

人口の少ない地域における訪問看護ニーズの実態

—訪問看護を利用できない地域に居住する要介護者の実態に焦点を当てて—

タグチ アツコ ヨシザワ アキ イワサキ アキコ
 田口 敦子*1 吉澤 彩*2 岩崎 昭子*3
 スズキ ジュンイチロウ ナガタ サトコ
 鈴木 順一郎*4 永田 智子*5

目的 本研究では、訪問看護の提供のない地域を含む人口の少ない高知県安芸保健医療圏を対象地域とし、在宅において、「訪問看護が必要であるが訪問看護を利用していない要介護者（以下、潜在ニーズ）」がどの程度いるか、訪問看護事業所のない地域に住む要介護者の特徴、および訪問看護の必要がある要介護者がどのような状況において訪問看護を必要としているのかを明らかにすることを目的とした。

方法 本研究は、質問紙調査（定量調査）とヒアリング調査（定性調査）とを組み合わせる行う定性・定量相互融合法を採用した。定量調査では、安芸保健医療圏の住民が利用する全居宅介護支援事業所32カ所の介護支援専門員を対象に、郵送自記式質問紙調査を実施した。調査項目は、訪問看護の利用および必要性、居住する市町村、性別、年齢、要介護度、介護保険によるサービス利用等であった。定性調査では、訪問看護事業所のない地域にある居宅介護支援事業所17カ所のうち、経験年数10年以上のベテラン介護支援専門員がいる2カ所（3人）を対象に、ヒアリング調査を実施した。介護支援専門員が担当する「訪問看護が必要であるが、事業所がないために利用していない要支援・要介護者」7人について、「訪問看護の必要がある要介護者がどのような状況において訪問看護を必要としているのか」を尋ねた。調査期間は2013年1～3月であった。

結果 定量調査では、1,621人（有効回答率：76.5%）を分析対象とした。そのうち、訪問看護の利用者は28人（1.7%）であった。また、潜在ニーズは、187人（11.5%）であった。訪問看護事業所がある地域2市村とない地域7市町村を比較したところ、潜在ニーズ187人のうち、訪問看護事業所のない地域に住む者は128人であり、訪問看護事業所のある地域に住む者は59人であった。訪問看護が必要な者における潜在ニーズの割合は、訪問看護事業所のない地域（96.2%）の方が、訪問看護事業所のある地域（73.8%）より有意に高かった（ $p < 0.001$ ）。また、定性調査によると、訪問看護事業所のない地域では、「病状の悪化を防ぐための生活習慣を継続することが難しい」「受診ができず必要な医療処置を受けられない」「本人・介護者の医療処置の習得や病状への判断が難しい」「24時間、医療ニーズに対応する介護者の負担が大きい」「継続性が見込めないボランティアな支援に支えられている」「介護支援専門員が医療面の調整を担うのに負担が大きい」ことについて、訪問看護を必要とする療養状況があることが明らかになった。

結論 訪問看護事業所のない地域にも訪問看護ニーズが存在し、それらの療養状況は、医療処置や介護力不足の状況において訪問看護を必要としていることが明らかになった。これらのニーズに継続的に対応できる訪問看護サービス提供の仕組みを構築していくことが必要であると考えられる。

キーワード 訪問看護事業所、人口過疎、潜在ニーズ、提供体制、訪問看護、二次保健医療圏

*1 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻公衆衛生看護学分野助教 *2 同博士前期課程
 *3 高知県安芸福祉保健所地域支援室長 *4 同所長
 *5 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻地域看護学分野准教授

