

## (2) ガイドラインなどの利用

貴方は、上記①～③の吸引の資料を実際に利用していますか？

### ①「気管吸引のガイドライン」日本呼吸療法医学会

	件数	パーセント
利用している	27	10.2
利用していない	238	89.8
合計	271	100

### ②「吸引プロトコル(第2版)」日本理学療法士協会

	件数	パーセント
利用している	74	27.9
利用していない	191	72.1
合計	271	100

### ③「喀痰吸引に対する基本的な対応」日本作業療法士協会

	件数	パーセント
利用している	9	3.4
利用していない	256	96.6
合計	271	100

#### (2) -1 「利用している」方に利用の仕方を伺います

	件数	パーセント
1. ひとつの資料内容に準じた利用をしている	14	17.9
2. そのままの資料を複数利用している	36	46.2
3. 勤務先独自の資料作成に応用し利用している	28	35.9
合計	78	100

#### (2) -2 ひとつの資料内容に準じた利用をしている」を選択された方は 使用ガイドラインを教えてください

	件数	パーセント
② 吸引プロトコル(第2版) 日本理学療法士協会	14	100

(2)-3 「利用していない」方に今後の利用の可能性を伺います

	件数	パーセント
今後利用するつもりがある	150	78.1
今後利用するつもりは無い	42	21.9
合計	192	100

(3) 在宅ガイドラインの必要性

(3) -1 在宅を対象にした吸引ガイドラインの必要性はあるか？

	件数	パーセント
必要である	247	93.9
不要である	16	6.1
合計	263	100

(3) -2 どちらの理由についても伺います。そう思われるのはなぜですか？

	件数	パーセント
人工気道以外(口腔・鼻腔)の吸引ガイドラインを示してほしいから必要	147	55.5
リスク管理上必要と感じるから	3	1.1
あった方が指導も受けやすい	1	0.4
いずれにしてもガイドラインは必要だから	1	0.4
セラピストの負担軽減のため必要	1	0.4
医療職以外も見るため必要	1	0.4
一定の取り決めは必要と考える	1	0.4
吸引行為を家族実施が中心でセラピストが非実施でも知識として必要である	1	0.4
緊急時のため必要	1	0.4
最低限の安心のために必要	1	0.4
在宅では個別性が高いから	1	0.4
設備・環境が医療施設とは異なるから	1	0.4
必要だと思うが複数にせず一つにまとめてほしい	1	0.4
病院によって方法が異なっていたり、訪問看護をしている事業所ごとに違った方法を行ったりなど、対象者によって方法を変えたりする必要がある ので、より多くの方法や種類を学びたい	1	0.4
病院ほど設備のない中で安全に吸引を実施する目安がほしいから必要	1	0.4

分かりやすく安全に実施できるガイドラインがほしい	1	0.4
訪問では各利用者で吸引方法が異なり（各入院施設で異なる）その都度、訪問看護師等に確認が必要であるため	1	0.4
訪問業務に当たっていると、いつも不安が付き纏う為、リハスタッフ用のガイドラインが示されているととても助かる	1	0.4
口腔・鼻腔の吸引ガイドラインは多くの種類があるので、新しいガイドラインは必要ないから	13	4.9
病院のガイドラインには当てはまらないことが多いから不要	1	0.4
利用者で吸引を要する人は少数であり、看護師と同行することなどで対応できているため不要	1	0.4
特に理由はない	75	28.3
合計	256	100

#### (4) ガイドラインに対する要望

	件数	パーセント
(在宅にて)PTなどのリハ職種が吸引する事の意義を整理することが必要と考えます。緊急時の対応についてもガイドラインに記述があるとよい	1	0.4
ガイドラインがあっても実際行う機会がないと利用価値がない	1	0.4
ガイドラインというよりは、訪問に属する医療職種が吸引を行う上での意見集約を図った上での大枠的な内容がよい	1	0.4
ガイドラインの作成は・・・「私の施設では利用できないな」など現実とのギャップを感じる事が多くなるのではないか	1	0.4
ガイドラインの整備と同時に技術講習等のフォローがあることが望ましい	1	0.4
ガイドラインを体験できる研修なり機関があると良い	1	0.4
ガイドラインは必要だが、実際に患者様の口腔・鼻腔に吸引を行う際対象ごとに対応できるように、反復練習や熟練者ナース等の指導が必要である	1	0.4
ガイドラインの利用はしているが、病院や施設により異なることが多くある。今後、感染等のエビデンスが明確になるつれ、必要性が高まる可能性はある	1	0.4
ガイドラインを統一してほしい	1	0.4
吸引カテーテル挿入時に圧をかける、かけない等変化する部分もあるので、その都度更新がはかれれば、ガイドラインを複数作るよりは絞られていた方がよい	1	0.4
ご家族に指導する場合の介護者への説明パンフレットが欲しい	1	0.4
サイドチューブからの吸引技術説明もあったほうがよい	1	0.4

