

社会保障審議会介護給付費分科会

第3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3月12日(月) 午後2時～4時46分
全国都市会館 大ホール(2F)
- 2 出席委員 : 天本、池田、井上、井部、漆原、沖藤、喜多、木下、木村(小島参考人)、
紀陸(遠藤参考人)、田中(滋)、田中(雅)、対馬中田、新田、前
田の各委員
神田、村本、山本の各委員は欠席

3 議題

- (1)療養病床アンケート調査結果について
- (2)療養病床の入院患者の状態像と必要なケアについて
- (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長より資料1から資料3を資料に沿って説明。

(大森委員長)

まずアンケート調査結果を踏まえつつ、療養病床転換の対応策について、これからどういう方を推進していったらいいかということなどについて、少し自由に議論した後、実際の入院患者の皆さん方のケアについてどのように考えればいいかの方策について主として議論していきたい。

(天本委員)

資料2の(3)急性増悪のあった患者の割合ということで、このまま読むと、文章だけだとたかだか10%かというようだが、これは説明の中では、一般病床あるいは急性期病床に転院した人が1割という言葉が入っていたが、どのように解釈するのか。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

ご指摘の点については、資料1の68ページの(3)の18番ご覧頂きたい。「3ヶ月以内の急性増悪の有無」ということだが、ここにあるように、「貴院の入院患者で、7月以降に急性増悪により急性期病院への転院、一般病床への転棟などがあり、治癒後再度貴院へ入院した経過の

有無について、あてはまるものに○をつけてください」ということ。

(天本委員)

転院したということ。療養病床だから、医師も看護師もいる。当然その中で急性増悪して治療された人もいるわけだから、その数値は今回の調査では出てこなかったということが。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

これは10月1日現在入院している方について調べているので、ほかの病院に10月1日現在転院をしていて、現に療養病床にいない方については、ここでは出てこないということになる。

(天本委員)

重要な役割として、他の介護施設のところとの違いで、介護療養型で程々の治療が行われて、また、もとに復帰している人がかなりいる。医療療養病床あるいは介護の療養病床では急性増悪においては転院せず加療し継続して入所している人はかなりいるということが重要である。

(木下委員)

追加をお願いしたいが、転院して死亡したり、そのまま一般病床にいる方は入っていないのか。再度療養病床に入っている方ということで、そこでかなり数的に解釈の違いがあるように思う。再度入院されたというので、このタイトルが誤ってとられる可能性があるので、もう少し考えてもらいたい。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

説明に当たり、そういった指摘があったことは念頭に置いて説明する。

(木下委員)

説明というよりタイトルのつけ方が不適切だと思う。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

調査票のタイトルをそのままつけたため、今後、資料作成に当たって留意する。

(木下委員)

調査票にあるからといって、非常にこれは誤解を招くというか、1割だけが急性増悪したということなので、タイトルを変えて、あるいは調査項目を括弧でつけるとか、これを読み替えましたとかする方が適切ではないか。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

先ほどの解釈を明記するようにする。

(前田委員)

資料1の52ページのデータについて、前々回の検討会で療養病床全体38万を15万、仮の数字として、そこまで減らす方向で考えていくという、その問題と今回の資料1の52ページの18のアンケート調査に関連するかと思うが、これは複数回答なので非常にデータの読み方は難しいが割り切って読んでいくと、1/3抽出ということだったが、回収率との関係などもあって、多分これは全体として1/4抽出ぐらいの数字になっているのではないかと察する。これでいくと、全体としてこのまま医療療養病床にいた方がよいという数が3万7,901人ということで、大体4倍するとこれで15万ということになる。

他方で介護療養病床にいた方がよいという数が3万弱ということで、これも4倍すると12万ということで、大体12万弱の数字のギャップが計算としては出てくるわけである。アンケート調査ではもちろん老健の施設に回すよりもこのまま療養病床にいた方がより十全なケアができるということで、ほかの施設に回すという数が控えめに数が出されたという背景もあるかもしれない。また、今後の老健の施設における医療の在り方、これはまだ検討が不十分なので、今後の在り方によってはこういった判断が変わってくるかと思う。今回のデータについて、どのような感想を持っているのか。

