

老人保健事業における訪問指導のありかた ～ 保健婦の訪問目的・支援内容と効果の考察 ～

菊地 珠緒¹⁾、竹内 文生¹⁾、大森 房子²⁾、佐藤 孝³⁾、
中村 礼子⁴⁾、柴原 君江¹⁾

要 旨

老人保健事業の訪問指導において、保健婦が有効な支援が出来たと判断した703事例から、訪問目的、支援内容、効果について量的分析と記録による記述分析を試みた。その結果、訪問目的は「本人への支援」「家族への支援」「適正医療の確保」に重点を置くことが有効であると示唆された。さらに、「本人への支援」における、①健康状態の安定・向上、②ADLの改善、③本人の状況を考慮した適正医療の確保は、「本人の意欲の向上・社会化」へとつながり、しいては、「家族の介護負担の軽減」につながることが示唆された。

キーワード：本人への支援、家族への支援、適正医療の確保、有効な支援

はじめに

老人保健事業の訪問指導において、保健婦の訪問指導の役割が問われるところであるが、その効果・有効性についての報告は、まだ、少ない。事例としての効果報告、倉地¹⁾らに代表される量的研究による有効性の検証がおこなわれつつある。また、家庭訪問における看護技術の質的研究は、1990年代になり、Joyce Zerwekh^{2) 3) 4) 5)}や萱間⁶⁾らによって報告されている。今回、全国の市区町村の保健婦の協力を得て、有効な訪問指導事例を703事例集めることが出来た。有効な支援の出来た訪問指導事例について、訪問目的、支援内容、効果を量的かつ、保健婦の記述から質的にとらえたいと考えた。

I. 研究目的

老人保健事業の訪問指導において、保健婦が有効な支援が出来たと判断した703事例から、訪問目的について量的分析を行い、さらに訪問指導事例の分類を試み、典型的と思われた15事例について対象の概要、支援内容、その効果を、保健婦の記録から、記述分析することによって、有効な訪問指導のあり

方について考察する。

II. 研究方法

1. 調査対象

全国の市区町村の1/2を無作為抽出し、その市区町村で老人保健事業を担当している保健婦1628名を対象にして、老人保健事業の訪問指導において、保健婦が有効な支援が出来たと判断した1事例について郵送による調査依頼を実施した。回収率は43.2%で、有効回答事例703事例である。

2. 調査期間

平成10年12月～平成11年2月

3. 調査内容

1) 訪問指導事例と支援に関する基本的事項

訪問指導対象（年齢、性別、疾患名、日常生活自立度等）、支援を行った保健婦（年齢、老人保健事業における訪問指導担当年数）

2) 訪問目的

訪問目的を、以下の5領域「本人への支援」、「家族への支援」、「適正医療の確保」、「生活環境」「地域ネットワーク構築や施策化への関与」の、43項目で構成した。

-
- 1) 川崎市立看護短期大学
 - 2) 東京都杉並区保健衛生部地域保健課
 - 3) 秋田県合川町立保健センター
 - 4) 石川県厚生部長寿社会課

3) 訪問指導事例の要約記述（記録）

事例の概要、訪問目的、訪問計画、指導内容、訪問指導の効果についての要約した記録。

4. 分析方法

- ① データの量的分析によって、訪問指導事例に対し50%以上の保健婦が訪問目的として揚げた項目について、その割合をみた。
- ② 訪問指導事例の記述から、支援事例について問題別に分類を試みた。その際、事例の記述から典型的な15事例をとりだし、保健婦の支援内容とその結果効果について分析し、考察を行った。

Ⅲ. 結 果

1. 調査対象の概要（表1～3）

調査対象となった事例は703名で男性が349名（49.6%）、女性が347名（49.4%）ではほぼ同数であった。年齢構成は、64歳以下が144名（20.5%）、65～74歳が243名（34.6%）、75歳以上の後期高齢者が306名（43.5%）であった。傷病大分類別に疾患をみると、循環器系の疾患が最も多く454名（64.6%）、次に筋骨格系及び結合組織の疾患が91名（12.9%）であった。全事例の3/4がこの2分類疾患であった。

