

# 訪問看護をうける高齢者の生活実態

— 足立区・つやま訪問看護ステーションの同行調査から —

おお た ゆかり  
太 田 由加里

## 〈要 旨〉

介護保険制度実施に向けて、医療や福祉の現場、あるいはNPOなどで様々な取り組みが始まっている。そのような状況のなかで、在宅における高齢者の生活はどのような実態であろうか。医療と福祉をつなぐといわれる訪問看護活動を通して、高齢者や家族介護の状況を把握し、どのような生活問題があるのかを明らかにする。そして訪問看護ステーションが現在かかえる問題と今後の課題にも言及する。

さらに足立区・つやま訪問看護ステーションの同行調査を通し、介護保険制度実施に向けて利用される介護サービス調査票から、把握できる高齢者の生活や、その調査票がかかえる問題点について指摘し、今後の訪問看護活動や福祉との連携につながる糸口を探る。

## 〈キーワード〉

高齢者 訪問看護 家族介護 訪問看護ステーション 介護サービス調査票

## はじめに

介護保険制度の実施に向けて様々な動きがあるなかで、在宅の高齢者はどのような生活をおくり、家族はそれにどのように対応しているのだろうか。今回、訪問看護婦に同行調査した足立区・つやま訪問看護ステーションは、母体であるセツルメント診療所の訪問看護部門が独立して設立された。セツルメント診療所は、学生セツルメント活動<sup>1)</sup>の一環として発足した。1925(大正14)年、セツルメント付近の200戸の家庭について健康調査が行われ、一年間の医療費、罹病の回数、治療法や医療費のための借金の有無が調べられた。

その結果、大半の人々が売薬ですましていること、医者にかかった結果、高い薬代のために借金を負い、払えずに困っている人が非常に多いことがわかり、安価で信頼のできる診療が重要であることが認識され、診療所発足の契機となった。さらに1949（昭和24）年、キティ台風による東京東部方面の洪水で医師、看護婦、学生が救済活動を行い、1951（昭和26）年、足立区大谷田に東大亀有セツルメント診療所が開所した。それ以来、常勤医を中心にその活動に参加した医師と後輩によって地域医療が引き継がれている。このような歴史を受け継いで、セツルメント診療所及びつやま訪問看護ステーションは、利用者の要求を取り入れながら、生活の場である地域で一定水準の医療を提供すること、とりわけ疾病だけではなく、利用者を取り巻く生活問題にも取り組んでいる。法律相談などで活動したOS（オールドセツラー）も現在なお、その取り組みを続けている。

この稿では、訪問看護をうける高齢者の生活や家族介護の状況を把握し、どのような生活問題があるのか、を明らかにする。さらに医療と福祉をつなぐといわれる訪問看護からみた今後の課題を整理する。

## 1. 訪問看護をうける高齢者の生活実態

### (1) 調査の概要

#### ①調査の目的

足立区・つやま訪問看護ステーションの同行調査を通し、在宅の高齢者の生活実態を把握し、潜在する福祉ニーズを明確にする。またそれにどう対応していけばよいか、今後の訪問看護活動や母体となる診療所の今後の取り組みへの参考に資する目的として行った。

訪問看護ステーションは、平成3年10月の老人保健法改正で「介護を必要とする老人が在宅でも安心して療養生活を送れるよう、かかりつけ医師との連携の下に訪問看護サービスを提供するシステム」として誕生した。平成10年中に約3,000施設が整備されようとしている。厚生省は「平成11年度を目途に全国で5,000か所の整備を目標」にしており、この計画は急ピッチで進められている。

年間600か所前後のステーションが開設され、わずか8年間で約5,000か所が開設する

- 
- 1) 1870年代のイギリスの大都市はスラム問題の解決に苦悩した。経済問題としての貧困よりは、住民たちの貧困に対する意識の貧困にこそ問題があるとの認識にたっておこった運動である。日本の場合、多くは大学人によって始められた。スラムに定住して、貧困に苦しむ人々と人格的接触を通して、生活や福祉の向上を図る事業であった。日本のセツルメントについては「だれが風を見たでしょうーボランティアの原点・東大セツルメント物語」に詳しい。

