

# 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実態 (2)

岡野明美

京都府立医科大学医学部看護学科

## Coordinating Support of Elderly People with Dementia for Public Health Nurses in Community General Support Centers

Akemi Okano

School of Nursing Kyoto, Prefectural University of Medicine

### 要約

本研究目的は、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実態を明らかにし、今後の示唆を得ることである。

研究方法は、全国 4,557 施設ある地域包括支援センターで勤務する保健師を対象に、郵送法による無記名自記式質問紙調査 (57 項目) を行った。分析方法は、質問項目の単純統計と地域包括支援センター保健師勤務年数 (3 年未満と 3 年以上) の比較を行った。

全国 4557 施設の地域包括支援センター長宛に研究協力の意向確認を行い、協力の得られた 414 施設、499 名に調査票を郵送し、コーディネーションに関する質問項目全てに回答のあった 314 名 (有効回答率 62.9%) を分析対象とした。認知症高齢者の生活支援に向けたコーディネーションについて、認知機能の低下と受療状況をアセスメントし、介護保険サービスにつなぐことは、地域包括支援センター保健師の 4 割がかなりまたは十分に実施できていた。コーディネーションの課題は、行動心理症状、治療放置、金銭管理困難な状態の認知症高齢者をサービスにつなげるための働きかけや、認知症高齢者の支援課題を地域住民と共有し、地域社会資源の創出のためのコーディネーションであることが示唆された。また地域包括保健師勤務年数の関連では、3 年未満群と 3 年以上群に関連が見られ、〈かなり・十分実施しているとそれ以外〉の回答区分において、質問項目全体を通じて 8 割の項目に 3 年以上群の回答割合が高かった。3 年未満群では、医療機関や居宅介護支援事業所、インフォーマル資源へのコーディネーションにも課題が見出された。

**キーワード**：認知症高齢者、地域包括支援センター、保健師、コーディネーション、実態

### I. 諸言

我が国の高齢化率は 2017 年現在 27.7% で今後も伸展することが予測されている<sup>1)</sup>。人口の高齢化とともに有病率が高まる疾患が認知症であり<sup>2)</sup>、2012 年 15.0% であった 65 歳以上の認知症有病率は、2025 年には 20.0% になる見込みである<sup>3)</sup>。このような高齢化を背景に 2015 年の介護保険法改正で認知症対策は、地域包括ケアシステム構築の中に位置付けられた。具体的には新オレンジプラン (認知症施策推進総合戦略) によって進められている。新オレンジプランの目的は、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進していくため、認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で、自分らしく暮らし続けるために必要としていることに的確に答えていくこと<sup>4)</sup>とされ、認知症高齢者の対応を

しつつ、認知症高齢者等にやさしい地域づくりをも構築していくところにある。

認知症は、症状の進行とともに生活支援が最も必要になる主な疾患である<sup>5)</sup>が、介護保険サービスの申請や契約の手続きができない、あるいはいったん契約してもその継続ができない、認知症高齢者自身のサービスや受診の拒否、医療機関の受け入れ拒否、周辺の人々の認知症理解の浸透の不十分さなど<sup>6)</sup>から、認知症高齢者一人では医療や介護保険制度、成年後見制度などの制度利用につながりにくい状況にある。支援の遅れは、認知症の行動心理症状の出現と悪化、身体状態の悪化、家族介護者の疲弊、地域社会でのトラブル等の要因となり、認知症高齢者および家族介護の生活の質を低下させる。それらのすべての要因によって住み慣

れた地域での暮らしが困難となり、精神科病院への入院や施設入所に頼らざるを得ない状況に直面する認知症の人が少なくない<sup>7)</sup>。これらを未然に防ぐために、早期の支援体制構築が求められている。早期の支援体制構築には、地域の中に、認知症の相談に応え、包括的なアセスメントを行い、必要なサービスを調整できる機関の配置や、地域住民が認知症の正しい知識を持ち、偏見を解消し、認知症に気づいて支援する行動の促進などが必要となる<sup>8)</sup>。これらの構築を可能にする方法の1つにコーディネーションがあると考えられる。

高齢者全般の支援主機関は、地域包括支援センター(以下、地域包括)である。地域包括の役割について、民生委員との連携に始まり、住民を巻き込んで展開するという道筋はかなり明確になってきた<sup>9)</sup>。しかし認知症高齢者支援については、認知症の基礎的な理解や地域資源に関する理解は個別的な相談支援に留まっておき、民生委員や自治会との連携、ケアマネジャーとの協力、医療機関の受診支援、介護保険施設との連携など、関係機関のコーディネートが十分できているとは言えない<sup>10)</sup>との指摘がある。今後認知症高齢者の増加が見込まれる中、認知症高齢者が安心して地域で暮らし続けられるようコーディネート機能を高めることが求められる。しかし、在宅高齢者のコーディネーションに関する先行文献には、寝たきり状態の高齢者<sup>11)</sup>、神経難病患者<sup>12)</sup>、がん患者<sup>13)</sup>に関するものはあるが、認知症高齢者や地域包括保健師のコーディネーションに関する先行研究は極めて少なく、認知症高齢者を対象にした地域包括保健師のコーディネーションが明らかになっているとは言えない。

そこで本研究目的を、認知症高齢者を対象にした地域包括保健師のコーディネーション実態を明らかにし、今後の示唆を得ることとした。それによって認知症高齢者の生活支援に向けたコーディネーション力の向上の糸口となり、その結果、認知症高齢者が地域で安心して生活できることへの貢献につながると考える。

## II. 方法

### 1. 質問紙の作成

#### 1) 概念の明確化

Walker & Avant<sup>14)</sup>の方法を用い「保健師のコーディネーション」を中心概念とした概念分析を行った。その結果6属性が抽出され、用語の定義を行った<sup>15)</sup>。保健師のコーディネーションとは「個別の支援体制を形成するとともに地域づくりに発展させる活動である。

それは、対象や対象が暮らす地域のニーズや支援協力者を掘り起し、つなぐための調整を行い、サービスやサポートにつなぐ。そして、関係者間で情報を共有し、個並びに地域の支援体制をつくる行動」と定義した。

#### 2) 下位概念、アイテムプールの選出

地域包括保健師10名に半構成的面接を行った。インタビューは、保健師のコーディネーションプロセス<sup>16) 17)</sup>を参照に、認知症高齢者を対象にしたコーディネーションの具体が引き出せるよう、①つないだ関係機関や専門職とそのつなぎ方の具体例、②コーディネーションを実施していくうえでの困難や工夫、③コーディネーションの結果について事例を想起して語ってもらった。得られたデータをカテゴリ化したところ、17カテゴリ、84サブカテゴリが抽出された<sup>18)</sup>。

