

医療的ケアの施設体制における調査研究

—医療的ケア実践における介護負担感の施設間比較を通して—

石橋 亜矢

福山平成大学
(福祉健康学部福祉学科)

E-mail : a-ishi@heisei-u.ac.jp

【要旨】

近年、介護老人福祉施設（以下、特養）は、看取りを含め医療依存度の高い利用者を受け入れるようになり、医療的ケア面での機能も拡充されている。それに伴い介護職の業務内容が拡大された。2012年4月には「社会福祉士及び介護福祉士法規則等の一部を改正する省令」が発令され、介護職が医療的ケアを「業」として実施できるようになった。しかし、法改正から11年が経過するが医療的ケアの実施に積極的な施設は全国でごくわずかである。

そこで本研究では、医療的ケアの実施に積極的な施設と消極的な施設を分類し、その特徴と介護職の負担感への関連を分析した。分析対象者は、全国の特養の介護職512名とし、無記名の自記式質問紙調査を実施した。本研究では、石橋が開発した介護職の負担感尺度（2因子14項目）を用いて定量分析を行った。また、因子別の質問項目に関する平均値を算出し、医療的ケアの実施施設を2群に分け、介護職の負担感得点の差をMann-Whitney U検定を用いて比較した。

分析の結果、積極的施設の介護職の負担感のほうが高かったことが判明した。なぜなら積極的施設ではマニュアルや研修会が充実しており、医行為に対する意識や責任が明確になるからである。積極的施設においても、看護職が不在となる夜勤帯に利用者が急変した場合、素早く医療的ケアの処置を実施しなければならない。その場合、医療的ケアの知識が豊富な介護職は、強い危機感と不安を覚え、責任の重さを感じるために、より慎重な行動をとる傾向がある。

キーワード：介護老人福祉施設、医療的ケア、介護職の負担感

1. 研究背景と目的

医行為とは、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為である（厚生労働省、2005）。

一般に、医師の行為が医行為と認められる主な条件としては、①治療を目的にしている、②医学上認められた手段方法である、③患者、保護者、代理人などの承諾がある、の3つがあげられる。

医行為の実行には数々の危険が潜んでおり、状況によっては患者の健康、ひいては生死にかかわることもあり得るため、医師以外は医業はなしてはならない。ただし、緊急事態の場合は例外とされており、急変時では緊急避難の法理が適用されている。

一方、家族による「医療的ケア」の実施は、法的には、家族が本人に準じていると捉えられているため、その違法性は阻却されてきた（ただし、患者の状態や家族の介護能力に応じた技術教育や訓練、指導を受けること、および緊急時の対応や医療との連携が十分に図れていることが前提）。

近年、医療技術の進歩により、経口摂取が困難になった高齢者でも、胃瘻造設等での経管栄養法、あるいは誤嚥性肺炎等による喀痰吸引法といった医療的ケアの充実化により生命予後は良好となる傾向にある。

しかし、医療的ケアの充実化の一方で、要介護状態がより長期化する傾向にあり、特に介護老人福祉施設（以下：特養と記す）においては、医療依存度の高い利用者の増加が顕著である。こうした状況から、今後も、介護が必要な高齢者の増加は免れないと言える。

特養を含む多くの高齢者施設では、医療的ケアは、主に看護職が担当している。しかし、看護職不足の課題を抱える施設も多い。そこで国は、法改正を行い2012年4月から「社会福祉士及び介護福祉士法規則等の一部を改正する省令」に基づき（厚生労働省、2011）、介護職すなわち介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等であれば、一定の条件の下で「医療的ケア」の行為を「業」として実施できるようにした。ただし、介護職が実施できる医療的ケアは、研修を受けた場合でも喀痰吸引法や経管栄養法の実施など、ごく一部に限られる。

確かに、先に述べた法改正(2012年4月)を受け、近年、特養では、医療依存度の高い利用者を受け入れ、単なる生活支援にとどまらず、業務として医療的ケアを行う施設へとその機能を大きく拡大させてきた。また、それに伴い、介護職の業務内容も、医療的ケアの実施を前提と

したものに様変わりしつつある。とはいえ、やはり看護職に比べれば介護職が実施できる医療的ケアの範囲には限界がある。しかも、介護職にとっては、実施そのものに心理的な負担もあり、医療的ケアの実施を妨げる要因となっている。

全国には、医療的ケアの実施を登録している特養が数多くみられる。しかし、医療的ケアの登録はしているものの実際に実施している施設は限られている。そのため、医療的ケアを必要とする入所希望者を拒否するケースも少なくない。あるいは入所中に医療的ケアが必要となった場合に他の施設への転所や在宅療養への切り替えを強いられているのが現状である（日刊介護新聞、2023）。

