

非医療専門職による医療行為について — 介護福祉士が医療行為を行う要因を文献から検討 —

内田 富美江, 守屋 真季

On Medical Care Services by Non-Medical Staff

Fumie UCHIDA and Maki MORIYA

キーワード：介護福祉職，医療行為，高齢者ニーズ，医療法改正，施設機能

概 要

医療行為は医師，歯科医師，看護師など医療職にのみに許容されているにもかかわらず，介護職も関与している現状がある。なぜ医療行為に介護職が関与しているのかを文献検討した。その結果，介護福祉職（以下，介護職）が医療行為に関与する背景には，医療制度上の問題や福祉制度上の問題とともに，施設利用者の医療ニーズの高まりと医療職員配置基準との間に不整合性があり，非医療職による医療行為は介護職の意識や努力を超えた問題があることが明らかになった。さらにこれらは，施設における医療職配置基準の見直しがなされないまま介護保険制度がスタートしたこと，医療職の介護業務理解の不十分さ，経営者の企業倫理の問題，介護職の職業倫理の未成熟，厚生労働省，介護職，医療職，利用者と家族，経営者間における医療行為を巡る状況認識のギャップなど複雑な問題があるという示唆を得た。

I 研究目的

「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定した1987年当時の介護福祉職（以下，介護職；介護福祉士，ホームヘルパー，無資格で介護に従事している者を含む）の業務は，特別養護老人ホーム（以下，特養）において，利用者の身の廻りの援助などを行う生活支援業務がほとんどであった。ところが，高齢化の進展とともに，介護福祉施設（以下，施設）においては，利用者の高齢化，障害や病状の重度化・重症化が進行し，医療依存度の高い利用者が多く入所するようになっていくといわれ¹⁾，近年では，入所者の最期を看取るターミナルケアを実施する施設も増えてきた²⁾。そのため現在の施設は，生活を支える場から生命を守り，生活を維持向上させ，人生の最期を看取る場に変貌してきている。このことにより，介護職の就労先は，特養のみならず介護老人保健施設（以下，老健），介護療養型医療施設（以下，療養型）など医療系の施設にも拡大してきた。それに伴い，介護業務の一部として疑義を

生じているものがある。それは，介護福祉士を含む介護職が関与しているといわれている「医療行為」である。日常生活を維持するために医療を必要としている人々への医療行為は，施設や在宅においては，医師や看護師など医療専門職が実施するのであり，介護職は法律上，医療行為を実施することはできない³⁾。しかし，施設や在宅において，介護職が医療行為を実施しているという報告は少なくない⁴⁻⁸⁾。本稿は，利用者に対して，安全で質の高い生活を支援する専門職である介護福祉士が，なぜ禁止されている医療行為を実施しているのか，その要因を文献により検討をすることが目的である。

II 法律からみる医療行為

(1) 医師法，歯科医師法，保健師助産師看護師法と医療行為

医師法（昭和23年法律第201号）第17条においては，「医師でなければ，医業をなしてはならない」とされており，これに違反した場合には，3年以下の懲役又は100万円以下の罰金に処すこととされている。また，これと同様の規定が，歯科医師法（昭和23年法律第202号）や保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）等にも設けられており，これらの規定により，医師，

(平成18年9月28日受理)

川崎医療短期大学 介護福祉科

Department of Care Work, Kawasaki College of Allied Health Professions

歯科医師, 看護師等の免許を有さない者による医業は禁止されている。ただ, 「医業」の定義については, 法律上必ずしも明記されておらず, 厚生労働省(以下, 厚労省)は, 「①当該行為を行うにあたり, 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(医行為)を, ②反復継続する意思をもって行うことであると解釈し, 医師, 看護師等の免許を有さない者が, 医行為を行った場合には, 医師法等の関係法規に抵触することになるが, 具体的にどのような行為が医行為に該当するか否かについては, 個々の行為の態様に応じて, 個別的具体的に判断する必要がある⁹⁾」としている。例えば, 同一の行為であっても, 対象者の状況によって, 医行為と判断されるものもあれば, 医行為とは判断されない場合もあるのである。このように, それが医療行為であるかどうかは, 社会通念に照らして個別に判断する¹⁰⁾こととされ, その範囲は必ずしも明確ではなく, 時代による変遷は免れないものと考えられている。また, 「業」の概念について金川は, 医療行為が反復継続して行う意思が認められれば, 1回限りの行為であっても「業」に該当すると述べているが, 藤井¹¹⁾は, 患者自身が行う自己医療のみならず, 患者の家族による特定の患者に対する医療は社会性を欠き, 同法の規制の範囲外であると述べている。

