

介護保険施設の看護師が考える「医療的ケア」における 介護職に求められる能力

伊藤 明代*, 石田 京子**

要約

2011年に法改正がされ、介護職にも「医療的ケア（喀痰吸引・経管栄養）」の実施が認められた。以後、多くの施設や在宅で介護職による「医療的ケア」が実施されている。今回、その状況を看護師がどのように思っているのか、特に必要と言われている連携をとるにあたって介護職に何を求めているのかを、高齢者施設に勤務する看護師11名にインタビューを行った。

看護師は、医療の事は自分たちの責任という思いや、「医療的ケア」制度に懐疑的・批判的な思いを持ちつつも、介護福祉現場の実態から介護職の「医療的ケア」を容認し、介護職の不安感にも思いを寄せていた。また、「医療的ケア」を連携して実施することによる専門職同士としての相互関係の構築にも期待していた。

その連携には、まずは介護の倫理観やスキルを求めている。それと同時に、看護師自身が看護の生活支援的側面の視点を持つことや、医療的ケアの責任を自覚することで、介護職の「医療的ケア」の実践をバックアップしていく必要性を感じていた。そして、介護職が実践する「医療的ケア」が、生活支援の一環としての「医療的ケア」にモディフィートしていく事で、よりレベルの高い連携への発展に期待していた。

キーワード：介護 看護 連携 医療的ケア

2017年9月29日受理（理論）

I. 緒言

2011年に介護保険法、社会福祉士及び介護福祉士法が一部改正され、介護職にも「医療的ケア（喀痰吸引・経管栄養）」の実施が認められた。法改正後6年が経ち、多くの施設や在宅で介護職による「医療的ケア」が実施されるようになってきた。

施設におけるケアは、看護師と介護職の連携・協働が必要と指摘されてきている¹にもかかわらず、安田らの研究²では、看護師と介護職ではその教育的背景や専門性の違いから認識や判断のズレが生じ連携・協働の難しさに影響を与えているとされている。またその認識のずれが、看護師と介護職のジレンマにつながっていると、鎌田らの研究³では述べられている。

鎌田は、「自分の価値観を絶対視しないこと。価値観を絶対視しないという点で重要な事は、自分の足りているもの・足りないものに気づくことで、そこに気づけば相手の必要性、協働の重要性が理解できる」と主張している。「医療的ケア」においても、それは同様であると考えられる。それどころか、「医療的ケア」こそ、連携・協働がなければ、成り立っていないケアであると言っても過言ではないであろう。そして制度上、介護職の「医療的ケア」の指導は看護師に委ねられている。お互いの専門性を尊重し、「医療的ケア」における連携・協働を実践していくためには、現在高齢者施設で実施されている「医療的ケア」を介護職が行うことについて看護師はどのように考え、連携・協

*大阪健康福祉短期大学
連絡先：伊藤 明代
〒590-0013 堺市堺区東雲西町1丁2-7
大阪健康福祉短期大学 介護福祉学科
E-mail: a.itou@kenko-fukushi.ac.jp
**大阪健康福祉短期大学

働を行う上で介護職に何を求めているのかを明らかにする必要がありと考えられる。

II. 研究目的

介護保険施設の看護師が、介護職が行う「医療的ケア」についてどのように思っているのか、連携をとるにあたって介護職に求めているものは何かについて明らかにし、介護の質を向上させ、看護師と介護職のより良い連携のための「医療的ケア」の研修・教育に寄与するための示唆を得ることを目的とした。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、半構造化面接を実施してカテゴリーを抽出し、理論化を行うという質的研究である。

2. 研究対象

大阪府内の介護保険施設（介護老人保健施設、介護老人福祉施設、サービス付き高齢者住宅（以下、サ高住））に勤務する看護師11名を対象とした。対象看護師の属性は表1の通りである。

対象者の選定は、当短期大学の実習施設の中で大阪府内にある施設の管理者に、研究の主旨を説明して紹介を受けた方、及び当短期大学の教員が実習施設に勤務する看護師に呼びかけて定期的に行っている施設看護師交流会に参加されている方で、十分な看護経験があり、業務について自分の意見を表明できると判断される看護職とした。

看護師歴、高齢者施設勤務歴ともにベテランから中堅に位置する看護師であった。また11名の内9名が、「医療的ケア」教員研修を終了しており、「医療的ケア」の制度や、研修内容にも精通していた。特養4

名、老健6名、看護小規模多機能型事業所が1名で、介護職が「医療的ケア」を実施している施設に勤務する看護師は5名であった。「医療的ケア」が必要な利用者が増加傾向にある施設に勤務する看護師は8名であったが、このほとんどが吸引の必要な利用者であった。経管栄養の必要な利用者は、近年の終末期ケアの考え方の広がりから減少傾向にあるとのことであった。

3. 調査方法

対象となる看護師の勤務する施設に訪問し、半構造化面接によるインタビュー調査を行った。質問内容は、1) 介護職の行う「医療的ケア」に対する看護師としての思い、2) 「医療的ケア」を行う上で、看護師と介護職の連携で介護職に臨むこと、の2点を設定して研究者が口頭で質問し、各質問について看護師に自由に語ってもらった。語りは、看護師の同意を得た後に、ボイスレコーダーで録音した。

4. 調査期間 2017年6月～8月

1) データの分析方法

分析は、Modified Grounded Theory Approachを参考にした⁴。まず、研究者がボイスレコーダーの内容を逐語録に起こし、分析データとした。分析は、M-GTAの経験のある研究者2名で行い、手順は、① 介護職の行う「医療的ケア」に対する看護師としての思い、② 「医療的ケア」を行う上で、看護師と介護職の連携で介護職に臨むこと、にそれぞれ着目し、文章を各セグメントごとに区切ったデータを1つの単位とした。その後、文章セグメント毎に、内容、サブカテゴリー、カテゴリーを作成した後、カテゴリーが類似するものを集めて、コアカテゴリーを作成した。最後

表1 対象看護師の属性

年齢（歳）	50.9 ± S.D.6.4		
看護師歴（年）	24.4 ± S.D.6.4		
高齢者施設での勤務歴（年）	8.8 ± 5.8		
医療的ケア教員 研修修了者（人）	9		
勤務施設（人）	特養	老健	看護小規模 多機能型事業所
	4	6	1
医療的ケアが必要な利用者数の 増減	増加	減少	変化無し
	8	1	2

