れは、認知症状の重篤化につながり、精神病院や介護保険施設等での療養を余儀なくされる高齢者が少なくない（杉山・竹本，2016）。

そのため、できるだけ早く生活や体の変調を把握し、必要な支援を届ける必要がある。

このような状況を受け国は、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すとして、認知症の早期診断・早期対応への取り組みを強化した（厚生労働省，2015）。具体的には、2013年度から認知症初期集中支援チーム（以下、初期支援チーム）の設置をモデル事業として実施し、2018年度にはすべての自治体で設置された。現在は、認知症が疑われる高齢

者に対しての支援実績が多数あるチームと、活動を開始したばかりのチームが混在している状況であり(延, 2016; 平澤・王・樋田他, 2017), 支援の質は十分に担保されているとは言い難い。

高齢者は、認知症を発症したとしても独居生活継続への強い意志を持ち、自分らしくありたいと願っている(久保田・高山, 2017)。しかし、高齢者の生命の安全が危ぶまれたり、近隣住民が敬遠したり、家族や専門職者が疲弊したりすることで、独居生活が限界となる(久保田・堀口, 2017)ことがある。このような状況にある高齢者へのサポートの在り方として、支援ネットワークによる早期介入の確立、認知症状及び生活能力に対する医療従事者の正確な診断・アセスメント等が挙げられている(松下, 2012a)ものの、具体的にその支援を記述した研究は見当たらない。

2018年度から始まった初期支援チームの活動以前は、地域包括支援センター(以下、地域包括)に所属する保健師または経験のある看護師(以下、看護職)が、認知症の疑われる独居高齢者への支援を行ってきた。地域包括は、2005年の介護保険制度改正で設置された機関であり、約15年にわたり第一線で認知症が疑われる独居高齢者に対する支援を実施してきた。よって、地域包括の看護職がその専門性を用いて実施してきた認知症が疑われる独居高齢者に対する支援を明らかにすることは、新たな制度の下、活動を開始した初期支援チームの活動の一助となり、ひいては、多職種連携の下、高齢者の意思を尊重したその人らしい暮らしの実現に寄与すると考える。そこで本研究では、地域包括の看護職が行う、認知症が疑われる独居高齢者の在宅生活継続にむけた支援の実際を明らかにすることを目的とする。

II. 用語の定義

認知症が疑われる高齢者：認知症の診断はされていないが、記憶障害、見当識障害、判断力の低下、心理・行動症状等の認知症の症状があらわれている高齢者。

III. 研究方法

A. 研究参加者

都内の地域包括に勤務する看護職で、認知症が疑われる独居高齢者への支援経験がある者とした。研究参加者の募集は、研究者の個人的ネットワークを用いた。紹介された地域包括の看護職に研究参加への内諾を得た後、その看護職の所属機関管理者宛に紹介依頼文を送付し、管理者の許可が得られた後に正式に参加依頼を行った。

B. データ収集

2013年1月から10月にデータ収集した。データ収集は、研究参加者に各1回、半構造化面接を行った。参加者の自由な語りを妨げないように配慮し、研究参加者が支援した認知症が疑われる独居高齢者の事例を想起してもらいながら、①支援開始のきっかけ、②経過、③誰に対して何を行ったか、④困難だったこと、⑤よかったこと、⑥大切にしていたことを時間的経過に沿って語ってもらった。

C. 分析方法

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下、MGTA)(木下, 2003)を参考にして質的記述的に分析した。MGTAは、社会的相互作用や、現象がプロセス的性格を持っている研究に適している。本研究では、地域包括の看護職が、認知症が疑われる独居高齢者の存在を把握した後、高齢者が独居生活を継続していくための支援の経過や、支援を通して高齢者と相互作用が生じた展開の分析であることから、MGTAの分析の枠組みを参考にした。

得られたインタビューデータから逐語録を作成した。次に、地域包括の看護職が、認知症が疑われる独居高齢者を把握後、高齢者の在宅生活を継続のためにどのような支援を行っているのかに着目して、類似した部分を具体例として集め概念名を付けた。次に概念名とその定義、具体例をワークシートにまとめ概念を生成した。分析を進める中ですでに生成されている概念の具体例となる場合はそのワークシートに追記し、類似していないもしくは対極のデータの場合は新たに概念を生成した。そして、それぞれの概念ごとに意味のまとまりのあるものは、サブカテゴリー化し、各概念及びサブカテゴリーを包含する抽象の程度及び他のサブカテゴリーとの関連を考慮し、カテゴリーを作成した。最後に、カテゴリーとそれぞれの概念やサブカテゴリーの関係性を示す結果図を作成した。

