

(大森委員長) ほかにどうぞ。

(沖藤委員) お医者様の発言が続いていて、私一般国民として考えたときに、今回の再編成について、医療的な面が強調されるというのはとてもよくわかるが、私たちが日常的に老人保健施設に抱いていた期待というのは、生活的な部分というものも従来あったわけで、当然再編成されるものについても、生活的要素という部分の文言かほしい。

それで、適切な医療サービスという言葉が3か所出てくる。これは私の考えが浅いかもしれないが、適切な医療サービスというのはよくわからない。また、医療サービスという言葉も2か所出てくる。これもちょっとわかりにくいですが、少なくとも医療などの適切なサービスというような言い方にしてもらえると、少しわかるような思いがある。その点はお医者様の意見を聞きたいと思う。

もう1点、従来型と新しくできる転換型と一般の私たちなかなか区分けがつかないと思うが、それでも看取り状態になったときに、従来の老健では適切ではないということで、転換型に移送されるとか、そういうことが起こるのかどうか。老健から老健へということがあるのかどうか。その2点をお尋ねしたい。

(川合委員) お医者様と言われたので、3人を代表しておりませんが、それはともかくとして、第1点、生活機能を重要視しているようなところがあるのかなのか。私は従来型は重要視している。その中で「等」という今の表現はありがたいし、これは根源的な議論に戻ってくる。

その点に関係して、先ほどの議論の名称問題、これは法律で決まっているから、仕方がないのかもわからないが、適切な一般の方の御意見だったと思う。

2点目は何でしたか。

(沖藤委員) 2点目は、従来型と転換型で移ってしまうのか。看取りの発生がすると。

(川合委員) 何度も私言っているように、制度は保証してくれないが、目の前にある多様なニーズに対して、多様なサービスを提供してきた。看取りは私の個人的なことを言って恐縮だが、いつでも私は行きますから、自宅で亡くなられる方も一つの方法ですよというサービスも私は個人的にはして、そういうふうなことも含めて2%というのは、誇るべき2%だと私は思っている。制度に従順だったなど思っている。それをもっと頑張れよ。制度を付けるからと言っていただくなら私どもはウェルカムである。ただ、ちらちらと財源論があるから、やりたいけれども、まさしく41万が31万にどんと下げたいけれども、それではつぶれるから、その間の療養費設定をしたいと言っていただければ、ああ、そうですね。頑張ってくださいとなる。

だから、従来型もやっていたから、従来型も頑張れ。ただ国はお金が少なくなってきたから、療養型を減らすと。私は木下委員は非常に包容力の豊富な方だと思う。団体が消滅するかもわからない。全老健会長が全老健をつぶすとなってくると、それは切腹ものだと思う。

(沖藤委員) 国民にわかるように、医療などの適切なサービスという生活的な部分も含めた表現になるかどうかということ。

(川合委員) 大賛成である。

(鈴木老人保健課長) 文章の中に医療サービスというのと、適切な医療サービスという書分けがあり、医療サービスというのをもう少し細かい具体的な名称を言っているので、今、沖藤委員が御指摘になったのは、「適切な医療サービス」というところを「医療などの適切なサービス」ということで置き換えたらどうかという御指摘だと思うが、それだと、おそらく3か所くらいに出てくるので、もし委員の先生方がそういうことであれば、置き換えさせていただいて、「医療などの適切なサービス」という文言に変えさせていただきたい。

(川合委員) そうなってくると、ますます境目がわかりにくくなってくる。

(大森委員長) 医療のことを転換するときには大事だと考えているから、このままでいいのではないかな。ただし、給付費分科会の方でいろいろ検討するときには、具体的にいろんなことを考えながら、適切なときには全体として行われるサービスのことを考えるが、ここは主として転換のために医療機能はどうするかということに重視しているから、ここは変えない方が、変えるとそれ自身がまた何が入って、どうするかという検討になるから、変えない方がいい。話はよくわかるし、実際には施設はそうせざるを得ないが、今回のこのまとめについては、変えない方がいいのではないかな。変えない方がわかりやすいのとは違うだろうか。理解した上のことだが。

(石川委員) 初めて参加をしたが、まず、総論的な部分では、いずれにしても、今医療費にしても介護費にしても、右肩上がり、しかも、高齢化社会に入ったとは言っても、まだまだ入口であり、これから本格的な高齢化社会を迎えるということで、それに対して医療等々の資源をどう再配分をするのかということが大変重要な課題であり、この療養型の病床から老健、あるいは老人ホーム等に転換をするということは、必要なことだと私は考えている。