表 2 「医療的ケア」に対する看護師の思い

カテゴリーとサブカテゴリー	データ
【介護職の医療的ケアに対する肯定】	
<看護師業務の効率性からの肯定>	・看護師のほうは仕事が効率的に出来るので、助かるのは助かる
<介護職の知識に対する信頼からの肯定>	・研修に行った介護職の人は知識が分かっているから、頼めたりしてるんで、悪い事ではないって思うんですよ
<介護職のライセンスに依拠する肯定>	・介護福祉士さん、ライセンスもあるし、医療的な勉強もされているので、やれないことは全然ないと思うんですよ
<医療的ケアが介護職に与える影響からくる肯定>	・やってもらったほうが自信もつき、観察力もね。介護と看護の二通りの視野で
【介護福祉現場の実態から医療的ケアの容認】	
<看護師の体制による医療的ケアの必要性からの容認>	・実際特養では、看護師が24時間対応していないので、必然的に介護職の人たちが「医療的なケア」が出来たほうがいいと思うんですね
<医療的ケア研修への信頼からくる容認>	・違法行為とか研修に行かんままやるんじゃないかって、研修に行ってちゃんと習って、やる分にはいいと思う
<在宅介護の実態からの実施の容認>	・在宅では、介護職に医療的ケアをやってもらわないと回らない現状です
<特養の実態からの医療的ケアの容認>	・重症の方が多くて、やらざるを得ない状況にある。やらないと命は守れないと
<法的根拠による医療的ケアの容認>	・法で認められたというのであれば、実践を積んでやってもいいかなと思う
【看取りケアとしての医療的ケアの容認】	
<看取りケアの最後の手段としての容認>	・利用者本人も楽なり、介護職の人も一生懸命ケアして何とかしてあげたいというときの方法として捉えるのであれば、吸引もありかなと
【利用者・家族の立場からみた医療的ケアの容認】	
<利用者の立場からの医療的ケアへの容認>	・介護職がやらないと、医療的ケアの必要な人が施設へ入れませんということになってしまうと、利用者にとっては良くない状況になってしまいますよね
<家族の容認を背景とした医療的ケアの容認>	・一定期間、肺炎も起こしてないし、入院もせずいけてるという事実で、家族は納得というか、了承されている
<利用者介護職との関係性からの容認>	・看護師と違い、利用者介護職とはレクや食事、入浴などで、楽しい関係がありますよね。その関係の中でやったら、利用者も嫌な事も違ってくると思う
【仕事の共有による関係作りへの期待】	
<介護職と看護職の仲間意識への期待>	・一緒に合同で動く事によって、仲間意識も出てくるし
<仕事の共有によるもちつもたれつの関係性への期待>	・前は看護職と介護職が平行線で動いてたみたいですけど、それでは持ちつ持たれつの関係がなくなって。どっかで仕事が変わると、そういう関係性が出来てくる
【介護職のスキルアップへの共感】	
<介護職の知識修得の喜びへの共感>	・研修を受けた介護職は、知識にもなって、とても喜んでたりして、良かったなと思うんです
【介護職の不安への同情的思い】	
<介護職の不安感への同情的思い>	・夜勤の場面では、吸引が必要な場面が出てくると思うので、不安ですよ、きっと
【医療的ケア制度への懐疑的思い】	
<研修内容からの医療的ケア実施への懐疑的思い>	・あのマニュアルは意味はあるんだろうか。あの回数ってなんだろうって。
<医療的ケアの医療的位置づけへの懐疑的思い>	・もう医療でなくて良いんじゃないかって思うんですよ、口の中の吸引なんて
<医療的ケアの医療的位置づけの統一の必要性>	・ところどころによって、医療的ケアの扱いが違うんですよ
<医療的ケアの制度が介護の専門性を向上させる事への疑問>	・それぞれの専門性だったりとか、お互いのモチベーションだったりとか、使う意味だったりとか、そこへの働きかけはないのでねえ
【医療的ケアが及ぼす影響への懸念】	
<介護職への負担感への懸念>	・やらなきゃいけないというストレスもあるけど、出来ないというストレスもあるんじゃないかと
<介護職のレベルの差からの実施への懸念>	・この人だったらきっちりやってくれるだろうなと思える人と、この人には頼みたくないというのがあって
<看護師との教育的背景の違いによる危険性への懸念>	・看護師は基礎教育と一緒に国家資格を持つってけど、介護職は初任者研修とかヘルパーとかもいれば短大を出て職業倫理もしっかりしてう人もいるし
<日常生活援助への影響への懸念>	・医療的ケアのニーズはあるけど、そっちに手をとられて日常生活援助が薄くなるのと違うかなあ
【医療的ケアの制度への批判的思い】	
<医療的ケア制度に対する批判的思い>	・医療的ケアが出来る介護職と出来ない介護職が混在して、仕事が複雑になる
<医療的ケア研修の内容に対する否定的見解>	・聞いた事もないような言葉をたった50時間で、しかも90点以上、実地研修では利用者を相手に最後の3回は合格しないとイケない妙な制度
【介護職の観察力に対する批判的思い】	
<観察結果を生かした対処への批判的思い>	・マニュアル化されてるけど、観察して何か起こったら対処しきれないだろうなって
<介護職の観察力への不安>	・経管栄養の手技はできたとしても体調に関わる事、それ以外に関わる事を全体的に見れるのか
【仕事の共有の困難感】	
<体制の厳しさからくる仕事の共有の困難性>	・人数がいなくて介護の人もバタバタしてて、そこで引き止める事もできないし
【医療的ケアの必要性の否定】	
<介護職の果たしている役割への期待による必要性の否定>	・介護の専門性を突き詰めてもらって。医療は私らがやるからね。高齢者の一番傍に居る者として信頼を勝ち得てね。私らはその方がいいと思う
<看護師の夜勤体制を前提とした必要性の否定>	・施設に24時間看護師がいるんだったら、看護をするのが看護師の仕事やから。必要なら看護師の体制を作って解決をして欲しい

に、コアカテゴリー間の関係性を、カテゴリー関係図として示した。

5. 用語の操作的定義

1) 「医療的ケア」

本研究では、厚生労働省が定めた介護職の行う「医療的ケア」(厚生労働省令「社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正：2011年」)を指し、口腔・鼻腔及び気管内による喀痰吸引と、経鼻・胃ろう経管栄養法を指す。

2) 連携

本研究では、高齢者の介護施設における看護職・介護職の連携・協働に関する認識を明らかにしている柴田ら(2003)⁵が用いた定義を使用し、「介護保険という制度を基盤として、高齢者のケアという目的を有し、看護職と介護職が意図的な協力活動を行う形態」とする。

IV. 倫理的配慮

対象者への研究協力依頼は、研究目的、研究方法、

研究の協力は自由意志であり、協力の有無による不利益はなく、同意した後も撤回が可能であること、プライバシーの遵守、研究成果は公表すること、データは個人が特定できないように番号化し研究者が責任をもって管理し、研究終了後は適切に破棄すること、同意書及び逐語録は指定の鍵付きボックスで保管することについて、文書と口頭で説明した。対象者には同意できる場合、同意書への署名を依頼した。

V. 結果

『看護師の「医療的ケア」に対する思い』は、13個のカテゴリーと31個のサブカテゴリーが抽出された。『看護師の連携の要件』は、3個のカテゴリーと6個のサブカテゴリーが抽出された。『介護職の連携の要件』は、11個のカテゴリーと29個のサブカテゴリーが抽出された。

