St. Luke's International University Repository

Home Care Nursing Practice During the First Month of Care and a Later Month: Comparison of Nursing Problems, Interventions and Outcomes -

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2021-03-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 酒井, 昌子, Sakai, Masako メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00014881

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.

―― 原　著 ――

在宅療養時期の違いによる訪問看護実践の特徴
―オマハシステムを用いた訪問看護記録の分析―

酒　井　昌　子[1)]

要　　旨

本研究の目的は、「オマハシステム」を用いて訪問看護記録から高齢者介護世帯の在宅療養時期の違いによる支援の特徴を明らかにすることである。高齢者介護世帯100名を対象とし、訪問看護導入後１ヶ月間を導入期、長期化した１ヶ月間を安定期とし、２時期の訪問看護記録における看護上の問題と介入をコード化した。問題別アウトカムは、各期の開始時と１ヶ月後のアウトカムを測定した。データの妥当性、信頼性を高めるためコード化と問題別アウトカム測定を事業所管理者と担当看護婦に確認した。データ分析は問題、介入、アウトカムの記述統計量と両時期の問題と介入の出現にχ^2検定、問題別アウトカムは対応のあるｔ検定を行った。その結果、問題は導入期に有意差が認められたものは「社会資源」($p<0.001$)、「清潔」($p<0.001$)、「ケアを行う」($p<0.01$) であった。安定期に有意差が認められたものは「身体的活動」($p<0.05$) のみだった。介入方法の出現割合は両時期とも「調査・監視」(55%) が多く、直接的ケアである「治療・処置」(20%)、「教育・指導」(15%) が続き、「ケースマネジメント」(５%) は少なかった。導入期に有意差が認められた問題について、「調査・監視」、「指導・教育」、「ケースマネジメント」が有意に多く介入が行われていた。問題別アウトカムでは、大きな改善が認められた問題は、導入期に多かった。安定期は全体的に現状維持の傾向であった。これらから高齢者介護世帯の訪問看護の導入期は、介護態勢の不備による問題が多く出現し、それに対し「指導・教育」、「ケースマネジメント」の積極的な介入を行うことが問題の改善につながっていた。安定期は、高齢者の機能低下に伴う活動低下の問題が出現傾向にあり、「調査・監視」の介入を中心に予防に努め、現状維持の成果につなげていた。今後は、長期化する在宅療養に対しQOL向上のために、地域サービスの充実への働きかけなど訪問看護の充実が望まれる。

キーワーズ

訪問看護　訪問看護記録　オマハシステム　在宅療養導入期　長期在宅療養

Ⅰ．はじめに

高齢化が進む今日、高齢者を取り巻く家族形態は、子どもとの同居率が低下し、高齢者の一人暮しや高齢者夫婦のみで暮らす高齢者が年々増加し大きく変化している[1)]。このような要介護高齢者を抱える家族においては、高齢者同士の介護によって低くなりがちな家族介護力の低下とともに介護期間が長期化する傾向にある[2)]。これまで高齢者介護については、介護者の介護負担の側面から多くの研究が行われてきた[3)~5)]。60歳以上の高齢介護者は、若い介護者と比べて介護協力者、介護者の健康状態に不利な状況がみられ、また、高齢介護者の被介護者においてもADLが低い上に、臥床時間が長く移動範囲が小さくなるなど被介護者への影響も報告されている[6)]。介護期間については、介護期間が長期化するほど、介護負担感が増す傾向であるが、その反面、長期化するほど介護者の介護対処として、問題解決に向けた具体的な行動ができるという前向きな変化もみられる[7)]。しかし、こられの先行研究において、老老介護といわれる高齢者介護世帯や長期化する在宅療養時期に焦点をあてた研究はあまりみられない。

一方、在宅医療の推進に伴い発展してきた訪問看護は、その支援の個別性や密室性から、実際にどのようにケアが行われているか、その実態はあまり明らかではない。米国では、高騰する医療費対策に対して、サービスの質の保証をアウトカムで示す研究に集中している。こうした取組みの１つにアウトカムをベースに開発されたホームケア用記録用紙を用いた『オマハシステム問題分類方式（以下『オマハシステム』とする)』がある。これは