ただ、先ほど来の議論のように、特に医療から老健の転換で医療的な部分を若干強化をする、あるいは残していく必要があるという指摘は当然のことだ。

特に患者さんの側から見たときに、変化の中で医療を受ける側の立場として、きちっとしたケアがされるかどうかということの視点からも、そういう必要はあるだろう。だから、医療機能強化型の老人保健施設は必要だ。

しかし、介護保険は市町村の介護保険事業計画に基づいて実施をしているわけであり、平成26年度の目標値の、これは外の数値と言われているが、市町村の計画的な整備に非常に大きな影響を与えることになるので、事前に転換計画を提出していただく等の配慮の必要がある。

また、川下である市町村がさまざまなことを結果としてすべて受けとめるので、当然そういうことにつ

いては許容の限界というものも当然あるわけで、特に短期集中的に介護財政に対する赤字になる要因というものが当然起こり得る。そのための調整権限などをきちっと与えるということについては、是非対応していただきたい。

最後は質問になるが、この医療機能強化型の老人保健施設を一体どのくらいの枠で、どのくらいの量的なものとして考えているのか。

当初の計画では、医療費として4,000億削減し、それが介護の方で1,000億かかるということだが、3,000億の医療費を吸収できるというマクロ的な計算式があったが、今回こういった医療機能強化型の施設創設ということになると、マクロの計算というのはどうなっていくのか。その辺りの見解をお願いしたい。

(大森委員長) 最後のことは大きい話である。

(鈴木老人保健課長) 今指摘があったように、2年前にこの療養病床の再編を検討させていただく際に、医療の方では4,000億の減、介護では1,000億の増、差し引き3,000億の減ということになったわけだが、当時38万療養病床があり、25万床が医療、13万床が介護ということだが、介護の方が1万減ったので、今は12万床であるが、当時の考え方としては、老人保健施設に大体15万～17万床を転じていただく。他が居宅系なりその他の施設ということを考えていた。

その後、医療の療養病床の数について、足元の数が15万だが、高齢化、リハビリの進展具合等について考慮した上で、都道府県で医療費適正化計画の中で考えてほしい、これは保険局の担当だが、そういうことになっているので、それが見えてきた段階で、先ほどの4,000億、1,000億、3,000億という話についても、数を少し詰めてまた示したい。

(石川委員) そうすると、今回の医療機能強化型の老人保健施設の枠と言うか、スキームが、全体の37万から15万ということになるが、どのくらいの枠になるのかということについては全くまだ試算はしていないということか。

(鈴木老人保健課長) 現在具体的な数が幾らかというのは、なかなか難しい。いろんな前提条件があるので。ただ、当時2年前に考えた療養病床から老人保健施設に転換をしていただく。この強化型はそのときに考えていたわけではないが、老人保健施設に転換していただくのが大体15万から17万床ということであるが、あくまで地域の実情とか入っておられる方の特性、経営しておられる方の選択というのがいろいろ複雑に絡み合っている。その辺を含めて地域ケア整備構想の中で出てきた数字も含めて、最終的に数を示したい。

(大森委員長) 井上さん、さっき手を挙げましたか。どうぞ。

(井上委員) 1点ほど聞きたいことがあったが、先ほどから医療機能強化型老人保健施設という

名前が出ているが、利用者の側から見ると、多分医療機能強化型という1点と、もう一つは、老人保健施設で最後まで生活することができるということがある。今まで老人保健施設はずっと在宅支援というのがうたわれていて、一部の施設は勿論、看取りをやっているわけだが、現実的にはなかなか難しいというのがあって、利用者側からすると、そういう形の理由ができないのが大半だったと思っている。

それが今ここに書いてあることは、最後に入所者の看取りへの対応ということが書いてあるから、そういうものを許容しているということだ。その部分を何か入れていただきたいというのが1点。

一方で現在の老人保健施設もそういうことをしている施設はたくさんあるから、その部分は今の老人保健施設の中でもやっているときちんと表現を入れていただきたい。

(大森委員長) 今の提案にされているのは、大きな2の2番目の○のところ。どういうふうに表わせばよいか。

(井上委員) 文言はお任せしたいが、3の(2)の「入所者の看取りへの対応」というところを読むと、最後まで暮らせるんだなということがわかるが、それを2のところでは何か言葉を入れた方がよいのでは。

(川合委員) 非常にありがたい応援の意見をいただいて感謝する。我々はしている。先ほど私の例も言ったが、いろんなところで、多様なニーズに対して、家で看取られるか、または、ぎりぎりになったら入ってくださいねといういろんなサービスを提供している。そういうことを2でも従来型でもやっている表現は入れてほしい。