特養における人員配置については、介護保険法第8条22項・27項、老人福祉法第20条の5が基準を定めている。それらの規定は、医師の常駐を義務付けてはいない。また、看護職に関しても夜間帯の人員配置の義務はないためオンコール対応にとどまる施設が多く、それを補完するために介護職に夜勤が容認されている（平澤・小木曾ら、2015）。こうした事情から、医療的ケアを実施する特養に従事する介護職は、本来の介護業務に加えて医療的ケアの実施を余儀なくされている。さらに、「医療的ケアのない施設の方が楽である」という介護職の声は多く（石橋、2021）、介護職が医療的ケアの実践を担うことに対して負担を感じていることがうかがえる。ただし、医療的ケアの実施頻度と介護職の負担感の関係を考察した先行研究は乏しい。そこで、本研究では、積極的に医療的ケアを実践している施設と消極的な施設を比較し、介護職の負担感の特徴を分析することを目的とする。

2. 用語の操作的定義

- (1) **医行為**：「医師の医学的判断及び技術をもってしなければ、人体に危害を及ぼし、または危害を及ぼすおそれのある行為」で、絶対的的行為と相対的的行為のことを示す（厚生労働省、2005）。
- (2) **医療的ケア**：医行為の範疇に入るが、治療を目的とするのではなく、医師の指示のもとに行う医行為であり、介護職が利用者の日常生活を営む上で実施が必要な「喀痰吸引」と「経管栄養」の行為を指す。
- (3) **介護職の負担**：「医療的ケアの実施に焦点を当てるうえで、介護職が認知する責任の過重や手技による不安、葛藤の総体である」と包括的な定義とする（石橋：2021）。

3. 研究方法

(1) 研究デザイン

無記名の自記式質問紙による量的研究である。

(2) 調査方法及び調査対象者

調査方法は2020年6月時点で、全国の『登録喀痰吸引事業者一覧』に基づき、医療的ケアの登録をしている特養120施設に対し、電話にて調査協力を依頼した。同意が得られた70施設（看護職・介護職800名）の調査対象者数を確認。次に、全施設の施設責任者を通して依頼文書、調査協力回答書を送付し、うち63カ所の施設（看護職・介護職655名）よりFAXで承諾を得た。

本研究の分析対象者は、2020年8月までの過去1年間に医療的ケアの実践に関わったことを条件とし、記載不備を除外した介護職のみの506名を対象とした。

(3) 倫理的配慮

調査対象者に、研究の目的、個人情報保護の徹底、自主的参加意思を尊重し、拒否しても不利益を被らないこと、調査票は無記名とし、調査結果は研究以外に使用しないこと、データの厳密管理について文書で説明し、書面にて同意を得た。回収した調査票は、施設及び回答者の匿名性が確保されるよう、数字と記号のみを用いてデータ化した。なお、本研究は長崎国際大学の研究倫理審査委員会承認後に実施した。（承認番号：APECHSS019003）

(4) 調査期間

2020年7月9日から8月30日までの53日間である。

(5) 調査項目

①対象者の概要

基本属性

年齢、性別、介護職経験年数、雇用形態、役職、介護の資格取得、夜勤の7項目を調査項目として設定をした（表1）。

就業特性

施設入所者定員、介護職1人あたりの利用者数、看取りの有無の3項目とした（表2）。

②医療的ケアを実践する介護職の負担感尺度

医療的ケアを実施している特養において介護職が感じる負担感として、石橋（2021）が尺度開発した「医療

的ケアを実践する介護職の負担感尺度」を使用した。

本測定尺度は、2下位因子14項目で構成されており、Cronbach α 係数からも信頼性が確認されている尺度である。その下位因子は介護職が負担と感じる因子として、「医療的ケア実践における責任の重さに関する負担感：9項目」と「緊急時対応の経験不足における負担感：5項目」の合計14項目を設定し、それぞれの負担を測定している。得点が高いほど介護職の負担感が高い状態であることを示す。

(6) 仮説

医療的ケアを積極的に実践している施設と消極的施設に従事する介護職の負担感の比較は、「研修やマニュアルの充足および設備等が充実していれば、介護職の負担感が軽減すると予測し、消極的施設の介護職の負担感が高い」と仮説を設定した。

4. 分析方法

すべての変数について度数分布及び記述統計量を算出した。介護職の負担感因子の信頼性について、下位因子のCronbach' α 係数を算出して確認した。「医療的ケアを実践する介護職の負担感」の構造を確認するために、プロマックス回転を伴う主因子法の因子分析を行った。また、因子別の質問項目に関する平均値を算出し、積極的に医療的ケアを実践している施設と消極的な施設による2群間の介護職の負担感得点の差をMann-WhitneyU検定を用いて比較した。