カテゴリーを【】、サブカテゴリーを<>で表した。

1. 看護師の「医療的ケア」に対する思い

看護師の思いのカテゴリーとサブカテゴリーを、表2に示した。

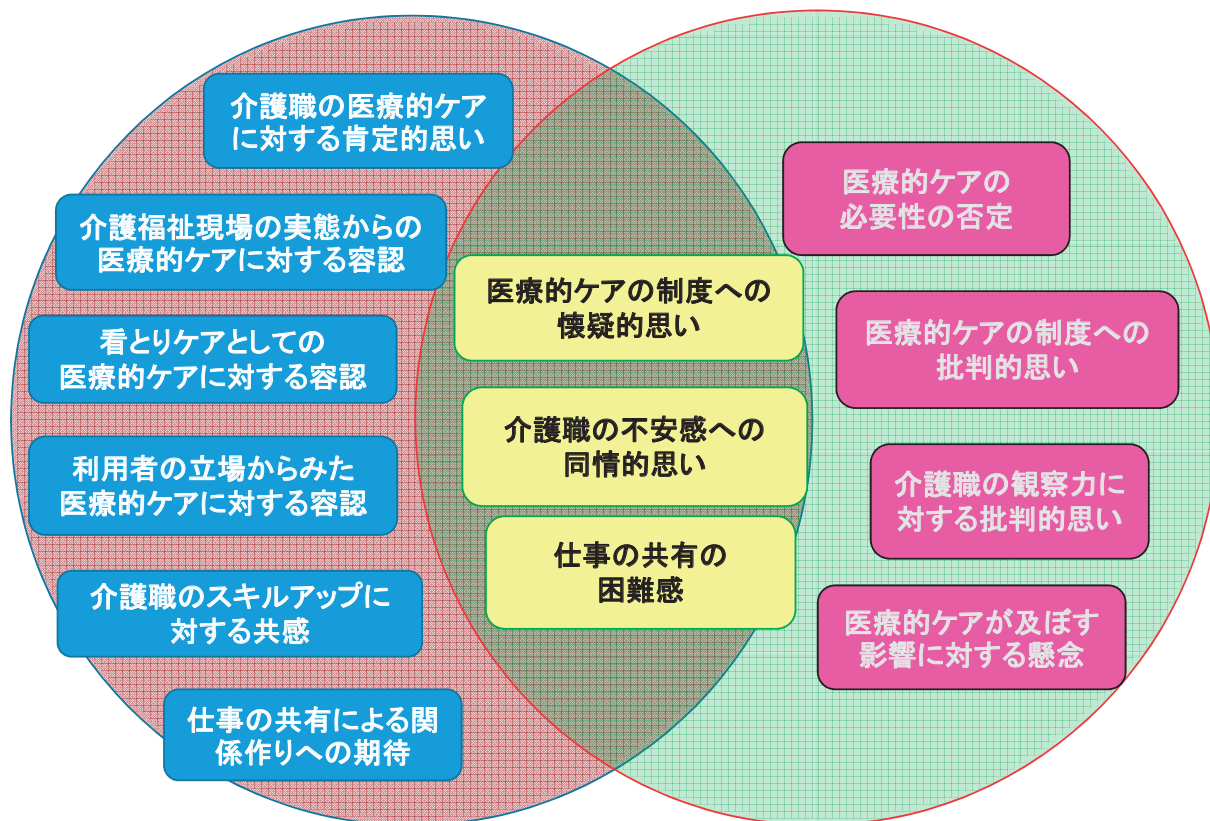


図1 医療的ケアに対する看護師の思い

介護職が「医療的ケア」を実施することに対する看護師の思いは、肯定的に捉えている思いと、現実の実態から容認している思い、懐疑的・否定的な思いの3つに分かれた。

肯定的な思いとしては、次のようなカテゴリーであった。

【介護職の医療的ケアに対する肯定】では、〈看護師業務の効率性からの肯定〉、〈介護職の知識に対する信頼からの肯定〉、〈医療的ケアが介護職に与える影響からくる肯定〉が、抽出された。

【介護福祉現場の実態からの医療的ケアの容認】では、〈看護師の体制による医療的ケアの容認〉、〈医療的ケア研修への信頼からくる容認〉、〈特養の実態からの実施の容認〉、〈法的根拠による医療的ケアの容認〉が抽出された。

【看取りケアとしての医療的ケア】では、〈看取りケアの最後の手段としての容認〉が抽出された。

容認しているものは、次のカテゴリーであった。

【利用者・家族の立場からの容認】では、〈利用者の立場からの医療的ケアの容認〉、〈家族の容認を背景とした医療的ケアの容認〉、〈利用者との関係性からの容認〉が、抽出された。

【仕事の共有による関係作りへの期待】では、〈介護職と看護職の仲間意識への期待〉と〈仕事の共有による持ちつ持たれつの関係性への期待〉の2つの期待が抽出された。

【介護職のスキルアップへの共感】では、〈介護職の知識習得の喜びへの共感〉、【介護職の不安への同情的思い】では〈介護職の不安感への同情的思い〉が、抽出された。

「医療的ケア」の実施に懐疑的・否定的な思いとしての、カテゴリーには次のようなものがあつた。

【医療的ケア制度への懐疑的思い】では、〈研修内容からの医療的ケア実施への懐疑的思い〉、〈医療的ケアの医療的位置づけへの懐疑的思い〉、〈医療的ケアの医療的位置づけの統一の必要性〉、〈医療的ケアが介護の専門性を向上させる事への疑問〉が抽出された。

【医療的ケアが及ぼす影響への懸念】では、〈介護職への負担感への懸念〉、〈介護職のレベルの差からの実施への懸念〉、〈看護師との教育的背景の違いによる危険性への懸念〉、〈日常生活援助への影響への懸念〉が抽出された。

【医療的ケアの制度への批判的思い】では、〈医療的ケア制度に対する批判的思い〉と〈医療的ケア研修の内容に対する否定的見解〉が抽出された。

【介護職の観察力に対する批判的思い】では、〈観察結果を生かした対処への批判的思い〉と〈介護職の観察力への不安〉が抽出された。

【仕事の共有の困難感】は、〈体制の厳しさからくる仕事の共有の困難性〉であった。

【医療的ケアの必要性の否定】からは、〈介護の果たしている役割への期待による必要性の否定〉と、〈看護師の夜勤体制を前提とした必要性の否定〉が抽出された。

2. 介護職と看護師の連携

1) 介護職側の要件

連携にあたって介護職に望むものを、表3に示した。

【生活支援のスキルアップ】では、〈介護職の生活支援のスキルアップ〉であった。

【倫理観に基づく医療的ケアの理解】では、〈利用者の視点に立った医療的ケアの考え

方〉と、〈利用者的人格や人権を重視した医療的ケアの理解〉が抽出された。

【介護に関する医学的知識】では、〈医療的ケアに関する医学的知識〉、〈生活支援に

関する医学的知識〉、〈感染の知識と技術の修得〉、〈介護の専門性を生かした医療的ケアの知識〉、〈医療的ケアに関する身体の仕組みの医学的知識〉、〈生活管理に関する医学的知識〉が抽出された。