在宅ではリスク・急変時などの対応、責任に不安があるため、その点についての内容が必要	1	0.4
リハビリテーション関係職種だけでなく、他職種と連携して実施できるような内容が必要	1	0.4
衛生材料が家族負担であるため、感染の観点からの内容が必要である	1	0.4
各居宅での吸引器の扱い方が異なる。消毒の仕方、片付け方、配置位置等も異なる為、戸惑う。対応できる内容が必要である	1	0.4
ガイドラインの基準ではなく、看護師やその施設の基準で行っている	1	0.4
基本は医療機関における人工気道を有した患者への対応に準じたものでよい。それを個々の状況に応じて工夫しながら実施するのが妥当である。在宅では個々の患者によって環境の差が非常に大きいので、「在宅患者のための」というガイドラインの作成は困難であり、また、作成できたとしても、そのガイドラインに沿って実施できない患者が大多数になるのではないかと予想する。ガイドラインを作成したがために、かえって吸引実施が困難になる事も懸念される	1	0.4
吸引を実施していく上で、理学療法教育で欠如しているのは、医療現場における「清潔・不潔」の概念である。医療機関のように不特定の方を対象としていない在宅では、吸引チューブ、滅菌手袋などは使い捨てではなく、繰り返し利用している。それぞれの方により方法は様々だが、基本的な「清潔・不潔」の概念があれば、概ね対応できるように思われる。口腔・鼻腔では、気管切開ほど厳密な清潔・不潔が求められなくても、基本は清潔操作で行われているかということにつける。吸引操作については、繰り返ししていくことで可能となるように思うが、概念は教育されているかどうか重要であると思う	1	0.4
研修を受けても現場で生かせないことが多く、結局、訪問しても家族に吸引をしてもらっている。医師会や看護協会が公認し、かつナースから指導を受けやすい内容で統一できればよい	1	0.4
呼吸リハに関わらず、24時間吸引が必要な人のリハや見守り時にも対応できる内容のものもほしい	1	0.4
在宅で吸引対象者にさまざまなスタッフが関わってくると、統一した方法が必要である	1	0.4
在宅の場合は吸引時の不慮の事故が発生した場合、どのように責任をとるかが課題になる。ガイドラインの中でセラピストが吸引を行い、事故があった場合の対応方法や契約のあり方についても記述が欲しい	1	0.4
ガイドラインがあっても、在宅はリスクが高く、病院施設のようにはいかない。やはり、数をこなすしかないと思う	1	0.4
ガイドラインは資料自体は見やすく、分かりやすい。新しいものを作ればよいというよりも、今ある資料や内容をどのように理解し、現場に生かしていくかのほうが重要と考える	1	0.4

疾患に関わらず、加齢、全身状態悪化など食事や水分摂取等におけるリスクは避けられないことが予想される。リハビリの介入では、家族様中心の吸引となることが、殆どであると思われるが、セラピストとして呼吸介助、排痰練習等の場面の拡大から吸引との併用場面が増えると感じる。介入展開の拡大が増える反面、実施することのリスク・事故等起こりうる可能性を考えるとセラピストとしての知識向上は必要不可欠であるため、最低知識、起こりうるリスク等の明確化を望みたい	1	0.4
疾病や解剖生理などの知識に乏しいヘルパーや利用者ご家族への吸引指導をする際に理解しやすいものが必要と思われる	1	0.4
実際には看護師に手技を習い、実践している。看護協会が示すガイドライン、PT、OT協会の示すガイドラインには違いはありますか？看護が専門的にしていることを少しでもPT、OTができるようになれば、一人で訪問に向かうセラピストがもう少し知識経験的な余裕をもっていけると思う	1	0.4
実際に実施するにあたり、なかなか一人職場においては研修に行けない	1	0.4
清潔・不潔概念について看護職以外の技術職は認識が甘く、徹底されていない。呼吸器装着者への清潔・不潔に関する内容が必要である	1	0.4
協会がガイドラインを示すのは必要だと思う。初めて吸引を試みる際などには大変有効となる。しかし、実際には看護師等に実技を含め、指導を受けたほうがよい。また、できれば各利用者それぞれで指導を受けたほうが好ましいと思う。そうでなければリハスタッフにも不安があり、実施には結びつかない	1	0.4
全国の在宅での吸引実施状況やガイドラインの内容、実技を含めた研修会の機会を多く設けて欲しい	1	0.4
入院日数の短縮傾向のため、患者状況が変化する可能性がありながら、在宅ケアに戻ることが多くある。そのため、セラピストが吸引を行なうことは必要である。しかしセラピストの実施は乏しく、短期間研修や看護師による指導後に、早速安全に吸引を行なえるとは思えない。そのため、もしもの場合(出血させてしまったや大きな血圧変動など)があった際に、己の身を守れるようなガイドラインが必要と考える。(「ガイドラインを元に施工しました」と意見できるような)訪問は基本1人で行うため、すぐに吸引機が使えるような状態でない可能性がある。患者自身やその家族の指導も主治医の医療機関が行なう必要があると考える。また、訪問看護などの看護師や往診する医師が吸引機の状態や患者さんの状態(注意点)を把握し、情報提供するようなシステムが必要であり、チーム医療が必須と考える	1	0.4
沢山の資料があっても、現場で使えない。簡単なマニュアルが欲しい。具体的にはリスク管理と対処方法のみが記載されているような資料があれば使いたい。持ち歩いて、現場で実際使用できるのは、A4 2~3枚程度かと思う	1	0.4
統一したガイドラインの作成が一番良いと思われる	1	0.4

