

研究報告

ケアマネージャーから見た在宅高齢者の ターミナルケア体制の現状と課題

Care Manager's Consideration of Terminal Care System Issue for Home Elderly

須佐 公子 坂哉 繁子 村田 ひとみ
Kimiko Susa Sigeko Sakaya Hitomi Murata

獨協医科大学看護学部
Dokkyo Medical University School of Nursing

要旨 本研究は、居宅介護支援事業所のケアマネージャーを対象とし、高齢者の在宅ターミナル期の支援状況、在宅サービスの充足状況、介護保険制度上の問題点を明らかにすることを目的とし、平成18年10月～11月に無作為抽出した居宅介護支援事業所のケアマネージャー200名に対し郵送法による質問紙調査を行った。その結果、①ケアマネージャーのターミナル期の支援状況は、「療養場所選択の支援」「医師の紹介」「訪問看護導入」「緊急時の受け入れ先の紹介」「ターミナル期に利用できるサービスの紹介」「訪問回数が増やす」「急変時の訪問」「死亡後の訪問」の8項目において、約9割のケアマネージャーは意識的に支援を行っていた。②ターミナル期に利用可能なサービスの充足状況では、『充足している』が訪問入浴では約5割、訪問看護、訪問介護では約3割、通所介護、短期入所、往診医では2割以下であった。③在宅ターミナル期を支援するための在宅サービスや制度についての自由記載から、「在宅ターミナルに対応する医師の不足」、「家族へのレスパイトケアや精神的サポート体制が必要」、「在宅サービスの24時間体制や量的整備が不十分」、「在宅サービス提供者のターミナルケアに対する意識や知識」、「サービス事業者のターミナル期の利用者の受け入れが困難」、「在宅ターミナルに向けての入院中の説明や退院支援の不足」、「本人・家族と医療者の意志の不一致」、「介護保険制度上の問題」、「医師との連携が困難」の9つのカテゴリーが抽出された。今回の調査結果から在宅でのターミナルケアを支援するサービスが量的にも質的にも十分でないことが示唆された。今後さらに、詳細な調査を行い、在宅ターミナル期の支援状況、サービス充足状況を明らかにしていく必要がある。

キーワード：高齢者、在宅ターミナルケア、ケアマネージャー

Keywords : elderly, terminal home care, care manager

I. はじめに

わが国の高齢化は急速にすすみ、後期高齢者の増加に伴い、長期に70万人台にとどまっていた死亡者数は平成25年には140万人を越えると推測されている。これは、厚生白書¹⁾による

と、戦後の混乱期を除いた最も多い死亡者数となり、近代の医療が経験したことのない死亡者数となると言われている。また、死亡場所をみると、1960年には全死亡者の70%が自宅で死亡していたが、2000年には13.9%まで減少して

いる²⁾。しかし、今後140万人を越える死亡者の8割を現在のように医療機関で受け入れることは困難となり、自宅で死を迎える時代が到来すると言われている。

在宅死に関する研究では、その成立要因や有効な支援方法を明らかにするものが多く行われている。それらから在宅死を実現する要因として、「本人・介護者の在宅死を希望する意志」、「往診医の存在」、「看護体制や支援内容」、「24時間体制の連絡が可能であること」、「福祉サービスの利用」、「介護者に不安がないこと」、「代替介護者の存在」などがあげられている^{3)・5)}。また、在宅死に対する介護者の満足感が高いが^{6)・7)}、一方では福祉サービスの利用の低さや介護期間の長期化や介護負担感の大きさなど^{8)・9)}が指摘され、介護者の90%は限界を感じていたとの報告¹⁰⁾もある。これらから、往診医や訪問看護・福祉サービスなどの在宅サービスの利用、介護者への支援が在宅死の実現や満足感に関連する重要な要因であると考えられる。介護保険下においては在宅サービスのマネジメント、家族支援などの役割を果たすケアマネージャーが、ターミナルケアにおいても重要な役割を担うと考えられる。樋口は¹¹⁾、在宅のターミナルケアにおいて、丁寧なマネジメントの実施が介護者の満足感を高める可能性があることを示唆している。

