

## 社会保障審議会介護保険給付費分科会

### 第5回介護施設等の在り方に関する委員会議事録

1日時及び場所：平成19年6月20日（水）午後1時30分～3時44分

灘尾ホール（新霞が関ビル1階）

2出席委員：天本、池田、井上、井部、沖藤、川合、神田（牧野参考人）、石川、木下、木村（小島参考人）、高橋、田中（滋）、田中（雅）対馬、中田、前田、村本、山本の各委員

新田委員は欠席

### 3議題

- (1)療養病床から転換した老人保健施設における医療サービスの提供について
- (2)療養病床転換促進のための追加支援措置について
- (3)その他

○川尻計画課長より、初出席委員の紹介、本日の出欠状況の報告が行われた。

○大森委員長より挨拶。

○榎本地域ケア・療養病床転換推進室より、配布資料の確認。

○鈴木老人保健課長より資料1を資料に沿って説明。

（大森委員長） 今読み上げていただいた内容で、本日意見を伺って、大筋これで認めていただければ、これを取りまとめたものを分科会の方に出すという運びになるものと思っているので、皆さんの意見を伺いたい。

最終的に言うと文章問題になるし、疑問や意見があれば少し議論をしたい。

（川合委員） 実は私、前々から話をしようと思っていたが、傍聴人として参加していた3月29日に山本文男委員の方から、情報のリーケージというか、前もっての報道ことについて話があった。その後いろいろ調べてみたが、3月12日以降メディアファクス、朝日新聞、毎日新聞、読売新聞、日経新聞。今朝ほど某国営放送が厚生労働省は決めたということを放映した。

日経の報道の文章だが、一番始めに、「厚生労働省が取りまとめたので報告する」というのが「はじめに」の最後の行にある。最後に具体的な議論が行われるように期待するものであるというまとめがあるが、私は一連の報道の流れは我々のこの部会に何か期待されているとは思えない。表現がまずかったら訂正する。どうもマスコミでカルテルを引いているのか。全部、社が違う。私のところにも、早々にある新聞社が情報を前もってくださいという取材があったが、私はお断りした。もしも、我々の

部会員仲間が出しているのであれば、それは非常に問題である。その点の事務局の情報管理をまず伺いたい。

(大森委員長) 前にも同じようなことが起こって、批判、指摘を受けたが、今回も同じような状況なので、何か答えしていただきたい。

(鈴木老人保健課長) 前日も山本委員から情報の管理について指摘があった。今回、私どもがこれを取りまとめる際に、我々としては厳密に情報の管理をしたつもりである。ただ、これをまとめていく段階でさまざまな方にも相談をしてきたし、我々としては、取材があった場合にも、こういうことは議論はされずということも話すことはあっても、こういうふうにとまらざるか、決めましたということは一切話すことはないし、詳しい中身についても、我々の方としては話せる立場にないということで統一をしているので、誠に申し訳ないことだと思う。

今後一層こういう情報の管理については、意を尽くしていきたい。

(川合委員) 委員長もおっしゃったように、今日決まることは給付費部会で話をされて、そこで決まるというのがルートである。国営放送か何放送か知らないが、朝のニュースは、あれは間違いだったのか。その確認をする。

(鈴木老人保健課長) 朝の国営放送を聞いていなかったが、あくまでもこの在り方委員会は給付費分科会の下にあり、ここでとりまとめたものを、給付費分科会の方で検討していただいて、具体的な介護報酬改定の議論をしていただくということ。

(大森委員長) よろしいか。

(川合委員) わかりました。

(大森委員長) それでは、この内容について意見を伺います。

(天本委員) まず2の医療機能強化型老人保健施設ということは、既存の老人保健施設とすれば強化なんだろうが、療養病床転換となると、医師数は減る。看護師数は減る。そうすると、介護療養病床より医療の提供や機能を強化するとは思えないので、余りにも期待をふくらませるような表現はいかがなものか。

確認をしたいが、現在の介護療養型の従来型療養病床で実施されている医療行為について、引き続き対応が確保されると、この文章で解釈していいのかどうか確認したい。

(大森委員長) 大事な点だ。どうぞ。

(鈴木老人保健課長) 今回、この取りまとめをしていく際の議論として、療養病床から転換をした老人保健施設では、どういう方が入所されることになるのか議論いただいた。その際に、医療区分、今は慢性期の医療病床については医療区分があるが、それについて医療療養で見ていただく以外のもの、具体的には医療療養1、それから2の一部のもの(30%)を想定しているが、それについてはしっかりとここで受け止めて、それにふさわしい医療はきっちり提供するというので、今回このようなまとめをさせていただいた。

