

〔報告〕

ひとり暮らし利用者を支える訪問看護師の支援： 訪問看護ステーションの調査

Assisting Visiting nurses who support the users living alone:

a survey on the visiting nursing station

作山美智子¹⁾ 小笠原喜美代²⁾ 安藤莉香¹⁾

1) 東北文化学園大学医療福祉学部看護学科

2) 東北文化学園大学医療福祉学部看護学科非常勤講師

要旨

高齢者の単独世帯が増加しており、ひとり暮らし高齢者は2020年には高齢者の中で16.4%と予想されている。地域包括ケアシステムの具現化、専門職による多職種連携が推し進められている現在、訪問看護師が「ひとり暮らし」利用者の訪問看護の中で、生活を支えるために実際に実践していることは「療養相談」「傾聴」「会話の促進」が6割だった。利用者が活用している専門職、他等の支援は多い順から「ケアマネジャー」「介護職・ヘルパー」「別居の家族・親戚」だった。ひとり暮らし療養者に関して【自助力の不足】【家族の対応能力】【互助力の不足】【公的支援の不足】【緊急時・災害時の対応】を訪問看護師は課題と感じていた。【キーワード】ひとり暮らし、訪問看護、地域包括ケア

【key word】living alone, visiting nurse, regional comprehensive care

I. はじめに

国立社会保障・人口問題研究所（平成30年推計）によると日本の地域別将来推計人口について、大都市圏（東京都、神奈川県）と沖縄県では2045年の65歳以上人口が2015年の1.3倍以上となる。また、厚生労働省の平成29年（2017年）国民生活基礎調査では、わが国の65歳以上の人数は3,519万5千人で、65歳以上の世帯数は2,378万7千世帯（全世帯数比/44.6%）、そのうち、65歳以上のひとり暮らしの高齢者の世帯は627万4千世帯（全世帯比/1.8%）とされている。

一方、地域共生社会の実現と制度の持続可能性を確保するために地域包括ケアを強化するために介護保険法、医療法等の関連法案が2018年に改正されたが、人口減少と高齢化による地

域消滅は896自治体に及ぶとされ、地域包括ケアシステム、地域医療構想の危機が指摘されている。A県の65歳以上の高齢者の世帯数（国立社会保障・人口問題研究所；2019年4月）は、2020年に10.9万世帯、高齢者の中でひとり暮らしをする割合は16.4%と予測している。さらに今後20年後にはひとり暮らしの高齢者の増加率は59.6%となり全国の中でも上位が予測されている。

ひとり暮らし高齢者について、訪問看護ステーションを対象にした調査研究は水野ら（2015）、關ら（2017）が実施しており、終末期看護モデルの提案や在宅療養者や支援者間での地域連携が困難な要因として【利用者本人の病状の悪化や一人で行動し孤立しがちで人との交流を拒否】【多職種のお互いの仕事の無理解や報告・連絡がない】【インフォーマルサー

ビスの情報共有や調整が困難】【医療保険は地域の連携が少なく、サービス利用が少ないと連携が困難】等、を挙げている。

「我が事、丸ごと」である地域包括ケアシステム強化によって地域の互助関係や自主グループ活動に変化が起きている。本研究では、訪問看護師が疾患や障害を抱えたひとり暮らし在宅療養者にどのような支援を行っているかを把握すること、利用者が活用している社会資源、生活課題を明らかにすることである。また、ひとり暮らし利用者が在宅・地域で継続して生活するための要因を検討することを目的とする。

*用語の定義

対象者を訪問看護ステーションにおいては、慣例で「利用者」と呼んでいるため本研究においても利用者とする。

II. 研究目的

訪問看護師が疾患や障害を抱えたひとり暮らし在宅療養者にどのような支援を行っているのか、利用者が活用している社会資源、生活課題の実態を明らかにする。最期まで地域で継続して生活できるための要因を検討することを目的とする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン: ミックス研究法: 量的研究、質的研究
2. 研究対象者: 機縁法で協力の同意が得られた東北地方A県の訪問看護ステーション13事業所の管理者に趣旨説明と調査依頼をし、調査票を送付し回収した。回答者は訪問看護師。
3. データ収集期間: 2019年1月5日～2月末である。
4. 質問事項: 利用者の年代、性別、訪問期間、主な疾患と症状、支援内容・処置、訪問看護以外のサービス、家族・親族、利用者が関わっている専門職等、訪問看護師が関わっている専門

