

在宅看護における24時間ケアニーズに関する研究

柴原君江¹⁾ 加城貴美子¹⁾ 森口きよ子²⁾ 稲葉光子³⁾ 佐間田三七江⁴⁾

山本和代⁵⁾ 庄崎雅子⁶⁾ 前田寿々子⁷⁾ 前田千寿子⁸⁾ 杉浦芳子⁸⁾

要 旨

在宅要介護者に対する援助として重要な事は、自立意欲への働きかけである。そのためには家族介護者を支える保健・医療・福祉の統合された支援システムが必要である。今回調査した訪問看護利用者の約60%が食事や排泄、着替えに介護を必要とし、37%は自力で寝返りも不可能なケアニーズの高い対象であった。高齢や障害の進展にともなって介護者の負担も高くなるが、家族の介護意欲が要介護者の日常生活を支えており、休日や夜間のケアも求められている。

在宅看護を担う看護職からも、医療機器をつけた在宅要介護者が増加しつつあり、24時間ケアは必要との意見が寄せられた。在宅生活を可能な限り長続きさせるためには、看護と福祉の社会的サービスの充実が望まれる。

キーワード：24時間在宅ケア、ケアニーズ、在宅看護、家族介護者

I はじめに

わが国では超高齢社会を迎え、援助を必要とする高齢者や障害者がさらに増大することが予測される。施設ケアから在宅ケアへとサービスを転換していく中で、安心して在宅生活を送れるように、要介護者と家族介護者の生活実態とニーズを十分把握して援助計画をたてる必要がある。個々の対象については、ケアマネジメントの導入によって援助計画の検討がされつつあるが、地域実態を把握することによって総合的な計画立案を提言する必要がある。

在宅サービスニーズは、保健・医療・福祉をトータルなものとしてとらえており、さらに24時間在宅ケアも現実的になってきている。このような状況に

あって、24時間ケア体制の推進に向けてその可能性を探る必要がある。すでに、昼夜を問わず訪問看護援助の要請があり、本来、対応できる条件のない中でサービスを実施している訪問看護ステーションもある。

以上のことをふまえて、川崎市の訪問看護活動における看護職の活動実態や24時間ケアに関する意識・ニーズについて調べ、実践にむけて手がかりをつかみたいと考える。

II 調査の概要

1. 調査の目的と構成

川崎市の在宅ケアにおける訪問看護利用者と家族介護者の実態とケアニーズ、訪問看護を実施している看護職への意識調査をとおして、24時間在宅ケアサービス実施の問題点と可能性を検討することを目的とする。

2. 用語の操作的定義

24時間在宅ケア：看護職あるいはホームヘルパーが、必要に応じて夜間・深夜・早朝あるいは休日にも訪問を行い、家族や地域住民と協力しながら訪問看護利用者の自立を支え、できるだけ長く在宅生活

- 1) 川崎市立看護短期大学
- 2) かわさき訪問看護ステーション
- 3) 川崎市立川崎病院在宅医療部
- 4) 川崎市立井田病院保健医療部
- 5) 稲田登戸病院訪問看護室
- 6) 聖マリアンナ医科大学看護専門学校
- 7) 川崎市多摩区役所保健所
- 8) 社) 川崎市看護協会

を持続させるもの。

自立意欲：どのような状態になっても、その人にとっての生活全体が自立的に営めるような気持ちが持ち続けられることで、日常生活動作

(Activities of Daily Living、以下ADLと略す)に限定されない。

3. 調査方法

1) 調査対象：川崎市で訪問看護ステーションまたは病院訪問看護部(室)(以下病院訪問看護部門とする)の訪問看護利用者とその家族のうち調査に同意が得られた各53名、および訪問看護を行っている看護職34名。

2) 調査期間：平成8年9月から平成9年3月

3) 調査方法：調査協力機関の看護職が、家庭訪問によって訪問看護利用者本人とその家族に面接し、半構成的質問紙及び以下の測定用具を用いて調査を行った。看護職への調査は留置法による。

4) 分析方法：統計処理は汎用統計学パッケージSPSSを用いてカイ二乗検定、t検定を行った。

5) 測定用具

①N式老年者用日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)

N-ADL¹⁾は、老年者および痴呆患者の日常生活能力を多角的にとらえ、点数化して評価する行動尺度である。日常生活における基礎的な動作能力を、歩行・起坐、生活圏、着脱衣・人浴、摂食、排泄の5項目に分け、各項目ごとに7段階に重症度を分類した。

重症度分類は、日常生活動作能力の自立度で行う(10点＝日常生活動作の自立状態が正常、9点＝ほぼ自立している、7点＝日常生活動作に軽度の介助または監督を要するもの、5点＝部分介助を要するもの、3点＝部分介助を多く要するもの、1点＝全介助を要するもの、0点＝まったく自分からは動作のできない最高度の要介助の状態にあるもの)。5項目の点数の合計がN-ADLの評価となる。

