

4) 「訪問介護職員」による「たんの吸引」開始後の連携の実施状況 (図 E-42～45)

「訪問介護職員」による「たんの吸引」が開始となった後に実施する連携に関する項目は、「a 定期的な吸引実施体制の見直し」として、その実施状況を調査した。

「a」については、更に、「a-1) 吸引状況の定期的確認がされている場合の方法」「a-2) 定期的な連絡・相談・報告実施の方法」「a-3) 吸引実施体制に関するカンファレンスの参加職種」についても加えて調査した。

この段階において、「実施している」という回答が多かった項目は、「療養者の状態変化の有無の確認(420名中335名; 79.8%)」や「家族の状態変化の有無の確認(325名; 77.4%)」であった(図 E-42)。

一方、「実施していない」という回答が多かった項目は、「吸引実施体制に関するカンファレンスの実施(420名中229名; 54.5%)」や「当該訪問介護職員による吸引状況の定期的な確認(420名中169名; 40.2%)」であった。これらは、「実施困難」という回答も多く、「当該訪問介護職員による吸引状況の定期的な確認」は420名中51名(12.1%)、「吸引実施体制に関するカンファレンスの実施」は31名(7.4%)であった。

また、「当該訪問介護職員による吸引状況の定期的な確認」の設問において、「実施している」と回答した168名より「a-1) 吸引状況の定期的確認がされている場合の方法(図 E-43)」の回答(複数回答)を得た。168名中89名(53.0%)のものが「同行訪問」による確認を実施しており、14名(8.3%)が「定期的な研修」による確認をしていた。

次に、「訪問介護職員との定期的な連絡・相談・報告の実施」の設問において、「実施している」と回答した288名より、「a-2) 定期的な連絡・相談・報告実施の方法(図 E-44)」の回答(複数回答)を得た。288名中167名(58.0%)が「療養者宅の連絡帳」により実施しており、107名(37.2%)が「電話」、44名(15.3%)が「ファックス」により定期的な連絡・相談・報告を実施していた。

更に、「吸引実施体制に関するカンファレンスの実施」の設問において、「実施している」と回答した138名より「a-3) 吸引実施体制に関するカンファレンスの参加職種(図 E-45)」の回答(複数回答)を得た。「訪問看護師」は138名中119名(86.2%)が参加していると回答していた。次いで、「訪問介護職員」は138名中106名(76.8%)、「ケアマネージャー」は101名(73.2%)、「利用者・家族」は94名(68.1%)、「かかりつけ医」は、55名(39.9%)が参加していると回答していた。

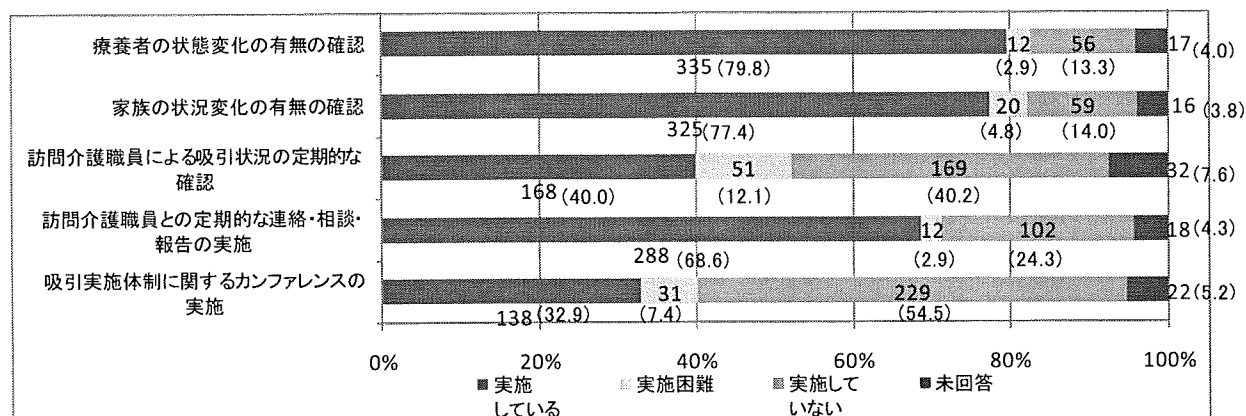


図 E-42. 「a 定期的な吸引実施体制の見直し」

n=420

単位:名 ():割合

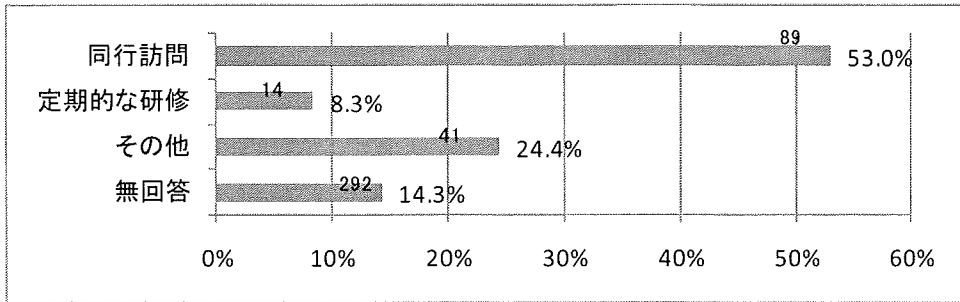


図 E-43. a-1) 吸引状況の定期的確認がされている場合の方法 (複数回答)

n=168

単位：人数と割合

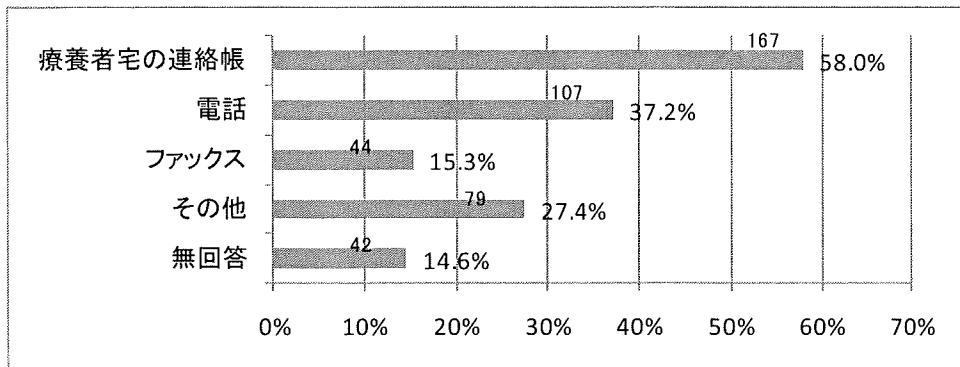


図 E-44. a-2) 定期的な連絡・相談・報告実施の方法 (複数回答)

n=288

単位：人数と割合

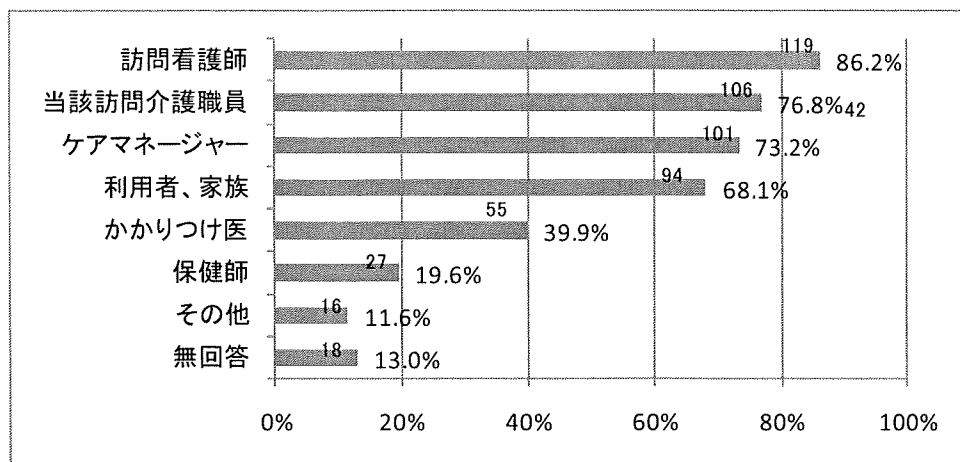


図 E-45. a-3) 吸引実施体制に関するカンファレンスの参加職種 (複数回答)

n=138

単位：人数と割合

5) 連携に関する全項目の実施率による比較 (図 E-46)

