

委員の皆様からの意見について、井形委員と相談して事務局にも補佐をお願いしたが、この段階で少し手直した方がいいと判断した箇所が出てきているので、これから修正したり、文章を入れるということを口頭で説明するので、それで了解いただければ本日決着をつけたいと思う。

まず1ページが一番下の「また、限られた財源を有効に活用するため、現行の各サービスの介護報酬について、サービス提供の実態」の後に「サービスを利用する者」という文章を入れたい。この意見は重要なので、明示的に「基本的な考え方」の中に入れてほしい。

2ページで喜多委員からがん末期の患者のことについて指摘がありそれについては理解できるが、これは既に法律上入れ込んでいっているもので、しかも現場からも声があって今回のがん末期という表現を入れさせてほしいという趣旨になっているから、これは了解いただきたいと思う。

3ページで「さらに、」の後に「利用者との十分な意思疎通に基づく」という文章を入れさせてほしい。

3級ヘルパーについて地域でいろいろ活動いただくという趣旨を少し生かす意味で、5ページ(4)の「訪問介護」の文章のうち「3級ヘルパーについては」の後に「地域における意義を理解しつつも、介護報酬上は減算率を拡大し、3年後には対象としない」と、喜多委員の意見も踏まえて3級ヘルパーにはそういう活躍の場もあるということを生かした形に修正したい。

花井委員から指摘のあった雇用環境については、5ページの下に入っているもので、それで読んでいただきたい。

7ページの特定施設入居者生活介護について「高齢者専用賃貸住宅のうち、一定の」とあるが、「一定の」を「十分な」と改め、「十分な居住水準等を満たすものへの適用拡大」の「拡大」を削除して、「高齢者専用賃貸住宅のうち十分な居住水準等を満たすものへの適用」と修正したい。

8ページの介護療養型医療施設について、現に入院している者に配慮すべきという意見を踏まえて、「一定の期限を定めて、」の後に「利用者の実態にも留意しつつ」という文章を入れさせてほしい。全体として一番大事なことが利用者についての実態の配慮、留意なので、この文章を入れることによってソフトランディングを図っていくということを明確にしたいと思う。

以上の修正についてこれで了解いただけるか、まず修正についての御意見を伺いたい。

それから、リハビリの点は池田委員から強い意見が出たが、先ほどのように今後いろいろな意味で実態分析をしながら、とりあえず先ほどのような議論で読み方についてもいろいろ議論が出たので、今回はあの文章でいくということでご了解いただきたい。

(木下委員)

介護療養型医療施設について「利用者の実態にも留意しつつ」とあるが、前回出された資料の中で介護療養型医療施設の入院患者の中で定時以外に1日数回まで看護師が関わる必要があるという方が35%いるので、その辺も含めた解釈をお願いしたいと思う。

(木村委員)

2ページの(5)のところで、「サービスの質を確保するためには、」の後に「自立支援のための」という、あくまでも最適なサービスの組合せというのは介護保険の理念にある自立支援のためのプランとなっていくと思うので、最適なサービスの組合せというのは知らない人が読んだら利用者が自分で本当に希望したものだけという感じになるので、「自立支援のための利用者にとって最適なサービスの組合せを多職種協働により総合的に設計し」と加筆した方が、より目標が定まってくるのではないかと思う。

(三浦老人保健課長)

今、木村委員からいただいた言葉をなるべく生かすとする「利用者にとって自立支援のために最適なサービスの組合せ」ということに修正してはどうか。

(大森分科会長)

その方が国語上も正しいと思う。それでは今のように修正するというのでよろしいか。

(野中委員)

介護老人福祉施設について、重度者が増えたということに対することも必要だが、せっかく介護老人保健施設に「試行的退所」という在宅復帰の視点を入れているので、介護老人福祉施設にも「試行的外泊」という視点を入れてほしいと思う。

(大森分科会長)

これは反対するつもりはないが、ここの中に書くのではなくていいという理解で考えている。

(三浦老人保健課長)

今回計画的な定期利用というものが新しく入っていて、そういう観点から取り組むことも重要なのではないかとということで、決して在宅復帰、在宅支援機能について関係ないということではないと考えている。

(沖藤委員)

介護予防サービスの事業者評価について、これが高齢者に心理的なプレッシャーを与える可能性があると思う。あるいは事業者が評価の上がりそうな高齢者を選別するのではないかとことが言われているので、利用者の気持ちに配慮するような何らかの表現が欲しい。

試行的に導入するとあって、今後の見直しの中で一度やってみてうまくいかないようならばという含みを持たせたのだろうと思うが、わざわざこの言葉がこの項目にだけ入ってきているのはどういうことなのか教えてほしい。

