

訪問看護サービスを利用している在宅痴呆性高齢者に関する実態調査 (第1報)

82 事例にみる現象とその特性

田中 敦子¹⁾ 大越 扶貴²⁾ 服部 ゆり子³⁾ 新井 巨恵⁴⁾ 大金 由美子⁵⁾ 伊藤 道子⁶⁾ 鳴海 喜代子¹⁾

¹⁾ 埼玉県立大学短期大学部 看護学科 ²⁾ 福井大学 医学部 看護学科

³⁾ 医療法人 八葉会 訪問看護ステーション茜 ⁴⁾ 社団法人 すみだ医師会立すみだ訪問看護ステーション

⁵⁾ 社会福祉法人 同愛会 在宅介護支援センターリヴェット ⁶⁾ 前、埼玉県立大学短期大学部 看護学科

I. 研究の背景・目的

わが国における高齢化の伸展は、要介護高齢者の増加に対する保健医療福祉サービスのあり方を模索させ続けている。なかでも、痴呆性高齢者の増加は、在宅ケア推進の状況下で、訪問看護サービスをはじめとする在宅ケアサービスの重要課題のひとつとして注目されている。しかし、それらサービスを必要としている痴呆性高齢者自身に生じている事象や保健医療福祉サービスの介入実態に関する調査はまだ少ない。本研究は、訪問看護サービスを視座として、在宅痴呆性高齢者に関わる現象とその特性を明らかにすることを目的としている。このことが明らかにされることの意義は、痴呆性高齢者やその家族のニーズを代弁することに他ならず、訪問看護サービスの役割と責任をより明確にできること、また、訪問看護サービスを含む保健医療福祉サービスの有機的な運用のあり方に対して示唆が得られることにありと捉えている。

II. 用語の定義

本研究において、在宅痴呆性高齢者は、「老年期痴呆」「脳血管性痴呆」「アルツハイマー病」と診断されている、または、記憶、認知、見当識などの障害を含む痴呆様症状が確認でき、それらに対する何らかの看護が必要であると保健医療福祉専門職者が判断している 65 歳以上の高齢者とする。

III. 研究方法

1. 調査期間

2003 年 10 月 1 日から 12 月 31 日。

2. 調査対象

過去半年間以上にわたって訪問看護を利用している在宅痴呆性高齢者と関わる訪問看護師で、無作

為抽出した東京、神奈川、千葉、埼玉、栃木、山梨、愛知、大阪の 8 都府県にある訪問看護ステーションに勤務する 52 名。

3. 調査方法

郵送法での自記式質問紙による留置調査法。在宅痴呆性高齢者 1 件あたりの調査票は、①回答する訪問看護師の属性、②在宅痴呆性高齢者の属性と状況、③予備調査結果に基づき抽出した「身体面」「精神面」「社会面」「日常生活の遂行」「家族支援」「人権擁護」「連携・協働」「その他」の 8 項目の枠組みに、過去半年間の在宅痴呆性高齢者に関わる現象ならびに具体的看護内容を自由記述する B4 判用紙、総数 15 枚からなる。

4. 分析方法

訪問看護師ならびに在宅痴呆性高齢者の属性と状況の一部については記述統計を測定し、また、在宅痴呆性高齢者に関わる現象ならびに具体的看護内容の分析は、8 項目の枠組みに記述された自由記述文章を一括した上で、質的分析 (センテンス単位分析) によってコーディング・カテゴリ化した。

5. 調査実施における倫理的配慮

本調査の目的は書面で説明し、調査は途中で拒否することが可能であること、施設ならびに個人を特定しないこと、結果は本研究の目的以外には使用しないことを書面で確約し、結果公開の許諾を含めて協力の上で了承が得られた訪問看護ステーションまたは訪問看護師に調査票を送付し、返送してもらっている。

IV. 研究結果

1. 回収状況

複数件の回収を含めて、回収数は総数 82 件。また、都道府県別の回収件数と割合は表 1 の通り。

表 1. 都道府県別回収状況 (N=82)

	東京都	神奈川県	千葉県	埼玉県	栃木県	山梨県	愛知県	大阪府
件数(件)	15	2	23	7	24	6	3	2
割合(%)	18.3	2.4	28.0	8.5	29.3	7.3	3.7	2.4

