

医療・介護関係職のタスクシフト  
介護職員の医療的ケア行為についての検討材料

医療法人社団悠翔会  
理事長・診療部長  
佐々木 淳

# 介護施設に入居する高齢者の背景

- 独居・老老介護等による単独生活困難
- 訪問介護＋家族介護のキャパシティを量的に上回る
- 訪問介護＋家族介護のキャパシティを質的に上回る



介護施設には、在宅よりも強い「ケア対応力」が求められる。

## 介護施設の実例①

# 点滴ができない

- ①点滴は原則として施設内は禁止
- ②やってもいいが、すべて訪問診療で対応せよ
- ③見守りのみ協力、ただし日勤帯で完結せよ
- ④ボトル交換までは協力する
- ⑤ライン交換まで協力できる



治療手段が制限される。  
トラブル対応が迅速にできない。  
入院回避ができない。

## 介護施設の実例②

# 吸引ができない

- ①夜は看護師が不在なので、夜間吸引は対応できない
- ②夜間の吸引が必要なら訪問看護・訪問診療で対応せよ
- ③夜間吸引に対応できる



訪問系サービスで急場の吸引対応は間に合わない。  
窒息のリスクを承服するか転居するか、二者択一を迫られる。  
入院回避ができない。

## 介護施設の実例③

# 在宅酸素療法の管理ができない

- ①夜は看護師が不在なので、在宅酸素は受け入れない
- ②夜間チューブ外れなどが生じても本人以外は対応できない
- ③夜間ボンベと酸素濃縮器の付け替えはできない
- ④夜間のチューブ外れ等は対応は往診で対応せよ



