

# 介護従事者における医療行為の実態・意識調査

篠崎良勝

## 目次

1. はじめに
2. 方法
  - (1) 調査対象者
  - (2) 調査項目
  - (3) 回収結果
3. 結果と分析
  - (1) 医療行為の経験率
  - (2) 医療行為を行った理由
  - (3) 医療行為をしてもらいたい相手の立場とその理由
  - (4) 「介護と医療」についてのあなたの考え
4. 考察

## 1. はじめに

介護保険制度が施行されて、11年目に突入したが、依然として、介護従事者が医療行為を行うという実態に変化はない。2010年4月1日には厚生労働省から「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取り扱いについて」の通知が出され、また、政府（規制・制度改革分科会：ライフイノベーションWG）からは、たんの吸引、胃ろうの処置を介護従事者に全面解禁方針が打ち出されている。これらにより介護従事者は介護領域だけではなく医療領域にも積極的に関わることが求められてくることになる。

このような一連の施策の流れをみると、介護従事者の医療行為に関する問題は解決に動いているかのように見える。しかし、介護現場では「何の説明もなく、摘便を行わせる」、「医療行為がほとんどの施設で上司より強要されている。『できません』というクビになる」という状況で介護従事者が医療行為をさせられている状況がある。つまり、介護現場の実態や介護従事者の思いを受けとめて出された解決策とはなっていない可能性が垣間見えるのである。

そこで、本研究では介護従事者が自ら行う医療行為に関する調査（過去1年間の経験状況）と介護現場の医療行為に関する意識調査をおこなうことで、介護従事者側からみた医療行為の課題を明らかにしたい。

## 2. 方法

### (1) 調査対象者

介護従事者の職能団体や事業者団体に電話でアンケート調査の趣旨説明を行い、協力が可能との回答を得られた都道府県（北海道、青森県、岩手県、秋田県、宮城県、新潟県、茨城県、栃木県、群馬県、千葉県、埼玉県、東京都、神奈川県、静岡県、長野県、愛知県、京都府、岡山県、福岡県）で介護従事者として就労している者の中から、無作為で2,000名に対して調査用紙と返信用封筒を送付した。回答期限は2010年12月24日とした。

なお、倫理的配慮として、調査の際にすべて匿名で回答してもらうことを説明し、了承を得た。

## （2）調査項目

調査項目は基本属性11項目、医療行為の経験状況（22項目）、介護職員に医療行為を認めるかどうか（22項目）、あなたが利用者なら医療行為を看護職員と介護職員のどちらに依頼するか（22項目）、介護と医療に関する意識（39項目）、自由記述（1項目）であった。

なお、本研究で医療行為として用いた22項目は、下記の通りである。これらは、平成17年7月26日に厚生労働省から出された通知（医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について）を主に参考に作成し、かつ厚生労働省に対しても電話で下記の行為が医療行為に該当するとの回答を得た。

- 血圧測定後の数値から判断すること
- 体温測定後の数値から判断すること
- 排たんケア（タッピング）
- 医師や薬剤師から処方されていない薬を飲ませること
- 人工肛門のパウチの交換
- 重度の歯周病の方の口腔内を清掃すること
- 摘便
- 処方されていない市販の外用薬を塗布すること
- 酸素吸入
- 巻き爪・糖尿病の利用者のつめ切り
- 経管栄養の処置
- たんの吸引（気管切開患者の吸引も含む）
- 誤嚥の可能性のある利用者へ内服薬を飲ませる
- 膀胱洗浄
- 褥瘡部分への軟膏の塗布
- 褥瘡部分のガーゼ交換
- 導尿
- 点滴の抜針
- インシュリン注射
- 浣腸しても便の出ない時に、もう1本浣腸をすること
- パルスオキシメーターの数値から判断すること
- 食事制限のある利用者に対する食事療法

### (3) 調査期間及び回収結果

2010年6月1日から2010年12月24日までを調査期間とした。回収されたアンケートは349票であり、回収率は17.45%であった。

## 3. 結果と分析

### (1) 医療行為の経験率

医療行為の経験率をみると、「経験なし」の割合は全体では7.7%と1割にも満たない結果となっている。そして、「経験あり」の割合は全体及び訪問介護員では92.0%、施設介護職員で94.6%となっており、介護従事者の医療行為の経験率には就労場所による差はみられなかった(図1)。次に、介護従事者の医療行為の経験率の推移をみると(図2)、訪問介護員、施設介護職員ともに介護保険制度施行前の1999年から経験率は高いものとなっており(訪問介護員:95.9%,施設介護職員96.0%)、2010年の経験率も1999年の経験率と差がない(訪問介護員:92.0%,施設介護職員94.6%)。このことから恒常的に介護従事者が医療行為を提供していることがわかる。つまり、介護従事者が医療行為をしている状況は、少なくともこの10年間は改善していないということになる。もちろん、このような状況を国も把握しており、厚生労働省は平成17年7月26日に「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」という通知で「医療行為には該当しないもの一覧」を通知した(表1)。しかし、各行為が医療行為に該当するかどうかは、行為を実施する際の条件設定がなされているため、その条件を満たしていない状況での行為(表2)は医療行為に該当することになっている。この条件が煩雑なために、介護従事者の医療行為の経験率は依然として高いものと考えられる。換言すれば、厚生労働省が出した「条件付き行為」だけでは介護現場の医療行為の問題は解決できないことがわかる。