サービス提供事業所の苦情相談窓口の対応が利用者、家族が納得できるような説明にな

っていないということを多く聞いている。ですから、関係者の方々の説明能力というようなものも、これはこういう文章に入るものなのかどうか、例えば運営基準の中に入れるとか、利用者が理解できる言葉で説明してほしいということを強調しておきたい。

5ページにサービス担当者会議の未実施では減算とあるが、第30回資料1-2のP11で主治医との連携がとりにくいという回答が50.2%あるので、もう少し具体性を出した方がよいと思う。

(三浦老人保健課長)

事業所評価については、あくまでも試行的な取組であり、もちろん利用者が選別されるようなことがないようにしなければいけないということについては共通意識を持っている。この事業所評価を優先して事業が行われることがないような水準の報酬にしていきたいと考えている。

苦情相談などについては、ケアマネジメントの中で「利用者の視点に立った」という言葉を入れており、そこで読み込んでいただきたい。

主治医との連携については、例えば6ページに「居宅療養管理指導」の項目があるが、居宅療養管理指導については医師・歯科医師によるサービス担当者会議への参加、あるいは文書での情報提供の徹底という形で、主治医との関係がより密接になるように取り組んでいきたいと考えている。

(横山委員)

介護老人福祉施設のターミナルケア加算については、以前出した意見書の中でも説明したとおりで、平均要介護度が3.74、後期高齢者も多く、ほとんどが疾病を有していて、7割近くが特養で最期を迎えられている。9割以上の特養の施設長がターミナルケアに取り組むべきだという調査結果も出ているし、家族や利用者も特養という慣れた関係の中で最期を迎えたいという希望もある。そういう観点からも、生活重視型というものをベースにした施設でのターミナルケアの評価はしてほしい。

いわゆる尊厳ある死をいかにサービスとして提供するかということの評価については、医療保険財政にもかなり貢献をするのではないかと考えるので、このターミナルケアには積極的に取り組んでいきたいと考えている。

外部サービス利用型の特定施設入居者生活介護について、7ページに「養護老人ホームについても外部サービス利用型の仕組みを利用できるようにする」とあるが、措置部分の人員配置、それから裁定基準の見直し等を行うことや、介護保険事業を行うための準備で現場は混乱をしている。あと3か月近くになって人員基準等がまだ示されていないということで関係者は大変困っているの、これら養護老人ホーム、あるいは経費ケアハウス利用者への影響を少なくする観点から、激変緩和措置をしてほしい。

外部サービス利用型の特定施設入居者生活介護を導入した場合、以前振興課長から要支援者に対するサービスは介護予防特定施設入居者生活介護を利用するとの説明があり、具体的な議論はこれからということで、その後何の説明もないと思うが、時間的余裕がないことが予想されるので、現在の状況を説明してほしい。

(古都振興課長)

介護予防についてはいろいろなメニューがあるが、特にこの特定施設入居者生活介護は、軽度者と重度者の報酬バランスという議論もあるので、今後の姿も考えながらどの程度のことをどうやるかということについて具体的に検討していきたいと思っている。

(遠藤参考人)

9ページに「療養病床全体の在り方について、厚生労働省としての基本的な考え方を早急に示す」とあるが、この場合にも1ページ(1)で示されている持続可能性や、保険料負担をできる限り抑制するといったスタンスであるべきである。

医療保険料も含めて、介護保険料の負担をできる限り抑制するといった考え方がここでも必要ではないかということ、保険者の立場からは、あまり適切でない施設等の利用、社会的入院等については是正するという考え方で取りまとめてほしいと思っている。

(木村委員)

ケアマネジメントをうまく進めるための提案ということで、6ページの「居宅療養管理指導」「訪問看護」等も関連するが、在宅と施設をうまくつないでいくという形でケアマネジャー、または主治医等関連する人たちと情報が共有されるが、これから運営基準等をつくっていく中で、例えば現場で支給限度額の中のものにはケアカンファレンスすることはわかるが、支給限度額の外にある居宅療養管理指導などの情報がうまく入らないということがあるので、医師、歯科医師、薬剤師も含めてあらゆる情報はすべてケアマネジャーに提供されるという形の運営基準にしてほしい。

(森田参考人)

今回の介護報酬の改定でいろいろな加算、減算、逓減制とできて、市町村保険者あるいはこれを審査する国保連でもかなり負担になると思っている。

参考資料の中で算定構造とか、事業者情報の体制一覧を出しているが、これから2、3か月の間でシステム改修をしないといけないので、インターフェイスとかレセプト様式等についても、できるだけ早く公表してほしい。

(野中委員)

2ページの「がん末期」の対応については、全体的には65歳以上の方に対しては現在でもできるわけなので、40歳から65歳未満の方に対してそれが拡大したという意味で書いた方が理解しやすいと考えているがどうか。

