

社会保障審議会 介護保険部会(第 65 回)	榎田和平委員 提出資料
平成 28 年 9 月 30 日	

## 第 65 回 社会保障審議会 介護保険部会 意見

平成 28 年 9 月 30 日 (金)  
 公益社団法人全国老人福祉施設協議会

### 1 特別養護老人ホーム（多床室）について

- 特別養護老人ホームの医療区分は他の介護保険施設と近似の水準にあり（図 1）<sup>1</sup>、また従来型については、ユニット型（3.80）と比べて要介護度も 3.94 と高い<sup>2</sup>。特養の入所要件が要介護 3 以上の限定されたことを受け、今後重度要介護の利用者の割合増加は多床室のニーズの増加を意味している。さらに、身寄りがなく、所得も低い高齢者を受け入れる施設としてその役割を果たしている（図 2）<sup>3</sup>。
- 先般の J-ファイル<sup>4</sup>をはじめ、こうした状態像の高齢者の生活を支える役割・機能は強く求められている。また、ケアの質という意味においても、多床室の有効性は一定程度認められるものである（図 4）<sup>5</sup>。引き続きプライバシー保護に配慮した上で、地域に根差した中重度要介護高齢者を支える施設として、その役割を果たしていく。今後の議論にはなるが、そのためにも充実した報酬上の評価が必要である。
- さらに、一部のサービス付き高齢者向け住宅等には、生活保護を受給させ、多額の医療扶助・介護扶助を適用させている事例もある。介護保険が社会保険として創設された経緯を踏まえれば、比較的所得が低くても尊厳をもって高齢期の生活を送ることができ、基本衣食住の現物給付を原則に介護サービスも受給できるのは特別養護老人ホームにおいて他ない。比較的所得の低い方や中重度要介護高齢者への生活のあり方として、生活保護制度等の適正化も図る必要があるのではないかと。

<sup>1</sup> 厚生労働省 「第 1 回療養病床の在り方等に関する検討会（資料 4-2）」

<sup>2</sup> 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 「介護老人福祉施設等 平成 27 年度 収支状況等調査報告書」

<sup>3</sup> 厚生労働省 「第 104 回 社会保障審議会 介護給付費分科会 資料 1」 他

<sup>4</sup> 自由民主党／政務調査会 「総合政策集 2016 J-ファイル」

<sup>5</sup> 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会「特別養護老人ホームにおける認知症高齢者の BPSD 改善にかかるケアモデル調査研究事業報告書」

## 2 いわゆる「医行為」について

- 看護師の日々の業務負担を軽減する観点からも、インシュリンの自己注射の補助や胃瘻の栄養等、在宅生活では家族でも行っているような医行為については、看護職員がより高度な看護業務に専念できるというメリットや、今年度から介護福祉士において医行為の研修が必須となっていることも踏まえ、今後これらの行為に関して介護福祉士等でも行えるように業務範囲を拡大しつつ、あわせて医行為を行なえる介護職員や介護福祉士については、それへの報酬上の評価を考えるべきではないか。
- あわせて、こうした医行為を行うことができる介護福祉士については、介護人材の「山を高くする」観点からも、准看護師相当の介護福祉士として、配置基準上も看護職員と介護職員のダブルカウントを認めることなどを検討してはどうか。

## 3 特別養護老人ホームにおける医療提供について

- 前提として、医療提供のあり方について議論する際には、これまで社会的入院等と揶揄されてきた時代に逆行しないよう、慎重な議論が必要である。
- これまで、特別養護老人ホームにおける医療提供のあり方については、平成 18 年度診療報酬改定において、末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行うこと等について、「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」（平成 18 年 3 月 31 日保医発第 0331002 号）により、整理がなされた。
- 当該通知においても「保険医が配置医師ではない場合については、緊急の場合又は患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるものであるため、特に診療を必要とする場合を除く、それぞれの施設に入所している患者に対してみだりに診療を行ってはならない」ものとして取り扱ってきており、この扱いを覆すことは、まさに過剰な診療行為を促すこととなり、是認できるものではない。
- さらに、平成 28 年度診療報酬改定に関し、同通知の改正がなされたが、そのなかで、短期入所生活介護等の患者については、当該患者のサービス利用前 30 日以内に患家を訪問し、在宅患者訪問診療等を算定した配置医師を除く保健医療機関の医師が診察した場合に限って、当該患者のサービス利用開始後 30 日までの間、在宅患者訪問診察料を算定するこ

