

## 診療機能の集中と分散 地域の期待と機能分担と連携

松井 道彦

河北リハビリテーション病院院長

バブル経済がはじけて、負のスパイラルといわれた10年にも及ぶ長い不況の時代を経験した経済界では、企業の存在価値やその社会貢献などが問われ、大きな意味を持つようになった。ちなみに“選択と集中”という言葉が、企業の再構築＝リノベーションの合言葉となっていた。敢えて言えば、バブル期に多くの企業はその本来の事業を忘れて、不動産投資やその他の投機的な投資に走った結果、そのほとんどは大きな損害を負ったのである。一方この間、企業本来の事業に磨きをかけ、業界トップを確保した企業は、バブルの影響も少なく損害も軽微であり、あるいは躍進もしている。

医療界では、長らくわが国の誇る国民皆保険制度内での受診機会の公平性を保つため、医療提供機関の拡大を政策的に誘導してきた。旧厚生省は“総合病院”という医療機能分類の下、精神科・小児科・産婦人科を含む全診療科目を持った病院に、多少の政策的恩典を与えてその普及を奨励してきた。また、医療提供者側も多少の不採算な部門を持ったとしても、総計として収支がプラスで

あれば良しとしてきた。しかしバブル経済崩壊後、日本の経済成長率が低迷するとともに、長い目で見れば前年比5%前後で安定的に成長してきた国民総医療費の伸びに対する批判が高まった。特に小泉政権下での経済財政諮問会議では、世界に類を見ない急激な高齢化と少子化の中で、増え続ける医療費の調整、医療制度改革というより医療費抑制は多額の負債を抱える日本経済建て直しの第一の手段にしてしまった。諸外国との比較では、わが国は国民総生産(GDP)比では極めて少ない比率で国民皆保険制度や最長の平均余命を実現しWHOも認める健康優良な国であるにもかかわらずである。

一方、当然のことながら医療界に問題がないわけではなく旧厚生省や日本医師会によるリーダーシップのみでは、なかなか国民が納得する医療改革が進まない状況にあったことも事実である。経済界がそうであったように、われわれ医療界もこの医療費抑制の動きや医療の質向上の要求が高まっている今こそ、国民に信頼される医療提供システムにリノベートする良いチャンスであろう。

改めて、苦しいこの時こそ改革のチャンスと捉えて、是非国民がどんな時にも安心して頼れる医療提供システムの実現に向けて歩みを速めなければならない。

### 一地域住民として理想的な医療サービスのあり方を想像してみよう！

このところ仕事が忙しいという思うような成果が出ず、体調も良くない。食欲も落ちてきたし血圧も上がっているようだ。一度かかりつけのA先生に診てもらおう。パソコンに向かい予約センターのホームページ(以後HP)を開いて、A先生の予約状況を確認し、空いている時間に診療予約を入れる。すると簡単な問診票が表示されるので必要な情報を入力する。予約日が確定し、予約票を受診IDカードにダウンロードする。

A先生のオフィスを訪ねると、受付の女性の他、待合室に人はいない。受付を済ませて(受診IDカードを受付機に入れるだけ)、小型のマイク付イヤホン(診察のやり取りをすべて音声のまま圧縮して記録する。電子カルテ上に開示が必要な部

分は何らかのサインで文字情報としてアウトプットできる)を付けて診察室に入ると A 先生が笑顔で迎えてくれる。先生も同じマイク付イヤホンを付けている。先ず予約時に送った問診票の内容について確認した後、入念な診察が行われる。

A 先生より、ストレスの増加による高血圧症の悪化と睡眠不足による自律神経失調が主体であろうが、胃のもたれや時折のチクチクという痛み、そして上腹部の触診で気になることがあるので、念のため胃内視鏡検査をしましょうとの結果が告げられた。胃内視鏡検査の手技、有効性、危険性についての説明があり、私はその方針に同意した。検査のための採血が行われ、診察室を出ると受付で、紹介先の B 病院での胃内視鏡検査の予約が行われた。

A 診療所の血液検査結果は、二日後 A 先生と私とに送られてきた。同時に内視鏡検査を予約した B 病院にも送付されていた。結果は、軽度の貧血と  $\gamma$ -GTP の軽度上昇を認めたが、他の感染症検査や血液凝固能検査に異常はなかった。