(大森委員長)

事務方でどのように受け取っているかということか。

(前田委員)

はい。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

まず、今回のデータについて、まだ再編成1年目ということもあるので、そういう意味ではまだ途中段階の状況にあるのかなと考えている。一方で、介護療養、医療療養にいたいという希望も多い。これは医療機関の転換意向もそうであるし、一方で患者さんの状態から見てもそうした方がよいというような状況もある程度出てきているということもある。その辺りを今後各医療機関と情報交換を行い整理して進める必要が出てくるのではないかと。一方では特に未定の医療機関も多いので、その未定の方に対して、なぜ未定になっているのか要因をよく整理して、それに対する対応をさらに整理して考えていかなければならない。

療養病床の目標については、医療療養病床について、先ほど15万床と前田委員から御指摘あったが、それは一昨年の中医協の方で、医療区分を導入した際に、その状況を当てはめてみるとそれぐらいになるだろうということを出した数字だが、今後さらにどのような数字を設定していくのか、また整理をしていくことになっているので、これが必ずしも一概にそれに当たるのか

どうかという、まずそもそものところから整理をしていかなければならない。

(大森委員長)

1年目としては様子を見ている人もいるかなと。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

それなりに未定の方、あるいは医療療養病床として残る数出ていたのかなと思っており、そのところは、今後関係者とよく整理をしていく努力をこの結果からは求められている。

(天本委員)

15万床というのはいろんなところで使われているが、数字ありきでの話はしないでいただきたい。15万床というのは、あくまでも厚生労働省の保険局の政策で、エビデンスニーズに基づいているものではない。

(池田委員)

資料2の2ページの件だが、さっき榎本室長が説明からあったが、「医療区分1の患者に対する医療処置の状況」のところ、無回答が医療も介護も大体40%ということになっている。これをどう読めばいいかということだが、ほかの設問を見るとノーアンサーとか不明というのは非常に少ない。それと医療処置の定義についてはかなり細かく書いてある。上の一番の最後に「その他」というのも入っているので、どこかに「○」をつけるはずなので、「無回答」というのは要するに何もやってないというのが大体40%あると読んでいいのか。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

ここの「無回答」は、まさに文字どおり回答がなかったということで、そこが実際になかったのかどうかというのはこれだけでは不明確。

(大森委員長)

池田委員、その点について、ご回答ください。

(池田委員)

医療措置の定義のところにも何もしなかったという項目はなかったもので、結果的にこうなったと理解するのがごく自然だ。

(大森委員長)

御意見ありますか。

(天本委員)

無回答である。無回答は無回答ということで飛躍した個人的な解釈はこういう場では議論してほしくない。

(池田委員)

これは個人的な解釈ではない。だれが読んでも、そうとしか読めないということを私は言っている。

(木村委員代理:小島参考人)

資料の読み方で少し、事務局の方でどう見ているかということだが、資料1の 34 ページに医療区分の調査結果が出ている。これは昨年10月時点で入院されている方の医療区分ということだが、先週、中医協の方に配布された資料の中に、昨年10月時点での医療療養病床の医療区分の割合が示された。そのときは昨年7月から医療区分が導入されているので、その前の医療区分の結果と、昨年の医療区分が導入された後の10月時点での医療区分の結果を見ると、医療区分1ないし2の比率が下がって医療区分3の比率が高くなっているというのがたしか中医協に配られた資料、それは医療保険の方の対応の療養病床だと思う。

そのときに議論になったのは、それはどう読むのだと。入院患者が入れ代わったのか。そこは介護対応の療養病床等の比較を見てみないとなかなか分析は難しいとのことだったが、そうすると、今回の34ページの方に、すべて介護型療養病床の方は医療区分を実施していないことがあるので、これからだけでは判断できないが、そこは、今療養病床を抱えている医療機関は介護型も医療保険型も両方併設しているところが多いと聞いている。そうすると、昨年7月以降のところ、入院患者の入れ替えというか、医療区分が低い方については医療保険の対応の療養病床から介護保険の方に移って、介護保険の方の対応の入所されている方で医療区分が高い方については医療対応の方に移動したと。その辺の入院患者の移動というか、その辺の動きは調査か、あるいはそういうことは把握しているのか。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