(天本委員) 前回も区分2の30%とかいうことは、まだ中医協においても、慢性期分科会の最終報告もなく、検証がなされていない。そういう意味においてその検証がなされていない区分についての30%も可能ということには問題があるのではないか。

それから、答えていないが、医療提供の機能の強化というのは、現在の介護療養型よりもはるかにフレキシブルに対応できる医療機能を強化するのか。あるいは従来型の老健から比べて医療機能が強化されるのか。これからの介護施設の在り方とすれば、現介護療養型よりもっと個別ケアという意味で医療が必要なときは医療保険で入るということの意味しているのか。どっちなのか、これでは非常にわかりにくい。

(鈴木老人保健課長) 2点目の方だが、現在の老人保健施設よりも医療機能が強化をされているという意味で、現在の介護療養施設よりも強いという意味ではない。

(天本委員) 現在の介護療養型の医療機能は担保するのか。

(鈴木老人保健課長) 医療機能という言葉にもよるかもしれないが、現在、介護療養型医療施設では医師3名、看護職については、6対1ということで配置をされている。老人保健施設については医師1名、看護職については3対1の中の7分の2ということになっているが、その間で、先ほど言ったような医療区分に適するような配置をしていただくということ。

(天本委員) もう一度確認するが、利用者側にとって、今まで介護療養型で受けていた程度の医療機能というのは、地域内完結という形での新たな介護施設での医療機能を担保できると考えていいのか。

(鈴木老人保健課長) 今の介護療養型医療施設よりは医療必要度が低くなると思うが、その方たちに適した医療サービスというのは当然提供されるということでデザインをしている。

(大森委員長) よろしいか。

(川合委員) 今の議論でまさしくそうなのだが、医療強化型と言っているのは、医療行為なのか人員配置のことを言っているのか、もしも医療行為と言っているのであれば、前回の私の発言をトレースしていただきたい。あの資料で心マッサージ、これは井部委員も資料を持って説明になったように、慢性期の分野ではああいう医療行為というのは、余り重要視していない。急性期では重要視すべきことだと思うが。

もしも医療機能強化型老健というのが正式なテクニカルチームであるならば、私は断固反対する。我々は先ほどから言っているように、医療個々の行為については、そういうことは必要ないと理解していて、前回の資料に基づいてやっており、人員配置に関して強化するのならば、82%の施設は既に持ち出しで人員配置している。そこに制度上でこういうものが仲間として来る。これは法律で決まったことだから、私は強硬に反対するつもりはないが、名称に関しては、医療機能強化型は納得しかねる。私は前回文書提示をしたが、昭和60年の文章に基づいて多様性ということをやって、多様性のサービスの中で、82%の施設が持ち出しで人員配置している。その上になおかつ医療機能強化型という表現をされるのならば、ユーザーは当然のこととして迷う。我々の20年間の努力はゼロというふうに評価されるのか。そこを聞きたい。

(鈴木老人保健課長) 前回、井部委員からも議論があったが、特に看取り等について、確かに今の介護療養病床ではかなり今、川合委員がおっしゃったような重度な医療行為がされているわけだが、看取りを御本人なり御家族の納得の上でしていく上では、むしろ疼痛の管理とか水分の管理とか、呼吸の管理という方が大事になるだろうということはこの間の議論であったと思う。

だから、医療機能といっても、心臓マッサージ等の非常に限定された、医師が行うような重度の医療行為というわけではなくて、職員配置も含めた幅広い意味での医療行為と御理解いただきたい。

2点目の、既存の老人保健施設が果たしてきていただいた役割ということだが、それはこの中の資料1の2の一番最初の○にも書いているが、当然今まで老人保健施設が果たしてきていただいた役割、リハビリテーションなり在宅療養の支援なり、中間施設としての役割を我々としては大きく評価しており、今後ともそういう機能がより発揮していただけるように我々としても真摯に受け止めたい。

(川合委員) 先ほど委員長の方からお話があったように、この文言についてということで、限定させていただくならば、今、担当課長がおっしゃった医療行為ということと、医療機能強化老人保険施設ということでは非常にユーザーに誤解を与えるようなことがあるので、私は医療機能強化型老健と文言を固守されるならば反対する。機能と行為をユーザーがわかるとは思えない。

