

高齢者ケア施設における医療的ケアに対する実態と課題⁽¹⁾

高橋 幸裕

1. はじめに

高齢社会の進展に伴う介護サービスの需要の高まりにより高齢者ケア施設では、医療依存度の高い利用者からの医療的ケアに対するニーズも高まりつつある。

医療的ケアについては、在宅で家族が日常的に行っている医療的介助行為を医師法上の「医療行為」と区別して「医療的ケア」と呼んでいる定義もあるが、現時点で明確な定義はない。本調査を実施するにあたっては、看護行為の中で特に高齢者ケア施設や訪問看護において医療依存度の高い利用者に対して行われるケアの総称として用いる。医療的ケアは2003年7月の厚生労働省医政局の通知である、「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（通知）（医政発第0726005号厚生労働省医政局長通知）」により日常生活行為として解釈されたものもあるが医療行為である。医療行為にも関わらず介護職が不可避型医療行為として担っている現状である。

ホームヘルパーの養成では医療について介護の関連知識として学ぶ機会はあるが、短時間教育（訪問看護3時間、医学の基礎知識3時間、障害・疾病の理解8時間）である。「連携」がキーワードの現在、介護職にも医療的な基礎知識が求められてきており、介護福祉士養成の新カリキュラムでは「こころとからだ」や「発達と老化」等が組み込まれている。

胃ろうや吸引等が必要な要介護者が増加する中で、介護職が医療的ケアを行う場合にどんな問題が生じているのか。介護職は医療的ケアに対しどのように認識し、どのような不安要因を抱えているかを実態調査から明らかにする。また、医療的ケアに関し、今後の高齢者介護のあり方について提言したい。

キーワード 医療的ケア 不安 介護職 医療依存度の高い利用者 研修

2. 介護職に対するたんの吸引等の対応に関する動向と混乱

厚生労働省の対応として介護職に対する医療的ケアの対応は拡大される方向にあるが、医療行為に関する取り扱いとその法的な解釈の十分な説明がなされているとは言えず、混乱した状態にあると言ってよい。その契機は、筋萎縮性側索硬化症患者（ALS 患者）の在宅療養は24時間体制で家族が介護を担っているということから、肉体的にも身体的にも大きな負担が生じており、その負担を軽減することが求められてきた。2003（平成15）年に「ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について（平成15年7月17日付け医政発第0717001号厚生労働省医政局長通知）」が厚生労働省より通知が出された。厚生労働省は、これは在宅で療養するALS患者に対する家族以外の者によるたんの吸引の実施について一定の条件の下では当面の間やむを得ない措置、かつホームヘルパー業務として位置づけられるものではないものとした。そこでは、ALSやたんの吸引に関する必要な知識を習得させ、たんの吸引方法についての指導を受けるとした。この通知では、特に研修等を受けることはなく医師等から指導を受けるのみであった。

一方で、厚生労働省は医師法第17条違反の構成要件に該当するが、ALS患者やその家族の負担を軽減する目的のため、医師の関与や患者の同意、たんの吸引の訓練を受ける等の条件を満たせば実質的に違法性が阻却されるという考え方に基づいているとしている。尚、厚生労働省のいう違法性阻却の5条件²⁾とは①目的の正当性、②手段の相当性、③法益衡量、④法益侵害の相対的軽微性、⑤必要性・緊急性である。だが、介護現場がどこまで医療的ケアを行ってよいのかという混乱が生じたため「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（通知）（医政発第0726005号厚生労働省医政局長通知）」が出されることになった。

厚生労働省は明確に医療行為と医療的ケアの違いを説明し定義することが出来ていない。「ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について」（平成15年7月17日付け医政発第0717001号厚生労働省医政局長通知）では、「たんの吸引」を行うに当たっては医師等の指導を受ければよいとする一方で、介護とは分野が異なるが、「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて（協力依頼）（平成16年10月20日付け医政発第1020008号厚生労働

省医政局長通知)」では、「たんの吸引『等』」には研修の必要性を述べており、どの行為に研修が必要か不必要なのかが明らかにされておらず介護現場の混乱を招く要因となっている。つまり、たんの吸引のみは研修が必要なく、それ以外の行為が含まれる場合については研修が必要なのか明確ではない。

このような中で厚生労働省は2010（平成22）年に「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（平成22年4月1日付け医政発0401第17号厚生労働省医政局長通知）」を出した。この通知ではこれらの行為について従来の姿勢通りやむを得ない措置としながらも、その取り扱いについて述べている。厚生労働省は介護職に対する研修の必要性を指摘しておきながらも「介護職に対する研修については、介護職員の経験なども考慮して柔軟に行って差し支えないものの、モデル事業においては、12時間の研修を受けた看護師が、施設内で14時間の研修を行ったところであり、入所者の安全を図るため、原則として同等の知識・技能に関する研修であることが必要である。³⁾」としており、明確な内容と基準を示すまでには至っていない。