今回の調査は10月1日のピンポイントで調べているものであり、その動態がどうなっているかということまではこの調査ではわかりかねる。

(大森委員長)

今、お話のあったようなことの資料とどこと比較するかについて、何か今のような傾向があるのではないかという御指摘だから、それを裏づけるような数値があるかどうかということになる。

(鈴木老人保健課長)

少し確認したい。中医協の資料のことだが、中医協は3月7日にあり、そのときに、一昨年(17

年)の9月の段階と、昨年(18年)10月の段階と比較をしている。17年9月の段階では、医療区分1が52.9%、2が38.3%、3が8.8%という、大まかに言って5、4、1くらいの比率であったのが、18年10月の段階では、医療区分1が30%、医療区分2が51.8%、医療区分3が18.2%ということで、3、5、2くらいの割合に変化をしてきているというデータがあるので申し上げる。

(大森委員長)

小島さん、よろしいですか。

(木村委員代理:小島参考人)

少しその辺が読み取れるかどうか、調整したいと思う。

(田中(滋)委員)

資料1の15ページ以降に転換意向が出ている。これは大変おもしろいところだが、ここで質問票を見ると、転換意向というのは、実は転換決定したという場合と、決定は本当できるかどうか分からないけど、こうしてみたいという希望を述べている場合と、本当に決定した場合、自分のところの人員配置とか設備の上から不可能かもしれないけれども、望めるならこうしたいという場合と、制度が変わればというのといろんな意味が入っているので、実はまだ「未定」というのはたくさんあるのはある意味理解できる。「未定」と答えているところは意外と賢いかもしれない。いずれこれを繰り返し聞いていくことになると思うが、制度を変えた場合もそのうちに調べていただきたい。特に52ページ以降の患者像を見ると、介護療養の場合、特養に移った方がいいという人は結構おられる。現在では特養に変えるということは不可能である。もちろん併設法人をつくれればできるが、直接変えることはできないので、そうすると制度上特養に変わるというのは多分出てこないはず。

同じく有料老人ホームについても、今度の法改正から変わるけど、この時点でまだない。選択肢が今言ったように本当に決定したのか、なれるかどうか分からないが、願望として言っているのか、制度さえ変わればなりたいたいという3種類の答えが混じっている。そういうのが読めるように今後さらに調べながら政策を決めていくことが大切。

同じような今後という意味でいうと、25ページに併設している事業所のことが出ている。これは現状調査としては正しいが、資料3では大変いい質問が書いてあり、資料3の「○」の3つ目だが、「入院・入所だけではなく、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、どのような点に留意すべきか」と書いてある。これに対応するアンケート項目がない。今後もし転換するとしたら、単に建物の転換だけではなくて、25ページの表にあるような、ほかの地域向けのサービスとして、どんなものを展開していくのかということも知っていくのも必要。

(対馬委員)

今の質問と関連するが、事務局でわかれば教えていただきたいが、52ページのところで、施設

としてどういった意向かというのとは大分差があると思うが、このあたりは患者にとって望ましいというのは、医療の必要度とか介護の必要度ということなのか、それともそれ以外に、例えば家庭状況とか、そういったことを踏まえての話なのか、そのあたりはどうか。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

一応ここでは、ここの 18 のタイトルにあるような聞き方で記入をお願いしたところ、実際記入されているのは恐らく医療機関の医師の方とか、看護職員の方だとか、そういう医療機関の職員の方が記入していると思う。その際には、患者票のそれぞれに記入していただいているので、いろいろなことを考慮した上でそこでは記入されているのではないかと考えている。

(対馬委員)

ということは、いろいろなことというのは、家庭状況なんかもある程度入っているのではないかとことか。例えば介護する人がいる、いないとか。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

