

「院内介助」を考えるシンポジウム

基 調 報 告

大阪社会保障推進協議会 介護保険対策委員 日下部雅喜

はじめに

「通院・外出介助」は、介護保険の訪問介護（ホームヘルプサービス）の対象となるサービス行為です。そして、ひとりだけでは安全に通院することができない利用者にとって、ヘルパーの通院介助は、医療を受ける権利に関わる重要なサービスです。

ところが、この通院介助のうち、「医療機関内」（以下、「院内」）での付き添い、見守り、介助等があたかも介護保険の対象とならないかのような扱いがなされてきました。ヘルパーの介助が医療機関と自宅との往復だけに限定され、院内での付き添いが介護保険で認められないため、通院に大きな支障をきたしています。本日のシンポジウムでは、介護保険の訪問介護サービスの「院内介助」について、医療機関側の実態を含め、その現状と問題点を明らかにし、解決に向けての提言を行うことを目的としています。

1 深刻な通院介助の制限の実態

（1）通院介助におけるいわゆる「中抜き」とは

「院内の移動等の介助は、基本的には院内のスタッフにより対応されるべきもの」「待ち時間は介護保険の報酬に含まない」—この扱いが、ヘルパーの院内での介助を困難にしています。

もっとも問題なのは「院内の介助はできません」と一律に院内の付き添いを拒否する事業所が一部にあることです。「連れてきた利用者を病院の前に置いていく」「待合室に利用者を座らせたままヘルパーが帰ってしまう」という事態さえあります。往復の介助しか介護保険の対象とならない、したがってヘルパーは一切の院内介助をしない、あとは医療機関の責任、という行政の指導に忠実に従えばこのような対応になります。

しかし、医療機関側が必要な付き添いや介助をしてくれるわけではないので、ヘルパーは帰らず利用者に最後まで付き添うことが多いのが現実です。

関係者の間で「中抜き」と言われているのは、ヘルパーは付き添っているが、その時間を介護保険請求できるサービス提供時間から「抜く」というやり方で

す。多くの良心的な事業所は、保険請求せずは無償で院内の介助・付き添いを提供しています。時間給の登録制ヘルパーでは対応できないのでサービス提供責任者が付き添ったり、ヘルパーが付き添えないのでケアマネジャーが代わって付き添う場合もあります。

さらに、院内の付き添いの大部分を「自費サービス」として、介護保険の保険請求をしないかわりに利用者の自己負担としている事業所も多数あります。院内で利用者につき添ったヘルパーの人件費を支払わなければならないという事情から、その部分を利用者に有償サービスとして買ってもらうという仕組みです。「3時間の院内での付き添いの内、実際に移動介助や排せつ介助をした30分を除き2時間半分を利用者に支払ってもらう」というような扱いです。料金も介護保険の身体介護サービスと同額かそれ以上のところから「ワンコインサービス」として30分500円というところなど多種多様です。

いずれにしても「中抜き」は無償でサービス提供して事業者が犠牲となるか、利用者が負担するかどちらかの結果になります。

(2) 大阪における院内介助の扱い

大阪府では、院内介助は「原則として医療機関等のスタッフにより対応されるべき」とし、院内介助は「例外」としています。

指導の中では、報酬算定の要件として、訪問介護計画で院内介助を位置づける場合は、介護支援専門員の居宅サービス計画に、

- ①利用者の心身状況から院内介助の必要性
- ②必要なサービス内容
- ③当該医療機関等のスタッフにより病院内の介助が得られないことの確認経緯の3点について記載されていることが必要 としています。

大阪府は、一切院内介助を認めないという立場ではありませんが、あくまで「例外」であり、3つの要件がケアプランに記録されれば報酬算定可能という扱いです。しかし、この場合においても「診察時間、単なる待ち時間を除いた時間とする」としさらに、ヘルパーが診察室に同行して「病状の説明を行うことや医師の指示等を受けること」については、その理由を問わず一切介護報酬の算定対象としない厳しい扱いをしています。

どのように解釈し、運用するかによりますが、「単なる待ち時間を除く」という表現が、長時間の院内の付き添いのうち、移動介助や排せつ介助など短時間の身体介護を除く大部分の時間が「中抜き」されるという扱いを生んでいます。

大阪府 介護保険サービスに係る Q&A 集 (平成 19 年 8 月 平成 19 年度居宅介護支援事業者集団指導)

19 医療機関における院内の介助については、基本的には医療機関等のスタッフにより対

応されるべきとされているが、介護保険において院内の介助が認められるのはどのような場合か。

院内介助については、原則として医療機関等のスタッフにより対応されるべきである。

ただし、例外的に院内介助が算定できるのは、適切なアセスメントやサービス担当者会議を通して、具体的な院内介助の必要性が確認されていて、医療機関により病院内の介助が得られないことが介護支援専門員により確認されている場合には、算定の対象となる。

