

って、療養生活を成り立たせている場合が多いが、一部、「インスリン」と「酸素療法」などの訪問看護利用率の高くない医療処置では、訪問介護の利用のみ(C群)の場合がありうること、両方利用なし(D群)の場合には、ADLが保たれ、要介護度も高くない例や家族介護者が存在する例が多いといえた。

以上より、医療処置の専門的管理の必要性に応じて訪問看護を利用し、家族構成や家族介護者の有無によって、訪問介護の利用が影響を受けることが推察された。

4. 療養環境の整備状況

1) 医療処置を有する在宅者の療養環境

医療処置を有する在宅者の療養環境の評価は、医政発第0717001号(平成15年7月)の医政局長通知の中で早急に整備すべきとして挙げられた六つの条件うち、たんの吸引以外の医療処置にも共通する条件であり、かつ調査対象である介護支援専門員が十分に把握していると考えられた「療養環境の管理」「在宅患者の適切な医学管理」「緊急時の連絡支援体制の確保」の三条件に着眼した。各条件について3項目の評価項目を設定し、その回答について検討した。その結果、医療処置を有する在宅者全1877名では、表25～27に示したように、「療養環境の管理」についてが「在宅患者の適切な医学管理」と「緊急時の連絡支援体制の確保」の条件に比べて整備されていない状況が多いといえた。すなわち、「介護者の交代要員の不在」が46%、「レスパイト先の確保がない」19.1%、「利用者が単独になる」33%であるが、これを医療処置別にみると咽頭～気管切開を含む吸引や経管栄養の実施者において全体平均より高い傾向がみられた。また、利用サービス4群別の比較からは、表40に示したように、「介護者の交代要員の不在」は、A群(訪問看護・訪問介護両方利用あり)に、「レスパイト先の確保がない」は、A群とC群(訪問介護のみ利用)に、「利用者が単独になる」は、C群がそれぞれ有意に該当者の割合が高かった。以上より、吸引や経管栄養を実施するなど複数の医療処置を有していたり、訪問介護を利用している者に療養環境整備としては充足していない者の割合が高く、そこに訪問看護や訪問介護が導入されているものの、十分ではない実態が浮かび上がっているといえた。

このことは、両サービスの利用時間にも顕著に現れている。訪問看護の利用率は、68%で、その1ヶ月の利用時間合計は、平均 8.04 ± 9.11 時間で、中央値5.0時間であった。訪問介護の利用率は51.8%で、1ヶ月の利用時間合計は、平均 29.80 ± 54.40 時間、中央値15.7時間であった。これらのサービスを併用しても、月に平均38時間程度であり、日々の医療処置管理に必要な時間には満たないといえ、家族による医療処置管理実施に委ねられている現状といえる。こうした状況の中、家族は介護の交代要員やレスパイト先の確保がなく日々の介護を行っているといえる。さらに、これは、訪問看護・訪問介護の利用者により該当する傾向があり、現状の支援体制では不十分であることが示唆された。診療や機器機材の供給の面での医学管理や緊急時の連絡支援体制は、概ね整備されている一方で、療養環境の管理や在宅療養支援サービス体制の充足が課題といえる。

2) 「吸引実施者」の療養環境

本事業背景の一つに、家族以外の者の「たんの吸引」に関する医政発第 0717001 号（平成 15 年 7 月）の医政局長通知発令後の療養環境整備状況の推移を把握することがあった。平成 18 年に全国規模での調査⁶⁾が行われており、本調査では、家族以外の者の「たんの吸引」に関する直接的な関与状況についての調査は行っていないが、たんの吸引を要する在宅者の療養環境の整備状況について検討を行った。たんの吸引を要する在宅者は 368 名で、吸引の部位は、口腔内 310 名、鼻腔内 160 名、咽頭以降気管切開が 113 名(重複回答)であった。咽頭以降気管切開を含むか否かで分類すると、口腔内・鼻腔までの吸引者は、255 名(127 名が口腔内吸引のみ、14 名が鼻腔内のみ、114 名が口・鼻吸引実施)で、咽頭以降気管切開を含む者が 113 名(101 名は口・鼻も実施)であった。このうち、261 名(67.6%)が経管栄養を実施していた。口～鼻まで 255 名と咽頭以降気管切開 113 名にわけて調査項目をみると、訪問看護の利用率は口～鼻まで 84.7%、咽頭以降気管切開 92.0%で、訪問介護の利用率は、49.4%と 61.1%であり、訪問看護・訪問介護両方利用(A 群)者は、43.5%と 61.1%であり、咽頭以降気管切開者の方の割合が高かった。

療養環境の評価の項目については、「介護の交代要員がない」が、49.0%、60.2%であり、「レスパイト先の確保がない」が、19.6%、31.6%であり、全体平均より特に咽頭以降で高かった。「利用者が単独になる時間がある」は、22.0%、22.1%であり、全体平均より低かった。その他「在宅患者の適切な医学管理」と「緊急時の連絡支援体制の整備」では、咽頭～気切者で「緊急時入院病床の確保がない」が 15.9%と全体平均を上回った以外は、全体平均値程度或いは、全体平均より少ない傾向になった。また、1 ヶ月の訪問看護の利用時間は、平均 11.38±11.29 時間で、訪問介護は、平均 40.4±71.18 時間であり、全体平均より多少長かった。

以上より、吸引を要する在宅者においても、他の医療処置と比べて訪問看護の利用率は高く、「在宅患者の適切な医学管理」と「緊急時の連絡支援体制の整備」の整備もなされている一方で、「療養環境の管理」が不十分であることが示唆された。

本調査の限界と今後の課題

本調査は、梓母集団の分布に偏りがあったこと、回収率が 11.4%であったことから、全国推計値の算出に耐えることは難しい。また、対象が介護保険利用者に限られたことも医療処置を要する在宅者の全体像を示しているとは言い難い。しかしながら、実現可能な中での全国的に多くの梓母集団を得たデータであり、医療処置を有する在宅者の実態を示す一つの資料になりうる。本調査により、訪問看護・訪問介護を多く利用している者が必ずしも療養環境整備が充足しているわけではなく、サービスのあり方に課題があることが示された。よって、今後は訪問看護ステーションなどサービス提供側への調査を行い、サービスが有効に利用されるための協働の方策を検討する必要性が示唆された。

