

いう状態はあり得るので、その辺のことも考えていただきたい。

(大森委員長)

紀陸さんお願いします。

(紀陸委員)

私どもは基本的に施設から在宅へという今の流れを着々と進めるべきだと。特に既存の老健施設との整合性をできるだけ図っていく、これを基本にしているが、その観点から2つ申し上げたい。

1つは看取りの問題が先ほども話が出たが、基本的に政府は在宅でというような方向を目指していた。そういう意味で、先ほど過剰な療養という話もあったが、今、ここで出されている提案は少し従来の政府のやってきたことと方向が逆ではないかという印象を受けた。それが1点。

2点目は、前回の会合ので、介護保険3施設における医療措置の提供状況という資料があった。その中で、既存の老健施設内で経管栄養とか喀痰吸引が行われている。先ほどもお話があったようにきちんとした手立てが行われている施設がある。それなのにまたいろいろこれからやろうかという必要性が本当にあるのか。従来の老健施設できちっとした最低限の医療処置をやっていた、その点の評価をきちんとすべきではないか。また、これから転換していく新老健においても従来と同様なスキームで対処できるのではないかと私は思うので、この2点につき意見を申し上げる。

(大森委員長)

はい。ありがとうございました。ほかに。

(対馬委員)

今の質問とも関連するが、今回、老健施設ということで整理されているが、確かに療養病床から老健施設というのは主力ではあるが、やはり全体的な特養とかを含めて議論しなければいけない。

例えば、看取りなどを見ると、たしか、前の資料などでは特養の方が看取りの割合が高いという数字もあったと思うが、そうすると、老健の場合は看取りが低いので医療の体制を強化するといった結論に本当になるのかということがあり、また、看取りをやっていくというのはわからなくはないが、先ほど来、出ているように老健の基本的な性格はちょっと変わってくる。中間施設、リハを中心にというところが。

そうすると、どうしてもやはり、介護の療養病床がなくなるので老健をちょっと拡充しましょうかと、こういうだけの話でいいのか。全体的に従来の施設を特定施設を含めて見直していく。そういったことも必要であり、今話が出ていた在宅との関係も必要だ。いずれにせよ、なぜ、ここの介護を老健施設だけに限定したのか。そこだけ少し質問しておきたい。

(大森委員長)

今の質問。どうぞ。

(鈴木老人保健課長)

先ほどの紀陸委員の質問を含めて若干お答えするが、看取りの問題、確かに指摘があったように、これはあくまで今、療養病床で行われている死亡前2週間以内の医療行為ということで、今後、実際に最後の迎え方を含めてどうしていくかはまさに議論の中で、指針等も示していきたい。これも資料を前回示しているが、今、在宅で亡くなられている方が十数%で、83%の方は医療機関の中で亡くなられておられて、これは過去50年の間に明らかに傾向が逆になってしまったが、やはりこれから在宅で、もちろん条件を整えればだが、そういう方については在宅の医療支援、介護支援も含めて最期を迎えていただくというのも当然必要だ。少なくとも今、療養病床の中で最期を迎えられている方が制度の再編の中で大きく変わって、今まで迎えられていたのが急に明日から迎えられなくなることがないように、少なくとも継続性があり、患者さんの期待値に応えられることがないと、我々としてはまずいのではないか。

それから、医療処置、確かに過去にお出した資料の中には老人保健施設でも一定程度の医療処置が行われている。これは当然であり、先ほどの書き方の問題もあったが、基本的にやはり医師が夜間におられない、当直もしておられない、それから看護職のシフトの体制で常時いるという基準上の体制になっていないことから、夜間に医療処置が生じた場合にどうするのが今回の議論の主眼である。もちろん昼間であれば、紀陸委員が指摘になっていたとおり一定の医療は行われているが。

それから、対馬委員が指摘になった、今回なぜ老健施設だけなのかということについては、1つはやはり今回介護療養病床という制度自体が23年までの間に廃止になることで、当然、その方々はこれから23年までの間にどういう施設もしくは施設以外に転じられるのかを判断されるわけで、その際に、今入っておられる方、それから今提供しておられる一定程度の医療レベルが大きく変わらない程度で、しかも老人保健施設という枠内で提供するにはどうしたらいいかを議論している。もちろん、この在り方委員会の冒頭にも申し上げたが、3施設その他も含めて医療の提供の在り方をどうするのか、看取りの在り方はどうするのかと、大きな課題については、今回は少し目前のところに議論が集中しているが、別途議論していく必要がある。