次に、概念分析の6属性とインタビュー調査の17カテゴリを照合させ、認知症看護<sup>19)</sup>やコーディネーションに関する先行文献<sup>20~22)</sup>を参考に検討した結果、概念分析6属性にインタビュー調査のカテゴリから3項目を追加し、9下位概念とした。アイテムプールは、文献検討、インタビュー調査のサブカテゴリから、認知症高齢者の特徴が表されている項目を選び、81項目とした<sup>23)</sup>。

#### 3) 質問紙の表面妥当性・内容妥当性の検討

認知症高齢者、地域包括保健師活動、コーディネーションに精通している実務者7名と教育・研究者4名、計11名を対象に、郵送法による無記名自記式質問紙調査を実施した。

表現の明確性について81項目中36項目を表現修正したことから内容・評価の重複する21項目を削除し、項目の移動を2項目行った。追加は1項目あった。内容妥当性指数(Item-level Content validity Index; I-CVI)の検討を行うにあたり、61項目について概念・下位概念の内容に異なりがないことを確認し、研究協力者8名に確認をとった。そして上述の研究協力者の内、所属が福祉施設の2名と教育・研究者1名を除く8名に内容妥当性指数の検討を依頼した。I-CVIの基準はPolit, F.D.らの基準<sup>24)</sup>を用い、I-CVI 0.78未満の4項目を除外し、57項目を質問項目とした<sup>25)</sup>。

### 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保健師のコーディネーション実態調査

1) 対象者：全国の地域包括4,557施設で活動している保健師

2) 調査方法：郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。

3) 調査期間：2018年7月～10月

4) 調査内容

(1) 個人属性

運営形態（直営型・委託型）、性別、年代、保健師配置人数、地域包括保健師勤務年数、保健師としての経験年数、前職歴（行政保健師、看護師、その他）（複数回答可）、保健師・看護師以外の取得資格（複数回答可）。

(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保健師のコーディネーション57項目、6件法（1＝全く実施していない、2＝少し実施している、3＝まあまあ実施している、4＝ある程度実施している、5＝かなり実施している、6＝十分実施している）。

5) 分析方法

(1) 質問項目の単純統計

各質問項目の回答割合を算出し、次に回答区分を3段階にして割合を算出した（1＝全く実施していない・少し実施している、2＝まあまあ実施している・ある程度実施している、3＝かなり実施している・十分実施している）。

(2)  $\chi^2$  検定

地域包括保健師勤務年数を3年未満、3年以上に分け、回答区分①かなり実施している・十分実施しているとそれ以外、②全く実施していない・少し実施しているとそれ以外について各質問項目で比較した。次に有意差のあった質問項目について地域包括保健師勤務年数3年未満、3年以上に違いがあるコーディネーション項目を明らかにするために、①と②の重複項目を明らかにした。なお地域包括保健師勤務年数比較の区分については、明らかな比較根拠を示す先行研究がなかったため、本研究では3年未満・3年以上がそれぞれ5割を示しているところから「3年未満」と「3年以上」とした。有意水準の基準は  $p < 0.05$  とした。期待度数5以上のセルが全体の20%以上ある場合はfisherの正確確率検定を行った。統計ソフトは、IBM SPSS Statistics Ver.25を使用した。

6) 倫理的配慮

地域包括センター長と保健師に対して書面にて、研究の目的と方法、調査協力の自由、個人情報保護、データの保存方法、研究結果の公表、調査協力に負担等について文章で説明した。研究協力の同意は、質問紙の同意欄のチェックを持って同意が得られたとみなした。調査は、大阪府立大学大学院看護学研究科の研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：30-03）。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 分析対象

全国4557施設の地域包括センター長宛に研究協力の意向確認を行ったところ、589施設から回答があった（回収率12.9%）。協力の得られた414施設、499名に調査票を郵送し、372名から回答があった（回収率74.5%）。コーディネーションに関する質問項目に1つでも欠損のあるデータおよび対象外のデータを削除し、314名（有効回答率62.9%）を分析対象とした。

#### 2. 対象者の属性

対象者が所属する地域包括の運営形態は、直営32.8%、委託66.9%であった。年代は30～40歳代が全体の6割を占めた。保健師配置は、2名以上の配置が5割を超えていた。地域包括支援センター保健師勤務年数は、3年未満が5割を占め、保健師経験年数は15年以上が最も多く、10年以上が5割を占めた（表1）。

表1 対象者の属性

		N=314	
項目		n	%
運営形態	直営	103	32.8
	委託	210	66.9
	記載なし	1	0.3
性別	男性	27	8.6
	女性	287	91.4
年代	20歳代	54	17.2
	30歳代	96	30.6
	40歳代	94	29.9
	50歳代	60	19.1
	60歳以上	10	3.2
保健師配置人数	1人	139	44.3
	2人	98	31.2
	3人以上	74	23.6
地域包括支援センター保健師勤務年数	記載なし	3	1.0
	1年未満	62	19.7
	1～3年未満	96	30.6
	3～5年未満	69	22.0
	5～10年未満	55	17.5
保健師経験年数	10年以上	30	9.6
	記載なし	2	0.6
	1年未満	23	7.3
	1～3年未満	39	12.4
	3～5年未満	39	12.4
前職歴	5～10年未満	58	18.5
	10～15年未満	62	19.7
	15年以上	92	29.3
	記載なし	1	0.3
前職歴	行政保健師	139	44.3
	看護師	131	41.7
	その他	51	16.2
保有資格	介護支援専門員	140	44.6
	社会福祉士	8	2.5
	その他	47	15.0



### 3. 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実態

#### 1) 質問項目の単純集計

回答選択肢を〈全く実施していない・少し実施している〉、〈まあまあ実施している・ある程度実施している〉、〈かなり実施している・十分実施している〉の3区分とし、その割合をグラフに示した(図1)。

