

# 大都市で生活する軽度認知機能低下を認める 一人暮らしへの訪問看護利用の効果

—介護支援専門員の視点からの比較—

オチアイ ヨシコ クワノ ミカコ アキバ キミコ オウ レイカ  
落合 佳子\*1 桑野 美夏子\*2 秋葉 喜美子\*2 王 麗華\*3

**目的** 本研究は、大都市で生活する軽度認知機能低下が認められる一人暮らしの利用者に対し、介護支援専門員の視点から訪問看護利用の効果を見いだすことを目的とした。

**方法** 介護サービス情報公表システムに登録している、関東地区の政令指定都市A市すべての居宅介護支援事業所926カ所に勤務する介護支援専門員を対象にした。要介護1で認知機能低下を認め訪問看護を利用しているケースと、訪問看護以外の他の介護サービスを利用しているケースを担当する者それぞれ1名抽出した。抽出された介護支援専門員に、担当する利用者の概要、介護支援専門員からの視点から判断した病状、認知機能、生活状況、家族の不安について、担当当初から現在までの状況の変化について、無記名自記入式質問紙による調査を実施した。得られたデータは、訪問看護利用者群と訪問看護未利用者群の2群に分け、介護支援専門員の担当当初から現在までの状況の変化をクロス集計し、各々の関係について $\chi^2$ 検定を行った。さらに効果の認められた項目についてロジスティック回帰分析を行った。

**結果** 質問紙の回収は256カ所（回収率27.8%）で介護支援専門員386名から回答を得た。そのうち、担当するケースで「独居」と回答した160名を本研究の分析対象とした。訪問看護を利用しているケース89名を「訪問看護利用者群」とし、訪問看護以外の他の介護サービスを利用しているケース71名を「訪問看護未利用者群」とした。両群とも平均年齢は82歳であった。「訪問看護利用者群」と「訪問看護未利用者群」に分け、利用者の変化を「病状」「認知機能」「生活状況」「家族の不安」について関係をみたところ、「認知機能」と「家族の不安」に有意な関係がみられた。そして、「認知機能」と「家族の不安」についてロジスティック回帰分析の結果、「認知機能」の維持改善においては、訪問看護の利用、認知症薬を内服中、認知症高齢者日常生活自立度判定基準に有意な関連が認められた。「家族の不安」の維持改善においては、訪問看護の利用、認知症薬を内服中に有意な関連が認められた。

**結論** 大都市で生活する軽度認知機能低下を認める一人暮らしの方について、介護支援専門員の視点では「訪問看護利用者群」は「訪問看護未利用者群」に比べ、認知症薬の内服や認知症高齢者日常生活自立度判定基準の影響も存在するが、認知機能は現状を維持し、家族の不安は改善されている傾向がみられた。このことは、訪問看護の利用に関する効果の1つと推察された。

**キーワード** 訪問看護、軽度認知機能低下、大都市、一人暮らし

## I はじめに

わが国の高齢化率は28.8%であり今後も上昇

を続けると推計され、特に大都市ほど65歳以上人口の伸びが大きい見込みとなっている<sup>1)</sup>。そして都市部の高齢化問題は、医療や介護のニー

\*1 国際医療福祉大学保健医療学部看護学科准教授 \*2 同講師 \*3 大東文化大学スポーツ・健康科学部看護学科教授

ズに高齢者の絶対数が連動するため、高齢化率だけでなく高齢者の絶対数の増加にも注目すべきである。さらに都市部の地域特性として、世帯人口が少なく住民同士の支え合いも希薄で、高齢者は地域から孤立しがちな状況にある<sup>2)</sup>と報告されている。また高齢者が増加する中、認知症の有病率をみると2020年は約17%と推計されている<sup>3)</sup>。これらのことから都市部に住む認知症高齢者に対する支援は、世帯人口が少ない中で、住み慣れた家で生活ができるような支援を講じることが必要と考える。

地域で生活する軽度認知機能低下者は、人間関係の破綻や日常生活の中で漠然とした不安、家族関係の変容など<sup>4)</sup>の様々な困り事を抱えている。そして認知症で一人暮らしの療養者は、健康状態の悪化<sup>5)</sup>などのリスクも指摘されている。このような療養者に訪問看護は、病状の変化の兆候を見抜く、この人なりの体調を維持することなどの看護ケア<sup>6)</sup>を実施しているが、健康管理の乱れや順応性の低下、対人関係の不調和等により、独居生活が困難になること<sup>7)</sup>がある。加えて認知症患者の家族は、介護による家族の問題、将来への不安など<sup>8)</sup>、戸惑いや葛藤を抱えている。以上のことから、高齢者が増加する都市部で一人暮らしの認知症患者に対し、軽度の段階から在宅サービスを導入する意味は大きいと考える。しかし、認知症患者に対し訪問看護は導入しにくいといった報告<sup>9)</sup>もあることから、導入における課題やその効果に関する見識にも差があると考ええる。

