

持するという「抵抗」をはかっていた。

同時にもうひとつのパターンとして、「介護保険への適応はスムーズだった」という報告も存在した。興味深い点として、そのような調査対象者は一般企業の営業領域を経て施設長に就任しており、特養の運営においても「油断をしたらつぶれるという覚悟」においては一般企業の経営と同様の姿勢を介護保険以前より維持していたので、「介護保険になって、今まで以上にお客様として対応しようと緊張したが、結果としては特に変わったところはない」という感想が表明された。

4. 考察

1) 「組織構造」と「テクノロジー」の視点からの介護保険制度への 適応過程

本研究では、「財政上の対応」として、常勤職員から非常勤職員への切り換えが積極的に行われていた。しかし、それに伴うケアの質の低下を防ぐために、「常勤職員と非常勤職員を組み合わせる」など、役割分担というテクノロジーのあり方が変化している様子が見られた。

また、「独立した価値の維持」「職員のモラルの維持・向上」においては、組織構造を変化させたという報告が得られた。たとえば、OJTを強化する過程ではにスーパービジョンのためのヒエラルキーが増加しており、組織の垂直構造は縦に長く改変されていた。また、「サービス調整室」という苦情対応専門の下部組織を設け、組織全体の水平構造を拡大した事例も報告された。先行研究では、垂直構造では縦に長くなるほど、そして水平構造では横に広がるほど、組織の効率性は低下するといわれている。したがって本研究の限りでは、介護保険制度下の特養は、支出の削減等によって財政的な適応をはかりつつも、現場独自の介護に対する価値観や理念を実現するために、経済効率性には必ずしもなじまない組織形態を選択している可能性が推察される。

同様の目的において、テクノロジーも活発に用いられていた。たとえば本研究で報告された「経営感覚の醸成」や職員のプライド、要介護度に関わらず等しくケアを提供する等の申し合わせは、テクノロジーを通じての介護保険制度への対応を示唆している。ちなみに現場職従事者による著作においては、介護保険制度導入直前より、職員教育やケア記録などのテクノロジーを用いた様々な取り組みが報告されている(旭,1998;柏木,2000;児島&加藤,1999)。したがって、フォーマルおよびインフォーマルな場面における特養のテクノロジーを観察することは極めて重要であり、それによって特養内で共有されている「価値」の内容を把握し得ると考えられる。

なお、「おむつ1枚の値段まで、職員に伝え」という報告に見られるように、テクノロジーは経済性を徹底させるという異なる目的のためにも用いられており、目的に応じてテクノロジーがどのように使い分けられているのかも、関連する重要な課題として指摘される。また、「抵抗」をあえて試みていない現場においては、職員のモラルは何によって支

えられているのかは本研究では報告されておらず、これを明らかにすることは、介護保険制度下の新しいサブカルチャーを把握する個々と見として興味深い。

最後に、本研究の限りでは、介護保険制度が導入されてこそ重要と思われる職員レベルの知識や技能について明確な報告が得られなかった点も注目に値する。個々の職員レベルにおいてはどのような変化が認識されており、そのためにどのような適応がはかられているのかを明らかにすることも、本研究を通じて得られた新たな課題である。

2) 介護保険制度下の「技術核」

本研究において、介護保険制度への適応策として、「財政上の対応」と「抵抗」的な要素が同時に観察されたことは極めて興味深い。本論の冒頭で述べたとおり、介護保険後も、中央省庁が「管理核」機能の中核を掌握していることには変わらないものの、本研究の結果は、特養組織内部に、ケアの理論とは独立した経営機能が生まれつつあることを示唆している。そして現状では、施設長が両方の機能を同時に果たしているが、今後は、たとえば米国における非営利の病院や社会福祉組織のように、経営的側面を担当するマネージャーと現場のケアを総括する医長や施設長が対等の権限をもって共存し、異なる価値観のバランスをはかるような仕組みに推移することも考えられ、その動向は注目に値する。

5. 結論

特養における介護保険制度導入のインパクトを説明するための 必要最小限のカテゴリーとして、「介護保険前後のケアの変化」と「適応」が導かれ、各カテゴリー内の要素に関する多様性に関連する要因として、「介護保険による変化に対する危機感」と「施設長のバックグラウンド」が重要であると思われた。また「適応」の要素は、組織構造とテクノロジーの両面にわたっていた。

今後は、特養という組織を対象とするケーススタディを、より多くのサンプル数を設定して行うことにより、知見の一般化をはかることが課題である。

<引用文献>

旭博之(1998) 公的介護保険と入所者処遇：首都圏・立川市の「至誠ホーム」から考える 三浦文夫監修 白沢政和・中西茂編集「公的介護保険への経営戦略：21世紀の施設・社協のあり方を求めて」 中央法規出版

Daft, R.L. (1987) A dual model of organizational innovation. *Academy of Management Journal*, 21, 913-210.

Edwards, M., and Hulme, D.(1996) *Beyond the magic bullet: NGO performance and accountability in the post-Cold War world.* Kumarian Press.

Hall,R.H.(2002) *Organizations:Structures,Processe, and Outcomes.* Prentice Hall.

