

訪問看護サービスの人員基準等に係るご発言

【平成 23 年 4 月 13 日（水） 第 7 2 回社会保障審議会介護給付費分科会】

- 1 人開業の容認は、被災地の訪問看護の安定的な供給につながるのか、また、訪問看護のエリアを広げる方策としては、サテライトの活用の促進を考えるべきではないか。利用者から 24 時間要請があれば訪問が必要になるが、1 人で責任を持って対応できるのか。利用者の安全を守るために、日々必要な情報を的確につかみ、訪問看護を実施することが 1 人でできるのか。1 人の訪問看護師がサービスを続けられなくなったときに、利用者も一緒に共倒れになるおそれがあるのではないか。避難所や親戚の家などで暮らす高齢者がまだ多数いるため、訪問看護を提供する拠点は増やす必要があるが、そのための仕組みとして、既に訪問看護の制度上で、サテライト事業所の設置が認められているのではないか。（日本看護協会：井部委員）
- そもそも我々が目指していたのは、24 時間 365 日在宅、地域で安心して暮らす生活である。非常時にはなおさらそれが要求されるが、1 人の訪問看護師でそれができるのか。また、現地の状況を見てると、決して看護職だけで全てが解決できるわけではなく訪問看護を行う看護職、ヘルパー等の介護職、できるならばリハ職がチームを組んで現地の支援に入るといいう仕組みを早急に考えるべき、1 人訪問看護は、現状の体制の拡充で十分対応できるのではないか。（全国老人保健施設協会：山田委員）
- 1 人開業は、基本的にサービス提供側の視点から出てきた話。利用者側の視点からすれば、24 時間必ずサービスが提供されるということが担保されない状況であり反対である。（日本医師会：三上委員）
- あくまでも現地の市町村の要望であるということが前提。また、災害救助法の対象の枠の中ということであり、国は積極的に対応すべきではないか。これは進めるべきであり、賛成したい。（全国市長会：石川委員）
- この基準該当サービスの範囲内であれば、賛成であるが、市町村が要請をしたり、自ら市町村が基準該当サービスをこういうふうに行うという申請がない限りは、介護保険法の従来法律のもとでの 1 人訪問介護体制というのは、適切ではないのではないか。（日本慢性期医療協会：武久委員）
- 御意見があることは重々承知で、個人的に言えば井部委員、山田委員、三上委員がおっしゃっていることは正論。今回の大規模な被災の現状を見て、仮に委員の御指摘のように、もしかしたらそんなにこれが使われないかもしれない。しかし、どこかの自治体でこれを使って何かが可能になるならば、現在可能なことについて非常に限定をした上

で、これを認めることが、適切な対応ではないか。皆様方の御意見は十分承知の上で、そういう提案をさせていただければと思っている（大森分科会長）

- 緊急時に特例を決めると、それが既成事実になって一般化することが、一般的に考えられる。しかし、今回の結論は、そういう意味合いを一切持っていない。あくまでもこのとてつもない震災に対する対応であるということを全員が了解していただいた上で、今回分科会として了承するという趣旨でなお書きがある。（大森分科会長）
- なお書きで、期間限定であって前例にしないということを明記していただいたのは非常によかった。しかし、基本的には大震災というような混乱の時期に被災地における新たなビジネスの形態をつくり上げることは、やはり問題があると考えている。（日本医師会：三上委員）
- 私も基本的にはその考え方で正しいと思っているので、そういうことをもう一度念を押させていただいた上で、今回はこれで答申をさせていただきたい。（大森分科会長）

【平成24年2月28日（火） 第89回社会保障審議会介護給付費分科会】

- もうすぐ被災後1年になるが、認知症の本人の症状悪化に加え、環境の激変によって、介護家族もまた肉体的にも精神的にも、介護うつ状態になっている方がとても多いと認知症家族の会支部からの報告にあった。これからは心のケアが本当に必要になってくる。ほとんど訪問介護も受けていないという状態もわかっている。（認知症の人と家族の会：勝田委員）
- 1人開業の看護師は、モチベーションがとても高い。認知症の方の本人や介護家族の心に添っていけるという期待感も持っている。近隣の医療機関との連携、それから、応援に入っている医師からも、そういう方々と連携して助かっているというお話も聞いている。（認知症の人と家族の会：勝田委員）
- 利用者側からは、9月30日までという一定の期間があったとしても、それまでに本当に復興するかどうかという懸念もあるため、もっと長いスパンで考えていただきたい。（認知症の人と家族の会：勝田委員）
- （事務局の具体的なステーションの設置状況、訪問の状況の説明について）事務局は自ら把握していないのに、聞きとりでは現状で間に合っていると言うが、実際に介護家族に聞いたところ、ほとんどそういう話は受けていないと聞いている。もちろん、私たち全体をカバーはできていないが、逆に現状では足りているかどうかについては、一定の根拠が示されないとわからない。（認知症の人と家族の会：勝田委員）

