

保健医療福祉領域における高齢者の
独居療養生活支援システムに関する研究

2012年3月

聖隷クリストファー大学大学院
博士後期課程保健科学研究科
蒔田 寛子

論文要旨

I. 研究の背景

我が国では、高齢化率上昇および世帯構造の変化により、家族や社会の支援が得られない独居高齢者が増加すると予測されている。特に今後は、ADLが低下した状態で在宅生活を営む高齢者の増加が考えられる。そこで本研究では、支援者が少ない環境下で、独居で療養生活を送っている ADL 低下高齢者（以下独居療養者とする）の、在宅生活継続のための保健医療福祉領域における支援システムに関して研究することを目的とした。本研究では、支援システムを支援機能の視点から構造化し、機能充足型システムを提案している点に特徴がある。機能充足型システムは、求められている支援ニーズを落とすことなく満たすことができ、支援者をより有効に活用できるシステムではないかと考えられる。

II. 研究目的

ADL 低下高齢者の独居療養生活を継続するための支援について、支援機能の視点から構造化し、機能充足型の支援システムを検討し、独居療養者の QOL 向上に寄与することを目的とする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

研究デザインとして質的記述的研究法を用いた。高齢の独居療養者の生活および、支援内容と方法を記述することにより、支援を含めた生活を理解すること、そしてそこから機能充足型の支援システムの構造を導き出すことを目的としており、事象を記述することによりその事象を理解する質的記述的研究法が適切と考えたからである。

2. 研究対象者

研究対象者は、独居療養者とその支援者とする。療養生活には性差があると思われ、女性の単独世帯が多いというわが国の背景を考え、独居療養者を現在受診中で医療依存度が高く、訪問看護師が支援している女性高齢者とする。

3. データ収集および分析方法

- 1) 質問紙調査 ADL の評価を FIM により測定した。また支援の評価を SF-36v2 を使用し、独居療養者の QOL を測定することにより確認した。
- 2) 面接調査 研究対象者に対し、インタビューガイドを用いた半構成的面接を行った。
- 3) 倫理的配慮 研究対象者には、研究目的、研究方法、自由意志による参加であり、辞退により不利益はないこと等の倫理的配慮について紙面と口頭で説明し、同意書にて同意を確認した。研究に際しては、聖隷クリストファー大学の倫理委員会で承認を得て(認証番号：10003)実施した。
- 4) 分析のプロセス 療養者と支援者の語りから独居療養生活継続のための要素と独居療養生活支援を機能として分析した。抽出された独居療養生活継続のための要素と、独居療養生活支援機能から、独居療養生活継続支援の構造を示すとともに、独居療養生活支援シ

システムを検討した。

IV. 結果

I. 対象者の概要

研究対象独居療養者は14名であり、平均年齢は79.8±9.24歳であった。研究対象支援者は、訪問看護師15名、ケアマネジャー10名(訪問看護師兼務2名)、訪問介護職9名、非職業人4名、他4名の合計41名であった。

2. ADL低下高齢者が独居療養生活を継続するための要素と支援機能の構造化

独居療養生活継続のための要素の分析により17のカテゴリーが、独居療養生活支援に関する機能の分析により14のカテゴリーが抽出された。17の生活継続の要素と、14の支援機能を統合し、独居療養生活を構造化できると考えた。独居療養生活継続のための17の要素は更に、生命の維持、生活の維持、生活のゆとりの3つの内容に整理できた。そして、これらは、セルフケアの内容と、潜在的なニーズへの援助を受けている内容があった。セルフケアの内容については、顕在的ニーズへの支援の依頼と、自らニーズを満たす行動であった。独居療養生活支援機能は、「理解」「援助」「援助の調整」という3つの側面と、支援方法の5つの特徴の側面があった。独居療養者のニーズをふまえ、立場や職業的に特徴のある支援方法で支援していた。

V. 考察

症状変化の早期発見と対処等の潜在的ニーズを読み取り支援することが、療養生活継続にとって重要であると考えられた。少ない人数で必要な支援機能全てを担っていく場合、療養支援の専門職のみで担うという考え方ではなく、地域住民の支えあいを積極的に活用していくという考え方への転換が必要である。その際、独居療養者自身も必要な支援を依頼するという機能を果たすことが必要と考える。本研究結果を普遍化し、今後の独居療養生活支援システムを論じるには研究対象者の偏りと、療養生活支援システムに非専門職を含めることにさらなる検討が必要であり、これらに限界がある。そのため、独居療養生活支援システムを構築するまでには至らず、地域の力を積極的に活用できるような支援についての思考の転換およびそのひとつとしての機能充足型のシステムを提案するということにとどめた。

VI. 結論

ADL低下高齢者の独居療養生活維持のための機能充足型支援システムは2つの側面により構造化することができた。独居療養生活支援システム構築にむけて、職業としてではなく支援している者の機能もあわせて、システムを構築する必要性の示唆を得、今後はこれらの支援者が提供している機能に対する支援を制度としてどのように扱っていくかが課題である。

目次

第1章	序論	1
I.	研究の背景	1
II.	研究目的	3
III.	研究の意義	3
第2章	文献検討	4
I.	療養生活支援システムに関する研究	4
II.	療養生活支援に関する研究	6
III.	在宅療養者の QOL に関する研究	8
IV.	ニーズの考え方と在宅療養者のニーズに関する研究	8
第3章	研究方法	10
I.	事前調査	10
1.	研究課題	10
2.	調査目的	10
3.	用語の定義	10
4.	研究デザイン	11
5.	調査方法	11
6.	結果	13
7.	本研究への示唆	14
II.	研究の枠組み	17
III.	用語の定義	17
IV.	研究デザイン	18
V.	調査方法	18
1.	研究対象者	18
2.	研究対象者の選定手順	20
3.	データ収集	20
4.	データ分析方法	21
第4章	結果	24
I.	対象者の概要	24
1.	独居療養者の概要	24
2.	支援者の概要	25
II.	調査結果	25
1.	ADL 低下高齢者の独居療養生活継続のための要素の分析	25
2.	独居療養生活支援機能の分析	33

3. ADL 低下高齢者の独居療養生活を継続するための要素と 支援機能の構造化	53
4. ADL 低下高齢者の独居療養生活継続のための要素と 独居療養生活支援機能の構造の概念図	54
5. 独居療養生活支援機能「支援者の連携」の分析	58
6. 支援者の連携と連携のための各支援者の機能	62
7. 独居療養生活支援システムのニーズの特徴による変形	62
8. 独居療養生活継続の構造 概念図	63
第5章 考察	64
I. ADL 低下高齢者の独居療養生活	64
II. 独居療養生活継続のための要素と独居療養生活支援機能の構造化 および独居療養生活支援システム	64
III. 独居療養生活支援の考え方	65
IV. 地域の力を積極的に活用していくという支援の考え方	67
V. 看護への示唆	69
VI. 本研究における課題	69
第6章 結論	71
謝辞	72
文献	73

図・表 目次

図 1	研究の枠組み	17'-1
図 2	分析のプロセス	23'-1
図 3-1	独居療養生活支援機能『理解』の概念図	54'-1
図 3-2	独居療養生活支援機能『援助』の概念図	56'-1
図 3-3	独居療養生活支援機能『援助の調整』の概念図	57'-1
図 4	支援者の連携と連携のための各支援者の機能	62'-1
図 5	独居療養生活支援システムのニーズの特徴による変形	62'-2
図 6	独居療養生活継続の概念図	63'-1
表 1	事前調査の高齢独居療養者の概要	13'-1
表 2	高齢者の独居療養生活の継続のための要素と 独居療養生活支援機能の関係	14'-1
表 3	独居療養者および支援者の概要	24'-1
表 4	FIM(機能的自立度評価法)項目による自立度	24'-2
表 5	独居療養者のサマリースコア(70~79歳女性の国民標準値に基づく)	24'-3
表 6	独居療養者のサマリースコア(慢性疾患2つ以上の国民標準値に基づく)	24'-4
表 7	ADL低下高齢者の独居療養生活継続のための要素と 独居療養生活支援機能の関係	53'-1

資料 目次

資料 1	事前調査結果 高齢者の独居療養生活の継続のための要素の分析 ……	79-1
資料 2	事前調査結果 独居療養生活支援機能の分析 ……	79-2
資料 3	「独居療養生活支援システムに関する研究ご協力のお願ひ」訪問看護ステーション所長 ……	79-3
資料 4-1	「独居療養生活支援システムに関する研究ご協力のお願ひ」訪問看護ステーション 担当訪問看護師 ……	79-4
資料 4-2	「同意書」訪問看護ステーション 担当訪問看護師 ……	79-5
資料 5-1	「独居療養生活支援システムに関する研究ご協力のお願ひ」 独居療養者 ……	79-6
資料 5-2	「同意書」独居療養者 ……	79-7
資料 6-1	「独居療養生活支援システムに関する研究ご協力のお願ひ」 担当医師 ……	79-8
資料 6-2	「同意書」担当医師 ……	79-9
資料 7-1	「独居療養生活支援システムに関する研究ご協力のお願ひ」 訪問看護師・医師以外の支援者 ……	79-10
資料 7-2	「同意書」訪問看護師・医師以外の支援者 ……	79-11
資料 8	「独居療養生活支援システムに関する研究ご協力のお願ひ」 病院院長 ……	79-12
資料 9	「独居療養生活支援システムに関する研究ご協力のお願ひ」 施設所長 ……	79-13
資料 10	機能的自立度評価表(FIM) ……	79-14
資料 11	SF-36v2 日本語版面接用質問用紙 ……	79-15
資料 12	独居療養者へのインタビューガイド ……	79-16
資料 13	支援者へのインタビューガイド ……	79-17
資料 14	基本情報収集用紙 ……	79-18
資料 15	「健康悪化時支援を求めることができること」 ……	79-19
資料 16	「病状の安定を維持すること」 ……	79-20
資料 17	「精神的な安定を維持すること」 ……	79-21
資料 18	「栄養状態を維持すること」 ……	79-22
資料 19	「夜間睡眠を確保すること」 ……	79-23
資料 20	「ADL 低下による障がいに対応すること」 ……	79-24
資料 21	「認知機能低下による障がいに対応すること」 ……	79-25
資料 22	「独居継続を判断すること」 ……	79-26

資料 23	「社会関係を維持すること」	79-27
資料 24	「別居家族との関係を維持すること」	79-28
資料 25	「生活基盤(生計等)を維持すること」	79-29
資料 26	「身体の清潔を維持すること」	79-30
資料 27	「身だしなみを維持すること」	79-31
資料 28	「生活用品を調達すること」	79-32
資料 29	「生活環境を維持すること」	79-33
資料 30	「外出すること」	79-34
資料 31	「生活を楽しむこと」	79-35
資料 32	「療養者からの依頼に基づき生活の状況を理解する」	79-36
資料 33	「近隣生活者としての親しい間柄に基づき生活の状況を理解する」	79-37
資料 34	「対象独居療養者への援助経験に基づき理解する」	79-38
資料 35	「独居療養者への援助経験に基づき理解する」	79-39
資料 36	「病気と社会保障制度の知識に基づき理解する」	79-40
資料 37	「療養者の依頼に基づき援助する」	79-41
資料 38	「近隣生活者としての親しい間柄に基づき援助する」	79-42
資料 39	「対象独居療養者への援助経験に基づき援助する」	79-43
資料 40	「独居療養者への援助経験に基づき援助する」	79-44
資料 41	「病気と社会保障制度の知識に基づき援助する」	79-45
資料 42	「近隣生活者としての親しい間柄に基づき援助を調整する」	79-46
資料 43	「対象独居療養者への援助経験に基づき援助を調整する」	79-47
資料 44	「独居療養者への援助経験に基づき援助を調整する」	79-48
資料 45	「病気と社会保障制度の知識に基づき援助を調整する」	79-49
資料 46	支援者間の連携 訪問看護師と他の支援者との連携	79-50
資料 47	支援者間の連携 ケアマネジャーと他の支援者との連携	79-51
資料 48	支援者間の連携 訪問介護職と他の支援者との連携	79-52

第1章 序論

I.研究の背景

我が国の総人口は2010年10月1日で1億2,806万人であった。65歳以上の高齢者人口は、2010年には過去最高の2,958万人となり、総人口に占める割合は23.1%となり、1人の高齢人口に対して2.8人の生産年齢人口という比率になっている。将来推計人口では、今後長期の人口減少過程に入り、2046年には1億人を割って9,938万人となると推計されている。一方で、高齢者人口は今後、「団塊の世代」が65歳以上となる2015年には3,000万人を超え、2025年には3,500万人に達すると見込まれている。総人口が減少するなかで、高齢者が増加することにより、高齢化率は上昇を続け、2025年には30.5%になると推計されている。2025年には1人の高齢人口に対して2.0人の生産年齢人口、さらに進んで2055年には1人の高齢人口に対して1.3人の生産年齢人口という比率になる(内閣府,2011a)。この統計資料は、生産年齢人口を15～64歳として、65歳以上の高齢者人口と比較した割合であるが、実際には15歳から働く若者は多くはなく、高校、大学等へ進学する者がほとんどであることをふまえると、さらに厳しい比率になると考えられる。

介護保険制度における要介護者又は要支援者と認定された人のうち65歳以上の人の数についてみると、2008年度末で452.4万人となり、2001年度末から164.7万人増加し、第一号被保険者の16.0%を占めている。さらに、65～74歳人口と75歳以上人口について要介護の認定を受けた人の割合をみると、65～74歳で要介護の認定を受けた人は3.0%であるのに対して、75歳以上人口になると要介護の認定を受ける者の割合が大きく上昇し21.6%となっている(内閣府,2011b)。

世帯構造が変化し核家族化が進んだ結果、高齢者世帯数に占める家族類型別では、単独世帯、親と未婚の子のみの世帯は増加傾向にあり、さらに今後、「単独世帯」が一貫して上昇し続け、2025年には35.4%になるとされている(内閣府,2011c)。そして、2030年には、50代・60代男性の概ね4人に1人が一人暮らしとなるという予測もあり(国立社会保障・人口問題研究所,2008)、これまでは夫と死別した女性の単独世帯の増加に注目が集まっていたが、今後は男性の単独世帯が顕著になっていくと考えられる。

また、単独世帯の高齢者に、要介護度が重くなっても現在の住まいで暮らしたいか尋ねたところ、7割が「住み続けたい」と答えていることが、市民調査により明らかになった(特養ホームを良くする市民の会,2009)。要介護度が重くなっても、単独世帯の高齢者のQOLを考える際、居宅での療養生活の継続が重要であると思われる。しかし、今後の看取りの場所を人口動態推計から推定すると、現在のサービス提供では医療機関でも、介護施設でも、自宅でも看取りのサービスを受けられない人の数は、2030年には約47万人になると推測されている。療養生活の支援が必要になる者の希望は、居宅での療養生活であるが、現在のままではそれを可能にするようなサービスが整っていないことがわかる。

以上のことより、総人口はすでに長期の減少過程に入っているが、高齢者人口は増加し、高齢化率上昇および世帯構造の変化により、独居高齢者が増加するため、家族や社会の支援が得られない者が増加すると予測されている。前述した要介護者及び要支援者の増加と、75歳以上ではその割合が大きく上昇すること、また日常生活に影響のある者の率は、年齢層が高いほど上昇していること(内閣府,2011b)をふまえると、特に今後は、高齢による身体機能の低下から、ADLが低下した状態で在宅生活を営む高齢者、また世帯構造の変化を踏まえると家族の支援が得られない高齢者の増加が予測される。さらに、総人口の減少により、療養支援の専門職者の総体的な不足が進むと考えられ、今後は従来の家族が果たしていた支援も家庭外に求めることが必要となっていくと推測される。このような背景から平成23年6月に決定された社会保障・税一体改革成案においては、地域・家族のセーフティネット機能の減退を補うために、「医療・介護／保育等のサービス分野における多様な主体の参加、『新しい公共』の創出など、成長に貢献し、地域に根ざす提供体制の実現を図る」ことによる包括的な支援体制の構築が提案されている。ここには、地域の力に目を向ける必要性や独居であるからこそ、地域の隣人友人等のコミュニティを大切に考える考え方が包含されている。そこで 独居高齢者の支援について研究し、家族の支援が得られない高齢者への支援に示唆をえることは意義があると考えた。

本研究では、独居で療養生活を送っているADL低下高齢者(以下、独居療養者とする)が、在宅生活を継続するための支援システムに関して検討したいと考え、これを研究目的とする。独居療養者では、病状の悪化や急変が在宅生活の中断終了ともなるため、特に療養生活に着目し、保健医療福祉領域における在宅生活を継続するための支援システムの検討とする。支援の総体を支援システムとするため、専門職だけではなく、非専門職の支援を含めて検討することとし、職業や立場に関係なく療養者に提供されている独居療養生活に必要な支援を明らかにし、現行制度をふまえた上で効率的に実施できるような支援システムにしたいと考える。専門職の法的な業をふまえて実施できる支援とできない支援はあるが、誰でも実施できる支援については、職業や立場に関係なく実施できるような支援システムの提案であり、支援のあり方についての思考の修正へのきっかけになると考える。また、非専門職を含めた支援を検討することにより、地域の力に目を向けることになり、地域の助け合いの機能がより発揮されるような支援のあり方を提案できると考える。

現在の療養生活が安定していると考えられる独居療養者が受けている専門職及び非専門職の支援の総体を調査し、受けている支援を、この人々が在宅生活するために自己努力では充足出来ない、独居療養生活支援機能と捉える。本研究は、従来の支援システム研究が、主として支援提供者の職種連携の視点から行われていたことに反して、支援機能の視点から構造化し、機能充足型システムを構築しようとする点に特徴がある。機能充足型システムは、未だ研究者の仮説であるが、それぞれの職種が果たす支援を機能として集約して考えるために、求められている支援ニーズを落とすことなく満たすことができ、支援者

をより有効に活用できるシステムではないかと考えられる。そのため、今後の人的資源の減少に対応する解決策の一つを提案でき、あわせて、集合施設生活ではなく、家族の介護に依存しない在宅療養生活支援の在り方についての示唆も得られ、療養者の QOL 向上に寄与できると考える。

II.研究目的

世帯構造の核家族化と高齢化率の上昇により、独居の高齢療養者が増加する社会になり、家族の支援が得られない療養者が増加する。また、人口数の減少による支援者の相対的減少もある。特に今後は、ADL 低下高齢者が増加すると考えられるため、ADL 低下高齢者の独居療養生活を継続するための保健医療福祉領域における支援について、支援機能の視点から構造化し、機能充足型の支援システムを明らかにし、独居療養者の QOL 向上に寄与することを目的とする。

III.研究の意義

1. 従来、療養支援では、その療養者に必要な役割を持つ支援者を集め支援チームを形成するという過程をとっているが、今後の我が国の家族内外の人的資源不足を考えると、潤沢な支援者を集めることは困難である。本研究では、支援者の役割を固定して考えるのではなく、現在在宅独居療養生活を営んでいる高齢者に対する支援から、在宅独居療養生活を継続するために必要な、保健医療福祉領域における独居療養生活支援機能を検討する。ついで、少ない人材で、どう分担しあって在宅独居療養生活の継続という目的を達成するか、という切り口にたつよう発想を転換し、支援システムを検討する。それにより少ない人的資源でより適切な、支援システムを提示することができる。
2. 人的資源の少なさを前提に考える新しい支援のあり方は、役割分担ではなく、支援の機能を充足させるために専門職だけではなく、非専門職の参加を有効に位置付けるものである。支援に非専門職の参加を有効に位置づけることにより、新たな地域住民の互助関係を形成するものであり、地域社会の活性化につながるものである。
3. 高齢者の在宅独居療養生活を継続するための支援システムを提示することにより、在宅独居療養者の支援のあり方にも示唆を与えることができる。

第2章 文献検討

I.療養生活支援システムに関する研究

在宅療養生活支援をシステムとして検討している研究は多くはみられていない。

終末期がん患者への地域医療と福祉のシステムについて、開業医と地域住民に対するアンケート調査から考察した文献によると(平松,谷村,吉野,2005)、地域住民が希望している療養の場は、70%以上が自宅であったが、開業医は52%が終末期医療を実施しておらず、地域住民は自宅での療養を希望しているものの、療養生活を支援するような在宅医療のシステムが整備されていないことが窺えた。

看護を中心としたシステムについての研究には、神経難病における地域ケアシステムに関する研究(小西,小倉,川村,牛込,近藤,2006;松下,小西,小倉,牛込,川村,2006)、退院患者の在宅療養支援システムに関する研究(桂,1999;三上,2010;美ノ谷,福嶋,杉宮,2007)等があるが、看護を中心としており、在宅療養者に対する支援の全体をシステムとしている研究は少ない。

在宅医療システムの検討については、2006年度の医療法改正で、医療施設入院期間を短縮する方向が鮮明に打ち出され、在宅療養支援診療所の制度が創設されたことにより検討が進むと考えられる。在宅療養支援診療所の在り方に関する報告(石塚,2007)、在宅療養支援診療所を開設した開業医の実践報告(中野,2006;渡辺他,2008)などがみられている。これらによると、在宅療養支援診療所は、多職種・他機関と十分に連携を取りながら在宅療養生活支援を実施し、サービスはそれぞれが独立して提供するのではなく、社会資源が有機的につながり機能するような在宅医療システムが必要であることが示唆されている。在宅療養支援診療所の制度創設により、在宅療養支援診療所を中心とした在宅医療システムの検討が進むのではないかと考えられる。

欧米諸国においても、人口の高齢化が深刻になっており、高齢者への医療・福祉などの政策が様々取り組まれており、欧米諸国の社会保障制度が、療養生活支援システムを検討する上で参考になると考える。フランスにおける在宅入院制度は、医療ニーズの高い患者に対し、病診連携を核にした、多職種・多機関による支援であり、ケアコーディネーターは医師と看護師(篠田,2008)とのことである。そして在宅療養の制度には、「受け入れ家庭制度」があり、県から許可を受けた一般の家庭が、有償で高齢者や障害者を受け入れている(奥田,2008)。我が国に比べ、病診連携が進み、在宅療養支援に職業としてではなく支援をする人を活用し、その支援に対しての支払いも行われているということであり、総人口の減少と高齢化の進む我が国においては、参考になる制度であると思われる。

イギリスにおけるコミュニティケア政策の展開は、日本の高齢者福祉政策における行政の責任の考え方や、介護保険制度におけるケアマネジメントシステム等に大きな影響を与えている(所,2008)とのことである。そして、財政難に対応するための医療制度改革の一つ

が中間ケアであり、中間ケアにより不必要な入院が回避され、高齢者の自立促進の機会、多職種連携による専門性の発揮の機会となっており、急性期医療の費用抑制効果がみられている(青木,2009)とのことである。イギリスは多職種連携が進んでおり、我が国でも多職種連携に関する研究が盛んにおこなわれるようになってきており、中間ケアの考え方は参考になるかと思われる。

高福祉高負担というシステムの中で高齢者ケア政策を位置付けているフィンランドでは、できる限り在宅で暮らし続けられるシステムの整備がされており、介護施設に代わるものとして、「住宅」に介護等のサービスを付加させたサービスハウスがその中心となっている(石井,2008)とのことである。スウェーデンは住宅政策及び医療政策との関連の中で施設が居住化され、施設は高齢者の生活の場になっており(奥村,2008)、デンマークでは「住まいとケアの分離」理論にのっとり、最期まで地域で暮らせる地域居住を実現している(松岡,2008)とのことであり、フィンランド、スウェーデン、デンマークでは高齢者ケアは高齢者の住宅政策と関連させて考えられていることが窺える。

上記より、諸外国において高齢者ケア政策は、多職種が連携することを前提に、高齢者住宅政策と密接な関係をもって進められており、高齢者ケアを考える場合に、住宅政策は重要な周辺要素という位置づけであった。そして、フランスのように、一般の人を高齢者支援の制度の中に入れるという発想も、少子高齢化が進む我が国において必要であろう。諸外国の取り組みは、我が国における独居療養生活支援システムを検討する上で参考になると思われた。

一般的に療養生活支援システムに関する研究では、支援者の役割を固定して考え、支援者の集積をシステムとしていた。近年、複数の領域の専門職が、それぞれの技術と知識を提供し合い、相互に作用しつつ、共通の目標達成を患者・利用者とともに目指す援助活動として、専門職連携(IPW:Inter Professional Work)が実践・研究されるようになってきている。専門職連携は、多職種が協働する環境で互いに働きかけ合いながらサービスを提供することであり、組織的な境界を越えて柔軟な役割を担い、その専門性を高めて発揮する機会となる。そして専門職連携の支援システムの考え方は、支援者の役割を固定して考え、それぞれの専門職が専門性を高めて支援するという従来の支援システムの考え方を踏襲している。

しかし、今後ますます進むといわれている少子高齢化による労働人口の減少と、独居高齢者の増加をふまえると、支援者の役割を固定し、必要な支援者を集めて支援するという従来の支援システムの継続は困難と考える。本研究では、支援者の量の不足により、必要な役割を担当できる人材がない状況での、独居療養者のニーズに基づく、在宅での療養生活支援システムを検討する。そのためには、必要な人材を集めるのだが、その人材に限定がある場合、療養生活支援に必要な機能を、限られた人数の支援者でどのように分担、関連するのかという発想の転換を行い、療養生活支援システムを検討する必要がある。

II.療養生活支援に関する研究

終末期患者の在宅療養に関する研究では、看取る家族の体験や、支援に関する研究(東,永田,2003;本田,佐藤,1999;堀井,光木,葛田,大西,2008;福井,川越,2004;蒔田,大石,山村,中野,2009;村松,中山,川越,2006;小野,麻原,2007;佐藤他,2006;繁澤,安藤,前川,2006)が多くみられている。

訪問看護を利用している療養者の家族を対象に、訪問看護に対する満足に関して分析した研究(川村,数間,諏訪,1996)によると、医療依存度の高い在宅療養者と家族の評価から、訪問看護サービスを家族不在時や休日夜間も利用でき、長時間滞在や頻回な訪問ができることなどの施策化が期待されていた。そして訪問看護の実績から、訪問看護ステーションの役割を検討した研究(青木他,2008)からは、計画外訪問が、定期訪問を含めた全体の34%に及んでおり、内容は急激な症状の変化や、点滴やカテーテルのトラブルなど、明らかに医師や訪問看護師が対応した方がよい場合が多く、時間帯は休日と夜間の緊急訪問が全体の緊急訪問の54%となり、休日夜間の対応が、在宅療養において不可欠であることが示されている。また、遺族による在宅ターミナルケアのサービス評価に関する研究(島内,小野,2009)でも、訪問看護師の緊急時の対応について高い評価を得ていた。在宅ケアのアウトカムに影響するケア項目と実施度の研究によると(島内他,2002)、全体的にアウトカムは、ケアの「実施が必要時いつもなされる」ほど向上しており、転倒の危険から安全を守り、排泄へのケアによって、療養者の基本的な生活が強く支えられていることが窺えた。

在宅療養者のケアにおいては、必要時いつもケアが受けられることが望まれており、安全を守り、基本的生活を支えるような支援が必要と考えられる。そして、特に医療依存度が高い療養者では、24時間体制の訪問看護利用が、強く期待されていることが窺えた。

訪問看護ステーションの24時間ケア対応の実態では、緊急訪問看護加算、24時間連絡体制加算の届出を行っている訪問看護ステーションは、全国のステーションの約7割であるが、夜間・早朝のケア体制の大半はオンコール体制(自宅待機)であり、夜間・早朝の計画的訪問を実施している訪問看護ステーションは117か所(6.2%)となっていた。夜間・早朝の計画的訪問を実施していない理由に、看護職確保の問題があげられている(村嶋,2004)。24時間連絡体制加算により、必要時24時間ケア対応はなされているが、夜間早朝の計画的訪問にまでは、十分な訪問看護のサービス体制が整っていないことが窺える。

アメリカ合衆国のコミュニティーナースによる高齢者への地域ケアについて検討した文献(Rydhholm L et,2008)によると、高齢者の半数程度は単独世帯であり、高齢者のニーズは緊急ケアに関するものが21%と最も多く、高齢者が関心のある本質的なことは、精神的・スピリチュアルな側面が40%で最も多かった。また、女性医師の語りから高齢者への支援を検討した文献(Nordam A et,2003)によると高齢者への支援には、対象を深く尊重するような基準が必要であると述べられている。韓国における高齢者のヘルスケア決定について

の研究(Soo JC et,2007)でも、研究対象者の 28.5%は単独世帯であった。諸外国においても単独世帯の高齢者の割合は大きく、精神面へのケアと、緊急時の対応を期待されていることが窺えた。

療養生活は、家族のケアに頼る部分も大きい状況にあるわが国では、独居をキーワードにした療養生活支援に関する研究は多くはみられない。独居高齢者への訪問看護師の援助について分析した文献(仁科,湯浅,小川,2008)によると、高齢者の意思を尊重し、最善の方法を考え支援することが本人主体の支援になっていた。また、訪問看護ステーションの実践報告(伊藤他,2007)では、緊急訪問が多く、その内容は疼痛、呼吸困難などの苦痛症状、症状の変化、対処法の確認などであり、医療的な問題であった。そしてケアチームのメンバーは、医師、看護師、ケアマネジャー、訪問介護職、ボランティア、友人、隣人などであり、ボランティアは日常生活支援や不安の軽減、簡単な家事、話し相手、見守り等を行い、友人・隣人は食事の差し入れや家事、健康悪化時支援を求め、財産管理や葬儀など、家族同様の重要なかわりもしていた。看護師はチームメンバーの中で、役割の調整と、医療的ケアの調整を行っていた。

独居の難病の療養者の在宅療養に関する研究では、特に神経系難病であり医療処置も多く、社会的支援を必要とする ALS の研究が多く(長谷川他,2008; 長谷川,2009; 西田,2009; 奥村,森村,羽鳥,飯田,牛込,2009;坂本,永井,高麗,岡部,2007)、ALS の在宅療養者では 24 時間の支援が必要であるが、療養生活を維持するのに十分な支援は提供されていないことが指摘されている。そして難病の療養者の在宅療養に関する研究は事例検討が多い状況であり、独居で療養生活を送っている難病の療養者の数は多くなく、実態が明らかになっていないことが窺える。独居の終末期患者の在宅療養に関する研究(蒔田,藤原,廣瀬,2009)、独居の認知機能低下高齢者の在宅療養に関する研究(栄木,2005)についても事例検討が多い状況である。以上のことより、独居の療養者の在宅療養に関する研究は、事例検討が多い状況で、まだその現象がよくわかっていないと思われる。

医療依存度が高い在宅療養者の実態調査(川村他,2009)では、全体の 12.9%が独居であり、独居ではサービスとして、訪問看護が入っていないケースが多かった。独居では、医療処置が比較的少ない傾向にあり、医療処置を実施する家族がないことが理由と考えられる。同居家族がないことにより、症状の変化への対応が円滑にいきにくいこと、日常生活援助を実施する者の確保が、経済的な理由、人的な理由などにより得られにくいことなどにより、特に医療処置が必要であると、独居で生活を継続する療養者は多くないと考えられる。

上記より、独居療養生活支援については事例研究が多いが、事例は少数であり、一般化がされていないということがわかる。支援を一般化するためには、独居療養生活支援をシステムとしてとらえ、構造化する必要があると考える。そして、独居療養生活を継続することに焦点をあてた研究は極めて少ないが、今後の総人口減少の中での高齢者の増加、独

居の高齢者の増加を考えると、高齢者の独居療養生活継続に焦点をあてた研究が必要である。2008年には65歳以上を15～64歳が2.9人で支えていたものが、2025年には2.0人、2035年には1.7人で支えることになると推計されている(内閣府,2009a)。また訪問看護利用者推計では、2010年と比較して、2025年には4.51～4.76倍の訪問看護必要者数が見込まれる(日本看護協会,2007)。独居の高齢者が増え、療養生活支援が必要となる数は増えるが、その支援を担当する絶対数の不足が考えられる。そのため限られた支援者での支援を検討する必要がある。

III.在宅療養者のQOLに関する研究

QOLは1970年代頃より、概念の検討が盛んに実施されるようになったが、その概念は幅広く、多角的であり、主観的であり、常にケースの中で発展しており(Hass BK,1999)、うまく定義ができない用語であり、人が違えば違う事柄を意味し、また、使われる分野によって、異なる意味を帯びるとされている(Fayers PM, Machin D ,2000/福原,数間,2005)。

一人暮らし高齢者は、うつ症状、孤独感、社会的孤立によりQOLの低下をもたらしており(Burnette,1994;大塚,1988)、在宅療養している一人暮らし高齢者では、ソーシャルサポートが疾患の受容に影響し、さらにそれが一人暮らしの不安に影響し、QOLに影響していた(富田,高崎,萬田,2001)。高齢者の一人暮らしは社会的孤立、孤独感により、QOLは低下しやすいが、療養生活をしている高齢者では、ソーシャルサポートがあることによりQOLは保たれ、ソーシャルサポートのあり方が重要と考えられた。

そして、ソーシャルサポートのあり方としては、在宅療養者のQOLを、Rodgersの概念分析法(Rodgers BL,2000)を参考に概念分析した文献(蒔田,2010)によると、家での療養環境が整っていること、療養支援としての社会資源が整っていること、療養者が安定していることが在宅療養の要件としてあげられている。QOLの本質は主観的であり、病気の時でも心が保たれ、生活が健康であると患者が認識していればQOLは保たれている(Hass BK,1999)とあるように、療養生活をしている者であり、不自由はあっても、生活が継続できるような支援を得ることができ、本人が精神的に安定していると思っていれば、QOLを保つことができると考えられる。

IV.ニーズの考え方と在宅療養者のニーズに関する研究

ニーズの定義については様々な見解があると前置きした上で、秋元ら(秋元他,2003)は「何らかの基準に基づいて把握された状態が、社会的に改善・解決を必要とする社会的に認められた場合に、その状態をニード(要援護状態)とすることができる」と定義している。上野(上野,2008)は、どんな制度も政策もニーズがあるから作られるものであるが、社会政策はニーズに基づいて設計されているとは限らないとし、「ニーズ中心」とは、個々人の主観的なニーズが生成し、承認される動的な過程とその複数の関与者のあいだのダイ

ナミックな相互作用をあきらかにできるような、網羅的で総合的な概念化であるとしている。そして、ニーズの生成過程を「顕在化」と呼ぶことで、顕在化以後のニーズを「顕在ニーズ」、以前のニーズを「潜在ニーズ」として、当事者と第三者の軸をいれて4類型を示し、ニーズは顕在化されてはじめて、「ニーズの主体」すなわち当事者になるとしている。また、当事者主権に対抗する立場は、パターナリズムであり、当事者のニーズと家族のニーズが異なり、代行者が家族の場合には、家父長的パターナリズム、第三者とりわけ専門家の場合には、専門家的パターナリズムといい、これはよけいなお節介か強制になることがある(上野,2008)。介護保険制度では、高齢者のケアの必要度とそれをサポートするサービスメニューやその供給範囲を決定するのは政策立案者であり、当事者ではない(笹谷,2008)。上野(2008)は、ケアを「他者のニーズを満たすサービスの受け手と与え手という複数の行為者のあいだの、非対称的な相互行為」と定義し、ニーズなしにはサービスは生まれないこと、ケアは複数の行為者が時間と空間を共有して作り出す行為であるとしている。そしてケアの概念には、ニーズの中心性、相互行為性、非対称性がある。

先行研究において「ニーズ」がどのように定義され使われているのか確認したところ、「医療ニーズ」は文献(青木他,2010;片山,大湯,小野,2009;杉本,金山,2008)の中で、「医療ケアの必要と要求」という意味で、「看護ニーズ」は文献(千葉,安田,御子柴,2009;川崎,内布,荒尾,大塚,滋野,2010;縄他,2005)の中で、「看護ケアの必要と要求」という意味で、「心理的ケアニーズ」は文献(梶谷,森山,2010)の中で、「医療ケアの必要と要求の中で、それが満たされると心理的な安定につながる」という意味で、使用されていた。「ニーズ調査」の文献(荻野,木村,今井,北山,2009;山田,山口,山田,青木,2010)の中では、「自覚された問題とその解決への要求」という意味で、使用されていた。在宅療養者のニーズを「顕在的・予測的ケアニーズ」とした文献(佐々木,川島,2005)では、「顕在的ニーズ」を「自覚された問題とその解決への要求」という意味で、「予測的ニーズ」を「今後起こる可能性がある問題」という意味で使用していた。「ニーズ」は「必要と要求」という意味で使用されている文献が多かったが、あえて「ニーズ」を定義している文献は多くはない。

ニーズについては、様々な見解があるという前提をふまえると、研究で使用する場合、定義をする必要がある。

第3章 研究方法

本研究は、事前調査と本調査から構成されている。

I.事前調査

本研究は、在宅独居療養生活支援システムを研究するものであるが、この考え方は、研究者が新たに着眼した仮説であるから、事前調査において、その研究可能性を検討する。

1.研究課題

「訪問看護を利用している在宅独居療養者の療養生活継続に必要な支援機能の構造化可能性に関する研究」

2.調査目的

事前調査では、高齢の在宅独居療養者から、受けている支援とそのニーズ、および希望する生活とその実現のための支援、その支援者である訪問看護師、医師、訪問介護職、友人、隣人、民生委員、別居親族などから、行っている支援内容と支援を必要とする状態を調査し、独居療養者の生活継続に必要な支援機能を明らかにし、独居療養生活支援システムとして構造化することの可能性を検討した。

3.用語の定義

独居療養生活支援システム:

独居療養者の在宅生活継続のために、訪問看護師、医師、訪問介護職、友人、隣人、民生委員などの支援者が、相互に影響しあいながら行う独居療養生活支援機能の総体をいう。同居家族が実施していることを、独居では社会保障制度により公的な立場で職業として療養支援をしている支援者ではない支援者が代行していることが多いと考えられるため、隣人、友人などの地域の助け合いも支援システムに含める。

独居療養生活支援機能:

独居療養者が在宅生活を継続する上で、セルフケアができない生活の要素を補うために、独居療養者のニーズに基づき支援者が実施している働き。

ニーズの理解:

独居療養者が在宅生活を継続する上で、セルフケアができない生活の要素のアセスメント。

援助:

独居療養者が在宅生活を継続する上で、セルフケアができない生活のある要素を補うこと、または補うために支え助けること。

援助の調整:

援助を実施する上での合理的な役割分担。

4.研究デザイン

在宅独居療養者とその支援者を対象とした面接調査から得られたデータを、帰納的に分析する質的記述的研究である。

5.調査方法

1) 研究対象

訪問看護を利用している在宅独居療養者とその支援者で調査に協力の得られた者

2) 研究対象者の選定手順

研究対象者の選定には、以下の(1)～(7)の研究依頼のプロセスを踏み、許諾が得られた対象者に研究者が説明書を示して説明し、同意書の提出をもって、同意とみなす。

(1) 研究者が、依頼文を研究関連施設長もしくは担当部署責任者（訪問看護事業所）に提示し、研究関連施設長もしくは担当部署責任者に、研究対象者としての条件を満たす訪問看護師に、研究者を紹介しても良いとの承認を得た上で、研究者への紹介を依頼する。

(2) 研究者は、紹介を受けた訪問看護師に、研究の説明書を用いて面接調査およびその録音について研究協力を依頼し、研究協力ができる場合には、1週間程度の間で郵送で同意書を提出してくれるよう依頼する。

(3) 研究者は、研究協力を同意した訪問看護師に、状態が安定している在宅独居療養者への研究の趣旨を説明し、研究者を紹介してもよいかどうかの確認を依頼する。

(4) 研究者は、訪問看護師の説明で研究者への紹介に同意を得た在宅独居療養者に、研究の説明書を用いて面接調査およびその録音と、看護記録の閲覧について研究協力を依頼する。研究協力ができる場合には、1週間程度の間で郵送で同意書を提出してくれるよう依頼する。

(5) 研究者は、同意を得られた在宅独居療養者に、その支援者に研究協力を依頼してもよいかどうかを質問する。同意を得られた場合には、同意を得られた支援者に対し研究の説明書を用いて面接調査およびその録音について研究協力を依頼し、研究協力ができる場合には、1週間程度の間で郵送で同意書を提出してくれるよう依頼する。

(6) 研究者は、その在宅独居療養者の訪問看護師以外の支援者について、所属機関のある者については、依頼文を所属施設に提示し、研究協力を依頼する。

(7) 研究者は、各研究協力者に面接を行う際に、再度研究の趣旨を説明し、同意を得てから行い、各研究協力者の気持ちが変わった時には変更可能であることを伝えたのちに、面接を行う。

3) データ収集方法

(1) 在宅独居療養者の面接調査

在宅独居療養者の状態が安定しており都合のよい日時に、療養者の自宅を訪問し、インタビューガイドを用いた 30 分程度の半構成的面接を行った。

(2) 訪問看護師等支援者の面接調査

訪問看護師等支援者には、都合の良い日時に、所属施設等研究対象者が指定したプライバシーが守られた場所にて、インタビューガイドを用いた 30 分程度の半構成的面接を行った。

(3) 看護記録からの資料収集

看護記録から独居療養者の病状経過、および属性を把握した。

(4) データ収集期間

2009 年 11 月から 12 月であった。

(5) 面接内容

インタビューガイドに基づいて行った。独居療養者へのインタビューの焦点は、現在の生活の様子と支援に対する意見について、支援者へのインタビューの焦点は、支援内容と特に独居であるため実施している支援についてであった。

4) データ分析方法および厳密性の検討

面接内容の録音データから、逐語録を作成し、得られたデータを、事前調査の目的にそって分析した。

(1) 高齢者の独居療養生活継続のための要素の分析

在宅独居療養者の独居療養生活継続のための要素についてコード化し、内容の類似性により抽象化し、サブカテゴリーとして表現し、更に抽象化を進め、「独居療養生活継続のための要素」のカテゴリーとして抽出した。

(2) 独居療養生活支援機能の分析

独居療養生活支援機能についてコード化し、内容の類似性により抽象化しサブカテゴリーとして表現し、更に抽象化を進め、「独居療養生活支援機能」のカテゴリーとして抽出した。

(3) 高齢者の独居療養生活継続のための要素と独居療養生活支援機能の関係

抽出された「独居療養生活継続のための要素」と「独居療養生活支援機能」の関係を表に示した。

分析過程における真実性と質を確保するために、明解性、信用可能性、移転可能性、確認可能性の 4 つの基準(Lincoln & Guba,1985)を用いた。明解性については、分析の適切

さを評価できるように、データからカテゴリまでの表を作成した。信用可能性については、研究対象者である訪問看護師 3 名に対して結果を説明し、その解釈について納得できるかの確認を行った。移転可能性については、他の在宅独居療養者でもカテゴリがあてはまるかを研究対象の訪問看護師に確認した。確認可能性を確保するために、分析過程を記録し、質的研究者である指導者 2 名および他の質的研究者 3 名とディスカッションを行った。そして、研究フィールドとなった訪問看護事業所、居宅介護事業所等の構成員 8 名に対して、結果を報告し確認を得た。

5) 倫理的配慮

研究対象者には、研究の倫理的配慮について、紙面と口頭で事前に説明し、同意を求めることが強制にならないように配慮し、同意を得た。配慮した点は次の通りである。研究目的および研究方法は、研究対象者にあわせて、平易な言葉で具体的に説明した。面接については、研究対象者の健康状態や業務への支障を最小限とするように、また疲労を考え 30 分程度とし、研究対象者の都合のよい時間と場所で実施することを説明した。研究の協力は、研究対象者の自由意思であり、同意を確認するまでに時間的余裕があるようにした。そして、研究者の連絡先を伝え、いつでも質問に応じること、研究を同意した場合であっても、いつでも取りやめることができることを説明した。研究対象療養者に対して、その研究対象支援者にも面接することを説明し、同意を得てから支援者への面接依頼をし、研究対象者が、同意後気持ちに変化した時には対応できるように配慮した。また、研究に際しては、聖隷クリストファー大学の倫理委員会で、承認を得て(認証番号:09053)実施した。

6.結果

1) 独居療養者および支援者の概要 (表 1)

研究対象の独居療養者は、D 県 E 市内の訪問看護事業所を利用している独居療養者 3 名であった。そしてそれぞれの支援者で同意が得られた支援者 13 名であり、看護職 5 名(訪問看護師 4 名で 1 名はケアマネジャー兼務、行政保健師 1 名)、福祉職 5 名(訪問介護職 2 名、施設の介護職 1 名、ケアマネジャー 2 名)、民生委員、後見人、別居の妹がそれぞれ 1 名ずつであった。

2) 高齢者の独居療養生活継続のための要素と独居療養生活支援機能

(1) 高齢者の独居療養生活継続のための要素の分析 (資料 1)

高齢者の独居療養生活継続のための要素の分析を行い、25 のサブカテゴリ、【健康悪化時支援を求めることができることができること】【病状の安定を維持すること】【精神的な安定を維持すること】【栄養状態を維持すること】【夜間睡眠を確保すること】【独居継続を判断すること】【生活基盤(生計等)を維持すること】【身体の清潔を維持すること】

表 1 事前調査の高齢独居療養者の概要

	A 氏 80 歳代	B 氏 70 歳代	C 氏 90 歳代
年齢	80 歳代	70 歳代	90 歳代
診断名	胆嚢胞 胆嚢がん疑い 慢性呼吸不全	脊髄小脳変性症 うっ血性心不全	高血圧 腹部大動脈瘤 大腸がん 骨粗鬆症
日常生活	経皮経肝膿瘍ドレナージ中 室内伝い歩き可 シルバーカーで近医受診可	室内伝い歩き可 時折転倒 支援者とともに外出可	室内伝い歩き可 時折タクシーで受診
家族関係	夫と死別後独居 息子二人は他県在住時折長男が訪問	夫と死別後独居 長男は他県在住、時折訪問	夫と死別後独居 子どもなし
頻りに訪問する人	妹(市内在住)	居住地区担当民生委員 (緊急時 B 氏は民生委員に電話連絡)	後見人(元民生委員 近隣在住)
介護保険の要介護度	要支援 2	要介護 2	要支援 2
利用しているサービス	訪問看護 3 回/週 訪問介護毎日 3 回、朝・昼・夕(自費) 通所リハビリテーション 1 回/週	訪問看護 1 回/週 訪問介護 2 回/週 難病担当の行政保健師の訪問 1 回/月 程度	訪問看護 1 回/週 訪問介護 2 回/週 通所介護 1 回/週 短期入所生活介護適宜
支援者	妹 訪問看護師 ケアマネジャー 訪問介護職 マッサージ師	民生委員 訪問看護師 行政保健師 ケアマネジャー 訪問介護職 近所の八百屋	後見人 訪問看護師 ケアマネジャー 訪問介護職

【身だしなみを維持すること】【生活用品を調達すること】【生活環境を維持すること(掃除等)】【外出すること】【生活を楽しむこと】の13のカテゴリーを抽出した。

(2) 独居療養生活支援機能の分析(資料 2)

独居療養生活支援機能の分析を行い、59のサブカテゴリー、【療養者からの依頼に基づき生活の状況を理解する】【近隣生活者としての親しい間柄に基づき理解する】【経験に基づき理解する】【形式知に基づき理解する】【療養者からの依頼に基づき援助する】【近隣生活者としての親しい間柄に基づき援助する】【経験に基づき援助する】【形式知に基づき援助する】【経験に基づき援助を調整する】【形式知に基づき援助を調整する】の10のカテゴリーを抽出した。

それぞれの支援は、独居療養者と支援者が認識しているニーズへの支援と、独居療養者は認識していないが、支援者が援助の必要があると考え行っている支援があると考えられた。

(3) 高齢者の独居療養生活継続のための要素と独居療養生活支援機能の関係 (表 2)

高齢者の独居療養生活継続のための要素と、独居療養生活支援機能により、独居療養生活の構造ができ、さらに独居療養生活支援機能の内容の分析により、独居療養生活支援システムとしての構造化が可能であると確認できた。

7.本研究への示唆

1) 調査対象者の条件について

事前調査では、調査対象者は訪問看護を利用している高齢独居療養者とその支援者とし、訪問看護師に、高齢の独居療養者とその支援者の紹介を依頼した。この選定方法が適切であったか検討した。

高齢の独居療養者については、がんの終末期、神経系難病、主に老衰によるADLの低下の3名と病名は異なっていたが、介護保険制度の適応となる療養生活の主な原因疾患が何であれ、高齢者であることが、療養生活には影響が大きいと考えられた。これは、高齢者であると療養生活が必要な病気になることで、廃用性の機能低下が進むということが同様に生じるからだと考えられる。本研究では、研究対象療養者を原因疾患は問わず、支援が必要な高齢者とするため、ADLが低下している高齢者とする。支援が必要な療養生活を送っているADL低下高齢者であるため、訪問看護師に対象者の紹介を依頼することが妥当である。また、研究の背景から、今後の高齢化率の上昇及び独居高齢者の増加、そして女性の独居世帯が多いという現状をふまえ、研究対象の独居療養者は、医療依存度が高い、女性のADL低下高齢者とする。

独居療養生活支援システムを構造化することにより、どこに居住していても、支援者が

表2 高齢者の独居療養生活の継続のための要素と独居療養生活支援機能の関係

			独居療養生活継続のための要素												
			健康 悪化時 支援を 求める こと	病状 が安定 している こと	精神 的に安 定して いるこ と	養 状態 を維持 すること	夜間 睡眠を 確保す ること	独居 継続を 断すこ と	生活 基盤 (生計 等)を 維持す ること	身体 清潔を 維持す ること	身だ しみを 維持す ること	生活 用品を 調達す ること	生活 環境を 維持す ること (掃除 等)	外 出する こと	生 活を 楽しむ こと
独居 療養 生活 支援 機能	理 解	療養者からの依頼に基づき生活の状況を理解する				○				○	○	○	○		
		近隣生活者としての親しい間柄に基づき理解する	○	○	○	○		○	○		○	○	○	○	○
		経験に基づき理解する		○	○	○	○	○	○				○		○
		形式知に基づき理解する	○	○		○	○			○			○		
	援 助	療養者からの依頼に基づき援助する				○				○	○	○	○		
		近隣生活者としての親しい間柄に基づき援助する	○	○	○	○			○	○		○		○	○
		経験に基づき援助する											○		○
		形式知に基づき援助する		○						○			○		
	援 助 の 調 整	経験に基づき援助を調整する		○					○						○
		形式知に基づき援助を調整する		○											

どのような関係であっても、同じ機能である支援が受けられ、独居療養生活が継続できる。そして独居療養生活が継続できていることにより、独居療養者の QOL は保たれていると考える。言い換えれば、独居療養者の QOL が保たれているということは、独居療養生活支援システムが安定しているということである。