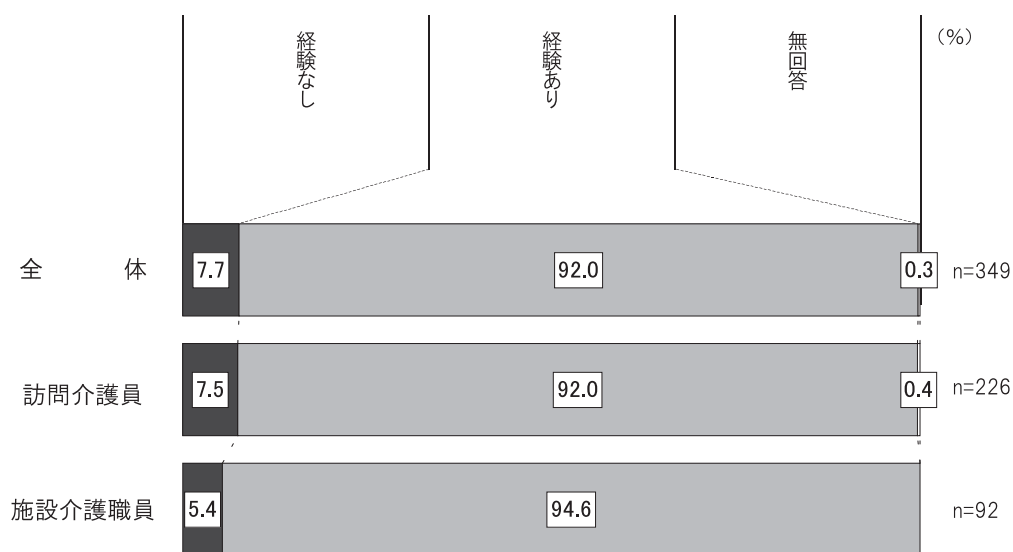


図1 医療行為の経験率

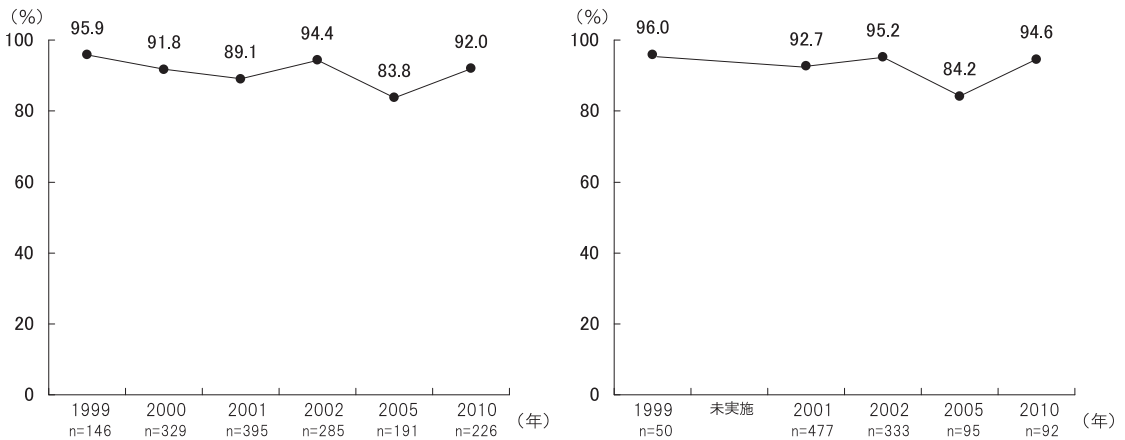


図2 医療行為の経験率の年次推移

- ①水銀体温計・電子体温計による腋下の体温計測、耳式電子体温計による外耳道での体温測定(判断は医療行為に該当)
- ②自動血圧測定器により血圧測定(判断は医療行為に該当)
- ③新生児以外で入院治療の不要な者へのパルスオキシメーターの装着
- ④軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について専門的な判断や技術を必要としない処理(汚物で汚れたガーゼの交換を含む)
- ⑤軟膏の塗布(褥瘡の処置を除く)
- ⑥外用薬の貼付
- ⑦点眼薬の点眼
- ⑧一包化された内用薬の内服(舌下錠の使用も含む)
- ⑨坐薬挿入
- ⑩鼻腔粘膜への薬剤噴霧の介助
- ⑪爪切り、爪ヤスリによるやすりがけ
- ⑫歯ブラシや綿棒、または巻き綿子などによる歯、口腔粘膜、舌に付着した汚れの除去
- ⑬耳垢の除去(耳垢塞栓の除去を除く)
- ⑭ストマ装置のパウチにたまった排泄物の廃棄(肌に接着したパウチの取替えを除く)
- ⑮自己導尿の補助としてのカテーテルの準備、体位の保持
- ⑯市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器を用いた浣腸

表1 通知「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」において医行為ではないと考えられるものとして挙げられている行為一覧

1 血圧測定後の数値から「高い・低い・正常」という判断	12 たんの吸引(気管切開患者の吸引も含む)
2 体温測定後の数値から「高い・低い・正常」という判断	13 誤嚥の可能性のある利用者へ内服薬を飲ませ
3 排たんケア(タッピング)	14 膀胱洗浄
4 医師や薬剤師から処方されていない薬を飲ませること	15 褥瘡部分への軟膏の塗布
5 人工肛門のワチの交換	16 褥瘡部分のガーゼ交換
6 重度の歯周病の方の口腔内を清掃すること	17 導尿
7 摘便	18 点滴の抜針
8 処方されていない市販の外用薬の塗布	19 インシュリン注射
9 酸素吸入	20 浣腸しても便の出ない利用者へ、もう1本浣腸をすること
10 巻き爪・糖尿病の利用者のつま切り	21 ハルスオキシメータの数値から「高い・低い・正常」という判断
11 経管栄養の処置	

表2 現在でも介護従事者が実施すると医療行為となる内容

## (2) 医療行為を行った理由

次に、医療行為を行った理由を2002年と2010年の調査結果を比較することで、経験率だけではみることのできない背景を探っていく(図3)。注目すべき点は7つである。

まず、「医療行為とは知らなかった」の割合が全体、訪問介護員、施設介護職員ともに2002年時よりも増加しているという点である(全体:7.7%→11.3%、訪問介護員:7.7→11.3%、施設介護職員7.9%→14.7%)。このことから分かることは、先述した厚生労働省が平成17年7月に出した通知が現場で浸透かつ徹底されていないということである。つまり、「血圧測定は医療行為ではない」、「点眼は医療行為ではない」、「浣腸は医療行為ではない」などという行為そのものだけの連絡が現場に伝わり、その条件が伝わっていないことが考えられる。2002年には、そのような条件は一切なかったが、現在は、条件を守った上で行えば医療行為ではなく、その条件を守らなければ医療行為に該当するというように行う行為そのものだけでは判断できなくなっていることが、「医療行為とは知らなかった」の割合を増加させる結果となったものと考えられる。

次に、「緊急・人命救助」のために行っている割合も2002年よりも2010年の方が増加している。特に施設介護職員では、7.4%(2002年)から18.6%と2.5倍となっている。施設には日中は看護職が滞在しているにもかかわらず、介護職員が緊急・人命救助のために医療行為を行っている背景として考えられることは、特別養護老人ホームやグループホーム(介護保険法上の区分では居宅であるが、集団生活をする場という意味で、ここでは施設介護としている)などにおける夜間帯の看護師の配置基準がないことが影響していると考えられる。また、日中であっても医療依存度の高い利用者の増加によって看護師が十分に対応できずにいることも伺える。

三点目として、「自主的に行った」の割合が大幅に減少していることが挙げられる。2002年時では、2割程度の回答占有率があったにもかかわらず、2010年の調査では2002年の1/3程度となっている。これは、「介護従事者は医療行為を行うことができない職種である」ということが介護従

事者自身の意識にも浸透した結果といえよう。介護保険制度施行前や直後は、グレーゾーンとして何が医療行為であるのかが不明瞭な状況であったために、結果として自主的に行っていた介護従事者が多かったが、介護保険制度が施行されて10年が経ち、かつ厚生労働省からの通知もあって具体的な医療行為が明らかになってきたことで、介護従事者自らが積極的に医療行為を提供することがなくなったためと言えよう。その意味では、介護従事者の中に「医療行為は介護従事者が行ってはならないことである」という認識は高まっていると言える。しかし、先述したように「医療行為とは知らなかった」の割合が増加していることを加味すると、介護従事者自身が理解しているのは、行為そのものが医療行為に該当するかしないかというレベルで、具体的な条件に関しては情報が不十分な状況であることも考えられるため、今後も正確な情報の発信と理解浸透が求められる。

4点目として、「看護職からの指示」が2002年、2010年ともに高い割合となっていることがわかる。特に、施設介護職員では2002年時では35.4%であったものが、2010年にはさらに7.4ポイント上昇して42.8%となっている。このように看護職からの指示で介護従事者が医療行為を行っている背景には、看護職員の慢性的な人手不足もあるが、それと同時に看護職員自身が、どのような行為をどのような条件で行えば医療行為に該当しないのか、という理解が不足していることが挙げられる。お互いの職務範囲の理解は、看護職と介護職による円滑なチームケアの基礎となる。この基礎が揺らいでいると、お互いの職業を尊重しあうことが難しくなる場合も起きる。したがって、介護従事者が医療行為を行っている背景として「看護職からの指示」が依然として高い割合となっている状況は一刻も早く改善する必要がある。

次に、「ケアマネージャーからの指示」をみると、訪問介護員ではその割合が2002年には7.1%であったのが2010年には13.8%となっており、施設介護職員と比べるとその増加の仕方には大きな差がある。このように訪問介護員が医療行為を実施している背景には「看護職からの指示」以外に「ケアマネージャーからの指示」があることも明らかになった。

ケアマネージャー自身が、訪問介護員が職務としてできること、できないことを理解していない状態で、訪問介護員に医療行為を依頼している可能がみられる。ケアマネージャーは看護職同様に、介護従事者の行うことのできる医療行為およびその条件を介護従事者以上に理解することが必要なことは言うまでもない。

6点目は、「上司からの指示」の割合が、全体、訪問介護員、施設介護職員ともに増加していることである。上司である者が「医療行為を介護職員にさせてはいけない」という原則を知らないということは考えにくい。つまり、この原則を知りながら医療行為を実施するよう指示を出していることが推測される。そのような上司が増加しているという実態がこの調査から明らかになった。

最後に、「日常業務となっているから」の割合が訪問介護員で41.4%、施設介護職員では63.4%となっている点である。訪問介護員、施設介護職員ともにこの項目の割合が最も高いものとなっている。つまり、介護現場で介護従事者が行っている医療行為の多くは、介護従事者の日常業務にいつの間にか組み込まれてしまい、疑問を持つことよりも業務をすることを求められているのである。

項目別に医療行為の経験率をみると(図4、図5)、訪問介護員と施設介護職員では経験率に違いのある項目があることがわかる。ここでは図5の訪問介護員と施設介護職員の経験率を中心に比較し、分析をしていくこととする。