しかし、在宅ターミナルケアの研究において、ケアマネージャーを対象とした研究は少ない。柳原¹²⁾はケアマネージャーの看取り経験や意識を明らかにしているが、支援内容や制度上の課題やサービスには言及していない。堂園¹³⁾は看取り経験のあるケアマネージャーからの聞き取り調査によりターミナルケアの役割を抽出しているが、調査対象が3名と少なく一般化するには限界があると考えられる。これらのことより、在宅ターミナルケアの支援の要となるケアマネージャーが、ターミナル期の利用者や家族にどのような支援をおこなっているのか、また、ターミナルケアにおける在宅サービスの整備状況は明らかにされていないのが現状である。

II. 研究目的

本研究では、居宅介護支援事業所のケアマネージャーを対象とし、在宅高齢者のターミナル期の支援状況、在宅サービスの充足状況、介護保険制度上の問題点を明らかにし、在宅高齢者のターミナルケアのための基礎資料とすることを目的とする。

III. 研究方法

1. 調査期間

平成18年10月～11月

2. 調査対象

- ①北海道・東北、関東、中部・関西、中国・四国・九州の4地区から各1都道府県を無作為抽出した。
- ②無作為抽出した4都道府県より系統的抽出法により無作為に抽出した居宅介護支援事業所のケアマネージャー200名

3. 調査方法

郵送法による質問紙調査

4. 調査内容

①回答者属性

性別、年齢、所有資格、ケアマネージャーの経験年数、事業所設置主体

②ターミナル期の支援状況

ターミナル期の支援経験の有無と支援内容として「療養場所の選択の支援」、「往診医の紹介」、「訪問看護の導入・調整」、「緊急時の受け入れ先の紹介」、「ターミナル期に利用できる福祉サービス紹介」、「訪問回数を増やす」、「急変時の訪問」、「臨終時の立ち会い」、「グリーフケアとしての利用者死亡後の訪問」の9項目について、「必ず実施している」、「必要に応じて実施している」、「なるべく実施している」、「ほとんど実施していない」の4段階で回答を得た。

③サービスの充足状況

「訪問介護」、「訪問看護」、「訪問入浴」、「通所介護」、「短期入所」、「往診医」、「ボラン

ティア」の7項目について、「充足している」、「不足している」、「わからない」の3段階で回答を得た。

④ターミナル期の支援の課題

ターミナル期の支援を行うにあたりサービスや制度に関して課題と考えることについて、自由記載で回答を得た。

なお、②ターミナル期の支援状況、③サービスの充足状況の調査項目については、高齢者の在宅ターミナルケアに関する先行文献^{14) - 16)}を参考とし、重要な支援およびサービスと考えられるものを抽出した。

5. 分析方法

回答者属性、ターミナル期の支援状況、サービスの充足状況については、項目ごとにSPSS12.0forWindowsを使用し集計した。ターミナルケア支援の課題の自由記載については内容分析を行った。内容分析の方法は、「ターミナル期の支援のためのサービスや制度に関する課題」に焦点をあて、文章の内容が読みとれる段落に分け、分析の単位とした。内容の意味の類似性により記録単位にカテゴリー化した。分析に際しては、研究者3名で検討を行った。

6. 倫理的配慮

回答は無記名式で行い、個人が特定されないようにした。調査の依頼は書面をもって行い、調査依頼書に研究主旨、回答は自由意思であること、回答をしなくても一切不利益は生じないこと、得られたデータはすべて統計的に処理を行い個人が特定されないよう分析を行うこと、本研究以外には使用しないこと等を明記した。

なお、本研究は筆者が調査実施時所属していた国際医療福祉大学大学院研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

