

喀痰吸引に関わる訪問介護員と訪問看護師の協働の実際

タチバナ ミチエ
橋 達枝*1*3

ヨシダ ヒロコ
吉田 浩子*2

目的 社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により、2012年4月から「介護職員等による喀痰吸引等実施のための制度」が施行され、地域包括ケアシステムに関わる介護職の医行為の実施には、訪問介護員と訪問看護師の連携の強化が必要とされるが、その実態は今だ不明である。そこで本研究は、介護職と看護職のより良い協働の在り方を検討するための新たな実証的知見を得ることを目的として、医行為を手がかりに都市部の在宅療養者の介護・看護を担う訪問介護員と訪問看護師の協働の実態を調査し、その結果からより効果的な協働の手法を検討した。

方法 2013年10月から12月に、首都圏A県の訪問介護員と訪問看護師各1,000人のうち、同意が得られた対象者に、無記名自記式質問紙調査を行った。対象の背景、改正法前後の喀痰吸引の状況、訪問介護員の喀痰吸引に対する意向、協働の経験・内容について、職種の間連を檢討するため、 χ^2 検定を用いて分析した。

結果 訪問介護員454人、訪問看護師361人(回収率:45.4%, 36.1%)の回答から、誤記や無回答を除外し、訪問介護員194人、訪問看護師213人(有効回答率:19.4%, 21.3%)の回答を分析対象とした。訪問介護員(n=194)において、喀痰吸引経験者の割合が同制度施行後に減少しており(同制度施行前9.3%, 施行後は8.2%), 訪問看護師(n=213)においても、訪問介護員の喀痰吸引を支援した経験がある者の割合が同制度施行後に減少した(施行前18.3%, 施行後14.1%)。また、訪問介護員の喀痰吸引実施について肯定的な考え(やむを得ない・必要である)を表明した割合は、訪問介護員(56.2%)が訪問看護師(94.4%)に比べ有意に少なく、制度施行後の訪問介護員の喀痰吸引に対する姿勢は消極的であった。一方、両職種ともに約3割は、自分の家族の喀痰吸引の依頼先として、経験豊富あるいは認定を受けた訪問介護員を選択し、技術の習得により訪問介護員の医行為に対する抵抗感が緩和される可能性が示唆された。また、利用者宅で利用職種が偶然居合わせた場合は積極的に情報交換が行われていることがわかった。

結論 本調査結果から、訪問看護師が計画的に訪問介護員と利用者宅を同行訪問し、指導・支援することで訪問介護員の医行為の習得が可能になり、訪問介護員の医行為の実施促進につながる可能性が示唆された。実践の場で訪問看護師が訪問介護員の行う喀痰吸引等への教育・支援ができる協働の仕組み作りが現状の改善に有効である。

キーワード 訪問介護員, 訪問看護師, 医行為, 協働, 地域包括ケアシステム, 都市部高齢化

I 緒 言

わが国では、世界に例のない高齢化が進み、

人類史上経験したことのない超高齢化の波に襲われることが自明といわれて久しい。国立社会保障・人口問題研究所は、2010年から2030年ま

* 1 人間総合科学大学大学院人間総合科学研究科博士課程 * 2 同教授 * 3 川崎市立看護短期大学講師

でに後期高齢者人口が1400万人から2200万人に増加し、しかもその大部分は大都市圏内で著明となると推定している。さらに、2010年の年間死亡者数120万人が20年後には160万人に増加し、この死亡者数に占める後期高齢者の割合は2010年の2/3が20年後は4/5になると試算されている¹⁾。国民の60%以上が自宅での療養を望んでいるにもかかわらず、病院死が80%を占めている現状²⁾の変革は喫緊の課題である。「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続できるような、包括的な支援サービス提供体制」と定義された地域包括ケアシステムの構築³⁾に向けて、2012年に厚生労働省は、財政基盤や提供体制整備の制度作りに本格的に着手した。地域包括ケアシステムは、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すものである。したがって医療と介護のサービスのスムーズな連携が必須となる。

