

# 国立病院機構病院における療養介助員の専門性についての一考察 — 中四国8病院のアンケート調査から —

## Observations on the Expertise of Medical Caretakers at Hospitals Belonging to the National Hospital Organization: From a Questionnaire at the Eight Hospitals in the Chugoku and Shikou Areas.

(2014年3月31日受理)

寺山 節子<sup>\*1</sup> 大石 廣<sup>\*2</sup>  
Sestuko Terayama Hiroshi Ooishi

Key words : 国立病院機構, 療養介助員, 専門性, 生活モデル, 介護, チームアプローチ

### 妙 録

医師不足・偏在への対応, 病院勤務医の業務内容の負担増の影響を受けて, 看護への期待が医療面への拡大に向かっている。重ねて, その影響を受け, 国立病院機構病院に勤務する療養介助員の業務内容が, 看護の領域にシフトしている。

本研究におけるアンケート調査の結果を見ると, 現在の仕事内容が介護の専門性だと思い働いている療養介助員は, わずか18%であった。さらに, 保有資格の差異により療養介助員間でも不満の声を聞いた。

病院では, 協働するケアチームのメンバー(専門家)が, 同じ場所にて集まりやすく, 患者の状態の改善や悪化防止がトータルな情報下で理想的にサポートできる。しかし, それぞれの専門分野の充実への適正評価は低い。

患者に良質な医療(技術)・(生活)介護を継続的に提供していくためには, 医学モデル<sup>注1</sup>から生活モデル<sup>注2</sup>への転換が早急に望まれる。さらに, 介護学では, 日々展開される患者の日常生活の現実を重視することが実行されなければ患者の主体性は尊重できないという考え方である。すなわち, この場面において専門性を発揮できる職の領域が「介護」である。病院という場所だから介護の専門性が発揮できないのではなく, 発揮できる最も近い場所に療養介助員たちはいるのである。

### I. 緒 言

中国短期大学<sup>注3</sup>では平成11年度(公的介護保険制度開始1年前)から, 訪問介護員養成研修1・2級課程<sup>注4</sup>の修了者を社会に送り出してきた。その数は約500名近くになる。到底介護とは無縁の若い学生が, はたして「介護」に関心をもつのだろうかと懸念はあったが, 急速に進む高齢化(要介護)のスピードと, 公的介護保険制度開始のためのマンパワーの必要性, そして何よりも社会のニーズに答えるべくその意味を大いに感じ, 短期大学という教育フィールドの中で養成研修をスタートさせた。また, 平成17年度から独立行政法人国立病院機構病院<sup>注5</sup>においても, 療養介護事業(療養介助員の採用)<sup>注6</sup>

が実施された。このことは, 長期療養患者に対して医療面だけでなく, 療養生活を充実させるためにも介護の専門性<sup>注7</sup>が必要だと考えられたからである。現在(2013年2月現在), 我が国には約140万人の介護職員が介護職に従事している。その内, 国立病院機構病院で働いている介護職員(療養介助員)は1,126人。内, 介護福祉士資格保有者は700人である(2013年7月現在)。

しかし, 医療依存度や医療ニーズの高い病院では看護師が患者の身の回りの世話をを行っている。看護師は, 医師の指示のもとで診療の補助や療養上の世話を医療面からサポートを行う職種である。このことからわかるように看護の業務範囲は広く家政を除けば, 病院では介護業務の大半は看護に包括されているのである(図1)。

<sup>\*1</sup>terayama sestuko:中国短期大学 総合生活学科

<sup>\*2</sup>ooishi hiroschi:国立病院機構南岡山医療センター

しかし、必要に応じて介護職（療養介助員）には対応や観察のポイントについて適切にアドバイスし、上下関係の中で職務を遂行していくのではなく、専門性をもったチームの一員として認め、日常的に連携して業務を遂行していくという責務も担っていると思うのである。

医療・看護の現場である病院では、治療の効果が求められデータという形でサイエンスになる。しかし、効果が客観的データになりにくい介護の領域では、専門性が

見えにくい、長期療養患者の生活を総合的な視点から捉え、形にはなりにくい「介護分野」の独自性、すなわち専門性について明らかにし、病院という場所で療養介助員が必要とされ、生き生きと介護領域の仕事に従事でき、何よりも長期療養患者のためになることを形にしていかなければならないことは急務であると考えるのである。

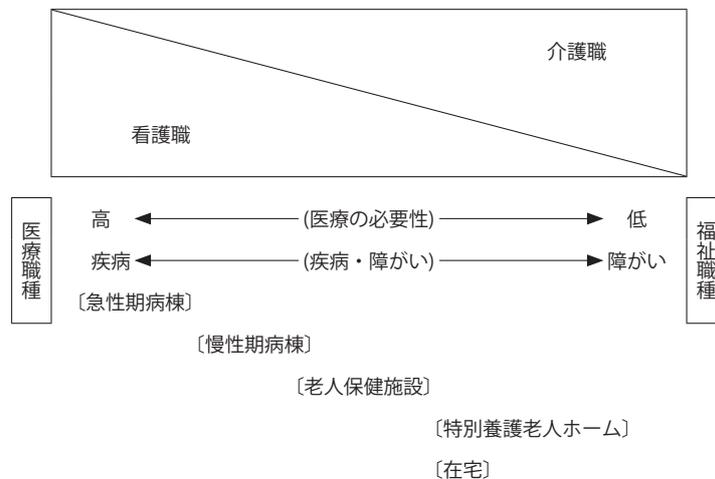


図1 障がい・疾病・場からみた看護と介護業務

資料出所：介護職員基礎研修テキスト作成委員会編集

表1 厚生労働省の通知に基づく「医行為」の定義

|  |
|--|
| <p>「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」<br/>(平成17年7月26日医政発0726005号)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・医師、歯科医師、看護師の免許を有さない者による医業(医科医業を含む。)は、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条その他の関係法規によって禁止されている。</li> </ul> |
|--|