データの分析過程において、地域看護領域の研究者、認知症看護の経験のある研究者、並びに質的研究者のスーパーバイズを受け、語りの内容の真実性や解釈の妥当性を確認しながら進めた。

D. 倫理的配慮

研究参加者と研究参加者の所属する地域包括の管理者に対し、研究参加は自由意思によるもので、研究参加の拒否や途中辞退による不利益は生じないことを文書及び口頭で、強制力が働かないよう配慮して研究者自身が説明した。インタビューは、研究参加者の指定するプライバシーの保たれる場所で行った。インタビュー内容は匿名化を図り、個人情報には研究目的以外には利用せず、研究終了後には適切な方法で破棄するものとし、同意書への署名をもって参加への承諾を得た。本研究は、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(No. 2012-91, 2013-13)。

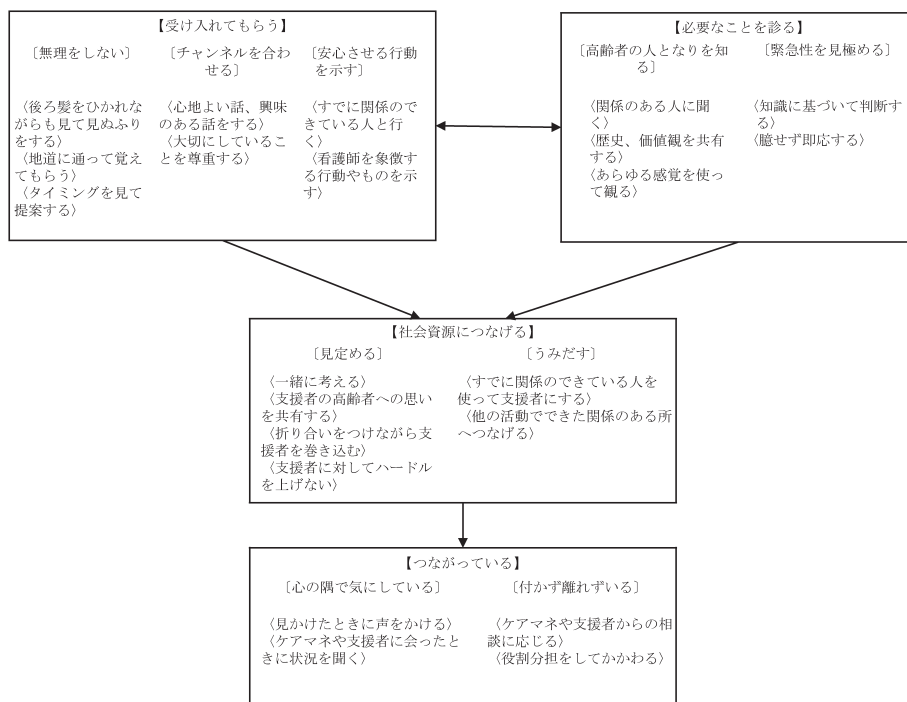


図1. 結果図

表1. 研究参加者の概要

仮名	年齢	性別	地域包括歴 (年. 月)	看護職歴 (年. 月)	保有資格	面接時間 (分)
A	40代前半	女	3.9	16.9	保健師, 介護支援専門員	72
B	40代前半	女	4.3	18	看護師, 社会福祉士, 主任介護支援専門員	50
C	30代前半	女	2.3	13	看護師, 介護支援専門員	36
D	30代後半	女	2.8	15.5	看護師	65
E	40代前半	女	5.6	20	看護師, 介護支援専門員	67
F	50代前半	女	4.9	31.5	看護師, 介護支援専門員	68

IV. 結果

分析の結果, 4つの【カテゴリー】, 9つの〔サブカテゴリー〕, 22の〈概念〉が生成された. 図1に結果図を示す. 参加者の語りは「 」で表示する.

A. 研究参加者の概要

東京都内の5か所の委託型地域包括の看護職6名だった. 参加者の概要を表1に示す.