そこで、大都市在住の軽度認知機能の低下がある一人暮らしの方への訪問看護の支援が、介護支援専門員の視点からみるとどのように影響しているのかを、訪問看護利用者と未利用者の比較を行うことで、訪問看護利用に関する重要性や可能性が見いだせると考える。そして、軽度認知機能低下を認める方への訪問看護の役割の明確化や導入における課題解決への一助となり、認知症になっても住み慣れた自宅や地域での生活の継続につながると考える。本研究は、大都市で生活する軽度認知機能低下を認める一人暮らしの利用者に対して、介護支援専門員の

視点での比較を通して訪問看護利用の効果を見いだすことを目的とした。

## Ⅱ 研究方法

### (1) 用語の定義

大都市とは、総務省が定める地方公共団体区分<sup>10)</sup>で、都道府県の政令指定都市（人口50万以上のうちから政令で指定）とされているものおよび東京都特別区部とした。

### (2) 調査対象者

介護サービス情報公表システムに登録している、関東地区の政令指定都市A市すべての居宅介護支援事業所926カ所に勤務する介護支援専門員を対象にした。介護支援専門員は、在宅療養者の健康問題や生活状況を把握し、ケアプラン作成やモニタリングを行い、介護サービスの調整に関わっていることから、回答者に適切と判断した。

### (3) 調査期間

2019年10月～11月

### (4) 調査方法

抽出された居宅介護支援事業所の管理者宛に、所属する介護支援専門員が担当する利用者で、認知機能低下（要介護1で認知症および軽度認知障害）または認知症高齢者日常生活自立度判定基準ⅠかⅡを認め、訪問看護を利用しているケースを担当している介護支援専門員1名、訪問看護以外の他の介護サービスを利用しているケースを担当している介護支援専門員1名、それぞれに質問紙を郵送した。該当するケースを担当している介護支援専門員がいる場合に質問紙の配布依頼をした。質問紙は無記名自記入式とし、研究者宛の返信用封筒を同封し質問紙の記入後に個別に回収した。なお、担当するケースは、加齢により心身機能が低下している可能性が高い年齢は除き90歳以下の者と明記した。

## (5) 調査項目

介護支援専門員が担当する利用者の概要は、性別、年齢、認知症の診断の有無、医療処置の有無、認知症高齢者日常生活自立度判定基準、家族形態、家族関係等とした。

また、介護支援専門員に利用者を受け持った時と比べ現在の「病状」「認知機能」「生活状況」「家族の不安」について、介護支援専門員の視点から「改善した」「現状維持」「悪化」を1つ選ぶこととし、訪問看護利用の効果の指標とした。なお、これら4項目と回答の3項目は、奥村ら<sup>1)</sup>の訪問看護における認知症ケアの構造化に関する研究を参考に、研究者間で話し合いを重ね設定した。

## (6) 分析方法

得られたデータは訪問看護利用者群（利用群）、訪問看護未利用者群（未利用群）の2群に分け、介護支援専門員の担当当初から現在までの状況変化をクロス集計し、各々の関係についてStudentのt検定もしくは $\chi^2$ 検定を行った。さらに、介護支援専門員の視点で訪問看護利用により担当当初から効果の認められた項目についてロジスティック回帰分析を実施した。ロジスティッ

ク回帰分析では、訪問看護の利用を1、未利用を0、利用者の性別は男性を0、女性を1、利用者の年齢は連続変数とし、認知症の診断ありを0、診断なしを1、認知症薬の内服中を0、内服なしを1、認知症高齢者日常生活自立度判定基準Ⅰを1、自立度Ⅱを0、医療処置がなしを1、処置ありを0、家族関係が普通・良好を1、もめ事多い・互いに無視の問題ありを0、経済状況は、余裕がある・特に問題なしを1、生活に困窮しているを0とカテゴリー分けし、現在までの状況の変化の悪化を0、現状維持・改善を1とし各々との関連性を解析した。有意水準は両側5%とした。これらの解析には統計ソフトSPSS25.0を使用した。

