

「職場内にいる」と回答したのは61.2%である。「職場の外にいる」「時には助言を求めるという程度の人ならいる」を含めれば、「いる」という回答は85.4%である〈表29〉。

他方、市町村対象の調査に回答した保健婦に、訪問指導員より「相談にのったり助言することを求められるか」について問うたところ、22.4%が「よく求められる」、62.8%が「時々求められる」と回答している。しかし、助言を求められる保健婦の33.3%が、適切な対応が出来なくて困ることが「よくある」(8.0%)又は「時々ある」(25.3%)と答えている〈表30〉。

「寝たきり者訪問指導担当」の立場にある保健

婦は、「地域担当」などの保健婦と比べ、助言を求められる者の比率が高く、同時にその対応で困ることのある者の比率も高い(巻末第24, 26表参照)。

また保健婦としての経験年数別にみると、年数にかかわらず助言を求められているが、その対応で困ることのある者は、経験が短い者ほど多い。「経験4年以下」では、過半数が困難を感じている(巻末第23, 25表)。

なお町、村では、保健婦が定年退職後に訪問指導員になり、常勤の保健婦はその後輩である場合が多いが、このように、常勤保健婦が訪問指導員を助言するような関係にはない場合もある。

V 医師との関係及び医療的処置

1 主治医への連絡と指示うけ

前述(Ⅱ-3)したように、対象者の約7割は「定期的を受診」(含与薬のみ)し、約2割が「必要に応じて受診」している。「定期的受診」はもちろんのこと、「必要に応じて受診」の場合も、主治医が決まっている者は多いであろう。

主治医への連絡と指示うけについては、62.4%の市町村が「必要に応じて」と回答しており、「訪問開始時に必ず指示をうけ、あとは必要に応じて」を合わせると、93.3%が必要に応じて連絡と指示を行っている〈表31〉。表中の「その他」として、数は少ないが、連絡ノートを対象者宅において、お互に対象者の様子や連絡・指示事項を記入する方法をとっている市町村もある。

なお、医師との連絡・調整は、57%が「原則と

して保健婦が行う」ことになっており、「訪問指導員が直接行う」のは15%の市町村である。他は「時と場合による」など一律ではない(前掲〈表26〉)。

なお、最後の章(Ⅸ)に、「訪問指導を進める上で、不安なこと、困っていること、要望などが

表31 主治医への連絡と指示うけ

	市町村数	%
訪問のつど連絡し、指示をうける	6	1.7
一定期間ごとに報告し、指示をうける	10	2.9
訪問開始時に必ず指示をうけ、あとは必要に応じて指示をうける	106	30.9
必要に応じて報告し、指示をうける	214	62.4
その他	6	1.9
無回答	1	0.3
計	343	100.0

あったら何でも書いて下さい」という問に対する自由記述の回答を掲載している。保健婦からも訪問指導員からも、主治医からの指示うけや、その他医師との関係上の問題がかなり出されているので、参照されたい。

2 医療的処置の実施状況

病院が行う訪問看護はいうまでもないが、市町村の訪問指導でも医療的処置を必要とする対象者は増えているといわれている。前述（Ⅱ—3）したように、訪問対象者中、「ガーゼ交換を必要とする傷や褥瘡がある」者が7.8%、「チューブ類や器具を装着している」者が3.7%、「ネブライザー、吸引、酸素吸入などを行うことがある」者が1.5%、「進行性の疾病がある、または症状が変動しやすい」者が6.5%程度いることがわかった。

又Ⅱ—6で述べたように、訪問指導員が訪問先で行う業務として、「医療的処置の実施」については38%、「医療的処置の指導」は43%が行うと回答している。ここで言う「医療的処置」とは、「注射、ネブライザー使用、吸引、酸素吸入、傷の手当て、チューブ類のチェックと交換、人工肛門管理など」をさす。

これら医療的処置の実施に関しては、医師との関係はどうか、どんな場面で何のために行うか、何をどこまで行うかなどが問題になる。

医療機関に所属する看護婦が訪問看護を行う場合、対象者のほとんどはその医療機関の患者であるため、主治医から検査や処置の指示が出ることもあれば、看護婦の方から指示を求めることも容易である。又病態が急変したり何らかのトラブルが生じた時には、医師の往診あるいは患者の医療機関への搬送を期待することも出来る。