本研究では、因子ごとの合計得点を項目数で除したものを「因子別平均値」とし、項目1つ1つの平均値を「項目別平均値」とした。なお、調査結果の分析にはSPSS Ver.25 for Windowsを使用した。

5. 研究結果

(1) 回答者の属性

①回答者の基本属性

回答者の性別は「女性」が328名（64.8%）、「男性」が178名（35.2%）を占めた。年齢は30歳代が165名（32.6%）で最も多く、次に40歳代が133名（26.3%）であった。常勤は、476名（94.1%）で、介護職の経験年数は10年以上20年未満216名（44.7%）が最も多かった。また、職場の経験年数は、10年未満が345名（68.1%）であった。

介護職の資格は、介護福祉士取得者が400名（79.1%）

であり、初任者・実務者研修修了者が 134 名 (26.5%)、無資格が 35 名 (6.9%) であった。役職は、役職有り (以下：管理職) が 185 名 (36.6%) であり、夜勤を実施しているスタッフは、356 名 (70.4%) であった (表 1)。

②施設の就業特性

今回、対象とした特養は 63 施設で、施設入所者定員 50 人未満は 24 施設 (38.1%)、50 人以上 100 人未満は 32 施設 (50.8%)、1 人あたりの利用者数 2 人未満は 31 名 (49.2%)、2 人以上 3 人未満は 19 名 (30.2%) であった。また、看取りを実施している施設は 49 件 (77.7%) であった (表 2)。

表 1. 研究対象者の基本属性 (介護職)

| n = 506 | | | |
|----------|-------------|-----|--------|
| 項目 | カテゴリー | 度数 | 割合 (%) |
| 性別 | 男性 | 178 | 35.2 |
| | 女性 | 328 | 64.8 |
| 年齢 | 10 歳代～20 歳代 | 102 | 20.2 |
| | 30 歳代 | 165 | 32.6 |
| | 40 歳代 | 133 | 26.3 |
| | 50 歳代 | 74 | 14.6 |
| | 60 歳代以上 | 26 | 5.1 |
| | 無回答 | 6 | 1.2 |
| 介護職の経験年数 | 5 年未満 | 87 | 17.2 |
| | 5 年～10 年未満 | 139 | 27.5 |
| 経験年数 | 10 年～20 年未満 | 216 | 42.7 |
| | 20 年～30 年未満 | 55 | 10.9 |
| | 30 年～40 年未満 | 3 | 0.6 |
| | 無回答 | 6 | 1.2 |
| 役職 | 有(管理職) | 185 | 36.6 |
| | 無(スタッフ) | 321 | 63.4 |
| 介護の資格取得 | 介護福祉士 | 400 | 79.1 |
| | 初任者・実務者 | 134 | 26.5 |
| | 無資格 | 35 | 6.9 |
| | その他 | 21 | 4.2 |
| 職場の経験 | 5 年未満 | 190 | 37.5 |
| | 5 年～10 年未満 | 155 | 30.6 |
| | 10 年～20 年未満 | 128 | 25.3 |
| | 20 年～30 年未満 | 18 | 3.6 |
| | 30 年～40 年未満 | 2 | 0.4 |
| | 無回答 | 13 | 2.6 |
| 夜勤 | 有 | 356 | 70.4 |
| | 無 | 150 | 29.6 |
| 雇用形態 | 常勤 | 476 | 94.1 |
| | 非常勤 | 30 | 5.9 |

表 2. 施設の就業特性

| n=63 | | |
|-----------------|-----------|-----------|
| 項目 | カテゴリー | 施設 (%) |
| 施設の 入所者定員 | 50 人未満 | 24 (38.1) |
| | 50～100 人未 | 32 (50.8) |
| | 100 人以上 | 7 (11.1) |
| 1 人当たり の利用者数 | 2 人未満 | 31 (49.2) |
| | 2～3 人未満 | 19 (30.2) |
| | 3 人以上 | 13 (20.6) |
| 看取り | 有 | 49 (77.7) |
| | 無 | 14 (28.5) |

(2) 医療的ケアの実践に積極的施設と消極的施設の介護負担感の比較

本研究では積極的に医療的ケアを実施している施設 (以下、積極的施設) と医療的ケアの実施が不十分な消極的施設の 2 群に分けて解析した。

なお、ここで言う積極的施設とは、下記の 5 項目に積極的に取り組み、全てに該当している施設とした (表 3)。

- ①医療的ケアの教育機材が整っている。
- ②医療的ケアのマニュアルが準備されている。
- ③医療的ケアの設備が整っている。
- ④医療的ケアの研修が行われている。
- ⑤運営法人より、医療的ケアの研修の指示がある。

