

第 31 号
2016. 1
年 6 回発行

日本病院会 愛知県支部ニュース

発行所 日本病院会 愛知県支部

〒450-0008 名古屋市中区栄四丁目14番28号 愛知県医師会館内

TEL (052)263-0800 FAX (052)242-4353 E-mail: jha-aichi@byouin-k.jp

発行人

支部長 松本 隆利

目次

- 巻頭言
地域医療構想に思う 1
- 外国人受け入れ事業 2
- 日本病院会理事会報告 3
- 支部理事会議事録（抄） 6
- 第7回療養病床の在り方等
に関する検討会資料 7

愛知県支部ニュースへの ご寄稿のお願い

愛知県支部ニュースは、会員の皆様の意見交換の場として会員の皆様からの情報発信をお待ちしております。テーマ、字数の制限は特にありませんので、ご寄稿よろしくお願いします。

巻頭言

地域医療構想に思う

副支部長 山本直人

平成 27 年度も終わりに近づき、年明けより現実問題として、地域医療構想への関心が高まってきたように感じるところもあるが、各構想区域での地域医療構想調整会議ではまだまだ議論が不足している感否めないのではないだろうか。

少し経緯を振り返ってみると、私達は、平成 24 年度に検討を重ね、平成 25 年より平成 29 年にいたる第 6 次医療計画策定に参画し、それぞれの医療圏における、5 疾病 5 事業及び在宅医療の体制につき、県計画として反映されている。この第 6 次医療計画の終了を待たずして、地域医療構想を落とし込むことになるわけであり、さかのぼれば、直接的には、平成 25 年 8 月にだされた、社会保障制度改革国民会議報告書にあるのだろう。「確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」として、病床機能報告制度、地域医療ビジョンを都道府県が策定すること、次期医療計画の策定期である平成 30 年度を待たずして、速やかに策定し、直ちに実行に移す、などと提言され、これに基づき、医療介護総合確保推進法が制定（平成 25 年 8 月 6 日）された。

平成 26 年度 10 月より病床機能報告制度（定性的）が開始され、平成 27 年度より地域構想策定ガイドラインにもとづき、議論が開始されたわけである。地域において、地域完結型医療をめざし、DPC データや NDB による定量的データを用いながら、いかに地域住民により良き医療を提供するか議論することは望ましいことであるし、私達医療提供者の責務でもあるかとも思われるが、私達に示されるデータにつき、十分な議論の時間が確保できているかと考えた時、はなはだ

危惧する部分も存在する。おそらくこの構想区域においても、平成 37 年の必要病床数は、おおむね高度急性期・急性期においては、大幅削減、回復期において増加となっていることとおもわれる。ガイドライン検討会座長の遠藤久夫氏は「急性期から回復期への分化」と述べておられるが、今後 10 年先をみすえて、本当に急性期の大幅削減でよいのか慎重に議論すべきかとも考える。勿論すべてが、高度急性期・急性期から流れが始まるわけではないのだろうが、医療提供の入り口が狭まれば、その後の回復期への移行に支障をおよぼさないともいえない。また、その後に位置づけされた、「地域包括ケア病棟」なるものも、急性期機能よりもあれば、回復期そのもの、あるいは慢性期機能よりもあるとおもわれ、いかにこの多彩な機能を持ちうる病棟を地域で位置づけるかが重要な視点と考える。さらに、在宅医療においては、地域にマンパワーと在宅医療支援資源が十分あるのかといえば、むしろまだまだ不足しており、情報共有も ICT を使うにしろこれからという感である。地域医療構想は、地域包括ケアシステムと密接な関係も必要とされるが、これも議論が進むのはまだまだ時間がかかりそうである。在宅医療が機能しなければ、今度は、回復期や慢性期からの移行に支障がでてくるだろう。

高度急性期から在宅医療までたおやかな川の流れのごとく、良質で連携機能の発揮された医療提供体制が構築されなければならないのではないだろうか。それには、本稿作成時期以降、各構想区域で開始される、調整会議で構想区域内の全ての施設の思いがしっかり反映された有意義な議論が展開されることを願うばかりである。

(愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院 病院長)