はい。

(対馬委員)

わかった。

(天本委員)

このデータにも出ているように、独居、あるいは日中独居といったような形がほとんどの方々なので、社会的要因というのは、在宅でのくらしというのは非常に難しいことが読み取れるのではないかと。ニーズとすれば、このままもう移さないでほしいというところ。終わりの住みかを重介護の人でも望んでいることが読み取れるのではないかと。

(井上委員)

1点教えて欲しい。資料1の 15 ページのところの先ほどの転換意向だが、設問としては複数回答が可能というふうと思うが、実際には複数の事業展開を考えるというような回答はどれくらいあったのか。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

転換意向であるが、これはまさに療養病床の建物、病床そのものをどう転換するのかということを知っており、その際には何になっていたか、それを1つ記入するとしている。

(井上委員)

1つということは。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

もちろんだういものを選ぶかというのは選択肢がいろいろあるが、基本的には1つ記入する。ただ、後ろの方のどうい施設がいいのかと、患者票の方で調べたもの、これは複数回答というこで回答している。

(井上委員)

後ろの 52 ページの方から見れば、1つの医療機関が複数のいろいろな事業を展開するという方が正しい方向性ではないか。それに対して設問自体は1つしか選べないという形になっていたが、これからの方向性を考えると、1つの医療機関がここでの設問ではほとんど居住系に転換する意向しか聞いていないが、居住系や居宅ケアなどをやっていくという方向性を少し検討してもいいのではないか。

(天本委員)

我々医療機関側からすると、要するに転換後の具体的なイメージが見えない。例えば老健が、今のままの老健でしか制度上はつきりしているわけではないので、要介護4、5の人で、ほどほどの医療を受けている対象者を新たな老健の機能面で考えるし、もう一つは法的な位置づけ、それから経営面、この3つの大きな柱がある。法的な面で医療処置がまだ看護師の業務独占がどうなるかというのが医政局、あるいは看護課として明確に示されてない。要するにこの法的な「経管栄養」といわれる体の中に注入するというこで、実際に病院でも死亡事故が起きたりして新聞なんかにも出ている。それから胃瘻などにおいてもスピードによって嘔吐して肺炎を起こしたりする。要するに注射と同じようなこと。そういう法的な位置づけを、現在は看護師の業務独占というこで法的に明確に位置づけになっているにもかかわらず、これが介護施設で行われることが法的にいいのかどうなのかをこの会で明確にしたい。我々は今の法律から考えれば病院でしかできないわけだから、この抱えている患者への機能を考えれば、やはり医療施設を選ぶわけである。

それから、機能面とすれば、この資料にも出ているが、法的人数の約倍近くを介護療養型で抱えているということが明らかになっている。それを老健という数のもので見えていけないので、要するに基準の数以上で対応している。新たな老健の人員配置基準が明確になってないのに転換して今までの機能を維持できるのか決められない。先にむしろそちらの受け皿整備の議論をしないと、我々として突然先になくすという話だけが出てきているという非常に矛盾があるので、「未定」というのは当たり前。医療療養病床の機能面を考えれば、そういう道しか選べられないというこがあるので、明確にこの場でしていただきたい。

(大森委員長)

今の話は、医政局マターでもあるから、今日直ちというわけにいかない。そちらの方も検討に入っているのか。こちらだけで全部なんかカバーできない。そちらの方も何か考えてくださらないと受け取れない。

(鈴木老人保健課長)

確かに天本委員がおっしゃるように、介護施設で看護職がない場合にどの程度医療行為とされたものができるかという問題がある。それは併せて、今日2番目の座長に整理をしていただいた転換したものについて、もしくは転換する、元の施設に入っている人にどういうサービスを提供するかということと密接に関連すると思うので、我々としてもこの検討委員会の意向を受けながら関連局とも相談しながらやっていきたい。