とができる扱いとされた。このことは、明確に配置医師とかかりつけ医等との役割を整理した扱いであり、この取扱いを失することにもなる。

- ここで配置医師の役割についてみると、基準上、「入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行う」こととされているが、定期健康診断、予防注射等、他の通知上においても求められる事項、指導等を行っている。
- 一方で、かかりつけ医とは、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」<sup>6</sup>と定義づけされている。
- 特別養護老人ホームにおける配置医師は、日頃の利用者の状態変化等を「なんでも相談」でき、現状においても他科受診等、「必要な時には専門医、専門医療機関を紹介」するゲートオープナーとしての役割を担っており、地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有している（すなわち、特別養護老人ホームという『単位』における「かかりつけ医」としての役割を十分に担っている。）
- また、医師不足のためかかりつけ医による医療提供が困難な過疎地域の存在や、昨今の「終い方」といった言葉に代表されるような、終末期に過剰な医療提供がなされることへの社会的な嫌悪、効率的・効果的な健康管理のあり方を考えれば、配置医師の健康管理は、きわめて自然な医療提供のあり方とみるべきである。
- さらに、仮に、特別養護老人ホームへの医療提供・診療を今まで以上に拡大することは、本人の意思に沿わない過剰な医療提供がなされる恐れも否定できず、保険料・利用者負担の増にもつながりかねないことや、利用者によって往診する医師・看護師等が変動するおそれがあり、現場の体制、指揮命令系統、責任の所在等、多大な混乱が生じる。
- 加えて、介護保険施設の入所者の医療区分を踏まえた「最も適切と考えられる療養の場」について、常時医療を必要とされる「医療区分3」の場合でも特別養護ホームが最適と考えられる対象者が、「介護老人保健施設」で26.5%、「介護療養型医療施設」で3.2%、「医療療養病床」で3.2%存在する（図5）<sup>7</sup>。配置医師による医療提供体制によって医療ニ

<sup>6</sup> 「医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言」（平成25年8月8日）

<sup>7</sup> 「平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業報告書」（平成27年度調査）

ーズへの対応が可能であり、むしろ生活の場としてのサービスが重視されていることが明らかである。

- 現状では、特別養護老人ホームの配置医師は、非常勤医師がほとんどであり（図6）、平常時の勤務は週に1日来るか来ないかの頻度である（図7。緊急対応時の出勤は除く）<sup>8</sup>。むしろ、社会保障関係費の重点化・効率化の観点からも、ごく自然な医療提供のあり方を推進していくべく、配置医師に関する現状の取扱いを堅持し、積極的な配置医師の健康管理への関わりを促すための様々な手当・方策について、検討すべきである。
- 看取りを推進する観点からは、より自然な形で看取りへの体制を整えていることを報酬上も評価していくべきである。そのうえで、①「医師法第20条ただし書の適切な運用について」（平成24年8月31日（医政医発第0831第1号））の再度の周知を行うこと②死体検案書との使い分けに苦慮する医師の重責への一定の精神的な負担軽減を行うこと③規制改革会議における看取りに関する議論の内容も踏まえ、医師が診察に来ることができない場合についての代替手段等を設けることについては検討の余地がある。

#### 4 その他

- 通所リハビリテーションと指定通所介護事業所における基本方針に照らし、通所リハはADL、通所介護においてはQOLの向上を目指しサービスを提供している。こうしたそれぞれのサービスの特性を活かす観点から、それぞれのサービス提供時間の時間区分の変更を検討すべきではないか。

介護離職ゼロを国策として進めており、特に通所介護においては利用者家族の負担軽減を謳っている。一方、職員の配置を勘案すると、望ましい時間区分毎の報酬の設定になっていない結果、第1回働き方改革実現会議において示唆があるように利用者家族（企業等の働き手）の精神的・身体的な負担軽減には繋がっていない実態があることから、今後見直しを検討してはどうか。

