

社会保障審議会介護給付費分科会

第4回介護施設等の在り方に関する委員会議事録

1 日時及び場所 : 平成19年5月18日(金) 午前10時～12時00分

如水会館 スターホール(2F)

2 出席委員 : 天本、池田、井上、井部、沖藤、川合、神田(牧野参考人)、木下、木村、紀陸、田中(滋)、田中(雅)、対馬、中田、新田、前田、村本の各委員

喜多、山本の各委員は欠席

3 議題

(1)療養病床から転換した老人保健施設における医療サービスの提供について

(2)療養病床から転換支援に関し追加的に検討を要する事項

(3)その他

○川尻計画課長より、初出席委員の紹介、本日の出欠状況の報告が行われた。

○大森委員長より挨拶。

○榎本地域ケア・療養病床転換推進室長より、配布資料の確認。

○鈴木老人保健課長より資料1、参考資料1を資料に沿って説明。

(大森委員長)

それでは、転換した老人保健施設における医療サービスの提供について説明があったので、自由に発言いただきたい。木村さん。

(木村委員)

1つ質問というか確認だが、資料1の1ページの1の2つ目の○のところ、これは医療保険部会の資料で、「医療費適正化に関する施策についての基本方針」、この中に療養病床から介護保健施設等に転換または削減する見込み数ということで、この医療区分1の患者、それから医療区分2の患者の3割というふうに想定されると程度と考えられている。説明があったが、まだよく理解をしてないので改めて確認をしたい。この3割という数字、もう少し具体的な根拠についてもう一度説明いただきたい。それが質問。

それから、もう一つは、ちょっと飛びますが、提供体制のところ。私ども、少し前になるが、2004年に介護保険3施設調査というのをやまして、そこでの話を少し紹介しておきたい。この調査であるが、介護職員が利用者と施設管理者との間で悩みながら医療行為を行ってしまっているという実態が明らかになっていて、欠員のある施設あるいは人手不足を問題にしている人ほど、この医

療行為を行っている割合が高いというような結果が出ている。

それから、その医療行為の頻度については、それが常態化していると回答した人が6割以上いて、医療職の人がいないときと回答をした人が約3割あった。それから、その介護中にヒヤリハットというか、そういう経験をした方が介護職、看護職とも6割以上の人が1か月以内に経験をしたと答えていて、非常にこれは大変な事態になっている。

それから、夜間の勤務体制については、建物の各フロア全てには職員がいないという回答は、介護職・看護職とも2割以上いて、その人たちの約8割が全フロアに職員がいるべきであると、その必要性を訴えているという状況がある。それから夜間の緊急時の連絡体制が不十分という回答が全体で2割を超えているということで、そのほかにもいろんな実態が出ているが、この療養病床から転換した老健施設では医療の必要度が低く、状態が比較的安定しており、適切な人員配置の下で対応可能と想定をされる人、こういう人たちに対応しようとするものだが、実態を見ると、夜間に看護職員をきちんと配置するということは必要であろう。

それから、利用者数だけではなく、建物の構造も考慮をして、それから看護職員、本来は看護師であるべきだというふうに私どもは考えているが、複数配置をするということで、こういったヒヤリハット事故が起きないような配置の検討が必要だ。私どもの調査を若干紹介して、意見にさせていただきたい。

(大森委員長)

それでは、第1問目の質問があった30%のところを少し詳しく説明してほしい。

(深田参事官)

それでは30%の具体的根拠という質問についてですが、昨年10月時点の医療区分についてデータを取ったものがある、中医協の慢性期分科会でのデータですが、その中の数字をベースに考えたものである。

医療区分2の中の患者の方々についても、一部の方々については一定程度状態の安定が見込まれ、適切な人員配置によって対応が可能な方もいらっしゃるかと考えていて、今般、今日、この検討会で議論いただいているように、老人保健施設における医療提供の在り方についても検討することになっているので、そういった動きも勘案して3割と設定をしたものである。具体的には医療区分2の患者さんのうち、うつ状態にある方、あるいは褥瘡や創傷措置、あるいは皮膚の潰瘍などの項目に該当する方の一部を想定しているものであり、当時のデータでいうと、これらの方々を合計すると、約3割という数字になる。