上記より、研究対象の独居療養者は次の条件を満たす者とする。

(1) 医療依存度が高い女性高齢者

現在受診中で、医療依存度が高く、訪問看護師が支援している女性高齢者とする。

(2) ADL の低下がある高齢者

独居療養者のADLを、機能的自立度評価法(Functional Independence Measure;FIM 以下 FIM とする)で測定する。

(3) 独居療養生活が続いている、QOL が保たれている高齢者

独居療養者の QOL の客観的評価に、SF-36v2 を測定尺度として使用する。

2) 独居療養者のニーズにそった分析であるということについて

本研究は、独居療養者の生活の継続に必要な機能をシステムとして構造化するため、独居療養者のニーズにそった分析をするという立場であり、社会的・政策的に定義されたニーズよりも、個々人の主観的な必要をもってニーズとする立場をとる。事前調査では、「ニーズ」を「独居療養者が生活を継続する上での支援の必要と要求」と定義し分析したが、「ニーズ」には独居療養者が自覚していて、支援者も認識している「ニーズ」と、独居療養者は自覚していないが、支援者が専門的知識を持って観察すると、現在の状態から、今後療養生活を継続するために問題となる可能性がある「ニーズ」があると考えられた。

訪問看護を利用している高齢の独居療養者であり、症状の変化や治療の必要が高いために、独居療養者はニーズを自覚していないのだが、第三者が専門的知識を持って観察すると、現在の状態から、今後療養生活を継続するために問題となる可能性がある潜在的なニーズが、独居療養生活の継続を脅かすことにもなる。

独居では、同居家族がいる場合の家族の影響を受けることが少ないが、医師、訪問看護師等の専門職による専門家的パターンリズムの影響はある。

3) 支援方法の特徴について

独居療養生活支援に関する機能の分析では、支援者の職種、立場により支援方法に違いがみられた。訪問看護師や医師など医療職は、病気、治療、看護等医療に関する知識と医療職としての経験により、さらに積み重ねられた知識に基づき独居療養者の支援をしていた。形式知は、知識の分類の一つであり、主に文章化、図式化、数式化などによって説明、表現できる知識であり、医療に関する知識とその経験は医療職の形式知と考えた。そして、この形式知に基づくことにより、独居療養者は認識していないが、今後問題となる可能性

のある潜在的なニーズを予測できると考えた。

訪問介護職、ケアマネジャーなど福祉職は、社会福祉学、介護福祉学などの形式知にそって支援をしていると考えられた。さらに、それぞれの福祉職としての経験に基づき、また独居療養者の申し出にそって支援をしていた。経験は、人間が外界との相互作用の過程を意識化し自分のものとするものであり、人間のあらゆる個人的・社会的実践を含むが、人間が外界を変革するとともに自己自身を変化させる活動が基本的なものである。そして経験の積み重ねにより経験による知識、つまり経験知になると考えられる。福祉職は、福祉職の持つ形式知に加えて、経験に基づき多くの支援をしていたのだが、経験は援助を検討する際の知識となり援助に活かされているのであり、経験知に基づき援助しているところに特徴があると考えられた。そして独居療養者からの申し出にそっているということは、独居療養者の必要と要求に基づき支援しているということであり、独居療養者の思いにそった支援であった。

隣人、民生委員、後見人等職業としてではない支援者は、独居療養者と親しい間柄であるということと、近所に居住しているという距離を活かしているところに支援の特徴があったため、これら職業としてではない支援者は、近所に居住していて親しい間柄という、近隣生活者としての親しい間柄に基づき支援しているところが特徴であった。

4) 独居療養者の生活継続に必要な機能をシステムとして構造化することの可能性について

本研究は、機能充足型の独居療養生活支援システムを研究するものであるが、この考え方は、研究者が新たに着眼した仮説であるから、事前調査において、その研究可能性を検討した。事前調査では、訪問看護を利用している独居療養者の生活の実態と支援、その支援者(訪問看護師、民生委員等)の支援内容と意見から、13の独居療養生活の継続のための要素があると確認できた。そして、独居療養生活継続のための要素への10の独居療養生活支援機能により、独居療養生活は継続できることを確認した。

すべての現象は要素とその間の関係、つまりはシステムという観点から見ることができ、そこには共通の一般原理があるというのが一般システム理論の考え方であり、「要素の集合+相互連関」が核となるシステム概念である(菅野,1996)。本研究における「要素」は「独居療養生活支援機能」と考える。しかし、「独居療養生活支援機能」の分析のみでは、「相互連関」を明らかにすることが難しい。「相互連関」を補うためには、支援機能の内容をふまえた支援者間の連携の分析をする必要がある。

訪問看護師、訪問介護職等支援を職業としている支援者では補うことが難しい部分を、妹、民生委員、後見人等の職業としてではない支援者が担当していたため、支援者の誰がその独居療養生活支援機能を担うのかについては特徴があり、支援を職業としていない支援者を含めて、機能充足型独居療養生活支援システムを検討する必要があった。しかし、

事前調査では、職種の特徴を言えるまでには数が少なく、独居療養生活支援機能もこれで十分であるかは数が少なくて言えない。そのため本調査では、研究対象者を増やし分析する必要がある。

II.研究の枠組み（図1）

事前調査の結果を踏まえ、研究対象者の面接調査から、独居療養生活継続のための要素と独居療養生活支援機能(ニーズの理解、援助、援助の調整)を抽出する。独居療養生活継続のための要素と独居療養生活支援機能から、独居療養者の生活のニーズ、ニーズに対してどんな支援機能があるか、支援機能は職種間に特徴があるか、支援機能はニーズによって相違はあるか、支援機能の特徴はどのようなようであるか、提供までに支援機能はどんな調整が行われたか分析し、独居療養生活支援システムを明らかにする。

III.用語の定義

独居療養生活支援システム:

独居療養者の在宅生活継続のために、訪問看護師、医師、訪問介護職、友人、隣人、民生委員などの支援者が、相互に影響しあいながら行う独居療養生活支援機能の総体をいう。同居家族が実施していることを、独居では社会保障制度により公的な立場で職業として療養支援をしている支援者ではない支援者が代行していることが多いと考えられるため、隣人、友人などの地域の助け合いも支援システムに含める。

独居療養生活支援機能:

独居療養者が在宅生活を継続する上でセルフケアができない生活の要素を補うために、独居療養者のニーズに基づき支援者が実施している働き。

ニーズの理解:

独居療養者が在宅生活を継続する上でセルフケアができない生活の要素のアセスメント。

援助:

独居療養者が在宅生活を継続する上でセルフケアができない生活のある要素を補うこと、または補うために支え助けること。

援助の調整:

援助を実施する上での合理的な役割分担。

職業人:

就業し、療養者の生活支援を担当している者。契約により支援しており、訪問看護師、ケアマネジャー、訪問介護職等が相当する。

非職業人:

就業し、対価を得るための業としてではなく、療養者の生活支援をおこなっている者。

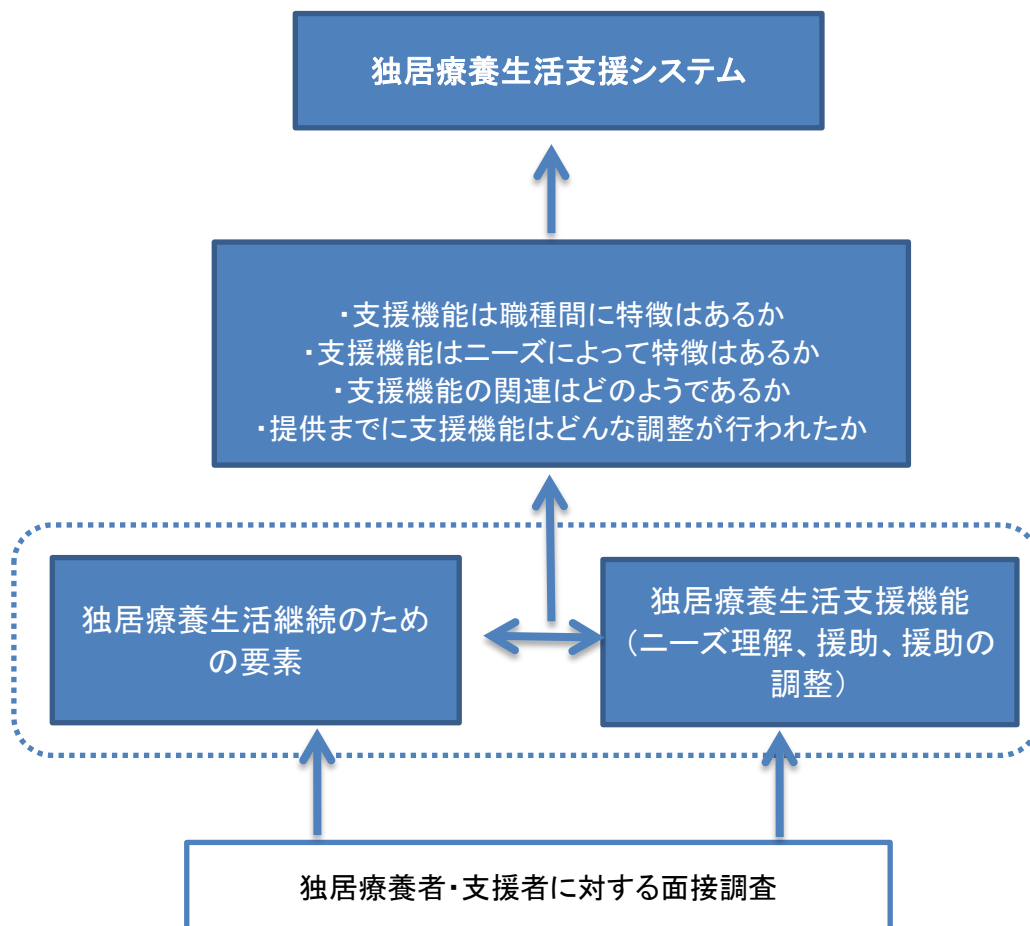


図1 研究の枠組み

民生委員、隣人、友人等が相当する。

IV. 研究デザイン

本研究では、研究デザインとして質的記述的研究法を用いた。その理由は、高齢の独居療養者の生活と、その支援者の支援内容と方法を記述することにより、支援を含めた生活の現象を理解すること、そしてそこから機能充足型独居療養生活支援システムの構造化を導き出すことを目的としており、現象を記述することによりその現象を理解する質的記述的研究法(Holloway I,1996)が適切と考えたからである。本研究は、高齢の独居療養者の生活と、独居療養生活継続に必要な支援を明らかにし、機能充足型独居療養生活支援システムの構造を導き出すのであるが、高齢者の独居療養生活における本人の生きることへの努力、専門職ではない支援者の支援内容は、質問項目として浮かび上がらせるほどには明らかになっていない。そのため、独居療養者の生きることへの努力や専門職ではない支援者の支援を含めた現象を、質的記述的研究法により、詳細に理解することが必要と考え、質的記述的研究法を採用した。

V. 調査方法

1. 研究対象者

研究対象者は、独居療養者とその支援者とする。独居療養者は、訪問看護師が面接可能と判断した、身体的にも精神的にも安定している者とする。また、性別による家事能力の違いなどがあり、療養生活には男性と女性の違いがみられると思われる。そのため本研究では、女性の単独世帯が多いというわが国の背景を考え、女性の独居療養者とし、以下の条件を満たす独居療養者とその支援者とする。

1) 医療依存度が高い女性の高齢者

ADL の低下がある高齢者であり、訪問看護師が支援している医療依存度が高い、現在受診中の女性高齢者とする。

2) ADL の低下がある高齢者

独居療養者のADLを、機能的自立度評価法(Functional Independence Measure;FIM 以下 FIM とする)で測定する。

FIM は能力低下の評価法であり、介護量を測定する目的で作られている。運動項目 13 項目と、認知項目 5 項目の計 18 項目からなり、必要最低限の項目が網羅されている。FIM は「している ADL」を正確に把握することが可能であり、本研究の対象療養者の ADL 測定に適している。また FIM は、既存の 36 の ADL 評価法を詳細に検討し、統一された ADL 評価法の備えるべき条件について議論を重ねて作成され、その後 50 か所以上の施設において、信頼性・妥当性の検討がなされている(水野,太田,2009)。そして、米国を中心に日本

を含め 15 カ国以上で使用されており、日本リハ医学会による調査では、国内外の代表的なリハ関連雑誌に掲載された論文のなかで、最も頻繁に使用されていたのは FIM であった(蜂須賀,2003)ということからも、多くの研究者に認められた ADL 測定尺度であり、本研究での使用に適していると考えられる。

評価基準は、辻らの「FIM の総得点のもつ意味」(辻,園田,千野,1996)を参考に、運動項目合計が 80 点代後半以下を ADL 低下群の研究対象療養者とし、「FIM の総得点のもつ意味」にそって、ADL 低下の程度を分類する。

3) 独居療養生活が続いている、QOL が保たれている高齢者

独居療養者の QOL の客観的評価に、SF-36v2 を測定尺度として使用する。

SF-36v2 は、国際的に最も広く活用されている健康関連 QOL 尺度であり(福原,鈴鴨,2005)、世界的には年間 1000 件を超える関連論文が発刊されており、日本語論文も年間 100 本以上発刊されていることから、多くの研究者が、包括的 QOL を測定する基準尺度としてとらえていることがわかる(鈴鴨,福原,2009)。先行研究においても、研究対象者の QOL 評価に多く用いられていた(今井他,2009;井澤他,2009;佐藤他,2009;立石,2009;堤,2007)。また、研究対象療養者は ADL 低下高齢者であり、面接用質問用紙もあるこの尺度は、本研究での使用に適していると考えられる。得られたデータをマニュアル(福原,鈴鴨,2009)に従ってスコアリングを行う。

SF-36v2 では、性別年齢別の 0-100 点得点標準値を示しており、対象者の性別年齢別による下位尺度得点を算出することができ、性別年齢別の国民標準値に基づいた得点の標準値を示しているため比較することができる。今回の研究対象独居療養者は 65 歳以上の高齢者であったため、70 歳以上の独居療養者は、70~79 歳女性の性別年齢別国民標準値を用いて算出することが適切と判断した。65~69 歳の独居療養者には、性別年齢別国民標準値は 60~69 歳とするところであるが、一般のその年代の女性と今回の独居療養者では ADL が非常に異なる。そのため 65~69 歳の独居療養者は、慢性疾患 2 つ以上国民標準値を用いて算出することが適切と判断した。

SF-36v2 の 8 つの下位尺度は、「身体的健康をあらわすサマリースコア(PCS)」と「精神的健康をあらわすサマリースコア(MCS)」の 2 つの因子得点にまとめることができ、「身体的な側面における QOL」と「精神的な側面における QOL」を意味する尺度としても機能する(福原,2009)。そのため、本研究では、独居療養者の SF-36v2 の 8 つの下位尺度得点から PCS と MCS を算出し、「身体的な側面における QOL」と「精神的な側面における QOL」を確認し、PCS と MCS を算出する際の因子係数は、1995 年日本国民調査のものをを用いることとした。

2. 研究対象者の選定手順

研究対象者の選定には、以下の(1)～(7)の研究依頼のプロセスを踏み、許諾が得られた対象者に研究者が説明書を示して説明し、同意書の提出をもって、同意とみなす。

- (1) 研究者が、依頼文を研究関連施設長もしくは担当部署責任者(訪問看護事業所)に提示し、研究関連施設長もしくは担当部署責任者に、研究対象者としての条件を満たす訪問看護師に、研究者を紹介しても良いとの承認を得た上で、研究者への紹介を依頼する(資料 3)。
- (2) 研究者は、紹介を受けた訪問看護師に、研究の説明書(資料 4-1)を用いて面接調査およびその録音について研究協力を依頼し、研究協力ができる場合には、1 週間程度の間で郵送で同意書(資料 4-2)を提出してくれるよう依頼する。
- (3) 研究者は、研究協力を同意した訪問看護師に、状態が安定している在宅独居療養者への研究の趣旨を説明し、研究者を紹介してもよいかどうかの確認を依頼する。
- (4) 研究者は、訪問看護師の説明で研究者への紹介に同意を得た在宅独居療養者に、研究の説明書(資料 5-1)を用いて面接調査およびその録音と、看護記録を閲覧し、独居療養者の属性についてのデータを得ることへの研究協力を依頼する。研究協力できる場合には、1 週間程度の間で郵送で同意書(資料 5-2)を提出してくれるよう依頼する。
- (5) 研究者は、同意を得られた在宅独居療養者に、その支援者に研究協力を依頼してもよいかどうかを質問する。同意を得られた場合には、同意を得られた支援者に対し研究の説明書(資料 6-1、資料 7-1)を用いて面接調査およびその録音について研究協力を依頼し、研究協力ができる場合には、1 週間程度の間で郵送で同意書(資料 6-2、資料 7-2)を提出してくれるよう依頼する。
- (6) 研究者は、その在宅独居療養者の訪問看護師以外の支援者について、所属機関のある者については、依頼文(資料 8、資料 9)を所属施設に提示し、研究協力を依頼する。
- (7) 研究者は、各研究協力者に面接を行う際に、再度研究の趣旨を説明し、同意を得てから行い、各研究協力者の気持ちが変わった時には変更可能であることを伝えたのちに、面接を行う。

3. データ収集

1) 質問紙調査

(1) ADL に関する調査

独居療養者の ADL については FIM(資料 10)を用いて測定した。

(2) QOL に関する調査

独居療養者の QOL については SF-36v2(資料 11)を用いてアンケート調査した。

2) 面接調査

(1) 独居療養者への面接調査

独居療養者に対し、インタビューガイド(資料 12)を用いた半構成的面接を行った。独居療養者へのインタビューの焦点は、現在の生活の様子と受けている支援、支援者は誰か、頼りにしているのは誰かであった。

(2) 支援者への面接調査

支援者に対し、インタビューガイド(資料 13)を用いた半構成的面接を行った。支援者へのインタビューの焦点は、支援内容と特に独居であるため実施している支援、他の支援者との連携についてであった。

(3) 独居療養者の基本情報について

独居療養者の基本情報については、看護記録類と面接による療養者の語りから情報収集(資料 14)した。

3) データ収集期間

2010 年 6 月～2010 年 12 月

4. データ分析方法

1) 質問紙調査の分析

本研究対象の独居療養者は、ADL 低下高齢者としているため、ADL の評価を FIM により測定した。また支援システムを研究するため、現在の支援の評価を、SF-36v2(福原, 鈴鴨, 2009)を使用し、独居療養者の QOL を測定することにより確認した。

2) 面接調査の分析

同意を得て、面接場면을録音できた場合は逐語録におこした。同意の得られた逐語録、または筆記で記録した内容について、独居療養生活継続のための要素と独居療養生活支援機能の視点から分析した。まず、データを繰り返し読み全体像を把握する。次に、独居療養者の生活と支援ニーズ、支援者の支援について意味のとれる段落を抽出し、文脈を損なわないようにコード化する。さらにコードの意味内容の共通性を解釈して、複数のコードが集まったものにふさわしい名前をつけることで、概念の抽象度をあげていき、サブカテゴリーとして抽出し、さらにサブカテゴリー間の類似性や相違性に注目した上で、カテゴリーを作成した。そして、カテゴリーの関連を検討し、独居療養生活支援システムとして構造化した。

独居療養者 14 名それぞれに、まず独居療養者とその支援者ごとに分析し、14 組の分析が終了したところで、「独居療養生活継続のための要素」の各「要素」ごとに整理し、全体を見渡し分析の修正を行った。更に「独居療養生活支援機能」の「支援機能」ごとに整理し、全体を見渡し分析の修正を行った。

分析過程における厳密性の検討には、明解性、信用可能性、移転可能性、確認可能性の

4つの基準(Lincoln & Guba,1985)を用いた。明解性については、分析の適切さを評価できるように、データからカテゴリーまでの一覧表を作成し、さらに論文中で分析の道筋を説明している。信用可能性については、研究対象者である訪問看護師2名に対して結果を説明し、その解釈について納得できるかの確認を行った。移転可能性については、他の独居療養者でもカテゴリーがあてはまるか、研究対象の訪問看護師に確認した。確認可能性を確保するために、分析過程を記録し、質的研究者である指導者とディスカッションを行った。そして、研究フィールドとなった訪問看護事業所の構成員3名、および質的研究者である指導者2名と地域における看護実践経験をもつ大学院生3名、社会福祉の学識経験者1名に対し結果を報告し確認を得た。

3) 研究における倫理的配慮

研究対象となる独居療養者には、紙面と口頭で、研究目的、研究方法、自由意思による参加であり、辞退により不利益はないこと、途中辞退の権利があること、回答したくない質問には回答しなくてよいこと、負担を最小限にするよう配慮すること、看護記録類より属性等の情報を得ること、個人情報匿名性を保持し、得られた情報は研究以外の目的に使用しないこと、個人を識別する情報は結果の報告や発表には一切使用されないこと、収集したデータは、研究者が責任を持って管理し、研究終了後に、個人のプライバシーに関係するデータは破棄することを事前に説明した。そして、支援者に面接を行うことは、独居療養者に説明し同意を得てから行い、同意した後でも気持ちが変わった時には、変更が可能であることを説明した。研究対象支援者の要望がある場合には、グループインタビューを行ってもよいか、独居療養者に説明、確認し、同意を得た場合のみグループインタビューを行った。

研究対象者となる支援者には、紙面と口頭で、研究目的、研究方法、自由意思による参加であり、辞退により不利益はないこと、途中辞退の権利があること、回答したくない質問には回答しなくてよいこと、負担を最小限にするよう配慮すること、看護記録類より属性等の情報を得ること(訪問看護師のみ)、知り得た情報を、上司、他の支援者に報告するなど研究以外で使用しないこと、個人情報匿名性を保持し、得られた情報は研究以外の目的に使用しないこと、個人を識別する情報は、結果の報告や発表には一切使用されないこと、収集したデータは、研究者が責任を持って管理し、研究終了後に、個人のプライバシーに関係するデータは破棄することを事前に説明した。

研究対象者の紹介が、訪問看護師については、その施設の責任者からの紹介であり、独居療養者と訪問看護師以外の支援者については、訪問看護師からの紹介である。上司からの紹介、支援を受けている者からの紹介、関係のある他職種からの紹介であり、断りにくい状況があることも考えられる。そのため、説明後同意を得る際には、同意を求めることが強制にならないように、一定の時間を設け、対象者が熟考してから決めることができる

ように配慮した。

また、面接場면을録音することについても、研究対象者から同意を願い、録音に同意が得られない場合は、面接内容を筆記でとどめることの同意を願った。どちらも同意が得られない場合は聴取のみ行った。

同意書は同じ文書を2通作成し、同意者の署名と研究者の署名を各々記し、1通は研究者、1通は研究対象者が保管するようにした。研究対象者が独居療養者の場合、ADL低下の程度によっては、書字できない場合が考えられ、その際には、同意を確認後に、親族がいれば親族、もしくは、療養者が最も信頼していると考えられる支援者に研究についての説明を行い、代諾者として記入を依頼した。その場合も強要にならないよう、療養者本人の押印を依頼した。

研究に際しては、聖隷クリストファー大学の倫理委員会で承認を得て(認証番号:10003)実施した。

4) 分析のプロセス(図2)

事前調査をふまえ、データ分析のプロセスを図2に示した。独居療養生活継続のための要素を分析し、その要素を補うための独居療養生活支援機能を分析する。抽出された独居療養生活継続のための要素と、独居療養生活支援機能から、独居療養生活継続の構造を示すとともに、独居療養生活支援システムを分析検討する。

第4章 結果

I. 対象者の概要

1. 独居療養者の概要(表 3)

独居療養者は14名であり、平均年齢は79.8±9.24歳(範囲65歳～94歳)、要介護度は、要支援2が5名、要介護1が1名、要介護2が4名、要介護3が1名、要介護4が2名、介護保険を利用していない者が1名であった。利用サービスは、訪問看護が14名、訪問介護が13名、訪問介護職の家政婦対応が2名、訪問リハビリテーションが1名、通所リハビリテーションが1名、通所介護が4名、ショートステイ(短期入所生活介護・短期入所療養介護)が3名であった。

1) 独居療養者のADL (表4 FIM項目による自立度)

FIM(機能的自立度評価法)を用いて、独居療養者のADLを評価した。FIM総得点(運動項目)の持つ意味(辻他,1996)によると、運動項目合計が80点台後半からをADL低下として分類している。FIMの運動項目合計の平均は65.50±12.36(範囲32～77)、認知項目合計の平均は25.07±6.41(範囲13～35)、総合計の平均は90.57±14.37(範囲45～105)であった。屋外歩行自立群(80点台後半)が0名、屋内歩行自立群(80点台前半)が1名、セルフケア自立群(70点台)が5名、半介助群(50～60点台)が7名、全介助群(50点未満)が1名であった。運動項目合計は14名が80点台後半より低くADL低下として分類された。

2) 独居療養者の健康関連QOL (表5 表6 独居療養者のサマリースコア)

主観的健康度をみた包括的尺度であるSF-36v2を用いて、独居療養者の健康関連QOLを確認した。SF-36v2は、身体機能、日常役割機能(身体)、体の痛み、全体的健康感、活力、社会生活機能、日常役割機能(精神)、心の健康の8つの健康概念を下位尺度として測定するものである。国民標準偏差を基準として、その平均値が50点、標準偏差が10点となるように、各下位尺度の0～100点得点を換算する(福原,鈴鴨,2005)。

SF-36v2では、性別年齢別の0-100点得点標準値を示しており、対象者の性別年齢別による下位尺度得点を算出することができ、性別年齢別の国民標準値に基づいた得点の標準値を示しているため比較することができる。性別年齢別の区分は、70歳以上の対象者は70～79歳女性の性別年齢別0-100点得点標準値を用いて算出した。65～69歳の対象者については、60～69歳女性の性別年齢別0-100得点を使用することは、一般のその年齢の女性の生活と、今回の療養者である研究対象者では身体的にも社会的にも差が大きいと考えた。そのため65～69歳の対象者については、慢性疾患2つ以上の0-100得点を用いて算出した。

SF-36v2の8つの下位尺度は、「身体的健康をあらわすサマリースコア(PCS)」と「精神

表3 独居療養者および支援者の概要

独居療養者											研究対象支援者	
ID	年齢	要介護度	主な疾患名	利用サービス								
				1	2	3	4	5	6	7		
F	70代前半	要介護4	脊髄小脳変性症	○	○	×	○	×	×	○	訪問看護師 (ケアマネジャー兼務)	訪問介護職
G	90代前半	要介護2	慢性心不全 高血圧	○	○	×	×	○	×	×	訪問看護師	訪問介護職 近隣住民夫婦 医師
H	70代後半	要介護1	認知機能の低下 心不全	○	○	×	×	×	×	×	訪問看護師(ケアマネジャー兼務)	近隣住民
I	70代後半	要支援2	糖尿病 糖尿病性網膜症 認知機能の低下 高血圧	○	○	×	×	×	○	×	訪問看護師	ケアマネジャー 訪問介護職 統括訪問介護職
J	80代後半		胃癌終末期 手術後人工肛門造設	○	×	×	×	×	×	×	訪問看護師	
K	60代後半	要介護3	糖尿病 パーキンソン病 変形性膝関節症	○	○	×	×	×	×	×	訪問看護師	ケアマネジャー
L	60代後半	要介護2	慢性腎不全 透析アミロイドーシス	○	○	×	×	×	×	×	訪問看護師	ケアマネジャー
M	60代後半	要介護4	パーキンソン病 左膝関節症	○	○	×	×	×	×	○	訪問看護師	ケアマネジャー

表 3 独居療養者および支援者の概要(つづき)

独居療養者											研究対象支援者	
ID	年齢	要介護度	主な疾患名	利用サービス								
				1	2	3	4	5	6	7		
N	80代前半	要介護2	脊髄腫瘍(良性) 慢性心不全 大腿骨骨折	○	○	×	×	×	×	×	訪問看護師 ケアマネジャー 訪問介護職	
O	80代後半	要支援2	糖尿病 変形性膝関節症	○	○	×	×	×	×	×	訪問看護師	
P	80代後半	要支援2	認知機能の低下 心不全	○	○	○	×	×	×	×	訪問看護師(ケアマネジャー兼務) 訪問介護職 別居の妹	
Q	80代前半	要介護2	大腸癌手術後人工肛門造設 認知機能の低下	○	○	×	×	×	○	×	訪問看護師 訪問看護ステーション所長 訪問介護職 ケアマネジャー 長女(他県在住)	
R	90代前半	要支援2	腹部大動脈瘤 高血圧 大腸癌	○	○	×	×	×	○	○	訪問看護師 訪問介護職 ケアマネジャー 後見人(元民生委員) 通所介護施設職員	
S	80代前半	要支援2	胆膵腫瘍マーカー高値 慢性呼吸不全 経皮経肝膵瘍ドレナージチ ューブ挿入	○	○	○	×	×	○	×	訪問看護師 訪問介護職 ケアマネジャー 別居の妹	

注 1) 利用サービスの項目 1:訪問看護 2:訪問介護 3:家政婦対応 4:訪問リハビリテーション 5:通所リハビリテーション 6:通所介護 7:ショートステイ
○はあり、×はなしを示す。

表 4 FIM(機能的自立度評価法)項目による自立度

	運動項目合計	認知項目合計	総合計
F	32	13	45
G	67	20	87
H	82	23	105
I	77	16	93
J	74	28	102
K	64	30	94
L	61	35	96
M	53	28	81
N	60	35	95
O	61	28	89
P	72	25	97
Q	71	22	93
R	69	27	96
S	74	21	95
平均	65.50±12.36	25.07±6.41	90.57±14.37

表5 独居療養者のサマリースコア
(70~79歳女性の国民標準値に基づく)

	PCS	MCS
70~79歳女性の国民標準値 平均	41.7	51.3
70~79歳女性の国民標準値 標準偏差	13.3	11.2
F	44.5	46.0
G	45.5	48.9
H	54.6	60.2
I	49.9	49.0
J	35.8	56.9
N	36.5	42.3
O	39.7	53.9
P	31.5	52.0
Q	40.3	49.2
R	34.2	50.8
S	42.3	53.6

表 6 独居療養者のサマリースコア
 (慢性疾患 2 つ以上の国民標準値に基づく)

	PCS	MCS
慢性疾患 2 つ以上 平均	45.9	49.3
慢性疾患 2 つ以上 標準偏差	10.6	11.0
K	31.4	39.8
L	28.3	44.9
M	30.9	39.0

的健康をあらわすサマリースコア(MCS)」の2つの因子得点にまとめることができ、「身体的な側面における QOL」と「精神的な側面における QOL」を意味する尺度としても機能する(福原,鈴嶋,2009)。そのため、本研究では、独居療養者の SF-36v2 の8つの下位尺度得点から PCS と MCS を算出し、「身体的な側面における QOL」と「精神的な側面における QOL」を確認した。PCS と MCS を算出する際、因子係数は、1995 年日本国民調査のものを用いた。

SF-36v2 サマリースコアの国民標準値は、70～79 歳女性の PCS の平均が 41.7、標準偏差は 13.3 であり、MCS の平均が 51.3、標準偏差は 11.2 であった。慢性疾患 2 つ以上の PCS の平均が 45.9、標準偏差は 10.6 であり、MCS の平均が 49.3、標準偏差は 11.0 であった。今回の研究対象者である療養生活を送っている高齢者という特徴をふまえると、標準偏差の範囲を超えて、PCS と MCS それぞれのサマリースコアが低くなければ、もしくは ADL が低下しているという条件をふまえると PCS は低い対象を選択しているということであるため、少なくとも MCS のサマリースコアが標準偏差を超えて低くなければ、QOL が保たれていると考えた。

2. 支援者の概要

研究対象支援者は、訪問看護師 15 名(ケアマネジャー兼務 2 名)、ケアマネジャー 10 名(訪問看護師兼務 2 名)、訪問介護職 9 名、施設の介護職 1 名、医師 1 名、民生委員、隣人等非職業人 4 名、別居の家族 3 名の 41 名であった。

II. 調査結果

1. ADL 低下高齢者の独居療養生活継続のための要素の分析 (資料 15～資料 31)

ADL 低下高齢者の独居療養生活継続のための要素を分析したところ、1094 のコード、51 のサブカテゴリー、17 の要素のカテゴリーが抽出された。以下に、【 】はカテゴリーを、〈 〉はサブカテゴリーを、「 」はデータからの引用を表し、データがわかりにくいと思われる文脈には、単語や文を括弧書きで追加し補った。

1) 健康悪化時支援を求めることができること (資料 15)

77 のコード、4 のサブカテゴリーから【健康悪化時支援を求めることができること】のカテゴリーが抽出された。

(1) 〈緊急時に支援が得られるように準備する〉

K 氏は「もうその人(近所の支援者)なんかは携帯に 1・2・3 ってやってある。緊急時の時の連絡先の番号がね 1・2・3、全部はいつている。誰がどこの人が出てもいいように」と語り、困った時には支援者にすぐに連絡がとれるように、療養者が自分で準備をしていた。これらのデータから、〈緊急時に支援が得られるように準備する〉のサブカテゴリーを

抽出した。

(2) 〈安否確認の高いニーズが予測される〉

L氏の訪問看護師は、「そうです、動きは悪くて、鍵を開けることで余計転倒しちゃったりしないかとか…」と語り、L氏は長期の透析による骨病変で室内歩行も時間をかけてなんとかできている状態であったため、少しの移動によっても転倒の危険があると予測された。そのため、〈安否確認の高いニーズが予測される〉のサブカテゴリーを抽出した。

2) 病状の安定を維持すること (資料 16)

322 のコード、6 のサブカテゴリーから【病状の安定を維持すること】のカテゴリーが抽出された。

(1) 〈病状の安定が維持できるように支援を依頼する〉

K氏のケアマネジャーは、「受診には介護タクシーを使っています。パーキンソンがあって、今までずっと私が(ケアマネジャーを)受ける前は、自分で行けていたんですけど、パーキンソンがあってふらつきがあるので、行き帰りは介護タクシーです」と語り、パーキンソンのK氏は病状の進行によりADLの低下がみられるため、受診を継続するために介護タクシーによる送迎の援助を依頼していた。そのため〈病状の安定が維持できるように支援を依頼する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈病状の安定が維持できるように自己管理する〉

I氏は「その日も血糖値を測ったら78だったですよ。やっぱ低血糖のあれだから、また夕方測りましたら、111だか、それで帳面につけてね」と語り、糖尿病があるため血糖測定とインシュリン注射を、支援を得ながら実施し、記録していた。これは、病状の安定が維持できるような自己管理の行動と考え、〈病状の安定が維持できるように自己管理する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(3) 〈予測される病状悪化への援助を受けている〉

O氏の訪問看護師は、「糖尿病が悪化してから、フットケアを、やはりちょっと白癬が、フットケアをしていますね」と語り、O氏は糖尿病により易感染性があるため、白癬が悪化しないように症状軽減のために足浴の援助をうけていた。これは、糖尿病と白癬という病気の知識から、病状の悪化を予測した援助を受けているのであり、〈予測される病状悪化への援助を受けている〉のサブカテゴリーを抽出した。

3) 精神的な安定を維持すること (資料 17)

93 のコード、4 のサブカテゴリーから【精神的な安定を維持すること】のカテゴリーが抽出された。

(1) 〈精神的な安定が維持できるように支援を依頼する〉

M氏は、「今私の所にきているヘルパーさんはみんなそういう人、(みんないい人)最高で

すよ」と語り、信頼できる支援者を希望していた。信頼できる支援者に支援を受けていることにより、精神的にも安定できていると考え、〈精神的な安定が維持できるように支援を依頼する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈精神的な安定が維持できるように自己管理する〉

O氏は、「ほとんど1日(テレビが)ついているの、一人じゃ淋しいもんでさ」と語り、一人での淋しさを軽減するようテレビをつけて生活していた。これは療養者が精神的な安定を維持できるように自ら工夫して生活していることであり、〈精神的な安定が維持できるように自己管理する〉のサブカテゴリーを抽出した。

4) 栄養状態を維持すること (資料 18)

107 のコード、5 のサブカテゴリーから【栄養状態を維持すること】のカテゴリーが抽出された。

(1) 〈栄養状態を維持できるように自分でできることを行う〉

R氏の後見人は、「私がおかずを持ってくるとね、胃の調子が悪いからって、お粥にするねって、いっぱい作ってあるのよ、その中に野菜を入れてね」と語り、R氏は消化器症状のある自分の体調にあわせて、簡単な食事の準備をしていた。これはR氏自身で行っている栄養状態を維持するための行動であり、〈栄養状態を維持できるように自分でできることを行う〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈食事内容から病状の悪化が予測される〉

J氏の訪問看護師は、「あとはちょっと食事ですね、好きなものをどうぞどうぞって言っていると、どんどん食事が、お好きなものだけになっちゃう傾向があるので、そうすると結構塩分摂りすぎで、むくみとかいろいろ出てきますね。なのでやはり目を光らせていないといけないのかな、ってゆうのはありますね」と語り、好みの物ばかりを摂ると塩分を多く摂取してしまい、浮腫等の症状が悪化するという、食生活の問題が予測された。これは、予測された食生活の潜在的な問題であり、〈食事内容から病状の悪化が予測される〉のサブカテゴリーを抽出した。

5) 夜間睡眠を確保すること (資料 19)

19 のコード、3 のサブカテゴリーから【夜間睡眠を確保すること】のカテゴリーが抽出された。

(1) 〈夜間睡眠を確保するための支援を依頼する〉

F氏の訪問介護職は、「夜の不安はすごいやっぱり訴えられましたね。一時期、夜泊まってもらえるのにはどうすればいいんだろうって話をされたこともありました」と語り、F氏は夜間の強い不安を支援者に訴え、夜間の支援が得られないか相談していた。そのため、〈夜間睡眠を確保するための支援を依頼する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈夜間睡眠を確保するために自己管理する〉

R 氏の訪問看護師は、「しっかり飲んでいるのは、眠剤ですね。それだけは足りないくらいしっかり飲んでい」と語り、R 氏は夜間寝つきが悪いために、眠剤は必ず内服していた。そのため、〈夜間睡眠を確保するために自己管理する〉のサブカテゴリーを抽出した。

6) ADL 低下による障がいに対応すること (資料 20)

51 のコード、2 のサブカテゴリーから【ADL 低下による障がいに対応すること】のカテゴリーが抽出された。

(1) 〈困難になりつつある ADL が維持できるように生活している〉

L 氏は、「12 月に風邪をひいて寝ていることが多かったら、歩けなくなっちゃって、ほんとに歩くことができない。それでこれでは困ったと思って、自分でも少しずつでも自分でやるように頑張ってここまで回復しました」と語り、風邪で臥床していたことから、筋力も低下し歩行が困難になったが、独居の生活を継続するためにはこのままでは困ると考え、歩行できるように動いていた。そのため、〈困難になりつつある ADL が維持できるように生活している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈ADL の低下にあわせた支援を依頼する〉

F 氏の訪問介護職は、「自分でトイレに行くってゆう固い意志があるので、トイレで私たちがズボンをずらすってゆうことはないですね。そこまで一緒に行って向きを変えるまではやりますけど、そこからは自分でズボンを下ろして座って、拭いたり、ズボンを上げるまで自分でやって、あと向きを変えて車いすに座るまでは私たちがやるんですけど」と語り、F 氏は ADL 低下にあわせて、トイレへの移乗の援助にしても、ズボンのあげ下ろしや、陰部を拭くことなどは羞恥心がありなんとかできるので自分で行き、車いすとトイレの移乗の介助のみの援助を依頼していた。そのため、〈ADL の低下にあわせた支援を依頼する〉のサブカテゴリーを抽出した。

7) 認知機能低下による障がいに対応すること (資料 21)

28 のコード、2 のサブカテゴリーから【認知機能低下による障がいに対応すること】のカテゴリーが抽出された。

(1) 〈認知機能の低下を自覚し対処している〉

K 氏は、「〇〇さん(訪問看護師)に聞いたからね、ある程度(サービスのスケジュール)頭に入れたからね」と語り、認知機能が低下してきたことがわかっているので、日々のスケジュールを覚えるように努めていた。そのため、〈認知機能の低下を自覚し対処している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈認知機能の低下にあわせた支援を受けている〉

H 氏の訪問看護師(ケアマネジャー兼務)は、「(訪問介護職のサービスが)入ったには入っ

たけど、『家の中が荒らされる』って警察沙汰になったこともあって、家の中に人が入ることによって何か持っていかれちゃうって、それでヘルパーさんを止めちゃったんですよ」と語り、認知機能の低下により、記憶障がいのある H 氏は、訪問介護職を支援者として記憶できないことに加え、周辺症状としての妄想、攻撃性も加わり、訪問介護職を不審者と思いきみ不穏になるということであり、不穏にならないように訪問者を調整して援助を受けていた。そのため、〈認知機能の低下にあわせた支援を受けている〉のサブカテゴリーを抽出した。

8) 独居継続を判断すること (資料 22)

92 のコード、2 のサブカテゴリーから【独居継続を判断すること】のカテゴリーが抽出された。

(1) 〈独居継続したい気持ちを表現する〉

G 氏の隣人は、「だから、ケアさんがつくのに(自分の担当のケアマネジャーが決まった時に)、私を老人ホームに入れるって、すごく嫌がったんです」と語り、G 氏は、介護保険サービスを受けケアマネジャーがつくことになったときには、それは施設に入ることではないかと疑い嫌がったという状況があり、施設に入りたくない強い気持ちを訴えていた。そのため、〈独居継続したい気持ちを表現する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈独居継続から施設入所への気持ちの変化を表現する〉

F 氏の訪問看護師は、「やっぱり、ADL の低下でけがを負ったりだとかして、少しずつ自分ができないってことも、だんだんひしひしと感じているんだろうなあって」と語り、病気の進行に伴う ADL の低下により、独居での生活は難しくなってきたと考え、独居から施設入所へと変化している F 氏の気持ちを、支援者が感じていた。そのため、〈独居継続から施設入所への気持ちの変化を表現する〉のサブカテゴリーを抽出した。

9) 社会関係を維持すること (資料 23)

46 のコード、3 のサブカテゴリーから【社会関係を維持すること】のカテゴリーが抽出された。

(1) 〈社会関係が維持できるように支援を依頼する〉

F 氏の訪問介護職は、「その方(友人)とお手紙をしたり、ってゆう時もお手紙もヘルパー達が、はじめの頃は書いていたんですね」と語り、手紙が書けない F 氏は、ヘルパーに手紙を書いてもらっていた。これは、友人との関係を維持するために、コミュニケーションを代行してもらっているということであり、〈社会関係が維持できるように支援を依頼する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈自ら社会関係を維持している〉

O 氏は、「どんな人でも頂きっぱなしってゆうのはとってもできないから、たまにヘル

パーさんに頼んで(お礼の品物を買ってきてもらう)、そこらで買ったもんじゃ駄目だもん」と語り、毎朝差し入れをしてくれる隣人へのお礼の品物を準備し渡していた。これは隣人との関係を維持するための O 氏の行動と考え、〈自ら社会関係を維持している〉のサブカテゴリーを抽出した。

10) 別居家族との関係を維持すること (資料 24)

35 のコード、2 のサブカテゴリーから【別居家族との関係を維持すること】のカテゴリーが抽出された。

(1) 〈別居家族を頼りに生活している〉

I 氏は、「(娘の夫が)優しい言葉をかけてくれて、ほんとに私もね、ありがたいなあって思っているですよ」と語り、娘夫婦を頼りに生活していた。そのため、〈別居家族を頼りに生活している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈別居家族からの支援が得られない〉

M 氏のケアマネジャーは、「(二男家族が)市外なんですよ、奥さんの方がご病気になられたもんですからね、退院の時は一緒に住もうかなんて話もあったんですが、本人も一人の方が気が楽だし、遠慮もあったみたいで、一人にはなっているんですけど」と語り、独居の M 氏ではあるが、息子の家族にも生活があり、また同居することへの遠慮の気持ちもあるため、支援が多くは得られない状況であった。そのため、〈別居家族からの支援が得られない〉のサブカテゴリーを抽出した。

11) 生活基盤(生計等)を維持すること (資料 25)

37 のコード、3 のサブカテゴリーから【生活基盤(生計等)を維持すること】のカテゴリーが抽出された。

(1) 〈生活基盤維持への支援を依頼する〉

L 氏は、「銀行が一番困る、お金をおろすことができないから、これも近所の友人に頼んでいます」と語り、銀行でお金を下ろすという金銭管理の一部を友人に依頼していた。そのため、〈生活基盤維持への支援を依頼する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈生活基盤維持を自己管理する〉

K 氏の訪問看護師は、「病院に行った時に(お金を)キャッシュコーナーで下すって言ってます」と語り、パーキンソン病と膝関節症のある K 氏ではあるが、病院に受診した際に、お金をキャッシュコーナーで下していた。そのため、〈生活基盤維持を自己管理する〉のサブカテゴリーを抽出した。

12) 身体の清潔を維持すること (資料 26)

41 のコード、3 のサブカテゴリーから【身体の清潔を維持すること】のカテゴリーが抽

出された。

(1) 〈身体の清潔維持の援助を依頼する〉

I氏は、「私爪も切れないですからね、手と足をね、爪を切ってもらですよ」と語り、糖尿病性網膜症で爪切りが自分ではできないI氏は、爪切りの援助を支援者に依頼していた。そのため、〈身体の清潔維持の援助を依頼する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈病状をふまえた清潔保持の援助を受ける〉

R氏の訪問看護師は、「お風呂に入るのも大変だったもんねえ、疥癬にならなきゃ風呂なんか入れてくれなかったし(入浴援助を受け入れなかった)、疥癬にたまたまなったもので、風呂に入ってね。私たちもどンドン着替えてもらって」と語り、R氏は疥癬になったので、治療としての入浴と更衣が必要になり入浴援助を受けていた。そのため、〈病状をふまえた清潔保持の援助を受ける〉のサブカテゴリーを抽出した。

13) 身だしなみを維持すること (資料 27)

18のコード、3のサブカテゴリーから【身だしなみを維持すること】のカテゴリーが抽出された。

(1) 〈身だしなみを維持するための支援を依頼する〉

K氏は、「ヘルパーさんたちが来れば、(洗濯物を)たためないもので、ああ来てくれた嬉しいよ、これ畳んでちょうだいついて言って頼む」と語り、洗濯物を取り込むことは何とか自分でできて、腰と膝の疼痛が強く曲がらないので、洗濯物を畳むことが困難であり、訪問介護職に依頼していた。そのため、〈身だしなみを維持するための支援を依頼する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈身だしなみを自分で維持する〉

L氏のケアマネジャーは、「洗濯…を取り込むことはできるんだけど、干したりするのが大変っていうことがあるので」と語り、L氏は洗濯物を干すことはできないが、取り込むことは自立できていた。そのため、〈身だしなみを自分で維持する〉のサブカテゴリーを抽出した。

14) 生活用品を調達すること (資料 28)

18のコード、1のサブカテゴリーから【生活用品を調達すること】のカテゴリーが抽出された。

(1) 〈生活用品調達のための支援を依頼する〉

S氏は、「買い物はヘルパーさんに頼んでます。ヘルパーさんは近くのスーパーで頼んだものを買ってきてくれます」と語り、自分できない生活用品の買い物を訪問介護職に依頼していた。そのため、〈生活用品調達のための支援を依頼する〉のサブカテゴリーを抽出した。

15) 生活環境を維持すること(掃除等) (資料 29)

50 のコード、2 のサブカテゴリーから【生活環境を維持すること(掃除等)】のカテゴリーが抽出された。

(1) 〈生活環境維持を自分で行う〉

N 氏は、「(ごみを玄関に)出しておけば、隣の方が持って行ってくれるんですよ」と語り、隣人にごみ出しをしてもらっているのだが、そのために家のごみを集めて玄関まで出すという行動をしていた。そのため、〈生活環境維持を自分で行う〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈生活環境維持の支援を依頼する〉

P 氏の訪問介護職は、「今日も 1 時間過ぎて(家事援助の実費部分になって)から、ガラスを綺麗にして、畳もちょっとからぶきしたんですけどね。要望があればそちらで言いますのでね、それにそってやりますけどね」と語り、P 氏は掃除の依頼を具体的にしていた。そのため、〈生活環境維持の支援を依頼する〉のサブカテゴリーを抽出した。

16) 外出すること (資料 30)

16 のコード、3 のサブカテゴリーから【外出すること】のカテゴリーが抽出された。

(1) 〈外出の支援を依頼する〉

N 氏は、「まあ特別な時にはね、親戚の者に頼んでね、頼みたいよって言えばね、ああいいよって言ってね。向こうの都合でね、土曜日か日曜日に来ていただいたり、向こうが暇な時にね」と語り、頻繁なことではないが、たまには親戚の人に頼んで外出に連れて行ってもらっていた。そのため、〈外出の支援を依頼する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈外出が自立している〉

K 氏のケアマネジャーは、「今、体調が良いみたいで、レンタルの歩行器ですぐ近くの銀行にいった(お金を)おろしてくる」と語り、K 氏はパーキンソンがあり、歩行が不安定ではあるが、体調が良い時には歩行器で近所に外出することもあった。そのため、〈外出が自立している〉のサブカテゴリーを抽出した。

17) 生活を楽しむこと (資料 31)

44 のコード、3 のサブカテゴリーから【生活を楽しむこと】のカテゴリーが抽出された。

(1) 〈生活の楽しみへの支援を依頼する〉

P 氏は、「車に乗せてもらって、後ろに寝ていくですけど、横になって寝たりなにかして、それが楽しみくらい。もう食べる楽しみもないので、車で山のほうの青いものがあるところなんかね」と語り、妹夫婦に車で自然が多い場所にドライブに連れて行ってもらうことを楽しみにしていた。そのため、〈生活の楽しみへの支援を依頼する〉のサブカテゴリーを

抽出した。

(2) 〈一人でも楽しみがあるように生活する〉

S氏は、「編み物が好きで、妹に糸を買ってきてもらって、編み物をして過ごすのが楽しいです」と語り、一人の時間には趣味の編み物をして過ごすことに楽しみを得ていた。そのため、〈一人でも楽しみがあるように生活する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(3) 〈生活の楽しみが減ったと表現する〉

P氏は、「近所の人たちもね、やっぱり年の多い人は自分からよそのうちに出かけていってゆうことが、大変おっくうってゆうか、そういう人たちが家に来てくれることがなくなってきたんだよね、亡くなった方も多いし…」と語り、今まで親しくしてきた近隣の住民も高齢になったことにより、お互いに家を訪ねるなどの交流が減ったと話していた。そのため、〈生活の楽しみが減ったと表現する〉のサブカテゴリーを抽出した。

