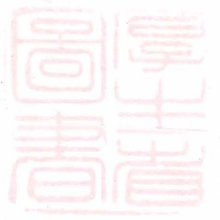


19990805



厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）
総括研究報告書

保健サービスによる 寝たきり予防活動に関する調査研究

主任研究者 池上直己 慶應義塾大学医学部教授

医
10-11
1a

厚生労働省図書館

02-18

寄贈	平成2.7.26
登録No	
大 正 学	KEN-HO-11 H11a

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

総括研究報告書

保健サービスによる寝たきり予防活動に関する調査研究

主任研究者 池上直己 慶應義塾大学医学部教授

研究要旨

- (1) 市町村および保健所保健婦による寝たきり予防活動の対象者把握と適切な介入方法の確立を目的とする3カ年の研究計画の2年度として、介入方法について検討を行い、対象地区も1つ増やして3カ所とした。
- (2) 介入群合計274名を3カ月を基本に定期的に訪問し、介入方法、相談内容への対応、次回訪問の間隔(対象者の状態により多少変動)、次回訪問時の確認事項等について検討し、その内容が訪問記録用紙に反映されるようフォーマットの改善を重ねた。
- (3) MDS-HC (Minimum Data Set – Home Care)の活用方法、および事例の整理を行い、次年度において、業務として寝たきり予防活動を実践するためのマニュアル作成に向けての準備を行った。

A. 研究目的

超高齢社会における保健婦活動として、寝たきり予防活動が重要な役割を占めることになる。ところが、このような寝たきり予防活動の対象となる者が地域にどのくらい存在するのかは必ずしも明らかではなく、また、どのようなサービスを提供することが適切であるかについても明確ではない。そこで、本調査研究では、①地域において寝たきり予防活動の対象となる住民がどの程度存在するか、②そのような対象者に対してどのようなサービスを提供することが適切なのか、をそれぞれ把握し、③実際の保健予防サービスを寝たきり予防活動の対象者に対して試行的に提供し、どの程度効果が発揮できるかを調査分析する。さらに、④調査地域を拡大して普及方法を検討するとともに、サービスの適切性の評価方法を検討することを目的とする3カ年の研究計画である。なお、本調査研究は介護保険事業を補完し、地域における保健婦による予防活動の中心に位置付けられることが期待される。

初年度においては、65歳以上の一般人口から郵送による質問調査により対象者を抽出し、無作為に介入群と対照群に分け、プロセスの適切性を確認した。本年度は2年目として、3カ月を基本に定期的に訪問し、介入方法、相談内容への対応、次回訪問の間隔(対象者の状態により多少変動)、次回訪問時の確認事項等について検討する。なお、来年度は介入群、対照群におけるアウトカムの相違を分析するとともに、予防活動のためのマニュアルを作成することを予定している。

B. 研究方法

①初年度において抽出された介入群に対して、概ね3カ月ごとに保健婦が訪問した。その際、MDS-HCを用いて包括的にアセスメントし、保健婦が必要と判断したCAPs (Client Assessment Protocols)領域に焦点を絞りながら会話を進めた。②訪問後、MDS-HCのアセスメント用紙に記入し、トリガーされたCAPsを確認するとともに、「訪問記録用紙」に相談内容、次回訪問時の

確認事項等を整理して記載した。また、同用紙に面接・往復・記録に要した時間を記入した。③地区単位で保健婦によるケースカンファレンスを開催し、どの CAPs が参考になったか、どのアドバイスが適切であったかを検討した。④上記の資料を収集分析し、最終年度である次年度に向けての研究の方向性を確認した。⑤本年度より追加された 1 地域については、初年度において他の地域で採用した方法に準じて介入群を選定し、第 1 回の訪問を行った。

なお、訪問件数は表 1 のとおりであった。

表 1 地区ごとの訪問件数

	介入群	1 回目	2 回目	3 回目
T 町	70	65	61	49
S 市	114	114	106	65
T 地区	90	90	—	—
合計	274	169	167	114

(倫理面への配慮)