表2 原則的に医行為でない行為

|  |   |
|--|---|
| <p>① 腋下あるいは外耳道での体温測定</p> <p>② 自動血圧測定器による血圧測定</p> <p>③ 動脈血酸素飽和度を測定するためのパルスオキシメータの装着</p> <p>④ 軽微な切り傷・擦り傷・やけどなどの処置</p> <p>⑤ 軟膏の塗布(褥瘡の処置を除く)</p> <p>⑥ 湿布の貼付</p> <p>⑦ 点眼薬の点眼</p> <p>⑧ 一包化された内用薬の服用介助(舌下錠の使用も含む)</p> <p>⑨ 肛門への座薬挿入</p> | <p>⑩ 鼻腔粘膜への薬剤噴霧</p> <p>⑪ (爪やその周囲に異常がない場合の)爪切り</p> <p>⑫ (重度の歯周病等がない場合の日常的な)口腔内の刷掃と清拭</p> <p>⑬ 耳垢の除去(耳垢塞栓の除去を除く)</p> <p>⑭ ストマ装具のパウチにたまった排泄物(はいせつづつ)の除去(肌に装着したパウチの取り替えを除く*)</p> <p>⑮ 自己導尿を補助するためのカテーテルの準備、体位の保持など</p> <p>⑯ 市販のディスポーザブルグリセリン洗腸器での洗腸</p> |
|--|---|

\*：2011(平成23)年、厚生労働省より、安定している患者の場合、パウチの交換は原則として医行為には該当しないとされる通知が出された。  
注1：これらが「医行為でない行為」と解釈されるには、通知においてそれぞれに細かな条件が付されており、状況によっては医行為とされる場合もあることに注意する。

2：⑤～⑩は、医師・看護師の判断により状態が安定した患者に対する処置。

資料出所：介護職員基礎研修テキストホームヘルパー1級課程修了者対象  
介護職員研修テキスト作成委員会

- 注1・2) 社会福祉援助では伝統的な「医学モデル」の理論が支配的であったが、援助対象の拡大に伴い対処できない点が表面化してきた。医学モデルに反省・批判が加えられ、「生活モデル」の理論に基づく社会福祉援助の体系が模索されることとなった。人と環境との相互関係や、それを基盤として展開される人の日常生活の現実に視点を置いて、病気の治療のみが全てを決定する一方向の考えをマイナスととらえる。
- 注3) 〒701-0197 岡山市北区庭瀬83番地 中国短期大学は、創立50周年を迎えた。4学科1専攻科（総合生活学科、保育学科、英語コミュニケーション学科、情報ビジネス学科、介護福祉専攻科）をもつ総合短期大学である。
- 注4) 中国短期大学 総合生活学科では、1999年度入学生より「訪問介護員養成研修1・2級課程」を導入。衣食住を中心とした人間生活の基盤である「生活学」を学び、介護に関心のある学生は本資格取得を目指した。しかし、本養成研修は平成24年3月末をもって国が廃止を決定。4月から2級課程は「介護職員初任者研修」という新たな名称に変わり養成研修が開始された。本科でも、岡山県の指定を受け2013年9月から本研修を開始した。
- 注5) 2004年4月に発足した厚生労働省所管の独立行政法人。全国146の病院を一つの法人とし、付属の看護・看護助産学校、リハビリテーション学院を運営している。診療では、結核、感染症、がん、循環器病、重症心身障がい、筋ジストロフィー、神経難病などの重要で国民の関心が高い疾患について全国的なネットワークを形成して取り組んでいる。
- 注6) 2006年10月1日より障がい者自立支援法の施行に伴い、人工呼吸器を装着して長期の療養を余儀なくされている患者や重症の筋ジストロフィー症などのため常時介護が必要な重症心身障がい者を対象に、医療を提供するだけでなく、介護を提供しより豊かで広がりのある療養生活を送っていただくための事業。（2013年からは障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律＝障害者総合支援法によりサービスが実施されている）。
- 注7) その人の身体的、精神的、霊的、社会的状況に合わせて、サービス利用者の求める日常生活を把握し援助すること。そしてその介護内容が科学的根拠に基づいた知識、技術、態度によるものであること。また、実践には評価、検討が必ず行われその上で継続されるものであることをいう。

## II. 研究目的

2006年度から独立行政法人国立病院機構病院において療養介護事業（療養介助員の採用）が実施された。このことは、病院においても長期療養患者に対して医療の提供だけではなく、介護の専門性も必要とされたからであることは前述したとおりである。

中国短期大学総合生活学科では、訪問介護員養成研修を修了し、2級以上の資格取得者が国立病院機構病院に就職している。しかし、その職場で専門性が生かされず苦慮している。

本研究はこのことに着目し、上記研究題目について中国23の国立病院機構病院で療養介護事業を実施している8病院について療養介助員を対象にアンケート調査を実施し、生の声に耳を傾けその現状と課題を把握した。そして、「病院に勤務する療養介助員の専門性と必要性について明らかにすること」を目的とした。

## III. 研究方法

1. 調査対象：療養介護事業を導入している中四国の国立病院機構病院8箇所×療養介助員の人数 合計116名
2. 調査期間：2013年1月～2013年3月
3. 研究機関：2013年1月～2013年9月
4. 調査方法：質問紙（24項目）によるアンケート調査を実施。  
療養介助員に対しては自記入、療養介護事業担当者に対しては、聞き取りを実施した。
5. 回収方法：解答者から直接郵送回収
6. 回収率：47.4%（発送数116、回収数55）
7. 倫理的配慮：調査実施にあたり、国立病院機構病院長に調査の趣旨を文書にて説明し調査票の配布を依頼した。調査対象者には、調査の目的、個人が特定されないこと、本