具体的には、現行の介護保険制度下では、療養者宅を訪問し看護サービスを行う訪問看護師と、介護サービスを行う訪問介護員、要となってケアプランを作成しマネジメントを行う介護支援専門員が、在宅療養者を支えている。介護保険制度導入（2000年）以降、これらの職種の連携・協働に関する多くの研究^{4)~13)}がなされ、訪問介護員と訪問看護師のより良い協働の在り方が利用者の生活の質の向上に不可欠であることが指摘されてきた。地域包括ケアシステムの構築に際し、これらの職種間の協働がさらに不可欠になったといえる。なお、「連携」と「協働」という用語は、ほぼ同義に使用されることが多いが、本稿では「協働」を「同じ目的のために対等な立場で協力して共に働くこと」と定義し、以下そのように用いる。

その一方で、これらの職種間の協働の在り方に関わる法律（社会福祉士及び介護福祉士法）が改正され（以下、改正法¹⁴⁾）、2012年4月から「介護職員等による喀痰吸引等実施のための制度」（以下、制度¹⁵⁾）が施行され、介護福祉士

の業務として喀痰吸引等（喀痰吸引・経管栄養）が位置づけられた。介護福祉士については2015年度以降の国家試験合格者が対象となるが、その間も介護現場で対応できるよう、介護職員等が都道府県の登録研修機関において喀痰吸引等研修を受講し、認定特定行為業務従事者認定証（以下、認定証）の交付を受けることで、喀痰吸引等を実施できる¹⁶⁾。これに伴い訪問看護師は、訪問介護員を対象とした喀痰吸引等研修において研修講師として関わる、登録事業者の業務連携先の訪問看護ステーションの職員として訪問介護員を指導する、といった役割を新たに担うこととなった。この2012年の医行為に関わる法改正により、介護職は業務として一部の医行為を実施できるようになり、その結果、医行為についても介護職と看護職の連携の構築が求められるようになったといえる。2012年4月に施行された改正介護保険法¹⁷⁾においても、法的に位置づけられた地域包括ケアシステム¹⁸⁾の実現には職種間の協働が不可欠とされているが、介護職の業務に医行為が加わった後の連携の実態は今だ不明である。そこで本研究は、医行為を手がかりに、在宅療養者の介護・看護を担う訪問介護員と訪問看護師の協働の実態を調査し、よりよい協働を実現するための方策について考察することを目的とした。

Ⅱ 方 法

（1）対象・手順

本研究は、首都圏A県の訪問介護事業所に所属する訪問介護員と訪問看護ステーションに所属する訪問看護師各1,000人のうち、研究協力が同意が得られた者を調査対象者とした。A県は2025年の都道府県別75歳以上推計人口の上位6都府県（東京都、神奈川県、大阪府、埼玉県、千葉県、愛知県）¹⁹⁾のひとつであり、WAMネット（福祉医療機構が運営する、福祉・保健・医療の総合情報サイト）に登録する訪問介護事業所が1,254カ所、訪問看護ステーション連絡協議会に登録する訪問看護ステーションが484カ所ある。調査は、訪問介護事業所と訪問看護ス

テーションの所在地ができるだけ同じ分布となるように選定し、調査対象者は信頼性区間推定の結果から各1,000人とした。各事業所に所属する平均人数が訪問介護員と訪問看護師では大きく異なるため、結果として訪問介護事業所41カ所、訪問看護ステーション142カ所の責任者宛に、調査協力依頼書および無記名自記式の質問調査票を送付し、当該事業所に所属する訪問介護員および訪問看護師に配布を依頼した。調査への協力に同意した者は、職務時間外に調査票に回答し、研究者宛に直接返信用封筒を用いて返送した。調査は2013年10月から12月に実施した。

(2) 調査項目

質問紙では、以下のことを尋ねた。基本的背景として、性別、年齢、職業に関連のある免許・資格（複数回答）、介護職・看護職としての通算勤務経験年数、現職の経験年数を聞いた。

表1 調査対象者の背景

(単位 人)

