

### 第3群研究発表

## 9 在宅病臥者をかかえる家族への援助

— 生活力量とセルフケア力を高めるための一考察 —

高知県中央保健所 ○井 上 淳 美（34回生） 今 西 典 子（27回生）  
 岩 貞 香（27回生）  
 高知市役所 森 下 安 子（26回生） 森 本 香（34回生）  
 須崎保健所 今 橋 富 貴（33回生）  
 佐川保健所 中 川 操（22回生）  
 香北町役場 林 昭 子（10回生）

### I はじめに

伊野町は高知市に隣接した人口23,078人、高齢人口17.1%の町で、3人の保健所保健婦と、1名の町保健婦が地区分担で業務を行っている。平成3年まで 町内の在宅寝たきり者を支えるマンパワーは保健婦4人とホームヘルパー2人で、それぞれがバラバラに活動しており、直接的な介護援助を必要とする在宅寝たきり者とその家族にとって、満足なサービスを提供できてはいなかった。保健婦はその現状を、「高齢者サービス調整チーム」など関係機関に問題提起した。その結果ホームヘルパー7名の増員と、訪問指導専任の看護婦（以後訪問看護婦と呼ぶ）1名の雇用が実現し、平成3年5月より在宅病臥者を保健婦、看護婦、ホームヘルパーで支援していく体制が開始された。

今回、事例へのかかわりを、家族の生活力量とセルフケア力の変化の視点からまとめてみたので報告する。

表1 家族の日常的な生活力量、問題対処力や条件

①個人	健康状態、キーパーソン、理解力、柔軟性、価値観など
②関係性	コミュニケーション、情緒的關係、相互融和とリラックスなど
③統合性	目標共有、家事や養育などの役割配分、欲求調整、協力など
④経済	収入と消費パターン、住環境、物的条件など
⑤社会関係	交流・支援関係、社会活動参加、サービス機関活用など

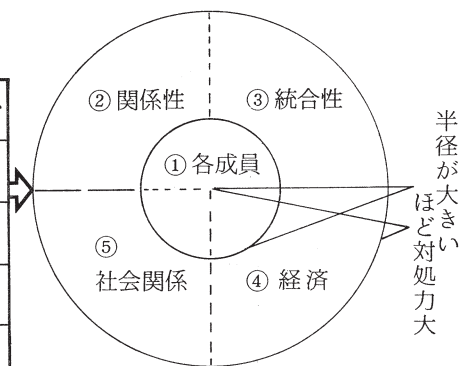


図1 家族の生活力量、問題対処力や条件

## Ⅱ 報告の目的

- ① 在宅病臥者をかかえる家族が陥る危機を、事例を通して明らかにする。
- ② 在宅病臥者をかかえる家族への多職種による支援についてまとめる。
- ③ 支援スタッフの実践を考察することにより、今後の支援方法の確立へ役立てたい。

考察には、家族の日常的生活力量、問題対処力をアセスメントするための枠組みと、家族のセルフケア力をとらえる枠組みを使用した。（表1、図1、表2）

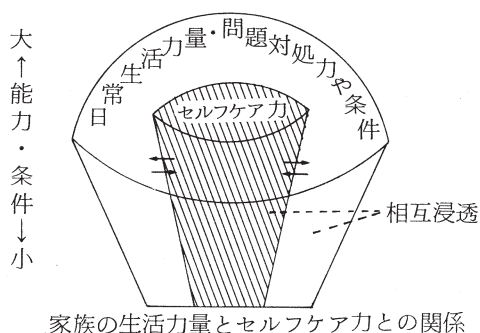


表2 セルフケア力の内容

- ① 健康状態や問題の判断・認識と統合力
- ② 対処方法の選択や決定の適切性
- ③ 保健行動の適切性・継続力
- ④ 援助の受け入れ、援助の活用、資源の活用

## Ⅲ 事例の概要と援助スタッフのかかわり（表3）

### (1) 保健婦がかかわるまで

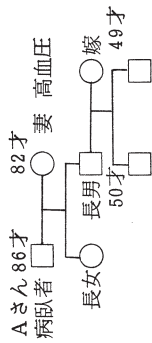
Aさんは86歳の男性で、平成3年2月に脳梗塞を発症、右半身麻痺となり、町内S病院に入院した。82歳の妻が付き添っていたが病院の生活になじめず、7月に主治医の許可なく退院している。退院の日に長女が保健婦に相談に来たため、保健婦は退院5日目に初回訪問をした。