(大森委員長) 行為ならばいいのか。

(川合委員) 行為も機能も一緒である。法律で決まったことだから強硬には反対しづらいが、見渡してみたら急性期から慢性期、在宅を見たらしっかりしているのは老健しかなかった。非常にありがたい評価だと私は前向きにとらえている。果たしてそれが前回、沖藤委員からもあったが、ダブルスタン

ダードで行くのか行かないのか。我々が従来努力してきたこと、82%の施設が努力してきたことを否定されるのか。私どもはナイチンゲール精神、あるいはヒポクラテスの誓いに従ってサービスを提供してきた。ここの議事録にも残っているらしいが、まず量を増やすんだという前提の下でいろんな業態が参入してきた。それがこういう結果で、今、本省が上へ下への大騒ぎになっているコムスン事件となった。我々の20年間、ヒポクラテスの誓い、ナイチンゲールの精神等いろんなものを基にして我々は今まで頑張ってきた。その行為をこの表現で私は象徴的に攻撃するつもりはないが、従来型に対して、今、噂として耳に入ってくることについて、従来型はここには参入できないことは、私はちょっと肯首しかねる。

(大森委員長) 参入できないと言っているわけではないと思うが。

(川合委員) 噂だと私は評価している。

(鈴木老人保健課長) 論点が幾つかあると思うが、まず1つは、繰り返しになるが、従来老人保健施設が果たしてきていただいた役割について我々としては高く評価をしている。そのことについて今後とも是非強化をしていただくようにお知恵を拝借しながら我々としても努力をさせていただきたい。

もう一つ、今回創設をするような医療機能、言葉がいいのか指摘があったが、我々としては医療機能強化をしたと考えているが、医療機能強化型の老健については、資料1の2ページ目の4の2つ目の○にあるが、療養病床から転換する施設を対象として創設をしたい。今、川合委員がおっしゃったような最後の方の指摘について、我々としては老人保健施設の従来からの役割を強化するためにどうしたらいいかということについては、通常の改定のプロセスの中ではきちっと相談をさせていただいて考えたい。今回、療養病床の再編という時限的な枠組みの中で考えるという中で、今回の類型については、療養病床から転換をした施設を対象に考えることを提案させていただいている。

(川合委員) 1つの案として、この4番の○の1つ目のところに、我々のこれまで果たしてきた、当然のこととして介護保険ができるまで我々は診療報酬でやってきたわけだから、4番の○のところにリハビリテーションとか入所者の居宅復帰機能などとあるが、1文章「果たしてきた医療的役割」というのをに入れていただきたい。

(大森委員長) 今の老人保健施設はの次のところに一言入れることを考えるか。入れたとしても何ら差し支えないし、今、御主張のように今までも相当程度努力されている。それは我々も認識しているから、そのことが明示的ではなくて、直ちにリハビリテーションをするような議論になってしまっている。なので、これまでの前に今のようなことを簡潔に述べることによって、一方ということが正確に理解できるような文章の運びにする方がよいのではないか。

(川合委員) 2つ目については留保するが、1つ目は今、委員長がおっしゃったような収束で結構

だ。

(大森委員長) それでは、そちらでアイデアを考えてください。

(鈴木老人保健課長) 医療法上、老人保健施設は医療提供施設ということになっているので、もし、案を今提案するならば、一番最初の〇のところは、「これまで入所者の在宅復帰を支援する医療提供施設として」ということでよろしいか。

(大森委員長) そういう趣旨の文章を考えよう。最終的にもう一度確認する。次の方にいいいか。山本さん、どうぞ。

(山本委員) 私はしばらく欠席したのでわからないのだが、この問題は一番最初に起こったのは、介護と医療を一緒にやるのはやめようかということが始まりである。これは一緒ではないか。こんなことをするんだったら、何も介護と医療を別々に分けましようと言わなくてもよかった。なぜこうなったのか。

それから、中身をざっと見たが、療養病床と同じことではないのか。何ら変化はない。言葉が違うだけであって、中身はほとんど一緒ではないか。だから、何でこんなことをやらなければならないのか。新たな療養病床を新しい角度からつくり上げていくんだという考え方なのか。こうすることの方がかえってうまく行くと思って、こういうことをやると言っているのかよくわからないが、そこら辺りのいきさつを、もう一度説明を。最初の話とは違った方向に来てしまっている。最初は介護と医療が一緒になってやることは適当ではない。ただ、その場合に医療のものは医療で残す。介護のものは介護だけに残す。そのセレクションは、担当の診ている医師が判断をすることになっていた。それでいきましたとなったのだが、ところが中には介護も医療も必要な人が出てくるだろう。あるいはまた、起きるだろうと。そういうのについてはもう少し深く検討する必要がある。それはどうするのかということ。