(大森委員長)

木村さん、そういう答えですけれど。

(木村委員)

はい。ありがとうございました。

(大森委員長)

天本さん、どうぞ。

(天本委員)

現在、18年10月の調査結果ということだが、慢性期分科会では先日は中間報告であり、最終報告の検証はどこでもなされてないはず。それをもって、そう考えているという厚生労働省だけの考えでこういう形の議論の進め方というのは非常に大きな問題があるのではないか。要するに、検証結果に基づいて、しかも慢性期分科会では医療区分1の中にも入院の継続性や必要性があるものが入っているというようなことでの特記事項としてきちっと中医協の方に報告もされているので、このまま「医療区分1を入院の必要なし」ということで、想定の下で話が進められるのは非常にいかがなものかと。ただし、将来的にこういう人たちも介護保険で見ていくような、かなり医療の厚さを持っていくという形の議論であれば、それはそれとして、議論として展開をしていいんだと思うが、これはまだ検証結果は出てないということははっきりしておきたい。

(大森委員長)

という指摘だが、そうなのか。

(深田参事官)

先ほど委員がおっしゃいましたように、中間報告が出たという段階であり、検証作業全体はまだ完了はしていないものである。しかしながら、分科会で現在議論されている最中ではあるが、現在の医療区分については概ね妥当だという評価は少なくとも出ており、今後、更に検討が進んで変更する余地は無いのかと言えば、当然ないということでは無いが、大幅に変わるということはないのではと考えている。

また、今後、法律の施行をするために、医療費適正化計画を作成していく、あるいは地域ケア整備構想を立てていくといった一連の作業がこれから必要で、施行までの1年間の準備期間を考えると、この時点でわかるものでデータを出していかないと作業が前に進んでいかない状況であることから、現在活用できるものを使っているところである。

(大森委員長)

ということだが。

(天本委員)

その説明、医療区分の妥当性ということについては確かにデータとして出たと。しかし、医療区分1が入院の必要性がないということとは違うことも添え書きがされているので、十分それを承知し

ておいていただきたい。

それから、先ほどの木村委員からのいろんなデータというものは非常に重要な、これから考える現状の実態であるので、資料を是非提供していただき、委員がこれからのきちっとした議論をする際の資料として提出いただければ幸いです。

(大森委員長)

木村さん、そういう要請ですけど、紹介あったデータを提供していただけますか。

(木村委員)

はい。在庫をチェックして。

(大森委員長)

ちゃんとした数値でないとまた議論ができるので、整理をして、もし、提供していただけるものならばお願いすると、それでよろしいでしょうか。

(井部委員)

看護職の働きが重要だという指摘もあったので、看護の立場から意見を述べたい。療養病床から転換した老健施設の医療提供体制の在り方であるが、医療サービスについて根本的にどう考えるかが重要な論点である。

今日の資料では急性増悪とそれから夜間・休日の対応と看取りという3つの観点から見直しが必要であるという厚生労働省の方針は評価できるが、ただ、本日の資料を拝見してみると、例えば参考資料1の16ページで看取りの際に必要な医療サービスとして昇圧剤の投与とか心臓マッサージといったものが挙げられており、全体として看護の立場から見ると、最後まで手厚い医療処置をして、そのかいなくお亡くなりになると、こういう構造が見える。これは急性期病院での医療提供や、あるいは終末期のイメージそのものであり、療養病床あるいは生活の場としてのイメージではない感じを受ける。

介護保険施設である老健施設では、病院ではなくて、より在宅に近い生活の場として利用者が安心して療養やリハビリを継続でき、最期を迎えられるケア提供体制が整備されるべきである。もし、座長から許可を得られましたら、日本看護協会がまとめた療養病床再編に伴う老健施設の新たなサービス提供体制についてという資料があり、一応準備しているので、本日、許可が得られたら、そのことについて少し説明の機会をいただきたいが、よろしいですか。

(大森委員長)

せっかくですので、事務方、よろしいでしょう。

それでは、配って、簡単に説明してください。

(井部委員)

ありがとうございます。

(資料配布)

(井部委員)

