

訪問看護ステーションにおける看護師の裁量権の拡大に関する研究

報告書

平成17年度 社団法人日本看護協会 看護政策研究事業

主任研究者 野末聖香

第1章	研究の概要	2
I.	はじめに	3
II.	研究の背景	3
III.	研究目的	10
IV.	研究方法	11
V.	倫理的配慮	11
VI.	研究メンバー	11
第2章	調査（その1）：訪問看護師に対するインタビュー調査	15
I.	調査の目的	17
II.	方法	17
1	インタビューの対象施設および対象者	17
2	調査方法	17
3	インタビュー内容	17
4	倫理的配慮	18
III.	結果	18
1	対象者の属性	18
2	インタビュー内容の分析結果	19
IV.	考察	29
第3章	調査（その2）：全国の訪問看護ステーションを対象とした質問紙調査	31
I.	研究目的	33
II.	方法	33
III.	結果	34
1	回収状況	34
2	調査対象の特徴	34
3	ケアの実施・看護師による判断でのケア実施意向・ケアに関するアセスメントの状況	36
1)	排泄ケア	37
2)	認知症ケア	45
3)	褥瘡ケア	54
4)	呼吸ケア	62
4	ケアの実施・ケア実施意向等についての訪問看護ステーションの経営主体別分析	72
1)	排泄ケア	72

2) 認知症ケア	78
3) 褥瘡ケア	80
4) 呼吸ケア	86
5 ケアの実施状況・実施意向等の訪問看護ステーションの管轄地域人口規模別分析	89
1) 排泄ケア	89
2) 認知症ケア	92
3) 褥瘡ケア	94
4) 呼吸ケア	98
6 医療との連携状況	101
1) 医師から訪問看護師への情報提供	101
2) 医師との連絡の困難さ	102
3) 役割分担や意見の相違の有無	103
4) 設置主体別・医療との連携状況分析	104
5) 人口規模別の医療との連携状況分析	105
7 衛生材料の調達・管理状況	107
IV. 考察	112
1 ケアの実施状況と看護師の判断での実施意向について	112
2 医療との連携について	117
3 衛生材料の調達・常備について	118
4 訪問看護師の自律的判断で実施可能性の高いケアと課題	119
引用文献	122

## 研究組織

### 主任研究者

野末聖香（慶應義塾大学看護医療学部）

### 研究分担者

金子仁子（慶應義塾大学看護医療学部）

上野まり（神奈川県立保健福祉大学看護学科）

吉岡洋治（筑波大学大学院人間総合科学研究科）

中村順子（聖路加看護大学大学院）

宮本郁子（秋田大学医学部保健学科）

柏木聖代（筑波大学大学院人間総合科学研究科）

石川陽子（日本看護協会政策企画部）

佐藤寧子（慶應義塾大学看護医療学部）

## 第1章

### 研究の概要

## 第1章 研究の概要

### I. はじめに

近年人々の価値観は多様化し、住み慣れた自宅で最期を迎えたいといういわゆる在宅ホスピスへのニーズや、病を抱えながらも自分らしい生活を送るための在宅ケアへのニーズは高まっている。また、医療費高騰のあおりもあり医療提供の場も施設から在宅へと移行してきており、このような患者を支えるためには、地域においても急な変化を見逃さず即対応できる医療や看護がきめ細かく行われる必要がある。医療と看護、介護の密接な連携が必須だが、現実には医師不足のため、即時的な対応が困難な地域もあり、課題は多い。アメリカでは医師不足を背景に看護師の裁量権が拡大してきたが、それができたのは、高度な教育を受け、裁量権を持ちうるだけの知識や実践能力を持った看護師が地域で活動する基盤が出来ていたことが挙げられよう。わが国においても、看護師の大学教育化が進み、看護系大学院も増え、実際に高い知識と技術、経験を有して臨床実践の場で活躍している看護師や認定を受けた専門看護師が増えてきている。例えば、訪問看護分野において、疼痛コントロールやインシュリンの補正等、事前に医師と取り決めを行い、看護師が裁量権を発揮しているケースも多く見受けられ、その体制をさらに整備していく必要性は明らかである。

2003年には「新たな看護のあり方に関する検討会報告書」が出され、「療養生活の支援については看護師等が知識・技術を高め、医師等の適切な連携のもとに、その専門性、自律性を発揮し、患者の生活の質の向上に資する的確な看護判断を行い、適切な看護技術を提供していくことが求められている」<sup>1</sup>とされており、訪問看護の専門性を高め、その専門性が十分に生かせる仕組み作りを進めることが望まれている。このことは、訪問看護における裁量の範囲を見直すことにも直結する課題である。ところが、訪問看護の裁量の範囲については、地域や設置主体やステーションの規模などによっても違いがあり、その詳細な実態は明らかにされていない。

そこで本研究は、訪問看護の場での実態調査によって、訪問看護師の裁量の範囲の現状や課題を明らかにし、看護師の裁量によって実施可能な技術を明らかにしていくことを目的として行うものである。

### II. 研究の背景

#### 1. 諸外国の訪問看護師の裁量権の拡大について

山本ら<sup>2</sup>は諸外国における看護師の看護活動の実情を調査した。フランス、ドイツ、イギリス、デンマーク、アメリカ(3州)、中国、韓国、オーストラリア、タイ、シンガポールの10カ国を対象とした。それぞれの国において、業務範囲についての法律があるが、医師との関係性や保険制度の影響を受けており、医師などの不足が看護師の業務範囲の広がりに影響していると述べている。地域や在宅への医療の広がりによって看護活動に広がりが出、それに伴い看護師の経済的保障につながった国として、フランス、イギリス、タイを挙げた。また、新たなケア提供体制の導入に当たって、パイロット事業を実施していくことについては、オーストラリア、アメリカ、イギリスで行なわれているとしている。

これらの国々の訪問看護活動と訪問看護師の裁量に関して検討し、わが国への適応の可

能性について検討する。

#### ①タイ

タイでは医療従事者が絶対的に不足していることから、看護師が地域におけるスクリーニング機能を果たすこともあり、医師不在の地方では処方など看護業務の裁量権が広い。しかし無資格者が看護を行うという問題や、看護としての知識や技術を超える対応を迫られることもあるなどの問題も指摘されている。このような現状の中でも看護の役割拡大と業務役割の見直しが進められ、国民のヘルスケアニーズに応える姿勢が大きいとしている<sup>3</sup>。

#### ②フランス

フランスでは看護師の行為が明確に定義されており、医師のプロトコルに則って看護師が単独で実施できる活動には、注射・点滴、採血・採尿、カテーテルの挿入と交換、ワクチン接種、創部処置、心電図・脳波の検査がある<sup>4</sup>。訪問看護師は医師の指示ではなく処方箋に基づき医療行為を実施しており、2002年には「看護職実践・職業行為に関する省令」によって裁量権が明確にされている<sup>5</sup>。1960年代のベット不足事態に「在宅高度医療事業所」が現在も医療依存度の高い患者を支えている。報酬には医療技術と生活援助によって看護師が行なう行為に点数がつけられている点が日本と異なっている<sup>6</sup>。またフランスには、開業看護師という実践経験3年を経た後に、地方公衆衛生局に登録して開業する看護師がいる。医師の診断・処方に従って与薬や処置を行なうもので、開業オフィスや訪問活動を行なうという形態である<sup>7</sup>。

#### ③デンマーク

デンマークは、スペシャリスト看護師の制度があるが、在宅ケア看護師はジェネラリスト看護師であり特別な教育プログラムはない。ジェネラリスト看護師であっても死亡確認、安静度処方、リハビリテーション処方、他科医師への相談も自己裁量で行なえる。在宅ケア看護師のほうが病院の看護師よりも裁量が広く、訪問看護の開始と終結の決定、創処置やデブリードメント、膀胱留置カテーテルの使用開始と中止、退院計画や退院指導について独自に判断して実施できる。薬剤や酸素の投与についても裁量の範囲が広い。看護専門領域における知識・技能の追求と、ケアチームの中での役割を基盤として裁量権の拡大を図ってきている<sup>8</sup>。

上記の国では、看護師が確実に知識と技術を身につけ、国民にも他の医療職にも信頼を得て、裁量権を拡大していると言えるだろう。日本の看護師も同様に実際には既に十分な知識と技術をもって、裁量を発揮していることがあるのではないだろうか。わが国に比べて訪問看護師の裁量が高い国では、国民の期待に応え信用を得るために、どのような方策を行なってきたのだろうか。イギリスはこの点において、パイロット事業を展開することからはじめている。

#### ④イギリス

パイロットプロジェクトは、1994年に看護処方者（Nurse Prescriber）の制度や彼らが多く

活躍している Walk in Center と呼ばれる看護師によるプライマリヘルスケア制度や、看護師が役割を担う電話による相談事業（NHS Direct）が行なわれてきた。Walk in Center はプライマリヘルスを充実させるための国の具体策として、看護師による診察や簡単な処置、他への相談などを行っており、NHS Direct は、受診が遅れて症状が悪化する患者への対策のために作られた新たな制度である<sup>9</sup>。いずれもコミュニティケアの場から看護職が求められ、看護の裁量が拡大してきているが、看護の薬剤処方権を獲得していくプロセスやスペシャリストの認定や教育制度などの努力が背景にあると考えられる。訪問看護やコミュニティケアを担うのは、保健師（Health Visitor）、地区看護師(District Nurse)であるが、いずれも教育プログラムを受けた後に資格を取得するスペシャリストである。イギリスでは3年ごとに資格の更新があり、定められた勤務実績や継続教育が問われており、さらに経験や専門能力によって7段階のグレードが設けられている。このような看護師の質を保証する制度も裁量が広がってきた背景にあるものと考えられる。またイギリスにおいては看護師が処方権を獲得した点が特徴的であるので、以下にその経緯をまとめる。

マークジョーンズ<sup>10</sup>は処方権獲得の経緯を次のように述べている。看護師の処方については、1986年のケンバレッジ勧告書から議論されるようになった。在宅患者のケアをよりよくすることに焦点を置いたこの報告書では、地区看護師(District Nurse)は患者を自分たちでアセスメントしているにもかかわらず、処方権が無いために、医師からの必要な処方を得るための多くの時間をとられているということから、限定した薬剤については処方を許すべきだと提言された<sup>11</sup>。RCN（イギリス看護協会）の強い働きかけによって、「看護ケアの実施に必要な薬剤を看護師向けの処方集の中から処方できるようにすること、医師の監督下に処方箋なしでも看護師が患者に出せる薬のリスト（Nurse Prescriber Formula(NPF)）を医師と看護師が協力してつくるように」との勧告を含むクラウンレポートができた。医療費を懸念し動かない政府に対し、RCNは広報活動等を行い、幅広い支持を得て1992年法案が通過した。1994年からパイロットプロジェクトが始まり、1997年にはイングランド全域に拡大した。多くの保健師（Health Visitor）、地区看護師(District Nurse)が処方の訓練を受け、2000年には20000人が必要な教育を受けた後に資格を得ている<sup>12</sup>。看護師の処方についての1998年の調査では、医師よりもアクセスしやすいことや、多くの情報を得られると評価されていることが明らかになり、2001年の調査では、看護師や医師にとっても、より効率的活効果的な治療が提供できるという結果も報告されている<sup>13</sup>。1999年には、看護師のさらなる処方権の拡大と他の専門職による処方がクラウン博士によって再び提案された。2001年にはさらに養成のための資金を政府が準備することになり、処方可能な薬剤を定めた Nurse Prescriber Formula(NPF)のリスト内容も拡大した<sup>14</sup>。現在の Nurse Prescriber Extended Formulary(NPEF)には100以上の医学的狀態に対して、240以上の処方箋薬、薬局専門医薬品、一般販売薬品が含まれている<sup>15</sup>。2006年のupdateでは28000人の保健師(Health Visitor)地区看護師(District Nurse)が自律的処方者の資格を得ている。2002年には自律的処方者の権限の拡大、2003年には補助的処方者（Supplementary prescriber）についての制度もはじまった。補助的処方者（Supplementary prescriber）とは、医師によって状態をアセスメントされて診断された患者の個別的な治療計画（Clinical managed plan(CMP)）に基づいて患者の同意を得、医師の監督の下処方を行なうものであり、慢性疾



患者に対するケアとして期待されている<sup>16</sup>。イギリスにおける看護師の処方権については政府のHP<sup>17</sup>で見ることができる。

以上のようにイギリスでは国民皆保険であるが故のプライマリーヘルスケアの不足を背景として、コミュニティにおけるヘルスケアの充実を期待されての裁量権拡大であったが、すでに処方について十分な知識をもった看護師がおり、それを看護協会が中心となってねばり強く国に働きかけていった経緯がある。処方権取得後の調査でも、患者や医師の満足度が高いことがその後のさらなる拡大につながっているものと考えられた。これには、教育や更新制度によって看護師の質が保持され、国民の期待に応えてきたことも重要な点であるとする。

#### ⑤アメリカ

アメリカで訪問看護の需要が高まる要素として、人口の高齢化、早期退院の動き、入院や外来治療よりも医療費の効率がよく同じ費用でも質の高い援助が提供できること、高度な医療技術が在宅で可能となってきたことなどがある<sup>18</sup>。アメリカの在宅医療（Home Health Care）は、在宅医療事業主体が雇用している看護師やヘルパー、呼吸療法士、理学療法士などの多職種によってサービスを提供している<sup>19</sup>。看護師は多職種在宅ケアチームのリーダー的役割を担うことが多く、医師と頻りに連絡をとったり、医師と患者、医師と在宅ケアチームとをつなぐ役割を担ったりしている。看護師には非常に広範囲な看護が要求され、知識や能力、技術が必要とされているので、正式な看護教育に加え、看護経験を少なくとも2、3年は要求されている<sup>20</sup>。在宅ケアサービスにメディケアからの補填をうけるためには医師の診察と指示が必要で、訪問看護の目的を限定して2ヶ月ごとにOASISと呼ばれるアセスメントシートによって評価していかなければならない。看護師の役割として、ケアを正確に実施し、患者の詳細なアセスメントと看護の評価判断をすること、治療効果を確認して、医師に情報を提供し、治療方針を修正する役割がある<sup>21</sup>。アメリカの診療報酬のシステムとして、患者の状況によってケア内容が定められており、その確認のためのアセスメントも詳細であるため、訪問看護師の役割や医師との関係も明確になっている印象を受ける。実際の同行訪問のレポートなどから「医師の目となり耳となる」という表現のように、状態の変化を医師に相談しやすい状況も伺える<sup>22</sup>。

アメリカでは看護師の資格や教育、業務内容は州ごとに異なっているので、訪問看護師の裁量権、業務範囲は資格によっても、州によっても異なっている。花出ら<sup>23</sup>は、カリフォルニア州と、ミネソタ州、ニューヨーク州について、具体的な看護業務の裁量範囲について、RN(Registered Nurse)登録看護師、APN(Advanced Practice Nurse)上級実践看護師の別に明らかにした。「訪問看護の開始や終結の決定」「薬剤処方」「酸素処方」「創処置やデブリドメント」「動脈血採血」「膀胱カテーテルの留置や抜去」は、RNは医師の指示のもと看護師が単独で実施したり、医師の立会いの下で実施することとなっているが、Nurse Practitioner(NP)ナースプラクティショナー自ら判断・決定し、実施できるものとされている（CNSは限定されているものもある）。RNは、上述したとおりの医師の指示と連携をとりながら看護を行っており、その範囲は日本と変わりがないようにも見え、NPなどのスペシャリストがアメリカでは裁量を広げてきていると言える。アメリカにおけるスペシャリストの発展と、そこからさらに訪問看護における裁量について以下に検討する。

アメリカにおいて、上級実践看護師 APN (Advanced Practice Nurse) は、ナースプラクティショナー Nurse Practitioner (NP), クリニカルナーススペシャリスト Clinical Nurse Specialist (CNS), 認定登録麻酔看護師 Certified Nurse Anesthetists (CRNA), 認定看護助産師 Certified Nurse Midwives (CNM) からなる。山本<sup>24</sup>によれば、NP は 50 年代から 60 年代にかけてのプライマリーケア医の不足を背景に医学モデルとして広がり、高度な教育を受けた有能な看護師を育て、90 年代のヘルスケア危機において急激に普及した。CNS はより高度な専門知識をもつ看護実践を行なう看護師として精神科領域から発展してきたが、80 年代後半の医療費節減の流れで減少してきているといわれている。2004 年のアメリカ政府の統計<sup>25</sup>によれば、NP は 141,209 名 (51% of all APRNs)、CNS は 72,521 名 (24% of all APRNs)、CRNA 32,523 名 (4% of all APRNs)、CNM 32,523 名 (13% of all APRNs) であり、NP の増加と CNS の減少が見られている。NP は、「急性及び慢性疾患の直接的マネジメントにおいて、包括的ヘルスアセスメント、診断、薬物療法と非薬物療法に関するクリティカルな判断」をし、薬物や器材の処方権限が認められているが、その範囲や医師との関係も州によって細かく規定されている<sup>26</sup>。アメリカでは医療の必要によって NP の役割が拡大し、1997 年、65 歳以上の高齢者と障害者を対象とした政府管掌保険のメディケア B から医師の 85% の報酬が支払われるということが APN の直接の報酬として地区を限定せずに認められ<sup>27</sup>現在も続いている。しかしこの支払いのためには、医師とのコラボレーションや他の支払いを受けていないことなどが必要とされている<sup>28</sup>。先の花出らの報告や 2006 年の州別の報告<sup>29</sup>でもあるように、メディケイドによる保険償還の状況は認めていない州から、医師の 50~100% まで認められている州までである。

クレア M. フェイガン<sup>30</sup>は、アメリカの APN が診療報酬からの支払いを受けるために、看護協会や関連団体の精力的な活動と、すぐれた看護職のケアのアウトカムを証明する研究があったことを詳しく述べている。「APN の技術が医師に劣らないこと、同レベルのアウトカムを達成しており」かつ医療費を削減していること、患者の満足度をあげていることなどを明らかにする研究がアメリカの政策を変えてきたと述べ、疾患の予防的活動や、慢性疾患の維持と管理、労働衛生やサイコセラピー、看護助産師の健康な妊婦へのケアなどの研究をあげている。一方で、保険適応において成功していないものの 1 つに在宅ケアが挙げられている。

在宅の場における NP について、Neal<sup>31</sup>はこれまでの研究をレビューしているので以下に要約する。2002 年の在宅看護の調査では APN が広い専門領域にわたって実践しており、またケア提供の仕方も、ケースマネージャーと連携したり、訪問したり、コンサルテーションしたりと様々であったことがわかっている。90 年代後半の老人の訪問看護のいくつかの研究によって、NP がいることによって再入院が減っていることが明らかになったことから、医療費の削減につながる可能性がある。医師との連携についての研究では、RN や他の医療職は医師と連絡を直接取り指示を得なければならないが、指示の内容が漠然としていたり、一般的であるためにそれぞれの経験から判断したりしている現実があり、NP は指示がなくともケアをした後にプランや状態について医師に報告することができるため現実的に無駄な時間や労力を取られずにいることが明らかになっている。他にも NP によってサービスの一貫性や継続性、多様性が増したとの報告や、家族へのケアにも焦点が当てられることなど NP の在宅における有用性を述べている。コストの点からの研究では医師との有意な差は

なかったが、薬の使用が少ないことやセルフケア、ライフスタイルの変更などの予防的ケアが長期的に見てコストを下げると考えられている。また多くの医療職によるケアを統合するという役割もあり、在宅場面において NP の役割は理想的なものであると述べている。

しかし、在宅場面においては NP の役割獲得はなかなかすすまず、Nuzzo ら<sup>32</sup>はその理由のひとつとして上述したように在宅看護における NP の診療報酬をあげ、さらに在宅看護 (skilled nursing) はメディケア A であり、在宅医療事業主体では伝統的に A が良いとされていることもあげている。また NP は、メディケア B から医師の 85% の報酬を得ている専門職であるが、在宅看護とホスピスについてのオーダーは出せず、医師の指示が必要とされている<sup>33</sup>のである。

アメリカにおいて NP は、多くの優れた研究によって裁量権を獲得してきたが、複雑な診療報酬のシステムもあって、在宅場面では十分な報酬を得られていないのが現状であろう。しかし多くの職種がかかわり複雑であるからこそ、看護が十分機能することで、生活の質や再発の予防などの多くの利点があるという研究もすすんでいる。わが国においてもすべての訪問看護師が裁量をもつことよりも、NP のようなスペシャリストが裁量をもつという視点も必要ではないだろうか。

## 2. わが国の訪問看護に関する背景

わが国における訪問看護は 1992 年の老人保健法によって制度として新設された。当初は高齢者の自立支援が目的であり、「介護を中心とする看護」「生活支援型訪問看護」であった。訪問看護制度が開始されるに当たり、日本看護協会は療養生活上のケアを重視し、医師の指示の必要のない看護に療養費を支払うことを主張したが、主治医の指示がなければ訪問看護は行なえないことが明記され、すべてのケースに訪問看護指示書が義務付けられた。しかし、この指示書の指示範囲の不明瞭さや具体性のなさが当初から指摘され、特に診療の補助における「絶対的医行為」「相対的医行為」についてはばらつきがあったと報告されている<sup>34</sup>。

1994 年には健康保険法等の改正により、老人等以外の在宅療養患者に対する訪問看護療養費が医療保険から支払われるようになった。その後の入院期間の短縮化、医療機器の進歩、ターミナル期を自宅で過ごす希望の増加など、在宅での医療のニードと高度化がますます進んでいるのが現状であるといわれている。平成 16 年度の訪問看護・家庭訪問基礎調査では、何らかの医療処置を受けている利用者は 80% であり、重度と最重度を合わせて 35% と報告されている<sup>35</sup>。

### ① 訪問看護における医療行為の範囲：先行調査から

医師や看護師が常時患者のそばにいないことのできない訪問看護の場面で、医療依存度の高い患者に対し、看護師が判断し、安全な技術を行なうことが求められている。医師が行なうのであれば患者に衛生上危害が生じるおそれのある行為を「絶対的医行為」、医師又は歯科医師の指示に基づいて看護師によって行なわれる「相対的医行為」に区別されているが、そのときの医療水準や教育レベルなどの状況によって、どの行為が「相対的医行為」にあたるのかは判断が異なると言われている<sup>36</sup>。

草刈ら<sup>37</sup>は 1995 年度の「在宅ケアにおける看護業務と看護の専門性に関する研究」にお

いて、全国の訪問看護ステーション及び各事業所に関与している医師を対象に調査を行った。医療依存度が高い患者を想定した 61 の医行為について、訪問看護ステーションの管理者には、実施状況、医師の指示状況、実施しない場合の理由、研修の必要性について、医師には同じ 61 項目の指示状況と研修の必要性についてを問う質問紙を配布している。この研究で医師の指示については、個別的・具体的指示よりも包括的指示が多かったものは「機能回復訓練」のみで、個別的・具体的指示が 50% を超えていたのは 31 項目にのぼり、実施後すぐに医師に報告するはすべて 20% 以下であった。しかし一方で自由記載からみて医師の指示は必ずしも個別的・具体的ではなく、指示範囲や形態にばらつきがあると推測されている。実施しない方針の理由としては、「規則・責任」が大部分をしめており、法律的制度的環境整備が求められているとしている<sup>38</sup>。天野ら<sup>39</sup>は Y 県において、草刈らの研究と同様のツールを使い調査し、すべての医行為において包括的指示と個別的・具体的指示が近似していたと報告した。訪問看護師は医師からより具体的な指示を得たり、病態の変化に対する相談をしやすい環境、さらに訪問看護師の実施する医療的処置の範囲の明確化を希望していた。

草刈ら<sup>40</sup>の診療の補助に関する調査では、訪問看護師の医療行為への躊躇について「どこまで自律的に判断して実施してよいか苦慮する」「材料の入手が困難」があり、医師側の感じる問題として「訪問看護婦の力量が不明確である」「実施責任は訪問看護師にもある」などが明らかになり、個別的な関係性や相互信頼を基盤として指示内容が異なると指摘している。川村らは、訪問看護の医療処置に関連した看護の質保証のための基準や方策が必要であるとし、施設内規準（医療処置管理看護プロトコール<sup>41</sup>）を作成した。14 の看護プロトコールが上げられているが、使用方法として訪問看護施設の規準とする方法、他の診療所等との間の規準とする方法、さらには個別に、ある患者と医師と看護師という形での規準とする方法を原則として、責任の所在を明確にする必要性を述べている。またこのプロトコールの試用、評価についての調査も行われ、医師との連携に活用できた、医師との責任が明確化されたなどの回答を得たとしている<sup>42</sup>。

## ②訪問看護における医師と看護師の連携のあり方と役割分担

医師と看護師の連携のあり方については、2002 年「あらたな看護のあり方検討会」においても議論されてきた。「患者の生活の質の向上を図るためのケアを迅速かつ適切に提供するという観点からは、医師と看護師等の十分な連携と信頼関係の下で、患者に起こりうる病態の変化にも対応可能な医師の指示に基づき、看護師等が適切な観察と看護判断を行い、患者に対して適切な看護を行うことが望ましい」とされ、包括的指示については「医師の指示の仕方、看護師等からの報告のあり方については、それぞれの資格、経験、専門性、患者の病態、医療行為の内容等に応じて異なるものであることを十分留意しなければならない。この点も踏まえつつ、療養生活の支援については、看護師等が知識・技能を高め、医師等との適切な連携の下に、その専門性、自立性を発揮し、患者の生活の質の向上に資する確かな看護判断を行い、適切な看護技術を提供していくことが求められる」としている。医薬品の使用については、医師の指示範囲内において、患者の症状を観察した看護師等が症状に応じて適切な服薬を支援することが望ましいとされた。さらに療養上の世話と診療の補助とを明確に区別しようとするよりも、療養上の世話を行う際に医師の意見を求

めるべきかどうかについて適切に判断できる看護師等の能力、専門性を養っていくことが重要であるとしている<sup>43</sup>。療養上の世話に当たる行為については、時代や国民のニーズに応じて柔軟に考えて業務内容を充実させることができると考えられる<sup>44</sup>。

岩本<sup>45</sup>は医療依存度の高い患者の在宅医療においては、病態が変化した際に即応できる連携体制が不可欠であるが、医師と看護師の業務分担は不明瞭であるとし、病態が変化した際の医療行為について医師の意向、看護師の対応の実際、医師の指示と看護師の裁量の検討を行っている。医療行為 19 行為 34 項目を特定し、それぞれについて医師には看護師への対応の意向たずね、看護師には対応の有無と対応しない理由、さらに判断に迷うなどの検討の必要があるとした 10 項目（検査のための静脈採血、胃チューブ挿入、酸素量の増減、導尿の実施、内服薬の優先順位の決定、指示と異なる褥創の処置、経管栄養の中止、量・回数の変更、膀胱洗浄、機能回復訓練内容・回数の変更、創傷処置）については、医師の指示状況を明らかにしている。医師の意向として、「再度指示を受けるべき」とされたのは、「服薬管理、指導」「在宅酸素療法、指導」のみで、他の行為については「患者の状況によって変更中止しても差し支えない」が多かった。看護師の裁量についても条件付を含めて 8 割が容認することが明らかになった。看護師の対応については、3 分の 2 以上の行為について半数以上が訪問看護師自身が応急の対応を行っており、病態変化に対して看護師の判断が多いことが明らかになった。対応しなかった理由には「医師の指示がないから」が多かった。また訪問看護師の経験が対応に有意に影響していた<sup>46</sup>。判断に迷う 10 の行為についての看護師が対応した時点で指示なしが多く、導尿については 7 割を超えていた。指示なしの割合が半数以下であったのは、「創傷処置」「機能回復訓練」のみであった。また「導尿」「じょく創」の 2 項目を除き、医師の指示があれば訪問看護師の対応が増大することが明らかとされた<sup>47</sup>。この点が先の草刈らの研究と大きく異なる点であり、医療依存度の高い患者が増加しているために、病態が変化した際には、現実的に訪問看護師がある程度の裁量をもってケアに当たらねばならない状況が増えているといえるのではないだろうか。

これらの現状を踏まえ今後は、実際にすでに訪問看護師がある程度裁量を持っている行為を特定し、その効果について明らかにしていく必要がある。実態に即した制度が整備されることによって、適切な時期に適切な看護サービスを提供することにつなげることができ、国民の QOL 向上に寄与できるものとする。

### Ⅲ. 研究目的

わが国の訪問看護の裁量に関する現状を明らかにし、看護師の裁量によって実施可能な技術を明らかにすることである。

- 1) 訪問看護師がどのような行為についてどの程度の判断をしているのか、影響する要因は何か、訪問看護師はどのような裁量が必要だと考えているのか明らかにする。
- 2) 上記 1) によって明らかになった行為（排泄ケア、認知症のケア、呼吸器ケア、褥創ケア）について、訪問看護師の自律的な判断と活動の実態を明らかにする。
- 3) 訪問看護師の自律的判断に影響する要因を明らかにし、今後看護師の裁量によって実施可能な技術と、そのための要件について考察する。

#### IV. 研究方法

本研究は、全国の訪問看護ステーションに対して、訪問看護師の裁量の範囲と課題に関する質問紙調査を行い、統計的に分析した。全国調査に先駆けて、全国調査の調査内容を焦点化するために訪問看護ステーションに対するインタビュー調査を実施した。インタビューは作成したインタビューガイドにしたがって、半構成的に実施し、質的に分析するという方法をとった。その結果に基づいて抽出した訪問看護師の裁量を拡大する可能性のあるケアである「排泄ケア」、「認知症のケア」、「呼吸器ケア」、「褥創ケア」について、その実施実態や裁量の方向性について質問紙調査を行った。調査は、全国の訪問看護ステーションを無作為に 2500 施設抽出し、郵送法にてデータを収集した。データは統計的に分析し、訪問看護師の自律的判断の実態を記述した。その結果から看護師の裁量によって実施可能な技術・看護を検討し、今後の介入研究の可能性を考察した。インタビュー調査と質問紙調査の詳細な方法は、各々の報告で述べる。

#### V. 倫理的配慮

インタビュー調査においては、研究の趣旨と参加協力の自由意志と拒否権、個人情報の保護、不利益はないこと、研究結果の公表方法を文書を用いて説明し、文書による同意を得た。

質問紙調査においては、研究の趣旨と参加協力の自由意志と拒否権、個人情報の保護、不利益はないこと、研究結果の公表方法等についての文書を同封し研究への参加によって同意を得たものとした。

得られた結果の個人情報の保護については保管を万全にし、質問紙調査では統計的処理によって、またインタビューでは個人や事業所が特定されないようにつとめた。

尚本研究は慶應義塾大学看護医療学部倫理委員会の承認を受けて実施した。

#### VI. 研究メンバー

野末聖香（慶應義塾大学看護医療学部）

金子仁子（慶應義塾大学看護医療学部）

上野まり（神奈川県立保健福祉大学看護学部）

吉岡洋治（筑波大学大学院人間総合科学研究科）

中村順子（聖路加看護大学大学院）

宮本郁子（秋田大学医学部保健学科）

柏木聖代（筑波大学大学院人間総合科学研究科）

石川陽子（日本看護協会政策企画部）、

佐藤寧子（慶應義塾大学看護医療学部）

## 引用文献

1 新たな看護あり方に関する検討会報告書

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0324-16.html>

2 山本あい子：看護師の業務と役割の模索－研究の概略と連載の見どころ－，看護管理 13(1)，49－51，2003.

3 近藤麻理：看護師の業務と役割の模索－タイの場合－，看護管理 13(4)，315－319，2003.

4 金川克子，山本あい子：諸外国に学ぶ－看護の裁量権拡大とその方略－，看護 56(4)，54－60，2004.

5 山崎摩耶：欧州の在宅看護から日本が学ぶこと－デンマーク・ドイツ・フランスの在宅看護視察を通して考える－，コミュニティケア，8(3)，50－55，2006.

6 住田英子，灘井京子，佐々木静枝：個人主義が徹底したフランスの在宅看護，コミュニティケア，8(3)，62－65，2006.

7 山本あい子他：諸外国における看護師の業務と役割に関する研究，厚生科学研究費補助金平成13年度総括研究報告書

8 輪湖史子：看護師の業務と役割の模索－デンマークの場合－，看護管理 13(6)，478－483，2003.

9 増野園恵，勝原裕美子：看護師の業務と役割の模索－英国の場合－，看護管理 13(2)，134－139，2003.

10 マークジョーンズ：イギリスにおける看護師の処方権，インターナショナルナーシングレビュー25(5)，53－56，2002.

11 Anne Baried：Nurse Prescribing –how did we get here?，Journal of community Nursing，

12 Molly Courtenay：Nurse Prescribing – the story so far，Journal of community Nursing，16(5)，2003.

13 Molly Courtenay：Nurse Prescribing – the story so far，Journal of community Nursing，16(5)，2003.

14 マークジョーンズ：イギリスにおける看護師の処方権，インターナショナルナーシングレビュー25(5)，53－56，2002.

15 Molly Courtenay，Matt Griffiths：Independent prescribing and beyond，Journal of community Nursing，20(6)，2006.

16 Molly Courtenay：Nurse prescribing update Journal of community Nursing，20(2)，2006.

17

18 竹友安彦：ホームヘルスケア－日米、介護と看護の新しいかたち，里文出版，2002.

19 花出正美，山本あい子：看護師の業務と役割の模索－アメリカ合衆国の場合－，看護管理 13(7)，568－573，2003.

20 カレン B. テッツ，カーラ M. ヘーゲン：アメリカの在宅ケアと在宅看護－患者重症化と多職種共同の中の看護職，インターナショナルナーシングレビュー，27(1)，54－58，2004.

21 村上紀美子：地域連携における米国ナースの苦闘の経験－日本に活かせるか、同じ轍を踏むのか，看護管理 15(4)，293－297，2005.

22 村上紀美子：米国の訪問看護・在宅ホスピスを歩く①病院でも在宅でも患者さんがいる場所にシームレスな医療を届ける，看護実践の科学，30(3)，58－62，2005.

23 山本あい子他：諸外国における看護師の業務と役割に関する研究，厚生科学研究費補助金平成13年度総括研究報告書（p84－アメリカ合衆国）

24 山本則子：米国におけるナースプラクティショナーとクリニカルナーススペシャリスト，

- インターナショナルナーシングレビュー, 26(3), 82-91, 2003.
- <sup>25</sup><http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/rnpopulation/preliminaryfindings.htm>
- <sup>26</sup>花出正美, 山本あい子: 看護師の業務と役割の模索—アメリカ合衆国の場合—, 看護管理 13(7), 568-573, 2003.
- <sup>27</sup> <http://nursingworld.org/gova/hcfamem.htm>
- <sup>28</sup> Mathy D. Mezey, Diane O. McGivern, Eileen M. Sullivan-Marx Ed.: Nurse Practitioners-evolution of advanced practice 4<sup>th</sup> edition, p401-402, Springer Pub., 2003.
- <sup>29</sup> Susanne J. Phillips : A Comprehensive look at the legislative issues affecting advanced nursing practice, The Nurse Practitioner, 31(1), 6-38, 2006.
- <sup>30</sup> クレア M. フェイガン: 看護研究の役割—APN のケアに保険適用を受けるために, インターナショナルナーシングレビュー, 25(5), 57-63, 2002.
- <sup>31</sup> Leslie Jean Neal : The Nurse Practitioner in Home Care , Home Health Care Management & Practice , 16(5), 383-388 , 2004.
- <sup>32</sup> Paula Milone-Nuzzo, Adele Pike : Advanced Practice Nurses in Home Care : Is there a role?, Home Health Care Management & Practice , 13(5), 349-355 , 2001.
- <sup>33</sup> American academy of nurse practitioner HP  
<http://www.aanp.org/NR/rdonlyres/>
- <sup>34</sup> 津村千恵子: 訪問看護業務における医師の指示と看護職の法的責任の範囲を考える, 保健婦雑誌, 49(4), 294-299, 1993.
- <sup>35</sup> 佐藤美穂子, 小松妙子, 佐々木綾子: 平成 16 年度訪問看護・家庭訪問基礎調査 2
- <sup>36</sup> 岡谷恵子: 権限と責任の拡大, 月刊ナーシング, 24(1), 32-37, 2004.
- <sup>37</sup> 草刈淳子: 在宅ケアにおける看護業務と看護の専門性に関する調査研究報告書 (抜粋), 訪問看護と介護, 7(2), 473-492, 1997.
- <sup>38</sup> 佐藤鈴子, 菅田勝也, 長友みゆき, 草刈淳子: 訪問看護施設・部門の看護病無と医師の指示の関係, 病院管理学会誌, 35(3), 17-23, 1998.
- <sup>39</sup> 天野志保, 川村佐和子, 数間恵子, 牛久保美津子, 望月弘子: 訪問看護活動と医師の指示について, 看護管理, 7(10), 772-778, 1997.
- <sup>40</sup> 草刈淳子: 在宅ケアにおける看護業務と看護の専門性に関する調査研究報告書 (抜粋), 訪問看護と介護, 7(2), 473-492, 1997.
- <sup>41</sup> 川村佐和子監修: 在宅支援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.
- <sup>42</sup> 川村佐和子: 医療処置管理看護プロトコール—医師と訪問看護師の連携と安全な医療処置管理のツールとして—, 看護展望 27(2), 61-65, 2002.
- <sup>43</sup> 新たな看護のあり方検討会最終報告書
- <sup>44</sup> 岡谷恵子: 権限と責任の拡大, 月刊ナーシング, 24(1), 32-37, 2004.
- <sup>45</sup> 岩本テルヨ: 在宅医療における患者の病態変化時の対応に関する研究—訪問看護師の対応に関する医師の意向—. プライマリ・ケア 26(2), 118-127, 2003.
- <sup>46</sup> 岩本テルヨ: 在宅医療における患者の病態変化時の対応に関する研究 2—訪問看護師の対応の実態—. プライマリ・ケア 26(4), 272-283, 2003.
- <sup>47</sup> 岩本テルヨ: 在宅医療における患者の病態変化時の対応に関する研究 3——. プライマリ・ケア, 28(4), 261-268, 2005.



## 第2章

調査（その1）：訪問看護師に対するインタビュー調査  
－在宅医療における看護職による医療行為等への対応の現状－

## 第2章

### 調査（その1）：訪問看護師に対するインタビュー調査

#### －在宅医療における看護職による医療行為等への対応の現状－

#### I 調査の目的

本研究は、訪問看護の場での実態調査によって、訪問看護師の裁量の範囲の現状や課題を明らかにし、看護師の裁量によって実施可能な技術を明らかにしていくことを目的としている。訪問看護の裁量の全国的な実態調査に先立ち、調査の焦点を明確化するために、訪問看護師を対象としたインタビュー調査を実施した。

#### II 方法

本研究は、記述的研究である。データは、平成18年1月13日～2月7日の期間、半構成的インタビューにより収集し、その内容を帰納的方法に基づいて分析した。

##### 1 インタビューの対象施設および対象者

全国の訪問看護ステーションうち、以下の1)～2)の条件を組み合わせたパターン設定し、当該条件を満たすステーションおよび、3)の条件を満たすステーションを研究班メンバーからの紹介や既存の文献等などの情報をもとに14施設を選出した。選出された各施設に対して、研究班メンバーからの紹介等を通じて、研究目的と研究方法を説明し、協力することを承諾した訪問看護師に対してインタビューをおこなった。

- 1) 都市部（以下、都市型）または、郊外の地域（以下、郊外型）に所在するステーションであること
- 2) 病院を併設しているまたは、病院を併設していないステーションであること
- 3) ターミナル期にある療養者に対し、在宅ホスピスケアを積極的に実施していること

##### 2 調査方法

インタビューについて協力の得られた訪問看護ステーションに対し、インタビューガイドを用いた約1時間程度の半構成的インタビュー調査を実施した。インタビューアーはそれぞれの訪問看護ステーションにつき、本研究班に所属する研究者1名とした。インタビューの内容については、参加者の許可を得て録音し、各インタビューアーが逐語録におこなった。データは、研究者が帰納的に分析した。

##### 3. インタビュー内容（インタビューガイドの項目）

先行研究およびグループディスカッションにより、看護師が観察したことから状況を判断して処置することが可能となる（本研究でいう裁量権の拡大）と考えられる医療行為と対応の現状、また医師との関係等を確認するための項目として以下を抽出し、インタビュ

ーガイドを作成した。

- 1) 絶対的に医師の指示がなければできない医療行為について
- 2) 診療の補助行為の領域での相対的な指示について
- 3) 看護師独自の業務“療養上の世話”の領域について医師との関係で問題や課題
- 4) 衛生材料に関して入手困難等の問題・課題
- 5) 死亡診断にまつわることで、問題や課題を感じていること
- 6) その他医師の指示と見解が異なり、悩む事柄
- 7) 利用者の指示書を発行している主治医との連携について
- 8) 訪問看護ステーションの看護師と医師または医師会とのこのような看護師の判断で行う医療処置についてのあり方話し合う機会があったか
- 9) ケアマネジャーとの見解の相違等によって看護行為が適切になされなかった経験
- 10) 看護師の能力向上と裁量権についてのご意見
- 11) 看護師の裁量権について（自由な意見）

#### 4. 倫理的配慮

対象者および施設責任者に対して、研究目的・方法、データおよび結果の使用目的を口頭および書面にて説明し、承諾を得た。参加は自由意志であり、拒否することや途中で中断することができることを約束した。インタビューで得られたデータはすべて匿名で扱い、施設や個人のプライバシーを保護すること、さらに研究者以外がデータに触れることがないよう厳重に保管し、3年後、消去・破棄することを保証することを明記した。本インタビューの実施にあたっては、慶應義塾大学看護医療学部研究倫理審査委員会の承認を得た。

### III 結果

本研究でインタビューの対象は、14施設の訪問看護ステーションの訪問看護師であった。

#### 1. 対象者の属性

##### 1) 回答者の属性

年齢は、33歳～62歳であった。訪問看護の経験年数は、4年～20年であり、平均経験年数は14.9歳であった（不明1名）。ステーションでの立場は、管理者が11名、スタッフが3名（うち、1名は管理者代理）であった。また、教育背景については、看護師養成所など専門学校卒が9名と最も多く、短大卒2名、大学卒1名、大学院卒1名であった。

##### 2) 回答者が所属するステーションの属性

郊外型の訪問看護ステーションが5施設、都市型の訪問看護ステーションが7施設であった。在宅ホスピスケアを中心に行っている訪問看護ステーションが2施設であった。ホ

スピス中心の訪問看護ステーション2施設、介護支援事業所1施設であった。

病院・診療所の併設状況については、病院を併設している訪問看護ステーションが5施設、診療所併設が1施設、看護協会立・医師会立など病院や診療所を併設していない独立型の訪問看護ステーションが8施設であった。

1ヶ月の訪問件数は、200～300件であり、500件数以下の施設は5施設、500～1000件数の施設は6施設、1000件数以上の施設は、1施設であった。不明が3施設であった。ケース数は、70～250件であり、ほとんどが100件前後であった。

訪問看護の対象者の特徴については、いずれの施設も高齢者に対する訪問看護を実施していた。そのうち、医療系の訪問看護ステーションにおいては、がん末期患者、小児、精神障害をもつ患者など、医療依存度の高い患者に対する訪問看護を実施していた。

	年齢(歳代)	経験年数(年)	立場	教育背景	設置主体	病院併設状況
1	50	15	スタッフ	専門学校	社会福祉協議会	併設なし
2	40	12	管理者	専門学校	医療法人	病院併設
3	30	4	スタッフ	短大	財団法人	併設なし
4	40	12	管理者	短大	社会福祉法人	病院併設
5	50	11	管理者	大学院	医師会	併設なし
6	60	20	管理者	専門学校	医療法人	病院併設
7	40	10	管理者	専門学校	医療法人	診療所併設
8	不明	10	管理者	専門学校	医療法人	病院併設
9	50	16	管理者	専門学校	医師会	併設なし
10	60	10	管理者	専門学校	看護協会	併設なし
11	50	17	管理者	専門学校	社会福祉事業団	併設なし
12	60	15	管理者	大学	営利法人	併設なし
13	不明	不明	管理者	不明	社団法人 <sup>1)</sup>	併設なし
14	40	7	主任	専門学校	財団法人	病院併設

1) 医師会、看護協会立以外

## 2 インタビュー内容の分析結果

### 1) 絶対的に医師の指示がなければできない医療行為(以下、絶対的医行為)

絶対的医行為としてあげていた行為は、①排泄に関する医療行為、②呼吸に関する医療行為、③栄養に関する医療行為、④在宅ホスピスケアに関すること、⑤褥瘡処置に関すること、⑥その他の医療行為の6つに分類された。①排泄に関する医療行為では、【男性の膀胱留置カテーテル交換・導尿】【女性の膀胱留置カテーテル交換・導尿】【(性別に関わらない)導尿】【膀胱洗浄】の項目を抽出した。②呼吸に関する医療行為では、【人工呼吸器に関する行為(設定の変更など)】【気管チューブの交換】【気管カニューレ交換】を、③栄養

に関する医療行為では、【胃ろう・腸ろうチューブ交換・抜去】を抽出した。また、④在宅ホスピスケアに関することとしては、【麻薬の処方】【投与量のコントロール】【死亡確認】を抽出した。⑤褥瘡処置に関することでは、【皮膚トラブル時の対応】【褥瘡部位の外科的デブリードメント】を抽出した。⑥その他の医療行為では、【診断】【薬剤の処方・変更】【カテーテル類の抜去・挿入】【注射】【腹膜透析】を抽出した。

また、絶対的医行為に関する問題については、「医師の指示がなかなかもらえない。」「褥瘡は日々状態が変わるのに、医師の判断が得られず、すぐに対応してもらえない。」「医師の対応が2週間に1度となっており、患者家族の負担になっている。」など医師の対応の遅れの問題が指摘されていた。

## 2) 包括的指示で看護に判断を一任してもらえると考えられる行為（以下、包括的指示による医行為）

包括的指示による医行為としてあげていた行為は、①服薬管理、②褥瘡に関すること、③疼痛コントロールに関すること、であった。①服薬管理では、【あらかじめ処方されている薬剤投与量の増減】【あらかじめ処方されている頓用薬の投与】を抽出した。②褥瘡に関することでは、【褥瘡部位の外科的デブリードメント以外の処置】を抽出した。③疼痛コントロールに関することでは、【あらかじめ処方されている薬剤投与量の増減】【あらかじめ処方されている頓用薬（レスキュー）の投与】と②の薬剤管理同様、麻薬を含む薬剤の管理に関する項目を抽出した。抽出した項目は、いずれの場合にも該当する行為ではなく、信頼関係の確立している特定の医師との関係において成立する行為であることがうかがわれた。そのため、包括的指示による医行為における問題については、「医師により包括的指示の範囲が異なる。」「指示書が単純なものなので、看護師から確認することが多い。」「訪問看護師の役割を理解していない医師がいる。」など、包括的指示をうける場合の医師との連携に関する問題について、述べられていた。

## 3) 主として看護師の判断で行っている行為

主として看護師の判断で行っている行為としてあげていた行為は、①排泄に関する医療行為、②褥瘡処置に関すること、③服薬管理に関すること、⑤栄養に関する医療行為の5つに分類された。①排泄に関する医療行為では、【下剤の調整】【イチジク浣腸など市販薬の浣腸】【摘便】【泌尿器系の疾患がなく、病状が安定している患者の膀胱留置カテーテルの交換】が抽出された。ただし、男性の膀胱留置カテーテルの交換に関しては、絶対的医行為としてとらえているステーションが複数みられた。②褥瘡処置に関することでは、【軽度の処置】【看護師が状態を判断し、軟膏など薬剤の処方についての医師に提案】【市販薬の使用】【以前、処方された市販薬の使用】があげられ、看護師の判断によって処置等を行い、実施後、医師に報告するという対応をとっているという意見が複数みられた。また、1施設では、【褥瘡の切開】も看護師の判断で実施している施設していた。主として看護師の

判断で行っている行為における問題については、「長期のバルン留置の場合など対応の標準化が不明確であり、その標準化の設定が必要である。」との意見があった。

#### 4) 「療養の世話」の領域での医師との関係に対する問題や課題

「療養の世話」の領域での医師との関係に対する問題や課題については、インタビューを行ったステーションのほとんどは問題ないと回答していたが、一部のステーションは、「入浴の判断」、「安静度の判断」に関する問題をあげていた。いずれも看護師による判断の下で実施されているという現状が伺われたが、一方で、医師によって判断が異なる場合や頻回に訪問していない医師による判断が看護師の判断と異なる場合、看護師が調整を行っているという内容の意見もきかれた。

#### 5) 衛生材料に関する問題や課題

インタビューを行ったいずれのステーションからも、衛生材料等の支給に関しては、十分ではないといった意見がきかれた。「医師による衛生材料の支給が十分でなく、医師によっては、患者・家族に自費購入してもらっている。」といった現状や、「家族が薬局で購入する場合、患者が一人になってしまうことの問題。」のように、【衛生材料の家族による自費購入に関する問題】が複数のステーションからあげられていた。特に、開業医が主治医である場合において、ガーゼやカテーテル等の衛生材料の支給が十分ではない可能性がうかがわれた。

一方で、ステーションで衛生材料を管理し、使用後に主治医に返品してもらおうシステムを採用しているステーションや必要な衛生材料のリストをステーションが作成してチェックし、医師や家族などで共有して使用しているといった工夫もきかれた。また、「褥瘡処置など看護師が主として行っている処置に関しては、必要な衛生材料を支給できるようにしてほしい」といった意見や、「手袋やガーゼ、絆創膏などを直接ステーションが販売できるとよい」といった指示を出している主治医からでなく、実際に処置を行っているステーションが衛生材料の支給を可能にしてほしいといった意見が複数みられた。