今の2点が、そういうことを言いながらやろうということで来たのに、こんなに変わるならば、全く一緒ではないのか。療養病床とこれでは同じである。どこが変わったのか。変わってないじゃないのか。それなら療養病床をそのまま続けた方が何も起こらないで済むし、お金も要らない。何か無駄使いをさせるようなことばかりやるが、その根拠は何なのか。

もう一つは、分離すると決めたときに、もし、療養病床から出ていかなければならない人がいる場合は、家に帰るか、あるいは他の施設に入るのだが、当時、中間施設、いわゆるどこに入れていいのかわからなかった。仕方がないから、あなたの方で老健施設と言った。あれは根拠なしに言ったと思うが。

あの当時の老健施設は、入るところはなかった。ゆとりなどはありはしない。みんないっぱいいっぱい入っている。療養病棟も一杯。老健施設も一杯だった。あれから2年くらい経っている。2年間の間、この検討ばかりしていたのか。私が今、言った、なぜそうなったのかを教えてください。

もう一つ大事なことは、ここで決めて、法制化すると、やれる地域とやれない地域がある。今、地域

間格差と言って、よく言われるが、看護師はいない、医師はいないということが非常にたくさんある。そういう人を見つけるだけで大変である。

だから、新たな制度をつくって、これやれ、あれやれと言っても、それは文章の上では書けるかもしれないが、実態はそれに合っていない。そこら辺りを調べて、そしてそう言っているならば、そのデータがあるはずだから、データを見せてください。

その3つを先に答えてほしい。今から2年前に戻って検討して。

(鈴木老人保健課長) 介護保険制度を始めるときに、言わば介護と医療両方必要な方々についてどうするかという議論があった。そのときに、医療の側と言う療養病床、これを医療保険で見るとか、介護保険で見るとか、いろいろ議論があったが、当時の結論としては、医療保険でも、介護保険でもそれぞれ違うものとして見ましょうということに7年前はなったわけである。

2番目の論点とも関係するが、その2つの違う保険の種類、しかし、病床種別は一緒であるというものについて分析をすると、中に入っておられる方について、特に医師の指示の変更の頻度について、大きな差がないこともあったし、全体としては病床の平均在院期間というのを短くすべきということもあったので、2年前、療養病床については再編をすることになったのだが、2点目の山本委員の御指摘の、これは療養病床と変わらないではないか、老健施設と言いながらも変わらないではないかということだが、我々としては、3点ほどメリットがあるだろうと思っている。

1つは、利用者の方のメリットだが、療養環境について面積が6.4㎡から8㎡に広がるということだけではなくて、老人保健施設であるので、理学療法士、作業療法士は必ずいることになり、それから退院、退所に向けての支援相談員という方も必ずいる。

そういう療養環境、人の面で、より地域全体のケアに向けて、利用者についてもメリットがあるというのが1つ。

3番目の観点とも関係するが、おられる医師、看護職、これは確かに療養病床から老人保健施設に行っていただくと、今の人数よりは少なくて済むので、新しく老人保健施設をつくるので医師とか看護職を集めなくてはいけないのではなくて、今、療養病床でおられるところが、一定程度医師や看護職の方をほかのところにも回していただけるし、それを転換していただいて、今、療養病床に入っている方が老人保健施設に移行していただけるということで2点目。

実際に療養病床から転換をしても行くところはないということについては、看板を変えていただいて、環境をよくしていただいて、医療職については効率化をしていただくということ。

3点目のメリットについては、これはお金の話だが、何も国の財政だけではなくて、税金や保険料にも関係するが、介護療養病床でも1月の平均的な要介護5の例が41万。老人保健施設は31万であるので、今回医療機能を強化させていただくと、その分31万というわけにはいかないと思うが、いずれにしろ、それによって保険料の伸びについても一定程度抑制をすることができるので、我々の観点から見て大きく3つのメリットがあるのではないかと。

(山本委員) 言葉の上ではそういうことは言えるかもしれないが、実質が伴わない。だから、もう少し

実態をよく見た上で、そういうのを考えるべきであり、ただペーパーの上でいろんなことを考えて、これでいだろうと言ったって、それはやれるところとやれない地域がある。そういうことを考えていくと、今は介護と医療が一緒になっている時代から転換をする、あるいは改革をするものの中身ではないのか。