しかし、市町村の訪問指導は、対象者の主治医

と訪問指導員は別の機関に所属しており、事情は大いに異なる。主治医への連絡と指示うけは、前節でみた通り、大半が必要に応じて行なわれているが、それは訪問指導員が訪問先で判断に迷った時、主治医の判断を求める、という性格のものであろう。又医療的処置をさせるをえない時に、医師の指示あるいは許可を求めるということもあろう。いずれにせよ、主治医の方から検体採取や処置を依頼され、訪問指導員がそれを受けて行うということは極めて少ない〈表32〉。

これらのことを念頭において、以下医療的処置の内容ごとに、市町村としての方針及び訪問指導員による実施状況をみてみよう。

〈表33、34〉は、各医療的処置について、対象者に主治医がいる場合といない場合に分けて、市町村としての方針を問うた結果である。表には、各処置を「行う」としている市町村が多い順にあらべてある。又〈表35〉は、訪問指導員は実際に

表32 対象者の主治医より検体採取や処置を依頼されることがあるか

	訪問指導員数	%
よくある	1	0.1
時々ある	57	7.0
ほとんどない	166	20.4
全くない	583	71.6
無回答	7	0.9
計	814	100.0

→ 依頼をうけて実施するか

	訪問指導員数	%
原則としてしない	1	1.7
してよいとされている範囲です	46	79.3
禁止されていない限りできるだけする	8	13.8
その他	0	0.0
無回答	3	5.2
計	58	100.0

昭和62年 訪問指導従事者の実態及び意識に関する調査

どの程度実施しているかを問うた結果を、「することもある」と回答した者の多い順に並べてある。

血圧測定は、約9割の市町村において「主治医の指示・依頼の有無にかかわらず必要があれば行う」方針であり、又主治医がいない対象者についても「必要があれば行う」方針である。さらに9割の訪問指導員が「することもある」と回答している。清拭、入浴、機能回復訓練などの直接的看護を行う際、患者の状態を知った上で行う必要がある、血圧測定は訪問指導員にとってその主要な手段となっているといえる。訪問指導が始まったばかりの頃は、看護職が訪問先で血圧測定を行うことに医師会が反対したこともあった様であるが、現在ではそのことが問題になっている市町村は極めて稀である。

聴診及び血糖測定も血圧測定同様、直接的看護を行う際に患者の状態を知るための手段となりう

るが、行う方針の市町村、行っている訪問指導員は少数である。

血圧測定に次いで行う方針の市町村の比率及び実際に行っている訪問指導員の比率が高いのは、検尿である。但し検尿は、どのような検査がどのような意味で行われているかは、この調査からは不明である。訪問健康審査事業と訪問指導事業を抱き合わせて行っている市町村も多いため、両者の区別をせず回答した者もあるかもしれない（但し調査票には、「訪問健康審査事業として行う場合を除く」と断ってはある）。

ハサミを使つての褥瘡処置及び浣腸については、市町村の方針及び実際の実施状況はばらついている。主治医のいる対象者については、「医師の指示・依頼がある限りについて行う」が比較的多く、「指示・依頼の有無にかかわらず行う」をあわせ、行う方針の市町村が過半数を占めているが、主治

表33 医療的処置（主治医のいる場合）——市町村の方針

市町村数 (%)