というそのスピードは、戦後の保健医療及び福祉の施策としても例をみない。このような急激な増加は、高齢人口と地域における要介護老人の増加がそれに拍車をかけている。特に、訪問看護ステーションは、医療の場での生活、例えば入院を主とした医療ケアから在宅ケアへのパイプ役としての役割を果たしている。また医療や看護を行うことを目的とした看護婦の訪問は、高齢者の生活の場に入る契機ともなっている。すなわち在宅ケアの一部を担う専門家として、入院時にはみられない高齢者の生活実態に接することになり、在宅での様々な生活問題に触れることになる。

これらのことからステーションの看護婦と同行訪問して、高齢者の在宅生活の実態を把握、明らかにすることを目的とした。

## ②調査対象と調査方法

- a. 足立区・つやま訪問看護ステーションの訪問看護をうける高齢者25人の訪問面接調査
- b. 高齢者健診（セツルメント診療所）をうける20人の面接調査
- c. 介護サービス調査票（要介護認定モデル事業）による訪問看護利用者40人の看護婦による訪問面接調査

## ③調査時期

1996年10月～1997年11月

## ④対象地域

東京都足立区の東和、中川、大谷田の3町が対象地域である。これらの地域は足立区の北東に位置し、北は埼玉県・八潮市、東は葛飾区に面している。荒川と中川の2つの川にはさまれた低地で、今まで洪水に悩まされてきた。浸水を防ぐために床高さを玄関の踏み込み土間から約60cm

と高くとっているため、在宅の高齢者の昇降や車椅子の使用には不自由である。すぐ近くを環状7号線がはしっていることで、大気汚染公害患者の多い地域で

表1 対象地域の高齢化率

地域名	高齢化率	65歳以上 単身者数	85歳以上 高齢者数	高齢者福祉手当 受給者数
東和4丁目	13.6%	92名	27名	10名
中川4丁目	19.1%	95名	24名	10名
中川4丁目	21.4%	29名	10名	8名
大谷田1丁目	11.9%	156名	39名	21名
足立区	10.35%			

もある。ここ数年は新築マンションが増え、若いファミリー層も増加したが、都営住宅や持ち家に住む高齢者も多い。ステーション周辺の高齢化率は、中川5丁目の21.4%、4丁目の19.1%と高く、足立区の平均10.35%に比較すると、高齢化が進んでいる地域でもある(表1)。

## (2) つやま訪問看護ステーション利用者の生活実態

つやま訪問看護ステーションは、1994年11月に開所した。それまでは、セツルメント診療所の訪問看護として活動しており、それは1978年(昭和53)年足立区訪問看護事業開始とほぼ同時に始められた。そのころは診療所の入院・外来診療の合間をぬって訪問にでていたため、ステーションとしての訪問看護部門の独立は、「地域の健康を守る」うえで必要不可欠な取組みであった。

訪問看護利用者の年齢別内訳としては、80歳以上が半数を占めている(表2)。寝たきり度別では、寝たきり度の高いCランク<sup>2)</sup>

の増加がめだち、看護や家族による介護の度合いが高いことがうかがえる(表3)。家族の形態としては、介護者が高齢、日中独居、独居が多くなっている。

5つの事例を通して、生活実態と問題点について述べることにする。

表2 (利用者の内訳) 年齢別 (%)

	1994年	1996年	1997年 6月	1996年 厚生省
20代	2.0	2.0	2.0	0.6
30代				0.6
40代				1.5
50代	7.0	3.0	8.0	3.2
60~64歳	3.0	2.0	6.0	3.7
65~69歳	3.0	8.0	5.0	7.5
70~79歳	15.0	24.0	20.0	28.6
80~89歳	50.0	46.0	41.0	40.0
90~99歳	17.0	12.0	10.0	12.0
100歳以上			1.0	0.4

表3 (利用者の内訳) 寝たきり度別 (%)

	1994年	1997年 6月	1996年 厚生省
J	5.0	8.0	11.3
A	30.0	23.0	26.9
B	25.0	25.0	27.3
C	20.0	32.0	33.9