職等、最期を迎えたいと希望している場所等(選択肢)、ひとり暮らし高齢者の訪問看護で感じていること、課題や課題(自由記載)とした。

5. データ分析方法: 自由記載についてはKJ法を援用し記述単位に分類しコードを作成し、コードを内容の類似ごとに分類し、意味をあらわす内容をサブカテゴリーとした。さらに内容の関連性ごとに分類しカテゴリー化した。研究者間で協議を行い、訪問看護師の独自の活動を損なわないように配慮した。

6. 倫理的配慮

本記入者については所属管理者に一任し回答を依頼した。郵送により送付と回収を行った。また、調査票の回答をもって同意とみなし、協力しないことによる不利益がないこと、個人が特定されないこと、調査結果は論文などの形式でまとめ公表することがあり一定期間が経過した後、再現不可能な状態にして廃棄することを書面で明記した。尚、本学の倫理委員会の承認(文大倫第18-21号)を得て実施した。

IV. 結果

調査票の送付先と回収状況を表1に示す。協力の同意が得られ、または、機縁法により東北地方のA県の訪問看護ステーション13事業所に調査の依頼をし、郵送による送付・回収を行った。記載者は管理者に一任し送付数260部、回収数130部でその内、有効回答数は104部(有効回答率40%)だった。

表1 調査票の送付先と回収状況

県看護協会訪問看護ステーション	2事業所
公立病院訪問看護ステーション	1事業所
医療法人訪問看護ステーション	6事業所
民間法人訪問看護ステーション	3事業所
その他訪問看護ステーション	1事業所
送付数260 回収数130 有効回答数104 有効回答率40%	

表3 利用者の家族・親族の状況

まったく身寄りがない	4	4%
家族や親族はいるがほとんど関わりがない	35	34%
キーパーソンとなる家族や親族はいるが介護には関われない	34	33%
キーパーソンとなる家族や親族があり、介護にも多少関われる	26	25%
家族の訪問や介護への何らかの協力がある	5	5%
その他	0	0
計	104	100%

表2 対象者の（利用者）の属性

年代	男女	回収数 (%)	訪問期間	性別	
				男	女
40代	男	2 (1.9)	～1	1	1
			1～3	0	0
			3～5	1	0
	女	2 (3.9)	5～10	0	1
			10～	0	0
50代	男	2 (1.9)	～1	1	1
			1～3	0	0
			3～5	0	2
	女	3 (5.9)	5～10	1	0
			10～	0	0
60代	男	11 (20.8)	～1	6	0
			1～3	2	1
			3～5	3	2
	女	4 (7.8)	5～10	0	1
			10～	0	0
70代	男	15 (28.3)	～1	5	5
			1～3	8	5
			3～5	0	0
	女	11 (21.6)	5～10	2	0
			10～	0	1
80代	男	16 (30.2)	～1	6	7
			1～3	4	6
			3～5	3	6
	女	23 (45.1)	5～10	3	4
			10～	0	0
90代	男	7 (13.2)	～1	2	5
			1～3	5	3
			3～5	0	0
	女	8 (15.7)	5～10	0	0
			10～	0	0
計				53	51

対象者となるひとり暮らし利用者の概要を表2に示す。40代から90代までの年齢層で、訪問期間は1年未満から10年以上の場合もあり、70歳代以降の利用者が男71.7%、女82.4%であった。また、利用者の家族・親族の状況を表3に示す。「まったく身寄りがない」「家族や親族はいるがほとんど関わりがない」「キーパーソンとなる家族や親族はいるが介護には関われない」を合わせると7割の利用者が家族・親族からの協力は得られない状況である。

2. 利用者の主な疾患・症状等（図1）

図1に利用者の主な疾患・症状等を示す。複数回答で最も多いのが循環器疾患24（17%）、次いで悪性疾患19（14%）、第3位が消化器疾患17（12%）だった。精神疾患と認知症はそれぞれ10名ずつ7%だった。人工透析中、アルコール依存症、全盲の利用者は1名ずつの記載だった。

3. 訪問看護師が行う処置・支援（図2）

ひとり暮らし利用者に対して訪問看護師が行う処置・支援について、図2に示す。複数回答で療養相談が最も多く64名（27%）だった。その内容は現在の症状、血圧値、血糖管理、低血糖予防、インスリン自己注射の方法、服薬方法、栄養・食事・献立相談、リハビリ、呼吸リハビリ、整容、保清・入浴方法、住環境の整備、生活全般、症状と生活の関係、生活上の困ったこと、ストマのパウチ交換、尿管閉塞の予防の食事と水分のとり方、不眠・イライラ・体調不良の有無から生活全体の相談等、多岐にわたっていた。

