



長田様からは、介護職員の方々の御意見を踏まえた御要望を伺うとともに、佐々木先生からは医師のお立場からの御要望・御意見を伺いたいと思います。

なお、本日は厚生労働省様にも質疑応答に御対応いただく予定でしたが、昨今の新型コロナウイルス感染症への対応があるということから、欠席の御連絡を頂いているところです。

それでは、初めに長田様、御説明をお願いいたします。

○高齢者住まい事業者団体連合会（長田幹事・事務局長） 高齢者住まい事業者団体連合会の幹事を務めております長田と申します。本日はこのような場で意見を聞いてくださり、ありがとうございます。

お手元の資料1「高齢者向け住まいにおける医療・介護関係職のタスクシフト」という資料で御説明申し上げます。

1 ページを御覧ください。私たちの連合会の概要をまとめております。5年前、2015年4月に発足しております。公益社団法人全国有料老人ホーム協会、一般社団法人全国介護付きホーム協会、一般社団法人高齢者住宅協会の3つの団体から構成しております。有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、その中でも介護付きホームと言われるサービスが内包化されたものと、外付けサービスと我々は呼んでおりますが、外から訪問介護、デイサービスなどを利用してお住まいになっていらっしゃる住まい、いろいろな類型がございますが、一緒に活動しております。

2 ページを御覧ください。今回「医療・介護関係職のタスクシフト」というお題でお時間をいただいております。「医療・介護ワーキング・グループの運営方針について」という資料を拝見いたしました。ここに書かれているとおり、医師に対する労働時間上限規制の適用も見据え、医師が不足・不在となる状況下でも必要な医療が提供できるように、どのように考えるか。介護施設に従事する看護師・介護職員の業務を含めて検討するということが今日の議題となっていると思います。

私たち事業者団体の中でいろいろ意見を聞きました。タスクシフトというのは、左の三角形のピラミッドの図にあるとおり、お医者さんの仕事を看護職員が、看護職員の仕事を介護福祉士・介護職員が、さらには昨今介護助手と言われるような介護の資格を持っていない方にもいろんな業務をやっていただく、というイメージがあるのかなと思いました。しかし、真ん中に記載していますとおり、私たちの中では、いくつか疑問点があります。まず「タスク」という言葉がどんな仕事をイメージするのか。2つ目、介護職員も人材確保が困難で、これ以上業務量が増えるとなかなか手が回らないという状況にある。最後に、専門職同士の多職種連携の中で、医師ができないこと、忙しいのを看護職員、介護職員がお手伝いするという形はちょっと違うのかなと思っています。

右側に書いてありますように、利用者を真ん中に書く場合もありますが、多職種連携のイメージは、お医者さんと看護師さんと介護職が連携し合うようなイメージです。こちらが私たちの生活の場、高齢者住まいの場での連携のイメージかなと思っています。

左側のピラミッドのイメージは、病院とか治療の場ではこのような指揮命令系統にあり、タスクシフトというのがあるのかなと思います。一方、高齢者住まい、介護の現場では、本人を中心に、それぞれの専門職が連携するというイメージを持つので、少しタスクシフトという考え方には疑問を感じております。

そんな中、今回少しでも規制を見直し、高齢者向け住まいの入居者が自分らしく選択して暮らし、最期を迎えられるような提案として4つほど挙げております。

3ページを御覧いただければと思います。1つ目は、「タスクシフト」という言葉で、仕事を看護師の仕事、介護職員の仕事というふうに移すのではなくて、そもそも入居者本人が望む暮らしの視点から業務を見直してはどうかという提案です。

例えば御入居者が誤嚥性肺炎などになって、すぐ入院するという状況もありますが、案外高齢者向け住まいで訪問診療による治療を推進することでよくなることもありますし、認知症の方が病院に入って混乱されるよりも、住み慣れた高齢者向け住まいで住み続ける方が本人のためにもいい。それによって、業務としても簡素化されるということが1つの例です。

もう一つの例としては、アドバンス・ケア・プランニング、「人生会議」と呼ばれておりますが、それを推進することによって、本人が望まない延命治療や過度な医療行為を実施しないということも業務の見直しにつながるのではないかと考えています。

これによって、看護師が日中・夜間配置されていない高齢者向け住まいでも、入居者本人が望むのであれば最期を迎えることができる。これは、いろんな医療行為がありますと、介護職員が夜間配置されていないところではなかなか難しいということがありますので、そういう意味で、本人が望まない医療行為について、きちんと事前に確認していくということが大事なかなと思っています。また、高齢者向け住まいが、看取り、最期の場面でむやみに救急車を呼ばないような事前の教育・研修なども大事だと考えております。

4ページを御覧ください。2つ目の提案です。介護職員がもう少しいろんな医療行為ができるようにということについて、実は10年前も規制改革会議でたんの吸引とか経管栄養について介護職員ができるような環境をお願いしたいという要望をしたのですが、昨今見ますと、介護職員が医療行為をできるようにするというよりは、介護職員の声を聞いてほしい、介護職員の地位を向上してほしいという声の方が高まっているかなと思っています。今日御一緒いただいている佐々木先生とも御一緒しましたが、昨年度、高齢者向け住まいの看取りに関する調査研究をしました。参考資料につけておりますが、介護職員が本人が一番近いので、本人の意向、思いを聞いて、それを医療職、看護師さんとかお医者様に伝えられるのではないかと考えております。

人生会議というのは、カンファレンスのようなイメージもありますが、ふだんから本人の言葉をいろいろ聞いて、それをプランニング、ケアプランに生かし続けるということが大事だと思っています。その中で介護職員をもう少し重視していただいて、声を聞いていただきたいなと思っています。これは規制改革というわけではないのですが、このよう