確かに、在宅や高齢者ケア施設では医療職が医療依存度の高い利用者に対してすべての医療的ケアを行える状態ではなく、やむを得ず医療的ケアの一部を介護職に頼らざるを得ない状態である。厚生労働省からの通知は介護現場から措置が求められた結果であるにしても、医療的ケアの定義が明確でないと冒頭で述べたように対象となる高齢者ケア施設により行える行為の範囲の違いや医療行為の法的な解釈について通知が出されていること、そして研修が必要であるとしながらもそれが制度化されていない現状からして、国としての準備不足や混乱は否定できない。

厚生労働省と介護現場が混乱している中で「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方について 中間まとめ」の検討会では、介護職に対する医療的ケアの対応について拡大する方向を打ち出している。基本的な考え方・制度の在り方として「介護職員等によるたんの吸引等については、介護サービス事業者等の業務として実施することが出来るよう位置付け、現在の実質的違法性阻却論に伴う介護職員等の不安や不安定を解消することを目指す。⁴⁾」としている。また、まずはたんの吸引と経管栄養（胃ろう・腸ろう・経鼻経管栄養）については介護職が行えるよう制度化すると同時に、将来的な拡大を視野に入れた仕組みにすることを提言している。そして、教育・研修の内容につ

いてはこれらの行為を実施するためには基本研修と実地研修を組み合わせたものとしているが、その対象者や方法についての具体像は見えていない。

このように厚生労働省自身が混乱している中で、高齢者ケア施設に勤務する介護労働者はたんの吸引等を含めた医療的ケアについてどのように向き合い、不安を抱えているのか。そこで、高齢者ケア施設における医療的ケアの実態を量的調査及び質的調査の結果から実態と課題を明らかにしていきたい。

3. 研究方法と対象

量的調査として高齢者ケア施設の中でも代表的な4種の高齢者ケア施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム）から東京都、埼玉県、千葉県内に設置している各30施設、合計120施設を無作為に抽出し、各施設で看護・介護サービスを提供する職員1200人を対象にアンケート調査を行なった。全体の回収率（327通/1227通）は26.7%。内訳は特別養護老人ホーム113通（35%）、介護老人保健施設82通（25%）、グループホーム90通（27%）、有料老人ホーム42通（13%）であった。

聞き取り調査では、サービス提供時に直面する不安の内容や背景要因をより具体的に把握するため、4種の高齢者ケア施設から（特別養護老人ホーム9施設15名、介護老人保健施設6施設10名、グループホーム6施設10名、有料老人ホーム6施設8名）27ヶ所を抽出し、半構造化面接法により合計43名に聞き取り調査を行なった。

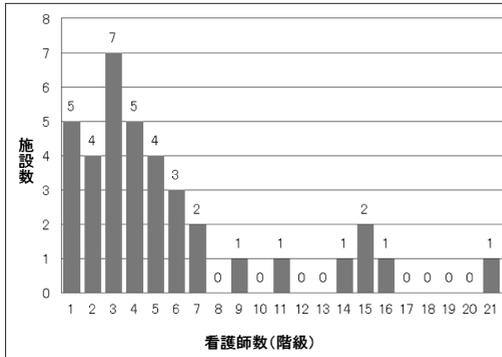
そして、医療的ケア（口腔内ケア、経管栄養（胃ろう））の不安の軽減効果を確認するために看護師資格を持つ研修担当講師が高齢者ケア施設の職員に対して、講義8時間、実習4時間を行なった。受講者に対して研修開始前に択一式のアンケートを用いて研修で学びたいこと、期待することについて解答してもらった。研修終了後は研修に対して満足しているか、学んでよかった項目について択一式のアンケートに記入をしてもらった。

4. 高齢者ケア施設における医療的ケア

(1) 介護職は医療的ケアを行っているのか

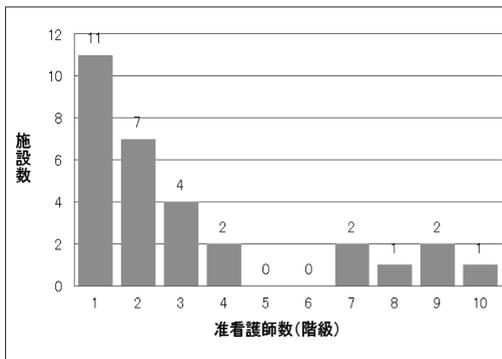
(2) 高齢者ケア施設で医療職は十分に医療的ケアを担うことが出来ないのか

介護職が医療的ケアを担っている現状にある背景に、医療職のマンパワー不足が理由の一つに挙げられる。医療的ケアは医療行為であることから、介護職が行うことは医師法や保健師助産師看護師法に抵触する恐れがある。では、医療職、特に看護師と准看護師はどれだけの人数が在籍しており、どの時間に勤務しているのか。



