

表7 主観的健康状態

		n数	健康	自覚症状あり	寝たり起きたり	検定
男性	利用者	7(100.0)	4(57.1)	2(28.6)	1(14.3)	*
	非利用者	44(100.0)	23(52.3)	21(47.7)		
女性	利用者	124(100.0)	63(50.8)	59(47.6)	2(1.6)	n.s
	非利用者	75(100.0)	38(50.7)	36(48.0)	1(1.3)	

*p<0.05 **p<0.01

表8 日常生活自立度

		n数	殆ど自立	家庭内・ごく近 所まで	家庭内・庭程 度	日中起きては いる	寝たり起きたり	検定
男性	利用者	8(100.0)	6(75.0)	1(12.5)			1(12.5)	
	非利用者	44(100.0)	43(97.7)	1(2.3)				
女性	利用者	122(100.0)	97(79.5)	16(13.1)	8(6.6)	1(0.8)		*
	非利用者	75(100.0)	70(93.3)	5(6.7)				

*p<0.05 **p<0.01

役割の状況

表9 仕事

		n数	農業	勤め人	パート	仕事はしていない	その他	検定
男性	利用者	7(100.0)	1(14.3)			6(85.7)		
	非利用者	44(100.0)	17(38.6)	1(2.3)	1(2.3)	19(43.2)	6(13.6)	
女性	利用者	120(100.0)	44(36.7)		1(0.8)	73(60.8)	2(1.7)	**
	非利用者	74(100.0)	19(25.7)	1(1.4)	1(1.4)	43(58.1)	10(13.5)	

*p<0.05 **p<0.01

表10 家庭内役割

		n数	有職	家事	その他の役割	役割なし	検定
男性	利用者	8(100.0)		3(37.5)	4(50.0)	1(12.5)	
	非利用者	44(100.0)	8(18.2)	8(18.2)	19(43.2)	9(20.5)	
女性	利用者	124(100.0)		88(71.0)	25(20.2)	11(8.9)	**
	非利用者	75(100.0)	8(10.7)	60(80.0)	2(2.7)	5(6.7)	

*p<0.05 **p<0.01

表11 地域での役割

		n数	あり	なし	検定
男性	利用者	8(100.0)	2(25.0)	6(75.0)	
	非利用者	44(100.0)	20(45.5)	24(54.5)	
女性	利用者	118(100.0)	21(17.8)	97(82.2)	n.s
	非利用者	74(100.0)	8(10.8)	66(89.2)	

*p<0.05 **p<0.01

関係性の項目

表12 家族との関係性—独居の人のみ

		n数	よく会う	電話する	冠婚葬祭のみ	殆どつきあいが ない	家族親戚いな い
男性	利用者	1(100.0)		1(100.0)			
	非利用者	3(100.0)	2(66.7)	1(33.3)			
女性	利用者	14(100.0)	9(64.3)	3(21.4)	1(7.1)	1(7.1)	
	非利用者	13(100.0)	11(84.6)	1(7.7)	1(7.7)		

*p<0.05 **p<0.01

表13 友人との関係性

		n数	お茶・おしゃべり	一緒に食事	一緒に旅行	共通の趣味	電話する
男性	利用者	8(100.0)	6(75.0)	1(12.5)	6(75.0)	1(12.5)	1(12.5)
	非利用者	39(100.0)	32(82.1)	20(51.3)	22(56.4)	21(53.8)	29(74.4)
女性	利用者	124(100.0)	118(95.2)	4(3.2)	72(58.1)	2(1.6)	25(20.2)
	非利用者	73(100.0)	71(97.3)	43(58.9)**	53(72.6)*	28(38.4)**	66(90.4)**

*p<0.05 **p<0.01

表14 日常よく話している人(ありの人のなかでの割合—複数回答)

	n数	家族	近所の人	その他
男性	利用者	8(100.0)	6(75.0)	4(50.0)
	非利用者	43(100.0)	38(88.4)	25(58.1)
女性	利用者	123(100.0)	76(61.8)**	72(58.5)
	非利用者	75(100.0)	60(80.0)	61(81.3)**

*p<0.05 **p<0.01

表15 人の手助けをしたい(はいの人のなかでの割合—複数回答)

	n数	話し相手	家事	その他
男性	利用者	2(100.0)	1(50.0)	1(50.0)
	非利用者	28(100.0)	10(35.7)	2(7.1)
女性	利用者	81(100.0)	61(75.3)**	9(11.1)*
	非利用者	44(100.0)	23(52.3)	11(25.0)

*p<0.05 **p<0.01

表16 地域との緊密性

	n数	高い	まあまあある	あまりない	殆どない	検定
男性	利用者	8(100.0)	4(50.0)	4(50.0)		
	非利用者	35(100.0)	6(17.1)	24(64.6)	4(11.4)	1(2.9)
女性	利用者	123(100.0)	24(19.5)	67(54.5)	32(26.0)	**
	非利用者	52(100.0)	7(13.5)	40(76.9)	4(7.7)	1(1.9)

*p<0.05 **p<0.01

困りごとと社会資源の活用状況

表17 困っていること—ありと回答した人のみ複数回答

	n数	健康問題	生活上の問題
男性	利用者	1(100.0)	1(100.0)
	非利用者	6(100.0)	5(83.3)
女性	利用者	24(100.0)	10(41.7)
	非利用者	17(100.0)	8(47.1)

*p<0.05 **p<0.01

表18 困ったときに手伝ってくれる人いると答えた人のみ—複数回答

	n数	家族	友人知人	その他
男性	利用者	8(100.0)	6(75.0)	3(37.5)
	非利用者	44(100.0)	40(90.9)	13(29.5)
女性	利用者	123(100.0)	105(85.4)	66(53.7)
	非利用者	74(100.0)	60(81.1)	30(40.5)

*p<0.05 **p<0.01

表19 日常生活支援

	n数	受けていない が困っている	受けていない が困っていない	受けている	検定
男性	利用者	8(100.0)	2(25.0)	6(75.0)	
	非利用者	43(100.0)	8(18.6)	35(81.4)	
女性	利用者	117(100.0)	73(62.4)	1(0.9)	**
	非利用者	75(100.0)	67(89.3)	3(4.0)	5(6.7)

*p<0.05 **p<0.01

表20 公的サービスの利用

	n数	受けていない	受けている	検定
男性	利用者	8(100.0)	3(37.5)	5(62.5)
	非利用者	43(100.0)	42(97.7)	1(2.3)
女性	利用者	111(100.0)	51(45.9)	60(54.1)
	非利用者	74(100.0)	72(97.3)	2(2.7)

*p<0.05 **p<0.01

外出状況

表21 外出先

		n数	ほぼ毎日	1回/週	1回/月	行かない	検定	
仕事	男性	利用者	8(100.0)			1(12.5)	7(87.5)	
		非利用者	44(100.0)	5(11.4)	2(4.5)		37(84.1)	
	女性	利用者	124(100.0)	4(3.2)		1(0.8)	119(96.0)	n.s
		非利用者	75(100.0)	7(9.3)			68(90.7)	
子供親戚	男性	利用者	8(100.0)		1(12.5)	2(25.0)	5(62.5)	
		非利用者	44(100.0)		4(9.1)	16(36.4)	24(54.5)	
	女性	利用者	124(100.0)	2(1.6)	34(27.4)	31(25.0)	57(46.0)	n.s
		非利用者	75(100.0)	5(6.7)	11(14.7)	20(26.7)	39(52.0)	
友人知人	男性	利用者	8(100.0)	2(25.0)	2(25.0)	1(12.5)	3(37.5)	
		非利用者	44(100.0)	11(25.0)	6(13.6)	10(22.7)	17(38.6)	
	女性	利用者	124(100.0)	27(21.8)	67(54.0)	10(8.1)	20(16.1)	**
		非利用者	75(100.0)	23(30.7)	27(36.0)	13(17.3)	12(16.0)	
町内会・老人会	男性	利用者	8(100.0)		3(37.5)		5(62.5)	
		非利用者	44(100.0)	2(4.5)	2(4.5)	11(25.0)	29(65.9)	
	女性	利用者	124(100.0)	1(0.8)	29(23.4)	21(16.9)	73(58.9)	**
		非利用者	75(100.0)	2(2.7)	1(1.3)	22(29.3)	50(66.7)	
スポーツ運動	男性	利用者	8(100.0)		3(37.5)	1(12.5)	4(50.0)	
		非利用者	44(100.0)	10(22.7)	2(4.5)	1(2.3)	31(70.5)	
	女性	利用者	124(100.0)	27(21.8)	22(17.7)	10(8.1)	65(52.4)	**
		非利用者	75(100.0)			2(2.7)	73(97.3)	
デイホーム	男性	利用者	8(100.0)		6(75.0)		2(25.0)	
		非利用者	44(100.0)				44(100.0)	
	女性	利用者	124(100.0)	2(1.6)	118(95.2)		4(3.2)	n.s
		非利用者	75(100.0)		1(1.3)		74(98.7)	
趣味	男性	利用者	8(100.0)		3(37.5)	1(12.5)	4(50.0)	
		非利用者	44(100.0)	8(18.2)	6(13.6)	4(9.1)	26(59.1)	
	女性	利用者	124(100.0)	23(18.5)	32(25.8)	13(10.5)	56(45.2)	**
		非利用者	75(100.0)	8(10.7)	6(8.0)	6(8.0)	55(73.3)	
通院	男性	利用者	8(100.0)	1(12.5)	4(50.0)	2(25.0)	1(12.5)	
		非利用者	44(100.0)	2(4.5)	6(13.6)	26(59.1)	10(22.7)	
	女性	利用者	124(100.0)	10(8.1)	81(65.3)	15(12.1)	18(14.5)	n.s
		非利用者	75(100.0)	7(9.3)	14(18.7)	33(44.0)	21(28.0)	
買い物	男性	利用者	8(100.0)	1(12.5)	5(62.5)			
		非利用者	44(100.0)	9(20.5)	15(34.1)	7(15.9)	13(29.5)	
	女性	利用者	124(100.0)	15(12.1)	80(64.5)	12(9.7)	17(13.7)	**
		非利用者	75(100.0)	30(40.0)	25(33.3)	10(13.3)	10(13.3)	
散歩	男性	利用者	8(100.0)	2(25.0)	4(50.0)	2(25.0)		
		非利用者	44(100.0)	20(45.5)	2(4.5)	22(50.0)		
	女性	利用者	124(100.0)	25(20.2)	74(59.7)	10(8.1)		**
		非利用者	75(100.0)	35(46.7)	12(16.0)	3(4.0)	25(33.3)	