2. 回答を行った訪問看護師の属性

訪問看護師の年齢ならびに性別は、30 歳以上 40 歳未満 (23 名・44.2%) と 40 歳以上 50 歳未満 (19 名・36.5%) を合わせると全体の 8 割を占めており、全て女性であった。また、訪問看護実践を含む通算看護実践年数は、15 年以上 20 年未満が最も多く 30.8% (16 名) で、次いで、10 年以上 15 年未満 26.9% (14 名)、5 年以上 10 年未満 23.1% (12 名)、20 年以上が 19.2% (10 名) であった。さらに、通算訪問看護実践年数は、1 年以上 3 年未満が 30.8% (16 名) で最も多く、次いで、5 年以上 10 年未満 28.8% (15 名)、3 年以上 5 年未満が 21.2% (11 名) であった。

3. 在宅痴呆性高齢者の属性と状況

在宅痴呆性高齢者の年齢 (2003 年 10 月 1 日現在) は、最年少 65 歳、最年長 99 歳、平均年齢 83.3 歳 (± 7.1) で、性別は、男性 20 件 (24.4%)、女性 62 件 (75.6%) であった。

世帯類型は、「三世帯世帯」(24 件・29.3%) ならびに「本人または本人夫婦と、未婚の子のみの世帯」(23 件・28.0%) が共に 3 割近くを占め、「単独世帯」14.6% (12 件)、「夫婦のみの世帯」13.4% (11 件)、「本人または本人夫婦と、子夫婦のみの世帯」が 12.2% (10 件) であった。そして、居住する家屋は、「自宅・一戸建て」(65 件・79.3%) が 8 割近くを占め、次いで、「自宅・集合住宅 (マンション・二世帯住宅)」12.2% (10 件)、「借家・集合住宅 (マンション・アパートなど)」が 8.5% (7 件) であった。また、住環境は、「都市部郊外」(34 件・41.5%) と「都市部」(33 件・40.2%) が共に 4 割を占め、「農山村部」が 18.3% (15 件) であった。

主介護者は、「子供または子供の配偶者」(54 件・65.9%) が 6 割を占めており、次いで、「配偶者」が 22.0% (18 件) であった。また、主介護者なしは 1 件

(1.2%) であった。さらに、副介護者は、「子供または子供の配偶者」(46 件・56.1%) が 5 割を占め、次いで、「ホームヘルパー」14.6% (12 件) で、副介護者なしは 12 件 (14.6%) であった。

さらに、経済状況は、「多少ゆとりがある」(32 件・39.0%) と「ゆとりはないが苦しくもない」(31 件・37.8%) が共に 4 割近くを占め、次いで、「大変ゆとりがある」が 12.2% (10 件) であった。また、「大変苦しい」は 1 件 (1.2%)、「少し苦しい」は 8 件 (9.8%) で、生活保護の利用は 2 件 (2.4%) であった。

そして、要介護度 (2003 年 10 月 1 日現在) は、「要介護 4」(23 件・28.0%) が最も多かったものの、「要介護 5」(21 件・25.6%) ならびに「要介護 3」(19 件・23.2%) のいずれも 2 割台であった。また、痴呆性老人の日常生活自立度判定基準 (2003 年 10 月 1 日現在) は、「ランク III」(27 件・33.8%) と「ランク II」(24 件・30.0%) が共に 3 割を占め、次いで、「ランク IV」が 23.8% (19 件) であった。加えて、「ランク I」は 6 件 (7.5%)、「ランク M」は 3 件 (3.8%) であった。

また、訪問看護サービス以外に利用していた社会サービス (2003 年 10 月 1 日現在・複数回答) は、「通所介護・通所リハビリテーション」(47 件・57.3%) と「福祉用具貸与」(47 件・57.3%) が共に 6 割近くを占め、次いで、「訪問介護」47.6% (39 件)、「往診 (医療保険)」が 34.1% (28 件) であった。

行われていた医療処置内容 (2003 年 10 月 1 日現在・複数回答) は、「内服薬」(70 件・85.4%) が 8 割を占め、次いで、外用薬 41.5% (34 件)、褥瘡を含む創傷処置が 19.5% (16 件) であった。

NM スケールの平均値 (2003 年 10 月 1 日現在) は、「家事・身辺整理」2.6 (± 2.4)、「関心・意欲・交流」3.3 (± 2.6)、「会話」4.8 (± 2.6)、「記録・記憶」3.5 (± 2.7)、「見当識」4.0 (± 2.6) であった。また、随伴精神症状・異常行動 (2003 年 10 月 1 日現在・複数回答) は、「意欲・関心の低下」(41 件・50.0%) が 5 割を占め、次いで、「同じことを何度も言う」43.9% (36 件)、「病識欠如」29.3% (24 件)、「気分が変わりやすい」23.2% (19 件)、「怒りっぽい」と「不穏・興奮・攻撃」が共に 19.5% (16 件) であった。加えて、N-ADL の平均値 (2003 年 10 月 1 日現在) は、「歩行・起座」4.7