I 緒 言

終末期における療養場所について、平成20年度の調査で一般国民の6割が在宅を希望するなど、在宅療養のニーズが高まっており¹⁾、その実現に向けた整備は喫緊の課題である。平成26年度の診療報酬改定においても、在宅医療を支える医療資源の充実に、より重点が置かれており²⁾、その一翼を担うのが訪問看護である。しかし、全国的に見ると、訪問看護事業所が開設されているのは全市町村の52.9%に過ぎず、特に、人口が少ない地域の訪問看護事業所は少ない傾向にある³⁾⁴⁾。例えば、人口が少ないとされる人口5万人未満は全市町村の55%（987市町村）を占めるが、そのうちの566市町村（57.3%）で訪問看護事業所の設置がない³⁾。その理由として、少ない利用者宅が広域に散在し訪問効率が悪いことや、訪問看護師の確保が困難であること等があげられている⁵⁾。しかし、訪問看護事業所が未開設である市町村には、訪問看護に対するニーズは存在しないというわけではない。二次医療圏8カ所の全介護支援専門員を対象とした調査によると、担当する要介護者のうち、訪問看護が必要であるが利用していない者について、4.8%が利用者の居住地域に訪問可能な訪問看護事業者がないことを、その理由としてあげていた⁶⁾。訪問看護事業所の設置がない地域では、医療ニーズが高い重度の要介護者への対応が難しいため、住み慣れた地域で療養し続けることが困難となり、療養場所を在宅から病院や施設に移行せざるを得ないという事例も報告されている⁷⁾⁸⁾。これらの課題は指摘されているものの、訪問看護事業所がない地域に居住している療養者の訪問看護ニーズの実態を明らかにした研究は少ない。

よって、本研究では、訪問看護の提供のない地域を含む人口の少ない高知県安芸保健医療圏を対象地域とし、在宅で訪問看護が必要であるが訪問看護を利用していない要介護者（以下、潜在ニーズ）がどの程度いるか、訪問看護事業所のない地域に住む要介護者の特徴、および訪

表1 安芸保健医療圏における医療施設数・医療従事者数：全国および高知県全体との比較

（単位 人口10万対）

	医療施設数 総数	病床数 総数	医師数	
			病院	診療所
全国	6.7	1 238.7	141.6	77.8
高知県全体	17.9	2 469.6	200.4	73.6
安芸保健医療圏	14.9	2 019.6	93.3	70.9

注 1) 医師数、歯科医師数、薬剤師数は、平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査

2) 施設数、病床数は、平成23年患者調査

3) 人口は「統計でみる市区町村のすがた2012」の安芸保健医療圏の合計人口を用いた

問看護の必要がある要介護者がどのような状況において訪問看護を必要としているのかを明らかにすることを目的とした。

なお、本研究では、介護支援専門員を調査対象者とした。その理由は、地域全体の要介護者の訪問看護利用の必要性やその理由を判断でき、療養状況を把握している者として、介護支援専門員が適切であると考えたためである。

II 方 法

(1) 研究デザイン

本研究は、質問紙調査と、詳細な療養状況を把握することを目的としたヒアリング調査とを組み合わせる定性・定量相互融合法⁹⁾を採用した。調査1の定量調査では、訪問看護の潜在ニーズがどの程度あるか、また、訪問看護事業所のない地域に住む要支援・要介護者の特徴を明らかにすることを目的とした質問紙調査、調査2の定性調査では、訪問看護事業所がない地域に居住する者のうち、訪問看護の必要性があるが利用していない要支援・要介護者が、現在の生活の中でどのような状況において訪問看護を必要としているのかを明らかにすることを目的としたヒアリング調査を行った。

(2) 対象地域とその概要

高知県は全国と比較して人口当たりの医療施設数や病床数が多い。安芸保健医療圏も同様の傾向があるが、人口当たりの病院・診療所の医師数は全国的にみても少ない地域である（表

1)。安芸保健医療圏は9つの市町村で構成され、人口53,576人、高齢化率35.6%であり¹⁰⁾、調査時の介護保険受給者数は2,120名であった(2013年1月現在)¹¹⁾。2つの市村に3カ所の訪問看護事業所が存在し、その他の7市町村には訪問看護事業所がない(図1)。訪問看護事業所がない地域は、ある地域と比べて人口密度が低く、高齢化率が高い(表2)。また、高齢者人口10万対人口当たりでみると、居宅介護支援事業所は、訪問看護事業所がない地域の方が若干少ないが、訪問可能な診療所・病院数は多い。

(3) 調査1：定量調査

1) 調査対象

安芸保健医療圏の住民が利用する全居宅介護支援事業所32カ所の介護支援専門員を対象に、担当する要支援・要介護者を含む全利用者について回答を依頼した。訪問看護の利用は要支援者でも可能であるため、要介護者だけでなく、要支援者も対象とした。

