

今後の検討に向けた構成員からの発言

1. 人員配置基準について

- 医師や看護職員、介護職員の配置については、併設の病院なり診療所での医師や職員が柔軟に対応できるような配置要件が必要。
- 医師の当直体制は重要であるが、夜間休日における当直体制を厳密に行うのは過疎地域では困難。近隣の医療機関との連携という概念での当直体制や、その周辺も含めて地域内での看取りの体制という概念を持つことが重要。
- マンパワーを確保するため、医療や介護の職員が病院や施設の中だけで働くのではなく、外に出られる仕組みを作る、介護職がもう少し看護やリハの知識を得る、看護職の裁量も拡大するなど考えていかなければいけない。

2. 施設基準について

- 療養病床からの転換を考えた場合、 6.4 m^2 /人の多床室がそのまま転換できないと、転換は進まない。 6.4 m^2 /人の多床室について、経過措置として、少なくとも建て替えまでは認めることが必要。
- 長期に療養し、そこで亡くなるということを踏まえると、たとえ面積は狭くても個室などのプライバシーが保てるような場にする必要がある。
- あるべき姿として住まいは個室だと思うが、建て替えまでは現行の多床室を認めることが妥当。

3. 新設の可否について

- 療養病床からの転換を主眼に置くのであれば、新たな類型については転換に限定して認めるべき。
- 地域医療構想の議論の中で、病院機能の見直しについて検討されているところであり、療養病床だけが新たな類型に転換できるということでもいいのか。
- 経過措置について、新たな類型のところで要件を満たすまでにある一定期間必要であれば、一旦、まず新たな類型を名乗り、その後、要件を満たすべく必要な時間を経過措置とすることが必要。
- 2030 年を見据えると、今回提示する新たな類型も必要であるため、転換の話だけではなく、将来を考えて論じておくことが必要。

- 既存施設の転換は経過的なものであり、転換期は難しいとしても、将来的には新たな類型において医療・看護・介護サービスがチームで適切に提供されることが必要。
- 介護療養型老人保健施設が新たな類型に転換できるのかどうかについて、今後、検討することが必要。

4. 財源の在り方について

- 財源が医療保険か介護保険かについては、その人へのサービス行為に着目して、介護を提供したら介護報酬、医療を提供したら診療報酬から出すという形が望ましい。
- 居住費については自費が原則だが、低所得者に対しては、補足給付のような形で出すのではなくて、公費で拠出すべき。医療と介護は、それぞれ医療保険と介護保険で出すということを考える必要がある。
- 医療外付け型の場合、介護は介護報酬から入れて、医療は訪問看護・訪問診療という形、あるいは、薄い包括的な医療プラス看取りのときは出来高などの医療保険を入れることが必要。一方、医療内包型の場合、現状の介護療養型医療施設の財源構成も踏まえ、介護保険で行うべき。
- 財政が厳しいことも理解しなければいけない。かつ、自己負担が余り多く増えてもいけない。費用の総計が、少なくとも従来の医療療養病床や介護療養病床を超えない範囲で新しいジャンルを考えなければいけない。
- 医療提供施設である老健施設では、例えば難病の患者の高額な医療費について包括報酬により対応している。新類型を医療提供施設として新たに位置づけるのであれば、そういう難しい病気で悩んでいる患者の医療費は医療保険で対応できるよう、全体を見渡して検討する必要がある。

5. 低所得者への配慮について

- 新たな類型については、低所得の受け皿となることが考えられるため、補足給付のような低所得者対策を認めることが必要になる。
- 低所得者への配慮というのは当然なされるべきだが、利用者の方で金融所得などの資産を持っている経済力がある方には自己負担を含めてきちんと御負担いただけるようなものにすべき。
- 低所得者への住宅手当等の議論も含めて社会保障の中でどのように対応していくのか検討していくことが必要。

6. その他

- 今後の具体的な議論の中において、これらのサービスモデルのそれぞれに該当する患者あるいは利用者数等のシミュレーションが必要。
- 介護ニーズのきめ細かい分析、慢性期の医療・介護ニーズへの対応における利用者の姿を明確にしていくべき。将来的にどういう方向に行くべきなのか、現状追認的ではなく、検討に足るデータの収集ないし分析を引き続き行うことが必要。
- 介護分野において、利用者の状態の正しい評価と、そのケアの仕組みについて、統計学的な観点も踏まえ、エビデンスを出しながら検討していくことが必要。
- 今の医療区分とADL区分では、どういう病気を持った人にどういう医療行為をやっているかということが見えづらいため、そこが明確になるような仕組み作りが重要。
- 医療区分の要件の客観化については、しっかりとした議論が必要。また、看護介入度の高い患者や高額薬剤を使用する患者、レスパイト入院の患者等、対応困難な事例に留意すべき。
- 新たなサービスモデルにおいては、計画的にリハビリや栄養指導等を行う機能も必要。
- 既存の病床を活用する場合でも、ある程度、転換のときに費用が必要になってくるので、基金を活用できるようにすべき。
- 介護療養病床の廃止期限の再延長、医療療養病床の看護人員配置の経過措置の延長は、選択肢として残すべき。
- 介護療養病床を介護療養病床という1つの大きなくり方でそのまま存続させるのではなく、医療や介護の必要性に応じた新類型を多段階で用意することが必要。
- 介護療養病床にいる特養待機者や、円滑な転換を実現するためにも、過去に法案も提出されたが、医療法人にも特養設置ができるという規制緩和の方向性を再度検討すべき。
- 特別養護老人ホームの設置法人の件に関しては確かに議論になるが、今回検討すべき論点からは外れている。
- 介護保険三施設については、制度が出来た当時と現在では状況が変わってきているので、その役割の在り方についても検討していくことが重要。
- 介護療養病床から介護老人保健施設等への移行が十分に進まなかった要因として、介護療養病床では、看取りを含む長期療養を目的としており、在宅復帰、在宅生活支援等を目的とする介護老人保健施設との間で提供される医療や利用者像が異なっていることがあげられる。新たな類型については、介護老人保健施設との違いを明確にして議論をすることが重要。

- 介護療養病床から介護老人保健施設等への移行が十分に進まなかった要因として、介護療養病床には想像した以上の医療ニーズがあったことがあげられる。
- 介護療養病床から介護老人保健施設等への移行が十分に進まなかった要因として、「病院」から「施設」への転換を中心に進めたことがあげられる。