

高齢者施設福祉部会

【提言項目 1】

特別養護老人ホーム利用者のホテルコスト負担等の改善を図ること

【提言項目 2】

高齢者福祉施設における看取りケアを行うための体制整備を行うこと

【説明】

高齢者福祉施設においては、入所者の重度化等に伴い、入所者が最期を迎えるまでのケアを一貫して行うことが増えてきている。そうした状況に対応し、介護保険制度においても「看取り介護加算」が平成 18 年 4 月から新たに設けられた。

高齢者施設福祉部会においては、平成 17 年 4 月に、会員の特別養護老人ホームにおける「看取り」ケアの実態と課題とを調査した。その結果、併設の医療機関をもたず(80.3%)、看護職の夜勤体制もない(90.0%)施設がほとんどであるなか、1年間で意識的に看取りに取り組んだ入所者数は平均で1施設4.7人であることがわかった。設備的にも「看取りのための部屋」を備えている施設は4.4%であった。

この結果は、平成 18 年 4 月改正に向けた厚生労働省による意見募集の際にも活用し、特養における加算取得の要件緩和について意見提出した。

今後、医療機関だけでなく、在宅や、生活施設としての特養など、最期の迎え方の選択肢を増やし、その人らしい人生の終幕を迎えるサポートを充実させていくためにも、調査結果を活用し、医療機関をはじめとする地域ネットワークづくりを進める必要がある。

<参考資料>

「看取りケアの取り組みについての調査 報告書」(平成 18 年 3 月 高齢者施設福祉部会)

【提言項目 3】

高齢者福祉施設の介護における医行為に関する条件整備を行うこと

【説明】

高齢者福祉施設では、「医療行為（医行為）」を必要とする重度の要介護高齢者が増えつつあり、体温測定や血圧測定、内服薬の与薬や外用薬の塗布、吸引、経管栄養の注入等の行為を介護職が行わざるを得ない実態がある。

しかし、医師法第 17 条において医業は医師の独占業務とされており、介護職員が提供することは法律に抵触する大問題であるとともに、十分な教育を受けない者が提供すれば質の問題があるばかりか、時には命の安全を脅かす重大な事故につながりかねない危険を含む。

高齢者施設福祉部会では、高齢者施設において個々の医療（関連）行為が介護職員によって日常的に行われている度合いと、医師や看護師の指示の有無、介護職員の不安の程度、介護職員の考えを調査した。

実態と介護職の実感の結果をもとに、「介護職が積極的に取り組んでいくことが考えられる行為」と「介護職が取り組むには課題が多いと考えられる行為」の抽出、介護職が取り組んでいく場合の体制や研修等の条件整備について整理した。

この整理をもとに厚生労働省の意見募集に対しても意見提出した。募集した意見に基づき、厚生労働省は解釈通知を発出したが、調査の結果から「介護職が積極的に取り組んでいくことが考えられる」と整理した行為のうち、いくつかの行為が、『原則医行為ではない』とされた。

在宅においても家族等からホームヘルパーが医療行為を求められる場面があると思われるが、介護職の意識とスキルの実態を踏まえ、医行為を必要とする人が必要なサービスを受けながら生活できるよう支援していくことが必要である。

介護職の養成や現任研修の仕組みづくりに向けた国や東京都等への働きかけとともに、医療系サービスとの連携も視野に入れて、地域全体で医行為を考える取組みにつなげたい。

<参考資料> 「老人福祉施設（介護職）における「医療行為」調査報告書」

（平成 18 年 4 月 高齢者施設福祉部会）

【提言項目 4】

特別養護老人ホームの施設機能を活かし、その提供サービス水準を確保するための条件等を整備すること

【説明】

人員基準上から、特養ホームでの生活は介護職員に支えられていると言えるので、特養ホームにおける介護職員は他の介護保険二施設にも増して、介護の専門性を高めていくことが肝要である。