(大森委員長) 一応井上さんの議論は、今の2のところで一応想定して言っている。だから、それでお答えできるかわかれば、一応その議論は取り込まれている。

(鈴木老人保健課長) おそらく井上委員の議論は、「名称について、医療機能強化というのはここから読み取れ、文章には書いてあるが、看取りというところが読み取れないので、そこも含めて一般の方にもわかるような形で考えたら」という提案だと思う。先ほど仮称という形にさせていただいたが、実際に最終的に名称を考える際に、その点も踏まえて考えさせていただきたい。

(大森委員長) 田中滋委員どうぞ。

(田中(滋)委員) 施設では医療も介護も何もかもパッケージになっている方向から、適切な外部サービスをうまく使っていき方向に変えていくのは前から承知していた。また、施設も外部に適切なサービスを供給する方向も含めて、転換していく。それが転換老健であれ特定施設であれ同じことである。その意味で、全体として外部のサービスをうまく使いこなしていく方向は結構だ。

その外部との関係について、ここはうまく節の立て方ができていない。皆様の意見を伺っていると、外部の医療との関係が大きなテーマになっていた。全体のタイトルは老健施設における医療サービスの提供についてである。老健施設における医療サービスの提供は2つあって、老健施設が自ら提供する、自ら強化しなさいという部分と、外部のサービスをうまく使いなさいという2つある。ところが、3のタイトルは老人保健施設において強化すべきと書いてあり、老健施設がしなさいということは確かに書いてある。看護を増やしなさいとか、看取りをちゃんとしなさいと。

もう一つ、3の1の後に、3の2で、外部医療サービスとの適切な関係がはっきり節としてあっていい。今日出てきた議論で言うと、外部の医療機関との関係が往診なのか提携医療機関との関係なのか別であるが、外部医療の利用の仕方、提供体制がきちんと整うように提供施設があるかわからない場合もある。提供体制を整備するようになってほしいとか。それから給付の調整をしるとか、2つの保険の給付調整をしてほしいとか、両者の報酬の関係などである。ここでは往診したらどうい報酬になるかとか、オンコールだったらどうい報酬になるかは、この委員会として答えを出す必要はない。今後検討すべきであるとの意味で、今の提供体制、保険同士の関係、報酬論等について、つまり外部の医療機関との関係を、1つまとめて、本当は3の2で節としてあって、それと3の1で書かれている老健施設において強化すべき点とセットになっていると、方向としてはわかりやすいのではないかと。

(大森委員長) それは章構成の変更になるので、「実施時期等について」の中に若干それが織り込まれているような表現になっていて、給付費部会の方で検討する際には今のような話になるが、それをこの章立てで変えるかどうかだが、ちょっと大きい話である。一応そのことは入っていると考えていただけるか。その方がわかりやすいことは確かだが。事務方どうか。

(鈴木老人保健課長) 田中委員のおっしゃることはよくわかる。一応今の1ページ目においても、3の(1)の2つ目の○で「他の保険医療機関の医師の往診」ということが明示をされていて、1にはまとまっていないが、それから「5 実施時期等について」のところで、給付調整、一体的な運用ということが書いているので、委員長がおっしゃるように、一応全体としては入っている。給付費分科会においては、そのことを含めてきちっと検討していく。

(大森委員長) これは私は先走るが、給付費分科会の方で、取りまとめる場合に、若干最初にいろいろなことを書く。その段階で少し整理することはあり得る。とりあえず今のように入っているが、わかりやすくするために、その段階でもう一度書替えるということ不可能ではないが、今日とりあえず私としては、取りまとめてしまいたい。そうでないと間に合わないの、給付費分科会で全体を意義づけるときに、わかりやすいような書き方があり得ると。

(田中(滋)委員) 給付費分科会の方で改めて内部の強化策と外部の強化策を整理してくれるということで、余りあっさり引き下がってもいけないが、結構だ。

(大森委員長) 対馬委員どうぞ。

(対馬委員) 今日、とりまとめたいということで、文章等を今やっているが、前回の議論との関係からすると、複数の方々から機能全体として、特に介護サービス全体の機能として、ないしは施設のサービス体系として、この老健施設をどう位置づけるかという議論があった。

今日は全体の姿があって、差し当たり急いで答えを出さなければいけないものもあるという資料が出るのかなと思ったが、そうではなくて、専ら老健施設におけるということになっている。どういった議論でそういった答えになっているのか。

