

## 在宅療養が困難な状況を構成する要素と介入 -在宅高齢者とその家族への援助-

東 清巳、永田千鶴

### Nursing Interventions that Supported the Elderly and Family Members Who are under Unfavorable Circumstances to Have Home Care Aid

Kiyomi Higashi, Chizuru Nagata

**Purpose :** The present study was undertaken to identify the types of intervention that would help the elderly and the family members improve their self-care agency and continue home care even under unfavorable circumstances to receive home care aid. To this end, factors of unfavorable circumstances and optimal methods of intervention under that circumstances were analyzed.

**Subjects and Methods :** The subjects were 8 elderly clients receiving care under unfavorable circumstances, and their family members and caregiver. Their cases were reported at the session from 2000 through 2003 in the visiting nurses' conference in K Prefecture. We extracted descriptions pertaining the unfavorable circumstances and the improvement of self-care agency and intervention, and made a qualitative analysis of them.

**Results and Discussion :** Factors of unfavorable circumstances identified in this study were "deteriorated mental functioning", "deteriorated of family relationships", "disturbed rhythms of daily life", "difficulties of building the relationships necessary for receiving support", "the fragile basis of daily life", and "uncontrollable sickness". These aspects interacted with each other, resulting in overall unfavorable circumstances. Also the interventions that gained the improved results of self-care agency were persist in, building trust, expressing emotions, reinforcement, improvement of their organization's activities, adjustment, listening sympathy, acceptance, guaranteeing patient peace of mind and safety, getting involved remaining involved, clinical judgment, willingness to take chances, keeping distance, having a clean-cut point of view, devotion, approving, and environmental adjustments.

Improvement in self-care agency observed in this study was often difficult to recognize in terms of simple numerical improvements from the viewpoint of enhancing outcome.

Detailed analyses as to the improvement of self-care agency and the methods of intervention by examining individual cases will be effective in identifying the optimal methods of provide support to the elderly and the family members who are under unfavorable circumstances to receive home care.

**Key Words :** home care, unfavorable circumstances, elderly, family, self-care agency

## I. 緒 言

療養の場として、自宅が本当に望ましいのか考えさせられる場合が多々ある。療養環境に関する研究には、療養施設や病院などのアメニティに関するもの<sup>1-3)</sup>や、住宅改修に関する報告<sup>4-7)</sup>があるが、在宅療養には適さない環境下でどのような療養生活がなされ、ケア提供者がどのように介入しているかを具体的に検討した研究は見当たらなかった。

しかし、熟練した訪問看護師やホームヘルパーたち(以下、ケア提供者という)は、在宅療養には適さないのではと思えるような状況下でも、在宅療養への療養者・家族のこだわりや意向を尊重して、試行錯誤を繰り返しながらケアを提供し、在宅療養の継続が可能になった事例を経験している。

本研究では、在宅療養が困難な状況下でも、療養が継続されている事例に注目した。なぜならば、そのような状況下での専門的介入にこそ、在宅療養に特徴的なケアがあると考えたからである。そこで、療養困難な状況に陥りやすいと考えられる独居や老老介護の状態にある在宅高齢者とその家族を対象に、在宅における療養が困難な状況を構成する要素と、療養者・家族のセルフケアを向上させ、療養継続を可能にした介入を明らかにすることを目的とした。

## II. 用語の定義

「在宅療養が困難な状況」とは、療養者・家族を取り巻く人間関係や疾病、貧困、住環境など、在宅療養を継続していく上で支障をきたすと考えられる状況の全てをいう。また、本研究における「セルフケア」は、宗像<sup>8)</sup>とD・オレム<sup>9)</sup>の定義にしたがって、「生命と健康と安定に対する自力で遂行するケア」とし、「専門家の助け」があってもできることも、「資源の活用ができる」としてセルフケアの概念に含まれると捉えた。

## III. 対象および方法

対象は、平成12年～15年度にK県訪問看護職研究会の事例検討会で報告された25事例のうち、在宅療養が困難な状況下で療養を続けている高齢者とその家族8事例と、ケアを提供した看護師とホームヘルパーである。方法は、まず検討会で出された事例に関する資料と介入の実際、および研究会のメンバーの質問に答えた内容なども含めて語られたものを、2名の研究者ができるだけ正確に書きとめ、解釈を加えずに文章に整理した。次に、整理したものを後日ケア提供者に返し、違和感やずれがないか、数回に亘るやりとりの中で検討と修正を繰り返した。その中から、在宅療養を困難にしている状況に関する記述と、療養者・家族のセルフケアが向上したと判断された記述、およびそれに貢献したと考えられる介入に関する記述を抽出し分析した。分析は得られた記述データを2名の研究者が意味の共通性や類似性にしたがって分類し、共通する状況や場面を統合してカテゴリー化した。

倫理的配慮として、事例提供者に対しては研究の主旨を説明し、研究参加への同意を口頭で得た。また事例の匿名性とプライバシーに配慮して、年齢に修飾を加え、病名など分析に直接関係しないデータは掲載しなかった。さらに家族構成など結果に関係するようなデータでも、細かい部分には修飾を加え、事例が特定されないようにした。またデータは本研究以外では使用しないことや、知りえた情報は口外しないことをメンバー間で誓約した。

なお本研究では、在宅療養が困難な状況を構成する要素について、そのカテゴリー名を【 】で、サブカテゴリー名を〈 〉で表し、セルフケアを高めた介入を[ ]で表した。

## IV. 結果

### 1. 対象の概要 (表1)

各事例の在宅療養の状況を表1に示した。またケア提供者は訪問看護師6名、ホームヘルパー2名で、平均の経験年数は6.5年であった。

### 2. 療養困難な状況を構成する要素とセルフケアを高めた介入 (表2)

#### 1) 精神機能の低下

【精神機能の低下】のサブカテゴリーには、くうつ状態があり、事例2、6に認められた。事例2は疾病の後遺症による障害に加えて、夫との死別により感情失禁が頻繁に起こり、冬場は一日

中カーテンを開けて閉じこもりがちな状態が続いていた。事例6の妻は、ADLはほぼ自立しているが、思うように動けないと悲観し、自殺企図がみられ、終日椅子かベッドで過ごし、排泄以外は何もしない状態であった。