- 小規模多機能型居宅介護事業所において、特別養護老人ホーム等に併設して事業を展開することへの緩和がなされているところであるが、小規模多機能型居宅介護の“事業所”は原則として1の建物につき1の事業

---

<sup>8</sup> 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会「特別養護老人ホームにおける配置医師の勤務実態及び医療提供状況に関する調査」

所とされており、特養等と併用できる設備に関する定めもないことから、より柔軟に展開が可能となるよう、小規模多機能型居宅介護事業所の基準緩和を検討してはどうか。

以上

図 1：第 1 回療養病床の在り方等に関する検討会（資料 4-2）

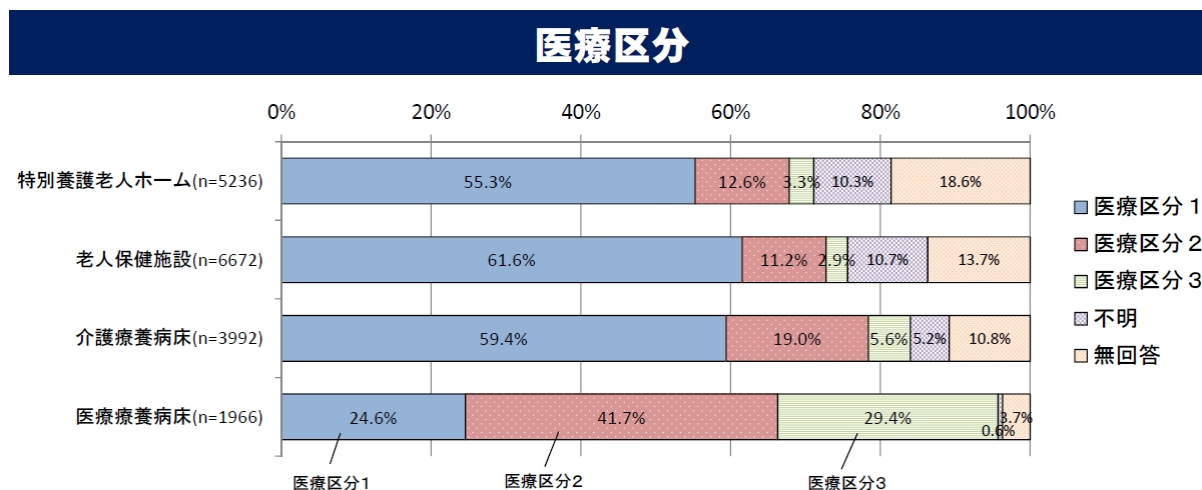


図 2：第 1 回療養病床の在り方等に関する検討会（資料 4-2）

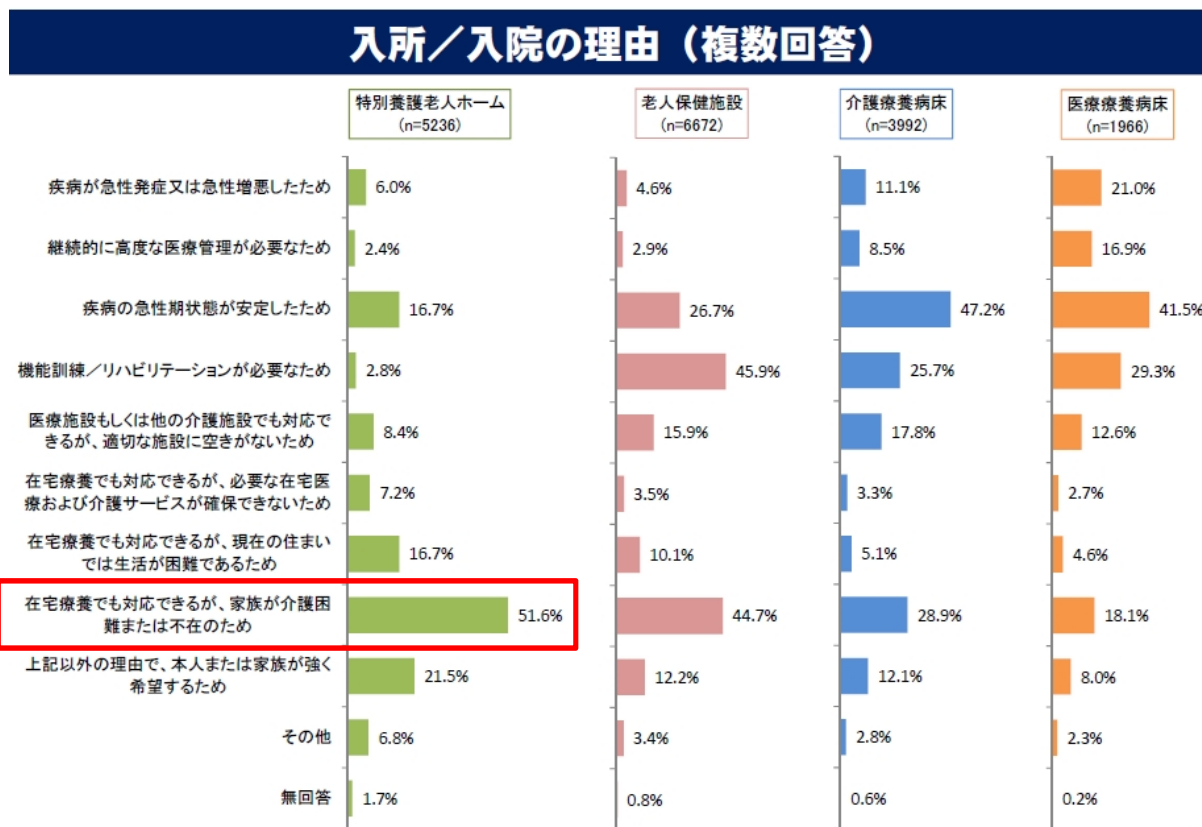


図 3：第 104 回 社会保障審議会 介護給付費分科会 資料 1