#### 6) 死亡診断に関わる問題や課題

死亡診断に関わる問題や課題については、主治医とステーションとの間にあらかじめ患者の看取りに関する合意が取れている場合は、医師による死亡確認に関するトラブルはほとんどなく、場合によっては死亡確認の前に死後の処置を実施しているという内容の意見が多かった。しかし一方で、あらかじめ取り決めをしても、夜間帯など場合によっては主治医と連絡がとれず、死亡診断ができず、看護師も患者宅でそのまま何時間も待機していたといった意見が複数みられた。

#### 7) その他、医師による指示と見解が異なり悩む事柄について

その他、医師による指示と見解が異なり悩む事柄としては、①処方等の処方に関すること、②訪問看護指示書に関すること、③処置に関すること、④リハビリテーションの指示に関すること、⑤専門医へのコンサルテーションや医師同士の連携に関すること、⑥主治医への情報伝達・指示うけに関すること、⑦家族（介護者）と相談しながら行う医療行為に関すること、⑧利用者と主治医との関係で困難に感じていること、⑨利用者への情報提供に関すること、⑩医師との連携に関する前向きな意見の 10 項目が抽出された。それぞれの項目の意見は以下のとおりであった。

#### ①薬剤等の処方に関すること

- ・ 下剤が重複して処方され内服しないでたまることがあるので、処方を変更してもらうことがある。
- ・ ワーフアリンや抗癌剤の副作用を報告しても変更ないので、外来受診時に連絡表を持参してもらい、主治医に処方を変更してもらったことがある。
- ・ 鎮痛薬の処方など、医師の指示が遅く、また指示がでないことがあり、家族に負担をかけてしまったことがある。
- ・ 皮膚に塗る薬物について見解が違っていた。
- ・ 下剤については予測される便秘に対しての予備処方を看護師から医師に依頼する。
- ・ 少しむくみだけで利尿剤が処方されていたり、軽い風邪に抗生剤が処方されることがある。
- ・ 患者が月に 1 回の外来時にしか担当医と会わない場合は、熱発時などに備えて予め処方してもらうことが受け入れられないこともある。
- ・ 褥瘡に関して、軟膏を変えたほうがいいと看護師が思っても、逐一医師に判断を仰がなければならない。外来受診の場合は、褥瘡の状態が変化しても、月 1 回程度の受診のため、すぐに対応できずジレンマを感じる。

#### ②訪問看護指示書に関すること

- ・ 本人家族が訪問看護を希望しても、医師が要らないという場合。指示書に指示がなくて困る場合と、「適当にやってよ」と、医師の判断がなく任せられることもある。
- ・ 指示書を出さずにヘルパーが入っているからと言って、ヘルパーに吸引させたりすることもある。
- ・ 難病患者は主治医の診察を長くうけていない場合も多く、状況の認識が看護師と違ってしまうことがある。そのため現在の状況を伝え、その状況に対応した指示を受けていくことが必要である。このような指示を出して下さいということもうまく提案して、患者の状況に合わせた指示を得ること大切である
- ・ 指示書が全員同じことがあった、また、褥瘡がないのに褥瘡処置と書いてあった。
- ・ 指示書交付医が大学病院勤務医である場合、緊急時や連絡必要時に窓口となった医師と

指示医の指示内容が異なることがある。

- ・ 往診してくれない医師が指示書を出しているため主治医を変えたいが、長年地域の医師であるため変えられない。
- ・ 医療保険で訪問しているケースでは指示書は必要だが介護保険のケースでは指示書交付医が果たして訪問看護を実施していることを知っているのか、と思うことがある。指示書は毎月同じ内容。処方に変更されても前月と同様に書かれている。

### ③処置に関すること

- ・ 褥瘡の指示について、思うような指示ではないことがある。

### ④リハビリテーションの指示に関すること

- ・ リハビリテーションを進めるに当たり、主治医が歩けるようになるなど医学的見解とは異なることを患者側に伝え、やる気を起こさせようとするところがある。
- ・ 家庭環境を無視した実現不可能な栄養指導や無理なりハビリテーションの指示がある。
- ・ 認知症の末期の高齢者のリハビリ（歩行訓練）を医師が指示し、家族が困ったケースがある。

### ⑤専門医へのコンサルテーションや医師同士の連携に関すること

- ・ 高齢者の不穏について、専門医へのコンサルテーションをナースが希望しても受けしてもらえないことがあった。また相談すると、眠剤を大量に処方されてしまい、困ることもあった。
- ・ 皮膚の問題、眼科、認知症などのこと、疼痛コントロールなどに専門医のコンサルテーションをナースが望んでも、医師同士連携してくれない。
- ・ 専門医にかかりたくても家族が主治医に遠慮して他科受診しない。他科受診は整形外科、皮膚科、精神科が多い。往診可能医な皮膚科医の存在あり。保健所の相談機能として精神科相談があり以前利用した。
- ・ 他科受診については患者側から求めてもらうが、うまく行かない場合は看護の視点からの必要性を医師に伝えるなど協力する。

### ⑥主治医への情報伝達・指示うけに関すること

- ・ 心臓に問題がある場合、医師から「第3音、どの辺で聞こえた」と聞かれた場合、看護師によって、答えられる人、答えられない人と差があることも困ることである。
- ・ 連絡が取りにくく困るケースが多いのは、主治医が大学病院や大病院の先生の時である。いろいろなことを、大学病院の主治医に問い合わせることが多くなると、その主治医が患者さんに、「あの訪問看護ステーションの看護師がうるさいから、訪問看護を使うのをやめてくれる」と言ったケースがあった。



- ・ 医師から「何で報告をくれないの？」と言われることもあった。
- ・ 医師は、訪問看護が何をやるのかを理解していないと感ずることがある。
- ・ 連携方法についても、指示や判断等ですばやい連絡が必要なとき、従前の携帯でない電話のみの方法しか利用できず、連絡が遅れることがあった。

#### ⑦家族（介護者）と相談しながら行う医療行為に関すること

- ・ 小児の場合は、母親に裁量が任せられていることも多く、母親と相談しながら酸素の流量を変更するということもある。この場合は指示書に載っていないことも多く、問題になる可能性は考えられる。
- ・ 経管栄養の場合、注入するものが薬剤として処方されているものもある。そのため、成長の度合いを考えながら、母親と相談して増やしたり減らしたりすることもある。このような場合、基本的には医師に相談をするということにしているが。
- ・ 吸引・気管内のチューブ交換は、在宅では家族がコストがかかることを気にするので、使用したごとに変えるということも行われなく、子どもの場合気管内チューブに唾液が入り誤飲している状況でも使用しつづけるということあり、安全面の確保といった意味で問題だと感ずている。

#### ⑧利用者と主治医との関係で困難に感ずていること

- ・ 利用者が処方された内服薬を要らないという場合、看護師がそれを主治医に代弁している。
- ・ 病診連携がうまく取れない場合や長期休みになると入院させようとする医師がいる。
- ・ 利用者が主治医に本心をいえないと言う関係が問題である。患者教育も必要。
- ・ 利用者と医師との話し合いが必要と感ずても、医師側がその必要性を感ずていない場合がある。
- ・ 病院医師の場合、簡単に「1週間後に再診」と言われても老老介護で受診には家族の負担が大きい。再診しても3分診療。医師会の圧力で病院からは往診ができない。
- ・ 往診医でも家族とすれ違いが生じることもあるが、長期にわたり主治医である場合は家族側が不信感を持ったまま主治医との関係を続けることもある。主治医が他科の薬を処方した際、患者に合わないと言われれば家族側に不信感を持たせてしまう。

#### ⑨利用者への情報提供に関すること

- ・ 現在、患者・家族がインターネットなどを使用して、学会が公開している対応マニュアルなどや薬剤に対しての最新の情報を得ることができる。看護師も医師も、そのような情報を得た人から質問を受ける場合が、その情報を医療者側が知らないということもあり、対応が難しくなっている。疾病管理のスタンダードができ、それに基づいて、医療者側が対応していくということが、さらに必要になっていると思う。

#### ⑩医師との連携に関する前向きな意見

- ・ 地域の医師はある程度ステーションのナースを信頼しており、お互いの顔が見えやすい関係である。在宅医療に熱心な医師会で24時間対応する医師も多いので不自由はない。
- ・ 母体の病院の院長がこの区の医師会の会長ということで、あまり連携について区内の先生との行き違いはない。院長が先生方と懇意であるため、困ったことがあると院長に相談する。地域の先生達は、自分の患者さん達は大切なので、コンタクトはとりやすく、在宅も推進していくことに積極的な考えを持っている人が多い。
- ・ 褥瘡について、ナースの判断や処方してほしい薬を伝えることができる。WOC ナースなどを活用しているので、逆に意見をきいてくることもある。

#### 9) 看護師の判断で行う医療処置についてのあり方を医師と話し合った経験について

看護師の判断で行う医療処置についてのあり方を医師と話し合った経験については、【膀胱留置カテーテルの挿入】および【褥瘡処置】について、具体的な意見がきかれた。

##### ①膀胱留置カテーテルの挿入

- ・ 男性の場合も看護師がカテーテル挿入を行っていたが、病状的に出血などのリスクが大きい場合が多く、男性は往診時に医師による交換ということになった。逆に女性は看護師の方がいいだろうということになった。

##### ②褥瘡処置

- ・ 皮膚科の医師と看護師と話し合った経験がある。最近、皮膚科の看護師が逆に相談してくる。
- ・ 褥瘡のプロトコールは法人の中に褥瘡検討委員会があり、状況のフローチャート方式で手順が決めている。その中に写真撮影の定期的な実施も定められている。(訪問の対象者の主治医は6割母体の病院であり、4割はそれ以外で、母体病院以外の主治医の場合、このプロトコールがそのまま使えるということではないが、褥瘡の処置についてはそちらに任せるということも多い。しかし、病院の事務からは、そのような患者から管理料がとれないので、あまり歓迎されていない。
- ・ 開業医も世代交代しており、40~50代の医師は話しやすい雰囲気がある。褥瘡処置の薬剤等看護師の提案を否定されたことはない。看護師の提案を機会に開業医が処置方法等勉強してくれることもある。

##### ③その他

- ・ 千葉市では、今後地域で、関係者の定期的な会議をもつ予定となっている。
- ・ 医療処置に関することで話し合ったことはない。しかし、連携のとりやすい医師とは個人的に別の用件の際に話しあっている。
- ・ 看護師ではないケアマネジャーは、心不全のケースの入浴も介護のみで良いとしており、危険を感じることもある。

- ・話し合った経験はない。医師のプライドが高く話し合う環境がない。
- ・何かあると医師と電話などで相談する機会はよくある。患者の処置に関してNsの判断を尊重してくれることもある。Ns側から患者の処置に関する提案をすることもある。
- ・直接医師と相談する機会はなかなかなくても、電話などで処置や薬剤選定に関して相談する。事前にコンセンサス取れているケースについては、医師はある程度看護師に任せている。
- ・現在、区内のケアマネ連絡協議会と医師会との話し合いの場を設けている。区内の訪問看護ステーションの協議会もあるので、医師会と話し合いの場を現在はないが設けることは可能と思う。

#### 10) ケアマネジャーとの見解の相違などによって看護行為が適切に行なわれなかった経験

ケアマネジャーとの見解の相違などによって看護行為が適切に行なわれなかった経験としては、①ケアマネジャーの訪問看護に関する理解不足による見解の相違、②必要なサービスに対するケアマネジャーとの見解の相違、③医療職でないケアマネジャーの病状や医療に対する理解不足からくる見解の相違の3項目が抽出された。

##### ①ケアマネジャーの訪問看護に関する理解不足による見解の相違

- ・自分の法人のサービスでプランを一杯にして、訪問看護が月1回30分と言うような依頼されることがある。こうしたケースは責任が持てないので断るようになっている。医療的な判断が不十分のままにケアマネが医師を呼び、怒られるケースがあった。単に血圧が異常だというだけでない総合的な判断があるので、医療的なことはやはり看護師に言うようにというふうにして良いのではないか。
- ・末期の患者をヘルパーだけで介護しているケースがある。看護師の役割をわかっていない。末期患者の医療過疎状態を作っている。医師とケアマネとの関係ができていない。
- ・看護師経験のあるケアマネジャーは、適切なマネジメントができているが、他の職種のケアマネジャーの場合、療養者の状態を悪くしてしまったケースがあった。
- ・ケアマネが同じ事業所にいるので問題がない。他事業所のケアマネに看護（処置の必要性）を理解されない場合がある。入院や死亡時に連絡してもらえないことがあった。他事業所との交流により少し改善された。
- ・訪問回数については、ケアマネジャーと訪問看護の視点の違いや、介護保険の点数上の問題から意見が異なることもある。生活を重視した場合、金銭上の理由から訪問看護の回数が減ることもある。
- ・解不足や知識不足から、訪問看護が入れないこともある。事業所責任者や主治医に相談して解決を図っている。

##### ②必要なサービスに対するケアマネジャーとの見解の相違

- ・介護保険になってから、リハビリテーションがケアプランから除かれるケースが多くなっている。この理由としては、リハビリテーションの点数が高いので、省かれることが

多いように思う。看護師に来てもらえればリハビリテーションもできると認識しているようだ。

- ・ 脳梗塞の患者で医療処置が多いケースでは、上限を超えてしまうこともあり、訪問看護回数を十分おこなえないこともある。これらは、ケアプランをたてるケアマネジャーの考え方がとても影響すると思う。
- ・ ケアマネジャー・家族は、リハビリテーションをやれば良くなる、という認識があり困ることがある。経済的理由から看護師よりヘルパーを選んでいるケースがある。訪問回数を増やした方がいいというケースでは、家族と先に話し合った上でケアマネに話すので問題はない。

### ③医療職でないケアマネジャーの病状や医療に対する理解不足からくる見解の相違

- ・ 看護師のケアマネジャーだと病状の経過の予想がつくが、他職種のケアマネだと予想がつかないので、処置に関する見解が異なることがある。話し合いなどで互いに歩み寄れるよう努めている。
- ・ 医療依存度の高い患者を担当するケアマネが医療職種者でない場合はきつい。医師自身の安心感のために、清拭や入浴も訪問看護に依頼するケースもある。

## 11) 看護師の能力向上や裁量権についての自由な意見

看護師の能力向上や裁量権についての意見を自由に話してもらったところ、以下のような意見がきかれた。

### ①訪問看護師の裁量権拡大に対する前向きな意見

- ・ 裁量権はもっと拡大したほうが良い。現場では一人で判断し、すばやい対応が求められる。医師の判断をおおぐと時間的なロスができる。相対的医療行為もある程度、現場の人に任せてもらいたい。

### ②訪問看護師の裁量権を拡大するために必要な能力や課題

- ・ すでに看護師の判断で行なっていることはあるが、現状では、指示書に書いてもらわないとできないと思って、裁量権を狭めてしまっていることがある。
- ・ 研修には積極的に出るように予算化している。エビデンスに基づいてしっかりリコメンドできる看護師になる必要がある。
- ・ エビデンスをもって看護師は仕事に当たることが大事。ルティーン業務だけをこなす訪問看護師への教育。独自に判断できるための教育が必要。現任教育。
- ・ すでに訪問看護師がかなり踏み込んだ状況のところまでやっているという事を明文化することも大切。
- ・ 利用者を尊重して医師にもリコメンドできること。利用者の気持ちを代弁する姿勢がベースとして必要。
- ・ 看護師の医療処置の範囲拡大も大切だが、病状確認や生活状況をすべて看護師に委ねら

れるという危険性もあり、医師が患者をきちんとみるという大前提が崩れないようにしたい。

- ・ 裁量権といって、権利獲得という意識だけで走ってはいけないと思う。それなりの知識と技術が付随して、裁量権が得られると考える。それなりのケアの標準化ということがなされた上で、物事を運んでいくことが重要だと思う。

### ③訪問看護師が処方権を獲得することへの課題

- ・ 処方についてはできたらいいなと思う反面、薬は日進月歩なので自分で全部勉強するより専門家と連携した方がいいと思う。これから教育を受ける人に基礎教育で薬学を増やす+卒後の研修では可能性があると思う。薬剤師の友人と比較しても知識が違う。半年間の研修で処方権を得られるとしても自分は受けない。
- ・ 処方については研修制度ができて自分にも無理だと思う。毎日の業務で精一杯。
- ・ 英国のようにNsが処方できれば医師が委ねられる部分も増え、良いと思うが、現状は難しい。処方の研修は月数単位だと思うが、訪問看護師が研修を受けるのは現実的に難しいと思う。自分も仕事との両立は難しい。
- ・ 処方に関しては、褥創管理や疼痛管理などの認定Nsとどう絡ませるかが重要となると思う。病院のような設備が整っていないため、概論上の知識だけでは在宅での対応は難しい。

### ④裁量権拡大を困難とする訪問看護の現状

- ・ 看護師の裁量権を得るためには、能力の向上を行うことが基本である。現状では、看護師によって能力差が大きすぎる。また、訪問看護ステーションは独立採算制なので、専門看護師などの資格をもった看護師を雇うようにするためには、そのことができるようにするための経済的な基盤となるシステムが作られることが必要であろう。また、訪問看護師として働くための技術や知識の最低ラインをつくるために、そのような看護師を雇うことができるような経済的な担保が必要であろう。
- ・ 現在は訪問看護師の人数配置の基準が低すぎる。訪問対象の人数もあまり増えていない。これは人数配置の基準が少なすぎるということも影響しているのではないかと考えている（看護師にとって老人保健施設等に就職する方が給料がよいということが起きている）。
- ・ 急性期・回復期・維持期を回るシステムが看護には必要。“考える”ことを日々訓練することが看護には必要。在宅ではすぐ近くにコメディカルがいない分、ある程度のスキルが求められる。在宅でも内科外科系の臨床経験（最低5年）が必要。経験から得られる視点や対処法、それを活かせることが重要。裁量を持たせるには、訪問看護の経験も最低3年くらい必要だと思う。養成プログラムにより裁量を持たせるのは無理だと思う。臨床経験年数と訪問看護経験年数の条件を持たせ、さらに研修を行うことが必要。

#### ⑤その他

- ・ 褥瘡を電気メスでデブリしている訪問看護師がテレビに出ていた。外科的な処置については、基本的には医師が行うべきことだと考える。医師が力量をあげるべきところではないか。医師もナースも力量はさまざまで、ばらつきがある中で裁量権をどこまで、とするのは難しい。

#### IV 考察

本研究では、訪問看護師による医療行為への対応の現状を明らかにすることを目的とし、訪問看護師へのインタビュー調査を実施した。今回、インタビューを実施した訪問看護師のほとんどは、訪問看護歴が10年以上、さらに、現在、管理者としての立場にあり、臨床実践において経験豊富な看護師である。また、当該看護師が所属する施設は、研究メンバーからの紹介や既存の文献等などの情報をもとに選出しており、医療依存度の高い患者に対するケアや在宅ホスピスケアを比較的熱心に行っている機関である可能性があり、本結果の一般化には考慮する必要がある。

今回のインタビュー調査の結果からは、現在、在宅で実施されているケアのうち、「あらかじめ処方されている麻薬でない薬剤の投与量の増減や頓用薬の投与」、「デブリードメントを除く、褥瘡部位の処置」、「下剤・浣腸の投与」については、多くの訪問看護ステーションにおいて、訪問時の利用者の状況に応じて看護師の判断により実施されている現状が明らかになった。一方、「膀胱留置カテーテルの挿入・交換」に関しては、女性に対してはほとんどステーションで実践されていたのに対し、男性に対しては、看護師が行っているステーションと膀胱留置カテーテルの挿入を看護師が行わず、医師が行っているステーションと両者が存在していることが示唆された。また、看護師の判断で実施してもよい行為とされている療養上の世話に関しても、入浴ケアなどについて、ある訪問看護ステーションにおいては、医師の指示がないとその行為をしてはいけないというところもあり、この行為に対する医師の認識不足も指摘される。

看護師の判断で実施している行為の多くは、主治医との信頼関係のもと、あらかじめ約束した範囲内での実施しており、事後報告という形で対応されていた。また、訪問看護指示書の記載内容の不十分さや実態に即した指示内容でないといった意見もあった。このことから、こうした事前の取り決めに関して訪問看護指示書のなかに適切に記載、またガイドラインやプロトコルを作成し、活用しているケースは少なく、このことは改善していく必要があると思われた。個々の医師によっては、勉強会や話し合いをおこない、看護師の役割を理解してもらっているようであったが、このインタビュー調査からみると、多くの医師については、訪問看護師の役割への理解が不足しているようであった。したがって、看護師の裁量権拡大を考えるにあたっては、まずは訪問看護師の役割、そして明確な看護基準について医師をはじめ在宅医療にかかわる多くの専門職に対し広く示すこと、つまり看護師のレベルやスキルについての信頼を得ることが重要であると考えられる。一方で、看護

師によるレベルやスキルに差があり、現実的には、医師側も、また看護管理者も、看護師の適性や力量を見極めながら、指示や当該行為を行っている可能性があることも、今回の調査から示唆された。このことから、現在、実施されている包括的指示による行為を拡大していく、さらに裁量権の拡大を実際に可能にしていくためには、すべての看護師にあらゆる分野の専門的な知識・スキルの向上を要求することは現実的ではなく、専門的な資格をもった看護師の養成が必要であると思われた。

裁量権に対する看護師の能力と裁量権に対する訪問看護師の自由意見では、多くの看護師は、裁量権の拡大については概ね賛同するが、現状では、知識、技術そして能力も不十分であり、看護師の教育、研修などの支援バックアップ体制が必要であると回答していた。裁量権を考えるには、現場も含めた裁量権の実態に基づく、明確な基準の策定そして、訪問看護師の教育研修体制の確立、働きやすい環境づくりの整備が必要条件となると考えられる。

今回のインタビュー調査においては、対象の地方型、都市型、および設置主体の医療系、福祉系における裁量権に関する実態についての大きな相違はみられなかった。しかし、限られた対象へのインタビュー調査であり、こうしたステーションの特性の違いより、かかわる医師や携わっている看護師の考え方、および活動状況が、医療行為、裁量権に影響を与えていると考えられる。したがって、現場における訪問看護ステーションの実態を全国レベルでの調査に基づき、より明確化していく必要がある。こうした根拠に基づきケアの標準化を示していくことは、その裁量権の範囲をより明確化にしていだけでなく、その拡大へとつなげ、在宅医療、在宅看護をより適切な方向に、そして看護の進展に貢献していくであろう。

### 第3章

調査（その2）：全国の訪問看護ステーションを対象とした質問紙調査  
－訪問看護師の自律的な判断によるケア実施状況の実態－



### 第3章

#### 調査（その2）：全国の訪問看護ステーションを対象とした質問紙調査 －訪問看護師の自律的な判断によるケア実施状況の実態－

##### I 研究目的

平成4年に訪問看護ステーションが法制化されてから14年が経過し、また2003年に「新たな看護のあり方に関する検討会報告書」が出されてから3年が経過した。「新たな看護のあり方に関する検討会報告書」の中では、「療養生活の支援については看護師等が知識・技術を高め、医師等の適切な連携のもとに、その専門性、自律性を発揮し、患者の生活の質の向上に資する的確な看護判断を行い、適切な看護技術を提供していくことが求められている」<sup>1</sup>としている。また、「疼痛、呼吸困難、発熱、不眠、便秘等の諸症状の緩和のため、療養生活の実態を最も把握している看護師等が観察や看護判断を行うとともに、まず様々な看護技術を駆使して、患者の安全や安楽を確保することが重要である」としている。つまり、これらは、在宅ケアを行うにあたり訪問看護師の自律的な判断で実施されているケアの内容について方向性である。岩本は訪問看護ステーションにおいて緊急時に実際に看護師の判断でどのようにケアが実施されているかを医師の指示の有無との関係において10項目に限って調査し、褥瘡処置と導尿以外は包括的な指示をうけていることが実施につながる事が明らかにした<sup>2</sup>。そこで、本研究では、さらに緊急時に係わるケア以外も含め、ケアを訪問看護師の自律的な判断でどのように実施しているかを明らかにするため調査を行うことにした。

前述の事例調査から、訪問看護師の判断で比較的实施されている事項、例えばグリセリン浣腸、摘便、程度の軽い褥瘡のケアなどと、医師が実施している率が高い事項（絶対的医療行為）と考えられている、膀胱留置カテーテルの交換、気管カニューレ交換などが存在することが明らかになった。これらの調査結果を整理した結果、多く取り上げられたケアの内容は、排泄に関するケア、褥瘡に関するケア、呼吸に関するケアであった。また、話し合いの中で、認知症のケアに関しては地域格差等が存在するのではないかとということもあがった。そこで、今回の調査では、比較的看護師が自律的に判断していると考えられるケア内容を中心に認知症ケアを加え、また先の報告書等でも必要性があげられた、衛生材料の取り扱いや、医師との連携のあり方について、またアセスメントが的確に行われているかも、事例調査でも話題となるが多かったため、それらに関しても合わせて調査することにした。

##### II 方法

###### (1) 調査対象選定

平成18年4月現在、ワムネット (<http://www.wam.go.jp/>) にて掲載されていた訪問看護ステーション5408施設から、ランダムに2500施設を抽出した。

###### (2) 調査方法

調査対象に対して、郵送調査を行った。調査期間は平成18年4月～6月で、5月

までの回収率が低率だったため、1回全対象に対して督促状を送った。  
調査内容は以下である。

①ケア実施について

排泄、呼吸、認知症、呼吸に関しての訪問看護師のケアの実施状況と、医師からの指示の受け方、また実施したことでの問題状況、また実施しないことでの問題状況、それぞれのケアについての看護師の自立的な判断での実施意向、ケア内容のアセスメントと記録の状況。

②医師との連携状況

医師からの訪問看護師への情報提供について、医師との連絡困難さ、医師との役割分担や意見の相違状況。

③衛生材料について

衛生材料の調達経路、ステーションでの備え、備品の使用回数、ステーションでの衛生材料常備することへの意見、

訪問看護ステーションの状況と調査記載者

訪問看護ステーションの設置主体、併設施設、24時間体制について、従業者数、利用者状況、

記載に当たった訪問看護師の経験年数、管理者経験年数

(3) 分析

分析にはSPSS統計パッケージ Ver.14.0 を用い、検定はカイ二乗検定を行った。

III 結果

1 回収状況

配布数 2,500 で、回収数は 807 件（回収率 32.3%）となった。

2 調査対象の特徴

1) 訪問看護ステーションの経営主体・併設施設・24時間体制

回収できた訪問看護ステーションの経営主体で最も多かったのは医療法人 410 件 (50.8%) を占め、次は営利法人 68 件 (9.8%)、社会福祉法人 68 件 (8.4%)、その他の社団・財団法人 57 件 (7.1%)、医師会 44 件 (5.5%)、連合および組合系 33 件 (4.1%)、自治体 32 件 (4.0%)、看護協会 30 件 (3.7%)、社会福祉協議会 14 件 (1.7%) の順となった。日本赤十字等や特例非営利法人は 1% 未満であった。

24 時間体制を行っているかを聞いたところ、行っている 645 件 (79.9%)、行っていない 158 件 (19.6%) となった。

また、併設する施設としては病院 352 件 (43.6%)、診療所 175 件 (21.7%)、介護療養型医療施設 118 件 (14.6%) となり重複回答もあるが医療機関併設が 7 割を超えた。介護老人保健施設 225 件 (27.9%)、介護老人福祉施設 70 件 (8.7%) となり、居宅介護支援事業所

を併設しているのは 583 件 (72.2%) となった。

## 2) 訪問看護ステーションの所在地

最も回答件数が多かったのは、東京都 71 件(8.8%)、次は北海道 48 件(5.9%)、神奈川県 40 件(5.0%)、兵庫県 36 件(4.5%)、愛知県 35 件 (4.3%)、福島県 34 件(4.2%)の順となった。

ステーションのカバーしている管轄地域の人口について尋ねた。回答は無回答が 500 件 (62.0%) となり多かった。1 万人以下 9 件(1.1%)、1~3 万人未満 42 件(2.6%)、3~5 万人未満 21 件(5.2%)、5~10 万人未満 51 件(2.6%)、10~30 万人未満 107 件(13.3%)、30~50 万人未満 43 件(5.3%)、50 万人以上 34 件(4.2%)であった。

## 3) 訪問看護ステーションの職員

常勤職員の看護師が 20 人以上 1 カ所(0.1%)、10~15 人未満 3 カ所(0.4%)、5~10 人未満 118 カ所(14.6%)、3~5 人未満 320 人(39.7%)、2 人 220 カ所(27.3%)、1 人 131 カ所(16.2%)、1 人未満 4 カ所(0.5%)となった。

また、非常勤の看護師の常勤看護師換算数は 10~15 人未満 3 カ所(0.4%)、5~10 人未満 36 カ所(4.5%)、3~5 人未満 49 カ所(6.1%)、2 人 67 カ所(8.3%)、1 人 143 箇所(17.7%)、1 人未満 121 カ所(15.0%)となった。

## 4) 訪問看護ステーションの利用者数

ステーションの利用者数の平均は 58.3 人となった。うち、介護保険利用者の平均は 46.2 人で、医療保険利用者数の平均は 12.8 人となった。

利用者総数は 30 人未満 171 カ所(21.2%)、30~50 人未満 232 カ所(28.7%)、50~80 人未満 219 カ所(27.1%)、80 人以上 162 カ所(20.1%)となった。

重症者管理加算算定患者数の平均は 3.3 人、24 時間連絡体制加算算定患者数の平均 8.1 人、特別管理加算算定利用者数の平均 9.9 人、緊急訪問看護加算算定患者数の平均は 20.0 人となった。

## 5) 記入者の状況

記入者の訪問看護師としての経験年数の平均は 8.3 年であった。管理者としての経験年数の平均は 4.9 年であった。

訪問看護師としての経験は 1 年未満 23 人(2.9%)、1~3 年未満 39 人(4.8%)、3~5 年未満 73 人(9%)、5~10 年未満 218 人(27%)、10 年以上 150 人(18.6%)となった。

### 3.ケアの実施・看護師による判断でのケア実施意向・ケアに関するアセスメントの状況

本調査では、訪問看護のケア内容のうち、事例調査から看護師の判断で実施している可能性が高いと考えられたケア項目について、その実態を把握した。その内容は排尿・排便、認知症に関するケア、褥瘡、呼吸管理である。

これらの該当患者の有無は排尿・排便のケア実施の該当患者の有は 789 件(97.8%)、無 15 件(1.9%)、認知症に係わる薬剤・ケアの有 643 件(79.7%)、無 146 件(18.1)、褥瘡では有り 774 件(95.9%)、なし 29 件(3.6%)、呼吸医療・看護の有り 717 件(88.8%)、無 79 件(9.8%)であった。

●該当患者の有無

SA

	全 体	該当患者 がいた		該当患者 はいなか った		無回答	
	n	n	%	n	%	n	%
Q1. 排便・排尿の医療・看護サービス該当患者	807	789	97.8	15	1.9	3	0.4
Q5. 認知症に係る薬剤・ケア該当患者	807	643	79.7	146	18.1	18	2.2
Q9. 褥瘡医療・看護サービスに該当する患者	807	774	95.9	29	3.6	4	0.5
Q13. 呼吸医療・看護サービス該当患者	807	717	88.8	79	9.8	11	1.4

## 1) 排泄ケア

### (1) 排便・排尿のケアの実施状況

排便・排尿の医療・看護サービス該当患者が「あり」は789人(97.8%)で、他の3つのケアに比べ、最も多くの患者にこのサービスを提供していた。

排便のケアの6項目(下剤選択・量の調節、止痢剤の選択・量調節、グリセリン浣腸、摘便、導尿、カテーテル交換)の中でもっとも実施率の高かったのは摘便で768人(97.3%)であった。ついで下剤の量の調節749人(94.9%)、浣腸の741人(93.9%)、と続いている。指示の状況を見ると指示書による包括指示を得て実施しているのは、浣腸で412人(55.6%)、摘便で270人(35.2%)と実施率に比べかなり低く、浣腸は事前の口頭指示と電話での指示をあわせ107人(23.9%)事後の報告が101人(13.6%)、摘便では事後の報告が333人(43.4%)と最も多かった。

薬剤の選択、調節については実施率がやや低い。下剤に関しては、すでに処方されているものについての量の調節は749人(90%)行っているものの、選択は662人(84%)であり、選択の未実施93人(11.8%)の理由については「判断できない」が32人(34.4%)でもっとも多くなっている。止痢剤の選択の実施は551人(69.8%)、止痢剤の量の調節563人(71.4%)であった。止痢剤の選択を実施していない理由で「看護師が判断できない」は73人(36.9%)で、調節では66人(35.3%)となった。医師からの指示の状況は、下剤の選択では医師の包括指示が281人(42.4%)で最も多いが、量の調節では看護師の判断で実施したあとの事後報告が341人(45.5%)ともっとも多く、指示書による包括指示は196人(26%)となっている。

排尿のケアは、尿閉時の導尿に関しては女性で508人(64.4%)、男性で420人(53.2%)が実施していた。

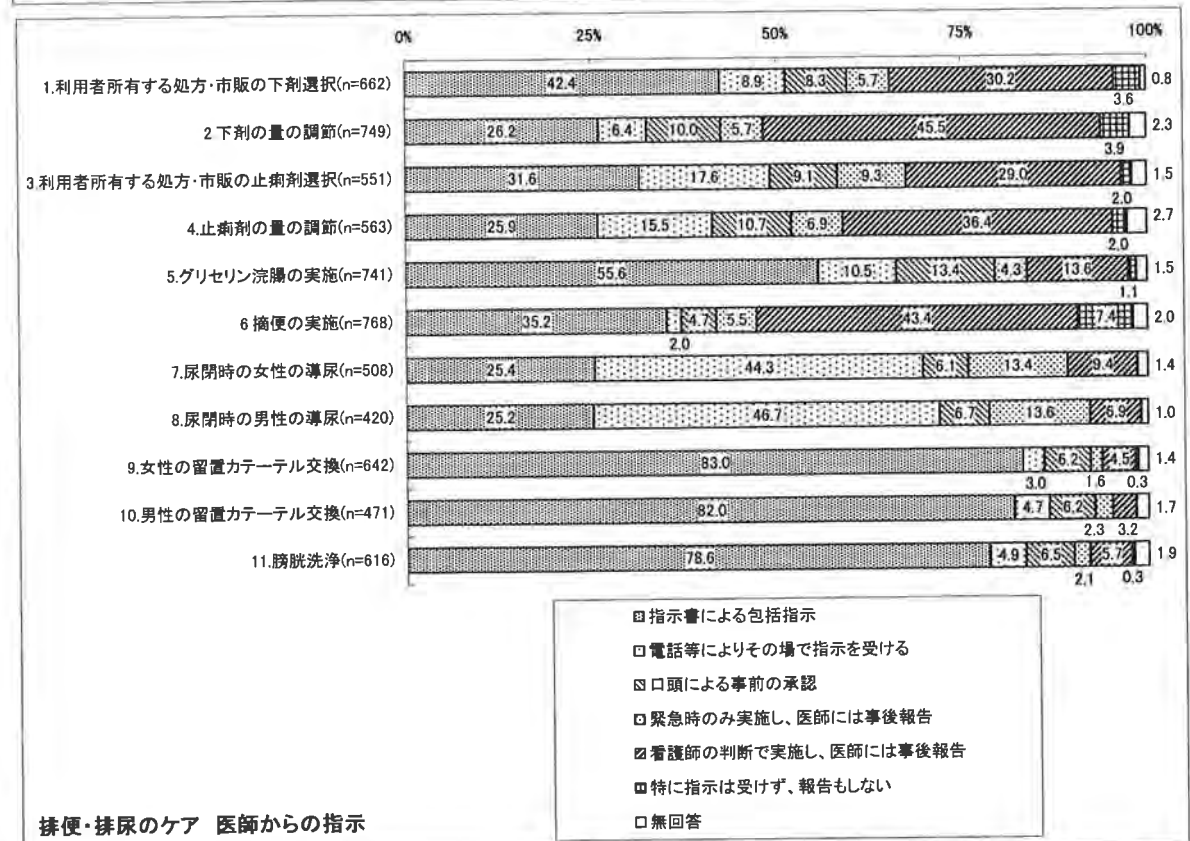
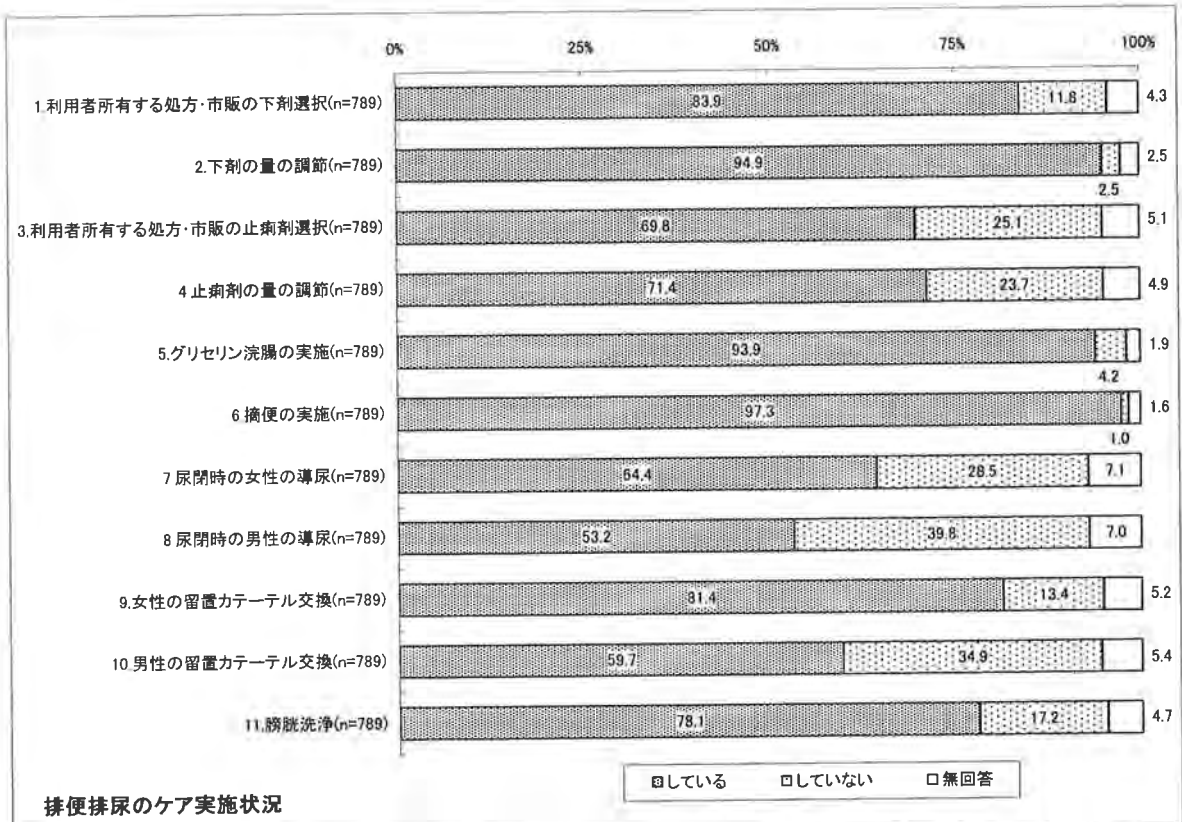
女性の導尿の未実施225人(28.5%)の理由の78人(34.7%)は「物品を常備していない」ことであり、ついで「適切な判断ができない」23人(10.2%)、「身体への危険性が高い」19人(8.4%)と続いており、「医師が認めていない」は2人(0.9%)であった。実施したことによる問題の発生は2人(0.4%)であり、未実施によっての問題ありは8人(3.8%)であったが、未実施による問題の発生なしは92人(40.9%)となっており、無回答125人(55.6%)となった。指示受けについては指示書による包括指示で129人(25.4%)が受けていたが、一番多いのは「電話でその場で指示を受ける」が225人(44.3%)であった。緊急時のみの実施68人(13.8%)と看護師の判断で実施48人(9.4%)し、事後報告をしていたものが合わせて24.2%であった。

一方男性の導尿であるが、未実施314人(39.8%)の理由で一番多いのは「身体への危険性が高い」の87人(27.7%)であった。しかし「必要な物品を常備していない」も78人(24.8%)見られている。指示受けは、106人(25.2%)は指示書により事前に指示をとりつけているが、もっとも多いのは女性同様「その場で電話でとりつける」であり、196人(46.7%)を占めていた。

男女の留置カテーテルの交換であるが、女性については642人(81.4%)が実施していた。一方男性は471人(59.7%)であった。両者とも指示は80%以上指示書で取り付けて

いた。女性における未実施の理由の一番は「必要な物品を常備していない」32人（30.2%）であった。男性の未実施の理由の一番に挙げられたのは「身体への危険性が高い」の95人（34.5%）であった。

膀胱洗浄は616人（78.1%）が実施しており、その484人（78.6%）が指示書で指示を事前にもらっていた。



排便・排尿のケア 実施したことにより発生した問題

	実施している計			問題はない		症状が悪化した		悪化し治療が必要になった		悪化のため入院した		判断が医師と異なった		医師から実施しないと言われた		患者から実施しないでほしいと言われた		家族から実施しないでほしいと言われた		無回答	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	1.利用者所有する処方・市販の下剤選択	662	614	92.7	4	0.6	0	0.0	1	0.2	7	1.1	1	0.2	4	0.6	3	0.5	33	5.0	
2.下剤の量の調節	749	696	92.9	4	0.5	0	0.0	1	0.1	6	0.8	0	0.0	4	0.5	6	0.8	37	4.9		
3.利用者所有する処方・市販の止痢剤選択	551	509	92.4	1	0.2	0	0.0	0	0.0	4	0.7	0	0.0	1	0.2	3	0.5	34	6.2		
4.止痢剤の量の調節	563	519	92.2	3	0.5	0	0.0	0	0.0	4	0.7	1	0.2	2	0.4	4	0.7	32	5.7		
5.グリセリン浣腸の実施	741	677	91.4	3	0.4	0	0.0	0	0.0	2	0.3	1	0.1	6	0.8	9	1.2	48	6.5		
6.排便の実施	768	699	91.0	0	0.0	1	0.1	2	0.3	2	0.3	0	0.0	11	1.4	9	1.2	48	6.3		
7.尿閉時の女性の導尿	508	477	93.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	0	0.0	1	0.2	1	0.2	29	5.7		
8.尿閉時の男性の導尿	420	392	93.3	2	0.5	0	0.0	0	0.0	1	0.2	0	0.0	1	0.2	1	0.2	24	5.7		
9.女性の留置カテーテル交換	642	601	93.6	4	0.6	2	0.3	2	0.3	1	0.2	0	0.0	1	0.2	2	0.3	33	5.1		
10.男性の留置カテーテル交換	471	435	92.4	4	0.8	3	0.6	2	0.4	3	0.6	1	0.2	2	0.4	2	0.4	23	4.9		
11.膀胱洗浄	616	570	92.5	2	0.3	3	0.5	0	0.0	1	0.2	0	0.0	2	0.3	2	0.3	38	6.2		

排便・排尿のケア 実施しない理由

	実施していない計			法律上は看護業務ではない		身体への危険性が高い		手技に自信がない		適切な判断ができない		看護師が実施することを医師が認めない		患者が望まない		家族が望まない		必要な物品を常備していない		無回答	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	1.利用者所有する処方・市販の下剤選択	93	27	29.0	13	14.0	0	0.0	32	34.4	5	5.4	11	11.8	9	9.7	8	8.6	17	18.3	
2.下剤の量の調節	20	8	40.0	1	5.0	0	0.0	3	15.0	0	0.0	2	10.0	1	5.0	3	15.0	6	30.0		
3.利用者所有する処方・市販の止痢剤選択	198	35	17.7	29	14.6	1	0.5	73	36.9	5	2.5	18	8.1	11	5.6	18	9.1	54	27.3		
4.止痢剤の量の調節	187	36	19.3	22	11.8	1	0.5	66	35.3	3	1.6	14	7.5	8	4.3	19	10.2	52	27.8		
5.グリセリン浣腸の実施	33	0	0.0	3	9.1	0	0.0	2	6.1	2	6.1	7	21.2	3	9.1	7	21.2	13	39.4		
6.排便の実施	8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	25.0	0	0.0	0	0.0	6	75.0		
7.尿閉時の女性の導尿	225	11	4.9	19	8.4	1	0.4	23	10.2	2	0.9	15	6.7	9	4.0	78	34.7	98	43.6		
8.尿閉時の男性の導尿	314	46	14.6	87	27.7	13	4.1	26	8.3	13	4.1	15	4.8	8	2.5	78	24.8	107	34.1		
9.女性の留置カテーテル交換	106	6	5.7	2	1.9	2	1.9	1	0.9	2	1.9	6	5.7	2	1.9	32	30.2	57	53.8		
10.男性の留置カテーテル交換	275	53	19.3	95	34.5	16	5.8	12	4.4	22	8.0	9	3.3	6	2.2	46	16.7	76	27.6		
11.膀胱洗浄	136	3	2.2	23	16.9	0	0.0	7	5.1	9	6.6	9	6.6	4	2.9	24	17.6	72	52.9		

排便・排尿のケア 実施しないことにより発生した問題

	実施していない計			症状が悪化した		悪化し治療が必要になった		悪化のため入院した		判断が医師と異なった		医師から実施してほしいと言われた		患者から実施してほしいと言われた		家族から実施してほしいと言われた		無回答	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	1.利用者所有する処方・市販の下剤選択	93	61	65.6	1	1.1	1	1.1	0	0.0	1	1.1	1	1.1	3	3.2	2	2.2	26
2.下剤の量の調節	20	12	60.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.0	1	5.0	7	35.0
3.利用者所有する処方・市販の止痢剤選択	198	115	58.1	0	0.0	1	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	2.5	2	1.0	77	38.9
4.止痢剤の量の調節	187	100	53.5	1	0.5	0	0.0	0	0.0	1	0.5	0	0.0	5	2.7	4	2.1	78	41.7
5.グリセリン浣腸の実施	33	16	48.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.0	1	3.0	16	48.5
6.排便の実施	8	4	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	50.0
7.尿閉時の女性の導尿	225	92	40.9	1	0.4	1	0.4	0	0.0	0	0.0	4	1.8	3	1.3	2	0.9	125	55.6
8.尿閉時の男性の導尿	314	141	44.9	0	0.0	6	1.9	1	0.3	0	0.0	16	5.1	8	2.5	7	2.2	148	46.5
9.女性の留置カテーテル交換	106	35	33.0	0	0.0	1	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.9	68	64.2
10.男性の留置カテーテル交換	275	137	49.8	4	1.5	1	0.4	0	0.0	0	0.0	15	5.5	7	2.5	11	4.0	113	41.1
11.膀胱洗浄	136	54	39.7	1	0.7	1	0.7	0	0.0	2	1.5	1	0.7	1	0.7	0	0.0	77	56.6



## (2) 排泄ケアの看護師の判断での実施意向

### ①排便に関するケア

看護師への委任の範囲として、摘便は 730 人 (92.5%) が、浣腸は 610 人 (77.3%) がされて良いと答えていた。実施率の高いこの 2 項目は「看護師が的確に実施の可否を判断できること」(摘便 482 人・66.0%、浣腸 372 人・61.0%)「看護師の手技が適切で危険性が低いこと」、(摘便 359 人・49.2%、浣腸 294 人・48.2%)、「その場での対応を行わないと利用者の状態に影響を及ぼすこと」(医師の指示や処置を待つ間の状態悪化を防げる・合わせて摘便 404 人、浣腸 343 人)などが任されてもよいという理由で高く上がっていた。

下剤については量の調節で 711 人 (90.1%)、選択で 584 人 (74%) が任されて良いと答えている。特に量の調節については、看護師は「適切に判断でき」(530 人・74.5%)、「危険も少ない」(180 人・25.3%)となった。一方止痢剤についても量の調節については 519 人 (65.8%)、選択についても 456 人 (57.8%) が任されてもよいとしていた。