2番目に多いのは傾聴44人（18%）、会話の活性34人（14%）だった。その他33名（14%）では創部処置、軟膏塗布、ガーゼ交換、入浴介助、内服薬管理等が挙げられていた。

一方、医療的ケアとされる摘便・浣腸14名、膀胱留置カテーテル12名、褥瘡処置7名、点滴・静脈注射6名、疼痛管理6名、酸素療法5名、吸引4名、インスリン注射2名、人工肛門

3名、中心静脈栄養1名、人工呼吸器・持続陽圧呼吸1名を合計した全体に対する割合は27%だった。

4. 利用者が訪問看護以外に利用しているサービス(図3)

利用者が利用している訪問看護サービス以

外の結果を図3に示す。最も多いのは訪問介護79名(38%)、訪問診療36名(17.3%)、福祉用具貸与30名(14.4%)の順だった。体調に合わせ短期入所8名(3.8%)のサービスも併用していた。

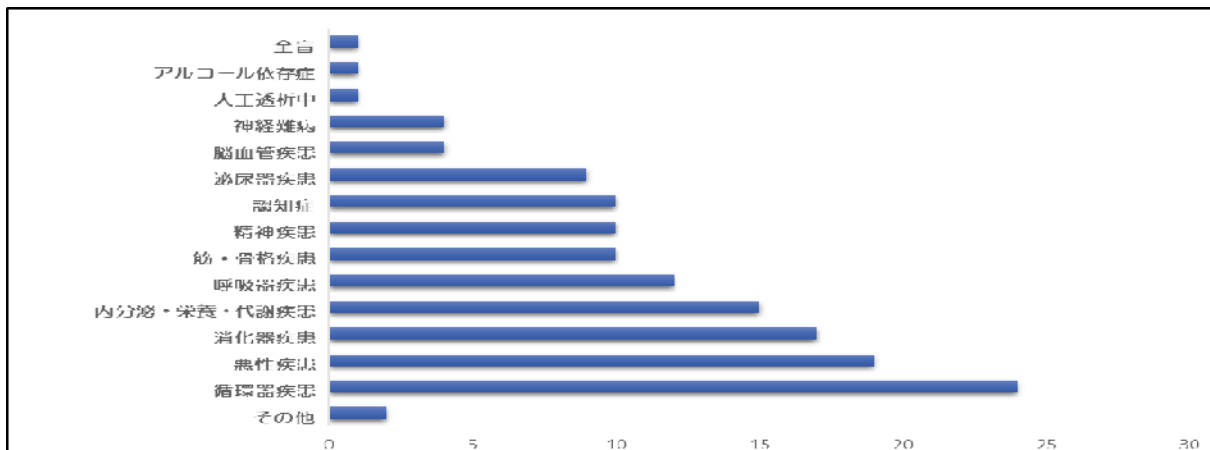


図1 利用者の主な疾患・症状：複数回答 n=139

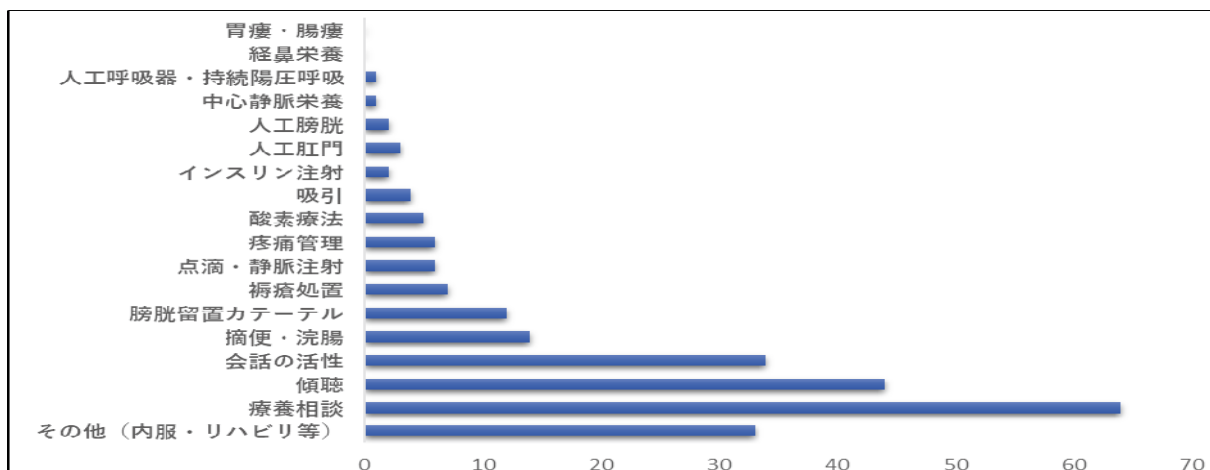


図2. 訪問看護師が実施する処置・支援：複数回答 n=236

