

St. Luke's International University Repository

Visiting Nursing Service for Care Givers and Persons Aged 75 and Over Who Require Assistance -A Visiting Follow-up survey -

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2007-12-26 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 飯田, 澄美子, 村嶋, 幸代, 石井, 享子, 花沢, 和枝, 松下, 和子, 藤井, 眞弓, 佐貫, 淳子, 桜井, 尚子, 長田, 千絵 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/236

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



支援を要する後期高齢者と家族への対応

——継続訪問を通して——

飯田 澄美子¹⁾, 村 嶋 幸 代¹⁾, 石 井 享 子¹⁾
花 沢 和 枝¹⁾, 松 下 和 子²⁾, 藤 村 眞 弓²⁾
佐 貫 淳 子²⁾, 桜 井 尚 子³⁾, 長 田 千 絵³⁾

要 旨

第二次調査で要継続訪問として判断された事例を、一定の基準をもうけ、T区、M市でそれぞれ選定した。T区、M市それぞれ一定期間に訪問を行い、以下の結果が明らかになった。

1. 継続家庭訪問者は、T区では29名(第二次調査者の14.1%)、M市では41名(同37.6%)であった。老人の年齢は、両地区とも80~84歳代が多い。すでに分類した老人のタイプ別をみると、T区は、「ぼけとねたきり」と「ぼけ」老人が多く、M市は、「ねたりおきたり」と「ねたきり」の老人が多かった。
2. 介護者の年齢は、30代から80代にわたり50~60代が多い。介護者で疾病をもち、治療をしているものはT区では11名(37.9%)であるが、M市は、わずか3名(7.3%)であった。
3. 家族の介護力、介護条件で、T区とM市の差のあるものをみると、T区は、介護者に仕事をもつものが多く、時間的余裕のない人が多い。また、社会資源の活用、福祉サービスをみると、M市は90%のものが4~6種類のサービスをうけているが、T区は約30%のものがうけていない。受けていても、1~2種類の人が約30%みられる。
4. 家庭訪問による看護内容を見ると、T区とM市の差のあるものとして、疾病にともなう観察及び指導、基本的生活行動に関する介護技術、家族間の健康についての相談、助言、支え(はげまし)、医師への情報提供や、相談の仕方の指導がT区に多い。M市は社会資源の導入に関する助言、連絡が多い。
5. 他職種との連携は、M市がT区に比して多く、医師、看護婦、PT、ケースワーカー、ヘルパー、ボランティアにわたっている。
6. 訪問看護の結果、問題解決別にみると、当面の問題が解決したものは、M市に多くなっている。

キーワードズ

後期高齢者 在宅ケア 家族関係 継続訪問

I. はじめに

私共は、後期高齢者の健康状態、介護状況と問題点を明らかにし、今後、必要な援助を考える目的で、老人対策、家族形態の異なる2地域—都市と都市近郊—の75歳以上の老人に対し、調査を行ってきた。第一次調査は郵送法による質問紙調査を行い、第二次調査

は、第一次調査の結果から、一定の基準で心身に問題のある事例を対象に、家庭訪問による面接調査を行い、それぞれ分析し、検討を行った。

今回は、第二次調査後、引きつづいて、要継続訪問として判断され、継続的に訪問看護が行われてきた事例の内容について、検討を行ったので報告する。

II. 対象及び研究方法

家庭訪問による第二次調査後、要継続訪問として、次のような事例を選定した。

- ① 本人の疾病の状態に要介入として緊急性を要す

- 1) 聖路加看護大学
- 2) 聖路加国際病院公衆衛生看護部
- 3) 日本橋保健所

るもの(病状, 苦痛, 日常生活動作, 闘病意欲など)

- ② 家族の介護者に問題がみられるもの(健康, 高齢, 人間関係, 介護負担など)
- ③ 本人及び家族を含め, 生活上に不安のみられるもの
- ④ 専門家, 非専門家の看護介入が必要と思われるもの
- ⑤ 社会資源の活用が, 望まれるもの

①-⑤の中から, 緊急性が高いと思われるものから, それぞれの担当者が, 担当事例を通して判断し, 選定した。

方法として, 対象者の家庭を分担して訪問したが, T区では共同研究者として, 保健所保健婦2名, 病院保健婦3名が参加した。M市では, 市の保健婦が中心となり受持地区の対象者を継続訪問した。訪問を行うにあたり, 家族の資源, 対処能力をアセスメントをするための枠組みとして, 島内氏がジョン ハウエルズの考え方に一部修正を加えたもの¹⁾を用い, ①個人的側面, ②人間関係の側面, ③総合的側面, ④物的状況, ⑤地域社会との関係の側面の5側面を参考とした。また, 訪問記録については特定用紙を作成し, 詳細に記録することを申し合わせた。

家庭訪問は, T区では昭和63年1月から平成元年3月までとし, M市では昭和63年10月から平成元年8月までの期間とした。

III. 研究結果

1. 継続訪問対象者及び介護者

1) 継続訪問対象者

- ① 表1の如くT区は男性8名(27.6%)女性21名(72.4%)の計29名でM市は男性19名(46.3%), 女性22名(53.7%)の計41名であった。このうち, T区は, すでに保健所で把握されていたもの2例, 病院で退院後ひきつづき訪問されているもの3例がみられた。