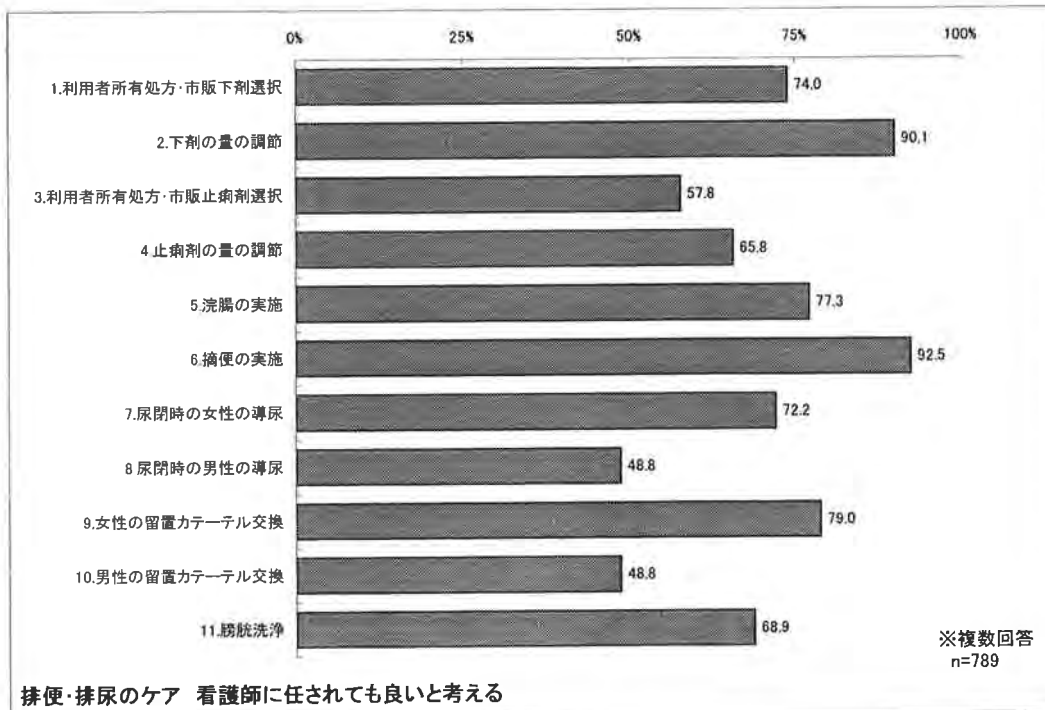
### ②排尿に関するケア

女性の導尿については 570 人 (72.2%) が任されて良いとしており、その理由は「適切に判断できる」291 人(51.1%)と「医師の処置を待っている間に状態の悪化を防げる」268 人(47.0%)、「看護師の手技は適切であり危険が少ない」259 人(45.4%)の順が多かった。

男性の導尿については 385 人 (48.8%) が任されても良いと回答した。理由としては「医師の処置を待つ間の状態の悪化を防げる」194 人(50.4%)「適切に判断できる」170 人(44.2%)、「医師の指示を待つ間の状態悪化を防げる」163 人 (42.3%) があげられた。また、危険性が低いのは 140 人 (36.4%) であり、過半数のステーションは、このサービスには危険が伴うことの認識をしていることがわかる。

女性の留置カテーテルの交換は 623 人 (79%) が、任されて良いとしており、それは「適切に判断でき」357 人 (57.3%)、「危険性が低い」355 人(57.0%)と考えていることがわかった。男性については 385 人 (48.8%) が巻かされてよいとしており、その理由は「看護師が適切に判断できる」198 人 (51.4%)、「看護師の手技は適切で危険性が低い」179 人(46.5%)が多かった。

膀胱洗浄は 544 人 (68.9%) が「適切に判断できる」307 人 (56.4%) し「危険性が低い」299 人 (55.0%) ので任されてよいとしていた。-

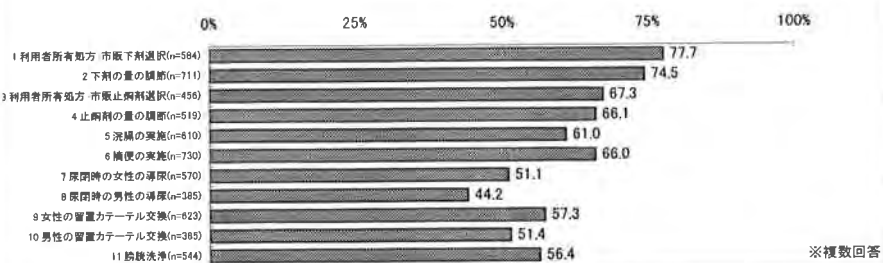


排便・排尿のケア 看護師に任されても良いと考える

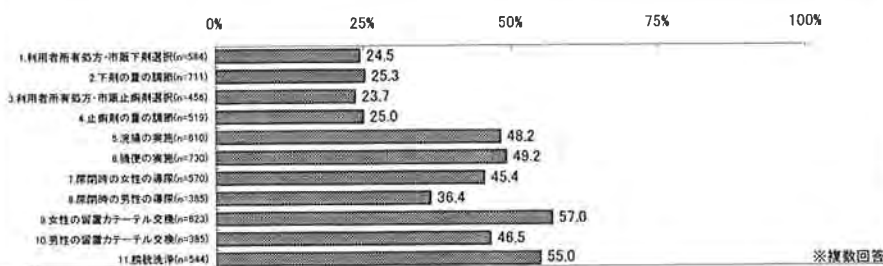
Q3-1 任されても良いと思われる理由

	MA															
	任されても良い	看護師が適切に判断できる		看護師の手技は適切であり危険性が低い		医師の指示を待つ間の状態悪化を防げる		医師の処置を待つ間の状態悪化を防げる		患者が希望する		家族が希望する		無回答		
		n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.利用者所有する処方・市販の下剤選択	584	454	77.7	143	24.5	185	31.7	108	18.5	191	32.7	202	34.6	13	2.2	
2.下剤の量の調節	711	530	74.5	180	25.3	221	31.1	109	15.3	209	29.4	223	31.4	19	2.7	
3.利用者所有する処方・市販の止痢剤選択	456	307	67.3	108	23.7	153	33.6	90	19.7	126	27.6	133	29.2	17	3.7	
4.止痢剤の量の調節	519	343	66.1	130	25.0	166	32.0	91	17.5	132	25.4	145	27.9	20	3.9	
5.グリセリン洗腸の実施	610	372	61.0	294	48.2	183	30.0	160	26.2	226	37.0	216	35.4	14	2.3	
6.排便の実施	730	482	66.0	359	49.2	216	29.6	188	25.8	245	33.8	255	34.9	19	2.6	
7.尿閉時の女性の導尿	570	291	51.1	259	45.4	244	42.8	268	47.0	102	17.9	99	17.4	15	2.6	
8.尿閉時の男性の導尿	385	170	44.2	140	36.4	163	42.3	194	50.4	64	16.6	63	16.4	7	1.8	
9.女性の留置カテーテル交換	623	357	57.3	355	57.0	142	22.8	180	28.9	120	19.3	126	20.2	19	3.0	
10.男性の留置カテーテル交換	385	198	51.4	179	46.5	93	24.2	124	32.2	66	17.1	73	19.0	8	2.1	
11.膀胱洗浄	544	307	56.4	299	55.0	148	27.2	178	32.7	98	18.0	105	19.5	9	1.7	

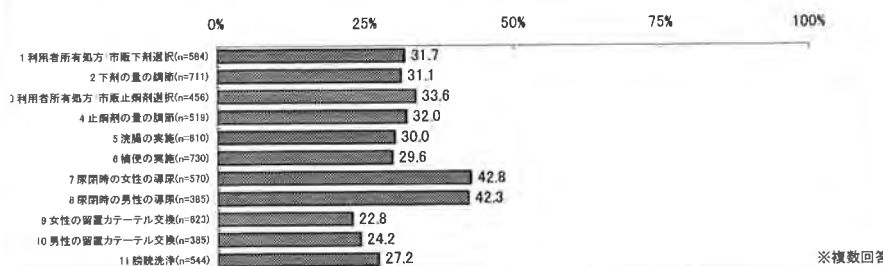
任されても良いと考える理由「①看護師が適切に判断できる」



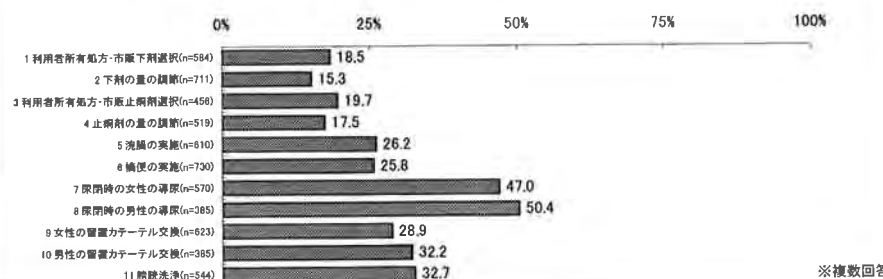
任されても良いと考える理由「②看護師の手技は適切であり危険性が低い」



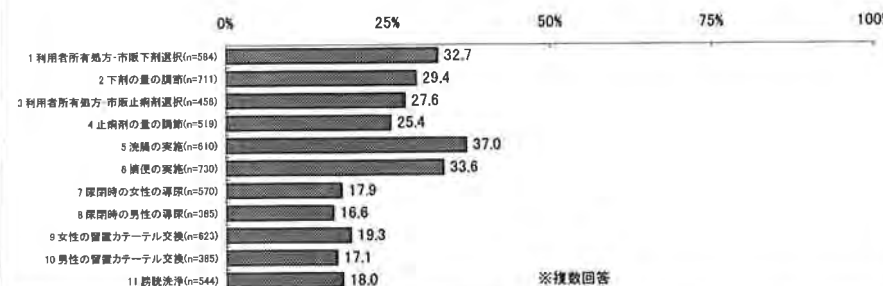
任されても良いと考える理由「③医師の指示を待つ間の状態悪化を防げる」



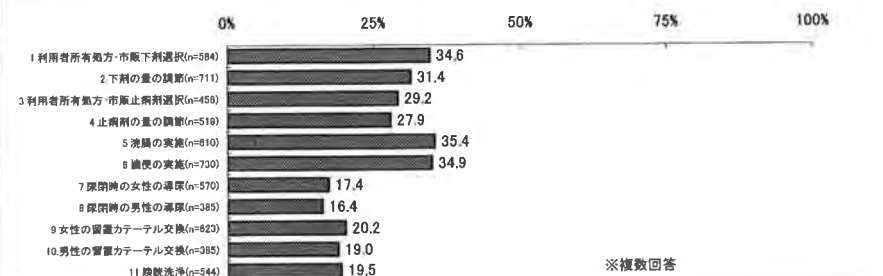
任されても良いと考える理由「④医師の処置を待つ間の状態悪化を防げる」



任されても良いと考える理由「⑤患者が希望する」



任されても良いと考える理由「⑥家族が希望する」



### (3) 排便・排尿のアセスメント実施状況

排泄の項目では、たずねた 20 項目のうち 12 項目において 90%以上のステーションはアセスメントをしていた。中でもよくアセスメントをしていたのは、「排便頻度」97.0%、「浮腫」96.7%、「陰部の清潔」95.9%、「下剤等服用の有無」95.7%など、排便排尿の状況とそれに関わる身体状況などであった。一方実施が低いのは「下剤等と処方薬の関係」79.5%「下剤等が疾患に与える影響」81.4%などの薬剤に関するものと「過去の尿閉の有無」82.0%「体重変化」83.3%「前立腺肥大の既往」84.5%「排尿アセスメントのための腹部触診」87.5%「イレウス、重篤な疾患の可能性」89.6%など利用者の既往の把握と現状の関連性や、フィジカルアセスメントの要素の強いものであった。また、記録に関しては、17 項目において 90%を超えていた。

排便・排尿のケア アセスメント・記録の実施状況

	該 当 患 者	アセスメン トしている		記録 している		記録 していない		無回答	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1.水分出納	789	737	93.4	705	95.7	27	3.7	5	0.7
2.食事内容	789	736	93.3	686	93.2	42	5.7	8	1.1
3.排便頻度	789	765	97.0	751	98.2	8	1.0	6	0.8
4.体重変化	789	657	83.3	624	95.0	24	3.7	9	1.4
5.排便アセスメントのための腹部触診・聴診	789	750	95.1	727	96.9	13	1.7	10	1.3
6.便意	789	717	90.9	652	90.9	58	8.1	7	1.0
7.便失禁状態	789	737	93.4	712	96.6	19	2.6	6	0.8
8.下剤、止痢剤の服用の有無と量	789	755	95.7	727	96.3	20	2.6	8	1.1
9.下剤、止痢剤が疾患に与える影響	789	642	81.4	529	82.4	107	16.7	6	0.9
10.下剤、止痢剤と処方薬との関係	789	627	79.5	513	81.8	105	16.7	9	1.4
11.イレウス等、重篤な疾患の可能性	789	707	89.6	655	92.6	43	6.1	9	1.3
12.浮腫の有無	789	763	96.7	750	98.3	6	0.8	7	0.9
13.排尿アセスメントのための腹部触診・聴診	789	690	87.5	664	96.2	18	2.6	8	1.2
14.尿意の確認	789	728	92.3	681	93.5	38	5.2	9	1.2
15.尿失禁状態の確認	789	735	93.2	710	96.6	18	2.4	7	1.0
16.前立腺肥大の既往症(男性の場合)	789	667	84.5	608	91.2	51	7.6	8	1.2
17.尿路感染の危険性	789	735	93.2	684	93.1	42	5.7	9	1.2
18.過去の尿閉の有無	789	647	82.0	577	89.2	62	9.6	8	1.2
19.陰部の清潔	789	757	95.9	721	95.2	29	3.8	7	0.9
20.その他	789	64	8.1	63	98.4	1	1.6	0	0.0

## 2) 認知症ケア

認知症に係わる該当患者が「いた」は 643 人 (79.7%) で他の排泄ケア、呼吸ケア、褥瘡ケアの該当患者に比べ少なかった。

### (1) 認知症ケアの実施状況

#### ①暴力・攻撃性対応の向精神薬の調節

向精神薬の調節を実施している人は 135 人 (21.0%) であった。

実施している人に対して、医師からの指示のあり方を尋ねたが、電話によるその場での指示が最も多く 49.6% を占め、次は指示書による包括的な指示が 38.5% であり、口頭による事前承認は 7.4% であり、事後報告を行っているのは 2.9% であった。

実施したことでの問題なかったとした人は 110 人 (81.5%) であった。問題ありとした人数は 8 人 (6%) で、発生した問題は複数回答で症状の悪化の状況となったのは合計 8 人 (5.9%)、判断が医師と異なった 2 人 (1.5%)、家族が実施しないでほしいが 1 人 (0.7%) であった。

向精神薬の調節を実施しないのは 491 人 (76.4%) であった。実施していない人に実施しない理由を尋ねたところ、法律上看護業務ではない 264 人 (53.8%)、適切な判断ができない 221 人 (45.0%)、身体への危険性が高い 171 人 (34.8%)、看護師が実施することを医師が認めない 57 人 (11.6%)、手技に自信がない 23 人 (4.7%) の順となった。実施しないことで生じた問題ありは 41 人 (8%) で、内容は何らかの状態が悪化とした合計は 32 人 (6.5%) で、判断が医師と異なった 6 人 (1.2%) で、患者・家族実施してほしいと言われた 11 人 (2.2%) であり、実施しないことで「問題はない」265 人 (54.0%) であった。

#### ②うつ状態やいらいらに対する抗うつ剤の調節

抗うつ剤の調節をしているのは 147 人 (22.9%) となった。

調節をしている人に対して、医師からの指示のあり方を尋ねたが、電話によるその場での指示が最も多く 73 人 (49.7%) を占め、次は指示書による包括的な指示が 58 人 (39.5%) であり、口頭による事前承認は 11 人 (7.5%) であり、事後報告を行っているのは 3 人 (2.1%) であった。

実施したことでの問題なかったとした人は 121 人 (82.3%) であった。問題ありは 7 人 (5%) で、発生した問題としては何らかの状態が悪化とした人の合計は 6 人 (4.1%)、判断が医師と異なった 1 人 (0.7%)、家族が実施しないでほしいが 1 人 (0.7%) であった。

抗うつ剤の調節を実施しないのは 478 人 (74.3%) で、実施していない人に実施しない理由を尋ねたところ、法律上看護業務ではない 254 人 (53.1%)、適切な判断ができない 219 人 (45.8%)、身体への危険性が高い 168 人 (35.1%)、看護師が実施することを医師が認めない 55 人 (11.5%)、手技に自信がない 25 人 (5.2%) の順となり、患者や家族の希望なし 19 人 (4.0%) となった。実施しないことで生じた問題ありは 40 人 (8.7%) で、内容は、何らかの状態が悪化とした人の合計 28 人 (5.8%) で、判断が医師と異なった 6 人 (1.3%) で、患者・家族実施してほしいと言われた 13 人 (2.7%) で、実施しないことで問題はない 263 人 (55.0%) であった。

### ③不眠・過眠の訴えがあった場合の睡眠薬量調節

睡眠薬の調節をしている人は325人(50.5%)となった。

調節をしている人に対して、医師からの指示のあり方を尋ねたが、指示書による包括的な指示が106人(32.6%)で最も多く、電話によるその場での指示が98人(30.2%)を占め、次は看護師の判断で実施し事後報告43人(13.2%)で、緊急時のみ実施し事後報告31人(9.5%)で、口頭による事前承認は42人(12.9%)であった。

実施したことでの問題なかったとした人は272人(83.7%)であった。問題ありは14人(4.3%)で、発生した問題としては何らかの状態が悪化とした人の合計8人(2.4%)、判断が医師と異なった5人(1.5%)、患者・家族が実施しないでほしいが4人(1.2%)であった。

睡眠薬の調節を実施していない人は300人(46.7%)で、実施していない人に実施しない理由を尋ねたところ、法律上看護業務ではない172人(57.3%)、適切な判断ができない124人(41.3%)、身体への危険性が高い107人(35.7%)、看護師が実施することを医師が認めない28人(9.3%)、患者や家族の希望なし17人(5.7%)、手技に自信がない16人(5.3%)の順となった。実施しないことで生じた問題ありは23人(7.7%)で、何らかの状態が悪化とした人の合計は15人(4.9%)で、判断が医師と異なった3人(1.0%)で、患者・家族実施してほしいと言われた10人(3.3%)で、実施しないことで問題はない171人(57.0%)であった。

### ④病気に対しての患者本人・家族への説明

病気の説明をしている人は494人(76.8%)であった。

説明をしている人に対して、医師からの指示のあり方を尋ねたが、指示書による包括的な指示が187人(37.9%)で最も多く、看護師の判断で実施し事後報告154人(31.2%)で、口頭による事前承認は45人(9.1%)で、緊急時のみ実施し事後報告30人(6.1%)、電話によるその場での指示が19人(3.8%)の順となり、特に指示受けていない47人(9.5%)となった。

実施したことでの問題なかったとした人は439人(88.9%)であった。問題がありは7人(1.4%)で、発生した問題としては何らかの状態が悪化とした人の合計は3人(0.6%)、判断が医師と異なった1人(0.2%)、家族からが実施しないでほしいが2人(0.4%)で、医師から実施しないでほしいと言われた1人(0.2%)であった。

病気の説明を実施していない人は129人(20.1%)であった。実施していない人に実施しない理由を尋ねたところ、法律上看護業務ではない80人(62.0%)、適切な判断ができない42人(32.6%)、身体への危険性が高い13人(10.1%)、看護師が実施することを医師が認めない8人(6.2%)、患者や家族の希望なし5人(3.9%)、手技に自信がない6人(4.7%)の順となった。実施しないことで生じた問題ありは6人(4.7%)で、何らかの状態が悪化とした人の合計は3人(2.3%)で、判断が医師と異なった1人(0.8%)で、患者・家族から実施してほしいと言われた3人(2.4%)で、実施しないことで問題はない57人(44.2%)であった。

### ⑤介護方法の指導

介護方法の指導を実施しているのは620人(96.4%)であった。

介護方法を指導している人に対して、医師からの指示のあり方を尋ねたが、看護師の判断で実施し事後報告が270人(43.5%)で最も多く、指示書による包括的な指示が175人(28.2%)で、特に指示は受けていない126人(20.3%)となり、口頭による事前承認は18人

(2.9%)で、緊急時のみ実施し事後報告 12 人(1.9%)、電話によるその場での指示が 5 人(0.8%)の順となった。

実施したことでの問題なかったとした人は 556 人(89.7%)であった。問題ありは 3 人(0.5%)で、発生した問題としては、家族からが実施しないでほしい 3 人(0.5%)であった。介護方法の指導を実施していないは 11 人(1.7%)であった。実施していない人に実施しない理由を尋ねたところ、適切な判断ができない 5 人(45.5%)、家族が望まない 3 人(27.3%)、身体への危険性が高い 1 人(9.1%)の順となった。実施しないことで生じた問題はないは 3 人(27.3%)であった、発生した問題については不明が多く具体的な記載がなかった。

#### ⑥介護サービスについての説明

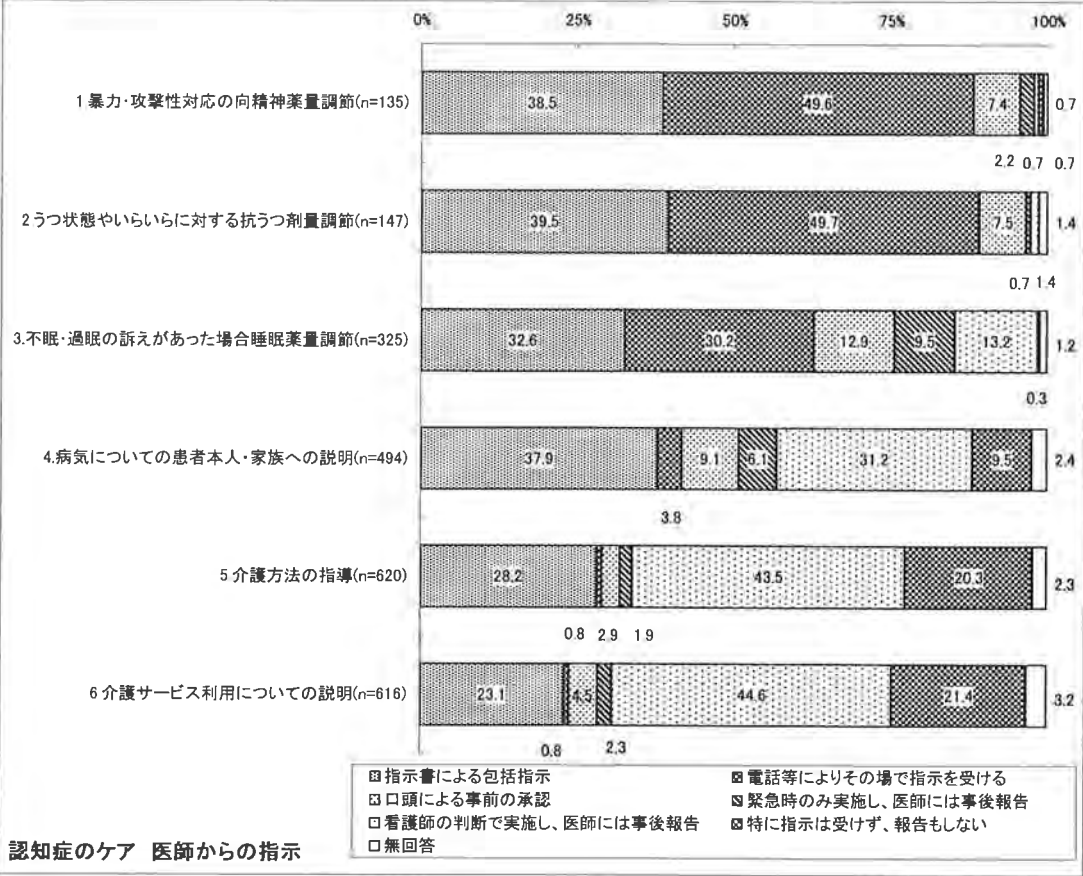
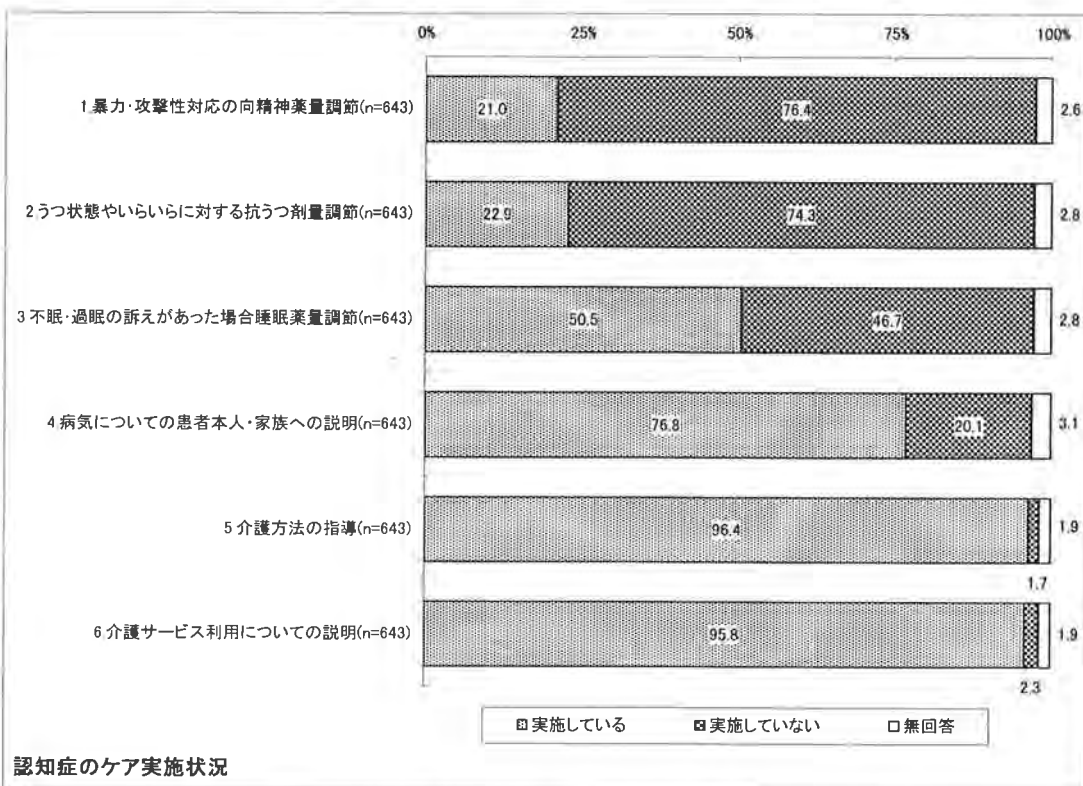
介護サービスについての説明をしている人は 616 人(95.8%)であった。

介護サービスの説明をしている人に対して、医師からの指示のあり方を尋ねたが、看護師の判断で実施し事後報告が 275 人(44.6%)で最も多く、指示書による包括的な指示が 142 人(23.1%)で、特に指示は受けていない 132 人(21.4%)となり、口頭による事前承認は 28 人(4.5%)で、緊急時のみ実施し事後報告 14 人(2.3%)、電話によるその場での指示が 5 人(0.8%)の順となった。

実施したことでの問題なかったとした人は 543 人(88.1%)であった。発生した問題としては、本人・家族からが実施しないでほしい 6 人(0.9%)、判断が医師と異なった 1 人(0.2%)となった。

介護サービスの説明を、実施していないは 15 人(2.3%)であった。実施していない人に実施しない理由を尋ねたところ、適切な判断ができない 6 人(40.0%)、家族が望まない 4 人(26.7%)、身体への危険性が高い 1 人(6.7%)の順となった。実施しないことで生じた問題はないは 7 人(46.7%)であった。

説明を実施しないことでの問題は発生の状況は家族から要望があった 1 人(6.7%)となった他は不明が多く具体的な記載がなかった。





認知症のケア 実施したことにより発生した問題

MA

	実施している計	問題はない		症状が悪化した		悪化し治療が必要になった		悪化のため入院した		判断が医師と異なった		医師から実施しないと言われた		患者から実施しないでほしいと言われた		家族から実施しないでほしいと言われた		無回答	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.暴力・攻撃性対応の向精神薬量調節	135	110	81.5	4	3.0	1	0.7	3	2.2	2	1.5	0	0.0	0	0.0	1	0.7	17	12.6
2.うつ状態やいらいらに対する抗うつ剤量調節	147	121	82.3	4	2.7	1	0.7	1	0.7	1	0.7	0	0.0	0	0.0	1	0.7	19	12.9
3.不眠・過眠の訴えがあった場合睡眠薬量調節	325	272	83.7	6	1.8	1	0.3	1	0.3	5	1.5	0	0.0	2	0.6	2	0.6	39	12.0
4.病状についての患者本人・家族への説明	494	439	88.9	3	0.6	0	0.0	0	0.0	1	0.2	1	0.2	0	0.0	2	0.4	48	9.7
5.介護方法の指導	620	556	89.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.5	61	9.8
6.介護サービス利用についての説明	616	543	88.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	0	0.0	2	0.3	4	0.6	68	11.0

Q6B1 実施しない理由

MA

	実施していない計	法律上は看護業務ではない		身体への危険性が高い		手技に自信が無い		適切な判断できない		看護師が実施することを医師が認めない		患者が望まない		家族が望まない		必要な物品を常備していない		無回答	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.暴力・攻撃性対応の向精神薬量調節	491	264	53.8	171	34.8	23	4.7	221	45.0	57	11.6	9	1.8	11	2.2	18	3.7	45	9.2
2.うつ状態やいらいらに対する抗うつ剤量調節	478	254	53.1	168	35.1	25	5.2	219	45.8	55	11.5	8	1.7	11	2.3	16	3.3	38	7.9
3.不眠・過眠の訴えがあった場合睡眠薬量調節	300	172	57.3	107	35.7	16	5.3	124	41.3	28	9.3	8	2.7	9	3.0	13	4.3	21	7.0
4.病状についての患者本人・家族への説明	129	80	62.0	13	10.1	6	4.7	42	32.6	8	6.2	1	0.8	4	3.1	1	0.8	18	14.0
5.介護方法の指導	11	0	0.0	1	9.1	0	0.0	5	45.5	0	0.0	0	0.0	3	27.3	0	0.0	3	27.3
6.介護サービス利用についての説明	15	3	20.0	1	6.7	0	0.0	6	40.0	0	0.0	1	6.7	4	26.7	0	0.0	2	13.3

Q6B1 実施しないことにより発生した問題

MA

	実施していない計	問題はない		症状が悪化した		悪化し治療が必要になった		悪化のため入院した		判断が医師と異なった		医師から実施してほしいと言われた		患者から実施してほしいと言われた		家族から実施してほしいと言われた		無回答	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.暴力・攻撃性対応の向精神薬量調節	491	265	54.0	24	4.8	6	1.2	2	0.4	6	1.2	0	0.0	3	0.6	8	1.6	185	37.7
2.うつ状態やいらいらに対する抗うつ剤量調節	478	263	55.0	21	4.4	5	1.0	2	0.4	6	1.3	2	0.4	3	0.6	10	2.1	174	36.4
3.不眠・過眠の訴えがあった場合睡眠薬量調節	300	171	57.0	10	3.3	4	1.3	1	0.3	3	1.0	1	0.3	4	1.3	6	2.0	106	35.3
4.病状についての患者本人・家族への説明	129	57	44.2	3	2.3	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	1	0.8	2	1.6	66	51.2
5.介護方法の指導	11	3	27.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	72.7
6.介護サービス利用についての説明	15	7	46.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	6.7	7	46.7
11.褥瘡洗浄	136	3	2.2	23	16.9	0	0.0	7	5.1	9	6.5	9	6.5	4	2.9	24	17.6	72	52.9

## (2) 認知症ケアを看護師の判断での実施意向

### ①暴力・攻撃性対応の向精神薬の調節

「看護師に任せて良い」とした割合は 49 人(7.6%)であった。任されても良い理由は、医師の指示を待つ間の悪化を防げる 28 人(57.1%)、医師の処置を待つ間の悪化を防げる 16 人(32.7%)であり、家族が希望 15 人(30.6%)となり、看護師適切に判断できる 10 人(20.4%)となった。

### ②うつ状態等に対する抗うつ剤量の調節

「看護師に任せて良い」とした割合は 58 人(9.0%)であった。任されても良い理由は、医師の指示を待つ間の悪化を防げる 34 人(58.6%)、医師の処置を待つ間の悪化を防げる 16 人(27.6%)であり、家族が希望 14 人(24.1%)、看護師が適切に判断できる 14 人(24.1%)、患者の希望 9 人(15.5%)となった。

### ③不眠・過眠の訴えの場合の睡眠薬の調節

「看護師に任せて良い」とした割合は 196 人(30.5%)であった。任されても良い理由は、医師の指示を待つ間の悪化を防げる 92 人(46.9%)、看護師適切に判断できる 92 人(46.9%)、家族が希望 64 人(32.7%)、患者が希望 51 人(26.0%)となり、医師の処置を待つ間の悪化を防げる 38 人(19.4%)となった。

### ④病気についての患者・本人家族への説明

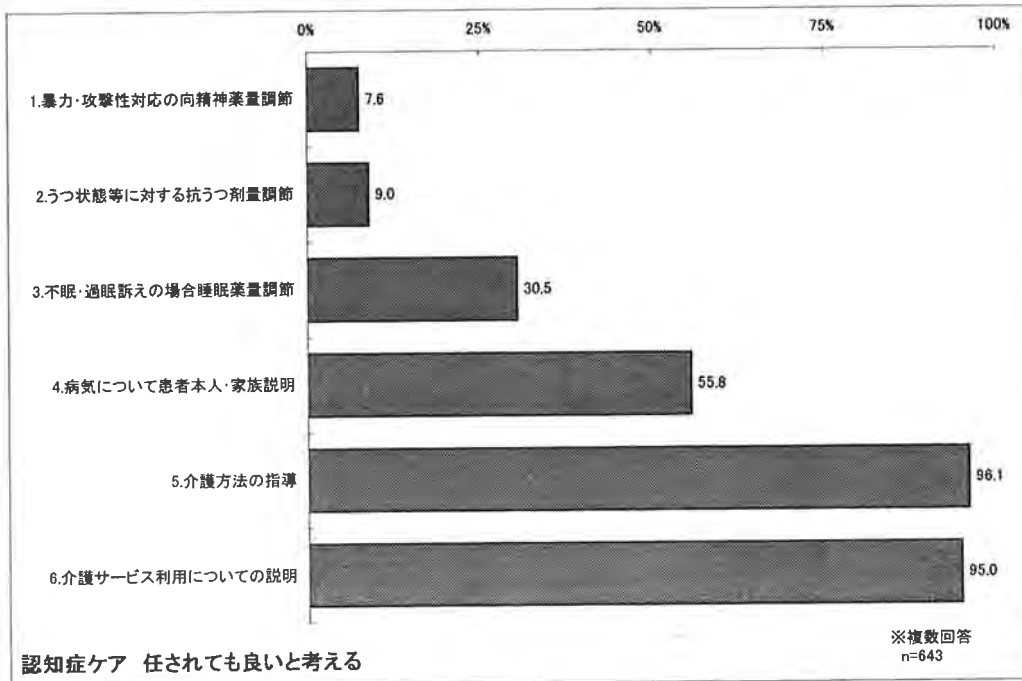
「看護師に任せて良い」とした割合は 359 人(55.8%)であった。任されても良い理由は、看護師適切に判断できる 214 人(59.6%)、家族が希望 167 人(46.5%)、患者が希望 104 人(29.0%)、看護師の手技は適切であり危険性が低い 75 人(20.9%)、医師の指示を待つ間の悪化を防げる 67 人(18.7%)、医師の処置を待つ間の悪化を防げる 39 人(10.9%)の順となった。

### ⑤介護方法の指導

「看護師に任せて良い」とした割合は 618 人(96.1%)であった。任されても良い理由は、看護師適切に判断できる 448 人(72.5%)、家族が希望 298 人(48.2%)、看護師の手技は適切であり危険性が低い 145 人(23.5%)、患者が希望 145 人(23.5%)、医師の指示を待つ間の悪化を防げる 101 人(16.3%)、医師の処置を待つ間の悪化を防げる 62 人(10.0%)の順となった。

### ⑥介護サービス利用についての説明

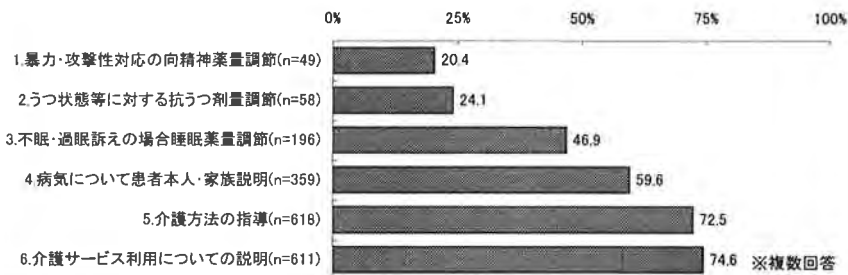
「看護師に任せて良い」とした割合は 611 人(95.0%)であった。任されても良い理由は、看護師が適切に判断できる 456 人(74.6%)、家族が希望 292 人(47.8%)、患者が希望 158 人(25.9%)、看護師の手技は適切であり危険性が低い 123 人(20.1%)、医師の指示を待つ間の悪化を防げる 93 人(15.2%)、医師の処置を待つ間の悪化を防げる 55 人(9.0%)の順となった。



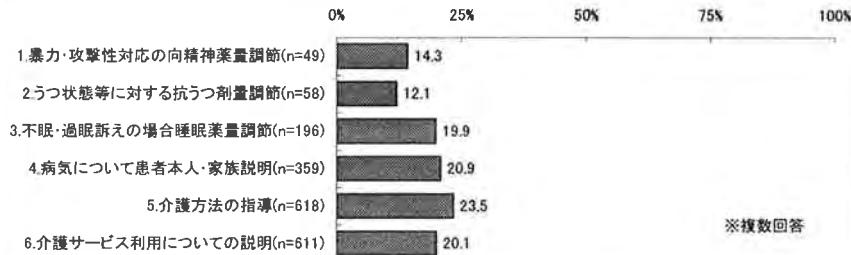
Q7-1 任されても良いと思われる理由

	MA															
	任されても良いと考える項目	看護師が適切に判断できる		看護師の手法は適切であり危険性が低い		医師の指示を待つ間の状態悪化を防げる		医師の処置を待つ間の状態悪化を防げる		患者が希望する		家族が希望する		無回答		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1. 暴力・攻撃性対応の向精神薬量調節	49	10	20.4	7	14.3	28	57.1	16	32.7	6	12.2	15	30.6	0	0.0	
2. うつ状態等に対する抗うつ剤量調節	58	14	24.1	7	12.1	34	58.6	16	27.6	9	15.5	14	24.1	0	0.0	
3. 不眠・過眠訴えの場合睡眠薬量調節	196	92	46.9	39	19.9	92	46.9	38	19.4	51	26.0	64	32.7	6	3.1	
4. 病気について患者本人・家族説明	359	214	59.6	75	20.9	67	18.7	39	10.9	104	29.0	167	46.5	12	3.3	
5. 介護方法の指導	618	448	72.5	145	23.5	101	16.3	62	10.0	145	23.5	298	48.2	19	3.1	
6. 介護サービス利用についての説明	611	456	74.6	123	20.1	93	15.2	55	9.0	158	25.9	292	47.8	19	3.1	

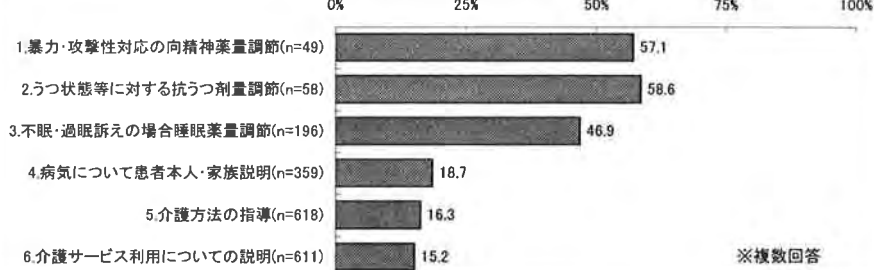
任されても良いと考える理由「①看護師が適切に判断できる」



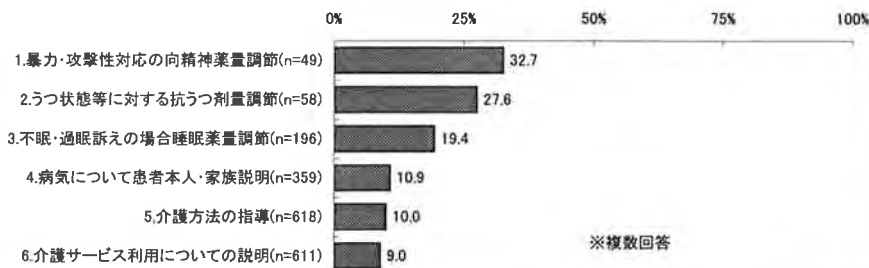
任されても良いと考える理由「②看護師の手法は適切であり危険性が低い」



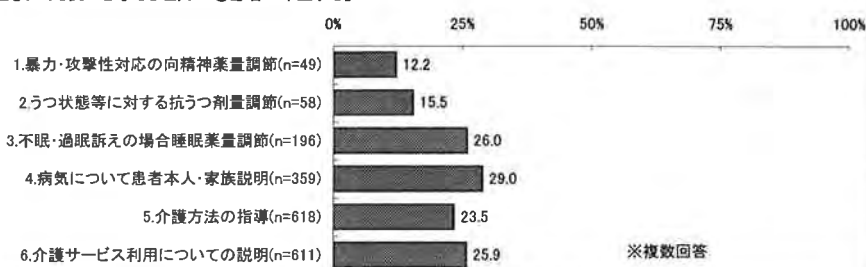
任されても良いと考える理由「③医師の指示を待つ間の状態悪化を防げる」



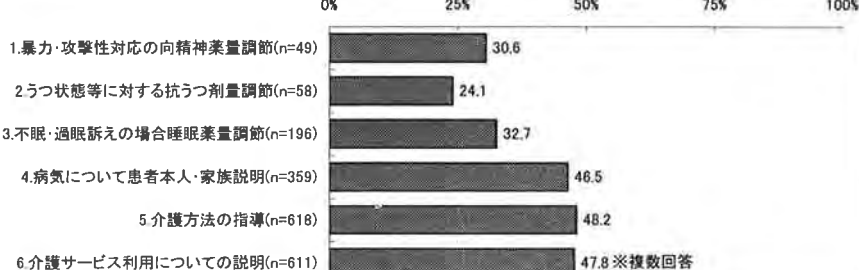
任されても良いと考える理由「④医師の処置を待つ間の状態悪化を防げる」



任されても良いと考える理由「⑤患者が希望する」



任されても良いと考える理由「⑥家族が希望する」



### (3) 認知症ケアのアセスメント実施と記録

アセスメント実施率が高かった順は、家族の介護状況と介護力 610 人 (94.9%)、認知機能に関する家族からの情報 605 人(94.1%)、介護サービスの状況 602 人(93.6%)、睡眠薬内服状況 591 人(91.9%)、認知症の特異行動 589 人(91.6%)、患者の気分と行動 583 人(90.7%) となり、9 割を超えた。また、これらの項目の記録状況は 95%を超えていたが 100%ではなかった。睡眠行動のアセスメントは 560 人(87.1%)、抗認知症薬の内服状況と抗うつ剤の内服状況のアセスメントは約 85%となった。これらの記録状況も 95%を少し超える程度となった。

特に実施率が低かったのがスケールを用いた認知症程度のアセスメントで 196 人 (30.5%) となり、その内記録している人は 179 人(91.3%)であった。

認知症のケア アセスメント・記録の実施状況

	該当患者		アセスメントしている		記録している		記録していない		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. スケールを用いた認知症の程度	643		196	30.5	179	91.3	14	7.1	3	1.5
2. 睡眠薬内服状況	643		591	91.9	569	96.3	19	3.2	3	0.5
3. 抗認知症薬内服状況	643		545	84.8	519	95.2	23	4.2	3	0.6
4. 抗うつ剤内服状況	643		552	85.8	525	95.1	21	3.8	6	1.1
5. 睡眠行動	643		560	87.1	541	96.6	15	2.7	4	0.7
6. 患者の気分と行動	643		583	90.7	570	97.8	10	1.7	3	0.5
7. 認知症の特異行動	643		589	91.6	576	97.8	10	1.7	3	0.5
8. 認知機能に関する家族からの情報	643		605	94.1	593	98.0	9	1.5	3	0.5
9. 家族の介護状況と介護力	643		610	94.9	586	96.1	20	3.3	4	0.7
10. 介護サービス利用状況	643		602	93.6	577	95.8	22	3.7	3	0.5
11. その他	643		23	3.6	21	91.3	0	0.0	2	8.7

### 3) 褥瘡ケア

褥創医療・看護サービスに該当する患者が「いた」は 774 人 (95.9%) であった。

#### (1) ケアの実施状況

##### ①処置方法の選択

医師からの指示書による包括指示に基づいて選択しているとしたのが 352 人 (51.8%) で最も多く、看護師の判断で実施し、医師には事後報告というのが次に多く 103 人 (15.1%) であった。電話等によりその場で指示を受けたり口頭で事前に承認を受けたりしているところが約 11% ずつであり、緊急時のみ実施して医師には事後報告しているところが 54 人 (7.9%) あった。

##### ②マットレスの選択

マットレスの選択をしているのは 716 人 (92.5%) であった。この質問項目では、「看護師が実施し医師に事後報告」としているステーションの割合が最も多く 394 人 (51.8%) と半数以上のステーションが医師の判断を待たずに看護師が判断していた。さらに「指示書による包括指示」の 112 人 (18.9%) と合計すると、7 割を超え、実施していると答えたステーションの 7 割以上が、医師の判断に頼らず主体的に判断し、実施していることが分かる。

##### ③表面被覆材の選択

表面被覆材の選択をしているのは 622 人 (80.4%) であった。医師の包括指示による実施が 209 人 (33.6%) と看護師の判断で実施し医師には事後報告が 162 人 (26.0%) で半数以上を占め、電話等によりその場で指示を受けたり口頭で事前に承認を受けたりしているところがそれぞれ 80 人 (12.9%) 93 人 (15.0%) ずつあり、緊急時のみ実施して医師には事後報告しているところが 58 人 (9.3%) であった。この結果は 1) 処置方法の選択と似た傾向であった。

##### ④デブリードマン

デブリードマンを実施しているのは 209 人 (27.0%) と低く、指示書による包括指示の割合が 79 人 (37.8%) と多く、電話等による指示、口頭による指示、看護師の判断で実施し医師に事後報告、緊急時に実施し医師に事後報告が、20~30 人程度 (10% 台) で並んでいた。指示も受けず報告もしないと回答したところはなかった。

##### ⑤医師の選択

医師の選択を実施しているのは 515 人 (66.5%) と、他の項目に比べやや低かった。口頭による事前の承認が 133 人 (25.8%)、電話等によりその場で指示を受けるとしているところが 126 人 (24.5%)、合わせて半数を占めており、医師の指示書による包括指示は 99 人 (19.2%)、看護師の判断で実施し事後報告は 95 人 (18.4%) と少なかった。

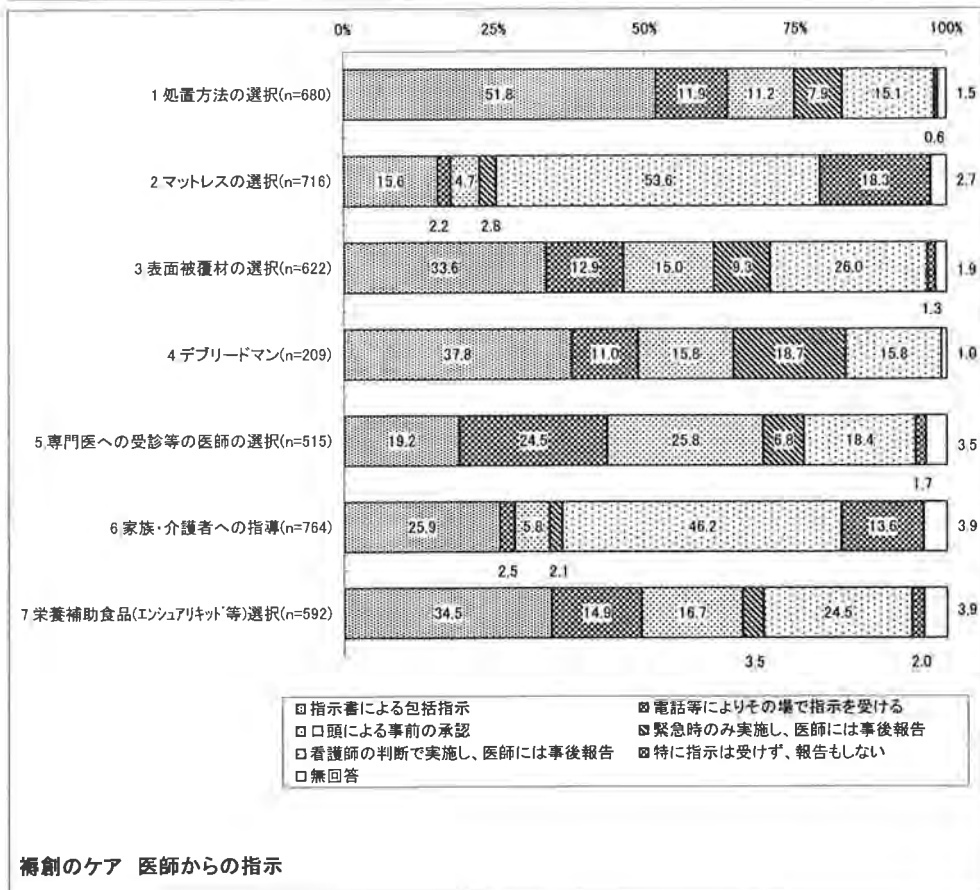
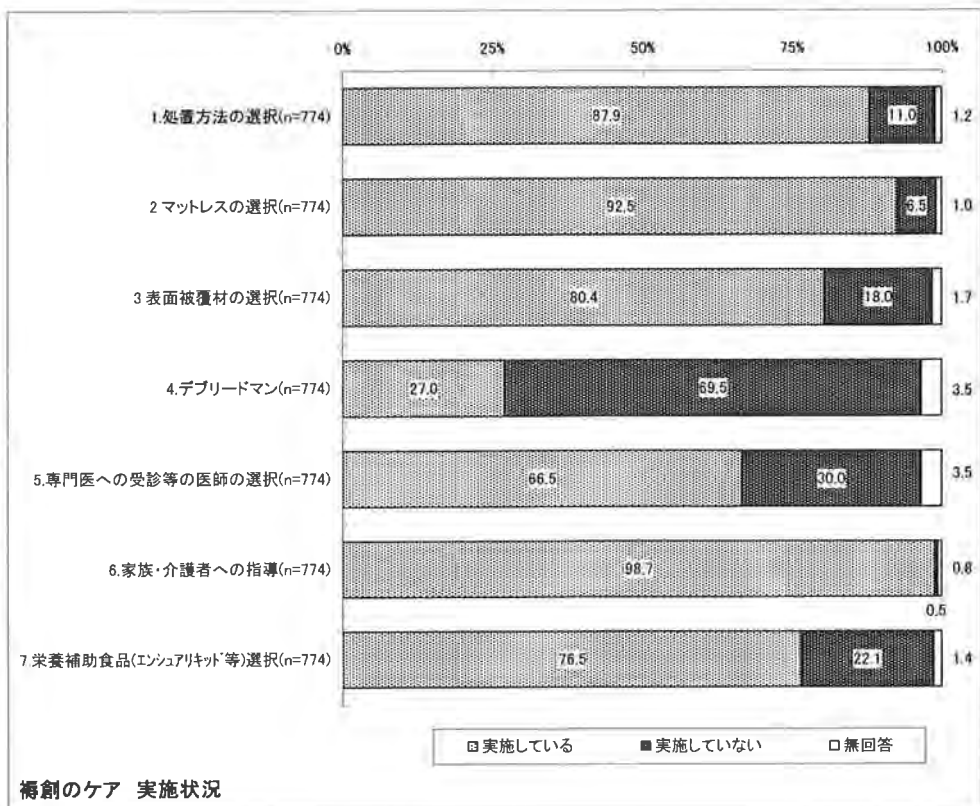
##### ⑥家族・介護者の指導