【医療的ケアに対する意欲】は、〈介護職の医療的ケアに対する意欲〉であった。

【介護職の経験知に基づく自律性】では、〈介護職の自分で考えられる力〉と〈看護師

からの指示待ちの姿勢からの脱却〉が、抽出された。

【知識に基づく観察力と技術】では、〈介護職の観察力と医療的ケアの技術〉、〈観察力を基礎とした技術〉、〈判断の基礎となる観察力〉、〈観察結果を生

活支援に結び付けた報告〉が抽出された。

【専門性を尊重した相互関係の構築】では、〈看護

表3 連携に関係する要件—介護職側の要件

カテゴリーとサブカテゴリー	データ
【生活支援技術のスキルアップ】	
<介護職の生活支援のスキルアップ>	・介護の方には利用者に関わるとこのスキルを上げていただいた方が、私ら（看護師）は私らのことをして連携が取れるのではないかと
【倫理観に基づく医療的ケアの理解】	
<利用者の視点に立った医療的ケアの考え方>	・何事にも声かけが必要で、申し訳ないけどさせてくださいっていう感じで。それは大事なところかと思うんで、技術面だけに執着するとちょっと怖いところも
<利用者の人格や人権を重視した医療的ケアへの理解>	・（医療的ケアが必要な人が増えると）手技ばかりになって、一人一人が大事にされていかない—人格とか人権だとか。そういうこともきちんと学んでいかないとね
【介護に関する医学的知識】	
<医療的ケアに関する医学的知識の必要性>	・こっちの人とこっちの人は違うんだということが、なかなか見えにくい。その辺りのことが、もう少し勉強できる時間と環境、意欲とがあればいいのになあと
<生活援助に関する医学的知識>	・そういう医療にちょっと携わってというか、知識を持っておられるといい
<感染の知識と技術の修得>	・連携する上では、技術はきちんと身につけておいて欲しい。ここ（施設）では自宅にいる生活の流れでやるからと思うんですけど
<介護の専門性を生かした医療的ケアの知識>	・プラス付加価値として、解剖生理をきちんとしていくとかね
<医療的ケアに関連する身体の仕組みの医学的知識と理解>	・連携する上で、人の身体の仕組み位は分かっただけでもらった方が話がしやすいですね。看護師には、咽頭や喉頭ってビジュアルで見える。でも介護の人には・・・
<生活管理に関する医学的知識>	・医療的ケア以外でも利用者さんは痛みとかに鈍麻になっていて、手遅れになって入院という形になることもあるんで、ある程度の医学的知識は必要かなって
【医療的ケアに対する意欲】	
<介護職の医療的ケアに対する意欲>	・技術がついてこなくても、前向きの姿勢があれば伸びれると思うんです
【介護職の経験知に基づく自律性】	
<介護職の自分で考えられる力>	・そんな自分で考えたらいいのよということまで、聞いた来ことも多いので
<看護師からの指示待ちの姿勢からの脱却>	・歴史的に看護師の指示を待って、言われたことだけをしとけばいいわっていう感じの部分が残ってたと思うんですけど、相談はできるようになってきている
【知識に基づく観察力と技術】	
<介護職の観察力と医療的ケアの技術>	・医療的ケアを介護職がするうえで求めるのは、観察力と技術だと思うんですよ
<観察力を基礎とした技術>	・観察をしないことには異常って分からないじゃないですか。観察して、あっこれおかしいなと思った時に、技術が伴う
<判断の基礎となる観察力>	・観察が抜けたり、観察の視点が弱かったりするので、「医療的ケア」の時の観察って大事なので、これはしっかり分かっただけでもらわないといけないかなって
<観察結果を生活支援に結び付けた報告>	・オシッコが少なかったら、「はてな？」とか、「バルンが詰まってるのかな」、「水分摂ってないのかな」とか、そういうところから発信してもらえたら
【医療的ケアの持つ危険性への認識】	
<看護師への依存の危険性>	・介護職もちょっと恐いから看護師に丸投げした方が、責任がねってなってくるから、上手いこと進まないのかなって思うんです。
<安全第一の医療的ケアへの認識>	・看護師が伝えているのは、「より安全に」、「無理をしない」、この2点なんですよ
<医療的ケアのリスクへの認識>	・看護師でも、吸引して出血させることもあるんですね。だから、何が起るかわからへんっていうところを、持つとかないと
<夜間の確実な実施への認識>	・資格のある介護職でも、怠ってしまうことがあったりして。それは日中であったら、看護師がフォローしてしのげるんですけど・・・
【専門性を尊重した相互関係の構築】	
<看護師と介護職間の平等な関係>	・聞いたらバカにされるんじゃないかと思うような事でも、看護師に言えて、看護師も言い寄って言えるくらいの関係を作っておかないと
<看護師と介護職のオープンな関係>	・「どうやった？」とかこちらからも声をかけたり、言って貰ったりしている
<日常的な協働関係>	・普段から何かあったときに、すぐ報告してくれるという「報連相」の関係が、とれているというのが一番大事かなと思いますね
<介護職からの看護師に対する共同の関係へのアプローチ>	・こっち（看護師）から引き出すアプローチが多いので、介護職の人からもアプローチがないのかなって思いますね
【介護と看護のツールの共有化】	
<言葉とイメージの共有化>	・共通の言葉が言いやすいですね。イメージしやすいというか
【資格取得後の実践】	
<資格取得後の実施による技術の修得>	・だいたい前に修得書を貰ったきりで、さあやってみようといっても出来ないんで、車の運転と一緒に、日頃からやらないといけないというのは思いますね
【介護職が実施する「医療的ケア」の生活支援の一環としての視点】	
<医療的ケアに含まれる生活支援の視点>	・胃注なんかも処置だけやったらベッド挙げて、入れるだけ。だけど、この状況で一時間ぐらいいなければいけない—ポジショニングをきちんとするとか、ちょっと圧を抜いて楽にするとか、そういうことを見ていけるように広げてもらえたらと思う
<生活支援の一環としての医療的ケアの捉え方>	・生活リズムの中で、医療的ケアが出来ればいい事だと思います。それが介護職が医療的ケアをするメリットだと
<医療的ケアの必要性>	・痰を詰めるというイメージも介護の人はあまり見ていないから。吸引の必要性というのもあまり出てこなかったりしますね

師と介護職間の平等な関係》、《看護師と介護職のオープンな関係》、《日常的な協働関係》、《介護職からの看護師に対する共同の関係へのアプローチ》が抽出された。

【介護と看護のツールの共有化】は、《言葉とイメージの共有化》であった。

【資格取得後の実践】は、《資格取得後の実施による技術の修得》であった。

【介護職が実施する医療的ケアの生活支援の一環としての視点】は、《医療的ケアに含まれる生活支援の視点》と、《生活支援の一環としての医療的ケアの捉え方》、《医療的ケアの必要性》が、抽出された。

2) 看護師側の要件

【専門職性を尊重した相互関係に対する看護師の視点】のサブカテゴリーは、《介護職の生活支援のスキルアップ》であった。

【生活支援の一環としての看護への看護師の視点】は、《生活支援の一環としての看護への看護師の視点の転換》であった。

【医療的ケアに対する看護師の責任の自覚】は、《介護職への依存の危険性》と《医療的ケアに対する看護師の認識》、《介護職が意欲を持てるような医療的ケアに対する看護師の責任の自覚》、《介護職のレベルの差に対する看護師の責任の自覚》が、抽出された。