受付日2002年２月15日　受理日2002年５月16日
１）聖路加看護大学

ネブラスカ州オマハの訪問看護協会が、連邦政府の資金を得て約20年間にわたり開発が進められ、既に信頼性も検証されており、在宅ケア、学校保健、地域保健など幅広く活用できるものになっている[8]。この『オマハシステム』は、「問題分類方式」、「介入方法」、「問題別成果評定尺度」の3つ部分から構成されており、これらは看護診断、看護介入、結果・評価の一連の看護過程にあたる。「問題分類方式」や「介入方法」はそれぞれ4つの領域やカテゴリーで構成され、さらにそれぞれの下位項目を全てコードで表すことができる。アウトカムの「問題別成果評定尺度」は、問題別に5段階リカート尺度で評定する。このような『オマハシステム』の利点として、コードの幅が広く利用範囲が広いこと、問題から介入まで一貫して実施ができること、アウトカム評定により患者の問題解決状況やサービス、目標の達成状況を記録できることが挙げられている[9]。

そこで、本研究の目的は、65歳以上の高齢者介護世帯の訪問看護について、この『オマハシステム』の問題、介入方法のコードおよびアウトカム評定を用いて量的に記述することにより、訪問看護の導入期と長期化した時期の違いによる看護問題や介入方法、成果を明らかにすることである。

Ⅱ．対象と方法

1．期　間

本研究は、2000年8月から12月の期間に以下の方法で実施した。

2．対　象

1996年3月から1999年8月の3年間に、S県H市内の同系列の訪問看護ステーション3ヶ所において、初めて訪問看護を利用した高齢者介護世帯（利用者、主介護者がともに65歳以上の世帯で独居も含む）のうち、精神疾患、末期の悪性腫瘍や人工呼吸器装着中の利用者は除き研究の同意が得られた100世帯を対象とした。

3．方　法

1）データの抽出

訪問看護の開始から1ヶ月間を「導入期」、2000年の8月～9月の1ヶ月間を「安定期」として、2期間の毎回の訪問看護記録から、対象者とその家族の看護上の問題や看護介入の部分を抽出した。

(1)　問題と介入のコード化

『オマハシステム問題分類方式』に基づいた『問題・介入コード』を用いて、導入期、安定期の看護上の問題と看護介入をコード化した。問題のコード化は、調査期間1ヶ月間に出現した看護上の問題を、4つの問題領域に属する40の問題コードの中からあてはまるコードをつけた。

看護介入のコードは、4つの介入方法（「教育・指導」、「治療・処置」、「ケースマネジメント」、「調査・監視」）とし、訪問看護記録の問題別の介入を4つの介入方法のいずれかに分類した。

(2)　問題別アウトカムの測定

対象者の問題別アウトカムは、『オマハシステム』の問題別成果評定尺度（5段階リカート尺度）に基づき、「知識」、「行動」、「状態」の3分野を測定した。得点が高いほうがよい状態を示す。測定は、導入期、安定期のそれぞれの時期の開始時と1ヶ月後の2時点を測定しその変化をみた。

2）データの妥当性と信頼性

予備調査において、実際の訪問看護記録の記述を『オマハシステム』に基づいてコード化することの妥当性と1ヶ月間の調査期間の妥当性を確認した。その結果、熟練訪問看護婦のスーパーバイズを受け、一部のコード内容の整理を行なった。調査期間については、調査対象の変化が得られたためほぼ妥当と判断した。本調査では、コードの信頼性を高めるために、研究者が測定した問題、介入コード、アウトカムについて事業所管理者と受け持ち看護婦に確認した。

3）データの集計・分析

データの集計分析はSPSSver9.0を用いて行った。

(1)　問題と介入方法

各々の対象者ごとに、導入期、安定期の期間中に出現した問題、問題別の介入方法の「あり」、「なし」を（1、0）で入力し、時期ごとに各問題の出現数、介入方法数を集計した。問題出現は対象の1割を目安に出現が10以上の問題に限り、時期の違いによる問題出現の差、介入方法の差についてχ^2検定を行った。

(2)　問題別アウトカム

問題別アウトカムは、問題毎の「知識」、「行動」、「状態」の3分野のアウトカム評定値の合計とし、問題毎に開始時と1ヶ月後のアウトカムを測定し平均値を算出した。問題出現が10以上の問題に限り、各時期の開始時と1ヶ月後のアウトカムの差について対応のあるt検定を行った。