- 今、被災地における訪問看護ステーションは実は体制に余力がある状態である。しかし、利用者がいないために、看護師が自宅待機を命ぜられたり、あるいは常勤雇用を非常勤にしたり、あるいは他の県からも応援要員を受け入れたが、利用者がいなくて一旦お帰りいただくような状況にあり、非常に事業経営が苦しい状況である。（日本看護協会：齋藤（訓）委員）
- 市町村で被災地の仮設住宅等にニーズがあるということがわかっているのであれば、地域の訪問看護ステーションに訪問のニーズに係る情報を流してさえくれば、いつでも訪問できる体制になっている。（日本看護協会：齋藤（訓）委員）
- 昨年の4月にこの諮問を受けたときもかなり反対の意見が多くて、大森座長も、期間は限定する、この限りにするのだということまで明記をしていただいたと理解している。（日本医師会：三上委員）
- 1人開業の場合にはやはり365日24時間きちんとサービスを提供できるという担保はなかなか難しいと思う。実際行われているのは、保健師による保健相談などで、いわゆる介護保険による訪問看護という実態とは少し違うのではないか。（日本医師会：三上委員）
- 現在、2月にスタートした1人開業の訪問看護ステーションについては期間を延長しながら様子を見るということは必要かもしれないが、3月以降、新規に1人開業で認めることは、やはりすべきでないと思っている。（日本医師会：三上委員；同旨発言は山田委員、武久委員、池田委員からもあり）
- 訪問看護ステーションは、もう少し冷静に考えるべき。現実には24時間365日サービスを提供するには（基本的に2.5人の配置も）若干足りないと理解している。訪問看護ステーションが本当に足りなければ、1人開業ではなくて、病院、診療所の看護師を活用した上で、医療系の訪問看護もできるわけである。やはり、きちんとした連携の下に、24時間365日サービスを提供することを基本にすべき。（全国老人保健施設協会：山田委員）
- 医学的、看護的にも非常に必要な方に必要な訪問看護のニーズが出てきていないことが問題。その結果として、齋藤委員が言ったように、訪問看護の件数が激減し、ニーズと実際のサービスとのアンバランスが起こっている。結局、供給の訪問看護の数は十分あるにもかかわらず、現場での問題になっている。福島市の場合も、1件あるというが、地域的に少し離れているのだろうと思われる。その周辺の訪問看護ステーションなり病院なり診療所にお問い合わせをすれば多分対応してくれると思う。（日本慢性期医療協会：武久委員）