2) 調査方法

自記式質問紙調査を郵送法にて実施した。調査期間は2012年12月下旬～2013年1月であった。

3) 調査項目

調査項目は、訪問看護の利用、訪問看護の必要性、居住する市町村、性別、年齢、要介護度、日常生活自立度(障害・認知症)、介護可能な同居家族、主疾患、介護保険によるサービス利用であった。

4) 分析方法

介護支援専門員から得られた要支援・要介護者のうち、居住する市町村、訪問看護の利用および必要性が無回答であった者を除外した。訪問看護の必要性の有無と、利用の有無とのクロス集計により、潜在ニーズを算出した。訪問看護事業所がある地域とない地域の訪問看護の利用および必要性や、要介護者の特性を明らかにするため、クロス集計を行った。さらに、潜在ニーズの要介護者特性を明らかにするため、潜在ニーズに絞って、訪問看護事業所のある地域とない地域の比較を行った。

図1 訪問看護事業所の所在地および訪問看護事業所のある地域とない地域



表2 訪問看護事業所がある地域とない地域の地域特性の比較 [調査1]

	訪問看護事業所	
	ある地域 (2市村)	ない地域 (7市町村)
人口(人)	23 595	29 981
人口密度(人口/可住地面積) (人/km ²)	499.4	308.9
高齢者人口(人)	7 626	11 471
高齢化率(%)	32.32	38.26
居宅介護支援事業所数(カ所) [高齢者人口10万対] ²⁾	15[196.7]	17[148.2]
訪問可能な診療所数・病院数(カ所) [高齢者人口10万対] ²⁾	5[65.6]	15[130.8]
訪問可能な訪問介護事業所数(カ所) [高齢者人口10万対] ²⁾	8[104.9]	12[104.6]

注 1) 人口、人口密度、高齢者人口、高齢化率は「統計でみる市区町村のすがた2012」を用いた
2) 2013年1月現在

(4) 調査2：定性調査

1) 対象の選定

調査1の質問紙調査を基に、訪問看護事業所がない地域にある居宅介護支援事業所17カ所のうち、経験年数10年以上のベテラン介護支援専門員である3人(2カ所)に依頼した。3人の介護支援専門員が担当する「訪問看護が必要であるが、事業所がないために利用していない要支援・要介護者」は7人であった。この7人の利用者について、介護支援専門員からヒアリング調査を実施した。

2) 調査方法

半構成面接法を用いて面接調査を行い、対象

者の許可を得て面接内容を録音した。調査期間は2013年1～3月であった。

3) 調査内容

療養経過や、訪問看護を必要と判断した具体的な療養状況や訪問看護が必要な状況について

尋ねた。

4) 分析方法

訪問看護を必要と判断した療養状況に着目して、類似する意味内容ごとにまとめ、抽象度を上げていった。

表3 要支援・要介護者の特性：訪問看護の事業所がある地域とない地域との比較 [調査1]