B. ストーリーライン

地域包括の看護職は, 相談や日々の活動を通じて認知症が疑われる独居高齢者の存在を認識すると, [無理をしない] [チャンネルを合わせる] [安心させる行動を示す] ことをし, 自らの存在や提案を高齢者に【受け入れてもらう】とともに, [高齢者の人なりを知る] [緊急性を見極める] ことを行って, 【必要なことを診る】. これらを繰り返しながら, 診た結果をもとに社会資源を高齢者の周りの状況から [見定める], あるいは新たに [うみだす] ことをして【社会資源につなげる】. その後も, [心の隅で気にしている] た

高齢者の状況の確認をし, [つかず離れずいる] 関係を保つことで, 認知症が疑われる独居高齢者の在宅生活継続にむけた支援は【つながっている】.

C. 各カテゴリーとサブカテゴリー

認知症が疑われる独居高齢者と関係のある人が, 地域包括支援センター, 自治体に相談, 通報する, または, 介護予防や熱中症予防等の他の事業のリストに載ることによって, 地域包括支援センターの看護職の認知症が疑われる独居高齢者への支援が始まっていた.

1. 受け入れてもらう

事前に認知症独居高齢者に関する情報収集ができない場合や, 介護予防や熱中症予防のための訪問が目的の場合に, 高齢者との関係を築くために行われていた.

a. 無理をしない

「パンも賞味期限がもう1か月半前とかのも普通に戸棚とかに, それを食べたらきつとよくないなあと 思って捨てようとする, このパン捨てたらあんなのことを, 二度と, あの来ても玄関開けないよみたいな

感じで」高齢者から言われるような場合は〈後ろ髪をひかれながらも見ぬふりをする〉、「拒否されたら中には入れない」けれども「行けば関係づくり」になると考え、「とりあえずいくしかない」と〈地道に通って覚えてもらう〉、そして、介護保険の申請のための受診を「風邪をひいたりとか、転んじゃったりとか」受診が必要な〈タイミングを見て提案する〉。このように、〔無理をしない〕ようにしていた。

b. チャンネルを合わせる

「その方が『ん』って興味を示すこと」等の〈心地よい話、興味のある話をする〉、「民生委員をやっていたっていう自尊心を傷つけない」等の〈大切にしていることを尊重する〉ことをして、〔チャンネルを合わせる〕かわりをしてきた。

c. 安心させる行動を示す

高齢者に対して、危害を加える人間ではないことを知らせ、高齢者自らが扉を開いてくれるように、「行きつけの飲み屋のマスターや大家」等〈すでに関係のできている人と行く〉、「今蒸し暑くて熱中症で、具合悪い人多いから、血压はからせて」と言ったり、「お薬手帳を見て質問に答える」等の〈看護師を象徴する行動やものを示す〉等の〔安心させる行動を示す〕。

2. 必要なことを診る

緊急性の判断や支援の方向性を探るために行われていた。

a. 高齢者の人となりを知る

高齢者との関係ができていない段階や拒否されたり、自分の身体状況や生活歴等を高齢者自身が表現できなかつたりするようなどきには、必要な情報を大家、かかりつけ医等〈関係のある人に聞く〉。そして、高齢者自身の生きてきた過程やその中で培われた〈歴史、価値観を共有する〉。

自分の症状をうまく訴えられない認知症が疑われる高齢者の健康や生活の状況を知るために、「痩せてはないかとか、ちょっと入れ歯の具合とか、全身の状況っていうんでしょうか、例えば、来てすぐなのでお風呂は入れているかとか、においとか風貌とかね、全身を」見て別れ際にさりげなく触れることで、るい瘦について判断する等、看護の知識と技術を使う〈あらゆる感覚を使って観る〉ことをしていた。その結果、〔高齢者の人となりを知る〕。

b. 緊急性を見極める

「この人すぐに病院に連れて行くべきかっていうか、その辺はトリアージというか、ばあっとみますよね。(中略)うちの包括の場合かもしれないんですけど、社会福祉士弱いですよね、そこが多分看護師の目だからかなあと思う部分もあります」というように看護師として培ってきた〈知識に基づいて判断する〉ことをし、相談を受け、本人を訪問し生活状況を確認したうえで、その状況を主治医に伝えるために、「総合病

院だったんだけど、押しかけて、先生に意見書書いてもらいたいから本人連れてくるって言って、またその翌日か翌々日ぐらいの先生の外来に強引に連れて行き」介護保険のサービスにつなげるといったように〈臆せず即応する〉。これらの行動の結果、〔緊急性を見極める〕。