(三浦老人保健課長)

確かに現在でも65歳以上の方についてはがん末期でサービスを利用しているが、それでもやはり不足しているという指摘もあり、サービスを充実させる必要があるのではないかとという視点から書いているものと理解いただきたい。

(大森分科会長)

今日、皆さんに検討いただいた報告案について、さまざまな意見のうち少し直した方がいいという箇所については一任いただきたいと思います。大筋として大きく直すことはないと思っているが、精査してみて場合によっては少し直した方がいいということが出てくるかもしれないので、そういうことについては井形先生と私に一任いただくということで、本日この審議報告案について皆さんの了解がたったと理解させてもらってよろしいか。

(「異議なし」と声あり)

(大森分科会長)

問題はこれから先で、この考え方に即してこれから具体的なことを取りまとめていくことになるので、今日の審議報告を十分踏まえた上で具体的な作業を今後事務担当で進めるということを強くお願いしたい。

○ 大森分科会長より閉会の宣言

- 1 日時及び場所：平成17年12月28日（水） 午前10時30分から12時まで
霞が関東京会館 ゴールドスタールーム
- 2 出席委員：井形、池田、井部、漆原、大森、沖藤、神田（代理：浜田参考人）、喜多、木下、木村、田中（滋）、田中（雅）、対馬、永島、野中、花井、村川、矢野、横山の各委員
- 3 議題
 - (1) 介護報酬の改定率等について
 - (2) その他

○渡辺認知症対策推進室長より資料の説明。

○山崎総務課長より資料5の説明。

（大森分科会長）

改定率のうち施設分がプラスマイナスゼロと書かれている。世間は施設分についてはほとんど今回は変えないと思っているが、そうではなく施設の中でいろいろめり張りを効かせるものと理解している。

（渡辺室長）

7月の答申でユニット型と多床室との報酬のバランスということが宿題事項として残っており、また各施設について重点化すべきところなどの具体的議論も踏まえて、このプラスマイナスという中でメリハリをつけていくことになると思っている。

（木下委員）

施設の中で税金を払う施設とそうでない施設では、再投資の費用という面では非常に大きな差が出てくるので、考慮してほしい。

（花井委員）

在宅の改定率はマイナス1%と出ていて、在宅中重度を重視してこれからそこを充実していくという大きな流れの中で、訪問介護サービスが非常に重要な役割を果たしてくるだろうと思っている。その意味で、訪問介護、ヘルパーに影響する介護報酬については、上げるのは難しいと思うが、少なくとも現状を維持するようお願いしたい。

介護予防ケアマネジメントについては、地域包括支援センターが主として行うことになっているが、地域包括支援センターは他にも総合相談や権利擁護事業等、非常に重要な役割を担ってくると思う。

地域包括支援センターが権利擁護も含めてさまざまな事業を展開していくためには、創

設当初は財政的な負担はできるだけ軽減した方が事業として展開しやすいのではないかとと思う。

その意味で、介護予防のケアマネジメントに係る介護報酬については、制度発足当初の要支援の介護報酬の単位を一つの基準として、検討してほしい。

（横山委員）

予算編成の基本方針の中にも、介護報酬について経営実態調査の結果という項目があるが、問題認識として各事業で会計システムが異なっているということ、それから国庫の施設整備の交付金もないということがある。三位一体の改革で都道府県に裁量がゆだねられる中、国庫補助金の積立ての取崩をそのまま続けていって、果たして正確な実態を把握することができるのか。

それから、医療の実態調査にならって3月の単月の数値を元にして判断をしているようであるが、なぜ決算の数値にして調査をしないのかという問題もあるので、是非見直しをお願いしたい。

（大森分科会長）

では、改定率については承っておき、次に療養病床の将来像について意見を伺ってきたい。

（野中委員）

療養病床については、医療と介護の関係の中で大きな意味があるので厚生労働省内で検討してほしいと要望していたが、先ほど何回か議論を行うと言っていたが、次の給付費分科会は1月26日で、そこで報酬が決まるというのに議論がどうやって行われるのか疑問である。

この問題は施設の中に入っている人のことをどうするかということが一番大きな問題であり、その問題を真剣に考えるべきである。社会的入院というのは入院している人たちの病態だけで解決できる問題ではなく、医療機関だけの問題でもないと考えているが、そのことに対する検討が全くされていない。

新聞報道等でも、施設利用している人の健康状態が在宅に帰れる状態だからという結論をしたとされているが、例えば転換しても利用している人の費用負担がもっとかかるわけだが、それに対する調査を全くせずに、ただ単に費用がかかるからという話では、路頭に迷わせることになりかねない。そういうことをこんな短い期間で結論を出していいのか。