②N式老年者用精神状態尺度(NMスケール)

NMスケール²⁾は、老年者および痴呆患者の日常生活における実際的な精神機能を種々の角度からとらえた行動観察による評価法である。N-ADLと併せて使用し、評価することにより、日常生活面での老年者の実際的な能力を総合的にとらえることができる。日常における精神機能に関する項目を、家事・身辺整理、関心・意欲・交流、会話、記録・記憶、見当識の5項目に分け、各項目を正常から最重度まで

の7段階に区分した(10点＝日常生活において年齢相応の活動性と自立性が維持されている、9点＝境界は軽度の記憶力の低下と積極性の低下が認められるもの、7点＝軽度の精神機能の低下、5点＝中等度の精神機能の低下、重度痴呆に対する段階は臨床的の大きな幅があるので、さらに3点、1点0点の3段階に分け、0点は活動性や反応性がまったくなく失われた最重度の状態としている)。5項目の評価点合計で判定、正常50～48点、境界47～43点、軽症痴呆42～32点、中等度痴呆31～17点、重症痴呆16～0点。

③介護負担感スケール

東京都老人総合研究所社会学部³⁾が開発した介護負担感は、12項目の質問文から構成されたスケールで、「主観的困難」を判定している。各項目は、4点スケール(1＝まったくそう思わない、2＝あまりそう思わない、3＝少しそう思う、4＝非常にそう思う)で表現されており、各スケールの得点が高いほど介護者の負担感が高いことを示す。介護負担感の合計点(48～12点)および平均点を算出した。

④ソーシャルサポート測定スケール

家族・親族や友人・近隣の人などからのサポートは、主介護者のストレスや介護負担感を軽減し、健康や生活の質の維持・向上に役立つと考えられている。ソーシャルサポートの測定に用いたスケールは、野口⁴⁾が開発したスケールを短縮したものである⁵⁾。本来のスケールは、「情緒的サポート」と「手段的サポート」「ネガティブ・サポート」の3次元、各4項目について、「同居家族」「別居の親族」「友人・知人・近隣の人」の3提供主体からのサポートが入手可能かどうかを尋ねるものである。今回、情緒的サポート2項目と手段的サポート2項目の計4項目に絞って、それぞれ①同居の家族、②別居の親族、③友人、知人、近隣の人の中にサポート提供者がいるかどうかを尋ねた。サポート提供者がいる場合に1点とし、合計点(12～0点)および平均点を算出した。

III 調査結果

1. 訪問看護利用者に関すること

A. 基本的事項

1) 訪問看護利用者の年齢、性別

調査は市内で訪問看護を実施している7箇所施設で実施した。調査対象数は53名で、男性は29名(54.7%)、女性は24名(45.3%)であった。年齢階

層別では表1の通り、40歳代から90歳代と幅が広く、80～89歳及び70～79歳に集中している。平均年齢は77.7歳で、そのうち後期高齢者は33人(62.3%)であった。

表1 訪問看護利用者の年齢層別・性別人数 単位:人 (%)

年齢層	性別	男	女	合計
40-49		1		1(1.9)
50-59		1	1	2(3.8)
60-69		5	1	6(11.3)
70-79		9	10	19(35.9)
80-89		10	10	20(37.7)
90以上		3	2	5(9.4)
合計		29(54.7)	24(45.3)	53(100.0)

2) 家族構成

家族構成で最も多いのは、実子の家族との同居で21名(39.7%)で、3世代家族が少ない。一人暮らしは2名(3.8%)、夫婦のみの世帯は17名(32.1%)であった。これらは介護の欠如あるいは介護負担の問題がおこる可能性が高い対象と思われる。

3) 住居環境について

訪問看護利用者の居住形態は45名(84.9%)が持ち家であった。そのうち一戸建ては34名(64.2%)であり、高層住宅は10名(18.9%)で、2階から7階までに居住している。住居についてみたところ、86%は「安全」であった。浴室については、「狭い」、「すべりやすい」、「段差がある」など何らかの問題があるものは64.9%であった。

4) 生活基盤

訪問看護利用者の生活基盤である経済的背景については、家族の収入によるものが23名(29.1%)で、厚生年金収入21名(26.6%)、国民年金収入13名(16.5%)、生活保護1名(1.3%)であった。生活困窮者は2名で、生活保護と年金収入によるものであった。47名(87.0%)は普通以上の生活階層であった。

5) 自立度と自立意欲

訪問看護利用者の日常生活自立状況を観察し、障害老人の日常生活自立判定基準⁶⁾(厚生省による)にそって分類した。ランクJは「生活自立」で、表2に示すように1名(1.9%)であった。ランクAは「準寝たきり」で、2名(3.8%)。ランクBは「寝たきり」で12名(22.6%)であった。B2は介助で車椅子に移乗することができるもので7名(13.2%)で