な環境を促進していきたいなと思っております。

5 ページに参ります。3 番目の提案としまして、このワーキングでも違う話題で議論されていると伺っていますが、多職種連携のカンファレンスを効率的に実施するように、記録システムを共有したり、あるいは電話とかウェブ会議とか、昨今の新型コロナの関係でも促進されていますが、遠隔の打合せ会議などを積極的に活用できるようにお願いしたいと思っております。こちらは制度上の規制は多少ありますが、それよりも課題は、1 番の課題として関係者がそういったものへの抵抗感があって、やはり対面でないと駄目だという話であったり、例えばお医者様が直接説明を聞きに来いとおっしゃられたり、そういった共通認識の部分がある。2 つ目の課題として個人情報保護・情報セキュリティーというのは、昨今厳しくなっておりますので、このシステムを使っていいのだろうかといった不安があります。3 つ目の課題としまして、地域でいろいろなシステムが提供されていて、例えば在宅療養支援診療所で共有されたシステムに見てもいいよ、入ってきていいよと御提案いただくこともあります。あちこちでいろんなシステムができていますので、非効率なのかなと思っております。国が中心になってなのか、業界団体が中心になってか、全国共通のシステムを開発したり、あるいは一定のルール、インターフェースを開示するなどして、そこに皆さんが相乗りするような形。それによって、セキュリティーについてもこの基準を満たせばいいのだということが、安心して利用できるような、そんな動きになれば、もう少しこういったものも促進されるのではないかなと思っております。

最後にスライド6をご覧ください。4 つ目の提案として、介護職員でもできる「医行為ではないと考えられる行為」というものをさらに整理していただきたいと書いております。15年前、医師法17条云々の解釈についてという通知が厚生労働省から示されております。15年たっておりますし、この間、個別の疑義照会によって医行為ではないと考えられる行為が追加されています。解釈が示されています。更に、例えば病状が安定している入居者の膀胱のカテーテルのバッグからの尿の廃棄。カテーテルの方に触るわけではなくて、バッグの方の尿の廃棄であるとか、在宅酸素療法を使われている方のカニューレとか酸素マスクが、お着替えのとき少しずれてしまったとき、元に戻すとか、そういったことは当然問題ないのかなと思っておりますが、15年前の通知に明示的に書かれていないことで不安になっているところもあります。

そのほかにもいろんな行為についてここに例示が列挙されているわけですが、例示をどんどん増やしていただくことで、介護職員も安心して、あ、これはやっていいのだなということが分かるような環境になればいいかなと思っております。

スライド7に挙げていますが、平成17年の通知以降、平成23年にストーマの便の廃棄の通知が出たり、その後、経済産業省中心のグレーゾーン解消制度というものでフットケア、足の爪の管理とか、インスリン注射のどこまでサポートしていいかといった通知や解釈が示されています。また、先ほど申し上げたようなストーマがよければ、バルーンの方もという行為を足していただくことで、令和2年の通知が出ると、更に安心して介護職員が医

行為ではないということを理解して行為ができるのではないかと考えております。

以下は参考資料になっておりますので、必要に応じて御覧いただければと思います。

私からは以上となります。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、引き続き佐々木先生の方からお願いします。

○医療法人社団悠翔会（佐々木理事長・診療部長） 皆さん、初めまして。私は、医療法人社団悠翔会という、在宅医療に特化した診療をやっております医療法人で代表をしております佐々木と申します。内科医です。

2006年から訪問診療に従事しておりまして、今、法人全体で約5,000人の在宅患者を24時間体制で診ています。このうち約半分が高齢者住宅に入居されている方で、現在約200の高齢者施設と連携関係にありまして、定期的な訪問診療、あるいは特養に対する嘱託医業務というものをやっております。うち1,000名ぐらいの方が毎年亡くなられて、650人ぐらいの方が御自宅あるいは施設でお看取りをさせていただいています。

私たちは、居宅という一般の自宅の訪問診療もやっています。居宅の患者さんたちというのは、昨今の核家族化の進行で介護力が弱くなってくると、老老介護は何とかやれたけれども、1人亡くなって独居になったらさすがに無理だということで、その人はどうするかというと、高齢者施設に入居するわけです。あるいは老老介護とか、子供はいるのだけれども、介護の量が大変だ、あるいは質的に難しいということで、では、施設にと思って施設に入るわけですが、現状施設に入りますと、介護の量としては提供されますが、質的なところが自宅よりもかなり閾値が低い。自宅ならば家族がやっていた俗に言う医行為と言われているもののお手伝いが施設ではできなくなるので、自宅ならば3回やっていた経管栄養が2回になったり、酸素は自宅なら家族が夜ケアしていたのが、そこは自己責任になったり、吸引はできなかったり、インスリンの注射の回数を減らさなければいけなかったりといったことが起こってきます。

具体的な事例を幾つか御紹介しています。1つ目、点滴が難しいという施設がかなり多いです。先ほど長田さんの方から誤嚥性肺炎は施設で治療できたらいいのではないかというお話がありましたが、2～3日は注射や点滴の治療をした方がいいという方が多いのですが、施設で点滴ができないと言われてしまうと、施設では診られないといったことになってしまいます。看護師さんがいれば診てくれるはずなのですが、ここは施設の意向によって、施設内での点滴はしない方針になっているという施設もありまして、そういった方の場合には、入居して、中で問題が起こったときに、施設の中で点滴をせずに治療をするのか、あるいは病院に行くのかといった選択をしなければいけないということになってしまいます。

あるいはやってもいいけれども、全て訪問診療でやってねと。点滴が詰まったり、トラブルが起こったら、先生が往診して対処してよねというふうになると、やれなくはないのですが、それは患者さんにとって不利益ですし、医療費もかなりかかる。

2つ目は吸引です。最近では人生の最終段階、点滴をせずに自然に枯れていけば、吸引は要らないのだとおっしゃる方も多いのですが、これは原疾患によります。確かに自然な老衰であれば点滴は要らないというケースはありますけれども、病気の種類によっては吸引が必要な方がどうしても出てきてしまいますので、そういった方が例えば長年施設に入っていたのだけれども、最期吸引ができないのでということで、施設を退去しなければいけないといったケースは、実はあまり少なくないです。

吸引ができないという前提で、ここで最期まで療養するのか、あるいは吸引ができる施設に転居するのかといった決断を最終段階で家族に迫らなければいけないです。多くの方は、人生の最期、吸引をするリスクをとるのか、あるいは安全のために新しい施設で一から関係づくりをするのかという選択を迫られるということになります。