*p<0.05 **p<0.01

表22 殆ど出かけない人の日常生活

		n数	主として家事	主として趣味	主としてテレビ	その他	何となく	検定
男性	利用者	3(100.0)				3(100.0)		
	非利用者	10(100.0)		6(60.0)	2(20.0)	2(20.0)		
女性	利用者	16(100.0)	3(18.8)	1(6.3)	8(50.0)	2(12.5)	2(12.5)	*
	非利用者	19(100.0)	12(63.2)	1(5.3)	2(10.5)	4(21.1)		

*p<0.05 **p<0.01

表23 出かけない理由(複数回答)

	男性		女性	
	利用者	非利用者	利用者	非利用者
病気、体が不自由	1	1	7	3
体調が悪い・疲れやす	1	2	2	1
トイレが心配			1	
外出に手助けが必要	1		6	
交通の便が悪い			1	
出かける場所がない	2	1	4	
仲間がいない		1		
お金がない		1	1	
ひとりでいるのが気楽		1		1
人混みが苦手		1		2
家に来訪者多い		2		7
家業が忙しい		1		4
その他			4	5

QOL・生活の質の状況

表24 楽しみの内容—ありと回答した人のみ複数回答

		n数	テレビ	家事	趣味芸術	家庭内運動	家庭内その他
男性	利用者	8(100.0)	4(50.0)		5(62.5)*		1(12.5)
	非利用者	42(100.0)	22(52.4)	3(7.1)	9(21.4)	7(16.7)	9(21.4)
女性	利用者	119(100.0)	50(42.0)	13(10.9)	55(46.2)		21(17.6)
	非利用者	75(100.0)	35(46.7)	21(28.0)*	15(20.0)**	1(1.3)	10(13.3)
*p<0.05 **p<0.01							
		友人との交流	文化活動	スポーツ	地域活動	家庭外その他	
男性	利用者	6(75.0)	1(12.5)	1(12.5)	1(12.5)		
	非利用者	22(52.4)	1(2.4)	11(26.2)	5(11.9)	14(33.3)	
女性	利用者	99(83.2)	1(0.8)	4(3.4)	3(2.5)	4(3.4)	
	非利用者	62(82.7)	4(5.3)	1(1.3)	7(9.3)*	14(18.7)**	
*p<0.05 **p<0.01							

表25 印象—不安

		n数	不安そう	普通	検定
男性	利用者	8(100.0)		8(100.0)	
	非利用者	35(100.0)		35(100.0)	
女性	利用者	124(100.0)	11(8.9)	113(91.1)	n.s
	非利用者	53(100.0)	2(3.8)	51(96.2)	
*p<0.05 **p<0.01					

表26 印象—寂しさ

		n数	寂しそう	普通	検定
男性	利用者	8(100.0)		8(100.0)	
	非利用者	35(100.0)	1(2.9)	34(97.1)	
女性	利用者	124(100.0)	7(5.6)	117(94.4)	n.s
	非利用者	53(100.0)	1(1.9)	52(98.1)	
*p<0.05 **p<0.01					

表27 印象一家の整理

		n数	乱雑	普通	検定
男性	利用者	8(100.0)	1(12.5)	7(87.5)	
	非利用者	35(100.0)		35(100.0)	
女性	利用者	124(100.0)	1(0.8)	123(99.2)	n.s
	非利用者	53(100.0)	1(1.9)	52(98.1)	

*p<0.05 **p<0.01

表28 印象一身だしなみ

		n数	かまわない・普通	おしゃれ	検定
男性	利用者	8(100.0)	1(12.5)	7(87.5)	
	非利用者	35(100.0)	1(2.9)	33(94.3)	1(2.9)
女性	利用者	123(100.0)	3(2.4)	115(93.5)	5(4.1) *
	非利用者	53(100.0)	2(3.8)	43(81.1)	8(15.1)

*p<0.05 **p<0.01

表29 主観的な経済状態

		n数	ゆとりがある	多少ある	少し苦しい	苦しい	検定
男性	利用者	8(100.0)	2(25.0)	3(37.5)	2(25.0)	1(12.5)	
	非利用者	43(100.0)	5(11.6)	28(65.1)	6(14.0)	4(9.3)	
女性	利用者	116(100.0)	43(37.1)	71(61.2)	1(0.9)	1(0.9)	**
	非利用者	75(100.0)	9(12.0)	52(69.3)	13(17.3)	1(1.3)	

*p<0.05 **p<0.01

いきいき度

表30 いきいき度

		n数	非常に低い	低い	やや高い	高い	検定
男性	利用者	8(100.0)			2(25.0)	6(75.0)	
	非利用者	44(100.0)		4(9.1)	17(38.6)	23(52.3)	
女性	利用者	124(100.0)	4(3.2)		19(15.3)	101(81.5)	*
	非利用者	75(100.0)		1(1.3)	21(28.0)	53(70.7)	

*p<0.05 **p<0.01

訪問看護ステーションにおける寝たきり予防サービスの課題

長谷部史乃(日本赤十字武蔵野短期大学)、田中久恵(山梨県立看護大学)

訪問看護利用者と家族の寝たきり予防ニーズを捉え、介護保険導入後の寝たきり予防サービスの供給体制、看護サービスの展開方法を明らかにすることを目的に、訪問看護利用者 215 人と配偶者 90 人の生活状況・訪問看護援助内容を調査した。訪問看護サービスは、利用者の身体・精神機能の底上げに寄与しており、利用者と家族の社会的生活の拡大に重要なかかわりを持っていた。介護保険では、予防的視点で訪問看護を活用することが有益であり、同時に身近な地域の中で社会的生活の拡大を促す場の確保があわせて重要であった。

A. 研究目的

介護保険制度の導入とあわせて、寝たきりにならない、寝たきりにしないための方策を考えることが極めて大切である。看護の支援は元来、身体的・生理的ニーズに対応しながら、対象者及び家族の健康増進や自立の促進を目標としてきた。訪問看護制度の普及により、より広く在宅の場で看護援助が展開されている中、訪問看護は、利用者の寝たきり予防、現状レベルの維持、健康増進に、また家族の健康の保持増進に大きく寄与していると考えられる。

訪問看護ステーションによる看護サービスの提供は、濃厚な医療・看護・介護を要する利用者への支援に非常に重要な役割を果たしている。また、身体的機能は比較的よいが、疾病や機能障害などにより虚弱や閉じこもりがちになっている利用者への対応にも多く携わっている。これらの人々へは通所サービスの活用を勧めるなど、社会的生活を拡大していくことも重要な看護の働きかけの 1 つとなっている。また、疾病や老化、介護による疲労や生活の規制などがある利用者の家族に対しても、寝たきり・閉じこもり予防や健康管理のための様々な支援が展開されている。

現在行われている訪問看護実践を分析することで、介護保険導入後のケアプランの中で訪問看護が担っている予防的役割を明確にすると共に、利用者や家族の寝たきり予防に対する多様なニーズを捉え、広く地域の中において介護保険導入後の寝たきり予防サービス供給体制、看護サービスの展開方法を検討するための基礎的資料を得ることを研究目的とした。