あった。「寝たきり」ランクCは一日中ベッドですごし、排泄、食事、着衣に介助を要する。C1は自力で寝返りができるもので11名(20.8%)であった。C2は自力で寝返りも出来ないもので20名(37.3%)。自立意欲が低いと思われるものは、35名(66.0%)で、特に自立度C2に関しては20名のすべてが自立意欲が低く、寝たきり状態がすすむほど意欲が低下していく傾向で、有意差(P<0.001)がみられた。

表2 訪問看護利用者の日常生活自立度と自立意欲 単位:人 (%)

自立度	自立意欲	あり	なし	合計
J		1		1(1.9)
A 2			2	2(3.8)
B 1		9	3	12(22.6)
B 2		4	3	7(13.2)
C 1		4	7	11(20.8)
C 2			20	20(37.7)
合計		18(34.0)	35(66.0)	53(100.0)

χ^2 値 23.97482 P<0.001

6) 近隣との交流関係

近隣との交流はインフォーマルな支援を期待する上で今後重要なものと思われるが、頻回に交流しているものは18.9%で、時々交流は50.9%であった。ほとんど交流がないものは老夫婦のみの世帯と働いている息子との世帯、娘との世帯といずれも少人数の家族であった。

7) 寝たきりの原因疾病

寝たきりに至った原因については、多様な疾病が重複して病状の進行とともに次第に寝たきりに至るものがほとんどであった。疾病の進行は寝たきりの原因として大きいのが、機能の衰えや入院による長期のベッド生活が影響していると思われるものもあった。原因疾患は脳溢血の後遺症や脳梗塞などの脳血管障害によるものが41.5%で最も多く、次いで転倒による骨折や関節疾患28.3%、呼吸器疾患17.0%であった。

8) 機器の利用

介護のために利用している福祉機器は、ギャッチベッドが最も多く、次いで車椅子、ポータブル便器、杖、歩行補助具などであった。その他はエアマット、吸引器、ネプライザー、移動用のリフトやパーなどであった。

9) 社会資源の活用

社会資源の活用状況は表3に示す通り、訪問看護、ヘルパーの派遣、生活用具に関して活用の頻度が高

かった。在宅生活を可能にするためには社会資源の活用は欠かすことができないことを示している。また、生活自立度Cレベルの社会資源の活用は多い傾向にあったが有意差はなかった。

B. 訪問看護利用者の生活機能

N式老年人用日常生活動作能力(N-ADL)について、看護職が判断した利用者のN-ADLの平均点、標準偏差を表4に示した。全体をみると、「着脱衣・入浴」が最も低く、全く自分からは動作のできない最重度の状態、「歩行・起坐」、「生活圏」と「排泄」は部分介助を多く要する利用者である。「摂食」が最も得点が高かった。施設別にみると、訪問看護ステーションの傾向も全体と同じであるが、病院訪問看護部門は「生活圏」も0.93と得点が低く、「排泄」については訪問看護ステーション利用者より得点が低い有意差はみられなかった。

C. 訪問看護利用者の精神機能

N式老年人用精神状態については、訪問看護婦か

らみた施設別利用者のNMスケールの平均点と標準偏差を表5に示した。全体の合計得点は20.49で中等度痴呆の状態である。項目別でみると「家事・身辺整理」が0.96得点で最も得点が低く、「活動性や反応性がまったくなく失われた最重度の状態」に近く、次いで「関心・意欲、交流」が3.30で重症痴呆でも軽い方に属している。施設別にみると、病院訪問看護部門の合計得点は14.53、訪問看護ステーションは21.29で、病院訪問看護部門の方が重症痴呆利用者である。項目では病院訪問看護部門と訪問看護ステーションとも「家事・身辺整理」と「関心・意欲、交流」の得点が低い。訪問看護ステーションでは、「会話」、「記録・記憶」と「見当識」が5点台中等度の精神機能低下に入る。病院訪問看護部門では「会話」、「記録・記憶」と「見当識」も5点以下である。訪問看護ステーションと病院訪問看護部門とに有意差はみられないが、「会話」、「記録・記憶」と合計得点に有意な関係がみられた。

表3 生活自立度別社会資源の活用

複数回答 単位:人(%)

	ヘルパー	訪問看護	介護ケア	福祉訪問	SW訪問	絆のケア	老人クラブ	民生委員	生活用具	居室整備	介護手当	給食	民間介護	その他	合計
J	1	1		1											3(1.6)
A2	1	2							1		2			1	7(3.7)
B1	4	12		2		2	1	2	5		4	1	1	1	35(18.3)
B2	4	7	1	3	1	3		1	2		1	1	3	1	28(14.7)
C1	6	11		4		1		1	3	1	4	1	2	2	36(18.8)
C2	12	20		9	3	1	1	2	14		9		5	6	82(42.9)
合計	28 (52.8)	53 (100)	1 (1.9)	19 (35.8)	4 (7.5)	7 (13.2)	2 (3.8)	6 (11.3)	25 (47.2)	1 (1.9)	20 (37.7)	3 (5.7)	11 (20.8)	11 (20.8)	191 (100.0)