(大森委員長)

沖藤さん。

(沖藤委員)

制度を変えていくことはやはり時代の動きと合わせてやっていかなければならない。しかしながら、尋ねたい点が2つ3つある。

1つは参考資料1の10ページのところで、老人保健施設から退所する方の退所先が書かれていて、その数字を見ると、家庭に帰っている人が39.2%となっている。入所前も家庭からと医療機関が多く、退所するのも家庭と医療機関が多いわけで、特にこの家庭へ帰られた方というのはその

まま家庭である世にいかれているのか、先ほど在宅死亡率 13%という話もあったが、恐らくまたどこかに行っているはず。多分また老人保健施設に戻られた方もいるだろうし、医療施設に行った方もおられるだろう。

そうすると、私たちは最期はどこである世にいけるのかが少し見えにくいとい。療養型病床群に何となく心頼りを感じており、最期はそういうところかなと思っていたら、今度は老人保健施設に転換されていくことで、そうすると、今後、老人保健施設というのはターミナル機能も持つし、リハビリ機能も持つし、ということで、両方2つの機能、それから、身体症状というか病気症状というかよく言葉はわからないが、2種類の方が入所する施設になるのか。

それで、平均年齢が 85 歳という川合先生の話ですと、いったん家に帰ったところでまたどこかに行かなければならないのならば、ここにずっといさせてくれと。昔、3か月症候群というのが老健施設の方々から言われていたが、そういうことが起こってくるのではないかと。もうずっとここにいさせてくれ、うちへもう帰らないということで、在宅復帰率が下がっていくのではないかとと思われるが、その辺はどうなのか。

もう一つは、結局、この療養型病床群を転換して、私たち国民というのはどういうメリットがあるのか、3点ぐらい教えていただきたい。こういう転換をすると、あなた方これはいいんですよ、この方が前向きな政策で時代の変化に合わせた動きなんですよと言っただけのものも3つ教えて欲しい。3つ、5つでも10でもよいが。謙虚に3つと言ったが。

(大森委員長)

はい。

(鈴木老人保健課長)

今、沖藤委員から指摘があった特に退所した 39%が家庭に帰っておられ、その方がずっと家庭にいるのかだが、今詳細なデータはないが、確かにこの中にまた老人保健施設なり病院に状態によっては帰ってこられる方はおられる。ただ、やはりその間、一定程度家庭に帰られるような状態になって、家に帰られて、家でいろんな時間を迎えられて、やはりそこで状態が悪化してまた帰ってくることもあり得るので、必ずしも帰ってくるのが悪いということではない。

もう一つの質問にあった今度は老人保健施設がターミナルとリハビリテーションと両方を追求する施設になるのかどうかだが、少し私の説明の仕方も悪かったかもしれないが、今回、議論させていただいたのは療養病床から転換をしてくる老人保健施設について、ここで言うような夜間の対応だとかターミナルの対応というのをきちっと考えるということで、これ以外に、さっき対馬委員の方からもあったが、では今ある老人保健施設、特別養護老人ホーム、その他の在宅拠点、ここで医療なり介護はどう提供するかという大きな課題があるので、それについてはきちっと議論をさせていただきたい。

最後に、療養病床の再編にどういうメリットがあるのかについては、5個か10個は出ないが、参考資料1の4ページ目を見てもらうと、下にうす紫色ぼい四角があるが、我々としては今回療養病

床が老人保健施設に転じていただくことで、1つはやはり入っておられる方、それから家族の方から見て、直接にサービスについてもより状態に応じたサービス、それからサービスの質の向上というのが提供していただけたところがまず直接的なメリットである。

それから、その2つは直接家族の方、患者の方に感じていただけないかもしれないが、例えば医師・看護師などの人材がより効率的に活用をしていただければ、今、医師が不足している、看護師が不足している分野においても効率的に働いていただけるので、それは広い意味では国民の方の利益になる。

