

4. 保健婦へのアンケートによる効果の検証および今後の展開についての意見

介入群への訪問を担当した各地区の保健婦に対して、訪問終了時に「寝たきり予防訪問」の効果に関する意見などについて、アンケート調査を実施した。その結果、84人から回答があり、結果は以下のとおりであった。

(1) 参加保健婦のプロフィール

①年齢

参加保健婦の年齢をみると、20歳代、30歳代が最も30人（35.7%）、次いで40歳代が19人（22.6%）であった。平均年齢は34.1歳であった（表V-33）。

表V-33 年齢

	件数	%
20歳代	30	35.7%
30歳代	30	35.7%
40歳代	19	22.6%
50歳代	3	3.6%
60歳以上	1	1.2%
不明	1	1.2%
合計	84	100.0%

②経験年数

参加保健婦の経験年数をみると、5年未満が最も多く28人（33.3%）、次いで5～10年未満が19人（22.6%）であった。また、平均経験年数は9.7年であった（表V-34）。

表V-34 経験年数

	件数	%
5年未満	28	33.3%
5～10年未満	19	22.6%
10～15年未満	15	17.9%
15～20年未満	12	14.3%
20～25年未満	2	2.4%
25～30年未満	8	9.5%
30年以上	0	0.0%
不明	0	0.0%
合計	84	100.0%

(2) 虚弱高齢者を選定する方法について

「寝たきり予防訪問」の対象となる虚弱高齢者を選定する方法について、適切と思う方法を聞いたところ、「民生委員からの情報提供」が77人(91.7%)、「要介護認定の自立対策」が69人(82.1%)であった。

「民生委員からの情報提供」が適切と思う理由としては、「地域に密着した活動をしているので、潜在的な対象者の掘り起こしが可能」「地域の状況や、対象者の家族背景などを熟知している」など、「要介護認定の自立対策」が適切と思う理由としては、「介護保険に申請する以上、何らかの援助が必要と思われる」「客観的な統一スケールによって選定できる」などがあげられた。

一方、「不適切」と回答された割合が高かったのは、「自治体広報の呼びかけ」が45人(53.6%)、「寝たきり予防アンケート調査」が22人(26.2%)であった。

「自治体広報の呼びかけ」が不適切と思う理由としては、「対象者選定の基準が統一されない」「呼びかけに応じられない人の中にこそニーズがある」など、「寝たきり予防アンケート調査」が不適切と思う理由としては、「調査に時間・費用がかかる」「正しく記入されているか疑問」などであった(表V-35)。

表V-35 虚弱高齢者を選定する方法について

	合計	適切	不適切	不明
要介護認定の自立対策	84	69	11	4
	100.0%	82.1%	13.1%	4.8%
自治体広報の呼びかけ	84	30	45	9
	100.0%	35.7%	53.6%	10.7%
民生委員からの情報提供	84	77	5	2
	100.0%	91.7%	6.0%	2.4%
開業医からの情報提供	84	60	17	7
	100.0%	71.4%	20.2%	8.3%
寝たきり予防アンケート調査	84	48	22	14
	100.0%	57.1%	26.2%	16.7%

(3) 「寝たきり予防訪問」が可能な人数

今回の調査研究と同様の方法で、「寝たきり予防」の訪問を行なう場合、現在の業務を前提に、何人までなら訪問が可能か聞いたところ、「3~5人」が最も多く35人(41.7%)、次いで「2人」が20人(23.8%)であった。平均は4.6人であった(表V-36)。

表V-36 「寝たきり予防訪問」が可能な人数

	件数	%
0人	2	2.4%
1人	8	9.5%
2人	20	23.8%
3~5人	35	41.7%
6~9人	8	9.5%
10人以上	7	8.3%
不明	4	4.8%
合計	84	100.0%

(4) 「寝たきり予防訪問」の効果があつた人、なかつた人

自分が担当した高齢者の中、今回の訪問により「何らかの効果があつたと思われる人」「効果がなかつたと思われる人」「効果がよくわからなかつた人」がそれぞれ何人いたか人数を尋ねたところ、「効果があつた人」として挙げられたのは104人(42.8%)、「効果的ではなかつた人」は27人(11.1%)、「効果が良くわからなかつた人」は112人(46.1%)であつた(表V-37)。