(±3.5)、「生活圏」3.7(±3.1)、「着脱衣・入浴」3.3(±3.1)、「摂食」5.1(±2.9)、「排泄」4.9(±3.9)であった。

4. 在宅痴呆性高齢者に関わる現象

8 項目の枠組みに自由記述された過去半年間における在宅痴呆性高齢者に関わる現象と具体的看護内容の記述文字総数は 68,245 文字で、訪問看護師の意見・感想や同一の調査票に繰り返し記述された内容を除いた有効分析文字総数は 48,024 文字、分析割合は 70.4%であった。在宅痴呆性高齢者に関わる現象は、老年看護学および地域看護学の複数名の看護教員らでコーディング・カテゴリ化した結果、以下の 27 コアカテゴリ ([]) と 94 カテゴリ ([]) が抽出された。

【コミュニケーション困難】[難聴による受信困難な状況][語彙・発語量に乏しく伝信困難な状況][認知障害による受信・伝信困難な状況]、【ADL・IADL 障害】[身体活動機能の障害—上下肢の機能の低下、全身の活動機能の低下][生活行動機能の障害—住環境に関わる行動障害、衣生活に関わる行動障害、食生活(摂食・飲水)に関わる行動障害、排泄に関わる行動障害、清潔に関わる行動障害、整容に関わる行動障害、活動・移動に関わる行動障害、家事に関わる行動障害、金銭管理に関わる行動障害、自転車・自動車などの利用に関わる行動障害]、【転倒を起こしやすい身体状況】[バランスを崩しやすい][不安定な歩行]、【アンバランスな栄養と食事療法困難な状況】[摂取量の過不足][アンバランスな栄養][守られない食事療法]、【咀嚼困難な状況と嚥下障害】[咀嚼困難][嚥下困難]、【脱水を起こしやすい状況と水分不足】[摂取水分量の不足][脱水]、【排泄障害】[頻回な尿意][尿・便失禁][コントロール困難な排便]、【睡眠障害】[日中の覚醒の減少][睡眠リズム障害]、【褥瘡を含むスキントラブル】[褥瘡][熱傷][褥瘡・熱傷以外のスキントラブル]、【清潔保持困難な状況】[清潔保持困難な状況による身体の汚染][失禁による陰部の汚染][口腔内トラブル][不衛生な頭髮と爪]、【尿路・皮膚感染症などを起こしやすい状況】[尿路感染症][皮膚感染症][原因不明の微熱]、【痴呆に深く関わる症状(主として中核的・周辺の症状)】[中核的症状][周辺の症状—気力・意欲・関心の障害、言葉・会話の異常、譫妄・幻覚・妄想・錯覚、感情・性格の変化、摂食異常、弄便・不潔な状態、徘徊、多動、廃棄、譲渡、収集、不穏・興奮、暴言・暴力]、【痴呆にも関

わる症状(主として自傷行為、自殺念慮など)】[自殺念慮][自傷行為][身体外傷の危険性][不定愁訴][依存的態度]、【呼吸器系の健康障害】[呼吸機能の低下][咳嗽・喀痰咯出困難]、【心臓・循環器系の健康障害】[血圧の異常][不整脈][循環不全][心不全]、【脳・循環器系の健康障害】[意識消失発作]、【内分泌・代謝系の健康障害】[血糖の異常][糖尿病][体温の異常]、【血液・造血器系の健康障害】[貧血]、【消化器系の健康障害】[消化管出血]、【骨格器系の健康障害】[変形][圧迫骨折]、【身体の疼痛】[肩・膝・関節の疼痛][肛門部の疼痛]、【薬剤の使用・管理に関わるトラブル】[内服薬の管理・使用の障害][外用薬の管理・使用の障害][薬剤による副作用の発生]、【医療処置や医療機器・器材の管理に関わるトラブル】[カテーテル管理の障害][瘻孔管理の障害][在宅酸素療法に関わる障害][インスリン自己注射に関わる障害]、【セルフケア困難な状況】[受診困難な状況][セルフケア困難][不健康な体重][アルコール依存]、【虐待による身体外傷】[故意的虐待][不可抗力的虐待]、【家族の介護負担と家族を取り巻く課題】[介護負担][家族・介護者の心身の状況][家族・介護者の社会的状況][家族・介護者の存在と介護力][家族を取り巻く課題]、【社会資源・社会サービス利用困難な状況と複合的なサービスの利用】[生活背景を踏まえたサービス][複合的な人的・物的サービスの利用]。加えて、238 サブカテゴリが抽出された(記載省略)。