B 病院の外來受付で ID カードを提示すると、受付嬢は予約を確認して内視鏡室に案内してくれた。待合室には数人の人がいた。検査をしている人の付き添いだと言う。そう言えば内視鏡検査当日は車で来るなら運転できる人を同行するように言われていた。私はバスで来たので一人だ。内視鏡室の受付で ID を提示して名前を名乗って検査準備室に案内された。最後の食事は何時か、薬を飲んだのは何時かなど検査前の注意事項を確認された後、ロッカールー

ムで検査着に着替えて、いよいよ検査である。鼻と喉に麻酔のスプレー、肩には気分を楽にする薬が注射され検査用ベッドに横になった。

検査室内に運ばれると本人確認のため、担当する医師から改めて名前、生年月日を聞かれ、大きな声で伝えた。鼻から細い胃内視鏡が挿入されたが、ほとんど嘔吐反射は起こらなかった。ホッと緊張がほぐれたら急に眠くなってしまった。名前を呼ぶ声に目を開いたら検査は終了していた。検査後の休息室で 15 分ほど休んでから着替えて面談室に案内された。今終わったばかりの検査ビデオを見ながら、担当医から食道には異常ないが、胃粘膜は荒れて炎症を起こし一部に小さな出血も見られている。一箇所、胃潰瘍の痕跡がありその辺縁部分の粘膜に変化があったので、これを摘んで病理検査に出しますと告げられた。癌なのかと尋ねたが、現時点ではわからない。病理検査の結果は 4~5 日が出るので、B 病院担当医から伝えるか、A 先生から伝えるかと言われ、A 先生の外來に行くことを選択した。担当医は A 先生に報告書を送りますとのことであった。

再び一週間後に予約した A 先生の外來へ行くと、既に B 病院から病理診断の結果が送られていた。結果は、サンプルの一つの粘膜内に癌細胞が確認されたとのことであった。やはり“胃癌”だ！ いよいよ来たか！ A 先生と今後の対応について相談し B 病院で胃内視鏡治療の経験の豊かな C 先生にお願いすることとなり、その場で C 先生の外來予約を行い、電子カルテ上の必要

な資料を転送した。

C 先生の外來へ行くと、改めて病理検査と血液検査の結果から、内視鏡手術の必要性、その危険性、他の治療方法について説明があった。しかし私は、既に A 先生から大方の話は聞いていたので、すぐに内視鏡による粘膜切除をお願いした。

内視鏡手術は 1 時間ほどで終了し、休息室で 30 分安静にした後、出血など急性合併症のないことを確認し、付き添いの妻とともに帰宅した。そのまま仕事をしても良いと言われたが、大事をとって当日だけ休んだ。翌日は B 病院の HP から内視鏡手術翌日の状態を Q & A 方式で入力すると、“ご心配は要りません。無理せずいつも通りに生活してください”とのコメントがあった。気になっていた高血圧は、仕事の負荷を調整したことと、手術が無事終わったことでほとんど起こらなくなった。

一週間後、B 病院内視鏡外來を受診して、術後経過は順調であり切除した粘膜内に数箇所の癌細胞の集落が認められたこと、切除断端部には癌細胞は認めないこと、今後は 6 か月毎に胃内視鏡検査をするのが安全であると告げられた。やった成功だ!! どっと肩の荷が下りた。直ぐにかかりつけの A 先生にお礼の電話を入れた。すると手術結果は A 先生にも既に報告されており喜んでくれた。

かかりつけ医 A 先生と地域医療支援病院 B 先生との診療分担でスムーズに診断と治療が行われたケースである。言うまでもなく“かかりつけ医”の役割は大変に重要である。さらに一連の診療・治療がスムーズに行われた裏側には、コンピュー