研究以外には使用しないこと、報告には細心の注意を払うことを明記した。

#### IV. 結 果

まず、前ページに『厚生労働省の通知に基づく「医行為」の定義』（表1）および「原則的に医行為でない行為」（表2）を添付した（表2は、2005年に、16項目に関してはさまざまな条件のもとに、原則的には医行為ではないことが明文化された資料である。医行為とは医療行為のことを法的に呼んだものである）。このことは、今後アンケートの結果を順次報告して行く中で、問10の項目に関わってくる参考資料となるものである。

以下、アンケートの結果を報告する。アンケート用紙は独自に作成した質問用紙を用いた。

まず属性であるが、解答者の男女比については、「男性」が29%、「女性」が71%であり女性の割合が多かった。

年齢については「30歳代」が最も多く、全体の34.5%を占めている。次いで「20歳代」、「50歳代」が同数で23.6%、最も少ない年齢は「40歳代」で、16.3%であった（その他が2.0%）。また、保有資格名については「介護福祉士」が最も多く、全体の71%を占めている。次いで、訪問介護員2級課程修了者が27.2%、1級課程修了者は全体の1.8%であった（表3）。

表3 療養介助員の保有資格名と人数の内訳

| 保有資格名 | 介護福祉士 | 訪問介護員1級 | 訪問介護員2級 |
|-------|-------|---------|---------|
| 人数（人） | 39    | 1       | 15      |

療養介護事業において療養介助員採用時の必要資格については、「訪問介護員養成研修2級課程修了以上」と明記され、各病院に任されているためまちまちであった。

介護福祉士の資格保有者が多い理由としては、各国立病院機構病院の療養介護事業担当者は、地域性が影響していると話した。

経験年数については、7年未満が最も多く34.5%、次いで5年未満が21.8%、1年未満が14.5%、3年未満が10.9%であった。その他が18.3%であった内訳は、7年以上の経験者であった。

図2は、「療養介助員として、現在の仕事にやりがいを感じているか」を聞いた（問2）結果である。29%の

療養介助員がやりがいを感じ、やりがいを感じていない療養介助員はわずか11%であった。

また、「療養介助員として働き始めた理由」については、図3のとおりである（問3）。29%の療養介助員が、「就職先を病院と決めていたから」22%の療養介助員が、「障がい者（児）にかかわる仕事に就きたかったから」と答えている。その他、33%（18人）の理由については下に列挙する（表5）。

表5 療養介助員として働き始めた理由

|                  |    |
|------------------|----|
| 現在の職場で、他職種で働いていた | 5人 |
| 収入が安定しているため      | 2人 |
| 新しくできた職種だから      | 1人 |
| 労働条件が良いから        | 1人 |
| 社会保障がしっかりしていたから  | 1人 |
| 個人病院より安定しているから   | 1人 |
| 見学したときの印象が良かったから | 1人 |
| 小さい子どもを世話したかったから | 1人 |
| 他の職につけなかったから     | 1人 |
| 募集に受かったから        | 1人 |
| 自分自身のため          | 1人 |
| たまたま             | 1人 |
| 未記入              | 1人 |

次に、職名について聞いた（問8、図4）。「適切」と答えた療養介助員はわずか20%。「不適切」と答えた療養介助員は25%。「どちらとも言えない」は55%であった。不適切と答えた療養介助員14名に「どのような職名が良いと思うか」と聞いた（問9）結果は表のとおりであった（表6）。

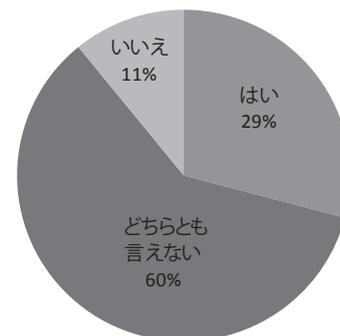


図2 療養介助員として、現在の仕事にやりがいを感じているか（問2）

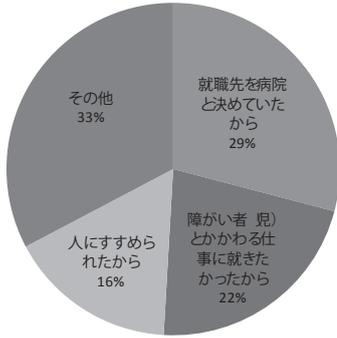


図3 療養介助員として働き始めた理由 (問3)

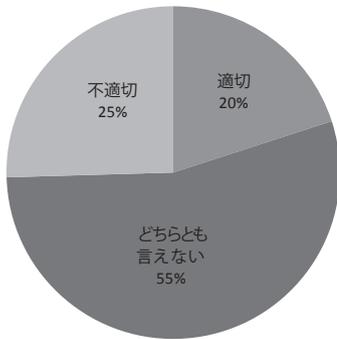


図4 療養介助員という職名は適切と思うか (問8)

表6 どのような職名が良いと思うか

|       |    |
|-------|----|
| 介護職員  | 4人 |
| 療養介護員 | 3人 |
| 介護福祉士 | 3人 |
| 療養支援員 | 2人 |
| 療養介護士 | 2人 |

問10では、療養介助員が実施している日々の業務内容について質問した。表7のとおりである。

網かけをしている数字及び%については、各項目において最も割合が高かった箇所を示している(集計処理の段階で、数値の計算処理の都合上、ある程度で値を省略することにより丸め誤差が生じている)。

まず、1. 長期療養患者の「療養生活に関わる業務」においては、「医療処置があり症状変化が著しい患者」については、看護師とともに業務を実施している療養介助員が多くみられ、「医療処置が少なく症状変化も安定している患者」については、自分の判断で業務を実施している療養介助員が多いことが分かる。

また、2. 長期療養患者の「療養環境・診療補助に関わる業務」については、「医療処置があり症状変化が著

しい患者」、「医療処置が少なく症状変化も安定している患者」どちらについても、看護師の指導を受け、自分の判断で実施している割合が比較的高くなっていることが分かる。

図5は、表7の結果を受け、「療養介助員の現在行っている業務内容は専門性だと思うか」と聞いた結果である(問11)。「思う」と答えた療養介助員はわずか18%、どちらとも言えない71%、思わない11%であった。