IV. 研究結果

1. 有効回答率

調査表は88名から回収（回収率44%）し、有効回答85名（42.5%）を分析対象とした。

2. 対象者属性

対象者の平均年齢は44.9歳（SD=10.7）、性別は女性が77名（90.5%）、男性が8名（9.5%）であった。所有資格は介護福祉士・社会福祉士を合わせた福祉職が44名（51.8%）、看護師・准看護師を合わせた看護職が27名（31.8%）、その他が14名（16.4%）であった。ケアマネージャーの経験年数は平均3.4年（SD=1.9）であった。ケアマネージャーが所属する居宅介護事業所の設置主体は医療法人が18名（21.2%）、社会福祉法人が42名（49.4%）、その他が25名（29.4%）であった。

3. ケアマネージャーのターミナル期の支援状況について

ターミナル期の支援の経験の有無は、「経験あり」が65名（76.5%）、「経験なし」が20名（23.5%）であった。

つぎに、ターミナル期の支援の「経験あり」の65名に対し、支援の実施状況を調査した結果を図-1に示す。

「療養場所の選択の支援」、「往診医の紹介」、「訪問看護の導入・調整」、「緊急時の受け入れ先の紹介」、「ターミナル期に利用できる福祉サービス紹介」、「訪問回数を増やす」、「急変時の訪問」、「グリーフケアとしての利用者死亡後の訪問」の8項目については、「必ず実施している」、「必要に応じて実施している」、「なるべく実施している」をあわせると、いずれも約9割となった。

その中でも、「必ず実施している」割合が最も高かったのは、「訪問看護の導入・調整」で38名（58.5%）であった。次いで、「療養場所の選択の支援」35名（53.8%）、「緊急時の受け入れ先の紹介」33名（50.8%）、「ターミナル期に利用できる福祉サービス紹介」30名（46.2%）、「訪問回数を増やす」30名（46.2%）、「グリーフケアとしての利用者死亡後の訪問」29名（44.6%）、「往診医の紹介」26名（40.0%）、「急変時の訪問」23名（35.4%）の順であった。「臨終時の立ち会い」については、2名（3.1%）と非常に少なかった。