Ⅲ．倫理的配慮

本研究は、看護記録からの情報をデータとするため、収集する看護記録の情報は、本研究に必要なものに限定し、かつ情報の匿名性の取り扱いとすることを、事業所管理者および利用者に、口頭及び書面にて伝え同意を得た。なお、この研究は、聖路加看護大学研究倫理審査委員会で承諾された。

Ⅳ．結　果

1．対象の概要（表1）

対象である被介護者の平均年齢は76.6才（SD8.0）、介護者の平均年齢は73.3才（SD5.9）であった。対象の世帯構成は、夫婦のみ世帯が全体の約半数を占め、介護世

表１　高齢者介護世帯の属性

被介護者（n＝100）		(%)	介護者（n＝88）		(%)
性別	男性	55.0	性別	男性	32.9
	女性	45.0		女性	67.1
平均年齢		76.6±8.0才	平均年齢		73.3±5.9才
年齢区分	75歳以上	54.0	続柄	配偶者	91.5
	75歳未満	46.0		子ども	4.9
世帯構成	一人暮し	12.0		その他	3.6
	夫婦のみ	54.0	介護者の体調	悪い	57.3
	その他の家族員	34.0		よい	42.7
主傷疾患	脳血管障害	49.0	副介護者（別居家族）	有り	97.6
	難病	21.0		なし	2.4
	痴呆	8.0	訪問看護期間	1～2年未満	68.0
	その他	22.0		2～3年未満	19.0
ADL[1]	J（自立）	13.0		3年以上	13.0
	A（準寝たきり）	36.0	在宅サービスの利用（訪問看護除く）	利用している	82.0
	B（寝たきり）	38.0		利用していない	18.0
	C（寝たきりベット上）	13.0			

表２　導入期・安定期の全問題出現

問題領域	問題コード〔コード数〕	導入期 件数（%）	安定期 件数（%）
Ⅰ　環境領域	問題コード〔4〕	3（ 0.5）	2（ 0.4）
Ⅱ　心理社会的領域	問題コード〔12〕	244（42.1）	201（40.5）
Ⅲ　生理的領域	問題コード〔15〕	231（39.8）	215（43.4）
Ⅳ　健康に関連した行動領域	問題コード〔8〕	102（17.6）	78（15.7）
合計	〔40〕	580（100.0）	496（100.0）

高齢者介護世帯全数（n＝100）について出現した全問題

帯の高齢化が伺えた。被介護者の約半数が脳血管系障害であり、ADLにおいても半数が寝たきりB、Cの状態であった。介護者の健康状態は、「悪い」と回答した者が42.7%を占め、介護の厳しい状況が伺えた。訪問看護を利用している期間は平均18.4ヶ月（SD13.7）、最長期間は4年5ヶ月であった。1ヶ月間の平均訪問回数は、導入期7.4回（SD2.7）、安定期6.6回（SD3.1）であり、導入期の訪問回数が有意に多かった（$p<0.01$）。これらの世帯の支援体制は、別居者による副介護者の存在が97.6%と高かったが、訪問看護以外の在宅サービスを利用している者が82%であり、複数のサービスを活用して在宅療養を続けている実態が伺えた。

2．問題、介入方法、アウトカムの在宅療養時期による比較

1）問題の出現（表2、3）

表2は、対象とした高齢者介護世帯全数（n＝100）の訪問看護の導入期、安定期にそれぞれ出現した問題とその出現数である。導入期の全問題出現は580、安定期は496であった。各領域の問題コード数の違いはあるが、「Ⅱ心理社会的領域」と「Ⅲ生理的領域」の問題出現数が、他の領域に比べて高かった。この傾向は安定期についても同様であった。

表3は、高齢者介護世帯全数（n＝100）の問題について、対象数の1割を目安にして、問題出現数10以上の問題について、導入期と安定期の出現数の差の検定を行った結果である。導入期の問題出現が安定期に比べて有意に多かった問題は、「社会資源」、「清潔」（$p<0.001$）、「ケアを行なう」（$p<0.01$）、の問題であった。逆に、安定期において導入期に比べ有意に多く出現した問題は、「身体的活動」（$p<0.05$）のみであった。安定期の問題は、多くが減少傾向を示した中で、「社会的接触」の問題は、有意差は認めらなかったものの安定期に増加していた。「Ⅱ生理的問題領域」の問題出現は、導入期、安定期とも継続し、そのため有意差が認められない傾向であった。