【精神機能の低下】に対してケア提供者は、契約した訪問時間が延長しても話をじっくりと〔傾聴〕し、〔受容〕と〔共感〕的態度で接しながら〔信頼を築き〕、意図的に〔感情の表出〕を促している。そして訪問リハビリテーションや訪問介護、通所サービスの利用を〔調整〕して、他との交流を増やすなど〔活動性を高める〕ケアを提供していた。

表1 対象の概要

事例	性	年齢	家族形態	介護者		ケア提供者 の経験年数	在宅療養の状況	利用している 在宅サービス
				性別	副介護者			
1	男	78	独居	家政婦	なし	7年	糖尿病にも関わらず酒を飲み、愛猫と自由気ままな生活を望む独居の療養者に対して、4年前から24時間対応の家政婦2人が、交代で泊り込み介護している。依頼心が強く、自分でできることも家政婦に指示している。キーパーソンの実弟は、動かさずにジッとさせておくことが良いという療養者のセルフケア能力を低下させるような家政婦の意向を優先させている。	訪問看護 通所ケア
2	女	68	独居	なし	なし	5年	幼少時より、身の回りのことを全てやらせてもらうという環境に育ち、依頼心が強い。療養者の介護と家事の両方を担っていた夫が亡くなったために独居となり、生活のリズムが乱れ、肥満、閉じこもりとなる。キーパーソンは県外に住む息子(養子)で、嫁への不満が多いことから関係が築けず、近くに身内はいない。息子が、寂しさを紛らすために買い与えた犬のまとわりつきや糞尿により、危険で不衛生な環境の中で暮らしている。	訪問看護 訪問介護 (介護保険、有料) 通所ケア
3	女	80	2世帯家族 (夫・娘・孫の 4人暮らし)	娘	なし	7年	高齢な両親の年金によって家族4人が生活をしている。娘は要介護状態である両親に、経済的に依存しながらも、介護に熱心ではなく、食事は惣菜や出前、衣服は1週間同じものを着ていたりする。また喧嘩も頻発で、療養者のうつ状態を助長させている。異母姉妹の姉は実父の世話のみに関わり、姉妹間の関係は悪い。	訪問看護 通所ケア 短期入所
4	男	78	2世帯家族 (妻・娘の3人 暮らし)	妻	娘	7年	介護者の妻は旅行などで不在のことが多く、訪問看護が予定されていても施設して出かけることも度々あった。掃除が行き届かないために、新築でバリアフリーの自宅は、衛生状態が悪い。妻はオムツ交換時、消滅はせずパウダーをふりかけ、却って不潔な状態を招いている。また、独立しようとしないうちが両親の収入を管理しているため、経済的に余裕のない生活を送っている。	訪問看護
5	男	87	高齢者世帯	内縁の妻	なし	11年	療養者は、在宅酸素療法下での喫煙をやめようとはしない。介護者の妻は、認知症のため火の消し忘れ、水の止め忘れがあり、状況判断ができない。家の中は腐った食物が放置され、悪臭を放っている。複雑な家族関係の詳細は不明だが、子ども達は連絡をも拒み、キーパーソンが存在しない。生活保護受給世帯で、有料ヘルパーの利用は困難な状況である。	訪問看護
6	女	77	高齢者世帯	夫	なし	4年	公共の交通機関が利用できず不便な地域に住んでおり、トイレは屋外にあり段差の多い居住環境である。介護者の夫も要介護状態で、妻の病状に心身ともに影響され、妻の精神機能の低下を受け入れられず時々虐待もみられる。虐待を防ぐためショートステイを利用するが、ショートステイ等での妻の不在を組織に嫌がり直ぐ退所させてしまう。子ども達は皆、介護に協力的ではない。	訪問看護 訪問介護 短期入所
7	女	72	独居	娘	なし	5年	疾患のため自力での食事の準備や入浴はできないが、療養者は娘が親を看るのは当然と思っており、必要な在宅サービスの利用を拒否する。当初、次女と三女が介護していたが、自分本位で娘の意向を無視するため、三女が介護を放棄する。次女も「これ以上できない」と訴えるが、療養者は意に介さない。	訪問介護 短期間の訪問 リハビリテーション
8	女	67	日中独居	夫	なし	8年	介護者の夫は仕事をもち、日中独居となるが、近くに住む娘は認知症の母親を受け入れられず、入院・入所を希望している。症状は悪く、夫がいなくなると徘徊、放尿便、攻撃的行動、暴言があるため、デイケアサービスの利用は不可能となった。	訪問介護 通所ケア