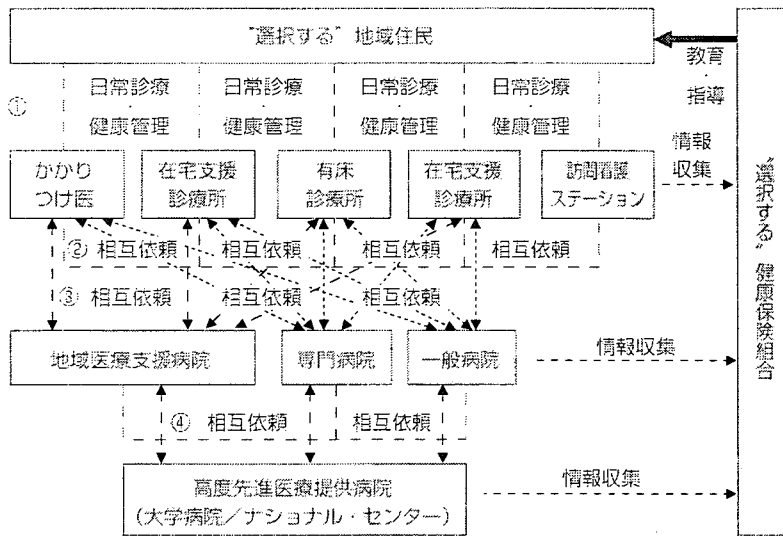


図 今後の医療提供のあり方

タ・ネットワークの力が非常に大きく関与している。これを上手に利用することによって、患者さん中心の情報共有を可能にした迅速でシームレスな診療システムが確保できる。

## ■ 地域医療サービス体制の今後

改めて現状を踏まえた今後の医療提供のあり方を整理してみた(図)。

自己負担率上昇による窓口支払いの増加、繰り返す医療事故報や健康・医療関連情報の氾濫などにより地域住民の権利意識の目覚めとともに、“お任せの医療”から“選択の医療”へと変貌した。さらに、健康保険組合の支払い者としての意識の目覚め、間近に迫ったメタボリック・シンドロームに対応した生活習慣病予防プログラムの実施への要求は、組合員に対する健康管理・健康教育の必要性・重要性、そして健康保険組合による医療機関の選択の圧力がゆっくりだが確実に動き始めるであろう。このような状況の中、わ

れわれ医療提供者側は地域のニーズを捉えた医療サービス・システムを構築しなければならない。

強く地域を意識し、そこに住む住民の健康を強く意識したとき、大切なのは普段の生活に密着した健康管理が基本となる。具体的にこの健康管理の役割を果たせるのは“かかりつけ医”である。各健康保険組合の求める健康管理手法に従って具体的な健康管理を実施することによって、いわゆる“未病”の段階を捉え、病気の発症を食い止めたり遅らせたりすることが可能となる。また、かかりつけ医は在宅医療支援診療所として、在宅療養を余儀なくされる多くの方々に対して、地域医療支援病院との密接な連携・サポートを利用して24時間の在宅サービスを展開する役割も担っている。

地域住民一人ひとりの健康を最前線具体的に木目細かく支える“かかりつけ医”“在宅医療支援診療所”があり、これら診療所間の診診連携がある。次いで24時間ベースの救

急医療を展開する地域医療支援病院、一般急性期病院、専門病院、さらに特定機能病院、ホスピスなどとの病診連携・病病連携があり、これらの連携が必要に応じてスムーズにその役割を果たしてゆくことにある。

## ■ 地域のニーズはどこにあるのか？

地域住民とすれば、24時間気軽に相談ができる医師がいて、気軽に安心安全な診療を受けられることが希望であろう。しかし、かかりつけ医を特定機能病院としたところでこれは実現できない。地域の医療機関が有効かつ迅速な連携システムを提供しない限り不可能なことである。正に医療提供者、すなわちわれわれ側がこれを現実の動くシステムとして提供しなければならない。

診療所の医師として必要な連携内容を考えると、①検査センター、②専門診療、③夜間・休日診療、④救急診療、⑤ショート・ステイ、⑥在宅訪問医療サービス、⑦通院リハビリなどがあげられる。

①検査センター：外来診療を中断することなく予約可能でその場で患者さんに予約日時を伝えられること。急ぐ時には、その足で連携先へ患者さんを送り、検査し結果を持って再度診察できること。また、放射線検査、内視鏡検査など検査結果はできる限り迅速(検査同日)に回答が得られること。工夫次第では診断機器を持つ全ての医療機関が参入可能であるが、迅速に専門的な回答を提供する点でバリアが存在する。今後は、種々の検査機器と簡単な診療と応急処置の設備のみを備えた検査セン

ターが展開する可能性もある。

②**専門診療**：予約がスムーズで、診断・治療の経過とその結果が逐時知りえること。特定機能病院や専門病院のみでなく、一般診療所や病院でも専門医がいれば工夫次第でその専門性を活かして対応可能である。

③**夜間・休日診療**：通院中の患者の場合、24時間電話連絡を可能にしている診療所もあるが、現実診療までを継続することは困難である。したがって、地域で夜間休日および救急のコールセンターを設けるなどして、近くの診療可能な医療機関を紹介する地域ぐるみでの対応が必要。当然地域の医療機関からの診療可能情報を集積し常に斬新なものを持続してゆくシステムが必要。

④**救急診療**：救急を標榜し、診療可能な専門領域を明らかにし、さらに手術の可否、入院の可否などの最新情報もコールセンターに集めて地域住民や医療機関に提供する。救急標榜医療機関は、連日収容可能診療領域、ベッド数などを地域に提供することが必要となる。