少し戻るが、先ほどの井上委員の質問の関係で言うと、資料1の62ページを少し見ていただきたいが、転換の意向についてだが、先ほど1つしかという話が出たが、ここは病床別に書いてあるので、例えば100床療養病床を持っていることがあれば、何床これに行って何床これに行くというような選び方で、ただ、100床をこっちもこっちもというのは、それはできない質問票になっている。

(井上委員)

今のところでもう一回、確認をしたいが、資料1の62ページのところで、例えば医療に40残って老健に60行くというような考え方がある。そのように複数のところに「○」をつけたという回答はどれくらいあったのか。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

そこは時間をいただき整理させていただきたい。

(中田委員)

資料2の4ページで、「療養病床入院患者にとって対応が望ましいと考えられる施設等」ということで、これは私アンケート調査結果を見て少しびっくりしたのだが、老健よりも特養、特に介護療養病床については特養が30%を超える数字が出ていて、医療病床と合わせも全体で25%を超えるぐらいの特養に対するニーズが強い。先ほどいろんな意見があったが、多分対象となる方は要介護4、5であって、また低所得が結構多いのではないだろうか。そういう意味で自宅に戻る方が困難な方がこういう調査結果に出ている。

それと現状の特養の優先入所基準というのがあり、それに照らし合わせると、療養病床に入院している方の行く先はおのずと特養になりつつ、しかも療養病床にいる方が特養への入所順位が上位にランクされる。そうすると、改正に合わせて相当な特養の利用者が多くなっていく。

一方、資料2の2ページの、「医療区分1の患者に対する医療処置の状況」だが、これは介護療養病床では経管栄養が約24%ぐらいか、喀痰吸引が10%等々、そのほかいろんな医療的

な処置が必要という方がいるので、そういう意味から、特養が医療処置の必要性の高い方をどう処遇するかが、これから介護施設の在り方ということで検討しなければならない。このアンケート調査を何回やっても、その辺がきちんと整備されないと、老健も含めて、きちんとした回答が出ない。

今後、特養の在り方については意見したいが、それは後でやることなのか。

(大森委員長)

お話しください。

(中田委員)

そういう状況から、まず1つは、特養の設備、人員配置基準の見直しは必要だろう。少なくとも、看護職員の配置を増員しなければこういう方の受け皿にはなり得ない。

それから、2つ目は、医的行為というか、このようなことについては、介護職員に認めるような制度改正を早急にやらなければいけない。

3つ目は、今、全国一律に行われている特養の個室ユニット化、いわゆる新型特養だが、低所得者層の入所が困難、なかなか受け入れられないことから、これは見直しが必要。

それから、4点目は、低所得層の受け入れについては、私は養護老人ホームも受け皿の重要な役割を担うことから、明確な位置づけが必要。

最後、もう一点だが、以前、私はこの委員会で介護施設の適正規模についての資料請求をした。介護施設事業所が適正規模に達しない事業者が淘汰されるのは介護保険が制度として正常に働き、市場が機能している証拠だというふうに言っているのだが、このことから、今は国が推薦している地域密着型サービスと言われるような、特養、老健も全部 29 床以下ということについても、この現状から、私は見直す必要がある。

(田中(雅)委員)

資料3の方から、先ほど田中委員もおっしゃっていたが、入院・入所だけではなくて、多様な住まいにおける医療生活の継続ということについての支援について検討事項として挙げられている。このような多様な住まいにおける療養生活ならば、在宅においても、また多様な住まいにおいても、24 時間安心の医療体制の整備ということも念頭に置いて考えなければいけない。ここにおいては、今の療養病床にいる方々をどのような施設に移すかというのはあったが、今ほどおっしゃったように、対応が望ましいと考えられる施設の中には、資料2の4ページ中において在宅というケースも挙げられている。そういうことを考えるならば、地域における 24 時間安全の医療体制ということについても検討すべき課題。

それで、これは事務局にお願いするが、参考資料の中の7ページに「在宅療養支援診療所」についての説明がある。これについて少し説明してください。

(大森委員長)

