

## 在宅ケアにおける訪問看護婦の家族支援

近森栄子\*, 吉岡隆之\*, 川口貞親\*, 中島繪美子\*, 本村 汎<sup>2</sup>\*

\*神戸市看護大学, <sup>2</sup>\*大阪市立大学

### Support to Family per Visiting Nurses in Home Care.

Eiko CHIKAMORI\*, Takayuki YOSHIOKA\*, Yoshichika KAWAGUCHI\*,  
Mieko NAKAJIMA\* and Hiroshi MOTOMURA<sup>2</sup>\*

\*Kobe City College of Nursing, <sup>2</sup>\*Osaka City University

#### Abstract

This research study investigates the current status of family home care in Kobe, Japan and clarifies the family support system per visiting nurses. The relationship between characteristics of the family/caregiver and the family support systems were examined.

The following results were obtained through a questionnaire involving 141 cases.

- 1) Regarding family support systems evaluated by visiting nurses, the "Crisis evasion of the family" indicated a high affirmative answer rate.
- 2) Support to family per visiting nurse did not relate directly to the quality of the family interrelationships.
- 3) The greater the support to family, the higher the emotional stability of family.
- 4) The greater the support to family which take to active care for client, the higher the degree of client observation and family/caregiver interaction.
- 5) The more the family learns health care maintenance techniques, disease recognition skills and stresscoping for emergencies, the higher the degree of the client observation, the family/caregiver interaction and prompt medical attention.

**Key words:** Home care (在宅ケア), Support to family (家族支援), Visiting nurse (訪問看護婦)

#### はじめに

家族成員の病は、家族全体に影響を与え、緊張を引き起こす危機的状況としてとらえられる。ことに在宅ケアを継続する家庭では、ケアが長期間に及ぶことが多く、看護・介護（ケア）を担当する家族（介護家族）に、様々な負担を引き起こす。介護家族の負担については、精神障害者の介護家族に関する研究が、イギリスの医師らによって先行して行われた。その後、介護家族の研究は拡がりを見せ、1970年代には、高齢者の介護家族の負担について、負担を測定するスケールの開発や負担に影響を与える要因の探索を目的とした研究が行われるようになった。このような研究対象の拡がりは、高齢者人口の増加と核家族化などによる家庭

における介護力低下、それに伴う高齢者ケアについての社会的ニーズが背景にあったとされている<sup>1)2)</sup>。

1970年代の日本は、家族が介護を担うことを美德とする「日本型福祉社会論」が強調されていた<sup>3)</sup>。しかし、高齢者の社会的入院、寝たきり老人などが、高齢者介護における社会的な問題として認識され、1975年前後から、東京都老人総合研究所を中心に、介護家族の負担についての実証的研究が次々となされてきた<sup>4)~7)</sup>。

一方、在宅ケアの一翼を担う訪問看護は、1980年代まで介護家族への指導を目的としており、その名称も訪問指導であった。そのため看護者は、家族に対して必要な看護・介護内容を伝え、実施に導く機能しか持ち得ない状況であった。しかし、1992年に看護独自の

機能を認める老人訪問看護ステーションが制度化された。そして、社会的な要望に応じて1994年には、年齢の制限をなくした、医療保険制度による訪問看護ステーションが開始されている。これらの制度の充実とともに、看護活動は家族を指導するという目的から大きな変換を遂げ、施設内で行われていた看護が、在宅の場でも可能となったといえる。現在のところ、在宅ケアにおける訪問看護婦の家族支援に関する実証的研究は、あまりなされていない。そこで、本研究では、家族によるケアの現状と訪問看護婦が、介護家族にどのような支援を行っているかを明らかにする。さらに、訪問看護婦による家族支援と介護家族の特性・家族ケアとの関係を検討する。

## 研究方法

### 1. 調査対象

神戸市在宅看護制度を利用している家庭と在宅看護制度に登録されている訪問看護婦を対象とした。訪問看護婦、家族による回答が得られたのは141ケースであった。

神戸市の在宅看護制度は、老人保健法に基づき保健所で実施する訪問指導事業に加えて、看護サービスが必要なねたきり者に対し、看護に伴う必要なサービスを提供し、ねたきり者の療養改善と介護者の負担軽減を図り、地域における在宅ケアの充実に努めることを目的に1988年から開始されている(神戸市衛生局, 1992.)。在宅療養者の把握は、①本人・家族の相談 ②医療機関からの情報提供 ③福祉事務所の介護手当支給台帳(高齢者) ④民生委員 ⑤保健婦訪問 ⑥脳卒中登録制度によって保健所が行っている。在宅療養者の中で、医療依存度が高く、病院からの訪問看護が実施されているケース、公的支援を求めない対象などが除外される。