- 原慶子 (2000) ヒューマンケアの思想と実践：介護保険制度を超えて ドメス出版
- Hickson, D.J., Derek, S.P. and Pheysey, D.C.(1969) Operational Technology and Organizational Structure: An Empirical Reappraisal. Administrative Science Quarterly, 14: 378-97.
- 柏木洋子編 (2000) 高齢者援助ケースブック：こうして介護職は育つ 中央法規出版
- 児島康夫&加藤久仁夫 こころのケアをめざして：キングスガーデンにみす法人理念と実践 (インタビュー) 平松一夫「介護保険と福祉施設サービスの戦略」 医歯薬出版 (1999)
- 増田雅暢(2003) 介護保険見直しの争点：政策過程からみえる今後の課題 法律文化社
- 戈木グレイスヒル滋子 (2003) 質的研究方法を学ぶ意味：グラウンデッド・セオリーの看護研究への適用の実際 Quality Nursing, Vol.7, No.9:70-80.
- 島津淳 (2000) 介護保険制度施行と周辺政策 福祉経営研究会編「介護保険時代の福祉経営を考える」中央法規
- Suda, Y.(2003) Devolution and Privatization Proceeded and Centralized System Maintained: A Twisted Reality Faced by Japanese Nonprofit Organizations. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly(accepted)
- 田尾雅夫 (1995) ヒューマン・サービスの組織：医療・保健・福祉における経営管理 法律文化社
- 高橋紘士 (1995) 措置制度の問題と福祉供給システムの多元化 社会福祉研究. 64:64-69.
- 筒井孝子 (2001) 介護サービス論：ケアの基準化と家族介護のゆくえ 有斐閣
- 山田粂志 (2000) 介護保険と施設会計：京都市の健光園から考える 三浦文夫監修 小笠原祐次・中西茂編「介護保険施設の経営戦略：その理論と実際」 中央法規
- Yin, R.K.(1993) Applications of Case Study Research Applied Social Research Methods Series, Vol.334. Sage Publications.

- 1) 判定については判定委員会が設けられているので、最終的な判断は地域に委ねられていると説明する立場がある。しかし判定委員会によるコンピューター判定結果の変更率は22% (2002年1月) という数値が報告されており、変更の内容も要介護度3と4を変更するというマイナー修正が大半である。さらに、判定委員会ではケース数が多すぎて個々のケースを詳細に検討する時間が無いなど、その形骸化も指摘されており、コンピューターによる画一的な判断が多く占める結果となっている。

図1 特別養護老人ホーム施設長から見た介護保険制度のインパクト

<介護保険前後のケア>

要素	介護保険前のケア	介護保険後のケア
ケアの対象	<ul style="list-style-type: none"> 「緊急度の高い人」 「市場原理にのらない人」 	<ul style="list-style-type: none"> 「重度の人」 「市場にのって商品を買える人」
三大介護の比重	<ul style="list-style-type: none"> 「生活的要素」重視 	<ul style="list-style-type: none"> 「(身体) 介護しかできない人」
職員に求められる技能	<ul style="list-style-type: none"> 「屈辱感を感じさせない」 「ひとりひとりの老人の生活に添える目」 人権思想 	<ul style="list-style-type: none"> 専門性の低下 接客能力
入居者との関係	<ul style="list-style-type: none"> 「保護してあげる」 「利用者との一体感」 互酬的関係性 	<ul style="list-style-type: none"> 契約をはさんで向き合う
歳入歳出構造 人員配置	<ul style="list-style-type: none"> 「概算払い」 「特別加算」 「儲けてはいけない」 常勤職員で全国基準以上の配置 	<ul style="list-style-type: none"> 「サービスの対価として歳入が生じる」 「経営感覚」 非常勤職員可

<適応>

要素	<ul style="list-style-type: none"> 「常勤職員の削減」 給与制度の改変 「経営感覚の醸成」
財政上の対応	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の満足 サービスの向上 オペショナルプログラムの展開
サービス向上の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> 「介護度による区別をしない」
独立した価値の維持	<ul style="list-style-type: none"> モラル教育
職員のモラル	<ul style="list-style-type: none"> 昔から鍛えた職員を残す 介護保険対応型システムの導入

<攪乱要因>

- ・危機感
- ・対象者のバックグラウンド

添付資料

介護職はなぜ医療行為を行うのか：その現状と課題

研究協力者：藤田美子

1. はじめに

今、私の手元に2000年4月20日付の読売新聞の切抜きがある。タイトルは「介護現場での医療行為」。4月20日当日、この記事を読み自分のことを振り返った。介護福祉士として日常業務で、湿布貼用、褥瘡に軟膏塗布、座薬挿入、痰の吸引等をしていたにもかかわらず、それらが「医療行為」と呼ばれていることを知らなかった。私が介護現場で経験してきた「医療行為」が違法だったことに、衝撃を受けた。しかし同時に、つめ切りまでもが「医療行為」に含まれるという「定義」のあり方に、違和感も覚えた。

その新聞記事は、介護職による医療行為の問題性を世に問うた初めてのものではあったと記憶している。この記事が出されてから、まもなく4年になるが、その間に介護や看護、法学の研究者たちにより、数々の調査研究が実施され、問題意識も高まってきている。しかし、相変わらず医療行為の実施者は法的に決められているのみで、具体的行為としての定義がない現状は変わらない。一方で、私の経験する限り介護現場では、「医療行為」と呼ばれる、つめ切り、湿布貼付、軟膏塗布、口腔内のかき出しなどは相変わらず日常的に行なわれている。

