

それでは、今のような修正をしたもので答申をしてよろしいか。
（「異議なし」と声あり）

○山崎総務課長より療養病床の関係について資料に沿って説明

○渡辺室長より要支援者に係る支給限度額について資料に沿って説明

（木下委員）

資料5の説明だが、介護療養型医療施設は廃止を前提として検討されているということは、前回から言っているとおり非常におかしなことだと思っている。本来、この分科会は費用について検討するところなので、そこで制度について話が出るのはおかしいと思う。

それから、医療の安全とか介護の安全ということが全く無視されているのはいかがなものか。患者さんが困らないようにと、数字の上でクリアに表現されているように見えるが、これには3年のずれが隠されている。次の参酌標準の見直しは3年後ということで、その3年間の対策については全く触れられていない。その間で介護療養型医療施設の中で医療度の低い人たちがどこに行くかということは全く議論されていない。

医療療養が24万床あると、その半分の12万床、12万人が行く先がないということになる。その検討が全くされていない。転換すればいいという話があったが、それができるのは3年後ということになる。3年というのは非常に大きなブランクであり、利用者の安全や権利等は全く無視されていると感じている。

厚労省の中で意見集約がされたという話だが、現場から見るとそういう雰囲気は感じられない。3年間、12万人がどこで医療や介護を受ければいいのか検討されていないことに危惧を感じている。実現性がある時間的なずれがないような検討がされなければならないのに、短期間に検討されるのは大変な混乱を招いてしまう。安全・安心というものが無視されて、医療や介護の基本である医師、看護師等を減らすのは、建物で言えば鉄筋を減らすことと同じではないかと思う。

医療や介護というのはすぐ患者や家族の身に降りかかってくることなので、慎重に考えていかないと、混乱や国民の不安を増すことになる。そういう視点を忘れないで検討していかなければいけないのに、この分科会や厚労省の中で検討されているメンバーは、現場を知らない人たちだけで検討されているので不安を感じている。

（田中（滋）委員）

介護療養病床という名称の廃止であって、別に建物がなくなるわけではないけれども、療養病床廃止という書き方でニュースが出るから、一般にはどうなるのかと心配されているが、これは機能に応じた再編成の話をしているのだと思う。

療養型病床は社会的役割を十分に担ってきたと思う。そこで果たしてきた機能の名前を病床と呼ぶかどうか問題があるのであって、機能が要らないと言っているのではな

い。その機能は重要だけでも名称が違うことをここでは討議している。これは制度を決める話ではないと解釈している。

大切なのは今、言われた鉄筋に守られたものが施設の中にいる人だけでは逆におかしくて、鉄筋に守られた安心感を地域に出していく。機能を地域に展開していく。院内で果たしてきた機能を地域に展開していくことこそが、今まで果たしてきた機能の充実、拡大だと考える。

11ページや15ページの図は、箱の名前が変わる転換の図しか書いてない。これは確かにあるだろう。ほかの箱に名前を変えて建物としては残る。それだけでは療養型病床群が果たしてきた機能のプラスの方向への転換には足りないと思う。機能の再編を目指すときには更に地域の在宅生活を支援するために療養型病床の形の変化、再編についても厚労省は応援して補助金や研究を進めるべきだと考える。

（野中委員）

田中委員も言われたように在宅復帰施設や在宅支援型の施設に変わっていくことを視野に入れながら、施設を考えるべきだと考えている。

厚労省からの提案はその言葉を利用しながら自らの都合のいいところについているところが、今まで介護療養型で患者を守ってきた医師にとっては憤りに絶えない。

それから、医療の必要性が低いから簡単に退院できると考えていることもおかしい。なぜその人たちがそういう施設に入らなければならないのかということも国が考えながら、医療法をはじめさまざまな部分で協議して、今後検討したいという提案であれば聞くに値するが、唐突にお金がかかり過ぎるからという提案のように感じている。

確かに国民にとってこういうものが高いいと言われる意味はわかるが、地区で患者と話をしながら、患者が最近言われることは、病院から出て行けと言われたということである。なぜ病院から出て行けと言われるのか。在院日数を減らせという意味は医療従事者としてよくわかるが、長期療養という部分と在院日数を一緒に考えることはおかしい話だと思う。在院日数を最初に掲げているということはおかしな視点で、ある面では患者に出て行けと国が言っていることだとこの問題はとらえてほしい。

国民にも、医療を提供する者にも、将来の在宅の人たちが住み慣れた地域で生活できるようになるという視点でこのことを考えてほしいし、日本医師会では今回介護保険委員会で「高齢者医療・介護において果たすべき医師・地区医師会の役割」という答申をしている。この12ページには、医師として地域の住民が住み慣れた地域で生活するためには、まず急性期病院から退院というものを考えることが必要としている。急性期病院で在院日数を減らすために、退院を考えたどこで住めるのかを判断しながら、介護三施設も含めていくということで提案している医師の姿勢も理解してほしいと思う。

介護三施設の中に医師が関係しているが、その中では不幸な人を出さないという視点で施設を運営しているから、平成12年時は4対1の病床を6対1にして、社会的な入院を受けてほしいということで施設をやったにもかかわらず、今度はそれを廃止するという話はおかしいし、患者が出ていかなければならないが、どこになるのか。

だから、この提案は難民をつくることになり、難民の解決策をきちんと考えてから提案するべきであるので、慎重に検討してほしい。

(山崎総務課長)

資料の4ページにあるが、これは今回まさに在宅を中心に置いて考えていきたいという趣旨である。退院した後、介護、医療を含め居住的な場、生活重視の場において在宅医療の重視を念頭に置くところが最終目標であり、ベースにあるのは在宅だと考えている。