ADL 低下高齢者の独居療養生活継続のための 17 の要素は、更に 3 つの内容に整理できると考えた。【健康悪化時支援を求めることができること】【病状の安定を維持すること】【精神的な安定を維持すること】【栄養状態を維持すること】【夜間睡眠を確保すること】は、生命の維持に関わる独居療養生活継続の要素である。【ADL 低下による障がいに対応すること】【認知機能低下による障がいに対応すること】【独居継続を判断すること】【社会関係を維持すること】【別居家族との関係を維持すること】【生活基盤(生計等)を維持すること】【身体の清潔を維持すること】【身だしなみを維持すること】【生活環境を維持すること(掃除等)】は、生活の維持に関わる独居療養生活継続の要素である。そして、【外出すること】【生活を楽しむこと】は、生活のゆとりに関わる独居療養生活継続の要素である。更にこれらの要素のサブカテゴリーから、[支援を依頼する][自分で行う]というセルフケアの内容と、[予測されることへの援助を受けている]という潜在的なニーズへの援助を受けている内容があった。セルフケアの内容については、顕在的ニーズへの支援の依頼と、自ら顕在的ニーズを満たす行動であった。

2. 独居療養生活支援機能の分析 (資料 32～資料 45)

次に独居療養生活支援機能を分析したところ、1094 のコード、104 のサブカテゴリー、14 の独居療養生活支援機能のカテゴリーが抽出された。以下に、【 】はカテゴリーを、〈 〉はサブカテゴリーを、「 」はデータからの引用を表し、データがわかりにくいと思われる文脈には、単語や文を括弧書きで追加し補った。

1) 療養者からの依頼に基づき生活の状況を理解する (資料 32)

5 のサブカテゴリーから【療養者からの依頼に基づき生活の状況を理解する】のカテゴリーが抽出された。このカテゴリーは、療養者からの依頼を受けて、支援者が生活の状況

を理解していると考えられた内容について、サブカテゴリーとして抽出したのから、抽象度を上げてカテゴリー化した。

(1) 〈療養者から依頼されるので必要な食事の援助を理解している〉

F 氏の訪問介護職は、「配膳下膳と室内の掃除と、移動の時の、車いすへの移乗が一人ではできない状態であったので、ベッドから車いすへの移乗の介助はしていましたね。」と語り、独居であるため、依頼をうけて食事の準備片づけには援助が必要と理解していた。これは、療養者からの依頼に基づき、食事摂取には準備片づけの援助が必要と理解しているのであり、依頼に基づく理解と考えた。そのため、〈療養者から依頼されるので必要な食事の援助を理解している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈療養者の訴えから睡眠状態を理解している〉

Q 氏のケアマネジャーは、「去年の冬だったかな寒い時、知らないうちに、寝巻も下着も濡れてしまうじゃないですか、寒いところで着替えたりってゆうのが、心臓、体にも負担が大きいのですので…」と語り、夜中に人工肛門から便が漏れることへの対処が、一人では難しいとの訴えを聞き、夜間の排泄のトラブルのため、起きて一人で着替えなどの対処をしていることを理解していた。これは、Q 氏の訴えから、夜間の睡眠状態を理解しているということであり、〈療養者の訴えから睡眠状態を理解している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(3) 〈療養者から依頼され身体の清潔を維持するための援助について理解している〉

L 氏のケアマネジャーは、「ヘルパーは、日曜日以外毎日入っていて、午前入る日もあるし、午後入る日もあるんですが、やっていることは、買い物、調理、お掃除、であとお風呂の介助。それから…まあ主にはそんなところですよ。」と語り、依頼され入浴介助が必要と理解していた。これは、訪問介護職の支援として入浴介助を依頼されて、入浴援助が必要な生活の状況を理解しているのであり、〈療養者から依頼され身体の清潔を維持するための援助について理解している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(4) 〈療養者から依頼され生活用品を調達するためには援助が必要と理解している〉

R 氏の訪問介護職は、「特に買い物ですね。買い物に行ける人ではなかったもので、一応そちらが主だったじゃないかなと思います。」と語り、依頼され買い物の援助が必要な生活状況を理解していた。そのため、〈療養者から依頼され生活用品を調達するためには援助が必要と理解している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(5) 〈療養者から依頼され生活環境を維持するために必要な援助について理解している〉

N 氏のケアマネジャーは、「今は訪問介護、ヘルパーさんが週に 2 回入ってくれて、お部屋の掃除だったり、買い物をしてもらっています。」と語り、依頼され定期的な室内の掃除が必要と理解していた。これは、療養者からの依頼を受けて、部屋の掃除等の生活環境を維持するために援助が必要な生活状況を理解しているということであり、〈療養者から依頼され生活環境を維持するために必要な援助について理解している〉のサブカテゴリー

を抽出した。

2) 近隣生活者としての親しい間柄に基づき生活の状況を理解する (資料 33)

8 のサブカテゴリーから 【近隣生活者としての親しい間柄に基づき生活の状況を理解する】 のカテゴリーが抽出された。このカテゴリーは、隣人や友人等近所に住む親しい間柄の支援者が、その間柄に基づき独居療養者を理解している内容をサブカテゴリーとして抽出したものから、抽象度をあげてカテゴリー化している。

(1) 〈近所にいるので安否確認がすぐにできる〉

H 氏のケアマネジャーは、「隣の家、ちょうど向かい側の家の人も、今日雨戸が開いているよとか、関わりは持っていないんだけど、見てはくれてる」と語り、直接関わりを持たない隣人も、近所に住んでいるので雨戸の開け閉めで行動を確認していた。これは、近所に住んでいるという間柄、特に非常に親しくはなくても近隣生活者としての安否の確認と考えられ、〈近所にいるので安否確認がすぐにできる〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈近所にいるので日々の付き合いから病状の安定について理解している〉

R 氏の後見人は、「だけどその辺から、なんていうのかな、あそこが痛かったり、ここが痛かったり、が連続になっちゃって、だけど病院ではね、胃の方は全然きれいだし、心配ないよって言うんだけど」と語り、毎日の付き合いから体調の変化を理解していた。これは、近所の後見人が毎日の親しい付き合いから、体調の変化を具体的に理解しているということであり、後見人と R 氏との近所に住む親しい間柄に基づく病状の理解と考えられた。そのため、〈近所にいるので日々の付き合いから病状の安定について理解している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(3) 〈近所の長い付き合いから気持ちがわかる〉

G 氏のケアマネジャーは、「この方、恵まれていらっしやって、町内別なんですけどね、お向かいの方だったりだとか、訪ねて来て下さる方が多かったですりだとか…」と語り、近所に住んでいる人達が、独居である G 氏の様子をきにかけて不定期に訪問し、話し相手になっていた。そのことは、G 氏にとって一人暮らしではあっても、淋しさを軽減していた。これは近隣住民が、近隣生活者としての親しい間柄に基づき訪問して、生活の様子を確認し話し相手になることにより、G 氏の精神的安定につながっているということであり、〈近所の長い付き合いから気持ちがわかる〉のサブカテゴリーを抽出した。

(4) 〈日々の付き合いから生活の様子を理解している〉

R 氏の後見人は、「朝もね、私来るともう食べたよって言うんだけど、昼はね、私早めにおかず持ってくるとまだ間に合う時があるんだけど、まあ一応きちきは食べてはいると思うんだけど、食べてる物がね、どうなのかね」と語り、近所にいるので、頻回に訪問して食事内容を確認していた。これは後見人が、近所に住んでいる親しい間柄に基づき、室内にも入り食事内容を確認しているということであり、近所に住む親しい間柄に基づく食

事内容の確認と考えた。そのため、〈日々の付き合いから生活の様子を理解している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(5) 〈日々の付き合いから身体機能の低下を感じる〉

P氏の妹は、「そうですね、やっぱり去年より今年の方が体力的にちょっと…今まで庭に出る回数がすごく多かったんですけど、庭に出る回数が減りましたね」と語り、毎日の関わりから、P氏は庭に出る回数が減り、ADLが低下してきていると理解していた。これは毎日関わっている近所に住む妹であるからこそわかる、ADL低下による生活の変化と考えられ、〈日々の付き合いから身体機能の低下を感じる〉のサブカテゴリーを抽出した。

(6) 〈近所にいるので別居家族を含めた支援者との関わりがわかる〉

H氏の隣人は、「5～6人？もっとかもしれないけど、(近所の人たちに)よくあの人(H氏)のことをやるわねって(言われて)…」と語り、近所に住んでいるので、近隣住民の話からもH氏が近隣住民と仲が悪いことを理解していた。これは近所に住んで援助している隣人であるからわかるH氏の社会関係であると考え、〈近所にいるので別居家族を含めた支援者との関わりがわかる〉のサブカテゴリーを抽出した。

(7) 〈近所に住んでいるので日常生活の様子がわかる〉

R氏の後見人は、「洗濯は結構自分でできるんですよ。ほとんどお買い物かな、外にはでないもんで」と語り、身近にいるので洗濯は自分でやっていることを理解していた。これはR氏の後見人が身近で生活の様子をよく知っているの、洗濯は自分でできていると理解しているの、身近な間柄に基づく理解と考えた。そのため、〈近所に住んでいるので日常生活の様子がわかる〉のサブカテゴリーを抽出した。

(8) 〈近所に住んでいるので日々の楽しみがわかる〉

P氏の妹は、「それとあとは自分の手元にあるあまり切れななを、針を持って何か作るのが好きなんです」と語り、身近な間柄なので、以前からの趣味も知っていて、現在の日々の楽しみも理解していた。これは親しい間柄であるからこそわかることと考え、〈近所に住んでいるので日々の楽しみがわかる〉のサブカテゴリーを抽出した。

3) 対象独居療養者への援助経験に基づき理解する (資料 34)

11のサブカテゴリーから【対象独居療養者への援助経験に基づき理解する】のカテゴリーが抽出された。このカテゴリーは、支援者が、独居療養者である対象者の援助経験をふまえて、対象者をさらに理解していると考えられるものをサブカテゴリーとして抽出し、抽象度をあげてカテゴリー化している。

(1) 〈対象独居療養者の援助を通して病状の安定について理解している〉

K氏のケアマネジャーは、「他の受診は総合病院ですのでね、(タクシーを)降りてから手すりもなにも全部ついていうもんだから、行けるって言って、自分一人で行ってもらっているんですけどね」と語り、K氏の日々の生活の様子から、受診継続のために必要

な援助を確認していた。これは、K氏の援助を通して受診には援助が必要なことがわかっている、病院内での受診の様子を確認している、K氏の援助の経験に基づき、受診継続という病状の安定につながる行動について理解していると考えた。そのため、〈対象独居療養者への援助を通して病状の安定について理解している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈対象独居療養者の援助を通して精神面を理解している〉

F氏の訪問介護職は、「だからそういうのも(物忘れが多くなった)、自分の中では不安にあると思います。すぐ忘れちゃうってゆうのもわかっている。自分でもわかっている」と語り、訪問介護職としてのF氏への援助の経験から、独居生活の不安は大きいことがわかっており、さらに認知機能の低下を自覚しているF氏は、不安が大きくなっていると、援助を通して気持ちを理解していた。これは、F氏への援助の経験に基づく精神面の理解と考え、〈対象独居療養者の援助を通して精神面を理解している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(3) 〈対象独居療養者の援助を通して生活の様子を理解している〉

N氏のケアマネジャーは、「週に5回配食サービスも入っていて、いつも毎日誰かしらが入っているので…」と語り、独居で家族がいないため食事支援の状況を理解していた。これは、N氏の援助の経験から、車いす生活であるN氏は食事の準備も一人では難しいとわかっていることから、食事について確認をしているのだと考えられた。そのため、〈対象独居療養者の援助を通して生活の様子を理解している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(4) 〈日々の援助を通して身体機能の低下を理解している〉

P氏の訪問介護職は、「血压測ったでしょって、自分からなかなか思いつかないみたいです」と語り、援助をとおして認知機能の低下を理解していた。これは、P氏の援助の経験から、認知機能低下とそれによる療養者の生活の様子を理解している、〈日々の援助を通して身体機能の低下を理解している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(5) 〈対象独居療養者の援助を通して独居継続について理解している〉

L氏のケアマネジャーは、「この方は施設が嫌いなので、入りたくない人だもんでね、できることならずと施設に入らないでね、一人暮らしを続けたいよってゆう方ですので」と語り、援助をとおしてL氏の性格がわかっており、L氏の施設には入りたくない気持ちを確認していると考えられた。そのため、〈対象独居療養者の援助を通して独居継続について理解している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(6) 〈対象独居療養者の援助を通して別居家族を含めた支援者との関係を理解している〉

K氏のケアマネジャーは、「家族さんがいないって、全くいないわけじゃなくて娘さんがいるんだけど、この方、この方が若い時に子供を育てるのに、母親らしい事をしてこなかったから、私の方からはね、娘にいろいろ要求はできないと引き下がっているんです」と語り、別居家族との関係維持は大切と考え、K氏が子どもに支援を求めておらず、関係が希薄であることを理解していた。そのため、ケアマネジャーとしてのK氏への援助の経

験に基づき、別居家族との関係について理解しているのであり、〈対象独居療養者の援助を通して別居家族を含めた支援者との関係を理解している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(7) 〈対象独居療養者の援助を通して身体の清潔を維持することについて理解している〉

P 氏の訪問介護職は、「洗面所もちよっと高くて、なかなかこれも、歯磨きが高くて大変だって、だから外に行って、外にコンクリートの流しがあるのね、そこでやったりすると歯を忘れてどこへいったかなあって、大騒ぎして捜したりってこともありましたよ」と語り、援助を通して、自立している清潔維持の状況を理解していた。これは、P 氏への援助の経験から、高齢で身長も低い P 氏では洗面にも工夫が必要とわかっているの、洗面の方法を具体的に知っているのだと考えられた。そのため、〈対象独居療養者の援助を通して身体の清潔を維持することについて理解している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(8) 〈対象独居療養者の援助を通して生活の楽しみについて理解している〉

N 氏の訪問看護師は、「病院でリハビリをやっていて、まあ病院にね、行かれる機会はあるんですけど、あそこの売店に寄るのがすごい楽しみ、自分にとって、必要で大事だったってゆうのは言っていました」と語り、独居療養生活では生活の楽しみが少ないと考え、何が楽しみとなっているのか確認していた。これは N 氏の援助の経験から車いすの N 氏は自由に外出できないとわかっているの、何か生活の楽しみとなっているのか確認しているのであり、〈対象独居療養者の援助を通して生活の楽しみについて理解している〉のサブカテゴリーを抽出した。

4) 独居療養者への援助経験に基づき理解する (資料 35)

10 のサブカテゴリーから【独居療養者への援助経験に基づき理解する】のカテゴリーが抽出された。このカテゴリーは、支援者が、独居療養者の援助という今までの職業経験を通して身につけた知識に基づき、対象者を理解していると考えられるものをサブカテゴリーとして抽出し、抽象度をあげてカテゴリー化している。

(1) 〈独居では安否確認が必要とわかっているの、生活の状況を確認している〉

N 氏のケアマネジャーは、「今はまあ携帯持っていると言ってみたり、〇〇(警備会社)があるからって言いますが、押せない時とかは、絶対にあると思うんで、その時に放置されてしまっていたでは遅いので…」と語り、独居であるため困った時にどのようにしているのか確認しており、病気の進行により今後は更に緊急時の対応が必要と予測していた。これはケアマネジャーとしての今までの経験から、独居では特に緊急時の対応をどうするか明確にしておくことが重要という判断に基づき確認しているのであり、今後は病気の進行により更に緊急時の対応が必要であるという予測は、ケアマネジャーとしての援助の経験により判断していることと考えられた。そのため、〈独居では安否確認が必要とわかっているの、生活の状況を確認している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈家族がいないと食事摂取が困難とわかっているの、食事の様子を確認している〉

N氏のケアマネジャーは、「週に5回配食サービスも入っていて、いつも毎日誰かしらが入っているの…」と語り、独居で家族がいないため食事支援の状況を理解していた。これは、ケアマネジャーとしての経験から、独居療養者であると食事がどうなっているのか確認が必要とわかっているため、食事について確認をしているのだと考えられた。そのため、〈家族がいないと食事摂取が困難とわかっているため食事の様子を確認している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(3) 〈独居での生活継続は不安定とわかっているため独居継続に関わることを確認している〉

L氏のケアマネジャーは、「この方は施設が嫌いなので、入りたくない人だもんでね、できることならずっと施設にはいらなくてね、一人暮らしを続けたいよってゆう方です」と語り、援助をとおしてL氏の性格がわかっており、ケアマネジャーとしての援助の経験から、独居療養者では、病状が進んだような場合は、独居継続が可能かどうか判断しなければならないとわかっているために、L氏の施設には入りたくない気持ちを確認していると考えられた。これは、ケアマネジャーとしての経験に基づく、独居継続をどうするかの方針の理解と考え、〈独居での生活継続は不安定とわかっているため独居継続に関わることを確認している〉のサブカテゴリーを抽出した。

5) 病気と社会保障制度の知識に基づき理解する (資料 36)

10のサブカテゴリーから【病気と社会保障制度の知識に基づき理解する】のカテゴリーが抽出された。このカテゴリーは、病気、治療、看護など、学問として身につけている知識に基づき、独居療養者を理解していると考えられる内容をサブカテゴリーとして抽出したことから、抽象度をあげてカテゴリー化している。

(1) 〈病気の知識に基づき支援を求められることを理解している〉

G氏の訪問看護師は、「今年本当に、暑いもんですからね、夏場は脱水とかみていかなきゃならないんですけど、ドクターも点滴始められて、抜きましたけれども…まあそういう病状を主にみさせていただいています」と語り、慢性心不全のあるG氏は水分摂取の制限が必要なのだが、暑い季節は脱水の危険もあるという病気の知識に基づき、今後起こりうる症状の出現を予測し、健康状態を把握していた。これは、病気と治療の知識に基づく安否確認の必要性のアセスメントと理解と考え、〈病気の知識に基づき支援を求められることを理解している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈病気の知識に基づき栄養状態について理解している〉

J氏の訪問看護師は、「主食は食べられない方で、副食が…おせんべいがね主食に代わっていたんです」と語り、下肢の浮腫があるという症状の理解に基づき、独居で好きなもの中心の食生活であったため、塩分の摂りすぎが浮腫を増強させていると、食生活の問題を把握していた。これは病気と栄養の知識に基づき食生活を理解しているのであり、〈病気の

知識に基づき栄養状態について理解している)のサブカテゴリーを抽出した。

(3) 〈病気の知識に基づき認知機能低下による生活への影響を把握している〉

H氏の訪問看護師は、「一番大きかったのは後期高齢者の保険証かな、どっかにしまっちゃうんですよ、片付けと一緒に、だからそういう重要なものが一切ぬけいてる」と語り、認知機能の低下による記憶障害のために、物を片づけて、どこに片づけたのか忘れてしまうという生活への影響がでていることを把握していた。これは、認知機能の低下という病気の知識に基づき、生活への影響を把握しているということであり、〈病気の知識に基づき認知機能低下による生活への影響を把握している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(4) 〈病気の知識に基づき独居継続について理解している〉

J氏の訪問看護師は、「この前その話(今後往診医を依頼するか、最期は入院するか)も娘さんと…下痢したりとか調子悪いっておっしゃった時にね、こういう時に来て下さる先生がいらっしゃるのでって、聞いたんですけど…」と語り、癌の終末期のJ氏であるため、さらに病状が進んだ際に、入院するか、往診医とするかを相談していた。これは、終末期癌であると、病状が進んだ際に、症状の変化もあるため独居での生活は困難であり、入院したほうが安心であること、もしくはそれでもこのまま独居で生活していくのであれば往診医に変更し、24時間体制で支援してもらったほう安心という判断による確認であった。病気の知識と、医師の支援体制という制度の知識に基づき、今後を予測し独居継続について確認しており、〈病気の知識に基づき独居継続について理解している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(5) 〈病気と介護保険制度の知識に基づき生活基盤を維持することの困難について理解している〉

L氏の訪問看護師は、「訪問看護をスタートしたのが、今年のあたまなんですけど、その時は入浴介助もやっていたんですが、(介護保険の)単位数だとか、どうしてもヘルプにやっていたかかないと、生活が成り立たない部分があるので、全面的にお風呂はヘルプに譲って…」と語り、長期の人工透析患者のL氏では、病状の確認や褥創の処置などの医療処置は、訪問看護師が入る方がよいと思っても、経済的に困難であることは把握しているので、介護保険の限度額をふまえて援助していた。これは、病気や医療処置の知識と、介護保険制度という社会保障制度の知識に基づき、生活基盤を把握していることと考えた。そのため、〈病気と介護保険制度の知識に基づき生活基盤を維持することの困難について理解している〉のサブカテゴリーを抽出した。

(6) 〈病気と社会保障制度の知識に基づき外出するための援助を理解している〉

L氏の訪問看護師は、「眼科だとか、白内障だとか、あとこの間ちょっとおりものがあったて、婦人科に行ったりだとか、そうすると介護タクシーや、ヘルプが前後にはいってしまうので…そんな状態です。でもこの方は生保の方なんで、ご自身の負担額はないんですが、そういう状態ですね」と語り、病気の理解に基づき、長期透析による骨病変の進行により

一人では受診できないので、受診時の送迎が必要であることを把握していた。これは、長期透析による合併症の知識と、生活保護という社会保障制度の知識に基づき、外出時の援助を理解しているのであり、〈病気と社会保障制度の知識に基づき外出するための援助を理解している〉のサブカテゴリーを抽出した。

6) 療養者の依頼に基づき援助する (資料 37)

9 のサブカテゴリーから 【療養者の依頼に基づき援助する】のカテゴリーが抽出された。このカテゴリーは、独居療養者からの依頼に基づき、援助していると考えられる内容をサブカテゴリーとして抽出したものから、抽象度をあげてカテゴリー化している。

(1) 〈療養者の依頼があるので健康悪化時には訪問する〉

G 氏の隣人は、「私が熱でたりしても、熱でてるってことも言っているんだけど、電話がかかってくる…(中略)…頼むねって」と語り、G 氏から支援を求める電話がかかってくるので、隣人は調子が悪い時でも顔を見に訪問しているということであった。これは、療養者の依頼に基づき、支援を求めてきたときには訪問しているということであり、〈療養者の依頼があるので健康悪化時には訪問する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈療養者からの依頼に基づき病状が安定するように援助する〉

P 氏の訪問介護職は、「最近便がねうまくコントロールできないってゆうのがあって…洗腸する時にお薬を入れて出すらしいんですけど、それがなかなかその作業の時にうまく(便が)できらなくて、夜出てしまったり、入浴後に出てしまったりってゆうのがあったらしくて、相談して、夜パットをしたらどうかとか、そういうアドバイスをしています」と語り、相談を受け人工肛門のトラブルへの対処方法を助言していた。これは、独居療養者からの依頼に基づき助言をしているのであり、〈療養者からの依頼に基づき病状が安定するように援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(3) 〈療養者からの依頼を受けて食事摂取できるように援助する〉

N 氏の訪問介護職は、「そうですね、この前これ食べたけど結構あれ(好みではなかった)だったから、今度こっちにして、みたいなのが結構あるよね」と語り、療養者が一人ではできない食品の買い物を依頼され、買い物の援助をしていた。これは、依頼を受けての食品の買い物の援助であり、〈療養者からの依頼を受けて食事摂取できるように援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(4) 〈療養者からの依頼を受けて夜間睡眠を確保できるように援助する〉

F 氏の訪問介護職は、「そうですね、転倒があったりとか、あとはなんか…夢か現実かわからないところが時々あって、これは夢だったの、ああそんなことなかったから夢だったんだよねってゆう、夜中に誰かが入ってきたってゆうようなことを言われたりだとか、女の人と子供さんが夜入ってきただとか、ってこともあったりだとか」と語り、夜間の不安の訴えを聞き、不安を受け止め、夜間睡眠がとれるように援助していた。これは独居療養

者の訴えに基づく夜間の睡眠確保への援助であり、〈療養者からの依頼を受けて夜間睡眠を確保できるように援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(5) 〈療養者からの依頼を受けて社会関係を維持できるように援助する〉

K氏の訪問介護職は、「1回目は、まあ呂律もまわらなかつたってゆうのもあって、パーキンソンで呂律もまわらなくなっちゃうんですよね。だから私はよくしゃべれないから業者さんが来てもうまく伝わらないからって、電話してってことになっちゃったと思うんですよ。だからまあその時はやったですけどね、一部始終を。それで(業者に)来てもらったんですけどねガス屋さんに」と語り、依頼を受けて風呂釜の業者とのコミュニケーションを代行していた。これは、独居療養者からの依頼による業者への対応の援助であり、業者に対応するという社会関係を維持することの援助と考え、〈療養者からの依頼を受けて社会関係を維持できるように援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(6) 〈身近にいるので依頼され生活基盤を維持できるように援助する〉

G氏の隣人は、「一番大切なお金、お金を預かっています。通帳と印鑑、実印。それは本来弁護士に託した方がいいよって言ったけど、駄目って。だもんで銀行で引き落とししてきて、で毎月のお金を一万円ずつ、小銭で…」と語り、G氏から依頼され、通帳と実印を預かって金銭管理の援助をしていた。これは独居療養者からの依頼に基づく金銭管理という生活基盤維持の援助と考え、〈身近にいるので依頼され生活基盤を維持できるように援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(7) 〈療養者から依頼され身体の清潔を維持できるように援助する〉

R氏の訪問介護職は、「はい、一人で入っていました。お風呂の準備をしてあげるまではヘルパーがおこなって、そのあとはご自分ではいられましたね」と語り、依頼され浴室の準備片づけをしていた。これは独居療養者からの依頼に基づき、入浴ができるように準備片づけをしているということであり、〈療養者から依頼され身体の清潔を維持できるように援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(8) 〈療養者から依頼され日常生活が維持できるように援助する〉

F氏の訪問介護職は、「そうですね、ええと(訪問介護職の支援は)朝昼夕だったんですね。(1日)3回だったので朝も昼も夕方も入って、1時間なのでお食事の支度をして片づけるで精いっぱい。あとは、もうおむつの方がうまくできていなかったの、そちらのほうでシーツ交換をして、洗濯をして、着替えてもらってってゆうので、それだけです」と語り、依頼されて必要に応じて衣類を洗濯していた。これは、独居療養者からの依頼に基づき衣類の洗濯をして、身だしなみを維持できるように援助しているのであり、〈療養者から依頼され日常生活が維持できるように援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(9) 〈療養者から依頼され外出の援助をする〉

N氏の訪問介護職は、「そういうこと(車椅子での外出の援助)も、1ヶ月に1回もないね、年末に1回あったんだよね」と語り、依頼され車いすでの外出の援助をしていた。これは、

療養者からの依頼があって外出の援助をしたということであり、〈療養者から依頼され外出の援助をする〉のサブカテゴリーを抽出した。

7) 近隣生活者としての親しい間柄に基づき援助する (資料 38)

14 のサブカテゴリーから【近隣生活者としての親しい間柄に基づき援助する】のカテゴリーが抽出された。このカテゴリーは、隣人や友人等近所に住む親しい間柄の支援者が、その間柄に基づき独居療養者へ援助している内容をサブカテゴリーとして抽出したのから、抽象度をあげてカテゴリー化している。

(1) 〈近所に住んでいるので独居を気遣い援助する〉

L 氏は、「近所に友人が住んでいて、その人が一番頼りになる人、前は(訪問介護職がはいっていない頃)病院に一人で行けないから来てってゆうと、来てくれるし、困った時には来てくれる」と語り、信頼している支援者は連絡すれば必要時には来てくれた。これは、近所に住む友人が L 氏との親しい間柄であるので、困った時には連絡すれば来てくれるという、健康が悪化した時の援助を、融通をきかせてしてくれているのだと考えた。そのため、近所に住む親しい間柄に基づき、健康悪化時の援助をしており、〈近所に住んでいるので独居を気遣い援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈近所で身近であるため家族に代わって病状が安定するように援助する〉

R 氏の後見人は、「まあ胃の方は大丈夫だったんだけど、大腸には癌があったってことで、まあ本人には伏せてあります」と語り、他に家族の代行をする人がいないので、治療と支援に関わる重要な判断をしていた。これは、近所に住む親しい間柄の後見人であるからこそできる病状の安定に関係する重要な判断と考え、〈近所で身近であるため家族に代わって病状が安定するように援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(3) 〈親しい間柄を活かし安心が得られるように自然に関わる〉

G 氏の隣人は、「興奮した時抱きついてやると、おばあちゃん大丈夫だよ、私がみんな聞いたよって言うと落ち着く。やっぱなんかそういうところは子供なんだなって」と語り、身近な存在なので、興奮している時には抱きついて、落ち着くように援助していた。これは隣人のように親しい間柄で、G 氏との長い付き合いと信頼関係があるからできる精神的安定への援助と考え、〈親しい間柄を活かし安心が得られるように自然に関わる〉のサブカテゴリーを抽出した。

(4) 〈近所であるため食事摂取できるように不定期に援助する〉

I 氏は、「私が(友達の家)に行ったり、行くとお昼頃まで、そうするとお昼ご飯食べてきなって言うもんですから、そこでいただいてね」と語り、友人とは身近な間柄なので一緒に昼食を食べることもあった。長い付き合いの親しい友人であるから、急な訪問をしても、友人宅と一緒に食事をするという付き合いができ、そのことが栄養状態の維持につながっていたため、〈近所であるため食事摂取できるように不定期に援助する〉のサブカテゴリー

を抽出した。

(5) 〈日々の関わりでは認知機能低下にあわせて援助する〉

I 氏の隣人は、「夜中にね、いろいろな人がね入るらしいんですけどね。…だから(I 氏は)寝ちゃってるからね。そういう人たちがきて、こういう所のものを食べていっちゃうみたいね」と語り、日々関わっているので認知機能の低下がわかるので、I 氏に話を合わせていた。これは、隣人が I 氏に日々関わっていることで、認知機能の低下した I 氏の様子とそれへの対応の仕方がわかっているということであり、日々関わっている隣人であるから、I 氏も隣人を信頼し、援助も受け入れていると考えられた。そのため、〈日々の関わりでは認知機能低下にあわせて援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(6) 〈親しくしていて気持ちがわかるので独居継続できるように援助する〉

R 氏の後見人は、「これでね、わかんなくなっちゃえばまた別だけど、そうじゃないものだからね、自分はそうじゃないよっていう頭でいるでしょうからね、ここはね、自分のお家だし、アパートだとねそうもいかないけど、自分のお家だから。周りが助け合ってね、見てあげて、できれば(亡くなった)弟さんと約束した 100 歳まで生きるように…」と語り、以前からの親しい付き合いで、R 氏の亡くなった親族や R 氏の気持ちもわかるので、在宅での生活を支えようと援助していた。これは、近くに住む親しい間柄の後見人であるからの在宅での生活を支えていこうという援助と考え、〈親しくしていて気持ちがわかるので独居継続できるように援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(7) 〈信頼されているので社会関係を維持できるように援助する〉

R 氏の後見人は、「で、(弟の)結構調子が悪くなったもんですから、自分と弟の葬式は組の人に出してもらいたいってことを一筆書いたもんですから、それで(隣組の人に)協力してもらって、一応(弟の)お葬式はしましたけどね」と語り、近所に住んでいるので依頼され葬式をしていた。これは隣組という近所に住んでいる親しい間柄の後見人なので、血縁関係はないが隣組の住民で葬式をだすという、社会関係維持の援助をしているのであり、まさに近隣生活者としての生活の相互扶助に基づいている援助であった。そのため、〈信頼されているので社会関係を維持できるように援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(8) 〈近所にいるので別居家族の関わり維持への援助をする〉

H 氏の訪問看護師は、「隣人自身も、こうやってやっていますよって(息子に)言っても、息子さん自身があんまり自覚されていないってゆうか…」と語り、H 氏の隣人は近所に住んでいるので援助をしていて、息子には援助内容を伝えていた。これは、隣人が息子に援助内容を伝えて、息子にも H 氏に関心に向けてもらおうとしての援助と考えられ、隣人が親しい間柄であるからこそ、家族のように援助をしていて、H 氏の息子も知っていることで連絡を取りやすいということであり、近所に住む親しい間柄に基づく、別居家族の関わりを促す援助と考えた。そのため、〈近所にいるので別居家族の関わり維持への援助をする〉のサブカテゴリーを抽出した。

(9) 〈親しくしているので楽しみも兼ねた身体の清潔維持への援助をする〉

G氏の隣人は、「お風呂も連れて行ったんです。常にね、だけど、年々連れて行くと年々、年取っていくじゃない。私も年々年とってく、それについていなくちゃなんないじゃない。〇〇湯とかそういうとこ連れて行くと、嬉しがるんだけどカラスの行水だから、でちっとあらってやって、抱きつく、それで私が入るんです」と語り、長い付き合いで身近な間柄なので、一緒にお風呂屋さん連れていくことがあった。これは、隣人が身近な間柄であり、自分の生活にあわせて融通をきかせて実施している身体の清潔維持への援助と考え、〈親しくしているので楽しみも兼ねた身体の清潔維持への援助をする〉のサブカテゴリーを抽出した。

(10) 〈近所で親しくしているので融通のある身だしなみ維持の援助をする〉

G氏の隣人は、「四季折々お布団が違うでしょ、(訪問介護職は)家の中を開けてお布団を出したりしてくれないんですよ。夏で今暑いじゃない、毛布敷いてるんですよ。それじゃあ暑くないですかって言ったんですけど、なんか開けるのが(訪問介護職は)押入れを開けることをしない…」と語り、長い付き合いで身近な間柄なので、季節に合わせて衣替えをしていた。これは、G氏の隣人が身近な間柄であるからこそ、押入れを開けたり、箆箆をあけることができるのであり、身近な間柄に基づいている、衣替えという身だしなみの維持に関する援助と考えた。そのため、〈近所で親しくしているので融通のある身だしなみ維持の援助をする〉のサブカテゴリーを抽出した。

(11) 〈親しくしているので生活用品調達の援助をする〉

S氏の妹は、「時々、駅の方の店じゃないと売っていないような物を欲しいって言うものだから、ここ(家)に来る前に寄ってくるんですよ。まあそんなに大変なことじゃないからいいんです」と語り、身近な間柄であるため融通がきいた買い物をしていた。これは、介護保険制度での支援者のように、時間で援助している支援者では難しい融通がきいた買い物の援助であり、身近な間柄であるからこそ、多少遠くの店でも買い物をしてくるのだと考えられた。そのため、〈親しくしているので生活用品調達の援助をする〉のサブカテゴリーを抽出した。

(12) 〈近所で親しくしているので生活環境を維持できるように踏み込んで援助する〉

G氏の隣人は、「週2回燃えるごみ来ますでしょ、やっぱりゴミでるじゃんね、出るけど朝10時すぎじゃん(ヘルパーが来るのが)。私7時にゴミ出すでしょ、だからおばあちゃんの方まで行って、大したことないから、ゴミ出す日同じだから、一つも二つも同じじゃない。だから、おばあちゃんのと私のと(家が道を挟んで)反対側だけどね、もうまとめてくれてありますしね(前日の訪問介護職がごみをまとめてくれてある)、忘れることもあるけどね。ああ困ったわすれちゃったって言うけどそんな大したことないから」と語り、近所に住んでいるのでついでにG氏の家のゴミを捨てていた。これは、近所に住んでいることを活かした生活環境維持への援助であり、〈近所で親しくしているので生活環境を維

持できるように踏み込んで援助する)のサブカテゴリーを抽出した。

(13) 〈身近なので療養者の気持ちを察して外出の援助をする〉

H氏の隣人は、「そろそろ(夫に会いに)行きたくないって誘って(車に乗せて)行くんですよ」と語り、身近な存在なので、H氏の気持ちを察して、誘って夫が入院している病院に車で連れて行っていった。これは、職業としてではなく支援している身近な存在の隣人だからこそできる融通のきいた外出への援助であり、〈身近なので療養者の気持ちを察して外出の援助をする〉のサブカテゴリーを抽出した。

(14) 〈身近なので療養者の気持ちを察して生活を楽しむように援助する〉

P氏の妹は、「今は、買い物に行ったり、それから、ちょっとその辺で簡単な催し物があると、ちょっと行ってみるって言って、ドライブにちょっと、気分転換のために連れて行って」と語り、身近な存在なので、気分転換の外出と一緒に行っていった。これは身近な存在の妹が自分も一緒に生活を楽しむような援助であり、〈身近なので療養者の気持ちを察して生活を楽しむように援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

8) 対象独居療養者への援助経験に基づき援助する (資料 39)

9のサブカテゴリーから【対象独居療養者への援助経験に基づき援助する】のカテゴリーが抽出された。このカテゴリーは、支援者が、独居療養者である対象者の援助という経験を通して身につけていることに基づき、援助をしていると考えられる内容をサブカテゴリーとして抽出したものから、抽象度をあげてカテゴリー化している。

(1) 〈病状維持への困難がわかるので病状が安定するように援助する〉

K氏のケアマネジャーは、「こっちの方が…パーキンソン(の影響)があるのかなって、パーキンソンの先生にも、私も何回か受診について行って、先生にも(付き添い)しますね、(病気や治療の状況が)わからないのでね、この人の話だけだと…」と語り、病気や現在の治療の状況については、K氏の話だけではわからないので、受診に付き添い医師の話聞き、援助に活かしていた。これは、K氏の援助の経験から、K氏の説明では、病気や治療の状況が分からない事からの援助と考えた。そのため、K氏への援助経験に基づく病状の安定維持に関する援助と考え、〈病状維持への困難がわかるので病状が安定するように援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈食習慣をふまえて食事摂取できるように援助する〉

F氏の訪問介護職は、「でその前に冬、おもちが好きだったんですよ。けどおもちを食べるのはこっちがもうはらはらなんで、食べ終わるまでは動かせないし…今はスーパーにおもちが年がら年中あるんですよ、悪いけどみんな(訪問介護職)の中で統一して、お正月が終わったらお餅はスーパーにはないということにして…」と語り、食事の様子からおもちは喉につまる危険があるため、食事摂取の危険を考え食事援助していた。これは、F氏がお餅が好きだということを援助から理解しているので、安全を考え援助の工夫をしてい

るということと考えた。そのため、F氏への援助に基づく、安全な食事摂取のための援助であり、〈食習慣をふまえて食事摂取できるように援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(3) 〈葛藤を感じてADL低下に関わる援助をする〉

F氏の訪問介護職は、「だけど、できるうちは、なんとか一人でやりたいって。なるべくうまくできなくてもこっちはみて見ないふりをするような形で、ヘルパーが入っていた時もありましたね」と語り、ADL低下の自覚による葛藤を考え、気持ちを尊重して生活を見守っていた。これは、F氏の性格から自立したい気持ちが強いことがわかっている上での援助であった。そのため、〈葛藤を感じてADL低下に関わる援助をする〉のサブカテゴリーを抽出した。

(4) 〈生活習慣にあわせて生活用品調達の援助をする〉

S氏の訪問介護職は、「何を買ってくるのか、なるべく具体的に聞いて、希望の物を買ってくださることができるようにしています」と語り、依頼されて買い物に行くのだが、具体的に買い物の内容を確認して希望の物を買って来ていた。これは、S氏の援助の経験から、依頼された買い物といっても同じような商品は多く、また希望の物がなかった場合には何を購入してくるのか、購入しない方がよいのかなど、自分で商品を選ぶことができないため、より具体的に確認をした方がよいとの考えに基づいていた。そのため、〈生活習慣にあわせて生活用品調達の援助をする〉のサブカテゴリーを抽出した。

(5) 〈生活習慣にあわせて生活環境維持の援助をする〉

N氏の訪問看護師は、「几帳面な方だからお風呂の後も水滴が残っていると嫌いだから、全部そこ拭いて」と語り、N氏の性格を考え、入浴介助後には風呂場の水滴が残っていないように掃除をしていた。これは、N氏への援助の経験から性格がよくわかるの実施している援助であり、〈生活習慣にあわせて生活環境維持の援助をする〉のサブカテゴリーを抽出した。

9) 独居療養者への援助経験に基づき援助する (資料 40)

5のサブカテゴリーから【独居療養者への援助経験に基づき援助する】のカテゴリーが抽出された。このカテゴリーは、支援者が、職業としての独居療養者の援助という経験を通して身につけていることに基づき、対象者への援助をしていると考えられる内容をサブカテゴリーとして抽出したものから、抽象度をあげてカテゴリー化している。

(1) 〈独居での緊急時対応の重要性をふまえ健康悪化に備えて援助する〉

I氏の訪問介護職は、「何かあった時に、鍵がないと私たちも入れないので、鍵を作ってもらった。支援者はみんな知っています」と語り、独居であるため緊急時家の中に入ることができるように、自宅の鍵を管理していた。これは訪問介護職としての経験から独居療養者では、家族がいないので健康が悪化したような緊急時に、家に入ることができるように、支援者用の鍵が必要と考えての援助であった。そのため、訪問介護職としての経験に

基づく、健康悪化時のための援助であり、〈独居での緊急時対応の重要性をふまえ健康悪化に備えて援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈独居では別居家族との関係維持が大切であるため維持できるように援助する〉

M 氏のケアマネジャーは、「ご実家は割と近くて、弟さんとお嫁さんがいらっしゃるもんですから、緊急時はそちらになるんですけど。どこまで対応できるか。電話で話すことはあります」と語り、独居であるからこそ、緊急時の連絡等家族との関係は大切と考え、関係が維持できるように状況を家族に連絡していた。これは、ケアマネジャーとしての経験から、独居の療養者では、連絡が取れる別居家族との関係を維持することが療養者にとっても、支援者にとっても必要と考えての援助であり、〈独居では別居家族との関係維持が大切であるため維持できるように援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

10) 病気と社会保障制度の知識に基づき援助する (資料 41)

10 のサブカテゴリーから【病気と社会保障制度の知識に基づき援助する】のカテゴリーが抽出された。このカテゴリーは、病気、治療、看護、介護保険制度など、学問として身につけている知識に基づき、独居療養者の生活維持への援助をしていると考えられる内容をサブカテゴリーとして抽出したものから、抽象度をあげてカテゴリー化している。

(1) 〈病気の知識に基づき健康悪化に備えて援助する〉

L 氏の訪問看護師は、「訪問自体が、(介護保険の利用限度の関係で)毎週入れない、2 週間に 1 回になっちゃっているもんで、負担をかけない顔の見方ってゆうのが、そういう風になっちゃうんです。ヘルパーがいるとき、ちょっと立ち寄る(ついでに訪問する)」と語り、病気の理解に基づき、ADL の低下が進んでいる L 氏の負担にならないように、タイミングをみてついでに訪問し、安否確認していた。L 氏は長期の透析による骨病変で室内歩行も時間をかけてなんとかできている状態であったため、訪問看護師が訪問することでの玄関の鍵を開けることによっても転倒の危険があると考えていた。そのため、独居の L 氏の健康悪化がないかを確認するのだが、支援者がいる時間に電話をかけて L 氏の様子を確認できるようにしていた。これは、L 氏の病気の理解により、現在の病状から考えられる危険も予測しながら援助しているということであり、〈病気の知識に基づき健康悪化に備えて援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈病気の知識に基づき病状が安定するように援助する〉

J 氏の訪問看護師は、「それで腰痛がでてしまうので、和室の方のソファで横になるか、ベッドに行って自分で過ごされているってゆう状況で、ちょっと足の筋力も落ちてしまうかなってゆうのもあるもんですから…」と語り、高齢者である J 氏の身体的特徴と癌の終末期という病気の理解に基づき、腰痛や倦怠感が強いこともわかりながら、下肢の筋力低下が進むことを予測し援助していた。これは、高齢者の身体的特徴と病気の知識に基づき、病状を予測しながら援助しているということであり、〈病気の知識に基づき病状が安定す

るように援助する)のサブカテゴリーを抽出した。

(3) 〈病気の知識に基づき不安軽減できるように援助する〉

Q氏のケアマネジャーは、「(狭心症の発作後不安が強くなってからは)訪問看護さんの方で体調管理をしてもらって、主治医の先生と連携している訪問看護さんなので、連絡も密になるということで」と語り、狭心症発作後、不安が強くなったQ氏に対して、病気の理解に基づき体調管理ができる訪問看護師が、24時間連絡体制加算をとって緊急時にも対応することになっていた。病気がわかっている訪問看護師が24時間連絡体制加算をとって緊急時にも連絡すれば来てくれるということは、独居のQ氏にとっては精神的な安定の維持につながっていた。これは病気の知識に基づき援助をすることにより、精神的な安定が維持できるということであり、〈病気の知識に基づき不安軽減できるように援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(4) 〈病気の知識に基づき認知機能低下への援助をする〉

Q氏の訪問看護師は、「ちょっと物忘れがあるので、お時間を忘れてしまうので、同じ時間帯に入ること、来るということを認識させる。環境を戸惑わないようにしています」と語り、認知機能の低下があるQ氏には、時間を意識づけて毎回同じ時間に訪問することで、Q氏が戸惑わないようにと援助していた。これは、認知機能の低下という病気の理解に基づき、記憶障害という中核症状はあるが、それによる周辺症状を助長させないように援助と考え、〈病気の知識に基づき認知機能低下への援助をする〉のサブカテゴリーを抽出した。

(5) 〈病気の知識に基づき身体の清潔を維持できるように援助する〉

L氏の訪問看護師は、「長期透析と血行障害とかで、若干褥瘡が一つあるので、その部分の観察と処置、あと爪切りができません。足の爪切りがね、体が痛くて、手もかなり固まっちゃっているんで、そういったその時に行って、できていることはやらないんですけど、できていない時には爪切りをやったり、くるぶしがみれないんですよ、姿勢が、お腹が張っちゃってるもんですから、そこの処置」と語り、長期の人工透析という病気の理解に基づき身体面をアセスメントし、L氏が自分ではできない爪切りの援助をしていた。そのため、〈病気の知識に基づき身体の清潔を維持できるように援助する〉のサブカテゴリーを抽出した。

11) 近隣生活者としての親しい間柄に基づき援助を調整する (資料 42)

2のサブカテゴリーから【近隣生活者としての親しい間柄に基づき援助を調整する】のカテゴリーが抽出された。このカテゴリーは、隣人や友人等近所に住む親しい間柄の支援者が、その間柄に基づき独居療養者への援助を調整している内容をサブカテゴリーとして抽出したものから、抽象度をあげてカテゴリー化している。

(1) 〈近隣生活者としての親しい間柄に基づき健康悪化時には援助を調整する〉

G氏の隣人は、「(独居療養者が入院中に、支援者が家に入らなければならなくなった時には)それでケアマネジャーさんへ急いで頼んで、ケアマネジャーさんはおばあちゃんが住んでなければ中にはいられないですよ、システムが。じゃあ〇〇さん(近所の住民)に立ち会ってもらって、入って(病院に持っていく衣類を)持って行ってって、鍵は渡してあるから、ケアマネジャーさんに預けてあるから」と語り、介護保険サービスでの支援者では、療養者が不在時には鍵を持っていても家の中に入ることができないため、近所の住民に立ち会ってもらって、ケアマネジャーに鍵を開けて家に入って必要な衣類を持ってきてもらうように援助を調整していた。身近な存在である隣人であるからこそ、家族の代行のような判断をし、緊急時の対応方法を支援者の役割をふまえて調整できるのであり、〈近隣生活者としての親しい間柄に基づき健康悪化には援助を調整する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈近隣生活者としての親しい間柄に基づき精神的に安定できるように援助を調整する〉

G氏の隣人は、「私の体は私が一番よく知っているのに、私を無理に(通所リハビリテーションに)連れて行こうとするって…すごかったですね。すごい、それじゃあ困ったねえって、だからそういう時にはすぐに連絡がきます」と語り、G氏がサービス利用の際に、精神的に不安定な時には、関わっている他の支援者から連絡を受けるので、親しいG氏の隣人が援助を調整していた。これは家族の代行のような支援をしているG氏の隣人だからこそできる援助の調整であり、それによりG氏は精神的な安定を維持できていた。そのため〈近隣生活者としての親しい間柄に基づき精神的な安定を維持できるように援助を調整する〉のサブカテゴリーを抽出した。

12) 対象独居療養者への援助経験に基づき援助を調整する (資料 43)

4のサブカテゴリーから【対象独居療養者への援助経験に基づき援助を調整する】のカテゴリーが抽出された。このカテゴリーは、支援者が、独居療養者である対象者の援助経験に基づき、援助を調整していると考えられる内容をサブカテゴリーとして抽出したことから、抽象度をあげてカテゴリー化している。

(1) 〈日々の生活をふまえて病状が安定するように援助を調整する〉

I氏の訪問看護師は、「誰の目も触れないで(インスリンを)打つってことが1日もないように、(ケアマネジャーがサービスを)組んでくださっているんで、必ず誰かしらに血糖の単位数を確認してもらったうえで、自分で打つようにはなっているんですけど」と語り、視力障害と認知機能の低下のあるI氏の生活の様子は、I氏への支援から理解しており、インスリン注射を一人で実施するのは困難と判断し、インスリン注射時には必ず誰かが確認できるようにケアマネジャーがサービスを調整していた。これは、I氏への支援の経験から判断し援助を調整しているのであり、〈日々の生活をふまえて病状が安定するように

援助を調整する)のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈対人関係の特徴をふまえ精神的に安定できるように援助を調整する〉

K氏のケアマネジャーは、「私も(タクシー会社に)言いましたよ、それじゃあ困るから、精神病院にも行っている方だから、悪いけど運転手さんのいい人をこっちに向けてなんてね、もう困るからね」と語り、K氏のケアマネジャーとしての支援経験から、K氏は精神病院に通院しているということ、精神的に不安定になりやすいということを理解しているので、援助にはこの“精神的に不安定になりやすい”という個別性をふまえた援助が必要と考え、タクシー会社に連絡して運転手の調整を依頼していた。これはK氏の援助の経験に基づいた援助の調整であり、タクシーの運転手を調整してもらったことにより、K氏はその後もタクシーで通院しているということは、精神的な安定につながる援助の調整であった。そのため、〈対人関係の特徴をふまえ精神的に安定できるように援助を調整する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(3) 〈ADLと自立への気持ちをふまえて日常生活への援助を調整する〉

K氏のケアマネジャーは、「もともと訪問リハビリってゆうのも、一日電動いすに座っているだけじゃだめになっちゃうよってゆう、強い気持ちがあったもんだからね、そうだねえ動きたいよねってことで、それでパーキンソンの先生に聞きに行ったり、整形の受診の時について聞きに行ったり…」と語り、K氏の援助を通してK氏の自立していたい気持ちがわかるので、病気に関することは医師に相談しながら、訪問リハビリテーションを導入していた。これは、K氏への援助の経験からK氏の性格や気持ちADLの低下に伴う生活がわかっていることに基づく援助の調整と考えられた。そのため、〈ADLと自立への気持ちをふまえて日常生活への援助を調整する〉のサブカテゴリーを抽出した。