しかし、「現在の職場で療養介助員としての専門性が活かされていると思うか」という問いに対しては35%の療養介助員が活かされていると答えている(図6)。このことは、長期療養中であっても、看護師と協働しながら、在宅での生活に近い暮らしや思いが患者に提供できていれば「専門性が活かされている」と感じたことにつながっている。介護の専門性はここにあるのではないだろうかと筆者は考える。

次に、「療養介助員に専門性は必要か」と聞いた結果であるが(問15)、65%の療養介助員が必要だと答えている。多くの療養介助員が必要性を重視していることが分かる(図7)。

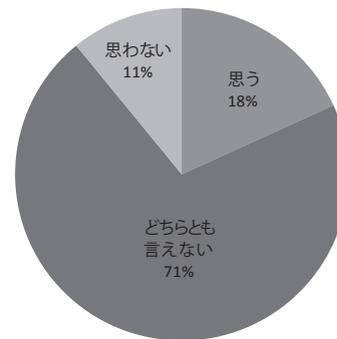


図5 療養介助員の現在行っている業務内容は専門性だと思うか (問11)

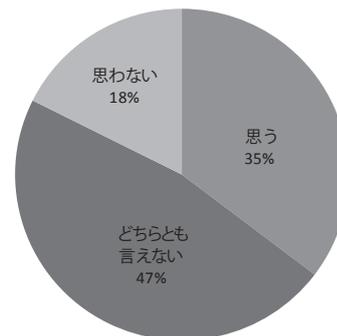


図6 現在の職場で療養介助員としての専門性が活かされていると思うか (問13)

表7 療養介助員が実施している日々の業務内容（問10）

## 1. 療養生活に関わる業務 ◎自分の判断で実施可 ○看護師の指導を受けて実施可 ●看護師とともに実施可 ×実施不可

|         |            | 医療処置があり症状変化が著しい患者 |           |           |           |           | 医療処置が少なく症状変化も安定している患者 |           |           |           |           |
|---------|------------|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|         |            | ◎                 | ○         | ●         | ×         | 未記入       | ◎                     | ○         | ●         | ×         | 未記入       |
| 身体清潔の援助 | 全身清拭       | 0(0%)             | 3(5.5%)   | 44(80.0%) | 3(5.5%)   | 5(9.1%)   | 16(29.1%)             | 18(32.7%) | 16(29.1%) | 3(5.5%)   | 2(3.6%)   |
|         | 入浴         | 3(5.5%)           | 1(1.8%)   | 44(80.0%) | 3(5.5%)   | 4(7.3%)   | 18(32.7%)             | 15(27.3%) | 19(34.5%) | 0(0%)     | 3(5.5%)   |
|         | 手浴         | 2(3.6%)           | 21(38.2%) | 27(49.1%) | 5(9.1%)   | 0(0%)     | 24(43.6%)             | 18(32.7%) | 6(10.9%)  | 3(5.5%)   | 4(7.3%)   |
|         | 足浴         | 2(3.6%)           | 21(38.2%) | 27(49.1%) | 5(9.1%)   | 0(0%)     | 22(40.0%)             | 19(34.5%) | 6(10.9%)  | 3(5.5%)   | 5(9.1%)   |
|         | 陰部洗浄       | 4(7.3%)           | 7(12.7%)  | 35(63.6%) | 2(3.6%)   | 7(12.7%)  | 24(43.6%)             | 17(30.9%) | 9(16.4%)  | 2(3.6%)   | 3(5.5%)   |
|         | 口腔ケア       | 3(5.5%)           | 13(23.6%) | 6(10.9%)  | 26(47.3%) | 7(12.7%)  | 24(43.6%)             | 20(36.4%) | 2(3.6%)   | 4(7.3%)   | 5(9.1%)   |
|         | 口腔吸引       | 1(1.8%)           | 0(0%)     | 2(3.6%)   | 52(94.5%) | 0(0%)     | 2(3.6%)               | 4(7.3%)   | 0(0%)     | 45(81.8%) | 4(7.3%)   |
|         | 洗髪         | 4(7.3%)           | 6(10.9%)  | 33(60.0%) | 8(14.5%)  | 4(7.3%)   | 19(34.5%)             | 21(38.2%) | 7(12.7%)  | 2(3.6%)   | 6(10.9%)  |
|         | 更衣         | 6(10.9%)          | 2(3.6%)   | 41(74.5%) | 2(3.6%)   | 4(7.3%)   | 26(47.3%)             | 20(36.4%) | 7(12.7%)  | 1(1.8%)   | 1(1.8%)   |
|         | 髭剃り        | 20(36.4%)         | 18(32.7%) | 5(9.1%)   | 7(12.7%)  | 5(9.1%)   | 39(70.9%)             | 12(21.8%) | 0(0%)     | 2(3.6%)   | 2(3.6%)   |
| 爪切り     | 16(29.1%)  | 19(34.5%)         | 5(9.1%)   | 6(10.9%)  | 9(16.4%)  | 37(67.3%) | 11(20.0%)             | 0(0%)     | 4(7.3%)   | 3(5.5%)   |           |