介護職にとって医療行為は、実施できない部分であるにもかかわらず、黙認のまま実施し続けている。そして、介護現場からの声も挙がらず、介護職の職能団体できえも、医療行為について明確な提言を出していない。なぜ違法行為と言われながら、介護職はこの状況を受け入れ、実施しているのだろうか。

以上の問題意識に基づき本調査では、介護職(本調査ではサービス提供責任者とホームヘルパーと規定する)がなぜ違法行為であるという認識を持ちながら医療行為を実施するのか、その実態を明らかにしたい。

2. 医療行為の定義

医師法第17条には「医師でなければ、医業をなしてはならない」とある。そして、保健師助産師看護師法(以下、保助看法)第31条では「看護師でなければ、第5条に規定する業をしてはならない。但し、医師法又は歯科医師法の規定に基いてなす場合は、この限りで

ない」とある。保助看護法第5条には「この法律において、「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助をなすことを業とする者をいう」とある。准看護師も「医師、歯科医師又は看護師の指示を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助をなすこと」が認められている。さらに救急救命士も救急救命士法第43条において「診療の補助として救急救命処置を行うことを業とすることができる」とある。

このように、医療行為ができるのは、医師と医師の指示を受けた看護師・保健師・助産師・救急救命士か、医師・歯科医師・看護師の指示を受けた准看護師等に限定されている。

一方で、社会福祉士及び介護福祉士法では、第47条において「医療関係者との連携」について触れ、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第27条においても「その業務を行うに当たり、医師その他の医療関係者の関与が必要となった場合には、医師その他の医療関係者に連絡しなければならない」と定められており、これら法規から介護職が医療行為を実施できないことの理解が可能である。

3. 調査方法

1) 対象

調査の対象は、横浜市A区にある訪問介護サービス事業所に勤務するサービス提供責任者とホームヘルパーである。横浜市A区は、65歳以上人口が横浜市で最多(2003年1月1日現在)であることや、高齢化率が横浜市18区中で第5位の17.1%であること、事業所の設置主体が営利法人・非営利法人・医療法人・社会福祉法人とバラエティに富んでいること(2003年10月2日現在)などから、高齢者介護サービス活動が活発に行なわれている状況があると考え、調査地域として選択した。

訪問介護サービス事業所の選択については、A区内22事業所のうち、電話にて調査依頼をし、許可が得られた11事業所を対象としている。設置主体内訳は、営利法人(5)、非営利法人(2)、医療法人(1)、社会福祉法人(3)である。これらの事業所から、各1名、計11名のサービス提供責任者に調査を実施した(表1)。

サービス提供責任者を対象とした理由は、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(厚生省令第37号)第28条第3項に定められているように「訪問介護員等に対する技術指導等のサービス内容の管理」が業務に含まれていることから、サービス提供責任者は、訪問介護員=ホームヘルパーの業務内容を管理する立場にあることと、そ

のサービス提供責任者が医療行為についてどのような認識を持っているかを知ることは、介護職の医療行為についての内在的要因を明らかにするのに有効と考えたからである。

ホームヘルパーについては、同11事業所から、電話にて調査許可が得られた2事業所の10名を対象にしている(表1)。ホームヘルパー内訳は、職員ヘルパー2名、登録ヘルパー8名である。ホームヘルパーを対象とした理由としては、利用者に直接的にサービスを提供していることと、複数の先行研究において高い確率で、医療行為の実施が明らかになっていることが挙げられる。業務を実施する中で、医療行為についてどのような認識を持っているかを知ることは、介護職の医療行為についての内在的要因を明らかにするのに有効と考えたからである。

表1：聞き取り調査対象者一覧 (人)

		サービス提供責任者	ホームヘルパー
雇用形態	常勤	12	2
	登録	0	8
資格	介護福祉士	4	3
	ヘルパー1級	3	0
	ヘルパー2級	5	6
	看護師	0	1
計		12	10

2) 調査対象を「在宅」にする理由

先行調査にみる施設と在宅での医療行為実施率は、社団法人日本介護福祉士会(2002)の調査では、特別養護老人ホーム 89.7%、老人保健施設 79.9%、療養型病床群 86.7%、病院 73.0%、訪問介護 78.6%の実施率となっている。また、ヘルスケア総合政策研究所(2002)の調査では、ケアワーカー 95.2%、ホームヘルパー 94.4%の実施率であった。どちらの実施率も総じて高いが、単純に比較すると施設のほうが若干実施率は高い。

しかし、施設には常勤医療職(看護師)がおり、ケアワーカーと看護師の連携が取りやすく直接的に指示を受けやすいのに対して、在宅では訪問介護サービス提供時にホームヘル

パー自身しかおらず、看護師等他の専門職との連携が取りにくいことがある。また、施設では業務が複数人で行われるが、在宅ではホームヘルパーひとりであり、相当の判断力が必要と考えられる。さらに、医療行為の実施内容も、設備が充実している施設と生活の場である在宅では、行為の実施率が異なっていることが先行研究により明らかである(ヘルスケア総合政策研究所 2002)。これらのことから、施設介護職であるケアワーカーと在宅介護職であるホームヘルパーの実施する医療行為を同一視して調査をすることは、それぞれの持っている要因を十分に表出させることができないと考えた。よって本調査では、介護職個人の判断が強く医療行為の実施決定に影響するであろう在宅介護職を対象を絞った。