指導していたのは 764 人 (98.7%) で高値を示した。この項目の特徴として、実施し、

事後に医師に報告と回答しているステーションが353人（46.2%）と「マットレスの選択」の項目に次いで多く、指示書による包括指示198人（25.9%）と合わせて7割を超え、看護師主体で実施されている項目であることが分かる。

⑦栄養補助食品の選択

栄養補助食品の選択を行なっているのは592人（76.5%）であった。医師の指示書による包括指示が204人（34.5%）で最も多く、看護師の判断で実施し医師には事後報告が145人（24.5%）と次いでいた。電話等によるその場の指示と口頭による事前承認がそれぞれ88人（14.9%）99人（16.7%）であった。





褥創のケア 実施したことの問題

MA

	実施している計		問題はない		症状が悪化した		悪化し治療が必要になった		悪化のため入院した		判断が医師と異なった		医師から実施しないと言われた		患者から実施しないでほしいと言われた		家族から実施しないでほしいと言われた		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.処置方法の選択	680	533	78.4	38	5.6	12	1.8	15	2.2	46	6.8	3	0.4	0	0.0	0	0.0	67	9.9	
2.マットレスの選択	716	623	87.0	10	1.4	2	0.3	1	0.1	6	0.8	0	0.0	1	0.1	3	0.4	76	10.6	
3.表面被覆材の選択	622	504	81.0	23	3.7	3	0.5	4	0.6	28	4.5	3	0.5	0	0.0	1	0.2	67	10.8	
4.デブリードマン	209	186	89.0	3	1.4	2	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	20	9.6	
5.専門医への受診等の医師の選択	515	425	82.5	3	0.6	2	0.4	4	0.8	16	3.1	8	1.6	1	0.2	1	0.2	65	12.6	
6.家族・介護者への指導	764	664	86.9	7	0.9	4	0.5	3	0.4	6	0.8	1	0.1	2	0.3	3	0.4	82	10.7	
7.栄養補助食品(エンジュアキッド等)選択	582	520	87.8	2	0.3	0	0.0	1	0.2	6	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	65	11.0	

褥創のケア 実施しない理由

MA

	実施していない計		法律上は看護業務ではない		身体への危険性が高い		手技に自信が無い		適切な判断ができない		看護師が実施することを医師が認めない		患者が望まない		家族が望まない		必要な物品を常備していない		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.処置方法の選択	85	46	54.1	12	14.1	3	3.5	21	24.7	25	29.4	2	2.4	2	2.4	13	15.3	5	5.9	
2.マットレスの選択	50	8	16.0	1	2.0	2	4.0	12	24.0	1	2.0	2	4.0	2	4.0	19	38.0	9	18.0	
3.表面被覆材の選択	139	49	35.3	9	6.5	5	3.6	40	28.6	32	23.0	1	0.7	2	1.4	45	32.4	17	12.2	
4.デブリードマン	538	331	61.5	242	45.0	118	21.9	97	18.0	88	16.4	18	3.3	19	3.5	131	24.3	62	11.5	
5.専門医への受診等の医師の選択	232	55	23.7	4	1.7	0	0.0	48	21.1	56	24.1	33	14.2	34	14.7	6	2.6	47	20.3	
6.家族・介護者への指導	4	1	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	75.0	
7.栄養補助食品(エンジュアキッド等)選択	171	85	38.0	6	3.5	1	0.6	42	24.6	28	16.4	11	6.4	8	4.7	27	15.8	27	15.8	

褥創のケア実施しないことにより発生した問題

MA

	実施していない計		問題はない		症状が悪化した		悪化し治療が必要になった		悪化のため入院した		判断が医師と異なった		医師から実施してほしいと言われた		患者から実施してほしいと言われた		家族から実施してほしいと言われた		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.処置方法の選択	85	33	38.8	13	15.3	3	3.5	3	3.5	6	7.1	5	5.9	2	2.4	4	4.7	28	34.1	
2.マットレスの選択	50	28	56.0	3	6.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	19	38.0	
3.表面被覆材の選択	139	56	40.3	18	12.9	3	2.2	3	2.2	7	5.0	4	2.9	2	1.4	5	3.6	51	36.7	
4.デブリードマン	538	249	46.3	80	14.9	36	6.7	17	3.2	14	2.6	7	1.3	7	1.3	9	1.7	178	33.1	
5.専門医への受診等の医師の選択	232	91	39.2	33	14.2	4	1.7	8	3.8	15	6.5	2	0.9	4	1.7	5	2.2	87	37.5	
6.家族・介護者への指導	4	1	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	75.0	
7.栄養補助食品(エンジュアキッド等)選択	171	82	53.8	15	8.8	1	0.6	3	1.8	2	1.2	1	0.6	4	2.3	4	2.3	58	33.9	

## (2) 褥瘡ケアの看護師の判断での実施意向

### ① 処置方法の選択

看護師に任せても良いとしたのは 519 人 (67.1%) であり、看護師が適切に判断できるとしたのがそのうちの 325 人 (62.6%) と最も多く、医師の指示あるいは処置を待つ間の悪化を防げるという理由をあげたのも 241 人 (46.4%)、218 人 (42.0%) と多かった。看護師の手技は適切で危険性が低いと 202 人 (38.9%)、家族が希望するというのも 119 人 (22.9%) あった。

### ② マットレスの選択

任されても良いとしたのは 712 人 (92%) と多かった。看護師が適切に判断できるとしたのが 581 人 (81.6%) であり、褥創処置において他のどの項目より多かった。

### ③ 表面被覆材の選択

看護師に任されてもいいとしたのは 505 人 (65.2%) であった。医師の指示あるいは処置を待つ間の状態悪化を防げるというのが 226 人 (44.8%)、200 人 (39.6%) であった。看護師の手技は適切であり危険性が低いとしたのは 180 人 (35.6%) であった。

### ④ デブリードマン

看護師に任せても良いとしたのは 158 人 (20.4%) と少なかった。任せても良いと思われる理由で最も多かったのは、医師の処置を待つ間の状態の悪化を防げるであり、85 人 (53.8%) であった。看護師が適切に判断できるという回答は、他の項目に較べると低く、73 人 (46.2%) であった。

### ⑤ 専門医への受診等の医師の選択

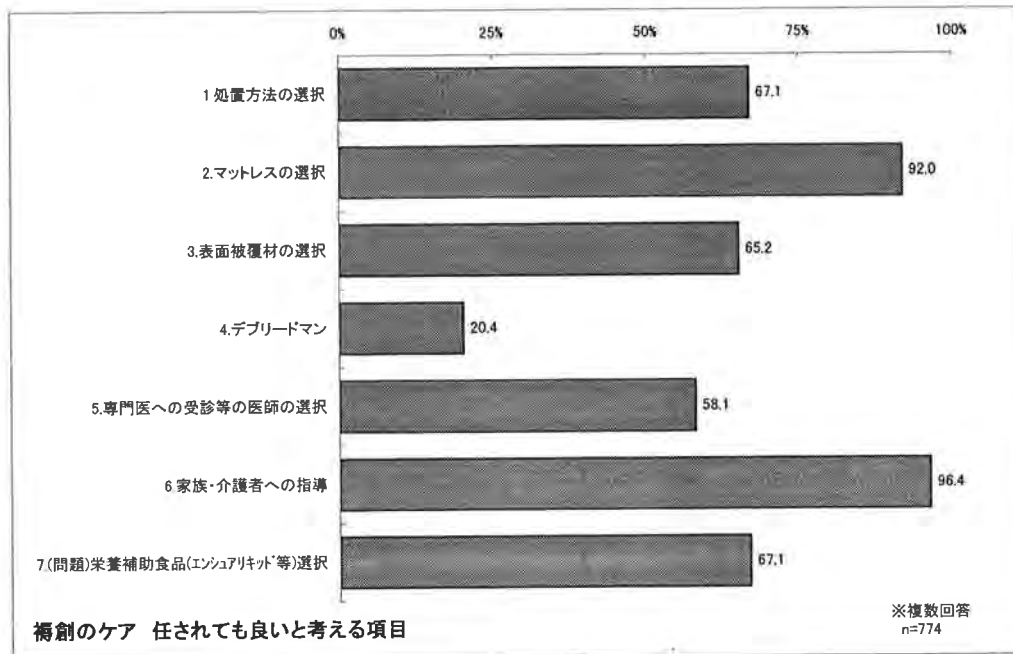
看護師に任せても良いというのは 450 人 (58.1%) と、デブリードマンについて低かった。任せても良い理由としては、看護師が適切に判断できるが 303 人 (67.3%) と最も多く、家族が希望するという理由が次いでおり 154 人 (34.2%) というのが特徴的である。

### ⑥ 家族、介護者への指導

看護師に任せても良いとするのは 746 人 (96.4%) と、褥創ケアの項目中でその割合はトップであった。その理由としては看護師が適切に判断できるが 581 人 (77.9%)、ついで家族の希望が 286 人 (38.3%) と高かった。

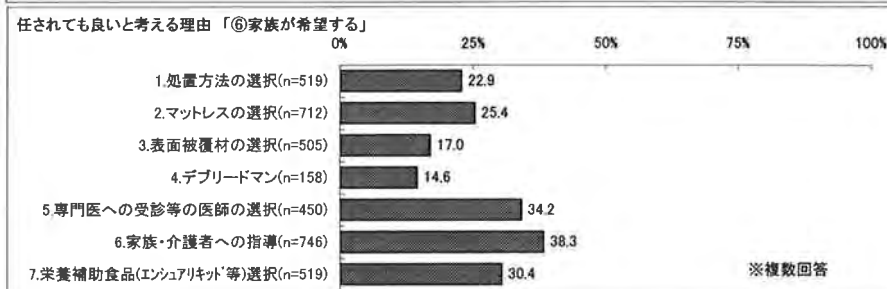
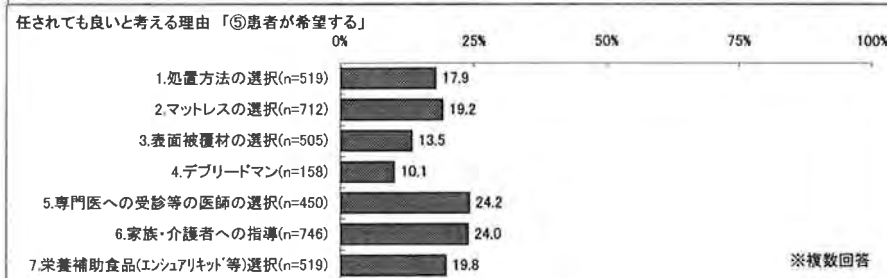
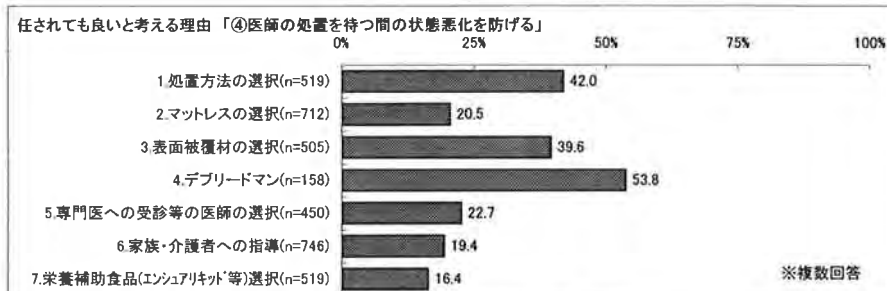
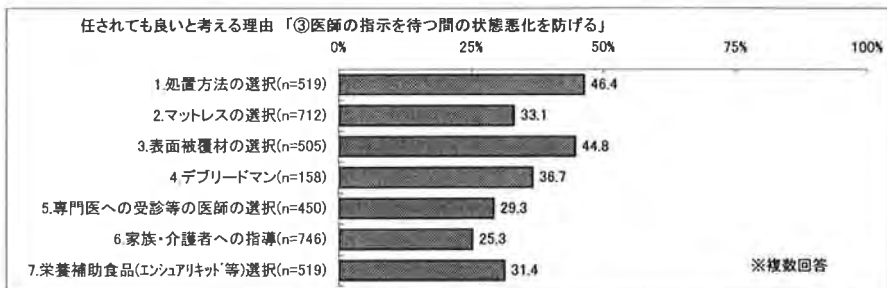
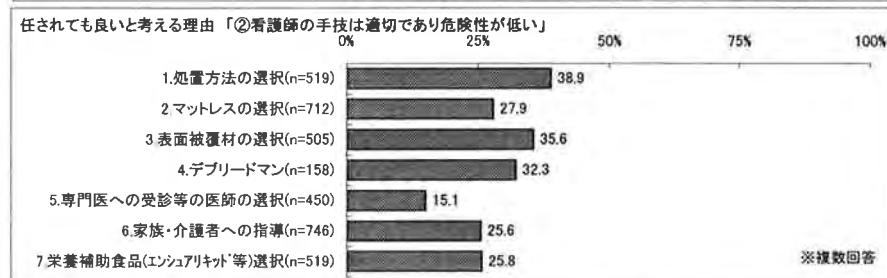
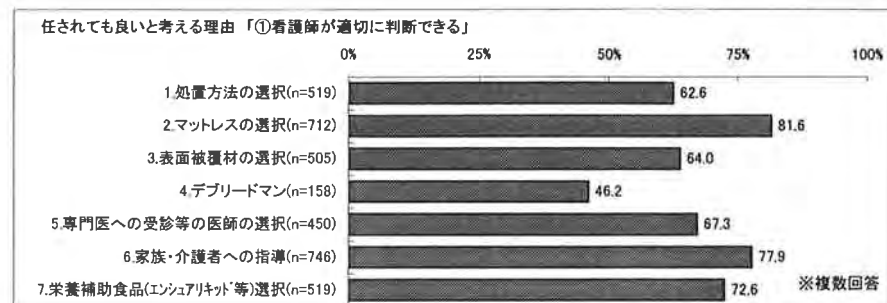
### ⑦ 栄養補助食品等の選択

これを看護師の判断に任せても良いとするのは 519 人 (67.1%) であった。看護師が適切に判断できるという理由であったのが 377 人 (72.6%) であり、家族の希望 158 人 (30.4%)、医師の指示を待つ間の状態の悪化を防げるが、163 人 (31.4%) と次いでいた。



褥創のケア 任されてもよいと思われる理由

	MA															
	任されても良いと考える項目		看護師が適切に判断できる		看護師の手技は適切であり危険性が低い		医師の指示を待つ間の状態悪化を防げる		医師の処置を待つ間の状態悪化を防げる		患者が希望する		家族が希望する		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.処置方法の選択	519	62.6	325	38.9	202	24.1	241	28.8	218	26.2	93	11.2	119	14.2	6	0.7
2.マットレスの選択	712	81.6	581	66.1	199	22.5	236	26.9	146	16.4	137	15.3	181	20.7	19	2.2
3.表面被覆材の選択	505	64.0	323	40.5	180	22.6	226	28.4	200	25.2	68	8.5	88	11.0	10	1.2
4.デブリードマン	158	19.7	73	9.2	51	6.4	58	7.3	85	10.6	16	2.0	23	2.9	2	0.2
5.専門医への受診等の医師の選択	450	56.3	303	37.9	68	8.5	132	16.4	102	12.7	109	13.5	154	19.1	15	1.9
6.家族・介護者への指導	746	89.7	581	69.7	191	23.0	189	22.9	145	17.4	179	21.7	286	34.9	22	2.7
7.栄養補助食品(エンシュアリキッド等)選択	519	64.0	377	46.3	134	16.3	163	20.0	85	10.5	103	12.7	158	19.4	10	1.2



### (3) 看護師の褥創ケアのアセスメント・記録実施状況

アセスメントの実施内容として、褥創危険因子チェック、褥創の程度チェック、栄養状態、皮膚再損傷リスク、家族介護者の知識・介護状況、その他に分けて質問した。その結果、実施している割合が最も多かったのは家族介護者の知識・介護状況のアセスメントで、728人(94.1%)が実施していた。褥創の危険因子のチェックや程度のチェックはあまり為されておらず、ブレデンスケール等を用いて危険因子をアセスメントしているのは294人(38.0%)、褥創の程度(I~IV度)をアセスメントしているのは589人(76.1%)であった。また、アセスメントしたことを記録に残しているか否かについて質問したところ、どのアセスメント項目についても、90%以上が記録していると回答していた。

#### 褥創のケア

##### アセスメント・記録の実施状況

SA

	該当患者	アセスメントしている		記録している		記録していない	
		n	%	n	%	n	%
1.ブレデンスケール等褥瘡危険因子チェック	774	294	38.0	271	92.2	22	7.5
2. I~IV度指標に基づく褥瘡程度チェック	774	589	76.1	566	96.1	23	3.9
3. 栄養状態(食事摂取、体重、血液データ)	774	676	87.3	649	96.0	26	3.8
4. 皮膚再損傷リスク(易出血性、摩擦要因等)	774	703	90.8	668	95.0	35	5.0
5. 家族・介護者の知識・介護状況	774	728	94.1	690	94.8	36	4.9
6. その他	774	48	6.2	44	91.7	2	4.2

#### 4) 呼吸ケア

呼吸ケアに係わる該当患者が「いた」ステーションは 685 件 (88.8%) で排泄ケア、褥瘡ケアの該当患者に比べ少なかったが、認知症患者よりは多かった。

##### (1) 呼吸ケアのサービス実施状況

###### ①在宅酸素療法患者活動時酸素供給量調節

在宅酸素療法患者活動時酸素供給量調節を実施しているステーションは 517 件 (72.1%) であった。

実施しているステーションに対して、医師からの指示のあり方を尋ねた。

指示書による包括的指示 75.1%、電話によるその場での指示 8.3%、口頭による事前承認 7.7%、緊急時のみ実施し事後報告を行っているのは 4.3%、看護師の判断で実施し、医師には事後報告 4.3%であった。

実施したことで問題はなかったとしたのは 449 件(87.7%)であった。発生した問題としては症状の悪化 0.4%、判断が医師と異なった 0.4%、家族が実施しないでほしいが 0.4%であった。

実施していないステーションは 190 件(26.6%)であった。実施しない理由は、法律上は看護業務ではない 50.5%、身体への危険性が高い 31.3%、適切な判断ができない 30.2%、看護師が実施することを医師が認めない 14.3%、手技に自信がない 5.5%、家族が望まない 3.8%、必要な物品を常備していない 3.8%、患者が望まない 3.3%であった。実施しないことにより発生した問題はない 53.3%、症状が悪化した 2.7%、悪化のため入院した 1.5%、判断が医師と異なった 0.5%、家族から実施してほしいと言われた 1.1%、医師から実施してほしいと言われた 0.5%であった。

###### ②在宅酸素療法機器トラブルの対処

実施しているステーションは 417 件 (57.5%)であった。

実施しているステーションに対して、医師からの指示のあり方を尋ねた。電話によるその場での指示 30.5%、指示書による包括的指示 27.7%、緊急時のみ実施し、医師には事後報告 19.0%、看護師の判断で実施し、医師には事後報告 15.7%、口頭による事前承認 3.6%であった。

実施したことで問題はなかったとしたのは 355 件(85.0%)であった。発生した問題としては症状の悪化 0.3%、治療が必要 0.3%、入院 0.3%、患者から実施しないでほしい 0.8%、家族が実施しないでほしい 0.5%であった。

実施していないステーションは 278 件(39.4%)であった。実施しない理由は、適切な判断ができない 39.3%、手技に自信がない 23.3%、法律上は看護業務ではない 23.0%、身体への危険性が高い 18.9%、必要な物品を常備していない 18.1%、家族が望まない 4.8%、看護師が実施することを医師が認めない 4.4%、患者が望まない 3.7%であった。実施しないことにより発生した問題はない 56.7%、症状が悪化した 1.1%、患者から実施してほしいと言われた 0.7%、家族から実施してほしいと言われた 0.7%、医師から実施してほしいと言われた 0.4%であった。

### ③患者の状況から酸素供給量変更対処

患者の状況から酸素供給量変更対処を実施しているステーションは 503 件 (69.9%)であった。

実施しているステーションに対して、医師からの指示のあり方を尋ねた。指示書による包括的指示 36.7%、電話によるその場での指示 32.4%、看護師の判断で実施し、医師には事後報告 12.9%、緊急時のみ実施し、医師には事後報告 9.4%、口頭による事前承認 7.1%であった。

実施したことで問題はなかったとしたのは 84.1%であった。発生した問題としては入院 1.0%、症状の悪化 0.6%、患者から実施しないでほしい 0.4%、治療が必要 0.2%であった。

実施していないステーションは 194 件(30.5%)であった。実施しない理由は、適切な判断ができない 32.6%、法律上は看護業務ではない 30.5%、身体への危険性が高い 30.5%、看護師が実施することを医師が認めない 9.1%、患者が望まない 4.3%、手技に自信がない 3.7%、家族が望まない 3.7%、必要な物品を常備していない 2.7%であった。実施しないことにより発生した問題はない 52.9%、症状が悪化した 2.1%、判断が医師と異なった 0.5%、家族から実施してほしいと言われた 0.5%であった。

### ④人工呼吸器装着患者の機器トラブルの対処

人工呼吸器装着患者の機器トラブルの対処を実施しているステーションは 250 件 (33.9%)であった。

実施しているステーションに対して、医師からの指示のあり方を尋ねた。電話によるその場での指示 37.9%、指示書による包括的指示 28.0%、緊急時のみ実施し、医師には事後報告 19.8%、看護師の判断で実施し、医師には事後報告 8.2%、口頭による事前承認 4.3%であった。

実施したことで問題はなかったとしたのは 84.9%であった。発生した問題としては症状の悪化 0.9%、悪化による入院 0.4%、患者から実施しないでほしい 0.4%、医師から実施しないと言われた 0.4%、患者から実施しないでほしい 0.4%、家族から実施しないでほしい 0.4%であった。

実施していないステーションは 384 件(54.3%)であった。実施しない理由は、適切な判断ができない 32.0%、手技に自信がない 21.5%、身体への危険性が高い 22.0%、法律上は看護業務ではない 18.8%、看護師が実施することを医師が認めない 5.9%、必要な物品を常備していない 16.1%、家族が望まない 3.0%、患者が望まない 2.4%であった。実施しないことにより発生した問題はない 46.2%、家族から実施してほしいと言われた 1.1%、医師から実施してほしいと言われた 0.5%、患者から実施してほしいと言われた 0.5%であった。

### ⑤気管カニューレの交換

気管カニューレの交換を実施しているステーションは 133 件 (18.7%)であった。

実施しているステーションに対して、医師からの指示のあり方を尋ねた。指示書による包括的指示 71.9%、緊急時のみ実施し、医師には事後報告 10.2%、口頭による事前承認 7.0%、電話によるその場での指示 5.5%、看護師の判断で実施し、医師には事後報告 1.6%であつ

た。

実施したことで問題はなかったとしたのは107件(84.4%)であった。発生した問題としては家族から実施しないでほしい(0.8%)であった。

実施していないステーションは533件(74.3%)であった。実施しない理由は、法律上は看護業務ではない47.7%、身体への危険性が高い34.2%、手技に自信がない19.8%、看護師が実施することを医師が認めない17.5%、必要な物品を常備していない17.3%、適切な判断ができない10.8%、家族が望まない6.3%、患者が望まない5.5%であった。実施しないことにより発生した問題はない56.2%、悪化のため入院した0.2%、判断が医師と異なった0.2%、家族から実施してほしいと言われた1.2%、医師から実施してほしいと言われた1.0%、患者から実施してほしいと言われた0.6%であった。

#### ⑥吸入

吸入を実施しているステーションは541件(75.2%)であった。

実施しているステーションに対して、医師からの指示のあり方を尋ねた。指示書による包括的指示76.5%、看護師の判断で実施し、医師には事後報告6.2%、口頭による事前承認5.8%、電話によるその場での指示4.7%、緊急時のみ実施し、医師には事後報告2.7%であった。

実施したことで問題はなかったとしたのは107件(83.7%)であった。発生した問題としては患者から実施しないでほしい0.4%、で家族から実施しないでほしい(0.2%)であった。

実施していないステーションは149(21.0%)であった。実施しない理由は、必要な物品を常備していない32.6%、身体への危険性が高い8.3%、患者が望まない8.3%、家族が望まない7.6%、法律上は看護業務ではない6.3%、適切な判断ができない4.9%、看護師が実施することを医師が認めない3.5%、手技に自信がない0.7%であった。実施しないことにより発生した問題はない45.1%、症状が悪化した1.4%であった。

#### ⑦呼吸理学療法

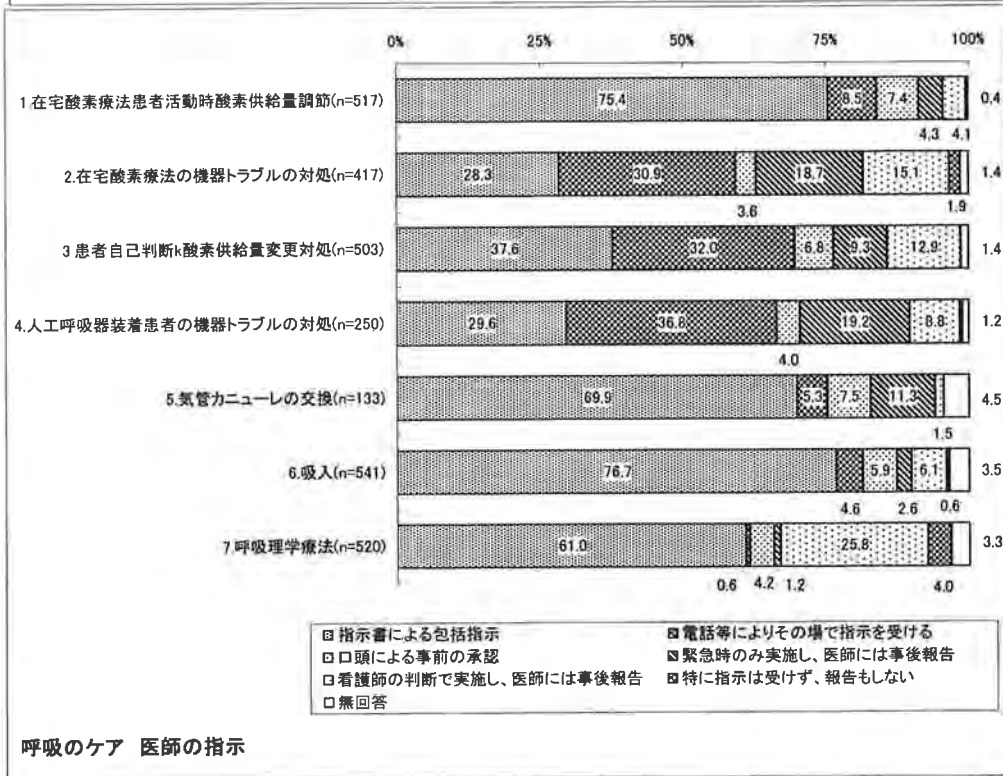
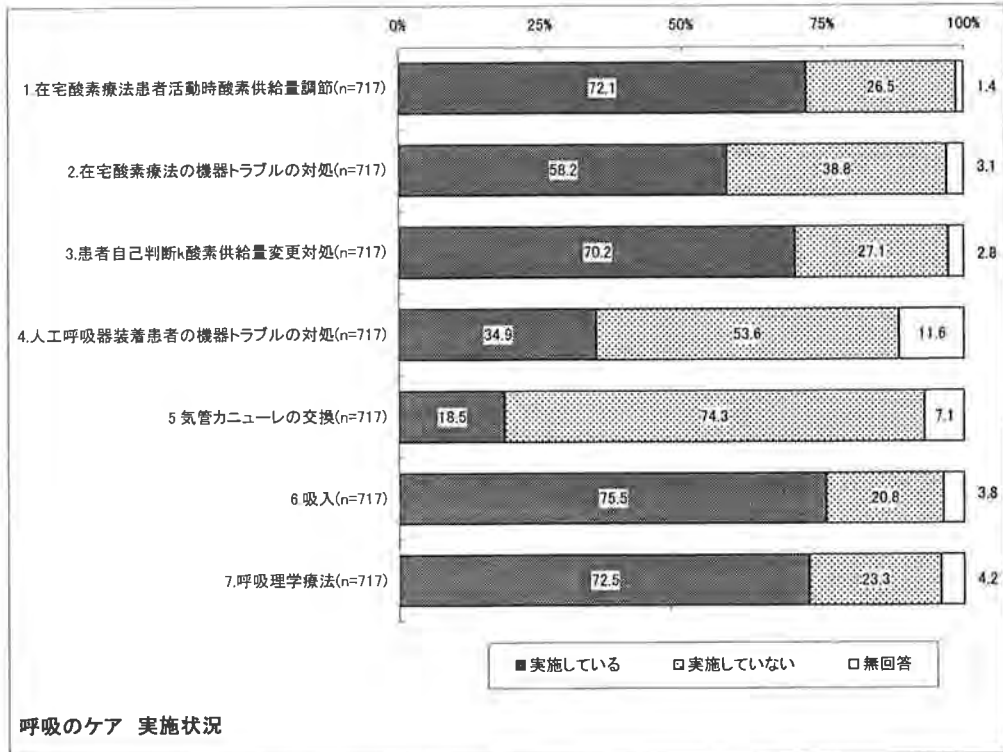
呼吸理学療法吸入を実施しているステーションは520件(72.6%)であった。

実施しているステーションに対して、医師からの指示のあり方を尋ねた。指示書による包括的指示60.6%、看護師の判断で実施し、医師には事後報告26.6%、口頭による事前承認4.0%、緊急時のみ実施し、医師には事後報告1.2%、電話によるその場での指示0.6%であった。

実施したことで問題はなかったとしたのは107件(87.1%)であった。発生した問題としては患者から実施しないでほしい0.6%、家族から実施しないでほしい(0.6%)、症状が悪化した0.2%、判断が医師と異なった0.2%であった。

実施していないステーションは167(23.1%)であった。実施しない理由は、手技に自信がない52.5%、適切な判断ができない14.6%、患者が望まない9.5%、家族が望まない5.7%、法律上は看護業務ではない5.7%、身体への危険性が高い4.4%、必要な物品を常備していない4.4%、看護師が実施することを医師が認めない2.5%であった。実施しないことにより発生した問題はない50.0%、症状が悪化した1.9%、症状が悪化した1.9%、患者から実施してほしいと言われた0.6%であった。





## 呼吸のケア 実施したことにより発生した問題

MA

	実施している計		問題は無い		症状が悪化した		悪化し治療が必要になった		悪化のため入院した		判断が医師と異なった		医師から実施しないと言われた		患者から実施してほしいと言われた		家族から実施してほしいと言われた		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.在宅酸素療法患者活動時酸素供給量調節	517	449	86.8	2	0.4	2	0.4	2	0.4	2	0.4	0	0.0	2	0.4	2	0.4	61	11.8	
2.在宅酸素療法の機器トラブルの対処	417	355	85.1	1	0.2	1	0.2	1	0.2	0	0.0	0	0.0	3	0.7	2	0.5	59	14.1	
3.患者自己判断k酸素供給量変更対処	503	423	84.1	3	0.6	1	0.2	5	1.0	1	0.2	0	0.0	2	0.4	0	0.0	70	13.9	
4.人工呼吸器装着患者の機器トラブルの対処	250	210	84.0	2	0.8	0	0.0	1	0.4	0	0.0	1	0.4	1	0.4	1	0.4	35	14.0	
5.気管カニューレの交換	133	113	85.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.8	19	14.3	
6.吸入	541	452	83.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.4	1	0.2	87	16.1	
7.呼吸理学療法	520	449	86.3	1	0.2	0	0.0	0	0.0	1	0.2	0	0.0	3	0.6	3	0.6	65	12.5	

## 呼吸のケア 実施しない理由

MA

	実施していない計		法律上は看護業務ではない		身体への危険性が高い		手技に自信が無い		適切な判断ができない		看護師が実施することを医師が認めない		患者が望まない		家族が望まない		必要な物品を常備していない		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.在宅酸素療法患者活動時酸素供給量調節	190	100	52.6	60	31.6	11	5.8	58	30.5	28	14.7	7	3.7	8	4.2	8	4.2	26	13.7	
2.在宅酸素療法の機器トラブルの対処	278	66	23.7	52	18.7	66	23.7	109	39.2	12	4.3	10	3.6	13	4.7	49	17.6	51	18.3	
3.患者自己判断k酸素供給量変更対処	194	61	31.4	59	30.4	8	4.1	65	33.5	18	9.3	9	4.6	8	4.1	6	3.1	31	16.0	
4.人工呼吸器装着患者の機器トラブルの対処	384	71	18.5	85	22.1	83	21.6	126	32.8	22	5.7	9	2.3	11	2.9	62	16.1	122	31.8	
5.気管カニューレの交換	533	256	48.0	179	33.6	106	19.9	57	10.7	89	16.7	28	5.3	32	6.0	89	16.7	111	20.8	
6.吸入	149	9	6.0	12	8.1	1	0.7	7	4.7	5	3.4	12	8.1	11	7.4	50	33.6	61	40.9	
7.呼吸理学療法	167	10	6.0	8	4.8	86	51.5	24	14.4	4	2.4	15	9.0	9	5.4	7	4.2	40	24.0	

## 呼吸のケア 実施しないことにより発生した問題

MA

	実施していない計		問題は無い		症状が悪化した		悪化し治療が必要になった		悪化のため入院した		判断が医師と異なった		医師から実施してほしいと言われた		患者から実施してほしいと言われた		家族から実施してほしいと言われた		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.在宅酸素療法患者活動時酸素供給量調節	190	99	52.1	5	2.6	0	0.0	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	2	1.1	82	43.2	
2.在宅酸素療法の機器トラブルの対処	278	155	55.8	3	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.4	2	0.7	3	1.1	115	41.4	
3.患者自己判断k酸素供給量変更対処	194	103	53.1	4	2.1	0	0.0	0	0.0	1	0.5	0	0.0	0	0.0	1	0.5	86	44.3	
4.人工呼吸器装着患者の機器トラブルの対処	384	176	45.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.5	2	0.5	5	1.3	202	52.6	
5.気管カニューレの交換	533	296	55.5	0	0.0	0	0.0	1	0.2	1	0.2	6	1.1	3	0.6	6	1.1	226	42.4	
6.吸入	149	68	45.6	2	1.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	80	53.7	
7.呼吸理学療法	167	83	49.7	3	1.8	1	0.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.6	0	0.0	80	47.9	

## (2) 呼吸ケアの看護師の判断での実施意向

### ①在宅酸素療法患者活動時酸素供給量調節

看護師への委託範囲について48.3%がまかされてもよいと考えており、その理由は、医師の指示を待つ間の状態悪化を防げる56.8%、看護師が適切に判断できる48.0%、医師の処置を待つ間の状態悪化を防げる28.4%、看護師の手技は適切であり危険性が低い26.0%、患者が希望する15.7%、家族が希望する14.2%であった。

### ②在宅酸素療法機器トラブルの対処

看護師への委託範囲について42.0%がまかされてもよいと考えており、その理由は、医師の指示を待つ間の状態悪化を防げる52.1%、看護師が適切に判断できる41.0%、医師の処置を待つ間の状態悪化を防げる34.4%、看護師の手技は適切であり危険性が低い22.6%、家族が希望する19.1%、患者が希望する17.0%であった。

### ③患者の状況から酸素供給量変更対処

看護師への委託範囲について45.3%がまかされてもよいと考えており、その理由は、看護師が適切に判断できる51.0%、医師の指示を待つ間の状態悪化を防げる49.4%、医師の処置を待つ間の状態悪化を防げる25.2%、看護師の手技は適切であり危険性が低い21.9%、患者が希望する14.2%、家族が希望する12.6%であった。

### ④人工呼吸器装着患者の機器トラブルの対処

看護師への委託範囲について32.1%がまかされてもよいと考えており、その理由は、医師の指示を待つ間の状態悪化を防げる54.1%、医師の処置を待つ間の状態悪化を防げる42.7%、看護師が適切に判断できる34.1%、家族が希望する21.4%、患者が希望する17.7%、看護師の手技は適切であり危険性が低い16.8%であった。

### ⑤気管カニューレの交換

看護師への委託範囲について21.6%がまかされてもよいと考えており、その理由は、医師の処置を待つ間の状態悪化を防げる43.9%、看護師の手技は適切であり危険性が低い35.1%、医師の指示を待つ間の状態悪化を防げる33.1%、看護師が適切に判断できる32.4%、家族が希望する25.0%、患者が希望する18.9%であった。

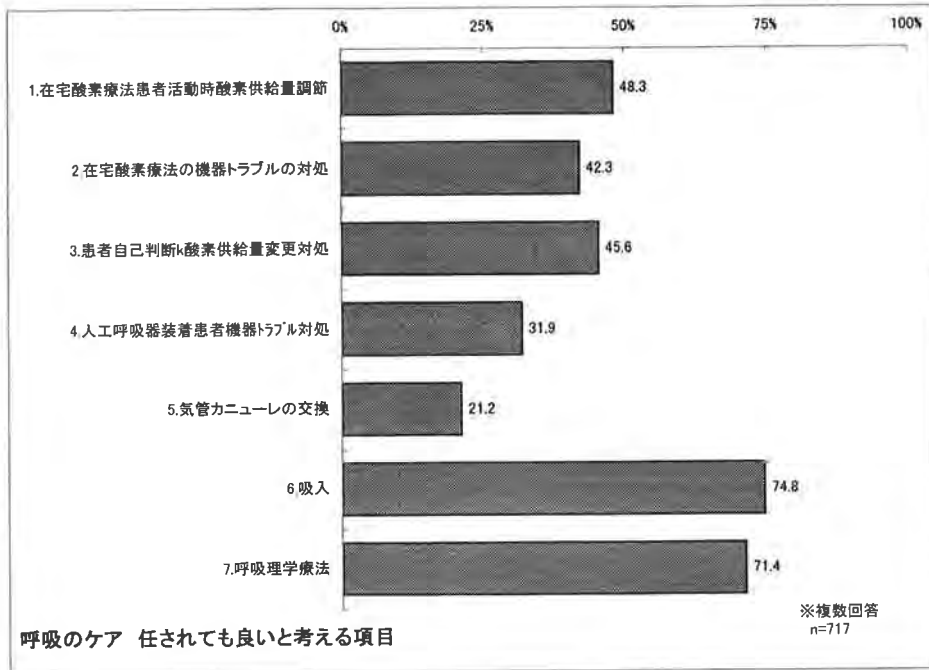
### ⑥吸入

看護師への委託範囲について74.7%がまかされてもよいと考えており、その理由は、看護師が適切に判断できる59.2%、看護師の手技は適切であり危険性が低い43.0%、医師の指示を待つ間の状態悪化を防げる30.7%、医師の処置を待つ間の状態悪化を防げる26.0%、患者が希望する21.9%、家族が希望する21.5%であった。

### ⑦呼吸理学療法

看護師への委託範囲について71.2%がまかされてもよいと考えており、その理由は、看

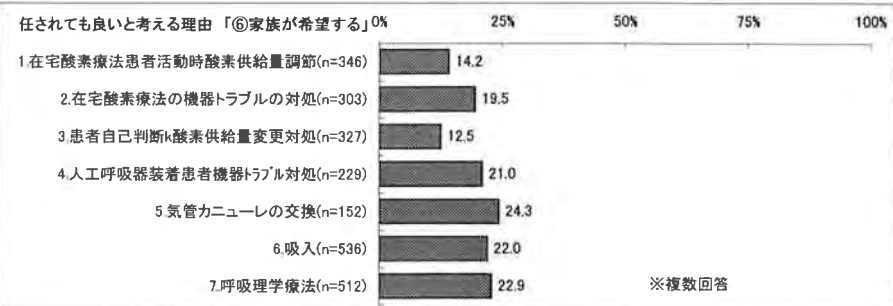
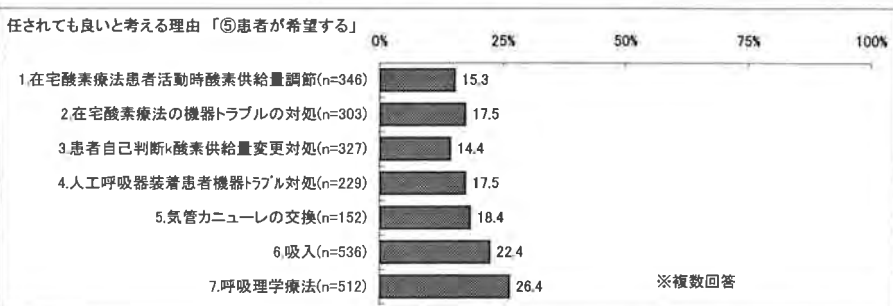
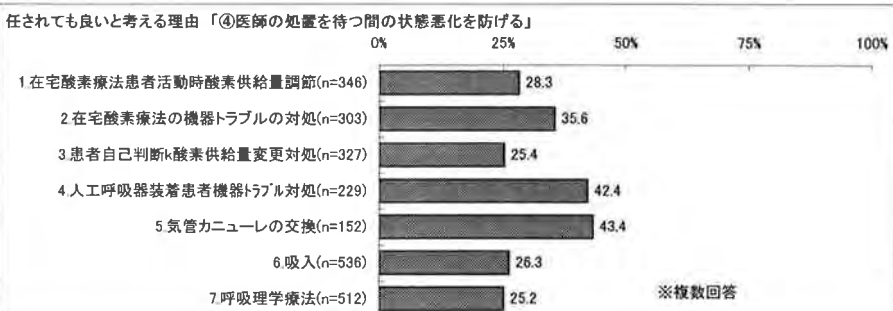
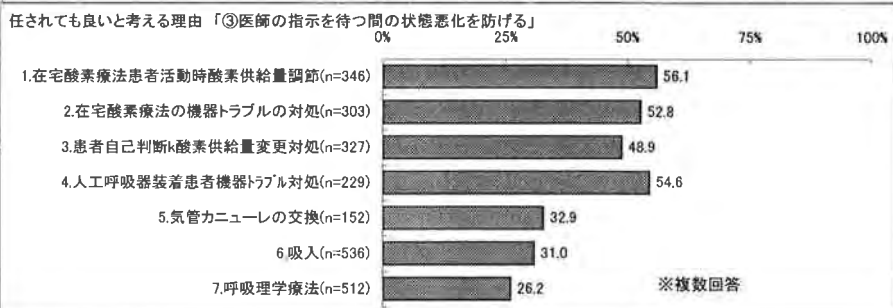
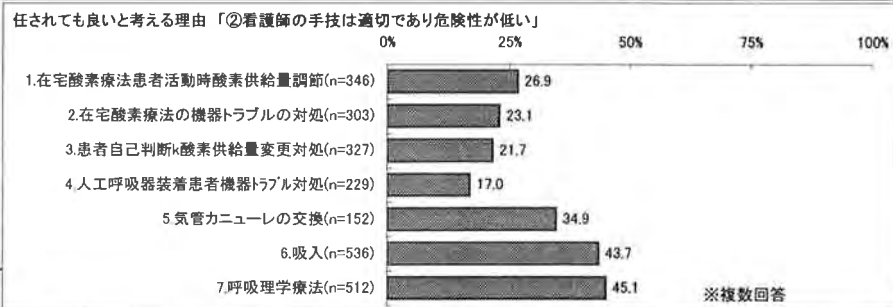
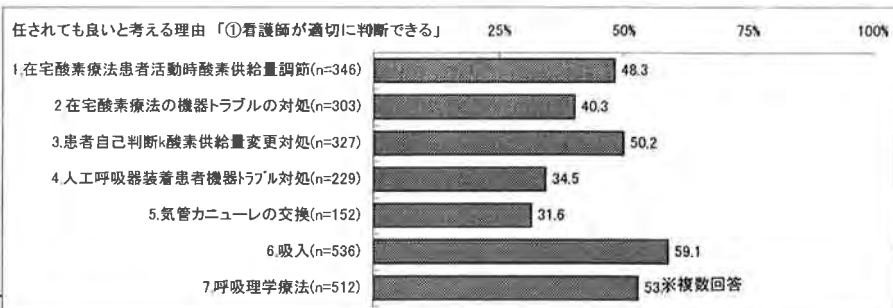
護師が適切に判断できる 53.1%、看護師の手技は適切であり危険性が低い 44.7%、患者が希望する 26.0%、医師の指示を待つ間の状態悪化を防げる 25.8%、医師の処置を待つ間の状態悪化を防げる 25.2%、家族が希望する 23.4%であった。



Q15-1 任されても良いと思われる理由

MA

	任されても良いと考える項目		看護師が適切に判断できる		看護師の手法は適切であり危険性が低い		医師の指示を待つ間の状態悪化を防げる		医師の処置を待つ間の状態悪化を防げる		患者が希望する		家族が希望する		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.在宅酸素療法患者活動時酸素供給量調節	346	48.3	167	26.9	93	56.1	194	28.3	98	28.3	53	15.3	49	14.2	12	3.5
2.在宅酸素療法の機器トラブルの対処	303	40.3	122	23.1	70	52.8	160	35.6	108	35.6	53	17.5	59	19.5	6	2.0
3.患者自己判断k酸素供給量変更対処	327	50.2	164	21.7	71	21.7	160	48.9	83	25.4	47	14.4	41	12.5	12	3.7
4.人工呼吸器装着患者機器トラブル対処	229	34.5	79	17.0	39	17.0	125	54.6	97	42.4	40	17.5	48	21.0	4	1.7
5.気管カニューレの交換	152	31.6	48	31.6	53	34.9	50	32.9	66	43.4	28	18.4	37	24.3	9	5.9
6.吸入	536	59.1	317	43.7	234	43.7	166	31.0	141	26.3	120	22.4	118	22.0	26	4.9
7.呼吸理学療法	512	53.1	272	45.1	231	45.1	134	26.2	129	25.2	135	26.4	117	22.9	29	5.7



(3) 呼吸ケアに関するアセスメント実施と記録

呼吸ケアに関するアセスメント状況はいずれも95%以上であった。

バイタルサイン測定 98.1%、息切れ・動悸・共通・喘鳴、咳、痰等 97.8%、酸素飽和濃度測定（パルスオキシメーター）97.1%、胸部聴診 96.6%、服薬コンプライアンス（服薬状況の確認）96.1%であった。

記録状況は98%を越えていた。記録していない内容は服薬確認 1.8%、胸部聴診 0.8%、その他のアセスメント記録をしていない状況は0.3%であった。

呼吸のケアアセスメント・記録実施状況 SA

	該当患者	アセスメントしている		記録している		記録していない		無回答	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1. 息切れ、動悸、胸痛、喘鳴、咳、痰等	717	702	97.9	700	99.7	2	0.3	0	0.0
2. バイタルサイン測定	717	704	98.2	701	99.6	2	0.3	1	0.1
3. 胸部聴診	717	694	96.8	688	99.1	5	0.7	1	0.1
4. 酸素飽和度測定（パルスオキシメーター）	717	696	97.1	693	99.6	2	0.3	1	0.1
5. 服薬コンプライアンス（服薬状況の確認）	717	690	96.2	677	98.1	12	1.7	1	0.1
6. その他	717	37	5.2	37	100.0	0	0.0	0	0.0

#### 4. ケアの実施・ケア実施意向等についての訪問看護ステーションの経営主体別分析

調査対象の訪問看護ステーションの経営主体別を (ア) 自治体・連合・組合系、(イ) 医療法人、(ウ) 医師会立、(エ) 看護協会等・公的団体、(オ) 営利法人の5つに分け、分析を行った。