### 2. 調査の時期

家族には、平成6年9月～10月に訪問看護婦が質問紙を持参し、介護家族に訪問面接調査を実施した。同時に、訪問看護婦を対象として、各訪問家庭での看護について回答を求め、保健所相談係長に提出する方法で回収した。質問紙は、全てコード化して処理し、個人の情報を守った。

### 3. 質問紙の構成

#### 1) 介護家族の特性

在宅ケアを主に担当している介護者(以下、介護家族)について、年齢・健康状況・職業状況について尋ねた。

#### 2) 訪問看護婦による家族支援

訪問看護における家族支援は、家族が自己実現を図りながら、本人(療養者)との人間関係を良好に保ち、在宅ケアを無理なく続けることができることを目的としている<sup>8)</sup>。日本看護協会は、訪問看護機能評価項目に、家族支援に関する事項として13項目を挙げている。本研究では、この評価項目のうち訪問看護の評価ととらえにくい質問、すなわち「家族は自分の趣味や職業を継続しながら、介護が続けられる環境ですか」という質問をのぞいた12項目を尺度として使用し、各質問項目について若干の修正を加えた。訪問看護婦に、「あなたが担当しています患者家族への支援について、各項目のあてはまる番号に○をしてください」と、4件法によって回答を求めた。質問項目全体の信頼性をCronbachの $\alpha$ 係数でチェックすると、.83であった。

#### 3) 家族によるケアの内容と頻度

家族によるケアについて、「あなたが実際にしている日頃のお世話について、あてはまる番号に○をつけてください。」と、5段階でその頻度の回答を求め、得点化した。質問内容を①観察 ②医療・看護処置 ③日常生活援助に分類し、合計点によって、それぞれのケア度を算出した。

## 結果および考察

### 1. 介護家族の特性

本調査の対象家族についての集計結果を表1に示した。療養者からみた続柄では、配偶者が最も多く、約6割を占めている。33.3%が未婚・既婚の子どもおよび嫁である。平均年齢は、65.4歳で、60歳以上が全体の7割を占め、80歳以上の高齢者が全体の1割を占めている。健康状態をみると、健康障害はない者が24.8%にすぎず、多くの介護者が健康に問題を持ちながら在宅ケアを継続していることがわかる。

訪問看護婦が認知した、家族の特性を表2に示した。介護実行力は、自主的にできる家族が約6割であり、指示があればできるものをあわせると84.4%となる。また、介護に対する意欲も、8割を越える者が意欲的

表1. 介護家族の基本的属性

項 目		N=141 (人) (%)	
療養者からみた 続柄	配偶者	82	58.2
	未婚の娘	14	9.9
	未婚の息子	9	6.4
	嫁	9	6.4
	既婚の娘	15	10.6
	その他	12	8.5
介護者の年齢	40歳未満	6	4.3
	40～49歳	11	7.8
	50～59歳	19	13.5
	60～69歳	49	34.8
	70～79歳	38	27.0
	80歳以上	15	10.6
	NA (無答)	3	2.1
平均年齢 (SD)		65.4 (13.0)	
職業状況	有職業	21	14.9
	無職業	119	84.4
	NA (無答)	1	0.7
健康状態	特に健康障害はない	35	24.8
	健康障害はあるがケア可能	97	68.8
	健康障害がありケア不可能	8	5.7
	NA (無答)	1	0.7

表2. 介護家族の特性

項 目		N=141 (人) (%)	
介護実行力	自主的にできる	82	58.2
	指示があればできる	37	26.2
	消極的である	16	11.3
	実行できない	5	3.5
	NA (無答)	1	0.7
介護意欲	非常に意欲的	29	20.6
	意欲的	86	61.0
	あまり意欲的とはいえない	25	17.7
	NA (無答)	1	0.7
介護時間の 状態	ケアに専念できる	94	66.7
	十分な時間はとれない	27	19.1
	曜日や時間で無理な時がある	13	9.2
	日中は時間がとれない	6	4.3
	NA (無答)	1	0.7