13) 独居療養者への援助経験に基づき援助を調整する(資料44)

3のサブカテゴリーから【独居療養者への援助経験に基づき援助を調整する】のカテゴリーが抽出された。このカテゴリーは、支援者が、職業としての独居療養者の援助経験に基づき、療養者への援助を調整していると考えられる内容をサブカテゴリーとして抽出したことから、抽象度をあげてカテゴリー化している。

(1) 〈独居での24時間対応の必要をふまえ健康悪化に備えて援助を調整する〉

K氏のケアマネジャーは、「そうですね、ヘルパー以外のところで、金曜日に訪問看護師さんに入っていて、それからリハビリが木曜日かな、木曜日ヘルパーさんも入りますけれども、午前中にリハビリをしてもらって、そういう感じでね、(介護保険の訪問サービスが)入ってますね」と語り、独居であるため、毎日誰かが訪問するように、支援を調整していた。これは、ケアマネジャーとしての援助の経験から、独居療養者であると見守りのための支援者の訪問が必要と考えての援助の調整であり、ケアマネジャーとしての経験に基づく、健康悪化時支援を求めることへの援助の調整と考えた。そのため、〈独居での

24 時間対応の必要をふまえ健康悪化に備えて援助を調整する)のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈家族がいない療養者への支援者間の連携の経験をふまえ連絡ノートを活用し援助を調整する〉

F 氏の訪問介護職は、「連絡ノートで連絡してる。洗濯物を干してあるので、あとよろしくお願いしますとか…」と語り、連絡ノートを活用して、訪問介護職間で洗濯などの家事援助がうまくまわるように、家事援助を調整して行っていた。これは、訪問介護職としての援助経験から、F 氏のような独居療養者への援助では複数の訪問介護職で援助しているので、連絡ノートを活用した援助の調整が必要と考えてのことである。そのため、〈家族がいない療養者への支援者間の連携の経験をふまえ連絡ノートを活用し援助を調整する〉のサブカテゴリーを抽出した。

14) 病気と社会保障制度の知識に基づき今後を予測し援助を調整する (資料 45)

6 のサブカテゴリーから【病気と社会保障制度の知識に基づき今後を予測し援助を調整する】のカテゴリーが抽出された。このカテゴリーは、病気、治療、看護、社会保障制度など、学問として身につけている知識に基づき、独居療養者への援助を調整していると考えられる内容をサブカテゴリーとして抽出したものから、抽象度をあげてカテゴリー化している。

(1) 〈病気の知識に基づき病状が安定するように援助を調整する〉

Q 氏の訪問看護師は、「お腹の方のマッサージもね…ストマの方はそのまま開放の状態なんですけど、そちらの方の状態も確認をね、病状の確認と、詰まってしまうといけないもんですから、ヘルパーさんに(1週間に)4回入っていただいているんですが、その時に入浴していて、お腹マッサージして便だしているんで、そこらへんの確認をしていただいています」と語り、病気の理解に基づき、Q 氏が便秘にならないように、訪問介護職へ具体的に援助を依頼していた。これは、人工肛門からの排便と排便を促すような援助という症状と援助に関する知識に基づき、日々生活の支援をしている訪問介護職へ援助を依頼しているという援助の調整と考えた。そのため、症状の知識に基づく便秘にならないような、病状の安定を維持するための援助の調整と考え、〈病気の知識に基づき病状が安定するように援助を調整する〉のサブカテゴリーを抽出した。

(2) 〈社会保障制度に基づき生活基盤を維持できるように援助を調整する〉

Q 氏の訪問看護師は、「(ヘルパーは)2時以降ってことになっているんですけど、私たちが入って重なってしまわないように、だいたい2時から3時が訪問看護で、それからヘルパーさんに入っていただいています」と語り、Q 氏の病気の理解に基づき、Q 氏の経済的負担を考え、介護保険の範囲内でサービスを調整していた。これは、Q 氏の訪問看護師としての援助経験から、Q 氏の経済状況がわかっていることと、介護保険制度の理解に基づ

き、その範囲内で援助することが、経済的負担が少なくてよいと判断しての援助であった。そのため、介護保険制度の知識に基づき、在宅での生活が継続できるように援助しているのであり、〈社会保障制度に基づき生活基盤を維持できるように援助を調整する〉のサブカテゴリーを抽出した。

独居療養生活機能は、「理解」「援助」「援助の調整」という支援内容で分けられる 3 つの側面と、「療養者からの依頼に基づく」「近隣生活者としての親しい間柄に基づく」「対象独居療養者の援助経験に基づく」「独居療養者の援助経験に基づく」「病気と社会保障制度の知識に基づく」という支援方法の 5 つの特徴の側面があった。

「理解」は、独居療養者の状況をふまえ、例えば「依頼されるので庭の草取りの援助が必要と理解する」のであるが、「独居療養者が庭の草を気にして生活している」ということの意味でもあり、見えている状況の背景も理解していることが多かった。「援助の調整」は、「他の支援者に援助を依頼する」のような具体的な「援助」の調整と、「家族がいないので連絡ノートを活用して洗濯などの家事援助を調整して行う」などのような「支援者間」の援助の調整があった。そして具体的な「援助」をしていた。

「療養者からの依頼に基づく」支援は、独居療養者が一人でできないことに対して支援を依頼するということと、困りごととして訴えるので依頼として支援者が受け止め、支援している内容である。「近隣生活者としての親しい間柄に基づく」支援は、支援者が近所に住んでいることと、それゆえ親しい間柄であるために支援している内容である。近所に住み、親しい間柄であるという独居療養者との関係が重要であると考えられた。

「対象独居療養者の援助経験に基づく」「独居療養者の援助経験に基づく」は、支援者の職業としての援助経験、特に対象の独居療養者への援助経験などから、一定の法則としての知識となっている経験知をふまえて支援している内容であり、「経験知に基づく」支援であった。

「病気と社会保障制度の知識に基づく」支援は、病気、治療、看護など医療に関する知識や介護、社会保障制度など福祉に関する知識と、更にそれぞれの専門職として、基礎的な知識に積み重ねられた専門的知識である形式知を踏まえて支援している内容であるため、「形式知に基づく」支援と考えることができた。形式知は、主に文章化、図式化、数式化などにより表現できる知識であり、学問として確立されている知識は、それを学ぶ専門職の形式知の根幹となると考えられる。本研究は、保健医療福祉領域における高齢者の独居療養生活支援システムを研究するものであり、保健医療福祉職の学ぶ学問では、看護学、医学、介護福祉学、社会福祉学等が主な学問であり、これらの学問を根幹とする形式知に基づき支援している内容である。

3. ADL 低下高齢者の独居療養生活を継続するための要素と支援機能の構造化 (表 7)

表7 ADL低下高齢者の独居療養生活継続のための要素と独居療養生活支援機能の関係

		独居療養生活継続のための要素																
		生命の維持に関する要素					生活の維持に関する要素									生活のゆとりに関する要素		
		健康悪化時支援を求めることができると	病状の安定を維持すること	精神的安定を維持すること	栄養状態を維持すること	夜間睡眠を確保すること	ADL低下による障がいに対応すること	認知機能低下による障がいに対応すること	独居継続を判断すること	社会関係を維持すること	別居家族との関係を維持すること	生活基盤(生計等)を維持すること	身体清潔を維持すること	身だしみを維持すること	生活用品を調達すること	生活環境を維持すること(掃除等)	外出すること	生活を楽むこと
独居療養生活支援機能	理解	療養者からの依頼に基づき生活の状況を理解する				○	○						○		○	○		
		近隣生活者としての親しい間柄に基づき生活の状況を理解する	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○		○
		対象独居療養者への援助経験に基づき理解する		○	○	○	○	○	○		○	○			○	○	○	○
		独居療養者への援助経験に基づき理解する	○			○	○		○	○		○			○	○		○
		病氣と社会保障制度の知識に基づき理解する	○	○		○	○	○	○			○	○				○	
	援助	療養者の依頼に基づき援助する	○	○		○				○		○	○	○	○	○	○	
		近隣生活者としての親しい間柄に基づき援助する	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○
		対象独居療養者への援助経験に基づき援助する	○	○	○	○	○	○						○	○	○		
		独居療養者への援助経験に基づき援助する	○		○	○					○				○	○		
		病氣と社会保障制度の知識に基づき援助する	○	○	○	○			○	○			○					
	援助の調整	近隣生活者としての親しい間柄に基づき援助を調整する	○		○													
		対象独居療養者への援助経験に基づき援助を調整する		○	○			○						○	○	○	○	○
独居療養者への援助経験に基づき援助を調整する		○											○	○		○	○	
病氣と社会保障制度の知識に基づき援助を調整する			○					○	○			○						

ADL 低下高齢者の独居療養生活継続のための 17 の要素と、14 の独居療養生活支援機能を統合し、ADL 低下高齢者の独居療養生活を構造化できると考え それらの関係を示した(表 7)。横軸が 17 のカテゴリーで構成された独居療養生活継続のための要素であり、縦軸が 14 のカテゴリーで構成された独居療養生活支援機能である。

ADL 低下高齢者の独居療養生活継続のための 17 の要素は、更に 3 つの内容に整理でき、生命の維持に関わる独居療養生活継続の要素、生活の維持に関わる独居療養生活継続の要素、生活のゆとりに関わる独居療養生活継続の要素である。更にこれらの要素は、セルフケアの内容と、潜在的なニーズへの援助を受けている内容があった。セルフケアの内容については、顕在的ニーズへの支援の依頼と、自ら顕在的ニーズを満たす行動であった。

独居療養生活支援機能は、「理解」「援助」「援助の調整」という支援内容で分けられる 3 つの側面と、支援方法の 5 つの特徴の側面があった。独居療養生活継続のための 17 の要素に対して、独居療養者のニーズをふまえ、立場や職業的に特徴のある支援方法で支援していた。

4. ADL 低下高齢者の独居療養生活継続のための要素と独居療養生活支援機能の構造の概念図(図 3-1 図 3-2 図 3-3)

独居療養生活支援機能には、「理解」「援助」「援助の調整」があり、それぞれに「療養者からの依頼に基づく」「近隣生活者としての親しい間柄に基づく」「対象独居療養者への援助経験に基づく」「独居療養者への援助経験に基づく」「病気と社会保障制度の知識に基づく」特徴のある方法で支援していた。

1) 独居療養生活支援機能『理解』の概念図(図 3-1)

支援者は、「療養者からの依頼に基づく」「近隣生活者としての親しい間柄に基づく」「対象独居療養者への援助経験に基づく」「独居療養者への援助経験に基づく」「病気と社会保障制度の知識に基づく」理解により、支援を必要とした独居療養生活継続の要素を理解していた。

そして、支援を必要とした独居療養生活継続の要素は、独居療養者のニーズに基づいていた。ニーズには、「独居療養者が自覚している生活を継続する上での支援と要求であり、周囲も独居療養者が自覚しているとわかっている独居療養生活を継続する上での必要と要求」と、「支援者が専門的知識等を持ち、第三者として観察すると、今後独居療養生活を継続するために問題となる可能性はあるが、独居療養者は自覚していない生活を継続する上での支援の必要と要求」があった。前者は独居療養者が自覚しているので「顕在的ニーズ」、後者は自覚していないので「潜在的ニーズ」とすると、「依頼に基づく状況の理解」は「顕在的ニーズ」の理解であった。「近隣生活者としての親しい間柄に基づく理解」「対象独居療養者への援助経験に基づく」「独居療養者への援助経験に基づく」は「顕在的ニーズ」を

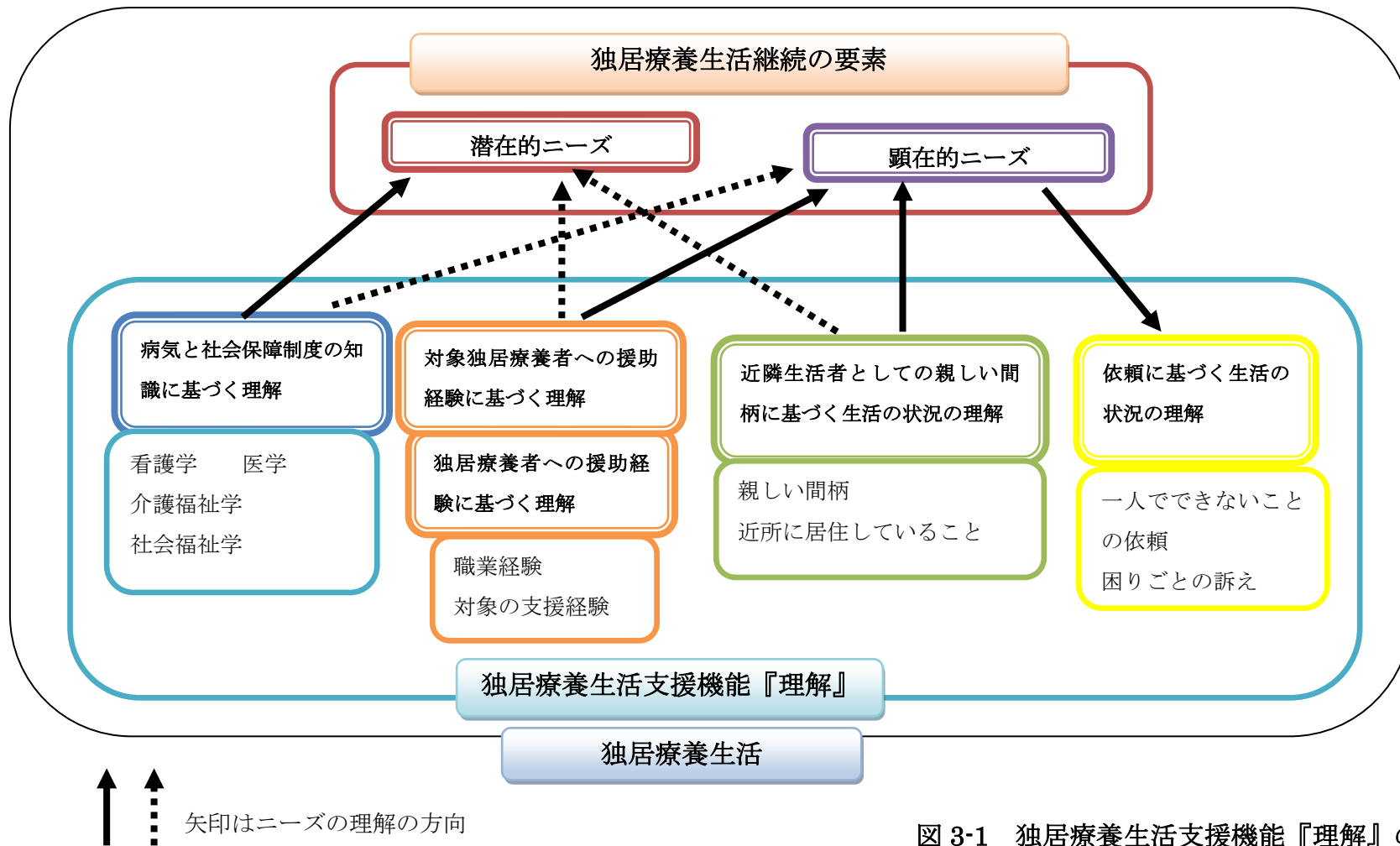


図 3-1 独居療養生活支援機能『理解』の概念図

多く理解し、「病気と社会保障制度の知識に基づく」は、「潜在的ニーズ」を多く理解しているという特徴があった。

例えば、【栄養状態を維持すること】の「依頼に基づく」生活状況の理解では、L氏のケアマネジャーの、「ヘルパーは、今、日曜日以外は毎日入っていて、午前入る日もあるし、午後入る日もあるんですが、やっていることは、買い物、調理、お掃除、であとお風呂の介助。それから…まあ主にはそんなところですよ」というデータがある。買い物、調理を依頼されて訪問介護職が実施していることを理解しているのだが、「依頼に基づく状況の理解」は独居療養者からの依頼であるため「顕在的ニーズ」の理解と考えられた。

「近隣生活者としての親しい間柄に基づく」理解では、R氏の後見人の、「お粥が多いだね、みかんは消化が悪いからってわかっているから」というデータがある。近所に住む親しい後見人が日々訪問し、生活の様子を確認しているため、お粥が多い食生活であると理解しているためであり、独居療養者が消化器症状等の自覚があるから、お粥が多くなっており、それを確認しているということで、「顕在的ニーズ」の理解と考えられた。お粥が多い食生活から、今後出現すると予測される、低蛋白や貧血等の栄養状態の低下までは述べていないことから「潜在的ニーズ」の理解については明らかではない。このようなデータの分析から、「近隣生活者としての親しい間柄に基づく理解」では、「顕在的ニーズ」を多く理解していると考えられた。

「対象独居療養者の援助経験に基づく」理解では、F氏の訪問介護職の「卵ご飯だとか、お粥みたいなものと、この前1回介助した時に、入っていたんだけど。まあ介助で食べれば食べれるんだけど、自分で食べたいっていう意思があるんで」というデータがある。訪問介護職が日々の食事介助の経験から、F氏の嚥下機能が低下していることを理解しているのだが、F氏も自覚している嚥下機能の低下であるため、「顕在的ニーズ」の理解と考えた。現在の嚥下機能の低下から、更に進む症状の予測や、誤嚥の可能性については述べていないため、「潜在的ニーズ」の理解は明らかではない。このような分析から、「対象独居療養者の援助経験に基づく」では、「顕在的ニーズ」を多く理解していると考えられた。

「病気と社会保障制度の知識に基づく」理解では、O氏の訪問看護師の「HgbA1cがすごく良くなった原因の一つに、娘のように慕っていたよくしてくれていたヘルパーさんがやめたんですよ。その人が、一人暮らしじゃかわいそうだっていろいろ持ち込んでいたのが後で発覚して。」というデータがある。訪問介護職が好意で差し入れてくれていた食品が、糖尿病のコントロールを困難にしており、HgbA1cの値が悪くても自覚症状がなければO氏は問題の自覚がないが、訪問看護師がHgbA1cの値から、血糖値のコントロール不良による病状の悪化を予測し観察していることが窺えた。このようなデータからのニーズが「潜在的ニーズ」と考えられ、形式知を病気、治療、看護、社会保障制度などの知識として分析している本研究においては、形式知に基づき、「潜在的ニーズ」を理解することが多いと考えられた。

以上のことから、「依頼に基づく」状況の理解は「顕在的ニーズ」を理解し、「近隣生活者としての親しい間柄に基づく」理解、「対象独居療養者の援助経験に基づく」「独居療養者の援助経験に基づく」理解は、「潜在的ニーズ」よりも「顕在的ニーズ」を多く理解していた。そして、「病気と社会保障制度の知識に基づく」理解は、「潜在的ニーズ」を多く理解していた。

ADL 低下高齢者の独居療養生活は、独居療養生活継続の要素のニーズに対して、支援者が独居療養生活支援機能の『理解』機能で理解するのであるが、それぞれの『理解』機能には特徴があった。独居療養生活の要素のニーズも「顕在的ニーズ」と「潜在的ニーズ」に分類して考えることができ、実線の矢印は多い理解を、点線の矢印は少ない理解を表している。

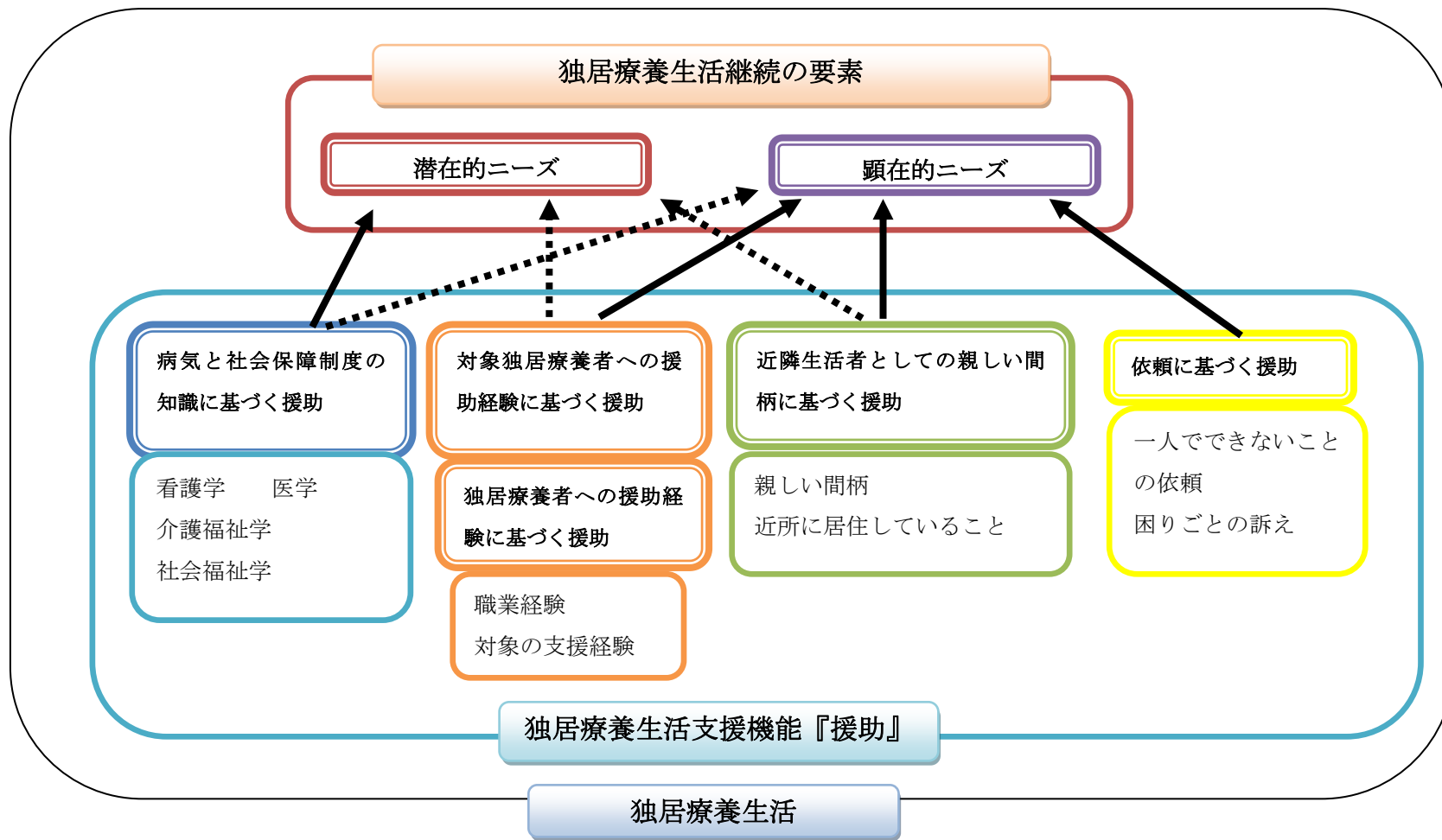
2) 独居療養生活支援機能『援助』の概念図(図 3-2)

支援者は、「療養者からの依頼に基づく」「近隣生活者としての親しい間柄に基づく」「対象独居療養者への援助経験に基づく」「独居療養者への援助経験に基づく」「病気と社会保障制度の知識に基づく」方法で、独居療養生活継続の要素に対し援助していた。

そして、独居療養生活継続の要素は、独居療養者のニーズに基づいており、ニーズには、「顕在的ニーズ」と「潜在的ニーズ」があり、「療養者からの依頼に基づく」援助は、「顕在的ニーズ」への援助であった。「近隣生活者としての親しい間柄に基づく」援助、「対象独居療養者への援助経験に基づく」「独居療養者への援助経験に基づく」援助は、「顕在的ニーズ」に対し多く援助し、「病気と社会保障制度の知識に基づく」援助は、「潜在的ニーズ」に対し多く援助しているという特徴があった。

例えば、【病状の安定を維持すること】の「療養者からの依頼に基づく」援助では、G 氏のケアマネジャーの「お薬を取りに行く人がいないので、私が取りに行ってるんですけども…」というデータがある。治療の継続のためには薬を病院に取りに行かなければならないが、他に薬を受け取りに行く支援者がいないため、ケアマネジャーが行っている援助であり、G 氏が困る状況をふまえて援助しているので「依頼に基づく援助」としたが、薬を取りに行く人がいない状況は G 氏もわかっていることであるため「顕在的ニーズ」への援助と考えられた。

「近隣生活者としての親しい間柄に基づく」援助では、G 氏の隣人の「朝寒い冬、順番を取る、近くのお医者さんに 6 時頃、6 時頃券を置いて受け付けてくれるならいいんだけど、ずっといなきゃなんない、受け付けてくれない、寒い中ずーっと待ってる、そういうのをやってきた」というデータがある。治療の継続のためには受診しなければならないが、高齢の G 氏が受診の順番を取るために並ぶことはできず、近所の親しい隣人が代わりに並んで受診の順番を取っていたということであり、G 氏もわかっている「顕在的ニーズ」に対する援助と考えられた。受診の継続ができないことによる症状の悪化などの転帰まで考



矢印はニーズへの援助の方向

図 3-2 独居療養生活支援機能『援助』の概念図

えての援助であるかは述べられていないことから、「潜在的ニーズ」をふまえた援助であったかは明らかではない。このようなデータの分析から、「近隣生活者としての親しい間柄に基づく援助」では、「顕在的ニーズ」に対し多く援助していると考えられた。

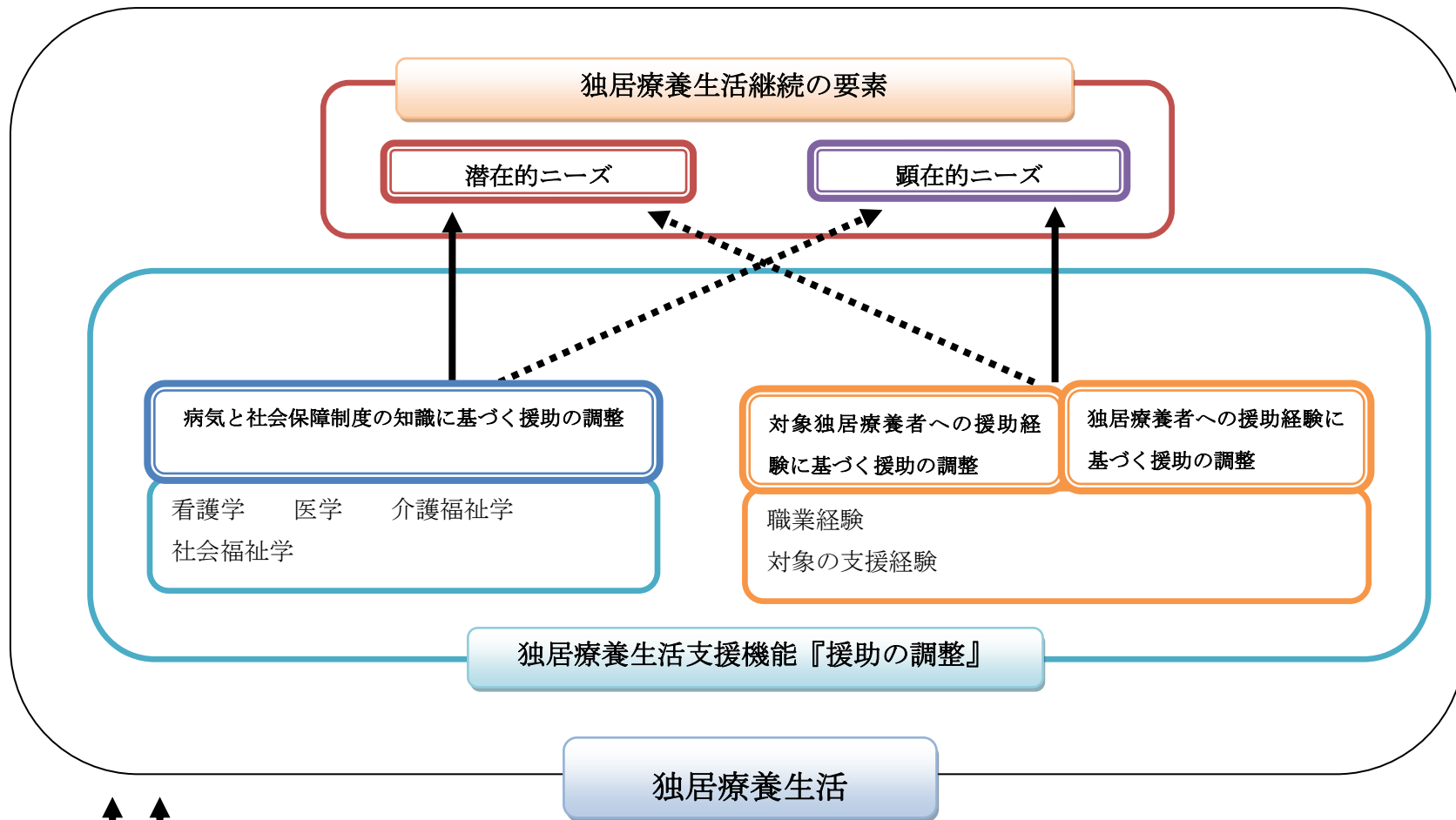
「独居療養者への援助経験に基づく」援助では、M氏のケアマネジャーの「主治医の先生とは、毎月1回受診があるので、報告に受診と一緒に同席して、お話伺ったりとかするようにしてまして、何かあれば事業所の方にも連絡はとっているんですけども」というデータがある。病気や治療に関する内容は医師に確認し、援助する必要があると考えての受診時の同席であるが、この受診時の同席は、受診時も一人で医師とコミュニケーションを取るのが難しくなったという、M氏も自覚している「顕在的ニーズ」への援助である。受診に同席し医師の話を一緒に聞くということは「潜在的ニーズ」があるかもしれないと考えての援助であるが、「潜在的ニーズ」の予測がどこまでされていたのかは述べられていないことから、「潜在的ニーズ」をどこまでふまえた援助であったかは明らかではない。このようなデータの分析から、「対象独居療養者への援助経験に基づく」「独居療養者への援助経験に基づく」援助では、「顕在的ニーズ」に対し、多く援助していると考えられた。

「病気と社会保障制度の知識に基づく」援助では、O氏の訪問看護師の「糖尿病が悪化してから、フットケアを、やはりちょっと白癬が、フットケアをしていますね」というデータがある。糖尿病が悪化して、白癬ができたことにより、更に白癬の症状が悪化する可能性を予測しての援助であり、「潜在的ニーズ」に対する援助と考えた。O氏の自覚はないが、訪問看護師が病気と治療と看護の知識である形式知に基づき、O氏の状態をアセスメントし「潜在的ニーズ」に対し、症状軽減への援助をしていた。形式知に基づく援助は、このような専門的知識に基づく援助であり、「潜在的ニーズ」への援助が多いことが窺えた。

以上のことから、「療養者からの依頼に基づく」援助は、「顕在的ニーズ」に対し援助し、「近隣生活者としての親しい間柄に基づく」援助、「対象独居療養者への援助経験に基づく」「独居療養者への援助経験に基づく」援助は、「潜在的ニーズ」よりも「顕在的ニーズ」に対し多く援助していた。そして、「病気と社会保障制度の知識に基づく」援助は、「潜在的ニーズ」に対し多く援助していた。ADL低下高齢者の独居療養生活は、独居療養生活継続の要素のニーズに対して、支援者が独居療養生活支援機能の『援助』機能で援助するのであるが、それぞれの『援助』機能には特徴があった。独居療養生活継続の要素のニーズも「顕在的ニーズ」と「潜在的ニーズ」に分類して考えることができ、実線の矢印は多い援助を、点線の矢印は少ない援助を表している。

3) 独居療養生活支援機能『援助の調整』の概念図(図 3-3)

支援者は、「対象独居療養者への援助経験に基づく」「独居療養者への援助経験に基づく」「病気と社会保障制度の知識に基づく」援助の調整により、支援を必要とした独居療養生活継続の要素に対し援助を調整していた。



↑ ↑
 矢印はニーズへの援助の調整の方向

図 3-3 独立療養生活支援機能『援助の調整』の概念図

そして、支援を必要とした独居療養生活継続の要素は、独居療養者のニーズに基づいており、ニーズには、「顕在的ニーズ」と「潜在的ニーズ」があり、「対象独居療養者への援助経験に基づく」「独居療養者への援助経験に基づく」援助の調整は、「顕在的ニーズ」に対し多く援助を調整し、「病気と社会保障制度の知識に基づく」援助の調整は、「潜在的ニーズ」に対し多く援助を調整しているという特徴があった。

例えば、「対象独居療養者への援助経験に基づく」援助の調整では、K氏のケアマネジャーの「私も(タクシー会社に)言いましたよ、それじゃあ困るから、精神病院にも行っている方だから、悪いけど運転手さんのいい人をこっちに向けてなんてね。もう言った、もう困るからね」というデータがある。受診の送迎に利用しているタクシーの運転手の言動で、K氏が精神的に不安定となったため、タクシー会社に状況を説明して、運転手を選ぶように依頼していた。これは、精神的に不安定になったというK氏の「顕在的ニーズ」への援助の調整であった。以上のような分析から、「対象独居療養者への援助経験に基づく」援助の調整は、「顕在的ニーズ」への援助の調整が多いと考えられた。

【病状の安定を維持すること】の「病気と社会保障制度の知識に基づく」援助の調整では、R氏の訪問看護師の、「(腹部大動脈瘤は)解離しちゃったらねえ、もう、もう終わりです。大動脈瘤はね、はせてきたら終わりなんで。もう100とか、120とかに(血圧を)コントロールするしかないんで、だから、確かに大変な病気、腸(大腸癌)がもう一つあるしね」というデータがある。腹部大動脈瘤という病気の知識をふまえて血圧コントロールについて他職種に説明しており、大腸癌もあり急変も考えられるR氏ではあるが、できるだけ病状が安定して療養生活を送れるようにと、他職種と援助を調整していた。R氏は腹部大動脈瘤の解離については、自覚していないので「潜在的ニーズ」に対する援助の調整と考えられた。以上のような分析から、「病気と社会保障制度の知識に基づく」援助の調整は、「潜在的ニーズ」への援助の調整が多いと考えられた。

以上のことから、「対象独居療養者への援助経験に基づく」「独居療養者への援助経験に基づく」援助の調整は、「顕在的ニーズ」に対し多く援助を調整していた。そして、「病気と社会保障制度の知識に基づく」援助の調整は、「潜在的ニーズ」に対し多く援助を調整していた。

独居療養者の生活のニーズに対して、支援者が独居療養生活支援機能の『援助の調整』機能で援助を調整するのであるが、それぞれの『援助の調整』機能には特徴があった。独居療養者の生活のニーズも「顕在的ニーズ」と「潜在的ニーズ」に分類して考えることができ、実線の矢印は多い援助の調整を、点線の矢印は少ない援助の調整を表している。

5. 独居療養生活支援機能「支援者の連携」の分析(資料46～資料48)

支援者の連携に着目して分析し、「支援者の連携」に関する機能として、訪問看護師から9のカテゴリー、ケアマネジャーから6のカテゴリー、訪問介護職から3のカテゴリー

が抽出された。以下に、【 】はカテゴリーを、〈 〉はサブカテゴリーを、「 」はデータからの引用を表し、データがわかりにくいと思われる文脈には、単語や文を括弧書きで追加し補った。

1) 支援者の連携『訪問看護師と他の支援者との連携』（資料 46）

(1) 【病院に医療処置について相談】

S 氏の訪問看護師は「そういう危険(PTAD チューブからの感染)は最初からあるとは思っていたんですけど、病院と連携しながらということではやっているんですけど…まあ難しいなと思います」と語り、S 氏は PTAD チューブが入っているので病院と連携しながら援助しており、〈医療処置については病院に相談する〉を抽出した。

(2) 【病状をふまえ医師に報告・相談】

P 氏の訪問看護師は、「ゆっくりしたペースで、血圧が少しずつあがっていくのをこちらでも少しずつチェックしながら、先生の方に報告して行って、例えば降圧剤がでたとか…」と語り、症状で気になることがあれば医師に報告・相談しており、〈病状をふまえて医師に報告・相談する〉を抽出した。

(3) 【病状をふまえケアマネジャーに報告・助言】

K 氏の訪問看護師は、「最近はずーになったのでないんですが、薬が変わったとか、あとインシュリンの打ち方、量が、あそこに書いてあっても(部屋に大きく記載したインシュリン量が貼付してある)全然間違っていることもあったので、まだまだ不安定だみたいな、状況報告をしています」と語り、療養者の健康管理に問題があるときには、訪問看護師のアセスメントをふまえてケアマネジャーに連絡しており、〈医療的な内容をケアマネジャーに連絡する〉を抽出した。

(4) 【他の支援者と情報を共有し連携を強化】

Q 氏の訪問看護師は、「ノートで連携をとっている。ノートをおいてくるんですけど、ヘルパーさんも日々の記録書いてくださって。お互いにそれをみて連携を図る」と語り、連絡ノートを利用し、訪問看護師と訪問介護職は情報を共有し、連携しており、〈訪問介護職と情報共有し連携する〉を抽出した。

(5) 【安全な医療処置実施のために他の支援者に指導】

S 氏の訪問看護師は、「独居であるために…連携は強めている。やはり本人の理解力が低いというのが最初からわかっていましたし、なるべく情報収集をヘルパーさんからもおこなったりだとか、あと病院と、ディサービスに行き始めたので処置の方法はファックスで送ったりだとか、そういうことをしていますけども…」と語り、他の支援者に PTAD チューブの処置方法を指導しており、〈医療処置を他の支援者に指導する〉を抽出した。

(6) 【訪問介護職と支援を分担】

O 氏の訪問看護師は、「今回(今月)も、もう 1 回ケアマネさん(訪問看護を)いれちゃった

もんだから、ヘルパーさんの枠が少なくなったんで、どうですかって言ったら、要支援枠で入っているヘルパーがぎりぎり入っているんで、看護師さんがやめても一緒ですってゆう返事がきたので、それじゃあ行きますよって」と語り、支援にかかる費用を考えながら支援を訪問介護職と調整しており、〈安定した生活が継続できるようにと考え経済的負担をふまえて訪問介護職と支援を分担する〉を抽出した。

(7) 【訪問介護職に援助を指導・依頼】

G 氏の訪問看護師は、「食事が、先程みて頂いたように食事表を記入していただいているのでヘルパーさんに、朝は記入がないんですけど、食パン2枚を、ジャムをつけたものを用意していただいているんですけど、夏場になってきたので、今は菓子パンにして下さいってことで、言ってあります」と語り、病気の理解と栄養の知識に基づき食事内容を調整するように訪問介護職に指導しており、〈訪問介護職に介護の指導を行う〉を抽出した。

(8) 【他の支援者に病状を説明】

R 氏の訪問看護師は、「あとめまいの方は、もうほとんどないので、めまいの薬、でも1日2錠位は飲んでくれているんですよ、さんざん飲んでとみんなに言われて、めまい自体は今ないですね。ここ11月2日の時に160の90あるんですよ。やっぱりこういう時はまずいですよね、やっぱり(血圧は)130位におさえておきたい」と語り、病気をふまえて治療薬と症状の管理について他の支援者に説明しており、〈現在の病状について他の支援者に説明する〉を抽出した。

(9) 【病状について看護師間で報告・相談】

I 氏の訪問看護師は、「医療者の話は看護師どうし先にダイレクトに話してもらった方が、确实だよって(ケアマネジャーが)言って下さってるので、どういうふうにしますかって連絡をとって、こうしましたって連絡を入れたり、こういうふうにしましたってゆうのをケアマネさんに同時に送ったり」と語り、医療的な内容は関係している看護師で報告、相談しており、〈医療的な内容は看護師間で報告・相談する〉を抽出した。

2) 支援者の連携『ケアマネジャーと他の支援者との連携』 (資料47)

(1) 【医師への報告と医療に関することの相談】

K 氏のケアマネジャーは、「パーキンソンの先生にも私も何回か受診についていって、先生にも(付き添い)しますね、わからないのでね、この人の話だけだと、先生の話聞いて、こうなんです、忘れちゃってばっかり、忘れちゃって思い出せない時があるですって…長谷川式をやってくれたりした時もあったんですよ、先生が」と語り、病気についてはわからないので受診に付き添い医師の話と一緒に聞き、医師に助言を求めており、〈医師に報告し在宅療養生活について助言を求める〉を抽出した。

(2) 【訪問看護師と援助を分担】

M 氏のケアマネジャーは、「(訪問看護師には)受診の結果を伝えたりとか、私が行けない

時には受診の付き添いをしてもらったりとか…」と語り、受診の付き添いを訪問看護師と調整しており、〈受診の付き添いを訪問看護師と分担する〉を抽出した。

(3) 【訪問看護師に支援について報告・相談】

L 氏の訪問看護師は、「数か月に 1 回、ケアマネジャーさんが、ひょっこり私がいるかなあみたいなのに、ケアプラン持ってきながら、ちょこっと、わざと合わせてあるような気もしますが、たまたまかな、そんな風にしてるので、そこで二人して、ヘルパーの内容とかいい？ってそんな風にはしていますね」と語り、ケアマネジャーが訪問看護師に相談に来ており、〈訪問看護師に支援について相談する〉を抽出した。

(4) 【医療的なことを他の支援者に連絡】

Q 氏のケアマネジャーは、「訪問看護さんが医療的なことを教えて下さって、食事、例えば気をつけて下さいよって言った時には、私を通して(情報を他の支援者に)流すという形をとっていますね」と語り、訪問看護師に教えてもらった医療的なことを他職種に伝えており、〈医療的なことを他の支援者に伝える〉を抽出した。

(5) 【介護保険制度外の支援者にも支援を依頼】

G 氏のケアマネジャーは、「車いすをちょっと(介護保険の)単位数がぎりぎりだもんですから、民生委員さんに言って、町内のを借りて今置いてあるんですけど…」と語り、介護保険以外の福祉用具を近所で調達できるように民生委員に連絡しており、〈介護保険以外の支援を非職業人に依頼する〉を抽出した。

(6) 【非職業人と情報を共有】

M 氏のケアマネジャーは、「ご実家は割と近くて、弟さんとお嫁さんがいらっしゃるもんですから、緊急時はそちらにとはなるんですけど。どこまで対応できるか…」と語り、実家の弟に連絡をしており、〈独居であっても家族との関係が維持できるように状況を家族に連絡する〉を抽出した。

3) 支援者の連携『訪問介護職と他の支援者との連携』 (資料 48)

(1) 【訪問介護職間で援助を分担】

F 氏の訪問介護職は、「食事も、朝はパン、トーストを、お昼の時と夕方の分。朝の方が、朝とお昼の分を(用意する)、お昼の方が買い物へ行ってってゆう、なんかこう役割が一日の流れで、夕方の人はお昼の方が食材を買ってきてくれてあれば、それで夕飯を作るってゆう流れになっているので」と語り、1 日 3 回の訪問介護によりスムーズに生活ができるようヘルパー同士で調整して家事を行っており、〈1 日が出るように訪問介護職間で家事を分担する〉を抽出した。

(2) 【医療的なことは訪問看護師に報告・相談】

I 氏の訪問介護職は、「薬を飲んで嘔吐をしている時には、薬は出てしまったのかとか、受診をした方がいいのかとか…やっぱり医療的な面に関しては、私たち弱いのです、ア

ドバイスを頂くよう連絡させてもらっています」と語り、医療的なアドバイスを欲しい時には訪問看護師に連絡しており、〈医療的なアドバイスを訪問看護師に求める〉を抽出した。

(3) 【支援の変更と問題発生時にはケアマネジャーに連絡】

R 氏の訪問介護職は、「湿疹ができてしまって、疥癬だったんですけど、あれはちょっと病院に行った方がいいんじゃないかとか、そういうことが多かったと思います」と語り、湿疹ができて疥癬だったのだが、その時には病院に行った方がよいと思いケアマネジャーに連絡しており、〈問題が生じた時にはケアマネジャーに連絡する〉を抽出した。

6. 支援者の連携と連携のための各支援者の機能 (図 4)

介護保険制度を利用している独居療養者では、担当者会議で情報を共有することを基本としており、そのうえで各支援者が、連携のための機能を使って有機的に関連することにより独居療養生活は継続できていた。

訪問看護師はどの支援者とも関連しており、病状説明、指導、助言、報告と相談など多くの機能を持っていた。ケアマネジャーは医師の指示を受ける必要はないものの、独居療養者を理解する必要があるため医師に報告し助言を求めていた。そして、医師、訪問看護師、訪問介護職、非職業人と情報を共有し連携する機能を持っていた。訪問介護職は、訪問看護師と報告・相談、情報共有など関連が多く、ケアマネジャーとも連絡をしよう関係であった。そして非職業人とも援助を調整していた。

そして、訪問看護師の【訪問介護職と支援を分担】【訪問介護職に援助を指導・依頼】、ケアマネジャーの【訪問看護師と援助を分担】【介護保険制度外の支援者にも支援を依頼】、訪問介護職の【訪問介護職間で援助を分担】の категорияが、本研究のデータから抽出されたことから、援助の調整機能には、支援者間の調整もあると考えられた。そのため、援助の調整機能により、支援機能の調整と、支援者間の調整という 2 種類の調整を行っていることが確認できた。

7. 独居療養生活支援システムのニーズの特徴による変形 (図 5)

上記の結果より、独居療養生活支援システムの変形を図 5 に示した。

支援者は「療養者からの依頼に基づく」「近隣生活者としての親しい間柄に基づく」「対象独居療養者への援助経験に基づく」「独居療養者への援助経験に基づく」「病気と社会保障制度の知識に基づく」という特徴のある方法で支援していた。「対象独居療養者への援助経験に基づく」「独居療養者への援助経験に基づく」支援機能は、経験の積み重ねが知識となっているため、「経験知に基づく」支援機能と考えられ、「病気と社会保障制度の知識に基づく」支援機能は、専門職の学問としての知識を基にしているため、「形式知に基づく」支援機能と考えられた。

独居療養者の状態は、年齢を重ねることや病状の進行等により変化していくため、常に

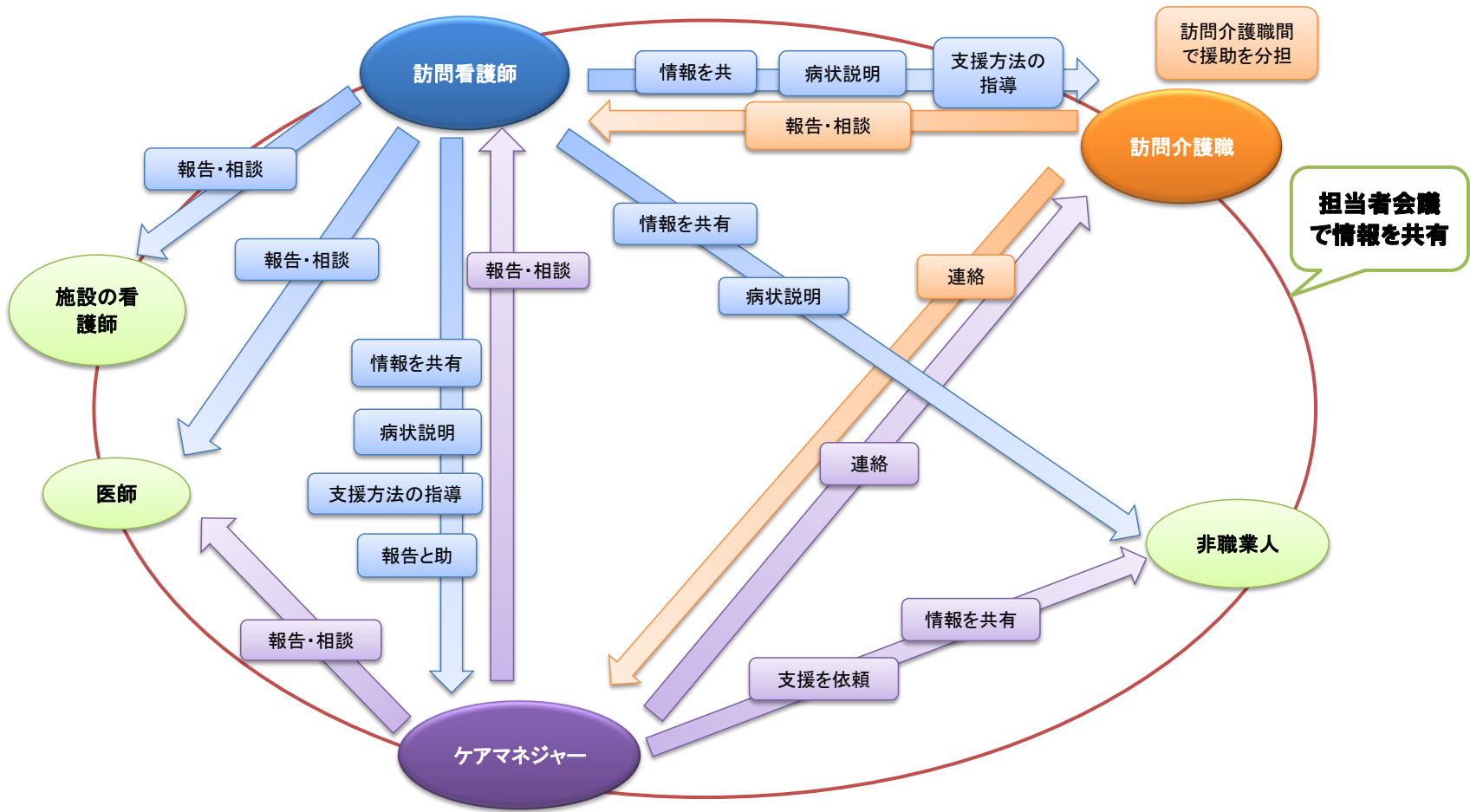


図4 支援者の連携と連携のための各支援者の機能

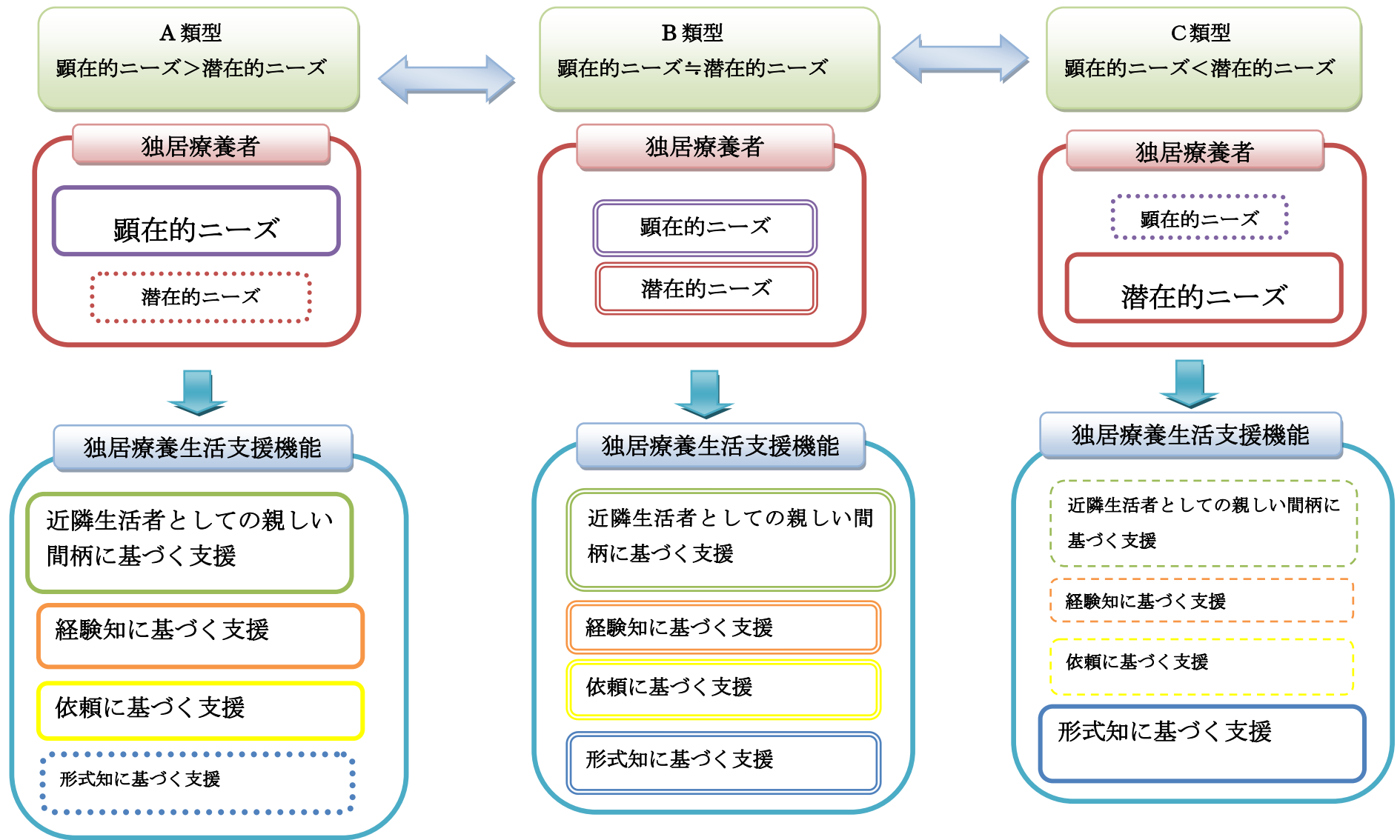


図5 独居療養生活支援システムのニーズの特徴による変形

同じ状態とは限らない。独居療養者の顕在的ニーズが大きく、潜在的ニーズが小さい場合は、形式知に基づく支援機能は多くは必要がなく、他の支援機能が多く必要である。この状態が A 類型であり、療養生活は比較的安定していると考えられる。顕在的ニーズと潜在的ニーズが同じくらいであると、どの支援機能も同じように必要となり、この状態が B 類型であり、潜在的ニーズが大きくなってきたことにより、少しの生活の変化による病状の悪化等も起こりやすくなったと考えられ、A 類型よりも安定した生活ではない。そして潜在的ニーズが大きくなると、形式知に基づく支援機能が多く必要になってくるのであり、この状態が C 類型であり、潜在的ニーズが大きいため、更に病状の悪化や急変などを起こす可能性が高くなっていると考えられる。A 類型、B 類型、C 類型は、必ずしも左から右への変化ではなく、病状の進行等による生活への影響がどのように変化していくかにより異なるので、その時の状態により必要な支援機能には特徴があると考えられた。