以上の設問のうち、連携の実施状況に関する設問 39 項目については、全回答者のうち「実施している」と回答した人数の割合を「実施率」と定義し、「連携に関する全項目の実施率による比較」を図 E-46 に示す。尚、「設問：「当該訪問介護職員が当該利用者にたんの吸引を実施することについての同意書は交わしたか」については、回答形式が異なるため本図からは削除した。

実施率が 90%以上の項目は、「家族の意思確認 (406 名 ; 96.7%)」「(在宅かかりつけ医への) 方針の確認 (405 名 ; 96.4%)」「緊急時の連絡体制の確認と関係者との共有 (405 名 ; 96.4%)」「医師の説明内容の確認 (403 名 ; 96.0%)」「家族の医師の説明に関する受け止め (403 名 ; 96.0%) など、全 39 項目中 16 項目であった。

特に、実施率の低い項目は、「吸引実施体制に関するカンファレンスの実施 (138 名 ; 32.9%)」「当該訪問介護職員による吸引状況の定期的な確認 (168 名 ; 40.0%)」、「当該訪問介護職員から訪問看護師への緊急時の連絡・報告方法・対応内容の文書による提示 (249 名 ; 59.3%)」、「当該訪問介護職員から訪問看護師への日常的な連絡・相談・報告に関する内容・方法取り決めの文書による提示 (262 名 ; 62.4%)」、「当該訪問介護職員に対する、その利用者のたんの吸引に必要な知識・技術の指導」に関する「習得状況の評価 (279 名 ; 66.4%)」「効果的な排たん法の実施 (304 名 ; 72.4%)」「療養者の意思確認 (318 名 ; 75.7%)」等であった。

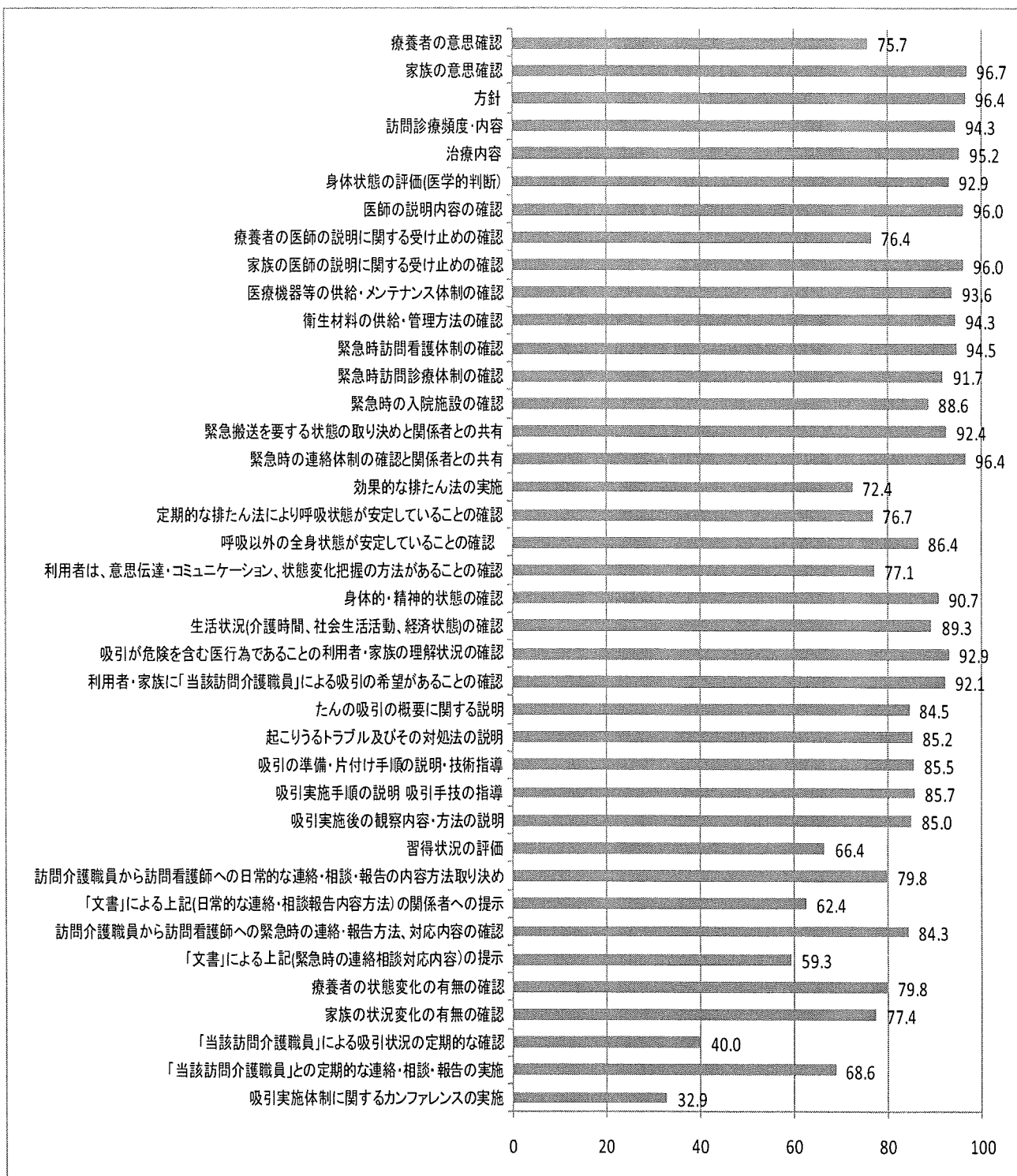


図 E-46. 連携に関する全項目の実施率による比較

(n=420) 単位：%

6)「家族以外の者」の吸引実施を許容するための条件(行政通知)に基づく訪問看護師の連携に関する項目の再分類及び実施充足率(表 E-11)

本調査項目である「たんの吸引」提供における訪問看護師の連携に関する実施項目について、「家族以外の者」による「たんの吸引」を許容するための条件として行政通知(医政発第0717001号:平成15年7月、医政発第0324006号:平成17年3月)に提示されている6つの条件に再分類を行った(表E-11)。

各条件において、その条件の実施内容となる細項目をすべて実施している回答者の割合を各条件の充足率として算出した。「療養環境の管理」の条件に関する細項目をすべて実施していた者は420名中160名であり充足率は38.1%であった。また、「在宅患者・障がい者の適切な医学的管理」の条件に関する細項目をすべて実施していた者は236名(充足率;56.2%)、「家族以外の者に対する教育」の条件に関する細項目をすべて実施していた者は269名(充足率;64.1%)、「患者・障がい者との関係」の条件に関する細項目をすべて実施していたものは256名(充足率;61.0%)、「医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施」の条件に関する細項目をすべて実施していたものは80名(充足率;19.1%)、「緊急時の連絡・支援体制の確保」の条件に関する細項目をすべて実施していたものは196名(充足率;46.7%)であった。

次に、本調査項目である「たんの吸引」提供における行政通知による6つの条件に基づく訪問看護師の連携に関する実施項目全体について、以下の通りに総合的な充足率を算出した。

各大項目を構成する細項目のうち最も実施率の高い細項目を各大項目の代表項目とした場合に、代表項目(13項目)全てを実施していた者は420名中161名(38.3%)であった。尚、この場合の大項目中で実施率が最も高くなかった項目と、「家族以外の者に対する教育」に関する項目「起こりうるトラブル及びその対処法の説明」や「吸引の準備・片付け手順の説明・技術指導」、「医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施」に関する項目「当該訪問介護職員による吸引状況の定期的な確認」などの項目である。