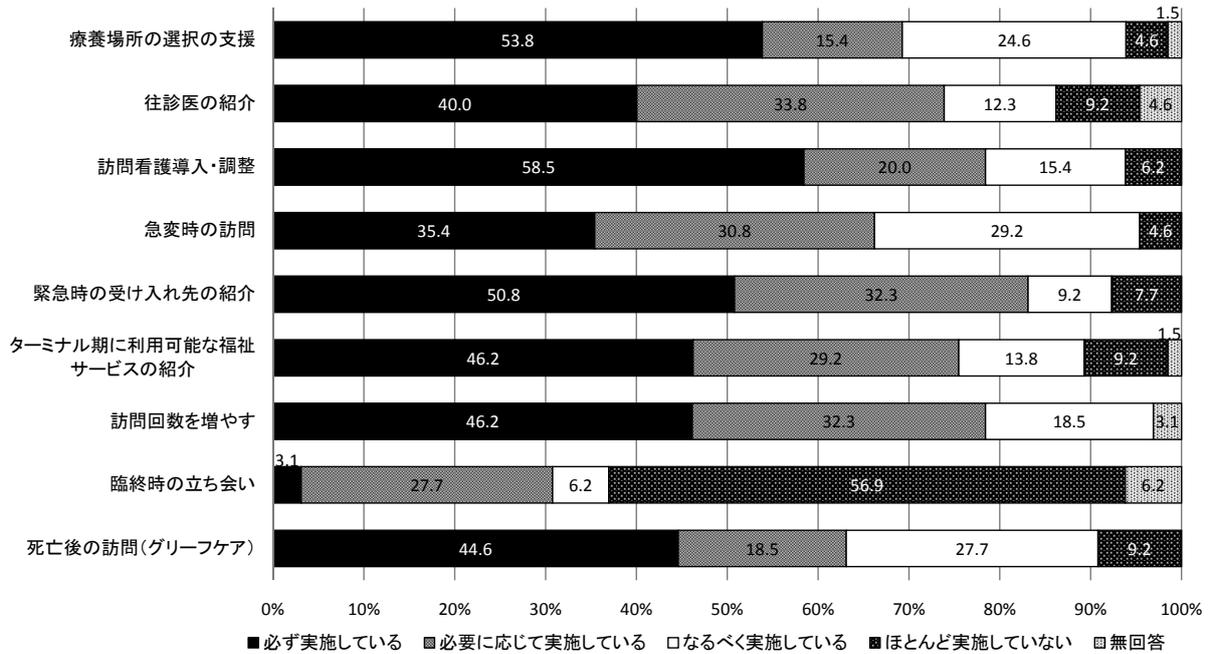


図-1 ケアマネジャーの支援状況

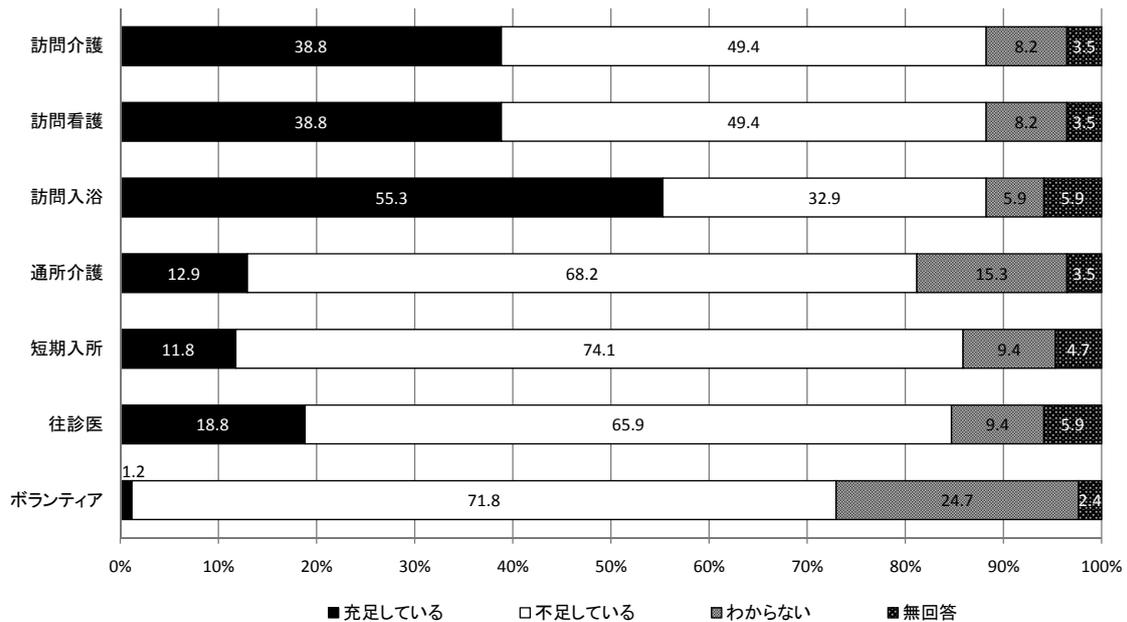


図-2 サービスの充足状況

「ほとんど実施していない」割合が最も高かったのは、「臨終時の立ち会い」で、37名（56.9%）であった。それ以外の8項目については、すべて1割以下であった。

4. ターミナル期に利用可能な在宅サービスの充足状況

「訪問介護」, 「訪問看護」, 「訪問入浴」, 「通

所介護」, 「短期入所」, 「往診医」, 「ボランティア」の7項目について、ターミナル期に利用可能な在宅サービスの充足状況を図-2に示した。その結果、「充足している」と回答した割合が最も高かったのは、「訪問入浴」で47名（55.3%）であった。次いで、「訪問介護」33名（38.8%）, 「訪問看護」33名（38.8%）, 「往診医」16名（18.8%）, 「通所介護」11名（12.9%）, 「短期入所」10名