3. 社会資源につなげる

滞った生活や、損なわれた健康状態を整えるために行われていた。

a. 見定める

高齢者本人の認識や希望と、関係のある人や地域包括看護職の見解等を加味しながら高齢者に合わせた方法を〈一緒に考える〉、「言う相手がいるのといないのとでは負担感がだいぶ違うみたい」なので、高齢者を支援する人々の高齢者への思いを聴くことで〈支援者の高齢者への思いを共有する〉、「負担になってくると結構やっぱり、排除の方向にどうしても、行きがちなので(中略)(支援する)人たちも疲れないように」、認知症が疑われる高齢者がその地域から排除されないように〈折り合いをつけながら支援者を巻き込む〉、「新聞を、電気だけ見てくれればいい」とお願いする等〈支援者に対してハードルを上げない〉ことで、高齢者の周りに存在するインフォーマルなサービスを含めた支援を〔見定める〕。

b. うみだす

「オーナーさんが、本人に安否確認のために毎日一回は管理人のところに『おはようございますとかこんにちば』って挨拶に行けというのをよく聞いて聞かせてくれていたんですね」というように、高齢者の周りに適当なサービスが見当たらないときには、〈すでに関係のできている人を使って支援者にする〉。加えて、地域包括で行っている物忘れ相談事業だけでなく地域住民の受診に付き添ったり、地域の医師との付き合いを重ねたりすることで、〈他の活動でできた関係のある所へつなげる〉等サービスを〔うみだす〕。

4. つながっている

高齢者との関係は、高齢者がサービスの利用を開始した後も続いていた。

a. 心の隅で気にしている

自転車で移動中やデイサービスに行ったときに「今どうですか、デイサービス行ったりしてるけど、今、どうですか」等、〈見かけたときに声をかける〉。「私たちも、(介護支援専門員；以下ケアマネに)渡したとはいえ、気になる」ので、「ケアマネに会う機会ってたくさんあるので、あの人どうした」等、〈ケアマネや支援者に会ったときに状況を聞く〉。このように、〔心の隅で気にしている〕。

b. 付かず離れずいる

「何かやっぱりケアマネが大変なことがあると、バックしてそこでまた一緒に考えてって流れに、なる

んだけれども、認知症の方のそういう場合って、やっぱり介護サービスでどうにもならないってことが多くなってくるので、そこでじゃあ地域の人につなげて、見守り、ちょっと顔だして様子見てくれる人って視点で探す」等、〈ケアマネや支援者からの相談に応じる〉ことをし、状況に応じて、〈役割分担をしてくかかわる〉等、〔付かず離れずいる〕。

V. 考察

本研究は、地域包括の看護職が行う、認知症が疑われる独居高齢者の在宅生活継続にむけた支援の実際を明らかにすることを目的に行った。その結果、地域包括支援センターの看護職は、認知症が疑われる独居高齢者に対して、自らの存在や提案を【受け入れてもらう】とともに、【必要なことを診る】ことを行っていた。そしてその結果をもとに、【社会資源につなげる】ことを実施していた。その後も、認知症が疑われる独居高齢者の在宅生活継続にむけた支援は、細く長く【つながっている】ことが明らかになった。以下、地域包括の看護職の支援の特徴について考察する。

A. 地域包括の看護職の支援の特徴

地域包括の看護職は、認知症が疑われる独居高齢者の在宅生活継続にむけて、まず、【受け入れてもらう】とともに、【必要なことを診る】ことを繰り返し行っていた。そしてその結果をもとに、【社会資源につなげる】ことを実施していた。これらの支援は、認知症が疑われる独居高齢者の生活や体の変調をできるだけ早く把握し、必要な支援を届けるための支援である。

認知症が疑われる独居高齢者の生活や体の変調をできるだけ早く把握するためには、まず認知症が疑われる高齢者に直接会って身体状況や生活の状況についての情報を収集しなければならない。地域包括の看護職は、〈看護師を象徴する行動やものを示す〉という手段を使って看護職であることを伝えたり、看護師を象徴するような道具や技術を使ったりして認知症が疑われる高齢者との間に自らの存在や提案を【受け入れてもらう】関係を作ろうとしていた。

独居高齢者は、日常生活全般の不安について約1割がだまされたり、犯罪に巻き込まれたりすることを挙げている（内閣府，2015）。振り込め詐欺の報道や、実際に訪問販売の悪徳商法で大金をだまし取られたりする（久保田・高山，2017）ことで、高齢者は犯罪に巻き込まれまいと、見知らぬ人に対して警戒をしている。また、自分ではできていると思っており、必要性を理解できず援助を拒否する場合もある（久保田・堀口，2017）。したがって、認知症ケアでは、家に入れてもらう、継続して家に入れてもらう状況を作ることが訪問看護の実践プロセスで明らかにされているように（奥村・山本・小林他，2011）、支援にあ