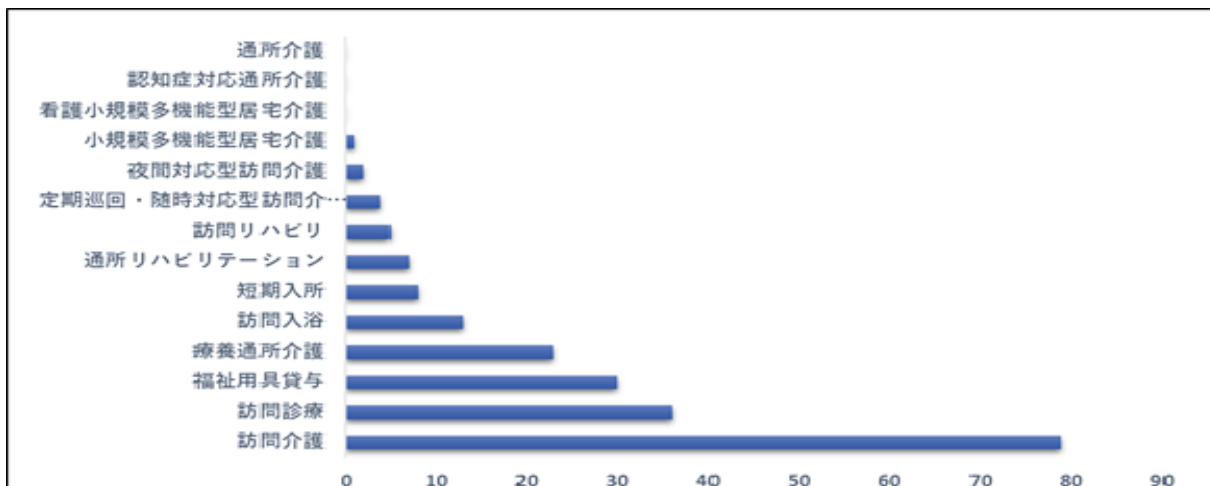


図3. 利用者が利用していた訪問看護以外のサービス：複数回答 n=208

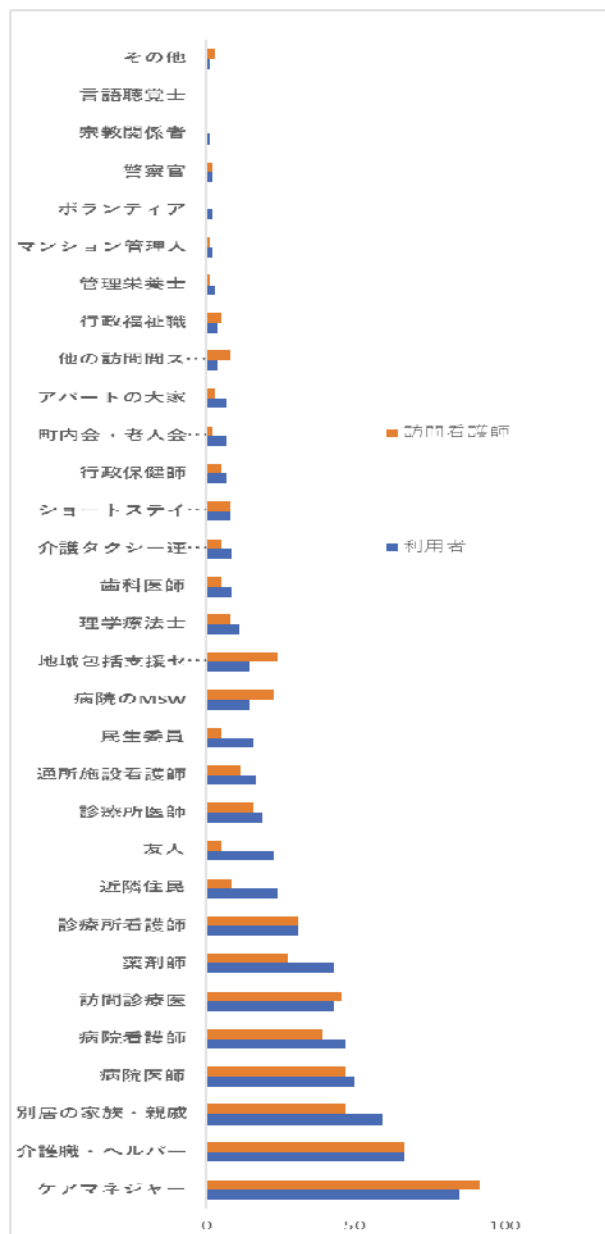


図4 利用者・訪問看護師がそれぞれ活用（連携）する訪問看護以外のサービス：（複数回答）

5. 利用者・訪問看護師がそれぞれ連携・相談する専門職、等（図4）

ひとり暮らし利用者が訪問看護以外に連携・相談する専門職、他等、訪問看護師がその利用者のために連携・相談する専門職、他等（フォーマルサービス・インフォーマルサービス）の結果を図4に示す。複数回答で利用者が、最も連携・相談している専門職はケアマネジャー85名（13%）で、次いで介護職・ヘル

パー67名（11%）、別居の家族・親戚59名（9%）、病院医師50名（8%）、病院看護師47名（7.4%）、訪問診療医43名（6.8%）、薬剤師43名（6.8%）の順だった。

利用者は近隣住民24名（3.8%）、友人23名（3.6%）民生委員16名（3%）、アパートの大家7名（1.1%）、ボランティア2名（0.3%）等の地域のつながりを活用している。

一方、訪問看護師の場合は、介護保険による訪問の場合、ケアプラン作成はケアマネジャーがするためケアマネジャーとの連携を抜きにしては考えられず92名（17%）と最も高い値だった。さらに特徴的なのは地域包括支援センター職員24名（4.3%）、病院のMSW23名（4.2%）、他の訪問看護ステーション看護師8名（1%）との連携・相談が行われていた。特徴的なのは地域包括支援センター職員24名（4.3%）、病院のMSW23名（4.2%）、他の訪問看護ステーション看護師8名（1%）との連携・相談が行われていた。

6. 利用者が最期を迎えたいと希望する場所等（表4）

終の棲家、最期をどこで迎えたいと希望しているか、訪問看護師にどのように意思表示しているのか、訪問看護師が理解している利用者の希望（複数回答）の結果を表4に示す。

表4 利用者が最期を迎えたいと希望する場所

	複数回答	n 106
自宅	56	
家族・親族の家	2	
医療施設	17	
介護老人保健施設	1	
介護老人福祉施設	2	
有料老人ホーム	1	
サービス付き高齢者向け住宅	2	
不明	12	
その他	13	