表2 在宅高齢者・家族の療養困難な状況を構成する要素とセルフケアを高めた介入

カテゴリー	サブカテゴリー	代 表 的 な 内 容	セルフケアを高めた介入
精神機能の低下	うつ状態	障害を嘆き、悲観的である (2)	傾聴 受容 共感 信頼を築く 感情の表出 調整 活動性を高める
		夫を亡くした悲嘆から、感情失禁が頻繁となる (2)	
		冬場はカーテンを閉めてとじこもっている (2)	
		思うように動けないことから悲観的となり自殺企図がみられたり、ADLはほぼ自立しているにもかかわらず、一日中椅子で過ごし排泄以外何もしない (6)	
家族関係の悪化	介護者役割の放棄	経済的に依存しながらも娘は介護に熱心ではない (3)	傾聴 共感 調整 まき込まれる 関わりつづける 安心・安全の保証 臨床判断 信頼を築く
		異母姉妹の娘は、父親の面倒はみるが、母親の介護はしない (3)	
		妻の喪子と同居するために新築した家に先妻の娘が居座り、経済的援助を受けながらも、父親の介護はしない (4)	
		療養者を残して海外旅行をするなど不在のことが多い (4)	
		子どもたちは厳しく怒る継母と家庭を顧みない療養者の父親に愛想を尽かし、中学校卒業後家を出ていき、病状が悪化しても、「お任せします」と関わろうとしない (5)	
		3人の子どもがいるが次男以外とは交渉がない。次男夫婦も、介護に犠牲感を抱いており、買い物程度しか援助しない (6)	
	受け入れられない妻の現実	自己本位の療養者がほとんど嫌になり、三女が介護者役割を放棄する (7)	
		介護者の意向を無視する療養者に、「これ以上できない」と次女も介護者役割を放棄する (7)	
		認知症の母親を受け入れられず、介護にはほとんど関わっていない (8)	
		数回にわたる療養者の病状説明によっても、介護者の夫は病状が受け入れられず、回復を強く望む (6)	
嫁への不満	夫は妻に性交渉をせまり、妻の精神的な不安定さが増長される (6)		
	夫は妻の身体の動きが悪いと落ち込み、殴ったりするため、緊急避妊的にショートステイを利用させるが、寂しいという思いから勝手に退所させる (6)		
	夫は妻の身体の不調が原因で嫁への不満を溜らしたり、嫁の関わりにより狭心症発作を起すなど体調を崩す (2)		
生活リズムのみだれ	夜型の生活	数回にわたる療養者の病状説明によっても、介護者の夫は病状が受け入れられず、回復を強く望む (6)	調整 活動性を高める
	不摂生な食生活	夫は妻に性交渉をせまり、妻の精神的な不安定さが増長される (6)	
	閉じこもり	夫は妻の身体の不調が原因で嫁への不満を溜らしたり、嫁の関わりにより狭心症発作を起すなど体調を崩す (2)	
困難な援助関係形成	強い依頼心	夫は妻の身体の不調が原因で嫁への不満を溜らしたり、嫁の関わりにより狭心症発作を起すなど体調を崩す (2)	信頼を築く 共感 承認 まき込まれる 関わりつづける 臨床判断 調整 安心・安全の保証 傾聴 距離をとる 受容 わりきる 活動性を高める
		療養者は依頼心が強く、ほぼ寝たきりで過ごす (1)	
	自己判断してしまう療養者・家族	療養者は幼少時から使用人が何でもしてくれたため、依頼心が強く子どものように頼ったり甘えたりする (2)	
		療養者はケアがスムーズにいくような配慮がない (2)	
		在宅酸素療法中であるが、禁煙ができない (5)	
		療養者はADL全面介助であるが、必要なケアを拒否する (6)	
		夫は医療不信があり、療養者に内服させない (6)(8)	
療養者は娘が倒れても「その時はその時」と聞く耳を持たない (7)			
療養者は目先の体調の良さに勝手に、重要なサービスを断る (7)			

( ) は事例番号

表2 在宅高齢者・家族の療養困難な状況を構成する要素とセルフケアを高めた介入

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的な内容	セルフケアを高めた介入	
困難な援助関係形成	ケア提供者を振り回す療養者・家族	家政婦の影響力が強く、座位をとるなど専門的介入を受け入れず、寝たきりが解消されなかった (1)	信頼を築く 共感承認 まき込まれる 関わりつづける 臨床判断 調整 安心・安全の保証 傾聴 距離をとる 受容 わりきる 活動性を高める	
		1時間半の契約時間が2時間を越えても、長時間に亘る話などで、目的としたケアの遂行ができなかった (2)		
		療養者に同情し、訪問時間の短縮や療養者の非を指摘できずに、要望に応じてしまい葛藤する看護師 (2)		
		ケア提供者への過剰な接待と、接待を喜ばないケア提供者へは苦情を訴えた (2)		
	妻は認知症で、子ども達は「お任せします」と関わろうとせず、キーパーソン不在の状態である (5)			
操作する療養者	人(ケア提供者)により態度を変え、自分の意を通す (1)			
	ケア提供者の人柄で対応を使い分け訪問時間を延長しようとする (2)			
もろい生活基盤	不衛生	療養者の寂しさを紛らわすために、息子が買った犬の糞が部屋の至るところに落ちている (2)	環境整備 臨床判断 力を強くする 安心・安全の保証 まきこまれる こだわる わりきる 調整 信頼を築く 賭けに出る 専心	
		新築の住居はバリアフリーであるが、換気や掃除が行き届かず、悪臭を放っている (4)		
		木造の古い集合住宅に住み、部屋は掃除が全くなされていないために、腐った食物が放置され、衛生状態は極めて悪い (5)		
	ひとり暮らし	要介護状態にも関わらず一人暮らしを余儀なくされている (1, 2, 7)		
		認知症の療養者にとって、日中独居は不安も強く危険が大きい (8)		
	介護能力の欠如	食事介助ができずに嚥下の危険を伴い、車椅子へのトランスファーができずに寝かせきり状態である (1)		
		娘は療養者への理解がなく、ストレスを募らせ簡単な日常生活の援助もままならない (3)		
		妻はオムツの上にティッシュを使用したり、陰部にパウダーをふりかけたりして、陰部汚染の原因を作っている (4)		
		誤嚥性肺炎で入院を繰り返しているにも関わらず、仰臥位で食事介助を行い、誤嚥させていた (4)		
		認知症のため、タバコの火の不始末や、火がついたままのストーブに灯油を入れたり介護能力の欠如は際だっていた (5)		
		急変時パニック状態になり、入院を拒否する (5)		
	貧困	介護者が要介護度1であり、援助を必要とする (6)		
		娘、孫ともに高齢な親の年金に頼り、定職につこうとしない (3)		
		以前は、市場に廃棄されたものを拾って食べる生活をしてきており、現在も生活保護に頼らざるを得ない状況である (5)		
	危険・不便な生活	家業の農業もやめ、年金生活で余裕がない (6)		
部屋が片付いていないことや、犬がまとわりつくために、転倒の危険性がある (2)				
コントロールされない症状	重症・悪化・急変	家は山岳部にあり、坂道や崖が多く公共交通機関は全く利用できない。またトイレは屋外にあり、段差の多い家に住んでいる (6)	調整 関わりつづける 臨床判断 力を強くする 活動性を高める 信頼を築く 安心・安全の保証	
		娘との関係の悪さからか、精神的に不安定となり、暴力を振るうようになる (3)		
		数回/年、嚥下性肺炎を起こし、入院を繰り返す (4)		
		呼吸状態は酸素飽和度が90%を下回るほど悪く、痙攣や入眠傾向も出現したため入院が必要となる (5)		
		疾患の治療や呼吸困難により在宅療養が困難となる (5)		
		幻聴や失見当識があり、昼夜を問わず興奮状態となる (6)		
		ショートステイ利用中表情は硬く、夫や息子もわからない (6)		
		必要な治療を受けないため、冬場には症状が悪化する (7)		
		室内での放尿便、徘徊、攻撃的行動などがあり、見守りがかかせない (8)		
デイケアで、認知症への個別対応ができないために症状が悪化する (8)				