入院中は厳密な清潔管理をされていても、自宅では簡便な方法に切り替える方が多い。とくに鼻腔の場合は、チューブは使い捨てにせずティッシュで拭う、セッシは使わない、タッパーで保管する等。清潔管理をどう考えればよいか知りたい。また「医師の指示→訪問看護師の現地指導→家族との契約」の必要性について知りたい	1	0.4
病院・施設とは異なり、在宅には吸引技術を習得した家族がいるため、セラピストの吸引の必要性をアセスメントする内容のものがあるとよい（独居または家族の吸引技術が不十分の場合に吸引行為を行う・・・など）。また、技術習得に必要な知識と技術内容の明確なものがあると、研修計画を立てる目安になる	1	0.4
組織で吸引についての資料があるので、それを参考に看護師の研修を受けながら行っている。在宅では各家で細かいところについての方法が変わるので、ガイドラインではなく、現在組織で行っている研修のほうが実務的でよい	1	0.4
訪看で働く身としては、POSTの権利範囲を広めることを考えるよりも、巧く連携を取って行ける事業所を作ることの方が重要に感じている。そのため、付け焼刃でガイドラインや研修で吸引を…ということはいかがなものだろうか。またリハと看護師と一緒に訪問して、呼吸リハを行いながら看護師に吸引してもらう等の手段を取る方が現実的かつ安全と思う。必要時には「ガイドライン」よりも看護師の直接指導が有効である	1	0.4
訪問セラピストの吸引行為の必要性が高まっている事を実感している。日本理学療法士会が出しているもののバックナンバーをとりよせ、勉強していく所存である	1	0.4
訪問では吸引はご家族協力を依頼し、セラピストがかかわる機会はほとんどありません。また、実際に吸引を行うこともないため、「どのように処置してよいかわからない」ことが実際である。	1	0.4
訪問はその場においては一人で対応するため、事業所によっては対応困難なことが多い。利用者及び家族の同意などを得る必要があることも考えられる。緊急時の対応としては必要なことであるため、技術の習得は必要。技術ばかりでなく、在宅における対応に対してのガイドラインがあると良い	1	0.4
膨大な量のガイドラインを作成しても実用的ではないと感じる。実技を含めた講義を〇〇時間行ない、終了証を発行し、現場でのフォローアップもしてくれる体制を作るほうが実用的だと思います。講義や実技の指導の為のガイドラインという意味では参考になる	1	0.4
臨床にあった内容のものが必要。ガイドライン通りすることが最重要ととられると怖い。ガイドラインだけ見ていれば安心といっちはいけない。また チューブの太さについて、痰の量や粘調度による指示をされているものもあるが、対象症例に対応した処置なのかを評価する姿勢が大切であることを含めて提示して頂きたい	1	0.4
	4 4	—

#### 4) 在宅訪問現場における吸引教育の現況

##### (1) 吸引教育の機会

貴方の勤務先内では、吸引教育の機会がありますか？

	件数	パーセント
ある	129	48.7
ない	136	51.3
合計	265	100

○ (1) -1  ない と答えた方に伺います

今後 勤務先において吸引教育の機会をつくる方針は有りますか？

	件数	パーセント
ある	41	30.1
ない	95	69.9
合計	136	100.0

○ (1) -2  ある と答えた方に伺います

##### (2) 吸引教育の実施状況

吸引教育の実施状況について教えてください

	件数	パーセント
定期的実施	1	0.8
実施は不定期・回数は充足	25	19.5
実施は不定期・回数は不足	83	64.8
必要に応じて実施	12	9.4
1回のみ実施	3	2.3
その他(計画あり)	4	3.2
合計	128	100