それから全体の方向性というのは一体どこで議論をするのか。例えば介護給付費分科会でやるのか。私自身もいろんなこういう会議に出ているが、全体の在り方、まさにここに書いてある検討会というのは在り方の委員会である。その在り方に若干触れるが、現実的な解を求めてということになると、また元に戻ってくるという感じが非常にするから、その点、質問と多少意見にもなるが、伺いたい。

(川尻計画課長) 今日お願いしているのは、療養病床から転換をする老人保健施設についての医療を中心としたサービスの在り方ということで議論いただいているが、これをまとめていただければ、まずその部分について給付費分科会で議論いただくということになる。

残る課題として、今、対馬委員から話のあったような施設の在り方全体の話もある。それについてはまだこの委員会での議論をいただく事項が残っているので、今日の取りまとめがなされた後には、その点について引き続きご議論いただきたい。

(高橋委員) 1つは、今、石川委員からも指摘のあった4,000億円、1,000億円、3,000億円の関係についての意見である。これはこの分科会では基本的な点だと思うので、そこのところは維持していただく考え方において、今回の提案はよいのではないか。その数字ががらっと変わるのであれば、これは全く違う提案になるので、そこは意見として申し上げておく。

もう一つは、医療強化型老健がいつまで続くのかが疑問で、療養病床から転換した場合にのみ認めるということであれば、対象患者がいなくなったときには、この類型は必要なくなるのではないか。あるいはそれがずっと続いて、新規に人をどんどん受け入れていると、既存の老健にとっては、非常に差別的な取り扱いになるので、そこは何十年かとは言わないが、暫定的な形でこれを位置づけないと、既存の老健との間が整理できない。患者からみればどっちに入るとよいかわからなくなると思うがそこはどうか。

(鈴木老人保健課長) 2点目についてだが、私たちは今回この療養病床から転換をした老人保健施設を考える際に、経過的な措置ではないと理解をしている。それはなぜかと言うと、確かに委員指摘のように、今入っている人だけを考えれば、その方たちはいずれ在宅に帰られるか亡くなるかして、その中にはおらなくなるということは確かだと思うが、これから地域の中で高齢者は勿論増えていく。高齢者の中でも急性期病院に入ってしかるべきのおられる人もおられれば、医療療養に入っておられるのが

しかるべきの方もあれば、特養に入るのがしかるべきの方もおられるが、こういう形の施設入られる方というのは当然おられるので、これを例えば2年だ3年だという議論は現段階ではしたくないと思っている。

将来に向けて、先ほどの対馬委員の議論とも関係するが、24年以降だが、そもそも今老人保健施設と特別養護老人ホームという法律的には2つの類型があるが、これをどう考えているのか。この中で介護保険の給付なり医療の給付というのをどう考えるかというのは大きなテーマとしてあるので、その中で入っておられる方、運営をしておられる方、地域でケアを担当しておられる方の皆さんの意見の中で、そういう方向性があれば、それはまた我々としても、全体像として整理をしたい。

(大森委員長) 最初の指摘のことはよいのか。

(高橋委員) 基本的には大きな数字のフレームワークというのは、微調整はあるにしても、変わらないという考えでよいのか。

(鈴木老人保健課長) 4,000億、3,000億、1,000億の話ですね。フレームワークは変わらない。数が変わると若干変わることはあるが、大きなフレームは変わらない。

(木下委員) 4,000億というのは、たまたまあの時の粗い計算だということで、余り根拠なく出された数なので、それからぶれないというのはおかしい。お金が前提にあって、介護施設の在り方を考えるのはおかしいので、そこがぶれないという発言は非常に問題だ。

(鈴木老人保健課長) ぶれないと言ったのは、フレームが変わらないということで、勿論、全体の数の38万床というのが今は37万床になったということもあり、数が変われば実際の金額も変わるということだが、お金がまずありきで、こういう再編成を考えているというよりは、全体のフレームの中で、こういう再編成をすべきで、その3つのメリットの中には当然お金の面もあって、そのお金の計算は今こうなっていて、勿論、最終的にある数字が動けば動くことはあるが、全体のフレームは変わらないということ。

(井部委員) 話が戻るが、前回私が説明した資料のことを考えると、今回の医療機能強化型老人保健施設という名称そのものに非常に意表を突かれたというか、予想外だったという印象を持った。これは何回も議論があったが、医療というのはどういうものかという根源的な議論が必要だということ、医療の現場にいる者として感じた。

私の考えから言うと、ここに書いてある喀痰吸引とか経管栄養といったようなものは、つまり、呼吸をすとか栄養を摂る、食べるといった日常の生活機能のバリエーションであると見ることができる。これを医療と言うべきかどうか疑問である。そういう点から言うと、沖藤委員がおっしゃったように、医療という言葉を使わないでどうしたらいいかが課題である。例えば生活機能強化型の老健施設とか、あ