調査対象者の倫理面に配慮し、保健婦による訪問に対する承諾を得るとともに、調査票等は ID 番号で管理し、決して外部に氏名等が漏れないようにする。

C. 研究結果

(1) 訪問実態について

介入群に対しては 3 ヶ月の間隔を基本として保健婦が定期的に訪問をし、ニーズの把握とニーズに対応してさまざまな提案を行い、3 回の訪問結果を集計した。その結果、面接時間は平均で、1 回目が 79.8 分、2 回目が 66.2 分、3 回目が 63.0 分であった(表 2)。1 回目から 2 回目に約 13 分の短縮がみられたが、3 回目には大きな短縮はなかった。その原因として、①対象者が訪問に慣れてきて、話したいことがむしろ増えた、②介護保険実施直前であったので制度についての質問があり、対応に時間がか

かったことがあげられる。また、記録用紙への記入時間も 1 回目 75.1 分、2 回目 62.3 分、3 回目 60.4 分と同様の傾向である。1 回目は初めて会った状態を細かに記録するため 2 回目以降は、むしろ得られた情報が多くなりその整理に時間がかかっている。

表 2 対象者一人あたりの平均時間

	全体	1 回目	2 回目	3 回目
面接時間	72.23	79.79	66.17	63.23
往復時間	27.68	25.68	29.82	29.20
記録記入	68.16	75.06	62.33	60.36
合計時間	168.28	181.23	158.61	151.79

これらの点を考慮して、次年度以降は、訪問時間が 1 時間であることを対象者と予め確認し、1 時間 15 分以上となった時点で、切り上げることを確認した。なお、相談場面に家族が同席すると自由に話せない場面もあるので、信頼関係が確立した時点で退席いただくように配慮することも確認された。

(2) 訪問の効果について

訪問の対象となった者の中には、閉じこもりの傾向がある者、医療機関への不信感を持っている者、健康に不安のある者がいるが、基本的には自立した生活を送っている。そのため、当初は保健婦の訪問を訝る様子もあったが、訪問を重ねるにつれ、①訪問を楽しみに待ち、積極的に相談を受け入れるようになった、②健康面に限らず、家族関係や生活史についても話すようになった、③運動、食事、禁煙などの健康活動の提案を受け入れた、④生活用具の改善につながったなどの成果があがっている。今年度は、これらのニーズおよび提案内容等の事例を収集した。

今年度収集した事例から、ニーズを CAPs 領域に沿ってリストアップすると表 3 のようであった。なお、保健婦の訪問活

動時に、疾患管理に対する助言や経済不安への傾聴もなされた。

表3 寝たきり予防のニーズ

ニーズ分類	内容
1. ADL/リハビリの可能性	腰が曲がっているのに、時間がかかる 夜間トイレから戻った時、ベッドにあがれない 浴槽をまたぐのが怖い
2. 手段的日常生活能力	重いものがもてない 骨折後、バスに乗れない 水仕事がつらい 両膝痛とリウマチのため家事に時間がかかる 除雪ができない
3. 健康増進	転倒が怖くて外出しないため、太り、膝が痛い 痛みのため、動かず、体力低下し、長く歩けない、疲れやすい 不規則な生活習慣（昼寝をしてしまう） たばこを1日20本吸っている 億劫で外出しない、自律神経失調のため人ごみにいけない 全体的な体力低下が不安 冬場もパットゴルフをしたい 冬場もウォーキングを続けたい
4. 施設入所のリスク	—
5. コミュニケーション	はっきりしゃべれない、口がもつれる 聞き返すことが多く、本人が嫌になってしまう 補聴器は雑音があり使わない 炭坑内での仕事が長かったので、耳鳴りや難聴がある 家族に迷惑をかけたくないが、話を聞いてほしい
6. 視覚	白内障で目がかすむ いつ手術を受けたらいいかわからない
7. アルコール依存と危険な飲酒	—
8. 認知	—
9. 行動	—
10. うつと不安	体調が悪く誰にも会いたくない 人が来るのが怖い 何をするのも億劫 入院していた妻が退院してきたが（精神疾患）、日によって状態が変わるためストレスを感じる
11. 高齢者の虐待	—
12. 社会的機能	何をしたいかわからない 話し相手がいなくて刺激がない