表4 訪問看護婦からみた施設別利用者のN-ADLの平均点と標準偏差

	全 体 n=53		訪問看護ステーション n=38		病院訪問看護部門 n=15	
	x	± SD	x	± SD	x	± SD
歩行・起坐	1.42	± 1.94	1.45	± 1.78	1.33	± 2.35
生活圏	1.15	± 1.35	1.24	± 1.42	0.93	± 1.16
着脱衣・入浴	0.94	± 1.57	0.95	± 1.33	0.93	± 2.12
摂食	3.04	± 2.94	3.34	± 2.93	2.27	± 2.89
排泄	2.25	± 2.88	2.50	± 2.84	1.60	± 2.97
合計	8.77	± 8.51	9.45	± 7.72	7.07	± 10.33

訪問看護婦からみた施設別利用者の精神状態区分を表6に示した。重症痴呆利用者が多く全体では46.0%、次いで軽症痴呆、中等度痴呆の順である。施設別でみると、訪問看護ステーションでは重症痴呆が最も多く、次いで軽症痴呆、中等度痴呆の順であるが、病院訪問看護部門では重症痴呆、中等度痴呆、軽症痴呆の順である。訪問看護ステーションと病院訪問看護部門のそれぞれの割合では、病院訪問看護部門の方が重症痴呆の利用者が多いことを示しており、有意差(p<0.001)がみられた。

2. 家族介護者に関すること

1) 主介護者

主介護者の年齢は44歳から80歳までで、平均61.9

歳であった。主介護者と訪問看護利用者との統柄についてみると、妻が最も多く41.5%、配偶関係は52.8%であり、高齢者が高齢者を介護をしていることになる。娘の介護者は24.5%で嫁を上まわっていた。男性の介護者は17.0%、女性は83.0%で圧倒的に女性が多い。主介護者の職業は「なし」が75.5%であった。

2) 副介護者

身近な家族や近隣に介護者をサポートする副介護者については81%が「あり」と答えている。副介護

表5 訪問看護婦からみた施設別利用者のNMの平均点と標準偏差

	全 体 n=50		訪問看護ステーション n=35		病院訪問看護部門 n=15	
	\bar{x}	± SD	\bar{x}	± SD	\bar{x}	± SD
家事・身辺整理	0.96	± 1.16	1.09	± 1.24	0.53	± 0.83
関心・意欲、交流	3.30	± 3.11	3.20	± 2.94	2.27	± 2.25
会 話	5.47	± 3.83	5.83	± 3.90	3.80	± 3.21
記銘・記憶	5.04	± 3.99	5.34	± 3.95	3.33	± 3.56
見 当 識	5.72	± 3.91	5.83	± 4.04	4.60	± 3.46
合 計 得 点	20.49	± 14.41	21.29	± 14.66	14.53	± 10.89

表6 訪問看護婦からみた施設別利用者精神状態区分

	全 体	訪問看護ステーション	病院訪問看護部門
重症痴呆	23(46.0)	14(40.0)	9(60.0)
中等度痴呆	11(22.0)	7(20.0)	4(26.7)
軽症痴呆	15(30.0)	13(37.1)	2(13.3)
境 界	1(2.0)	1(2.9)	
合 計	50(100.0)	35(100.0)	15(100.0)

割合を χ^2 検定する $p < 0.001$

表7 介護内容

	複数回答							単位:人(%)	
	食事	排泄	清潔	移動	更衣	乱肝	通院	合計	割合
妻	19	23	24	24	24	21	9	24	45.3
夫	3	4	4	4	4	3	1	5	9.4
嫁	6	6	6	6	6	5	3	6	11.3
娘	7	14	14	13	14	9	2	14	26.4
息子	1	2	1	2	2	1	1	2	3.8
その他	1	2	2	2	2	1		2	3.8
合計	37(69.8)	51(96.2)	51(96.2)	51(96.2)	52(98.1)	40(75.5)	16(30.2)	4(7.5)	53(100.0)

者の関係は息子、娘が多く5割近くを占めている。

3) 介護の内容

家族介護者が日常どのような世話をしているかをみたところ、表7に示すように排泄、清潔、移動、更衣についてはほとんどの介護者が援助しており、介護ニーズが高いものと思われる。

4) 家族の介護力

家族の介護力を体力、介護技術、判断力、時間のゆとり、介護意欲の5項目でみた。介護の意欲「あり」は42名(79.2%)で、「意欲不十分」なものは0名であった。体力と介護技術「あり」はそれぞれ14名(26.4%)、13名(24.5%)、判断力「あり」は24名(45.3%)、時間のゆとり「あり」は17名(32.1%)で、「不十分」あるいは「やや不十分」なものが多かった。