M市は, すでに, 市の保健婦によって訪問されており, 新しく13例がつけ加えられた。

- ② 年令別にみると, 表2の如く, T区は75歳から90歳以上と幅広く, 特に80歳代が多いが, M市は70~80歳代に集中している。

すでに分類した老人対象者の状態別をみると, 表3の如くT区は, ねたきりとぼけの老人が多くM市はねたりおきたりの老人が多い。

- ③ 現在の疾病状況をみると, 表4の如くでT区, M市ともVIIの循環器系疾患が多くなっている。

- ④ 現在の療養状況は, 表5の如くでM市に放置が3名みられた。

表1 継続訪問対象

	T 区	M 市
男	8 (27.6)	19 (46.3)
女	21 (72.4)	22 (53.7)
計	29 (100.0)	41 (100.0)

() 内は地区内の比率

表2 対象者の年齢

	T 区	M 市
75 ~ 79	3 (10.3)	12 (29.3)
80 ~ 84	11 (38.0)	19 (46.3)
85 ~ 89	8 (27.6)	6 (14.6)
90 ~ 94	5 (17.2)	4 (9.8)
95 ~ 99	2 (6.9)	0
計	29 (100.0)	41 (100.0)

() 内は地区内の比率

表3 対象者の状態

	T 区	M 市
ねたきり	2 (6.9)	8 (19.5)
ぼ け	4 (13.8)	2 (4.9)
ねたきりとぼけ	9 (31.0)	7 (17.1)
ねたりおきたり	6 (20.7)	13 (31.7)
ねたりおきたり とぼけ	5 (17.2)	7 (17.1)
日常生活可能	3 (10.3)	4 (9.8)
計	29 (100.0)	41 (100.0)

() 内は地区内の比率

2) 介護者について

- ① 年齢についてみると, 表6の如くT区, M市共に50歳~60歳が半数をしめており, T区には30歳代が皆無で, 70, 80歳代が4名みられる。M市は30歳代が4名とT区と比べるとやや若い層になっている。

- ② 健康状態についてみると, 表7の如く, T区は, 11名(37.9%)のものが, 何らかの疾病をもっており, 高血圧症, その他病名を診断され, 治療をしている人が多い。

3) 環境条件について

- ① 世帯構成をみると, 表8の如くT区は二世帯が半数以上をしめており, 次いで三世帯が多かった。M市は, 三世帯が29名(70.7%)と多く, T区に比べ, 有意な差があった。又, 四世帯のものも5名

表4 現在の疾病状況(延べ人数)

	傷病大分類	T区	M市
I	結核, その他の感染症	0	0
II	悪性新生物	0	0
III	糖尿病 その他の内分泌・栄養・代謝性疾患	2 (6.9)	3 (7.3)
IV	血液・造血管の疾患(含貧血)	0	0
V	痴呆, その他の精神障害	6 (20.7)	10 (24.4)
VI	眼・視器の疾患, 耳・聴器の疾患 その他の神経系及び感覚器の疾患	4 (13.8)	5 (12.2)
VII	高血圧性疾患, 虚血性心疾患, その他の心疾患, その他の循環器系疾患, 脳血管疾患	15 (51.7)	30 (73.2)
VIII	肺炎, 喘息, その他の呼吸器系疾患	2 (6.9)	1 (2.4)
IX	胃と腸の疾患, 肝の疾患 その他の消化器系疾患	5 (17.2)	4 (9.8)
X	腎・泌尿器系疾患	2 (6.9)	2 (4.9)
XI	皮膚及び皮下組織の疾患(含痔疾)	1 (3.4)	0
XII	慢性関節リウマチ, 腰痛症, 骨粗鬆症 その他の筋骨格及び結合組織疾患	6 (20.7)	5 (12.2)
XIII	骨折, その他の事故	3 (10.3)	5 (12.2)
XIV	症状・徴候及び診断不明確の状態	4 (13.8)	0
	特になし	1 (3.4)	1 (2.4)
	その他(パーキンソン)	1 (3.4)	3 (7.4)

()内は地区内の比率

(12.2%)みられた。

② 部屋数をみると, 表9の如く T区は3~4部屋が約70%をしめている。これに対し, M市は, 5部屋が21名(51.3%)と多く, 6~10部屋あるものも13名(31.7%)みられる。専用部屋をもつものは, M市は全員であるが, T区は老人の専用の部屋のないものが8名(27.6%)みられた。また浴室のないものは7名(24.1%), 浴室はあるが銭湯に行っているものは2名(6.9%)であった。

2. 家族の介護力, 介護条件についてみると, 表10

表5 現在の療養状況

	T区	M市	計
放置	0	3 (7.3)	3
退院	18 (62.1)	19 (46.3)	37
定期往診	11 (37.9)	19 (46.3)	30
計	29 (100.0)	41 (100.0)	70