3つ目は在宅酸素です。最近酸素を使う高齢者が多いのですが、酸素というのは簡単な仕組みで、酸素濃縮器というミニ冷蔵庫のような器械からチューブが伸びていて、それを鼻につけると酸素が吸えるというものですが、寝てしまったりすると、このチューブがずれたりする。あるいは認知症の方は煩わしくて取ってしまったりするのです。そのときに酸素を外したままにしておくと、低酸素血症といって、脳や心臓などに大きな影響が出てきます。なので、外れたらすぐにつけていただきたいのですが、酸素チューブを鼻に装着するという行為がヘルパーさんにはできませんということになっていて、看護師さんが夜いないと、我々が往診で呼ばれて、鼻のチューブをつけに行くといったことが起こります。軽度の低酸素血症であれば、30分、1時間待っていただいてもいいのですが、重度の心不全だとすると、1時間酸素が外れると、やはり命に関わります。

それから経管栄養です。最近胃ろうの方が少なくなったとはいえ、逆に胃ろうだから自宅が大変でということで、施設に入られる方もいらっしゃいます。なので、決して胃ろうの患者さんの絶対数がそんなに増えているわけではなく、胃ろうが嫌だから経鼻経管栄養でチューブをしてほしいという方もいて、絶対数として在宅医療を受けている患者さんの中で胃ろうの患者さんは減ってはいないです。

そんな中で、経管栄養の取扱いは基本的には看護師さんの仕事ということになっていきますので、看護師さんがいらっしゃる時間に全て終わらせなければいけない。朝の9時から栄養を始めて、夕方6時までに3食を済ませなければいけないということが起こったり、そうしますと、3回の食事をこの時間の中に入れるというのは難しく、経管栄養を2回にしなければいけない。あるいは経管栄養がある方というのは、口から飲み込みが難しいので、頓服で解熱剤を飲ませたいと思っても飲ませられないですね。そうすると、経管栄養のチューブから薬を入れるということになるのですが、経管栄養からの投薬というのが、普通に口から飲ませるならヘルパーさんができるけれども、経管栄養チューブから投薬できないので、オンコールの看護師か、あるいはドクターが対処しなければいけないといったことになってきます。

インスリンの注射も、自宅ならば、目の悪いおばあちゃんがよちよちと自分で打ってい

るのですけれども、これが高齢者施設に入ると、ヘルパーさんは触れないということになります。

それから、オピオイドです。がんとか心不全の終末期で息苦しさや疼痛を緩和するために使う医療用の麻薬ですが、これが医療用の麻薬というので、取扱いを介護職はできないのではないかとということで、ヘルパーさんが触ってくれない施設があります。私たちは夜痛くなったらこの薬を飲んでねということで、レスキューという薬をベッドサイドに置いていくのですけれども、弱ってきて自分で飲めなくなると、誰かが準備をしなければいけない。それをヘルパーさんがやってくれるかということ、ちょっと麻薬は触れませんということになってしまうと、痛みを朝まで我慢するか、我々の方で薬を飲ませに行くか、オンコールの看護師さんをお願いをするかといったことが出てくるのです。

8ページ目に私たちが連携している約200施設の対応状況をまとめてみました。点滴、吸引、在宅酸素、経管栄養、インスリン、オピオイドの6項目について、24時間やります、日勤帯はやります、日勤帯も限定します、原則として対応しませんと4つのグループに分けてみましたところ、全部やりますよという施設は一定の割合であるのですが、全部やれませんがという施設も一定の割合であります。あと、その間は濃淡という感じです。

ざっと見てみますと、やれないというのは、経管栄養とか点滴というのが比較的多くて、やれるというのは多いは多いのですけれども、グリーンとオレンジと赤の比率で見ていただくと、実際にはこんな感じだということです。やれるやれないで何が変わってくるかというと、実は入院とか看取りが大きく変わってきます。

9ページ目は、「在宅ケアカスコア」というのを勝手に私の方でつけたのですが、先ほどのグラフで何度でもやりますという濃い緑色のグループを3点、薄い緑色を2点、オレンジを1点、赤を0点として、この6項目を積算しました。そうすると、満点が3掛ける6、18点ということになるのですけれども、18点満点中スコアが何点かということで、12点以上、7点～12点、1点～6点、0点と分けてみましたところ、やはりスコアが高いところの方が看取り率は高いです。例えばスコアが12点以上になりますと、看取り率は85%を超えますが、スコアが0点だと37%。きれいに直線上に線が引けます。医療的ケアがきちんとできれば、最期まで安心してそこで暮らせる人が増える。当たり前と言えば当たり前ですけれども、数字できちんと出てきます。

10ページ目は施設の医療的ケア力と入院のリスクを見たものです。これは法人全体ではなくて、私たちの品川の診療所1か所で分析をしています。2006年1月から2018年3月まで全276件の緊急入院について分析をしました。276件の緊急入院のうち56件が、実は施設に入っている患者さんの救急搬送でした。救急搬送が起こったケースについて以下の検討項目について評価をしたのですけれども、何を見たかったのかということ、入院回避の可能性についてです。

11ページです。在宅患者さんたちというのは、俗に言うACSCsという状態です。ACSCsというのは何の略かということ、Ambulatory Care-Sensitive Conditionsと言います。つまり、

適切なケアを行えば入院をしないで済むけれども、ケアを怠ると入院してしまう、そういう不安定で脆弱なグループという意味です。この人たちが緊急入院になってしまった要因を以下の5つに分類しました。

医療者側要因というのは、病院に行かなければ診断がつかないねとか、うちのクリニックでは治療は無理だねという感じで、医療提供者の限界。2つ目の医学的要因というのは、例えば吐血とか心筋梗塞はとても在宅では無理です。3つ目は患者側の要員。例えば薬さえ飲んでくれれば治療はできるのだけれども、この人は独り暮らしでちゃんと薬が飲めないよといったようなものです。4つ目は社会的要因。家で何とか治療できそうだけれども、家族の不安が強いので、一応入院させましたというものです。5つ目はシステム要因です。医者に電話したけれどもつながらなかったというものが含まれますが、私たちは24時間対応の在宅医療なので、これはないだろうということで、上の4つについて分類をしています。