お手元にあるのが、日本看護協会が作成した「療養病床再編に伴う老健施設のあらたなサービス提供体制の在り方について」ということで、なかなかよくできていると私は思っている。詳細な説明は時間の関係で避けたいが、7ページに、「施設内での看取りを視野に入れたターミナルケア対応体制」というテーマでまとめたところがある。療養病床から転換した老健施設での看取りの在り方についてだが、これはできるだけ在宅に近い環境で苦痛の少ない看取りを行うためにどのようなケアが、医療ではなくて、あえてケアと言いたいが、どのようなケアが必要であるかという観点から検討すべきである。

例えば、終末期の医療といっても、昇圧剤を投与するとか、あるいは心臓マッサージをするということではなくて、適切な水分管理とか栄養管理をすることや、あるいは排泄のコントロール、留置カテーテルを入れている方も多いわけだが、その排泄をうまくコントロールすることや、それから疼痛コントロールである。多くの高齢者の方は何らかの痛みを持って生活をしている方が多いというのが介護認定審査会などに行くときよくわかるが、こうした疼痛コントロールなどを医療職の適切な判断の下で実施することにより、高齢者の苦痛を減らして、最後まで尊厳を保ちながら死を迎えるという、そういうサポート体制が重要。

また、もう一点は、これは老健施設の在り方にとどまらない問題だが、一人ひとりの利用者の方がどこでどのように死を迎えたいのか、それからそのことについて利用者や家族と定期的に意思の確認を行う。事前承諾(アドバンスディレクティブ)といったような考え方や、リビングウィルというような考え方があるが、こうした定期的な意思の確認をして、職員全体で看取りの方針として共有していくことが必要。

このことは非常に重要なこと。利用者や家族の意思確認をした上で過剰な医療を提供せずに苦痛や不安を取り除きながら安らかな死を迎えられる体制が整備されるべきであり、そのような看取りの体制を取れる施設が介護報酬上評価されるべきである。

それから、もう一点はリハビリテーションの在り方についてだが、この件に関しては資料の1枚前の6ページに言及している。ただいまの説明では急性増悪の対応とか、あるいは夜間・休日での医療処置、それから看取りのための医療提供ということが挙げられているが、日常で提供するリハビリテーションについてはより医療依存度の高い利用者が対象になるので、内容の見直しが必要。

特に代表的なリハビリのメニューのほかに、食事とか排泄、それから高齢者の尊厳や日常生活のQOLの向上にかかわるリハビリが提供できる体制が必要。例えば、看護の立場からいうと、胃瘻とか経管栄養を付けていた人が、それを外して口から食事が取れるようになることや、膀胱の留置カテーテルや、あるいはおむつを付けていた人が、それを外して自力でトイレでの排泄が可能にな

るということに非常に価値を置くわけであり、そうしたことを実現するには多職種共同による長期間の取組が重要である。

高齢者にとっては基本的な生活機能の改善というだけではなくて、QOLの向上という意味でもリハビリテーションの機能というのはとても重要であり、とかく看護職は経管栄養の人がいるから、あるいはカテーテルを留置しているから看護職が配置されなければならないといった論調で、ことが進むわけだが、実は私たち看護職にとって真骨頂と言うべきことは、そのようなものを外して普通の日常生活がどのくらいできるかということに手助けをすること。つまり利用者の生活機能の維持・改善に取り組んでいくことがとても重要である。

看護職の配置の基本的な本質的な意義はそこにあるということ、ケアをいかに良質で高度な、つまりカテーテルを入れるとかあるいは吸引をするということが高度な意味ではなく、むしろそのようなものをできるだけ排除して良質で高度なケアができるようにしたいというのが究極の目指すところではないか。ちょっと説明が長くなったが、お手元の資料、ほかのところも是非ごらんいただければと思う。ありがとうございました。

(大森委員長)

ありがとうございました。今の視点、重要だと思うが、ではちょっと課長から。

(鈴木老人保健課長)

今、指摘があったように、リハを含めたケアの質の向上は、まさに大切なことだ。それから、この転換した老人保健施設に限らず、いろいろ施設もしくは居宅・帰宅も含めて、最期をどう迎えていただくかというのは非常に大きな課題で、重く受け止めなければいけない。