訪問指導を担当した保健婦の概要は、平均年齢36.7才、保健婦としての平均活動年数は12.4年、老人保健の訪問指導の平均年数は10.7年である。

2. 訪問目的（表4）

保健婦が支援期間に訪問目的として揚げたものをあてはまるだけ選択してもらった結果、50%以上の保健婦が訪問目的として揚げた項目は（表4）のとおりである。保健婦一人当たりの訪問目的選択数は平均16.8項目であった。

訪問指導目的として最も多かったのは、『本人への支援』の中の「症状や血圧など身体状況把握」で665名（94.6%）である。2番目は、家族への支援である「介護負担の軽減」が512名（72.8%）で、他の訪問目的と比べて高率であった。

3. 有効な訪問指導事例の分析（表5～7）

訪問指導の特徴的な事例を選択して支援内容と結果・効果について分析した。表5から、事例のもつ問題やニーズが明らかになった。保健婦が事例の問題を的確に把握した上で、支援内容が実施されている

ことが伺える。結果・効果においても、安定した在宅療養生活や、本人・家族のQOLの向上につながる結果をもたらしている。さらに、「本人への支援」における、①健康状態の安定・向上、②ADLの改善、③本人の状況を考慮した適正医療の確保は、「本人の意欲の向上・社会化」へとつながり、しいては、「家族の介護負担の軽減」につながることを示唆された。表6では、事例分析から導く訪問指導の支援内容について分類を試みた。結果として、Ⅰ. 本人への直接的ケア提供、Ⅱ. 本人への社会・心理的支援、Ⅲ. 家族への支援、Ⅳ. 在宅ケア体制づくり（1）役割分担の調整等（2）ヘルパー教育、Ⅴ. 適正医療の確保の5項目が主要概念として抽出された。表7では、事例分析から導く訪問指導の効果について分類を試みた。その結果、Ⅰ. 本人の健康状態・ADLの改善または安定、Ⅱ. 本人の意欲の向上・社会化、Ⅲ. 適正医療・ケアの確保、Ⅳ. 安定した在宅療養生活の確立・確保、Ⅴ. 本人・家族のQOL・セルフケア機能の向上の5項目の主要概念が抽出された。

Ⅳ. 考 察

有効な訪問指導703事例の量的分析から、保健婦は本人の症状や血圧など身体状況把握と家族の介護負担の軽減にむけて努力している姿が伺えた。しかし、分類上典型的な15事例の質的分析を通して、まず、本人と家族の置かれた環境の中で何が一番問題なのか、事例のもつ問題やニーズを明らかにし把握するための段階が必要であることがわかった。さらに、支援は事例のもつ問題やニーズに対応したものであることが伺えた。支援内容の項目として抽出されたⅠ～Ⅴの5つの概念は常に、連動して相乗効果を生んでいくことがわかった。たとえば、Ⅰ. 本人への直接的ケア提供が、結果として本人の健康状態・ADLの改善または安定につながり、そのことがⅡ. 本人の意欲の向上・社会化につながり、しいては介護負担を軽減していく。また、適正医療・ケアの確保をすることが、どんなに家族の介護負担を軽減していくものであるか。支援内容として抽出された5つの概念は幾つかを同時に並行してすすめていくことが期待される。特に本人への支援と家族への支援は同時並行であることが多い。訪問指導の効果から抽出されたⅠ～Ⅴの5つの概念も、実は本人の症状や血圧など身体状況把握と、介護負担の軽減にむけての具体的視点となるものであった。

表1 事例（調査対象者）の基本的事項

(N = 703)

		人 数	構成比	合計
性別	男	349	49.6%	703 100.0%
	女	347	49.4%	
	無回答	7	1.0%	
年齢別	～64歳	144	20.5%	703 100.0%
	65～74歳	243	34.6%	
	75歳以上	306	43.5%	
	無回答	10	1.4%	
日常生活 自立度別	J	114	16.2%	703 100.0%
	A	199	28.3%	
	B	200	28.4%	
	C	158	22.5%	
	無回答	32	4.6%	