更に、本調査項目である「たんの吸引」提供における訪問看護師の連携に関する実施項目(40項目)全てを実施していた者は、420名中27名(6.4%)であった。

表E-11. 行政通知条件に基づく訪問看護師の連携に関する項目の再分類及び実施充足率

「家族以外の者」によるたんの吸引実施の行政通知による条件	「たんの吸引」提供における訪問看護師の関係職種との連携に関する実施項目	各細項目を実施している人数		細項目をすべて実施している人数		各大項目において最も実施率の高い細項目(★印項目)をすべて実施している人数		細項目をすべて実施している人数	
		(名)	(%)	(名)	(%)	(名)	(%)	(名)	(%)
療養環境の管理	a 在宅療養をすることの意思確認								
	① 療養者の意思確認	318	(75.7)	160	38.1				
	② (★)家族の意思確認	406	(96.7)						
	b 在宅かかりつけ医の診療方針の確認								
	① (★)方針	405	(96.4)						
	② 訪問診療頻度・内容	396	(94.3)						
	③ 治療内容	400	(95.2)						
	④ 身体状態の評価(医学的判断)	390	(92.9)						
	c 病状及び医療処置の説明内容の確認								
	① (★)医師の説明内容の確認	403	(96.0)						
	② 療養者の医師の説明に関する受け止めの確認	321	(76.4)						
	③ 家族の医師の説明に関する受け止めの確認	403	(96.0)						
	d 医療機器・衛生材料の供給・管理体制整備								
	① 医療機器等の供給・メンテナンス体制の確認	393	(93.6)						
② (★)衛生材料の供給・管理方法の確認	396	(94.3)							
b 当該訪問介護職員が「たんの吸引」を実施する場合の、体制整備の確認(再掲)									
① (★)「当該訪問介護職員」から「訪問看護師」への日常的な連絡・相談・報告に関する内容・方法の取り決め	335	(79.8)							
② 「文書」による上記①の関係者への提示	262	(62.4)							
在宅患者・障がい者の適切な医学的管理	a 心身状態の確認			236	56.2				
	① 効果的な排たん法の実施	304	(72.4)						
	② 定期的な排たん法により呼吸状態が安定していることの確認	322	(76.7)						
	③ (★)呼吸以外の全身状態が安定していることの確認	363	(86.4)						
	④ 利用者は、意思伝達・コミュニケーション、もしくは状態変化を把握する方法があることの確認	324	(77.1)						
	b 家族の心身・生活状態の確認								
	① (★)身体的・精神的状態の確認	381	(90.7)						
	② 生活状況(介護時間、社会生活活動、経済状態)の確認	375	(89.3)						
家族に対する教育	a 「当該訪問介護職員」に対する、その利用者の「たんの吸引」に必要な知識・技術の指導			269	64.1	161	38.3	27	6.4
	① たんの吸引の概要に関する説明	355	(84.5)						
	② 起こりうるトラブル及びその対処法の説明	358	(85.2)						
	③ 吸引の準備・片付け手順の説明・技術指導	359	(85.5)						
	④ (★)吸引実施手順の説明 吸引手技の指導	360	(85.7)						
	⑤ 吸引実施後の観察内容・方法の説明	357	(85.0)						
	⑥ 習得状況の評価	279	(66.4)						
患者・障がい者の関係	c 利用者・家族の意向・理解の確認			256	61.0				
	① (★)吸引処置が危険を含む医行為であることの利用者・家族の理解状況の確認	390	(92.9)						
	② 利用者・家族に「当該訪問介護職員」による吸引の希望があるかどうかの確認	387	(92.1)						
	b 当該訪問介護職員が「たんの吸引」を実施する場合の、体制整備の確認(再掲)								
	⑤ (★)「当該訪問介護職員」が「当該利用者」に「たんの吸引」を実施することについての「同意書」は交わされたか	263	(62.6)						
たんに医師によるたんの吸引の連携	a 定期的な吸引実施体制の見直し			80	19.1				
	① (★)療養者の状態変化の有無の確認	335	(79.8)						
	② 家族の状況変化の有無の確認	325	(77.4)						
	③ 「当該訪問介護職員」による吸引状況の定期的な確認	168	(40.0)						
	④ 「当該訪問介護職員」との定期的な連絡・相談・報告の実施	288	(68.6)						
	⑤ 吸引実施体制に関するカンファレンスの実施	138	(32.9)						
緊急時の連絡・支援体制	e 緊急時体制の取り決め			196	46.7				
	① 緊急時訪問看護体制の確認	397	(94.5)						
	② 緊急時訪問診療体制の確認	385	(91.7)						
	③ 緊急時の入院施設の確認	372	(88.6)						
	④ 緊急搬送を要する状態の取り決めと関係者との共有	388	(92.4)						
	⑤ (★)緊急時の連絡体制の確認と関係者との共有	405	(96.4)						
	b 当該訪問介護職員が「たんの吸引」を実施する場合の、体制整備の確認(再掲)								
	③ (★)「当該訪問介護職員」から「訪問看護師」への緊急時の連絡・報告方法、対応内容の確認	354	(84.3)						
④ 「文書」による上記③の提示	249	(59.3)							

注) (★)印を記した項目は、各大項目において、最も実施率の高い細項目を示す。

4. 「たんの吸引」提供に関する関係職種との連携における実施上の課題（表 E-12～15）

本調査では、「たんの吸引」提供に関する訪問看護師の関係職種との連携状況とともに、連携に関する各項目の「実施上の課題」について、自由記載による回答を得た。

以下、自由記載内容を質的帰納的に整理した結果について、前項同様、「連携フロー(2009年度版)」の各実施段階に従って示す。

1) 訪問看護開始時および必要時に「療養環境を整備する」ための実施段階の課題（表 E-12）

訪問看護開始時及び必要時の「療養環境を整備する」ための連携に関する項目は、「a 在宅療養をすることの意思確認」「b 在宅かかりつけ医の診療方針の確認」「c 病状および医療処置の説明内容の確認」「d 医療機器・衛生材料の供給・管理体制整備」「e 緊急時体制の取り決め」として、その実施状況を調査した。

この段階に関する自由記載回答は、420名中76名の記載があり、意味内容により分析単位に分類した結果、76分析単位を抽出した。（以下、分析データ数はカッコで示す）

「a 在宅療養をすることの意思確認」に関する課題としては、「意思疎通困難により意思確認できない(16)」「家族の体調不良により意思確認できない(2)」「家族が日中不在のため意思確認できない(2)」などの課題があった。

「b 在宅かかりつけ医の診療方針の確認」に関する課題としては、「訪問診療でなく通院している(4)」「訪問診療頻度・内容については家族から確認している程度(1)」「かかりつけ医がいない(1)」などの課題があった。

「c 病状および医療処置の説明内容の確認」に関する課題としては、「療養者の受け止めについては意思疎通困難のため確認できない(4)」「家族の受け止めについては連絡ノートによる確認で詳細な把握は困難である(1)」などの課題があった。

「d 医療機器・衛生材料の供給・管理体制整備」に関する課題としては、「医療機器のメンテナンスは福祉用具貸与・販売業者が直接対応している(2)」「以前は病院医より衛生材料を供給していたが在宅かかりつけ医からは一部負担金がかかり困難である(1)」などの課題があった。

「e 緊急時体制の取り決め」に関する課題としては、「在宅での看取りを希望しており入院は避けたいとの希望がある(6)」「緊急時の入院施設が決まっていない(5)」「緊急時は訪問診療・訪問看護ではなく病院へ搬送することになっている(3)」「緊急時は訪問看護ではなく医師へ連絡することになっている(2)」「他訪問看護事業所が緊急時対応をしている(緊急時対応加算を取らない)(2)」「緊急時入院施設は緊急時ベッド確保をしても確実とは言えない(2)」などの課題があった。