2) 寝たきり度については、ランクJからCまでである。

ランク J — 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する

ランク A — 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない

ランク B — 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ

ランク C — 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する

寝たきり者 — ランクBとランクCを合わせたもの

### [事例1]

86歳の女性で寝たきりのIさんは、60歳の息子と二人暮らし。息子がIさんの介護をしているが、朝7時に出勤し夜8時に帰宅するため、Iさんは日中独居の状態である。6畳間の薄暗い部屋。布団の一部はかびている。箆笥が所狭しと置かれ、布団の周りには人一人がやっと通れるほどのスペースしかない。昼食は、朝、息子がおじやを用意し、夕食は息子が帰るのを待つしかない。Iさんの日中の生活は訪問看護婦とホームヘルパーで支えられている。

### [事例2]

101歳の女性で寝たきりのBさんは四世代家族同居者。主な介護者である75歳の娘以外は、職場や学校に外出しており、Bさんは日中娘と二人きりで過ごす。娘は腰を痛めており、Bさんの介護、特にオムツ交換や清拭などはできない。Bさんは娘の手を煩わせまいと3畳間の布団の上で自らオムツを交換する。時には、汚物が布団につくこともある。自宅に風呂はあるが何年も入っていない。看護婦は入浴サービスを導入したが、Iさんは外出を好まず、またそのまま帰宅できないのではないかと不安にかられるというので利用していない。Bさん宅には介護する家族がいるということで、ホームヘルパーは派遣されていない。

この二つの事例は、形態としては家族と暮らし、家族介護を受けていることになっている。しかし実態は家族からの身体的介護はほとんどない。家族と同居しているといっても、その状況は時間的にも空間的にも一緒にいるとは言い難い。家族側に介護する気持ちが十分にあっても、それを日常実現できる家族は少なくなっている。

### [事例3]

都営住宅に暮らしている高齢者夫婦世帯で、75歳の夫が在宅酸素機器を使用している。看護婦が訪問してみると、その機器が停止していた。理由を聞くと、この機器を利用することで電気代が上がるのではないかと不安に思っているとのこと。看護婦が電気代はそれほど高くない旨を説明し、またその機器を使用する重要性を理解してもらい、機器の継続を促した。

最近、医療面では在宅で医療機器の操作をするなど、介護を担う家族に高い能力が要求されている。しかし機器の操作やそれに付随する経費などについての理解や配慮がないと先にみたように電気代があがるのを恐れて切っていたという例や痴呆症の妻と寝たきりの

夫の二人世帯で、エアコンを取り付けたがリモコン操作がわからず、夏にもかかわらず暖房が入り、脱水状態寸前だったケースなどにぶつかると、家族介護の言葉に隠された危機的状況を改めて感じる。家族が介護しているから、在宅ケアは可能である、十分なケアがなされているという状況とは必ずしもいえない。

家族と同居している、一人暮らしではないという形態だけでみるのではなく、その家族の介護に費やせる時間や家族関係、経済状況、居住空間、親族や友人のネットワーク、家族のADLなどの介護力を十分に調査・把握したうえで、福祉サービスの利用を考えなければ、高齢者自身と家族の負担は大きく、困難な状況に陥る。

#### 【事例4】

75歳のひとり暮らしの女性。アパートの2階に住んでいるが、猫をペットとして家族同様に接し、その世話を生きがいとして暮らしている。壁いっぱい、別居している息子の携帯電話の番号を貼っており、何かあったらいつでもこの息子に電話してください、という。ここに電話するだけで、いつでも息子と話ができ、何かあっても連絡できるという安心感が、家族と一緒にいるという認識に変化している。またこの女性は、ある宗教団体に属しており、そのネットワークで仲間がお惣菜を持ってきてくれたり、話しに立ち寄ってくれたりして寂しいことはないという。

事例4のように、一人暮らしであっても犬や猫などペットの存在を自らの家族として認め、慈しみ、支えあって過ごし、携帯電話を持つことで身近に家族を感じ、いつでも呼び出せるから一人暮らしでもよい、という人もいる。この地域はある時期に布教活動が盛んだったこともあり、宗教に根づいたネットワークもある。宗教上のネットワークが一人暮らしを可能にして、相互扶助の関係として機能している。このように高齢者を取り巻く家族、地域、あるいは様々な社会的要因、情報化などによって、従来の家族形態や家族の役割、関係は明らかに変化している。