3) 方法

調査の方法は、対象者の所属事業所内においての訪問面接法による聞き取り調査である。聞き取り時間は、サービス提供責任者については最短41分～最長122分で、平均81分であった。ホームヘルパーについては最短19分～最長90分で、平均47分であった。

聞き取り調査は、予め用意した質問項目に沿って、会話の文脈に配慮しつつ、実施した。また、医療行為実施についての質問は、聞き取り調査で「医療行為をしていますか」と尋ねて回答を得た後に、改めて医療行為のリスト(表2)を提示し、それぞれの行為を実施しているかについて再度回答を求めた。リストは、先行研究を基に著者が作成した。

表2：調査に使用した「医療行為のリスト」

1	経管栄養	経管栄養
2		経管栄養の実施
3		経管栄養の処置
4		経管栄養の補給
5		経管栄養の注入
6		経管栄養カテーテル挿入
7		経管栄養(胃ろう・鼻管も含む)
8		経管栄養の栄養管理
9		経管栄養の準備
10		経管からの栄養・薬の注入
11		胃ろうからの栄養・薬の注入
12	吸引	たん(痰)の吸引
13		口腔内吸引
14		気管内吸引
15		気管からの喀痰吸引
16		吸引器による吸痰
17		たんの吸引(鼻・口腔)
18		たんの吸引(気管孔)
19	排便	排便
20	洗滌	洗滌
21	外用薬	外用薬の塗布
22		外用薬の塗布(軟膏・湿布も含む)
23		湿布の貼付
24		湿布貼付
25		軟膏(の)塗布
26		軟膏等塗布
27		決心座治療薬貼付
28	点滴	点滴の抜針
29		点滴針抜去
30		点滴の調節・交換・抜針
31	人工肛門	人工肛門の処置
32		人工肛門の処置(ストマ絞りだし含む)
33		ストマ管理
34		人工肛門管理
35		人工肛門のパウチ交換
36	イン	インシュリン(の)投与
37	シュリン	インシュリン(インスリン)注射
38	服薬	服薬管理
39		服薬管理(薬在庫管理、服薬指導含む)
40		与薬
41		錠口与薬

42		配薬
43	吸入	薬剤の入った吸入
44		酸素吸入
45		在宅酸素療法
46		在宅酸素吸入・管理
47	点眼	点眼
48	褥瘡	褥瘡(の)処置
49		褥瘡の処置(ガーゼ交換も含む)
50	カテ	留置カテーテルの管理
51	ーテル	カテーテル(の)管理
52		カテーテルの洗浄
53		留置カテーテル抜去
54		留置カテーテル挿入
55	座薬	座薬
56		座薬(の)挿入
57		座薬投入
58	つめ切り	つめ切り
59		つめ切り(巻き爪含む)
60		巻き爪のつめきり
61	導尿	導尿
62	血圧	血圧測定
63		血圧測定(市販の測定器も含む)
64	膀胱洗浄	膀胱洗浄
65	挿痰	挿痰ケア
66		挿痰ケア(背中をたたく、タッピングも含む)
67	食事療法	食事療法の指導
68	かき出し	口腔内(の)かき出し
69		指で口の中の痰や食べ物をかき出す
70	ガーゼ	褥瘡部位のガーゼ交換
71	交換	褥瘡・創傷のガーゼ交換
72		気管切開部のガーゼ交換
73		気管カニューレのガーゼ交換
74		胃瘻部のガーゼ交換
75	気管切開	気管切開患者の管理指導
76		気管カニューレ(カニューレ)交換
77	処置	キズ等処置
78	リハビリ	医療的リハビリテーション
79	血糖値	糖尿病の血糖測定
80	心電図	心電図測定
81	薬剤	薬剤の投与

4) 分析の方法

インタビュー内容は対象者に許可を得てテープに録音し、逐語録を作成した。そして医療行為に関するステートメントを抽出し、著者と指導教官がそれぞれステートメントを通読し、内容にしたがって個々のステートメントをカテゴリーに分類した。そして、著者と指導教官の分類結果を比較検討し、判断が異なるものについては議論のうえ、双方の見解が一致するまで結果の調整をはかった。

4. 介護職はなぜ医療行為を行うのか：サービス提供責任者の視点から

1) 医療行為実施の実態

サービス提供責任者への調査の中で、まず、医療行為について実施の有無を尋ねた。その結果、11事業所中4事業所は「実施していない」、4事業所は「基本的には実施していない」、3事業所は「実施している」と回答した。

つぎに、医療行為のリスト(表2)を提示して、リストのなかで実施している行為について尋ねた。その結果、すべての事業所がリストに挙げた81項目のなかで何らかの医療行為を実施していた(表3)。