	医師の指示依頼の有無にかかわらず、必要があれば行う	医師の指示・依頼がある限りにおいて行う	原則としてしない	一切してはならないことになっている	無 回 答	計
血 圧 測 定	302 (88.0)	26 (7.1)	2 (0.6)	2 (0.6)	11 (3.2)	343 (100.0)
検 尿	196 (57.1)	63 (18.4)	34 (9.7)	14 (4.1)	36 (10.5)	343 (100.0)
浣 腸	40 (11.7)	137 (39.9)	78 (22.7)	23 (6.7)	65 (19.0)	343 (100.0)
ハサミを使つての褥瘡処置	50 (14.6)	113 (32.9)	100 (29.2)	26 (7.6)	54 (15.7)	343 (100.0)
人工肛門管理	16 (4.7)	119 (34.7)	101 (29.4)	32 (9.3)	75 (21.9)	343 (100.0)
吸 引	19 (5.5)	111 (32.4)	109 (31.8)	30 (8.7)	74 (21.6)	343 (100.0)
膀胱洗浄	2 (0.6)	108 (31.5)	127 (37.0)	37 (10.8)	69 (20.1)	343 (100.0)
留置カテーテル交換	2 (0.6)	98 (28.6)	144 (42.0)	33 (9.6)	66 (19.2)	343 (100.0)
聴 診	56 (16.3)	44 (12.8)	114 (33.2)	60 (17.5)	69 (20.1)	343 (100.0)
血 糖 測 定	16 (4.7)	65 (19.0)	128 (37.3)	57 (16.6)	77 (22.4)	343 (100.0)
気管カニューレの交換	0 (0.0)	72 (21.0)	146 (42.6)	50 (14.6)	75 (21.9)	343 (100.0)
皮 下 注 射	0 (0.0)	52 (15.2)	140 (40.8)	74 (21.6)	77 (22.4)	343 (100.0)

表34 医療的処置（主治医のいない場合）——市町村の方針

	市町村数 (%)				
	必要があれば行う	原則としてしない	一切してはならないことになっている	無 回 答	計
血 圧 測 定	221 (90.9)	12 (4.9)	1 (0.4)	9 (3.7)	243 (100.0)
検 尿	160 (65.8)	44 (18.1)	11 (4.5)	28 (11.5)	243 (100.0)
ハサミを使って の褥瘡処置	59 (24.3)	104 (42.8)	35 (14.4)	45 (18.5)	243 (100.0)
浣 腸	54 (22.2)	101 (41.6)	37 (15.2)	51 (21.0)	243 (100.0)
聴 診	41 (16.9)	98 (40.3)	49 (20.2)	55 (22.6)	243 (100.0)
人工肛門管理	31 (12.8)	114 (46.9)	38 (15.6)	60 (24.7)	243 (100.0)
吸 引	26 (10.7)	110 (45.3)	46 (18.9)	61 (25.1)	243 (100.0)
血 糖 測 定	20 (8.2)	113 (46.5)	52 (21.4)	58 (23.9)	243 (100.0)
膀胱洗浄	9 (3.7)	124 (51.0)	52 (21.4)	58 (23.9)	243 (100.0)
留置カテーテル 交 換	7 (2.9)	122 (50.2)	56 (23.0)	58 (23.9)	243 (100.0)
気管カニューレ の 交 換	5 (2.1)	118 (48.6)	62 (25.5)	58 (23.9)	243 (100.0)
皮 下 注 射	0 (0.0)	108 (44.4)	74 (30.5)	61 (25.1)	243 (100.0)

注：主治医のいない対象者には訪問をしない市町村を除く

表35 医療的処置——訪問指導員による実施状況

	訪問指導員数 (%)				
	該当者がいない	し な い	することもある	無 回 答	計
血 圧 測 定	12 (1.5)	24 (2.9)	733 (90.0)	45 5.5	814 (100.0)
検 尿	274 (33.7)	184 (22.6)	180 (22.1)	176 21.6	814 (100.0)
ハサミを使って の褥瘡処置	358 (44.0)	120 (14.7)	176 (21.6)	160 19.7	814 (100.0)
浣 腸	369 (45.3)	118 (14.5)	161 (19.8)	166 20.4	814 (100.0)
聴 診	278 (34.2)	223 (27.4)	117 (14.4)	196 24.1	814 (100.0)
吸 引	448 (55.0)	99 (12.2)	84 (10.3)	183 22.5	814 (100.0)
膀胱洗浄	405 (49.8)	172 (21.1)	50 (6.1)	187 22.9	814 (100.0)
人工肛門管理	494 (60.7)	100 (12.3)	32 (3.9)	188 23.1	814 (100.0)
血 糖 測 定	342 (42.0)	251 (30.8)	31 (3.8)	190 23.3	814 (100.0)
留置カテーテル 交 換	392 (48.2)	215 (26.4)	22 (2.7)	185 22.7	814 (100.0)
気管カニューレ の 交 換	481 (59.1)	134 (16.5)	10 (1.2)	189 23.2	814 (100.0)
皮 下 注 射	454 (55.8)	162 (19.9)	7 (0.9)	191 23.5	814 (100.0)