	訪問介護員 (n = 194)	訪問看護師 (n = 213)	χ^2 値 ³⁾	p 値 ³⁾
	n ¹⁾ (%) ²⁾	n ¹⁾ (%) ²⁾		
年齢 ³⁾			113.38	0.000
40歳未満	10(5.2)	56(26.3)		
40歳以上50歳未満	45(23.2)	108(50.7)		
50歳以上60歳未満	80(41.2)	44(20.7)		
60歳以上	59(30.4)	5(2.3)		
経験年数 ³⁾⁴⁾			9.18	0.027
5年未満	47(24.2)	76(35.7)		
5年以上10年未満	49(25.3)	58(27.2)		
10年以上15年未満	65(33.5)	56(26.3)		
15年以上	33(17.0)	23(10.8)		
免許・資格 (複数回答)			30.22	0.000
ケアマネジャー ³⁾	18(9.3)	67(31.5)		
ホームヘルパー 2 級	159(82.0)	-		
介護福祉士	93(47.9)	-		
ホームヘルパー 1 級	11(5.7)	-		
介護職員基礎研修	10(5.2)	-		
看護師	-	212(99.5)		
保健師	-	17(8.0)		
准看護師	-	15(7.0)		
就業形態：常勤 ³⁾	38(19.6)	120(56.3)	57.74	0.000
所属事業所の体制 ³⁾			150.46	0.000
24時間対応体制	21(10.8)	150(70.4)		
24時間連絡体制	58(29.9)	29(13.6)		
非24時間体制	115(59.3)	34(16.0)		
勤務状況				
夜勤なし	189(97.4)	206(96.7)		
夜勤あり	5(2.6)	7(3.3)		

注 1) 各選択肢を選択した人数を示した。
 2) 各選択肢を選択した人数の当該専門職種全体の人数に対する割合を示した。
 3) 各選択肢を選択した人数の割合と職種に有意に関連がみられたもののみ危険率を記載した。
 4) 現職（訪問介護員または訪問看護師）の経験年数である。

労働実態の概要を知ることが目的に、就業形態、事業所の開設主体、24時間対応体制・夜間勤務の有無、訪問看護・介護の実施内容（複数回答）、「医行為ではない介護行為」「医行為」の最近1カ月間の実施状況（複数回答）を聞いた。さらに医療行為の実施状況を知ることが目的に、2012年4月の制度施行前後のたんの吸引状況（複数回答）、たんの吸引に対する意向、協働の経験と内容（複数回答）について尋ねた。

(3) 倫理的配慮

無記名自記式の質問紙調査のため、調査票の返送をもって研究協力の同意を得たものとし、実施にあたっては人間総合科学大学倫理審査委員会（平成25年9月12日、承認番号368）、川崎市立看護短期大学研究倫理審査委員会（平成25年8月6日、承認番号R33）の承認を得た。

(4) 分析方法

データの解析にはIBM SPSS Statistics Version22を用い、対象の背景、改正法前後の喀痰吸引の状況、訪問介護員の喀痰吸引に対する意向、協働の経験・内容について、職種の間を比較するため、 χ^2 検定を用いて分析した。p < 0.05を統計学的に有意であるとした。

Ⅲ 結 果

回収した訪問介護員454人、訪問看護師361人（回収率：45.4%、36.1%）の回答から、誤記や無回答を除外し、訪問介護員194人、訪問看護師213人（有効回答率：19.4%、21.3%）の回答を分析対象とした。以下にその結果を示す。

(1) 調査対象者の背景

調査対象者の背景を表1に示した。訪問介護員は「50歳代」（41.2%）、「10年以上15年未満」（33.5%）の訪問介護経験を持つ者が、訪問看護師は「40歳代」（50.7%）、「5年未満」（35.7%）の訪問看護経験を