もう一つ尋ねるが、あなた方が決めたことは、実践するときには、県に移ってしまう。国は何もしない。県は協議をやって決めていないから、よくわからない。だから、県と市町村で意見が合わないということとはたびたびある。

それから、看護師さんとか医師たちが、そういう人たちがたくさんいない。だから、よくこの委員会でも言う。足りない看護師はどうするのだと言ったら、フィリピンから連れてくるとすぐ言う。フィリピンから連れてくれば看護技術は取得をすることはできるかもしれない。あるいは習得できるかもしれない。フィリピン人は幾らやったって日本人にはならない。だから、そんな単純なことで、地方が非常に困っていることを、さあやれというやり方をするのは決していいことではない。これなどは完全に最初のときと1つも変わらない。画期的なことをやるというのがこの中のどこにあるのか。

私どもは最初から医療と介護は一緒にやるべきではないと。介護は介護、医療は医療でちゃんと分類してやったらどうかと随分言ったが、一緒にしてしまったのではないか。一緒にやっちゃって、結果としてこういうことをやらなければいけなくなった。医療と介護の議論のときと、全くこういうものではなくて、新しいものを見つけ出して、こういうふう文章化しているならばいい。なぜこういう考えになるのかがわからない。

(鈴木老人保健課長) 2点論点がある。1つは、まさに山本委員御指摘のとおり、地域間のさまざまな状況の違いというがあるので、我々としても、勿論、これがすべてが片づくと思っているわけでは決してない。さまざまなルートを通じて県とも一緒にやっていかなければいけないと思うし、市町村とも同様である。そのために我々としても支援できるさまざまな報酬の考え方とかは一緒にやっていきたい。

2点目だが、今回なぜこの医療機能強化をした老人保健施設を提案したかと言うと、法律上、23年までの間に、介護保健による療養病床というのはなくなるので、今、ある意味で中間で支える施設類型というものをつくらないということになると、今、介護療養をやっておられる、もしくは入っておられる方の選択肢としては、医療保険、もしくは一般病床に行くか、そうでなければ、今の老人保健施設になるという2つしかおそらくない。勿論、在宅になるとかはあるが、大きく分ければ2つだと思う。

前者であれば、それはまさに今回の療養病床の再編をした、先ほど申し上げた3つのメリットというのは、きちっと享受をすることはできないことになるし、後者になると、前回も議論させていただいたが、今、療養病床に入っておられる方なので、安定はしておられるが、一定の医療ニーズはあるという方なので、その方が今の老人保健施設そのままではなかなか処遇できない面もある。今回その強化の部分を少し上乘したところを提案している。確かに100%きれいに医療と介護を分けて、医療的なものは医療保険でというふうにはなっていないが、少なくとも現場での転換の円滑化と、それから入っておられる方、運営しておられる方の安心を目指したときに、最善ではないかもしれないが、次善の策と

しては、こういうことを提案させていただければと思う。

(山本委員) もう議論をするのはやめるが、賛成はしない。

もし、こういう人たちが、患者さんや入所者の人たちが75歳以上になったらどうなるのか。御承知のように、75歳以上の人たちは高齢者医療保険になる。だから、今、自分が加入している保険から全部脱退というか、抜けてしまう。

例えば国民健康保険に75歳以上の人たちは85%くらい入っている。これが全部国保から抜けて、高齢者医療保険になる。この対象者の方は多いと思う。そういう人たちが今度は高齢者医療保険でやるのか。それをちょっと教えてください。

(鈴木老人保健課長) 私の理解では、後期高齢者に対する医療制度というのはあくまで医療保険の1つの保険として、こちらは介護保険の制度なので、原則的には65歳以上の方、75歳以上も含めて、介護保険の中に入っているので、この施設に対する報酬というのは介護保険で見るとということ。

(山本委員) 普通の医療保険の方には一切関係ない。今後とも関係はしないということなのか。

(鈴木老人保健課長) この中に入っておられる限り、施設の基本的な給付というのは介護保険で給付をされる。この中にも出ているが、往診というものを一部この中に提案している。その往診については当然医療保険で、今でも見ているので、その部分は医療保険との関係は出てくるが、基本的には介護保険で給付するということ。

(大森委員長) 木下さん、どうぞ。

(木下委員) まず名称についてだが、医療機能強化型老人保健施設。この中身を見ていると、果たして老人保健施設という名前が適切かどうか。法律用語だからそれしか使えないということだが、この辺も考えてみてもいいのかなという気がしている。

