

介護施設におけるタスク・シフト/シェアの 更なる推進に向けた課題と対応策について

令和6年4月26日 規制改革推進会議
第11回健康・医療・介護ワーキング・グループ

社会福祉法人 聖隷福祉事業団
松戸愛光園 施設長 森井 正孝
横須賀愛光園 施設長 深澤 庸一



社会福祉法人

聖隷福祉事業団

SEIREI SOCIAL WELFARE COMMUNITY

法人名	社会福祉法人 聖隷福祉事業団 (せいれいふくしじぎょうだん)
創立	1930年(昭和5年)
基本理念	キリスト教精神に基づく「隣人愛」
代表者	理事長 青木 善治 (あおき よしはる)
法人本部	静岡県浜松市中央区元城町218番地26
職員数	16,466名 (2023年4月現在)

取得している認定

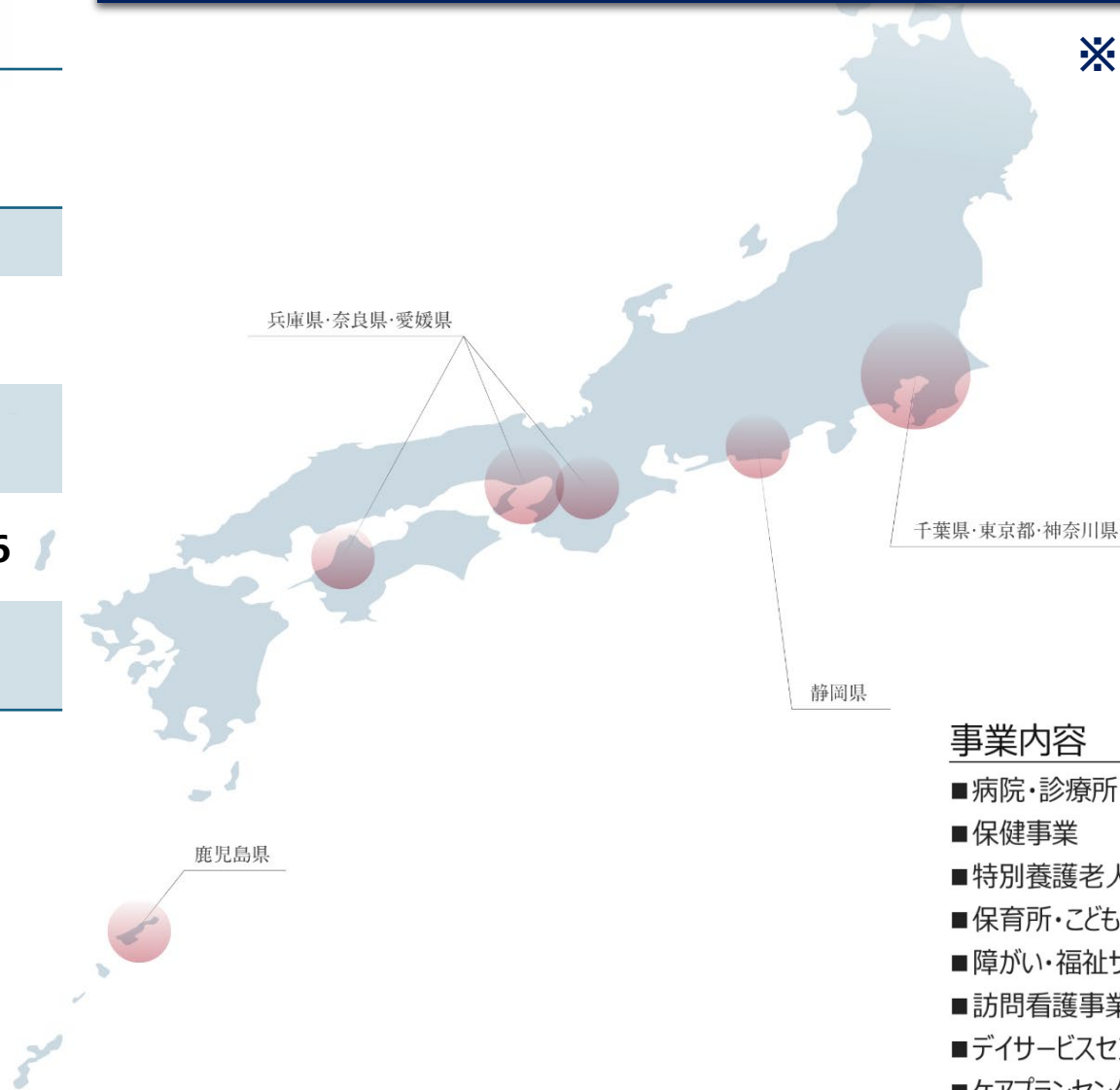
えるぼし

女性の職業生活における活躍推進に関する法律(女性活躍推進法)に基づき制定された認定制度。当事業団は2016年より3段階目認定を取得しています。



1都7県で210施設・516事業を展開

※2024年4月現在



事業内容

- 病院・診療所
- 保健事業
- 特別養護老人ホーム
- 保育所・こども園
- 障がい・福祉サービス
- 訪問看護事業
- デイサービスセンター
- ケアプランセンター
- 有料老人ホーム 等



4つの事業領域



特別養護老人ホーム
 有料老人ホーム
 障害者支援施設
 保育施設など



病院
 診療所など



健康増進・健康診断
 人間ドック・疾病予防など

**「保健・医療・福祉・介護」サービスを柱とした
 総合的なヒューマンサービスを提供する複合体**

松戸愛光園

- ・介護老人福祉施設（ユニット型）
個室103名
 - ・短期入所生活介護（ユニット型）
個室21名
- 計 124床**



- ・平均介護度：4.04（2024年3月）