⑤**ショート・ステイ**：在宅療養や介護を進める際、患者本人も介護者である家族にとっても色々な意味でショート・ステイは必要なサービスプログラムである。単なる一次預かりではなく、この間に健診や集中的リハビリなど有益なプログラムを組み込むことも意義深い。今後の有床診療所、療養病床などが利用しやすいのではないかと。当然、急性期ベッドの役割ではない。

⑥**在宅訪問医療サービス**：正に医療政策の花道と言わんばかりに、最近では診療施設を持たずに在宅医療の

みを専門に行うところが現れている。しかし、今までもそうであったように通常診療所の医師が、外来診療の間に、通院不可能な患者さん宅を訪ねて回る診療は、今後も主流であると考え、今回設けられた在宅医療支援診療所は、地域の医療機関や訪問看護ステーションなどと連携して、地域住民も医師も、24時間365日、安心して在宅医療が継続できる地域医療連携モデルである。在宅の最前線を支えるこの連携プログラムに多数の医師・看護師を抱える医療機関全てが積極的に参加することを期待したい。

⑦**通院リハビリ**：在宅医療が充実され、家庭や老人ホームなどで療養を継続する患者さんは多くなってゆく。この際、日常生活を何とか送っている日常生活動作(ADL)が見守りや修正自立の方でも、ちょっとした捻挫や発熱による臥床によって、簡単に介助量が増したり、寝たきりになってしまうことも稀ではない。こんな時、訪問リハビリや通院リハビリのサービスを受けることで、再びADLの改善が得られることは多い。この部分のサービスを質量ともに充実しないと、寝たきりを防ぎ活動的な余命を伸ばすことはできない。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を持つ医療機関では、訪問や通院リハビリに道を開いておくことが望ましい。

## 自分の病院のポジションはどこか？

一体自分の病院は、どの位置にあり、どこを目指しているのか？ これからの地域医療サービスの展開を

見据えながら、自分の立ち位置をしっかりと決める必要がある。そうでないと病院の運営方針が鮮明にならず、組織運営がおぼつかなくなることになる。自分の病院はどのポジションに立っているのか？ どこへ行こうとしているのか？ そして決めたからには、そのポジションで一番の医療機関を目指すべきである。

## ■ おわりに

大学病院生活が長く、地域医療の“い”の字もよくわかっていない者が、勝手なことを書いてとお怒りの向きもあろうかと存じます。しかし、図に示したように地域医療の最前線で、政府が進める在宅医療展開の政策の中、中心的役割を担う診療所を、24時間365日、地域全体の医療機関がいかにも一つの医療機関であるかのように、シームレスな連携を実現することが望まれているのではないのでしょうか。これは単なる絵空事ではなく、地域の医療機関が互いに競争相手と考えるのではなく、地域住民のためのサービス機関として役割を分担し切磋琢磨して質を向上してゆくこと、そしてさらに発達したIT技術を駆使して地域のどこにいても医療記録を参照することができれば実現できない命題ではないと考えます。既に同様の理念に基づいて連携を始め成果をあげている地域も存在する。明日からといわず今日から小さな仲間と声を掛け合って始めてみませんか？

まつい みちひこ

河北リハビリテーション病院院長：☎ 166-0013 東京都杉並区堀ノ内1-9-27  
matsui@kawakita.or.jp

## 訪問看護ステーションにおける褥瘡患者の実態

## —在宅医療委員会実態調査報告1—

日本褥瘡学会 在宅医療委員会

委員長 阿曾 洋子 (執筆者)

副委員長 井上多鶴子・塚田 邦夫・矢口美恵子

委員 伊藤美智子・岡本 泰岳・真田 弘美

竹田 和博・沼田 美幸

顧問 大浦 武彦

## はじめに

日本褥瘡学会の平成18年度理事会において、以前から問題となっていた在宅における褥瘡発生とその早期発見についてなんらかの対策が必要であるとの考えから在宅医療委員会が設立された。

在宅の褥瘡有病率に関する報告では、1983～1994年の10年間に寝たきり高齢者を追跡したI市の18.3%<sup>1)</sup>、1997年に群馬県訪問看護ステーションを対象に行った調査の7.0%<sup>2)</sup>、1998年の全国訪問看護ステーションを対象に行った調査の14.6%<sup>3)</sup>、1999年に全国訪問看護ステーションを対象に行った調査の11.3%<sup>4)</sup>がある。それらからみると調査対象地区の地域性も関係があると考えられるが、全国調査では11%から14%であった。