( ) は事例番号

表2 在宅高齢者・家族の療養困難な状況を構成する要素とセルフケアを高めた介入

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的な内容	セルフケアを高めた介入
コントロール されない症状	疾病のセルフケア 不 足	糖尿病の病識がなく自由な飲酒を望み在宅療養にこだわる (1)	調整 関わりつづける 臨床判断 力を強くする 活動性を高める 信頼を築く 安心・安全の保証
		狭心症の発作が出現するが、体重のコントロールができない (2)	
		呼吸困難により在宅酸素をしながらも喫煙を優先する (5)	
	合併症の発生	寝かせきり状態のため、肥満と便秘をひきおこしている (1)	
		肥満・嫁への不満により狭心症発作が出現した (2)	
		寝たきり状態のため、外題部に褥瘡が発生した (6)	
		肥満や保水不足のため、皮膚症状が出現した (7)	
仙骨部に発赤と疼痛を認めた (7)			

( ) は事例番号

## 2) 家族関係の悪化

【家族関係の悪化】は、事例1、2を除く6事例に認められ、〈介護者役割の放棄〉〈受け入れられない妻の現実〉〈嫁への不満〉の3つのサブカテゴリーが含まれた。〈介護者役割の放棄〉は、経済的に依存しながらも介護に無関心な事例3、療養者夫婦の収入で建てたアパートの賃貸収入を娘が管理してしまい、経済的に余裕のない暮らしをしている事例4、厳しく怒る継母と家庭を顧みない父を見限り、家を出た子どもたちとは絶縁状態の事例5、3人の子どものうち、次男以外とは交渉がなく、次男夫婦も介護への犠牲感が強く、買い物程度の援助しかしない事例6、娘たちから介護を受けていたが、親子喧嘩により三女が介護を放棄し、次女も介護する自分の意向を無視する療養者に「これ以上できない」と限界を感じている事例7や、事例8の娘は近隣に住みながらも、認知症の母親を受け入れられず介護にはほとんど関わっていない。〈受け入れられない妻の現実〉は、事例6に認められた。夫は妻の病状に心身ともに左右され、妻の身体の動きが悪いと落ち込んだり殴ったりする一方で、ショートステイを利用して寂しいという思いから直ぐに退所させてしまうという状態にあった。また、妻の精神面での不安定さの要因の一つに夫婦間の性のトラブルも窮われた。事例2に認められた〈嫁への不満〉は、不満に留まらず、嫁が関わると狭心症発作を起こす程深刻であった。

〈家族関係の悪化〉に対する介入として、まずは双方の訴えを〔傾聴〕し、〔共感〕的態度を示しながら〔調整〕が行われている。ケア提供者は中立の立場で接し、家族に役割を果たしてもらうよう対応している。複雑な家族関係に意図的に〔まき込まれ〕、拒否されながらも〔関わりつづけ〕、遠隔地に住み連絡を拒む事例5の子どもと何とか連絡をとり、事例2では関係のよい長男から療養者に電話をしてもらうなど協力を得ている。また、〔安心・安全の保証〕として、事例3や6の家族に病状を説明するなど情報を提供し、緊急時の的確な〔臨床判断〕により家族との〔信頼を築い〕ていった。

## 3) 生活リズムのみだれ

【生活リズムのみだれ】には〈夜型の生活〉〈不摂生な食生活〉〈閉じこもり〉の3つのサブカテゴリーがあり、全て事例2に認められた。独居で依頼心が強い療養者は、テレビを見て夜更かしをし、朝起きることができずに通所サービスの利用を渋ることがしばしばであった。また、飴の大量の過食や閉じこもりにより、体重が2年間で20kg増加し、狭心症発作が出現しても体重のコントロールができない状態であった。

【生活リズムのみだれ】に対する介入は、〔調整〕と〔活動性を高める〕ケアが中心に行われた。まず、有料も含めて訪問リハビリテーションや通所サービスなど〔活動性を高める〕サービスの導入を〔調整〕した。そして、根気よくできること

は自分ですることや、療養者の楽しみや生きがいに目を向けて手芸を働きかけるなど[活動性を高める]ケアを行った。

#### 4) 困難な援助関係形成

【困難な援助関係形成】には〈強い依頼心〉〈自己判断してしまう療養者・家族〉〈ケア提供者を振り回す療養者・家族〉〈操作する療養者〉の4つのサブカテゴリーが含まれた。〈強い依頼心〉は、事例1、2に認められた。家政婦への依頼心が強く、動けるがほぼ寝たきりで過ごす事例1の療養者や、事例2の療養者は幼少の頃からお手伝いさんに何でもしてもらい、夫が健在のときは夫に家事も依存し、子どものように甘えたり頼ったりしていた。〈自己判断してしまう療養者・家族〉は、事例2、5、6、7、8に認められた。事例2はおしゃべりや依頼心の強さからケア時間が大幅に延長しても配慮が全くみられず、事例6の療養者は、ADLが全面介助であっても必要なケアを拒否した。また事例6と8の介護者には医療不信があり、療養者である妻の内服治療を勝手に中断していた。事例7の療養者は自分の介護のために娘が倒れても「その時はその時」と聞く耳をもたず、目先の体調の良さから勝手に必要なサービスを断ってしまう。〈ケア提供者を振り回す療養者・家族〉は、事例1、2、5に認められ、家政婦の影響力が強く専門的介入ができなかったり、契約時間通りに目的としたケアを遂行できなかったり、また過剰な接待を喜ばないケア提供者に対して苦情をいう療養者に、ケア提供者は振り回され苛立っていた。また認知症が悪化しても「お任せします」と家族の協力が得られない事例5もケア提供者にとってストレスであった。〈操作する療養者〉は事例1、2に認められ、事例1は自分の意を通す為に、ケア提供者の人柄によって対応を変え、事例2は訪問時間の延長を操作した。