VI. 考察

1. 介護職の行う「医療的ケア」に対する看護師の思い

抽出された13個の看護職の「医療的ケア」に対する思いについて、考察を行う。

看護師は介護保健施設の中でも、看護という専門性を活かした役割を果たしたい、果たすべきだと考えている。しかし、介護保険制度や福祉現場の実態が、その看護師の思いを阻んでおり、その中で看護師はジレンマを感じながら、介護職の行う「医療的ケア」を容認せざるを得ないと言う状況にあると考えられる。また、看護師の夜勤体制のある介護老人保健施設と、看護師の夜勤体制のない特養やグループホーム、看護小規模多機能型介護事業所では、違っていると思われる。看護師の夜勤体制のある施設では、看護師がいる

ので【医療的ケアの必要性の否定】の思いを持っていると考えられる。看護師が24時間体制で勤務しているので、介護職は医療的ケアよりも、介護職の役割である生活支援にもっと力を発揮し欲しいと期待しているものと思われる。また、看護師の夜勤体制のない施設でも、看護師の夜勤体制が取れるような制度にするべきだと考えている看護師もいる。しかし、実際には、どの施設でも看護師が24時間勤務の体制が取れる制度にはなっていないことや、在宅での利用者の事を考えると、《看護師の体制からの医療的ケアの容認》の“看護師が24時間対応してないので、必然的に介護の人たちが「医療的ケア」を出来た方がいい”という発言や、“介護職に「医療的ケア」をやってもらわないと回らない現状です”という発言に現れているように、介護職が“医療的ケア”を実施する事を、容認せざるを得ないという状況にあると考えられる。

以上の様な状況の中で、看護師は自分たちが実施している吸引や経管栄養の処置を、教育背景が違い、レベルの差が大きい介護職に移譲することに抵抗感もちつつも、介護職が「医療的ケア」の実施を通して成長してくれる事も、期待していると考えられる。

【看取りケアとしての医療的ケアの容認】は、近年介護保険施設での看取りが増加している傾向にあることが、理由として考えられる。やはりこれも、看護師の勤務体制に影響されていると考える。看取りケアの中で、呼吸が苦しそうな利用者の傍らで、自分たちに何かできないかと悩む介護職にとっては、少しでも呼吸を楽にできる吸引の技術があれば、利用者も介護職もその人の人生の最期を一緒に過ごせたことに、満足する一つのケアの手段としての容認であると考えられる。ただし、この【看取りケアとしての医療的ケアの容認】に最も強く求められるのが、【倫理観に基づく医療的ケアの理解】であろう。単なる技術としての「医療的ケア」ではなく、その利用者が最期まで生き残るためのケアの手段としての「医療的ケア」が求められる。

2. 連携する上で看護師が必要と考える要件

1) 介護職に必要な要件

看護師は、何よりもまずは介護職の「生活支援技術のスキルアップ」が、医療的ケアの連携をとるうえで、最も基盤になる要件と考えている。それは、介護職の専門性が生活支援にあり、その上で「医療的ケ

表4 連携に関係する要件—看護師側の要件

カテゴリーとサブカテゴリー	データ
【専門性を尊重した相互関係に対する看護師の視点】	
＜介護職の生活支援のスキルアップ＞	・分かんかったら一緒にするよっていうくらいのゆとりを看護師も持っとかないと、医療職のところに介護職を入れていくのは、介護職の人には、負担が大きいかと思ったんです
【生活支援の一環としての看護への看護師の視点の転換】	
＜生活支援の一環としての看護への看護師の視点の転換＞	・施設に来たときは、介護職の仕事を何で私らがって思いましたけど、今になったら、それも生活支援の一環だからよかったのかなって感じますけどね
【医療的ケアに対する看護師の責任の自覚】	
＜介護職への依存の危険性への看護師の認識＞	・私たちが介護職に依存しすぎない、全部やっというって、そんな人は、看護師がいるのにおかしいじゃないですか
＜医療的ケアに対する看護師の専門性からの看護師の認識＞	・職種の違いで教育カリキュラムが違うので、看護職が当然と思っていることが、介護職の当然ではなくって。一応任せるけど、その後の観察をしに行くとか、状況把握をするとかは看護師の責任だと思う
＜介護職が意欲を持てるような医療的ケアに対する看護師の責任の自覚＞	・夜は電話して来いって言うてるんですよ。そしたら責任を看護師がちょっとでも取れるから。介護職員を辞めさせたくないし、介護で頑張ろうという気持ちを継続して欲しいから
＜介護職のレベルの差に対する看護師の責任の自覚＞	・介護職ってのをみると、レベルが全然違うので。看護師も経験年数で分かってくる事も多いんで、経験知で指導できるとかになってくるように教えたり、脅したり

ア」の知識や技術を積み重ねていくべきだと考えているものと推測される。また同様に、介護職の利用者に対する人格や尊厳を守る倫理観が基盤になるとも考えていることが、分かった。つまり、介護職としての専門性と人間性を備えた介護職に「医療的ケア」を委ねたいとの考えであると思われる。本研究でインタビューをさせていただいた看護師の勤務する某施設では、「医療的ケア」研修を受講する介護職は経験年数5年以上の介護福祉士資格を持つもので、職責者の一定の評価を得た者というような一定のルールもっていた。その基盤無しには、利用者にとって安全で安楽な「医療的ケア」が実施できないと、判断しているものと思われる。

このように、確かな生活支援のスキルと倫理観の基盤の上に、「医療的ケア」の知識や技術、経験を積み重ねていくべきだと、看護師は考えていると思われる。そして何よりもまずは、専門分野である＜介護に関する医学的知識＞の必要性を感じている。これは、柴田らの研究⁶でも、医療に関心を持つことで情報の共有化に結びつく理解力や態度の育成に対する期待が含まれるとされているが、「医療的ケア」の研修を通して、吸引や経管栄養に関する医学的知識だけでなく、介護に関する医学的知識の修得にもつながることを期待していると思われる。

【医療的ケアに対する意欲】では、“技術がついてこなくても、前向きの姿勢があれば伸びる”という言葉に裏には、前向きな姿勢があれば、あとは看護師がその技術や知識を伸ばしていく援助をする用意があるんだという内容が、隠されているように推測される。技

術は習っただけでは、身につかないことや繰り返しの経験が必要な事を、看護師自身が自らの経験で知っているからこそ、出てきた言葉であると思われる。

そして、介護職が「医療的ケア」の実施を通して得た経験や知識を、【介護職の経験知に基づく自律性】に繋げていく事で、看護師との【専門性を尊重した相互関係の構築】へと、発展していくものと考えられる。【介護職の経験知に基づく自律性】には、＜介護職の自分で考えられる力＞や＜看護師の支持待ちの姿勢からの脱却＞の姿勢が必要である。最初の介護福祉士教育は、看護師が実施してきたという歴史を持っていることと、介護福祉士制度ができる1987年までは介護職は寮母と呼ばれ、看護師の指示により仕事をしてきたという歴史が長く続き、看護師との平等対等な関係や看護師に介護職から働きかけるという姿勢が出来にくかったという状況にあった。看護師の視点と介護職の視点の違いを専門性の違いという視点で捉えられるようになったのは、お互いに最近のことであろう。看護師は、専門職として後発の介護職の『自律性』を期待して待っていると思われる。そしてこの「医療的ケア」を通して、その自律性が培われ、お互いに【専門性を尊重した相互関係の構築】が出来ることを、期待しているものと考えられる。