表-1 在宅ターミナル期を支援するためのサービスや制度の課題（自由記載）

カテゴリー	記述内容
在宅ターミナルに対応する医師の不足	在宅での看取りをしてくれる医師が少ない
	往診をしてくれる医師が少ない
	往診をしてくれる医師が少ない
	在宅での看取りに積極的な医師が少ない
	自宅に戻ってくる時に、受け入れてくれる医師が少ない
	医師の不足
	医師も少なく、土・日・夜間の対応が困難である
	在宅で看取る、意思にそって下さる医者が少ない
	往診医が少ない
家族へのレスパイトケアや精神的サポート体制が必要	介護する家族の休養確保のためや不安の軽減のために長時間そばに居る人材等が必要
	ターミナル期の方の心のケアのための専門性のあるボランティアが必要
	精神的サポート体制の不足
	本人・家族の精神面のフォローが必要
	ターミナル末期は通所利用が困難となり、家族の身体的精神的介護負担が大きくなる。家族へのケアが必要
	ターミナルでもショート利用が可能な施設が必要
	ターミナル期のショートステイの受入に躊躇する短期入所施設・通所介護施設が多く家族の介護負担の軽減策が少ない
	介護者の不安や負担を相談できるサービスがほしい
家族への精神的精神的サポートが十分でない	
在宅サービスの24時間体制や量的整備が不十分	24時間対応の訪問看護がない
	離島、過疎地のためサービスが限られている
	在宅ターミナル期のサービスは充足しておらず利用しにくい状況にある
	過疎地であり、サービスが限られている
	訪問看護の内容（訪問回数、時間帯など）を充実してほしい
	外出支援のサービスがあると良い
	24時間対応のサービス提供事業所が少ないため、ターミナル期に頻回の訪問が難しい
在宅サービス提供者のターミナルケアに対する意識や知識	ケアマネージャーの相談技術のスキルアップが必要
	サービス提供者が、十分なターミナルケアが提供できていない
	各サービス内でターミナルの認識ができていない（医療のバックアップの得た各サービスが、本人の意思、家族の意思を尊重できるような体制が必要）
	ホームヘルパーのターミナルケアへの意欲が低い
	サービス提供者も、ターミナル期の対応に不安がある
	福祉業界全般に看取りに関する知識を得るための研修が不足
サービス事業者のターミナル期の利用者の受け入れが困難	サービス事業者のターミナル期の利用者の受け入れが困難
	サービス事業者のターミナルの受入がよくない
在宅ターミナルに向けての入院中の説明や退院支援の不足	入院・外来での（今後についての）説明不足
	入院時から、在宅での介護（看取り）について相談体制がもっと必要
本人・家族と医療者の意志の不一致	医師の考えによる延命
	在宅でターミナルを希望しても退院させてくれない病院がある
介護保険制度の問題	状態変化に応じた介護度の区分変更が間に合わずサービスが利用できない
	（ターミナル期は）サービスを十分に利用すると、限度を超えてしまう
医師との連携が困難	主治医との連携が困難

(11.8%),「ボランティア」1名(1.2%)の順であった。

「不足している」と回答した割合が最も高かったのは、「短期入所」63名(74.1%)であった。次いで、「ボランティア」61名(71.8%),「通所介護」58名(68.2%),「訪問介護」42名(49.4%),「訪問看護」42名(49.4%),「訪問入浴」28名(32.9%)の順であった。