(3) 在宅訪問業務従事者が希望する吸引教育の開始時期

吸引教育は、現場就職後から始めるのか、卒前教育から始めるものか？

	件数	パーセント
どちらとも言えない	18	6.8
卒前教育から始める	167	63.0
臨床現場になってから	80	30.2
合計	265	100

(4) 在宅訪問業務従事者が卒前教育に希望する吸引教育の到達度

卒前教育から始めると答えた方に、伺います

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の養成学校における吸引教育について、学生の卒業時の到達度はどうあるべきだと考えますか？

[ 知識 ]

	件数	パーセント
自職が実施可能な医術であることの紹介や認知レベル	24	14.4
アセスメントの実施ができるに近づいているレベル	66	39.5
アセスメントの必要性を理解しているレベル	77	46.1
合計	167	100

[ 技術 ]

	件数	パーセント
模擬実習での1～2回程度の経験レベル	42	25.1
模擬実習で1度以上スムーズに実施できるレベル	90	53.9
実務的に実施できると教員が判断できるレベル	35	21.0
合計	167	100



## 5) 在宅訪問現場における吸引処置の状況

### (1) 実施する吸引処置の種類

貴方の勤務先で行っている吸引処置はどのようなものですか？

	件数	パーセント
口腔内吸引	19	7.1
鼻腔吸引	1	0.4
気管吸引	7	2.6
口腔内吸引, 鼻腔吸引	36	13.6
口腔内吸引, 気管吸引	20	7.5
鼻腔吸引, 気管吸引	2	0.8
口腔内吸引, 鼻腔吸引, 気管吸引	87	32.8
行っていない	93	35.1
合計	265	100.0

### (2) 実際の実施の有無

貴方が現場で吸引の実施をしたことがありますか？

	件数	パーセント
どこでも無い	102	38.5
現場では無い	59	22.3
頻回ではないが, ある	73	27.5
普段から行っている	31	11.7
合計	265	100.0

○ 吸引処置を行ったことがあると答えた方に、伺います

\* 実働 7 日間は, 年間を通じた平均的な 7 日間で回答ください

### (3) 実働 7 日間における吸引対象者数

#### 【対象者数】

人	件数	パーセント
0	13	12.5
1	56	53.8
2	25	24.0
3	5	4.8
4	2	1.9
5	1	1.0
7	2	1.9
合計	104	100

#### (4) 実働7日間における吸引回数

【吸引回数】		
回	件数	パーセント
0	12	11.5
1	34	32.7
2	25	24.0
3	10	9.6
4	4	3.8
5	6	5.8
6	6	5.8
7	2	1.9
8	1	1.0
10	4	3.8
合計	104	100

#### (5) 吸引実施中のトラブルについて

(5)-1 吸引を実施している際に生じたトラブルがあれば、その状況を教えてください

	件数	パーセント
清潔・不潔の手技を守れなかった	26	37.7
経皮的酸素飽和度 (SpO <sub>2</sub> ) が90%以下に低下した	14	20.3
人工鼻に痰が付着した	8	11.6
痰量が多く自らに浴びた	7	10.1
うまく痰を引けなかった/十分に引けなかった	3	4.3
痰量が多く、挿管チューブを塞いだ	3	4.3
痰量が多く咽頭を塞いだ	1	1.4
ごく軽度痰や唾液に血液が混じった	1	1.4
スムーズな挿入ができないことがあった	1	1.4
咽頭粘膜を吸引した際軽度の出血をした	1	1.4
技術不足で、要領が悪く、不快にさせた	1	1.4
吸引後、カフ圧の調整を依頼されたが行えず、家族の手を必要とした	1	1.4
口腔内を傷つけてしまった	1	1.4
時間がかかり対象者の苦痛表情がみられた	1	1.4
合計	69	100

(5)-2 上記のうちでインシデント・アクシデントレポートを提出する事故に及んだものがありますか？

	件数	パーセント
ある	2	-
ない	102	-
		-

(5)-3 それらの際の対処法についても教えてください

	件数	パーセント
極力インシデント・アクシデントに至らないよう家族同伴で行うことが多いほか、家族からの指導をしていただいたり、看護同行での指導していただいたりして、行っている	1	-
状況を分析し、再発防止に努める	1	-

## (6) インシデント・アクシデント

(平均的な1カ月での件数)