最適な治療が提供できない。

低酸素血症のリスクを承服するか、転居するかの二者択一。

入院回避ができない（心不全・慢性呼吸不全等）

## 介護施設の実例④

# 経管栄養の管理ができない

- ①夜は看護師が不在なので、経管栄養は日中にすべて完了
- ② // 経管チューブからの投薬はできない
- ③自己抜去した際の暫定対応ができない



9時から18時の間に3食を済ませる必要がある。

緊急時は坐薬以外の薬が使えない。

胃瘻チューブ自己抜去の再挿入が遅れ、再造設手術が必要に。

## 介護施設の実例⑤

# インスリンの管理ができない

- ①投与量の設定から注射まで自己管理が原則
- ②看護師不在の時間帯はインスリン注射はできない



インスリン投与の単純化は重要だが、最適な設定が難しい。  
低血糖時の対応が難しい。

## 介護施設の実例⑥

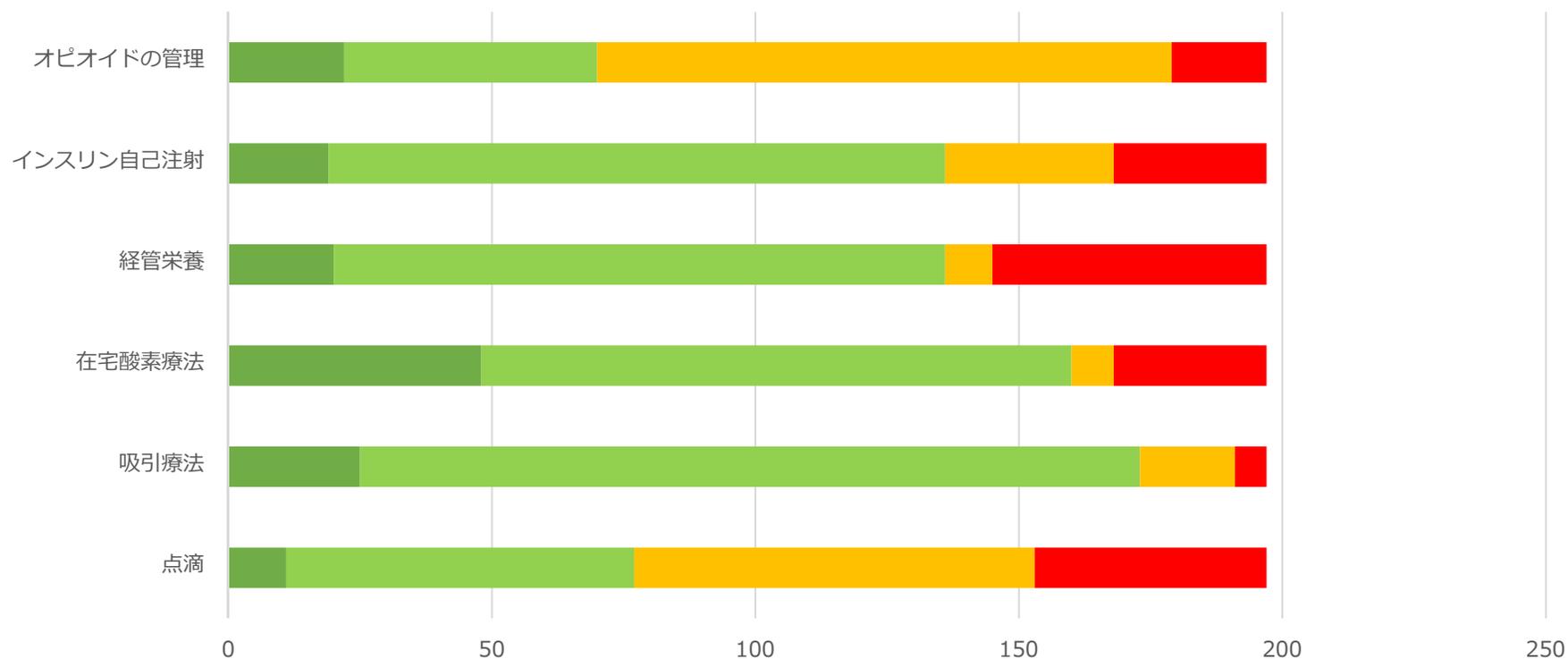
# オピオイドの管理ができない

- ①看護師以外はオピオイドにタッチしない
- ②内服・貼付は対応するが、注射は対応できない
- ③レスキューオーダーに対応できない



疼痛管理・迅速な疼痛緩和対応が難しい。  
入院回避ができない。

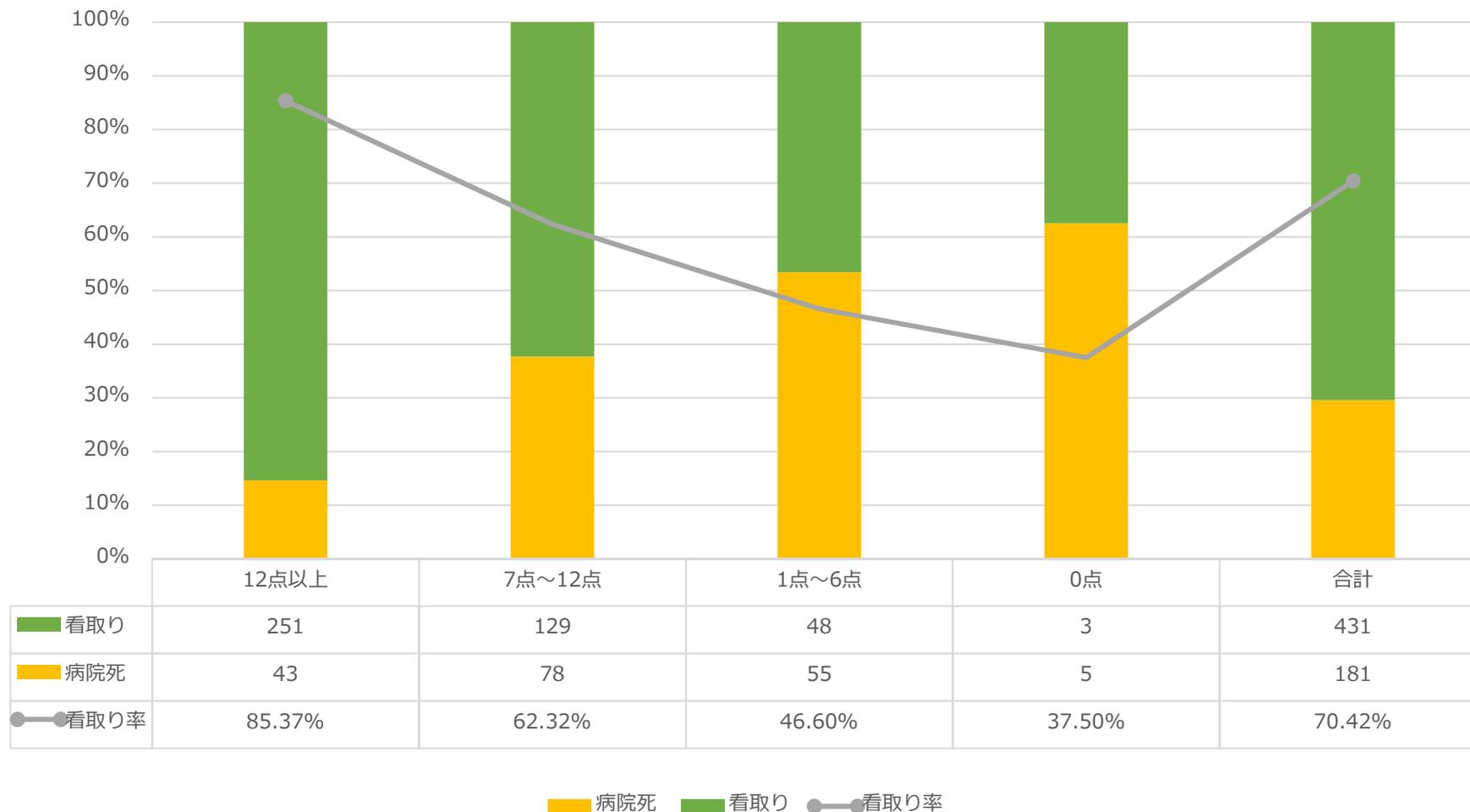
# 介護施設の実例（まとめ） 連携197施設の対応状況



	点滴	吸引療法	在宅酸素療法	経管栄養	インスリン自己注射	オピオイドの管理
■ 24時間全面的に対応	11	25	48	20	19	22
■ 日勤帯は全面的に対応	66	148	112	116	117	48
■ 日勤帯も限定的に対応	76	18	8	9	32	109
■ 原則として対応しない	44	6	29	52	29	18