一方、消極的施設は、上記の 5 項目のうち 1 つでも該当していない項目がある施設とした。

表 3. 医療的ケアの実施設の環境比較

| n=63 | | |
|-----------------------|----|-----------|
| 項目 | 区分 | 施設 (%) |
| 医療的ケアの教育機材 | 有 | 32 (50.8) |
| | 無 | 31 (49.2) |
| 医療的ケアのマニュアル | 有 | 45 (71.4) |
| | 無 | 18 (28.6) |
| 医療的ケアの設備 | 有 | 50 (79.4) |
| | 無 | 13 (20.6) |
| 医療的ケアの研修 | 有 | 50 (79.4) |
| | 無 | 13 (20.6) |
| 運営法人より医療的ケアの 研修の指示 | 有 | 32 (50.8) |
| | 無 | 31 (49.2) |
| 積極的施設 消極的施設 | 有 | 20 (32.0) |
| | 有 | 43 (68.0) |

本調査の特養の総数は 63 施設で、積極的施設は 20 施設で介護職 216 名、消極的施設は 43 施設で介護職 290 名であった (表 3)。

介護職の負担感の調査項目を、第1因子9項目、第2因子5項目の合計14項目について、積極的施設と消極的施設の2群に分け、介護職の負担感得点の平均値を比較した(表4)。

医療的ケアを実施する介護職の負担感を積極的施設と消極的施設の合計平均値を比較すると、第1因子の『医療的ケア実践における責任の重さに関する負担感』の質問項目でみた場合、消極的施設の平均値の方が2.86(±0.59)点と積極的施設の平均点2.79(±0.64)点に比べて高い。

第2因子の『緊急時対応の経験不足における負担感』に関する質問項目でみた場合は、積極的施設の平均値の方が3.31(±0.69)点と消極的施設の平均点3.08(±0.73)点に比べて高かった。

第1因子の『医療的ケア実践における責任の重さに関する負担感』の下位項目で、最も負担感が高かった項目の平均値は、消極的施設の「医行為と介護行為との線引きの曖昧さを感じている」3.07(±0.85)点であった。次いで、「医療的ケアの利用者がいない施設の方が、精神的には楽である」3.05(±0.96)点、「医

療的ケアを必要とする利用者が多いことは、介護職にとって負担である」3.01(±0.88)点、「利用者の身体的な急変があったときに、責任を負わされるのではないかと不安である」2.98(±0.87)点の順であった。最も得点が低かった負担感は、「介護業務のうえに、医学的知識を勉強することは負担である」2.28(±0.93)点であった(表3)。

第2因子の『緊急時対応の経験不足における負担感』の下位尺度項目で、最も負担感が高かった項目の平均値は、積極的施設の「窒息時に急に喀痰吸引を実施すると、出来るだろうかと不安がある」の項目で、3.39(±0.81)点(p<0.05)と積極的施設が消極的施設に比べて有意に高かった。次いで、「痰吸引は毎日していないので不安がある」3.38(±0.85)点(p<0.01)、「痰吸引を夜勤者1人で実施することに不安がある」3.30(±0.84)点(p<0.001)、「痰吸引の処置がスムーズにできるかどうか不安がある」3.30(±0.80)点(p<0.001)と続き、ほぼすべての項目で積極的施設の方が有意に高かった(表3)。

