

平成 27 年度 大学院（博士）学位論文要約

一人暮らしの在宅療養を可能にする訪問看護に関する研究

人間生活学総合研究科 人間生活学専攻 關 優美子

指導教員 西村 純一 教授

訪問看護ステーションを利用している一人暮らしの在宅療養者の実態調査は未だ行なわれていない。そこで訪問看護ステーションを利用している、一人暮らしの在宅療養者に関して全国規模で調査をすることにより実態と、厚生労働省が設置している地方厚生局別の地域差や訪問看護ステーションの規模別での訪問看護の内容に差異はないかを明らかにする。それから、訪問看護ステーションを利用している疾患や障害を抱えた一人暮らしの在宅療養者の生活が安心して安全に継続できるように、在宅療養生活の継続ができる要因と生活の継続が困難な要因を明らかにする。さらに、訪問看護師が受けた相談内容から一人暮らしの在宅療養者のニーズを明らかにする。また、他職種や近隣住民などと地域連携が困難な要因を明らかにする。さらに、この調査を基に、一人暮らしの在宅療養を可能にする訪問看護を提言することを目的とした。

本論文の内容は、3 部で構成されている。

I 序論では、問題の所在、過去の文献検討、本研究の目的を記述した。

II 訪問看護の歴史と国際比較では、訪問看護の歴史、地域包括ケアにおける訪問看護の重要性、訪問看護師の役割、介護保険制度と訪問看護の現状の国際比較について記述した。

III 一人暮らしの在宅療養者の実態と訪問看護の支援状況に関する調査では、1. 研究目的、2. 研究方法、3. 結果と考察 (1) 質的分析では、1) 訪問看護ステーションを利用している一人暮らしの在宅療養者の実態、2) 訪問看護ステーションの地域と規模別での支援内容の差異、を記述した。(2) 質的分析では、1) 一人暮らしの在宅療養者の生活継続ができる要因、2) 一人暮らしの在宅療養者の生活継続が困難な要因、3) 一人暮らしの在宅療養者のニーズ、4) 一人暮らしの在宅療養者の地域連携が困難な要因、を記述した。4. 総合考察を記述した。

本研究は、2013 年 6 月～10 月に日本訪問看護財団に登録し、ホームページ上で公開している訪問看護ステーション 3978 施設に質問紙を送付し、郵送から質問紙の回答数 555 施設（回収率 14.0%）の回答を得た。回答者は管理者（訪問看護師）とした。

量的分析の結果は以下の通りである。

①訪問看護ステーションの規模により、一人暮らしの在宅療養者の生活の継続困難度で小規模と中規模の間に有意差が見られた。したがって、生活の継続困難度の差が訪問看護師数 5 人未満と 5 人以上で分岐することが明らかになった。

②訪問看護ステーションの規模により、生活の継続困難度と「訪問入浴介護」「通所介護」「福祉用具貸与」との関連性があることが示唆された。

③訪問看護ステーションの規模により、生活の継続困難度と訪問看護師の提供しているケアや処置との関連性があることが示唆された。

④生活の困難度は様々な側面に影響を与え、訪問看護ステーションは 5 人以上の訪問看護師が必要であることが示唆された。

⑤訪問看護ステーションの地方厚生局別では、「一人での生活の継続の困難度」「一人暮らしの在宅療養者の地域連携の状況」「暮らし向きの相談の状況」「フォーマルサービスの 8 項目」で、地域差は認められなかった。

訪問看護ステーションの規模別では、零細型・小規模型は人的資源が少ないことから、24 時間の対応体制や在宅療養者の生活の継続、在宅で利用しているサービス、実施しているケアなどが有意に少なかった。また、中規模型・大規模型は人的資源が多いことから、24 時間の対応体制や在宅療養者の生活の継続、在宅で利用しているサービス、実施しているケアなどが有意に多かった。

質的研究は、K J 法で分析を行なった。質問紙の自由記述は記述単位に分類しコードを作成し、コードを内容の類似ごとに分類し、意味を表す内容をサブカテゴリーとした。さらに内容の類似ごとに分類しカテゴリー化した。

質的研究の結果は以下の通りである。

①一人暮らしの在宅療養者の生活の継続ができる要因としては、コード数 793 枚の分析の結果、51 項目のサブカテゴリーに分類でき、10 項目のカテゴリーが得られた。以下の 10 項目のカテゴリー：【意欲や意志を持って自律した生活ができる】、【病状や精神が安定する】、【自宅でしか生活できない現実がある】、【経済的に安定する】、【家族や地域の理解と支援体制】、【サービスの利用と支援】、【他職種と協働し連携する】、【緊急体制の確保】、【24 時間の支援体制で安心と安全を確保】、【異常の早期発見と対応】が明らかとなった。