であり、あまり意欲的ではない者は2割に満たない。データは、介護家族が健康(身体的)に問題を持ちながら、なお意欲的に介護に取り組もうとする姿勢を持っていることを示した。

在宅療養を決意し、病院を退院する家族の看護婦に対する要望は、介護者の精神的かつ身体的努力を理解した上での対応、在宅での医療的処置を最小限にするための症状の安定化、介護に必要な看護技術の教育での看護婦間の統一、患者家族の生活背景を充分理解した上での退院時指導などである<sup>9)</sup>。上述した回答は、看護婦の認知を通したものであり、その意味では、訪

問看護婦は家族の意欲や判断力を評価しているといえる。介護家族は、身体的な問題のみならず、慣れない処置を行うこと、また行わなければならないと自らを規制すること、など社会的・心理的な問題を抱えている。家族のケアに対する思いを理解し、規範にとらわれず、その家族のニーズに応じた支援をしていきたい。

## 2. 訪問看護婦による家族支援

回答率は表3の通りである。看護協会評価マニュアル<sup>8)</sup>では、①家族の役割(質問1. 2. 3) ②家族の危機回避(4. 5. 6. 7) ③家族支援(8. 9. 10. 11. 12)に分類されている。そこで、分類項目ごとに特徴をみると、『家族の役割』では、どの項目もおおむね8割の者が、肯定回答(かなりあてはまる・あてはまる)であった。家族間の人間関係調整(質問1)と家族の医療関係者への連絡調整(質問2)では否定回答(あまりあてはまらない・まったくあてはまらない)が約2割である。特徴的であったのは、家族間の人間関係調整の支援で、まったくあてはまらないと答えた者が4.3%存在することである。看護協会は、この質問について、“良好な人間関係を保つのは困難なこともある”として、おせっかいにならないように注意して調整することと但し書きをつけている。訪問看護婦が、長い期間を使って築き上げられた家族関係に介入することができないと判断することもある。ここではデータからは読みとれない、家族関係に対する看護婦の判断や介入が、どのようになされているかを明らかにする必要性が示されたといえる。

次に「家族が医療関係者に連絡が取れるようにする」では、19.8%が否定回答である。在宅ケアでは、昼夜を問わず常に医療関係者と連絡がとれることが望ましく、医療の保障なくして生存権を保障した生活とはいえない<sup>10)</sup>。在宅ケアでの訪問看護は、医療の一翼を担うものであり、医療関係者との連絡調整役として看護婦への期待も高いと予測される。したがってこの2割の否定回答については、利用者のニーズを把握した上、看護婦の役割を明らかにするためにより細やかな調査が必要であろう。

一方、「介護に積極的に取り組めるように支援している」の肯定回答率は高く、86.6%を占め、否定回答率も12.8%と低いことが特徴である。この質問では、“支援”の具体的内容が明確ではないが、看護婦が療養者のケアの質を上げようとして家族に期待した結果