今のこと関係ありますね。少し事務局の説明をして欲しい。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

参考資料の7ページになる。「在宅療養支援診療所について」ということで、これは先般、中田委員から指摘があり用意したもの。在宅療養支援診療所の届出状況だが、昨年7月1日現在で9,434件という状況。また、在宅療養支援診療所を取るためには当然要件が必要なので、7つほどの要件がある。

保険医療機関であること。24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置して、連絡先を文書で患家に提供する。診療所において、他の保険医と連携で、診療所を中心として、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保する。また、診療所あるいは訪問看護ステーション、医療機関の看護職員との連携で、医師の指示に基づいて、24時間訪問看護の提供は可能な体制を確保する。また、いざというときに、診療所あるいは他の保険医療機関と連携して、在宅療養患者を緊急入院ということが受け入れられる体制を確保する。また、医療、介護サービスの連携を担当するケアマネージャーと連携をすること。あるいは診療所での在宅看取り数を報告するといったような要件が課されている。

8ページは、仙台市内で看取りまで行っている診療所の例ということでまとめたものである。

事務局でも、保険局医療課の方にいろんな資料はないかということで問い合わせ、今ある資料ということで、この2枚を用意した。

(大森委員長)

これ、もう少し新しいものは、増えているのか。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

増えているのではないかという話もあるが、直近の数字は、今この数字である。

(大森委員長)

田中(雅)委員、とりあえずこの数字が出てきているが、これは地域では非常に重要。これがどのように増えて、体制が整うのかというのは重要になる。

(田中(雅)委員)

これについては数字がないと前もって聞いているが、まだ、全国にこの時点においては9,434件という数である。そういう意味では、先ほど言ったが、地域における安心のニーズの医療体制の整備ということを考えるならば、地域格差とか多分生じていると思われる。、本来ならば、各都道府県の状況、あるいは市町村の状況等についても具体的に知らせることで、本当の意味の国民の皆さんにとって、病院か施設かという選択ではなくて、在宅に暮らし続けることの意

味も出てくるのではないか。

(紀陸委員代理:遠藤参考人)

質問だが、それぞれ療養病床で転換の支援策があったが、それに関して、19 ページと 23 ページで、病床の転換意向の数が出ている。細かく見ると県によって大分差があり取組が大分違うが、これは県の後押し等の姿勢の差などがあった結果だと読み取れるのか、あるいはそもそも受け手の側の方が積極的だったのか。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

これは各県によっても、まず療養病床の数そのものが違っていることがある。あと、事務局としても自然体で各県から協力いただいたものを淡々と集計したという状況で、結果としてこのように大きな差が出てきているということ。これがどうして各県ごとにこれだけ大きな差になっているのかというのは、また、各県の話聞きながら考えていく必要がある。

(紀陸委員代理:遠藤参考人)

ぜひ、その辺の分析をして欲しい。

(中田委員)

参考資料の7ページから 11 ページにかけて、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションについては、私、前回資料請求した。在宅療養支援診療所については、設置数がこの数字であり、要件がこうということで資料もらったが、実際にどの程度機能しているかということがこの資料からは見えてこない。

ただ、1つ提案したいのは、在宅療養者を支えていくための支援施設は、診療所だけでなく、地域の実情に応じて、病院も含めて広く対応できる仕組みが必要だ。例えば、地域の実情によっては診療所のみではなくて、病院も含めた支援施設という位置づけにした方がいいのでは。

それから、訪問看護ステーションの設置数については、この6年間余り増えていないという資料だが、地方ではやっぱり看護師等の人材確保が大変だということで運営が大変厳しいと聞いている。特にへき地や過疎地におけるこうした訪問看護系の居宅サービス事業がより推進されるように、適切な報酬単価というものを設定しなければならない。

(前田委員)

関連してだが、在宅療養支援診療所というのは、恐らく内科系の診療が多分大部分ではないかと想像するわけで、ただ、一方では、どうしても老人になると、眼科や耳鼻咽喉科のような特殊診療の必要ということもある。より安心な医療体制という点でなかなか自分では病院に行けない。さらには特養においても人手不足で外来に連れて行ってもらいたいけれども、なかなか