2）介入の状況（表4）

各問題の介入は、4つの介入方法「教育・指導」、「治

表3　時期による問題出現の比較（出現数10以上の問題）

領域	問題コード	導入期出現数	安定期出現数	p値
Ⅰ	（出現数10以上なし）			
Ⅱ	6．社会資源	86	56	0.00 ***
	7．社会的接触	34	43	0.25
	8．役割変化	12	6	0.22
	12．情緒の安定	22	20	0.86
	14．ケアを行なう	90	75	0.01 **
Ⅲ	21．会話言語	12	12	1.00
	23．認　知	25	29	0.63
	26．皮　膚	17	15	0.29
	27．神経筋骨格機能	84	80	0.58
	28．呼　吸	20	18	0.86
	29．循　環	15	10	0.39
	30．消化水分調節	16	17	1.00
	31．腸の機能	23	16	0.28
	32．泌尿生殖	11	5	0.19
Ⅳ	35．栄　養	15	12	0.68
	37．身体的活動	18	31	0.05 *
	38．清　潔	47	22	0.00 ***
	42．服薬管理	13	7	0.24

高齢者介護世帯全数（n＝100）の問題出現のうち、対象数の1割を目安として出現数10以上の問題を比較した
問題出現数は各時期の1ヶ月間に出現した問題の（あり、なし）を（1．0）に入力し集計した
***，**，*；$p<0.001$，$p<0.01$，$p<0.05$　導入期と安定期の間に有意差が認められたもの
時期の違いによる問題出現の差にχ^2検定を行った

療・処置」、「ケースマネジメント」、「調査・監視」のいずれかに分類される。両時期ともに、全介入数における各介入方法の占める割合は、「調査・監視」が約55％の半分以上を占め、次に「治療・処置」が20％強、そして「教育・指導」が約15％、「ケースマネジメント」が約5％であった。

表4は、高齢者介護世帯全数（n＝100）介入のうち、導入期と安定期の介入の有無において、有意差が認められた問題のみを挙げた。介入方法に有意差が認められたものは、問題出現においても有意差が認められたものであった。介入方法については、「教育・指導」、「ケースマネジメント」、「調査・監視」の導入期の介入方法が安定期に比べて有意に多かった。しかし、「社会的接触」の問題における介入方法では、安定期において「調査・監視」の介入方法が有意に多かった。

「治療・処置」の介入方法は、「神経筋骨格系機能」や「清潔」の問題にあるように、導入期、安定期とも継続して多くの介入が行われていることにより有意差が認められなかったものがあった。

3）問題別アウトカム（表5）

表5は、高齢者介護世帯全数（n＝100）の出現数10以上の問題について、導入期、安定期の各時期における問題別のアウトカムである。アウトカムはオマハシステムの問題別成果評定尺度に基づき「知識」、「行動」、「態度」の3分野をリカート尺度で測定し、その合計値をアウトカムとし、各時期の開始時と1ヶ月後の差の検定を

表4　時期の違いによる介入に有意差が認められた問題（出現数10以上の問題のうち）

領域	問題コード	介入方法	導入期	安定期	p値
Ⅱ	6．社会資源	教育・指導	37	18	0.00 **
		治療・処置	0	0	
		ケースマネジメント	43	38	0.57
		調査・監視	49	28	0.00 **
	7．社会的接触	教育・指導	8	13	0.36
		治療・処置	0	0	
		ケースマネジメント	7	13	0.24
		調査・監視	25	40	0.03 *
	14．ケアを行なう	教育・指導	70	44	0.00 ***
		治療・処置	2	0	
		ケースマネジメント	34	20	0.04 *
		調査・監視	83	60	0.00 **
	27．神経筋骨格系機能	教育・指導	71	42	0.00 ***
		治療・処置	69	64	0.65
		ケースマネジメント	49	24	0.00 ***
		調査・監視	90	78	0.03 *
Ⅳ	38．清　潔	教育・指導	14	3	0.01 **
		治療・処置	58	46	0.12
		ケースマネジメント	19	7	0.02 *
		調査・監視	29	8	0.00 ***