5. ターミナル期の支援のためのサービスや制度の課題

自由記載より、ターミナル期の支援のためのサービスや制度の課題に焦点をあてた内容を、分析対象として40記録単位抽出した。その内容を分析した結果を表-1に示す。

分析の結果、「在宅ターミナルに対応する医師の不足」(9記録単位),「家族へのレスパイ

トケアや精神的サポート体制が必要」(9記録単位), 「在宅サービスの24時間体制や量的整備が不十分」(7記録単位), 「在宅サービス提供者のターミナルケアに対する意識や知識」(6記録単位), 「サービス事業者のターミナル期の利用者の受け入れが困難」(2記録単位), 「在宅ターミナルに向けての入院中の説明や退院支援の不足」(2記録単位), 「本人・家族と医療者の意志の不一致」, (2記録単位), 「介護保険制度上の問題」(2記録単位), 「医師との連携が困難」(1記録単位)の9つのカテゴリーが抽出された。

V. 考 察

1. ケアマネージャーのターミナル期の支援状況について

調査項目9項目中「臨終時のたちあい」を除く, 「療養場所選択の支援」医師の紹介」「訪問看護導入」「緊急時の受け入れ先の紹介」「ターミナル期に利用できるサービスの紹介」「訪問回数が増やす」「急変時の訪問」「死亡後の訪問」の8項目を, 約9割のケアマネージャーは意識的に支援を行っていた。

介護保険制度においてはケアマネージャーは, 利用者のニーズに応じた在宅サービスを提供できるようにサービス提供事業者等との連絡調整を行うものとされており, サービスの調整役として位置づけられている。しかし, 樋口¹⁷⁾は, ケアマネジメントの機能は, ①直接援助サービス機能, ②仲介・調整機能, ③社会資源に働きかける機能があり, 高齢者のターミナル期のケアマネジメントでは, 高齢者, 介護者とその関係に焦点をあて, ケアマネージャーが直接的に働きかける『直接援助サービス』を重視することが求められると指摘している。

今回の調査項目では, 「往診医の紹介」, 「訪問看護の導入」, 「緊急時の受け入れ先の紹介」, 「ターミナル期に利用できる福祉サービスの紹介」が『仲介・連絡機能』, 「療養場所の選択の支援」や「訪問回数を増やす」, 「グリーフケアのための利用者死亡後の訪問」が『直接援助サービス』と考えられる。今回の調査結果では, 『仲

介・連絡機能』, 『直接援助サービス』のいずれも高い割合で実施されていた。このことから, ケアマネージャーは, 在宅ターミナル期において, 仲介・調整役のみでなく, ケアマネージャーの直接的介入による, 自己決定のための支援や家族支援, 遺族へのグリーフケアなどの役割も果たしていると考えられる。

とくに, グリーフケアについては, 日本では, まだシステム化には至っていない¹⁸⁾が, 今回の調査では, 約5割のケアマネージャーは, 家族へのグリーフケアのために利用者の死亡後に訪問を必ず実施しており, 「必要に応じて実施している」, 「なるべく実施している」とあわせると約9割となっていた。このことは, ケアマネージャーは家族との関わりも深く, 家族介護者への支援の役割を担っている結果だと考えられる。グリーフケアは, 遺族の満足感にも影響することが示唆されており¹⁹⁾, 重要な支援であると考えられる。しかし, 介護保険制度においてはケアマネージャーの業務として遺族へのケアは含まれていない。今後, 遺族へのグリーフケアを誰がどのように行っていくかを検討することが必要である。

以上のことから, ケアマネージャーはターミナル期の支援として仲介・調整や直接援助サービスなど様々な支援を行っており, 在宅ターミナルを支援する重要な役割を担うことが示唆された。しかし, 今回の調査では, ケアマネージャーのターミナル期の支援内容と本人・家族の満足感との関連や必要な能力などは明らかにできなかった。今後, これらの関連を明らかにし, 有効な支援方法や必要な教育などを検討していく必要がある。また, 介護報酬の課題としてケアマネージャーのターミナル期の支援に対する加算等がなく, 報酬的な評価には至っていない。今後, 居宅介護支援のターミナル加算等の介護報酬の検討も必要であると考えられる。