表 E-12. 全国調査；「実施上の課題」自由記載内容のまとめ①

1. 訪問看護開始時および必要時に、「療養環境を整備する」ために、下記を実施したか		データ数
76名の自由記載回答(データ数=76分析単位)を分析		
a	在宅療養をすることの意思確認	
	意思疎通困難により意思確認できない (意識障害・認知症・脳梗塞・発語困難・病状進行・小児 など)	16
	家族の体調不良により、意思確認できない。	2
	家族が仕事等で日中不在のため、意思確認できない。	2
	家族が遠方におり、意思確認できない。	1
	家族がいないため、意思確認できない。	1
	訪問開始初期のため、家族との関係づくりが不十分で意思確認できていない。	1
	家族が本人への意思確認を望まない場合がある	1
b	在宅かかりつけ医の診療方針の確認	
	訪問診療ではなく、通院をしている。	4
	訪問診療頻度・内容については、家族から確認している程度(直接医師からは確認していない)	1
	小児で、訪問診療医を見つけるのが困難	1
	かかりつけ医がいない	1
	複数訪問看護事業所が入っており、主治医との方針確認は、他事業所が実施し、それを連絡共有する。	1
c	病状及び医療処置の説明内容の確認	
	「療養者の受け止め」については、意思疎通困難のため確認できない。	2
	「医師の説明内容の確認」は、家族から確認している程度(医師からは確認していない)	1
	「家族の受け止め」については、直接ではなく連絡ノートによる意思確認で詳細の把握は困難である。	1
d	医療機器・衛生材料の供給・管理体制整備	
	医療機器のメンテナンスは、福祉用具貸与・販売業者が直接対応している。	2
	関わりが短期間かつ吸引頻度が少ないため実施していない。	1
	以前は病院医より衛生材料を供給していたが、在宅かかりつけ医からは一部負担金がかかり困難である。	1
	衛生材料管理は他訪問看護事業所が管理している。	1
	病院によっては、医療物品の確保が困難である。	1
e	緊急時体制の取り決め	
	在宅での看取りを希望おり、入院(緊急時搬送)は避けたいとの希望がある。	6
	緊急時の入院施設が決まっていない。	5
	緊急時は、訪問診療・訪問看護ではなく、病院へ搬送(救急車)することになっている。	3
	緊急時は訪問看護でなく、医師連絡となっている。	2
	他訪問看護事業所が緊急時対応している。(緊急時対応加算をとらない)	2
	緊急時は、かかりつけ医でなく直接病院連絡することになっている。	2
	緊急時入院施設は、緊急時ベッド確保をしていても確実とはいえない。	2
	緊急時入院先施設確保は困難で本人の希望に添えない点が多い。	2
	かかりつけ医と病院医の連携は困難な状況である。	1
	緊急時入院施設は、確実ではなく第2次受入体制の整備も必要である。	1
	すでに人工呼吸器を装着しており、緊急時搬送を要する状態の想定が困難である。	1
	病状の進行状況により緊急時対応・入院先を随時検討する必要がある	1
	これまでの療養経過から医療機関への不信感があり、入院施設確保に懸念がある。(本人の入院拒否)	1
	再入院・レスパイト目的での入院は困難な状況がある。	1
	長期間在宅療養で、入院施設との関係が途切れている。	1
	主治医が病院医だが、緊急時に備え在宅かかりつけ医との連携を考える必要がある。	1
	入院施設の確保は主治医が実施している。	1
	緊急時については、主治医・保健師・ケアマネージャとともにマニュアル作成している。	1

2) 「訪問介護職員」による「たんの吸引」の実施に先立つ連携の実施段階の課題 (表 E-13)

「訪問介護職員」による「たんの吸引」の実施に先立って実施する連携の項目として、「a 心身状態の確認」「b 家族の心身・生活状態の確認」「c 利用者・家族の意向・理解の確認」について、計 8 項目の実施状況を調査した。

この段階に関する自由記載回答は、420 名中 34 名の記載があり、意味内容により分析単位に分類した結果、34 分析単位を抽出した。(以下、分析データ数はカッコで示す)

「a 心身状態の確認」に関する課題としては、「たんというより流涎状態のため排痰法は実施していない (2)」「(痛みやこだわりのため) 本人が排痰法実施を拒否する (2)」「気道確保のためのカニューレ留置でたん自体は少ない (1)」「他訪問看護事業所との連携で実施しているので調整に時間がかかる (1)」などの意見があった。

「b 家族の心身・生活状態の確認」の課題としては、「家族がいない (または日中不在) ためできない (3)」「家族が状況を話したがらず確認が困難 (3)」「家族との面談時間が確保できない (1)」「家族の生活状況はケアマネージャーに一任している (1)」などの意見があった。

「c 利用者・家族の意向・理解の確認」に関する課題としては、「家族がヘルパーの吸引を望みいつの間にか実施されていた (1)」「意向の確認はケアマネージャーが実施している (1)」「以前の訪問看護事業所で実施されたのち引き継いだ (1)」などの意見があった。

表 E-13. 全国調査 ; 「実施上の課題」自由記載内容のまとめ②

2. 「当該訪問介護職員」による「たんの吸引」の実施に先立って、下記を実施したか	
34名の自由記載回答(データ数=34分析単位)を分析	データ数
a 心身状態の確認	
看護師以外による体位ドレナージの実施は難しい。	4
「たん」というより流涎状態のため、排痰法は実施していない。	2
退院前に病院ですべて実施され、その後の確認をしている。	2
本人が排痰法実施を拒否する。(痛みや本人のこだわり等)	2
気道確保のためのカニューレ留置でたん自体は少ない。	1
介護職員も体位ドレナージ・タッピングは行っている。	1
他訪問看護事業所との連携で実施しているので調整に時間がかかる。	1
「状態の安定の確認」等については、ケアマネージャーに任せていた。	1
b 家族の心身・生活状態の確認	
家族がいない。(または日中不在)	3
家族が状況を話たがらず(特に経済的状況)確認困難である。	3
家族との面談時間が確保できない。	1
家族が遠方におり、状況が確認できない。	1
家族の生活状況はケアマネージャーに一任している	1
家族の心身状態として過剰に不安が強すぎることもある。	1
家族とは相談しやすい雰囲気づくりから接している	1
c 利用者・家族の意向・理解の確認	
「利用者家族の意向の確認」はケアマネージャーが実施している。	1
ヘルパー事業所が実施している。	1
安全性については本人家族が納得できることが大切である。	1
家族がヘルパーへの吸引を望みいつの間にか実施されていた。	1
家族の在宅医療への理解が乏しい。	1
家族は今のベテラン介護職のみでの実施を希望し、介護職の人数を増やすことができない。	1
家族が本人にあまり関わらず看護師や介護職に一任している。	1
すでに、以前の訪問看護事業所で実施されたのち引き継いだ。	1
本人がヘルパーの吸引を希望した段階で、吸引経験のある事業所を選定していた。	1

3) 「訪問介護職員」による「たんの吸引」の実施のための準備の実施段階の課題(表 E-14)

「訪問介護職員」による「たんの吸引」の実施のための準備として実施する連携に関する項目は、「a 当該訪問介護職員に対する、その利用者のたんの吸引に必要な知識・技術の指導」「b 当該訪問介護職員がたんの吸引を実施する場合の体制整備の確認」として実施状況を調査した。

この段階に関する自由記載回答は、420名中181名の記載があり、意味内容により分析単位に分類した結果、198分析単位を抽出した。(以下、分析データ数はカッコで示す)

「a 当該訪問介護職員に対する、その利用者のたんの吸引に必要な知識・技術の指導」に関する課題としては、135分析単位という最も多くの意見が記述されていた。特に、「他施設・他事業所・病院が実施している(または実施していた)(26)」「ヘルパー(及び事業所)が複数おり、交代もあり、同行して長時間指導や習得状況を確認することが困難である(評価までできない)(23)」「連携のための時間がかかる。訪問介護職員との日程・時間調整が困難である(14)」といった意見が多くあった。また、「家族がすべて介護職員に指導している(7)」「吸引指導には保障がなく、報酬がないと実施困難である(7)」「一定の水準までは行政指導の講義や実技が受けられるような研修体制を作ってほしい(5)」「介護職員と家族間での話が先行し医師が手技指導した(看護師にはその報告のみであった)(5)」「吸引を実施する介護事業所の選択が困難であった(5)」「他訪問看護事業所の併設訪問介護事業所である(他事業所の指導状況・習得状況の把握ができない)(4)」「介護職員の資質や理解度のレベルについての判断が難しい(3)」「指導後のトラブルの責任範囲が不明確である(2)」などの意見があった。更に、少数ではあるが「吸引研修のみでの手技では課題が残っている(1)」「研修受講すれば吸引できるということではなく、研修後の可・不可を明確にすべきである(1)」「吸引モデルがないので練習が困難である(1)」などの課題について幅広い意見があった。

「b 当該訪問介護職員がたんの吸引を実施する場合の体制整備の確認」に関する課題としては、「緊急時・日常時の連絡相談報告方法等」について口頭での説明・電話対応・会議はしているが文書では実施していない(13)」「同意書は、介護職員と家族間で交わすものであり、把握していない(義務がない)(10)」「他事業所(病院)の後を引き継いだため確認していない(9)」などの意見が多くあった。このほか、「同意書は、責任範囲が不明確であり、踏み込めない(3)」「複数の訪問看護事業所が入っており確認できていない(3)」「体制整備はケアマネージャーが中心となっている(3)」「ケア会議の開催による把握を希望したが、時間調整が困難であった(1)」「吸引」に関する緊急時連絡等についての文書は交わしていない(1)」「複数のヘルパー事業所が入っており把握は困難である(1)」などの意見があった。