高齢者介護世帯全数（N＝100）の問題出現10以上の問題についてその介入を比較した
介入数は、各時期（1ヶ月間）出現した問題別の介入方法の実施を（1．0）で入力し集計した
***，**，*；$p<0.001$，$p<0.01$，$p<0.05$　導入期と安定期の介入に有意差が認められたもの
時期の違いによる介入の出現の差についてχ^2検定を行った

表5　開始時と1ヵ月後の問題別アウトカム（合計値）の比較

領域	問題コード	導入期 出現数	導入期 開始時 平均値	導入期 開始時 ±SD	導入期 1ヶ月後 平均値	導入期 1ヶ月後 ±SD		安定期 出現数	安定期 開始時 平均値	安定期 開始時 ±SD	安定期 1ヶ月後 平均値	安定期 1ヶ月後 ±SD	
Ⅱ	6．社会資源	86	5.92	2.40	6.86	2.74	***	56	7.95	2.91	8.13	2.73	
	7．社会的接触	34	5.39	2.14	6.21	2.27	**	43	7.61	2.56	7.93	2.56	**
	8．役割変化	12	10.75	1.91	11.42	1.16		6	11.75	0.50	8.25	5.56	
	12．情緒の安定	22	5.86	1.62	7.33	2.08	***	20	7.70	2.18	7.90	2.15	
	14．ケアを行なう	90	7.12	2.21	7.83	2.25	***	75	8.53	2.36	8.42	2.35	
Ⅲ	21．会話言語	12	4.55	1.57	4.64	1.63		12	5.30	2.45	5.40	2.01	
	23．認　知	25	7.93	1.84	8.52	1.55	**	29	8.52	1.48	8.69	1.23	
	26．皮　膚	17	7.65	1.66	8.41	1.66	**	15	7.08	1.50	7.92	1.19	*
	27．神経筋骨格機能	84	5.83	1.95	7.30	2.35	***	80	7.58	2.41	7.67	2.62	
	28．呼　吸	20	7.14	1.65	8.00	1.76	**	18	8.65	1.80	8.65	1.84	
	29．循　環	15	7.69	1.65	8.54	1.85	**	10	8.70	2.31	9.30	1.95	*
	30．消化水分調節	16	7.53	1.42	9.12	1.32	**	17	8.13	1.36	8.56	1.71	
	31．腸の機能	23	7.44	1.32	7.69	1.40		16	7.44	1.32	7.69	1.40	
	32．泌尿生殖機能	11	7.10	3.00	7.50	2.59		5	10.20	1.79	10.20	1.79	
Ⅳ	35．栄　養	15	7.10	3.00	7.50	2.60		12	6.07	1.03	6.67	1.54	
	37．身体的活動	18	5.65	1.97	7.18	2.72	***	31	7.45	2.43	8.24	2.49	***
	38．清　潔	47	5.69	1.96	8.67	2.06	***	22	8.76	2.05	9.10	1.97	
	42．服薬管理	13	9.25	1.66	10.17	1.75	*	7	9.43	1.90	9.57	1.81	

高齢者介護世帯全数（N＝100）の10以上の問題出現について問題別アウトカムを比較した
問題別アウトカムの値は、「知識」、「行動」、「状態」の3分野の5段階リカート尺度（5点＝良い～1点＝悪い）の合計とした
***, **, *：$p<0.001$, $p<0.01$, $p<0.05$　開始時と1ヵ月後のアウトカムに有意な差が認められたもの
統計処理は対応のあるt検定を行った

行った。

導入期において、開始時から1ヶ月後に大きな改善を示したものは、「社会資源」、「情緒の安定」、「ケアを行なう」、「神経筋骨格系機能」、「身体的活動」、「清潔」（$p<0.001$）であった。その他に「社会的接触」、「認知」、「皮膚」、「呼吸」、「循環」、「消化水分調節」および「服薬管理」も有意な改善が認められた。これらから導入期は、改善する問題が多く認められ改善の幅も大きいことが示された。

一方、安定期においては、大きな改善が認められたものは「身体的活動」（$p<0.001$）、「社会的接触」、「皮膚」、「循環」であったが、導入期に比べて改善が認められたものは少なく、また変化も総じて小さいことから現状維持の傾向が示された。

V．考　察

本研究は、高齢者の在宅療養の時期の違いよる訪問看護の特徴を明らかにするために、高齢者介護世帯の訪問看護導入期と安定期における看護上の問題、介入方法、アウトカムついて量的分析を行った。