表4. 医療的ケアの実践に積極的施設と消極的施設の介護負担感の比較

n=506

| 下位尺度項目 | 得点範囲 | 積極的施設の介護職 n=216 | | 消極的施設の介護職 n=290 | | P値 |
|--|------|--------------------|------|--------------------|------|-------|
| | | 平均値 | 標準偏差 | 平均値 | 標準偏差 | |
| 第一因子 医療的ケア実践における責任の重さに関する負担感 | | | | | | |
| 合計 | 1-4 | 2.79 | 0.64 | 2.86 | 0.59 | n. s. |
| 1. 医療的ケアの認定資格を取得した介護職の負担は増える | 1-4 | 2.83 | 0.91 | 2.93 | 0.84 | n. s. |
| 2. 医療的ケアを必要とする利用者が多いことは介護職にとって負担である | 1-4 | 2.95 | 0.89 | 3.01 | 0.88 | n. s. |
| 3. 介護職にリスクを負わせてまで、医療的ケアの実施を求めることは介護職から拒否感がある | 1-4 | 2.66 | 0.85 | 2.72 | 0.90 | n. s. |
| 4. 医療的ケアに関してミス看護職に指摘されると医療的ケアを行う意欲が低下する | 1-4 | 2.71 | 0.95 | 2.76 | 0.99 | n. s. |
| 5. 医療的ケアの実施可能なスタッフが不足していることで、医療的ケアの実施に不安がある | 1-4 | 2.92 | 0.84 | 3.02 | 0.84 | n. s. |
| 6. 医行為と介護行為との線引きの曖昧さを感じている | 1-4 | 2.99 | 0.81 | 3.07 | 0.85 | n. s. |
| 7. 介護業務のうえに、医学的知識を勉強することは負担である | 1-4 | 2.24 | 0.90 | 2.28 | 0.93 | n. s. |
| 8. 医療的ケアの利用者がいない施設の方が精神的には楽である | 1-4 | 2.96 | 0.95 | 3.05 | 0.96 | n. s. |
| 9. 利用者の身体的な急変があった時に責任を負わされるのではないかと不安である | 1-4 | 2.90 | 0.91 | 2.98 | 0.87 | n. s. |
| 第二因子 緊急時対応の経験不足における負担感 | | | | | | |
| 合計 | 1-4 | 3.31 | 0.69 | 3.08 | 0.73 | *** |
| 1. 痰吸引の処置がスムーズにできるかどうか不安がある | 1-4 | 3.30 | 0.80 | 3.00 | 0.87 | *** |
| 2. 痰吸引は毎日していないので不安がある | 1-4 | 3.38 | 0.85 | 3.11 | 1.01 | ** |
| 3. 痰吸引を夜勤者1人で実施することに不安がある | 1-4 | 3.30 | 0.84 | 2.99 | 0.97 | *** |
| 4. 痰吸引の実施が原因で急変するのではないかと不安がある | 1-4 | 3.24 | 0.84 | 3.12 | 0.82 | n. s. |
| 5. 窒息時に急に痰吸引を実施となると出来るだろうかと不安がある | 1-4 | 3.39 | 0.81 | 3.23 | 0.86 | * |

*p<.05. **p<.01. ***p<.001

6. 考察

(1) 特養において医療的ケアを実践している介護職の特徴

本研究は、全国の特養に従事し、医療的ケアを実施している介護職を対象とした。介護職の年齢と経験年数については、30歳代が最も多く、経験年数は、10年以上20年未満が4割、職場経験年数は、10年未満が7割と最も多い結果を示した。このことは、介護職は身体介護を伴うことが多く、年齢を重ねるごとに体力の減退（株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所、2020）を示しているといった先行研究の結果と同様であった。また、厚生労働省（2016）の報告でも、介護職の年齢は30歳代が24%、経験年数20年未満が最も多いと指摘されており、本調査の年齢と介護職の経験年数と同様の結果であった。

介護職の資格と勤務体制については、本調査の結果では、介護福祉士の資格を持っている者が8割を占め、うち管理職ではないスタッフが6割、夜勤をしているスタッフが7割であった。実際、特養では、管理職ではないスタッフの方が利用者のケアを担当する機会が多いため、医療的ケアを実施しているケースが高い。特養での夜勤は、看護職がオンコール体制を取っているため、介護職が、夜勤業務を行っている。そのため介護職は夜勤時に、これまで対応したことがないような急変時対応、それと並行して医療職等への連携を実施しなければならず負担を生じている。

施設体制については、本調査結果では、看取りを実施している施設は約8割で、積極的に医療的ケアに取り組んでいる施設は3割であった。先行研究では、介護職は、看取りは、いつどのような時に発生するか予測がつかない（佐々木・星ら、2018）。また、特養の半数以上のスタッフは、ターミナルケアに関する十分な教育の場が少ない（老人保健健康増進等事業、2014）と感じている。近年、多くの特養では、終の棲家として最期を特養で迎えられる体制を整えているが、それらの施設の中には、看取りの場面が増加しているものの、その看取り教育が充足しておらず、介護職は、看取りや臨死期の利用者への対応に苦慮し、更には、その中で実施している医療的ケアの実践に対しても負担を感じていることが明らかになった。このようなことから特に医療的ケアの資格を保有している介護職には、過重な負荷がかかっている。実際に、医療的ケアの資格を取得し特養の現場にでて、初めて生身の利用者に医療的ケアを直接実施することになる。

今後は、これらのことを視野に入れ医療的ケア教育の中に、看取り教育や緊急時対応についても組み入れるべきではないだろうか。また、それらを含めた教育プログラムの検討が必須だと考える。

(2) 医療的ケアの実践に積極的施設と消極的施設の介護負担感の比較とその関係

我が国の高齢者の増加は顕著で、特養での入居待機者数は、2022年の時点で27.5万人いると報告されている（厚生労働省、2022）。

医療的ケアの実施がどの特養においても平等に実施できれば、医療依存度の高い利用者や家族は、安心した生活を送ることが可能である。しかし、今回の調査では、医療的ケアを実施しているように登録しているが実際は、消極的施設の方が積極的施設の2倍以上が存在した。こういった実情からみると、今後も医療依存度の高い利用者は増加の一途を辿ってはいくものの、医療的ケアを必要とする利用者を受け入れていくことは可能なのだろうか。

