

厚生労働行政推進調査事業費補助金
(厚生労働科学特別研究事業)

「新しいチーム医療などにおける医療・介護従事者の適切な役割分担についての研究」

分担研究報告書(令和元年度)

医師のタスク・シフト/シェアに関わる介護従事者の役割

分担研究者 岡本 左和子(奈良県立医科大学公衆衛生学講座 講師)

研究要旨

病床機能分化が進められ、地域包括ケアシステムの構築を通じて、地域における医療・介護の総合的な確保が推進されてきた。2025年をにらみ一層地域における医療・介護の連携は必須となる。そのためには、在宅医療従事者の業務について介護従事者は何ができるのか、介護従事者からも何ができるようになれば、医療従事者の補助にもなり、介護従事者の業務や連携もスムーズに実施できるのかを明らかにする必要がある。

そのため、本分担研究では、医師からのタスク・シフト/シェアという視点から、介護従事者と在宅医療を実施している医師にインタビューを行い、双方の要望やタスク・シフト/シェア(介護従事者には業務拡大)の可能性はどんなところにあるのかを見極めるための情報収集を行った。

その結果、双方に「もう少しやってほしい(やらせてほしい)」という思いと、そのためのトレーニング等教育の機会を望んでいることがあり、それらの項目は一致していることが明らかとなった。

A. 研究目的 医師から介護従事者へのタスク・シフト/シェアについて、どのような項目が現実的に考えられるのかを明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法 地域医療において在宅医療に先進的に取り組んでいる医師2名と介護従事者として積極的な取り組みを展開している介護福祉士2名にインタビューを実施した。これらの介護福祉士については、老人保健事業「退院支援の事例分析による在宅医療・介護への円滑な移行のための介護職視点を取り入れた在宅医療・介護連携促進に関する調査研究事業」班のワークショップで積極的な取り組みをしているとして代表になった方々から参加の承諾を得た方を選択した。

C. 研究結果

1) 在宅医からの提言

• 医師A

一挙に医師の仕事を介護士にタスク・シフト/シェアするよりは、2ステップあって、結果として医師の仕事を介護従事者にタスク・シフト/シェアされるのではないかと思う。現実には、医師が介護従事者にタスク・シフト/シェアしてほしいと思うよりは、「訪問看護師・特定行為研修を修了した看護師が介護福祉士にタスク・シフト/シェアしてほしいものは何か」を求めた方がニーズは得られやすいかもしれない。

医師の業務を「特定行為に係る看護師の研修制度」に則って特定行為研修を修了した看護師へのタスク・シフト/シェアをする。

(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000070423.html>)

実際この動きは介護職員・介護福祉士にも適応できると考える。

医師の業務 → 特定行為研修を修了した看護師(訪問看護できる特定行為研修を修了した看護師) → 介護従事者にできる部分をタスク・シフト/シェアという流れが良いのではないと思われる。

医師の業務の中で、あまりにも多数のドキュメント作成をなんとかしないといけないのではないかと考える。

介護従事者に医師から見て、実施してもらいたい業務：

- a. **バイタルチェック**： 日常的にしてくれているが、患者宅にいない医師に刻々と呼吸状態の動画も含めて送ってくれれば、臨死の瞬間に医師または看護師が立ち会える可能性が高くなる。
- b. **吸痰吸引**： 現在は、吸痰はトレーニングを受けた介護従事者しかできないが、ニーズは多いので増やしてほしい。
(<https://www.azumien.jp/contents/work/00033.html>)
- c. 介護従事者には限らないが、fax もしくはメール発送の処方箋を正式な処方箋として扱えるようにする。

• 医師B

介護職に依頼したいことは、大別すると以下の7点となる：

- a. **ケアマネジメント**： 本人家族の意向に沿ったケアプラン立案、遂行、調整、経済状況の把握(ケアマネジャーレベルですが、介護福祉士からケアマネジャーになるのは、ケアマネジャーとしては一番一般的なよくあるキャリアパスであり、全ては無理としてもケアマネジメントのプロセスは共有できると考える)。