(図3) 看護師の在籍人数

に差がある中では、今回の調査結果から得られた看護師の人数が適切なのかは判断することはできない。10名以上の看護師を雇用しているのは介護老人保健施設の回答であり、特別養護老人ホーム等ではない。施設経営の観点から見れば人件費がかさむ看護師の積極的な雇用をしにくいのが実態であろう。

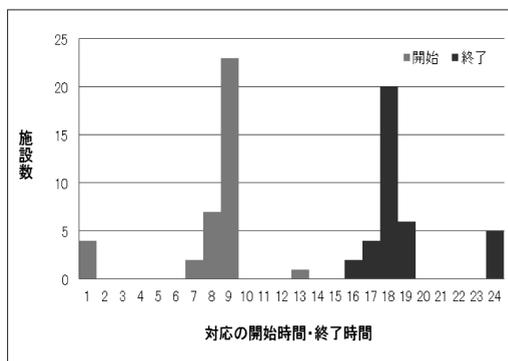


(図4) 准看護師の在籍人数

つかあるが、これも看護師同様に介護老人保健施設が回答しているためである。

高齢者ケア施設で勤務している看護師の人数は(図3)に示した。最も人数が多いのが、看護師3人が勤務する7施設である。看護師が1人しかいない施設と4人が勤務する施設がそれぞれ5施設あり、それ以上の人数が勤務する施設は減少傾向にあった。高齢者ケア施設の規模(入居者数)

では、准看護師の人数はどうなっているであろうか。最も人数が多かったのは1名と回答した11施設である。1名以上勤務している施設は減少傾向にある。これは看護師を採用していることもあり、准看護師を採用していないことも関係している。7人以上准看護師を採用している施設がいく



(図5) 看護師・准看護師の対応時間

施設に勤めている看護師・准看護師人数について確認したが、その勤務時間はどのようになっているのだろうか。(図5)が対応の開始時間と終了時間である。大きく分けて3つの時間に分けられる。朝の時間帯、夕方から夜にかけての時間帯、深夜の時間帯である。介護職が医療的ケアを担わなければならない理由に勤務時間が24時間でないことがマンパワーの不足と並んで大きい。医療依存度の高い利用者はたんの吸引等、医療的ケアは決まった時間に処置を行えばよいものではなく適宜対応する必要があるからだ。極めて簡単に人数と時間だけを見ても勤務する人数が数名しかおらず、かつ勤務している時間帯が限られていることを考えると、介護老人保険施設を除いた高齢者ケア施設において医療職は十分に医療的ケアを担うことが物理的に難しいことが分かる。その帰結として、介護職が医療的ケアを担わなければならない状態になっていると考えられる。

(3) 医療的ケアはどこで学ぶのか

高齢者ケア施設では一部の行為が厚生労働省の通知により認められているが、それ以外については様々な理由から介護職が不可避型医療行為として医療的ケアを行っている。(1)では医療的ケア全般が介護職により行われていることを確認したが、疑問が生じてくる。介護職は養成段階で医療的ケアについて深く学んでいないが、それをどこで学んでいるのかということである。

医療的ケア53項目のそれぞれについて、研修実施の有無を踏まえて研修がどこで受けたのかを聞いた。院内は所属する法人施設、院外はこれまでに所属した法人か施設外での研修とした。

(図6)を見ると、バイタルサインの測定(脈拍・呼吸・体温・血圧・意識)や、目・耳・爪・口腔・フットケアといった日常的かつ身体表面のケアについては比較的多く研修が行われており、特に院内での研修の割合が高い。与薬や

「こちらの施設は特にそういう研修とか指導はしていないんですよ。ナースの指示で私たちもある程度行うことが多いんですけども、水分量だったり尿配分の尿量チェックとか。ある程度高齢で、よほどの場合じゃない限り、その人が飲みたくないものを無理やり飲ませる必要はないという、本人の意思を尊重した介護の仕方を取っているということもあるんですけども。」