この問題提起に関しては意味はあると思うが、結論が先に出ている中で議論をするというのは問題である。病状が安定していて施設に入っている必要がないというだけで、その人たちを外に追い出すような議論というのは全くおかしい。

今回の介護保険法改正の中でも人間の尊厳という言葉が入ったわけだから、尊厳ある選択ができるような状況にどうするかというプロセスをもっと検討してほしいし、その議論を今後どう考えているのか答えてほしい。

(三浦老人保健課長)

現に介護療養型医療施設には多くの患者が入院しており、その入院患者の医療の必要度や実態について把握しながら進めてきたと認識している。

前回の給付費分科会の審議報告の中にも、現に入院している患者の実態にも留意しつつという言葉が入ったということで、そうした実態を踏まえて対応していく必要があると考えている。

そういう意味で、今回の介護療養型医療施設の取扱いについては、円滑に施設及び入院患者の移行が図られるように努めていく必要があるという認識を持っている。

(野中委員)

今回は費用のことばかり言っているが、社会的入院をつくったのはどういう環境なのかということを検討すべきと思う。社会的入院を現場で見ていると、やはり本人の病態とともに家族環境や生活環境を把握することが大事であり、それが尊厳ある選択をできるということだと思う。

現状で起きている問題は小児の救急医療が同じような問題だと思う。小児の救急は、昼の12時ごろに熱を出した子どもにとって本当に大事なことは、昼の12時近くに医療機関に連れて行くことである。それがなぜ夜中になるのかということを考えなければいけない。昼の12時に熱の出た子どもを親が仕事をしているのに呼び出して病院に連れて行かなければならない事がおかしい。そのことを解決しないで、ただ単に医療保険の中で解決しようとするから、費用がかかったり、小児科の医師が燃え尽きてしまうと考えている。

社会としてその人をどう支えるかということを考えていくことは、介護の社会化と同じように子育ての社会化という部分の中で地域の助け合い等をもっと考えるべきである。

医療機関の在り方と同時に介護療養型医療施設がどういう役割を果たしているのか。病状だけではなくて、その人の生活等を十分に検討して結論を出すべきである。方向性として間違っているとは思わないが、十分な議論をしてほしい。

(木下委員)

資料「療養病床の将来像について」について、総論的なことは理解できるが、具体的に見えてこないということで対応が難しい。「介護報酬上の評価について廃止することを検討する」としてここだけ平成24年度と数字がはつきり入っているが、検討して廃止しないこともあり得るのか。

「経過的類型」とあるが、これは医師数や看護師数を減らした類型をつくるということなのか。

「転換の支援等」とあるが、いつからどういう形で考えられているのか。「今後、広く議論を行いつつ」というのはどこでどういう議論をしていくかもう少し具体的に示してほしいと思う。

医療区分について、医療保険の方からは医療区分2、3を、医療区分1は介護保険ではないかという表現があるが、医療区分1を介護保険で対応することは老健局ないし保険者は了解しているのか。

意識障害があつて経管栄養をしていて喀痰吸引が7回までの人は医療区分1に入っているが、介護保険で対応することができるのか。喀痰吸引等は医療行為になり、これをだれがやるのか。看護師、准看護師でも1,890時間という教育実習を受けて医療行為をしているが、こういうことを代行していいのか。安全と法律上の問題もあり、その辺の検討をしないで介護保険で対応が可能なのか。

医師数についても、例えば老健で100人に1人の医師配置は1年間で2割しか医師がいないという計算になり、あとの8割は医師のいない状態となる。そういうところで本当に安全な医療やケアができるのか十分検討する必要がある。

介護療養型医療施設が老健や特養に転換という提案があるが、老人ホームでオンコール対応ということが前回の資料で出ていた。看護師や医師がオンコールで何分で来るのかという具体的なシミュレーションができてきているのか。

併設の病院から派遣するのであれば、早く来られるかもしれないが、夜間病院にいる看護師は本来業務をやりながらオンコールで対応できるのかどうか。オンコール対応している間、病院にその看護師はいなくなり、いない時間は病院が欠員事項になる可能性もある。簡単にオンコールというが、どこからだれが行くということが言われていない。

介護療養型医療施設へ定時以外1日数回まで看護師による直接医療提供頻度というものは34.8%という数字が出ている。前回、分科会長からこの点は確認されて、総務課長がわかりましたと答えたが、それに対してどういう対策がなされているのか。看護師による観察も当然入っているが、高齢者の肺炎の症状をどう考えているのか。

在宅療養を進めるという基本方針が示されているが、その元になる考え方、あるいは調査結果に基づく考え方があれば示してほしい。

施設から退所を促すために在宅サービスの充実とあるが、在宅サービスを充実するために必要な看護師や介護職員の数がどれだけ必要かということ及びその受給見込みについて何も示されていない。現実がどうなのかということを示してほしい。