〈かなり・十分実施している〉の回答割合が多かった質問項目は、「9. 薬袋や処方薬などから受療状況を推察する」45.3%、「3. 話の内容や物忘れ等から記憶力の低下状態を推察する」42.2%、「30. 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」41.5%、「31. 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」40.9%、「35. 認知症高齢者の状態にあわせてケアマネージメントできる居宅介護支援事業所を選定しつなぐ」40.3%の5項目であった。次に多かった30%代の質問項目は、「2. 認知症高齢者のペースに合わせ話を引き出す」37.1%の認知症高齢者との関係づくりの項目、「7. 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」37.3%、「12. 体調不良の状態から既往疾患の治療再開の必要性を推察する」37.0%、「8. 支払い請求書類などから金銭管理が困難になっていることを把握する」31.6%など認知症症状が生活に与える影響をアセスメントする項目、「13. 日常生活の状態から衣食住を整える支援の必要性を判断する」37.7%、「11. 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」33.8%、「14. 支払いの滞納状態から金銭管理支援の必要性を認識する」32.6%など認知症高齢者に必要な支援を判断する項目、「21. 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」32.6%など家族支援に関する項目、「38. 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」34.8%などつなげるために関係機関へ働きかける項目、「44. 認知症高齢者の認知状態や生活実態を共有する」34.2%などチーム形成に関する項目、「48. 認知症の共通課題について地区組織と連携できる関係をつくる」31.0%の地区組織との関係づくりに関する項目であった。

〈全く実施していない・少し実施している〉の回答割合が多かった質問項目は、「53. 住民が認知症支援者として活躍できる場をつくる」55.6%など地域社会資源の創出に関する項目、「33. 受診同行して放置していた疾患の治療再開につなげる」37.4%、「36. 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」35.5%など医療や権利

擁護の課題について関係機関に働きかける項目、「50. 地区組織と認知症を題材にした取り組みを行うことで課題の共有を図る」34.5%など認知症高齢者の課題を地区組織と共有し地域づくりに発展させる項目であった。

#### 3) 地域包括支援センター保健師勤務年数による比較

地域包括保健師勤務年数を3年未満、3年以上に分け、回答区分を〈かなり実施している・十分実施しているとそれ以外〉、〈全く実施していない・少し実施しているとそれ以外〉について各質問項目で比較した。

##### (1) かなり実施している・十分実施しているとそれ以外との関連

57 質問項目中 42 項目に関連が認められた。地域包括保健師勤務年数 3 年未満 (以下、3 年未満群) より地域包括保健師勤務年数 3 年以上 (以下、3 年以上群) の方が、〈かなり・十分実施している〉回答割合が高かった質問項目は、「1. 認知症高齢者に会うために訪問を繰り返す」3 年以上群 35.7%、3 年未満群 23.4%など認知症高齢者との関係づくりの 2 項目、「4. 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 年以上群 36.4%、3 年未満群 20.9%、「8. 支払い請求書類などから金銭管理が困難になっていることを把握する」3 年以上群 39.6%、3 年未満群 24.7%、「11. 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」3 年以上群 40.9%、3 年未満群 26.6%など認知症症状の程度や日常生活への影響具合、地域課題をアセスメントし、必要な支援を導き出す 12 項目、「21. 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」3 年以上群 40.9%、3 年未満群 24.1%などの家族支援の 4 項目、「27. 地域の核となる住民を見つける」3 年以上群 26.0%、3 年未満群 13.3%などの協力者を見つけ出す 4 項目、「30. 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」3 年以上群 49.4%、3 年未満群 33.5%などのつなげるための準備に関する 3 項目、「33. 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 年以上群 24.7%、3 年未満群 12.0%、「35. 認知症高齢者の状態にあわせてケアマネージメントできる居宅介護支援事業所を選定しつなぐ」3 年以上群 48.7%、3 年未満群 32.2%など医療と介護の関係機関・インフォーマル資源につなぐ 9 項目、「44. 認知症高齢者の認知状態や生活実態を共有する」3 年以上群 42.2%、3 年未満群 27.2%など課題の共有に関する 2 項目、「53. 住民が認知症支援者として活躍できる場をつくる」3 年以上群 13.0%、3 年未満群 5.1%などの資源の創出 2 項目、「57. 認知症高齢者に対する支援協力者が増えていることを確かめる」

1.認知症高齢者に会うために訪問を繰り返す	9.6	60.7	29.7
2.認知症高齢者のペースに合わせて話を引き出す	3.2	59.7	37.1
3.話の内容や物忘れ等から記憶力の低下状態を推察する	2.9	54.9	42.2
4.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	11.2	60.1	28.8
5.周囲の人が心配となる認知症高齢者の言動を聴取る	2.9	65.2	32.0
6.認知症高齢者の行動や態度の意味を推察する	6.4	67.1	26.5
7.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	4.5	58.1	37.3
8.支払い請求書類などから金銭管理が困難になっていることを把握する	13.4	54.9	31.6
9.薬袋や処方箋などから受療状況を推察する	4.1	50.5	45.3
10.バイタルサインや観察から健康状態を推察する	5.7	59.1	35.2
11.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	3.6	62.7	33.8
12.体調不良の状態から既往疾患の治療再開の必要性を推察する	3.8	59.1	37.0
13.日常生活の状態から衣食住を整える支援の必要性を判断する	2.2	60.0	37.7
14.支払いの滞納状態から金銭管理支援の必要性を認識する	13.1	54.3	32.6
15.税金の滞納状況や生活状況などからライフラインの確保の必要性を判断する	16.7	55.6	27.8
16.行動や生活状況などから安全確保の必要性を判断する	5.1	59.1	35.8
17.活動を通して認知症に対するその地域の社会通念を把握する	16.0	64.2	19.8
18.認知症高齢者の課題の共通性を見出す	18.5	64.5	16.9
19.認知症高齢者が暮らす市区町村の認知症施策を理解する	6.7	57.8	35.4
20.認知症高齢者の家族がしている介護とできないことを理解する	8.9	64.9	26.2
21.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	2.2	65.2	32.6
22.認知症高齢者の家族自身の生活のしづらさにも気を配る	2.9	62.9	34.2
23.認知症高齢者の家族が利用できる資源を紹介し必要時につなぐ	4.1	57.6	38.3
24.認知症高齢者とつながっている人やサービスを掴む	5.4	60.4	34.2
25.認知症高齢者のつながりから見守りなどの支援協力者を見つける	8.6	62.9	28.5
26.認知症に関する社会資源の情報を掴む	4.8	62.6	32.6
27.地域の核となる住民を見つける	24.2	56.3	19.5
28.認知症高齢者に関する社会資源の特徴を把握しておく	14.0	70.3	15.6
29.認知症高齢者が安心する方法で受診やサービス利用を勧める	7.0	61.0	32.0
30.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	8.6	49.8	41.5
31.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	12.1	47.0	40.9
32.診察までに認知症症状や家族の困りごとを医師に伝える	18.6	51.4	30.0
33.受診同行して放置していた疾患の治療再開につなげる	37.4	44.4	18.2
34.認知症高齢者が確実に内服できる方法を調整する	19.8	59.4	20.8
35.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	10.6	49.2	40.3
36.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	35.5	45.4	19.1
37.認知症高齢者に未払いによる不利益が起らないよう金銭管理の支援機関につなぐ	29.7	51.8	18.6
38.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	9.3	55.9	34.8
39.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	22.7	54.4	23.0
40.介護サービス拒否する認知症高齢者を根気よく見守り導入の適時を捉える	14.4	56.5	31.3
41.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	14.1	61.7	24.3
42.認知症高齢者を認知症カフェや集いの場など介護保険サービス以外の資源につなげる	18.3	59.1	22.7
43.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	28.5	49.5	22.0
44.認知症高齢者の認知状態や生活実態を共有する	8.0	57.8	34.2
45.チームとして支援していく意識をつくる	10.9	53.7	35.5
46.必要時協力できるよう認知症高齢者のケアマネジャーとの関係を保つ	9.9	54.3	35.7
47.認知症高齢者を地域で見守ってもらえるよう住民と話し合う	33.9	52.4	16.0
48.認知症の共通課題について地区組織と連携できる関係をつくる	27.8	41.2	31.0
49.認知症の共通課題を地区組織や関係機関に投げかける	34.2	52.7	13.1
50.地区組織と認知症を題材にした取り組みを行うことで課題の共有を図る	34.5	50.8	14.7
51.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	21.4	55.9	22.7
52.認知症高齢者および介護家族に必要な資源をつくるもしくはつくる支援をする	50.8	39.6	9.6
53.住民が認知症支援者として活躍できる場をつくる	55.6	35.4	9.0
54.認知症高齢者の生活状況が安定したことを確認する	25.9	55.6	18.6
55.介護家族の介護負担の軽減具合を確かめる	25.9	54.9	19.2
56.関係者間で顔の見える関係が出来ていることを確かめる	31.6	53.0	15.3
57.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	42.8	47.9	9.2