これらの発言から分かることは、施設によって医療的ケアのマニュアルは部分的には作成されているが、全体の傾向として介護職向けのマニュアルというものは作成されず（存在せず）、必要に応じて看護師が指示を行う、指導したりする形をとっていることである。そのため、高齢者ケア施設により医療的ケアの研修はバラバラであり均一化されていない状態である。

（２）不安の要素

医療的ケアを行う上で介護職は不安を抱えながらケアを行っているが、それはどのような要素があるのか。介護職は研修制度やマニュアルの整備も進んでいない中で、医療的ケアの実施に不安を抱えているのは既に検討したとおりである。

最初に確認するのが、医療的ケアをうまくできるかという不安についてである。介護職は研修を受ける機会が乏しく医療的ケアを行う際に十分な知識や技術を有していないこともあり、処置をする側とされる側の感覚の違いを見極めることが出来ずうまく出来ているのかについて不安を感じている。

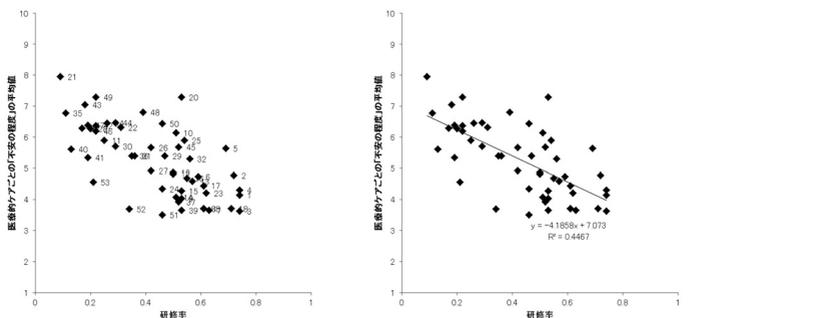
「やはり力加減がやっぱり若い人と違うというところもあるので、自分では結構押し出しても、それほどでもないけれども、高齢者になると、やっぱりちょっと力が強すぎると逆に身体に負担になるのかとか、あと、急激な血圧低下につながるようなことにつながるんじゃないかとか、そういうところはやっぱり不安な部分ですね。」

「そうですね。やっぱり、その、マッサージですよ。実際にやっているんですけど、もう出かかっているけど、出ていないみたいな人のお腹を押したりとかっていうんですけど、どの程度で、ある程度自分でもやってみてというのはあるんですけど、やっぱり骨粗鬆症の方がいたりですとか、どの程度やっ

いのかという不安はありますよね。ただ、そこまでは力を入れていないし、やっぱり最終的にはナースを呼んで掘ってもらっちゃったりとかするので、その辺は不安ですね。」

「人の口の中にブラシを入れて磨くですとか、歯が無い方ですと指にガーゼを巻いて口腔内をきれいにするっていう行為自身がやっぱりちょっと戸惑いがありましたね。何か自分の感覚とお客さま、他人様の感覚って違いますし、どこまで入れて大丈夫なのかっていう感覚と、手前だけでは取れないしそこらへんはそれは今でも不安もありますけど。」

このように医療的ケアは器具を用いることもあり、他者の感覚を見極めながら利用者の状態を判断しながら行っている。つまり、医療的ケアは知識と技術がなければ安全に行うことが出来ない。介護職が医療的ケアを上手に行えるかという不安を抱えながら行っているということは、知識と技術が十分に身につけていないということになる。何よりも不安を取り除くにはスキルを獲得するための研修等の学びの場を設けることであろう。研修を行うことで必要なスキルを身につけることが出来ることから、医療的ケアの「不安の程度」と「研修率」の関係性について確認しておく。



- 【番号対応】 1：バイタルサインの測定・脈拍、2：バイタルサインの測定・呼吸、3：バイタルサインの測定・体温、4：バイタルサインの測定・血圧、5：バイタルサインの測定・意識、6：パルスオキシメーター、7：水分出納のモニタリング・水分の観察評価、8：水分出納のモニタリング・排泄量の観察評価、9：栄養モニタリング、10：呼吸機能のアセスメント、11：気道の加湿、12：腸管運動促進、13：便秘調整、14：尿意誘発、15：目のケア、16：耳のケア、17：爪のケア、18：口腔ケア、19：フットケア、20：応急処置、21：腸ガス排気、22：排便、23：冷罨法、24：温罨法、25：胸壁振動法、26：関節可動域の維持・拡大、27：末梢循環促進ケア、28：嚥下リハビリテーション、29：ストマ管理・観察、30：ストマ管理・フランジ張替、31：ストマ管理・パウチ交換、32：経口与薬、33：舌下与薬、34：経管与薬、35：経嚥与薬、36：経直腸与薬、37：薬剤発布、38：薬剤塗布、39：点眼、40：点耳、41：薬剤吸入、42：酸素療法の管理、43：経管栄養（経鼻）の管理、44：経管栄養（胃瘻）の管理、45：褥瘡ケア、46：持続導尿の管理、47：洗腸、48：経口吸引（口腔内）、49：気管吸引、50：口腔内吸引、51：採尿、52：採便、53：採尿