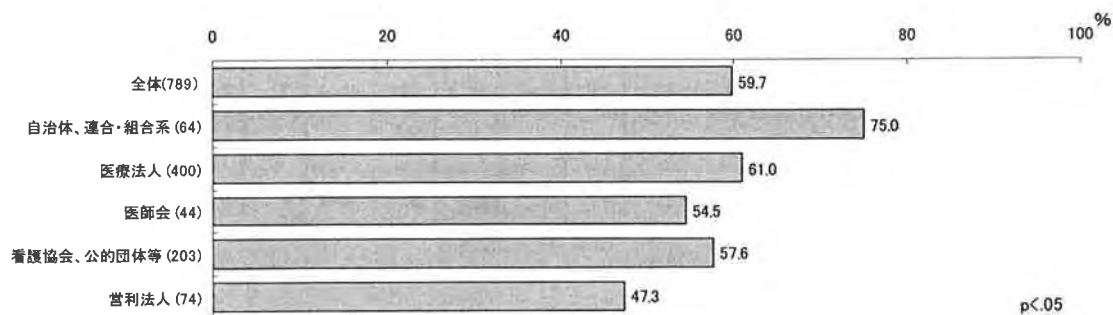
##### 1) 排泄ケア

###### (1) 該当患者の有無

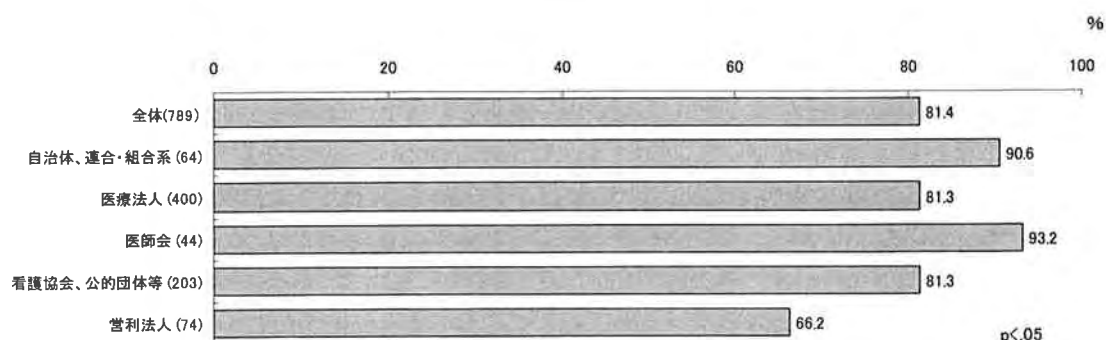
経営主体別では、どこも90%を越え差はなかった。

###### (2) ケアの実施状況

設置主体別の分析で有意に違いがあったのは、男女とものカテーテルの交換であった。女性のカテーテル交換は、医師会立は93.2%実施しているが営利法人は66.2%であった。男性のカテーテル交換は実施率が一番高いのは自治体の75.0%、低いのは営利法人の47.3%であった。



Q2 排便・排尿サービス実施状況 10 男性の留置カテーテル交換 (経営主体別)

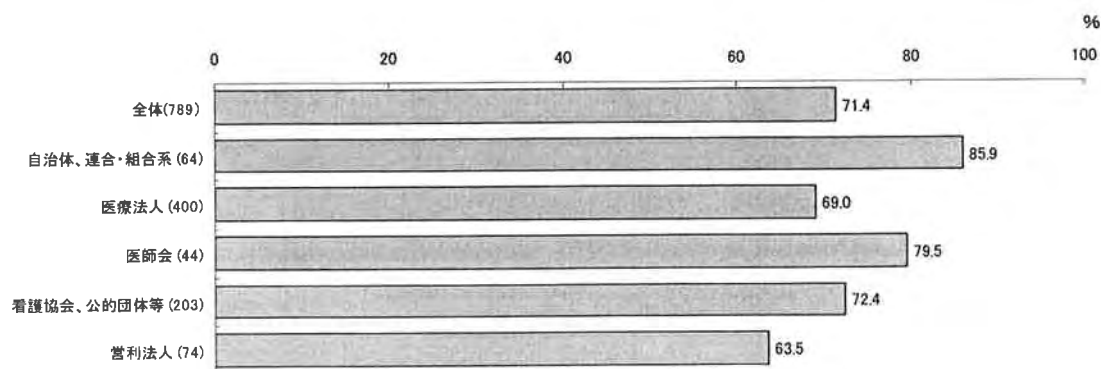


Q2 排便・排尿サービス実施状況9 女性のカテーテル交換 (経営主体別)

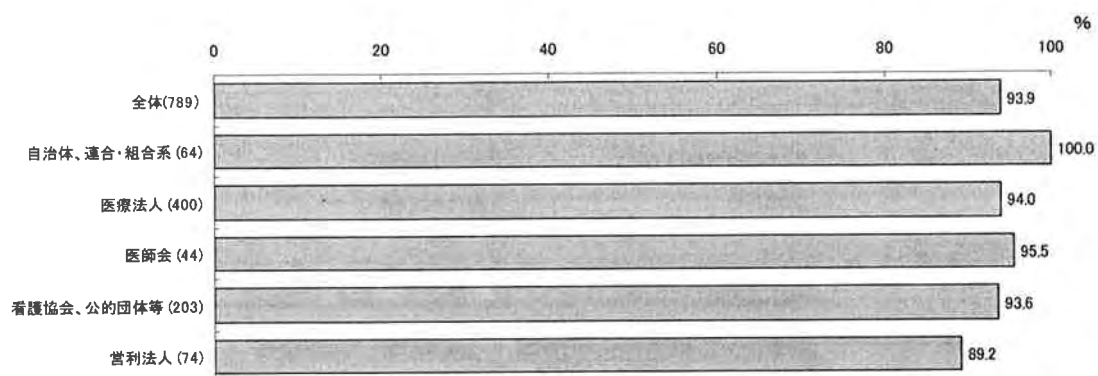
有意差はなかったが、止痢剤選択と量の調整、浣腸の実施では、自治体系列が「実施率が高く、一番低い営利法人と10ポイント以上の差がついた。特に止痢剤の量の調節では、



自治体系が 85.9%、営利法人が 63.5%と差がみられた。

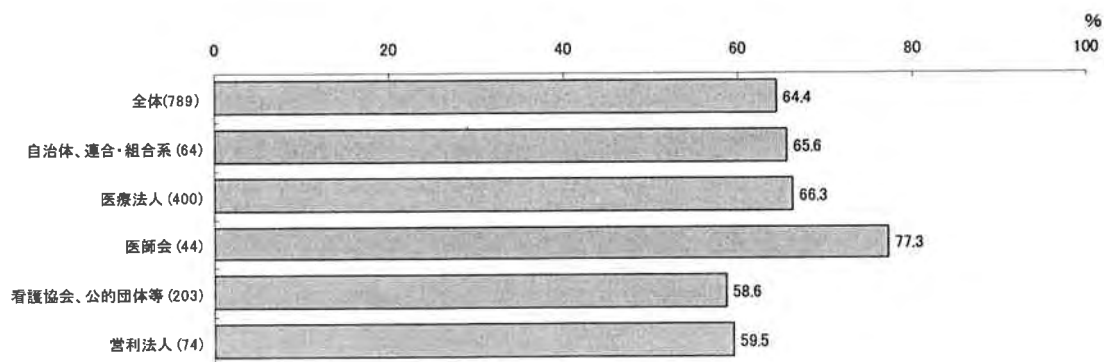


Q2 排便・排尿サービス実施状況 4 止痢剤の量の調節(経営主体別)



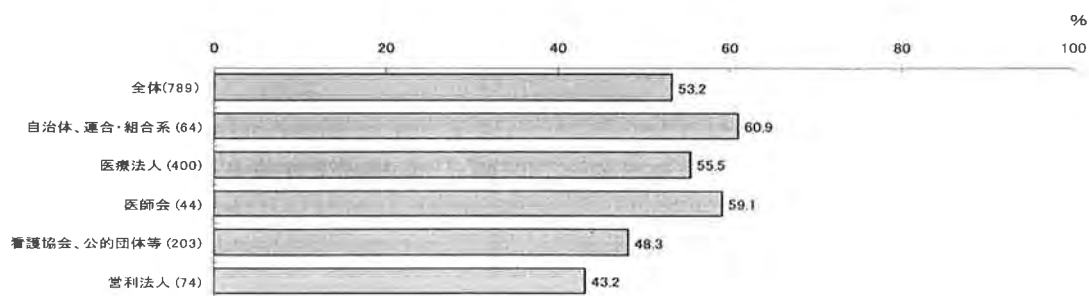
Q2 排便・排尿サービス実施状況 5 グリセリン浣腸の実施(経営主体別)

尿閉時の導尿では女性では医師会立で 77.3%おこなっていたが一番低い看護協会、公的団体等は 58.6%であった。



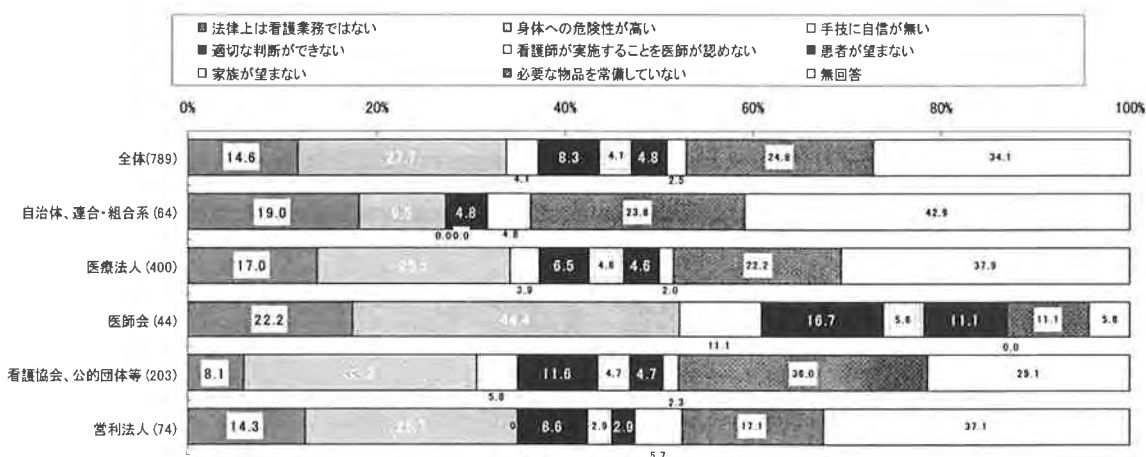
Q2 排便・排尿サービス実施状況 7 尿閉時の女性の導尿(経営主体別)

尿閉時の導尿の男性では自治体が一番高く 60.9%、一番低い営利法人は 43.2%であった。



Q2 排便・排尿サービス実施状況 8 尿閉時の男性の導尿(経営主体別)

未実施の理由における経営主体別の差であるが、尿閉時の男性の導尿において、未実施率の一番低い自治体では「身体への危険性が高い」が 9.5%だが医師会立は 44.4%がそれをあげていた。



Q2 排便・排尿のケア(実施しない理由) 7 尿閉時の男性の導尿(経営主体別)

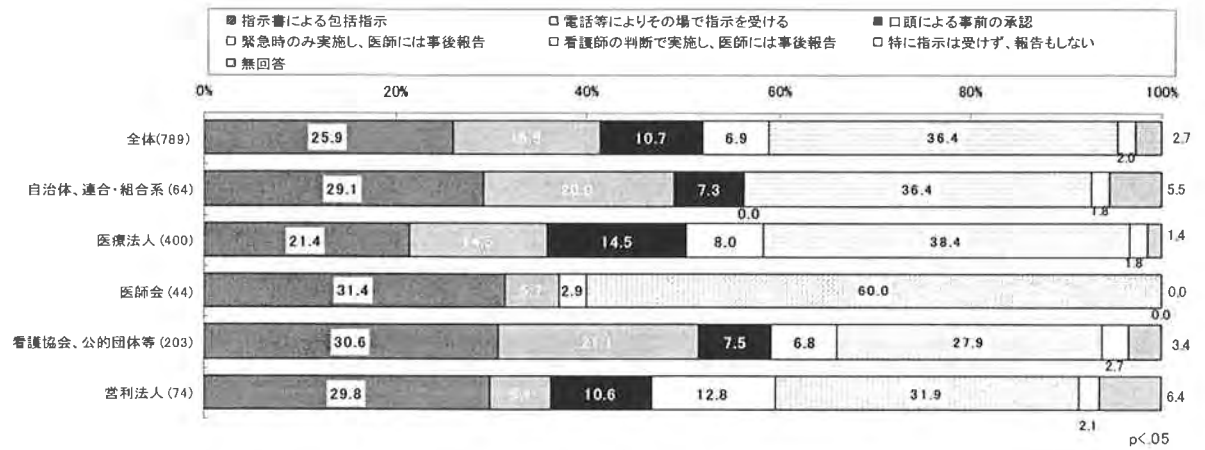
### (3) 医師からの指示と報告

実施している場合の医師からの指示状況で、経営主体別に有意な差があった項目は止痢剤調整、女性の導尿、膀胱洗浄であった。

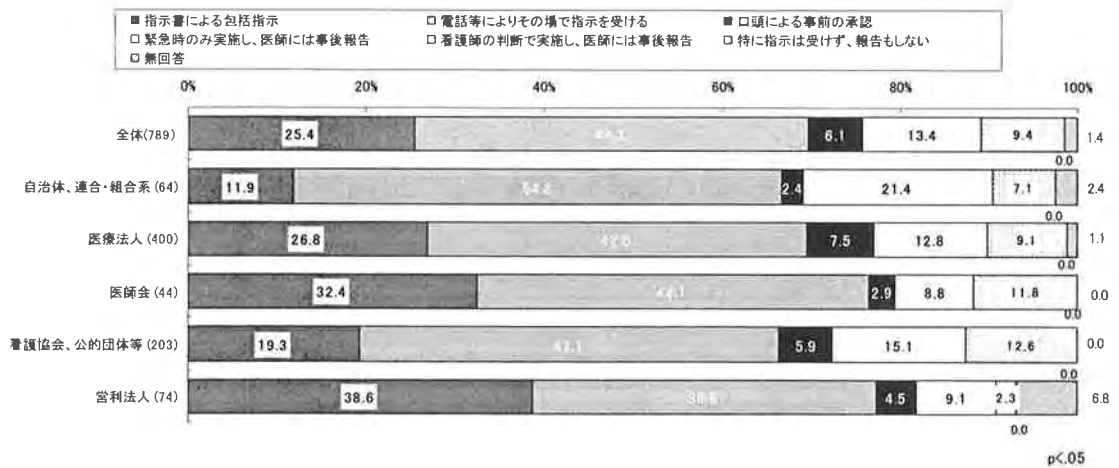
止痢剤では、医師会では実施後事後報告が 60%を超え、他が 30%代あるのに対して差があった。

女性導尿では、包括的指示が自治会は 11%台なのに対して、営利法人・医師会が 30%を超えた。

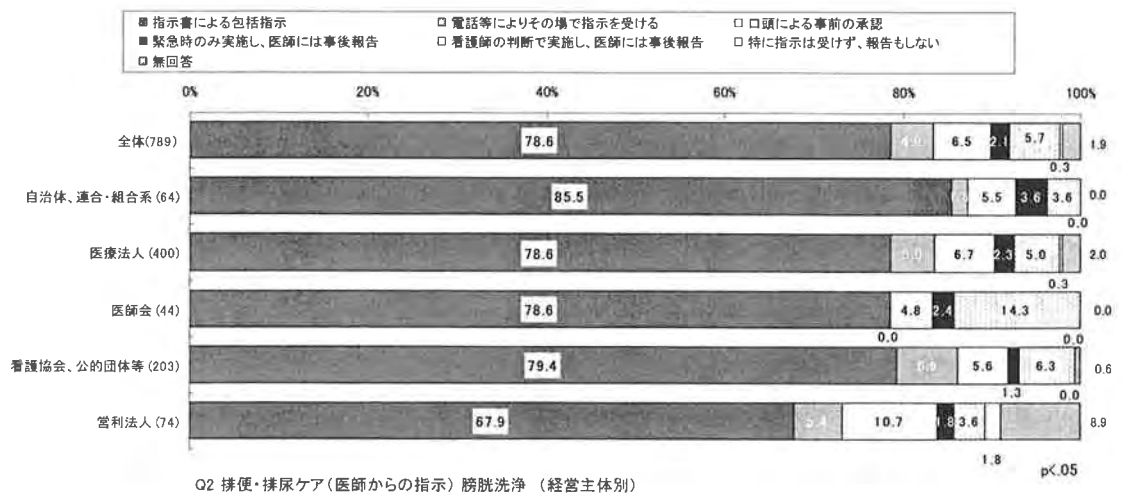
膀胱洗浄では自治会では包括的指示が 85.5%であったのに対して、営利法人が 67.9%となり差があった。



Q2 排便・排尿ケア(医師からの指示) 4 止痢剤の量の調節 (経営主体別)



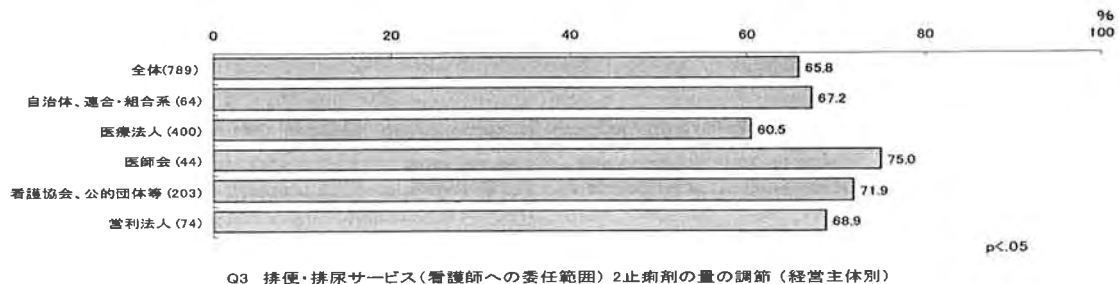
Q2 排便・排尿ケア(医師からの指示) 7 尿閉時の女性の導尿 (経営主体別)



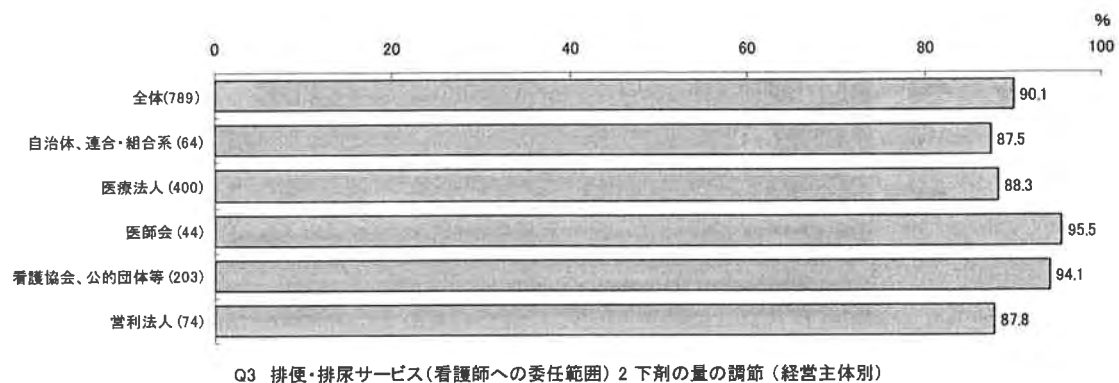
Q2 排便・排尿ケア(医師からの指示) 膀胱洗浄 (経営主体別)

(4) 排泄ケアの看護師の判断での実施意向

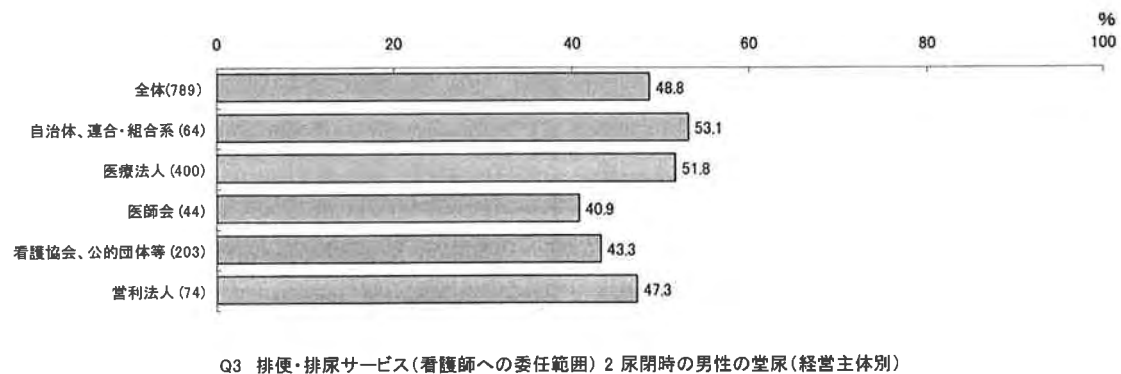
排泄ケアの実施意向で設置主体別で有意な差があったのは、止痢剤の調節であった。止痢剤の調節では任されてもよいが医師会立が75%であり、医療法人が60.5%、営利法人が68.9%となっている。



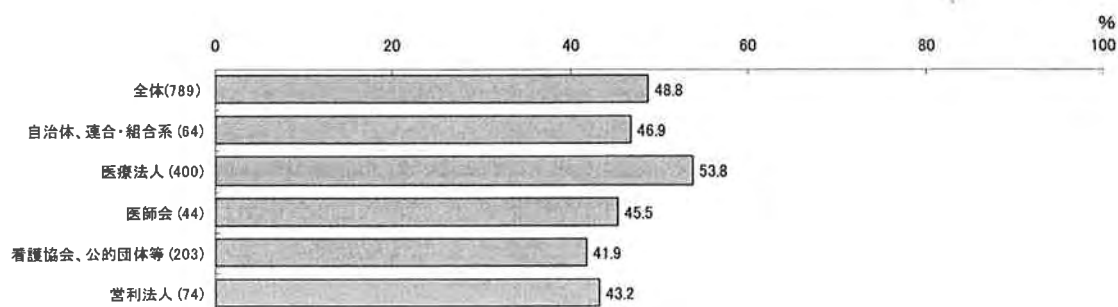
有意差はなかったが、下剤の量の調節を任されてもよいとした割合は医師会立では95.5%であるのに対して、営利法人では87.8%となっている。



尿閉時の男性の導尿では、任されてもよいが自治体では53.1%だが医師会立は40.9%と差がついた。



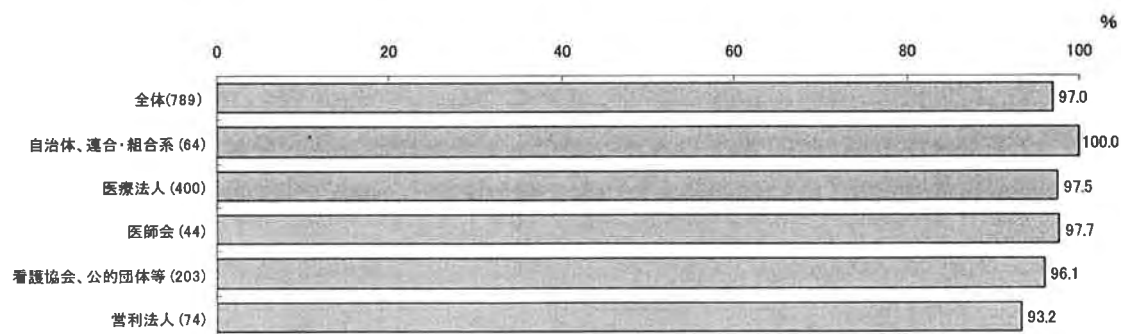
また男性のカテーテル交換では医療法人が53.8%が任されてよいとしているが、一番低い看護協会立は41.9%であった。



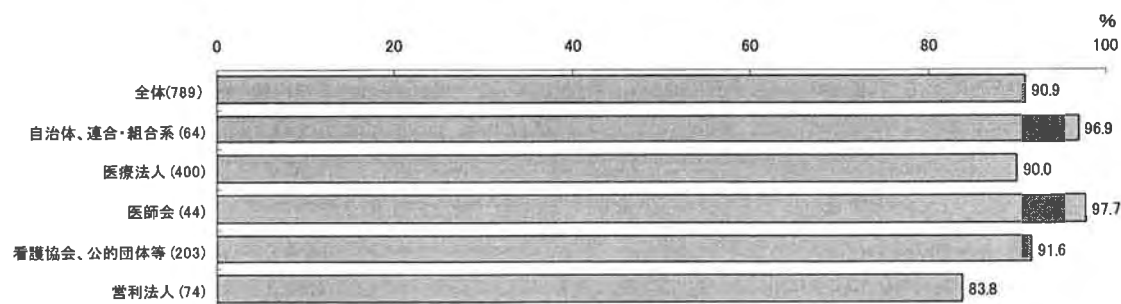
Q3 排便・排尿サービス(看護師への委任範囲) 2 男性のカテーテル交換(経営主体別)

#### (5) アセスメントと記録の状況

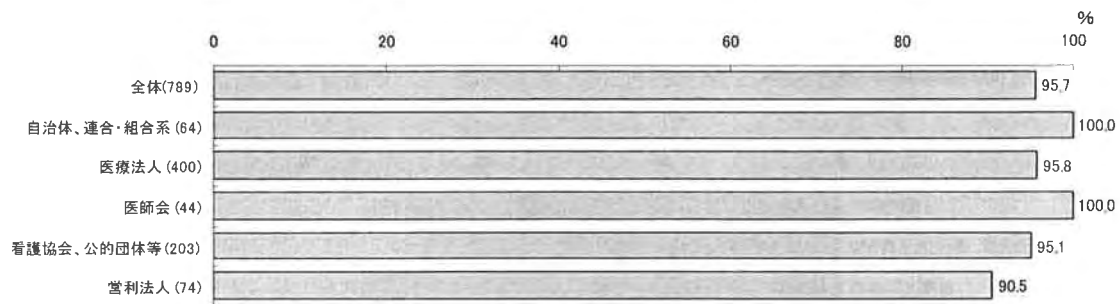
アセスメントの実施においては、経営主体別に有意な差はなかった。排便頻度、便意、下剤服用・浮腫のどの項目も自治会立が100%近いアセスメントを実施していたが、営利法人が低い傾向にあった。



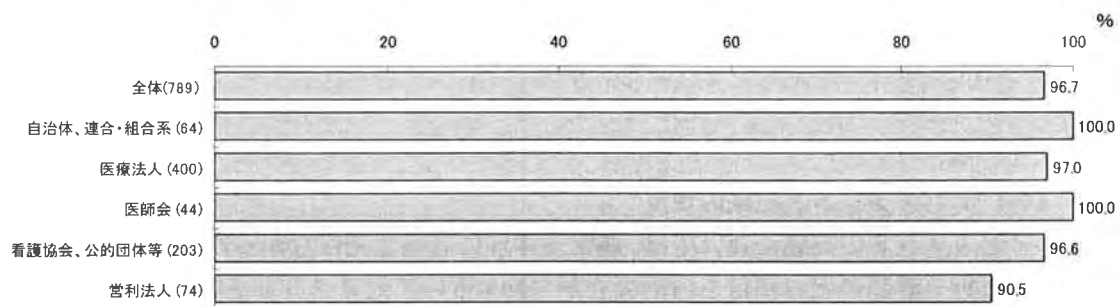
Q4 排便・排尿のケア(アセスメント実施状況) 3 排便頻度(経営主体別)



Q3 排便・排尿サービス(看護師への委任範囲) 2 便意(経営主体別)

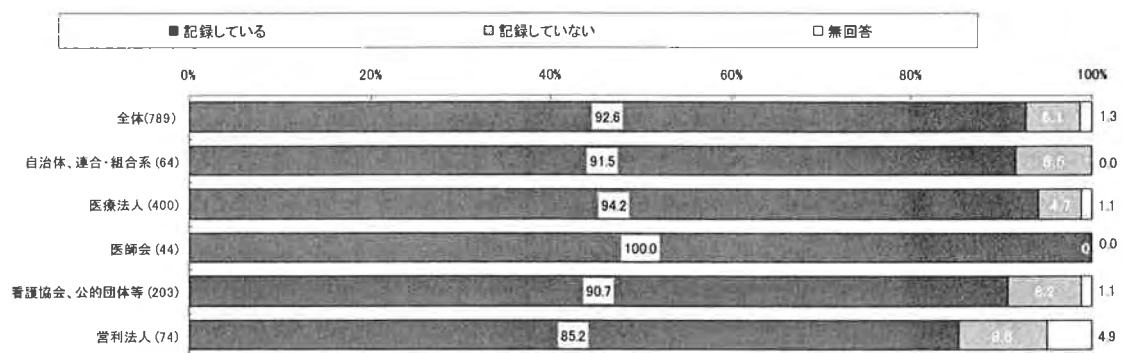


Q3 排便・排尿サービス(看護師への委任範囲) 2 下剤止痢剤の服用の有無と量(経営主体別)



Q3 排便・排尿サービス(看護師への委任範囲) 浮腫の有無(経営主体別)

アセスメント項目の記録では有意な差があった項目はなかったが、「イレウス等重篤な疾患の可能性」は、低い営利法人 85.2%と高い医師会 100%で 15 ポイントの差がついている。

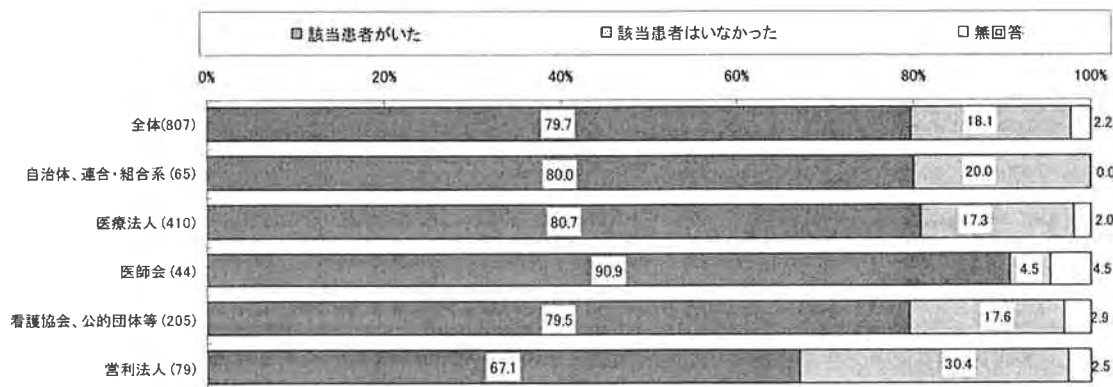


Q4 排便・排尿のケア(アセスメントしている場合の内容記録の有無)イレウス等、重篤な疾患の可能性(経営主体別)

## 2) 認知症ケア

### (1) 認知症該当患者の有無

認知症患者については、医師会立では 90.9%で、自治体、医療法人、公的団体では 80%程度、営利法人では 67%で有意な差があった。



Q5 認知症に係る薬剤・ケア該当患者の有無(経営主体別)

p<.05

## (2) 認知症ケアの実施状況

抗精神薬、抗うつ剤・睡眠薬の量の調節、患者・家族への説明、介護方法の指導、サービスの利用説明のいずれも経営主体別では差がなかった。

## (3) 認知症ケアの看護師実施時の医師への報告状況

抗精神薬、抗うつ剤・睡眠薬の量の調節、患者・家族への説明、介護方法の指導、サービスの利用説明を看護師が実施した場合の医師への報告状況は経営主体別には差がなかった。

## (4) 認知症ケアの看護師実施時の問題の有無

抗精神薬、抗うつ剤・睡眠薬の量の調節、患者・家族への説明、介護方法の指導、サービスの利用説明を看護師が実施した場合の問題有無状況は経営主体別には差がなかった。

## (5) 認知症ケアの看護師での判断での実施希望

抗精神薬、抗うつ剤・睡眠薬の量の調節、患者・家族への説明、介護方法の指導、サービスの利用説明について看護師に任せられてもよいかの設問の経営主体別の分析では、有意差は無かった。

## (6) 認知症ケア患者・家族の状況アセスメントと記録状況

患者のスケールを用いた認知症程度、睡眠薬内服状況、抗認知症薬内服状況、抗うつ剤内服状況、睡眠行動、患者の気分と行動、認知症の特異行動、認知機能に関する家族からの情報、家族の介護力、サービス利用状況についてのアセスメントの実施状況を経営主体別に比較しても有意な差がなかった。また、各々の項目のアセスメント内容の記録の状況についても経営主体別には差がなかった。

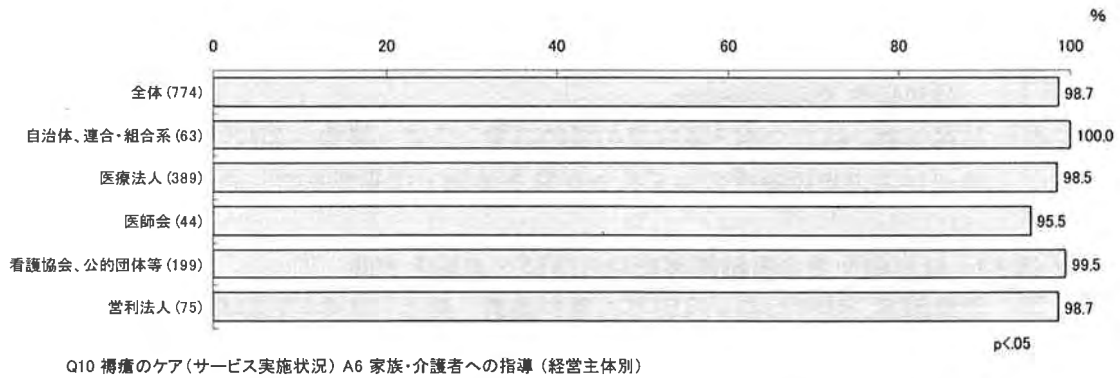
### 3) 褥瘡ケア

#### (1) 褥瘡ケア患者の有無

褥創のケアを実施しているステーションは、経営主体別に見ても特に差は見られなかった。医師会が最多(100%)であり、医療法人、営利法人が最小ではあったが(ともに94.9%)どの経営主体であってもほぼ95%以上は褥創のケアに関する患者を有していた。

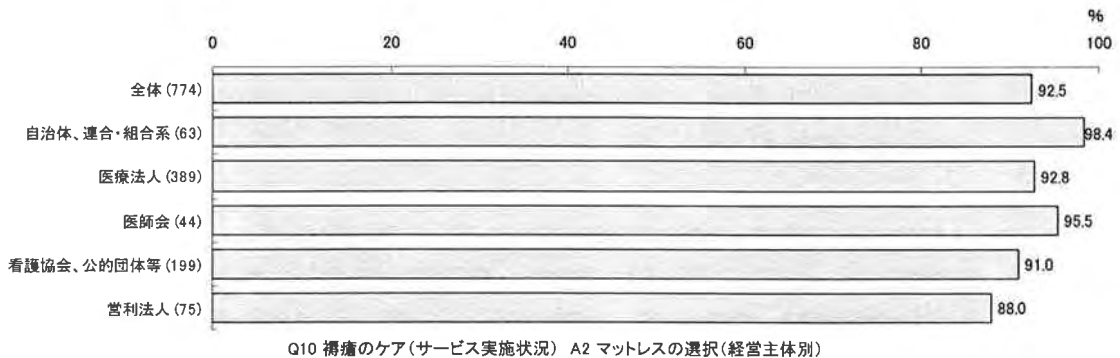
#### (2) 褥瘡ケアの実施状況

褥瘡ケアの実施状況で有意な差があったのは、「指導」であったが、この結果は設置主体別の母集団の差が医療法人は総数件389で「指導無し」1件(0.3%)、医師会立は総数44件だったのに対して「指導なし」が2件(4.5%)となり割合に差がでた。



処置方法の選択については、経営主体別に大きな差は見られなかった。

有意な差ではなかったが、マットレスの選択については、自治体関連が最も多く63か所中62か所(98.4%)が実施していた。営利法人では75か所中66か所(88.0%)とやや少なかった。



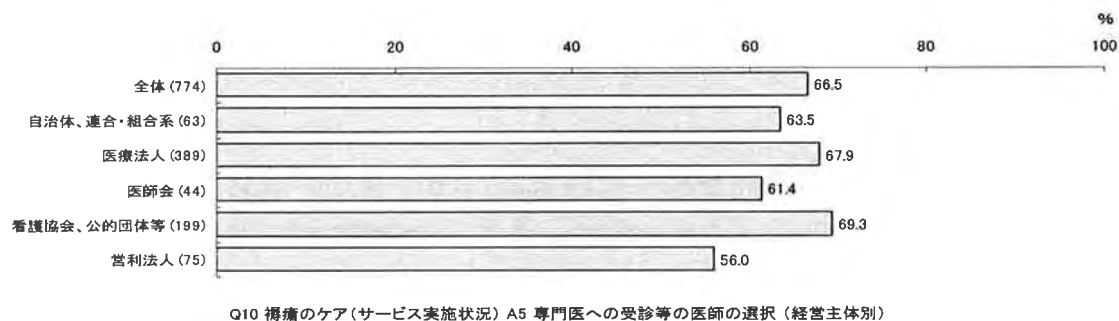


表面被覆材の選択では、医師会が最も実施しており 44 か所中 37 か所（84.1％）であったが、営利法人では 75 か所中 54 か所（72.0％）と少なかった。

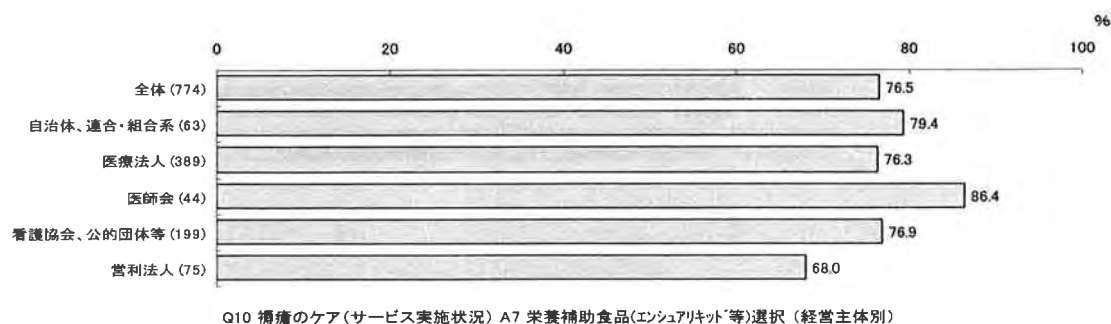


デブリードマンでは、経営主体別に大きな差はなくどこも実施の割合が 20％台と低かったが、営利法人が 75 か所中 16 か所（21.0％）と最も少なかった。

専門医への受診等医師の選択については、看護協会・公的団体が最も多く 199 か所中 138 か所（69.3％）が実施していた。営利法人は 75 か所中 42 か所（56.0％）と最も少なかった。



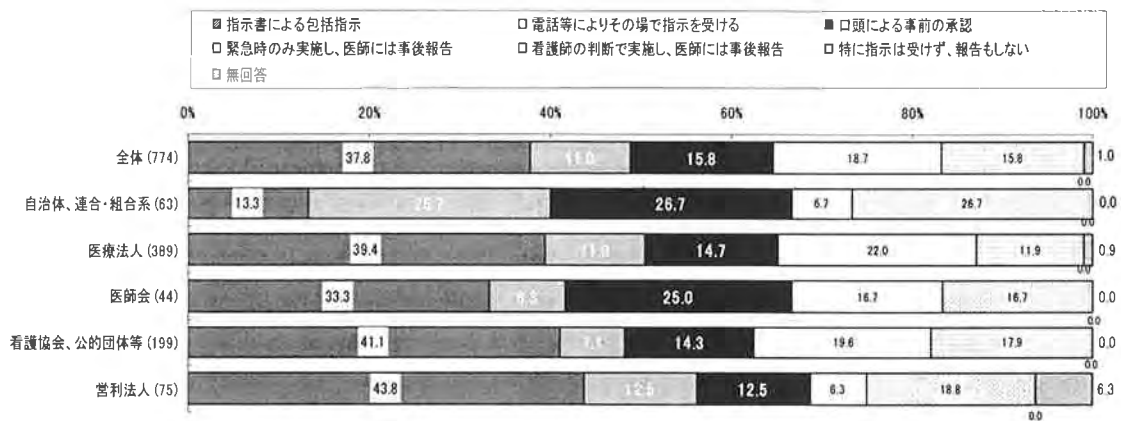
栄養補助食品の選択については、医師会が最も実施率が高く 44 か所中 38 か所（86.4％）が実施していたが、営利法人は 75 か所中 51 か所（68.0％）と最も低かった。



(3) 褥瘡ケアのケア内容別の医師への報告・問題状況の経営主体別特徴について

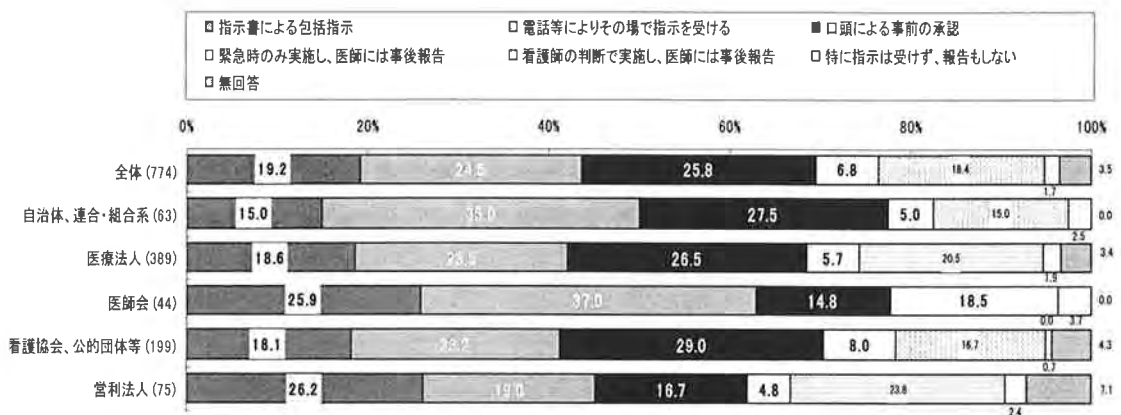
処置方法の選択についての医師への報告状況では、経営主体別に特に差は見られなかった。

有意差はなかったが、デブリードマンについて経営主体別に見ると、他の経営主体では、「指示書による包括指示」と「実施後に報告」を合わせて約50~60%以上を占めているのに対し、「自治体、連合、組合系」は、「指示書による包括指示」が少なく、「電話や口頭による指示や承認」の割合があわせて53.4%と高く、医師に確認してから判断している割合が高い傾向があった。



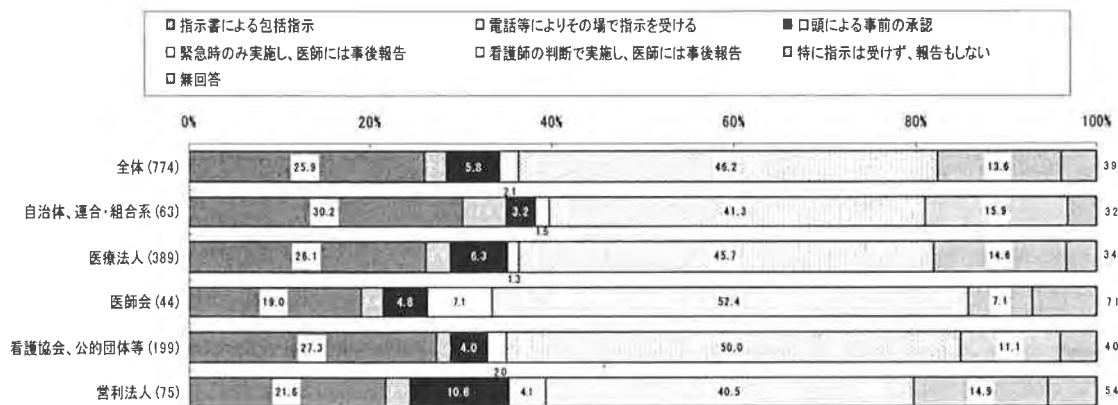
Q10 褥瘡のケア(医師からの指示について) デブリードマン(設置主体別)

専門医への受診等医師の選択について経営主体別に見ると、医師会では、「実施し事後報告」と回答したステーションは皆無であったことが特徴的であった。



Q10 褥瘡のケア(医師からの指示について) 専門医への受診等の医師の選択(設置主体別)

家族・介護者への指導については、医師会が 77.3% と他の 70% 前後に比べてやや高く、営利法人は 57.0% と大きく下回っていた。栄養補助食品等の選択について経営主体別に特に差は見られなかった。



Q10 褥瘡のケア(医師からの指示について) 家族・介護者への指導(設置主体別)

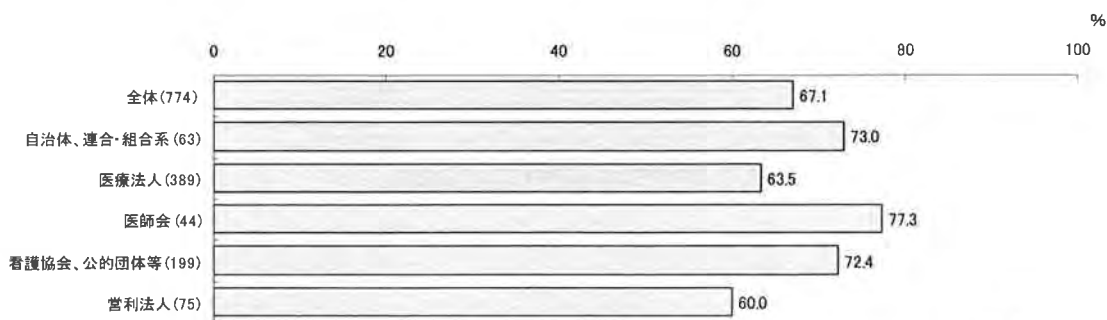
#### (4) 褥瘡ケアの看護師実施時の問題の有無

経営主体別に特に差は見られなかった。

#### (5) 褥瘡ケアの看護師の判断での実施意向

実施意向で有意差があったのは、栄養補助食品の選択、処置方法の選択、マットレスの選択、表面剤の選択であった。

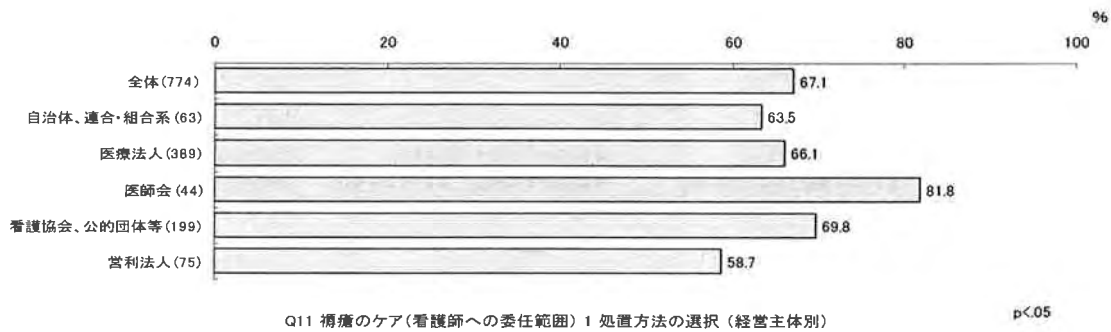
栄養補助食品の選択でも、医師会立が 77.3% であり、営利法人が 60.0% であり差があった。



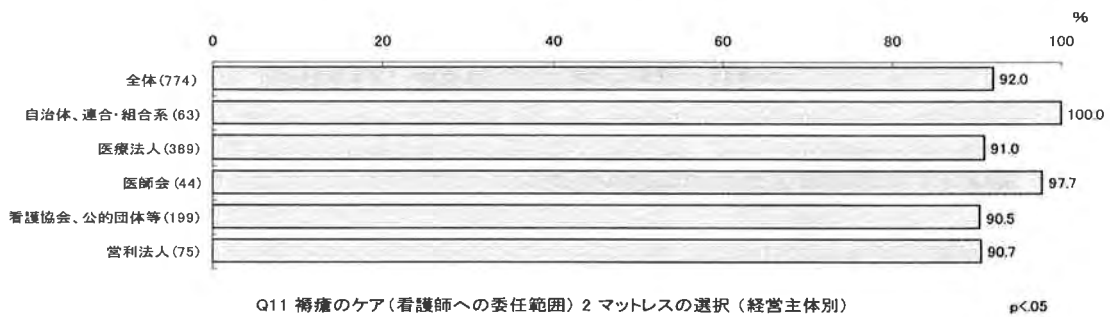
Q11 褥瘡のケア(看護師への委任範囲) 7 栄養補助食品(エンシュアリット等)選択(経営主体別)

p<.05

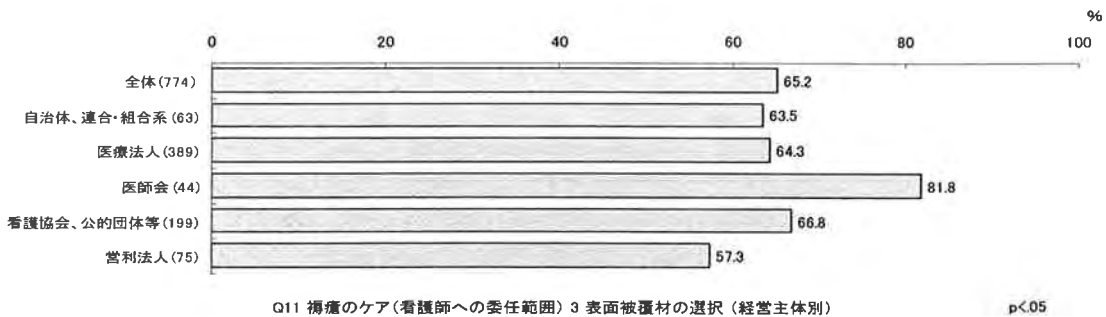
処置方法の選択では、他が 60% 台なのに対して、医師会立は 81.8% が任されてもいいと答え、逆に営利法人は 58.7% と最も低かった。