医のいない対象者については、しない方針の市町村の方がずっと多い。そして「することもある」と回答している訪問指導員は約2割である。褥瘡や便秘に関しては、訪問指導の趣旨から考えてまず予防が大切であり、何らかの処置が必要な場合も、家族で出来る方法を実施・指導し、又看護職が行うとはいえ、医療機関の中ではないことを考えできるだけ安全な方法をとるべきだろう。

吸引と人工肛門管理に関する市町村の方針は、主治医のいる対象者については、「行う」と「しない」が相半ばしている。訪問指導員の実施状況は、「該当者がいない」との回答が過半数を占め、「することもある」訪問指導員の比率は、吸引が10.3%、人工肛門管理が3.9%である。

留置カテーテル交換、膀胱洗浄、気管カニューレ交換など、装着器具に関する処置は、「しない」市町村が多く、「行う」市町村は2～3割である。それも、ほとんどが主治医の指示・依頼がある場合に限られている。又「することもある」と回答している訪問指導員は、膀胱洗浄が6.1%、留置カテーテル交換が2.7%、気管カニューレ交換が1.2%と少数である。

血圧測定を除くすべての項目で、無回答の市町村が多い。訪問指導事業を開始して日が浅いこと、あるいは対象者が少なく各処置を必要とする患者がいないことなどで、まだ方針が出ていない自治体も多いのではなかろうか。また訪問指導員の実施状況についても無回答が多いが、これもするかしないかの選択を迫られる状況に立ったことがまだないので、「何ともいえない」ということではないかと思われる。

なお、医療処置を要する対象が増える傾向にあるにもかかわらず、まだそれに対応した市町村の方針や体制が整っていないことなどに不安を持

つ保健婦や訪問指導員は少なくない。その内容に関しては最後の章（Ⅸ）に掲載した自由記述の回答を参照されたい。

3 医療的処置実施についての訪問指導員の考え方

〈表36〉は、各医療的処置の実施についての、訪問指導員の考え方を示している。〈表35〉と〈表36〉を比較すると、血圧測定を除くすべての項目で、「家族に指導するために、又は患者の病状を知るためにする必要がある」と考える者は、実際に「することもある」者よりかなり多いことがわかる。表には各処置を「する必要がある」と考える者の多い順に並べてあるが、上から膀胱洗浄までは「看護婦本来の仕事ではないのとする必要はない」と考える者より、「する必要がある」と考える者の方が多い。なお、血圧測定以外はどの項目も、「わからない」あるいは無回答と、態度を保留にしている者が多く、両者あわせて3分の1から半数を占めている。

次に実際の実施状況と考え方との関係をみてみると、実際には「該当者がいない」あるいは「しない」けれども、「する必要がある」と考える者が比較的多いのは、浣腸と人工肛門管理である。他方ハサミをつかっての褥瘡処置は、「せざるをえない」のでしている者が、他の項目の場合と比べ比較的多い。このことは、対象者の主治医が内科で、褥瘡処置までしてもらえない場合が少なくないこと、そして外科医の往診が得にくいことと関係していると考えられる（Ⅸ—1参照）。

留置カテーテル交換、気管カニューレ交換、皮下注射は、そもそも「することもある」者は少なく、「する必要がある」という積極的な考えで実施している者はさらに少ない（〈図14～16〉及び

表36 医療的処置——訪問指導員の考え方

訪問指導員数 (%)