昨今、医療機関における褥瘡発症率は、褥瘡対策未実施減算の影響もあって大きく低下した。直近の全国訪問看護ステーションに対して行った調査からすでに7年経過していることから、在宅医療委員会では再度褥瘡治療・ケアの実態や褥瘡有病率を調査し、今後の活動への方向性を見いだすことになった。

なお本報は、実態調査の単純集計結果を報告したものである。これに引き続き、今回は詳細な分析結果を報告する予定にしている。

## 調査方法

1) 対象：WAMNETに登録している全国の訪問看護ステーション（以下、STと略記する。）の5,543件を対象とした。

2) 方法：上記STに調査票をFAXし、FAXにより回答を求めた。

3) 内容：STの概要（事業形態、職員、ケアマネージャーの有無）、2006年7月中のSTの訪問状況、褥瘡患者の状況、褥瘡患者に対して困っていること、褥瘡関連学会などへの参加、についてである。

4) 期間：2006年8月～9月

## 調査結果

回答は1,478件（26.7%）から得た。これらの回答のうち、有効回答は1,416件（95.8%）であった。以下に、無記入を除き記載のあった有効回答について結果を述べる。

## 1. STの概要

1) 事業形態について（表1）

訪問看護のみ行っているSTは647件（47.2%）であり、居宅介護支援を併設しているSTは725件（52.8%）であった。

2) 訪問看護に従事している職員について（表2）

1 STあたりの平均看護職者数は $5.5 \pm 3.0$ 人（ $n=1,407$ ）であり、常勤換算では $4.5 \pm 9.0$ 人（ $n=1,275$ ）であった。また、理学療法士・作業療法士・言語療法士についても1 STあたり $1.5 \pm 9.0$ 人（ $n=980$ ）であった。

表1 事業形態

種別	件数	%
訪問看護のみ	647	47.2
居宅介護支援を併設	725	52.8
合計	1,372	100.0

注) 無記入は44件

表2 1訪問看護ステーションあたりの職員

職種	職員数
看護職者 (n=1,407)	$5.5 \pm 3.0$ 人
看護職者常勤換算 (n=1,275)	$4.5 \pm 9.0$ 人
理学療法士・作業療法士・言語療法士 (n=980)	$1.5 \pm 9.0$ 人

注) ( ) 内は回答数

表3 2006年7月1ヵ月間の訪問状況

a) 利用者数	53.6 ± 44.9人 (利用者総数	73,510人)
b) 総訪問回数	287.8 ± 213.0回	
c) 褥瘡患者数	3.0 ± 2.8人 (褥瘡患者総数	4,204人)
d) 褥瘡患者の訪問回数	25.8 ± 26.0回	
e) 褥瘡有病率	: 5.72%	

3) ケアマネージャーの有無について  
ケアマネージャーがいるSTは1,377件中963件(69.9%)であった。1STあたりのケアマネージャー数は、3.2 ± 2.3人であった。

2. 2006年7月(1ヵ月間)のSTの訪問状況(表3)

利用者数の平均は53.6 ± 44.9人であり、総訪問回数の平均は287.8 ± 213.0回であった。また、訪問患者のなかで褥瘡を発症している患者数の平均は3.0 ± 2.8人であり、褥瘡患者への平均訪問回数は25.8 ± 26.0回であった。さらに、利用者総数73,510人中の褥瘡患者数は4,204人であり、褥瘡有病率は5.72%であった。

3. 褥瘡患者の状況(表4)

1) 性別: 男性は1,833人(44.2%)であり、女性は2,311人(55.8%)であった。

2) 平均年齢: 79.3 ± 13.5歳であった。

3) 要介護度: 介護度5が最も多く2,192人(59.2%)であり、ついで介護度4の823人(22.2%)、介護度3の371人(10.0%)の順であった。

4) 褥瘡の部位(多発褥瘡の場合は最も重症の部位): 仙骨・尾骨が最も多く2,524人(61.5%)であり、ついで大転子・腸骨部の471人(11.5%)、膝・下腿・足頸部の287人(7.0%)などであった。

5) 褥瘡の深達度: NPUAPの分類では、Stage IIが最も多く1,525人(37.0%)であり、ついでStage IIIの1,360人(33.0%)、Stage Iの847人(20.5%)の順であった。

6) 褥瘡患者への1日の平均ケア時間: 「30分未満」が最も多く2,022人(49.3%)であり、ついで「30～60分未満」が1,620人(39.5%)であった。