## (7) 倫理的配慮

調査対象者に対して、研究の目的、研究の方法、研究への自由意思の保証、中途辞退の権利、匿名性の確保、データは研究以外で使用しないことを書面にて説明し、記入および投函にて同意とみなす旨を明記した。なお、本研究は国際医療福祉大学研究倫理審査委員会の承認（承認年月日：2019年6月4日、承認番号：19-Io-19）を得て実施した。

表1 利用者の概要

(単位 名)

|                           |        | 訪問看護利用者群<br>(n=89) |      | 訪問看護未利用者群<br>(n=71) |      | p 値                                   |
|---------------------------|--------|--------------------|------|---------------------|------|---------------------------------------|
|                           |        | n                  | %    | n                   | %    |                                       |
| 利用者の性別                    | 男性     | 26                 | 29.2 | 14                  | 19.7 | 0.184                                 |
|                           | 女性     | 63                 | 70.8 | 56                  | 78.9 |                                       |
| 利用者の年齢(平均±標準偏差)           |        | 82.1±6.3歳          |      | 82.6±5.9歳           |      | 0.515 <sup>1)</sup><br>0.154<br>0.139 |
| 認知症と診断されている               |        | 53                 | 59.6 | 50                  | 70.4 |                                       |
| 認知症薬を内服中                  |        | 31                 | 34.8 | 34                  | 47.9 |                                       |
| 認知症高齢者<br>日常生活自立<br>度判定基準 | I      | 28                 | 31.5 | 17                  | 23.9 | 0.545                                 |
|                           | II a   | 34                 | 38.2 | 30                  | 42.3 |                                       |
|                           | II b   | 26                 | 29.2 | 24                  | 33.8 |                                       |
| 医療処置                      | あり     | 18                 | 20.2 | 2                   | 2.8  | 0.001                                 |
|                           | なし     | 71                 | 79.8 | 69                  | 97.2 |                                       |
| 家族関係                      | 良好     | 26                 | 29.2 | 31                  | 43.7 | 0.030                                 |
|                           | 普通     | 38                 | 42.7 | 18                  | 25.4 |                                       |
|                           | もめ事多い  | 12                 | 13.5 | 12                  | 16.9 |                                       |
|                           | 互いに無視  | 9                  | 10.1 | 2                   | 2.8  |                                       |
| 経済状況                      | 余裕がある  | 21                 | 23.6 | 21                  | 29.6 | 0.585                                 |
|                           | 特に問題なし | 50                 | 56.2 | 38                  | 53.5 |                                       |
|                           | 生活困窮   | 18                 | 20.2 | 11                  | 15.5 |                                       |

注 1) Student t test他は $\chi^2$ 検定

## Ⅲ 結 果

質問紙の回収は256カ所（回収率27.8%：あて先不明で6カ所返送され全体を920カ所とした）で介護支援専門員386名から回答を得た。そのうち、「独居」の方を担当していると回答した介護支援専門員160名を本研究の分析対象とした。また、介護支援専門員が担当する利用者で、要介護1で認知症または認知症高齢者日常生活自立度判定基準ⅠかⅡと判定され、訪問看護を利用しているケース89名を訪問看護利用者群とし、訪問看護以外の他の介護サービスを利用しているケース71名を訪問看護未利用者群とした。

### (1) 介護支援専門員が担当する利用者の概要 (表1)

利用群89名、未利用群71名とも、平均年齢は82歳であった。認知症と診断されているのは、利用群53名(59.6%)、未利用群50名(70.4%)であった。また利用群で医療処置の実施は、有意に多く、主な医療処置としてはインシュリン自己注射15名、在宅酸素管理5名等であった。

表2 介護支援専門員の視点でみた、担当当初と現在の状況の変化  
(単位 名)