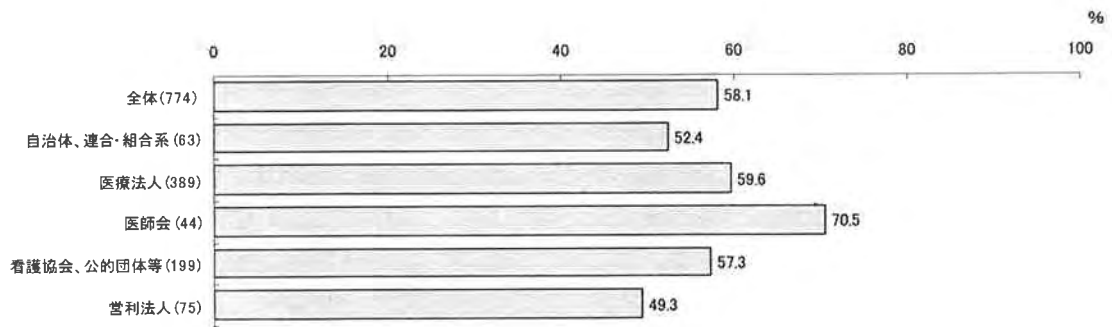
マットレスの選択についても、任されてもよいとする割合は自治体が最も高く 100%、営利法人が最も低く 90.7%であった。



表面被覆材の選択についても同様に医師会立が 81.8%と最も高く、営利法人が 57.3%と低かった。他は 60%台で並んでいた。

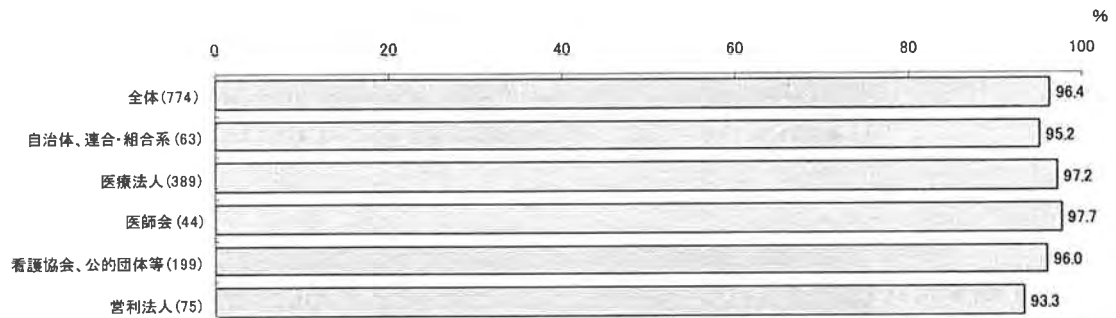


有意差はなかったが、医師の選択において違いが見られた。医師の選択も医師会では 70.5%が任されてもよいと回答していたが、営利法人は 49.3%、他は 50%台にとどまっていた。



Q11 褥瘡のケア(看護師への委任範囲) 5 専門医への受診等の医師の選択 (経営主体別)

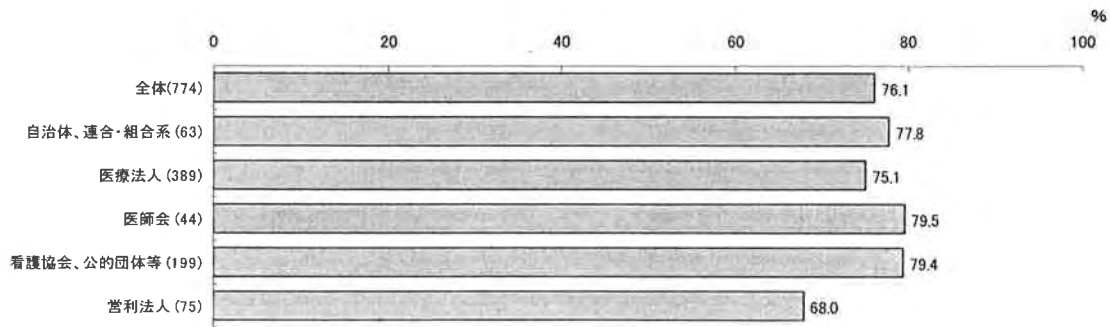
家族・介護者への指導について看護師に任されてもよいとするステーションは、医師会立では97.7%が任されてもよいと回答し、他も90%以上であったが、営利法人は99.3%とやや低かった。



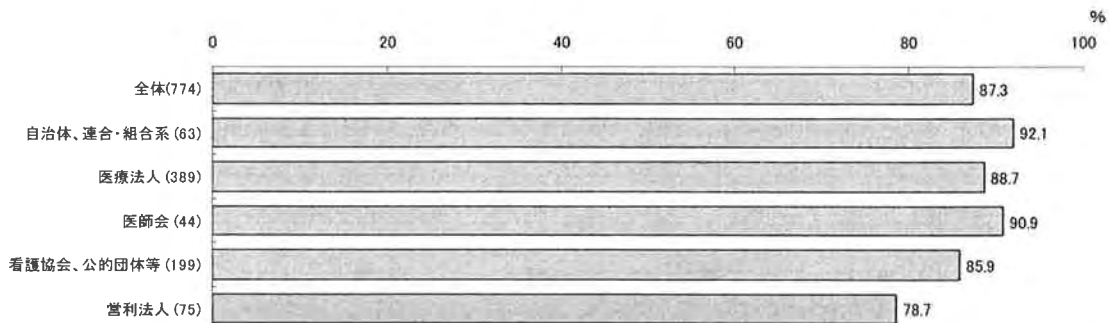
Q11 褥瘡のケア(看護師への委任範囲) 6 家族・介護者への指導 (経営主体別)

#### (6) 褥瘡ケアのアセスメントと記録状況について

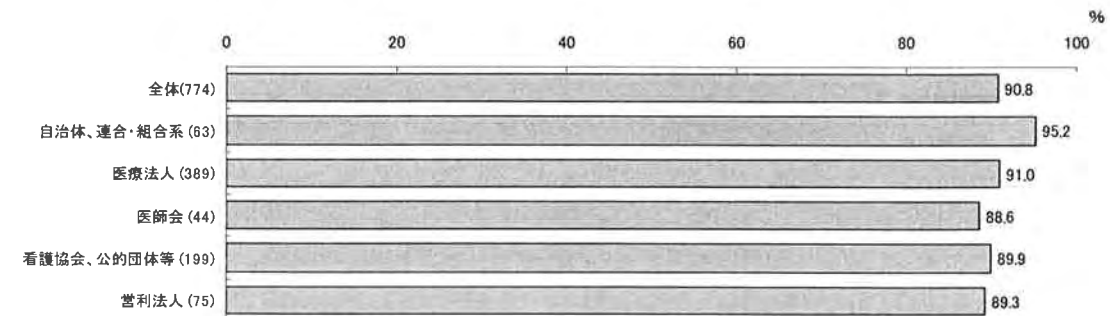
アセスメントについては設置主体別に有意な差はなかった。有意な差ではなかったが、褥瘡の程度チェックは看護協会・公的団体等は実施率が高く、営利法人の実施率は低かった。栄養状態のアセスメントにしても、他の経営主体はほぼ85-95%が実施していたが、営利法人は78.7%に留まった。皮膚損傷のリスクのアセスメントでは、他が89-95%実施しているのに対し、医師会立は88.6%とやや低かった。逆に介護状況に関するアセスメントでは、医師会では実施していないステーションは皆無であった。



Q12 褥瘡のケアのアセスメント状況 2 I～IV度指標に基づく褥瘡程度チェック(経営主体別)



Q12 褥瘡のケアのアセスメント状況 3 栄養状態(食事摂取、体重、血液データ)(経営主体別)



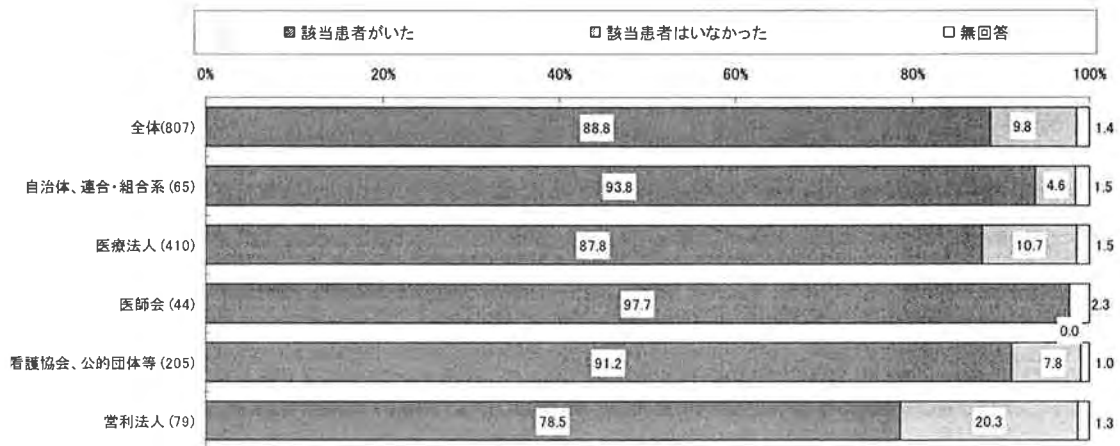
Q12 褥瘡のケアのアセスメント状況 4 皮膚再損傷リスク(易出血性、摩擦要因等)(経営主体別)

記録状況では、設置主体別には差がなかった。

#### 4) 呼吸ケア

##### (1) 呼吸ケア実施該当患者の有無

呼吸ケア患者については、医師会立では 97.7%、自治体、医療法人、公的団体では 93.8%、営利法人では 78.5%であり有意な差があった。



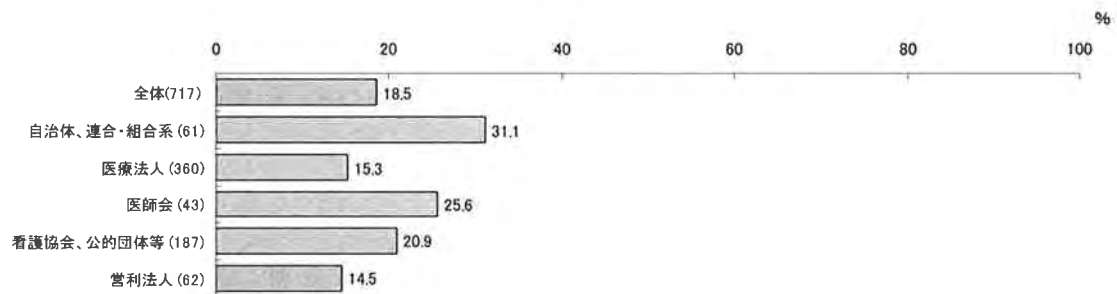
Q13 呼吸ケア該当患者の有無(経営主体別)

p<.05

## (2) 呼吸ケアの実施状況

在宅酸素療法患者活動時酸素供給量調節、患者の状況から酸素供給量変更対処、在宅酸素療法機器トラブルの対処、人工呼吸器装着患者の機器トラブルの対処、吸入、呼吸理学療法ともにいずれも経営主体別では差がなかった。

気管カニューレ交換は「していない」が、全体の74.3%を占めた。しかし「している」と回答した機関のうち、自治体、連合・組合系31.1%、医師会立25.6%、看護協会、公的団体等20.9%、医療法人15.3%、営利法人14.5%であった。



Q14 呼吸ケア(サービス実施状況) 気管カニューレの交換(設置主体別)

## (3) 呼吸ケアの看護師実施時の医師への報告状況

在宅酸素療法患者活動時酸素供給量調節、在宅酸素療法機器トラブルの対処、患者の状況から酸素供給量変更対処、人工呼吸器装着患者の機器トラブルの対処、気管カニューレ交換、吸入、呼吸理学療法ともに、看護師が実施した場合の医師への報告状況は経営主体別には差がなかった。

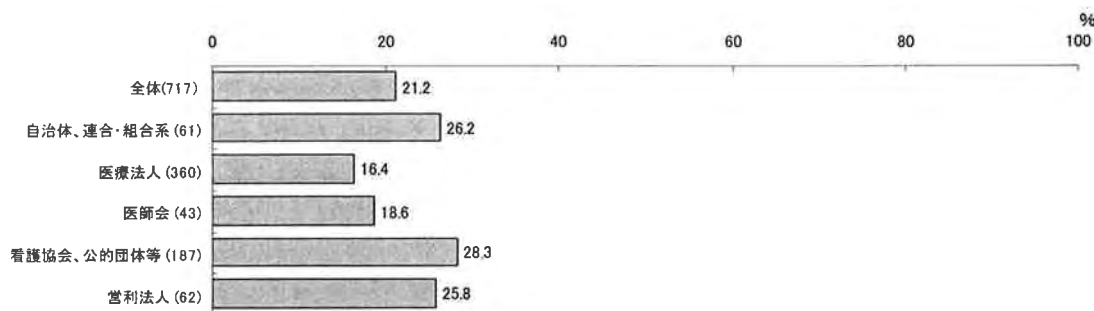
#### (4) 呼吸ケアの看護師実施時の問題の有無

在宅酸素療法患者活動時酸素供給量調節、在宅酸素療法機器トラブルの対処、患者の状況から酸素供給量変更対処、人工呼吸器装着患者の機器トラブルの対処、気管カニューレ交換、吸入、呼吸理学療法を看護師が実施した場合の問題有無状況は経営主体別には差がなかった。

#### (5) 呼吸ケアの看護師による判断での実施意向

在宅酸素療法患者活動時酸素供給量調節、在宅酸素療法機器トラブルの対処、患者の状況から酸素供給量変更対処、人工呼吸器装着患者の機器トラブルの対処、吸入、呼吸理学療法では経営主体別有意な差がなかった。

気管カニューレ交換は、設問項目の中では最も任されてもよいと考えない項目であった。しかし経営主体別にみると「任されてもよいと考える」のは、看護協会・公的団体等 28.3%、自治体、連合・組合系では 26.2%、営利法人 25.8%、医師会 18.6%、医療法人 16.4%である。



Q15 呼吸のケア(看護師への委任範囲) 5 気管カニューレの交換(経営主体別)

#### (6) 呼吸ケアのアセスメント、記録状況

アセスメントではバイタルサイン測定、息切れ・動悸・共通・喘鳴、咳、痰等、酸素飽和濃度測定(パルスオキシメーター)、胸部聴診、服薬コンプライアンス(服薬状況の確認)のいずれも有意な差がなかった。また、各々の項目のアセスメント内容の記録の状況についても経営主体別には差がなかった。



## 5.ケアの実施状況・実施意向等の訪問看護ステーションの管轄地域人口規模別分析

人口別の分類は3万人未満、3万人～10万人未満、10万人～30万人未満、30万人以上である。人口記述ありは307件であり、不明62.0%を占めている。3万人未満6.3%、3万人～10万人未満8.9%、10万人～30万人未満13.3%、30万人以上9.5%である。

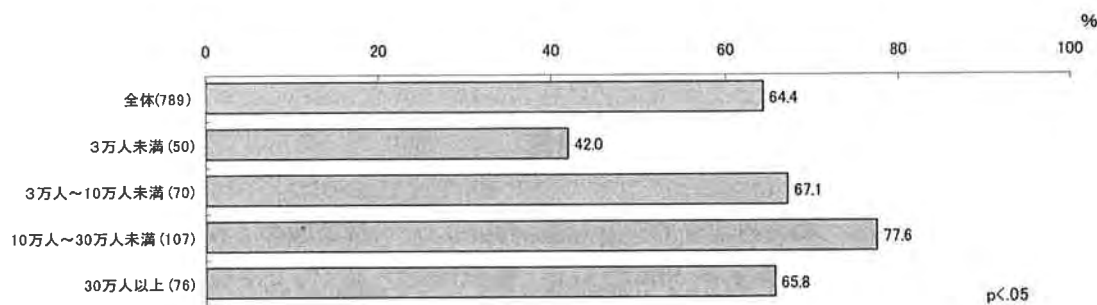
### 1) 排泄ケア

#### (1) 排泄ケアの該当患者

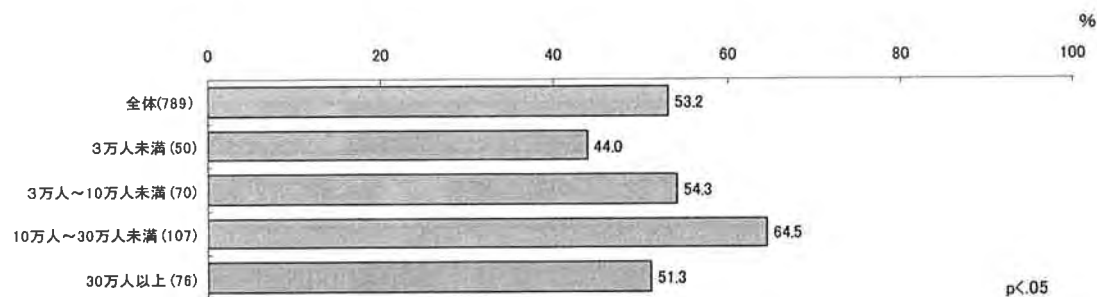
人口別の差はなかった。

#### (2) 排泄ケアの実施状況

排泄ケアの実施状況で人口別に有意な差があったのは、男女とも導尿であった。女性の導尿では人口3万人以下が42.0%、以下人口が増えるに連れ実施率が上がっていたが、30万人以上で65.8%と低下を見せた（10万人～30万人未満、77.6%）。男性の導尿も同じ傾向であり、このような危険性がありながらも緊急性をとまなうサービスの提供の人口との関連において、人口が少ないほど実施率が上がるという結果は見られなかった。



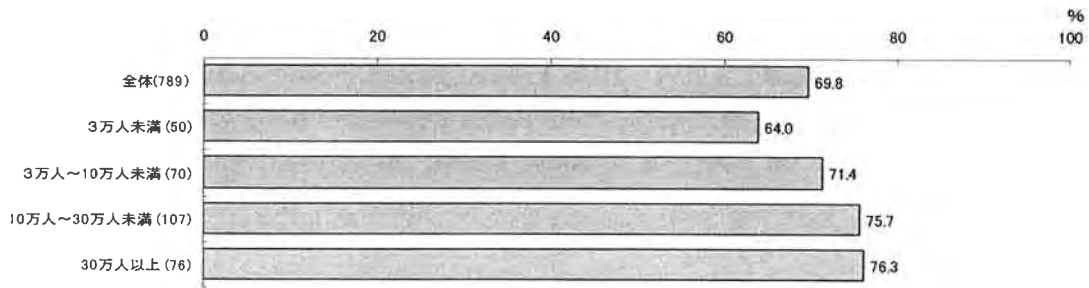
Q2 排便・排尿サービス実施状況 7 尿閉時の女性の導尿(人口規模別)



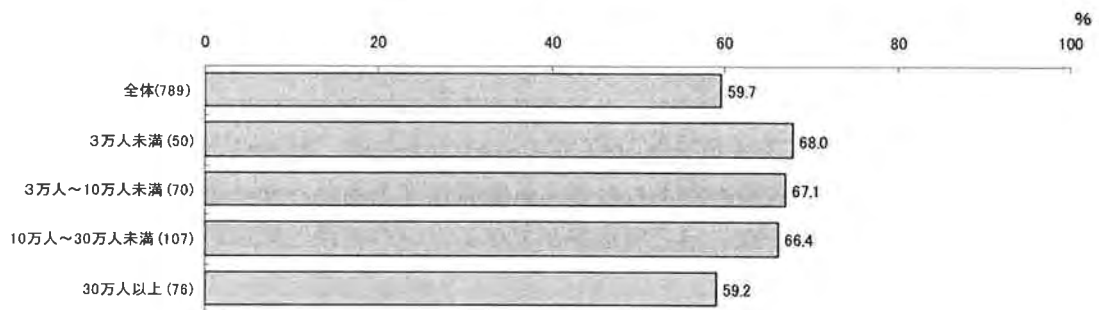
Q2 排便・排尿サービス実施状況 8 尿閉時の男性の導尿(人口規模別)

その他の排便のケアの項目では、止痢剤選択で3万人以下が64.0%と低く、人口が多くなるに従い実施率も大きくなる傾向が見られた。(30万人以上は76.3%)。

排尿のケアでは、カテーテル交換の男性は3万人未満68.0%、以下67.1%、66.4%、59.2%と人口が少ないほど実施率が高くなる傾向がみられた。



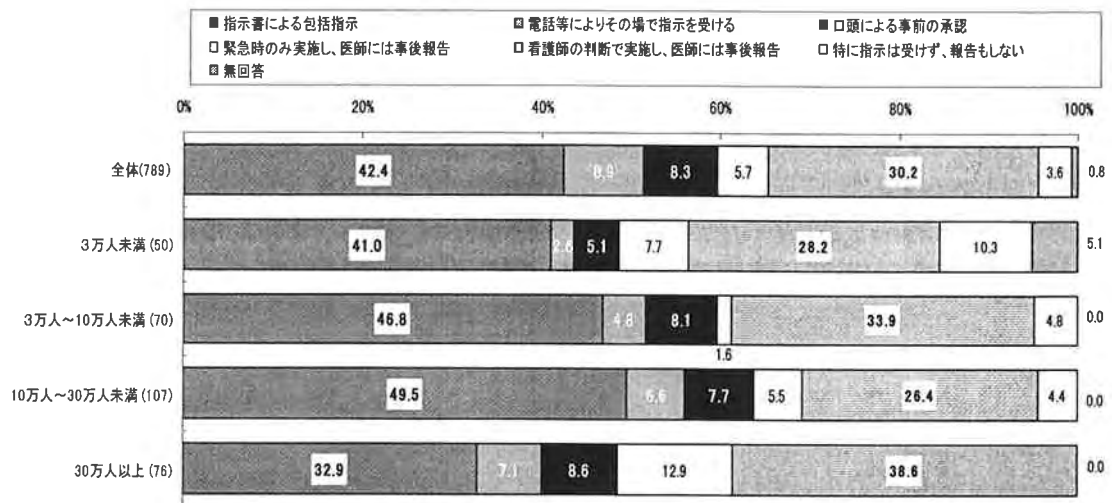
Q2 排便・排尿サービス実施状況 3 利用者所有する処方・市販の止痢剤選択(人口規模別)



Q2 排便・排尿サービス実施状況 10 男性の留置カテーテル交換(人口規模別)

### (3) 排泄ケアの人口別・医師への報告状況

排泄ケアで医師への報告状況で有意な差が見られたのは市販の下剤の選択で、人口10万から30万人では包括的指示が50%近くで、事後報告が26.4%であるのに対して、30万人以上では包括的指示が32.9%で事後報告が38.6%となった。



Q2 排便・排尿ケア(医師からの指示) 1 利用者が所有する処方・市販の下剤選択(人口規模別)

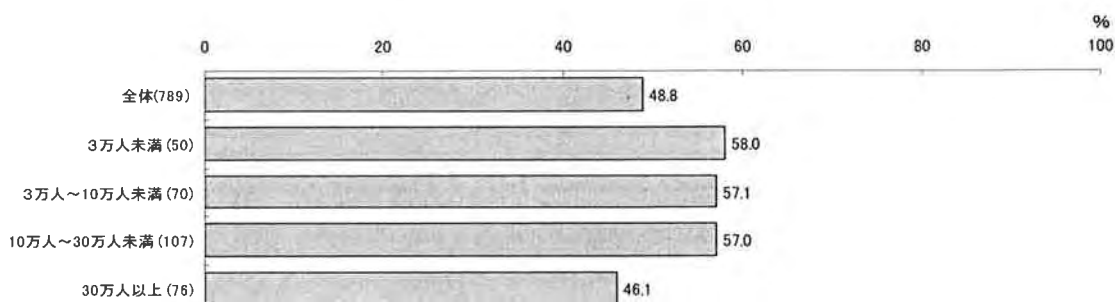
p<.05

#### (4) 排泄ケアの実施時の問題の有無

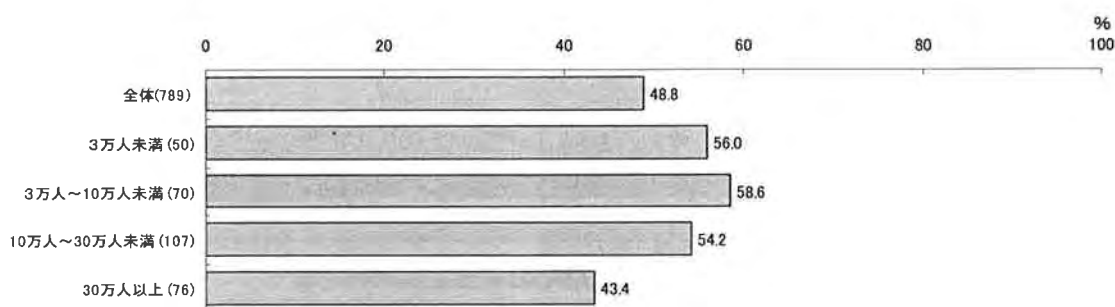
人口規模別では実施時の問題の有無には有意な差はなかった。

#### (5) 排泄ケアの看護師の判断での実施意向

排泄ケアについて人口による実施意向の差はみられなかった。  
有意な差ではないが、男性の導尿とカテーテル交換で、30万人以上で「任されてもよい」がそれ以下の人口に比べ低かった。



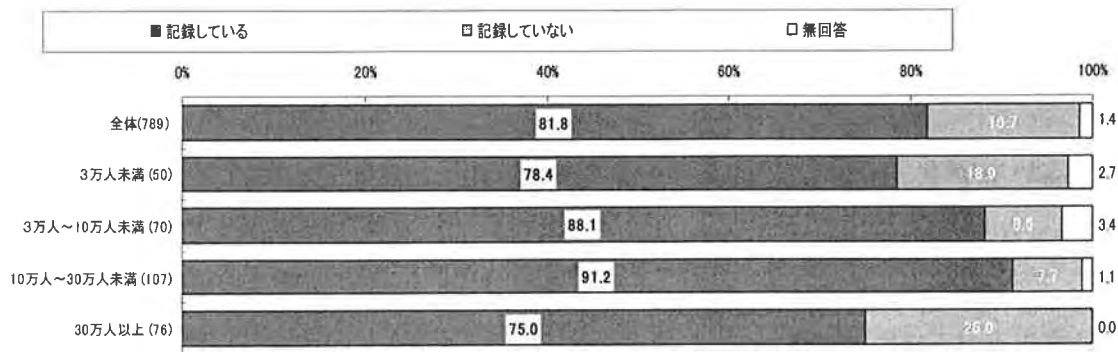
Q3 排便・排尿サービス(看護師への委任範囲) 男性の尿閉時の導尿(人口別)



Q3 排便・排尿サービス(看護師への委任範囲) 男性のカテーテル交換(人口別)

#### (6) 排泄ケアの人口規模別・アセスメントと記録状況

排泄ケアのアセスメント、20項目すべてにおいて人口別に有意な差はなかった。  
記録状況では、下剤・止痢剤と処方されている薬剤との関係で、人口10万から30万では記録しているが91.2%であったが、30万以上では75%であり、有意な差となった。



Q4 排便・排尿のケア(アセスメントしている場合の内容記録の有無) 10 下剤、止痛剤と処方薬との関係(人口規模別)

p<.05

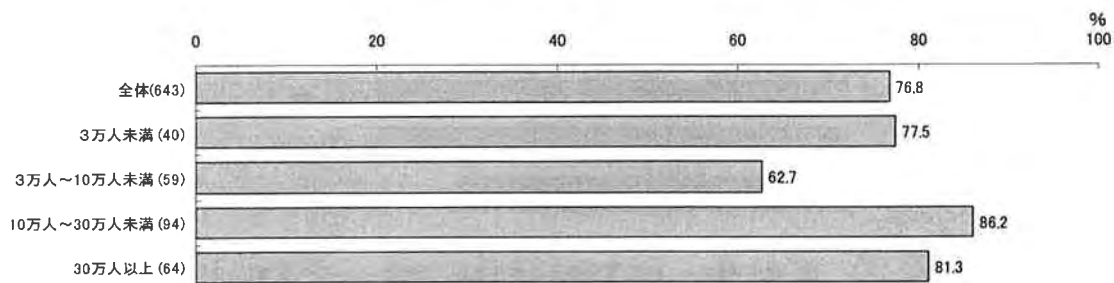
## 2) 認知症ケア

### (1) 認知症の患者の有無

認知症患者の有無は人口別分析では差はなかった。

### (2) 認知症ケアの実施状況

患者・家族への説明が人口別分析では有意差があった。3～10万人未満においての実施率は62.7%にたいし、人口10～30万人未満では85.2%であった。



認知症のケア実施状況 患者・家族への説明(人口別)

p<.05

### (3) 認知症ケアの看護師実施時の医師への報告状況

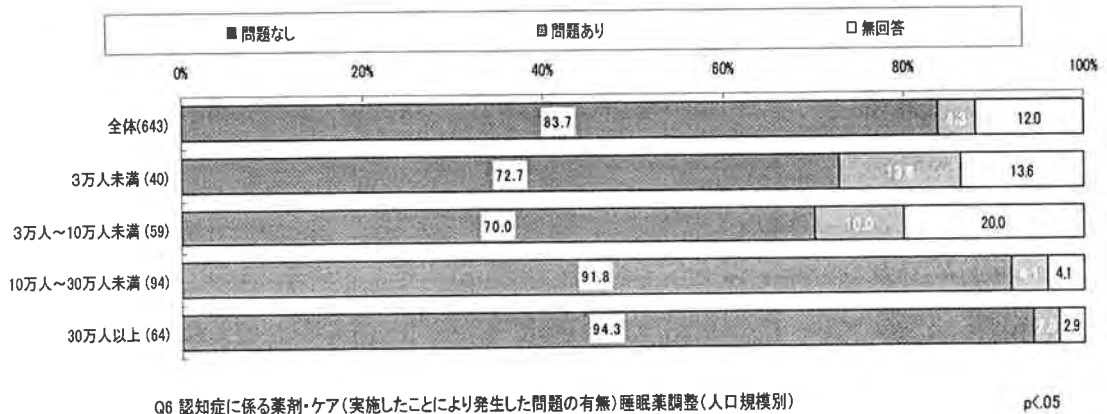
抗精神薬、抗うつ剤・睡眠薬の量の調節、患者・家族への説明、介護方法の指導、サービスの利用説明を看護師が実施した場合の医師への報告状況は人口別分析では差がなかった。

### (4) 認知症ケアの看護師実施時の問題の有無

抗精神薬、抗うつ剤の調節、患者・家族への説明、介護方法の指導、サービスの利

用説明を看護師が実施した場合の問題有無状況は人口別分析では差がなかった。

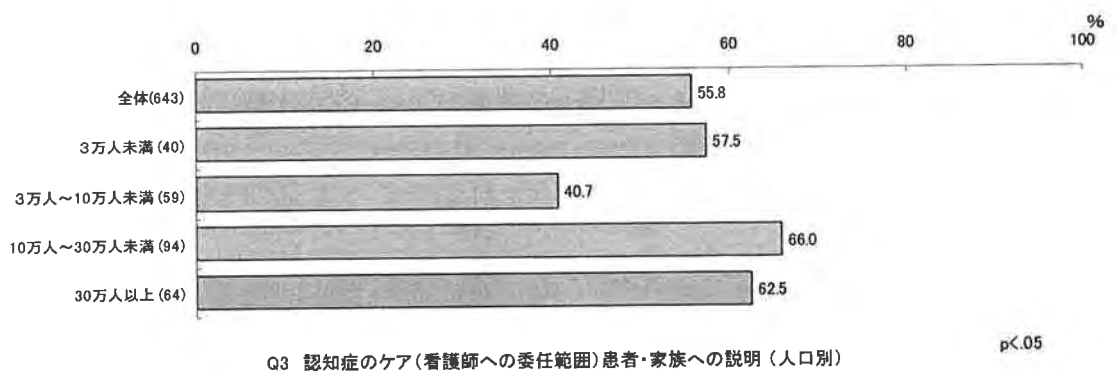
睡眠薬調節については有意な差があり、人口 10 万人～30 万人未満 91.8%、30 万人以上 94.3%であるのに対して人口 3 万人未満 72.7%、3 万人～10 万人未満 70.0%となった。



#### (5) 認知症ケアを看護師による判断での実施意向

抗精神薬、抗うつ剤・睡眠薬の量の調節、患者・家族への説明、介護方法の指導、サービスの利用説明について看護師に任せられてもよいかの設問の人口別の分析では、患者・家族への説明で有意な差があった。

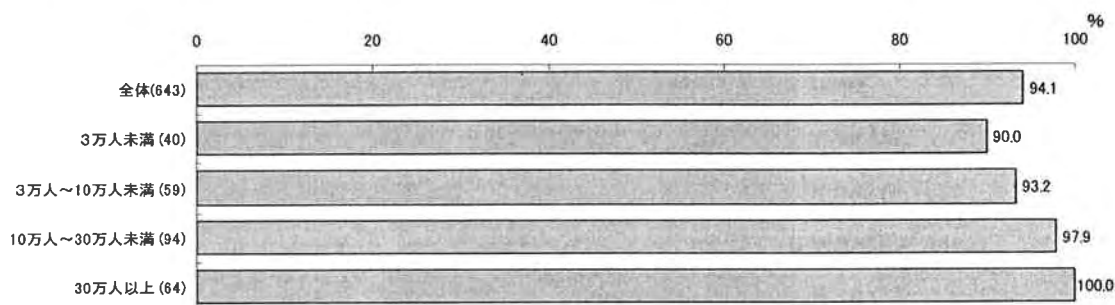
患者・家族への説明では、人口 10 万人～30 万人未満 66.6%、30 万人以上 62.5%で人口 3 万人未満 57.5%となったが、3 万人～10 万人未満 40.7%となった。



#### (6) 認知症ケアのアセスメントと記録状況

患者のスケールを用いた認知症程度、睡眠薬内服状況、抗認知症薬内服状況、抗うつ剤内服状況、睡眠行動、患者の気分と行動、認知症の特異行動、認知機能

に関する家族からの情報、家族の介護力、サービス利用状況についてのアセスメントの実施状況を人口別に比較したところ、有意差は無かった。認知機能に関する家族からの情報のアセスメント実施率は人口3万人未満は90.0%、人口3万人～10万人未満93.2%、10万人～30万人未満97.9%、30万人以上は0%となり、人口が多い方がアセスメント実施率が高かった。



認知症のケア アセスメント実施状況 認知機能に関する家族からの情報 (人口別)

また、各々の項目のアセスメント内容の記録の状況については人口別には差がなかった。

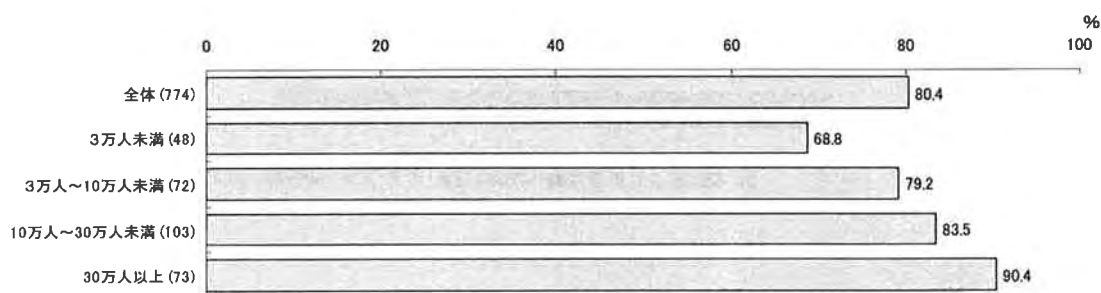
### 3) 褥瘡ケア

#### (1) 褥創ケアの該当する患者の有無

人口別分類での差は見られなかった。

#### (2) 褥瘡ケアの実施状況

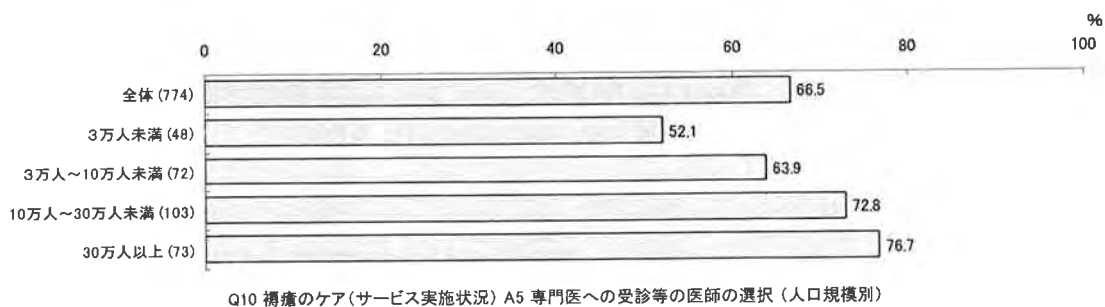
褥瘡ケアの実施での人口規模別に有意な差があったのは、表面被覆材の選択であった。表面被覆材の選択において、30万人以上の地域では90.4%が実施しているが、3万人未満の地域では68.8%にとどまっていた。



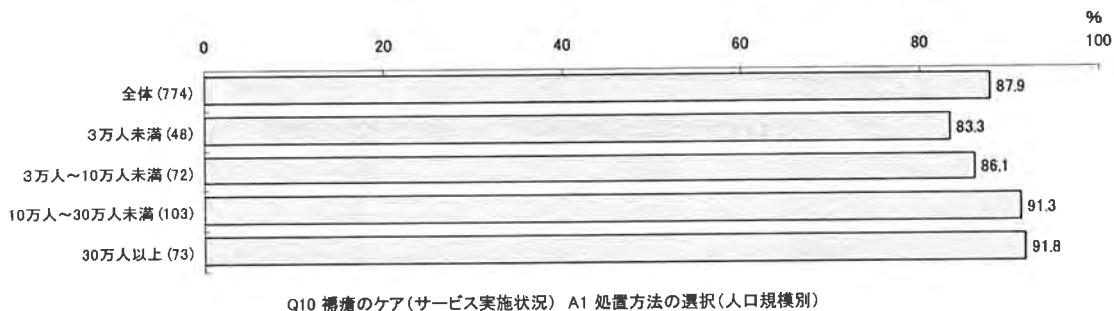
Q10 褥瘡ケアサービス実施状況 A3 表面被覆材の選択(人口規模別)

p<.05

有意な差ではなかったが、専門医受診等医師の選択の実施についても、3万人未満の地域での実施率は低く52.1%であるが、30万人以上の地域では76.7%となっていた。



処置方法の選択でも有意な差ではないが、人口3万人未満では83.3%が処置しているとしたが、人口30万人以上の地域では91.8%が処置していると答えていた。

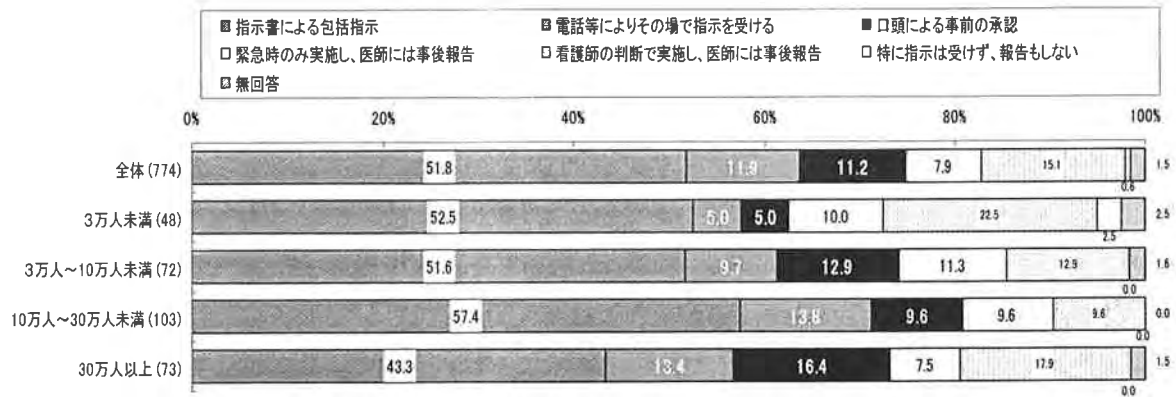


他の項目については人口別の差は見られなかった。

(3) 褥瘡ケアの実施時の報告状況の人口規模別分析について

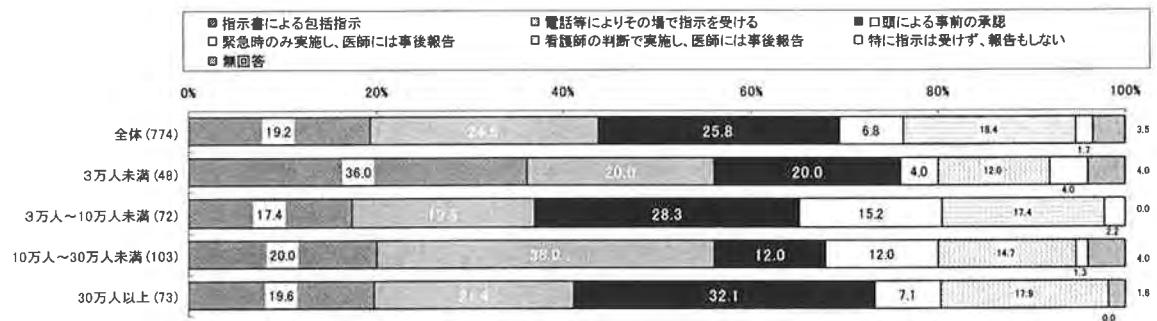
ケアを実施しているステーションについて実施後の報告状況に人口別では有意な差がある項目はなかった。

有意な差ではなかったが、処置方法の選択で、人口3万人以下の地域では、他の人口区分に比して、「実施し事後報告」とする割合が高い傾向が見られた。



Q10 褥瘡のケア(医師からの指示について) A1 処置方法の選択(人口規模別)

専門医師への受診選択では、人口3万人未満の地域で「医師の指示書による包括指示」が最も多く36%を占めていたが、他は17%～20%に留まっていた。それ以外の項目については、人口別の差が見られなかった。



Q10 褥瘡のケア(医師からの指示について) A1 処置方法の選択(人口規模別)

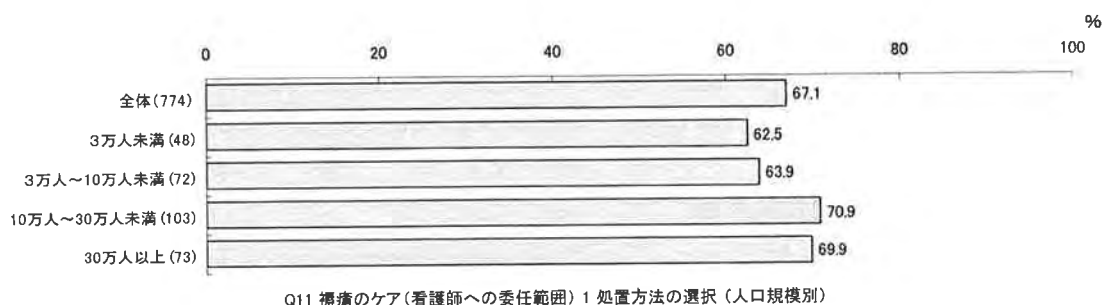
(4) 褥瘡ケアの看護師実施時の問題の有無

表面被覆材の選択の実施について「問題はない」とするステーションの割合は人口規模が小さい地域に少ない傾向が見られたが、特に大きな差は見られなかった。

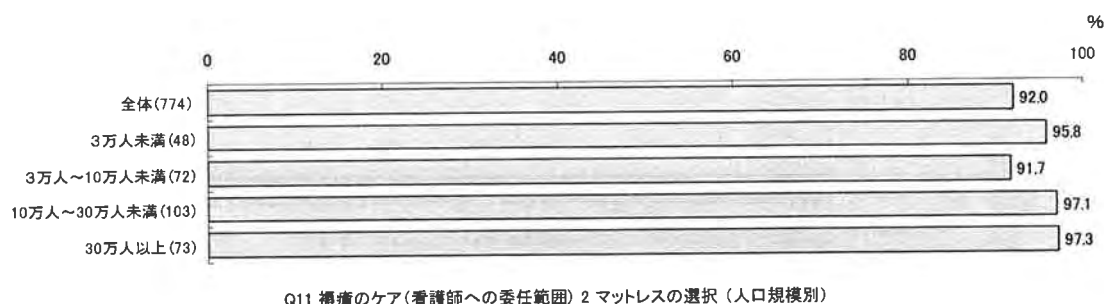


(5) 褥瘡ケア看護師の判断での実施意向

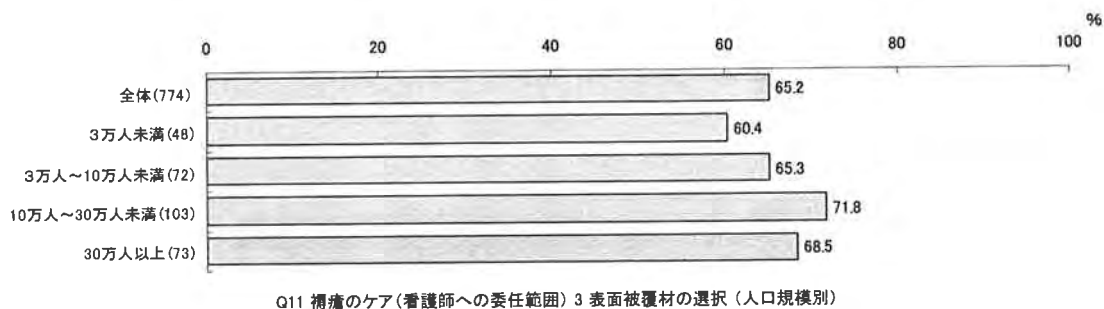
褥瘡ケアの看護師の自律的な判断での実施意向は人口規模別には有意な差はなかった。  
 有意な差ではなかったが、処置方法の選択を人口規模別に見ると、10万人未満の地域が62～64%であったが、他は70%程度と若干高かった。



マットレスの選択を看護師に任されてもいいとしたステーションは、人口別に見るとどこも9割を越えていたが、3万人未満の地域がやや低値であった。



表面被覆材の選択を看護師に任されてもいいと回答したステーションは、3万人未満の地域が他よりやや低く60.4%で、他の人口規模地域より低い傾向であった。



(6) 褥瘡ケアのアセスメントと記録状況について

アセスメントについては人口規模別には有意な差があった項目はなかった。

有意な差ではないが、褥創の危険因子チェック項目については、3万人未満の地域で65.1%がアセスメントしていないと回答していた。

褥創の程度、栄養状態のアセスメントをしているかという質問に対して、アセスメントしていないという答えが最も多かったのは、いずれも人口3万人未満の地域で、それぞれ20.8%、12.5%と高く、他の人口規模の地域の1.5~2倍の割合を示していた。

