

〔資料〕

## 行政機関相談窓口における痴呆性老人の相談に関わる検討

掛本 知里\* 鎌田ケイ子\*\*

### STUDY ON COUNSELING THE DEMENTED ELDERLY AT FRONT DESK OF ADMINISTRATION OFFICE FOR COMMUNITY HEALTH CARE

Satori KAKEMOTO\*, Keiko KAMATA\*\*

本研究は、在宅痴呆性老人がその生活を継続していく上でのニーズを明らかにするために、平成10年4月～11月の8ヶ月間に、東京都内T区西部地域保健センター窓口で相談したもののうち、被介護者が痴呆性疾患を有する135名について相談記録の分析を行なった。

結果、①被介護者の症状は「物忘れ」や「認知障害」といったものや、家庭での介護上で大きな問題となる「徘徊」「妄想」「不眠・不穏」が多かった。②相談者は子供や子供の配偶者が多数を占めていた。③相談内容は具体的にサービスを活用することに関わる相談が多かった。④相談に対する対応としては、申請手続きや情報提供が多かった。⑤問題の困難性に応じ、対応の違いが示されている。

本研究を通じ、相談窓口に来所した相談者のニーズが明らかにされ、さらに今後、地域において必要な支援システムを構築していく上での課題が示された。

キーワード：痴呆性老人、在宅ケア、相談、行政機関

#### Abstract

The purpose of this study was to investigate needs for demented elderly in the community so as to enable their continued stay in their homes. We conducted a survey of 135 records where caregivers of the demented elderly came to the community health center to ask about problems of demented elderly.

Result of our study were ;

- 1) Main symptoms of demented elder in the community were forgetfulness, cognitive impairment, surrounding, delusion, insomnia, or unrest.
- 2) Caregivers who came to community health center to ask about their demented elderly were mainly children.
- 3) Main caregivers question was about utilization of social services for the demented elderly.
- 4) Community health center offered application for or information about their services for caregivers.
- 5) Services that was offered for caregivers varied with the type of problems.

Through our study we could find out about the needs of caregivers that come to the community health center. We need more studies to build community health care systems for demented elderly.

Key Words : Demented Elderly, Home care, Counseling, Administrative office

\* 東京女子医科大学看護学部 (Tokyo Women's Medical University, School of Nursing)

\*\* 東京都老人総合研究所 (Tokyo Gerontological Institution)

## 1. はじめに

我が国は世界一の長寿国であり、高齢人口、特に後期高齢者人口が飛躍的に増加している。人口の高齢化に伴い、痴呆性老人の増加は避けることのできない問題である。平成2年度の推計では、痴呆性老人の数は全国で約100万人と言われており、平成12年には160万人にまで増加すると予想されている（厚生省, 1999）。100万人の痴呆性老人のうち、約25万人が施設に入院・入所している（厚生省, 1999）が、それ以外の痴呆性老人は在宅で生活している。今後、痴呆性老人の数が増加するのに伴い、在宅で生活する痴呆性老人の数も増加するものと予想される（大塚, 1992, 日野原 1992）。

痴呆性老人を抱えた家族にとって、その介護は大きな身体的、精神的負担となっている。施設での介護の限界を超えたため受け皿が無いまま家庭に戻ってきている重度の痴呆性老人も多いと言われており（矢内, 1991）、このような重度の痴呆性老人の存在は、家族の負担をさらに大きなものとしている。在宅で生活する痴呆性老人の数が増加する中で、家族に対する支援も含め、その在宅での生活をどのように支えていくかは、地域ケアの大きな課題である。在宅ケアを支援するために、デイケア・デイサービス・ショートステイ等を含めた、各種のサービスが地域における社会資源として提供されている。痴呆性老人の日々の生活を支援していくためには、地域における社会資源を適確に活用していくことが重要である。また今後、介護保険が導入されるていく上で、地域における社会資源を効率的に活用し、適確な支援システムを確立していくことが、痴呆性老人の生活を支えるためにさらに重要になってくる。そのためには、対象者のニーズをアセスメントし、ニーズに基づいた支援システムを各地域において構築することが必要である。特に、在宅痴呆性老人に対する介護の実態調査等（露木, 1993, Kim, 1993, 斎藤, 1994）にも示されるように、現在の在宅介護支援制度は介護能力のある専従の介護者の存在を必要条件としており、介護者である家族の介護負担に対する支援システムの構築が緊急の課題である。