全体的に数字としては非常に合理的に表されているが、利用者に対する温かみが一切感じられず、非常の冷たい感じを受けている。

(山崎総務課長)

急に言われてもメモを取るだけでも精一杯なので、別途項目を出していただき、その中でできる限りの範囲で答えたい。また木下委員の指摘のかなりの部分は一体今後どうするのかということで、療養病床の取扱いの具体像をもう少し明確にすべきではないかということが主眼ではないかと思う。

逆に言えばこの介護給付費分科会もそうであるし、医療制度関係の医療部会、中医協もある。今回、医療構造改革推進本部でこういう形ができたが、これで政策が決まったというわけではない。療養病床の話は、省全体としてこの議論を進める必要があるので医療構造改革推進本部で検討項目を決めたということである。

あらゆる検討が各局にまたがる事項であるため、今日いただいた指摘は後で十分整理した上で、報告したいと思っている。

(木下委員)

厚生労働省として検討と書いてあるが、そのことが十分果たされていないということを危惧している。

(矢野委員)

厚生労働省として、部局横断的に新しい案が示されたというのは大変結構なことだと思うが、なぜこれを行うのかという目的をはっきり示す必要があるのではないかと。

私の理解では、社会的入院とか社会的入所の是正ということだと思う。介護保険制度が発足して以来の課題に対して一石を投じることになるかと思う。そのような目的をはっきりさせて、国民の理解を得ることが大事ではないかと思う。

転院・転所の場合のサポート体制については、よく考える必要があると思う。

平成23年度末という計画の終点が示されているので、それまでのプロセスを固めていく必要があると思う。

間際になってから行うのではなく、毎年作業を進めて最終の目標に達するということができないといけないと思う。

(対馬委員)

この介護給付費分科会として是非早急にやってほしいということに対して非常に早いタイミングで将来像が出され、いろいろな部局にまたがる箇所を整理したことについては評価したいと思う。

確かにいろいろな問題があるが、年次計画を決めながら一つひとつやっていくことが大切だと思う。介護型と医療型の現在の状況がこれでいいという方は恐らくいないと思うので、是非前向きな検討をしてほしい。

(田中(滋)委員)

介護療養型は6年後に廃止を検討すると書いてあるが、これは介護保険法上の位置付けの変化であって、社会的役割としては転換と言え、十何万床がこの世から消えるのではない。

そうなると、業態転換に伴う移行のモデルをきちんと示す必要があり、転換先として、一般病床、医療療養病床、老健等さまざまな転換の方式があり得る。それぞれの構造基準や人員基準や参酌基準を理解しなくてはならない。わからないままに単に転換するのは、社会的資源の無駄遣いである。

地域ニーズに合った形で、かつ経営者としてのビジョンに合った形で転換するにはどうしたらいいかということを考えるモデルを皆で考える必要がある。

2ページに「助成等所要な措置」の「等」に入っているかもしれないが、これは金銭的助成だけで済む話ではなく、その転換が得だからとか、何とか駆け込んでおこうという転換にしてしまっただけではいけない。

(池田委員)

この問題は平成7年の審議会のときからの議論で、ある意味でびくとも動かなかったものがこのような形で明文化されたということに関しては高く評価したい。

ただ、療養型病床群に限ってみると地域格差が極めて大きいという問題をどうするかということがある。療養病床の最も多い高知県と最も少ない宮城県では、高齢者1人当たりにして13倍という大きな差がある。したがって、居住の質を中心とした新しいサービスに転換するという事は療養病床が比較的少ないところについてはかなりスムーズに動いて、介護保険の財政にもそれほど大きな影響は与えない。問題は、療養病床が極めて多いところで例えば老健施設あるいは特定施設である有料老人ホームに転換をするとどういうことが起きるか。療養病床が老健に移れば要介護5の場合、1人当たり費用は46万円から35万円になり、いい影響を与えるだろうし、特定施設に移れば現段階で、46万が24万になりいいことだと思うが、そこにどまっただけののだろうか。療養病床の過剰な地域では病床数を減らすということを最初から目的意識的に持っていなければいけないと思う。

例えば、療養病床はいっぱいあるが、急性期病院は全然ない地域がある。療養病床を急性期の方に戻ってもらう。そういう割と地域的な状況に着目したきめ細かい誘導策というものが必要になってくるので、その辺はかなり丁寧なモデルとか、地域ごとに見た移行策をある程度示していく必要があるのではないかと思う。

(漆原委員)