表Ⅲ-14. 全国調査；「実施上の課題」自由記載内容のまとめ③

3. 「当該訪問介護職員」による「たんの吸引」の実施のために、下記を実施したか	
181名の自由記載回答(データ数=198分析単位)を分析	データ数
a 「当該訪問介護職員」に対する、その利用者の「たんの吸引」に必要な知識・技術の指導	
他施設・病院・他事業所)が実施している(していた)	26
ヘルパー(及び事業所)が複数おり交代もあり、同行して長時間指導や習得状況を確認することが困難である。(評価までできない)	23
連携のための時間がかかる。訪問介護職員との日程・時間調整が困難である。(習得状況確認は数回同行訪問必要・同行訪問困難・吸引不要時に吸引実施・自己負担の発生など)	14
家族が全て介護職員に指導している。	7
吸引指導には保障がなく、報酬がないと実施困難である。	7
一定の水準までは、行政指導の講義や実技が受けられるような研修体制を作してほしい。	5
吸引実施する事業所の選択(意思のある介護職員の把握)が困難であった。	5
介護職員と家族間で話が先行し、医師が手技指導した。(看護師にはその報告のみ)	4
介護職員はすでに長期間介護しており、家族との関係が成立していた。(すでに実施していた)	4
集団での研修会・事業所内勉強会、個別指導としてモデル(または研修生同士)での実施、利用者への実施とその後の評価、すべて実施している。(習得状況により時間が異なる)	4
他訪問看護事業所の併設事業所である。(他事業所の指導状況・習得状況の把握ができない)	4
看護師資格のある介護職員であるため指導は不要である。	3
介護職員の資質や理解度のレベルについての判断が難しい。	3
指導後のトラブルの責任範囲が不明確である。	2
同行訪問(病院内指導)の際、介護職は無償で訪問している状況である。	2
看護師・介護職員ともに複数名おり、手技の徹底がなされているかは不明である。	2
吸引研修のみの手技では課題が残っている。	1
吸引を多く受け入れている介護事業所であり、確認程度であった。	1
入院中から訪問看護事業所内で指導を開始している。	1
指導には、業務時間外を設定し個々の対象者への指導案を作成、主治医に確認して指導する。ヘルパー交代時には同様に実施する必要がある。	1
病院での指導が基本で、病院指導を受けられなかった介護職員に対して指導をする。	1
介護経験・レベルによって、指導に要する時間も異なる。	1
ヘルパー一人に約3カ月、口・鼻・気管内と段階的に指導(同行訪問)時間をかなり要する。	1
介護職員との関わりがない。	1
同行訪問時の吸引は看護職の実施を希望され、介護職員の評価は困難である。	1
指導開始後に、介護職員から途中拒否があった。	1
トラブル時に金銭による解決を望む家族があり、介護職の実施は勧められないが実施している。	1
指導にあたり統一された資料があるとよい。	1
吸引モデルがないので練習が困難である。	1
指導依頼はあるが「評価」の依頼はない。	1
一度研修しても実施までに期間が開いてしまうことがある(再研修の必要性)	1
利用者のみでなく、介護職員の不安感、安全面等を考えるととても時間を要し、個人差がある。	1
訪問入浴には看護師が同行しているので実施しない。	1
併設訪問介護事業所であるため、研修やトラブル対応も容易である。	1
研修に関する主治医との時間調整が困難である。	1
研修受講すれば吸引できるということではなく、研修後の「可・不可」を明確にすべきである。	1
b 「当該訪問介護職員」が「たんの吸引」を実施する場合の、体制整備の確認	
「緊急時・日常時の連絡相談報告方法等」について口頭での説明・電話対応・会議はしているが文書では実施していない。(必要性を感じていなかった・今後必要)	13
同意書は、介護職員と家族間で交わすものであり、把握していない。(義務がない)	10
他事業所(病院)の後を引き継いだため確認していない。	9
同意書は、責任範囲が不明確であり、踏み込めない。	3
家族が中心となり管理している。	3
複数の訪問看護事業所が入っており確認できていない。(メイン事業所が実施)	3
体制整備はケアマネージャーが中心となっている。	2
介護職との関わりがない。	2
同意書は介護職員が医師と直接やりとりしていた。(緊急連絡先は医師となっている)	2
時間がない。	1
介護事業所に一任している。	1
看護師は、同意後医師の指示による指導を実施している。	1
ケア会議の際に確認した。	2
ケア会議の開催による把握を希望したが、時間調整が困難であった。	1
リスクの高い利用者であり、緊急時家族が対応するというので介護職員は同意している。	1
「吸引」に関する緊急時連絡等についての文書は交わしていない。	1
複数のヘルパー事業所が入っており把握は困難である。	1
介護職員のみでなく事業所とも同意を交わしている。	1
指示書と同意書は同等であると理解している。	1
私費の契約のため実施していない。	1
同意書の写しを看護師が保管しておく必要がある。(していなかった)	1
同意書は、確認をすることを意識していないと(他事業所のことなので)現場の看護師が把握しないまま吸引の実施となっていることがある。	1
日常的な連絡・報告自体を実施していない。	1
併設の介護事業所との連絡等は文書までは不要である。	1

4) 「訪問介護職員」による「たんの吸引」開始後の連携の実施段階の課題 (表 E-15)

「訪問介護職員」による「たんの吸引」が開始となった後に実施する連携に関する項目は、「a 定期的な吸引実施体制の見直し」として、その実施状況を調査した。

この段階に関する自由記載回答は、420名中119名の記載があり、意味内容により分析単位に分類した結果、131分析単位を抽出した。(以下、分析データ数はカッコで示す)

「療養者の状態変化の有無の確認」については、「安定しているため実施していない(3)」、「家族の状況については訪問時会えないため実施していない(3)」などの意見があった。

「当該訪問介護職員による吸引状況の定期的な確認」に関しては、「訪問以外の時間調整が困難で同行訪問や会議開催はない(16)」「訪問時、機会があれば確認するが定期的ではない(4)」「吸引頻度が少ないため、介護職員の確認は困難である(4)」「看護師も介護職員も複数関わっており確認が困難である(2)」などの意見があった。

また、「当該訪問介護職員との定期的な連絡・相談・報告の実施」「吸引実施体制に関するカンファレンスの実施」に関しては、「カンファレンス開催するほどの問題が生じていない。本人・介護職員に問題があればその都度対応している(19)」「訪問以外の時間調整が困難で同行訪問や会議開催はない(16)」「カンファレンスはするが「吸引」がテーマの会議開催はない(14)」などの意見が多くあった。このほか、「他訪問看護事業所が実施している(6)」「介護職員の方で問題があれば連絡がくることになっている(3)」「介護職員が複数おり、調整が困難である(2)」「吸引については、基本的に本人家族と介護職員との取り決めであるため実施していない(2)」「カンファレンスはケアマネージャーを中心として調整していかないと調整が図れない(1)」などの意見があった。

表 E-15. 全国調査 ; 「実施上の課題」 自由記載内容のまとめ④

4. 「当該訪問介護職員」による「たんの吸引」開始後に、下記を実施しているか	
119名の自由記載回答(データ数=131分析単位)を分析	データ数
a 定期的な吸引実施体制の見直し	
「状態変化」については安定しているため実施していない。	3
「状態変化」については家族からの報告のみである。	2
「状態変化」については夜間苦しくて訪問看護に連絡があっても時間外料金が莫大となるため対応に困難がある	1
家族の状況については、訪問時会えないため実施できない。	3
家族が体調を崩しそのための会議を開催した。	1
家族の状況については、独居のため実施していない。	1
カンファレンス開催するほどの問題が生じていない。(本人・介護職員に) 問題があればその都度対応している。	19
訪問以外の時間調整が困難で同行訪問や会議開催はない(連絡帳・電話・家族を介しての情報交換)	16
同行訪問時にその都度情報交換している。	15
カンファレンスはするが「吸引」がテーマの会議開催はない。	14
本体制後間もないためカンファレンスを実施していない。	9
訪問介護職員の訪問時間に同行することが困難である。	8
他訪問看護事業所が実施している。	6
訪問時、機会があれば確認するが定期的ではない。	4
吸引頻度が少ないため、介護職員の確認は困難である。	4
同法人以外の訪問介護職員の場合の確認は困難である。	3
介護職員の方で問題があれば連絡がくることになっている。	3
看護師も介護職員も複数関わっており確認が困難である。	2
介護職員の確認は家族(ケアマネージャー)を通して実施している。	2
「吸引」に関する定期的な「連絡相談報告」はない。	2
カンファレンス実施前に療養者の状態が悪化した。	2
介護職員が複数おり、調整が困難である。	2
吸引については、基本的に本人家族と介護職員との取り決めであるため実施していない。	2
介護職員の確認は介護事業所に一任している。	2
訪問介護職員のアセスメント能力等の把握はできない。	1
同行訪問ではなく、ヘルパー訪問後の訪問看護により確認している。	1
介護職員がベテランなので確認の必要が少ない。	1
カンファレンスはケアマネージャーを中心として調整していかないと調整が図れない。	1
介護職員との関わりがない。	1