この場合においては、居宅サービス計画に、

①適切なアセスメントに基づく利用者の心身の状況から院内介助が必要な理由

②必要と考えられる具体的なサービス内容（例えば、院内での移動時に転倒しないように側について歩く（介護は必要時だけで事故がないように見守る）場合や、他科受診のための移動時に車いすの介助）

③介護支援専門員によって、院内介助については、原則として医療機関等のスタッフにより対応すべきであるが、当該医療機関等においては、当該医療機関等のスタッフによる病院内の介助が得られないことが確認された経緯（何時、誰に、確認した内容）を記載する必要がある。

この場合においても、診察時間、単なる待ち時間を除いた時間とするものである。なお、訪問介護員が診察室に同行して病状の説明を行うことや医師の指示等を受けることは、利用者が認知症であるなどの理由があっても、介護報酬の算定の対象とはならない。

また、訪問介護事業所においては、具体的な介助内容及びその標準時間を訪問介護計画に定めると共にサービス提供記録に記録する必要がある。

しかし、この「単なる待ち時間」について、大阪府の定義は必ずしも明確ではありません。今年度の集団指導では「病院において要介護者が受診している間等の、介護等を行わず単に待っている時間は介護給付費の対象とならない」（平成22年度 大阪府介護保険事業者集団指導資料 31頁）としていますが、この表現では、要介護者が受診している間等に限定されると解釈することも可能です。常時介助できる状態で見守っている待ち時間について「自立支援のための見守りの援助」として算定対象にできるという解釈も成り立ちます。

現に、「病院側に院内の付き添い・介助ができないことを確認し記録すれば利用者が診察している時間以外は、すべて院内の見守り・付き添い・介助を報酬算定できる」という事業所も多くあります。

（3）院内介助の各地方の扱い

訪問介護サービス内容の多くに「地域差」やローカルルールがあるように、院内介助の扱いも地方により大きく異なっています。

たとえば**京都市**は、大阪府よりも厳しい扱いとなる表現です。京都市は、「単なる待ち時間や診察時間が算定対象とならないのに加え、具体的な介助を要しない単なる付添いについても、保険給付の算定対象とならない」としています。さらに、「単に介助があったほうが都合がよいとか、より安全である等の理由により提供される訪問介護サービスは算定対象とならない」と院内の介助により高いハードルを課しています。また、院内介助は身体介助であるにもかかわらず、「独居や、家族の疾病・障害等により外出先での介助が困難であり、第三者による援助の導入が困難か」という、生活援助と同じ要件まで持ち出しています。

京都市

訪問介護サービスにおける「院内介助」に対する介護給付費算定の取扱い（05.5.23）

略

（3）留意事項

現時点で、検討の際に留意していただきたい事項をいくつかお示ししますので、ケアマネジメントを行うに当たっての参考としてください。

なお、個々の事例で保険給付の妥当性が異なることから、同一の医療機関を受診する場合であっても、要介護者ごとにその取扱いが異なる場合があります。

ア 介護給付費（訪問介護費）算定の要件を満たしているか。（居宅サービス計画への位置づけを含む。） → 居宅で提供される訪問介護サービスと一連のものでない院内での介助のみ必要なケースについては算定対象とならない。

イ 「院内での介助」を必要とする具体的な状況があり、訪問介護員による介助がないと円滑な受診ができないか。 → 単に介助があったほうが都合がよいとか、より安全である等の理由により提供される訪問介護サービスは算定対象とならない。

ウ 独居や、家族の疾病・障害等により外出先での介助が困難であり、第三者による援助の導入が困難か。

4 介護給付費算定の考え方

（1）身体的な介助が必要な場合は、訪問介護員による「具体的な介助に必要な時間」のみを算定します。

（2）常時見守りが必要となる場合は、「その時間」を算定します。介助者の見守りが無い状況下でも、特段の支障があるとは言えないが、付添い（見守り）があったほうが安心であるといった場合等は算定対象となりません。

（3）単なる待ち時間や単なる付添い時間、診察時間については、算定対象となりません。

院内介助について、事前に「保険者との事前協議」を義務付けている自治体もあります。例えば **福岡県朝倉市**は、4ページにも及ぶ「院内介助チェックリスト」に記入させ、ケアプランとともに市役所担当課に提出させ、協議させ

るルールをつくっています。その協議の有効期間はケアプランの「短期目標期間」と同じとされ、短期目標期間のたびに提出することが義務つけられています。

しかもその内容は、利用者の状態が、「歩行ができない」（5メートル以上歩けない）、車椅子を使用して「自走不可」でないと院内介助の対象にならないとしているのです。「つかまり歩き」の人は院内介助はまったく対象になりません。