	全体 n = 1,621		訪問看護事業所				p 値
	n	%	ある地域 (2市村) n = 561		ない地域 (7市町村) n = 1,060		
			n	%	n	%	
訪問看護の利用 (人)							
利用なし	1 593	98.3	540	96.3	1 053	99.3	<0.001a
利用あり	28	1.7	21	3.7	7	0.7	
訪問看護の必要性 (人)							
必要性なし	1 408	86.9	481	85.7	927	87.5	0.331
必要性あり	213	13.1	80	14.3	133	12.5	
(必要性ありのうち) 利用なし (n = 187)			59	73.8	128	96.2	<0.001a
利用あり (n = 26)			21	26.3	5	3.8	
年齢 (平均±標準偏差) (歳)	82.0±8.5		82.6±8.6		81.6±8.5		0.021b
性別: 男性	520	32.1	171	30.5	349	32.9	0.314
女性	1 099	67.8	390	69.5	709	66.9	
要支援・要介護度 (人)							
要支援1	166	10.2	57	10.2	109	10.3	0.052c
要支援2	294	18.1	94	16.8	200	18.9	
要介護1	356	22.0	121	21.6	235	22.2	
要介護2	366	22.6	108	19.3	258	24.3	
要介護3	238	14.7	94	16.8	144	13.6	
要介護4	136	8.4	59	10.5	77	7.3	
要介護5	61	3.8	24	4.3	37	3.5	
障害日常生活自立度 (人)							
自立	40	2.5	18	3.2	22	2.1	0.077c
J	602	37.1	219	39.0	383	36.1	
A	660	40.7	220	39.2	440	41.5	
B	263	16.2	89	15.9	174	16.4	
C	55	3.4	14	2.5	41	3.9	
認知症日常生活自立度 (人)							
自立	420	25.9	151	26.9	269	25.4	0.724c
I	423	26.1	141	25.1	282	26.6	
II	496	30.6	158	28.2	338	31.9	
III	227	14.0	87	15.5	140	13.2	
IV	44	2.7	19	3.4	25	2.4	
M	11	0.7	5	0.9	6	0.6	
介護者 (人)							
介護可能な同居家族の有無なし	725	44.7	199	35.5	526	49.6	<0.001
主疾患 (複数回答) (人)							
悪性新生物	104	6.4	34	6.1	70	6.6	0.672
循環器疾患	855	52.7	267	47.6	588	55.5	0.002
呼吸器疾患	91	5.6	27	4.8	64	6.0	0.310
筋骨格系疾患	553	34.1	212	37.8	341	32.2	0.032
糖尿病	219	13.5	63	11.2	156	14.7	0.047
神経難病	80	4.9	22	3.9	58	5.5	0.186
精神疾患	86	5.3	39	7.0	47	4.4	0.037
認知症	538	33.2	201	35.8	337	31.8	0.121
その他	555	34.2	204	36.4	351	33.1	0.226
介護保険によるサービス利用 (複数回答) (人)							
訪問診療 (往診)	172	10.6	14	2.5	158	14.9	<0.001
訪問介護	662	40.8	177	31.6	485	45.8	<0.001
訪問リハビリテーション	94	5.8	25	4.5	69	6.5	0.095
通所介護	590	36.4	189	33.7	401	37.8	0.103
通所リハビリテーション	386	23.8	148	26.4	238	22.5	0.086
短期入所生活介護	115	7.1	54	9.6	61	5.8	0.006
短期入所療養介護	37	2.3	13	2.3	24	2.3	1.000

注 1) 無回答は表示せず
2) a : Fisherの直接確率検定, b : t 検定, c : WilcoxonのU検定, 無印は χ^2 検定

(5) 倫理的配慮

本研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理審査委員会の承認を得て行われた (承認番号: 2012-1-449, 2012年12月17日)。調査1では、調査の実施について、県のホームページ等によって周知を図り、調査票は匿名で行い、個人が識別できないようにした。調査2では、書面と口頭にて研究の概要、プライバシー保護等を文書で説明し、署名による同意を得た。

Ⅲ 結 果

(1) 調査1: 定量調査

1) 有効回答率および分析対象者の基本属性

回答が得られた利用者票は1,653人であり、そのうち、居住する市町村、訪問看護の利用および必要性が無回答であった者を除いた1,621人を分析対象とした。調査期間であった

2013年1月の介護保険受給者数は2,120名¹⁾であったことから、回収率は78.0%、有効回答率は76.5%と算出した。1,621人のうち、訪問看護の利用者は28人(1.7%)であった。また、訪問看護について介護支援専門員によって「訪問看護の必要性があると判断されたが利用がない人(潜在ニーズ)」は、187人(11.5%)であった。

2) 訪問看護事業所がある地域とない地域の比較(表3, 表4)

訪問看護事業所がある地域2市村とない地域7市町村を比較したところ(表3)、潜在ニーズ187人のうち、訪問看護事業所のない地域に住む者は128人であり、訪問看護事業所のある地域に住む者は59人であった。訪問看護が必要な者における潜在ニーズの割合は、訪問看護事業所のない地域(96.2%)の方が、訪問看護事業所のある地域(73.8%)より有意に高かった(p<0.001)。なお、訪問看護事業所がない地域において、訪問看護の利用がある者が7人いた。これについては、介護支援専門員等に確認したところ、訪問看護が提供地域を超えて提供されている者や、退院後に病院から一時的にのみなし訪問看護が提供されている者であると考えられた。性別、要支援・要介護度、障害日常生活自立度、認知症日常生活自立度はいずれも有意差は認められなかった。一方、有意差があっ