ただ、今回示した資料は、特に、急性期病院ではなくて療養病床の中でどのくらい措置が行われているか頻度を示した。我々の観点の1つとしては、今まで療養病床であったところが、ある時点から老人保健施設に変わっていただくわけだが、その段階で入っておられる方もしくは家族の方にきちっと同意なり説明がなく、いきなりそういうサービスができなくなるわけにはいかない。やはり看取りについても、もちろんケアの向上の観点も必要だが、一定程度のそういう医療行為も必要になる。その上で実際に広い意味で医政局なり保険局と一緒にどういう形で施設なり自宅でどういう手続で最期を迎えていただくかは大いに議論をして、あとはそれをきちっと反映させていきたい。

(大森委員長)

それではお願いします。

(川合委員)

まず、確認です。数点ある。資料1の1ページ目、下から2つ目の○の①。「そもそも療養病床から介護施設等への転換が円滑に進まない」、このことに関して私は当たり前だと思う。今、3基準のうち、施設基準が3月29日に決まった。今、恐らくこれは人員基準とか運営基準の討議に入っ

ていると思う。

3基準がそろった上で、私も療養型を持っているが、介護報酬・診療報酬が決まらないことには経営者として手を挙げられない。やはり診療報酬・介護報酬を示されないことには、これはいくら努力しても80%を期待されているのか50%を期待されているのか知らないが上がらない。それがまず1つ。

2番目、資料1の2ページ目だが、2強化すべき医療サービスの(1)①、「現行の老人保健施設の体制では対応が困難な」という表現がある。困難である。でも、我々老人保健施設は、昭和60年に中間施設に関する懇談会の中間報告というのが出て、我々はそれをバイブルのようにしてやってきた。老健施設の理念、4つの役割、これが5つの役割というふうに変更してきたが、その中にどういうことが書かれているか。昭和60年当時です。多様なニーズに対してその当時多様なサービス提供にはなっていない、だから多様なサービス提供をする施設をつくるべきだと、ここには高々とうたわれている。我々はその趣旨に感動して老人保健施設を始めた。

その中で、20年間、医療職は厳然としている。医者もいる、看護師もいる。その中で多様なニーズを吸収してきた。このような紋切り口調のような「現行の体制では困難な」、困難である。でも、やってきた。具体的な例、先ほどの木村委員のデータでお示しいただきたいが、我々のデータではシフトを組んで、80%の医療施設で看護職がいる。申し訳ないが、ただ、入所室等が5階建てである、3階建てであるという場合にはそのフロアにいないという可能性はある。

ただ、先ほどの、私は委員同士で対立するつもりは何もないが、アンケートによるとヒヤリハットで、そのフロアにだれもいないとおっしゃったが、それは事実ではない。こと老人保健施設に関しては、そのフロアが0であるということは、先ほど保険施設3施設とおっしゃいましたから、別のところにはあるのかと理解したが、私は胸を張って、もし0のフロアが老健にあるなら私は会長職を辞める。軽々にそういうデータを口頭で発表していただきたくない。文書で発表してほしい。

3番目です。資料1の2ページ目①の2つ目の○の一番最後のところ。先ほど言ったが、ここにはやはり80%ちゃんという。これはなぜか。そういうシフトをすれば、今の介護報酬では赤字である。でも、我々、医療職は目の前のニーズに対応するためにはやはり置く。夜間ポータブルで吸引をしている。当然設備投資のために新たに壁に配管のバキュームなどは付けられない。しかし、設立当初から付けているところもある。でも、ポータブルでできる。酸素吸入はボンベでできる。それをやっている施設はたくさんある。そういう現状を紋切り口調で「必ずしも必要な」という表現をされると少し心外である。

資料1の3ページ目、一番最後。死亡退所率は2%と極めて少ない。私はこれは誇るべき数字だ。この裏にはもう一つ言いたいことがある。我々は医療職、看護職である。先ほど井部委員がおっしゃったように、このことについての関連だが、老健で心マッサージが参考資料なしと書いている、赤線の中に。当たり前である。老人保健施設で急変が起こってばたばたするような管理者はいない。老人保健施設に入っていて、在宅といろいろ往復していただく。もしも急変が起こった場合にはろっ骨が折れるような急性期の心マッサージが必要ですかというお尋ねを当然のこととする。85歳平均年齢の人に心マッサージしてろっ骨を折るのか。私は心マッサージ0、胸を張る。こ