(図8) 左図：不安の程度と研修率，右図：左図に線形近似を入れたもの

(図8)の左図は医療的ケアごとの「不安の程度」の平均値と研修率の散布図を作成したものである。左図は不安の程度と研修率の相関関係を表したものであり、右図はそれに線形近似を加えたものである。右図ではR二乗が0.44となり、右肩下がりの傾向であることから不安の程度と研修率には負の相関があった。つまり、研修率が高ければ、医療的ケアの不安の程度は低いということである。また、介護職は研修を受けることで不安を完全に払しょくすることはできないが、不安の程度を緩和することができるということである。このことから、医療的ケアの不安を軽減するためにも研修を受けることは有効な方法であることが分かる。

「しっかり研修が、やっぱりそれに関する研修ができていれば安心してできるかなと。あと、万が一迷ったときかのフォローをして下さる方もしっかりいてくれば、やらざるを得ない時代になったかなと思います。特にこういうところだと、やっぱり、看護師と体制がしっかり整っているの、あまり心配いらなところもあるんですけど、これから先、訪問だとか、特養だとかは必要なんだろうなと思います。家族もいられる方は、家の中でやっぱり介護士もできればやった方が良いのかなって思います。責任としては重大になってくるかなと思いますけど。」

次の不安の要素として、利用者を傷つけてしまうのではないかということである。医療依存度が高い利用者は健康状態に何らかの問題を抱えていることから、通常では問題のないケアでも対応が難しい場合がある。そのため、介護職は利用者を傷つけてしまうのではないかという不安を抱えている。

「そうですね。目に関しては、点眼とかをやらせてもらうんですけども、めやにがついていたりするときに、拭くけれども、そこを拭きたいがために傷つける、目に傷つけるんじゃないかとか、そういう部分はやっぱり不安がありますね。皮膚に関してもそうですけど、眼球にちょっと傷をつけたりとかしたらやはり怖いなというところ。点眼をさすということは指示を受けてやるだけなので、指示を受けた内容のままなんですけど、それに伴う行為が、やっぱり不安としてあります。」

「実際に看護師，ナースの方がすごく耳垢が溜まっていたというので，こうほじって流血しちゃったというのが実際に目で見ていて，やっぱりそういうのもあるので，自分もやっちゃったらどうしようという不安があったりとか。実際に耳とか，まゝ爪にしても，何だろう，すごく重要な部分であったりとかするのもあるし，なので傷つけやすいところでもあるし，すごくそういう面では不安なので，あまり奥の方とかはできなくて。はい。」

何よりも利用者に怪我をさせないためのスキルを得る研修機会が不十分なことから，ケアを行う際にどこまでの範囲で処置をしてよいのかが分からないため介護職は不安を感じている。同時に利用者に怪我をさせた場合の対応ができないという不安もある。何よりも介護職が医療的ケアを行える法的な根拠が整備されていないため，責任のあり方・問われ方が明確でないことから不安を感じている。

そこで問題なのが，医療的ケアを行うための法的な根拠が整備されていないことによる不安である。介護職がケアを行う際に不安を感じている最も大きな理由は，医師法第17条や保健師看護師助産師法第31条に抵触する恐れがあることだ。もちろん，医師免許や看護師免許を持たずに医療行為を行えば法を犯すことになり処罰されてしまう。

「不安というのは，違法行為であるということに対して。もう，法律が整備されればできると思います。」

冒頭でも述べたように医療的ケアは医療行為であり，看護行為の一部であるが，医療職のマンパワー不足を補うために不可避型医療行為として介護職が担っている。本来ならば，医療的ケアは医療職が行うものであり介護職は行えないものである。結果的に，法的根拠がない中で介護職による医療的ケアを行っており，介護事故等が発生した場合に対する処罰に対する不安を抱えながら仕事をしている。

どのような理由であれ，法的根拠がなく不安を抱えたまま医療的ケアを介護職が行うのは利用者にとって安心できる状態ではなく，安全が担保されていない。少なくとも現状のままでは中途半端な状態であり，法的根拠の整備により