また、院内で常時見守り介助が認められるのは「認知症があり、かつ問題行動がある」場合に限定されています。

そして、その判断は、ケアマネジャーでなく、情報開示により取得する認定調査結果・主治医意見書に基づくとされています。

福岡県朝倉市の院内介助は必要な事由の「判断基準」

*（1）歩行ができないにチェックがあるか、車椅子を使用中で自走不可（一部介助以上）である場合に院内移動について介助が必要と判断する。排泄については、一部介助、全介助にチェックがある場合に、院内の介助が必要と判断する。

*（2）については、認知症があり、かつ問題行動がある場合について、院内の常時見守り等介助が必要であると判断する。

大阪府内では、ここまで厳しく明文化した指導はありませんが、実態として院内介助に厳しい制限や要件を課している例はあります。

さら、「院内」に限らず、通院中のタクシーやバスに乗車中の時間についても、「中抜き」にするよう指導されている事例も多くあります。認められるのは「常時目が離せない人」か「座位の保持できない人」に限定するという扱いもあります。

まさに、ローカルルールの暴走と言うべき事態がおきているのです。

2 医療機関調査から見えている院内介助の必要性

大阪社保協は、今年4月に大阪府内の全病院と一部の診療所合わせて600ヶ所の医療機関に対し、「医療機関内でのヘルパーの付き添い・介助についてのアンケート」を実施し、169の医療機関から回答を得ました。

厚生労働省の指導－4割以上が「知らない」

厚生労働省が、介護保険の保険者に対し示している「院内の移動等の介助は医療機関のスタッフが対応すべきである」という指導について、42.8%の医療機関が「知らない」と答えています。2003年の厚生労働省通知で「対応すべきである」とされましたが、8年経過してもなお、当の医療機関の4割

以上が知らないという事態は、厚生労働省の指導がいかにも無責任なものであるかを示すものです。

(表1) 厚生労働省は「院内の移動等の介助は医療機関の職員が対応すべきである」としていますが、ご存知ですか？

知っている	知らない
91	68
57.2%	42.8%

6割が「そう思わない」と回答

しかも、「知っている」と答えた医療機関のうち、医療機関の職員が介助すべきに対し「そう思う」と回答しているのはわずか6.6%に過ぎません。「そう思わない」はその10倍近い60.4%を占めているのです。院内介助をすべきとされた当事者の医療機関側が納得していないことは大きな問題といえます。

(表2) 「知っている」のうち、医療機関の職員が介助すべきと思うか

そう思う	そう思わない	どちらとも言えない	合計
6	55	30	91
6.6%	60.4%	33.0%	100.0%

対応する職員体制が不十分

実際に院内介助を「できる」「やっている」と回答した医療機関は114、「できない」は49でした。

一見すると医療機関の多くが院内介助の対応が可能であるかのように見えますが、問題は内容です。

院内介助を「できる・やっている」とした医療機関でも、対応している職員は、看護師(78.1%)、事務(44.7%)で、介護職員は16.7%に過ぎず、日常の診療業務や事務の合間に対応している実態が明らかになりました。

(表3) 外来患者の介護を「できる」「している」と回答した医療機関での介助を担当している職員(複数回答)

看護師	介護職員	事務	管理職員	その他
89	19	51	9	14
78.1%	16.7%	44.7%	7.9%	12.3%

記載欄に記入された意見の中にも、「介助に対応すると本来の診療業務に支障を来たす」「他の患者様を待たせ迷惑をかけている」「ずっと付き添うことは

できない」といった記述が多くみられ、やむなく対応しているものの医療機関の業務に支障を来したり、不十分にしか対応できていない実態が浮かび上がってきます。

できないと答えた医療機関について見ると、「できない」理由の77%は「体制がない」というものでした。

(表4) 医療機関側で院内介助が「できない」理由

体制がない	介護の仕方がわからない	その他
38	3	8
77.6%	6.1%	16.3%

できない理由の記載欄には「時折やっている。すぐに対応が出来ないかもしれない。目が離せない患者様の場合の付き添いは他の業務が止まってしまうので不可能」といった記載もありました。

「ヘルパーにしてほしいこと」のトップは「診療時間までの付き添い」

「ヘルパーにしてほしいこと」についての設問（複数回答）では、159の医療機関が回答されましたが、最も多かったのが「診療時間までの付き添い」で、回答者の74.8%に上りました。医療機関側から見ると、一人の患者にずっと付き添えないという事情から、ヘルパーに診療時間までの待ち時間を付き添ってほしいという要望がいかに強いかわかります。