介護療養型医療施設から転換する場合のメリットとして、今、鈴木課長が、一番目のメリットとして、人員の配置が変わることを言われた。増えるような印象の話だったが、現実的には医師は減る、看護師は減る。リハスタッフも前のこの会議に出ていたように、介護療養型医療施設では100人当たり3人、老人保健施設では2人という数字が出ていたので、リハスタッフも減るということ。

それから、介護療養型医療施設も、医療相談員がいるから、それが名称上は変わるかもしれないが増えるということで、人的サービスが増えるということはないと考える。

転換するのは介護療養型施設。それから医療療養からも移ることなので、今の介護療養型医療施設よりも医療の必要の高い人が移る可能性が大きいということで、そこで人員配置の少ないところで、しかも費用が安いところでサービスを行うということは、絶対的サービス量は減るということを利用

する方々にも認識してもらわないと、看板を掛け替えるだけという話だと、今いる人が移らないで、そこにいるという状態だと、サービス量は明らかに減ることになるので、その辺をどう解決していくかが必要だ。

外からのサービスを入れるからいいというが、今、外のサービスがほとんど使えない状態というか、在宅療養支援診療所にしても、数はあるが、実際にはそれほど動いていない。訪問看護ステーションはむしろ今減ってきている状況の中で、在宅サービスかどの程度提供されるかということで、これ2本立てていくのは構わないが、外からのサービスが使えるから、中のサービスの量は少なくていいということは、今、それを行うと非常に危険である。

「3 医療機能強化型老人保険の施設において強化すべき医療サービスについて」の3つ目の○で、看護職員、夜間や早出・遅出と書いてあるが、日勤帯のことは何も言っていない。日勤帯に集中的ないろんなサービスが必要だということも、夜だけやればいいということではないので、そこも考えてもらいたい。

次のページのリハビリテーション、理学療法士、作業療法士と書いているが、言語聴覚士については、どう考えるかということも議論していただきたい。経管栄養、嚥下障害等々の方々がたくさんいらっしゃる場合に、この言語聴覚士の働きも重要になってくる。

この3番の転換する老人保健施設のリハビリテーションと、次の4の2行目「老人保健施設は今後ともリハビリテーションを始め」云々と書いているが、転換する老健のリハビリテーションと今まである老健のリハビリテーションは違うのか、同じことをやると想定しているのか。その辺も明らかにしていく必要がある。

「実施時期等について」だが、医療と介護で改定の時期が違うので差が出てくるということで、今年4月以降、診療報酬の改定があって、介護報酬もそのときに考えるということだが、転換する老健、特に医療から移る老健はそれから更に1年遅れないとできないので、その間に利用者が入れないということが起きないかということ。年度の差というものをどう考えていくかが必要だ。

「5 実施時期等について」の一番最後の○だが、「さらに、療養病床の再編成に当たっては、各地域において高齢者を支える医療・介護の体制が確保され」で、安定的に確保されることが必要だ。介護療養型医療施設、介護保険が始まって早い時期にやめようということで、また、この転換する老人保健施設もいつかなくなるのではという不安を持っているところもあるので、安定的に確保されるという意味合いが必要。

最後に「介護給付費分科会」に云々と書かれているが、ここにも介護サービスの質の維持・向上が図れ、職員が安定して継続的に働ける。要は配慮する必要があると思っているので、そういう意味を含めて介護給付費分科会で検討されることを期待する。

(大森委員長) 注意と、いろいろ考えたことだけに留意しなければいけない事項と、若干質問に近いものと、提案に近いものがあるが、事務方の方で答えられることはあるか。

(鈴木老人保健課長) 名称については、我々もない知恵を絞ってこういうことを今提案したが、もし、

いい名称があればお教えいただきたい。

サービス量については、確かに絶対量としては減る可能性はあるが、我々としては、入っておられる医療必要度に適切なレベルのサービスを提供するということをきちっと考えたいと思っているので、それに見合った人員配置であるとか、報酬のレベルというのを給付費分科会の中で議論させていただきたい。

それから、外部サービス、確かに訪問看護ステーションの数が伸び悩んでるということがあるので、この問題に限らず、在宅療養を支援していくという観点でどういう手立てをきちっと考えれば、安定的に地域のリソースが出ていくかというのを考えていきたい。日勤帯については、それも含めて給付費分科会で検討させていただきたい。