D. 考察

本研究は、前章において精練した「連携パス(2009年度版)」の連携に関する内容について、全国の訪問看護ステーションにおける関係職種との連携状況の実態を明らかにすることを目的に全国 3596 か所の訪問看護事業所の訪問看護師を対象に質問紙調査を実施し、420 名より回答を得た。

1. 回答者の所属訪問看護事業所の概要について

まず、回答者(420 か所)の「所属訪問看護事業所の概要」について、全国における訪問看護及び利用者に関する統計資料¹⁾(厚生労働省平成 19 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況)と照合して考察する。

本調査の回答者の所属訪問看護事業所(420 か所)の設置主体は、「医療法人;142 件(33.8%)」「社団・財団法人;45 件(10.7%)」「医師会;45 件(10.7%)」等が多かった。全国統計資料¹⁾においても、「医療法人(42.9%)」「社団・財団法人(14.7%)」といった順に多く、本調査資料は近似した構成割合を示していた。訪問介護事業所の調査時点の前月時点における実利用者数は、平均 81.07 名(SD=51.44)であり、全国統計資料¹⁾では、1 事業所 1 カ月あたりの平均利用者数は、50.7 名であり、本調査資料ではやや利用者数が多かった。また、訪問看護職員の常勤換算人数は、本調査では平均 5.97 名、全国統計資料¹⁾では 5.0 名であり、本調査対象訪問看護事業所の規模としてはほぼ全国の訪問看護事業所に近似していた。

また、所属訪問看護事業所(420 か所)の利用者の保険別請求割合については、本調査結果では、「医療保険(平均 30.24%)」「介護保険(69.62%)」であったが、全国統計資料¹⁾では「医療保険(21.7%)」「介護保険(78.3%)」という結果であり、本調査結果の方が「医療保険」による保険請求割合が高かった。これは、本調査が、「たんの吸引」という医行為に関する訪問看護提供に焦点化した調査であることが影響している可能性が考えられる。

以上より、本調査資料における対象者の所属事業所の設置状況等は、「保険請求割合」等については、本調査で焦点化している調査内容(たんの吸引)の提供状況を反映した背景であったものの、ほぼ全国訪問看護事業所と近似していたと考えられる。

また、本調査(訪問看護師を対象とした「たんの吸引」における関係職種との連携状況の実態調査)の実施前月時点の訪問看護事業所の実利用者数は、平均 81.07 名(SD=51.44)であり、回答事業所 420 か所において吸引を実施している利用者数は、計 3226 名(8.38 名/事業所)であった。更に、回答事業所 420 か所において「吸引を実施している利用者」のうち、「訪問介護職員が吸引を実施している利用者数」は計 736 名(2.12 名/事業所；訪問看護師が実施している利用者のうち 22.81%)であった。

調査対象者や調査内容が異なるため正確な比較できないが、参考として、先行研究(平成 15 年度・平成 18 年度)³⁾では、保健師を対象とした「たんの吸引」を要する療養者の療養環境整備に関する実施状況が把握されている。保健師が把握している在宅療養者のうち家族以外の者による「たんの吸引」が実施されている者は、平成 15 年度は 779 名中 240 名(ALS 療養者のみ；30.8%)、平成 18 年度は 1331 名中 486 名(36.5%)であった。

また、本研究班の 2008 年度全国調査²⁾(全国介護支援専門員 456 名より回答を得た在宅医療処置を要する療養者 1877 名分の実態調査)において「たんの吸引」を要する利用者の訪問サービス利用状況を調査した結果では、①「口腔・鼻腔のみの吸引」を要する利用者(255 名)のうち訪問看護利用者は 216 名(85.7%)、訪問看護・訪問介護両方利用している者は 111 名

(43.5%)であった。更に、②「咽頭～気管切開部の吸引」を要する利用者(113名)のうち訪問看護利用者は104名(92.0%)、訪問看護・訪問介護両方利用している者は69名(61.1%)であった。この調査では、訪問看護・訪問介護サービス利用状況を調査しており、訪問介護サービスとして介護職員が「たんの吸引」を実施しているかどうかは明確ではない。

調査対象者や調査内容が異なるため正確な比較できないが、以上の先行研究結果も総合し概括すると「家族以外の者によるたんの吸引の実施」に関する行政通知が平成15年に提示されてから本年度(平成21年度)までに、「家族以外の者によるたんの吸引」の実施状況としては、大幅な増加は認められていないことが推測される。

2. 利用者の概要について

本調査では回答訪問看護師が「たんの吸引」を提供しており、更に当該利用者に対して訪問介護職員が「たんの吸引」を実施している利用者を1名選定した上での回答を得た。この利用者の概要について、全国統計資料¹⁾及び本研究班の2008年度全国調査²⁾(全国介護支援専門員456名より回答を得た在宅医療処置を要する療養者1877名分の実態調査)の結果と照合し、以下、考察する。尚、本調査は訪問看護師を対象とした「たんの吸引」に関する調査であり、比較文献²⁾は介護支援専門員を対象とした「在宅医療処置」に関する調査に基づき、医療処置別に分析した結果をまとめた資料である。

本調査における「当該利用者」の年齢は「60歳代;110名(26.2%)」「70歳代;95名(22.6%)」「50歳代;59名(14.0%)」の順に多く、「10歳未満」は10名(2.4%)であった。全国の介護保険の利用者の年齢構成¹⁾は、制度上年齢制限が前提であることから「80歳代;33.9%」「70歳代;27.7%」「90歳以上15.2%」といった順に多かった。本調査資料は、介護保険対象外の年齢層を含めているため、利用者の年齢層は比較的若年層となっていた。

また、本調査では、420名中351名(83.6%)の者が要介護認定を受けており、このうち「要介護5」の者は82.9%を占めていた。更に、ADLの状況については、「全介助」の者は93.8%を占めていた。この点については、2008年度の全国調査²⁾では、「たんの吸引」を要する利用者のうち「要介護5」の者は82.7%(口・鼻腔のみ吸引)、83.2%(気管切開あり)であり、ADLの状況は「全介助」の者は93.7%(口・鼻腔のみ吸引)、83.2%(気管切開あり)であった。本調査においても、先行研究における療養者の状態像と類似した特徴があり、「たんの吸引」を要する利用者は重症度が高い状態像であった。

更に、当該利用者の世帯類型については、本調査結果では、「夫婦世帯」が161名(38.3%)で最も多く、次いで、「2世帯同居」151名(36.0%)であった。「独居」は24名(5.7%)であった。この点については、2008年度の全国調査²⁾における「たんの吸引を要する療養者」の家族構成として、「夫婦世帯」は28.3%(口・鼻腔のみ吸引)、37.2%(気管切開あり)、「2世以上」は、40.2%(口・鼻腔のみ吸引)、31.0%(気管切開あり)、「単身」は4.0%(口・鼻腔のみ吸引)、4.4%(気管切開あり)という結果であった。「2世帯同居」の選択肢が異なるため、正確な比較はできないが、家族状況として「夫婦世帯」及び「独居」の割合は、類似する結果となった。

以上の「1. 回答者の所属事業所の概要及び利用者の概要について」全国的な調査資料との比較により、本調査資料はほぼ全国的な訪問看護事業所及び「たんの吸引を要する利用者」の状況・状態像を反映しているものと推測された。

3. 連携実態結果に関する先行研究データとの比較

本調査では、訪問看護師を対象とした「たんの吸引」提供における関係職種との連携に関する実態を調査した。先行研究(平成15年度・平成18年度)³⁾では、保健師を対象とした「たんの吸引」を要する療養者の療養環境整備に関する実施状況が把握されている。調査対象者及び調査項目が一致していないため、安易な比較検討はできない。しかし、近年の動向を推察するため、以下、本調査における訪問看護師の実施状況との比較検討を行政通知⁴⁾に示されている「家族以外の者によるたんの吸引を許容するための条件」に従って考察する。