【困難な援助関係形成】への介入の中心は[信頼を築く]ことである。ケア提供者は、[共感]的態度で接し、相手の拒否までも[承認]し、意図的に[まきこまれ]ながら[関わりつづけ]た。

そして、的確な[臨床判断]と[調整]されたケアにより、[安心・安全の保証]をしていく。[信頼を築く]過程では、[傾聴]や[共感]、[承認]だけでなく[距離をとり]ながら関わっていた。

〈自己判断してしまう療養者・家族〉や〈操作する療養者〉には、そういう生き方もあると[受容]し、また[わりきる]ことでケアの遂行に専念した。また、〈依頼心の強い〉療養者に対しては、[活動性を高める]ケアを工夫し、療養者の依存心を増長させる家政婦に対しては、介護力のない高齢な妻と置き換え、[わりきる]ことで乗り切ろうとしていた。

#### 5) もろい生活基盤

【もろい生活基盤】には、〈不衛生〉〈ひとり暮らし〉〈介護能力の欠如〉〈貧困〉〈危険・不便な生活〉の5つのサブカテゴリーが含まれていた。〈不衛生〉は事例2、4、5に認められた。息子が飼いやった犬の糞が部屋のいたるところに落ちているために療養環境が極めて不衛生な事例2、新築でバリアフリーであるにもかかわらず、換気や掃除が行き届かない中で療養をしている事例4、木造の古い集合住宅の部屋は不衛生で、腐った食べ物や放置されている事例5である。〈ひとり暮らし〉は、事例1、2、7が独居であり、事例8は日中独居であった。〈介護能力の欠如〉は、事例1、3、4、5、6に認められた。事例1の主介護者である家政婦は、食事介助や移動の技術を持たず、ほぼ寝かせきり状態である。事例3の介護者の娘は認知症への理解がなく、ストレスを募らせ簡単な日常生活の援助もままならない状態である。事例4の介護者の妻は、オムツの上にティッシュペーパーを使用したり、パウダーを散布して陰部汚染の原因を作っている。また、副介護者の娘も介護による腰痛から、日常的には介護に関わっていない。事例5の介護者の妻は認知症のため、火がついた状態のストーブに灯油を足すなど介護能力の欠如が際立っていた。事例6の介護者の夫も要介護状態であり、妻の介護は大きな負担になっていた。〈貧困〉は、以前は市場に廃棄されたものを

拾って食べる生活をしており、現在も生活保護に頼る生活の事例5と、主な収入は年金であり、経済的に余裕のない暮らしをしている事例3、6にみられた。〈危険・不便な生活〉は、事例2、6に認められ、部屋が片付いていないことや犬がまとわりつくことにより転倒の危険がある事例2、事例6は家が山間部にあるため坂道や崖が多く公共交通機関は全く利用できず、トイレは屋外にあるなど危険で不便な生活を送っていた。

【もろい生活基盤】への介入としては、家事援助による[環境整備]、介護能力が欠如した家族への[臨床判断]に基づく情報提供や介護指導など、[力を強くする]ケアを提供し、[安心・安全を保証]していた。また、独特の生き方や生活スタイルにこだわる療養者・家族に対しては、たとえばそれがケア提供者にとっては不本意で、受け入れがたい事であっても個々の状況に意図的に[まきこまれ]、またケア提供者自身も[こだわり]ながら、時には[わりきって]サービスを[調整]していた。さらに療養者の生活の質に[こだわり]、看護技術を駆使して[信頼を築いて]いた。事例8に特徴的だった[賭けに出る]ケアとは、日中独居となる認知症の療養者にデイケアの利用を[調整]していたが、却って症状が悪化したため、独居による問題行動や、刺激がないことでの認知症増悪のリスクを危惧しながらも、契約時間以外もケア提供者自身のプライベートな時間を療養者のケアに割いて[専心]し、思いきってデイケアを打ち切ったものである。

#### 6) コントロールされない病状

【コントロールされない病状】には、〈重症・悪化・急変〉〈疾病のセルフケア不足〉〈合併症の発生〉の3つのサブカテゴリーが含まれた。〈重症・悪化・急変〉には、娘との関係の悪さから精神的に不安定となり暴力を振るうようになった事例3、嚥下性肺炎で年に数回の入退院を繰り返している事例4、SPO<sub>2</sub>が90%を下回るほど呼吸状態が悪化し、痙攣や入眠傾向、呼吸困難のため入院が必要となった事例5があった。また、幻聴

や失見当により昼夜を問わず興奮状態となり、ショートステイ中は、表情も硬く夫や息子さえわからなくなった事例6、リウマチ症状が悪化した事例7、集中力は5分が限度であり、室内での放尿便、外への徘徊、攻撃的行為などがあり目が放せない事例8があった。〈疾病のセルフケア不足〉には、糖尿病の病識がなく、自由な飲酒を望み在宅療養にこだわる事例1、狭心症発作をおこしても体重コントロールができない事例2、呼吸困難で在宅酸素療養を受けながらも喫煙を続ける事例5があった。〈合併症の発生〉は、寝かせきり状態のために肥満と便秘を引き起こしている事例1、肥満と狭心症発作が出現する事例2、褥創が発生した事例6、7、肥満や保清不足により皮膚症状(湿疹)が発生した事例7に認められた。

【コントロールされない病状】への介入には、家族間やケア提供者間の[調整]、受診・往診、入院などのサービス[調整]があった。また、ケア提供者は、病状への不安・心配をもつ療養者・家族に[関わりつづけ]、的確な[臨床判断]に基づいた[力を強くする]ケアと、[活動性を高める]ケアを提供し、[信頼を築く]とともに[安心・安全の保証]を与えていた。