|       |      | 訪問看護利用者群<br>(n=89) |      | 訪問看護未利用者群<br>(n=71) |      | p 値   |
|-------|------|--------------------|------|---------------------|------|-------|
|       |      | n                  | %    | n                   | %    |       |
| 病状    | 改善   | 21                 | 23.6 | 9                   | 12.7 | 0.068 |
|       | 現状維持 | 62                 | 69.7 | 51                  | 71.8 |       |
|       | 悪化   | 6                  | 6.7  | 11                  | 15.5 |       |
| 認知機能  | 改善   | 11                 | 12.4 | 5                   | 7.0  | 0.000 |
|       | 現状維持 | 64                 | 71.9 | 34                  | 47.9 |       |
|       | 悪化   | 14                 | 15.7 | 32                  | 45.1 |       |
| 生活状況  | 改善   | 24                 | 27.0 | 12                  | 16.9 | 0.099 |
|       | 現状維持 | 59                 | 66.3 | 48                  | 67.6 |       |
|       | 悪化   | 6                  | 6.7  | 11                  | 15.5 |       |
| 家族の不安 | 改善   | 42                 | 47.2 | 12                  | 16.9 | 0.000 |
|       | 現状維持 | 35                 | 39.3 | 37                  | 51.1 |       |
|       | 悪化   | 5                  | 5.6  | 15                  | 21.1 |       |

注 p 値:  $\chi^2$ 検定

表3 担当後の変化に対するロジスティック回帰分析(認知機能の維持改善)

|                   | ロジスティック<br>回帰係数 | 標準誤差  | p 値   | オッズ比(95%信頼区間)       |
|-------------------|-----------------|-------|-------|---------------------|
| 訪問看護の利用           | 1.673           | 0.482 | 0.001 | 5.327(2.071-13.700) |
| 利用者の性別            | 0.325           | 0.544 | 0.550 | 1.384(0.476- 4.021) |
| 利用者の年齢            | -0.017          | 0.041 | 0.688 | 0.984(0.907- 1.067) |
| 認知症と診断されている       | -0.406          | 0.630 | 0.519 | 0.666(0.194- 2.292) |
| 認知症薬を内服中          | 1.332           | 0.558 | 0.017 | 3.790(1.270-11.311) |
| 認知症高齢者日常生活自立度判定基準 | 1.188           | 0.594 | 0.045 | 3.281(1.025-10.507) |
| 医療処置              | -0.281          | 0.792 | 0.723 | 0.755(0.160- 3.568) |
| 家族関係              | -0.245          | 0.597 | 0.682 | 0.783(0.243- 2.522) |
| 経済状況              | -0.454          | 0.716 | 0.526 | 0.635(0.156- 2.581) |

表4 担当後の変化に対するロジスティック回帰分析(家族の不安の維持改善)

|                   | ロジスティック<br>回帰係数 | 標準誤差  | p 値   | オッズ比(95%信頼区間)       |
|-------------------|-----------------|-------|-------|---------------------|
| 訪問看護の利用           | 1.438           | 0.699 | 0.040 | 4.212(1.070-16.584) |
| 利用者の性別            | 1.043           | 0.791 | 0.187 | 2.837(0.602-13.368) |
| 利用者の年齢            | -0.129          | 0.083 | 0.121 | 0.879(0.747- 1.035) |
| 認知症と診断されている       | -0.084          | 1.057 | 0.936 | 0.919(0.116- 7.289) |
| 認知症薬を内服中          | 2.014           | 0.884 | 0.023 | 7.491(1.326-42.330) |
| 認知症高齢者日常生活自立度判定基準 | 1.800           | 1.118 | 0.107 | 6.049(0.676-54.112) |
| 家族関係              | 0.304           | 0.864 | 0.725 | 1.355(0.249- 7.376) |
| 経済状況              | 0.078           | 1.326 | 0.953 | 1.081(0.080-14.523) |

また家族関係に利用群と未利用群で有意な差が認められ、未利用群では家族関係が良好な割合が高かった。利用群は、訪問看護を導入してから平均1.8年(中央値1.0年、最小0.08年、最大6.0年)が経過していた。そして未利用群は、介護支援専門員が担当してから平均2.9年(中央値2.0年、最小0.42年、最大14.0年)が経過していた。

### (2) 訪問看護の利用と介護支援専門員の視点 でみた、担当する利用者の変化(表2, 3, 4)

利用群と未利用群に分け、担当当初から現在までの利用者の変化を「病状」「認知機能」「生活状況」「家族の不安」について、改善した、現状維持、悪化について関係をみたところ、「認知機能」と「家族の不安」の2項目に有意な関係がみられた。そして、認知機能と家族の不安の2項目のロジスティック回帰分析の結果を表3, 4に示した。認知機能の維持改善(表3)においては、訪問看護の利用、認知症薬を内服中、認知症高齢者日常生活自立度判定基準に有意な関連が認められた。家族の不安の維持改善(表4)においては、訪問看護の利用、認知症薬を内服中に有意な関連が認められた。