持つ者がそれぞれ最も多かった。職種によって、年齢と経験年数の各選択肢を選択した人数の割合が有意に異なっていた（「年齢」 $p = 0.000$ 、「経験年数」 $p = 0.027$ ）。「介護福祉士」以外の資格（ホームヘルパー1級、ホームヘルパー2級、介護職員基礎研修）で訪問介護員として就労している者が52.1%おり、年代が高くなるほど「介護福祉士」取得率が低かった（40歳代は62.2%、50歳代は48.1%、60歳以上は36.1%が取得）。訪問看護師は、無免許の就労者は皆無であった。「ケアマネジャー」の取得率は、訪問介護員の割合（9.3%）に比べて、訪問看護師の割合（31.5%）が有意に高かった（ $p = 0.000$ ）。就業形態では、訪問介護員の「正規・常勤職員」の割合（19.6%）に対し、訪問看護師の「正規・常勤職員」の割合（56.3%）が有意に高かった（ $p = 0.000$ ）。所属事業所の体制では、訪問介護員は「非24時間体制」を選択した人数の割合が訪問看護師に対し有意に高く、反対に訪問看護師は、「24時間体制」を選択した人数の割合が訪問介護員に比べ有意に高かった（ $p = 0.000$ ）。勤務状況では両職種ともに「夜勤なし」を回答した人数の割合が多かった（97.4%、96.7%）。

（2）訪問介護員の「医行為」の実施状況と制度施行前後の「喀痰吸引」の状況

2012年4月の制度施行により、介護職員等の実施が認められることになった医行為の、最近1カ月以内での実施経験を尋ねた。医行為2項目（喀痰吸引、経管栄養）を「実施している」

表2 改正法¹⁾前後の「喀痰吸引」²⁾の状況

(単位 人)

	訪問介護員 (n = 194)	訪問看護師 (n = 213)	χ^2 値 ⁵⁾	p 値 ⁵⁾
	実施 n ³⁾ (%) ⁴⁾	支援 n ³⁾ (%) ⁴⁾		
[改正法前] 喀痰吸引 ⁵⁾	18(9.3)	39(18.3)	6.88	0.009
[改正法以後] 喀痰吸引	16(8.2)	30(14.1)		

注 1) 2012年4月「社会福祉士及び介護福祉士法」一部改正。
 2) 2012年4月の法改正により訪問介護員が行えるようになった。
 3) 各選択肢を選択した人数を示した。
 4) 各選択肢を選択した人数の当該専門職種全体の人数に対する割合を示した。
 5) 各選択肢を選択した人数の割合と職種に有意に関連がみられたもののみ危険率を記載した。

と回答した訪問介護員の割合は、調査対象とした訪問介護員全体のそれぞれ1.5%、1.0%であった。

次に、制度施行前後の喀痰吸引の状況を表2に示した。制度施行より前に、訪問介護員として喀痰吸引を行った経験を持つ訪問介護員は、調査対象とした訪問介護員全体の9.3%、制度施行以後に、喀痰吸引を行っている訪問介護員は全体の8.2%であった。同じく制度施行より前に、利用者宅で訪問介護員の喀痰吸引を支援した経験を持つ訪問看護師は、調査対象とした訪問看護師全体の18.3%、制度施行以後に、訪問介護員の喀痰吸引を支援している訪問看護師は全体の14.1%であった。制度施行より前に、訪問介護員として喀痰吸引を行った経験を持つと回答した訪問介護員と、利用者宅で訪問介護員の喀痰吸引を支援した経験を持つと回答した訪問看護師の人数の割合には有意差がみられた（ $p = 0.009$ ）が、制度施行以後に、喀痰吸引を行っているとは回答した訪問介護員と、訪問介護員の喀痰吸引を支援していると回答した訪問看護師の人数の割合に有意な差はみられなかった。制度施行より前に、「その他」として「喀痰吸引を行ったことがある」と回答した訪問介護員は、自分の家族の喀痰吸引（6人）、以前の職場（介護施設等）での喀痰吸引（3人）であるとコメントを付けており、制度施行以後も訪問介護員としての喀痰吸引は行っていなかった。また、制度施行より前に喀痰吸引を実施した経験がない訪問介護員のうち25.2%が、「訪問介護員を対象とした喀痰吸引研修に参加した」「訪問先で訪問看護師が利用者の喀痰吸引をしているところに居合わせた」「訪問先で訪問看護師から利用者の喀痰吸引の方法について説明を受けた」「訪問看護師に喀痰吸引に関する相談をした」経験を持つことがわかった（複数回答）。同様に、制度施行より前に訪問介護員の喀痰吸引を支援した経験がない訪問看護師のうち32.4%が、「訪問介護員を対象とした喀痰吸引研修会で講師をつとめた」「訪問先で居合わせた訪問介護員に喀痰吸引を見せた」「訪問先で利用者の喀痰吸引の方法を訪問介護員に