以上のように、療養困難な状況を構成する要素には、【精神機能の低下】【家族関係の悪化】【生活リズムのみだれ】【困難な援助関係形成】【もろい生活基盤】【コントロールされない病状】の6つが挙げられた。その介入には、ケア提供者自身の在宅療養への[こだわり]や[信頼を築く]ケアを基盤として、[感情の表出][力を強くする][調整][傾聴][共感][安心・安全の保証][まき込まれる][関わりつづける][臨床判断][活動性を高める][賭けに出る][距離をとる][わりきる][承認][専心][環境整備]が認められた。そしてこのような介入がセルフケアを高めていた。

### 3. 事例にみる介入とセルフケアの向上

本研究におけるセルフケアの定義にそって、在宅高齢者・家族への介入によるセルフケアの向上



について事例ごとに詳述する。

事例1では、車椅子に乗車すればディサービスに参加することができ、生き生きとした表情を見せる療養者が、在宅では家政婦によるケアの下、ほぼ寝かせきりであった。独居には欠かせない家政婦であり、療養者も全面的に依存し、いわゆる寝た状態を好み専門的介入を拒否していた。ケア提供者は、在宅生活の質に[こだわり]、療養者への清潔援助を唯一の介入の機会と捉え、療養者の気持ちがいいという「快」の感情に看護技術で働きかけて[信頼関係を築き]、拒否される恐れがあった座位をとることに成功する。座位をとると療養者は含嗽やお茶を飲みたいといった要望を表出し、さらに[活動性を高める]ために外出を働きかけたところ、「鏡を取ってくれ」と身だしなみにも気を遣うようになり、散歩は日課として行われるようになった。

事例2の療養者は、生活リズムのみだれにより、体重が2年間で20kg増加し、狭心症が発症してもなお体重のコントロールができない状態であった。ケア提供者は契約時間を過ぎても長時間に亘る療養者の話を、[傾聴]し、[共感]的態度で[信頼を築こう]とするが、度重なる訪問時間の延長と、ケア目的を果たせないことに強いストレスを感じていた。そのような療養者の性格や態度を、生育環境によるものと[わりきり]、[距離をとり]ながら[関わりつづけ]、有料も含めて複数のサービス導入を[調整]した。サービス導入によるサービス内容の分担は、結果としてケア提供者のストレスを分散し、それぞれのケア提供者が療養者の楽しみや生きがいに目を向け、余裕を持って関われるようになった。療養者も[活動性を高める]ための意図されたケアにより目標や楽しみを持てるようになり、生活リズムが改善し7kgの減量に成功した。

事例4の介護者は、介護知識の不足から、高齢の療養者に何の疑問もなく仰臥位での食事介助を行っており、誤嚥性肺炎による入退院を繰り返していた。ケア提供者は、介護者の介護する[力を

強くする]ため、的確な[臨床判断]により、タッピングや体位変換、食事介助時の体位の工夫を指導し、根気よく[関わりつづけた]。このような[安心・安全を保証]したケアの結果、介護者は指導通りのケアができるようになり、誤嚥性肺炎による入院が減った。

事例5では、呼吸困難があり在宅酸素療法をしながらも、喫煙をやめない療養者と、認知症で介護能力が欠如している内縁の妻が、不衛生な家に家族の支援もない中在宅にこだわって生活している。ケア提供者は、療養者および妻のそのような生活を[承認]し、このような生き方もあるのだと[わりきる]。そして、ケア提供者自身も彼らの暮らし方に[こだわり]ながら、諦めずに[関わりつづけ]、[信頼を築いて]いく。また、的確な[臨床判断]により、[安心・安全の保証]をし、介護者としての妻の[力を強くする]ため、根気良く関わった。その結果、妻は酸素濃縮器のフィルターの清掃など管理ができるようになった。また、急変時の入院についても最初はパニック状態になるが、ケア提供者の対応により納得して入院することができた。

事例6の介護者の夫は、ADLが向上しない妻の現実を受け入れられず、時には身体的虐待が生じていた。ケア提供者は、精神面の安定を図るためにショートステイを[調整]し、緊急避難的に2人を離そうとするが、いつの間にか一緒にいることを求めるようになる。そこで、ケア提供者は夫婦で一緒にいることが最も安定することだと[わりきる]。その後は、対応困難な事象が生じても柔軟に対応できるようになり、療養者夫婦も比較的安定した在宅療養を継続している。

事例7では、状況を悪化させる方向に自己判断してしまう療養者に対して、献身的に介護していた娘たちが介護放棄の状態に陥り、入院が必要な状態になってもなお、必要なサービスを利用せず不自由な在宅療養を継続している。ケア提供者は、主治医や家族、他の在宅サービス導入に向けての[調整]を行いながら[関わりつづける]。そ

の結果、根本的な問題の解消には至っていないが、当初は見向きもしなかった靴下を履く自助具を、上手に活用するようになった。

事例8では、ケア提供者が日中独居となる重度の認知症の療養者を、徘徊先から連れ戻し、デイケアへ行く準備をするケアを早朝から実践していた。デイケアはこの療養者が安全に在宅療養を継続するためには欠かせないものであったが、個別対応に問題が生じ、認知症が却って増悪する。そこで、デイケアを中止し、日中在宅で過ごす日を設けるという[賭けにでる]。ケア提供者の奉仕的なケア([専心])により、療養者との[信頼が築かれ]、問題行動は続くものの、A橋より先へは行かないといった徘徊の範囲を約束でき、日中一人で過ごす日もある。

唯一事例3にはセルフケアの向上が認められなかった。介護者の娘は、高齢な両親の年金を頼って定職につこうとせず、経済的に依存している。しかし母親の介護には熱心でなく、また母親の精神面の不安定さが理解できず却って介護にストレスを募らせ、簡単な日常生活の援助もままならない状態であった。さらに異母姉妹の娘は、父親の面倒は見るが、継母の介護には無関心で、姉妹ともに介護者役割の放棄が見られた。母娘の喧嘩も頻繁で、母親は徐々に精神症状が悪化し暴力を振るうようになる。ケア提供者は、娘への介入が効を奏しないため、療養者のケアに重点的に関わり事態の好転を期待するが、できていた内服ができなくなるといった療養者のセルフケアの低下を招き入院の経過をとった。また、ケア提供者側には、異母姉との関係調整不足もあった。