行きにくいような状況もあるという中で、特殊診療も含めての在宅療養支援、特養も含めての支援といったものを、先ほどの病院も含めてという発言もあったが、検討してもらいたい。

(沖藤委員)

質問というよりもお願いだが、今までの話は利用者本人の意識とか、家族の思いとかが抜きの状態で施設の在り方が考えられている。それで資料2の4ページを見ると、「療養病床入院患者にとって対応が望ましいと考えられる施設等」というのは、あくまでも施設で、回答者は施設長とは限らないで、いろんな役職の人が書いているようだが、施設の側の人の回答。入っている方、あるいはそこに高齢者をあずけている家族からすると、例えば介護型療養施設だと思わずずっと入れていて、制度が変わって、平成23年ぐらいになると、それが本人の希望とは関係なしに、特別養護老人ホームになってしまうとか、老人保健施設になってしまう。もし、そういうことがあるのだとしたら、利用者の利用意向という本人の自己決定ということで介護保険はスタートしているはずだから、趣旨とずれていく可能性がある。

転換するときには、よくよく家族や利用者の意向、気持ち、症状の問題だけではなくて、精神的な部分で、あなたはどこに行き最後をどうしたいかと、丁寧な調査をやっていかないとちょっと不安。

今回の調査は、施設の調査ということでいいが、今後、こういう調査をする時には、せっきく施設に調査票を送って、患者票というものもつくったから、入院している患者さんたちの意向も家族なりに調査することを併せてやって欲しい。

(大森委員長)

今後の検討事項の③が、ややそういう含みを持っていて、単にある施設から施設だけでなく、いろんな住まい方もあるし、いろんな希望があるので、そういう形で転換をするときにどういうことが大事になるかということも同時に考えていきたい。促進策の中にそれを入れ込まざるを得なくなる。

(沖藤委員)

特に在宅というのが医療療養で2割、介護療養で1割弱ぐらい出るが、それは本人が自宅で可能だと思っているとか、家族が自宅で可能だと思っているのか、そういうのがわからないで施設の側の人の目で自宅と答えている。要介護者が高齢化し、なおかつ介護している人も高齢化しているこの現状にあっては、介護ができないから、療養病床にお願いしているのに、入所者は一体どう考えればいいのか、という不安が起こる。今度の転換問題では実際にみんな不安がっている。

(漆原委員)

今の沖藤委員の意見にも少し関連するが、これは全体のアンケートの結果とすると、どうも選

択肢を余りきっちり示されないままのアンケートだったから、施設は当然困惑している。そして患者さん・利用者の方々は、できればこのまま施設にいたいと考えている。ここがもし転換し、再編されるということになれば、どこへ行ったらいいかわからないと言うような結果が大枠ではないかと感じる。もう少しアンケートの中で、施設というより療養病床の転換先として老健施設等、あるいは田中委員がおっしゃったように別法人をつくらなければ特養の選択肢はない。それから居住系サービス等についても、有料老人ホームが医療法人に開放というか、確保されることはおおむね情報として聞いているが、そういった選択肢が示されないまま、将来どうするのかと聞かれても3割以上のところがわからないと、これは答えるのが当然。

そして患者さんだが、基本的には参考資料の1ページ、まさに最後の療養場所の希望ということで考えると、男女ともに50%以上の方が病院で最後の療養をしたい。そして、特別養護老人ホームを指すと思うが、全体の資料から見ると、老健施設の選択肢が施設の側からも本人の側からも利用者の行く先としても選択されないというところ、これは老健施設が通過施設であるとか、最後の療養の場所が適さないことが十分理解されてそうになっているのか。そうではなくて、これまでこの委員会以外のところで聞こえてくる意見、「介護難民」の問題とか、それから療養病床を廃止するならば、大幅に基準を緩和したこの療養病院がそのまま残るのだという話があって、こういう選択肢がされている。

この参考資料1の「最後の療養の場所の希望」であるが、できれば、在宅という数字を増やすために、これは転換先ではなくて、国の大きな方針であるので、そういった意味では老健施設等の在宅支援の部分を拡充していくといった視点もぜひ考えてもらいたい。