介護職による医療的ケアを禁ずる、あるいは実施しても良いということが明確になれば「法を犯しているのではないか」という不安からは解放される。従って、高齢者ケア施設において医療的ケアを不安なく行うには医療職が全てを担うか、法的整備を行い介護職にも部分的であれ行えるという根拠を作ることが必要である。

6. 介護職の意識

介護職は医療的ケアを行っている現状をどのように考え、受け止めているのであろうか。介護職は積極的に医療（医学的知識）について学び医療的ケアを担っていきたいのか、あるいは研修を受けず医療的ケアを行いたくないのか。看護職と介護職との役割分担をする境目が曖昧になる中で、研修に対する意識と医療的ケアに対する意識について介護職の発言から探ってみる。

「多分、今の段階ではこれからそういう方向に進むんだろうなっていうところですよ。これまた、まだ不安なところがあるんです。これから何年かたって、それが本格的になって、そういう研修とかが充実してきて、誰もが受けるという環境が整って、それが当たり前ようになってくると、また考え方も変わってくるのかなって気もしますけど。今の時点ではちょっと、不安の方が強い、大きいな。」

「その面に関してしっかりと勉強システムとかしっかり研修して、それこそ認定書をもらうっていうふうにしてもらえればやっていこう、やらなくてはいけないなという気持ちは。」

このように、介護職は研修制度と内容の充実を求めていることが分かる。実際問題として、介護職が受けている研修は十分なものではなく、医療的ケアを行うに当たっての不安を払しょくするものとはなっていない。その一方で、研修を受けたとしても「実際にはやらない」「やりたくない」「不安が残る」と答える介護職もいる。

「それは私、不安は不安ですよ。っていうのは、研修は受けるとしても実際にはやってはないので。」

「はい。研修は受けていても、本番というか、やっぱりそこらへんは怖いですね。」

「世の中の見方とか待遇とかというのに関心は多分看護師になった方が良いと思うんですけど、ほんとに何が嫌だっていうか根本的にあんまりそっちに興味湧かなかったんですね。なので、介護、介護やりたいと思ったんですけど、看護をやりたいとは思ったことは無いので、研修を受けて慣れていけばできていく行為なのかもしれないですけど正直あんまりやりたいとは思わないですね。人を助けたくないってわけじゃないんですけど。」

「それはやっぱり思うのですね。これね、どこの施設へ行っても一緒なのですよ。『やりたくはない』ってみんな言うのですね。だけど研修は受けたいって言うのですね。」

医療的ケアを行うに当たって介護職の意識として医療に関する知識と技術に関する研修を受ける機会を求める一方で、自分が医療的ケアを行うことはしたくないということが述べられていた。また、医療的ケアを行うことについて怖いと考えている者もいた。つまり、介護職自身は研修を受けてスキルを身につけたとしてもリスクを負いたくないということになる。このように考える背景として、介護職は医療的ケアを行う前提で教育（養成）されていないこと、研修制度やマニュアルが十分に用意されていないことである。法的根拠が整備されていないことも要因として考えられる。

7. 医療的ケアに対するニーズを誰が担うのか

実際に医療的ケアを介護職が行っていることを確認したが、不安を感じている理由に、マニュアルの未整備や研修を受けることが出来ていない（必要なスキルが身につけていない）、また誰がそれを行ってよいのか不明確な状況を改

善する必要がある。課題解決のためのアプローチ方法は2つ考えられる。

(1) 介護職には医療的ケアを行わせない。

介護職が医療的ケアを行う上での課題は、医療的ケアを行える法的な根拠がないこと、介護福祉士やホームヘルパーに十分な教育を受けるシステムがないことである。医療依存度の高い利用者に対して医療的ケアを介護職に行わせるためには、法的整備と教育システムの改訂を行うことが必要だ。だが、それには時間がかかる。医療的ケアを行えるために環境整備や人材養成に時間がかかるということは、介護職にとって不安定な状況が続くだけでなく利用者も十分なケアを受けられない状態が続くことを意味している。

高齢者ケア施設において医療職の人手が足りないという現状を踏まえると、看護師や准看護師を増員して対応すれば良いということになる。医療職に全ての医療的ケアを任せることで介護職との役割分担を議論する必要もなければ、改めて法的整備をする必要がない。

山岡（2004）は、1963（昭和38）年に設けられた当時の特別養護老人ホームの設置基準は要介護度も低く医療依存度の低い利用者がほとんどであったが、今日の状況とは大きく異なっており、看護師の配置基準といった制度上の最低基準のあり方から問う必要があると主張している。これを見直すことで看護師数の配置が改善され、介護職が医療的ケアを担わなくてはならないという不安も払しょくすることが出来るであろう。