本研究では、ニーズに基づいた痴呆性老人の支援システムを今後構築するための基礎的資料を得るために、地域で生活している痴呆性老人が在宅での生活を継続していく上での問題や、必要としている保健福祉サービス、すなわち彼らのニーズを明らかにすることを目的としている。特に住民が広く利用できる行政機関の相談窓口で

の相談内容を分析すること、またその相談窓口での対応内容を検討することにより、在宅で生活している痴呆性老人およびその介護者のニーズおよび現在行なわれているサービスの提供状況、すなわちニーズに対する対応状況を明らかにすることが可能になる。これらのことを分析検討することにより、今後、地域における痴呆性老人の生活を支えていくために必要な支援システムの構築のための資料の一端を明らかにすることが可能になるものとする。

## 2. 研究方法

### 1) 対象

本研究においては、平成10年4月～11月の8ヶ月間に、東京都内T区西部地域保健センター窓口で相談したもののうち、①被介護者の疾患が精神疾患・脳神経疾患であることが明らかなる者、②保健婦が痴呆に関わる相談を行った者、③現在痴呆性老人デイケアを利用している者、179名のうち、相談記録上に何らかの痴呆性疾患の記載があったもの135名について調査を行った。

地域保健センターの相談窓口において、相談者が在宅での療養生活に関して何らかの相談があり来所した場合、その日の担当である保健婦・ソーシャルワーカー・事務職等の職員がそれぞれ相談内容に対し適時対応し、その相談内容・対応状況については担当者が共通の記録用紙に記録を行なっている。

### 2) 調査方法

地域で生活する痴呆性老人が在宅での生活を継続していく上で、問題となることおよび必要としている保健福祉サービスを明らかにするため、135名の調査対象者の相談記録を分析した。相談記録から被介護者の基本的属性、被介護者の痴呆症状、家族構成、相談内容、相談回数、対応内容、利用している保健福祉サービスについて明らかにし、コーディングを行なった。なお、コーディングは保健婦の資格を有する2名の調査員が行い、不明確なものについては、その場で話し合い、コーディングを一致した基準のもとに行なった。また、「その他」としてコーディングした項目については、同時にその内容を記述し、集計の際にカテゴリーを新たに作り、コーディングを行なった。

なお、調査結果の分析については統計ソフト HALBAU for Windows Ver. 5.22を用いた。

## 3. 結果

## 1) 調査結果の概要

①被介護者の基本的属性および痴呆性疾患に関わる症状  
被介護者は、男性42名(31.3%)、女性93名(68.9%)と男性に比べ女性が多く、その平均年齢は83.0±7.4歳であった。被介護者が示している痴呆症状については、表1に示すように、「物忘れ」が最も多く、次いで「認知障害」「不眠・不穏」「徘徊」「妄想」の順となっていた。また、ケースによっては痴呆症状の存在については記録されているものの、症状の詳細が不明であった者もあり、その場合は「痴呆症状」としてコーディングを行った。また、これらの症状については複数回答でコーディングを行っており、いくつかの症状が重複して示されているケースも多く見られた。

表1 被介護者の痴呆症状 (N = 135・複数回答)

痴呆症状	人数 (%)
物忘れ	47 ( 34.8)
認知障害	34 ( 25.2)
徘徊	24 ( 17.8)
妄想	22 ( 16.3)
幻覚	11 ( 8.1)
失禁	19 ( 14.1)
事故	10 ( 7.4)
不眠・不穏	28 ( 20.7)
暴言	4 ( 3.0)
暴力	5 ( 3.7)
うつ状態	17 ( 12.6)
不潔行為	14 ( 10.4)
痴呆症状	33 ( 24.4)
その他	3 ( 2.2)

## ②被介護者の家族構成

被介護者の家族構成としては、「子供の家族等との多世帯同居」が62世帯(46.6%)と最も多く、次いで「高齢夫婦世帯」が43世帯(32.3%)となっていた。また、「独居」であるものも15名(11.3%)いた。

同居者として最も多いのは「子供」93名(69.9%)であり、次いで「子供の配偶者」61名(45.9%)、「孫」44名(33.1%)、「配偶者」43名(32.3%)の順となっていた。被介護者の世帯あたりの平均家族数は2.3±1.4人であった。