まず、今回の調査で設定した22項目のうち、18項目で施設介護職員の方が訪問介護員よりも経験率が高い結果となっている。このように施設介護職員の方が訪問介護員よりも経験率が高い傾向は今回に限ったことではなく、従前からの傾向となっている。また、訪問介護員の経験率を施設介護職員の経験率が上回った18項目の中でも、その経験率の差をみると、最も差のみられた項目は「巻き爪・糖尿病の利用者のつめきり」であった（訪問介護員14.2%、施設介護職員59.8%）。次いで、「誤嚥の可能性のある利用者へ内服薬を飲ます」（訪問介護員29.6%、施設介護職員67.4%）、「排たんケア（タッピング）」（訪問介護員24.3%、施設介護職員56.5%）、「経管栄養の処置」（訪問介護員7.5%、施設介護職員34.8%）、「人工肛門のパウチの交換」（訪問介護員12.4%、施設介護職員39.1%）となっており、これに「パルスオキシメーターの数値から高い・低い・正常という判断」、「たんの吸引（気管切開患者の吸引も含む）」を含めた7項目の施設介護職員の経験率は、訪問介護員の経験率を20ポイント以上上回っている結果となった。これは、施設における入所者の中に医療依存度の高い人が在宅で介護サービスを利用する人よりも多いということと同時に、施設という閉ざされた就労場所も影響していると考えられる。つまり、在宅では他人の目が入りやすく、訪問介護員があからさまに医療行為を提供することはしにくい、施設では在宅と比べて他人の目が届きにくいのために、日常業務の中で施設介護職員が医療行為を行っていることや同じ職場の上司や看護師からの指示で行っていることも考えられるのである。このことは、就労場所別に医療行為を行っている理由を尋ねた結果をまとめた表3からも明らかである。

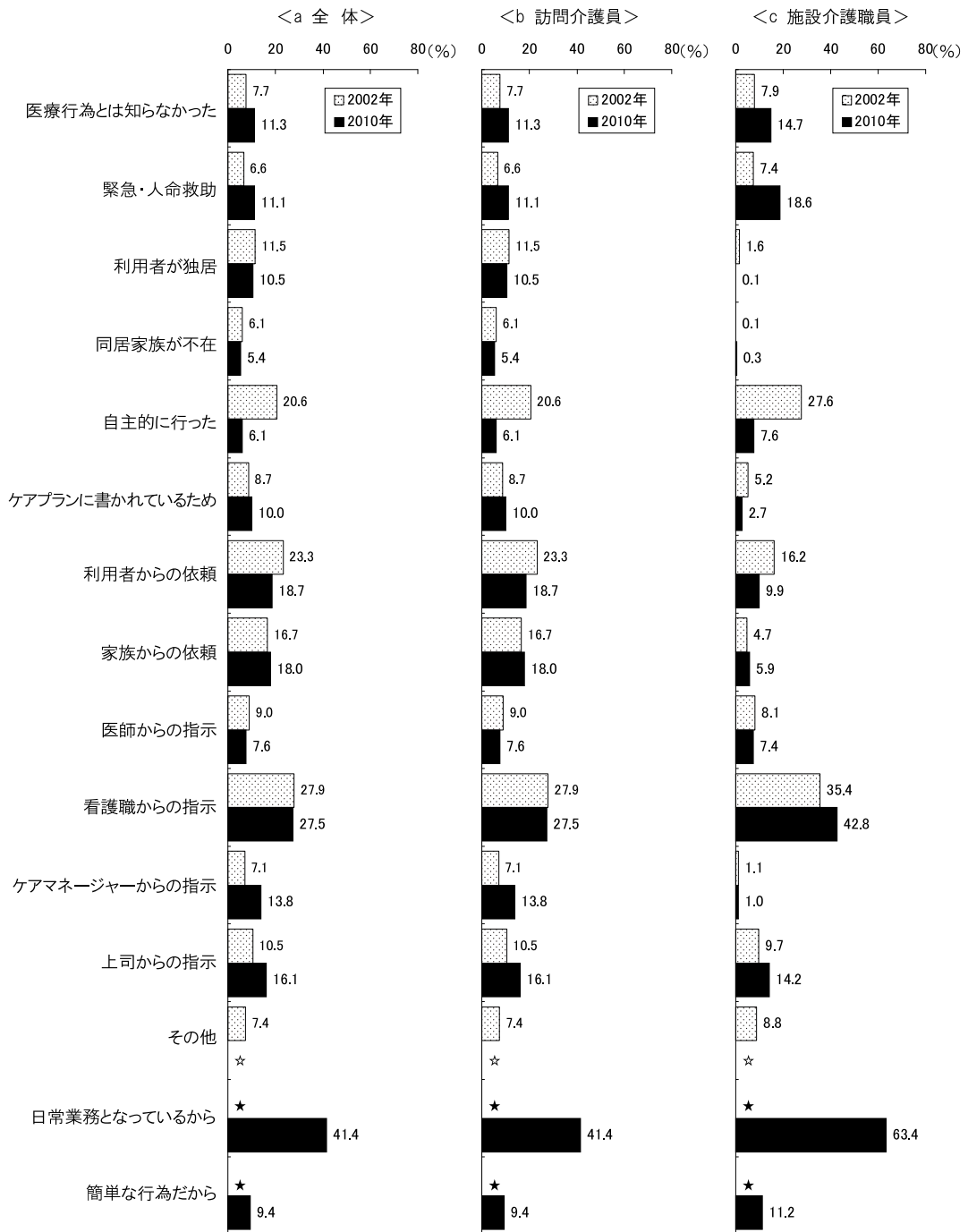
### （3）医療行為をしてもらいたい相手の立場とその理由

介護従事者に対して、「あなたが介護サービスの利用者の立場なら、看護職と介護職のどちらから医療行為の提供を受けたいか」と尋ねた結果を図6、図7に示した。その結果をみると、22項目中19項目で「看護師に頼む」の割合が最多となり、次いで3項目では「どちらでも」の割合が最多となった。「介護職に頼む」が最多となった項目はなく、もっとも割合の高かった項目は、「処方されていない市販の外用薬の塗布」の15.2%であった。このような結果は、図7の就労場所別でも同様の結果となっており、現在の介護従事者が利用者の立場であれば、各医療行為の提供は看護職から受けたいという結果となった。

このように介護従事者自らが利用者に提供している医療行為であっても、自分自身が利用者になった場合、介護従事者からの提供を希望せずに看護職からの提供を希望するという、『自己矛盾』に陥っている状況となっていることがわかる。

また、図8でそれぞれの理由をみると、看護職員に頼みたい理由は、「医療行為だから」（67.6%）、「適切な判断ができる立場だから」（55.2%）、「技術的に信頼・安心できるから」（49.8%）の3項目に集中していた。つまり、看護職員から医療行為の提供を受けたい理由は、「医療行為であり、技術的に信頼でき、医学的判断もできるから」となる。

次に、介護職員に頼みたい理由をみると、「簡単な行為だから」（40.4%）、「個人的な信頼・安心があるから」（24.4%）、「（居宅の場合）利用料金の問題」（19.5%）、「技術的に信頼・安心できるから」（16.3%）、「適切な判断ができる立場だから」（15.4%）となっている。このことから明らかになったのは、介護職員に頼む場合の大前提には「医療行為とは言っても、介護職員にでも行うことのできる簡単な行為である」ということがある。これを前提として、「簡単な行為だから、個人的な信頼や安心で介護職員にも頼めて、技術的にも信頼や安心でき、かつ判断もできる」という意識と同時に、「簡単な行為だから、訪問看護と訪問介護の利用料金を考えると、利用料金の