### (6) -1 インシデント（ヒヤリハット）レポート提出回数

	件数	パーセント
0.2	1	-
1.2回	1	-
合計		

### (6) -2 アクシデントレポート提出回数

	件数	パーセント
0回	2	-

### (7) 在宅訪問業務従事者の吸引行為の位置づけ

貴方にとって、吸引行為は自職（理学療法・作業療法・言語聴覚療法）業務の中でどのような位置づけですか？

	件数	パーセント
（理学・作業・言語聴覚）療法を実施する中で（理学・作業・言語聴覚）療法行為の一つとして実施	55	52.8
自職業務の中で、緊急時などやむを得ない場合にのみ実施	33	31.7
自職業務の中で、看護師等が不在の場合に代理的に実施	11	10.6
<b>その他</b>		
患者、家族の意向に沿う場合に実施するもの	2	1.9
基本的には緊急時であるが、呼吸・排痰練習等の必要性に応じて行うもの。	1	1.0
リスク回避のため	1	1.0
リスク管理や健康管理上必須なもの	1	1.0
合計	104	100

### (8) 吸引処置の実施能力

(8)-1 貴方は臨床現場において吸引処置の施行はスムーズにできていますか？

	件数	パーセント
出来ている	46	44.2
出来ていない	25	24.0
わからない	28	26.8
<b>その他</b>		
その時の患者の状態により、実施レベルが変化する	1	1.0
家により使用物が違うため、実施レベルが変化する	1	1.0
介入予定者における事前準備・確認にて対応を行えば、患者の状況にあわせて対応可能	1	1.0
消毒液の準備や吸引機器取り扱いまでを処置と捉えるなら不十分	1	1.0
新規の方の対応時に早速には難しい	1	1.0
合計	104	100

## 吸引行為が上手くいかないとする場合の問題とはどのようなものですか？

### (8)-2 上手くいかないとする場合の問題 【人】

	件数	パーセント
指導する人がいない	14	28.0
他職との体制と協調して行うのがスムーズでない	13	26.0
吸引実施の経験が少ない	8	16.0
現場では一人の為、吸引行為を評価する人がいない。	5	10.0
技術力が不足	3	6.0
アセスメントする力が不足	1	2.0
業務が忙しく、看護師からの指導が得られない	1	2.0
訪問では直接指導される経験が少ない	1	2.0
吸引教育にかける時間が不足	1	2.0
在宅による種々項目の違いもありマニュアル通りにいかない	1	2.0
ケースによりチューブなどの場所が違うなど、対応に幅がある	1	2.0
家族の理解などが無い	1	2.0
合計	50	100

### (8)-3 上手くいかないとする場合の問題 【物】

	件数	パーセント
器具の準備が出来ない	13	33.3
必要な器具が分からない	10	25.6
各居宅で器具の管理が異なり混乱する	9	23.1
吸引処置を行う実施頻度が少なく部品に戸惑う	2	5.1
管理の方法が感覚的にわからない	1	2.6
一人なので、正解がわからない	1	2.6
実施や準備の順序を忘れる	1	2.6
苦痛なく吸引することが難しい	1	2.6
実施法の自信が持ちにくい	1	2.6
合計	39	100.1

## (8)-4 上手くいかないとする場合の問題 【技術】

	件数	パーセント
技術全般が不十分である	33	41.8
処置前の準備や処置に手間取る	23	29.1
処置時の「清潔と不潔」が身につけていない	9	11.4
安全・安楽の確保ができない	7	8.9
評価と報告が出来ない	3	3.8
一人なので、技術的な正解がわからない	1	1.3
実際の吸引する機会が少なく、経験不足である	1	1.3
処置の実施が困難である	1	1.3
場数を踏めないのが不安である	1	1.3
合計	79	100

## (8)-5 上手くいかないとする場合の問題 【知識】

	件数	パーセント
知識全般が不十分である	21	48.8
吸引の適応や禁忌、解剖などの知識が不十分である	15	34.9
実施経験の不足により応用が利かない	2	4.7
処置の難しさで手いっぱい、アセスメントに至らない	2	4.7
吸引に関する知識がある事を他職種に理解されていない	1	2.3
実施していない期間があくと、手順が曖昧になる	1	2.3
現場では一人なので正解がわからない	1	2.3
合計	43	100

## (8)-6 上手くいかないとする場合の問題 【制度】

	件数	パーセント
処置の範囲を超えた際の責任に対し不安を抱える	33	34.0
「どの程度の実力があれば吸引処置実施を可能とするのか」の基準がわからない	29	29.9
法制上の実施要項が不明瞭で、処置の可能範囲がわからない	20	20.6
何らかの講習会を受講すれば処置を実施してよいのか？不安である	13	13.4
吸引行為を実施できる職種であることが世間に認知されていない	1	1.0
他職や家族が、PT, OT, ST が吸引できることそのものを知らないの で、拒否をされる	1	1.0
合計	97	100