### (2) 1回目の危機 — 退院当初、妻は寝たきりの夫の介護方法がわからず、不安状態

（H 3. 7. 10～）

初回訪問時妻は、「病院にいてもじっと寝ているだけで本当の寝たきりになってしまうと思った。病人はわがままで病院に迷惑をかけた。2人で死んでもよいと思って家へ帰ってきた。」と言って疲れきった表情であった。妻は、アルコール依存症で働かなかった夫を軽蔑しているが、まめに更衣をさせたり排泄・歯磨きの世話などよく介護をしている。Aさんには妻に命令口調で、大声で用事を言い付けている。保健婦は「誰か手伝ってくれる人はいないか」ときいてみたが、長女は交通事故にあったばかりで整形外科に通院治療中、その上夫と別居中で働く

表3 事例A 危機の克服過程



病臥者の既往歴：S43年よりアルコール依存症  
 病臥者の現病歴：H3.2 脳梗塞、右半身麻痺  
 町内S病院入院  
 H3.7 退院  
 合併症：右股関節曲脱臼

▲…家庭訪問 ☎…電話

危機と克服過程	7/10 H3.2 発病入院	7/22	7/25	8/5	8/16	9/4	10/28	11/11	12/2	12/30	H4 1/6	2/20	2/27	3月								
ケースの状況	危 退院 長女 来所 相 談 へ	危 退院 長女 来所 相 談 へ	危 退院 長女 来所 相 談 へ	危 退院 長女 来所 相 談 へ	危 退院 長女 来所 相 談 へ	危 退院 長女 来所 相 談 へ	危 退院 長女 来所 相 談 へ	危 退院 長女 来所 相 談 へ	危 退院 長女 来所 相 談 へ	危 退院 長女 来所 相 談 へ	危 退院 長女 来所 相 談 へ	危 退院 長女 来所 相 談 へ	危 退院 長女 来所 相 談 へ	危 退院 長女 来所 相 談 へ								
保健婦	7/15	7/22	7/23	7/26	7/29	8/15	8/17	9/18	10/29	11/5	11/11	12/4	12/11	12/18	1/9	1/24	2/4	2/18	3/12	3/18	3/27	3月
Ns	7/15	7/22	7/23	7/26	7/29	8/15	8/17	9/18	10/29	11/5	11/11	12/4	12/11	12/18	1/9	1/24	2/4	2/18	3/12	3/18	3/27	3月
ヘルパー	7/15	7/22	7/23	7/26	7/29	8/15	8/17	9/18	10/29	11/5	11/11	12/4	12/11	12/18	1/9	1/24	2/4	2/18	3/12	3/18	3/27	3月
その他	7/15	7/22	7/23	7/26	7/29	8/15	8/17	9/18	10/29	11/5	11/11	12/4	12/11	12/18	1/9	1/24	2/4	2/18	3/12	3/18	3/27	3月