- 実際に、申請を受理されたケースも少ないかもしれないが、一部の市町村から、あるいは広域連合団体から期間延長の要望、すなわち地元のニーズが上がっていることを無視してはいけないのではないかと。単なる採算だけの議論はすべきではないのではないかと。(日本介護福祉士会：田中(雅)委員)
- 利用者の声なき声が聞こえてこない状況で、どう判断していいのかわからないが、一部の市町村及び広域連合から延長の要望があるため、ここで延長しないということではできないのではないかと。延長すべきではないかと。(高齢社会をよくする女性の会：木間委員)
- 既に幾つかの市町村が前から申請は出ているが、状況がいろいろなことの中でなかなか判断できずに今まできた経緯がある。だけど、延長が決まれば是非やりたいという市町村が既に名乗っているわけである。今、何人かの委員からこれ以降は認めないということはやはりおかしいのではないかと。私たちにそこまでの権限があるのか。(認知症の人と家族の会：勝田委員)
- 現実にはそこで困っている本人や介護家族がいる中で、1年経過した今だからこそ本当に必要があるのだろう。(認知症の人と家族の会：勝田委員)
- 今、あるところが採算がとれないから、そこを締め出そうという考え方は、おかしいのではないかと。(認知症の人と家族の会：勝田委員)
- 1人開業で365日24時間のサービスが十分提供できるのかについては非常に疑問を持っている。だから、この基本の考え方は絶対動かしてはいけない。一方、被災地では、だんだん避難先から、元の居住地に戻ってくるという動きもあり、サービスの需要が出てくるのかどうかという実態がよくわかっていない。本当は今日、事務局からもっと報告をいただきたいかった。(日本労働組合総連合会：伊藤委員)
- これは極めて情緒的に出されているものであり、例えば経営的にペイするかどうかを検証すると、そこに出ているデータは残念ながら到底信頼できるものではない。極めて低い収入しかない。(地域ケア政策ネットワーク：池田委員)
- そもそも2.5人という人員基準は実は最大の規制緩和。2.5人の根拠と言われたときもかなり難しい。もっと多い方がいいに決まっているが、そういった議論を抜きにして情緒的に話されるのは、ちょっといかがかと思う。(地域ケア政策ネットワーク：池田委員)
- これでいきなりぶった切ったようなことをやると、冷たい厚生労働省、冷たい社会保障審議会になってしまう。今日の御提案のとおり、半年程度のみ認めて、後は様子を見

るといふか、最終的にその時点で決着の議論をしていただくということで、この程度は認めていいのではないか。(日本社会事業大学：村川委員)

- 延長するのであれば、市町村が地域のニーズや事業所の状況をきちんと把握した上で、判断するようにしていただきたい。今の状況はちゃんと基準を満たしたステーションが力を発揮し切れていない。まずは今の既設のステーションの余力を十分活用できるように配慮していただきたい。(日本看護協会：齋藤(訓)委員)
- 訪問看護は継続性が非常に大事。なかなか訪問看護サービスの手が届かないという地域については、やはり本体事業所がサテライトを設置し、サテライトからサービス提供できるというような政策整理をきっちりやっていく必要がある。(日本看護協会：齋藤(訓)委員)
- 1人開業の場合は、逆に言えば訪問看護師が行けるときだけ行くという形になる。サービスの欲しいときにしっかりと提供できるのではなく、サービスを提供できるときにだけサービスを提供するという形になる。基本的にはサテライト事業所で現状のニーズに対応すべきではないか。できる限り市町村もそちらにシフトしていただきたい。(日本医師会：三上委員)
- 訪問看護は、あくまでも医療系サービスで医師の指示書が必要となる。また、介護保険サービスであるため、ケアプランに位置づけられる。そういう意味で、医師が指示したのに訪問看護が出動できなかった、あるいはケアプランに位置づけたのに訪問看護ステーションが人員が足りずにサービス提供できなかったという事例があるとすれば、もっと別のところから大きい声で聞こえてくると理解する。その辺を含めて考えると、基本的には足りているのだろうと思う。(全国老人保健施設協会：山田委員)
- どういったサービス、ニーズが必要かということが一番把握されているのは市町村の保険者。市町村は、いろいろ計画を立て、実施する立場にある。その市町村から期間を延長する必要という声があるのは、それなりの根拠性があるって要望されているもの。この期間だけということて提示されている内容を理解すべき。(民間介護事業推進委員会：馬袋委員)
- 市町村がニーズをきちんと把握して発信できない状況にあり、是非とも厚生労働省もつかんでいただきたい。あるいは県を通じてもう少しきちんと指導していただくとか、あるいは厚生労働省が直接問い合わせなどして、現場の状況を把握していただきたい。そこでニーズをきちんと確定した上で、本当にこういう特例が必要なのかどうなのかを判断していただきたい。(全国市長会：大西委員)
- 9月30日で特例が廃止できる事態をつくっていただくということが何よりも現場に

とっても大事であり、これで頑張ってくださいということ。(大森分科会長)

- 実際の訪問看護のニーズと現実の訪問看護サービスの提供のミスマッチがある。それをきちんと解決していけば、かなり事態は改善できる。私は、そういう方向に向けて進んでいくことを求めたい。(地域ケア政策ネットワーク：池田委員)