### 3. 考 察

#### 1) 在宅に対応する指針の必要性

在宅訪問業務に従事する療法士に対する調査を行い 265 回答を得た。内訳は理学療法士 250、作業療法士 12、言語聴覚士 3 であった。

現在在宅における吸引ガイドラインの存在は無い。吸引ガイドライン策定委員会においても現行の吸引ガイドラインの対象は、全ての範囲に及ぶものではなく医療現場で使用し多くの職種が対応できるものとしての構成を行ったとしている。そして医療現場以外での活用はガイドラインを基本ベースになるものとした位置での利用を推奨している。今回の研究結果から、在宅での吸引に関する教育や実施状況が多様であることを認識できた。ガイドラインとして規準をまとめることは、医療現場と比較しても非常に難しく、手法や手順の統一の是非も大きな検討課題と考えられる。現時点では、現行のガイドラインに準じ在宅個々の状況に合わせた利用を行うことの利点が大いと考えられる。その際には「在宅現場での利用には現行ガイドラインを基本と位置させ、現場状況に応じた工夫応用を実施者に求める」とした方針を吸引実施者に発信することは重要である。しかしこの場合においても、吸引実施者の教育が極めて重要な課題となり、今回の報告は有用な資料であると考えられる。在宅に対応する吸引ガイドラインの策定については、存在の是非も含めて十分に検討されるべきであると考えられる。

#### 2) 在宅訪問現場における吸引実施の状況と教育

今回の調査対象において、組織、個人ともに吸引実施を行っているのは約半数、吸引教育の機会ありもまた半数であった。調査者は在宅訪問の対象として吸引行為が必要な在宅介護患者が少なからず存在する、あるいはフォローする患者数は少ないとしても従事者の吸引実施経験は高い比率で存在すると考えていた。今回の結果において、現在吸引を実施必要な対象患者がいるかどうかは、組織内吸引教育の導入に大きく関与する傾向が理解された。また吸引実施先駆者である看護師が組織に所属していれば、実際の実施はもとより実地指導も依存できる環境があり、実施度は上昇しないであろうと考えられる。しかし理学療法士が実施当事者の場合は実際の施行時の困惑など、今回の調査で明らかになった。特に清潔・不潔の手技の順守については、もっとも理学療法士達の経験機会がない項目である。よって清潔・不潔の項目は学業時代から意識させ、経験させる必要があると考えられる。また吸引実施の 43.7%が気管吸引を行っており、実施に際して呼吸を中心にした身体アセスメント力が問われるところである。知識が不十分だと認識している約 80%の在宅業務従事者の自主的学習活動を支援する教育活動が継続して重要となる。

A. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の養成学校における  
吸引教育の実態や傾向についての調査 (卒前教育)

B. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の在宅訪問現場における  
吸引教育の実態および吸引処置の現状についての調査 (在宅訪問)

## 結 論

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士各養成校に対し調査をおこなった。

- (1) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の卒前吸引教育全体の傾向としてガイドラインの認知度は高いが利用度が低いことが分かった。
- (2) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士各種団体による卒前で教育すべき知識と技術の教育項目および到達度の明示が必要と思われる。
- (3) 日本呼吸療法医学会による卒前教育に対応したガイドラインの公表が必要であると思われる。
- (4) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成学校の志向する吸引教育のレベルが確認された。今後の卒前教育での吸引教育の指針を検討し、カリキュラムなどに反映される基礎的知見となりえると考ええる。

在宅訪問業務に従事する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士に対し調査を行った。

- (5) 在宅訪問業務従事者の傾向として、ガイドラインの認知度は高いが利用度が低いことが分かった。
- (6) 在宅訪問業務に従事する療法士が志向する吸引教育のレベルが確認された。
- (7) 在宅訪問業務を実施する事業所において、吸引処置の実施は約半数であった。吸引に関連する事故は小率であった。
- (8) 在宅に対応する吸引ガイドラインの策定については、存在の是非も含めて十分に検討されるべきであると考ええる。
- (9) ガイドライン策定委員会、リハビリテーション関連職各団体、地域在宅のサービスを実施・教育する立場の者が、本調査結果に示した在宅の吸引に関わる実情を認知していることは重要である。
- (10) 本調査結果が、卒前および在宅訪問業務に従事する療法士の吸引教育における標準化達成度の検討材料として参考活用される可能性があると考ええる。



### Ⅲ 研究成果に関する一覧

#### 研究発表

##### 【 論文発表 】

- (1) 星 孝: リハビリテーション関連職種における「喀痰吸引」に関するガイドラインなどの利用について, 「人工呼吸」第29巻2号, 2012

##### 【 学会発表 】

- (1) 星 孝 : 理学療法養成校学生の吸引施術に関する実技講義の検討, リハビリテーションケア学会, 2011
- (2) 星 孝・椿 淳裕 : 理学療法士による気管内吸引の講義実施時期についての検討, 日本呼吸ケアリハビリテーション学会, 2011
- (3) 星 孝 : 理学療法士卒前教育における吸引授業の全国調査, 日本理学療法士学会, 2012
- (4) 星 孝 : リハビリテーション関連職種の卒前教育における「吸引ガイドラインなどの活用について」, 日本呼吸療法医学会, 2012
- (5) 吉田 圭太、星 孝 : 言語聴覚士の吸引行為に対する卒前教育の実施状況, 日本摂食嚥下リハビリテーション学会, 2012
- (6) 星 孝、寺口健、吉田圭太 : 作業療法士養成校における吸引授業の調査報告, リハビリテーションケア学会, 2012