医療的ケアを積極的に実践している施設と消極的施設に従事する介護職の負担感の比較について、分析前には、「研修やマニュアルの充足および設備等が充実していれば、介護職の負担感が軽減する」と予測し、「介護職の負担感は、積極的施設より消極的施設のほうが高い」と仮説を設定していた。また積極的施設のノウハウを消極的施設に導入することが医療的ケアの実施体制の整備につながると考えていた。

しかし、第1因子について、両グループ間の平均値を比較すると、消極的施設のほうが積極的施設より若干高い結果となったが、有意差はみられなかった。また、第2因子に至っては、積極的施設の平均値のほうが有意に高く、いずれの因子でも仮説を支持する結果にはならず仮説は棄却された。よって、当初の仮説は適切でなかったと考える。

とりわけ第2因子では、積極的施設のようにマニュアルや研修等が充実していると、緊急時により「生命そのもの」と向き合う医行為に対する意識や責任が明確になることから、積極的施設の介護職の負担感の方が高くなったと考える。この見解を基に、両施設の2つの因子のなかで、介護職の負担感の平均値が高かった項目について下記に考察する。

まず、第1因子の『医療的ケア実践における責任の重さに関する負担感』では、消極的施設の介護職の負

担感の方が高かった。その中で平均値が高い得点を示した2つの項目として「医行為と介護行為との線引きの曖昧さを感じている」、「医療的ケアの利用者がいない施設の方が、精神的には楽である」について述べていく。

「医行為と介護行為との線引きの曖昧さを感じている」では、医療的ケアの実践に積極的ではない施設の介護職の負担感が高かった。篠崎（2011）は、介護現場で介護職が行っている医行為の多くは、介護職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遂行することを求められていると指摘している。また、柏葉（2019）は、介護職が行う喀痰吸引の実施範囲は、規定によりカテーテルの挿入が咽頭の手前までと規定されているため効果的な吸引ができないと指摘している。さらに、経鼻経管栄養では介護職は栄養剤を注入できるが、事前に胃内に栄養チューブが留置されていることを看護職が確認を行う必要があり、一つの行為を両者で行う必要があり、看護業務が中断し非効率である。このことは、医療的ケアを実施する看護・介護職ともに抱えている負担であり、介護職にどこまで認められ、どこからが違法行為なのか、基準が示された以降もその実態が曖昧である。更に、介護職の専門性とは異なる領域の看護職から医療的ケアの指導を受けること、研修や必要な知識・技術の習得度の評価を受ける機会が少ないこと、対象者の安全や介護職の安心が担保できていないことが医療的ケアを実施している介護職の負担に影響を及ぼしていると考えられる。

次に、「医療的ケアの利用者がいない施設の方が、精神的には楽である」では、医療的ケアの実践に消極的施設の介護職の負担感の方が高かった。介護現場では、全ての職員が介護福祉士の資格を有し、利用者へのケアを行っている訳ではない。生活支援を専門とする介護職が医療的ケアを実践するためには、従来とは異なる知識・技術が必要である（片岡、2017）。

一方、できれば医療的ケアの実践を避けたい介護職も多い（若林・東島、2018）。このことは、本来、介護職になった理由として、看護職のように、注射や採血をしたくない、外傷の場面や血液を見ると気分が悪くなるといった、医行為を拒否している介護職も存在する。加えて、医行為よりも利用者とのコミュニケーションや生活支援技術を、しっかりとケアしたいと望んでいる介護職も存在する。

介護職が医療的ケアを実施していくには、利用者の日頃からの全身状態、呼吸器疾患、消化器疾患についても把握が必要で、いつもと異なる些細な状態変化に気付ける判断力が求められることにも負担となっており、「医療的ケアの利用者がいない施設の方が精神的に楽である」といった思いが根底にあると推察する。また、そのような思いが医療的ケアを実施しなくてもよい施設への職を求めているのではないだろうか。

第2因子の『緊急時対応の経験不足における負担感』では、医療的ケアを積極的に取り組んでいる施設の介護職の負担感の方が高かった。その積極的施設のなかで平均値が高かった2つの項目の「窒息時に急に痰吸引を実施すると、できるだろうか」と不安がある、「痰吸引は、毎日していないので不安がある」について述べていく。