	家族に指導するために、又は患者の病状を知るためにする必要ある	現実にせざるを得ない	看護婦本来の仕事ではないのでする必要はない	わからない	無 回 答	計
血 圧 測 定	592 (72.9)	84 (10.3)	13 (1.6)	11 (1.4)	114 (14.0)	814 (100.0)
浣 腸	403 (49.5)	73 (9.0)	44 (5.4)	65 (8.0)	269 (28.3)	814 (100.0)
検 尿	300 (36.9)	51 (6.3)	119 (14.6)	102 (12.5)	242 (29.7)	814 (100.0)
人工肛門管理	298 (36.6)	34 (4.2)	89 (10.9)	118 (14.5)	275 (33.8)	814 (100.0)
吸 引	286 (35.1)	95 (11.7)	97 (11.9)	84 (10.3)	252 (30.9)	814 (100.0)
ハサミを使っての褥瘡処置	231 (28.4)	139 (17.1)	181 (22.2)	60 (7.4)	203 (24.9)	814 (100.0)
膀胱洗浄	202 (24.8)	64 (7.9)	179 (22.0)	112 (13.8)	257 (31.5)	814 (100.0)
聴 診	130 (16.0)	34 (4.2)	271 (33.3)	116 (14.3)	263 (32.3)	814 (100.0)
血 糖 測 定	130 (16.0)	23 (2.8)	253 (31.1)	149 (18.3)	259 (31.8)	814 (100.0)
留置カテーテル交換	127 (15.6)	53 (6.3)	248 (30.5)	121 (14.9)	265 (32.5)	814 (100.0)
皮下注射	77 (9.5)	54 (6.6)	244 (30.0)	151 (18.6)	288 (35.4)	814 (100.0)
気管カニューレの交換	71 (8.7)	25 (3.1)	311 (38.2)	132 (16.2)	275 (33.8)	814 (100.0)