## 理学療法士卒前教育における吸引授業の全国調査(提供の状況)

新潟医療福祉大学

星 孝

**key words** 卒前教育・吸引・理学療法

【はじめに、目的】

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の吸引行為が一定の条件下で可能になり、各職種は現職者に対する講習会開催や個人受講、臨床現場環境に合わせた組織ごとの対応など、混乱しながら進んでいるのが現状である。そして臨床現場側からは、卒前教育に対し知識確保や能力養成の期待、逆に安易な理解から行為に及ぶ課題も指摘の声がある。しかし卒前教育において、吸引に関連する授業の提供の有無、提供する際の程度、範囲などについて明確なもの無く、吸引実技実習の位置づけもまた明瞭ではない。よって全国的な実態や傾向を調査し一覧させた上での検討が必須であると考え。現在文科省ホームページに掲載されている理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の養成課程を持つ全学校に対し、吸引に関する授業の実態を調査し検討している。これは卒前教育上の課題や問題点を明らかにする目的である。当学会ではその内理学療法士の卒前教育における(A) 吸引教育機会の提供有無と提供時間および実技実習状況と提供時間、実技実習時間／教育時間の割合、(B)吸引教育は卒前か現場か？の意識調査、(C) 学生への提供範囲の指向について報告する。

【方法】

理学療法士教育課程を持つ学校230校に郵送によるアンケート調査を行った。内容はガイドライン普及に対する調査4項目と利用状況および提供する吸引授業の実態調査14項目である。今回吸引授業の実態調査のうち4項目について、返送回答のあった110校(回収率47.8%)に対し単純集計を行い検討した。また学校区分による違いの検討のため、学校を文科省区分に準じ専修学校、大学、その他に区分し、専修学校と大学に対し $\chi^2$ 検定を行った。また吸引教育授業提供の有無に関わらず、吸引教育の開始時期と学生への提供範囲の2項目について単純集計を行った。

【倫理的配慮、説明と同意】

調査結果の集計や分析は全てコンピュータ処理し、個々機関の内容が外部へ漏えいすることは無いことを文章にて説明し、回答および研究者への返送にて同意とした。当研究は所属大学倫理委員会にて認可されている。

【結果】

回答のあった110校の区分は専修学校65校(59.0%)、大学43校(39.0%)、その他2校(2%)であった。(A) 吸引授業提供の有無と実技実習導入は、専修学校と大学において有意差はなく、同様の傾向であることが窺われた(吸引授業 $p = 0.199$ 、実技実習導

入 $p = 0.213$ )。また吸引授業時間( $p = 0.135$ )と実技実習時間( $p = 0.098$ )も同様の傾向であった。よって抄録では専修学校、大学、その他学校を合わせた結果を表示し、提供時間については2位までの結果を表す。

(A)吸引授業を行っている学校は76校(69.1%)、その内授業提供時間は3時間が最も多く34校(44.7%)、次いで1.5時間25校(32.9%)。上記76校中実技実習を導入している学校64校(84.2%)で、1.5時間29校(45.3%)、次いで30分11校(17.2%)であった。実技実習時間／教育時間は1.5時間／3時間が23校(35.9%)、30分／1.5時間が9校(14.1%)であった。(B) 吸引教育の開始は卒後現場の範疇か？卒前教育から開始するか？の意識調査では、卒前教育から始めるが81校(73.6%)、現場教育の範疇であるが16校(14.5%)であった。(C) 学生への提供範囲は紹介レベル授業33校(30%)、実技を含めるべき71校(64.5%)、提供範囲は決めないでよい4校(3.6%)であった。

【考察】

吸引教育の開始が卒前教育時からという結果は、国の施策や協会の指針に合致するものである。ただし吸引の授業あるいは実技に費やす時間結果から、その提供程度は重点的に吸引実践力の啓発というレベルでは無いと思われる。学生への卒前教育範囲の意識結果でも、実技を含める意見は多いが、実際に費やす時間は少ない。これらから現時点で吸引に関する卒前教育の実情のいくつかとして、卒前時から教育の開始は行う、授業の中に実技実習は入れる、実技および授業の提供時間は多種に及ぶが1.5時間／3時間、30分／1.5時間の傾向が高い、がいえ。また卒前の吸引教育提供範囲は薄く程度を紹介あるいは経験とし、就業後の現場での習得に期待がかけられているとした傾向が示唆されている。今後理学療法士に限らず、作業療法士、言語聴覚士の卒前教育提供範囲を、ガイドライン策定グループや各協会は方針として入れ込んでいく必要があると考えられる。

