

認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センターの コーディネーションの現状と各職種の特徴

オカノ アケミ
岡野 明美*

目的 地域包括支援センター各職種の認知症高齢者のコーディネーションの現状を明らかにし、コーディネーション力を高めるチームアプローチの示唆を得る。

方法 全国の地域包括支援センターで認知症高齢者の相談業務に携わる保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員を対象に、郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。調査内容は、個人属性、認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センターのコーディネーション、地域ケア会議の年間参加回数、地区診断実施の有無とした。認知症高齢者のコーディネーションの得点平均値を算出し、地域ケア会議は年間参加回数中央値を境界とし、地区診断は実施割合を職種間比較した。

結果 543名に郵送し432名の回答から349名（有効回答率64.3%）を分析対象とした。属性は、運営形態は直営型17.7%、委託型82.0%、平均包括経験年数5.3年、平均当該職種経験年数9.3年、平均年齢45.7歳であった。全体の認知症のコーディネーションの得点平均値は、全項目91.2（23項目、138点満点）、第1因子認知症症状が生活に及ぼす影響をアセスメントする34.5（8項目、48点満点）、第2因子認知症高齢者を医療・介護・権利擁護の支援につなぐ36.1（9項目54点満点）、第3因子地域の支援者に協力を得る11.1（3項目、18点満点）、第4因子地域の中で認知症高齢者を支える社会資源を創出する9.4（3項目、18点満点）であった。職種間比較では、全項目（社会福祉士＜主任介護支援専門員）、第1因子（社会福祉士＜看護師）、第2因子（社会福祉士＜主任介護支援専門員）に有意差（ $p < 0.05$ ）が認められた。

結論 各職種の認知症高齢者のコーディネーションの自己評価として、アセスメントは看護師、支援へのつながりは主任介護支援専門員、地域支援者に協力を得るは保健師および主任介護支援専門員がよく実施していた。一方で、1職種だけで個別から地域支援までのコーディネーション達成は困難であること、地域支援者に協力を得ることや地域の中で認知症高齢者を支える社会資源の創出が全体の課題であること、包括経験年数がコーディネーションに影響することがわかった。これらから、個人任せにしないチーム体制の構築が求められ、地区診断や地域ケア会議によって、課題の共有や解決に向けた話し合いを職員間で行い、担当地区の状況に応じた事業計画の立案・実施・評価が必要である。同時に、経験年数3年未満の職員への教育体制の必要性が示唆された。

キーワード 地域包括支援センター、認知症高齢者、コーディネーション

I はじめに

地域包括支援センター（以下、包括）は、地

域住民の心身の健康の保持および生活の安定のために、包括的支援事業等の実施により保健医療の向上および福祉の増進を包括的に支援することを目的（介護保険法第115条の46第1項）に、2005年の介護保険法改正により創設された。

*大阪公立大学大学院看護学研究科准教授

包括には保健師等（保健師あるいは看護師）、社会福祉士、主任介護支援専門員（以下、主任CM）が配置され、専門性を生かしたチームアプローチ¹⁾が期待されている。そして包括の役割は人口の高齢化に伴い拡大し、2011年の介護保険法改正では地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みが求められるようになった。

認知症施策の目指す方向は、認知症になっても希望を持って暮らせる共生と予防の両輪の社会を目指すこと²⁾（認知症施策推進大綱2019）であり、個別支援から地域支援まで含まれる。具体的には認知症初期集中支援チームや認知症サポーター養成講座等が実施され、相談事例の4～5割は受診やサービスにつながり³⁾、認知症サポーター養成講座受講者数は目標を達成した⁴⁾等の成果が報告される。しかし初期段階の対象把握が不十分、適切なつなぎ先がない³⁾、受講後のサポーター活動につなげていない⁵⁾等、早期対応や共生には至っていない。