- ・職員数：95名（内、介護職員59.2名、看護職員6.3名）
- ・併設事業

松戸愛光園デイサービス
松戸愛光園ケアプランセンター
相談支援事業所はぐくみ松戸
障がい者短期入所（空床利用型）
共生型生活介護



横須賀愛光園



- ・介護老人福祉施設（従来型）：多床室61名・個室4名
 - ・介護老人福祉施設（ユニット型）：個室40名
 - ・短期入所生活介護：多床室6名・個室9名
- 計 120床**

- ・平均介護度：従来型3.93 ユニット型3.99（2023年度）
- ・職員数：83名（内、介護職員50.4名、看護職員5.6名）
- ・併設事業

横須賀愛光園 デイサービスセンター
聖隷ケアプランセンター横須賀
西第二地域包括支援センター
聖隷訪問看護ステーション横須賀
聖隷ヘルパーステーション横須賀
聖隷看護小規模多機能横須賀



- ◆少子高齢化が進む我が国において、医療的ケアが必要な高齢者の増加と看護・介護人材の慢性的な不足により、施設で生活している利用者に少なからず不利益が生じている現状がある。これまで制度上の制約があり、「看護師を待つ」「代替手段の適応」しか術がなかったことに関し、介護職の可能な行為が増えることで、利用者のウェルビーイングにダイレクトに貢献できること、そしてチームケアによる質向上を目指すということを軸にして、今回の内容を提案したい。
- ◆介護施設は暮らしの場であることから、基本的に家族が行っている医療行為に関しては、介護職でも実施できるようにしてほしい。
- ◆今回の提案が、食事や排泄のタイミング含め、制度や施設側の理由で、利用者の生活を拘束している現状を打破する一つの策になりうることを期待したい。
- ◆実装にあたっては、研修体系の整備が必要になる場合もある。しかし、費用が高く、時間を要する研修では、受講者が増えず、現場の状況の改善には至らない。今後、介護現場で活用が進むICTを用いた相談体制やOJTを積極的に活用し、実施可能、持続可能な研修形態を検討いただきたい。