| 食事の援助   | 食事介助       | 3(5.5%)           | 15(27.3%) | 2(3.6%)   | 32(58.2%) | 3(5.5%)   | 28(50.9%)             | 24(43.6%) | 1(1.8%)   | 0(0%)     | 2(3.6%)   |
|         | 水分補給       | 3(5.5%)           | 16(29.1%) | 2(3.6%)   | 31(56.4%) | 3(5.5%)   | 28(50.9%)             | 25(45.5%) | 1(1.8%)   | 0(0%)     | 1(1.8%)   |
| 排泄の援助   | 便尿器介助      | 7(12.7%)          | 8(14.5%)  | 24(43.6%) | 10(18.2%) | 6(10.9%)  | 26(47.3%)             | 16(29.1%) | 4(7.3%)   | 3(5.5%)   | 6(10.9%)  |
|         | ポータブル排泄介助  | 4(7.3%)           | 6(10.9%)  | 23(41.8%) | 13(23.6%) | 9(16.4%)  | 18(32.7%)             | 25(45.5%) | 4(7.3%)   | 1(1.8%)   | 7(12.7%)  |
|         | トイレ誘導と介助   | 3(5.5%)           | 9(16.4%)  | 24(43.6%) | 11(20.0%) | 8(14.5%)  | 25(45.5%)             | 20(36.4%) | 5(9.1%)   | 0(0%)     | 5(9.1%)   |
|         | おむつ交換      | 4(7.3%)           | 6(10.9%)  | 38(69.1%) | 3(5.5%)   | 4(7.3%)   | 25(45.5%)             | 20(36.4%) | 5(9.1%)   | 0(0%)     | 5(9.1%)   |
| 安楽の介助   | 温電法        | 0(0%)             | 12(21.8%) | 7(12.7%)  | 21(38.2%) | 15(27.3%) | 3(5.5%)               | 13(23.6%) | 6(10.9%)  | 18(32.7%) | 15(27.3%) |
|         | 冷電法        | 0(0%)             | 11(20.0%) | 7(12.7%)  | 21(38.2%) | 16(29.1%) | 4(7.3%)               | 13(23.6%) | 6(10.9%)  | 18(32.7%) | 15(27.3%) |
|         | 体位交換       | 2(3.6%)           | 6(10.9%)  | 37(67.3%) | 3(5.5%)   | 7(12.7%)  | 17(30.9%)             | 22(40.0%) | 9(16.4%)  | 0(0%)     | 7(12.7%)  |
| 移動援助    | 車いす移動      | 5(9.1%)           | 9(16.4%)  | 31(56.4%) | 5(9.1%)   | 5(9.1%)   | 25(45.5%)             | 15(27.3%) | 9(16.4%)  | 2(3.6%)   | 4(7.3%)   |
|         | 移乗介助       | 5(9.1%)           | 6(10.9%)  | 36(65.5%) | 4(7.3%)   | 4(7.3%)   | 25(45.5%)             | 16(29.1%) | 10(18.2%) | 2(3.6%)   | 2(3.6%)   |
|         | ストレッチャー搬送  | 3(5.5%)           | 5(9.1%)   | 37(67.3%) | 4(7.3%)   | 6(10.9%)  | 24(43.6%)             | 14(25.5%) | 13(23.6%) | 1(1.8%)   | 3(5.5%)   |
| その他     | リネン交換      | 10(18.2%)         | 15(27.3%) | 24(43.6%) | 1(1.8%)   | 5(9.1%)   | 28(50.9%)             | 15(27.3%) | 7(12.7%)  | 1(1.8%)   | 4(7.3%)   |
|         | 日光浴・散歩等    | 2(3.6%)           | 14(25.5%) | 21(38.2%) | 8(14.5%)  | 10(18.2%) | 15(27.3%)             | 21(38.2%) | 7(12.7%)  | 1(1.8%)   | 11(20.0%) |
|         | 外出外泊       | 0(0%)             | 5(9.1%)   | 18(32.7%) | 32(58.2%) | 0(0%)     | 15(27.3%)             | 11(20.0%) | 4(7.3%)   | 25(45.5%) | 0(0%)     |
|         | 面会         | 3(5.5%)           | 13(23.6%) | 8(14.5%)  | 7(12.7%)  | 24(43.6%) | 10(18.2%)             | 11(20.0%) | 5(9.1%)   | 14(25.5%) | 15(27.3%) |
|         | レクリエーション行事 | 6(10.9%)          | 11(20.0%) | 19(34.5%) | 7(12.7%)  | 12(21.8%) | 17(30.9%)             | 18(32.7%) | 11(20.0%) | 2(3.6%)   | 7(12.7%)  |