なお、人数の合計は243人で、訪問269人のうち90.3%である。

表V-37 「寝たきり予防訪問」の効果があつた人、なかつた人

	件数	合計	平均	最小	最大
効果的であつた	84	104 (42.8%)	1.24	0	4
効果的ではなかつた	84	27 (11.1%)	0.32	0	5
効果不明	84	112 (46.1%)	1.33	0	12
合計	84	243	-	-	-

VI. 研究のまとめ

無作為化比較試験により寝たきり予防活動の効果を検証することを目的とし、約2年間にわたり3地区の市町村及び保健所保健婦が高齢者の自宅を定期的に訪問した。

1. 対象者の抽出

3地区のうち2つの地区では、選挙管理人名簿等より無作為抽出した在宅高齢者に自記式のアンケート郵送調査を実施し、回答結果を従って「自立」、「虚弱」、「要介護」に分類した。その結果、「虚弱」高齢者は地域の17%~25%であり、これをさらに無作為に、介入群（実際に訪問をする群）と対照群（訪問しない群）に振り分けた。残る1地区では、過去に実施した高齢者生活実態調査を用いて「虚弱」に該当する高齢者を抽出し、無作為に介入群と対照群に分類した。最終的に3地区を合わせ介入群、対照群269名を抽出した。

2. 訪問の内容

介入群に対し、保健婦は3ヵ月に一度を基本として自宅を訪問した。訪問の内容は、会話が基本であるが、ニーズを体系的に整理するため訪問のたびにMDS-HCによるアセスメントを実施し、必要時に予防的な助言や関係機関との調整を行なった。訪問回数は平均4.4回、最大8回であった。1回の訪問における面接時間はほぼ60分~90分であった。

3. 訪問の効果検証

調査終了時、両群に対し開始時と同じアンケート調査を再度実施した。開始時の状態をすべての地区で厳密に揃え、介入群では一定回数以上の訪問を受けた者に分析対象者を限ると、終了時に要介護に移行した者は介入群で2.9%、対照群で1.9%、入院（入所）中は6.4%と5.8%、死亡は7.6%と8.3%であった。入院（入所）中、死亡を除いた介入群148名、対照群177名について、終了時アンケートの結果を検証したところ、以下の点が明らかになった。

- (1) 効用値（健康関連 QOL）：健康関連 QOL の値（EuroQol の EQ5D の効用値）は、開始時はいずれの地区においても両群に差はなかったが、終了時には2地区において介入群の方が対照群よりも高い傾向がみられた（ $p<0.1$ ）。個人の変化量に着目しても、介入群よりも対照群の方がより低下しており、1地区においては有意な差が認められた（ $p<0.05$ ）。
- (2) 臥床日数：過去30日間に寝込んだ日数は、開始時はいずれの地区においても両群に差はなかったが、終了時はいずれの地区においても、介入群の方が対照群よりも短く、1地区においては有意な差が認められた（ $p<0.05$ ）。
- (3) 受診回数：過去30日間の受診回数については、開始時はいずれの地区においても両群に差はなかったが、終了時には1地区において介入群の方が有意に多かった（ $p<0.05$ ）。これは、当該地区において、寝たきり予防訪問には医師との連携が必要であることが認識されたため、医療機関への協力要請を行なうなど保健と医療の関係が促進された結果である可能性がある。

- (4) **保健行動**：終了時介入群では、「規則正しい食事」、「たばこをすわない」、「睡眠を十分にとる」、「歯の健康に気をつける」の4つの保健行動について、以前と比較して実践するようになった割合が有意に高かった ($p<0.05$)。
- (5) **高齢者の主観的評価**：訪問を受けた介入群の高齢者は、終了時訪問の良かった点として「話相手になってもらえた」ほか「健康に関するアドバイス」「生活に関するアドバイス」が得られたことなどを挙げた。また、保健婦の訪問事業を今後も継続すべきと回答した者は7割以上であった。
- (6) **保健婦の主観的評価**：実際に訪問を行った保健婦は、自分が担当した高齢者の中に「効果がなかった」と思われる高齢者は1割程度であり、「効果があった」と「効果があったかわからない」と思われる高齢者はおよそ半分程度ずつであったとした。