(野中委員)

国民にとって在宅というのは何なのか。在宅に行きたいが、それを選べない要因は何なのか。それは病気が軽いから在宅に住めるといった話ではなく、社会的な部分について厚労省の職員が現場に行き説明してほしい。

何が困難なのかという原因をつかまないと、この人は病気が軽いから退院できるという話は通用しない。現場の関係者は苦労しながら次の施設に移ってくださいという説明しているが、それを一方では追い出されたと表現をする人たちもいる。自分で家に戻れる人はいいが、戻れない人がいて、それは家庭の中の問題をはじめいろいろな社会的な問題がある。

その辺を検討しながら提案するならば理解できるし、在宅がいいかどうかは国民が選ぶのであり、制度により選ばれるものではないことを理解してほしい。

(池田委員)

この問題は客観的に考える必要がある。まず、日本の医療はWHOが総合評価で世界第1位にいつも評価しているからレベルが高いということは承知している。ただ、総合評価第1位ではあるが、OECDと日本を比較したときに3・3・3の法則という問題が残っている。

3・3・3の法則というのは、まず病院のベッド数がOECDの3倍多いということ。2番目に、医療従事者がベッド当たり数がOECDの3分の1しかないということ。3番目は、その結果として入院期間はOECDの3倍長い。これは最近変わってきたから余り簡単に3・3・3とも言えないが、これは基本的な日本の医療の問題であり、これをどうするかということを中心に置かないと議論がゆがむと思う。

社会保障的に考えれば簡単な話で、ベッド数を3分の1にして、医療従事者をそのままにしておけば、結果的にOECDと同じになり、入院期間は濃厚治療によって3分の1に短縮されるかもしれない。それによって得たコストは、日本は医療コストがOECDでも非常に低いので、医療スタッフに配分することが可能になる。このように単純な解決策はあるが、現実にはさまざまな利害で動かなかったことがある。これが急に動き出したということで、従来解決できなかったことについての第一歩であるという認識が必要ではないか。

それから箱物の名称が変わるだけととらえる人もいるし、箱物の名称が変わって、しかも中の居住環境あるいはケア環境が改善していくという見方もある。そういった意味では、既に入所している方が追い出されるという事態は基本的には起こりようがないはずである。

6年間というのが長いのか、短いのかというのはなかなか難しい問題であるが、療養病床もほかの施設も出入りは結構あり、その出入りの中でずっと残っているのは何人になるのか。その間の経営が成り立つように、どうやってうまく転がしていくかという議論をした方がいいと思う。

施設から出られない人たちは、本当に好きで入ったのだろうかということからまず始めなければいけない。先ほど野中委員が社会的入院は身体拘束ではないかと言われていたが、本当にそのとおりだと思う。長岡のこぶし園の小山さんは、施設に入っている高齢者はほとんど拉致されてきた人と同様だと言いかもする。そこから議論を始めなければいけない。

現実に入っている方をどうするかというと、経過的に施設入所を継続せざるを得ないことはわかる。そこをどうやっていくかということで重要なのは、さまざまなデータを分析していて、訪問看護と療養病床の分布関係で発見をした。

療養病床も訪問看護も非常に少ない地域があるが、それを取り除いて考えると、療養病床の多い地域は訪問看護が極端に少ない。療養病床の少ない地域は訪問看護が非常に大きく伸びている。むしろ医療機関が地域の在宅医療のセンターとなっていくということをロマンを持って構築していくことが必要ではないだろうか。

箱物に転換するというよりも、例えば療養病床の高齢者1万人当たりの比較でいうと、最も少ない宮城県と最も多い高知県というのは13倍の差があるが、宮城県の高齢者は悲惨な状況に置かれ、高知の高齢者は幸せな状況に置かれているとは思えない。つまり、某地域には療養病床がいっぱいある一方で、急性期の病院はほとんどない。

そういった意味で、今回大きな岩を動かし始めたという感があるので、この動きを止めることはやめてほしい。ただし、さまざまな細かい問題があるから、そこは注意して、しかも6年という期間は長そう短そう、短そう長いのだが、現実的な着地点というか、医療と介護のうまい整理を全体として意識を持って進めることが必要ではないかと思う。

(松井参考人)

野中委員のお気持ちはわかるし、現場で支えている関係者の方々には敬意を表したい。しかしながら、この状況を変えずに、今後もこの介護保険あるいは医療保険の仕組みの中で療養病床を維持していくことには疑問を感じている。やはり医療度の必要度に依って療養病床が変わることは避けられないと思う。

他方、医師には今後とも、在宅で療養可能な仕組みづくりに協力していただきたい。今回の中医協の議論でもそのような方向性は出てきているので、6年間をかけて取り組んでいただきたい。

その際、都道府県にお願いしたいこととして、介護保険施設だけではなく、特定施設も含めて、今後参酌標準の中に入れていくことを聞いているので、きちんと両者のバランスが取れた形で、入所・入居されている方が最終的に行き場がなくならないような方法を目指して取り組んでいただきたい。

(村川委員)

先ほど木下委員から本来この分科会は介護報酬を中心に議論するべきではないかという趣旨もあったが、介護報酬と運営基準、あるいはサービス体系ということからすると、療養病床を含む施設のあり方等の議論も含めて分科会長の下に検討されることが大事ではないかと思っている。

また田中委員からも地域のケアシステムの確立の話があったが、配られた日本医師会の介護保険委員会のパンフレット35ページにも記載があり、地域ケアの一つの方向性として各地の市町村、地域包括支援センター、あるいは社会福祉協議会等の福祉関係者、また医師会、医療スタッフの役割も含めた考え方も示されているので、それらも含めて継続して審議を深めてほしい。