それから、少しお金の話をして恐縮だが、医療保険や介護保険の中で一定程度効率的に給付が下げられれば、その下げた部分については当然保険料にも反映してくる。税金にも反映をしてくるので、そういう意味では2、3は直接ではないが、広い意味で3点ほどは今回の再編のメリットがあると我々の方では考えている。

(大森委員長)

もう一つの議題が残っているので、では、田中さん。

(田中(滋)委員)

療養病床から老健への転換の話で、施設から施設で話しているが、施設機能が自己完結で、外部サービスをあまり使わず、在宅生活もあまり支援せずというモデルで考える必要はない。これからの施設は施設でさえ地域ケアの一環であって、必要ならば外部サービスを導入するし、できるならば在宅生活を支援する。そうした地域ケアの視点でとらえないと、自己完結の施設をまた別の自己完結の施設にして何が足りないかをめぐる議論だけだと、結局重たいものができてしまうので、もう少し広い視点で考えた方がよい。看護協会が出されたモデルでも、外部サービスを使うのが入っていて大変いい。

(大森委員長)

川合さんと天本さんで、今日はこのテーマについて、一応次にずらしていただくということでよろしいでしょうか。

(川合委員)

沖藤先生がおっしゃったことについて、十数年施設長をしてきたが、そのときの経験は皆さんびっくりされるかもしれない。私は老人保健施設でリピーターという言葉を使った第1号だと思っている。それは何かというと、先ほどから何度も言ったように、ここに多様性のことをニーズがあると言ったが、何が我々に求められたかということ、在宅で、当然病院の方もそうだが、在宅で頑張っておられる方々のレスパイトケアも大きな目的であった。そういう方々が、それこそ3か月、2か月、1週間、期間はショートでいいが、そういう中でアクティベートされる。それでまた御家族が力をもらえる。それを何回も繰り返すことで、私は十数年施設長をしたけれども、最多例は三十数回入退所を繰り返した

方がいる。

これは何かというと、調子がおかしくなれば私はあそこに行けばいい。あるいは家族はちょっと疲れたな、法事がある、あそこにあずければいいという安心感の提供である。そういう意味で、私は自己完結型と田中先生おっしゃったように、自己完結型ではなくて地域全般で見ていく中の1つの安心感の提供を私は今まで担ってきた。

それともう一つ、沖藤先生の指摘のあった2つつくるのかではなくて、ゼロか百かという議論は大嫌いだ。老人保健施設はいろんなところに設立されている。その地域ニーズは様々である。多様性がいっぱいある。その中で過疎地あるいはどこかという限定はしないが、そういうところでは医療ニーズを求められているところもある。そこで単独型の場合は不可能に近かったが、併設型の場合は一生懸命努力してきた。

まず端的な例を言うと、我々は介護保険ができるまでは2.5対1が看介護職員の施設基準の最高例がる。介護保険ができて3対1になった。でも、そのときでも2.4対1だった。今現在、介護保険ができて数年経つが、今は全国平均では2.2対1の看介護基準をやっている。そうしたら、それだけ人が出せるんだったら老健は儲けているということを言った担当者が昔いた。私はとんでもないことだと考える。

我々は非常に医療職として経営に甘かった。でも、これだけ締め付けられてくると、やはり数字に強い大阪人を会長にせざるを得ないという団体になった。私は数字にうとい方だが。既存のことも考慮するというふうに担当課長が今おっしゃいましたから、この言葉に将来を賭けて今はぐっと我慢をする。

(大森委員長)

では、天本さん。

(天本委員)

今日の議論は在り方ということなので、まずいろんな例示を出していただいたが、これが即現実には、人員配置基準につながるとは私は思えない。重要な視点というのを田中委員からも看護協会からも指摘されましたが、やはり箱、場所によってすべてのサービスが画一的に決まることからその限界というものがあるという中において、やはり自己完結型から地域内完結型に、エピソードに応じたいろんなサービスが、利用者に個別に合ったサービスが提供される方向に向かっていくのが重要な方向性。在り方において、医療保険、介護保険においても尊厳性を尊重する、要するに選択肢を増やす、その中に看取りにおいても多様な場における看取りの場がこれからどう用意していくかという中でも、このような自己完結型のまた同じ方向に進まないようにというのは共通した今日の意見だろう。あえて強調させていただきたい。