介護職による軽度褥瘡の処置

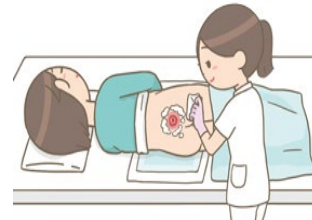
【現状】 軽度の褥瘡に関しても看護師のみによる処置

- ◆介護職だけでは、尿失禁・便失禁で汚染された患部の洗浄や保護剤の交換ができない。
→褥瘡の悪化、治癒遅延につながる可能性が大きい



- ◆介護職だけでは、入浴介助時や排泄介助時などタイムリーに処置が実施できないため、看護師が対応できるときに改めて患部を開放し、再度洗浄した上で、処置する必要がある。

- 施設側の都合で、利用者の時間が拘束される
- ケア効率が悪い



- ◆または患部を出したまま、看護師が回ってくるのを待たざるを得ない。

- 本人の尊厳を尊重するケアに繋がらない



- ◆褥瘡のある利用者一人当たり週2回以上の入浴介助がある、排泄介助は1日4～6回となっており、必要に応じて看護師が対応している。1回の処置で15分程度の時間がかかっている。

【タスクシェア】

軽度褥瘡に関して、看護師の指示通りの処置であれば、介護職も可能としてはどうか？



左記に挙げた課題が解決する

条件

- ◆ICTを活用した相談体制・OJTの実施
→質の担保および介護職の不安軽減策として、施設内の看護師とリアルタイムで画像を用いた相談や助言ができる体制を構築する
- ◆状態に変化があり処置に伴う判断が必要な場合や重症度の高い褥瘡（例えばStage/CategoryⅢ、Ⅳ）については、介護職は洗浄までとし、処置自体は看護師が行う、または看護師監督下で行う。 等

与薬・PTPシートからの取り出し

【現状】 与薬・PTPシートからの取り出しは看護師のみで対応

- ◆解熱剤等の臨時処方に関しては、ほぼPTPシートで届くため、看護師がPTPシートをカットし、与薬カートなどに小分け、または一包化された他の薬剤にホチキスで留めるなどしなければならない。
- ◆臨時処方以外でもすべての薬剤が一包化可能なわけではないので、上記と同様のタスクが看護師に生じている
 - ➡看護師不在時の臨時処方がPTPシートだった場合、看護師に出勤要請をしなければならない。
- ◆看護師は、利用者ごと、日時ごとの薬剤のセット作業・確認作業に、週換算で約8時間以上を拘束されている
 - ➡予防的介入を含む看護ケアの実施等、看護師が本来担うべきタスクができず、利用者にとっても不利益が生じている
- ◆経皮吸収型製剤の貼付も介護職はできない
 - ➡発汗、入浴などにより、貼付剤がはがれた場合であっても、介護職は貼り替えさえできない。貼付していない時間が長ければ、薬剤の血中濃度が安定するという経皮吸収型製剤の利点も活かされず、利用者にとっては不利益が生じる。
 - ➡皮膚に貼るだけで投与が簡便である（嚥下困難な患者にも投与しやすい）、投与の確認が容易であるという利点を持つ経皮吸収型製剤にもかかわらず、介護職にその貼付が認められていない（利用者や家族はもちろん可能）。

【タスクシェア】

本人またはその家族が行える範囲の服薬管理・与薬は、介護職も実施可能としてはどうか？

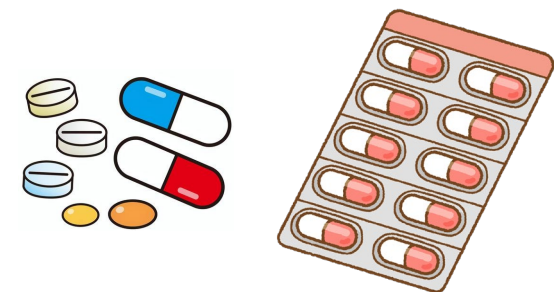


左記に挙げた課題が解決する

条件

◆医師の指示通り確実な与薬可能な体制を整備する

- 「飲み忘れ」「与薬量間違い」防止のための確認のルール作成等



血糖チェック・インスリン投与

【現状】 血糖チェック・インスリン投与は看護師のみで対応

- ◆看護師の勤務時間内（8:30～18:00）での実施指示でないと、血糖チェックやインスリン投与の必要がある利用者の受け入れ自体が困難となる状況。

→利用者の生活の場の選択が狭められている



- ◆看護師の勤務時間内（8:30～18:00）での実施指示でないと対応できないという理由から、本来望ましいインスリン製剤から、施設で対応可能な薬剤に変更する場合もある。