7) 入院が必要な時の入院病院の有無: 入院できる病院がある人は3,348人(84.2%)であった。

8) おもな介護者: 配偶者・家族が最も多く3,555人(86.9%)であった。

9) 介護者による体位変換: 「1日数回程度行っている」が最も多く1,909人(47.1%)であり、「まったくしていない」は808人(19.9%)であった。

10) 介護保険改正による「床ずれ防止用具」の使用不可に対する困難状況: 「使えなくて困る」が最も多く1,403人(58.5%)であった。

11) 上記で最も困る用具: 特殊寝台(付属品含む)

が最も多く811人(50.5%)であり、ついで「床ずれ防止用具および体位変換器」の670人(41.7%)などであった。

4. 褥瘡患者に対して困っていること(表5, 表6)

1) 治療面: 「使いたい薬剤や処置材が使えない」が最も多く589件(41.6%)であり、ついで「かかりつけ医が頼りない」の479件(33.8%)、「相談できる専門の医師がいない」の439件(31.0%)、「相談できる専門看護師(WOC看護師など)がいない」の430件(30.4%)、「ドレッシング材の調達方法に困っている」の414件(29.2%)などであった。

2) 看護・介護面: 「経済的理由で訪問できない」が最も多く579件(40.9%)であり、ついで「体位変換を計画通りに行えない」の567件(40.0%)、「制度上、回数制限があつて訪問できない」の353件(24.9%)などであった。

5. 過去1年間の褥瘡関連学会等への参加(表7, 表8)

「出席したことがある」は807件(59.2%)であり、延べ出席人数は「1人」が238件(29.5%)、「2人」は247件(30.6%)、3人以上は528(65.4%)であった。「出席したことがない」は556件(40.8%)であり、その理由(複数回答)は、「セミナーの曜日が合わない」の225件(40.5%)、「会場が遠い」の296件(36.7%)などであった。

参加しやすい曜日は、土曜日が最も多く953件(69.9%)であり、ついで日曜日の198件(14.5%)、平日の187件(13.7%)などであった。

考 察

STは、居宅介護支援を併設しているところが半数あり、看護職者は1STあたり5人から6人が勤務しており、そのほとんどが常勤であった。そして、2006年7月の1ヵ月間の利用者数と看護職者数を見ると、看護職者1人あたり10人程度の利用者を受けもっていることが明らかになった。また、褥瘡患者数が1STあたり3人程度であることから、褥瘡患者の受持がまったくない看護職者もいた。さらに、褥瘡関連学会などへの参加状況で「出席したことがない」STが約4割あることから、訪問看護師に対し褥瘡への関心を高める方策を考える必要がある。

表4 褥瘡患者の状態

種 別		人数	%
性別 (n=4,144)	男	1,833	44.2
	女	2,311	55.8
平均年齢	79.3 ± 13.5歳		
要介護度 (n=3,700)	要支援 1	3	0.1
	要支援 2	4	0.1
	介護度 1	88	2.4
	介護度 2	219	5.9
	介護度 3	371	10.0
	介護度 4	823	22.2
	介護度 5	2,192	59.3
褥瘡の部位 (多発褥瘡の場合最も重症な部位を選択) (n=4,106)			
	①頭部	20	0.5
	②肩甲・脊椎部	194	4.7
	③肘関節部	30	0.7
	④仙骨・尾骨部	2,524	61.5
	⑤大転子・腸骨部	471	11.5
	⑥坐骨部	197	4.8
	⑦膝・下腿・足脛部	287	7.0
	⑧踵部	218	5.3
	⑨その他	165	4.0
褥瘡深達度 (多発褥瘡の場合は最も重症な部位) NPUAPの分類 (n=4,123)			
	①Stage I	847	20.5
	②Stage II	1,525	37.0
	③Stage III	1,360	33.0
	④Stage IV	391	9.5
褥瘡患者への1日の平均ケア時間 (n=4,101)			
	①30分未満	2,022	49.3
	②30～60分未満	1,620	39.5
	③60～90分未満	376	9.2
	④90～120分未満	61	1.5
	⑤120分以上	22	0.5
入院による褥瘡治療が必要な時の入院病院の有無 (n=3,977)			
	①ある	3,348	84.2
	②ない	629	15.8
おもな介護者 (n=4,092)			
	①配偶者・家族	3,555	86.9
	②ヘルパー	392	9.6
	③その他	145	3.5
介護者による体位変換 (n=4,054)			
	①まったくしていない	808	19.9
	②1日数回程度行っている	1,909	47.1
	③2～3時間ごとに行っている	725	17.9
	④その他	612	15.1
介護保険改正による床ずれ防止用具の使用不可に対する困難状況 (n=2,399)			
	①使えなくて困る	1,403	58.5
	②仕方がない	254	10.6
	③使えなくても困らない	742	30.9
最も困る用具 (n=1,605)			
	a. 特殊寝台 (付属品含む)	811	50.5
	b. 車椅子 (付属品含む)	119	7.4
	c. 床ずれ防止用具および体位変換器具	670	41.8
	d. 移動用リフト	5	0.3