表3. 訪問看護婦による介護家族への支援項目

質 問 項 目	回 答				
	かなり あてはまる 人 (%)	あてはまる 人 (%)	あまり あてはま らない 人 (%)	まったく あてはま らない 人 (%)	NA 人 (%)
1. 家族が介護している人との人間関係を保てるように支援している	25 (17.7)	88 (62.4)	19 (13.5)	6 (4.3)	3 (2.1)
2. 必要時、家族が医療関係者に連絡がとれるようにしている	26 (18.4)	85 (60.3)	25 (17.7)	3 (2.1)	2 (1.4)
3. 家族が介護に積極的に取り組めるように支援している	18 (12.8)	104 (73.8)	17 (12.1)	1 (0.7)	1 (0.7)
4. 家族の心身の状況を把握している	27 (19.1)	107 (75.9)	6 (4.3)	0 (0.0)	1 (0.7)
5. 在宅ケアが可能かどうかの判断や対応方法の相談によって家族を支えている	21 (14.9)	96 (68.1)	19 (13.5)	2 (1.4)	3 (2.1)
6. 必要な資源について、適宜活用できるように家族に働きかけている	18 (12.8)	97 (68.8)	22 (15.6)	3 (2.1)	1 (0.7)
7. 家族の表情や言葉から、家族の危機状況が判断できる	24 (17.0)	96 (68.1)	18 (12.8)	2 (1.4)	1 (0.7)
8. 介護技術、病状の観察、緊急時の対応などを家族に助言している	23 (16.3)	103 (73.0)	13 (9.2)	1 (0.7)	1 (0.7)
9. 介護日誌など、記録について家族が活用できるように助言している	7 (5.0)	33 (23.4)	62 (44.0)	36 (25.5)	3 (2.1)
10. 家族が、親族と良好な人間関係が保てるように支援している	8 (5.7)	56 (39.7)	56 (39.7)	19 (13.5)	2 (1.4)
11. 家族のできることや役割・責任・義務、介護力を判断している	16 (11.3)	113 (80.1)	9 (6.4)	1 (0.7)	2 (1.4)
12. 社会資源導入時には、その資源の役割の役割の確認、関係者との情報交換などを本人と家族をふくめて行っている	13 (9.2)	78 (55.3)	40 (28.4)	8 (5.7)	2 (1.4)

とも考えられる。しかし、家族に対する過大な期待は、負担感を増加させることにつながり、『家族の役割』の内容は、家族自身が支援をどのようにとらえたかの視点を加えた調査が必要であり、本研究の課題として残された。

次に『家族の危機回避』をみると、どの項目も8割を越える高い肯定回答率を示しており、特に「家族の心身の状況を把握している」では、95%と非常に高い。また、「表情や言葉から、家族の危機状況が判断できる」も、85.1%である。看護婦が、療養者のみならず、家族も含めた一つの単位として訪問看護の対象と考えていることが示された。また、必要な資源が適宜活用できる働きかけは、否定回答率が17.8%と他の項目より高い。ここでは、この2割の看護婦が社会資源の知識を持っていないためなのか、あるいは訪問看護の機能、すなわち介入すべき事項として意図してとらえていないためなのか明らかにできない。在宅ケア提供者が認知するケア理念の調査では、対人関係援助・自立生活支援・社会資源整備の要素において社会資源整備（連携・ネットワーク、社会資源活用・管理）に関して、看護婦による回答率が、保健婦より低い傾向がみられている<sup>10)</sup>。在宅ケアにおいて期待される訪問看護機能と看護婦自身の認知のずれを明らかにし、役割を

明確にしていくことが必要であろう。

次に、『家族支援』であるが、この項目は否定回答率が高い項目が含まれることが特徴である。記録の活用の否定回答率が最も高く、7割にのぼる。これは、記録によってケア量が増加するため、家族の負担が増加することを恐れて看護婦自身が積極的に勧めないためと予測される。または、在宅ケアに関わるホームヘルパー、医師など専門家が記録を活用し、家族が関わらないことが多いのかもしれない。「親族と良好な人間関係が保てるように支援している」は、否定回答率が5割を越えるが、むしろ肯定回答率が45.4%と約半数を占めることに注目したい。なぜならば、施設看護が対象とする人間関係は、患者と家族間でありそれを越えることは殆どなかった。しかし、訪問看護では、より広範囲の人的環境が対象として捉えられていると考えられるからである。

このように、家族支援に対する看護婦の自己認知は、12の項目をみる限り、ほぼ実施されている状況であった。分析を通して本研究の課題として示されたことを整理すると、①支援を受ける家族自身による評価 ②訪問看護婦が認識する訪問看護機能 ③在宅ケアシステムの中で他職種が看護機能として期待する家族支援の内容の3点を明確にし、訪問看護における家族支援

表4. 訪問看護対象者の基本属性

項 目		人	%
性 別	男	62	44.0
	女	79	56.0
	全 体	141	100.0
年 令	40歳未満	2	1.4
	40～49歳	5	3.5
	50～59歳	12	8.5
	60～69歳	25	17.7
	70～79歳	40	28.4
	80～89歳	43	30.5
	90歳以上	14	9.9
	平均年齢 (SD)	74.5	(13.1)
家族構成	独 居	1	0.7
	夫婦のみ	71	50.4
	夫婦と未婚の子ども	12	8.5
	単身・未婚の娘と同居	15	10.6
	単身・未婚の息子と同居	8	5.7
	娘夫婦と同居	10	7.1
	(配偶者有・再掲)	( 1	0.7)
	(孫有り・再掲)	( 1	0.7)
	息子夫婦と同居	9	6.4
	(配偶者有・再掲)	( 3	2.1)
	(孫有り・再掲)	( 2	1.4)
	母子家庭	5	3.5
	その他	10	7.1