その結果が12ページです。施設の全救急搬送・入院のケース、56ケースのうち、回避可能ではないかと後ろ向きに検討した結果、評価できたのが21件。これは入院が避けられなかったというケースは35件でした。

回避が可能だったはずなのにどうして入院になってしまったのかという要因について分析をしてみますと、医療者側の要因、つまり、私たちの力量が足りなかったというのが19%ですが、残りの80%は社会的要因です。つまり、患者さんの療養環境のケア力に依存している。つまり、老人ホームからの緊急入院の回避可能なケースの多くは、老人ホームのケア力の不足から来ているのではないかとということです。

回避不可能だったケースと分類したものについては、私たち医療者側の要因、医学的な要因が大部分で、これは我々の方でステップアップしていかなければいけないのですけれども、回避可能な入院の8割というのが何とかならないだろうかとということです。

13ページ、まとめです。リスクヘッジという観点から、ヘルパーさんがそんなことをしたら危ないよと言うのですけれども、やらなかったらもっと危ないではないかとということです。吸引する、酸素チューブをつなぐ、目盛りを合わせてインスリンを打つ。自宅なら認知症のおばあちゃんでもやっているこれらの行為を、施設ではヘルパーという専門職ができない。その結果、窒息、低酸素血症、低血糖・高血糖といったリスクを許容しなければいけないのです。

14ページ目は経済合理性の観点からです。点滴、投薬管理、それから酸素の管理です。これは専門職でちょっとトレーニングをしていれば、あるいは家族介護者としての経験さえあればできる程度のものですが、これをやれないがために、夜中我々が往診に行きますと、1回の往診で3.5万円ぐらいかかります。肺炎だったら、施設で大部分が治療できるのですが、1週間入院させると22万円ぐらいかかります。場合によっては診られないので介護施設に転居ということになると、入居者や家族はかなり大きな経済的負担を被るということになります。

15ページです。これらのことは自宅なら家族がやっています。経験がない人たちでも、私たちがちょっと教えて、失敗も多少ありますが、教えながら一緒に勉強していくということをやりますが、現状は運営上のルールとか、私たちにはできませんということで、やっていただけない。そうすると、患者・家族はかなりの利益の喪失が生じているのではないかと。本来は自宅でケアができないから施設に入っているのに、施設に入って、ケアの閾値が自宅よりも下がるというのは、ちょっとおかしいのではないかと思います。

というわけで、介護職の医療的ケアと言われているもの、そもそも医療的ケアと言うべきかどうか分かりませんが、酸素のチューブ、外れたものをつけるとか、このぐらいはやってもいいのではないかと思いますし、自宅で介護家族がやる程度のもは、介護専門職ができないということの方がおかしいのではないかと思います。安心してやっていただくための準備というのは必要だと思いますが、例えば吸引とか経管栄養というのは、今やれるようになってはいますが、吸引をやれるようになるための研修を現場のヘルパーさんたちが受けられるかということ、ちょっと受けられないですね。座学が長いし、研修という条件も非常に厳しくて、とてもじゃないけど取れないですね。なので、もうちょっとシンプルなものにしてもらった方がいいのかなと思います。

施設の看取りとなってきたときには、介護職が何ができるかということも重要なのですが、介護職をエンパワーメントしてくれるのは看護師さんたちなので、看護師さんたちのスタンスというか、専門職としてのプライドとか、その辺がすごく大事だなと。中には施設の方で看護師さんたちのやる気とか実力をキャップしているところがあるのですが、そうではなくて、もうちょっと本来の専門性が発揮できるようにしてあげることができたら、多分介護職の人たちも一歩踏み出せる勇気が持てると思いますし、入居者さんも安心して療養生活ができるのではないかなと感じています。

ありがとうございました。

○大石座長 ありがとうございました。

では、ただいまのお二人の御説明について御意見、御質問等がございましたら、お願いします。高橋委員、お願いします。

○高橋専門委員 ありがとうございました。

佐々木先生にお伺いしたいのですが、連携197施設の対応状況で、看護師さんの配置の具合でもはっきりと変わっているのでしょうか。これは全部同じ条件ではないですね。

○医療法人社団悠翔会（佐々木理事長・診療部長） 高齢者住宅には様々な類型がございますので、看護師が配置されているところ、配置されていないところ、いろいろあります。これは一緒くたになっているのですけれども、では、看護師さんが日中配置されていると一律でいいケアができていくかということ、そこはそうではなくて、サ高住でもかなりがっちり訪問看護の力を借りながら医療的ケアまでやって、看取り率が非常に高いところがありますし、看護師さんが日中はがちっと入っていても看取り率が30%に行かないところもあるので、施設の運営者のスタンスというのが1つ。それから、そこで働いてい

る看護師さんたちの気持ちとか、専門職としての能力というのが1つです。この2つが両方重要なかなと思います。

○高橋専門委員 ありがとうございます。

○大石座長 ほかにございますでしょうか。

ほかの御質問が出る前に、今の高橋委員からの御質問について、これは私どもメディアの方でもいろいろ調査をしたことがあるので共有させていただきますと、佐々木先生がおっしゃったいろんな医行為ができないというのは、介護職に関しては法的な問題があるかと思しますので、長田さんがおっしゃったように、もう少しグレーなところをクリアにする、若しくは介護士の方の負担は考えなくてはいけないのですが、広げるという話になってくると思うのですが、看護師に関しては例えばIVHのポートの留置をやってもいいよと施設が言っているところが、駄目だと言っているのが6割であるとか、また、先ほどのマスクがずれるということに関しても、1～2割は対応できないと言っているとか、また、一般的な静脈点滴についても3分の1ができないとか、男性の導尿の実施ができないと言っている施設、また、男性の尿カテーテルの留置の処置ができないと言っているところが8割ぐらいあるという状況で、これは看護師さんがいらっしゃるところなのです。いらっしゃるところに対して、できないというのは、これは技能的な問題ではなくて、なぜなのかということもアンケートをとったのですが、半分以上若しくは大部分が、どちらかというとその施設の方でやってはいけないと定めている。