表5 治療面について困っていること (n = 1416 複数回答)

種別	件数	%
①相談できる専門の医師がいない	439	31.0
②相談できる専門看護師 (WOC看護師など) がいない	430	30.4
③かかりつけ医が頼りない	479	33.8
④デブリードメントをしてくれる医師がいない	316	22.3
⑤セミナーや教科書と異なった処方や処置がされる	326	23.0
⑥使いたい薬剤や処置材が使えない	589	41.6
⑥主治医と連絡がとれにくい	202	14.3
⑧ドレッシングについてかかりつけ医 (処方できる医師) と意見が合わない	345	22.4
⑨ドレッシング材の調達方法に困っている	414	29.2
⑩その他	169	11.9

表6 看護・介護面について困っていること (n = 1416 複数回答)

種別	件数	%
①体位変換を計画通りに行えない	567	40.0
②本人・家族の介護への抵抗や理解力に問題がある	746	52.7
③経済的理由で訪問できない	579	40.9
④ケアマネジャーの褥瘡に対する認識がない	263	18.6
⑤訪問看護師が少ない	190	13.4
⑥制度上、回数制限があって訪問できない	353	24.9
⑦褥瘡ケアをすると時間ばかりがかかって効率が悪い	62	4.4
⑧適切な床ずれ防止用具 (全身用除圧マットレス等) が使えない	297	21.0
⑨今回の介護保険改正で適切なマットレスが使えなくなった	122	8.6
⑩その他	117	8.3

表7 訪問看護ステーションにおける過去1年間の看護師の褥瘡関連学会等 (セミナー含む) への出席

種別	件数	%		
①出席したことがある	807	59.2	⇒延べ出席人数	①1人: 238件 ②2人: 247件 ③3人以上: 528件
②出席したことがない	556	40.8	⇒出席できない理由 (複数可)	①セミナー時期が合わない: 131件 ②セミナーの会場が遠い: 296件 ③セミナーの曜日が合わない: 225件 ④その他: 149件
計	1,363	100.0		

表8 参加しやすいセミナーの曜日

種別	件数	%
①平日	187	13.7
②土曜日	953	69.9
③日曜日	198	14.5
④その他	35	2.6
計	1,373	100.0



在宅における褥瘡有病率が5.72%であったことは、「はじめに」で述べた先行研究より低く、さらに病院での有病率の3.64%、療養型病床群の6.40%<sup>5)</sup>に比較して、その中間の値をとっている。このことは、介護認定調査の基本調査項目に褥瘡の有無が含まれていることで褥瘡についての情報が把握でき、把握時点で加療していることが反映しているのではないかと考えられる。しかし、褥瘡患者の実態では、褥瘡の深達度はStage IIIとIVを合わせると42.5%あり、褥瘡有病率は低くても重症者が約半数を占めていた。これは、在宅での発症後つぎの介護申請までに半年の期間があるために早期発見ができないことや、在院日数の短縮やDPCの導入の影響により医療機関や福祉施設などから在宅へ移行する時点ですでに褥瘡を発症していて、それが悪化したことなどが推測される。以上から、保健医療福祉連携のなかで褥瘡患者の早期発見対策を講じることが緊急の課題であることが示唆された。褥瘡は、在宅において、介護者の約87%が配偶者・家族であるという実態を考え合わせると、介護者に対する褥瘡予防対策の啓発と普及が必要であり、このことが介護負担を軽減し、褥瘡患者や介護者のQOLの低下を防止できると考えられ、社会的にも重要な課題であろう。

褥瘡患者に対して困っている点について、医療面では「使いたい薬剤や処置材が使えない」や、「かかりつけ医が頼りない」、「相談できる専門の医師がいない」、「相談できる専門看護師（WOC看護師など）がいない」、「ドレッシング材の調達方法に困っている」などの回答が多かったことから、専門知識をもった医療職者の養成が求められる。また、使用薬剤やドレッシング材の調達について、保険で請求できるような体制が必要である。看護・介護面においても「経済的理由で訪問できない」とか、「体位変換を計画通りに行えない」、「制度上、回数制限があつて訪問できない」、ということが問題とされ、加えて今回の介護保険の改定により「床ずれ防止用具が使えなくて困る」という実態から、介護保険や医療保険制度の改善が求められる。