2. 在宅サービスの充足状況

ターミナル期は, 本人に心身の変化や苦痛が伴うと同時に, それを介護する家族の心身の負担も大きくなり, 様々なサービスが必要となる。

在宅のサービス利用状況は、在宅死の成立要因であり、本人・家族の満足感にも大きく影響を及ぼすため、サービスの整備が重要となる。今回の調査結果では、調査項目「訪問介護」、「訪問看護」、「訪問入浴」、「通所介護」、「短期入所」、「往診医」、「ボランティア」のうち、「充足している」が「不足している」を上まわったサービスは「訪問入浴」のみで他のサービスについては「不足している」が多い結果となった。

「訪問介護」「訪問看護」については、約半数は「不足している」という回答であった。とくにこれらの訪問系のサービスでは、24時間対応のサービスが不足しているという意見が自由記載にもあげられている。ターミナル期では、様々な症状の出現や急変などの状態変化も予測されるため、24時間対応可能な訪問看護は大変重要な支援である。平成15年の訪問看護ステーションのサービス提供の実態調査²⁰⁾では、24時間連絡体制加算の届け出をしているステーションは、79.1%という高い結果がでている。しかし、訪問看護ステーションの数は、平成17年で5,309ヶ所であり、ゴールドプラン21策定目標の約5割にしか到達しておらず²¹⁾、全体的な量的不足が影響していると考えられる。

つぎに、「通所介護」、「短期入所」については、「充足している」と回答があったのは、いずれも約1割にとどまっており、約7割は「不足している」と回答している。「通所介護」と「短期入所」は、家族の介護負担を軽減するための重要なレスパイトケアである。しかし、家族の心身の負担も大きくなると予測されるターミナル期にレスパイトケアが十分に行えないことは、家族の介護負担を大きくし、在宅療養を中断することにもつながると考えられる。「通所介護」、「短期入所」において、ターミナル期の利用者の受け入れが困難な背景として、医療的な設備が不十分なこと、通所介護および短期入所利用中には介護保険制度上医療行為の実施に制限が生じること、看護職などの配置が少ないことなどが考えられる。今後、ターミナル期の利用者に対応できるような、通所および短期入所施設や介護保険制度の検討が必要と考える。

つぎに「往診医」については、「充足している」と回答したのは約2割で、6割以上は「不足している」と回答している。自由記載からも往診医の不足が多くあげられている。往診医の存在は在宅ターミナルケア、在宅死を可能にする要因として必須である。往診医不足の背景としては、在宅の往診医は個人の開業医が多く、一人で多くの対象者を診療することは医師の負担が大きくなることが考えられる。これについては、開業医の地域ネットワークなどのシステム構築が必要となると考える。

以上のことより、在宅でのターミナルケアを支援するサービスが量的にも質的にも十分でないことが示唆された。とくに、往診をしてくれる医師の不足、24時間体制の訪問サービスの不足、レスパイトケアとしての通所、短期入所サービスの不足などがあげられた。これらの在宅ターミナル期に必要なサービスが整備されていないということは、高齢者が自宅で最期を迎えたいという希望を実現ができないことや、在宅ターミナルケアの質にも影響を及ぼすと考えられる。また、ケアマネージャーは、在宅で最期を迎えたいという本人や家族の希望を叶えるために必要なサービスの調整を行う。その必要なサービスが整備不足のために提供できないということは、ケアマネージャーにとっても希望と現実との乖離のなかで、ジレンマや大きなストレスを生じることにつながるのではないかと考える。

今後、高齢者や家族が希望する場で最期を迎えられるように、往診医や24時間対応の事業所、レスパイトケアの保障など、在宅でのターミナル期を支えるサービスの量的な整備や在宅サービス従事者の研修体制の整備などが早急に必要であると考えられる。