## 2. 療養環境・診療補助に関わる業務 ◎自分の判断で実施可 ○看護師の指導を受けて実施可 ●看護師とともに実施可 ×実施不可

|       |            | 医療処置があり症状変化が著しい患者 |           |           |           |           | 医療処置が少なく症状変化も安定している患者 |           |           |           |          |
|-------|------------|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------------|-----------|-----------|-----------|----------|
|       |            | ◎                 | ○         | ●         | ×         | 未記入       | ◎                     | ○         | ●         | ×         | 未記入      |
| 食事関係  | 配膳・下膳      | 21(38.2%)         | 12(21.8%) | 2(3.6%)   | 14(25.5%) | 6(10.9%)  | 38(69.1%)             | 17(30.9%) | 0(0%)     | 0(0%)     | 0(0%)    |
|       | 配茶         | 17(30.9%)         | 17(30.9%) | 2(3.6%)   | 16(29.1%) | 3(5.5%)   | 20(36.4%)             | 35(63.6%) | 0(0%)     | 0(0%)     | 0(0%)    |
|       | 経管栄養準備     | 3(5.5%)           | 5(9.1%)   | 15(27.3%) | 29(52.7%) | 3(5.5%)   | 5(9.1%)               | 6(10.9%)  | 0(0%)     | 37(67.3%) | 7(12.7%) |
|       | 後片付け       | 19(34.5%)         | 12(21.8%) | 5(9.1%)   | 8(14.5%)  | 11(20.0%) | 36(65.5%)             | 11(20.0%) | 0(0%)     | 8(14.5%)  | 0(0%)    |
| ベッド病室 | ベッドメーカーキング | 22(40.0%)         | 13(23.6%) | 9(16.4%)  | 3(5.5%)   | 8(14.5%)  | 40(72.7%)             | 13(23.6%) | 0(0%)     | 1(1.8%)   | 2(3.6%)  |
|       | ベッド周辺整理    | 24(43.6%)         | 17(30.9%) | 7(12.7%)  | 3(5.5%)   | 4(7.3%)   | 42(76.4%)             | 13(23.6%) | 0(0%)     | 0(0%)     | 0(0%)    |
|       | 退院ベッド整理    | 19(34.5%)         | 16(29.1%) | 5(9.1%)   | 5(9.1%)   | 10(18.2%) | 27(49.1%)             | 17(30.9%) | 3(5.5%)   | 2(3.6%)   | 6(10.9%) |
|       | 病室環境調整     | 18(32.7%)         | 21(38.2%) | 4(7.3%)   | 4(7.3%)   | 8(14.5%)  | 30(54.5%)             | 20(36.4%) | 5(9.1%)   | 0(0%)     | 0(0%)    |
|       | 転倒転落防止     | 7(12.7%)          | 27(49.1%) | 6(10.9%)  | 7(12.7%)  | 8(14.5%)  | 16(29.1%)             | 29(52.7%) | 4(7.3%)   | 3(5.5%)   | 3(5.5%)  |
| 機械器具  | 吸引準備・片付け   | 11(20.0%)         | 21(38.2%) | 0(0%)     | 14(25.5%) | 9(16.4%)  | 15(27.3%)             | 17(30.9%) | 0(0%)     | 15(27.3%) | 8(14.5%) |
|       | 中材物品取扱い    | 12(21.8%)         | 16(29.1%) | 0(0%)     | 19(34.5%) | 8(14.5%)  | 11(20.0%)             | 19(34.5%) | 0(0%)     | 18(32.7%) | 7(12.7%) |
|       | フィルムの整理    | 3(5.5%)           | 7(12.7%)  | 0(0%)     | 34(61.8%) | 11(20.0%) | 4(7.3%)               | 28(50.9%) | 0(0%)     | 23(41.8%) | 0(0%)    |
| 連絡    | 検体の取扱      | 2(3.6%)           | 27(49.1%) | 3(5.5%)   | 11(20.0%) | 12(21.8%) | 4(7.3%)               | 28(50.9%) | 4(7.3%)   | 13(23.6%) | 6(10.9%) |
|       | 薬局との連絡     | 2(3.6%)           | 25(45.5%) | 2(3.6%)   | 17(30.9%) | 9(16.4%)  | 3(5.5%)               | 26(47.3%) | 3(5.5%)   | 15(27.3%) | 8(14.5%) |
| 記録    | ザウルス入力     | 1(1.8%)           | 1(1.8%)   | 0(0%)     | 35(63.6%) | 18(32.7%) | 3(5.5%)               | 0(0%)     | 4(7.3%)   | 43(78.2%) | 5(9.1%)  |
|       | ワークシート印刷   | 7(12.7%)          | 6(10.9%)  | 0(0%)     | 21(38.2%) | 21(38.2%) | 10(18.2%)             | 8(14.5%)  | 7(12.7%)  | 24(43.6%) | 1(1.8%)  |
|       | 経過記録       | 6(10.9%)          | 9(16.4%)  | 0(0%)     | 24(43.6%) | 16(29.1%) | 11(20.0%)             | 10(18.2%) | 10(18.2%) | 18(32.7%) | 6(10.9%) |

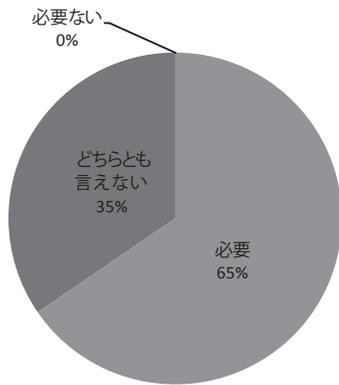


図7 療養介助員に専門性は必要だと思うか (問15)

その「専門性とは何か」を聞いた (問14) 答えを次に  
 列挙する (表8)

表8 療養介助員が思う専門性とは何か

|   |
|---|
| 今の病院で働くにあたり、療養介護員とはどのような仕事をし、どのような役割を果たすのかを調べました。介護チームの一員として看護の専門性を要しない療養生活に関わる業務を看護師の指示のもとに行うと書いてありました。「介護士」とは違うのだと思いました。そう思いながらまだに答えがでないまま働いています。 |
| 医療処置が少ない患者を受け持ち、助手業務ではなく単独で患者に関われる責任のある業務をすること。   |
| 長期療養患者を受け持ち、ケアプランを立て、実践し、評価し、より質の高い療養を提供すること。   |
| ある程度の判断もでき、アドバイスもできること。   |
| 療養計画に基づきながら患者に安心・安全を提供できること。  |
| 医療的なかかわりではなく、福祉・介護的かかわりを提供し、生活を充実させること。   |
| 衣 (季節感のある装い) 食 (を楽しく) 住 (を快適に) を充実させるために主として行動すること。   |
| ユニットケア  |
| 心の充実を目指し、看護師より日常生活に密着したケアをすること。   |
| 余暇活動の充実・支援患者の要望や気持ちにもっと寄り添う時間があること。   |
| 長期療養患者に対して、心のこもった対応をすること。   |

|   |
|---|
| 病気の知識を有し、そのひとに適した対応ができること。                              |
| 療養介護員の目線で働くこと。  |
| サービス管理・新人の介護職員の指導・家人への生活面のアドバイスをすること。                   |
| 医療知識を持って対応できること。  |
| 動けないまま療養生活をしている方の援助をしています。その方たちが気持ちよく過ごせるように援助すること。     |
| 長期療養患者の生活面に关わること。                                       |
| もっと長期療養生活を充実していただける援助の仕方があると思う。看護師と違うもっと身近な生活の援助        |
| 有資格者なのに看護助手のような仕事が多いのもっと患者と接したい。                        |
| ナースの雑用係ばかりという仕事ではなく、それ以外にもチームの一員スタッフとして患者に安心・安全を提供すること。 |
| 助手業務よりもっと専門性の高いケアを提供すること。                               |
| 看護助手・無資格者と仕事内容が同じでは意味がない。もっと他の介助を実施すること。                |
| 看護師に長期療養患者の生活面のアドバイスができること。                             |