→その利用者にとって最も適切な医療が受けられない



- ◆看護師の出勤時間（8:30）に合わせる形で、利用者の食事時間をずらすなどして対応している

→他の入居者が食事をとり始めても、看護師が出勤して、血糖チェック・インシュリン投与が終わるまで、その方は食事を摂ることができない



【タスクシェア】

本人またはその家族が行える検査や投薬は、介護職も実施可能としてはどうか？



左記に挙げた課題が解決する

条件

- ◆手技研修に加え、感染対策・廃棄物処理管理等も含めた研修および質担保のための体制の整備

等



在宅酸素の流量変更・ON-OFF、携帯ボンベへの切り替え・同調器の電源ON-OFF

【現状】在宅酸素の流量変更、ON-OFF、同調器の電源ON-OFFは、看護師のみで対応

◆（自身で対応が難しい場合）

以下の場合、看護師による対応を待たなければならない。

-入浴・トイレ

労作時は流量を増やす指示が出ている場合

-外出

酸素濃縮器から、携帯酸素ボンベへの切り替えや同調器を利用している場合

➡利用者の生活がスムーズに営めず、不利益が生じている



【タスクシェア】

医師の指示に基づき、本人またはその家族が行える酸素供給や同調器のon-off、流量変更は、介護職も実施可能としてはどうか？



左記に挙げた課題が解決する

条件

◆利用者自らできることを奪うようなことはせず、あくまで自身に対応できない方の場合に、看護師同様、介護士にも実施可能にする等



摘便・浣腸

【現状】摘便・グリセリン浣腸（処方）の実施は看護師のみで対応

◆肛門付近に便が見えていても、介護職は「摘便」ができないため、看護師が来るまで待つしかない。自身で排出する力が弱い利用者は、出かかっても出しきれないということは日常的にある。介護職はその間、背中をさするなどして、利用者の苦痛に寄り添うが、原因に対して何もできない。

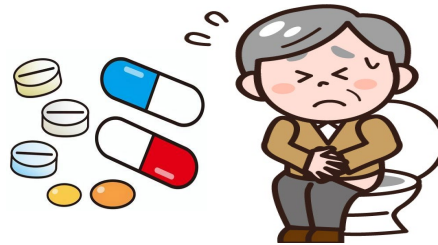
➡看護師を待つ間、利用者は苦痛を強いられる。

利用者120名に対し、看護師の配置基準は常勤換算3以上
実際は、日中（8:30-17:30）2名～3名での対応である



◆便が固めだと、肛門付近から出にくくなることがあるため、利用者に緩下剤を投与し、便の軟化を図る事態も生じている。

➡制度や仕組みが、利用者の正常な営みを妨害している



◆市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器を用いた浣腸は介護職が実施可能だが、処方されたグリセリン浣腸の施行はできない。

➡処方されたグリセリン浣腸があるのに、家族に市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器を購入し施設に持参するよう依頼しなければならない。看護師が実施するなら処方されたグリセリン浣腸が実施でき、介護職が実施する場合は市販薬を購入する必要があるというのは、利用者・家族にはなかなか理解されない。

【タスクシェア】

◆肛門付近に便が見えている場合、それを取り除く行為は、介護職も実施可能としてはどうか？

◆浣腸について、ICTの活用によるリアルタイムの相談体制やOJTの充実、および看護師との協働を担保に、介護職にも処方のグリセリン浣腸の施行を認めてはどうか？



左記に挙げた課題が解決する

条件

◆浣腸や摘便に頼ることなく、利用者主体の排泄コントロールを可能とするケアの提供が前提である

◆浣腸については、腸粘膜損傷、迷走神経反射、直腸穿孔、溶血などのリスクもあるため、OJTの前提として座学で解剖生理等の知識の習得も必要である

【現状】 異常が見られない場合の爪切りは介護職も可能

- ◆介護施設入居者については、爪白癬や巻き爪などの変形がみられる方が大多数を占める、介護職が実施できない場合が多数
 - ➡介護職が対応できないケースが多い
 - ➡少ない配置の看護師がすべての利用者の爪切りを含むフットケアまで手が回らないのが実情
 - ➡入浴後に爪が柔らかくなってる状態での爪切りは、非常にスムーズに施行できるが、入浴した全員の爪切りを看護師で行うことは不可能である



