

厚生労働省平成 23 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)

医療依存度の高い在宅高齢者に対する、
質の高いサービス提供のあり方に関する
調査研究事業

報告書

2012（平成 24）年 3 月

日本社会事業大学
社会福祉学部福祉援助学科
佐々木由恵

1. はじめに

本書は、厚生労働省平成 23 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）を得て 2011（平成 23）年 8 月に行った「医療依存度の高い在宅要介護者を対象とした多機能サービスのあり方に関する調査研究事業」の報告である。

本調査は、医療適正化政策により患者の入院期間の短縮化が図られている中で、医療依存度の高い利用者に対して医療ケア・医療的ケアを含む介護サービスを提供することに不安を抱える介護職がどのようなケアを行っているのか、どのケアに不安を感じるのか、その不安要因となるものとは何か、そして質の高い介護サービスを提供するための課題を探ることを目的としている。

本報告が介護福祉士に対する医療関連加算（介護職の報酬増加）への基礎的な資料となることを期待する。

2012（平成 24）年 3 月
日本社会事業大学
社会福祉学部福祉援助学科
准教授 佐々木由恵

報告書概要

下記のとおり報告する。

(1) 目的

昨年度は、高齢者施設の介護職職に対して、医療的ケア・医療ケアの実態とその不安について実態調査を実施した。本研究では、医療適正化政策により早期退院が図られている中、訪問介護の現場における、医療ケア・医療的ケアの実態とその不安について調査研究をすることを目的としている。また、医療ケアの研修により、介護職の不安がどのように変化するかを知見し研修のあり方を探索する。

(2) 内容・体制

研究代表者

佐々木由恵（日本社会事業大学社会福祉学部福祉援助学科准教授）

参加研究員（五十音順）

境野みね子（一般社団法人千葉県ホームヘルパー協議会会長）

鈴木陽子（東海大学医療技術短期大学看護学科教授）

高木郁朗（日本女子大学名誉教授）

高橋幸裕（一橋大学大学院社会学研究科博士後期課程大学院生）

中山亜抄子（社会福祉法人千葉市社会福祉協議会千葉市社会福祉研修センター主任主事）

(3) 委員会実施日程

第1回

2011（平成23）年7月13日（水）午後4時30分～午後7時30分

日本社会事業大学佐々木由恵研究室

佐々木由恵、境野みね子、鈴木陽子、高木郁朗、高橋幸裕、中山亜抄子

第2回

2011年9月9日（金）午後2時～午後6時

日本社会事業大学介護実習棟1階会議室

佐々木由恵、境野みね子、鈴木陽子、高木郁朗、高橋幸裕、中山亜抄子

第3回

2011年11月22日（火）午後3時半～午後5時半

日本社会事業大学佐々木由恵研究室

佐々木由恵、境野みね子、鈴木陽子、高木郁朗、高橋幸裕、中山亜抄子

第4回

2012年2月8日（水）午後3時～午後5時

日本社会事業大学 介護実習棟2階会議室

佐々木由恵、境野みね子、鈴木陽子、高木郁朗、高橋幸裕、中山亜抄子

(4) 倫理規定等

- ・日本社会事業大学倫理審査委員会の審査を受け実施した。

(5) 量的調査

この調査では、択一式の質問49問と自由記述1問で構成された調査票を郵送、直接配布する方法で配布、回収した。

(6) 質的調査

量的調査では明らかにできない事象について聞き取り調査を実施した。対象者は千葉県内に訪問介護事業所を置くサービス提供責任者。

(7) 訪問介護職への研修実施

2011年12月17日（土）～18日（日）にかけて、千葉県内の訪問介護事業所に勤務するホームヘルパー（サービス提供責任者含む）に対してたんの吸引の実践方法について学ぶために講義、DVD視聴、実習を行った。

(8) 調査結果と今後の展望

●研修と医療的ケアの実施には「研修をしているから実施する」もしくは「実施が必要であるから研修する」という関係があり、そのように認識されている医療的ケアについては不安の程度が低くなる。

・医療的ケアの実施率と不安有り率は相関が弱く、同じく研修実施率と不安有り率は相関が弱い。

・実施率と不安の程度の加重平均、研修率と不安の程度の加重平均は相関が認められた。さらに、実施率と研修率も相関が認められた。

●ケアの種類によって程度は異なるものの、全体として、不安の程度は高くない。全体としては8割の訪問介護職が不安の程度を低く認識している。一方、医療的ケアについて「自信がない」中で実施している。訪問介護職は「不安」という感覚的な認識は持っていない。不安とは、感情的な認識であり、自信を論理的な説明が要求される類の認識であるとする、長い経験の中で感情的には「不安」はないが、医療的ケアについて、特に人体についての知識の不足があり、必ずしも「自信」につながるような認識は持てないのではないかと推測される。

●経験のある介護職に向けた医療的ケアの教育・研修においては、そのゴールを「自信の獲得を助けるような知識の裏打ち」に置くことである。むしろ、医療的ケアの危険性を正しく認識すること、少しでも多くの事例を共有すること、（例えばたんの吸引の実技など）実践的な訓練を積むことが重要である。

2. 目次

1.	はじめに	A
	報告書概要	B
	(1) 目的	B
	(2) 内容・体制	B
	(3) 委員会実施日程	C
	(4) 倫理規定等	C
	(5) 量的調査	C
	(6) 質的調査	D
	(7) 訪問介護職への研修実施.....	D
	(8) 調査結果と今後の展望.....	D
2.	目次	E
	2.1. 図目次	J
	2.2. 表目次	M
3.	調査概要	1
	3.1. 量的調査	1
	3.1.1. 調査対象者	1
	3.1.2. 調査実施方法	1
	3.1.3. 調査時期（調査票の配布から回収終了まで）	2
	3.1.4. 回収率	2
	3.2. 質的調査	2
	3.2.1. 実施期間	2
	3.2.2. 調査対象者	2
	3.2.3. 調査依頼方法	2
	3.2.4. 調査方法	3
	3.2.5. 記録方法	3
	3.2.6. 質問項目（聞き取り内容）	3
4.	量的調査結果	5
	4.1. 性別	5
	4.2. 年齢	6
	5 歳間隔集計	8
	4.3. 最終学歴	10

4. 4. 保有資格	11
4. 5. 介護福祉士を有している者の資格取得方法.....	13
4. 6. 介護の仕事歴	14
4. 7. 在宅で働いた経験	16
4. 8. 施設で働いた経験	18
4. 8. 1. (1) 特別養護老人ホーム.....	18
4. 8. 2. (2) 介護老人保健施設.....	20
4. 8. 3. (3) 介護療養型医療施設.....	22
4. 8. 4. (4) その他	24
4. 9. 現在勤務している法人の種別.....	27
4. 10. 現在勤めている法人での勤務年数.....	29
4. 11. 勤めている法人の所在	31
4. 12. 雇用形態	33
4. 13. 業務形態	35
4. 14. 医療的ケアに関する結果.....	36
4. 14. 1. 医療的ケアの実施状況.....	37
4. 14. 2. 不安の有無	40
4. 14. 3. 研修の実施	43
4. 14. 4. 研修の内外別実施率.....	46
4. 14. 5. 不安の程度	49
4. 14. 6. 不安の加重平均	52
4. 15. 実施率、研修率と不安指標の関係.....	53
4. 15. 1. 実施あり率×不安あり率.....	54
4. 15. 2. 研修実施率×実施あり率.....	57
4. 15. 3. 不安あり率×研修率.....	60
4. 15. 4. 実施あり率×程度加重平均.....	63
4. 15. 5. 研修率×程度加重平均.....	66
4. 16. 不安の程度と仕事歴の関係.....	69
4. 16. 1. 仕事歴と医療的ケアへの不安の関係.....	69
4. 16. 2. 不安有り率が高い医療的ケアについて仕事歴との関係.....	70
4. 16. 3. 仕事歴と低不安群の医療的ケア.....	79
4. 17. まとめ	88
5. 質的調査結果	89
5. 1. テキスト分析：記述統計	89
5. 1. 1. 出現回数	90
5. 1. 2. 出現文書数	93
5. 1. 3. 出現回数と出現文書数の対数軸表.....	96
5. 1. 4. 品詞ごとの出現頻度	97
5. 2. テキスト分析：コーディング分析.....	109

5. 2. 1. アクターコードの類似度行列.....	116
5. 2. 2. 全コーディング間の共起状況.....	118
5. 2. 3. 経験・慣れコード内の出現頻度.....	119
5. 2. 4. 知識・教育コード中の出現頻度.....	123
5. 2. 5. 否定的コード中の出現頻度.....	127
5. 2. 6. 肯定的コード中の出現頻度.....	131
5. 2. 7. 看護師コード中の出現頻度.....	135
5. 2. 8. 介護士コード中の出現頻度.....	139
5. 2. 9. 医師コード中の出現頻度.....	143
5. 2. 10. 利用者コード中の出現頻度.....	147
5. 2. 11. 家族コード中の出現頻度.....	151
5. 2. 12. コード無コード中の出現頻度.....	155
5. 3. 聞き取り調査における着目点.....	159
5. 3. 1. 医療的ケアに対する指導・教育体制.....	159
5. 3. 2. 看護・医療との連携.....	162
5. 3. 3. 医療的ケアに対する不安.....	168
5. 3. 4. 介護職が医療的ケアを行うことに対する意識.....	175
5. 3. 5. 困難事例.....	180
5. 3. 6. 医療的ケアの研修に対する要望.....	185
6. 調査結果からの含意.....	191
6. 1. 教育・研修における含意.....	191
6. 2. 政策面における含意.....	192
7. 研修実施.....	195
7. 1. 研修内容.....	195
7. 1. 1. 研修 1 日目.....	195
7. 1. 2. 研修 2 日目.....	199
7. 2. 研修前アンケート.....	202
7. 2. 1. 問 1 性別.....	204
7. 2. 2. 問 2 年齢.....	205
7. 2. 3. 問 3 最終学歴.....	206
7. 2. 4. 問 4 保有資格.....	207
7. 2. 5. 問 5 勤務年数.....	208
7. 2. 6. 問 6 ヘルパーとして働いた年数.....	209
7. 2. 7. 問 7 介護職年数.....	210
7. 2. 8. 問 8 たんの吸引についての不安.....	211
7. 2. 9. 問 9 たんの吸引の不安の理由.....	212
7. 2. 10. 問 10 研修への期待.....	213
7. 2. 11. 問 11 たんの吸引の不安解消.....	214
7. 2. 12. 自由記述.....	215

7.3. 研修後アンケート	216
7.3.1. 問8 研修の満足度	217
7.3.2. 問9 不安の解消度	218
7.3.3. 問10 学んでよかったこと.....	219
7.3.4. 問11 改めて学びたいこと.....	220
7.3.5. 自由記述	225
7.3.6. クロス集計：研修前アンケート問8×研修後アンケート問9.....	226
7.3.7. クロス集計：研修後アンケート問8×研修後アンケート問9.....	227
8. 研究総括	229
8.1. インタビュー調査結果から見えてくる介護職が抱える課題.....	229
8.1.1. はじめに	229
8.1.2. 医療ケアに対する指導・教育体制.....	229
8.1.3. 医療職との連携課題	230
8.1.4. 医療ケアに対する不安.....	231
8.1.5. 介護職の意識	232
8.1.6. 研修に関する要望	233
8.1.7. 全体を考察したまとめ.....	234
8.2. インタビューを通して浮かび上がった教育・研修ニーズ.....	235
8.2.1. 視点1：医療的ケアに対する指導・教育体制.....	235
8.2.2. 視点2：看護・医療との連携	236
8.2.3. 視点3：医療的ケアに対する不安	236
8.2.4. 視点4：介護職が医療的ケアを行うことに対する意識	236
8.2.5. 視点5：在宅介護ならではの困難事例	237
8.2.6. 視点6：医療的ケアの研修に対する要望	237
8.2.7. まとめ	238
8.3. 在宅療養者の医療ケアにおける介護と看護の連携に関する課題.....	239
8.3.1. はじめに	239
8.3.2. 医師や看護職との情報交換や情報の共有の課題.....	239
8.3.3. 医療ケアを必要とする利用者のチームケアにおけるケアマネジャーの 課題	240
8.3.4. 介護職が医師や看護職との間に精神的な壁を感じていることに起因する コミュニケーション不足の課題.....	241
8.3.5. 介護職が医療ケアを利用者に提供する時の、訪問看護のバックアップ体制 の課題	242
8.3.6. おわりに	242
8.4. 2012（平成24）年介護保険改正に対して危惧すること	244
8.4.1. はじめに	244
8.4.2. サービス提供責任者の実態.....	245
8.4.3. 訪問介護と特定医療ケア.....	245

8. 4. 4. 医療ケア研修に対して.....	246
8. 4. 5. 訪問介護事業者二極化の道.....	247
8. 5. 医療ケアのための教育プログラム周辺の諸問題.....	248
8. 5. 1. 一般教育の重要性	248
8. 5. 2. 2つのグループの介護労働者	249
8. 5. 3. 資格のあり方と養成費用.....	250
8. 5. 4. 終りに	251
8. 6. 総括	252
8. 6. 1. 在宅ケアを支えるホームヘルパーの実態.....	252
8. 6. 2. 調査からの知見	252
8. 6. 3. 研修を実施して	254
8. 6. 4. 今後に向けて	254

2. 1. 図目次

Figure 1	回答者の性別	5
Figure 2	年齢	6
Figure 3	年代（5 歳間隔）	8
Figure 4	最終学歴	10
Figure 5	保有資格	11
Figure 6	介護福祉士の資格取得方法	13
Figure 7	介護の仕事歴	14
Figure 8	在宅で働いた経験年数	16
Figure 9	特別養護老人ホームでの経験年数	18
Figure 10	介護老人保健施設での経験年数	20
Figure 11	介護療養型医療施設での経験年数	22
Figure 12	その他の施設での経験年数	24
Figure 13	勤務先法人の種別	27
Figure 14	現在勤めている法人での勤務年数	29
Figure 15	勤めている法人の所在	31
Figure 16	雇用形態	33
Figure 17	業務形態	35
Figure 18	実施率	37
Figure 19	不安の有無（不安有りの割合）	40
Figure 20	研修の実施率	43
Figure 21	研修の内外別実施率	46
Figure 22	不安の程度（高中低位群）	50
Figure 23	実施率、研修率、不安ある率、不安の程度の相互関係のあらまし	53
Figure 24	実施率と不安有り率の散布図	54
Figure 25	研修実施率と医療的ケアの実施率の散布図	57
Figure 26	不安ある率と研修実施率の散布図	60
Figure 27	実施あり率と不安の程度の加重平均の散布図	63
Figure 28	研修実施率と不安の程度の加重平均の散布図	66
Figure 29	不安の程度の単純平均（高低）と仕事歴のクロス集計結果	69
Figure 30	爪のケアにおける不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	71
Figure 31	褥瘡ケアにおける不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	72
Figure 32	応急処置における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	73

Figure 33	バイタル測定（意識）における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果.....	74
Figure 34	口腔ケアにおける不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	75
Figure 35	胸壁振動法における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	76
Figure 36	フットケアにおける不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	77
Figure 37	経口与薬における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	78
Figure 38	経管栄養（胃瘻）管理準備における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果.	80
Figure 39	経管栄養（胃瘻）管理洗浄における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果.	81
Figure 40	経管栄養（胃瘻）管理接続における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果.	82
Figure 41	点耳における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	83
Figure 42	温罨法における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	84
Figure 43	経管栄養（胃瘻）管理注入における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果.	85
Figure 44	尿意誘発における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	86
Figure 45	薬剤貼付における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	87
Figure 46	出現回数	90
Figure 47	出現文書数	93
Figure 48	出現回数と文書数の対数軸グラフ	96
Figure 49	聞き取りごとの対応分析	106
Figure 50	抽出語のクラスター分析	107
Figure 51	共起ネットワーク	108
Figure 52	コードのクラスター分析	114
Figure 53	アクターコードの類似度行列	116
Figure 54	全コード間の共起ネットワーク	117
Figure 55	コーディングの共起関係類似度行列	118
Figure 56	経験・慣れコードの共起ネットワーク	122
Figure 57	知識・教育コードの共起ネットワーク	126
Figure 58	否定的コードの共起ネットワーク	130
Figure 59	肯定的コードの共起ネットワーク	134
Figure 60	看護師コードの共起ネットワーク	138
Figure 61	介護士コードの共起ネットワーク	142
Figure 62	医師コードの共起ネットワーク	146
Figure 63	利用者コードの共起ネットワーク	150
Figure 64	家族コードの共起ネットワーク	154
Figure 65	コード無コードの共起ネットワーク	158
Figure 66	研修担当講師による説明を聞く受講生。	196
Figure 67	受講生がたんの吸引の実施を準備している様子。	197
Figure 68	たんの吸引の実施している様子を確認する鈴木陽子講師と受講生。	197
Figure 69	鈴木陽子講師の指導により、たんの吸引を行う受講生。①	198
Figure 70	鈴木陽子講師の指導により、たんの吸引を行う受講生。②	198
Figure 71	たんの吸引を体験する受講生。	199

Figure 72	研修アンケート	性別	204
Figure 73	研修アンケート	年齢	205
Figure 74	研修アンケート	最終学歴	206
Figure 75	研修アンケート	保有資格	207
Figure 76	研修アンケート	勤務年数	208
Figure 77	研修アンケート	ホームヘルパーとしての年数	209
Figure 78	研修アンケート	介護職歴	210
Figure 79	研修アンケート	たんの吸引で不安を持っているか	211
Figure 80	研修アンケート	たんの吸引で不安なこと	212
Figure 81	研修アンケート	研修への期待	213
Figure 82	研修アンケート	たんの吸引を行う不安は解消されたか	214
Figure 83	研修アンケート	研修の満足度	217
Figure 84	研修アンケート	不安の解消度	218
Figure 85	研修アンケート	研修で学んでよかったと思うもの	219
Figure 86	研修アンケート	改めて学びたい医療ケア・医療的ケア	221
Figure 87	研修アンケート	改めて学びたい医療ケア・医療的ケア（多い順）	223
Figure 88	研修前アンケート問8×研修後アンケート問9		226
Figure 89	研修後アンケート問8×問9		227

2.2. 表目次

Table 1	回答者の性別実数	5
Table 2	年齢	7
Table 3	年代（5 歳間隔）	9
Table 4	最終学歴	10
Table 5	保有資格	12
Table 6	介護福祉士の資格取得方法	13
Table 7	介護の仕事歴	15
Table 8	在宅で働いた経験年数	17
Table 9	特別養護老人ホームでの経験年数	19
Table 10	介護老人保健施設での経験年数	21
Table 11	介護療養型医療施設での経験年数	23
Table 12	その他の施設での経験年数	25
Table 13	勤務先法人の種別	28
Table 14	現在勤めている法人での勤務年数	30
Table 15	勤めている法人の所在	32
Table 16	雇用形態	34
Table 17	業務形態	35
Table 18	実施率（第 1 表）	38
Table 19	実施率（第 2 表）	39
Table 20	不安の有無（第 1 表）	41
Table 21	不安の有無（第 1 表）	42
Table 22	研修の実施率（第 1 表）	44
Table 23	研修の実施率（第 2 表）	45
Table 24	研修の内外別実施率（第 1 表）	47
Table 25	研修の内外別実施率（第 2 表）	47
Table 26	不安の程度（高中低位群）（第 1 表）	50
Table 27	不安の程度（高中低位群）（第 2 表）	51
Table 28	不安の程度の加重平均	52
Table 29	実施率と不安有り率（第 1 表）	55
Table 30	実施率と不安有り率（第 2 表）	56
Table 31	研修実施率と医療的ケアの実施率（第 1 表）	58

Table 32	研修実施率と医療的ケアの実施率（第2表）	59
Table 33	不安ある率と研修実施率（第1表）	61
Table 34	不安ある率と研修実施率（第2表）	62
Table 35	実施あり率と不安の程度の加重平均（第1表）	64
Table 36	実施あり率と不安の程度の加重平均（第2表）	65
Table 37	研修実施率と不安の程度の加重平均（第1表）	67
Table 38	研修実施率と不安の程度の加重平均（第2表）	68
Table 39	不安の程度の単純平均（高低）と仕事歴のクロス集計結果	70
Table 40	高不安（不安あり）群の医療的ケア（高不安群上位8位）	70
Table 41	爪のケアにおける不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	71
Table 42	褥瘡ケアにおける不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	72
Table 43	応急処置における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	73
Table 44	バイタル測定（意識）における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	74
Table 45	口腔ケアにおける不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	75
Table 46	胸壁振動法における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	76
Table 47	フットケアにおける不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	77
Table 48	経口与薬における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	78
Table 49	低不安（不安あり）群の医療的ケア（低不安群上位8位）	79
Table 50	経管栄養（胃瘻）管理準備における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	80
Table 51	経管栄養（胃瘻）管理洗浄における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	81
Table 52	経管栄養（胃瘻）管理接続における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	82
Table 53	点耳における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	83
Table 54	温罨法における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	84
Table 55	経管栄養（胃瘻）管理注入における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	85
Table 56	尿意誘発における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	86
Table 57	薬剤貼付における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果	87
Table 58	記述統計	89
Table 59	出現回数の分布（第1表）	91
Table 60	出現回数の分布（第2表）	92
Table 61	出現文書数の分布（第1表）	94
Table 62	出現文書数の分布（第2表）	95
Table 63	名詞の出現頻度（第1表）	98
Table 64	名詞の出現頻度（第2表）	99
Table 65	形容動詞の出現頻度	99
Table 66	動詞の出現頻度（第1表）	100
Table 67	動詞の出現頻度（第2表）	101
Table 68	形容詞の出現頻度	101
Table 69	副詞の出現頻度	101
Table 70	出現頻度の高い150語（第1表）	102

Table 71	出現頻度の高い 150 語 (第 2 表)	103
Table 72	聞き取りケースごとに特徴づける語 (第 1 表)	104
Table 73	聞き取りケースを特徴づける語 (第 2 表)	105
Table 74	アクターについてのコーディング	109
Table 75	否定的表現と肯定的表現のコーディング	109
Table 76	経験と知識についてのコーディング	109
Table 77	アクター定義のコーディングによる出現文書	110
Table 78	肯定的・否定的表現のコーディングによる出現文書	110
Table 79	経験・知識に関連した表現のコーディングによる出現文書	110
Table 80	アクター定義のコーディングによる聞き取りごとの出現状況	111
Table 81	肯定的・否定的表現のコーディングによる聞き取りごとの出現状況	112
Table 82	経験・知識に関連した表現のコーディングによる聞き取りごとの出現状況...	113
Table 83	アクターコードの類似度行列	116
Table 84	コーディングの共起関係類似度行列	118
Table 85	「*経験・慣れ」コーディング語の共起語 (単位: 発言) (第 1 表)	120
Table 86	「*経験・慣れ」コーディング語の共起語 (単位: 発言) (第 2 表)	121
Table 87	「*経験・慣れ」コーディング語の共起語 (単位: 発言) (第 3 表)	122
Table 88	「*知識・教育」コーディング語の共起語 (単位: h2) (第 1 表)	124
Table 89	「*知識・教育」コーディング語の共起語 (単位: h2) (第 2 表)	125
Table 90	「*知識・教育」コーディング語の共起語 (単位: h2) (第 3 表)	126
Table 91	「*否定的」コーディング語 (h2) (第 1 表)	128
Table 92	「*否定的」コーディング語 (h2) (第 2 表)	129
Table 93	「*否定的」コーディング語 (h2) (第 3 表)	130
Table 94	「*肯定的」コーディング語 (第 1 表)	132
Table 95	「*肯定的」コーディング語 (第 2 表)	133
Table 96	「*肯定的」コーディング語 (第 3 表)	134
Table 97	「*看護師」コーディング語の共起 (第 1 表)	136
Table 98	「*看護師」コーディング語の共起 (第 2 表)	137
Table 99	「*看護師」コーディング語の共起 (第 3 表)	138
Table 100	「*介護士」コーディング語の共起 (第 1 表)	140
Table 101	「*介護士」コーディング語の共起 (第 2 表)	141
Table 102	「*介護士」コーディング語の共起 (第 3 表)	142
Table 103	「*医師」コーディング語 (第 1 表)	144
Table 104	「*医師」コーディング語 (第 2 表)	145
Table 105	「*医師」コーディング語 (第 3 表)	146
Table 106	「*利用者」コーディング語 (第 1 表)	148
Table 107	「*利用者」コーディング語 (第 2 表)	149
Table 108	「*利用者」コーディング語 (第 3 表)	150
Table 109	「*家族」コーディング語 (第 1 表)	152

Table 110	「＊家族」コーディング語（第2表）	153
Table 111	「＊家族」コーディング語（第3表）	154
Table 112	「＃コード無」コーディング語（第1表）	156
Table 113	「＃コード無」コーディング語（第2表）	157
Table 114	「＃コード無」コーディング語（第3表）	158
Table 115	研修前アンケート用紙（第1紙）	202
Table 116	研修前アンケート用紙（第2紙）	203
Table 117	研修アンケート 性別	204
Table 118	研修アンケート 年齢	205
Table 119	研修アンケート 最終学歴	206
Table 120	研修アンケート 保有資格	207
Table 121	研修アンケート 勤務年数	208
Table 122	研修アンケート ホームヘルパーとしての年数	209
Table 123	研修アンケート 介護職歴	210
Table 124	研修アンケート たんの吸引で不安を持っているか	211
Table 125	研修アンケート たんの吸引で不安なこと	212
Table 126	研修アンケート 研修への期待	213
Table 127	研修アンケート たんの吸引を行う不安は解消されたか	214
Table 128	研修後アンケート用紙	216
Table 129	研修アンケート 研修の満足度	217
Table 130	研修アンケート 不安の解消度	218
Table 131	研修アンケート 研修で学んでよかったと思うもの	219
Table 132	研修アンケート 改めて学びたい医療ケア・医療的ケア	222
Table 133	研修アンケート 改めて学びたい医療ケア・医療的ケア（多い順）	224
Table 134	研修前アンケート問8×研修後アンケート問9	226
Table 135	研修後アンケート問8×問9	227

3. 調査概要

本調査の概要について以下に説明する。

3.1. 量的調査

3.1.1.調査対象者

千葉県内に訪問介護事業所を設置する社会福祉法人、民間企業、NPO 法人等に勤務するサービス提供責任者を含むホームヘルパー。

3.1.2.調査実施方法

- ①千葉市社会福祉協議会千葉市社会福祉研修センターが主催の研修に参加した介護職員（ホームヘルパー、介護福祉士）66 人に対し、研修終了後に回答の協力を得た。（集団調査法）
- ②千葉県ホームヘルパー協議会に加盟する訪問介護事業所を対象に、同協議会が無作為に抽出した 631 人に調査票を発送し、郵便にて 314 人分を回収する。（無作為抽出法と郵送法）
- ③質的調査実施時にインタビュー協力者にアンケートの記入依頼をし、32 人中 30 人からその場で記入していただいた。（有意抽出法）

以上の方法を組み合わせて、調査票の配布と回収を行った。

3.1.3.調査時期(調査票の配布から回収終了まで)

全体：2011年8月19日（金）～10月30日（日）

①2011年8月19日（金）（研修終了後アンケート調査実施）

②2011年8月25日（木）～9月30日（金）（調査票発送、一次締め切り）

2011年9月30日（金）～10月14日（金）（督促状発送、最終締め切り）

③2011年9月16日（金）～10月30日（日）（聞き取り調査実施と同時に行う）

3.1.4.回収率

410通／729通（56.2%）

3.2. 質的調査

3.2.1.実施期間

2011年9月16日（金）～10月30日（日）

3.2.2.調査対象者

千葉県内の訪問介護事業所に勤務するサービス提供責任者（合計30人）

3.2.3.調査依頼方法

千葉県ホームヘルパー協議会と千葉市社会福祉協議会千葉市社会福祉研修センターの協力を得て、調査対象者に協力依頼文を送付した。

3.2.4.調査方法

半構造化面接。1対1を基本として、60分を目途に聞き取りを行う。聞き取り調査を開始する手続きとして調査対象者に調査趣旨と内容について説明を行った。調査対象者から同意を得た上で、同意書に署名・捺印をしてもらった。調査対象者の属性を確認するために、インタビュー調査開始前に性別や年齢等を記入するアンケートに回答をしてもらった。同時に、協力が得られる者のみ量的調査で配布したアンケートに回答を依頼した。

3.2.5.記録方法

調査協力者の許可を得たうえでICレコーダーに音声を録音した。

3.2.6.質問項目（聞き取り内容）

(1)医療ケア・医療的ケアに対しての指導・教育体制

- ①医療ケア・医療的ケアを行うためにマニュアル等は用意されているか。
- ②医療ケア・医療的ケアをすることに備えて、勤務先では教育体制は整えられているか。
- ③医療ケア・医療的ケアをする場合、誰から指導を受けたか。

(2)医療ケア・医療的ケアの実施に対する考えについて

- ①制度が変わった際に医療的ケア・医療ケアをやりたいかどうか
 - ・肯定的に考える理由とは何か
 - ・否定的に考える理由とは何か
- ②指導・教育体制が整えられていれば、利用者のために行いたいか
 - ・行いたいと思う理由
 - ・行いたくないと思う理由
- ③介護職が職務拡大をすることについてどう思うか
- ④医療ケア・医療的ケアの実施を問わず、医学的知識等を得るために研修を受けたいか

(3)医療ケア・医療的ケアの実施について

- ①勤務先で多い医療ケア・医療的ケアはどのような行為か
- ②どのような行為に不安を抱いたのか
- ③具体的行為を行う上での不安の場面について
 - ・やらなければならない時の気持ち
 - ・やっている時の気持ち
 - ・やり終わった時の気持ち
- ④どんな場面だと医療ケア・医療的ケアをやれるのか
- ⑤どんな場面だと医療ケア・医療的ケアができないのか
- ⑥医療ケア・医療的ケアの中で自信がある行為とは何か
- ⑦医療ケア・医療的ケアの中で不安がある行為とは何か

4. 量的調査結果

以下、量的調査を実施した結果を報告する。

4. 1. 性別

調査に回答した人の性別は、男性が 20（4.9%）、女性が 384（93.7%）、無回答が 6（1.5%）であった。質問文および図・表は下記の通りである。

問 1. 性別をお伺いします。当てはまるものに○をつけてください。

(1) 男性 (2) 女性

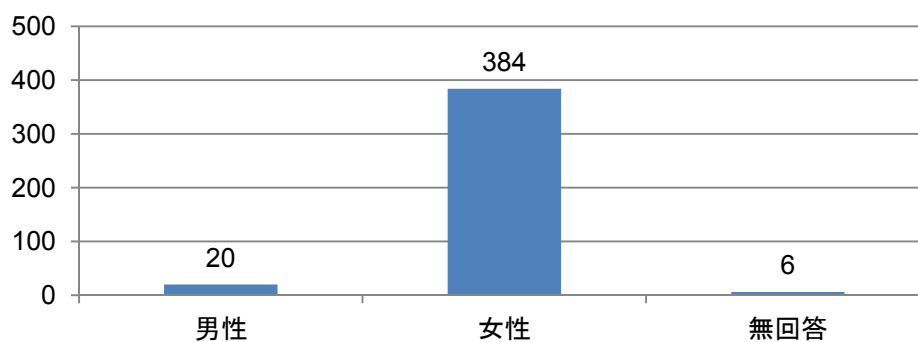


Figure 1 回答者の性別

Table 1 回答者の性別実数

行ラベル	データの個数	(%)
男性	20	4.9%
女性	384	93.7%
無回答	6	1.5%
総計	410	

4. 2. 年齢

調査に回答した人の年齢は、最年少が 28 歳、最年長が 77 歳であり、5 歳間隔で見ると 51~55 歳が最も多かった。質問文および図・表は下記の通りである。

問 2. 年齢をお伺いします。数字を記入してください。

() 歳

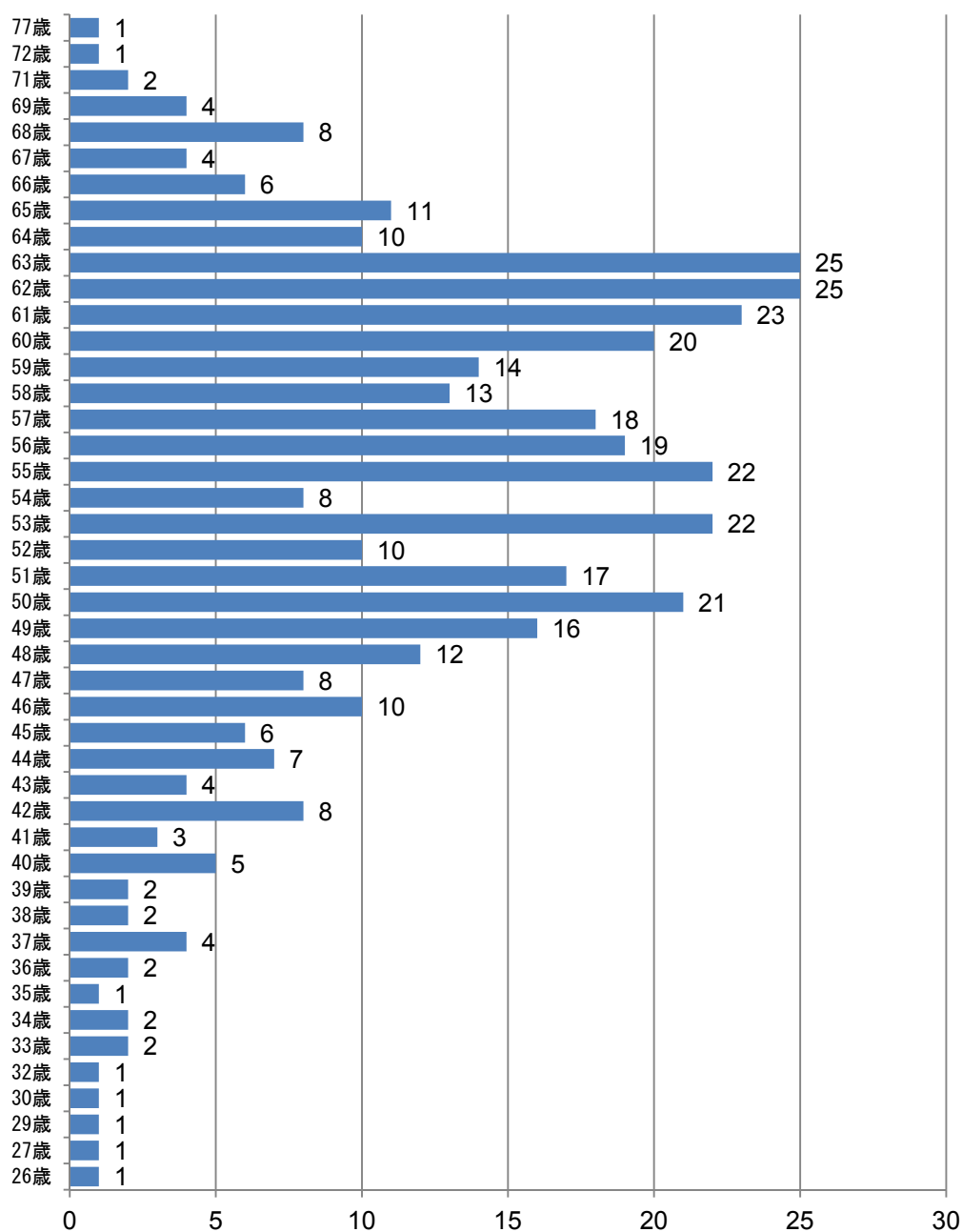


Figure 2 年齢

Table 2 年齢

行ラベル	データの個数	行ラベル	データの個数
26	1	51	17
27	1	52	10
29	1	53	22
30	1	54	8
32	1	55	22
33	2	56	19
34	2	57	18
35	1	58	13
36	2	59	14
37	4	60	20
38	2	61	23
39	2	62	25
40	5	63	25
41	3	64	10
42	8	65	11
43	4	66	6
44	7	67	4
45	6	68	8
46	10	69	4
47	8	71	2
48	12	72	1
49	16	77	1
50	21	総計	403

(無回答 : 7)

5 歳間隔集計

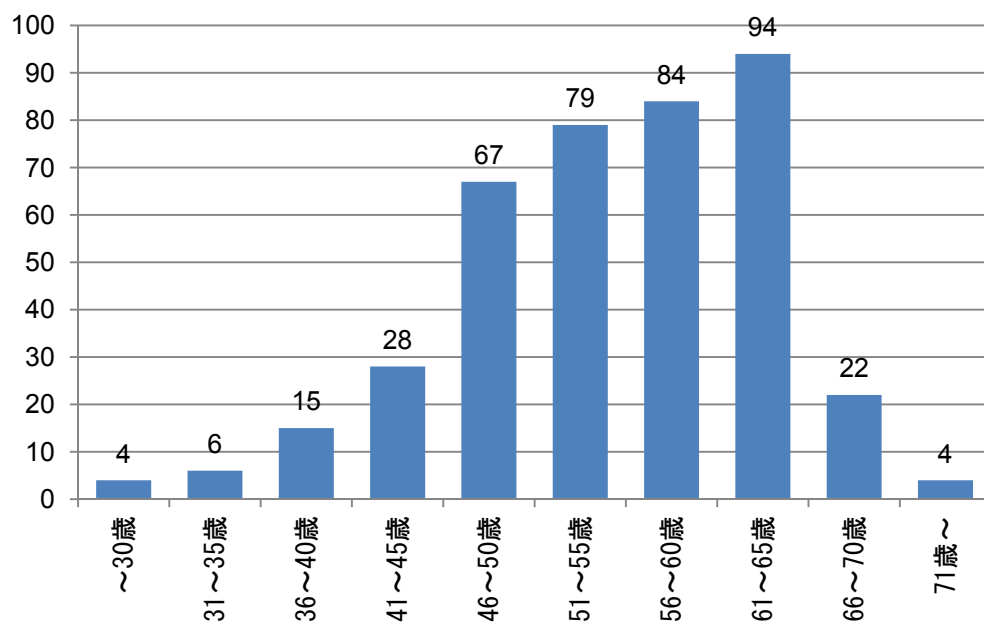


Figure 3 年代 (5 歳間隔)

Table 3 年代（5 歳間隔）

行ラベル	データの個数	(%)
～30 歳	4	1.0%
31～35 歳	6	1.5%
36～40 歳	15	3.7%
41～45 歳	28	6.9%
46～50 歳	67	16.6%
51～55 歳	79	19.6%
56～60 歳	84	20.8%
61～65 歳	94	23.3%
66～70 歳	22	5.5%
71 歳～	4	1.0%
総計	403	

(無回答：7)

4. 3. 最終学歴

調査に回答した人の最終学歴は、高等学校卒が 210（51.2%）で最も多く半数以上を占める。次いで短期大学の 80（19.5%）、大学の 48（11.7%）という結果であった。

質問文および図・表は下記の通りである。

問 3. あなたの最終学歴についてお聞きます。以下のものから○をつけてください。

- (1) 中学校 (2) 高等学校 (3) 短期大学 (4) 大学 (5) 大学院
(6) 福祉専門学校 (7) 看護専門学校 (8) その他 ()

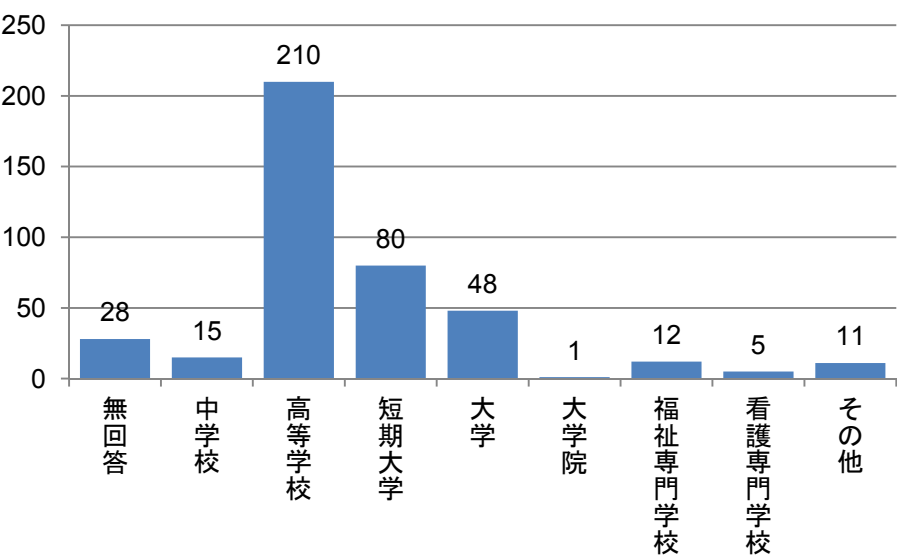


Figure 4 最終学歴

Table 4 最終学歴

行ラベル	データの個数	(%)
中学校	15	3.7%
高等学校	210	51.2%
短期大学	80	19.5%
大学	48	11.7%
大学院	1	0.2%
福祉専門学校	12	2.9%
看護専門学校	5	1.2%
その他	11	2.7%
無回答	28	6.8%
総計	410	

4. 4. 保有資格

調査に回答した人の保有している資格（複数回答）は、ホームヘルパー2 級が最も多く（338）、次いで介護福祉士（260）、ホームヘルパー1 級（107）であった。

質問文および図・表は下記の通りである。

問 4. あなたが有している資格についてお聞きます。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- (1)介護福祉士 (2)社会福祉士 (3)介護支援専門員 (4)ホームヘルパー 1 級
(5)ホームヘルパー2 級 (6)看護師 (7)准看護師
(8)その他 ()

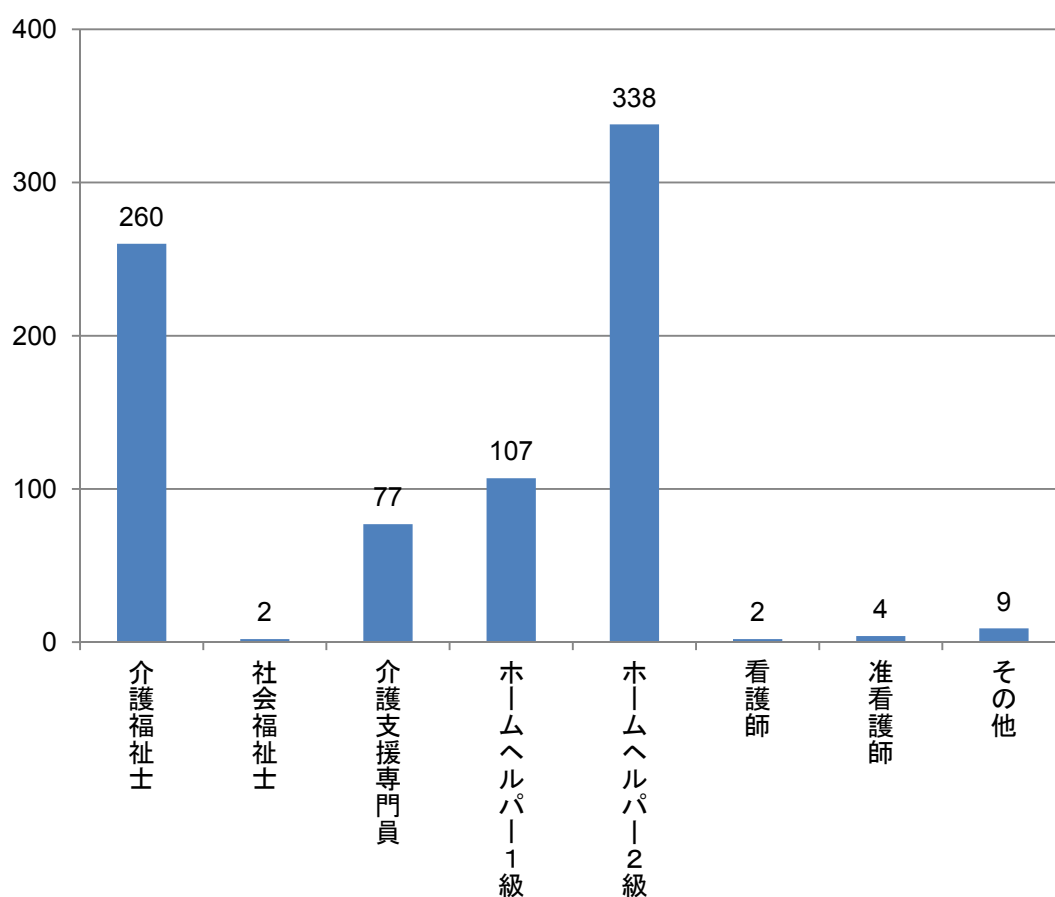


Figure 5 保有資格

Table 5 保有資格

介護福祉士	社会福祉士	介護支援専門員	ホームヘルパー1級	ホームヘルパー2級	看護師	准看護師	その他
260	2	77	107	338	2	4	9

その他記述（その他を選択していない場合も記入されている）

- ガイドヘルパー
- ガイドヘルパー（視覚障害、全身性障害）
- ケアラー3級
- ホームヘルパー3級
- レクレーションインストラクター
- 医療事務2級
- 栄養士
- 介護タクシー
- 介護事務
- 介護職員基礎研修課程
- 介護予防運動指導員
- 環境コーディネーター
- 教員免許
- 視覚障害者ガイドヘルパー
- 歯科衛生士
- 児童指導員任用
- 社会福祉主事
- 社会福祉主事任用
- 主任介護支援専門員
- 住福祉環境コーディネーター2級
- 小学校教諭
- 生涯学習1級インストラクター
- 精神障害者ホームヘルパー
- 精神障害者ホームヘルパー養成特別研修修了
- 赤十字救命救急員
- 調理師
- 難病患者
- 日商簿記3級
- 認知症ケア上級専門士
- 認知症ケア専門士
- 普通2種（通院）
- 普通自動車第2種運転免許
- 福祉レクワーカー
- 福祉住環境コーディネーター2級
- 福祉住宅コーディネーター2級
- 福祉用具専門相談員
- 保育士
- 幼稚園教諭
- 洋裁専門学校
- 養護教諭
- 臨床検査技師

4.5. 介護福祉士を有している者の資格取得方法

調査に回答した人のうち、介護福祉士の資格を有している人の資格取得方法は、実務経験を 3 年以上行った人が圧倒的に多く、95%（247）を占めた。

質問文および図・表は下記の通りである。

問 5. 介護福祉士を有している方のみにお聞きます。介護福祉士を取得した方法であてはまるものに○をつけてください。

- (1) 大学・専門学校等の養成施設を卒業 (2) 実務経験を 3 年以上行った
(3) 高等学校福祉科（通信制含む）を卒業

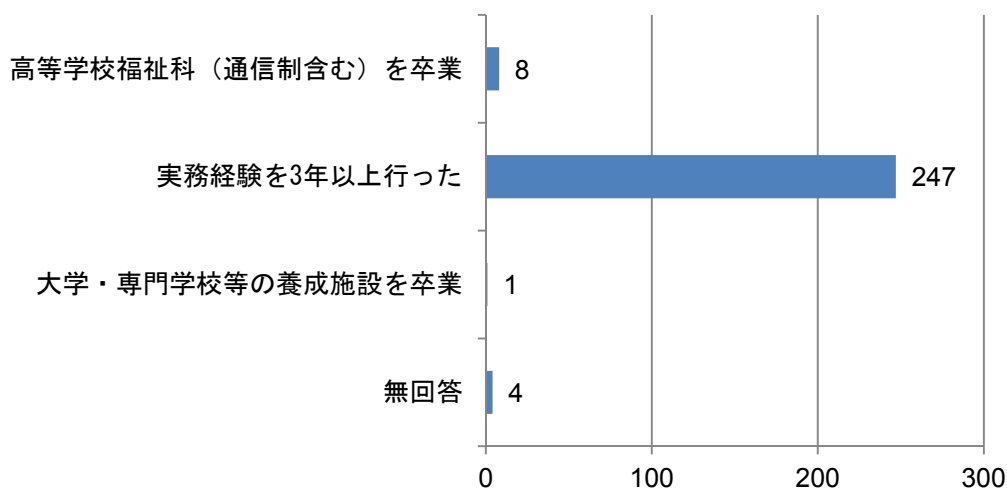


Figure 6 介護福祉士の資格取得方法

Table 6 介護福祉士の資格取得方法

行ラベル	データの個数	(%)
大学・専門学校等の養成施設を卒業	1	0.4%
実務経験を3年以上行った	247	95.0%
高等学校福祉科（通信制含む）を卒業	8	3.1%
無回答	4	1.5%
総計	260	

4. 6. 介護の仕事歴

調査に回答した人の介護の仕事歴は、平均すると9年4ヶ月（111.8ヶ月）であった。
質問文および図・表は下記の通りである。

問 6. 介護の仕事に携わってから全体で何年になりますか。
（ ）年（ ）ヶ月

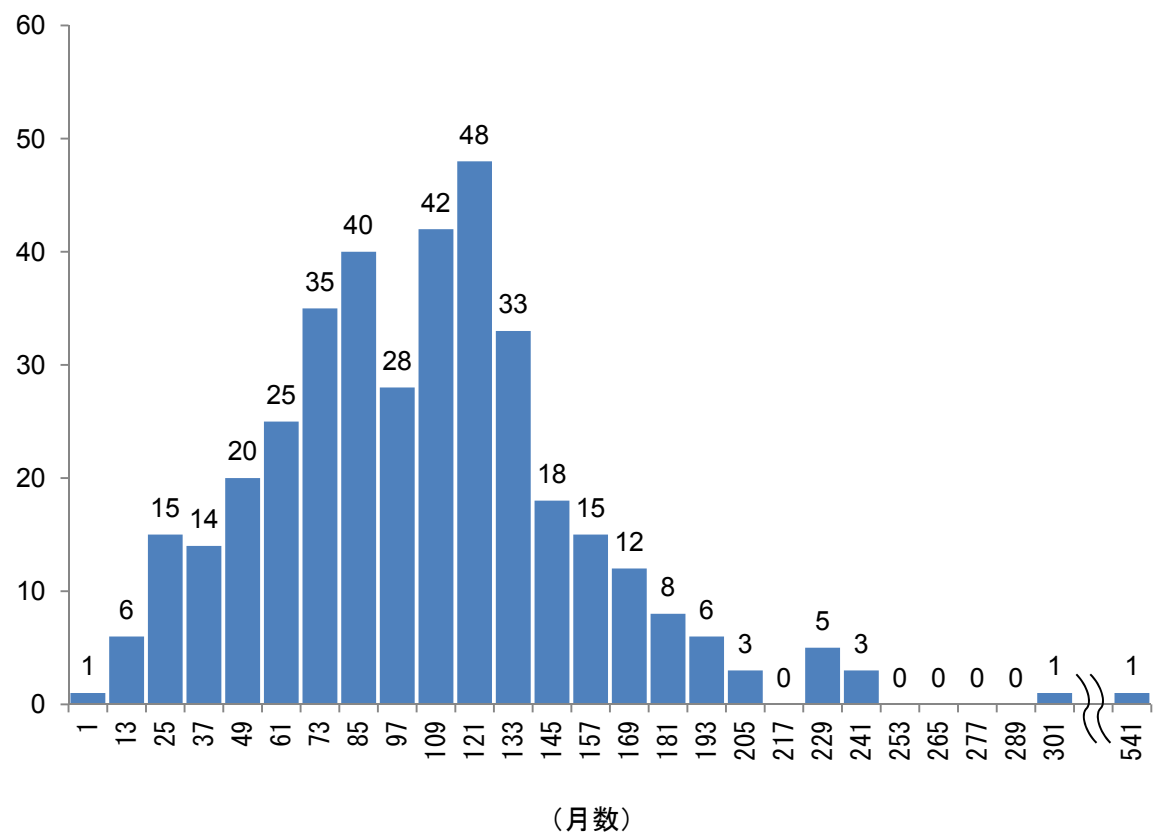


Figure 7 介護の仕事歴

Table 7 介護の仕事歴

階級下限値	実測度数	相対度数
1	1	0.0026
13	6	0.0158
25	15	0.0396
37	14	0.0369
49	20	0.0528
61	25	0.0660
73	35	0.0923
85	40	0.1055
97	28	0.0739
109	42	0.1108
121	48	0.1266
133	33	0.0871
145	18	0.0475
157	15	0.0396
169	12	0.0317
181	8	0.0211
193	6	0.0158
205	3	0.0079
217	0	0.0000
229	5	0.0132
241	3	0.0079
253	0	0.0000
265	0	0.0000
277	0	0.0000
289	0	0.0000
301	1	0.0026
541	1	0.0026

n	379
平均	111.821 (9.3年)
標準偏差	51.983
最小値	8.000
最大値	546.000

4. 7. 在宅で働いた経験

調査に回答した人が在宅で働いた経験年数は、平均 8 年 2 ヶ月（98 ヶ月）であった。
質問文および図・表は下記の通りである。

問 7. 在宅で働いた経験年数を教えてください。

（ ）年（ ）ヶ月

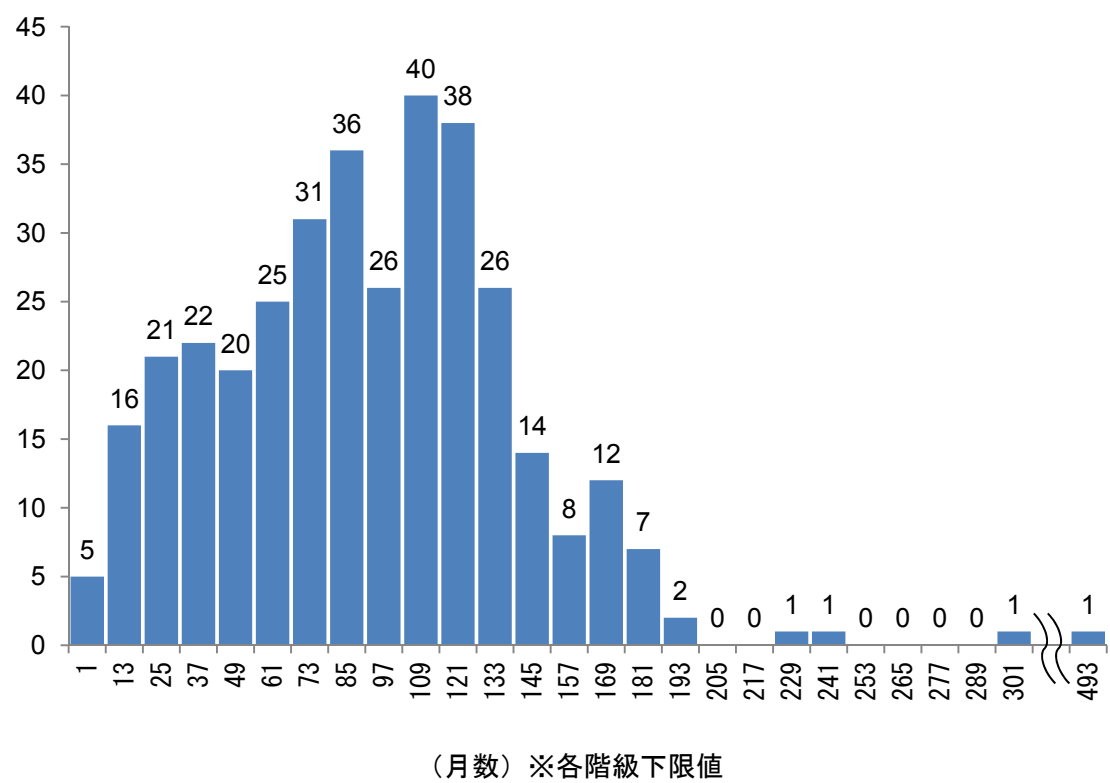


Figure 8 在宅で働いた経験年数

Table 8 在宅で働いた経験年数

階級下限値	実測度数	相対度数	累積相対度数
1	5	0.0142	0.0142
13	16	0.0453	0.0595
25	21	0.0595	0.1190
37	22	0.0623	0.1813
49	20	0.0567	0.2380
61	25	0.0708	0.3088
73	31	0.0878	0.3966
85	36	0.1020	0.4986
97	26	0.0737	0.5722
109	40	0.1133	0.6856
121	38	0.1076	0.7932
133	26	0.0737	0.8669
145	14	0.0397	0.9065
157	8	0.0227	0.9292
169	12	0.0340	0.9632
181	7	0.0198	0.9830
193	2	0.0057	0.9887
205	0	0.0000	0.9887
217	0	0.0000	0.9887
229	1	0.0028	0.9915
241	1	0.0028	0.9943
253	0	0.0000	0.9943
265	0	0.0000	0.9943
277	0	0.0000	0.9943
289	0	0.0000	0.9943
301	1	0.0028	0.9972
493	1	0.0028	1.0000

n	353
平均	98.731 (8.2年)
標準偏差	51.439
最小値	8.000
最大値	504.000

4.8. 施設で働いた経験

4.8.1.(1) 特別養護老人ホーム

調査に回答した人のうち、特別養護老人ホームで働いた経験のある人は42人であった。

質問文および経験年数を表す図・表は下記の通りである。なお、経験年数については月単位で表示している。

問 8. 施設で働いた経験年数を教えて下さい。当てはまる施設に○をつけて数字を記入してください。

(1) 特別養護老人ホーム () 年 () ヶ月

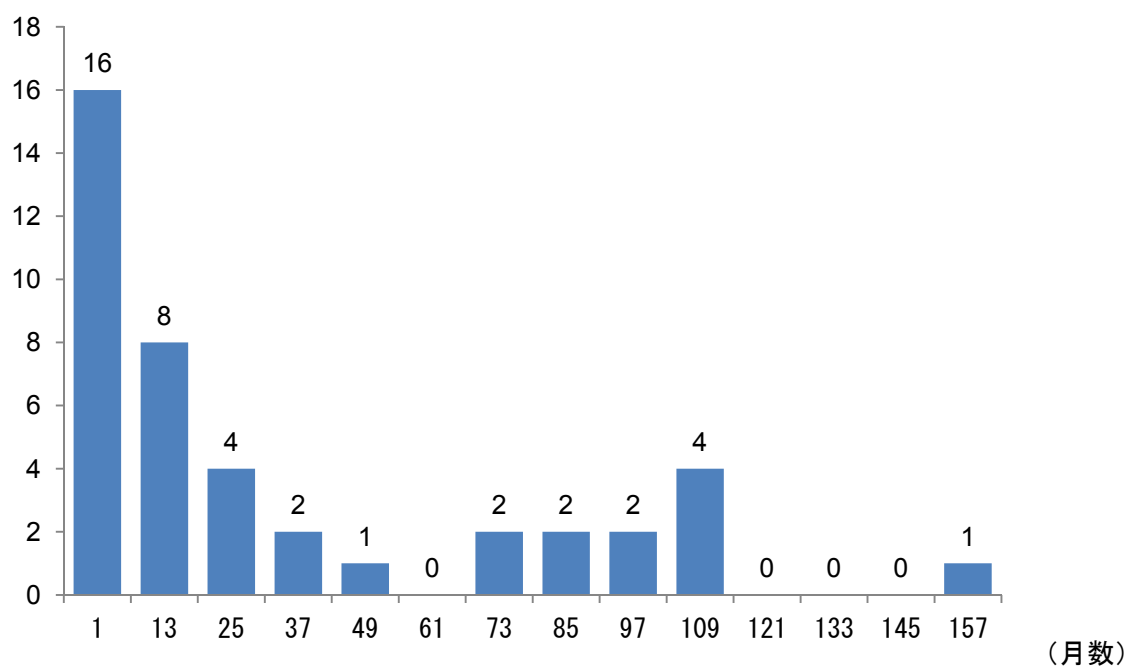


Figure 9 特別養護老人ホームでの経験年数

Table 9 特別養護老人ホームでの経験年数

階級下限値	実測度数	相対度数	累積相対度数
1	16	0.3810	0.3810
13	8	0.1905	0.5714
25	4	0.0952	0.6667
37	2	0.0476	0.7143
49	1	0.0238	0.7381
61	0	0.0000	0.7381
73	2	0.0476	0.7857
85	2	0.0476	0.8333
97	2	0.0476	0.8810
109	4	0.0952	0.9762
121	0	0.0000	0.9762
133	0	0.0000	0.9762
145	0	0.0000	0.9762
157	1	0.0238	1.0000

n	42
平 均	40.405 (3.3 年)
標準偏差	42.906
最小値	1.000
最大値	160.000

4.8.2.(2)介護老人保健施設

調査に回答した人のうち、介護老人保健施設で働いた経験のある人は22人であった。

質問文および経験年数を表す図・表は下記の通りである。なお、経験年数については月単位で表示している。

問 8. 施設で働いた経験年数を教えて下さい。当てはまる施設に○をつけて数字を記入してください。

(2)介護老人保健施設 () 年 () ヶ月

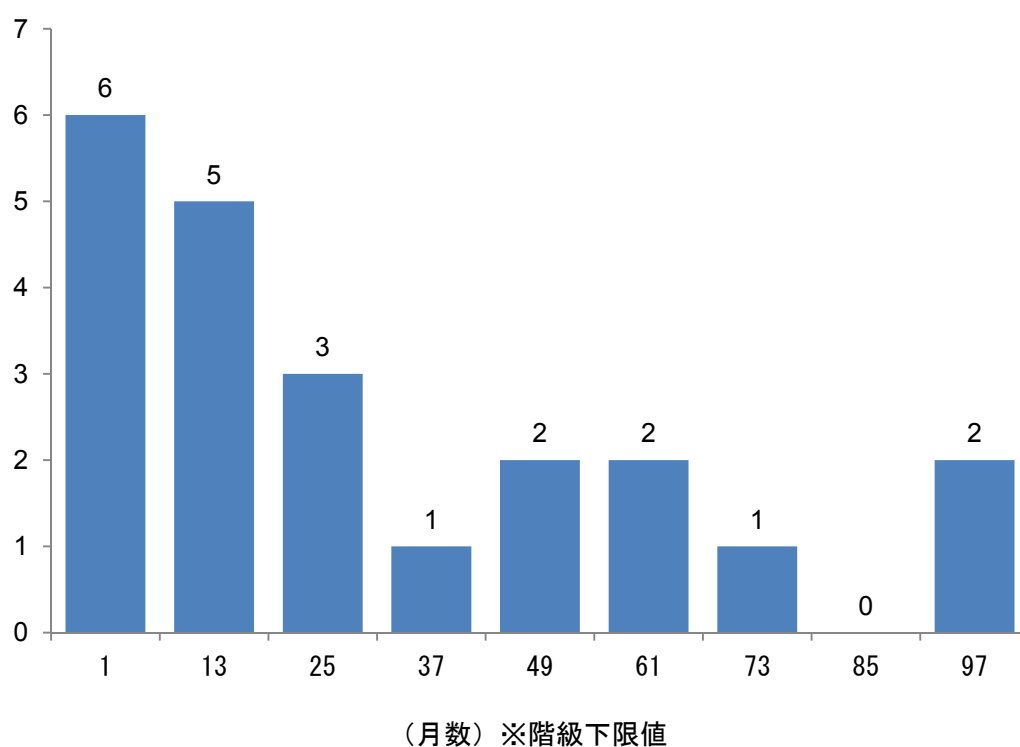


Figure 10 介護老人保健施設での経験年数

Table 10 介護老人保健施設での経験年数

階級下限値	実測度数	相対度数	累積相対度数
1	6	0.2727	0.2727
13	5	0.2273	0.5000
25	3	0.1364	0.6364
37	1	0.0455	0.6818
49	2	0.0909	0.7727
61	2	0.0909	0.8636
73	1	0.0455	0.9091
85	0	0.0000	0.9091
97	2	0.0909	1.0000

n	22
平均	37.500 (3.1年)
標準偏差	30.144
最小値	3.000
最大値	102.000

4.8.3.(3)介護療養型医療施設

調査に回答した人のうち、介護老人保健施設で働いた経験のある人は13人であった。
質問文および経験年数を表す図・表は下記の通りである。なお、経験年数については月単位で表示している。

問 8. 施設で働いた経験年数を教えて下さい。当てはまる施設に○をつけて数字を記入してください。

(3)介護療養型医療施設 () 年 () ヶ月

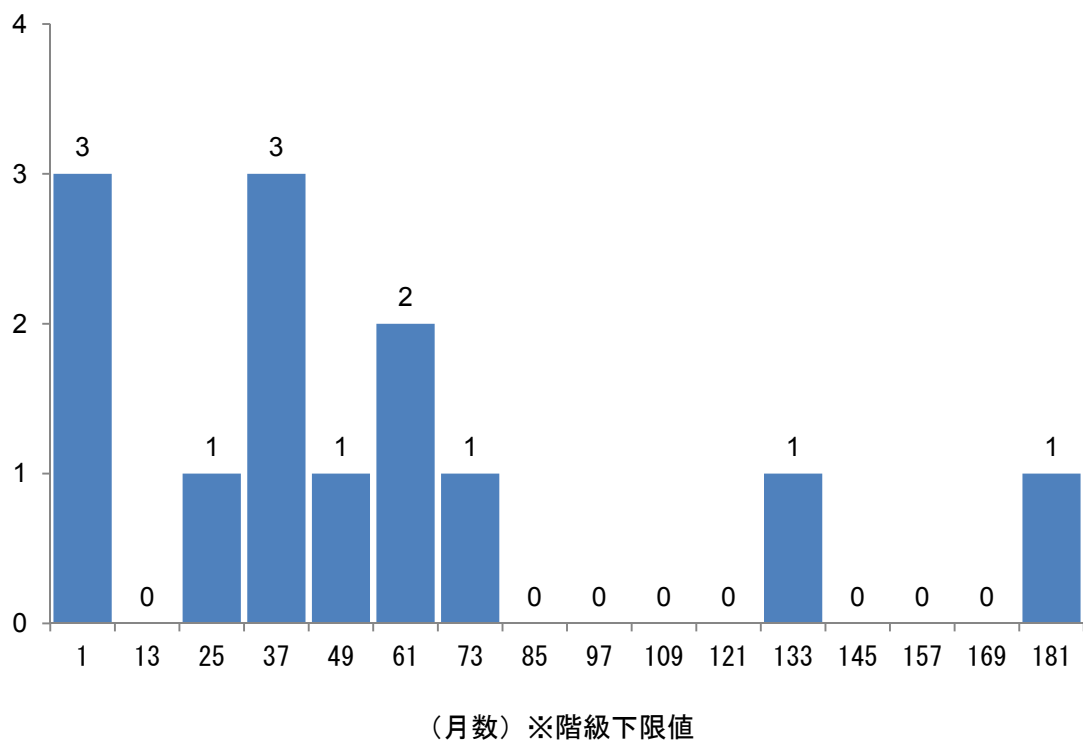


Figure 11 介護療養型医療施設での経験年数

Table 11 介護療養型医療施設での経験年数

階級下限値	実測度数	相対度数	累積相対度数
1	3	0.2308	0.2308
13	0	0.0000	0.2308
25	1	0.0769	0.3077
37	3	0.2308	0.5385
49	1	0.0769	0.6154
61	2	0.1538	0.7692
73	1	0.0769	0.8462
85	0	0.0000	0.8462
97	0	0.0000	0.8462
109	0	0.0000	0.8462
121	0	0.0000	0.8462
133	1	0.0769	0.9231
145	0	0.0000	0.9231
157	0	0.0000	0.9231
169	0	0.0000	0.9231
181	1	0.0769	1.0000

n	13
平均	62.000 (5.1年)
標準偏差	51.648
最小値	6.000
最大値	184.000

4.8.4.(4) その他

(1) (2) (3) 以外の施設で働いた経験について自由記述式で問うた。

質問文および回答一覧は下記の通りである。

問 8. 施設で働いた経験年数を教えてください。当てはまる施設に○をつけて数字を記入してください。

(4)その他 () () 年 () ヶ月

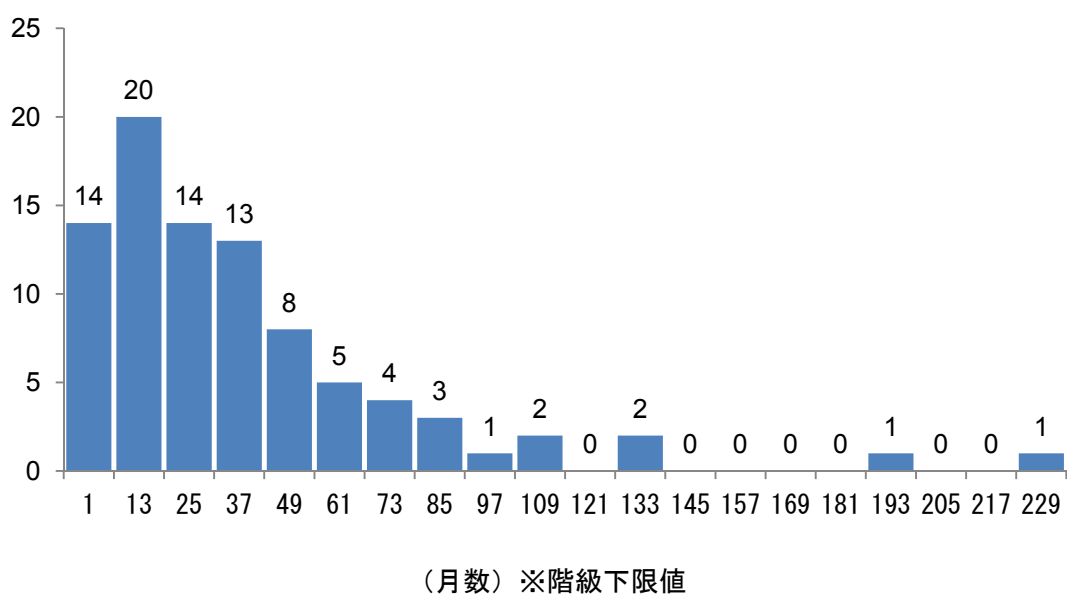


Figure 12 その他の施設での経験年数

Table 12 その他の施設での経験年数

階級下限値	実測度数	相対度数	累積相対度数
1	14	0.1591	0.1591
13	20	0.2273	0.3864
25	14	0.1591	0.5455
37	13	0.1477	0.6932
49	8	0.0909	0.7841
61	5	0.0568	0.8409
73	4	0.0455	0.8864
85	3	0.0341	0.9205
97	1	0.0114	0.9318
109	2	0.0227	0.9545
121	0	0.0000	0.9545
133	2	0.0227	0.9773
145	0	0.0000	0.9773
157	0	0.0000	0.9773
169	0	0.0000	0.9773
181	0	0.0000	0.9773
193	1	0.0114	0.9886
205	0	0.0000	0.9886
217	0	0.0000	0.9886
229	1	0.0114	1.0000

n	88
平 均	45.284 (3.7 年)
標準偏差	40.336
最小値	2.000
最大値	240.000

具体的記述（カッコ内は重複数）

- グループ、有料、訪問
- グループホーム（16）
- グループホーム、高専賃
- グループホーム、高専賃と中にあるヘルパーステーション2年9ヶ月
- グループホーム、住宅型老人ホーム1年
- グループホーム、小多機能
- ケアハウス
- ディサービス（15）
- ディサービス、訪問介護兼務
- 居宅介護事業所
- 高専賃（4）
- 在宅
- 在宅型有料老人ホーム（5）
- 重度身体障害者
- 小規模多機能、ディサービス
- 小規模多機能ホームグループホーム
- 障害者施設
- 身体障害者施設
- 身体障害者通所施設
- 短期入所生活介護
- 知的障害者施設
- 通所介護事務所（3）
- 適所介護
- 認知症の方対称のグループホーム
- 病院（4）
- 病院整形病棟
- 訪問介護事業所（7）
- 有料老人ホーム（6）
- 有料老人ホーム、重度心身児者施設
- 有料老人ホームと高専賃住宅（同系列施設でお手伝い）
- 養護老人ホーム（2）

4.9. 現在勤務している法人の種別

調査に回答した人が現在勤務している法人の種別は、民間企業が 147（36.4%）で最も多く、次いで社会福祉法人の 116（28.7%）であった。

質問文および図・表は下記の通りである。

問 9. あなたが現在勤務している法人の種別を教えてください。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 社会福祉法人 (2) 医療法人 (3) 民間企業 (4) NPO 法人 (5) 地方自治体
(6) その他 ()

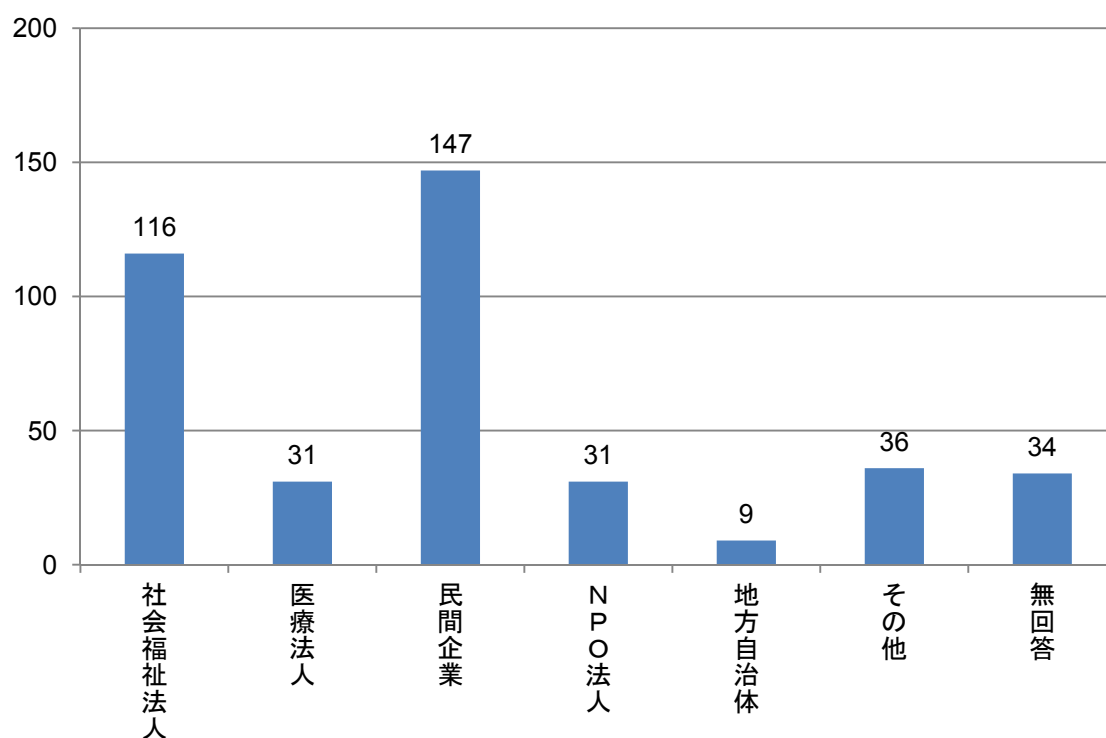


Figure 13 勤務先法人の種別

Table 13 勤務先法人の種別

行ラベル	データの個数	(%)
社会福祉法人	116	28.7%
医療法人	31	7.7%
民間企業	147	36.4%
NPO 法人	31	7.7%
地方自治体	9	2.2%
その他	36	8.9%
無回答	34	8.4%
総計	404	

その他

- JA
- 家事都合で退職
- 協同組合
- 公務員
- 財団法人
- 財団法人公社
- 生活協同組合
- 徳志会医療研究所
- 農業共同組合
- 福祉カレッジ
- 民医連
- 木更津社会福祉協議会

4. 10. 現在勤めている法人での勤務年数

調査に回答した人が現在勤めている法人での勤務年数は、6年1ヶ月（73ヶ月）から8年（96ヶ月）が最も多く、平均は8年1ヶ月（97ヶ月）であった。

質問文および図・表下記の通りである。

問 10. あなたが現在勤めている法人は何年になりますか。

（ ）年（ ）ヶ月

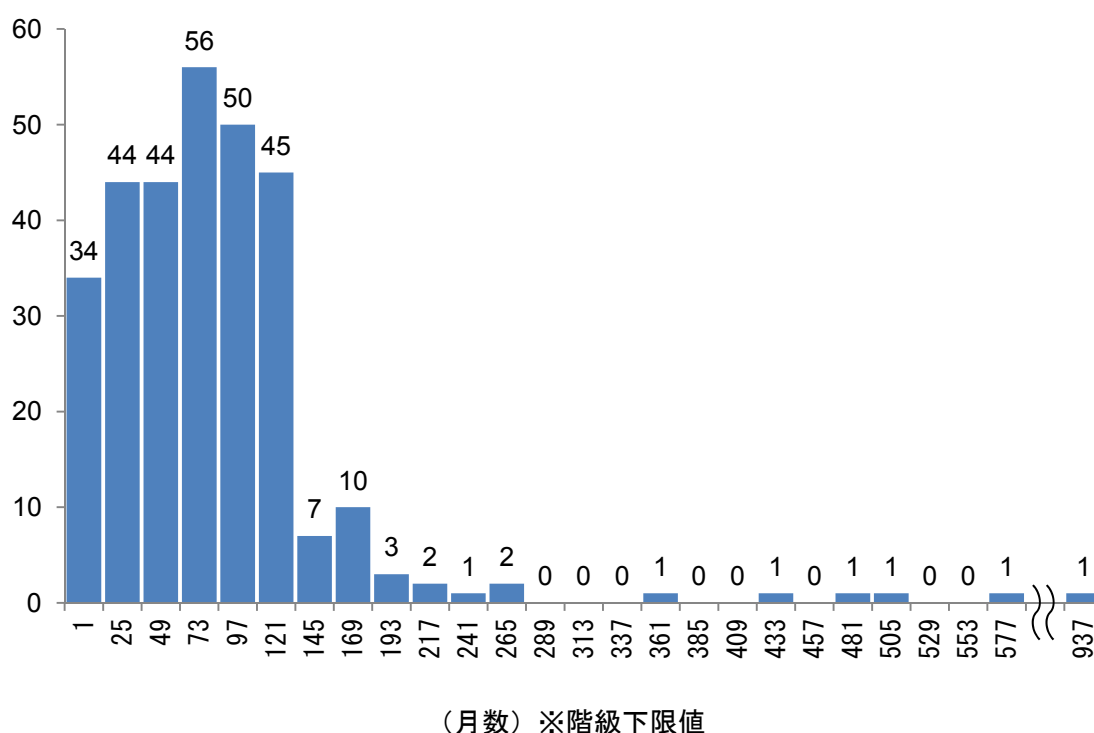


Figure 14 現在勤めている法人での勤務年数

Table 14 現在勤めている法人での勤務年数

階級下限値	実測度数	相対度数	累積相対度数
1	34	0.1118	0.1118
25	44	0.1447	0.2566
49	44	0.1447	0.4013
73	56	0.1842	0.5855
97	50	0.1645	0.7500
121	45	0.1480	0.8980
145	7	0.0230	0.9211
169	10	0.0329	0.9539
193	3	0.0099	0.9638
217	2	0.0066	0.9704
241	1	0.0033	0.9737
265	2	0.0066	0.9803
289	0	0.0000	0.9803
313	0	0.0000	0.9803
337	0	0.0000	0.9803
361	1	0.0033	0.9836
385	0	0.0000	0.9836
409	0	0.0000	0.9836
433	1	0.0033	0.9868
457	0	0.0000	0.9868
481	1	0.0033	0.9901
505	1	0.0033	0.9934
529	0	0.0000	0.9934
553	0	0.0000	0.9934
577	1	0.0033	0.9967
937	1	0.0033	1.0000

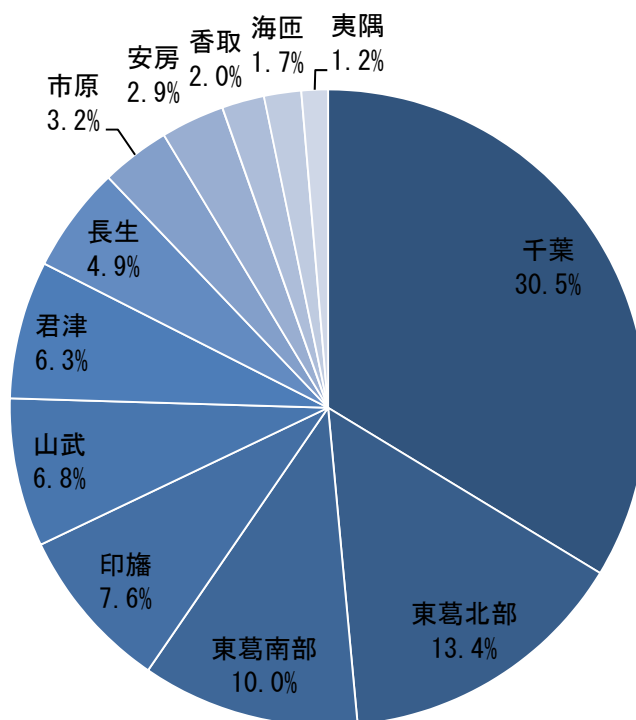
n	304
平 均	97.201 (8.1年)
標準偏差	87.399
最小値	1.000
最大値	960.000

4. 11. 勤めている法人の所在

調査に回答した人の勤めている法人（事業所）の所在地は下記の通りである。30%が千葉ブロックに位置し、東葛北部ブロックが13%、東葛南部ブロックが10%である。

問 11.あなたが勤めている法人（事業所）は千葉県のどこにありますか。

- (1)東葛北部ブロック (2)東葛南部ブロック (3)千葉ブロック (4)市原ブロック
(5)君津ブロック (6)安房ブロック (7)夷隅ブロック (8)長生ブロック
(9)印旛ブロック (10)山武ブロック (11)香取ブロック (12)海匠ブロック



N=371（無回答を除く）

Figure 15 勤めている法人の所在

Table 15 勤めている法人の所在

行ラベル	データの個数	(%)
千葉	125	30.5%
東葛北部	55	13.4%
東葛南部	41	10.0%
印旛	31	7.6%
山武	28	6.8%
君津	26	6.3%
長生	20	4.9%
市原	13	3.2%
安房	12	2.9%
香取	8	2.0%
海匝	7	1.7%
夷隅	5	1.2%
無回答	39	10.5%
総計	410	

4. 12. 雇用形態

調査に回答した人の雇用形態は、正規職員が 147 (35.9%)、非正規職員が 161 (39.3%) であった。質問文および図・表は下記の通りである。なお、「その他」(自由記述) の中にも正規または非正規職員と推察できるものがあるが、ここでは回答をそのまま一覧とした。

問 12. あなたの雇用形態についてお聞きます。当てはまるものに○をつけてください。

(1) 正規職員 (2) 非正規職員 (3) その他 ()

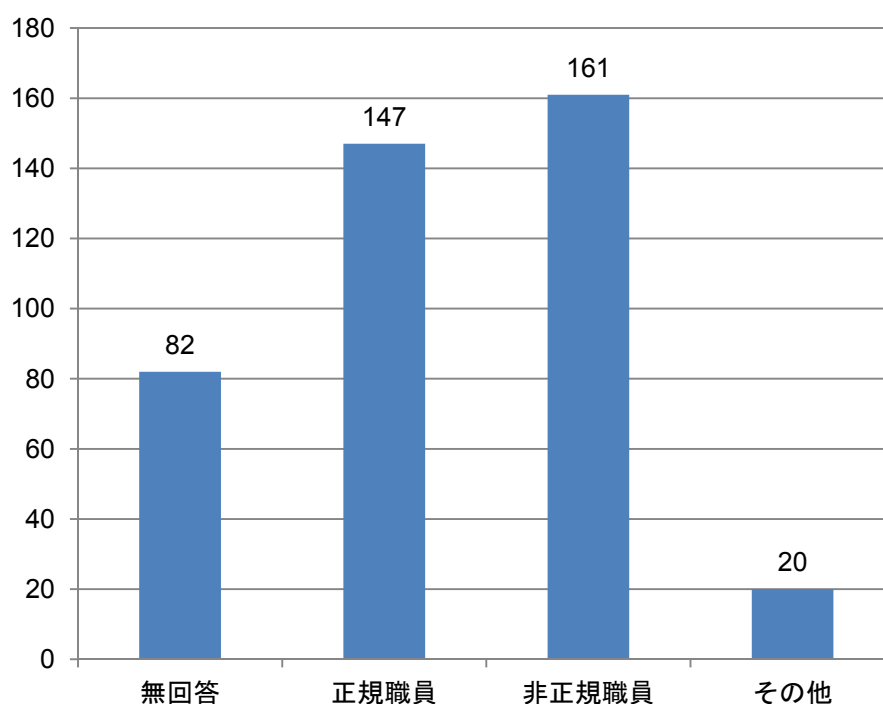


Figure 16 雇用形態

その他

- | | |
|---------------------|--------------|
| ● 1年ごとに更新によるパートヘルパー | ● 代表 |
| ● パート職員 | ● 登録ヘルパー |
| ● 管理者 | ● 登録ヘルパー直行直帰 |
| ● 契約社員 | ● 登録型非常勤 |
| ● 経営者 | ● 登録社員 |
| ● 高齢者状況調査の調査員 | ● 非常勤 |
| ● 社長 | ● 役員 |
| ● 嘱託職員 | |

Table 16 雇用形態

行ラベル	データの個数 / [問 12]	(%)
正規職員	147	35.9%
非正規職員	161	39.3%
その他	20	4.9%
無回答	82	20.0%
総計	410	

4. 13. 業務形態

調査に回答した人の業務形態は、ホームヘルパーが 112 (43.8%)、サービス提供責任者が 115 (44.9%)、ケアマネジャーが 21 (8.2%) であった。質問文および図・表は下記の通りである。

問 13. あなたの業務形態についてお聞きます。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) ホームヘルパー (2) サービス提供責任者 (3) ケアマネジャー
(4) その他 ()

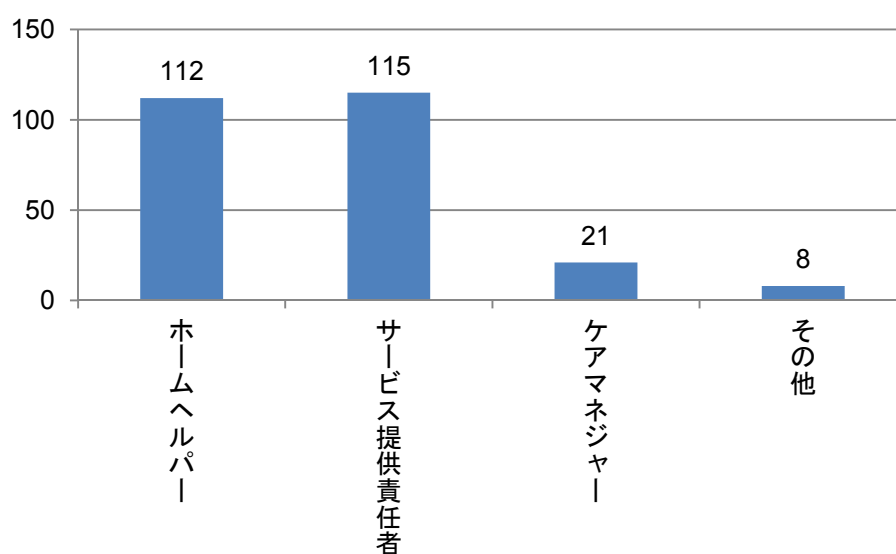


Figure 17 業務形態

Table 17 業務形態

行ラベル	データの個数	(%)
ホームヘルパー	112	43.8%
サービス提供責任者	115	44.9%
ケアマネジャー	21	8.2%
その他	8	3.1%
無回答	154	60.2%
計	256	

その他

- 所長
- 管理者

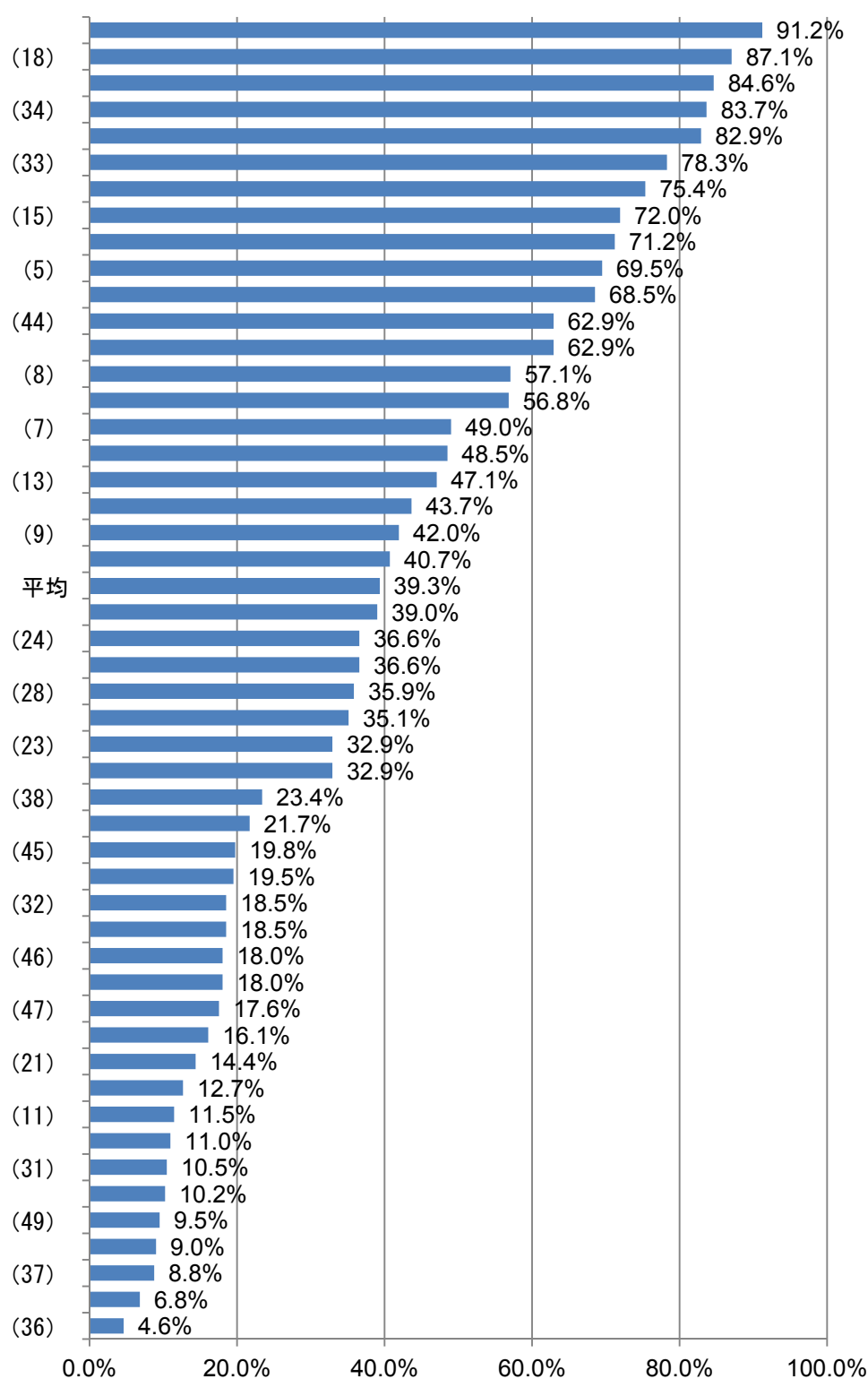
4. 14. 医療的ケアに関する結果

次に、医療的ケアに関する現状を問うた設問群の結果を説明する。

本調査では、49 の医療的ケアについて

- ・実施したことがあるか
- ・実施したとき、もしくは実施するとするならば不安があるか
- ・不安の程度
- ・当該医療的ケアについて研修を受けたことがあるか
- ・研修は所属組織内で実施されたか、それとも外部で実施されたかを問うている。

4.14.1.医療的ケアの実施状況



実施率の高い順にソートして作図

Figure 18 実施率

Table 18 実施率（第1表）

設問 番号	医療的ケア名	ある	ない	無回答	計	実施率
01	バイタル測定（脈拍）	281	101	28	410	68.5%
02	バイタル測定（呼吸）	292	83	35	410	71.2%
03	バイタル測定（体温）	374	21	15	410	91.2%
04	バイタル測定（血圧）	347	47	16	410	84.6%
05	バイタル測定（意識）	285	92	33	410	69.5%
06	パルスオキシメーター	89	293	28	410	21.7%
07	水分出納モニタ（摂取）	201	179	30	410	49.0%
08	水分出納モニタ（排泄）	234	136	40	410	57.1%
09	栄養モニタリング	172	205	33	410	42.0%
10	呼吸機能のアセスメント	144	240	26	410	35.1%
11	気道の加湿	47	336	27	410	11.5%
12	腸管運動促進	150	238	22	410	36.6%
13	便性調整	193	202	15	410	47.1%
14	尿意誘発	135	257	18	410	32.9%
15	目のケア	295	104	11	410	72.0%
16	耳のケア	199	197	14	410	48.5%
17	爪のケア	340	53	17	410	82.9%
18	口腔ケア	357	38	15	410	87.1%
19	フットケア	167	226	17	410	40.7%
20	応急処置	179	209	22	410	43.7%
21	摘便	59	339	12	410	14.4%
22	冷罨法	258	139	13	410	62.9%
23	温罨法	135	256	19	410	32.9%
24	胸壁振動法	150	241	19	410	36.6%
25	関節可動域の維持・拡大	160	231	19	410	39.0%
26	末梢循環促進ケア	80	314	16	410	19.5%
27	嚥下リハビリテーション	37	356	17	410	9.0%
28	ストマ管理（観察）	147	246	17	410	35.9%
29	ストマ管理（交換）	76	247	87	410	18.5%
30	経口与薬	233	158	19	410	56.8%
31	経管与薬	43	335	32	410	10.5%
32	経直腸与薬	76	312	22	410	18.5%
33	薬剤貼付（ハップ）	321	76	13	410	78.3%
34	薬剤塗布	343	52	15	410	83.7%

Table 19 実施率（第2表）

設問 番号	医療的ケア名	ある	ない	無回答	計	実施率
35	点眼	309	76	25	410	75.4%
36	点耳	19	367	24	410	4.6%
37	薬剤吸入	36	349	25	410	8.8%
38	酸素療法の管理	96	294	20	410	23.4%
39	経管栄養（経鼻）の管理	28	361	21	410	6.8%
40	経栄養（胃瘻）管理：準備	74	271	65	410	18.0%
41	経栄養（胃瘻）管理：接続	45	298	67	410	11.0%
42	経栄養（胃瘻）管理：注入	52	292	66	410	12.7%
43	経栄養（胃瘻）管理：洗浄	66	277	67	410	16.1%
44	褥瘡ケア	258	139	13	410	62.9%
45	持続導尿の管理	81	301	28	410	19.8%
46	浣腸	74	314	22	410	18.0%
47	経口吸引（口腔内）※	72	320	18	410	17.6%
48	気管吸引（切開）※	42	308	60	410	10.2%
49	気管吸引（口腔）※	39	305	66	410	9.5%

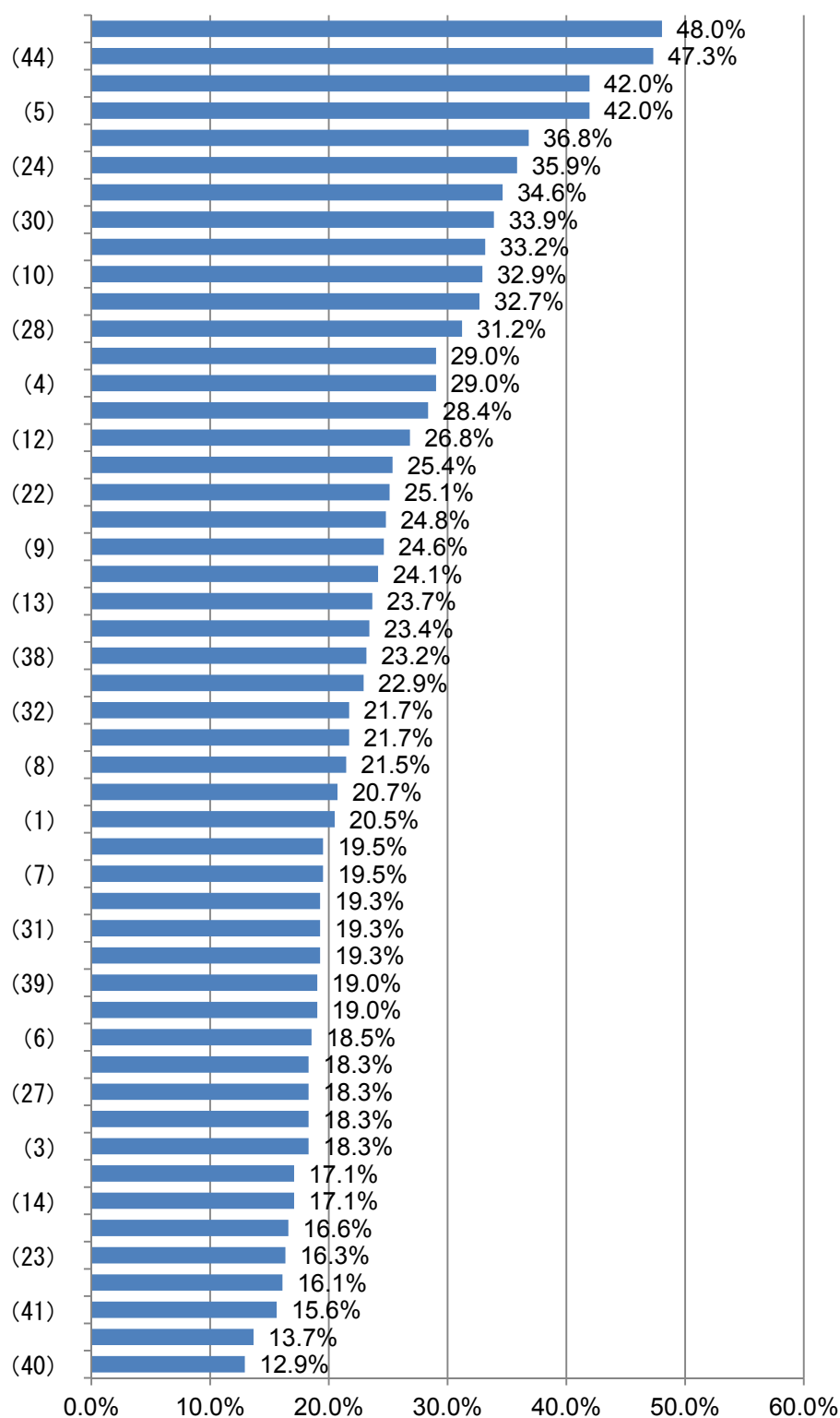
※条件付き

実施率は、無回答を含めた回答数を分母として、各医療的ケアについて「実施あり」と回答した数を分子として計算した。

実施率の高い医療的ケアは「バイタル測定（体温）」で、91.2%が実施している。次いで「口腔ケア」が87.1%、「バイタル測定（血圧）」が84.6%、「薬剤塗布」が83.7%となっている。

実施率の低い医療的ケアは「嚥下リハビリテーション」は9.0%、「薬剤吸入」が8.8%、「経管栄養（経鼻）の管理」が6.8%、「点耳」が4.6%となった。

4.14.2.不安の有無



不安有り率の高い順にソートして作図

Figure 19 不安の有無（不安有りの割合）

Table 20 不安の有無（第1表）

NO	医療的ケア名	ある	ない	無回答	計	不安あり率
01	バイタル測定（脈拍）	84	198	128	410	20.5%
02	バイタル測定（呼吸）	134	157	119	410	32.7%
03	バイタル測定（体温）	75	267	68	410	18.3%
04	バイタル測定（血圧）	119	207	84	410	29.0%
05	バイタル測定（意識）	172	105	133	410	42.0%
06	パルスオキシメーター	76	71	263	410	18.5%
07	水分出納モニタ（摂取）	80	130	200	410	19.5%
08	水分出納モニタ（排泄）	88	135	187	410	21.5%
09	栄養モニタリング	101	99	210	410	24.6%
10	呼吸機能のアセスメント	135	50	225	410	32.9%
11	気道の加湿	75	54	281	410	18.3%
12	腸管運動促進	110	82	218	410	26.8%
13	便性調整	97	127	186	410	23.7%
14	尿意誘発	70	107	233	410	17.1%
15	目のケア	89	185	136	410	21.7%
16	耳のケア	119	105	186	410	29.0%
17	爪のケア	197	117	96	410	48.0%
18	口腔ケア	151	181	78	410	36.8%
19	フットケア	142	71	197	410	34.6%
20	応急処置	172	37	201	410	42.0%
21	摘便	104	35	271	410	25.4%
22	冷罨法	103	159	148	410	25.1%
23	温罨法	67	114	229	410	16.3%
24	胸壁振動法	147	45	218	410	35.9%
25	関節可動域の維持・拡大	136	65	209	410	33.2%
26	末梢循環促進ケア	79	64	267	410	19.3%
27	嚥下リハビリテーション	75	41	294	410	18.3%
28	ストマ管理（観察）	128	55	227	410	31.2%
29	ストマ管理（交換）	80	44	286	410	19.5%
30	経口与薬	139	109	162	410	33.9%
31	経管与薬	79	36	295	410	19.3%
32	経直腸与薬	89	53	268	410	21.7%
33	薬剤貼付（ハップ）	70	228	112	410	17.1%
34	薬剤塗布	85	228	97	410	20.7%

Table 21 不安の有無（第1表）

NO	医療的ケア名	ある	ない	無回答	計	不安あり率
35	点眼	78	209	123	410	19.0%
36	点耳	66	38	306	410	16.1%
37	薬剤吸入	75	36	299	410	18.3%
38	酸素療法の管理	95	54	261	410	23.2%
39	経管栄養（経鼻）の管理	78	30	302	410	19.0%
40	経栄養（胃瘻）管理：準備	53	56	301	410	12.9%
41	経栄養（胃瘻）管理：接続	64	37	309	410	15.6%
42	経栄養（胃瘻）管理：注入	68	36	306	410	16.6%
43	経栄養（胃瘻）管理：洗浄	56	52	302	410	13.7%
44	褥瘡ケア	194	74	142	410	47.3%
45	持続導尿の管理	79	50	281	410	19.3%
46	浣腸	94	44	272	410	22.9%
47	経口吸引（口腔内）※	116	30	263	409	28.4%
48	気管吸引（切開）※	99	16	295	410	24.1%
49	気管吸引（口腔）※	96	13	301	410	23.4%

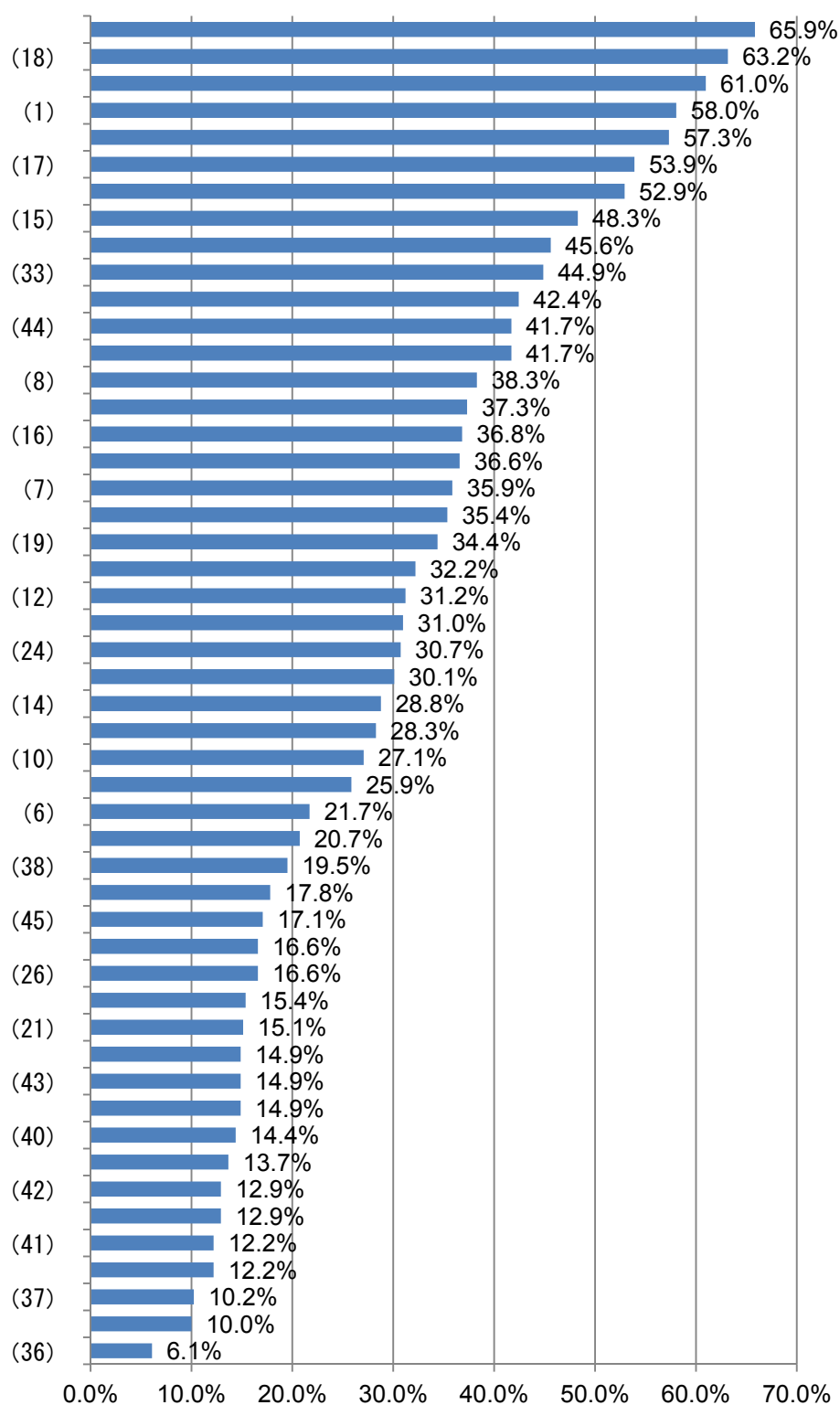
※条件付き

不安有り率は、無回答を含めた回答数を分母として、各医療的ケアについて「不安がある」と回答した数を分子として計算した。

不安有り率が高い医療的ケアは「爪のケア」の48.0%が最も高いが、「褥瘡ケア」も47.3%と同様に高い値となっている。次いで、「応急処置」と「バイタル測定（意識）」がともに42.0%となっている。

不安有り率が低い医療的ケアは、「点耳」16.1%、「経管栄養（胃瘻）管理：接続」15.6%、「経管栄養（胃瘻）管理：洗浄」13.7%、「経管栄養（胃瘻）管理：準備」12.9%となっている。

4.14.3.研修の実施



研修実施率の高い順にソートして作図

Figure 20 研修の実施率

Table 22 研修の実施率（第1表）

NO	医療的ケア名	内	外	両方	無回答	計	研修率
01	バイタル測定（脈拍）	104	121	13	172	410	58.0%
02	バイタル測定（呼吸）	103	122	10	175	410	57.3%
03	バイタル測定（体温）	123	130	17	140	410	65.9%
04	バイタル測定（血圧）	118	123	9	160	410	61.0%
05	バイタル測定（意識）	87	114	16	193	410	52.9%
06	パルスオキシメーター	40	48	1	321	410	21.7%
07	水分出納モニタ（摂取）	73	72	2	263	410	35.9%
08	水分出納モニタ（排泄）	79	73	5	253	410	38.3%
09	栄養モニタリング	58	72	2	278	410	32.2%
10	呼吸機能のアセスメント	47	58	6	299	410	27.1%
11	気道の加湿	19	39	3	349	410	14.9%
12	腸管運動促進	51	74	3	282	410	31.2%
13	便性調整	71	77	2	260	410	36.6%
14	尿意誘発	60	57	1	292	410	28.8%
15	目のケア	92	100	6	212	410	48.3%
16	耳のケア	72	76	3	259	410	36.8%
17	爪のケア	97	119	5	189	410	53.9%
18	口腔ケア	119	125	15	151	410	63.2%
19	フットケア	66	67	8	269	410	34.4%
20	応急処置	62	84	7	257	410	37.3%
21	摘便	24	35	3	348	410	15.1%
22	冷罨法	85	80	9	236	410	42.4%
23	温罨法	52	48	6	304	410	25.9%
24	胸壁振動法	53	66	7	284	410	30.7%
25	関節可動域の維持・拡大	48	73	6	283	410	31.0%
26	末梢循環促進ケア	32	31	5	342	410	16.6%
27	嚥下リハビリテーション	17	33	0	360	410	12.2%
28	ストマ管理（観察）	48	64	4	294	410	28.3%
29	ストマ管理（交換）	31	40	2	337	410	17.8%
30	経口与薬	64	72	9	265	410	35.4%
31	経管与薬	20	31	2	357	410	12.9%
32	経直腸与薬	33	33	2	342	410	16.6%
33	薬剤貼付（ハップ）	84	93	7	226	410	44.9%
34	薬剤塗布	83	94	10	223	410	45.6%

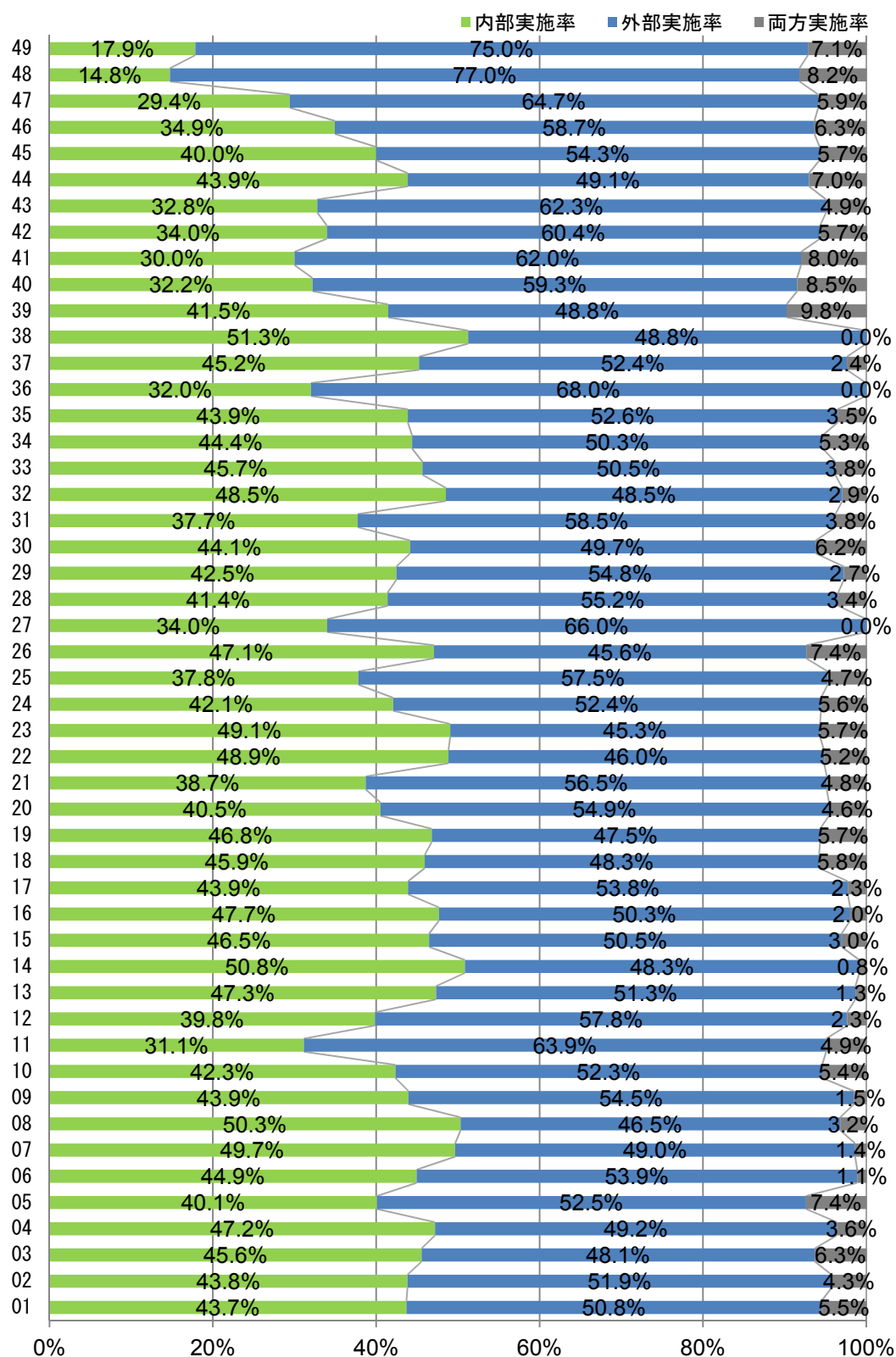
Table 23 研修の実施率（第2表）

N0	医療的ケア名	内	外	両方	無回答	計	研修率
35	点眼	75	90	6	239	410	41.7%
36	点耳	8	17	0	385	410	6.1%
37	薬剤吸入	19	22	1	368	410	10.2%
38	酸素療法の管理	41	39	0	330	410	19.5%
39	経管栄養（経鼻）の管理	17	20	4	369	410	10.0%
40	経栄養（胃瘻）管理：準備	19	35	5	351	410	14.4%
41	経栄養（胃瘻）管理：接続	15	31	4	360	410	12.2%
42	経栄養（胃瘻）管理：注入	18	32	3	357	410	12.9%
43	経栄養（胃瘻）管理：洗浄	20	38	3	349	410	14.9%
44	褥瘡ケア	75	84	12	239	410	41.7%
45	持続導尿の管理	28	38	4	340	410	17.1%
46	浣腸	22	37	4	347	410	15.4%
47	経口吸引（口腔内）※	25	55	5	325	410	20.7%
48	気管吸引（切開）※	9	47	5	349	410	14.9%
49	気管吸引（口腔）※	10	42	4	354	410	13.7%

※条件付き

研修率は、無回答を含めた回答数を分母として、各医療的ケアについて「内部」と「外部」「両方」と回答した数の合計を分子として計算した。

4.14.4.研修の内外別実施率



設問番号でソートして作図

Figure 21 研修の内外別実施率

Table 24 研修の内外別実施率（第1表）

NO	医療的ケア名	内部実施率	外部実施率	両方実施率
		内部実施数／実施総数	外部実施数／実施総数	内外実施数／実施総数
01	バイタル測定（脈拍）	43.7%	50.8%	5.5%
02	バイタル測定（呼吸）	43.8%	51.9%	4.3%
03	バイタル測定（体温）	45.6%	48.1%	6.3%
04	バイタル測定（血圧）	47.2%	49.2%	3.6%
05	バイタル測定（意識）	40.1%	52.5%	7.4%
06	パルスオキシメーター	44.9%	53.9%	1.1%
07	水分出納モニタ（摂取）	49.7%	49.0%	1.4%
08	水分出納モニタ（排泄）	50.3%	46.5%	3.2%
09	栄養モニタリング	43.9%	54.5%	1.5%
10	呼吸機能のアセスメント	42.3%	52.3%	5.4%
11	気道の加湿	31.1%	63.9%	4.9%
12	腸管運動促進	39.8%	57.8%	2.3%
13	便性調整	47.3%	51.3%	1.3%
14	尿意誘発	50.8%	48.3%	0.8%
15	目のケア	46.5%	50.5%	3.0%
16	耳のケア	47.7%	50.3%	2.0%
17	爪のケア	43.9%	53.8%	2.3%
18	口腔ケア	45.9%	48.3%	5.8%
19	フットケア	46.8%	47.5%	5.7%
20	応急処置	40.5%	54.9%	4.6%
21	摘便	38.7%	56.5%	4.8%
22	冷罨法	48.9%	46.0%	5.2%
23	温罨法	49.1%	45.3%	5.7%
24	胸壁振動法	42.1%	52.4%	5.6%
25	関節可動域の維持・拡大	37.8%	57.5%	4.7%
26	末梢循環促進ケア	47.1%	45.6%	7.4%
27	嚥下リハビリテーション	34.0%	66.0%	0.0%
28	ストマ管理（観察）	41.4%	55.2%	3.4%
29	ストマ管理（交換）	42.5%	54.8%	2.7%
30	経口与薬	44.1%	49.7%	6.2%
31	経管与薬	37.7%	58.5%	3.8%
32	経直腸与薬	48.5%	48.5%	2.9%
33	薬剤貼付（ハップ）	45.7%	50.5%	3.8%
34	薬剤塗布	44.4%	50.3%	5.3%

Table 25 研修の内外別実施率（第2表）

NO	医療的ケア名	内部実施率	外部実施率	両方実施率
		内部実施数／実施総数	外部実施数／実施総数	内外実施数／実施総数
35	点眼	43.9%	52.6%	3.5%
36	点耳	32.0%	68.0%	0.0%
37	薬剤吸入	45.2%	52.4%	2.4%
38	酸素療法の管理	51.3%	48.8%	0.0%
39	経管栄養（経鼻）の管理	41.5%	48.8%	9.8%
40	経栄養（胃瘻）管理：準備	32.2%	59.3%	8.5%
41	経栄養（胃瘻）管理：接続	30.0%	62.0%	8.0%
42	経栄養（胃瘻）管理：注入	34.0%	60.4%	5.7%
43	経栄養（胃瘻）管理：洗浄	32.8%	62.3%	4.9%
44	褥瘡ケア	43.9%	49.1%	7.0%
45	持続導尿の管理	40.0%	54.3%	5.7%
46	浣腸	34.9%	58.7%	6.3%
47	経口吸引（口腔内）※	29.4%	64.7%	5.9%
48	気管吸引（切開）※	14.8%	77.0%	8.2%
49	気管吸引（口腔）※	17.9%	75.0%	7.1%

※条件付き

医療的ケアの研修を実施しているかを集計した。内容としては組織の内外もしくは両方でしたのかの3つの選択肢である。内部実施の研修率を内外、両方で実施したと回答した数を母数として、内部実施と回答した数を分子として算出した。

内部実施率が高い医療的ケアは「酸素療法の管理」で51.30%、次いで「尿意誘発」50.80%、「水分出納モニタ（摂取）」49.70%、「温罨法」が49.10%、「冷罨法」で48.90%、「水分出納モニタ（排泄）」50.30%となっている。

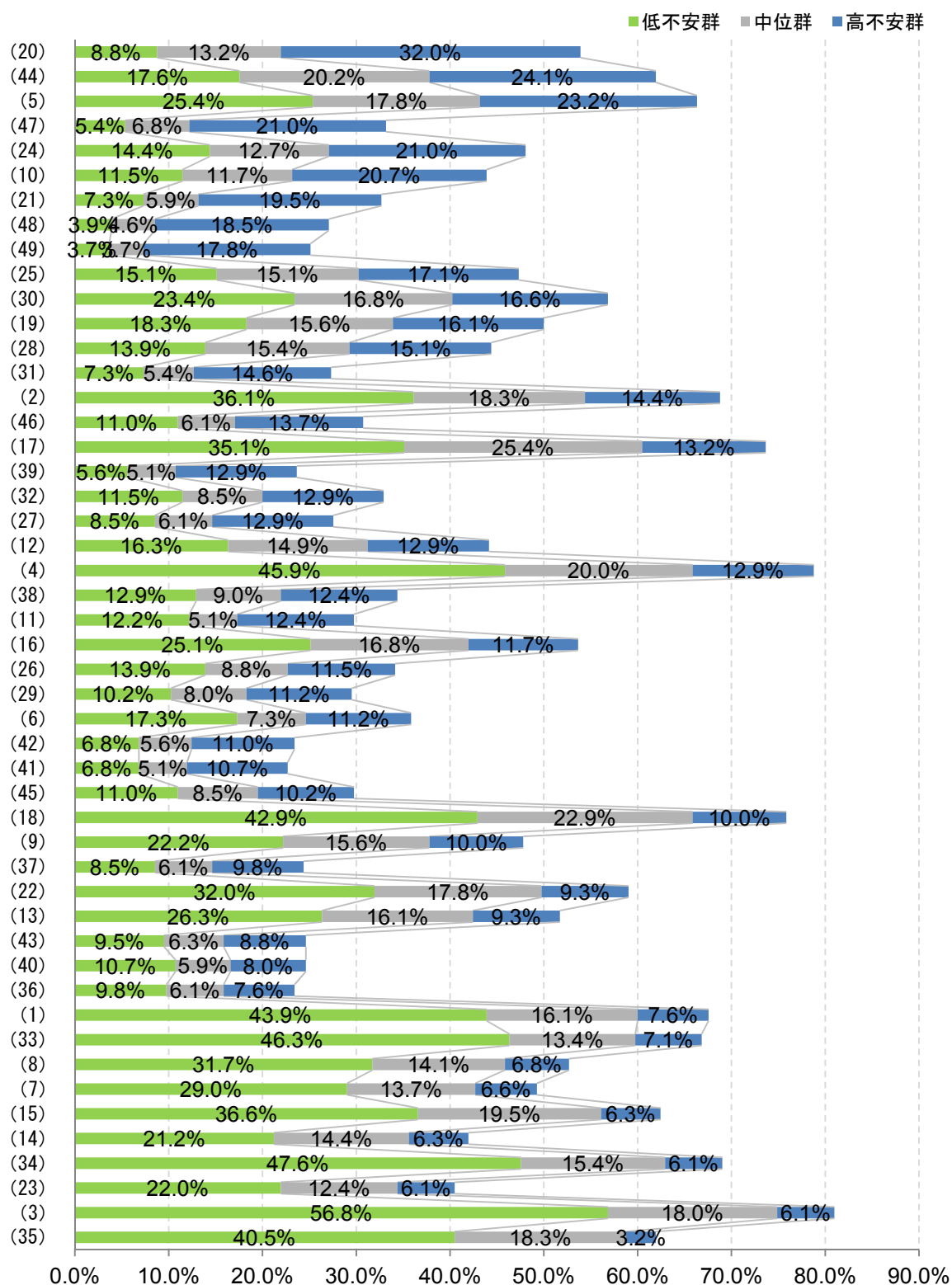
反対に、内部実施率が低い医療的ケアは「気管吸引（切開）※」14.80%だった。次いで、「気管吸引（口腔）※」17.90%、「経口吸引（口腔内）※」29.40%、「経管栄養（胃瘻）管理：接続」30.00%となっている。

外部実施率が高い医療的ケアは「気管吸引（切開）※」77.00%、「気管吸引（口腔）※」75.00%となっている。次いで、「点耳」68.00%、「嚥下リハビリテーション」66.00%、「経口吸引（口腔内）※」64.70%、「気道の加湿」63.90%となった。

反対に、外部実施率が高い医療的ケアは「フットケア」47.50%、「水分出納モニタ（排泄）」46.50%、「冷罨法」46.00%となった。次いで、「末梢循環促進ケア」45.60%、「温罨法」45.30%となっている。

両方実施率が高い医療的ケアは「経管栄養（胃瘻）管理：接続」8.00%だった。次いで、「気管吸引（切開）※」8.20%、「経管栄養（胃瘻）管理：準備」8.50%、「経管栄養（経鼻）の管理」9.80%である。反対に、両方実施率が低い医療的ケアは「尿意誘発」で0.80%だった。「点耳」「嚥下リハビリテーション」「酸素療法の管理」は0%だった。

4.14.5.不安の程度



高不安群の割合が高い順にソートして作図。
 低不安群、中位群、高不安群は、無回答を含めた回答数を分母とし、「低不安群」は不安の程度1および2の値を分子に、「中位群」は不安の程度3を分子に、「高不安群」は不安の程度4および5を分子にして算出した。

Figure 22 不安の程度（高中低位群）

Table 26 不安の程度（高中低位群）（第1表）

設問 番号	1（低）	2	3	4	5（高）	無回答	計	低不安群	中位群	高不安群
01	124	56	66	18	13	133	410	43.9%	16.1%	7.6%
02	86	62	75	39	20	128	410	36.1%	18.3%	14.4%
03	166	67	74	17	8	78	410	56.8%	18.0%	6.1%
04	125	63	82	39	14	87	410	45.9%	20.0%	12.9%
05	58	46	73	50	45	138	410	25.4%	17.8%	23.2%
06	52	19	30	23	23	263	410	17.3%	7.3%	11.2%
07	79	40	56	19	8	208	410	29.0%	13.7%	6.6%
08	82	48	58	19	9	194	410	31.7%	14.1%	6.8%
09	50	41	64	30	11	214	410	22.2%	15.6%	10.0%
10	27	20	48	51	34	230	410	11.5%	11.7%	20.7%
11	29	21	21	24	27	288	410	12.2%	5.1%	12.4%
12	39	28	61	36	17	229	410	16.3%	14.9%	12.9%
13	60	48	66	28	10	198	410	26.3%	16.1%	9.3%
14	47	40	59	18	8	238	410	21.2%	14.4%	6.3%
15	92	58	80	19	7	154	410	36.6%	19.5%	6.3%
16	53	50	69	37	11	190	410	25.1%	16.8%	11.7%
17	59	85	104	44	10	108	410	35.1%	25.4%	13.2%
18	99	77	94	35	6	99	410	42.9%	22.9%	10.0%
19	37	38	64	49	17	205	410	18.3%	15.6%	16.1%
20	19	17	54	60	71	189	410	8.8%	13.2%	32.0%
21	16	14	24	33	47	276	410	7.3%	5.9%	19.5%
22	80	51	73	27	11	168	410	32.0%	17.8%	9.3%
23	55	35	51	18	7	244	410	22.0%	12.4%	6.1%
24	24	35	52	54	32	213	410	14.4%	12.7%	21.0%
25	32	30	62	42	28	216	410	15.1%	15.1%	17.1%
26	37	20	36	32	15	270	410	13.9%	8.8%	11.5%
27	21	14	25	32	21	297	410	8.5%	6.1%	12.9%
28	31	26	63	37	25	228	410	13.9%	15.4%	15.1%
29	23	19	33	26	20	289	410	10.2%	8.0%	11.2%
30	51	45	69	47	21	177	410	23.4%	16.8%	16.6%
31	17	13	22	23	37	298	410	7.3%	5.4%	14.6%
32	26	21	35	26	27	275	410	11.5%	8.5%	12.9%
33	128	62	55	21	8	136	410	46.3%	13.4%	7.1%
34	126	69	63	18	7	127	410	47.6%	15.4%	6.1%

Table 27 不安の程度（高中低位群）（第2表）

設問 番号	1（低）	2	3	4	5（高）	無回答	計	低不安群	中位群	高不安群
35	109	57	75	9	4	156	410	40.5%	18.3%	3.2%
36	21	19	25	15	16	314	410	9.8%	6.1%	7.6%
37	20	15	25	18	22	310	410	8.5%	6.1%	9.8%
38	23	30	37	28	23	269	410	12.9%	9.0%	12.4%
39	13	10	21	18	35	313	410	5.6%	5.1%	12.9%
40	24	20	24	12	21	309	410	10.7%	5.9%	8.0%
41	15	13	21	16	28	317	410	6.8%	5.1%	10.7%
42	14	14	23	16	29	314	410	6.8%	5.6%	11.0%
43	22	17	26	13	23	309	410	9.5%	6.3%	8.8%
44	28	44	83	61	38	156	410	17.6%	20.2%	24.1%
45	24	21	35	15	27	288	410	11.0%	8.5%	10.2%
46	23	22	25	34	22	284	410	11.0%	6.1%	13.7%
47	13	9	28	30	56	274	410	5.4%	6.8%	21.0%
48	11	5	19	23	53	299	410	3.9%	4.6%	18.5%
49	10	5	15	19	54	307	410	3.7%	3.7%	17.8%

高不安群の割合が最も高い医療的ケアは、「応急処置」32%であった。次いで、「褥瘡ケア」24.1%、「バイタル測定（意識）」23.2%、「胸壁振動法」と「経口吸引（口腔内）※」がそれぞれ21%、「呼吸機能のアセスメント」20.7%、「排便」19.5%となっている。

高不安群の割合が最も低い医療的ケアは、「点眼」3.2%であった。次いで、「バイタル測定（体温）」と「温罨法」および「薬剤塗布」がそれぞれ6.1%、「尿意誘発」と「目のケア」はそれぞれ6.3%、「水分出納モニタ（摂取）」6.6%、「水分出納モニタ（排泄）」6.8%となっている。

低不安群の割合が最も高い医療的ケアは、「バイタル測定（体温）」56.8%であった。次いで、「薬剤塗布」が47.6%、「薬剤貼付（ハップ）」46.3%、「バイタル測定（血圧）」45.9%、「バイタル測定（脈拍）」43.9%、「口腔ケア」42.9%、「点眼」40.5%、「目のケア」36.6%となっている。

低不安群の割合が最も低い医療的ケアは「気管吸引（口腔）※」3.7%であった。次いで、「気管吸引（切開）※」3.9%、「経口吸引（口腔内）※」5.4%、「経管栄養（経鼻）の管理」5.6%、「経管栄養（胃瘻）管理：注入」と「経管栄養（胃瘻）管理：接続」がそれぞれ6.8%、「排便」と「経管与薬」がそれぞれ7.3%、「嚥下リハビリテーション」と「薬剤吸入」がそれぞれ8.5%、「応急処置」8.8%となっている。

4.14.6.不安の加重平均

各医療的ケアについて不安の程度を把握するため、医療的ケアごとに加重平均値を算出した。不安の程度の加重平均は下式によって算出した。結果、「気管吸引（口腔）」が 3.99 で最大となった。次いで、「気管吸引（切開）」3.92、「経口吸引（口腔内）」3.79 となった（下表網掛け部分）。これらは条件付きの医療的ケアだった。

$$\frac{(\text{程度1の回答数} \times 1) + (\text{程度2の回答数} \times 2) + (\text{程度3の回答数} \times 3) + (\text{程度4の回答数} \times 4) + (\text{程度5の回答数} \times 5)}{\text{不安の程度の有効回答数}}$$

Table 28 不安の程度の加重平均

設問番号	医療的ケア名	加重平均	設問番号	医療的ケア名	加重平均
1	バイタル測定（脈拍）	2.06	26	末梢循環促進ケア	2.77
2	バイタル測定（呼吸）	2.45	27	嚥下リハビリテーション	3.16
3	バイタル測定（体温）	1.90	28	ストマ管理（観察）	2.99
4	バイタル測定（血圧）	2.24	29	ストマ管理（交換）	3.01
5	バイタル測定（意識）	2.92	30	経口与薬	2.75
6	パルスオキシメーター	2.63	31	経管与薬	3.45
7	水分出納モニタ（摂取）	2.19	32	経直腸与薬	3.05
8	水分出納モニタ（排泄）	2.19	33	薬剤貼付（ハップ）	1.97
9	栄養モニタリング	2.55	34	薬剤塗布	1.98
10	呼吸機能のアセスメント	3.25	35	点眼	1.98
11	気道の加湿	2.99	36	点耳	2.85
12	腸管運動促進	2.80	37	薬剤吸入	3.07
13	便性調整	2.43	38	酸素療法の管理	2.99
14	尿意誘発	2.42	39	経管栄養（経鼻）の管理	3.54
15	目のケア	2.18	40	経栄養（胃瘻）管理：準備	2.86
16	耳のケア	2.56	41	経栄養（胃瘻）管理：接続	3.31
17	爪のケア	2.54	42	経栄養（胃瘻）管理：注入	3.33
18	口腔ケア	2.27	43	経栄養（胃瘻）管理：洗浄	2.98
19	フットケア	2.86	44	褥瘡ケア	3.15
20	応急処置	3.67	45	持続導尿の管理	3.00
21	摘便	3.60	46	浣腸	3.08
22	冷罨法	2.33	47	経口吸引（口腔内）※	3.79
23	温罨法	2.32	48	気管吸引（切開）※	3.92
24	胸壁振動法	3.18	49	気管吸引（口腔）※	3.99
25	関節可動域の維持・拡大	3.02			

※条件付き

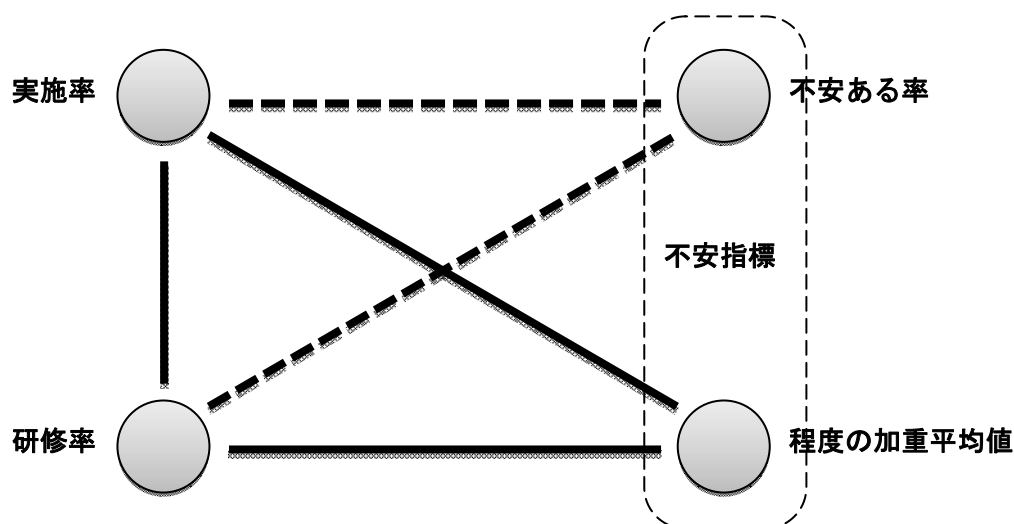
4. 15. 実施率、研修率と不安指標の関係

次に、各医療的ケアの実施率と研修（実施）率および不安の指標（不安有り率、不安の程度の加重平均）について散布図を作成し、相互の関係を分析した。

その結果、下図のようなことがいえる。医療的ケアの実施率と不安有り率は相関が弱く、同じく研修実施率と不安有り率は相関が弱いことがわかった。実施率と不安の程度の加重平均、研修率と不安の程度の加重平均は相関が認められた。さらに、実施率と研修率も相関が認められた。

このことから、研修と医療的ケアの実施には「研修をしているから実施する」もしくは「実施が必要であるから研修する」という関係があり、そのように認識されている医療的ケアについては不安の程度が低くなるということが推定される。

以降、それぞれの関係の散布図を説明する。

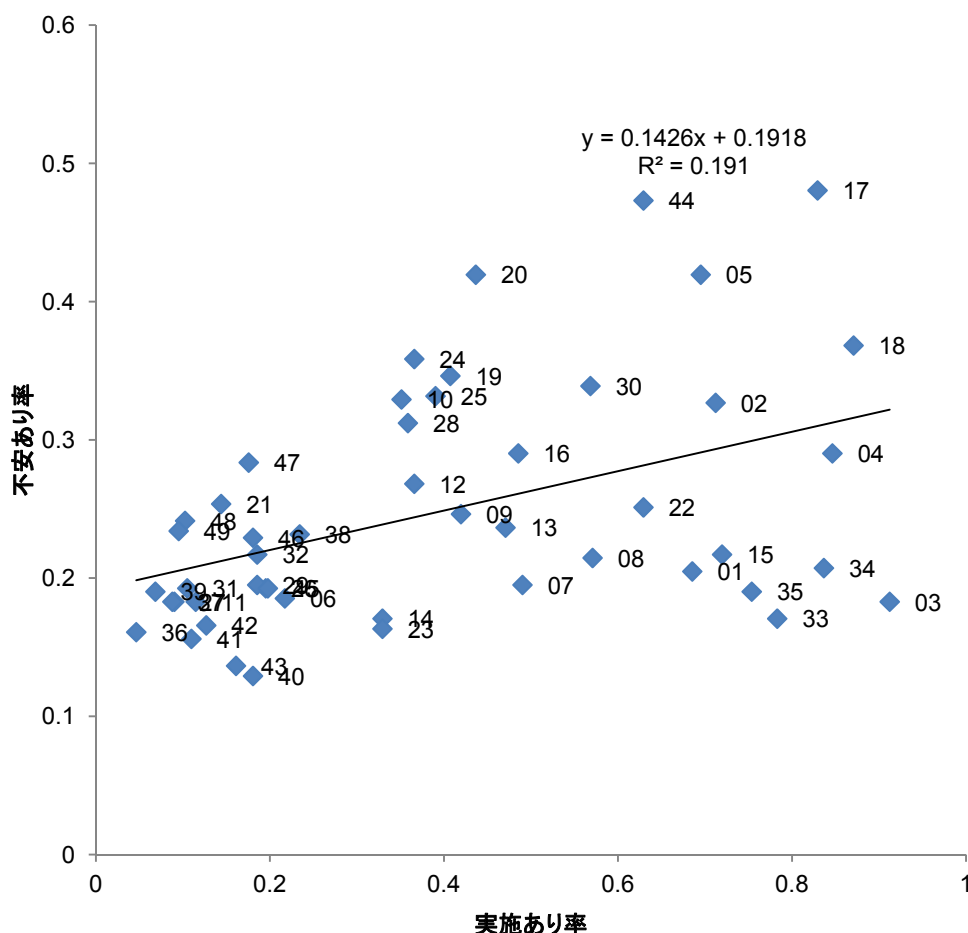


※実線は相関があり、破線は相関がない

Figure 23 実施率、研修率、不安ある率、不安の程度の相互関係のあらまし

4.15.1.実施あり率×不安あり率

各医療的ケアについて、実施あり率と不安有り率を散布図として作成した。その結果、相関係数は0.19となり、相関がないことがわかった。実施率が高いからといって、不安を認識する介護職を定価させることができないといえる。



【番号対応】 01:バイタル測定(脈拍)、02:バイタル測定(呼吸)、03:バイタル測定(体温)、04:バイタル測定(血圧)、05:バイタル測定(意識)、06:パルスオキシメーター、07:水分出納モニタ(摂取)、08:水分出納モニタ(排泄)、09: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:便性調整、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:排便、22:冷電法、23:温電法、24:胸壁振動法、25:関節可動域の維持・拡大、26:末梢循環促進ケア、27:嚥下リハビリテーション、28:ストマ管理(観察)、29:ストマ管理(交換)、30:経口与薬、31:経管与薬、32:経直腸与薬、33:薬剤貼付(ハップ)、34:薬剤塗布、35:点眼、36:点耳、37:薬剤吸入、38:酸素療法の管理、39:経管栄養(経鼻)の管理、40:経米(胃瘻)管理:準備、41:経米(胃瘻)管理:接続、42:経米(胃瘻)管理:注入、43:経米(胃瘻)管理:洗浄、44:褥瘡ケア、45:持続導尿の管理、46:浣腸、47:経口吸引(口腔内)※、48:気管吸引(切開)※、49:気管吸引(口腔)※

Figure 24 実施率と不安有り率の散布図

Table 29 実施率と不安有り率（第1表）

NO	医療的ケア名	実施あり率	不安あり率
01	バイタル測定（脈拍）	68.5%	20.5%
02	バイタル測定（呼吸）	71.2%	32.7%
03	バイタル測定（体温）	91.2%	18.3%
04	バイタル測定（血圧）	84.6%	29.0%
05	バイタル測定（意識）	69.5%	42.0%
06	パルスオキシメーター	21.7%	18.5%
07	水分出納モニタ（摂取）	49.0%	19.5%
08	水分出納モニタ（排泄）	57.1%	21.5%
09	栄養モニタリング	42.0%	24.6%
10	呼吸機能のアセスメント	35.1%	32.9%
11	気道の加湿	11.5%	18.3%
12	腸管運動促進	36.6%	26.8%
13	便性調整	47.1%	23.7%
14	尿意誘発	32.9%	17.1%
15	目のケア	72.0%	21.7%
16	耳のケア	48.5%	29.0%
17	爪のケア	82.9%	48.0%
18	口腔ケア	87.1%	36.8%
19	フットケア	40.7%	34.6%
20	応急処置	43.7%	42.0%
21	摘便	14.4%	25.4%
22	冷罨法	62.9%	25.1%
23	温罨法	32.9%	16.3%
24	胸壁振動法	36.6%	35.9%
25	関節可動域の維持・拡大	39.0%	33.2%
26	末梢循環促進ケア	19.5%	19.3%
27	嚥下リハビリテーション	9.0%	18.3%
28	ストマ管理（観察）	35.9%	31.2%
29	ストマ管理（交換）	18.5%	19.5%
30	経口与薬	56.8%	33.9%
31	経管与薬	10.5%	19.3%

Table 30 実施率と不安有り率（第2表）

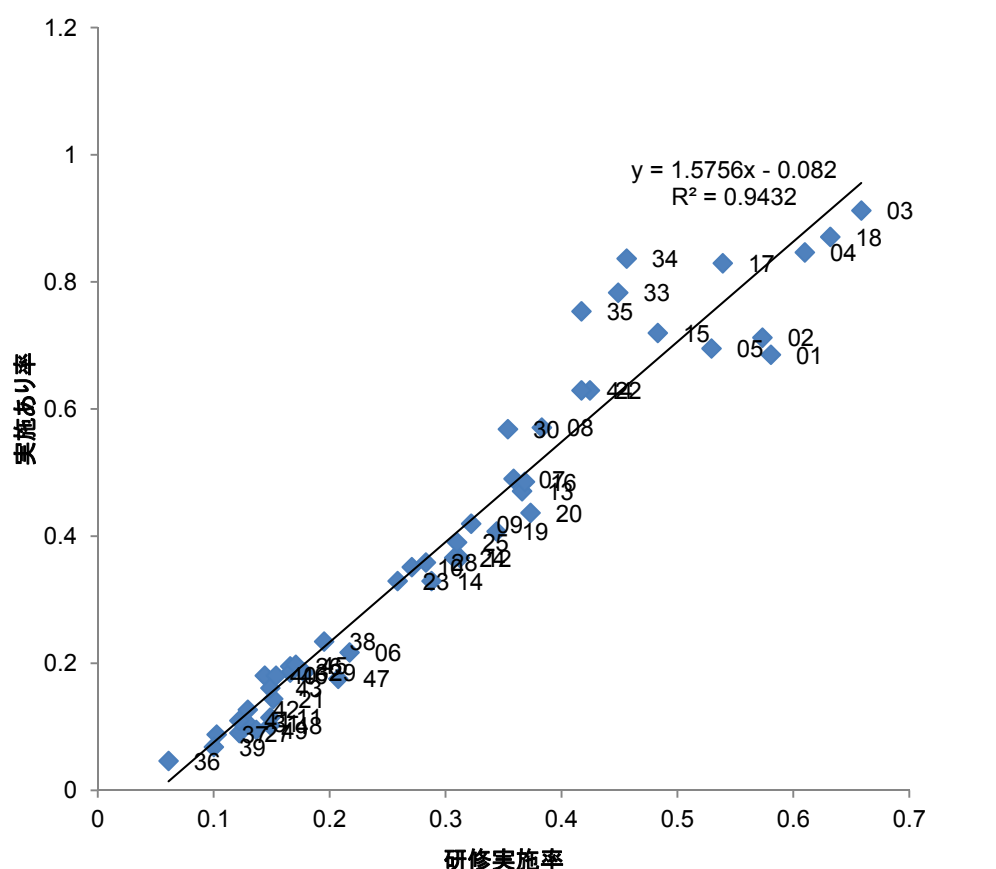
N0	医療的ケア名	実施あり率	不安あり率
32	経直腸与薬	18.5%	21.7%
33	薬剤貼付（ハップ）	78.3%	17.1%
34	薬剤塗布	83.7%	20.7%
35	点眼	75.4%	19.0%
36	点耳	4.6%	16.1%
37	薬剤吸入	8.8%	18.3%
38	酸素療法の管理	23.4%	23.2%
39	経管栄養（経鼻）の管理	6.8%	19.0%
40	経栄養（胃瘻）管理：準備	18.0%	12.9%
41	経栄養（胃瘻）管理：接続	11.0%	15.6%
42	経栄養（胃瘻）管理：注入	12.7%	16.6%
43	経栄養（胃瘻）管理：洗浄	16.1%	13.7%
44	褥瘡ケア	62.9%	47.3%
45	持続導尿の管理	19.8%	19.3%
46	浣腸	18.0%	22.9%
47	経口吸引（口腔内）※	17.6%	28.4%
48	気管吸引（切開）※	10.2%	24.1%
49	気管吸引（口腔）※	9.5%	23.4%

※条件付き

4.15.2.研修実施率×実施あり率

各医療的ケアについて研修率と実施あり率を散布図として作成した。その結果、相関係数は0.94となり、相関があることがわかった。研修率が高ければ、実施率も高まることがいえる。この傾向の背景には、

- (1) 研修しているから実施することが多い
 - (2) 実施する機会が多いから研修している
- という理由が想定できる。



【番号対応】 01:バイタル測定(脈拍)、02:バイタル測定(呼吸)、03:バイタル測定(体温)、04:バイタル測定(血圧)、05:バイタル測定(意識)、06:パルスオキシメーター、07:水分出納モニタ(摂取)、08:水分出納モニタ(排泄)、09: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:便性調整、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:摘便、22:冷電法、23:温電法、24:胸壁振動法、25:関節可動域の維持・拡大、26:末梢循環促進ケア、27:嚥下リハビリテーション、28:ストマ管理(観察)、29:ストマ管理(交換)、30:経口与薬、31:経管与薬、32:経直腸与薬、33:薬剤貼付(ハップ)、34:薬剤塗布、35:点眼、36:点耳、37:薬剤吸入、38:酸素療法の管理、39:経管栄養(経鼻)の管理、40:経管(胃瘻)管理:準備、41:経管(胃瘻)管理:接続、42:経管(胃瘻)管理:注入、43:経管(胃瘻)管理:洗浄、44:褥瘡ケア、45:持続導尿の管理、46:浣腸、47:経口吸引(口腔内)※、48:気管吸引(切開)※、49:気管吸引(口腔)※

Figure 25 研修実施率と医療的ケアの実施率の散布図

Table 31 研修実施率と医療的ケアの実施率（第1表）

NO	医療的ケア名	研修実施率	実施あり率
01	バイタル測定（脈拍）	58.0%	68.5%
02	バイタル測定（呼吸）	57.3%	71.2%
03	バイタル測定（体温）	65.9%	91.2%
04	バイタル測定（血圧）	61.0%	84.6%
05	バイタル測定（意識）	52.9%	69.5%
06	パルスオキシメーター	21.7%	21.7%
07	水分出納モニタ（摂取）	35.9%	49.0%
08	水分出納モニタ（排泄）	38.3%	57.1%
09	栄養モニタリング	32.2%	42.0%
10	呼吸機能のアセスメント	27.1%	35.1%
11	気道の加湿	14.9%	11.5%
12	腸管運動促進	31.2%	36.6%
13	便性調整	36.6%	47.1%
14	尿意誘発	28.8%	32.9%
15	目のケア	48.3%	72.0%
16	耳のケア	36.8%	48.5%
17	爪のケア	53.9%	82.9%
18	口腔ケア	63.2%	87.1%
19	フットケア	34.4%	40.7%
20	応急処置	37.3%	43.7%
21	摘便	15.1%	14.4%
22	冷電法	42.4%	62.9%
23	温電法	25.9%	32.9%
24	胸壁振動法	30.7%	36.6%
25	関節可動域の維持・拡大	31.0%	39.0%
26	末梢循環促進ケア	16.6%	19.5%
27	嚥下リハビリテーション	12.2%	9.0%
28	ストマ管理（観察）	28.3%	35.9%
29	ストマ管理（交換）	17.8%	18.5%
30	経口与薬	35.4%	56.8%
31	経管与薬	12.9%	10.5%
32	経直腸与薬	16.6%	18.5%
33	薬剤貼付（ハップ）	44.9%	78.3%
34	薬剤塗布	45.6%	83.7%

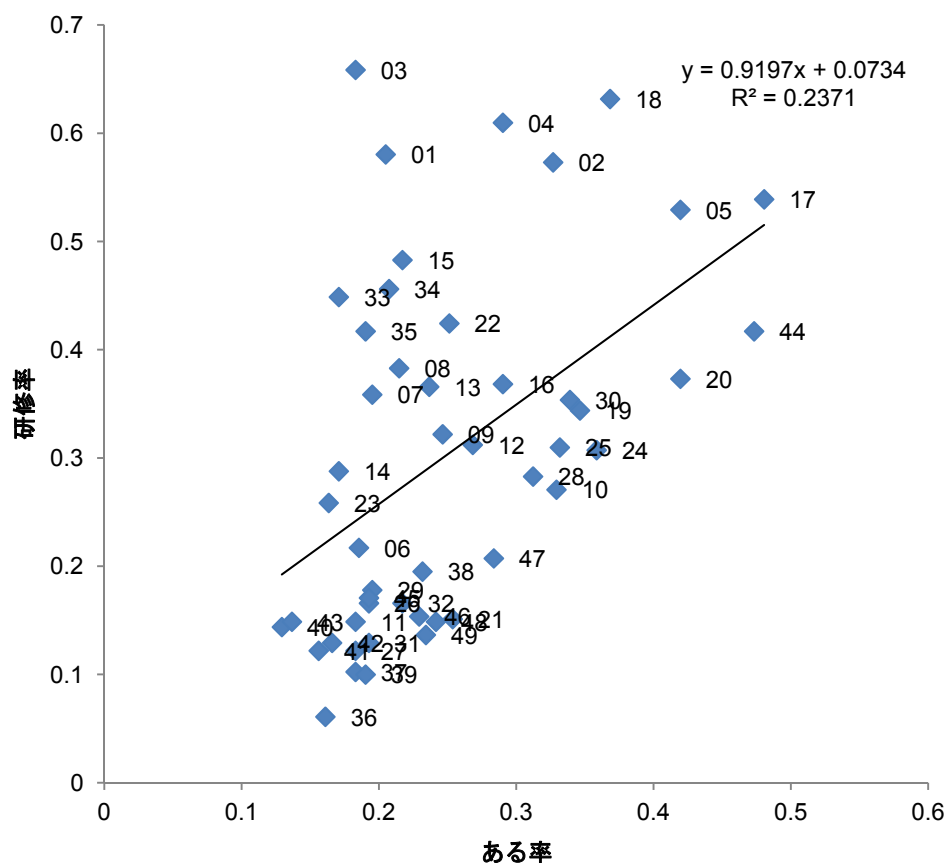
Table 32 研修実施率と医療的ケアの実施率（第2表）

NO	医療的ケア名	研修実施率	実施あり率
35	点眼	41.7%	75.4%
36	点耳	6.1%	4.6%
37	薬剤吸入	10.2%	8.8%
38	酸素療法の管理	19.5%	23.4%
39	経管栄養（経鼻）の管理	10.0%	6.8%
40	経栄養（胃瘻）管理：準備	14.4%	18.0%
41	経栄養（胃瘻）管理：接続	12.2%	11.0%
42	経栄養（胃瘻）管理：注入	12.9%	12.7%
43	経栄養（胃瘻）管理：洗浄	14.9%	16.1%
44	褥瘡ケア	41.7%	62.9%
45	持続導尿の管理	17.1%	19.8%
46	浣腸	15.4%	18.0%
47	経口吸引（口腔内）※	20.7%	17.6%
48	気管吸引（切開）※	14.9%	10.2%
49	気管吸引（口腔）※	13.7%	9.5%

※条件付き

4.15.3.不安あり率×研修率

各医療的ケアについて不安有り率と研修率を散布図として作成した。その結果、相関係数は0.23となり、相関はないといえることができる。研修率が高まって不安を感じる介護職の数を低下させることはできないといえるだろう。



【番号対応】 01:バイタル測定(脈拍)、02:バイタル測定(呼吸)、03:バイタル測定(体温)、04:バイタル測定(血圧)、05:バイタル測定(意識)、06:パルスオキシメーター、07:水分出納モニタ(摂取)、08:水分出納モニタ(排泄)、09: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:便性調整、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:排便、22:冷罨法、23:温罨法、24:胸壁振動法、25:関節可動域の維持・拡大、26:末梢循環促進ケア、27:嚥下リハビリテーション、28:ストマ管理(観察)、29:ストマ管理(交換)、30:経口与薬、31:経管与薬、32:経直腸与薬、33:薬剤貼付(ハップ)、34:薬剤塗布、35:点眼、36:点耳、37:薬剤吸入、38:酸素療法の管理、39:経管栄養(経鼻)の管理、40:経米(胃瘻)管理:準備、41:経米(胃瘻)管理:接続、42:経米(胃瘻)管理:注入、43:経米(胃瘻)管理:洗浄、44:褥瘡ケア、45:持続導尿の管理、46:洗腸、47:経口吸引(口腔内)※、48:気管吸引(切開)※、49:気管吸引(口腔)※

Figure 26 不安ある率と研修実施率の散布図

Table 33 不安ある率と研修実施率（第1表）

NO	医療的ケア名	不安ある率	研修率
01	バイタル測定（脈拍）	20.5%	58.0%
02	バイタル測定（呼吸）	32.7%	57.3%
03	バイタル測定（体温）	18.3%	65.9%
04	バイタル測定（血圧）	29.0%	61.0%
05	バイタル測定（意識）	42.0%	52.9%
06	パルスオキシメーター	18.5%	21.7%
07	水分出納モニタ（摂取）	19.5%	35.9%
08	水分出納モニタ（排泄）	21.5%	38.3%
09	栄養モニタリング	24.6%	32.2%
10	呼吸機能のアセスメント	32.9%	27.1%
11	気道の加湿	18.3%	14.9%
12	腸管運動促進	26.8%	31.2%
13	便性調整	23.7%	36.6%
14	尿意誘発	17.1%	28.8%
15	目のケア	21.7%	48.3%
16	耳のケア	29.0%	36.8%
17	爪のケア	48.0%	53.9%
18	口腔ケア	36.8%	63.2%
19	フットケア	34.6%	34.4%
20	応急処置	42.0%	37.3%
21	摘便	25.4%	15.1%
22	冷電法	25.1%	42.4%
23	温電法	16.3%	25.9%
24	胸壁振動法	35.9%	30.7%
25	関節可動域の維持・拡大	33.2%	31.0%
26	末梢循環促進ケア	19.3%	16.6%
27	嚥下リハビリテーション	18.3%	12.2%
28	ストマ管理（観察）	31.2%	28.3%
29	ストマ管理（交換）	19.5%	17.8%
30	経口与薬	33.9%	35.4%
31	経管与薬	19.3%	12.9%
32	経直腸与薬	21.7%	16.6%
33	薬剤貼付（ハップ）	17.1%	44.9%
34	薬剤塗布	20.7%	45.6%

Table 34 不安ある率と研修実施率（第2表）

NO	医療的ケア名	不安ある率	研修率
35	点眼	19.0%	41.7%
36	点耳	16.1%	6.1%
37	薬剤吸入	18.3%	10.2%
38	酸素療法の管理	23.2%	19.5%
39	経管栄養（経鼻）の管理	19.0%	10.0%
40	経栄（胃瘻）管理：準備	12.9%	14.4%
41	経栄（胃瘻）管理：接続	15.6%	12.2%
42	経栄（胃瘻）管理：注入	16.6%	12.9%
43	経栄（胃瘻）管理：洗浄	13.7%	14.9%
44	褥瘡ケア	47.3%	41.7%
45	持続導尿の管理	19.3%	17.1%
46	浣腸	22.9%	15.4%
47	経口吸引（口腔内）※	28.4%	20.7%
48	気管吸引（切開）※	24.1%	14.9%
49	気管吸引（口腔）※	23.4%	13.7%

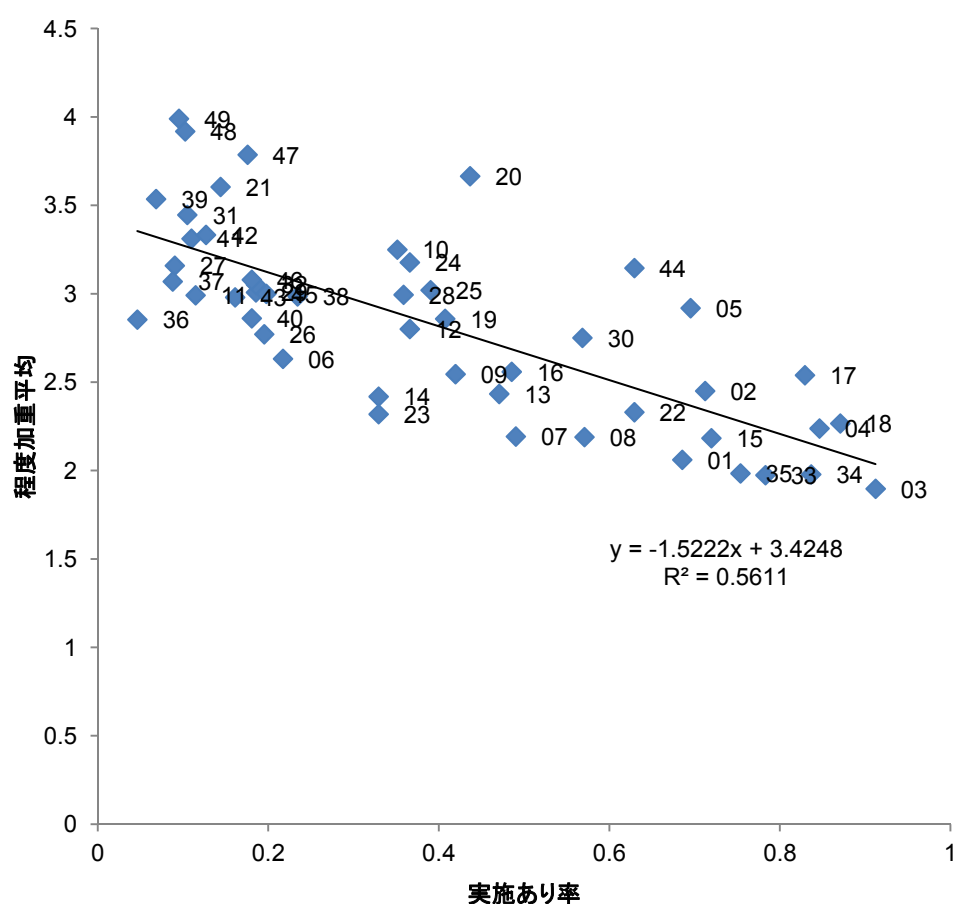
※条件付き

4.15.4.実施あり率×程度加重平均

各医療的ケアについて実施あり率と不安の程度の加重平均を散布図として作成した。その結果、相関係数は0.56で相関があるといえる。このことから、実施あり率が高まると、不安の程度の加重平均は低下する傾向にあるといえる。

この傾向の背景には以下のようなことが想定できる。

- (1) 実施の機会が多いほど、慣れが生じたり、抵抗感が薄まったりして不安の程度が低下する
- (2) 不安の程度が低い医療的ケアほど実施されることが多い



【番号対応】 01:バイタル測定(脈拍)、02:バイタル測定(呼吸)、03:バイタル測定(体温)、04:バイタル測定(血圧)、05:バイタル測定(意識)、06:パルスオキシメーター、07:水分出納モニタ(摂取)、08:水分出納モニタ(排泄)、09: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:便性調整、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:排便、22:冷罨法、23:温罨法、24:胸壁振動法、25:関節可動域の維持・拡大、26:末梢循環促進ケア、27:嚥下リハビリテーション、28:ストマ管理(観察)、29:ストマ管理(交換)、30:経口与薬、31:経管与薬、32:経直腸与薬、33:薬剤貼付(ハップ)、34:薬剤塗布、35:点眼、36:点耳、37:薬剤吸入、38:酸素療法の管理、39:経管栄養(経鼻)の管理、40:経米(胃瘻)管理:準備、41:経米(胃瘻)管理:接続、42:経米(胃瘻)管理:注入、43:経米(胃瘻)管理:洗浄、44:褥瘡ケア、45:持続導尿の管理、46:浣腸、47:経口吸引(口腔内)※、48:気管吸引(切開)※、49:気管吸引(口腔)※

Figure 27 実施あり率と不安の程度の加重平均の散布図

Table 35 実施あり率と不安の程度の加重平均（第1表）

NO	医療的ケア名	実施あり率	程度加重平均
01	バイタル測定（脈拍）	68.5%	2.06
02	バイタル測定（呼吸）	71.2%	2.45
03	バイタル測定（体温）	91.2%	1.90
04	バイタル測定（血圧）	84.6%	2.24
05	バイタル測定（意識）	69.5%	2.92
06	パルスオキシメーター	21.7%	2.63
07	水分出納モニタ（摂取）	49.0%	2.19
08	水分出納モニタ（排泄）	57.1%	2.19
09	栄養モニタリング	42.0%	2.55
10	呼吸機能のアセスメント	35.1%	3.25
11	気道の加湿	11.5%	2.99
12	腸管運動促進	36.6%	2.80
13	便性調整	47.1%	2.43
14	尿意誘発	32.9%	2.42
15	目のケア	72.0%	2.18
16	耳のケア	48.5%	2.56
17	爪のケア	82.9%	2.54
18	口腔ケア	87.1%	2.27
19	フットケア	40.7%	2.86
20	応急処置	43.7%	3.67
21	摘便	14.4%	3.60
22	冷罨法	62.9%	2.33
23	温罨法	32.9%	2.32
24	胸壁振動法	36.6%	3.18
25	関節可動域の維持・拡大	39.0%	3.02
26	末梢循環促進ケア	19.5%	2.77
27	嚥下リハビリテーション	9.0%	3.16
28	ストマ管理（観察）	35.9%	2.99
29	ストマ管理（交換）	18.5%	3.01
30	経口与薬	56.8%	2.75
31	経管与薬	10.5%	3.45
32	経直腸与薬	18.5%	3.05
33	薬剤貼付（ハップ）	78.3%	1.97
34	薬剤塗布	83.7%	1.98

Table 36 実施あり率と不安の程度の加重平均（第2表）

NO	医療的ケア名	実施あり率	程度加重平均
35	点眼	75.4%	1.98
36	点耳	4.6%	2.85
37	薬剤吸入	8.8%	3.07
38	酸素療法の管理	23.4%	2.99
39	経管栄養（経鼻）の管理	6.8%	3.54
40	経栄（胃瘻）管理：準備	18.0%	2.86
41	経栄（胃瘻）管理：接続	11.0%	3.31
42	経栄（胃瘻）管理：注入	12.7%	3.33
43	経栄（胃瘻）管理：洗浄	16.1%	2.98
44	褥瘡ケア	62.9%	3.15
45	持続導尿の管理	19.8%	3.00
46	浣腸	18.0%	3.08
47	経口吸引（口腔内）※	17.6%	3.79
48	気管吸引（切開）※	10.2%	3.92
49	気管吸引（口腔）※	9.5%	3.99

※条件付き

程度加重平均は下式によって算出した。

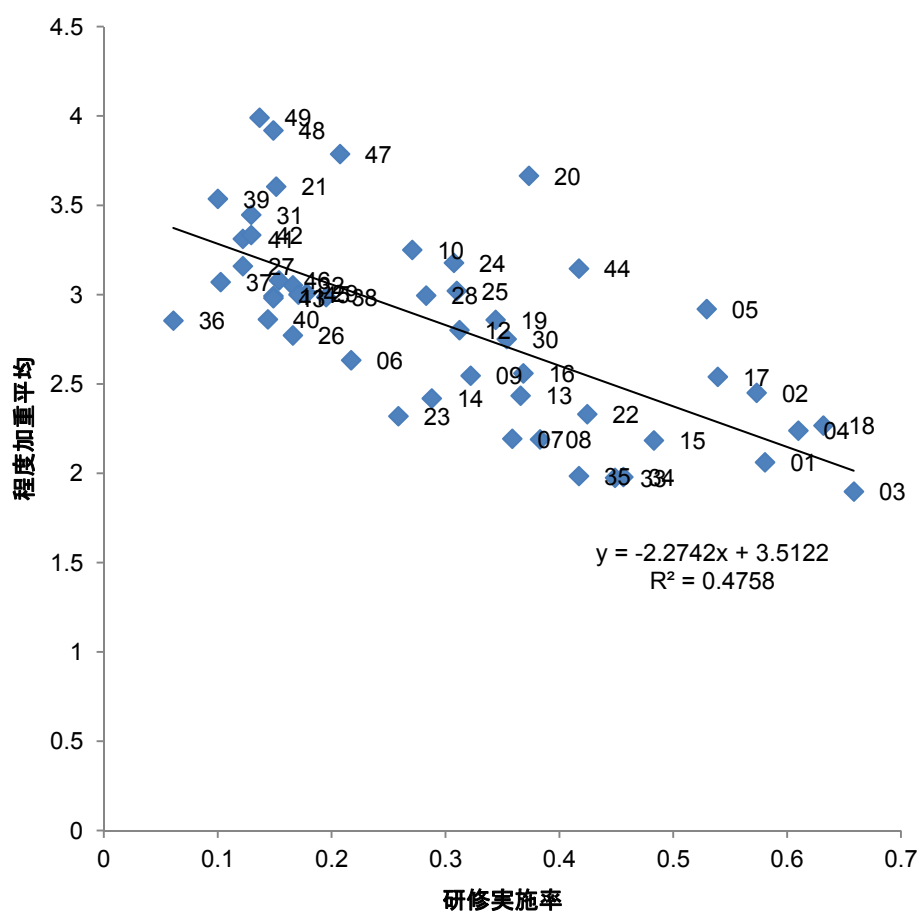
$$\frac{(\text{程度1の値} \times 1) + (\text{程度2の値} \times 2) + (\text{程度3の値} \times 3) + (\text{程度4の値} \times 4) + (\text{程度5の値} \times 5)}{\text{不安の程度の有効回答数}}$$

不安の程度の有効回答数

4.15.5.研修率 × 程度加重平均

各医療的ケアについて研修実施率と不安の程度の加重平均値の散布図を作成した。相関係数は0.47となり、弱い相関関係にあるといえる。

これは研修率が高い医療的ケアは不安の程度が軽減するということである。このような傾向の背景には、研修が多くされていることで、介護職は知識、技術を得ることが可能であり、このようなスキルがあることで、医療的ケアから受ける不安がより小さく認識されるということが想定される。



【番号対応】 01:バイタル測定(脈拍)、02:バイタル測定(呼吸)、03:バイタル測定(体温)、04:バイタル測定(血圧)、05:バイタル測定(意識)、06:バイタルオキシメーター、07:水分排出モニター(摂取)、08:水分排出モニター(排泄)、09: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:排便、22:冷電法、23:温電法、24:胸壁振動法、25:関節可動域の維持・拡大、26:末梢循環促進ケア、27:嚥下リハビリテーション、28:ストマ管理(観察)、29:ストマ管理(交換)、30:経口与薬、31:経管与薬、32:経直腸与薬、33:薬剤貼付(ハップ)、34:薬剤塗布、35:点眼、36:点耳、37:薬剤吸入、38:酸素療法の管理、39:経管栄養(経鼻)の管理、40:経米(胃瘻)管理:準備、41:経米(胃瘻)管理:接続、42:経米(胃瘻)管理:注入、43:経米(胃瘻)管理:洗浄、44:褥瘡ケア、45:持続導尿の管理、46:洗腸、47:経口吸引(口腔内)※、48:気管吸引(切開)※、49:気管吸引(口腔)※

Figure 28 研修実施率と不安の程度の加重平均の散布図

Table 37 研修実施率と不安の程度の加重平均（第1表）

NO	医療的ケア名	研修実施率	程度加重平均
01	バイタル測定（脈拍）	58.0%	2.06
02	バイタル測定（呼吸）	57.3%	2.45
03	バイタル測定（体温）	65.9%	1.90
04	バイタル測定（血圧）	61.0%	2.24
05	バイタル測定（意識）	52.9%	2.92
06	パルスオキシメーター	21.7%	2.63
07	水分出納モニタ（摂取）	35.9%	2.19
08	水分出納モニタ（排泄）	38.3%	2.19
09	栄養モニタリング	32.2%	2.55
10	呼吸機能のアセスメント	27.1%	3.25
11	気道の加湿	14.9%	2.99
12	腸管運動促進	31.2%	2.80
13	便性調整	36.6%	2.43
14	尿意誘発	28.8%	2.42
15	目のケア	48.3%	2.18
16	耳のケア	36.8%	2.56
17	爪のケア	53.9%	2.54
18	口腔ケア	63.2%	2.27
19	フットケア	34.4%	2.86
20	応急処置	37.3%	3.67
21	摘便	15.1%	3.60
22	冷罨法	42.4%	2.33
23	温罨法	25.9%	2.32
24	胸壁振動法	30.7%	3.18
25	関節可動域の維持・拡大	31.0%	3.02
26	末梢循環促進ケア	16.6%	2.77
27	嚥下リハビリテーション	12.2%	3.16
28	ストマ管理（観察）	28.3%	2.99
29	ストマ管理（交換）	17.8%	3.01
30	経口与薬	35.4%	2.75
31	経管与薬	12.9%	3.45
32	経直腸与薬	16.6%	3.05
33	薬剤貼付（ハップ）	44.9%	1.97
34	薬剤塗布	45.6%	1.98

Table 38 研修実施率と不安の程度の加重平均（第2表）

NO	医療的ケア名	研修実施率	程度加重平均
35	点眼	41.7%	1.98
36	点耳	6.1%	2.85
37	薬剤吸入	10.2%	3.07
38	酸素療法の管理	19.5%	2.99
39	経管栄養（経鼻）の管理	10.0%	3.54
40	経栄（胃瘻）管理：準備	14.4%	2.86
41	経栄（胃瘻）管理：接続	12.2%	3.31
42	経栄（胃瘻）管理：注入	12.9%	3.33
43	経栄（胃瘻）管理：洗浄	14.9%	2.98
44	褥瘡ケア	41.7%	3.15
45	持続導尿の管理	17.1%	3.00
46	浣腸	15.4%	3.08
47	経口吸引（口腔内）※	20.7%	3.79
48	気管吸引（切開）※	14.9%	3.92
49	気管吸引（口腔）※	13.7%	3.99

※条件付き

程度加重平均は下式によって算出した。

$$\frac{(\text{程度1の値} \times 1) + (\text{程度2の値} \times 2) + (\text{程度3の値} \times 3) + (\text{程度4の値} \times 4) + (\text{程度5の値} \times 5)}{\text{不安の程度の有効回答数}}$$

不安の程度の有効回答数

4. 16. 不安の程度と仕事歴の関係

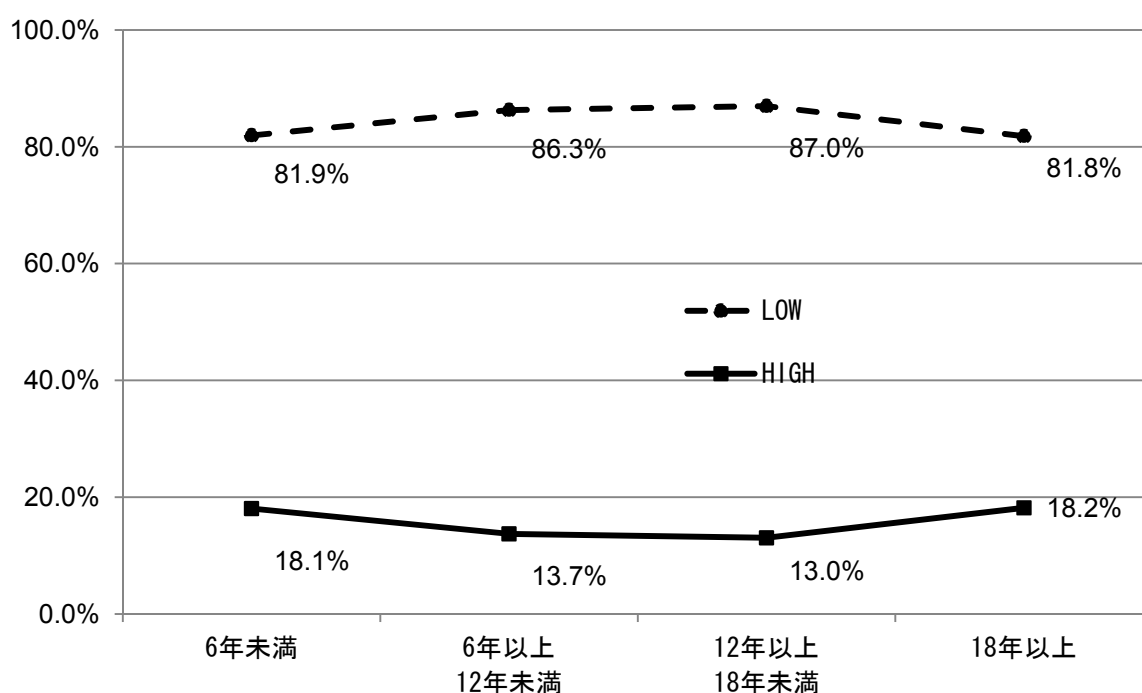
仕事歴は6年区切りで集計した。本調査の被験者の仕事歴は7年から10年までが多い帯域であることから、6年までを一区切りとし、その後も6年ごとに区分した。

4.16.1.仕事歴と医療的ケアへの不安の関係

被験者全員について、その仕事歴（年のみ）と49医療的ケアすべての不安の程度の単純平均（さらに単純平均値2.5以上を高、2.5以下を低として区分した）をクロス集計した。

その結果、総じて医療的ケアに対する不安が低い（単純平均2.5以下）低不安群が高い不安群をすべての仕事歴区分で大きく上回った。低不安群は8割を推移し、高不安群は1割程度の範囲で推移している。

また、仕事歴区分間での差はあまりなく、どの仕事歴区分でも低不安群、高不安群の割合は一定であるといえる。



※不安の程度の単純平均値が2.5以下を低不安群（LOW）、2.5以上を高不安群（HIGH）とした

Figure 29 不安の程度の単純平均（高低）と仕事歴のクロス集計結果

Table 39 不安の程度の単純平均（高低）と仕事歴のクロス集計結果

	6 年未満	6 年以上 12 年未満	12 年以上 18 年未満	18 年以上
LOW	81.9%	86.3%	87.0%	81.8%
HIGH	18.1%	13.7%	13.0%	18.2%
	100%	100%	100%	100%

4.16.2.不安有り率が高い医療的ケアについて仕事歴との関係

不安有り率が高い医療的ケアについて、被験者の仕事歴がどのような関係にあるのかを把握するため、下表の不安有り率が高い 8 つの医療的ケアについて分析した。8 つの医療的ケアは不安有りと回答した被験者が 48%から 33.9%のものである。最も不安があると回答された医療的ケアは爪のケアで、次いで褥瘡ケア、応急処置となっている。

Table 40 高不安（不安有り）群の医療的ケア（高不安群上位 8 位）

NO	医療的ケア名	ある	ない	無回答	計	不安あり率
17	爪のケア	197	117	96	410	48.0%
44	褥瘡ケア	194	74	142	410	47.3%
20	応急処置	172	37	201	410	42.0%
05	バイタル測定（意識）	172	105	133	410	42.0%
18	口腔ケア	151	181	78	410	36.8%
24	胸壁振動法	147	45	218	410	35.9%
19	フットケア	142	71	197	410	34.6%
30	経口与薬	139	109	162	410	33.9%

以下は、これらの医療的ケアで、被験者の仕事歴区分別の不安の程度をクロス集計した。

17 爪のケア

爪のケアについて、被験者ごとの仕事歴（区分）と不安の程度の値をクロス集計した。その結果、不安の程度が2.5以下の低不安群は6年未満で最多となり、69%となった。その後、仕事歴が増えるに従い、低不安群の占める割合は低下し、18年以上になると36.4%となった。反対に、高不安群は6年未満で最少となり、30.6%で、その後増加し、18年以上では63.6%を占めた。

6年未満から18年未満までは概して低不安群が上回っているが、18年以上では低不安群と高不安群が逆転している。

爪のケアでは、仕事歴が増すほど不安の程度は増す傾向にあるといえる。

さらに、低不安群、高不安群ともに値の推移の範囲が6割台から3割台と広く、仕事歴区分間の差が大きいといえる。

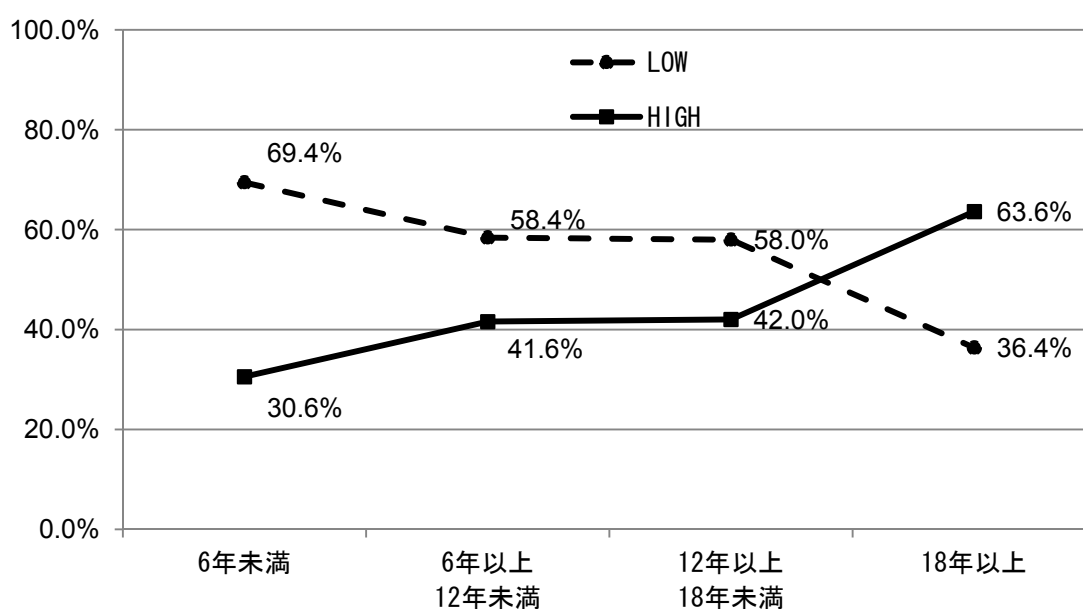


Figure 30 爪のケアにおける不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

Table 41 爪のケアにおける不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

	6年未満	6年以上 12年未満	12年以上 18年未満	18年以上
LOW	69.4%	58.4%	58.0%	36.4%
HIGH	30.6%	41.6%	42.0%	63.6%
	100%	100%	100%	100%

44 褥瘡ケア

褥瘡ケアについて、被験者ごとの仕事歴（区分）と不安の程度の値をクロス集計した。その結果、6 年未満から 18 年未満までの仕事歴区分では低不安群が上回ったが、18 年以上では高不安群が上回った。低不安群が最多となったのは 6 年未満の 56.9%である。高不安群と低不安群の割合が逆転し、高不安群が上回った 18 年以上では、高不安群が 54.5%となった。

高不安群、低不安群ともに 4 割から 5 割の範囲で推移しており、仕事歴区分間での差は小さく、数値的にも大きく差が開くことはない。高不安群と低不安群は相半ばして均衡しているといえよう。

また、18 年以上では高不安群が上回っており、仕事歴が増えるに従い高不安群が微増する傾向にある。

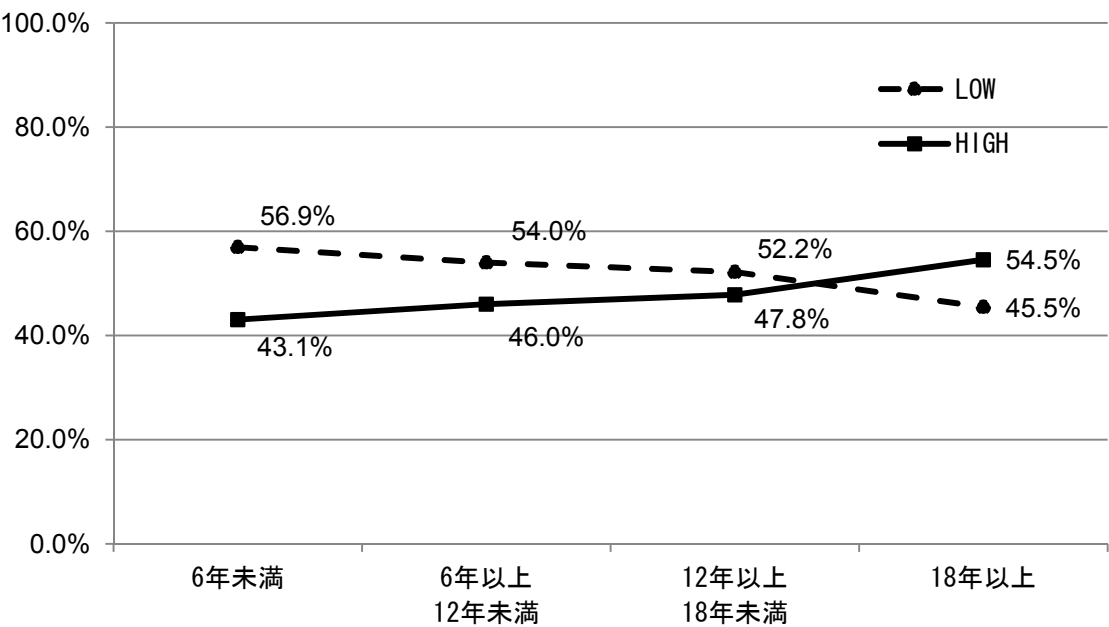


Figure 31 褥瘡ケアにおける不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

Table 42 褥瘡ケアにおける不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

	6 年未満	6 年以上 12 年未満	12 年以上 18 年未満	18 年以上
LOW	56.9%	54.0%	52.2%	45.5%
HIGH	43.1%	46.0%	47.8%	54.5%
	100%	100%	100%	100%

20 応急処置

応急処置について、被験者ごとの仕事歴（区分）と不安の程度の値をクロス集計した。その結果、6年未満から18年未満までの仕事歴区分では若干低不安群が上回ったが、高不安群との差は小さく、反対に18年以上では高不安群が72.7%、低不安群が27.3%と高不安群が低不安群を大きく引き離している。

このことから、応急処置では概して高不安群と低不安群が拮抗しているのとともに、18年以上となると圧倒的に高不安群が占めるということがいえ、応急処置に対する不安の高さがわかる。

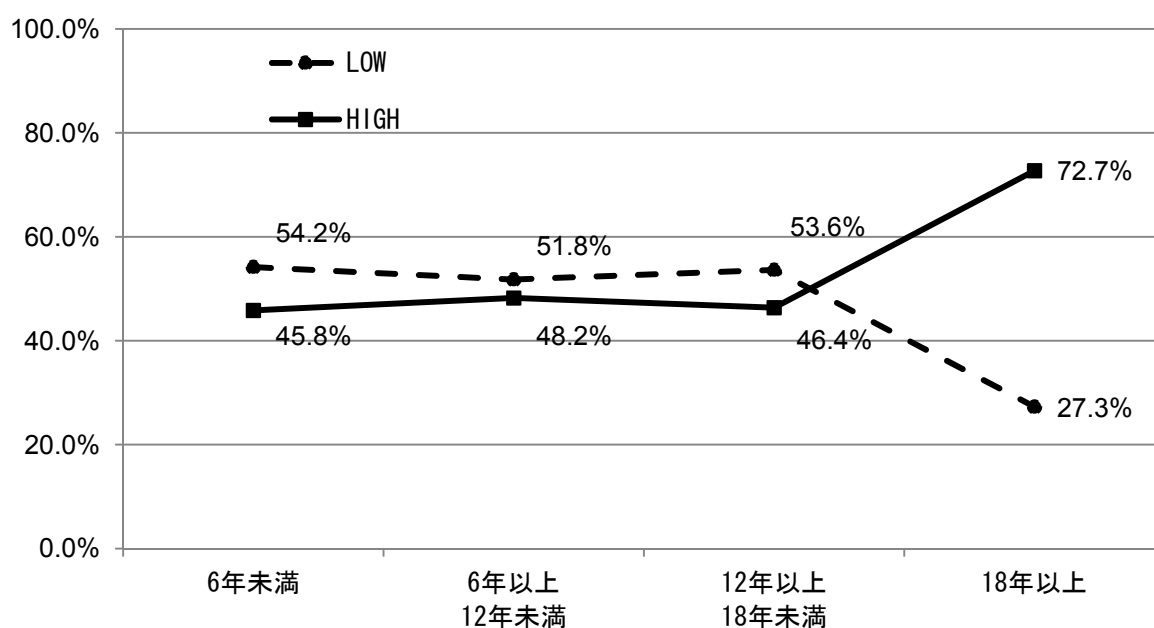


Figure 32 応急処置における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

Table 43 応急処置における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

	6年未満	6年以上 12年未満	12年以上 18年未満	18年以上
LOW	54.2%	51.8%	53.6%	27.3%
HIGH	45.8%	48.2%	46.4%	72.7%
	100%	100%	100%	100%

05 バイタル測定(意識)

バイタル測定（意識）について、被験者ごとの仕事歴（区分）と不安の程度の値をクロス集計した。その結果、低不安群がすべての仕事歴区分で高不安群よりも上回っている。低不安群は 5 割から 6 割、高不安群は 3 割から 4 割の範囲で推移している。低不安群は高不安群よりも高い範囲で推移している。仕事歴区分間でも差が大きい。12 年以上 18 年未満の区分では低不安群が 50.7%、高不安群が 49.3%と拮抗している。

低不安群が最多なのは仕事歴区分 6 年未満であり、66.7%に上る。18 年以上では再び低不安群が 54.5%、高不安群が 45.5%となり、低不安群が上回っている。

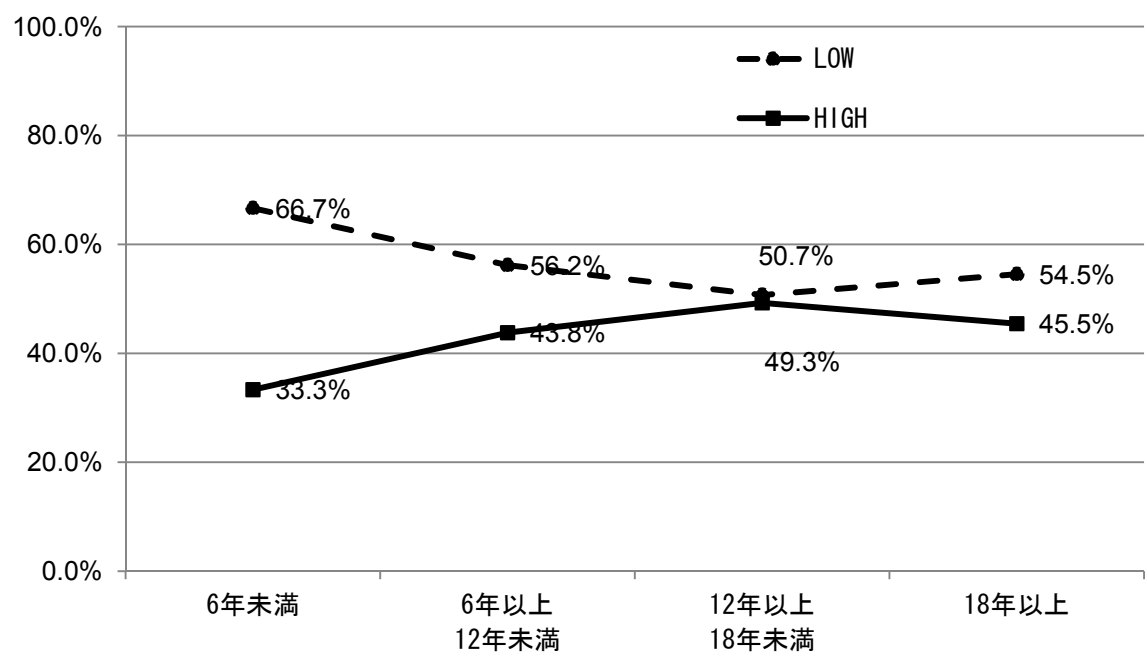


Figure 33 バイタル測定（意識）における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

Table 44 バイタル測定（意識）における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

	6 年未満	6 年以上 12 年未満	12 年以上 18 年未満	18 年以上
LOW	66.7%	56.2%	50.7%	54.5%
HIGH	33.3%	43.8%	49.3%	45.5%
	100%	100%	100%	100%

18 口腔ケア

口腔ケアについて、被験者ごとの仕事歴（区分）と不安の程度の値をクロス集計した。その結果、低不安群が6割から8割の範囲で推移する一方、高不安群は2割から4割の範囲で推移しており、低不安の群が全般的に多数となっている。どの仕事歴区分でも高不安の群が低不安の群を上回ることではない。

12年以上18年未満の仕事歴の区分が低不安の群が少なく（56.5%）、高不安の群が最多（43.5%）となっている。6年未満は25%、6年以上12年未満は34.5%と仕事歴が増加と連動して高い不安の群の割合が増加しているが、18年以上の仕事歴区分では高不安の群は36.4%と減少している。

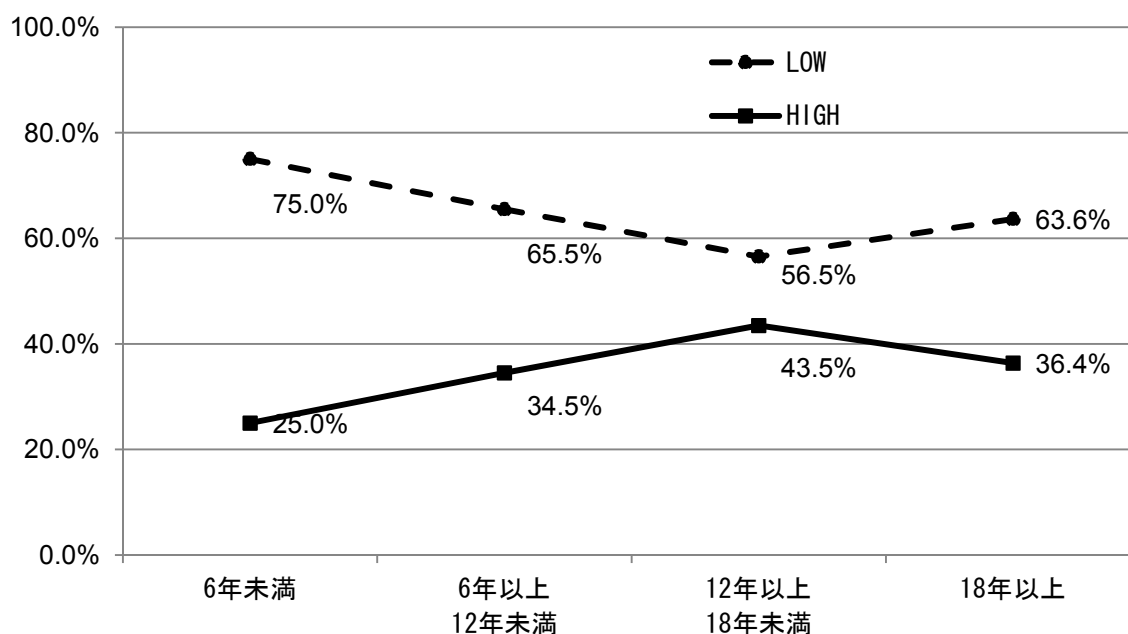


Figure 34 口腔ケアにおける不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

Table 45 口腔ケアにおける不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

	6年未満	6年以上 12年未満	12年以上 18年未満	18年以上
LOW	75.0%	65.5%	56.5%	63.6%
HIGH	25.0%	34.5%	43.5%	36.4%
	100%	100%	100%	100%

24 胸壁振動法

胸壁振動法について、被験者ごとの仕事歴（区分）と不安の程度の値をクロス集計した。その結果、低不安群は8割から6割、高不安群は2割から3割の範囲で推移している。概して低不安群が大幅に上回っている。特に18年以上の仕事歴区分では8割以上が不安を低く回答している。

胸壁振動法よりも不安有り率が高い医療的ケアでは6年未満の区分以降、高不安群の回答が増加する傾向にあったが、この医療的ケアでは18年以上で大幅に低下している。

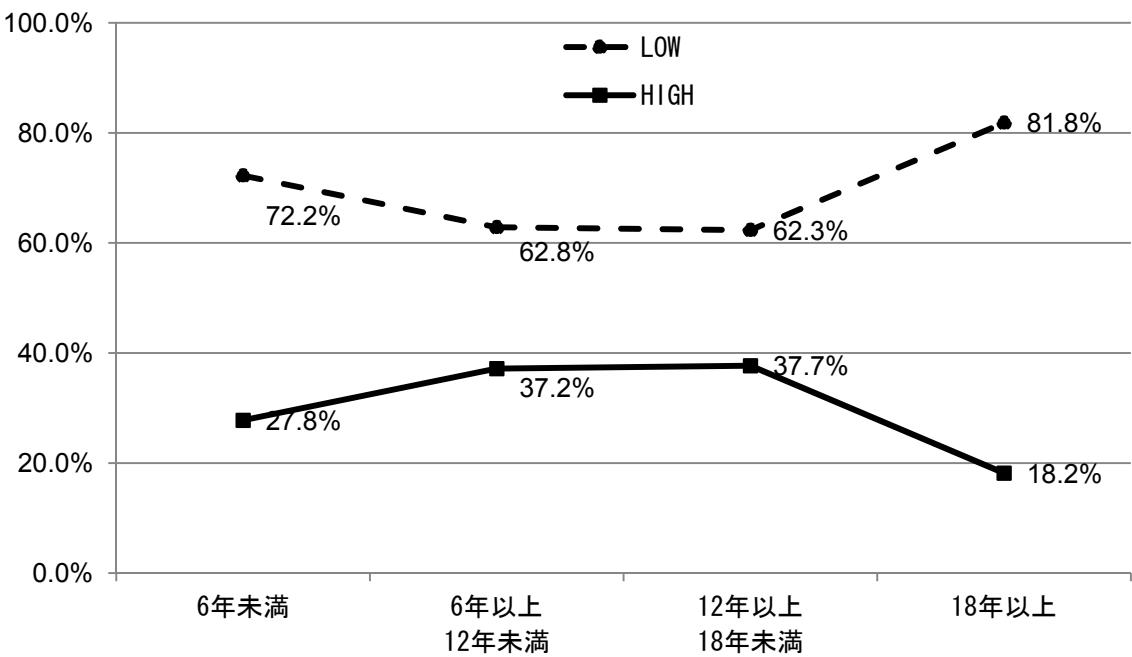


Figure 35 胸壁振動法における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

Table 46 胸壁振動法における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

	6 年未満	6 年以上 12 年未満	12 年以上 18 年未満	18 年以上
LOW	72.2%	62.8%	62.3%	81.8%
HIGH	27.8%	37.2%	37.7%	18.2%
	100%	100%	100%	100%

19 フットケア

フットケアについて、被験者ごとの仕事歴（区分）と不安の程度の値をクロス集計した。その結果、低不安群は6割、高不安群は3割の範囲で推移しており、30ポイントほどの差をつけて低不安群が上回っている。

低不安群も高不安群も変動の幅は比較的小さく、仕事歴区分間で大きな差はない。このことから、フットケアは仕事歴に関係なく、高い不安を抱く介護職は少ないといえよう。

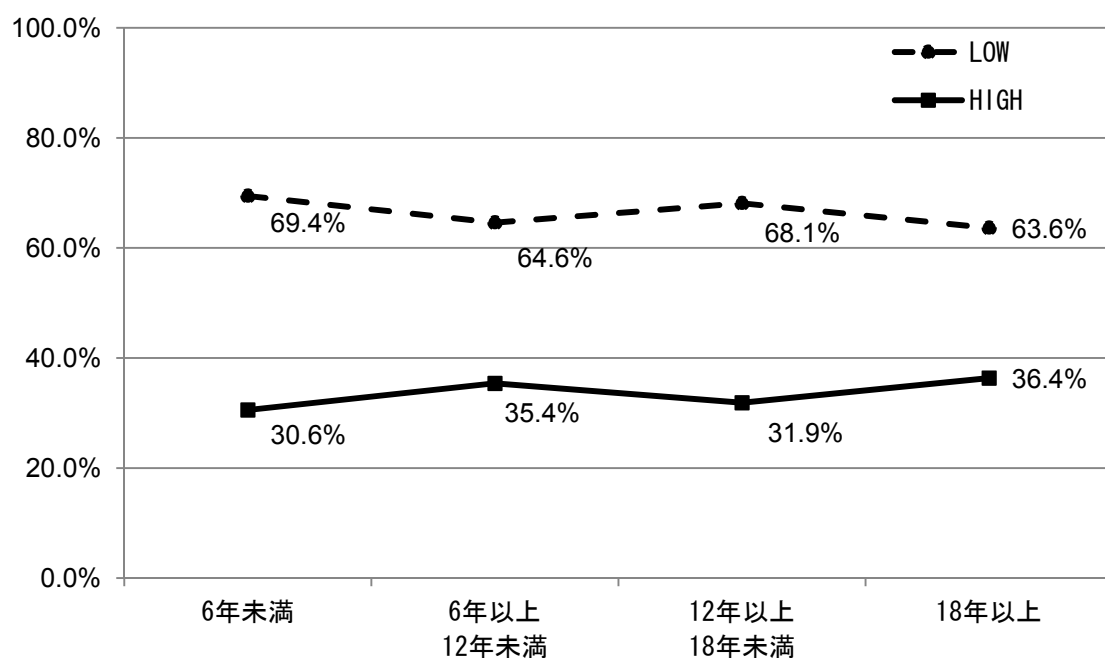


Figure 36 フットケアにおける不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

Table 47 フットケアにおける不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

	6年未満	6年以上 12年未満	12年以上 18年未満	18年以上
LOW	69.4%	64.6%	68.1%	63.6%
HIGH	30.6%	35.4%	31.9%	36.4%
	100%	100%	100%	100%

30 経口与薬

経口与薬について、被験者ごとの仕事歴（区分）と不安の程度の値をクロス集計した。その結果、低不安群は6割、高不安群は3割台を推移していた。12年以上18年未満の区分で低不安群と高不安群の差が小さくなったが、それ以外は概して差が大きく、低不安群が上回っている。

経口与薬に高い不安を抱く介護職は仕事歴に関係なく、3割程度である。

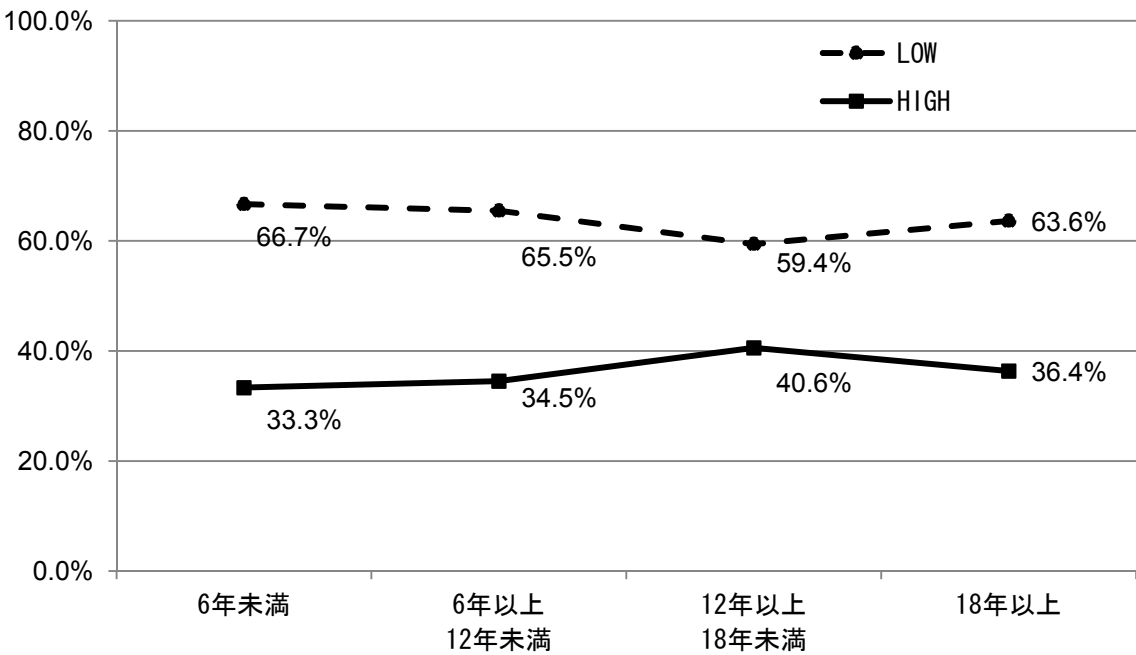


Figure 37 経口与薬における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

Table 48 経口与薬における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

	6 年未満	6 年以上 12 年未満	12 年以上 18 年未満	18 年以上
LOW	66.7%	65.5%	59.4%	63.6%
HIGH	33.3%	34.5%	40.6%	36.4%
	100%	100%	100%	100%

4.16.3.仕事歴と低不安群の医療的ケア

不安の程度が低い群として不安あり率が低い8つの医療的ケアを下表に抽出した。

Table 49 低不安（不安あり）群の医療的ケア（低不安群上位8位）

NO	医療的ケア名	ある	ない	無回答	計	不安あり率
33	薬剤貼付（ハップ）	70	228	112	410	17.1%
14	尿意誘発	70	107	233	410	17.1%
42	経栄養（胃瘻）管理：注入	68	36	306	410	16.6%
23	温罨法	67	114	229	410	16.3%
36	点耳	66	38	306	410	16.1%
41	経栄養（胃瘻）管理：接続	64	37	309	410	15.6%
43	経栄養（胃瘻）管理：洗浄	56	52	302	410	13.7%
40	経栄養（胃瘻）管理：準備	53	56	301	410	12.9%

最も不安あり率が低いのは経管栄養（胃瘻）管理の準備で、12.9%である。次いで、経管栄養（胃瘻）管理の洗浄（13.7%）、経管栄養（胃瘻）管理の接続（15.6%）、点耳（16.1%）、温罨法（16.3%）、経管栄養（胃瘻）管理の注入（16.6%）、尿意誘発（17.1%）、薬剤貼付（17.1%）となっている。

これらの低不安群の医療的ケアの不安の程度と仕事歴の関係をクロス集計した。

40 経栄(胃瘻)管理:準備

経管栄養（胃瘻）管理の準備について、被験者ごとの仕事歴（区分）と不安の程度の値をクロス集計した。その結果、低不安群はどの仕事歴区分でも 8 割台であり、仕事歴の長短に関わらず不安が低い状態にあるといえる。不安が高い群は最も多い仕事歴区分は 18 年以上で、18.2%であった。最少は 6 年未満の 11.1%である。

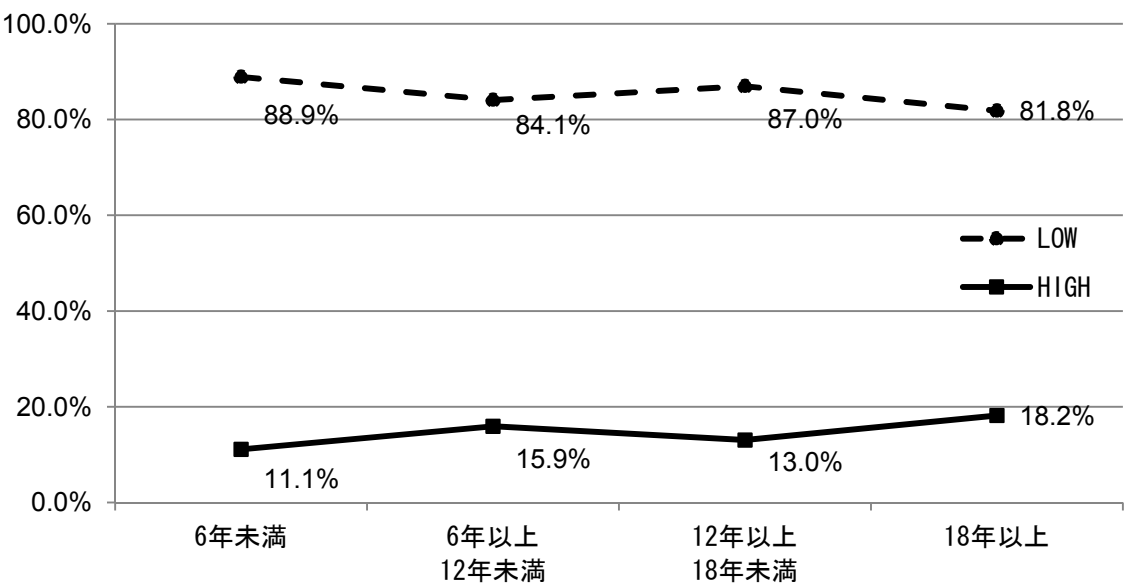


Figure 38 経管栄養（胃瘻）管理準備における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

Table 50 経管栄養（胃瘻）管理準備における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

	6 年未満	6 年以上 12 年未満	12 年以上 18 年未満	18 年以上
LOW	88.9%	84.1%	87.0%	81.8%
HIGH	11.1%	15.9%	13.0%	18.2%
	100%	100%	100%	100%

43 経管(胃瘻)管理:洗浄

経管栄養(胃瘻)管理の洗浄について、被験者ごとの仕事歴(区分)と不安の程度の値をクロス集計した。その結果、低不安群はすべての仕事歴区分で8割台、高不安群は1割台で推移していることがわかった。高不安群は最も多い仕事歴区分、18年以上で18.2%だった。

仕事歴区分間での差は小さく、被験者全体にわたり同様の不安認識にあるといえる。

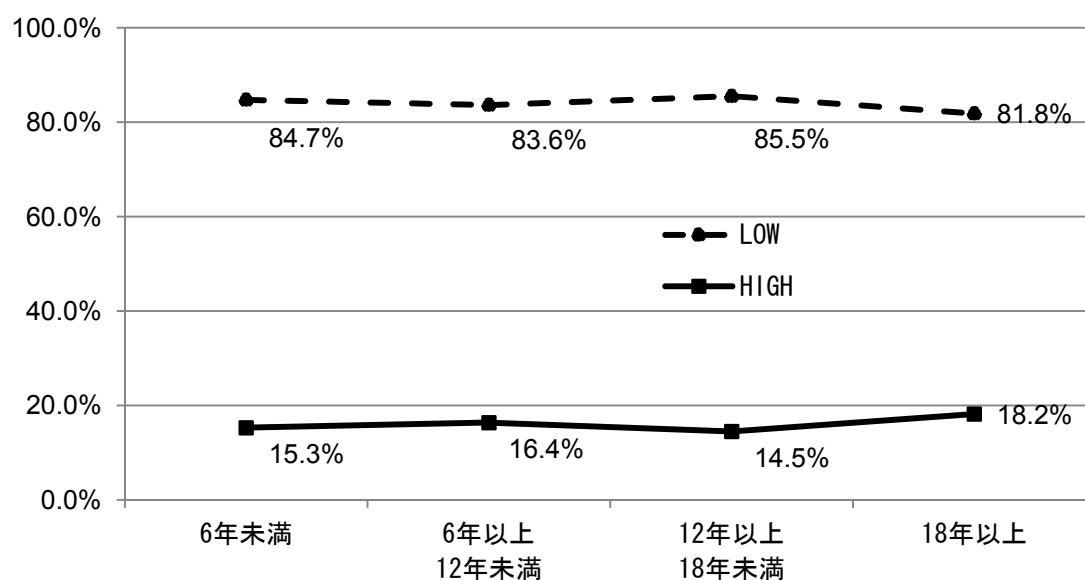


Figure 39 経管栄養(胃瘻)管理洗浄における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

Table 51 経管栄養(胃瘻)管理洗浄における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

	6年未満	6年以上 12年未満	12年以上 18年未満	18年以上
LOW	84.7%	83.6%	85.5%	81.8%
HIGH	15.3%	16.4%	14.5%	18.2%
	100%	100%	100%	100%

41 経栄(胃瘻)管理:接続

経管栄養（胃瘻）管理の接続について、被験者ごとの仕事歴（区分）と不安の程度の値をクロス集計した。その結果、低不安群がどの仕事歴区分においても 8 割から 9 割で推移する一方、高不安群は 1 割から 2 割の範囲を推移した。低不安群は 18 年以上の仕事歴区分では 90.9%に上った。

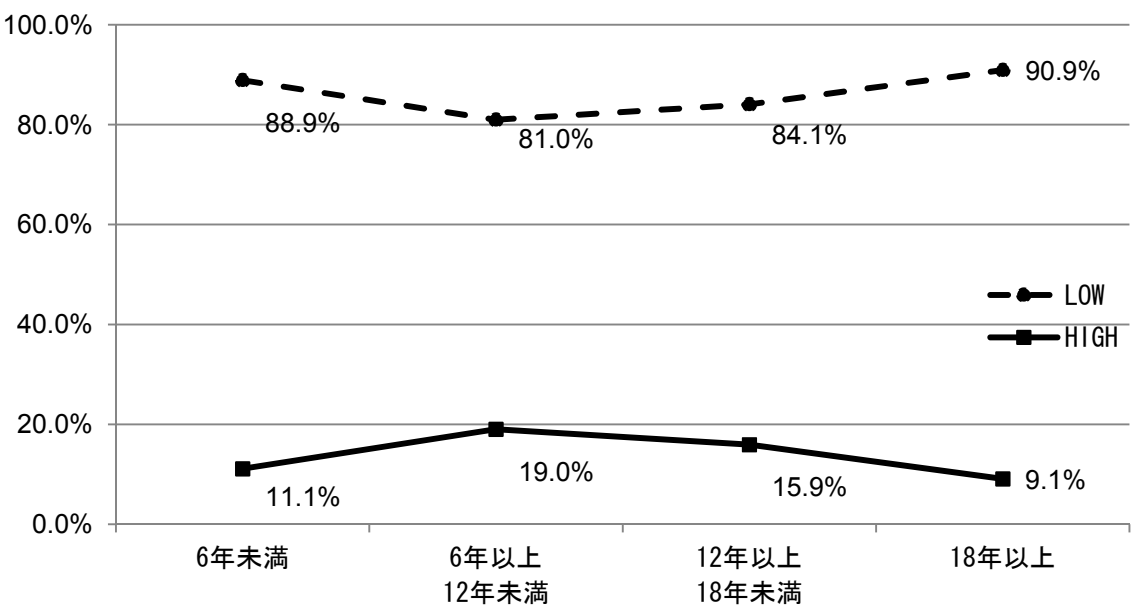


Figure 40 経管栄養（胃瘻）管理接続における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

Table 52 経管栄養（胃瘻）管理接続における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

	6 年未満	6 年以上 12 年未満	12 年以上 18 年未満	18 年以上
LOW	88.9%	81.0%	84.1%	90.9%
HIGH	11.1%	19.0%	15.9%	9.1%
	100%	100%	100%	100%

36 点耳

点耳について、被験者ごとの仕事歴（区分）と不安の程度の値をクロス集計した。その結果、低不安群は7割台以上、高不安群は2割以下で推移していた。低不安群は6年未満で77.8%と最少だったが、仕事歴が増すごとに増加し、18年以上の仕事歴区分では100%に達した。

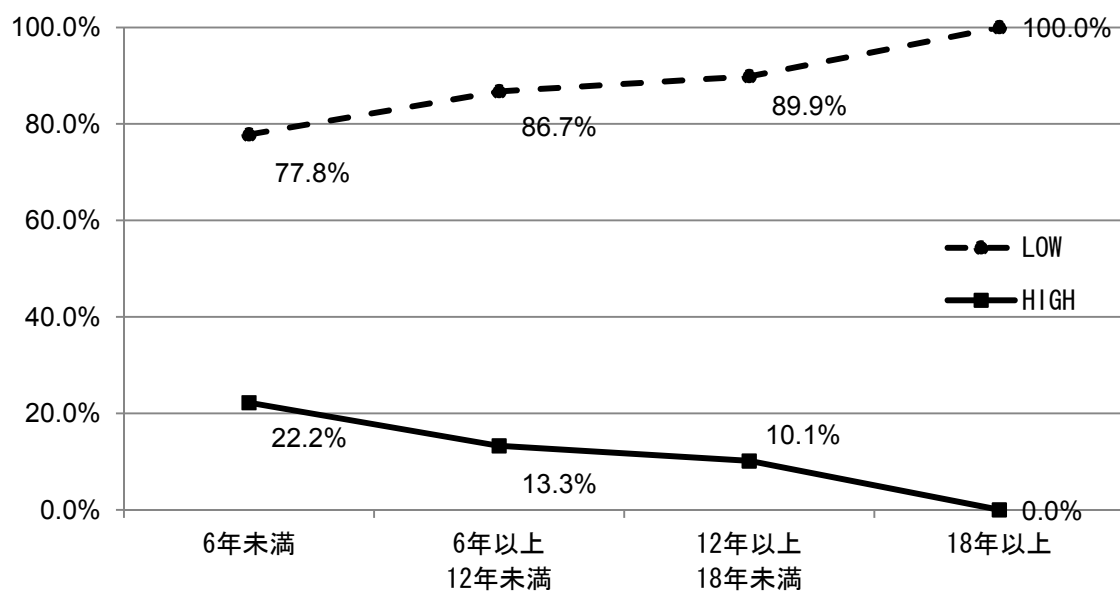


Figure 41 点耳における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

Table 53 点耳における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

	6年未満	6年以上 12年未満	12年以上 18年未満	18年以上
LOW	77.8%	86.7%	89.9%	100%
HIGH	22.2%	13.3%	10.1%	0.0%
	100%	100%	100%	100%

23 温罨法

温罨法について、被験者ごとの仕事歴（区分）と不安の程度の値をクロス集計した。その結果、低不安群は 7 割から 8 割の範囲を推移し、高不安群は 2 割前後で推移した。6 年未満で低不安群が 75%となっているが、仕事歴区分間での差はあまりない。

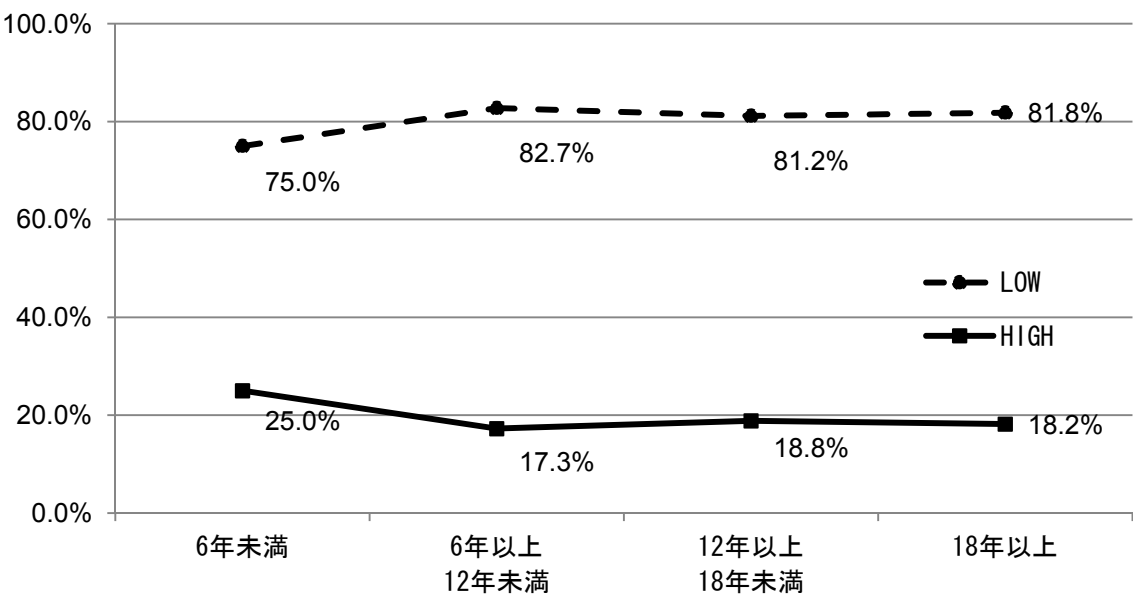


Figure 42 温罨法における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

Table 54 温罨法における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

	6 年未満	6 年以上 12 年未満	12 年以上 18 年未満	18 年以上
LOW	75.0%	82.7%	81.2%	81.8%
HIGH	25.0%	17.3%	18.8%	18.2%
	100%	100%	100%	100%

42 経栄養(胃瘻)管理:注入

経管栄養（胃瘻）管理の注入について、被験者ごとの仕事歴（区分）と不安の程度の値をクロス集計した。その結果、低不安群は 8 割の範囲で推移し、高不安群は 1 割台で推移していた。6 年未満の仕事歴区分では低不安群が 88.9%と高いが、それ以外の仕事歴区分でも一定になっている。

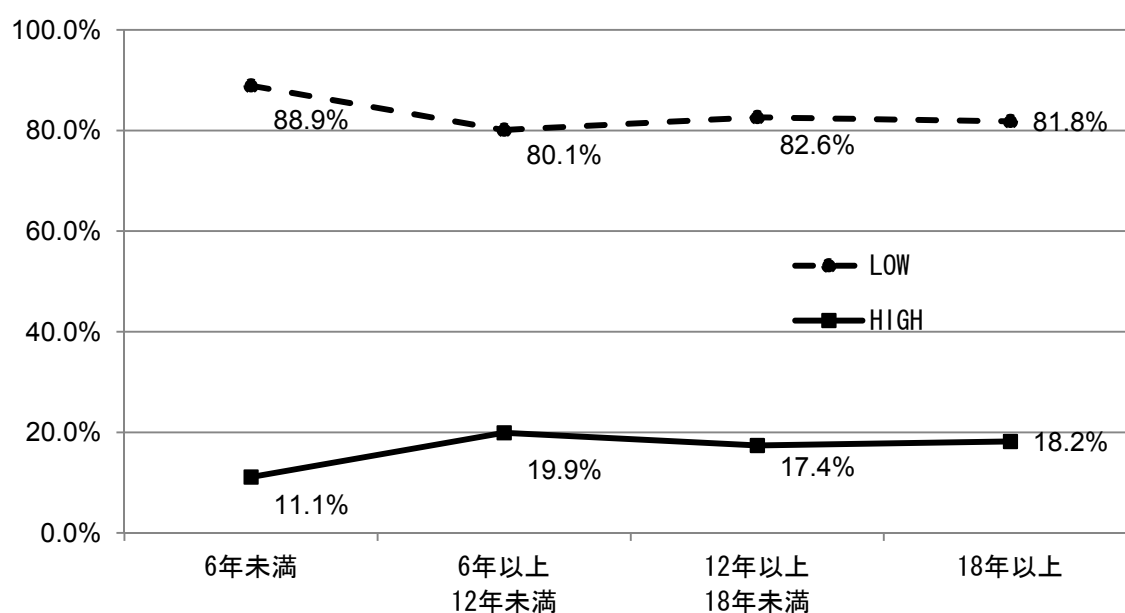


Figure 43 経管栄養（胃瘻）管理注入における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

Table 55 経管栄養（胃瘻）管理注入における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

	6 年未満	6 年以上 12 年未満	12 年以上 18 年未満	18 年以上
LOW	88.9%	80.1%	82.6%	81.8%
HIGH	11.1%	19.9%	17.4%	18.2%
	100%	100%	100%	100%

14 尿意誘発

尿意誘発について、被験者ごとの仕事歴（区分）と不安の程度の値をクロス集計した。その結果、低不安群は7割台、高不安群は2割台を推移し、仕事歴区分間の差は小さかった。

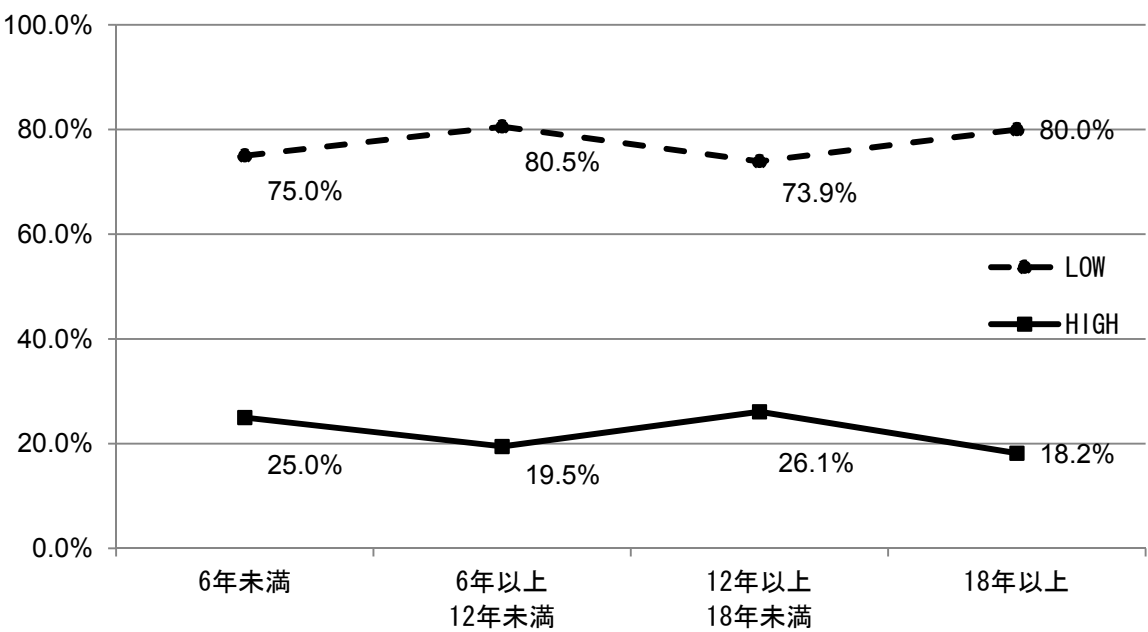


Figure 44 尿意誘発における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

Table 56 尿意誘発における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

	6 年未満	6 年以上 12 年未満	12 年以上 18 年未満	18 年以上
LOW	75.0%	80.5%	73.9%	80.0%
HIGH	25.0%	19.5%	26.1%	18.2%
	100%	100%	100%	100%

33 薬剤貼付(ハップ)

薬剤貼付（ハップ）について、被験者ごとの仕事歴（区分）と不安の程度の値をクロス集計した。その結果、低不安群は8割前後を推移し、高不安群は2割台を推移していた。6年未満の仕事歴区分は低不安群が最多で、高不安群は仕事歴が増すごとに増加し、18年以上で最多となった。

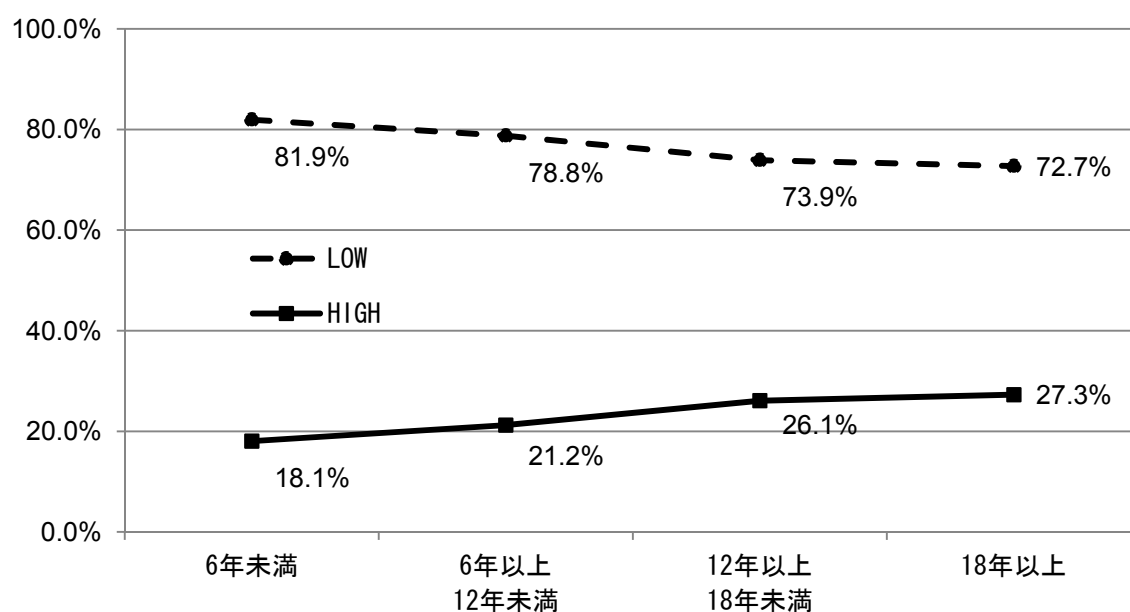


Figure 45 薬剤貼付における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

Table 57 薬剤貼付における不安の程度と仕事歴とのクロス集計結果

	6年未満	6年以上 12年未満	12年以上 18年未満	18年以上
LOW	81.9%	78.8%	73.9%	72.7%
HIGH	18.1%	21.2%	26.1%	27.3%
	100%	100%	100%	100%

4. 17. まとめ

以上、量的調査の分析の結果、以下の点を指摘できる。

- (1) 訪問介護職の多くは訪問介護専門である
- (2) 介護福祉士資格取得は3年以上の経験をもって行っている
- (3)
- (4) 研修も経験も不安を感じないというレベルまで介護職の認識を変化させられないといえる。
- (5) 医療的ケアの実施率と不安有り率は相関が弱い。
- (6) 研修率と不安有り率は相関が弱い。
- (7) 実施率と不安の程度の加重平均、研修率と不安の程度の加重平均は相関が認められた。
- (8) 実施率と研修率も相関が認められた。
- (9) 研修と医療的ケアの実施には「研修をしているから実施する」もしくは「実施が必要であるから研修する」という関係があり、そのように認識されている医療的ケアについては不安の程度が低くなるということが推定される。
- (10) 高い不安有り率の医療的ケアは、仕事歴区分間の差が大きく、仕事歴が増すことによって増減が生じる。中でも、仕事歴が増すことによって高不安群が増加する（低不安群が低下する）という特徴があった。
- (11) 低い不安有り率の医療的ケアは、仕事歴区分間の差が小さく、仕事歴が増加しても低不安群、高不安群の占める割合に大きな変化はない。

5. 質的調査結果

最初に、分析対象とするテキストデータの客観的な記述統計量を算出した。分析の際には、分析のために特に必要とならない語を排除する。このような処理を行う前のテキストデータの状態を記述したものである。

本研究で行った質的調査（聞き取り調査）の目的は、量的調査（アンケート調査）で数値的に把握することが難しい、現場の介護職の生の声を理解することである。

5.1. テキスト分析：記述統計

聞き取りデータのテキストを対象として、テキストマイニング分析を行った。

その結果、記述統計量は、異なり語数 2,020 語、出現回数の平均は 10.03 回だった。

Table 58 記述統計

異なり語数 (n)	2,020
出現回数の平均	10.03
出現回数の標準偏差	38.94

5.1.1.出現回数

下図は出現回数（単位は回）を x 軸、度数（単位は語）を y 軸にプロットしたものである。1 回出現した語は 852 語、最多の 751 回出現したのは 1 語のみだった。

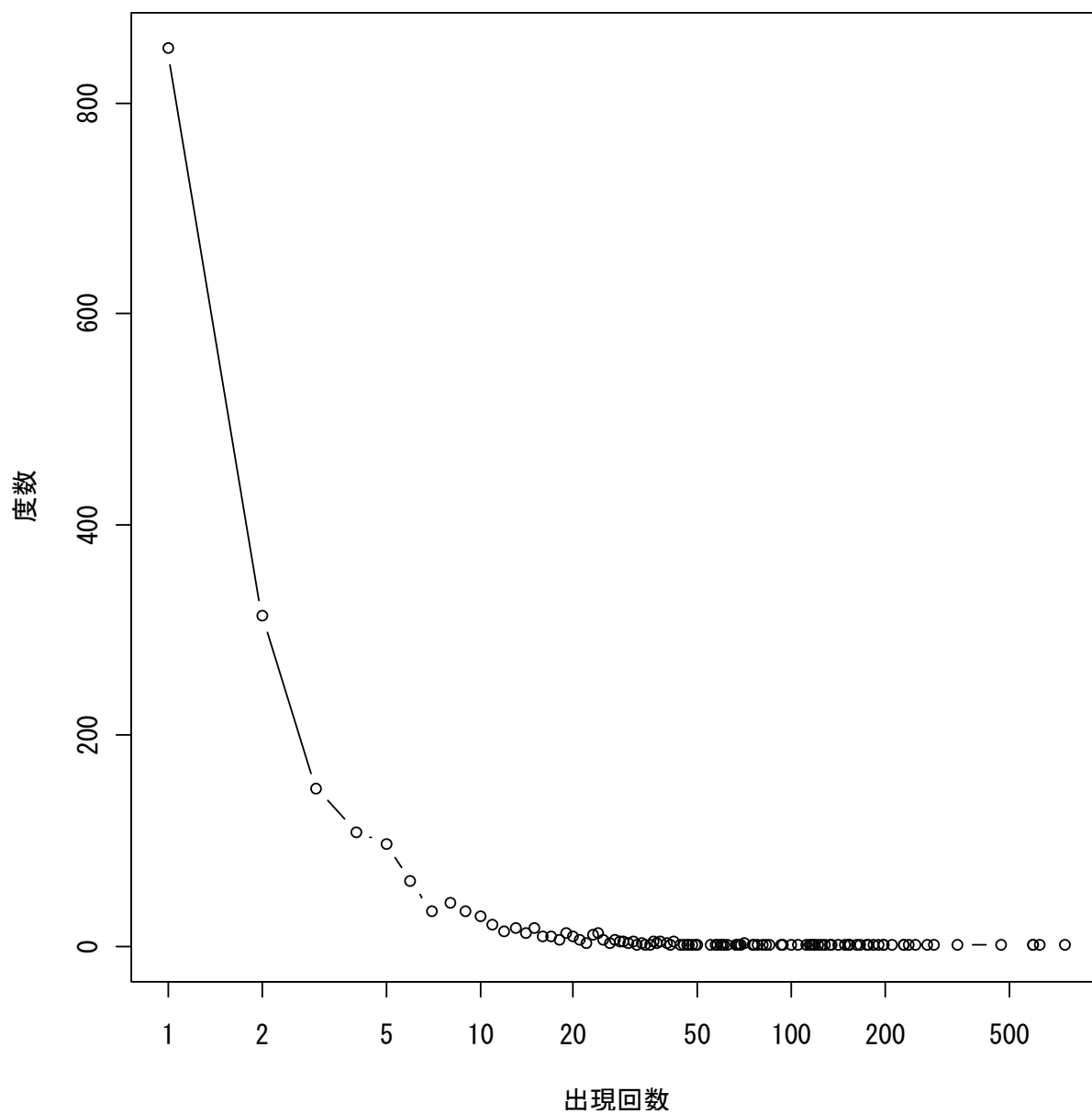


Figure 46 出現回数

Table 59 出現回数の分布（第1表）

出現回数	度数	パーセント	累積度数	累積パーセント	出現回数	度数	パーセント	累積度数	累積パーセント
1	852	42.18	852	42.18	36	4	0.2	1927	95.4
2	313	15.5	1165	57.67	37	3	0.15	1930	95.54
3	150	7.43	1315	65.1	38	4	0.2	1934	95.74
4	109	5.4	1424	70.5	40	3	0.15	1937	95.89
5	97	4.8	1521	75.3	41	2	0.1	1939	95.99
6	62	3.07	1583	78.37	42	4	0.2	1943	96.19
7	34	1.68	1617	80.05	44	1	0.05	1944	96.24
8	41	2.03	1658	82.08	45	2	0.1	1946	96.34
9	33	1.63	1691	83.71	46	1	0.05	1947	96.39
10	28	1.39	1719	85.1	47	2	0.1	1949	96.49
11	21	1.04	1740	86.14	48	1	0.05	1950	96.53
12	15	0.74	1755	86.88	49	2	0.1	1952	96.63
13	17	0.84	1772	87.72	50	2	0.1	1954	96.73
14	12	0.59	1784	88.32	55	1	0.05	1955	96.78
15	18	0.89	1802	89.21	57	1	0.05	1956	96.83
16	10	0.5	1812	89.7	58	2	0.1	1958	96.93
17	10	0.5	1822	90.2	59	2	0.1	1960	97.03
18	6	0.3	1828	90.5	60	2	0.1	1962	97.13
19	12	0.59	1840	91.09	61	2	0.1	1964	97.23
20	9	0.45	1849	91.53	62	1	0.05	1965	97.28
21	6	0.3	1855	91.83	66	1	0.05	1966	97.33
22	3	0.15	1858	91.98	67	1	0.05	1967	97.38
23	11	0.54	1869	92.52	68	1	0.05	1968	97.43
24	13	0.64	1882	93.17	69	1	0.05	1969	97.48
25	7	0.35	1889	93.51	70	3	0.15	1972	97.62
26	3	0.15	1892	93.66	75	1	0.05	1973	97.67
27	7	0.35	1899	94.01	76	1	0.05	1974	97.72
28	4	0.2	1903	94.21	78	1	0.05	1975	97.77
29	5	0.25	1908	94.46	81	1	0.05	1976	97.82
30	3	0.15	1911	94.6	83	1	0.05	1977	97.87
31	4	0.2	1915	94.8	85	1	0.05	1978	97.92
32	2	0.1	1917	94.9	92	1	0.05	1979	97.97
33	3	0.15	1920	95.05	93	1	0.05	1980	98.02
34	1	0.05	1921	95.1	100	1	0.05	1981	98.07
35	2	0.1	1923	95.2	105	1	0.05	1982	98.12

Table 60 出現回数の分布（第2表）

出現回数	度数	パーセント	累積度数	累積パーセント
111	1	0.05	1983	98.17
114	1	0.05	1984	98.22
115	1	0.05	1985	98.27
117	1	0.05	1986	98.32
118	1	0.05	1987	98.37
122	1	0.05	1988	98.42
125	2	0.1	1990	98.51
128	1	0.05	1991	98.56
132	1	0.05	1992	98.61
134	1	0.05	1993	98.66
141	1	0.05	1994	98.71
148	1	0.05	1995	98.76
151	1	0.05	1996	98.81
152	1	0.05	1997	98.86
154	1	0.05	1998	98.91
161	1	0.05	1999	98.96
165	2	0.1	2001	99.06
173	1	0.05	2002	99.11
176	1	0.05	2003	99.16
183	1	0.05	2004	99.21
189	1	0.05	2005	99.26
196	1	0.05	2006	99.31
197	1	0.05	2007	99.36
208	1	0.05	2008	99.41
228	1	0.05	2009	99.46
229	1	0.05	2010	99.5
238	1	0.05	2011	99.55
248	1	0.05	2012	99.6
272	1	0.05	2013	99.65
284	1	0.05	2014	99.7
338	1	0.05	2015	99.75
469	1	0.05	2016	99.8
589	1	0.05	2017	99.85
593	1	0.05	2018	99.9
620	1	0.05	2019	99.95
749	1	0.05	2020	100

5.1.2.出現文書数

次に、出現した文書数（単位は1発言）をx軸に、度数（単位は語）をy軸にしてプロットしたのが下図である。1文書にしか出現しなかった語（1つの発言にしか出現しなかった語）は908語で、最多の583文書に出現したのは1語のみだった。

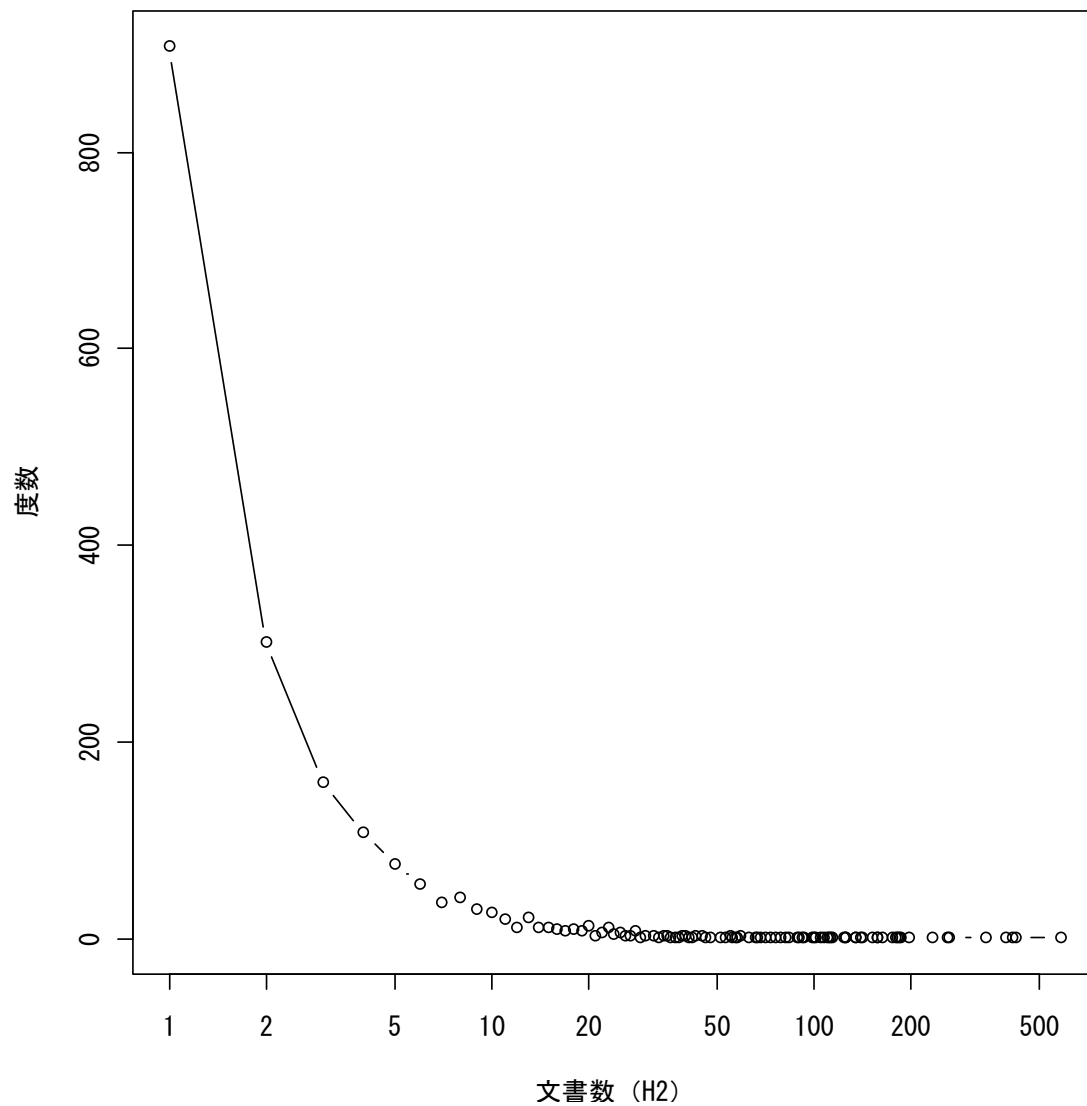


Figure 47 出現文書数

Table 61 出現文書数の分布（第1表）

文書数	度数	パーセント	累積度数	累積パーセント	文書数	度数	パーセント	累積度数	累積パーセント
1	908	44.95	908	44.95	36	1	0.05	1938	95.94
2	302	14.95	1210	59.9	37	1	0.05	1939	95.99
3	159	7.87	1369	67.77	38	1	0.05	1940	96.04
4	108	5.35	1477	73.12	39	3	0.15	1943	96.19
5	77	3.81	1554	76.93	40	4	0.2	1947	96.39
6	56	2.77	1610	79.7	41	1	0.05	1948	96.44
7	38	1.88	1648	81.58	42	1	0.05	1949	96.49
8	42	2.08	1690	83.66	43	3	0.15	1952	96.63
9	31	1.53	1721	85.2	45	3	0.15	1955	96.78
10	27	1.34	1748	86.53	46	1	0.05	1956	96.83
11	21	1.04	1769	87.57	48	2	0.1	1958	96.93
12	11	0.54	1780	88.12	51	2	0.1	1960	97.03
13	22	1.09	1802	89.21	53	2	0.1	1962	97.13
14	11	0.54	1813	89.75	55	3	0.15	1965	97.28
15	12	0.59	1825	90.35	56	1	0.05	1966	97.33
16	10	0.5	1835	90.84	57	1	0.05	1967	97.38
17	9	0.45	1844	91.29	58	1	0.05	1968	97.43
18	10	0.5	1854	91.78	59	3	0.15	1971	97.57
19	8	0.4	1862	92.18	63	1	0.05	1972	97.62
20	13	0.64	1875	92.82	66	1	0.05	1973	97.67
21	3	0.15	1878	92.97	67	1	0.05	1974	97.72
22	7	0.35	1885	93.32	68	1	0.05	1975	97.77
23	11	0.54	1896	93.86	71	1	0.05	1976	97.82
24	5	0.25	1901	94.11	73	1	0.05	1977	97.87
25	6	0.3	1907	94.41	76	1	0.05	1978	97.92
26	3	0.15	1910	94.55	79	1	0.05	1979	97.97
27	3	0.15	1913	94.7	82	1	0.05	1980	98.02
28	8	0.4	1921	95.1	84	1	0.05	1981	98.07
29	1	0.05	1922	95.15	89	1	0.05	1982	98.12
30	3	0.15	1925	95.3	90	1	0.05	1983	98.17
32	4	0.2	1929	95.5	92	1	0.05	1984	98.22
33	2	0.1	1931	95.59	93	1	0.05	1985	98.27
34	3	0.15	1934	95.74	99	1	0.05	1986	98.32
35	3	0.15	1937	95.89	100	2	0.1	1988	98.42

Table 62 出現文書数の分布（第2表）

文書数	度数	パーセント	累積度数	累積パーセント
101	1	0.05	1989	98.47
105	1	0.05	1990	98.51
108	1	0.05	1991	98.56
110	1	0.05	1992	98.61
111	1	0.05	1993	98.66
113	1	0.05	1994	98.71
114	1	0.05	1995	98.76
124	1	0.05	1996	98.81
125	1	0.05	1997	98.86
126	1	0.05	1998	98.91
134	1	0.05	1999	98.96
135	1	0.05	2000	99.01
139	1	0.05	2001	99.06
142	1	0.05	2002	99.11
151	1	0.05	2003	99.16
157	1	0.05	2004	99.21
158	1	0.05	2005	99.26
163	1	0.05	2006	99.31
176	1	0.05	2007	99.36
179	1	0.05	2008	99.41
181	1	0.05	2009	99.46
184	1	0.05	2010	99.5
185	1	0.05	2011	99.55
198	1	0.05	2012	99.6
233	1	0.05	2013	99.65
259	1	0.05	2014	99.7
263	1	0.05	2015	99.75
343	1	0.05	2016	99.8
394	1	0.05	2017	99.85
412	1	0.05	2018	99.9
422	1	0.05	2019	99.95
583	1	0.05	2020	100

5.1.3.出現回数と出現文書数の対数軸表

以上の出現回数の分布と出現文書数の分布を対数軸でプロットしたのが下図である。出現回数が増えれば、出現する文書数も同じく増えており、特徴的な出現状況を示す語はないと考えられるプロットとなった。

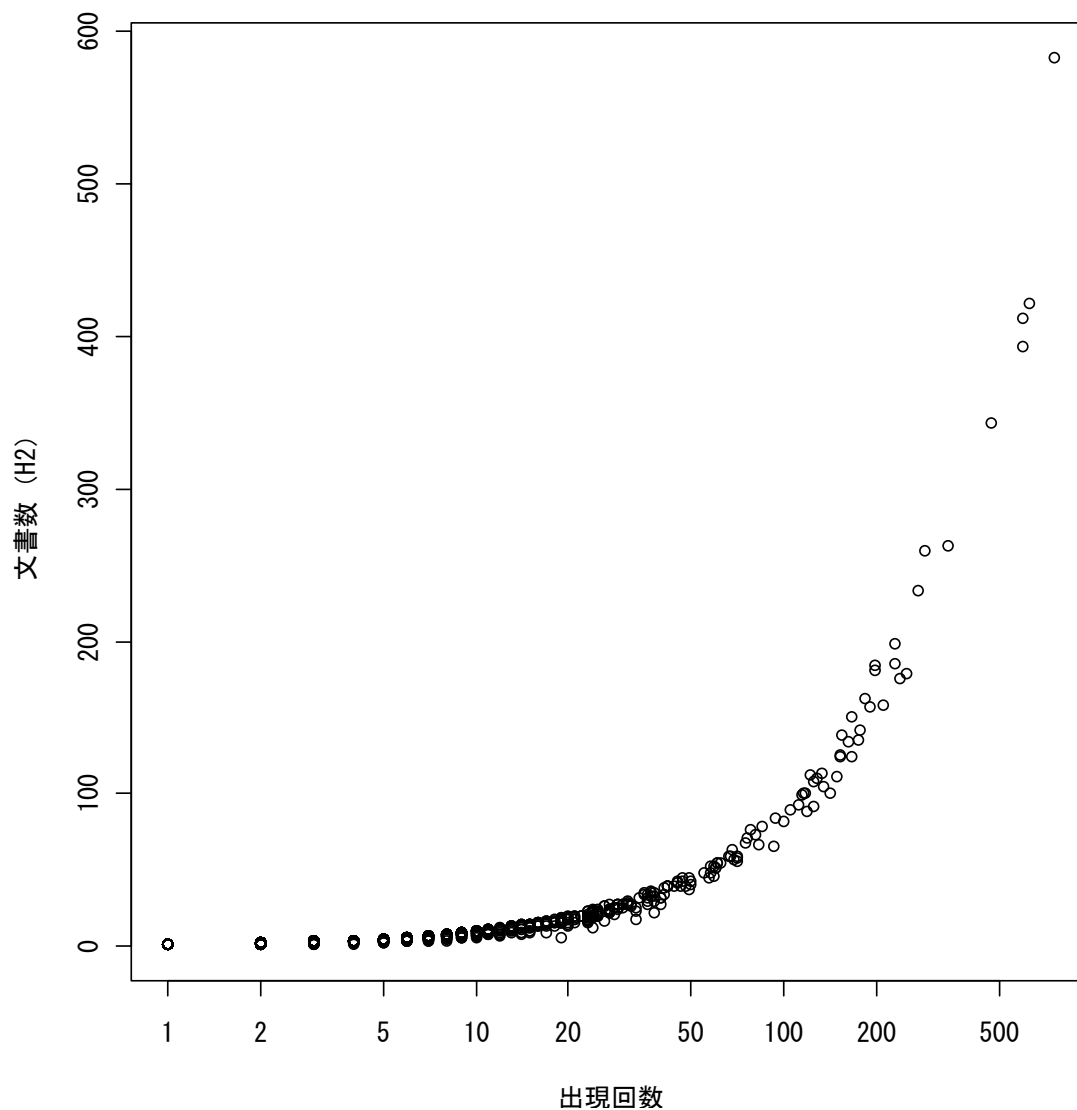


Figure 48 出現回数と文書数の対数軸グラフ

5.1.4.品詞ごとの出現頻度

品詞ごとの出現頻度の高い語は以下に説明する。

最初に名詞の出現頻度が高い語を下表に示す。最多は「医療」で 620 回出現した。次いで「ケア」が 593 回で、3 番目の「ヘルパー」が 469 回だった。「医療」と「ケア」は「医療ケア」や「医療的ケア」などといった組み合わせで出現することが想像されることから、出現回数も第 3 位の「ヘルパー」と比較すると似通っている。

Table 63 名詞の出現頻度（第1表）

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
医療	620	口腔	40	立場	24
ケア	593	酸素	38	医学	23
ヘルパー	469	資格	38	高齢	23
事業	272	責任	38	社会	23
家族	248	やり方	37	主人	23
自分	228	基本	37	最後	22
部分	208	お金	36	リハビリ	21
感じ	196	介助	36	気管	21
体制	152	技術	35	先ほど	21
医師	141	専門	35	方向	21
病院	118	1つ	34	ステーション	20
現場	105	救急	33	バイ	20
ケース	100	身体	33	自体	20
状態	93	場面	32	方針	20
保険	92	先生	32	方法	20
自身	78	ニーズ	31	ガーゼ	19
状況	76	リスク	30	デイサービス	19
気持ち	75	範囲	30	マッサージ	19
福祉	70	内容	29	言葉	19
本人	70	法人	29	考え	19
自信	69	事務所	28	積極	19
最初	68	有料	28	様子	19
栄養	66	地域	27	印象	18
制度	62	程度	27	患者	18
会社	59	ブロック	26	伺い	18
知識	58	保健	26	人間	18
マニュアル	57	情報	25	お宅	17
個人	50	法律	25	奥さん	17
ナース	49	レベル	24	可動	17
具体	47	血圧	24	学校	17
お勤め	44	現状	24	資料	17
皆さん	42	障害	24	本当	17
職員	42	年齢	24	この辺	16
事例	41	風呂	24	アンケート	16

Table 64 名詞の出現頻度（第2表）

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
マネジャー	16	周り	13	水分	11
全員	16	書類	13	非常勤	11
スタッフ	15	正規	13	グループ	10
センター	15	分野	13	テープ	10
ネットワーク	15	目標	13	ホームヘルパー	10
パート	15	夜間	13	応急	10
環境	15	お互い	12	外部	10
寝たきり	15	興味	12	機械	10
両方	15	思い	12	業務	10
ホーム	14	単価	12	近所	10
ボランティア	14	報酬	12	手順	10
座薬	14	ヘルプ	11	場所	10
理由	14	関節	11	条件	10
コミュニケーション	13	休み	11	職場	10
一つ	13	現実	11	職務	10
一般	13	事故	11	年数	10
言い方	13	時点	11	不満	10
高専	13	社協	11	万が一	10

形容動詞で高い出現回数となっているのは、「不安」で176回、「必要」が117回、「大丈夫」が83回となっている。これらの語は質問者の発言中にも頻出する語であり、「医療的ケアに不安がないか」「何が必要か」「大丈夫か」などの文脈で使用されていることが想定される。

Table 65 形容動詞の出現頻度

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
不安	176	簡単	24	危険	16
必要	117	駄目	24	十分	16
大丈夫	83	非常	24	結構	14
無理	61	正直	23	きれい	13
大変	42	大事	20	元気	12
いろいろ	41	確か	19	楽	11
困難	28	緊急	19	完全	10
普通	27	変	17		
だめ	24	可能	16		

動詞の中で高い出現頻度があるのは「思う」で749回だった。「言う」が589回、「入る」が338回、「わかる」が284回であった。

Table 66 動詞の出現頻度（第1表）

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
思う	749	終わる	30	担う	15
言う	589	学ぶ	29	置く	15
入る	338	残る	27	認める	15
分かる	284	伝える	27	付く	15
行く	238	動く	27	亡くなる	15
聞く	229	覚える	25	立つ	15
見る	189	教わる	25	連れる	15
出る	183	決まる	25	合わせる	14
来る	173	戻る	25	死ぬ	14
見る	165	行ける	24	辞める	14
受ける	161	言える	23	傷つける	14
教える	151	上がる	23	上げる	14
取る	134	食べる	23	回る	13
持つ	132	得る	23	頑張る	13
行う	128	働く	22	広がる	13
入れる	125	聞ける	22	足りる	13
変わる	115	触る	21	付ける	13
違う	111	話す	21	汚れる	12
考える	85	含める	20	苦しむ	12
書く	70	洗う	20	携わる	12
見える	60	動かす	20	習う	12
取れる	60	決める	19	断る	12
困る	59	買う	19	調べる	12
作る	58	忘れる	18	任せる	12
出す	55	頼む	18	分ける	12
知る	48	詰まる	17	巻く	11
使う	46	進む	17	起きる	11
感じる	45	関わる	16	広げる	11
帰る	40	求める	16	伝わる	11
貼る	40	塗る	16	倒れる	11
切る	38	飲む	15	答える	11
呼ぶ	37	慣れる	15	動ける	11
整える	36	始まる	15	流す	11
増える	36	測る	15	下がる	10

Table 67 動詞の出現頻度（第2表）

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
勤める	10	止まる	10	立てる	10
向ける	10	手伝う	10		
始める	10	重なる	10		

形容詞の中で高い出現頻度となったのは「多い」で154回、「怖い」が125回、「難しい」が114回だった。その後の「少ない」が61回と大幅に出現頻度が低下する。

Table 68 形容詞の出現頻度

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
多い	154	長い	29	重たい	14
怖い	125	若い	28	新しい	14
難しい	114	厳しい	27	危ない	12
少ない	61	強い	25	細かい	11
悪い	50	良い	24	重い	11
高い	47	苦しい	23	深い	10
大きい	42	無い	19	忙しい	10
痛い	33	早い	17		

副詞の中で高い出現回数となったのは「結構」で197回、「実際」が165回、「本当に」が148回、「一応」が122回だった。その後の「特に」が81回で、大幅に出現回数が低下する。

Table 69 副詞の出現頻度

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
結構	197	多分	67	本当は	31
実際	165	少し	49	別に	29
本当に	148	全然	45	全く	23
一応	122	ある程度	31	初めて	11
特に	81	必ず	31	取りあえず	10

品詞の別なく、出現頻度の高い語を見ると、「思う」が749回、「医療」が620回、「ケア」が593回、「言う」が589回だった。

Table 70 出現頻度の高い150語（第1表）

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
思う	749	必要	117	ナース	49
医療	620	変わる	115	少し	49
ケア	593	難しい	114	知る	48
言う	589	違う	111	具体	47
ヘルパー	469	現場	105	高い	47
入る	338	ケース	100	使う	46
分かる	284	状態	93	感じる	45
事業	272	保険	92	全然	45
家族	248	考える	85	お勤め	44
行く	238	大丈夫	83	皆さん	42
聞く	229	特に	81	職員	42
自分	228	自身	78	大きい	42
部分	208	状況	76	大変	42
結構	197	気持ち	75	いろいろ	41
感じ	196	書く	70	事例	41
見る	189	福祉	70	帰る	40
出る	183	本人	70	口腔	40
不安	176	自信	69	貼る	40
来る	173	最初	68	酸素	38
見る	165	多分	67	資格	38
実際	165	栄養	66	責任	38
受ける	161	制度	62	切る	38
多い	154	少ない	61	やり方	37
体制	152	無理	61	基本	37
教える	151	見える	60	呼ぶ	37
本当に	148	取れる	60	お金	36
医師	141	会社	59	介助	36
取る	134	困る	59	整える	36
持つ	132	作る	58	増える	36
行う	128	知識	58	技術	35
入れる	125	マニュアル	57	専門	35
怖い	125	出す	55	1つ	34
一応	122	悪い	50	救急	33
病院	118	個人	50	身体	33

Table 71 出現頻度の高い 150 語（第 2 表）

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
痛い	33	事務所	28	決まる	25
場面	32	若い	28	情報	25
先生	32	有料	28	法律	25
ある程度	31	厳しい	27	戻る	25
ニーズ	31	残る	27	だめ	24
必ず	31	地域	27	レベル	24
本当は	31	程度	27	簡単	24
リスク	30	伝える	27	血圧	24
終わる	30	動く	27	現状	24
範囲	30	普通	27	行ける	24
学ぶ	29	かつて	26	障害	24
長い	29	ブロック	26	駄目	24
内容	29	保健	26	年齢	24
別に	29	覚える	25	非常	24
法人	29	強い	25	風呂	24
困難	28	教わる	25	立場	24

次に、聞き取りケースごとにどのような頻出語があるのかを分析したのが下表である。聞き取りケースで多少の違いがあることは認められるが、「思う」「言う」「医療」「怖い」「ヘルパー」などが上位にきている。

Table 72 聞き取りケースごとに特徴づける語（第1表）

916nakayama		916takahashi		924takahashi_1		924takahashi_2	
医療	.025	部分	.057	思う	.035	言う	.028
事業	.019	思う	.029	ヘルパー	.035	思う	.028
看る	.017	ケア	.028	入る	.026	怖い	.019
分かる	.017	聞く	.020	言う	.026	医療	.018
違う	.017	言う	.019	ケア	.018	ケア	.016
感じ	.013	自分	.019	医療	.017	部分	.012
無い	.012	医療	.017	本当に	.017	自身	.011
自信	.010	教える	.016	事業	.016	正直	.011
変わる	.009	自身	.014	部分	.015	保険	.010
体制	.009	口腔	.011	聞く	.014	自分	.010
925suzuki_1		925suzuki2		930nakayama		930takahashi	
言う	.044	病院	.036	ナース	.034	言う	.022
ヘルパー	.030	本当に	.032	来る	.020	怖い	.016
行く	.028	家族	.025	聞く	.016	看る	.014
入れる	.028	医師	.021	結構	.016	多い	.013
主人	.021	思う	.020	行く	.015	聞く	.013
病院	.020	医療	.019	大丈夫	.013	家族	.012
保健	.018	ケース	.019	自分	.010	不安	.012
取る	.018	実際	.019	職員	.009	呼ぶ	.011
覚える	.017	ケア	.018	有料	.008	教える	.011
持つ	.016	具体	.017	最初	.008	受ける	.011
108takahashi		1014nakayama		1016suzuki_1		1016suzuki_2	
思う	.027	思う	.032	ケース	.026	事業	.029
言う	.025	言う	.024	事業	.025	ヘルパー	.027
医療	.021	事業	.023	正直	.023	本当に	.025
怖い	.019	医療	.020	実際	.023	思う	.024
ヘルパー	.017	分かる	.019	本当に	.021	医療	.023
教える	.017	入る	.019	難しい	.020	ネットワーク	.022
医師	.014	感じ	.018	結構	.019	医師	.020
入る	.013	家族	.018	医療	.019	自分	.016
可動	.012	入れる	.013	いろいろ	.019	病院	.016
看る	.011	自分	.013	受ける	.019	看る	.015

※数値は Jaccard の類似性測度

Table 73 聞き取りケースを特徴づける語（第2表）

1019nakayama		1020nakayama		1021nakayama		1021takahashi	
感じ	.026	ヘルパー	.021	分かる	.020	自分	.011
事業	.025	分かる	.020	医師	.010	ケース	.010
結構	.023	ケア	.018	行う	.007	部分	.010
分かる	.022	行く	.013	教える	.007	実際	.008
思う	.022	無理	.011	必要	.007	程度	.006
ヘルパー	.019	来る	.010	本当に	.007	多分	.005
来る	.019	家族	.010	見える	.006	状態	.005
ケア	.018	部分	.010	状況	.006	坐業	.005
入る	.016	結構	.010	多分	.005	気持ち	.005
家族	.015	難しい	.009	状態	.005	自身	.005
1022nakayama		1022takahashi		1027nakayama		1028nakayama	
結構	.026	思う	.040	分かる	.031	思う	.034
思う	.025	ヘルパー	.022	ケア	.028	見る	.025
ヘルパー	.023	現場	.022	医療	.022	感じ	.024
医療	.020	必要	.020	結構	.017	ヘルパー	.023
分かる	.019	言う	.017	感じ	.013	入る	.021
看る	.013	分かる	.015	事業	.012	医療	.021
社協	.013	持つ	.014	聞く	.012	言う	.021
体制	.012	入る	.014	不安	.011	ケア	.021
保険	.010	実際	.014	実際	.011	事業	.018
答える	.010	状態	.014	一応	.010	看る	.018

※数値は Jaccard の類似性測度

聞き取りごとの特徴を把握しやすくするため、対応分析（数量化 III 類）を行い、2 次元散布図を作成した。対応分析によって散布図を作成することで、「特徴語の関連」と「聞き取りの関連」を同時に布置できるので、聞き取りごとの特性を把握しやすい。

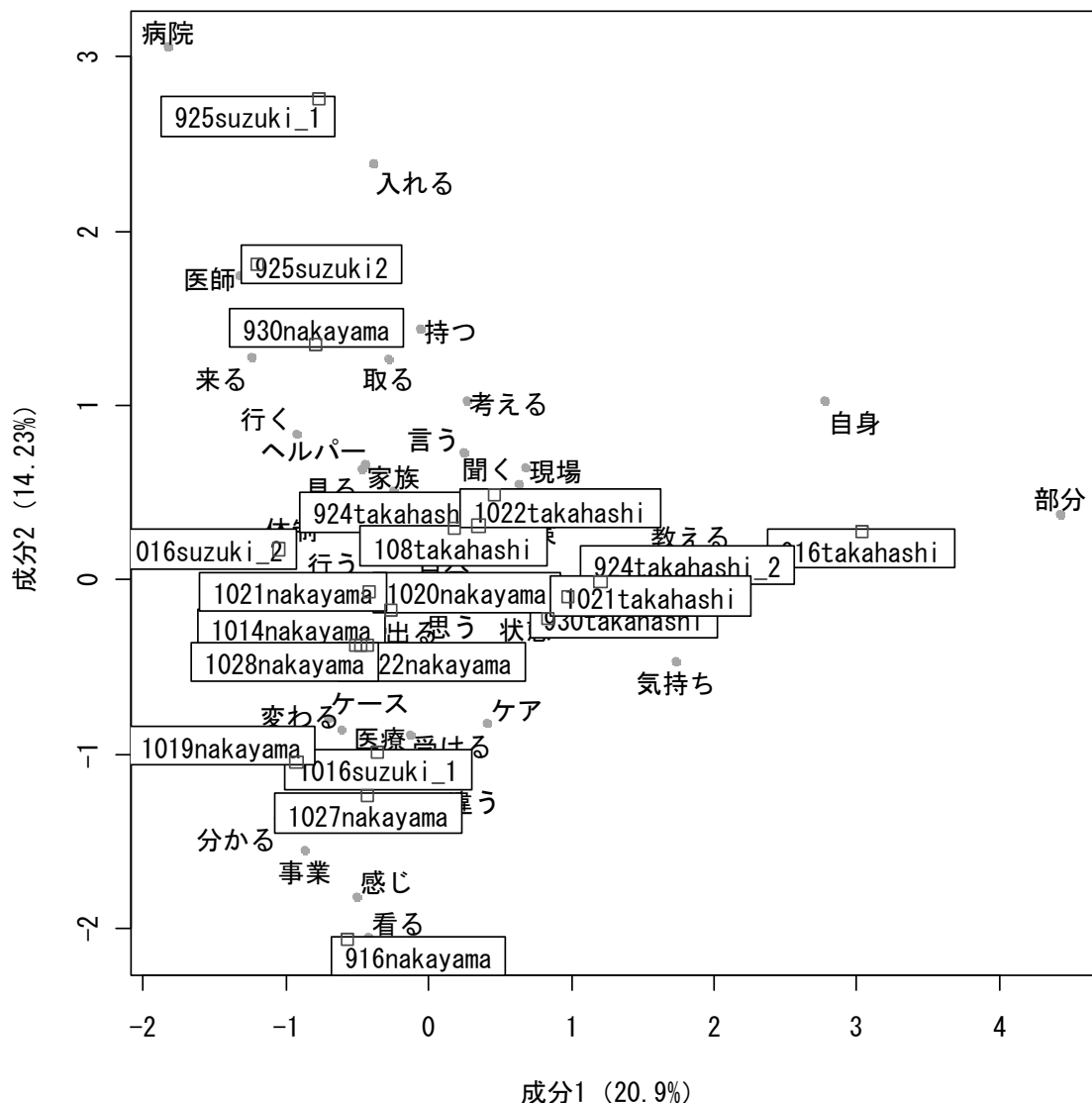


Figure 49 聞き取りごとの対応分析

抽出語のクラスター分析を行った。結果は下図である。「医療」と「ケア」が最も共起性が高い語であり、この語は組み合わせで出現していることが推測される。次いで、「ヘルパー」と「入る」や「医師」と「病院」、「思う」と「言う」、「行く」と「行う」などが共起性が高い語として考えられる。

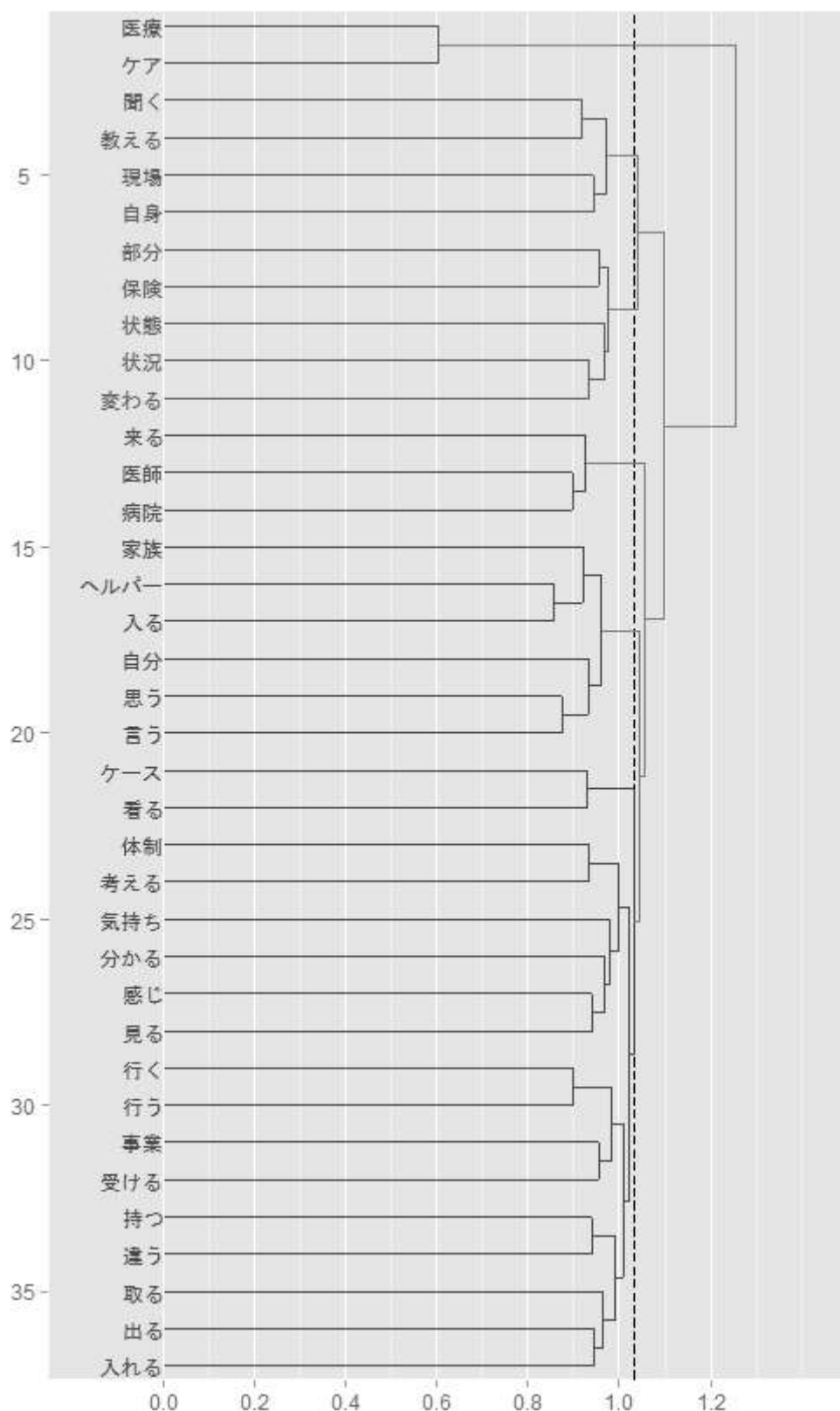


Figure 50 抽出語のクラスター分析

最小出現数：75、名詞、動詞を抽出、集計単位：1 発言
 クラスター分析は、Jaccard 法で行った。

高い出現頻度語の共起ネットワーク関係を分析したのが下図である。出現回数が多い語は円が大きく表現されている。共起関係が強い語同士はより太い線で結ばれている。「思う」「言う」「医療」「ケア」「ヘルパー」などという中心的な語と関係のある語が把握できる。「ヘルパー」と「家族」という語は比較的強い共起関係にあるといえる。「ヘルパー」は「入る」「思う」「言う」「行く」とも共起関係が強いことが分かることから、ヘルパーの行動に言及されていることが推測される。

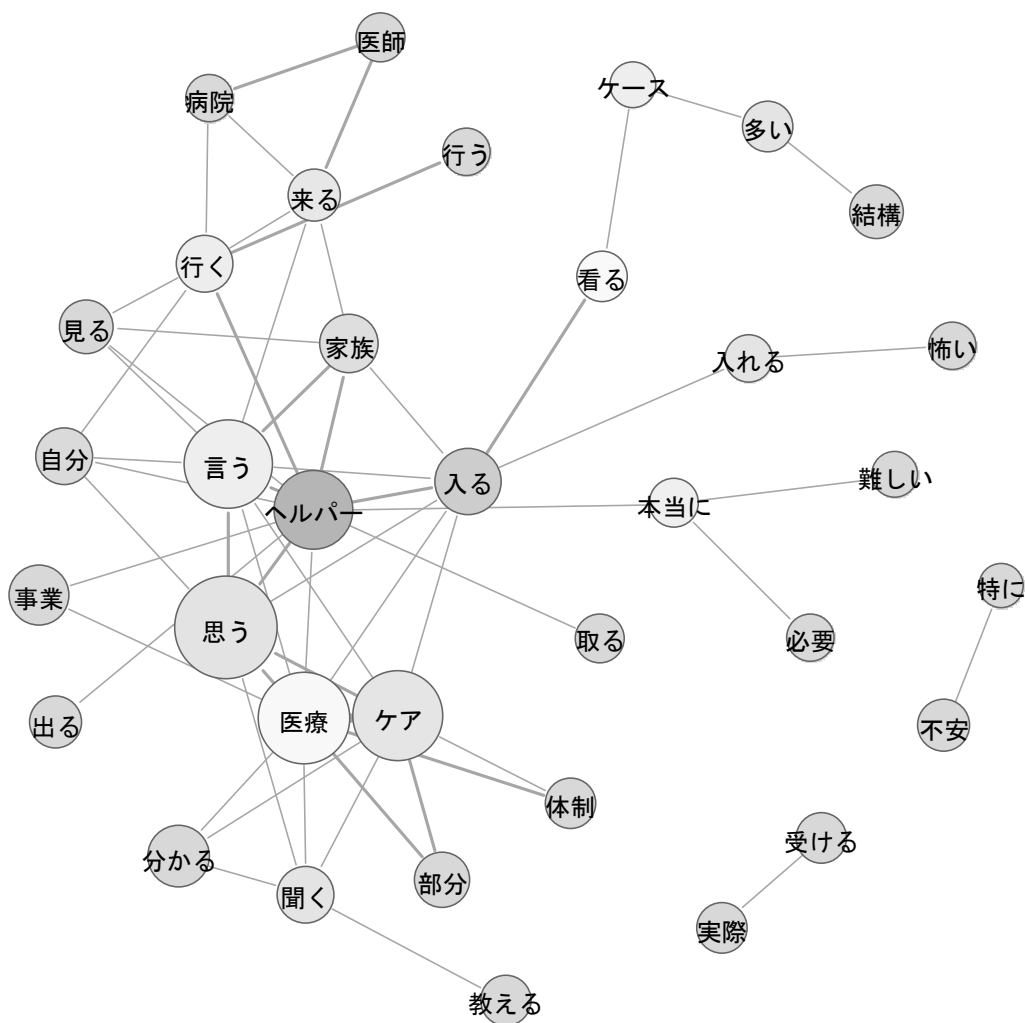


Figure 51 共起ネットワーク

集計単位を1発言とし、最小出現数75で、名詞、形容動詞、動詞、形容詞、副詞を抽出した。

5.2. テキスト分析：コーディング分析

語ごとに出現頻度や共起の関係を見てきたが、異なる語でも同じことを意味することもあることから、いくつかの共通する意味・概念としてまとめて分析することにする。

同じ意味、概念の語を一つのまとまりとして構成させる。これを「コード」として定義する。本分析では、コーディング定義を以下の「アクターについての定義」「否定・肯定的表現の定義」「経験と知識についての定義」で行った。

Table 74 アクターについてのコーディング

コーディング語	含まれる語
* 看護師	看護師 or 看護職 or 看護師さん or ナース or ナースさん or 看護
* 介護士	介護士 or 介護福祉士 or 介護職 or 介護職員 or 介護の方 or 介護の子 or 介護スタッフ or 職員 or ヘルパー or 介護
* 医師	医師 or 医療職 or 医療スタッフ or ドクター or 開業医
* 利用者	利用者 or 患者 or 入所者 or お客 or 本人
* 家族	お父さん or 娘さん or 奥さん or 主人 or 奥さま or 子ども or 親子 or お母さん or 息子

Table 75 否定的表現と肯定的表現のコーディング

コーディング語	含まれる語
* 否定的	あぶない or 怖い or 苦しい or 危ない or 難しい or 悪い or 痛い or 重い or 不安 or おかしい or つらい or もどかしい or まずい or 変 or リスク or 失敗 or だめ
* 肯定的	いい or よろしい or よい or うまい or うれしい or 良い or 楽 or 肯定 or 安心

Table 76 経験と知識についてのコーディング

コーディング語	含まれる語
* 経験・慣れ	やり方 or 実施 or 経験 or 実践 or 慣れる or 働く or 行う or 慣れ or 実践
* 知識・教育	知識 or マニュアル or 資格 or 学校 or 研修 or 講習 or 教育 or 教える or 知る or 教わる or 学ぶ or 覚える

以上のコーディング定義で聞き取り調査のテキストを分析した。最初にアクターのコーディング定義で分析した結果が下表である。最も多くの文書に出現したのが「介護士」で全文書（発言）中 7.54%に出現した。次いで、「医師」が 2.14%、「利用者」が 1.46%となっている。「看護師」は 0.74%だった。コードが出現しなかった文書（発言）は 88.82%だった。

Table 77 アクター定義のコーディングによる出現文書

	出現文書数	(%)
* 看護師	37	0.74%
* 介護士	377	7.54%
* 医師	107	2.14%
* 利用者	73	1.46%
* 家族	41	0.82%
#コード無し	4,440	88.82%
(文書数)	4,999	100.00%

コーディング単位：発言

「肯定的・否定的表現」のコーディングによる分析結果は下表である。否定的な表現は全文書（発言）中 9.06%で出現する一方、肯定的な表現は 0.68%で出現するにとどまった。コードが出現しない文書は 90%に上った。

Table 78 肯定的・否定的表現のコーディングによる出現文書

	出現文書数	(%)
* 否定的	453	9.06%
* 肯定的	34	0.68%
#コード無し	4,524	90.50%
(文書数)	4,999	100.00%

コーディング単位：発言

「経験・知識」のコーディングについての分析結果は下表である。「経験・慣れ」は 3.5%、「知識・教育」は 6.68%で出現した。コードが出現していないのは 90%に上った。

Table 79 経験・知識に関連した表現のコーディングによる出現文書

	出現文書数	(%)
* 経験・慣れ	175	3.50%
* 知識・教育	334	6.68%
#コード無し	4,537	90.76%
(文書数)	4,999	

コーディング単位：発言

次に、聞き取りケースごとにコーディングがどのように出現しているのかを分析した結果を順次説明する。最初にアクター定義の出現状況を説明する。すべてのケースで「介護士」が割合の多少はあれ、最多のアクター表現であることがわかった。

Table 80 アクター定義のコーディングによる聞き取りごとの出現状況

	* 看護師	* 介護士	* 医師	* 利用者	* 家族	ケース数
916nakayama	0 (0.00%)	4 (1.50%)	2 (0.75%)	2 (0.75%)	0 (0.00%)	266
916takahashi	1 (0.40%)	10 (4.02%)	4 (1.61%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	249
924takahashi_1	2 (0.91%)	28 (12.73%)	3 (1.36%)	2 (0.91%)	3 (1.36%)	220
924takahashi_2	0 (0.00%)	7 (3.41%)	1 (0.49%)	1 (0.49%)	3 (1.46%)	205
925suzuki_1	0 (0.00%)	19 (13.01%)	9 (6.16%)	9 (6.16%)	13 (8.90%)	146
925suzuki_2	2 (1.37%)	7 (4.79%)	12 (8.22%)	5 (3.42%)	1 (0.68%)	146
930nakayama	28 (11.20%)	26 (10.40%)	6 (2.40%)	6 (2.40%)	0 (0.00%)	250
930takahashi	0 (0.00%)	19 (6.15%)	4 (1.29%)	1 (0.32%)	1 (0.32%)	309
108takahashi	2 (0.85%)	18 (7.69%)	8 (3.42%)	5 (2.14%)	0 (0.00%)	234
1014nakayama	0 (0.00%)	14 (6.45%)	3 (1.38%)	1 (0.46%)	10 (4.61%)	217
1016suzuki_1	0 (0.00%)	20 (13.70%)	0 (0.00%)	7 (4.79%)	0 (0.00%)	146
1016suzuki_2	0 (0.00%)	23 (14.02%)	11 (6.71%)	4 (2.44%)	0 (0.00%)	164
1019nakayama	0 (0.00%)	23 (9.20%)	4 (1.60%)	1 (0.40%)	2 (0.80%)	250
1020nakayama	0 (0.00%)	37 (10.03%)	8 (2.17%)	10 (2.71%)	1 (0.27%)	369
1021nakayama	1 (0.16%)	31 (4.98%)	20 (3.22%)	7 (1.13%)	1 (0.16%)	622
1021takahashi	1 (0.24%)	13 (3.08%)	0 (0.00%)	4 (0.95%)	0 (0.00%)	422
1022nakayama	0 (0.00%)	21 (12.65%)	2 (1.20%)	2 (1.20%)	1 (0.60%)	166
1022takahashi	0 (0.00%)	19 (12.03%)	3 (1.90%)	2 (1.27%)	1 (0.63%)	158
1027nakayama	0 (0.00%)	16 (6.11%)	4 (1.53%)	4 (1.53%)	0 (0.00%)	262
1028nakayama	0 (0.00%)	22 (11.11%)	3 (1.52%)	0 (0.00%)	4 (2.02%)	198
合計	37 (0.74%)	377 (7.54%)	107 (2.14%)	73 (1.46%)	41 (0.82%)	4,999
カイ 2 乗値	399.201**	98.972**	80.807**	61.999**	183.231**	

肯定的・否定的表現のコーディングの出現状況は下表である。全てのケースで否定的な表現が大きく上回る出現状況となっている。

Table 81 肯定的・否定的表現のコーディングによる聞き取りごとの出現状況

	* 否定的	* 肯定的	ケース数
916nakayama	19 (7.14%)	1 (0.38%)	266
916takahashi	17 (6.83%)	2 (0.80%)	249
924takahashi_1	21 (9.55%)	1 (0.45%)	220
924takahashi_2	34 (16.59%)	1 (0.49%)	205
925suzuki_1	12 (8.22%)	0 (0.00%)	146
925suzuki_2	7 (4.79%)	1 (0.68%)	146
930nakayama	15 (6.00%)	2 (0.80%)	250
930takahashi	43 (13.92%)	2 (0.65%)	309
108takahashi	29 (12.39%)	6 (2.56%)	234
1014nakayama	23 (10.60%)	3 (1.38%)	217
1016suzuki_1	18 (12.33%)	1 (0.68%)	146
1016suzuki_2	21 (12.80%)	8 (4.88%)	164
1019nakayama	20 (8.00%)	2 (0.80%)	250
1020nakayama	23 (6.23%)	0 (0.00%)	369
1021nakayama	30 (4.82%)	0 (0.00%)	622
1021takahashi	26 (6.16%)	1 (0.24%)	422
1022nakayama	16 (9.64%)	0 (0.00%)	166
1022takahashi	26 (16.46%)	0 (0.00%)	158
1027nakayama	25 (9.54%)	0 (0.00%)	262
1028nakayama	28 (14.14%)	3 (1.52%)	198
合計	453 (9.06%)	34 (0.68%)	4,999
カイ 2 乗値	78.941**	72.543**	

経験・知識についてのコーディングの出現状況は下表のとおりである。3 ケース以外は「知識・教育」のコードが多くなっている。

Table 82 経験・知識に関連した表現のコーディングによる聞き取りごとの出現状況

	* 経験・慣れ	* 知識・教育	ケース数
916nakayama	7 (2.63%)	15 (5.64%)	266
916takahashi	11 (4.42%)	31 (12.45%)	249
924takahashi_1	7 (3.18%)	19 (8.64%)	220
924takahashi_2	1 (0.49%)	16 (7.80%)	205
925suzuki_1	9 (6.16%)	22 (15.07%)	146
925suzuki_2	6 (4.11%)	3 (2.05%)	146
930nakayama	8 (3.20%)	10 (4.00%)	250
930takahashi	11 (3.56%)	22 (7.12%)	309
108takahashi	14 (5.98%)	31 (13.25%)	234
1014nakayama	7 (3.23%)	13 (5.99%)	217
1016suzuki_1	6 (4.11%)	3 (2.05%)	146
1016suzuki_2	7 (4.27%)	0 (0.00%)	164
1019nakayama	10 (4.00%)	18 (7.20%)	250
1020nakayama	13 (3.52%)	24 (6.50%)	369
1021nakayama	18 (2.89%)	32 (5.14%)	622
1021takahashi	1 (0.24%)	14 (3.32%)	422
1022nakayama	7 (4.22%)	10 (6.02%)	166
1022takahashi	11 (6.96%)	20 (12.66%)	158
1027nakayama	6 (2.29%)	9 (3.44%)	262
1028nakayama	15 (7.58%)	22 (11.11%)	198
合計	175 (3.50%)	334 (6.68%)	4,999
カイ2乗値	45.744**	103.049**	

各コーディングをクラスター分析した。クラスター分析は Jaccard 法で行った。最も共起性があるのは「知識・教育」と「介護士」で、次いで「経験・慣れ」と「知識・教育」「介護士」の組み合わせであった。「肯定的」と「家族」、「医師」と「利用者」も共起性が高いことがわかった。

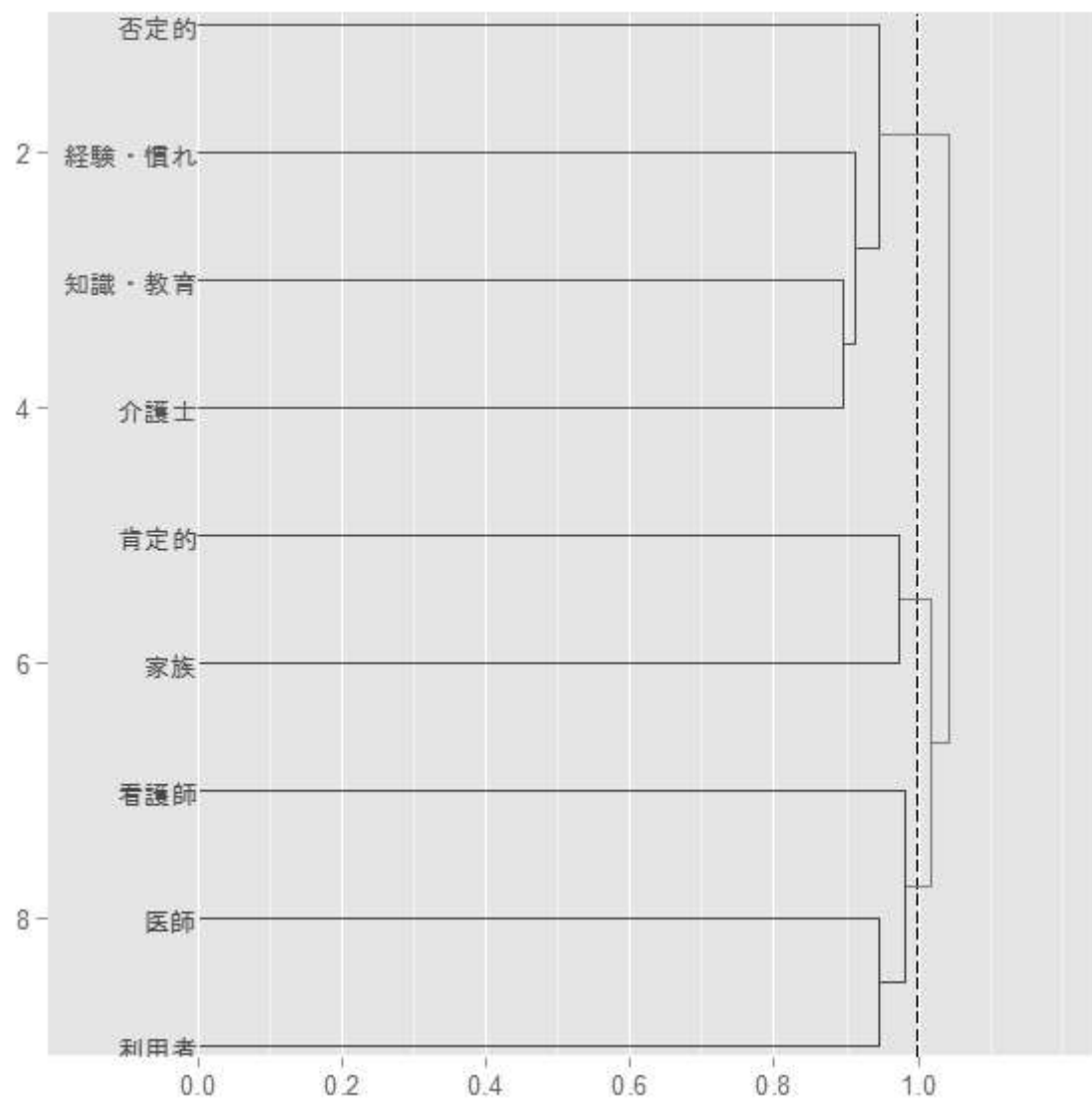
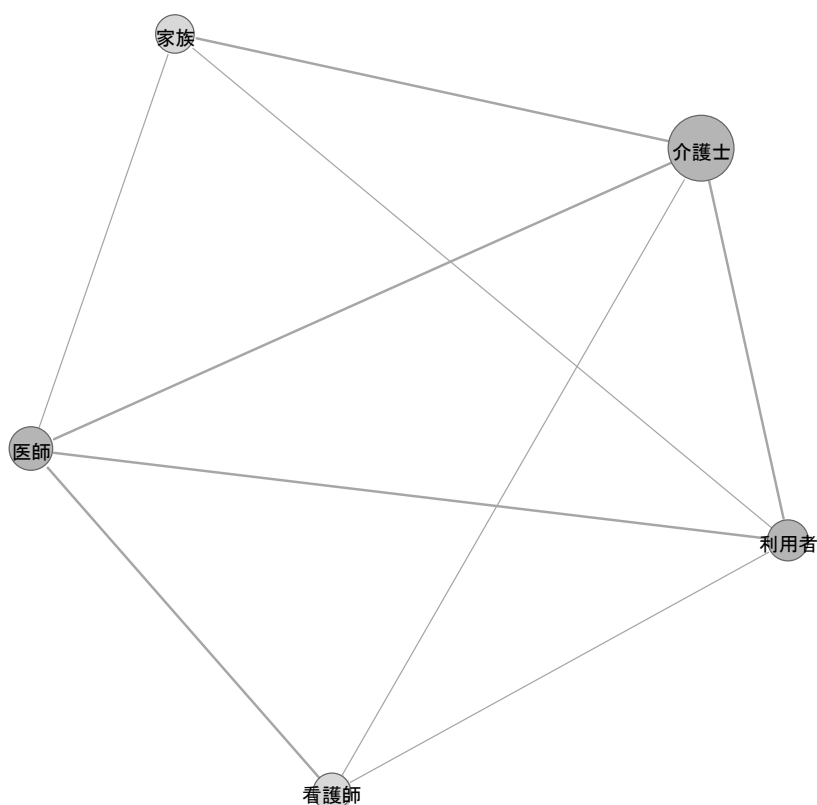


Figure 52 コードのクラスター分析



強い共起ほど太い線で描画、出現頻度が高いコーディング語を大きく表示

「介護士」が最も多く出現頻度があることが分かる。ここで設定したアクター概念の中、「家族」と「看護師」のネットワークがないことが分かる一方、他のアクター間でのネットワークは存在していることがわかった。

共起の関係を類似度行列で表現した。類似度の算出は下記の Jaccard 係数（類似性測度値）の式を用いて算出した。

$$J(a, b) = \frac{A \wedge B}{A + B - (A \wedge B)}$$

計算式における A と B は、語 a および語 b のそれぞれの出現回数。

$A \wedge B$ は、語 a と語 b が共に出現する回数。

Jaccard 係数式は、語 a と語 b について、語 a もしくは語 b の一方のみを含む文書を分母とし、語 a と語 b を両方含む文書を分子として算出するものである。得られる結果は 0 から 1 の間の値を取る。Jaccard 係数式を用いると、他の語と共起が多い語が、低く見積もられる傾向がある（分母が大きくなるため）。このような特性を踏まえ、語の出現回数を考慮した Jaccard 係数の解釈が必要である。

5.2.1.アクターコードの類似度行列

Table 83 アクターコードの類似度行列

	* 看護師	* 介護士	* 医師	* 利用者	* 家族
* 看護師	1	0.022	0.036	0.019	0
* 介護士		1	0.041	0.051	0.037
* 医師			1	0.053	0.028
* 利用者				1	0.018
* 家族					1

全体を見たところ、「利用者」のコードが「医師」や「介護士」との数値が高くなっている。次いで、「介護士」が「医師」「家族」などとも高い数値を示している。共起ネットワークおよび類似度行列の分析の結果、アクターのコードでは、「介護士」や「利用者」「医師」のコードが中心となっているといえる。

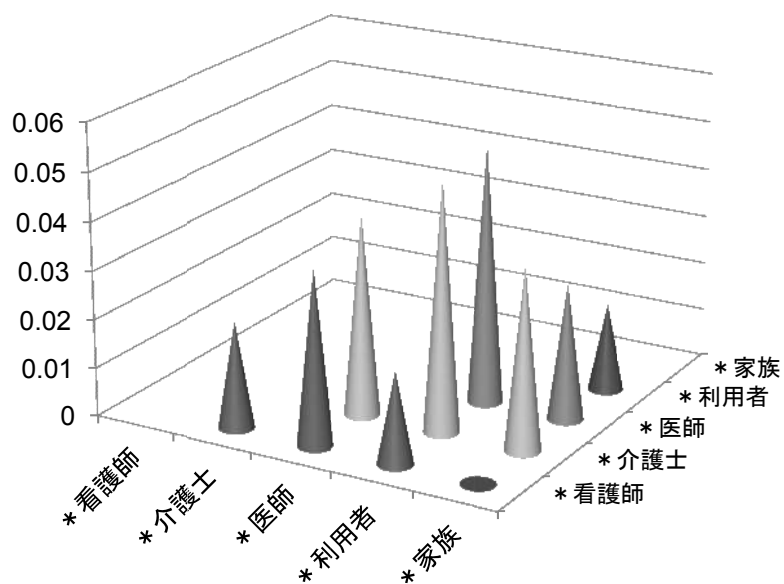


Figure 53 アクターコードの類似度行列

次に、アクターコードのみではなく、「否定・肯定的表現」「経験・知識」のコードとの関係を共起ネットワークで分析した。

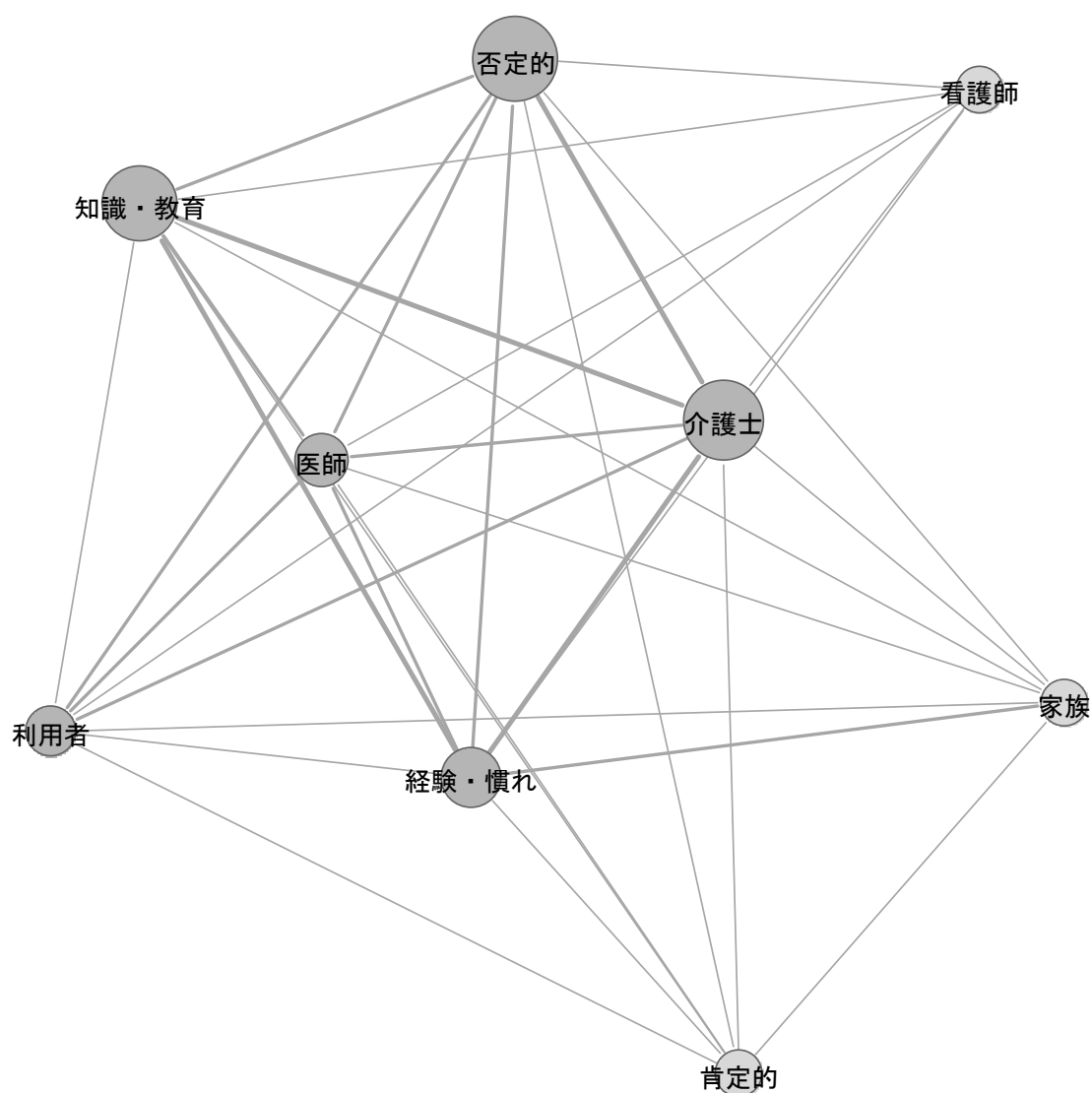


Figure 54 全コード間の共起ネットワーク

強い共起ほど太い線で描画、出現頻度が高いコーディング語を大きく表示

「介護士」と「経験・慣れ」「知識・教育」「否定的」、「知識・教育」と「経験・慣れ」の間のネットワークが強いことが分かった。アクターとの関係でいえば、「介護士」「医師」は「経験・慣れ」や「知識・教育」などを經由してつながりが強く形成されている。「利用者」は「介護士」や「医師」と比較的強い共起関係を構築している。一方「家族」や「看護師」といったアクターとは共起関係が弱い。しかし、「家族」と「経験・慣れ」は比較的強い共起関係にある。

また、「肯定的」はここで取り上げたコーディング語のどれとも共起関係が強い。反対に「否定的」は強い共起関係を広く築いている。

5.2.2.全コーディング間の共起状況

「アクター」「否定・肯定的表現」「経験・知識」のコーディングすべてで出現状況の類似度行列を産出した。その結果、高い数値は、「知識・教育」×「経験・慣れ」、「介護士」×「知識・教育」、「経験・慣れ」×「介護士」、「介護士」×「否定的」、「医師」×「知識・教育」だった。

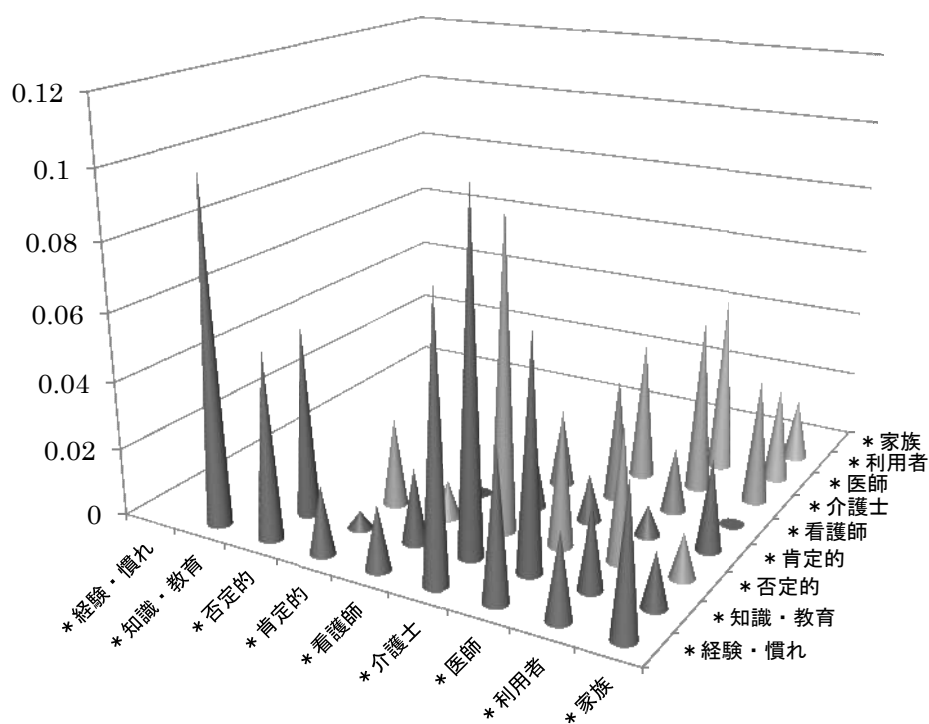


Figure 55 コーディングの共起関係類似度行列

Table 84 コーディングの共起関係類似度行列

	*経験・慣れ	*知識・教育	*否定的	*肯定的	*看護師	*介護士	*医師	*利用者	*家族
*経験・慣れ	1	0.102	0.055	0.02	0.019	0.082	0.044	0.025	0.043
*知識・教育	0.102	1	0.056	0.005	0.022	0.104	0.068	0.025	0.016
*否定的	0.055	0.056	1	0.026	0.011	0.093	0.04	0.039	0.013
*肯定的	0.02	0.005	0.026	1	0	0.02	0.014	0.009	0.027
*看護師	0.019	0.022	0.011	0	1	0.022	0.036	0.019	0
*介護士	0.082	0.104	0.093	0.02	0.022	1	0.041	0.051	0.037
*医師	0.044	0.068	0.04	0.014	0.036	0.041	1	0.053	0.028
*利用者	0.025	0.025	0.039	0.009	0.019	0.051	0.053	1	0.018
*家族	0.043	0.016	0.013	0.027	0	0.037	0.028	0.018	1

5.2.3.経験・慣れコード内の出現頻度

経験・慣れの出現する発言中で出現頻度を集計した。Jaccard 係数が高いのは「行く」「自分」「ヘルパー」「言う」「体制」などが上位を占めた。

Table 85 「*経験・慣れ」コーディング語の共起語（単位：発言）（第1表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
1	行く	動詞	176 (0.035)	32 (0.183)	0.1003
2	自分	名詞	198 (0.040)	28 (0.160)	0.0812
3	ヘルパー	名詞	343 (0.069)	38 (0.217)	0.0792
4	言う	動詞	412 (0.082)	40 (0.229)	0.0731
5	体制	名詞	126 (0.025)	20 (0.114)	0.0712
6	入る	動詞	263 (0.053)	27 (0.154)	0.0657
7	医療	名詞	422 (0.084)	36 (0.206)	0.0642
8	違う	動詞	93 (0.019)	16 (0.091)	0.0635
9	マニュアル	名詞	45 (0.009)	13 (0.074)	0.0628
10	ケア	名詞	394 (0.079)	33 (0.189)	0.0616
11	実際	副詞	151 (0.030)	18 (0.103)	0.0584
12	思う	動詞	583 (0.117)	41 (0.234)	0.0572
13	病院	名詞	89 (0.018)	14 (0.080)	0.056
14	感じ	名詞	184 (0.037)	19 (0.109)	0.0559
15	出る	動詞	163 (0.033)	17 (0.097)	0.053
16	本当に	副詞	111 (0.022)	14 (0.080)	0.0515
17	受ける	動詞	134 (0.027)	15 (0.086)	0.051
18	分かる	動詞	259 (0.052)	21 (0.120)	0.0508
19	整える	動詞	32 (0.006)	10 (0.057)	0.0508
20	多い	形容詞	139 (0.028)	15 (0.086)	0.0502
21	取る	動詞	105 (0.021)	13 (0.074)	0.0487
22	最初	名詞	63 (0.013)	11 (0.063)	0.0485
23	来る	動詞	135 (0.027)	14 (0.080)	0.0473
24	事業	名詞	233 (0.047)	18 (0.103)	0.0462
25	状態	名詞	84 (0.017)	11 (0.063)	0.0444
26	保険	名詞	66 (0.013)	10 (0.057)	0.0433
27	見る	動詞	125 (0.025)	12 (0.069)	0.0417
28	医師	名詞	100 (0.020)	11 (0.063)	0.0417
29	家族	名詞	179 (0.036)	14 (0.080)	0.0412
30	考える	動詞	79 (0.016)	10 (0.057)	0.041
31	見る	動詞	157 (0.031)	13 (0.074)	0.0408
32	怖い	形容詞	108 (0.022)	11 (0.063)	0.0404
33	1つ	名詞	32 (0.006)	8 (0.046)	0.0402
34	一応	副詞	113 (0.023)	11 (0.063)	0.0397
35	技術	名詞	35 (0.007)	8 (0.046)	0.0396

Table 86 「*経験・慣れ」コーディング語の共起語（単位：発言）（第2表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
36	持つ	動詞	114 (0.023)	11 (0.063)	0.0396
37	教える	動詞	124 (0.025)	11 (0.063)	0.0382
38	必要	形容動詞	100 (0.020)	10 (0.057)	0.0377
39	戻る	動詞	23 (0.005)	7 (0.040)	0.0366
40	現場	名詞	90 (0.018)	9 (0.051)	0.0352
41	帰る	動詞	32 (0.006)	7 (0.040)	0.035
42	入れる	動詞	92 (0.018)	9 (0.051)	0.0349
43	部分	名詞	158 (0.032)	11 (0.063)	0.0342
44	少し	副詞	45 (0.009)	7 (0.040)	0.0329
45	知識	名詞	48 (0.010)	7 (0.040)	0.0324
46	出す	動詞	48 (0.010)	7 (0.040)	0.0324
47	結構	副詞	181 (0.036)	11 (0.063)	0.0319
48	作る	動詞	53 (0.011)	7 (0.040)	0.0317
49	聞く	動詞	185 (0.037)	11 (0.063)	0.0315
50	大丈夫	形容動詞	67 (0.013)	7 (0.040)	0.0298
51	介助	名詞	34 (0.007)	6 (0.034)	0.0296
52	不安	形容動詞	142 (0.028)	9 (0.051)	0.0292
53	いろいろ	形容動詞	38 (0.008)	6 (0.034)	0.029
54	感じる	動詞	43 (0.009)	6 (0.034)	0.0283
55	ケース	名詞	82 (0.016)	7 (0.040)	0.028
56	早い	形容詞	16 (0.003)	5 (0.029)	0.0269
57	保健	名詞	17 (0.003)	5 (0.029)	0.0267
58	書く	動詞	59 (0.012)	6 (0.034)	0.0263
59	決まる	動詞	20 (0.004)	5 (0.029)	0.0263
60	教わる	動詞	22 (0.004)	5 (0.029)	0.026
61	変わる	動詞	101 (0.020)	7 (0.040)	0.026
62	動く	動詞	23 (0.005)	5 (0.029)	0.0259
63	専門	名詞	34 (0.007)	5 (0.029)	0.0245
64	知る	動詞	39 (0.008)	5 (0.029)	0.0239
65	職員	名詞	39 (0.008)	5 (0.029)	0.0239
66	取れる	動詞	51 (0.010)	5 (0.029)	0.0226
67	習う	動詞	8 (0.002)	4 (0.023)	0.0223
68	無理	形容動詞	55 (0.011)	5 (0.029)	0.0222
69	自信	名詞	57 (0.011)	5 (0.029)	0.022
70	多分	副詞	59 (0.012)	5 (0.029)	0.0218

Table 87 「*経験・慣れ」コーディング語の共起語（単位：発言）（第3表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
71	立つ	動詞	14 (0.003)	4 (0.023)	0.0216
72	主人	名詞	15 (0.003)	4 (0.023)	0.0215
73	言える	動詞	23 (0.005)	4 (0.023)	0.0206
74	必ず	副詞	28 (0.006)	4 (0.023)	0.0201
75	学ぶ	動詞	28 (0.006)	4 (0.023)	0.0201

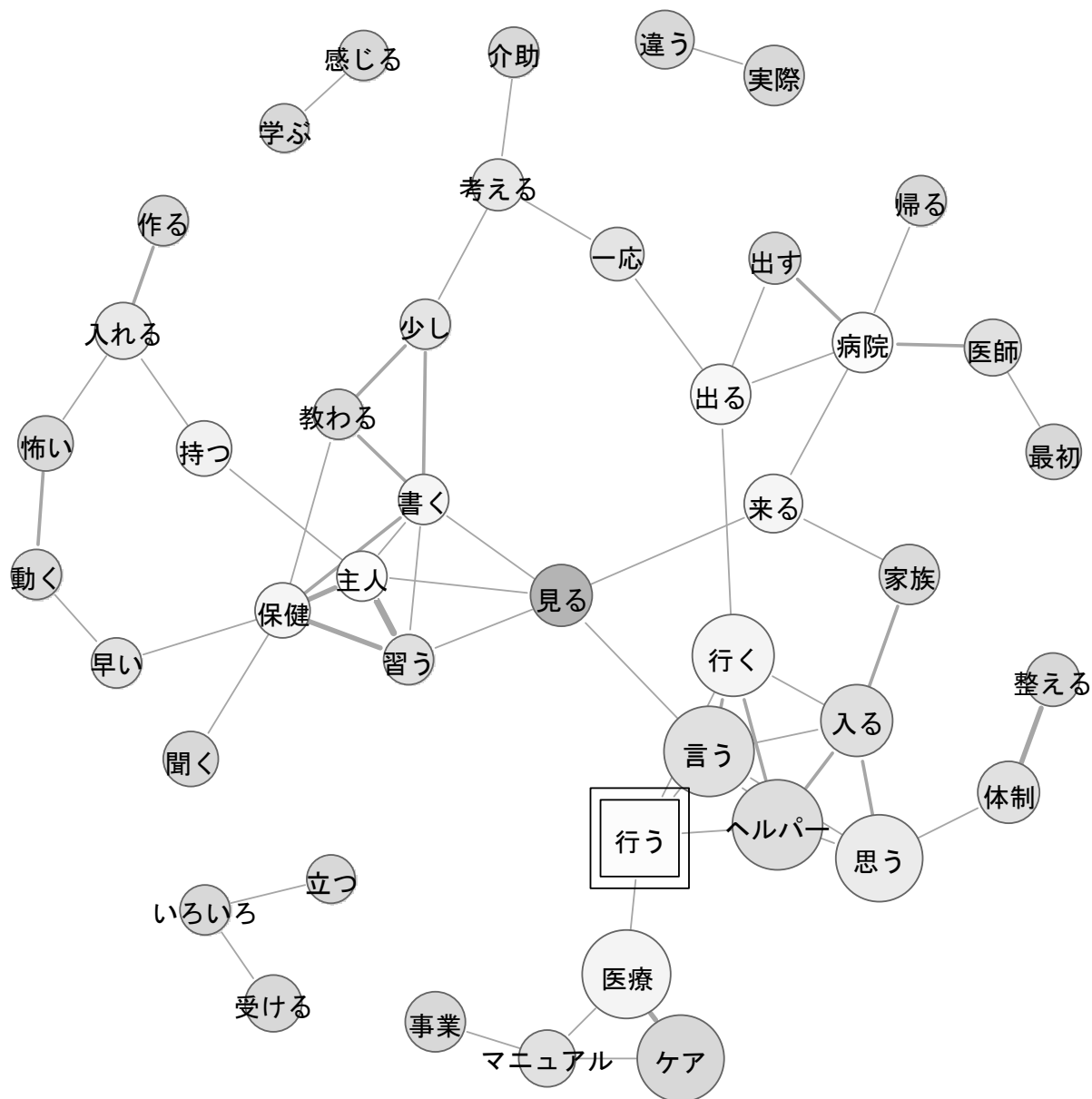


Figure 56 経験・慣れコードの共起ネットワーク

強い共起関係を太い線で表現、出現数の多い語ほど大きい円で表現した。

経験・慣れコードの共起ネットワークでは、「言う」「見る」が話題中心的存在である。しか

し、共起の強さは「主人」「保健（師）」「習う」などで強くなっている。

5.2.4.知識・教育コード中の出現頻度

知識・教育コードの出現する発言中の出現頻度の集計結果を下表に示した。Jaccard 係数の高い順に、「思う」「医療」「ケア」「ヘルパー」「自分」「聞く」などが上位を占めた。

Table 88 「*知識・教育」コーディング語の共起語（単位：h2）（第1表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
1	思う	動詞	583 (0.117)	92 (0.275)	0.1115
2	医療	名詞	422 (0.084)	73 (0.219)	0.1069
3	ケア	名詞	394 (0.079)	70 (0.210)	0.1064
4	ヘルパー	名詞	343 (0.069)	64 (0.192)	0.1044
5	自分	名詞	198 (0.040)	46 (0.138)	0.0947
6	聞く	動詞	185 (0.037)	43 (0.129)	0.0903
7	持つ	動詞	114 (0.023)	37 (0.111)	0.09
8	言う	動詞	412 (0.082)	57 (0.171)	0.0827
9	受ける	動詞	134 (0.027)	35 (0.105)	0.0808
10	入る	動詞	263 (0.053)	39 (0.117)	0.0699
11	行う	動詞	110 (0.022)	29 (0.087)	0.0699
12	現場	名詞	90 (0.018)	27 (0.081)	0.068
13	医師	名詞	100 (0.020)	26 (0.078)	0.0637
14	行く	動詞	176 (0.035)	30 (0.090)	0.0625
15	感じ	名詞	184 (0.037)	29 (0.087)	0.0593
16	実際	副詞	151 (0.030)	27 (0.081)	0.059
17	分かる	動詞	259 (0.052)	33 (0.099)	0.0589
18	必要	形容動詞	100 (0.020)	24 (0.072)	0.0585
19	体制	名詞	126 (0.025)	24 (0.072)	0.055
20	見る	動詞	157 (0.031)	25 (0.075)	0.0536
21	家族	名詞	179 (0.036)	26 (0.078)	0.0534
22	部分	名詞	158 (0.032)	24 (0.072)	0.0513
23	取る	動詞	105 (0.021)	21 (0.063)	0.0502
24	医学	名詞	20 (0.004)	16 (0.048)	0.0473
25	違う	動詞	93 (0.019)	19 (0.057)	0.0466
26	事業	名詞	233 (0.047)	25 (0.075)	0.0461
27	作る	動詞	53 (0.011)	17 (0.051)	0.0459
28	看る	動詞	125 (0.025)	18 (0.054)	0.0408
29	出る	動詞	163 (0.033)	19 (0.057)	0.0397
30	多い	形容詞	139 (0.028)	18 (0.054)	0.0396
31	専門	名詞	34 (0.007)	14 (0.042)	0.0395
32	最初	名詞	63 (0.013)	15 (0.045)	0.0393
33	結構	副詞	181 (0.036)	19 (0.057)	0.0383
34	考える	動詞	79 (0.016)	15 (0.045)	0.0377
35	技術	名詞	35 (0.007)	13 (0.039)	0.0365

Table 89 「*知識・教育」コーディング語の共起語（単位：h2）（第2表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
36	自身	名詞	76 (0.015)	14 (0.042)	0.0354
37	来る	動詞	135 (0.027)	16 (0.048)	0.0353
38	状態	名詞	84 (0.017)	14 (0.042)	0.0347
39	やり方	名詞	35 (0.007)	12 (0.036)	0.0336
40	大丈夫	形容動詞	67 (0.013)	13 (0.039)	0.0335
41	一応	副詞	113 (0.023)	14 (0.042)	0.0323
42	入れる	動詞	92 (0.018)	13 (0.039)	0.0315
43	本当に	副詞	111 (0.022)	13 (0.039)	0.0301
44	書く	動詞	59 (0.012)	11 (0.033)	0.0288
45	怖い	形容詞	108 (0.022)	12 (0.036)	0.0279
46	皆さん	名詞	40 (0.008)	10 (0.030)	0.0275
47	困る	動詞	53 (0.011)	10 (0.030)	0.0265
48	変わる	動詞	101 (0.020)	11 (0.033)	0.0259
49	不安	形容動詞	142 (0.028)	12 (0.036)	0.0259
50	先生	名詞	26 (0.005)	9 (0.027)	0.0256
51	状況	名詞	71 (0.014)	10 (0.030)	0.0253
52	特に	副詞	73 (0.015)	10 (0.030)	0.0252
53	高い	形容詞	43 (0.009)	9 (0.027)	0.0245
54	少し	副詞	45 (0.009)	9 (0.027)	0.0243
55	病院	名詞	89 (0.018)	10 (0.030)	0.0242
56	出す	動詞	48 (0.010)	9 (0.027)	0.0241
57	福祉	名詞	56 (0.011)	9 (0.027)	0.0236
58	得る	動詞	23 (0.005)	8 (0.024)	0.0229
59	1つ	名詞	32 (0.006)	8 (0.024)	0.0223
60	基本	名詞	36 (0.007)	8 (0.024)	0.0221
61	ナース	名詞	37 (0.007)	8 (0.024)	0.022
62	お勤め	名詞	40 (0.008)	8 (0.024)	0.0219
63	大変	形容動詞	40 (0.008)	8 (0.024)	0.0219
64	難しい	形容詞	99 (0.020)	9 (0.027)	0.0212
65	無理	形容動詞	55 (0.011)	8 (0.024)	0.021
66	情報	名詞	21 (0.004)	7 (0.021)	0.0201
67	内容	名詞	28 (0.006)	7 (0.021)	0.0197
68	少ない	形容詞	55 (0.011)	7 (0.021)	0.0183
69	本人	名詞	58 (0.012)	7 (0.021)	0.0182
70	気持ち	名詞	68 (0.014)	7 (0.021)	0.0177

Table 90 「*知識・教育」コーディング語の共起語（単位：h2）（第3表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
71	調べる	動詞	11 (0.002)	6 (0.018)	0.0177
72	スタッフ	名詞	14 (0.003)	6 (0.018)	0.0175
73	方法	名詞	18 (0.004)	6 (0.018)	0.0173
74	積極	名詞	19 (0.004)	6 (0.018)	0.0173
75	決まる	動詞	20 (0.004)	6 (0.018)	0.0172

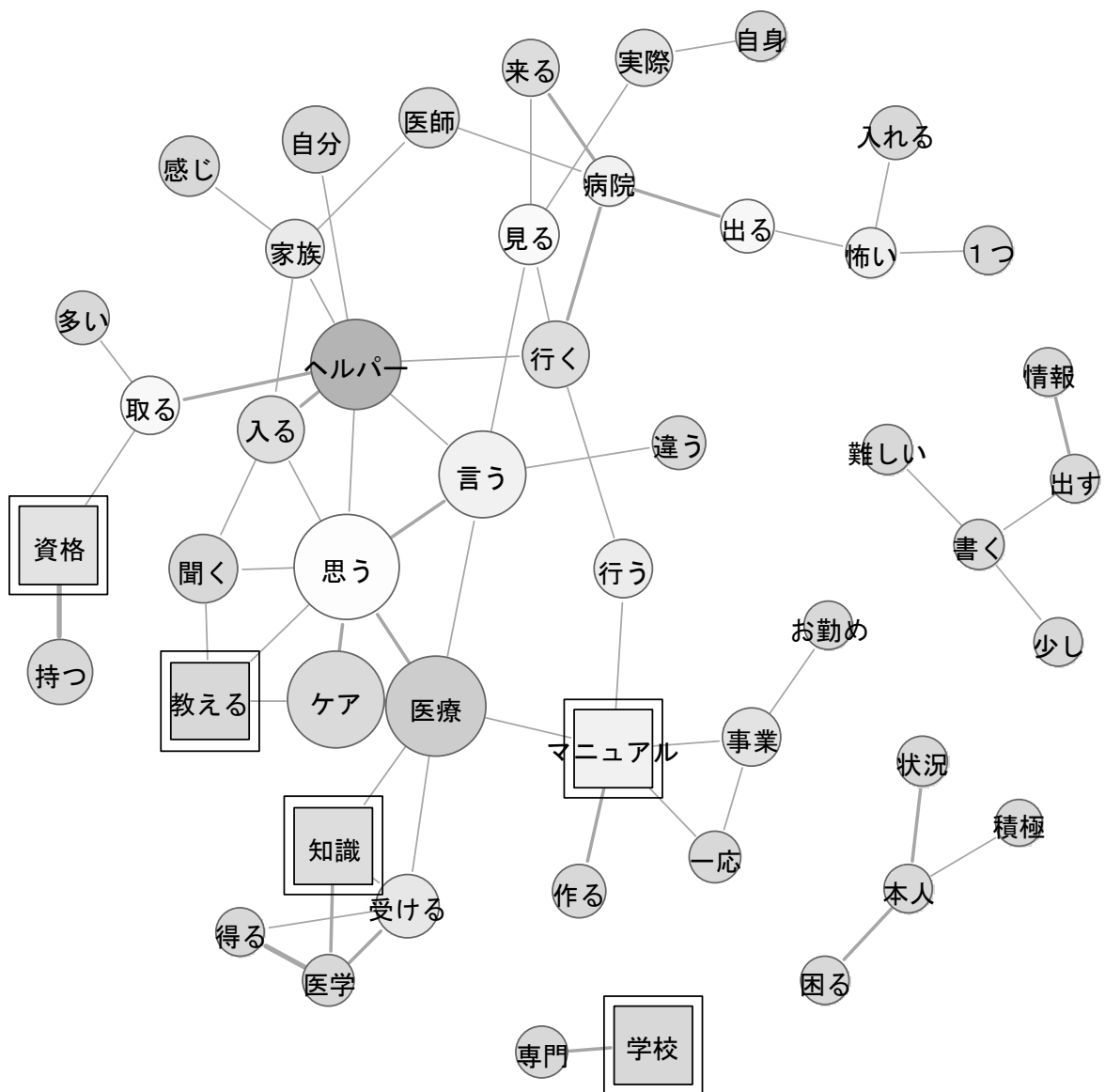


Figure 57 知識・教育コードの共起ネットワーク

強い共起関係を太い線で表現、出現数の多い語ほど大きい円で表現である。

知識・教育コードの出現する発言中の共起ネットワークでは、「ヘルパー」「医療」「行く」「言う」「病院」「マニュアル」が話題中心的な位置を占めている。「ヘルパー」は「入る」「取る」な

どの語と強い共起関係にある。「取る」は「資格」と強い共起関係にあることから、資格取得などの文脈にあるといえる。

5.2.5.否定的コード中の出現頻度

否定的コードの出現する発言中の出現頻度の集計結果を下表に示した。Jaccard 係数の高い順に、「思う」「言う」「ヘルパー」「医療」「家族」などが上位を占めた。

Table 91 「*否定的」コーディング語 (h2) (第1表)

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
1	思う	動詞	583 (0.117)	123 (0.283)	0.1376
2	言う	動詞	412 (0.082)	101 (0.233)	0.1356
3	ヘルパー	名詞	343 (0.069)	66 (0.152)	0.0928
4	医療	名詞	422 (0.084)	64 (0.147)	0.0808
5	家族	名詞	179 (0.036)	40 (0.092)	0.0698
6	ケア	名詞	394 (0.079)	54 (0.124)	0.0698
7	入る	動詞	263 (0.053)	45 (0.104)	0.069
8	自分	名詞	198 (0.040)	38 (0.088)	0.064
9	出る	動詞	163 (0.033)	35 (0.081)	0.0623
10	部分	名詞	158 (0.032)	34 (0.078)	0.0609
11	実際	副詞	151 (0.030)	33 (0.076)	0.0598
12	見る	動詞	157 (0.031)	32 (0.074)	0.0572
13	特に	副詞	73 (0.015)	26 (0.060)	0.0541
14	考える	動詞	79 (0.016)	26 (0.060)	0.0534
15	状態	名詞	84 (0.017)	26 (0.060)	0.0528
16	入れる	動詞	92 (0.018)	26 (0.060)	0.052
17	自信	名詞	57 (0.011)	24 (0.055)	0.0514
18	本当に	副詞	111 (0.022)	26 (0.060)	0.0501
19	来る	動詞	135 (0.027)	26 (0.060)	0.0479
20	違う	動詞	93 (0.019)	23 (0.053)	0.0456
21	多い	形容詞	139 (0.028)	25 (0.058)	0.0456
22	分かる	動詞	259 (0.052)	30 (0.069)	0.0452
23	持つ	動詞	114 (0.023)	23 (0.053)	0.0438
24	気持ち	名詞	68 (0.014)	21 (0.048)	0.0437
25	医師	名詞	100 (0.020)	21 (0.048)	0.0409
26	必要	形容動詞	100 (0.020)	21 (0.048)	0.0409
27	感じ	名詞	184 (0.037)	24 (0.055)	0.0404
28	行う	動詞	110 (0.022)	21 (0.048)	0.0402
29	行く	動詞	176 (0.035)	23 (0.053)	0.0392
30	聞く	動詞	185 (0.037)	23 (0.053)	0.0386
31	見る	動詞	125 (0.025)	19 (0.044)	0.0352
32	大丈夫	形容動詞	67 (0.013)	17 (0.039)	0.0351
33	受ける	動詞	134 (0.027)	19 (0.044)	0.0346
34	事業	名詞	233 (0.047)	22 (0.051)	0.0341
35	結構	副詞	181 (0.036)	20 (0.046)	0.0336

Table 92 「*否定的」コーディング語 (h2) (第2表)

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
36	本人	名詞	58 (0.012)	16 (0.037)	0.0336
37	病院	名詞	89 (0.018)	17 (0.039)	0.0336
38	現場	名詞	90 (0.018)	17 (0.039)	0.0335
39	体制	名詞	126 (0.025)	18 (0.041)	0.0332
40	取る	動詞	105 (0.021)	16 (0.037)	0.0306
41	感じる	動詞	43 (0.009)	14 (0.032)	0.0302
42	見える	動詞	51 (0.010)	14 (0.032)	0.0297
43	困る	動詞	53 (0.011)	14 (0.032)	0.0296
44	教える	動詞	124 (0.025)	16 (0.037)	0.0295
45	少し	副詞	45 (0.009)	13 (0.030)	0.0279
46	取れる	動詞	51 (0.010)	13 (0.030)	0.0275
47	状況	名詞	71 (0.014)	13 (0.030)	0.0264
48	大きい	形容詞	40 (0.008)	12 (0.028)	0.026
49	知識	名詞	48 (0.010)	12 (0.028)	0.0255
50	1つ	名詞	32 (0.006)	11 (0.025)	0.0242
51	自身	名詞	76 (0.015)	12 (0.028)	0.0241
52	介助	名詞	34 (0.007)	11 (0.025)	0.0241
53	責任	名詞	35 (0.007)	11 (0.025)	0.024
54	出す	動詞	48 (0.010)	11 (0.025)	0.0234
55	書く	動詞	59 (0.012)	11 (0.025)	0.0228
56	動く	動詞	23 (0.005)	10 (0.023)	0.0224
57	必ず	副詞	28 (0.006)	10 (0.023)	0.0221
58	ある程度	副詞	30 (0.006)	10 (0.023)	0.022
59	大変	形容動詞	40 (0.008)	10 (0.023)	0.0216
60	栄養	名詞	59 (0.012)	10 (0.023)	0.0207
61	多分	副詞	59 (0.012)	10 (0.023)	0.0207
62	動かす	動詞	13 (0.003)	9 (0.021)	0.0205
63	先生	名詞	26 (0.005)	9 (0.021)	0.02
64	本当は	副詞	27 (0.005)	9 (0.021)	0.0199
65	切る	動詞	30 (0.006)	9 (0.021)	0.0198
66	具体	名詞	45 (0.009)	9 (0.021)	0.0191
67	変わる	動詞	101 (0.020)	10 (0.023)	0.019
68	無理	形容動詞	55 (0.011)	9 (0.021)	0.0187
69	最初	名詞	63 (0.013)	9 (0.021)	0.0184
70	保険	名詞	66 (0.013)	9 (0.021)	0.0183

Table 93 「*否定的」コーディング語 (h2) (第3表)

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
71	非常	形容動詞	19 (0.004)	8 (0.018)	0.018
72	酸素	名詞	22 (0.004)	8 (0.018)	0.0179
73	良い	形容詞	24 (0.005)	8 (0.018)	0.0178
74	身体	名詞	25 (0.005)	8 (0.018)	0.0177
75	場面	名詞	28 (0.006)	8 (0.018)	0.0176

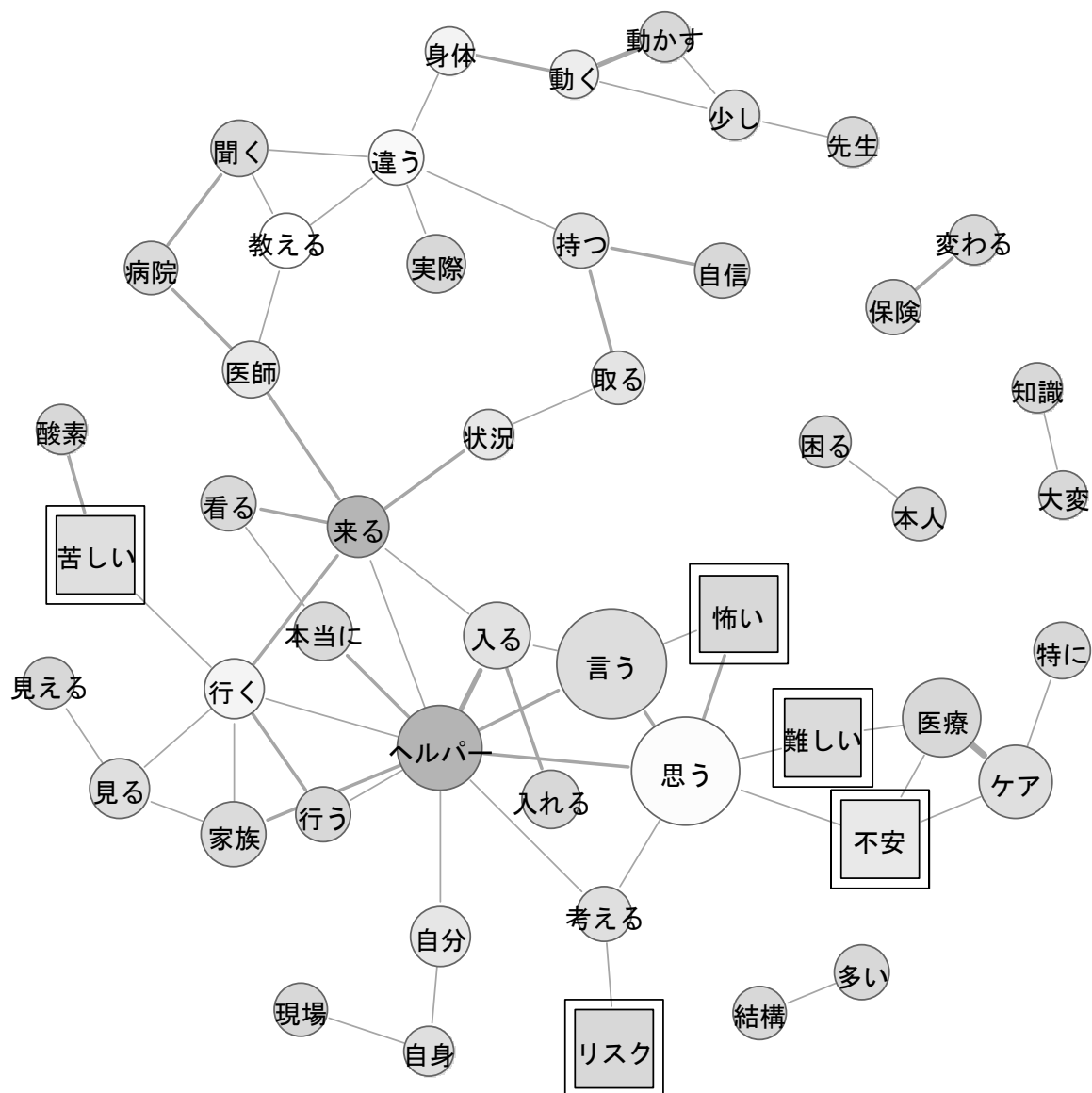


Figure 58 否定的コードの共起ネットワーク

強い共起関係を太い線で表現、出現数の多い語ほど大きい円で表現した。

否定語コードの出現する発言中の共起ネットワークでは、「ヘルパー」「来る」「医師」などが中心話題となっている。特に「ヘルパー」は「言う」や「入る」「思う」「家族」「本当」などの語

と強い共起関係にある。

5.2.6. 肯定的コード中の出現頻度

肯定的コードの出現する発言中の出現頻度状況を集計したのが下表である。Jaccard係数で、「ネットワーク」「探す」「カンファレンス」「聞こえる」「長い」「相手」が上位を占めた。

Table 94 「*肯定的」コーディング語（第1表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
1	ネットワーク	名詞	9 (0.002)	4 (0.118)	0.1026
2	探す	動詞	9 (0.002)	3 (0.088)	0.075
3	カンファレンス	名詞	2 (0.000)	2 (0.059)	0.0588
4	聞こえる	動詞	4 (0.001)	2 (0.059)	0.0556
5	長い	形容詞	25 (0.005)	3 (0.088)	0.0536
6	相手	名詞	6 (0.001)	2 (0.059)	0.0526
7	倒れる	動詞	8 (0.002)	2 (0.059)	0.05
8	寝る	動詞	9 (0.002)	2 (0.059)	0.0488
9	取りあえず	副詞	10 (0.002)	2 (0.059)	0.0476
10	関節	名詞	10 (0.002)	2 (0.059)	0.0476
11	塗る	動詞	13 (0.003)	2 (0.059)	0.0444
12	使う	動詞	39 (0.008)	3 (0.088)	0.0429
13	悪い	形容詞	41 (0.008)	3 (0.088)	0.0417
14	可動	名詞	16 (0.003)	2 (0.059)	0.0417
15	頼む	動詞	16 (0.003)	2 (0.059)	0.0417
16	本当	名詞	17 (0.003)	2 (0.059)	0.0408
17	少し	副詞	45 (0.009)	3 (0.088)	0.0395
18	出る	動詞	163 (0.033)	7 (0.206)	0.0368
19	言える	動詞	23 (0.005)	2 (0.059)	0.0364
20	本当に	副詞	111 (0.022)	5 (0.147)	0.0357
21	先生	名詞	26 (0.005)	2 (0.059)	0.0345
22	本当は	副詞	27 (0.005)	2 (0.059)	0.0339
23	保険	名詞	66 (0.013)	3 (0.088)	0.0309
24	大丈夫	形容動詞	67 (0.013)	3 (0.088)	0.0306
25	パニック	名詞	1 (0.000)	1 (0.029)	0.0294
26	粘っこい	形容詞	1 (0.000)	1 (0.029)	0.0294
27	いつの間にか	副詞	1 (0.000)	1 (0.029)	0.0294
28	日に日に	副詞	1 (0.000)	1 (0.029)	0.0294
29	サラサラ	副詞	1 (0.000)	1 (0.029)	0.0294
30	呼べる	動詞	1 (0.000)	1 (0.029)	0.0294
31	大っぴら	形容動詞	1 (0.000)	1 (0.029)	0.0294
32	アクシデント	名詞	1 (0.000)	1 (0.029)	0.0294
33	先輩	名詞	1 (0.000)	1 (0.029)	0.0294
34	眠れる	動詞	1 (0.000)	1 (0.029)	0.0294
35	親子	名詞	1 (0.000)	1 (0.029)	0.0294

Table 95 「*肯定的」コーディング語（第2表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
36	バンド	名詞	1 (0.000)	1 (0.029)	0.0294
37	キット	名詞	1 (0.000)	1 (0.029)	0.0294
38	マスター	名詞	1 (0.000)	1 (0.029)	0.0294
39	怖い	形容詞	108 (0.022)	4 (0.118)	0.029
40	行う	動詞	110 (0.022)	4 (0.118)	0.0286
41	洋服	名詞	2 (0.000)	1 (0.029)	0.0286
42	痛み	名詞	2 (0.000)	1 (0.029)	0.0286
43	気前	名詞	2 (0.000)	1 (0.029)	0.0286
44	ドキドキ	副詞	2 (0.000)	1 (0.029)	0.0286
45	精神	名詞	2 (0.000)	1 (0.029)	0.0286
46	数値	名詞	2 (0.000)	1 (0.029)	0.0286
47	農協	名詞	2 (0.000)	1 (0.029)	0.0286
48	風邪	名詞	2 (0.000)	1 (0.029)	0.0286
49	同行	名詞	2 (0.000)	1 (0.029)	0.0286
50	鳴らす	動詞	2 (0.000)	1 (0.029)	0.0286
51	押さえる	動詞	3 (0.001)	1 (0.029)	0.0278
52	頻繁	形容動詞	3 (0.001)	1 (0.029)	0.0278
53	柔らかい	形容詞	3 (0.001)	1 (0.029)	0.0278
54	悩む	動詞	3 (0.001)	1 (0.029)	0.0278
55	いや	形容動詞	3 (0.001)	1 (0.029)	0.0278
56	着替える	動詞	3 (0.001)	1 (0.029)	0.0278
57	起こる	動詞	3 (0.001)	1 (0.029)	0.0278
58	疾患	名詞	3 (0.001)	1 (0.029)	0.0278
59	助ける	動詞	3 (0.001)	1 (0.029)	0.0278
60	信じる	動詞	3 (0.001)	1 (0.029)	0.0278
61	全然	副詞	42 (0.008)	2 (0.059)	0.027
62	願い	名詞	4 (0.001)	1 (0.029)	0.027
63	軟こう	名詞	4 (0.001)	1 (0.029)	0.027
64	大学	名詞	4 (0.001)	1 (0.029)	0.027
65	伸ばす	動詞	4 (0.001)	1 (0.029)	0.027
66	症状	名詞	4 (0.001)	1 (0.029)	0.027
67	治る	動詞	5 (0.001)	1 (0.029)	0.0263
68	正しい	形容詞	5 (0.001)	1 (0.029)	0.0263
69	キャリア	名詞	5 (0.001)	1 (0.029)	0.0263
70	開く	動詞	5 (0.001)	1 (0.029)	0.0263

Table 96 「*肯定的」コーディング語（第3表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
71	張る	動詞	5 (0.001)	1 (0.029)	0.0263
72	切れる	動詞	5 (0.001)	1 (0.029)	0.0263
73	皮膚	名詞	5 (0.001)	1 (0.029)	0.0263
74	同士	名詞	6 (0.001)	1 (0.029)	0.0256
75	葛藤	名詞	6 (0.001)	1 (0.029)	0.0256

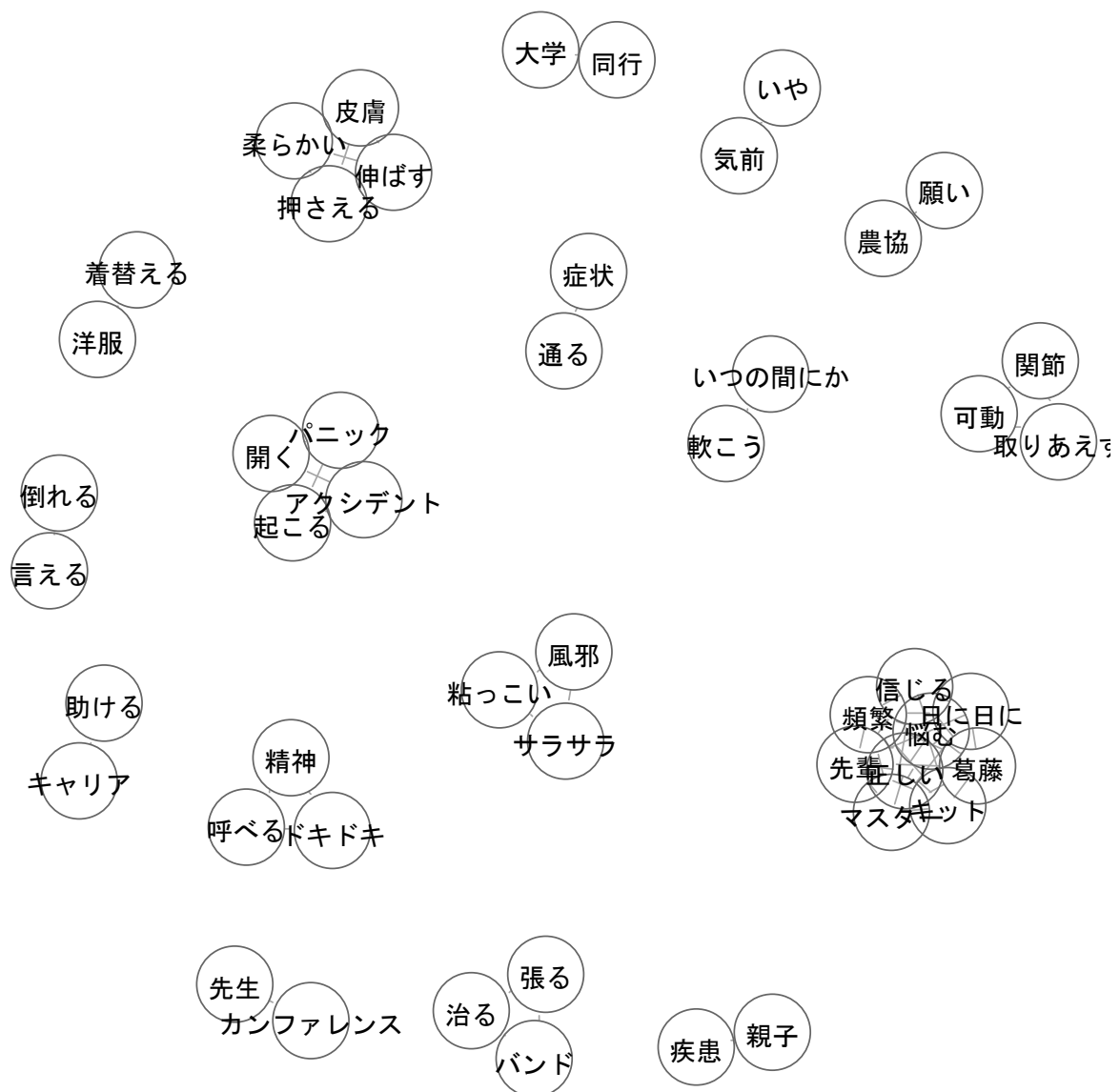


Figure 59 肯定的コードの共起ネットワーク

強い共起関係を太い線で表現、出現数の多い語ほど大きい円で表現した。

肯定的コードの出現する発言中の共起ネットワークを作成した。その結果、全体を一つにまとめるネットワークとならなかった。ある程度の語のまとまりも、共起のネットワークはとても弱

く、分析の傾向を捉えるには至らなかった。

5.2.7. 看護師コード中の出現頻度

看護師コードの出現する発言中の出現頻度の状況を Jaccard 係数で見たところ、「連れる」「忙しい」「診る」「お客」「インスリン」が上位を占めた。

Table 97 「*看護師」コーディング語の共起（第1表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
1	連れる	動詞	10 (0.002)	3 (0.081)	0.0682
2	忙しい	形容詞	10 (0.002)	3 (0.081)	0.0682
3	診る	動詞	3 (0.001)	2 (0.054)	0.0526
4	お客	名詞	4 (0.001)	2 (0.054)	0.0513
5	インスリン	名詞	4 (0.001)	2 (0.054)	0.0513
6	かって	形容動詞	26 (0.005)	3 (0.081)	0.05
7	申し送る	動詞	5 (0.001)	2 (0.054)	0.05
8	社員	名詞	5 (0.001)	2 (0.054)	0.05
9	知識	名詞	48 (0.010)	4 (0.108)	0.0494
10	糖尿	名詞	6 (0.001)	2 (0.054)	0.0488
11	ドクター	名詞	8 (0.002)	2 (0.054)	0.0465
12	帰る	動詞	32 (0.006)	3 (0.081)	0.0455
13	死ぬ	動詞	9 (0.002)	2 (0.054)	0.0455
14	パート	名詞	10 (0.002)	2 (0.054)	0.0444
15	職員	名詞	39 (0.008)	3 (0.081)	0.0411
16	大丈夫	形容動詞	67 (0.013)	4 (0.108)	0.04
17	本当	名詞	17 (0.003)	2 (0.054)	0.0385
18	忘れる	動詞	18 (0.004)	2 (0.054)	0.0377
19	見る	動詞	157 (0.031)	7 (0.189)	0.0374
20	積極	名詞	19 (0.004)	2 (0.054)	0.037
21	聞ける	動詞	20 (0.004)	2 (0.054)	0.0364
22	医学	名詞	20 (0.004)	2 (0.054)	0.0364
23	別に	副詞	28 (0.006)	2 (0.054)	0.0317
24	行く	動詞	176 (0.035)	6 (0.162)	0.029
25	基本	名詞	36 (0.007)	2 (0.054)	0.0282
26	聞く	動詞	185 (0.037)	6 (0.162)	0.0278
27	知る	動詞	39 (0.008)	2 (0.054)	0.027
28	役目	名詞	1 (0.000)	1 (0.027)	0.027
29	初耳	名詞	1 (0.000)	1 (0.027)	0.027
30	洗い	名詞	1 (0.000)	1 (0.027)	0.027
31	綿密	形容動詞	1 (0.000)	1 (0.027)	0.027
32	飲み込み	名詞	1 (0.000)	1 (0.027)	0.027
33	災害	名詞	1 (0.000)	1 (0.027)	0.027
34	ひんぱん	形容動詞	1 (0.000)	1 (0.027)	0.027
35	握る	動詞	1 (0.000)	1 (0.027)	0.027

Table 98 「*看護師」コーディング語の共起（第2表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
36	弱る	動詞	1 (0.000)	1 (0.027)	0.027
37	境界	名詞	1 (0.000)	1 (0.027)	0.027
38	サイド	名詞	1 (0.000)	1 (0.027)	0.027
39	引き受ける	動詞	1 (0.000)	1 (0.027)	0.027
40	出来事	名詞	1 (0.000)	1 (0.027)	0.027
41	腎臓	名詞	1 (0.000)	1 (0.027)	0.027
42	臭い	形容詞	1 (0.000)	1 (0.027)	0.027
43	食品	名詞	1 (0.000)	1 (0.027)	0.027
44	打つ	動詞	1 (0.000)	1 (0.027)	0.027
45	捕まる	動詞	1 (0.000)	1 (0.027)	0.027
46	何分	副詞	1 (0.000)	1 (0.027)	0.027
47	大変	形容動詞	40 (0.008)	2 (0.054)	0.0267
48	悪い	形容詞	41 (0.008)	2 (0.054)	0.0263
49	上司	名詞	2 (0.000)	1 (0.027)	0.0263
50	動き回る	動詞	2 (0.000)	1 (0.027)	0.0263
51	バタバタ	副詞	2 (0.000)	1 (0.027)	0.0263
52	コール	名詞	2 (0.000)	1 (0.027)	0.0263
53	クレーム	名詞	2 (0.000)	1 (0.027)	0.0263
54	年寄り	名詞	2 (0.000)	1 (0.027)	0.0263
55	風邪	名詞	2 (0.000)	1 (0.027)	0.0263
56	委ねる	動詞	2 (0.000)	1 (0.027)	0.0263
57	介す	動詞	2 (0.000)	1 (0.027)	0.0263
58	様子見	名詞	2 (0.000)	1 (0.027)	0.0263
59	上向く	動詞	2 (0.000)	1 (0.027)	0.0263
60	ファイル	名詞	2 (0.000)	1 (0.027)	0.0263
61	弱い	形容詞	2 (0.000)	1 (0.027)	0.0263
62	全然	副詞	42 (0.008)	2 (0.054)	0.026
63	内科	名詞	3 (0.001)	1 (0.027)	0.0256
64	別個	名詞	3 (0.001)	1 (0.027)	0.0256
65	負える	動詞	3 (0.001)	1 (0.027)	0.0256
66	絡む	動詞	3 (0.001)	1 (0.027)	0.0256
67	極力	副詞	3 (0.001)	1 (0.027)	0.0256
68	下げる	動詞	3 (0.001)	1 (0.027)	0.0256
69	得意	形容動詞	3 (0.001)	1 (0.027)	0.0256
70	並べる	動詞	3 (0.001)	1 (0.027)	0.0256

Table 99 「*看護師」コーディング語の共起（第3表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
71	鳴る	動詞	3 (0.001)	1 (0.027)	0.0256
72	抜き	名詞	3 (0.001)	1 (0.027)	0.0256
73	教える	動詞	124 (0.025)	4 (0.108)	0.0255
74	肺炎	名詞	4 (0.001)	1 (0.027)	0.025
75	最終	名詞	4 (0.001)	1 (0.027)	0.025

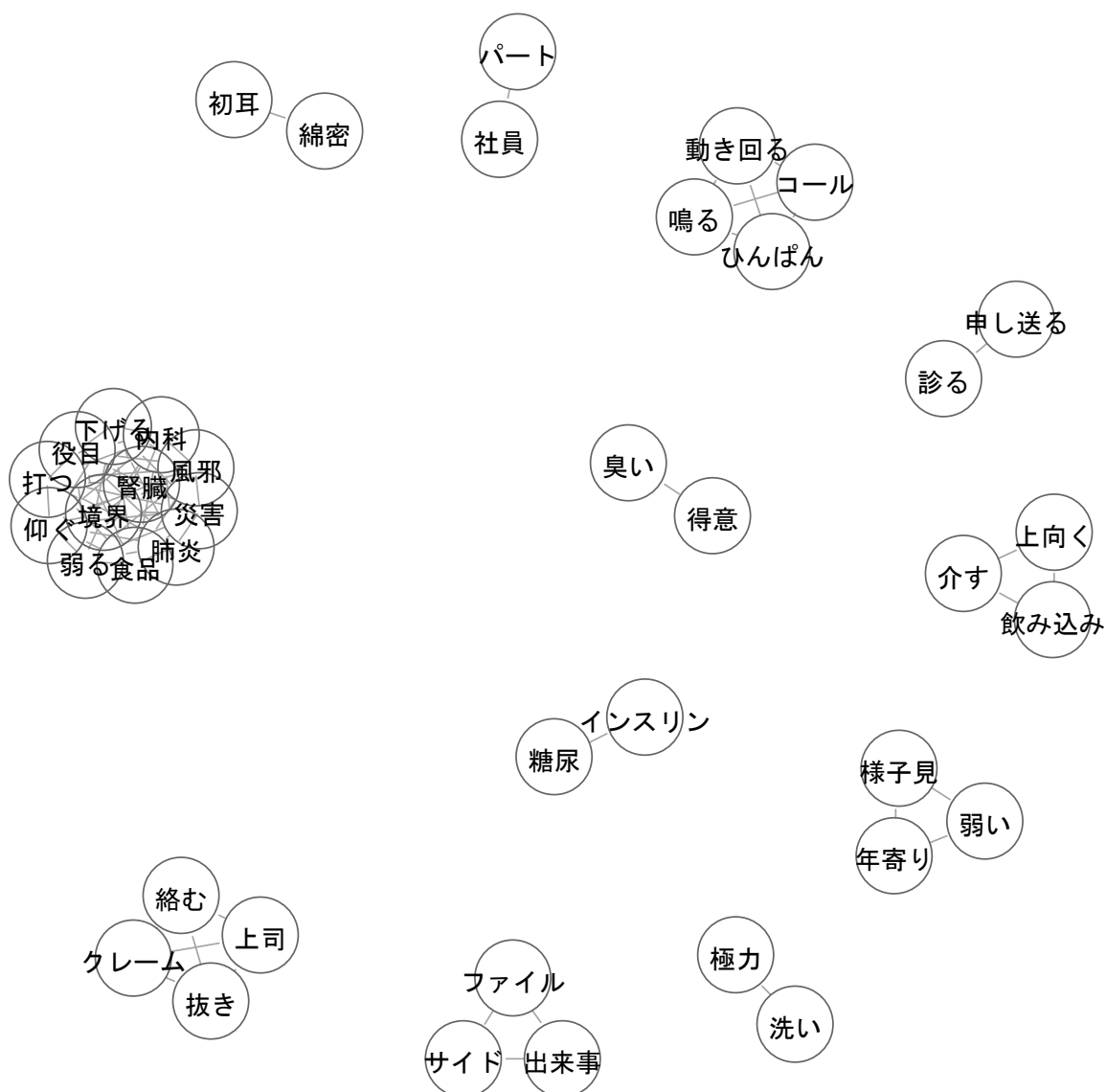


Figure 60 看護師コードの共起ネットワーク

強い共起関係を太い線で表現、出現数の多い語ほど大きい円で表現した。

看護師コードの出現する発言中の共起ネットワークは、語のネットワークが広がりを見せるのではなく、頻度も共起も高くない語の羅列となった。

5.2.8.介護士コード中の出現頻度

介護士コードの出現する発言中の出現頻度状況を集計したのが下表である。Jaccard 係数で見ると、「入る」「言う」「行く」「思う」などの動詞が上位を占めた。その後には「家族」「自分」が位置している。

Table 100 「*介護士」コーディング語の共起（第1表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
1	入る	動詞	263 (0.053)	77 (0.204)	0.1368
2	言う	動詞	412 (0.082)	83 (0.220)	0.1176
3	行く	動詞	176 (0.035)	52 (0.138)	0.1038
4	思う	動詞	583 (0.117)	88 (0.233)	0.1009
5	家族	名詞	179 (0.036)	50 (0.133)	0.0988
6	自分	名詞	198 (0.040)	49 (0.130)	0.0932
7	出る	動詞	163 (0.033)	40 (0.106)	0.08
8	本当に	副詞	111 (0.022)	34 (0.090)	0.0749
9	事業	名詞	233 (0.047)	42 (0.111)	0.0739
10	医療	名詞	422 (0.084)	54 (0.143)	0.0725
11	見る	動詞	157 (0.031)	34 (0.090)	0.068
12	行う	動詞	110 (0.022)	31 (0.082)	0.068
13	取る	動詞	105 (0.021)	30 (0.080)	0.0664
14	多い	形容詞	139 (0.028)	32 (0.085)	0.0661
15	持つ	動詞	114 (0.023)	29 (0.077)	0.0628
16	結構	副詞	181 (0.036)	32 (0.085)	0.0608
17	ケア	名詞	394 (0.079)	44 (0.117)	0.0605
18	来る	動詞	135 (0.027)	29 (0.077)	0.06
19	入れる	動詞	92 (0.018)	26 (0.069)	0.0587
20	実際	副詞	151 (0.030)	29 (0.077)	0.0581
21	受ける	動詞	134 (0.027)	28 (0.074)	0.058
22	感じ	名詞	184 (0.037)	28 (0.074)	0.0525
23	必要	形容動詞	100 (0.020)	23 (0.061)	0.0507
24	聞く	動詞	185 (0.037)	27 (0.072)	0.0505
25	看る	動詞	125 (0.025)	24 (0.064)	0.0502
26	無理	形容動詞	55 (0.011)	20 (0.053)	0.0485
27	部分	名詞	158 (0.032)	24 (0.064)	0.047
28	考える	動詞	79 (0.016)	20 (0.053)	0.0459
29	現場	名詞	90 (0.018)	20 (0.053)	0.0447
30	違う	動詞	93 (0.019)	20 (0.053)	0.0444
31	教える	動詞	124 (0.025)	21 (0.056)	0.0437
32	怖い	形容詞	108 (0.022)	20 (0.053)	0.043
33	状態	名詞	84 (0.017)	19 (0.050)	0.043
34	一応	副詞	113 (0.023)	20 (0.053)	0.0426
35	本人	名詞	58 (0.012)	17 (0.045)	0.0407

Table 101 「*介護士」コーディング語の共起（第2表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
36	病院	名詞	89 (0.018)	18 (0.048)	0.0402
37	体制	名詞	126 (0.025)	19 (0.050)	0.0393
38	分かる	動詞	259 (0.052)	24 (0.064)	0.0392
39	医師	名詞	100 (0.020)	18 (0.048)	0.0392
40	困る	動詞	53 (0.011)	16 (0.042)	0.0386
41	皆さん	名詞	40 (0.008)	15 (0.040)	0.0373
42	福祉	名詞	56 (0.011)	15 (0.040)	0.0359
43	書く	動詞	59 (0.012)	15 (0.040)	0.0356
44	保険	名詞	66 (0.013)	15 (0.040)	0.035
45	難しい	形容詞	99 (0.020)	16 (0.042)	0.0348
46	状況	名詞	71 (0.014)	15 (0.040)	0.0346
47	高い	形容詞	43 (0.009)	14 (0.037)	0.0345
48	作る	動詞	53 (0.011)	14 (0.037)	0.0337
49	いろいろ	形容動詞	38 (0.008)	13 (0.034)	0.0323
50	不安	形容動詞	142 (0.028)	16 (0.042)	0.0318
51	見える	動詞	51 (0.010)	13 (0.034)	0.0313
52	少ない	形容詞	55 (0.011)	13 (0.034)	0.031
53	リスク	名詞	25 (0.005)	12 (0.032)	0.0308
54	少し	副詞	45 (0.009)	12 (0.032)	0.0293
55	ケース	名詞	82 (0.016)	13 (0.034)	0.0291
56	出す	動詞	48 (0.010)	12 (0.032)	0.0291
57	最初	名詞	63 (0.013)	12 (0.032)	0.028
58	変わる	動詞	101 (0.020)	13 (0.034)	0.028
59	責任	名詞	35 (0.007)	11 (0.029)	0.0274
60	正規	名詞	11 (0.002)	10 (0.027)	0.0265
61	大丈夫	形容動詞	67 (0.013)	11 (0.029)	0.0254
62	本当は	副詞	27 (0.005)	10 (0.027)	0.0254
63	大変	形容動詞	40 (0.008)	10 (0.027)	0.0246
64	悪い	形容詞	41 (0.008)	10 (0.027)	0.0245
65	マニュアル	名詞	45 (0.009)	10 (0.027)	0.0243
66	取れる	動詞	51 (0.010)	10 (0.027)	0.0239
67	主人	名詞	15 (0.003)	9 (0.024)	0.0235
68	苦しい	形容詞	18 (0.004)	9 (0.024)	0.0233
69	増える	動詞	30 (0.006)	9 (0.024)	0.0226
70	自身	名詞	76 (0.015)	10 (0.027)	0.0226

Table 102 「*介護士」コーディング語の共起（第3表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
71	帰る	動詞	32 (0.006)	9 (0.024)	0.0225
72	1つ	名詞	32 (0.006)	9 (0.024)	0.0225
73	資格	名詞	33 (0.007)	9 (0.024)	0.0224
74	介助	名詞	34 (0.007)	9 (0.024)	0.0224
75	ナース	名詞	37 (0.007)	9 (0.024)	0.0222

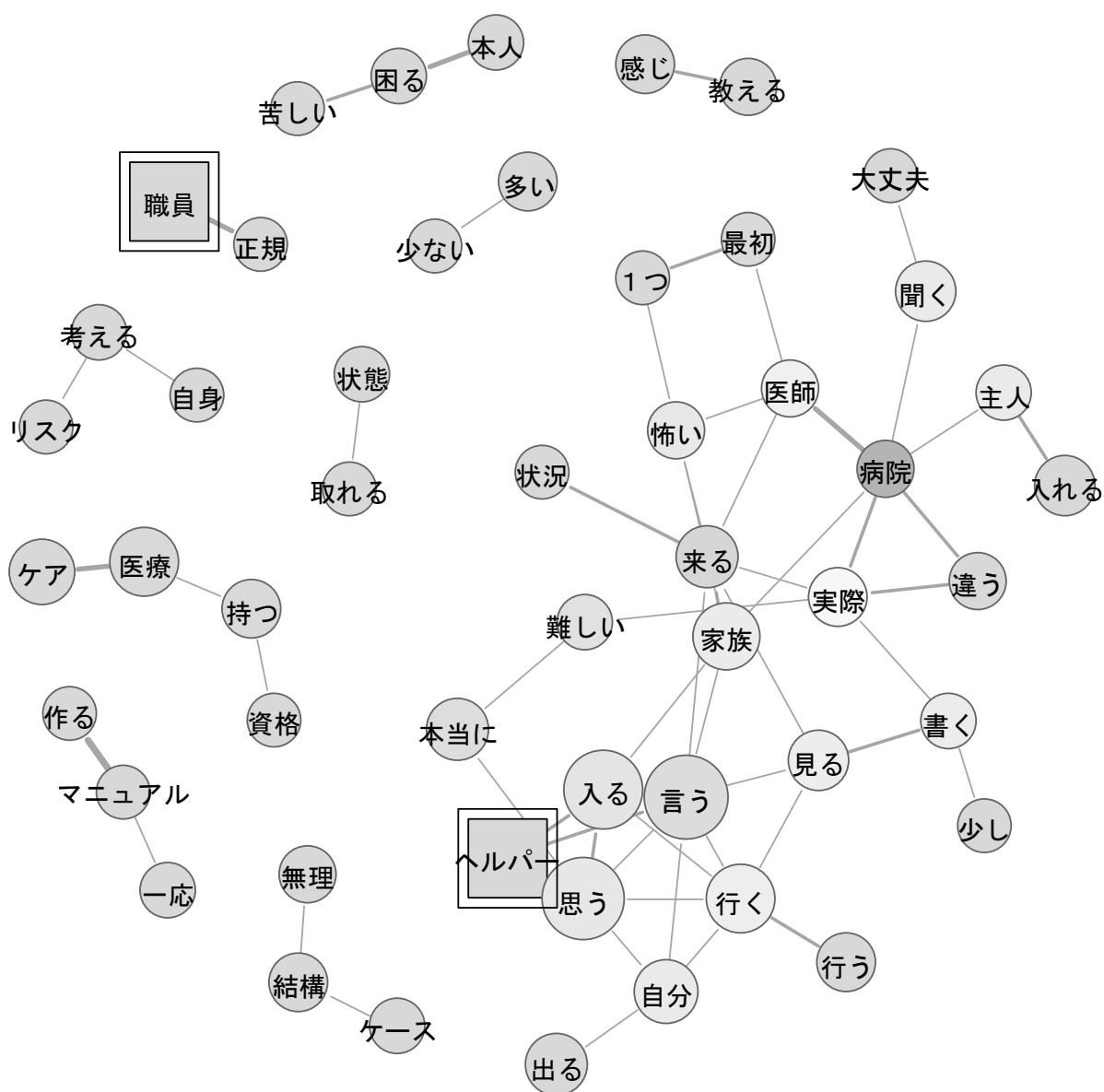


Figure 61 介護士コードの共起ネットワーク

強い共起関係を太い線で表現、出現数の多い語ほど大きい円で表現した。

介護士コードの出現する発言中の共起ネットワークでは「病院」「来る」「実際」「家族」「言う」

などの中心性が高いことが分かる。

5.2.9.医師コード中の出現頻度

医師コードの出現する発言中での出現状況を Jaccard 係数で集計したのが下表である。最も高いのは「病院」「来る」「呼ぶ」「言う」「患者」であった。

Table 103 「* 医師」コーディング語（第1表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
1	病院	名詞	89 (0.018)	18 (0.168)	0.1011
2	来る	動詞	135 (0.027)	21 (0.196)	0.095
3	呼ぶ	動詞	33 (0.007)	9 (0.084)	0.0687
4	言う	動詞	412 (0.082)	32 (0.299)	0.0657
5	患者	名詞	13 (0.003)	7 (0.065)	0.0619
6	出す	動詞	48 (0.010)	9 (0.084)	0.0616
7	教える	動詞	124 (0.025)	13 (0.121)	0.0596
8	聞く	動詞	185 (0.037)	16 (0.150)	0.058
9	家族	名詞	179 (0.036)	15 (0.140)	0.0554
10	入る	動詞	263 (0.053)	18 (0.168)	0.0511
11	知る	動詞	39 (0.008)	7 (0.065)	0.0504
12	大丈夫	形容動詞	67 (0.013)	8 (0.075)	0.0482
13	持つ	動詞	114 (0.023)	10 (0.093)	0.0474
14	状況	名詞	71 (0.014)	8 (0.075)	0.0471
15	思う	動詞	583 (0.117)	29 (0.271)	0.0439
16	怖い	形容詞	108 (0.022)	9 (0.084)	0.0437
17	行う	動詞	110 (0.022)	9 (0.084)	0.0433
18	最初	名詞	63 (0.013)	7 (0.065)	0.0429
19	ヘルパー	名詞	343 (0.069)	18 (0.168)	0.0417
20	医療	名詞	422 (0.084)	21 (0.196)	0.0413
21	取る	動詞	105 (0.021)	8 (0.075)	0.0392
22	先生	名詞	26 (0.005)	5 (0.047)	0.0391
23	出る	動詞	163 (0.033)	10 (0.093)	0.0385
24	本当に	副詞	111 (0.022)	8 (0.075)	0.0381
25	状態	名詞	84 (0.017)	7 (0.065)	0.038
26	一応	副詞	113 (0.023)	8 (0.075)	0.0377
27	書く	動詞	59 (0.012)	6 (0.056)	0.0375
28	自分	名詞	198 (0.040)	11 (0.103)	0.0374
29	分かる	動詞	259 (0.052)	13 (0.121)	0.0368
30	入れる	動詞	92 (0.018)	7 (0.065)	0.0365
31	苦しむ	動詞	8 (0.002)	4 (0.037)	0.036
32	ナース	名詞	37 (0.007)	5 (0.047)	0.036
33	保険	名詞	66 (0.013)	6 (0.056)	0.0359
34	体制	名詞	126 (0.025)	8 (0.075)	0.0356
35	連れる	動詞	10 (0.002)	4 (0.037)	0.0354

Table 104 「*医師」コーディング語（第2表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
36	見る	動詞	157 (0.031)	9 (0.084)	0.0353
37	知識	名詞	48 (0.010)	5 (0.047)	0.0333
38	保健	名詞	17 (0.003)	4 (0.037)	0.0333
39	苦しい	形容詞	18 (0.004)	4 (0.037)	0.0331
40	ケア	名詞	394 (0.079)	16 (0.150)	0.033
41	行く	動詞	176 (0.035)	9 (0.084)	0.0328
42	取れる	動詞	51 (0.010)	5 (0.047)	0.0327
43	困る	動詞	53 (0.011)	5 (0.047)	0.0323
44	実際	副詞	151 (0.030)	8 (0.075)	0.032
45	酸素	名詞	22 (0.004)	4 (0.037)	0.032
46	感じ	名詞	184 (0.037)	9 (0.084)	0.0319
47	救急	名詞	23 (0.005)	4 (0.037)	0.0317
48	程度	名詞	23 (0.005)	4 (0.037)	0.0317
49	違う	動詞	93 (0.019)	6 (0.056)	0.0309
50	切る	動詞	30 (0.006)	4 (0.037)	0.0301
51	1つ	名詞	32 (0.006)	4 (0.037)	0.0296
52	いろいろ	形容動詞	38 (0.008)	4 (0.037)	0.0284
53	使う	動詞	39 (0.008)	4 (0.037)	0.0282
54	内科	名詞	3 (0.001)	3 (0.028)	0.028
55	皆さん	名詞	40 (0.008)	4 (0.037)	0.028
56	大学	名詞	4 (0.001)	3 (0.028)	0.0278
57	感じる	動詞	43 (0.009)	4 (0.037)	0.0274
58	看る	動詞	125 (0.025)	6 (0.056)	0.0265
59	死ぬ	動詞	9 (0.002)	3 (0.028)	0.0265
60	ボランティア	名詞	9 (0.002)	3 (0.028)	0.0265
61	機械	名詞	9 (0.002)	3 (0.028)	0.0265
62	忙しい	形容詞	10 (0.002)	3 (0.028)	0.0263
63	座薬	名詞	11 (0.002)	3 (0.028)	0.0261
64	作る	動詞	53 (0.011)	4 (0.037)	0.0256
65	置く	動詞	13 (0.003)	3 (0.028)	0.0256
66	飲む	動詞	13 (0.003)	3 (0.028)	0.0256
67	センター	名詞	13 (0.003)	3 (0.028)	0.0256
68	受ける	動詞	134 (0.027)	6 (0.056)	0.0255
69	無理	形容動詞	55 (0.011)	4 (0.037)	0.0253
70	主人	名詞	15 (0.003)	3 (0.028)	0.0252

Table 105 「*医師」コーディング語（第3表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
71	多い	形容詞	139 (0.028)	6 (0.056)	0.025
72	頼む	動詞	16 (0.003)	3 (0.028)	0.025
73	結構	副詞	181 (0.036)	7 (0.065)	0.0249
74	難しい	形容詞	99 (0.020)	5 (0.047)	0.0249
75	聞ける	動詞	20 (0.004)	3 (0.028)	0.0242

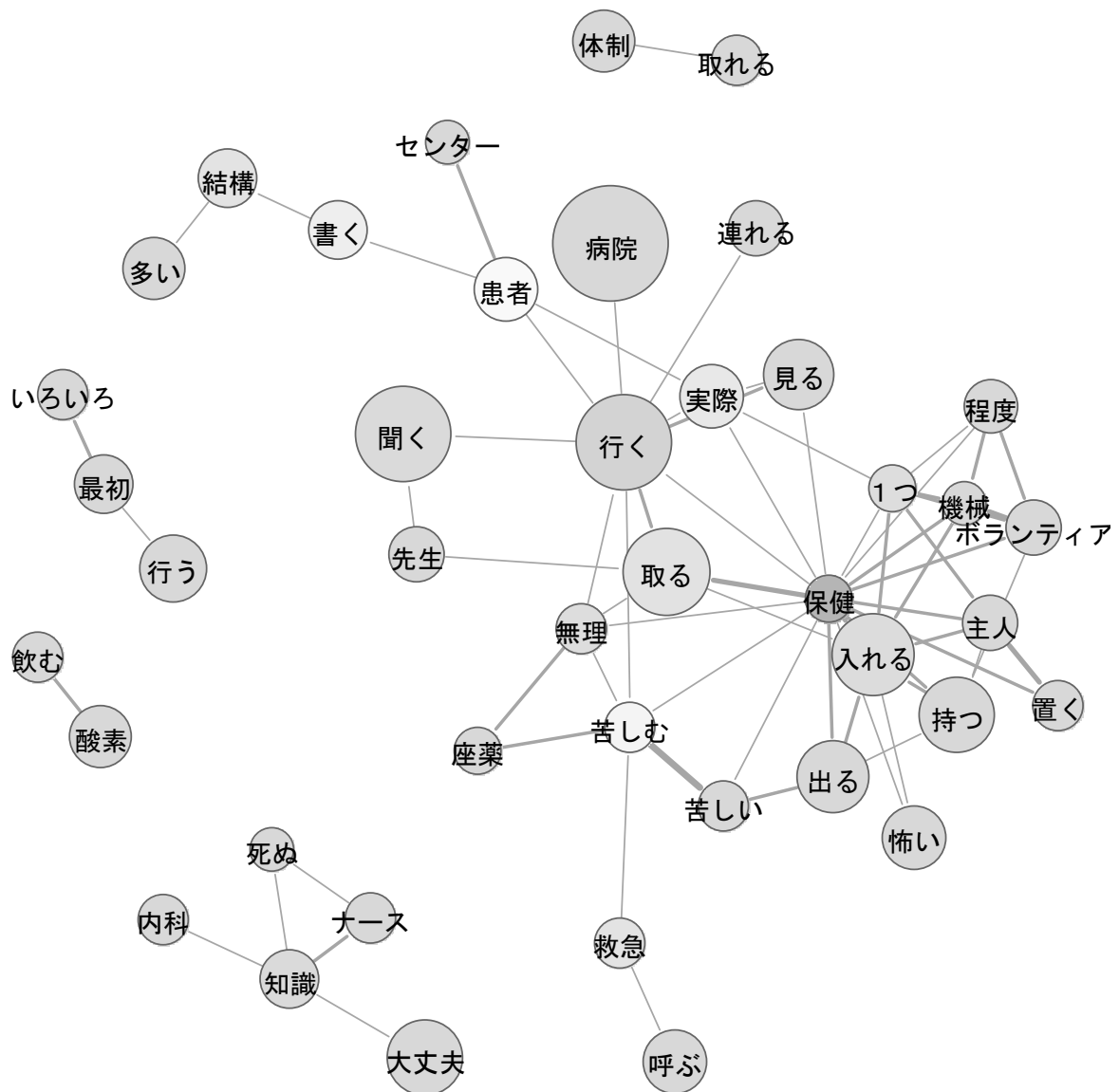


Figure 62 医師コードの共起ネットワーク

強い共起関係を太い線で表現、出現数の多い語ほど大きい円で表現した。

医師コードが出現する発言中の共起ネットワークでは、「行く」「保健（師）」が中心となっている。特に、「保健（師）」は「取る」や「入れる」「主人」「ボランティア」「機械」などと強い共起

関係が見出せる。「行く」は動詞であり、汎用性が高い。ただし、「実際」「見る」と強い共起関係にある。

5.2.10.利用者コード中の出現頻度

利用者コードの出現する発言中の出現状況を集計した。Jaccard 係数が高い順に、「家族」「病院」「状況」「困る」「悪い」などが位置している。

Table 106 「*利用者」コーディング語（第1表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
1	家族	名詞	179 (0.036)	22 (0.301)	0.0957
2	病院	名詞	89 (0.018)	11 (0.151)	0.0728
3	状況	名詞	71 (0.014)	8 (0.110)	0.0588
4	困る	動詞	53 (0.011)	7 (0.096)	0.0588
5	悪い	形容詞	41 (0.008)	6 (0.082)	0.0556
6	医師	名詞	100 (0.020)	9 (0.123)	0.0549
7	ヘルパー	名詞	343 (0.069)	21 (0.288)	0.0532
8	言う	動詞	412 (0.082)	24 (0.329)	0.0521
9	実際	副詞	151 (0.030)	11 (0.151)	0.0516
10	周り	名詞	12 (0.002)	4 (0.055)	0.0494
11	無理	形容動詞	55 (0.011)	6 (0.082)	0.0492
12	センター	名詞	13 (0.003)	4 (0.055)	0.0488
13	書く	動詞	59 (0.012)	6 (0.082)	0.0476
14	早い	形容詞	16 (0.003)	4 (0.055)	0.0471
15	入る	動詞	263 (0.053)	15 (0.205)	0.0467
16	本当	名詞	17 (0.003)	4 (0.055)	0.0465
17	保健	名詞	17 (0.003)	4 (0.055)	0.0465
18	自分	名詞	198 (0.040)	12 (0.164)	0.0463
19	苦しい	形容詞	18 (0.004)	4 (0.055)	0.046
20	来る	動詞	135 (0.027)	9 (0.123)	0.0452
21	持つ	動詞	114 (0.023)	8 (0.110)	0.0447
22	入れる	動詞	92 (0.018)	7 (0.096)	0.0443
23	出る	動詞	163 (0.033)	10 (0.137)	0.0442
24	動く	動詞	23 (0.005)	4 (0.055)	0.0435
25	行く	動詞	176 (0.035)	10 (0.137)	0.0418
26	取る	動詞	105 (0.021)	7 (0.096)	0.0409
27	ケース	名詞	82 (0.016)	6 (0.082)	0.0403
28	皮膚	名詞	5 (0.001)	3 (0.041)	0.04
29	末期	名詞	5 (0.001)	3 (0.041)	0.04
30	帰る	動詞	32 (0.006)	4 (0.055)	0.0396
31	呼ぶ	動詞	33 (0.007)	4 (0.055)	0.0392
32	責任	名詞	35 (0.007)	4 (0.055)	0.0385
33	勝手	形容動詞	8 (0.002)	3 (0.041)	0.0385
34	ボランティア	名詞	9 (0.002)	3 (0.041)	0.038
35	起こす	動詞	9 (0.002)	3 (0.041)	0.038

Table 107 「*利用者」コーディング語（第2表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
36	動ける	動詞	10 (0.002)	3 (0.041)	0.0375
37	気持ち	名詞	68 (0.014)	5 (0.068)	0.0368
38	頑張る	動詞	12 (0.002)	3 (0.041)	0.0366
39	難しい	形容詞	99 (0.020)	6 (0.082)	0.0361
40	付ける	動詞	13 (0.003)	3 (0.041)	0.0361
41	置く	動詞	13 (0.003)	3 (0.041)	0.0361
42	出す	動詞	48 (0.010)	4 (0.055)	0.0342
43	痛い	形容詞	18 (0.004)	3 (0.041)	0.0341
44	非常	形容動詞	19 (0.004)	3 (0.041)	0.0337
45	食べる	動詞	19 (0.004)	3 (0.041)	0.0337
46	方向	名詞	19 (0.004)	3 (0.041)	0.0337
47	積極	名詞	19 (0.004)	3 (0.041)	0.0337
48	話す	動詞	20 (0.004)	3 (0.041)	0.0333
49	状態	名詞	84 (0.017)	5 (0.068)	0.0329
50	作る	動詞	53 (0.011)	4 (0.055)	0.0328
51	地域	名詞	22 (0.004)	3 (0.041)	0.0326
52	結構	副詞	181 (0.036)	8 (0.110)	0.0325
53	程度	名詞	23 (0.005)	3 (0.041)	0.0323
54	聞く	動詞	185 (0.037)	8 (0.110)	0.032
55	見る	動詞	157 (0.031)	7 (0.096)	0.0314
56	栄養	名詞	59 (0.012)	4 (0.055)	0.0313
57	最初	名詞	63 (0.013)	4 (0.055)	0.0303
58	本当に	副詞	111 (0.022)	5 (0.068)	0.0279
59	知る	動詞	39 (0.008)	3 (0.041)	0.0275
60	使う	動詞	39 (0.008)	3 (0.041)	0.0275
61	婦長	名詞	2 (0.000)	2 (0.027)	0.0274
62	真っ赤	形容動詞	2 (0.000)	2 (0.027)	0.0274
63	考える	動詞	79 (0.016)	4 (0.055)	0.027
64	数字	名詞	3 (0.001)	2 (0.027)	0.027
65	医療	名詞	422 (0.084)	13 (0.178)	0.027
66	怒る	動詞	4 (0.001)	2 (0.027)	0.0267
67	歩く	動詞	4 (0.001)	2 (0.027)	0.0267
68	女性	名詞	4 (0.001)	2 (0.027)	0.0267
69	慌てる	動詞	4 (0.001)	2 (0.027)	0.0267
70	感じる	動詞	43 (0.009)	3 (0.041)	0.0265

Table 108 「*利用者」コーディング語（第3表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
71	ケア	名詞	394 (0.079)	12 (0.164)	0.0264
72	目線	名詞	5 (0.001)	2 (0.027)	0.0263
73	抱える	動詞	5 (0.001)	2 (0.027)	0.0263
74	自宅	名詞	6 (0.001)	2 (0.027)	0.026
75	お湯	名詞	6 (0.001)	2 (0.027)	0.026

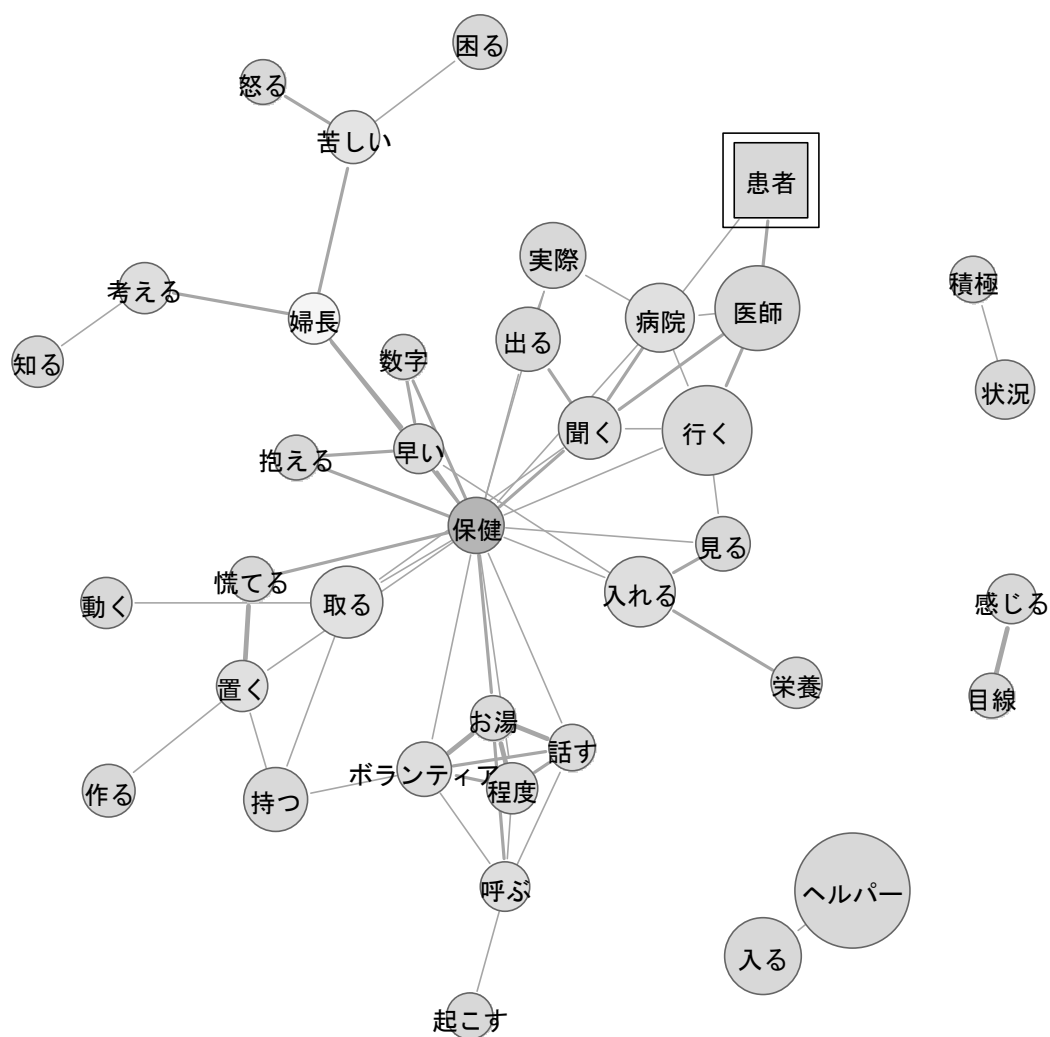


Figure 63 利用者コードの共起ネットワーク

強い共起関係を太い線で表現、出現数の多い語ほど大きい円で表現した。

利用者コードの出現する発言中の共起ネットワークを集計した。中心的な語は「保健（師）」であった。「お湯」「ボランティア」「話す」「程度」「呼ぶ」から構成されるネットワークのまとまり、「医師」「病院」「行く」「聞く」などから構成されるネットワークのまとまり、「数字」「早い」「抱える」から構成されるネットワークのまとまり、「取る」「慌てる」「置く」から構成されるネット

ワークのまとまりと強い共起関係にある。利用者コードの発言中で保健師の話題中心性がうかがわれる。

5.2.11 家族コード中の出現頻度

家族コードの出現した発言中の共起語の出現状況の集計結果が下表である。最も Jaccard 係数が高いのが「人工」で、次いで「入れる」「帰る」「保健（師）」であった。

Table 109 「*家族」コーディング語（第1表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
1	人工	名詞	8 (0.002)	5 (0.122)	0.1136
2	入れる	動詞	92 (0.018)	11 (0.268)	0.0902
3	帰る	動詞	32 (0.006)	6 (0.146)	0.0896
4	保健	名詞	17 (0.003)	4 (0.098)	0.0741
5	若い	形容詞	21 (0.004)	4 (0.098)	0.069
6	習う	動詞	8 (0.002)	3 (0.073)	0.0652
7	ボランティア	名詞	9 (0.002)	3 (0.073)	0.0638
8	少し	副詞	45 (0.009)	5 (0.122)	0.0617
9	最初	名詞	63 (0.013)	6 (0.146)	0.0612
10	置く	動詞	13 (0.003)	3 (0.073)	0.0588
11	1つ	名詞	32 (0.006)	4 (0.098)	0.058
12	行く	動詞	176 (0.035)	11 (0.268)	0.0534
13	家族	名詞	179 (0.036)	11 (0.268)	0.0526
14	酸素	名詞	22 (0.004)	3 (0.073)	0.05
15	教わる	動詞	22 (0.004)	3 (0.073)	0.05
16	面倒	形容動詞	2 (0.000)	2 (0.049)	0.0488
17	疲れる	動詞	2 (0.000)	2 (0.049)	0.0488
18	温度	名詞	2 (0.000)	2 (0.049)	0.0488
19	行う	動詞	110 (0.022)	7 (0.171)	0.0486
20	病院	名詞	89 (0.018)	6 (0.146)	0.0484
21	見る	動詞	157 (0.031)	9 (0.220)	0.0476
22	市役所	名詞	3 (0.001)	2 (0.049)	0.0476
23	鳴る	動詞	3 (0.001)	2 (0.049)	0.0476
24	スイッチ	名詞	3 (0.001)	2 (0.049)	0.0476
25	乱暴	形容動詞	3 (0.001)	2 (0.049)	0.0476
26	頻繁	形容動詞	3 (0.001)	2 (0.049)	0.0476
27	休める	動詞	4 (0.001)	2 (0.049)	0.0465
28	慌てる	動詞	4 (0.001)	2 (0.049)	0.0465
29	飛ぶ	動詞	4 (0.001)	2 (0.049)	0.0465
30	機関	名詞	5 (0.001)	2 (0.049)	0.0455
31	男性	名詞	5 (0.001)	2 (0.049)	0.0455
32	出掛ける	動詞	6 (0.001)	2 (0.049)	0.0444
33	切る	動詞	30 (0.006)	3 (0.073)	0.0441
34	近所	名詞	7 (0.001)	2 (0.049)	0.0435
35	外す	動詞	7 (0.001)	2 (0.049)	0.0435

Table 110 「*家族」コーディング語（第2表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
36	取る	動詞	105 (0.021)	6 (0.146)	0.0429
37	手伝う	動詞	8 (0.002)	2 (0.049)	0.0426
38	疑問	形容動詞	8 (0.002)	2 (0.049)	0.0426
39	書く	動詞	59 (0.012)	4 (0.098)	0.0417
40	介助	名詞	34 (0.007)	3 (0.073)	0.0417
41	探す	動詞	9 (0.002)	2 (0.049)	0.0417
42	本当に	副詞	111 (0.022)	6 (0.146)	0.0411
43	出る	動詞	163 (0.033)	8 (0.195)	0.0408
44	連れる	動詞	10 (0.002)	2 (0.049)	0.0408
45	水分	名詞	10 (0.002)	2 (0.049)	0.0408
46	ヘルパー	名詞	343 (0.069)	15 (0.366)	0.0407
47	自分	名詞	198 (0.040)	9 (0.220)	0.0391
48	寝たきり	名詞	13 (0.003)	2 (0.049)	0.0385
49	患者	名詞	13 (0.003)	2 (0.049)	0.0385
50	付く	動詞	13 (0.003)	2 (0.049)	0.0385
51	洗う	動詞	14 (0.003)	2 (0.049)	0.0377
52	大事	形容動詞	15 (0.003)	2 (0.049)	0.037
53	早い	形容詞	16 (0.003)	2 (0.049)	0.0364
54	来る	動詞	135 (0.027)	6 (0.146)	0.0353
55	気管	名詞	18 (0.004)	2 (0.049)	0.0351
56	食べる	動詞	19 (0.004)	2 (0.049)	0.0345
57	言う	動詞	412 (0.082)	15 (0.366)	0.0342
58	働く	動詞	20 (0.004)	2 (0.049)	0.0339
59	話す	動詞	20 (0.004)	2 (0.049)	0.0339
60	持つ	動詞	114 (0.023)	5 (0.122)	0.0333
61	普通	形容動詞	22 (0.004)	2 (0.049)	0.0328
62	無理	形容動詞	55 (0.011)	3 (0.073)	0.0323
63	レベル	名詞	23 (0.005)	2 (0.049)	0.0323
64	言える	動詞	23 (0.005)	2 (0.049)	0.0323
65	動く	動詞	23 (0.005)	2 (0.049)	0.0323
66	感じ	名詞	184 (0.037)	7 (0.171)	0.0321
67	良い	形容詞	24 (0.005)	2 (0.049)	0.0317
68	身体	名詞	25 (0.005)	2 (0.049)	0.0313
69	長い	形容詞	25 (0.005)	2 (0.049)	0.0313
70	多分	副詞	59 (0.012)	3 (0.073)	0.0309

Table 111 「*家族」コーディング語（第3表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
71	先生	名詞	26 (0.005)	2 (0.049)	0.0308
72	本当は	副詞	27 (0.005)	2 (0.049)	0.0303
73	範囲	名詞	28 (0.006)	2 (0.049)	0.0299
74	必ず	副詞	28 (0.006)	2 (0.049)	0.0299
75	貼る	動詞	28 (0.006)	2 (0.049)	0.0299

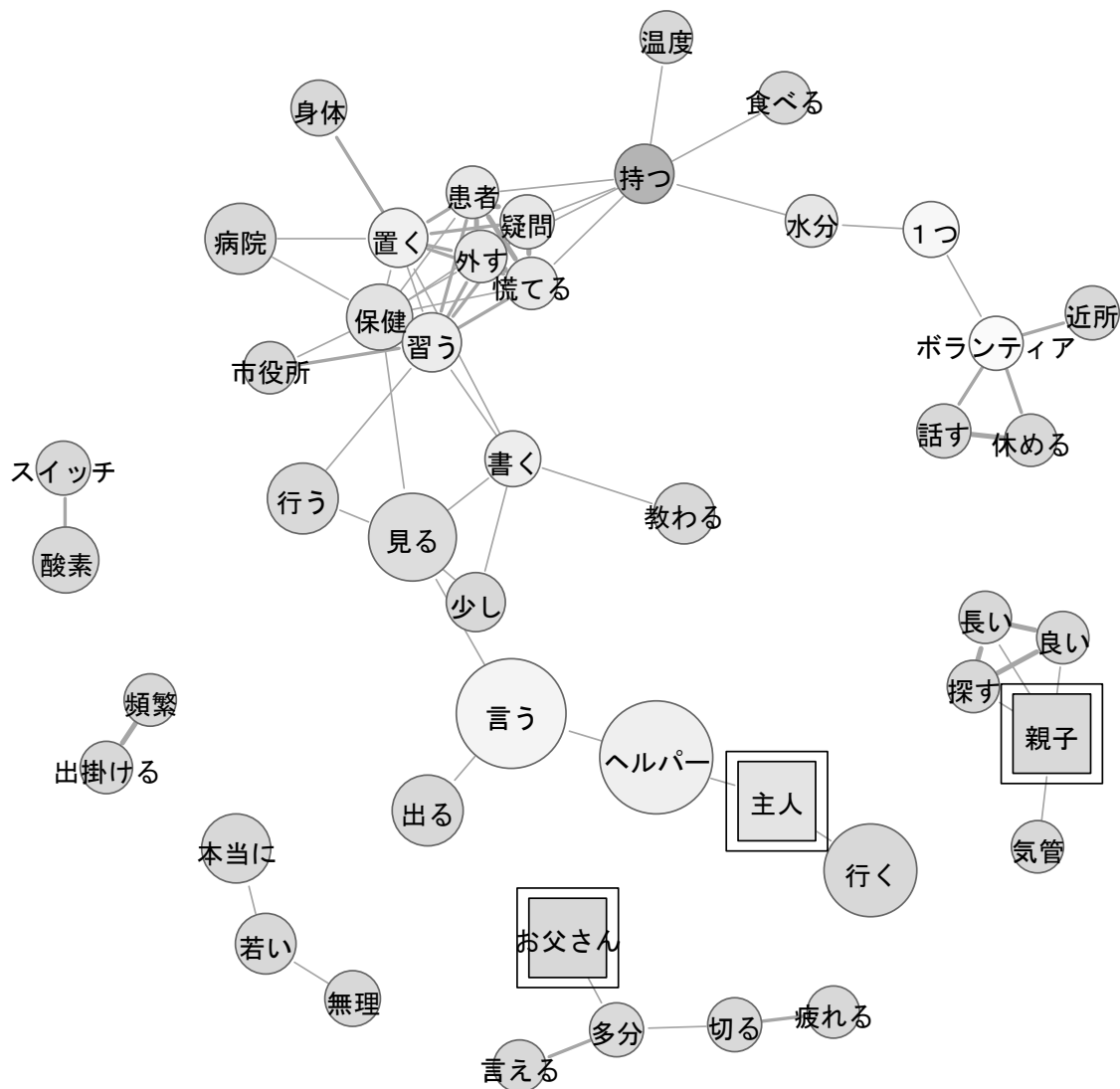


Figure 64 家族コードの共起ネットワーク

強い共起関係を太い線で表現、出現数の多い語ほど大きい円で表現した。

「家族」コードが出現する発言中での共起ネットワークは「持つ」「保健（師）」「見る」「言う」「水分」「一つ」であった。共起性の強い語のネットワークのまとまりが「患者」「慌てる」「疑問」「外す」「置く」「習う」などから構成されている。これらの語と弱いながら多く共起しているこ

とが、「持つ」や「保健（師）」の特徴といえる。「家族」コードにおける保健師の話題中心性がわかる。

5.2.12.コード無コード中の出現頻度

以上、アクターや肯定・否定、経験・知識などのコードの出現する発言中の共起語について共起ネットワークを見てきたが、次にアクターコードが出現しない発言中の語の出現状況を集計した。下表は共起語の出現頻度を示している。

Table 112 「#コード無」コーディング語（第1表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
1	制度	名詞	55 (0.011)	46 (0.012)	0.0121
2	法人	名詞	24 (0.005)	21 (0.006)	0.0055
3	法律	名詞	22 (0.004)	19 (0.005)	0.005
4	困難	形容動詞	25 (0.005)	19 (0.005)	0.005
5	有料	名詞	25 (0.005)	19 (0.005)	0.005
6	理由	名詞	13 (0.003)	12 (0.003)	0.0032
7	認める	動詞	14 (0.003)	12 (0.003)	0.0032
8	結構	形容動詞	14 (0.003)	11 (0.003)	0.0029
9	ホーム	名詞	14 (0.003)	11 (0.003)	0.0029
10	重たい	形容詞	13 (0.003)	10 (0.003)	0.0026
11	課題	名詞	9 (0.002)	9 (0.002)	0.0024
12	外部	名詞	10 (0.002)	9 (0.002)	0.0024
13	職務	名詞	10 (0.002)	9 (0.002)	0.0024
14	分ける	動詞	11 (0.002)	9 (0.002)	0.0024
15	期間	名詞	9 (0.002)	8 (0.002)	0.0021
16	ホームヘルパー	名詞	10 (0.002)	8 (0.002)	0.0021
17	社協	名詞	10 (0.002)	8 (0.002)	0.0021
18	坐薬	名詞	7 (0.001)	7 (0.002)	0.0018
19	微妙	形容動詞	8 (0.002)	7 (0.002)	0.0018
20	民間	名詞	8 (0.002)	7 (0.002)	0.0018
21	部屋	名詞	8 (0.002)	7 (0.002)	0.0018
22	休む	動詞	9 (0.002)	7 (0.002)	0.0018
23	細かい	形容詞	9 (0.002)	7 (0.002)	0.0018
24	定期	名詞	9 (0.002)	7 (0.002)	0.0018
25	失礼	形容動詞	6 (0.001)	6 (0.002)	0.0016
26	勤め先	名詞	6 (0.001)	6 (0.002)	0.0016
27	膀胱	名詞	6 (0.001)	6 (0.002)	0.0016
28	ホッ	副詞	7 (0.001)	6 (0.002)	0.0016
29	グループ	名詞	7 (0.001)	6 (0.002)	0.0016
30	大体	副詞	7 (0.001)	6 (0.002)	0.0016
31	正社員	名詞	5 (0.001)	5 (0.001)	0.0013
32	市内	名詞	5 (0.001)	5 (0.001)	0.0013
33	遅い	形容詞	5 (0.001)	5 (0.001)	0.0013
34	イン	名詞	5 (0.001)	5 (0.001)	0.0013
35	余裕	名詞	5 (0.001)	5 (0.001)	0.0013

Table 113 「#コード無」コーディング語（第2表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
36	役職	名詞	6 (0.001)	5 (0.001)	0.0013
37	答え	名詞	6 (0.001)	5 (0.001)	0.0013
38	明確	形容動詞	6 (0.001)	5 (0.001)	0.0013
39	時々	副詞	6 (0.001)	5 (0.001)	0.0013
40	備える	動詞	4 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
41	果たして	副詞	4 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
42	特殊	形容動詞	4 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
43	留置	名詞	4 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
44	もう一度	副詞	4 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
45	半々	名詞	4 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
46	本部	名詞	4 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
47	学院	名詞	4 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
48	役所	名詞	4 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
49	載る	動詞	4 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
50	パートタイム	名詞	4 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
51	薬剤	名詞	4 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
52	国立	名詞	5 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
53	支える	動詞	5 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
54	当たる	動詞	5 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
55	残念	形容動詞	5 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
56	実務	名詞	5 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
57	開く	動詞	5 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
58	助手	名詞	5 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
59	治る	動詞	5 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
60	姿勢	名詞	5 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
61	健康	形容動詞	5 (0.001)	4 (0.001)	0.0011
62	小規模	形容動詞	3 (0.001)	3 (0.001)	0.0008
63	海外	名詞	3 (0.001)	3 (0.001)	0.0008
64	名目	名詞	3 (0.001)	3 (0.001)	0.0008
65	速い	形容詞	3 (0.001)	3 (0.001)	0.0008
66	ドキッと	副詞	3 (0.001)	3 (0.001)	0.0008
67	量的	形容動詞	3 (0.001)	3 (0.001)	0.0008
68	挙げる	動詞	3 (0.001)	3 (0.001)	0.0008
69	比較的	副詞	3 (0.001)	3 (0.001)	0.0008
70	割合	名詞	3 (0.001)	3 (0.001)	0.0008

Table 114 「#コード無」コーディング語（第3表）

No	抽出語	品詞	全体	共起	Jaccard
71	集める	動詞	3 (0.001)	3 (0.001)	0.0008
72	与る	動詞	3 (0.001)	3 (0.001)	0.0008
73	残す	動詞	3 (0.001)	3 (0.001)	0.0008
74	食べ物	名詞	3 (0.001)	3 (0.001)	0.0008
75	直腸	名詞	3 (0.001)	3 (0.001)	0.0008

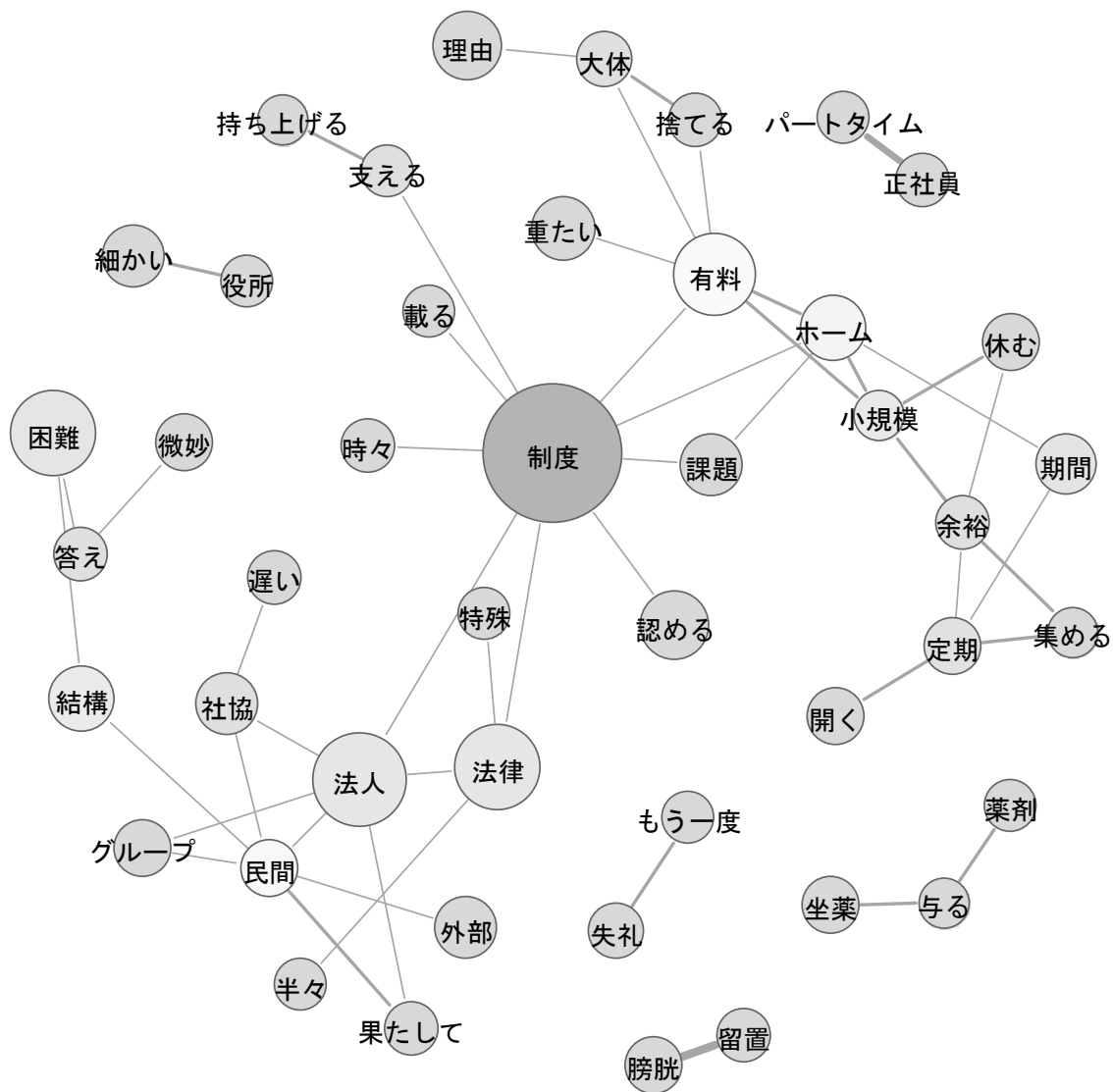


Figure 65 コード無コードの共起ネットワーク

強い共起関係を太い線で表現、出現数の多い語ほど大きい円で表現した。

コードが出現しない発言中では、最も出現回数が多く、共起関係の中心になる語が「制度」であり、次いで「法人」だった。このことから、訪問介護における制度的問題や制度上認められる範囲などが話題となっている。また、「法人」は「法律」や「社協」などとネットワークがある。

共起の関係が強いのは、「膀胱」と「留置」、「パートタイム」と「正社員」であった。

5.3. 聞き取り調査における着目点

半構造化面接による聞き取り調査において、特に次の六つの点に着目した。

第一は、現状の「医療的ケアに対する指導・教育体制」についてである。これは量的調査においても医療的ケアごとに「研修の実施」という形で把握したが、質的調査においては更に詳しい実態を把握することを目的とした。マニュアルが整備されているかどうかについても聞き取りを行った。

第二は、「看護・医療との連携」についてである。訪問介護の現場における介護職、看護職、医師、利用者の関係、認識はどのようなものかをインタビューの内容からニュアンスとして把握することが目的である。

第三は、「医療的ケアに対する不安」についてである。これは量的調査においても医療的ケアごとに「不安の程度」という形で把握したが、質的調査においては不安の背景にある意識を探ることを目的に、「自信のある医療的ケア」「自信のない医療的ケア」について自由に答えてもらった。

第四は、「介護職が医療的ケアを行うことに対する意識」である。医療的ケアを介護職が実施することに対する介護職自身の肯定感・否定感を捉えることが目的である。これは量的調査においては把握することができていない。

第五は、「在宅介護ならではの困難事例」である。これは量的調査においては把握することができていない。在宅介護と施設内の介護の違いは何か、その違いから生ずる問題を明らかにするために、訪問先で直面した困難な事例について、その状況や感じたことなど自由に語ってもらった。

第六は、「医療的ケアの研修に対する意識」についてである。これは量的調査においては把握することができていない。今後、医療的ケアの研修を受けたいかどうか（管理者の場合は受けさせたいかどうか）、受けるとしたらどのような研修を望むか、政策担当者や教育担当者に向けて伝えたいことを自由に語ってもらった。

以上の六つの視点から、個々人の肉声の中に埋め込まれた実務的・暗黙知的な表現を捉えることを目的に聞き取り調査を行った。以下、文字起こしのデータを抜粋して報告する。

5.3.1. 医療的ケアに対する指導・教育体制

医療的ケアに対する指導・教育体制については、介護職が訪問看護師等に利用者宅で習うパターン、事業所内で研修を受けるパターン、外部の研修会に参加するパターンの三つに大別される。

外部の研修会に参加するパターンには、介護職が自費で個人的に研修に参加する場合と、事業所が派遣もしくは補助する場合がある。

（教育体制は）ないです。全然、研修って月に1回ミーティングとか、そういう研修もまったくないし。（中略）外部の研修とかに行くことは、どちらかというとあまりよく思われない。行く必要がないというような言い方をされたので。（中略）休みを取って行くのは構わないけれども、特別そんな必要がないというような言い方でしたね。

教育体制はないので、こういう研修を利用させていただいて、そういう資料、研修に出た者が、再度登録さんとかに、ミーティングでお話したりとかいう、簡単なものしかないですよ。

そういうのはやっぱりその事業所内で提供者が教えたりとか、あとは自分で個人で研修を行くっていう形しかないですね。

例えば、末期がんの利用者さん、あとは経管栄養の必要な利用者さんは、訪問看護師さんと、在宅で教えてもらいますけれども、その他医療に関するもの、例えば体温であったりとか、そういう基本的な研修は、研修というかたちでやってもらってます。

そういうケアがあるところは、ほとんどが訪問看護さんが入っておりますので、訪問看護師さんより、研修を受けます。（中略）そうですね。やっぱり、たんの吸引とかはね、ほんとに大変なことなので、研修をしっかりと。あの、お人形さんでね、研修場所でやった、たんの吸引の研修は、お人形さんでやったんですね。訪問看護師さんは、直接利用者さまで、研修させていただいたり。いただいたりっていうか、研修っていうか、やってるの見て、上手になってから、結局利用者さんでやるんですけれども。

はい。一応、1人の利用者に対しては、町の包括とかが、役場の同じ敷地内の建物に包括もあったし、その隣に福祉センターもあったので、たまたまその中に保健師さんとかもいたので、またそういう方の指導とかもありましたし。あとはそういう研修。外部の研修に出たりとかはありました。

そうです。研修は、基本的に各支店で1年間の、年間の予定を作るんです、私のほうで。それで、その中に、やらなければいけないものは、盛り込んで、あとは独自でチョイスもできます。あんまり外の講師を探すのも大変なので、中に看護師さんがいたりとか、社会福祉士さんも、包括いますから、認知症のお話とか、高齢者虐待の話とか、そういうのをお願いするのは自由なので。それは一応本部には「こういうふうにしたいんですけど」っていうのはやります。そういうのは可能です。中の人材でやる分には。

うちは自由なので、その気になれば、自分で休みが取れる場合、仕事を休んでも行けるし、土日はヘルパー協議会でよくやってるのです。（中略）あれは結構出てますよね。うちはほとんど会

員になっているので、事業所のヘルパーさんが。で、個々に介護福祉士会とかヘルパー協議会へ申し込んで行ってますね。（それはみんな）自己負担です。でも、年間1万円ぐらいまで補助は出るんですね、そのレシートを出すと。業務に役立つのであれば、本を買うでもいい、研修会でもいい、とにかく業務に関連したことであると、1万円年間補助が出るので、それで行って、レシートを出すんですね。（OJTは）やり切れてないですね。（資料の回覧も）もないですね。個々で自分のお金で行ってるので、みんな資料は自分の。ただ、デイケア責任者とか、事務所の人間は、自分のお金で行っても、これ事務所の研修に使えるかなとか、そういう感じで、コピーしてその資料を置いたりとかするんですけども。

うちとか後は、ホームヘルパー教育会の研修に出るっていうような感じがほとんど。

ほとんど外部の研修というか、日赤だとかの研修。後は、その委託に入っている看護さんに指導してもらってという形ですね。

マニュアルについては、全く作成していないパターン、独自に作成しているパターン、外部の研修資料等既存の資料を活用しているパターンパターンの三パターンが見られた。ヘルパーにマニュアルを作成してもらうという研修メニューを計画している事業所もあった。

（マニュアルは）見たことがないですね。

そうですね。基本的にうちの事業所は医療行為をやらないというのが、一応、はい。なっているんですよ。なので、特段、マニュアルとかも、医療行為に関してのマニュアルは作ってないです。

マニュアルと言ったら、爪のケアというところでは、一応医療行為からといっても爪はヘルパーさんたちは切れますよね。ただ、病的な糖尿病があるとか、巻きづめがある時はヘルパーさんはやらないということで事業所としては皆さんに伝えていきます。あとは、本当に医療ケアの部分としては、ヘルパーさんは一応できませんということで話をしていますので、マニュアルも作っていません。で、医療行為でないっていうか、医療行為でもつま切りとかそういうのできますよという形になっているところに関してはきちんとヘルパーさんたちにこの部分はできます。お薬に関しても一方化されているものはできますというふうな形で伝えていきます

例えば日赤の研修に行って、その研修資料を基に、うちの個別の利用者さんに合うものを作っています。

訪問のほうでは、一応たん吸引の部分では、まだ準備はしてない部分はありますが、ただ口腔内をきれいに言うことで、たんが口腔内にある時はガーゼでのふき取りという方法は、マニュアル的な部分ではあると思います。

事業所としては用意してなくて、研修に出たときの資料をマニュアルとして用意しています。独自のものではなくて。(中略) 病院で行う研修とか、いろいろ研修の案内が事務所に届きますので、それを個々に受けて、その資料を保存して、研究資料としています。医療に関してはです。

全体のマニュアルと個別のマニュアルなんで、個別のマニュアルは特に医療系の強い人は、各利用者さんのところにマニュアルが置いてありますので、どういう手順でこういう時は訪看にすぐ連絡を入れるとかってというのは、手順が全部書いてありますので、手順通りに。で、それは訪看さんにも渡してありますので。

今回ヘルパーさんにマニュアルを作ってもらうんですよ。本当は身体介護で1日かけて毎年やってるんですけど、毎回同じ人しか来ないと。同じことやって同じ人じゃ、やってほしいんだけど。これは1日かけて。そう、1日かけてなんだけど同じ人しか来ないから、逆に今回はヘルパーさんグループワークということで、項目を分けてヘルパーさんにマニュアルを作ってもらおうと試みたんです。来週なんですけどね。どんなものができるか(笑)。A グループはおむつ交換とか、B グループは移動介助とか。

後は本ですよ。一般的に出ている本で、そういう医療系の本を見たりとか。分からない時は、ちょっと看護師の知り合いとかに聞いて、どういうことなのかとか、どんなことを注意したらいいのかとかそういうのを聞きながら。とか、今インターネットでも調べられるので、そういうので調べて自分でいろいろな知識を入れるしかないのかなと思います。はい。

常勤の職員と非常勤の職員で研修の参加状況に差があるという回答も見られた。

常勤の職員、正職員は一応なるべく参加しているような形なんですけども、非常勤職員については、まだ医療の関係についての講習は・・・まあ、講義的なものはね、ときどき行われるものについては出ているんですけど、実技的なものはまだ一切出ていないです。

5.3.2.看護・医療との連携

看護・医療との連携について、聞き取り対象者の介護職の多くに共通して見られたのがコミュニケーションの不足である。医師・看護師との情報共有がないと医療的ケアの実施に不安を感じる、医師や看護師との間に精神的な壁を感じるという声もあった。

医療と介護が入っている場合、それでやっぱり毎回、毎回こっちは尿量はこれぐらいだったけどどうなの、どうですかって言っても「ああ、大丈夫よ。そのぐらいは」ってこっちには何百cc以下だったら連絡しなって言われてて、言って。向こうは「この間もそうだったのよ」って「え、

そういうの聞いてないし」っていう、そういうのが多々ある。(中略)だから、もうちょっと情報共有して、私たち全身清拭やったんだけどこういう状態だったよっていう報告、連絡っていうのを教えてほしいなって。で、服薬が確実、服薬介助してあげなくちゃいけない時も、間に飲み忘れてっていると私たちもやっぱり不安があるじゃないですか。どうしてもそれ飲まないとその人、在宅酸素やっている場合でも、「大丈夫よ、そのぐらいいは」っていう安心。でも、絶対医師から出されたものは飲んでいただかなくちゃいけないっていうのが基本ですから、それはでもちょっと不安は残りますよね。不安と不満。(中略)やっぱり介護職としてはやっぱり上からの指示っていうのが、やっぱり看護側からの指示、それによってこっちも動く部分があるんで、それに従ってやっぱりケアマネジャー、看護があって、私たちがあるように、全部がうまく潤滑できるような体制をこれから作ってほしいですね。

やはり話を私は事務所にいて、ヘルパーさんの話とか責任者の話が皆さんからこう入ってくるんですけど、やはり同じ時間には、一緒には入っていないんですよ。うちがヘルパーさん入るとたぶん、プラの中で訪看さんが入る時間とうちが入る時間は一緒に入ったらおかしいですもんね。(略) 両方の援助ができないから絶対時間がずれてる訳ですよ。ですから、たぶん直接お話を聞く時もない訳ですよ。で、いろいろ情報が入るのはケアマネさんを通して、だから訪看さんはケアマネさんに状況を報告しますし、ケアマネさんもどうですかって訪看さんにお話を聞いて。それがサービス提供責任者に、じゃこの人こういう状態だからこういうふうにしてくださいってことで、情報が入ってきて、私は事務所でいろいろ電話をとるんですが、訪看さんからも電話があって、この人の処理を傷の処理とかなにかいろいろこういうふうにしてください、ああいうふうにしてくださいっていう、口頭でとか何か来るんですけどもたぶん直接でヘルパーさんに指導というのはあまり聞いたことが、ないんですよ。だから、その辺あまり連携はとれてないのかなって、うーん。

看護婦さんは看護婦さんで、ヘルパーさんはヘルパーさんでしょ、みたいな感じなので。それぞれやることは違うから、しょうがないんですけど。やっぱり注意点とか、結構聞きたいんですけど、ちょっと聞けない？(笑)。ちょっと遠慮しちゃうとこあって。その人によって、気さくな人だと聞けるんですけど、看護婦さんて、ちょっと怖い感じの人が多くてあまり聞けない(笑)。その利用者さんについてのいろいろアドバイスをもらえるとうれしいっていう。(略)それはちょっと私たちの介護職にも言えるんですけど、看護師さんもそうですね。聞いて教えてもらうのはいいんだけど、ほかの人が聞いて来て、「ええ？ 私にはこう言ったよ」みたいのもあるのは確かです。だから、多分、看護師さんて職人さんだから、自分のやってきた技術で、自分のがやっぱり1番だと思いますよね。だからこうきつとそれで、教えてくれるんだと思うんですけど(笑)、聞くほうがちょっと戸惑うっちゃ戸惑うんです。

ヘルパーと看護師さんというとは本当は同等だと思うんですけど、どうしても医療系のほうの人のほうが上に見て、ヘルパーのほうがちょっと下に見られているかな、というあれはありましたね。私もほとんど管理者でやってきたんですけども、なんか、本当は同等なんだよ、って言うけど、やはり看護師さん、医療系の人のほうが何か上のような感じに取られた、というのがあり

ますね。(中略) 直接もちろんお医者さんには聞くことはできないし、訪看さんを通してあるんなら、いったん訪看さんを通してお医者さんっていう、こう、お医者さんというのは上のほうの人っていう、そんなような感じ。私たちは本当は直接お医者さんから今この人たちは、こういう状況ですよという説明が聞きたかったけど、それはできなかった。

新規が始まる時には、これ、報道が古いかもしれませんが、私3年ぐらい前の・・・お医者さんがなかなかその会議には出てもらえない、というのがありましたね。なかなかお医者さんにはその会議には出てもらえないです。入院している患者さんが、利用者さんが、これから在宅に向かうとき、本当は実際に病院の中ではこうだったんだけど、こういうところに気を付けて、こういうところはこうだよって、実際のお医者さんから本当は聞きたかったけれども、それがなかなか聞けなかったですね。だからこれから先はやっぱり、そういうものが受けられたらいいけれども、A病院もお医者さんがいない状況です、なかなかそれじゃあどうなることでしょうかね。これからね。分かっているんですよ、医療との連携ってのはすごく皆分かっているんだけど、そこがなかなか難しいところですよ。

私たちは医療的な知識が乏しいので、その部分だけは言われたとおりにやって、ご家族のやるようにはできるんですけども、その前後とか、それをやることでどういう影響があつてとか、そういうやっぱり前後とか周囲の詳しい根本的な専門知識がないので、いいのかなという感じでやることがありますね。(中略) 分かんないときは、重ねて、最初早めに言って看護師さんのところに行って教えてもらったりとか、ご家族を通して教えてもらったりとかあります。(中略) やはり、1回教えてもらっただけじゃなくて、何回でも不安なときは教えてもらったりとか、そういうのがあるととても助かります。(中略) 今、でも近くで聞きやすいのがあるから。でも、ほかの訪看さんが入ってるから、自分のところであんまりこうだあだって勝手にやるわけにはいかないから、疑問点については聞けることはあるかもしれないですけどね。(中略) で、やっぱりその訪看さんのカラーがあつて、よく勉強会やっているところは、割とヘルパーさんにも親切に一緒に教えてくださって、勉強しやすいんですけども、割とそんなのも分からないのって感じで、専門的目線で見られることがあつて、ちょっと分からないときもありますね。

関係が、ケアマネさんが未熟であつたり。いるんですよ結構、いいかげんであつたり(笑)。ていうか、分かていない場合ですよ。理解できていない。(中略) 制度とかすべてにおいて理解していない方。なんでも家族の言うこと聞いて「こうしてください」できないこと「これしてください」「それできませんよ」「え、知りませんでした」っていうような感じ(笑)。(ケアプランに)例えば楽しくヘルパーさんとおしゃべりするとか書く人(笑)。(中略) そういう人も中にはいますので、簡単にそこに書かれてしまっても困るし、やっぱり医療的ケアとなると、看護職との連携が必要ということですよ。うちの場合ケアマネが中にいるので、看護職上がりがいるので分かんないことは聞いちゃうのでね。こういう人いるけどどうなのかなとか。

現場でどうしてもやっぱり介護職だけでは、判断に困る突発的なことって多いので。やっぱりそうですね、うまく連携を取ってやっていただけるといいのかなとか。(中略) 在宅だと看護師さ

んとかは分かっているんですけど、こちらのほうにちゃんと伝えてくれたりとか、自分でインスリン打てる方の管理とかっていうのをきちんと教えてくださる方もいれば。まったくそういうのが、ちゃんと教えてくださらない方もいたりするので。あまり、ああすればっていう感じで、ちゃんと教えていただけないんですね。ヘルパーのほうには。だから、あなたたちの仕事じゃないと思われているのか。その状況が変わったとかっていう指示書みたいなものも渡してもらえないとかっていうことも、あるんですよ。なので、在宅で連携をとらないと困る方もいらっしゃるわけなので、もっとお医者さんのほうからも、いろいろな注意点であったりアドバイスだったりとか。そういうことも言っていただけるっていうか、教えていただけるとすごく現場が助かるかなと思うんですけど。(中略)先生によっては、それは教えられないみたいなことを。個人情報を出して来て、教えられないとかっていうお医者さんもありまして。(中略)ケアマネさんによっては、必死で先生のほうにお願いをして、やっと教えていただけたりとか。後は、家族とかには出してもらえるので、医師のを。それを(家族から)コピーさせてもらったりとか。だから直接ではないですね。とか退院をします、在宅でヘルパーさん入ってくださいって言われた時に、お医者さんからちゃんとした渡された紙を見ても、きちんとしたことが書いていないんですね。ちゃんとした病名が入っていなかったりとかいうこともあるんですよ。ケアマネジャーさんが本当に必死の思いをして、取り寄せてくれたこともありまして。ケアマネさんも、「分かんないんだけど、とにかくサービスに入って」っていうこともありまして。(中略)取りあえず大変だから来てっていう。医療のほうから、ちゃんとしたその方の状態っていうものを教えてもらえないっていう。病院によってなんですけどね。きちんとしたものを頂けるところと。別に教える必要はないだろうという感じの。(看護師に)「先生なんて言ってました？」って言われるので。(笑)「こういう時はどうしたらいいですかね？」とか「なんか注意ありますかね？」とかって。「先生から何か聞いてます？」って聞かれて。聞いてない。「取りあえず来て」って言われた時には、どうしようかなってやっぱりこちらも思うし。

前に末期がん、もう末期ターミナルの方の時に、それは連携がうまくいっていなかったからかと思うんですけども。どんどん転移をして、脳の方にも転移が行っていたりとかしているんですけど。やっぱりそういうきちとした、今の状態がまったくご家族からも、医師とか看護師さんからもこちらに情報が入らなかったの。それがすごく不安でしたね。(中略)最初の時点では、ケアマネジャーさんに、いくら「どういう状態なんですか？」って聞いてもまったく教えてもらえなくて。(ケアマネさんも)知らなかったのかどうなのかも全然分らないんですよ。でも、家族もはっきりとした状況をこちらには伝えてくれなくて。ヘルパーさんだから、掃除してとかご飯作ってとかっていうだけで、ただそれで入っていてもその時に何かあった時に、どう対応するかっていうのは一切こちらには分からないんですよ。だから、今どういう状態なのかとか。やっぱりそれは聞いたんですけど、なかなか教えてもらえなくて。でも最近なんか食欲もないし、動けない、ふらつくとか、ふらつとして倒れたとか。そういう状況はあるんですね。レベルが下がっているのは分かるんですけど。定期的に健診も、健診というか病院も通院していて、ちゃんと見ていただいて抗がん剤の治療もして。それにも関わらず、その転移をしていて進行している状態としてはっていうことは、全然説明してもらえなかった。最初はそうなんです。まったくターミナルかまったく分かんないで行って。それで、様子がおかしいっていうことで、訪問

の看護師さんもお医者さんもいたんですけど、教えてくれなかったんですよ。どういう状態なのかはつきり。何かあると家族も、看護師さんのほうに連絡を取って対応してもらって。それでいいっていう、ヘルパーさんになんか教える必要がないと言わんばかりの感じで、情報が全然入らなかったっていうことはありました。

今まで、本当に数件しかうちのほうは扱っていないし、やっぱりまだ全然医療の連携が取れていないっていうふうに私たちは、密ではないので、そのケースに関してはもちろんあれですけど、全体として、事業所全体として医療との連携が取れているか、密に取れているかといったら、やっぱり全然取れていないと思っているので、そういう面からも、やっぱりもう、半年先ですけど、その辺が本当に非常に不安なので、やっぱりこれだけヘルパーさんに医療行為が求められるとなると、まず、そこから始めていって、でもどれだけ連携が取れていくのかなっていうのは非常に不安なので、やらなきゃいけないんでしょうけど(笑)、ちょっと不安なので、そこが一番困ったなあ、ってところですね。

連絡ノート等で情報共有をして連携が取れている場合でも、下の二つの意見にみられるように、殊医療ケアに関しては不安を感じるという。

わりとうちのほうは、訪問看護師さんの方とは、その場で顔を合わせことも多いですし、連携ノートみたいなので、「きょうはこういうことがありました。」とかいうのもありますし、わりと連携は取れてるかなと思いますが、やっぱり吸引に関しては、ちょっと不安がありますよね。

情報交換は一応、1人の人を例にあげてしまうと、会えないときには連絡ノートとかで、今日はどうだったっていうのを書いて、看護師さんに連絡するとか。あとはケアマネさんを通じて、今日の様子を、ホームヘルパーが入ったときの様子を報告して。そうすると、ケアマネさんが「こんな感じでした」っていうのは言うと思うんですけど。(略) 医療的なことをパツパツパツパツ言われてしまうと、私たち医療的な知識がそんなにないので。ある程度は教えてもらうんですけども、ちょっと難しいかなっていう。言葉的な問題もあるし。ちょっとあれを言ってしまうと、看護師さんは「私はこの時間に入れないから、そっちがそこに合わせてよ」って言われると、うちのほうもやっぱり次、次、次ってある人がいるんで。どっちかっていうと看護師さんのほうが立場的には上なので、こちらの時間帯をずらしたりとかもするんですけど。そういうところでは、ちょっとあるのかなっていうのは。うん。ありますね。

下の意見は、看護師と介護士の資質について言及している。

看護師は人を助けるというふうに言ってるけど看護師の仕事によって、自分が職を得て生きがい持つのは両方が満足度を感じるからできるんだよね。そこにもっと自信を持って相手のほうに。できなくなって病気になったから、看護婦さん、医者にぶつけるというより信頼を持って行ってるじゃん。それを裏切るような行動はしてもらいたくない。(略) 意外とね、最近一生懸命病院の人も、意識のない人に関してある病院の人は一つずつ声掛けて「取るよ、こうするよ。」と言うん

だけど、意識あってちょっとボケたような言い方をする人は人間として扱ってないやり方をするんだよね。これで看護師かというふうにすごく考えたよね。私はきょう腹が立つより、傾聴のとかそういう話をちょっとしたけど、もっと気付きのいい人とそれからいちいち説明して忙しいからこうだと言わないで、「分かった、ごめんね。今バタバタしてるから少し待てる。」と言ったら待てないという老人はいないんだよね。(略) 看護師さんの価値観とヘルパーの価値観というのは違う。本人の本筋がね。私はもっとそのへんを砕いて、ヘルパーさんも保健婦さんに教わって、保健婦の下で働いてるからという指導されてるからという頭をのけちゃいなさいと言っている。もっと同じ目で利用者にとっては何が必要だろう、どうだろうという討議ができれば、変な話じゃないほんとの話、ここまではできるけど例えばこのできないところは書いておいてくれれば、かん腸なんかできないと言っても苦しがつているからという時にはなるべく早くしてくるから。それからきょうで3日目出ないけどまだ苦しがつてないからいいじゃないじゃなくて、3日目になるからかん腸しようかという機転の利く看護婦さんになってほしいと思う。後で苦しいから、結局・・・。

やっぱり看護師さんだから、お医者さんだから安心してこう任せられるってところもあると思うんです、医療の面にしては。私たち素人なわけですから(笑)。医療資格持ってないわけだから。それでやってもらって、利用者がどうなのかな、その家族とか見て。なんかそんな、横で見てハラハラするんだったら、申し訳ないし(笑)。だっていくらやっぱり看護師さんだって、最初はもちろん新人で、でも病院でこういう経験積んで。訪問の看護師さんは、ベテランの人が来るわけでしょ。でも安心して見てられるわけなのに、なんかいきなりヘルパーさん(笑)。家族が横で「いいです、私がやります」とかなんか言いそうな感じで。それがずうっとなんか。したら看護師さん、看護師さんはまた別なんでしょうけど、私たちの存在、アイデンティティーがよく分かんなくなっちゃってくんじゃないかなっていう。

下の意見は、看護師の人材不足を指摘している。

今うちはデイサービスを訪問入浴ということでやってるんですけど、どうしても訪問入浴も看護師さんが常勤がいなきゃいけない、デイサービスにももちろんいなきゃいけないところで、とにかく本当に看護師さんが不足している地域で病院も本当にいないんですよ。病院に看護師さんが不足しているところに、いくらうちが夜勤がありませんというような求人を出しても、なかなか本当に看護師さんが求人を見て応募してくる方がいらっしやらないで、本当にお友達関係とか、じゃああの方今家にいるから聞いてあげましょうとか、そういうかたちでやっと確保している状況でして。うちだと今ついこの間までは派遣さん、何というんですしたっけ。看護師さんのある派遣事業ですか。あれが今、派遣がうちはお願ひできないんです。何でしたっけ、処遇改善か何かで看護師さんを採用しなさいというような何かあって、その期限がうちはお切れてしまっ

もし吸引をやるのであれば、看護婦さんを、雇い入れなきゃっていうのはありますね。(今のままだと) 厳しいです。ヘルパーさんだけでは無理じゃないかなっていうのがあって。うちのヘル

パーさんの中にも看護婦の資格を持ってる方がいらっしゃるんで、そうなったら、そちらに行かせるしかないのかなっていうのがありますけれども。ヘルパーさんだけでっていうの、無理ですよ。やっぱり、そこに行くまでには、交換であったり、医療関係の人と一緒にやらなきゃいけない指導を受けるんですけれども。厳しいかなっていうのもありますね。そうですね。

技術的なものだけできるって、本当にその通り、バックアップのところです。何か急変が起きたときに、すぐお医者さんなり看護師さんが飛んで・・・お医者さんは来てくれないかと思えますけど、訪看さんなり看護師さんがすぐ飛んでこられる状況が整わないと、ヘルパーとしてはちょっと怖いんですよね。(中略) ほとんどやっぱり看護師さんが足らなくて、訪看さんのところでも人手不足だと思いますので、それがやっぱり一番不安かなあ、私たちねえ。

医療と介護の分野が接近することに危惧を覚え、分けるべきであるという意見もあった。

やっぱ、介護の分野、医療の分野っていうのは分けて、専門職としてのレベルをキープしておいたほうが、広げないほうがいいと思いますけど。看護師さんとの連携、医療との連携って難しいですよね？ 案外、割り切るじゃないですか。医療系の人って。時間から時間だからとか。でも、わたしたちって、「オーバーしょうがないね」って、なんだろうな。「じゃあ、あとお願いね」とか。

やっぱりこの医療の連携は大事なんですけど、その、一体的に・・・まあ、一つのところで持たなくてもいいんですけど、やっぱりその訪問看護、医療との連携というのは、24時間体制とかってなると、その辺が本当に難しいので、希望といいますか、まあ、どういうふうにしていったらいいのか自分たちも見えない部分があるんですけど、ただやっぱりちょっとヘルパーさんに求められる医療行為がちょっと大き過ぎるんじゃないかな、っていうのはありますよね。

5.3.3.医療的ケアに対する不安

量的調査でも質問した医療的ケアの一覧を参照しながら、実施の有無、自信の有無を聞き取った。「自信がある」医療的ケアを問うたところ、「そもそも自信があることはない」という答えが多数みられた。しかし、「自信がある」とまではいかないものの、不安が少なく行うことができるものとして、バイタルサインのチェックなど体の外部からの観察を中心としたものや、座薬、かん腸、水枕、湿布、フットケアなど自分の家族に行っている看病の延長線上にあるものが挙げられた。

自信は医療ケアじゃなくても、介護でも、「自信」という言葉は無いですね。その都度、一回一回が、何ていうんだろう、新しいことなんでね。自信持ってやってるってことは、無い。(中略) 「自信があります」っていう仕事じゃないと思う。

バイタル。そうですね。栄養、水分、あとやっぱり目やにとか、こういうのには載ってないんですけど、体の観察。変化、異常の部分で、ちょっと変化、あれっていうその気付きは自慢できるかなって。

そうですね。まあ、本来、かん腸とかだったら、本当はできるんですけど。自分の子どもにだってやったりするときもありますし。怖いとは思いますが、やろうと思えば。座薬とか、かん腸とかはできると思います。はい。水枕とかも、そう。書いてあるんですけど。そういうのとかだったら。湿布とか、別に、医師の指示があれば別に、やったっていいと思いますし。そんな感じですかね。はい。

まあ、バイタルの測定とかですよ。うーん。そうねえ。栄養状態まではいかないしねえ。なかなか便が出ないとき、自信があるってほどでもないけど、おなかをアツためてちょっと、すると、清拭ぐらいでしたらね？目のケア？耳もちろん、入り口ですよ。入浴介助でシャンプーしたりして、耳とかね？フットケアも。マッサージは一応、いけないってことになってるからね。まあ、ちょっと熱っぽいときに、氷のうとかね。

そしたらバイタルできますね。あと、目のケアもできますね。口腔ケアも今実際にやってますしできますね。フットケアもできますね。応急処置も、半年に一遍ずつ受けているので、これもどうにかやれと言われればできるかなというのがありますね。あ、まああと湿布であったりとか、医師から処方されてあれば湿布とかもできますね。そうですね、そんなもんですかね。

いやあ、別に普通に自分の家族にやるような、ちょっとばんそうこう貼るとか(笑)そういうことはできますけど。それぐらい、ちょっとなんていうのか、慎重にやりたいっていうところなんですけど。性格もあるんでしょうけど、自信持ってあんまりやれるっていうのは。熱測るぐらいですか(笑)。

そうですね。例えば座薬を入れたりとか、湿布を貼ったりとか、その程度ですよ。(中略)普通の、一般の家庭の人が、普通に家族にするようなことでしたら、特別専門的なことでなければ。

経管栄養は、看護師さんのお手伝い程度ですよ。そのぐらいでしたらね。

そうですね、医療。本当に今までやってきた、処方されていて使う軟こうであったり湿布。お医者さんのほうからきちんと指示があった、やっぱりそういう軟こう塗ってくださいとか薬を飲む確認をしてくださいとかっていう、やっぱりその程度であればできると思うんですね。(中略)きちんとお医者さんや看護師さんの指導の元で、処方されている物であったりとか、その行為であったりとかっていうことであればできるのかなって。(笑)自信が、自信がある。いや、自信があるのってないと思うんですよ(笑)。あるものって。そうですね。いやー、自分はそんなに自信はないですね。ないって言っても、そうですね、つめ切りとか本当に簡単なものでしたら。全然

変形していないつめでね、切るとかでしたらそれはできるかなとか。点眼ですね。そういうのもしっかりとやり方とかっていうのは、方法とかはちゃんと教わっているの。そういったことでしたら。「的」のほうですね。医療ケアというより、医療的。

翻って「自信がない」という医療的ケアは、酸素吸入の管理、痰の吸引、湿布、口腔ケア、吸引、爪のケア、褥瘡のケア、タッピング、座薬等、多岐にわたった。。また、「拘縮している人の着脱」など、通常の介護の範疇に含まれるものでも、高度な技術必要とするものには不安を感じていることがわかった。不安を感じる背景については下記の文字起こしのデータを参照されたい。吸引や座薬等、利用者の体内に器具を挿入するものや、疾病部に触れる褥瘡のケアなどは、やはり実施にあたって強い不安を生じさせている。また、知識が増えることによって不安を感じるケアもあることがわかった。例えば爪のケアは通常、家庭で行うケアの延長線上にあることから「自信がある」（不安が少ない）とした人がいる一方、白癬菌へ感染している場合の危険性に言及して「自信がない」とした人もいた

吸引っていう部分では、ある面では怖いなっていう部分がありますよね。口腔内のところでも鼻腔での研修受けて鼻腔やったこともありますけれど、やっぱり利用者さまの顔色とか呼吸とかいろんなのを見ながらのをやっているんで、ある程度危険性を伴う部分があるかなって。(中略) 酸素療法の管理。やっぱり在宅酸素の方の酸素の閉鎖性っていうか、肺疾患の方ってのは、やっぱり呼吸。それでその方の呼吸数が分からなかったんで、やっぱり先生から酸素このぐらいっていうふうに言われているけど、じゃそれ以上に苦しかったらどこまで上げていいのかっていうそういう不安があるしということ。

正直言って、医療行為で、ここまで手を出してしまう。例えば気切の人なんかだと、「やって」って言われてもここまで手を出してしまっ、て、「あのとき、ああいうふうにしたから」って言われてしまうと、私1人だけの問題じゃなくて、社会福祉協議会全体の問題になってしまうので、ちょっと怖いなっていうのはありました。(中略) 湿布1つにしても、同じところにずっと貼つてると、「あんたが貼ったときに腫れちゃったよ」とか「赤くなっちゃったよ」って言われたりとかは。別にたまたまそのときに貼っただけなのになんていうのはきつと、あったと思うんですよ。これはちょっと私じゃないんですけど、報告受けたときに、いつも同じところに貼ってるけど、「あんたが貼ったときには、取ったらかぶれてた」とか、そういうのはちょっとやっぱり言われるとね。あと、口腔ケアとかで、入れ歯って自分ではカチッて入れられるけど、人に入れてもらうっていうのは、寝たきりの人なんかはしょうがないですけど、うまくこう合わなくて、入れた瞬間、歯ぐきが痛いときって出てくるじゃないですか。

そうですね。最初は。はい。慣れてくればだいぶあれですけども、やはり、慣れたからこそ怖いっていうのもありますよね。やはり、気管、気管を傷つけるとこまでは入れませんけれど、鼻からでもやっぱり、鼻の中を傷つけてはいけないとか、口腔内にしても、粘膜を傷つけてはいけないとか、やはり、そういうことはありますよね。はい。

簡単なあれでいえば、爪でもやっぱりね、結構、白癬（はくせん）菌とかって、パーンとやっ

て、ピッと入ってしまったりとか。だから、一応やらないことになってはいますが、利用者さんの家族が、「できないから、やって」と言われますよね。それで、全部が白癬菌じゃなくて、1本だけ白癬菌とかありますでしょ(笑)? そういうとき、「どうしてこの指の指が一番家族もできないのに、ここをやってもらいたい、どうしてここだけ残すの?」みたいな感じで、ギリギリのところをやったりしても、パチン!となったりすることがあったりね。まあ、訪看さんが入ってぐらいのところならいいですけど、たかたが白癬菌ぐらいだったら、入ってませんよね? 訪看さんってね。

(中略) たんも結構、粘っこいたんが出るときは、不安ですよ。結構サラサラしたときは、まだあれですけど、ポツと、ベタッと、くっついちゃって、「あっ!」っとかになったりしたら、怖いと思いますしね。うーん。やっぱり、うーん、風邪っぽくなった、ちょっとその人の体調が悪くなかったりすると、そういう粘っこいたんが出たりしますのですね。(中略) 褥瘡のケアなんかでも、褥瘡のテープが張ってあったのが、おむつ交換をしてとか便をしてとかで、汚れてしまった、不衛生になってしまったとき、薄いのを張り替える分にはいいですが、先ほど言ったように、こんな大きなね? 褥瘡ができてる場合とか、せいぜい洗うのが精いっぱいですよ。でも、便がもしかしたら入っちゃったんじゃないのか、そういう不安がありますよね。

(中略) タッピングも、やせてる人とか、どうしてもやせてこられるので、怖いですよ。今あんまりタッピングと、訪看さんのまねして、そのとき、やっぱりたんがね? 吸引でなかなかたんが出ないときに、タッピングしたり、胸をこういうふうに動かしたりたりとか、いろいろしましたけど、難しいですね。

可動域も、これも難しいですね。やっぱり、硬縮しちゃうので、毎回、洋服着替えさせたりするときも、こんな硬縮してる方のパジャマの交換とかいうこともありますよね。そうするとやはり、不安ですね。これも。脱がして着せるっていうのは、難しいですよ。こうやって、体が自由に伸び縮みするから、簡単に着替えさせられますけど、硬縮してる方の、着脱衣っていうのは、難しいですよ。マニュアル通りにはいかないですよ。(中略) もう細いのでね、みなさんね。硬縮してる方っていうのは、ほんとに、悪い言い方だけど、骨と皮みたく細くなってる方が多いので、その方を腕を通すのに、ちょっと動かさなきゃいけないわけですね。うまくこのへんまでは、なるべく動かさないないでやるんですけど。そこでもやっぱり、ちょっとこうやって動かしたりするときには、不安がありますよね。骨折っちゃったりとか、外れちゃったりしたら、どうしようとか。そういうふうになっている人ってもう、ほとんど、言葉も出ない方とかなので、まあ、表情とかで、やっぱり歪(ゆが)んだ顔すれば、痛いかな?とか。結構重度の方っていうと、もう、お話の方もなかなかできないような方とかね。先ほどの人工呼吸器の方は、まばたきのみでしたので、意思の疎通が。だから、「たん吸引しますか?」とかって言っても、まばたきを、ん、ってするから、あ、したほうがいいんだとか。あと、ウツウツて、そういうあれでね? あ、詰まってんじゃないかとかいうので。うーん。やっぱりコミュニケーションが、だいぶとるのが難しくなっている方へやるので、不安はとて多いですよ。「痛い、痛い、痛い!」って言うてくれればね、「あ、ごめんなさい!」って言えますけど、痛いっていう言葉が出ない方ですからね、うーん。そういう点でやはり、不安がありますよね。だからってね、動かさないと、もっと硬縮しちゃうからって。もちろん、訪問リハビリの先生とかが来て、やってくれてますけどね。訪看さんが来て。「ヘルパーさんもやって。」とか言われるけど、「どこまでやっていいの?」って。

ねえ、「やらないと固まっちゃうから、少し伸ばしてね。」とか言われても、「え、どこまで伸ばしていいの？」って。伸ばしたらフツてまた戻っちゃったりすると、ねえ？だから、そういう方多くいらっしゃるのですね。必ず両方持ってとか、簡単なこのぐらいでしたらね。なるべく指も広げてくださとか、簡単なところぐらいでしたらねえ。うーん。どうしても硬縮しちゃうから、少し指、なるべくね、してくださいとか、そのぐらいだったらあれですけど。特に、大きくは研修してません。ずっと先ほどから言っているようなね。硬縮してる人だとか、褥瘡のある方だとか。

あと、便秘ぎみの方で「座薬を入れて。」とか言われる方もあるんですけど、ご自分でなるべく入れてもらうんですけど、とても苦しまれて。出なくて。一生懸命、こっちはおなかをアツためたり、さすったりとかするけど、とても苦しまれてとかね。毎回座薬を使っているんだけど、その方はね？便秘薬を飲まれたりしてるんだけど、とても、うーん、苦しまれて、救急車を呼んだりとかいうこともありましたよね。うん。ひどかった。座薬をやろうが、かん腸やろうが、おなかをアツためてもんだり、こうやってやったりしようが、もう、苦しまれて。本人はでも、「医者行きたくない！」って言うんですよ。退院してきたばかりで、あまりいい思いがなかったんでしょね。「行きたくないから、かん腸してくれ！」みたいなね。「いや、でも無理です」っていう感じで救急車を呼んで、結局救急車で対応して、入院しましたけどね。

不安だなあ。うーん、やっぱり、吸引？ あとかん腸。例えば、今40ミリ以下でもかん腸できるじゃないですか。それは、ちょっと不安かなっていうのがありますが、今、1人だけ、座薬を入れて便を柔らかくするっていうのをやってるんですけど。あと、経管栄養ですかね。まあ、経管栄養は、ご家族がいるので、取りあえずはやってもらっているんですけども。

あとストマの方がいて、ストマ交換の時に、お手伝いをするんですけど、あのちよと、ほら、もう皮膚がプヨプヨってなっちゃってるんで、貼るのは本人しかできないので、ちょっと皮膚をこうやって伸ばしといてっていうふうなことはやるんですけど、それもうまく相手が付けられればいいんですけど、「早くやってあげれば楽なのに」って、こっちも貼ってあげちゃえば、本人も楽なのになと思うんだけど、そこはできないからって言って、ちょっと皮膚だけこうやって押さえて、「頑張ってるね。鏡ここにあるからね。」とかっていうふうにはやりますけれども、やっぱり本人にしてみれば、高齢なので、「やってくれれば楽なのに」というのはありますけども。

あとはそうですねえ。あ、あとこの関節可動域。リハの先生が入っていて、「こうやって動かしてください」って言うんだけど、「ええ、どこまで動かしていいの」っていうのが。「ボキッていっちゃいそうなんだけど、このおじいちゃん」とかって言う(笑)んですけど。怖い、うん。あの、見えないじゃないですか。骨なので、見えないので、「痛い」って言ってくれるおじいちゃんはいいんですけど、言ってくれないおばあちゃんとかも、「これどこまで寝たきりで動かしたらいいの」っていうのはありますね。ええ？利用者さんの顔色見ながら、「この辺まで」とか、「痛い？」とか、常に、利用者さんに確認とりながら、ですね。うん、恐る恐るですよ、こっちも。慣れるまでは。で、そうですね、可動域をやる前って、必ず私は温湿布をさせてもらって、筋を柔らかくしてからやるので、まずその部分から入るんですけど。「あったかいよね」って。「これから動かすのにね」って。「動きやすくなるためにね」って。「あつためようね」とかいうふうな感じではやってますけれども。怖いですよ。怖いって言うか、慣れが一番怖いかなと思ってます、今。

その、やる行為に対して、自分が慣れちゃうと、怖いので、「あ、このぐらいまで大丈夫よ」って思っちゃうと怖いので、それは訪問のリハさんと、一緒に。訪問のリハさん入ってる時は、少しでもその時間に入れるように、こっちで工夫をして、自分が1人で入った時にもこの辺までだったら、リハさんのほうで「大丈夫ですよ」という指示のもとでやりますので。でも怖いですよ。関節可動域は。で、本来はヘルパーさんはマッサージとかやっちゃいけないじゃないですか。取りあえず拘縮があるので、関節可動域を少しずつ動かすんですけど、それはケアの中で動かしていくので。怖いですよ、とても。でも、ホッとしますよ。「あ、きょう、これで体、洋服着替えられた」とかね。着替えながらやるので。「きょうはここまで動いたね」とか。「良かったね」とかって言いながらやるので。

(中略) やる自信がないもの、うーん。気管吸引。うん。あと、経管。ですかね。ああ、あとね、気道になんかが入っちゃった時ね、これ(タッピング)もやだなあ。でも、必要に迫られたらやるんだろうな、きちんと知識があれば。これもあとう、消防署で全部受けるので。ちょっと危なそうな人には、掃除機の先に付ける、吸引用の細い管、おもちとか、詰まっちゃった時に取り出すものは用意してますけども。が、怖いですね。

やっぱり、応急処置が怖いですよ。肋骨(ろっこつ)折っちゃったらどうしようって思うじゃん(笑)。(中略) 実際にやった人もいますけど。救急車来るまで、気道確保して、押してて、っていうのは、実際にあったので、「早く救急車来てよ」って、その5分とかの時間がすごい長かったですね。2人対応で行ってたので、救急のほうと、電話で連絡を取りながら、「今から気道確保してください」って、「指示ください」って言ったことがあって、「気道確保してください」って言って。「脈ありますか?」って。「ないです」って言って。「じゃあ、やってください」って、「やります」って言って、やったことありますけど。

(今まで挙げたものが) もしやれって言われたら、とてもすごい不安です。

さっきもアンケートに書きましたが、ちょっとした医療、つめを切るとか、そういったことでも、すごい私は不安なんです。気をつけて。怖いです、やっぱり。つめだって、間違えれば深づめしますし、この先っぽ肉も切りますし、で、そういうところがあるので、やっぱり不安です。あと、湿布貼(は)るのも、これなら不安ないじゃないかと思うんですけど、若干、やっぱり不安なんです。貼った後に、「これこの人忘れちゃってかぶれないかしら」とか、そういうところまで考えちゃう。

(中略) もちろん生活援助だって、ご飯作って、「これはもしかしたらすぐなんかの加減でいたんじゃないかって、食べておなかこわさないかな」というのもあるんですけど、それよりもね。掃除だと別にあんまり命に関係ないかなと思うんですけど。そういうつめ切りでも、薬塗ったって、ちゃんと、もしかして違う薬だいじょぶだよなど、後で不安になったりとか、そういう、体に関することってものすごい不安がやっぱり。それ持ってやらないとそこぐらい慎重にやらないと、そういうことですら。

アイシングするつたってここにこう挟むだけだけど、帰っちゃって、その後ずれちゃって、心臓冷やしてるんじゃないかとか(笑)。そういう不安もあるわけで。そのぐらいちょっとしたことやるつたってすごい気使ってやるので、痰の吸引とかっていったら、私なんか、すごいもう、ちょっと大丈夫かなってとこのレベルで心配になってしまうので。やっぱこれは、ほんとだった

ら、看護師さんとかに任せてやりたいってとこなんです。なかなか難しいかなとは思いますが。

(自分の事業所のヘルパーの) 半分はやらないと思います。半分ていうか、若い人はやるかもしれないですけど、多分。うちもかなり高齢化してますけど、ある一定の年齢いった人は、多分やりたくないって言うと思います。怖いし、なんかあったらやだって、みんな。(中略) だから、半分以上は断るかもしれない。若い人は多分、やってくれんじゃないかと思いますが。若いって言っても、30代から40代の人？

(中略) 自信を持っちゃいけないかもしれない、逆に。あまり不安だと、利用者不安がるんですけど、「掃除とかご飯作るんだったら、じゃ、任して」って言えるんですけど。そういうことって、体に関することは、やっぱり慎重にやったほうがいいと思って。適度に自信はないと困るんだけど、あまり臆病(おくびょう)になっても困るんだけど、自信もあんまりやられると、なんか(笑)、ちょっと違うような気がするんです。結構自信満々にやっちゃう人っているんです。そういうつめ切りでもなんでも。だって耳だってなんかあって、鼓膜破くことだって可能性あるので。そういうこと、リスクを考えないで自信満々な人っていうのが一番困るんですけど。慎重にやるべきものだと思う。自分の体ならいいんです。だけど、どこに貼って忘れてかぶれようがいんだけど、人の体を傷つけてはいけないっていうのがあるので。だから私も自信ないけど、ないってあんまり言っちゃうといけないし、でも自信満々にならないようにやってるって難しい(笑)。

どんな場面だとできないのかというのは、よく分かんないですね。あ、ここまではなんとなく今までその利用者にかかわってて、この辺までは大丈夫かなというのがあるけど、それ以上はちょっと怖いとか、なんていうんだろう、知らないからもうこれ以上はやれない、余計なことはしないようにしようとか、分からないことは・・・

お風呂介助とかそういう部分がね。やっぱり若い人がいないと難しいですよ。だからつめ切りもやるなど。自信がなかったらやらないでくださいというかたち。見えないんですよ。指切っちゃうんですよ。上からしか見なかったら。必ず裏から見ないと皮がこう付いてる人いますからね。だから危ないと思ったら絶対に触らないでっていうことは言ってありますね。耳もね。全部できるとは言わないんですけど。手順書がきちんとできればみんなできるのではないかなと思います。ただやっぱり耳あかを取るとかつめを切るとかはおっちょこちょいの人は無理です。医療行為はそうだと高齢者のヘルパーさんは難しいですよ。こんななってね、見えなくてこんななって。つめ切りも無理だと思います。

(中略) やはり難病の人。言葉が通じないときが一番つらい。要は痰の吸引入ってくるようなALSの方とか。(中略) 1週間行かないと変わっちゃってた。たまたましゃべれるところに入ったからいいけど、多分訪看さんとかはしゃべれなくなって来てるから全く通じなかったと。本人は伝えたいけど、ウーって言うんだよ、体全体で違うって言うからこっちも脂汗。医療ケアっていうよりもコミュニケーションが取れないことが一番難しい。

落とす速度であったりとかスピードであったりとか、そういうのがきちんと申し送られない状況で、「胃ろうやって」って言われるのは怖いですよ。形だけなんです。接続して落としてっ

て。どのぐらいでこれが終わるぐらいのスピードだからっていうことは、全然ない。体の中に、見えないじゃないですか。その感覚だけでやらなければいけない行為ですよ。かん腸もそうですし。今、ラインが付いていたとしても、どのように入っているかは全然見えないので。ただここに入れて液を入れるだけっていう、そこしか分かっていない状態で、やっぱりずっと行うっていうのは怖いと思いますし。吸引もそうですよね。痰吸引だって、のどの奥まで例えば入れなきゃいけないとか、鼻腔から入れなきゃいけないっていったら、感覚で入れるわけですから。そういうのはやっぱり、すごく怖いと思いますよね。

うーん。摘便とかね、摘便も、苦しんでて見えてて、ほんと、言っているのかな？ やっちゃいたいなっていうふうに、思うときもあるけれどもね。でも、そのあれで、万が一肛門が裂けてしまったとかね？ そういうふうに、傷つけてしまったとかいうことになったら、「何したの！」「摘便したの」「何でそれしたの！」ってことになりますよね。できないことをしたっていう。ただ、苦しんでるのを見てるとね、一生懸命。もちろんあっためたりとか、部分的なものを押して、ちょこっとでも出そうとか(笑)、いろいろなことをしますけれどね。やっぱり、指を入れて、かき出すということは、気持ち的には、苦しがるからやってあげたいと思うけれども、でも、その結果やっぱり何かあったらっていうのが、怖かったりしますね。不安ですよ。

5.3.4.介護職が医療的ケアを行うことに対する意識

介護職として医療的ケアをやりたいかどうか、また、その理由を自由に語ってもらった。利用者を楽にするために医療的ケアを「やりたい」という声がある一方、技術面・安全面での不安、責任問題への不安から「やりたくない」という声もあった。介護職の声からは、望むと望まざるとに関わらず「やらざるを得ない」という現状も見え隠れする。教育体制や責任の所在がはっきりしているなら、という条件付きで「やってもいい」という声もあり、医療的ケアを行うことに対する介護職の意識は教育面・制度面の整備に大きく左右されるといえる。

怖いからって。責任問題になってくると。(制度として認められる24年度からでも、やりたくない人は)多いですよ。へたすりゃね、人命にかかわってくるかもしれないってなったら、傷つけちゃったらその人、「プロでしょ？ でもこれはプロ意識をもってやってるんだから、ちょっと傷つけちゃったのよ」って、それをじゃあ、何ていうんだろう、「はい分かりました。気を付けます」て流す、何だろう、流すっていう言葉はへんだけど。いないと思う(笑)。みんな「イヤ」って言うと思いますよ。

事業所のカラーが出ると思いますよ。オッケーになったときに。しっかりした講習を受けさせてもらって、認定してもらって、っていうんであれば。信じられる人をお願いするかもしれない。

もっと簡単なものなんですか？ 医療行為って。それが不思議なんだけど。

やっぱりある程度利用者さまのことを把握しないと、全然、ただのおむつ交換とか、ただの食

事介助とか生活援助だけじゃ利用者さまの状態が健康状態目安的なものがやっぱり多少はないといけない部分が出て来ると思うので、皆さま方高齢者なので病気をされている方なんで、そういう点ではやっぱり医療的ケアは、ある程度は必要じゃないかな。

(医療ケアは) ちょっと考えて行く部分ですけど、やっぱりバイタルチェックの部分とかそういうのは今まで通りあったほうがいいし、あとやっぱりその人の状態を常に知っておきたい。こっちもやっぱり病気の部分は、こういう部分が心配だけどこいうところは安心なのよ。大丈夫なのよっていう、こういう症状が出た時は、こういうふうにしたほうがいいのよっていうそういう部分では、やっぱり医療的ケアは必要かなっていう。

(中略) やりたいほうに入るんじゃないですかね。どちらかと言えば。やっぱり先ほどたんが詰まったりする部分あるし、食事的な部分も介護的には生活援助したいと食事作りとかって、いろいろやっているけれども、やっぱりその人が一番生活する上で、在宅の場合は、やっぱりそこで安心して生活できるようなことをしてあげたい部分。偏りがあまりあり過ぎてもいけないのかなっていうのが・・・

勉強してって、やっぱり話を今一人利用者さんところいらっしゃるんですが、家族の方がいつも看てるし、後訪看さんもなかなか時間にしか来てくれない時に、とってもすごい苦しがついてるんですって。だから、その時に本当に自分が技術があって、やれるってことになっていれば、たぶんヘルパーさんはやりたいと思っています。ですから、きちんとした教育を受けてあと、やはり安全も必要ですよ。そこが一番ね、うーん。安全にできるっていう自分の自信があれば・・・

そうそう。私は怖がらなくていいと思う。管の入れ方とかああいうのをしっかり守って、このあれを外して見る時に下の肉が見えてるじゃない。あそこに入れる時に、管をしっかり絞って入れて機械を動かせば、機械を動かしながら入れちゃうと、かーっと吸いこんじゃうからこれは怖いですよ。肉まで上がっちゃうから。

やっていましたけど、できればやりたくないですよ。理由(理由は)リスクが多いですよ。万が一ということを考えると、会社としても、やっぱりヘルパーさんを守っていく、自分自身を守っていくためにも、リスクというものがあるよね。ちょっとのリスクじゃないでしょ？ ちょっとそのへん切ったとかね。そんなことじゃなくて、やっぱり命にかかわるかもことかもしれないので、それから発展してこうなったときに、どうしていいかっていう、そういう医学的なことは分からないわけですよ。その、たんの吸引のことしか、一応教わってないわけですから、むせたとときとかね。もし、こういうふうになっちゃったら、看護師さんとかお医者さんだったら、こうなったら、「じゃあ、こういうふうになればいい。」とかいうことがあるけれども、ヘルパーさんのたんの吸引の研修しか受けてないから、でもそのときに何か、異常な事態が起こったとき、どうしたらいいかっていうのが、やはり分からないので。そでもし何かあったら、それに対して責任負えないっていうか、でも、責任はかかってきますよね、やはりね。利用者さまのご家族からしてみたら、「あの方がたんの吸引やってるときに、急変してこうなった」、そうすると、そのリスクっていうのは、すごくあるし、会社にももちろん、負担があるけれど、自分自身のリスク

ってというのが、すごくありますよね。怖いんですよね。今後「もう、やりたくない！」っていうのもあるし、やっぱり、利用者さんが万が一のことがあったら、この仕事続けていけるだろうかって思っちゃいますよね。だから、やはり、そのときは、やってっていう、大変だからっていう思いで、そんないろんなことを考えないでやってきたから、やってこれましたけど、いろんなことを、会社としてとか、自分自身としてとか、ヘルパーさんに対してとかいうことを考えると、ちょっと怖くて、「できればやりたくないなあ」って、思います。

(中略) 会社のほうでも、やっていいよ、とかね。そういうことであればね。うーん、そうですね。(教育体制が整っていても) ヘルパーさんが全員できるかという、厳しいと思うので。また、ヘルパーさんはほとんど、やりたくないって、この間、全体研修でもちらっと、話をしたんですけど、ほとんどの方が、やりたくないという答えが多かったですね。(中略) 不安ですよね。リスクの部分が多いですね。(やりたいという意見は) たんの吸引については、無かったですね。ま、つめ切りとかね? うーん。フットケアとかね? うーん。腸管運動促進とか、目のケア、耳のケア、このへんでしたらね。やってもいいというのが、ありましたけれども。

たんの吸引等は、研修は受けたっていう人はいますけどね。

(自身は) 研修を受けたときはもう、必要に迫られてたのでね。ええ。もう、訪看さんから教わってましたけど、でも、そういう大きな研修も受けたかったの。やっぱり、違いますよね。きちっと仕組みを知った上で、研修を受けたかったの。

うーん。でも、勉強して、そういう知識を身に付けて、自信が持ててできればいいですけども。そうですね、医療と連携とりながらも、やれって言われれば、きっとやるんだらうなって。でもきっと、でも、なんだろう、介護職にこれだけ、ね、そういう吸引とか下りてくるっていうことは、それだけの、ね、必要な人もいっぱいなんだろうなって思うので、事業所とやるかやらないかの判断は別として、そういうニーズが増えればほんとにやらなきゃならないのかなっていうのもありますけども。でも、不安です。(中略) (関節可動域のケアは) 一般のヘルパーさんには、やらせません。で、私とサービス提供責任者だけ。(自身がやってとお願いされた場合の気持ちは) やだ(笑)。やなんだけど、固まっちゃうと、ヘルパーさんが、今度動かさなくなっちゃうので、ヘルパーさん行っても、まあある程度動かしてんだらうけども、ヘルパーさん「怖い」って言いますので。

やりたいやりたくないではなくて、必要か必要じゃないかっていうところから、そこに対応するスタッフがいるかないかが一番の問題で、必要なケアであればそれは必要と見えますけど、結局スタッフが集まらなければできない部分もありますよね、内容によっては。やはり医療を学んでいないっていったら終わりなんですけど、付け焼き刃じゃないけれどもパッとそこで教えてできるかなって。よく言う根拠じゃないけれども、その大本が分かって初めてできると思うんですよ。何も分からずただ「ここのとこ切ってね」って言われて意味も分からず切る程度のお仕事だとちょっと危険が生じるかなと。(作業だけを教えてもらっても) それの周りの部分とか元の部分が分かってないと難しい部分はあるかなと思います。やはりリハビリとかマッサージの視点で、きちんとその人の内部まで分かっているかないとできないということと、結局しちゃいけないという言葉が常に付きまとうので、しちゃいけないことをやっちゃうとすごく後ろめたい気持ちになっ

てしまう。例えば耳あかも取ったけど、なんか言えないとか(笑)。結局そこで自分がやったことが黙ってなきゃいけない部分っていうのをやってしまうとストレスになってしまうのと、難しい部分がありますね。ただこれからこれはできるってなってくるとまた違うんですけど。やっちゃいけないっていうのが結構あるので、でもやらなければいけないんじゃないかなっていう気持ちが強くなってしまうと、つい手を出してしまわざるをえないときがある。これが今度できるようになったとき、それを責任を持って全員ができるっていうのはちょっと難しいのかな。

その家にどうしても必要なもので、家族がそのために、吸引も、その代表だと思うんです。そのために休めないとか、そういうのは手伝ってはいきたいと思うんですけど、実際それをみんながやってくれるかも分かんないし、自分自身も不安だし。看護師さんと違う、医療職じゃないので、私たちが。そこら辺の知識とか勉強がまだまだ足りないと思うんです。だから、研修受けるつつつても、もちろん実技ももちろん受けるけれど、プラスそういう医療知識の勉強をしないと、何かあった時の対応とか、何もなきゃいいんですけど。やっぱり、全体の知識をやらないと、私たちもヘルパーさんにそれを、研修ただただ受けて来てってう。でも、ちょっと不安のほうに先に立ちちゃいます。

やっぱり自分たちがやるのはって、看護婦さんをお願いしたいっていう(笑)。やっぱり皆さんほとんど、そっちのほうが強いの。

うーん。まあ、これから、どうしたって、医療のほうに、介護から医療のほうに、少し、寄ってくるっていうことは多くなってくると思うんですけどね。やはり、それにするには、それなりの準備がしっかりとできてないと、怖い、っていうことですよ。ほんと。研修だとか、いろんな準備があると思うんですよ。簡単に、ニーズが増えたから、「ヘルパーさん、たんの吸引やって。」って言われても、リスクのことを考えると、「はい、いいですよ。」って、簡単には。いろいろな面が、やっぱり整ってこないと、「はい。」とは、なかなか。グレーゾーンが多い中ですけどね。うーん。グレーゾーンがほんとに多いと思います。この介護職。

そうですね。どうですかねえ、本当に、都会のほうは分かりませんが、うちのほうは多分ヘルパーさんが増えていかないけど、私がもしそういうのが必要になったら、やっぱり、ねえ、やってもらえるものならという、今度は反対な考えですけども、やはり家族がこれからお勤めしたりとか、今若い人たちが皆、都会に都会に行っちゃうと、本当に老老介護的になってくるんですよ。夷隅、長生は特にそうなんですけれども、千葉県下でも御宿町が一番高齢化率は高いし、昔は安間のほうの和田町だったんですけど、今あそこは南房総市になっちゃったんで、今、千葉県でも多分夷隅の御宿町が一番高齢化率が高いと思うんですね。ということは、老老介護が出てくるときに、やっぱり家族が若い人がいないとなると、やっぱりそこに頼っちゃうことはある、そこがちょっと私としては怖いけど、自分がその立場になったら、家族の代わりにやってもらえるものなら、という部分はありますけどね。特に本当に高齢化率がすごいんですよ。(自分がするとなったら) ちょっと怖いかな。本当に、さっきから言っている、医療、本当にその連携がうまく取れればもう。私なんかのぐらいの年代になるとちょっと難しいですけどね。もうちょ

っと若い人ならね、きっといいでしょうけど。

そうですね、やりたいかやりたくないかと言われると。どちらかというと専門職じゃないので、不安が解消されない限りは、本当はやりたくないっていうのが、うん。気持ちとしてはありますね。

不安の解消ですね、そうですね。やっぱり実際に、自分がその医療行為に対してのちゃんと説明を受ける、どういうためにこういうことをやっているとか、その危険性であったりとか。いろいろなことをきちんと理解した上で、やっぱり困っている方もいらっしゃるので行うっていう方向でしたら、できなくはないのかなっていう。研修の体制ですね、実際にやってみなければ行わなければ、やっぱり技術の向上もないので。そこですね。

ただ、それだけ多いのかどうかにもよるじゃないですか。技術は身につけましたけど、でもやらなければやっぱり忘れるし。技術も落ちますから。それだとやっぱり不安になりますよね。(1回やって、研修やったからできるでしょうっていうのは)かなり不安ですね。(そう思わない人も、当たり前のようにやっている人もやっている、)危険性も何も分かっていなくて言われた通り動いているだけなので、その方たちは。大体は、2級の研修が終わって、そのまま何にも知らずに入ってきた方は分からないですね。何が危なくて、何が危なくないのかすら分かっていない方が、普通にやっていますから。やれって言って、やってくれちゃいますし。ただ、何かあった時はどうするんだろうっていう思いはありますけど。会社がそれだけ責任を取るつもりなのか。

医療的ケアと、介護のケアの、このグレーゾーンっていうのは、とても、どんどんどんどん多くなっていると思いますね。グレーゾーンが。その見極め。だから(国には)もっと、現場を知ってほしいですね。机の上だけでね、「はい、これやってください。」って言われても、現場知らない人にそう言われても(笑)。だから、こういうふうに、現場の声を聞くっていう、アンケート聞き取り調査みたいなのは、とてもいいことだと思います。はい。なかなかね、やっぱり現場の声っていうのは、わたしたちもヘルパーさんからの声っていうのを大事に、聞いてますし。利用者さんが100人いたら、100人違う介護なので。やっぱり、現場の聞き取りっていうのは、大事だと思います。

今現在では、うちの事業所ではやらないという方向ではありますけれども、今後その利用者のニーズによっては、変わってくるのかなっていうのはありますね。取りあえず研修は受けなければとは思ってますけれども。(学びたいことは)例えば、褥瘡(じょくそう)の利用者さんとか結構いますし、おむつ交換した時に、私たち褥瘡の処置はできないじゃないですか。でもガーゼは交換してあげなきゃね、そのままおむつで汚れたまんまのガーゼってわけにいかないの、そういう部分で、じゃ、どこまで処置までいかなくても、悪化させないために、じゃ、どうしたらいいのかなとか。そういうものですか、それは今すごい強く感じてますね。

(中略) だから、そこが医療になるのか、介護になるのか、その請求が違ってきただけにしても、お金発生は絶対に生まれてくるので。お金持ちの人ばかりじゃないですもんねっていうのが、あるかな。

(中略) そんなうまくいかないですね。現場と厚生労働省の考えてるようなことと。ですね。

今度 24 時間対応になってくるじゃない。すると、医療ケアの強い人は、まだ単価も決まんない、でしょ？ 国で、単価も決まんないで 24 時間やります、ね。巡回しますよ。単価も決まんないで、そんなこと言わないでって(笑)。単価決まってから言ってよって。多分あれは、丸抱えになると思うので、30 分いくらではないと思うので、定額制になると思うので、事業所は成り立たないんじゃないかなって、思います。大手だったらできるね。

現在と今後のね。結局介護保険であればできないこれはしていい、やっちゃいけないやっていいという線引きが矛盾を生んでしまうのかな(笑)。で、それがどんどんずれてくるじゃないですか、つめ切りやっちゃいけないって言ったのに、今度はやれと言う。褥瘡(じょくそう)のケアやっちゃいけないって言ったのに次はやっていいですよってということで、どんどんそうなってくると理解できない人も出てくる。だからお医者さんもそうだけど、勉強をしている人は最新の病気のこととか分かるけど、ずーっと開業医でずーっと穏やかに診察をしている方は新しい病気とか症状とか見逃すじゃないですか。それと一緒にぐちゃぐちゃになっちゃってる。今でさえ、どれがいいんだっけ、どれをしちゃいけないんだっけっていうことがあまりに変わりすぎて理解できない人が多くなってる。やっていいことやっちゃいけないことってというのが、グレーが多すぎて訳分かんなくなってる場合がある。

(中略) かといってはっきり絶対駄目とかそういうのがないじゃないですか。実はやらざるを得ない部分が今までもあって。褥瘡のケアやっちゃいけないっていったって、おむつ替えたらベターだったとか。

やりたくはないですけど。ただ、本当に困っている方とかお年を召した方だと、いくら覚えてもやっぱり大変なんですよ。ああいう痰吸引とかやるにしても。最後は、苦しがっていても我慢しろみたいな感じで、やっぱりやってたりとかっていうのを見ちゃうと。仕方がない部分はあるのかなっていう気持ちもあるんですけど。やっぱり不安がある以上は、やりたくないっていうのが本音ですよ(笑)。

(中略) あまりレベル的なものを言ってしまうと、そこが上がっていないのに業務だけ拡大をして、いろいろなことが入ってきても。質が悪ければ、かなり危ないと思うんですよ。

5.3.5. 困難事例

介護における施設と在宅の差に着目し、介護職が直面した困難事例も交えて自由に語ってもらった。訪問介護に携わる介護職に共通する課題の一つに、医療的ケアを必要とする困難な事例に直面した際の判断の難しさがある。看護師や医師にすぐに相談できる体制が整っていても事態に一人で対処せざるを得ない状況も多く、介護職が不安を感じる要因となっている。もう一つの課題は、家族を含めた多様なアクターが関与する場合の介護の難しさである。老老介護、虐待、家族との摩擦等の実態が浮かび上がった。

その施設と在宅の差っていうのは、結局は家にいるかいないかの違いとあとやっぱり上にいる人と、その場に誰かしら同僚はいるのといないと違い。在宅だと自分が一人で入って、一人で出て来る。施設の場合だと、誰かしら声かければ誰かしら来てくれる。そういう安心感の部分とあとやっぱり施設によっては、看護師がいたりとかするんで、常にそうした人たちが管理をしてってくれる。そこでの行為なんで、そういう点では、意思疎通がある程度はできる。

急変というか、おかしいと言った時にすぐ相談ができるような、やっぱり病院と違って、病院だったらコール押して、すぐ看護婦さんなりお医者さんが来てくれるっていうところ、1～2分でも来るけど、おうちではなかなかね。救急車を呼ぶか、しなきゃいけない所なので、その辺はやはり・・・ね、その辺が一番怖いかと思います。

(中略)やはり医療系がどうしても必要な人は、こういう形の人は独居ではないんですよね。一人で経管栄養して独居の人っていうのは、いないんですよね。そうすると、家族の方がいらっしゃるか、もう独居の方はもう入所か何かされているのでヘルパーさんが、施設や何かでは入所されて来られるのでこういうのは絶対必要になって来ると思うんですけど・・・訪問介護の場合は、なかなかうちの場合も皆、器管吸入されている方も家族の方がされているっていうところ後経管、胃ろうの方も家族の方がされてますので、それほどヘルパーさんのほうにってことは、来ないんですよね。今、うちの事業所では、はい。時々、ケアマネさんのほうから依頼があって「吸引できますか」ってことは本当に年に2、3回来るんですけど、「うち、ちょっと今やってないので」って言うとなんかやっぱりやっている事業所さんがあるので、そちらのほうに行っているみたいです、はい。

介護保険、皆、介護保険料は取られているけれど、使う方はやっぱり扶養保険と比べては少ないからなのかもしれないですけど、やっぱりご本人とか家族の方って、やっぱり介護保険というのは、どういうものかっていうのが、あまり知られてなくて、そういうところでいろいろケアマネさんとか私たちヘルパーが入った時に摩擦が大きいですよね。だから、どうしてやってくれないのかとか。まだ、家族の分も作ってほしいとか、ここお掃除してほしいとか。広いおうちですと2階もお掃除してほしいとか、で、私の言う通りにやってほしいとか、プランがあるけど、それは別にして私の言う通りに今日はここやってほしい、今日はあれをやってほしいっていう方もいらっしゃるし、でもそれは私たちもやっぱり介護保険って決まりは決まりなんですけど・・・利用者さんも人間で介護保険使われる方どっかご病気を持ってらっしゃる。具合が悪いから介護保険を使われている中でご病気を持ってらっしゃる訳でやっぱり身体的なこともあるし、心理的なこともあって、ご病気を持っているからそういうふうに言われるんだねって話で、なるべく添うように介護保険の中で、どれだけ添うようにってことで、ヘルパーさんたちは動いているいろいろな考えながらやっぱり決まりを作っているけどその中では動けないので、利用者、人間なのでいろいろな人がいらっしゃるので、現場ではね。だから、考えて。

(中略)本当になかなか今うちの利用者さんでも、利用者さんが奥さまが認知でご主人はいらっしゃる。ご主人が面倒みてらっしゃるんですが、ご主人も認知っぽいですよ。で、家族も娘さんたちも近づけない。自分が全部やるんだって、奥さんの面倒全部やるんだって言われるんで

すけど、やっぱり 90 歳近いと、お食事からおむつ介助からってことは、一人ではなかなかできていないんですけど、人にヘルパーさんが入るのを嫌がる。ショートステイに行かせるのも嫌だってことになってしまうと、その家族が嫌だって言うんだから入れないねって言うんだけども・・・利用者の認知症の奥さまはどんどん食事もさせてもらえない。おむつ交換も 1 日 1 回ぐらいて形。部屋の中は、ものすごいんですね。そういう状態において、本当にいいんだろかっていうところが、ものすごくあって、あとなかなか解決ができない。引き離すことができない。人間だから引き離して入所させることもできない。ヘルパーさん入れれば怒鳴って追い返される。利用者さんの奥さまのことも心配だってことで、そういうケース必ず出て来るのでそういう時にもうちちょっと相談機関っていうのが、入って来られると、いいかなって。

実際のところ、最近も施設に入ってしまうというのはあったんですけども、本当にお金がなくて。例えば年金生活で施設にも入れない、老老介護でやっているというところなんかは、正直言ってヘルパーが、訪問看護を使うと単位数も高いじゃないですか。だから、訪問介護の身体介護でできるのであれば、それにしてあげたいなとは思いますが、難しいところですね。

在宅はやっぱり、1 対 1 なので、わたしは遭遇してないですけど、行って亡くなってたっていう場合もありますしね。ええ。公団とか、団地は、玄関一つなんですよ。一軒家ですと、玄関だとか窓だとか、裏口だとか、いろいろと入る場所が、まだあるんですよ。鍵閉まってるんですけど。でも、団地っていうのはドア 1 枚なんですよ。あとはもう、入る場所が無いんですよ。それで、鍵も公団なんかだと、大家さんがいないので、鍵を開けるまでに、とっても時間がかかって、ピンポンピンポンしても、応答が無い場合とかね。とても不安になりますよねえ。

(中略) もうとても。救急車呼んだり、消防車呼んだり、警察呼んだりとか、そういうことは、多々ありましたよね。だからやっぱり、在宅は 1 対 1 なので、怖いことに遭遇することは多いです。

ヘルパーさんだけで夜中行って、なんかあったらどうすんの？(笑) (たんの吸引等を夜 1 人だけでやるのは) とても無理、と思う。日中だからできるんじゃない？ でも、家族が一番必要なのは、夜だなとは思いますが。うん、思いますけれども。(やる側としては) やだ。(笑) (中略) それは事業所の体制だと思いますけど。訪看と行って、ヘルパーさんと両方で行くのか、人件費がかかりますしね。無理です。と、思います(笑)。

どんどんどんどんなんか広がってっちゃうと、じゃ、今度は、家族がやらなきゃいけないっていうことはないんですけど、家族の分野、どんどん、また、「じゃ、これお願いね」みたいな感じになってきちゃうんじゃないかと思って。いや、それはちょっと違うんじゃないかなっていう。

基本的には、家族が、私は見るべきだと思ってなんです。もちろん家族だって大変だし、24 時間 365 日一緒にいるのは家族だから、そのために、私たちはできない部分はもちろん手伝うっていうのが、でいいんじゃないかと思ってなんですけど。もちろん、うちにもよるんでしょうけど。だから、どんどんどんどんなんでも OK になってっちゃうと、どうなんだろう。スキルが上がるのか、なんか違うものになってっちゃうのか(笑)。なんていうとこで。

(中略) 家族はなんかあってもいいんです(笑)。そういう痰の吸入の人、東京の時にいて、家族がこっからこう既設のところからしてて、なんか傷つけちゃったんです。で、血、血なんです、吸ってるのが。血が「あーっ」とか言って、「出ちゃったね、ごめんね」とかやってる(笑)わけです。家族だから、娘さんだからいいんです。それ私がやったら、えらいことになるですよ。だから、できるのはできると思うんです。できるけども、ってとこですね。なんかなければほんといんだけど。なんかあったら責任が取れないし、気持ち的に。例えばこう傷つけちゃっても、治ると思うんですけど、やっぱり気持ち的にやです。家族だってほんとはあれなんだけども、それでも、「ごめんね」で済むけど(笑)。いやあ、他人だったら、それは許されないですから。

私東京にいた時に、2年か入ってた人で、パーキンソンで、ほとんど寝たきりで、自分の体はもう指1本動かすことができないんです。胃ろうしてて、気管切開してて、酸素をこっから入れてるんですけど、酸素が0.75だったかな。酸素のスイッチを入れるのって、ヘルパーさんできないんですけど、そこのご主人は、酸素をスイッチ入れてかないんですね。

(中略) あれは、介護放棄だと思うんです。だから、ここに酸素を入れてかない。私たちは入れらんないから、酸素はここにつながってても。で、苦しくなるでしょ、もちろん。もう、2時間が長くて長くて。痰がゲホゲホしてきて、ここ取って、ここ出てくる痰は取れますけども、(中までは) 取れないので、出てくる痰で。あとは、横向けて背中をちょっとやってあげるとか。それがもうドキドキもんでした。とにかく早くそのお父さん帰ってきてほしい。別に仕事に行ってるわけじゃないんです。仕事って言ってるけど、絶対遊びに行ってるんです。だけど、ちゃんとそれ入れてってくれればいいのに。それ忘れたとかそういうレベルじゃないんです。切っちゃうんです、多分。

(中略) 虐待だと思います、今考えると。だから私たちは、酸素をこれ入れることができないから、もうほんとに、見て、もう苦しいのをどうにか。2時間、とにかく無事でいてほしいっていう(笑)。その間におむつ交換とかするんですけど、体動かないんですごい大変だったんです。あと、夏はやっぱりうつ熱でこもっちゃうんで、熱が上がっちゃうんです。アイシングをしたりとかすんだけど、ここやっぱり酸素入ってないから、苦しいんです。少しギヤッチアップしてみたり、横にすんのも体つっぱてるんで、できない。背中さすったりとか、あれがもうほんとに。

介護保険に、ALS の患者さんが入って来たじゃないですか。で、末期がんの患者さんも入ってきた中で、やっぱり、そういう人たちって、そういう医療的ニーズがすごい強く入ってくるので、よく、ALS さんで、都心とかにいてね、看護学生とかね、医療学生とかね、こう、ボランティアで使えてね、よくテレビとかでやるじゃないですか。ああいう人は恵まれてると思いますよ。でも、そういうのって、やっぱり、そういうのって、都市部にはあるけれども、田舎に来ちゃうとそういうことってないですし。じゃあ、どこかの看護学校と提携してボランティアでとかなんて、絶対そんなの、今んとこないの、「だから、ヘルパーさんに落ちてくんの？ こういうのが」って。は、思います。やっぱり家族ができれば、一番ベストですけども、家族がいる人ばかりじゃないので、今私の持ってる ALS の患者さんも、生活保護で、1人暮らしの方なので、今後、もっと医療的処置が必要になってきた時に、どうやってね先生と連携をとって、この人をケアしていかなきゃいけないのかなっていうのを、すごい今感じてるんですけども。だから、市のほうにも、ALS の患者さんなので、「今後こういうふうに落ちてくるよ」っていう話はしてますけれども。

(医療的ケアについて) まだ正直そこまで考えて・・・ないっていうとあれなんですけど、それが問題なんですよね。ねえ。うちのほうはやらないので、っていうわけにもいかないんで、やっぱりやらなきゃいけないと思ってるんですけど、ちょっとその辺まだ正直、方向性が出てなくて。恥ずかしいんですけど。

(中略) 正直なところ、結構そういう(在宅から病院や施設へという)ケースが多いですね。ケアマネさんも、やっぱりもううちじゃ無理だね、っていう、やっぱり、もう、ああ、在宅厳しだって判断しますよね。本人さんがどうしても、どうしてもこの家にいたいっていう、その強い気持ちがあれば、もちろん在宅でじゃあどうしようか、っていうふうになりますけど、ほとんどが入院。あとは施設の方向に進んでいっている現状がありますね。私たちの地域では。

(中略) もう本人さんは、やっぱり、本人の気持ちが、やっぱりご家族の、っていうほうが。あとはやっぱりもうお1人で、1人だから絶対に無理だっていう、周りの決めがあるじゃないですか。だから、1人だって帰って来たら、何も無理なんだから、いくらヘルパーさん入っても、1人じゃ24時間で、って、今のところはそういう形なので、今の体制ではやっぱり在宅には帰ってきてても無理だから、入院で、大体、結構本当に施設っていう、大体もうそういう方向に、最初の時点で、入院した時点でもうそういう方向に進められているっていうかね、ありますよね。

でも、やっぱり本人さんの意思が結構やっぱりある場合は、家に、ここで、っていう。正直過去にもいらっしゃいましたけどね。本当に、1名ぐらいはね。やっぱりまだ年もそんなにはいないし、でもやっぱり機能的には介護度4、5なんですよね。でもやっぱりここで、ここでアパートで住みたいっていう。そのときにやっぱり訪看さんとの連携っていうのが大変でしたけどね。ちょっとそういう過去はありましたね。ありました。

困難でもないですけど、非常に娘さんが母親を介護している方で、ものすごく熱心に介護してる方で、ちょっとした体の変化にも、ヘルパーが対応が悪いからだとか、かなり厳しい方だったんでね。ただ、勉強にはなりました。(中略) たいがいは、重くなるともう病院に入れちゃうんですけど、その方はお母さんがそういう感じで、具合悪くなって緊急入院しても、病院にいるとどんどんレベル下がるからって、もう迎えにあって1週間ぐらいで連れてきちゃうんですね、ストレッチャーで。(中略) だから介護度5でもほんとにぎりぎりまで家のトイレに行って、それが駄目でもポータブルトイレで。もう足が立たないんですけども。その代わり、ヘルパーの体の負担はものすごく大きかったですね。

実際そうですよ、亡くなってた場合お金もらえないんですよ。ヘルパーさん行ったら。結局お金もらえなくなってしまうんですよ。(亡くなっているのを発見したとき) 3時間も4時間も拘束されて、警察だ、救急隊に電話すれば明らかに死んでるのにマッサージしろ、心肺蘇生(そせい)しなさいと言われ、「亡くなってます」って言ったら「亡くなったと見るのは首が飛んでるか・・・」と言われましたよ。まあ、ヘルパーさんも慌てて電話するし、救急隊はじれったいほど落ち着いて応対するじゃないですか。でも「あなたが判断することじゃない」って言われた。「死んでるかどうかはあなたが判断するんじゃないんだから上を向けて心臓マッサージしなさい」と。で亡くなって便だらけの体をヘルパーさん一生懸命やったんですよ。来るまで。それを聞いたのでちょ

っと救急の上の部分に電話をしてこうこう、こういうことがあったけどっていうことで確認を取ったら、確かに亡くなってたのが分かったとしてもただわれわれは電話上判断するとしたら首が飛んでるとか、四肢がないとか、その状態でしか電話では判断できない。で、まあ心肺蘇生して救急車来た。で、介護保険ですよ今度。お金が、ヘルパーさん動いてるわけですよ。いつもより大変な仕事してる。身体介護ですよ。はっきり言って死んでも。でも死んでるって言うてないわけですよ。死んでると思われるけど救急隊は死んでるとは判断できないってことは生きてる。(中略)で、散々言ったけどとうとう答え返って来なかったですね。そう言われて救急車が来るまでの分は介護保険じゃないですかと。そしたら「計画にないものは該当しません。」って。じゃあ計画に亡くなりかけたときに救急隊が来るまで心肺蘇生をするって書けって言うんです。それ以後返事来なかったんでうちはもういいやってあきらめましたけど。実際それは全部をしろ、警察の対応まで本当は欲しいけど、取りあえず救急隊を呼んで、救急隊を呼ぶのはヘルパーの仕事になるじゃないですか、ケアマネと。それまでは介護保険じゃないですかね。生きてれば介護保険なんですけどね。(中略)だから黙って出しちゃえば多分下りたと思うんですよ。内容までは見ないから。30分の身体介護。ただちょっとうちまじめで(笑)、死んだけどどうしよう、じゃあ聞いてみよう、で聞くと駄目なんですよ。多分聞かないでやればもしかしたら大丈夫だったかもしれない。そういう矛盾がね、あ、亡くなってる、さようならって感じ。利用者もね、それに対して払ってくれる人となんで払わなきゃいけないんですかって人もいるのでね。だから全体的にそういうグレーが多すぎる。そうするとやりがいなくなってきたってしまうということもありますよね。

けがもそうですよね。ここまではやっていいけど、ここから先はやっちゃ駄目っていったら、じゃあ行ったときやけどしてたらどうするのって。触っちゃいけないはないよね。座薬だって手伝うのはいいけど入れちゃいけないって言われたってどうやって手伝わせるの(笑)。おかしいんですよ、もともとがね。目薬でもなんでも。(個人契約も)痰吸引はありますよね。

(家事援助だけのところでも)ヘルパーだけが入って、誰かが絶対いるっていうことではなくて、本人しかいない時とかもありましたから。だから、その時に何かあったらどうしようっていうのは、ナースさんのほうに連絡くださいとは言われましたけど。ただ、どういうことが起きるかという予測も何もつかないし。ご飯を作ってって言っても、本人食べられないって言うてるし。どんな物を作っていいかも分からないので。食べたい物作ってあげてって言われたただだし。だから、明確に本当にどうしてこの人に対してこのサービスが必要なのかとか。そういうのがまったく分からなくて、計画を立てるほうも大変だったし。それを伝えるのも大変。

5.3.6.医療的ケアの研修に対する要望

「医療的ケアの研修を受けたいかどうか」という質問に対して、「受けたくない」と答えた介護職は、聞き取り対象者の中には見られなかった。「医療的ケアをやりたいかどうか」については意見が分かれたが、その研修に対しては多くの介護職が必要を感じていると考えられる。しかし、

スキルアップへの欲求は高いものの、報酬が見合わないことへの不満も散見された。また、ヘルパーの職務が医療的ケアを取り入れるなど技術面で拡大する一方、訪問介護において家族の話を聞くという精神面も含めた生活援助が軽視されることへの危惧を指摘する意見もあった。

他、研修や政策への要望を自由に答えてもらった。

人としての土台ができてない人が、試験だけ受ければオッケーっていうシステムが大っ嫌いなんですけど。「あなた、介護職合っていないんじゃないの？」っていう人が試験受けて、「はい、受かりました。仕事がとりあえず無いんで、入りました」じゃなくて。人としてのね、レベルが一定で、「試験を受けて受かりました。」で、「介護福祉士です」のほうが。に、してほしいです。(中略) 価値観の話になってきたり、育ちだったり、生い立ちだったり。でも、これから今若い人って、団塊の世代のここらへんの人のお子さんじゃないですか。で、ホイホイホイホイ大事に大事に育てられた人たちで、そこの人たちに、専門分野だけ頭でっかちにして、人としての大事なことを教わらないで育ってきた人が、介護職になってって思わないんで、そこを何とかしてよって感じですね。だから、小学校の教育とか、幼稚園の教育からになってくると思うんじゃないかなって、自分は思うんですね。子育てから。だから、国の子育て支援をしっかりと、じゃないと育たないよって、どんどん話大きくなって申し訳ないんですけど(笑)、いつも思います。お金をばらまけば子育て支援じゃないんだよって。だから、申し訳ないけど、国に言ってください(笑)、それ。

やっぱり病気の部分で、ただ、病名だけヘルパー事業所とかっていうのは、知らせるじゃないですか？こういう病気は、こういうのでこういうふうになったんだよって、それでこの人の場合注意点は、こういうところだったんだよってというのが、あまり知らされてない部分が多いんですよ。

それでこの人の症状、こういう病気に対しての脳血管障害にしてもこういう初期症状がありましたよっていうのも、ちゃんとした説明っていうの成されてない。そうすると、やっぱり自分たちそういう資料買って調べたりとかしなくちゃいけない。そういうので、きちんとしたそういう部分で勉強していきたいなって、で、そうするとそれにプラス技術的な部分が出てきたりとか、ってするんで両方学びたい。

そうですね、その人その人によって違うんですが、やっぱりご家族とのかかわり合いとか私たちとのかかわり合いとか、そういう部分でやっぱり病気も年齢が行けばいくほどだんだんだんだん進んできてしまう。そういう時の不安を聞いてあげることも一つだと思うし、食事の準備してあげるのも援助だし、ただ、皆、介護保険初めのころっていうのは、お話を聞いてあげることもケアだっていうふうになってたのが・・・今はそういうのは、ケアの内に入らないっていうふうになってる。それはちょっと違うんじゃないかなっていう。そういう点ではちょっと変かなっていうやっぱり生活援助っていうのは、身体的にもう生活援助、身体介護どれでもやっぱりある程度話を聞いてあげるのも聞くのも介護だと思うんですよ。それがなくなっているのがちょっと不満ですね。

(中略) 私は研修、自分のスキルアップのこともあるし、自分がやっぱり介護福祉士を持っているので、やっぱり指導する立場になった場合に、皆に的確なある程度、あいまいな教え方では

なくて、ちゃんとこういうふうに皆さんから、先生から教わったことをちゃんと的確に教えてあげれば、いいかなって。質問された時に、ちゃんと答えられないようじゃいけないなっていう。

今私たち介護保険の前からヘルパーをしていて、今どんどん変わってますよね。で、やっぱり今私ももう50代になってしまったのであれですが、これから若い方どんどんヘルパーさんなんか入ってきたら最初からこういうので研修や何か入ってくれば、割とすんなり入ってくるのかなって思うんですけど・・・今60代くらいの方にこれから勉強してこれやってっていうのはなかなか難しいところあると思うんですが、これからはもうそれが必要だよっていうことで、20代30代の方を2級の研修とか介護福祉士の研修の所にどんどん入れていけばそれが当たり前というか、勉強していけば、いいのかなと思うんですね。私たちに聞かれてもこれからっていうところはあるんですけど、今これからの制度としては入ってきて、若い方がやって行くってことであればきちんとできてくるのかなと。

(自身は) 今ちょっとヘルパーさんはやっていなくて自分のほうで法令とかいろいろ制度のことをヘルパーさんに教えるほうの仕事をしているんですけど、もし自分が実際に現場に出ているら、たぶんやっていこうかなって思いますよね。

やっぱりこの仕事をしていて、キャリアアップっていうか、どんどんもっともっと皆さんもそうなんですけど、勉強していきたいっていう気持ちがある、すごくヘルパーさんってあるんですよね。だから、皆もそうだと思います。

すごく研修会など参加も多いし、勉強していきたいっていう気持ちがありますので、どんどんどんどんいろんなこと人間の相手のいろんなことを、そこに困っていて、苦しんでいて困ってらっしゃる方がいる訳ですから、それがこういうこと研修して自分でできれば、そこで楽にしてあげられればやっていかなきゃいけないかなと。

もし自分がそういうふうになるとたぶん誰かがたぶん助けてくれるんだろうと思うんですが、その誰かには誰かがならなきゃいけないかなって。うーん。

やっぱりそれじゃなくて、そのくらいでもらえているってことでヘルパーさんの地位が低い、でもこういう仕事が、こういうのできますよっていうことになったらやっぱり介護福祉を取る学校やらなんやらが、もっとどんどん授業内容がレベルアップして、それでヘルパーさんとしてできる仕事がどんどん増えるっていうのは、地位も向上していくし、いろんな社会的にも介護福祉とか、ヘルパー、訪問介護員の地位が高くなるってことはすごくいいなと。私は思うんですよね。なんでもできて看護婦さんと肩を並べるぐらいになれるっていうのは、なんか理想かなって。

やっぱりこのままでいったら、やっぱり今のヘルパーさんも登録型で本当に50代60代の方は、ご主人の扶養の中で働いているっていう現状が大きいんですよね。そしたらやっぱりこれから高齢化になった時にそのヘルパーさんが若い人はだから、正職員にはなれないので、食べて行かないからやっていかない。

そうすると、高齢化になるとだんだんヘルパーさんは少なくなるっていうところがあるんで、やっぱりきちんとした職業として持っていくには、きちんとした教育を受けてってこういう高度なこともできるって形になって行くのが理想かなって思いますけど、はい。

(研修を) してもらいたいっていう気持ちはあるんですけども、60代の人とかが多いと、やは

り。例えば研修会で、千葉まで来るっていうだけでも、やっぱり負担になるんですよ、みなさん。だから近隣であって、やっていただけるのであれば、研修にはみなさんを参加させてあげたいなっていう気持ちはあります。ただ、その方が本当に年齢と、あと、「その先何年私はできるのかわかる？」っていうふうに言われてしまうと。はい。若い人が入っていただければ、ありがたいんですけど。

(中略) で、若い人っていうのはやっぱり、施設とか、デイとかに行ったりとか、そっちへ行っちゃう人が多いような気がするんですよ。在宅にだいたい残っている人っていうのは、主婦で、もう子どもも手が離れてっていったって、そんな感じの人とか。そういう人が結局やっていただけるのは、すごいありがたいんですけど。はい。でも、やっぱり年齢もね。無理はさせられないんで。はい。

われわれ職の人が、やっちゃいけないから手をすくめているのではなくて、どの程度はやってもいいということをやったり考えていかないと、いつまでも縄張り意識でやってたんじゃあこの在宅は進まないんじゃないかというのは千葉県の会長にもそのへん話をしたら、そのへん考えていこうというかたちの中で、ヘルパーはできるからってそれを事故の怖さを知らないでやるんじゃないって、やむを得ずその状況によってはやらないといけないけど、研修は受けておいたほうがいいよということを話した時に、会長というより私自身床ずれの時、ちょっと脱線するけど、その研修をやりますよと言ったら、ある市町村の事業者というか公社の部長が抗議したんです。ヘルパーさん、床ずれの治療できないのに何で研修やるんですかと。床ずれ自体を知らないヘルパーさんが多い。炎症起こし始めから分からないで、熱いお湯で吹いて真っ赤なのに皮がむけたらどうしますかと。だからそれを知ってもらうために研修やるんですよと言うと、了解しましたと言ってヘルパーさんをよこしてくれたんですよ。

だから、そういうふうにはやっちゃいけない。でもさっきの数字でも、管を持たなくても苦しそうな顔してるということだけでも認識を持てると、それから家族が倒れて救急車呼んでるのに本人をほっとくのと。その時は取らないといけないよと。ここまでいなくても口から取る鼻から取るぐらいは、この程度の管でこの程度の機械の押し方はやっぱり看護婦さんが教えてくれるならいいけど、意外とね、悪いけど看護婦さんよりその入院してた病院の先生が教えてくれるんですよ。行くと。それはあなたたちやっぱり覚えといたほうがいいですよと。だからそのへんでやっぱり学んだ。

研修っていうのも、そのほんとにきっちりとした研修が受けられるのかどうかっていう、そういう態勢？事業所で探してくっていうのは大変なので、もうだから、市なり県なりのそういう講習を、ちゃんと整備して受けられるようにしてもらわないと、もしやるのであれば。1回や2回の研修だとちょっと不安でしょうがないので。

(中略) 本だけで覚えようと思ってもなかなかだけど、例えば誰々さんがこういう病気だったなと、こういう状態だったなと思えば、なるほどっていうの、頭に入ってくることもあるし。だから、やっぱり医療知識っていうのは必要だとは思います。実際やるかどうかはまた別で(笑)。でも知識は、例えば看護師さんが今何をやってんのかなっていうのぐらい、見てて分かれば。「ああ、なるほど、これこうしてこうするんだな」っていうのが分かれば。それをまねして自分もや

るっていう話とまた別なんですけど。でも知識は勉強したいなっていうか、それは思います。

そうですね、今現在、利用者さんの中で例えば痰吸引とかやるような重度の方が正直いらっしやらない、まあ、そうですね、訪問看護さんが入っているケースはもちろん何件かありますけれども、その割合的に非常に少ないんですね、持っているケースが。ですので、やっぱりもうどうしてもやらなきゃいけないね、っていうような正直状況でない、っていうのもあるんですね。

(中略) 本当はやっぱりね、人数、ある程度やっぱり本体も大きいので、積極的にやっていったほうがいいんじゃないかなっていう気持ちはあるんですけども、今後、そうですね、早い段階で私も、いろいろ幹部の方と話をしなければいけないかなっていうのは、具体的にもう進んでいかなきゃいけないと思うんです。

(中略) それからあとは特養等も一応そこでも見られるようにしていくというか、そう進んでいく中で、ですけどもやっぱり施設自体は今後増えていかなければ、医療的ケア、医療ケアを必要とする方たちが在宅に戻るっていうのは、もう避けられないのかなあと考えると、やっぱり訪問介護にも期待されているところっていうのは、結構大きいのかもしよせんよね。

事業所内ではもちろん定例で、研修と会議等、もちろんやっているんですけど、やっぱりそれ以外にいろんな地域であったりとか、例えばブロック、夷隅地域なら地域、長生とか、近隣の、近場でできる研修とかがあると、もちろんこういう形で、って紹介して積極的に参加してほしいっていうふうに声かけはするんですけども、やっぱり皆さん、あそこまで行って、っていうようなことが。やっぱりどうしてもね、もっと多く行っていただきたいなって声かけは一生懸命しても。だからきつと行ってみると、もっと意識が変わるかな、っていうのはあるんですね。だからもちろんうちのほうでも、こういう県のレベルとか、いろいろな研修を受けたのを、正規の職員が行って来たものを、地元で実際その都度やるんですけども、やっぱり広い、大きい雰囲気の中で受けると、やっぱりもうちょっと意識も違ってくるんじゃないかな(笑)、っていうのがあるんで、その辺もね、もっと私たちが声かけ、もっともっと声かけしていてもいいのかなっていうのはね。

ねえ、これ本当にヘルパーさんが少ない中に、うーん、どうなんだろうかね。訪問介護事業所として、報酬の部分でもうちょっと上がっていかないと、ただ業務の内容が24時間体制もできますよ、医療的なのもできますよって言われても、やっぱりヘルパーさんが集まらないと思いますよ。まず報酬単価だと思います。はい。

(中略) うーん、そうですね。ヘルパーさんもこういうヘルパー協議会の研修とかにどんどん参加してもらえればいいし、ここは千葉県は館山、銚子(ちょうし)が遠いので、千葉までの研修はなかなか無理だと思うんで、やはり会場もうちからブロック的に研修を増やしてってくれているんですよ。千葉まではちょっと行けないけど、地元でやるのであれば出られるわ、っていうような、あるんですけども、ただ全員がこうやってね、皆がヘルパー協議会に入ってくれているわけではないので、協議会入ってないとはどこで研修受けているんだろう、というのがありますので。ヘルパーさんの質を高めるには、やはり研修に参加してほしい。それにはやはり、自分の研修だから自分のお金で行きなさいじゃなくって、報酬単価が上がれば、その中で研修行

って、きょうの日当はこうだよ、交通費はこうだよって出してあげられたら、ヘルパーさんもうちょっと研修に出られるんじゃないかなって。やっぱり報酬単価です。そこが一番期待です。本当に。登録ヘルパーさんには本当に賃金安くしか払えないですから、事業所としては。報酬単価を期待したいです。

そう、だからそこそこで多分家族の癖もあるだろうし、ちょっと間違った教わり方したらそれがそのまんまでそれを学んだヘルパーさんがそれを覚えちゃうので。だから全体的な研修をしてから現場の研修をしないと無理かな。これだけだとまた無理なんですよ、人形であったり、その場ではできるんだけど実際人間になったら苦しいし、ああ一つて言うし。

(求める指導教育体制は) 医療行為なので、かなりしっかりした、実際の器具の使い方であったりとか。その器具の設置とかそういうのから、管理の仕方から、やっぱりきちんと教えていただかないと、それはちょっと不安ですよ。うん。1回とかでは無理だと思います。1回、研修何時間やりました。だから現場でできるっていうものではないので。そこにはやっぱり経験とか、日ごろからのそういう扱いに慣れるとか、そういったことも必要だと思うので。やっぱり定期的にその技術をちゃんと練習ができるとか、そういう場であったりとか。後、そういう道具であったり実際の物であったりとか、やっぱり整えられていなければ。ただその日1日行って、パッと教わって「はい、じゃこれで終わりましたから、どうぞ現場でやってください」っていうのであれば、ちょっと行いたくないですよ(笑)。

一応技術のね、研修は受けなきゃいけないっていうのはありますけど。でも、その中でいろいろな業務、そういう医療のこととかいろんなが入ってくると、そうすると、かなり厳しいんじゃないかと思うんですよ。今、多分医療行為とか研修を行って、実際現場でやらざるを得なくなる人とか、そういう人たちって多分サービス提供責任者であったりとかっていう。そういう方たちになってしまうのかなっていう気がする。そうすると、もうヘルパーさんの指導であったりとか、後そうですね、計画書であったりとか書類関係ですよ。請求であったりとか、後はもう本当に現場に出なきゃいけないこともあったりとか。いろいろな仕事に、またプラスアルファで広がってくる。だから、一部の介護職にすごく負担がいくような気がするんですよ。

(中略) まだまだこれから医療的なことも覚えなきゃいけない。その研修に出る時間すら作るのが大変だから。普通の一般の研修ですら、なかなか出れない方って多いのに。そこに持って来て、医療の研修に果たしてそれだけ皆さんが行けるのかっていうのも、ちょっと疑問かな。

(中略) 多分、その介報酬とか、そういうのにもよるとかって思うんですけど。だから、その社長の本当考え方だと思うんですけど。人によっては、リスクを冒してまでやる必要はないって思う社長さんもしれば。そういうとこでしたら、多分よっぽど必要に迫られなければやるって言わないんじゃないかなって思うんですけど。会社によっては、どんどん取り込んでやっていかなければという会社もあれば。それはね、ヘルパーさんたちがやっていかなきゃいけなくなると思うので。方針次第なのかなっていう気はしますけどね。

(中略) やっぱり知っていたほうがいいと思います。介護職であっても、実際にその病気のことであるとか、そういったことはすごく必要だとは思いますが。

6. 調査結果からの含意

以上の量的調査および質的調査の結果、以下のことがいえる。

6.1. 教育・研修における含意

量的調査の結果から特筆すべきことは、ケアの種類によって程度は異なるものの、全体として、不安の程度は高くないということである。全体としては8割の訪問介護職が不安の程度を低く認識している。不安程度が高い医療的ケアは、困難事例に突然直面したり、ケアの背後にある危険性を認識しやすかったりする医療的ケアがそのように認識されている。

また、調査対象者の平均年齢が高いことから、介護職の体力や視力の衰えから不安が増すということも考えられる。

質的調査では、医療的ケアの一覧を参照しながら、実施の有無、自信の有無を聞き取った。「自信がある」医療的ケアを問うたところ、「そもそも自信があることはない」という答えが多数みられた。先に「不安は比較的低い」という状況と「自信がない」という訪問介護職の認識はどのように共存しえるのだろうか。不安とは、感情的な認識であり、自信を論理的な説明が要求される類の認識であるとする、長い経験の中で感情的には「不安」はないが、医療的ケアについて、特に人体についての知識の不足があり、必ずしも「自信」につながるような認識は持てないのではないかと推測される。「自信がある」とまではいかないものの、不安が少なく行うことができるものとして、バイタルサインのチェックなど体の外部からの観察を中心としたものや、座薬、かん腸、水枕、湿布、フットケアなど自分の家族に行っている看病の延長線上にあるものが挙げられた。

翻って「自信がない」という医療的ケアは、酸素吸入の管理、痰の吸引、湿布、口腔ケア、吸引、爪のケア、褥瘡のケア、タッピング、座薬等、多岐にわたった。また、「拘縮している人の着脱」など、通常の介護の範疇に含まれるものでも、高度な技術必要とするものには不安を感じていることがわかった。不安を感じる背景については下記の文字起こしのデータを参照されたい。吸引や座薬等、利用者の体内に器具を挿入するものや、疾病部に触れる褥瘡のケアなどは、やはり実施にあたって強い不安を生じさせている。また、知識が増えることによって不安を感じるケアもあることがわかった。例えば爪のケアは通常、家庭で行うケアの延長線上にあることから「自

信がある」(不安が少ない)とした人がいる一方、白癬菌へ感染している場合の危険性に言及して「自信がない」とした人もいた。

訪問介護に携わる介護職は、自己のスキルについて一定の信頼や感情的には負担の少ない状況にあるが、知識の欠如・不十分さによる「自信のなさ」の中、医療的ケアが求められた時にはやらざるを得ない状況に置かれている。

この調査からの含意から提言できることは、経験の蓄積がある(訪問)介護職に対する医療的ケアの教育・研修では、そのゴールを「自信の獲得を助けるような知識の裏打ち」に置くことである。むしろ、医療的ケアの危険性を正しく認識すること、少しでも多くの事例を共有すること、(例えばたんの吸引の実技など)実践的な訓練を積むことが重要である。

6.2. 政策面における含意

政策面において重要だと考えられるのは、

- (1) 実施できるケアの範囲と責任の所在を明確にすること、
- (2) ケアの内容に見合った報酬を保証すること、そして
- (3) 地域における医療-介護ネットワークの整備

である。特に訪問介護においては、介護職が一人で不測の事態に対処しなければならないことがある。また、家族が介護の主体となるため、施設における介護よりも事態が複雑かつ個別具体的にになりがちである。

看護・医療との連携について、聞き取り対象者の介護職の多くに共通して見られたのがコミュニケーションの不足である。医師・看護師との情報共有がないと医療的ケアの実施に不安を感じる、医師や看護師との間に精神的な壁を感じるという声もあった。連絡ノート等で情報共有をして連携が取れている場合でも、殊に医療(的)ケアに関しては不安を感じるという声があった。

看護師コードの共起ネットワークは、医師コードやその他のアクターのコードと比較してもつながりが少なく、分散しているという特徴が表れた。半構造化面接では「医療・看護」と「介護」との連携という文脈で聞き取りを行ったが、訪問介護の現場において「医師」と「看護師」に対する認識には明確な差異があることがわかった。「医療」と「看護」の違い、「医師」と「看護師」との違いを踏まえた介護士との連携の在り方は、今後の研究において深掘りする対象になり得るだろう。

共起ネットワークの分析においては、「保健」という語に着目したい。半構造化面接の質問事項には入っていないにも関わらず、利用者コードおよび家族コードにおいてネットワークの中心的な語として表れている。「保健師」「保健センター」「保健所」等の存在が、在宅介護における重要なアクターになっているということが推察される。特に訪問介護においては、事業者と利用者という関係のみならず、地域というキーワードで専門職と家庭、そして専門職間をつなぐ役割の重要性が見て取れる。

今回の調査でも浮かび上がった老老介護、虐待、家族との摩擦等の事例を踏まえた制度設計が求められている。

7. 研修実施

以下のとおり研修を実施した。

7.1. 研修内容

7.1.1. 研修 1 日目

日時：2011 年 12 月 17 日（土） 午前 10 時～午後 3 時

場所：〒260-8508 千葉県千葉市中央区千葉港 4-3 千葉県社会福祉センター 中研修室

参加者：32 人（千葉県内の訪問介護事業所に勤務するホームヘルパー、サービス提供責任者、介護福祉士）

スケジュール

午前 10 時～午前 10 時 5 分

- ・「研修会第 1 日目開催の挨拶」（佐々木由恵）

午前 10 時 5 分～午前 10 時 50 分

- ・講義「たんの吸引に関する最近の動向と課題」（佐々木由恵）
- ・質疑応答

午前 10 時 50 分～午前 11 時

- ・トイレ休憩

午前 11 時～午前 11 時 45 分

- ・DVD 鑑賞
- ・質疑応答

午前 11 時 45 分～午後 12 時 15 分

- ・ たんの吸引実施についての留意点に関する説明（鈴木陽子）
- ・ 質疑応答（佐々木由恵、鈴木陽子）

午後 12 時 15 分～午後 1 時

- ・ 昼食休憩

午後 1 時～午後 2 時 30 分

- ・ 研修担当講師によるたんの吸引のデモンストレーション（鈴木陽子）
- ・ 参加者によるたんの吸引の実技（佐々木由恵、鈴木陽子）

午後 2 時 30 分～午後 3 時

- ・ 質疑応答／参加者同士の意見交換（佐々木由恵、鈴木陽子）

研修時の様子



Figure 66 研修担当講師による説明を聞く受講生。



Figure 67 受講生がたんの吸引の実施を準備している様子。



Figure 68 たんの吸引の実施している様子を確認する鈴木陽子講師と受講生。



Figure 69 鈴木陽子講師の指導により、たんの吸引を行う受講生。①



Figure 70 鈴木陽子講師の指導により、たんの吸引を行う受講生。②



Figure 71 たんの吸引を体験する受講生。

7.1.2.研修 2 日目

日時：2011 年 12 月 18 日（日）午前 10 時～午後 4 時 30 分

場所：〒272-0137 千葉県市川市福栄 3-20-8 （株）愛ネット 研修場

参加者：32 人（第 1 日目と同一の参加者）

スケジュール

午前 10 時～午前 10 時 05 分

・「研修会第 2 日目開始の挨拶」（佐々木由恵）

午前 10 時 05 分～午前 11 時 35 分

・講義「社会保障政策としての医療ケアの課題」（高木郁朗）

介護職にたんの吸引等の医療ケアが認められることとなった今回の介護保険制度の改正内容と課題点とは何か。今回の介護保険法の改正のポイントの 1 つは、介護職が医療ケアを行えるようになることである。しかし、介護保険法の改正を見据えて設置された厚生労働省の検討会で出される結論よりも先に改正案が国会を通過してしまったこともあり、介護職がたんの吸引の実施をするというリスクや待遇について議論が十分にされた結果であるとは言い難い。例え、50 時間の研修を修了した介護職がたんの吸引を実施できるという条件が付けられているとしてもそのリス

クは小さくない。同時に、介護保険法が改正されることによって訪問介護事業所に与える影響は未知数である。今回の介護保険制度の改正が介護現場（介護職、利用者・家族）にどのような影響を与えるのかを注視していかなければならない。

午前 11 時 35 分～午後 12 時 30 分

・昼食休憩

午後 12 時 30 分～午後 2 時 00 分

・講義「訪問介護現場の実態と医療ケアへの取り組み」（境野みね子）

訪問介護現場で利用者の生活を支える者として、2012 年 4 月に改正される介護保険法についていくつかの疑問と不安がある。たんの吸引は医療行為であるが、その取扱いについて明確な指針が国から示されたわけではない。現状で明らかとなっている医療行為ではない行為とは何かを考える。また、千葉県ホームヘルパー協議会として、介護現場が抱えている問題を整理し、いくつかの意見をまとめたものを報告する。

- ①研修を受けることは大切だが、費用面について助成がなされるのか。
- ②研修に参加する受講者の代わりの要員を置かなければ、サービスに支障が生じる。
- ③実施研修の手配については、施設になるのか。在宅にはたんの吸引の利用者が少なく対応できないと考える。
- ④千葉県ホームヘルパー協議会ではいち早く 50 時間研修を開催したいと考えるが、補助金・助成金が支給されることを希望する。
- ⑤たんの吸引の実施を介護職員が行った場合、介護報酬は上乘せされるのか。
- ⑥たんの吸引はリスクが大きく、自己の予防策の周知をすることが必要と考える。

午後 2 時 00 分～午後 2 時 15 分

・トイレ休憩

午後 2 時 15 分～午後 3 時 45 分

・講義「介護研修現場からみた介護職の意識と取り組み課題」（中山亜抄子）

2012 年 4 月の介護保険制度改正では、たんの吸引の実施が介護職にも認められるようになった。この改正により介護現場はたんの吸引をしなければならないというリスクに対して不安を抱いている者も少なくない。今回の研修会では、千葉市社会福祉研修センターが行った看護職員研修で得られたアンケート結果と研修業務に携わる者として日頃感じている研修の課題、受講生のニーズとは何かについて報告する。

アンケート調査を実施した研修は、千葉市社会福祉協議会千葉市社会福祉研修センターが千葉市内の福祉施設（保育所を除く）を対象に看護職員研修を年 1 回行っている。介護保険法の改正を控えたこの時期ということもあり、看護職が業務としているたんの吸引を介護職が行うことについてどのように感じているのかという質問をアンケートに加えた。サンプル数は少ないが、介護職がたんの吸引を行えるようになることに対して看護職が抱く課題や意見について知り、今後の介護業務の一助としてもらいたい。

午後 3 時 45 分～午後 4 時

- ・トイレ休憩

午後 4 時～午後 4 時 20 分

- ・講師に対する質疑応答（佐々木由恵、高木郁朗、境野みね子、中山亜抄子）

午後 4 時 20 分～午後 4 時 25 分

- ・「研修会閉会の挨拶」（佐々木由恵）

午後 4 時 25 分～午後 4 時 30 分

- ・アンケートの回収

7.2. 研修前アンケート

研修参加者に対して、研修開始前にアンケートを実施した。

Table 115 研修前アンケート用紙（第1紙）

研修前アンケート

Q. あなた自身について伺います。

問 1. 性別をお伺いします。当てはまるものに○をつけてください。

(1) 男性 (2) 女性

問 2. 年齢をお伺いします。

() 歳

問 3. あなたの最終学歴についてお聞きします。以下のものから○をつけてください。

(1) 中学校 (2) 高等学校 (3) 短期大学 (4) 大学 (5) 大学院 (6) 福祉専門学校

(7)看護専門学校 (8)その他 ()

問 4. あなたが有している資格についてお聞きします。当てはまるものすべてに○をつけてください。

(1)介護福祉士 (2)社会福祉士 (3)介護支援専門員 (4)ホームヘルパー1級

(5) ホームヘルパー2級 (6) 看護師 (7) 准看護師 (8) その他 ()

問 5. 現在の事業所での勤務年数は何年ですか。

() 年 () ヶ月

問 6. ホームヘルパーとして働いた年数は合計何年ですか。

() 年 () ヶ月

問 7. 施設を含め介護職として働いた年数は合計何年ですか。

() 年 () ヶ月

Table 116 研修前アンケート用紙（第2紙）

質問

問 8. あなたはたんの吸引を行なうことに不安を持っていますか。1つ○をつけてください。

(1) とても不安を持っている (2) 少し不安を持っている (3) あまり不安を持っていない (4) まったく不安を持っていない (6) 分からない

問 9. たんの吸引の実施の際にどんなことが不安に思いますか？1つ○をつけてください。

(1) 利用者を傷つけてしまわないか (2) 知識がないから (3) 技術がないから
(4) 経験がないから (5) 法律に違反していると思うから
(6) その他 ()

問 10. あなたはこの研修に期待をしていますか。1つ○をつけてください。

(1) とても期待している (2) まあ期待している (3) 普通 (4) あまり期待していない
(5) まったく期待していない

問 11. この研修を受けて、介護現場でたんの吸引を行なう不安は解消されると思いますか。1つ○をつけてください。

(1) はい (2) いいえ (3) 分からない

問 12. 研修に対する期待や要望があれば、自由にご記入ください。

7.2.1.問 1 性別

Q. あなた自身についてお伺いします。

問 1. 性別をお伺いします。当てはまるものに○をつけてください。

(1)男性 (2)女性

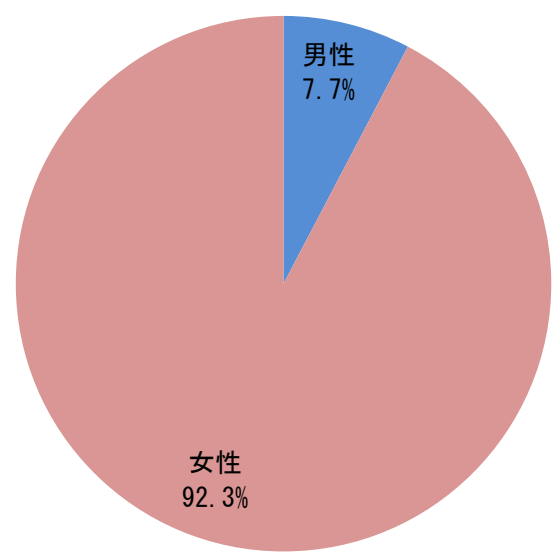


Figure 72 研修アンケート 性別

Table 117 研修アンケート 性別

行タイトル	データ個 数	(%)
男性	2	7.7%
女性	24	92.3%
計	26	

7.2.2.問 2 年齢

問 2. 年齢をお伺いします。

() 歳

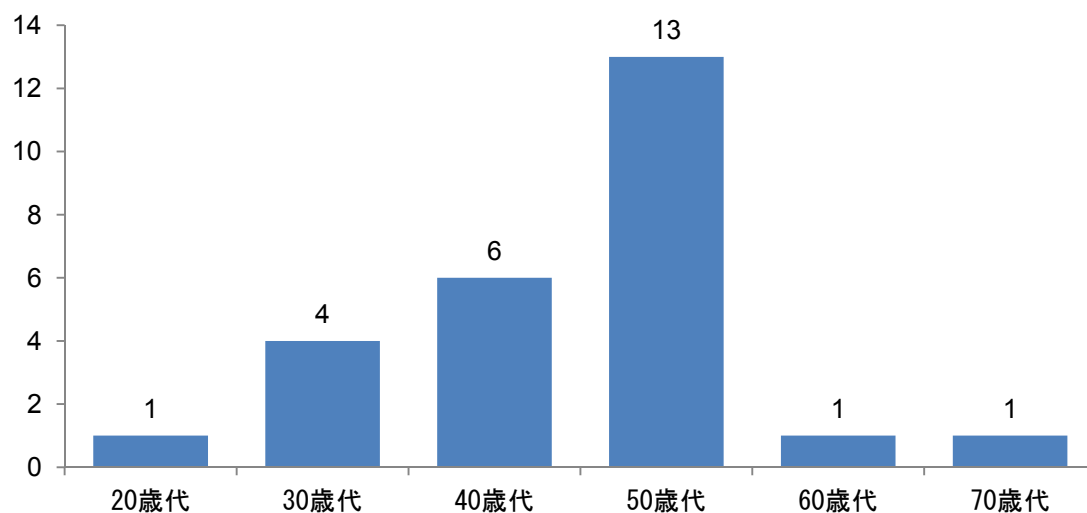


Figure 73 研修アンケート 年齢

Table 118 研修アンケート 年齢

行タイトル	データ個数	(%)
20 歳代	1	3.8%
30 歳代	4	15.4%
40 歳代	6	23.1%
50 歳代	13	50.0%
60 歳代	1	3.8%
70 歳代	1	3.8%
計	26	

平均年齢 : 49.6 歳

7.2.3.問 3 最終学歴

問 3. あなたの最終学歴についてお聞きます。以下のものから○をつけてください。
(1) 中学校 (2) 高等学校 (3) 短期大学 (4) 大学 (5) 大学院 (6) 福祉専門学校
(7) 看護専門学校 (8) その他 ()

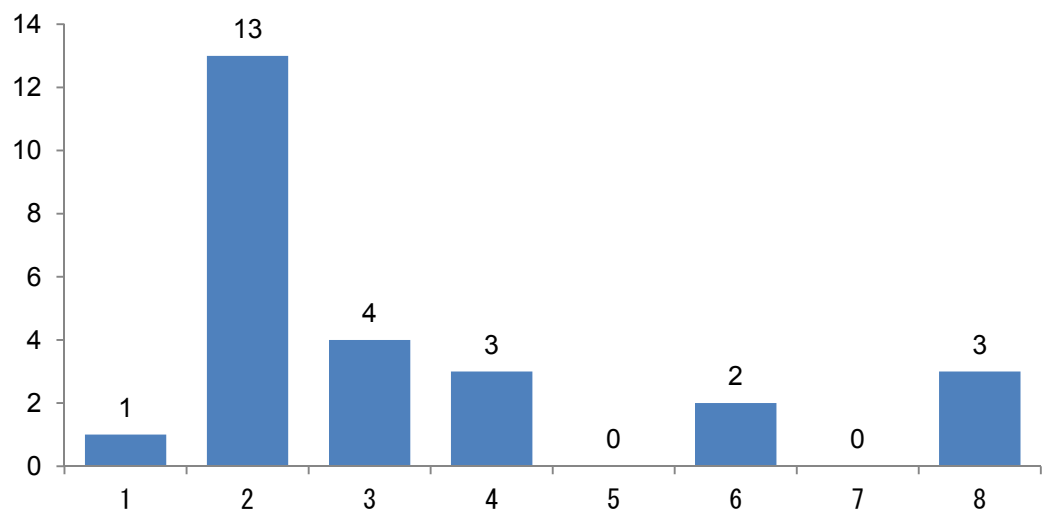


Figure 74 研修アンケート 最終学歴

Table 119 研修アンケート 最終学歴

行タイトル	データ個数	(%)
1	1	3.8%
2	13	50.0%
3	4	15.4%
4	3	11.5%
5	0	0.0%
6	2	7.7%
7	0	0.0%
8	3	11.5%
計	26	

その他の記述

- 専門学校
- 保育専門学校
- 保育関係通信
- 美容専門学校

7.2.4.問 4 保有資格

問 4. あなたが有している資格についてお聞きます。

当てはまるものすべてに○をつけてください。

- (1)介護福祉士 (2)社会福祉士 (3)介護支援専門員 (4)ホームヘルパー 1 級
(5)ホームヘルパー2 級 (6)看護師 (7)准看護師 (8)その他 ()

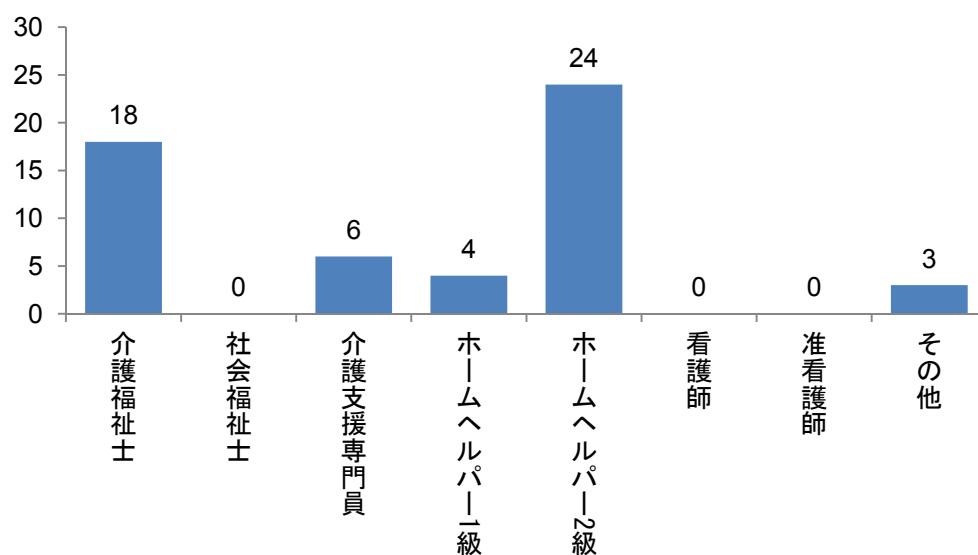


Figure 75 研修アンケート 保有資格

Table 120 研修アンケート 保有資格

行タイトル	データ個数
介護福祉士	18
社会福祉士	0
介護支援専門員	6
ホームヘルパー1 級	4
ホームヘルパー2 級	24
看護師	0
准看護師	0
その他	3
計	55

その他記述

- 社会福祉主事任用 (2 件)
- 介護事務、ケアクラーク 3 級

7.2.5.問 5 勤務年数

問 5. 現在の事業所での勤務年数は何年ですか。
() 年 () ヶ月

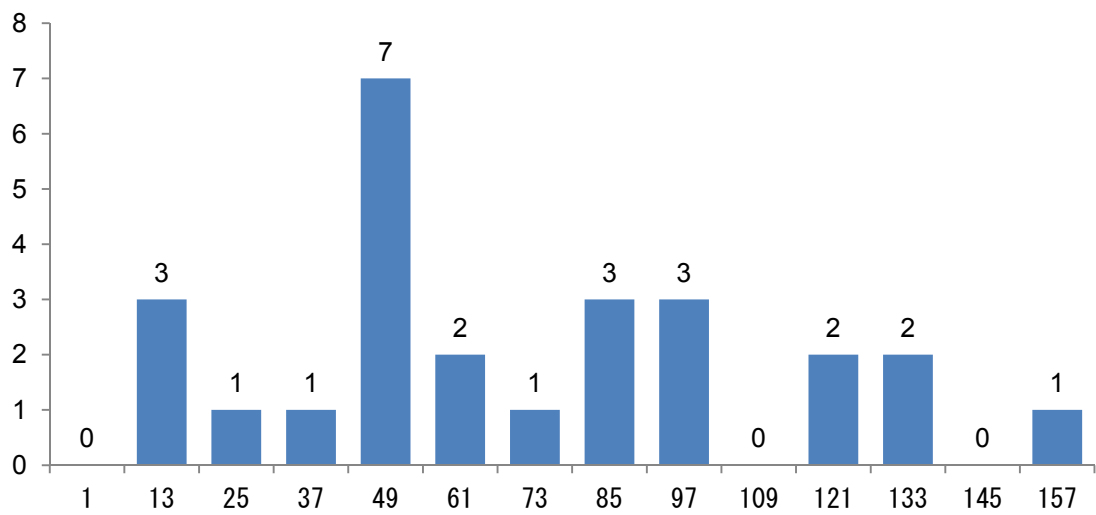


Figure 76 研修アンケート 勤務年数

Table 121 研修アンケート 勤務年数

行タイトル	データ個数	(%)
1	0	0.0%
13	3	11.5%
25	1	3.8%
37	1	3.8%
49	7	26.9%
61	2	7.7%
73	1	3.8%
85	3	11.5%
97	3	11.5%
109	0	0.0%
121	2	7.7%
133	2	7.7%
145	0	0.0%
157	1	3.8%
計	26	

7.2.6.問 6 ヘルパーとして働いた年数

問 6. ホームヘルパーとして働いた年数は合計何年ですか。

() 年 () ヶ月

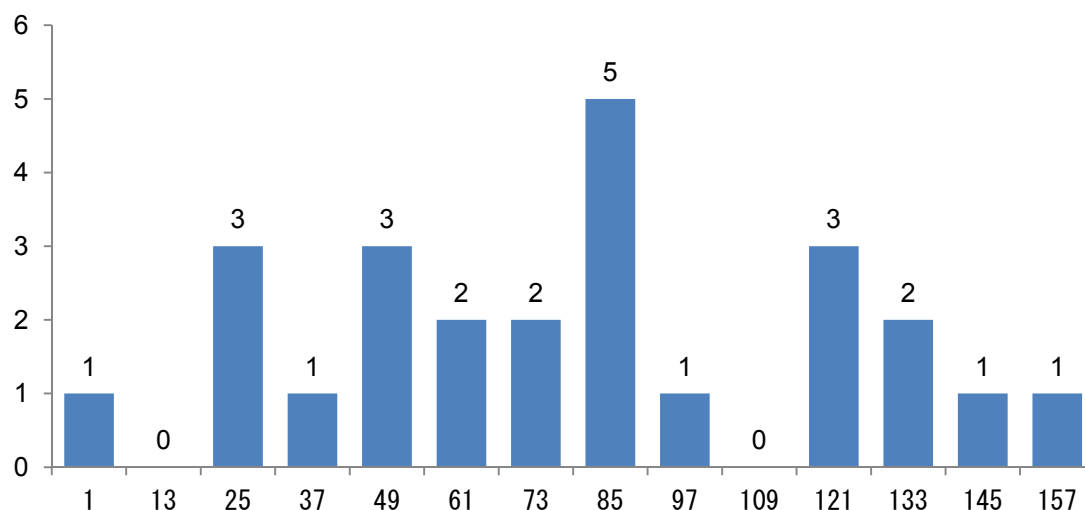


Figure 77 研修アンケート ホームヘルパーとしての年数

Table 122 研修アンケート ホームヘルパーとしての年数

行タイトル	データ個数	(%)
1	1	4.0%
13	0	0.0%
25	3	12.0%
37	1	4.0%
49	3	12.0%
61	2	8.0%
73	2	8.0%
85	5	20.0%
97	1	4.0%
109	0	0.0%
121	3	12.0%
133	2	8.0%
145	1	4.0%
157	1	4.0%
計	25	

7.2.7.問 7 介護職年数

問 7. 施設を含め介護職として働いた年数は合計何年ですか。
() 年 () ヶ月

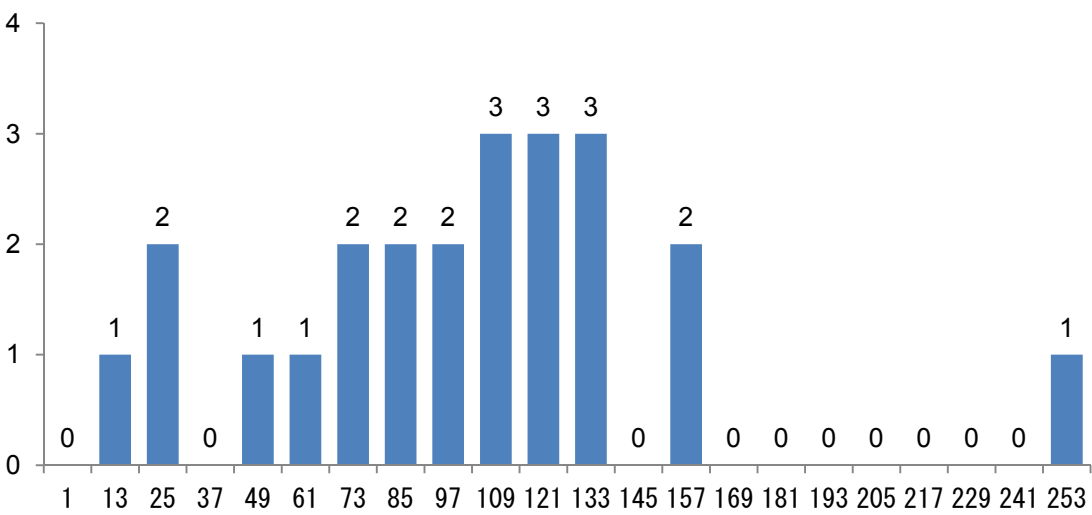


Figure 78 研修アンケート 介護職歴

Table 123 研修アンケート 介護職歴

	データ個数	(%)		データ個数	(%)
1	0	0.0%	133	3	13.0%
13	1	4.3%	145	0	0.0%
25	2	8.7%	157	2	8.7%
37	0	0.0%	169	0	0.0%
49	1	4.3%	181	0	0.0%
61	1	4.3%	193	0	0.0%
73	2	8.7%	205	0	0.0%
85	2	8.7%	217	0	0.0%
97	2	8.7%	229	0	0.0%
109	3	13.0%	241	0	0.0%
121	3	13.0%	253	1	4.3%
				23	

7.2.8.問 8 たんの吸引についての不安

問 8. あなたはたんの吸引を行なうことに不安を持っていますか。1つ○をつけてください。

- (1) とても不安を持っている (2) 少し不安を持っている (3) あまり不安を持っていない
(4) まったく不安を持っていない (6) 分からない

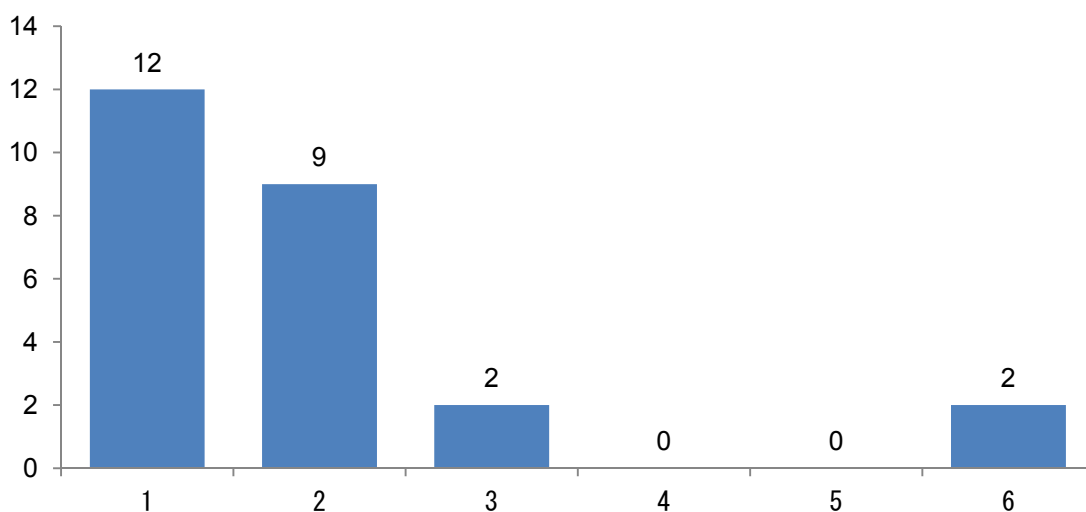


Figure 79 研修アンケート たんの吸引で不安を持っているか

Table 124 研修アンケート たんの吸引で不安を持っているか

行タイトル	データ個数	(%)
1	12	48.0%
2	9	36.0%
3	2	8.0%
4	0	0.0%
5	0	0.0%
6	2	8.0%
計	25	

7.2.9.問 9 たんの吸引の不安の理由

問 9. たんの吸引の実施の際にどんなことが不安に思いますか？1つ○をつけてください。

(1)利用者を傷つけてしまわないか (2)知識がないから (3)技術がないから

(4)経験がないから (5)法律に違反していると思うから

(6)その他 ()

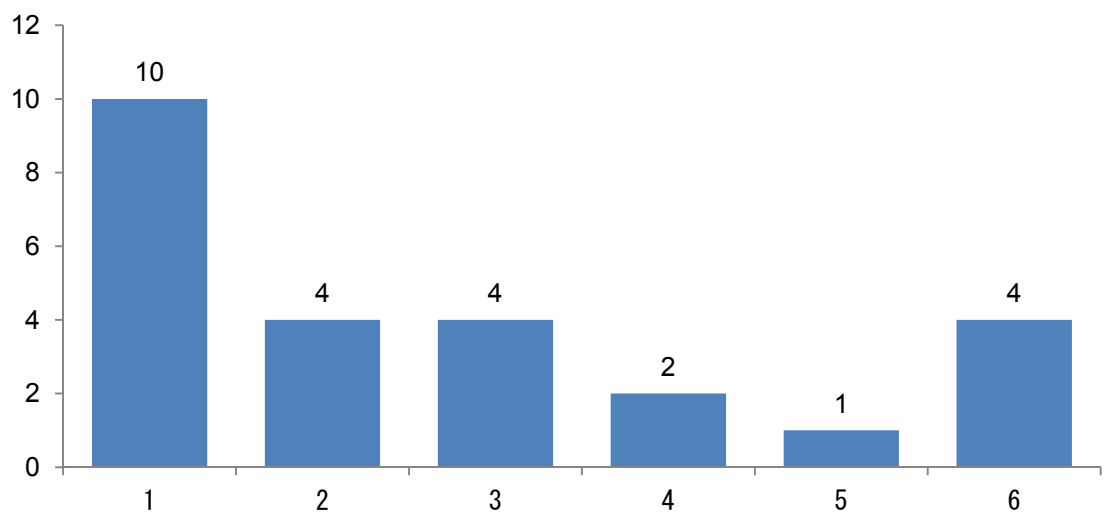


Figure 80 研修アンケート たんの吸引で不安なこと

Table 125 研修アンケート たんの吸引で不安なこと

行タイトル	データ個数	(%)
1	10	40.0%
2	4	16.0%
3	4	16.0%
4	2	8.0%
5	1	4.0%
6	4	16.0%
計	25	

その他の記述

- 急な変化や呼吸困難になったらどうするか
- 吸引によって相手の状態が急変した時の対応
- 5もあるが、自意識過剰になりすぎて、当たり前化してしまわないかと思う。
- 吸引についての不安

7.2.10.問 10 研修への期待

問 10. あなたはこの研修に期待をしていますか。1つ○をつけてください。

- (1) とても期待している (2) まあ期待している (3) 普通 (4) あまり期待していない
(5) まったく期待していない

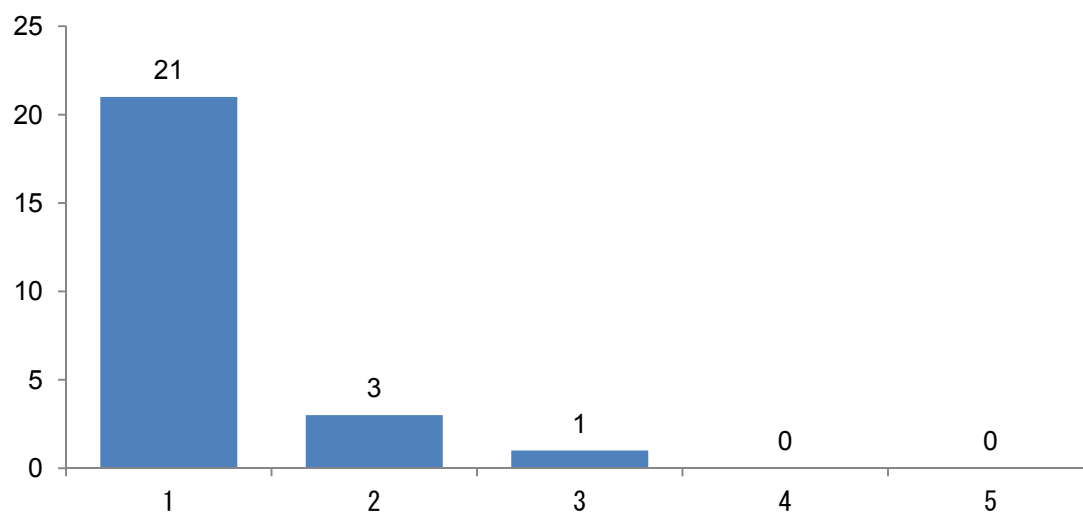


Figure 81 研修アンケート 研修への期待

Table 126 研修アンケート 研修への期待

行タイトル	データ個数	(%)
1	21	84.0%
2	3	12.0%
3	1	4.0%
4	0	0.0%
5	0	0.0%
計	25	

7.2.11.問 11 たんの吸引の不安解消

問 11. この研修を受けて、介護現場でたんの吸引を行なう不安は解消されると思いますか。

1つ○をつけてください。

(1)はい (2)いいえ (3)分からない

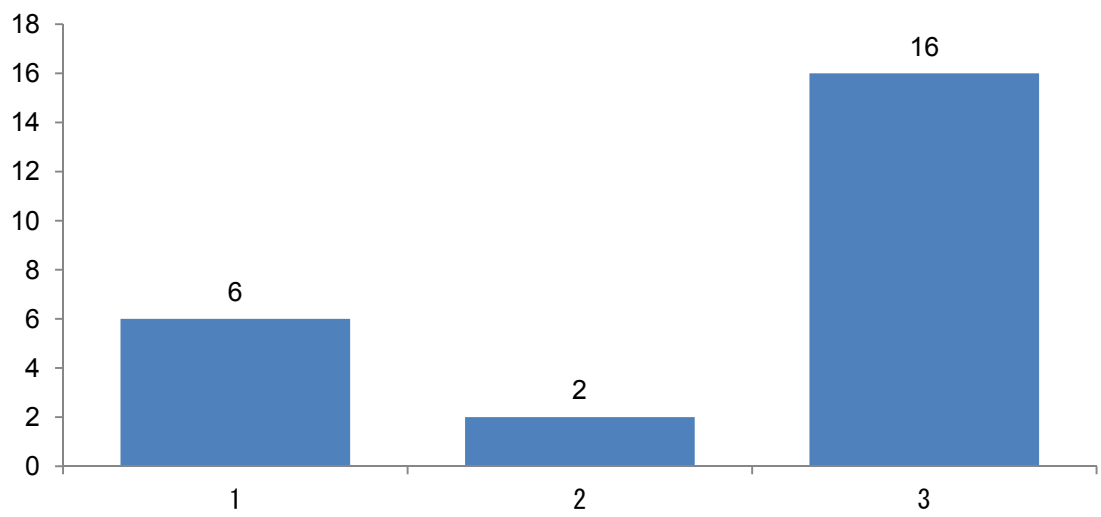


Figure 82 研修アンケート たんの吸引を行う不安は解消されたか

Table 127 研修アンケート たんの吸引を行う不安は解消されたか

行タイトル	データ個数	(%)
1	6	25.0%
2	2	8.3%
3	16	66.7%
計	24	

7.2.12.自由記述

- 実際に（現在迄）たんの吸引を実施するケースが極少である為（※積極的に受け入れていない）、経験がないことが不安となります。また、ヘルパーは高い年齢となり、新しいことへの挑戦意欲に欠けることが多くみられる為、医療的ケアを担当できる人材が不足しているのが現状と感じています。
- これから必要であろう、医療の分野がやはり不安である。そのためにも知識も大切ですが、技術も必要となってくると思います。介護職の人でも自信をもって医療に入り込むことができるとうい連携が組めると思います。
- 来年度からたんの吸引等の医療行為が導入されるが、在宅では利用者対ヘルパー1対1なので、やはり不安がある。一人一人。
- 現在義父が入院している病院のベッドの前の人が看護師にたん吸引をしてもらっている現場を見ると、プロが行ってもすごく苦しそうに見えるので、自分もできるかすごく不安です。
- 自分もたん吸引を体験したいともいます。（吸引される側）
- 医療職でない立場の者がどれだけ専門的知識を得られ、実践に移せるか、また不安の解消。

7.3. 研修後アンケート

研修実施後にアンケートを行った。

Table 128 研修後アンケート用紙

質問

問 8. この研修の内容は満足したものでしたか。1つ○をつけてください。

- (1) とても満足した (2) まあ満足した (3) 普通
(4) あまり満足していない (5) まったく満足していない

問 9. この研修を受けて、介護現場で医療的ケアを行なう不安は解消されましたか。

1つ○をつけてください。

- (1) とても解消した (2) 少し解消した (3) あまり解消しなかった
(4) ほとんど解消しなかった (5) 分からない

問 10. 今回の研修で学んでよかったと思うものは何ですか。

- (1) DVD 鑑賞 (2) 講師による医療ケアに関する講義
(3) 講師によるたんの吸引の実演 (4) たんの吸引の実習
(5) 質疑応答・ディスカッション (6) その他 ()

問 11. 医療ケア・医療的ケアに関する知識・技術について改めて学びたい

(自分が不足している) と思うものは何ですか？当てはまるものをすべて選んでください。

- (1) バイタルサイン (脈拍測定) (2) バイタルサイン (呼吸測定) (3) バイタルサイン (体温測定)
(4) バイタルサイン (自動血圧計による血圧測定) (5) バイタルサイン (意識の観察) (6) パルスオキシメーター
(7) 水分出納モニタリング (水分摂取量) (8) 水分出納モニタリング (排泄量) (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) 摘便
(22) 冷罨法 (23) 温罨法 (24) 胸壁振動法 (25) 間接可動域の維持・拡大 (26) 末梢循環促進ケア
(27) 嚥下リハビリテーション (28) ストマ管理 (ストマと皮膚の観察) (29) ストマ管理 (パウチの交換)
(30) 経口与薬 (31) 経管栄養 (32) 経直腸与薬 (33) 薬剤貼布 (34) 薬剤塗布 (35) 点眼 (36) 点耳 (37) 薬剤吸入
(38) 酸素療法の管理 (39) 経管栄養 (経鼻) の管理 (40) 経管栄養 (胃瘻) の管理 (栄養剤の準備)
(41) 経管栄養 (胃瘻) の管理 (胃瘻の接続) (42) 経管栄養 (胃瘻) の管理 (接続後の注入管理)
(43) 経管栄養 (胃瘻) の管理 (終了後の処置) (44) 褥瘡ケア (45) 持続導尿の管理 (46) 浣腸
(47) 経口吸引 (口腔内) (48) 気管吸引 (気管切開部からの分泌物等の除去)
(49) 気管吸引 (口腔からの分泌物等の除去)

問 12. 研修後の感想を自由にご記入ください。

7.3.1.問 8 研修の満足度

問 8. この研修の内容は満足したものでしたか。1つ○をつけてください。

- (1) とても満足した (2) まあ満足した (3) 普通 (4) あまり満足していない
(5) まったく満足していない

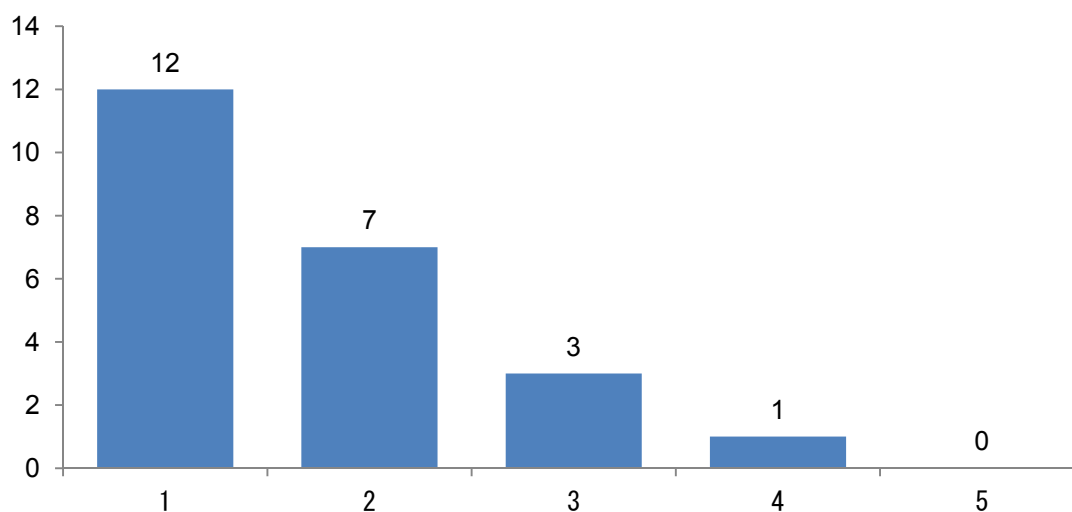


Figure 83 研修アンケート 研修の満足度

Table 129 研修アンケート 研修の満足度

行タイトル	データ個数	(%)
1	12	52.2%
2	7	30.4%
3	3	13.0%
4	1	4.3%
5	0	0.0%
計	23	

7.3.2.問 9 不安の解消度

問 9. この研修を受けて、介護現場で医療的ケアを行なう不安は解消されましたか。

1つ○をつけてください。

- (1) とても解消した (2) 少し解消した (3) あまり解消しなかった
(4) ほとんど解消しなかった (5) 分からない

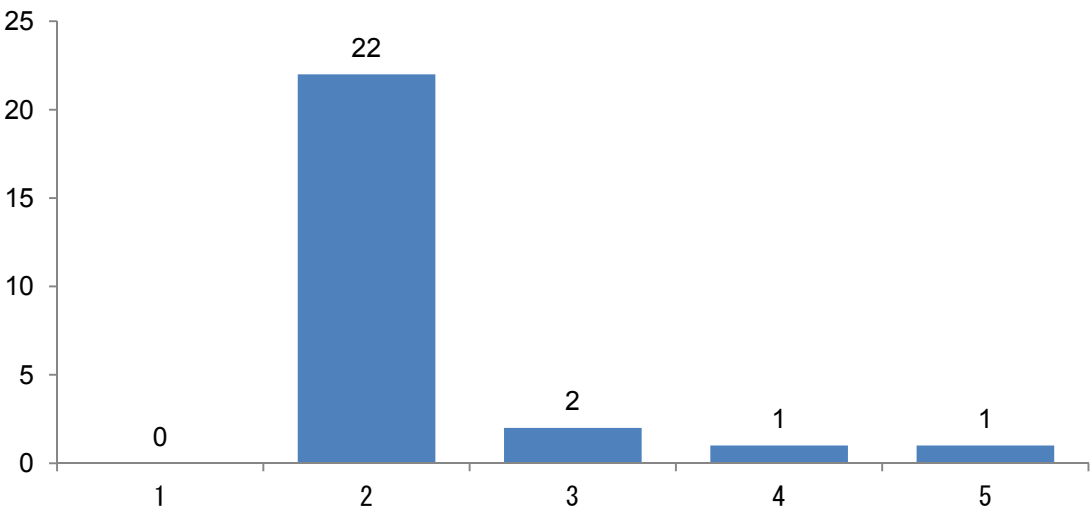


Figure 84 研修アンケート 不安の解消度

Table 130 研修アンケート 不安の解消度

行タイトル	データ個数	(%)
1	0	0.0%
2	22	84.6%
3	2	7.7%
4	1	3.8%
5	1	3.8%
計	26	

7.3.3.問 10 学んでよかったこと

問 10. 今回の研修で学んでよかったと思うものは何ですか。

- (1)DVD 鑑賞 (2)講師による医療ケアに関する講義 (3)講師によるたんの吸引の実演
(4)たんの吸引の実習 (5)質疑応答・ディスカッション (6)その他 ()

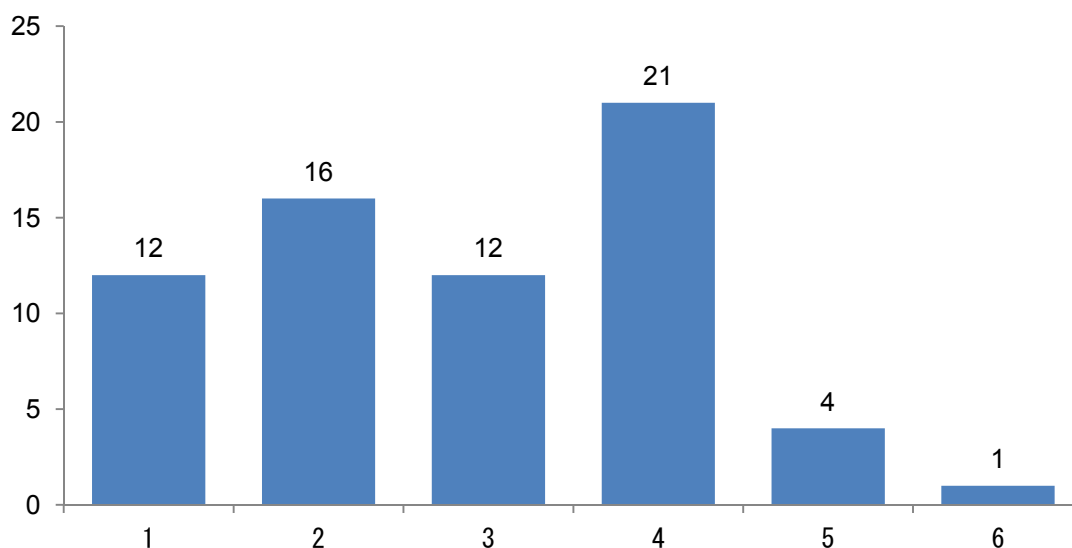


Figure 85 研修アンケート 研修で学んでよかったと思うもの

Table 131 研修アンケート 研修で学んでよかったと思うもの

行タイトル	データ個数
1	12
2	16
3	12
4	21
5	4
6	1
計	66

その他記述

- 他の研修生との交流

7.3.4.問 11 改めて学びたいこと

問 11. 医療ケア・医療的ケアに関する知識・技術について改めて学びたい（自分が不足している）と思うものは何ですか？当てはまるものをすべて選んでください。

- (1)バイタルサイン（脈拍測定） (2)バイタルサイン（呼吸測定） (3)バイタルサイン（体温測定）
- (4)バイタルサイン（自動血圧計による血圧測定） (5)バイタルサイン（意識の観察）
- (6)パルスオキシメーター (7)水分出納モニタリング（水分摂取量） (8)水分出納モニタリング（排泄量）
- (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)便性調整
- (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)排便 (22)冷罨法 (23)温罨法 (24)胸壁振動法 (25)間接可動域の維持・拡大
- (26)末梢循環促進ケア (27)嚥下リハビリテーション (28)ストマ管理（ストマと皮膚の観察）
- (29)ストマ管理（パウチの交換） (30)経口与薬 (31)経管栄養 (32)経直腸与薬 (33)薬剤貼布
- (34)薬剤塗布 (35)点眼 (36)点耳 (37)薬剤吸入 (38)酸素療法の管理 (39)経管栄養（経鼻）の管理
- (40)経管栄養（胃瘻）の管理（栄養剤の準備） (41)経管栄養（胃瘻）の管理（胃瘻の接続）
- (42)経管栄養（胃瘻）の管理（接続後の注入管理） (43)経管栄養（胃瘻）の管理（終了後の処置）
- (44)褥瘡ケア (45)持続導尿の管理 (46)浣腸 (47)経口吸引（口腔内）
- (48)気管吸引（気管切開部からの分泌物等の除去） (49)気管吸引（口腔からの分泌物等の除去）

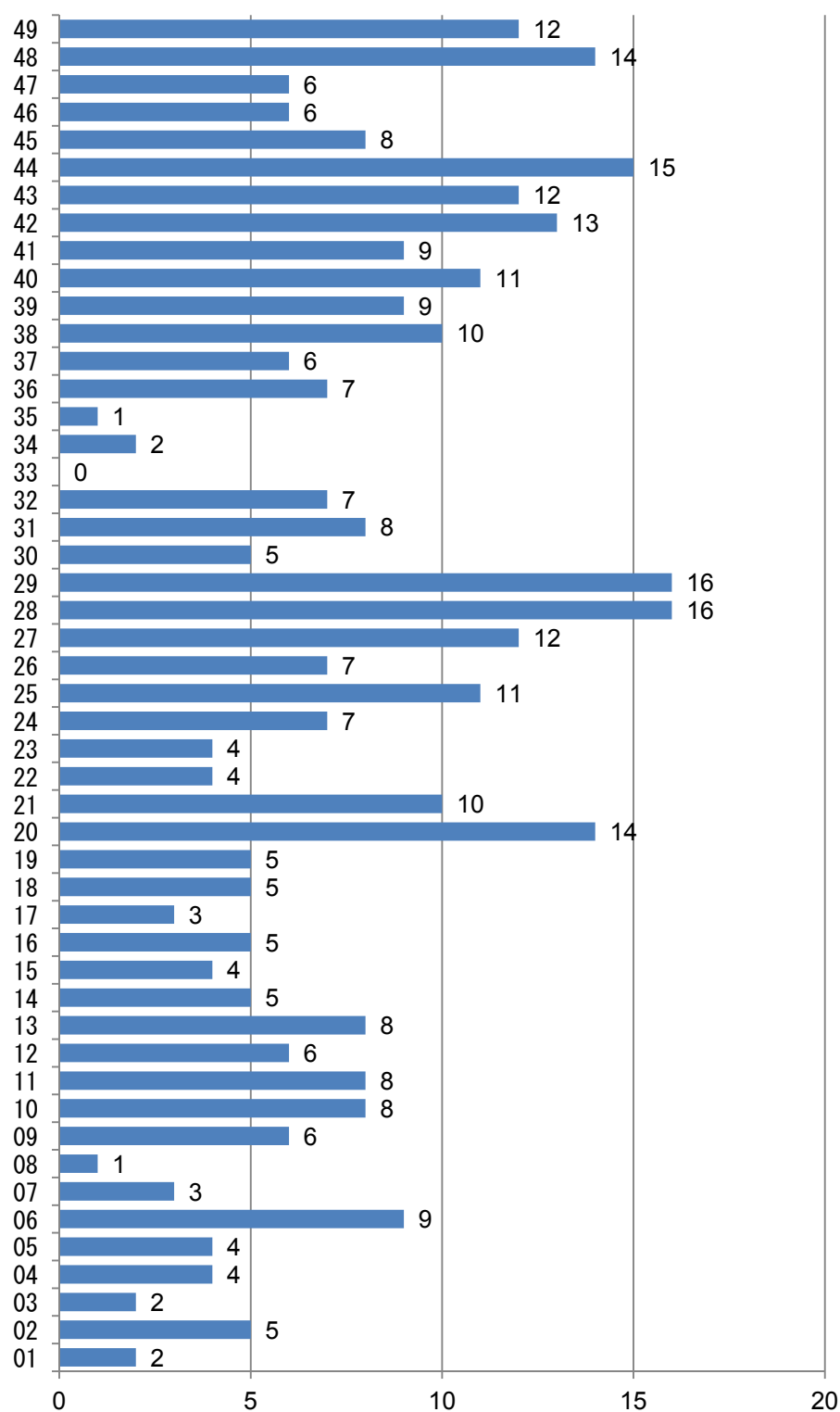


Figure 86 研修アンケート 改めて学びたい医療ケア・医療的ケア

Table 132 研修アンケート 改めて学びたい医療ケア・医療的ケア

医療的 ケア番号	度数	医療的 ケア番号	度数
01	2	26	7
02	5	27	12
03	2	28	16
04	4	29	16
05	4	30	5
06	9	31	8
07	3	32	7
08	1	33	0
09	6	34	2
10	8	35	1
11	8	36	7
12	6	37	6
13	8	38	10
14	5	39	9
15	4	40	11
16	5	41	9
17	3	42	13
18	5	43	12
19	5	44	15
20	14	45	8
21	10	46	6
22	4	47	6
23	4	48	14
24	7	49	12
25	11		

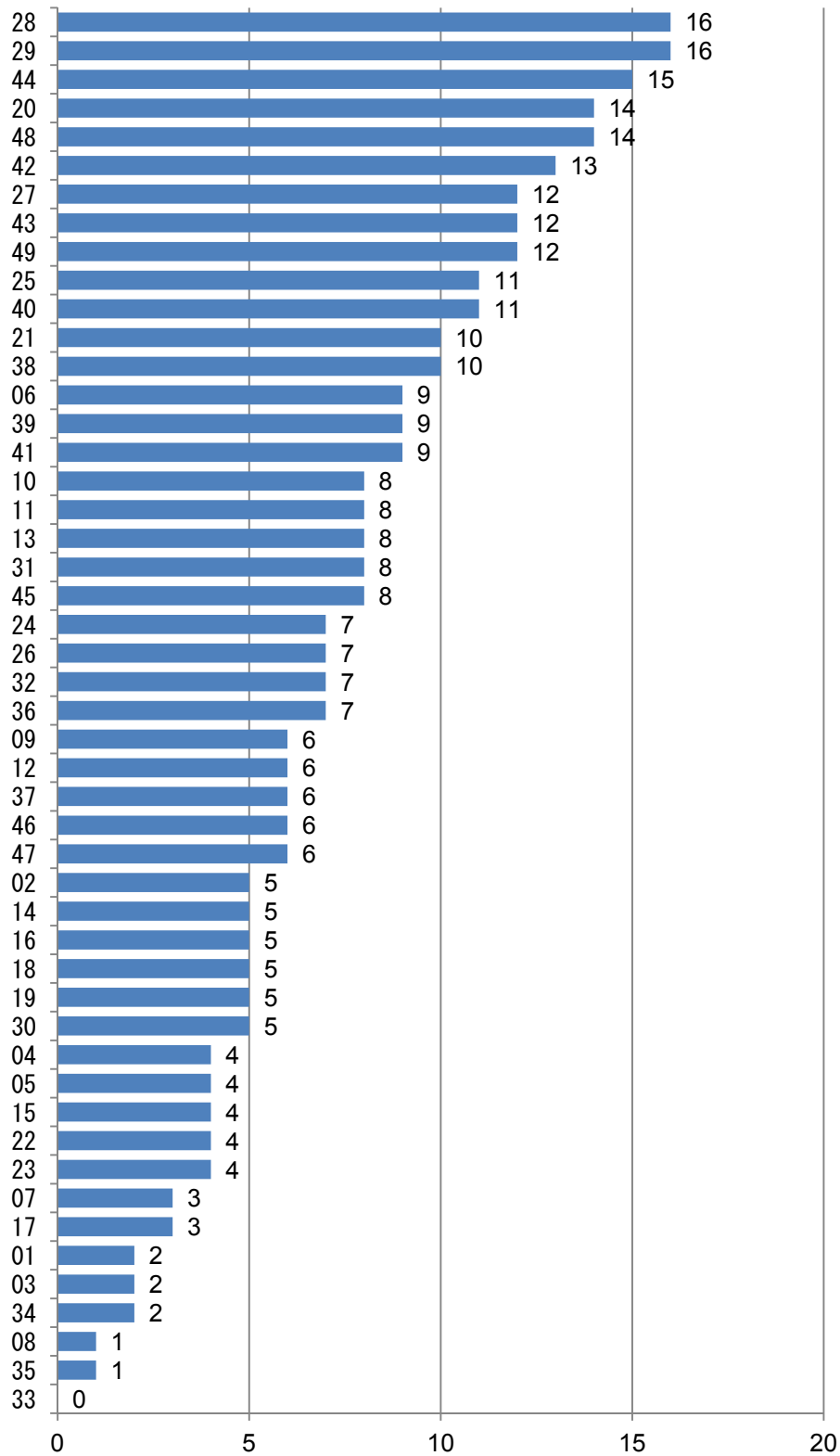


Figure 87 研修アンケート 改めて学びたい医療ケア・医療的ケア（多い順）

Table 133 研修アンケート 改めて学びたい医療ケア・医療的ケア（多い順）

医療的 ケア番号	度数	医療的 ケア番号	度数
29	16	47	6
28	16	46	6
44	15	37	6
48	14	12	6
20	14	09	6
42	13	30	5
49	12	19	5
43	12	18	5
27	12	16	5
40	11	14	5
25	11	02	5
38	10	23	4
21	10	22	4
41	9	15	4
39	9	05	4
06	9	04	4
45	8	17	3
31	8	07	3
13	8	34	2
11	8	03	2
10	8	01	2
36	7	35	1
32	7	08	1
26	7	33	0
24	7		

7.3.5.自由記述

- 吸引のやり方は頭では分かっているつもりでしたが、自分が実際やってみると難しかった。たんがどのくらい取れているのかわからないし、実際はのどの奥にたんが絡んでいることが多いので、難しい！
- 実習で自分が吸引される体験を通して、学ぶことが多かった。他の研修生との交流や講師の先生に直接日頃の疑問点をきくことができて、とても良かったです。
- たんの吸引の準備、後片付けに対してもきちんとした管理（清潔等）が必要。きちんとした教育が必要と感じました。在宅の場合、家族のやり方もあるので、ヘルパーは大変なことが多いと思う。実習はよい体験でした。あまり苦しくありませんでした。
- 吸引をされる側を体験できたこと、勉強になりました。
- 吸引は実際に体験したことがなかったので（利用者側として）体験できてよかった。ディスポの扱い方（清潔）の気配りが勉強になった。
- 経験があっても継続していないと忘れてしまう。容体が落ち着いているときは良いが、変化（緊急時）の対応が知識がないので、自信がない。
- 自分で実際に実習を受けてみて、人の命の危険性がある為、やっていく自信がますますなくなりました。
- 医療ケア、医療的ケアに関しては、すべてが不足していると思う。すべて学ぶのは大変なことで、学んでも行う機会がないと忘れてしまう。実際に利用者がいて、何度も介助していればよいが。
- 最初の動向と課題のお話しにはとても興味ひかれました。質問に的確なお話しをしていただき、今後助かりました。全員に問いかける様にして抗議していただけるので、とても勉強になりました。他の研修にも機会があれば、ぜひ参加したいです。今日はありがとうございました。
- デモンストレーションではわかりやすかったが、自分がやるとなると、なかなかスムーズにできない。こわくなる。

7.3.6.クロス集計：研修前アンケート問 8× 研修後アンケート問 9

研修前の不安の認識状態と研修後の不安の解消感の関係をクロス集計した。

とても不安だった被験者の多くが「少し解消した」と回答した。少し不安だった被験者のすべてが少し解消したと回答している。これは不安の解消が徹底できなかったというよりは、今回の限られた時間・準備内での研修では十分な不安の解消ができるわけがないのであり、被験者が誠実に回答した結果と考えることができる。

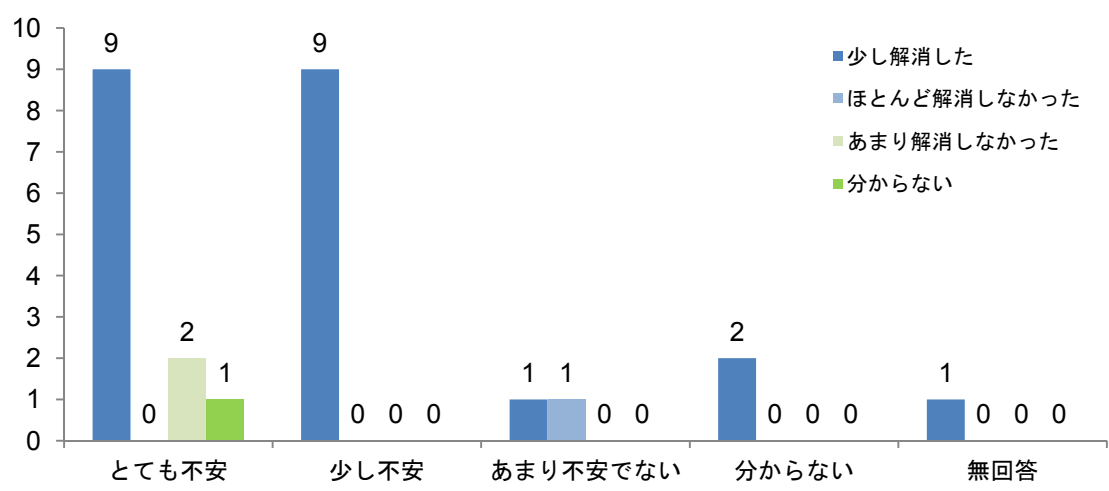


Figure 88 研修前アンケート問 8× 研修後アンケート問 9

Table 134 研修前アンケート問 8× 研修後アンケート問 9

前(問8) \ 後(問9)	少し解消した	ほとんど解消しなかった	あまり解消しなかった	分からない	全体
とても不安	9	0	2	1	12
少し不安	9	0	0	0	9
あまり不安でない	1	1	0	0	2
分からない	2	0	0	0	2
無回答	1	0	0	0	1
全体	22	1	2	1	26

7.3.7.クロス集計：研修後アンケート問 8×研修後アンケート問 9

被験者が研修後の満足感と不安の解消感の関係をクロス集計した。

とても満足したと回答した被験者のほとんどは「少し解消した」と回答している。まあ満足したと回答した被験者のすべてが「少し解消した」と回答した。

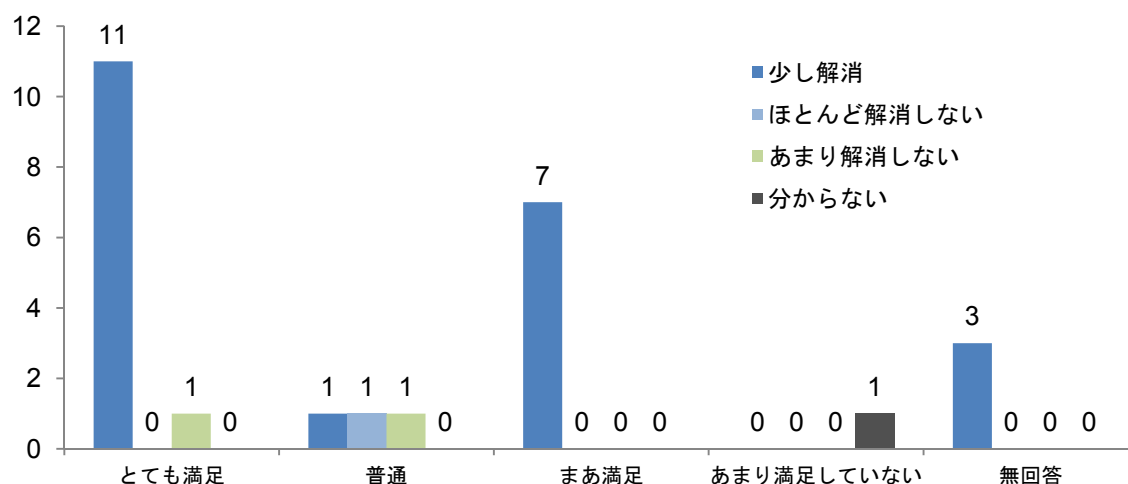


Figure 89 研修後アンケート問 8×問 9

Table 135 研修後アンケート問 8×問 9

問 9(後) \ (後)問 8	とても満足	普通	まあ満足	あまり満足して いない	無回答	全体
少し解消	11	1	7	0	3	22
ほとんど解消しない	0	1	0	0	0	1
あまり解消しない	1	1	0	0	0	2
分からない	0	0	0	1	0	1
全体	12	3	7	1	3	26

8. 研究総括

8.1. インタビュー調査結果から見えてくる介護職が抱える課題

一橋大学大学院社会学研究科博士後期課程 高橋幸裕

8.1.1.はじめに

医療依存度の高い利用者が増加してきたことを背景に、これまで出された厚生労働省の通知ではたんの吸引等は医療職がすべて担うことは現状では困難であり、介護職等が行うことについて当面のやむを得ないものとして整理されてきた。2012（平成24）年4月から介護保険法が改正され、介護職員等によるたんの吸引、経管栄養を行うことが認められ、50時間の研修を修了することでそれが行えるようになった。今回行ったインタビュー調査結果から見えてくる医療ケアの実施に関する問題点を整理する。

8.1.2.医療ケアに対する指導・教育体制

訪問介護現場における介護サービスは、高齢者ケア施設よりも閉鎖的かつ限られた空間の中で個別性と応用力を求められることが特徴である。訪問介護を利用する高齢者の居住環境と提供するサービスのあり方も多様である。

今回のインタビュー調査では指導・教育体制を構築していない場合、医療ケアのニーズがない、あるいはニーズはあるが法人全体として対応していないケースがあった。一方で、指導・教育体制を整備している事業所は3つのケースに分けることができた。介護職員が医師や訪問看護師等から利用者宅で指導を受ける場合、訪問介護事業所内で研修を受ける場合、外部の研修会に参加する場合である。そこではケアの実施マニュアルについて全く作成していない、独自に作成して

いる、外部の研修資料等を活用するという場合が見受けられた。いずれの場合も事業所ごとの判断により医療ケアの位置づけや取り扱い方も異なっている。このようなことから訪問介護事業所全体としての共通の基準がなく、訪問介護事業所独自の判断で対応している状態である。

訪問介護事業全体として医行為である医療ケアの統一的な基準やマニュアルを持つことができていない背景はニーズの有無の問題や利用者宅に設置されている機器のモデルが異なる理由もあるが、「当面やむを得ないもの」として位置づけられていることが事業所ごとに異なる対応をすることにも繋がっている。それ故、最低限度の基準や統一的なルールがなく、利用者側のニーズに応えるために訪問介護事業所は独自の判断と介護職員のやりがいや使命感に委ねられてしまうことになってしまった。

結果的に介護職員は所属法人内で独自に作られた資料を用いる、看護師からやり方と要領について指導を受けるだけであり、たんの吸引で求められる知識や操作の持つ意味、清潔の重要性について医学・看護学を土台として学んできた者のように十分に意味を理解できていない。つまり、たんの吸引等を行うに当たって不安はないが、操作のベースとなる意味と必要性、留意点については十分な知識がないことから自信がないという結果となっている。

今回の介護保険法改正によりたんの吸引等が介護職等にも行えるようになることが制度上明確に位置づけられたことで2012（平成24）年4月以降は医療ケアの実施には50時間の講習を修了していることが求められるようになったが、介護現場では人員確保の問題もあり受講する時間を割くことが困難だという声も聞かれる。法改正により、職員が講習を受講できない場合には、たんの吸引等を必要とする利用者がケアを受け入れてもらえないという状況が発生し介護現場で混乱や不満が生じる恐れもある。

8.1.3.医療職との連携課題

介護保険の改正により医療ケアの実施が介護職にも認められるようになった。介護職が医療ケアを実施するうえで利用者の安全を確保することは重要な課題となった。また、医療ケアを介護職が担うということはこれまで以上に医療職との連携を緊密にして対応していかなければならない。しかし、今回のインタビュー調査では医療職と介護職間での意識の違いがあり必要な情報を共有しにくい、職種間の知識量の違いにより必要な情報を活用することができにくい、ルール作りがなされていないということが分かった。医療職と介護職との意識の違いについてであるが、インタビュー調査によれば以下のような発言があった。

「看護婦（看護師）さんは看護婦（看護師）さんで、ヘルパーさんはヘルパーさんでしょ、みたいな感じなので。それぞれやることは違うから、しょうがないんですけど。やっぱり注意点とか、結構聞きたいんだけど、ちょっと聞けない。」

「ヘルパーと看護師さんというと本当は同等だと思うんですけど、どうしても医療系のほうの人のほうが上に見て、ヘルパーのほうがちょっと下に見られているかな…やはり看護師さん、医療

系の人のほうが何か上のような感じに取られたというのがありますね。」

チームケアを担う両職種には、介護保険制度上上下下関係がないとされているが医療職の下に介護職があるという意識が生じていた。実際に職種に上下関係というのはつけられないが、介護職は業務上医療職の指示を受ける側面があり、両者間において無意識に上下関係を形成してしまっている。それにより介護職は医療職に対し積極的に情報の共有をすることができない。

また、医療職と介護職の知識量の違いも連携を難しくする要因となっている。医療職となるには医師は6年間、看護師は3年から4年間の専門教育を受けて国家資格試験に合格しなければならないが、ヘルパー2級の場合、130時間の講習を修了すれば無試験で資格を取得できるので知識量の差はきわめて大きい。特に医療に関する知識は乏しい。例えば、利用者に処方された薬の名前、効能、副作用、持病の症状、身体の状態判断などがある。そのため、医療的な知識に乏しい介護職が医療職と十分に意見交換をすることは難しく、結果的に介護職は医療職の指示を受けるだけの形となってしまうコミュニケーション不足となってしまう。

このようなことから必要な情報を共有するためのルール作りが難しく、上述したような医療職から介護職へ指示する形となり、チームとしての連携が難しくなっている。介護職が医療職との連携を強化していくには、情報共有ができるように医療に関する知識を習得することが必要である。

介護職が特定医療を実施するのは、医療職のような高い専門性を求めているのではなく、あくまで家族介護者の代替えとして求められているという解釈もできる。家族（素人）にもできていることは、介護職にも可能であろうという考え方がベースとなっているのであれば、看護職等と知識や技術を比較して議論することは論外なのかもしれない、制度として実施していくためには、何かしらの条件を整えなければ実施できないため、研修や連携を位置づけているという厳しい見方もできる。

8.1.4.医療ケアに対する不安

本報告書ではアンケート調査結果の部分において医療ケアに対する不安の度合いを示しているが、インタビュー調査から見えてくるものは、様々な要因があることが分かった。主なものはケアの実施に判断に迷う場合、予想がつかないことが生じる恐れがある場合、利用者を傷つけてしまうのではないかと感じる場合、慣れによる場合である。また、医療ケアの不安の程度が低いものとして、日常的に家庭内で行っているような行為（バイタルチェック、湿布を貼る、軟膏の塗布等）については特段の不安がない、看護師のお手伝いとして行う場合であった。つまり、介護職が不安を感じるかどうかの目安は日常的に家庭のレベルで行える行為であり、かつケアに対する判断を要しないものである。

2012（平成24）年4月以降、介護職はたんの吸引と経管栄養が業務として認められることになったが、医療ケアを担うことに不安を抱えている。その不安を軽減するには研修が有効だが完全に解消するまでとはいかない。不安を完全に払しょくすることは難しいが、ヘルパーの負担軽減

と介護事故のリスクから守り、利用者へ被害を与えないようにするには事業所が体制を整えることが必要である。

介護職は医療ケアを実施するために 50 時間の講習を受けるだけでなく、定期的に講習を受けられるようにする（継続教育の充実）、介護事故が発生しないための現場での仕組みづくり（リスクマネジメントの強化）、事故が発生した場合の対応方法など多くのものを準備していく必要がある。

8.1.5.介護職の意識

介護職として医療ケアを行うことについて意見を聞くと、利用者のために行いたいと答える者がいる一方で、制度として実施が認められた上で知識や技術、安全性があればやりたい、やってもいい（逆に言えば、これらに不安があるためにやりたくない）と回答する者、介護保険法の改正でたんの吸引と経管栄養は業務の一つとして位置づけられたのだから、自分自身がどう思うかは別としてやらざるを得ないのではないかという声があった。

「やりたいほうに入るんじゃないですかね。どちらかと言えば。やっぱり先ほどたんが詰まったりする部分あるし、食事的な部分も介護的には生活援助したいと食事作りとかって、いろいろやっているけれども、やっぱりその人が一番生活する上で、在宅の場合は、やっぱりそこで安心して生活できるようなことをしてあげたい部分。偏りがあまりあり過ぎてもいけないのかなって言うのが・・・」

「勉強してって、やっぱり話を今一人利用者さんところいらっしゃるんですが、家族の方がいつも看てるし、あと訪看さんもなかなか時間にしか来てくれない時に、とってもすごい苦しがつているんですって。だから、その時に本当に自分が技術があって、やれるってことになっていれば、たぶんヘルパーさんはやりたいと思っています。ですから、きちんとした教育を受けてあと、やはり安全も必要ですよ。そこが一番ね、うーん。安全にできるっていう自分の自信があれば・・・」

「やりたいやりたくないではなくて、必要か必要じゃないかっていうところから、そこに対応するスタッフがいるかいけないかが一番の問題で、必要なケアであればそれは必要と見えますけど、結局スタッフが集まらなければできない部分もありますよね、内容によっては。やはり医療を学んでいないっていったら終わりなんですけど、付け焼き刃じゃないけれどもパッとそこで教えてできるかなって。」

このように同じヘルパーの立場であるにもかかわらず、医療ケアの実施に賛否が分かれているのはそれに対するリスクの大きさを知っていること、医療と介護の狭間にある行為であること、利用者とその家族が必要とする切実な声を聞いているからである。また、介護保険法改正前であることから介護現場から不安が増幅していることも考えられる。

しかしながら、今回の改正で医療ケアが業務の一つとして位置づけられた以上、実際に行うかどうかは別として介護職のスキルとしてその知識と技術をしっかりと身につけていくことが求められるようになるだろう。そして、国はヘルパーと利用者・家族の不安を取り除くために今回の決定について問題を改善できるように研修制度の充実や制度の意図するところを今後も十分に説明していくことが必要である。

8.1.6.研修に関する要望

今回インタビュー調査を行った全てのヘルパーは研修の機会があれば受講したいと答えていた。研修を必要ないとした者はいなかった。研修に関する要望は医療ケアに関するもの、研修全般に関するものに分類することができた。ヘルパーは研修の重要性と必要性を認識しており、より質が高く、現場のニーズに即した内容を学ぶことを求めている。

医療的ケアに関するものでは、家族が独自の方法で機器の扱い方を覚えてしまうこともあるので、機器の設置から管理の仕方までを正しい方法で学べるよう研修で取り扱って欲しい、1回の研修では十分に身につかないので定期的に学ぶ機会が確保できるようにしてほしいという意見があった。一方で、研修全般に関するものとして、研修会場へのアクセスのしやすさ、研修機会の確保、研修参加による日当・交通費の支援、キャリアアップに伴う報酬の増額が挙げられた。

前者は、医療ケアの実施は慎重さが求められる。利用者の安全確保は当然のことながら、機器の使い方や特性、衛生管理の仕方まで根拠に基づいた方法で学ぶ必要がある。ただ、1回の研修ではそのような技法を身につけるのは難しいことから、定期的かつ複数回にわたって医療ケアについて学べ、かつ現場での実践ができる体制づくりをしていくことが必要である。

後者は研修に参加しようとしても近場の会場でないことでアクセスをすることができないことがある。仮に研修に参加しても日当や交通費の負担の問題、新たな知識や技術を学んでも介護報酬の増額が見込めないこともあり、介護職のキャリアアップ支援の充実が課題であることが分かる。医療ケアは高度な技術が求められる行為（一般的には）であることから、介護職の専門職化の促進をするには研修に対するアクセスと評価（報酬）の問題を解決していく必要がある。

介護職の研修に対する意識と必要性は非常に高いことが分かる。利用者のニーズが多様かつ高度になっていく以上、研修にどう関わっていくことができるのかが介護職にとって専門性を高めていく重要なポイントとなってくる。

介護職は、高齢社会の中でニーズが高い職業でありながら、職業人として自身の研鑽に時間と金をかけるという意識は薄い。自分たちがどうなりたいかを設計し創り上げるという主体性や組織だった機動力が少なく、でき上がってきたものに対しあれこれと議論をする一面がある。介護職は、専門性とは何かを強く意識し、独自性の立場からどうあるべきかを思考してもらいたい。

8.1.7.全体を考察したまとめ

介護保険法の改正により医療ケアが介護職の業務として認められることになったが、介護現場では戸惑いがあり、その準備は十分とは言えない。介護職は利用者からそれを必要としている切実な声を聞きながらも、法的な問題や自らの知識や技術の乏しさから自信が持てなくジレンマに陥っている。介護職自身が医療ケアという言葉に惑わされ、大きな壁にぶつかっている以上、何らかの答えを見出していく必要がある。今回、インタビュー調査で得られた発言はその問題を解決するヒントである。介護職が医療ケアを安全に行うことは難しい。不安、恐怖、知識・技術の乏しさといったことがキーワードである。少なくとも上述の問題を解決するにはニーズに即した研修内容の充実と機会を十分に確保し、介護職が抱えている課題を少しでも緩和できることに努めることが必要である。

8.2. インタビューを通して浮かび上がった教育・研修ニーズ

社会福祉法人千葉市社会福祉協議会千葉市社会福祉研修センター主任主事 中山亜抄子

今回のインタビューについて、インタビューにおける6つの着目点に沿って、印象に残った点、感じた点について生の声を聴いた者として、述べたい。

そして、訪問介護事業所を含めた社会福祉従事者向けの研修に対する企画運営している立場として、インタビューを通して浮かび上がった、今後どんな研修、教育を必要としているか、教育・研修ニーズについて現時点で考えられることをあげることにしたい。

8.2.1. 視点1：医療的ケアに対する指導・教育体制

医療的ケアについての研修

医療的ケアについての研修は、病院で低額で実施している人形を使ってのたんの吸引研修に参加している方も多くいたが、その研修のみで利用者に対して実施することの難しさ、また、訪問看護の方から教わってはいるものの、定期的に、また集中してOJTを受けられるような体制にはなっていないため、不安があるようであった。

医療的ケアマニュアル

医療的ケア・医療ケアは行わないという建前のもと、マニュアルはないというところと、外部研修の資料をマニュアルとするものがあったようである。個別のマニュアルとして利用者宅にある手順書を上げた方もいた。

医療専門職がない訪問介護事業所が独自にマニュアルを作ることは、困難であると思う。おそらく50時間の講義の際に使用している「介護職員によるたんの吸引等の研修テキスト」を当面のマニュアルとする事業所が多いのではないかな。

事業所の指導・教育体制

医療的ケアに関する研修を含め、事業所の指導教育体制は、インタビューに応じてくれた方の勤務する事業所の研修で採用される実施形態の多くは、月1回のミーティングの際に、30分～1時間程度、管理者やサービス提供責任者等が内部講師として研修を行っていたようである。インタビューに応じてくれた方々は、内部講師になっている方が多く、内部講師として研修を行うための準備として、雑誌やインターネット等から情報収集、外部の低額もしくは無料の研修会に参加などの方法をとっているということであった。

外部研修受講後は、研修資料の回覧、報告、参加者が内部講師として伝達という体制ができて

いるところもあれば、個人に委ねられていることも多いようである。

SDS（自己啓発援助制度）の場合は、資格取得の助成として、介護福祉士受験に対しての支援を行う割合が高い。

その他の研修として千葉県ホームヘルパー協議会主催の研修への参加も多かった。この研修では、会員になると無料もしくは低額で研修に参加でき、貴重な機会を確保しているといえるが、事業所としてホームヘルパー協議会の研修を研修計画の一部としているというよりは、学習意欲の高い個人が休日に参加している感はある。

8.2.2.視点 2: 看護・医療との連携

連携とはそれぞれが専門職であるということから、その専門性を尊重し、利用者のための最善の方法を取れることであるが、現実には看護職やケアマネに指示されて動く訪問介護、上下関係があるケースが多いようである。連携のキーパーソンが不明瞭であると感じるケースも多かった。介護の専門性をしっかり持つこと、また他の連携職種への理解、自分の考えを看護職に率直に話すアサーティブなコミュニケーション能力をもつことが必要であると感じた。

8.2.3.視点 3: 医療的ケアに対する不安

経験が長く、知識が豊富な訪問介護員ほど、医療的ケア・医療ケアには慎重であり、リスクを感じている。これは、知識だけでは不安を取り除くことができないということを示していて、解消するためには継続的で十分な実習、実践が必要であるという思いがうかがえる。インタビューとしては、知識を増やすことによって医療的ケア・医療ケアに対するリスクへの感度を高めることができるのではないかと感じた。

また、生活援助の中でアセスメントをしてきた訪問介護員にとって、ターミナルなどの医療ケアが中心になった支援の中で、専門職として家族や利用者の不安や変化に気付き、その不安や変化に対応することは、これまでとは異なるアセスメント力を問われることになるであろうと感じた。

8.2.4.視点 4: 介護職が医療的ケアを行うことに対する意識

「個人としては、利用者のことを考えるとやってあげたいという気持ちもあるが、不安も大きい。」という声が多く聞かれた。一方、「事業所の管理者として考えると、高齢化する登録ヘルパーには本人もやりたがらないだろうし、頼めない。実際はサービス提供責任者が実施することに

なるだろう。」と利用者のニーズと事業所運営の狭間で困惑することを予想した声が多かった。

8.2.5.視点 5:在宅介護ならではの困難事例

在宅介護ならではの困難事例は、医療的ケア・医療ケアがある場合、家族の負担は精神的にも経済的にも大きくなり、それにより医療的ケア・医療ケア以外の問題も絡み合う内容が多いようであった。話を聞いた中で、介護職がケアの一部を担うことにより、負担が軽減される場合もあるのではないかと感じられるケースもあった。

8.2.6.視点 6:医療的ケアの研修に対する要望

今回、ホームヘルパー協議会や千葉市社会福祉研修センター主催の訪問介護員対象の研修会終了後に実施したインタビューだったこともあり、学習意欲の高い方が多かった。そのため、研修には積極的であるが、技術のみの伝達、継続的でない医療的ケアの研修には疑問を持つ声、生活援助という専門性への言及も多かった。

今回のインタビューでは、ご家庭に訪問してサービスを行う一般的なイメージの訪問介護事業所が多かったものの、一部、有料老人ホームやサービス付高齢者向け住宅に併設で、併設ホーム、住宅にのみ訪問しており、日中時間帯は看護師が常駐しているという訪問介護事業所もあった。看護師が日中いる事業所は同じ訪問介護事業所といっても、インタビューをする中で差異を感じることが多々あった。この差異は、看護師がいる施設での医療的ケアと看護師のいない訪問介護事業所の行う医療的ケアの違いと重なるのではないかと感じた。

なお、看護師が常駐していない訪問介護事業所が医療的ケアに対応する際、看護師が常駐している施設と大きく異なる点は以下のとおりである。

- ①看護師のいない訪問介護事業所では、医療的ケアについて OJT を受ける環境にない、日常的に疑問点を聞く環境にない。
- ②医療的ケアの対象者が日常的にはいないため、実践する機会がない。
- ③直行直帰による非常勤ヘルパーや登録ヘルパーが多いために、チューター制度、メンター制度、プリセプターシップ、頻繁な OJT などの研修機会の提供は難しい。
- ④訪問介護員 1 名での医療的ケア・医療ケアの場面が多く、想定外(マニュアル以外)の状況下においての判断力が求められる。
- ⑤医療的ケア・医療ケアを日常的に行っている家族がおり、家族の方が慣れていて技術的にも優れていることが多い中で、専門職として医療的ケア・医療ケアを行うという環境下にある。
- ⑥医療的ケア・医療ケアを行った後、急変してもすでに現場にいない場合がある。

⑦利用者によって、同じ用途の医療機器でもメーカーが異なり、取扱い方法も異なる。

介護職員の医療的ケア・医療ケアでの問題点への対応、不安の解消のみならず、上記のような訪問介護特有の相違点を踏まえ、研修の担い手としてどのように研修をコーディネートできれば良いのではないかという視点で、以下のような研修プログラムが必要と考える。

1. それぞれの文化を理解するための研修【グループワーク】

- ・看護職と介護職の専門性は何かをグループで意見を出し合い、理解を深める。
- ・知っている言葉、知らない言葉、その説明文をつくるグループワーク
- ・看護職ができること、できないこと、介護職ができること、できないことを分類するグループワーク等でお互いを理解する研修

これにはその必要性を看護職に感じてもらう、参加してもらう仕掛け必要だと思う。

2. 観察力、アセスメント力の強化する研修

- ・根拠に基づいて観察する、記録する習慣を身につける研修
- ・感覚、何となくを追及する探求性と分析性を身につける研修
- ・介護職ができるフィジカルアセスメントの研修

3. 不安を解消する研修

- ・利用者と自己を守る法律知識、報告・記録の仕方の研修
- ・医療的ケア・医療ケアに対するリスクへの感度を高めるための知識
- ・医療的ケア・医療ケアを含めたリスクマネジメント研修
- ・医療的ケア・医療ケアを行うことをふまえたメンタルヘルス研修
- ・緊急時の対応研修

4. 困難事例検討

- ・医療的ケア・医療ケアを含む困難事例検討

5. 医療機器業者による医療機器取扱い研修

6. アサーティブコミュニケーション研修

7. 医療的ケア・医療ケアのマニュアルの作成

インタビューで、事業所内研修として介護技術のマニュアル作りをしているという事業所があり、それを参考とした研修企画である。医療的ケア・医療ケアについて、訪問介護員用のマニュアルを、訪問看護師とグループワークをしながら長期的研修として作成をめざしたい。

8.2.7.まとめ

最後に、この研究では、現場の声を多く聴き、他の委員の方々からも各分野での意見を聴くことができ、私にとって大変貴重な機会であった。インタビューに快く応じていただいた方々、佐々木委員はじめ委員の方々に深謝申し上げたい。今後は、この体験を研修企画に反映し、訪問介護員の方々の専門性の追及と資質の向上につながるように鋭意努力していきたいと思う。

8.3. 在宅療養者の医療ケアにおける介護と看護の連携に関する課題

東海大学医療技術短期大学教授 鈴木陽子

8.3.1. はじめに

今回の調査結果から、介護職にたんの吸引や経管栄養等の医療ケアが拡大することに対し、訪問看護を担っている看護師側の不安が大きいということが明らかになった。また、聞き取り調査においては、訪問介護職は自らの知識と技術に対する不安の軽減をはかり、かつ、在宅療養者が必要とする医療ケアが安全に実施されていくために「介護と看護の連携」を強く求めているということも明らかとなった。「介護と看護の連携」については、現状でも十分とは言えない中で、たんの吸引や経管栄養等の医療ケアを介護職が実施していくためには、「看護との連携」がより重要となってくるが、連携の具体的なあり方や方法については課題が山積している。

本研究の聞き取り調査を基に、「介護と看護の連携」に関する課題について、四つの視点から整理したい。一つ目は、介護職が医師や看護職との情報交換や情報の共有がうまくできていないという課題である。二つ目は、医療ケアを必要とする利用者のチームケアにおけるケアマネージャーの役割とあり方である。三つ目は、介護職が医師や看護職との間に精神的な壁を感じており、そのことが連携の支障になっているということである。四つ目は、介護職が実際にたんの吸引や経管栄養等の医療ケアを利用者に提供する時の訪問看護職のバックアップ体制のあり方である。

8.3.2. 医師や看護職との情報交換や情報の共有の課題

ヒアリングから利用者の居宅サービス計画に訪問介護、訪問看護がプランニングされている場合でも、介護職に利用者の健康状態や治療に関する情報等が十分に伝えられていないことが多いとの意見が聞かれた。介護職が医療ケアを実施していくためには、医師・看護職との情報交換の場や情報の共有がないと不安が大きいという現実がある。

現状を示す一例として、がんの進行でターミナル期にある利用者のケアにおいて、疾病の状態や利用者や家族の受け止め方等の情報提供が、医師や訪問看護師から無いために不安が大きいまま訪問介護を続けなければならない状況があった。また、この事例では、ケアマネ

ージャーに聞いても適切な情報を得ることができなかったという。事業所を通じて訪問看護ステーションに連絡を取ってもらうと、「ヘルパーには教える必要がない」との返答であった。この事例のように、情報の共有もできず、効果的な連携もできないままに各々のサービスを提供している場合も少なくないようである。これは介護職と看護職が、お互いの専門職としての役割や機能を十分に理解できておらず、情報交換や情報を共有することの重要性の認識が薄いことが要因となっていると考えられる。

訪問介護と訪問看護が、利用者の望む生活を実現していくために、お互いに情報を共有し連携していくことが、利用者にとってどんなに重要であるかを理解していないためにおきているとも考えられる。このように、連携や協働のために必要な有効な情報交換システムやネットワークが構築できていないところも多いのが実情であろう。しかし、一方では、口頭や連絡ノート等で情報を共有して連携を取ろうと工夫しているところも多い。また、せっかく連携や協働のためのツールを整備しても、訪問看護職が記載する記録内容に専門用語が多く介護職には解り難い、医師からの指示書も同様の理由で、その内容が介護職にとって分かり難い表現であることが多いということも聞かれた。ミスを起こさないためにも有効なコミュニケーションを取るためにそれぞれの職種がどのように歩み寄るかを検討することが今後の大きな課題である。

医療依存度が高い利用者の在宅ケアについての連携は、定期的なカンファレンスの開催を励行しているところや、電話やメールを使用し情報交換を密に行っているところもある。先進的な事例としては、事業所によっては電子カルテ型情報共有ツールを開発しているところもあった。しかし、これらは、地域差や事業者の背景にも大きく左右されているようである。現状では、主治医や訪問看護等の医療と介護のサービス提供者が定期的にカンファレンスを行う機会さえ持っていないことも多いという実態があった。

今後、介護職がたんの吸引や経管栄養を実施していくために、医療ケアの研修を受け、十分トレーニングを積んで利用者に対応していくことが基本となるが、それでも、医学的知識と技術が十分とはいえず、当面は経験も未熟な状態で実施せざるを得ない状況が続くことになろう。したがって、利用者に安全にケアが実施されることと、介護職の不安や負担の低減を目指すことは重要なことであり、チーム連携を強化できるようなシステムを早急に整備していく必要がある。まずは、利用者の心身の状態変化や治療内容等、最低限必要な情報を医療職、介護職両者に分かりやすい情報共有が可能となるツールの開発と利用の促進、カンファレンスの義務づけ等、チームケアのために必要な情報交換のツールを整備していくことが最重要課題であると考ええる。

8.3.3. 医療ケアを必要とする利用者のチームケアにおけるケアマネジャーの課題

介護と看護の連携上の課題にケアマネジャーの役割不足に関することが多く挙げられた。

上記の事例においても、利用者の状態についてケアマネジャーを通して訪問看護師に確認してもらったが、意図が十分に伝わっていないため、確認したいことや把握したいことに対する確かな返答が得られなかったというものである。このように、ケアマネジャーの能力によっては、介護と看護が適切な情報交換を行い、チームケアを進める過程において足かせになってしまう場合があるということである。これはケアマネジャーの資質による面と、知識や判断の基盤となる専門職の職種にも関連があると考えられるが、ケアマネジャーは、訪問介護と医師や訪問看護との橋渡しを効果的に行う役割を担っていることを強く意識し医療依存度の高い利用者にも対応できる能力を高めていくことが必要である。訪問介護・訪問看護事業所によっては、利用者の情報交換は全てケアマネジャーを通して行わなければならないという認識を持っているところもあり、その結果として、各々のサービス機関が直接連絡し合うことをせず、タイムリーな対応ができずに利用者のケアに支障が出ているという意見も聞かれた。

在宅療養者の医療ケアを介護職が担う必要性が生じたことの大きな要因に、訪問看護の量とコストの問題がある。これは、訪問看護に携わる看護師の不足から訪問看護サービス提供量が十分に確保できないことと、訪問介護に比べ訪問看護は利用料が高いためにケアプランに組み込むことを控える傾向があったことによると考えられる。また、このケアプランに訪問看護を組み込むかどうかはケアマネジャーの認識にもよるところも大きい。利用者に疾病があり、医療的管理が必要な場合でも、ケアマネジャーが福祉・介護分野の出身である場合には、医療ニーズに対する認識が低く、その結果として訪問看護サービスの利用を控え、訪問介護サービスが主軸となるプラン作成の傾向が指摘されている。医療ニーズがある利用者に対しては、本来であれば、介護職・看護職を含めた各専門職がチームケアとして在宅療養者の支援をするというマネジメントの役割を持つケアマネジャーが、場合によってはチームケアの悪循環の要因となっている場合もある。

8.3.4. 介護職が医師や看護職との間に精神的な壁を感じていることに起因するコミュニケーション不足の課題

介護職からは、医師や看護職との間に精神的な壁を感じているという声も聞かれた。介護職からみると、訪問看護職は介護職を下に見ているように感じられる言動が多いという意見も聞かれた。その一例として、訪問看護師に利用者の状態が気になり、尿量等の情報を報告したら、「大丈夫それくらいは」と、その理由の説明もないまま話が終了したりし、介護職に話をしてもわからないからと見下されているように感じたという報告もあった。介護職にとっては、このような言動が医療職に対する負のイメージとなっており、訪問看護職と気軽に話ができないというような言葉も聞かれた。また、利用者のことでの疑問があり、看護職に質問すると、「そんなことをわざわざ聞くのか」といった言葉が返ってきたりし、このような体験を一度でもすると、聞きたくてもためらってしまい質問の機会を逃がしてしまうという言葉も聞かれた。このように、介

看護職が訪問看護職に対して感じている負のイメージが、お互いのコミュニケーション不足にも繋がっている要因の一つであると思われる。

訪問介護と訪問看護の連携が取れていると、利用者のケアに関することで疑問や不安なことが生じた場合でも、現場からの連絡で速やかに確認でき、すぐに利用者に対応できる。このことは、利用者の適切なケアに繋がるだけでなく、介護職の不安の軽減にもつながる重要なことであると考えられる。

8.3.5. 介護職が医療ケアを利用者に提供する時の、訪問看護のバックアップ体制の課題

訪問介護職が医療ケアを安心して実施していくためには医療職のバックアップ体制の整備は不可欠であり、この対応策として、平成 24 年度の介護報酬改定において「看護・介護職員連携強化加算」として新規に加算制度がされることになった。この制度が十分に機能していくか否かは、サービスを提供していく人の認識にもかかっているが、利用者利益のために最大限活用されることが望まれる。評価は今後の課題でもあるが、これにより訪問看護ステーションと訪問介護事業所双方が、連携に必要な調整コストが多少でも解消され、結果、利用者の生活の質に寄与することが期待される。

介護従事者ができるだけ不安なく、利用者に安全な医療ケアを提供していくためには、看護職による初期指導だけでは不十分であり、介護職と看護職が互いを必要とするときに情報交換や連絡し合うことが容易にできること、看護職は介護職から指導を求められた時にすぐに応じることができるというシステムが保障されていること等が重要である。そのためには、早急に医師や訪問看護職のバックアップ体制が可能となる環境を整備していく必要がある。また、介護職がたんの吸引や経管栄養等の医療ケアの役割を担っていくにあたり、安全に実施できるように医療ケア研修を受け、知識と技術を身につけていくことになるが、この教育研修に於いて、看護職は介護職に確かな知識と技術を身につけてもらい不安の軽減につながるような教育的支援を行えるかどうかが鍵でもある。看護職は、介護職の専門性と独自性を理解し、医療ケアに対しては、どのように支援していくことがよりよいパートナーシップに繋がっていくかを意識し関与することが求められている。

8.3.6. おわりに

介護職の医療ケア実施については、利用者が安全で安心してこの医療ケアの提供を受け、家族の負担の軽減になるものでなくてはならない。そのためには、医療と介護はより連携を強化し利用者サービスに還元していく必要がある。特に訪問介護と訪問看護は連携が必須でありよい関係

を築いていく必要がある。両者がお互いの専門性を認識し信頼関係を構築することが求められている。

ケアに必要な情報交換や意見交換が十分に行われることは、利用者や利用者家族へのケア目的や問題が共有でき、より効果的で効率的なサービス提供に繋げていくことができる。また、よいケアが実践できているという実感が持てると、サービス提供者側である介護職も看護職もやりがいの感じられる仕事に繋がっていく。さらに、介護職と看護職がよい関係を築くことで、お互いの情報を基に利用者の状態変化への素早い対応にも繋げることも可能となり、その結果として、介護職が医療ケアの一部を実施していくことに対する国民の理解と信頼を得ることにも繋がっていくことと思う。

介護職が医療ケアを実践するという制度改正が、チームケアの強化と連携の重要性を改めて感じさせてくれる機会となることを念ずる。

8.4. 2012（平成 24）年介護保険改正に対して危惧すること

一般社団法人千葉県ホームヘルパー協議会会長 境野みね子

8.4.1.はじめに

千葉県ホームヘルパー協議会会長として、「平成 23 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）医療依存度の高い在宅高齢者に対する、質の高いサービス提供のあり方に関する調査研究事業」に参加した。2012（平成 24）年 4 月に介護保険法の改定が直前に控えている中で今回の調査研究に携わり、訪問介護の現場を預かる代表者として問題と思われる点について述べる。

今回の介護保険法の改正で大きく変化した点は生活援助のサービス提供時間の短縮である。これまで 60 分とされていた生活援助が 45 分に短縮された。時間にして 15 分、4 分の 1 の短縮である。生活援助時間が短縮することにより、現在でも利用者ニーズに十分に応えられていない状況が一層厳しくなるとともに、国の目指している、自立支援や尊厳ある介護に向けた支援の実現も困難を極めてくる。なぜならば、15 分の時間短縮により、利用者に尊厳ある介護を提供し、自己決定を促す自立支援というサービスの提供のあり方が極めて難しいことが懸念されるからである。

時間短縮で特に影響を受けるのが買い物である。在宅で生活する利用者にとって食（食べること）は生きること、楽しむことといった QOL を向上させるうえでも非常に重要なものであり、買い物に行けない利用者にとって大切な支援の一つである。現在でも 60 分の生活援助で買い物に行き、戻ってくるには時間的な厳しさがあり、15 分の短縮は買い物に行くこと自体が困難となるケースも出てくる。買い物に移動時間がかかる環境におかれている利用者や、身体状況等で時間短縮をすることが困難な利用者の生活援助については、対象外とする等、何かの措置を講じてもらいたい。

また、介護はコミュニケーションをとりながら行うことが重要である。時間の短縮により必要な業務に追われ、利用者に関わることができる余裕がなくなる。利用者の反応を観ながら行うことにケアの意義があり、対人関係の薄いケアは「作業」に陥りやすくサービスの質が低下するだけでなく、利用者の自立支援という観点からもマイナスとなりやすい。

生活援助の時間短縮が実施されても、記録の作成に費やす時間等は変わらない。結果的に、今回の介護保険の改正では生活援助の部分の報酬は下がったと言ってもよい。日常的に訪問介護の現場では人材確保が困難な状態にあるにもかかわらず、この法改正によって在宅介護を担う人材が一層減少し、現状でも人手不足の状況に一層の拍車をかけることが推測され危惧している。

介護保険法の一部改正に伴う特定医療については、千葉県ホームヘルパー協議会でどの程度ニーズがあるのか、どの程度の事業所が参入の意志があるのか等は把握できていない状況である。

以下では、現在のサービス提供者の稼働実態と特定医療を実施するための現場の課題を報告する。

8.4.2. サービス提供責任者の実態

介護保険法の改正によって、サービス提供責任者の1人当たりの受け持ち件数が40件(40人)となることについても不安を覚える。これまで、サービス提供責任者の平均受け持ち件数は34件(介護労働安定センター調査結果)であった。受け持ち件数が34件であっても、サービス提供責任者は日常的に残業が多く、肉体的にも精神的にも労働負担が大きく退職を選択する者も多い。また退職を選択しなくともサービス提供責任者の一部はサービス提供責任者としての業務は非常に負担が大きいという理由から、ケアマネジャーとなることを選択していく現状がある。訪問介護現場におけるサービス提供責任者の業務はヘルパーの職務指導を行うだけでなく、利用者の状態を把握し訪問介護計画を作り、モニタリングの実施、支援経過に関する書類作成、サービス担当者会議への参加、緊急時のホームヘルプを行ったりする等、幅広くかつ多様な業務があり労働負担も大きい。したがって、ケアマネジャーの平均受け持ち件数の39件とサービス提供責任者の平均受け持ち件数の40件というのは数字上では類似しているが、その職域と労働負担の差は非常に大きな違いがある。現状の34件でさえも訪問介護計画を十分に作成することができず、必要書類の作成もたまり、精神的不安や肉体的負担が大きくなって離職者が多くなっている中で、受け持ち件数が増えることは、今以上にサービス提供責任者の負担増を増強することとなる。負担を減らすためには、手間のかからない利用者を選択することとなり、利用者や利用者家族にその弊害がのしかかる。

8.4.3. 訪問介護と特定医療ケア

介護保険法の改正で訪問介護現場が受ける影響はこれだけではない。最もヘルパーに大きな影響を与えるのは、特定医療ケアの導入である。今回、ヘルパーにも認められる医療ケアとはたんの吸引と経管栄養である。医療ケアというものは医療職が行う医行為である。医行為は医師法、保健師助産師看護師法により定められている業務独占の行為であり、無資格の者が行えない行為である。ところが介護現場では看護師の人材不足が背景にあり、たんの吸引や経管栄養を行うことが困難となっている。国の方針では在宅重視の政策を掲げているが、看護師の不足を介護職によって医療ケアのニーズを補おうとしているのかと感じてしまう側面も払拭できない。

今回の改正で、ヘルパーが医療ケアを担うのであれば、安全の確保ができるように慎重に学習や支援を進めていかなければならない。訪問介護現場においては利用者一人ひとりの身体の状態も異なり、かつ使用している機種も家庭でそれぞれ異なっている。利用者の数が多ければ多いほど、その対応方法や機器の使用法・特性に対する理解も習得しなければならない。同時に、利用者の安全を確保するためにも、例えばたんの吸引実施時の清潔を守るために必要な知識や各工

程において正しく実施できたのかを理解し身につけなくてはならない。また、万一、医療ケアを実施中に事故が発生した場合、事業所だけでなく実施者であるヘルパーにも責任が問われてくるのではないかと不安である。短時間の支援の中で安全を担保し事故が起きないようにするにはどうすればよいのかが大きな課題であるが、実際に介護事故に対する賠償の影響について保険会社に問い合わせたところ、賠償金額が上がる可能性があるという回答を得た。しかし、この改正ではたんの吸引を行ったからと言ってもわずかな報酬が加算されるにとどまっている。利用料は他の業務と同じ金額設定である。リスクを抱えながら報酬は増加しないという中で、いったいどれほどのヘルパーが医療ケアを担いたいと思うであろうか。やる気と使命感だけでは対応できない問題がある。結局のところ、リスクを抱えながら医療ケアを行うのであるから事業者単位で取り組まないといけない問題であるが、その事業者自体が、高いリスクと低い報酬でという構造的なところに問題があることから事業に参加したいと手を挙げないことが大きな問題である。

医療ケアの実施には研修を受ける必要があるがここにも多くの課題がある。人員の関係で研修参加をすること自体が困難である。その上、研修は特定の者（既に事業所を利用している利用者）を対象としている場合には、それに対応した形で研修を行うことになっている。そうすると、事業所に特定の利用者がいない場合には、その研修を受けることができないことになる。他方、不特定の利用者を想定した場合、研修を受ける場所の確保ができない問題がある。千葉県の場合、胃瘻に関する研修で30人の受講生を募集したが、1日3回の経管栄養の研修をどのように練習していけばよいのかが課題であった。たんの吸引も利用者から了承を得られなければ実施することができない。演習と実地訓練の確保が難しく、30人の研修をどうするかで混乱した経験がある。実地訓練を施設の場合は所属法人の入居者で対応できる可能性があるが、在宅の場合は極めて難しい。そして、今年4月からは都道府県が民間事業として研修を委託する動きがある。仮に千葉県ホームヘルパー協議会が研修の委託を受けたとしても実技と演習をする機会を確保することが難しく、ニーズに対応できるだけの状況はつくれない。

8.4.4.医療ケア研修に対して

研修参加の問題もあるが、国や自治体から研修参加にかかる費用への助成、医療ケアを担う事業所に対して介護報酬の上乗せを制度化してほしい。特定医療が必要な不特定利用者を想定した場合、医療ケアを行うためには50時間の研修を受けなければならないが、その費用は事業所・ヘルパーの負担である。医療ケアを行ってもその報酬はわずかにしか上乗せされない。つまり、ハイコスト・ローリターンの状態である。医療ケアを担うということに躊躇する事業所・ヘルパーが多い中で、事業所や介護職個人の研修経費負担は、制度そのものが機能しない恐れを孕んでいる。言い換えれば、医療ケアを必要としている利用者にとって利用している事業所が研修を受けていないからサービスの利用ができないということは家族介護の負担の軽減にもならないばかりか、命にかかわる問題でもある。だからこそ、国は多くのニーズに応えられるように事業所やヘルパーへの負担を軽減できる研修費等への助成を考慮すべきである。そのための体制づくりに関する協力は、千葉県ホームヘルパー協議会としても惜しまないつもりでいる。

他にも研修を終えて医療ケアを行えるようになったとしても、今度は実施にはいくつものハードルが待ち構えている。医療ケアの実施には医師の指示書と看護師による計画書を作成し、医師と看護師を交えた打ち合わせを利用者宅で何度も行わなければならない。しかし、打ち合わせにかかる経費は介護報酬にないため、ヘルパーには打ち合わせに対する賃金が発生しないと納得してもらいか、事業所が諸経費を負担するかしがなく、医療ケアの実施に踏み切ろうと考えている法人にとって経済的リスクが大きい。

8.4.5.訪問介護事業者二極化の道

たんの吸引は医療行為であることから、医師の指示に基づき正確な記録を残し、その報告も必要となってくる。医療ケアの実施に対して、訪問介護事業者は二極化するのではないかと。一つは利用者の立場となって医療ケアの実施を行う事業所、もう一つがリスクと研修等に人員を割くことができない事業所は参加しない（できない）のいずれかである。千葉県ホームヘルパー協議会における訪問介護事業者へのヒアリング結果から、全体の5分の1（2割）程度しか医療ケアを実施するという事業所が現れないのではないかと推測する。3年くらい経過すると、今回の改正による医療ケアがどのように推移するかが見えてくるものと思われる。

最後に、千葉県ホームヘルパー協議会は日本ホームヘルパー協会と連動し主張してきたことがある。それは家族ができることはヘルパーができることとしてみなしてほしいということである。医療ケアという特別な枠組みで制度化するのではなく、訪問介護における日常生活支援としてみなしてほしい。在宅重視の政策を掲げるのであれば、家族介護の負担軽減方法としてヘルパーがその代わりができないものか。ヘルパーの使命は介護サービスを利用する利用者の自立と尊厳を守る支援をするだけでなく、利用者の家族の負担軽減を図ることである。しかし、一方で、法制度が整わなければ事故が起きた時の保障の問題や研修の内容や方法のばらつきが出ることなどが考えられるため、研修が制度化されたことは一歩前進と考えるべきであろう。前述したように、制度の中で研修を受ける際の費用や研修に参加させられるだけの人材に余裕がないことなど、現場では課題が山積している。

千葉県ホームヘルパー協議会の会長として、介護現場で働く我々の現状を少しでも多くの人に知ってもらいたい。介護保険法の改正に伴うしわ寄せが利用者とその家族が被らないためにも、それを支える側の実態についても知ってもらいたいと思うからである。そのひとつとして、千葉県ホームヘルパー協議会の会員が、本調査へ協力することにより千葉県内のホームヘルパーの医療及び医療的ケアの実態とホームヘルパーのかかえる不安要因が抽出できたことは現状を知るだけでなく、今後どのような研修が必要であるかを考える上でも多くの収穫があった。今回の調査研究事業に参加することができたこと、参加研究員に対し有意義な研究成果を上げることができたことについて心より感謝申し上げる。

8.5. 医療ケアのための教育プログラム周辺の諸問題

日本女子大学名誉教授 高木郁朗

ここでは、介護担当者が医療ケアを実施するのに必要な教育プログラムを作成するうえで、直接にはプログラムとは関係がないが、このような教育を実施するうえで、検討しておくべき論点についてふれておきたい。

8.5.1. 一般教育の重要性

第一の論点は、医療ケアの実施にあたる介護労働者への教育プログラムのなかでは、当然に医学上の基礎知識と一定の専門的知識および技能の習得が目的とされ、それにふさわしい内容が整備されなければならないことは当然であるとして、そのような意味での専門的教育プログラムに終始してよいか、どうかという論点である。より積極的にいえば、医療ケアにあたるいわば専門職には、より広い一般教育が必要ではないか、ということである。

第二次大戦後、日本における高等教育においては、大学での前期における一般教育(教養教育)と後半における専門教育にほぼ分化するというかたちがとられてきた。たとえば医学系の学生でも、医学部への進学課程においては、他の学部学生と同様に、歴史学など人文科学や経済学など社会科学系の授業が受講することが義務づけられてきた。しかし、1970年代以降、専門教育の強化がスローガンとされ、一般教育が軽視されるようになり、専門教育が最初の学年まで配置されて、一般教育の単位数は激減した。

医学の考え方であれば、これはファンクショナリズムとシステムズムの関係として理解することができる。ファンクショナリズムは、科学的知見にもとづき、医療的にもっとも効果の高い治療方法を医師が選択し、実際に治療を行うという考え方である。この考え方であれば、医療教育は、医療分野の専門性を最高度に高めるものであればよい、ということになる。一方、システムズムの考え方では、機能的、専門的の処方、対象となる人間にとってもっとも適切なものであるとはいえないので、対象者やその他の関係者とのあいだにフィードバック関係を設定し、科学的な適切さより、人間的な適切さを重視しようというものである。インフォームド・コンセントといったあり方はシステムズムの考え方を部分的に反映している。後者の考え方であれば、医療行為はより人間的なものでなければならず、それを実現するためには、医療教育は専門教育にとどまらず、いわば人間教育ともいうべき一般教育の分野をも視野にいれておかなければならないことになる。

介護労働者による医療ケアは、疾病の治療にあたる医師・看護師など医療従事者の医療行為とは、異なる側面をもっている。介護の目的は人間生活の介助・支援であるから、たんに医療の補

助的な行為とは限らない。介護労働者の医療ケアは、たしかに現状では医療従事者の人材不足を補うという意味をもっているが、それにとどまらず、日常の被介護者の日常の生活行動をより人間的なものとするという意義をもっているはずである。たとえばバイタルチェックは、治療の必要性を示す指標であると同時に、日常生活上の注意を示す基準ともなる。医療ケアにかかわる教育は、医療ケアそのものの技術・技能にかかわるだけでなく、介護労働者がその本来の業務である生活支援にもかかわってくるのであって、医療ケアにかかわる教育のなかでは、介護労働者が対象者との関係性をもとに、主体的に判断しうる根拠が与えられなければならない。その意味からすると、医療ケアに関連する一般教育を組み込むことの意義は大きい。とくに、ヘルパー研修においては、もっぱら実務的な知識、実習が中心となっていることから、この段階であらためてそうした教育内容を付加することは重要であろう。

こうした介護労働にかかわる一般教育的なカリキュラムの内容については別に検討すべきことであるが、さしあたりでいえば、マイケル・サンデルの講義録は2つの意味で重要な参考になるものと考えられる。1つは、行為の判断の基準（サンデルにあっては正義とは何か）を主体的に考えることの重要性を教えていることであり、もう1つはそうした能力を具体的なケースを設定して教授するという手法を示していることである。

8.5.2.2 つのグループの介護労働者

今回の調査結果にも部分的にみられるところであるが、労働力供給の側面からみて、現状での介護労働者には、2つのグループがあると考えられる。むろん、実態的には、この中間のグループ、あるいは、他の職種に行きたいが、その就業機会がないため、一時的な就業場所としての介護労働の分野を選択しているといった他のグループも存在するから、2つのグループといっても概念的なものである。このようなグループごとにどのような教育プログラムを提供するかは、この分野における人的資本投資のあり方として、論議すべき論点であると考えられる。しかし、ここではそうした他の分野を検討することは不可能なので、論議としては、医療ケアの教育プログラムにかかわるグループだけに限定する。

概念上の2つのグループの1つは、現実の介護上での必要にも迫られて、介護労働者による医療ケアの実施の必要性を積極的に認め、進んでそのための教育も受け、能力開発を行おうとする人びとである。このグループとしては、施設介護に従事する比較的に年齢層の低い、ときには職業生涯の最初から介護労働を選択した人びとを想定することができる。もう1つのグループは、介護労働が主として通常的生活支援・介助にあると考え、医療ケアとはいわないまでも、生活上の必要としては充足しなければならないと考えるにしても、それは一般家庭における家庭内の看護活動と同様のものと認識している人びとである。この場合は、一定程度専門的な医療ケアのための教育は必要であく、一般的な常識、あるいはヘルパー研修によって得られる知識・技能の程度で足りると考えることになる。このような介護労働者は、居宅介護系で、比較的年齢層が高く、継続的な職業経験がなく、いわゆる専業主婦からのこの分野の労働市場に参入した人びとを想定することができる。

前者のグループにかんしていえば、たんに教育プログラムの提供にとどまらず、教育をうけ、知識・技能を身につけようとする事への結局的なインセンティブが不可欠であると考えられる。こうした人びとも、さしあたりは、必要な業務を遂行する能力を獲得することに大きな意義を認めても、結果的にその職業生涯のなかで、大きな意味のあるものとならなければ、その積極性もしだいに消滅していくか、意欲にもえてとりくんだ結果にたいするリターンがないこと、あるいは心理学上の「高要求・低コントロール」モデルによってしめされるような状況によって燃え尽き症候群に陥るか、といったことになる可能性をもっている。

後者にかんしていえば、医療ケアにかんしてある程度に専門的な教育が必要ではないとはいえない。少なくとも、通常の生活を超え医療的な措置が必要であるという判断ができる、もしくは自らが所属する事業所の責任者に判断を求める必要があるかどうかを判断するだけの知識・能力は教育によって付与されなければならない。しかし、より重要なことは、異常時のバックアップ体制である。

このようなことを考えると、医療ケアにかんする教育プログラムでは、ただ1つのコースを考えるのではなく、介護労働者のなかの特質をもったグループごとに、プログラムを設定すべきではないか、という論点が浮かび上がることになる。また教育訓練によって得られる資格についても、単線型ではなく複線型・多層型のものになるよう検討すべきことになる。

8.5.3.資格のあり方と養成費用

グループごとに教育と資格を検討するということはもう1つの論点に接続する。日本においては多くの国家資格など公的資格はいってみれば、永久ライセンスとして設定されている。典型的にはドライバー・ライセンスで、重大な事故をおこさない限り、身体がきかなくなっても有効であり、一定の期間にごく簡単な講習をうければ死亡するまで有効である。医師、看護師、ヘルパーといった介護職の資格についても同様である。たとえば、女性の看護師が結婚によっていったん専業主婦になり、一定の期間をへて復帰するといった場合に、実際には一定の教育・訓練が行われるのが普通ではあるが、資格そのものは返上されているわけではなく、継続されることになる。ほぼ日本の介護労働者資格に相当すると考えられるアメリカのアシスタント・レジスタード・ナースの場合では、州ごとに一定の違いはあるものの、一定期間ごとの再研修と、場合によっては検定試験が、資格継続の要件として求められている。

現段階で、医師、看護師を含むすべての医療職種についてこのような義務付けが必要、または可能であるというわけではないが、新たに介護従事者による医療ケアについての資格制度を設定するとすれば、医療そのものが日進月歩であり、また医療ケアの内容を規定する制度的な側面も急速に変化する可能性をもっているところから、資格の継続については、一定期間だとのかなりの程度に本格的な再研修を義務づけること、いいかえればこの資格にかんしては実質的に有効期間制度を設定することが検討されてよいと考えられる。

問題はこのような資格の取得後の知識・技能の向上を含めて、人的資本投資を誰が行うか、ということである。人的資本投資が行われるのは、それ自体が業務の遂行上不可欠であるというこ

とを除けば、経済的リターンが期待されるからにはほかならない。介護保険体制下では、教育をうけた、より上級の資格を有する人材を配置した場合には、介護報酬単価に加算措置があり、実態はともかく理論的には、この加算によって事業所はその範囲で、資格のある介護労働者に相対的に高い賃金を支給することとなる。こうした筋道を考えると、最終的なリターンは資格を得た介護労働者ということになるから、人的資本投資も介護労働者本人が行うべきであるということになる。問題はこのような考え方は適切かどうかという点である。

いま、医師の場合を想定すると、私立医科大学にみられるような高い授業料や寄附金が人的資本投資になるから、本人(または家族)の投資ということになる。その投資に対しては、医療保険上の医療単価がリターンを保障することになる。しかし実態的には、国は国立大学法人には授業料収入を超える多額の費用を支出しているし、私立大学に対しても助成金を支出している。この原資は税である。つまり、人的資本投資の少なくとも一部は、国や自治体もおこなっていることになる。

医師と介護労働者との給与水準を比較していえば、圧倒的に医師が上回っている。人的資本投資のリターンは医師の場合は保障されているとしても、介護労働者がより上級の資格を取得するのに、本人の投資へのリターンが全面的に保障されているとはとうていいえない。現段階で緊急かつスローガンであると考えられ、またそれは医療人材の不足を補充するという意義をもつことも考慮していえば、さしあたりでいえば、医療ケアの人的資本投資に関しては、機会費用を含めて、基本的には介護保険の枠外で、国(一部は自治体)が担うという方向が確立されるべきであると考えられる。この点がきっかけとなって、看護および医療における人的資本投資のあり方が全面的に再検討されるようになれば、日本の社会サービス全体の人材養成のあり方に積極的な意義をもつことになると考えられる。

8.5.4.終りに

医療ケアの人材養成の検討にあたっては、プログラム開発以外に大きな社会的課題がある。以上に述べたことはその一端にすぎない。それゆえ、プログラムの開発にあたっては、その技術的・専門的側面にとどまらず、システムのあり方を含めた総合的な検討がおこなわれることが望まれる。

8.6. 総括

日本社会事業大学社会福祉学部福祉援助学科准教授 佐々木由恵

8.6.1.在宅ケアを支えるホームヘルパーの実態

昨年は、施設における医療ケア・医療的ケアの実態を調査報告したが、本年度はホームヘルパー（主に訪問介護員）を中心に在宅での実態を調査した。

本調査研究は、千葉県ホームヘルパー協議会（会員数約 1000 人）及び社会福祉法人千葉市社会福祉協議会社会福祉研修センターの協力を得て実施した。その結果、ホームヘルパーの年齢は、最年少が 28 歳、最高齢が 77 歳であり平均年齢では、5 歳間隔で見ると 61～65 歳が最も多く、50 歳代～60 歳代が中心であるという特徴が挙げられ、20～30 歳代に比較し 60～70 歳までの層が厚いという結果を得た。このことは、近い将来、ホームヘルパーの高齢化に伴いホームヘルパーが激減するという現象を示唆している。また、昨年の施設職員のデータと比較すると、ホームヘルパーで介護福祉士の資格取得者は、本調査対象者においては、おおよそ 3 人に一人（32.5%）であったが、そのうち介護福祉士養成校を経て介護福祉士となっている者は 1 名のみで、他のものは、3 年以上の介護経験をもとに介護福祉士となっていた。このことは、介護福祉士に必要な知識のレベルの学習が系統だてられていないということにも繋がり、特に、介護過程の展開に必要なアセスメントの視点、根拠が求められる課題抽出や介護の方法論などでは、現場体験のみでは太刀打ちできない状況も持っていると推測され、現任研修による知識の確認や補充が重要であることが示唆される。ホームヘルパーの在職年数を見ると、1 事業所に 6～8 年とどまっているものが最も多く（平均 8.1 年）、施設職員と比較すると在職年数が長いのが特徴といえる。これは、施設と比較し非正規職員が多いため、仕事時間や仕事回数を調整できるという特性や、ホームヘルパーの年齢層から他職種への転職や施設系介護職などへのシフトが難しいということが要因となっていると推測される。また、施設経験者もいるが施設勤務年数は「1 年」と短期間就労であった。

本調査対象者の中には、居宅系のサービスである高齢者専用賃貸住宅内の訪問介護ステーションに所属しているものを含まれている。

8.6.2.調査からの知見

医療ケア・医療的ケアにおいて、体温測定、血圧測定、口腔ケア、薬剤塗布は 80%を超えた実施率となっていた。この項目に関しては、昨年の施設調査と同様な結果となっているが、全体の項目から概観すると、施設介護に比べ医療ケア・医療的ケアの実施率は低い。

これは、在宅介護は、家族介護者が対応できる環境があることや、施設利用者のように重度の

介護が必要な利用者ばかりではないことや、限られた時間での訪問であることから生活に最も必要なケアが再重視されること、訪問介護と訪問看護をすみ分けて使用している状況などが関連要因として考えられるが、今回の調査では医療ケア・医療的ケアを必要とする利用者のバックグラウンドまでは調査していないため断言はできない。

在宅で、不安の多い医療的ケアは、爪のケア（48.0%）、褥瘡ケア（47.3%）、応急処置（42%）、意識レベルの確認（42%）となっている。高齢者の爪は、陥入爪や白癬菌により肥厚し脆くなっていることも多く、単独で行動しているホームヘルパーにとっては大きな不安となっているのであろう。爪のケアでは、近年、北九州の病院で起きた「フットケア」なのか、「爪はがし」なのかを問われる裁判があったことも不安を増強させる一因となっていることが推測できる。爪切りを日常生活支援として行った結果、高齢者の脆くトラブルの多い爪は同様な状況を引き起こす可能性がある。必要に迫られて実施するケアが、このような問題にまで発展するのであればケアをしないほうがよいという状況も生まれてくる。特に、在宅は密室性が高い空間であるため、トラブルになる前に、サービス提供責任者や医療関係者、家族等と連携し、開かれた状況の中で処置をするという工夫も大切である。

褥瘡の処置は、本来介護職には認められていない医療ケアであるが、在宅では 62.9%と高い実施率となっていた項目の一つであり、昨年の施設調査でも褥瘡ケアの実施率は高い値を示した。現段階で、褥瘡のケアは、介護職が専門的な知識や経験に基づいて適切なケアを実施するという裁量権は与えられていない。コストは高くなるがドレッシング剤を用いて介護職が処置をしなくてもよい状態を確保するなどの医療者サイドからの支援がない限り、不安を持ちながらも実施せざるを得ないホームヘルパーの苦悩が解消しない。褥瘡をつくらないという予防的ケアは重要であるが、現在の在宅の訪問状況（訪問回数や1回の訪問時間）や家族介護の実体を鑑みると予防にも限界がある。褥瘡ケアは、ホームヘルパーの実施する業務ではないものを実際に実施していることへの不安と、指示書によるレシピとして確立されていないものを実施しているという二重の不安があるものと考えられる。

今回の調査では、ホームヘルパーの経験が長い人ほど、爪のケア不安を抱えているという特徴がみられた。ホームヘルパーの経験年数が長い人は、サービス提供責任者等の職務を担っており、登録型のヘルパーと比較し、事業所や外部研修等を通じて様々な情報を入手しており、クレームや事故に対して慎重になっていること等が要因として考えられる。

非日常的な処置ではあるが、いつ遭遇するかわからない応急処置は、必ず一度は学習をしているはずであり、研修実施率も高い項目であるが、遭遇する機会がない限り実際の経験ができないことや、身につくまで繰り返し学習をしていないことなどから、いざという時に対応できるかどうかが不安要因として高くなっている。介護の質が問われてきているなかで、各事業所もヘルパーの学習や経験に基づいて、できること、できないことを明確にチェックし対応策を講じていく個別の管理と教育・トレーニングが必要である。

8.6.3.研修を実施して

今年度も、口腔内たん吸引の研修を実施した。難病ケアを実施している一部のホームヘルパー以外は実施経験がなく、ホームヘルパーの傾向として、年齢層が高いこともあり、清潔・不潔の取り扱い方法や実施に関する留意点を説明しても、実施時には、自分の考えや自分のやり方を通してそうとする人も多々見られた。身体の仕組みはもとより、感染予防や清潔の取扱い等も並行して教育していくことが必要であると感じた。介護職が医療ケアの一部を担っていく時代がきたが、医療の専門職としての看護師の系統だった教育とは異なっているために、どのような方法で行うことが教育効果につながるかを検討していくことも課題である。

8.6.4.今後に向けて

ホームヘルパーは、ヒアリングから医療・医療的ケアに対し、やり慣れたケアに対して、自信はないが不安もあまり見られないという現状があった。血圧測定や検温等に関しても、やる必要性があり実施しており、慣れでやってはいるが、それが正しい方法であるかどうかを問われると自信がない、不安であるとの結果がでており、事業所単位で提供しているサービスが正しく実施できているかどうかを個人ごとに確認していく管理機能をつくり、実施者の自信と安心へと繋げてことが必要である。エビデンスケアが重視されるようになってきている現在、確実な知識と技術に裏付けされた介護実践ができるように、実践当事者の意識はもちろんであるが、ホームヘルパーの特徴である非正規雇用率が高いことやホームヘルパー全体が高齢化していること、ひとり仕事であることから施設以上に解釈や判断が利用者への安全面から必要であることなどを加味すると、事業者の教育体制によるバックアップは極めて重要であるといえる。

聞き取り調査の分析から、高出現頻度名詞を見ると、「医師」が多く、医療ケア及び医療的ケアを実施する際は在宅では主治医との連携が重要であることを認識していることが窺えた。昨年の施設調査では、「看護師」というワードが多かったが、今回の調査からは、「看護師」というワードが少なく、訪問介護と訪問看護とが連携している事例が少ないためか、同じ時間を共有していないために連携・協働の実感がないのかは今回の調査からは明確になっていない。また、形容動詞や動詞からは、「不安」「必要」「怖い」「難しい」などのワードが多く、実施しているケアに対し何らかの不安を抱えながらも必要に迫られて実施している様子が窺える。介護保険制度では介護保険法に基づき、「介護サービス情報公開」が実施されており、それによると、大部分の訪問介護事業はケアマニュアルがあると報告されているが、本調査からはマニュアルがないという回答が多く、何らかのマニュアルはあるものの、現場とは遊離しており活用されていない状況が映し出された。

実施手順書も詳細に作成しているところから、実施項目程度の記述しかないところまで様々な状況があり、今後、特定医療ケアをホームヘルパーが実施していくことを考えると、それぞれの事業所が現場で活用されるマニュアル作りをすることや、OFF-JT のみに頼らず、OJT による教育

も強化していくことが必要である。

介護職が担う医療ケア及び医療的ケアを介護職のひとりひとりが、どのようにアセスメントし、判断し、実施に繋げていっているのかという疑問に対しては、今後、事例（モジュール）を作成し、介護職と看護職の認知スキームを比較検討することにより明らかにしていきたい。

本調査から、介護職は「医療ケア・医療的ケア」に対し、医療関連の学習はしたいが、できれば自分はやりたくないと考えている傾向が認められた。しかし、一方で医療に関連する知識や技術を学習したいという意欲はある。実施したくない理由のひとつは、責任の所在が個人に降りかかるため、医療過誤のような問題に巻き込まれたくないということが考えられる。医療ケアは、食事の味付けが利用者に気に入ってもらえなかった、移動介助がスムーズにいかず大変であったというような日常的な生活支援の場面とは異なり、我々の通常の生活体験にはない異質の分野であり、正確さや確実性、瞬時の対応などが要求される。医療ケアは、介護者自身の生活になじみがあるような行為ではないため、知識と技術訓練が一致しない限り、やってみよう、やれるかもしれないと思える決断は下しかねない状況を持っている。このことは、介護保険法の一部改正や社会福祉士・介護福祉士法の一部改正により一定の研修を受けることで特定医療を担える人材が育成できる体制はできたが、サービスに対する報酬についてもそれほどメリットがなく、かつ介護過誤が起きるリスクが高いとなれば、わざわざ自費で研修を受けてまでも特定医療ケアの実施者になりたいと希望する人材は少ないかもしれない。

人口の高齢化に伴い、介護職に対する社会的要請と期待はますます大きなものになってきている。介護職が専門職として発展していくためには、職業としての成熟がどれだけ早くなし得るのかがカギとなっているため、医療ケアについても、生活支援という介護独自の専門性の枠組みの中で新たに発展させていく努力が必要である。また、リスク管理を含めた介護管理の意識も強くもつことが重要になる。最後まで自分らしく生きたというささやかな、かつ人間の根源にかかわる願いを実現させるために介護の専門性を一層発展させていきたいと思う。社会的地位や専門性など様々なジレンマと悩みを抱えながら、現場をよくしていきたい、利用者のニーズにこたえたいという共通の思いを持ち介護職は日々努力を続けている。彼らの献身的な努力に敬意を評するとともに、本研究のために、アンケート及びインタビューにご協力いただきました多くの介護職の皆様本当にありがとうございました。