全くしていない・ 少々している      まあまあ・ かなり・十分ある程度している      している

図1 選択肢を3区分とした回答割合

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実態 (2)

3年以上群 14.3%、3年未満群 4.4%などの評価に関する

4項目であった。有意水準基準以上の項目を表2に示す。

表2 地域包括支援センター保健師勤務年数3年未満・3年以上の比較 (かなり・十分実施しているとそれ以外)

N=312

質問項目	回答区分	包括保健師経 験3年未満 % (n)	包括保健師経 験3年以上 % (n)	P 値
1. 認知症高齢者に会うために訪問を繰り返す	全くなし～ある程度 かなり・十分	76.6 (121) 23.4 (37)	64.3 (99) 35.7 (55)	0.024
2. 認知症高齢者のペースに合わせて話を引き出す	全くなし～ある程度 かなり・十分	72.2 (114) 27.8 (44)	53.9 (83) 46.1 (71)	0.001
3. 話の内容や物忘れ等から記憶力の低下状態を推察する	全くなし～ある程度 かなり・十分	65.2 (103) 34.8 (55)	50.6 (78) 49.4 (76)	0.013
4. 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	全くなし～ある程度 かなり・十分	79.1 (125) 20.9 (33)	63.6 (98) 36.4 (56)	0.004
6. 認知症高齢者の行動や態度の意味を推察する	全くなし～ある程度 かなり・十分	79.1 (125) 20.9 (33)	67.5 (104) 32.5 (50)	0.029
7. 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	全くなし～ある程度 かなり・十分	69 (109) 31 (49)	55.8 (86) 44.2 (68)	0.023
8. 支払い請求書類などから金銭管理が困難になっていることを把握する	全くなし～ある程度 かなり・十分	75.3 (119) 24.7 (39)	60.4 (93) 39.6 (61)	0.007
9. 薬袋や処方箋などから受療状況を推察する	全くなし～ある程度 かなり・十分	62.7 (99) 47.4 (59)	37.3 (73) 52.6 (81)	0.009
11. 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	全くなし～ある程度 かなり・十分	73.4 (116) 26.6 (42)	59.1 (91) 40.9 (63)	0.011
12. 体調不良の状態から既往疾患の治療再開の必要性を推察する	全くなし～ある程度 かなり・十分	68.4 (108) 31.6 (50)	56.5 (87) 43.5 (67)	0.041
14. 支払いの滞納状態から金銭管理支援の必要性を認識する	全くなし～ある程度 かなり・十分	74.7 (118) 25.3 (40)	59.7 (92) 40.3 (62)	0.007
15. 税金の滞納状況や生活状況などからライフラインの確保の必要性を判断する	全くなし～ある程度 かなり・十分	81.0 (128) 19.0 (30)	63.0 (97) 37.0 (57)	0.001
16. 行動や生活状況などから安全確保の必要性を判断する	全くなし～ある程度 かなり・十分	70.9 (112) 29.1 (46)	57.1 (88) 42.9 (66)	0.016
17. 活動を通して認知症に対するその地域の社会通念を把握する	全くなし～ある程度 かなり・十分	85.4 (135) 14.6 (23)	74.7 (115) 25.3 (39)	0.025
20. 認知症高齢者の家族がしている介護とできないことを理解する	全くなし～ある程度 かなり・十分	79.7 (126) 20.3 (32)	67.5 (104) 32.5 (50)	0.020
21. 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	全くなし～ある程度 かなり・十分	75.9 (120) 24.1 (38)	59.1 (91) 40.9 (63)	0.002
22. 認知症高齢者の家族自身の生活のしづらさにも気を配る	全くなし～ある程度 かなり・十分	72.2 (114) 27.8 (44)	59.7 (92) 40.3 (62)	0.028
23. 認知症高齢者の家族が利用できる資源を紹介し必要時につなぐ	全くなし～ある程度 かなり・十分	72.2 (114) 27.8 (44)	50.6 (78) 49.4 (76)	0.000
24. 認知症高齢者とつながっている人やサービスを掴む	全くなし～ある程度 かなり・十分	75.3 (119) 24.7 (39)	55.8 (86) 44.2 (68)	0.000
25. 認知症高齢者のつながりから見守りなどの支援協力者を見つける	全くなし～ある程度 かなり・十分	78.5 (124) 21.5 (34)	64.3 (99) 35.7 (55)	0.008
26. 認知症に関係する社会資源の情報を掴む	全くなし～ある程度 かなり・十分	73.4 (116) 26.6 (42)	61.7 (95) 38.3 (59)	0.036
27. 地域の核となる住民を見つける	全くなし～ある程度 かなり・十分	86.7 (137) 13.3 (21)	74.0 (114) 26.0 (40)	0.007
29. 認知症高齢者が安心する方法で受診やサービス利用を勧める	全くなし～ある程度 かなり・十分	77.8 (123) 22.2 (35)	57.8 (89) 42.2 (65)	0.000
30. 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なる	全くなし～ある程度 かなり・十分	66.5 (105) 33.5 (53)	50.6 (78) 49.4 (76)	0.007
31. 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	全くなし～ある程度 かなり・十分	67.1 (106) 32.9 (52)	50.6 (78) 49.4 (76)	0.005