るいは転換型と付けるかだが、今回は文言の修正は要請しないが、仮称と付けると、仮称医療機能強化型と次は出る。この医療機能強化型という表現は、適切ではないことと、それから「医療などの適切なサービス」という、先ほど沖藤委員がおっしゃったことを、私は支持したい。

(川合委員) 私、初めのときに言ったが、まさしくそこである。人員基準のものなのか、医療の内容のものなのかということは、前回、天本委員がおっしゃったように、医療度1、2、3の検証も済んでいない時期で、こういう議論をするのは先走り過ぎではないか。最低限譲れて仮称が前に来るということを妥協の代わりとして言ったが、私は根本的にはやはり転換型ということで通していただきたい。

これは井部委員に申し訳ないが、生活機能重視型と言われると、今まで我々は何してきたのだとなるから、それにはちょっと肯首しかねる。だから、何か我々と違って、いい知恵を働かせて、何かいい医療重視というのは、医療人員重視型、それだったらそうだと言う。でも、医療内容を重視というのは、それはちょっと肯首しかねる。最大限譲れて仮称か前である。でも在り方委員会と違って、給付費分科会でもう一度議論されるということだから、そのときには腹を締め直して発言する。

(池田委員) 今のこと全体に関連するが、結局はダブルスタンダードで行くのか、どうなのかということ。例えばこれが療養病床が転換するから経過的に置いた措置だということであれば、ダブルスタンダードは経過的に認めることはできる。そうではないという話になっている。でも、将来的に施設全体の問題を考えると、必ずしもそうではないかという、その辺がよくわからないところがある。実態としては、これは川合委員の方から怒られそうだが、実態は今やると制度的にダブルスタンダードになる可能性があるが、実態はトリプルスタンダードだ。要するに、療養病床の転換型が今度新しく入ってくる。それから、本来の川合委員がおっしゃっているような老健の機能を果たしているところがある。もう一つある。第二特養の機能を果たしている老健。いずれも私は存在根拠があるからそういうことになっている。

そうすると、そういったものを制度上ダブルスタンダード、実質上トリプルスタンダードになっているものを、やはりダブルスタンダードはおかしいわけだから、どこかきちんと整理しなければいけない。そうすると、機能別分類という形で分けていくのか。それとも、露骨にサービスと人員みたいなもので分けるのか。この辺が、多分これをまとめた後の大きな議論になるので、今日回答する必要はないと思うが、次の分科会へ持っていったとき、この議論をちゃんとしないと、先行きが見えない。同時に転換する人も落ち着く先がどこなのかかわからないと、なかなか判断しにくいこともあるので、その議論は次の段階だと思うが、ある程度鮮明にしていきたい。

(山本委員) 尋ねるが、この2の「医療機能強化型老人保健施設の創設について」、これは聞いたことがない言葉だが、専門家に聞いたのか。専門家の意見は聞いて集めたのか。

例えばドクターに意見を聞いたとか何とかしてまとめたのか。それがよくわからない。

それから、あなたの年が幾つか知らないが、高齢者になると、あなた方が考えているような体じゃない。具体的に言わないが、高齢者の体というのは、今は元気そうにしているけれども、晩になると変わ

ることがある。高齢者というのはそういう体である。

だから、ここら辺りをよく専門家の人たちに聞いて、こうすればいい、こうすればいいと。医療の機能の強化型というから、よほど立派な医療をやるものをつくらなければいけないのかとこれを読んで思った。これはおそらくその専門家の意見を聞いて、この程度はやっておかなければいけないとしているかそれを聞きたい。私は賛成しない。私は今日言うておく。私一人で反対しても通らないから、例えば町村会、市長会などと協議をして、私の方から願います。こんなことでいいのかと。こういうところにこういう欠陥があると。私はわかっているから、それらをずっと自分で考えて、相談をして、どうするかを決めたい。

だから、ここは専門家の意見を聞いた上であなた方が医療強化という言葉を使って、どの様にするかを教えて欲しい。今日は聞いておけばいい。あと聞きたいことはあるが、これだけで今日は遠慮をしておく。

(鈴木老人保健課長) 名称の話と中身の話と2つあると思うが、中身については、前日も議論をさせていただいたし、入っておられる方に適切なこのくらいのレベルの医療サービスが必要だということで専門家の方に議論いただいている。