1) 療養環境の管理

先行研究³⁾では、「療養環境の管理」に関して、「入院先の医師または看護職による退院に向けた在宅療養に関しての具体的な状況の説明がある」ということに関する実施状況を調査していた。平成15年度(ALS患者対象)の実施割合は83.9%、平成18年度は73.7%であった。本調査では、訪問看護師の実施状況を調査し、その実施割合は「医師の説明内容の確認; 96.0%」及び「療養者の医師の説明に関する受け止めの確認; 76.4%」「家族の医師の説明に関する受け止め; 96.0%」という結果であった。療養者本人に対する確認は、意思疎通が困難であり実施困難であるとの理由も回答されており、「療養環境の管理」に関連する個々の項目の訪問看護師の実施割合は高いものと考えられる。しかし、本調査において「療養環境の管理」に関する項目として分類した13項目すべての項目を実施していると回答した者は160名(38.1%)であり、安全性確保のための行政通知による6条件の中で「療養環境の管理」の充足率は38.1%でしかなかった。

2) 在宅患者・障がい者の適切な医学的管理

先行研究³⁾では、「在宅患者の医学的管理」に関して、「専門医療機関あるいは地域主治医の通院・往診のどちらかを実施している」ということに関する実施状況を調査していた。平成15年度・18年度ともに100%の実施割合であった。本調査において、同様の設問は設けていないものの、訪問看護師が実施する「医学的管理」の実施項目として、「効果的な排痰法の実施」や「身体的・精神的状態の確認」「呼吸以外の全身状態が安定していることの確認」等の実施状況を調査した。その結果、各項目の実施割合は「効果的な排痰法の実施; 72.4%」や「身体的・精神的状態の確認; 90.7%」「呼吸以外の全身状態が安定していることの確認; 76.7%」であった。「効果的な排痰法」を実施していない理由として、「たんというより流涎状態のため排痰法は実施していない」「本人が排痰法実施を拒否する」等の意見があり、療養者の状態像を見極めた適切な訪問看護提供が必要である。更に、本調査において「在宅患者・障がい者の適切な医学的管理」に関する項目として分類した6項目すべての項目を実施していると回答した者は236名(56.2%)であり、安全性確保のための行政通知による6条件の中で「在宅患者・障がい者の適切な医学的管理」の充足率は56.2%と十分とは言い難い結果であった。「在宅患者・障がい者の適切な医学的管理」に関しては、平成15年度・平成18年度に比べ、より具体的な訪問看護師の実施項目については課題があることが明らかになった。

3) 家族以外の者に対する教育

先行研究³⁾では、「家族以外の者に対する教育」に関して、「吸引者は療養者の吸引についての研修を受けている」ということに関する実施状況を調査していた。平成15年度(ALS患者対象)の実施割合は70.0%、平成18年度は87.2%であった。本調査による訪問看護師の実施状況の結果では、これらに該当する内容の項目の実施割合は「たんの吸引の概要に関する

説明；84.5%」「起こりうるトラブル及びその対処法の説明；85.2%」「吸引の実施手順の説明・吸引手技の指導；85.7%」「吸引実施後の観察内容・方法の説明；85.0%」「習得状況の評価；66.4%」という結果であった。「習得状況の評価」については特に実施割合が低い結果であった。しかし、その他の教育に関する項目の個々の実施率については、訪問看護師による実施割合は、平成15年度・18年度とほぼ同レベルの実施状況ではないかと推測される。

しかし、本調査において「家族以外の者に対する教育」に関する項目として分類した6項目すべての項目を実施していると回答した者は269名(64.1%)であり、安全性確保のための行政通知による6条件の中で「家族以外の者に対する教育」の充足率についても64.1%と、十分とは言い難い結果であった。

4) 患者・障がい者との関係

先行研究³⁾では、「患者との関係」に関して、「同意書を取っている」ということに関する実施状況を調査していた。平成15年度(ALS患者対象)の実施割合は47.1%、平成18年度は74.3%であった。本調査による訪問看護師の実施状況の結果では、同設問に対する実施割合は「はい；62.6%」であり、また「把握していない24.0%」であった。「患者・家族」と「家族以外の者」との間で取り交わされる同意書に関する訪問看護師の認識としては、この「同意書」に関連した訪問看護師の責任範囲が不明確であるとの理由から踏み込んだ確認をしていないといった意見があり、「患者との関係」における訪問看護師の参画のあり方には、依然として課題があることが明らかになった。更に、本調査において「患者・障がいとの関係」に関する項目として分類した3項目すべての項目を実施していると回答した者は256名(61.0%)であり、安全性確保のための行政通知による6条件の中で「患者・障がい者との関係」の充足率についても61.0%と、十分とは言い難い結果であった。

5) 医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施 先行研究³⁾では、「医師及び看護職員との連携による適切なたんの吸引の実施」に関して、「たんの吸引を適正に行うことができているか定期的確認を行っている」ということに関する実施状況を調査していた。平成15年度(ALS患者対象)の実施割合は21.7%、平成18年度は26.1%であり、実施割合は低かった。本調査による訪問看護師の実施状況の結果では、「当該訪問介護職員による吸引状況の定期的な確認」の実施割合は40.0%であった。更に、本調査において「医師及び看護職員との連携による適切なたんの吸引の実施」に関する項目として分類した5項目すべての項目を実施していると回答した者は80名(19.1%)であり、行政通知による6条件の中で「医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施」の充足率は19.1%と最も低い結果であった。依然として、「医師及び看護職員との適正なたんの吸引の実施」の整備状況には課題があることが明らかになった。

6) 緊急時の連絡・支援体制の確保

先行研究³⁾では、「緊急時の連絡・支援体制の確保」に関して、「緊急時の関係者連絡体制をとっている」ということに関する実施状況を調査していた。平成15年度(ALS患者対象)の実施割合は92.9%、平成18年度は94.6%であり、実施割合は高かった。本調査による訪問看護師の実施状況の結果では、「緊急時訪問看護体制の確認；94.5%」「緊急時訪問診療体制の確認；91.7%」「緊急時の入院施設の確認；88.6%」「緊急時の連絡体制の確認と関係者との共有；96.4%」「訪問介護職員から訪問看護師への緊急時の連絡報告方法、対応内容の確認；84.3%」「訪問介護職員から訪問看護師への緊急時の連絡報告方法、対応内容の文書による提

示；59.3%」という結果であった。更に、本調査において「緊急時の連絡・支援体制の確保」に関する項目として分類した7項目すべての項目を実施していると回答した者は196名(46.7%)であり、行政通知による6条件の中で「緊急時の連絡・支援体制の確保」の充足率は46.7%と十分とは言い難い充足率であった。平成15年度・18年度に続き、緊急時連絡支援体制の確保の個々の項目はほぼ実施されているものの、本調査の設問である「訪問介護職員から訪問看護師への緊急時の連絡報告方法、対応内容の文書による提示」のように、取り決めとして文書化しておくことまでは十分に実施されていないという状況が明らかになった。

以上により、行政通知⁴⁾に示されている「家族以外の者によるたんの吸引を許容するための条件」の枠組みにより、実施状況を検討した結果、「療養環境の管理」「家族以外の者に対する教育」に関連する本項目に関する個々の項目の訪問看護師の実施割合は、平成15年度・平成18年度の結果同様、比較的高いものと考えられる。しかし、「在宅患者の適切な医学的管理」に関する具体的な訪問看護内容や「家族以外の者に対する教育」に関する「(家族以外の者に対する教育の)習得状況の評価」については、訪問看護師の回答からは低い実施率であった。また、「患者との関係」における「同意書」に関しては、本調査の結果、この点に関する訪問看護師の参画の在り方に課題が残されていることが明らかとなった。また、「緊急時の連絡・支援体制の確保」の個々の実施項目については、平成15年度・18年度同様、比較的实施割合は高かったものの、「訪問介護職員から訪問看護師への緊急時の連絡報告方法、対応内容の文書による提示」のように、取り決めとして文書化しておくことまでは十分に実施されていないという状況が明らかになった。更に、「医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施」の整備状況は平成15年度・18年度ともに他の条件に比べ最も低い実施割合であったが、本調査においても実施割合が低く、依然として課題があることが明らかとなった。

また、安全性確保の観点から本調査項目はすべて満たしておく必要がある。しかし、本調査項目である「『たんの吸引』提供における行政通知による6つの条件に基づく訪問看護師の連携に関する実施項目」の全体の総合的な充足率については、各大項目を構成する細項目のうち最も実施率の高い細項目を各大項目の代表項目(13項目)とした場合であっても、充足率は38.3%であり、本調査項目である「たんの吸引」提供における訪問看護師の連携に関する実施項目(40項目)全ての充足率は6.4%であった。