【理学療法学研究としての意義】

理学療法士の行う吸引行為の安全かつ適切な普及のために卒前教育がどのような役割を担い活用できるかの調査と検討であり、次代のセラピストへの技術向上に影響を与える。本研究は厚生労働省科学研究費補助金(障害対策総合研究事業)を受け実施した研究の一部である

## リハビリ関連職種の卒前教育における「吸引」ガイドライン等の活用について

新潟医療福祉大学 医療技術学部 理学療法学科 星 孝

(キーワード) 吸引 リハビリテーション関連職種 卒前教育 ガイドライン

気管吸引の指針として日本呼吸療法医学会から気管吸引ガイドライン(以下資料①)が策定されている。またリハビリテーション関連団体では日本理学療法士協会の「吸引プロトコル(第2版)」(以下資料②)と日本作業療法士協会の「喀痰吸引に対する基本的な対応」(以下資料③)が存在する。今回資料①、資料②、資料③の卒前教育における認知度および利活用について調査を行った。

### 【方法】

2011年6月28日～7月28日の期間に、理学療法士(PT)・作業療法士(OT)・言語聴覚士(ST)養成課程を有する477校(PT学科230校、OT学科182校、ST学科65校)を対象として郵送法質問紙調査を行った。分析は各学科に区分し単純集計した。

### 【結果】

(1)回収結果:216校の返却があり回収率は45.2%であった。学科区分内訳はPT学科230中110校、OT学科182中79校、ST学科65中27校であった。(2)ガイドライン等の認知について:資料①がPT70.0%、OT44.3%、ST40.7%、資料②がPT93.6%、OT35.4%、ST55.5%、資料③はPT12.7%、OT82.3%、ST37.0%が知っていると回答した。(3)教育活動における資料の利活用:資料①がPT24.1%、OT7.7%、ST7.4%、資料②がPT50.0%、OT10.4%、ST10.7%、資料③はPT1.8%、OT33.8%、ST7.4%が利用していると回答した。

### 【結論】

卒前教育において、ガイドライン等の認知度は高く利活用率は低いことが明らかになった。卒前教育での活用検討は今後の重要課題といえる。

本研究は厚生労働省科学研究費補助金(障害対策総合研究事業)を受け実施した研究の一部である。

## 言語聴覚士の吸引行為に対する卒前教育の実施状況について

医療法人徳洲会仙台徳洲会病院 リハビリテーション科<sup>1)</sup>  
新潟医療福祉大学 医療技術学部<sup>2)</sup>

吉田 圭太<sup>1)</sup>、星 孝<sup>2)</sup>

【目的】言語聴覚士養成校に対し、吸引に関する授業の実態を調査した。目的は吸引手技の習得における卒前教育上の課題を明らかにすることである。言語聴覚士の卒前教育における(A)吸引教育機会の提供と提供時間および実技実習状況と提供時間、実技実習時間／教育時間の割合、(B)吸引教育開始期の意識調査、(C)学生への提供範囲の指向について報告する。

【方法】言語聴覚士教育課程を持つ学校66校に郵送によるアンケート調査を行った。回答のあった28校(回収率42.4%)に対し単純集計を行い検討した。また学校区分による違いの検討のため、学校を専修学校、大学に区分し $\chi^2$ 検定を行った。吸引教育の開始時期と学生への提供範囲の2項目については単純集計を行った。なお本研究は厚生労働省「臨床研究に関する倫理方針」に準拠して行った。

【結果】回答のあった28校の学校区分は専修学校15、大学11であった。(A)吸引授業の提供と実技実習導入では、専修学校と大学に有意差はなかった。吸引授業時間と実技実習時間も同様の傾向であった。吸引授業を行っている学校は20校、その内授業提供時間は3時間が最も多く10校であった。上記28校中実技実習を導入している学校は18校で、1.5時間6校、次いで3時間5校であった。実技実習時間／教育時間は1.5時間／3時間が6校であった。(B)吸引教育の開始時期の意識調査では、卒前教育から始めるが20校、現場教育の範疇であるが1校であった。(C)学生への提供範囲は紹介レベル授業3校、実技を含めるべき21校であった。

【考察】多くの教育現場で吸引教育が卒前教育時から行われているという結果は、国の施策や臨床現場の期待に合致するものであるが、実技指導の時間については各々の現場にばらつきがみられ、知識・技術のレベルに格差が発生する可能性がある。卒前教育における吸引教育提供範囲の検討は必要である。