5) ケアニーズ

家族が介護の支援を必要とする時は、表8の通り「緊急時」が最も多く40名(75.5%)が必要としている。次いで「依頼時」が25名(47.2%)で、これは介護者が緊急の用件で外出しなければならなくなった時や、介護者の病気などで介護が手薄になった時のケアニーズである。「夜間」のニーズは19名(35.8%)であった。「休日」のニーズは16名(30.2%)で介護者の疲労や、介護を代替することが不可能な場合のニーズである。

6) 主介護者の介護負担感

疾病や障害があって在宅生活をおくる利用者の世話をすることは大変なことであり、介護者の身体的・心理的負担感はおおきいことが予測される。本調査においても介護者の約半数が身体的・心理的負担感が「かなりあり」と答えているが介護負担感を項目でみると、表9の通り「あまりそう思わない」が多い。介護負担感を「少しそう思う」の項目は、「世話の苦勞はあ

でも、前向きに考えていこうと思う」、「自分が最後まで見てあげたい」と「世話をしていると、自分の健康の事が心配になる」と感じている。「お父さんの事で近所に気兼ねしている」については、「まったくそう思わない」が多い。施設別にみると、「趣味・学習・その他の社会的活動などの為に使える時間

表8 家族の支援ニーズ

複数回答

単位:人 (%)

支援対象	休日	夜間	緊急時	依頼時	その他	合計
妻	9	12	18	12	1	24(45.3)
夫			5	3		5(9.4)
嫁	1	1	5	1		6(11.3)
娘	4	4	10	6		14(26.4)
息子	1	2	2	1		2(3.8)
その他				2		2(3.8)
合計	16(30.2)	19(35.8)	40(75.5)	25(47.2)	1(1.9)	53(100.0)

が持てなくて困る」は、訪問看護ステーションが「少しそう思う」に近く、病院訪問看護部門は「そう思わない」で有意差 ($p < 0.05$) がみられた。「今後、世話が私の手に負えなくなるのではないかと心配になる」の項目では病院訪問看護部門より訪問看護ステーションのほうが「少しそう思う」の得点が高かったが有意差はみられなかった。

7) ソーシャルサポート

表10は、主介護者のソーシャルサポートの項目と提供者別に得られると回答した割合を示したものである。情緒的サポートでは、「心配事やぐちを聞いてくれる人」が訪問看護ステーションでは「別居の親族」の中に「いる」と回答したのは71.7%である。「友人・知人・近隣の人」と同居の家族」の中に「いる」と回答したのは57.8%を示している。病院訪問看護部門では、「別居の親族」の中に「いる」と回答したのは87.5%で最も多く、次いで「友人・知人・近隣の人」の中に「いる」と回答したのは75.0%であった。「同居の家族」が最も低く37.5%であった。訪問看護ステーションと病院訪問看護部門とも「別居の親族」が多く有意差 ($p < 0.05$) がみられた。「元気づけてくれる人」が「別居の親族」および「知人・友人・近隣の人」の中に「いる」と回答した人は、訪問看護

ステーションと病院訪問看護部門で60%以上を示している。特に病院訪問看護部門では「友人・知人・近隣の人」が全員「いる」と回答している。「同居の家族」の中に「いる」と回答した病院訪問看護部門は40%以下を示している。病院訪問看護部門では「友人・知人・近隣の人」が最も多く有意差 ($p < 0.01$) がみられた。一方、手段的サポートでは、「病気で数日寝込んだ時の看病」では、訪問看護ステーションで44.4%、病院訪問看護部門で37.5%であった。「知人・友人・近隣の人」では、訪問看護ステーションが20.0%、病院訪問看護部門が37.5%であり、「別居の親族」が最も高く訪問看護ステーション46.7%、病院訪問看護部門が50.0%を示していた。「お使いや留守番などのちょっとした用事を頼める

表9 施設群別利用者の主介護者負担感の平均点、標準偏差

	全 体		訪問看護ステーション		病院訪問看護部門	
	n=50		n=35		n=15	
	\bar{x}	± SD	\bar{x}	± SD	\bar{x}	± SD
世話は、たいした重荷ではない	2.46	± 0.81	2.51	± 0.81	2.33	± 0.82
趣味・学習・その他の社会的活動などの為に使える時間が持てなくて困る	2.50	± 1.02	2.74	± 0.95	1.93	± 0.96
世話で、毎日精神的にとっても疲れてしまう	2.78	± 1.03	2.83	± 1.04	2.64	± 1.00
世話の苦勞はあっても、前向きに考えていこうと思う	3.58	± 0.61	3.60	± 0.65	3.53	± 0.52
病院か施設で世話をしたいと思うこともある	2.30	± 1.13	2.27	± 1.17	2.40	± 1.06
世話で、家事やその他の事に手が回らなくて困る	2.26	± 0.88	2.29	± 0.93	2.20	± 0.77
今後、世話が私の手に負えなくなるのではないかと心配になる	2.94	± 0.91	3.00	± 0.84	2.80	± 1.08
お父さんの事で近所に気兼ねしている	1.52	± 0.86	1.49	± 0.78	1.60	± 1.06
もし少しでも代わってくれる親族がいれば、世話を代わって欲しい	2.14	± 0.94	2.20	± 0.93	2.00	± 0.96
世話で精神的にはもう精一杯である	2.50	± 1.02	2.54	± 1.01	2.40	± 1.06
お父さんを自分が最後まで見てあげたい	3.80	± 0.61	3.80	± 0.63	3.80	± 0.56
世話をしていると、自分の健康の事が心配になる	3.02	± 0.84	3.06	± 0.87	2.93	± 0.80
合 計	31.70	± 5.14	32.31	± 4.71	30.27	± 5.96