()内は地区内の比率

の如くである。介護力, 介護条件を①理解力・判断力 ②介護知識, 技術 ③体力, 健康状態 ④時間的余裕(仕事の有無) ⑤本人との関係 ⑥他家族との協力(介護協力者) ⑦介護意欲 ⑧社会資源活用(福祉サービス) ⑨非専門家の協力(ヘルパー, 家政婦, 家事手伝い) ⑩専門家の協力(訪問看護婦, 保健婦, 医師, PT, OT, ケースワーカーなど)に分類した。T区とM市で特に差のみられるものでは, T区はM市に比して, 介護者の多くが仕事を持っており, 時間的余裕のない人が多いことである。パートで働いている人, 店の仕事を同時に行っている人が6名(20.7%)みられる。M市は5名(12.2%)でパート・畑の仕事をもちている人たちであった。また, 社会資源活用, 福祉サービスをみると, M市は30名(90.2%)が, 何らかのサービスを受けているが, T区は9名(31.0%)と1/3しかサービスが活用されていない。また, 非専門家の協力(ボランティア, 家政婦などの家事手伝い, ヘルパーなど)は, M市では18名(43.9%)が活用しているが, T区では2名(6.9%)とわずかにみられるのみである。また専門家(看護婦, 保健婦, 医師, PT, ケースワーカー, 他)の協力は, T区の12名(12.4%)に比べ, M市では31名(75.6%)と多い。

3. 家庭訪問による看護内容

1) 家庭看護で問題となっている項目

T区, M市の訪問対象者が問題としてもっている項目数をみると, 表11の如く, 本人に関するものがT区

表6 主介護者の年齢

	T区	M市	計
30代	0	2 (4.9)	2
40代	6 (20.7)	11 (26.8)	17
50代	9 (31.0)	13 (31.7)	22
60代	7 (24.1)	8 (19.5)	15
70代	2 (6.9)	7 (17.1)	9
80代	2 (6.9)	0	2
不明	3 (10.3)	0	3
計	29 (100.0)	41 (100.0)	70

()内は地区内の比率

表7 主介護者の健康状態

	T 区	M 市	計
健康	18 (62.1)	38 (92.7)	56
不健康	11 (37.9)	3 (7.3)	14
計	29 (100.0)	41 (100.0)	70

$\chi = 9.95$ ($p = 0.002$)

() 内は地区内の比率

表8 世帯構成

	T 区	M 市	計
夫婦	1 (3.4)	3 (7.3)	4
二世帯	15 (51.7)	3 (7.3)	18
三世帯	13 (44.8)	29 (70.7)	42
四世帯	0	5 (12.2)	5
他	0	1 (2.4)	1
計	29 (100.0)	41 (100.0)	70

$\chi = 19.6$ ($p = 0.001$)

表9 部屋数

	T 区	M 市	計
1	2 (6.9)	0	2
2	3 (10.3)	1 (2.4)	4
3	9 (31.1)	1 (2.4)	10
4	11 (37.9)	5 (12.2)	16
5	2 (6.9)	21 (51.3)	23
6	0	2 (4.9)	2
7	0	4 (9.8)	4
8	0	5 (12.2)	5
9	0	1 (2.4)	1
10	0	1 (2.4)	1
不	2 (6.9)	0	2
計	29 (100.0)	41 (100.0)	70

$\chi^2 = 41.5$ ($p < 0.001$)

() 内は地区内の比率

表10 介護力・介護条件

	T 区			M 市			両地区の 有意差 (** : 1%)
	+	±	-	+	±	-	
理解力, 判断力	16 (55.2)	6 (20.7)	7 (24.1)	25 (61.0)	10 (24.4)	6 (14.6)	
介護, 知識, 技術	13 (44.9)	9 (31.0)	7 (24.1)	23 (56.1)	12 (29.3)	6 (14.6)	
体力, 健康状態	18 (62.1)	0	11 (37.9)	38 (92.7)	0	3 (7.3)	**
介護者の仕事の有無	16 (55.2)	6 (20.7)	7 (24.1)	2 (4.9)	5 (12.2)	34 (82.9)	**
老人と主介護者との関係	21 (72.4)	3 (10.3)	5 (17.3)	31 (75.6)	2 (4.9)	8 (19.5)	
他家族の協力	11 (37.9)	0	18 (62.1)	11 (26.9)	1 (2.4)	29 (70.7)	
介護意欲	28 (96.6)	1 (3.4)	0	35 (85.4)	5 (12.2)	1 (2.4)	
社会資源活用 福祉サービス	9 (31.0)	11 (38.0)	9 (31.0)	37 (90.3)	1 (2.4)	3 (7.3)	**
非専門家の協力	2 (6.9)	0	27 (93.1)	18 (43.9)	0	23 (56.1)	**
専門家の協力	9 (31.0)	0	20 (69.0)	31 (75.6)	0	10 (24.4)	**

() 内は各地区内での各項目ごとの比率

12項目 (41.4%), M市12項目 (29.3%), 家族に関するものがT区28項目 (96.6%), M市32項目 (78.0%), 社会資源に関するものがT区7項目 (24.1%), M市24項目 (58.5%) あげられた。T区は, 本人, 家族に関する問題項目数が多く, M市は, 社会資源, 家族に関する問題項目数が多くなっている。

問題項目のうち, 本人に関する内容としては, 酸素吸入のしかた, カテーテルの挿入などの看護技術に関するもの, 疾病の知識・理解, 歯科治療などの医療に関するもの, 被害妄想, 徘徊, 暴力などの痴呆のための理解とその対応に関するものである。

家族に関する内容としては, 介護者が疾病をもつ者,

表11 訪問対象者の問題別分類

—問題として把握されている事柄—

(のべ数)

	T 区	M 市
本人	12 (41.4)	12 (29.3)
家族	28 (96.6)	32 (78.0)
社会資源	7 (24.1)	24 (58.5) *

(* : $p < 0.05$)