B. 研究方法

1. 研究対象 東京都内の訪問看護ステーションKの平成 11 年 10 月の利用者の内、65 歳以上の全ての利用者 217 名と、その配偶者。

2. 調査期間 平成 11 年 11 月

3. 調査方法 受け持ち訪問看護婦への自記式質問紙調査。

4. 調査項目

1) 利用者の状況 性別、年齢、家族構成、介護者の状況、疾患、寝たきり度、身体・精神的な能力と改善の状況、利用しているサービス、外出の状況、交流の状況

2) 配偶者の状況 性別、年齢、健康状態と受診状況、外出の状況、交流の状況、インフォーマルな手助けの状況

3) 訪問看護内容 開始時期、訪問回数、訪問所要時間、導入経路、看護上の課題、看護内容、ホームヘルパー等への情報伝達内容

5. 分析方法

利用者の寝たきり度別に分析した。分析にはアンケート調査集計ソフト「秀吉 for Windows」を使用した。

C. 結果

調査の結果、入院中の2件を除く利用者215件（回収率99.1%）と、配偶者90件についての回答が得られた。

1. 利用者の状況と背景

1) 性別・年齢構成と寝たきり度

65歳以上利用者の性別は男性が72人、女性が143人、男女比は1:3であった。年齢分布は65~104歳、平均年齢82.7歳、年齢階級別では60歳代6.0%、70歳代30.7%、80歳代40.5%、90歳以上22.8%であった。寝たきり度は、Jランク4.2%、Aランク17.7%、Bランク30.2%、Cランク47.9%であり、BCランクの寝たきり者が78.1%をしめた。男女別寝たきり度別の平均年齢は表1のとおりである。

表1) 男女別寝たきり度別の平均年齢

項目	全体	J	A	B	C
男女計	82.7	81.1	81.8	83.1	83.3
男	83.2	77.5	82.5	84.0	83.2
女	82.5	82.1	81.5	82.1	83.3

2) 世帯構成と主な介護者

世帯構成は独居11.6%、高齢者世帯31.6%、高齢者と65歳以下の配偶者または子供の2人

世帯12.5%、3人以上家族44.2%であり、独居や2人世帯など家族員が2人以下の世帯が55.8%であった。年齢別世帯構成は図1のとおりである。

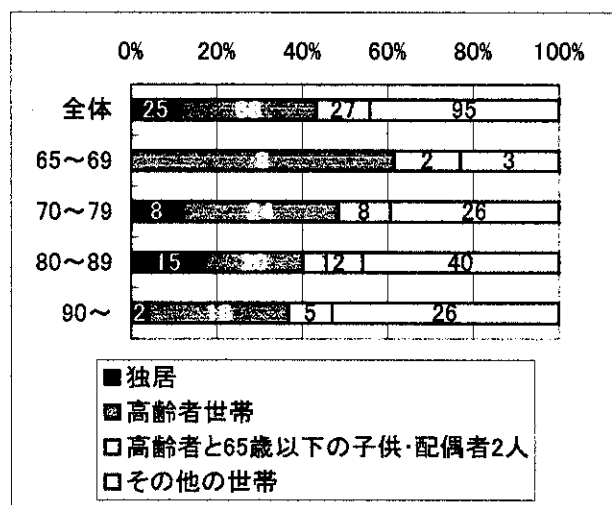


図1) 年齢別世帯構成

同居別居にかかわらず家族介護者がいる者は90.2%、いない者は9.8%であった。独居世帯の52.0%に家族介護者がいなかった(図2)。

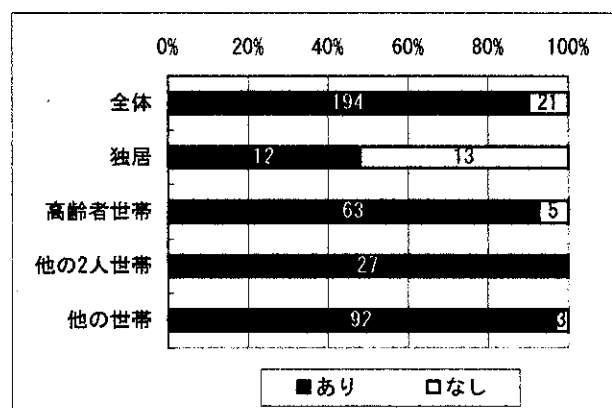


図2) 世帯構成別家族介護者の有無

主な家族介護者の88.2%は利用者と同居しているが、別居の介護者も11.3%であった。主な介護者の続柄は、配偶者32.1%、娘29.3%、嫁14.4%、息子9.3%、その他5.1%であった。主な介護者は女性(妻、娘、嫁)が71.6%、男性(夫、息子)は22.7%であった。男性の利用者の84.7%は、妻・娘・嫁など女性が主な家族介護者であった。一方女性利用者の主

な家族介護者では、54.6%が女性（娘や嫁）であるが、28.0%が男性（夫や息子）であった。特に高齢世帯の女性利用者の主な家族介護者は61.3%が男性であった。高齢者世帯では、高齢の配偶者が利用者を支えている状況であった。世帯構成別、男女別の家族介護者の有無および主な家族介護者の続柄の構成割合は表2のとおりである。

主な家族介護者以外に介護に協力してくれる家族の人数を世帯構成別にみると（図3）、他に協力してくれる家族がなく1人で介護している者が全体で38.2%、2人世帯や独居世帯に多かった。3人以上の世帯では、主な介護者以外の協力者がいる者が83.2%であった。

世帯構成別に寝たきり度の構成割合をみる

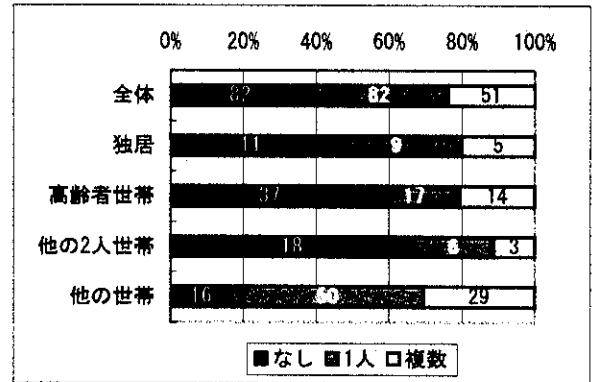


図3) 世帯構成別介護協力者の有無

と独居者はJランク、Aランクの利用者が多く、他の世帯ではB・Cランクの寝たきり者が多かった。家族に介護者がいない者は、J・Aランクが多く、Cランクが少なかった。

表2) 男女別世帯構成別家族介護者の有無と主な介護者の続柄

(上段件数)

内訳	家族介護あり・主な介護者の続柄と内訳						小計	家族介護者なし	合計
	配偶者	娘	嫁	息子	その他				
全体	69 32.1%	63 29.3%	31 14.4%	20 9.3%	11 5.1%	194 90.2%	21 9.8%	215 100%	
男性利用者	計	45 62.5%	10 13.9%	6 8.3%	4 5.6%	1 1.4%	66 91.7%	6 8.3%	72 100%
	独居	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	2 100%	2 100%
	高齢者世帯	30 81.1%	2 5.4%	1 2.7%	1 2.7%	0 0%	34 91.9%	3 8.1%	37 100%
	他の2人世帯	2 40.0%	0 0%	1 20.0%	1 20.0%	1 20.0%	5 100%	0 0%	5 100%
	その他の世帯	13 46.4%	8 28.6%	4 14.3%	2 7.1%	0 0%	27 96.4%	1 3.6%	28 100%
女性利用者	計	24 16.8%	53 37.1%	25 17.5%	16 11.2%	10 7.0%	128 89.5%	15 10.5%	143 100%
	独居	0 0%	4 17.4%	3 13.0%	3 13.0%	2 8.7%	12 52.2%	11 47.8%	23 100%
	高齢者世帯	17 54.8%	3 9.7%	3 9.7%	2 6.5%	4 12.9%	29 93.5%	2 6.5%	31 100%
	他の2人世帯	1 4.5%	13 59.1%	0 0%	6 27.3%	2 9.1%	22 100%	0 0%	22 100%
	その他の世帯	6 9.0%	33 49.3%	19 28.4%	5 7.5%	2 3.0%	65 97.0%	3 3.0%	67 100%

網掛けは、男性介護者（介護者全体の22.7%）

3) 身体的精神的機能の状況と改善状況

生活に最も影響を及ぼしている主な疾患は、循環器系など内科系の疾患が54.0%と最も多

く、痴呆・精神疾患13.0%、骨・関節系の疾患10.2%、がん7.0%、その他14.9%であった。ほとんどの者が他の合併症を有していた。

受持ち訪問看護婦に利用者の生活機能上の能力について、①低下の見られる能力、②改善を目標に働きかけをした(している)能力、③改善が見られた能力、の3点にわけて判断してもらった。利用者の生活機能上の能力は、①ADL(歩行移動動作・床上動作・上肢の動作・入浴・食事・排泄・更衣)、②基本的精神活動(会話・視覚・聴覚・記憶・判断力・理解力)、③生活維持管理能力(受診服薬などの保健行動・家事・サービスを活用する能力・経済管理)、④高度精神活動(療養意欲・社会への関心・交流・外出・障害や現状の受容)の4つの領域に分けて分析した。利用者全体では、215人の内99.1%に何らかの生活機能上の能力低下があり、90.7%に改善のための働きかけが行われていた。改善に至ったものは32.6%であった(表3)。

表3) 利用者の生活機能低下の状況と改善状況

上段実数(人) 下段215人全体に対する割合

	ADL	基本的精神活動	生活維持管理能力	高度精神活動	計
能力低下のあるもの	205 95.3%	172 80.0%	171 79.5%	195 90.7%	213 99.1%
改善を働きかけているもの	173 80.5%	85 39.5%	47 21.9%	97 45.1%	195 90.7%
改善されたもの	57 26.5%	16 7.4%	16 7.4%	20 9.3%	70 32.6%