B. まとめ

全国の医療処置を要する在宅者の実態と利用サービスを明らかにすることを目的に、4000名の介護支援専門員に対する全国調査の結果、以下のことが明らかになった。

- 1) 得られた回答は、456名(回収率 11.6%)より 1877名の医療処置を要する在宅者の情報が寄せられ、回答者の受け持ち利用者の平均 28.1名のうち医療処置実施者は平均 4.13名(医療処置実施割合 14.9%)であった。
- 2) 医療処置実施者 1,877名の医療処置の内わけは経管栄養が最も多く 455名(24.2%)、次いで吸引 368名(19.6%)、褥創処置 322名(17.2%)の順であり、一人当たりの医療処置数は平均 1.84で、1処置のみのものが 1,063名(56.6%)で最も多かった。
- 3) 対象の利用サービスは、訪問看護利用者 1,276名(68.0%)、訪問介護利用者は、972名(51.8%)で、1ヶ月の利用時間合計は、訪問看護平均 8.04±9.11時間、訪問介護平均 29.80±54.40時間であった、訪問看護利用者は、医療処置の重複者(52.8%)や要介護度が高い(要介護度 4・5が 60.6%)傾向にあり、訪問看護を利用していない者は、医療処置が単処置(77.7%)で要介護度が低い(要介護 3以下が 66.6%)、場合が多かった。
- 4) 対象の利用サービスの組み合わせは、「訪問看護・訪問介護ともに利用あり」687名(36.6%)、「訪問看護のみ利用」589名(31.4%)、「訪問介護のみ利用」285名(15.2%)、「両方とも利用なし」316名(16.8%)に分類された。「訪問介護のみ利用」は、単身者(29.9%)や家族介護者がいない(31.6%)割合が高かった。「両方利用なし」は、医療処置が単処置(79.7%)で、家族介護者があり(94.8%)の割合が高かった。
- 5) 療養環境の整備状況は、「介護者の交代要員がいない」(46.3%)、「レスパイト先の確保がない」(19.1%)、「利用者が単独になる時間がある」(33.4%)などの「療養環境の管理」が未充足である場合が多く、それは、訪問看護・訪問介護ともに利用あり(A群)の者により高い傾向がみられ、現状の支援体制の不足が示唆されさらなる療養環境の整備の重要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力を賜りました有限責任中間法人日本介護支援専門員協会の皆様に心より御礼申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部編：平成 18 年介護サービス施設・事業所調査,財団法人厚生統計協会
- 2) 厚生労働省:介護給付費実態調査,平成 20 年 10 月調査分,<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/toukei/jittai.html>
- 3) 社全国訪問看護事業協会：訪問看護事業のサービス提供体制のあり方に関する検討報告書,平成 19 年度老人保険事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業分 訪問看護事業の報酬体系・提供体制のあり方に関する調査研究事業
- 4) ALS 患者にかかる在宅療養環境の整備状況に関する調査研究平成 15 年度研究報告書,平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業),主任研究者 川村佐和子
- 5) ALS および ALS 以外の療養患者・障害者における、在宅医療の療養環境整備に関する研究平成 18 年度研究報告書,平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金(医療安全・医療技術評価総合研究事業)、主任研究者 川村佐和子
- 6) 在宅重度障害者に対する効果的な支援の在り方に関する研究平成 18 年度総括研究報告書,平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)、主任研究者 川村佐和子

調査 A 地区調査 (A-2 調査と略)

調査対象地区医師会における、訪問診療の実施状況と在宅医療処置管理実施者の概況に関する調査

【研究要旨】

一地域の在宅医療処置管理実施者の概況と在宅医療を推進するための課題を明らかにすることを目的に、一地区医師会会員を対象とした調査を行った。調査は、A地区医師会会員 107 診療所を対象に行い、回答が得られたのは、50 診療所(回答率 46.7%)であった。このうち、訪問診療実施機関は 19 箇所、訪問診療実施者数は平均 10.8 ±17.6 人/診療所、うち医療処置管理実施者の訪問診療実施機関は 14 箇所、医療処置管理実施者数は、平均 3.5 ±4.6 人/診療所であった。14 箇所から 49 名の医療処置管理実施者の情報が得られた。49 名の平均年齢は、81.0 ±15.9 歳、家族構成は 2 世帯以上が 17 人(34.7%)でもっとも多かったが単身も 9 人(18.4%)であった。主病名は循環器疾患(脳血管系疾患および心疾患)13 名(26.5%)、神経系の疾患 12 名(24.5%)などで、日常生活活動は、全介助が 40 人(81.6%)、44 人(89.8%)が要介護認定を受けており、要介護度 5 が 17 人(34.7%)、身体障害者手帳所持者は 13 人(26.5%)であった。訪問看護利用者は 42 人(85.7%)、訪問介護利用者は 44 人(89.8%)、いずれも利用していなかったのは 1 人であり、訪問看護を利用していなかった 5 人は、70 代以上で、神経系・循環器系の疾患により要介護の状態にあり、吸引や膀胱留置カテーテル、褥そう処置を実施していた。全 49 人が実施していた医療処置は、経管栄養がもっとも多く 24 名(49.0%)、ついで吸引 18 人(36.7%)、膀胱留置カテーテル 17 人(34.7%)で、医療処置の実施数は平均 2.2 ±1.8 個であった。

在宅療養について、「医療処置管理は安全である」と評価していたのは 21 人(回答 39 機関中 53.8%)、「医療処置管理の実施に際して困難を感じる点」は、「療養者の自己管理が困難」「(入院)医療機関との連携が困難」「緊急時の体制確保が困難」「往診実施が困難」などの項目で困難の割合が高かった。また「訪問看護は充足している」と回答したのは 18 人(回答 38 機関中 47.4%)、看護が充足していないと回答した理由は、「訪問看護ステーションにマンパワーがない」15 人(75.0%)、「介護保険の利用限度額をこえてしまう」7 人(35.0%)、「訪問看護の利用に伴う自己負担額が大きい」6 人(30.0%)などであった。

以上より、在宅医療の推進と在宅療養の安全性向上のために、病院と診療所における入退院の円滑化、訪問看護利用の推進と提供体制の整備、療養の安全を阻害している要因の検討が今後の課題である。

A. 目的

訪問診療と在宅医療処置管理実施者の概況を把握し、在宅医療を推進するための課題を提示する

- 1)訪問診療実施者における医療処置管理実施状況の把握
- 2)1)における、訪問看護利用者の把握
- 3)在宅における医療処置管理の実施に関わる課題など

B. 方法

1. 調査対象と方法

- 1)対象：人口約17万人のA地区医師会に所属する医師会員
- 2)方法：自記式の半構造的質問紙の郵送による配票と返送

2. 調査内容

- 1)訪問診療実施の有無と、実施時の訪問診療実施者数
- 2)訪問診療実施者のうち、医療処置管理を実施している療養者の概況
- 3)在宅における医療処置管理の実施に関わる課題など

3. 回収状況

地区医師会員のうち、病院、企業、老人保健施設等を除く一般診療所107ヶ所に郵送による配票を行い、50ヶ所(46.7%)から返送が得られ、うち有効回答は50票(100.0%)であった。

C. 結果

1. 調査結果

1) 訪問診療を実施している診療所数

有効回答50票のうち、訪問診療実施者ありの診療所は、19ヶ所であり、全107ヶ所中の17.8%、有効回答50票中の38.0%であった。

2) 訪問診療実施診療所における、訪問診療・医療処置管理実施者の概況

(1)訪問診療・医療処置管理実施者数

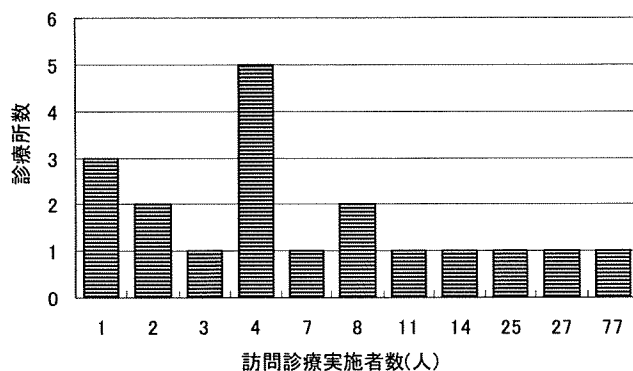


図1 一診療所あたりの訪問診療実施者数

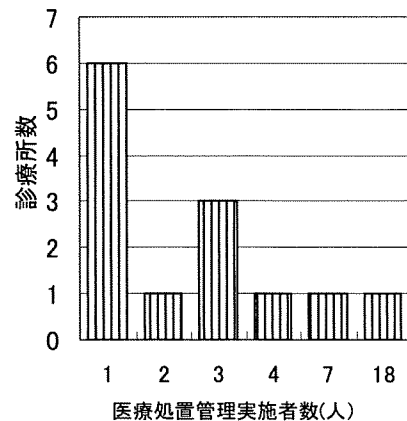


図2 一診療所あたりの医療処置管理実施者数

訪問診療実施診療所 19ヶ所における、訪問診療実施者総数は 207 名であり、一診療所あたりの訪問診療実施者数の平均(±標準偏差)は 10.89(±17.6)人であった。また、そのうち医療処置管理実施者の訪問診療を実施している診療所は 14ヶ所(73.7%)で、把握された医療処置管理実施者総数は 49 名(訪問診療実施者総数 207 名中 23.7%)、一診療所あたりの医療処置実施者数の平均(±標準偏差)は 3.50(±4.56)人であった。一診療所あたりの訪問診療実施者数を図 1 に一診療所あたりの医療処置管理実施者数を図 2 に示した。

(2)医療処置管理実施者の概況

① 主病名 (表 1)

医療処置管理実施者 49 人中、循環器疾患がもっとも多く 13 人(26.5%) (うち脳血管系疾患 11 人(22.4%)、心疾患 1 人(2.0%)、不明 1 人(2.0%)) で、ついで神経系の疾患 12 人(24.5%)、精神および行動の障害 8 人(16.3%)、呼吸器系疾患 5 人(10.2%)の順に多かった。

表1 主病名

病名	人数	%
循環器疾患	13	26.5%
脳血管系疾患	(11)	(22.4%)
心疾患	(1)	(2.0%)
神経系の疾患	12	24.5%
精神および行動の障害	8	16.3%
呼吸器系の疾患	5	10.2%
筋骨格・結合組織の疾患	4	8.2%
悪性新生物	2	4.1%
消化器系の疾患	2	4.1%
感染症・寄生虫	0	0.0%
血液・造血器疾患	0	0.0%
内分泌・代謝疾患	0	0.0%
尿路生殖器系の疾患	0	0.0%
先天性疾患	0	0.0%
その他	2	4.1%
不明	1	2.0%
合計	49	100.0%

② 年齢および家族構成

49 名の平均年齢(±標準偏差)は 81.02(±15.99)歳で、20 歳～102 歳であった。年齢区分別の主病名を表 2 に示す。

また、家族構成は、2 世帯以上 17 人(34.7%)、夫婦 11 人(22.4%)、単身 9 人(18.4%)、核家族 8 人(16.3%)、その他 3 人(6.1%)、未記入 1 名(4.1%)であった。

表2 年齢区分別 主病名

	年代							計
	0~19	20~39	40~64	65~74	75~89	90~	未記入	
循環器疾患	0	0	0	0	7	6	0	13
（脳血管系）	(0)	(0)	(0)	(0)	(7)	(4)	(0)	(11)
（心疾患）	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(1)	(0)	(1)
神経系の疾患	0	1	1	2	6	1	1	12
精神および行動の障害	0	0	0	0	5	3	0	8
呼吸器系の疾患	0	0	0	0	3	2	0	5
筋骨格・結合組織の疾患	0	0	0	2	1	1	0	4
悪性新生物	0	0	2	0	0	0	0	2
消化器系の疾患	0	0	0	0	1	1	0	2
その他	0	0	1	0	1	0	0	2
未記入	0	0	0	0	0	0	1	1
合計	0	1	4	4	24	14	3	49

① ADL

ADLは全介助 40 人(81.6%)ともっとも多く、一部介助 5 名(10.2%)、自立 2 人(4.1%)、未記入 2 名(4.1%)であった。主病名別のADLを表3に示す。

表3 主病名別のADL

病名	ADL				合計
	自立	一部介助	全介助	未記入	
循環器疾患	0	3	10	0	13
（脳血管系）	(0)	(2)	(9)	(0)	(11)
（心疾患）	(0)	(0)	(1)	(0)	(1)
神経系の疾患	0	2	10	0	12
精神および行動の障害	0	0	8	0	8
呼吸器系の疾患	1	0	3	1	5
筋骨格・結合組織の疾患	0	0	4	0	4
悪性新生物	1	0	1	0	2
消化器系の疾患	0	0	2	0	2
その他	0	0	2	0	2
未記入	0	0	0	1	1
合計	2	5	40	2	49

② 制度の利用状況

・介護保険

49 人中、44 人(89.8%)が要介護認定を受けており、うち要介護度 5 は 17 人(34.7%)、要介護度 4 は 2 人(4.1%)であった。また、要支援は 0 人、認定なし 2 人(4.1%)、不明・未記入 3 人(6.1%)であった。

・身体障害者手帳

身体障害者手帳はありの人が 13 人(26.5%)、なしが 33 人(67.3%)、不明・未記入が 3 人(6.1%)であった。主病名別・身体障害者手帳の有無を表に示す。また、身体障害者手帳あり 13 人のうち、65 歳未満の人は 1 名であったが、自立支援法による認定区分はなかった。主病名別・身体障害者手帳の有無を表4に示す。

表4 主病名別・身体障害者手帳の有無

病名	身体障害者手帳			合計
	あり	なし	未記入・不明	
循環器疾患	4	9	0	13
（脳血管系）	(4)	(7)	(0)	(11)
（心疾患）	(0)	(1)	(0)	(1)
神経系の疾患	6	5	1	12
精神および行動の障害	0	8	0	8
呼吸器系の疾患	1	4	0	5
筋骨格・結合組織の疾患	1	3	0	4
悪性新生物	0	2	0	2
消化器系の疾患	0	2	0	2
その他	1	0	1	2
未記入	0	0	1	1
合計	13	33	3	49

・訪問看護

訪問看護を利用しているのは 42 人(85.7%)で、利用していないのは 6 人(12.2%)、未記入 1 人(2.0%)であった。主病名別・訪問看護利用の有無を表 5 に示す。

表5 主病名別・訪問看護利用の有無

病名	訪問看護の利用			合計
	あり	なし	未記入・不明	
循環器疾患	10	3	0	13
（脳血管系）	(9)	(2)	(0)	(11)
（心疾患）	(1)	(0)	(0)	(1)
神経系の疾患	9	3	0	12
精神および行動の障害	8	0	0	8
呼吸器系の疾患	5	0	0	5
筋骨格・結合組織の疾患	4	0	0	4
悪性新生物	2	0	0	2
消化器系の疾患	2	0	0	2
その他	2	0	0	2
未記入	0	0	1	1
合計	42	6	1	49

・訪問介護

訪問介護は 49 人中 44 人(89.8%)の人が利用しており、利用していないのは 4 人(8.2%)、未記入 1 人(2.0%)であった。

③ 実施している医療処置の種類

医療処置実施 49 人のうち、最も多いのが経管栄養 24 人(49.0%)で、そのうち経鼻経管栄養は 1 人(2.0%)、胃・腸・食道ろうは 23 人(46.9%)であった。次いで多かったのが吸引 18 人(36.7%)で、鼻・口腔内 10 人(20.4%)、気管切開口 8 人(16.3%)であった。人工呼吸器使用は 5 人(10.2%)で、5 人とも気管切開下による管理であった。また、膀胱留置カテーテルは 17 人(34.7%)であった。医療処置実施の詳細を表 6 に、医療処置数の多い対象 7 人の概要を表 7 に示す。

また、一人あたりの医療処置数は、平均(±SD) 2.20±1.80(個)であった。
(図 3)

表6 医療処置管理

(n=49)

医療処置	人数	%
人工呼吸器	5	10.2%
気管切開下	(5)	(10.2%)
鼻・ロマスク	(0)	(0.0%)
吸引	18	36.7%
鼻・口腔内	(10)	(20.4%)
気管切開下	(8)	(16.3%)
気管切開	9	18.4%
酸素療法	8	16.3%
ネブライザー	6	(12.2%)
経管栄養	24	(49.0%)
経鼻	(1)	(2.0%)
胃・腸・食道ろう	(23)	(46.9%)
中心静脈栄養	1	2.0%
点滴	0	0.0%
インシュリン	1	2.0%
人工肛門	1	2.0%
膀胱留置カテーテル	17	34.7%
導尿	0	0.0%
創傷処置	1	2.0%
褥瘡処置	7	14.3%
疼痛管理	2	4.1%
麻薬	(2)	(4.1%)
麻薬以外	(0)	(0.0%)
透析	0	0.0%
腹膜透析	(0)	(0.0%)
血液透析	(0)	(0.0%)
その他※	1	2.0%

※その他;SpO2測定

表7 医療処置数の多い対象(7名)の概要

疾患名	年齢	ADL	家族構成	介護保険	身障手帳	医療処置管理
脳血管系疾患	70歳代	全介助	二世帯以上	要介護(5)	なし	気管切開下人工呼吸器、酸素療法、吸引、ネブライザー、胃・腸・食道ろう、膀胱留置カテーテル、SpO2測定
神経系疾患	80歳代	全介助	夫婦	不明	不明	気管切開下人工呼吸器、吸引、胃・腸・食道ろう、膀胱留置カテーテル
神経系疾患	80歳代	全介助	二世帯以上	要介護(?)	あり	気管切開、吸引、ネブライザー
神経系疾患	70歳代	全介助	核家族	要介護(5)	あり	気管切開下人工呼吸器、吸引、胃・腸・食道ろう、褥瘡処置
神経系疾患	20歳代	全介助	核家族	要介護(5)	あり	気管切開下人工呼吸器、吸引、胃・腸・食道ろう、膀胱留置カテーテル
神経系疾患	70歳代	全介助	夫婦	要介護(?)	あり	気管切開、吸引、ネブライザー、胃・腸・食道ろう、膀胱留置カテーテル
その他	40歳代	全介助	二世帯以上	不明	不明	気管切開下人工呼吸器、吸引、胃・腸・食道ろう、膀胱留置カテーテル

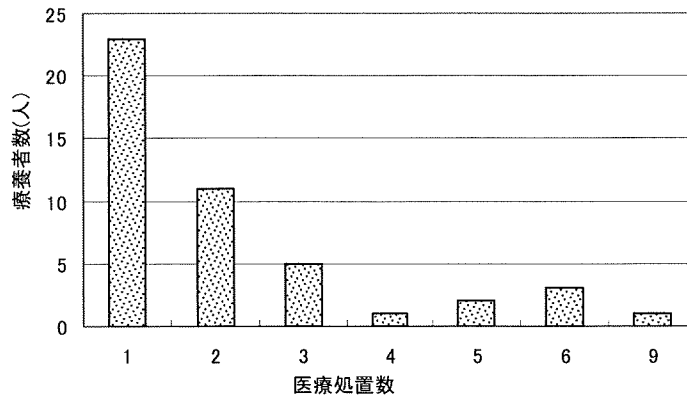


図3 医療処置管理を実施している療養者一人当たりの医療処置数

④ 訪問看護および訪問介護の利用状況と、どちらかのみあるいは両方とも利用していない対象の概要

医療処置実施 49 人中、訪問看護と訪問介護の両サービスを利用しているのは 39 人(79.6%)で、訪問看護のみ利用は 3 人(6.1%)、訪問介護のみ利用は 5 人(10.2%)、いずれのサービスも利用せずは 1 人(2.0%)であった。(図 4)

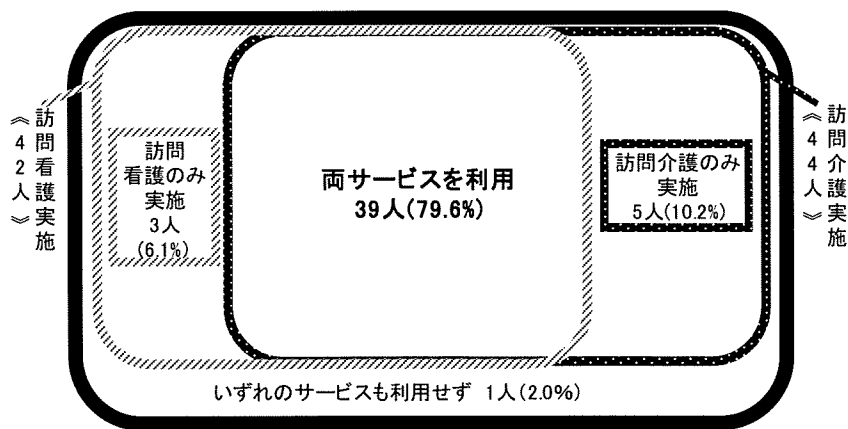


図4 訪問看護、訪問介護の利用状況

訪問看護のみを利用している 3 人の概要を表 8 に示した。

表8 訪問看護のみを利用している3人の概要

疾患名	年齢	ADL	家族構成	介護保険	回数	身体障害者手帳	区分数	医療処置
悪性新生物	60歳代	自立	核家族	なし		なし		酸素療法、麻薬による疼痛管理
《循》脳血管系	70歳代	全介助	二世帯以上	要介護	5	なし		気管切開下人工呼吸器、鼻・口腔内吸引、気管切開下吸引、酸素療法、ネブライザ、胃・腸・食道ろうによる経管栄養、膀胱留置カテーテル、SpO2測定
神経系疾患	90歳代	全介助	二世帯以上	要介護	5	あり		胃・腸・食道ろうによる経管栄養

訪問介護のみを利用している 5 人の概要を表 9 に示す。

表9 訪問介護のみを利用している5人の概要

疾患名	年齢	ADL	家族構成	介護保険 度数	身体障害者手帳	区分数	医療処置
神経系疾患	70歳代	全介助	夫婦	要介護	5	あり	鼻・口腔内吸引、創傷処置
神経系疾患	70歳代	一部介助	夫婦	要介護	5	なし	膀胱留置カテーテル
《循》脳血管系	80歳代	一部介助	その他	要介護		なし	未記入
神経系疾患	不明	一部介助	その他	要介護		なし	未記入
循環器系疾患	90歳代	一部介助	二世帯以上	要介護	5	なし	酸素療法、膀胱留置カテーテル、褥創処置

訪問看護・介護のいずれも利用していない1人の概要を表10に示す。

表10 いずれのサービスも利用していない1人の概要

疾患名	年齢	ADL	家族構成	介護保険 度数	身体障害者手帳	区分数	医療処置
《循》脳血管系	90歳代	全介助	二世帯以上	要介護	5	あり	6 胃・腸・食道ろうによる経管栄養

3) 在宅療養における医療処置管理の実施状況に関する評価

(ア) 安全性

在宅で医療処置管理をしている人の療養環境は安全について4段階評価で質問したところ、39人(78.0%)より回答が得られ、とても安全と思う2人(5.1%)、まあそう思う19人(48.7%)、あまりそう思わない15人(30.6%)、全くそう思わない3人(6.1%)で、安全と思う人と、思わない人はほとんど同数であった。

また、訪問診療を実施している診療所19件のうち、医療処置管理実施者の療養環境が安全と思っている割合は、「とてもそう思う」、「まあそう思う」を合計し57.9%であったが、訪問診療を実施していない診療所28件については安全に思う割合は28.6%であった。

(イ) 訪問看護の充足度と、不十分な場合の理由や訪問看護に対する意見

在宅における医療処置管理実施者の訪問看護が充足しているかについて、4段階評価で質問したところ、38人(76.0%)より回答が得られ、とても充足と思う0人(0.0%)、まあそう思う18人(47.4%)、あまりそう思わない15人(42.1%)、全くそう思わない4人(10.5%)であった。また、充足していないと回答した20名に対し、理由を選択式(複数回答可)で質問したところ、「訪問看護ステーションにマンパワーがない」15人(75.0%)、「介護保険の利用限度額を超えてしまう」7人(35.0%)、「訪問看護に伴う自己負担額が大きい」6人(30.0%)、「医療処置管理の実施について連携できるステーションがない」3人(15.0%)、その他4人(20.0%)の回答が得られた。

表11 在宅療養における医療処置実施状況に関する評価

	とてもそう思う	まあそう思う	あまりそう思わない	全くそう思わない	合計	未記入
医療処置管理は安全である	2 5.1%	19 48.7%	15 38.5%	3 7.7%	39 100.0%	11
訪問看護は十分である	0 0.0%	18 47.4%	16 42.1%	4 10.5%	38 100.0%	12

表12 訪問看護が不十分な理由(複数回答)

(表11の質問、訪問看護が十分かについて「あまりそう思わない」または「全くそう思わない」と回答した 20名中)

n=20

	人数	%
マンパワーがない	15	75.0%
利用限度額を超える	7	35.0%
自己負担がある	6	30.0%
その他	4	20.0%
連携できるStがない	3	15.0%
近くにない	0	0.0%

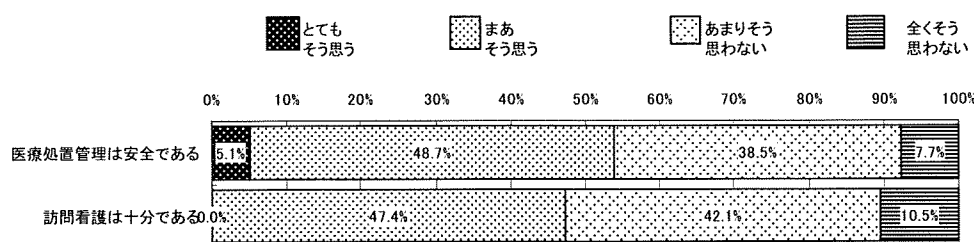


図5 在宅療養における医療処置実施状況に関する評価

(ウ)在宅での医療処置管理の実施にかかわる困難など

在宅での医療処置管理の実施に際して困難を感じる点について、4段階評価で質問した。

1)療養者の自己管理あるいは家族介護者による管理に困難があるか
 については、34人(68.0%)より回答が得られ、とてもそう思う10人(29.4%)、まあそう思う18人(52.9%)、あまりそう思わない5人(14.7%)、全くそう思わない1人(2.9%)であった。

2)訪問看護の導入・連携に困難があるか
 については、34人(68.0%)より回答が得られ、とてもそう思う2人(5.9%)、まあそう思う11人(32.4%)、あまりそう思わない17人(50.0%)、全くそう思わない4人(11.8%)であった。

3)入院医療機関との連携に困難がある(退院時、必要時)か
 については、34人(68.0%)より回答が得られ、とてもそう思う4人(11.8%)、まあそう思う17人(50.0%)、あまりそう思わない10人(29.4%)、全くそう思わない3人(8.8%)であった。

4)医療機器・衛生材料の入手や供給に困難があるか
 については、33人(66.0%)より回答が得られ、とてもそう思う3人(9.1%)、

まあそう思う 11 人(33.3%)、あまりそう思わない 15 人(45.5%)、全くそう思わない 4 人 (12.1%) であった。

5)緊急時の連絡・支援体制の確保に困難があるか

については、34 人 (68.0%) より回答が得られ、とてもそう思う 11 人 (32.4%)、まあそう思う 14 人(41.2%)、あまりそう思わない 8 人(23.5%)、全くそう思わない 1 人 (2.9%) であった。

6)往診の実施に困難があるか

については 35 人 (70.0%) より回答が得られ、とてもそう思う 11 人 (31.4%)、まあそう思う 13 人(37.1%)、あまりそう思わない 9 人(25.7%)、全くそう思わない 2 人 (5.7%) であった。

7)必要な知識や技術の入手に困難があるか

については 33 人 (66.0%) より回答が得られ、とてもそう思う 2 人 (6.1%)、まあそう思う 10 人(30.3%)、あまりそう思わない 18 人(54.5%)、全くそう思わない 3 人 (9.1%) であった。

表13 在宅での医療処置管理実施にかかわる困難

	1とてもそう 思う	2まあそう思 う	3あまりそう 思わない	4全くそう思 わない	合計	未記入
1. 自己管理が 困難	10 29.4%	18 52.9%	5 14.7%	1 2.9%	34 100.0%	16
2. 看護の導入・ 連携が困難	2 5.9%	11 32.4%	17 50.0%	4 11.8%	34 100.0%	16
3. 医療機関との 連携が困難	4 11.8%	17 50.0%	10 29.4%	3 8.8%	34	16
4. 医療機器等の 入手が困難	3 9.1%	11 33.3%	15 45.5%	4 12.1%	33 100.0%	17
5. 緊急時の体制 確保が困難	11 32.4%	14 41.2%	8 23.5%	1 2.9%	34 100.0%	16
6. 往診実施が困 難	11 31.4%	13 37.1%	9 25.7%	2 5.7%	35 100.0%	15
7. 知識・技術の 入手が困難	2 6.1%	10 30.3%	18 54.5%	3 9.1%	33 100.0%	17

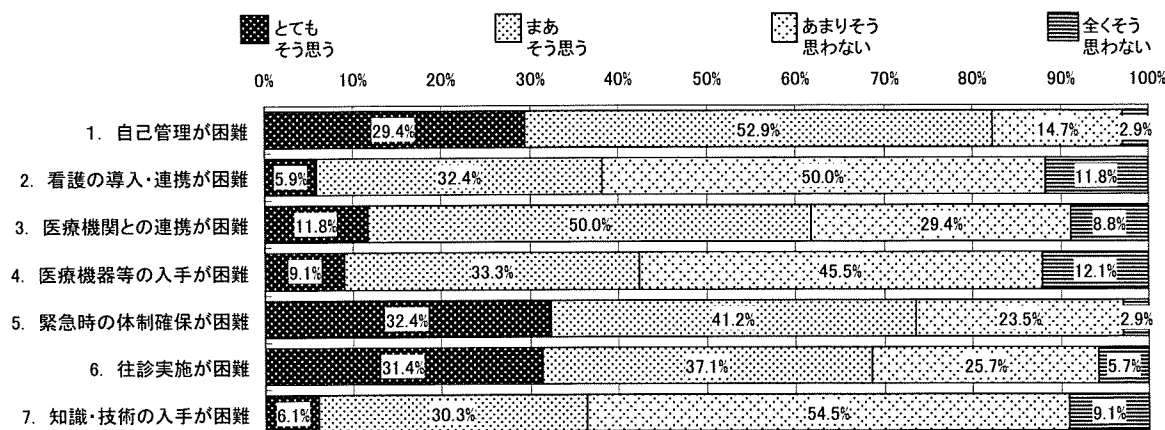


図6 在宅での医療処置管理実施に関わる困難

D. 考察

1. 地区医師会における訪問診療の概況と医療処置実施者における療養状況

対象地区医師会は、1980年(昭和55年)より在宅ケアシステムの構築に着手しており、「検診による難病等療養者の発掘とその後の在宅療養における継続的なフォロー体制」を、医師会、市の関係機関、保健所等が連携して実施する公的な事業として位置づけて整備・維持することで、「在宅医療」を推進してきた医師会である¹⁾。同医師会における1993年(平成5年)の調査では、100医療機関中34医療機関が回答し、うち25医療機関が訪問診療を実施、医療処置管理実施者23名が把握され、実施医療処置は、「(膀胱)留置カテーテル、経管栄養、気管切開」の順であった²⁾。調査方法等の相違により本年度の調査結果との直接的な比較は困難であるが、把握された実数として、「訪問診療実施医療機関数の増加」、「在宅医療処置管理実施者数の増加」がみられた。

なお本年度調査における医療処置実施者の療養状況は、実施している医療処置の種類、利用制度等については、「たんの吸引」を必要とする在宅者の全国調査結果とその傾向に大きな相違は認められなかったが³⁾、家族構成では「二世帯」、「夫婦のみ」の次に「単身」(49名中9名、18.3%)が多く、他調査結果と相違があり³⁾、生活状況に応じた療養支援体制整備と療養の安全確保の重要性が改めて示唆された。

2. 在宅医療処置実施者における、安全な療養支援の推進

「在宅における医療処置管理は安全」と回答したのは21名(39名の回答中53.8%)、「安全と思わない」の回答は18名(同36.7%)で、「安全性」に課題のあることも指摘され、安全を阻害する課題についての、今後の具体的な検討の重要性が示唆された。

また「在宅における医療処置管理に関わる困難」のうち、医療体制に関わるものは、「緊急時の(入院等)体制確保」、「往診の実施体制の確保」などで、これらは同1993年調査時にも指摘されており²⁾、継続して存在している課題であった。医療制度改革において「在宅医療の推進」は大きな柱の1つであるが、在宅医療の継続に困難が生じた際の、「緊急時の(入院)体制確保」は、日常的に安定した「在宅医療の実施」において不可欠な条件の1つとして考えられ、入院病床をもつ医療機関と地域かかりつけ主治医医療機関とのより効果的な連携の重要性も改めて示唆された。

なお、医療処置管理を実施していた49名のうち42名(85.7%)は訪問看護を利用してはいたが7名は利用しておらず、これら療養者に対して「訪問看護が充足」と回答したのは18名(47.4%)、「充足していない」19名(52.6%)、充足していない理由は、「訪問看護のマンパワーの不足」、「介護保険の利用限度額をこえてしまう・療養者の自己負担額が大きい」、加えて「医療処置の実施について連携できるステーションがない」との回答もあった。本来訪問看護が必要である在宅医療処置実施者に対して、訪問看護が提供できるように、本対象地域における「訪問看護需要に対する供給量の評価」、「医療保険による訪問看護提供が必要な対象者像の検討」、「訪問看護の資質の向上」等に関わる検討が引き続き必要である。また「在宅における医療処置管理の安全性」を向上するために、「医療処置管理看護プロトコル」⁴⁾等の普及と、それを運用するための訪問看護機関と地域医療機関との体制整備も重要である。

E. まとめ

人口約 17 万人の A 地区医師会員 107 箇所を対象に、訪問診療の概況および訪問診療実施者のうち医療処置管理実施者の概況、および在宅における医療処置管理に関わる課題について調査した。

- 1) 回答が得られた 50 診療所中訪問診療実施機関は 19 箇所、訪問診療実施者数は平均 10.8 ± 17.6 人/診療所、うち医療処置管理実施者の訪問診療実施機関は 14 箇所、医療処置管理実施者数は、平均 3.5 ± 4.6 人/診療所であった。
- 2) 医療処置管理実施者 49 人の概況は下記のとおりであった。
 - (1) 平均年齢は、 81.0 ± 15.9 歳、家族構成は 2 世帯以上が 17 人(34.7%)でもっとも多かったが単身も 9 人(18.4%)であった。
 - (2) 主病名は循環器疾患(脳血管系疾患および心疾患)13 名(26.5%)、神経系の疾患 12 名(24.5%)などであった。
 - (3) 日常生活活動は、全介助の割合がもっとも高く 40 人(81.6%)、44 人(89.8%)が要介護認定をうけており、要介護度 5 が 17 人(34.7%)、身体障害者手帳所持者は 13 人(26.5%)であった。
 - (4) 訪問看護利用者は 42 人(85.7%)、訪問介護利用者は 44 人(89.8%)、いずれも利用していなかったのは 1 人であった。
 - (5) 実施していた医療処置は、経管栄養がもっとも多く 24 名(49.0%)、ついで吸引 18 人(36.7%)、膀胱留置カテーテル 17 人(34.7%)で、医療処置の実施数は平均 2.2 ± 1.8 個であった。
- 3) 在宅における医療処置管理の実施に関する安全性や課題に関する回答は下記のとおりであった。
 - (1) 在宅における医療処置管理は安全であると評価していたのは 21 人(回答 39 機関中 53.8%)であった。
 - (2) 訪問看護はまあ充足していると回答したのが、18 人(回答 38 機関中 47.4%)、あまりそう思わない、まったくそう思わない 19 人(同 52.3%)で、充足していない理由は、「訪問看護ステーションにマンパワーがない」15 人(75.0%)、「介護保険の利用限度額をこえてしまう」7 人(35.0%)、「訪問看護の利用に伴う自己負担額が大きい」6 人(30.0%)などであった。
 - (3) 在宅での医療処置管理の実施にさいして困難を感じる点は、「療養者の自己管理が困難」「(入院)医療機関との連携が困難」「緊急時の体制確保が困難」「往診実施が困難」などの項目で困難の割合が高かった。

以上より、在宅医療処置実施者の医療・看護体制をさらに充足し、また生活状況等に応じた支援体制を確保し、在宅療養の安全性を向上することの必要性が示唆された。

F. 文献

- 1) 高木克芳：三鷹市地域ケアシステムの始まりと発展、日本難病看護学会誌、Vol.5:142-145,2001
- 2) 高木克芳：在宅ケアとアンケート調査結果：(社)三鷹市医師会三十年誌:126~135,1996
- 3) 主任研究者川村佐和子：厚生労働科学研究費補助金医療安全・医療技術評価総合研究

事業 ALS および ALS 以外の療養患者・障害者における、在宅医療の療養環境 1 整備に関する研究 平成 18 年度研究報告書、2007

- 4) 川村佐和子監：在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコール、日本看護協会出版会、2000

Ⅲ. 医療処置を必要とする在宅療養者のリスクマネジメントに関する 質的検討

主任研究者 川村佐和子(聖隷クリストファー大学大学院)
分担研究者 小倉朗子, 中山優季(東京都医学研究機構東京都神経科学総合研究所)
研究協力者 石鍋圭子(青森県立保健大学), 小川一枝(東京都神経科学総合研究所),
兼山綾子(東京都神経科学総合研究所), 幸山靖子(青森県立保健大学大学院
博士後期課程), 酒井美絵子(日本赤十字看護大学), 其田貴美枝(青森県立
保健大学大学院博士後期課程), 濱田康代(早稲田大学人間科学研究科),
原口道子(東京都神経科学総合研究所), 村田加奈子(首都大学東京)

【研究要旨】 研究 B

本研究は、「たんの吸引」「人工肛門」「経管栄養」に関連する問題事例（ヒヤリハット事例）を収集し、その要因や対応・予防策について検討し、在宅医療処置管理におけるヒヤリハットの対応システムを検討することを目的とした。

調査方法は、当該医療処置を要する在宅療養者への看護経験をもつ訪問看護職に対する面接調査(調査 B-1)、訪問看護職に共通する病院内ヒヤリハット事例の分析(B-2)、訪問介護職に対する面接調査(調査 B-3)である。調査 B-2 の「病院内資料」については、「在宅」と「病院内」の共通点・相違点を検討した上で、在宅においても起こりうると考えられる事例を分析対象に加えた。

調査内容は、訪問看護職による各医療処置に関する問題事例(調査 B-1, B-2)、訪問介護職による各医療処置に関する問題事例(調査 B-3)、現在おこなっている予防策、訪問看護職、訪問介護職、医師との連携状況(調査 B-1, B-3)についてである。また、「たんの吸引」の調査内容では、訪問看護職が訪問介護職との連携下におけるたんの吸引を実施するための実施条件、訪問介護職が抱えている不安・対処困難(調査 B-3)について加えて調査した。

分析方法は、調査 B-1, 3 については、面接内容の逐語録を作成し問題事例と連携状況を抽出した。調査 B-2 は、平成 15 年 11 月～平成 16 年 11 月までに収集され公開されている病院内ヒヤリ・ハット事例 29,589 例のうち各医療処置に該当するヒヤリ・ハット事例を問題事例とした。調査 B-1, 2, 3 より得られた問題事例は、P-mSHELL モデルを用い要因分析を行った。分析後、健康問題、主要因別に分類整理した。また、調査 B-1, 3 の面接調査については、P-mSHELL モデルによる要因分析の結果から各要因(主要因)を予防するために看護職が実施すべき予防策を抽出し、分析結果から看護職の役割として各医療処置に関する健康問題の予防策を検討した。

調査対象者及び分析対象事例数は、「たんの吸引」に関しては、訪問看護職面接対象者 22 名(抽出された分析対象事例数 15 例)、病院内分析対象事例数 28 例、訪問介護職面接対象者 26 名(抽出された分析対象事例数 33 例)であり、分析対象事例は計 76 事例であった。また、「経管栄養」に関しては、訪問看護職面接対象者 38 名(抽出された分析対象事例数 77 例)、病院内分析対象事例数 789 例、訪問介護職面接対象者数 21 名(抽出された分析対象事例数 68 例)であり、分析対象事例は計 934 事例であった。また、「人工肛門」に関しては、訪問看護職面接対象者 34 名(抽出された分析対象事例数 45 例)、病院内分

析対象事例数 2 例、訪問介護職面接対象者数 16 名（抽出された分析対象事例数 9 例）であり、分析対象事例は計 56 事例であった。

各医療処置の問題事例に関する要因分析の結果、以下の知見を得た。

1) 「たんの吸引」に関する健康問題としては、「気道閉塞のリスク」「低酸素症のリスク」「気道粘膜損傷のリスク」「感染のリスク」「身体損傷のリスク」「中毒のリスク」が抽出された。これらの健康問題を発生させていた主要因は、「吸引器材管理不十分」「不適切な吸引手技」「気道管理不十分」「状態アセスメント不足」「人工呼吸器接続不十分」であった。

2) 「経管栄養」に関する健康問題としては、「組織損傷の危険性」「栄養摂取の異常の危険性」「不適切な与薬による健康障害」「誤嚥の危険性」「皮膚損傷」「体液量不均衡の危険性」「感染の危険性」「高血糖の危険性」「便性状の変化」「気道閉塞の危険性」など 28 項目の問題が抽出された。これらの健康問題を発生させていた主要因は、「チューブ留置及び注入による本人の身体反応」「不適切な栄養・水分内容」「不適切な注入準備・確認」「注入手技・注入中管理不十分」「気道・口腔内・消化管・嚥下状態管理不十分」「皮膚管理不十分」「経管栄養注入器具・周辺器具管理不十分」「与薬管理不十分」であった。

3) 「人工肛門」に関する健康問題としては、「皮膚損傷の危険性」「皮膚損傷」「便性状の変化の危険性」「便性状の変化」「便臭」「ストマの循環不全の危険性」「セルフケアレベルの低下」「不適切な与薬による健康障害」といった 9 項目の問題が抽出された。これらの健康問題を発生させていた主要因は、「便の漏れ」「パウチ交換管理不十分」「皮膚管理不十分」「排泄管理不十分」「人工肛門の形状・部位への対応不十分」「与薬管理不十分」であった。

4) 「たんの吸引」の健康問題予防のための看護職の役割として、「吸引器材管理」「気道管理」「状態アセスメント」「人工呼吸器管理」「訪問介護職へのたんの吸引支援」を行うことが重要であることが示唆された。更に、療養者及び家族の状態・ケア提供条件に応じて看護職自身による吸引の実施を検討していく必要があった。特に、人工呼吸器装着者及び気管切開からの吸引を要する者へのたんの吸引については、吸引行為による身体への侵襲の危険性が高く、看護職が積極的に担っていく必要性があるものと示唆された。

5) 「経管栄養」「人工肛門」における「連携」に関する看護職の役割として、医師の在宅療養の方針を事前確認し、在宅医療処置開始前には、医師による療養者・家族への説明内容及び療養者の各医療処置の状況に関する情報を把握し、必要な医療機器や衛生材料等の準備及び確認をすることの必要性が示唆された。

6) 「経管栄養」「人工肛門」における「訪問看護調整」に関する看護職の役割として、療養者・家族の状況（認知力・セルフケアレベル・心身状態・トラブル状況など）に応じて、臨時の緊急時訪問を調整し、実施前段階の集中的な訪問看護体制により療養者・家族の心身状態等を確認した上で安定期にあるかどうかを査定し、在宅医療処置管理に関して、可能な限り看護職自身により実施するための訪問調整をしていくことの必要性が示唆された。

7) 「経管栄養」「人工肛門」における「医療職による予防・計画・実施」に関する看護職の役割として、トラブルの事前予防策を実施し、在宅医療処置導入段階では各医療処置ともに、療養者及び家族の受入れや手技の不安定に対応するための集中的な心身状態の確認をし、更に、定期的な療養者及び家族の状態確認をしていくことの必要性が示唆された。

A. 研究目的

医療処置を行っている療養者が看護職および介護職などからサービスを受けている場合について、とくに「たんの吸引」「人工肛門」「経管栄養」に関連する問題事例（ヒヤリハット事例）を収集し、その要因や対応・予防策について検討する。更に、在宅医療処置管理におけるヒヤリハットの対応システムの在り方を提示し、在宅療養の安全性の向上に資することを目的とする。

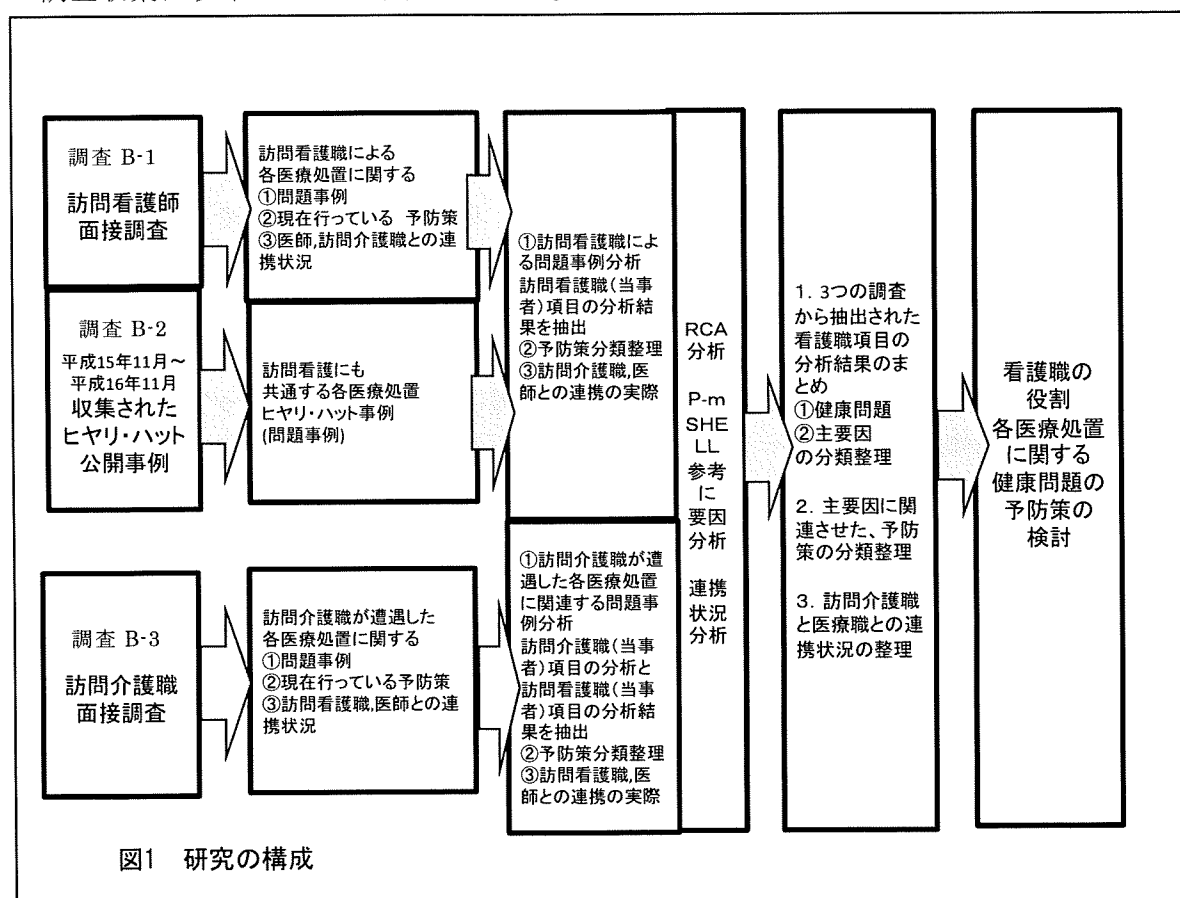
B. 方法

1. 用語の操作的定義

- 1) 介護職：介護福祉士、ホームヘルパー等、在宅における医療処置に何らかの接点を持つ在宅介護サービス提供者を介護職とする。
- 2) 問題事例：医療処置提供時及びその前後において、ヒヤリとしたり、ハットした出来事により、患者に重大な被害を及ぼすことはなかったが、健康問題を生じる可能性があった事例とする。

2. 研究の構成

調査収集は以下の2つの手法を用いる。研究の構成は、図に示した（図1）。



1) 調査及び資料収集

調査 B-1：訪問看護職面接調査

調査 B-2：訪問看護職に共通する病院内ヒヤリ・ハット事例の分析

調査 B-3：訪問介護職面接調査

調査 B-1・調査 B-3では、医療処置を行っている在宅療養者に対してサービス提供を経験している訪問介護職および訪問看護職に対する面接調査を実施した。

調査 B-2では、すでに公開されている病院内資料を調査した。調査 B-1・調査 B-3の「訪問看護職および訪問介護職に対する在宅医療に関するヒヤリ・ハット事例収集」では、ヒヤリハット事例収集システムが未確立であり、多数の事象を収集することに、困難が予想される。そのため、同時に調査 B-2の「病院内資料」を調査し、「在宅」と「施設内」の共通点・相違点を検討した上で、調査 B-2の資料を参考資料に加えて分析対象とする。

2) 調査期間：2008年6月～2008年10月

3) 調査対象及び調査内容

従来、訪問介護職が医療処置を行うことは法的に禁じられている。特に「たんの吸引」行為については、その実態は隠ぺいされており、平成16年より一定条件の下に訪問介護職が痰の吸引をすることが容認された。しかし、未だ現場は混乱が続いており、実施状況の公開は積極的ではない。そのため、たんの吸引を行っている訪問介護職を組織的に見出すことは困難である。また、「経管栄養」「人工肛門」についても、訪問介護職の直接的な関与の有無に関わらず何らかのトラブルに遭遇している可能性も考えられるものの、その実態を組織的に見出すことは困難である。

そこで、「たんの吸引」については、訪問介護職と連携して「たんの吸引」を行っている訪問看護職を学会や雑誌等の発表者から見い出し、見出した訪問看護職に連絡を取り連携してたんの吸引を行っている訪問看護職及び訪問介護職の紹介を得た。

また、「経管栄養」「人工肛門」については、このサービス提供に関する訪問介護職の関わり方の実態が不明確であるために、訪問看護職については、「たんの吸引」と同様の対象者の選定方法を取り、訪問介護職については、直接的関与の有無に関わらずこれらの医療処置を必要とする療養者へのサービス提供をしている訪問介護職のうち研究協力が得られた者を対象とした。

[調査 B-1]在宅における医療処置に関してサービス提供経験のある訪問看護職を対象とし、訪問看護職と訪問介護職との連携への取り組みについて学会や雑誌等で発表している訪問看護ステーション管理者（計6都県10事業所）に対して研究の主旨を説明し調査協力を依頼した。研究協力の得られた訪問看護ステーション管理者の紹介を得て、そこに勤務する訪問看護職へ改めて研究の主旨を説明し同意の得られた訪問看護職に対する半構成的面接調査を実施した。（医療処置によって協力の得られた対象者人数は異なる）

[調査 B-2]訪問看護に共通する病院内看護職の各医療処置に関するヒヤリ・ハット事例について、「医療安全対策ネットワーク整備事業(ヒヤリ・ハット事例収集事業)」(厚生労働省, 2005)平成16年度の事例29,589例から抽出した各医療処置に関連する報告事例を対象に要因分析をした。また、病院内の事例については、在宅での発生可能性につい