### 介護老人福祉施設の入所者の所得状況

○ 介護老人福祉施設の入所者のうち、低所得者（第1～3段階：市町村民税非課税世帯）は、全体の約80%を占めており、低所得の高齢者の入所が大半を占めている状況。

（参考）所得段階別の第1号被保険者の割合（平成24年介護保険事業報告）：第1～3段階：31.9%、第4～6段階：68.1%

○ 各要介護度における所得段階別の割合には、重度者と軽度者とで大きな差異は見られない。

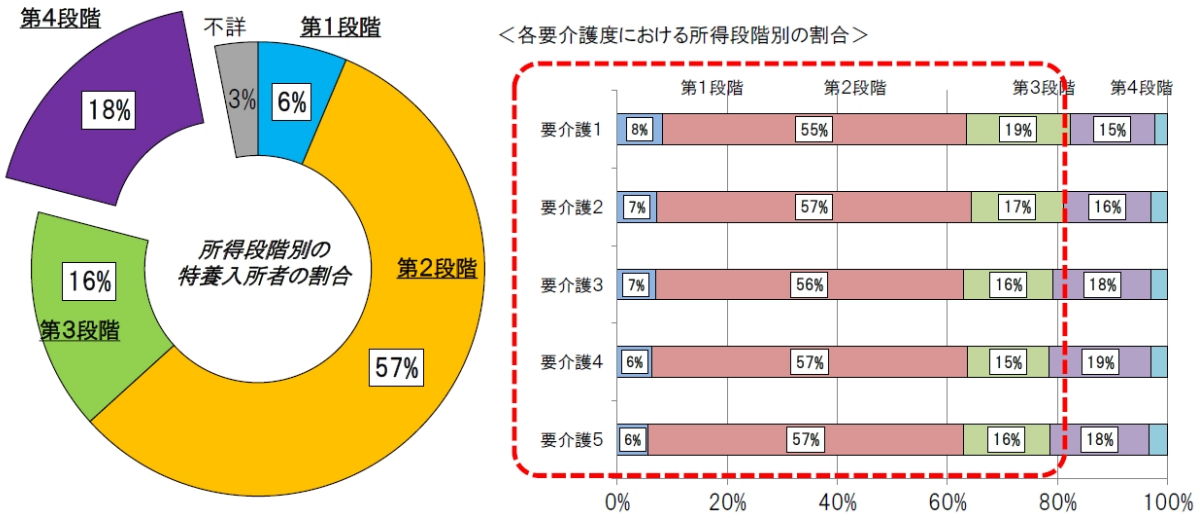


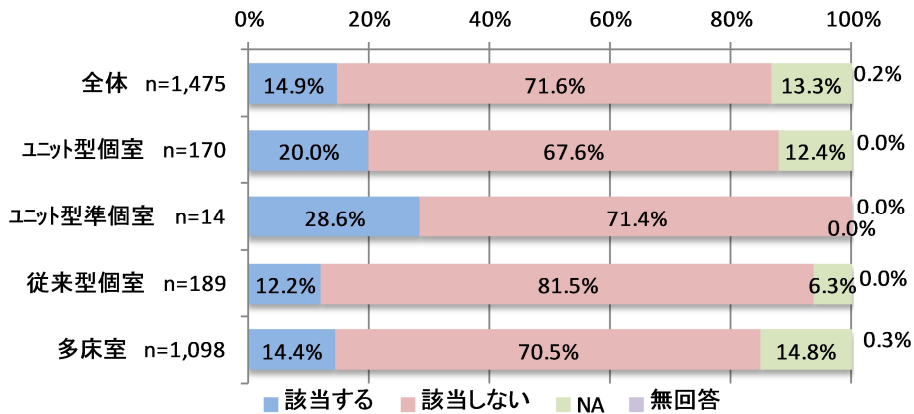
図 4：公益社団法人 全国老人福祉施設協議会

「特別養護老人ホームにおける認知症高齢者のB P S D改善にかかるケアモデル調査研究事業報告書」

#### B. 幻覚

ユニット型準個室が 28.6%、ユニット型個室が 20.0%となっている。

図表 1 入所している居室形態別 主質問 (B. 幻覚)



※ 「B. 幻覚」はB P S D評価尺度「N P I - N H」の調査項目に基づくものであり、本会会員施設特養の入居者のうち 1,475 名分の居住する居室形態とクロス集計を行ったもの。