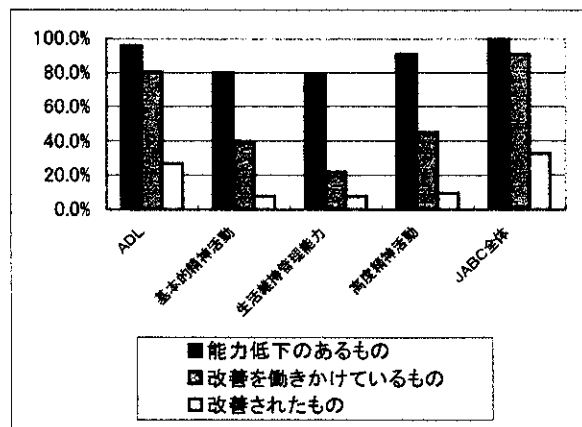


図4) 利用者の生活機能低下の状況と改善状況

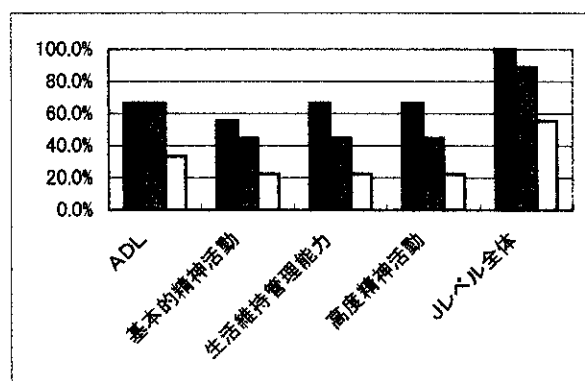


図5) 利用者の生活機能低下の状況と改善状況 (J)

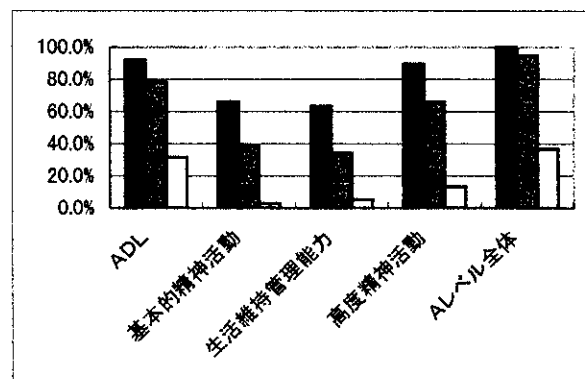


図6) 利用者の生活機能低下の状況と改善状況 (A)

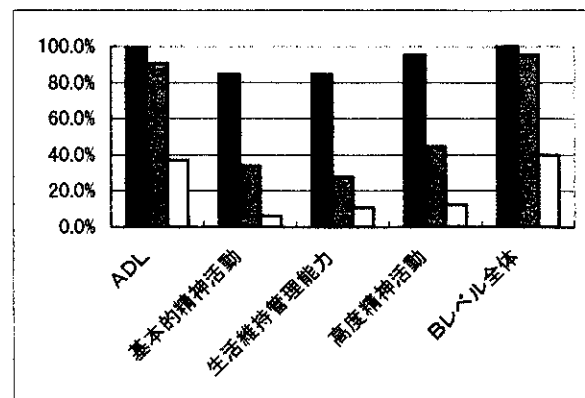


図7) 利用者の生活機能低下の状況と改善状況 (B)

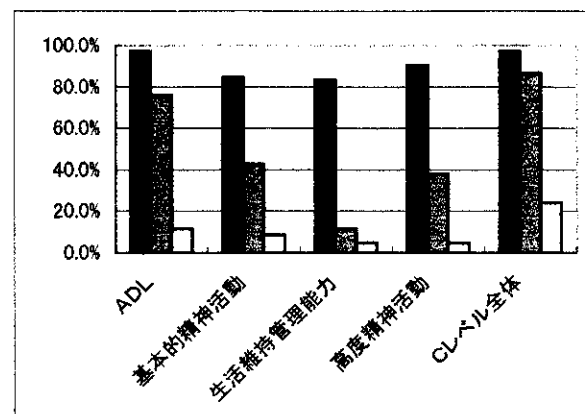


図8) 利用者の生活機能低下の状況と改善状況 (C)

生活機能の領域別に見ると（図 4）、ADLの低下している者の 8 割以上に改善への働きかけが行なわれており、改善までにいたる割合も利用者全体の 26.5%と高かった。基本的精神活動と高度精神活動では、低下している者の半数に働きかけが行なわれていた。生活維持管理能力では、低下している者の 3 割に改善への働きかけが行なわれていた。改善までにいたる割合は利用者全体の 1 割以下であった。

寝たきり度ランク別では（図 5～8）、統計上有意の差はないが、Jランクでは 4 領域とも改善の働きかけが行なわれており、改善の度合いも高かった（図 5）。AランクではJランクに比べて、ADLと高度精神活動で機能低下が増加している。改善の働きかけは全ての領域にわたるが、改善の度合いはやや低下する（図 6）。B・Cランクでは、全ての領域で機能低下が見られる。改善に向けての働きかけはADLに多く、基本的精神活動・生活維持管理能力・高度精神活動では半数以下である。改善までにいたる割合も少ない（図 7・8）。

改善まで至った利用者者と改善までは至らなかった利用者を寝たきり度ランク別で比較すると（図 9）、統計上の差はないが、改善した者の方が比較的ランクが低い傾向があった。また、B・Cランクの寝たきり者においても改善が見られていた。

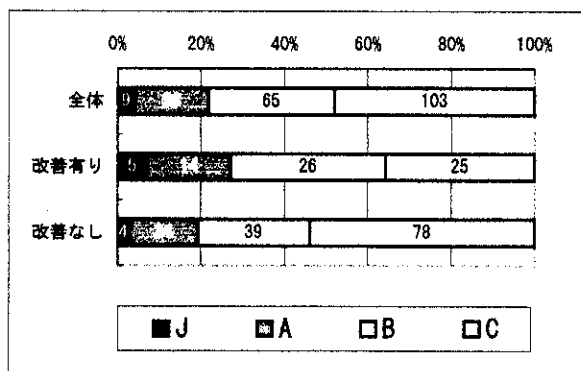


図 9) 寝たきり度別改善の有無

4) 医療・福祉サービス活用状況

医療の状況は、全体の 76.3%が在宅診療を受けていた。外来受診の者は 19.5%であった。3.7%が家族のみが外来受診し直接診療を受けていなかった。

保健・福祉サービス活用状況は、通所サービスでは、デイサービス 18.1%、ショートステイ 12.1%、施設入浴サービス 7.4%、送迎サービス 7.0%が活用されていた。外出介助やリハビリ教室、地域のグループ活動の活用は 1～2%と少なかった。訪問看護以外の訪問サービスでは、巡回入浴サービス 56.7%、滞在型ホームヘルプ 50.7%、巡回型ホームヘルプ 17.2%、訪問指導 31.2%、訪問リハビリテーション 13.5%、配食サービス 11.2%、訪問理容サービス 10.2%、訪問歯科診療 7.0%であった。民生委員やボランティアは 1～2%であった。（図 10）

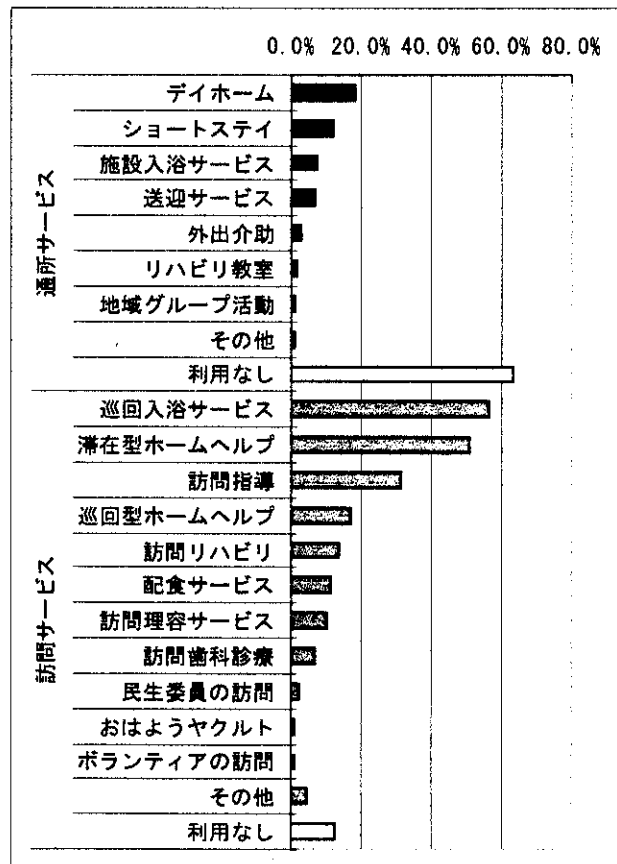


図 10) 保健・福祉サービス活用状況

表 4) 保健・福祉サービス活用状況と活用促進支援

サービス活用状況	件数 (人)	割合 (%)	活用促進 (人)	割合 (%)
訪問サービスのみ活用	118	54.9	26	37.1
通所サービスのみ活用	9	4.2	4	44.4
両方活用	70	32.6	41	34.7
訪問看護のみ	18	8.4	2	11.1
計	215	100.0	73	34.0