社会保障審議会介護給付費分科会等での介護保険法改正、介護報酬改定の中で検討された介護保険施設の報酬、基準の論点から、介護保険施設の機能やサービスの内容、将来像がかなり明らかにされてきた。

特に特養ホームは、多くの利用者が終末期まで過ごし、家庭に戻る事が少ないことで、介護が必要となった高齢者が保険給付により一定の介護水準のもとで、家庭にかわって安心して生活する場として、「日常生活を支援する機能」が求められている。

現行の介護職員および看護職員の配置基準は、利用者 3 人に対し 1 名となっており、常勤換算で可とされている。しかし職員を非常勤化することは人材育成を困難にし、サービス低下につながるため、原則正規職員で明確に示す必要がある。

また、時間帯によって、利用者の生活内容や必要な介護サービスも変化するので、時間帯による配置基準を明示する必要がある。このことにより、一定のサービス水準を確保できることになる。なお、今後の重度化傾向に対応するためには、2:1 の配置基準に近づける必要がある。

介護保険制度の保険者は各自治体になっているが、給付水準等は全国基準で定められている。しかし高齢者の所得差、労働力の供給事情、賃金水準、生活費等の地域差は大きく、特に大都市東京での人材確保は急速に深刻化している。介護職を正規職員として採用し、一定の給与を支払えるように都道府県別賃金等を基本に適正な報酬を設定することが望まれる。

利用者の中重度化にともない、特養ホームにおける医療ニーズは高まっている。家庭にかわる生活の場である特養ホームには、在宅と同様に医療保険の適用により必要な医療を受けられる仕組みが必要である。

ただし、保健衛生水準は少なくとも現状レベルは必要。介護保険施設は、高齢化と病弱化によって体力や抵抗力が低下した高齢者が多く生活している。そのような場であることから、感染症管理体制、介護事故防止、身体拘束廃止、じょく瘡予防のためには、医師、

看護職員の現行レベルを維持した配置が必要。また、加えて口腔ケアのために、歯科衛生士等の配置が必要である。

平成 17 年 10 月からの居住費等の利用者負担により、個室はかなりの利用者負担増になった。国民基礎年金では個室で生活することは非常に難しい状況にある。一方、ユニットケアはケアの手段として介護レベルの質的向上につながる。ユニットケアあるいはそれに準じたユニット的ケアが、従来型特養ホームにおいても成果を上げていることから、多床室であってもその評価は必要である。

特養ホームの施設機能の特性から、在宅復帰を評価することよりも、家庭にかわり安心して生活を継続できることを重視し、生活の質を追求することが必要。介護保険三施設が同化されることよりも、三施設がそれぞれの特性をもって利用者の選択肢を明確にすることでニーズに対応することができる。

特養ホームの施設機能の特性から、在宅復帰を評価することよりも、家庭にかわり安心して生活を継続できることを重視し、生活の質を追求することが必要。介護保険三施設が同化されることよりも、三施設がそれぞれの特性をもって利用者の選択肢を明確にすることでニーズに対応することができる。

食事、洗濯等の基本的な生活サービスは、生活施設である特養ホームにとっては当然不可欠な援助である。平成 17 年 10 月から食費が介護報酬の対象外となったが、本来食事は生活や健康の基本となるものである。食材の選定から調理方法、食事形態、食器、盛り付けにいたるまでのトータルな食事提供が前提となり摂食ケアにつながる。栄養面だけに偏らない総合的な食事ケアの評価を行うことが必要である。

介護保険法施行後 5 年が経過し、最大の課題は介護サービスをにう介護職の確保と人材の育成にある。保険給付の議論が収支差額を基点にせず、いかに優秀な人材を現場に根付かせ、専門職として誇りをもって自立した職業となることを期待し、また、そのことがきたるべき高齢社会を支える介護保険の給付サービスへの信頼性を高めることにつながると考える。

また併せて、利用者の所得（第 4 段階以上の方は 10%前後）から考えて、その方々の選択肢を確保する意味から特養ホームの介護老人福祉施設としての福祉的側面も施設機能としてしっかり位置づけたいと考えている。