図 5：最も適切と考えられる療養の場（医療区分別）

施設類型	最も適切と考えられる生活・療養の場											合計		
	自宅	社 介 護 設 老 人 福	健 介 護 設 老 人 保	護 そ の 設 他 の 介	一 般 病 棟	床 医 療 療 養 病	医 介 護 療 養 設 施 型	棟 そ の 他 の 病	そ の 他	不 詳				
介護老人福祉施設	医療区分	医療区分1	度数	179	2570	33	32	2	18	22	0	9	183	3048
		医療区分の%	5.9%	84.3%	1.1%	1.0%	.1%	.6%	.7%	0.0%	.3%	6.0%	100.0%	
	医療区分2	度数	39	586	13	5	3	22	30	2	2	26	730	
		医療区分の%	5.3%	80.3%	1.8%	.7%	.4%	3.0%	4.1%	.3%	.3%	3.8%	100.0%	
	医療区分3	度数	9	196	1	0	0	4	3	0	0	7	230	
		医療区分の%	4.1%	89.1%	.5%	0.0%	0.0%	1.8%	1.4%	0.0%	0.0%	3.2%	100.0%	
	不明	度数	22	441	6	2	1	4	1	0	0	33	510	
		医療区分の%	4.3%	86.5%	1.2%	.4%	.2%	.8%	.2%	0.0%	0.0%	6.5%	100.0%	
	合計	度数	322	4626	63	43	7	57	75	2	13	397	5606	
		医療区分の%	5.7%	82.5%	1.1%	.8%	.1%	1.0%	1.3%	.0%	.2%	7.1%	100.0%	
介護老人保健施設	医療区分	医療区分1	度数	989	1188	861	284	4	36	113	16	57	238	3786
		医療区分の%	26.1%	31.4%	22.7%	7.5%	.1%	1.0%	3.0%	.4%	1.5%	6.3%	100.0%	
	医療区分2	度数	130	228	229	35	6	34	55	1	7	72	797	
		医療区分の%	16.3%	28.6%	28.7%	4.4%	.8%	4.3%	6.9%	0.1%	.9%	9.0%	100.0%	
	医療区分3	度数	48	60	46	18	3	8	19	0	1	23	236	
		医療区分の%	21.2%	26.5%	20.4%	8.0%	1.3%	3.5%	8.4%	0.0%	0.4%	10.2%	100.0%	
	不明	度数	147	210	141	54	1	16	17	1	11	36	634	
		医療区分の%	23.2%	33.1%	22.2%	8.5%	0.2%	2.5%	2.7%	.2%	1.7%	5.7%	100.0%	
	合計	度数	1520	2004	1526	443	18	121	237	22	92	496	6481	
		医療区分の%	23.5%	30.9%	23.5%	6.8%	.3%	1.9%	3.7%	.3%	1.4%	7.7%	100.0%	
介護療養型医療施設	医療区分	医療区分1	度数	128	276	77	60	1	55	752	2	7	53	1411
		医療区分の%	9.1%	19.6%	5.5%	4.3%	.1%	3.9%	53.3%	.1%	.5%	3.8%	100.0%	
	医療区分2	度数	24	30	9	9	2	50	310	1	0	15	450	
		医療区分の%	5.3%	6.7%	2.0%	2.0%	.4%	11.1%	68.9%	.2%	0.0%	3.3%	100.0%	