表3：医療行為実施の実態（サービス提供責任者）

	リスト提示前	リスト提示後	具体的実施行為例
A	実施 していない	実施している	経管栄養・外用薬・服薬・つめ切り等
B			外用薬・一般的つめ切り・血圧等
D			つめ切り・湿布貼用・軟膏塗付等
F			つめ切り・湿布貼用等
C	原則実施 していない		つめ切り・軟膏塗布・湿布等
E			湿布貼用・市販の軟膏塗布・つめ切り等
H			軟膏塗布・服薬管理・ガーゼ交換等
I			外用薬・軟膏塗布・服薬管理等
G			褥瘡処置・つめ切り・服薬管理等
J	実施している		点眼・口腔内かきだし・つめ切り等
K			軟膏塗付・つめ切り(巻きづめ含む)等

この結果から、調査をした事業所の多くは「医療行為は実施していない」という認識下にありながら、実際には医療行為を実施しているという矛盾した実態が明らかとなった。

2) 医療行為の実態と認識の相違の背景

サービス提供責任者は、医療行為を実施してはいけないという認識と、医療行為と見なさなければ実施するという判断基準を持つ実態に起因する相違を持つことが明らかとなった。同時に医療行為であると判断しても、専門性が低いと「見なし」た行為は医師、看護師、利用者、利用者の家族などの指示により実施し、専門性が高いと「見なし」た行為は実施しないか、または「記録を残さない」という混乱を招いていることも明らかになった。

3) 医療行為をせざるを得ない状況

サービス提供責任者に聞き取り調査を実施するなかで、挙げられる回答に「医療行為をせざるを得ない」状況があることが明らかになった。その状況は8項目の視点から考察できると考え、以下その説明を行った。

「医療行為とは見なさない」

各事業所サービス提供責任者は、その行為を実施する必要性を「連携」や「仕事」、「医療行為じゃない」という視点から感じ、サービス提供責任者独自の判断基準により医療行為を実施していると推察できる。回答の多くが日常生活でも実施される「つめ切り」に対してであったが、なかには「経管栄養」を介護行為と見なしているサービス提供責任者もあった。

「利用者の家族から協力が得られない」

各サービス提供責任者は、その行為を実施する必要性を「家族の関係」や「一人暮らし」「家族の不在」という視点から感じていたことがわかった。

「利用者本人が出来ない」

各サービス提供責任者は、その行為を実施する必要性を「本人が出来ない」という視点から感じていたことがわかった。これは、介護職が、利用者の生活を支援、補助する立場にあることから、援助技術者としての本質が現れている部分ではないかと考察できる。本来ならば利用者自身が実施する行為だが、それができない利用者の代替として、介護職が実施しているということができる。

「今必要で他に手が無い」

各サービス提供責任者は、その行為を実施する必要性を「手が無い」「ほっとけない」「今

必要」という視点から感じていたことがわかった。これは、利用者の在宅での生活に訪問介護が入り込んで、細切れに介護サービスを提供するだけでは、不足があることを明らかにした。自分たち介護職がサービスを終了した後に、利用者を一人でそこに残すことへの不安が、行為の実施に影響していると考えられる。

「訪問看護師が来ない」

各サービス提供責任者は、その行為を実施する必要性を「そのためだけに訪問看護師は来ない」「もっと必要としている人もいる」という視点から感じていたことがわかった。介護が必要な利用者が増加しているために相対的に訪問看護師が不足していることと、ゴールドプラン 21 で計画された訪問看護ステーションの予定数が、達成できていないことから絶対的な不足があいまっているのが現状であると考えられる。また同時に、医療行為の定義があいまいであることも影響していると考えられ、「つめ切り」や「湿布」「塗り薬」くらいで訪問看護師を頼めない、という思いがサービス提供責任者にはあることが明らかになった。現状では、医療行為のために実施できないことは理解しているが、訪問看護師はそれくらいでは来ないだろうから実施している、という様子がかがえた。

「医師の指示」

各サービス提供責任者は、その行為を実施する必要性を「お医者さんからの指示」「ドクターの許可」という視点から感じていたことがわかった。介護職が医療職から指示を受けて、医療行為を実施することは、法的には認められていないが、現状でもこのように実施されていることが明らかになった。

「利用者との関係性」

各サービス提供責任者は、その行為を実施する必要性を「信頼関係」「慣れ」という視点から感じていたことがわかった。これは、サービス提供の場面での、利用者との関係性には、メリットデメリットがあると考えられる。そのなかで「医療行為が断れない」という部分を取り上げれば、関係性の深まりが介護職にとっても利用者にとってもリスクの発生するデメリットになると考えられることがわかった。

「本人の指示」

各サービス提供責任者は、その行為を実施する必要性を「断れない」という視点から感じていたことがわかった。これは、利用者との関係性の上に指示が与えられ断れない場合と、指示の内容が断るような程度ではないという場合が考えられる。

以上述べてきたことから、サービス提供責任者は8項目の視点から、医療行為を実施せ

ざるを得ないと感じていることが明らかとなった。

しかし一方で、「医療行為をせざるを得ない状況」にあっても、実施しない場合もあった。「やれない部門に対して(ケアマネージャーが)やって下さいって言うこと自体が間違い」「医療行為の部分はどうするのかっていうのはケアマネさんがあの一、判断してやってくださることなんで(思い煩うことは少ない)」「(医療行為を頼まれた)時はやっぱりケアマネさんと相談するだろうし、その時の状況によって」などの回答が得られた。