②一人暮らしの在宅療養者の生活の継続が困難な要因としては、コード数 853 枚の分析の結果、45 項目のサブカテゴリーに分類でき、8 項目のカテゴリーが得られた。以下の 8 項目のカテゴリー：【心身の機能低下で自律ができず治療継続が困難】、【精神的な不調】、【対人関係が困難で受け入れを拒否】、【経済的な問題】、【地域に拠り所がない】、【親族への依頼が困難】、【緊急時に対応困難】、【社会保障の不足】が明らかとなった。

③一人暮らしの在宅療養者のニーズは、コード数 749 枚の分析の結果、59 項目のサブカテゴリーに分類でき、14 項目のカテゴリーが得られた。以下の 14 項目のカテゴリー：【健康面や疾患に関するニーズ】、【機能低下で 日常生活動作・手段的生活動作の困難に対するニ

ーズ】、【精神的苦痛に対するニーズ】、【本人の世話やできないことに対するニーズ】、【緊急・急変時の不安に対するニーズ】、【生活の場に対するニーズ】、【経済的な困窮や財産管理に対するニーズ】、【頼れる人がいないことへのニーズ】、【住居のトラブルに対するニーズ】、【各種制度やサービス利用や情報提供のニーズ】、【人間関係のトラブルに対するニーズ】、【家族に対するニーズ】、【病院や主治医に対するニーズ】、【本人以外（家族・他職種）のニーズ】が明らかとなった。

④一人暮らしの在宅療養者の地域連携が困難な要因としては、コード数 231 枚の分析の結果、35 項目のサブカテゴリーに分類でき、8 項目のカテゴリーが得られた。以下の 8 項目のカテゴリー：【利用者本人の病状の悪化や一人で行動し孤立しがちで人との交流を拒否】、【住宅事情の把握が困難】、【多職種のお互いの仕事の無理解や報告・連絡がない】、【インフォーマルサービスの情報共有や調整が困難】、【医療保険は地域の連携が少なく、サービス利用が少ないと連携が困難】、【情報の伝達・共有が困難で会議の参加もない】、【意見の不一致で方向性の統一が困難】、【人手不足のため力が発揮できない】が明らかとなった。

総合考察においては、今後は、継続看護の視点で見ていき、訪問看護師自身が訪問看護の役割や利用方法などを社会に発信していく必要がある。一人暮らしの在宅療養者の各々のニーズに対応できるように多職種間の仕事をお互いに理解し合い、抱え込まず役割分担し、お互いの役割を果たしながら理解を深め信頼関係を築き、地域連携を強化していくことが重要である。さらに、地域連携については、「できていない」、「あまりできていない」、「どちらともいえない」、を合計すると約 4 割を占めていた。したがって、一人暮らしの在宅療養者の地域連携を、訪問看護師自身がフォーマルサービスやインフォーマルサービスの関係者に積極的に働きかけていく必要がある。また、一人暮らしの在宅療養者の生活の継続が困難な要因や一人暮らしの在宅療養者のニーズに、精神的な不安や不調が浮揚していたことから、一人暮らしの在宅療養者の心身の自律を他職種と連携して支援することが重要である。一人暮らしの高齢者の増加が予想され孤立防止のためにも、地域の見守りの強化のために韓国の老人ドルボミ基本サービスのような制度を創りフォーマルサービスによる支援を取り入れ、以前より実施している地域の見守りボランティアのインフォーマルサービスも強化する必要がある。

本研究では、24 時間体制をとっていない訪問看護ステーションがあったことから、今後はほとんどの訪問看護ステーションで 24 時間体制を取ることで、訪問看護サービスの充実が期待される。また、一人暮らしの在宅療養者の QOL を担保しながら自宅での生活を無理なく継続していけるように、訪問看護ステーションの規模は、中規模型・大規模型の訪問看護ステーションのように大型化していく必要がある。しかし、訪問看護師の全体的な人数の不足があるため、訪問看護師数の増加が喫緊の課題である。

本文は以下に報告掲載された。

(1) 一人暮らしの在宅療養者の生活を継続できる要因

ー訪問看護ステーションの調査を通してー

日本看護福祉学会 第20巻2号 297頁－308頁（2015年3月刊行）に掲載

(2) 一人暮らしの在宅療養者への訪問看護に関する文献検討

ヘルスサイエンス研究 第18巻1号 33頁－37頁（2014年11月刊行）に掲載