図8は、「他職種から見て療養介助員の評価は高いと思うか」(問18)と聞いた答えである。高いと思うと答えた療養介助員はわずか9%だった。低いと答えた割合は27%で、3割近くの療養介助員が評価の低さを感じ、どちらとも言えないを含むと、91%の療養介助員が評価が低いと感じながら働いていることが分かる。

しかし、「今後も国立病院機構病院で療養介助員として仕事を続けたいと思うか」の質問(問20)では、「はい」と答えた療養介助員が55%と多いことが分かる。続けたいと思わない療養介助員はわずか9%だった(図9)。

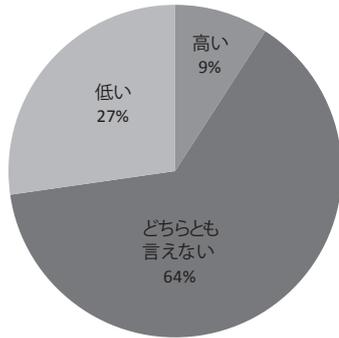


図8 他職種から見て療養介助員の評価は高いと思うか (問18)

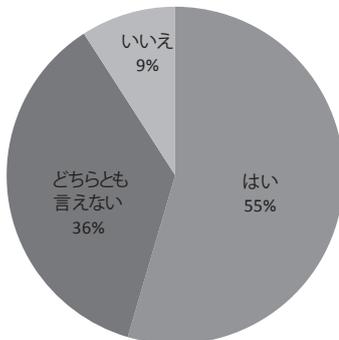


図9 今後も国立病院機構病院で療養介助員の仕事を続けたいと思うか (問20)

## V. 考 察

国立病院機構病院に併設している神経筋病棟ならびに障がい者病棟には、さまざまな職種が配置されている。医師、看護師、児童指導員、保育士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、管理栄養士、臨床心理士、医療相談員、療養介助員などである。

本研究では、療養介助員の仕事（専門性）に着目し、アンケート調査を行った。介護の専門性について考える場合、介護そのものが抱える生活の営み全てを対象とする非専門分野での活動状況や、就労環境が、専門性について明確にし難い条件をつくっていることが危惧されたが、療養介助員が、国立病院機構病院で、長期療養患者のために介護従事者として専門性を発揮するためには明確にする必要があると考えたため、本調査を実施した。

平成17年度から国立病院機構病院において療養介助員の採用が始まり、すでに8年が経過した。

療養介助員の支援（業務）内容は、医療は勿論、看護及び医学的管理の下における介護（排泄の自立、おむつ、

離床、着替え及び整容その他日常生活上の支援）、レクリエーション行事、家族との連携、交流、相談及び援助と規定されている（厚生労働省第171号第61・62・63条）が、各都道府県や市町村での認識や解釈、準備及び対応の差があり、国が示したような統一された支援（業務）内容をその仕事に見出すことができていないことが本調査から分かった。

組織的には、療養介助員は看護下におかれているため、ほとんどの業務が看護師の指示・指導のもとに展開されていることもこの度の調査で示唆された。

さらに、看護助手業務と差がない病院もあれば、他の職種と連携し行事や散歩など余暇活動の充実をはかっている病院もあるなど、業務内容の煩雑さから本調査において専門性を明確にすることの困難さを感じた。

しかし、無資格であっても行える看護助手業務と、訪問介護員2級以上の資格取得者でなければ採用されない療養介助員が行う介護業務内容は、少なくとも区別することは解決しなければならないことだと考える。

（介護福祉士は1,800時間、訪問介護員1級は230時間、2級は130時間の養成研修を経ている）。

また、国は2015年から、介護の仕事に携わる者は全員が介護福祉士の資格取得者であるというキャリアパスを示した。このことは、「療養介助員は、全員が介護福祉士であるべきだ。なぜなら、保有資格によって専門性に差がでるから」というアンケート調査の中の療養介助員の言葉は見逃せない。

さらに、専門性の確立を可能にするためには、介護分野の専門性に関する研究、介護提供システムの実践蓄積、分類、評価、自立生活の評価や制度の研究活動をまずは現職場から始めていくことが必要であろう。さらに、次の段階として、その活動を学習会・学会発表、出版などをおして公開するとともに評価や批判を大いに受け、自己成長をはからなければならないことに自助努力していただきたい。そして、現職場や養成校の卒後教育、同窓会活動等をおしてのOJT<sup>註8</sup>・Off-JT<sup>註9</sup>研修にも積極的に参加し、キャリアアップにつながる契機を大切にしていきたいことを療養介助員に伝えたい。

療養介助員の専門性は、長期療養患者の生活をじっくり見ること、考えること、支えること。そして、そこから得た気づきを他職種に正しく繋げ、また、患者に還元

できること。チームアプローチの重要性とお互いの職がもつ専門性を認め合うあたたかい心がいつもスパイラルしていることが、「介護分野」の専門性確立の糸口になることを述べ考察とさせていただきます。

---

注8) OJT (On the Job Training) とは、管理者や先輩の介護職が新任や後輩の介護職に対して職務を通じて必要な知識や技術、態度等を指導・育成する研修。

注9) Off-JT(Off the Job Training) とは、一定期間、日常の職務を離れながらも職務として行う研修であり、職場内の集合研修(採用時前等)と職場外研修(職能団体等がテーマを選定して開催する等)への派遣がある。

---

## VI. ま と め

人は、誕生と共に平等にあたり前の「在宅生活」が始まる。

国立病院機構病院では、その生活の場所が病院であるという長期療養患者(重症心身障がい・神経筋難病)が居る。患者たちの生活に支障ができれば、介護という独自の方法を用いて補う。その介護の領域を担っているのが、介護の専門職たちである。

しかし、本研究において、多くの国立病院機構病院の介護職員が専門性とはほど遠い業務に追われ、患者の深いところの生活領域にまで目を向けることが出来ていないことが分かった。