表2 事例の傷病別人数

N = 703（重複回答）

傷 病 分 類	人 数	構成比
I 感染症及び寄生虫症	2	0.3%
II 新生物	26	3.7%
III 血液・造血器、免疫機構の疾患	2	0.3%
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	53	7.5%
V 精神及び行動の障害	82	11.7%
VI 神経系の疾患	81	11.5%
VII 眼及び付属器の疾患	2	0.3%
IX 循環器系の疾患	454	64.6%
X 呼吸器系の疾患	17	2.4%
X I 消化器系の疾患	7	1.0%
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	7	1.0%
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	91	12.9%
X IV 尿路性器系の疾患	14	2.0%
X VIII 他に分類されないもの	9	1.3%
XIX 損傷、中毒、他の外因の影響	35	5.0%
無回答	30	4.3%

表3 訪問指導を担当した保健婦の概要

(単位：年)

項目	年齢	保健婦の活動年数	老人保健の訪問指導年数
平均年数	36.7	12.4	10.7

表4 保健婦が訪問目的として揚げた項目

50%以上となったもの		(N = 703)	
		人数	%
本人への支援 (状況把握)	症状や血圧など身体状況の把握	665	94.6
	家庭環境の把握	412	58.6
	病状の受け止め方や理解の把握	377	53.6
本人への支援 (健康状態の 安定・改善)	麻痺・拘縮など障害の悪化予防	469	66.7
	A D L の改善	435	61.9
	心身機能の安定	401	57.0
	リハビリへの積極的な取り組み	398	56.6
	療養の仕方の理解や改善	374	53.2
	合併症の予防	363	51.6
家族への支援 (介護体制づくり)	介護負担の軽減	512	72.8
	保健福祉サービス・福祉機器の活用	457	65.0
	保健福祉サービス情報の活用	442	62.9
家族への支援 (状況把握)	本人・家族の介護ニーズの把握	446	63.4
	家族の健康の把握とセルフケア向上	428	60.9
	家族関係の把握と改善	368	52.3
適正医療の確保	かかりつけ医・専門医の適切な受診	463	65.9

表5 有効な訪問指導事例の質的分析

事例の特徴	事例の背景	支援内容	結果・効果
1. 介護者の対応能力の低い事例	二人世帯 58歳男性 脳梗塞 妻胃潰瘍 心配ごとが続くと食事が作れない 体力がない 日中、妻は12時間仕事	①本人への介護援助 ②介護者との話し合いによる役割分担 ③在宅ケアの体制づくり（関係機関との定期的話し合い・調整）	⇒ 本人の健康レベルの向上 ⇩ ⇒ 介護負担の軽減 ⇩ ⇒ 在宅ケア体制確立
2. 独居・受診拒否事例	前立腺肥大 胃癌 痴呆 85歳男性 独居 身寄りなし 胃癌による貧血著明	①本人の身体状況の観察と医師連絡による疾病管理 ②本人の訴えをよく聞き受けとめる ③在宅ケア体制づくり（ヘルパー教育）	⇒ 本人の健康レベルの向上（歩けるようになった） ⇒ 適性受診に結びつく ⇒ 本人の精神の安定 ⇒ 安定した在宅療養生活（ヘルパー教育）
3. 寝たきりで病院受診が出来ずにいる事例	脳梗塞後遺症 67歳男性 高血圧 生活保護 介護者65歳 介護負担大きい	①定期的往診を確保（適性医療支援） ②歯科医師の往診（適性医療支援） ③在宅ケア体制づくり（社会資源の導入）	⇒ 本人の健康状態の安定（血圧、一般状態が安定） ⇒ 入れ歯ができる ⇒ 嚥下しやすくなる ⇩ ⇒ 本人のADL向上 ⇩ ⇒ 介護負担の軽減
4. 終末期ケアが必要な事例 （高齢者世帯）	大腸癌末期 70歳女性 介護者76歳の男性 ほとんど介護は無理 主治医は遠方の総合病院で受診困難 主治医が訪問看護に理解がない	①本人の症状にあわせたケアの提供（病院との連絡調整） ②ヘルパーへの教育（本人に合わせたケアの提供のため） ③在宅ケア体制づくり（病院・ヘルパー 家政婦の役割分担調整）	⇒ 必要なケアの確保 ⇒ 本人・家族の安心につながる。 ⇒ ヘルパーが介護を代行 ⇩ ⇒ 安定した在宅療養生活