- ◆爪切りを含むフットケアが充分に行き届きにくい状況で、利用者の爪は変形したり、巻き爪が酷くなったりしている状況も見られる
 - ➡制度の縛りによって、利用者に不利益が生じている



【タスクシェア】

爪白癬や巻き爪があっても、安全爪切りやヤスリで対応可能な場合は、介護職も実施可能としてはどうか？

また、看護師の指示にあわせた方法や器具での対応で、介護職も実施可能としてはどうか？



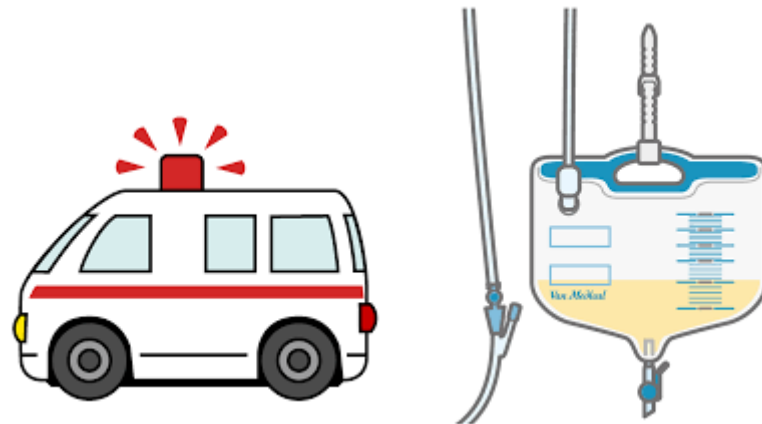
左記に挙げた課題が解決する

【現状】 蓄尿バッグの交換、カテーテルとの接続は看護師のみで対応

◆トラブルで外れてしまった際などは、看護師の対応が可能になるまで、利用者も介護士もそのまま待つしかできない現状。

◆看護師が出勤している時間でなければ、宅直看護師の出勤を待つか受診対応となる。

➡頻度が高い訳ではないが、バッグとカテーテルの接続のためだけに、看護師の出勤、緊急受診に繋がってしまう。利用者にとっても、施設にとっても不利益が大きい。



【タスクシェア】

蓄尿バッグの交換、カテーテルとの接続は、介護職も実施可能としてはどうか？



左記に挙げた課題が解決する

条件

◆介護職の不安軽減、行為の質担保として、リアルタイムの相談体制、やOJTの充実を図る 等



吸引

【現状】一定の研修を修了した介護職員が「痰の吸引」や「経管栄養」の対応が可能

- ◆毎年数名の資格取得をすすめているが、職員の入れ替わり等により、24時間常に有資格者で繋ぐ体制には至っていない。
 - ◆喀痰吸引研修受講にかかる費用（15万円前後）受講時間（50時間）、実地研修（各手技10回～20回）を対応する指導看護師業務、実技対象者の有無による取得行為の差や、半固形経管栄養なども含めた取得の複雑さは課題。
 - ◆利用者家族は、退院時等の家族指導により、実施が可能。
- ➡たん吸引が必要な利用者が増える中、たん吸引に対応できる人材が増えないボトルネックの一つが研修のハードルの高さにある。
- ➡随時頻回な対応や夜間の対応が必要な方については、受け入れや対応自体が困難となることがあり、利用者の生活の場の選択が狭められている。