☆:2010年調査時、選択肢として未設定  
 ★:2002年調査時、選択肢として未設定

図3 医療行為を行った理由



介護従事者における医療行為の実態・意識調査

<全体>

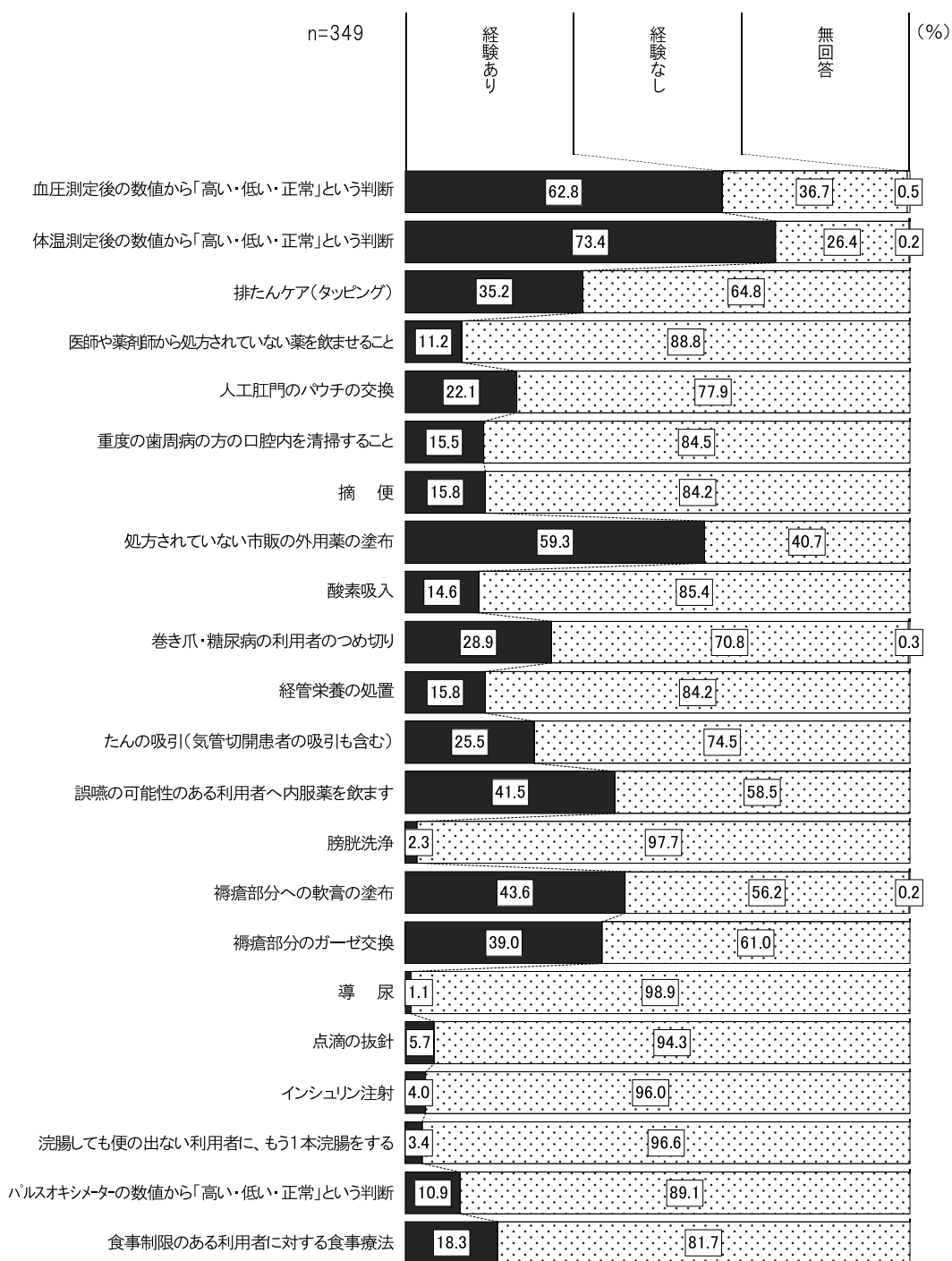


図4 項目別経験率

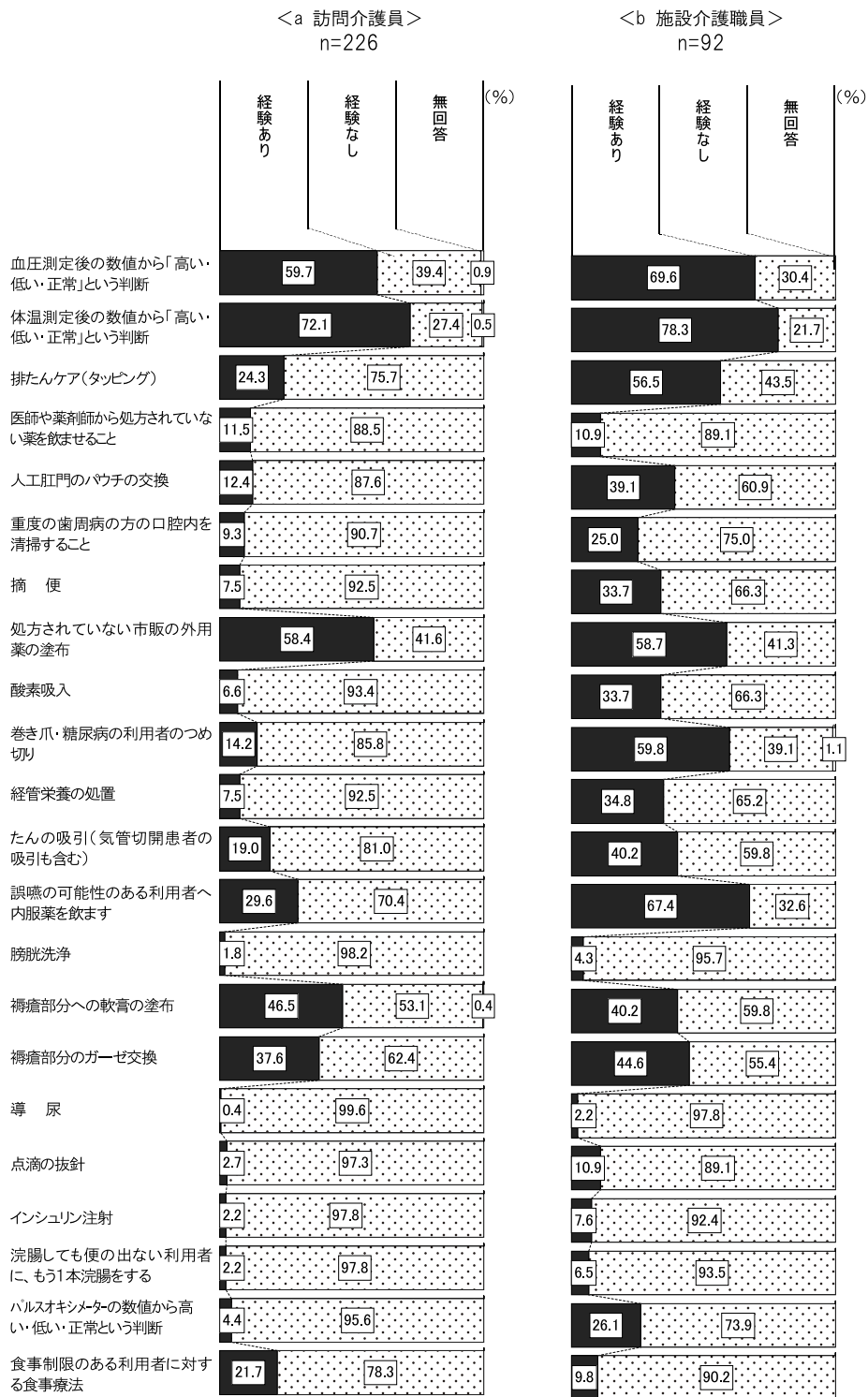


図5 項目別経験率

		各行為経験者数(人)	医療行為とは知らなかった	日常生活となつているから	簡単な行為だから	緊急・人命救助として	利用者が独居だから	同居家族が不在だから	ケアプランに書かれていた	ケアプランに書かれていた	ケアプランに書かれていた	ケアプランに書かれていた	ケアプランに書かれていた	ケアプランに書かれていた	ケアプランに書かれていた	ケアプランに書かれていた	ケアプランに書かれていた	ケアプランに書かれていた	ケアプランに書かれていた
血圧測定後の数値から「高い・低い・正常」という判断	訪問	135	13.3	37.8	8.1	8.1	26.7	8.1	1.5	15.6	20.7	20.7	8.1	6.7	25.2	17.0			
	施設	64	20.3	62.5	15.6	21.9	-	1.6	20.3	7.8	7.8	9.4	7.8	34.4	3.1	17.2			
体温測定後の数値から「高い・低い・正常」という判断	訪問	163	13.5	30.7	11.0	13.5	27.0	11.0	7.4	12.3	18.4	20.9	8.0	4.9	25.2	14.7			
	施設	72	20.8	69.4	25.0	22.2	-	1.4	19.4	5.6	8.3	6.9	4.2	33.3	2.8	13.9			
排たんケア(タッピング)	訪問	55	9.1	18.2	12.7	18.2	12.7	9.1	20.0	3.6	16.4	12.7	3.6	7.3	9.1	7.3			
	施設	52	15.4	53.8	5.8	59.6	-	-	21.2	-	7.7	1.9	1.9	32.7	-	9.6			
医師や薬剤師から処方されていない薬を飲ませること	訪問	26	7.7	26.9	3.8	-	11.5	3.8	-	7.7	26.9	34.6	-	3.8	15.4	26.9			
	施設	10	20.0	60.0	-	10.0	-	-	-	-	10.0	20.0	-	50.0	-	10.0			
人工肛門のパウチの交換	訪問	28	3.6	35.7	7.1	7.1	28.6	7.1	-	17.9	28.6	17.9	-	28.6	25.0	28.6			
	施設	36	5.6	69.4	8.3	8.3	-	-	-	5.6	19.4	11.1	5.6	44.4	-	30.6			
重度の歯周病の方の口腔内を清掃すること	訪問	21	9.5	23.8	9.5	4.8	14.3	-	9.5	28.6	14.3	23.8	9.5	19.0	38.1	14.3			
	施設	23	17.4	91.3	-	-	-	-	-	-	4.3	-	4.3	26.1	-	13.0			
摘便	訪問	17	5.9	11.8	5.9	-	5.9	5.9	17.6	-	29.4	17.6	5.9	29.4	11.8	17.6			
	施設	31	9.7	48.4	3.2	19.4	-	-	6.5	-	12.9	-	-	29.0	-	9.7			
処方されていない市販の外用薬の塗布	訪問	132	6.1	17.4	6.8	-	21.2	6.8	1.5	7.6	59.8	25.8	3.8	7.6	12.1	10.6			
	施設	54	20.4	48.1	25.9	5.6	1.9	-	3.7	-	37.0	13.0	9.3	46.3	1.9	9.3			
酸素吸入	訪問	15	-	13.3	-	20.0	-	-	6.7	13.3	26.7	26.7	6.7	40.0	13.3	20.0			
	施設	31	3.2	12.9	-	58.1	-	-	-	-	-	3.2	19.4	71.0	-	6.5			
巻き爪・糖尿病の利用者のつめ切り	訪問	32	6.3	28.1	3.1	-	18.8	12.5	12.5	9.4	43.8	21.9	3.1	9.4	18.8	12.5			
	施設	55	25.5	80.0	14.5	3.6	-	-	10.9	-	21.8	3.6	3.6	16.4	-	10.9			
経管栄養の処置	訪問	17	5.9	17.6	-	-	11.8	17.6	5.9	17.6	5.9	35.3	-	35.3	29.4	23.5			
	施設	32	9.4	71.9	6.3	3.1	-	-	3.1	-	3.1	3.1	-	53.1	-	12.5			
たんの吸引(気管切開患者の吸引も含む)	訪問	43	-	18.6	2.3	18.6	11.6	14.0	-	20.9	11.6	37.2	23.3	37.2	23.3	23.3			
	施設	37	5.4	51.4	2.7	43.2	-	-	5.4	-	5.4	8.1	8.1	54.1	-	10.8			
誤嚥の可能性のある利用者へ内服薬を飲ませる	訪問	67	7.5	25.4	-	-	10.4	13.4	-	29.9	11.9	38.8	7.5	13.4	26.9	16.4			