セルフケアの変化	①問題の認識 援助の受け入れ ④ 対処方法の選択 ② ③ 保健行動の適切性	① ④ ② ③ 拡大の援助受け入れ ② ③ スタッフの指示にしたがう	① ④ ② ③ 縮少 ② ③ 全く対処方法を考えられない	①発熱を問題として認識 ④ ② ③ 拡大 ④ 家族の拡大 ② ③ スタッフと共に方法の選択をする。DrにTELできる ④ ② ③ 拡大 ④ 家族の拡大 ② ③ スタッフと共に方法の選択をする。DrにTELできる
危機の状況	1 回目の危機	2 回目の危機	3 回目の危機	4 回目の危機
危機の状況	病院を無理に退院し、介護のしかたがわからず困っている状況。	Aさんの2～3日ごとの発熱続き夫婦ともに不安となる。	中間施設の自己負担額に妻ショックを受け介護意欲をなくす。	Aさん中間施設を中途退所、反動で全介助状態となり妻介護疲れ。
妻の訴え	(7/15保健婦訪問)二人で死んでもよいと思っただけで帰ってきた。妻は夫を軽蔑しているが、よく介護をしている。Aさんは妻に命令口調である。	(8/15 TEL相談)熱があり、食べなくて困っている。妻は「夫に愛情はなく、親切で看ている」というが、こまごま世話をやいている。	(11/11 保健婦訪問)疲れた、もう二人で死にたい。	(1/6 Ns よりの情報) (Aさんが)自分勝手に困る。
夫婦の人間関係	長女：町内在住も、夫と別居中で働く必要あり。 長男夫婦：近くに在住 嫁「手伝いたいが、世話にならないと言われた。」 Aさん：高齢基礎年金、妻：厚生年金、借家住まい。	長女：全く介護に参加していない Aさんの妻は嫁に自分から助けを求めないが、ヘルパーより様子を伝えるのは妨げない。	2人だけでいるとげんかになる。 嫁：週1回入浴などを手伝いに来る Aさんの妻が援助を直接嫁に頼むことはなく、ヘルパーが間にたって連絡をしている。 Aさんは嫁に感謝の言葉を言う。	2人でいるとき以外話しをしない。 嫁：正月中は頻りに訪れている。
経済	Aさん：高齢基礎年金、妻：厚生年金、借家住まい。	左 同	左 同	子供たちより経済的援助継続。
社会関係	S病院へ孤立している。S病院への地域で強い。	S病院への不満強く転院を希望している。夫婦ともに訪問Ns、ヘルパーを頼りにして訪問を待っている。往診できる近医へ結び付けられる。高齢者による介護の限界。	介護者は社会資源は活用したい気持ちを持つている。困るとまずスタッフに相談する。	中間施設Nsより、施設でのリハビリが、依存心の強いAさんにとってストレスであったように聞き、以後のリハビリ計画は慎重を要すと判断する。
保健婦のうけとめ	妻は介護の方法がわからず不安状態 妻の介護疲労を感じる。夫に対する軽蔑の気持ちは、介護疲労を増悪させているが、一方では在宅で看たいという気持ち強い。 ●保健婦とNs、看護計画を立てる。 ●保健婦はホームヘルプサービスと訪問看護導入について妻を説得。 ●保健婦は、SHpDrに連絡し訪問指導事業指示書をもたう。 ●援助スタッフで検討会、各職間の連携と、方針「介護者の精神的支援に重点を置き、介護力を提供」を決定。	●保健婦は妻に、近医のT外科に往診依頼するよう助言、T外科に電話し病状を伝える。 ●保健婦とNs、看護計画を立てる。 ●スタッフで介護の代替に嫁をたのめないうか検討、嫁の方から折れられるよう助言しその結果、嫁の援助が介護者に受け入れられる。	●子供たちの経済的援助の可能性についてスタッフ間で検討 ●保健婦より嫁に事情を相談、嫁は夫や夫の姉とよく話し合っつて入所費用について援助することとし、長男がその旨Aさん夫婦に伝えた ●Aさん夫婦は援助を喜んで受けた ●保健婦とNs、看護連絡票を中間施設へ送付、看護の目的とケアが継続されるよう伝える。	●保健婦はNsにAさん夫婦の気持ちをよく聞いてもらえるよう依頼 ●スタッフで検討会、訪問頻度を増やし介護者への支援を行うと共に、Aさんに対し妻への依存心を改めてもらう関わりをする ●頻回の関わりの結果、AさんのADLもとに戻り、介護負担軽減がはかられ、夫婦の人間関係もよくなった。

必要があった。近所に住む長男の嫁には、若い頃からAさんのアルコール依存症のことで迷惑をかけてきたので、これ以上世話をかけられないとのことであった。経済状況はAさんは老齢基礎年金、妻は厚生年金で、借家住まいである。近所との交流はほとんどなく、S病院への不満が強かった。

保健婦は、妻の「死んでもよい」という言葉や表情、家の乱雑な状況から、妻が相当疲労していると感じ、夫への軽蔑の気持ちが疲労を増す要因になっているが、一方では在宅で看たいという気持ちが強いと受けとめた。

そこで、保健婦はAさんの妻にホームヘルプサービスと訪問看護導入について説明、サービスを受けるよう説得した。援助スタッフは検討会を持ち、ホームヘルパー訪問頻度と訪問看護との連携について計画を立て、介護者の精神的支援に重点をおき介護力を提供していく方針を確認しあった。

多職種による支援が開始されたのは、退院12日目からであった。この時にはAさんの腰に小さい褥瘡ができていたがNsの訪問指導によってすぐ治癒し、ADLが、寝返り、尿器使用ができる状態に向上した。妻も、Ns、ヘルパーの援助や精神的慰安によって、疲労の回復が見られた。

(3) 2回目の危機—Aさんの2～3日ごとの発熱続き、夫婦共に不安状態(H 3.8.5～)