【タスクシェア】

研修内容を簡素化し、OJTの比重を大きくするコースの創設は可能か？



左記に挙げた課題が解決する

条件

- ◆OJTには、ICTの活用により、吸引施行の際に、リアルタイムで看護師の助言を受けたり、監督下で実施することが可能な体制を整備する。



	内容	対応策
提案1	介護職による軽度褥瘡の処置	褥瘡のステージ、程度に応じた基準で区分。施設内OJTやICT等を活用した看護師との確認相談体制の構築
提案2	与薬・PTPシートからの取り出し	必ずしも一包化でなくても、本人のものとなる場合は介護職で可。確認のルール作成、施設内研修の実施
提案3	血糖チェック・インスリン投与	家族指導と同等レベルの手技研修と廃棄物処理等も含めた研修及び体制の整備
提案4	在宅酸素の流量変更・ON-OFF 携帯ボンベへの切り替え	家族指導と同等レベルの指導や施設内OJTで可。ICT等相談、確認体制の整備
提案5	摘便・浣腸	解剖整理等の座学による知識習得 看護師等によるOJT、確認体制。家族指導と同等レベルで可
提案6	爪切り	安全爪切りやつめやすリ等器具の指定や施設内OJTによる緩和
提案7	蓄尿バッグの交換・カテーテルとの接続	家族指導と同等レベルの指導や施設内OJTで可。ICT等確認体制
提案8	吸引	家族指導と同等レベルの研修と施設内OJTによる研修内容。

★自宅退院時等に家族指導で実施される行為については、同等程度の指導内容と同意を得て、介護職における実施可とできないか。

★使用器具の条件や、ICT等の活用（リアルタイムの相談や確認体制）による緩和ができないか。

參考資料

参考) 施設内看護師業務内容

看護師基本業務 例

	A勤務(8:00~16:30)	B勤務(9:00~17:30)	C勤務(8:30~17:00)
8:00	吸引・口腔ケア 経管栄養滴下・注入		
8:30	血糖測定 インスリン注射		経管栄養滴下・注入 定時薬セット(金) 回診者バイタル測定(木)
9:00	経管栄養注入 当日内服確認・内服準備	全体申し送り	全体申し送り
9:30	体操・看護申し送り・カンファレンス		
9:50	内服確認・準備 ショート入退所確認	ラウンド(検温・体調確認等) 回診者バイタル測定・回診準備(木) 定期内服セット(金・土)	ラウンド(検温・体調確認等) 定期内服セット(金) 回診者バイタル測定・回診準備(木)
10:30	経管栄養片づけ・浣腸・創部処置	回診(木)	回診(木)
11:00	ショート受け・内服確認、セット		
11:30	排便チェック	当日の内服ダブルチェック	当日の内服ダブルチェック
12:00	血糖測定・インスリン注射 吸引・経管栄養注入	看護日誌入力 50時間研修者指導 経口維持加算者食事観察・記録	50時間研修者指導 経管栄養 経口維持加算者食事観察・記録
12:45	休憩	休憩	次回回診準備
13:00			休憩
13:45			
14:00	サ担・カンファレンス出席 浣腸・創部処置 午後入所ショート受け	カンファレンス出席 次回回診準備	各種会議出席・事務業務
14:30	ショート入退所記録(看護日誌)・記録	精神科病院往診補助	
15:00	排便チェック・下剤セット	ラウンド(検温・体調確認等)	ラウンド(検温・体調確認等)
15:30	50時間研修者指導	50時間研修者指導	
16:00	吸引・経管栄養注入・滴下		看護日誌入力・記録
16:30		看護日誌入力	経管栄養
17:00		記録	
17:30		50時間研修者指導(19時~20時頃まで) 血糖測定・インスリン注射 吸引 翌日受診者医務情報入力 経管栄養片づけ 吸引 臨時内服薬セット	