以上のように、平成15年・17年に在宅療養者の「たんの吸引」提供に関する行政通知が提示されて以降、「たんの吸引」提供に関する療養環境整備は十分充足されているとはいえない現状であることが明らかになった。今後は、関係職員、在宅療養者に、整備されるべき6条件をより具体的に周知するとともに、実施割合の低い内容に関して重点的に実現可能にしていくための療養環境整備のための方策が必要である。

4. 実施上の課題に関する現行制度(診療報酬・介護報酬)の観点からの検討

「たんの吸引」提供における訪問看護師の関係職種との連携に関する実施状況を調査した結果、「実施している」という回答の割合が90%以上の項目は、「家族の意思確認(406名；96.7%)」「(在宅かかりつけ医への)方針の確認(405名；96.4%)」「緊急時の連絡体制の確認と関係者との共有(405名；96.4%)」「医師の説明内容の確認(403名；96.0%)」など、全39項目中16項目であった。一方、「実施している」という回答の割合が低い項目は、「吸

引実施体制に関するカンファレンスの実施（138名；32.9%）」「当該訪問介護職員による吸引状況の定期的な確認（168名；40.0%）」「当該訪問介護職員から訪問看護師への緊急時の連絡・報告方法・対応内容の文書による提示（249名；59.3%）」「当該訪問介護職員から訪問看護師への日常的な連絡・相談・報告に関する内容・方法取り決めの文書による提示（262名；62.4%）」「当該訪問介護職員に対する、その利用者のたんの吸引に必要な知識・技術の指導」に関する「習得状況の評価（279名；66.4%）」「効果的な排たん法の実施（304名；72.4%）」「療養者の意思確認（318名；75.7%）」等であった。

これらの項目に関する「実施上の課題」の分析結果とともに、行政通知⁴⁾に示されている「家族以外の者によるたんの吸引を許容するための条件」に従って考察する。療養者の在宅療養の安全性を確保するためには、訪問看護の安定的な供給が重要である。そのため、以下、現行制度、特に、診療報酬・介護報酬との関連について、以下、検討する。

1) 「療養環境の管理」に関する連携の実施について

「療養環境の管理」に関連する本調査の連携項目及びその実施割合は、「(在宅かかりつけ医)の方針の確認(96.4%)」「医師の説明内容の確認(96.0%)」「医療機器等の供給・メンテナンス体制の確認(93.6%)」等であった。いずれも、比較的实施割合が高い結果であった。

まず、「(在宅かかりつけ医)の方針の確認」「医師の説明内容の確認」に関連する現行制度としては、医療保険制度の診療報酬体系における訪問看護管理療養費への加算として、「在宅患者連携指導加算」がある。これは、利用者の診療情報等を医療関係職種間で共有し、その情報をもとに月2回以上指導を実施することに対する評価である。また、医療機関との連携においては、利用者が医療機関から在宅に移行するにあたっては、「退院時共同指導加算」「退院支援指導加算」の算定も可能である。これらの診療報酬体系の裏付けもあり、実施割合が高かった可能性も考えられる。しかし、本調査の対象利用者のように「たんの吸引」を在宅において導入するにあたっての在宅移行期間では、療養者の病状及び家族の吸引手技等が不安定であり、療養者の安全性確保のためには集中的な訪問看護を要する。この点について、「退院時共同指導加算」においては、退院後初日の訪問看護実施時1回に限り算定できることになっており、「退院支援指導加算」では、利用者対象者の制限があるとともに、1人の利用者につき1つの訪問看護ステーションにのみが算出できることになっている。また、介護保険制度の利用者においては、この在宅移行に関する訪問看護への報酬の設定はなく、介護支援専門員への介護報酬としての「医療連携加算」「退院・退所加算」、地域密着型サービスの一部の施設への報酬としての「医療機関連携加算」が設定されている。

このような制限がある中、訪問看護師は、活用可能な制度を利用しながら、関係職種(機関)との連携の質を担保し、在宅移行を安全に進めていくことが求められているものとする。

次に、「医療機器等の供給・メンテナンス体制の確認」に関する連携について検討する。本調査結果では、「実施上の課題」として、「在宅かかりつけ医からの供給が困難なことがある」との意見があった。在宅療養者の医療機器・衛生材料の供給に関しては、医療保険の診療報酬体系における医師に対する報酬として「在宅療養指導管理料」「在宅療養指導管理材料加算」「特定医療材料料」が設定されている。このうち、「在宅療養指導管理材料加算」「特定医療材料料」では、保険償還できる機器・物品に限られており、その他の衛生材料等については、「在宅療養指導管理料」に包括されている。先行研究⁵⁾によると、ガーゼや脱脂綿等の衛生材料については、特に、医療機関からの供給が少なく利用者の自己負担または訪問看護ステ

ーションが負担している割合が高かった。衛生材料の供給の課題のひとつとしては、在宅医療機関における衛生材料等の供給体制(システム)の問題が指摘されている⁶⁾。この連携項目に関しては、訪問看護師が主体となって実施することは比較的困難である可能性がある。しかし、訪問看護師は、在宅における療養者の医療処置状況を把握しやすい医療職の立場として、「医療機器・衛生材料の供給」等に関する医師への情報提供を含めた連携をはかっていくことが、療養環境整備の上で重要な役割を担っているものとする。

2) 「在宅患者・障がい者の適切な医学的管理」に関する連携

次に、「在宅患者・障がい者の医学的管理」に関連する本調査の連携項目及びその実施割合は、「効果的な排痰法の実施；72.4%」や「身体的・精神的状態の確認；90.7%」「呼吸以外の全身状態が安定していることの確認；76.7%」等であった。これらの項目に関する実施上の課題としては、「たんというより流涎状態のため排痰法は実施していない」「本人が排痰法実施を拒否する」等の意見があった。訪問看護師は、排痰法については、療養者のニーズを判断した上で実施していた。この排痰法を効果的に実施するためには、長時間訪問看護を要する場合やその後の状態評価のための複数回訪問を要する場合も考えられる。医療保険制度の診療報酬体系における訪問看護療養費への加算として、人工呼吸器を使用している状態にある者に対しては「長時間訪問看護加算」を週1回利用することができる。また、複数回訪問については、難病患者等に関しては「難病等複数回訪問加算」により、訪問回数によって加算額は異なるものの現行制度上、可能な状況である。しかし、いずれも対象者が限られている。特に、頻回な排痰法や状態確認を要する場合には、在宅患者の適切な医学的管理のために、訪問看護師の迅速かつ柔軟な対応が求められ、制度利用及び訪問看護事業所経営上の課題が潜在している可能性も考えられる。

3) 「家族以外の者に対する教育」に関する連携

「家族以外の者に対する教育」に関連する本調査の連携項目及びその実施割合は、「たんの吸引の概要に関する説明；84.5%」「起こりうるトラブル及びその対処法の説明；85.2%」「吸引の実施手順の説明・吸引手技の指導；85.7%」「吸引実施後の観察内容・方法の説明；85.0%」「習得状況の評価；66.4%」等であった。また、これらの項目に関する実施上の課題としては、「ヘルパー(及び事業所)が複数おり、交代もあり、同行して指導や習得状況を確認することが困難である(評価までできない)」「連携のための時間がかかる。訪問介護職員との日程・時間調整が困難である。訪問介護職員との時間調整が困難である」「指導には保障がなく、報酬がないと実施困難である」「指導後のトラブルの責任範囲が不明確である」等の意見があった。

また、本調査結果による合計指導時間は、平均 6.58 時間 (SD=46.95) であり、平均 4.42 日 (SD=5.03) にかけて指導をしていた。この指導時間の回答では、最小 10 分～最大 720 時間であり、指導にかけている時間は非常にばらつきがあった。更に、この指導時間は実際に確保された時間の回答であったが、指導時間や研修のあり方に関連する実施上の課題としては、「介護職員の資質や理解度のレベルの判断が難しい」「吸引研修のみの手技では課題が残っている」「研修受講すれば吸引できるということではなく、研修後の可・不可を明確にすべきである」といった家族以外の者の知識技術の習得状況の評価に関する意見があった。

在宅医療の療養指導に関連する現行制度としては、指導に要する時間確保及び報酬については、医療保険制度の診療報酬体系における医師への加算として、「在宅療養指導管理料」がある。一方、訪問看護における在宅医療の療養指導に関する指導料は診療報酬・介護報酬体