8. 独居療養生活継続の概念図（図 6）

ADL 低下高齢者の独居療養生活継続の概念図を図 6 に示した。独居療養生活継続の要素は、「生命の維持に関する要素」「生活の維持に関する要素」「生活のゆとりに関する要素」に分けられた。そして、独居療養者は、「支援を依頼」「自分で実施」というセルフケアと、「予測への援助」という「潜在的ニーズ」への援助を受けている部分があった。

独居療養生活継続のための支援は、「理解」「援助」「援助の調整」があり、それぞれの方法は、「療養者からの依頼に基づく」「近隣生活者としての親しい間柄に基づく」「対象独居療養者の援助経験に基づく」「独居療養者の援助経験に基づく」「病気と社会保障制度の知識に基づく」という特徴がみられた。

そして、独居療養者の生活は常に一定ではなく、変化しており、それに応じて支援機能も変化していると考えられた。

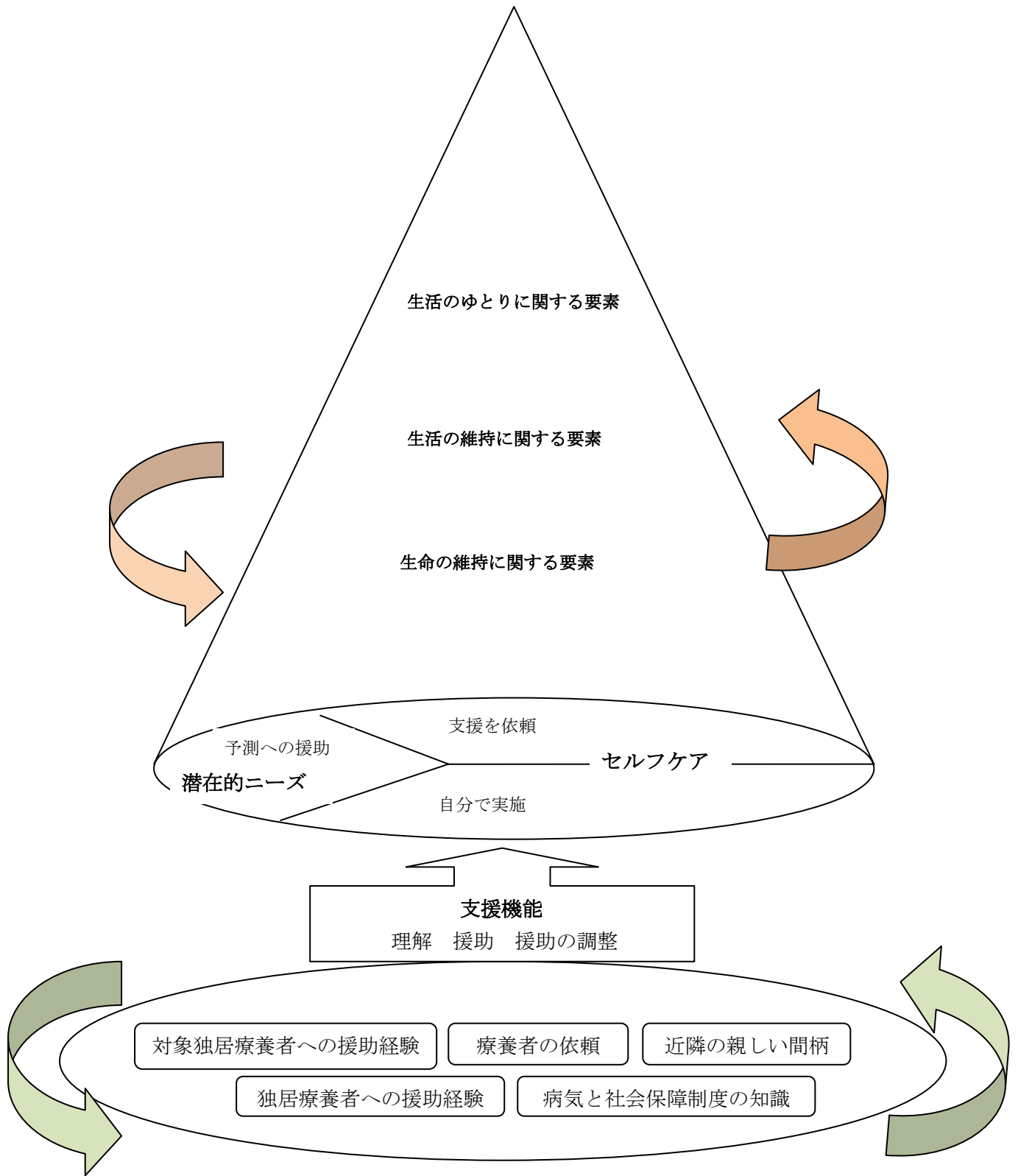


図6 独居療養生活継続の概念図

第5章 考察

I. ADL 低下高齢者の独居療養生活

独居療養生活を送っている ADL 低下高齢者は、生活を継続するために ADL 低下の程度にあわせて、生活のニーズを満たすように自分で実施していること、自分での実施は困難であるため支援者に依頼している生活のニーズをもつこと、そして独居療養者自身は気がついていないが、支援者が予測して支援をしている生活の潜在的なニーズをもつことがあった。独居高齢者が独居を継続できなくなった要因に、疾病の悪化、転倒などによるけががあげられているが(柄澤,稲吉,2008)、医療依存度の高い独居療養者であると、病気の進行、症状の悪化などの可能性が高く、その場合には療養生活の継続を中断させることになる。症状変化の早期発見と対処、転倒によるけがの予防などの潜在的ニーズを読み取り支援することが、療養生活継続にとって重要であると考えられた。

高齢者の独居療養生活を支えている思いには、“親戚や隣人と共に生活している”“友人・隣人、医療福祉関係者など身近で支えてくれる人の存在”“身体管理や自律した生活をしなければという気持ち”(家子,高橋,2011;田名部,小田,酒井,西方,平野,河原田,2009)などがある。本研究においても、出来ることはなんとか自分で実施するという自律していたい気持ちが強く窺え、そのことが気持ちの張りとなり、生活が継続できていると思われた。そして支援者を信頼している気持ちも強く、公的なサービスでは支援が得られにくい、融通を利かせた買い物や、受診時の病院付き添いは、友人・隣人に依頼するなど、支援者を見極め、支援を依頼していた。療養支援の専門職や友人・隣人などの支援者が、身近で支えてくれているからこそ、自律の気持ちも継続できると思われ、独居療養者は支援者との関係が良好に続くように配慮して行動していることが窺えた。このようなこと全てが独居高齢者のセルフケアでもあると考えられた。

II. 独居療養生活継続のための要素と独居療養生活支援機能の構造化および独居療養生活支援システム

本研究では、支援システムの要素を支援機能としてとらえることを試み、独居療養生活支援システムを、独居療養生活継続の要素と独居療養生活支援機能の2つの軸で構造化した。独居療養生活支援機能の相互の関係性は、理解、援助、援助の調整という3つの側面で分類され、それぞれの側面に特徴があることを示した。さらに、支援システムは独居療養生活継続のための要素の内容によって、必要に応じてお互いの関係性から変形することも示した。

介護保険制度では、ケアマネジャーが利用者ごとに支援システムを構築しているが、こ

のシステムには介護保険制度で支給される経済的限度額がありその枠内で構築されているため、システムの限界があることや、報酬体系外の近隣支援者などの支援は内包されていない。今後の我が国の人口構成などから生じる人的資源の問題や社会的資源の有効活用から考えると、さらに効果的なシステム構築が模索されてよいと考えられる。

本研究においては、利用者の療養生活から独居療養生活継続のための要素を抽出し、これらに対応する「独居療養生活支援機能」を抽出し、「支援システムの要素」とした。支援機能を果たす支援者は職業人から、職業として機能を果たしているのではない支援者まですべてを含めていた。職業としてではない支援者は隣人として、雨戸の開閉状態から安否を確認するなど、専門的な形式知を用いるのではなく、隣人同士の相互扶助に基づく内容を含んでいた。そして、支援機能には、アセスメントをふまえた理解、行動としての援助、援助の調整があり、支援機能は、専門的な形式知から、生活圏の近さなどの利便性や支援者との人間関係性をふまえていた。さらに、援助の調整には、不足している生活の要素に対して、どのような特徴を持つ支援機能で支援をするのか、という支援機能の調整と、誰がその支援機能を担うのかという支援者間および職種間の調整があった。これらのことを本システムの構造では包含することができていることにより、今後の支援システム構築のための思考の変更を示唆を与えることができるものと考えられる。

Ⅲ. 独居療養生活支援の考え方

介護ケア提供の場は、介護の重度化によって、ケアミックスの状況(医療と介護が混合している状態)になりつつあると言われている(大井川,2008)。本研究の独居療養者のように、訪問看護を利用している療養者は、医療処置が多い、体調が変化しやすい等の医療的なケアが必要な療養者であり、今後も医療的なケアを必要とする独居療養者は増加し、ますますケアミックスの状況は進むと考えられる。

その際、医療職が形式知に基づき援助の助言をするという機能が重要となり、その機会も多くなると考えられる。独居がん患者の在宅ホスピスケアでは、訪問看護師は介護福祉士と連携し、教育していくことが必要であり(米澤,杉本,小松,リボウィッツ,秋山,2010)、また、療養上の世話においては、看護師は介護職への指導やケアの提案を実施していた(原口,川村,2007)との先行文献がある。他職種の支援者と連携する場合は多い訪問看護師は、医療的側面での他の支援者への助言が重要な機能であり、制度の中に位置づけられる必要があると考えられる。

桐原(桐原,2008)は、簡単と思われる服薬の介助についても、病気を持つ対象の状態をアセスメントし、薬の作用・副作用についての知識を持ち、その薬がどのような目的で処方されているのか理解した上で、医師から処方されている内容を確認し、安全に服薬介助をするということではなければならない。しかし、医療職以外の支援者は、処方の確認や服薬

介助という行為はできても、病気をふまえて状態を観察し、病気と薬の作用を理解して援助することは難しく、そのような教育を受けてきてはいないため、それを要求はできないと述べている。医療的なケアが必要な療養者ということは、上記のように病気、治療、看護に関する形式知を持って療養者を観察しアセスメントし、そして予後を予測し援助することが必要な療養者ということである。しかし、病気・治療など医療的な側面は、福祉職や家族、友人・隣人などの医療の専門職ではない支援者では、対処が難しい。

看護師の看護判断の特徴は、フィジカルアセスメントを優先しており(原口,川村,2006)、訪問看護師の看護判断では、病状に関する判断、介護力に関する判断がすべの事例で行われ、予測に基づき療養者と家族に説明指導していた(西浦他,2005)とある。本研究でも訪問看護師は、独居療養者のアセスメント、看護判断により予後予測に基づき支援していた。この看護判断により予後予測ができるという機能は、独居療養生活支援の中で看護職が担うことのできる機能であり、それにより、潜在的ニーズを顕在的ニーズとするよう支援ができていた。

独居療養者に自覚されていない潜在的ニーズは、生活の基盤を揺るがす可能性がある。そのため、形式知に基づき潜在的ニーズを顕在的ニーズにし支援していくことが、独居療養生活を安定して継続するためには必要である。身体状態を良好に保つことが、在宅生活継続を維持することにつながる(田中,小西,2004)とあるが、医療職である訪問看護師が、病気の理解に基づき、訪問看護の経験をふまえて的確に潜在的ニーズを読み取り、顕在的ニーズにすることで、病状の悪化を最小限にして、生活を継続することができると考える。

非職業人は、「身近な間柄であること」「近くの距離に居住していること」を活かして、独居療養者との関係の中で好意に基づき支援をしており、その内容は通帳の管理、緊急時の救急車の付き添い、急変時人工呼吸器装着の判断など、職業としての支援者では困難な部分の機能を担っていた。しかし、非職業人の場合、その支援は安定的な支援ではなく、独居療養者が誰とどのような関係であるかにより、受けることのできる支援は異なり、何の契約もない関係であるため、支援の提供を断ることも簡単にできる。また在宅療養者を支援するチームの中には位置付けられていないため、必ずしも他の支援者が把握できるわけではなく、連携が難しい面がある。しかし、生活を継続するために重要な機能であり、これを安定した機能にするためには、専門職が、非職業人の担う機能を見極め、フォローしながら連携することが必要であると考えられる。独居療養者の病状の進行などにより、非職業人が担うことのできる機能も変化していく可能性があり、支援の継続困難もおこりやすい。独居療養者の病状の進行などによる変化をふまえて、支援者が担うことのできる機能を見極め、フォローしながら連携していくということでは、医療職である訪問看護師の果たす役割は大きいと考える。

独居療養者では、日常生活の多くが訪問介護職によって支えられていることから、訪問介護の質や訪問看護師と訪問介護職との連携のあり方が在宅療養を左右する(伊藤

他,2007)とあり、本研究でも訪問介護職や非職業人が日常生活の多くを支えていた。しかし、医療的ケアが多い独居療養者への支援においては、特に病気に関する内容について、困難や不安を感じることもあり、また見過ごしている可能性もあった。そのため訪問看護師による他の支援者への助言や支援内容の確認が、支援を安定的なものとする重要な機能であった。そして、対象の全体像を把握し支援しているからこそ、連携の中での支援の調整の役割も担うことができると考えられた。対象の支援内容の全体もふまえて支援の調整をしているということは、他の支援者の健康状態なども確認しながら、全体の支援を安定させるように支援を調整するということであった。

以上のことから、独居療養生活支援においては、療養支援を職業としてではなく行っている近隣住民等の支援者を含めて考えていき、その際専門職が、各支援者が担うことのできる機能を見極め連携することが必要であると考えられた。そして、医療的ケアを多く必要とする療養者が今後も増加することをふまえると、医療職である訪問看護師の果たす役割は大きく、在宅療養支援チームの中で調整的役割を果たす必要があると考えられる。

IV. 地域の力を積極的に活用していくという支援の考え方

少ない人数で必要な支援機能を担っていく場合、必要な支援機能を医療職、福祉職、非職業人の関係なく分担するという必要になってくる。その際、法制度に基づいて行われる業については、専門職が担当するが、法制度的に定めがない支援については、効率的に支援が提供されるように、サービスのあり方を見直す必要があると考えた。例えば、K氏の訪問看護師は、糖尿病でインシュリンを注射しているK氏が、一人での夕食を嫌がり、寂しい気持ちもわかるので、訪問看護の援助後に折り合いをつけて一緒に食事をしてきた。これは訪問看護師が融通を利かせて、病状の安定と栄養状態を維持するために、実施していた援助であったが、この援助により、K氏は食事が摂取でき低血糖を起こさずに済むということと、1週間に1回ではあるが、他人と一緒に食事を摂ることができるという満足が得られ、訪問看護師との関係を深めることができていると考えられた。

ドイツのソーシャルステーションは、訪問サービスセンターと在宅介護支援センターの機能を持ち、その特色は、看護サービスと地域巡回介護を統合し、一体的に提供することにある(金井,2009)。看護・介護スタッフが在宅看護及び介護サービスを一体的に提供し、あわせて家事サービスも提供するということであり、訪問看護師の訪問時にも例えば、簡単な食事を準備する、洗濯機を回し始める、ゴミ出しをするなどの簡単な家事を実施している。訪問時間は10分、15分の短時間訪問も多く、生活をする上で必要な援助を短時間で実施していた。少ない人的資源での支援の考え方は、ドイツの訪問看護と介護の一体化のように、職種で支援を限るのではなく、法制度に基づく業についてはその専門職が実施するのだが、それ以外の生活に必要な援助については、効率的にその時間に関わっている

支援者が担当するということだと考えた。

さらに、独居療養生活においては、職業としてではなく支援をしている支援者も重要であり、地域包括ケアにおいては、自助、互助、共助、公助というすべての水準でケアが提供されることが望まれる(筒井,2009)とあるように、職業としてではなく支援をしている支援者の支援を含めた生活継続のための機能の組織化が必要であることが示唆された。在宅療養者の支援における連携については、医師、訪問看護師等医療職を中心とした医療連携についての文献(英,2008; 越川,尾阪,宮崎,2009;永井,2008)や、訪問看護師、訪問介護職を中心とした在宅療養者支援の連携についての文献(鈴木,友松,棚橋,牛込,2008)はみられているが、支援を職業としていない支援者を含めた連携について、先行研究は多くはみられていない。住民の支え合いの状況から「住民の支え合いマップ」を作成し、地域福祉推進への取り組みを紹介している文献(木原,2003)によると、地域では、福祉の専門職のやり方とは異なる、住民同士の支え合いが実施されていることが明らかにされている。専門職ではない近所の親しい住民が、生活を支援するということが多く行われていることだと考える。少ない人数で必要な支援機能全てを担っていく場合、療養支援の専門職のみで担うという考え方ではなく、友人・隣人等地域住民の支えあいを積極的に活用していくという考え方への転換が必要である。その際、独居療養者自身も公的な介護保険制度では難しい支援を認識し、友人・隣人等に依頼できるような良い関係を築き、支援を依頼するという機能を果たすことが必要と考える。

しかし、友人・隣人等の職業としてではなく支援をしている支援者を含める場合、コーディネーターを誰が行うのかという課題があると考ええる。

本研究の研究対象独居療養者は訪問看護師が支援している ADL 低下高齢者であり、病状変化の可能性が高く、医療処置が多い対象者であった。そのため、ケアマネジャーがケアの調整をするということではあるが、例えば、他の支援者との話し合いの際、めまいの訴えのあった療養者の現在の症状と、めまいの薬の内服状況、血圧の値の変化と、療養者の望ましい血圧コントロールについて訪問看護師が説明し、他の支援者にも援助を依頼するということがあった。自覚症状の訴えがあり、治療による症状コントロールが必要なこのような療養者の支援の調整は、病状を理解し行わなければならない、ケアマネジャーはいるものの、訪問看護師がケアマネジャーや他の支援者に支援についてアドバイスをし、支援の調整をしている場合が多かった。そして、ケアマネジャーが訪問看護師に、支援についてアドバイスを求めることもみられた。福祉職がケアマネジャーである場合が多かったが、病気治療の専門的知識を学問として学んでいないため、本研究対象の独居療養者の場合は、支援の調整には困難な面も窺えた。実際には訪問看護師が支援の調整を行い、ケアマネジャーがそれを実施し、独居での療養生活を継続するように支援を調整していると考えられた。

以上のことから、職業としてではなく支援をしている人を含め、法的根拠をふまえて必

要な機能を職業に関係なく効率的に分担するような支援の組織化が必要と考えられ、その際支援のコーディネーターを誰が担うのかという課題があることが示唆されたが、本研究の研究対象独居療養者のように病状変化の可能性が高く、医療処置の多い対象者では、医療職である訪問看護師がその役割を担うことが適切と考えられた。

V. 看護への示唆

療養生活支援においては、ケアマネジャーや訪問介護職、民生委員や隣人、友人等の職業としてではなく支援をしている支援者等、様々な職種や立場の支援者と連携していかなければならない。その際、同じ職種での連携、医療職間での連携とは異なる配慮が必要になる。

医療の専門職にはそれぞれの文化があり、それは専門的知識と職業的理念とから構成されており、多職種チームは異文化葛藤のつぼとなる危険性を秘めているため、何気ないやりとりの中や臨床判断の中で、お互いに違和感を抱きあうことは避けられない(宮本,2006)とある。また大塚らは、専門職の連携について、各専門職は独自の教育を受けており、独自の専門用語を使っているが、連携して支援を行うには、他の職種にもわかりやすい言葉を使って説明する必要があると述べている(大塚,酒井,2009)。さらに本研究のような療養生活支援においては、医療の専門職ばかりではなく、福祉職や職業としてではない支援者も含まれているため、お互いに理解し合うことの難しさが考えられる。そのような支援者の連携の中で、訪問看護師が他の支援者に助言し、支援のコーディネイトの機能を果たすためには、看護の対象の理解に加えて、他の支援者の教育的背景や職業観等の理解が必須である。他の支援者の立場や果たすことのできる機能を十分理解した上で、尊重した姿勢を持って連携することにより、より良い関係を築き、円滑なコミュニケーションを図ることができる。そして円滑なコミュニケーションを図りながら支援することにより、安定した独居療養生活継続につながると考える。

医療的ケアが多い療養者を支援する際、医療職である訪問看護師は、他の支援者を十分フォローすることが必要であろう。そのためには、当然のことながら自己研鑽を継続し知識技術を磨くこと、そして支援の中でさらなる形式知を作っていくことが必要である。

VI. 本研究における課題

本研究は、保健医療福祉領域における高齢者の独居療養生活支援システムに関する研究であるが、以下の内容について本研究結果を普遍化し、今後の独居療養生活支援システムを論じるには偏りがあると考えられる。

1) 研究対象者である独居療養者の偏り

研究対象とした独居療養者の偏りとして、次の諸点を指摘できる。訪問看護師の支援を受けている一定のADL値低下高齢者のみであった。ADL低下高齢者といっても訪問看護

師の支援を受けていない場合や生活行動への影響が本研究対象者よりも大きい場合もある。また、女性 14 名で生活圏が近く、ADL がある程度保たれている人々と条件が限定されていた。今後は、どのような支援を受けているかに関わらず、独居療養生活を継続している高齢者に対する調査を行う必要がある。それにより、対象の特徴による必要な支援機能の特徴も明らかにでき、普遍性をもつ成果が得られると考える。

2) 研究対象者である支援者の偏り

訪問看護師に、独居療養者である ADL 低下高齢者の紹介を依頼しているため、研究対象者である独居療養者に対する支援者には偏りがあった。保健福祉領域における独居療養生活支援システムとしているため、訪問介護職やケアマネジャー、医師など看護職以外の支援者からも、更に多くのデータを収集することが必要である。本研究は友人・隣人等を支援者として含めているところに特徴があるため、これら職業としてではなく支援している人々のデータ収集も今後の課題である。

3) 療養生活支援システムに専門職以外の支援者を含めていることの限界

考察でも述べたが、専門職以外の支援者を療養生活支援システムに含めているが、独居療養者によりそれらの支援者の支援は異なり、ひとりの対象者においても、支援の時間が不定期であったり、内容が一定ではなかったりしており、安定した支援とはいえないため支援者と認識することが難しい場合もあった。

本研究によりそれらの支援者が果たしている支援の必要性や重要性を明らかにし、地域の力を積極的に活用していくべきであると考えたが、療養生活支援システムは一般的に専門職のシステムであり、それであるからこそ安定した支援システムとすることができるということにはなじまない。専門職以外の支援者の支援を安定した支援とするためには、支援を包括的に捉えた定義とし、何らかの報酬を与える等の社会制度の変更が必要になると考えられた。この課題に解決を得られなかったため、本研究結果により独居療養生活支援システムを構築するまでには至らず、地域の力を積極的に活用できるような支援についての思考の転換およびそのひとつとしての機能充足型のシステムを提案するということにとどめた。

第6章 結論

本研究は、今後の人口構成の変化に対応する支援システムとして 機能充足型の支援システムを明らかにし、独居療養者の QOL 向上に寄与することを目的とした。調査は独居療養者 14 名とその支援者 41 名を合わせて 55 名に対する面接調査を行い、ADL 低下高齢者の独居療養生活を継続するためのニーズなどを調査し、以下の結論を得た。

1. ADL 低下高齢者の独居療養生活維持のための機能充足型支援システムについて

調査資料からこのシステムは 2 つの側面即ち、独居療養生活継続のための 17 の要素と、14 の独居療養生活支援機能により構造化することができた。独居療養生活支援機能のカテゴリーはニーズの理解、援助、援助の調整の側面で分類され、それぞれが、独居療養生活継続のための 17 の要素のニーズの顕在性・潜在性に基づき、支援者との関係性や支援機能を導いた要因に特徴が見出された。支援機能はニーズが顕在的なものと潜在的なものとの相対的な関係性に基づき、変化する性質を有していた。

2. 独居療養生活支援システム構築にむけて

本研究では、療養支援を職業としている専門職以外の支援者（近隣の人々など）の機能もあわせて、システムを構築する必要性の示唆を得た。支援を職業としてではなく行っている人々の機能は不定期で内容や提供方法も一定化していないものであり、今後はこれらの支援者が実施している機能を公的なシステムにどのようにのせていくか、が課題である。

3. 支援者の連携

独居療養生活継続に必要な機能を職業としてではない支援者を含めて、支援者間で連携しながら担っていくことが必要であり、その際、医療的ケアが多い療養者に対しては、医療職、特に訪問看護師が療養者を観察し、アセスメントし判断し、そして予後を予測しつつ援助できる機能を十分に活かし、他の支援者の機能が適切に発揮できるよう連携を促進する必要を見出した。

4. 地域の力を積極的に活用していくという支援の考え方

少ない人数で必要な支援機能を担っていく場合、療養支援の専門職のみで担うという考え方には限界があり、友人・隣人等地域住民の支えあいを積極的に活用していくという考え方への転換が必要である。その際、独居療養者は自身での自立意識を強くもち、友人・隣人等には制度化が難しい支援を依頼できるような良い関係を築き、自身に必要な支援を確保するという機能を果たすことが必要と考える。

謝辞

本研究の趣旨に賛同され、データ収集に当たり多大なご協力を賜りました研究協力者の方々に心より感謝いたします。また、データ収集および対象者のリクルートを快くお引き受けくださいました訪問看護ステーション清水の三浦さえ子所長、はじめご協力頂きました訪問看護ステーション所長及びスタッフの皆様には感謝いたします。そして、3年間に渡りご指導いただきました聖隷クリストファー大学 川村佐和子教授、藤本栄子教授、小松啓教授、前聖隷クリストファー大学 飯田澄美子教授に心から感謝いたします。

文献

- 青木万由美他(2008).在宅医療 在宅療養のための訪問看護ステーションの役割. *ホスピスケアと在宅ケア*,16(3),218-224.
- 青木万由美他(2010).医療ニーズの高い在宅患者への訪問看護のあり方. *ホスピスケアと在宅ケア*,18(3),343-347.
- 青木由美恵(2009).イギリスの高齢者医療福祉サービスの現状と課題-中間ケアに関する文献検討から-. *横浜看護学雑誌*,2(1),1-8.
- 秋元美世,大島巖,芝野松次郎,藤村正之,森本佳樹,山懸文治編(2003). *現在社会福祉事典*,336. 東京:有斐閣.
- Burnette, J.D.,& Mui, A.C.(1994).A Comparative Profile of Frail Elderly Persons Living Alone and Those Living with Others. *Journal of Gerontological Social Work*,21(3/4),5-26.
- 千葉真弓,安田貴恵子,御子柴裕子(2009).脳卒中患者の在宅移行期における看護ニーズの検討-4事例の検討から-. *長野県看護大学紀要*,11,39-49.
- Fayers, P.M.,& Machin, D.(2000).Quality of Life Assessment Analysis and Interpretation. 福原俊一,数間恵子監訳(2005), *QOL 評価学-測定,解析,解釈のすべて* -(2-26). 東京:中山書店.
- 福原俊一,鈴嶋よしみ(2005).健康関連 QOL 尺度 - SF-8 と SF-36 - . *医学のあゆみ*,213(12),133-136.
- 福原俊一,鈴嶋よしみ(2009). *健康関連 QOL 尺度 SF-36v2™ 日本語版マニュアル*. 京都:NPO 健康医療評価研究機構.
- 原口道子,川村佐和子(2006).患者の病態の違いによる看護判断の特徴-慢性モデルと急性モデルの比較-. *日本保健科学学会誌*,9(2),120-128.
- 原口道子,川村佐和子(2007,8).慢性的に医療を要する人に対する「療養上の世話」の看護・介護の連携「情報のやりとり」に焦点化した分析, *日本難病看護学会誌*,12(1),47.
- 蜂須賀研二(2003).リハビリテーション医学会における評価法の現状. *リハビリテーション医学白書委員会(編),リハビリテーション医学白書*,日本リハビリテーション医学会,58-63.
- 長谷川唯,竹林弥生,西田美紀,山本晋輔,塚田善太郎,川口有美子(2008,8).独居での在宅生活
が困難となった ALS 療養者の事例検討-社会福祉の立場から-. *日本難病看護学会誌*,13(1),80.
- 長谷川唯(2009,8).独居 ALS 患者における支援体制の事例検討. *日本難病看護学会誌*,14(1),40.
- Hass B.K(1999).A Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life. *Western*

Journal of Nursing Research, 21(6),728-742.

英裕雄(2008).都会で行う在宅医療連携, *治療増刊号*,90,1331-1336.

東清巳,永田千鶴(2003).在宅ターミナルケアにおける家族対処の特徴と看護介入. *日本地域看護学会誌*,6(1),40-48.

平松喜美子,谷村千華,吉野明子(2005).終末期がん患者の在宅医療を可能にするための地域医療と福祉のシステム構築. *米子医療学会誌*,56,150-157.

堀井たづ子,光木幸子,葛田理佳,大西小百合(2008).在宅療養中の終末期がん患者を看病する家族の心情と療養支援に関する質的研究. *京都府立医科大学看護学科紀要*,17,41-48.

Holloway I,Wheeler S(1996).*Qualitative Research for Nurses*.Blackwell Science.野口美和子 監訳(2010). *ナースのための質的研究入門*(2-24).東京:医学書院.

本田彰子,佐藤禮子(1999).終末期がん患者の家族の移行. *千葉看護学会誌*,5(1),16-22.

福井小紀子,川越博美(2004).在宅末期がん患者の家族に対する教育支援プログラムの適切性の検討. *日本科学看護学会誌*,24(1),37-44.

家子敦子,高橋由美(2011).過疎化農村地帯に住む高齢者の思い, *日本看護学会論文集:老年看護*,41,76-79.

今井忠則,奥野純子,戸村成男,山川百合子,鈴木恵子,柳久子(2009).介護予防の推進ボランティア活動が健康関連 QOL に及ぼす影響-地域社会への貢献意識に着目して-. *プライマリ・ケア*,32(4),200-208.

石井敏(2008).フィンランドにおける高齢者ケア政策と高齢者住宅. *海外社会保障研究*,164,39-53.

石塚稔(2007).地域住民が安心できる「在宅療養支援診療所」の構築に向けて-新たな終末期医療への挑戦-. *治療*,89(10),2894-2900.

伊藤美緒子,小林友美,大金ひろみ,矢元美智子(2007).自宅で最期を迎えたい-在宅ホスピス緩和ケアでひとり暮らしの 18 名のがん患者を看取って-. *訪問看護と介護*,12(8),660-672.

井澤和大,岡浩一郎,渡辺敏(2009).虚血性心疾患患者の QOL. *理学療法*,26(8),992-999.

梶谷みゆき,森山美知子(2010).脳血管障害発症後 3 ヶ月における患者と家族の心理的ケアニーズ, *家族看護学研究*,16(2),71-80.

金井直子(2009).地域における包括的サービス提供に関する連携のあり方の研究-ドイツのソーシャルステーションの役割に着目して-, *臨床福祉ジャーナル*,6(1),7-9.

菅野博史(1996).社会システム理論と情報・N.ルーマンにおけるコミュニケーションと情報・小林修一,澤井敦,菅野博史,干川剛史,鈴木智之(著), *社会と情報ライブラリ現代社会理論と情報*(68-70).東京:福村出版.

柄澤邦江,稲吉久美子(2008).独居高齢者における独居を継続できなくなった要因に関する研究, *飯田女子短期大学紀要*,25,21-33.

- 片山陽子,大湯好子,小野ツルコ(2009).在宅移行期における療養者の医療ニーズ別にみた家族介護者の介護標準態勢, *日本看護研究学会雑誌*,32(4),67-76.
- 桂敏樹他 (1999).医療機関における退院患者の在宅療養支援システムの開発に関する研究 - 看護職による退院調整機能 -, *北日本看護学会誌*,2(1),11-20.
- 川村佐和子,数間恵子,諏訪さゆり(1996).ターミナル状態の在宅療養における訪問看護の実態と課題(その 3)提供した看護に対する療養者・家族の満足に関する分析. *看護管理*,6(10),734-741.
- 川村佐和子他 (2009).医療依存度の高い在宅療養者に対する医療的ケアの実態調査および安全確保に向けた支援関係職種間の効果的な連携の推進に関する検討.平成 20 年度厚生労働省科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業).
- 川崎優子,内布敦子,荒尾春恵,大塚奈央子,滋野みゆき(2010).医師が認知する外来化学療法における看護ニーズ, *兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要*,17,25-37.
- 桐原美鈴(2008).介護職の担う医療行為の解釈と対応について.大井川裕代(編集代表者), *知識・技能が身に着く実践・高齢者介護第 4 巻医療と介護の連携・調整*(pp.44-49).東京:ぎょうせい.
- 木原孝久(2003).これで地域が見えてくる住民の支え合いマップ作成マニュアル - 援助から支援課題の抽出まで -.東京:筒井書房.
- 国立社会保障・人口問題研究所編(2008). *日本の世帯数の将来推計(全国推計) - 2005 年～2030 年(2008 年 3 月推計)*,厚生統計局.
- 小西かおる,小倉朗子,川村佐和子,牛込三和子,近藤紀子(2006).神経難病における地域ケアシステムおよび療養環境の評価方法の構築に関する研究. *日本難病看護学会誌*,10(3),231-243.
- 越川貴史,尾阪咲弥花,宮崎信子(2009).在宅医療と理想的な医療連携, *がん患者と対症療法*,20(2),12-17.
- Lincoln YS,Guba EG(1985). *Naturalistic Inquiry*,Sage Publication Newbury park,CA.
- 蒔田寛子,大石和子,山村江美子,中野照代(2009).がんターミナル期の夫を在宅で介護し看取った女性配偶者の看取り体験の分析-医師と訪問看護師による継続的な支援を受けての看取り体験-. *家族看護学研究*,15(1),51-57.
- 蒔田寛子,藤原和子,廣瀬光(2009).独居の終末期がん患者の療養生活を支えたケアの一考察. *第 33 回日本死の臨床研究会年次大会*,240.
- 蒔田寛子(2010,9).「在宅療養している終末期患者の QOL」の概念分析-Rodgers の概念分析を使って-, *日本看護医療学会雑誌*,12,39-47.
- 松岡洋子(2008).デンマークの高齢者住宅とケア政策. *海外社会保障研究*,164,54 - 65.
- 松下祥子,小西かおる,小倉朗子,牛込三和子,川村佐和子(2006).神経系難病における地域支援体制に関する評価. *民族衛生*,72(2),47-58.

- 三上大李他 (2010).退院患者を対象とした遠隔在宅療養支援システムの研究開発. *日本遠隔医療学会雑誌*, 6(2), 111-113.
- 美ノ谷新子, 福嶋龍子, 杉宮伸子(2007).退院準備連絡票を活用した在宅療養支援システムの試み. *日本看護研究学会誌*, 30(1), 129-135.
- 宮本真巳(2006).医療観察法と多職種連携, *臨床精神医学*, 35(3), 277-285.
- 水野勝広, 大田哲生(2009).機能的自立度評価法(FIM) バーセル指数(BI) .赤居正美(編著), *リハビリテーションにおける評価法ハンドブック-障害や健康の測り方*:(242-247) .東京:医歯薬出版株式会社.
- 村松ちづか, 中山和弘, 川越博美(2006).主介護者の満足度に影響する在宅ターミナルケアの要素に関する研究. *緩和ケア*, 16(3), 269-274.
- 村嶋幸代他(2004).訪問看護ステーションにおける効果的・効率的な 24 時間ケアモデルの開発, 平成 15 年度厚生労働省老人保健推進費等補助金(老人保健事業推進等事業), 2010.3.30, <http://park.itcu-tokyo.ac.jp/chn/24/pdf/01.pdf>
- 永井康徳(2008).在宅療養支援診療所を中心とした地域連携, *治療増刊号*, 90, 1353-1359.
- 内閣府(2011a). 第 1 章高齢化の状況, 第 1 節高齢化の状況, 1 高齢化の現状と将来像. *高齢社会白書平成 23 年版*. 2-7. 東京:佐伯印刷株式会社.
- 内閣府(2011b). 第 1 章高齢化の状況, 第 2 節高齢者の姿と取り巻く環境の現状と動向, 3-(2) 高齢者の介護. *高齢社会白書平成 23 年版* .30-36. 東京:佐伯印刷株式会社.
- 内閣府(2011c). 第 1 章高齢化の状況, 第 2 節高齢者の姿と取り巻く環境の現状と動向, 1 高齢者の家族と世帯. *高齢社会白書平成 23 年版*. 13-14. 東京:佐伯印刷株式会社.
- 中野一司(2006).在宅療養支援診療所を中心とした在宅ケアと今後の展望. *Community Care*. 8(14), 21-25.
- 縄秀志他 (2005).胃切除を受けた患者の在宅移行期における症状・生活状況に基づく看護ニーズの検討, *長野県看護大学紀要*, 7, 11-20.
- 日本看護協会(2007).訪問看護事業所数の減少要因の分析および対応策のあり方に関する調査研究事業.
- 西田美紀(2009,8).独居 ALS 療養者の気管切開前の生活・支援体制課題 NPPV が必要となった患者の一事例を通じて. *日本難病看護学会誌*, 14(1), 41.
- 仁科聖子, 湯浅美千代, 小川妙子(2008).独居高齢者が在宅で最期を迎えるための訪問看護師の援助. *順天堂大学医療看護学部, 医療看護学研究*, 4(1), 50-56.
- 西浦都絵, 能川ケイ, 服部素子, 大野かおり, 森田愛子, 藤原智恵子, 井田通子, 甲斐年美(2005).在宅ターミナルケアに関する研究(その 3)-在宅ターミナルケアの諸相における看護判断と実践-. *神戸市看護大学短期大学部紀要*, 24, 17-25.
- Nordam A, Sorlie V, Sorlie RF(2003). Integrity in The Care of Elderly People, as Narrated by Female Physicians. *Nursing Ethics*, 10(4), 388-403.

- 荻野雅仁,木村奈菜子,今井みどり,山北誠(2009).訪問リハビリテーション対象者へのニーズ調査-アンケート調査報告-,*愛知作業療法*,17,25-30.
- 奥田七峰子(2008).フランスの高齢者をめぐる住宅環境とケア政策.*海外社会保障研究*,164,77-88.
- 奥村純子,森村操,羽鳥秋子,飯田苗恵,牛込三和子(2009,8).気管切開状態で在宅生活している独居 ALS 療養者の終日支援態勢の構築.*日本難病看護学会誌*,14(1),42.
- 奥村芳孝(2008).スウェーデンの高齢者住宅とケア政策.*海外社会保障研究*,164,26 - 38.
- 小野若菜子,麻原きよみ(2007).在宅高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の看護観.*日本看護科学学会誌*,27(2),34-42.
- 大井川裕代(2008).ケアミックスの状況下における専門職の連携について.大井川裕代(編集代表者),*知識・技能が身に着く実践・高齢者介護第4巻医療と介護の連携・調整*(31-32).東京:ぎょうせい.
- 大塚真理子,酒井郁子(2009).専門職連携を阻むもの,吉本照子,酒井郁子,杉田由加里(編著),*地域高齢者のための看護システムマネジメント第1版*(43).東京,医歯薬出版株式会社.
- 大塚俊男(1988).老年期における単身生活,*社会精神医学*,11(4),335-342.
- Rodgers BL(2000).Concept analysis: An evolutionary view, In Rodgers BL, Knafle KA,et al,*Concept Development in Nursing:Foundations, Techciques, and Applications*,2 ed.77-102,W.B.Sanders Company,Philadelphia.
- Rydholm L,Moone R,Thornquist L,Alexander W,Gustafson V,Speece B(2008).Care of Community-Dwelling Older Adults by Faith Community Nurses. *Journal of Gerontological Nursing*,34(4),18-29.
- 栄木教子(2005).どうしたら本人の望む生活をささえきれるか、独居の認知症高齢者の終末期支援から学ぶこと.*訪問看護と介護*,10(6),471-476.
- 坂本美佐子,永井雅子,高麗裕子,岡部明子(2007,8).ALSの単身療養者事例への在宅移行期支援における訪問看護師の役割(第1報)長時間滞在型訪問看護サービスの意義を考える.*日本難病看護学会誌*,12(1),49.
- 佐々木栄子,川島和代(2005).在宅療養者の顕在的・潜在的ニーズの把握と予防的マネジメントに関する一考察.*ケアマネジメント学*,4,117-125.
- 笹谷春美(2008).ケアサービスのシステムと当事者主権(上野千鶴子,中西正司編),*ニーズ中心の福祉社会へ - 当事者主権の次世代福祉戦略 -*,(40-52).医学書院:東京.
- 佐藤大志,鹿内ひろみ,相馬真理子,福士明美,古家琢也(2009).回腸新膀胱造設後患者への QOL 調査 - 時間排尿が退院後の生活に及ぼす影響について -. *泌尿器ケア*,14(8),831-836.
- 佐藤まゆみ,他(2006).終末期がん患者を抱える家族員の体験に関する研究.*千葉看護学会誌*,12(1),42-49.

- 繁澤弘子,安藤詳子,前川厚子(2006).高齢な終末期がん患者と家族の在宅における療養体験.
日本看護医療学会雑誌,8(1),31-39.
- 島内節,清水洋子,友安直子,森田久美子,川上千春,内田陽子(2002).在宅の利用者アウトカム
に影響するケア項目と実施度.日本地域看護学会誌,4(1),26-33.
- 島内節,小野恵子(2009).遺族による在宅ターミナルケアのサービス評価.日本在宅ケア学会
誌,12(2),36-43.
- 篠田道子(2008):フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向-在宅入院制度における
集中的ケアマネジメントを中心に-.海外社会保障研究,No.162,29-42.
- 杉本幸枝,金山時恵(2008).要介護高齢者および家族介護者の医療ニーズに関する都市部と
山間地域の比較,日本遠隔医療学会雑誌,4(2),264.
- 鈴嶋よしみ,福原俊一(2009).SF-36 SIP NHP.赤居正美(編著),リハビリテーションにおける
評価法ハンドブック-障害や健康の測り方-(262-267).東京:医歯薬出版株式会社.
- 鈴木珠水,友松幸子,棚橋さつき,牛込三和子(2008).医療依存度の高い利用者への地域にお
ける在宅療養支援の現状と課題-訪問看護ステーション前橋南の場合-,難病と在宅ケ
ア,14(4),61-65.
- Soo JC,Kyung JL,In SK,Won HL(2008).Older Korean People's Desire to Participate in
Health Care Decision Making. *Nursing Ethics*, 15(1),73-86.
- 田名部佳子,小田朋代,酒井明美,西方香子,平野美千代,河原田まり子(2009).糖尿病を抱えて
いる都市部の一人暮らし高齢者の療養生活継続を支えている思い,北海道公衆衛生学
雑誌,22(2),130-137.
- 田中昭子,小西美智子(2004).一人暮らし虚弱高齢者の在宅生活継続の対処方法,老年看護
学,8(2),63-72.
- 立石宏昭(2009).精神障害者の就労支援における QOL の変化-SF-36v2 を用いて-.厚生指
標,56(11),17-21.
- 辻哲也,園田茂,千野直一(1996).入院・退院時における脳血管障害患者の ADL 構造の分析-
機能的自立度評価法(FIM)を用いて-.リハビリテーション医学,33(5),301-309.
- 筒井孝子(2009).地域包括ケアシステムの未来 - 社会的介護から、地域による介護へ
- ,*J.Nart.Inst.Public Health*,58(2),84-89.
- 堤文生(2007).要介護高齢者の QOL 評価-SF-36 を用いて-.理学療法学,34(4),189-192.
- 特養ホームを良くする市民の会(2009).要介護者における独り暮らし高齢者へのアンケー
ト調査報告書.東京:特養ホームを良くする市民の会.
- 所道彦(2008).イギリスのコミュニティケア政策と高齢者住宅.海外社会保障研究,164,17 -
25.
- 富田真佐子,高崎絹子,萬田良子(2001).在宅で療養している一人暮らし高齢者の QOL に関
連する要因,高齢者のケアと行動科学,8(1),50 - 61.

- 上野千鶴子(2008).理念 第 1 章当事者とは誰か - ニーズ中心の福祉社会のために - .上野千鶴子,中西正司(編),ニーズ中心の福祉社会へ - 当事者主権の次世代福祉戦略 - (11-37).東京:医学書院.
- 渡辺邦彦,山井耕子,中村恵子,柳田貴絵,須藤幸子,早乙女勇(2008).栃木県における在宅緩和ケアネットワーク-在宅ホスピスとちの木活動報告-.ホスピスケアと在宅ケア, 16(3),225-229.
- 山田晴美,山口一郎,山田敬子,青木清(2010).在宅で療養するがん患者のQOL向上のために-通院中の患者へのニーズ調査から手引きの作成へ-,ホスピスケアと在宅ケア,18(3),325-333.
- 米澤純子,杉本正子,小松優紀,リボウィッツよし子,秋山正子(2010).独居がん患者の在宅ホスピスケアを可能にするための要因と連携のあり方,第 69 回日本公衆衛生学会総会抄録集,57(10),389.