の構造的な解明と評価をしていくことである。

### 3. 家族によるケアの実際

訪問看護対象者の属性を表4に、寝たきりの原因・期間を表5に示した。

家族によるケアの内容とその頻度を表6に示した。  
在宅療養者の症状安定は在宅ケア継続のために必要条

表5. 訪問看護対象者の身体的状況

項 目		N=141 (人) (%)	
寝たきりの原因	脳卒中	64	45.4
	骨折など事故	22	15.6
	難病	13	9.2
	老衰	10	7.1
	痴呆	9	6.4
	その他	23	16.3
寝たきりの期間	寝たきりでない	10	7.1
	6ヶ月未満	5	3.5
	6ヶ月～1年未満	9	6.4
	1年～2年未満	15	10.6
	2年～3年未満	20	14.2
	3年以上	82	58.2

表6. 家族によるケア内容と頻度

頻 度		全 全 全	1 ～ 3	2 ～ 3	毎 日	1 日 数	N A
実施項目		全 全 全	1 ～ 3	2 ～ 3	毎 日	1 日 数	N A
		実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)
観 察 項 目	血圧測定	115 (81.6)	13 ( 9.2)	7 ( 5.0)	4 ( 2.8)	0 ( 0.0)	2 ( 1.4)
	脈拍測定	109 (77.3)	11 ( 7.8)	9 ( 6.4)	7 ( 5.0)	2 ( 1.4)	3 ( 2.1)
	体温測定	58 (41.1)	23 (16.3)	14 ( 9.9)	25 (17.7)	16 (11.3)	5 ( 3.5)
	呼吸数測定	118 (83.7)	9 ( 6.4)	6 ( 4.3)	5 ( 3.5)	1 ( 0.7)	2 ( 1.4)
	呼吸状態観察	82 (58.2)	6 ( 4.3)	5 ( 3.5)	38 (27.0)	8 ( 5.7)	2 ( 1.4)
	食事摂取量観察	16 (11.3)	0 ( 0.0)	3 ( 2.1)	91 (64.5)	29 (20.6)	2 ( 1.4)
	食欲の把握	14 ( 9.9)	2 ( 1.4)	5 ( 3.5)	91 (64.5)	23 (16.3)	6 ( 4.3)
	食事内容観察	13 ( 9.2)	2 ( 1.4)	3 ( 2.1)	92 (65.2)	25 (17.7)	6 ( 4.3)
	皮膚観察	25 (17.7)	9 ( 6.4)	19 (13.5)	75 (53.2)	10 ( 7.1)	3 ( 2.1)
	尿の観察	20 (14.2)	5 ( 3.5)	7 ( 5.0)	89 (63.1)	18 (12.8)	2 ( 1.4)
医 療 ・ 看 護 処 置	便の観察	9 ( 6.4)	2 ( 1.4)	18 (12.8)	101 (71.6)	9 ( 6.4)	2 ( 1.4)
	褥瘡処置	81 (57.4)	2 ( 1.4)	9 ( 6.4)	42 (29.8)	5 ( 3.5)	2 ( 1.4)
	膀胱カテーテル管理	118 (83.7)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	15 (10.6)	5 ( 3.5)	3 ( 2.1)
	膀胱洗浄	126 (89.4)	4 ( 2.8)	2 ( 1.4)	6 ( 4.3)	0 ( 0.0)	3 ( 2.1)
	経管栄養管理	123 (87.2)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	3 ( 2.1)	11 ( 7.8)	4 ( 2.8)
	気管カニューレ管理	131 (92.9)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	4 ( 2.8)	2 ( 1.4)	4 ( 2.8)
	吸引	122 (86.5)	2 ( 1.4)	1 ( 0.7)	2 ( 1.4)	10 ( 7.1)	4 ( 2.8)
	服薬管理	24 (17.0)	3 ( 2.1)	4 ( 2.8)	77 (54.6)	31 (22.0)	2 ( 1.4)
	輸液管理	130 (92.2)	2 ( 1.4)	1 ( 0.7)	2 ( 1.4)	0 ( 0.0)	6 ( 4.3)