	施設	62	14.5	88.7	3.2	3.2	-	-	1.6	3.2	1.6	3.2	6.5	41.9	-	14.5			
膀胱洗浄	訪問	4	-	50.0	25.0	-	-	-	-	25.0	25.0	25.0	-	-	50.0	25.0			
	施設	4	-	75.0	-	-	-	-	-	25.0	-	-	-	75.0	-	25.0			
褥瘡部分への軟膏の塗布	訪問	105	1.9	17.1	4.8	2.9	16.2	8.6	5.7	17.1	21.0	39.0	17.1	31.4	35.2	22.9			
	施設	37	13.5	70.3	13.5	8.1	-	-	-	5.4	8.1	8.1	18.9	67.6	-	21.6			
褥瘡部分のガーゼ交換	訪問	85	-	17.6	3.5	7.1	20.0	9.4	4.7	16.5	17.6	43.5	14.1	32.9	30.6	22.4			
	施設	41	14.6	61.0	14.6	7.3	-	-	2.4	4.9	2.4	4.9	17.1	63.4	2.4	19.5			
導尿	訪問	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	施設	2	-	100.0	-	-	-	-	-	-	50.0	-	-	50.0	-	-			
点滴の抜針	訪問	6	-	-	-	16.7	16.7	-	1.67	-	-	33.3	33.3	16.7	-	-			
	施設	10	-	20.0	-	20.0	-	-	-	-	-	-	10.0	50.0	-	-			
インシュリン注射	訪問	5	-	20.0	-	-	20.0	-	20.0	20.0	-	-	-	-	40.0	40.0			
	施設	7	-	57.4	-	14.3	-	-	-	-	-	-	-	42.9	-	-			
洗腸しても便の出ない利用者 に、もう1本洗腸をすること	訪問	5	-	20.0	-	-	-	-	-	-	40.0	20.0	-	20.0	60.0	20.0			
	施設	6	-	50.0	-	-	-	-	-	-	-	-	16.7	66.7	-	-			
パルスオキシメーターの数値から「高い・低い・正常」という判断	訪問	10	-	10.0	-	10.0	10.0	-	10.0	-	10.0	30.0	-	30.0	20.0	10.0			
	施設	24	12.5	66.7	20.8	33.3	-	-	-	4.2	-	8.3	8.3	41.7	4.2	20.8			
食事制限のある利用者に対する 食事療法	訪問	49	14.3	20.4	4.1	-	22.4	6.1	-	49.0	12.2	18.4	18.4	10.2	44.9	26.5			
	施設	9	22.2	66.7	-	-	-	-	-	-	-	-	22.2	44.4	-	33.3			

※無回答は掲載していない。

表3 項目・就労場所別 医療行為を行っている理由；複数回答

安い訪問介護員に頼みたい」という意識が生まれていると考えられるのである。

看護職員、介護職員のどちらでもよいと答えている人の理由をみると、「簡単な行為だから」(35.2%)、「技術的に信頼・安心できるから」(30.6%)、「適切な判断ができる立場だから」(26.7%)、「個人的な信頼・安心があるから」(21.9%)となっている。一見、介護職員に頼みたい理由と同じような傾向のように見えるが、この「どちらでもよい」という意識に内在するのは、『条件』があることを意識しておく必要がある。その条件とは、「簡単な行為や個人的な信頼があることはもちろんだが、それと同時に医学的技術、医学的判断を身につけているのであれば、職種は問わない」ということである。したがって、この条件がクリアできるのであれば、介護職員に頼みたいが、クリアできないのであれば看護職員に頼みたいという意識が内在していると考えられるのである。

#### (4) 「介護と医療」についてのあなたの考え

図9、図10は介護従事者の「介護と医療」に関する意識および認識について尋ねた結果である。この調査結果をみると、「1 あなたは、介護職が医療行為を行ってはいけない、という原則は知っている」で「はい」の割合が98.0%となっていることからわかるように、ほとんどの介護従事者は医療行為の提供は自らの職務ではないことを理解している。その意味では、厚生労働省が平成17年7月に出した「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」という通知の効果はあったと言えよう。しかし、「2 あなたは、血圧測定の数値に関する判断（高い・低い・正常）に関しては、毎回必ず医師や看護師に確認をしてもらっている。」では「はい」の割合が26.9%、「4 あなたは、体温測定の数値に関する判断（高い・低い・正常）に関しては、毎回必ず医師や看護師に確認をもらっている。」の「はい」の割合が21.5%、「10 通常、座薬を行う場合、肛門からの出血の可能性のある利用者かどうかの判断はせずにしている。」の「はい」の割合が14.6%、「あなたは、誤嚥の可能性のある利用者に対して内服薬を飲ませる際には、必ず医師や看護師にもらっている。」の「はい」の割合が25.5%、「11 あなたは、利用者の口腔内の清掃の時、利用者の歯周病が重度かどうかの判断ができる。」の「はい」の割合が8.6%などとなっていることから、介護現場では、通知の遵守が行えていない状況であることがわかる。