事例の特徴	事例の背景	支援内容	結果・効果
5. 高齢者世帯の事例	脳粥状硬化症 85歳 男性 介護者高齢 高血圧治療中	①訪問歯科診療の活用（適性医療へ結びつける） ②訪問時の定期的車イスでの散歩（月1回） ③介護者の健康管理	⇨ 本人の口腔衛生の改善（食事内容の改善） ⇩ 本人の全身状態の改善 ⇩ ⇨ 本人の意欲の向上 生活の楽しみ ⇩ 介護負担の軽減 ⇩ ⇨ 安定した在宅療養生活
6. 福祉サービス拒否事例	脳血管疾患 76歳 男性 高血圧あり 長男精神面で問題？ 生活困難処遇検討会より依頼訪問事例	①本人・家族とのラポール形成のため訪問を繰り返す ②適性医療に結びつける	⇨ 本人・家族が訪問指導を待つようになる。⇩ 本人の清潔の確保 福祉サービス導入可能となる。 ⇩ 介護負担の軽減 本人のQOLの向上 ⇨ 薬のみ家族がとりにいく ⇩ 本人と家族で受診するようになる
7. 重症難病事例	筋萎縮性側索硬化症 57歳女性 人工呼吸器装着 胃ろう造設 介護は19歳の長女が1人で担っていた 在宅養療を本人が希望	①本人の症状悪化予防のためのケア ②本人のできる範囲での自立した生活支援（環境整備・福祉サービスの活用） ③在宅養療体制の調整（家族の役割分担 ケアチームの調整）	⇨ 在宅での養療継続 ⇨ QOLの維持・確保 ⇨ 本人の症状にあわせたケア体制が確保 介護が家族で分担された 長女の介護負担が軽減した

事例の特徴	事例の背景	支援内容	結果・効果
8. 脳梗塞早期把握 対応事例	脳梗塞 80歳男性 ランク C 寝たきり状態 脳卒中情報システムより 把握	①本人の寝たきり状態を集中的に改善 ②家族のニーズにあ わせた情報・サー ビスの提供 (機能訓練教室等へつなげる)	⇨ ねたきりから自立歩行となる (ADLの改善) ⇩ 介護者の肉体的負担軽減 ⇩ ⇨ 本人・家族のQOLの向上
9. 通院が家族に負担 となっていた事例	脳出血 80歳女性	①本人の状態の改善 ②訪問リハビリの導入 ③家族が一番困っていた通院の負担を解消 (通院⇨往診：適性医療の確保)	⇨ ADLの改善 本人の意欲の向上 ⇨ ADLの改善 ⇩ ⇨ 介護負担の軽減
10. 生活を一步広げ たことが相乗効果を 生んだ事例	脳梗塞 75歳男性	①車椅子での定期的 散歩支援 ②適性受診 (受診に 結びつける) ③在宅養療体制づくり	⇨ 本人室内のみの 生活から解放 ⇩ 本人の意欲の向上 デイサービス参加 ⇨ 受診に結びつく ⇩ ⇨ 介護負担の軽減 ⇩ 家族が本人を戸外につれだ すようになる
11. 介護能力の低い 事例	心不全 98歳女性 介護者77歳で高度 難聴、意思疎通困難 2人世帯 本人の体 調不良に気づかない	①本人の体調不良時の 早期発見対応体制を 整える (介護型ヘルパー活用) ②適性受診 (受診に 結びつける) ③在宅養療体制づくり	⇨ 本人の異常の早期発見 対応が確立 ⇨ 受診に結びつく ⇩ ⇨ 在宅養療可能 (介護者では無理)