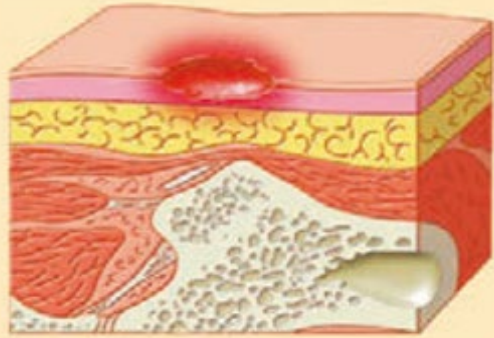
【その他業務】

- ・医務室掃除(火・土・日)
- ・新規入居者対応
- ・看護情報入力
- ・受診調整
- ・緊急時受診付添い
- ・各委員会・会議出席
- ・事故検討

【月末業務】

- ・経管栄養月間予定表
- ・宅直日誌翌月分準備
- ・排泄チェック表翌月分準備
- ・嘱託医診察表入力
- ・経口維持加算準備
- ・リハビリ表準備
- ・機能訓練
- ・家族連絡

カテゴリ/ステージII：部分欠損または水疱



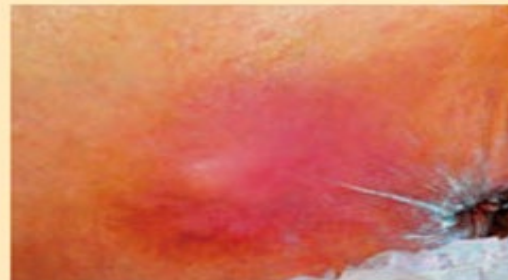
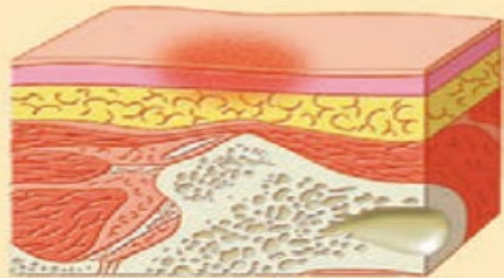
まわりの皮膚とほとんど段差がなく、毛穴が見えることが多い

カテゴリ/ステージIII：全層皮膚欠損（脂肪層の露出）



まわりの皮膚との間に段差があり、創底に柔らかい黄色の壊死組織が存在することが多い

カテゴリ/ステージI：消退しない発赤



透明なプラスチック板を押し当てて、発赤が消えないことを確認する。消える場合は含めない。しかし消える発赤でも進行する場合があるので観察を続ける

カテゴリ/ステージIV：全層組織欠損




まわりの皮膚との間に段差があり、中には創底に密着した黄色の壊死組織や、糸を引いたように見える壊死組織が見えることがある

(2) 吸入の開始


1 酸素ポンベの元栓(バルブ)をゆっくり左に回して全開にし、少し戻してください。

確認 酸素漏れがある場合は元栓(バルブ)を閉め「吸入の準備」からやり直してください。




2 酸素残量計の針が「緑」の範囲を指します。

確認 残量を確認してください。針が赤の位置の場合は酸素ポンベを交換してください。




3 流量設定つまみを処方された流量に合わせてください。




4 酸素供給モードを「同調」にし、電源スイッチを「ピッ」と音がするまで押しってください。

確認 電源が入ると運転表示 [吸気確認] (緑) が点灯します。




5 カニューラより吸入してください。

確認 吸気に合わせて運転表示 [吸気確認] (緑) が点灯します。




(3) 吸入の終了


1 酸素ポンベの元栓(バルブ)を右に回して閉めてください。



2 電源スイッチを「ピッ」と音がするまで押し、電源をきります。カニューラを外してください。



3 酸素供給モードを「連続」にしてチューブ内の酸素を抜きます。酸素残量計の針が「ゼロ」になったことを確認してください。



各部の名称

- 酸素供給モード切替スイッチ
- 取付ハンドル
- 元栓(バルブ)
- 流量設定つまみ
- カニューラ接続口
- 酸素残量計
- 電池カバー

操作パネル

- 電池交換表示(赤)
- ポンベ異常表示(赤)
- 吸気異常表示(黄)
- 運転表示(吸気確認)(緑)
- 電源スイッチ

電池収納部

単3アルカリ乾電池を2本使用してください。
※交換時は必ず2本とも新品にしてください。