(2) 「社会福祉士及び介護福祉士法」と医療行為

では, 介護福祉士と医療との関係はどうであろうか。「社会福祉士及び介護福祉士法」施行規則第27条第1項において社会福祉士及び介護福祉士は, その業務を行うに際し, 医療が必要となった場合の医師をあらかじめ確認しなければならないと定め, 同法第2項において社会福祉士及び介護福祉士はその行為を行うにあたり, 医師その他の医療関係者の関与が必要になった場合には, 医療その他の医療関係者に連絡をしなければならない¹²⁾と規定している。つまり社会福祉士および介護福祉士は, 利用者に医療行為の必要が発生した場合には, 必ず医師に連絡する義務があり, 医療行為を行うことは福祉の法律においても許容されていないのである。

(3) 医療行為といわゆる「医療的行為」との関係

いわゆる「医療的行為」という用語について, 下川¹³⁾は家族が自宅で日常的に介護として行っているもので, 病院で行われている急性期の治療目的の医療行為とは異なり“医療的行為または医療的ケア”とも呼ばれているとして慣習的に行われる医療擬似行為のことを指

すと述べている。一方, 鎌田ら¹⁴⁾は“医療的行為”について, 「その本人が自宅その他の生活の場所で, 日常生活を送るために, 本人もしくはその家族が行える範囲の医療行為という意味で用い, 具体的な行為としては吸引, 経管栄養, 酸素吸入及び特養で夜間や看護師の不在時に介護職も行うことがある褥創処置, 投薬, 浣腸などの看護処置」を想定していると述べている。

これらから, 医療的行為(医療的ケア)というのは, 慣習的に行われている医療擬似行為で, 本人や家族が行える範囲の医療行為であり, 施設において介護職も行うことがある看護処置のことだと理解される。ただ, これらの中には, 医療職のみに許可されている医療行為も含まれていることは想像に難くない。

Ⅲ 介護職による医療行為と厚生労働省見解

(1) 厚労省による1999年見解

介護業務の中で広く行われている行為が, 生活支援業務であるのか医療行為であるのか紛らわしい行為が存在した。例えば, 一般家庭においても実施されている爪きり, 外用薬の塗布, 血圧測定, 点眼などである。厚労省はこれらも医療行為にあたるとして, 1987年「社会福祉士及び介護福祉士法」制定以降禁止してきた。

ところが, 1999年改めて具体的に“医療行為”の項目をあげた。篠崎らは, 介護現場においては看護師が行うような医療行為を介護職の96%が実施していると報告し, 無資格者による医療行為は, 利用者の健康を害する危険行為ではないかと訴え, 厚労省に対し“医療行為”の項目とその内容を示すよう求めた。厚労省はこれに対し, 電話回答であるが, 始めて具体的に“医療行為”項目をあげている。厚労省が“医療行為”に該当すると回答したのは, 次の23項目である。

爪きり, 外用薬の塗布(軟膏・湿布など), 血圧測定(市販の測定器を用いた場合も含む), 点眼, 服薬管理(薬の在庫管理, 服薬指導も含む), 座薬, 浣腸, 褥創処置, 痰の吸引, 酸素吸入, 経管栄養(胃ろう, 鼻管など), 点滴の抜針, インシュリンの投与, 摘便, 人工肛門の処置, 口腔内のかき出し, 食事療法の指導, 導尿, 留置カテーテルの管理, 膀胱洗浄, 排痰ケア, 気管カニューレの交換, 気管切開患者の管理指導。

(2) 厚労省による2005年見解(「医療行為」から除外した11項目)

ところが, 厚労省は2005年7月26日¹⁵⁾, 医療機関以外の高齢者介護・障害者介護現場等において判断に疑

義が生じることの多い行為であって、原則として医行為ではないと考えられる行為について、先に発表した23項目から11項目を除外した。それは、次にあげるものである。

①爪に異常がない場合の爪きりや爪の手入れ、②歯ブラシや綿棒による口腔粘膜・舌の汚れの除去、③耳垢の除去、④ストーマ装具のパウチに溜まった排泄物の除去、⑤市販のデスポーザブルグリセリン浣腸器による浣腸、⑥自己導尿を補助するカテーテルの準備や体位の保持、⑦腋下・外耳道による体温測定、⑧自動血圧測定器による血圧測定、⑨新生児以外が動脈血酸素を測定する為のパルスオキシメータの装着、⑩擦り傷・火傷の処置、⑪湿布の添付、目薬の点眼、一包化された内容薬の内服、肛門からの座薬の挿入、鼻腔粘膜への薬剤噴霧などの服薬介助（ただし、患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること、副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師または看護師の経過観察の必要がないこと、内用薬は誤嚥の可能性、坐薬は肛門からの出血の可能性など、当該薬品の使用方法について専門的配慮が不要な場合）。