たっては、高齢者に安心して受け入れてもらえる関係作りを大切にしていることが本研究でも示された。特に、地域包括の看護職は訪問看護師と違い契約に基づく訪問ではないため、全く互いの情報のない中での関係作りが必要となる。一方、看護師は子供から大人まで幅広く認知されている職業であり、身体や病気のことを相談できる専門職である。独居高齢者の約6割は健康や病気に対する不安を持っているとされ（内閣府，2015）、身体や病気、薬のことを相談でき血圧を測り身体の様子を見てくれる等看護師としての知識技術を使った行為を行うことで、高齢者の不安や警戒感を取り除き、関係構築を容易にし、すでにできている関係を強化するという手段を用いて受け入れを実現している。

独居認知症高齢者への訪問看護では、訪問開始当初は療養者に関する情報収集やアセスメントに苦慮する時期であり、いかにして情報収集するかが援助を進めるうえでの課題となっている（松下，2012b）。これは、地域包括の看護職の認知症が疑われる独居高齢者への支援においても同様であった。地域包括の看護職は、〔高齢者の人となりを知る〕ために、視覚、聴覚、嗅覚、触覚の感覚に加えて、看護職としての感覚を含めた〈あらゆる感覚を使って観る〉ことで身体と生活の両方を観ていた。独居のため情報提供者が限られ、自分の症状をうまく訴えられない認知症が疑われる高齢者の状況を知るために、感覚に基づいた知覚を超えて、その現象についての理解を得ようとする認識のプロセスとその状況で行為しながら体験されたことに持っている経験や知識が活用される看護実践（川原，2013）が行われている。

地域包括の看護職は、あらゆる感覚を使って観た結果から病状を、さらに〈知識に基づいて判断〉して、いつ受診すればよいかの相談に乗り、緊急性の判断をした後、必要と判断したらすぐにかかりつけ医とのコンタクトをとり、受診に同行するという支援を行っていた。かかりつけ医がいない場合は、他の活動で関係のできた医療機関へとつなげていた。ケアマネの基礎資格が看護師である者は医療依存、精神障害に関して困難を感じた割合が有意に低いとの報告（吉江・齋藤・高橋他，2006）やケアマネが考える主治医がサービス担当者会議に参加しない理由のうち、主治医に出席を呼びかけていない、主治医との信頼関係が確立されていない、主治医と連絡がつかないという項目で、介護系のケアマネが看護系のケアマネより有意に高いという報告（鳴釜・陳・吉井他，2011）から、必要時の医師との連携は、地域包括の他職種と比べ看護職が得意としていることが示されている。地域包括の看護職においても、この知見と同様に、自ら判断するだけでなく、医療機関との連携を図ることによって、認知症が疑われる高齢者の在宅生活継続のための支援が行

われていた。

地域包括の看護職は、認知症が疑われる高齢者が今までの人生の中で培ってきた関係のある人々や地域包括の職員の活動でできた関係を駆使して、【受け入れてもらう】、【必要なことを診る】、【社会資源につなげる】支援を行っていた。これら的高齢者や看護職の持つ関係性を活用した支援は、認知症が疑われる独居高齢者の生活や体の変調をできるだけ早く把握し、必要な支援を届けるための支援であるのみならず、高齢者の総合相談窓口として地域に根差した活動を続ける地域包括の看護職の支援の特徴である。さらに、認知症が疑われる高齢者が担当地域に住んでいる限り、地域包括の看護職は、症状の悪化やその他の理由によってケアマネの後方支援等で再び担当する可能性がある。そのため【社会資源につなげ】た後も、認知症が疑われる独居高齢者の在宅生活継続にむけた支援が細く長く【つながっている】のも、地域包括の看護職の支援の特徴であると考ええる。

B. 実践への示唆

本研究の結果から、早期支援チームの認知症が疑われる高齢者への支援において、認知症が疑われる高齢者との関係作りが困難な場合は、看護職による高齢者の生活の中での困りごとに焦点を当てた健康相談等が関係作りを容易にする可能性がある。さらに、介護系職員が情報収集やアセスメントに苦慮する場合は、看護職が、看護職として培った経験や知識を活用することで緊急性を判断でき、早期に認知症が疑われる高齢者の主治医や初期支援チームの認知症サポート医等の医療機関との連携が図れ、認知症状及び生活能力に対する正確な診断・アセスメントが行われる。本研究で明らかにされた看護職ならではの支援に加えて、地域包括による活動によって作られた地域の社会資源の活用、初期支援チームの活動終了時の地域包括への情報提供等、時に多職種で協働することによって、地域包括と初期支援チームとの有意義な連携による認知症が疑われる独居高齢者への支援が展開可能になると考える。