これらの課題について、栗田は事業の縦割りを整理し統合していくためのコーディネーションの深化⁶⁾、真山は関係者とネットワークを築くためのコーディネーション⁷⁾等、包括のコーディネーション機能強化を示唆する。しかし認知症高齢者のコーディネーションは、包括の個別的な支援にとどまり⁸⁾、権利擁護支援や地域社会資源の創出が不十分⁹⁾とされ、個別支援から地域支援に向けたコーディネーションが懸念される。そこで、各職種の認知症高齢者のコーディネーションの現状を明らかにし、コーディネーション力を高めるチームアプローチの示唆を得ることが必要であると考えた。

Ⅱ 研究方法

（1）対象

全国の包括で認知症高齢者の相談業務に携わる保健師等、社会福祉士、主任CMとした。都道府県の一覧表（2020年4月1日現在）から系統抽出法により1/3程度1,800施設を抜粋した。

（2）方法

郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。文書で包括管理者に研究の趣旨説明と調査協力の意向確認を行い、返信のあった施設に人数分の調査依頼書と調査票を郵送した。調査期間は2020年10～11月であった。

（3）調査内容

1) 個人属性

年齢、運営形態、職種、経験年数。

2) 認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センターのコーディネーション（以下、認知症高齢者のコーディネーション）

包括3職種を対象に改変された4因子23項目の尺度で、信頼性・妥当性が検証されている¹⁰⁾。第1因子「認知症症状が生活に及ぼす影響をアセスメントする」、第2因子「認知症高齢者を医療・介護・権利擁護の支援者につなぐ」、第3因子「地域の支援者に協力を得る」、第4因子「地域の中で認知症高齢者を支える社会資源を創出する」を構造因子とし、全く実践していない～十分実施している、の6段階で実践状態を評価する。点数が高いほど実践力が高いことを示し、最高点138点、最低点23点である。

3) 地域ケア会議・地区診断

コーディネーションとの関連¹⁰⁾が報告されており、地域ケア会議の年間参加回数、地区診断実施の有無を尋ねた。

（4）分析方法

認知症高齢者のコーディネーション得点平均値を全体、因子、項目ごとに算出し、職種間比較した。本論文において保健師と看護師は特徴が異なっていたため別々に分析した。地域ケア会議は年間参加回数中央値を境界とし、地区診断は実施割合を各職種で算出し、職種間比較を行った。分析にはSPSSver25.0for Windowsを用い、有意性確率0.05未満を有意とした。

（5）倫理的配慮

研究対象者に研究目的、方法、協力は自由意思であり断った場合の不利益は生じない等を文

章で説明し、質問紙の同意欄より同意を確認した。本研究は、大阪府立大学大学院看護学研究

科研究倫理委員会の承認を得て実施した（2020年7月30日，NO：2020-26）。

表1 対象者の属性

	全体 (n = 349)		保健師 (n = 96)		看護師 (n = 36)		社会福祉士 (n = 127)		主任CM (n = 90)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
包括経験年数										
3年未満	116	33.2	28	29.2	12	33.3	51	40.2	25	27.8
3～10年未満	166	47.6	48	50.0	17	47.2	57	44.9	44	48.9
10年以上	67	19.2	20	20.8	7	19.4	19	15.0	21	23.3
平均年数(標準偏差)	5.3(4.3)		5.5(4.0)		5.0(4.0)		4.7(4.5)		6.0(4.4)	
当該職種経験年数										
3年未満	87	24.9	21	21.9	3	8.3	38	29.9	25	27.8
3～10年未満	123	35.2	31	32.3	8	22.2	47	37.0	37	41.1
10～20年未満	91	26.1	27	28.1	12	33.3	32	25.2	20	22.2
20年以上	48	13.8	17	17.7	13	36.1	10	7.9	8	8.9
平均年数(標準偏差)	9.3(8.7)		11.0(10.6)		15.6(9.5)		7.3(6.9)		7.8(6.9)	
年齢										
20歳代	21	6.1	8	8.3	—	—	13	10.3	—	—
30歳代	77	22.2	30	31.3	2	5.6	39	31.0	6	6.7
40歳代	123	35.4	24	25.0	16	44.4	45	35.7	38	42.7
50歳代	97	28.0	28	29.2	12	33.3	23	18.3	34	38.2
60歳以上	29	8.4	6	6.3	6	16.7	6	4.8	11	12.4
平均年齢(標準偏差)	45.7(10.0)		44.1(10.6)		50.6(8.6)		42.3(9.6)		50.3(7.7)	