■ 24時間全面的に対応
 ■ 日勤帯は全面的に対応
 ■ 日勤帯も限定的に対応
 ■ 原則として対応しない

# 介護施設の実例（まとめ） 施設の医療的ケア対応力と看取り



※医療的ケア力 = 24時間全面的に対応：3点 / 日中は全面的に対応：2点 / 限定的に対応：1点で加点した6項目の合計。  
医療的ケア力の高い施設で死亡退去が多く、看取り率も高い。

## 介護施設の実例（まとめ）

# 施設の医療的ケア対応力と入院

- **対象** : 当院による訪問診療を受け、救急搬送された症例
- **期間** : 2016年1月1日～2018年3月31日
- **方法** : 診療録を後ろ向きに解析、居宅と施設\*の2群に分類
- **検討項目** : 年齢、性別、主訴、転帰、要介護度、入院期間、急変対応事前確認有無、独居有無、訪問看護導入有無、この入院は回避し得たか(ACSCsで分類)
- **統計学的手法** : 2群間の比較 Fisherの正確確率検定、Studentのt検定  
多変量解析 logistic 回帰分析



## 「機能強化型在宅療養支援診療所における救急搬送症例の検討」

井上淑恵医師

医療法人社団悠翔会 悠翔会在宅クリニック品川／藤沢市民病院救命救急センター

介護施設の実例（まとめ）

## 施設の医療的ケア対応力と入院

### 入院回避可能性について、ACSCsで分類

- **医療者要因**：診断の不確実性、診療所での治療限界
- **医学的要因**：医療緊急事態、投薬による副作用
- **患者側要因**：服薬不履行、アドヒアランス不良
- **社会的要因**：社会的支援の欠如、過保護介護者

*Ann Fam Med. 2013 Jul-Aug;11(4):363-70より抜粋*

\* **システム要因**：時間外医師不在、外来通院手段がないなど

→当院は訪問診療であり、また24時間365日対応しているのであてはまらない。

\* **緩和エントリー済**：他院緩和ケア病棟にエントリーされている患者の緊急入院に

関しては、準予定入院と考えられるのでACSCsには分類せず。ただし結果表には記載した。

## 介護施設の実例（まとめ）

# 施設の医療的ケア対応力と入院

施設からの回避可能な入院は、  
社会的要因（施設の運営コンセプト）による！

	n (%)	居宅 (n=220)	施設 (n=56)
<b>回避可能</b>		<b>105 (47.7)</b>	<b>21 (37.5)</b>
医療者側要因		9 (8.8)	4 (19.0)
医学的要因		4 (3.9)	0
患者側要因		30 (29.1)	0
社会的要因		62 (59.0)	<b>17 (81.0)</b>
<b>回避不可能</b>		<b>115 (52.3)</b>	<b>35 (62.5)</b>
医療者側要因		29 (24.8)	11 (31.4)
医学的要因		70 (59.8)	<b>21 (60.0)</b>
* 緩和エントリ一済		16 (13.9)	3 (8.6)

p<0.001

## リスクマネジメントの観点から

窒息  
低酸素血症  
低血糖・高血糖

- 口腔内を吸引する
- 酸素チューブをつなぐ、スイッチを入れる
- 目盛りを合わせてインスリンを注射する

看護・介護職の手技によるリスクよりも、  
不作為により患者の被るリスクはより大きい！

## 経済合理性の観点から

深夜往診で3.5万円  
1週間入院で22万円  
介護施設転居

- 点滴を管理する
- 投薬を管理する
- ・ オピオイド
- ・ 経管投与
- 酸素を管理する・吸引する

介護施設の中で吸収できうる業務に  
高額な診療報酬や入居者負担が発生する。

# 在宅なら家族がやっていることなのに

**患者・家族の  
の利益の喪失**

**運営者のリスクヘッジ**

- 介護職が医療的ケアを提供することの危険性？
- 看護職の業務設定範囲？

自宅では家族（高齢でも認知症でも）がやっている。  
施設ではケアの専門家がやらない or やれない。



**自宅で看られないから介護施設に入るのに、  
自宅よりもケアレベルの閾値が低いのは不合理！**

# 検討していただきたいこと

## ①介護職の医療的ケアの対応範囲を広げる

- ・ 自宅で家族に許されている範囲は介護職でもできるはず  
▼
- ・ 資格要件のための長時間の卒後研修義務は非現実的
- ・ 教育プログラムに組み込む
- ・ 追加資格化し、  
「できる介護職」（またはその雇用）を評価できるようにする

## ②看護師の業務範囲は運営者定義ではなく専門性を優先する

- ・ 施設で可能な医療行為は看護師の対応範囲により規定される
- ・ 高齢者施設における入院理由の多くは「社会的要因」  
▼
- ・ 施設看護師に対する看護技術のフォローアップ研修など