## V. 考 察

### 1. 在宅療養を困難にする構成要素

6つの療養困難な状況を構成する要素は、貧困や疾患の悪化などの療養者本人や家族だけでは責任を問えない【もろい生活基盤】【コントロールされない病状】と、主に在宅療養の当事者が引き

起こしていると考えられた【精神機能の低下】【生活リズムのみだれ】【困難な援助関係形成】、および在宅療養の当事者と当事者以外の間の【家族関係の悪化】に分類された。これら6つの要素は、例えば事例2のように【家族関係の悪化】の〈嫁への不満〉が【コントロールされない病状】としての〈合併症の発生〉である狭心症発作を引き起こし、また【生活リズムのみだれ】が【コントロールされない病状】の狭心症発作に影響するなど、相互の関わりが認められた。

### 2. セルフケア向上の妥当性と介入の有効性

本研究で認められたセルフケアが向上したと判断した内容の妥当性と介入の有効性について、本庄のセルフケアの構成要素<sup>10)</sup>を用いて検討した。本庄によれば、セルフケアは、1「健康管理への関心」、2「体調の調整」、3「有効な支援の獲得」、4「健康管理法の獲得と継続」の4領域から構成される。

まず、寝たきりの在宅生活から座位や身だしなみに気を遣い散歩が日課となった事例1は、領域3の下位項目「健康を保つために必要なことを自分の生活に取り入れて行っている」と、「より良い状態であるために生活の中で必要なことはわかっている」に該当する。同様に事例2の生活リズムの改善により可能となった体重コントロールは、領域1の下位項目「何か行動するとき、自分の健康状態を頭の片隅に置いている」と、領域4の下位項目「健康に悪影響が出ないように生活を調整している」「健康を保つためにやろうと決めたことはやり通したい」というセルフケア向上の結果である。また事例4の介護者の妻が、タッピングや体位変換、上体を挙上しての食事介助が可能になったことは、領域4の下位項目「健康を保つ上で必要なことを行うコツを覚えた」に該当し、事例5の認知症の妻が、酸素濃縮器の管理が可能になり、急変時にパニックに陥らないようになったことも同様に領域4に該当する。事例6の療養者夫婦が在宅サービスを受け入れるようになった

ことは、領域2の下位項目「自分ができないところは人にやってもらっている」ことを、事例7の療養者が自助具を活用して靴下を履けるようになったことは、領域4の下位項目「健康を保つために必要なことを自分の生活に取り入れて行っている」ことを意味する。一方事例8の問題行動の多い認知症高齢者が、“なじみの関係”となった特定のケア提供者と徘徊の範囲を約束できるようになったことは、この尺度によるセルフケアのどの領域にも該当しなかった。しかし、認知症高齢者が“なじみの関係”を築くことは、安心・安楽・安住をもたらし、問題行動や精神症状の解消、情緒面の活発化につながるということが指摘されている<sup>13)</sup>。たとえば、グループホームなどの“なじみの関係”の中で、認知症高齢者が料理を作り、日常生活動作が可能になることが知られている。すなわち、認知症高齢者にとっては、“なじみの関係”の構築がセルフケア向上の基盤になり得ると考えられ、事例を蓄積し検討していく必要がある。

また、領域3「有効な支援の獲得」の下位項目には、前述した「健康を保つために必要なことを自分の生活に取り入れて行っている」「より良い状態にいるために生活の中で必要なことはわかっている」の他、「必要なことを理解して後押ししてくれる人がある」「周りの人の協力や励ましがある」「健康によくないことをしそうなときブレーキをかけてくれる人がある」「相談できる医療者がいる」が挙げられている。本研究で検討した8事例全てにおいて、事例検討に臨んだケア提供者は療養者および家族の生活の改善を図ろうとしていた。つまり、ケア提供者の存在自体が「有効な支援の獲得」の一つと考えられ、いかに療養困難な状況下にあっても、ケア提供者の効果的な関わりによりセルフケアが向上し、在宅療養継続の可能性をもつことが示された。

D. オレムは、セルフケア理論の前提の一つに、人間は、知的・実践的技能を発展させていく潜在能力を有し、ケアに不可欠な動機づけを保持しているとしている<sup>12)</sup>。本研究のケア提供者のように

療養困難な状況下でも、前述の介入方法を駆使して、あきらめることなく在宅高齢者・家族の潜在的なセルフケアが発揮できるよう、あるいはベンダーのいうリソース<sup>13)</sup>として意図的に働きかけることが、セルフケアの向上をもたらしたと考えられ、介入の有効性が示された。事例8のケア提供者との“なじみの関係”の構築についても、セルフケアの向上に結びつく可能性が高いといえよう。

### 3.セルフケアの向上を阻害する要因としての家族関係

本研究において、事例3には明らかなセルフケアの向上が認められず、入院の経過をたどった。事例3の療養者には認知症があり、経済的にも余裕がなく、特に介護者の次女と異母姉との関係の悪化という家族関係に関する問題が、療養困難な状況を構成する中心的要素であった。関わったケア提供者は、次女がキーパーソンとしての役割を果たし得ていないことを介入当初に認識し、次女だけでなく異母姉とも関係を築くべきだったとしている。

このような家族に関わる問題を、野嶋らの対応困難な家族の有する特性の類型化<sup>14)</sup>に基づき検討すると、事例3の娘は、経済的に依存しながら介護を放棄するという「援助関係形成の困難な家族」であった。さらに、前述したようにキーパーソンになり得ていないことは、家族としての役割を果たさない、「患者へ望ましくない影響を及ぼす家族」とも言えた。しかし、その他の事例においても介護者もしくは家族が、キーパーソンの役割を十分に果たしていたとは考えにくく、事例1では、実弟がキーパーソンになり得ず家政婦との関係調整にケア提供者は苦慮し、事例2の息子は遠隔地に住んでいたため、急変時の対応が困難であった。また事例4の妻は療養者を残して不在のことが多く、急変しても事後報告のためにとらえどころがなく、「援助方法が見つからない家族」であり、娘は事例3と同様「援助関係形成の困難な家族」であった。事例5の妻は認知症で、日常的に問題を