厚労省から平成24年5月17日に、有料老人ホームに看護師を置くことによって加算をつけているのだから、看護師業務をきちんとやってくださいねという通達が出てはいるのですが、結果としてそれが徹底されていないという問題があると理解していて、この背景としましては、介護施設というのが、いわゆる診療所、医療の現場でないということから、施設の方が結構不安を持っている。若しくは何かあったときのリスクがあるということで、不安を持っているということなので、せっかく看護師さんがいらっしゃるのでしたら、こういう看護行為ができるようにするべきであって、これは厚労省が規制を強化するというよりは、もともと通達で出したものがより促進するように不安を和らげる方法も含めて考えて、徹底すべきことではないかと思っています。

なので、先ほどの御質問の中では、佐々木先生がお答えになられたとおりですが、看護師さんがいる、いないというよりは、各施設の考え方ということに起因するのが大きいのではないかなと思っています。私の補足でした。

どうぞ。

○高橋専門委員 とすると、不作為のリスクというのはすごく重要だと思っていて、日本はどうしても小さなリスクのことばかり言って、不作為のリスクの方を無視しているので、不作為のリスクをもっとクローズアップして、できるのにしないことによるリスクを前面に出すべきかなと思います。

それから、私、父親が施設にいるので、往診とかしていただいて料金がぼんと来るのも、

事前にどちらがいいですかと選択肢を頂いていると、それぐらいは往診でなくて、やってくださいという方を選ぶ方もたくさんいると思います。

○大石座長 長田さん、どうぞ。

○高齢者住まい事業者団体連合会（長田幹事・事務局長） 看護行為、医療行為ができていない介護施設側からの弁明ですが、確かに平成24年の通知があるかどうかにかかわらず、看護師がやっていいことというのは、医師法の世界、保助看法の世界で決まっていて、医師の指示の下、できる。できることはできるのだけれども、では、どこまでやるかというところが課題だと思っています。

不作為のリスクというのも、お客様から見るとそうなのですが、事業者側からすると、不作為については法的に責任を問われることはない中で、作為の方で何か事故があつてはということで、慣れないことについて保守的に考えているところが多いのかなと思っています。

また、介護保険が始まって以降、介護付きホーム、特定施設入居者生活介護という仕組みができたり、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅が伸びている中で、昔では考えられなかったような方がどんどん対象者になっています。その中で、介護報酬というのは、御存じのとおり増えていないという状況の中で、一体私たちはどこまで求められるのだろうと。介護報酬が変わらない中、職員体制、採用が厳しくなっている中、どこまで求められるのかなというのが、我々が悩み悩みやっているところかなと思っています。したがって、その事業者の考え方もありますし、そこで働く職員の考え方と能力等に応じて徐々に範囲を広げているのかなと思っています。

介護職の方は制度的な通知であつたり、制度的な問題ですが、看護職の方については、意識改革と研修などで能力をアップしていくこと、それを在宅療養支援診療所の先生方に教わりながら少しずつ学んでいければいいなと思っております。以上、言い訳をさせていただきました。

○大石座長 多分介護施設が一方向的に悪いということを申し上げているわけではなくて、そういう仕組みとか文化なので、医療・介護の分野における規制というのは、結局、法律や通達で規制するものだけではなくて、何をやってもいいかということ積極的に言うであつるか、若しくはそれができる環境をつくる。例えば責められたとしても、最後はお金の話であつたり、もめごとに対する弁護士さんのところを、小さい介護事業者が全部自分で担うというのでないような仕組みをつくるか、もうちょっと広い視野で考えて、本来であれば看護師さんは御自身の専門性を生かすような仕事をしたいと思うのです。お医者さんは夜間に、マスクがずれたから呼ばれて、それで3万5000円取って、経営的にもうかってうれしいと喜ぶお医者さんなんて本当はいないはずなので、それぞれの専門職がそれぞれの専門職のやるべき仕事を全うして、やりがいを持って仕事ができるように、規制というのはどうあるべきなのか、若しくは自由度をどうやって広げてあげるべきなのかということを考えるべきなのではないかと思っているので、決して一方向的に責めている

というわけではございませんので、そこは御理解いただければと思います。

ほかにございますでしょうか。では、佐藤代理、お願いします。

○佐藤座長代理 最初に一般論ですが、こういうタスクシフトの問題を考えるときに、リスクをどうするか、何か事故が起きたときに誰が責任を取るのだ、その辺りのことをもう少し厚労省側なのかどうか分かりませんが、ガイドラインで明確にしていくということ。できるだけ現場にあまりリスクを押しつけないのが大事なかなと思いました。感想です。

1つ伺いたかったのは、長田様の5ページのところで、個人情報保護とか情報セキュリティへの不安があって、なかなかこの主のカンファレンスとかウェブ会議が進まないのだという話があったのですが、これは厚労省から何かガイドラインがあると思っていのか、現場レベルで何となくの不安なのか。その不安の根拠といいますか、どういうレベルの不安なのかと思ったのですが。

○高齢者住まい事業者団体連合会（長田幹事・事務局長） どちらかというと何となくの不安で、例えばウェブ会議のシステムがありますが、では、暗号化されている通信なのかどうなのか。暗号化されていけばいいのかとか、そういったところは厚労省から一定のルールが示されて、それを満たしているシステムですよということがはっきり示されれば、使っていけるのだというふうになるのかなと思っております。

○佐藤座長代理 それは何か認証があればいいと思えばいいのですか。厚労省側からこれは安全、大丈夫というお墨つきみたいなもの。

○高齢者住まい事業者団体連合会（長田幹事・事務局長） システムごとに認証があるのか、こういう条件を満たしていれば使ってもいいよという要件を示していただくのか、どちらかなのかと思ってます。もちろん、それを関係者が合意して使うということになるかなと思います。

○佐藤座長代理 1つ感想でしたが、もし仮に厚労省がオーケーと認証するのであれば、現場で皆さんがどう思うかでなくて、これは政府のお墨つきがついたのだから使っていけるというふうになかなかないものなのですか。