	事例の背景	支援内容	結果・効果
12. 40 歳代 脳梗塞 低年齢障害者の事例	48歳男性 家計を支えるために 妻が働く 本人は障 害の受容ができず 閉じこもり	①本人への機能訓練 指導を保健婦が実施 ②障害の受容への支援 ③自己役割の獲得への 支援（役割変換）	⇨ IADL, ADL の向上 (入浴も自立となる) ⇩ 本人に自信がでる ⇨ 閉じこもりの解消 デイサービスに休ま まず参加する 家族で外出が出来 るようになる。 ⇨ 家事の多くを受けもつよう になる。
13. 介護環境により 寝たきりになった 事例	脳梗塞 73歳女性 ランクC 介護者は 76歳の夫で2人世帯	①寝たきりからの離床 支援 ②デイサービスの定期 参加を支援 ③在宅養療体制づくり (家族の意思の尊重)	⇨ 本人のADL 向上 (自力で移動可となる) ⇨ 本人の意欲の向上 QOLの向上 ⇩ 介護負担の軽減 ⇨ 本人・家族のQOL の向上 (家族の意思の尊重)
14. 障害により意欲 低下した事例	脳卒中後遺症 70歳 介護者は肺癌	①障害の受容にむけて 支援 ②保健福祉サービス の調整 ヘルパー派遣 ③家族の健康管理指導	⇨ 療養の仕方を理解し意欲的 になる ⇨ 機能訓練教室へ参加 リハビリに積極的になる 介護負担の軽減 ⇨ 妻の肺癌の早期発見 医療に結びつける
15. 重度ねたきりで 入退院を繰り返す 事例	脳血管疾患 74歳 男性 肺炎など合併症	①栄養チューブの管理 合併症の予防指導 ②在宅福祉サービス導入 ケア情報と技術提供 ③家族の不安に対して 介護協力体制づくり	⇨ 在宅生活の継続 安定 ⇩ 家族の安定 ⇩ 家族全体の協力が得られる

表6 事例分析から導く訪問指導での支援内容

概 念	支 援 内 容
I. 本人への直接的 ケア提供	<p>本人への介護援助（事例1）</p> <p>本人の症状にあわせたケアの提供（事例4）</p> <p>本人の症状悪化予防のためのケア（事例7）</p> <p>栄養チューブの管理／合併症の予防指導（事例15）</p> <p>本人の状態の改善（事例9）</p> <p>本人の寝たきり状態を集中的に改善（事例8）</p> <p>寝たきりからの離床支援（事例13）</p> <p>本人への機能訓練指導を保健婦が実施（事例12）</p> <p>訪問時の定期的車イスでの散歩（事例5）</p> <p>車椅子での定期的散歩支援（事例10）</p>
II. 本人への社会・ 心理的支援	<p>本人の訴えをよく聞き受けとめる（事例2）</p> <p>本人・家族とのラポール形成（事例6）</p> <p>本人のできる範囲での自立した生活支援（事例7）</p> <p>障害の受容への支援（事例12）</p> <p>自己役割の獲得への支援（役割変換）（事例12）</p> <p>デイサービスの定期参加を支援（事例13）</p> <p>障害の受容にむけて支援（事例14）</p>
III. 家族への支援	<p>介護者との話し合いによる役割分担（事例1）</p> <p>介護者の健康管理（事例5）</p> <p>本人・家族とのラポール形成（事例6）</p> <p>家族のニーズにあわせた情報・サービスの提供 （機能訓練教室等へつなげる）（事例8）</p> <p>家族が一番困っていた通院の負担を解消（事例9）</p> <p>在宅養療体制づくり（家族の意思の尊重）（事例13）</p> <p>家族の健康管理指導（事例14）</p> <p>家族の不安に対して介護協力体制づくり（事例15）</p>