〔「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」：医政発第0726005号、以下通知〕。

これら11項目をみると、いずれも下川のいう「家族が自宅で日常的に介護として行っているもので、病院で行われている急性期の治療目的の医療行為とは異なり、慣習的に用いられているもの」に該当する。しかし、人の健康状態はたえず変化するため、「今回の通知は、原則として医行為ではないと考えられる行為を明確化したものであり、これにより医師、看護師免許を有さないものが医行為の一部を行うことが可能になったものではない。言い換えるならば、通知により、医行為の範囲に何らかの変更が加えられたものではないことにご留意いただきたい」と念を押している。厚労省は従来どおり、介護福祉士など非医療職による医療行為への関与を固く禁じ、あくまで福祉職として位置づけているといえよう。

Ⅳ 介護職の医療行為と医療法の改正¹⁶⁾

(1) 医療費抑制政策による入院患者の移動

医療技術の進歩や医療機器の発達、患者の救命率の向上・社会復帰を飛躍的に促進させ、日本の長寿化に貢献した。しかし他方で重度・重症化した患者も増加し、疾病と障害を合併しながら生活する人も増えて

きた。これらの人々は治療より介護が必要であったが、施設の絶対数が不足しており老人病院などへ社会的入院をせざるをえなかった。そのため医療費のかなりの部分が社会的入院患者により消費された。社会の高齢化とともに社会保障財政が逼迫したため、厚労省は医療法を改正し入院日数を制限した。それにより重度・重症化した患者も長期間入院が不可能となり、酸素や人工透析など医療器具を装着したまま在宅療養をするようになった¹⁷⁾。2000年に創設された公的介護保険制度は、長期入院中の高齢患者を施設に移動させ、社会的入院を抑制し老人医療費の削減をする狙いがあった。膨張した医療費を抑制するため1992年以降、医療法を再三改正し病院を機能分類化し、退院患者の移動先として準備されたのが介護保険指定施設（以下、3施設；特養、老健、療養型）である。

(2) 介護職の医療行為と介護保険3施設における医療職配置基準

3施設はそれぞれ目的や機能が異なり、特養は生活施設であり、老健はリハビリテーション機能を持ち病院と在宅をつなぐ中間施設、療養型は医療ニーズの高い高齢者の療養施設と規定されている¹⁸⁾。3施設の違いは医療とのかかわりの濃さの違いにある。介護保険3施設における医療職員の配置基準についてみると、医師数は入所者100人当たり特養では1人（非常勤可）であるが老健では常勤が1人とされ、療養型では常勤医師は3人と決められている。同様に看護師の配置は特養が3人（非常勤可・夜勤配置義務はない）であり、老健は9人（常勤）、療養型は17人（常勤）である。ところで、全国の特養で夜勤の看護師が常駐する施設は全体の5.2%に過ぎないといわれる¹⁹⁾。この機能・職員配置から考えると当然医療ニーズが高い高齢者は療養型や老健へ転院を促すことがふさわしいと考えられる。ところが、現実には3施設の棲み分けは明確な形では進んでおらず、各施設間において利用者ニーズに応じたスムーズな移動は行われていない。3施設のいずれも待機者がいる現状においては、医療ニーズによる高齢者の施設間移動は、何らかの法規制がなければ不可能に近いといえる。特養において医療職の配置基準が低い理由としては、現在でも昭和41年の厚生省令による「養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの設備及び運営」に準拠し運用されているからだと考えられる。昭和41年当時の特養の利用者は、主として寝たきり高齢者であり、身体介護を主としたため介護者が多く配置された。このように、特養の機能は、医療依

存度の高い利用者に対応すべき基礎的構造を持たない施設であるといえる。

V 介護職の医療行為と施設利用者の医療ニーズ

では、施設利用者は、どのような医療ニーズを持っているのだろうか。施設利用者の医療ニーズを概観するために、本節では厚労省の公表データ（平成13年全国介護サービス施設、事業所、特養2779施設、老健2779施設、療養型3792施設への実態調査²⁰⁾）を取り上げる。