注 主任CM：主任介護支援専門員

Ⅲ 結 果

1,796施設に研究協同意向確認を行った結果、249施設の返信（回収率13.9％）から543名に郵送し、432名の回答が得られた。そのうち分析に必要な項目の欠損を確認し、349名（有効回答率64.3％）を分析対象とした。運営形態は直営型17.7％，委託型82.0％，平均年数（標準偏差）は、包括経験年数5.3（4.3）

表2 各職種の認知症高齢者のコーディネーションの現状と職種間比較

	全体 (n = 349)	保健師 (n = 96)	看護師 (n = 36)	社会福祉士 (n = 127)	主任CM (n = 90)	職種間比較	
						p	職種
全項目	91.2	91.5	93.3	87.7	94.7	0.020	社会福祉士＜主任CM
第1因子 認知症症状が生活に及ぼす影響をアセスメントする	34.5	34.7	36.3	33.5	35.1	0.037	社会福祉士＜看護師
2 認知症高齢者に会うために訪問を繰り返す	4.11	4.11	4.22	4.10	4.06		
2 認知症高齢者のペースに合わせ話を引き出す	4.46	4.44	4.64	4.38	4.53		
3 興奮状態や徘徊などの様子を目の当たりにしてBPSDの実態を把握する	3.78	3.63	4.03	3.71	3.93		
4 認知症高齢者の行動や態度の意味を推察する	4.21	4.17	4.44	4.13	4.29		
5 室内の状態や日常生活用品の使用状況から生活行為の実態を推察する	4.43	4.51	4.78	4.26	4.43	0.014	社会福祉士＜看護師
6 薬袋や処方箋などから受療状況を推察する	4.45	4.63	4.78	4.20	4.49	0.011	社会福祉士＜保健師
7 認知症高齢者を介護している家族の介護負担感の状態を理解する	4.54	4.64	4.64	4.36	4.67	0.005	社会福祉士＜看護師
8 生活に影響を及ぼしている状態から認知症の専門治療の必要性を判断する	4.52	4.54	4.75	4.35	4.66		
第2因子 認知症高齢者を医療・介護・権利擁護の支援につなぐ	36.1	36.2	36.9	34.4	38.2	0.007	社会福祉士＜主任CM
9 前もって関係機関に相談し受診やサービスの受け入れをよくする	4.34	4.35	4.42	4.16	4.56		
10 介護保険の主治医意見書を書いてもらえる医療機関を見つけて受診につなぐ	4.53	4.51	4.69	4.31	4.79	0.037	社会福祉士＜主任CM
11 受診同行して放置していた疾患の治療再開につなげる	3.57	3.65	3.75	3.37	3.71		
12 認知症高齢者の状態にあわせた対応協力を関係機関に依頼する	4.32	4.38	4.36	4.13	4.49		
13 認知症高齢者が確実に内服できる方法を調整する	3.67	3.76	3.86	3.41	3.87	0.023	社会福祉士＜主任CM
14 認知症高齢者の状態にあわせてケアマネジメントできる居宅介護支援事業所を選定しつなぐ	4.60	4.63	4.44	4.43	4.88	0.025	社会福祉士＜主任CM
15 公共料金や税金が滞納状態となった理由を市区町村に説明し発生した不利益の対応について相談する	3.40	3.27	3.78	3.24	3.59		
16 認知症高齢者を受診につながない場合は訪問の医療サービスなど別の方法を調整する	3.77	3.77	4.00	3.51	4.03	0.045	社会福祉士＜主任CM
17 認知症高齢者の支援に必要な関係者がケース会議に参加できるよう調整する	3.74	3.85	3.64	3.83	4.27		
第3因子 地域の支援者に協力を得る	11.1	11.4	10.8	10.6	11.7		
18 地域の核となる住民を見つける	3.39	3.45	3.22	3.30	3.53		
19 認知症高齢者に関係する社会資源の特徴を把握しておく	3.93	3.94	3.86	3.79	4.13		
20 認知症高齢者のつながりから地域の支援者に相談し協力を得る	3.79	3.98	3.67	3.54	4.00	0.021	社会福祉士＜保健師
第4因子 地域の中で認知症高齢者を支える社会資源を創出する	9.4	9.4	9.4	9.2	9.8	0.012	社会福祉士＜主任CM
21 認知症について住民に啓発活動を行い見守りの目を増やす	3.74	3.78	3.83	3.61	3.84		
22 住民が認知症支援者として活躍できる場をつくる	2.88	2.90	2.78	2.78	3.04		
23 認知症高齢者に対する住民や関係機関の声から支援協力者が増えていることを確かめる	2.80	2.68	2.75	2.79	2.96		