概 念	支 援 内 容
IV. 在宅ケア体制づくり （1）役割分担の調整等	<p>介護者との話し合いによる役割分担（事例1）</p> <p>関係機関との定期的話し合い・調整（事例1）</p> <p>社会資源の導入（事例3）</p> <p>病院・ヘルパー家政婦の役割分担調整（事例4）</p> <p>家族の役割分担、ケアチームの調整（事例7）</p> <p>訪問リハビリの導入（事例9）</p> <p>在宅養療体制づくり（事例10、11、13）</p> <p>保健福祉サービスの調整、ヘルパー派遣（事例14）</p> <p>在宅福祉サービス導入、ケア情報と技術提供（事例15）</p> <p>家族の不安に対して介護協力体制づくり・導入（事例15）</p>
IV. 在宅ケア体制づくり （2）ヘルパー教育	<p>ヘルパー教育（事例2）</p> <p>ヘルパーへの教育、本人に合わせたケアの提供（事例4）</p> <p>本人の体調不良時の早期発見対応体制を整える（事例11）</p> <p>介護型ヘルパー活用（事例11）</p>
V. 適正医療の確保	<p>本人の身体状況の観察と医師連絡による疾病管理（事例2）</p> <p>定期的往診を確保（適正医療支援）（事例3）</p> <p>歯科医師の往診（適正医療支援）（事例3）</p> <p>病院との連絡調整（事例4）</p> <p>訪問歯科診療の活用（事例5）</p> <p>家族が一番困っていた通院の負担を解消（事例6）</p> <p>通院⇄往診：適正医療の確保（事例9）</p> <p>適正受診（受診に結びつける）（事例10）</p> <p>適正受診（受診に結びつける）（事例11）</p>

表7 事例分析から導く訪問指導の効果

概 念	効 果
I. 本人の健康状態・ ADLの改善または安定	<p>本人の健康レベルの向上（事例1）</p> <p>本人の健康レベルの向上（歩けるようになった）（事例2）</p> <p>本人の健康状態の安定（血圧、一般状態が安定）（事例3）</p> <p>入れ歯ができる嚥下しやすくなる（事例3）</p> <p>本人のADL向上（事例3）</p> <p>本人の口腔衛生の改善（食事内容の改善）（事例5）</p> <p>本人の全身状態の改善（事例5）</p> <p>ねたきりから自立歩行となる（ADLの改善）（事例8）</p> <p>ADLの改善（事例9）</p> <p>IADL, ADLの向上（入浴も自立となる）（事例12）</p> <p>本人のADL向上（自力で移動可となる）（事例13）</p>
II. 本人の意欲の向上・ 社会化	<p>適性受診に結びつく／本人の精神の安定（事例2）</p> <p>本人の意欲の向上 生活の楽しみ（事例5）</p> <p>本人・家族が訪問指導を待つようになる（事例6）</p> <p>本人の意欲の向上（事例9）</p> <p>本人の意欲の向上デイサービス参加（事例10）</p> <p>本人に自信がでる／閉じこもりの解消（事例12）</p> <p>家事の多くを受けもつようになる（事例12）</p> <p>本人の意欲の向上／QOLの向上（事例13）</p> <p>療養の仕方を理解し意欲的になる（事例14）</p> <p>機能訓練教室へ参加／リハビリに積極的になる（事例14）</p>
III. 適正医療・ケア の確保	<p>適正受診に結びつく／本人の精神の安定（事例2）</p> <p>必要なケアの確保、ヘルパーが介護を代行できる（事例4）</p> <p>本人の清潔の確保（事例6）</p> <p>本人の症状にあわせた体制が確保（事例7）</p> <p>受診に結びつく（事例10）</p> <p>本人の異常の早期発見対応が確立、受診に結びつく（事例11）</p>