	日中1人 近所付き合いがない 町内会の付き合いには行きたくない
13. 心肺の管理	—
14. 脱水	—
15. 転倒	何度か転んでいる 転倒すると、また骨折するのではないかと不安
16. 栄養	心配ごと、猛暑、痛みのため食事をとれず、体重が減少した 食事をつくるのが面倒で食事内容が偏る 健康食品をとりすぎて食事量が減少 コレステロールの意味を知りたい 飲み込みが悪いので食事がとれない
17. 口腔衛生	—
18. 痛みの管理	手術で痛みがなくなると期待していたが、痛みが残った 腰痛 膝関節痛、股関節痛 リウマチの変形の痛み
19. 褥瘡	—
20. 皮膚と足の管理	—
21. 順守	食べる楽しみがなくなるため、栄養指導を拒否している 血圧を測るように言われているが、血圧を測ると落ち込むので測らない
22. もろい支援体制	通常は必要ないが、配偶者の具合が悪いとき、自分が手術を受けるとき、などに利用できるヘルパー、配食サービスを知っておきたい 配偶者の痴呆が進行中 高齢者夫婦で何かあったらどうしようという不安
23. 薬剤管理	複数の医師から別々に薬を処方されている 薬剤の処方理由がわからない 自分で必要性を判断して薬を調整している 鎮痛剤は大量に使うと効かないため、あまり使わない
24. 緩和ケア	—
25. 保健予防サービス	検診を受けていない
26. 向精神薬	—
27. 在宅サービスの削減	—
28. 環境評価	裏玄関から台所にあがる階段が少し暗く、足をひっかける やかんに火をつけたまま忘れるが、警報器や安全装置がない 浴室の段差に台があるが危ない

	手すりをつけず、壁の引っ張りを利用して 部屋の中が暗いので、テレビも新聞も見にくい
29. 排便の管理	下剤を処方されているが、調整ができず下痢することがある 体を動かさないので便秘気味（トリガーされない）
30. 尿失禁と留置カテーテル	尿漏れがあるため尿とりパッドを使用しており、外出を控えている 夜トイレに間に合わない

(3) 訪問記録用紙の改善について

訪問するたびに把握できた対象者の状況、保健婦によるアドバイス、本人と合意した内容、次回訪問時の留意すべき点、必要に応じてのサービス調整を記入する用紙を開発し、使用した結果を基にした意見から改善を重ねた。対象者ニーズの把握の手順として、①訪問した際の全体の印象（前回との違い）、②話を聞きながらニーズの把握（これにより①の印象の根拠が把握できる）、③CAPを念頭にいた分析とアドバイス、④個々のニーズを踏まえ全体状況をまとめる、という流れであることが確認されたので、それに沿って、記録用紙及び記入要綱を改善した。なお、訪問以外の電話等での対応については、対象者ごとに、対応した日時、連絡・相談の内容、保健婦の対応を記載するための「連絡・相談記録票」を別途用意した。

D. 考察

寝たきり予防対象者のニーズをCAPsの該当状況で整理すると、「2.IADL」「12.社会的機能」「15.転倒」「18.痛みの管理」「23.薬剤管理」「25.保健予防サービス」の該当率が高い。他者の援助を受けるまでにはないものの、「運動をする」「趣味活動を行う」「転倒を恐れてひきこもらない」「医師によく相談する」というように、自己管理、他者との調整が重要になることが多か

った。このような相談活動を行ううえで、公的な立場にある保健婦以外には困難であると考えられた。

また、①トリガーされるほど重くはないが留意すべきCAP、②状態が改善されたためトリガーされなくなったが再発が危惧されるCAPなど、CAPには必ずしも該当しない場合でも、その問題について話し合うことが必要であることが明らかになった。さらに、「経済的な不安」「疾患」「医師との関係」などCAPsにはないテーマについても対応する必要性が浮かび上がった。

E. 結論

初年度で把握された「寝たきり予防」対象者のうち介入群に対して定期的に保健婦が訪問することで、次第にニーズが明らかになり、それに対する対応策がしだいに明らかになった。最終年度においては、①に介入群と対照群を比較し、予防的訪問の有効性を検証すること、②予防的に関わるべき対象者の基準を明らかにすること（特に介護保険が施行されるので、本調査研究の対象者を改めて確認する必要がある）③訪問記録表等を整理し、有効な介入方法についてのマニュアルを用意すること、がそれぞれ課題として残される。

F. 学会発表

第37回日本病院管理学会学術総会口演（1999年東京）にて、「MDS-HCを用いた保健訪問に関する研究—第一報 地域における対象者の把握—」（山田ゆかり、山内慶太、五十嵐智嘉子、池上直己）として発表した。