(大森分科会長)

この療養病床に関する事柄については法改正をしてもらわないとできない。したがって、法改正を踏まえて制度改革がどう行われるかということにもよるが、仮に法改正が行われて転換が行われるようになると、必ず介護報酬問題が起こり、経過型の施設についての報酬基準を決めていかなければいけないので、その時にはこの分科会を招集して、きちんと議論して調整することになると思っている。必ずそうなるかどうかは法律改正、制度改革のmatterだということで、本日はこの問題については以上としたい。

○大森分科会長より閉会の宣言

- 1 日時及び場所：平成18年3月9日（木） 午前3時から5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：池田、石井（代理：森岡参考人）、井部、漆原、大森、沖藤、神田（代理：浜野参考人）、喜多、木下、木村、見坊（代理：斎藤参考人）、田中（雅）、対馬、永島、野中、花井、村川、矢野、山本、横山の各委員
- 3 議題
 - (1) 療養病床の再編等について
 - (2) その他

○渡辺認知症対策推進室長より資料1の説明。

（大森分科会長）

医療のところで、診療報酬の区分によって変えたということだが、どのくらい下がったか説明してほしい。

（三浦老人保健課長）

診療報酬の関係について、今回は慢性期入院医療に関わる評価ということで、ADLの区分が3段階、それと医療区分が3段階の、3掛ける3のマトリックスになっている。

基本的な報酬としては療養病棟入院基本料という名称で、その中で医療区分が一番高い部分では、ADLに関係なく1日当たり1,740点で、医療区分が一番低い部分、かつADLの区分が一番薄い部分については764点になっている。

（木下委員）

提出資料1ページの下の方の表「医療保険適用、介護保険適用、それぞれに入院する患者の状態」で、35.4%、37.8%が「容態急変の可能性は低いが一定の医学的管理を要する」とあるが、「一定の医学的管理を要する」という部分を今回は全部切り捨て、老健や在宅でという言い方をされている。急変の可能性はなくても慢性期の医療というのは必ず必要なので、それをどこでやるかという議論を真剣にしなければいけないのに、それなしで介護療養型医療施設の廃止が決まって、利用者に迷惑がかからないかという議論が全くされていない。

それから、前に在宅サービスが充実されるかどうかというシミュレーションが全くされていないが、どういう予測をしているのかという質問をしたが答えてもらっていない。医療や介護で働くスタッフの数が減ってきて、介護の職員が集まらないという現状で、野中委員が指摘されている在宅サービスがどれだけ充実するかという議論が全くされていない。その分が施設に入っていることを前から指摘されているが、その予測がされていないことに不安を覚えている。

介護の現場にどンドン人を引っ張り出すということも言われているが、そこをむやみに引っ張り出すということは長期的に見れば少子化に拍車を掛け、国にとってマイナスの要因になるので、そういうバランスも考えていく必要があるのではないかと。

介護保険が介護の社会化ということが目的で挙げられていたが、施設をなくして在宅充実ということでかえって家族に負担をかけているのではないかとということが沖藤委員から指摘されていたと思う。しかしながら、その議論が全くされないで、一方的に介護療養型を廃止して在宅に放り出してしまっているのか疑問である。

前回、介護保険3施設の比較で、特別養護老人ホームの1か月当たり、1人当たりの費用が31.9万円、老人保健施設が33.3万円、介護療養型医療施設が44.2万円という数字が出ていたが、この積算根拠を示してほしい。同時に、特別養護老人ホームの外出しの出来高部分の医療費がどれぐらいかかっているかというデータも出してほしい。

また、前回資料で療養病床は他の介護保険施設に比べ1人当たりの費用が高く、療養環境においても長期の療養を前提とするものとはなっていないという文章がある。介護療養型医療施設の基準は事務局の提案によって当分科会で決めた基準に沿って運営されているわけで、前提となっていないという責任を取るのには、少なくとも現場の者ではない。

今日私が出した資料の1ページ「療養病床の環境および人員配置状況等について」の1に4床室当たり平均平米数か書いている。これは昨年の9月に659病院で調べた調査で、1人当たり8平米以上確保しているのが全体の42%あり、介護療養型医療施設が長期の療養を前提とするものではないといった文章には怒りを覚えているので、事実に基づいた言葉に変えるべきである。

資料「療養病床の再編成」の2ページ真ん中の表で、一番左に療養病床医師3人、看護・介護6と書いてあるが、これは最低基準で、あえて低い方の基準だけ書いてあるのはおかしい。

また、介護保険適用13万床、医師3人、看護6対1、介護6対1と書いてあるが、これも5対1、4対1という報酬上の基準があるのに、それを書いていないのは不正確な資料である。説明の中でも、経過型のところには医師2人、看護8対1、介護4対1と書いて、介護を厚くするということがあったが、現に4対1という介護も存在し、そこは医師数が減って看護師数が減っている基準ということになる。

私が出した資料の1ページ「介護療養型医療施設の看護・介護職員配置状況」を見れば、実際に現場では4対1が566病院で545病棟、5対1、6対1はほとんどないという状況にあることを認識してほしい。

あと看護、介護について、看護においては125%、介護においても115%の加配が行われている事実についても認識してほしい。

2ページ「患者100人当たりの人員配置と1人にかかわる時間」では利用者1人当たりで実際にどれぐらいの時間のケアを受けられるかということを表しており、直接ケア、間接ケア、記録、準備等の時間がすべて入ったもので、医師については医療療養では9分、老健では3分、看護職員については医療では74分、老健で30分、介護職員も同じような数字が出ている。これだけ差があるものを一気に転換すると、最終的には、医師の関わりは3分の1、看護と介護を合わせても3分の2の時間しか関われないことになる。こういう