利用者全体の 91.6%が訪問看護以外のサービスを活用していた。活用していない者は 8.4%であった。訪問サービスと通所サービスを共に活用している者は 32.6%、訪問サービスのみの活用は 54.2%、通所サービスのみの活用は 4.2%であった。通所型のサービス活用は全体の 36.8%であった。訪問看護婦のサービス活用を促進する支援は、全体の 37.1%の利用者に対して行なわれていた。(表 4)

保健福祉サービスの活用状況と寝たきり度の関係をみると、通所型・訪問型サービスを共に活用している者は J・B ランクに多く、訪問型のサービスのみの利用者は A・C ランクに多かった (図 11)。

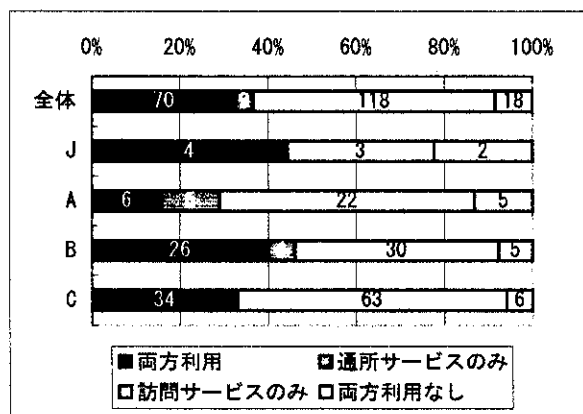


図 11) サービス活用と寝たきり度

5) 外出の状況

通院や通所サービス以外にも外出している者は 36.7%、通院や通所サービス以外に外出しないが通所サービスを活用している者は 19.5%、全く外出しないものは 43.7%であっ

た (図 12)。外出している者の最近 1 ヶ月以内の外出先は、散歩 65.8%、買い物 30.3%、理容・美容院 22.4%が多かった。また、子供や親戚のところ、趣味活動、行楽や旅行に出かける者が 5~8%、仕事が 2.6%、冠婚葬祭が 2.6%で友人のところは 1.3%と少なかった。

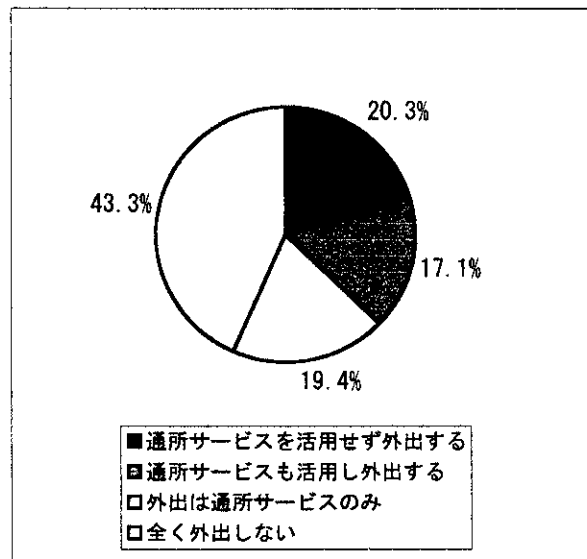


図 12) 外出の状況

外出が困難である者は 86.5%、困難でない者は 13.0%であった。

外出困難の理由は、機能低下や病状のためが 74.4%と最も多く、外出意欲・目的がない 35.8%、住宅環境上の問題 22.8%、外出に必要な介護者の確保が困難 22.8%、家族が外出に消極的 10.7%などであった。

6) 交流状況

子供や親戚との行き来がある者は全体の 54.9%で、友人や近隣との行き来がある者は 13.0%であった。一方、行き来も音信もない者 (交流のない者) が 14.9%あった。

交流のない者の内、交流を望む者は 22.6%、望まない者は 77.4%であった。

2. 配偶者の状況

利用者の配偶者の内、訪問看護利用者でない者 90 人の生活状況は以下のとおりである。

1) 性別・年齢構成と介護の状況

配偶者の性別は、男性が 34.4%、女性が 65.6%であった。年齢は 35~93 歳、平均年齢 75.7 歳（男性 79.3 歳、女性 73.8 歳）、年齢構成は、60 歳代 17.8%、70 歳代 45.6%、80 歳代 30.0%、90 歳代 4.4%であり、男性が女性に比べて年齢構成が高かった（図 13）。

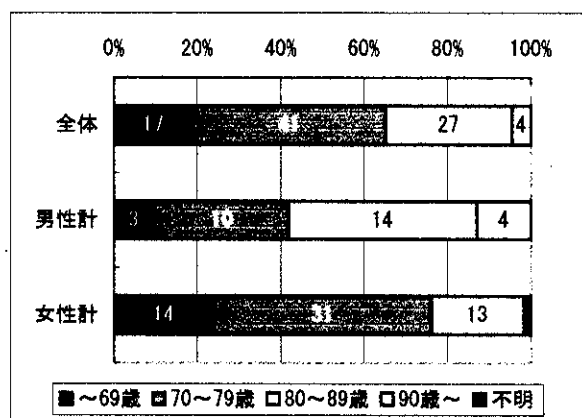


図 13) 配偶者の男女別年齢構成

配偶者が介護を担っている状況は、主介護者である者は 75.6%、「主介護者ではない者」が 24.4%であった。主介護者の中で他の家族の協力を得ず「1 人で介護している者」は 42.2%、介護に協力してくれる家族がある者は 33.3%であった。（図 14）

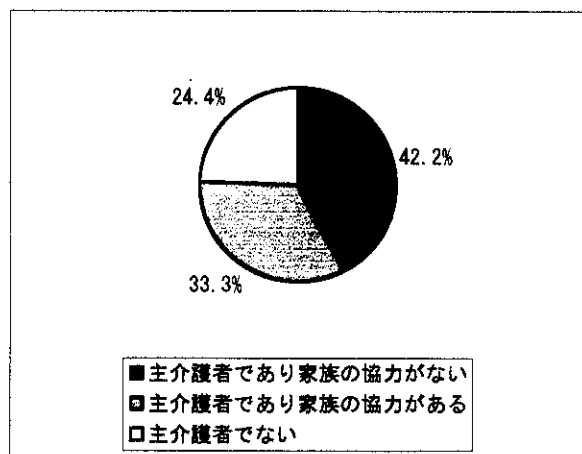


図 14) 配偶者の介護状況

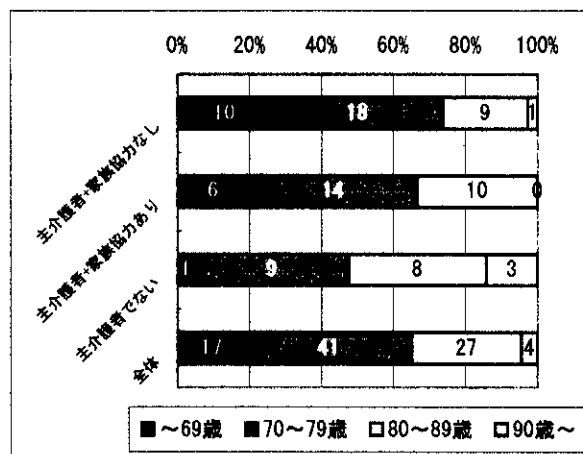


図 15) 配偶者の介護状況と年齢構成

配偶者の年齢別介護状況では、1 人で介護をしている者は比較的年齢構成が若く、主介護者でない者は逆に高齢であった（図 15）。寝たきり度別では、協力家族のある主介護者が C ランクの利用者を介護している者が多かった。（図 16）

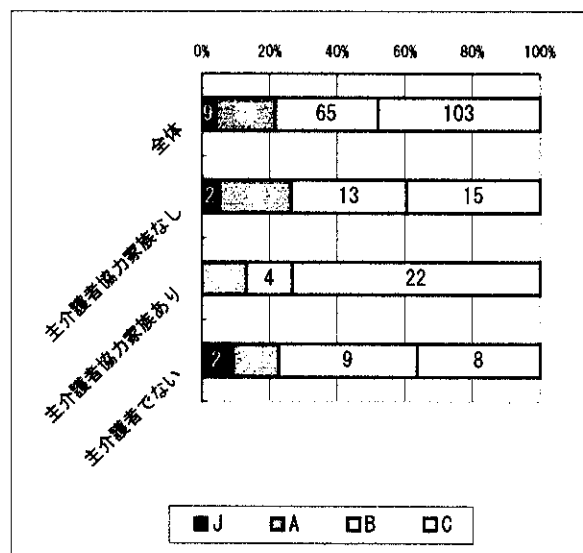


図 16) 配偶者の介護状況と寝たきり度

2) 健康状態と健康管理の状況

健康状態は健康な者 7.8%、多少病気があるがコントロールされている者 52.2%、病気や障害・過労などがあり健康維持のための支援が必要な者 34.4%、健康障害がみられ直ちに受療が必要な者 5.6%であった。1 人で介護しているの方が、健康状態が良かった（図 17）。