表12 家庭訪問による看護 —内容別に—

		T 区	M 市	両地域の有意差
1	血圧・尿量・喀痰などの測定・観察及びその指導	14 (48.3)	2 (4.9)	*
2	食事療法の指導	3 (10.3)	3 (7.3)	
3	服薬指導, 水分摂取	2 (6.9)	1 (2.4)	
4	病状の説明, 病状の観察の仕方の指導及び病状に応じた療養生活指導	5 (17.2)	11 (26.8)	
5	医療的処置の実施	3 (10.3)	0 (0.0)	
6	医療的処置の指導	2 (6.9)	2 (4.9)	
7	褥瘡予防についての指導	8 (27.6)	5 (11.6)	
8	日常生活動作の維持・拡大の指導	4 (13.8)	10 (24.4)	
9	呆けへの対応についての指導	9 (31.0)	3 (7.3)	*
10	基本的な生活行動(食事, 排泄, 清潔, 着衣, 睡眠)に関する介護技術の指導	12 (41.4)	6 (14.6)	*
11	基本的な生活行動に関する, 直接的, 具体的な看護の提供	4 (13.8)	4 (9.8)	
12	介護用品の紹介や工夫の仕方の指導	7 (24.1)	9 (22.0)	
13	家族間の問題に関する相談・助言	12 (41.4)	6 (14.6)	*
14	家族の健康についての相談・助言, 支え	16 (55.2)	12 (29.3)	
15	医師への情報提供や相談の仕方の指導	10 (34.5)	2 (4.9)	*
16	社会資源の導入に関する助言及び連絡	9 (31.0)	26 (63.4)	*

項目は看護協会訪問指導基準による

() 内はのべ項目数の合計に対する各項目のパーセント (* : $p < 0.05$)

高齢, 等のための介護負担に関するもの, 嫁, 兄弟, 家政婦等の人間関係に関するもの, 入浴, 排泄, 食事, 等の家族の看護技術に関するものである。

社会資源に関する内容としては, 社会資源の活用しかた, 機能訓練会に関するもの等で, M市として力を入れている内容である。T区は, 対策として始まってから日が浅いため, わずかにみられたのみであった。

2) 家庭訪問による看護内容について

看護協会訪問指導基準により分類すると表12のようになる。全16項目のうち, T区は(14)の「家族の健康についての相談・助言・支え」が16名(55.2%)と多く, ついで(1)の「血圧・尿量・喀痰などの測定, 観察及びその指導」が14名(48.3%)と多い。ついで(10)の「基本的な生活行動に関する介護技術の指導」の12名(41.4%), (13)の「家族間の諸問題に関する相談, 助言」が12名(41.4%)となっている。

M市は(14)の「家族についての相談・助言・支え」が12名(29.3%)と多く, ついで(4)の「病状の説明, 病状の観察の仕方の指導及び病状に応じた療養生活指導」11名(26.8%), (8)の「日常生活動作の維持・拡大の指導」が10名(24.4%)となっている。T区とM市で特に有意差のあるものとしては, (1)の「血圧・尿量・喀痰などの測定・観察及びその指導」, (9)の呆けへの対応の指導は, T区が多い。また(10)の「基本的な生活行動に関する介護技術の指導」, (13)の「家族の健康についての相談・助言」はM市, (15)の「医師への情報提供や相談の仕方の指導」はT区に多い。

(16)の「社会資源の導入に関する助言及び連絡」はM市の方が有意に多く, T区に比較し倍以上の対応が行われている。

3) 1人当りの訪問回数と電話回数をみると表13の如くで, T区, M市共に約半数は1~4回である。T区は, 本調査以前から保健所保健婦, 病院保健婦による訪問が行われており, 問題が複雑なものでは30回以上の訪問が4名にみられた。M市は5~9回が18名(43.9%)と1~4回に次いで多くなっていた。電話回数についてみると表14の如くで, T区は3回

以上が多く, 8回以上が2名あった。M市は電話をしていないものが26名(63.4%)と多くなっている。これは対象の問題の種類, 内容によるものと考えられる。③他職種との連携についてみると, T区は10名(34.5%)のものが行っており訪問看護婦, ホームヘルパー, 家政婦などである。一方, M市は26名(63.4%)とT区の倍の数をしめており, 主としてホールヘル

表13 訪問回数

	T 区	M 市
1 ~ 4	17 (58.8)	20 (48.8)
5 ~ 9	4 (13.8)	18 (43.9)
10 ~ 14	3 (10.3)	2 (4.9)
15 ~ 19	1 (3.4)	0
20 ~ 29	0	1 (2.4)
30 ~ 39	1 (3.4)	0
40 ~ 49	1 (3.4)	0
50 ~ 59	1 (3.4)	0
60回以上	1 (3.4)	0
計	29 (100.0)	41 (100.0)

() 内は地区内での比率

表14 電話回数

	T 区	M 市
0	9 (31.0)	26 (63.4)
1	4 (13.8)	5 (12.2)
2	3 (10.4)	7 (17.1)
3	3 (10.8)	0
4	2 (6.9)	1 (2.4)
5	2 (6.9)	0
6	1 (3.4)	1 (2.4)
7	3 (10.3)	0
8回以上	2 (6.9)	1 (2.4)
計	29 (100.0)	41 (100.0)
最高回数	18 回	10 回