3. 介護保険制度上の問題点

自由記載から、介護保険において在宅サービスを利用する場合は利用上限限度額が定められている。その限度額内ではターミナル期に必要なサービスが十分に受けられないこと、介護度の変更などの手続きが迅速にできずターミナル

期の状態変化に対応できないなど介護保険制度の問題があげられた。これらについても、さらに詳細な調査を行い、介護保険制度を検討していく必要があると考えられる。

4. 今後の課題

今回の調査では、地域や調査対象者数も限られていることから、一般化することはできない。そのため、今後は調査地域や対象者数を増やし、さらに在宅ターミナル期の支援状況やサービスの整備状況を明らかにしていくことが必要である。また、今回はケアマネージャーのターミナル期の支援に対する不安や困難と感じていることなどは調査できなかったため、今後はそれらを明らかにして、ケアマネージャーへの支援体制や研修内容についても検討していく必要があると考える。

引用文献

- 1) 厚生省監修：厚生白書，ぎょうせい，P17, 2000
- 2) 厚生労働省統計情報部編：平成12年度人口動態調査，P137, 2000
- 3) 小林奈美：都市に居住する要介護高齢者の在宅死の特徴とそれに関連する要因の検討，老年看護学，5(1)，59-70, 2000
- 4) 木下由美子：在宅療養者の最期の場所を自宅に決定する要因，ターミナルケア，10(2)，148-155, 2000
- 5) 樋口京子，近藤克則，巻野忠康，宮田和明，杉本浩章：在宅療養高齢者の看取り場所の希望と「介護の満足度」に関連する要因，厚生指針，48(13)，8-15, 2001
- 6) 小林奈美：要介護者を看取り終えた介護者の感想とその満足に関連する要因の検討，日本地域学会誌，1(1)，30-31, 1998
- 7) 前掲5)
- 8) 中村陽子他：都市の在宅死と介護における医療福祉の課題，川崎医療福祉学会誌，10(2)，225-230, 2000
- 9) 人見裕江他：郡部における高齢者の在宅死に及ぼす要因，川崎医療福祉学会誌，10(2)，87-95, 2000
- 10) 石井敏明：高齢者の在宅介護阻害要因，公衆衛生，64(2)，135-142, 2000
- 11) 前掲5)
- 12) 柳原清子：介護支援専門員の「死の看取りケアの意識」とそれに関連する要因の分析，新潟大学医学部保健学科紀要8(2)，3-14, 2006
- 13) 堂園裕美他：高齢者を対象とした在宅ターミナルケアにおける介護支援専門員の役割，生活科学研究誌，6，163-173, 2007
- 14) 渡部純子：実践から学ぶ在宅ターミナルケア「ケアマネージャーの立場から」，コミュニティケア，4(6)，28-29, 2002
- 15) 宮田和明他：在宅高齢者の終末期ケア，中央法規，219-228, 2004
- 16) 池田敦子：ターミナルケアとケアマネージャー，介護支援専門員，6(4)，19-24, 2004
- 17) 樋口京子：高齢者のエンドオブライフにおけるケアマネジメント，介護支援専門員，8(4)，13-18, 2006
- 18) 坂口幸弘：グリーフケアの考え方をめぐって，緩和ケア，15(4)，276-279, 2005
- 19) 宮田和明他：在宅高齢者の終末期ケア，中央法規，50-81, 2004
- 20) 村嶋幸代他：訪問看護ステーションにおける効果的・効率的な24時間ケアモデルの開発報告書，社団法人全国訪問看護事業協会，第2章p10
- 21) 日本看護協会：後期高齢者医療のあり方に関する日本看護協会の意見，P5, 2007，検索日 - 2009年8月 <http://www.nurse.or.jp/shingi/2007/03/dl/s0309-9q.pdf>