たのは、訪問看護事業所がない地域の方が年齢は低く(p=0.021)、介護可能な同居家族がいない者が多かった(p<0.001)。主疾患は、循環器疾患(p=0.002)、糖尿病(p=0.047)が訪問看護事業所がない地域で多く、筋骨格系疾患(p=0.032)、精神疾患(p=0.037)は、訪問看護事業所がある地域で多かった。また、訪問看護事業所がない地域で、訪問診療(往診)と訪問介護の利用が多く(いずれもp<0.001)、短期入所生活介護は少なかった(p=0.006)。

また、潜在ニーズに絞って訪問看護事業所のある地域とない地域とで比較したところ(表4)、訪問看護事業所がない地域の方が、有意に介護可能な同居家族がおらず(p=0.011)、医療処置があり(p=0.001)、訪問診療(往診)(p<0.001)および訪問介護(p=0.002)を利用しており、通所リハビリテーションの利用は少なかった(p=0.013)。

(2) 調査2: 定性調査

1) 対象者の概要(表5)

対象者の内訳は男性2人、女性5人でそのうちの1組が夫婦であった。また、年齢は80歳代が5人と最も多かった。疾患名は、認知症が5人、脳出血後遺症、神経難病、慢性腎不全、不安神経症、脳梗塞がそれぞれ1人ずつであった。

2) 訪問看護を必要と判断した療養状況

訪問看護事業所のない地域において、介護支援専門員が訪問看護を必要と判断した療養状況は以下の6つのカテゴリーに分類された。(斜体文字はピアリングデータを、#は事例番号を示す)

① 病状の悪化を防ぐための生活習慣を継続することが難しい

慢性疾患を有し、食事療法を継続する必要があったり、誤えんを防ぐための注意が必要だっ

表4 訪問看護が必要であるが利用していない要支援・要介護者(潜在ニーズ)の特性: 訪問看護事業所がある地域とない地域との比較[調査1]

(単位 人)

	全体 n = 187		訪問看護事業所				p 値
			ある地域 (2市村) n = 59		ない地域 (7市町村) n = 128		
	n	%	n	%	n	%	
年齢(平均±標準偏差)(歳)	80.2	±8.9	81.4	±8.3	79.7	±9.2	0.212a
性別・男性	73	39.0	22	37.3	51	39.8	0.872
介護可能な同居家族・なし	80	42.8	17	28.8	63	49.2	0.011
医療処置・あり	87	46.5	17	28.8	70	54.7	0.001
介護保険によるサービス利用(複数回答)							
訪問診療(往診)	47	25.1	2	3.4	45	35.2	<0.001b
訪問介護	101	54.0	22	37.3	79	61.7	0.002
訪問リハビリテーション	14	7.5	2	3.4	12	9.4	0.232b
通所介護	61	32.6	17	28.8	44	34.4	0.410
通所リハビリテーション	53	28.3	24	40.7	29	22.7	0.013
短期入所生活介護	14	7.5	8	13.6	6	4.7	0.069b
短期入所療養介護	7	3.7	1	1.7	6	4.7	0.433b

注 a: t検定, b: Fisherの直接確率検定, 無印はχ²検定

表5 対象者の概要 [調査2]