資料1 高齢者の独居療養生活継続のための要素の分析(事前調査)(つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	上位コード	下位コード
健康悪化時支援を求めていることができる	独居で医療処置もしているため安否確認のニーズが予測される	独居であるため近隣住民が頻回に訪問してくれる	近隣住民が近所なので毎日障子の開閉を気にして訪問してくれる
		病状による健康悪化時支援を求める高いニーズが予測される	転倒後の硬膜下出血の可能性を予測し見守ってくれている PTADチューブを入れていることへの理解が乏しいため感染等を起こす可能性が高い
病状の安定を維持できるように援助を依頼する	病状が安定できるように治療継続への援助を依頼する	症状出現時に訪問看護師に連絡する	発熱した時には連絡して病院に連れて行ってもらう 症状出現時には訪問看護師に連絡する
			受診の付き添いを依頼する
			自覚症状に伴い治療を強く希望している PTADチューブの管理の援助をしてもらう
病状の安定を維持できるように自己管理している	症状にあわせて自分で健康管理している		腹部の調子が気になると一人で病院に行く 鎮痛薬を自分でコントロールして内服している
			問題が生じた時にはまずケアマネジャーに連絡する
病状の安定を維持すること	病状の安定が困難な状況を表現する	1人では困難な病状の管理が明らかになる	薬の管理が一人では困難である 一人では症状への対処が困難である 受診しても医師とコミュニケーションがとれない
家族の代わりに病状の安定が維持できるように援助を受けている	家族の代わりに病状の安定に関わる判断を支援者にしてもらう	毎日の付き合いにより体調の変化を見守ってくれている	近隣住民が日々の受診の様子を見守ってくれている 近隣住民が体調を見守ってくれている 近隣住民が体調の細かな変化を見守ってくれている
			家族がいないので長い付き合いの身近にいる支援者がサービス利用に関わる判断をしてくれる
			家族がいないので長い付き合いの身近な支援者が生命に関わる重要な判断をしてくれる
一人での淋しさを軽減するよう生活する	夜の淋しさを軽減するよう生活している ペットを話し相手にしている		近所の支援者に医師の指示による検体をとってクリニックに届けてもらう
			夜は部屋が暗くならないようにしている 犬と一緒にいると安心する
支援者の支援により精神的に安定している	支援者との関係が維持できているので精神的に安定している		気持ちが落ち着くようにと支援の際には話をしてもらう なじみの人に囲まれているので満足そうである 支援者の支援には不満はなく安定している
精神的な安定を維持すること	別居家族との関係が良好ではないため精神的に安定できていない		長男家族と同居したいが嫁に遠慮し同居できない 家族関係に問題があり生活に満足していない 家族関係により気持ちの変動が激しい
		気になることがあり不満な気持ちを訴える	長男家族が心配で電話をするが電話にでてくれないとパニックになった 支援者に死にたいと訴える 歯のかみ合わせが悪いという訴えから最終的には死にたいと訴える 歯についても10年くらい訴えている 気になることがあると固執するが気になることは変化する 一人の生活はさびしいと訴える

資料1 高齢者の独居療養生活継続のための要素の分析(事前調査)(つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	上位コード	下位コード
栄養状態を維持すること	食事ができるように自分で準備する	簡単な食事を準備する	自分で簡単な料理を作る 自分で調理はしているが同じものばかり食べている
		自分一人ではできない買い物を依頼する	ヘルパーに買い物を依頼する 別居の親族に買い物を依頼する
	食事がとれるように援助を依頼する	食事の準備を依頼する	調理を依頼する
		いつも一人で家で食事をしているので外食の希望を話す	いつも家にいるので外食は美味しいだろうと外食してみたい たまに外食することを楽しみにしている
	食事がとれるような援助を受けている	食事の差し入れがある	近隣住民が毎日の食事内容が気になり頻りに訪問してくれる
		食事内容への助言がある	近隣住民が食事時間に合わせ差し入れしてくれる 身近にいて様子がよくわかる支援者が消化の悪い食べ物の摂取を控えるように話してくれる
夜間睡眠を確保すること	夜間睡眠がとれていないことを表現する	病気や生理的な変化のために夜間熟睡できないことが明らかになる	昼間寝ており昼夜逆転傾向である 夜間頻尿のために熟睡できない
	夜間睡眠がとれるように自己管理している	夜間睡眠がとれるように内服薬をしっかりと飲んでいる	眠剤はしっかりと飲んでいる
独居継続を判断すること	独居を継続したい気持ちを訴える	独居を継続したい気持ちを訴える	人に気をつかうよりも独居継続したい気持ちがある 施設には入りたくない
		独居は問題ではないと話す	十分な支援を得ているので独居も苦にならない 家は居心地がよい環境である
	独居継続への不安を訴える	施設は嫌だが独居継続への不安はある	施設入所は嫌だが今後には不安があると話す
生活基盤(生計等)を維持すること	生活基盤維持への援助を依頼する	葬式の手配を依頼する	葬式を出して欲しいと依頼する
		お金の管理を支援者に依頼する	民生委員や友人にお金の管理を依頼する
	経済面を自分で管理している	経済的負担を考え援助を依頼している	訪問看護の利用にかかる1回200円の交通費に納得できず訪問回数を増やさない
身体の清潔を維持すること	身体の清潔維持への援助を依頼する	入浴の援助を依頼する	入浴の援助を依頼する
		入浴の準備片付けを依頼する	入浴の準備片づけを依頼する
	生活習慣・病気をふまえて入浴している	価値観に基づく入浴習慣である	毎日入浴するのはもったいないと思っている
		治療を兼ねて入浴している	疥癬になったので毎日入浴することになる 治療を兼ねて入浴する
身だしなみを維持すること	身だしなみの維持は自立している	衣類の洗濯は自立している	洗濯は自分で実施している
	身だしなみを維持するために援助を依頼する	洗濯を依頼する	定期的な洗濯を依頼する
生活用品を調達すること	生活用品調達への援助を依頼する	自分では困難な生活用品の買い物を依頼する	自分ではできないのでヘルパーに必要な買い物を依頼する 近くのスーパーでは買えないものを別居家族に依頼する
		屋内環境の整備を依頼する	自分でできない室内の掃除を依頼する 生活環境維持の援助は実費部分もある
生活環境を維持すること	生活環境維持の援助を依頼する	依頼している掃除への不満を訴える	ヘルパーの掃除には不満があると訴える ヘルパーには気をきかせて家事援助をして欲しい
		外出の援助を依頼する	外出にはタクシーを利用している
生活を楽しむこと	楽しみもあるように生活する	一人で過ごす時間の楽しみ方がある	裁縫や編み物をして過ごす 洋画を見て過ごす
		支援者との会話を楽しむ	日々のテレビの話題で会話を一緒に楽しんでいる

資料2 独居療養生活支援機能の分析(事前調査) (つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	上位コード	下位コード
近隣生活者としての親しい間柄に基づき理解する	距離を活かした健康悪化時支援を求めることの理解	近所にいるので毎日障子の開閉を確認している	近所なので毎日障子の開閉を気にして確認する
	身近な間柄を活かした病状の理解	近所なので日々の付き合いから受診の様子を理解する	近所なので日々の受診の様子がわかる
		毎日の付き合いから体調の変化を理解する	毎日の付き合いから体調の悪化を理解している 毎日の付き合いから体調の細かな変化を理解している
	身近な間柄を活かした生活上の問題に対する不安の理解	身近な間柄なので日々の関わりから精神的に不安定と理解している	長男家族が心配で電話をするが電話にでてくれないとパニックになったことを知っている 支援者に死にたいと訴える 歯についても10年くらい訴えていることを理解している
	身近な間柄を活かした栄養状態の理解	毎日の食事が気になるので頻回に確認する	毎日の食事内容が気になり頻回に訪問して確認する
	距離を活かした栄養状態の理解	近所にいるので食事の差し入れをしながら食事内容を確認する	近所に住んでいるので食事時間に合わせ差し入れしながら何を食べているのか確認する
	身近な間柄を活かした独居継続判断の理解	身近な間柄なので現在の生活を継続したい気持ちがよくわかる	支援者の支援を得て現在の生活を継続することが一番幸せと思う
		長い付き合いなので施設に入りたくない気持ちがよくわかる	以前からの付き合いで近くにいるので施設には入りたくない気持ちがよくわかる
	身近な間柄を活かした生活基盤の理解	身近で信頼されている支援者が依頼されお金の管理が必要と理解する	信頼されている民生委員や友人が依頼を受けてお金の管理をする
	距離を活かした生活基盤の理解	近所に住んでいるので毎日の生活が気になり生活の様子を繰り返し確認する	近所に住んでいてサービスでの様子が気になるので楽しめるように繰り返し様子を確認する
		近所に住んでいるので葬式を近隣住民に依頼したい気持ちを理解している	体の調子が悪く弟の葬式を近所の人に出してもらいたい気持ちを理解している
	身近な間柄を活かした身だしなみの理解	身近にいるので洗濯は自分でやっていることを理解している	自分でできる日常生活動作もわかっていて、洗濯は自分でしていると理解している
	身近な間柄を活かした生活用品調達の理解	身近にいるので買い物支援の状況を理解している	身近にいるので週に3回ヘルパーが買い物の支援をしていると理解している
	身近な間柄を活かした生活環境の理解	ヘルパーの掃除への不満の気持ちを理解している	ヘルパーの掃除には不満があるとの訴えを理解している
ヘルパーの家事援助は気を利かせてやってほしい気持ちがあると理解している			
身近な間柄を活かした外出希望の理解	身近な存在なので体調もよくわかり外出時タクシーの利用が必要と理解している	長い付き合いで近くにいるので体調もよくわかるので外出はタクシーの利用が必要と理解している	
身近な間柄を活かした生活の楽しみの理解	独居の生活は刺激も少ないと考える生活の楽しみを確認する	日々のテレビの話題で会話を一緒に楽しんでいると理解している	

資料2 独居療養生活支援機能の分析(事前調査) (つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	上位コード	下位コード	
近隣生活者としての親しい間柄に基づき援助する	距離を活かした健康悪化時支援を求めることへの援助	近所にいるので頻回に訪問する	近所なので毎日障子の開閉を気にして訪問する	
		最も身近な存在と思い受診に付き添う	受診しても医師とコミュニケーションがとれないと思いたるべく受診に付き添う	
	身近な間柄を活かした病状安定への援助	他に家族の代行をする人がいないと考え治療と支援に関わる重要な判断をする	家族がいないので長い付き合いの身近にいる支援者がサービス利用に関わる判断をする 家族がいないので長い付き合いの身近な支援者が生命に関わる重要な判断をする	
	距離を活かした病状安定への援助	近所なので受診のための援助をする 近所なので受診に付き添う	近所にいるので医師の指示により検体をとってクリニックに届ける 近所なので受診に付き添う	
	身近な間柄を活かした生活上の問題に対する不安軽減への援助	身近な存在であるので気持ちが落ち着くようにと話をする 長い付き合いで身近にいるので一緒に流れているように付き合い	気持ちが落ち着くようにと話をする 明るいので介護している自分も救われる	
	身近な間柄を活かした栄養状態維持への援助	身近な存在で気になるから関わらずにはいられない	一人で心配なので乗りかかったら仕方がないと関わっている	
	距離を活かした栄養状態維持への援助	近所にいるので不定期に気づいたときに食事を差し入れする	近所に住んでいるので食事時間に合わせ差し入れする	
	身近な間柄を活かした同居継続判断への援助	以前からの付き合いで気持ちもわかるので在宅での生活を支援しようと援助している	亡くなった親族の気持ちもわかっている自分の家で周囲が協力して見てあげるのがいいと考え援助している	
	身近な間柄を活かした生活基盤維持への援助	身近で信頼されている支援者が依頼されお金の管理を代行する	信頼されている民生委員や友人が依頼を受けてお金の管理をする	
	距離を活かした生活基盤維持への援助	近所に住んでいるので依頼され葬式をする	近所に住み隣組なので依頼され親族の葬式をする	
	身近な間柄を活かした生活用品調達への援助	身近な間柄であるため融通がきいた買い物をする	訪問のついでに近くのスーパーでは買えないものを買ってくる	
	身近な間柄を活かした外出への援助	身近な存在なので体調もよくわかり外出のアドバイスを	長い付き合いで近くにいるので体調もよくわかり必要な外出はタクシーを利用するようアドバイスする	
	身近な間柄を活かした生活の楽しみへの援助	独居の生活は刺激も少ないと考え自分も一緒に生活の楽しみを共有する	日々のテレビの話題で会話を一緒に楽しむ	
	療養者からの依頼に基づき理解	栄養状態に関する療養者からの依頼に基づく理解	療養者から依頼され一人ではできない買い物の援助が必要と理解する	療養者から依頼されて必要な買い物を確認する
			療養者から依頼され一人ではできない食事の準備片づけの援助が必要と理解する	依頼されて援助が必要な調理を確認する
療養者からの依頼に基づき理解	療養者からの依頼に基づく理解	依頼され必要な入浴介助を理解する	依頼を受けるので入浴介助が必要と理解する	

資料2 独居療養生活支援機能の分析(事前調査) (つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	上位コード	下位コード	
頼に基づき生活の状況を理解する	く身体の清潔の理解	依頼され浴室の準備片づけの援助が必要と理解する	依頼を受けて入浴の準備片づけの援助が必要と理解する	
	療養者からの依頼に基づくみだしなみの理解	依頼されて衣類の洗濯の援助が必要と理解する	依頼されて定期的な洗濯が必要と理解する	
	療養者からの依頼に基づく生活用品調達への理解	依頼されて買い物援助が必要と理解する	依頼され買い物の援助が必要と理解する	
		依頼されたものを確認する	具体的に依頼された買い物を確認する	
	療養者からの依頼に基づく生活環境の理解	依頼され屋内環境整備の援助が必要と理解する	依頼され定期的な室内の掃除が必要と理解する	
	療養者からの依頼に基づく栄養状態維持への援助	療養者が一人ではできない買い物を依頼され買い物に行く	依頼されて買い物をする	
		療養者が一人ではできない食事の準備片づけをする	依頼されて調理をする	
	療養者からの依頼に基づく援助する	療養者からの依頼に基づく身体の清潔維持への援助	依頼され必要な入浴介助をする	依頼を受けて入浴介助をする
		依頼され浴室の準備片づけをする	依頼を受けて入浴の準備片づけをする	
		療養者からの依頼に基づくみだしなみ維持への援助	依頼されて衣類を洗濯する	依頼されて定期的に洗濯をする
療養者からの依頼に基づく生活用品調達への援助		依頼されて買い物をする	依頼され買い物をする	
依頼されたものを確認して買い物に行く		具体的に買い物を確認して希望の物を買ってくる		
療養者からの依頼に基づく生活環境維持への援助	依頼され屋内環境の整備をする	依頼され定期的に室内の掃除をする		
経験に基づく病状の理解	受診継続のために必要な援助を理解している	援助を通して腹部の調子が気になると一人で病院に行くことがわかっている		
	支援者には満足していると理解している	なじみの人に囲まれているので満足と理解している		
		支援者の支援には不満はなく安定していると理解している		
		長男家族と同居したいが嫁に遠慮し同居できないと理解している		
	経験に基づく生活上の問題に対する不安の理解	家族関係に問題があり精神的に安定できないと理解している	家族関係に問題があり生活に満足していないと理解している	
		家族関係により気持ちの変動が激しいと理解している		
		訪問時の訴えから一人の生活はさびしいと理解している		
		歯のかみ合わせが悪いという訴えから最終的には死にたいと訴える		
	気になることが変化しながら固執していると理解している	気になることがあると固執するが気になることは変化すると理解している		
		訴えが変化しており、今は主治医が参加してのカンファレンスが気になり、毎日ケアマネジャーに連絡する		

資料2 独居療養生活支援機能の分析(事前調査) (つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	上位コード	下位コード
経験に基づき理解する	経験に基づく栄養状態の理解	独居で家族がいないので栄養が偏りがちになると考え栄養摂取困難を理解する	援助を通して偏食に気づき栄養失調が気になる
	経験に基づく夜間睡眠の理解	独居で夜間一人であるため夜間睡眠障害であると理解している	昼間訪問すると寝ているので昼夜逆転と思う
	経験に基づく独居継続判断の理解	今までの生き方をふまえ独居継続が望ましいと考える	施設入所はできないので家がいいと思う
		独居での生活は困難があると考え自宅の居心地を確認する	家は居心地がよい環境で療養者にとって望ましいかを確認している
		独居での生活は困難があると考え独居を継続したい気持ちを理解する	人に気をつかうよりも独居継続したい気持ちを理解している 施設入所は嫌だが今後には不安がある 十分な支援を得ているので独居も苦にならないと理解している
	経験に基づく生活基盤の理解	1回200円の交通費もお金がかかるとサービスを受けないことを理解している	訪問看護の利用にかかる1回200円の交通費に納得できず訪問回数を増やさないと理解している
		病気の理解に基づき生活に必要なサービス利用への気持ちを把握する	現在の状態からディサービスには行きたくない理由を把握している
	経験に基づく身体の清潔の理解	年齢や生活習慣に基づき清潔維持のニーズを理解している	もったいないという思いに基づいた入浴習慣を把握している
	経験に基づく生活環境の理解	生活環境の維持へのニーズと援助の実際を理解している	生活環境維持の援助は実費部分もあると理解している
	経験に基づく生活の楽しみの理解	独居療養生活では生活の楽しみが少ないと考え一人の時間の過ごし方を理解する	趣味の編み物をして過ごしていると理解している
ディサービス利用への気持ちを確認する		ディサービスに行きたい気持ちはないようだを確認する	
日中の過ごし方を確認する		療養者は昼間寝ていることが多くディサービスで友達も待っていると確認する	
経験に基づき援助する	経験に基づく生活環境維持への援助	ヘルパーへの援助の依頼の仕方を助言する	ヘルパーにやってもらいたいことを書き出すように話す やってもらいたいことがヘルパーの契約時間内にできなければ次回にするように話す
	経験に基づく生活の楽しみへの援助	生活の楽しみとなるようなサービスの利用を促す	生活の楽しみになると考えディサービス利用を勧める
形式知に基づく健康悪化時支援を求めることの理解	病状による健康悪化時支援を求める高いニーズを予測する	PTADチューブを入れていることの理解が乏しいと理解している	
	病気の理解に基づき療養者の病気のとらえ方を把握している	療養者の病気の理解の程度がわかっている 訴えから自覚症状に伴い治療を強く希望していることを把握している	
	病気の理解に基づき薬の自己管理が困難と把握している	薬の管理が一人では困難であると把握している 鎮痛薬を自分でコントロールして内服していることを把握している	

資料2 独居療養生活支援機能の分析(事前調査) (つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	上位コード	下位コード	
形式知に 基づき理 解する	形式知に基づく病状の理 解	病気の理解に基づき自己管理 が一人では困難と把握している	一人では症状への対処が困難であると把握している	
			検査値と症状から病状をアセスメントする	
	形式知に 基づき理 解する	病気の理解に基づき今後の予 測をふまえて健康状態を把握し ている	病気の理解をふまえて症状の進行からADLの低下は 緩慢とアセスメントする	病気の理解をふまえて認知症の内服薬の追加につい て医師に確認する
				病気の理解をふまえて症状から認知症があるかとアセ スメントする
				病気をふまえて全身状態をアセスメントする
				自分で調理はしているが同じものばかり食べていること を把握している
	形式知に基づく栄養状態 の理解	病気の理解に基づき独居での 食生活の問題を把握する	病気をふまえて食事摂取状況を確認する	
	形式知に基づく夜間睡眠 の理解	病気の理解に基づき症状に基 づく睡眠障害を把握する	病気の理解に基づき眠剤の内 服状況から夜間の睡眠状態を 把握する	夜間頻尿のために熟睡できないと把握している
				眠剤はしっかり飲んでいることから睡眠障害の程度を 把握している
	形式知に基づく生活環境 の理解	転倒の危険を予測し生活環境 の整備が必要と理解する	転倒の危険が大きいので移動範囲での危険個所の保 護が必要と理解する	
形式知に基づく身体の見 守りの理解	病気の理解に基づき治療を兼 ねた入浴の必要性を理解する	疥癬になったので入浴と着替えの援助の必要を理解す る		
形式知に 基づき援 助する	形式知に基づく病状安定 への援助	病気の理解に基づき服薬管理 している	症状の観察から薬の効果をアセスメントして内服援助 する	
			病気の理解に基づき今後起こり うる危険を予測し医師と相談す る	転倒後の硬膜下出血の可能性を予測し援助を医師と 相談する
	形式知に 基づき援 助する	病気の理解に基づきリハビリの 援助をする	病気の理解に基づき医療処置 を実施する	本人の要求も満たしながら効果的なりハビリとなるよう 援助する
				PTADチューブの管理をする
				治療を兼ねて入浴と更衣の援助をする
形式知に基づく生活環境 維持への援助	転倒の危険を予測しサービス時 間外で生活環境の整備を行う	転倒の危険が大きいのでサービス時間外に危険個所 の保護に訪問する		
経験に基 づく援 助を調 整する	経験に基づく病状安定へ の援助の調整	病気に関する問題が生じた時 にはまずケアマネジャーに連絡す る	援助を通して問題が生じた時にはまずケアマネジャー に連絡する	
	経験に基づく生活の楽し みへの援助の調整	生活の楽しみとなるようサービ スの利用を調整する	生活の楽しみになると考えディサービスを利用できるよ うに調整する	
	経験に基づく独居継続判 断への援助の調整	独居での療養生活継続のため 社会制度に基づき定期的に連 絡調整する	担当者会議で支援者間の共通認識を得る	

資料2 独居療養生活支援機能の分析(事前調査) (つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	上位コード	下位コード
		病気の理解に基づき他職種へ援助を依頼する	病気をふまえて血圧コントロールについて他職種に説明する
		病気の理解に基づき今後を予測し医師に報告する	アセスメントした全身状態を医師に報告する
形式知に基づき援助を調整する	形式知に基づく病状安定への援助の調整	病気の理解に基づき受ける支援の調整をする	病気をふまえて医師の診察の結果でサービスを検討した方がよいとアセスメントする
			症状から総合病院受診を調整する
		病気の理解に基づき独居での医療処置実施の危険を予測し他職種と連携する	独居で医療処置実施のため危険を予測し生活支援のヘルパーと連携を強化する
			独居で医療処置実施のため病院と連携する

独居療養生活支援システムに関する研究
ご協力をお願い

訪問看護ステーション

所長 様

研究者：蒔田寛子

聖隷クリストファー大学 博士後期課程保健科学研究科

拝啓

時下、ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、わが国では、世界に例をみない早いスピードで高齢化が進み、総人口は今後長期の人口減少過程に入りますが、高齢者人口は2042年のピークまでは増加を続けるとみられています。総人口が減少するなかで高齢者が増加することにより高齢化率は上昇を続け、65歳以上人口は2030年には31.8%に達し、特に今後20年間、首都圏を中心に高齢者人口は増加すると推測されております。

世帯構造は変化し核家族化が進んだ結果、高齢者夫婦世帯や高齢者の、特に女性の単身世帯は多くなっています。そして、一人暮らしの高齢者は、今後も増加することが見込まれており、2030年には一人暮らしのものが高齢者に占める割合が、37.7%になるとされています。

また、今後の看取りの場所を人口動態推計から推定すると、現在のサービスの量では医療機関でも、介護施設でも、自宅でもないその他が看取りの場所となる人の数は漸増し、2030年には約47万人が、その他になり、サービスが受けられないとされております。

わが国の世帯構造の変化をふまえ、家族の介護に依存できない状況がみられるのではないかということ、また家族がいても家族にも生活があり、その後の人生があるということを考えて、家族の介護に依存しない療養生活支援の在り方を検討する必要があります。

そこで本研究では、独居の療養者が、療養生活を送るための支援システムに関して検討することを研究目的としております。独居である療養者の生活支援について検討することにより、家族の介護に依存しない療養生活支援のあり方への示唆も得られると思われま

お願いしたい内容は、次の2点となります。

1. 貴施設勤務のADL低下がある独居の高齢者様の訪問看護を担当している訪問看護師様を紹介していただき、その方に面接調査をさせていただくということです。面接ではインタビューガイド(資料13)にそってお話をお聞きします。

2. その訪問看護師様から療養者様とその療養者様の支援者の方々を紹介していただくということです。そして、療養者様のインタビューガイド(資料 12)、支援者の方々のインタビューガイド(資料 13)にそってそれぞれお話をお聞きします。また、療養者様の了解を得て、看護記録類の閲覧をさせていただきたく、よろしく願いいたします。

研究を開始する前には、説明書(療養者様:資料 5-1、支援者様:資料 4-1、6-1、7-1)・同意書(療養者様:資料 5-2 支援者様:資料 4-2、6-2、7-2)を用いて研究の説明と倫理的配慮を十分説明させていただき、同意が得られた上で実施する予定であります。

研究者から事前に日程調整のご連絡を差し上げ、療養者様については、訪問看護師様が身体的にも精神的にも安定していると判断された日程で、ご都合の良い日時にお伺いさせていただきます。訪問看護師様と他の支援者様についても事前に日程調整のご連絡を差し上げ、ご都合の良い日時にお伺いさせていただきます。お話してもよいことのみをお話し頂き、内容の正確を記すために、ご了解が得られましたら ICレコーダーに録音させていただきたくお願いいたします。

面接結果は、質的記述的に分析し、学会等で発表させていただきますが、研究以外では使用することはなく、匿名性は保持致します。

なお、ご協力できない場合、途中で中断した場合、不利益を被ることはありません。

ご多用中のところ、研究へのご理解をいただきたく、何卒ご協力賜りますようよろしくお願い申し上げます。

なお、この研究に関しましては、聖隷クリストファー大学倫理委員会の承認を得て実施しております。

敬具

【連絡先】

蒔田寛子

聖隷クリストファー大学 博士後期課程保健科学研究科

豊橋創造大学 保健医療学部 看護学科(勤務先)

〒440-8511 愛知県豊橋市牛川町松下 20-1

TEL: 050-2017-2291

E-mail: h-makita@sozo.ac.jp

研究指導教官 川村佐和子

独居療養生活支援システムに関する研究

ご協力をお願い

訪問看護ステーション

担当訪問看護師 各位

本研究は、下記の目的で行うものです。研究の趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします。以下の項目をお読みいただき、研究に参加することに同意される場合は、同意書に御署名下さい。

記

1. 研究の目的・意義

これから、独居の療養者が増加する社会になり、家族の支援が受けられない療養者が増加します。そのため、独居療養生活を継続するためのシステムを明らかにし、独居療養者の QOL の向上に寄与することを目的としています。

2. 研究の方法・手順

本研究は、独居で療養生活されている ADL の低下がみられる高齢の療養者様とその方の支援をされている方々にご協力をお願いしています。

支援者様には、実際の支援内容と支援へのご意見について、インタビューにてお伺いします。

ご都合が良いお時間に、30 分程度の面接をさせていただきたいと考えております。お聞かせいただいた内容を正確に研究に生かすために ICレコーダーに録音させていただき、その内容を文章におこして分析します。録音を希望されない場合には、お話いただいた内容を筆記させていただきたく、お願いいたします。筆記も希望されない場合は、お話のみ聞かせていただきます。

また療養者様の病状等の情報を得るために、看護記録類を拝見させていただきたく、お願いいたします。

3. 対象者様への予測される利益・不利益（心身の負担）

お話を聞かせていただき分析することにより、独居の療養者様の居宅療養生活支援についての示唆を得ることができ、今後の独居療養生活支援システム検討への参考になると考えます。

また研究者である第三者にお話いただくことにより、支援について客観的に考える機会となる可能性があります。

不利益としましては、面接により拘束されることにより、業務に影響がある可能性があります。例えば記録の時間が削られる等です。またお聞きする内容によっては、答えたくない質問が含まれている可能性や、インタビューにより精神的負担を与える場合があるかもしれません。

4. 予測される不利益に対する安全対策

この研究に参加・協力することで不快な状態が生じないように十分に注意して実施いたします。質問において話したくないことは答えなくて結構です。

面接により精神的な負担や疲労を感じた場合には、中止できますので遠慮なくおっしゃってください。また水分摂取・休憩等が必要になった場合は、遠慮なくおっしゃってください。

5. 参加は本人の自由意志であること

この研究への参加・協力はお断りになることができます。お断りになっても、不利益を被ることは一切ありません。研究への参加・協力は対象者様の自由意志によって行ってください。

またインタビューにおいて話したくないことは答えなくて結構です。それにより、不利益を被ることは一切ありません。遠慮なくお伝えください。

6. 同意した後でも、同意を撤回できること

研究への参加を同意していただいた後でも、同意を撤回することは可能です。途中で気持ちが変わったようであれば申し出てください。研究を中止いたします。面接の途中でも気持ちが変わることもあるかもしれません。適宜声をかけさせていただき対象者様のお気持ちを確認しながら面接を行わせていただきます。

7. 個人情報・プライバシーが守られること

面接はプライバシーの守られている場所で行い、プライバシーの保護に努めます。またICレコーダーで収録した内容は、個人がわからないように情報を匿名化しますので、逐語録からは個人が特定されることはありません。個人データの取り扱いは、研究者のみが行い、研究期間に収集したデータの守秘性を維持します。また研究が終了した後に破棄します。

お話いただいた内容、研究データおよび結果は、研究の目的以外には使用せず、他の支援者、上司、関連機関などに漏らすことはありません。

8. 研究結果の公表について

研究結果は、博士論文としてまとめ、看護の発展に生かせるように関連学会での発表、学術雑誌への投稿を予定しています。研究結果をお知りになりたい場合は、研究結果をまとめたものを分析が完了した時点で郵送いたしますので、以下の連絡先までご連絡下さい。

9. 研究について自由に質問できること

研究について、質問などありましたら、遠慮なく以下の連絡先にお問い合わせ下さい。対象者様の都合がよいお時間に伺い、説明させていただきたいと思っております。

【連絡先】

蒔田寛子

聖隷クリストファー大学 博士後期課程保健科学研究科

〒440-8511 愛知県豊橋市牛川町松下20-1

豊橋創造大学 保健医療学部 看護学科（勤務先）

TEL：050-2017-2291

E-mail：h-makita@sozo.ac.jp

研究指導教官 川村佐和子

同意書

研究テーマ：独居療養生活支援システムに関する研究

説明内容

1. 研究目的・意義
2. 研究方法・手順
3. 対象者様への予測される利益・不利益（心身の負担）
4. 予測される不利益に対する安全対策
5. 参加はご本人の自由意志であること
6. 同意した後でも、同意を撤回できること
7. 個人情報・プライバシーが守られていること
8. 研究結果の公表について
9. 研究について自由に質問できること

10-1. 録音について（チェックを入れて下さい）

会話の録音

同意します

同意しません

10-2. 看護記録類の閲覧について（チェックを入れて下さい）

看護記録類の閲覧

同意します

同意しません

私は上記内容について、蒔田寛子から説明を受けて納得し了承しましたので、この研究に参加することに同意します。

対象者（署名）

署名年月日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者（署名） _____

説明年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

研究者（署名） _____

署名年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【連絡先】

蒔田寛子
聖隷クリストファー大学 博士後期課程保健科学研究科
〒440-8511 愛知県豊橋市牛川町松下 20-1
豊橋創造大学 保健医療学部 看護学科（勤務先）
TEL：050-2017-2291
E-mail：h.makita@sozo.ac.jp
研究指導教官 川村佐和子

独居療養生活支援システムに関する研究

ご協力をお願い

様

本研究は、下記の目的で行うものです。研究の趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします。以下の項目をお読みいただき、研究に参加することに同意される場合は、同意書に御署名下さい。

記

1. 研究の目的・意義

独居で居宅療養生活を送っている療養者様の生活と支援の様子を把握し、療養者様に必要な支援について、支援システムの観点から分析することを目的とします。今後支援システムがどのようなであると独居の療養者様の療養生活が安定するのか検討します。

2. 研究の方法・手順

この研究は、独居で療養生活されている療養者様とその療養者様の支援をされている方々にご協力をお願いしています。

療養者様には、独居での療養生活のニーズと支援へのご意見について、インタビューにてお伺いします。また療養者様の「生活の質」を確認させていただくため、15分程度のアンケート調査にご協力をお願いします。

療養者様の都合が良いお時間に、30分程度の面接をさせていただきたいと考えております。お聞かせいただいた内容を正確に研究に生かすためにICレコーダーに録音させていただき、その内容を文章におこして分析します。録音を希望されない場合には、お話いただいた内容を筆記させていただきたくお願いいたします。筆記も希望されない場合は、お話のみ聞かせていただきます。また、病状や治療等の情報を得るために、療養者様の看護記録類を拝見させていただきたいと思っています。

また療養者様の支援者の方々にも、療養者様の療養生活の支援についてのご意見を伺います。その際、療養者様の了解が得られ、支援者の方々がグループでの面接を希望される場合に、グループでの面接をすることがありますが、希望されないようであれば、遠慮なくおっしゃってください。その場合は、グループでのインタビューはいたしません。

3. 対象者様への予測される利益・不利益（心身の負担）

療養者様にお話を聞かせていただくことにより、独居の療養者様の療養生活支援についての示唆を得ることができ、今後の独居療養生活支援システム検討への参考になると考えます。

また研究者である第三者にお話いただくことにより、ご自分について振り返る機会になるかもしれません。

不利益としましては、面接により精神的に動揺されたり、疲労を感じる可能性があります。またお聞きする内容によっては、答えたくない質問が含まれている可能性があります。

4. 予測される不利益に対する安全対策

この研究に参加・協力することで不快な状態が生じないように十分に注意して実施いたします。質問において話したくないことは答えなくて結構です。

面接により精神的に動揺されたり、疲労を感じた場合には、中止できますので遠慮なくおっしゃってください。また研究者がそのような感じの際には、声をかけさせていただき面接を中止することもあるかもしれません。またそのような時に、療養者様が希望されるようであれば、訪問看護師様にご報告し、適切な看護を提供していただくよう調整いたします。

また水分摂取・休憩等が必要になった場合は、遠慮なくおっしゃってください。

5. 参加は本人の自由意志であること

この研究への参加・協力はお断りになることができます。お断りになっても、受けるサービスに関して不利益を被ることは一切ありません。研究への参加・協力は療養者様の自由意志によって行ってください。

またインタビューにおいて話したくないことは答えなくて結構です。それにより、不利益を被ることは一切ありません。

6. 同意した後でも、同意を撤回できること

研究への参加を同意していただいた後でも、同意を撤回することは可能です。途中で気持ちが変わったようであれば申し出てください。研究を中止いたします。面接の途中でも気持ちが変わることもあるかもしれません。適宜声をかけさせていただき療養者様のお気持ちを確認しながら面接を行わせていただきます。

7. 個人情報・プライバシーが守られること

面接はご自宅で行い、プライバシーの保護に努めます。またICレコーダーで収録した内容は、個人がわからないように情報を匿名化しますので、逐語録からは個人が特定されることはありません。個人データの取り扱いは、研究者のみが行い、研究期間に収集したデータの守秘性を維持します。また研究が終了した後に破棄します。

お話いただいた内容、研究データおよび結果は、研究の目的以外には使用せず、支援者に漏らすことはありません。また、研究結果を論文やその他の方法で公表する際、匿名性を守ります。

8. 研究結果の公表について

研究結果は、博士論文としてまとめ、看護の発展に生かせるように関連学会での発表、学術雑誌への投稿を予定しています。研究結果をお知りになりたい場合は、研究結果をまとめたものを分析が完了した時点で郵送いたしますので、以下の連絡先までご連絡下さい。

9. 研究について自由に質問できること

研究について、質問などありましたら、遠慮なく以下の連絡先にお問い合わせ下さい。療養者様の都合がよい時間に伺い、説明させていただきますと思います。

【連絡先】

蒔田寛子

聖隷クリストファー大学 博士後期課程保健科学研究科

〒440-8511 愛知県豊橋市牛川町松下 20-1

豊橋創造大学 保健医療学部 看護学科（勤務先）

TEL：050-2017-2291

E-mail：h-makita@sozo.ac.jp

研究指導教官 川村佐和子

同意書

研究テーマ：独居療養生活支援システムに関する研究

説明内容

1. 研究目的・意義
2. 研究方法・手順
3. 対象者様への予測される利益・不利益（心身の負担）
4. 予測される不利益に対する安全対策
5. 参加はご本人の自由意志であること
6. 同意した後でも、同意を撤回できること
7. 個人情報・プライバシーが守られていること
8. 研究結果の公表について
9. 研究について自由に質問できること

10-1. 次の支援者から支援についての資料を得ることについて
(チェックを入れて下さい)

同意します 同意しません

- 訪問看護師 保健師 医師 ケアマネジャー ヘルパー
民生委員
友人（ ） 隣人（ ）
その他の支援者（ ）

10-2. 支援者の希望により、支援者グループで資料を得ることについて
(チェックを入れてください)

同意します 同意しません

11-1. 録音について (チェックを入れて下さい)

会話の録音 同意します 同意しません

11-2. 看護記録類の閲覧について (チェックを入れて下さい)

看護記録類の閲覧 同意します 同意しません

私は上記内容について、蒔田寛子から説明を受けて納得し了承しましたので、この研究に参加することに同意します。

対象者 _____
(ご署名または押印)

代諾者 (ご署名) _____

署名年月日 平成 年 月 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者 (署名) _____

説明年月日 平成 年 月 日

研究者 (署名) _____

署名年月日 平成 年 月 日

【連絡先】

蒔田寛子
聖隷クリストファー大学 博士後期課程保健科学研究科
〒440-8511 愛知県豊橋市牛川町松下 20-1
豊橋創造大学 保健医療学部 看護学科 (勤務先)
TEL : 050-2017-2291
E-mail : h-makita@sozo.ac.jp
研究指導教官 川村佐和子

独居療養生活支援システムに関する研究

ご協力をお願い

病院
担当医師 各位

本研究は、下記の目的で行うものです。研究の趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします。以下の項目をお読みいただき、研究に参加することに同意される場合は、同意書に御署名下さい。

記

1. 研究の目的・意義

これから、独居の療養者が増加する社会になり、家族の支援が受けられない療養者が増加します。そのため、独居療養生活を継続するためのシステムを明らかにし、独居療養者の QOL の向上に寄与することを目的としています。

2. 研究の方法・手順

本研究は、独居で療養生活されている ADL の低下がみられる高齢の療養者様と、その方の支援をされている方々にご協力をお願いしています。

支援者様には、実際の支援内容と支援へのご意見について、インタビューにてお伺いします。

ご都合が良いお時間に、30 分程度の面接をさせていただきたいと考えております。お聞かせいただいた内容を正確に研究に生かすために ICレコーダーに録音させていただき、その内容を文章におこして分析します。録音を希望されない場合には、お話いただいた内容を筆記させていただきたく、お願いいたします。筆記も希望されない場合は、お話のみ聞かせていただきます。

3. 対象者様への予測される利益・不利益（心身の負担）

お話を聞かせていただき分析することにより、独居の療養者様の居宅療養生活支援についての示唆を得ることができ、今後の独居療養生活支援システム検討への参考になると考えます。

また研究者である第三者にお話いただくことにより、支援について客観的に考える機会となる可能性があります。

不利益としましては、面接により拘束されることにより、業務に影響がある可能性があります。例えば記録の時間が削られる等です。またお聞きする内容によっては、答えたくない質問が含まれている可能性や、インタビューにより精神的負担を与える場合があるかもしれません。

4. 予測される不利益に対する安全対策

この研究に参加・協力することで不快な状態が生じないように十分に注意して実施いたします。質問において話したくないことは答えなくて結構です。

面接により精神的な負担や疲労を感じた場合には、中止できますので遠慮なくおっしゃってください。また水分摂取・休憩等が必要になった場合は、遠慮なくおっしゃってください。

5. 参加は本人の自由意志であること

この研究への参加・協力はお断りになることができます。お断りになっても、不利益を被ることは一切ありません。研究への参加・協力は対象者様の自由意志によって行ってください。

またインタビューにおいて話したくないことは答えなくて結構です。それにより、不利益を被ることは一切ありません。遠慮なくお伝えください。

6. 同意した後でも、同意を撤回できること

研究への参加を同意していただいた後でも、同意を撤回することは可能です。途中で気持ちが変わったようであれば申し出てください。研究を中止いたします。面接の途中でも気持ちが変わることもあるかもしれません。適宜声をかけさせていただき対象者様のお気持ちを確認しながら面接を行わせていただきます。

7. 個人情報・プライバシーが守られること

面接はプライバシーの守られている場所で行い、プライバシーの保護に努めます。またICレコーダーで収録した内容は、個人がわからないように情報を匿名化しますので、逐語録からは個人が特定されることはありません。個人データの取り扱いは、研究者のみが行い、研究期間に収集したデータの守秘性を維持します。また研究が終了した後に破棄します。

お話いただいた内容、研究データおよび結果は、研究の目的以外には使用せず、他の支援者、上司、関連機関などに漏らすことはありません。

8. 研究結果の公表について

研究結果は、博士論文としてまとめ、看護の発展に生かせるように関連学会での発表、学術雑誌への投稿を予定しています。研究結果をお知りになりたい場合は、研究結果をまとめたものを分析が完了した時点で郵送いたしますので、以下の連絡先までご連絡下さい。

9. 研究について自由に質問できること

研究について、質問などありましたら、遠慮なく以下の連絡先にお問い合わせ下さい。対象者様の都合がよいお時間に伺い、説明させていただきたいと思っております。

【連絡先】

蒔田寛子

聖隷クリストファー大学 博士後期課程保健科学研究科

〒440-8511 愛知県豊橋市牛川町松下20-1

豊橋創造大学 保健医療学部 看護学科（勤務先）

T E L : 050-2017-2291

E - mail : h-makita@sozo.ac.jp

研究指導教官 川村佐和子

同 意 書

研究テーマ：独居療養生活支援システムに関する研究

説明内容

1. 研究目的・意義
2. 研究方法・手順
3. 対象者様への予測される利益・不利益（心身の負担）
4. 予測される不利益に対する安全対策
5. 参加はご本人の自由意志であること
6. 同意した後でも、同意を撤回できること
7. 個人情報・プライバシーが守られていること
8. 研究結果の公表について
9. 研究について自由に質問できること

10. 録音について（チェックを入れて下さい）

会話の録音

同意します

同意しません

私は上記内容について、蒔田寛子から説明を受けて納得し了承しましたので、この研究に参加することに同意します。

対象者（署名）

署名年月日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者（署名） _____

説明年月日 平成 年 月 日

研究者（署名） _____

署名年月日 平成 年 月 日

【連絡先】

蒔田寛子
聖隷クリストファー大学 博士後期課程保健科学研究科
〒440-8511 愛知県豊橋市牛川町松下 20-1
豊橋創造大学 保健医療学部 看護学科（勤務先）
T E L : 050-2017-2291
E-mail : h-makita@sozo.ac.jp
研究指導教官 川村佐和子

独居療養生活支援システムに関する研究

ご協力をお願い

支援者 各位

本研究は、下記の目的で行うものです。研究の趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします。以下の項目をお読みいただき、研究に参加することに同意される場合は、同意書に御署名下さい。

記

1. 研究の目的・意義

これから、独居の療養者が増加する社会になり、家族の支援が受けられない療養者が増加します。そのため、独居療養生活を継続するためのシステムを明らかにし、独居療養者の QOL の向上に寄与することを目的としています。

2. 研究の方法・手順

この研究は、独居で療養生活されている療養者様と療養者様の支援をされている方々にご協力をお願いしています。

支援者様には、実際の支援内容と支援へのご意見について、インタビューにてお伺いします。

ご都合が良いお時間に、30 分程度の面接をさせていただきたいと考えております。お聞かせいただいた内容を正確に研究に生かすために ICレコーダーに録音させていただき、その内容を文章におこして分析します。録音を希望されない場合には、お話いただいた内容を筆記させていただきたくお願いいたします。筆記も希望されない場合は、お話のみ聞かせていただきます。

3. 対象者様への予測される利益・不利益（心身の負担）

お話を聞かせていただき分析することにより、独居の療養者様の居宅療養生活支援についての示唆を得ることができ、今後の居宅療養生活支援システムへの参考になると考えます。

また研究者である第三者にお話いただくことにより、支援について客観的に考える機会となる可能性があります。

不利益としましては、面接により拘束されることにより、業務に影響がある可能性があります。例えば記録の時間が削られる等です。またお聞きする内容によっては、答えたくない質問が含まれている可能性や、インタビューにより精神的負担を与える場合があるかもしれません。

4. 予測される不利益に対する安全対策

この研究に参加・協力することで不快な状態が生じないように十分に注意して実施いたします。質問において話したくないことは答えなくて結構です。

面接により精神的な負担や疲労を感じた場合には、中止できますので遠慮なくおっしゃってください。また水分摂取・休憩等が必要になった場合は、遠慮なくおっしゃってください。

5. 参加は本人の自由意志であること

この研究への参加・協力はお断りになることができます。お断りになっても、不利益を被ることは一切ありません。研究への参加・協力は対象者様の自由意志によって行ってください。

またインタビューにおいて話したくないことは答えなくて結構です。それにより不利益を被ることは一切ありません。遠慮なくお伝えください。

6. 同意した後でも、同意を撤回できること

研究への参加を同意していただいた後でも、同意を撤回することは可能です。途中で気持ちが変わったようであれば申し出てください。研究を中止いたします。面接の途中でも気持ちが変わることもあるかもしれません。適宜声をかけさせていただき対象者様のお気持ちを確認しながら面接を行わせていただきます。

7. 個人情報・プライバシーが守られること

面接はプライバシーの守られている場所で行い、プライバシーの保護に努めます。またICレコーダーで収録した内容は、個人がわからないように情報を匿名化しますので、逐語録からは個人が特定されることはありません。個人データの取り扱いは、研究者のみが行い、研究期間に収集したデータの守秘性を維持します。また研究が終了した後に破棄します。

お話をいただいた内容、研究データおよび結果は、研究の目的以外には使用せず、他の支援者、関連機関等に漏らすことはありません。

8. 研究結果の公表について

研究結果は、博士論文としてまとめ、看護の発展に生かせるように関連学会での発表、学術雑誌への投稿を予定しています。研究結果をお知りになりたい場合は、研究結果をまとめたものを分析が完了した時点で郵送いたしますので、以下の連絡先までご連絡下さい。

9. 研究について自由に質問できること

研究について、質問などありましたら、遠慮なく以下の連絡先にお問い合わせ下さい。対象者様の都合がよいお時間に伺い、説明させていただきたいと思っております。

【連絡先】

蒔田寛子

聖隷クリストファー大学 博士後期課程保健科学研究科
〒440-8511 愛知県豊橋市牛川町松下20-1
豊橋創造大学 保健医療学部 看護学科（勤務先）

T E L : 050-2017-2291

E - mail : h-makita@sozo.ac.jp

研究指導教官 川村佐和子

同 意 書

研究テーマ：独居療養生活支援システムに関する研究

説明内容

1. 研究目的・意義
2. 研究方法・手順
3. 対象者様への予測される利益・不利益（心身の負担）
4. 予測される不利益に対する安全対策
5. 参加はご本人の自由意志であること
6. 同意した後でも、同意を撤回できること
7. 個人情報・プライバシーが守られていること
8. 研究結果の公表について
9. 研究について自由に質問できること

10. 録音について（チェックを入れて下さい）

会話の録音

同意します

同意しません

私は上記内容について、蒔田寛子から説明を受けて納得し了承しましたので、この研究に参加することに同意します。

対象者（署名）

署名年月日

平成 年 月 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者（署名） _____

説明年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

研究者（署名） _____

署名年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【連絡先】

蒔田寛子
聖隷クリストファー大学 博士後期課程保健科学研究科
〒440-8511 愛知県豊橋市牛川町松下 20-1
豊橋創造大学 保健医療学部 看護学科（勤務先）
TEL：050-2017-2291
E-mail：h-makita@sozo.ac.jp
研究指導教官 川村佐和子

独居療養生活支援システムに関する研究
ご協力をお願い

病院
院長 様

研究者：蒔田寛子
聖隷クリストファー大学 博士後期課程保健科学研究科

拝啓

時下、ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、わが国では、世界に例をみない早いスピードで高齢化が進み、総人口は今後長期の人口減少過程に入りますが、高齢者人口は2042年のピークまでは増加を続けるとみられています。総人口が減少するなかで高齢者が増加することにより高齢化率は上昇を続け、65歳以上人口は2030年には31.8%に達し、特に今後20年間、首都圏を中心に高齢者人口は増加すると推測されております。

世帯構造は変化し核家族化が進んだ結果、高齢者夫婦世帯や高齢者の、特に女性の単身世帯は多くなっています。そして、一人暮らしの高齢者は、今後も増加することが見込まれており、2030年には一人暮らしのものの高齢者に占める割合が、37.7%になるとされています。

また、今後の看取りの場所を人口動態推計から推定すると、現在のサービスの量では医療機関でも、介護施設でも、自宅でもないその他が看取りの場所となる人の数は漸増し、2030年には約47万人が、その他になり、サービスが受けられないとされております。

わが国の世帯構造の変化をふまえ、家族の介護に依存できない状況がみられるのではないかと、また家族がいても家族にも生活があり、その後の人生があるということ考えると、家族の介護に依存しない療養生活支援のあり方を検討する必要があります。

そこで本研究では、独居の療養者が、療養生活を送るための支援システムに関して検討することを研究目的としております。独居である療養者の生活支援について検討することにより、家族の介護に依存しない療養生活支援のあり方への示唆も得られると思われま

お願いしたいことは、以下の内容となります。

貴施設勤務のADL低下がある独居の高齢者様の往診または訪問診療を担当している医師に面接調査をさせていただくということです。面接ではインタビューガイド(資料13)にそ

ってお話を聞きします。

研究を開始する前には、説明書（資料 6-1）・同意書（資料 6-2）を用いて研究の説明と倫理的配慮を十分説明させていただき、同意が得られた上で実施する予定であります。

研究者から事前に日程調整のご連絡を差し上げ、ご都合の良い日時にお伺いさせていただきます。お話ししてもよいことのみをお話し頂き、内容の正確を記すために、ご了解が得られましたら ICレコーダーに録音させていただきたくお願いいたします。

面接結果は、質的記述的に分析し、学会等で発表させていただきますが、研究以外では使用することはなく、匿名性は保持致します。

なお、ご協力できない場合、途中で中断した場合、不利益を被ることはありません。

ご多用中のところ、研究へのご理解をいただきたく、何卒ご協力賜りますようお願い申し上げます。

なお、この研究に関しましては、聖隷クリストファー大学倫理委員会の承認を得て実施しております。

敬具

【連絡先】

蒔田寛子

聖隷クリストファー大学 博士後期課程保健科学研究科

豊橋創造大学 保健医療学部 看護学科（勤務先）

〒440 - 8511 愛知県豊橋市牛川町松下 20 - 1

T E L : 050-2017-2291

E - mail : h-makita@sozo.ac.jp

研究指導教官 川村佐和子

独居療養生活支援システムに関する研究
ご協力をお願い

施設
所長 様

研究者：蒔田寛子
聖隷クリストファー大学 博士後期課程保健科学研究科

拝啓

時下、ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、わが国では、世界に例をみない早いスピードで高齢化が進み、総人口は今後長期の人口減少過程に入りますが、高齢者人口は2042年のピークまでは増加を続けるとみられています。総人口が減少するなかで高齢者が増加することにより高齢化率は上昇を続け、65歳以上人口は2030年には31.8%に達し、特に今後20年間、首都圏を中心に高齢者人口は増加すると推測されております。

世帯構造は変化し核家族化が進んだ結果、高齢者夫婦世帯や高齢者の、特に女性の単身世帯は多くなっています。そして、一人暮らしの高齢者は、今後も増加することが見込まれており、2030年には一人暮らしのものが高齢者に占める割合が、37.7%になるとされています。

また、今後の看取りの場所を人口動態推計から推定すると、現在のサービスの量では医療機関でも、介護施設でも、自宅でもないその他が看取りの場所となる人の数は漸増し、2030年には約47万人が、その他になり、サービスが受けられないとされております。

わが国の世帯構造の変化をふまえ、家族の介護に依存できない状況がみられるのではないかと、また家族がいても家族にも生活があり、その後の人生があるということを考えて、家族の介護に依存しない療養生活支援のあり方を検討する必要があります。

そこで本研究では、独居の療養者が、療養生活を送るための支援システムに関して検討することを研究目的としております。独居である療養者の生活支援について検討することにより、家族の介護に依存しない療養生活支援のあり方への示唆も得られると思われま