4) 医療行為実施に伴う状況認識

サービス提供責任者 11 人中 8 人が医療行為について「実施していない」「基本的に実施していない」と答えながら、リストを提示すると 11 人すべてのサービス提供責任者が実施していることが明らかになった。この状況を「医療行為実施に伴う状況認識」として 4 つの視点から検討した。

「医療行為だが条件付で実施」

本調査により、サービス提供責任者が条件付で医療行為を実施している実態がわかった。介護職が医療行為を実施してはいけないという認識を持つにもかかわらず、「医師に許可を得る」「市販」「普通」「ある程度」「指示のもと」ならば実施できるという独自の判断基準(条件)を持っていることが明らかになった。

「医療行為だが実施」

サービス提供責任者が介護業務ではないという認識を持ちながらも医療行為を実施している実態を知ることが出来た。実施する理由として「でも、ま、いっかー」「その程度のものは」「家庭医学と変わらない」という回答が得られた。これらは、主に軟膏塗付や湿布貼用などの比較的単純と考えられる医療行為に対するものであった。その一方で「実施記録には書かない」という医療行為には、ガーゼ交換や座薬挿入が対象となっており、サービス提供責任者がそれぞれに医療行為の判断基準を持って、実施したり、実施しても記録に残さないという実態が明らかになった。これはサービス提供責任者が、医療行為を実施しなければならない状況から実施を迫られる様子が考えられた。さらに記録を残さないことで、事業所やサービス提供責任者にかかるリスクが考えられながらも、利用者の利便性向上のために実施している様子がうかがえた。だが、介護職が医療行為を実施することは、利用者の利便性向上のためとしているが、実際は利用者への安全性を欠き事故につながる危険性を含んでいる。よって、利用者の利便性を重視する結果、利用者リスクを与えている場合があることが考えられる。

「医療行為ではないので実施」

サービス提供責任者が介護行為と見なして、医療行為を実施している実態を知ることが出来た。サービス提供責任者独自の判断により医療行為ではないと「見なし」て、特定の行為が実施されていた。サービス提供責任者は例えば、「経管栄養を食事と見なし」たり、「日常的に誰もがやっていること」や「実生活のなかで出来ること」は医療行為ではないという判断基準を持っていることが明らかになった。

「医療行為なので実施しない」

サービス提供責任者は、医療行為は介護業務ではないという認識を持って、医療行為を実施しないという実態があることをうかがい知ることが出来た。「ヘルパーさんの仕事ってたくさんありますから」「やれる事がいっぱいその他にありますので」という回答からは、ホームヘルパーの職域には医療行為を含まないとする考え方で、サービス提供していることがうかがえた。また、「それ以前の問題」という回答では、介護職は医療行為をしないのだから訪問介護サービス事業所に依頼してくることがおかしい、としている。また、事故などのリスクを利用者とホームヘルパーに負わせないための非積極的判断として「医療行為とか判断されそう」という回答もあった。

これらの調査結果をまとめるとつぎのように整理することが出来た(表4)。

表4：医療行為実施に伴う状況認識(サービス提供責任者)

医療行為実施に伴う状況認識
「医療行為だが条件付で実施」
・ 医師に許可を得ればよい
・ 市販の薬ならばよい
・ 異常がない「つめ」ならばよい
・ ある程度ならばよい
・ 指示のもとならばよい
「医療行為だが実施」
・ でも、ま、いっかー
・ その程度のものは
・ 家庭医学と変わらない

- ・ 実施記録には書かない
- 「医療行為ではないので実施」
- ・ 経管栄養は食事介護としてみなしてやっています
- ・ 日常的に誰もがやっていること
- ・ 実生活のなかで出来ること
- ・ 経管栄養は医療じゃないですよ
- 「医療行為なので実施しない」
- ・ ヘルパーさんの仕事ってたくさんありますから
- ・ やれる事がいっぱいその他にありますので
- ・ 訪問介護、それ以前の問題
- ・ 医療行為とか判断されそう

5) 介護職が医療行為に従事する要因：サービス提供責任者の視点から

本調査の中で、介護職が医療行為に従事する要因として、以下の6点が指摘された。

1. 指示

サービス提供責任者は「指示」によって、医療行為を提供することがある。それは、2つのパターンに分類できる。第1は医療従事者である医師や訪問看護師からの業務依頼である。第2はサービス利用者である本人やその家族等介護者からの依頼である。これらの「指示」をサービス提供責任者は医療行為実施の判断基準のひとつとしている。

2. 代替のなさ・必要性

サービス提供責任者は「代替のなさ・必要性」によって、医療行為を提供することがある。その状況に立たされた時に、本来の業務ではないことを認識しているが、自分たちに代わる本来の実施者が不在であるために仕方なく実施を決定する。これらの「代替のなさ・必要性」をサービス提供責任者は医療行為実施の判断基準のひとつとしている。