これらの分析から、高齢者介護世帯の看護支援時期の違いによる問題、介入、アウトカムの内容について考察する。

1．時期の違いによる問題出現の傾向（表3）

在宅療養の導入期は、これまで病院で行われていた療養管理を療養者やその家族が主体となって担わなければならず、この時期の療養者やその家族の療養生活への戸惑いや混乱は大きいと考えられた。訪問看護を受けている患者家族のインタビュー調査によると、在宅療養の開始時に高いニードは、治療、セルフケアなどに関する具体的ケアの知識や技術の情報[10]であったことからも、「ケアを行なう」、「社会資源」、「清潔」の問題出現の頻度が高かったと思われる。対象世帯はほとんどが夫婦のみ世帯（91.5%）であり、副介護者は別居家族（86.6%）のため日常の介護態勢は脆弱といえよう。坂田ら[11]は、主介護者の負担感と介護継続意志は異なり、年齢が高いほど、介護の継続意志が強い反面、年齢が高くなるほど健康状態が悪い傾向[12]があることを明らかにしたことからも、体を酷使しながらも介護を続けることが予測される。これらの介護負担を軽減しつつ介護継続を支援するために、導入期の「社会資源」の問題が高かったと考えられる。

「清潔」は、被介護者の半数が脳血管障害による「神経筋骨格系機能」の問題があることから、ADL障害のある被介護者の保清や入浴介助の困難性が問題の出現頻度を高めたと考えられる。これらから導入期は、介護態

勢の不備に伴う問題出現が多いといえる。

一方、安定期は、「身体的活動」という活動性の低下を示す問題が有意に多かった。その要因と考えられることは、安定期の「Ⅱ生理的問題領域」の継続に加えて、長期化するにつれて老化という生理的機能の低下が「身体的活動」の低下を招くと考えられる。また、表5の問題別アウトカムの安定期における「ケアを行なう」や「役割変化」の負のアウトカムにあるように、高齢介護者の介護力の低下が生じたことによって、被介護者の「身体的活動」の低下を招いたとも考えられた。さらに安定期にはこの問題と類似的な「社会的接触」の低下の増加もみられることから、安定期の問題出現の特徴は、身体的機能や介護力の低下による身体的活動の低下といえる。

その他に、一般的に言われている高齢者介護の介護負担から、「役割変化」の問題出現が多いことを予想していたが、本研究では「役割変化」は両時期とも出現が少なかった。これは、本研究の対象世帯は高齢者夫婦のみ世帯が多く役割認識が高かったことによると思われる。むしろ配偶者による介護者は、役割過重を生じやすい[13]といわれているように、本研究でも役割過重の問題として出現していた。

2．時期の違いによる介入の傾向（表4）

本研究と同様にオマハシステムを用いた米国の老人看護研究[14]によると、病院から在宅への移行における看護において、介入では、「調査・監視」（66%）が高く、次に「教育・指導」（20%）、「ケースマネジメント」（14%）、「治療・処置」（1%）であった。両国間の看護制度や機能の違いはあるものの、本研究と同様に「調査・監視」（55%）が中心的な介入であったことや在宅療養を可能にするための「教育・指導」（15%）が多いことが示されていた。しかし、本研究では導入期、安定期を通して直接的ケアである「治療・処置」が20%を占め、直接的ケアのニードの高さを示していた。このことは高齢者介護世帯の訪問看護において、高齢な介護者に代わり代行的な直接的ケアの必然性または必要性を示しているといえる。

また、介入において有意差が認められたものは、問題においても有意差が認められたものであることから、問題の優先度と介入の多さは連動していたといえる。

導入期の介入方法は、「教育・指導」、「調査・監視」、「ケースマネジメント」が集中的に行なわれ、これらは導入期の介護態勢を早急に整えるための問題対処的な介入方法の展開と考えられる。

安定期の介入方法は、多くが減少傾向であったが、「調査・監視」の介入方法と「治療・処置」の介入方法の継続的な状況から、在宅療養の継続のための予防的な介入方法の展開といえる。

3．問題別アウトカム（表5）

導入期の問題アウトカムは、訪問看護を導入してから1ヶ月間という短期間の中で、表5にあるように大きく改善した問題が多くみられた。導入1ヶ月間の平均訪問看護回数7.4回から考慮すると1回毎の訪問で、高齢者介護世帯の在宅療養生活を整えるための支援を積極的に行っていたと推察される。