退院1か月後、Aさんが2～3日ごとに発熱するようになり、Nsは水分摂取について指導を続けていたところ、妻より「熱があり、食べない、このまま入院しなければならなくなったらどうしよう。もうどうしたらよいかわからない」とせっぱ詰まった様子で電話がかかってきた。S病院への不満は強く、ほとんど医療放置の状態だったため、保健婦は往診できる近医へ結び付けるきっかけととらえた。保健婦は妻に、T病院に往診を電話で依頼するよう助言し、同時にT病院Drに電話で病状を伝えておいた。往診後Drより風邪ぎみと脱水による発熱との報告があった。

以前より妻は、Nsの水分摂取の指導について、その重要性を真剣に受け止めなかったことから、スタッフは高齢者による介護の限界を感じていた。この危機をきっかけに、介護の代替者として嫁を頼むことが検討された。ホームヘルパーは前々から、妻の了解を得た上で嫁にできるだけ状況を伝えており、嫁が「援助したいのに姑が頼みに来てくれない」と悩んでいることを確認。スタッフは、嫁の方から折れてくれるよう助言し、その結果嫁の援助が介護者に受け入れられた。

(4) 3回目の危機—中間施設の自己負担額に妻がショックを受け、介護意欲をなくす

(H 3.11.11～)

2回目の危機を脱して主治医が確定し、日常生活用具給付事業で簡易浴槽とベッドが導入さ

れると、PTによる訪問リハビリ指導が行われた。PTの指導を、Nsが生活に取り入れ、Aさんは半介助で坐位がとれるようになった。それに伴いAさんのリハビリ意欲が向上し、妻の介護負担は増す結果となった。妻の介護疲労と、Aさんの希望もあって、中間施設にリハビリ目的で入所しようとしたが、入所費用が月6～8万必要とわかると妻がショックを受け、「それほどの額は用意できない、リハビリをすれば世話も楽になると思ったのに、疲れた、もう2人で死にたい」と訴え、血圧の上昇を招いてしまった。2人の人間関係も少し後退してしまった。

保健婦とスタッフは、妻が精神的肉体的疲労状態にあり、これで休めると喜んだ矢先のショックで自暴自棄になってしまっている。このままでは妻が倒れかねないと判断した。まず直接原因の経済問題を解決し、中間施設を利用することで妻の休養をはかることにした。

子供たちからの経済的援助の可能性についてスタッフで検討、ホームヘルパーより嫁が援助できるだろうと助言があった。ホームヘルパーは、普段から嫁とよく話しができており、嫁のできるだけ援助したいという意向を確認していた。嫁は夫や、夫の姉とよく話し合い入所費用については援助することとなる。その旨Aさん夫婦に伝える役は長男がとることとなった。Aさん夫婦は援助を喜んで受けた。

保健婦、Nsは看護連絡票を中間施設へ送付し、看護の目的とケアが継続されるよう伝えた。

その後、中間施設Ns・MSWから、Aさんが依存的で、リハビリの意味が理解できていないようだが、車椅子でトイレへも行けるようになった、との報告があった。妻の介護疲れは軽減され、スタッフは10日間の正月休みに入った。

- (5) 4回目の危機—正月に外泊したまま中間施設を退所し、入所中のリハビリの反動で全介助状態となり、妻の介護疲れ(H4.1.6～)

正月休みあけの1月6日、中間施設MSWより電話で、リハビリ途中なのに退所してしまったと連絡あり。Nsが訪問してみるとAさんは妻に身の周りのことほとんどをやらせており、おむつ使用の全介助状態に戻っていた。妻は、「リハビリの途中だったのに施設には戻らないと言って、自分勝手に困る。もう(自分が)倒れるまで見るしかない」と訴え、疲労していた。嫁は手伝いに度々訪れていた。夫婦の人間関係は以前より悪くなっていた。

スタッフで援助計画を検討、訪問頻度を増やし介護者の支援を行うと共に、AさんのADLをもとに戻すかかわりを行った。Aさんの妻への依存心を改めてもらわなければ根本の問題解決にはならないと判断、Ns・ヘルパー訪問時「なるべく自分のことは自分ですること」との問いかけを繰り返すこととした。

援助頻度の増加によって、AさんのADLはすぐもとに戻り、介護負担の軽減がはかられ、夫婦の人間関係もよくなってきた。平成4年3月末には、Aさんは町のリハビリ教室に月2回参加し