療養病床がこれまで果たしてきた役割は大きいと思うが、療養病床に入院している方というのは整理し切れない部分という現実もある。

病態あるいは介護の必要度だけではなく、住んでいる地域社会、家族環境等に十分配慮した形のものが必要と考えている。

医療の療養が医療必要度で決まるという話について、老人病院の歴史からすれば、高齢者医療のなかなか発展し切れなかった部分をずっと背負ってきたところがあるから、介護と医療という保険制度の中でもう一度医療保険の中で療養患者を受け入れるならば、介護という視点を加えた上での高齢者医療、あるいは療養機能医療も組み立ててほしいと思う。

最後に、転換先として老健施設と書いてあるが、今の老健施設がどういふふうに関後10年先に変わっていくかということも大きなテーマであるが、今の療養病床の患者をそのまま老健に移したときに、老健の機能がそのまま整理できるとは思えない。老健の機能、設備、人員基準に合わせて、介護保険制度全体の施設の見直しを並行して進めてほしい。

(井部委員)

療養病床については、医療保険に移行するとしても医療に特化するという考え方を、病気の診断と治療という限定をすると、療養病床は必ずしも病気の診断と治療を積極的に行うというよりも、療養ということを中心とすると、狭義の医療よりもっと幅広い看護とか介護といった機能を充実させて療養病床を構築しなければならないと思う。

その意味では、医療必要度ということの中に看護や介護、ケアの部分が非常に必要であるということをはっきり示してほしい。

(喜多委員)

介護保険の出発当時から、この在り方についてややこしいと主張していたので、この方向づけについては評価したい。

そうそうたる方がこの推進本部の組織に入っているが、本当に実態を知って議論を十分にやっつけられる体制かどうか心配である。具体的に皆が心配していることを、専門家が少ない人数で短期間にやる必要があるのではないかと思う。

推進本部のメンバーが1年続いて審議に参加することはないだろうし、メンバーが代わればまた議論は初めから始まるわけなので、できるだけ早く進めてはつきりしてほしい。

(沖藤委員)

このようなことを将来的に検討していくということには、反対ではないが、もし介護保険の施設に組み入れられた場合、末期のときにはやはり医療ニーズが発生するのではないかと思う。そのときは医療施設に移されて、安定するとまた戻されるという状態になるのか。つまり、必要な医療ニーズが介護保険施設においても配達されてくるということなのか確認したいと思う。

それから軽度の方がマイナス5%になっているが、ホームヘルパーの支援があつてこそ暮らしていける軽度の方が結構いて、そういう方に不安が広がっている。この改正に関する情報が届いていない気がするので、今後高齢者、特に軽度の方が安心できるような制度の説明をお願いしたい。

(磯部老健局長)

各委員から建設的な意見をいただいたので、これを推進本部のメンバーに確実に伝えたいと思う。療養病床の問題は6年かけてこういう目標に向かうということで、今入院している方をすぐどこかに移すということは考えていない。平均的に言えば今、療養型に入っている方の平均入院期間は1年10か月くらいなので、基本的には今入院している方をどこかへ移すということにはならなくて、今後入院する方にどう対応するかが問題と思う。

沖藤委員が言われた最後のところで移らないようにしていける方法、今回の介護報酬でも看取りということに相当重点を置きたいと思っているが、そういう方向でやっていくにはこれから6年かけてどういう施策を充実させるか検討していきたい。野中委員の指摘にあった在宅についても、6年かけてできるだけ社会的入院の方が地域で暮らしていけるようにする方針を出していきたいと思う。

(三浦老人保健課長)

今、介護報酬の中身を詰めているところで、都道府県あるいは市町村と連携しながら全体の考え方を更に浸透させていくことは必要であり、さまざまな機会を通じて引き続き努力していきたい。

報酬が決まれば、その内容に基づいて更に具体的な話ができるのではないかと考えている。

(永島委員)

この話が出てから、療養型から出されるのではないかとか、あるいは出てほしいということと言われたとか、既にうわさは聞いている。認知症の人に関しては医療必要度だけではなくて、例えばほかの施設からケア上困難な人が療養型に移されて、薬を過剰に投与されて静かにさせられて、挙げ句の果てにすごく早い期間で体が弱ってしまうというケースもうわさで聞いている。

前の介護保険部会のときからずっと主張しているが、認知症に対して正しいケアがされていない。介護をしている家族は不安であるということをお話したい。

(井形分科会長代理)

介護保険導入時、福祉施設の整備がほとんどなされていなかった背景から介護保険対応の療養型病床をお願いしたという雰囲気があった。今これだけ施設が整備されてきて、見直しが起こるのはやむを得ないと思う。

看取りの件については、療養病床の方が看取りに対応しやすい側面があつたわけだが、多くの方がほぼ末期なのに、今まで介護保険でターミナルを余り重視していなかったから、ターミナルは我々の責任ではないという施設があるわけである。