() 内は地区内での比率

表15-1 問題解決別訪問看護の結果

	T 区	M 市
A. その時の問題がかなり解決した	10 (34.5)	25 (61.0)
B. 問題が引き続き継続されている	10 (34.5)	9 (22.0)
C. 状況変化なし (入院・死亡)	9 (31.0)	7 (17.1)
計	29 (100.0)	41 (100.0)

() 内は地区内の比率

パーとの連携が行われている。これは行政組織上保健センターが福祉部に所属し方針として密に連携がとられることに関係しているものと思われる。

4. 訪問サービスの結果 (看護介入の結果)

各訪問担当者に対しては、訪問を行うにあたり要訪問とした理由を特定の用紙に記入をもとめ、さらに①

どの様な介入、関わりができたか、どの様な面で対象者に役立ったか(対象者からの意見を含めて)、②その結果どうであったか、現在の状況はどうであるか、残されている問題は何か、今後の方向とかかわり等についての記入を求めた。その記録の中から A)訪問し、支援した内容が役立ち、問題が解決したと思われるもの、B)問題が継続し、さらに経過を観察していく必要のあるもの、C)特に状況の変化のないもの(入院・死亡を含む)にわけて、その状況を分類すると、表15-1の如くで A. 問題解決したと思われるもの、問題が解決の方向にすすめられているものが T 区10名(34.5%)、M 市は25名(61.0%)である。T 区では表15-2の如く本人・家族の安心感・満足感が一番多く、ついで、家族の介護上の問題、生活上の問題、社会参加、社会資源の活用、家政婦、ヘルパーなどの派遣があげられている。M 市では社会参加、社会資源の活用が一番多くあげられ、ついで本人・家族の安心感・満足感があげられている。B. 問題が継続し、さらに経過観察を要するものとしては、T 区10名(34.5%)、M 市9名(22.0%)みられた。C. 特に支援効果がみられなかったものとして T 区9名(31.0%)、M 市7名(17.0%)みられ、特に M 市の方に問題がかなり解決しているものが、T 区に比して倍近くみられている。

本人及び家族の側から、訪問看護をどの様に受けとめているかをみると、両地区共に、半数以上が「うれしかった」と述べ、特に「訪問看護が役に立った」というものが、T 区では81.0%、M 市では77.0%みられた。

T 区に対する希望として、デイケア、ショートステイの充実、安い費用で安心して入院できる施設の希望、福祉センターが活用できる様な体制づくり、等があげられていた。M 市では、介護者の介護講習会、器具の展示会の希望があり、福祉の手つづきを簡単にしてほしい、等の要求もみられた。

考察

1. 継続訪問の動機と訪問対象者

今回、私共が訪問対象とした継続訪問対象者は、第2次調査から一定基準で選定されたものであったが、すでに保健所、病院、保健センターで訪問されていたものがあり、それらを含めて継続訪問とした。T 区は訪問動機として調査以外に、病院で退院後引き続いて訪問されているもの3例、保健所に家族の依頼のあったもの2例、民生委員からの依頼のもの1例みられた。M 市は、福祉係りの依頼が約半数あり、家族からの依頼7名、開業医、病院からの依頼が各1例づつあり、調査で発見され訪問対象となったものは13名(31.7%)であった。M 市は行政組織の中では、福祉部の保健健

表15-2 訪問看護の結果（述べ数）

一問題が解決したものの、又は解決の方向を示したものの—

	対 象	内 容	T 区	M 市
			(数)	(数)
1	本 人	病 状	1	3
		苦 痛	1	2
		日 常 生 活	5	3
		動 作	4	6
		関 病 意 欲	1	3
2	家 族	健 康	1	3
		介 護 上 の 問 題	7	9
		生 活 上 の 問 題	7	4
3	本人・家族の安心感・満足感	9	11	
4	社会参加・社会資源の活用	7	16	
5	専門家（医師・保健婦・看護婦・PT）	3	1	
6	非専門家（家政婦・ヘルパー・ボランティア）	6	4	
合 計			52	65

康課に保健センターは所属し、福祉課（福祉事務所）と密接な関係があり、福祉係りと保健婦の連携が早期に行われている体制があり、早期に家庭訪問により問題がとりあげられ、解決されてきた経過がある。そのためかT区と比して、訪問対象者の質の面で、差がみられたものと考えられる。

2. 訪問対象者の療養状況及び家族の介護力、介護条件

療養状況にある環境条件として、T区は二世帯が半数以上をしめていた。また、部屋数も3～4部屋が多く、老人の専用室のないものが27.6%あり、浴室のないものもみられている。M市は三世帯家族が多いが四世代のものもあり、部屋数も5部屋のものかほぼ半数をしめている。6～10部屋のものも13名みられ、老人の専用部屋も全員が持っており、それも6～8畳という居住条件で療養生活が行われている。在宅看護にとって、困難の1つは住宅事情である。大阪府²⁾での調査の結果では、一般に3～4部屋の小住宅や、老人の専用居室がとれぬ住宅とか、アパートなど2階以上の階に老人が住まっている場合、介護がむづかしくなることが示されているが、この点、M市はT区に比して建物の介護条件は恵まれている。

介護者を見ると、T区、M市ともに50～60代が多いが、T区は80代のものもみられる。また、特に仕事をもつものが多く、パートで働いている人、店をもって仕事をしている人も多く、時間的に余裕がなく、介護に専念できる人が少ないこと、疾病をもち、治療をしている人が多いことがあげられる。M市は、介護に専