注 1) Kruskal-Wallis検定（Bonferroni調整）

2) 主任CM：主任介護支援専門員

年、当該職種経験年数9.3（8.7）年、年齢45.7（10.0）歳であった。

（１）対象者の属性

包括経験年数の平均（標準偏差）は、主任CMが6.0(4.4)年と最大、社会福祉士が4.7(4.5)年と最小であった。当該職種経験年数は、看護師が15.6(9.5)年と最大、社会福祉士が7.3(6.9)年と最小であった（表１）。

（２）各職種の認知症高齢者のコーディネーションの現状と職種間比較

各職種の認知症高齢者のコーディネーションの現状として得点平均値を示し、職種間比較を行った（表２）。全体の得点平均値は、全項目91.2（23項目138点満点）、第１因子：認知症症状が生活に及ぼす影響をアセスメントする34.5（８項目、48点満点）、第２因子：認知症高齢者を医療・介護・権利擁護の支援につなぐ36.1（９項目54点満点）、第３因子：地域の支援者に協力を得る11.1（３項目、18点満点）、第４

因子：地域の中で認知症高齢者を支える社会資源を創出する9.4（３項目、18点満点）であった。

職種間比較で有意差が認められた因子は、第１因子（ $p=0.037$ ，社会福祉士＜看護師）、第２因子（ $p=0.007$ ，社会福祉士＜主任CM）、全項目（ $p=0.020$ ，社会福祉士＜主任CM）であった。項目別では、第１因子の「室内の状態や日常生活用品の使用状況から生活行為の実態を推察する（ $p=0.014$ ，社会福祉士＜看護師）」「薬袋や処方箋などから受療状況を推察する（ $p=0.011$ ，社会福祉士＜保健師， $p=0.005$ ，社会福祉士＜看護師）」であった。第２因子では「介護保険の主治医意見書を書いてもらえる医療機関を見つけて受診につなぐ（ $p=0.037$ ，社会福祉士＜主任CM）」「認知症高齢者が確実に内服できる方法を調整する（ $p=0.023$ ，社会福祉士＜主任CM）」「認知症高齢者の状態にあわせてケアマネジメントできる居宅介護支援事業所を選定しつなぐ（ $p=0.025$ ，社会福祉士＜主任CM）」「認知症高齢者を受診

につなげない場合は訪問の医療サービスなど別の方法を調整する（ $p=0.045$ ，社会福祉士＜主任CM）」であった。第３因子では「認知症高齢者のつながりから地域の支援者に相談し協力を得る（ $p=0.021$ ，社会福祉士＜保健師， $p=0.012$ ，社会福祉士＜主任CM）」であった。