4. 結 論

保健婦による寝たきり予防訪問を実施したことにより、健康関連QOLの改善や臥床日数の短縮、受診が促進される傾向が認められ、規則正しい食事や禁煙といった保健行動の実践割合も高まることが確認された。

一方、ADLの改善や活動状況の改善には必ずしも反映されず、要介護への移行、入院・入所、死亡といった転帰に対しても明確な影響はなかった。しかしながら、訪問した保健婦の印象として効果がなかった人は1割程度であり、訪問を受けた高齢者自身からの評価も高かった。

このように、介入群と対照群の状態に差がなかったのは訪問が2年間に限られたこと（デンマークの調査では3年3ヵ月）が最大の原因であると考えられる。また、多様な環境・多様なニーズを持つ虚弱高齢者に対する行政や地域のリハビリプログラムも整備途上にあり、個々の事例を見ると、医療や福祉との連携も課題としてあげることができる。

以上のような本調査の結果を踏まえて、事例や介護予防版アセスメント表を含めた訪問マニュアル<素案>を作成した。今後、市町村や保健所その他の機関において介護予防を目的とした訪問指導の参考にし、実践を積み重ねていくことが望まれる。また、各自治体における介護予防対策の対象者の選定方法の確立や、自立支援策の充実が課題であり、保健婦や訪問指導員などを中心とした研究と実践のフィードバックが必要である。

卷末資料

— 以下の質問に対し、該当する番号に○をつけるか、数字を記入するか、設問の指示に従ってください。 —

問1 あなたの現在の健康状態はいかがですか。該当するものを1つ選び、その番号に○をつけてください。

1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない

問2 あなたの今日の健康状態のいろいろな側面について、それぞれ最もよく表しているものを1つ選び、その番号に○をつけてください。

(1) 移動の程度について

1. 私は歩き回るのに問題はない
2. 私は歩き回るのにいくらか問題がある
3. 私はベッド（床）に寝たきりである

(2) 身の回りのことについて

1. 私は身の回りの管理に問題はない
2. 私は洗面や着替えを自分でするのにいくらか問題がある
3. 私は洗面や着替えを自分でできない

(3) ふだんの活動（例：仕事、勉強、家族、余暇活動）について

1. 私はふだんの活動を行なうのに問題はない
2. 私はふだんの活動を行なうのにいくらか問題がある
3. 私はふだんの活動を行なうことができない

(4) 痛み／不快感について

1. 私は痛みや不快感はない
2. 私は中等度の痛みや不快感がある
3. 私はひどい痛みや不快感がある

(5) 不安／ふさぎこみについて

1. 私は不安でもふさぎ込んでもいない
2. 私は中等度に不安あるいはふさぎ込んでいる
3. 私はひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

問3 この1週間にどのくらい家の外に出ましたか。該当するものを1つ選び、その番号に○をつけてください。(外に出た時間は短くても構いません)

- 1. 毎日外出した 2. 2日から5日外出した
- 3. 1日だけ外出した 4. 1日も外出しなかった

問4 階段の昇り降りができますか。該当するものを1つ選び、その番号に○をつけてください。

1. 一人でできる (手すりを使っても構いません)

└───>その際、お疲れになりますか。(1. はい 2. いいえ)

- 2. 他の人に手助けしてもらわないとできない
- 3. 他の人の手助けがあってもできない

問5 毎日の生活についておうかがいします。以下のことがらについて、該当するものをそれぞれ 1つ選び、その番号に○をつけてください。ふだんご自分でなさっていないことについては、ご自分でなさる場合をお考えください。

	自分でできる	手助けが必要な 時間がかかる 疲れる	ほとんどできない
a) 食事の仕度ができますか	1	2	3
b) 掃除や洗濯などの家事ができますか	1	2	3
c) 請求書の支払いや家計の管理ができますか	1	2	3
d) 電話をかけることができますか	1	2	3
e) 日用品の買い物ができますか	1	2	3
f) バスや電車などを利用できますか	1	2	3