(大森委員長)

いろいろ御意見をいただきました。ありがとうございます。

それでは、2番目のテーマであるこの転換支援に追加的な検討をすべき事項、現在検討を要しているという事項があるので、これをまとめて説明してください。

○榎本地域ケア・療養病床転換推進室長より資料2、参考資料2を資料に沿って説明。

(大森委員長)

ここは直接私どもがこれからいろいろ検討したいと考えている事項でしょう。このうち、私どもの方の議論と関係するものも出てくるが、いろんなところで検討を進めていって、具体的な案が出てきたら紹介がある、そういうことになるのか。

(榎本地域ケア・療養病床転換推進室長)

今後また私どもで更にいろんな方の意見を伺いながら検討を進めさせていただき、また6月のしかるべき時期に報告させていただきたい。

(大森委員長)

もう一つ、本日のテーマでいうところの調査検討結果が出てきていて、これを少し説明いただきたい。

○鈴木老人保健課長より別添資料を資料に沿って説明。

(大森委員長)

田中先生、一言、何か。

(田中(滋)委員)

これはシミュレーションなので、こうなるという予測ではない。シミュレーションとは前提条件を明示した上で、変数をいろいろ動かすと、それがどういう影響が出るかを見るためもの。逆に言うと、どういふ変数の影響が大きいかを見るので、どうなるという予測ではない。

例えば、借入金を幾ら入れるだろうかとか入れるべきかではなく、幾らまでなら可能になるかを計算で出している。一般に役所の話だと収支計算だけが重視される。実際に経営なさっている方々にとって見ると、キャッシュフローの方が大切で、収支が黒でも元本を返済できなければ大変なことになる。そこで、キャッシュフローにも着目して借入金が幾らまで可能か、あるいは別の言い方をすると、幾らまでなら回収にかけられるかを出していく。そうなるとの予測と少し違う。細かくしておく、今後のどういう方向に動いたらいいかを示す基礎資料になると思い計算している。

(大森委員長)

何か、このシミュレーションについて何か。

(川合委員)

ありがとうございます。田中先生にお尋ねしたいが、これはPLレベルでされたものか。それとももっと粗利益とかそんな段階なのか。シミュレーションの今説明いただいた意味が。

(田中(滋)委員)

PLです。PLと更にキャッシュフロー、両方からしている。医業収支とか医業外収支とかそういうレベルではない。

(川合委員)

それだったら当局の方に質問だが、実は御存じだと思うが、これまでは老人保健施設には退職金引当金制度というのがない。これは皆さんびっくりされるのか、そうだろうとおっしゃるのか、それは皆さんの経営感覚というか、数字感覚になる。先ほどの参考資料1の10ページのところに出典が平成15年。これは意識して15年の出典をされたのかどうか、私は意識はされていないと理解したいが、なぜ、17年、16年の資料が出てこないのか。それと同じように、退職金引当金を入れると、経営実態調査は老人保健施設は今の状態、2回ダウンをされた状態では5%ない。場合によっては独立型の単独型の場合は赤になる。そういうことを理解の上でこのシミュレーションを当局は出したのかどうか。

我々、今、でき上がって20年になるが、我々独自に、これは場所が違うが、給付費部会になったら、我々の資料として退職金引当金を引いた場合に、こういう経営実態だと皆様方に驚愕の数字としてお見せしたい。

(大森委員長)

何か。

(鈴木老人保健課長)

もしよろしければ担当した医療経済研究機構の方からと思うが。

(大森委員長)

それでは、簡単に何か説明できるか。

(医療経済研究機構)

医療経済研究機構です。今質問あった点だが、今日提出した資料の冒頭のページにもあるように、今回勘案されてない点は多くあり、今、川合委員から指摘あったように、例えば施設転換時の職員の退職金といったものは入っていないし、資料の1ページ目にあるように、補助金の有無であるとか、その他医療機器の減価償却の新たなものの発生であるとか、そういうものは入っていない。