次いで「トイレ介助」（69.2%）、「院内移動」（66.0%）、「受付」（63.5%）と続きました。診療と直接関係ない部分なく、通院患者本人がすべきものについてはヘルパーの介助に期待していることとなります。「診察への同行」は、54.7%と半数以上の医療機関がヘルパーに期待しています。「ヘルパーの付き添いがない患者が来院して困ったケース」の記載欄に「日ごろの状態がわからない」「自宅での状況がわかりにくい」といった意見があり、中には「病状等十分に主訴が言えず、家族を呼び出し、長時間待ってもらった」という回答もあった。医師からの説明でも「薬の服用法、病の状態、気をつけることを説明しても理解できていない」という声もあり、診療場面でのヘルパーの同行も欠かせない場合が多いと言えます。大阪府の「診察室の同行は報酬の対象とならない」という見解がいかに実態とかけ離れたものであるかわかります。「薬局での説明」（50.9%）も同じように、ヘルパーの付き添い「一緒に聞き理解を促す」ことの必要性を物語っています。

検温介助、血圧測定、検査介助のように看護師が行っている行為については1割～2割程度の回答率で低くなっていますが、「検尿介助」は48.4%、「点滴時もみまもり」（47.2%）と高くなっています。

(表5) ヘルパーにしてほしいこと

(比率は回答者に占める率)

受付	診療時間までのつきそい	院内移動	トイレ介助	検尿介助	診察への同席	検温介助	血圧測定介助	検査介助	点適時のみまもり	薬局での説明	精算
101	119	105	110	77	87	32	16	27	75	81	88
63.5%	74.8%	66.0%	69.2%	48.4%	54.7%	20.1%	10.1%	17.0%	47.2%	50.9%	55.3%

医療機関だけに対応を任せるのは非現実的

この医療機関アンケート調査を通じて明らかになったことは、厚生労働省の「医療機関のスタッフが対応すべき」という原則論がまったく現実をみていないものであることです。

第1に、医療機関側にその体制もそのための公的な措置もなされておらず、周知徹底も不十分であるということです。

第2に、介護を要する患者が安全かつ円滑に診療をうけるためには、受付や精算、院内移動や排せつ介助に限らず、院内の待ち時間や診察室内も含めて多くの場面にヘルパーの果たすべき役割があることです。

3 院内介助制限の経過

介護保険開始当初は不当な制限はなかった

2000（平成12）年4月に介護保険制度が始まった当初は、通院介助において院内介助を制限するような指導はまったくありませんでした。

運営基準上の位置づけ

①居宅における準備と一連の行為と見なし得る

訪問介護サービス、介護予防訪問介護サービスは、利用者の「居宅において」提供されるサービスとされています（介護保険法第8条第2項、第8条の2第2項）。通院・外出介助は、居宅以外の場所（外出先や外出途中）だけでは介護保険サービスとして認められません。居宅サービスとして認められるのは、居宅において行う外出先（病院等）へ行くための準備行為を含む一連のサービス行為と見なし得るためとされています。

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（老企第36号 平成12年3月1日）

(6) 訪問サービスの行われる利用者の居宅について

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーションは、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条の定義上、要介護者の居宅において行われるものとされており、要介護者の居宅以外で行われるものは算定できない。例えば、訪問介護の通院・外出介助については、利用者の居宅から乗降場までの移動、バス等の公共交通機関への乗降、移送中の気分の確認、（場合により）院内の移動等の介助などは要介護者の居宅以外で行われるが、これは居宅において行われる目的地（病院等）に行くための準備を含む一連のサービス行為とみなし得るためである。居宅以外において行われるバス等の公共交通機関への乗降、院内の移動等の介助などのサービス行為だけをもってして訪問介護として算定することはできない。

②居宅から院内まで一連の介助を含む

通院介助は、通院途上だけでの介助ではありません。居宅における準備から交通機関への乗降、気分の確認、受診手続き、そして、場合により院内の移動等の介助までも含む一連の行為が通院介助です。

厚生労働省通知（老計第10号）では、院内介助については()書きで「場合により」という表現はありましたが、ヘルパーのサービス行為の中にも明確に位置づけられ、この規定は今日に至るも変わっていません。

訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について(老計第10号 平成12年3月17日)

1-3-3 通院・外出介助

- 声かけ・説明→目的地（病院等）に行くための準備→バス等の交通機関への乗降→気分の確認→受診等の手続き
- （場合により）院内の移動等の介助

「待ち時間も含まれる」と解釈

2000年5月の厚生労働省「介護報酬等に係るQ&A」では、「2 通院介助には、待ち時間もサービス時間に含まれるか? (答) 含まれる。したがって、場合によって、長時間にわたることも考えられるので、利用者の立場に立ち、極力効率的にサービス提供がなされるよう工夫が必要。」と明記されていました。したがって、介護保険制度が開始された時点では、院内介助については待ち時間も含めて今日のような不当な制限は基本的になかったのです。しかも、基準省令も介護報酬通知もこの点については、変更はありません。