状態で介護療養型医療施設を利用している患者の医療やケアが十分にできるかどうかという事は今後慎重に検討しなければいけない。

老健の医療の在り方については検討するようにと書かれていますが、以上のような資料から医療提供の在り方については慎重に考えないと、悪くすると社会混乱を起こす可能性もあるので、そこは慎重に審議していただきたいと思います。

かつて認知症ケアには回廊式でなければならないと言われ、最近になってそれは否定されている。介護療養型医療施設についても介護保険が始まって6年で廃止という、前に言ったことを否定する動きが出ている。

ユニットケアについても今、盛んに言われているが、これも廃止と言いかねない。ユニットケアを進めるのならばどういう介護の状況の人にユニットケアがいいのか、あるいは費用対効果のデータを出さなければいけないと思っているので、その辺も含めて今後の審議をお願いしたい。

(三浦老人保健課長)

在宅サービスの充実ということで、前に質問いただいた部分については今後、介護保険事業計画などを含めて計画的にその整備を進めていくというのが基本的な考えであると思っているが、一方で今回の介護療養病床の廃止、療養病床の再編成という観点から在宅医療をどういうふうに考えるかという点については、現に入っておられる人を追い出すような形で在宅で受けていくということでは決してない。むしろこの再編成は6年間かけて転換先を確保しながら、ゆっくりと行うべきだと考えている。入院患者が追い出されるというような事態が生じないようにするというのを大前提として考えている。

それぞれの施設の医療の在り方などをどう考えるかについては、今回国会に提出されている法案の中にも附則として入っていて、今後検討していくことになると考えている。

資料の中での人員配置の体制などについては、まず最低基準としてどう考えるかを示しているところであって、実態としてそれを上回って整備されている施設があるということはあるまでもないし、手厚い対応をとっている実態があるということも無視しているわけではない。あくまでも最低基準をどこに置くかということがまず基準になるので、その対応について示しているところである。

(木下委員)

最低基準を書くだけでは実態を示していないので、ここは変えてもらいたい。最低基準で介護6対1というものを4対1に変えるということで、介護の基準を厚くするというような説明はとんでもないと考えている。

(大森分科会長)

先ほどの8対1、4対1というのは、この中では変わっていないけれども、相対的に介護の方を厚くしたという説明で、従来と比べて介護を厚くしたという意味ではないのか。

(木下委員)

恣意的に介護を厚くしたというような言い方をされるのは不満である。最低基準だけ示しておけばいいというものではなくて、現状を把握してもらわないとおかしいと思う。報酬上も3区分あり、それに基づいたケアが行われているという事実は認識してもらわないと、ここにも最低基準とは書いていないので表現の仕方としては不適切だと思う。

(三浦老人保健課長)

実態として様々なものがあるということは指摘のとおりだと思うが、制度上、最低基準によってある程度定義してしまうので、最低基準を基本に置かざるを得ないということを理解いただきたい。

(木下委員)

それならば、最低基準という言葉をごここに入れないとこれが標準と理解してしまう。

(大森分科会長)

今後現場がどうなるかという指摘で、いろいろ検討すべきであるという話であるが、附則を見ると、政府が検討をすると書いてあるので、結局ここで検討することになるのではないかと。

(三浦老人保健課長)

今後、国会での審議でこの部分についても議論していただくことになると考えていて、国会での議論などを踏まえて今後の方向について考えていきたい。

(野中委員)

大きな問題は検討の仕方のステップだと思う。平成18年度に施設を必要とされる方が平成24年度に減るのであればわかるが、実際には増えるはずなのに、どうしてこういうことを考えていくのか。施設に入っている人以上にこれから施設に入る予定の人をどうするのかという議論がない。結局費用を削減するだけの話では、国民に迷惑がかかる。

そこで、在宅を充実しようということは十分理解しているが、一方で施設の入所判定をしたときに、ある家族が言ってきたことは、今度孫娘が結婚するので同居したい。今在宅にいる親を施設に入れば娘と同居できるから入れたい、あるいはもう介護は疲れた、この介護を続けるのであれば離婚するしかないとか、病状とは関係なく施設を利用されていた現実がある。

そのことに対して国がそれを解決しようとしたか。平成12年度に介護療養型医療施設とか、あるいは介護3施設でそういう方を引き受けたのではなかったか。これから高齢者が増えていく実情の中でどうしてこういうことを考えるのか。在宅、地域で暮らすために、家族が一番苦勞しているのは、人間関係であり、そして経済的な問題ではないだろうか。

介護保険部会で前に提出された資料の中で医療経済研究機構調査があって、在宅生活への復帰または継続を可能にする条件という図があり、調査対象の332名のうち入院・入所

のきっかけがあって入院・入所されたのが41名で、その中から在宅復帰された方が10名とある。在宅復帰を可能とするための条件としては、本人の症状、在宅支援体制、本人の意欲、家族の協力と書いてあり、在宅支援体制に対してはサービスの増加・充実とか、24時間対応、医療的ケアでありこれは理解できるが、家族の協力というのはその解決方法について並行して考えていかなければ、おかしいのではないか。2月2日の日経新聞にも、社会的な入院についての記事があり、病状が安定して入院の必要性が低いのに、家族の事情や地域の福祉体制の不備で療養先がないといった理由で入院を続けている状態と書いてある。