○高齢者住まい事業者団体連合会（長田幹事・事務局長） お墨つきがつけば使っていけるということになると思います。

○佐藤座長代理 分かりました。

もう一つ、佐々木先生に質問で、これはすごく素朴で申し訳ないですが、在宅なら家族でやっていることが結構多いけれども、施設に行くときできないことがあると。施設は法律で縛られているからで、家族の方は誰も見ていないからと。実態としてそうなっているという理解でよろしいのですか。

○医療法人社団悠翔会（佐々木理事長・診療部長） 僕は法律家でないので詳しいところは分からないのですが、基本的には御家族が本人の代わりにインスリンを打ったり、カテーテルのトラブルの対処をしたり、酸素のチューブをつけたりということは一般的にやっ

ています。それは御家族に関してはできるということになっています。なので、ヘルパーさんはできないけれども、家政婦さんを家族が家族の責任で雇って、家政婦さんだったらインスリンを打ってもらってもいいかなというのは、家族の承諾の中でやったりというのは事実上はありますね。

○大石座長 どうぞ。

○安田専門委員 補足しますと、先生が最初に言ってくくださったとおりで、何かあったときのリスクをどういうふうにとるかという問題のときに、家族が家族を訴えるというケースはほぼないので、その中で安心してやっているというところがあるのだと思うのですが、家族に代行してやるときに、今日のこの介護は頼まれてやっているのかという、一回一回同意を取っていけばもしかしたらいいのかもしれないのですが、包括的な同意でこんな難しいところまでやってよかったのかと。後から責められるリスクが伴うというふうに普通は職員側とか事業者側は恐れますので、それが足かせになっているというところはあるかなと思います。

先ほどの看護師がいる、いないのところも、一定の人数に対して1人しかいないと、シフト上の関係でいない日があるということが出てくるので、大半をカバーしていても、いない日は誰もできないとなった場合に、責任を持って受けられるのかということを考えてしまうと、一番少ない日、一番いない日でできることまでしか対応できないので、1人目、2人目は受けられるのですけれども、3人目は駄目ですという御意見もよく聞くところです。その辺のリスクをどうするかというところが一番大きくて、先ほどのほぼリスクがなさそうなものは、これは医療行為でないからやっていいよと言ってもらうのが一番安全というか、一番やりやすくなるのかなと思うところです。

○大石座長 今に加えて補足すると、看護師の話と介護士の話は分けなくてはいけなくて、法的にオーケーなものと、事実上オーケーかオーケーでないかという話も分けなくてはいけなくて、家族は法的にオーケーなのですね。介護士は明示してこれがオーケーだというもの以外は駄目なのです。看護師は基本オーケーなのだけれども、本人の技術若しくは施設の事情の中でオーケーでなくなる場面があります。なぜ施設がそういうふうになるのかということに関しては、再三出ているようなリスクを怖がる、若しくはそういう患者さんが山のように出てきたときにどうするのかというので、では、どちらに振るのかというと、駄目な方に振っておいた方が安全だということで振ってしまう。マトリックスになるのですが、法的にオーケー、そうでないというのと、看護師の話、介護士の話というのを分けて考えないといけないという感じだと思います。

ただ、全般的に言うと、これから高齢者が増えていって、独居の方も増えていって、どうしても施設にいないとはいけなくてという方々をどうするのかというのは、ちょっと引いた目で考えなくてはいけない時期なのかなという気はします。これは感想です。

どうぞ。

○高橋座長代理 いつもグレーゾーンというのがあるとは思うのですけれども、今のお話

を伺っていると、常識的に見て医行為とみなさなくてもいいのではないか。例えばマスクがずれたら、それを直すとか、その手のことをある程度リストアップして、やっていいこととしてポジティブリストに載せていくというようにはできないのですか。

○大石座長 どうぞ。

○高齢者住まい事業者団体連合会（長田幹事・事務局長） 私たちも基本的に要望の4つ目に上げているとおり、ポジティブリストに追加してほしいと思っているのですが、ちょっと心配なのは、グレーという形になっていたもので、急にこれが駄目だとはっきり白黒ついてしまうところもちょっと怖いなと思っています。ポジティブリストはいいのですが、ネガティブリストがこういう場で厚労省の方で整理されてしまうと、ちょっと不安だなと思っていますので、慎重に議論を重ねてポジティブリストを厚労省のペースで考えていただけたらいいなと思っています。

○大石座長 これは、気にされるのはすごく分かるので、やり方は慎重に考えなくてはいけませんが、でも、仮にグレーゾーンが解消される。施設側もこれは比較的安全でやれると。マスクずれというのは戻すとか、入るではないですか。みたいなもののリストを出そうと思うと、結構な数のものが具体的に出てくるものなのではないでしょうか。

○高齢者住まい事業者団体連合会（長田幹事・事務局長） ポジティブリストが既にありますので、では、これはどうなのだろうと。例えば貼る薬はいいのか悪いのかとか、現場では一つ一つ悩みながらやっているの、そういった細かなところはあると思いますし、インスリンのグレーゾーン解消制度というのは平成31年に出ているのですが、それを拝見すると割と事細かに書いてあって、ここまでが介護職員がやっていいよと。最後刺す部分は本人でないと駄目ですよというルールができていますので、インスリンであってもそこまで踏み込めるようなので、であれば、いろんな行為について、ぎりぎり介護職員がやっていいところはどこまでなのかというのを慎重に厚労省に考えていただければ。10個あるか、ないか分かりませんが、それぐらい検討すべき項目はあるかなと思っています。

○大石座長 どうぞ。

○医療法人社団悠翔会（佐々木理事長・診療部長） 包括的なポジティブリストがなくても、例えば本人・家族の合意があればそこまでは許容できるみたいな、効力のある同意書みたいなものをつくってもらおうというのはどうなのかなと思うのです。例えばこの人は夜中吸引が必要になる可能性がある。昼間は看護師がやるけれども、夜吸引が必要になったら、ヘルパーはできない、どうするということではなくて、夜は看護師ほど習熟はしていないけれども、ヘルパーが場合によっては吸引するという選択肢もある。もしかしたらうまくいかないかもしれないけれども、やらないよりましかもしれない。その場合、やらせてもらってもいいかというので、いいというのだったら、いいのではないかと僕は思うのです。