もっぱら「解釈」と「運用」によって、院内介助は制限されてきたのです。

2003年度改定で大きく制限

介護保険の最初の報酬改定で、通院介助で多く利用されていた、いわゆる「介護タクシー」が、大きく変わりました。それまでの「ヘルパーが運転する時間

を除き身体介護中心型の介護報酬を算定」という扱いから、「通院等乗降介助」として新たに区分され、時間に関係なく「片道100単位」とされました。また利用できる人は「要介護1以上」とされました。そして、この通院等乗降介助に関する通知の中で初めて「院内の移動等の介助は、基本的には院内のスタッフにより対応されるべきものであるが、場合により算定対象となる」の一文が盛り込まれました。

「通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合」及び「身体介助が中心である場合」の適用関係について（平成15年5月8日 老振発第0508001号ほか）

別紙

※院内の移動等の介助は、基本的には院内のスタッフにより対応されるべきものであるが、場合により算定対象となる

さらに、2003年5月の厚生労働省の事務連絡で出された「介護報酬に係るQ&A」において、「Q5 通院・外出介助における受診中の待ち時間の扱いについて A5 通院・外出介助における単なる待ち時間はサービス提供時間に含まない。院内の付添いのうち具体的な『自立生活支援のための見守りの援助』は身体介護中心型として算定できる。」と明記され、これまでの解釈を変更し、「単なる待ち時間を除く」とされました。

ところが、注意して見ると、この設問は、「通院・外出介助における受診中の待ち時間」となっているように、利用者が受診している間にヘルパーが診察室の外で待つ時間を想定したものとと言えます。ヘルパーと利用者が「一緒に診察の順番が来るのを待つ」ことまでも否定したものとはいえません。「院内の付き添い」のうち「具体的な『自立生活支援のための見守りの援助』は身体介護中心型として算定できる」とされ、その内容は、かなり広い解釈が可能であることから、院内の待ち時間すべてがこれで否定されたわけではありません。しかし、その後の経過は、これらが限りなく拡大解釈され、一切の院内介助、待ち時間のすべてが介護保険の報酬算定の対象とならないかのような扱いが拡大していきました。

介護報酬に係るQ&A（平成15年5月30日 厚生労働省老人保健課）

Q2 通院・外出介助および自立支援のための見守りの援助の区分について

A2 通院・外出介助および自立支援のための見守りの援助は従来どおり身体介護の区分に含まれる。

身体介護および生活援助（旧家事援助）の具体的な取扱いは「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成12年3月17日老計大10号）を参照すること。

Q 5 通院・外出介助における受診中の待ち時間の扱いについて
A 5 通院・外出介助における <u>単なる待ち時間はサービス提供時間に含まない</u> 。院内の付添いのうち <u>具体的な「自立生活支援のための見守りの援助」は身体介護中心型として算定できる</u> 。

<p>訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について(老計第 10 号 平成 12 年 3 月 17 日)</p> <p>1-6 自立生活支援のための見守りの援助（自立支援、ADL 向上の観点から<u>安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等</u>）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者と一緒に手助けしながら行う調理（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む） ○ 入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む） ○ ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声かけや見守り中心に必要な時だけ介助） ○ 移動時、転倒しないように側について歩く（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る） ○ 車イスでの移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助
--

訪問介護の報酬問題

2003（平成15）年度の介護報酬改定で、身体介護中心型の単位が1時間以上が、30分増すごとに219単位加算していた扱いが、83単位しか加算されなくなりました。長時間の身体介護をおこなっても訪問介護事業所の収入は極端に少なくなることになりました。これも厚生労働省が院内介助のように長時間の身体介護を削減する狙いの表れと言えるでしょう。

しかし、院内介助を「例外」扱いにし、事実上限りなく算定困難にし、また、たとえ院内の移動等の介助を認めても「待ち時間は除く」とされれば、わずかな時間しか算定できなくなるので、この1時間半以上の長時間の身体介護の算定自体が大きく減少することになりました。

訪問介護費（身体介護中心型）の単位数

	2000年	2003年
30分未満	210	<u>231</u>
30分～1時間	402	402
1時間以上	584	584
30分増すごと	219	<u>83</u>

2010年4月28日事務連絡の内容と問題点

2003年以降、その後の給付適正化と相まって各地で院内介助の一律制限や保険外化が進み、地方によっては、「院内はいかなる理由があっても算定対象とならない」という扱いのところさえ出てきています。

そうした中で、本年4月28日に、厚生労働省は「訪問介護における院内介助の取扱いについて」（事務連絡）を出しました。実に2003年の通知改正以降、8年ぶりの院内介助に言及した事務連絡であり、ようやくこの院内介助問題が動き出したものと言えます。

第1に、この通知の評価できる点です。「院内介助について、一部で、一切の介護報酬上の算定を拒否されているとの指摘もあり、院内介助であることをもって、一概に算定しない取扱いとすることのないよう願います。」と明記したことは、前進です。「病院内はヘルパーは算定できない」という一律的な扱いをしている自治体にとっては、この通知は、そうした制限を撤廃し、必要な院内介助を提供できる道を開くことにつながる効果があります。現場でこの点は活用し、ヘルパーの院内介助を介護保険の対象とさせる取り組みを全国で強めるべきであり、一律に「院内介助はできない」としているローカルルール自治体は一掃されるべきです。

第2に、この通知の問題点です。この通知は、ヘルパーの院内介助の制限の出発点となった2003年厚生労働省通知（平成15年5月8日老振発第0508001号ほか）の「基本的には院内のスタッフにより対応されるべきものであるが、場合により算定対象となる」の規定を前提としていることです。この通知に片隅に小さく記載されているこの一文こそ、「病院内は医療機関の責任であって介護保険のヘルパーは算定対象外」という制限を生み出した元凶です。しかも、医療機関側には外来患者を責任もって介助するべきとの指導も措置もなされていない無責任なものです。院内介助の不当な制限を改善しようというならば厚労省自らこの通知を見直すことが不可欠です。しかし、今回の通知にはこの点についてまったく見直さず「場合により算定対象となる」という文言だけを強調するにとどまっています。いくら「場合により算定可能」と言っても、その前段の「基本的には院内のスタッフにより対応されるべきものである」が修正されない限り、「場合により」の場合とはどのような場合かをめぐって混乱を深めることになりかねません。

第3に、この通知は、「一概に算定しない取扱いにすることのないように」と一律制限を戒めながら、各自治体のローカルルールを羅列しただけの無責任なものとなっていることです。

今回の通知で示された院内介助の要件「①適切なケアマネジメントを行った上で、②院内スタッフ等による対応が難しく、③利用者が介助を必要とする心

身の状態であること」についても、厚生労働省の見解でなく、各都道府県・保険者で多くみられる対応事例での紹介にすぎません。「利用者が介助を必要とする心身の状態である場合の例」として、①院内の移動に介助が必要な場合②認知症その他のため、見守りが必要な場合③排せつ介助を必要とする場合 等についても同様で、単なる対応例の集約でしかありません。

さらに、参考として7つの対応事例が紹介されていますが、認知症の徘徊以外の周辺症状でも「見守り可能」（福島県）、ケアマネの判断で「単なる待ち時間」を可能とした対応（神奈川県藤沢市）がある一方で、「実際に介助を行った時間のみ算定（大阪府羽曳野市）などそのニュアンスにも大きな開きがあります。

厚生労働省が03年の通知で課した「院内は医療機関のスタッフで対応」という原則と「単なる待ち時間は含まない」という見解をそのままにしておいて、全国の対応事例を並べても、「院内介助ができない」「『中抜き』により院内付き添いが自費になる」、「長時間の通院介助を事業所が拒否する」という状況は解決しません。

通院が必要な利用者やヘルパーが求めるのは、介護保険で安心して通院が可能となる制度である。そのためには、「病院スタッフが対応すべき」という非現実的な線引きの見直しと、03年介護報酬Q&Aの「単なる待ち時間は含まない」の修正は欠かせません。

訪問介護における院内介助の取扱いについて（平成22年4月28日厚生労働省老健局振興課事務連絡）

標記については「『通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合』及び『身体介護が中心である場合』の適用関係について」（平成15年5月8日老振発第0508001号、老老発第0508001号）において、「基本的には院内のスタッフにより対応されるべきものであるが、場合により算定対象となる」とされているところです（ただし、「通院等のための乗車又は降車が中心である場合」の院内介助については、「通院のための乗車又は降車の介助」として包括して評価されます。

院内介助が認められる場合については各保険者の判断となりますが、院内介助について、一部で、一切の介護報酬上の算定を拒否されているとの指摘もあり、院内介助であることをもって、一概に算定しない取扱いとすることのないよう願います。

当課では、この度、院内介助の判断に資するべく、別添のとおり各都道府県・保険者が作成・公表している対応事例を取りまとめました。各都道府県・保険者においては、①適切なケアマネジメントを行った上で、②院内スタッフ等による対応が難しく、③利用者が介助を必要とする心身の状態であることを要件としているところが多く見られ、また、利用者が介助を必要とする心身の状態である場合の例としては、以下のような事例が挙げられておりましたので、参

考として活用していただきますよう願います。

【利用者が介助を必要とする心身の状態である場合の例】

- ・ 院内の移動に介助が必要な場合
- ・ 認知症その他のため、見守りが必要な場合
- ・ 排せつ介助を必要とする場合 等

4 介護保険で安心して通院するために院内介助 改善への提言

通院は要介護者にとって「命綱」

通院は、患者（利用者）が自ら医療機関に赴き、診察や治療等を受ける行為であり、病状の改善や健康の維持・回復にとって欠かすことのできない大切な行為です。

要介護・要支援状態のため、自力で安全に通院することが困難な利用者に対し、必要な通院介助を提供することは、その利用者の生命・身体機能の維持にかかわる大切なサービスです。

治療や診察、投薬・検査、リハビリなどは医療保険で医療機関が提供するものですが、その医療機関にアクセスするという行為は、介護保険で訪問介護事業者が援助することになります。要介護者・要支援者は、入院と在宅医療の場合を除き、外来診療となります。

外来診療の場合は、地域に医療機関があるだけでは、医療は受けられません。医療機関へ通院する手段と能力が必要ですが、これらを補い、医療を受ける機会を確保するのが通院介助です。このように、通院介助は、医療機関の外来診療と利用者を橋渡しする援助であり、自力で通院することが困難な居宅の要介護・要支援者にとって生命と健康に直結するサービスと言えます。

そして、医療機関の中で行う院内の付き添い・介助・見守りも通院介助に不可欠なサービスであって、これを対象外とすることは通院介助の意義を損なうこととなります。

ヘルパーの通院支援の意義

ヘルパーの通院介助を単なる自宅から医療機関までの「移動の手段」ととらえるところに院内介助を否定する危険な発想があります。ヘルパーは、利用者の居宅での日常生活を支えるサービスの担い手です。利用者の生活を見守り、時には「共にする」関係の援助者であるヘルパーと一緒に医療機関に行くということの意義を改めて確認する必要があります。

院内での気分の確認、待ち時間のコミュニケーションを通じた利用者理解や信頼関係の構築などヘルパーが付き添う効果は、利用者の支援にとって極めて

大きなものがあります、寄り添って見守るという支援を、「単なる待ち時間」としか評価しない制度や行政指導はヘルパーの専門性や裁量を奪う結果になっているのです。

また、大阪府が否定する診察室への同行についても、ヘルパーの介護職としての支援の役割がいくつも上げられます。診察場面でも、利用者の代弁者の役割をして主治医に日ごろの状態を伝え、あるいは、主治医の病状説明や療養指導を聞き取り、家族やケアチームに伝達するといった重要な役割も担ってくれています。医師に上手く言葉にできず想いを伝えられない利用者が、一番安心と信頼を感じる場面でもあるのです。

調剤薬局では、薬の受け取りの代行をし、服薬方法の変更や副作用の確認もヘルパーの役割です。後に家族に報告しノートにその内容を記載するなどの援助により、必要な情報を共有することができ、確実な服薬や医師の注意した生活上の改善点も実現することができます。訪問看護やケアマネジャーにも報告することでさらに適切な在宅支援につながります。

通院介助・院内介助を単なる移動や排せつなどの身体的な介助行為に限定せず、「通院支援」として位置づけ直す必要があります。医療機関と在宅生活を結ぶ「医療・介護連携」を発展させる意味でもヘルパーの通院支援は重要です。

介護保険で院内介助を 当面の提案

①「院内介助 本来は介護保険」この合意を徹底して「自費」の根絶を

利用者に必要な院内介助（待ち時間の見守り、付き添いを含む）は、本来は介護保険で給付されるべきである、という認識と合意を徹底することがまず必要です。そのために関係する法令や通知なども活用することです。

とくに、安易に自費サービスとして利用者に負担を転嫁する扱いは一掃していくことを呼びかけます。

参考

いわゆる自費によるサービス（保険給付外サービス）

介護保険では、自費による保険外サービスを提供することは可能とされていますが、無条件ではありません。介護保険サービスとの明確な区分がなされていることが必要です。

- ①利用者に、当該事業が指定訪問介護の事業とは別事業であり、当該サービスが介護保険給付の対象とならないサービスであることを説明し、理解を得ること。
- ②当該事業の目的、運営方針、利用料等が、指定訪問介護事業所の運営規程とは別に定められていること。
- ③会計が指定訪問介護の事業の会計と区分されていること。