	医療区分3	度数	3	4	3	2	0	29	78	0	1	2	134	
		医療区分の%	4.6%	3.2%	2.4%	1.6%	0.0%	23.4%	62.9%	0.0%	.8%	1.6%	100.0%	
	不明	度数	15	48	13	8	0	13	166	1	2	7	273	
		医療区分の%	5.5%	17.6%	4.8%	2.9%	0.0%	4.8%	60.8%	.4%	.7%	2.6%	100.0%	
	合計	度数	203	414	117	86	3	184	1574	4	12	99	2696	
		医療区分の%	7.5%	15.4%	4.3%	3.2%	.1%	6.8%	58.4%	.1%	.4%	3.7%	100.0%	
医療療養病床	医療区分	医療区分1	度数	87	59	39	19	1	89	55	1	6	13	369
		医療区分の%	23.6%	16.0%	10.6%	5.1%	.3%	24.1%	14.9%	0.3%	1.6%	3.5%	100.0%	
	医療区分2	度数	128	80	36	21	1	403	80	1	6	24	780	
		医療区分の%	16.4%	10.3%	4.6%	2.7%	.1%	51.7%	10.3%	.1%	.8%	3.1%	100.0%	
	医療区分3	度数	3	20	10	7	8	484	43	1	0	20	627	
		医療区分の%	5.4%	3.2%	1.6%	1.1%	1.3%	77.2%	6.9%	.2%	0.0%	3.2%	100.0%	
	不明	度数	2	0	0	0	0	5	0	0	0	1	8	
		医療区分の%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	62.5%	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	100.0%	
	合計	度数	258	165	94	48	10	1030	189	3	12	62	1871	
		医療区分の%	13.8%	8.8%	5.0%	2.6%	.5%	55.1%	10.1%	.2%	.6%	3.3%	100.0%	
全体	医療区分	医療区分1	度数	1383	4093	1010	395	8	198	942	19	79	487	8614
		医療区分の%	16.1%	47.5%	11.7%	4.6%	.1%	2.3%	10.9%	.2%	.9%	5.7%	100.0%	
	医療区分2	度数	321	924	287	70	12	509	475	5	15	139	2757	
		医療区分の%	11.6%	33.5%	10.4%	2.5%	.4%	18.5%	17.2%	.2%	.5%	5.0%	100.0%	
	医療区分3	度数	96	280	60	27	11	525	143	1	2	52	1197	
		医療区分の%	8.0%	23.4%	5.0%	2.3%	.9%	43.9%	11.9%	.1%	.2%	4.3%	100.0%	
	不明	度数	186	699	160	64	2	38	184	2	13	77	1425	
		医療区分の%	13.1%	49.1%	11.2%	4.5%	.1%	2.7%	12.9%	.1%	.9%	5.4%	100.0%	
	合計	度数	2303	7209	1800	620	38	1392	2075	31	129	1056	16653	
		医療区分の%	13.8%	43.3%	10.8%	3.7%	.2%	8.4%	12.5%	.2%	.8%	6.3%	100.0%	