半介助で立体がとれるまでになった。妻は外出を楽しむ余裕がでて、困ると嫁を頼りにするようになっており、自ら問題を解決しようという努力がみられる。

家族のセルフケアの変化は表3の通りである。4つのカテゴリーすべてにおいて拡大している。

## Ⅳ 考 察

### (1) 家族の危機克服を支える過程

この事例は、老人世帯であるためセルフケア力が弱い上に、妻はAさんのアルコール依存症に長期間悩まされたことから、夫婦の人間関係の基盤が弱い。経済的にも苦しく、社会の中でも孤立しているという、生活力量も低い家族であった。その家族が、夫の脳卒中発症という危機に遭遇し、在宅療養をする過程で危機を繰り返してきた。

伊藤らは<sup>1)</sup>、生活力量とセルフケア力の低い家族は、比較的小さな問題に遭遇しても、発達の危機と状況的危機が相互関係的に発生しやすい。また何かの障害で生活基盤そのものも崩れやすいので、家族条件として、①個人、②関係性、③統合性、④経済、⑤社会関係の側面について、まず強い部分から拡大し、弱い部分を補っていくような働きかけが必要であると述べている。この事例は、①1回目の危機で社会関係の中の社会サービス活用の条件を整え介護力を提供、②2回目の危機で家族を拡大する働きかけを行い、また医療へ結び付けた。③3回目の危機で経済について拡大をはかり、家族の拡大を確立させた、④4回目の危機を脱して、Aさんの妻への依存・妻の夫への軽蔑が修正され、夫婦の人間関係が改善された、以上4点からそれに相当すると考えられる。

### (2) 多職種による支援のまとめと今後の課題

伊藤らは<sup>1)</sup>、問題の当事者としての家族と専門家・非専門家として支援する人々が、その家族の必要に沿って目的を共有化し、方法を具体化しなければ、ケアシステムが有効に働かないと述べているが、支援スタッフが日常的なカンファレンスを持っていたこと、スタッフ数に恵まれていたことでタイムリーに集中的に継続的なかわりをもつことができ、支援システムが有効に働いたと言える。

島内は<sup>2)</sup>、家族援助の目的は、健康問題・課題をもつ個人やその家族が、できるだけその問題・課題の意味を理解し、主体的な取り組みをするように促す。問題解決過程において問題への対応のための知識や技術、家族資源、地域資源を適切に、効果的に活用する方法を学び、セルフケアを拡大し、家族が問題解決できる力量を形成していけるような支援のあり方をめざす。その援助には代行型援助と自立型援助がある。援助の中で代行型援助の領域を次第に自立型援助へと移し、自立型援助の領域を自立へと幅を広げていくように援助の方法と質を変えていく

ことをめざすと述べている。スタッフは一貫して、家族に対し、実際の介護力を提供しながら情報も提供し共に方向性を整理し、家族が決定したことを支援してきた。これは代行型援助に重きを置きながら、結果として家族のセルフケアを拡大してきたといえると思われる。

しかし、4回目の危機で、行政の行う支援の課題も示されている。現在の支援体制は、年中無休体制をとっていないため、正月休みの十日間に起こった危機を予防できなかった。老人で核家族であるといった生活力量が低い家族に様々な援助をして、方向性が見えたときに急に援助がとぎれた結果の危機であった。さらにこの事例は、長い人生の経過から夫婦の人間関係の修正が完全には不可能であるため他者の介入が必要であり、また在宅介護は家族だけで支えられるものではなく、代行型援助の手はゆるめられない。こういう事例は地域に多く存在する。年中無休体制で長期にわたる、介護の代行を含む支援を行うには、現在の体制では限界があると思われ、地域の受け皿作りに課題が残っている。

### (3) 職種間の役割分担

この事例で、保健婦は初回の相談から看護婦・ホームヘルパーの援助の導入までと、医師連絡など関係機関との連絡、介護機器の導入など福祉制度の紹介を受け持ち、訪問看護婦は看護ケアを提供し、ホームヘルパーは介護力の提供と、介護者と嫁との連絡調整を受け持った。これらの役割をお互いに確認しあい、日常的に持たれているカンファレンスで支援の方向性を見出していったことも、支援システムが有効に働いた一因だと思われる。

## V おわりに

今回、地域でよくみられる、寝たきり者をかかえる老人核家族世帯への支援を、枠組みを使用してまとめることで、多職種による支援の有効性が確認でき、今後の支援への方向性もある程度示すことができた。この枠組みは、今後は支援の過程でのまとめに使用し、支援方法の確立へ役立てたい。

在宅病臥者とその家族を行政の活動だけでは支えられない課題も示された。このまとめの結果を今後の活動にいかせるよう努力したい。