では、このような状況で介護従事者は医療行為を率先して提供したいと考えているのかというと、「12 正直、医療行為と言われていることは行いたくない。」の「はい」の割合が74.8%となっていることから、医療行為への積極的なかわりに対しては否定的である。これは、「14 介護職の多くは、医学的知識を持って医療行為を行っていると思う。」で「はい」の割合が10.3%であることや「24 あなた自身、痰の吸引で事故を起こさないだけの技術を身につけている。」の「はい」の割合が7.2%であることから明らかなように、自らの医学知識や技術は医療行為を実施するには十分ではないと考えている者が多いことが影響していると考えられる。その結果、介護従事者が医療行為を行った際のリスクとして「13 介護職が医療行為を行っている現状を考えると、いつか介護職は医療ミス・医療事故を起こすかもしれないと思う。」では「はい」の割合が82.5%と高い割合となっているのである。

このように医療ミス・医療事故を起こすことの危険を自ら感じながらも、「15 あなたは、介護職が医療行為を行った結果の事故に関しては、保険会社から保険（損害賠償金など）が支払われないことを知っていた。」および「16 あなたは、無資格者が無断で医療行為を行うと、医師法違

介護従事者における医療行為の実態・意識調査

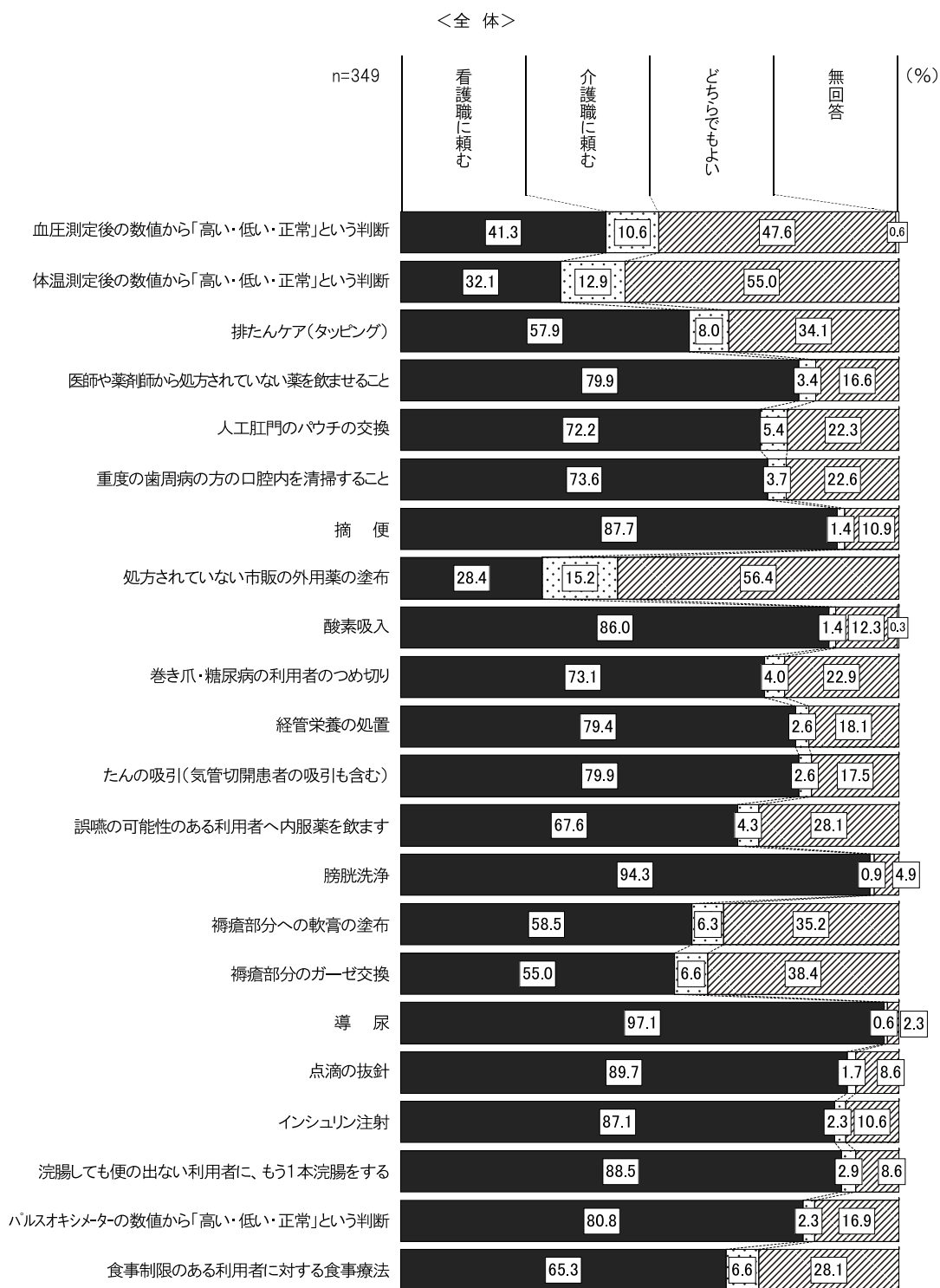


図6 項目・就労場所別 医療行為をしてもらいたい相手の立場

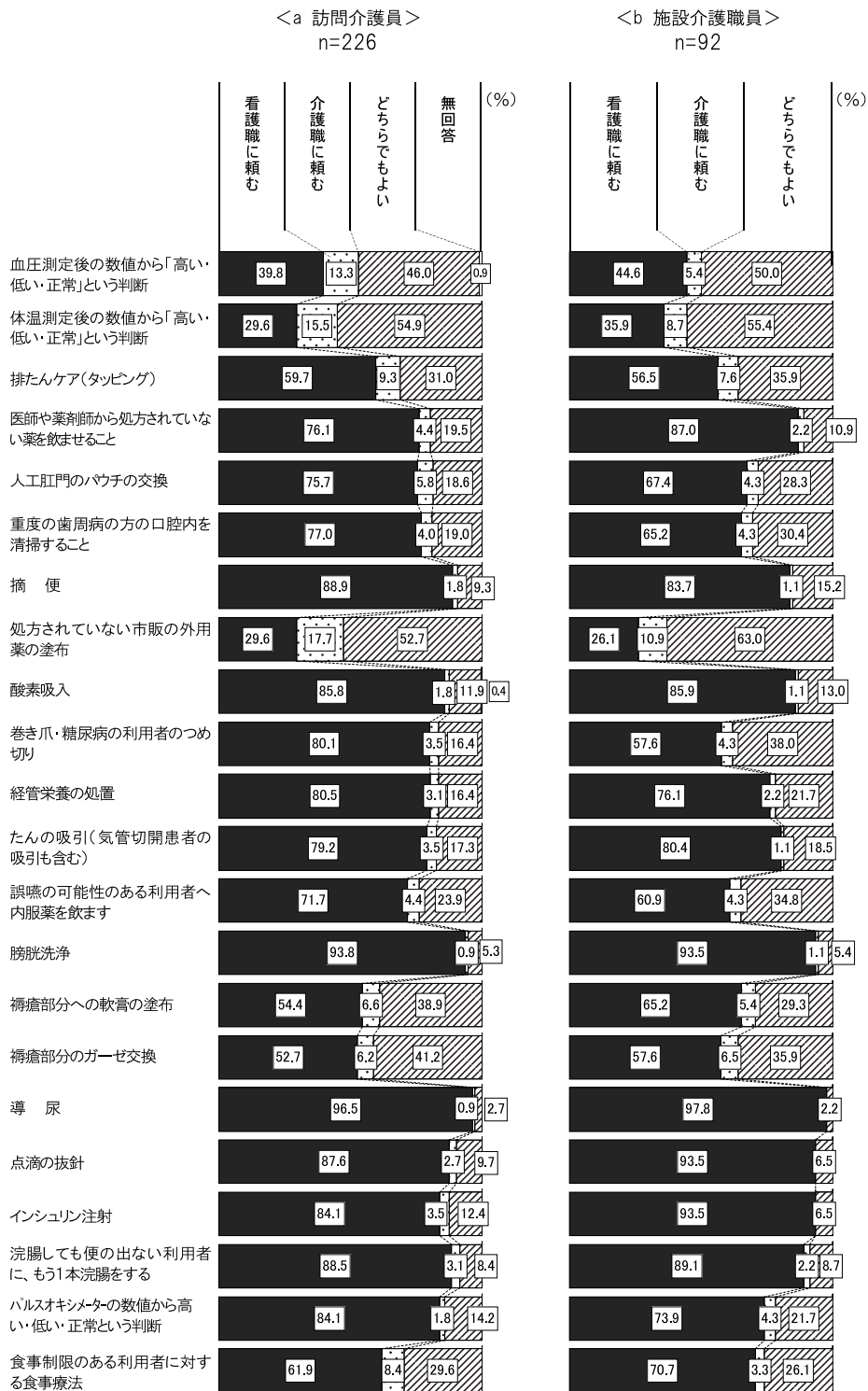


図7 項目・就労場所別 医療行為をしてもらいたい相手の立場



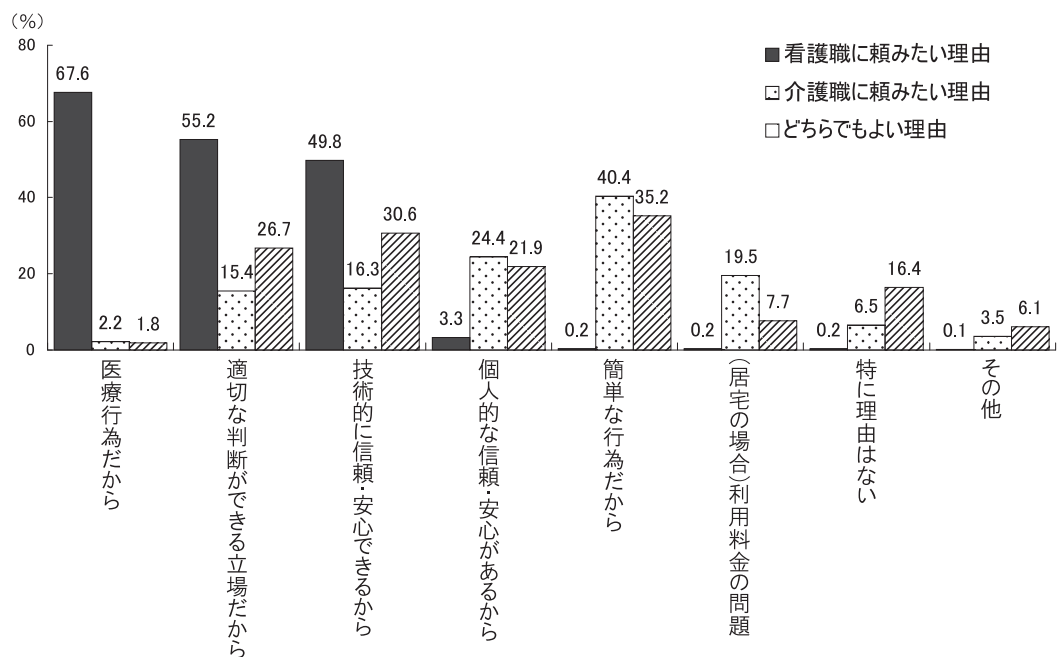


図8 医療行為を頼みたい理由 (複数回答)