表３ 地域ケア会議の参加実態と職種間比較

	全体 (n=346)		保健師 (n=94)		看護師 (n=35)		社会福祉士 (n=127)		主任CM (n=90)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
参加なし	95	27.5	33	35.1	9	25.7	31	24.4	23	25.6	0.414
参加あり	251	72.5	61	64.9	26	74.3	96	75.6	67	74.4	
年間参加回数											
１～２回	101	29.2	30	31.9	14	40.0	34	26.8	24	26.7	
３～４	54	15.6	12	12.8	5	14.3	21	16.5	14	15.6	
５～９	65	18.8	14	14.9	6	17.1	27	21.3	19	21.1	0.066
１０回以上	30	8.7	5	5.3	1	2.9	14	11.0	10	11.1	
回数中央値 (最小～最大)	2(0-40)		1(0-22)		2(0-10)		2(0-24)		2(0-40)		
低群	240	69.4	50	53.2	15	42.9	47	37.0	33	36.7	
高群	106	30.6	44	46.8	20	57.1	80	63.0	57	63.3	

注 １) χ^2 検定
 ２) 低群・高群は中央値を境界とし低群＜中央値・高群≥中央値
 ３) 主任CM：主任介護支援専門員

表４ 地区診断実施の現状と職種間比較

	全体 (n=346)		保健師 (n=96)		看護師 (n=34)		社会福祉士 (n=127)		主任CM (n=89)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
実施なし	240	69.4	58	60.4	28	82.4	98	77.2	56	62.9	0.009
実施あり	106	30.6	38	39.6	6	17.6	29	22.8	33	37.1	

注 １) χ^2 検定
 ２) 主任CM：主任介護支援専門員

（３）地域ケア会議の参加実態と職種間比較

地域ケア会議には72.5%が参加していた。年間参加回数中央値は２回、最小回数０回、最大回数40回であった。職種別の参加率、参加回数中央値

(最小回数～最大回数)は、保健師64.9%、参加回数中央値1回(0～22回)、看護師74.3%、2回(0～10回)、社会福祉士75.6%、2回(0～24回)、主任CM74.4%、2回(0～40回)であった。参加の有無($p=0.414$)および年間参加回数($p=0.066$)による職種間には認められなかった(表3)。

(4) 地区診断の実施実態と職種間比較

地区診断の実施率は30.6%であった。職種別では、保健師が39.6%と1番高く、看護師が17.6%と1番低かった。職種間に有意な差が認められた($p=0.009$)(表4)。

Ⅳ 考 察

(1) 回答者の特徴

全国の運営形態は、直営20.0%、委託80.0%¹¹⁾、包括経験年数は、3年未満48.2%、3年以上51.8%¹²⁾であり、これらと比較すると本調査の回答者は、委託および3年以上の包括経験年数が多い傾向にあった。

(2) 認知症高齢者のコーディネーションの特徴

1) 全体的な認知症高齢者のコーディネーションの特徴

全体的な認知症高齢者のコーディネーションの現状は、第1因子から第4因子に向けて、個別から住民、地域へとコーディネーションが展開されるにつれ得点割合が低下していた。また第4因子には有意差が認められなかった。これらの傾向は先行研究⁸⁾⁹⁾と同様であり、地域の支援者に協力を得ることや地域の中で認知症高齢者を支える社会資源を創出することが認知症高齢者のコーディネーションの課題であることが示された。

2) 各職種の認知症高齢者のコーディネーションの特徴

① 保健師

保健師は、第1因子の受療状況の推察、第3因子の地域支援者に協力を得る項目、地区診断

実施割合が高かった。保健師は、認知症総合支援事業¹³⁾と予防事業¹³⁾¹⁴⁾の業務割合が多く、初期集中支援チームや介護予防事業の実務経験が本調査に関係したと考えられる。保健師は公衆衛生看護学を学問基盤とし、系統的な情報収集と分析により個人や家族の健康課題と地域の健康課題を連動させながら対象の生活に視点をのいた支援を行う¹⁵⁾。その思考が地区診断の実施割合を高めた要因と予測される。コーディネーションの課題に対して保健師は、コミュニティや関係機関と協働し社会資源の創造と組織化を行うことで対象の健康を支えるシステムを創生する¹⁵⁾役割を包括内で発揮し、認知症高齢者を支える社会資源の創出に向けた行動が求められる。