(1) 厚労省による実態調査からみた利用者への医療処置の概要

調査によると、3施設内における医療処置（以下、処置）受療者の割合は、特養と老健ではいずれも約2割の利用者が処置をうけ、療養型では約4割の利用者が処置を受けている。同様に要介護度別では、要介護度1～4の利用者では、処置を受けている利用者の割合は、特養と老健はほぼ同率（約2割）であるが、療養型では約3割の利用者が処置を受け、要介護度5の利用者では、特養と老健では約3割が処置を受けていたが、療養型では約6割の入所者が処置を受けている。3施設において多く実施されている処置は、経管栄養、点滴、喀痰吸引、膀胱カテーテル、疼痛管理、褥創の処置であり、施設種別の処置頻度は、特養と老健では疼痛管理と経管栄養がともに約1割弱の利用者が処置を受けているが、療養型では経管栄養は約2割の利用者が処置を受けているが、喀痰吸引は1割強の利用者が処置を受け、膀胱カテーテルでは1割弱の利用者が処置を受けていると報告している。

以上の報告をまとめると、経管栄養と喀痰吸引の処置を受けている利用者は、老健よりも特養のほうが多く、要介護度別では、軽度の利用者は疼痛管理やモニター測定、点滴、膀胱カテーテルの処置を受けるものが多いが、重度の利用者は経管栄養や喀痰吸引が多いと報告している。また、経管栄養を行っている重度の利用者は老健よりも特養が多く、特養は処置が多いという結果になっている。

(2) 介護職による医療行為への関与の概要

次に、介護職の医療行為への関与状況について検討する。篠崎は、その著書²¹⁾で在宅支援を行うホームヘルパーの95%、施設生活支援を行う介護職の96%が何らかの医療行為を経験していると報告している。宮原は、西日本において介護職の「医療的行為」実施状況を調査している²²⁾。宮原の研究によると、介護職が医療

的行為を実施している・時々実施しているを合わせ、100%の介護職が実施していた医療行為は吸引であり、50%以上の介護職が実施していた医療行為は、血圧測定(94%)、座薬(90%)、医用軟膏塗布(80%)、排便(74%)、酸素吸入(67%)、褥創手当(57%)、救急蘇生(57%)、経管栄養(57%)であり、血糖測定や酸素飽和度測定などもわずかの介護職が実施していたと報告している。吸引(17%)や褥創の処置(10%)については、生活相談員も実施していると述べている。介護職や生活相談員が医療行為を行っている施設において、夜間の看護師配置は0%であり、看護師の夜間待機体制をとっている施設は78%、医師の常駐体制があるのは7%であると報告している。

(3) 介護職の医療行為への関与と意識（介護福祉士の場合）

介護福祉士は介護福祉職の中で唯一の国家資格を付与された専門職である。2006年4月現在で、施設における介護福祉士保有者は、約4割となっている。それらの有資格者の教育背景は、介護福祉士養成施設卒業者あるいは現場経験3年を経て国家試験に合格した者、高校において介護福祉士教育を受け国家試験を経たものなど教育背景は多様である。では、介護福祉士は、医療行為に関してどのような考えを持って行っているのだろうか。医療行為実施に関する対処と意識に関して、介護福祉士だけを対象とした研究は数が少ない。そこで林が2003年に行ったA県において実施した調査をもとに検討する。林の調査によると介護福祉士の2.9%は医療行為を実施する必要があると考え、73.1%の介護福祉士は機会条件が伴えば実施してもよいと考え、14.9%の介護福祉士は実施する必要はないと考えている。また、医療行為を実施する理由としては、多い順に看護師からの指示、業務に組み込まれている、看護師が不在である、利用者や家族からの依頼により断れないのだと報告している。また、常に不安や戸惑いを感じる医療行為としては、高度な医療知識と技術が必要で医療器具を用いる行為（点滴管理、酸素吸入、喀痰の吸引、経管栄養、褥創処置、導尿、カテーテルの洗浄）があげられ、在宅介護の場合は、軟膏塗布、湿布の貼付、点眼、薬剤投与など日常的な行為にも強い戸惑いを感じていると報告している。在宅介護の場合は単独業務が多く、医療行為実施の是非の判断及び事後対応まで、自分一人に任されているためではないかと考えられる。