在宅ケアにとって、また在宅高齢者にとって家族をどう位置づけるか、家族介護をどう把握するかが問われている。また家族介護力とは何を意味するのか、家族は介護の何を担うのかをそれぞれのケースによって、明らかにしなければならないだろう。家族を、ケアの提供者として、心理的な援助者として、あるいは介護のキイパーソンとして、または高齢者の見守りとしてとらえるのか。

家族をケア提供者と考えた場合、提供できる範囲や提供できるケアをどのように判断するか、その判断基準をどう考えるか。家族は、個人にとって社会資源のネットワークのひ

とつとも考えられるが、現在は空洞化した家族介護をあてにして在宅ケアは進行している。家族介護も、介護をする家族自身を社会的に支援する体制がないと継続することが難しくなっている。

今後、これらの介護を家族の責任として無理せずに担えるのは、経済的・人的資源の豊かなごく僅かな層に限られる。したがって、医療や福祉のサービスを提供するだけでなく、その人の生活全体を見て、例えば介護だけではなく、家族形態、家族関係、経済状況、

身体状況、住居などをみて計画的に支援し、その後の生活を見守ることが求められる。

これまでの在宅ケアは家族を拠り所とする、それも同居の家族を中心とした制度・施策がとられてきた。しかし今後の介護を考える際、従来のように世帯単位で様々なサービスをとらえると、事例2で見たような矛盾が生ずる。サービスを利用する高齢者や障害者を個人としてとらえ、家族はあくまでも、その個人を支援する社会資源のひとつとして位置付ける時期にきているのではないか。

もちろん、家族介護が不要というわけではない。家族によっては、主たる介護者として介護を生きがいに行っている人もいれば、要介護者を見守り精神的支援をしている家族もある。何よりも家族とともにいるだけで安心という人もいる。それぞれの家族が介護の何を担っているのかを明らかにした上でのケアプラン作成が必要である<sup>3)</sup>。

### 【事例5】

75歳の妻と80歳の夫の夫婦二人暮らしである。妻は、軽い痴呆があり、夫は自由に動くことができず、ほとんど布団の上で寝たり起きたりである。二人には7人の娘がいるが、それぞれ遠方に住んでいたりと、離婚をしたり、近所に住んでいる娘も同居可能な住居でないことから、娘たちとは独立して暮らしている。生活保護を受給、ホームヘルパー、訪問看護婦が生活を支援している。住居は一戸建てであるが、土手の下にあることから、入浴サービスに出掛けるにも細い道を通らねばならず、車椅子が通る道幅もないため、送迎車の職員が夫を背負って行かなければ外出もできない。

また妻は服薬管理が自身でできないため、看護婦や薬剤師が訪問して指導している。

表4 〈介助の内容と形態〉 (%)

	一部	全部
移動	42.3	32.2
排泄	18.7	15.2
着替	28.8	25.4
食事	15.2	10.1
入浴	22.0	55.9
整容	20.3	42.3

3) この部分の記述については『every』1997年12月号(中央法規出版)の拙論、「フィールドワークを通して見た家族介護」に負った。

事例5からもうかがえるように、この地域には二つの大きな川があり、洪水に悩まされていたために上がり框が通常の家よりも高くなっており、高齢者にとっての出入りが厳しい。また高齢者夫婦世帯にとって、多種の薬を自主管理することは困難である。服薬管理の重要性、地域における薬剤師の役割も大きい。高齢者及び家族の日常生活動作力や経済状況の把握や判断をどうするか、また特にこの地区では居住環境の劣悪さが指摘される。車椅子を利用してそれを保管する場所が玄関にない、布団を敷くスペースがない、車椅子を使用して2階に住んでいるが、階下におり外出するのを援助してくれる人がいないため、外に出られない、居室から玄関へ降りる通路の幅が狭く、入浴サービスやデイ・サービスに参加したくてもそれが不可能であるなど、外出できない居住環境が高齢者を取り巻いている。住宅改造やそれらに関する相談も費用やプランニングをどこに相談すればいいのか、わからないというケースもある。高齢者も家族も住宅の一部を改造したい、改造しようという考えすら持っていないケースもあるが、このような劣悪な居住環境を改善しようと、地域の土木関係者が経費1万円以内ならばボランティアで、援助する動きがでてきた。このボランティアにより、都営住宅の上がり框に短いスロープをつけるなど在宅生活を整える新たな支援が生まれている。