C. 本研究の限界と課題

本研究で、初期支援チームの活動実績が混在する現在、初期支援チームの活動開始以前から行われていた地域包括の看護職による認知症が疑われる高齢者への支援が明らかにされたことは、認知症の初期支援において意義がある。しかし、地域によって社会資源も高齢者施策の取り組み方も多様であること、地域包括の設置主体によって活動内容に違いがあること等から、今後の課題として、研究参加者を社会資源、取り組み方等の地域性を考慮したうえで、意図的にサンプリングして検討することがあげられる。さらに、初期支援チームを対象にした認知症が疑われる高齢者への支援を明らかにしていく必要がある。

謝辞

本研究にご協力いただいたすべての皆様に心より感謝申し上げます。なお、本研究は、平成25年度日本赤十字看護大学大学院看護学研究科修士課程に提出した論文を一部加筆・修正したものである。また、第18回日本在宅ケア学会学術集会で発表したものに加筆・修正をした。

利益相反

本研究における利益相反はない。

文献

- 平澤園子・王吉彤・樋田小百合・三上章允 (2017). 地域包括支援センターにおける認知症初期集中支援チーム設置の効果. 日本認知症ケア学会誌, 16(3), 670-679.
- 柄澤邦江・稲吉久美子 (2008). 独居高齢者における独居を継続できなくなった要因に関する研究. 飯田女子短期大学紀要, 25, 21-33.
- 川原由佳里 (2013). 看護の知 実践を読み解くための新しい知の考え方. 東京: 看護の科学社.
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践: 質的研究への誘い. 東京: 弘文堂.
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2018). 「日本の世帯数の将来推計 (全国推計)」 (2018 (平成30) 年推計). http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2018/houkoku/hprj2018_houkoku.pdf (2021.10.22)
- 厚生労働省 (2015). 「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～ (新オレンジプラン)」 (概要). https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf (2021.10.22)
- 久保田真美・堀口和子 (2017). 介護支援専門員がとらえた認知症独居高齢者の独居生活の限界: 独居生活開始から施設入所までの過程より. 日本在宅ケア学会誌, 21(1), 67-75.
- 久保田真美・高山成子 (2017). 認知症高齢者の独居生活: 認知症高齢者が語る体験や思いと介護支援専門員の語る危険から. 関西国際大学研究紀要, 18, 23-35.
- 松下由美子 (2012a). 一人暮らし認知症高齢者に関する文献レビュー. 日本在宅ケア学会誌, 15(2), 25-34.
- 松下由美子 (2012b). 認知症独居高齢者の一人暮らしを支える訪問看護師の援助. 聖路加看護学会誌, 16(2), 17-23.
- 内閣府 (2015). 平成26年度 一人暮らし高齢者に関する意識調査結果 (全体版) 第2章 調査結果の概要 1. 幸福感, 不安に関する事項 (Q1～Q3).

<https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h26/kenkyu/zentai/pdf/s2-1.pdf> (2021.10.22)

鳴釜千津子・陳君・吉井初美・庄司和義・佐藤キヨ子・森田定一・菅村佳美・赤澤宏平・田城孝雄 (2011). 介護支援専門員の基礎資格は主治医との連携に影響を及ぼす. 厚生指標, 58(7), 21-26.

延育子 (2016). 特集認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の現状と展望: 認知症初期集中支援チームの現状. 日本認知症ケア学会誌, 15(2), 426-432.

奥村朱美・山本則子・小林小百合・岡本有子・深堀浩樹 (2011). 訪問看護における認知症ケアの構造化. 日本在宅ケア学会誌, 14(2), 26-33.

杉山京・竹本与志人 (2016). 地域包括支援センター専門職を対象とした認知症が疑われる高齢者への受診援助におけるかかりつけ医との連携実践状況の類型化. 日本在宅ケア学会誌, 20(1), 39-49.

吉江悟・齋藤民・高橋都・甲斐一郎 (2006). 介護支援専門員がケース対応に関して抱く困難感とその関連要因: 12種類のケース類型を用いて. 日本公衆衛生雑誌, 53(1), 29-39.