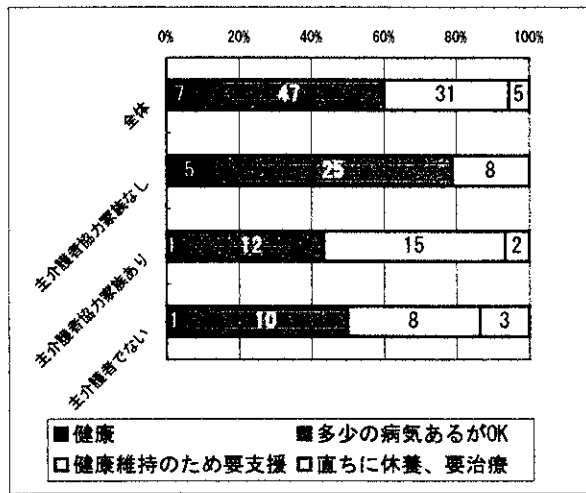


図 17) 配偶者の健康状態と介護状況

配偶者の 75.6%が治療中の病気を有していた。治療中断した病気のある者は 6.7%であった。

1年以内に健康診査を受診した者は、63.3%であった。1人で介護している者の健診受診率は 50.0%であり、家族の協力のある者の受診率は 73.1%と高かった。受診した健診は、「基本健康診査」が最も多く、続いて「受診している病院で検査を受けた」、「人間ドック」であった。1年以内に健康診査を受診していない者は 30.0%であった。

3) 外出と交流の状況

配偶者の外出状況は、「自由に外出している」28.9%、「外出しない」8.9%、「外出したいができない」24.4%、「外出しているがもっとしたい」34.4%であった。1人で介護している者に、「外出したいができない」「外出しているがもっとしたい」割合が高かった。主介護者でない者は、「自由に外出している」と、「外出しない」割合が高かった。(図 18)

配偶者の外出先は、買い物 78.9%、通院 77.8%が多く、理容・美容院 34.4%、散歩 23.3%であった。趣味活動や友人のところへ

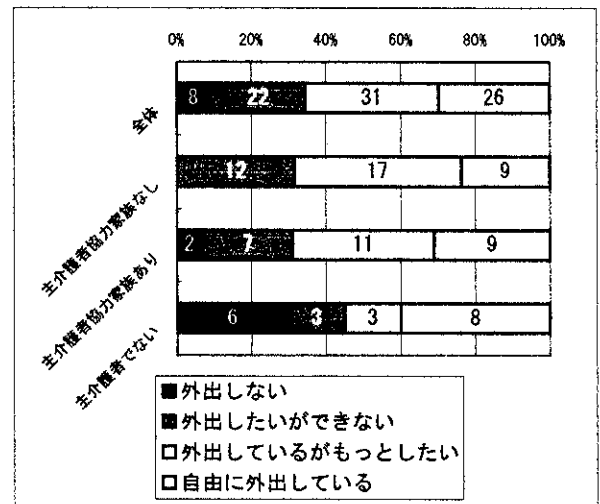


図 18) 配偶者の介護状況と外出状況

は、16~18%が外出していた。仕事が 12.2%、行楽や旅行、子供や親戚のところへは、約 10%が外出していた。地域のグループ活動に参加している者は、5.6%であった。

外出の制限の理由は、介護のためが 45.6%と最も多く、次いで身体機能上の問題 23.3%、外出のための協力が無い 17.8%、家事や家業のため 10.0%、外出意欲や目的がない 7.8%であった。

子供や親戚と行き来のある者は 76.7%、友人や近隣との行き来がある者は 33.3%であった。行き来も音信もなく交流がない者は 7.8%であった。

交流がない者の内、交流を望んでいる者は 37.5%であった。

親戚や知人から介護していることに対する励ましや手助けがある者は 44.4%、手助けはないが励ましがある者は 42.2%であった。手助けも励ましもない者が 12.3%あった。その内半数は手助けや励ましを望んでいた。

外出と交流の関係をみると、統計上の差はないが、外出しない配偶者は子供や親戚が訪問しており全く交流がない者はいなかったが、知人との交流は少ない傾向にあった。外出したいができない配偶者は、逆に子供や親戚の

訪問が少なく、外出している者より知人との交流も少なく、交流が全くない者の割合も多かった。自由に外出している者ともっと外出したい者は、知人との交流が外出していない者より多かった。(図 19)

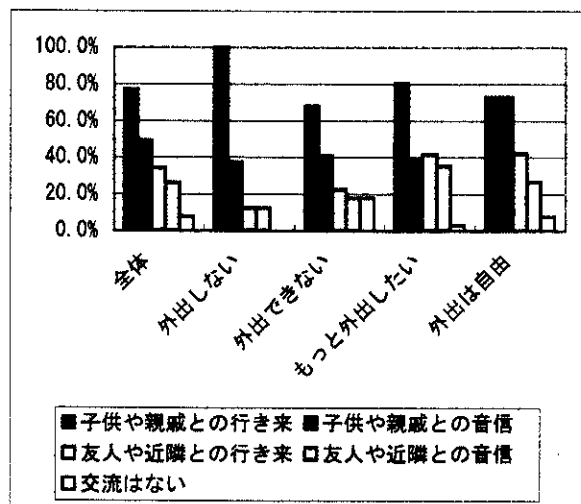


図 19) 配偶者の外出と交流状況

3. 訪問看護内容

訪問看護内容の全体像と、寝たきり度別に看護内容について分析した。

1) 訪問看護利用状況

訪問看護利用期間は 1 ヶ月から最長 4 年半 (K ステーション開設時) で、6 ヶ月未満が 28.8%、6 ヶ月～1 年が 12.6%、1 年目が 12.1%、2 年目が 12.6%、3 年以上が 33.5% であった。

訪問回数は、週 1 回が 69.3% と最も多く、週 2 回が 14.4%、週 3 回以上は 1.4% であった。また月 1 回が 3.3%、月 2～3 回が 9.8% であった。訪問 1 回あたりの滞在時間は約 60 分であった。

訪問看護の導入経路は、医療機関の紹介が 40.9%、保健所・保健センターの紹介が 36.7% と多く、在宅介護支援センター、ホームヘルパー、民生委員や住民の紹介は 1～5% であった。家族自らの申し込みも 4.7% があった。

2) 利用者の特徴と看護内容

利用者の特徴を複数回答してもらったところ、「現状維持」(病状や療養生活はほぼ安定しており現状維持のための様子観察や定期的なケアが中心である) が 72.1% と最も多かった。次に「自立や生活拡大」(寝たきりや閉じこもり予防を積極的に行う必要がある・自立や生活の拡大に向けての働きかけが必要である) が 53.2% であった。一方、「在宅生活の条件不足」(介護者不在や介護者の休養などケアの空白名時間を埋めるための定期的な訪問が必要・在宅生活を維持していく条件(介護者や環境, サービス等)が不足しているかこれから整える・介護放棄や介護者過労, 家族の介護への非協力など療養生活を支える基盤が危機的状況) が 31.2%、「医療的管理が重要」(医療依存度が高く本人や家族への技術指導や定期的なチェックが必要・退院後まもないか病状が変化し本人や家族の不安が強い・服薬できない入退院を繰り返すなど健康管理が不十分で指導や支援が必要) が 29.3% あった。「ターミナル」(在宅でのプレターミナル、ターミナルケアを希望している) が 8.8% であった。

行っている看護援助は、「病状管理」(病状観察と健康管理・その方法に関する相談助言指導) 97.2%、「日常生活援助」(清潔, 排泄, 食事などの日常生活援助・その援助方法に関する助言相談指導) 87.0%、「生活拡大」(生活の拡大やリハビリ・本人や介護者の話し相手や孤独の解消・離床の促進や生活リズム調整の支援・寝たきりや閉じこもり予防) 74.9%、「家族支援」(家族の介護へのねぎらいや励まし介護への参加促進・介護者や家族の健康管理・介護者や家族の社会的交流や QOL 拡大の支援・介護者や家族の介護の代替えや散歩など) 70.7%、「ハイテクケア」(創傷処置や医療的ケア、ハイテク機器の管理や技術指導) 44.7%、「サービス活用促進」(医療機関との

連絡・他のサービスの活用や連絡調整) 34.0%であった。利用者の特徴と看護援助内容の種類の間には、統計上の差はなく、どの事例においても、日常生活援助・病状管理・生活拡大・家族支援を基本的援助としていた。(図 20)

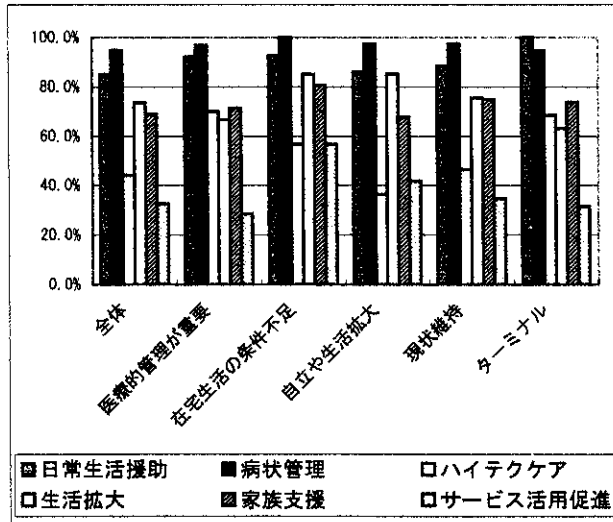


図 20) 利用者の特徴別援助内容

訪問看護の頻度と利用者の特徴をみると、訪問の頻度が高い者には、医療的管理が重要な者、在宅生活の条件が不足している者が多かった。訪問頻度が低い者には、現状維持が多かった。(図 21)