なお、被介護者について相談に訪れたものについては表2に示すように、「子供」が最も多く、全体の半数以上となっており、次いで「子供の配偶者」が多かった。ケースによっては近隣の住民等の「他人」が相談窓口を訪れるケースもあった。

表2 相談者 (N = 133・複数回答)

相談者	人数 (%)
子供	75 ( 56.4)
子供の配偶者	29 ( 21.8)
その他の肉親	13 ( 9.8)
本人	8 ( 6.0)
他人	8 ( 6.0)
配偶者	6 ( 4.5)

## ③相談内容・相談回数等

相談内容については表3に示すように、「デイケア・デイサービス・ショートステイ等の利用」についての相談が最も多く、次いで「福祉機器の利用」「ホームヘルパーの派遣」に関わるものが多くなっていた。

表3 相談内容 (N = 135・複数回答)

相談内容	人数 (%)
デイケア・デイサービス ショートステイ等の利用	74 ( 54.8)
福祉機器の利用	67 ( 49.6)
ホームヘルパーの派遣	67 ( 49.6)
他の保健福祉制度	59 ( 43.7)
介護上の問題についての相談	45 ( 33.3)
保健福祉サービスの情報収集	44 ( 32.6)
オムツの利用	37 ( 27.4)
入浴サービスの利用	37 ( 27.4)
施設紹介・入所申請	36 ( 26.7)
訪問看護の利用	29 ( 21.5)
病院紹介	27 ( 20.0)
その他	8 ( 5.9)

相談回数については、平均5.1±4.4回であり、数回にわたって相談窓口を利用しているものも多かった。また、ケースの中には必要に応じ、保健婦・ソーシャルワーカー等の専門職が被介護者宅を訪問した場合もあり、全く訪問しなかったケースも56件(41.5%)あったが、平均1.1±1.2回訪問を行っていた。また、これらの窓口もしくは訪問による相談に対して、行なった対応については、表4に示すように、「申請手続き」を行なったもの

表4 対応内容 (N = 135・複数回答)

対応内容	件数 (%)
申請手続き	113 ( 83.7)
サービスについての情報提供	106 ( 78.5)
他機関紹介	39 ( 28.9)
専門知識の提供	25 ( 18.5)
保健所との協力	25 ( 18.5)
担当者等の調整	24 ( 17.8)
話を聞く	11 ( 8.1)
介護者の精神的サポート	5 ( 3.7)