この状況は、先ほど施設の入所判定をしたときに出了た状況と何ら変わっていない。病院が本来とは違った形としてやったことがいいかどうかは別としても、行政が福祉で対応すべき部分を医療保険で代替していたという事実もあるので、社会的な入院を全部医療関係者の悪だというのであれば、それをつくった責任はどこにあるのか。その検討をした上で、療養病床の廃止について話し合うのであれば理解できるが、その施設の入所を止めようということであれば、それは行き場所を失って難民をつくるだけではないか。高齢者がこれからはもっと増える中で、なぜその行き場所を閉鎖するのか。病院から出ていくことを医療従事者、病院とか施設だけに任せるのではなくて、国民が皆で協力して取り組むべきである。

だから、今回の提案では不足であり、国民に対してひどい仕打ちだと思っている。これから厚労省が社会的な入院に対して、家族の協力や本人の意欲をどうやって増すように努力するのか示してほしい。

(三浦老人保健課長)

現に入っている方を在宅に追い出すというような形でこの転換を進めるということでは決してないということを理解いただきたい。

医療の必要性に着目しながら、医療の必要性の低い方をどういう形で施設で継続して預かっていただくかということから考えれば、その場が病院でなく、例えば老健等の施設に転換しながら、引き続きそれらの方の入所を図っていくことがまず第一義にあると考えている。

その上で在宅に戻れる方がいるのであれば、その支援のために在宅サービスの充実にも努めていくことが必要であり、現に介護療養型に入っている方をすべて在宅に振り向けていくということでは決してない。むしろ引き続き施設入所が必要な方については引き続き入っていただくこととし、これから高齢化が進む中で施設ニーズそのものは数としてはますます増えるだろうと思っている。そういう意味で、施設の整備については計画的に進めていく必要があるのではないかと考えている。

(野中委員)

中村前老健局長と話したときに、共通した認識で残念だと思ったのは、昭和26年に在宅で死亡した方は75%であったが、平成8年の調査ではわずかに13%だった。この在宅死ということに関しては大切なことだと思うが、現実には病院で亡くなることを選択せざるを得なかった状況の中で、療養病床がほかの施設と違う点としては、療養病床は3人の医師の中で当直があって、24時間体制で看取っているところである。老人保健施設や特別養護老人ホームはまだ完全な体制ではないので、簡単に療養病床の役割を見失うのはいけないし、療養病床では3日に1人が亡くなる状況があるので、その施設の役割を再度認識すべきである。医師の当直が無駄という話になるのかは最終的には国民が決めるべきことであり、今後どう検討していくのかということをお答えしてほしい。

(三浦老人保健課長)

例えば在宅で亡くなるから医療がないかということと必ずしもそうではないだろうし、施設であれば医療があるかということと必ずしもそうではないだろう。問題は、医療が必要な方に的確に医療が提供される仕組みが重要なのではないかと考えているので、野中委員が言われた視点から今後の検討の中でどういう形で医療提供をしていくのかについても議論になるものと考えている。

(野中委員)

在宅で死を看取る医療がないと言われたら憤慨するが、最終的には国民がどこで死ぬかという選択をしているのかを理解してほしいと思う。やはり家で死にたいとか、そういう状況になるということは大事なことだが、その途中の議論をしていないということについてもっと考えてほしい。

高知県の医師の話であるが、高知県は療養病床が全国に比べて非常に多いところであり、高知県の人にとって療養病床で人生の最期を全うするのが文化だと言っていた。

そのことが正しいとは思っていないし、それが間違っているならば間違っていると直したいが、今のやり方で直るのかということを知りたい。そのためにはもっと時間が必要ではないかと思っているので、その辺はよく理解してほしい。

(喜多委員)

療養型病床群をつくっていきというのは市町村が関わったような発言があったが、その部分は訂正をしていただきたい。これは国の医療行政と介護保険をつくるときにその整理が十分にできていなかったから、今この議論が始まっている。

それから、看取りの場所については、私みたいに戦争中に育った人間からすれば自宅で死にたいが、若い世代はそうは思っていない。それは住宅事情もあるし、また自分たちが苦勞しなくても簡単に病院に入れてそこで看取ってもらえるということもある。

初めに、介護施設はうば捨て山にならないかという議論があり、そういう可能性があることは言っていたし、また、お金があれば親を捨ててもいいという風潮になった戦後の教育自体に問題がある。

療養型病床群の患者が医療、介護のどちらかという議論が一番初めの老健審の時にあり、それは医療であれば医療でやるものと主張していたし、もともと私の信念は1枚の保険証でやってほしいと考えていた。しかし、医療と介護と分けるならばどちらになるのか、そのときに、医療と介護の区別はできるという説明があった。

今回出ているデータを見れば、介護型も医療型もほとんど変わらない。そうしたら、あのときの議論は何だったのかと思う。

現在は医療と介護2つの制度があるから、介護だけ考えるということになれば医療の部分は外して医療から見ればいい。介護は介護だけでやるならば介護型の療養型病床群は要らない。当初から要らないと言っていたが、その辺の議論が足りないと思う。

今度はまた75歳以上の後期高齢者の保険証もつくるようだが、なぜそんなに混乱した制度にするのか。もっと一本化ですっきり整理するとか、社会保障審議会で十分に検討してほしいと思う。

(池田委員)

先ほど野中委員からも言われたように、これから高齢者が増え、要介護高齢者も増えて、施設ニーズも増えていく。これは間違いないことだと思う。現在3施設で80万床、それに特定施設、グループホームを入れて15万、そのほかに高優賃等含めて、施設居住系サービスは100万くらいあるだろう。

欧米と比較してみると、欧米は基本的に6%から7%居住系サービスを持っていて、平成24年を考えると高齢者3,000万人と見ると200万くらいの数になる。

日本の場合は三世同居がかなりまだ残っているので、欧米並みと考えると施設居住系サービスのニーズは150万くらいまでいってしまうと考えるのが普通だろうと思う。

ここで問題なのは、居住系サービスというどうしても施設を考えてしまうが、ヨーロッパ、アメリカで施設というのは有料老人ホームで、ケア費用しか出してない。そういった意味では日本の施設と比べるのはもともと間違っているということである。