在宅ケアのアウトカムについて、内田[15]の研究によると、在宅ケア3ヶ月後のアウトカムで解決度が高いものは「清潔」、「身体症状」、「介護負担」であり、現状維持のものは「ADL障害と廃用性症候群」という報告がある。また、在宅ケアのアウトカムの時期について島内[16]は、初期2ヶ月が最も効果的（利用者のアウトカムが高い）であり、米国や日本において実証されていると述べている。本研究では、内田[15]の結果を含みそれ以上の問題領域にあたって、導入1ヶ月の改善が認められ介入成果が得られている。その理由として、オマハシステムのアウトカムは「知識」、「行動」、「状態」の3分野の合計を評点としている点にあると考えられる。例えば内田[15]の報告にあった「ADL障害」については、機能は改善しない「状態」であっても「身体機能低下」を伴う生活への「知識」や意欲ある「行動」の変化が生じれば、アウトカムに反映される。そのため、今回1ヶ月においても改善が大きく認められたと考えられる。訪問看護が対象者の生活への支援であるのならば、今後はこのような包括的な在宅ケアのアウトカムが求められるところである。

安定期のアウトカムは、導入期に比べ1ヶ月後の平均値の変化が小さく現状維持の傾向であったが、安定期開始時の平均値は、導入期1ヶ月後の平均値と同じ程度であることから、改善レベルでの維持である。安定期は、長期化に伴い老化等による「身体活動」の低下が出現する傾向にありながら、このように状態を維持していることは、介入成果として十分に認められる。

4．高齢者介護世帯の看護支援

高齢者介護世帯の両時期に出現していた問題、介入、アウトカムを一連でとらえると、各時期の優先度が高い問題に対して、適切な介入を行い、着実に1ヶ月の中で改善または維持の成果に導いていた。この点について訪問看護の支援を評価できる。

しかし、高齢者のQOLの視点に立つと、問題は、高齢な被介護者および介護者両者の健康問題の出現によって「身体的活動」の低下が見られた在宅療養期間の長期化にあると思われる。「身体的活動」の低下した高齢介護世帯のQOLを支えるためには、より身近な地域単位での日常的なサービスの提供が必要と思われるが、今日の介護保険制度下における訪問看護では限界もあろう。また、長期化した高齢介護世帯の中には、もはやこれ以上の在宅療養の継続は困難と思えわれた高齢者介護世帯

が、今後どうするかについて自分達で決めることができない状況にあった。これらから、今後は長期化する高齢者介護世帯の在宅療養への支援のあり方を更に検討する必要である。さらに、地域ケアの一翼を担う訪問看護が、高齢者介護世帯が望む在宅療養の継続のために、高齢者介護世帯の代弁者として、地域ケアサービスの開発や発展に働きかけていく「ケースマネジメント」的機能の発展がより求められると思われる。

本研究は、実際の介入を記録情報から把握したことや対象の選定に限界があり、高齢者介護世帯の訪問看護支援一般に適用することに限界がある。従って今後は、前向き調査、対照群との比較など研究デザインの検討が求められる。

Ⅵ. 結　論

高齢者介護世帯の在宅療養期間の違いによる看護上の問題、介入、アウトカムについて看護記録から分析した結果、以下の特徴が認められた。

1）高齢者介護世帯の問題出現の特徴として、安定期に比べ、導入期に問題出現が有意に多かった問題は、「社会資源」、「清潔」、「ケアを行なう」の介護態勢の不備による問題であった。安定期に有意に多かった問題は、機能低下に伴う「身体的活動」の問題のみであった。

2）介入方法の特徴では、「調査・監視」の介入が最も多く、「治療・処置」、「教育・指導」と続き、「ケースマネジメント」は少なかった。この介入方法の割合は安定期も同様であった。

3）問題別アウトカムでは、導入期においては1ヶ月後の改善が大きく認められた問題が多く、安定期は少なかった。安定期の改善は全体的に小さく、現状維持の傾向であった。

4）高齢者介護世帯に対する看護支援は、導入期、安定期を通して、優先度の高い問題に対し適切な介入を行い良い成果を得ていることから、高齢者介護世帯の訪問看護を評価できる。今後は、高齢者のQOLを踏まえ、長期化する高齢者介護に対する支援のあり方や地域の在宅ケアサービスの発展への働きかけなど「ケースマネジメント」の介入方法による展開の発展がより求められる。