3. 自主性

サービス提供責任者は「自主性」によって、医療行為を提供することがある。その状況に立たされた時に、自己の判断が最優先し、実施を決定する。相手や自分の感情に左右される可能性も含んでいる。これらの「自主性」をサービス提供責任者は医療行為実施の判断基準のひとつとしている。

4. 日常性

サービス提供責任者は「日常性」によって、医療行為を提供することがある。これは、日常生活のなかで誰もが実施している行為であるから、医療行為には当たらないという解釈による判断である。これらの「日常性」をサービス提供責任者は医療行為実施の判断基準のひとつとしている。

5. 医療行為とは見なさない

サービス提供責任者は「医療行為とは見なさない」ことによって、医療行為を提供することがある。ある行為を介護行為と「見なし」、医療行為ではないと解釈する判断である。これらの「医療行為とは見なさない」ことをサービス提供責任者は医療行為実施の判断基準のひとつとしている。

6. 制度・認可への誤解

サービス提供責任者は「制度・認可への誤解」によって、医療行為を提供することがある。これは、実際にはそうではないのに、行為によっては行政からの許可が出ているという解釈のもとに判断がなされている。これらの「制度・認可への誤解」をサービス提供責任者は医療行為実施の判断基準のひとつとしている。

このような現状に対してサービス提供責任者は、医療行為であることの認識を持って実施する1～4について、「記録は残さない」など自分たちへのリスクを生みながらも、「やってあげたい」「人間的にほっとけない」思いから、自己の解釈判断により、実施し、「こそそやってる」よううしろめたさを感じている実態があることがわかった。一方で、医療行為とは認識せず実施する5、6については、自己の解釈判断が誤った方向へ進んだ結果であると考えられる。

これらに共通して言えることは、サービス提供責任者の判断基準があいまいであり、状況に対する認識の仕方が、それぞれに異なっているということである。このような現状からも、介護職の医療行為が混乱している様子が推察できた。

表5：介護職が医療行為に従事する要因(サービス提供責任者)

	カテゴリー	考 察	具体例
1	指示	訪問看護師・医師・本人・家族などからの指示により実施	「連携も必要」等
2	代替のなさ・	本来の業務ではないが、ヘルパー以	「便で汚染」「痛み」「本人が

	必要性	外に実施してくれる人がなく、さらに、今、必要であれば実施する	できない」等
3	自主性	自己の判断により、実施する感情に左右されやすい	「ここまでくらいなら」「人間的にほっとけない」「慣れてきてやらざるを得ない」等
4	日常性	日常生活の中で誰もが実施している行為だから、ヘルパーが実施しても構わないという理解	「家庭医学と変わらない」「処方でなければいい」等
5	医療行為とはみなさない	ヘルパーの業務だと理解	「違法にならないまで」「三度の食事」等
6	制度・認可への誤解	行政からの許可が出された、という理解	「吸引」「人工肛門パウチ交換」

5. 介護職はなぜ医療行為を行うのか：ホームヘルパーの視点から

1) 医療行為実施の実態

ホームヘルパーへの調査の中で医療行為について、まずホームヘルパー業務のなかで医療行為を実施しているか尋ねた。その結果、10名中9名は「実施している」と回答した。「実施していない」と回答したのは、1名であった。

つぎに医療行為のリスト(表2)を提示して、リストのなかでホームヘルパー業務として、実施している行為もしくは、業務としてできると考える行為について尋ねた。その結果、10名全員がリストに挙げた81項目のなかで、何らかの行為を「実施」または、「実施できる行為がある」と考えていた(表6)。

表6：医療行為実施の実態(ホームヘルパー)

	リスト提示前	リスト提示後	具体的実施行為例
Q		実施している	排痰ケア・ガーゼ交換・人工肛門・血圧等
R			点眼・つめ切り・口腔内かき出し・座薬等
S			外用薬・人工肛門・服薬・ガーゼ交換等
T			外用薬・服薬・血圧・座薬・点眼等

U	実施している	または 実施できる	外用薬・服薬・点眼・つめ切り・血圧等
V			人工肛門・点眼・座薬・つめ切り・血圧等
W			摘便・座薬・外用薬・点眼・褥瘡処置等
X			痰吸引・つめ切り等
Y			外用薬・服薬・点眼・つめ切り等
Z	実施していない		服薬管理・外用薬・点眼・つめ切り等

この結果から、調査をしたホームヘルパーの多くは、医療行為であることを認識しながら、それらの行為を実施しているという実態が明らかとなった。

2) 医療行為の実態と認識の相違の背景

ホームヘルパーは、医療行為を実施してはいけないという認識と、「見なし」や「やってあげたい」という「援助技術者の善意・喜び」による医療行為実施の実態に起因した相違を持つことが明らかとなった。この認識と実態の相違が、「記録には残さない」という混乱を招いていることも同時に明らかとなった。

3) 医療行為をせざるを得ない状況

ホームヘルパーに聞き取り調査を実施するなかで、挙げられる回答に「医療行為をせざるを得ない」状況があることが明らかになった。その状況は6項目の視点から考察できると考え、以下その説明を行った。

「医療行為とはみなさない」

各ホームヘルパーは、その行為を実施する必要性を「当たり前」「出来てしまう」「あやふや」「医療行為に入らない」等の視点から感じていたことがわかった。これは、医療行為が法的には行為者により定義されているが、社会的には介護職による実施が黙認されていることに由来した混乱状態であると考えられる。これらのことから、実施についてホームヘルパーが自主的な判断を行っている状況もうかがえた。