図14 ハサミを使っての褥瘡処置——実施状況と考え方

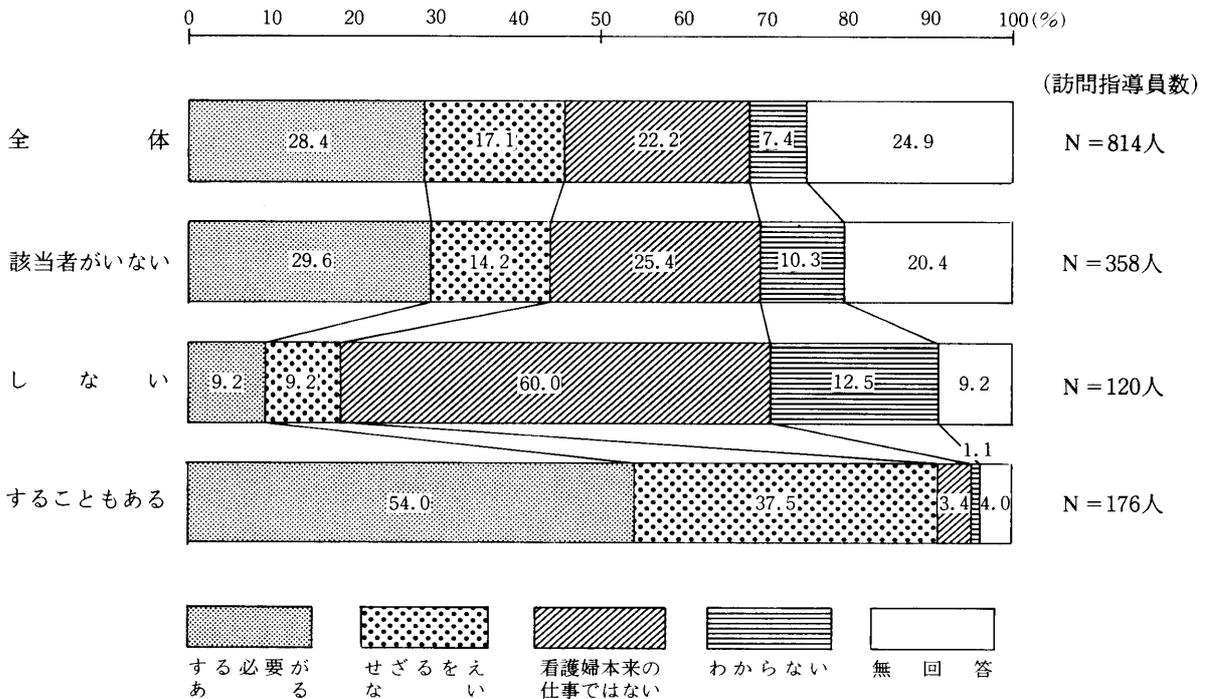


図15 人工肛門管理——実施状況と考え方

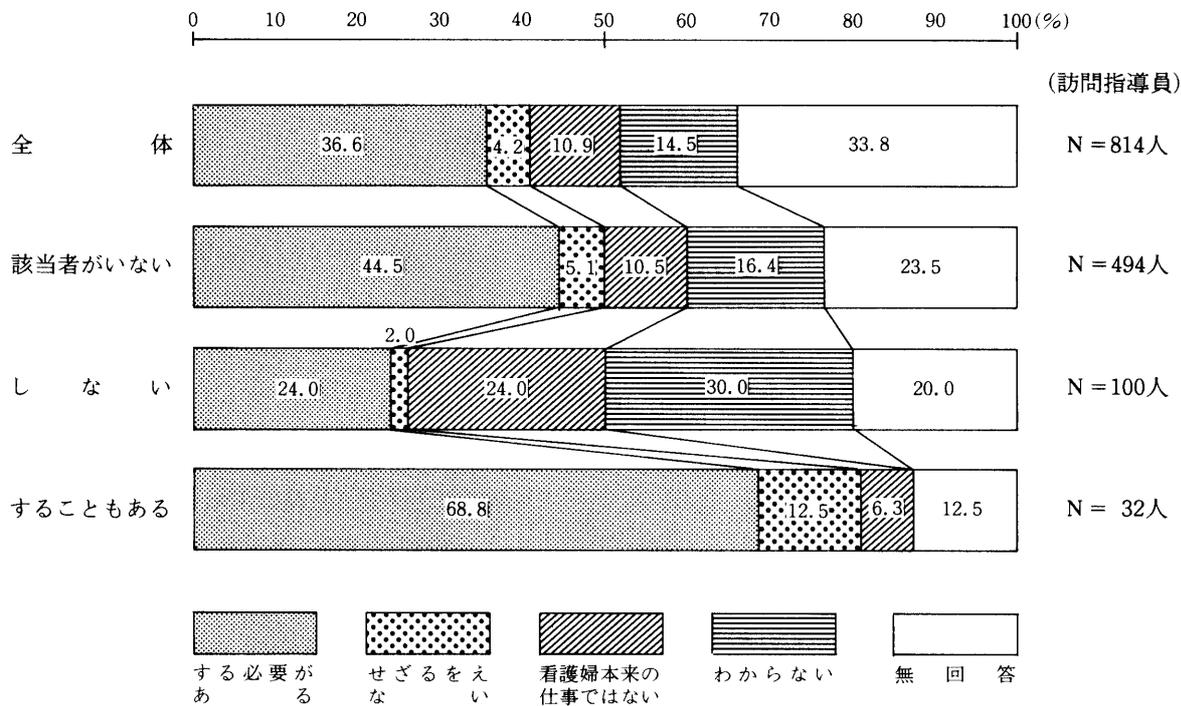
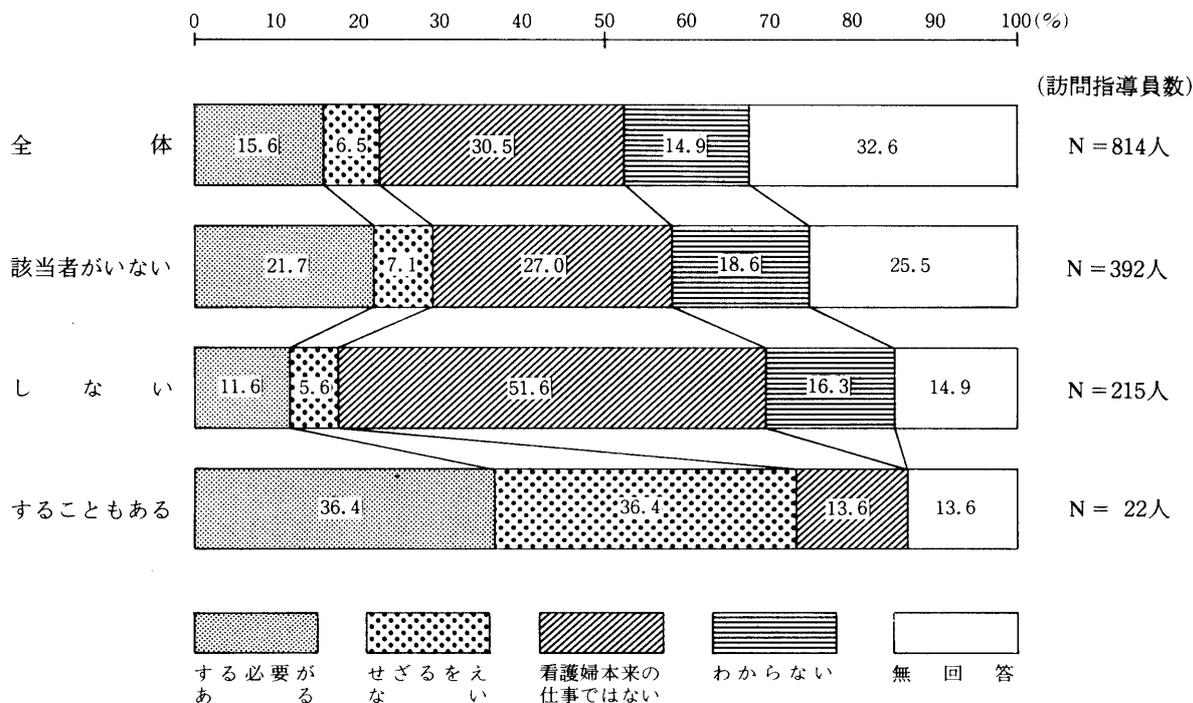