図 6： 配置医師の勤務形態（平成 27 年 10 月 1 日現在）

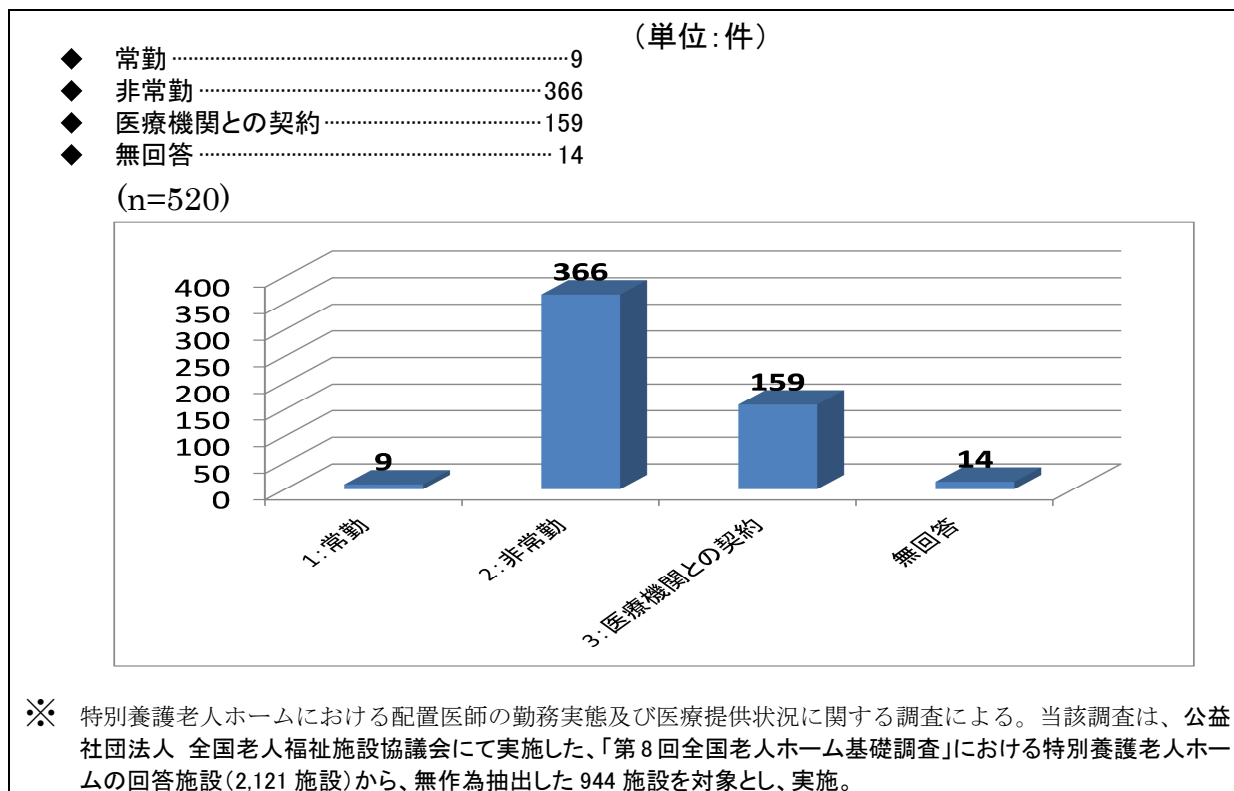


図 7： 主たる配置医師の勤務日数（平成 27 年 10 月 1 日現在）