② 看護師

看護師は、第1因子の認知症症状が生活に及ぼす影響をアセスメントする項目群が有意に高く、先行研究¹⁶⁾と同様であった。また当該職種経験年数が最も長く10年以上が7割と看護師経験の豊富さを示した。看護師は看護学を学問基盤とし、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通して最期までその人らしく人生を全うできるようその人のもつ力に働きかけながら支援する¹⁷⁾。その思考が本調査に関係したと考えられる。一方、第1因子以外の認知症高齢者のコーディネーション得点割合や地区診断の実施割合は低かった。今後はアセスメントから得られた認知症高齢者の課題を地域の課題に連動させていく行動が求められる。

③ 社会福祉士

社会福祉士は、認知症高齢者のアセスメント、医療・介護の支援につなぐ項目が有意に低かった。認知症高齢者支援には経験年数が関連⁸⁾¹⁰⁾し、経験年数と相談助言を受ける環境が社会福祉士の業務自己評価に影響する¹⁸⁾等、本調査においても経験年数が包括・当該職種とも短かったことが関係したと考えられる。社会福祉士は社会福祉学を学問基盤とし、すべての人が人間としての尊厳を有し、価値ある存在、平等であることを深く認識する。平和を擁護し、社会正

義・人権・集団的責任・多様性尊重および全人的存在の原理にのっとり、人々がつながりを実感できる社会への変革と社会的包摂の実現をめざす¹⁹⁾とされる。社会福祉士は、総合相談支援業務、権利擁護業務の個別支援、地域ケア会議に関する連絡調整・資料準備¹³⁾の業務割合が多く、認知症高齢者は高齢者虐待との関連が高い²⁰⁾。また先行研究¹⁶⁾では、権利擁護活動や民生委員や自治会との連携をよく実施していた。コーディネーションの課題に対して社会福祉士は、認知症高齢者の権利擁護等個別支援から得られた課題を地域ケア会議の運営につなげていくことができる専門職であり、その経験が発揮できるようチームで検討することが求められる。

④ 主任CM

主任CMは、第2因子の医療・介護の支援につなぐ項目群、第3因子の地域支援者に協力を得る項目が有意に高く、先行研究¹⁶⁾と同様であった。また包括経験年数が最も長かった。主任CMは、CM職務通算5年経験後に主任CM研修を受講することが条件である。主任CMは、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務¹³⁾が他職種と比べて多く、その実務経験が本調査に関係したと考えられる。主任CMは地域課題の把握から社会資源の開発等の地域づくりが求められる²¹⁾ことから、今後は認知症高齢者の課題を関係機関と共有し、サービスにつなぎやすい環境を整えることやケアマネジメント上の個別課題を地域の課題に連動させていく行動が求められる。

(3) コーディネーション力を高めるチームアプローチの検討

各職種の認知症高齢者のコーディネーションの自己評価として、アセスメントは看護師、支援へのつながりは主任CM、地域支援者に協力を得るは保健師および主任CMがよく実施していた。これらから、1職種だけで個別から地域支援までのコーディネーションの達成は困難であること、地域の支援者に協力を得ることや地域の中で認知症高齢者を支える社会資源の創出が全体の課題であること、包括経験年数がコー

ディネーションに影響することがわかった。これらから、個人任せにしないチーム体制の構築が求められ、それには地区診断や地域ケア会議⁹⁾¹⁰⁾によって、課題の共有や解決に向けた話し合いを職員間で行い、担当地区の状況に応じた事業計画の立案・実施・評価が必要である。同時に、経験年数3年未満の職員への教育体制の必要性が示唆された。

(4) 本研究の限界と今後への示唆

回答者属性が委託および3年以上の包括経験年数が多い傾向にあり、全国の分布¹¹⁾¹²⁾と一致していない。また本研究の対象者は1,796施設に研究協力意向確認を行ったうちの249施設からの返信（回収率13.9%）であったことから、回収割合の低さによるバイアスの可能性を否定できない。加えてコロナ禍の状況での実施のため、地域ケア会議の参加回数への影響が否定できず今後も調査を継続する必要がある。