問6 ここ1月間に、健康上の問題で1日中床についた日数はどのくらいありましたか。

約 () 日間

寝たきり予防訪問マニュアル

第 1 次 素 案

平成11年2月

はじめに

本マニュアルは、「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」における手引きの原案です。寝たきり予防のための訪問は、基本的には対象者が健康を維持するための意志決定を支援するために行われるものであって、決して、望ましい生活様式を指導することではありません。

そのためには「会話」が重要な手段になり、いわゆる面接技法の習得が必要になります。

本調査研究では、寝たきり予防のための訪問調査を実地に取り組んでいただくことにより、今後の高齢社会における「寝たきり予防（介護予防）システム」の基礎となるリスクアセスメントの手法を確立し、実践に基づいて訪問マニュアルの作成を目指すものです。

ご参画いただくスタッフの感想を反映させ、よりよいものにしていきたいと考えています。

目 次

はじめに

I. 訪問前の準備	1
1. 初回訪問にあたって	1
2. 継続訪問前の確認事項	2
II. 初回訪問の留意点	3
1. 自己紹介	3
2. 会話のきっかけ	3
III. 予防的訪問の概要	4
1. 訪問の目的と基本	4
2. 構成要素	5
3. サービス調整の例	7
4. 電話による連絡・相談への対応	11
IV. 記録表等への記入	12
1. MDS・HC に記入し、CAPs を確認する	12
2. 訪問記録票に記入する	12
V. 他国での研究と検証結果	14

I. 訪問前の準備

1. 初回訪問にあたって

(1) 電話予約

- ・訪問前に電話で訪問の日時を決定します。
 - ①寝たきり予防に関するアンケート調査への協力に感謝し、②調査の訪問対象として無作為に選ばれたことを伝えます。
- ・「〇月×日の午前（午後）〇時頃うかがいたいですが、在宅でしょうか」と聞いて確認する。
- ・もし、当日、急用で不在の場合は、「次回訪問の日程」を残し、改めて訪問してください。

(2) プロフィールの確認と訪問目的の確認

- ・訪問対象者のアンケート調査結果より、IADL、ADLにおける支障、不安や痛みの有無、医療ニーズ等について確認し、訪問時の会話のきっかけとしてください。
- ・「訪問記録票」の「1. 訪問の具体的目的」にアンケートの調査票から課題と思われる点を検討し、目的を記入してください（P.15 参照）。

(3) MDS-HC,CAPsの確認

- ・訪問前に、MDS-HCの項目をよく理解してください。MDS-HCのセクション名を書いた小さなメモ用紙を用意しましたので（巻末）、コピーを折りたたんで手帳等にはさめるなどして訪問時に持参いただいても結構です。
- ・MDS-HC,CAPsを十分に把握していないと思われる方は、次の要領でトレーニングをしてください。
 - ①よく知っている高齢者を一人思い浮かべ、机上でMDS-HCにチェックします。判断ができなかった項目は、日頃から見落としがちな項目とされますので、十分に注意すると同時に、どのように質問すれば回答が得られそうか想定してください。
 - ②次に、チェックしたMDS-HCから、トリガーを確認せずに30のCAPsのどのCAPsが該当しそうか見当をつけてください。その後、選定表等でトリガーを確認し、見当をつけたCAPsが適切であったかを見直します。はずれたCAPsについては、どのトリガーを見逃したのかを確認します。

以上を、全く別のタイプの2~3人に繰り返していただくと、MDS-HC,CAPsの構造が概ね頭に入るとされます。

2. 継続訪問前の確認事項

(1) 前回訪問の確認

- ・前回訪問記録を確認し、会話のテーマ、本人の話した内容、決まったこと、未解決のままの課題などを復習します。
- ・チェックされた MDS-HC の項目と、選定された CAPs を確認し、それらの問題に対し、対象者がどのように感じていたか、対応しようとしていたかを思い起こし、会話の内容に盛り込むべき点を検討します。