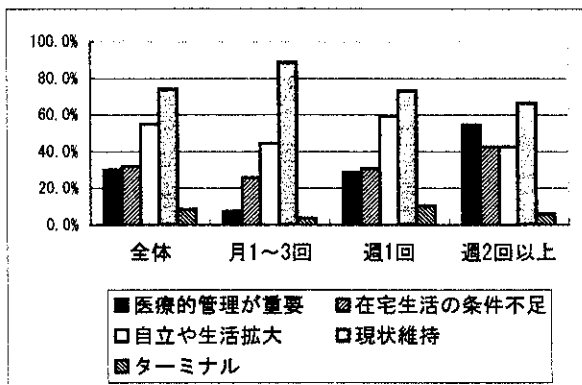


図 21) 訪問頻度と利用者の特徴

看護援助の優先課題について 4 つのカテゴリから最も当てはまるものを 1 つ選択してもらったところ、「病状や障害の悪化予防や現状維持をめざす」56.3%、「心身の障害に対するリハビリや、障害と共存しながらも、自

立や QOL をめざす」23.7%、「病状の改善を目標に、病気の後遺症、合併症、障害を予防し、健康回復をめざす」13.0%、「安らかな死に向けてのターミナルケアやホスピスケア」4.2%であった。

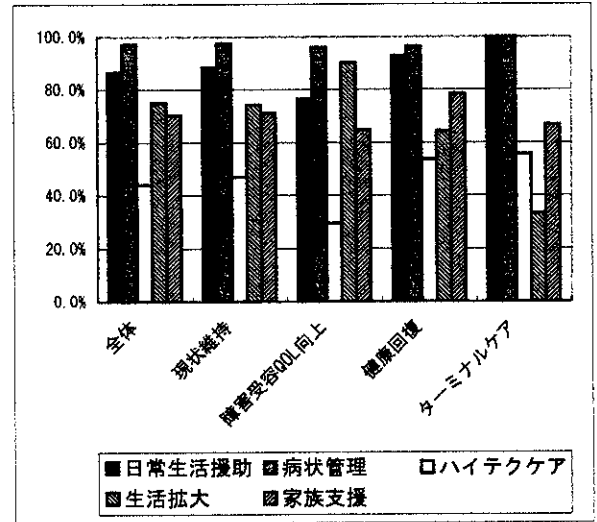


図 22) 看護の優先課題と援助内容

看護の優先課題別に援助内容を見ると、統計的な差はなく、病状の観察と日常生活の援助、そして家族への支援が行なわれていた。生活拡大の援助は、ターミナル期の者に少なく、ハイテクケアは障害受容や自立や QOL 向上が課題の者に少なかった。(図 22)

3) 他職種との連携

訪問看護婦がホームヘルパーなど他職種に情報を伝えている利用者は全体の 59.1%であった。特に伝えていない利用者は 23.7%であった。

訪問看護婦が他の職種に伝えている情報の内容は、「訪問看護の実践内容」40.5%、「本人や家族の病状」37.2%、「病状の観察や健康管理の方法」35.8%、「看護援助の方針」27.0%、「日常生活の援助方法」18.6%、「ケアへの要望」14.0%、「本人や家族の考え」8.8%などであった。

4) 寝たきり度別の看護内容

訪問回数は、月1~3回はJ・Aクラスの者が多く、週2回以上はCクラスの者が多かった。(図23)

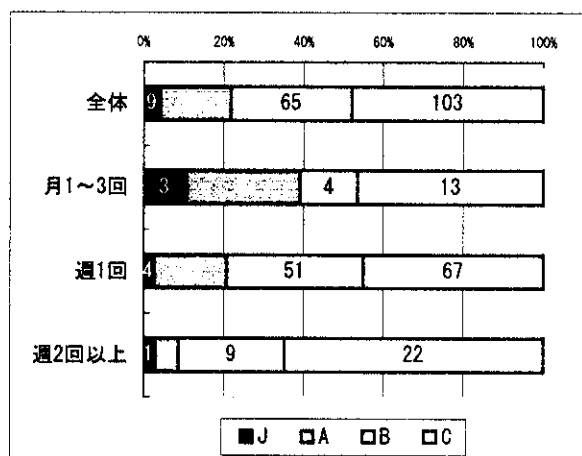


図23) 訪問回数と寝たきり度

利用者の特徴と寝たきり度の関係を見た(図24)。Jランクは、病状が安定しており現状維持のためのケアが中心の利用者が多く、また医療的管理が重要な利用者も多かった。介護や家族の状況など在宅ケアを支える条件が不足している者はいなかった。Aランクは、自立や生活拡大、寝たきり閉じこもり予防の働きかけを必要とする利用者が多く、医療的管理が重要な者は少なかった。Bランクは、自立や生活拡大、寝たきり閉じこもり予防の働きかけを必要とする利用者が多く、はJランクより少なかった。Cランクは、現状維持のための働きかけが中心である者が最も多かった。また、介護や家族の状況など在宅ケアを支える条件が不足している者や医療的管理が重要な者も他のランクと比べ多かった。ターミナルである者は全てCランクであった。

看護援助内容と寝たきり度の関係を見た(図25)。統計上の差はなく、JABC全てのランクで、統合的に援助が実施され、特に病状管理・日常生活支援・自立の拡大・家族援助が多く実施されていた。日常生活の支援と

家族援助は寝たきり度のランクが高いほど多く行なわれていた。ハイテクケアはCランクが、他の保健福祉サービスの活用促進はAランクが多く実施されていた。

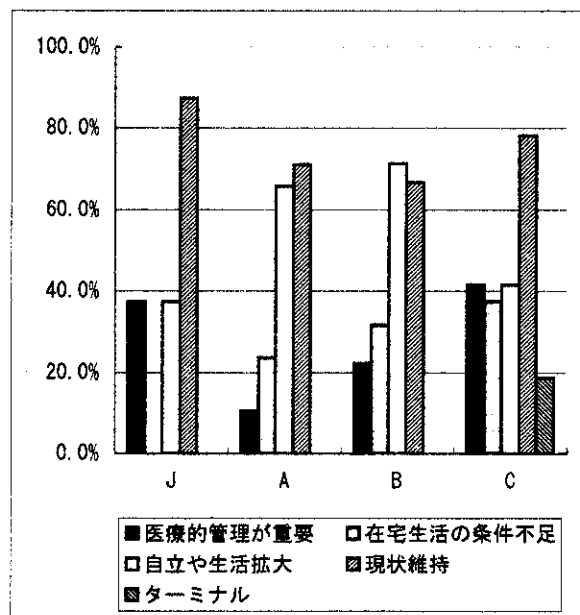


図24) 利用者の特徴と寝たきり度

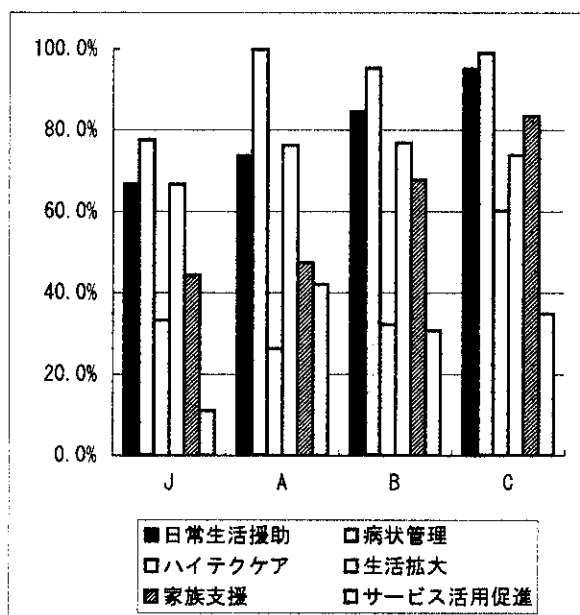


図25) 看護援助内容と寝たきり度

D. 考察

1. 訪問看護利用者とその配偶者の状況

ステーションKの65歳以上の利用者について、生活や障害の状況・配偶者の状況・看護援助内容を、質問紙を作成し、受持ち訪問看護婦に回答を依頼した。回答が得られた利用者215人（回答率99.1%）と、配偶者90人について生活実態を分析した。

1) 寝たきり度別の利用状況

利用者の身体状況を寝たきり度でみると、Jランク4.2%、Aランク17.7%、Bランク30.2%、Cランク47.9%であり、B・Cランクの寝たきり者が8割であった。訪問看護は寝たきり者に多くかかわっている一方、約2割のJ・Aランクの者にもかかわっていた。

JランクやAランクの利用者は、身体機能は比較的保たれているものの、独居である、家族介護者がいないなど、在宅生活を支えるインフォーマルな支援が少ない状況にあり、生活を支えるサービスの1つとして訪問看護を活用していると考えられる。逆に、独居でない、家族が協力しているJ・Aクラスの利用者は、医学的管理が必要な者などを除くとわずかであった。訪問看護を利用していない多くのJ・Aクラスの人々に対するヘルスサービスや福祉サービスがどのように活用されているのかは、本研究では検討できなかった。