引き起こし、野嶋らの類型化による「『問題』家族」と考えられた。また、事例6の療養者夫婦の関係は、病状悪化の原因となるために、「患者へ望ましくない影響を及ぼす家族」に類型化された。つまり、家族関係は事例3に限らず、どの事例も決して良好とは言えなかった。同じような家族関係にも関わらず、事例3のセルフケアに向上が認められなかった要因には、ケア提供者の介入に対する評価が示すように、関係調整の密度が考えられた。以上のことから、当事者以外の家族を含めた関係調整のための介入が、困難な療養状況の解消と、セルフケアの向上に有効であると捉えられた。

#### 4. セルフケアの向上とアウトカムの関係

本研究の事例に認められたセルフケアの向上と、アウトカムとの関係について検討する。

島内らの在宅ケアのアウトカム評価の項目は、1. ADL、2. IADL、3. 精神能力、4. 症状と健康状態、5. 介護力の5項目である<sup>15)</sup>。事例1の寝たきりの在宅生活から座位や身だしなみに気を使った散歩が日課となったことは、精神能力における意欲の向上と捉えられる。しかし、事例2の生活リズムの改善により可能となった体重コントロールは、該当する項目が見当たらなかった。事例4の妻のケア能力の改善や事例6の夫の在宅サービス利用の受け入れは、介護能力改善のレベルには達しない。事例5の認知症の介護者が、酸素濃縮器のフィルターの洗浄ができるようになったことや、事例7の自助具の活用は、ADLの改善のレベルに結びついてはいない。また、事例8の特定ヘルパーとなじみの関係が作られたことは、症状と健康状態の改善のレベルには達していない。

これらのことから、本研究で認められたセルフケアの向上の多くは、アウトカム改善の視点からは、見過ごされてしまいかねない、また、アウトカムの改善として数値で測るには限界がある内容だと考えられた。しかし、在宅療養においては、数値では測定しにくい、あるいはよし悪しを客観

的には判断できない事象が多々存在する。そして、本研究の事例のように、療養困難な状況下においては、わずかなセルフケアの向上が、在宅療養の継続を可能とする場合もある。したがって、このような事例検討による、セルフケアの向上と介入方法の詳細な分析は、療養困難な状況下での在宅療養を援助する方法に意義を持つであろう。

## VI. 結 論

在宅療養において療養困難な状況を構成する要素と介入方法、および向上したセルフケアを分析した結果、以下の結論が得られた。

1. 療養困難な状況を構成する要素には、療養者本人や家族だけには責任を問えない【もろい生活基盤】【コントロールされない病状】と、主に当事者が引き起こす【精神機能の低下】【生活リズムのみだれ】【困難な援助関係形成】、および【家族関係の悪化】が抽出された。そして、これらの要素が相互に関わり、在宅療養における療養を困難にしていた。
2. 療養困難な状況下で在宅療養を継続させ、結果としてセルフケアを向上させた介入には、【こだわり】【信頼を築く】ケアを基盤に、【感情の表出】【力を強くする】【調整】【傾聴】【共感】【安心・安全の保証】【まきこまれる】【関わりつづける】【臨床判断】【活動性を高める】【賭けに出る】【距離をとる】【わりきる】【専心】【承認】【環境整備】があった。
3. 8事例中7事例に、本庄のセルフケアの構成要素に明らかに該当するセルフケアの向上が認められた。セルフケアの向上が認められなかった事例の分析から、主な要因として、家族関係の調整不足が考えられた。特に、対応困難な家族状況を解消するためには、当事者以外の家族を含めた関係調整が求められていた。
4. 本研究で認められたセルフケアの向上の多くは、数値で測定されたアウトカム改善の視点からは、認識されにくく、事例検討によるセルフ

ケアの向上と介入方法の詳細な分析が、療養困難な状況下での在宅療養を援助する上で、意義を持つと考えられた。

謝辞：本研究を行うにあたり、ご協力いただきました、K県訪問看護職研究会の皆様にご心から感謝いたします。

## VII. 文 献

- 1) 三浦敬明、竹宮健司、上野淳：高齢入院患者の生活展開の類型とその特性に関する考察—療養環境の変化と高齢入院患者の生活展開に関する研究、日本建築学会計画系論文集、523、p139-145、1999.
- 2) 増田利子：看護の立場から療養環境を考える—ISO14001取得までの取り組み、Nursing Today、16 (9)、p75-77、2001.
- 3) 石字あゆみ：療養環境整備のポイント、Expert Nurse、19 (13)、p44-46、2003.
- 4) 本道和他：在宅での療養環境を考える—退院調整における看護職の役割、看護管理、11(10)、p760-765、2001.
- 5) 村上真佐子他：病院ナースのための地域連携サービスとの連携・活用(9)、退院に向けての療養環境アセスメント(1)、看護実践の科学、28(9)、p 88-90、2003.
- 6) 宮野道雄：高齢者の住環境、訪問看護と介護、6(9)、p770-773、2001.
- 7) 鈴木晃：在宅ケアの日常的継続的支援者による住環境整備の支援、訪問看護と介護、7(7)、p524-529、2002.
- 8) 宗像恒次：保健行動からみたセルフケア、看護研究、20(5)、p20-29、1987.
- 9) Orem,D.E (小野寺杜紀訳)：オレム看護論、看護実践における基本概念、第3版、p85、p149、医学書院、東京、1995.
- 10) 本庄恵子：慢性疾患のセルフケアを査定する質問紙の改訂、日本看護科学会誌、21(1)、p29-39、2001.
- 11) 室伏君士：痴呆老人への対応と介護、p 123-129、金剛出版、1998.
- 12) 前掲書9)、p89.
- 13) Pender, N. J (小西恵美子監訳)：ベンダーヘルスプロモーション看護論、p165、日本看護協会、1997.
- 14) 野嶋佐由美・中野綾英・宮田留理他：看護者が認知する対応困難な家族の類型化、高知女子大学紀要、自然科学編、45、p67-80、1997.
- 15) 主任研究者 島内節：在宅ケアの効果評価と質改善実践マニュアル、p45-50、2000.