32. 診察までに認知症症状や家族の困りごとを医師に伝える	全くなし～ある程度 かなり・十分	78.5 (124) 21.5 (34)	61.0 (94) 39.0 (60)	0.001
33. 受診同行して放置していた疾患の治療再開につなげる	全くなし～ある程度 かなり・十分	88.0 (139) 12.0 (19)	75.3 (116) 24.7 (38)	0.006
34. 認知症高齢者が確実に内服できる方法を調整する	全くなし～ある程度 かなり・十分	84.8 (134) 15.2 (24)	73.4 (113) 26.6 (41)	0.019
35. 認知症高齢者の状態にあわせてケアマネージメントできる居宅介護支援事業所を選定しつなぐ	全くなし～ある程度 かなり・十分	67.7 (107) 32.2 (51)	51.3 (79) 48.7 (75)	0.005
36. 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	全くなし～ある程度 かなり・十分	88.6 (140) 11.4 (18)	72.7 (112) 27.3 (42)	0.001
37. 認知症高齢者に未払いによる不利益が起らないよう金銭管理の支援機関につなぐ	全くなし～ある程度 かなり・十分	88.6 (140) 11.4 (18)	74.0 (114) 26.0 (40)	0.002
38. 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	全くなし～ある程度 かなり・十分	73.4 (116) 26.6 (42)	56.5 (87) 43.5 (67)	0.003
40. 介護サービス拒否する認知症高齢者を根気よく見守り導入の適時を捉える	全くなし～ある程度 かなり・十分	79.1 (125) 20.9 (33)	61.7 (95) 38.3 (59)	0.001
41. 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	全くなし～ある程度 かなり・十分	80.4 (127) 19.6 (31)	70.1 (108) 29.9 (46)	0.049
44. 認知症高齢者の認知状態や生活実態を共有する	全くなし～ある程度 かなり・十分	72.8 (115) 27.2 (43)	57.8 (89) 42.2 (65)	0.008
47. 認知症高齢者を地域で見守ってもらえるよう住民と話し合う	全くなし～ある程度 かなり・十分	88.6 (140) 11.4 (18)	79.2 (122) 20.8 (32)	0.035
51. 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	全くなし～ある程度 かなり・十分	83.5 (132) 16.5 (26)	70.8 (109) 29.2 (45)	0.011
53. 住民が認知症支援者として活躍できる場をつくる	全くなし～ある程度 かなり・十分	94.9 (150) 5.1 (8)	87.0 (134) 13.0 (20)	0.024
54. 認知症高齢者の生活状況が安定したことを確認する	全くなし～ある程度 かなり・十分	90.5 (143) 9.5 (15)	72.7 (112) 27.3 (42)	0.000
55. 介護家族の介護負担の軽減具合を確かめる	全くなし～ある程度 かなり・十分	88.6 (140) 11.4 (18)	73.4 (113) 26.6 (41)	0.001
56. 関係者間で顔の見える関係が出来ていることを確かめる	全くなし～ある程度 かなり・十分	91.8 (145) 8.2 (13)	77.3 (119) 22.7 (35)	0.001
57. 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	全くなし～ある程度 かなり・十分	95.6 (151) 4.4 (7)	85.7 (132) 14.3 (22)	0.005

$\chi^2$ 検定 p<0.05

全くなし～ある程度：全く実施していない・少し実施している・まあまあ実施している・ある程度実施している  
かなり・十分：かなり実施している・十分実施している



(2) 全く実施していない・少し実施しているとそれ以外

57 質問項目中 23 項目に関連が認められた。3 年以上より 3 年未満の方が、〈全く実施していない・少し実施している〉回答割合が高かった質問項目は、「8. 支払い請求書類などから金銭管理が困難になっていることを把握する」3 年未満群 19.6%、3 年以上群 7.1%、「37. 認知症高齢者に未払いによる不利益が起らないよう金銭管理の支援機関につなぐ」3 年未満 39.9%、3 年以上 18.9% など金銭管理支援の 5 項目、「18. 認知症高齢者の課題の共通性を見出す」3 年未満群 25.9%、3 年以上群 11.0% などの地域課題のアセスメントの 2 項目、「27. 地域の核となる住民を見つける」3 年未満群 32.9%、3 年以上群 14.3% などの協力者を見つけ出

す 4 項目、「30. 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」3 年未満群 12.7%、3 年以上群 3.9% などのつなげるための準備の 2 項目、「33. 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 年未満群 44.3%、3 年以上群 31.2%、「35. 居宅介護支援事業所を選定しつなぐ」3 年未満群 18.4%、3 年以上群 3.2% など医療や介護の関係機関・インフォーマル資源につなぐ 7 項目、「43. 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 年未満 35.4%、3 年以上 20.1% など認知症高齢者の課題の共有の 2 項目、「49. 認知症の共通課題を地区組織や関係機関に投げかける」3 年未満群 41.8%、3 年以上群 26.0% など地域課題の共有の 1 項目であった。有意水準以上基準の項目を表 3 に示す。