一方で、介護現場において医療職に任せる範囲が広くなるということは介護保険料の負担が高くなるというデメリットがある。また、介護保険利用者が増加し介護保険料の財政状況が悪化している中で、介護サービスの範囲が議論されている。近年、介護保険料の増額がされる傾向にある中で、利用者の理解が得られるのが重要となる。安全の担保という意味で介護保険料や利用料が高くなっても医療職に担ってもらいたいところは担ってもらいたいのか、自己負担額は抑えたいからサービスの利用はある程度抑制する（される）のは仕方ないのかを選択しなければならない。

繰り返し述べてきたように医療職のマンスターの確保と人件費の問題がある。前者は医療職の確保がスムーズにできるのか、不在の時間帯をどうするのかという問題である。後者はマンスターを確保したとしても給与や待遇について考

慮する必要がある。介護報酬単価が介護保険法で定められている関係で、施設経営のバランスを取らなければならない。結果的に、高齢者ケア施設において医療職に医療的ケアを担ってもらうということは利用者の介護保険料の負担増大が避けられないことになる。そのためにも、利用者はサービス内容を維持・向上するために保険料をさらに負担をするのか、保険料水準を維持する代わりにサービス内容の見直しをするのかとい介護保険のあり方についてはより一層の検討と議論が求められることになる。

(2) 法的整備後、介護職に医療的ケアを認める。

利用者から介護保険料や利用料の負担増大についての理解が得られなければ、介護職が医療的ケアを担うことになる。介護職が医療的ケアを行うために法的整備や研修制度の構築等環境整備には時間がかかる。大きなポイントとしては、介護職に医療的ケアの概念形成、それをどこまで認めて良いのかという範囲の検討、法的整備、研修制度の構築と養成開始・修了までである。

それぞれの課題について検討してみる。まず、医療的ケアとは何かという概念定義を行う必要がある。国は医療の目的は病気を治すことであり、看護はその補助と療養上の世話をすることであった。近年、人口の高齢化が進んできたことにより医療依存度の高い利用者が増加してきたこともあり、国や研究者は医療的ケアという概念を定義するまでには至っていない。社会的、政策的な概念形成と合意が得られるまでには時間がかかるであろう。

医療的ケアに関する概念が形成されたとした場合、これまでの医師法や保健師助産師看護師法との整合性をどのようにつけていくかという問題がある。介護職に医療的ケアを認めるということは医療分野への進出であり、医療職との役割分担のあり方について利害関係の調整をするためにも一定期間の議論は避けられない。場合によれば長期間の進展も見込めない事態も生じる恐れもある。実際、国としての姿勢は厚生労働省の通知にもあるように、介護職にたんの吸引等を認めることは医療職のマニパワー不足や家族によるケアの限界がある等、利用者のニーズによってやむを得なく認めるという消極的なものである。これまでの厚生労働省の通知の流れや医療職のマニパワーの不足や介護保険の財源問題などからしても、将来的に介護職の職務範囲の拡大はしていく傾向にあると考える。

まず、介護職が医療的ケアを行えるよう法的整備をするには、新法の制定が関連する介護保険法や社会福祉士及び介護福祉士法等に明記することである。ただ、現在の医療的ケアに関する通知ではたんの吸引や経管栄養を除いて実施を認められておらず、その他は医療行為であることから介護職であれば誰でも行ってよいとは考えない。医療的ケアの実施には条件付けをすることは必要であろう。具体的には介護福祉士を有する者、現場経験年数が5年以上、研修（講習と実習）を受ける、医科大学や看護大学等の医療系高等教育機関が実施する筆記試験と実技試験に合格すること等である。

そして、この研修のあり方についても議論しなくてはならない。今回、医療的ケアとして挙げた53項目のうち、不安の程度が低いもの（日常的かつ身体表面のケア）に限定するのか、不安の程度が高いもの（身体内部かつ治療を目的としたケア）まで含めるのかである。あるいはホームヘルパーの養成制度のように段階的研修制度として不安の程度が低いケアの講習を修了した者が、不安の程度が高いケアについて受講できるよう検討することである。

このように介護職が医療的ケアを担えるようにまでするには少なくとも介護職が行っても良いとする医療的ケアの範囲に関する概念形成と合意、法的整備、介護職と医療職の役割分担のあり方、そして介教育カリキュラムの制定・養成を経なければならず時間がかかってしまうことが課題となろう。介護職が医療的ケアを行えるようになるまでの間は、暫定措置として出来る医療的ケアの範囲を限定した上で厚生労働省の通知を出すなどして対応すればよいだろう。もしくは移行期間として特定の条件を掲げた上でそれを満たした者のみに対応を許可する方法も考えられる。