謝辞

本研究にご協力いただいた地域包括支援センター職員の皆様に深くお礼を申し上げます。本研究はJSPS科研費K20K19249の助成を受け実施しました。

文 献

- 1) 地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会. 地域包括支援センター運営マニュアル. 東京：長寿社会開発センター，2022；39-42.
- 2) 厚生労働省. 認知症施策推進大綱. (www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236_00002.html) 2024.7.19.
- 3) 国立長寿医療センター. 認知症初期集中支援チームの設置後の効果に関する研究事業報告書. (<https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/H30rouken-5houkoku.pdf>) 2023.7.28.
- 4) 宮野公恵，成松玉委，藤井博英. 認知症サポーター事業に関わる現状と課題. 東京情報大学研究論集 2018；21(2)：67-75.
- 5) 大野裕美. 認知症サポーター養成講座修了者の活動実態調査. 豊橋創造大学紀要 2020；24：11-24.

- 6) 栗田主一. 認知症初期集中支援チームと地域包括支援センター コーディネーションとネットワークという観点から. 日本老年医学会雑誌 2020 ; 57(1) : 22-7.
- 7) 真山達志. 分野横断的・包括的ケアシステムにおける保健師の役割ー公共政策研究の視点からー. 保健医療科学 2018 ; 67(4) : 402-12.
- 8) 水上然, 黒田研二, 佐瀬美恵子, 他. 地域包括支援センター職員の認知症支援業務の実施状況と認知症に関連する知識との関係. 日本認知症ケア学会誌 2015 ; 14(3) : 667-77.
- 9) 岡野明美. 認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センター保健師のコーディネーションの現状と課題. 日本地域看護学会誌 2022 ; 25(1) : 40-7.
- 10) 岡野明美. 保健師を対象とした認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センターのコーディネーション尺度の3職種への適用可能性の検討. 日本公衆衛生看護学会誌 2023 ; 12(2) : 1-10.
- 11) 厚生労働省. 地域包括支援センターについて. (<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001088939.pdf>) 2024.1.14.
- 12) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング. 地域包括支援センターが行う包括的支援事業における効果的な運営に関する調査研究事業報告書. (https://www.murc.jp/uploads/2018/04/koukai_180418_c5.pdf) 2024.1.14.
- 13) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング. 地域包括支援センターの業務実態に関する調査研究事業報告書. (https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_7.pdf) 2023.7.28.
- 14) 日本看護協会. 地域包括支援センター及び市区町村主管部門における保健師活動実態調査報告書. (https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/senkuteki/2014/hokatsushiencenter_report.pdf) 2023.7.28.
- 15) 日本公衆衛生看護学会. 日本公衆衛生看護学会による公衆衛生看護関連の用語の定義. (https://japhn.jp/wp/wpcontent/uploads/2017/04/def_phn_ja_en.pdf) 2023.7.28.
- 16) 水上然, 佐瀬美恵子, 黒田研二. 地域包括支援センターに勤務する専門職の認知症支援における特徴と課題. 神戸学院総合リハビリテーション研究 2015 ; 10(2) : 25-36.
- 17) 日本看護協会. 看護職の倫理綱領. (https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf) 2023.7.28.
- 18) 武居幸子, 冷水些. 地域包括支援センターの社会福祉士の業務自己評価に関連する要因. 社会福祉学 2008 ; 48(4) : 69-81.
- 19) 日本社会福祉士会. 社会福祉士の倫理綱領. (https://www.jacsw.or.jp/citizens/rinrikoryo/documents/rinrikoryo_kodokihan21.3.20.pdf) 2023.7.28.
- 20) 厚生労働省. 令和2年度「高齢者虐待の防止, 高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果. (https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000196989_00008.html) 2023.7.28.
- 21) 厚生労働省. 主任介護支援専門員研修ガイドライン. (<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/2016.11SHUNINKENSHUGAIDORAIN.pdf>) 2023.7.28.