また、既存の医療法人等についても、先ほどからいろいろ議論があるどんな施設に転換したらいいか、どんな機関を併設する意思があるのかがあがるが、この辺についても、最後の療養場所で病院を選ぶという人が男女ともに50%以上ということから考えると、医療サービスがどこについているかがかなり重要な選択肢の1つにとらえられている。療養病床の転換先として、そういったものも含めた居住系サービス、あるいは特別養護老人ホームに医療が十分かわれるような体制を併せて考えていく必要がある。

(木下委員)

資料2で幾つか確認したい。最初は、中田委員の質問に関連するが、4ページの一番右で、介護療養病床(医療区分1)で、特養に行くのがいいという部分が30%あるが、この人たちの医療処置の内容が別に出せるのか。2ページにある介護療養病床のところにある喀痰吸引、経管栄養等がこの部分だけ別に抽出できるのかが1つ。

それと10ページ、一番下の(参考1)に、介護老人保健施設で看護職員のいない日が1日もなかったというのが70.7%といった数が出ているが、これだけ見ると、老健では夜多くの施設で看護職員がいると読み取れるが、n数が355と少ないことと、ここの利用者の数が何人かということ。100人の施設に1人いるというのと、50人の施設に1人いるというのではかなり違いがあると思うが、その辺の数が出せるかどうかということ。

一番下の(参考2)の介護療養型医療施設の夜勤基準で、夜勤2人の配置等を評価する加算(夜勤勤務等看護(1))と書いてあるが、これが1%と書いてある、ここにこれを載せた意図が何かということと、加算の内容がどうかということの説明してもらいたいことが1つ。

それと13ページ、介護保険3施設において提供しているリハビリテーションの状況が3施設で比べてあるが、これは月に1回でも受けた人の数が多分出ているが、その頻度、数もある程度問題になるので、その辺のデータも出せるかが1つ。

14ページ、死亡場所だが、これは語句の訂正を願いたい。下の表の一番上、介護療養型医療施設、これは「入所前」、「退所者」、「退所後」と書いてあるがこれは「入院」という言葉に置き換えてもらいたい。

それともう一つ、資料1に基づいて、この秋には都道府県の整備構想ができるという話だが、話があったように、資料1の中身は非常にまだ不安定というか、不十分な状態で、これで都道府県の地域整備構想ができて、それで固定されてしまうとかなり問題があるが、その辺の見直しとか、拘束力というのがどのようになっているか。

(大森委員長)

幾つか質問あったので、それでは順番にお願いします。

(鈴木老人保健課長)

数値的なものから、まず、資料2の10ページのところで、夜勤の看護職員がいなくなった日数(参考1)というグラフがある。これについて、下の(参考2)のところで、介護医療型医療施設の夜勤基準云々を載せた意図は何かということで、具体的に点数がどのくらいというこの2点だが、要は老人保健施設において、基準上は夜間看護職がいる必要はないということだが、実際上、nの大きさとか、それはまた後で調べるが、7割以上のところにいるところがある。(参考2)のところは、介護療養型医療施設、これは基準上夜間看護職員がいなければいけないが、それに加えて、加算として加えているところがどのくらいあるかは1%であるとしているので、正しく伝わらなかったかもしれない。これは23単位ということが介護報酬である。

それから2ページにある介護療養病床のところにある喀痰吸引、経管栄養等がこの部分だけの数字は今すぐ出てないので、幾つか指摘があったことについては、次回以降また細かい数字を出させていただきたい。

(川尻計画課長)

最後に、各県で今年の夏から秋にかけて地域ケア整備構想をつくる前提として、事務局として、この委員会の議論も踏まえて、新しい施設ケアの在り方とか、あるいは各種の政策メニューというものをあらかじめ明らかにしないといけないし、そういうことも踏まえて、各県が構想を作る段階で、各医療機関の意向、入所者、あるいは家族の意向というもののリサーチもするべきだと考えている。