外国人受け入れ事業

理事 黒川 剛

現在、当院では経済産業省が公募した、「平成27年度医療技術・サービス拠点化促進事業（外国人患者受入の事業性評価に向けた実証調査事業）」というものに取り組んでいます。この事業の目的は、公募要領をそのまま丸写しすると、「医療機関における外国人患者受入促進のための取り組みについて幅広く提案を募り、国の委託事業として支援を行うことで、日本の医療技術・サービスの国際化や国際競争力の強化を目指す」となっています。先生方すでにご承知のように、わが国は「日本再興戦略」の名の下に、日本の医療技術やサービスを海外に海外展開しようとしています。この内、海外に医療機器や技術（場合によっては病院全体）を売ることを目的としたアウトバウンドに対し、海外から患者を集め日本で医療を提供しようとするものをインバウンドと呼びます。このインバウンドの施策を加速させるために、全国からアイデアを募り、予算を注入することでその効果を評価しようとするのがこの事業です。

この事業は、平成27年5月29日から6月18日まで公募されました。私は、公募開始直前にこの事業のことは知り、約3週間の間にアイデアを出し、広報を担当する会社およびアジアにパイプのある会社とコンソーシアムを組み応募しました。事業名は、「肝・腎・糖尿病専門外来・セカンドオピニオン外来と長期フォロースキームの確立」とし、対象国は中国としました。元来、私も私の病院も外国人を受け入れるのに積極的ではありませんでしたが、この事業に応募したのには理由がありました。それは、私が愛知医科大学に勤めていた頃に、中国から留学生として外科学講座に来ていた医師が、中国での医師の仕事をやめて日本で事業をやりたいと私を頼って再来日し、当院に職員として所属していたからです。彼の考えていた事業は、中国から日本の医療を求めてやってくる人々の仲介が中心でした。しかし、なかなか思ったように患者が集まらないため、ここはひとつ彼を前面に出して国の事業に応募してみようかと思ったわけです。

さて、私どものアイデアの内容は、現在、中国で肝疾患・腎疾患・糖尿病で治療を受けている患者で、日本でセカンドオピニオンを受けてみたいと思っている人を集めるというものです。受診した患者は、帰国後もインターネットを通じて最低1年間、当院がその患者さんをフォローすることにしました。疾患を限ったのは、一応当院は肝腎を売り物にしている（逆に言うとそれ以外は得意ではない）からです。このアイデアの選考委員へのアピールポイントは、①先進医療や先端医療機器を売り物にするのではなく中小病院でも対応できる慢性疾患を対象とした、②リスクが高くない外来診療とした、③帰国後のフォローをネットを利用して行う、④通訳・翻訳は現役の中国人医師が担当するとした点です。採用された計画は全国で合計3件で、競争率はおおよそ10倍であったそうです。私どものアイデアについての予算は1500万円でした（申請額は3000万円）。評価された点は、医療インバウンドを手掛ける医療機関をさらに増加させようとする経産省の意図に、特に①②の点が評価されたようです。ちなみに、平成26年度採用された計画は、亀田総合病院「外国人患者受入事業拡大・満足度向上実証調査」、筑波大学附属病院「筑波大学附属病院における医療の国際化推進プログラム」、癌研究会附属病院「がん医療のインバウンド促進プロジェクト」という、私どもの病院とは比べ物にならないそうそうたる顔ぶれと内容でした。

さて、私どもの事業の進捗状況ですが、中国人向けの広報ツールとセキュリティーを担保した患者とのコミュニケーションツールの作成に手間取り予定がずいぶん遅れています。中国ではGoogleが使えないのもこの遅れにつながっています。この事業の終了は本年2月末ですので、原稿を執筆している現時点でもう2か月を切っています。受け入れ目標患者数は10人ですが、今のところ目標は達成できて

いません。いわゆるメディカルツーリズムを扱う中国の業者からの評判は悪くはないようですが、そもそも中国にはセカンドオピニオンという概念が根づいていないそうです。

国の事業ですので当院からの持ち出しはなく（職員の出張費はおろか人件費まで支出できる）、その点はいいのですが、当然、予算の管理は厳しく、調査事業と言ってもそれなりの実績が求められ、その上で事業性の評価も必要となります。3月には膨大な内容の報告書をまとめて、公開の場で発表しなければなりません。ここだけの話ですが、当院には少し荷が重い事業に手を出してしまったかなと、年が明けてからやや後悔する日々となっています。