	性別年齢	主疾患名	介護度	障害自立度 認知症自立度	世帯構成	主介護者	同居家族	利用サービス	療養状況
A	女性 50代	神経難病 認知症	要介護 5	C2 II b	夫婦 のみの 世帯	夫	夫	訪問診療（1回/週） 通所リハビリ（2回/週） 訪問介護（5回/週） 訪問入浴介護（2回/週） 介護福祉用具貸与	吸引や褥創の処置等、医療ニーズが高いケースである 往診医がケアチームの軸となり、無報酬の往診もあって成り立っている
B	女性 80代	慢性 腎不全 認知症	要介護 3	J2 IV	夫婦 のみの 世帯	夫	夫	通院（1回/週） 福祉系サービス事業 （5回/週）	病状が不安定だけでなく、認知症もあるため、病状管理が特に難しいケースである
C	男性 80代	認知症	要介護 4	B2 III a	夫婦 のみの 世帯	なし	妻 (Dさん)	訪問診療（1回/週） 訪問介護（3回/週） 訪問リハビリ（2回/週） 介護福祉用具貸与	夫婦共に認知症症状があるため、セルフケアや互いに体調管理を行うことが困難である 現在、在宅療養は継続できているが、看護師の訪問は無報酬であり、安定して提供できるサービス体制になっていない
D	女性 80代	認知症	要介護 3	A2 II b	夫婦 のみの 世帯	なし	夫 (Cさん)	訪問診療（1回/週） 訪問介護（毎日・3回/週） 訪問リハビリ（2回/週）	
E	女性 80代	脳出血 後遺症	要介護 5	C2 M	2世代	次女	次女	通院（1回/3カ月） 通所介護（1回/週） 訪問リハビリ（2回/週） 介護福祉用具貸与	2年前から寝たきりで次女が常時付き添っている 肺炎を起こしやすい状況であるため、日々の身体的なアセスメントは主に次女が行っている
F	男性 80代	脳梗塞 認知症	要介護 3	A2 II b	3世代	息子の妻	息子 息子の妻 孫2人	通院（1回/2週） 通所介護（5～6回/週） 福祉用具貸与	カテーテルのトラブルが頻繁にあり、家族の不安も強い 受診の同行や体調管理に関する相談をケアマネジャーが行っている
G	女性 70代	不安 神経症	要介護 1	A2 II a	夫婦 のみの 世帯	夫	夫	訪問診療（1回/週） 精神科への通院（1回/2～3週） 訪問介護（2回/週）	本人の精神症状による不安が強く、常時主介護者が付き添っている

たりしても、介護者が認知症である等の理由で管理できない事例があった。

“(慢性腎不全のため) 食事療法に関しても旦那さんと二人暮らしだったんですけど、旦那さんも認知症があって調理するのが難しい。治療食を用意するのが難しい。” (#B)

② 受診ができず必要な医療処置を受けられない

医療処置を定期的に必要とするが、寝たきり等の理由で受診が難しいケースがあった。その医療処置内容は、褥瘡処置や点滴等、訪問看護で対応可能なものであった。

“今ヘルパーさんが朝昼晩で入っているんですけど、Cさんは寝たきりなので医療的な処置が必要で。褥創とか出来やすいです。栄養管理で点滴が必要ですけど寝たきりで受診ができない” (#C)

③ 本人・介護者の医療処置の習得や病状への判断が難しい

本人に精神症状への対応や、尿道留置カテー

テル等の管理が必要である場合、異変が起こると家族だけで判断するのが難しい事例があった。

“結局ご本人の起こる不安とかって、病的なものからくると思っても、性格からくるものもあるじゃないですか。だからその見極めをこちら（介護者）ができないわけですよ。結局先生（医師）に頼らないかんし、訪問看護さんがあれば、訪問看護さんにこの（療養者）情報が行って、「こういう状態なのだけれど」と送ったら専門的なアドバイスができるというのがあるけど、（訪問看護事業所がないので）それが出来ない。” (#G)

④ 24時間、医療ニーズに対応する介護者の負担が大きい

医療ニーズが高い場合は、特に介護者の負担が大きいと介護支援専門員は感じていた。肺炎を起こしやすかったり、吸引が定期的に必要な者は、介護者が常時付き添い、医療的な判断や処置を行っていた。

“周りから見るとやはり（医療ニーズの高い

人を) 24時間看るといのはかなりしんどいで、看護師でもないし。なので、そこは一度看護師の目があったほうがいいかな。” (#E)

⑤ 継続性が見込めないボランティアな支援に支えられている

定期的な診療だけでは十分に対応できない場合、ボランティアで医師が往診を行ったり、病院看護師が時間外に訪問する事例があった。

“先生(医師)はやっぱり難病の進行というところについてと、それからその合併症ですよ。その辺を抑えてもらってますよね。で、あと、今褥創のところがあちこちで出来だしているという所で、その処応のほうは(頻繁に必要で)、写真も撮ってもらってます、毎回。(費用については)ボランティアのことが多いんじゃないですかね” (#A)

⑥ 介護支援専門員が医療面の調整を担うのに負担が大きい

介護支援専門員は、本人や介護者に医療的なことに関して調整を求められることがあるが、福祉職の介護支援専門員の場合、医療的知識は限られているため、負担を感じていた。

“(病状が変化したり、尿道留置カテーテルに異変が起きた時) 病院に行く前に私(介護支援専門員)のところに電話をして、先生(病院の医師)に「これは聞こうか」「これはこれでいいのではないか」と話をある程度整理しておいてから、病院に行っているの。” (#F)