「経験」について、ナイチンゲールは次のように述べている⁷。『10年とか15年とか病人の世話をしてきた看護婦のことを「経験を積んだ看護婦」であるという。しかし経験というものをもたらすのは観察だけなのである。観察をしない女性が、50年あるいは60年病人の傍で過ごしたとしても、決して賢い人間にはな

らないであろう』、『Aがそれをしたということは、Bもそれをしてよいという正当な理由にはならない。Aにしたことの結果がよいと判明したというのであれば、それは正当な理由となるであろう』と。このことから考えると、介護職が経験知を積み重ねていくためには、観察力が必要と思われる。それが次の要件のカテゴリー【知識に基づく観察力と技術】である。特に「医療的ケア」は利用者の命に直結する行為なので、看護師は介護職に科学的な知識に基づいて観察を行う事と、それが単に報告されるのではなく、介護職の仕事に結びつけた「観察結果を生活支援に結びつけた報告」が、出来るようになる事を期待していると考ええる。例えば「経管栄養で指示通りの量を注入したが、濃縮尿で量も少ない。看護師の目で一度様子を見て欲しい」や、「硬い痰が少ししか吸引できないので、水分をとっていただくようすすめた」などである。このような報告が出来る容易なるためには、看護師の援助なくしては、困難であろう事も推測される。ここに、看護師の医療職としての自覚と協働者としての自覚が求められると考える。その観察に必要な一つの視点が、介護職の【医療的ケアの持つ危険性への認識】であろう。「医療的ケア」の技術そのものが危険性を持っていることの認識に加えて、夜間の看護師が勤務していない時間帯の吸引が確実に行われぬ事が、どんなに危険な事かの理解を、看護師は介護職に求めている。その夜間の実施を、介護職が確実に自信を持って実施出来るようになるためにも、「看護師への依存の危険性」を自覚し、「医療的ケア」に対して意欲をもってもらいたいと感じているものと思われる。

2) 看護師に必要な要件

「医療的ケア」実施における介護職の負担は、忙しい介護職にとって時間的な負担になるだけではなく、精神的にも怖さや危険性を伴う技術であることから、精神的負担も大きい事が予想される。そこで看護師は介護職に求めるばかりではなく、看護師自身が【専門性を尊重した相互関係の構築の視点】をもち、介護職との関係性を構築していくことが求められる。

そして、その視点を持てるようになるためには看護の原点に帰って、【生活支援の一環としての看護への看護師の視点】が必要となるであろう。看護は病人の入院生活、在宅生活を支えてきた歴史を持っている。それを介護施設に勤務するようになって、介護職から

思い出されたことを、インタビューの中で話してくれた看護師がいた。同じ生活支援者としての視点を看護師が持つことと、医療の一部である「医療的ケア」を看護職と介護職が交わる仕事として位置づけることで、【介護と看護の仕事の共有化】が可能となり、看護師と介護職の専門性を尊重した相互関係の構築はなされると考える。

「医療的ケア」はあくまで医療の領域の一部であり、そうである限りは【医療的ケアに対する看護師の責任の自覚】をもって、この業務にあたる姿勢を明確にしていると考ええる。介護施設では少ない看護職であるが、その施設の医療を担う者としての自覚が示されている。そして、その自覚のもと「医療的ケア」の資格を持った介護職の【資格取得後の実践】を支えていくという看護師として役割も自覚している事が推測される。

3) より良い連携の要件

より良い連携のためのカテゴリーの関係図を図2に示す。

看護師の望む介護職の実施する「医療的ケア」は、看護師の手順の真似ではなく、看護師の実施する医療的ケアの部分の移譲でもない「医療的ケア」を求めていると考えられる。それは、【生活支援の一環としての視点】を持った「医療的ケア」である。「生活支援の一環としての捉え方」を介護職ができ、「生活リズムの中で、医療的ケアが出来ればいい事だと思います。それが介護職が「医療的ケア」をするメリット」という言葉に表れている。これは例えば、「時間だから」、「ゼロゼロいってるから」吸引をするのではなく、「お食事の前に吸引してスッキリしてお食事を楽しんでいただく」や「この利用者は入浴後に吸引すると、苦痛が少なくたくさん痰が引ける」、また「今日は気持ちの言いお天気だから、お部屋のベランダに出て経管栄養の注入をしよう」など、生活支援の一環としての実施が出来るようになることを期待している。決して、看護師の手足代わりとしての「医療的ケア」を期待しているわけではない事が分かった。看護師の替わりの「医療的ケア」と考えると、教育背景の違いや介護職のレベルの差に目が行ってしまい、「介護職に任せるのは不安」や「医療的ケアが介護の専門性を口授させるものと思えない」という意見が出てくる。しかし、「医療的ケア」で、仕事の共有