なので、それができる状況は、在宅ケアを含めて、施設ごとに例えば研修の機会をつくるか、トレーニングの機会をつくるかやっつけば、包括的にどこまでできるかとい

うことだけでなく、個別に対処ができるというのを選択肢として残しておくというのがいいのかなと思うのです。ポジティブリストはすごくいいと思うのですが、人によって文言の解釈が違ったり、あそこにああ書いてあった、いや、書いていなかったとか、現場で言い合っていると、書いていなかったという人たちの方の声が通ってしまうというところがあるので、たくさんの項目をみんなで共有するというのは実際なかなか難しいところもあるかなと思うので、そういうのはあってもいいのではないかなと思うのです。

もちろん、どこまでやるのが合理的かというのは、主治医の判断も含めて、主治医もある程度責任を負うという形でやっていくのがいいかなと思うのですが。

○大石座長 どうぞ。

○高齢者住まい事業者団体連合会（長田幹事・事務局長） 今の点は、15年前の通知と申し上げている通知の中では、医行為というのが何なのかという定義が書いてあります。医師法、保助看法に書いてある医行為というのはこういうもので、「医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（「医行為」）を、反復継続する意思をもって行うこと」というのが、保助看法上違法、権利ある方しかできないという整理がされています。したがって、家族の同意があれば医行為でないというたてつけはなかなか難しいのかなというふうに想像しています。

個人的には佐々木先生がおっしゃるとおり、御家族、御本人、御本人の意思が確認できるかというのはちょっと悩ましいところですが、リスクのところについて許諾しているのであれば、家族にやっていいよというのと同じように、家族代わりの信頼できる職員に任せますよという同意書、合意書みたいなものがあるといいと思うのですが、業として行うのが駄目だという法律構成になっているので、なかなか難しいのかなと推測しています。

○大石座長 どうぞ。

○高橋座長代理 佐々木先生が6つ実例を挙げておられますけれども、これは医行為とみなさなくていい、かつ非常に例の多いものだというふうにみなしていいのですか。

○医療法人社団悠翔会（佐々木理事長・診療部長） そうです。

ほかにも尿道留置カテーテル関係とか、中心静脈栄養関係とか、在宅とか施設で使う医療機器というのはかなりあるはあるのですが、我々がよく遭遇するものとしてはこういうものがあるかなとは思いますが。

○大石座長 どうぞ。

○佐藤座長代理 先ほど出てきたグレーゾーン解消制度なのですが、これは規制緩和の上において非常にいい制度だという鳴り物入りで入っていたような気がするのですが、実際これの使い勝手はどんな感じなのですか。結構レスポンスが遅いとか。

○高齢者住まい事業者団体連合会（長田幹事・事務局長） すみません。使ったことがないので分かりません。

○佐藤座長代理 あと、これは規制緩和を考えると、ポジティブリストを増やすという形の規制緩和なのか。正に契約ですね。御家族との契約において包括的な契約。明らかな

医療行為は別としても、グレーに関してはある種の包括的な契約で認められる限りはオーケーと。契約ベースで考えるのか。あるいはそれに関わりませけれども、もし万が一何かあったときに、明らかな過失でなければ、それは損害賠償も含めて、保険という形で対応する。もちろん、明らかな過失がなければ、やった本人は免責ですけれども。そういう保険として対応すべきなのか。その辺りはどれが一番使い勝手がいいというか。

○医療法人社団悠翔会（佐々木理事長・診療部長） 私、ここにリストを挙げさせていただいたものは、事故が起こりようがないのではないかという感じがします。実際たくさんのケースを見てきましたが、こういったところでのトラブルというのは普通なくて、例えば私たちは胃ろうのカテーテルの交換とかしますけれども、200回やると、1回ぐらい事故が起こったりはするのです。それは事故が起こるかもしれないということもきちんと説明した上で実施をするのですが、侵襲が高いものはリスクがありますけれども、これは非常に低侵襲なので、廊下を歩いていて転んで骨折するのとリスクはどちらが大きいかというと、こちらの方が全然リスクが小さいと思うのです。

ただ、何か起こったときに保険でカバーされるというのは、安心感にはつながると思いますので、そういう制度があれば一気に適用が進むのではないかとは思っています。

○高橋座長代理 ちょっと素人考えですけれども、同意するにしても、ある程度ガイドラインみたいなものがあって、そこに載っているものならば同意、その中に入れてもいいよということにすれば標準化はできますね。

○医療法人社団悠翔会（佐々木理事長・診療部長） 私たちは、ACPという文脈の中で、本来だったら助かるかもしれない人の治療の差し控えみたいなことを事前に患者・家族と話をして決めていくのです。その意思決定のプロセスに患者さんが入らないこともあります。そういう大きな方向性の決定という部分において、家族というか、代理意思決定者の権限を事実上かなり大きく認めている段階で、吸引するとかしないとかという細かいところにおいて、そんな細かい議論はどうなのと正直思うのです。なので、介護職が現場の判断で、この人を私たちは吸引しますということではなくて、例えばその部分にみんなが納得する意思決定のプロセスが挟まっていれば、実際にはトラブルになりにくいのではないかと個人的には思います。

○大石座長 どうぞ。

○安田専門委員 関連して。今のガイドラインみたいなものというところも、私は佐々木先生の御意見に賛成なのですが、疾患とか行為というものに関して、これはやっていい、やっていけないみたいなガイドラインをつくらうと思うと、ちょっと面倒くさいことになると思うのですけれども、行為が何かはその方によって違うのだけれども、プロセスとして、例えば主治医の判断を聞いた後に、御家族もどこまで同意を取るかというのが絶対もめるものになるので、キーパーソンになっている主な方が必ず同意をしていることと、看護とか介護とか、多職種の会議の中で必ず議論をしていることとか、プロセスで縛って、この過程を通っている最後の同意書みたいなものができ上がっていれば認めるという形が