Ⅳ 考 察

(1) 訪問看護事業所のない地域に居住する要介護者の特徴

調査1から、高知県安芸保健医療圏において、潜在ニーズは、調査対象となった要支援・要介護者の11.5%であった。全国調査では、7.8%であることから¹²⁾、安芸保健医療圏における訪問看護の潜在ニーズの割合は高いといえる。また、訪問看護が必要な者における潜在ニーズの割合は、訪問看護事業所のない地域の方が、訪問看護事業所のある地域よりも高かった($p < 0.001$)。これにより、訪問看護事業所がない地

域は、訪問看護のニーズがないわけではなく、一定量のニーズがあることが明らかになった。また、潜在ニーズとされる要介護者では、訪問看護事業所がない地域は、ある地域と比較して訪問診療、訪問介護の利用が有意に多かった。これは、訪問可能な診療所がある程度存在することから、訪問看護の役割をカバーしている可能性があるとも解釈できる。しかし、本研究の定性調査の結果から、訪問診療や訪問介護を利用しても、医療処置が必要な者や介護力の低い者へのサービス提供は十分でない可能性が示唆された。訪問診療や訪問介護が本来の専門性を発揮するためにも、医療処置が必要な者や介護力の低い者への訪問看護の提供体制が必要と考える。

(2) 訪問看護を必要とする療養状況

定性調査から、介護支援専門員が訪問看護の必要性を感じた療養状況として、「本人・介護者の医療処置の習得や病状への判断が難しい」ことがあがった。厚生労働省の調査¹³⁾によると要介護者からみた主な介護者の続柄では、同居者が主な介護者となっており、その主な内訳をみると、配偶者が25.7%と最も高い。高齢者世帯が増加する中、夫婦共に認知症等で介護が必要であるのにも関わらず、症状の軽い方が介護者となるケースも少なくない。本研究でも、食事療法が必要であっても、介護者が認知症であるため、その管理ができない事例があった。このような状況において、訪問看護による医療的な側面からのアセスメントと、生活状況に応じた治療方法の調整を行うことができれば、病状の進行を緩やかにし、不必要な入院を回避できる可能性も考えられる。また、医療の素人に医療処置ができるように教育的支援をすることも重要な訪問看護師の役割であると言える¹⁴⁾。

さらに、訪問看護を必要とする療養状況として、「受診ができず必要な医療処置を受けられない」ことがあがっていた。本来であれば、褥創の処置や点滴が必要であるが、寝たきりや精神的な要因により、受診が困難であるため、十分な医療が受けられない事例があった。人口の

少ない地域では、訪問診療を行う医師も多くはないため、行き届かせるのは難しい。今回あがった褥瘡の処置や点滴といった医療行為については、医師の指示により訪問看護師にも対処可能である。また、訪問看護師は自宅に訪問し要介護者の病状のアセスメントを行い、生活状況に応じた対処方法を医師に提案することや、要介護者の病状悪化時には受診の必要性を判断すること等も可能である¹⁵⁾。訪問看護の利用により、必要な医療処置が受けられるだけでなく、不必要な受診を減らし、要介護者の受診による経済的負担も軽減できると考えられる。

また、「継続性が見込めないボランティアな支援に支えられている」という実態があった。このボランティアな支援は、診療所医師や病院看護師の無償の訪問であった。人口規模が小さければ、費用対効果は小さく¹⁶⁾、採算が合わないことから、多くのサービスの投資を望むのは現実的ではない。しかし、現在あるサービス提供者が疲弊してしまえば、サービスの継続性が危ぶまれることになる。その地域に住み続けたいと望む住民ニーズを実現させるためにも、継続性を見込めるサービス提供の仕組みをつくっていくことが重要であると考えられる。

(3) 本研究の意義と限界

本研究においては、いくつかの限界があった。まず、調査対象は1カ所の二次保健医療圏であったため、人口の少ない二次保健医療圏全体を代表しているとは言い難い。従って、今後は複数の対象地域での検証が必要である。また、それに加えて今後は、要介護者や家族の立場からみた、訪問看護の必要性についても検討する必要がある。このように限界があるものの、本研究は、人口の少ない二次保健医療圏を対象として、訪問看護を利用できない地域に居住する要介護者の実態に焦点を当てて、訪問看護のニーズを検討したものである。この知見は今後、人口の少ない地域における訪問看護の需要の把握、訪問看護の提供のない地域において、新たに訪問看護事業所を設置する際の要介護者本人