図16 留置カテーテル交換——実施状況と考え方



巻末第82～93表)。

なお、医療的処置の実施状況や考え方は、訪問指導員の背景(年齢、免許、就業経験など)によってかなりの違いがみられる。このことについての分析は稿を改め、次に発行する「日本看護協会調査研究報告」No.27に掲載する予定である。

4 衛生材料の入手方法

これまで見て来たように、訪問指導員において様々な医療的処置が実施されている。その際器具や衛生材料が必要となる。

患者が医療機関で治療を受ける際には、器具や衛生材料は医療機関が調達し、その費用は健康保険でまかなわれるので問題はないが、在宅療養になると、その入手や費用負担が問題になる。

必要な処置はすべて医師の往診時にしてもらえ、訪問対象者や治療を受けている病院・診療所より必要な物品はすべて支給されている対象者は問題ないとしても、訪問対象者は、そのような患者ばかりではない。往診を受けられなかったり、往診を受けても褥瘡処置してはもらえない、あるいは日常の処置は家族がしなければならぬなど様々である。必要な物品が医療機関でまかなえない場合、家族は自己負担で購入しなければならない。しかし高価であったり、適切なものを売っているところがないなど、様々な困難がある。訪問指導員も必要な物品がなくては、援助に支障をきたす。

そこで、衛生材料に限って市町村で何を準備しているか、又消毒はどのようにしているかについて、自由記述の設問をした。

衛生材料を「特に準備していない」という市町村も少なくない。その理由は、訪問指導では「衛生材料を必要とするような処置はしていない。処置が必要なら受診させる」、「ほとんどが医者

の診治療を受けているので、訪問指導員が褥瘡などの処置をすることはない」、「医療器具をつけている患者は病院の看護婦が訪問している」、「主治医がいるので必要なものは医療機関で調達できる」、「医療機関でもらえないものは家族が購入する」、「家庭にあるものを使う」などである。

しかし全体としてみれば、衛生材料をある程度市町村で準備している市町村の方が多い。

市町村が準備する衛生材料は、多くの市町村であげている順にひろくと、ガーゼ、消毒薬(患部、手指、器具)、綿花、絆創膏、包帯(又はオプサイト)、綿球、綿棒、各種軟膏類などである。