表5 ひとり暮らし利用者の訪問看護で感じていること、課題・困難

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	* () はコード数
病状・精神生活安定（生きがいを持つて）	頑固な性格	・ 支援を頑なに拒否 (2)	
	不安	・ 家族が全く知らない人がいつの間にか入り込んで暮らしていた (1) ・ 寂しくなって訪看に連絡してくる (3) ・ 被害妄想的な話に対する対応が困難 (1) ・ 日中・夜間も不安になるとコールが頻回 (1) ・ 介護度が低く若い利用者の場合は、よく話を聞き不安緩和、やる気を低下しないように声かける (1) ・ アルコール依存症で症状変化が激しく、頻回に連絡で振り回される (1) ・ せん妄症状が出ても自宅で死にたいという強い気持ちはあるが在宅見取りの限界 (1) ・ 成年後見人はいるが、24時間ヘルパーなど種々のサービスのチェックも必要 (1)	
	認知症	・ 訪問日（訪問看護師が訪問する日）を覚えていない (1) ・ 内服薬の管理ができない (6) ・ 認知症により生活が成立できなくなっている (3) ・ 自分の体調について訴え・説明できないので小さな変化に注意 (1) ・ 男性利用者からのセクシャリティな要求 (1)	
家族の対応能力	別居している 家族との交流 参加	・ 家族の考えを確認できない (5) ・ 看取りの段階だが、亡くなってから知らせてよいのか (3) ・ 入院のタイミングが難しい (2) ・ ひとり暮らしの限界について早期から話し合いが必要 (1) ・ 死亡後の対応を役所（土・日の対応）と事前に打ち合わせが必要 (3)	
互助力の充実	地域コミュニティ	・ 近隣住民、友人などの交流のある利用者は訪問看護の定期的な訪問でひとり暮らしは継続している。体調不良で救急車を呼んだ時は訪問看護師が、そうでない場合は家族が車に対応した (1)	
社会保障（サービス・経済面）の充実	多職種連携	・ 多職種となると9~10種だが、個々のサービス担当者数は60名以上になる。この方々に情報を伝え、ケアの方向性を伝えるのは苦勞だった (1) ・ 全介助状態になった時は介護者が必要 (4) ・ 夜間に医師の指示で訪問したが、すでに息を引き取っていた。無念な気持ち (1)	
	生活保護世帯・経済的困窮	・ 要支援や要介護1で使用できるサービスは限界がある。経済的に困窮して自宅に居るしかない場合もある。町内会や近所の声かけ関りがいかに大切かを改めて感じる (2) ・ 熱中症の危険があり冷房器具の必要性を説明しても納得してもらえない (1) ・ 冬期間、火災防止のため暖房器具を使用せず、低体温としもやけ状態になっていた。施設を勧めても自宅で過ごしたいと。本人の意向と生命の安全の倫理的対応が交錯する (1) ・ 経済面で病院受診を控えたりサービスも利用できていない (3) ・ 生活保護・介護保険などを使って生活においては不自由がなく、恵まれた環境で生活している。不満やわがままが多く、公費・財源使い方に疑問を感じる (1)	
緊急時・災害時の対応	緊急時・災害時の対応	・ 自然災害等の対応ができない、遅れる (3) ・ 車椅子での移動は緊急時には困難 (1) ・ 安否確認が必要 (3) ・ 転倒後、ひとりで何もできないため次のヘルパーがくるまでそのままの状態になっていた。 (2)	

認知症等によって自己決定できない利用者や気持ちが揺れ動き複数場所を検討中の利用者の中で、自宅が 56 名と最も多かった。意思表示なし、記載なしが 25 名だった。

7. ひとり暮らし利用者の訪問看護について感じていること、課題（困難）

表 5 に自由記載で訪問看護師がひとり暮らし利用者の訪問看護について感じていること、課題・困難で記述された内容をコード化し、共通性類似性のあるコードをサブカテゴリー化した。さらに内容の類似ごとに分類しカテゴリー化した。

32 のコード（同コードはまとめる）、サブカテゴリー 8 個、カテゴリーとして【病状・精神の安定（生きがいを持って安心して生活を送る）】【家族の対応能力】【互助力の充実】【社会保障（サービス・経済面）の充実】【緊急時・災害時の対応】が明らかになった。

V. 考察

1. ひとり暮らし利用者に訪問看護師が実施しているケア

「まったく身寄りがなく」「家族や親族はいるがほとんど関わりがない」に該当するのは今回の調査対象利用者の 7 割で、実施しているケアは「療養相談」「傾聴」「会話の活性」等の支援内容を必要としていた。年代では 70 歳代以降においてひとり暮らし利用者の増加を認め、ひとり暮らし利用者全体に占める割合が男 7 割、女 8 割強となっている。ちょうど後期高齢者の時期を迎えつつある頃から、ライフイベントとしてのひとり暮らしが始まっていることが伺える。

訪問看護師側から実施している療養相談やその他の自由記載では現在の症状、血圧値、血糖管理、低血糖予防、インスリン自己注射の方法、服薬方法、栄養・食事・献立相談、リハビリ、呼吸リハビリ、整容、保清・入浴方法、住

環境の整備、生活全般、症状と生活の関係生活上の困ったこと、ストマのパウチ交換、尿管閉塞の予防の食事と水分のとり方、不眠・イライラ・体調不良の有無から生活全体の相談である。訪問看護師は利用者の理解度、生活環境、価値観、信条を考慮して衣（医）・食・住の基本と生活習慣をきちんと整えることを利用者に伝え続けていることが推察される。さらに「傾聴」の次に多く行なわれているケアが「会話の活性」だった。ひとり暮らしであれば、自ずと利用者のコミュニケーションの機会が少ないことや気持ちが落ち込まないように、会話を重視している実態が伺われる。