(2) 今回の訪問目的の確認

- ・訪問記録票の「1. 訪問の具体的な目的」に今回の訪問目的を記入し、会話の内容を想定します (P.17 参照)。

Ⅱ. 初回訪問の留意点

1. 自己紹介

(1) 自己紹介

- ・こんにちは。電話でご協力を依頼しました、〇〇〇の×××です。よろしくおねがいします。

(2) 調査と訪問の目的を紹介

- ・まずこの調査の趣旨は「保健婦が定期的に訪問し、健康上の問題等を話合ったり、相談にのる」ことである旨を説明し、これから約2年間、およそ3ヵ月に1回訪問することをつげます。また、自分は市(町)の保健婦として訪問することをつげて、訪問そのものは無償であることを明確にします(北九州市の場合は登録した保健婦・看護婦、身分証明書を用意)。

- ・「訪問調査依頼文」を提示し、これに沿って説明し(読み上げ)、票を渡してください。

2. 会話のきっかけ

一般的な時候の挨拶から始めて、健康問題へと話題を進めていくことも1つの方法です。

- ・もう少しで春になりますが、春になったら何か計画していますか。
- ・毎日寒いと外に出るのがおっくうではありませんか。
- ・調査では、〇〇が不自由になっていましたが、その後いかがですか。
- ・現在、生活上のことで困っていること、悩み事はありませんか。

Ⅲ. 予防的訪問の概要

1. 訪問の目的と基本

(1) 予防的訪問の目的

- ・ 予防的訪問は、将来要介護状態になることを予防する目的で、保健婦が比較的元気な対象者の自宅を訪問するものです。予防的訪問で保健婦がすることは主に「会話」です。
- ・ 「会話」の目的は、対象者との間に信頼関係を築き、対象者の心身の症状や機能状態、心理社会的な状態を評価する機会を得ることです。訪問時は「会話」だけで終わることもありますが、「会話」のなかから潜在的な危険性を把握し、生活習慣やサポート体制を変えてはどうかという「健康面の助言」に及ぶことがあります。
- ・ 今回の調査は、予防的訪問の効果が最も期待される虚弱老人（介護保険の要介護度分類でいえば要支援状態）を訪問の対象とし、MDS-HC と CAPs を用いて対象者の状態の把握や健康面への助言に役立てようとするものです。

(2) 訪問の基本

以下は予防的訪問の基本的な決まりごとです。

- 1) 1 回きりの訪問では不十分です。対象者との間により相互関係を築き、前回の話し合いをフォローするために少なくとも数回は訪問する必要があります。そこで、今回の調査では、3 ヶ月間を目処に定期的に訪問します。
- 2) 共感することが予防的訪問を成功させる重要な鍵です。予防的訪問における対象者との接し方は、受診時における対象者との関係と異なります。保健婦は「こうあるべきだ」という標準を忘れ、訪問した相手が全く異なった価値観や規範の持ち主である可能性を受容することが重要です。
- 3) 対象者にとっては、予防的訪問は決してえらい人や正しい生活の方法を指導する人の訪問として捉えられてはなりません。
- 4) 対象者の自己決定権を常に心にとめておかなければなりません。予防的訪問において絶対に欠かせないことは、対象者本人が予防的訪問のプログラムに参加したいという意志です。

要介護状態の高齢者が対象ではありませんので、多くの CAPs がトリガーされることはないと思われませんが、対象となっている対象者にトリガーされることが予想されるいくつかの CAPs については、あらかじめ頭の中に入れておく必要があります。さらに CAPs をトリガーするには、MDS-HC のアセスメント項目とトリガーについても熟知していることが必要になります。

2. 構成要素

(1) 構造化された会話

- ・ 予防的訪問の基本は、対象者の話を聞くことと相互関係を築くことにあるので、何から話し始めるかは原則としては対象者本人に決めてもらう必要があります。したがって、保健婦は、対象者が自分自身のことを話せるように態度や言葉を通して促します。最初の会話は後の相互関係に影響しますので特に注意して下さい。
- ・ 会話を通じて、自然な形で対象者の心身の症状や機能状態、心理社会的な状態について対象者に質問し全体像を捉えます。全体像を捉えるためには、あらかじめMDS-HCの項目を頭にいれ、漏れがないように把握する必要があります。なお、MDS-HCの用紙に実際に記入するのは訪問後です。このような構造化された会話を行うことにより、保健婦と対象者の両者は、対象者の生活における可能性と問題点の両面を体系的に整理することができます。