さらに食事サービス、入浴サービスのニーズの高さも加わる。この地域には、高齢者住宅（シルバーピア）があるが、その住民たちは他地域から個々に移り住んだ人々であり、居住環境は整っているものの地域や近隣の人々の関係から切り離されている。住環境だけではない難しさもあげられる。

## 2. 介護サービス調査票から見た高齢者の生活実態とその問題点

介護保険制度の実施を控え、各自治体で要介護認定モデル事業の一環として高齢者の調査が行われている。つやま訪問看護ステーションでも、試験的に独自に看護婦が介護サービス調査票<sup>4)</sup>を持参、項目に沿って聞き取りをする過程で、どれほど高齢者の生活や身体状況を把握できるかを見た。その結果から、生活実態とその問題点について触れてみる（資料1～3参照）。

### ①介護について

---

4) 介護保険制度にむけて、要介護認定モデル事業として、「調査協力同意書、介護サービス調査票、かかりつけ医意見書、介護サービス計画書、サービス担当者会議の要点」などがあり、特に介護サービス調査票は高齢者や障害者の要介護度を把握するために実施されようとしている調査票である。



高齢者が日中独居や夜に独居状態になる、介護者が病気であったり、経済的に苦しい状況などかがわれる。

## ②身体障害の状況

麻痺があったり、歩行できないなどが多くなっている。

## ③居住環境としての訴え

玄関の段差があり、外出ができない、自宅から外へでるまでの道幅が狭い、玄関先が石段になっており、転倒するのではないかと危なくて外出できないなど、住居内のことよりも出入りするのに困難な状況がわかる。

## ④日常的に使用する器具や器械

杖、装具足、車椅子、ギャッジベッド、エアーマット、歩行器、手押し車、補聴器、スロープ、階段昇降機、ポータブルトイレなど多岐にわたっており、需要の高さがわかる。

## ⑤調査者から見て介護が不足していると思われる点

同居家族の協力が全くえられない、介護者の身体状況によっては介護が全く行われないうちがある、介護者が高齢な場合、入浴や髭をそる、爪を切るなど清潔を保つ部分などに手がまわらない傾向がある、独居住まいのため、食事は店屋物、室内は雑然としている、介護者の指示を受け入れないと、高齢者本人に言葉や暴力による虐待があると本人が話す、ヘルパー導入を受け付けない、息子が主介護者で夜も仕事をしていることから、日中だけでなくとにかく寝かせきりの状態である、そのため刺激が全くない状態が続いている。

## ⑥利用しているサービス

訪問介護、訪問診療、訪問看護の順となっているが、回数や頻度としては訪問介護が最も多くなっている。

## ⑦調査票からみた問題点

居住環境の劣悪さがめだっており、特に玄関の段差など出入り口付近の不備により外出が不可能なケースもみられる。使用している器具は多岐にわたっており、その数も多い。生活全般に及ぶ補助器具は、使用の希望が高く、それらの情報をもっと利用者に届き、使いやすいものになってほしい。寝返りや起き上がりなど「何かにつかまればできる」といった割合が高く、適切な器具や援助が必要であることを感じた。

ここでは虐待の事実は少なかったが、この調査票をどういう場面で聞いたかにもよる。入浴や洗身についても「行っていない」とする人が見受けられた。なぜ「行っていないのか」その理由を明らかにする必要がある。

セツルメント診療所の高齢者健診でも見られたが、特別な疾患はないものの高齢によ

る生活の不自由さを感じている人が多い。例えば、衣服の着脱、掃除や服薬、金銭の管理、入浴や買い物などである。褥瘡の有無については、「なし」と答えた人が9割以上で、これは訪問看護などの成果によると思われる。

住宅内部や寝床の周囲の状況や介護者の生活、家族関係などが、この調査票から把握できず、アンケート方式だと的確な状況が掴みにくい。またこの調査票では、食事摂取についての比重が低く、食事に関する高齢者の現況はわからない。調査票記入は、聞く人の力量が問われ、客観的に対象者の状態を把握しなければならない重要な仕事である。一職種だけではなく、様々な視点からの検討が必要とされる。