介護職が医療的ケアを法的に問題なくかつ必要な知識と技術を身につけられるようになるまでは時間はかかるがそれが実現すれば、医療職を改めて確保するよりもマンパワーの転用・確保を行うことがしやすい。また、介護保険財政の問題や施設経営等の経済的問題についてはクリアすることが出来る。つまり、中長期的には財政的にも利用者負担の観点からも介護職が担えるケアの範囲が広がることで医療職がケアを行うよりも介護保険料や利用金額が抑えられることが見込まれる。

8 医療的ケアのニーズに対する課題と展望

今後、増える傾向にある医療的ケアに対するニーズに応えていくためには、我々は政策的に5で述べた(1)の医療職にケアの一部を任せるとして経済的負担の増加を受け入れるのか、(2)の介護職が医療的ケアを行えるようにするために時間的猶予を与えるのか、いずれかを選択することを求められるであろう。

(1)を選択した場合、利用者負担の枠組みをどのように調整していくかを検討することが必要である。また、医療職のマンパワーの確保をどうやっていくか、財政問題をどのようにクリアしていくかを議論していかなければならない。以前、介護保険の見直しに際して要介護に該当する利用者が要支援へと区分が変更されたことから利用できるサービスの縮小について批判の声があったことを考えると、利用者負担が増加することに理解を得ることは難しいであろう。

利用者負担の増大が難しいならば、なるべく抑えながら医療的ケアのニーズに応えるためには(2)を選択していくことが現実的ではないだろうか。何故なら、高齢者ケア施設に入所する利用者のニーズは今後も変化していくであろうし、医療的ケアの位置づけも今以上重要になってくることから、介護職の高度化という観点からもそれに対応できる高度な能力を身につけて行くことが長期的に見て適切と考えるからだ。

介護職が医療的ケアを行えるよう法的根拠を与え、研修制度を整え職業の高度化をすることでこれまで述べた3つの不安が軽減される。今後、介護職が職業的に高度化する方向を目指すことで現在抱えている法的根拠が明確でなく、かつ知識も技術も十分でないケアを引き受けざるを得ないようなことは解消していくであろう。そのためにも時間がかかるにしても介護職が医療的ケアを担えるよう環境整備を進めていくことが必要であろう。

いずれにしても我々が考えなければならないことは医療依存度の高い利用者が増加していくことが見込まれる中で、医療的ケアを受けるための時間的なコストと経済的なコスト、役割分担のあり方をどのように考えていくのが課題であると言える。

参考文献・参考資料

佐々木由恵・高橋幸裕他, 2011, 『高齢者ケア施設における質の高い看護・介

護を促進する現任教育のあり方に関する研究事業報告書』日本社会事業大学
山岡喜美子, 2004, 「介護福祉における医療介護」住居広士編, 『医療介護とは
何か 医療と介護の共同保険時代』金原出版株式会社

大平滋子・野崎和義共著, 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

日本看護科学学会 看護学学術用語検討委員会, 2005, 『看護行為養護分類 看
護行為の言語化と用語体系の構築』日本看護協会出版

環境新聞社, 2009, 「特集 特養で解禁ってほんと? 介護職の医療行為」『月刊
ケアマネジメント Vol.20 No.8』環境新聞社

厚生労働省通知等

「ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について」（平成 15 年 7
月 17 日付け医政発第 0717001 号厚生労働省医政局長通知）

「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて（協力依頼）」（平
成 16 年 10 月 20 日付け医政発第 1020008 号厚生労働省医政局長通知）

「在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いに
ついて」（平成17年3月24日付け医政発第 0324006 号厚生労働省医政局長通知）

「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（通知）」（平成 17 年 7 月 26 日付け医政発第 0726005 号厚生労働省
医政局長）

「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」（平成 22 年 4
月 1 日付け医政発 0401 第 17 号厚生労働省医政局長通知）

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会,
「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方について 中間ま
とめ」, 平成 22 年 12 月 13 日

(1) 本論文は厚生労働省平成 22 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健増進等事業分）「高齢者
ケア施設における質の高い看護・介護を促進する現任者教育のあり方に関する調査研究事業」によ
り作成した。

(2) 詳細は「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて（協力依頼）」（平成 16 年 10
月 20 日付け医政発第 1020008 号厚生労働省医政局長通知）p.14 を参照のこと。

(3) 「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」（平成 22 年 4 月 1 日付け医政
発 0401 第 17 号厚生労働省医政局長通知）p.4 より引用。

(4) 「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方について 中間まとめ」p.3 より引用。