記録の状況についても人口規模別に有意な差はなかった。

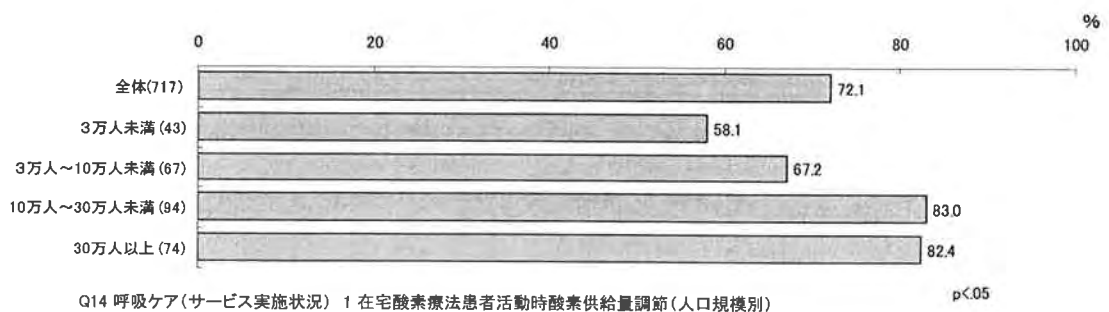
#### 4) 呼吸ケア

##### (1) 呼吸ケア該当患者の有無

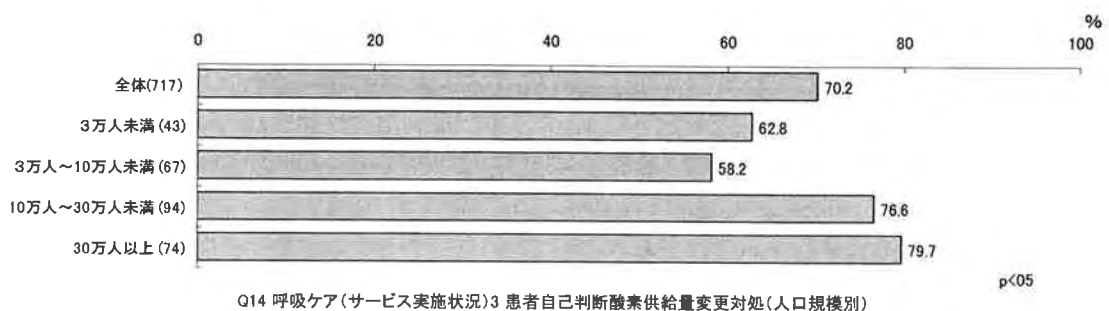
患者の有無は人口別分析では差はなかった。

##### (2) 呼吸ケアの実施状況

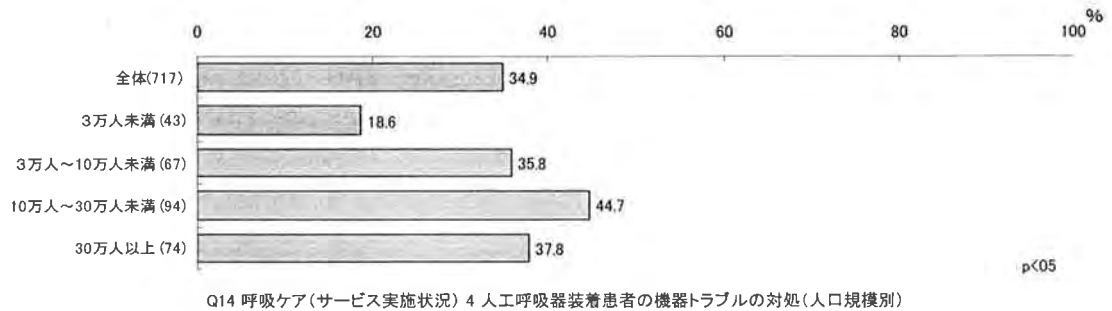
在宅酸素療法患者活動時酸素供給量調節を「している」のは、人口10万人~30万人未満83.0%、30万人以上82.4%、3万人~10万人未満67.2%、人口3万人未満58.1%であり、有意な差があった。



患者の状況から酸素供給量変更対処を「している」のは、30万人以上79.7%、人口10万人~30万人未満76.6%、人口3万人未満62.8%、3万人~10万人未満58.2%であり、有意な差があった。



人工呼吸器装着患者の機器トラブルの対処を「している」のは、人口10万人～30万人未満44.7%、3万人～10万人未満35.8%、30万人以上37.8%、人口3万人未満18.6%であり、有意な差があった。



在宅酸素療法機器トラブルの対処、気管カニューレ交換、吸入、呼吸理学療法では差がなかった。

### (3) 呼吸ケアの看護師実施時の医師への報告状況

在宅酸素療法患者活動時酸素供給量調節、在宅酸素療法機器トラブルの対処、患者の状況から酸素供給量変更対処、人工呼吸器装着患者の機器トラブルの対処、気管カニューレ交換、吸入、呼吸理学療法ともに、看護師が実施した場合の医師への報告状況は人口別分析では差がなかった。

### (4) 呼吸ケアの看護師実施時の問題の有無

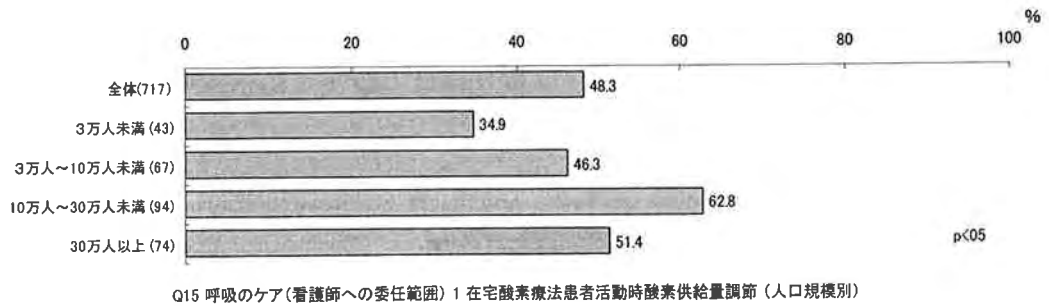
在宅酸素療法患者活動時酸素供給量調節、在宅酸素療法機器トラブルの対処、患者の状況から酸素供給量変更対処、人工呼吸器装着患者の機器トラブルの対処、気管カニューレ交換、吸入、呼吸理学療法ともに、看護師が実施した場合の問題有無状況は人口別分析では差がなかった。

### (5) 呼吸ケアの看護師による判断での実施意向

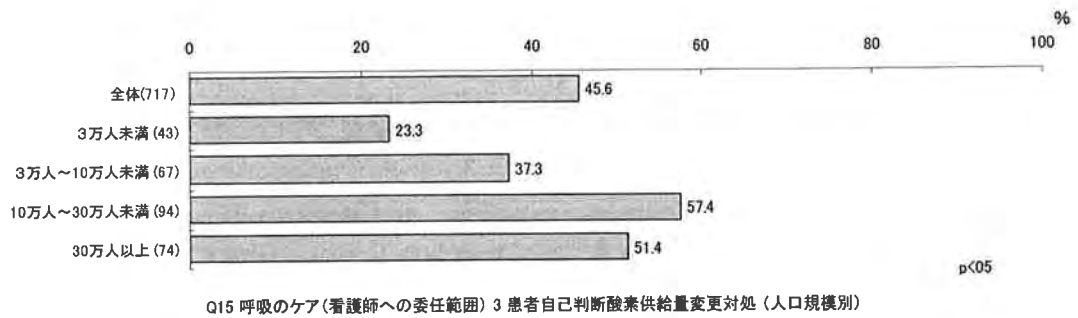
看護師に任せられてもよいかの設問の人口別の分析では、在宅酸素療法機器トラブルの対処、人工呼吸器装着患者の機器トラブルの対処、気管カニューレ交換、吸入、呼吸理学療法については、人口別分析では差がなかった。

在宅酸素療法患者活動時酸素供給量調節で有意な差があった。

人口10万人～30万人未満62.8%、30万人以上51.4%、人口3万人未満34.9%となったが、3万人～10万人未満46.3%であった。

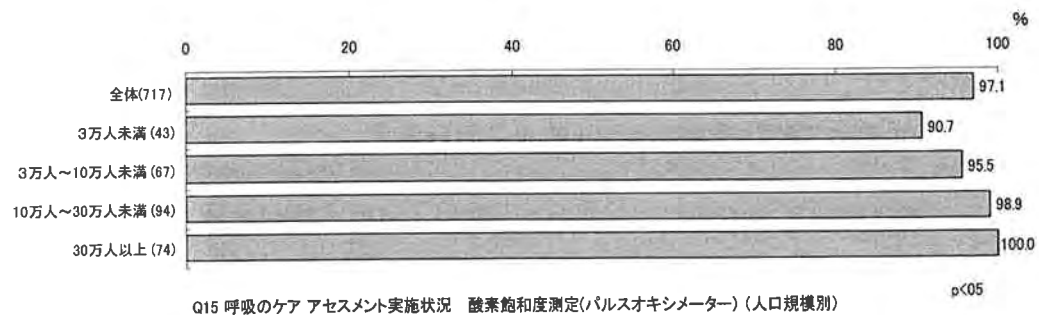


患者の状況から酸素供給量変更対処で有意な差があった。  
 人口 10 万人～30 万人未満 57.4%、30 万人以上 51.4%、人口 3 万人～10 万人未満 37.3%、3 万人未満 23.3%であった。



#### (6) 呼吸ケアにおけるアセスメントと記録状況

アセスメントではバイタルサイン測定、息切れ・動悸・共通・喘鳴、咳、痰等、酸素飽和濃度測定(パルスオキシメーター)、胸部聴診、服薬コンプライアンス(服薬状況の確認)のうち、人口3万人未満では、酸素飽和濃度測定に有意な差があった。



## 6. 医療との連携状況

### 1) 医師から訪問看護師への情報提供

#### ①家族への病状説明

家族への病状説明については、訪問看護師から医師へ確認していると回答した者が 422 名 (52.3%) と多く、次いで訪問看護指示書による連絡のみが 107 名 (13.3%)、訪問看護指示書の記載が不十分と答えた者が 96 名 (11.9%) であった。そのつど連絡があると答えた者は 88 名 (10.9%)、連絡はないと答えた者は 77 名 (9.5%) であった。

#### ②家族への病状告知

家族への病名告知についても、訪問看護師から医師へ確認していると回答した者が最も多く、427 名 (52.9%) であり、次いで、訪問看護指示書による連絡のみと答えた者で、142 名 (17.6%) と多かった。以下、そのつど連絡があると答えた者 103 名 (12.8%)、訪問看護指示書の記載が不十分と答えた者が 60 名 (7.4%)、連絡はないの回答者は 51 名 (6.3%) であった。

#### ③患者・家族の治療に対する要望

患者・家族の治療に対する要望の項目では、訪問看護師から医師へ確認していると回答した者が 411 名 (50.9%)、次いで、連絡はないと答えた者が 112 名 (13.9%) と他の質問項目に比べて多かった。以下、そのつど連絡があるが 96 名 (11.9%)、訪問看護指示書による連絡のみが 85 名 (10.5%) であった。

#### ④処方の変更

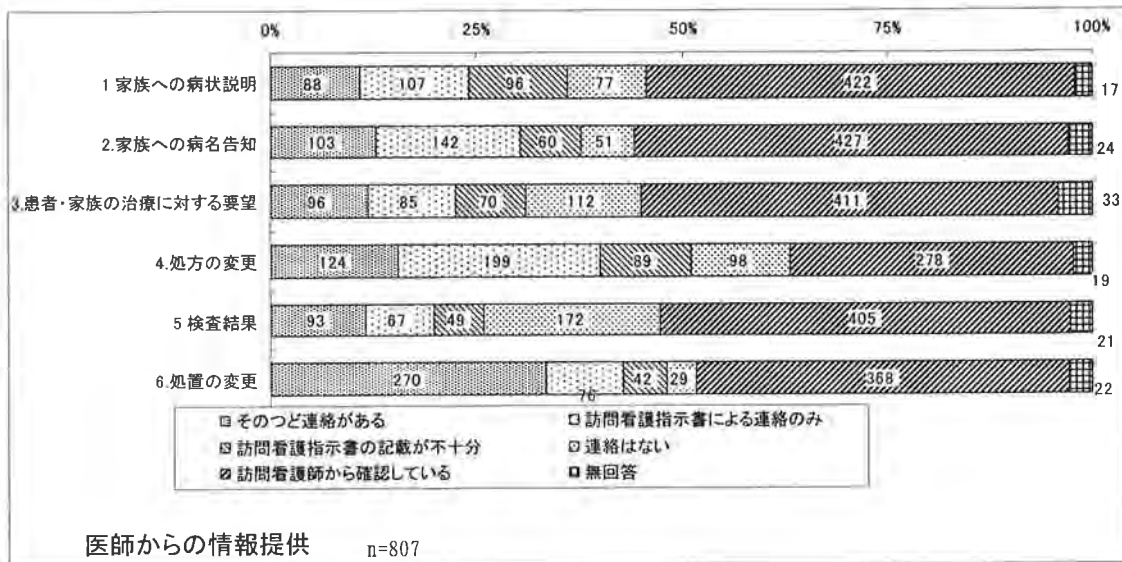
処方の変更については、訪問看護師から医師へ確認しているという回答が 278 名 (34.4%) と最も多かったが、他の質問項目に比べるとその割合は少なかった。次いで、訪問看護指示書による連絡のみと答えた者が 199 名 (24.7%) と比較的多かった。以下、そのつど連絡があるが 124 名 (15.4%)、連絡はないと答えた者が 98 名 (12.1%) であった。

#### ⑤検査結果

検査結果の項目では、訪問看護師から医師へ確認していると回答した者が最も多く、405 名 (50.2%) であり、次いで、連絡はないと答えた者が 172 名 (21.3%) と他の質問項目と比較して多かった。次いで、そのつど連絡があると答えた者が 93 名 (11.5%)、訪問看護指示書による連絡のみと答えた者が 67 名 (8.3%) であった。

#### ⑥処置の変更

処置の変更についても、訪問看護師から医師へ確認しているが最も多く 368 名 (45.6%) であった。次いでそのつど連絡があるが 270 名 (33.5%) であり、他の質問項目と比較して多かった。以下、訪問看護指示書による連絡のみと答えた者が 76 名 (9.4%)、訪問看護指示書の記載が不十分と答えた者が 42 名 (5.2%) であった。



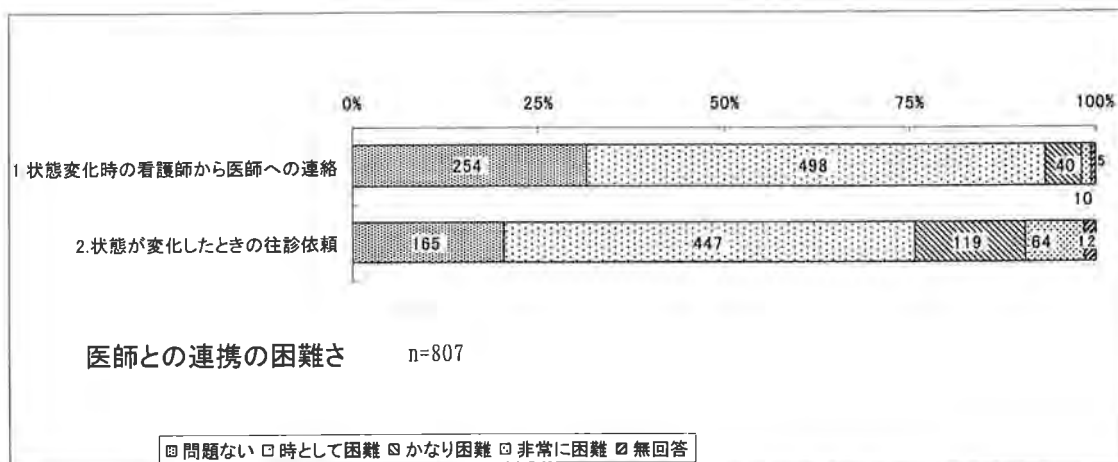
## 2) 医師との連絡の困難さ

### ①状態変化時の看護師から医師への連絡

時として困難と回答した者が最も多く、498名(61.7%)を占めていた。次いで、問題ないが254名(31.5%)、時として困難と問題ないと答えた者を合わせて、752名(93.2%)であった。以下、かなり困難と答えた者が40名(5.0%)、非常に困難と答えた者は10名(1.2%)であった。

### ②状態が変化したときの往診依頼

時として困難と回答した者が447名(55.4%)と最も多かった。次いで、問題ないと答えた者が165名(20.4%)、かなり困難が119名(14.7%)、そして非常に困難と回答した者は64名(7.9%)であった。



### 3) 役割分担や意見の相違の有無

#### ①医療処置に関する明確な役割分担

部分的にあると回答した者が460名(57.0%)、あると回答した者は170名(21.1%)で、合わせると630名(78.1%)であった。ほとんどないと答えた者は126名(15.6%)、まったくくないが27名(3.3%)であった。

#### ②患者の状態判断の相違

部分的にあると答えた者は505名(62.6%)と最も多く、次いでほとんどないと答えた者が200名(24.8%)であった。あると答えた者は64名(7.9%)であり、まったくくないが20名(2.5%)であった。

#### ③治療的介入についての認識の相違

部分的にあると答えた者が448名(55.5%)であり、次いで、ほとんどないと答えた者が252名(31.2%)であった。あると答えた者が57名(7.1%)、まったくくないが24名(3.0%)であった。

#### ④認知症患者の介護方法についての意見の相違

ほとんどないと回答した者が最も多く、342名(42.4%)であった。次いで、部分的にあると答えた者が、328名(40.6%)であった。あると答えた者は61名(7.6%)であり、まったくくないが36名(4.5%)であった。

#### ⑤褥瘡患者の処置方法についての意見の相違

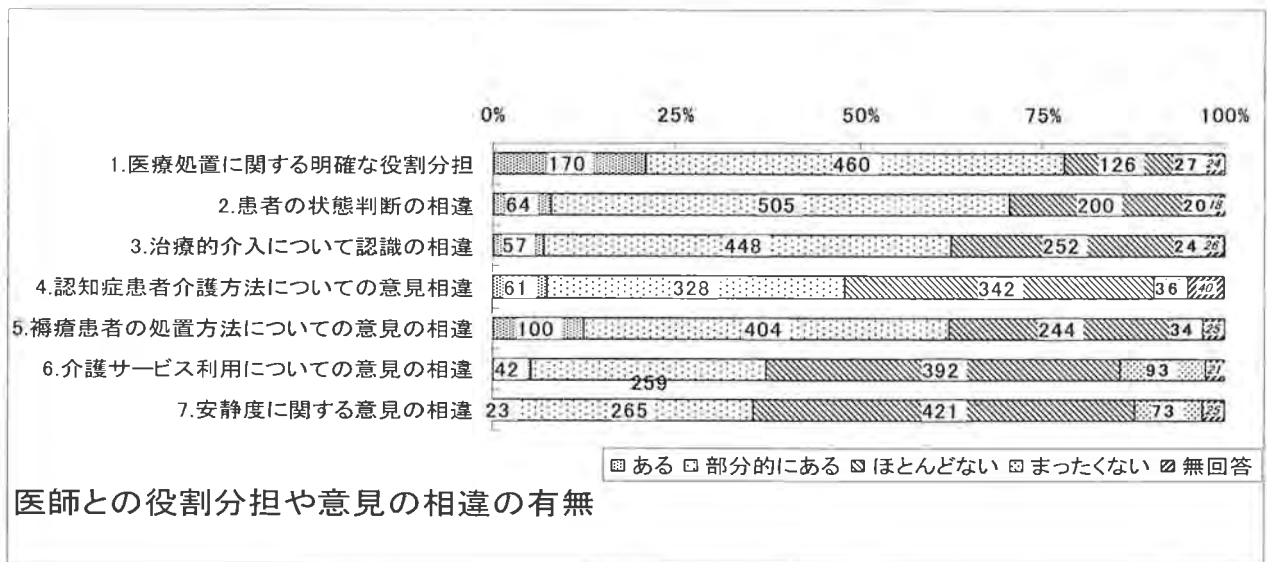
部分的にあると答えた者が404名(50.1%)と最も多く、次いで、ほとんどないと答えた者が244名(30.2%)であった。あると答えた者が100名(12.4%)と比較的多く、まったくくないと答えた者は34名(4.2%)であった。

#### ⑥介護サービス利用についての意見の相違

ほとんどないと答えた者が最も多く392名(48.6%)、次いで部分的にあると答えた者が259名(32.1%)であった。まったくくないと答えた者が93名(11.5%)と他の質問項目と比べてやや多く、あると答えた者は42名(5.2%)であった。

#### ⑦安静度に関する意見の相違

ほとんどないと答えた者が最も多く421名(52.2%)、次いで部分的にあると答えた者が265名(32.8%)であった。まったくくないと答えた者が73名(9.0%)で、あると答えた者が23名(2.9%)であった。



#### 4) 設置主体別・医療との連携状況分析

調査対象の設置主体を、自治体・連合・組合系、医療法人、医師会、看護協会・公的団体等、そして営利法人に分類し、医師との連携についての項目ごとに分析した。設置主体の記載のあった 803 件を分析対象とした。

##### ①医師から訪問看護師への情報提供

家族への病状説明、家族への病名告知においては、どの設置主体においても、訪問看護師から医師へ確認しているという答えが多かった。しかし、営利法人（病状説明 41.8%、病名告知 43.0%）と自治体・連合・組合系（病状説明 44.6%、病名告知 49.2%）が他の設置主体よりその割合が少なかった。自治体・連合・組合系は、そのつど連絡があると答えた者が病状説明、病状告知とも 20.0%と次に多かった。また営利法人も病状説明では指示書による連絡のみが 17.7%と多く、病状告知ではそのつど連絡があると答えた者が 21.5%と多かった。

また患者・家族の治療に対する要望については、訪問看護師から医師へ確認しているという答えがどの設置主体も多かったが、医師会（43.2%）、営利法人（46.8%）、自治体・連合・組合系（49.2%）の設置主体は、その割合は全体（51.1%）より少なかった。営利法人では連絡がないと答えた者が 20.3%と他の設置主体より比較的多かった。

処方の変更における設置主体別の比較では、医師会と営利法人が訪問看護指示書による連絡のみと回答した者が最も多く（それぞれ 29.5%、25.3%）、他の設置主体との違いがみられた。

検査結果については、訪問看護師から確認という回答がどの設置主体も多いが、医師会立の訪問看護ステーションは、連絡がないと回答した者が 31.8%と他の設置主体よりその割合が多かった。

処置の変更の項目においては、自治体・連合・組合系と営利法人の訪問看護ステーショ



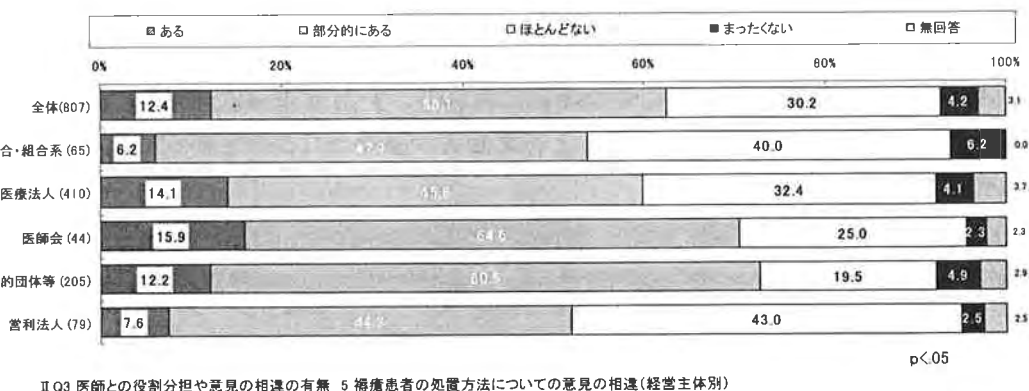
が、そのつど連絡があると回答した者が全体（33.5%）より比較的多かった（それぞれ43.1%、39.2%）。

### ②医師との連絡の困難さ

状態が変化した時の医師への連絡については、特に設置主体別による差はみられなかった。営利法人の訪問看護ステーションにおいては、問題がないと回答した割合が25.3%と全体の31.6%よりやや少なかった。状態は変化した時の往診依頼についても、設置主体別による差は特にはみられなかった。医師会立の訪問看護ステーションがかなり困難（6.8%）、非常に困難（4.5%）の割合が他の設置主体よりやや少なかった。

### ③役割分担や意見の相違の有無

医療処置に関する役割分担については、営利法人の訪問看護ステーションがほとんどないと答えた割合が20.3%と全体の15.7%と比較してやや多かった。患者の状態判断の相違、治療的介入の認識の相違、そして認知症介護方法の意見の相違の各項目についても、営利法人が他の設置主体よりほとんどないと答えた者の割合がやや多かった（それぞれ、30.4%、38.0%、45.6%、全体は24.8%、31.4%、42.5%）。褥瘡の処置法に関する意見の相違については、看護協会立の訪問看護ステーションが、部分的にあると答えた割合（60.5%）が他の設置主体よりやや多かった（全体49.9%）。医師会立の訪問看護ステーションも部分的にあると答えた割合が54.5%と多かった。



II Q3 医師との役割分担や意見の相違の有無 5 褥瘡患者の処置方法についての意見の相違(経営主体別)

介護サービス利用と安静度に関する意見の相違についても、営利法人の訪問看護ステーションがほとんどないと答えた割合が他の設置主体よりやや多かった（それぞれ、53.2%、59.5%、全体は48.7%、52.3%）。

### 5) 人口規模別の医療との連携状況分析

人口規模別に、3万人未満、3万人以上10万人未満、10万人以上30万人未満、30万人以上の4つに分類し、人口別の分類ごとに各項目について分析した。人工の記載があった307件を分析対象とした。

①医師から訪問看護師への情報提供

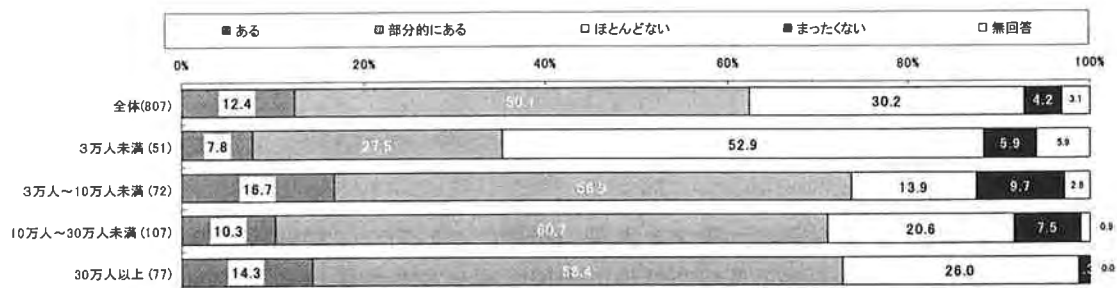
家族への病状説明、病状告知、治療に対する要望、処方変更、検査結果、処置変更とすべての項目において、3万人未満の訪問看護ステーションが他の人口別分類より訪問看護師からの確認という回答の割合が少なく、そのつど連絡があるという回答が多かった。特に病状説明では、3万人未満は、訪問看護師からの確認が39.2%、全体は55.7%でその割合は少なく、またそのつど連絡があるが23.5%、全体は11.4%であり、その割合は多かった。処方の変更においては、10万人以上30万人未満と30万人以上に設置されている訪問看護ステーションが、訪問看護指示書による連絡のみと回答した割合が23.4%、27.3%と多かった（全体は22.1%）。

②医師との連絡の困難さ

状態の変化時における医師への連絡については、人口カテゴリー別では特に差はみられなかった。状態変化時における往診依頼についても、特に人口別では差がなかったが、やや人口30万人以上の市の訪問看護ステーションでは、往診が困難と回答した者の割合が18.2%（全体12.7%）とやや多かった。

③役割分担や意見の相違の有無

医療処置、患者の状態判断による相違、治療的介入についての認識の相違、認知症介護法の意見の相違については、人口別による差はほとんどみられなかった。褥瘡の処置方法についての意見の相違については、3万人未満では、ほとんどないと答えた割合が52.9%と他の人口別分類よりその割合が多かった（全体25.7%）。また、同じく褥瘡の処置方法についての意見の相違についての質問項目において、3万人未満以外の他の人口カテゴリーでは、50~60%の割合で部分的にあると答えた者が多かったが（全体53.7%）、3万人未満は27.5%であった。



II Q3 医師との役割分担や意見の相違の有無 5 褥瘡患者の処置方法についての意見の相違(人口規模別)

p<.05

介護サービスの利用についての意見の相違について、および安静度についての意見の相違についての質問項目では、人口別による差はほとんどみられなかった。

## 7.衛生材料の調達・管理状況

### 1) 衛生材料の調達経路

医療機関・主治医以外の調達経路について(表7-1参照)、利用者購入の割合が高いのは、ガーゼ(76.6%)、絆創膏(68.9%)、使い捨て手袋(58.7%)、精製水(58.5%)、脱脂綿(53.9%)の順である。訪問看護ステーションで負担している割合が高いのは使い捨て手袋(48.8%)、脱脂綿(32.1%)、絆創膏(32.0%)、消毒薬(31.4%)、ガーゼ(23.8%)だった。ステーションが負担している割合の高い衛生材料は、使い捨て手袋、脱脂綿、絆創膏、消毒薬だった。

訪問看護ステーションで常備している割合の高い衛生材料は(表7-2参照)、使い捨て手袋(90.8%)、絆創膏(83.5%)、ガーゼ(81.9%)、脱脂綿(76.7%)、消毒薬(76.1%)、注射器(カテーテル交換時に使用64.6%)、生理食塩水(51.8%)、尿道カテーテル(42.6%)の順であり、これは訪問看護ステーションが常備の必要性があると回答した項目とほぼ一致していた。

### 2) 訪問看護ステーションでの衛生材料の常備状況

衛生材料の常備を24時間体制の有無別でみると、24時間体制が整備されている訪問看護ステーションでは、ガーゼ、脱脂綿、絆創膏を除く14項目について常備している割合が高く、尿道カテーテル、栄養カテーテル、胃管カテーテル、気道内分泌物吸引装置、酸素マスク、経鼻酸素カニューレ、膀胱洗浄用具では有意差( $P<0.05$ )を認めた(表7-3参照)。

設置主体別にみると医師会立の訪問看護ステーションでは、衛生材料の常備が多い傾向にあった。併設する医療・介護施設別および人口別では明らかな傾向はみられなかった。

### 3) 訪問看護ステーションでの常備している衛生材料の使用頻度

常備品の使用回数については、無回答が多く、回答者の中でもばらつきが大きい。殆どの項目で1回から6回未満の使用が多いが、酸素ボンベ、マスク、経鼻酸素カニューレについては0回の割合が高かった。24時間体制の整備の有無および利用者総数と使用回数には関連がみられなかった(表7-4参照)。

表7-1 衛生材料の調達経路

		医療機関・主治医以外の調達経路					
		全体	利用者が購入	ステーションから実費で支給	ステーションが負担	その他	無回答
1.ガーゼ	件数	807	618	236	192	57	73
	(%)	100.0	76.6	29.2	23.8	7.1	9.0
2.脱脂綿	件数	807	435	122	259	37	140
	(%)	100.0	53.9	15.1	32.1	4.6	17.3
3.絆創膏	件数	807	556	172	258	44	79
	(%)	100.0	68.9	21.3	32.0	5.5	9.8
4.消毒薬	件数	807	413	109	253	83	151
	(%)	100.0	51.2	13.5	31.4	10.3	18.7
5.精製水	件数	807	472	69	83	70	203
	(%)	100.0	58.5	8.6	10.3	8.7	25.2
6.生理食塩水	件数	807	315	85	101	118	280
	(%)	100.0	39.0	10.5	12.5	14.6	34.7
7.注射器(カテーテル交換時に使用)	件数	807	193	78	187	142	279
	(%)	100.0	23.9	9.7	23.2	17.6	34.6
8.使い捨て手袋	件数	807	474	160	394	32	75
	(%)	100.0	58.7	19.8	48.8	4.0	9.3
9.尿道カテーテル	件数	807	202	70	45	158	379
	(%)	100.0	25.0	8.7	5.6	19.6	47.0
10.栄養カテーテル	件数	807	209	45	19	152	408
	(%)	100.0	25.9	5.6	2.4	18.8	50.6
11.気管カニューレ	件数	807	141	9	6	159	504
	(%)	100.0	17.5	1.1	0.7	19.7	62.5
12.胃管カテーテル	件数	807	150	22	12	161	483
	(%)	100.0	18.6	2.7	1.5	20.0	59.9
13.酸素ポンプ	件数	807	159	2	7	157	490
	(%)	100.0	19.7	0.2	0.9	19.5	60.7
14.気道内分泌物吸引装置	件数	807	343	50	156	138	276
	(%)	100.0	42.5	6.2	19.3	17.1	34.2
15.酸素マスク	件数	807	164	7	14	167	475
	(%)	100.0	20.3	0.9	1.7	20.7	58.9
16.経鼻酸素カニューレ	件数	807	167	5	12	168	471
	(%)	100.0	20.7	0.6	1.5	20.8	58.4
17.膀胱洗浄用器具	件数	807	173	60	158	136	349
	(%)	100.0	21.4	7.4	19.6	16.9	43.2

表7-2 衛生材料の訪問看護ステーションでの常備・常備の必要性

		ステーションでの備え				衛生材料の常備の必要性			
		全体	有	無	無回答	全体	必要	不要	無回答
1.ガーゼ	件数	807	661	100	46	807	680	62	65
	(%)	100.0	81.9	12.4	5.7	100.0	84.3	7.7	8.1
2.脱脂綿	件数	807	619	121	67	807	587	119	101
	(%)	100.0	76.7	15.0	8.3	100.0	72.7	14.7	12.5
3.絆創膏	件数	807	674	77	56	807	679	50	78
	(%)	100.0	83.5	9.5	6.9	100.0	84.1	6.2	9.7
4.消毒薬	件数	807	614	131	62	807	625	95	87
	(%)	100.0	76.1	16.2	7.7	100.0	77.4	11.8	10.8
5.精製水	件数	807	310	378	119	807	328	331	148
	(%)	100.0	38.4	46.8	14.7	100.0	40.6	41.0	18.3
6.生理食塩水	件数	807	418	295	94	807	426	249	132
	(%)	100.0	51.8	36.6	11.6	100.0	52.8	30.9	16.4
7.注射器(カテーテル交換時に使用)	件数	807	521	187	99	807	544	140	123
	(%)	100.0	64.6	23.2	12.3	100.0	67.4	17.3	15.2
8.使い捨て手袋	件数	807	733	21	53	807	706	27	74
	(%)	100.0	90.8	2.6	6.6	100.0	87.5	3.3	9.2
9.尿道カテーテル	件数	807	344	344	119	807	405	267	135
	(%)	100.0	42.6	42.6	14.7	100.0	50.2	33.1	16.7
10.栄養カテーテル	件数	807	211	451	145	807	237	404	166
	(%)	100.0	26.1	55.9	18.0	100.0	29.4	50.1	20.6
11.気管カニューレ	件数	807	60	585	162	807	93	526	188
	(%)	100.0	7.4	72.5	20.1	100.0	11.5	65.2	23.3
12.胃管カテーテル	件数	807	135	524	148	807	167	462	178
	(%)	100.0	16.7	64.9	18.3	100.0	20.7	57.2	22.1
13.酸素ポンプ	件数	807	30	607	170	807	88	527	192
	(%)	100.0	3.7	75.2	21.1	100.0	10.9	65.3	23.8
14.気道内分泌物吸引装置	件数	807	573	142	92	807	568	119	120
	(%)	100.0	71.0	17.6	11.4	100.0	70.4	14.7	14.9
15.酸素マスク	件数	807	105	547	155	807	148	479	180
	(%)	100.0	13.0	67.8	19.2	100.0	18.3	59.4	22.3
16.経鼻酸素カニューレ	件数	807	103	549	155	807	144	476	187
	(%)	100.0	12.8	68.0	19.2	100.0	17.8	59.0	23.2
17.膀胱洗浄用器具	件数	807	440	254	113	807	454	216	137
	(%)	100.0	54.5	31.5	14.0	100.0	56.3	26.8	17.0

表 7-3 衛生材料の24時間体制での常備の有無

	ステーションの常備		24時間体制の整備の有無			D値
			全体	有	無	
1.ガーゼ	有	件数	659	530	129	0.43
		(%)	86.9	86.7	87.8	
	無	件数	99	81	18	
		(%)	13.1	13.3	12.2	
2.脱脂綿	有	件数	617	497	120	0.36
		(%)	83.7	83.4	85.1	
	無	件数	120	99	21	
		(%)	16.3	16.6	14.9	
3.絆創膏	有	件数	670	536	134	0.15
		(%)	89.7	89.0	92.4	
	無	件数	77	66	11	
		(%)	10.3	11.0	7.6	
4.消毒薬	有	件数	611	494	117	0.45
		(%)	82.5	82.6	81.8	
	無	件数	130	104	26	
		(%)	17.5	17.4	18.2	
5.精製水	有	件数	309	258	51	0.08
		(%)	45.1	46.5	39.2	
	無	件数	376	297	79	
		(%)	54.9	53.5	60.8	
6.生理食塩水	有	件数	417	346	71	0.10
		(%)	58.7	60.0	53.4	
	無	件数	293	231	62	
		(%)	41.3	40.0	46.6	
7.注射器(カテーテル交換時に使用)	有	件数	518	429	89	0.12
		(%)	73.6	74.6	69.0	
	無	件数	186	146	40	
		(%)	26.4	25.4	31.0	
8.使い捨て手袋	有	件数	729	588	141	0.21
		(%)	97.2	97.5	95.9	
	無	件数	21	15	6	
		(%)	2.8	2.5	4.1	
9.尿道カテーテル	有	件数	343	306	37	0.00
		(%)	50.1	54.6	29.6	
	無	件数	342	254	88	
		(%)	49.9	45.4	70.4	
10.栄養カテーテル	有	件数	211	184	27	0.01
		(%)	32.0	34.1	22.3	
	無	件数	449	355	94	
		(%)	68.0	65.9	77.7	
11.気管カニューレ	有	件数	60	53	60	0.10
		(%)	9.3	10.1	9.3	
	無	件数	583	471	583	
		(%)	90.7	89.9	90.7	
12.胃管カテーテル	有	件数	134	117	17	0.04
		(%)	20.4	21.8	14.2	
	無	件数	522	419	103	
		(%)	79.6	78.2	85.8	
13.酸素ポンプ	有	件数	30	28	2	0.05
		(%)	4.7	5.4	1.7	
	無	件数	605	486	119	
		(%)	95.3	94.6	98.3	
14.気道内分泌物吸引装置	有	件数	572	487	85	0.00
		(%)	80.3	83.5	65.9	
	無	件数	140	96	44	
		(%)	19.7	16.5	19.7	
15.酸素マスク	有	件数	105	92	13	0.04
		(%)	16.2	17.5	10.6	
	無	件数	545	435	110	
		(%)	83.8	82.5	89.4	
16.経鼻酸素カニューレ	有	件数	103	91	12	0.03
		(%)	15.8	17.2	10.0	
	無	件数	547	439	108	
		(%)	84.2	82.8	90.0	
17.膀胱洗浄用器具	有	件数	438	371	67	0.00
		(%)	63.5	65.9	52.8	
	無	件数	252	192	60	
		(%)	36.5	34.1	47.2	

表7-4 訪問看護ステーションでの常備衛生材料の使用頻度

		備品を使用した回数(過去1年)								無回答
		全体	0回	6回未満	6~12回 未満	12~36回 未満	36~120 回未満	120回以上		
1.ガーゼ	件数	661	14	56	39	42	30	22	458	
	(%)	100.0	2.1	8.5	5.9	6.4	4.5	3.3	69.3	
2.脱脂綿	件数	619	28	41	18	18	16	22	476	
	(%)	100.0	4.5	6.6	2.9	2.9	2.6	3.6	76.9	
3.絆創膏	件数	674	18	42	42	37	28	10	497	
	(%)	100.0	2.7	6.2	6.2	5.5	4.2	1.5	73.7	
4.消毒薬	件数	614	19	55	22	23	19	14	462	
	(%)	100.0	3.1	9.0	3.6	3.7	3.1	2.3	75.2	
5.精製水	件数	310	25	29	8	9	8	3	228	
	(%)	100.0	8.1	9.4	2.6	2.9	2.6	1.0	73.5	
6.生理食塩水	件数	418	20	46	15	12	7	6	312	
	(%)	100.0	4.8	11.0	3.6	2.9	1.7	1.4	74.6	
7.注射器(カテーテル交換時に使用)	件数	521	15	49	22	22	21	14	378	
	(%)	100.0	2.9	9.4	4.2	4.2	4.0	2.7	72.6	
8.使い捨て手袋	件数	733	8	24	16	30	33	43	579	
	(%)	100.0	1.1	3.3	2.2	4.1	4.5	5.9	79.0	
9.尿道カテーテル	件数	344	16	54	16	12	5	4	237	
	(%)	100.0	4.7	15.7	4.7	3.5	1.5	1.2	68.9	
10.栄養カテーテル	件数	211	13	19	9	5	1	1	163	
	(%)	100.0	6.2	9.0	4.3	2.4	0.5	0.5	77.3	
11.気管カニューレ	件数	60	3	2	1	1	1	0	52	
	(%)	100.0	5.0	3.3	1.7	1.7	1.7	0.0	86.7	
12.胃管カテーテル	件数	135	8	17	1	5	1	0	103	
	(%)	100.0	5.9	12.6	0.7	3.7	0.7	0.0	76.3	
13.酸素ポンプ	件数	30	3	2	0	0	0	0	25	
	(%)	100.0	10.0	6.7	0.0	0.0	0.0	0.0	83.3	
14.気道内分泌物吸引装置	件数	573	20	120	38	25	3	3	364	
	(%)	100.0	3.5	20.9	6.6	4.4	0.5	0.5	63.5	
15.酸素マスク	件数	105	15	13	1	0	0	0	76	
	(%)	100.0	14.3	12.4	1.0	0.0	0.0	0.0	72.4	
16.経鼻酸素カニューレ	件数	103	11	8	0	0	0	0	84	
	(%)	100.0	10.7	7.8	0.0	0.0	0.0	0.0	81.6	
17.膀胱洗浄器具	件数	440	20	39	15	17	14	20	315	
	(%)	100.0	4.5	8.9	3.4	3.9	3.2	4.5	71.6	

#### IV. 考察

##### 1 ケアの実施状況と看護師の判断での実施意向について

###### 1) 排泄ケア

###### (1) 排便ケア

排便のケアに関しては、多くの看護師が日常的に関与しており、よく行われているケアであることがわかる。そのため状況の判断についても自信を持っており、アセスメントも高い確率で行っており、判断をまかされてよいと思っていることも明らかになった。特に、訪問時の判断とケアの提供により、療養者の苦痛の除去ができる「グルセリン浣腸」と「摘便」はその傾向が強い。便秘は在宅療養者に多く起こることで、家族も何らかの形で処理することが多く、「グルセリン浣腸」「摘便」も相対的医療行為ではあるが、これらの処置は実施することによって患者のQOLを高めることもできるため、実施するためのアセスメントを適切にした上で、看護師の判断で実施することが可能であると考えられる。

浣腸、摘便に比べ、下剤等の管理調整については実施率も下がり、判断に自信を持っていない看護師もいることが伺える。また未実施の理由に「法律上看護業務ではない」ということが多いのは、医師にのみ任されている処方権に抵触するのではないかとという看護師自身が自己規制していることも考えられる。特に止痢剤に関しては、ケアを必要とする療養者の病態が様々であるため、判断するためには十分な観察とアセスメントが必要であるが、療養者にとって、排便コントロールがうまくできるかどうかは、在宅療養のQOLを大きく左右することであり、訪問看護師が時宜を得て適切にかかわることは非常に重要である。したがって医師の事前の処方の範囲内で、薬剤の選択と量の調節が行えるようにすれば、今後質・量ともに増大する在宅のニーズにこたえていくことができると思われる。ニーズにこたえ、リスクを小さくするためには、看護師自身が対象者の状態アセスメントを正確に行い、適切な薬剤を選択することができる知識を確実なものにすることが必要である。今回の調査でアセスメントが低かった薬剤の項目については、当面薬剤師との連携などで解決することもできるであろう。

###### (2) 導尿、留置カテーテル交換、膀胱洗浄について

留置カテーテルの交換は、おおむね突発的なことではなく、予定されていることであり、既往歴や状態を把握している療養者へのサービス提供といえる。そのためか、女性においては高い数字で実施しており指示書での取り付けもおこなっている。これは既に訪問看護師の日常的業務になっていると考えられる。しかし、ほぼ日常業務になりながら、わずかではあるが、指示書以外で指示受けをしたり事後報告をしたりしている状況がある。回答者が緊急時を想定した可能性もあるが、定期交換であるならば、指示書による指示の徹底が望まれるのではないかと考えられる。実施率が一番低いのは営利法人のステーションであり、他の処置においてもこの傾向が見られている。ただ、実施しない理由は処置によってばらつきがあるため、一概にその理由は特定できない。しかしこの女性のカテーテル交換でいえば、最も実施している自治体系とは大きなポイントの差がついており、ステーション間でのサービス提供内容にこれだけ差があるのは療養者にとって不利益といえ、実施できない、あるいはしない理由に対し、改善に取り組む必要があるのではないかと考えられる。

また、実施していない理由として「物品を常備していない」が挙げられているがこれは、予



備物品を置いていないために、対処ができないということが起こっていることを示すものである。予備調査におけるインタビューの際も、現在の医療器具の供給体制に起因する様々なやりづらさを訴える声が上がっていた。定期的な交換のために用意した数では、緊急時に対応出来ず、受診させたということもあった。緊急な事態が起こり、実施できる看護師もいるのに物品がないというのは、療養者にとっては大きな不利益である。対処までに時間がかかり状態を悪化させることにもつながりかねない。今後医療処置を伴う療養者が在宅にもっと多くなってくると考えると、医療器具の供給（予備の物品も含めて）の問題は、あらたなシステム構築も含めて、現状におきていることを捕らえた対応策の検討が必要である。

男性の留置カテーテル交換はその危険性の問題からか、引き受けるには躊躇する状況が浮かび上がった。しかし、人口が少ない地域では、交換してくれる医師がすぐそばにいないことが影響してか、看護師に「任されてもよい」が平均値より高かった。このように地域によっては、多少の危険を伴っても看護師が行わなければならない状況があるのは想像に難くない。しかし、前立腺肥大の既往のアセスメントや排尿アセスメントなどが比較的低いと、特に男性のカテーテル交換、導尿などについては、リスクの把握とアセスメントを徹底する必要があるだろう。

また男性の尿閉時の導尿は緊急性が高く、療養者の苦痛をできるだけ早期に除去したいという処置であると考えるが、女性においてはカテーテル交換よりかなり低い数字が出た。そして、実施しない理由は「物品を常備していない」ことであった。ここにも物品供給の問題が現われており、療養者が安心して在宅療養を行え、看護師も動きやすい供給体制が必要である。

男性の導尿は、緊急性はあるが更に危険の伴う医療行為であると看護師たちは考えている。従って、実施しなければならない時の指示の問題と出血等の更なる緊急事態が起きたときの対処方法も考慮に入れておく必要があると思われる。家族・本人への説明と同意も徹底する必要があるだろう。任されてよい、と考えているステーションからは、「看護師が適切に判断できる」「適切な手技で危険性も低い」という理由が多く挙げられた。問題が発生している療養者の既往と現状のアセスメントを、危険性も含めて確実に起こないながら、サービスを提供していくことが求められる。

膀胱洗浄は、病棟では限られた状況を除いてその必要性について否定的である<sup>3</sup>のが現在の認識である。しかし在宅ではまだ行われている現状があり、その必要性の有無のエビデンスに関する報告はない。現在慣習的に行われている処置であるが、在宅においても行っていることのエビデンスが今後は求められ、研究を進める必要があると考える。

排泄のケアに関しては、既に看護師が適切に判断して行動している状況が今回の調査から明らかになったと言え、裁量権をもてる範囲といえると考えられる。摘便、浣腸、導尿など手技的に熟達しているものが多く、手技には自信があるといえる。一方、薬剤の関与することには看護師の自主規制も感じられるが、上述したように、今後はこの領域でも、システムを構築することで一定の範囲で裁量権が持てると思われる。

男性の導尿、カテーテル交換は、明確な指示とバックアップ体制を整えておくことで、療養者にとってできるだけ困難な状況にならないような体制を作っていくことが必要であるが、医師との連携と看護師の的確なアセスメントは欠かせない。

## 2) 認知症ケアについて

### (1) 薬剤の量の調節について

認知症患者のケアでは、不眠が起こったり、暴力に悩まされたりということが起こり家族の介護負担を増強させている。このような症状は生命に直接関係することではないが、家族から訪問看護師が何とかしてほしいと頼まれることが多い。しかし、本人を受診させることが難しい現状もあり、本調査では、あえて、薬剤の量の調節を訪問看護師が行っているかを尋てみた。結果から分かるように向精神薬・抗うつ剤の調節は約20%が行い、実施に際しては事前に包括的な指示を受けるか、電話での指示確認を行っている場合が9割近くをしめ、量の調節時に何らかの方法で指示を受けて実施していることが明らかになった。また訪問看護師はこれらの対応を看護師の独自の判断で行うことを望む声は10%以下であった。しかし、実際は精神薬・抗うつ剤の量の調節を行う場面は少なからずあり、量の調節を行わなかったことから生じる問題発生は、量の調節を行って生じた問題より多いという調査結果から考えると、対処のシステムについての検討を要すると考えられる。その場で対応することは必要であり、看護師の独自判断で実施しないとすれば、適切な指示の受け方を検討することは重要であろう。

睡眠薬については、前述した抗精神薬、抗うつ剤に比較し、量を調節した経験ありが半数を超え多く、実施に際して看護師の判断で実施している場合も1割を超え、看護師の独自判断での実施希望は3割をこえ、実施希望者の半数は看護独自の判断で実施可能としていた。睡眠薬の調節については、現時点では、どの程度の範囲で判断を看護師が担うかを、検討することが必要であろう。

### (2) 病気についての本人・家族への説明

病状説明の実施者は8割近くとなったが、実施していない理由では看護業務でないが6割を超え、また医師が認めないが6%であった。また、看護師に独自判断の希望ありは6割で、希望者のうち看護師に判断ができるとしたものは6割であった。

病気の説明といっても、医師が説明した上で、さらに詳細な説明を行う場合や、具体的な症状等と病気との関連を説明するなど様々な場合が考えられるため、設問に対する回答者のイメージが異なった可能性が考えられる。認知症における家族に対する病名告知や初期の段階での病状説明については、医師と看護師との連携によってうまくなされた例もあり<sup>4</sup>、どのようにされるべきか注意が必要な事項とされている。患者や家族の身近にいて、状況や症状に応じた病気説明とそれに対しての対応方法の説明を行うことは、日々病状に変化を伴う認知症のケアでは重要であると考えられ、看護師が担うべき病気説明のあり方についてはさらに具体的な内容について検討を要する。