これは概要であるので、研究報告としての最終型をまとめる段階では、その勘案できてなかった部分についてはきちっと記載をさせていただきたい。

(川合委員)

頑張ってください。

(医療経済研究機構)

はい。

(大森委員長)

木下さん。

(木下委員)

幾つか確認したい事項があるが、別添資料1ページで、主なシミュレーションの前提条件の2つめの○で、職員数は同様の加配の数で計算していると書いてあるが、実際どの程度の人数でやったか、それから先ほどからいろいろ医療の分が出てきているが、増大するであろう医療の材料費部分、その辺は加味されたのか。

それから別添資料2ページの4番目の「改修のための借入金について」の4行目だが「法人税等支払を考慮していない」ということで、これはかなり大きな計算上の問題になるので、その辺は1つ指摘しておきたい。

それと、別添資料4ページで、いずれの場合も黒字だという結果が出ているが、どの項目でもいいが、これが収益率というか、収入に対して何%程度の黒字かわかれば教えていただきたい。

(医療経済研究機構)

まず1点目、指摘のあった法人税が勘案されていない点は私どもも大変大きな問題だと思っており、本来ならば入れたシミュレーションをするべきところではあったが、借入金の存在をどう勘案するかというのも、シミュレーションの作業過程の途上で気付いたという変だが、明らかになってきた点であるので、指摘の点で、法人税の問題は重要だという認識はあるが、今回の作業でも少しそこまで追いつかなかったのが正直なところである。

それから、2点目の60床のケースの収益率で見た場合どうかだが、例えば4ページの60床の単独型の経過型療養経由というところで、例えばこのベースでも、1%下回るぐらいの、0.数%ぐらいの黒になるにしても収益があり、それほど大きな率ではない。そこは手元に厳密な数字がないので、それほど大きな数字の率ではないことだけを報告させていただきたい。

(木下委員)

よろしいでしょうか。人員配置の加配の実際のところで。

(医療経済研究機構)

人員配置の加配については現行の加配率をそのまま転換後も加配される前提で考えている。例えば、今回、30床、60床、150床という3つのタイプで行っているが、例えば、30床であれば、2.94ぐらいの加配、それから60床であれば2.47、150床であれば1.56ぐらいの加配があるという前提で作業を行っている。

(木下委員)

前回出た資料では介護療養型医療施設の看護・介護職員、それぞれ17人という数が出ていて、30人、32人という数がたしか出ていたとが、これだと80%ぐらいの加配になっているので、今の数とは少し違うような気がする。その辺を確認いただきたいことが1つ。

それと、収益率が0.数%ということだが、それで借入金が返せるのかという、先ほどの税金の問題もあるが、その検討は十分にしていきたい。

(医療経済研究機構)

はい。わかりました。

(大森委員長)

はい。天本先生。

(天本委員)

これは田中先生のおっしゃったようにシミュレーションであって、それを老人保健課長が黒字になるとかそういう収支の方に結びつけて、いかにも転換がスムーズにいくような印象を与えたということで議論になっているが、要は、ここでいろんな問題点はあるとしても、この別添資料4ページのところで見ていただきたいが、60床を進める場合も6年後からは44床になっている。これだけのベッド数が減ると。今回のシミュレーションで明確になったことは一番経営に影響を与えるのはこのベッド削減による収入減があることと、その割合には人件費があまり落ちない。あるいは固定費も落ちない。ということは、ダウンサイズのデメリットが避けられないという非常に大きな問題があることをここで私は読むべきではないか。それをこれからどのように支援をしていくかと。

今回、支援する場合も、これはハードの面の問題だが、老健の方では資料は規模別とそれから人員体制、そういうもの含めて、これから今日議論された医療の在り方がまだ出てないのに、その人員配置も決まってい。だから、そこが出ないとコストという面における収支も出ないので、早めにいろんな意味の、我々、転換する際には事業計画が必要なので、人員配置基準もだが、報酬単価とか、そういうものも明確でないと、我々とすれば転換計画はできない。

それからもう一つは、転換する際にもし改修工事が必要になれば、病棟閉鎖とか収入減のこととか、もう一つ最近耐震工事が非常に強く要求されているので、改修する際に単純に広さの間