名称については、転換型がいいと言う方もおられるし、医療ということを重視すべきだという先生もおられるし、生活を重視すべきだという先生もおられて、一言で言うとなかなかまとまっていない中で、私たちとしても、少なくとも国民の目から見て、中身の機能がわかりやすい方がいいということで、今回こういう名前を付けさせていただいたが、仮称ということを付けさせていただいて、実際の給付費分科会においては、指摘の点を踏まえて、考えさせていただきたい。

(山本委員) こういうことではないということか。意見は聞いたのか。

(鈴木老人保健課長) 名称については、いろいろな意見があった。

(山本委員) 名称を聞いてもしようがない。名前なんてどうだっていい。中身の方が大事である。

(大森委員長) 小島さんどうぞ。

(小島参考人) 介護施設については、池田委員が先ほど指摘されたように、本来はどうかと。特養を含めてだが、介護療養施設については、23年度末になくすと法律で決まっているので、それに対してどうするかということで、当面この検討会で検討されてきている。基本的に名称の問題は、どうするかというのは、私もこれでいいのかというのがあるので、そこは別にして、基本的な方向としては、こういう方向だろう。

1ページの看取りへの対応についてだが、今日委員の皆さんに配られている連合の調査の中で施設調査でも、看取りを希望した場合に、どこまで対応するか、その施設が看取りをするかどうかという

設問に対しては、老健施設の方は希望があっても25%くらいしか看取りをしないと答えていて、療養施設の方は7割くらい看取りをします。それから、特養の方については、7割近くは看取りをします。これは施設の方の回答が出ている。その中で今回の転換型の老健施設への転換をする場合に、看取りをどこまで含めるかということ。これは具体的には介護報酬分科会の方でどう決めるかということ、看取りをどこまで考えるかとなるが、そうは言っても、現実的に療養施設の方では、看取りに対応しているということがあるので、そういうことも含めて今回の転換型については、そこは対応する必要があるので、今回の文章については、こういう表現は必要だ。

(大森委員長) いろいろ意見があって、一応給付費分科会の方で承らないと困るので、とりあえず今までの意見のうち、本日文書上、さっきの仮称も含めて、直すべきではないかという意見があるので、事務方の方で相談して、その間、次の議題に入っているので、最後に、本日はこういう修文で了解いただくという形にしますので、何人かで相談して、次の全体の追加措置の方の説明を受けることにする。

○榎本地域ケア・療養病床転換推進室長より資料2を資料に沿って説明。

(大森委員長) ということが追加的措置の案になっているが、何か質問等あるか。

(木下委員) 老人保健施設なり特別養護老人ホームに転換する場合の、新規では個室ユニットケアというのが言われているが、その関係がどうなるのか。

それから、前回も話をしたが、個室ユニットケアが本当に機能しているかどうか。その辺の検証をするべきだと話をしたが、この委員会でも引き続き、どういう方が入っていて、どういう介護体制で、効果が上がっているか検証は利用者、職員に対してすべきだ。そのことを検討していただきたいことが1つ。

最後の⑦の転換の時期だが、これを今年の秋までに計画をつくれということだが、今、話のあったようになかなか難しいことがあるので、来年度見直すという話もあるが、それが確実に来年度見直しされるのかどうか。

もう一つ、平成19年4月1日現在の療養病床につき転換というふうに都道府県には通知してあるということが1つ。その後の療養病床についてはどうするのか。

それと、医療費適正化計画に定める平成24年度末の療養病床数の目標の達成を図るとはっきり書いてあるので、都道府県はこれを達成しなければいけないのか。しない場合どうなるのか、目標数との関連がどうなのかということ、その辺のことを教えて欲しい。

(中田委員) 先ほど対馬委員さんの方からもあったが、この介護施設等の在り方委員会については、もう少し老健だけではなくて、特養等も含めた議論が進められるのかと、大変期待していたが、どうも老健の転換型で今日は議論が終わるようで、是非これは特養も含めた介護施設の在り方に

いても早急に議論を再開してもらいたい。

今回の転換型が100%老健に転換できるという前提でやっているわけではない。現実の問題として、特養にも該当者がたくさんいる。この辺も含めて、是非議論を今後早めていただきたいことが1点。

それから要望としては、今、木下委員から話があったように、老健もそうだが、全国一律の個室ユニット、この辺をもう少し検証する必要がある。

最近介護施設の看護とか介護士さんの確保が大変難しいことは皆さん御存じだと思うが、その理由は、1つ給与面での低賃金もさることながら、家族からの苦情だとか、誤嚥性肺炎だとか、転倒だとかいった医療介護事故に対するプレッシャーで、結局職員が自信をなくして、退職するということが顕著に起こっている。