オランダなどでは、要するに高齢者向けの集合住宅で、2DKくらいの間取りで、ベッドルームとゲストベッドルームとリビングが付いている。そこで必要に応じて要介護状態になった場合、外付けもしくは準内蔵型と言った方がいいかもしれないが、建物にホームヘルパーセンターやデイセンターが付いていてそれを利用する。

そうすると、6年後に今の施設系サービスを1.5倍に増やしていくというのは非常識な話で、財政的にももたないということのはっきりしている。今度の療養病床再編というのは居住系サービスをどう充実していくかということが重要な問題であって、その居住系サービス充実の具体的なイメージとプロセスが明確にされる必要があるのではないか。

第2点目に、特別養護老人ホームの待機者の実態について、3分の2くらいは施設で待っている。つまり老健や療養型病床群で待っていて、老健は第2特養、療養型病床群は第3特養という構造になっている。これはもう一回整理しなければいけないし、先ほど高知の療養病床が文化と言われるのは理解に苦しむが、確かに高知県は最も少ない宮城県13倍療養病床があり、それは異常な多さとしか言いようがない。

療養病床が文化的な高知のお年寄りが幸せで、宮城県では療養病床がないから高齢者は途方に暮れているという話は聞いたこともないわけで、端的に言って療養病床の医療型はきちんと残していくわけだから、そこで療養型病床の意味は残していくと思う。

給付分析を私はずっとやっていて、高齢者の元気度というものを調べてみた。高齢者の元気度というのは、重度要介護者の年齢補正をした出現率が大体わかるもので、一番元気

度が高いのは香川県、次に福井で、元気な老人が多いところは介護保険給付は低いだろうという仮説を立てるが、全く相関関係はない。

では、一体どこに相関関係があるのか調べてみたところ、非常に高い相関関係を示したのは医療系施設の給付が高いところが高い。医療系施設が介護保険の財政に大きな圧迫を与えているのは間違いないし、野中委員がお金の問題だけで見てはいけないと言うのもそのとおりだと思っている。

一方で、財政的に見ても療養型病床群の問題は早晚手をつけなければいけない。問題はこれから居住系サービスをどうやって政策誘導的につくり上げていくか、これが厚生労働省に望まれることだと思う。

最後に、施設と在宅というのはどこが違うかについて、巡回型サービスや小規模多機能サービスを使うと、基本的に施設の地域化という構造を持っているから、それで施設の機能は大体カバーできるが、たった1つだけできないものとして、介護保険は家族の代行をできない。欧米では子どもは外に出るから、残っている親には社会的な介護が入りやすい。

ところが、三世同居では、本人のケアという問題のほかに家族のストレスという問題があり、これを施設は家族から分離することによって解決している。

それをうば捨て山とは言えないし、基本的にそういう方向は否定できないと思うが、家族の負担をどう軽減するかがセットされていないと、施設志向というのはそう簡単に止まるわけではないし、居住系サービスも家族との分離ということをきちんと考えてやらないと、絵にかいたもちになってしまうのではないかと感じている。

(山本委員)

療養型病床で介護と医療と分類すべきであるというのは、当初から言っている。

高齢者になるといつも病気があるような感じになり、高齢者しか介護を受けないという一つの世界があるから、どうしても介護を受けると病人のようになってしまう。そこで医療と介護が一緒になってしまうというようなことになったのではないかと思われる。そこをきちんと分離すればよかった。

それからもう一つは、社会的入院というのは昔からあったもので、たしか50年くらい前からあったと思う。

例えば老夫婦がいて、妻が病気で入院したら、主人一人では生活できないからという理由で一緒に入院していた。帰っても一人で生活ができないということで社会的入院という病名がつくられた。

介護保険をつくるときに、社会的要因で入院している人たちが10万人いて、この人たちを解放するために介護保険をつくるという話を最初のころに聞いた。当時は病気でない人を病院に入れているということだから、今の介護というものが必要になってきたんだという理解をしていた。介護保険制度ができて5万人の社会的要因で入院している人たちが介護に転換をしていった。まだあと5、6万くらい残っているという実態があるとすれば、介護でいいものを何で医療と介護を同居させながらやるのか、理解ができなかった。

私は当初から介護も医療も一緒になって報酬を支払うべきではないという主張してきた。これは技術的に問題があると思うが、介護かあるいは医療かという診断を一体だれ

がどうやるかということが一番気掛かりである。医療でこの人はやればいい、こちらは介護だけでいいという診断もしくは判断をどうするか。本当の意味での介護と医療との分離はできないのではないだろうか。そういう意味では、むしろ療養型病床だけやっておけばいいという人も中にはいると思う。本来の診療所としての役目を果たさないで療養型だけやっておこうということも聞いたことがあるが、ここは検討する必要があると思う。

当初から、そういう診断のやり方等に問題点があつて今日こういう議論をしななければならないようになったのではないかと思うが、この際、医療と介護はきちんと分けるべきだと思う。介護は介護でやり、医療は医療でやる。その技術的な方法については厚労省が真剣に考えて、専門家の知識を借りながらつくり上げていくことが必要ではないか。

今日の資料に幾つか例示してあるが、一つの目安として出されているもので、これにこだわって議論をする必要はないと考えている。一番いいのはどれかということをお互いが見出した上で議論をして積みかかねていけば一番いいものができるのではないだろうか。これが出されたからこれでどうだというよりも、むしろこれよりもより高度なものを我々は考えなければいけないと思う。