「窒息時に急に痰吸引を実施すると、できるだろうか」と不安があるについては、医療的ケアに対する正しい知識・技術を習得できたとしても、緊急性や突発的な事故や急変が生じた場合に、医療職に判断が求められる環境下でなければ対象者に対する安全を確保することはできない（田原・北村、2013）。このことは、積極的施設に従事する介護職は施設内で研修を行い比較的医療的ケアの知識を深めていると推察する。しかし、看護職が不在となる夜勤帯に急変があった際に、とっさに動けるかといった不安や、医療的ケアの知識を詰め込んでいる介護職であれば、危険性をより認識し、より慎重な行動をとる傾向も予測される。また、その様なときに実施できないと、命を救うことができないという責任の荷重を推察する。

実際、介護職が夜勤帯に利用者の緊急時に遭遇するだけでも恐怖で頭が真っ白になり、看護職への連絡も要領を得ないことも少なくはない。つまり、日常的に医療的ケアの実施をしていても、夜勤帯の緊張感は、日勤帯の対応に比べて圧倒的に高いことはいままでのない。

「痰吸引は、毎日していないので不安がある」では、積極的施設であっても、施設内のユニットによって、医療的ケアを必要としない利用者も存在するため、毎日実施していないスタッフがいる。森永（2016）は、特養において「手技や手順のミス」がヒヤリハットとして多いことを指摘している。医療的ケアの経管栄養法では、実施時間が決まっているため、実施前から気持ちの準備もできているが、喀痰吸引法に関しては、予

測もつかない時間帯に痰が貯留し窒息するリスクが高い。このように急を要する処置は、日頃より研修で手技を習得していても、実際に突発的な対応に緊張が高まっていることが推察される。

7. 結論

本研究では、石橋（2021）が作成した介護職の医療的ケア実践上の負担感尺度を用いて量的調査を行い、積極的施設と消極的施設の特徴について明らかにした。各因子の平均得点を見ると『緊急時対応の経験不足における負担感』が最も高い負担感となっていた。

積極的施設と消極的施設における介護職について、質問項目の得点の平均値を比較した場合、第1因子の『医療的ケア実践における責任の重さに関する負担感』に関しては、消極的施設のほうが積極的施設より高く、第2因子の『緊急時対応の経験不足における負担感』に関しては、積極的施設のほうが消極的施設に比べて高かった。

『医療的ケア実践における責任の重さに関する負担感』のような、日々の介護業務に加えて医療的ケアの実践が求められることによる役割過重や業務過多に起因する負担感も、積極的施設に従事する介護職のほうが高かった。

確かに、介護職の本来の業務は、利用者の生活支援であり、医療的ケアの実践は想定されていなかった。そのため介護職の従来の教育カリキュラム等では、介護現場における医療的ケアや緊急時対応が取り上げられることもなく、当然ながら介護職を目指す者たちは、そのような危機感について考える機会が殆どなかったと考えられる。しかし、実際の介護現場では、看護職不在時の緊急時対応に迫られるなど予想外の出来事に遭遇し、そのことが介護職の負担感につながっていると推察される。

今後、介護職による医療的ケアの実践が増えることが予想される状況下においては、介護職の負担感について議論が必要な時期に迫ってきているのではないだろうか。

当初、積極的施設をモデル化することで医療的ケアの活性化の有効性を導出できるのではないかと考えていた。だが、医療的ケアの実践力を向上させるための研修の整備やマニュアルの整備も必要ではあるが、それと同時に介護職の作業や手技といった量的な負荷だけでなく、「役割過重」という質的な負担の軽減を考慮

した法整備も不可欠と考える。また、喀痰吸引が必要な医療的ケアに関しては、特に手順や手技以外にも看取り教育や緊急時の対応方法も加えてカリキュラムに組み込んでいく必要性を感じる。よって、早急のカリキュラムの検討が必要不可欠だと考える。

8. 謝辞

本論文の執筆にあたり、調査にご協力頂きました特養の管理者様ならびに調査対象者の介護職・看護職の皆様方に心よりお礼を申し上げます。なお、本研究は、長崎国際大学の学長裁量経費（科研費チャレンジ）の助成をうけた研究の一部であり、長崎国際大学の大学院博士論文の一部を加筆・修正を行い再編成したものです。