れでもって、今の現行の介護保健施設が医療が薄いなんて言われたらちょっと心外である。

昇圧剤、井部委員がおっしゃったとおり急変が起こるようなことが日常の診療で、起こるかもわかりません。昇圧剤を入れますか、どうしますかとお尋ねをする。一番の問題はやはり食事中の誤嚥である。そのことに対してはそういうこともありますと言う。

もう一つ心外なことが、資料1の4ページの②供給体制のイメージの上に「現行の老人保健施設では長期療養が必要な者を看取る体制となっていない」、私はこの長期の基準を教えてもらいたい。例えて言うて、我々は介護保険ができる前後で非常に苦労したが、どことは言わないが、全国多数の市町村、保険者が、老人保健施設に入るのなら3ヶ月後追い出されるからどこか次を考えておきなさいと市町村が指導した例がある。これは市町村が知らないにもほどがある。たまたま今日は山本先生がいらっしゃいませんから強烈な反撃はないと思うが。

私は入退所判定委員会を3ヶ月に一回開きなさいというのは当然であり、判定委員会はやっている。ケアプランもやっている。カンファレンスもやっている。しかし、私は今のマスコミ報道の介護難民というのはちょっと心外なのだが、我々が追い出しをすれば介護難民です。医療難民でもあるかもわからないが介護難民である。でも、介護難民をつくらないためにコミュニティができていたのだろうか。3ヶ月で追い出せというのだろうか。それをたらい回しだと言われる。たらい回しですか。営利目的ですか。そんな医療職はいない。看護職も含めて。

私はこういう意味で、この長期と言う意味を50回入退所判定委員会を開いたのであれば指摘を受ける。でも、20回だったら、地域が整備されてなかったら、やむを得ない。我々だけに在宅の復帰のパーセントが低いという責めを負わせるのは若干じくじたるものがあり文句を言いたい。この長期の期限を教えていただきたい。

(大森委員長)

今のように率直に物を言っただけのことが大事。

多分、転換、現在、今、いろんな意味で努力されている老人保健施設を新しく、新しい機能というか、役割を負ってほしいために、できるだけそこを充実する方向で医療のことも考えよう考えようとしているから。今の話は老人保健施設の実態である。今までどう頑張ってきたかが若干文章上出てないということ。そのことについて何かあるか。

(鈴木老人保健課長)

ちょっと文章の表現の面で配慮が足りなかった点は重々おわびしたい。一番最初、川合先生がおっしゃった、きちっとある意味で介護報酬等の裏打ちがなければ実際の療養病床を経営しておられる方も最終的に判断がつかないとおっしゃるのはまさにそのとおりである。その上で、先生方がごらんになると少しまどろっこしいと思われるかもしれないが、我々としては転換すると、こういう方が入っておられて、こういうサービスニーズがあるということを今回議論いただき、その後、介護報酬については社会保障審議会の給付分科会の中できっちり議論いただき、安心をしていただけるような体制にしたい。

あと、累次いただいたそれぞれの指摘については、後で個別にお答えし、それから少し表現上配慮が足りなかった面については重々おわびをしたい。

(大森委員長)

はい。ほかに。木下さん。

(木下委員)

資料1についてだが、この文章は文章だけ見ると非常によくできているが、是非、これを実現する人員体制、報酬が実現するように願う。

資料1の1ページの②の、先ほどから言われている医療区分2の30%だが、ここには、うつ状態、褥瘡、創傷処置、皮膚の潰瘍等の医療区分2の一部でと書いてあり、これが30%という話だったが、ここに挙げられている4つの合計が30%ではないかという気がする。それと、医療区分2の一部と判断した、この項目の中でもどう分けたか、医療区分2で見る必要があるのと、介護保険でいいという、その辺の基準がちょっと漠然としているので、そこを教えていただきたい。