「今必要で他に手が無い」

各ホームヘルパーは、その行為を実施する必要性を「やらざるを得ない」「代わる人がいない」等の視点から感じていたことがわかった。これは、専門職間の連携がうまく機能していないことや介護サービスのシステム自体の問題であることも考えられる。本来は、ホームヘルパー業務ではないと感じながらも、利用者への思いから、代替として実施している様子がうかがわれる。

「訪問看護師が来ない」

各ホームヘルパーは、その行為を実施する必要性を「ひどくならないで、なんとか止められるかもしれない」「早く治る」という視点から感じていることがわかった。介護が必要な利用者が増加しているために相対的に訪問看護師が不足していることと、ゴールドプラン 21 で計画された訪問看護ステーションの予定数が、達成できていないことからくる絶対的な不足があいまっているのが現状であると考えられる。その現状が、利用者にも最も適切なサービス(例えば褥瘡処置のために毎日訪問看護サービスを利用するなど)を提供できない事態を招いており、ホームヘルパーが訪問看護師の代替サービスとなっている様子うかがえた。

「利用者との関係性」

利用者との関係性を維持するために、医療行為であると認識しながらも、その行為を実施している様子うかがえた。この関係性が利用者とはホームヘルパーの個人的な関係なのか、サービス提供者としての関係なのかについては、今後の課題としたい。

「本人の指示」

各ホームヘルパーは、その行為を実施する必要性を「頼まれる」「お願いされる」「指示される」「訴えられる」という視点から感じていた。これは、利用者からの依頼に応じて医療行為と認識しながらも実施している実態うかがえた。同時に利用者側にも、ホームヘルパー業務ではないことの意識があるにもかかわらず、ホームヘルパーに医療行為を実施させている実態もうかがえた。

「放っておけない気持ち」

各ホームヘルパーは、その行為を実施する必要性を「かわいそう」「やってあげたい」「そのままにしておけない」という視点から感じていた。目の前にいる利用者にも共感共鳴し「やってあげたい」という積極的な感情が生まれ、お互いのリスクを省みず利便性を重視して実施に至る様子が見られているように考えられた。

以上述べてきたことから、ホームヘルパーは6項目の視点から、医療行為をせざるを得ないと感じていることが明らかとなった。

4) 医療行為実施に伴う状況認識

本調査において調査対象のホームヘルパー10名すべてが医療行為を実施していることが明らかになった。この状況を「医療行為実施に伴う状況認識」として4つの視点から検討した。

「医療行為だが条件付で実施」

本調査により、ホームヘルパーが条件付で医療行為を実施している実態がわかった。そしてその条件として突出して多いのは、「看護婦さんの指示がある」「依頼があったりとか、それで問題があったということであれば」「指示が無いと駄目」「指示が無ければやらない」「指示の下でやる」「やってくださいという指示があれば」「決められた時間飲ましてくだけ」「決められたものを飲ませてます」などの「指示」による条件で実施する場合であった。その一方で「家族がいて言えばやるけれども、でも書類上に残すとまずい」という回答もみられ、家族や本人からの「指示」である場合、実施をしても記録に残さない場合があることが明らかになった。また、「家族でもできる範囲のこと」「一般的に家庭でも出来る部分」「みんなもやってあげてる」「重大な医療行為ってやってない」という回答もみられた。このことから、ホームヘルパー自身が医療行為の判断基準を持っていることが推察でき、その基準に沿って、医療行為が実施されている様子が見えてきた。その他に「自分(利用者)が持つてる薬の範囲内であれば」「本人が苦しげたら」という条件を回答したホームヘルパーもみられた。

「医療行為だが実施」

ホームヘルパーが介護業務ではないという認識を持ちながらも医療行為を実施している実態がわかった。例えば、「一応医療行為なのかなあ、とは思うんですけど」「本当はしちゃいけないんですけど」「悪いことしているみたい」「やっちゃいけないことをやってる。だから報告しないって言うのも心苦しい」「マルボ(○の中にボ)っていう風にしか書けない」という回答からは、医療行為を実施してはいるものの、そのことに対して不安を抱えている様子が見えてきた。さらに、実施をしても報告しない場合や記録方法に記号を使用するなど特別な指示が課されている場合もあり、複雑な思いを抱えていることが明らかになった。その一方で、「しょうがない」「出来ているつもりでいる」「そう問題なく、受け入れてる」「経験あるから」という回答も得られ、医療行為を実施することに対して特別な思いを持たないホームヘルパーがいることも明らかになった。そして、「逆の立場に立っちゃう」「痒いの塗ってあげないと余計ひどくなっちゃうこともある」「こんなにすっきりしてるのにやらないわけじゃない」などの回答からは、利用者への思いから医療行為を実施している様子が見えてきた。同様に、「ちょっとだったら良いかなってもう日常的」「自分が常に日常やってるか、やってないかが基準になっちゃう」「当たり前の」「実際に経験した人が一、「簡単よ」って言われれば出来る」という状態にあることも考察され、「自分自