	人工肛門処置	135 (95.7)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	1 ( 0.7)	1 ( 0.7)	4 ( 2.8)
日 常 生 活 援 助	浣腸	73 (51.8)	21 (14.9)	34 (24.1)	8 ( 5.7)	0 ( 0.0)	5 ( 3.5)
	導尿	134 (95.0)	1 ( 0.7)	1 ( 0.7)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	5 ( 3.5)
	その他	110 (78.0)	4 ( 2.8)	6 ( 4.3)	12 ( 8.5)	3 ( 2.1)	6 ( 4.3)
	食事介助	24 (17.0)	1 ( 0.7)	5 ( 3.5)	69 (48.9)	35 (24.8)	7 ( 5.0)
	排尿介助	14 ( 9.9)	1 ( 0.7)	1 ( 0.7)	69 (48.9)	54 (38.3)	2 ( 1.4)
	排便介助	13 ( 9.2)	5 ( 3.5)	36 (25.5)	64 (45.4)	22 (15.6)	1 ( 0.7)
	入浴介助	62 (44.0)	47 (33.3)	16 (11.3)	10 ( 7.1)	1 ( 0.7)	5 ( 3.5)
	清拭	33 (23.4)	7 ( 5.0)	55 (39.0)	40 (28.4)	4 ( 2.8)	2 ( 1.4)
	部分浴	63 (44.7)	14 ( 9.9)	36 (25.5)	25 (17.7)	2 ( 1.4)	1 ( 0.7)
	洗髪	75 (53.2)	44 (31.2)	16 (11.3)	3 ( 2.1)	0 ( 0.0)	3 ( 2.1)
日 常 生 活 援 助	整容	57 (40.4)	21 (14.9)	22 (15.6)	34 (24.1)	1 ( 0.7)	6 ( 4.3)
	寝具交換	22 (15.6)	66 (46.8)	47 (33.3)	5 ( 3.5)	0 ( 0.0)	1 ( 0.7)
	マッサージ	71 (50.4)	16 (11.3)	24 (17.0)	23 (16.3)	4 ( 2.8)	3 ( 2.1)
	機能訓練	62 (44.0)	24 (17.0)	17 (12.1)	34 (24.1)	3 ( 2.1)	1 ( 0.7)
	移動の介助	74 (52.5)	6 ( 4.3)	8 ( 5.7)	31 (22.0)	18 (12.8)	4 ( 2.8)
	着替えの介助	18 (12.8)	8 ( 5.7)	44 (31.2)	60 (42.6)	9 ( 6.4)	2 ( 1.4)
	服薬の介助	29 (20.6)	1 ( 0.7)	5 ( 3.5)	66 (46.8)	38 (27.0)	2 ( 1.4)

件と考えられるが、安定期にあっても慢性病や身体的な障害のため、生理学的に予備力が低下しており、わずかなきっかけで重症化したり、合併症を併発しやすい状態である。介護家族は、日常の世話を通して、療養者の身体的な状況を把握していることが多く、実際「いつもと様子が違うのです。」「食事が食べられないのです。」といった家族の言葉から、顕在化しにくい変化に気づかされることもある。そのようなきっかけとなる観察項目は、血圧・脈拍・呼吸数は、約8割の家族が行ってないが、体温測定は、半数以上が行っている。食事や排泄の観察は、ほぼ9割の家族が行っている。このようにみていくと、家族は療養者の日常生活を細やかな目をもって観ているといえる。

医療・看護処置は、医療・看護の不足部分を家族が代替的・補足的に行っている項目である。服薬管理が最も頻度が高い。次いで褥瘡処置の頻度が高く、毎日実施している家族が3割である。経管栄養・吸引は、全体の割合からみると約1割であり、少数である。しかし、毎日・1日数回実施とその頻度が高いことが特徴である。医学的にみても、専門的な知識が不可欠な技術である。このような処置が家族に課せられるならば、家族の責任感・不安感に影響を与えるであろう。家族・療養者のニーズに応じた訪問看護体制が望まれる。在宅療養を継続していく上で、家族の介護が過重な負担なく提供されるならば、住み慣れた家庭で生活できることが家族にとっても望ましいことではなかろうか。