表5 痴呆症状と相談内容

	サービスの情報(%)	福祉機器の利用(%)	ヘルパーの派遣(%)	デイ・ショートの利用(%)	オムツの利用(%)	入浴サービスのバス(%)	訪問看護の利用(%)	病院紹介(%)	介護上の問題(%)	他の保健福祉制度(%)	施設紹介入所申請(%)	その他(%)	合計(%)
物忘れ	15(31.9)	19(40.4)	24(51.1)	29(61.7)	7(14.9)*	7(14.9)*	6(12.8)	11(23.4)	14(29.8)	20(42.6)	17(36.2)	2(4.3)	47(100.0)
認知障害	10(29.4)	15(44.1)	16(47.1)	18(52.9)	8(23.5)	8(23.5)	6(17.6)	7(20.6)	12(35.3)	17(50.0)	10(29.4)	1(2.9)	34(100.0)
徘徊	7(29.2)	8(33.3)	15(62.5)	18(75.0)*	7(29.2)	6(25.0)	4(16.7)	5(20.8)	5(20.3)	12(50.0)	13(54.2)**	1(4.2)	24(100.0)
妄想	7(31.8)	5(22.7)**	8(36.4)	12(54.5)	5(22.7)	2(9.1)*	5(22.7)	9(40.9)**	11(50.0)	10(45.5)	6(27.3)	2(9.1)	22(100.0)
幻覚	4(36.4)	6(54.5)	4(36.4)	5(45.5)	3(27.3)	2(18.2)	3(27.3)	2(8.2)	5(45.5)	5(45.5)	6(54.5)*	0(0.0)	11(100.0)
失禁	12(63.2)**	12(63.2)	13(68.4)	17(89.5)**	10(52.6)**	10(52.6)**	7(36.8)	6(31.6)	7(36.8)	13(68.4)*	9(47.4)*	1(5.3)	19(100.0)
事故	2(20.0)	4(40.0)	8(80.0)*	8(80.0)	3(30.0)	2(20.0)	2(20.0)	3(30.0)	4(40.0)	6(60.0)	5(50.0)	0(0.0)	10(100.0)
不眠・不穏	8(28.6)	16(57.1)	14(50.0)	19(67.9)	13(46.4)*	7(25.0)	9(32.1)	5(17.9)	6(21.4)	16(57.1)	8(28.6)	0(0.0)	28(100.0)
暴言	1(25.0)	1(25.0)	1(25.0)	1(25.0)	1(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(50.0)	1(25.0)	1(25.0)	2(50.0)	0(0.0)	4(100.0)
暴力	3(60.0)	3(60.0)	2(40.0)	3(60.0)	2(40.0)	2(40.0)	1(20.0)	3(60.0)*	2(40.0)	4(80.0)	3(60.0)	1(20.0)	5(100.0)
うつ状態	4(23.5)	9(52.9)	11(64.7)	10(58.8)	3(17.6)	4(23.5)	3(17.6)	2(11.8)	8(47.1)	10(58.8)	5(29.4)	0(0.0)	17(100.0)
不潔行為	6(42.9)	4(28.6)	5(35.7)	9(64.3)	3(21.4)	3(21.4)	1(7.1)	3(21.4)	4(28.6)	7(50.0)	5(35.7)	1(7.1)	14(100.0)
痴呆症状	11(33.3)	18(54.5)	17(51.5)	14(42.4)	9(27.3)	14(42.4)*	9(27.3)	6(18.2)	12(36.4)	13(39.4)	4(12.1)*	3(9.1)	33(100.0)
その他	1(33.3)	2(66.7)	1(33.3)	3(100.0)	2(66.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	3(100.0)
合計	44(32.6)	67(49.6)	67(49.6)	74(54.8)	37(27.4)	37(27.4)	29(21.5)	27(20.0)	45(33.3)	59(43.7)	36(26.7)	8(5.9)	135(100.0)

\*p<0.05 \*\*p<0.01

表6 痴呆症状と対応内容

	情報提供(サービス)(%)	申請手続き(%)	専門知識の提供(%)	話を聞く(%)	他機関紹介(%)	保健所の協力(%)	担当者等との調整(%)	介護者の精神的サポート(%)	合計(%)
物忘れ	40(85.1)	41(87.2)	9(19.1)	4(8.5)	17(36.2)	12(25.5)	6(12.8)	1(2.1)	47(100.0)
認知障害	29(85.3)	30(88.2)	7(20.6)	1(2.9)	14(41.2)	9(26.5)	4(11.8)	0(0.0)	34(100.0)
徘徊	18(75.0)	19(79.2)	6(25.0)	1(4.2)	3(12.5)	7(29.2)	6(25.0)	0(0.0)	24(100.0)
妄想	20(90.9)	17(77.3)	4(18.2)	3(13.6)	13(59.1)**	8(36.4)*	3(13.6)	1(4.5)	22(100.0)
幻覚	10(90.9)	10(90.9)	2(18.2)	0(0.0)	7(63.6)**	4(36.4)	0(0.0)	1(9.1)	11(100.0)
失禁	17(89.5)	19(100.0)*	8(42.1)**	0(0.0)	7(36.8)	4(21.1)	5(26.3)	0(0.0)	19(100.0)
事故	8(80.0)	9(90.0)	3(30.0)	0(0.0)	5(50.0)	3(30.0)	3(30.0)	0(0.0)	10(100.0)
不眠・不穏	23(82.1)	27(96.4)*	5(17.9)	1(3.6)	10(35.7)	4(14.3)	5(17.9)	3(10.7)*	28(100.0)
暴言	3(75.0)	3(75.0)	1(25.0)	0(0.0)	3(75.0)*	2(50.0)	1(25.0)	1(25.0)*	4(100.0)
暴力	5(100.0)	5(100.0)	1(20.0)	1(20.0)	2(40.0)	3(60.0)*	2(40.0)	0(0.0)	5(100.0)
うつ状態	16(94.1)	15(88.2)	2(11.8)	0(0.0)	3(17.6)	2(11.8)	2(11.8)	0(0.0)	17(100.0)
不潔行為	11(78.6)	13(92.9)	4(28.6)	0(0.0)	6(42.9)	2(14.3)	3(21.4)	1(7.1)	14(100.0)
痴呆症状	21(63.6)*	25(75.8)	3(9.1)	5(15.2)	6(18.2)	4(12.1)	9(27.3)	1(3.0)	33(100.0)
その他	2(66.7)	2(66.7)	1(33.3)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	3(100.0)
合計	106(78.5)	113(83.7)	25(18.5)	11(8.1)	39(28.9)	25(18.5)	24(17.8)	5(3.7)	135(100.0)