引用・参考文献

- ・石橋亜矢・裊孝承（2021）：「特養における医療的ケアを実施する介護職の現状と課題」『長崎国際大学論叢』第21巻，P111- P119
- ・石橋亜矢（2021）：「介護職における医療的ケア実践の現状と課題に関する研究—医療的ケアの実践力向上教育プログラム開発に向けて—」『長崎国際大学学術機関リポジトリ』
- ・石橋亜矢（2023）：「医療的ケアの実践における介護職の負担感」『介護福祉教育』第53巻，48-56頁．
- ・片岡妙子（2017）：「介護福祉における医療的ケアに関する文献レビュー」『高知県立大学紀要社会福祉学部編』第67巻，P177- P188
- ・柏葉英美・阿部明子（2019）：「介護保険施設等における医療的ケアに対する職員の認識と課題：看護職および介護職のアンケート調査からの分析」『岩手県立大学社会福祉学部紀要』第21巻，P1- P10
- ・株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所（2020）：「介護職の機能分化の推進に関する調査研究事業報告書」r02_05jigyohokokusho.pdf (nttdata-strategy.com)（2020.5.31 取得）
- ・厚生労働省（2005）：「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」医政発第0726005号医師法第17条（mhlw.Go.jp）（2020.5.31 取得）
- ・厚生労働省（2011）：「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案について」

- https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyyuin/dl/6-1-sanko_01.pdf. (2020.5.31 取得)
- ・厚生労働省 (2016) : 「介護保険をめぐる最近の動向」
https://www.sofukuken.gr.jp/wordpress/wpcontent/uploads/2019/11/bunkakai1_2019.pdf (2020.5.31)
 - ・厚生労働省 (2017) : 「介護老人保健施設, 社保審一介給付費分科会 .」
<https://www.mhlw.go.jp/file/05Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000174012.pdf> (2020.5.4 取得)
 - ・厚生労働省 (2022) : 特別養護老人ホームの入所申込者の状況 (令和4年度) (2023.8.1 取得) 特別養護老人ホームの入所申込者の状況 | 報道発表資料 | 厚生労働省 (mhlw.go.jp)
 - ・佐々木美幸・星美鈴・土肥真奈・叶谷由佳 (2018) : 「特別養護老人ホームの介護職からみた看護職との連携と施設属性・看護体制・医療依存度の高い入所者の看護職の対応状況との関連」『日本看護研究学会雑誌』第41巻4号, P701- P712
 - ・篠崎良勝 (2011) : 「介護従事者における医療行為の実態・意識調査」『産業文化研究』第20号, P69-86
 - ・田原育恵・北村健宏 (2013) : 「A 県介護福祉士会会員における医療的ケア実施に関する研修の受講状況とその不安に対する認識」『聖泉看護学研究』第19巻, P64- P75
 - ・日刊介護新聞 by いい介護 (e-nursingcare.com) (2023.8.1 取得)
 - ・平澤泰子・小木曾加奈子・佐藤八千子・山下科子・今井七重・禰宜佐統美・阿部隆春 (2015) : 「介護現場が必要と認識する介護福祉士養成課程の医療的ケア—特別養護老人ホームに勤務する看護職・介護職の認識の違い」『愛知高齢者福祉研究会誌』第2号, P66- P73(2020.6.20 取得)
 - ・老人保健健康増進等事業 (2014) : 「長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業」『平成25年度老人保健事業推進費等補助金』(2020.5.4 取得)

Research on Medical Care Facility Systems :
Through Comparison of Nursing Care Burden Among Facilities
in Medical Care Practice

Aya ISHIBASHI

Department of Welfare Science,
Faculty of Welfare and Health Science,
Fukuyama Heisei University

E-mail : a-ishi@heisei-u.ac.jp

Abstract

Recently, welfare facilities for the elderly (hereinafter referred to as "special nursing homes") accept residents who are highly dependent on medical care, including end-of-life care, and their medical care functions have expanded. Therefore, the scope of work for caregivers has expanded. In April 2012, the "Ministerial Ordinance Amending Part of the Social Workers and Care Workers Act Regulations, etc." was issued, allowing care workers to provide medical care as a "task." However, even though 11 years have passed since the law was revised, only a few facilities nationwide are proactive in providing medical care.

Therefore, in this study, we classified facilities that are proactive in providing medical care and facilities that are passive, and analyzed and verified their characteristics and relationship to the sense of burden on care workers. An anonymous self-administered questionnaire survey was conducted on 512 special nursing care workers nationwide. In this study, we conducted a quantitative analysis using the sense of burden scale by nursing care workers (2 factors, 14 items) developed by Ishibashi. Also, we calculated the mean values for the question items for each factor, divided the facilities providing medical care into two groups, and compared the difference in the burden score of care workers using the Mann-Whitney U test.

We found that the sense of burden was higher among nursing care workers at active facilities. This is because proactive facilities have substantial manuals and training sessions, and their awareness and responsibility for medical practice have become clear. Even in proactive facilities, if the condition of a resident suddenly changes during the night shift when nurses are absent, medical care must quickly be provided. In such cases, care workers with great knowledge of medical care tend to take more cautious actions because they feel a strong sense of crisis, anxiety and heavy responsibility.

KEY WORDS : welfare facilities for the elderly, medical care, the sense of burden on care workers