#### 4. 家族支援によって影響を受ける要因の検討

##### 1) 訪問看護婦の認知を通したデータの分析

訪問看護婦による家族支援によって、介護家族の態度変容が起こり、支援が大きければ大きいほど、家族がより積極的・肯定的にケアに取り組めると考えた。そこで、家族支援得点の変化を訪問看護婦の認知した家族特性ごとに分散分析によって確認した(表7)。家族関係良・不良群では、有意な差はなく、支援によって関係に影響がないことが示された。家族の関係は、その家族の歴史を持ち、しかも意識されないレベルでの関係のあり方に影響を受ける。短時間の訪問で関わるのみでは変化しないのであろう。しかし、介護家族の感情の安定性を見ると、家族支援が高いほど感情が安定している結果となっている( $p<.01$ )。在宅ケア継続が困難な状況になったときに、看護婦による相談機

表7. 訪問看護婦による家族支援と家族特性の関係

項 目	家族支援得点			
	N	平均値	標準偏差	F値
家族関係	135			0.10
良い関係	115	21.27	11.01	
拒否的な関係	47	22.05	2.60	
感情の安定性	133			6.26 **
良	23	28.39	2.75	] **
普通	80	25.41	4.59	
不良	30	24.20	4.61	
介護意欲	134			3.32 *
非常に意欲的である	27	23.7	4.97	] ,
意欲的である	83	26.16	4.37	
意欲的ではない	24	26.08	3.86	

\*\* $p<.01$  \* $p<.05$

能や他の社会資源との連絡調整機能が家族の感情面での安定を支えると考えられる。

一方、介護意欲をみると、意欲的でないと考えられたグループと意欲的なグループの間には差が認められなかった。むしろ、非常に意欲的なグループと意欲的なグループでは、高い意欲を持つグループが家族支援得点が低い結果となっている( $p<.05$ )。これは、看護婦が家族の介護意欲が低いと認知した場合に、家族に対して積極的に働きかける結果かもしれない。また、家族の介護意欲は、外界からの働きかけによって決定づけられるものではなく、家族の内的な動機付けによるものと考えられる。

##### 2) 家族介護・看護度を通したデータの分析

家族の実施するケア度を被説明変数として、家族支援による影響を検証した。まず、家族支援尺度の総点と家族観察得点、医療・看護処置得点、日常生活援助得点の各合計点の相関を確認したが、これらは全く有意な相関がみられなかった。そこで、家族支援の各項目ごとに家族ケア度に影響があるかどうかを検証した。ただし、各項目ともに否定回答数が少数であるため、“あまりあてはまらない”と“まったくあてはまらない”を併せ、否定回答群として一つのグループとした。表8の通り、「家族が介護に積極的に取り組めるように支援している」は、訪問看護婦の支援が高いと家族の実施する観察度( $p<.01$ )、日常生活援助度( $p<.05$ )が高い結果であった。残念ながら、この質問項目では、訪問看護婦の具体的な支援内容が明確にできないが、データは、訪問看護婦が認知する“家族が介護に積極

表 8. 家族によるケア度と訪問看護婦による家族支援項目の関係 (有意差のある項目)

項 目	家族の実施しているケア (看護・介護) 度											
	観 察 度				医療・看護度				日常生活援助度			
	N	平均値	標準偏差	F値	N	平均値	標準偏差	F値	N	平均値	標準偏差	F値
3. 家族が介護に積極的に取り組めるように支援している	129			5.13 **	130			2.17n.s	123			3.26 *
かなりあてはまる	16	31.25	7.42	**	18	19.39	6.11		17	38.94	9.07	*
あてはまる	96	31.48	7.33		96	19.05	5.29		89	38.52	8.95	
あまり・全くあてはまらない	17	25.24	7.53		16	16.13	4.62		17	32.06	8.45	
8. 介護技術、症状の観察、緊急時の対応などを家族に助言している	129			3.52 **	130			3.70 **	123			2.80
かなりあてはまる	21	30.10	6.51	**	23	19.17	6.03	**	21	35.71	9.10	
あてはまる	94	31.47	7.62		93	19.18	5.40		90	38.78	8.92	
あまり・全くあてはまらない	14	25.79	7.69		14	15.07	2.15		12	32.92	9.19	