お願いしたいことは、次の内容であります。

貴施設勤務の独居での療養者様の訪問介護を担当しているヘルパー様に面接調査をさせていただくということです。面接ではインタビューガイド(資料13)にそってお話をお聞きします。

研究を開始する前には、説明書（資料 7-1）・同意書（資料 7-2）を用いて研究の説明と倫理的配慮を十分説明させていただき、同意が得られた上で実施する予定であります。

研究者から事前に日程調整のご連絡を差し上げ、ご都合の良い日時にお伺いさせていただきます。お話ししてもよいことのみをお話し頂き、内容の正確を記すために、ご了解が得られましたら ICレコーダーに録音させていただきたくお願いいたします。

面接結果は、質的記述的に分析し、学会等で発表させていただきますが、研究以外では使用することはなく、匿名性は保持致します。

なお、ご協力できない場合、途中で中断した場合、不利益を被ることはありません。

ご多用中のところ、研究へのご理解をいただきたく、何卒ご協力賜りますようお願い申し上げます。

なお、この研究に関しましては、聖隷クリストファー大学倫理委員会の承認を得て実施しております。

敬具

【連絡先】

蒔田寛子

聖隷クリストファー大学 博士後期課程保健科学研究科

豊橋創造大学 保健医療学部 看護学科（勤務先）

〒440 - 8511 豊橋市牛川町松下 20 - 1

T E L : 050-2017-2291

E - mail : h-makita@sozo.ac.jp

研究指導教官 川村佐和子

機能的自立度評価表

Functional Independence Measure (FIM)

レベル	7 完全自立(時間、安全性含めて)	介助者なし
	6 修正自立(補助具使用)	
	部分介助	介助者あり
	5 監視	
	4 最小介助(患者自身で75%以上)	
	3 中等度介助(50%以上)	
	完全介助	
	2 最大介助(25%以上)	
	1 全介助(25%未満)	

	入院時	退院時	フォローアップ時												
セルフケア															
A. 食事	<table border="1"><tr><td>箸</td><td></td></tr><tr><td>スプーンなど</td><td></td></tr></table>	箸		スプーンなど		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
箸															
スプーンなど															
B. 整容	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
C. 清拭	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
D. 更衣(上半身)	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
E. 更衣(下半身)	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
F. トイレ動作	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
排泄コントロール															
G. 排尿コントロール	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
H. 排便コントロール	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
移乗															
I. ベッド, 椅子, 車椅子	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
J. トイレ	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
K. 浴槽, シャワー	<table border="1"><tr><td>浴槽</td><td></td></tr><tr><td>シャワー</td><td></td></tr></table>	浴槽		シャワー		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
浴槽															
シャワー															
移動															
L. 歩行, 車椅子	<table border="1"><tr><td>歩行</td><td></td></tr><tr><td>車椅子</td><td></td></tr></table>	歩行		車椅子		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
歩行															
車椅子															
M. 階段	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
コミュニケーション															
N. 理解	<table border="1"><tr><td>聴覚</td><td></td></tr><tr><td>視覚</td><td></td></tr></table>	聴覚		視覚		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
聴覚															
視覚															
O. 表出	<table border="1"><tr><td>音声</td><td></td></tr><tr><td>非音声</td><td></td></tr></table>	音声		非音声		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
音声															
非音声															
社会的認知															
P. 社会的交流	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
Q. 問題解決	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
R. 記憶	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
合計	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>										

質問 1。

あなたの健康状態はいかがですか？一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

「最高に良い」場合は 1、

(回答された数字

「とても良い」場合は 2、

をご記入下さい)

「良い」場合は 3、

「あまり良くない」場合は 4、

「良くない」場合は 5。

質問 2。

1年前と比べて、現在の健康状態はいかがですか？一番良くあてはまる番号を選んで下さい。

「1年前より、はるかに良い」場合は 1、

「1年前よりは、やや良い」場合は 2、

「1年前と、ほぼ同じ」場合は 3、

「1年前ほど、良くない」場合は 4、

「1年前より、はるかに悪い」場合は 5。

質問 3 は 10 問あります。

次の質問は、日常よく行われている活動です。あなたは健康上の理由で、次のような活動
をすることがむずかしいと感じますか。むずかしいとすればどのくらいですか。

それぞれの質問について一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

質問 3 の 1、激しい活動、例えば一生けんめい走る、重いものを持ち上げる、激しいスポー
ツをする、など。

「とてもむずかしい」場合は 1、

「すこしむずかしい」場合は 2、

「ぜんぜんむずかしくない」場合は 3。

質問 3 の 2、適度の活動、例えば家や庭のそうじをする、1～2時間散歩するなど。

「とてもむずかしい」場合は 1、

「すこしむずかしい」場合は 2、

「ぜんぜんむずかしくない」場合は 3。

質問 3 の 3、少し重いもの、例えば買い物袋などを持ち上げたり、運んだりする。

「とてもむずかしい」場合は 1、

「すこしむずかしい」場合は 2、

「ぜんぜんむずかしくない」場合は 3。

質問 3 の 4、階段を 3、4 階まで登る。

- 「とてもむずかしい」場合は 1、
- 「すこしむずかしい」場合は 2、
- 「ぜんぜんむずかしくない」場合は 3。

質問 3 の 5、階段を 2 階まで登る。

- 「とてもむずかしい」場合は 1、
- 「すこしむずかしい」場合は 2、
- 「ぜんぜんむずかしくない」場合は 3。

質問 3 の 6、体を前に曲げる、ひざまずく、かがむ。

- 「とてもむずかしい」場合は 1、
- 「すこしむずかしい」場合は 2、
- 「ぜんぜんむずかしくない」場合は 3。

質問 3 の 7、1 キロメートル以上歩く。

- 「とてもむずかしい」場合は 1、
- 「すこしむずかしい」場合は 2、
- 「ぜんぜんむずかしくない」場合は 3。

質問 3 の 8、数百メートルくらい歩く。

- 「とてもむずかしい」場合は 1、
- 「すこしむずかしい」場合は 2、
- 「ぜんぜんむずかしくない」場合は 3。

質問 3 の 9、百メートルくらい歩く。

- 「とてもむずかしい」場合は 1、
- 「すこしむずかしい」場合は 2、
- 「ぜんぜんむずかしくない」場合は 3。

質問 3 の 10、自分でお風呂に入ったり、着替えたりする。

- 「とてもむずかしい」場合は 1、
- 「すこしむずかしい」場合は 2、
- 「ぜんぜんむずかしくない」場合は 3。

質問 4 は 4 問あります。

過去 1 ヶ月間に、仕事や、家事などのふだんの活動をするにあたって、身体的な理由で次のような問題がありましたか？それぞれの質問について、一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

質問 4 の 1、仕事やふだんの活動をする時間を減らした。

「いつも」 あった場合は 1、

「ほとんどいつも」 あった場合は 2、

「ときどき」 あった場合は 3、

「まれに」 あった場合は 4、

「ぜんぜんない」 場合は 5。

質問 4 の 2、仕事やふだんの活動が思ったほどできなかった。

「いつも」 あった場合は 1、

「ほとんどいつも」 あった場合は 2、

「ときどき」 あった場合は 3、

「まれに」 あった場合は 4、

「ぜんぜんない」 場合は 5。

質問 4 の 3、仕事やふだんの活動の内容によっては、できないものがあつた。

「いつも」 あつた場合は 1、

「ほとんどいつも」 あつた場合は 2、

「ときどき」 あつた場合は 3、

「まれに」 あつた場合は 4、

「ぜんぜんない」 場合は 5。

質問 4 の 4、仕事やふだんの活動をすることがむずかしかった。例えばいつもより努力を必要とした、など。

「いつも」 あつた場合は 1、

「ほとんどいつも」 あつた場合は 2、

「ときどき」 あつた場合は 3、

「まれに」 あつた場合は 4、

「ぜんぜんない」 場合は 5。

質問 5 は 3 問あります。

過去 1 ヶ月間に、仕事や、家事などのふだんの活動をするにあたって、心理的な理由で、例えば、気分が落ち込んだり不安を感じたりしたために、次のような問題がありましたか。それぞれの質問について、一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

質問 5 の 1、仕事やふだんの活動をする時間を減らした。

- 「いつも」 あった場合は 1、
- 「ほとんどいつも」 あった場合は 2、
- 「ときどき」 あった場合は 3、
- 「まれに」 あった場合は 4、
- 「ぜんぜんない」 場合は 5。

質問 5 の 2、仕事やふだんの活動が、思ったほどできなかった。

- 「いつも」 あった場合は 1、
- 「ほとんどいつも」 あった場合は 2、
- 「ときどき」 あった場合は 3、
- 「まれに」 あった場合は 4、
- 「ぜんぜんない」 場合は 5。

質問 5 の 3、仕事やふだんの活動が、いつもほど集中してできなかった。

- 「いつも」 あった場合は 1、
- 「ほとんどいつも」 あった場合は 2、
- 「ときどき」 あった場合は 3、
- 「まれに」 あった場合は 4、
- 「ぜんぜんない」 場合は 5。

質問 6。

過去 1 ヶ月間に、家族、友人、近所の人、その他の仲間とふだんのつきあいが、身体的理由あるいは心理的な理由で、どのくらいさまたげられましたか。一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

- 「ぜんぜんさまたげられなかった」 場合は 1、
- 「わずかにさまたげられた」 場合は 2、
- 「すこし、さまたげられた」 場合は 3、
- 「かなり、さまたげられた」 場合は 4、
- 「非常に、さまたげられた」 場合は 5。

質問 7。

過去 1 ヶ月間に、体の痛みをどのくらい感じましたか。一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

- 「ぜんぜんなかった」場合は 1、
- 「かすかな痛み」を感じた場合は 2、
- 「軽い痛み」を感じた場合は 3、
- 「中くらいの痛み」を感じた場合は 4、
- 「強い痛み」を感じた場合は 5、
- 「非常に激しい痛み」を感じた場合は 6。

質問 8。

過去 1 ヶ月間に、いつもの仕事、家事も含みます、が、痛みのために、どのくらいさまたげられましたか。一番よくあてはまる番号を選んでください。

- 「ぜんぜんさまたげられなかった」場合は 1、
- 「わずかにさまたげられた」場合は 2、
- 「すこしさまたげられた」場合は 3、
- 「かなりさまたげられた」場合は 4、
- 「非常にさまたげられた」場合は 5。

質問 9 は 9 問あります。

過去 1 ヶ月間に、あなたがどのように感じたかの質問です。それぞれの質問について、一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

質問 9 の 1、元気いっぱいでしたか。

- 「いつも」の場合は 1、
- 「ほとんどいつも」の場合は 2、
- 「ときどき」の場合は 3、
- 「まれに」の場合は 4、
- 「ぜんぜんない」場合は 5。

質問 9 の 2、かなり神経質でしたか。

- 「いつも」の場合は 1、
- 「ほとんどいつも」の場合は 2、
- 「ときどき」の場合は 3、
- 「まれに」の場合は 4、
- 「ぜんぜんない」場合は 5。

質問 9 の 3、どうにもならないくらい気分が落ち込んでいましたか。

- 「いつも」の場合は 1、
- 「ほとんどいつも」の場合は 2、
- 「ときどき」の場合は 3、
- 「まれに」の場合は 4、
- 「ぜんぜんない」場合は 5。

質問 9 の 4、おちついていておだやかな気分でしたか。

- 「いつも」の場合は 1、
- 「ほとんどいつも」の場合は 2、
- 「ときどき」の場合は 3、
- 「まれに」の場合は 4、
- 「ぜんぜんない」場合は 5。

質問 9 の 5、活力、エネルギーにあふれていましたか。

- 「いつも」の場合は 1、
- 「ほとんどいつも」の場合は 2、
- 「ときどき」の場合は 3、
- 「まれに」の場合は 4、
- 「ぜんぜんない」場合は 5。

質問 9 の 6、おちこんで、ゆううつな気分でしたか。

- 「いつも」の場合は 1、
- 「ほとんどいつも」の場合は 2、
- 「ときどき」の場合は 3、
- 「まれに」の場合は 4、
- 「ぜんぜんない」場合は 5。

質問 9 の 7、疲れはてていましたか。

- 「いつも」の場合は 1、
- 「ほとんどいつも」の場合は 2、
- 「ときどき」の場合は 3、
- 「まれに」の場合は 4、
- 「ぜんぜんない」場合は 5。

質問 9 の 8、楽しい気分でしたか。

- 「いつも」の場合は 1、
- 「ほとんどいつも」の場合は 2、
- 「ときどき」の場合は 3、
- 「まれに」の場合は 4、
- 「ぜんぜんない」場合は 5。

質問 9 の 9、疲れを感じましたか。

- 「いつも」の場合は 1、
- 「ほとんどいつも」の場合は 2、
- 「ときどき」の場合は 3、
- 「まれに」の場合は 4、
- 「ぜんぜんない」場合は 5。

質問 10。

過去 1 ヶ月間に、友人や親戚を訪ねるなど、人とのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、時間的にどのくらいさまたげられましたか。

一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

- 「いつも」さまたげられた場合は 1、
- 「ほとんどいつも」さまたげられた場合は 2、
- 「ときどき」さまたげられた場合は 3、
- 「まれに」さまたげられた場合は 4、
- 「ぜんぜんさまたげられなかった」場合は 5。

質問 11 は 4 問あります。

それぞれの項目はどのくらいあなたにあてはまりますか。一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

質問 11 の 1、私は他の人に比べて病気になりやすいと思う。

- 「まったくそのとおり」の場合は 1、
- 「ほぼあてはまる」場合は 2、
- 「何とも言えない」場合は 3、
- 「ほとんどあてはまらない」場合は 4、
- 「ぜんぜんあてはまらない」場合は 5。

質問 11 の 2、私は、人並みに健康である。

- 「まったくそのとおり」の場合は 1、
- 「ほぼあてはまる」場合は 2、
- 「何とも言えない」場合は 3、
- 「ほとんどあてはまらない」場合は 4、
- 「ぜんぜんあてはまらない」場合は 5。

質問 11 の 3、私の健康は悪くなるような気がする。

- 「まったくそのとおり」の場合は 1、
- 「ほぼあてはまる」場合は 2、
- 「何とも言えない」場合は 3、
- 「ほとんどあてはまらない」場合は 4、
- 「ぜんぜんあてはまらない」場合は 5。

質問 11 の 4、私の健康状態は非常に良い。

- 「まったくそのとおり」の場合は 1、
- 「ほぼあてはまる」場合は 2、
- 「何とも言えない」場合は 3、
- 「ほとんどあてはまらない」場合は 4、
- 「ぜんぜんあてはまらない」場合は 5。

これでこのアンケートはおわりです。

ご協力ありがとうございました。

療養者様へのインタビューガイド

1. 今の楽しみは何ですか。
2. お答えいただける範囲で、あなたについて教えてください。
(属性：婚姻、子ども、収入、親族関係、ADLの自立度など)
3. 現在の生活について教えてください、支援を受けていることはどのようなことですか。
4. お宅に頻繁に訪問してくれる人であり、信頼を寄せていて、最も頼りにしている人は誰ですか (重要他者は誰ですか)。
5. あなたにとって支援者はどなたですか (どのような関係の方ですか)
6. 支援してくれている方へのご意見は何かありますか

支援者様へのインタビューガイド

1. 療養者さんの生活の様子と具体的な支援の内容を教えてください。
2. この独居の療養者さんに、独居であるために実施している支援は何ですか、なぜそれを実施しているのですか
3. この独居の療養者さんにとって、更に必要な支援はありますか、それは何ですか。
4. 他の支援者との連携はどのようにしていますか、どんな時に連携していますか。
5. 支援において困ったことはありますか、どのように対処しましたか。

基本情報収集用紙

研究課題：

独居療養生活支援システムに関する研究

面接番号	
年齢	50 歳代 60 歳代 70 歳代 80 歳代 90 歳代
病名	
発症年月日	年 月頃
病歴	
治療内容	
現在の主な症状	
ADL	介護保険の要介護度()
FIM	
SF-36v2	
社会資源利用状況	往診 (回/週) 訪問看護 (回/週) ヘルパー (回/週) 訪問入浴介護 (回/週) ショートステイ レンタル用品 () その他 ()

資料15 【健康悪化時支援を求めることができること】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
緊急時に支援が得られるように準備する	緊急時訪問できるように鍵の管理を依頼する	症状出現してから訪問看護師に鍵を預かってもらうようになった
		近隣住民に鍵を預かってもらう
		連絡がとれるように携帯に番号を入れる
		一人の問題に対応できないと考え安否確認の依頼を準備する
緊急時には自分で対応する	困った時には連絡しやすい支援者に連絡する	独居であるため緊急時の対応と連絡先を確認している
		緊急時のために24時間体制の支援を受けている
		支援者だけが利用できる鍵を準備する
		困った時には娘に連絡する
		ヘルパーに電話で訪問を依頼する
		友人に電話で訪問依頼する
		問題が生じると民生委員に電話をかける
		必要時には携帯から電話をかける
		別居家族に電話をかけて支援を依頼している
		22時から3時半に通報が多い
		症状出現時には困って通報する
		困った時には電話する
支援者に頻回な電話連絡をする		
緊急時の問題がわかっている	緊急時の問題がわかっている	独居であると支援者が入らない一人の時に倒れていることがある
		倒れると自力では起き上がれないので夜間が問題である
		夜間の支援は不十分である
		緊急通報システムは利用しにくい
		近所の友人の頻繁な訪問がある
		毎日訪問する人がいる
		近所の住民が毎日障子の開閉を気にして訪問してくれている
		ケアマネジャーは臨時に頻回に訪問(サービス対象外)してくれる
		訪問介護職等支援者は通勤途中ついでに訪問してくれる
		転倒に配慮しタイミングをみて安否確認の電話がある
		透析に通っているため身体の疲労があるため、ついでに安否確認してくれる
		病院受診にあわせて様子を見てくれる
独居を気にかけて支援者が適宜訪問してくれる	支援者が臨機応変に訪問してくれる	独居であるため様子を確認するために毎日誰かが訪問している
		病気が進行していき状態の変化もあるため定期以外にもなるべく訪問してくれる
		災害時は無事を確認するため訪問看護師が訪問してくれた
		24時間体制の支援を受けている
緊急時には支援者が対応してくれる	緊急時には支援者が対応してくれる	夜間症状出現時に依頼するので訪問看護師が訪問してくれる
		夜間対応のヘルパーが緊急時の連絡に対応してくれる
		夜間通報すると眠剤の追加内服介助をしてくれる
		体調にあわせて頻度を変えて訪問してくれる
		今後病状が進むと更に転倒などの緊急時の対応が必要である
安否確認の高いニーズが予測される	今後の安否確認の高いニーズが予測される	今後のADL低下により安否確認の高いニーズがあると予測される
		今のところ緊急時の連絡は少ない

資料16 【病状の安定を維持すること】（つづき）

サブカテゴリー	上位コード	下位コード	
病状の安定が維持できるように支援を依頼する	一人では症状出現に対処できない時には支援者に連絡する	排液チューブが詰まった時には病院に連れて行ってもらう	
		症状出現時訪問看護師に連絡する 症状変化時一人では対応困難な時には別居の家族に頼る 症状の変化に一人では対応ができない時には連絡する	
	一人での病院受診には援助を依頼する	介護タクシーを利用し一人で受診している 調子が悪いと一人で受診は難しい	
		疲れやすくなり体力が低下してきた 思うように動けない時がある 病気進行により移動困難になったと訴える 夕方の発作出現への不安を訴える	
	症状から支援の必要性を訴える	検査結果は納得しておらず調子が悪いので治して欲しいと訴える	
		人工肛門があるので普通に生活できない 病状により2～3年外出していない 数年前から体調が悪い	
	病気の進行による生活の変化を表現する	理解できない症状出現時には開業医に連絡する 症状出現時には訪問看護師に連絡する	
		人工肛門のトラブルに一人で対処する 疼痛に合わせてクッションを自分で作る 医療処置については訪問看護師の処置をよくみて学んでいる 発声を健康のバロメーターにしている 症状が気になるとタクシーを呼んで一人で受診する	
	病状の安定が維持できるように自己管理する	病状の自己管理をしている	血糖管理のため血糖値測定とインシュリン注射を実施する PTADチューブを挿入し自己管理している 人工肛門を造設し自己管理をしている 内服が確実にできるようになった 鎮痛薬を自分でコントロールして内服している 血糖の自己管理をしている
			病状とそれに伴う好ましい生活のあり方を理解している 食事管理の必要性は理解している 病状とそれに伴う症状を理解している 受診には介護タクシーを利用している
受診継続のための援助を依頼する		長い付き合いの友人が頻回な外来受診にも付き添ってくれる 自分の代わりに症状悪化時には訪問看護師に連絡してもらう	
		病状安定への援助を依頼する 薬が切れると定期以外のサービスを多く利用している 病状悪化への不安を訴える 病院内は付き添いが必要である 薬の内服等の健康管理が困難になってきた 自覚症状があるので治療を強く希望している	
病状の安定が維持できるように支援を依頼する		骨折して入院となったことで移動時の安全への意識が高くなった 受診しないために2週間循環器の薬を内服しない事があった 排尿トラブルを起こした時にはパニックになった 転倒後に表皮剥離ができた 薬の管理が一人では困難である 一人では症状への対処が困難である	

資料16 【病状の安定を維持すること】（つづき）

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
受診継続のための必要な支援を受けている	支援者から受診継続のために必要な支援が得られる	身近な存在の支援者が急な体調変化があれば受診に付き添ってくれる
		受診しても医師とコミュニケーションがとれない時には支援者が受診に付き添ってくれる 近所にいるので医師の指示により検体をとってクリニックに届けてくれる 近所の開業医の外来受診の順番をとってくれる
病状の安定が得られるように見守りの援助を受けている	病気治療に関する判断を家族に代わってしてくれる支援者がいる	家族がいないので長い付き合いの身近にいる支援者がサービス利用に関わる判断をする 家族がいないので長い付き合いの身近な支援者が生命に関わる重要な判断をする
		確実な内服ができるように見守りの援助をしてもらう 内服時には必ず誰かが訪問してくれる 医療処置実施時には支援者が訪問してくれる
病状の安定が得られるような支援を受けている	病状治療をふまえた生活指導を受けている	浮腫を悪化させないような療養生活の指導を受ける
		病気をふまえた食事指導を受ける
		インシュリン注射が自己管理できるように指導を受ける
		血圧測定の指導を受ける
		認知機能低下予防のためリハビリの指導を受ける 生活の様子から筋力低下を予測しリハビリの指導を受ける
症状軽減のための援助を受けている	症状にあわせて浮腫軽減のためのマッサージを受ける	
予測される病状悪化への援助を受けている	病状の悪化を予測し療養生活を見守られている	検査値と症状から今後の病状の変化が予測される
		癌再発の可能性が高い
		症状の変化から今後の病気の悪化が予測される
		薬の効果が効かなくなり補助薬の量が増えていることから病気の悪化が感じられる
病状悪化を予測し指導を受けている	出現が予測される低血糖時の対応の指導を受ける	

資料17 【精神的な安定を維持すること】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
精神的な安定が維持できるように支援を依頼する	信頼できる支援者を希望する	訪問看護師を信頼している
		友人を頼りにしている
		ヘルパーはみんないい人で信頼している
		別居の娘夫婦を頼りにしている
精神的な安定が維持できるように自己管理する	いつも一人なので話し相手を希望する	近所の友人との付き合いがあるからこの家から離れたくない
		いつも一人でいるので訪問してくれる人とは話をしたい
		支援者との交流により精神的に安定できる
		頼りにしている人の訪問を希望している
精神的に安定できないことを表現する	不安軽減への援助の希望を伝える	身体機能低下の不安に対しては訪問看護師の訪問を希望している
		隣人の訪問は緊張する
		支援が必要な自分が情けないと話す
		高齢になり死について考え葛藤する
精神的に安定できないことを表現する	不安な気持ちに自分で対応している	不安な気持ちになると客観的に捉えている
		一人でさびしいから一日中テレビをつけている
		夜は部屋が暗くならないようにしている
		ペットと一緒にいると安心する
精神的に安定できないことを表現する	精神的に安定できない時には気持ちを訴える	長年一緒にいるお人形に話しかける
		好ましくないサービスは拒否する
		困ったことがあり気持ちが落ち着かないと支援者に頻回に電話する
		別居の夫の入院など特別な出来事が生じると生活が落ち着かなくなる
精神的に安定できないことを表現する	療養生活での不安を表現する	癌再発への不安について話をする
		療養生活を送っていて襲ってくる不安について話をする
		症状悪化後は不安が強い
		身体の機能低下への不安がある
支援者との関係により精神的な安定が保たれている	人間関係での気分の浮き沈みを表現する	周囲の人との関わり方で気分が浮き沈みする
		社会的偏見に直面し精神的に落ち込むことがある
		症状の変化に対して訪問看護師の訪問により安心を得ている
		友人との日々の交流が支えになっている
支援者との関係により精神的な安定が保たれている	支援者との関係により精神的に安定できている	なじみの人に囲まれているので現在の生活に満足している
		支援者のスキンシップにより興奮を鎮めることができる
		長い付き合いの友人が相談相手である

資料18 【栄養状態を維持すること】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
栄養状態を維持できるように自分でできることを行う	簡単な食事を準備する	自分で簡単な料理を作る ヘルパーと一緒に料理を作る
	食事内容を自己管理する	塩分を摂りすぎないように食事に気をつけている 美味しく食事摂取できていることを表現する
	食事の準備片付けを自分で行う部分もある	食事の用意をするようになった 調理が好きで自分で調理することもある 自立できている調理の内容がある
	食品の買い物に支援者と一緒に行くことがある	調子が良ければ車いすで一緒に買い物に行く 近隣の支援者と一緒に行き物に行く
栄養状態を維持できるように支援を依頼する	車いすでの買い物の付き添いを依頼する	車いすで買い物に行けるように付き添いを依頼する ヘルパーに買い物を依頼する 別居の親族に買い物を依頼する
	食品の買い物を依頼する	混みあっていると車いすでの買い物は無理とわかっている 依頼する買い物はいつも同じになるとわかっている
	自分一人ではできない食事の準備片付けを依頼する	ヘルパーに簡単な調理を依頼する 朝食の準備片づけを依頼する 三食の食事の準備片づけを依頼する
	給食サービスを利用する	お弁当の宅配サービスを利用している 日曜以外はお弁当の宅配サービスを利用している
好意の差し入れがある	食事の摂り方の希望を話す	自由な食事を希望している いつも家にいるので外食は美味しいだろうと外食をしてみたい たまに外食することを楽しみにしている
	支援者が好意で差し入れをしている	隣人が夕食を用意している 長い付き合いの近隣住民や友人が差し入れをする 近所に住んでいる支援者が食事時間に合わせ差し入れする
食事内容から病状の悪化が予測される	食事内容から病状の悪化が予測される	食事のバランスが悪く偏っている 循環器疾患があるが食事の偏りから塩分多めである 食事が少ない 暑い時期には水分摂取不足により脱水の危険がある
		支援者の好意の差し入れが病気を悪化させている
適切な食事摂取ができるように支援を受けている	支援者と一緒に食事を摂ることがある	食事を支援者と一緒に食べたいという希望を読み取り支援者が一緒に食事をしてくれる 支援者が食事内容の適切性を指導するために一緒に食事することがある 長い付き合いの友人宅で一緒に昼食を食べることがある
	食事指導を受けている	栄養バランスを考えた食事指導を受ける
	食事摂取の見守りの援助を受けている	症状が進行し食事摂取の見守り援助を受けている 障害による不自由はあっても食べたい気持ちがわかるので見守る
病状の変化から食事摂取困難が明らかになった	病状の変化から食事摂取困難が明らかになった	飲み込みの状態が悪化した 病気の進行により咀嚼嚥下と姿勢保持困難がある

資料19 【夜間睡眠を確保すること】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
夜間睡眠を確保するための支援を依頼する	夜間に強い不安があると訴える	夜間に強い不安があると訴える
		アクシデント後には夜間の不安が増強する
	1人の夜間の不安が症状を出現させている	夜間は不安を強く感じる
		夜間不安で無意識に通報している
夜間睡眠を確保するために自己管理する	夜間眠れるように自己管理している	夕方から不安になり、夕方から22時頃に緊急通報サービスを利用している
		ディサービスや娘の家にいる時には症状は出現しない
		症状から安楽な睡眠がとれないからソファに座っている
夜間睡眠が確保できない理由がある	症状や医療処置のトラブルにより夜間熟睡できない	眠れないため眠剤は確実に内服している
		夜中に人工肛門から便が漏れることがあった
		高齢者の排尿の特徴から夜間頻尿のために熟睡できない

資料20 【ADL低下による障がいに対応すること】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード	
困難になりつつあるADLが維持できるように生活している	日常生活動作はできるだけ自分でと思い生活している	排泄は自分でという意味に基づき排泄している	
		日常生活はできるだけ自立していいたいと思っている	
		なるべく自分でできるように工夫し生活している	
		頼ることが機能低下につながると考えている	
		できるだけ自分でやるように生活している	
	ADLの低下を感じながらも自立し ていられるように動いている	体調にあわせてADLが低下しないように動いている	
		ADLの低下を感じている	
		リハビリを継続したい気持ちがある	
		視力障がいがあるが、必要な外出はできている	
		庭に出る回数が減っている	
ADLの低下が進み生活範囲も狭 くなってきたことにあわせて援助 を依頼する	ADLの低下が進み生活範囲も狭 くなってきたことにあわせて援助 を依頼する	外出すると疲労感が強くなった	
		病気の特徴から急に動くことができなくなる	
		膝と腰が痛いので日常生活が制限されている	
		排泄時の転倒のリスクが高い	
		症状の進行に伴い日常生活に援助が必要になってきている	
	ADLの低下にあわ せた支援を依頼す る	ADLの低下に合わせて具体的な 援助を依頼する	ADLの状態にあわせて車椅子とベッドでの移乗の介助を受ける
			排泄時はトイレへの移乗の介助を受ける
			ADLの状態にあわせて福祉用具をレンタルする

資料21 【認知機能低下による障がいに対応すること】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
認知機能の低下を自覚し対処している	認知機能低下にあわせて行動している	支援者に日々のスケジュールを確認している 認知機能低下の進行のため家じゅうにメモを貼って対処している
	認知機能の低下を自覚している	物忘れが多くなったと感じている 認知機能の低下を自覚し不安な気持ちが強い
認知機能の低下にあわせた支援を受けている		認知機能の低下が進み全員の訪問看護師を覚えられない
	認知機能の低下があるため独居での生活に支援が必要である	認知機能の低下が進み物の管理が困難になってきた
		認知機能の低下があるため訪問者を不審者と思ってしまう
	認知機能の低下にあわせた援助を受けている	認知機能低下があるため支援者は一定の時間に訪問している 認知機能低下があるため支援者は電話連絡してから訪問している

資料22 【独居継続を判断すること】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
	施設には入りたくない ので 独居を継続したい	同情されるよりは独居の生活を選択する
		施設よりも独居の方がいい
		施設には入りたくないという強い気持ちがある
独居継続したい気 持ちを表現する	独居が苦にならないので家 で過ごしたい	施設に入って人に気をつかうよりも独居で淋しくても今の生活を 継続したい
		十分な支援を得ているので独居も苦にならない
		家で過ごしたい
	別居家族との同居の希望は ない	まだ動けるので施設には入りたくない
	別居家族との同居の希望は ない	別居家族との同居は希望していない
独居継続から施設 入所への気持ちの 変化を表現する	病気の進行により独居を継 続することが不安と気持ち が変化している	症状出現後は一人暮らしの不安が増強した
		独居療養生活継続への不安な気持ちがある
		夜間転倒し、昼間の支援者が訪問するまでそのままのこと がある
		怪我での入院をきっかけに施設入所希望へと気持ちに変化し た
	夜間通報サービスの利用か ら経済的にも独居は困難に なった	転倒や緊急通報サービスの利用が多く独居継続が困難になっ てきた
		夜間の緊急通報サービス利用が増え経済的に余裕がない

資料23 【社会関係を維持すること】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
社会関係が維持できるように支援を依頼する	郵便物の確認を依頼する	郵便物の内容確認を依頼する
	コミュニケーションの代行を依頼する	支援者に代わりに電話をかけてもらう
		支援者に手紙の代筆をしてもらう
	周囲との付き合い方を相談する	公的な交渉の援助を依頼する
周囲の人との付き合い方を相談する		
自ら社会関係を維持している	周囲の人との付き合いが維持できるように配慮する	支援者へのお礼を準備する
		必要な時には友人知人に連絡して対応してもらう
	今までの人間関係を維持できるように付き合っている	支援者を特定している
		頼りにしている友人知人は自分の生活に合わせて訪問している
社会関係の維持が困難であることが表現される	もともと疎遠な近所付き合いである	親しい友人との交流がある
		通院治療が頻繁で長いので病院はなじみの場所である
	23	親しい近所付き合いがある
		近所の人には嫌われているので誰も訪ねてこない
	疎遠な近所付き合いである	近隣住民の協力もあったが頻回な支援の要求からなくなってしまった
		友人との交流も病気の進行により減少した

資料24 【別居家族との関係を維持すること】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
別居家族を頼りに生活している	子どもの支援に頼っている	娘夫婦からの声かけが得られている
		娘夫婦を頼りにしている
別居家族からの支援が得られない	子どもの支援が得られていない	息子家族の訪問がないことを知っている
		子どもの支援が得られない
	今までの関係から援助を依頼できない	息子は遠方に居住しており、介護に手を出そうとしない
		今までの親子関係が良好でなかったために子どもとの関係が良くない
今までの関係から援助を依頼できない	今までの関係から援助を依頼できない	縁が離れているので子どもとの関係が希薄である
		子どもに協力してもらいたいが連絡がとれない
		子どもには遠慮もあり頼れない

資料25 【生活基盤(生計等)を維持すること】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
生活基盤維持への支援を依頼する	金銭管理の一部を依頼する	友人に年金をおろしてもらう
		お金の管理を友人や隣人に依頼する
	葬式の手配を依頼する	お金の管理を民生委員に依頼する
	鍵の管理を依頼する	葬式を出して欲しいと依頼する
生活保護費をあげてほしいと依頼する	生活保護費をあげてほしいと依頼する	自宅の鍵の管理を信頼している隣人に依頼する
	生活保護費が少ないと訴える	
生活基盤維持を自己管理する	年金でなんとか生活している	生活保護費が少ないと訴える
	お金の管理は自立している	年金がぎりぎり経済的余裕がない
経済的に困難な状況が明らかになる	在宅療養費が高額となり経済的に困難である	車椅子での外出援助を受けて銀行に行く
		在宅療養費が介護保険の限度を超えて高額となり金銭的に困難である

資料26 【身体の清潔を維持すること】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
身体の清潔維持の援助を依頼する	身体の清潔を維持するために援助を依頼する	入浴の援助を依頼する
		1週間に4回入浴の見守り援助を依頼する
		清拭や洗髪を依頼する
		入浴の準備片づけを依頼する
		爪切りの援助を依頼する
身体の清潔維持を自己管理する	身体の清潔を維持していきたい	湯船につからないと気が済まない 年をとったので年より臭くならないように気をつけている
	家事援助の時間にあわせて一人で入浴している	ヘルパーの風呂場の掃除前に一人で入浴する
	体調にあわせて1人で入浴している	一人で入浴している 調子が良いと一人で入浴する
病状をふまえた清潔保持の援助を受ける	ADLの低下が進み清潔保持には援助が必要になってきた	洗面が困難になってきた
		身体の清潔維持の援助を受けながらもなるべく自立していたい気持ちがある
	病気の治療も兼ねて清潔保持の援助を受ける	病気によるADLの低下と賃貸住宅の浴槽の特徴から不便な入浴となっている
		糖尿病の悪化により足浴が必要になる
		疥癬になったときには治療を兼ねて入浴と更衣の援助をしてもらう
皮膚の感染症があるので足浴の援助をうける		
皮膚の清潔と感染症の予防のために足浴の援助をうける		
価値観に基づいた入浴習慣を主張する	もったいないという思いに基づいた入浴習慣である	

資料27 【身だしなみを維持すること】

サブカテゴリ	上位コード	下位コード
身だしなみを維持するための支援を依頼する	日々の衣類の準備を依頼する	日々の衣類の準備を依頼する
	自分では困難な部分の衣類の洗濯を依頼する	衣類の洗濯はヘルパーに依頼する 病状より洗濯物を畳むことが困難なのでヘルパーがくるとたたんでもらう
身だしなみを自分で維持する	工夫して自分で着る範囲の洗濯をする	工夫して自分で家の中に洗濯物を干す
		体調にあわせて洗濯物を取り込む
状況にあわせた身だしなみ維持の援助を受ける	状況にあわせた身だしなみ維持の援助を受けている	身近にいる支援者が季節に合わせた衣替えをしてくれる
		失禁にあわせて寝衣シーツの洗濯交換の援助をしてもらう

資料28 【生活用品を調達すること】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
生活用品調達のための支援を依頼する	自分では困難な生活用品の買い物を依頼する	自分ではできないのでヘルパーに必要な買い物を依頼する
		別居家族にヘルパーには依頼できない日用品の買い物を依頼している
		買い物の内容を具体的に希望している
	一人では行けないので買い物と一緒に行ってもらう	限られた近くのお店には車いすで一緒に買い物に行ってもらおう
	依頼する買い物の問題を話す	依頼する買い物は融通がきかない

資料29 【生活環境を維持すること(掃除等)】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
生活環境維持を自分で行う	生活環境が維持できるようにできることをする	できる範囲で自分で掃除する ごみ出しは自分のペースでできている
	支援者にゴミを出してもらうのにも気を使っている	近隣住民にごみ出ししてもらうのにも重くならないように気を使っている ごみ出ししてもらえるように出しておく
生活環境維持の支援を依頼する	自宅の鍵の管理を依頼する	隣人に自宅の鍵の管理を依頼する
	屋外環境の整備を依頼する	近隣住民に庭の草取りを依頼する
		自分でできない室内の掃除を依頼する
	屋内環境の整備を依頼する	支援者に気を使いながらごみ出しの援助を依頼する
		瓶缶は買い物のついでにスーパーの回収場所に捨ててもらおう 風呂釜の掃除を依頼する
	実費負担で生活環境の維持の援助を依頼している	生活環境維持の援助は実費部分もある

資料30 【外出すること】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
		夫のお見舞いに車での送迎を強く依頼する
外出の支援を依頼する	一人では行けないので車での外出の援助を依頼する	たまには外出した方がいいので事前に頼んでおいて車で外出する
		買い物のための外出援助を依頼する
	受診時には送迎を依頼する	受診には病院の送迎車を利用する 受診には介護タクシーを利用する
	車椅子での外出の援助を依頼する	車椅子を押してもらって外出する たまに車いすでの外出支援を依頼する
外出が自立している	歩行器で外出する	体調が良い時には歩行器で銀行にも行く
外出の困難を表現する	外出の困難を訴える	外出に伴う疲労を訴える
		一人では外出できないと訴える
		買い物したいが車椅子では一人で行けないのであきらめており、外出は少ない

資料31 【生活を楽しむこと】

サブカテゴ	上位コード	下位コード
生活の楽しみへの支援を依頼する	高齢で体力が低下したことにより生活の楽しみが減少したと話す	高齢で周囲の人も亡くなったり外出が億劫になったり友人との交流が減少した
		体力低下から外出が困難になってきた
		1年以上一人で外出していない
	車で外出に連れて行ってもらうのを楽しみにしている	静かな山の方にドライブに連れて行ってもらうのが楽しみである
		温泉に連れて行ってもらうのが楽しみである
友人との交流を楽しみにしている	公的なサービスが生活の楽しみになっている	ヘルパーとの調理が今の楽しみになっている
		デイサービスが楽しみである
		昔からの近所の友人との交流を楽しみにしている
		友人と好きな韓流スターの話で盛り上がる
一人でも楽しみがあるように生活する	同じ年代の人と昔話をするのを楽しみにしている	日々のテレビの話題で会話を支援者と一緒に楽しむ
		趣味の話で訪問してくれる友人と盛り上がる
		趣味を通じた交流が楽しみである
		デイサービスで同じくらいの年齢の人との会話が楽しみである
		同じ年代の人との昔話をしたいと言う
	妹と昔話をするのが楽しみである	
外出を伴う楽しみがある	一人でも楽しみがあるように生活する	たまにする外食を楽しみにしている
		受診のついでに病院の売店に寄るのが楽しみである
		近所の支援者が亡くなった夫の墓参りに連れていってくれる
		毎日関わっている支援者が気分転換に時々外出に連れていってくれる
一人でも楽しみがあるように生活する	一人でも楽しみがあるように生活する	支援者が外出に連れて行ってってくれるのでそれを楽しみにしている
		他にないのでラジオをかけて一日過ごす
		楽しみにしている連続ドラマがある
		調子がいい時には絵を描いたり、手芸をする
		裁縫や編み物をして過ごす
生活の楽しみが減ったと表現する	療養生活になり友人との交流が減ったことを表現する	洋画を見て過ごす
		楽しみにしている連続ドラマがある
		元気な頃の楽しみができなくなり友人が減った
	最近趣味の集まりにも行っていない	
	友人のグループにも誘われなくなった	

資料32 【療養者の依頼に基づき生活の状況を理解する】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
療養者から依頼されるので必要な食事の援助を理解している	買い物を依頼され買い物の援助が必要と理解している	依頼されて必要な食品の購入援助を理解している
	依頼を受けるので食事の準備片づけは援助が必要と理解している	依頼による買い物は同じものになりがちであると理解している
療養者の訴えから睡眠状態を理解している	訴えから夜間に排泄トラブルがあることを知り熟睡できないことを理解している	夜中に人工肛門から便が漏れるこへの対処が一人では難しいとの訴えを聞く
	依頼され入浴介助が必要と理解している	依頼され入浴には介助が必要と理解している
療養者から依頼され身体を清潔を維持するための援助について理解している	依頼され浴室の準備片づけには援助が必要と理解している	依頼され入浴の準備片づけには援助が必要と理解している
	療養者から依頼され生活用品を調達するためには援助が必要と理解している	依頼されて買い物の援助が必要と理解している
療養者から依頼され生活環境を維持するために必要な援助について理解している	依頼されるので掃除には援助が必要と理解している	依頼されるので掃除には援助が必要とわかる
	依頼され布団干しには援助が必要と理解する	依頼されるので布団干しには援助が必要とわかる
	依頼されるので庭の草取りが必要と理解している	毎年依頼されるので庭の草取りには援助が必要とわかる

資料33 【近隣生活者としての親しい間柄に基づき生活の状況を理解する】（つづき）

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
近所にいるので安否確認がすぐにできる	近所にいるので健康に問題が生じたかどうか分かる	近所に住んでいるので雨戸の開け閉めで健康の悪化があるかどうかを確認している
	近所なので受診の様子がわかる	近所で親しくしているので日々の付き合いから受診の様子がわかる 毎日の付き合いから体調の悪化を理解している
近所にいるので日々の付き合いから病状の安定について理解している	毎日の付き合いから体調の変化を理解している	毎日の付き合いから体調の細かな変化を理解している 毎日の付き合いから体調が良いと理解している
	身近にいるので生活をかき乱す出来事がよくわかる	身近にいるので好まないサービスを拒否する強い気持ちがよくわかる 近所にいるので別居の夫の入院など特別な出来事が生じると生活が落ち着かなくなると把握している
近所の長い付き合いから気持ちがわかる	長い付き合いなので気持ちがよくわかる	長い付き合いから性格の特徴を理解している 長い付き合いから急変時には寿命と思って対処して欲しい気持ちがわかる 身近で感情のゆれを表現するためその時の気持ちがわかる
	長い付き合いなので施設に入りたくない気持ちがよくわかる	以前からの付き合いで近くにいるので施設には入りたくない気持ちがよくわかる
	毎日の食事が気になるので頻回に確認する	毎日の食事内容が気になり近所なので頻回に確認に来る 日々の観察から食事の用意をするようになったと知っている
日々の付き合いから生活の様子を理解している	日々の付き合いの中で睡眠状態を理解している	日々の会話を通して睡眠状況を理解している
	日々の関わりから身体の清潔を維持することについて理解している	毎日関わっているので一人で入浴するとわかっている
日々の付き合いから身体機能の低下を感じる	毎日の関わりから疲労感が強くなり外出回数が減っていると理解している	毎日の関わりから庭に出る回数が減っていることを理解している 毎日の関わりから外出すると疲労感が強くなったと理解している
	毎日の関わりを通して認知機能の低下を感じている	毎日の関わりから認知機能の低下を感じる 認知機能の低下があり話を上手くごまかすことがあると感じる
近所にいるので別居家族を含めた支援者との関わりがわかる	近所の支援者を日々の関わりから理解する	近所で関わっている人について知っている
	近所の人との関係を日々の関わりから理解する	近所の人には嫌われているので誰も訪ねてこないことを知っている
	近所に住んでいるので息子家族の訪問がないことがわかる	息子家族の訪問がないことを知っている

資料33 【近隣生活者としての親しい間柄に基づき生活の状況を理解する】（つづき）

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
	身近にいますので洗濯の援助が必要かわかる	自分でできる日常生活動作もわかっていて、洗濯は自分でしていると理解している
近所に住んでいるので日常生活の様子がわかる	身近にいますので買い物支援の状況を理解している	身近にいますので週に3回ヘルパーが買い物の支援していると理解している
	身近な存在なのでヘルパーでは日常生活の細かなことまで支援できないとわかる	身近な存在なので日常のことが目につきヘルパーでは日常生活の細かなことまで支援できないとわかる
	近所に住んでいるのでゴミ出しできていることがわかる	ゴミ出しは自分のペースできていると確認している
近所に住んでいるので日々の楽しみがわかる	身近にいますので友人との関わりが減ったことを理解している	元気な頃の楽しみができなくなり友人が減ったことを知っている
		近くにいますので最近の趣味の集まりにも行っていないことを知っている
		近くにいますので同じ年代の高齢者と会話を持ちたい希望を理解している
	身近にいますので日々の楽しみを理解している	楽しみにしている連続ドラマを知っている
		裁縫を楽しみにしていると理解している
	デイサービスを楽しむことができているのか繰り返し確認する	近所に住んでいてデイサービスでの様子が気になるので楽しめるように繰り返し様子を確認する

資料34 【対象独居療養者への援助経験に基づき理解する】(つづき)

サブカテゴリー 上位コード	下位コード
	受診には介護タクシーを利用していると理解している
受診継続のためにどのような援助を受けているか具体的に理解している	援助から病院内は付き添いが必要性とわかっている
	援助を通して腹部の調子が気になると一人で病院に行くことがわかっている
援助を通して必要な治療状況を確認している	援助を通して薬の使用状況を理解している
	援助に必要な病状と治療の状況については医師に直接確認している
対象独居療養者の援助を通して病状の安定について理解している	訪問看護師の緊急訪問体制の効果を確認している
	訪問看護の緊急訪問で安心しているため病状も安定していると理解している
	援助を通して日々の様子から病状が悪化していると理解している
	援助を通して転倒後に表皮剥離ができたことに気づく
援助を通して健康状態の変化を理解している	薬が切れると定期以外のサービスを多く利用していることを理解している
	援助を通して薬の内服等の健康管理が困難になってきたことを理解している
	援助を通して体調が安定していると理解している
	他の支援対象者と同様に頼りにしている人の訪問を希望していることがわかっている
	援助を通して身体の機能低下への不安を理解している
援助の経験から支援を受けて精神的に安定できると理解している	身体機能低下の不安に対して訪問看護師の訪問を希望していることを理解している
	症状の変化に対して訪問看護師の訪問により安心を得ていると理解している
対象独居療養者の援助を通して精神面を理解している	一人暮らしなので不安が大きいと考え親しい人を確認する
	療養者の性格を理解している
	生活歴から子どもへの思いを受け止める
	月1回の長女の家での生活が気分転換と理解している
周囲の人との関係が精神面に影響が大きいと理解している	援助を通して友人との日々の交流が支えになっていると理解している
	なじみの人に囲まれているので満足と理解している
	援助を通して周囲の人との関わり方で気分が浮き沈みすると理解している
援助をとおして栄養摂取が困難な状態と理解している	援助を通して偏食に気づき栄養失調が気になる
	援助から飲み込み状態の低下を理解している
	援助の際の会話から夜間の強い不安を理解している
対象独居療養者の援助を通して生活の様子を理解している	独居の夜間に不安が大きいと理解している
	夜間不安で無意識に通報していることがわかっている
	夕方から不安になり、夕方から22時頃に緊急で呼ばれることが多いと理解している
	ディサービスや娘の家にいる時には症状は出現しないと理解している
眠剤の内服や昼間の様子から夜間睡眠障害であると理解している	昼間訪問すると寝ているので昼夜逆転と思う
	援助から眠れなくて眠剤を内服していることを理解している

資料34 【対象独療養者への援助経験に基づき理解する】(つづき)

サブカテゴリー 上位コード	下位コード
日々の援助を通して身体機能の低下を理解している	援助を通して日常生活はできるだけ自立していたい気持ちがわかる
	日々の援助を通して日常生活をできるだけ自立していたい気持ちがわかる
	なるべく自分でできるように工夫し生活していると理解している
	頼ることが機能低下につながるのと療養者の考えを理解している
	日々の援助を通して症状の進行に伴い変化した日常生活動作がわかる
日々の援助を通して認知機能の低下を理解している	症状の進行に伴い援助が必要になってきている日常生活動作がわかる
	症状が進行しても自立できている日常生活動作がわかる
	援助を通して症状による不便な日常生活を理解している
	病気の特徴と療養者への援助から、急に動くことができなくなると理解している
	療養者への援助から膝と腰が痛いので制限されている日常生活動作を理解している
対象独居療養者の援助を通して独居継続について理解している	日々の援助から認知機能の低下を理解している
	援助を通して物忘れが多くなったことがわかる
	日々の援助から認知機能の自覚による療養者の不安を理解している
	援助を通して認知機能の低下を自覚し不安な気持ちを理解している
	家で過ごしたい気持ちを理解している
対象独居療養者の援助を通して独居継続について理解している	まだ動けるので施設には入りたくないを理解している
	援助をとおして施設には入りたくない気持ちを理解している
	60代で、薬が効いていれば動くこともできるので入所という気持ちになれないことを理解している
	施設入所を拒否する気持ちを理解している
	援助をとおして症状出現後は一人暮らしの不安が増強したと理解している
対象独居療養者の援助を通して別居家族を含めた支援者との関係を理解している	援助を通して独居継続への不安な気持ちを理解する
	独居療養生活継続への不安な気持ちを理解している
	援助を通して独居から施設入所への気持ちの変化を理解する
	施設入所希望へと気持ちが変わったことを理解している
	インプットされている支援者に電話をかけると理解している
対象独居療養者の援助を通して生活基盤を維持することについて理解している	援助を通して信頼している支援者について理解している
	信頼している人が誰であるかを理解している
	唯一隣人は時間に関係なく家に入ることができると理解している
	援助を通して支援者との付き合い方を理解している
	隣人が地域の人たちとの仲介をしている事を理解している
対象独居療養者の援助を通して生活基盤を維持することについて理解している	支援者へのお礼を準備することを理解している
	子どもに協力してもらいたいが連絡がとれないことを理解している
	対象者の援助をとおして子どもからの支援について理解している
	援助を通して子どもの支援が得られないと理解している
	援助を通して子どもには遠慮もあり頼れないことがわかる
対象独居療養者の援助を通して生活基盤を維持することについて理解している	今までの親子関係が良好でなかったために子どもとの関係が良くないと理解している
	援助をとおし生活保護費に関する問題を理解している
	援助をとおし生活保護費に関する不満とそれへの対処を理解している
	身近な間柄なので依頼されお金の管理には援助が必要と理解している
	一人での外出は難しいと考えお金の管理はどうしているのか確認している