また、利用者の支援のために連携・相談するのはケアマネジャーが最も多く、次いで介護職・ヘルパー、別居の家族・親戚の順であった。そして病院医師、病院看護師、訪問診療医、薬剤師との連携・相談が行なわれていた。また、地域包括センター職員や病院の MSW や近隣住民、友人、介護タクシー運転手、行政福祉職、管理栄養士、他の訪問看護ステーション、弁護士、行政書士、家政婦、医療相談員、生活保護担当者等、連携・相談する専門職種は 30 職種余に渡っていた。

2. ひとり暮らし利用者が利用している社会資源（フォーマルサービス・インフォーマルサービス）と生活課題

今回の調査では訪問看護をまず利用し、その上でどのようなサービスや専門職との連携・相談を行なって利用者は生活を成立させているかを明らかにした。

利用者が活用しているサービスで最も多いのは訪問介護、次いで訪問診療、福祉用具貸与、療養通所介護、訪問入浴、短期入所、通所リハビリテーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問看護であった。生活支援のために介護を入れ、福祉用具も上手に活用し、清潔に関しては訪問入浴を活用する。生活のメリハリをつけ寝たきりにならないように

通所リハビリテーションを活用し、短期入所を使ってひとり暮らしから解放されて、自身のレスパイトケアに繋げていることが伺われる。これらすべてのサービスを活用していなくとも、複数のサービスを組み合わせて、生活が平板化しないように配慮しているといえよう。

また、連携する・相談する専門職、他等として利用者はケアマネジャーが最も多く、次いで介護職・ヘルパー、別居の家族・親戚であり、訪問看護師の場合（連携・相談する専門職、他等）と全く同じであった。

ほとんど介護に関われない状態であったとしても何らかの相談は別居の家族等に行っているものと考えられる。近隣住民、友人、民生委員、地域包括支援センター職員、介護タクシー運転手、町内会・老人会の関係者、アパートの大家、ボランティア、警察官等、インフォーマルサービスに関する関係性も持っている。地域毎の自主グループの活動も少しずつ影響しつつあるのかも知れない。今後の伸びしろとして期待したい領域である。

3. 訪問看護師がひとり暮らし利用者の訪問で感じていること・課題（困難）

自由記載から共通性・類似性のあるコードをまとめ、サブカテゴリー化した。＜頑固な性格＞＜不安＞＜認知症＞＜別居している家族との交流参加＞＜地域コミュニティ＞＜多職種連携＞＜生活保護世帯・経済的困窮＞＜緊急時・災害時の対応＞と命名した。さらに研究者間で協議を行い内容の関連性ごとに分類しカテゴリー化した。【病状・精神の安定（生きがいを持って安心して生活を送る）】【家族の対応能力】【互助力の充実】【社会保障（サービス・経済面）の充実】【緊急時・災害時の対応】の5項目のカテゴリーが導かれた。訪問看護師は多岐にわたる生活構成要素に目配り気配りしている。看護だけでは解決できない経済面や別居している家族の意見・参加がない状況では通常以上の責任を自覚し、さらに倫理感も感じなが

ら利用者一人ひとりの唯一無二の人生に関わっている。経済的に厳しく、自宅に居ることを余儀なくされている利用者については、医療的ケアが必要とするのは3割で、後の7割の方は療養相談等によって生活を組み立てられる方である。Lauton, M.P は人間の生活機能を7つに体系化し、高次から低次へ、複雑から単純へと生活機能を喪失していく（新開、2003）高齢者の変化を説明している。フレイルな高齢者は、身の回りの動作である身体的自立は維持されている一方、人との親密なつきあいや社会交流といった社会的役割、本を読むなどの状況対応、外出、買い物、調理などの手段的自立を含む高次な生活機能が障害されている人が多い。そこで、地域の元気高齢者による安否確認や住民のお茶会で会話の活性を図り、高次な生活機能を維持する期間の延長に寄与することも可能であろう。このお茶会に看護職が入り、健康、食事、住まい、清潔等、生活に関する療養相談を組み込めば、一人ひとりの自宅を訪問する看護師を待っている生活から、洋服を着替えて集会所に出かけるデイケアとして活用できる。