## Ⅳ 考 察

### (1) 大都市で一人暮らしをする軽度認知機能低下を認める利用者の現状

要介護1で認知症または認知症高齢者日常生活自立度判定基準ⅠかⅡと判定される、軽度認知機能低下を認める利用者は、平均80歳代前半で介護サービスを利用しながらの生活を行っていた。今回の調査対象の利用者において、利用群は未利用群に比し医療処置が有意に多かった。訪問看護の導入の際は医療処置への

対応を意識していることが多いという報告<sup>9)</sup>もあり、この結果は現在の訪問看護利用状況を反映していると考えられる。また未利用群は、利用群に比し家族関係が有意に良好な関係であった。良好な関係であることは、家族が現在の病状を理解し、病状に合わせた生活支援や健康管理等の役割を行っているケースであることから、訪問看護の利用に至っていない者が多い可能性がある」と推察される。

特に利用群をみると、認知症と診断されている割合が59.6%であり、認知症と診断がついていないまま生活を継続している場合も一定数は存在している。認知症と診断がついていない中で支援する介護サービス事業所や家族は、混沌とした状態のままの支援となっている場合もあると推察される。本調査の利用群の約80%が医療処置を行っていないケースであったことから、介護支援専門員は、訪問看護師に医療処置への対応以外にも医療の専門職の立場からの健康管理への支援を期待して利用しているのではと推察される。そして経済状況をみると、利用群で約20%が「生活に困窮している」と介護支援専門員は回答している。生活に困窮している中でも、費用が高い訪問看護を利用していることは、看護師という専門職が関わることでの社会的つながりのみならず、一人暮らしの生活や健康を支えているといった利用する意味を見いだしていることが推察される。

## (2) 訪問看護利用後の変化

利用群と未利用群に分け、利用者の担当当初から現在までの状況変化をみたところ「認知機能」は、利用群は現状維持の割合が高く、未利用群は悪化の割合が高かった。さらにロジスティック回帰分析から、訪問看護の利用の他、認知症薬の内服がない、認知症高齢者日常生活自立度判定基準の良好なケースで「認知機能」の維持改善に向かいやすく、訪問看護の利用の影響がより大きいことが示唆された。訪問看護は、日々の訪問の中で利用者のペースや今までのやり方を尊重する、強みを活かす、シンプルで効果の上がるケア方法を探すなど<sup>11)</sup>、認知機

能の悪化を防ぐ看護を行いその影響が現れたのではないかと考える。また「家族の不安」については、利用群は改善の割合が高く、未利用群は悪化の割合が高かった。本調査の対象の介護支援専門員が利用者と家族の両方に接点を有するので、一人暮らしが持つ利用者の家族への不安と家族が持つ利用者への不安が混在した結果と推察される。ロジスティック回帰分析から、訪問看護の利用の他、認知症薬の服薬がないケースで「家族の不安」の維持改善に向かいやすく、服薬の影響が大きいことが示唆された。「認知機能」「家族の不安」の維持改善には、ロジスティック回帰分析から訪問看護の利用の効果の他、いくつかの因子も重要であることがわかった。

本調査は一人暮らしの利用者に焦点をあてており、近くに家族が住んでいないことも推察され、より家族の不安は大きいものとする。家族は一人暮らしの利用者の認知機能低下の戸惑い、介護による家族の問題、将来への不安など<sup>8)</sup>を抱えていることを訪問看護師は理解し、一人暮らしの利用者の支援だけにとどまらず、それを支えている家族にも目を向けて支援をしていた状況がうかがえる。また訪問看護が導入されることで、現在の生活を支える様々な介護サービスの視点に加え、全般的な健康管理が行われることも家族が安心した1つの要因と考える。その結果、介護支援専門員の視点から家族の不安が改善していると判断したと推察される。そして、利用群の訪問看護を導入してからの期間と、未利用群の介護支援専門員が担当してからの期間を比較すると、利用群の方が短い。短い関わりであるにも関わらず、「認知機能」の維持や「家族の不安」の改善が図れていたことは、他のサービスと協働しながら認知症の軽度の段階から訪問看護が関わることの重要性が示されたことと考える。

以上のことから、大都市で生活する軽度認知機能低下を認める一人暮らしの利用者に対し介護支援専門員は、様々な介護サービスの中でも訪問看護が関わったケースでは、認知症薬の内服や認知症高齢者日常生活自立度判定基準とも