題とかだけでなしに耐震のための基準に現行の基準に合わせなければいけないなど、いろんな問題が生じるであろうということを是非理解いただきたい。

もう一つ、ここで前提となった介護事業経営実態調査(18年3月)、これは公表されましたか。私の知る限りではまだ公表されていない。

(鈴木老人保健課長)

17年の調査結果です。18年の3月に公表されている。それに基づいて改訂をしている。

(天本委員)

18年3月に公表されているのか。では、それは資料をまた後ほどいただきたい。

(大森委員長)

ありがとうございました。それでは、お二人から。

(井上委員)

今、天本先生の方から建築の話が少し出たので、少しだけ専門ですので話したい。

1つまず1981年に新耐震基準というのでできているので、それ以前の建物については場合によっては耐震補強をしなければいけない現状は出ている。築30年ぐらい経っているから建て直すという考え方もあるが、現状まだまだ使えるという現状もあるので、全部建て替えてもいいという簡単な問題ではないだろうというのが1点。

2番目が居住をしながらずっと改修をせざるを得ない場合があることで、横に横出しして建てて一時的にそちらに入っていたいで中を改修すれば比較的短時間に改修が早く済むが、実際に、本当に継続しながらとなると工期が長期化するのと、一時的に例えばショートステイを止めたりとか、入所を一時止めたりということが現実的に必要になってくる。

急性期の場合は一時的に患者を止めることはできるが、療養病床系であればずっと患者さんはいるから、そこは非常に難しい問題だ。

それともう一点、今日はあまり話題にならなかったが、規模の問題があって、例えば新しく基準ができて、それだったら例えば60床でつくればいい、40床でつくればいいという考え方が出てくるが、今ある建物については、ではそれに合わせて40に改修できるか、60に改修できるかという、そうではないところがあって、そこへの配慮が少し必要なのではないか。

(大森委員長)

では、池田さんで最後にいたします。

(池田委員)

はい。療養病床の転換支援に関して、追加的に検討を要する事項はこれから明らかになってく

るので、1つは安定的な転換を進めるためにはできるだけ早く出していきたいが、それに当たって2つだけ留意していただきたい事項を指摘したい。

1つは、これは何度も出ているが、療養病床の再編は全国一律の問題ではない。主に西高東低であることは御存じのとおりだが、都道府県によってはなほだしい格差がある。言ってしまうと、こういった転換支援に関して何か行われる場合、地域の特性によってかなり弾力的に運営できるように、簡単に言えば都道府県にかなり権限を下ろすような形で都道府県単位で判断できるような形にした方がいいのではないかが第1点目。

もう一点は、これはいろんな委員の方から出たので、重なるかもしれないが、基本的に施設内完結型のケアはやめて地域内完結型のケアに広げていくべきだというのはいろんな委員の方から出た。そもそもこの委員会はそういう発想でできたものだと私は思っているの、そこは非常に強調されるべきである。とするならば、転換支援の方策について、施設内完結型ではなくて地域内完結型を誘導するような、例えば診療所のつけ方をどうするかとか、あるいはサテライトについていろんな規制を少し緩和して、むしろ地域の中でケアが支えられていく、そういう構造を促進するものであれば非常に積極的な意味を持つので、療養病床転換支援に関しては、1つは地域に着目して都道府県ごとに判断できるような進め方をしていきたい、もう一つは施設内完結から地域内完結型のケアシステムをつくる促進策、そういう観点で進めていただきたいということをお願いしたい。以上です。

(大森委員長)

本日は以上にするが、前回の宿題が若干あるものですから、それだけちょっと説明を。

○榎本地域ケア・療養病床転換推進室長より資料3を資料に沿って説明

(大森委員長)

それでは、今後のことについて事務方から。

(川尻課長)

それでは、今後の日程ですが、この介護施設の在り方委員会の関係については、既に各委員からスケジュールを伺っているが、次回は6月の中・下旬に開催させていただくということで、具体的な日程はもう少し調整をさせていただきたい。

以上です。本当にありがとうございました。

○大森委員長より閉会の宣言。