厚労省側もまだ法律が国会で審議中で、内容についてきちんと言えない立場もあるので、それは理解しているが、療養型病床については医療と介護をどう分類していけばいいのか、また技術的にはどういう方法でやれるのかという資料を出した方が、今日のイメージ図を出すよりも効果的だったと思う。次回はそういうことで話が進められるように取り計らってもらいたい。

(井部委員)

医療と介護をはっきり分けるというのは、看護は医療にも関わり、介護にも関わっているので非常に線引きが難しい。

まず在宅医療の充実についてどうするかという問題がある。介護療養病床の再編は6年間の移行期間があるが、この期間に地域の療養環境の整備、特に在宅医療の支援体制が十分に推進されないと、多様化する施設や在宅において適切なサービスが受けられない利用者が出てくるのではないかと思う。療養場所に対する利用者のニーズの把握、それから居住系サービスを含む在宅医療の充実が前提になるし、利用者に対して病床転換の方針等を正確かつ迅速に説明していかなければならないと考えている。

次に、利用者へのサービス提供に関わる看護・介護職員の支援について考えなければいけない。利用者のサービスの提供の中心的な役割を担っている看護・介護職員の異動がスムーズにできる体制の整備が必要であり、特に看護職員については介護療養病床から医療必要度の高い重度者を受け入れる病床に移行する必要が生じるので、そのための情報提供あるいは研修体制などの整備が必要と考えている。医療必要度の高い重度者を集中して受け入れることになる医療療養病床の職員の質と量の確保についても検討する必要がある。

今日の資料で経過型介護療養施設の配置の人員が最低基準となっているという説明があつたが、ここで看護は8対1という基準が示されており、医療保険の適用が看護は4対1で、経過措置の施設が看護は8対1となっている。どういう考えからこの数値が出てきたのか説明をお願いしたい。

(三浦老人保健課長)

療養病床については医療法上は6対1、診療報酬、介護報酬では5対1ないしは6対1となっている一方で老健施設は書きぶりが少し難しいものになっていて、看護、介護で3対1を確保した上で、おおよそその7分の2は看護職員とされており、これを純粹に当てはめると10対1程度になる。そこで介護保険適用の6対1、老健施設の10対1から考え、適当な体制という形で8対1を示している。

(井部委員)

医療保険では実質配置という考え方で、6対1とか8対1が実質的にはどのくらいの入居者を受け持つことになるのかということ、かなり多人数の世話をしなければならない状況になるので、経過措置といえども看護の8対1というのは低過ぎるのではないかと思っています。

(沖藤委員)

死に方の文化の問題については男性と女性とでは随分考え方が違うのではないかと考えている。

多くの場合は、老夫婦になって1人残るのが女性で、男性の独居が増えているとはいえ、やはり圧倒的多数が女性であり、療養型病床群の8割以上は女性が入っていると思う。我が家で死にたいと思っても不可能な状況にある。

家族と言っても家族が高齢化しているわけで、更に親としての見栄があり、うちの親は息子、娘孝行であったと言われたいという親の思いは非常に強烈なものがある。

男性と女性とでは死に方のロマンが違ふと考えていて、先ほどの高知県の先生が言われたのは女性のことを考えてくれているのではないか。それに対して違和感を持つのは男性のロマンで考えているのではないかという気もした。

最期まで女性が一人暮らしで我が家で一人で死ぬるかということ、私は自信はない。最期の何か月間はどこかに入らないと、その精神力がもたない。もしこの政策を通していくのならば、精神力を鍛えるところから始めないとうまくいかないのではないかという気がするし、余りそういうところは鍛えられたくないと思う。

先ほど池田委員から、療養型病床群は第3特養になっていると言われたが、老健も療養型病床群も特養に入るための待機場所になっているという現実是否定できないと思うのに、特養を増設して整備していこうという明確な姿勢が感じられなくて不安に思っている。

今日のテーマは療養病床の再編成であるが、長期療養とその死に方のところを区分して、一体女性高齢者はどこで死ぬべきかということも教えてほしい。特養の増設計画に力を入れてもらわないと、安心してこの案は了解できないと考えている。

(川尻計画課長)

特養については、全国的に見て整備されてきたが、都市部で不足しているということは確かである。

これから特養を全国的に増やしていくことは考えているが、その中でも整備が進んでいる地域とそうでない地域があるので、足りない地域ではつくってほしいということで介護保険事業計画あるいは支援計画を立てるときの考え方も示しているし、三位一体改革で特養に対する助成金が都道府県の判断という形になったが、都道府県でも適切に判断されるものと思っている。

(矢野委員)

6年をかけて実行していくことについては、既にある状況を変えていくことになるので、試行錯誤があると思う。その間に、配慮しなくてはならないものとして、国民の意識、地域の事情、患者・利用者の状態、病院の実態等がある。いろいろ配慮しながら、複雑な計画をつくって実行していかなければ、実現が難しいだろうと思う。

ある程度の試行錯誤は避けられないので、年次計画をつくって、それを基に、その都度検証していくプロセスが必要ではないだろうか。その中身については公表をして、いろいろな人の意見も聞くことによって、実現性が高まっていくだろうと思う。

(漆原委員)

施設ニードに関して、まず施設不足の時期には特別養護老人ホームをつくるのに補助金が必要で、年に1、2個しか各都道府県や各市町村ではつくることができなかったが、その当時老健施設や療養型病院は長期療養の場として期待されていたのは当然で、地域によっては、特養の整備よりも老健の整備の方が先に進んだ、あるいは療養型病床の数が増えていったという背景があるということを理解してほしい。