### 3. 訪問看護ステーションがかかえる問題とその課題

訪問看護ステーションの利用者にとって、訪問看護婦の存在は、医療面での様々な不安に対応してくれる窓口として、精神的な支えとして、時には医療をつうじての話し相手として在宅生活を営む高齢者には欠かせない存在である。訪問看護婦は利用者から医療や福祉に関する要求をどう吸い上げて、生活改善を支援していくかということを課題としている。むろん医療から福祉サービスへの連携ということで、連絡・調整をはかる必要もある。この地域では、高齢者本人からあるいは家族からの福祉サービスへの要求度は高くないために、その潜在的ニーズをどのように掘りおこして生活改善を実現していくかも課題である。

高齢者を訪問する看護婦は、看護、介護、家族間の調整、精神的支援、社会資源のマネジメントと利用者の在宅生活を保持していくために様々な役割を担うことになる。病院では目標を退院や在宅におけばよいが、訪問看護の目標、在宅ケアにおける利用者の個々の目標をどのように設定すればよいのか。このような場合、訪問看護婦の専門性とは何か、訪問看護の充実や達成とはどのような状態をいうのかが問われる。

また医療面での支援やケアが不必要になった場合、訪問看護を打ち切る困難さもある。ホームヘルパーや福祉サービスへの連携、移行が望まれるが、利用者のほうでそれを望まない場合がある。それまで訪問していた看護婦の人間性を信頼して、次なる段階へ移行するのを希望しない場合もある。次に、家族介護への援助がある。同居家族がいる場合、家族に介護指導を行うことになるが、介護者が高齢や障害者の場合、その指導が困難である。その具体例としては、先に見たように利用者本人や家族に医療機器操作を指導すること、服薬管理などである。

させている。在宅ケアが、次第に24時間体制へと移行する過程で、担い手の労働条件の問題も大きい。今回、同行調査したつやま訪問看護ステーションでは、1週間交替で携帯電話をもち、利用者からのニーズに対応しているが、自宅に帰っても深夜に利用者からの要求で出向くこともあり、精神的に常に対応していることになる。さらに巡回の場合、巡回手段と訪問地域の限界がある。つやま訪問看護ステーションでは、自転車と車を使用しているが、駐車場の問題もある。

訪問看護の訪問とは家がある人のみを対象としており、この地域に以前から見られる行き倒れやアル中、外国人などの問題を含んでいない。これらの人々をどう介護するのも課題である。

経営面においては診療報酬上、訪問しなければ点数に結びつかない。医師からの指示書がなければ、訪問できないシステムになっている。看護婦が訪問先から戻ってくる正午ごろになると、電話が間断なく鳴り響く。ひとり暮らしや高齢者の夫婦世帯にとって、看護婦の存在は、在宅生活を続ける命綱でもある。緊急の電話相談も多いが、それは点数に結びつかない。

介護保険の導入によって、訪問看護ステーションはどうか。利用者減、訪問回数減になることは確実だと思われ、存続の危機に遭遇するのではないかという不安が大きい。訪問看護は、在宅サービスであるために利用者や家族が生活の場で看護のサービスを受けられる反面、医療施設のように常に医療者の目の届く環境にはない。特に終末期の利用者など病状が不安定でいつ急変するのかわからない場合など、利用者の少しの病状変化で家族が動揺することが多い。そういう場合、訪問看護は利用者だけでなく、家族も含めて対象者であることを認識する。特に家族は緊急時にはどうしたら良いか、毎日訪問してもらえるか、点滴や嘔吐の場合、どのように対応したらよいか、激痛などの場合、どうしたらよいかなど不安はつきない。それらの緊急かつ高度な要求にどこまで応えられるか。それらの対応に一人の看護婦で応じられるのか。病院内だと医師、看護婦、薬剤師など医療スタッフがいますが、在宅の場合、看護婦は一人で訪問する 경우가ほとんどである。