あとリハビリテーションだが、PT、OT以外にもSTと呼ばれる言語療法の方について、これは今回の療養病床から転ずる老人保健施設だけではなくて、老人保健施設全般にも関わる問題だと思うが、特に嚥下、摂食、脳卒中の場合の言語療法というところでSTの役割というのは大きくなってきているので、その部分どう考えるかというのは少し幅広く検討させていただきたい。

時間差の問題だが、これはちょっと鶏と卵のようなことになってしまうかもしれないが、先にある程度の人員の配置、それから介護報酬の点数というのが出てこない、先生方がそれを見て経営の将来推計をされて、実際に移っていただくという決断をしていただくに至らないということで、今回少しこの部分だけ1年間早目に介護報酬の改定をさせていただきたい。確かに来年4月に改定しても、4月1日、2日からその施設ができるかという、必ずしもそうではないので、そういう意味では点数を少し先に示して、それに基づいて先生方に選択をしていただくということになる。

最後のところで指摘いただいた職員の方に安定的な雇用については、質の高いサービスを提供していただくために、安定的な雇用が必要だというのはおっしゃるとおりだ。その面でも適切な裏打ちとなる介護報酬ということでも中で言っている。

(大森委員長) 木下さん、どうぞ。

(木下委員) 今お答のあったことが確実に実行されるように期待する。深田参事官も出席しているので、保険局との時間差の連携がうまくいくようお願いしたい。

(大森委員長) では、川合さん、天本さんで、関連したことで発言ください。

(川合委員) 今の関連のことだが、先ほど私が言ったことと似通っているが、ここの往診ということは何人医師を減られるのか知らないが、今、木下委員の方から訪問看護という言語も出てきたので、ちょっとこれは問題かなと。訪問看護もこの転換老健問題の議論に入れこんでしまうことに関しては、私は大嫌いな言葉だが、医療機能重視型か何か知らないが、老健にサービスとして付与されるのか。

もう一つ往診ということは従来型のところでも協力医療機関というのがあって、それは往診とは表

現していない。それをあえて往診と言うのは、開業医と特養の関係と同じような形態を想定しているのか。これはゆゆしき問題だと。従来型には当直の必置義務はないが、協力病院から来てもらう。それは往診とは称しない。

(鈴木老人保健課長) 1点目は言葉が足らなかったが、訪問看護ステーション、一般論として伸び悩みの話をした。勿論、この療養病床から転換した老人保健施設に訪問看護ステーションからの看護の内側への組入れを考えているというわけではないので、そこはもし誤解がありましたら、申し訳ない。

(川合委員) 想定していましたと言われると、ええっとなる。

(鈴木老人保健課長) それから、往診については、指摘のとおりで、他の独立した医療機関からの往診をこの場合は想定している。

(川合委員) 協力医療機関というような我々に課せられていることとは違うのか。

(鈴木老人保健課長) 協力医療機関ということになるかどうかは議論しなければいけないところだが、今回の場合には、療養病床から転換をした老人保健施設なので、母体に医療機関がある場合がある。現在の場合、併設の医療機関からの往診というのは、往診料のみならず基本的な医療行為については全く算定ができないということ。

(川合委員) その辺のテクニカルタームは考えられるべきだ。往診ということになると、一般医家としては、ちょっと承服しかねる。

(鈴木老人保健課長) 常勤医の先生方がまずそれは第一でしょうと。常勤医の先生方にオンコールで対応していただいて、その上でどうしても対応できないということになった場合に、今までは歯科医とか、一部の他科診療しか認めなかったが、今回は夜間、休日についてはそれを認めるようにすることを検討するということ。

(天本委員) 今は少し各論のような話になっているが、それは後ほどの話だろうと思う。医療の強化についての具体的なことは。したがって、まず名称について、これは医療強化型になるかどうかは、実際の人員配置基準が決まって、報酬体系が決まって、医療保険からどうなっていくことがあって、始めてわかることなので、現時点ではこれは転換型老人保健施設の創設について、中身として医療の機能を強化しようというべきだろう。

それから、看護職員の問題だが、今日、参考資料で提出されている連合からと全国老人福祉施設協議会提供の資料から、重大な視点が指摘されている。要するに介護職が医療行為を行うこと

は禁止されているが、実際には経管栄養とか褥瘡の処置、インシュリン、いろんなことを介護職員がせざるを得ない現実の看護職の実態配置になっている。これ特別養護老人ホームにおいてもその点が主張されている。