* $p < 0.05$

人]では、訪問看護ステーションが「同居の家族」の中に「いる」と回答したのは51.1%、病院訪問看護部門では「友人・知人・近隣の人」の中に「いる」が75.0%であり、他の項目は50.0%以下と少なかった。病院訪問看護部門では「友人・知人・近隣の人」が最も多く、訪問看護ステーションは病院訪問看護部門と比較すると、「別居の親族」で有意差(p<0.001)がみられた。その結果、手段的サポートは情緒的サポートよりも得られる割合が低いことが示された。

表10 施設別にみたソーシャル・サポートの項目と、サポートありの回答割合

	全 体 N=53	訪問看護 ステーション n=45	病院訪問 看護部門 n= 8
情緒的サポート	%	%	%
1 あなたの心配事やぐちを聞いてくれる人はいますか。			
① あなたと同居のご家族の中に	52.8	55.6	37.5
② 別居の親族の中に	71.7	68.9	87.5
③ 友人・知人・近隣の人の中に	60.4	57.8	75.0
2 あなたを元気づけてくれる人がいますか。			
① あなたと同居のご家族の中に	50.4	53.3	37.5
② 別居の親族の中に	77.4	80.0	62.5
③ 友人・知人・近隣の人の中に	75.5	71.1	100.0
手段的サポート			
1 あなたが病気で数日寝込んだ時に看病してくれる人がいますか。			
① あなたと同居のご家族の中に	43.4	44.4	37.5
② 別居の親族の中に	17.2	46.7	50.0
③ 友人・知人・近隣の人の中に	22.6	20.0	37.5
2 お使いや留守番などのちょっとした用事を頼める人はいますか。			
① あなたと同居のご家族の中に	47.2	51.1	25.0
② 別居の親族の中に	45.3	46.7	37.5
③ 友人・知人・近隣の人の中に	39.6	33.3	75.0

割合の χ^2 検定 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001
施設別に提供主体別サポートの有無について χ^2 検定を行った。

3. 看護職への調査

訪問看護を実施している看護職のうち、調査の了解が得られた9施設、34名の看護職から24時間ケアの実施可能な条件について調査をした。看護職の通常の就業時間は16名(5施設)がほぼ日勤で、早朝・準夜勤務は18名(3施設)が実施していた。

1) 24時間ケア実施可能な条件

24時間ケアを実施する場合に必要な条件について、訪問先への交通確保、待機の場所、ペア体制で

訪問する、安全対策、当直体制の5項目について聞いたところ、訪問のためのタクシーの確保が最も多く、31名(91.2%)が必要と答えている。ペア体制の訪問や安全対策は28名(82.4%)が必要とし、この3項目は欠かすことのできない条件と考えられる。

2) 24時間ケアを続けていくための勤務条件

看護職が24時間訪問看護の提供者として仕事を続けていくための勤務条件について調査した。夜勤回数については、月に4回程度の勤務条件ならば24時間訪問看護の仕事が続けられると回答したものが最も多く8名、次いで14回が4名、15回が5名であった。夜勤回数は月5回以下と5回以上で半数づつに分かれていた。夜間の訪問看護料については、夜間訪問の1ケースの訪問看護料として10,000円以上と答えたものが13名、10,000円以内と答えたものは12名と2群にわかれた。特に2,000~3,000円が6名(24.0%)あり、夜間1ケースの訪問看護料という設問でケアの内容を示したものではないので、それぞれの判断に基づくものである。

その他24時間ケアについて最も多かったのは、「24時間ケアの実施は看護職だけでなく、医師の対応も含めた医療体制の整備をしないと片手落ちになり、長続きしない」という意見であった。夜間の緊急問題への医療的判断や処置の必要性についても不安を抱えていた。また、「医療機器をつけた在宅要介護者が増えていることから、24時間ケアは必要」「高齢者だけでなく、障害者の支援も必要」との意見もあった。実施を前提とした積極的・具体的意見、例えば「看護の質の向上のため、実践内容を見直しや研修の必要性がある」「看護婦とヘルパーの連携を密にするために同じステーションへの配置を望む」などがあった。実際に24時間ケアを実施している看護職から「人員確保の必要性」や「夜間訪問の代休」を望む声もあった。また、訪問看護ステーションの運営について、「人材、経費、運営上の大変さ」や「相