や介護者に対する支援策の確立に寄与するものと考えられる。

V 結 論

訪問看護の提供のない地域を含む人口の少ない高知県安芸保健医療圏を対象に行った本研究において、訪問看護が必要であるが訪問看護を利用していない要介護者、すなわち潜在ニーズは、調査対象となった要支援・要介護者の11.5%であった。また、訪問看護が必要な者における潜在ニーズの割合は、訪問看護事業所のない地域の方が、訪問看護事業所のある地域よりも高かった。これにより、訪問看護事業所のない地域にも訪問看護ニーズが一定量存在することが明らかになった。また、訪問看護事業所による訪問看護のない地域では、「病状の悪化を防ぐための生活習慣を継続することが難しい」「受診ができず必要な医療処置を受けられない」「本人・介護者の医療処置の習得や病状への判断が難しい」「24時間、医療ニーズに対応する介護者の負担が大きい」「継続性が見込めないボランティアな支援に支えられている」「介護支援専門員が医療面の調整を担うのに負担が大きい」ことについて、訪問看護を必要とする療養状況があることが明らかになった。

謝辞

調査にご回答くださいました介護支援専門員の皆様に、心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省. 終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果について(平成22年12月). (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf>) 2014.12.24.
- 2) 厚生労働省. 平成26年度診療報酬改定の概要. 平成26年度診療報酬改定説明会資料(平成26年3月5日開催). (<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujuhouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039378.pdf>) 2014.12.24.
- 3) 村嶋幸代. 訪問看護ステーションに係わる介護保

- 険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研究. 東京：全国訪問看護事業協会, 2007：7-14.
- 4) 訪問看護推進連携協議会. 訪問看護10カ年戦略. (2009年3月) (<http://www.nurse.or.jp/home/zaitaku/mynurse/pdf/10nen.pdf>) 2014.12.24.
- 5) 高橋由美子, 片倉洋子, 藤井智子. 訪問看護ステーションの経営に影響する地域的要因の検討－北海道の僻地における6施設の聞き取り調査から－. 日本ルーラルナーシング学会誌, 2009；4：9-19.
- 6) 村嶋幸代. 訪問看護需給計画策定に関する調査研究業務報告書. 平成20年度 老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進事業分), 東京：国立大学法人 東京大学大学院医学系研究科, 2009：87.
- 7) 春山早苗, 舟迫香, 鈴木久美子, 他. 訪問看護ステーションのない山間過疎豪雪地域における高齢者の療養場所の移行の特徴と看護職の役割. 日本ルーラルナーシング学会誌, 2008；3：61-72.
- 8) 中尾八重子. 訪問看護ステーションのない離島における高齢者の療養場所の特徴と看護職の役割. 日本ルーラルナーシング学会誌, 2008；3：49-59.
- 9) J.W.クレスウェル, V.L.プラノクラーク著, 大谷順子翻訳. 人間科学のための混合研究法 質的・量的アプローチをつなぐ研究デザイン. 東京, 北大路書房, 2011.
- 10) 厚生労働省. 市町村のすがた 2013 人口・世帯. (<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001048449&cycode=0>) 2014.12.24.
- 11) 高知県. 平成24年度 高知県高齢者福祉課統計資料. 高知県, 2013.
- 12) 田口敦子, 永田智子, 成瀬昂, 他. 訪問看護の潜在ニーズを含めたニーズの推計. 厚生指標, 2012；59(4)：16-22.
- 13) 内閣府. 平成24年度版 高齢社会白書. 東京：印刷通販, 2012：33-7.
- 14) 川越博美. 第2章 在宅医療と訪問看護. 佐藤智編 在宅医療・訪問看護と地域連携. 東京：中央法規出版, 2008：19-39.
- 15) 棚橋さつき. 在宅療養者が訪問看護を利用するまでの経緯と支援に関する研究. 北関東看護雑誌, 2011；61：215-25.
- 16) 前田隆浩, 中里未央, 瀬尾幸, 他. 僻地における高齢者医療. 日老医誌, 2007；44：58-61.