安らかな死は長寿社会のキーワードであり、客観的に救命が難しいということが断定されるようなケースについては、福祉施設全体でターミナルに対応するシステムをつくっていく。それが今度の見直しに入っているから、療養病床がなくなるから死の対応ができなくなるということにはならないと思う。

(野中委員)

ターミナルも含めてケアマネジメントがいかに大事であるか。福祉施設に限らず、ターミナルに関してもケアマネジメントの中で本人が今後どうしたいのかを病状に合わせてきちんと考えて、その生活をどう支援していくかということがターミナルであり、末期の死の現場だけではなくて、生活されているときから何をどうするかという作業をいつも話し合っていくことがケアマネジメントの根底であるということを確認しなければいけない。

福祉関係者を非難するつもりはないが、死に近付いたら医療に任せればいいということがあつた点をお互いに反省しながらつくっていくことがターミナルケアの原点だと思う。

以前にも質問した気がするが、徹底的にケアマネジメントをしたときに新予防給付のサービスではなくて従来の介護サービスが必要だと判断される場合に、厚労省としては、きちんとしたケアマネジメントの中で使えると答えがあつたと思うが、現場では新要支援と判定されたら新予防給付しか使えないという認識であり、それで生活がつくれるかどうかという不安が先ほど沖藤委員が言われたことだろうと思うので、厚労省の方できちんと答えてほしい。

それから利用者にとって施設は療養型だろうが、老健だろうが、特養だろうが、施設であり、利用者にとって施設、在宅とは何なのかを医療構造改革推進本部でちゃんと議論してほしい。

(三浦老人保健課長)

新予防給付利用者、つまり要支援に属する方が従来のサービス、つまり介護給付を同時に利用できないかということについて、制度上は新予防給付は要支援者、介護給付は要介護者という形で区分けがされている。

そういう点では、直接的に介護給付を利用するという事は制度上難しい。一方で新予防給付はケアマネジメントのサービスを含めて16種類のサービスがある、その内容としては重度の方のサービスを見直ししながら、軽度の方に合う仕組みとして位置付ける形で内容の検討が進められたものである。従来サービスが利用できないからと言って直ちにその方の生活を支えることができないということにはならない。むしろケアマネジメントの中でどのようなサービスが個別に必要なかということを十分議論して、どのような配慮をすれば軽度の方の生活が維持できるのかが重要だと思うので、野中委員が言われるようにケアマネジメントが特に重要なのではないかと考えている。

(木下委員)

先ほど局長から介護療養型医療施設の平均在院日数が1年数か月と説明があったが、あれは退院された方の平均の在院日数ということで、今入院している方の平均在院日数ではない。長期入院している方は何年も入院しているので、そこは理解してほしい。

(大森分科会長)

資料の中で都道府県の方から特定施設について、今のところコントロールできない仕組みになっていて相当危惧感があって、強い要望書が出ていまして、先ほど総務課長から、これは法律改正事項で対応するという趣旨の話があったと思うが、都道府県は相当関心を持っているので、もう一度説明をお願いしたい。

(山崎総務課長)

三位一体の関係で、要望書を見るとわかると思うが、今回の三位一体の中で政府、与党において決まった内容としては、施設整備自体の見直しとともに施設等の給付費に関して国、都道府県の負担割合の見直しとなっている。

これはいろいろな議論があるが、これを最終決定という形で政府として決めている。施設という部分で具体的にみると、老人福祉施設、老健施設、療養病床に加えて特定施設も入っている。特定施設というのは在宅という扱いにはなっているが、基本的にこれはあるまとまりの集団をつくっていくという形態なので、これに関する指定権限ということで考えた場合には都道府県にコントロールしてもらうという形になっている。

今の法律でいくと、今回介護保険法を改正して来年の4月から変わるわけだが、その特定施設のうちの介護専用型ということで最初から要介護者が入るものについては都道府県において計画をつくって、一定枠で調整できていけるが、健康な方が混ざって入るというケースについては、今のところそういう手段を持っていない。ある程度の責任を都道府県が負うのであれば、介護専用型以外の特定施設についても都道府県として調整できるということも合わせて検討してもらわないと困るということを指摘いただいている。

施設給付等に関する負担見直しも法律事項なので、三位一体関連法案の中の1つとして

介護保険法の改正を予定しているが、その中で都道府県における指定に関する権限について見直しを行って、都道府県の要望にもこたえることのできるような検討を進めていきたいと考えている。

(大森分科会長)

この分科会において9月から今回まで12回にわたって来年4月の介護報酬改定に向けて議論を行ってきた。今回は、これまでの議論を踏まえて審議報告を分科会として取りまとめ、また本日事務局より説明があったとおり、次期介護報酬の改定率も政府で決定されたところである。