4. 最期まで地域での生活を実現するには

今回、カテゴリー化された5項目において充実・安定することによって、ひとり暮らしの在宅療養者の生活の継続ができる要因が示唆されたといえよう。

一方、ひとり暮らしの限界があることを訪問看護師は語っている。サービス付高齢者向け住宅や有料老人ホームは経済的ゆとりがあれば可能であるが、そうでない場合はどのような選択をしたらよいのであろうか。最期を迎えたいと希望する場所で56名（52.8%）が自宅と答えている。一方、厚生労働省（2018）の「さまざまな人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について：最期を迎えたい場所（2017年）」で「自宅/居宅」と回答したものは69.2%である。全国調査の数値

より低いのは健康状態が悪化した場合のひとり暮らしの限界を療養者自身も感じ、考えていることも推測できる。

今後さらに後期高齢者が増え、施設入所が困難となれば高齢者同士が地域で集まって暮らす、という発想も必要になるのかもしれない。フレイルがそれほど進んでいない高齢者がややフレイルが進んでいる高齢者のお世話をする「シェアハウス」も考えられる。ますます、顔の見える関係を少しずつ丁寧に既存の方法にとらわれないうで構築する必要がある。

5. 本研究の意義と限界

本研究にはいくつかの限界がある。調査票の対象者はA県のみであり、地域の影響を受けていることは否めない。2点目に本調査は訪問看護師から療養者をとらえているため、利用者の思いを限られた情報で捉えている場合がある。これらの限界はあるものの、延べ100名以上の訪問看護師が日頃の実践の中で、ひとり暮らしの利用者へどのような支援を行っているのか、また、利用者が活用している社会資源と生活課題の実態把握のための回答協力を得ることができた。現在の実態と来たるべき時代(2025問題他)の課題を示すことができた。

VI. 結論

1. ひとり暮らし利用者は70歳代以降に増大し、療養相談、傾聴、会話の促進の不安緩和・コミュニケーションを促進するケアが必要とされる。
2. 利用者は訪問看護師の他にケアマネジャー、介護職・ヘルパー、別居の家族・親戚と連携・相談している。
3. 訪問看護師はひとり暮らし利用者の【病状・精神の安定(生きがいを持って安心して生活を送る)】【家族の対応能力】【互助力の充実】【社会保障(サービス・経済面)の充実】【緊急時・災害時の対応】において課題を感じていた。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただきました訪問看護ステーション管理者と訪問看護師のみなさまに心より御礼申し上げます。

VII. 参考文献

- 關 優美子, 森山 恵美, 生野 繁子(2019).一人暮らし在宅療養者や支援者間での地域連携が困難な要因 訪問看護ステーションの調査を通して・日本看護福祉学会誌,24(2),227-242
- 關 優美子, 森山 恵美, 土井 雅恵(2017).訪問看護ステーションを利用している一人暮らし在宅療養者の実態調査 一人暮らし在宅療養者への訪問看護実践データから ヘルスサイエンス研究, 21(1),55-65
健康長寿ネット
<https://www.tyojyu.or.jp/net/kenkou-tyoju/tyoju-u-shakai-mondai/koreisha-dokkyomondai.html> (2019年11月10日アクセス)
- 厚生労働省(2018).さまざまな人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について.
51-53https://www.mhlw.go.jp/touei/list/dl/saisyu_iryu_a_h29.pdf(2018年9月20日アクセス)
- 前馬 理恵, 矢出 装子, 山田 和子(2018).看護ステーションにおける独居高齢者の看取りの現状と課題,日本看護学会論文集,在宅看護 48, 31-34
- 増田寛也,「地域消滅時代」を見すえた今後の国土交通戦略のあり方について:国土交通施策研究所「政策課題勉強会」
http://www.mlit.go.jp/pri/kouenkai/syousai/pdf/b_141105_2.pdf (2018年9月20日アクセス)
- 松浦 元美, 石原 裕子, 上田 由美子他(2017).ひとり暮らしを地域で支えるために「家で過ごしたい」という気持ちに寄り添う支援をめざして,公立みつぎ総合病院誌 22(1),90-92
宮城県の人口と世帯
<https://jp.gdfreak.com/public/detail/jp01005000001004000/2> (2019年11月10日アクセス)
- 水野敏子他(2015).「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にする終末期看護モデルの構築,科研報告書,課題研究番号 25463598
- 新開省二(2003).疫学調査からみた高齢者の生活機能の変化とその要因、地域保健、34(3),48-59