VI 文献から得られたこと

以上、文献より得られたことを整理すると、医療行為の実施は医師、歯科医師、看護師など医療職のみに許容されており、介護職が行うことは医療法においても福祉法においても禁じられている。ところが、特養など施設整備の遅れから高齢者の病院への社会的入院、人口の高齢化により社会保障費が膨張した。そこで、厚労省は医療費を抑制する目的で入院日数の短縮化を図るとともに、退院患者の受け皿として特養に加えて老健や療養型など医療対応施設を設置し、介護保険制度を公的制度として位置づけ、保険運用化した。これにより、高齢退院患者の流れを作った。この流れに添って重度・重症患者が特養など施設に入所するようになった。そのため施設では、経管栄養や吸引など医療依存度の高い利用者が増加し医療行為が多くなった。ところが肝心の特養など施設への医療職の人員配置基準の見直しがなされないまま介護保険制度がスタートしたため、医療依存度の高い利用者への医療行為を介護職もになうことになった。施設では介護職のほとんどが医療行為を行った経験があり、しかも医療擬似行為ではなく、高度な医療行為を行っている事実も散見された。介護職自身は、不安と戸惑いそしてジレンマを抱えて医療行為を実施していることが明らかになった。

このように介護職の医療行為実施の背景には、医療制度上の問題や福祉制度上の問題があるとともに、施設利用者の医療ニーズの高まりと医療職員配置基準の不整合などがあり、非医療職による医療行為への関与は介護職の意識や努力を超えた問題があることが示唆された。これらから、介護職による医療行為増加の要因をまとめると次のようになると考えられる。厚労省による医療行為発生現場放置の問題、3施設における医療職配置基準の見直しが行われないまま介護保険制度がスタートした問題、利用者とその家族の義務と権利、医療職の介護職業務理解の不十分さ、経営者の企業倫理の問題、介護職の職業倫理の未成熟の問題、厚労省を始め介護職、医療職、利用者と家族、経営者間における医療行為を行わなければならない状況認識の差などである。

参考文献

- 1) 谷口敏代, 迫明 仁他: 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 9(1): 51-58, 2002.
- 2) 杉本浩章, 近藤克則: 特別養護老人ホームにおける終末期ケアの現状と課題, 社会福祉学, 46(3): 63-70, 2006.
- 3) 金川琢雄: 現代医事法学, 東京: 金原出版, pp. 35-37, 1993.
- 4) 佐藤ゆかり, 神宝誠子: 介護福祉士が利用者に求められる医療的行為の類型化と要求頻度・実施割合・困惑度の在宅・施設間比較, 介護福祉学 9(1): 93-100, 2002.
- 5) 鎌田ケイコ, 井上千津子他: 医療処置についての看護と介護の役割分担, 老人ケア研究 6: 1-7, 1997.
- 6) 篠崎良勝: どこまで許されるホームヘルパーの医療行為, 東京: 一橋出版, pp. 8-9, 2002.
- 7) 宮原伸二: 特別養護老人ホームにおける介護職が行う「医療と介護の接点と思われる行為」の現状と課題, プライマリ・ケア24(1): 34-35, 2001.
- 8) 林 信治, 古屋義博: 医療的ケアを要する人々がより豊かに生きるために, 山梨大学教育人間科学部紀要, 2(2): 149-155, 2001.
- 9) 佐藤康弘: 介護に携わる者などの非医療行為について, 介護福祉61: 80-81, 2006.
- 10) 金川琢雄: 現代医事法学, 東京: 金原出版, pp. 35-37, 1993.
- 11) 藤井健一: 障害者の健康と医療保障, 東京: 法律文化社, pp. 47-48, 1997.
- 12) 福祉士養成講座編集委員会編: 新版介護福祉士養成講座 ①介護概論第3版, 東京: 中央法規, 242, 2006.
- 13) 下川和洋: 医療的ケアって大変なことなの, 東京: ぶどう社, p. 2, 2000.
- 14) 鎌田ケイ子, 大淵律子, 巻田ふき: 特別養護老人ホームにおける看護の実態調査報告書, (助)東京都老人総合研究所看護学研究室, p. 23, 1998.
- 15) 厚労省通達: 医改発第0725005: 平成17年7月26日.
- 16) 成清美治: 新ケア・ワーク論, 介護保険制度と医療法の関連性, 東京: 学文社, pp. 115-136, 2002.
- 17) 田中 元: 改正介護保険で仕事はここが変わる, 東京: ぱる出版, pp. 34-35, 2006.
- 18) 厚生省社会福祉法研究監修: 社会福祉六法, 新日本法規, 1998.
- 19) 厚生統計協会編: 国民衛生の動向, 厚生指標, 51(9): 221, 2005.
- 20) 竹迫弥生, 田宮菜奈子, 梶井英治: 介護保険3施設における施設内医療処置の状況, 厚生指標53(7): 26, 2006.
- 21) 民間病院問題研究所: 介護現場の医療事故, 東京: 日本医療企画, p. 315, 2000.
- 22) 林 信治: 医療的ケアに関する介護福祉士の対処の現状と意識, 厚生指標 50(8): 1-7, 2003.