念できる時間的ゆとりのある人が多く、殆どが健康な人達である。介護者を支えるための、他家族との協力は、特に両地区で差はみられないが、社会資源活用、福祉サービスを受けている人がT区に少なく、ヘルパー、ボランティアの非専門家をはじめ、看護婦、PT、ケースワーカーなどの専門家の協力も、有意に少ないことが示された。

3. 家庭訪問によって行われた看護内容
家庭訪問によって行われた看護内容をみると、T区では、①本人を対象とした「血圧、尿量などの測定、観察とその指導、基本的な生活指導（食事、排泄、清潔、着衣、睡眠）に関する介護技術の指導」が多く、②家族を対象とした「家族間の諸問題に関する相談、助言」「家族の健康についての相談、助言、支え」「医師への情報提供や相談の仕方の指導」が有意に多く行われている。逆にM市では、社会資源の導入に関する助言及び連絡が多くなっている。この中にはリハビリを中心とした機能訓練会の参加のすすめと、その経過の観察が4例含まれていた。T区は病院を退院したが、在宅ケアを続けねばならぬ医療依存度の高い人が3例みられ、保健所で継続している2例は、家族の人間関係、呆けによる対応困難例であり、多くの問題をかかえている事例であった。

在宅老人に対するケアの必要度とその内容は、○本人の身体的、精神的状況に応じたケアの必要度 ○家族の介護力（主介護者の有無、年齢、続柄、健康状態、介護可能期間、介護協力者の有無）○家族の介護意欲、判断力、理解力 ○老人と家族、親戚、近隣との人間関係、社会資源の活用（物品及び人物）○経済状況等が大きく関係しているものと思われる。その地域での本人及び家族ニーズを判断し、それが行政に生かされることによって、そのケアの内容は、さらに充実されてくるものと考えられた。

4. 老人の家族への看護援助（支援）の結果

限られた期間の中で、継続訪問を行った事例については、詳細な記録を行ったが、この記録をもとに最終期日を定め、看護援助の結果をまとめ評価を行った。①その事例の問題は何か。②それについてどのような援助を行ったか。③その結果、どの様な面で役立ったか。④今後残されていることは何か。の4項目につき、担当者に記録を依頼した。同時に、訪問記録の提出を願い、4項目の内容を記録と照合し、判定し分類した。当面の目標に照らして①問題が解決したと思われるもの、その方向にすすめられているもの ②問題が引き

続き継続されているもの ③状況が変化しない(入院、死亡を含む)ものにおいてみると、問題が解決したと思われるものはM市がT区より有意に多い。M市は特に社会参加、社会資源の活用があげられ、T区は、本人・家族の安心感・満足感が多くあげられていた。高崎⁹⁾は6カ月後の訪問活動の結果について、改善されたものは56.1%、変化のないもの22.3%、悪化したもの21.6%としており、改善された項目の第1は「病状」ついで「生活時間」、「稼働能力」があげられているが「本人、家族の安心感」もあげられている。

私共の継続看護においても、「本人、家族の安心感、満足感」についての心理的援助は、かなり行われていた。また、家族間の問題に関する相談、助言は特にT区に多くみられたが、土地値上げ、財産問題にからんでの家族、兄弟など親属関係の悪化に附随した問題もあり、看護援助のみでは、容易に解決できないものもみられた。M市では、家族の人間関係の問題として、嫁、姑との関係、家族と嫁、家族と娘などの関係がからみ、それが介護者の負担となり、介護意欲に影響している例もみられた。家族関係に起因している健康問題が発生し、家族機能が発揮されない家族の支援を行うためには、家族を単位としてその生活条件を明らかにし、健康問題を判断し、その要因を分析し、必要な支援が行われる必要がある。そのためには、家族システム理論^{9)~9)}を学び、コミュニケーション、情緒関係、家族の役割分担、目標、協力関係を知り、働きかけを工夫していくことが必要である。また、社会との交流、支援関係をつくるためには、家族の外的境界を適切に開放していこうとする、看護者の働きかけも必要である。今後、家族を全体として把握し、支援的、教育的働きかけを行うべく、方法の開拓がのぞまれる。

訪問看護の評価は、一般的には効果を調べる、進行状況や、結果として得られた成果を判定する、ケアの質をみることであるといわれている。

事例の評価とは、援助の過程をふりかえって、目標とした問題解決にどれだけ達成でき、または接近しえたか、相手をどれだけ理解しえたか、適切な判断が行われ、適切な方針がたてられ、どの様な援助活動がなされたか、問題の解決の方向に進んできたかどうか。現在どの様な状態であり、今後どの様な過程がのこされているかについて反省し、考察していくことである。

訪問者自身の見方、落ち入りやすいアプローチなどを改善するためには、日頃から事例検討等を通して気づいていくプロセスが大切である。私共は、訪問に際して2人制をとり、事例検討を行っていくプロセスを採用した。