その結果、なかなか後釜が見つからないというのが現状で、たまたま先週北海道のあるテレビが苦悩する介護施設という特集を組んだ。それは対象になったのは老健施設であったが、そこは80名の定員で8名の医療行為が必要な方が、胃瘻だとか喀痰吸引とかいう方を入れていて、夜間1人の介護士さんの対応で何が起きているかという、要するに、1か所に8名のベッドごと夜間集めてくる。それに対応せざるを得ないという番組があったが、そういう状況の中で、個室ユニットというのは果たして本当にいいのかと感じた。

これは老健だけではなくて、これから議論される特養も含めて、この辺もこれからは医療行為が必要で、しかも要介護度から言えば4、5という重度の人が入ってくるわけだから、そういう方が増えると、当然看護、介護士さんの負担が大きくなる。そうすると、ますます職員確保が難しくなるということも是非勘案して、この全国一律の個室ユニットの在り方について、再考をしていただきたい。

(大森委員長) 私の手元のシナリオは、もし時間が余ったら、今のように介護施設全体にいての議論を始めるので、お気づきの点があれば出していただきたいと書いてあるが、私の見積りは絶対に時間の中でこれはできないと考えていたら、先ほどからいろいろ出ていて、非常にごもつともな意見で、本来もし時間的な切迫がなければ、今のようなこともみんな考えてやらなければ、本当は全体の位置づけがほしいが、当面ともかく転換せよということがかかっている、給付費部会の方でとにかく動かないと、動けないから、今、指摘のようなこともある。事務方の方はわかっているので、できるだけ早期にもう一度ちゃんと介護施設の在り方について、ここでも検討するというので、その点についてはお約束して閉めさせていただくということでよいか。

(天本委員) 第4期介護事業計画は今までどおり平成21年からということになっている。その前の説明では、実施時期ということでいろいろなものを早めようということになっている。20年のときに1つの大きな改定があるのに、受け皿の3期をそのままにしておいていいのかどうか、これは連動することではないか。その点について伺いたい。

(大森委員長) 計画課長から。

(川尻計画課長) 第3期にどういう形で転換を進めるかについて、前回、3月の時点で今ある計画の中でどれだけ弾力的な指定ができるかという工夫はさせていただいた。ただ、保険料が既に設定されているので、第3期の計画を見直すということではなくて、第4期、21年度から転換が進められるように一層、加速して進められるようにということで、第4期の方はこういう形で定員枠がかからないような形の工夫をしたい。

(天本委員) 第3期もそうだが、すべて今回の動きを想定していない。今回の実施時期についていろいろな形で早めていこうということだが、当然事業計画というものも連動しなければおかしい話ではないか。

(川尻計画課長) 第3期にどう計画を立てていたかということについては、今のご意見のとおりであるが、その範囲内でできることは示させていただいた。第3期についてどうするかについては、保険者の立場を始め、いろいろな立場があるので、3月にまとめさせていただいたようなことで進めさせていただき、そして、第4期については、今日提案していることを含めて、しっかりと計画の中に盛り込んだ上で、本格的な転換というものが進むようにしていきたい。

(大森委員長) そうすると、実際の報酬を変えて人員配置基準を示したけれども、実際に移るのは、21年ということが起こり得るわけか。

(川尻計画課長) これから転換を具体的に進めていく場合にどういうことが起きるかだが、第3期の計画の現状を言うと、例えば、介護療養施設型医療施設についてはすき間があるという現状もある。第3期中の転換というのは、例えばそういう空きを老人施設に使う、あるいは場合によっては特別擁護老人ホームに使うという形で進められる範囲内では進めさせていただきたい。

第4期については、さっき申し上げたとおりである。

(天本委員) 要は、最近の動きが、医療区分導入というのは、介護療養病床ありきということで医療区分の導入があった。要するに、横断的な視点での整合性が取れていない形で、部分最適だけで進んでいる。そのために全体での大きな現場で混乱が生じている。だから、こういうものも、しかも同じ局ではないか。同じ局でこのような形で介護報酬のものを特別に何か考えようとここに提示していて、事業計画では、そこで一切そういう考慮をしていないという、ここが非常に整合性がない。これから十分検討していただきたい。

(大森委員長) 今のようなことではないことが明確にわかるように、何かきちっとした書き物を書かないか。今日でなくてよいが、今のことがわかるようにしようか。

(牧野参考人) 今の質問に関連して、第4期の介護保険事業計画における療養病床転換における円滑化であるが、定員枠を設けずすべてを受け入れるということだが、転換の支援としては、大事なことも知れないが、定員枠を設けずすべてを受け入れるということになると、給付が見込み以上になるという恐れもあるわけで、そうした場合は、さらなる保険料の高騰にもつながっていく恐れもある。先ほどの資料1のところの中に介護保険を支える国民の負担を考慮するという1項目も入っているところだが、こうした転換の影響により、保険料が高騰しないような措置についても併せて検討いただきたい。