\*p<0.05 \*\*p<0.01

が最も多く、次いで「サービスについての情報提供」が多くなっていった。

#### ④保健福祉サービスの利用状況

被介護者が利用している保健福祉サービスについては、「ショートステイサービス」を利用（登録）しているものが56名（41.5%）と最も多く、次いで「おむつ助成」が55名（40.7%）、「デイサービス」を利用しているもの52名（38.5%）、「訪問看護指導」50名（37.0%）、「ホームヘルパーの助成」47名（34.8%）、「車椅子の貸与」43名（31.9%）の順となっていた。

### 2) 痴呆症状と相談内容・対応方法および保健福祉サービスについて

ここでは示されている痴呆症状と相談内容、対応方法等がどのように関連しているかについて検討を行った。痴呆症状と相談内容の関連性については、表5に示すように「失禁」のあるものが全体的に各種のサービスについて相談しているものが多く、また「妄想」「徘徊」といった痴呆症状をしめしている場合、「病院の紹介」や「施設の紹介・入所申請」といった入院・入所を求めているものが他に比べ多くなっていった。

痴呆症状と対応内容の関連性については、表6に示すように「失禁」については「専門知識の提供」を行っている場合が多く、また「妄想」「幻覚」のあるものについては、専門医療機関等の「他機関の紹介」を行っているものが多くなっていった。

## 4. 考 察

### 1) 相談窓口に来所する在宅痴呆性老人の問題

保健センターという行政機関の相談窓口における痴呆相談を取り上げ、その相談内容を分析した。在宅の痴呆性老人の家族に対する実態調査において、家族が痴呆と気づいた変化は物忘れに関連した行動が最も多いと報告されている（露木, 1993）が、ここでも被介護者が示している痴呆症状は「物忘れ」や「認知障害」といったものが多かった。一方、前述の実態調査においては「夜間不眠・徘徊」「盗られ妄想・被害妄想」「暴力・暴言」が専門機関への相談を決意した症状の主なものとして示している（露木, 1993）が、ここでもこのような家庭で介護する上で大きな問題となる「徘徊」「妄想」「不眠・不穏」といった症状を示しているものも多く、また複合的にいくつかの症状を示しているケースもあった。在宅で生活している痴呆性老人の有する代表的な問題行動がここ

に示されている。

相談者は子供や子供の配偶者が多数を占めており、被介護者の配偶者などによる相談は少なかった。高齢夫婦世帯や独居世帯においても、本人や配偶者からの相談は比較的少なく、別居している子供や子供の配偶者、時には近隣の住民やケースに関わっている専門職が相談に来所する場合もある。このように相談窓口に来所しやすい家族が同居していない場合、問題を早期段階において発見し、相談に結びつけることが困難になる。家族形態が徐々に変化し、高齢夫婦世帯や独居者等の高齢者単身世帯が増加する中、今後問題を早期に発見し、問題が深刻化する前に対処していけるよう、何らかの対策を検討していくことが重要になる。

相談内容については「デイサービス・デイケア・ショートステイの利用」「ホームヘルパー派遣」等の具体的にサービスを活用することに関わる相談が多く、介護上の問題への相談は、33.3%と全体の約1/3にとどまっている。相談窓口の利用者の多くは、すでに保健福祉サービスに関して情報を持っており、実際のサービスの活用について相談に来所している。すなわち、相談者は行政機関の窓口へ、実際の社会資源の活用に関して相談に訪れている場合が主であり、これは行政機関窓口における相談内容の特徴の一つであると言える。