今後さらに家族全体を視点とした、支援システムの評価⁹⁾¹⁰⁾、また看護の質の相違と看護の効果の関係を

客観的に示せる様な適切な評価方法について、今後開発すべく検討をつづけたいと考えている。

5. 地域の特色と健康意識について

M市は昭和55年から、健康づくり運動の普及と、地域における実践活動の担い手としての普及員制度が設置された¹¹⁾。医師会の主催する8日間の保健医療セミナーを受講したあとに、管内保健所が実施している食生活改善指導者講習会に参加し、以後、地域で積極的な自主活動が行われている。任期は4年間であり最初の2年は基礎学習が主として行われ、後半の2年間は、月1回の定例会の学習と自主活動が行われている。普及員は1回生20~30名で保健センターで行う健康診査、機能訓練会などの行事にボランティアとして積極的に参加している。4年で終了した健康普及員は、OB会をつくり、地区の健康づくり運動に参加し、自分達の健康づくりのための意識を高めるための一役をになっている。機能訓練は昭和49年から始められた。当時はリハビリ病院の退院者であったが、年々参加者が増し、友だちづくりをはじめ、健康を自ら守ろうとする地域の意識につながってきている。機能訓練は、習字、歌唱訓練、ちぎり絵、絵画チームなど運動、理学療法士、作業療法士、保健婦、看護婦などにより行われている。

T区は、昭和62年に高齢者福祉対策審議会から区に提出された、高齢者福祉対策の基本的あり方、並びに、高齢者福祉に関する主要課題¹²⁾についてみると、社会福祉供給体制の再検討のなかに、住民の多くが営業活動に追われ、ボランティアの希望者がなく、ボランティアに関心をもつ時間とゆとりのないこと、在宅療養支援体制の強化としての、リハビリテーション体制の整備、施設の建設、医師会との調整、連携があげられている。また、訪問看護事業の申込み者が少なく、福祉サービスについても、区の広報紙があまり読まれていないこと、また、意識の面においても、区からの働きかけを迷惑がったり、区の世話になりたくないという、意識をもっている人が多いことがあげられている。住民の移動も多く、住民登録があっても在住していない、マンション等の集合住宅に民生委員が、どこまで入ってよいか、などの難しい問題もあり、都市型の地域活動の複雑性をあらわしている。しかし、この報告により、再度、社会福祉供給対策の再検討が行われた。在宅療養支援体制の強化として、リハビリテーション体制の整備、有償型ボランティアの開発、特別養護老人ホームの建築などの他に、特に重点的目標として ①社会的援助を要する在宅の要介護老人の定期的把握の体制を整備すること ②痴呆老人の相談・判定・指導サービスの整備 ③要介護老人に対する在宅サービスの充実があげられた。

今後、行政の中で、それらが活かされることによって、在宅ケアの量が把握され、質の面での充実が期待されるものと考えられる。

要約

第二次調査で、要継続訪問として判断された事例を一定の基準をもうけ、T区、M市それぞれ選定した。T区、M市それぞれ一定期間をもうけ、訪問を行い、以下の結果が明らかになった。

1. 継続家庭訪問者は、T区では29名（第二次調査の14.1%）、M市では41名（同37.6%）であった。老人の年齢は、両地区とも80～84歳代が多い。老人を状態別にみると、T区は、「ぼけとねたきり」と「ぼけ」老人が多く、M市は「ねたりおきたり」と「ねたきり」の老人が多かった。
2. 介護者の年齢は、30代から80代にわたり50～60代が多い。介護者で疾病をもち、治療をしているものはT区では11名（37.9%）であるが、M市は、わずか3名（7.3%）であった。
3. 家族の介護力、介護条件で、T区とM市の差のあるものをみると、T区は、介護者に仕事をもつものが多く、時間的余裕のない人が多い。また、社会資源の活用、福祉サービスをみると、M市は90%のものが4～6種類のサービスをうけているが、T区は約30%のものがうけていない。受けていても、1～2種類の人が約30%みられる。

4. 家庭訪問による看護内容をみると、T区とM市の差のあるものとして、疾病にともなう観察及び指導、基本的生活行動に関する介護技術、家族間の健康についての相談、助言、支え（はげまし）、医師への情報提供や相談の仕方の指導がT区に多い。M市は社会資源の導入に関する助言、連絡が多い。
5. 他職種との連携は、M市がT区に比して多く、福祉、医師、看護婦、PT、ケースワーカー、ヘルパー、ボランティアにわたっている。
6. 訪問看護の結果、問題解決別にみると、当面の問題が解決したものは、M市に多く、問題が引き続いているもの、状況の変化のないもの、悪化したものはT区に多くなっている。

最後に御協力いただいた南足柄市保健センター保健婦の皆様にご心からお礼申し上げます。

〔本研究は昭和62, 63, 平成元年度文部省科学研究費（課題番号62440084 研究代表者 飯田澄美子）の助成を受けて実施した研究の一部である。

なお、本論文の要旨は平成2年第55回日本民族衛生学会総会で発表した。〕

〈引用文献〉

- 1) 島内節他：家族を単位とした分析視点と支援技術：保健婦雑誌，Vol. 40, No. 12, P. 11～54, 1984.
- 2) 大阪府，他：在宅痴呆性老人介護の実態，大阪府 58, 1987
- 3) 高崎絹子他：在宅障害老人，家族への看護援助の評価，保健婦雑誌，Vol. 45, No. 5, P. 55～61, 1989.
- 4) 岡堂哲雄編集：（家族心理学6）家族心理学の理論と実際，金子書房，1988.
- 5) 家族心理学年報③：家族カウンセリングの実際，金子書房，1985.
- 6) 野嶋佐由美：家族への援助—家族療法を中心に—，保健婦雑誌，Vol. 46, No. 7, 1990.
- 7) 野嶋佐由美：家族看護学への展望：看護研究，Vol. 22, No. 5, P. 2—9, 1989.
- 8) 木下由美子：家族を単位とした看護の展開 —訪問看護の現場から— 看護，Vol. 37, No. 14, P. 12～21, 1985.
- 9) 木佐貫悦子，島内節：ねたきり老人の在宅ケア優先度判定およびケアの評価，保健婦雑誌，Vol. 39, No. 12, 1013～25. 1983.