参考資料の1の12ページ。ここで、老人保健施設の医師が日勤帯は全部いるという表現になっているが、これは過配して努力されて現状はこうだと思うが、基準で言うと必ずしも日勤帯8時間いるという配置ができない。前回、言ったが、年間の時間を医師の労働時間1,800時間で割るとほぼ2割のカバーだということで、これは60床だとすると、その6がけで12%、年間の時間数の12%しか最低基準で見ると医師はいないことで、あとの88%の時間帯は、夜間も含めて、夜間・休日を含めて医師がいなくないことになるという基準上の事実は認識いただきたい。

それと、この連休中に徳島であった事例だが、老人保健施設で急変して、その老人保健施設の医師に連絡したが休み中で連絡が取れなかった。それで、救急車で病院に行ったが亡くなったという事例があり、この場合に、転送先の病院のお医者さんが24時間以内に診ていなかったということで、死亡診断書ではなくて死体検案書ということで、警察の関係で解剖が必要ではないかという事例が発生したという。解剖までには至らなかったが、そういう事例が発生したこともあり、法的な意味も含めて、その辺の問題はクリアしておかなければいけない。川合先生にはこの辺では何か怒られるかもしれないが。

(川合委員)

いや、今日はデビューですから余りしゃべりません。

(木下委員)

最近やたらと法的なものもうるさいので、その整備、それから利用者の今まで病院で24時間お医者さんがいたが、老健施設になってお医者さんがいないことで亡くなることへの利用者の理解が必要なこと。参考資料1の14ページで、①の夜間休日の急性増悪という、これ1つ質問だが、右の方の青い字で、「1.9人(3夜間当たり)」と書いてあるが、この3夜間と表現する理由が何か。

それと参考資料1の16ページで、看取りに関することだが、これは井部委員が言われたことに全く同感なので、今回の調査でたまたま心臓マッサージ、昇圧剤投与という項目が入っていたのが挙げられたと思うが、実際にはこういうことはあまり行わない方向というので多分、慢性期医療をやっている。これをやって助かる場合は当然やらなければいけないが、これがあるから急性期の処置だと考えるのはよくないので、これは井部委員の言われたことに全く同感である。

この資料については以上のこと、2つ質問があるので、お答え願いたい。

(大森委員長)

では、よろしく。お願いでしょうか。

(深田参事官)

3割の項目の件です。申し上げたうつを始めとする4つの項目を当時のデータで合計すると27%になる。それが基本的な数字として我々は考えたものであるが、夜間をはじめとする人員配置をすることによって、どれだけの方のケアができるかになっていくと考えられる。

したがって、この基準を決めたときにはまだこの委員会でのこの議論はされていない段階なので、その4項目をベースにしたが、基本的に夜間の体制が重視される、それから医師についても往診なりオンコールの体制を夜間は敷く、それから看取りもやる、という前提で考えると、今の時点で言うとかかなり多くの項目は可能なかもしれない。

しかしながら、当然複数の項目に該当しておられる方もいらっしゃいますし、医療区分2には日数制限がついている項目もあるので、そういったものを排除して考えると大体概ね3割というのが妥当なところではないかと考えております。

(鈴木老人保健課長)

あと2点目は参考資料1の14ページの1.9人の3夜間当たりというのはどういうことかだが、1つは、左側の表にあるように過去3日間において発生した頻度が元データになっているので、そういう意味で、3日間で日勤帯を除いて3夜間と、こういう計算の仕方である。正直言いうと、先生が指摘いただいた観点かもしれないが、実は夜間だけではなくて休日もあるので、それを合わせてどう考えるかがある。本当はこれは時間当たりにするのが一番正確な書き方だと思うが、1時間当たりになると、0.0何人という非常に少し想定できないような小さな数になってしまう。一応、過去3日間におけるこういう患者さんの数ということから、日勤帯を除いてこう書いてあるが、これを更に具体的にかかった時間等で割り戻していくときには、指摘があったような、少し数は1時間当たり少なくなるかもしれないが、正確な表記にして、最終的には、介護給付費分科会の課題の中で議論させていただきたい。

(木下委員)

今の説明だと3日間に1回起こったというらえ方だと思うが、3日間起こっているかもしれないと