また、相談に対する対応としては、申請手続きを行なっているものが8割以上と最も多く、実際にサービスを活用することを目的に来所した相談者のニーズにあった対応がなされている。また、サービスに関わる情報提供も8割近くにされているが、デイサービス・デイケア、ショートステイの利用、福祉機器の利用、ホームヘルパーの派遣といったサービスの利用に関して相談に訪れた相談者に対し、それに加えより多くの活用可能な社会資源についての情報提供が行なえている。痴呆性老人の在宅での生活のQOLを高め、その生活を最大限に延長していくためには、本人および家族を支えるための社会資源を最大限に活用することが重要である。そのためにも、相談者が相談窓口に来所した機会を捕らえ、さらに広範囲な情報を提供し、社会資源を有効に活用するよう援助していくことが重要になる。

在宅痴呆性老人の家族へのサポートとして、本間は①情緒（情動）的サポート、②実践的サポート、③情動的サポート、④互助的サポートの4つに分けている（本間, 1992）が、相談窓口においては特に②③のサポートが重要であると言える。

## 2) 痴呆症状別の相談内容および対応

痴呆症状別の相談内容をみると、「失禁」のあるものは他の症状があるものに比べ、各種のサービスの活用、特に「デイサービス・デイケア・ショートステイの利用」に関して相談を行なっている場合が多く、「妄想」や「徘徊」といった症状を示しているものは、病院の紹介、施設紹介や入所について相談している場合が多い。「失禁」といったサービスを活用することにより比較的対応が可能な問題と、「妄想」や「徘徊」といった家庭内での対応が困難である問題に対して、家族がとろうとしている対応の違いが示されている。

また、それぞれの相談に対する対応については、「失禁」がある場合は、全てのケースが「申請手続き」を行なっており、また「専門知識の提供」を受けているものも他の症状を示している場合に比べて多くなっている。しかし、「妄想」「幻覚」がある場合については、実際に「他機関紹介」をしているものが多くなっている。示される症状によって、家族が介護上の工夫をしたり、保健福祉サービスを活用することにより、在宅で生活する痴呆性老人のQOLを高め、そしてその在宅での生活を継続していける場合もあるが、場合によっては、医療的な治療が必要となり、もしくは施設内ケアが必要となることもある。窓口においては、来所した相談者の問題を適確に把握し、それぞれの問題に応じた必要な対応を行なっていくことが重要である。

## 5. まとめ

今回の調査により、痴呆性老人を抱える家族がどのような認識やニーズをもって行政の相談窓口を活用しているのか、またそれに対し行政窓口としてどのような対応をしているのかが、明らかにされた。本研究では行政の相談窓口を活用した家族の問題だけを検討対象としたが、地域において必要な支援システムを構築していく上で、今後は、さらに相談窓口を訪れる以外の痴呆性老人の家族が抱えるニーズを明らかにしていくことが必要であり、そのような表面化していないニーズを含めた、痴呆性老人のニーズに対応できる支援システムのあり方を

検討する必要がある。

地域で活動を展開する看護職は在宅ケアの組織化を行なっていくことが重要な役割の一つである（高崎、1994）。様々な職種のものが関わる相談窓口において、看護職はそれぞれのニーズに即した適切な対応ができていくかを評価し、適切な標準化された対応を検討していくことが、今後、支援システムを構築していく上でも重要であろう。

本研究は、平成10年度厚生省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業（主任研究者：小西美知子）の助成を受けて行なったものである。

### <引用文献>

- ・大塚俊男：痴呆性老人対策の現状と課題，保健婦雑誌，48（2），98-104，1992.
- ・厚生統計協会：国民衛生の動向，厚生指針，46（9），121，1999.
- ・斎藤正彦：東京都区部における在宅痴呆老人介護の実態と介護者の負担，老年精神医学雑誌，5（2），187-196，1994.
- ・高崎絹子：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），763-771，1994.
- ・露木敏子：東京都における在宅痴呆高齢者の現状と課題（第1報）—対応困難なケースを中心に，保健婦雑誌，49（1），51-59，1993.
- ・日野原重明：老年期痴呆と家庭看護—痴呆性老人の家庭看護の意義，老年精神医学雑誌，3（10），1083-1086，1992.
- ・本間裕子：痴呆患者のケア上の諸問題と対応—家族支援のポイント，臨床看護，18（4），519-522，1992.
- ・矢内伸夫：痴呆の行動障害の理解と介護—痴呆性老人処遇の場から（1），老年精神医学雑誌，2（3），272-276，1991.
- ・Kim Eri他：韓国における在宅老人の痴呆症状と介護状況に関する研究，日本看護科学会誌，13（2），37-44，1993.