表 3 地域包括支援センター保健師勤務年数 3 年未満・3 年以上の比較 〈全く実施していない・少し実施しているとそれ以外〉

N=312

質問項目	回答区分	包括保健師経験 3 年未満 % (n)	包括保健師経験 3 年以上 % (n)	P 値
8. 支払い請求書類などから金銭管理が困難になっていることを把握する	全くなし・少し まあまあ～十分	19.6 (31) 80.4 (127)	7.1 (11) 92.9 (143)	0.002
14. 支払いの滞納状態から金銭管理支援の必要性を認識する	全くなし・少し まあまあ～十分	19.0 (30) 7.1 (128)	81.0 (11) 92.9 (143)	0.003
15. 税金の滞納状況や生活状況などからライフラインの確保の必要性を判断する	全くなし・少し まあまあ～十分	23.4 (37) 76.6 (121)	9.7 (15) 90.3 (139)	0.002
17. 活動を通して認知症に対するその地域の社会通念を把握する	全くなし・少し まあまあ～十分	22.8 (36) 77.2 (122)	8.4 (13) 91.6 (141)	0.001
18. 認知症高齢者の課題の共通性を見出す	全くなし・少し まあまあ～十分	25.9 (41) 74.1 (117)	11.0 (17) 89.0 (137)	0.001
25. 認知症高齢者のつながりから見守りなどの支援協力者を見つける	全くなし・少し まあまあ～十分	12.0 (19) 88.0 (139)	4.5 (7) 95.5 (147)	0.029
26. 認知症に関係する社会資源の情報を掴む	全くなし・少し まあまあ～十分	8.2 (13) 91.8 (145)	1.3 (2) 98.7 (152)	0.009
27. 地域の核となる住民を見つける	全くなし・少し まあまあ～十分	32.9 (52) 67.1 (106)	14.3 (22) 85.7 (132)	0.000
28. 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	全くなし・少し まあまあ～十分	20.9 (33) 79.1 (125)	7.1 (11) 92.9 (143)	0.001
30. 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	全くなし・少し まあまあ～十分	12.7 (20) 87.3 (138)	3.9 (6) 96.1 (148)	0.009
31. 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	全くなし・少し まあまあ～十分	17.1 (28) 82.3 (130)	5.8 (8) 94.2 (145)	0.002
32. 診察までに認知症症状や家族の困りごとを医師に伝える	全くなし・少し まあまあ～十分	25.3 (40) 74.7 (118)	11.7 (18) 88.3 (136)	0.003
33. 受診同行して放置していた疾患の治療再開につなげる	全くなし・少し まあまあ～十分	44.3 (70) 55.7 (88)	31.2 (48) 68.8 (106)	0.023
34. 認知症高齢者が確実に内服できる方法を調整する	全くなし・少し まあまあ～十分	27.2 (43) 72.8 (115)	12.3 (19) 87.7 (135)	0.002
35. 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	全くなし・少し まあまあ～十分	18.4 (29) 81.5 (129)	3.2 (5) 96.8 (149)	0.000
36. 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	全くなし・少し まあまあ～十分	41.8 (66) 58.2 (92)	27.9 (43) 72.1 (111)	0.014
37. 認知症高齢者に未払いによる不利益が起らないよう金銭管理の支援機関につなぐ	全くなし・少し まあまあ～十分	39.9 (63) 60.1 (95)	18.9 (29) 81.2 (125)	0.000
39. 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	全くなし・少し まあまあ～十分	27.8 (44) 72.2 (114)	17.5 (27) 82.5 (127)	0.042
40. 介護サービスサービス拒否する認知症高齢者を根気よく見守り導入の適時を捉える	全くなし・少し まあまあ～十分	19.0 (30) 81 (128)	9.7 (15) 90.3 (139)	0.031
41. 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	全くなし・少し まあまあ～十分	18.4 (29) 81.6 (129)	9.1 (14) 90.9 (140)	0.027
43. 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	全くなし・少し まあまあ～十分	35.4 (56) 64.6 (102)	20.1 (31) 79.9 (123)	0.004
46. 必要時協力できるよう認知症高齢者のケアマネジャーとの関係を保つ	全くなし・少し まあまあ～十分	14.6 (23) 85.4 (135)	5.2 (8) 94.8 (146)	0.010
49. 認知症の共通課題を地区組織や関係機関に投げかける	全くなし・少し まあまあ～十分	41.8 (66) 58.2 (92)	26.0 (40) 74.0 (114)	0.005

$\chi^2$  検定 p<0.05

全くなし・少し：全く実施していない・少し実施している

まあまあ～十分：まあまあ実施している・ある程度実施している・かなり実施している・十分実施している

(3) 3年未満と3年以上の比較において関連のあった〈かなり実施している・十分実施しているとそれ以外〉、〈全く実施していない・少し実施しているとそれ以外〉の重複質問項目

重なるのあった質問項目は17項目あった。「17. 活動を通じて認知症に対するその地域の社会通念を理解する」の認知症に対する地域の受け入れ状況をアセスメントする1項目、「8. 支払い請求書類などから金銭管理が困難になっていることを把握する」「36. 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」など金銭管理支援の5項目、「27. 地域の核となる住民を見つける」など協力者を見つけ出す3項目、「31. 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」「30. 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」などつなげるための準備の2項目、「33. 受診同行して放置していた疾患の治療再開につなげる」「35. 認知症高齢者の状態にあわせてケアマネージメントできる居宅介護支援事業所を選定しつなぐ」「41. 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」など医療や介護の関係機関・インフォーマル資源につなぐ6項目であった。

#### IV. 考察

##### 1. 対象者の特徴

今回の調査対象者の9割以上が女性で、年代は30～40歳代が6割を占めていた。運営形態は、全国調査<sup>26)</sup>の直営24.0%、委託76.0%と比べると本研究では直営の地域包括保健師からの回答が多かった。また、保健師配置人数においても全国平均1.1人とされていることから、本研究においては複数配置の施設からの回答が多い傾向にあった。地域包括保健師勤務年数は3年未満が5割との報告から本調査結果は全国調査と同様であった。

##### 2. 認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括保健師のコーディネーション実態

コーディネーションの実態として、認知機能の低下と受療状況をアセスメントし、介護保険サービスにつなぐコーディネーションの道筋は、地域包括保健師の4割がかなりあるいは十分実施できていることが明らかになった。また、健康状態や金銭管理状態の把握と日常生活への影響度合いのアセスメント、必要な支援の判断、認知症高齢者の状態に合わせたサービス提供となるよう医療や介護などの関係機関に働きかける、