概 念	効 果
IV. 安定した在宅療養 生活の確立・確保	<p>介護負担の軽減、在宅ケア体制確立（事例1）</p> <p>安定した在宅療養生活（事例2）</p> <p>介護負担の軽減（事例3）</p> <p>必要なケアの確保、本人・家族の安心につながる（事例4）</p> <p>安定した在宅療養（事例4）</p> <p>介護負担の軽減、安定した在宅療養生活（事例5）</p> <p>本人・家族が訪問指導を待つようになる（事例6）</p> <p>介護負担の軽減（事例6）</p> <p>在宅での養療継続（事例7）</p> <p>本人の症状にあわせたケア体制が確保（事例7）</p> <p>長女の介護負担が軽減した（事例7）</p> <p>介護者の肉体的負担軽減（事例8）</p> <p>介護負担の軽減（事例9、10、13、14）</p> <p>在宅養療可能（介護者では無理）（事例11）</p> <p>在宅生活の継続 安定（事例15）</p>
V. 本人・家族のQOL・ セルフケア機能の向上	<p>本人の意欲の向上、生活の楽しみ（事例5）</p> <p>本人・家族が訪問指導を待つようになる（事例6）</p> <p>本人のQOLの向上（事例6）</p> <p>本人と家族で受診するようになる（事例6）</p> <p>QOLの維持・確保（事例7）</p> <p>本人・家族のQOLの向上（事例8）</p> <p>本人の意欲の向上、デイサービス参加（事例10）</p> <p>家族が本人を戸外につれだすようになる（事例10）</p> <p>閉じこもりの解消、家事の多くを受けもつ（事例12）</p> <p>本人の意欲の向上、QOLの向上（事例13）</p> <p>本人・家族のQOLの向上（事例13）</p> <p>機能訓練教室へ参加、リハビリに積極的になる（事例14）</p> <p>家族全体の協力が得られる（事例15）</p>

おわりに

老人保健事業の訪問指導において、保健婦が有効な支援が出来たと判断した703事例から、その訪問目的、支援内容、効果から共通な概念について抽出を試みた。今後、この概念を活用して、具体的に訪

問指導場面にどう反映していくか今後の課題である。

（本研究は、平成9～10年度厚生省老人保健事業推進費等補助金「老人福祉に関する調査研究費等事業」「医療費適正化の観点からみた訪問指導事業のあり方に関する研究報告書」の一部である。）

参考文献

- 1) 倉地レイ子：医療情報を基にした被保険者指導の展開～福岡県国保連合会における重複・多受診者への家庭訪問をととしての検討～，福岡県国保連合会，1-20.
- 2) 村嶋幸代他：地域看護職の能力に関する研究とJoyce Zerwekh博士の仕事：家庭訪問および訪問看護に焦点をあてて，看護研究，32（1）：3-14. 1999.
- 3) Joyce Zerwekh著/萱間真美・玉置夕起子訳家族の自助能力を支える基礎作りとしての訪問ケア：家族を見つける，信頼関係を構築する，そして強さを育む，看護研究，32（1）15-24. 1999.
- 4) Joyce Zerwekh著/斉藤恵美子訳：保健婦活動のための家族ケアモデル，看護研究，32（1）：25-32. 1999
- 5) Joyce Zerwekh著/狭川庸子訳・解説：熟練保健婦の臨床能力に関する記述的研究の実際看護研究，32（1）：45-52. 1999
- 6) 萱間真美：精神分裂病者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術，保健婦，訪問看護婦のケア実践の分析，看護研究，32（1）：53-76. 1999.
- 7) 湯澤布矢子他：これからの行政組織における保健婦（士）活動のあり方に関する研究Ⅱ－介護保険制度導入を視野に入れて－，平成9年度厚生科学研究報告書，1998
- 8) 日本訪問看護振興財団・日本看護協会：日本の訪問看護・訪問指導は今，1995年全国における訪問看護・訪問指導サービス定点モニター調査結果を踏まえて，日本訪問看護振興財団・日本看護協会調査報告：1-22. 1995.
- 9) 日本看護協会編：第9版，保健婦（士）業務要覧，P21，日本看護協会出版会，1999.
- 10) 島内節他編：老人地域看護活動，地域看護学講座8，医学書院，1994.
- 11) 平山朝子他編：公衆衛生看護学総論1，第2版公衆衛生看護学大系1，日本看護協会出版会，1997.
- 12) 平山朝子他編：公衆衛生看護学総論2，第2版公衆衛生看護学大系2，日本看護協会出版会，1997.
- 13) 平山朝子他編：公衆衛生看護学総論3，第2版公衆衛生看護学大系3，日本看護協会出版会，1997.