したがって、現介護施設における看護職員の上に、ただ夜間だけという発想ではこれからは無理だろう。

介護施設の今までの歴史を見ると、要介護度は上がってきている。したがって、医療必要度も多くなっているだろう。そういうことからして、人員配置基準が今のまま、世界的に見ても、専門職のスタッフ数、介護職員も含めて非常に少ない位置づけになっている。しかも、報酬体系は上がっていないから、ということはバブルのはじけた経済水準が非常に低いところでの診療報酬体系になっているので、この職員の問題については、現状の介護施設すべての中での問題点をきちっと介護給付費分科会できちっと吟味して対応していただきたい。

3つ目の実施時期についてだが、ケア整備構想が確か今年の秋くらいまでにということになっている。そのときに療養病床転換の問題がある。そのときに我々何回も何回も医療機関に転換意向のアンケートが来るわけだが、ここに御指摘のとおり、配置基準、報酬体系、要するに事業計画が立たない。ここで19年度中に明らかにするということはあるが、ケア整備構想計画との整合性においてどのような形で実施時期を定めるのか、その点について教えてください。

(大森委員長) 最後の点、大丈夫か。

(鈴木老人保健課長) 最後の点、後でまた地域ケア整備構想で申し上げるが、一番最初の名称の点だが、確かに転換型というと、機能ではなく療養病床から転換した予定を強調しているようでもあり、もし、委員の先生方の御了承をいただけるようであれば、これは決め打ちではないということで、医療機能強化型老人保健施設(仮称)ということで、名称については、最終的に給付費分科会の中できちっと決めていく段階で決めさせていただくということで御了承いただければと思う。

(大森委員長) 私が今考えていたとおりのことである。

(川合委員) それは承服しかねる。譲れる範囲は、最低限括弧は前に付けてください。

(鈴木老人保健課長) 「(仮称)医療機能強化型老人保健施設」ということですか。

(川合委員) そうです。

(大森委員長) それでいきましょう。本当にいいものがあれば、名称を考えてもいい。

(川合委員) 昨日総会が終わったところだから、ちょっと気は楽だが、明日総会だったらば、会長職

くびだ。

(大森委員長) 転換する内容が全くわからないところもあるので、主としてここに重点があるから、先に書けばいいか。

(川合委員) 譲れる最大限はそこである。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長) 地域ケア体制整備構想との関係だが、今、天本委員御指摘あったように、地域ケア体制整備構想は今年の秋を目途に各都道府県で策定をお願いしているところ。

確かに委員御指摘のとおり、実際の介護報酬の改定については、この場で御了解を得られれば、今後来年の年明けに具体的に見えてくるという形になるかと思う。

今回、構想を策定するに当たっては、とりあえずこれまで前々回の会議で報告した3月の講じた支援措置。それから、本日これからご報告したい追加的な支援措置、そして本日ここで取りまとめたいただければそのとりまとめの結果を改めて各都道府県を通じて各医療機関の方々にも情報提供して、その上で各医療機関の意向を改めてお聞きできればと思っている。

そういったものを踏まえて、とりあえずこの秋を目途に構想の策定をしていただく。その上で更に、今、天本委員がおっしゃるように、実際の配置がどうなるのかということを見た上で判断いただくということもおそらくあろうかと思うが、来年の診療報酬改定などもあるので、そういった状況などをもう一度年明け、来年にフォローをさせていただいて、次は第四期の介護保険事業計画の中にそれを反映できるように考えていきたい。

(大森委員長) 今の天本さんの質問の中には、ここは19年度中に明らかにしたいと書いてある。県の方では既に検討を開始しているけれども、こちらの方がある程度目鼻が立たないと、転換の具体的な姿が書きにくいじゃないかと。この平仄はどうなるのかということなので、19年度中というと、来年の3月一杯までか。現在、構想をつくらうとして都道府県には、このメッセージは明確な形で伝わらないのではないか。それでも今のような説明だと。全体として書き切れるものだろうかということになる。できるだけこれは早い方がいいということになると、こちらの方、19年度中と書いてあるが、できるだけ早い時期ということになる。

(天本委員) 要は今、進められている国の制度設計が余りにも財源的に転換促進ありきですべて進んでいる。要するに、実際のニーズを把握してとか、現場というものを見据えた上での議論というもの、両方の視点が都道府県においては、国からの数字を当てはめたものをどんとん進めると言われている。しかしながら、後から人員配置基準とかそういうものになる。実態というものをもう少し重視した形での制度設計を切にお願いしたい。