反となり、3年以下の懲役又は100万円以下の罰金であることを知っていた。」で「はい」と答えた介護従事者はそれぞれ29.5%となっており、自らが医療行為を行う際の保障や補償が存在していないということを認識している介護従事者は1/3にも満たない結果となった。このような状況を例えるならば、実際にはセーフティネットのないにもかかわらず、『セーフティネットはついているから大丈夫』と言ったり、『利用者が待っているから』という理由で、綱渡りをさせられるようなものである。

このように自らの立場に高いリスクがあるにもかかわらず、介護従事者が医療行為を提供している背景には、「18 現状では、介護職が医療行為を全く行わなくなったら、明日にでも亡くなる利用者がある。」で「はい」の割合が42.1%となっていることや「27 現状を考えると、医療行為の必要な利用者を夜間看護師不在の施設で介護していくことは厳しい。(施設介護職員のみ)」の「はい」の割合が75.1%となっていることからわかるように、医療依存度の高い利用者が施設だけでなく、在宅でも増加していることと同時に、特別養護老人ホームなどで夜間の看護師の配置基準がないことなどが影響していると考えられる。その結果、「28 介護職は利用者のためならば医師法違反で取締りを受けることを覚悟して行っていると思う。」のような思いで就労する介護従事者が12.3%と1割を超えるものとなっているのではないだろうか。

また、「29 (訪問介護の場合) 国が、介護職に認めた「たん吸引」は、ボランティア行為であるため、保険請求に係わる訪問時間内に組み込んでほしくないことをあなたは知っていた。」では、「はい」の割合が20.3%であることから、介護職員に認められている医療行為でさえもその位置づけがどのようなものであるのかを理解している訪問介護員が少ない結果となった。

そして、「30 国が、介護職に認めた医療行為（たん吸引、軟膏の塗布等）は、ボランティア行為としてではなく、介護報酬を設定すべきである」に関しては「はい」の割合が79.4%となっており、介護従事者の8割近くが報酬単価の設定を求めている結果となった。