そこで、今回はこれまでの議論を踏まえて、事務方から具体的な介護報酬単位、指定基準の見直しに係る諮問案を提示してそれを議論したいと思っているが、それでよろしいか。

それでは、皆様の賛同を得たということで、事務方にその準備をしてもらうこととして本日は以上で閉会とする。

社会保障審議会 第39回介護給付費分科会議事録

- 1 日時及び場所：平成18年1月26日（木） 午後3時から6時
厚生労働省専用第15会議室
- 2 出席委員：井形、池田、石井、井部、漆原、大森、沖藤、神田（代理：今井参考人）、
喜多、木下、木村、見坊、田中（滋）、田中（雅）、対馬、永島、野中、
花井、村川、矢田（代理：森田参考人）、矢野（代理：松井参考人）、横
山の各委員
- 3 議題
 - (1) 平成18年度介護報酬等の見直しに係る諮問
 - (2) その他

○三浦老人保健課長より資料に沿って説明。

（田中（雅）委員）

介護予防訪問介護について、資料1の骨子においては利用者の方々のケースによって厳格化するという表現であり、概要でも本人が自力で家事等を行うことが困難な場合であって、家族や地域における支え合いや他の福祉施策がないなど、代替サービスが利用できない場合という表現となっている。

こういった制限は利用者本人のみならず、同居している家族介護者にとっては非常に不利益な状況になると思っているが、このような形で減額されることによって4月以降の介護予防に混乱を来すのではないかと懸念をしている。

（古都振興課長）

従来より訪問介護の利用者についてはこのような大体2点の趣旨で生活援助を行うという通知をしてきた。今回、介護予防をつくるに当たって、介護予防ワーキングチームでもこのような趣旨で報告を受けていて、そういった流れの中で本報告がまとめられたと理解している。

この点については、当然適切なケアマネジメントということが非常に重要になるので、利用者に混乱を与えるというのではなくて、真に必要な方にきちんとしたサービスがいくように適切なケアマネジメントを行うという趣旨であることから、従来の延長の中できちんとやっていくという理解をしている。

（野中委員）

30ページに看取り介護加算というものが創設されており、医療の世界では亡くなったということを確認した場合には算定が受けられる。それから、訪問看護でも例えば24時間以内にほかのところで亡くなった場合には算定できるとあるが、施設、居宅で死亡と、

それから上記以外で死亡ということは看取らないことも評価すると理解しているのか。

これは、介護の世界では今までやっていないからそれを評価するというのはわかるが、私は看取りは死んだか、死なないかということも大事ではあるがその過程が一番大事と考えているが、なぜこういうことを評価すると提案したのか。

逆に言えば、上記以外で死亡という部分を提案しなければならない理由があったかどうか、それを質問したい。

（川尻計画課長）

看取り介護加算ということで、いわゆるターミナル加算という言葉と使い分けをしているわけだが、まず終末期になったということを確認してもらい、多職種連携の体制を組んだ後にそれなりのケアをしていく。看取り介護をしていくということの評価するという考え方に立ったものである。

施設内あるいは家族の希望により最期は居宅で迎えたいという場合、160単位の加算という形でやっているが、それ以外でも家族の希望や急変によって医療機関に行くということも考えられる。

そういう場合には、いずれにしても施設において看取り介護をやっているときだけを評価するというので、居宅に行った期間、あるいは医療機関等に行った期間には加算は付かないという形になっている。また、そういう場合でも必ず特養の方は家族等と連絡を取るような形で、最期の看取りまできちんとケアをしていく。こういう整理をして、今回看取り介護加算という形で評価をしてはどうかということで諮問している。

（野中委員）

看取りというのはそんなに頻繁にあるわけではないし、この部分の中でそういう体制を評価してあげようという気持ちも私は理解できないわけではない。

ただし、そんなに看取りというものを最期に体制までしなければならぬというか、現場の中でしなければならぬことなのかどうか。これはこうやって語ると、それはしなければならぬという話はわかるけれども、医療の現場では最期まで責任を持つという部分で評価されているわけであって、何で介護だけこんな評価をされるのか。

少なくとも施設で亡くなったのだったらその体制を配慮したということとわかるが、その体制というのは何を体制にしているのか。言葉としてはそういう体制を強化することとはわかるけれども、例えば特養の看取りという部分ではどういう体制を強化するか分からない。

（川尻計画課長）

この概要にも書いているが、特別養護老人ホームにおいて夜間は看護師は置かなくてもいいということになっているが、まずは夜間におけるオンコールも含めた24時間の看護職の連絡体制をとった上で、なおかつ多職種連携で、家族と1週間に1回程度はいろいろな連絡を取りながら、家族、あるいは本人の意思も確認しながら、終末期にふさ