老健の機能について、確かに在宅支援の機能を最優先に押し出そうということはどこでも言っているが、地域のニードということで考えるならば、老健施設での長期入所のニードが相当高いということは言わざるを得ない。

昨年10月に居住費、食費が自己負担化されたときに、個室、室料、ユニットケアの議論があった。昨年の11、12月頃に老健施設の個室に空床が目立つ時期があったが、もっと費用負担の高い特定施設やグループホームの個室は埋まっていた。

その理由としては、老健施設はたった2、3か月しかいられないから、個室料まで払って入れたくない。だから、老健がずっと預かると言った途端に空き部屋は埋まっていく。

そういうニードがあるから施設をどんどん増やせというのもだめな話だが、施設があると入ってしまうから施設をやめさせるというのも変な議論だと感じている。国民の施設に対するニードについて考え直さないといけないと思っている。

老健が第2特養化しているという話であるならば、ショート利用も家族のニードを考えると、いつかは特別養護老人ホームに入りたいと思っている。在宅で続けていってもらうには、家族の負担をどう減らしていくかを考えないといけないのではないかと。家族の一番重い負担というのは喜びがないことで、例えば感謝の言葉や反応がないとかであり、そういうデリケートな部分を制度の中に入れるのは難しいが、施設の議論をするときには必要だと思っている。

今回の療養の再編問題については、利用者が困らないようにしていくのが第一と思う。

今後、いろいろな仕組みがあるので一概には言えないが、相当数の病院は閉院するのではないかと考えられるので、老健に転換するとか、ベッドの名前が変わるといったことだけでは解決しないのではないかと考えている。

先ほどターミナルケアの話が出ていたが、転換先とされる老健施設がターミナルケアまで担えるようにするには、施設、設備、人員基準について十分議論すべきだと思う。

最後に、療養型も老健の場合も、地域格差の問題があるので、この辺のところも配慮すべきと思っている。

(花井委員)

介護保険ができれば社会的入院がなくなるということが強調されたが、そうではなかったというのが資料の数字だと思う。一番の問題は医療の必要ない方が医療機関にいるということ。医療機関は治療をする場であって生活する場ではない。そこで六百何十日以上も生活をしているということが、本当に高齢者の尊厳という観点からあるべき姿なのだろうか。

ただ、日本の福祉が非常に貧しくて基盤整備が追いつかなかったのが医療機関が受けざるを得なかったとも理解できるので、転換に当たっては先ほど矢野委員の指摘のように年次計画を立てる等、丁寧にやっていく必要があると思っている。

最期の場所は、医療と介護がきちんと提供される施設であれば、もう少し広いスペースの中で選びたいと思っている。

それから、追い出しが起こるのではないかとという点について。入っている方も不安を持っているので、そこに対してはそうではないというメッセージをもう少し強く出してほしい。

(木下委員)

今日は療養病床の再編ということが議題になっているが、今後の課題として介護保険施設一本化でその中でどういうサービスをしたらいいかということも検討してもらいたい。

○ 渡辺認知症対策室長より資料2に沿って説明

(山本委員)

療養病床再編成の資料3ページの一番下の枠の中に「市町村交付金の実施」と書いてあるが、こんなことを書かれて市町村は受けるわけにはいかないと思っている。

恐らくこれは三位一体改革で、この部分は一般財源化に変えた部分を含めて言っているのではないかと考えている。それでは、市町村の方で責任を持ってそういうものはやれということと同じである。国が今までどおりやっていくならばこんな文句は使わないはずなので、三位一体で施設費の一般財源化は決まっているが、それとはどういう関連があるか教えてほしい。

(川尻計画課長)

市町村交付金の関係については今後御相談しようと思っているが、療養病床の再編を進めるための国の助成金ということで、特段市町村に負担をお願いするということは考えていない。都道府県交付金は廃止されたので、市町村の助力は得るが、負担はない形で、療養病床の再編を進められないかと考えている。

(山本委員)

それはだめでしょう。問題として提示しておくので、覚えておいてください。

(喜多委員)

これは三位一体ではなくて四位一体である。

(野中委員)

資料2の最後のページの、医療提供の在り方は大事な認識と思っている。

ただ、この検討の提案が早急過ぎて、本当にこれをきちんと検討してくれるのか不安である。先ほど喜多委員が言われたように、医療が必要な人には医療が適切に提供されて、生活を支える部分では介護を提供するということが大事であり、そういう中で施設の在り方を考えるということは重要なことだと思う。

ただし、施設にとって資金を投入して新たな形態にすることが本当に適切かどうか疑問に思う。各々の施設がどういう機能を果たしてもらうかということ余り協議しないで、施設の人員や設備基準等を協議していることはおかしい。施設は病気や障害を抱えた人にとってどういう役割をするのかということ協議してほしい。

(大森分科会長)

先ほど池田委員からも、居住系サービスをどう充実させるかという発言があり、木下委員からも施設の今後についての発言があり、いろいろ給付費のことを考えるときも前提になることがどう定まっていくかということが重要であるが、本日のように各委員から意見が出てきたので、それを国もきちんと受け取って、いろいろな意味で検討を進めていくことになると考えている。

次回がいつになるかは国会によるが、多分国としては介護療養型医療施設の経過型類型について諮問があるのではないかと予想している。もしそうなれば分科会を開かなければならないと考えているがどうか。

(三浦老人保健課長)

今、分科会長から話があったとおり、次の分科会については法案が成立した後、この場で諮問したいと考えている。

(沖藤委員)

最後に1つだけ要望事項であるが、訪問介護の機能や福祉用具については、それを利用している人、実際に介護している人、事業者等多方面に関わる調査研究であってほしい。

(古都振興課長)

今後の検討の参考にしたい。

○大森分科会長より閉会の宣言