(大森委員長) 今の最後の点は、そういう理解だと思う。

(川合委員) 私、固有名詞に近いのが2つ出たので、要望等踏まえて最後に発言する。

まず、トリプルスタンダードということがあったので、それはともかく、ダブルスタンダードで出発するのであるならば私は大反対である。これはあらゆる機会で主張していきたい。高橋委員がおっしゃった年齢の問題とかそういうことではなくて、根源的にダブルスタンダードを考えているのであるならば、今までの老健をどう考えるのかということで私は腹をくくる必要があるということが1つ。トリプルスタンダードについては、池田先生と個人的に話をさせていただきたい。

それと、北海道の件に関しては、私ちょっと今、情報つかんでいませんので、事務局の方できちっと対応させていただきたい。

最後にいろいろ参考資料を出していただいたが、どの団体かどうかわからないが、お願いしたいことが1点ある。

介護職員の給料が、厚生労働省の労働関係の方からもデータも出、我々の調査でも同様だが、やはりこの5、6年で30万ぐらい年間所得が減っている。そういう議論が、今日はしないが、やはり給付費部会で、根源的にいろいろ景気がよくなったのに、逆に離職者が増えてきたということに関して、公的な数字ではなくて、やはり我々委員の中から、給料はこれだけ減っていることを専門職の団体のところを出していただきたい。それがやはりいろいろな意味での信頼性のあるデータになるのではないか。これは要望である。

(大森委員長) それでは、今の点答えを。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長) まず、木下委員おたずねの構想について、今年の秋までということになっているが、その後の見直しがなされるのかという点だが、先ほどご質問にお答えした際に申し上げたとおり、来年、また第4期の計画を策定するに当たって、事前に各療養病床を有する医療機関の方々の意向を調査させていただく。その結果、また必要があれば、そういったもの見直しをしていくことになるかと考えている。

それから、19年4月1日の後展開したものはどうなるのかというおたずねだが、それもまた構想の段階ではとりあえずこういった形で整理をしているが、また第4期の計画を見直す中で、引き続きそこは

対応していくことになる。

それから、24年度末目標の達成を図るということで、達成できなかった場合の整合性ということだが、平成24年度末の医療費適正化の目標をどう設定するのかということは、まさにこの構想を策定する中で、同時に、議論を各地域でしていただくことになっているので、その整合性を図りながら、検討を進めていただければと考えている。

(大森委員長) 予定された時間を10分延長しているが、ゆっくり私から修正箇所について読み上げるので、それで了解いただけるかどうか。

すべて強化型という前に括弧で(仮称)と付ける、そこに付いている文言には全部付ける。そして、了解としては、改めてどういう名称がふさわしいかについてはもう一度検討する、検討する余地を残して本日は(仮称)を付けるということにする、よろしいか。

それから、老人保健施設について意見があり、その2ページの大きな4の最初の○だが、次のように修正したい。

「老人保健施設は、これまで医療提供施設としての機能を果たすとともに、」の文章を付け加える。「入所者の居宅復帰を支援してきており、」というふうに変更させていただく。

「老人保健施設は、これまで医療提供施設としての機能を果たすとともに、入所者の居宅復帰を支援してきており、今後とも」とつながっていくという形で意見を取り入れたい。そういう修正にしたい。

それから、一番最後の○の締めどころの文章だが、先ほどの意見で、ここも入れおいた方がいいと思うのは、更に療養病床の際に当たっては、各地域における高齢者を支える医療、介護の体制が、そこに「安定的に確保され」で、「安定的に」という文言を追加したい。

以上が修正点であるが、よろしいか。ここの中で修正しないが、介護保健給付費部会の方で検討するときに、改めて留意しなければいけない事項についても意見が出ているので、それはテークノートして、そちらの方で、多分、ほとんどのメンバーの方々はその方にも出席なので、そちらで十分議論させていただきたい。

いろいろ批判、注文等あって、私としても、やはり介護施設全体の在り方を、先ほどのダブルスタンダードの話を含めて本当に考えなければいけないのではないかと考えている。ただ、当面、対処しなければいけないことについても、給付費分科会の方で十分検討して、持続的にこの議論を進めることで本日は了解いただきたいが、よろしいか。

(「異議なし」と声あり)

(大森委員長) それでは、事務局に返すので、何かあれば。

(川尻計画課長) 次回の日程については、追って連絡をさせていただきたい。