以上の実態から、日本褥瘡学会における在宅医療への活動として、①医療職者や介護者に対する専門の知識の普及、②専門的知識をもった医療職者の育成、③介護保険制度の改善への働きかけが必要であることが示唆された。

#### まとめ

1) 訪問看護ステーションの事業形態：訪問看護のみと、居宅介護支援を併設しているところとの割合はほぼ半数ずつであった。

2) 1訪問看護ステーションあたりの職員：看護職者は $5.5 \pm 3.0$ 人（常勤換算は $4.5 \pm 9.0$ 人）、理学療法士・作業療法士・言語療法士は $1.5 \pm 9.0$ 人であった。また、ケアマネージャーがいる訪問看護ステーションは69.9%であった。

3) 1訪問看護ステーションあたりの2006年7月の1ヵ月間の訪問状況：利用者数は $53.6 \pm 44.9$ 人であり、総訪問回数は $287.8 \pm 213.0$ 回であった。また、褥瘡患者数は $3.0 \pm 2.8$ 人、褥瘡患者の訪問回数は $25.8 \pm 26.0$ 回であり、褥瘡有病率は5.72%であった。

4) 訪問をしている褥瘡患者の状況（ $n=4,204$ 人）：①男女はほぼ半数ずつであり、②平均年齢は $79.3 \pm 13.5$ 歳であった。③要介護度は介護度5が59.2%を占めており、④褥瘡部位は「仙骨・尾骨」が61.5%、「大転子部・腸骨部」の11.5%などであった。⑤褥瘡の深達度は、Stage IIが37.0%と最も多く、ついでStage IIIが33.0%であった。Stage IIIとStage IVを合わせると42.5%を占めていた。⑥褥瘡患者への1日の平均ケア時間は「30分未満」が約半数を占めていた。⑦入院が必要な時に入院できる病院がある人は84.2%であり、⑧介護者は「配偶者・家族」が86.9%、⑨介護者による体位変換は「1日数回程度行っている」が47.1%で最も多かった。⑩介護保険の改定で「床ずれ防止用具」が使えなくて困ると回答したのは58.5%であり、⑪使えなくて最も困る用具は、「特殊寝台」、「床ずれ防止用具および体位変換器具」であった。

5) 褥瘡患者に対して困っていること：①治療面では、「使いたい薬剤や処置材が使えない」、「かかりつけ医が頼りない」、「相談できる専門医がいない」、「相談できる専門看護師（WOC看護師など）がいない」、「ドレッシング材の調達に困っている」などがであった。②看護・介護面では、「経済的理由で訪問できない」、「体位変換を計画通り行えない」、「制度上、回数制限があつて訪問できない」などであった。

6) 過去1年間の褥瘡関連学会等への参加状況：出席したことがあるのは約6割であった。

7) 日本褥瘡学会における在宅医療への活動として、①医療職者や介護者に対する専門の知識の普及、②専門的知識をもった医療職者の育成、③介護保険制度の改善への働きかけが必要であることが示唆された。

#### 文 献

- 1) 阿曾洋子, 高鳥毛敏雄, 財津裕典, ほか: 池田市訪問看護活動の分析. 大阪大学医学部公衆衛生学講座・池田市役所報告書, 9, 1994.
- 2) 石川 治, 岡田克之, 宮地良樹, ほか: 群馬県下の病院, 老人保健施設, 訪問看護ステーションの褥瘡疫学調査.

医事新報, 3864 : 25-30, 1998.

- 3) 金川克子, 齊藤恵美子, 白戸 舞, ほか: 在宅療養者の褥瘡発症と看護ケアとの関連—全国の訪問看護ステーションの調査から—. 日公衛誌, 46(12), 1084-1093, 1999.

- 4) 阿曾洋子, 上原ます子, 杉本信子, ほか: 要介護高齢者

の入院・入所・在宅療養における褥瘡の実態と予防・治療・看護・介護に関する調査. 27-39, 関西褥瘡ケア研究会, 1999.

- 5) 前日本褥瘡学会調査委員会: 褥瘡対策未実地減算導入前後の褥瘡有病率とその実態についてのアンケート調査報告. 褥瘡会誌, 8(1), 92-99, 2006.
-