構造化された会話を行うために留意する要素

『在宅ケアアセスメントマニュアル』p67を参照

- ・ 好ましい相互関係を築く
- ・ 対象者自身に生活状況、日常習慣、活動内容、高齢への対応の方法について考える機会を与える
- ・ 対象者の自尊心を支える
- ・ 日常の問題やADL、IADLの障害をはっきりさせ、それについて話す機会を与える
- ・ 対象者が自立して行える活動についてたずねる：対象者の機能、援助を増やす必要のある可能性について評価し、どの活動について他からの援助を受け入れるべきかに同意する。
- ・ 対象者の健康状態について話し合い、兆候、不安、痛み、薬剤利用などについてたずねる。
- ・ 栄養面や運動習慣について話し合う
- ・ 家族間やその他の社会的関係での問題について話し、周囲の環境的な生涯、孤独感、近隣の治安、社会的疎外感、過剰保護などの心配事も含める
- ・ 対象者の動機付けと関係するような情報に耳を傾ける
- ・ 対象者の動機付けについてはアセスメントすることは難しく、とくに、虚弱な高齢者が内に秘めた力を過小評価する傾向がある。セルフケアにあまり関与しない場合には、対象者自身も自らの能力を低く評価することがある。訪問の際には適宜指導しながら、対象者の自立した決断力のある活動的な個人としての立場を否定しないように注意しなければならない。
- ・ その他のわずかな変化にも気を配る必要がある。人間的な共感といつくしみを持っていることが、対象者の健康や社会的状況に関する専門的な知識と同じくらい重要である。

(2) 潜在的な危険性を把握する

構造化された会話により保健婦は、対象者に将来起こりうる健康上あるいは社会的な状態における危険性を把握することができます。これは構造化された会話は、臨床的な視点で得る情報と比べて包括的な生活実態における変化を知ることができるからです。保健婦には対象者の行動に起こった仔細な変化に気づく必要があり、医療・保健・福祉の専門的知識を伴う共感が求められます。MDS-HC のトリガー項目はこの把握する過程を補完するものです。したがって、MDS-HC のトリガー項目、および各 CAP のガイドライン等を知っておく必要があります。

(3) 健康面の助言

対象者の全体像を把握した後に、生活や状況を変える必要性について話し合います。この時、保健婦としての判断と対象者自身の判断との間にバランスをとる必要があります。つまり、保健婦として対象者の生活に対する判断と、対象者自身の判断は必ずしも一致しないので、保健婦はできるだけ対象者が自分自身で「望んでいること」、「できていること」について共感することが重要です。そして対象者の自己決定権と積極性を否定しないように気をつける必要があります。対象者が自分自身でどうするかを決めることが、最もよい結果をもたらすからです。

健康面の助言の内容は、かかりつけ医や専門医、各種サービスの紹介、家族・友人からのサポート体制（情緒的なものも含む）の調整、家の外に出るような活動を含めた行動改善の提案、保健行動の変容に関することなどです。この時、CAPs の内容が頭に入っていることが重要です。健康面への助言の内容によりませんが、各種サービス機関やかかりつけ医に連絡をとるなどの具体的な行動は保健婦が行ってもよいし、対象者に主導権を任せても構いません。

注：基本的なことですが「会話」自体が予防的訪問における介入ですので、「健康面の助言」は必ずしも必要ではありません。

(4) 前回の話し合いのフォロー

2回目以降の訪問では、(1)～(3)に加えて、信頼関係を継続することと、前回の訪問時から起こった変化を評価することが目的になります。前回の訪問時に話に出た高齢者が自分自身の生活に「望んでいること」や「できていること」を思い出してもらうためにもう一度問題を話し合い、最後に前回の訪問時から始まったサポート体制や対人関係に満足しているか話し合います。