説明した」「訪問介護員から喀痰吸引に関する相談を受けた」経験を持つことがわかった（複数回答）。制度施行以後、登録特定行為業務従事者として喀痰吸引等を実施している訪問介護員が2人、喀痰吸引等研修を受講し、登録特定行為業務従事者として認定証の交付を受けた訪問介護員が1人、喀痰吸引等研修中の訪問介護員が2人であった。同様に、制度施行以後、登録特定行為業務従事者として喀痰吸引等を実施する訪問介護員と訪問をした訪問看護師が6人、登録特定行為業務従事者として喀痰吸引等を実

施する訪問介護員の指導・助言をした訪問看護師が13人、喀痰吸引等研修を担当した訪問看護師が11人、喀痰吸引等研修の講師を頼まれた訪問看護師が5人であった。

(3) 喀痰吸引に関する意向

2012年4月より介護職員等による実施が認められることになった医行為、中でも喀痰吸引に関して、訪問介護員の喀痰吸引実施に関わる意向を尋ね、5つ（必要である、やむを得ない、すべきではない、看護師監督下で実施可、わからない）の中から自分の考えに最も近い回答を1つ選択してもらった。得られた結果を表3に示した。訪問介護員と訪問看護師で、各選択肢を選択した人数の割合に有意差がみられた（ $p=0.000$ ）。訪問介護員、訪問看護師ともに、訪問介護員の喀痰吸引実施はやむを得ないと回答した割合が多かった（45.9%、69.0%）が、必要であると回答した割合は、訪問介護員が10.3%、訪問看護師が25.4%であり、訪問看護師は訪問介護員よりも、訪問介護員の喀痰吸引実施について「必要である」「やむを得ない」と捉える傾向がみられた。そこで職務上の役割としての喀痰吸引を、上記のように考える訪問介護員と訪問看護師に、「自分ひとりだけでは24時間対応できない状況であると仮定して、自分の家族の喀痰吸引を誰に依頼したいか」を尋ね、6つの選択肢（特にこだわらない、医師、看護師、認定を受けた訪問介護員、吸引経験豊富な訪問介護員、わからない）から最も依頼したい対象を1つ選択してもらった。得られた結果を表3に示した。訪問介護員と訪問看護師で、各選択肢を選択した人数の割合に有意差がみられ（ $p=0.007$ ）、訪問介護員は、「看護師」「吸引経験豊富な訪問介護員」「特にこだわらない」、訪問看護師は、「看護師」「特にこだわらない」「認定を受けた訪問介護員」の順に回答した人数の割合が多かった。

表3 「喀痰吸引」に対する意向

(単位 人)

	訪問介護員 (n = 194)	訪問看護師 (n = 213)	χ^2 値 ⁵⁾	p 値 ⁵⁾
	n ¹⁾ (%) ²⁾	n ¹⁾ (%) ²⁾		
訪問介護員の「喀痰吸引」実施について ³⁾⁵⁾			84.61	0.000
やむを得ない	89(45.9)	147(69.0)		
すべきではない	34(17.5)	6(2.8)		
看護師監督下で実施可	27(13.9)	2(0.9)		
わからない	24(12.4)	4(1.9)		
必要である	20(10.3)	54(25.4)		
自分の家族の「喀痰吸引」実施者について ⁴⁾⁵⁾			16.00	0.007
看護師	64(33.0)	58(27.2)		
吸引経験豊富な訪問介護員	46(23.7)	37(17.4)		
特にこだわらない	41(21.1)	58(27.2)		
認定を受けた ⁶⁾ 訪問介護員	23(11.9)	48(22.5)		
わからない	17(8.8)	12(5.6)		
医師	3(1.5)	-		

- 注 1) 各専門職の各回答を選択した人数を示した。
 2) 各専門職の人数全体に対する各回答の選択人数の割合 (%) を示した。
 3) 訪問看護師の「喀痰吸引」実施について自分の考えに近い回答をひとつ選択した。
 4) 家族の「喀痰吸引」を依頼したい対象をひとつ選択した。
 5) 各選択肢を選択した人数の割合と職種に有意に関連がみられたもののみ危険率を記載した。
 6) 「喀痰吸引等研修」を受講し、「登録特定行為業務従事者」の「認定証」交付を受けた訪問介護員のこと。

表4 協働¹⁾の経験と内容

(単位 人)

	訪問介護員 (n = 194)	訪問看護師 (n = 213)	χ^2 値 ⁴⁾	p 値 ⁴⁾
	n ²⁾ (%) ³⁾	n ²⁾ (%) ³⁾		
情報交換（電話・文書のみ） ⁴⁾	100(51.5)	203(95.3)	102.20	0.000
訪問時間重複により、情報交換した ⁴⁾	93(47.9)	172(80.8)	48.12	0.000
訪問時間重複により、援助を実施した ⁴⁾	60(30.9)	90(42.3)	5.60	0.018
計画的に同行し、援助を実施した ⁴⁾	48(24.7)	144(67.6)	74.85	0.000
協働の経験はない ⁴⁾	40(20.6)	3(1.4)	39.65	0.000
研修で指導・助言を受けた/行った ⁴⁾	5(2.6)	21(9.9)	9.00	0.003

- 注 1) 訪問介護員と訪問看護師の協働の経験にあてはまる回答をすべて選択した。
 2) 各選択肢を選択した人数を示した。
 3) 各選択肢を選択した人数の当該専門職種全体の人数に対する割合を示した。
 4) 各選択肢を選択した人数の割合と職種に有意に関連がみられた者のみ危険率を記載した。

(4) 訪問介護員と訪問看護師の協働の経験と内容

訪問介護員の喀痰吸引実施が制度上医師の指示のもとに認められたことで、現場における介護と看護の連携が一層重要視されている。そこで2職種間の連携関係を表す「協働の経験」について、6つの選択肢（計画的に同行し、援助を実施した・計画的ではないが訪問時間の重複により、援助を実施した・計画的ではないが訪問時間の重複により、情報交換した・電話や文書（ノート等）で情報交換した・研修としての指導や助言を受けた／行った・協働の経験はない）の中からあてはまるものをすべて選択してもらった。得られた結果を表4に示した。すべての内容について、職種と選択した人数の割合に有意な関連がみられた。それぞれの職種で回答者の割合を比較すると、最も多かった回答は、「電話や文書（ノート等）で情報交換した」（訪問介護員51.5%、訪問看護師95.3%）、最も少なかった回答は、「研修で指導・助言を受けた」（訪問介護員2.6%）、「協働の経験はない」（訪問看護師1.4%）であった。

Ⅳ 考 察

(1) 訪問介護員と訪問看護師の現状と法改正前後の「喀痰吸引」の状況

制度施行から1年半が経過した、訪問介護員と訪問看護師の現状を分析した結果、本調査対象の訪問介護員の71.6%が年齢50歳以上、50.5%が経験年数10年以上、52.1%が介護福祉士の免許を持たず、80.4%が常勤職員以外の就労形態での就労であることがわかった。52.1%の訪問介護員が介護福祉士以外の資格・免許で就労していたという本調査結果から、介護福祉士の業務として喀痰吸引等が認められたことを考えれば、介護福祉士未取得の訪問介護員にはキャリアアップが求められる。

2012年の介護保険制度改正では、「住み慣れた地域で要介護者が中重度になっても、24時間安心して暮らせるように」と、介護福祉士による喀痰吸引等の実施が認められることとなった

が、調査対象の訪問介護員の59.3%が「24時間体制ではない」事業所に所属しており、97.4%が「夜勤なし」の勤務状況であった。一方、訪問看護師の84.0%は、「24時間対応体制」「24時間連絡体制」の事業所に所属していたが、96.7%が「夜勤なし」と回答した。訪問介護員、訪問看護師ともに所属事業所が24時間体制であるかどうかとは無関係に「夜勤はない」現状があり、様々な事情で夜勤対応ができなくてもそれぞれの職務に不都合はないといえる。本結果からは訪問介護・訪問看護利用者の夜間帯のニーズは不明であるが、地域包括ケアシステムが目指す24時間を通じて訪問介護と訪問看護を提供できる体制と、現状との乖離が明らかになった。

訪問介護員による喀痰吸引等の実施状況であるが、調査実施の1カ月以内に「喀痰吸引」「経管栄養」の実施経験があると回答した訪問介護員は、それぞれ1.5%、1.0%であった。法改正前後の喀痰吸引状況でも、「訪問介護員の喀痰吸引経験者」および「訪問介護員の喀痰吸引の支援経験者」の割合は、制度施行前後で訪問介護員が9.3%、8.2%、訪問看護師が18.3%、14.1%で、調査時点での法改正による違いは認められなかった。本結果からは、訪問介護員の喀痰吸引のニーズは不明であるが、制度施行による訪問介護員の医行為実施の浸透には、時間が必要であることがわかった。

(2) 訪問介護員と訪問看護師の喀痰吸引に関する意向と協働

本調査は、喀痰吸引が介護職員等の業務として制度上位置づけられてから約1年半経過した時期に実施したが、訪問介護員の約9割が喀痰吸引未経験者であり、訪問介護員の業務としては浸透していなかった。さらに自分の家族の喀痰吸引の依頼先の選定時に、訪問介護員は資格よりも経験を重視する傾向があり、訪問介護員の半数にみられる「喀痰吸引」に対する消極的姿勢は、行為者の資格に依拠するものではなく、これまで経験がない行為に自らが積極的に携わることに対する忌避感あるいは不安感に基づくものと推察された。訪問介護員が自信を持って

主体的に「喀痰吸引」を実施できるように教育・支援を実施することが急務であり、これには医療的視点で利用者に関わる訪問看護師との協働が不可欠である。現状では、訪問看護師は訪問介護員との協働を実践する機会が多く、偶然に訪問時間が重複した場合に80.8%が「情報交換」、42.3%が「援助」を実施していた。偶然の遭遇では、訪問介護員と情報交換はできても医行為の教育・支援の実施は難しいことが推察され、このことは訪問介護員が喀痰吸引に対して消極的な一因と推察する。実践の場で訪問看護師が計画的に同行訪問し、訪問介護員が行う喀痰吸引等への教育・支援ができる仕組み作り（介護報酬の算定も含めて）が重要といえる。厚生労働省は、「喀痰吸引等制度論」の「訪問看護ステーションとの関わり方の例」として「介護職員（ホームヘルパー等）と看護師が連携して、喀痰吸引等を含めたサービス提供を行います」と記している²⁰⁾が、これをさらに具体化し、「主治医から喀痰吸引の指示書が発行された直後の喀痰吸引導入時期の利用者宅に、登録事業者の業務連携先の訪問看護師が訪問介護員と同行訪問し、技術の指導・評価を行うこと」が望ましいと考える。

以上述べてきたように、本研究では医行為を手がかりに、在宅療養者の介護・看護を担う訪問介護員と訪問看護師の協働の分析を試みたが、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供体制については今だ模索状況にあり、経過措置期間終了後の展開についてさらに調査を継続する必要がある。また、今回は調査対象として都市部²¹⁾を設定したが、地域により状況に差があることが指摘されており、さらに広域に亘る調査を実施して日本全国の状況を把握した上で、各地域の状況に配慮した最善の施策の構築が今後の課題である。

謝辞

本調査にご協力いただきました対象者の皆様に深く感謝申し上げます。また、本調査研究の立案時には、故高原亮治元上智大学教授のご指導を賜りました。先生のご冥福をお祈りすると

ともに、ご指導に感謝申し上げます。

文 献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ。日本の将来推計人口（平成24年1月推計）出生中位・死亡中位仮定による推計結果 表1-2；1-12。日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）表II-13。（<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Mainmenu.asp>）2015.1.5.
- 2) 厚生労働省ホームページ。平成26年度版厚生労働白書。第2章 健康をめぐる状況と意識。図表2-4-3 最期を迎える場所～希望と現実。（<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/dl/1-02-1.pdf>）2015.1.4.
- 3) 厚生労働省ホームページ。地域包括ケアシステムの構築に向けて。第98回市町村職員を対象とするセミナー。厚生労働省老健局振興課。平成25年6月28日。（http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/seminar/dl/02_98-02.pdf）2015.1.4.
- 4) 江口信枝。ケア業務負担感に影響を与える要因の検討。日本保健福祉学会誌 1998；5（2）：31-40.
- 5) 永田千鶴。在宅ケアにおける看護・介護の協働。介護福祉学 1998；5（1）：22-31.
- 6) 佐藤信枝。高齢者の介護業務ストレスに影響する社会的支援による効果。新潟青陵大学紀要 2001；（1）：47-58.
- 7) 谷口敏代，迫明仁，橋本祥恵，他。医療依存度の高い高齢者への介護職と看護職の協働認識。介護福祉学 2002；9（1）：51-8.
- 8) 野中和代。21世紀における看護職と介護職の協働の必要性について。看護学統合研究 2002；3（2）：85-8.
- 9) 安田真美，山村江美子，小林朋美，他。看護・介護の専門性と協働に関する研究。聖隷クリストファー大学看護学部紀要 2004；12：89-97.
- 10) 原田秀子，堤雅恵，中谷信江，他。教育課程の違いによる看護・介護の視点の特性に関する研究。山口県立大学社会福祉学部紀要 2005；11：15-124.
- 11) 石橋潔。専門職化によって形成される専門領域と非専門領域。久留米大学文学部紀要 情報社会科学編第2号 2006：35-46.

- 12) 安田真美, 山村江美子, 小林朋美, 他. 看護・介護の専門性と協働に関する研究 第2報. 聖隷クリスティーナ大学看護学部紀要 2006; 14: 117-26.
- 13) 茂野香おる, 八島妙子, 酒井郁子, 他. 介護老人保健施設の医療的管理における看護職と介護職の役割分担と機能の実態. 千葉県立衛生短期大学紀要 2006; 26(1): 121-8.
- 14) 厚生労働省ホームページ. (社会福祉士及び介護福祉士法施行規則) 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部を改正する省令(厚生労働省第126号). (http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/2-4-3.pdf) 2015.1.4.
- 15) 厚生労働省ホームページ. 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度について(「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正). 中医協 総-4. 平成24年1月18日. (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000020222-att/2r985200000207k3.pdf>) 2015.1.4.
- 16) 厚生労働省ホームページ. 平成24年4月から, 介護職員等による喀痰吸引等による喀痰吸引等(たんの吸引・経管栄養)についての制度がはじまります～介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(平成23年法律第72号)の施行関係～. (http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/18496/00000000/01_tankyuuin_shuchi_pamphlet.pdf) 2015.1.4.
- 17) 厚生労働省ホームページ. 平成23年介護保険法改正について(介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律). 厚生労働省老健局. (http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/k2012.pdf) 2015.1.4.
- 18) 厚生労働省ホームページ. 資料3 地域包括ケアシステムの構築に向けて. 社会保障審議会介護保険部会(第46回). 平成25年8月28日. (http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000018729.pdf) 2015.1.4.
- 19) 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ. 日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)表II-13. (<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/1kouhyo/gaiyo.pdf>) 2015.1.6.
- 20) 厚生労働省ホームページ. 喀痰吸引等制度論. 平成24年度 喀痰吸引等指導者講習 講義1資料. 厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課 福祉人材確保対策室. (参考)～訪問看護ステーションとの関わり方の例. (http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/04_kensyuu_02-01-1-1.pdf) 2015.1.6.
- 21) 厚生労働省ホームページ. 都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築(都市部の高齢化対策に関する検討会報告書). 社会保障審議会. 介護保険部会(第50回). 平成25年10月2日. (http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000024923.pdf) 2015.1.6.