V. 考察

1. 一般高齢者にみられる現象と痴呆症に依拠するセルフケアの困難さ

抽出されたカテゴリからその全般的傾向をみると、①加齢に伴う身体・生理機能の低下、②痴呆症以外の罹患疾患の存在、③医療の介入の必要性、④痴呆症に依拠したセルフケア困難な状況が捉えられる。これは、調査対象者が訪問看護サービスを利用していた痴呆性高齢者であったことに裏づけられる当然の結果とも言える。しかし、近年における高齢者の医療依存度の高まりは痴呆性高齢者にとっても同様のことであり、今後ますます痴呆性高齢者の医療ニーズは高まることが予測される。痴呆性高齢者においては、一般高齢者にみられる身体の活動性の低下、転倒、脱水、排泄障害、スキントラブルなどが生じる

ことのみにとどまらず、痴呆症に依拠するセルフケアの困難な状況が相乗して、必要な治療の継続や二次的合併症の予防が図り難いことは否めない。ゆえに、綿密な観察と痴呆の病態ならびに生活状況を踏まえた多面的で重層的な看護アセスメント、加えて、個々の痴呆性高齢者の状況に応じた健康を支援する医師や訪問介護員らとの連携・協働が不可欠と言える。

2. 複雑に絡み合った痴呆性高齢者の現症

抽出されたカテゴリの一部には、複雑に絡み合った現象を捉えることができる。つまり、「行動の障害」「痴呆症に依拠する症状」「一般高齢者にみられる食事・排泄・睡眠などに関わる身体の恒常性の障害」が相互に関連しあって様々な現象を引き起こしているということである。具体的には、「食や栄養」に該当する現象としては、痴呆症による拒食という[摂食異常]や自ら摂食できないという[食生活(摂食・飲水)に関わる行動障害]が存在する他に、偏食や食事療法が守れないことなどの[アンバランスな栄養と食事療法困難な状況]が存在している。このことは、狭義の介護技術の限界と「痴呆症」「健康」「生活」「自尊心の尊重」を包括した計画的かつ継続性のある看護技術の必要性を問いかけているとも言える。

3. 支援としての家族教育

【虐待による身体外傷】【家族の介護負担と家族を取り巻く課題】のカテゴリからは、家族の身体的、精神的、社会的介護負担が、故意的に虐待による身体外傷を生じさせる反面、家族の介護知識の不足や曖昧な認識が不可抗力的に虐待の状況に至ることが捉えられる。痴呆性高齢者の家族支援は、単に家族介護の代替的機能を有するのみでなく、家族が故意的・不可抗力的に加害者と化すことなく、痴呆性高齢者の家族として存在し続けられる支援が必要である。この点においては、痴呆性高齢者介護に対する知的理解と家族である痴呆性高齢者に対する情緒的理解を促進する「家族教育」の一翼を担う訪問看護師の取り組みに期待が寄せられるとも言える。

4. 社会資源・社会サービスの有機的な提供

【社会資源・社会サービス利用困難な状況と複合的なサービスの利用】のカテゴリにみられるように、

サービス利用が困難な状況はありながらも、複合的な人的・物的サービスの利用に対するニーズは大きい。しかし、今後においては、サービスの量的保証よりもサービスの質を担保した、予防対応サービスからターミナル対応サービスまでをも捉えたサービス提供のシステム作りが喫急の課題とも言える。特に、痴呆症と診断された初期段階から、また、在宅サービス利用開始当初より訪問看護サービスを導入するシステムは、予防が講じられなかったゆえの健康障害の発生や必要なケアが提供されなかった結果としての疾患や症状の重症化を回避するものである。これは、痴呆性高齢者の在宅生活の継続と痴呆症の重度化を予防する有用な手立てとなり、医療費や介護費の低減にも寄与するものと思われる。

VI. 本研究の限界と課題

本研究は、一部の限られた対象によるものであり、今後においては調査数の拡大と共に、本研究結果の演繹的検証が課題である。

謝辞

本研究の実施にあたり、業務多忙のなか、快くご協力下さいました訪問看護ステーションの管理者ならびにスタッフの皆様方に厚く御礼申し上げます。

〈付記〉

本研究は、(財)日本訪問看護振興財団「平成 15 年度訪問看護・在宅ケア研究助成」による研究の一部である。

参考文献(一部)

1. (財)日本訪問看護振興財団,「平成 14 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金事業在宅痴呆性高齢者ケアに関する実態調査及びマニュアル等作成事業」研究事業報告書, 1993
2. Una P.Holden, Robert T.Woods 著／川島みどり訳, 痴呆老人のアセスメントとケア, 医学書院, 1994
3. 五島シズ, 水野陽子, 痴呆性老人の看護, 医学書院, 1998