- 10) 島内節：在宅ケアと家族の支援，保健の科学，Vol. 31, No. 8, P. 503～507, 1989.
- 11) 南足柄市保健活動資料集：保健活動10年のあゆみ，南足柄市保健センター，1988.
- 12) 中央区高齢者福祉対策審議会：中央区における高齢者福祉対策の基本的あり方並びに高齢者福祉に関する主要課題について，中央区厚生部老人福祉課，1987.

〈参考文献〉

- 大國美智子：家族よりみたケアの問題点，老年期痴呆，Vol. 2, No. 1, 1988.
- 大國美智子：疾病・障害をもつ老人の家族ケア—公衆衛生学の立場から—，老年社会科学，3, 24—35, 1981.
- 中島紀恵子他：ぼけ老人の介護者のBurn-outに関する一考察，老年期の痴呆の原因，病態，治療に関する総合的研究，昭和60年研究報告書，P. 225—235, 1986.
- 中島紀恵子：老年期痴呆患者のケアをめぐる諸問題，老年期痴呆，Vol. 1, No. 1, P. 85—93, 1987.
- Hougani, P. K.: Behavior of Patients with Dementia, Norway. The Norwegian Institute of Gerontology 32 (suppl. 1), 1985.
- Winograd, Carl Hutner MD. et al.: Physician Man-

- agement of the Demented Patient. The Journal of American Geriatrics Society. Vol. 34, No. 4, 1986.
- Shamoian, C.: Treatment Policies on Ambulatory Demented Patient within the Community Care System. Annual Report of Sasakawa Health Science Foundation, Vol. 3, No. 2, P. 57—63, 1987.
 - 鎌田ケイ子：看護婦よりみた在宅ケアの問題，老年期痴呆，Vol. 2, No. 1, P. 79—84, 1988.
 - 大塚俊男：痴呆老人のケアの将来，Vol. 3, No. 2, P. 79—82, 笹川医学医療研究財団研究業績年報1987.
 - 季羽倭文子：訪問看護の評価と Quality Assurance 看護 Mook No. 34, P. 119—124, 1990.
 - 松野かほる：厚生行政科学研究の概要，看護 Mook No. 34, P. 164—169, 1990.
 - 林 好一他：老人保健事業の評価，日本公衛誌，Vol. 37, No. 2, P. 73—81, 1989.

Visiting Nursing Service for Care Givers and
Persons Aged 75 and Over Who Require
Assistance
—A Visiting Follow-up Survey—

SUMIKO IIDA et al.

The second stage investigation taking place in T Ward and M City had, based on certain criteria, identified cases requiring a regular supply of visiting nursing services. A visiting follow-up survey of these cases was taken in both communities for a certain period of time. The findings are as follows:

1. The number of the aged requiring visiting nursing service was 29 (14.1% of the surveyed) in T Ward and 41 (37.6%) in M City. Though most of them were those aged 80 through 84 years in both communities, some differences in impairment levels were observed: while most of them in T Ward fell into the two categories of "dementia and bedridden" or "dementia," in M City most fell into the "bedridden" or "bedrest and dependency but sitting up in bed" categories.
2. The age of family caregivers spread from 30 to 80 years and over, and among them, numerous caregivers were in the bracket of 50 to 70 years. Of caregivers in T Ward, eleven people (37.9%) were suffering from some kind of disease and under medical treatment, while the number of caregivers under medical treatment in M City was only three (7.3%).
3. As for a family's capacity and circumstances for giving care, there were some differences between T Ward and M City. For example, the number of caregivers holding a job was bigger in M City than in T Ward. Holding a job naturally prevented caregivers from providing the aged with sufficient care. However, concerning the use of social resources and welfare services, it was found that 90% of the surveyed in M City made use of four to six kinds of social service while 70% of the surveyed in T Ward made use of social services, and 30% of them used only one or two kinds of social services.
4. Specific services provided by visiting nurses differed in each community:
T Ward:
 - a) observation and guidance relating to diseases
 - b) teaching family members how to help the aged cope with the day to day problems of living
 - c) counseling for the family members' health problems, and giving advice and support (psychological)
 - d) helping the caregivers furnish accurate information to the physicianM City:
 - a) encouraging utilization of social resources
 - b) referring the caregivers to specific social services
5. Mobilization of the broader social network, inducing closer cooperation with welfare personnel, physicians, nurses, PT case-workers, helpers, and volunteers, was more active in M City than in T Ward.

6. Visiting nursing services had brought about more favorable results in M City than in T Ward: visiting nurses' involvement could contribute to the solution of immediate problems more in M city than in T Ward, while more problems remaining unchanged or sometimes worsened were observed in T Ward than in M City.

Key Words

the aged 75 years old and over
home-care
family relation
visiting follow-up survey