また緊急時に借りられる医療器具や介護用品の情報などを求められるケースもある。例えば在宅における医療器具の予備用も必要で、修理などを含めた対応も要求される。

訪問看護とは、訪問しない時間を豊かに過ごせるように対応するケアだといわれるが、実態としては異なり、訪問している時間が高齢者や家族にとっての安らぎの時間となっている。ここでは触れなかったが、訪問看護ステーションの運営上の問題、例えば経営やスタッフ、利用料のことなどまだまだ多くの問題がある。

## おわりに

医療と福祉をつなぐ訪問看護ステーション利用者の生活実態とその問題について取り上げたが、この内容については地域差が大きい。ステーションによっては訪問看護の中身が介護に傾いている所もあれば、高度な看護が必要とされ、それが特化しているステーションもある。しかし病気をもちながら在宅生活をおくる高齢者にとってのステーションや訪問看護婦の存在は、医療が生活の場にあるということで、何よりも安心という人々が少なくない。

今回の対象地域には、訪問看護の利用者ではないが、一人暮らしの高齢者や障害者が少なくないことは、セツルメント診療所の高齢者健診や診療所の友の会会員の動向からも明らかである。セツルメント診療所の婦長から、最近の傾向として高齢者の入院や退院の際、あるいは病状が変化した場合の連絡先がない、あるいは連絡がつかないなど、家族との関係が断ち切れている、あるいはなくなっている高齢者もおり、様々な対応に苦慮することがあると聞いた。一人暮らしの高齢者や障害者がどのような潜在的ニーズを持ち、どのような生活問題をかかえているのかについて調査していきたい。

この同行調査は、つやま訪問看護ステーションの横山みち子所長をはじめとするスタッフの方々、セツルメント診療所及び利用者の方々のご尽力の賜物であることを記して、お礼の言葉とさせていただきます。ありがとうございました。

(本学人間福祉学科専任講師)

## 【参考資料】

### 資料1 介護サービス調査票（概況調査）

---

- I. 調査実施者（記入者）
- II. 調査対象者
- III. 現在受けているサービスの状況
- IV. 主訴、生活上の問題点、サービス供給上の問題点、主たる介護者の状況並びに現在の生活状況
- V. 調査対象者の心身の状況（身体障害、日常生活自立度など）
- VI. 普段の生活状況について
  - a 食事の形態
  - b 社会的行為（電話、調理、洗濯、留守番、買い物など）
  - c 居住環境
  - d 日常的に使用する器具・機械
- VII 調査を行った結果

### 資料2 介護サービス調査票（基本調査）

---

1. 視力について
2. 聴力について
3. 麻痺などの有無について
4. 関節の動く範囲の制限の有無について
5. 褥瘡（じょくそう）等の有無について
6. 片方の手を胸元まで持ち上げられるかについて
7. 寝返り、起き上がり、座位保持について
8. 立位保持、歩行、移乗について
9. 尿意や便意の認識、排尿及び排便後の後始末について
10. 一般家庭用浴槽の出入り、洗身、清潔について
11. 食事摂取について
12. 衣服着脱について
13. 居室の掃除について
14. 薬の内服について
15. 金銭の管理について
16. 意思の伝達、介護側の指示への反応、理解、行動について

### 資料3 介護サービス調査票（特記事項）

---

- A. 機能障害について
- B. 基本的な身体動作について
- C. 日常生活動作（ADL）について
- D. 手段的日常生活動作（掃除、薬の内服、金銭の管理）について
- E. 認知・行動について

資料1～3は「高齢者介護サービス体制整備支援事業の実施について」（平成9年8月25日厚生省老企第91号）より抜粋

## 【参考文献】

- 『訪問看護と介護』1997, vol2, No9／1998, vol3, No10 医学書院
- 宮田親平『だれが風を見たでしょう——ボランティアの原点・東大セツルメント物語』文芸春秋 1995年
- 末広徹太郎『セツルメント』岩波講座「教育科学」第10冊 岩波書店
- アサ・ブリッグズ、サン・マカトニー、阿部志郎監訳『トインビーホールの100年』全国社会福祉協議会
- Nocon, Andrew and Hazel Qureshi (1996) 『*Outcomes of Community Care for Users and Cares*』 Buckingham, Open University Press
- 『訪問看護統計調査の概況』厚生省大臣官房統計情報部 平成9年
- 『社会保障研究』Vol.33 Spring 1998 No.4 国立社会保障・人口問題研究所