2) 他のサービスの活用

訪問看護以外の保健福祉サービスを活用している利用者は9割以上であった。入浴サービスやホームヘルプサービスは5割を超える利用者が併用しており、生活の基本的な事柄への援助を多くの利用者・家族が必要としていた。訪問型のサービスのみでなく、デイサービスやショートステイなど通所型のサービス

も合わせて利用しており、サービスを多様に活用していた。

訪問看護は、他のサービスの活用を促す支援を行ない、他職種に対しては利用者家族に対する訪問看護サービスの情報を提供し、ケアチームの調整を行なうなど、マネジメント機能を発揮していた。

一方、地域のボランティアやグループ活動などインフォーマルなサービスの利用は少なかった。これらのサービスが身近な地域に活用できるまでに充分普及していないか、利用者の身体機能レベルなどに対応できる利用しやすいサービス資源が不足している、あるいは育っていない現状もあると考えられる。

3) 利用者家族の状況

利用者の9割は家族に介護者があった。家族が1人で介護に携わっている者は4割弱であり、高齢世帯や利用者と65未満の家族2人の世帯に多かった。3人以上の世帯や、寝たきり度B・Cランクでは、主介護者以外に家族の介護への協力がある者が多かった。

訪問看護ステーションは、1割の家族介護者がいない利用者の支援を行なっている一方、家族が介護を行なっている9割の利用者に対して、家族の支援を行ないながら、在宅生活を支えているといえる。

利用者の配偶者の状況は、主介護者である者が3/4であり、配偶者の4割は他の家族の協力がなく1人で介護を行なっていた。比較的健康な者は6割であり、病気や過労のため直ちに支援を必要としている者は4割であった。1人で介護を行なっている者の方が、健康状態が良い傾向にあったが、逆に健康診査の受診率が低く、健康状態が良くても健康管理上の予防的支援の必要性が高いといえる。

健康回復のための支援や、健康管理上の予防的支援は、訪問看護の機能の1つでもあり、

要介護高齢者の家族を支えるサービス供給システムの中でも、訪問看護ステーションが意識的に担っていく重要な役割であると考えられる。

配偶者の中で、外出しない者、外出したいができない者は 1/3 であり、子供や親戚が訪問して支えているが、知人との交流も少なく、さらに全く交流のない者も存在した。外出をしていない者は、1人で介護している者に多く、これらの配偶者に対してはさらに、閉じこもり予防のための対策が必要である。

閉じこもりがちな配偶者にとっては、訪問看護やホームヘルプなど訪問型のサービスを利用することが、唯一外部との交流の窓口となる。しかし、「閉じこもりである」あるいは「社会的交流がない」といった状況の根本的解決にはならない。家族の社会的交流を支援する、地域の身近な、介護をしている状況であっても利用しやすいヘルスサービス資源の開発が必須である。

2. 訪問看護の働きかけと予防的効果

1) 身体・精神機能の保持増進

利用者の生活機能上の能力を以下の 4 つの領域に分類して検討した。

- ① **ADL** (歩行移動動作・床上動作・上肢の動作・入浴・食事・排泄・更衣)
- ② **基本的精神活動** (会話・視覚・聴覚・記憶・判断力・理解力)
- ③ **生活維持管理能力** (受診服薬などの保健行動・家事・サービスを活用する能力・経済管理)
- ④ **高度精神活動** (療養意欲・社会への関心・交流・外出・障害や現状の受容)

ほとんど全ての利用者に何らかの能力の低下があり、9割以上の利用者に対し、訪問看護婦は、改善を目標に働きかけを実施していた。実際改善に至った者は 1/3 である。改善のた

めの働きかけは、ADLの 8割、高度精神活動の 5割、基本的精神活動の 4割、生活維持管理能力では 2割に対し実施されていた。改善していく能力もある一方、改善までは至らない状況に対しても多くの働きかけが行なわれており、機能の保持にも大きく貢献していることが予想された。

訪問看護サービスは、寝たきり度で言えば、Bランク→Aランクなどのランクアップや、働きかけているからこそBランク→Cランクなどへのランクダウンの防止に寄与していると考えられる。また、身体機能のみならず、療養意欲や社会的交流など精神面からも利用者や家族を支持し励ましており、心身両面において機能の維持増進のためのサービスとなっている。

訪問看護ステーションのサービスを、要介護高齢者の重介護化を予防することを目的に活用していくことが、ケアプランの中で重要である。また、寝たきりでないほど改善がみられている事からも、B・Cランクに至る前に、介護予防や機能の回復を意図した訪問看護サービス導入も、検討されるべきである。

2) 基本的支援

訪問看護の働きかけは、「病状管理」(病状観察と健康管理・その方法に関する相談助言指導)、「日常生活援助」(清潔、排泄、食事などの日常生活援助・その援助方法に関する助言相談指導)、「生活拡大」(生活の拡大やリハビリ・本人や介護者の話し相手や孤独の解消・離床の促進や生活リズム調整の支援・寝たきりや閉じこもり予防)、「家族支援」(家族の介護へのねぎらいや励まし介護への参加促進・介護者や家族の健康管理・介護者や家族の社会的交流や QOL 拡大の支援・介護者や家族の介護の代替えや散歩など)、「ハイテクケア」(創傷処置や医療的ケア、ハイテク機器の管

理や技術指導)、「サービス活用促進」(医療機関との連絡・他のサービスの活用や連絡調整)であった。特に、「病状管理」「日常生活支援」「生活拡大」「家族支援」の4つの援助は、寝たきり度や家族構成にかかわらず、全ての利用者に対して基本的に実施されており、訪問看護サービスの基本的な活動目的・活動方法であった。

4つの援助は、本人や家族が実施できない部分を補完的に補い、定期的にサービスとして実施して行くことが目的ではなく、援助を通して、身体状況を良好に導き、利用者や家族の自立や意欲を高めることを目的としていた。

訪問看護自体が、利用者や家族の「生活の底上げ」、「自立の促進」、「社会的生活の拡大への基盤づくり」の部分を担当していると言える。

3. 寝たきり予防と介護保険

介護保険の理念は、利用者本位と自立支援である。2000年4月からサービス給付が始まる中で、訪問看護を制度の中でいかに有効活用していくかは、ケアマネージャーの考え方によるところが大きい。

訪問看護の対象者には、医療依存度が高い者、病状が不安定で高度な病状管理が必要な者、ターミナル期の者などが増加している。これらの人々の在宅生活を可能にするために、看護の専門的サービスへの期待は高く、また需要に対応してきている。一方、緩やかな老化の進行や、病状や機能変化の中で、要介護となる人々がより多くあり、これらの人々に対する訪問看護の役割を明らかにしていく必要がある。今回の調査で明らかになった訪問看護の役割は、以下のとおりである。

- 1) 「病状管理」「日常生活支援」「生活拡大」「家族支援」を基本とした働きかけに

よる自立の促進および社会的生活の拡大

- 2) 利用者の身体的精神的機能の保持増進・重介護化予防・寝たきり予防
- 3) サービス活用促進とケアマネジメント
- 4) 家族の健康増進や予防的健康管理

介護保険のケアプランでは、これらのことを目標に、寝たきり者はもちろん、介護が重症化しないより早い時期から訪問看護を導入していくことが望まれる。

4. 訪問看護サービスと連動した地域の寝たきり予防体制

訪問看護は、「生活拡大」を目標に、生活リズムや体調を整え、利用者や家族をその気にさせる多くの働きかけを行なっているが、社会的生活を拡大していくための資源が限られている。デイサービスや機能訓練は、社会的生活を拡大するための有効な資源であるが、参加を望まない利用者や、介護保険の対象とならない家族のための閉じこもりを予防していく資源の開発が望まれる。

地域の介護予防施策と連動した、ステーション利用者のような身体状況や、介護者が参加できるような、身近な地域のグループ活動やボランティア活動などの創設、活性化が必要である。ステーション利用者と訪問看護援助の現状を地域でとらえ、ヘルスサービスの中で体制づくりをしていく必要がある。

E. 結論

訪問看護サービスは、利用者の身体・精神機能の底上げに寄与しており、利用者と家族の社会的生活の拡大に重要なかわりを持っていた。介護保険では、予防的視点で訪問看護を活用することが有益であり、同時に身近な地域の中で社会的生活の拡大を促す場の確保があわせて重要であった。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご多忙な中ご協力いただきました、訪問看護ステーションの看護職の皆様、並びに利用者と家族の皆様に深く感謝いたします。

研究協力者

訪問看護ステーションけやき 九島久美子

参考文献

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部：平成 10 年訪問看護統計調査の概況，1999.
- 2) 厚生省老人保健福祉局：介護保険法の円滑な実施のための特別対策から，地域保健，31(1)，2000
- 3) 山崎史郎：行政の在宅支援事業の展望，地域保健，31(1)，2000
- 4) 篠田道子：訪問看護ステーションを核にした在宅ケアの複合体，訪問看護と介護，5(2)，2000
- 5) 島田千穂：訪問看護ステーションを中心としたサービス総合化の可能性と課題，5(2)，2000
- 6) 田中甲子：介護予防活動の抱負と戦略，地域保健，30(10)，1999
- 7) 山崎麻耶：介護保険と訪問看護ステーション，中央法規，1999