できていくといいのかなと思います。

これは今の医行為の話だけではなくて、今後増えていくだろう認知症の方について、成年後見というのは医療同意ができないという問題とも関わってくるところがあると思うので、それも同じようなプロセスを経ていけば医療同意を代理人ができる、後見人ができるみたいなことも含めて検討していく必要があるのではないかなと思います。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。菅原さん。

○菅原委員 ありがとうございます。

2つ。今の同意の話については、細かな行為、ガイドラインを作るのはハードルが高いと思います。目安としてあった方がよいかもしれないですが、重要なのは、最初にどういう状況においてどういう行為をするかなど、同意書をつくるというのは、家族が必ずしも医療の詳しい知識を持っているわけではないのでハードルが高いので包括的な契約など工夫が必要と思いました。

もう一つ、医療行為ができる介護職の方を増やすという意味では、主任介護士への加算のように、介護職の資格の見直しをして、ランクづけする。より高い介護、看護師に近い行為ができる資格を作るのは現実的にどうなのでしょう。

○大石座長 お願いします。

○高齢者住まい事業者団体連合会（長田幹事・事務局長） ありがとうございます。

現行でも様々な資格がある中、人口減少社会において制度を複雑にし過ぎるのもどうかと思っています。それよりも、先生がおっしゃられたとおり、社会的地位という観点から、ここまでできる人については給与を出そうと。それを事業者側なり社会が認めるような、そういう社会認識の醸成の方が、資格で区切ってもうまいかなくて、そちらの社会的評価の方が動いていくといいなと思います。

○医療法人社団悠翔会（佐々木理事長・診療部長） 例えば医療の世界では、私たちは在宅医療をやっていますけれども、在宅緩和ケア充実診療所加算というのがあるのですね。これは実績だけでなく、ドクターが緩和ケア研修というのを受けるのです。週末2日間。受けたという実績があって、それに基づいてきちんとした緩和ケアが実際実力として提供されているという実績があれば、加算という形で管理料にも訪問診療料にも往診料にもちよん、ちよん、ちよんとちよんとずつつくという仕組みがあります。

もし介護の世界でも例えばそういう研修を修了して、実際に医療的ケアを介護職がやれているという実績があれば、例えば施設全体の報酬に加算をつけるというのは方向性としてあると思いますし、加算がつくのだったら、うちのヘルパーさんを研修に行かせるかという話にもなるのではないかな。実際私たちも法人として、おまえ、それを持っていないのはまずいから、給料を出すから研修を受けに行ってくいということをやりますね。なので、それは一つあるのかなと思います。今の吸引の研修はすごく長大なので、あんなのを1つの行為ごとにやらされたら、とてもじゃないですけども、無理ですが、包括的な医

療的ケア研修みたいなものがあればいいのかなと思っています。

○大石座長 お願いします。

○高橋専門委員 ちょっと話題が変わるかもしれませんが、2ページのタスクシフトに関する疑問というのもすごい重要なことだと思っていて、ともすると、医者が面倒くさいからやっておいてみたい仕事の押しつけになってはいけないと思っています。三者が同等の価値でちゃんと連携するというのが重要だと思います。

そうすると、先ほどの人生会議みたいなもので、どこまでは介護職でできますよ、看護師がやりましょうねというのを最初に家族も入れて話し合っ。それは看取りのところまで全部話し合っておく方がいいのではないかなと。そういう会議というのが最初にきちんとあると、どこまでできる。それで介護職員がここまでやっていいですか、医者はオーケー、それは責任を持ってあげるからやりなさいとか、そういうチームワークになったらいいのかなという気はいたします。

○大石座長 ありがとうございます。

武藤先生、何かございますか。

○武藤専門委員 質問なのですが、平成22年に例の介護職による吸痰、胃ろうの処置の解禁が起きましたね。それ以来10年たって、その間これに続くアクションというのは全くなかったのですか。先ほど聞いていても、点滴の問題とか在宅酸素の問題とか、こうしたところに次のアクションをかけるべきではないかと思ったのですが、それができなかった理由というのは何かあるのですか。

○大石座長 いかがでしょう。長田さん。

○高齢者住まい事業者団体連合会（長田幹事・事務局長） 私が答えることではないかもしれませんが、少し厚労省に状況を聞いたところ、まず平成22年以降の実施状況について確認をして、まだまだ定着をしていない。看護職も看護職も不安な中やっているという中で、次のステップにはなかなか踏み出せないというふうに厚生労働省さんはおっしゃっていました。

○武藤専門委員 実績がないからということですかね。

○高齢者住まい事業者団体連合会（長田幹事・事務局長） 緩和された吸引と経管栄養ですら安定的にまだ実施できていないという調査研究結果になっているようです。

○武藤専門委員 そうすると、鶏と卵のような話だと思うのですが。

これはやはりアクションを起こすべきなのではないですかね。もう10年たっているのだから、何らかの形で進めるべきだと思いますが。

○大石座長 ありがとうございます。

では、ほかにございますでしょうか。どうぞ。

○高齢者住まい事業者団体連合会（長田幹事・事務局長） すみません。1点補足ですが、介護施設、高齢者向け住まいで医療行為を行う上では、信頼できるお医者様からのきちんとした指示がないと看護師も動けないかなと思っています。医師の指示というのが保助看

法とかで書いてあるわけですが、診療報酬上、医師の指示書というものが訪問看護の方には制度化されているのですが、高齢者向け住まい、介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）などには制度化されていない状況にあります。こちらも診療報酬の方で手当てをすることで責任を持って御指示くださるようになって、その信頼関係もできるのかなと思いますので、先生側の訪問診療の点数の評価というのもしていただくと、更に深まるかなと思っております。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかにございますでしょうか。よろしいですか。

そうしましたら、時間が参りましたので、本日の議題は以上といたします。どうもありがとうございました。御多忙の中、御対応いただきまして、本当にありがとうございます。

○高齢者住まい事業者団体連合会（長田幹事・事務局長） ありがとうございます。

○大石座長 では、事務局の方から。

○長瀬参事官 以降の日程でございますが、事務局から追って御案内をさせていただきます。

以上です。

○大石座長 では、本日はこれにて会議を終了いたします。お忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございました。