

(木下委員)

今の 10 ページのところの夜勤の加算のところだが、これは非常に複雑な制度でわかりにくいので、少しつけ加えたいが、実際に夜勤を2人配置していても、週の夜勤の労働時間が 72 時間以内でなければ加算にならないとか、いろいろ制限があるので、実際に2人いてもこの加算の対象にならない状況はたくさんある。実際には夜勤2人いる施設がかなりある。

(天本委員)

先ほど中田委員が、特養のことで、いろんな制度改革や、職務要件という法的な整備が必要でなければ、今のままでは医療処置などは受けられないといったことは非常に重いこと。今後の患者さんの移行にあっては、特に介護療養型がなくなるということでの医療の必要な人がそちらに現状行っているが、特養自体が居宅ではないので医療の提供の場ではない。診察室は医療提供可能だが、生活の場である部屋での医療処置というのは法的には行えないので、北海道などにおいては既に指導が入っている。そういうことが、私はいいとか悪いとかというのはなしに、法的なものがそのようなものを放置した中で介護療養型の在り方という場合には、きちんとその法的なものも、機能・経営面だけでなく、そこをきちんとした裏づけをまず行政側がしないと、受け皿の問題として、数が予測できない。

先ほどケア構想の問題が出たが、指針という形で、国の指針を出す間に、そういうような、これからの機能がどうあるかというのがわかっていない時点で数値が出るはずがない。

それから、老健が先ほどから議論になっているが、10 ページにおいて、老健で看護職員がいて、実態はこうだと言われているが、法的には、あの人数では夜勤構成はできない。だからこれは努力においてやっているということなので、法的にこれからはきちんと必要であれば、必要な人数配分を置かなければいけないし、介護療養病棟だと病棟ということで明確になっている。要するに身近なところに看護師がいるということであって、この老健は1つの施設にどこかに看護師がいるよといったような形なので、これからの機能面を考えると、特に医療的な機能面をきちんと整理しないと現実的な問題解決にはつながらない。

(井部委員)

参考資料についてだが、参考資料の2に「看護職員の働き場所について」という資料について説明願いたい。

(大森委員長)

後で一括するが、今日の議論でどうしてもここは関係しているとお考えならどうぞ。

(井部委員)

看護職員の人数配置の問題が、先ほどから議論されており、看護職員がいないのだったら、もっと医療行為を拡大したらどうかといった意見も出されていることに関連する。看護職員の働き場所と看護師そのものの人数、参考資料の2ページについて、これは考えておくべきことだが、この働き場所のグラフを見る限りは、看護師が病院と診療所以外の場所で働く人が増加している。これが1.6減少して、そちらに行っているというような説明が上にあり、看護職の働きが期待されているが、一方で病院や診療所でも必要とされていて、介護老人福祉施設の働いている割合はほとんど変わらない。横線の1.8%、黄色のところの介護老人保健施設の2.7%と余り変わっていないが、一方で居宅サービス等というところが多少増えている。このように介護施設での看護職の働きが期待されていて、それに応えなければならないが、看護職員の再配分にはどんな傾向があるのか、少し説明をお願いします。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

参考資料の2ページは、とりあえずここでは割合ということを出している。ここで記述しているのは、割合で少し見たときにどんな傾向なのかということはこの枠の中では分析したもの。これは看護課の調べだが、看護師の、現に病院とか診療所とかそれぞれで働いている看護師の数自体は、平成14年から17年にかけて、総数、一番左の端の括弧のところにも各年下の方に入れてあるが、増えてきているという状況である。

そういう中で、特に居宅サービスの部分については、従前、平成14年ベースだと、1.6%ほどだが、2.5%に増えてきたということで、全体の数からすればまだ量は少ないが、増えてきているという状況である。

そのほかの施設については、もちろん全体の数が増えているので、例えば老人保健施設とか、訪問看護ステーションとか、老人福祉施設のそれぞれで働かれる看護師の数自体はもちろん増えてきている状況。

(井部委員)

私は様々な医療行為が多いことがこの資料でも出ているので、基本的には免許を持った看護職が対応できるようにしていくのがいい。それで限られたマンパワーをどう配分するか、あるいは魅力的な職場としてどう誘導するかということが非常に大きな課題である。

(天本委員)

今、事務局から説明があった認識と現場とでは非常に大きくずれており、介護施設あるいは在宅施設での看護師不足、これは深刻な問題である。また、介護職員も介護の学校を卒業して半分ぐらいしか介護現場に入って来ないという実態が我々現場から把握できている。ただ、全国的な統計は出ていないが、看護師のこの報告において、訪問看護ステーションの割合はここ4~5年ほとんど伸びていない。これから在宅医療を進める際に、先ほど在宅療養支援診療所の話があったが、訪問看護あってこそその在宅医療なので、もっともっと訪問看護のスタッフ、

介護施設での、本来、介護施設というのは、むしろ介護療養型のような重い介護5、4の人が集まるところが介護施設のこれからの在り方だろう。そういう意味においても介護施設での看護師のこれからのニーズは非常に高めていかなければいけないので、事務局が足りているような感覚では、我々現場とはずれている。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

事務局としては、足りている、足りてないと言っているのではなくて、全体の数としてどう推移しているのかということ为先ほど説明したつもりである。

(大森委員長)

天本委員がおっしゃったように、仮にいろんなことを考えていくときに、訪問看護師の役割は重要。全部医師ができるわけではないので、そういう体制が整わない限り地域の医療とか在宅というのはなかなか進まない。

(天本委員)

これは訪問看護師あって在宅医療、我々日本医師会としても、在宅療養支援診療所が出てきたが、あれはパーフェクトな在宅療養支援診療所で、まだまだ一人で在宅医療を行う医師もいる。その医師も当然訪問看護ステーションと連携をとるということなので、訪問看護あってこそ、我々は地域を病棟としてとらえるという中で、やはり病棟の中の看護師が非常に一生懸命動いている。地域でもそれあって、そこを我々医療機関・医師がかかわっていくと。もちろんヘルパーも、他職種協働ということを強く強調している。

(大森委員長)

転換がどういう形で運んでいくかはまだこれからだが、転換後も療養病床で入院患者がおられるので、そこで何らかの意味で介護ケアが必要。その介護ケアの在り方、できれば改善するためにはどんなことを考えていけばいいかが、この課題になっている。そこについて意見を欲しい。

(井上委員)

今、「今後の検討事項」というところの介護サービスの提供に、先ほどから随分看護の話が出ている。そのあたりについて、私もいつも考えている。例えば、今、特別養護老人ホームでは実態として、経管栄養や喀痰吸引を施設によっては介護職員がやっているという事実が正直なところある。それに対して、実際それは法律に違反しているわけで、目の前にそれを必要とする人がいればやってしまうというようなスタッフの現状がある。それに対して、その状況を放置はざっとはできないというのがあって、それについて何らかの方針を出していただきたい。それを看護でずっとやるのか、あるいは何らかの形で介護にも委ねていくのかということを議論したい

のが1点。

それと2つ目が、先ほどから夜間の看護配置という話が出ているが、例えば老人保健施設で夜間看護配置をきちんと置こうとする場合には、常勤で全部回そうすると看護職員が、9人から10人ぐらいは必要。それは1人看護師の夜勤が月に何回できるかとなるが、そうすると当然老人保健施設の規模というものがそこで最低限のものとして決まる。それが80床という形に現状ではなっているが、これから地域密着型の老健施設などをつくろうとした場合に、それは29床以下でつくることになるので、そこに夜間の看護職員は今の基準では絶対に置けないという現状がある。そう考えると、老人保健施設の機能がやはり1つではないだろうということが出てくる。

それとあともう一点、29床以下のいろんなサテライトの特養があったり、老人保健施設があつて、先ほど中田委員からも規模の問題のお話があつたが、この1年間、サテライト型特養というものを見た。もちろん母体があるものだから、母体を含めての全体の規模数となる。それと、あと1つの法人が、1つの小さいものをやるというのは全く前提条件が違っているので、その2つをどう考えるかということも議論していただきたい。

(天本委員)

看護師の問題は法的な問題での位置づけを明確にしてほしいというのは、先ほどの意見と同じだが、医療療養病床から、これから介護に流れてくる中で想定されているのは医療区分1である。医療区分1の中にこの医療処置ということで経管栄養の人たちが入っている。その医療必要度が低いということで医療区分1とされているが、これは医療必要度が低いというよりも、これは指示の変更が少ないということで、その内容というのは医療処置である。したがって、医療処置の医療区分1を診療報酬でコストよりも非常に低い位置づけで、要するに病院で必要ないという形でこれに流れてくると、介護の受け皿として、そういう法的整備ができてないところに、そういう意味で我々は「医療難民」という言葉を遣った。したがって、そこをきちんと整理したい。

それから、この検討事項の中での質問だが、既存の病院を活用することで、医療療養病床、介護療養病床から転換する際に、有床診がある。病院と有床診とで、既存の転換ということで、有床診は既存のものの活用ということには壁があるように聞いているがどうか。

(大森委員長)

今の質問は。

(天本委員)

例えば、平成24年までは医療療養病床は6.4平米でいいと。有床診療所の場合には8平米でなければいけないという私の情報が間違っているのか。

(鈴木老人保健課長)

最後の点だが、今、療養病床を持っている病院については、居室面積は、23年度までの間は6.4平米のままでいいと、そのかわり24年度以降は8平米という老健の基準とする。ただし、廊下は応急措置で今のままでいいとなっているが、有床診の場合には、その緩和は今のところ適用されていないので、天本委員の指摘のように、病院と診療所の間で格差があるということ。

(天本委員)

今、それが明確になったわけであるので、有床診というのは、地域に非常に密着した大きな社会資源である。そういう意味において、受け皿がないから有床診ということで在宅に帰れないということで、有床診療所で、社会保障としての機能の役割を担ってきて、今回いろんな意味で、この転換の問題も入っているので、整合性もない。病院はいいが、有床診療所はだめだと、この辺の見直しをぜひ願います。

(木村委員代理:小島参考人)

私も2点、1点目は、先ほどの井上委員が指摘された、今、介護施設で実施されている医療行為といわれる、実際は介護職員がやむを得ず行っているということについては、連合が昨年実施した調査でも実態はそうなっている。その辺をどうするか。これは介護保険法の見直しについて国会決議の中にも、早期に検討しろということで検討の場を設けることになった。ぜひそこは早急に検討すべき課題である。

それから、この資料2の5ページ、6ページにある各介護3施設で行われている医療行為の実態が示されている。5ページの方は日常的な医療行為、経管栄養、喀痰吸引といったようなところで、療養施設内での処置というのはそれなりの比率を持っており、6ページの方は、最後のところの死亡2週間内における医療処置ということで示されている。この介護型療養病床の転換をしたときに、今、ここに処置をされている方が、どこで処置を受けるかということで、引き続き医療療養病床に残るということであればそれでいいが、そのことについては7ページにある医療保険と介護保険の守備範囲の図が出ていて、7ページの一番下については、日常的な医学的指導管理については介護保険で各3施設では対応することになっているが、一番問題は、この最後のところの医学的指導管理というところを引き続き介護保険というだけでやるのかについては、医療保険との関係をもう一度整理する必要がある。そこは介護保険適用の施設、あるいは在宅介護と介護保険と医療保険による関係というような見直しということは少し検討する課題ではないか。

(田中(雅)委員)

アンケート調査の中に、30ページによると、主傷病名が、認知症の方が全体として9.2%、介護療養病床等においては15.4%の方がいるというデータが出ている。認知症の方々のケアに対してはグループホームなどの小規模単位のケアというのは有効的だということは既に介護保険制度が発足して6年の中で実証されているわけだが、転換する方向の中において、グループ

ホームを望むところは、データとすれば0%に近い数という実態である。しかし、例えば病院という施設、貴重な資源というものを有効活用するということも大事だが、現在、実際に認知症対応型の共同生活介護を行おうとするならば、事業所を行うために、併設事業所と玄関を2つにしなければいけないとか、様々なある程度の制限がある。それは当然認知症のグループホームというのは生活の場所ということになるから玄関があつて当たり前という発想だが、そういった転換を図る場合においても、有効な活用するための方策を今後考えなければいけないのではないか。また、認知症の方々のケアの在り方についても、これまでの従前の療養病床におけるケアではなくて、生活を重視したようなケアが実際行われるような体制づくりやケアの質の確保といったことをやはり議論していく必要がある。

それから、もう一点だが、先ほどから介護職の医療行為の問題が出ている。前回の委員会において、日本介護福祉士会の過去の調査においても、かなりの割合で介護職が医療行為に関連していると述べたが、直近のデータで日本オストミー協会の調査がある。オストミー協会から、日本介護福祉士会に調査依頼があつて行ったものだが、ストーマ器具を交換したことのある介護職は半数以上あつたと報告されている。当事者団体からは、医療行為に対して、看護師が絶対行わなければならない看護的な処置というものと、ある意味では介護職が携われるものをもう少しきちんと定義も含めて整理をすべきではないかという意見もいただいた。そういうことを含めて、本当に医療の必要の高い人たちが施設や在宅においても暮らし続けることの保障と介護職の医療行為と併せて検討していただきたい。

(田中(滋)委員)

現在、入院中の方々の医療人数を今後どう満たすかについてだが、もう一つ大切なのは、資料1の44、45ページにある所得状況である。現在入院中の方々の、低所得の方が介護療養病床の場合約半数いる。こういう方々が介護療養病床でないところに移るとしたらどうするか。住まいへの配慮が必要。かつて特別養護老人ホームに介護保険ができたとき、非該当の方が結構なパーセンテージおられて問題になった。まさに特養が貧しい身寄りのない方の住かとして機能してしまった時代があつた。

あるいは医療機能、介護機能と住まい機能と3つ、それぞれ重なるが、別なものなので、決してこの方々の住まいニーズに対する配慮を考えないと間違つた使い方になるかもしれない。

資料2の14ページに、ちょっと古いが、特別養護老人ホームに入っている方の平均在所日数が載っている。特別養護老人ホーム1,430日というのは、これがもし特別養護老人ホームがナーシングホームだとすると異様に長い。つまり、ここは住まい機能を果たしている。住まいはきちんと別に考えるということをしないと、こういう高度な機能を持ったところを別なニーズで使わなければならない。

もう一つ、参考資料の7ページ、8ページに、在宅療養支援診療所のこと載っている。8ページに載っているこれは「『在宅療養支援診療所』のイメージ」と書いてあつて、前のページの7ページの9,434件のイメージではない。9,434件のトップテンに入るところのイメージで9,434は

すべて在宅療養患者 180 名、重症患者はないから、もしタイトルがあるとすれば、8ページの方の「在宅療養支援診療所」の最もすぐれたイメージとか書かないと、素直に読むと 9,434 件全てがこのようだと初めて見た人は思ってしまう。

(池田委員)

これからの問題は、私は3段階に分けて考えた方がいいのではと思う。今とこれからと近未来。現在は 1920 年代の方たちが 75 歳以上の後期高齢者の方たち、10 年たてば、また新しい世代が入ってくる。世代文化が違うので、それに応じた形で地域ケア体制をつくっていく必要がある。

まず今の段階は、現在入所・入院されている方のケアというものを引き続きどう保障していくか、深めていくかということが中心になる。したがって、療養病床が廃止されていくベッドがあるとするならば、その受け皿としての施設の機能というものを地域でどこまでどのようにつくっていくのか。具体的な施策というものの議論をする時期ではないか。そういった意味で、たたき台的なものを事務局の方から出していただいて、これは急ぐ必要がある。

これからの話だが、これからはある意味、施設機能を分解してみたらどうか。分解して、それぞれの機能を考えてみたらどうか。施設の機能を分解すると、基本的には、先ほど田中委員がおっしゃったことをもう少し細かく分類してみると、要するに住まいと食事と介護と医療と見守り、多分この5つの要素に分解できる。それぞれの機能というものが現在の施設は融合的に構成されている。しかし融合されているからがゆえに融通がきかない。例えば療養病床などにおいては、医療が優先して住まいと介護が貧弱なものになっているのではないかという議論もあるし、逆に特養の方では、介護というものが優先して、医療がかなり手薄になっているのではないかと、問題がある。

これを解決する一番いい方法は1回分解することで、住まいは新しい自宅というものをどこまで整備していくかということにかかる。これは非常に重要な問題でそれなりに動いているが、新しい住まいというのは新しい自宅。自分の自宅に戻るのではなくて、新しい住まいに住むという、その発想の転換がこれからは必要になる。

ヨーロッパとりわけ北欧においては、ほとんどが単身老夫婦のみである。そういったところに巡回型の介護が回りケアを支えている。そう考えると、これからの日本というのは北欧をそのまま容認することはできないが、学ぶ必要はある。

そうすると1番が住まいをどうするかである。2番は食事である。1ヶ月 90 食、1回 2,000 円掛けると 18 万もかかって、それはとてもやっつけられない。会食や配食であるならば1食 400 円、3食 780 円でもやっつけるところもある。もちろん見栄えも味も栄養も考えるということで、それをどうシステム的にしていくかということ、これを本格的に考えなければいけない。

介護については、介護保険の役割だから、質の向上、とりわけマネジメントというものをどう向上していくかということが最大のテーマになり、それはそれで動いていく。

医療は、先ほど天本委員以下皆さんがおっしゃったとおり、これは訪問看護の充実に尽きる。

残念ながら訪問看護は介護保険が始まって唯一伸びていない事業。高齢者1人当たりの給付で見ると横ばいである。そのところを、もう少し地域の訪問看護に看護師が動ける、政策誘導みたいなのを本格的に考えなければならない。7年たって全然伸びてないので、そこを非常に重要視して取り組む必要がある。

一番難問は見守りである。見守りは基本的には、私は24時間の見守りではないレベルの見守りであれば、デイと巡回介護でかなりフォローできる。今の日本の訪問介護はほとんど滞在型である。滞在型というのは滞在している部分については、2時間なら2時間については見守りできるが、後の22時間は全く見守りができないということになる。巡回で行けば、一定の見守りが必要としている人は、1日5～6回巡回することによってはるかに見守りの厚さは広がる。軽度の認知症の場合であればデイがかなり大きな役割を果たし、24時間見守りが必要であるとするならばグループホーム。あるいは小規模多機能の機能を重視することになる。そのような形で、今の時点の問題は、実際に入所・入院されている方をどう受けとめていくかという議論を一つやる。

もう一つ、これからの特に「多様な住まいにおける療養生活の継続・選択を支援するためには」と書いてあるわけだから、具体的に、個々の機能に着目して地域で造っていく。近未来とはそれが完成したときであり、今、団塊の世代が60歳で、あと15年すると要介護高齢者になりやすい75歳以上になる。さらに25年経つと、大体死に絶える。死に絶えると大体日本の介護問題というのは完全にヤマを越して、今のまま施設を作っていけば、そういう施設はがら空きになる。そうした未来を考える必要がある。

(大森委員長)

当面の今のように転換の話で、今、お話しした具体的な施策で早急に進めなければいけないこともある。私たちの議論を待っていたのでは遅くなることもある。ただし、片一方で、転換していく全体の考え方とか到達点のイメージがないと簡単に転換できないし、どのぐらいの量になるかわからないということがあるが、同時並行で何かやっていかざるを得ない。今やらなければいけないようなことについて、少し大きな議論しているが、政策当局は何かそういうことを考えざるを得ない。今の池田委員はそういうことをおっしゃったのではないかと私は理解している。

(川尻計画課長)

例えば、急いでやらなければいけないことは、天本委員からもお話があったが、今ある特例措置等々でバランスを考えて見直さなければいけないものもある。それから、先ほど木下委員からあったような、転換の話をより円滑に進めていくために、もう少しリサーチをして、ケアの在り方を考えなければいけないものもある。それから、今、池田委員がおっしゃったように、近未来という問題についてどういうふうに対応していくかということがある。

これからの進め方について、まず速やかに実施できるもの、しなければいけないものについては、次回の委員会をやるのを待たずに進めさせてもらえないかと考えている。場合によっては、

介護給付費分科会で語り、そして進めるべきものもある。

それから、引き続き、この委員会で、そして老健施設あるいはそれ以外の介護施設も含めて、どういうケアの在り方がいいか、あるいは医療の提供の在り方がいいか議論いただくものがある。

それから、そういうことを議論する中で、施設の機能をもう少し分解的に考えていった場合に、在宅療養支援診療所とか訪問看護ステーションの問題を含めて、どういう組み合わせを考えていくべきか、こういう3つの問題があると思っている。そこら辺の問題については整理をした上で、次回に何らかの形で資料を準備したい。

(大森委員長)

3月29日に看護給付費分科会がある。今、そういう予定になっていると思うが、今の話はそういうことなのか。こちらとの関係をどうするかがあるので、一応給付費分科会の方から、我々としては中につくっているから承っているが、給付費分科会は部会として何かやらなければいけないことも出てくるという話なのか。

(川尻計画課長)

介護給付費分科会については、3月29日に介護保険制度の改正からちょうど1年たったので、その施行状況を説明しようと思っている。それからもう一つは、まさに療養病床の転換に際して早急に実施できるものについて諮らせていただく、といった2点のことを事務局としては考えている。

(大森委員長)

そうすると、今日今後の検討事項(案)というのが出てきていて、自由に議論しているが、このうち、まだ今指摘があったように、少し細かく調べたり、現地のことがわからないとなかなか進まないこともあり、意見の中で、これに即してもう少し具体的な議論が進め得るようになる。この今後の検討事項をこの委員会としては、事務方の考え方として、これを少し詰めていきたいと、そういう意向なのか。

(川尻計画課長)

ケアの在り方、あるいは医療提供の在り方については、そういう意見を踏まえて整理し、次回のこの委員会で議論をいただきたい。

(大森委員長)

議論、ある程度、具体的なイメージないと意見交換しにくい、今後の在り方について、天本委員、何か御意見あるか。

(天本委員)

池田委員からの御発言は、私も同意である。現場としても、我々医療機関事業者としても、将来の船の方向性というものが見えない限りは計画が立てられない。職員も次はどうなるのというようなことで、老健自体も今まで一生懸命きたものが、また世の中のいろんな話を聞く。そうすると単年度計画しか立てられないということで非常に燃え尽きている。そういう意味においては、せめてこれからの、池田委員がおっしゃるような 10 年後ぐらいを想定してやらないといけない。そこが見えなければ今の問題は語れない。

今回でも医療療養病床、介護療養病床を議論しているが、これから移ろうという老健のデータは1つも出ていない。要するに老健の課題というものと療養病床の課題というものを、それがぶつかった形で方向性を決めるならいいが、たかだかまた今月いっぱいというような形で、これからの将来の 20 年、30 年というものを決められても非常に混乱している。介護療養型の施設の廃止そのものがこういう議論あってから本来ならあるべきだし、その議論が一切なされないでこのような形で進んでいるので、これからの問題というのは非常に重要だろう。介護療養型だけを議論しているが、むしろ介護施設とすれば、重い人を見る、その対象群をどうするかということだが、本来ならば、特養、老健をどう住まいに移していくか、そういう議論だって、田中委員から出ていた特養というのは、まさに特定施設に一番近い施設であるはずなので、そういう議論も全体像を議論しないと、介護療養型だけの議論だと部分最適になるということで非常に危惧している。

(大森委員長)

ここに出ている課題の1のことを少し具体化すると、多分、今、天本委員から指摘のようなことを議論するのではないかと私も理解しているので、少しそれを具体的に提示していただいて議論に入らないといけない。

(漆原委員)

今後の検討項目の事項の中に随分いろいろこれからのことが検討されるようだが、基本的には、介護療養型病院の転換先として一番大きな団体として指名されているわけで、老健施設はこうあるべきだということを少し話したい。これまで老健施設というのは、昭和 60 年に中間施設懇談会という報告でなされてきたが、その当時から附帯事項みたいな形で、将来には老人病院と老健施設、あるいは特養含めて一元化を検討するというようなことが書かれていて、これがずっと一緒になってきている。

しかし、この老健施設ができて、中間施設というものを理解してもらうために、特別養護老人ホームとどこが違うのだとずっと言われ続けてきた。老健施設は内部的ではあるが、協会が老健施設の理念と役割というものをきっちり決めて施設の皆さんに理解をしていただくようにずっと運営をしてきた。したがって、今、その理念に相当合致している。在宅支援施設であること、医療と福祉を併せて提供する総合施設であること。それからリハビリテーションの提供施設で

あること。在宅復帰施設であるからには、在宅生活を支援する施設であること。それから、ボランティアさんとかいろいろ地域の人たちの相談に乗る地域に開かれた施設と、こういったことで、5つの役割というものをずっと掲げてきている。

それと、もう一つは、療養病床の転換先ということで、療養病床と比較することであるならば、老健施設の医療は総合施設の割には薄いではないかと批判もあった。利用者の増、役割といった機能の問題、これも両方が併存しているからこそ分けられている実態があった。現実的には療養型に入っている利用者の方と老健施設に入っている利用者の方は、先ほどの資料でも、かなり違った様相を見せている。

それから、3点目、老健施設はこれまで大体おおむね 100 床規模 97~98 床が平均のベッド数であるが、規模が問題で、29 床までの小規模多機能の問題がいろいろ議論されている。療養病床の転換ということを見ると、療養病床の規模は1病院当たりの規模は非常に小さなものから、大きなものには 500~1,000 みたいな病床数を抱えたところがある。こういったことも含めて考えると、私たちのこれまでやってきた老健施設と同じカテゴリで議論ができるのかどうか。それから、老健施設とは言っても、老健施設、在宅復帰を、本当に旗頭に抱えてきているには、長期療養の方が必然的になっていることもまた事実。

これからの老健施設とすれば、先ほど井上委員からもお話があったが、老健施設は1つのカテゴリ、あるいは役割、理念、機能で語れる時代ではなくなってきているのではないかと。しかし、今度の療養病床が、とりあえず老健施設というところに転換するということならば、今までの老健施設と1つのカテゴリの中でやっていきたいというのが老健をやってきた者の希望でもある。しかし、実際にはこの委員会の中でどこまで議論されたのか、はっきりわからなくなるほど、周りから、「介護難民」がどのくらい出るのかとか、療養病床がスムーズに老健施設に転換できるためにはかなり緩和しなければならないのではないかと、いろんな議論がその中ではされている。

今後の検討課題の中に、例えば「既存の建物を活用した療養病床の転換を進めるために」、鈴木課長から部屋は8平米で廊下は仕方がないという話があったが、そのほかの食堂の広さ、あるいは老健施設にはリハビリテーション施設が必置になっている。それから、デイケアが必置義務になっていて、いろいろ形としてはある。これは必ずしも同じである必要はないのかもしれないが、もっと緩和しなければいけないような事情にこれから変わっていくのではと心配である。

それから、「将来の見通しや地域の様々なニーズに応ずることができるよう、転換後の施設・サービスの形態の多様化」と書いている。確かに転換後に、今の老健の役割をそのまま担うものではなくてもいいが、例えば療養型病床から転換してくる老健施設があるとすれば、従来の老健施設との整合性をこの多様化の中でも図ってもらいたい。

それから、「多様な住まいにおける療養生活」、これは医療法人において有料老人ホームが可となる。これならば老健施設にとっても、これまで長期化している入所者の退所先として考えられ、こういった住まい、あるいは他の施設ということを考えても、利用者の一歩の安心を保障

するのが医療であることがデータの中でかなりはっきり出ている。ここからも、ぜひ医療法人なり、これらの老健施設なり、今までの病院なりが積極的に取り組めるようにと思う。

基準緩和をされるときに、従来の老健施設とも整合性をちゃんと図っていただきたいということ。それから多角化、あるいは住まいへの転換等についても、従来の老健施設の方向先としても御配慮いただければありがたいなということが1つ。

それから、規模の問題等で、同じ老健施設というところで整理がしきれぬのかどうかということも含めて議論したい。

(木下委員)

夜間の看護配置ということで、24時間看護師が必要だという意見がたくさん出ているが、夜間に看護師を配置するためには労働基準法を守って、今の介護保険の基準を守って何人の看護師が必要かということをご示して欲しい。それと看護業務の話が出ていたが、これを介護でできるようにする方向もあるが、そのときの事故に対する責任体制、あるいはそれに対する評価をどこにするか。その辺の職員の安全保障、利用者の安全保障、そこまで考えないと、単に業務を開放するというだけでは済まないような気がする。その辺も併せて考えてもらいたい。

それと認知症の数がかんりの数が出ているが、その症状かなり幅が広いというか、グループホームで対応できるものから、かんりの医療が必要な認知症まであるのでひとまとめにして考えるのはかなり危険なことがある。

先ほどから在宅支援が大事だということや、訪問看護も出ていたが、悪化した時にいつでも入所・入院ができる保障も必要。地域でのケアのグループ化や在宅サービスから訪問看護、介護保険施設、あるいは病院まで含めた在宅支援機能をどう持っていくかということをご考えなければいけない。

それと既存老健と介護療養型医療施設から転換する老健を同様として考えるのか、別々にして考えるのかという議論もしておかないと内容に差が出てくる。

建物の入口が別でなければいけないとかいろんな規制があるが、介護療養と医療療養だと1つの建物でやっていて、そこに一部が老健に移ったときに玄関別に作ることになるので、その辺の考えをどうするか。

それから、転換する時の手続の簡素化ということも考えていかなければいけない。

(対馬委員)

今回の入院者などを見ると、82.6歳が平均になっていて、まさに後期高齢者そのものになるわけだが、今現在、後期高齢者医療の在り方に関する特別部会の検討が大分進みつつある。後期高齢者になると、医療とか介護とか、やはり生活そのものの中に医療もあり介護もありとなる。後期高齢者を支える全体的なサービスの問題ということで大分議論がされている。

在宅療養支援診療所の問題、リハビリの問題、こういった介護施設の在り方について議論する場合に、様々なほかの委員会等々との関連が出てくるので、できれば、節目節目で検討内

容を紹介して、それをまたこの議論の中に反映させていくことが必要。

(天本委員)

看取りの問題がこの検討事項の中に入っているが、これが資料2の15ページにもあるように、療養病床53.3%、老人保健施設5.9%といった形で、療養病床をなくすということで、この看取りの問題というのは非常に大きい。これから高齢者医療の在り方では、現在100万人以上亡くなっている方々の高齢者の9割が病院で亡くなっている中で、介護施設での看取り、在宅での看取り、多様な看取りということが議論になっているが、介護療養型を廃止するのは全く逆行しているような形であり、余りにもこのデータが、療養病床53.3%、老健5.9%にこれを持ってくるといのはかなり医療の在り方を議論しなければいけない。

また、本日の参考資料1の12ページにオランダの統計が出ている。要するに世界というのは、病院のベッドを減らして、今までの介護施設は多様な住まいへという流れの中である。介護の施設というのは重看護の介護に集中すると、この流れとも日本は逆行している。重看護の介護の人を医療施設で見ようという今後の在り方というものは非常に重要だ。その点も含めて、この海外の資料とか看取りの現実の今の実態を見る中で、ある方向性というものを早く現場に示していただきたい。現場には事業計画というものがあるし、職員の職務要件をどのように業務改革したらいいかといった問題もある。

先ほどちらっと事務局から特例措置が出たが、安易な特例措置などを持ち込まずに、これからの長い高齢社会を乗り切るにはどうしたらいいかという形で議論をしていただきたい。何しろこれは十分な多角的な議論の中から、介護療養病床が廃止という形が行われていなく余りにも急な決め方では。

転換後の受け皿整備の問題も至急検討すべきだ。

(大森委員長)

それでは、参考資料を簡単に説明して欲しい。

○榎本地域ケア・療養病床転換推進室長より参考資料を資料に沿って説明。

(井部委員)

点滴の扱いだが、点滴は今回の資料1の69ページには、点滴というのは「中心静脈点滴を行った場合を言う。なお、末梢静脈点滴は含みません」といって点滴を出しているが、以前の調査は、点滴というのは末梢で、別に中心静脈というふうに別記載がある。先ほどどのくらい医療処置があるかというときに、資料2の5ページを見ると、点滴が左から4番目にあって、一番右側に中心静脈栄養が別になっているので、データの整合性をとった方がいい。中心静脈栄養をやっているということと末梢点滴はかなり医療処置としては違うので、そこは訂正した方がいい。

(鈴木老人保健課長)

今、御指摘のあった資料2の方の5ページは少し古い調査でして、調査の時点が違うので若干切り方が違う。誤解のないように、資料のラベリングをきちんとしたい。

(木下委員)

今の参考資料の個室ユニットケアについてだが、4ページに少し理念が書いてあるが、具体的には5ページの調査結果をもとに平成15年から導入されたということで、1番目に、自分の居場所(個室)が確保されること、ベッド上で過ごすのではなく、リビングに出て行くようになる。

2番目に、リビングで自分の食器に食べられる量を盛りつけ、自分のペースで食事をする、食事量が増え、残飯量が減るということで、「食べたい」という意欲を刺激。

3番目に、排泄の自立ということで、近くにトイレがあるとポータブルトイレの設置数が減ることが書いているが、これが具体的な個室ユニットケアのイメージとすると、こういう方々は要介護度が幾つなのかということ。こういう人が施設に入らなければいけないかどうかという問題がある。

今、個室ユニットケアに入られている方が、もしこういうことができないとすると、どういう理念で個室ユニットケアを運営するのかということをおある程度また示していかなければいけない。真ん中の表と食事量と残飯量ということがあがるが、建替えた後はカロリー数が増えて残飯量が減ったということが書いてある。対象となった方々の年齢がどうかということ。単に食事摂取量が増えたことがいいのか。今、盛んにメタボリックシンドロームとか言われているので、入所者が肥満になってまずいのかな。1,580Kcal というのは決して少ない量ではないので、その辺のことも考えないと、単に数字だけでは決められない。

それで参考資料4ページ戻ると、黄色のところの下から2行目だが、「この個別ケアを実現するために、特別養護老人ホームや老人保健施設では『ユニットケア』を導入する施設が増えてきている」と書いてある。これは特別養護老人ホームだと個室ユニットケアでないといけないというふうになっているので、施設の意思に反して、理念なく、増えているということなので、この辺はどう考えるかということ。先ほど中田委員から指摘あったが、要介護4、5の方を中心に見ていくことになると、適切なのか、あるいは個室ユニットケアの中身、理念、人員体制をどうするかなどはもう一度は検討し直す必要がある。

(井上委員)

資料の1の24ページのところに、「建設年度別病床数」というものが出ています。先ほど池田委員から、今をどうするかということと、何十年か後を目指してどうするかというお話があったが、例えば、ここの昭和56年以前の建物というのは、未来像に合わせて建物をつくり直すということが多分できる。1から新しいものをつくれればよいのかもしれない。でも一方で、平成9年から後に建てられたものは、そういうものをつくるのが非常に建築として難しい。改修するのも難しいという現状がある。施設は住居と食事と介護がパッケージとなったものとして建物をつくっているから、それを分解して、そうでないものをつくるというのは現実として非常に難しい。あるいは

建物の立地もまた変わってくるということもあって、これから、新しい未来像に向けてつくれる建物と今ある建物を活用しないといけないというのは、やはり描けるものが違うという現状がある。

(大森委員長)

おおよそよろしゅうございましょうか。本日はこんなところで。

(天本委員)

資料2の6ページだが、亡くなるまでのいろいろな処置をやっているところで、喀痰吸引、採血、レントゲン検査、抗生物質投与等々において、老健では、この調査ではゼロということになっていて、こういうところに、今議論している大きな1つの流れがあり、介護療養型が老健へといったようなことで、老健協会側からも議論が出ていたが、老健協会としても、老健施設としても、今度の転換ということがあるならば、余りにも違うところを、箱がどうなるかというよりも、今いらっしゃる人の利用者のサービスをいかに低下させないできちんと、できればよりよいサービスにといったことで考えないと、単なる転換促進といったようなことで、実際老健施設は今までやってない機能を、全く新しくやろうとして、しかも法的な整備ができてないところを非常に短兵急に決めないようにしていただきたい。

(大森委員長)

よろしゅうございますか。そうしましたら、本日は、一応これまでとするが、次回についてアナウンスメントがあるか。

(川尻計画課長)

次回の日程だが、今回この委員会でご議論いただいたような中身も含めて一定の整理をしたい。具体的には、既存の建物を使いながらどうやって転換していくかというときに、3月中に措置できるものについては、介護給付費分科会にかけながら措置をしていきたい。それ以外の問題については、地域ケア整備構想をつくっていただくある程度前に、きっちり整理をすることも必要なので、それに向けて5月ぐらいをめどに整理をして、日程をセットしたい。具体的には、各委員のスケジュールを聞いて調整をさせていただきたい。

○大森委員長より閉会の宣言。