### (3) 介護方法・サービス利用

介護方法やサービス利用についての実施は96%を超え、看護師の判断で行ってもよいも96%を超えた。これらから介護方法やサービス利用の説明は認知症ケアの中で不可欠で、訪問看護師の裁量で行う事項であると言える。しかし、極少数ながらこれらの患者への説明や指導が、看護師の裁量でできないとしたものがあり、その4割以上が、「適切な判

断ができない」としていた。看護師が適切な判断で指導ができるようにするための教育の必要性が高いことを示していると考えられる。

### 3) 褥瘡に関するケア

#### (1) 看護師に任せられる「家族・介護者への褥創ケアの指導」

特に直接的な医療処置を伴わない家族・介護者への指導は、ほとんどのステーションで実施しており、医師の指示を受けたり毎回報告をしたりせずに包括的な指示関係において看護師独自で実施している割合が8割以上であった。また、看護師に任されてよい業務という意見も全体の96.4%と最多であった。このことから、指導については看護師が自信を持って判断、実施していることがわかる。また、それによる問題もほとんど発生していない。在宅療養者の褥創の経過を身近な医療者として生活の中で管理しながら、支援していく訪問看護師の業務として、裁量をもって実施できる第一の業務と考えられる。

#### (2) 適切な褥瘡処置方法

褥創が発生した場合には、適切な処置方法を決定し、適切なマットレス使用により除圧し、適切な表面被覆材の使用によって治癒を促進させるのが、理想的な褥創ケアのあり方である。そのためには、これらの項目の「選択」が重要であり、今回の調査の結果では、「処置方法」は8割以上、「マットレス」は9割以上、「表面被覆材」は8割、「医師の選択」は6割以上の割合で看護師が選択していた。以上のことから褥瘡の予防や、一時的な処置は、看護師の裁量で行える範疇と考えられる。

#### (3) 「デブリードマン」と看護師のジレンマ

褥創のデブリードマンの実施については、他の項目に較べてはるかに実施率が低く、全体の27%であった。未実施のうちの6割が「法律上看護業務でない」という理由で実施していなかった。また、身体への危険性が高いという意見も半数近くあり、必要な物品が常備されていない、手技に自信がない、適切な判断ができない、医師が認めない、などの理由も、未実施ステーションの約2割をそれぞれに占めていた。看護師への委任についても、任せてもよいとするステーションは全体の20.4%と最も低かった。しかしそれらステーションの中の53%が、看護師にデブリードマンを委任してもよいとする理由として「医師の処置を待つ間の悪化を防げる」を挙げていた。このことから、デブリードマンは、看護業務ではないと認識する看護師が多く、判断力も技術も、危険性も高いとしながらも、不適切な医師の処置による悪化を防ぐことができずにジレンマを感じていた。この分野においては、専門看護師、認定看護師といった専門性の高い看護師の活動により対応できる可能性もあるだろう。

### 4) 呼吸ケア

#### (1) 呼吸ケアにおける実施状況と課題

在宅酸素療法患者、人工呼吸器装着患者、気管カニューレ装着患者等医療依存度の高い在宅療養者への呼吸ケアサービスは、訪問先で医師のいない場合、看護師の判断が必要となる。このことから、呼吸ケア調査7項目のうち、医師の指示書による包括指示の割

合が70%を越えた項目は、在宅酸素療法患者活動時酸素供給量調節、気管カニューレ交換、吸入であった。また電話等でその場の指示を受ける項目のうち、30%を越えたのは、在宅酸素療法の機器トラブル対処、酸素供給量変更の対処、人工呼吸器装着患者の機器トラブルの対処であった。これらはいずれも急変につながる恐れがあり、医師の指示が必要と考えていると推測される。

実施していない呼吸ケアが50%以上であった項目は、気管カニューレの交換、人工呼吸器の機器トラブルであった。また50%近くが「法律上は看護業務ではない」と回答した項目は、在宅酸素療法患者活動時酸素供給量調節、気管カニューレ交換であった。

一方、必要な物品を常備していないために、ケアサービスが未実施という場合もあった。これらは吸入時は32.6%、在宅酸素療法時の機器トラブル時18.1%、気管カニューレの交換時17.3%、人工呼吸器装着時の機器トラブル対処時には16.1%である。今後、在宅療養者宅での緊急時対処物品の整備、および訪問看護テーションが、医療機器トラブル対処のための機材保管可能な方法を見いだす必要がある。しかしながら高価で特殊な医療機器、物品でもあるため、保管に伴う場所や費用について検討しなければならないであろう。在宅ケアを支える在宅療養支援診療所の設置が、平成18年度診療報酬改定に伴い新設された。今後その役割を期待したい。

サービス未実施理由として、回答内容が「手技に自信がない」項目では、呼吸理学療法では52.5%、在宅酸素療法の機器トラブルの対処23.3%、人工呼吸器機器トラブル21.5%であった。訪問看護師教育内容検討の課題である。

#### (2) 呼吸ケアから考える裁量権の拡大

看護師への委任範囲調査で、「看護師が適切に判断できる」と回答した率が50%を越えたケアは酸素供給量変更対処、吸入、呼吸理学療法であった。特に呼吸理学療法は患者、家族の希望も20%を越えている。一方「手技に自信がない」が、呼吸理学療法では52.5%を占める。看護師が呼吸理学療法の手技を身につければ、裁量の範囲にすることができる技術であると考えられる。

特に医療依存度の高い在宅療養者の場合、緊急時、日々進歩する機器への対処能力が求められる。高い技術能力があつてこそ、委任範囲は拡大されると考える。

#### 4) ケアの経営主体による実施状況・看護師の判断での実施意向の相違について

ケアの経営主体別の分析で実施の有無で有為な差があつた項目(男女留置のカテーテル、褥瘡の家族への指導)では、男女留置のカテーテルでは自治会・連合系が高く営利法人が低く、また褥瘡の患者指導では自治体立が高く医師会が低かった。さらに、褥瘡ケアの看護師の判断での実施意向においては医師会立で高く営利法人では低いという傾向が多くの項目で見られ、営利法人では看護師の実施意向の意識が低い傾向あるということが明らかになった。

高齢者、在宅療養者の増加が確実である今日において、訪問看護師の裁量への期待は増加すると予測され、看護師自身の主体的活動への意識の高揚がまず必要である。しかし、経営主体により差があると、住民が同じ質の訪問看護ケアを受けることができないことになるので、それぞれの経営主体の相違によるステーションの背景や医師との関係での看護

業務あり方についてのさらなる分析が必要である。また看護師の自律性という点では、看護師の現任教育体制に経営主体によって相違があってはならないので、そのことについても検討し充実していることが今後の課題と考えられる。

#### 5) ケアの人口規模別の実施状況・看護師の判断による実施意向の相違について

本調査では訪問看護ステーションの管轄市町村人口に記載があった割合が4割弱であるため、母集団全体を現した結果となっていない可能性は否定できない。このような結果となったのは、訪問看護ステーションには明確な管轄範囲が定められているわけではないため、管轄している市町村の人口という質問には非常に答えにくかったためと考えられる。

回答があった人口による実施状況等での相違では、導尿、認知症の家族への説明、表履剤の選択、在宅酸素療法患者の酸素供給量調節、酸素供給量の変更対処において違いが認められた。人口が比較的多い10万人以上が高く、10万人以下が低いという結果がえられたのが、表履剤の選択、在宅酸素療法患者の酸素供給量調節、酸素供給量の変更対処であった。この背景には看護師の自律性の認識の問題、医師との関係性、または医療機関の偏在、問題の緊急性などが関与していることが考えられるが、本調査だけでは明確な根拠となる理由は明らかになってはいない。しかし、実施率等に地域格差がある可能性が示唆されたので、今後は地域格差のない訪問看護活動にしていく努力が必要であると考えられる。

さらにつけ加えるならば、この背景には地方分権・市町村合併により公的医療機関再編が進み、地域の医療提供体制が変化しつつあることも関与している可能性もあり、訪問看護師の自律的な判断によるケア実施の拡大は、看護師自身の自律性の認識や医療制度改革の側面からだけの検討ではなく、市町村合併による過疎地域へのケアの保障という視点も織り交ぜて検討していくことも必要であると考えられる。

また、褥創のアセスメントの面において、人口が少ない地域では他の地域に比べてアセスメントされていない傾向が目立った。褥瘡のアセスメントを人口の少ない地域で実施しない理由についてさらに検討する必要性が高いと考えられる。

## 2 医療との連携について

### 1) 医師からの訪問看護師への情報提供

家族への病状説明、病状告知、治療に対する要望、検査結果については、訪問看護師から医師へ確認していると答えた者が全体の半数以上を占めていた。このことから、上記の情報は、医師から流れず、訪問看護師が必要と感じて自ら情報を医師に求めている実態が明らかになった。処方の変更、処置の変更など、医療に関する変更については、医師から連絡がある場合が割合としては多くなっていたが、その場合でもその内容は、訪問看護指示書による連絡のみとなっている実態がみえた。また、検査結果について、「連絡はない」と答えた者が21.3%と比較的多く、医師と訪問看護師の情報の流れが必ずしもスムーズにっていない現場での実態が伺えた。人口別では、比較的3万人未満の小さな市の訪問看護ステーションにおいては、そのつど連絡があるという回答が多く、小規模であれば、医

師と訪問看護師の情報連絡が比較的スムーズに行われていると考えられる。

## 2) 医師との連絡の困難さ

状態が変化した時の看護師から医師への連絡については、問題ない、時として困難があると回答した割合が90%以上であり、状態が変化した時は、連絡は行われており、医師との連携についてはそれほど困難がないということが示された。往診の依頼についても、70%以上が時に困難がある、問題ないと答えており、往診についても比較的スムーズにその連携が行われているといえる。医師との連携の困難さについては、設置主体、人口別においては特に差はみられなかった。

## 3) 役割分担や意見の相違の有無

医療処置に関する役割分担、患者の状態判断の相違、治療的介入における認識の相違、および褥創処置方法の意見の相違については、部分的にあると回答した者が多く、現場においては、やや意見の相違があるということが示された。しかし、あると明確に答えた者は少なく、その相違は比較的少ないといえる。特に、認知症に関する看護方法についての意見の相違と介護サービス利用方法における意見の相違、および安静度における意見の相違については、ほとんどないと答えた者が最も多く、現場では、その相違はほとんどないという実態が示された。これらの分野については、看護師の判断によることが多いと思われる。設置主体別では、営利法人の訪問看護ステーションが意見の相違がほとんどないと答えた割合が多かった。また、褥瘡の処置方法についての意見の相違については、看護協会立の訪問看護ステーションにおいては、部分的にあると答えた割合が多く、看護師としての立場から褥瘡の処置方法に対する最新の知見や技術や考え方をもつ看護師が多いのかもしれない。地域の訪問看護ステーションでWOC認定看護師が活用されていることも少なくなく、特定の専門性を持った看護師の活用や有用であろう。人口別カテゴリーでは、特に差がみられず、役割分担や意見の相違は、本調査からは、あまりないということが示された。

## 3 衛生材料の調達・常備について

訪問看護で使用する衛生材料の調達・管理に係る問題は2つに分けられる。ひとつは、主治医が在宅療養管理指導料を算定している場合には、衛生材料は管理料に含まれるとされるが実際には利用者や訪問看護ステーションの負担が発生している、ということである。もうひとつは実際に褥瘡処置や尿道カテーテル交換等の医療処置を提供する訪問看護師が薬事法によりこれらの衛生材料を管理できないことである。

### 1) 在宅療養管理指導料算定時の利用者・訪問看護ステーションの負担

ひとつめの問題については、平成14年の「新たな看護のあり方に関する検討会」の中でも重要な課題として取り上げられている。同検討会第8回では、脱脂綿・絆創膏・使い捨て手袋・吸引用カテーテルのような消耗品について利用者負担が過半数となっている実態が明らかにされている<sup>5</sup>。平成14年厚生労働省保険局医療課長通知（保医発第0308001号）には在宅療養指導管理料には、指導管理に要するアルコール等の消毒薬、衛生材料（脱

脂綿、ガーゼ、絆創膏等)、酸素、注射器、注射針、翼状針、カテーテル、膀胱洗浄用注射器、クレンメ等の提供が含まれる旨の記載があるが、実態は伴っていなかったといえる。同検討会の中では、「在宅医療を実施する医師に対し、必要な衛生材料の支給を徹底するよう周知することが本筋」とされ、平成 15 年には「在宅医療に係る衛生材料等の取扱いについて」とする医療課長通知が出されている。この中で在宅診療を行う医師は在宅療養指導管理料を算定する際に、必要かつ十分な量の衛生材料を支給することが明示され、同時に訪問看護ステーションには衛生材料の保管を行わないよう指導がなされた。

しかしながら、平成 16 年に中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織コスト評価分科会が訪問看護ステーションを対象として実施した調査では、衛生材料の調達は利用者が購入 (36.2%)、医療機関が支給 (31.9%)、訪問看護ステーションが調達 (31.0%) と依然として利用者負担の割合が高く、医師からの支給は徹底されていない。特定保険医療材料の利用者負担は少なく、これは別途保険点数の請求が可能なためと考えられた。前田らの調査<sup>6</sup>では、ガーゼ、綿球、鑷子を訪問看護ステーションにおいて滅菌している実態が明らかにされている。同氏の平成 16 年の研究では、衛生材料の確保に関する不足感が医師と看護師では差がみられること、病院の訪問看護師に比して訪問看護ステーションの訪問看護師は、不足感が有意に高いことが報告されている<sup>7</sup>。

今回、主治医 (訪問看護指示書交付医) 以外の調達経路も調査したが現状でも利用者負担の割合は高いことが確認されたといえる。とりわけ、消耗品にあたるガーゼ、脱脂綿、絆創膏、消毒薬等は訪問看護の業務の多くを占める褥瘡処置、バルンカテーテル交換、胃瘻管理、点滴注射には不可欠のものであり、処置の提供者が必要物品を管理できないことの矛盾を早急に解決すべきといえる。在宅療養指導管理料で衛生材料を支給する、という方法が患者の利益を損ねているものであれば実態に伴う方向性で見直すべきではないか。

## 2) 医療処置に関わる衛生材料の訪問看護ステーションの常備について

今回の調査で 24 時間連絡体制を整備している訪問看護ステーションにおいて衛生材料の常備が多かったことは大きな方向性を示唆している。緊急の事態、例えば尿閉や痰の増加時には導尿や吸引が必要であるが、通常必要物品は患者宅に常備されていない。インタビュー調査では尿閉により緊急訪問を実施するケースが多々あることが示されており、その際看護師が導尿を判断・実施することが少なくないが、必要物品が手元にはない場合は医師へ連絡して調達するまでに時間を要し、その間患者は処置が受けられなくなるといった事態が生じている。かと言って、地域で夜間休日対応をしている保険調剤薬局は極めて少なく、緊急時に訪問看護師が薬局で衛生材料を調達することは現実的ではない。諸外国をみても訪問看護師が不測の事態に備えて衛生材料を常備することは一般的であり、看護師が実施する処置に必要な衛生材料の管理は在宅医療の推進に欠かせないロジスティクスである。看取りを含めた在宅医療の推進にあたりこの課題は避けて通れない問題であり薬事法の改正や特例を含めた検討が急がれる。

## 4 訪問看護師の自律的判断で実施可能性の高いケアと課題

訪問看護を行うのなかでは、看護師に任されている判断には、一般的に相対的な医療処置といわれる事項で、包括的な指示の元に行う場合、緊急時に指示を受けないで医療処置

を行う場合、また、療養の世話に近く医療処置とは言えないかもしれないが実施することなど分けられる。これは、医師が絶対に行わなくてはいけない医療処置、医師等の指示のもとに看護師が行ってもよい相対的な処置、療養上の世話や指導に関する事項の具体的に決められた事項がなく境界が不明確であることが影響し、どこまで看護師が判断し実施してよいか、その場、またそのステーションによって違いが見られることになってしまっていると考えられる。

青山<sup>8</sup>は相対的医療処置について①診療補助業務として行われる医療行為の危険性、②対象者の病態、③看護師の知識・経験に基づいた対応能力、④医師の指示のあり方などによって総合的に判断すべきとしている。そこで本調査では、医療行為の実施状況および実施に際しての指示の受け方、また看護師の自律的な判断についての実施意向を尋ね、実施意向有りとした場合は実施できるとした理由を尋ねた。そして、看護師の自律的判断で実施することができる看護師自身が認識しているケアについての実態を明らかにしようとした。その結果、実施している割合が9割を超えたものは、下剤の量の調節、グリセリン浣腸、排便、認知症の介護方法の指導、介護サービス利用についての説明、マットレスの選択、褥瘡の家族・介護者への指導であった。このうち、看護師の自律的な判断で実施を任されてよいと9割以上が答えた項目は、下剤の量の調節、排便、褥瘡のマットレスの選択、褥瘡の家族・介護者への指導、認知症の介護方法の指導・介護サービスの利用説明であった。訪問看護では、療養生活を送るために必要な具体的な説明を行うことは必要不可欠であり、金川<sup>9</sup>も訪問看護では利用者に療養上の具体的な説明を十分行うことにつとめなければならないとしている。また、津村<sup>10</sup>は療養上の世話に褥瘡予防、排泄の世話、介護上の世話をあげ、相対的医行為に排便、導尿、褥瘡処置をあげている。したがって褥瘡の家族・介護者への指導、認知症の介護方法の指導・介護サービスの利用説明は看護師が自律的に判断して実施すべき事項である。

下剤の量の調節、排便については9割以上が、女性の導尿、吸入も看護師の判断で実施可能が7割を超えた。現状ではこれらの行為は医師の指示の元に行っているが、そのほとんどが事後報告という形である。さらに、その後、問題は生じておらず、適切な判断が行われていることがわかる。したがってこれは、相対的な医療行為と考えられる事項であるが、今回の調査から看護師自ら適切に判断できる技術であると言えよう。これらの事項はその場で対応することで利用者のQOLの向上に役立つため、看護師の自律的な判断で実施する必要性が最も高いと考えられる。しかし、看護師の裁量で実施するためには、問題が起こった時に責任の所在を明確にする必要性があり、看護師自身が責任を負うということに対しての検討も必要であろう。平林<sup>11</sup>は「医師の医行為に対する責任を明確にしつつ、かつ、看護師の裁量権の確保に応じて次善の、しかし、現時点においての最前の方策としての「プロトコール」の活用を指摘している。また、プロトコールにはチェックポイントと複数の医療処置が決められ、看護師が判断してこのプロトコールから対処方法を決める、医師は決められた医療処置について責任を持たなければならないと述べている。便秘や尿閉など患者のニーズに対応しQOLを高めるための処置を場の必要性に応じ看護師の判断で行うためにはプロトコールを決め、看護師が実施していくということが、相対的医行為を行う場合に必要であろう。

また、褥瘡のマットレスの選択に関しては、看護師は適切な判断ができるとしているが、



褥瘡危険因子のチェックが4割に満たない現状があり、すべての看護師が自律的な判断ができるようになるためには、褥瘡のアセスメント実施やアセスメントに基づいた褥瘡予防・回復のための手順の標準化と遵守がされることが必要であろう。

また呼吸器ケアの理学療法の実施割合は7割であり、実施しない理由は手技に自信がないが半数を占めていた。このように看護師がケアを実施するためには、看護師の判断や技術を高めることが必要であり、研修整備の問題があることも今回の調査から明らかになった。

また、カテーテルや導尿、吸引を実施していない理由としては物品が常備されていないためとした割合が高かった。看護師が必要なケアを実施するためにはケア物品が訪問看護ステーションに常備される必要があり、物品が常備されていない問題がケアの実施状況に影響していることが示唆された。

衛生材料に関しての前田ら<sup>12</sup>が行った調査においても、訪問看護ステーションにおいて衛生材料の確保の困難さがある現状が指摘され、訪問看護ステーション自身で衛生材料を供給できる診療報酬体系の確立を検討することも解決の糸口としている。衛生材料の入手困難が影響してケアの実施がされていない現状から考えても、前田らの指摘は今後、早急に検討することが必要であろう。

英国では看護師がリーダーシップを取ってヘルスケアシステムを推進する『Nurse-led Care』が行われるようになり、『Walk-in CENTRES』など看護師が自律的診断し処置を行う場が増え、英国やアメリカでは『Nurse Prescribing』という処方箋をだすことができる看護師が登場している。今回の調査では、日本の訪問看護師は現存する相対的医療行為の範疇を超えて、看護師が自律的に判断しケアを行うことに積極的とはいえない現状があることが確認できた。これは、知識技術に対しての自信のなさもあると察せられる。三輪<sup>13</sup>は、英国においてこのようなことがなされた背景に、住民の健康に責任をもつという専門職としての使命感、強い熱意があり、自分で自分を律して専門職としての看護を開拓する意志がエネルギーになっていると言っている。患者や家族が在宅でQOLを下げることなく生活するために、看護職は、専門職として何が現状として必要かを考え、熱意と開拓精神をもって看護師自らが現状に対処する方策を考え提言し実施していくことも必要であろう。さらに、各種の専門知識・技術を備えた認定看護師、専門看護師の地域における活用が、地域訪問看護の質を担保することに直結すると考えられよう。

---

## 引用文献

1 新たな看護あり方に関する検討会報告書

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0324-16.html>

2 岩本テルヨ：在宅医療における患者の病態変化時の対応に関する研究 3、プライマリ・ケア、28(4)、261-268、2005.

3 <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/q&a.html#6>

CDC: Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections

4 松本一生、認知症診断における告知とフォロー体制のあり方、訪問看護と介護、10(6)、446-451、2005.

5 社団法人全国訪問看護事業協会「訪問看護に係る看護消耗品、看護用器具等に関する現状調査」平成12年

6 前田修子他 在宅における医療・衛生材料等の入手・保管・廃棄方法の実態 訪問看護と介護 9(2);2004. 128-134.

7 前田修子他 在宅における医療処置に対する医療・衛生材料の確保に関する認識 訪問看護と介護 11(6);2006. 593-599.

8 青山静子：看護行為と医療行為の接点、整形外科看護、3(11)、1011-1015、1998.

9 金川啄雄、在宅看護の法的課題、保健の科学、43(11)、869-874、2001.

10 津村智恵子：訪問看護業務における医師の指示と看護職の法的範囲を考える、保健婦雑誌、49(4)、294-299、1993

11 平林勝政 「新たな看護のあり方に関する検討会」での議論を終えて、看護展望、28(8)、49-57、2003.

12 前田修子他 在宅における医療処置に対する医療・衛生材料の確保に関する認識 訪問看護と介護 11(6);2006. 593-599.

13 三輪真知子：看護師の専門職としての自律性の拡大、Emergency nursing 17(4) 18-25、2004.

## 参考文献

1) 秋元聡：在宅療養支援診療所運営ハンドブック 日本医療企画 2006.

2) 特集 地方分権と医療 病院 64 (9) 2005.9.

## 謝辞

インタビュー調査にご協力いただき、貴重な情報をご提供いただきました訪問看護ステーションの皆様、心より御礼申し上げます。また、質問紙調査にご協力いただきました全国の訪問看護ステーションの皆様、厚く御礼申し上げます。

この調査は、(社)全国訪問看護事業協会様、(財)日本訪問看護振興財団様よりご理解とご賛同をいただき実施することが出来ました。誠に有難うございました。

皆様本当にありがとうございました。

添付資料

社団法人 日本看護協会 政策委託研究

## 訪問看護師の自律的な判断と活動実態についての調査

社団法人 日本看護協会

慶應義塾大学看護医療学部 野末聖香

### 【記入上の注意】

1. この調査票は訪問看護ステーションの管理者の方がご記入ください。
2. 調査票は、同封の返信用封筒を使用して 『平成 18 年 5 月 15 日 (月)』 までにご返送ください。ご回答いただきました内容については、次のように取り扱います。
  - ① 調査目的以外には使用いたしません。
  - ② 統計的に処理し、事業所名等が特定できないように配慮します。
  - ③ 自由記述の内容も、個々の回答者が特定されないよう配慮し、データ化します。
  - ④ 調査の拒否や、調査項目の一部への回答拒否があっても、そのことで不利益が生ずることはありません。
  - ⑤ 調査結果は、報告書として公表されます。

なお、調査内容についてご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

<アンケート問い合わせ先>

〒151-0061

東京都渋谷区初台 1-49-1

株式会社 医療産業研究所

担当 三堀(みつほり) 神山(こうやま)

TEL 03-5351-3511 FAX 03-5351-3513 e-mail info@hmi.jp.com

お問い合わせ受付時間：月～金 10:00am～18:00pm

I. 医療・看護サービスの実施、観察及び判断についてお伺いします。過去半年間程度についてお答えください。

1. 排便・排尿のケアについて

問1 排便・排尿についての医療・看護サービスに該当する患者がいましたか？どちらかに○印をつけてください。

1. 該当患者がいた →以下問2～問4をお答え下さい。	2. 該当患者はいなかった →4ページ <b>2.</b> へおすすみください。
--------------------------------	---

問2 排便・排尿についての医療・看護サービスについて、A・Bそれぞれお答え下さい。

A

貴ステーションにおいて概ね実施している場合には  
医師の指示について最も当てはまる番号 1 つに○印  
実施後の問題について当てはまる番号 すべて に○印

実施の有無	実施している場合、 医師からの指示について (当てはまる項目 1 つに○)						実施したことにより発生した問題 (当てはまる項目すべてに○)								
	① 指示書による 包括指示	② 電話等により その場で指示 を受ける	③ 口頭による 事前の承認	④ 緊急時のみ 実施し、医師 には事後報告	⑤ 看護師の判断 で実施し、医師 には事後報告	⑥ 特に指示は 受けず、報告 もしない	0 問題はない	① 症状が悪化 した	② 悪化し治療 が必要になった	③ 悪化のため 入院した	④ 判断が医師 と異なった	⑤ 医師から実施 しないように 言われた	⑥ 患者から実施 しないでほしい と言われた	⑦ 家族から実施 しないでほしい と言われた	
1. 利用者が所有する処方された又は市販の下剤の選択	→	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
2. 下剤の量の調節	→	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
3. 利用者が所有する処方された又は市販の止痢剤の選択	→	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
4. 止痢剤の量の調節	→	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
5. グリセリン浣腸の実施	→	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
6. 摘便の実施	→	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
7. 尿閉時の女性の導尿	→	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
8. 尿閉時の男性の導尿	→	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
9. 女性の留置カテーテル交換	→	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
10. 男性の留置カテーテル交換	→	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
11. 膀胱洗浄	→	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7

B

概ね実施していない場合には  
実施しない理由、発生した問題について、  
当てはまる番号 すべて に○印

実施の有無	実施しない理由 (当てはまる項目すべてに○)								実施しないことにより発生した問題 (当てはまる項目すべてに○)								
	① 法律上は看護 業務ではない	② 身体への危険 性が高い	③ 手技に自信が 無い	④ 適切な判断が できない	⑤ 看護師が実施 することを医師 が認めない	⑥ 患者が望まない	⑦ 家族が望まない	⑧ 必要な物品 を常備していない	0 問題はない	① 症状が悪化 した	② 悪化し治療 が必要になった	③ 悪化のため 入院した	④ 判断が医師 と異なった	⑤ 医師から実施 してほしいと言 われた	⑥ 患者から実施 しないでほしい と言われた	⑦ 家族から実施 しないでほしい と言われた	
1. 利用者が所有する処方された又は市販の下剤の選択	→	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
2. 下剤の量の調節	→	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
3. 利用者が所有する処方された又は市販の止痢剤の選択	→	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
4. 止痢剤の量の調節	→	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
5. グリセリン浣腸の実施	→	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
6. 摘便の実施	→	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
7. 尿閉時の女性の導尿	→	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
8. 尿閉時の男性の導尿	→	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
9. 女性の留置カテーテル交換	→	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
10. 男性の留置カテーテル交換	→	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
11. 膀胱洗浄	→	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7

問3 排便・排尿の医療・看護サービスについて、看護師に任されても良いと思われる項目に○印をつけ、当てはまる理由すべてに○印をつけてください。

	任されても良いと考える項目に○	任されても良いと考える理由 (当てはまる項目すべてに○)					
		①看護師が適切に判断できる	②看護師の手法は適切であり危険性が低い	③医師の指示を待つ間の状態悪化を防げる	④医師の処置を待つ間の状態悪化を防げる	⑤患者が希望する	⑥家族が希望する
1.利用者が所有する処方された又は市販の下剤の選択		1	2	3	4	5	6
2.下剤の量の調節		1	2	3	4	5	6
3.利用者が所有する処方された又は市販の止痢剤の選択		1	2	3	4	5	6
4.止痢剤の量の調節		1	2	3	4	5	6
5.洗腸の実施		1	2	3	4	5	6
6.摘便の実施		1	2	3	4	5	6
7.尿閉時の女性の導尿		1	2	3	4	5	6
8.尿閉時の男性の導尿		1	2	3	4	5	6
9.女性の留置カテーテル交換		1	2	3	4	5	6
10.男性の留置カテーテル交換		1	2	3	4	5	6
11.膀胱洗浄		1	2	3	4	5	6

問4 排便・排尿の医療・看護サービスのために、以下の項目をアセスメントをしていますか。どちらか1つに○印をつけてください。また、アセスメントしている場合のみ、その内容を記録しているか否かについてどちらか1つに○印をつけてください。

	アセスメント		② している 場合のみ	アセスメント内容の記録	
	①していない	②している		③記録している	④記録していない
1.水分出納	1	2	→	3	4
2.食事内容	1	2	→	3	4
3.排便頻度	1	2	→	3	4
4.体重変化	1	2	→	3	4
5.排便アセスメントのための腹部触診・聴診	1	2	→	3	4
6.便意	1	2	→	3	4
7.便失禁状態	1	2	→	3	4
8.下剤、止痢剤の服用の有無と量	1	2	→	3	4
9.下剤、止痢剤が疾患に与える影響	1	2	→	3	4
10.下剤、止痢剤と処方されている薬との関係	1	2	→	3	4
11.イレウス等、重篤な疾患の可能性	1	2	→	3	4
12.浮腫の有無	1	2	→	3	4
13.排尿アセスメントのための腹部触診・聴診	1	2	→	3	4
14.尿意の確認	1	2	→	3	4
15.尿失禁状態の確認	1	2	→	3	4
16.前立腺肥大の既往症(男性の場合)	1	2	→	3	4
17.尿路感染の危険性	1	2	→	3	4
18.過去の尿閉の有無	1	2	→	3	4
19.陰部の清潔	1	2	→	3	4
20.その他( )	1	2	→	3	4

## 2. 認知症に係る薬剤・ケアについて

問5 認知症に係る薬剤・ケアについて該当する患者がいましたか？どちらかに○印をつけてください。

1. 該当患者がいた →以下問6～問8をお答え下さい。	2. 該当患者はいなかった →6ページ <b>3.</b> へおすすみください。
--------------------------------	---

問6 認知症に係る薬剤・ケアについて、A・Bそれぞれお答え下さい。

A

貴ステーションにおいて概ね実施している場合には  
医師の指示について最も当てはまる番号1つに○印  
実施後の問題について当てはまる番号すべてに○印

	実施の有無		実施している場合、 医師からの指示について (当てはまる項目1つに○)						実施したことにより発生した問題 (当てはまる項目すべてに○)							
			①指示書による包括指示	②電話等によりその場で指示を受ける	③口頭による事前の承認	④緊急時のみ実施し、医師には事後報告	⑤看護師の判断で実施し、医師には事後報告	⑥特に指示は受けず、報告もしない	0 問題はない	①症状が悪化した	②悪化し治療が必要になった	③悪化のため入院した	④判断が医師と異なった	⑤医師から実施しないと言われた	⑥患者から実施してほしいと言われた	⑦家族から実施してほしいと言われた
1. 暴力・攻撃性に対応するための抗精神薬の量の調節	していない	している	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
2. うつ状態やいらいらに対する抗うつ剤の量の調節	していない	している	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
3. 不眠や過眠の訴えがあった場合の睡眠薬の量の調節	していない	している	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
4. 病気についての患者本人・家族への説明	していない	している	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
5. 介護方法の指導	していない	している	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
6. 介護サービス利用についての説明	していない	している	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7

「実施している」場合のみ

実施の有無

B

概ね実施していない場合には  
実施しない理由、発生した問題について、  
当てはまる番号すべてに○印

	実施しない理由 (当てはまる項目すべてに○)								実施しないことにより発生した問題 (当てはまる項目すべてに○)							
	①法律上は看護業務ではない	②身体への危険性が高い	③手技に自信が無い	④適切な判断ができない	⑤看護師が実施することを医師が認めない	⑥患者が望まない	⑦家族が望まない	⑧必要な物品を常備していない	0 問題はない	①症状が悪化した	②悪化し治療が必要になった	③悪化のため入院した	④判断が医師と異なった	⑤医師から実施してほしいと言われた	⑥患者から実施してほしいと言われた	⑦家族から実施してほしいと言われた
1. 暴力・攻撃性に対応するための抗精神薬の量の調節	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
2. うつ状態やいらいらに対する抗うつ剤の量の調節	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
3. 不眠や過眠の訴えがあった場合の睡眠薬の量の調節	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
4. 病気についての患者本人・家族への説明	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
5. 介護方法の指導	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
6. 介護サービス利用についての説明	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7

「実施していない」場合のみ



問7 認知症に係る薬剤・ケアについて、看護師に任されても良いと思われる項目に○印をつけ、当てはまる理由すべてに○印をつけてください。

	任されても良いと考える項目に○	任されても良いと考える理由 (当てはまる項目すべてに○)					
		①看護師が適切に判断できる	②看護師の手技は適切であり危険性が低い	③医師の指示を待つ間の状態悪化を防げる	④医師の処置を待つ間の状態悪化を防げる	⑤患者が希望する	⑥家族が希望する
1.暴力・攻撃性に対応するための抗精神薬の量の調節		1	2	3	4	5	6
2.うつ状態やいらいらに対する抗うつ剤の量の調節		1	2	3	4	5	6
3.不眠や過眠の訴えがあった場合の睡眠薬の量の調節		1	2	3	4	5	6
4.病気についての患者本人・家族への説明		1	2	3	4	5	6
5.介護方法の指導		1	2	3	4	5	6
6.介護サービス利用についての説明		1	2	3	4	5	6

問8 認知症に係る薬剤・ケアのために以下の項目をアセスメントをしていますか。どちらか1つに○印をつけてください。また、アセスメントしている場合、その内容を記録しているか否かについてどちらか1つに○印をつけてください。

	アセスメント		②している場合のみ	アセスメント内容の記録	
	①していない	②している		③記録している	④記録していない
1.スケールを用いた認知症の程度	1	2	→	3	4
2.睡眠薬内服状況	1	2	→	3	4
3.抗認知症薬内服状況	1	2	→	3	4
4.抗うつ剤内服状況	1	2	→	3	4
5.睡眠行動	1	2	→	3	4
6.患者の気分と行動	1	2	→	3	4
7.認知症の特異行動	1	2	→	3	4
8.認知機能に関する家族からの情報	1	2	→	3	4
9.家族の介護状況と介護力	1	2	→	3	4
10.介護サービス利用状況	1	2	→	3	4
11.その他( )	1	2	→	3	4

### 3. 褥瘡のケアについて

問9 褥瘡についての医療・看護サービスに該当する患者がいましたか？どちらかに○印をつけてください。

1. 該当患者がいた →以下問 10～問 12 をお答え下さい。	2. 該当患者はいなかった →8ページ <b>4.</b> へおすすみください。
-------------------------------------	---

問 10 褥瘡についての医療・看護サービスについて、A・Bそれぞれお答え下さい。

**A**  
貴ステーションにおいて概ね実施している場合には  
医師の指示について最も当てはまる番号 1 つに○印  
実施後の問題について当てはまる番号すべてに○印

	実施の有無		実施している場合、 医師からの指示について (当てはまる項目 1 つに○)						実施したことにより発生した問題 (当てはまる項目すべてに○)							
	していない	している	①指示書による包括指示	②電話等によりその場で指示を受ける	③口頭による事前の承認	④緊急時のみ実施し、医師には事後報告	⑤看護師の判断で実施し、医師には事後報告	⑥特に指示は受けず、報告もしない	0 問題はない	①症状が悪化した	②悪化し治療が必要になった	③悪化のため入院した	④判断が医師と異なった	⑤医師から実施しないように言われた	⑥患者から実施しないでほしいと言われた	⑦家族から実施しないでほしいと言われた
1.処置方法の選択	→	→	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
2.マットレスの選択	→	→	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
3.表面被覆材の選択	→	→	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
4.デブリドマン	→	→	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
5.専門医への受診等の医師の選択	→	→	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
6.家族・介護者への指導	→	→	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
7.栄養補助食品(インシュアキッド等)の選択	→	→	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7

**B**  
概ね実施していない場合には  
実施しない理由、発生した問題について、  
当てはまる番号すべてに○印

	実施しない理由 (当てはまる項目すべてに○)								実施しないことにより発生した問題 (当てはまる項目すべてに○)								
	①法律上は看護業務ではない	②身体への危険性が高い	③手技に自信が無い	④適切な判断ができない	⑤看護師が実施することを医師が認めない	⑥患者が望まない	⑦家族が望まない	⑧必要な物品を常備していない	0 問題はない	①症状が悪化した	②悪化し治療が必要になった	③悪化のため入院した	④判断が医師と異なった	⑤医師から実施してほしいと言われた	⑥患者から実施してほしいと言われた	⑦家族から実施してほしいと言われた	
1.処置方法の選択	→	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
2.マットレスの選択	→	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
3.表面被覆材の選択	→	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
4.デブリドマン	→	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
5.専門医への受診等の医師の選択	→	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
6.家族・介護者への指導	→	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
7.栄養補助食品(インシュアキッド等)の選択	→	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7

問 11 褥瘡の医療・看護サービスについて、看護師に任されても良いと思われる項目に○印をつけ、当てはまる理由すべてに○印をつけてください。

	任されても良いと考える項目に○	任されても良いと考える理由 (当てはまる項目すべてに○)					
		①看護師が適切に判断できる	②看護師の手技は適切であり危険性が低い	③医師の指示を待つ間の状態悪化を防げる	④医師の処置を待つ間の状態悪化を防げる	⑤患者が希望する	⑥家族が希望する
1.処置方法の選択		1	2	3	4	5	6
2.マットレスの選択		1	2	3	4	5	6
3.表面被覆材の選択		1	2	3	4	5	6
4. デブリードマン		1	2	3	4	5	6
5.専門医への受診等の医師の選択		1	2	3	4	5	6
6.家族・介護者への指導		1	2	3	4	5	6
7.栄養補助食品(エンシュアリキッド等)の選択		1	2	3	4	5	6

問 12 褥瘡の医療・看護サービスのために以下の項目についてアセスメントをしていますか。どちらか1つに○印をつけてください。また、アセスメントしている場合、その内容を記録しているか否かについてどちらか1つに○印をつけてください。

	アセスメント		②している 場合のみ	アセスメント内容の記録	
	①していない	②している		③記録している	④記録していない
1.ブレードスケール等を用いた褥瘡危険因子に係るチェック	1	2	→	3	4
2. I～IV度の指標に基づく褥瘡の程度のチェック	1	2	→	3	4
3.栄養状態(食事摂取、体重、血液データ)	1	2	→	3	4
4.皮膚再損傷のリスク(易出血性、摩擦要因、圧迫、感染要因)	1	2	→	3	4
5.家族・介護者の知識・介護状況	1	2	→	3	4
6.その他( )	1	2	→	3	4

#### 4. 呼吸ケアについて

問 13 呼吸についての医療・看護サービスに該当する患者がいましたか？どちらかに○印をつけてください。

<b>1. 該当患者がいた</b> →以下問 14～問 16 をお答え下さい。	<b>2. 該当患者はいなかった</b> →10 ページ II へおすすみください。
--	---

問 14 呼吸についての医療・看護サービスについて、A・Bそれぞれお答え下さい。

**A**  
 貴ステーションにおいて概ね実施している場合には  
 医師の指示について最も当てはまる番号 1 つに○印  
 実施後の問題について当てはまる番号 すべてに○印

	実施している場合、 医師からの指示について (当てはまる項目 1 つに○)						実施したことにより発生した問題 (当てはまる項目すべてに○)							
	① 指示書による 包括指示	② 電話等により その場で指示 を受ける	③ 口頭による 事前の承認	④ 緊急時のみ 実施し、医師 には事後報告	⑤ 看護師の判断 で実施し、医 師には事後報 告	⑥ 特に指示は受 けず、報告も しない	○ 問題はない	① 症状が悪化し た	② 悪化し治療が 必要になった	③ 悪化のため入 院した	④ 判断が医師と 異なった	⑤ 医師から実施 しないように言 われた	⑥ 患者から実施 してほしいと言 われた	⑦ 家族から実施 してほしいと言 われた
	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	7
1.在宅酸素療法患者の活動時等の酸素供給量の調節	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
2.在宅酸素療法の機器トラブルの対処	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
3.患者の自己判断による酸素供給量の変更への対処	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
4.人工呼吸器装着患者の機器トラブルの対処	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
5.気管カニューレの交換	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
6.吸入	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
7.呼吸理学療法	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→

「実施している」場合のみ



**B**  
 概ね実施していない場合には  
 実施しない理由、発生した問題について、  
 当てはまる番号 すべてに○印

	実施しない理由 (当てはまる項目すべてに○)								実施しないことにより発生した問題 (当てはまる項目すべてに○)							
	① 法律上は看護 業務ではない	② 身体への危険 性が高い	③ 手技に自信が 無い	④ 適切な判断が できない	⑤ 看護師が実施 することを医 師が認めない	⑥ 患者が望ま ない	⑦ 家族が望ま ない	⑧ 必要な物品 を常備してい ない	○ 問題はない	① 症状が悪化し た	② 悪化し治療が 必要になった	③ 悪化のため入 院した	④ 判断が医師と 異なった	⑤ 医師から実施 してほしいと言 われた	⑥ 患者から実施 してほしいと言 われた	⑦ 家族から実施 してほしいと言 われた
	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
1.在宅酸素療法患者の活動時等の酸素供給量の調節	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
2.在宅酸素療法の機器トラブルの対処	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
3.患者の自己判断による酸素供給量の変更への対処	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
4.人工呼吸器装着患者の機器トラブルの対処	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
5.気管カニューレの交換	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
6.吸入	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
7.呼吸理学療法	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	

「実施していない」場合のみ

問 15 呼吸についての医療・看護サービスについて、看護師に任されても良いと思われる項目に○印をつけ、当てはまる理由すべてに○印をつけてください。

	任されても良いと考える項目に○	任されても良いと考える理由 (当てはまる項目すべてに○)					
		①看護師が適切に判断できる	②看護師の手技は適切であり危険性が低い	③医師の指示を待つ間の状態悪化を防げる	④医師の処置を待つ間の状態悪化を防げる	⑤患者が希望する	⑥家族が希望する
1.在宅酸素療法患者の活動時等の酸素供給量の調節		1	2	3	4	5	6
2.在宅酸素療法の機器トラブルの対処		1	2	3	4	5	6
3.患者の自己判断による酸素供給量の変更への対処		1	2	3	4	5	6
4.人工呼吸器装着患者の機器トラブルの対処		1	2	3	4	5	6
5.気管カニューレの交換		1	2	3	4	5	6
6.吸入		1	2	3	4	5	6
7.呼吸理学療法		1	2	3	4	5	6

問 16 呼吸についての医療・看護サービスのために以下の項目についてアセスメントをしていますか。どちらか1つに○印をつけてください。また、アセスメントしている場合、その内容を記録しているか否かについてどちらか1つに○印をつけてください。

	アセスメント		②している場合のみ	アセスメント内容の記録	
	①していない	②している		③記録している	④記録していない
1.息切れ、動悸、胸痛、喘鳴、咳、痰等	1	2	→	3	4
2.バイタルサイン測定	1	2	→	3	4
3.胸部聴診	1	2	→	3	4
4.酸素飽和度測定(パルスオキシメーター)	1	2	→	3	4
5.服薬コンプライアンス(服薬状況の確認)	1	2	→	3	4
6.その他( )	1	2	→	3	4

II. 医師との連携について 以下の問に最も当てはまる番号 1 つに○印をつけてください。

問1 医師から訪問看護師への情報提供について(○印は1つ)

	① そのつど連絡がある	② 訪問看護指示書による連絡のみ	③ 訪問看護指示書の記載が不十分	④ 連絡はない	⑤ 訪問看護師から確認している
1.家族への病状説明	1	2	3	4	5
2.家族への病名告知	1	2	3	4	5
3.患者・家族の治療に対する要望	1	2	3	4	5
4.処方の変更	1	2	3	4	5
5.検査結果	1	2	3	4	5
6.処置の変更	1	2	3	4	5

問2 医師との連絡の困難さ(○印は1つ)

	① 問題ない	② 時として困難	③ かなり困難	④ 非常に困難
1.状態が変化したときの看護師から医師への連絡	1	2	3	4
2.状態が変化したときの往診依頼	1	2	3	4

問3 役割分担や意見の相違の有無(○印は1つ)

	① ある	② 部分的にある	③ ほとんどない	④ まったくない
1.医療処置に関する明確な役割分担	1	2	3	4
2.患者の状態判断の相違	1	2	3	4
3.治療的介入について認識の相違	1	2	3	4
4.認知症患者の介護方法についての意見の相違	1	2	3	4
5.褥瘡患者の処置方法についての意見の相違	1	2	3	4
6.介護サービス利用についての意見の相違	1	2	3	4
7.安静度に関する意見の相違	1	2	3	4

Ⅲ. 衛生材料についてお伺いします。各該当箇所に○印、もしくは数字を記入してください。

品名	医療機関・主治医以外の 調達経路(○はいくつでも)				ステーションでの 備え		ステーションの備品を 使用した回数 (過去1年間)	ステーションで衛生材料を 常備することについての 意見	
	利用者 が購入	ステーション から実費 で支給	ステーショ ンが負担	その他	(○で囲む)			(○で囲む)	
1.ガーゼ					有	無	回	必要	不要
2.脱脂綿					有	無	回	必要	不要
3.絆創膏					有	無	回	必要	不要
4.消毒薬					有	無	回	必要	不要
5.精製水					有	無	回	必要	不要
6.生理食塩水					有	無	回	必要	不要
7.注射器(カテーテル交換時に使用)					有	無	回	必要	不要
8.使い捨て手袋					有	無	回	必要	不要
9.尿道カテーテル					有	無	回	必要	不要
10.栄養カテーテル					有	無	回	必要	不要
11.気管カニューレ					有	無	回	必要	不要
12.胃管カテーテル					有	無	回	必要	不要
13.酸素ボンベ					有	無	回	必要	不要
14.気道内分泌物吸引装置					有	無	回	必要	不要
15.酸素マスク					有	無	回	必要	不要
16.経鼻酸素カニューレ					有	無	回	必要	不要
17.膀胱洗浄用器具					有	無	回	必要	不要
18.その他 1: 項目明記( )					有	無	回	必要	不要
19.その他 2: 項目明記( )					有	無	回	必要	不要

Ⅳ. 最後に貴ステーションについてお伺いいたします。

F1. 貴ステーションの都道府県と開設年を記入してください

都 道 府 県      開設年(西暦)  年

F2. 経営主体について(○は一つ)

1. 自治体	7. その他の社団、財団法人
2. 連合および組合系	8. 社会福祉協議会
3. 日本赤十字・社会保険関係団体	9. 社会福祉法人
4. 医療法人	10. 営利法人(株式、有限会社)
5. 医師会	11. 特定非営利法人(NPO)
6. 看護協会	12. その他( )

F3. 併設する施設について(○はいくつでも)

1. 病院	4. 介護老人保健施設(老健)
2. 診療所	5. 介護老人福祉施設(特養)
3. 介護療養型医療施設	6. 居宅介護支援事業所

F4. 24時間体制の整備について(○は一つ)

1. ある	2. ない
-------	-------

F5. 従業者数について(平成18年4月1日現在:サテライトを除く)

	常勤者数	非常勤者数	
			非常勤の常勤換算数
1. 看護師(助産師含)	人	人	人
2. 保健師	人	人	人
3. 准看護師	人	人	人
4. その他医療従事者1( )	人	人	人
5. その他医療従事者2( )	人	人	人

F6. 利用者について(平成18年4月1日現在)

1. 利用者総数	人	うち介護保険	人	うち医療保険	人
2. 延べ訪問回数(平成18年3月1日~31日)	回				
3. 重症者管理加算を算定する患者数(医療保険)	人				
4. 24時間連絡体制加算を算定する患者数(医療保険)	人				
5. 特別管理加算を算定する利用者数(介護保険)	人				
6. 緊急訪問看護加算を算定する利用者数(介護保険)	人				
7. カバーする市町村の人口(わかる範囲でご記入ください)	人	うち65歳以上人口		人	

\* 不明部分の確認が必要な場合のためにお伺いします。差し支えなければ、以下ご記入下さい。  
支障がある場合は記入なさらなくても結構です。

■ 記入者について ■

名 称			
住 所			
電 話		FAX	
管理者名			
訪問看護師としての経験年数(他の施設での経験も含む)			年
管理者としての経験年数(他の施設での経験も含む)			年

\*\*\* ご協力ありがとうございました \*\*\*