これら市町村が準備した衛生材料は、「医療機関で処方してもらえないもの(場合)は、市町村が準備する」、「家族から要求のあったものは大体支給できる」など、巾広く用いられる場合もあるが、「初回のみで次回から家族が準備する」、「訪問指導員が訪問して処置を行う時のみ」、「生活保護家庭のみ」など、使用に何らかの制限を設けている場合も多い。

又材料は家族が用意し、消毒は市町村が引き受ける方式のところも多い。その中には、消毒カストを貸出し、消毒済の材料をその中に入れて家族に渡すようにしているところもある。

なお少数ではあるが、市町村で衛生材料をまとめて購入し、必要な人に実費で頒布しているところもある。

次に、訪問指導員あるいは家族が使う衛生材料の消毒がどこでなされているかについてみてみよう。市町村では一切消毒は行わず、「滅菌されたものを購入する」、「使いすてのものを使う」、「消毒は家族が行う」ことにしている市町村もある。又それほど多くはないが、市町村立の病院・診療所で消毒は一切引き受けてもらっているところも

ある。しかし多くの市町村では役所、保健センター、保健所内で消毒を行っている。

衛生材料の調達や消毒に関しては、多くの市町村では衛生材料を必要とする対象者が今のところ少ない故になんとかやりくりできているが、今後問題が出てくることも予想される。「医療処置の必要なケースは現在少ないが、今後増えた場合の器材についての消毒や経費負担、又その責任など問題が多いと思われる」、「シュンメル煮沸消毒器しかなく、褥瘡が大きかったり、浣腸、人工肛門の処置など増えて来ると、対応出来そうにない」、「消毒を個人的に町立病院に依頼しているが、今後増えてくると問題だ」など、今後のことを懸念する声がある。又すでに「衛生材料の準備や消毒に時間がかかりすぎる」、「衛生材料を専門に準備する人がほしいが、その余裕がない」、「器具・器材などの収納および消毒場所などの設備が不十分である」などが問題になっている。又、「どの程度までサービスとしてなすべきか、こちらの判定基準がはっきりしない」といったことも、対象者が増えるにつれ問題となってこよう。

では訪問指導員は、訪問先で必要な衛生材料の入手に関し、どのようなことで困っているであろうか。困っていることが「ある」と回答したのは16%である。その困っている内容についての自由記述式の回答で最も多いのは、家族に衛生材料を買わせることに伴う問題である。まず、「衛生材料が健康保険扱いではない場合本人の負担が大きい」(3)、「経済的理由で購入が困難」(18)、「衛生材料が高すぎる」(8)、「ガーゼなど多めに使用したいと思っても、経済的負担がかかりそうな家庭では遠慮がちになる」(6)など、経済的な問題があげられる。次に、「材料の入手方法、入手先がわからない」(4)、「滅菌ガーゼ、綿球など扱っている小売店がない」、「入手までに時間がかかる」(2)、「老人世帯、山間地の場合入手が困難である」(3)、「買いに行く人がいない」(3)などの問題がある。このように、経済的あるいは入手ルートなどの問題があって、「必要なものを全部購入させることは困難」(5)で、不便や清潔面の不安を感じている訪問指導員もいる(カッコ内の数字は、類似の回答をした人の数)。

VI 訪問指導実施上の不安・悩みとトラブル

1 訪問指導員の不安・悩み

訪問指導員に、訪問指導を続ける上での予想される不安・悩み12項目をあげ、その有無を尋ねた(図17)。

最も多くの人を持つ不安・悩みは、対象者の大半は病状が快方に向かうことの望めない老人であることからきている。すなわち、「訪問を続けて

も患者の状態に目に見えた改善がみられず、あせりを感じることもある」か否かについて、約4分の3の人が「よくある」又は「時々ある」と答えている。

次いで、病院や診療所の中での看護とは異なり、訪問指導においては、対象者をとりまく家族関係や家族の生活すべてがからんで来ることによるとまどいや悩みがあげられる。すなわち、約6割の