従来、歴史的に見ると、介護は試行錯誤を繰り返しながら、熟練した技や感受性、洞察力を得て、経験を積み重ねながら行っていくものであった。その、「経験的介護」は特に科学的根拠がなくても認められ、「コツ」や「カン」を習得した者が次に伝承し、また、語り継がれて行く中で違和感なく膨らんでいった経験上領域のものであった。従って、比較的誰にでもできる、そして、専門性とはほど遠い社会的評価であった。

しかし、現在、介護を必要とする人たちのニーズの多様化が進み、従来の感性を中心とする場当たり的に行う介護では到底対応できなくなった。介護は、時代とともに対象者に対して意図的に行うものすなわち、科学的・

学問的根拠に基づき行うものに変化してきたのである。客観的根拠に基づいた実践こそが介護であり、また、その専門性を論じることこそが、「介護」の専門性領域の確立へと繋がっていくものなのではないだろうか。

さて、一方介護現場で大きな課題となっていた、喀痰吸引行為(喀痰吸引・経鼻栄養)が2015年から介護職員が実施可能と位置づけられた。介護が、医療の領域に大きく舵を切った。ここで、その詳細を述べておく。(2015年社会福祉士及び介護福祉士法改正により法制化)

- ・口腔内の喀痰吸引(咽頭より手前の範囲)
- ・鼻腔内の喀痰行為(咽頭より手前の範囲)
- ・気管カニューレ(気管に挿入するチューブ)内部までの喀痰吸引
- ・胃瘻または腸瘻による経管栄養…食事が経口摂取できない患者に対して、体外から消化管に通したチューブを通じて流動食を直接投与すること。チューブが正確に胃の中に挿入されているかの確認は許容範囲としない。

以上、上記業務実施可能者は介護福祉士(2015年度以降の国家試験合格者)。一定の研修を修了し、都道府県から認定された介護福祉士と介護の業務に従事する者とされている。

しかし、ここに専門性(的)評価を見出すことは、介護の専門性をまた、ぶれさせることにも繋がる。領域の広がりや専門性の確立には決してイコールにはならず、患者の生活領域を充実させるという本来の専門性論議とは、また、かけ離れていくものである。看護師不足の解決方法をここに求めることは、言い過ぎかもしれないが、別論議だと筆者は考える。

患者主体に生活できる環境づくり・生活意欲を引き出す介護・余暇活動を充実させ、生きる意欲を引き出す「生活介護」を表に出さなければ、専門性論議への終着は永遠に訪れないと思うのである。

病院においては、患者が生きるために医行為の充実を図ることは大優先だが、どんな状況においても並行して継続されている患者の生活に目を向けることを忘れず、このところを担う高い専門性を、衣・食・住を中心とした正に生活領域に力点をおきたいものである。

介護の提供は、あたり前の議論だが、介護者のためのものではなく患者のためのもの、すなわち、患者の生活

の質及び生活の継続性確保のためのものであることをここで改めて議論しなければならないと思う。

また、厚生労働省は、2014年4月1日から、療養介助員の中で、介護福祉士資格保有者は、「療養介助専門員」と名称を改め介護分野の専門職として認定する。このことは、療養介助員の専門性論議の中の一步前進である。

1993年、日本介護福祉学会が設立された。介護福祉学を基軸に福祉学、医学、看護学、起座位学、法律学、建築学、心理学など、諸科学の知識と方法を統合・研究している。介護もプロの時代である。人間存在の本質（生活モデル）に対応するという奥行きを介護労働の分野が研究する時代である。現実には起きている業務の大変さや、ホスピタリティのみに終始してしまうことなく科学研究する時代なのである。

患者の日常生活の介護に従事する全ての人が、患者のために「介護研究」を行い、科学的見地に立脚した仕事をしなければ専門性を論じることはできないと思う。普遍性（客観性・可能性）をもった研究こそが介護の専門性につながっていくのである。

最後に、本研究には課題を残した。

療養介助員が「専門性」について温度差をもっていることを出発点として調査を行ったことである。前述したように実施される業務内容は、各国立病院機構病院に任されているためバラツキがある。そのバラツキが日々仕事を重ねる中において、療養介助員たちの専門性に、考え方のバラツキを生じさせていることは否定できない。アンケート調査の記述項目においてそのことが顕著に表れている。

今後、追跡調査を行う場合、調査内容を再検討することが大切だと考える。

国立病院機構病院において、長期療養患者に対し、一歩踏み込んだ支援を展開しようとすれば、当然他職種連携（チームアプローチ）が不可欠である。ケアハラスメントなく、職種間の専門性を理解し、認め合いながら、誰よりも長期療養患者のために働くことが大切である。そのためには、療養介助員の専門的な業務内容の見直し、療養介助員の適切な名称、介護職の保有資格のバラツキの整理を早急に検討していただきたいことを厚生労働省に強く要望する。

また、本論文が患者のために、療養介助員のために、

多くの方の目に留まることを期待したい。

## 謝 辞

本研究にあたり調査に快くご協力くださいました国立病院機構病院院長様、療養介助員様、療育指導室長様に心よりお礼申し上げます。

本研究は、平成24年度中国学園大学・中国短期大学特別研究の助成費を受けて実施した研究である。

## 【引用・参考文献】

- ・田中由紀子/住居広士/鈴木真理子/島津淳/小林一郎監修：介護職員初任者研修，55，117-119，58-59ミネルヴァ書房(2013)
- ・財団法人介護労働安定センター：介護職員初任者研修テキスト，(2013)
- ・黒澤貞夫/石橋信二/是枝祥子/上原千寿子/白井孝子編集：介護職員初任者研修テキスト，90，112-113，148-149，155-157，中央法規（2013）
- ・佐藤眞一：事例のまとめ方と発表のポイント，ミネルヴァ書房（2008）
- ・三好春樹：介護の専門性とは何か，17-18，雲母書房，(2007)
- ・介護職員基礎研修テキスト作成委員会編集：介護職員基礎研修テキスト，ホームヘルパー養成研修1級課程修了者対象，第1巻91-117 財団法人長寿社会開発センター（2006）