支援チームが形成されるように働きかける、家族の状態を把握し必要資源につなぐ項目は3割程度かなりあるいは十分実施できていた。しかし行動心理症状のアセスメントや行動心理症状のある認知症高齢者をサービスにつなげるための働きかけをする項目について、〈かなり・十分実施している〉回答は2割程度であり、行動心理症状のある認知症高齢者のコーディネーションに課題があることがわかった。また、健康状況や金銭管理状態の把握を3～4割が実施しているが、治療放置や金銭管理困難な状態にある認知症高齢者を医療や関係機関につなぐコーディネーションは1～2割にとどまっていた。

また、地域社会資源の創出への働きかけの項目については、5割以上が〈全く実施していない・少し実施している〉と回答し、認知症高齢者の支援課題を地域住民と共有する項目については、3～4割未満であった。

これらの結果を地域包括やコーディネーションに関する先行研究と比較し、本調査結果を検討してみる。地域包括の認知症高齢者の支援は個別の相談に留まっているとの報告<sup>29) 30)</sup>について、本調査結果では、認知症高齢者を介護保険サービスにつなぐという流れは実施できつつあることがわかった。しかし、行動心理症状、治療放置、金銭管理困難な状態にある認知症高齢者や個別支援の課題を地域づくりにつなげるコーディネーションに課題がみえた。認知症の行動心理症状が悪化すると介護サービスの利用困難になりかねず、それによって関わる専門職の存在が乏しくなり、認知症高齢者及び家族は孤立状態になる場合がある<sup>31)</sup>。また、治療放置や金銭管理困難は、認知機能の低下に伴い、以前は出来ていたことがしづらくなっていることを表す状態であり<sup>32)</sup>、認知症高齢者自身の受診拒否<sup>33)</sup>からも、認知症高齢者は治療放置状態になりやすいと考えられる。また、認知症高齢者に対する受け入れ拒否<sup>34) 35)</sup>など医療機関側の問題も報告されている。認知症状のみならず全身状態を観察し、医療につなげるために認知症高齢者と医療機関に働きかけを行うことが必要である。金銭管理支援等権利擁護業務について、保健師が担当している割合は30～40%台であり、社会福祉士が担当している割合が高いとの報告<sup>22)</sup>から金銭管理の支援が必要になれば、社会福祉士に引き継ぐ場合があることが推測されるが、認知症高齢者の経過や総合的アセスメントを把握している保健師が、金銭管理支援につながるようコーディネーションし、社会福祉士と協力して行動する必要がある



と考える。

個別支援の課題を地域づくりにつなげることは、個別支援の課題を地域住民と共通認識するために働きかけることである。関係する構成員相互の関係性の密度に着眼した段階として、第1段階 linkage = 連結、第2段階 coordination = 調整、第3段階 cooperation = 連携、第4段階 collaboration = 協働と分けられる<sup>36)</sup>ことからみても、連携したい相手と課題を共通認識するための働きかけは、連携関係を構築する上で欠かせない行動である。また地域社会資源の創出に関して、先行研究<sup>37)</sup>による報告では、社会資源創出経験者は3割であった。今回の調査では「ある程度」でも経験している割合は4割強であった。先行文献で、社会資源創出に関連するプラス要因には直営であることや在宅介護支援センターでの職務経験<sup>27)</sup>が報告されており、今回の調査対象は3割強が直営で全国平均より高かったことや保健師経験年数が高い傾向であったことが先行研究よりも多かった要素の1つとして考えられた。

以上から認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括保健師のコーディネーションの課題として、行動心理症状、治療放置、金銭管理の課題を持つ認知症高齢者を医療と介護等関係機関につなぐためのコーディネーション、認知症個別支援の課題を地域づくりにつなげるコーディネーションを高めていくことが必要であることが示唆された。

### 3. 地域包括支援センター保健師勤務年数との関連

3年未満群と3年以上群の比較では、〈かなり・十分実施しているとそれ以外〉の回答区分において、質問項目全体を通じて8割に関連が認められた。いずれも3年以上群の方に回答割合が高かった。保健師経験年数とコーディネーションの関連に関する先行文献において、保健師経験年数が多くなるほどコーディネーションを十分実施していると回答した割合が高くなっていた<sup>38) 39)</sup>。また、地域包括事業において保健師経験15年以上の保健師に「活動における成果があった」とする回答が有意に高かった<sup>40)</sup>。本研究結果は先行研究と同様の結果を肯定し、認知症高齢者を対象にしたコーディネーションについて、地域包括経験年数に関連していることが示唆された。

〈全く実施していない・少し実施しているとそれ以外〉の回答区分においては、4割関連が認められた。いずれも3未満群の方に回答割合が高かった。3未満群は、全体の課題に加えて認知症症状ある高齢者を医

療機関や居宅介護支援事業所、インフォーマル資源につなぐ働きかけに課題があることがわかった。介護保険制度に関する内容は、保健師経験年数が多くても地域包括に所属しなければ経験する機会が少ない項目であり、地域包括での経験が必要であることが示唆された。

また3年未満と3年以上の比較において関連のあった〈かなり実施している・十分実施しているとそれ以外〉、〈全く実施していない・少し実施しているとそれ以外〉の質問項目の重なりについて、〈かなり・十分実施している〉の回答割合は3年以上群が、〈全く実施していない・少し実施している〉では3年未満群がいずれも高かった。これは3年未満群と3年以上群のコーディネーションの差を示す項目であり、3年未満群のコーディネーションの課題を表すものと考えられる。

以上、地域包括保健師勤務年数との関連から認知症高齢者を対象にしたコーディネーションについて、地域包括経験年数に関連していることが示唆された。また3年未満群では、医療機関や居宅介護支援事業所、インフォーマル資源へのコーディネーションの課題が見出された。

### 3. 本研究の限界と今後の課題

今回の調査は、コーディネーションの対象を認知症高齢者に限定した地域包括支援センター保健師の自己評価を基にした横断的な結果である。また、本研究で用いた質問紙は、信頼性・妥当性の検討に及んだ評価には至っておらず、関連要因は地域包括支援センター保健師勤務年数の3年未満・3年以上に留まっている。

今後尺度項目としてより洗練し、地域包括の看護職として認知症高齢者の生活支援に向けたコーディネーション力が高まるよう汎用性のある評価ツールにしていく必要がある。また、コーディネーションに関連する要因を明らかにすることで、教育プログラムの開発につながると考える。

## V. 結論

認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括保健師のコーディネーションの実態として以下のことが明らかになった。