\*\* p&lt;.01    \* p&lt;.05

的に取り組める支援”によって、家族のケア度が高まることを示した。

今ひとつの項目は、「介護技術、症状の観察、緊急時の対応などを家族に助言している」と具体的な支援内容が描かれている。この項目では、助言群が助言なし群より、観察度 (p<.01), 医療・看護度 (p<.01), 日常生活援助度 (p<.10) のすべてが高い傾向となっている。前述したとおり、訪問看護婦は、家族の介護意欲が高いと認知していたが、看護婦の助言によって、家族の実施するケア度は高まっており、家族がより積極的にケアに取り組む様子が伺える。

家族支援尺度の総点と家族によるケア度に有意な関係が認められないにもかかわらず、質問項目によっては、ケア度が高まっていた。このことは、家族支援に何らかの構造的なことを示していると考えられる。今後、訪問看護婦による家族支援の構造を解明することを通して、介護家族の多様なニーズ・効果的な介入方法を明らかにしていきたい。

## 結論

- ①訪問看護婦による介護家族支援は、『家族の危機回避』の肯定回答率が高かった。
- ②家族支援は、家族関係の良否に関係していなかった。
- ③家族支援が高ければ、介護家族の感情の安定性は高かった。
- ④訪問看護婦が「家族が介護に積極的に取り組めるように支援」しているグループは、介護家族の観察度、日常生活援助度が高かった。

⑤「介護技術、症状の観察、緊急時の対応などを家族に助言」しているグループは、介護家族の観察度、医療看護度、日常生活援助度が高かった。

## おわりに

本稿を終えるにあたり、調査実施にあたって、多大な尽力を賜りました、保健婦宮野佳子主幹、内野栄子主査に謝辞を述べさせていただきます。また、ご多忙にもかかわらず調査にご協力くださいました、保健婦、訪問看護婦、ご家族の方々に心からお礼申し上げます。

本研究の一部は平成9年度神戸市看護大学共同研究費の助成を受けて実施した。

## 参考文献

- 1) Poulshock, S.W. and Deimling, G.T., "Families caring for elders in residence :Issues in the measurement of burden", Journal of Gerontology, 39: 234-239 (1984).
- 2) 中谷陽明, 東條光雄: 家族介護者の受ける負担－負担感の測定と要因分析－, 社会老年学, 29: 27-36 (1989).
- 3) 太田貞司: 在宅ケアの条件, pp.78-92, 自治体研究社, 東京 (1992).
- 4) 前田大作・冷水豊: 障害老人を介護する家族の主観的困難の要因分析, 社会老年学, 19: 3-17 (1984).
- 5) 中谷陽明・東條光雅: 家族介護者の受ける負担－負担感の測定と要因分析－, 社会老年学, 29: 27-36 (1988).

- 6) 山岡和枝・大井玄: ねたきり老人の介護人の負担度——次元尺度構成の試み——, 日本公衆衛生誌, 33(6): 279-284 (1986).
  - 7) 太田喜久子: 老人のケアにおける家族の負担とストレスに関する研究の動向, 看護研究, 25(6): 516-524 (1992).
  - 8) 日本看護協会訪問看護開発室: 訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル, p.228, 日本看護協会出版会, 東京 (1993).
  - 9) 谷口政春, 石井松代: 在宅ケアへのアプローチ, pp.48-49, 医学書院, 東京 (1993).
  - 10) 西三郎: 保健・医療・福祉におけるソーシャル・サポートネットワーク, 社会福祉研究, 42:27-30 (1988).
  - 11) 岡本玲子, 原崎信子ほか: 在宅ケア提供者が認知するケア理念の特性——構成要素と属性別比較——, 日本公衛誌, 44(11): 827-834 (1997).
  - 12) 日本看護協会, 老人保健医療検討委員会: 高齢者の在宅ケアと看護の役割, pp.23-36, 日本看護協会出版会, 東京 (1992).
- (受付: 1997年12月17日; 受理: 1998年2月3日)