【平成24年9月7日(金) 第92回社会保障審議会介護給付費分科会】

- 継続を希望する市町村があり、またその訪問看護の提供を希望する人がいる限り、やはり特例看護サービスを9月末で廃止するということにはならないのではないかと。(認知症の人と家族の会：勝田委員)
- 医師の1人開業は当たり前であり、助産師や保健師、それから理学療法士の1人開業も可能であるのに、なぜ看護師は1人で開業できないのか。1人開業の看護師の情熱と実践は、被災者を励まし、勇気づけている。そういう点で、被災地がまだまだ現状復帰していない中、1人の看護師の有効活用という観点から1人開業必要なのではないかと。利用者として、そのように考える。(認知症の人と家族の会：勝田委員)
- 2月に特例措置の延長を決めた際には、あくまでも東日本大震災に対処するための特例措置ということであって、この限りの取扱いとするべきという答申であった。なし崩しに延長していくものではないというのが分科会の総意であったと理解している。(日本看護協会：齋藤(訓)委員(代理菊池参考人))
- やはり厚労省の担当者が現地に行き、つぶさに色々事情聴取すべきじゃないか。現場で色々県とか市町村から情報が上がってくることはいいことだが、やはり担当者が現場に行き、しっかりと色々な人に会い、把握するというのをやった方がいいのではないかと。(大森分科会長)
- この東日本大震災に係る訪問看護サービスの特例措置は、当分科会で相当な議論があつて、訪問看護の人員基準を満たした場合と近隣の訪問看護事業所で受入れが可能な場合に廃止するという結論を見た。分科会で決めたルールは尊重する必要がある(日本労働組合総連合会：伊藤委員)
- 訪問看護ステーションは、看護師が非常に少なく苦勞しているが、それでも何とか1ステーション3～4人、2か所で6～8人を確保して運営している。もし、そのような1人訪問看護ステーションをやるならば、そこにその方が参加して、陸前高田市であれば4人プラス1人でやれば、非常にスムーズな運営が出来る。現場では1人よりも複数名でおこなった方がプラスになると感じている。(全国老人保健施設協会：木川田委員)

- 既に既存の訪問看護ステーションからのサービス提供が可能だすれば、この特例措置の意味は非常に薄れているだろう。そう認めざるを得ない状況だろうと思う。(全国老人クラブ連合会：齊藤(秀)委員)
- 一方、行政刷新会議等の報告書にある「安全かつ安定的なサービス提供」ということは、どのような配慮がなされているのか。また、どのようなことが検討されているのかは、利用者としてはまだよくわからない。現状をよく承知をしていない。安全と安定性の論点はまだ十分足りているとは感じていない。そういうものがクリアされて、初めて1人事業所の問題が理解されるのではないか。当分科会として、特例の部分だけで考えますと、いささか無理があるのではないか。(全国老人クラブ連合会：齊藤(秀)委員)
- 被災地特例としての1人看護師問題は、前の議論でもう決着がついている。だから、ここで蒸し返してもしょうがない。結論はもう出ている。本当はそれを遵守すればいいわけだ。つまり、この時点で廃止するという。問題は、それで済まないのはどうしてか。(地域ケア政策ネットワーク：池田委員)
- もう十分カバーできるということになれば、非常時と常時との区別ははっきりすべき。やはり本来の質に上げてという目的に戻すべき。(日本医師会：高杉委員)
- 医師が1人で開業するから、他の職種も開業してもいいというのは非常に飛び離れた論理。在宅療養支援診療所の医師が往診に行くときにも、医師1人の場合は誰か行けなかったときに連携して行く。他の普通の看護ステーションがカバーできるということもあり、もうこの論議は終わりにした方がいいんじゃないか。(日本慢性期医療協会：武久委員)
- どうしても再延長ということであれば、やはり住民の方に対して安定して訪問看護を提供するという観点からは、2つほど要件を加えていただきたい。1つは、他のステーションや医療機関との連携体制の担保、もう一つは、特例看護サービスについて、安定的な提供とか安全性の確保という観点からきちんと検討や検証が行えるように、訪問看護の計画書や、実施の記録や、個人が特定されないような配慮は当然する必要があるが、そういう情報を提供していただき、検討・検証できるような形にすべきではないか。どうしても再延長ということであれば、この2点を是非延長のときの条件に加えていただきたい。(日本看護協会：齋藤(訓)委員(代理菊池参考人))