1. 認知機能の低下と受療状況をアセスメントし、介護保険サービスにつなぐコーディネーションは、地域包括保健師の4割がかなりあるいは十分に実施できていた。

2. 健康状態や金銭管理状態の把握と日常生活への影響度合いのアセスメント、必要な支援の判断、認知症高齢者の状態に合わせたサービス提供となるよう医療や介護などの関係機関に働きかける、支援チームが形成されるように働きかける、家族の状態を把握し必要資源につなぐコーディネーションは、地域包括保健師の3割がかなりあるいは十分に実施していた。
3. 認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括保健師のコーディネーション課題は、行動心理症状、治療放置、金銭管理の課題を持つ認知症高齢者を医療と介護等関係機関につなぐためのコーディネーション、認知症個別支援の課題を地域づくりにつなげるコーディネーションであった。更に3年未満群では、医療機関や居宅介護支援事業所、インフォーマル資源へのコーディネーションに課題があった。
4. 地域包括保健師勤務年数との関連では、3年未満群と3年以上群に関連が見られた。〈かなり・十分実施しているとそれ以外〉の回答区分において、質問項目全体を通じて8割の項目に3年以上群の回答割合が高かった。
- 9) 北村育子, 永田千鶴, 松本佳代, 他 (2014): 認知症高齢者の在宅生活を可能にする地域包括支援センターを中心とする専門職連携の有効性に関する一考察, 日本福祉大学社会福祉論集, 130: 191-208.
- 10) 水上然, 黒田研二, 佐瀬美恵子, 他 (2015): 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, 14 (3): 667 - 677.
- 11) 織井藤枝, 岡朋子, 岡本絹子, 他 (1995): 高齢者の在宅ケアにおける保健師のケアコーディネーションのあり方, 保健婦雑誌, 51 (5): 391 - 398.
- 12) 檜橋明子, 尾形由紀子, 山下清香 (2015): 神経難病患者の在宅療養のために保健師が行った関係機関調整技術, 日本地域看護学会誌, 18 (2-3): 33-40.
- 13) 岡久ジュン, 錦戸典子 (2014): がんに罹患した労働者への支援において産業保健師が行うコーディネーション, 日本地域看護学会誌, 17 (1): 13-21.
- 14) Walker, L.O., Avant, K.C. (著), 中木高夫, 他 (翻訳) (2013): 看護における理論構築の方法, 89-122, 東京: 医学書院.
- 15) 岡野明美, 上野昌江, 大川聡子 (2018): 保健師のコーディネーションの概念分析, 大阪府立看護学雑誌, 24 (1): 21-30.
- 16) 高崎絹子 (1994): ケア・コーディネーションの概念と地域保健活動, 保健婦雑誌, 50 (10): 763 - 771.
- 17) 平野かよ子 (1997): ケアマネジメントとケアコーディネーション, 保健婦雑誌, 53 (12): 970-978.
- 18) 岡野明美, 上野昌江, 大川聡子 (2019): 認知症が疑われる高齢者に対する地域包括支援センター保健師のコーディネーションの実態, 日本地域看護学雑誌, 22 (1): 51-64.
- 19) 堀内園子 (2016): 認知症看護入門, 19-27, 横浜市, ライフサポート社.
- 20) 前掲 11).
- 21) 前掲 12).
- 22) 前掲 13).
- 23) 岡野明美, 上野昌江, 大川聡子 (2018): 認知症高齢者に対する地域包括支援センター保健師のコーディネーション実践尺度項目の選定～表面妥当性と内容妥当性の検討～, 大阪府立看護学雑誌, 25 (1): 77-81.
- 24) Polit.F.D, Beck.T.C, Owen. (2007): Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity ?

## 引用文献

- 1) 内閣府: 平成30年版高齢社会白書.  
[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/30pdf\\_index.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/30pdf_index.html) (2019年3月11日).
- 2) 栗田主一 (2014): 認知症の総合アセスメントテキストブック 改訂版, 7-8, 東京: 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター.
- 3) 前掲 1).
- 4) 厚生労働省: 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html> (2017年4月30日).
- 5) 厚生労働省: 平成28年国民生活基礎調査.  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/05.pdf> (2019年3月11日).
- 6) 沖田裕子 (2010): 認知症者の生活は支えられているか とくに独居の認知症者をめぐって, 老年精神医学雑誌, 21 (1): 44-51.
- 7) 栗田主一 (2013): 認知症早期体制, 老年精神医学雑誌, 24 (9): 883-889.
- 8) 前掲 7).

- Appraisal and Recommendations, Research in Nursing & Health, 30 : 459-467.
- 25) 前掲 20).
- 26) 三菱総合研究所：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報告書, [https://www.murc.jp/uploads/2018/04/koukai\\_180418\\_c5.pdf](https://www.murc.jp/uploads/2018/04/koukai_180418_c5.pdf) (2018年12月3日).
- 27) 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/home/publication/pdf/senkuteki/2014/25-chiikisien.pdf>(2017年4月30日).
- 28) 前掲 26).
- 29) 前掲 10).
- 30) 栗田主一, 佐野 ゆり, 福本 恵 (2010) : 一地方都市における地域包括支援センターの認知症関連業務の実態 とくに、医療資源との連携という観点から, 老年精神医学雑誌, 21 (3) : 356-363.
- 31) 木村暢男, 加賀田聡子, 清水賢司, 他 (2016) : 在宅認知症高齢者が精神科病院への入院に至る要因と他職連携の課題, 日本福祉大学福祉学部日本福祉大学社会福祉論集, 134号 : 173-187.
- 32) 前掲 18).
- 33) 前掲 6).
- 34) 前掲 6).
- 35) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム今後の認知症施策の方向性について : <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079273.pdf> (2019年6月18日)
- 36) 吉池毅志, 栄セツコ (2009) : 保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理, 桃山学院大学総合研究所紀要, 34 (3) : 109 - 122.
- 37) 俵 志江 (2011) : 地域包括支援センターの専門職による社会資源の創出に関連する要因の検討, 日本地域看護学会誌, 14 (1) : 62-69.
- 38) 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子, 他 (2004) : 行政機関に働く保健師の専門職遂行能力の発達一経験年数群の比較一, 日本地域看護学会誌, 7 (1) : 16 - 22.
- 36) 佐伯和子, 河原田まり子, 羽山美由樹, 他 (1999) : 保健婦の専門職業能力の発達一実践能力の自己評価に関する調査一, 日本公衆衛生雑誌, 46 (9) : 779 - 789.
- 37) 前掲 27).