- b. **ADLに関わる身体的ケア**： 食事介助、歯磨きや入れ歯の手入れ、清拭、入浴介助、排泄介助、陰部の清拭、オムツ交換。これらを看護師が行うとかなり時間を取られ、看護師の時間が取られると医師の補助に回す時間が取られる。
- c. **服薬管理**： 医師の指示に基づいて、内服状況の確認、内服の促し、発熱時や疼痛時の頓服薬内服の介助、坐薬の使用。
- d. **皮膚創傷ケアの継続**： 褥瘡や皮膚病変への外用薬の継続塗布やドレッシング剤の交換。外用薬の塗布や、汚染されたガーゼの交換(被覆材交換もこのレベルと考える)、座薬の挿入なども介護福祉士、介護職員には認められているが、実践できる人が少ないと感じている。
(<http://peernet.or.jp/doc/helper/H24ikea.pdf>)。
軽い褥瘡やスキンテアという皮膚がめくれた状態、皮膚や爪白癬の頻度が高く、介護職の協力により在宅医の訪問回数が減るため助かる。
- e. **喀痰吸引**： 研修を受ければ出来るが、まだ出来ない方も多く足りていない。気管切開されている方、誤嚥が目立つ方を生活の場(自宅や居宅型施設、介護保険施設)で受け入れるとか、看取る場合にはかなり重要である。
- f. **日常のバイタルサイン、重要な情報の共有**： 例えば、心不全では体重と浮腫、呼吸苦などの症状の早期発見につながる。
- g. **看取りのケアと限界の認識**： 衰えていくことに対する肯定的な共通認識を持ち、医療者と家族、介護職とがタッグを組んでいけば大変助かる。しかし、この共通認識が無ければ「悪化した」「何か出来ることがあるのではないか」という報告が医師に逐一入ることとなり、対応するのは大変となる。良い意味で医療の限界を理解し、衰えていく方を穏やかに看することも重要なスキルだと考える。

上記の内容については、かなり充実してきている印象がある。例えば、社会福祉士及び介護福祉士法では、「介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下に痰の吸引等の行為を実施することができる」と定められている。ただ、実際にできる人数が少ないのと、できたら家族でできるようにもトレーニングを受けてもらえたら良いように思う。

(https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/01_seido_01.html)。また看取りについても、看取りの経験がある医療者・介護者とともに、教育とトレーニング、そして臨床経験を蓄積する必要があり、それができると在宅医の業務もかなり時短につながると思う。

2) 介護従事者からの提言

• 介護士A

介護士ができればよいのにと考える医療的ケアは、

- a. 排便ケア、座薬の挿肛や浣腸(医師の指示があれば可能ですが)など
- b. 軽度の床ずれのケア
- c. 1 包化された内服薬のカレンダーなどへの貼りつけなどによる誤服用の予防
- d. 人工肛門パウチの取り換え
- e. 貼り薬の貼り換え(湿布等一部は可能ですが)

【医療的ケアの実地指導について思うこと】

- a. 介護士への喀痰吸引、胃ろう注入などの実地指導には指導資格が必要になったことの弊害がある。実地指導できる看護師は研修などを終え指導資格を持っていることとなった為、入院中に病院看護師から指導を受けての在宅準備が出来なくなった。医療的ケアのニーズがある利用者は、入院リスクが高く在宅と病院を行き来する。退院後に資格のある訪問看護師から実地指導を受けなければならなくなった。

指導を受ける費用も一人5千円から1万円と、介護従事者の負担も大きい。準備にかかった申請

費用等を含めて事業所の持ち出しになることもあるため、介護従事者と事業所にとって資格取得のモチベーションにつながらない。

- b. ALS患者のケースでは、ミニトラックからの吸引をヘルパーが出来なくて困った。ミニトラックは人工呼吸器ではないため、吸引指導を受けても吸引できない。この時の患者は退院を断念して、病院で看取ることになった経験がある。

個人的に気を付けていること(間接的に医師の負担軽減になると考えること)：

【家族支援】在宅生活では、家族の支援が不可欠なので、本人の意向に近づけるため、家族の負担軽減をおこない、家族の生活を考え、心身ともにサポートするように心がけている。家族の持つ歴史は治療への理解や選択・協力、在宅生活の選択・協力へも大きな影響があり、家族の関係性などの情報を得るようにしている。そのような努力の中で、ファミリーソーシャルワーカーと言えいいのか、家族単位でソーシャルワーカーがついていれば、より良い環境を利用者とその家族に提供できると考える。

【喪失への準備】大切な家族を失うことを考えるのは辛い事なので、機会があれば、「別れが来ること」を、一言、二言、さらっと話すことを続けている。十分にはできていないが、どのような終わりを迎えようとも自然の摂理として受け入れられる気持ちの準備があれば、介護現場も医療も楽になると思っている。