Ⅶ. 謝　辞

本研究をまとめるにあたり、ご協力いただきました訪問看護ステーションのスタッフ、利用者の皆様、研究指導をしてくださいました聖路加看護大学川越博美教授、錦戸典子助教授に心から感謝申し上げます。本研究は2000年度聖路加看護大学大学院修士論文を一部修正加筆したものである。

引用文献

1）厚生省編：平成10年度版厚生白書，ぎょうせい，235，1998.
2）東京都老人総合研究所社会福祉部門編：高齢者の家族介護と看護サービスニーズ，167～183，1996.
3）上田照子他：在宅要介護老人を介護する高齢者負担に関する研究，日本公衆衛生雑誌，(41) 6，499～505，1994.
4）冷水豊，本間みさ子：障害老人をかかえる家族における世話の困難とその諸要因，社会老年学，8，3～18，1978.
5）中谷陽明他：家族介護の受ける負担，社会老年学，29，27～36，1988.
6）杉原陽子他：在宅要介護老人の主介護者のストレスに対する介護期間の影響，日本公衆衛生雑誌，45 (4)，320～335，1998.
7）和気純子他：在宅障害老人の家族介護者の対処（コーピング）に関する研究 (2)，社会老年学，39，28～33，1994.
8）村嶋幸代：アウトカムモデルをベースに開発されたホームケア用の記録様式とその比較，看護研究，30 (5)，47～53，1997.
9）Karen S. Mrtin，別所遊子訳者：オマハシステムによる地域看護ハンドブック，医歯薬出版，9～45，1997.
10）Frances M. Weaver：Patients and caregivers Transition from Hospital to Home: Need and Recommendations: home Health care services quarterly，17 (3)，27，1998.
11）坂田周一：在宅痴呆性老人の家族介護の介護継続意志，社会老年学，29，37～43，1989.
12）前掲論文，3）499～505.
13）山本則子他：家族介護者の支援のあり方，保健の科学，42 (3)，202～205，2000.
14）Mary D Naylor：Patient Problems and Advanced Practical Nurse Interrelations During Traditional Care，Public Health Nursing，17 (2)，94～102，2000.
15）内田陽子：訪問看護のアウトカム評価と費用効果に関する研究，日本地域看護学会，第3回学術講演集，65，2000.
16）島内節：在宅クリティカルパス，中央法規，13～16，1988.

Home Care Nursing Practice During the First Month of Care and a Later Month —Comparison of Nursing Problems, Interventions and Outcomes—

Masako Sakai
(St. Luke's College of Nursing)

Objective: The purpose of this study is to identify differences in nursing practice between early stage home care and long term home care by analyzing nursing record using OMAHA SYSTEM.

Methods: One hundred elderly families were selected as samples. Nursing problems and interventions were coded and extracted from the nursing record during the first one month of home care as the initial phase and another one month as long term phase. Outcomes of nursing interventions were measured at the beginning and after one month of home care. As reliability and validity check, extracted outcomes were confirmed by the managers of the home visiting stations and primary nurses. Chi square was used for problems and interventions, and paired t-test was applied to test outcomes.

Results: During the initial phase, [Social resource] ($p<0.001$), [Clean liness] ($p<0.001$), and [Care giving] ($p<0.01$) were significantly frequent nursing problems. In the long term phase, the only problem showed significance was [physical activity] ($p<0.05$). The distribution of interventions during initial phase and long term phase are same: [monitoring／survey] was 55%, [education／teaching] was 20%, [treatment] was 15%, and [case management] was 5%. For the problems which were significant during initial phase, [monitoring／suarvey], [education／-teaching], and [case management] are most often used interventions. There were more improvements in outcomes during the initial phase compare to the long term phase. In long term phase, outcomes tend to stay same level before and after a month.

Conclusions: During the initial phase of home care for elderly, more problems tend to appear due to the improper home care setting. Active interventions such as [Teaching] and [case management] are effective to solve the problems. Decrease of activities is the major problem during long term phase. For this problem, [monitoring／survey] and preventive interventions are effective. As the period of home care prolongs, further development of home care involving community services to improve quality of life are required.

Key Words

Home care nursing, nursing record, Omaha System, elderly families, long term care