談もコストがとれる体制の確立」や「公的援助、または診療報酬の改善が先決」という意見があった。いずれにしても「この調査を通して夜間対応を考えるきっかけにする」など、在宅ケアをめぐる問題が切実になっていることを窺わせる。

IV 考察

在宅生活をおくる障害者や要介護高齢者の生活環境・在宅生活の実態を知り、援助計画に反映させることは重要なことであって、最近、様々な領域で調査や研究が行われるようになった。今回の調査は、すでに訪問看護を利用し様々な看護・福祉サービスを受けている方を対象としたので、援助をしている訪問看護ステーションおよび病院の訪問看護部門の看護支援が、訪問看護利用者および家族の援助ニーズを満たしているのかといった評価にも役立つものと思われる。

寝たきり状態の人に対する援助として重要なことは、自立意欲への働きかけである。寝たきり状態がどのレベルであっても Quality of Life (以下 QOL と略す) をめざした日常の世話がされなければならない。そのためには家族介護者を支える保健・医療・福祉の統合された支援システムが必要であることは言うまでもない。

訪問看護利用者に関して：今回、調査した訪問看護利用者の約60%が食事や排泄、着替えにも介助を必要とする寝たきりランクCレベルであり、37%は自力で寝返りも不可能で介護のためのケアニーズが高い対象であった。日常世話をしている家族介護者は妻や夫など配偶関係が多く、高齢のため何らかの健康問題を抱えていたり介護負担も大きい。一人暮らしの者もあり別居の娘や息子の援助はあるが、公的ヘルパーと訪問看護の援助を全面的に受けての生活であった。また、主介護者をサポートする身近な家族の存在は介護の継続に重要であるが、80%以上が「親族のサポートあり」と答えている。近隣のサポートも数名あったが、今後は家族だけでなく近隣のインフォーマルなサポートが増えていくことが望まれる。

寝たきり状態で生活する人にとって、QOLを高める支援は重要であるが、ADLの低下にともなって自立の意欲を失い終日床の中で過ごすことが多くなる傾向にあった。言葉によるコミュニケーションが不可能になったり、自力で寝返りもできなくなる、高

齢、重度痴呆、障害受容が不十分の場合などに自立意欲の低下が見られた。自立意欲の低下に伴って介護者の負担度は高くなるが、共に生活してきた家族の介護意欲が本人の日常生活を支えている。生活自立度A、Bにおいても自立意欲の低下がみられたのは、90歳以上の高齢者や、不安状態がかたときも介護者を離さないもの、障害の受容が不十分なものなどでサポートが必要な対象であった。援助を必要とする人の介護ニーズが充足され、介護の質が一定の水準に維持され、家族の介護負担が過重にならないことが必要で、これらの条件が満たされるためには、看護と福祉の社会的サービスを充実させることが不可欠であろう。

家族介護者に関して：家族や親族による介護は、介護を受ける本人にとっては最も安定した自然な関係と親近感を与えるもので、この情緒的結びつきは他のサービスから受けにくいものである。よい介護関係は家族との間によい人間関係が維持されていることが必要であるが、それは家族の長い間の生活の積み重ねのなかで形成される。今回の調査では75%以上が家族が関係良好と答えていた。大切に育てられた老親に対する思いや長い間夫婦で築いてきた間柄から、思う存分世話をしていきたいと考えている。しかし、介護者の疲労が蓄積したり痴呆状態などでコミュニケーションがうまく図れないことがあると、時として介護者のストレスになり負担感が強くなるなどがみられた。今まで、家族介護に関する研究によって介護負担や介護者の抑圧など、介護困難な面の要因が検討されてきた。介護している家族を支える方策として、否定的な面だけでなく、肯定的な介護経験をひきだし、強調することによって、介護ストレスの影響を緩和させることも考える必要があろう。看護支援は、本人への看護技術の提供だけでなく、介護者にとって大きな安心感と、世話を続けていく原動力を引き出すための支援が必要である。訪問看護ステーションの利用者は病院訪問看護部門の利用者と比較して全体に日常生活動作能力は少し高いが、有意差はみられなかった。両施設とも日常生活動作能力の低い、全面介助を必要としている利用者のケアをしているといえる。利用者の精神状態についてみると、「家事・身辺整理」は不完全で、「関心・意欲、交流」は自らはほとんど何もしないが指示されると簡単なことは行う、「会話」は簡単な会話は可能、「記録・記憶」は最近の出来事の記憶が