関係するが、認知機能の悪化を防ぐ、家族の不安が改善されるといった変化を感じていることが見いだされた。よって訪問看護の利用が、軽度認知機能を認める方の重度化予防に向けた一翼を担っている可能性が示唆された。今後は訪問看護の役割として、医療処置にとどまらず認知症の軽度の段階から関わることの効果について、利用者や介護支援専門員等に説明し、認知症の悪化予防について多職種と協働しながら取り組んでいくことが重要と考える。

### (3) 研究の限界と課題

本研究の限界として、介護支援専門員が利用者を担当してからの調査であり個々に観察期間が異なること、思い出しによる一時点の調査であることから、利用者の変化は不確かな部分も含まれる。また訪問看護以外の介護サービスの影響も考えられる。しかし、利用者を担当している介護支援専門員の客観的な見解であること、要介護1の支給限度額内で訪問看護を利用することは他の介護サービスの利用が抑えられる場合があることから、認知症が軽度の段階から訪問看護を利用することの可能性が見いだされたと考える。今後の課題として、介護支援専門員以外の訪問看護師や利用者の立場から、認知症に対する訪問看護利用の効果の検証を行うことと併せて、訪問看護と他の介護サービス利用状況との関係についても調査を行う必要があると考える。

## V 結 論

本研究は、大都市で生活する軽度認知機能低下を認める一人暮らしの利用者に対して、介護支援専門員の視点から訪問看護利用の効果を見いだすことを目的として調査を行い、以下のことが明らかとなった。

大都市で生活する軽度認知機能低下を認める一人暮らしの利用者は、80歳代前半で訪問看護等の介護サービスを利用して生活していた。そして担当する介護支援専門員からみた変化は、認知症薬の内服や認知症高齢者日常生活自立度

判定基準の影響も存在するが、訪問看護利用者群は訪問看護未利用者群に比べ、認知機能は現状を維持し、家族の不安は改善されている割合が高い傾向がみられた。このことは、訪問看護の利用に関する効果の1つであることが推察された。

### 謝辞

本研究を実施するにあたりご協力いただきました介護支援専門員の方々に深く感謝いたします。

本研究に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

### 文 献

- 1) 内閣府. 令和3年版高齢社会白書. ([https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/03pdf\\_index.htm](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/03pdf_index.htm)) 2022.4.9.
- 2) 厚生労働省. 都市部の高齢化対策に関する検討報告書 都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築. (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000024323.pdf>) 2022.4.9.
- 3) 内閣府. 平成29年高齢社会白書. ([https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf\\_index.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf_index.html)) 2022.4.9.
- 4) 藤澤聡, 中村美優, 前川佳敬. 軽度認知障害(MCI)を主とする軽度の認知機能障害者を対象とした病気認識と日常生活の困りに関する研究. 日本認知症ケア学会誌 2014; 13(2): 431-41.
- 5) 栗田主一. 認知症とともに暮らせる長寿社会をめざして. 日本社会精神医学会雑誌 2020; 29: 35-41.
- 6) 松下由美子. 一人暮らし認知症高齢者の身体的, 精神的症状の安定化を図る訪問看護師の働きかけ. 大阪府立大学看護学雑誌 2016; 22(1): 35-44.
- 7) 久保田真美, 堀口和子. 認知症高齢者の独居生活の継続が困難になる要因. 日本認知症ケア学会誌 2019; 18(3): 688-96.
- 8) 木村裕美, 神崎匠世. 初期認知症高齢者家族の混乱期における家族機能障害に関する研究. 日本認知症ケア学会誌 2013; 12(2): 397-407.
- 9) 一般社団法人日本介護支援専門員協会. 医療ニーズが高い要介護者への訪問看護導入等に向けた課題に関する調査研究事業. ([https://www.jcma.or.jp/wp-content/uploads/2012/04/120416\\_H23roukenjigyoushi\\_jiryouni-zuyouyakuban.pdf](https://www.jcma.or.jp/wp-content/uploads/2012/04/120416_H23roukenjigyoushi_jiryouni-zuyouyakuban.pdf)) 2022.4.9.
- 10) 総務省. 地方自治制度 地方公共団体区分. ([https://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/jichi\\_gyousei/bunken/chihou-koukyoudantai\\_kubun.html](https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/bunken/chihou-koukyoudantai_kubun.html)) 2022.4.9.
- 11) 奥村朱美, 山本則子, 小林小百合, 他. 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 2011; 14(2): 26-33.