資料34 【対象独居療養者への援助経験に基づき理解する】(つづき)

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
対象独居療養者の援助を通して身体の清潔を維持することについて理解している	援助をとおし自立している身体の清潔維持について理解している	援助をとおして洗面が困難になってきたと感じ洗面の様子を確認している
		調子が良いと一人で入浴することがわかっている
	年齢や生活習慣に基づき清潔維持への療養者のニーズを理解している	もったいないという思いに基づいた入浴習慣を把握している
		身体の清潔維持援助には羞恥心があると理解している
対象独居療養者の援助を通して生活環境を維持することについて理解している	援助をとおし生活環境の維持には実費でのサービスを受けていると理解している	生活環境維持の援助は実費部分もあると理解している
	援助をとおし一人では困難な生活環境の維持があると理解している	認知機能の低下があり家の中を片付けて忘れるために物が紛失するとわかっている
		住宅の造りから換気が悪いことをわかっている
対象独居療養者の援助を通して外出することについて理解している	援助を通して外出の希望を理解している	隣人が強く依頼され夫の見舞いに病院につれていくことを知っている
		買い物したいがあきらめて外出は少ないと理解している
	援助を通して生活に必要な外出することもあると理解している	体調が良い時には歩行器で銀行にも行くと理解している
		一人で遠くには外出できないので、隣人が夫の見舞いに車で連れていくと理解している
対象独居療養者の援助を通して生活の楽しみについて理解している	療養者の性格と生活歴からディサービスを楽しめない気持ちを理解している	療養者の性格と今までの生活をふまえディサービスには行きたくない気持ちを理解している
	会話から元気なころのような楽しみが減少したと理解している	友人のグループにも誘われなくなったと理解している
		同じ年代の人との昔話を希望していると理解している

資料35 【独居療養者への援助経験に基づき理解する】（つづき）

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
独居では安否確認が必要とわかっている ので生活の状況を確認している	独居であると倒れていても誰にも気づかれないこともある	独居であると支援者が入らない一人の時に倒れているのではないかと生活の様子が気になる
	健康や生活に問題が生じた時の支援の求め方の確認が必要と考え確認している	緊急時の体制と緊急通報サービスの利用状況を確認している
		問題が生じると民生委員に電話をかけるので民生委員が訪問していると把握している
		必要時には携帯から電話をかけることを確認している
		別居家族に電話をかけて支援を依頼していることを確認している
独居では病状変化への対応が困難と考え緊急時の対応を具体的に確認する	独居であるため緊急時の対応と連絡先を確認している	
独居では夜間の支援が不十分と理解している	緊急時のために24時間体制をとっていると理解している	
	夜間の支援が不十分と理解しながら見守る	
	独居であるため病気の進行により今後は更に緊急時の対応が必要と予測し現在の緊急時の対応を確認している	
家族がいなくて食事摂取が困難とわかっている ので食事の様子を確認している	独居で家族がいなくて食事摂取への具体的な支援を確認している	隣人が夕食を用意していることを知っている 給食を届けてもらっていることを理解している 屋夕の食事の準備の援助が必要と理解している
	独居で家族がいなくて偏食になりがちと考え食事摂取状況を確認している	調理が好きで自分で調理することもあることを知っている
		美味しく食事摂取できていると理解している
		食形態の好みを理解している
		食事自立の希望を尊重し食事摂取の様子を確認する
独居での生活継続は不安定とわかっている ので独居継続に関わることを確認している	独居での生活は困難があると考え独居を継続したい気持ちを確認する	今までの関わりから療養者の生き方を考え施設入所はできないので家がいいと思う 家は居心地がよい環境で療養者にとって望ましいかを確認している 施設にはまだ入りたくない気持ちを理解している 人に気をつかうよりも独居継続したい気持ちを理解している 十分な支援を得ているので独居も苦にならないと理解している
	さらに老いる一人での生活を考え施設入所が必要と考えている	同居も希望していないので今後は施設入所が必要と考えている
		状態から緊急時対応困難であるため施設入所を検討する必要があると考えている
		近隣住民の協力もあつたが頻回な要求からなくなってしまったと理解している
		地域住民の関わりの有無を理解している
独居では周囲との人間関係が大切と考え友人知人近隣住民との関係を理解している	友人との交流も病気の進行により減少したと理解している	
	連絡をすれば対応してくれる友人知人がいることを理解している	
	頼りにしている友人知人は自分の生活に合わせて訪問すると理解している	
	疎遠な近所付き合いであると理解している	
独居では周囲との関係維持が大切と考え		

資料35 【独居療養者への援助経験に基づき理解する】(つづき)

サブカテゴリー	上位コード	下位コード	
別居家族を含めた支援者との関係を確認している		通院治療が頻繁で長いので病院はなじみの場所と理解している	
	別居家族との関係維持は大切と考え遠方の子どもからの支援については理解している	息子は遠方に居住しており、介護に手を出そうとしないことを理解している	
		遠方に住む息子は療養者の生活をよくわかっていないので困っていないと理解している	
		息子は周囲の人の支援を受けて独居療養生活できていることを当然と判断していると理解している	
独居であっても家族の意向は大切と考え家族の意向を理解している	施設入所している夫が療養者と関わりたくないを理解している		
	家族の性格を理解している		
独居であるため生活基盤を維持することについて理解している	独居であるため鍵の管理には援助が必要と理解している	信頼されている隣人が依頼され自宅の鍵の管理には援助が必要と理解している	
	ADLや認知機能の低下はあるが自立している室内環境の整備を理解している	認知機能の低下はあるが家の安全管理には慎重であるとわかっている 療養者ができる範囲の掃除をしているとわかっている	
独居であるため困難と思われる生活環境を維持することについて理解している	療養者では困難な外出を伴うごみ出しや草取りは近隣住民が援助しているとかわっている	庭の草取りは近隣住民が行っているとわかる ごみ出しはどうしているのか気になるので確認すると近隣住民が援助してくれていることがわかる 近隣住民にごみ出ししてもらうのにも重くならないように気を使っていることを知っている	
	独居では不便と思われる生活用品を調達することについて理解している	独居では買い物が不便と考え生活用品を調達している支援者を確認している 別居家族が日用品の買い物をしていると確認している	
独居では少ないと思う生活を楽しむことについて理解している		趣味を通じた交流が楽しみと理解している	
		ディサービスが楽しみであると理解している	
		友人の代わりに支援者が外出に連れて行ってくれるのでそれを楽しみに生活していると理解している	
	独居療養生活では生活の楽しみが少ないと考え何が楽しみとなっているのか理解している		受診のついでに病院の売店に寄るのが楽しみと理解している
			たまにする外食を楽しみにしていることを理解している
		ささやかな楽しみを得ている生活を見守る 趣味の編み物をして過ごしていると理解している	
	調子がいい時には絵を描いたり、手芸をすると理解している		

資料36 【病気と社会保障制度の知識に基づき理解する】（つづき）

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
病気の知識に基づき支援を求められることを理解している	病気の理解に基づき支援者が入らない夜間に問題が生じやすいと理解している	22時から3時半に通報が多いことを確認している
		倒れると自力では起き上がれないので夜間が問題と把握している
	病気の理解に基づき緊急訪問の必要が高いと予測している	症状出現時に困って通報すると把握している
		現在の病状をふまえて今後のADL低下による安否確認の高いニーズを予測している
		緊急時の連絡の様子を確認し、緊急時の連絡は少ないと把握している
		独居であり急変も考えられるので緊急通報サービスの利用を確認している
		ヘルパー訪問時には転倒に対処していると把握している
		障がいの様子から緊急通報システムは利用しにくいことを確認している
		療養者の病気の理解の程度がわかっている
		訴えから自覚症状に伴い治療を強く希望していることがわかっている
骨折して入院となったことで移動時の安全への意識が高くなったと把握している		
訪問看護の支援がないと不安になる気持ちの変化を把握している		
病気の理解に基づきセルフケアできている健康管理を把握している	病気の理解に基づき、援助により内服が確実にできるようになったことを確認している	
	人工肛門の自己管理について確認している	
	昼は少し早めに訪問し糖尿病の療養者の食事を確認する	
	病気の理解に基づき療養者の病気の認識と対処を理解している	
病気の知識に基づき病状の安定について理解している	病気の理解に基づき薬の自己管理が困難と把握している	病状をふまえて薬の管理が一人では困難であると把握している
		鎮痛薬を自分でコントロールして内服していることを把握している
		症状出現へ一人では不安があることを把握している
病気の理解に基づき症状出現時の対応が一人では困難と把握している	病気の理解に基づき症状や検査の結果より今後の予測をふまえて健康状態を把握している	症状出現時の内服状況を確認している
		一人では症状への対処が困難であると把握している
		検査値と症状から病状を把握し今後の病状を予測している
		薬の効果が効かなくなり補助薬の量が増えていることから病状の悪化を把握している
		生活の様子を病気をふまえて観察している
病気の理解に基づき受診状況を把握している	病気の理解に基づき受診状況を把握している	癌再発の兆候を見逃さないように観察している
		病気をふまえて症状の観察から今後の病状の変化を予測している
		病気の治療のための受診状況を把握している
		食事のバランスが悪く偏っていることを病状をふまえて把握している
		循環器疾患があるが食事の偏りから塩分多めであることを把握している
		症状をふまえて食事量が少ないことを把握している

資料36 【病気と社会保障制度の知識に基づき理解する】（つづき）

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
病気の知識に基づき栄養状態について理解している	病気の理解に基づき独居での食事内容の問題を把握している	自由に食事をしていると塩分を摂りすぎるので注意し観察している
		現在の食生活をアセスメントするために元気な頃からの食生活を把握する
		暑い時期には水分摂取不足により脱水の危険があると把握している
病気の知識に基づきセルフケアできている食事内容の適切性について把握している	病気の理解に基づきセルフケアできている食事内容の適切性について把握している	障がいを持ちながら自立できている調理の内容について確認している
		自分で準備している食事内容についての問題を知っている
		病気の進行による咀嚼嚥下と姿勢保持困難を把握している
病気の知識に基づき睡眠状態を理解している	病気の理解に基づき支援者の入らない夜間困ることがないか確認する 高齢者の排尿の特徴をふまえて眠剤の内服状況から夜間頻尿のために熟睡できないと把握している	病気の進行により移動に時間がかかるので支援者の入らない夜間困ることがないか確認する
		高齢者の排尿の特徴から夜間頻尿のために熟睡できないと把握している
		眠剤はしっかり飲んでいことから睡眠障害の程度を把握している
病気の知識に基づきADL低下に伴う生活を理解している	病気の理解に基づき視力障害はありながらの生活を把握している 病気の理解に基づきADL低下の自覚を把握している 病気の理解に基づき日常生活動作から必要な援助をアセスメントする	視力障害があるが、必要な外出はできていることを把握している
		病気の進行によりADL低下を自覚していることがわかる
		病気を踏まえて日常生活動作の変化をアセスメントする
		日常生活動作を踏まえて移動時必要な援助をアセスメントする
		日常生活動作を踏まえて車の乗り降りをアセスメントする
		日常生活の様子から排泄時の転倒のリスクが高いとアセスメントする 病状から転倒の危険性をアセスメントする
病気の知識に基づき認知機能低下による生活への影響を把握している	認知機能低下のために人との関係の取り方に影響があると把握している 認知機能の低下による生活の変化を把握している	関わり方から認知機能低下を観察する
		認知機能の低下が進み全員の訪問看護師を覚えられないと把握している
		認知機能低下の進行のため家じゅうにメモを貼っていると把握している
		電話連絡が減ったことから認知機能低下の進行を把握する
		認知機能の低下はあるが家の安全管理には慎重であると把握している
		認知機能の低下が進み物の管理が困難と把握している
病気の知識に基づき独居継続について理解している	病気の理解に基づき症状の変化を予測し独居継続の可能性を検討する 病気の理解に基づきサービス利用状況から独居継続困難と判断する	終末期に入院するか、往診医とするかを相談する
		独居療養生活継続の可否について支援者の状況をふまえて検討する
		転倒や緊急通報サービスの利用が多く独居継続困難と判断する 支援者が訪問すると倒れていることがあり、生活の様子から独居継続を評価する

資料36 【病気と社会保障制度の知識に基づき理解する】（つづき）

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
	病気の理解に基づき一人の問題への対処困難から独居継続の困難を理解している	認知機能の低下があるので気になることがあると支援者を巻き込み大騒ぎすることを把握している 病状の変化も考えられるので一人暮らしで困ったことを確認する
病気と介護保険制度の知識に基づき生活基盤を維持することの困難について理解している	病状からサービスを利用したいが経済的に困難な状態であると理解している	在宅療養費が介護保険の限度を超えて高額となり金銭的に困難であると確認している できるだけ多くサービスを入れたいが介護保険の範囲でできるよ うに考える 経済的な余裕はないので介護保険の範囲での支援となるように1ヶ 月にかかる費用を確認する
病気の知識に基づき身体の清潔を維持することについて理解している	病気の理解に基づき身体の清潔維持のニーズを把握している ADLの状況をふまえて清潔維持の方法が安全であるか評価検討する	糖尿病の悪化により足浴が必要と判断する 病気によるADLの低下と賃貸住宅の浴槽の特徴から不便な入浴とな っていると把握している 現在のADLで入浴の方法が安全であるか実際を通して評価検討す る
病気と社会保障制度の知識に基づき外出するための援助を理解している	病気と社会保障制度の理解に基づき一人では受診できないので受診時の送迎を確認する	透析の送迎は透析病院の送迎車であり介助なしで乗降できると確 認している 受診には介護タクシーを利用していることを確認している

資料37 【療養者の依頼に基づき援助する】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
療養者の依頼があるので健康悪化時には訪問する	近所にいるので電話があれば訪問する	近所にいるので困った時には電話があり訪問する 身近にいるので頻回な電話での連絡があると不安が大きいと思いついて対応する
療養者からの依頼に基づき病状が安定するように援助する	依頼され内服薬の受け取りの援助をする	他にやる人がいないので内服薬の受け取りを代行する
	依頼され受診往復の援助をする	薬をもらいに車いすで一緒に受診する 受診の往復は介護タクシーを利用している
	相談を受け人工肛門のトラブルへのアドバイスをする	相談を受け人工肛門からの便漏れへの対処方法をアドバイスする
療養者からの依頼を受けて食事摂取できるように援助する	依頼をうけて買い物に行く	依頼を受けての買い物は同じものになりがちである 調子が良ければ車いすで一緒に買い物に行く
	療養者が一人ではできない食事の準備片づけをする	朝食の準備片づけをする 依頼に応じて食事を準備する 三食の食事の準備片づけをする
	夜間の不安に対応する	夜間の不安の訴えに対して話を聞き対応する
療養者からの依頼を受けて夜間睡眠を確保できるように援助する	夜間の排泄のトラブルに対し援助する	夜中に人工肛門から便が漏れることに対処する
	依頼を受けて周囲との付き合いが円滑できるように援助する	支援者とのコミュニケーションが円滑であるように話に立ち会う 業者の人の付き合い方を指示する
療養者からの依頼を受けて社会関係を維持できるように援助する	社会関係維持のため公的支援が得られない部分はやるしかない	自立支援の受給者証の手続き等の通常の支援以外もやる人がいないからやるしかない
	依頼を受けてコミュニケーションを代行する	療養者の代わりに電話をかける 手紙の代筆をする 説明が難しいので状況を記録しておき療養者の説明を補助する
	身近で信頼されている支援者が依頼されお金の管理を代行する	信頼されている民生委員や友人が依頼を受けてお金の管理をする 信頼されている隣人が通帳を預かりお金を管理する
身近にいるので依頼され生活基盤を維持できるように援助する	身近で信頼されている支援者が依頼され鍵の管理をする	唯一隣人は時間関係なく家に入ることが可能である
	近所に住んでいるので依頼され葬式をする	近所に住み隣組なので依頼され親族の葬式をする
	依頼され入浴の援助をする	依頼を受けて1週間に4回入浴の見守りをする 依頼を受けて入浴介助をする 依頼を受けて入浴の準備片づけをする
療養者から依頼され身体を清潔に維持できるように援助する	依頼され爪切りの援助をする	依頼を受けて自分でできない爪切りの援助をする
	依頼されて洗濯の援助をする	依頼されて定期的に洗濯をする 契約時間の中で洗濯の援助をする
療養者から依頼され日常生活が維持できるように援助する	依頼されて買い物をする	依頼された物を買ってくる
	依頼され掃除等の環境整備をする	依頼され定期的に室内の掃除をする 依頼され地域の取り決めにあわせてゴミ出しをする
	依頼され車いすで外出の援助をする	たまに依頼されて車いすでの外出支援をする

資料38 【近隣生活者としての親しい間柄に基づき援助する】（つづき）

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
近所に住んでいるので独居を気遣い援助する	近所に住んでいるので独居が気になり頻回に訪問する	近所の友人が頻繁に訪問してくれる 隣人が毎日訪問してくれる 近所なので毎日障子の開閉を気にして訪問する
	近所に住んでいるので一人での生活を気かけ声をかける	近所に住んでいるので生活をきにかけている
近所で身近であるため家族に代わって病状が安定するように援助する	最も身近な存在であり他にやる人はいないので受診に付き添う	身近な存在なので急な体調変化があれば受診に付き添う 受診しても医師とコミュニケーションがとれないと思いなるべく受診に付き添う
	他に家族の代行をする人がいないと考え治療と支援に関わる重要な判断をする	長い付き合いの友人が頻回な外来受診にも付き添う 家族がいないので長い付き合いの身近にいる支援者がサービス利用に関わる判断をする 家族がいないので長い付き合いの身近な支援者が生命に関わる重要な判断をする
親しい間柄を活かし安心が得られるように自然に関わる	近所なので受診のための援助をする	近所にいるので医師の指示により検体をとってクリニックに届ける 近所の開業医の外来受診の順番をとる 近所なので受診に付き添う
	工夫しながら一緒に流れているように付き合う	一緒に流れているような付き合い方で援助している 難聴にあわせてコミュニケーションを工夫する 明るい性格なので介護しやすい 一人で心配なので乗りかかったら仕方がないと関わっている
近所であるため食事摂取できるように不定期に援助する	長い付き合いの身近な存在なので頼りにされている	興奮を鎮めるためにスキンシップしながら会話する 近所に住んでいる身近な存在なので些細なことでも電話連絡がくるので訪問するとお互いに安心できる 長い付き合いの友人として相談相手となっている
	長い付き合いなので一緒に昼食を食べることもある	長い付き合いなので友人宅で一緒に昼食を食べることがある
近所であるため食事摂取できるように不定期に援助する	身近で生活の様子がよくわかるので食生活をアドバイスする	身近にいて様子がよくわかるので援助を通して消化の悪い食べ物の摂取を控えるように話す
	近所に住んでいるので自分の家の家事をしながら食事の援助をする	近所にいるので買い物には一緒に行く 近所にいるので自分の家の家事をしながら食事の準備片付けをする
日々の関わりでは認知機能低下にあわせて援助する	近所にいるので不定期に気づいたときに食事を差し入れする	長い付き合いで身近にいるので近隣住民や友人が差し入れをする 近所に住んでいるので食事時間に合わせ差し入れする
	日々関わっているので認知機能の低下がわかり話を合わせている	日々関わっているので会話の内容から認知機能の低下がわかり話を合わせている
親しくして気持ちがかかるので独居継続できるように援助する	以前からの付き合いで気持ちがかかるので在宅生活を支えようと援助している	亡くなった親族の気持ちもわかっているので自分の家で周囲が協力して看てあげるのがいいと考え援助している
	一人では対応が困難と考え社会との関係の取り方をアドバイスする	煙草の自販機をやめるようアドバイスする 郵便物の内容から対応をアドバイスする
信頼されているので社会関係を維持できるように援助する	近隣住民との付き合いを相談されてアドバイスする	相談をされたので近隣との付き合い方をアドバイスする
	隣人が地域住民との仲介をする	隣人が地域の人たちとの仲介をしている

資料38 【近隣生活者としての親しい間柄に基づき援助する】(つづき)

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
近所にいるので別居家族の関わり維持への援助をする	近隣生活者として息子が来た時には援助内容について伝える	近隣なので息子とも交流があり来訪がわかるので援助内容について伝える
親しくしているので楽しみも兼ねた身体の清潔維持への援助をする	長い付き合いで身近にいるので一緒にお風呂屋に連れていくことがある	長い付き合いで身近にいるのでお風呂屋に連れて行き入浴介助する
近所で親しくしているので融通のある身だしなみ維持の援助をする	身近な間柄なのでダンスや押入れを開けて身だしなみを整える援助をする	身近な存在なので毎日の衣服の用意をする 誰もやらないので長い付き合いで身近にいる支援者が季節に合わせて衣替える
	近所に住んでいるので自分の家の家事をしながら洗濯の援助をする	近所に住んでいるので自分の家の家事をしながら洗濯の援助をする
親しくしているので生活用品調達への援助をする	身近な間柄であるため融通がきいた買い物をする	訪問のついでに近くのスーパーでは買えないものを買って行く
近所で親しくしているので生活環境を維持できるように踏み込んで援助する	近所に住んでいるので庭の様子が気になり庭の環境を整備する	近所に住んでいるので庭の草花の管理が必要と思い実施する
	近所に住んでいるので自分の家のゴミと一緒に地域の取り決めにあわせてついでにごみ出しの援助をしている	近所に住んでいるので自分の家のゴミと一緒に地域の取り決めにあわせてついでにごみ出しの援助をしている
	身近な存在なので冷蔵庫の中身も管理する	長い付き合いの身近な存在なので冷蔵庫の中身も確認して破棄する
身近なので療養者の気持ちを察して外出の援助をする	身近な存在なので体調もよくわかり外出のアドバイスをする	長い付き合いで近くにいるので体調もよくわかり必要な外出はタクシーを利用するようアドバイスする
	身近な存在なので外出したい気持ちを察して誘って車で外出する	近くにいるので夫に会いに行きたい気持ちもわかり夫の見舞いに誘い、夫のいる病院や施設に車で連れていく
身近なので療養者の気持ちを察して生活を楽しむように援助する		毎日関わっている中で気分転換に時々外出に連れていく
	身近な存在なので気分転換の外出と一緒にいく	長い付き合いなので、亡くなった夫の墓参りにも行きたいのではと気がつき慣例に従い墓参りに連れていく
		友人に誘われなくなったことを知っているので代わりに寿司屋に連れていく
	独居の生活は刺激も少ないと考え自分も一緒に生活の楽しみを共有する	訪問すると好きな韓流スターの話で盛り上がる 日々のテレビの話題で会話を一緒に楽しむ

資料39 【対象独居療養者への援助経験に基づき援助する】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
一人の時間の危険を考え健康悪化に備えて援助する	独居では倒れていてもそのままのこともあると考え気になると頻回に訪問する	独居なので気になると臨時に頻回に訪問(サービス対象外)する
		通勤途中ついでに訪問する 毎日訪問する人がいる
病状維持への困難がわかるので病状が安定するように援助する	病気についてはわからないので受診に付き添い病気に関する支援に必要な内容を医師に聞く 独居では病状変化への対応が困難なため緊急時の連絡を代行する 一人での内服は困難と考え内服を見守る	援助が必要なので受診の付き添いをする 病気についてはわからないので受診に付き添い医師の話と一緒に聞く
		本人の代わりに症状悪化時には訪問看護師に連絡する
		援助から確実な内服が困難と考え内服できるように見守る
独居の寂しさを感じるので精神的な安定につながるように会話をもつ	独居の寂しさを感じるので精神的な安定につながるように会話をもつ	一人暮らしできていることに感心している
		気持ちを話したい欲求に対応しながら援助する
		支援者との交流が生活上の問題に対する不安軽減につながるように一生懸命援助する
独居の寂しさを感じて不安軽減できるように援助する	一人では対応が困難な問題で精神的に不安定な状態に対応する	社会の偏見に直面し精神的な落ち込みへの援助をする 生活保護費による家計の愚痴に対し援助する
		療養者の食事の好みをふまえストックを確認してから買い物に行く
		食べた感想を確認して買い物に行く
食習慣をふまえて食事摂取できるように援助する	食事の好みと援助の入り方を考え食事を準備する 食事の様子から食事摂取の危険を考え食事援助する	朝食を食事の好みと栄養を考え準備をする 副食が2食分以上になるように食事は多めに作る 援助時の飲み込みの悪さから危険を考えヘルパー間で食事内容を統一する むせが多くなったので注意し食事介助する
		ADL低下の自覚による葛藤を考え気持ちを尊重して生活を見守る
		援助をとおして徐々にADLが低下してきたことはわかるができるだけ自立したい気持ちを尊重して生活を見守る
葛藤を感じてADL低下に関わる援助をする	ADL低下の自覚による療養者の葛藤をふまえ移乗・移動の援助をする ADL低下の自覚による療養者の葛藤をふまえリハビリの援助をする	ADLの状態にあわせて車椅子とベッドでの移乗を介助する 排泄は自分でという固い意思を尊重し排泄時はトイレへの移乗を介助する ADLの状態にあわせて福祉用具をレンタルする
		療養者のリハビリを継続したい気持ちを尊重しリハビリの援助をする
		認知機能低下にあわせて日々の援助をする
自立の程度にあわせて身だしなみを維持するための援助をする	日々のスケジュール管理の援助をする ADLと衣類汚染の状態にあわせて洗濯の援助をする できる範囲で短時間でも洗濯ものを外に干している	援助を通してスケジュールが覚えられないことがわかるので予定をカレンダーに記入する 失禁にあわせて寝衣シーツの洗濯交換の援助をしている 自立できない部分の洗濯の援助をする 天気が良ければ訪問時短時間でも洗濯ものが乾くように外に洗濯物を干す
		依頼されたものを確認して買い物に行く
		具体的に買い物を確認して希望の物を買ってくる
生活習慣にあわせて生活用品調達の援助をする	援助をとおして買い物したい気持ちがあるから一緒に買い物に行く	援助をとおして時には外出も兼ねて買い物に行きたい気持ちがあるから一緒に買い物に行く
		療養者の性格をふまえて掃除をする
生活習慣にあわせて生活環境維持の援助をする	療養者の性格をふまえて掃除をする	療養者の性格を考え入浴後の風呂場の掃除をする

資料40 【独居療養者への援助経験に基づき援助する】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
独居での緊急時対応の重要性をふまえ健康悪化に備えて援助する	独居であるため体調や緊急の連絡に合わせて適宜訪問する	夜間通報に対応し眠剤の追加内服介助をする
		体調にあわせて頻度を変えて訪問している
独居での不安をふまえ不安軽減できるように援助する	独居であるため緊急時に援助できるように具体的な方法を決めておく	日々の生活の様子から緊急時の対応は困難と考え対応方法を具体的に指示する
		支援者だけが利用できる鍵を準備してもらう
独居での不安をふまえ不安軽減できるように援助する	独居では寂しいと考え訪問時は会話を多くもつ	いつも一人でいるので話しやすい雰囲気を作って話をする
		人と会話する機会が増えるように援助する
		精神的に安定するよう会話する
		自由に言い合える関係で支援している
独居での不安をふまえ不安軽減できるように援助する	独居では不安と考え支援者との信頼関係を築く	いつも一人でいるので訪問時には援助しながら話をする
		支援者との交流が生活上の問題に対する不安軽減につながるよう関係を築く
独居の食生活の特徴をふまえ食事摂取への援助をする	一人の食事を意識し買い物の援助をする	食べきれぬ量を考え買い物に行く
		ストックを確認してから買い物に行く
独居では別居家族との関係維持が大切であるため維持できるように援助する	独居であっても家族との関係は大切と考え関係が維持できるように状況を家族に連絡する	実家の弟に連絡をする
		子どもに協力を得ようと連絡する
	独居であっても家族との関係は大切と考え家族の介入を促すように連絡する	息子の行動を促すように連絡する
独居療養者では掃除が困難なため生活環境を維持できるように援助する	療養者のADLを考え療養者では難しい室内の掃除をする	療養者のADLを考え療養者では難しい室内の掃除をする

資料41 【病気と社会保障制度の知識に基づき援助する】（つづき）

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
病気の知識に基づき健康悪化時には援助する	病気の理解に基づき緊急時には訪問する	災害時は無事を確認するため訪問する
		夜間症状出現時に依頼を受け訪問する 認知機能の低下をふまえて訪問時家に入ることができるように鍵を預かる
病気の知識に基づき健康悪化に備えて援助する	病気の理解に基づき病状が安定していれば介護保険制度の利用範囲以内で訪問している	病状が安定していれば介護保険の利用範囲内で必要に応じて訪問している
		病気が進行していき状態の変化もあるため定期以外にもなるべく訪問する 独居なので24時間緊急対応している
病気の知識に基づき健康悪化に備えて援助する	病気の進行により状態の変化もあるため定期以外にもなるべく様子を確認する	転倒に配慮しタイミングをみて電話で安否を確認する
		透析に通っているため身体の疲労が気になり訪問の際、ついでに安否確認する 病院受診にあわせて様子をみてる
病気の知識に基づき健康悪化に備えて援助する	病気の理解に基づき症状軽減への援助をする	皮膚の状態にあわせて清潔保持の援助をする
		症状にあわせて浮腫軽減のためのマッサージをする 症状の観察から薬の効果をアセスメントして内服援助する 病気をふまえ内服状況と症状の変化を把握している
病気の知識に基づき健康悪化に備えて援助する	病気の理解に基づき服薬管理している	病気をふまえて内服薬の必要性を説明する
		確実に内服できるように配薬を行い服薬管理する 受診しないために2週間循環器の薬を内服しない事があり、それ以来代わりに薬をとりに行く
病気の知識に基づき病状が安定するように援助する	病気の理解に基づき医療処置を実施する	血糖管理のため血糖値測定とインシュリン注射を実施する
		PTADチューブの管理をする 人工肛門の管理をする 排尿トラブルには迅速に対処する 病気をふまえて創処置を実施する
病気の知識に基づき健康悪化に備えて援助する	病気の理解に基づき症状をふまえてセルフケアできるように指導する	食事が摂れるように希望を読み取り一緒に食べる 療養者の病状悪化への不安に対応する 浮腫を悪化させないような療養生活の指導をする 病気をふまえて食事指導をする
		インシュリン注射が自己管理できるように援助する 病気をふまえて血圧測定を指導する 検査値を示して健康管理を促す 認知機能低下予防のためリハビリを促す 生活の様子から筋力低下を予測しリハビリの指導をする
病気の知識に基づき症状悪化を予測し援助する	病気の理解に基づき緊急時の対応を具体的に決めておく	病状の変化が予測されるので緊急時の対応を支援者間で確認する
		状態変化が予測されるので緊急時の連絡先を指示しておく 低血糖時の対応を指導する

資料41 【病気と社会保障制度の知識に基づき援助する】（つづき）

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
病気の知識に基づき不安軽減できるように援助する	病気の理解に基づき不安を軽減するため訪問看護を導入する	症状悪化後は不安が強いため訪問看護を導入する
		訪問看護師による体調管理により不安を軽減する
	病気や死の不安を軽減できるよう援助する	癌再発への不安について話をする 襲ってくる不安について話をする
病気と栄養の知識に基づき栄養状態を維持できるように援助する	病気の理解と栄養の知識に基づき食事内容を指導する	食事摂取状況をふまえて栄養バランスを考え食事指導する
		季節による食品の腐りやすさを考え食事内容を提言する
	病気や障害の理解と栄養の知識に基づき食事を見守り指導する	食事制限を守ることが難しいと把握しながら見守る
		症状の進行から食事摂取の見守りが必要と判断する
		障害による不自由はあっても食べたい気持ちがわかるので見守る
病気の理解に基づき認知機能低下予防の援助をする	病気の理解に基づき時間を意識づけて訪問する	糖尿病があるので食事内容が確認できるように食事時間にあわせて訪問する
		食事内容の適切性を指導するために一緒に食事することがある
病気の知識に基づき認知機能低下への援助をする	病気の理解に基づき認知機能低下予防の援助をする	認知機能低下に対してリハビリを促す
	病気の理解に基づき時間を意識づけて訪問する	認知機能低下があるため一定の時間に訪問する 認知機能低下があるため電話連絡してから訪問する
介護保険制度に基づき独居継続が困難と判断し援助する	独居継続困難を見極め介護保険制度に基づき施設入所を勧める	怪我をきっかけにした独居での生活継続への気持ちの動揺を把握して施設入所を勧める
		夜間の緊急通報サービス利用が増え経済的に余裕がないため施設入所を勧める
	独居継続困難を見極め介護保険制度に基づき施設入所を検討する	独居の生活継続が困難になった時を考え、今後の入所施設について経済面をふまえて検討する 現在の療養状況からさらに老いる一人での生活を考え施設入所を検討する
病気の知識に基づき独居継続判断の援助をする	症状の進行から独居継続困難と判断して入所を勧める	症状の進行から独居継続困難と判断し施設入所を勧める
		視覚障害があるため独居は無理と医師が指摘する
病気の知識に基づき身体の清潔を維持できるように援助する	病気の理解に基づき治療を兼ねて入浴の援助をする	観察を兼ねて入浴の援助をする
		観察を兼ねて自分で実施していることを尊重しながら入浴の援助をする
	日常生活動作をふまえて安全に配慮し身体を清潔維持の援助をする	疥癬の治療を兼ねて入浴と更衣の援助をする
病気の知識に基づき爪切りの援助をする	日常生活動作をふまえて安全に配慮し身体を清潔維持の援助をする	日常生活動作をふまえて入浴の援助をする
		身体を清潔保持ができるように見守る
	病気の理解に基づき足浴の援助をする	症状と日常生活動作から療養者が自分でできない爪切りの援助をする
		皮膚の感染症があるので足浴の援助をする
		皮膚の清潔と感染症の予防のために足浴の援助をする

資料42 【近隣生活者としての親しい間柄に基づき援助を調整する】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
近隣生活者としての親しい間柄に基づき健康悪化時には援助を調整する	身近な間柄を活かし近隣住民の役割も考え緊急時の支援を調整する	身近な間柄なので緊急時には近隣住民の役割も考え対応方法を調整する
近隣生活者としての親しい間柄に基づき精神的に安定できるように援助を調整する	精神的に不安定な時には連絡を受けるのでサービスの中止を判断する	親しい間柄なのでその日のサービスを拒む気持ちを理解し、サービス提供者に伝えてサービス中断を提案する

資料43 【対象独居療養者への援助経験に基づき援助を調整する】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
日々の生活をふまえて病状が安定するように援助を調整する	家族がいないので日々の病状変化の情報を報告して共有する	日々の訪問時の様子は連絡が入る
		受診に付き添い受診結果を他の支援者に伝える
	症状安定のために訪問援助を調整する	支援者の誰かが受診に付き添うように調整する
		内服時間にあわせて訪問援助が入るように援助を調整する
		医療処置実施時には支援者がいるようにサービスを調整する
		症状出現による必要性から頻回な臨時的ヘルパー利用を調整する
	体調の変化については訪問看護師を中心に情報交換する	受診が必要と感じたら信頼している近所の人に受診を勧めてもらおう連絡する
		体調の情報は訪問看護師に伝える
	医療的な援助については医療職に相談する	医療的なアドバイスを欲しい時には訪問看護師に連絡する
		療養者に代わり状態変化時訪問看護師に連絡する
病気に関しては訪問看護師を中心に連絡調整する		
対人関係の特徴をふまえて精神的に安定できるように援助を調整する	対人関係の影響を考え個別性を配慮した援助を依頼する	医療的な援助に困った時には訪問看護師や医師など他の職種に相談する
		担当になった時には主治医に挨拶しアドバイスを求める
食事摂取の様子にあわせて食事摂取できるように援助を調整する	嚥下障害の危険を踏まえヘルパー間で援助を統一する	タクシーの運転手の言動により不安定になるため、サービス事業者にも個別性を配慮した職員配置を依頼する
	ヘルパーが食事の支度片付けを分担し援助する	飲み込みが悪くなった様子から危険を考えヘルパー間で援助を統一する
		1日3回入るヘルパー間で家事を分担している
ADLと自立への気持ちをふまえて日常生活への援助を調整する	ADL低下に伴い必要な福祉用具を導入する	食事の準備にあわせてヘルパーがはいっている
	不自由はあっても自立したい気持ちをふまえてリハビリを導入する	ADLをふまえて福祉用具を町内で調達してもらう
		ADLをふまえて福祉用具を導入する
		自立したい気持ちをふまえてどのようなリハビリを導入すればいいのか医師に相談する
	症状の変化にあわせてリハビリの援助を調整する	自立したい気持ちをふまえて医師のアドバイスをもとに療養者とリハビリ支援の導入を相談する
	要介護度による利用限度額と症状の変化に合わせてリハビリの援助を入れる	

資料44 【独居療養者への援助経験に基づき援助を調整する】

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
独居での24時間対応の必要をふまえて健康悪化に備えて援助を調整する	独居であるため24時間対応できるように援助を調整する	毎日訪問し、緊急時にも対応している
	独居であるため毎日誰かが訪問するように援助を調整する	夜間対応のヘルパーを入れて緊急時の連絡に対応している
家族がいない療養者への支援者間の連携の経験をふまえて連絡ノートを活用し援助を調整する	家族がいないので連絡ノートを活用して洗濯などの家事援助を調整して行う	複数のヘルパーで支援しているので、連絡ノートを利用し洗濯などの家事援助をしている
	家族がいないので連絡ノートを活用し生活用品の買い物を依頼しあい調達する	複数のヘルパーで支援しているので、連絡ノートを利用し生活用品の買い物をヘルパー間で依頼しあう
独居療養者の楽しみの少なさをふまえて生活を豊かにするように援助を調整する	独居で楽しみが少ないため外出が可能となるように援助を調整する	外出が可能となるようにサービスを導入する
	独居で生活の楽しみが少ないため生活の楽しみとなるようサービスの利用を調整する	生活の楽しみになると考えディサービス利用を勧める 生活の楽しみになると考えディサービスを利用できるように調整する

資料45 【病気と社会保障制度の知識に基づき今後を予測し援助を調整する】（つづき）

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
病気の知識に基づき病状が安定するように援助を調整する	病気の理解に基づき他職種へ援助を依頼する	訪問介護職に病気をふまえて具体的な援助を依頼する
		状況から医師の往診を依頼する
	病気の理解に基づき状態把握が適切にできるように他職種と情報共有し連携する	病気をふまえて血圧コントロールについて他職種に説明する
		他職種に医療的援助の指導を行う
		病気をふまえて医師の診察の結果でサービスを検討がよいとアセスメントする
		ヘルパーとの連携を強化し日々の状態変化を把握する
	病気の理解に基づき支援内容の変更を提案する	全身状態を観察し必要時他職種に連絡する
		他職種から体調が気になる時には連絡がある
		医師と病状と治療について情報交換する
		医療ケアのニーズをふまえて訪問看護の頻度を提案する
病気の理解に基づき受診の調整をする	医療ニーズをふまえて支援内容を提案する	
	医療ニーズをふまえて支援の調整をケアマネジャーに依頼する	
病気の理解に基づき支援者間で支援を統一する	症状から総合病院受診を調整する	
	支援者間で支援の方向性を共有できるように調整する	
	医療処置が安全に実施できるように支援を調整する	
	ケアプラン作成には訪問看護師の判断が反映される	
病気の知識に基づき今後を予測し病状が安定するように援助を調整する	病気の理解に基づき今後を予測し家族と他の支援者に報告する	ケア担当者会議では状態の変化をふまえて支援の方向性を共有する
		アセスメントした全身状態を医師に報告する
	病気の理解に基づき独居での医療処置実施の危険を予測し他職種と連携する	全身状態の観察から今後の病状管理を予測し医師に報告する
		変化時家族に報告する
		独居で医療処置実施のため危険を予測し生活支援のヘルパーと連携を強化する
		安全な医療処置の実施のために必ず支援者がいる時に処置実施となるよう支援者を調整する
介護保険制度の知識に基づき病状が安定するように援助を調整する	介護保険制度にそってケアマネジャーを中心に担当者会議で情報を共有する	独居で医療処置実施のため病院と連携する
		担当者会議で身体状況についても協議する
		状態変化時担当者会議で相談する
認知機能低下の知識に基づき対象にあわせて援助を調整する	認知機能の低下があるため不穏にならないように訪問者を調整する	援助を通して問題が生じた時にはまずケアマネジャーに連絡する
		訪問介護職は玄関から家に入らないように調整する
	認知機能低下があるため重要な事柄は親族に連絡する	面識のない訪問者がある時には不穏にならないように訪問の仕方を調整する
介護保険制度に基づき独居継続できるように援助を調整する	独居での療養生活継続のために情報交換は適宜頻回に行っている	夫の入院が決まったら息子に連絡する
		重要な事は親族全員に連絡する
		同じ事業所のヘルパー間での情報交換は適宜頻回に行っている
	独居での療養生活継続のため介護保険制度に基づき定期的に連絡調整する	同じ施設の職員とは訪問後に情報交換する
		支援者間で密に連絡を取る
		支援者が共通のノートを活用し連絡調整している
		担当者会議で支援者間の共通認識を得る
		他の支援者とは毎月報告書で情報交換する
		介護保険の計画にない支援をした時にはケアマネジャーに連絡する

資料45 【病気と社会保障制度の知識に基づき今後を予測し援助を調整する】(つづき)

サブカテゴリー	上位コード	下位コード
		ケアマネジャーを中心に連絡をとる
	介護保険の範囲内で生活が継続できるように援助を調整する	退院後には在宅での今後の生活支援を調整する 介護保険制度を超えての援助の要求に対応する 顕在的ニーズにあわせてサービスを変更紹介する
	介護保険の範囲と経済的負担及び病状を考え訪問サービスを調整する	経済的負担を考え介護保険の範囲内でサービスを調整する 介護保険の範囲を考えできるだけ多く訪問サービスを入れるように調整する 病気の理解と介護保険の範囲を考えできるだけ多くサービスが入るように提案する
社会保障制度に基づき生活基盤を維持できるように援助を調整する	必要な支援の量をふまえて介護認定時配慮する	必要な支援の量をふまえて介護度の認定時できるだけ介護度が下がらないように配慮する
	経済的負担を考え福祉用具も無料でレンタルできるように調整する	経済的負担を考え福祉用具のレンタルを近所で調達する
	生活扶助導入のために市役所と調整する	生活保護のため生活扶助の導入のためには市役所に報告する

資料46 支援者の連携 「訪問看護師と他の支援者との連携」(つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	上位コード
病院に医療処置について相談	医療処置については病院に相談する	PTADチューブが挿入されているので病院には必要時相談し連携を強化している
病状をふまえ医師に報告・相談	訪問看護の頻度は医師に相談する	療養者の状態から訪問看護の頻度を医師に相談する
	病状をふまえて医師に報告・相談する	低血糖が起きた時には訪問看護師が医師に連絡する
		受診日に合わせて報告書を持って医師に報告する
		積極的に医師と治療について情報交換する 症状で気になることがあれば医師に報告する
病状をふまえケアマネジャーに報告と助言	医療的な内容をケアマネジャーに連絡する	医療的な内容は看護師で相談してからケアマネジャーに連絡する 低血糖が起きた時には医師の指示をケアマネジャーに連絡する 療養者の健康管理に問題があるときにはケアマネジャーに連絡する
	療養者の状態からケアプランの変更をケアマネジャーに提案する	全身状態を観察し必要時ケアマネジャーに連絡する
		ケアマネジャーにファックスで連絡をとる
		介護保険の範囲内となるよう入浴介助はヘルパーに譲る
		経済状態から訪問看護回数を減らすことを提案する 療養者の状態からケアプランの変更を促す 療養者の状態から訪問看護を減らし訪問介護を増やすように提案する
	他の支援者へ情報を伝え連携している	医師の指示を他の支援者に伝える
ケアマネとの連絡内容を他職種に伝える 同じ施設のケアマネジャーとは訪問後に情報交換する 独居のため意図的に他職種との連携を強化する		
支援者間で支援の方向を確認する		支援者間で支援の方向性を調整する 支援者間で緊急時の対応を確認する
他の支援者と情報を共有し連携を強化	訪問介護職と情報共有し連携する	体調が不安定であればヘルパーからの連絡がある 日常生活の様子をヘルパーからも情報収集する 連絡ノートを利用し訪問看護師と訪問介護職は連携する
	訪問介護の支援内容の変更の調整をケアマネジャーに連絡する	ケアマネジャーにはヘルパーへの介護内容の調整を連絡する ケアマネジャーを中心に連絡をとる
	ケアマネジャーには毎月報告書で報告する	ケアマネジャーとは毎月報告書で情報交換する 支援者からケアマネジャーに毎月報告書で報告がある
安全な医療処置実施のために他の支援者に指導	医療処置を他の支援者に指導する	インシュリン注射の安全な実施のために支援者間で支援方法を統一できるよう指導する 医療処置が安全に実施できるように支援を調整する
	医療処置をディサービスの職員に指導する	他職種にPTADチューブの処置方法を指導する
訪問介護職と支援を分担	安定した生活が継続できるようにと考え経済的負担をふまえて訪問介護職と支援を分担する	支援にかかる費用を考えながら支援を訪問介護職と分担する

資料46 支援者の連携 「訪問看護師と他の支援者との連携」(つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	上位コード
	訪問介護職に援助を依頼する	訪問介護職に内服、医療処置の見守りを依頼する 病気をふまえて内服薬の必要性を説明する
訪問介護職に援助を指導・依頼	訪問介護職に介護の指導を行う	病気の理解と栄養の知識に基づき食事内容を調整するするように訪問介護職に指導する ヘルパーへの介護指導を実施する PTADチューブの管理の支援を訪問介護職に指導し依頼する
他の支援者に病状を説明	現在の病状について他の支援者に説明する	病気をふまえて治療薬と症状の管理について他の支援者に説明する
病状について看護師間で報告・相談	医療的な内容は看護師間で報告・相談する	療養者に代わり気になる事があるとデイサービスの看護師が訪問看護師に連絡する 体調管理に迷った時にはデイサービスの看護師が訪問看護師に連絡相談する 医療的な内容は関係している看護師で連絡相談する

資料47 支援者の連携 「ケアマネジャーと他の支援者との連携」

カテゴリー	サブカテゴリー	上位コード
医師への報告と医療に関することの相談	リハビリについてアドバイスを医師に求める	どのようなリハビリをすればよいか医師に相談する
		リハビリの支援は何を入れたらよいか医師に相談する
	医師に報告し病気をふまえた在宅療養生活について助言を求める	担当になった時には主治医に挨拶し在宅療養生活についてアドバイスを求める
		受診に付き添い医師に報告し、医師の診断を確認する
病気についてはわからないので受診に付き添い医師の話を一緒に聞く		
訪問看護師と援助を分担	受診の付き添いを訪問看護師と分担する	受診の付き添いを訪問看護師と分担する
訪問看護師に支援について報告・相談	訪問看護師に支援について相談する	訪問看護師に相談する
		ケアマネジャーが訪問看護師に相談に来る
		訪問看護師が医療的なことはケアマネジャーに教えてくれる
	受診結果を訪問看護師に伝える	
訪問看護師に受診付き添い時の情報を報告	受診の付き添いの情報を訪問看護師に伝える	
医療的なことを他の支援者に連絡	医療的なことを他の支援者に伝える	訪問看護師に教えてもらった医療的なことを他職種に伝える
		受診結果を他の支援者に伝える
		ケアマネジャーはケア内容の変更を訪問介護職に連絡する
介護保険制度外の支援者にも支援を依頼	介護保険制度外の支援者にも支援への配慮を依頼する	タクシーの運転手に個性を配慮した支援を依頼する
	介護保険以外の支援を民生委員に依頼する	介護保険以外の福祉用具を近所で調達できるように民生委員に連絡する
	介護保険で困難な支援は近隣住民に依頼する	介護保険で困難な支援は近隣住民に依頼する
		民生委員に町内で車椅子を借りてもらう
サービスを拒否して支援者が困った時には連絡がくる	サービスを拒否して支援者が困った時には連絡がくる	サービスを拒否して支援者が困った時には連絡がくる
非職業人と情報を共有	独居であっても家族との関係が維持できるように状況を家族に連絡する	実家の弟に連絡をする
		子どもに協力を得ようと連絡する

資料48 支援者の連携 「訪問介護職と他の支援者との連携」

カテゴリー	サブカテゴリー	上位コード
	訪問介護職間で情報交換して援助を統一する	援助時の様子から危険を考えヘルパー間で援助を統一する
訪問介護職間で援助を分担	1日が流れるように訪問介護職間で家事を分担する	1日の家事援助を考え暗黙の了解でヘルパーは家事を分担する
	訪問介護職間で情報交換を頻回に行う	複数のヘルパーが連絡ノートを利用し援助している 情報交換を頻回に実施する
医療的なことは訪問看護師に報告・相談	医療的なことは訪問看護師に相談する	人工肛門から便が漏れるようになった時には訪問看護師に相談した
	医療的なアドバイスを訪問看護師に求める	医療的なアドバイスを欲しい時には訪問看護師に連絡する
	日々の変化を他の支援者に伝える	日々の体調の情報を他の支援者に伝える
	医療的なことは訪問看護師に連絡する	療養者に代わり訪問介護職が症状で気になると訪問看護師に連絡する
支援の変更と問題発生時にはケアマネジャーに連絡	問題が生じた時にはケアマネジャーに連絡する	援助を通して問題が生じた時にはまずケアマネジャーに連絡する
	支援の変更はケアマネジャーに連絡する	日々の支援の変更はケアマネジャーに連絡する