困難、「見当識」は失見当がかなりみられる。精神状態区分では訪問看護ステーションに比べ病院訪問看護部門の利用者の方が重症な痴呆症が多くいることが示された。

ソーシャルサポートについては、情緒的サポートは全体に「別居の親族」や「友人・知人・近隣の人」から得られやすく、「同居の家族」からは得にくいという冷水⁷⁾らの研究と異なった結果が示された。特に病院訪問看護部門では情緒的サポートが「同居の家族」から得にくい。冷水らの研究では、手段的サポートは「同居の家族」に「いる」との回答が多く、「別居の親族」や「友人・知人・近隣の人」は得にくいという報告であるが、本調査でも、「同居の家族」から得られることが多い。病院看護部門では「お使いや留守番などの用事」を頼める人は「友人・知人・近隣の人」で、「寝込んだときの看病」は「別居の親族」に「いる」と回答したのは半数で、冷水らの報告と異なっていた。これは主介護者の続柄も考慮して考察する必要がある。訪問看護ステーション利用者の主介護者の介護負担感、病院看護利用者の主介護者の負担感より高くみられた。「趣味・学習・その他の社会的活動などの為に使える時間が持てなくて困る」は、訪問看護ステーションの方が病院看護部門より負担感を強く持っていることが示唆された。しかし、有意差はみられないが、「世話の

苦労はあっても、前向きに考えていこうと思う」、「お父さんを、自分が最後迄見てあげたい」と「世話をしていると、自分の健康の事が心配になる」が高い負担を示している。伊賀⁸⁾らは自宅退院患者と転院患者の主介護者の介護負担感、自宅退院患者の方が少ないと報告している。

在宅看護を担う看護職に関して：今回の調査で看護職から、医療機器をつけた在宅要介護者が増加しつつあり、「在宅生活を充実させたい」と本人も家族も希望していることから、高齢者や障害者に24時間ケアは必要との意見が寄せられた。実際活動の中から地域の実態をふまえた意見であり、在宅要介護者と家族のニーズであると思われる。

実施にあたっては、保健・医療・福祉体制の整備をした上で実施しないと長続きしにくいことも指摘している。特に医師へのニーズは高く、緊急訪問をしたときの判断、責任について不安があり、連携の必要性を強く感じていた。また、24時間ケアによる訪問看護ステーションの運営について、公的支援への要望もあった。

訪問看護利用者からの24時間ケアニーズへの要望は、今後も高くなることが予測される。実施にあたっては訪問看護を実施している看護職の現実の声を訪問看護利用者のニーズとして受け止め、計画に反映させることが重要である。

引用文献

- 1) 大塚俊夫監修：高齢者のための知的機能検査の手引き，ワールドプランニング株式会社，89-93,1991.
- 2) 前掲書1) 81-86.
- 3) 中谷陽明他：家族介護者の受ける負担-負担感の測定と要因分析-, 老年社会学, No.29,24-36,1989.
- 4) 野口裕二：高齢者のソーシャルサポート-その概念と測定-, 老年社会学, No34,37-47,1991.
- 5) 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介護サービスニーズ, 光生館,174,1996.
- 6) 財団法人厚生統計協会：厚生の指標 国民衛生の動向, 第43巻9号, 127, 1996.
- 7) 前掲書3) 173-186.
- 8) 伊賀六一, 加城貴美子他：脳卒中患者の在宅療養における阻害要因に関する研究報告書 平成3年度 老人保健事業推進等補助金事業 (東京都済生会中央病院).

参考文献

- 1) 竹内孝仁：ケアマネジメント, 医歯薬出版, 23-24, 1996.
- 2) L.Maguier, 小松源助・稲沢公一訳：ソーシャルサポートシステム, 川島書店,1994.
- 3) John N.Morris et., 池上直巳訳：在宅ケアアセスメントマニュアル, 厚生科学研究所.
- 4) D. チャリス, B デヴィス, 窪田暁子他訳：地域ケアにおけるケースマネジメント, 光生館,1991.
- 5) 初川泰弘・村川浩一編集：在宅ケア最前線, 医歯薬出版,1994.
- 6) 小室豊光・浅野仁編集：訪問看護ステーションによる24時間看護・介護ケア提供のモデル事業報告書, 平成7年8月.

A study of 24-hours care needs in nursing at home

Kimie SHIBAHARA Kimiko KASHIRO Kiyoko MORIGUCHI Mituko INABA Minae SAMATA
Kazuyo YAMAMOTO Masako SYOZAKI Suzuko MAEDA Chizuko MAEDA Yoshiko SUGIURA

abstract

A thing which is important as support to people who need care at home is to stimulate to their will to be independent. A support system, which support family nurses and which health, medical care and welfare are integrated, is necessary for it. About 60 percent of users of visiting nursing we investigated this time needed care for eating, excreting and changing ; and 37 percent of them were objects for high care needs unable to turn over in bed by themselves. Loads of nurses get higher in proportion to the advance of age and impediments, but family's will to nurse supports daily life of people who need care and care on holidays and at nighttime is required. We got opinions from nurses taking nursing at home that people who needed care at home wearing medical instruments were on the increase and 24-hours care was necessary. In order to continue life at home as long as possible, fullness of social services of nurse and welfare is desired.

Keywords : 24-hours care at home, care needs, nursing at home, family nurses