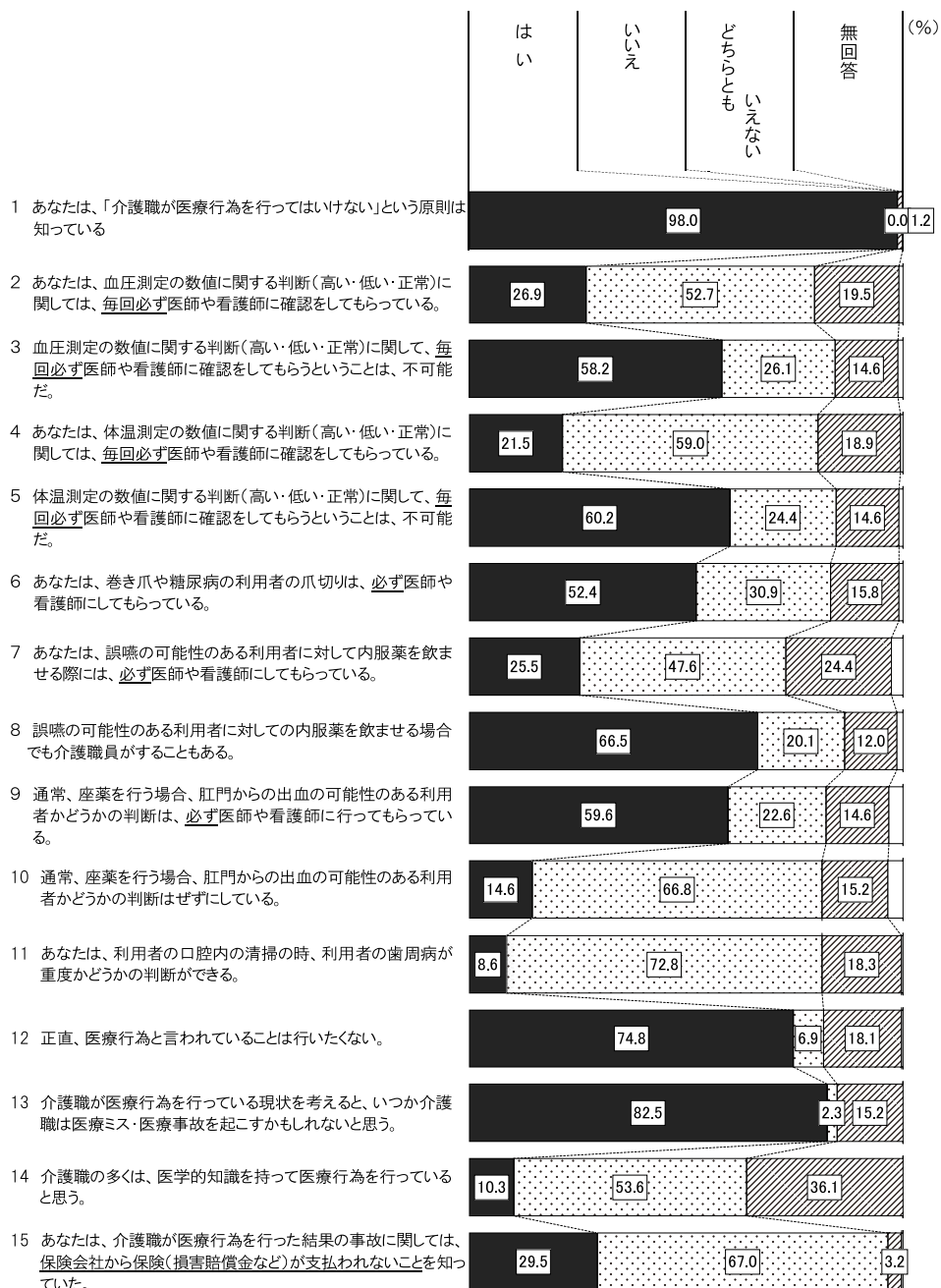


図9 「介護と医療」についてのあなたの考え①

介護従事者における医療行為の実態・意識調査

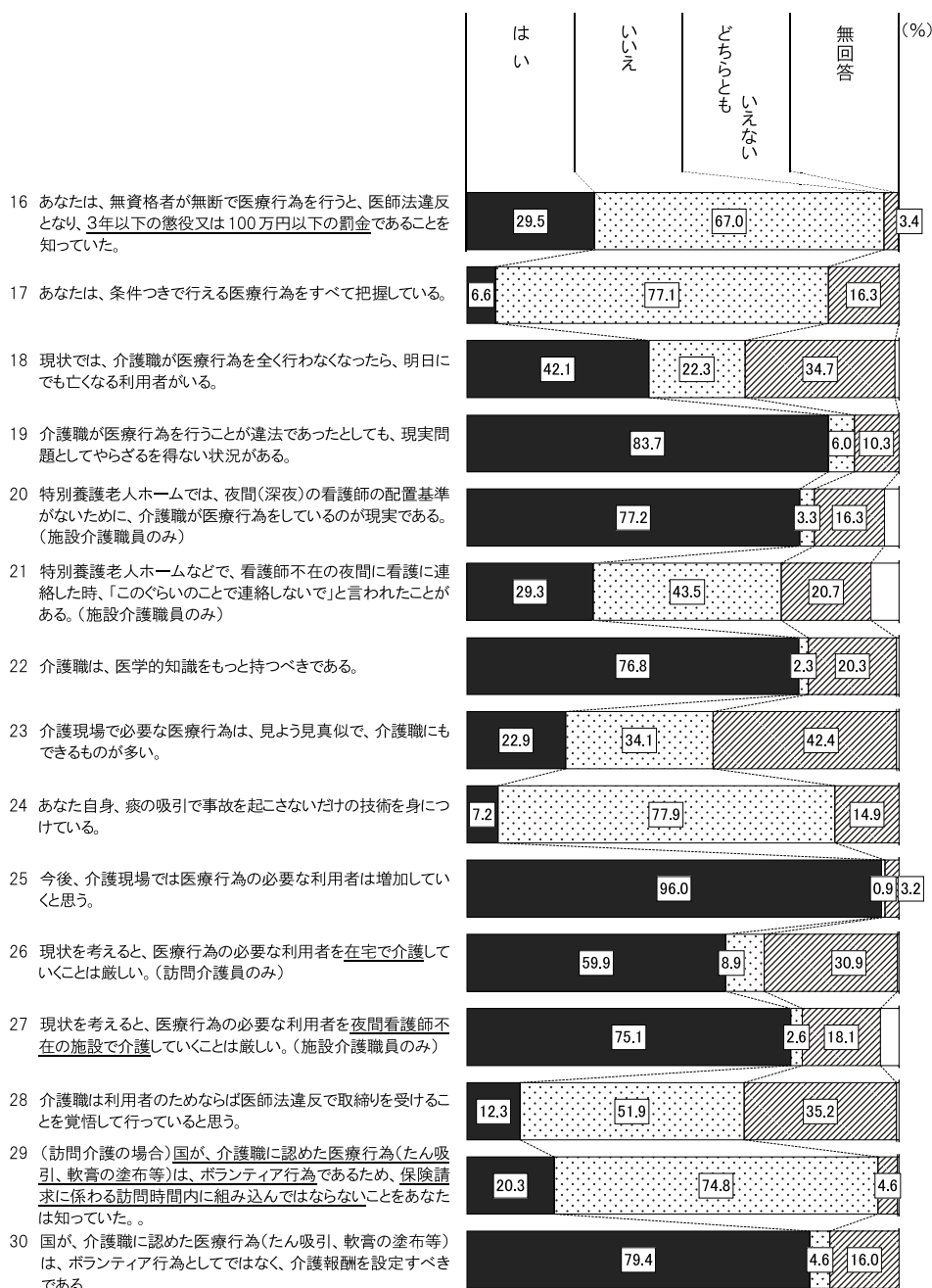


図10 「介護と医療」についてのあなたの考え②

4. 考察

このような結果を踏まえ、今後どのように介護従事者が行う医療行為の問題を考えていけばよ

いのかについて提案をしていきたい。

現状として、ある行為が医療行為に該当するかどうかは、厚生労働省の見解に委ねざるをえない。しかし、厚生労働省も勝手に自らの判断ですることはできず、検討会等の開催が必要となる。検討会を開催せずに出した「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」が現場を混乱させたこと考えれば、まずは医療行為という枠組みの見直しのための常設の検討会の設置が有効であると考えられる。常設の検討会が存在することで、介護従事者だけではなく、利用者やその家族、そして看護職、医師までもが「この行為は医療行為として該当するかどうか」、あるいは「条件をつけることで介護従事者が提供することも可能ではないか」、さらには「生活支援という視点でみれば、医療行為ではなく、介護行為と捉えることができるのではないか」という問題の投げかけが可能となるのである。

現在の介護現場をみれば、看護師不足は否定できない。また医療技術、医療機器の進歩も目覚ましい。その渦中で介護従事者が自らに課せられている職務である安全な介護行為の提供という基本を無視して「看護職が足りないから」「家族がしているのだから」「海外では介護職の仕事だから」「簡単だから」という乱暴な理論で実施することは、介護行為の提供者である介護従事者にはあってはならない倫理観である。利用者の自立支援、生活支援をする上で介護従事者が習得すべき必要不可欠な介護行為として位置づけ、その上で知識、技術を学び、提供者として求められるレベルまで引き上げることが必要なのである。

短期的には、特別養護老人ホーム等の夜間に看護職の配置義務のない施設等に看護職の配置義務の制定を求めていくことも必要であろう。また、介護従事者との連携職種であるケアマネジャー、看護職、医師や利用者およびその家族に医療行為関連の通知等を正しく理解してもらうための機会設定も必要である。しかし、このような環境整備はあくまでも『今』の解決に過ぎない。大局的には、医療行為の問題を医療行為かどうかという議論に終始するのではなく、介護行為の枠組みの見直しという視点で捉えていくことで、「介護従事者が医療行為と向き合うことは、介護行為と向き合うことに通じる」という環境を整えていく必要がある。

## 参考文献

- 1) ヘルスケア総合政策研究所 (2001) ホームヘルパー消滅の危機, 日本医療企画.
- 2) ヘルスケア総合政策研究所 (2002) 介護の現実と再構築, 日本医療企画.
- 3) ヘルスケア総合政策研究所 (2005) ホームヘルパーの悲鳴, 日本医療企画.
- 4) 民間病院問題研究所 (2000) 介護現場の医療行為, 日本医療企画.
- 5) 大平滋子・野崎和義 (2004) 事例で考える介護職と医療行為, NCコミュニケーションズ
- 6) 篠崎良勝編著 (2002) どこまで許される? ホームヘルパーの医療行為, 一橋出版.
- 7) 篠崎良勝 (2002) 介護職員の可能性と限界, ヘルスケア総合政策研究所.
- 8) 篠崎良勝 (2005) 介護労働学-ケア・ハラスメントの実態を通して-, 一橋出版.
- 9) 高木和美 (1999) 新しい看護・介護の視座, 看護の科学社.