【不要な救急搬送】自宅で看取る、延命はしないと言いながら、何か変化があれば不安や混乱に陥り、家族は救急車を呼ぶ傾向にある。搬送されても治療しないで退院してくる。医療機関が開いていない時間に何か起きても、朝まで待てるか、様子を見られるか、冷静な判断ができるようにと思うが、訪問医や看護師が24時間体制でも混乱して相談せずに救急車を呼ぶことがよくある。これについては勉強会やトレーニングが必要ではないか。

D. 考 察

【人材育成】喀痰吸引や注入など医療的ケアができる介護従事者の育成。ただ、実習先が少なく資格が取りにくい。例えば、喀痰吸引ができるようになると、医師および看護師のタスク・シフト/シェアの一助になる。

【Advance Care Planning (ACP)の徹底】在宅看取りのイメージがあるが、外来の医師は本人の意向を理解していないことがよくある。必要な方には外来患者にも、MSW を活用して生活への意向を確認して治療の選択をしてはどうかと思う。誰かからの伝言ではなく、初めに、医師が正しい説明をすることで、利用者とその家族は正しく理解でき、コミュニケーションもはかかれて、かえって医師に相談しやすくなるのではないかと考える。すべてを医師がするのは大変なので、最初だけ医師が担当し、後は様々な職種でフォローするシステムができると医師の負担も限定的になるのではないと思う。

• 介護士B

医師や看護師の時短につながる業務で介護職ができることについて：

a. 食べる

栄養知識のトレーニング

食事摂取量の報告（医療者と共通言語で報告できる）のトレーニング

b. 排泄する

排泄量、排泄物状態の報告（医療者と共通言語で報告できる）のトレーニング

上記の点について、研修やトレーニングを行い、介護従事者が実践できるのが有効ではないかと考える。

介護従事者は利用者の生活に最も近い場所にいるため、介護従事者の報告が信頼出来る内容である事が、結果として医師・看護師の時短に繋がるのではないかと考えている。

医師からのタスク・シフト/シェアについて、在宅医療に携わる医師と介護従事者との考えは大きくは離れておらず、医師が介護従事者に実施を要求する事項と介護従事者ができるのではないかと思うものがほぼ同じであった。ただ、介護従事者が困難と思っている内容と医師が実施してもらえない人数が少ないと思う間には、少し開きがあり、医療システムによるサポートの必要性が感じられた。「医師は資格を取ればできるようになるので取ってほしい」と思うが、介護従事者は費用や申請書の手間などを思い、なかなか申請ができないでいる。

バイタルサインや排便のチェックとその情報共有など、日常的にすでにできているが、その報告の仕方にずれがあった。喀痰吸引、床ずれなどの皮膚創傷ケアの継続などは共通した認識であった。

また、終期末ケアについても、患者の様態の変化を理解する必要性やすぐに救急車を呼ばない、連絡するときは在宅医または訪問看護師にしてからにするなどの認識の再構築と介護従事者の研修とトレーニングの必要性が医師と介護従事者の双方から挙げられた。

さらに、資格を持ったものでない関われないようになったケアについては管理ができていてもいえるが、同時に、手続きが面倒になって時間や費用が重み、資格を取らなくなる介護従事者が出るということについては、検討の余地がある。現場で介護従事者の関わりが必要と思っているケアについて、アクセサビリティが悪いのはタスク・シフト/シェアの妨げになると考えられた。

E. 結 論

バイタルサインや排便のチェック、喀痰吸引、床ずれなどの皮膚創傷ケアの継続、終期末ケアについては、医師と介護従事者ともにタスク・シフト/シェアの必要性を訴えていた。例えば、喀痰吸引の資格を「研修を受けて資格を取ればよい」というものではなく、そのための費用や時間をどのように捻出するのかは介護職にとっては、その資格を得ようとするかしないかの選択判断に大きく影響する。施設が

それを負担するほど余裕がないことなども検討する
必要が明らかになった。

現状でも実施されているバイタルサインや排便の
チェックについては、医師への情報提供の仕方が大
事で、逐次情報が入るようなシステムを確立するこ
とで、医師の判断に寄与することにもなり、臨死に
もタイムリーに立ち会えることが提案されていた。

トレーニングによって得られる資格で移管できる
業務があり、それについてはその資格取得の研修や
トレーニングの在り方を検討する必要があると考えら
れた。また、終末期のケアについては、医師と介護従
事者ともに、もっと教育が必要であることが指摘さ
れた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

特許取得

なし

実用新案登録

なし

その他

なし