したがって、介護保険の訪問介護サービスと自費サービスが一連のサービスの中で区別なく提供されたり、同一の時間に連続して行われる等、混然一体となって明確な区分ができないものや、保険給付の対象となるにもかかわらず、自費サービスの扱いとされていることは適切ではありません。

また、サービスを行っていないにもかかわらず、介護保険の訪問介護を提供するまでのヘルパーの「待機時間」について利用者の負担を求めることも適切とは言えません。

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（老企第36号 平成12年3月1日）

[2] 居宅基準第20条第2項は、利用者間の公平及び利用者の保護の観点から、法定代理受領サービスでない指定訪問介護を提供した際に、その利用者から支払を受ける利用料の額と、法定代理受領サービスである指定訪問介護に係る費用の額の間、一方の管理経費の他方への転嫁等による不合理な差額を設けてはならないこととしたものである。

なお、そもそも介護保険給付の対象となる指定訪問介護のサービスと明確に区分されるサービスについては、次のような方法により別の料金設定をして差し支えない。

イ 利用者には、当該事業が指定訪問介護の事業とは別事業であり、当該サービスが介護保険給付の対象とならないサービスであることを説明し、理解を得ること。

ロ 当該事業の目的、運営方針、利用料等が、指定訪問介護事業所の運営規程とは別に定められていること。

ハ 会計が指定訪問介護の事業の会計と区分されていること。

②国に向けて、明快な 保険対象通知を出させる運動

必要な院内介助（ともに待つ時間、見守り・付き添い含む）が介護保険給付の対象となることを明確にする見解を厚生労働省に出させるための全国的な運動を大阪から発信しましょう。

その際、医療関係者と連携し、厚生労働省の無責任で非現実的な「医療機関のスタッフが対応すべき」という通知の訂正をさせること、その上で、「待ち時間」問題についても、実際のヘルパーの役割に照らして見解を修正させることが重要です。

③大阪府 Q & A等の是正、実地指導での不当な指導の撤回

大阪府に対しては、介護保険サービスに関するQ & Aの院内介助に関する項目の是正を求めていく必要があります。とくに「当該医療機関等のスタッフにより病院内の介助が得られないことの確認経緯の記録」については、一律に要

件づけるべきではありません。また、「診察時間、単なる待ち時間を除いた時間とする」、ヘルパーが診察室に同行して「病状の説明を行うことや医師の指示等を受けること」については、その理由を問わず一切介護報酬の算定対象としない扱いについては、撤回させていくべきです。

また、自費サービス化についても大阪府として法令通知に照らして適切な制限を行うよう働き掛けていくべきです。

④各自治体へのローカル規制に対する取り組み

大阪府内でも、保険者（各自治体）によって、院内介助の扱いは大きな格差があります。ローカルルール是正の取組みの一環として、厳しい制限を行っている自治体、また、単価の低い「通院等乗降介助」への切り替えや家族介助への誘導、有償サービスへの切り替えや自費サービス化を促進している自治体へは是正の取組みを徹底して行いましょう。

⑤医療機関との共同、社会への発信

介護保険で必要な医療機関での介護さえ受けられない—この事実はまだ、世間には知られていません。医療機関の関係者もこの介護保険制度と理不尽な運用はあまり周知されていません。医療機関関係者と共同して、この院内介助問題を社会へ発信し、制度改善に結びつく世論を作り上げていきましょう。

おわりに 大阪から介護保険を変える

介護保険がはじまって10年。大阪では、介護保険に対するさまざまな運動の中で全国に少なからぬ影響を与えた実績があります。

まず介護保険料です。「不公平・年金天引きの介護保険料は憲法違反」とこれまで通算1万件もの不服審査請求を繰り返し、5年にのぼる裁判もたたかった大阪の運動は、自治体独自減免制度に加え06年度の制度改正の中で国に非課税世帯の低年金者の軽減措置の制度化などを実現させる力になりました。

訪問介護サービスでは、2年近い大阪府Q&A改正の運動の中で、国会で厚生労働大臣から「ヘルパーが犬の散歩をすることもありうる」との答弁を引き出し、ついに「ヘルパーの散歩同行は可能」という通知も出させました。まさに大阪の運動が国を動かしたのです。

「院内介助」は、単なるローカルルールによって制限されているのではありません。元凶は厚生労働省の03年の通知とQ&Aです。これを改正させ、全

国どこでも必要な院内介助はヘルパーから介護保険で可能になる、こんな状況を作り出すために取りくみ（日々の実践＝ケアプランと訪問介護サービス、国・府・自治体に向けて社会的な運動）を大阪から強く、大きく発信しようではありませんか。

（2010年5月30日）

介護保険料、散歩同行、そして院内介助 本日のシンポジウムをスタートに歴史的な運動を そのツールとして「ここまでできるブックレット」