介護職側の要件

看護師側の要件

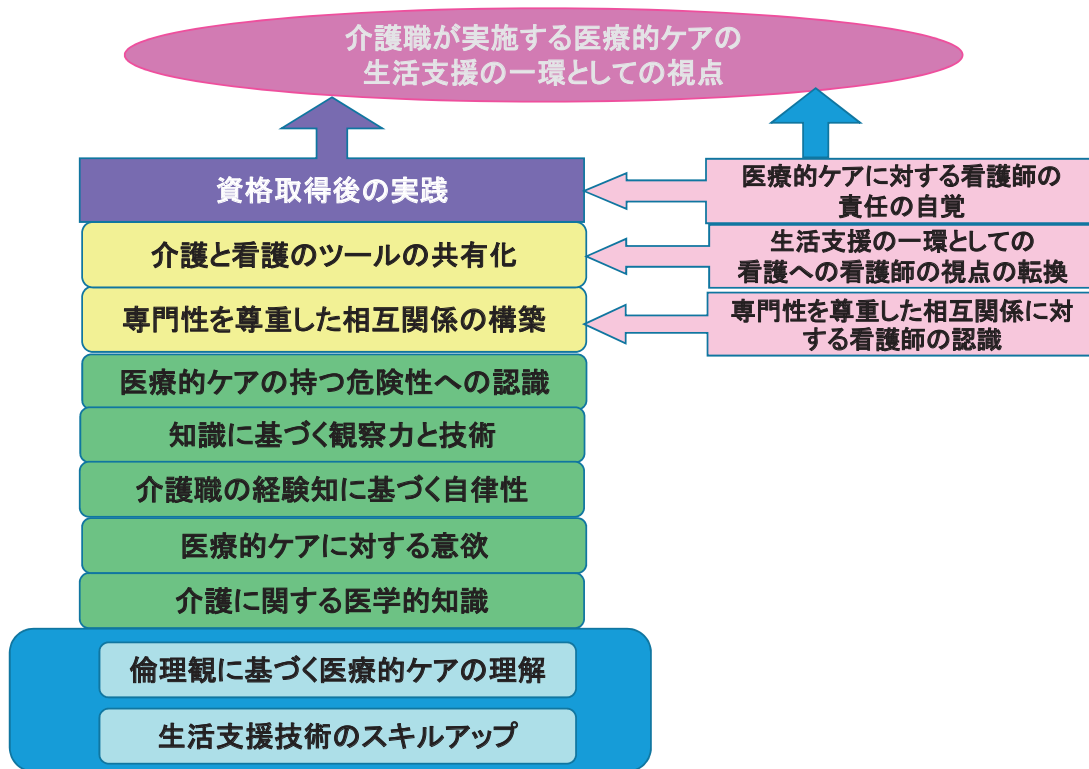


図2 医療的ケアのより良い連携のための要件の関係

化ができ、お互いに影響しあうことで、【介護職が実施する医療的ケアの生活支援の一環としての視点】により、新たな「医療的ケア」の展開が可能となる。この「医療的ケア」の「生活支援の一環としての医療的ケア」へのmodifyは、介護職自身によってなされる必要があると考える。そこに介護の専門性に裏付けられた介護職の実施する「医療的ケア」の価値があると考え。Modifyとは、「～の性質を部分的に変える」という意味を持つ。看護職の実施してきた「医療的ケア」である喀痰吸引や経管栄養という看護技術を、生活支援の一環としての視点を加えることで、介護技術の性質を加えた喀痰吸引や経管栄養に変えるということである。また「医療的」の「的」という漢字は、「そのものではないがそれに似た性格をもつ」や「何かの範囲内でおこなうところの～」という意味をもつ。この「医療的ケア」の「的」に、何をどのように内包させてmodifyするか—筆者らは、この作業を「珈琲のカフェオレ化」と呼ぶことにした。カフェオレは、珈琲という性質を持ちながらも、ミルクを加えることで違う味わいの物になっているからである。珈琲以外の物では、カフェオレにはならない—というこ

とは、看護職と介護職の【専門性を尊重した相互関係の構築】なしには、成しえない作業であろうと考える。高柳らもその研究⁸の中で、介護職との連携における看護師の責務と、その認識の必要性に言及している。

以上のように、看護師は介護職が「医療的ケア」を実施する時点だけではなく、介護職が「生活支援の一環としての医療的ケア」の構築までを、医療職という自覚と責任をもって、連携していきたいと考えていると思われる。そして、「医療的ケアの制度への批判的な思い」も同時に感じながらも、「介護職の不安への同情的な思い」も同時に感じており、介護職を過剰な責任から擁護するためにも、連絡と連携が、必要と考えていることが明らかになった。

5) 「医療的ケア」の教育のあり方

2011年より介護福祉士教育のカリキュラムには、「医療的ケア」が必修科目として組み込まれており、多くの学生が、「医療的ケア」基本研修を養成校時代に修了し、福祉現場で、「医療的ケア」の担い手となっている。そこで、「医療的ケア」をどのように教

授していくかが課題となり、研究^{9,10,11}もなされてきている。

「医療的ケア」の基盤となるものが、【生活支援技術のスキルアップ】と【倫理観に基づく医療的ケアの理解】である事が、本研究で明らかになった。そこでは、「医療的ケア」の授業はその授業を担当する教員だけでは、成し得ないということである。「生活支援技術」や「介護倫理」を重視して教育し、その上に積み上げられた「医療的ケア」の教育でなければならないということであろう。その認識を「医療的ケア」を担当する教員のみでなく、すべての教員が持ってこそ【生活支援の一環としての医療的ケアの認識】が、介護学生の中に育っていくものとする。

また介護職が専門職として経験知を重ねていくために必要と考えられる観察力を養う教育を、授業の中で工夫していく必要がある。特に「医療的ケア」の中で、喀痰吸引や経管栄養実施前後の観察項目を覚えるだけでなく、自分で考えるという要素を授業の中に組み込んでいくことの必要性を感じる。この研究の途中で、筆者らはこのことに気づかされ、『困った困ったどうしよう』というテーマで、喀痰吸引の前後の観察項目の異常について、「予想される事態」、「対処方法」、「看護師への報告内容」の項目でグループ演習を行った。学生は大変熱心に興味をもってこの課題に取り組んでいた。これも、「医療的ケア」の授業だけでなく、他の科目の授業でも自分たちで考えるという授業がなされているから、「医療的ケア」の授業でも学生たちが楽しみながらできたのであろうと思う。このように、赤沢ら¹²の研究でも主張されているように手順重視の指導にならないような、学生たちが自分たちで考えるという経験と習慣を培えるような授業の工夫が、すべての教員に求められると考える。またこの課題に取り組むには、今まで学んできたところからだのしくみの知識や、介護の知識も必要となる。

そして、「医療的ケア」が医療の一翼を担う技術である限りは、倫理観の教授には介護福祉の倫理だけではなく、医療の倫理の学びも必要であるとする。医の倫理、看護の倫理の基本となっている6つの原則－自律尊重の原則、善行の原則、無害の原則、正義の原則、誠実の原則、忠誠の原則に加えて、日本介護福祉士会の倫理綱領にある“利用者本位、自立支援”、“専門的サービスの提供”の倫理の上に、「医療的ケア」の倫理が成り立つものとする。それらの倫理原則

を、「医療的ケア」の倫理として、実施手順や声かけ、観察などの中で具体化して、理解する必要があると思われる。

Ⅶ. 結語

今回、介護保険施設に勤務する11名の看護師に、介護職の実施する「医療的ケア」についての思いと、看護師と介護職の連携に必要な要件についてインタビューを行い、看護師が考える連携に必要な要件を明らかにした。連携に必要な要件の基盤には、介護職の「生活支援技術のスキルアップ」と「倫理観に基づく医療的ケアの理解」が必要と考えていることが明らかとなった。そして看護師は、看護師の実施している吸引や経管栄養の技術の移譲の「医療的ケア」ではなく、「生活支援の一環としてとしての視点を持った医療的ケア」を、介護職が実践していくことを期待していた。その「生活支援の一環としての医療的ケア」にModifyしていくことは、看護師の専門職としての責務と自覚に基づき連携していく中でこそ、可能となっていくことも明らかになった。

そして、「医療的ケア」の教育には、担当教員だけでなく、すべての教員が「倫理観」、「介護職としての生活支援のスキルアップ」、「自分で考える力」の育成を念頭に置いて、教育していく必要があることが明らかになった。

Ⅷ. 今後の課題

「医療的ケア」の連携に必要な介護職の「生活支援技術のスキルアップ」と、「倫理観に基づく医療的ケアの理解」の基盤を培う責務を、介護福祉士養成に携わる教員は担っている。福祉現場で、介護職と看護師が寄りよい「医療的ケア」の連携が可能になるためには、教育において次の課題が考えられる。

1. 倫理観の育成

介護福祉倫理と医療の倫理を統合して、専門職としての倫理観を形成していく必要があると思われる。石田¹³の研究では『介護福祉労働の内容は介護福祉労働者の思想、人格が主体的要因として作用する』と述べられている。また趙らの研究¹⁴でも、『介護福祉士の倫理綱領が介護福祉士として遵守すべき「専門職の自覚」を支える概念である』と、倫理教育の重要性について言及している。2007年に改正された「求められる

介護福祉士像」の12項目の内容は、「倫理を踏まえた認識力」が土台となり、その上に「専門的知識・技術能力」が積み上がり、「調整・統合能力」という応用的対応が専門性に繋がるという体系になっている事を、加藤は研究の中で明らかにしている¹⁵。

2年間という短い教育期間の中で、人権の尊重と同時に専門職としての倫理観を育てていくということは、簡単な事ではない。日本国憲法に謳われている「基本的人権の尊重」についての学びを基礎としながら、各教員が各科目の中で常に、倫理観を育てるという共通目標を、各科目の教授内容の主軸にしていくことが重要である事を再確認しながら、介護福祉教育を進めていくべきであろう。

2. 生活支援技術の育成

もう一つの連携の基礎となる「生活支援技術のスキルアップ」については、基礎となる生活支援技術の手順を覚えるのではなく、常に根拠を考え、自分で考える力を育成していけるような授業の工夫が望まれる。そのためには、「こころとからだのしくみ」の授業で人体模型や学生自身が自分の動きの中で、筋肉や関節の動きを学び関連する全身状態の影響を学び、平行して移乗や移動の生活支援技術を学ぶ事で、実践と理論を結びつけて、自分で考える力の育成が可能となる。このような生活支援技術と関連科目を、実際に関連付けながら教授していけるような担当教員同士の連携が求められる。

3. 介護職の自分で考えられる基礎となる観察力の育成

2007年の介護福祉養成カリキュラムの改定から、使用テキストは介護技術から介護過程に至るまで、「国際生活機能分類（ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health、以下ICFと記す）」の基本概念が網羅する内容となった¹⁶。ICFは、「できる」という視点で対象者の日常生活を観察し、対象者の持てる力に焦点を当てて、支援方法を考えていくツールである。このICFの考え方を介護支援技術や介護過程の中で身につけていくことが、介護職の観察力を培い、自分で考える力に繋がっていくと思われる。

4. 医療的ケアの生活支援としての教授方法

「医療的ケア」では、基本的な解剖や生理学、感染

などの基本的な医学の知識と、清潔操作や器具の取り扱い方についての知識・技術は重要である。しかし、介護職が実施する「医療的ケア」において求められているのは、「生活支援の一環としての視点」である事が、本研究で明らかになった。この視点を、「医療的ケア」の学びの中で培っていくためには、喀痰吸引や経管栄養の場面だけを切り取って教えるのではなく、事例を中心にしながら生活場面の中で、生活支援の一環と位置づけて、教授していくというような工夫が必要とされていると考える。

IX. 謝辞

お忙しい勤務の中を、調査のインタビューにご協力いただいた対象者の方々に、深く感謝とお礼を申し上げます。

そして研究に取り組んでいる間、協力してくれた夫や家族にも感謝の言葉を捧げます。

X. 引用参考文献

1. 服部万里子（2001）「看護と介護の協働」、『日本老年看護学会第6回学術集会収録集』、36
2. 安田真美、山村恵美子、小林朋美、寺嶋洋恵、矢部弘子、板倉勲子（2004）「看護・介護の専門性と協働に関する研究」、『聖クリスツファー大学看護学部紀要』、12、89-97
3. 鎌田ケイ子（2006）「連携における課題と展望」、『老人ケア研究』、24、18-24
4. 木下康仁（2003）『グランデッド・セオリー・アプローチの実践一貫的研究への誘い』、弘文堂
5. 野崎玲子、板倉勲子（2007）「看護職と介護職の協働・連携上のジレンマ」、『介護福祉』、2(2)、57-67
6. 柴田（田村）明日香、西田真寿美、浅井さおり（2003）「高齢者の介護施設における看護職・介護職の連携・協働に関する認識」、『老年看護学』、7(2)、116-126
7. フローレンス・ナイチンゲール（1859）『看護覚え書』、現在社、219-220
8. 高柳千賀子、片倉直子、島田美紀代「医療的ケアニーズが高まる特別養護老人ホームの看護職が認識する介護職との連携のあり方についての検討」、『千葉県立保健医療大学紀要』、3(1)、29-36
9. 横山正子（2016）「介護福祉士の医療的ケア教育を始めての一考察」、『神戸女子大学健康福祉学部紀要』、8、67-78

10. 武田啓子 (2016)「医療的ケア教育の実際と課題」、『日本福祉大学健康科学論集』、19、45-50
11. 増田いづみ (2015)「介護福祉教育における医療的ケアのあり方に関する考察『医療的ケアⅡ』の教育実践と課題」、『田園調布学園大学紀要』、9、195-209
12. 赤沢昌子、屋台安子、丸山順子「喀痰吸引等研修指導者と受講者の意識の比較検討と課題」、『松本短期大学研究紀要』、13-19
13. 石田一紀「介護福祉労働の一般的特長と専門性」、一番ヶ瀬康子監修・日本介護福祉学会編 (2000)『新・介護福祉学とは何か』、ミネルヴァ書房、71-91
14. 趙敏廷、谷口敏代、谷川和昭、原野かおり、松田実樹 (2015)「『介護の心』の構成要素－『介護の心』の育成の可能性を探る－」、『岡山県立大学保健福祉学部紀要』、22(1)、91-99
15. 加藤友野 (2012)「介護福祉士の専門性に関する研究－『求められる介護福祉士像』から見る現状と課題－」、『総合福祉科学研究』、3、105-118
16. 濱田佐知子 (2008)「介護福祉従事者を対象としたICFの理解と活用－ICFモデルを理解するための教育方法の試論－」、『四天王寺大学紀要』、46、465-475

Nurses' perspectives on need for better cooperation with care workers involved in "medical care"

Akiyo Itoh*, Kyoko Ishida**

Abstract

According to the revision of the Certified Care Worker Act (2011), care workers can perform sputum suction and tube feeding ("medical care," MC). To examine how nurses judge the participation of care workers in MC, we interviewed 11 nurses working at elderly care facilities. The results indicated that nurses felt they have to allow care workers to perform MC, although they were skeptical about the revision of the act. By contrast, the nurses hoped to work together as a professional team by performing MC. To improve cooperation with care workers, the nurses advocated for: (1) better skill and ethics of care workers for MC, (2) nurses' recognition of the importance of the living-support aspects of nursing care, and (3) support of care workers in performing MC by nurses. In conclusion, the nurses hoped that MC by care workers would be integrated into living support, resulting in higher levels of cooperation.

Key words: Care, Nurse, Cooperation, Medical care

*Osaka College of Social Health and Welfare
Contact Address : Akiyo Itoh
〒590-0013 1-2-7 Shinonomenishi-Machi, Sakai-ku, Sakai City, Osaka
Osaka College of Social Health and Welfare
Department of Care and Welfare
E-mail: a.itou@kenko-fukushi.ac.jp
**Osaka College of Social Health and Welfare