(医療法人衆済会増子記念病院 院長)

日本病院会報告 平成27年度第7回理事会報告 (平成28年1月8日)

副支部長 末 永 裕 之

◎ 専門医機構に対する日本病院会からの要望書 (12月9日)

日本専門医機構のあり方について (要望)

1. プログラムの多様性と豊富化と選択制での一層の指導力を発揮されること
2. プログラム決定等の調整における承認力を発揮されること
3. 国民・患者、行政、医療関係者、専攻医等の関係者への速やかな情報開示等の責任制を発揮されること
4. 専攻医の身分、待遇規定での指導力・調整力を発揮されること
5. 新制度開始時期について統率力・決断力を発揮されること
6. 相談窓口を設置し指導力を発揮されること
7. 組織強化のための判断力を発揮されること

上記すべてを断行するためには、制度を支え担う病院からなる病院団体を社員として迎え、機構として判断力を発揮し、盤石な組織強化をすることが望まれる

◎ 平成28年度 学会等の開催

1. 第66回日本病院学会

学会長：望月 泉 (岩手県立中央病院院長)

会 期：平成28年6月23(木)~24日(金)

場 所：岩手県・マリオス(盛岡市民文化センター)

アイーナ(いわて県民情報交流センター)

2. 第42回日本診療情報管理学会学術集会

学会長：木村 壮介 (国立国際医療センター名誉院長)

会 期：平成28年10月12日(水)~14日(金)

場 所：東京国際フォーラム

3. 診療情報管理協会国際連盟(IFHIMA) 第18回国際会議

大会長：大井 利夫 (日本診療情報管理学会名誉理事長)

会 期：平成28年10月12日(水)~14日(金)

場 所：東京国際フォーラム

4. 病院長・幹部職員セミナー

会 期：平成28年8月18日(木)~19日(金)

場 所：東京都・イイノホール

5. 国際モダンホスピタルショウ(IMHS)2016

会 期：平成28年7月13日(水)~15日(金)

場 所：東京ビッグサイト

6. 第57回人間ドック学術大会

学術大会長：相澤 孝夫（相澤病院理事長）

会 期：平成28年7月28日(木)～29日(金)

場 所：まつもと市民芸術館、ホテルブエナビスタ、松本東急REI

◎ 平成28年度 セミナー・講習会開催計画

1. 病院診療の質向上セミナー 6月23日(木)

2. 医療安全管理者養成講習会

第1クール 平成28年6月3(金)～4日(土) 東京

第2クール 平成28年9月2(金)～3日(土) 東京

第3クール 平成28年12月2(金)～3日(土) 東京

医療安全管理者養成講習会 アドバンストコース

第1回 平成28年5月14日(土) 東京

第2回 平成28年8月20日(土) 名古屋

第3回 平成28年11月12日(土) 大阪

3. 医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナー

平成28年10月15日(土)～16日(日) 東京

4. 感染制御講習会

第1クール 平成28年6月11日(土)～12日(日) 東京

第2クール 平成28年11月19日(土)～20日(日) 東京

第3クール 平成29年1月14日(土)～15日(日) 東京

5. QIプロジェクト2016実務者説明会

平成28年5月24日(火) 日病2階

QIプロジェクト2016 フィードバック説明会・意見交換会(シンポジウム)

平成29年2月予定 東京 全電通ホール

6. 臨床研修指導医講習会

第1回 平成28年6月4日(土)～5日(日) 東京

第2回 平成28年9月10日(土)～11日(日) 東京

第3回 平成29年2月4日(金)～5日(日) 東京

7. 病院中堅職員育成研修

- ・人事・労務管理コース
- ・経営管理コース
- ・医事管理コース
- ・財務・会計コース
- ・薬剤部門管理コース
- ・医療技術部門管理コース
- ・その他コースを増設中

◎ 中小病院に関するアンケート調査

「地域包括ケアの担い手である中小病院における医療改革のあるべき姿」

・医療提供体制について

・今後の機能分化について

地域医療ビジョンを参考にして、自院の地域のポジショニングを再検討する 44.1%

今後最も充実を図る分野 医療、介護、高齢者住居との地域医療連携体制 66.8% リハビリテーション 57.4% 在宅医療 49.4% 地域の保健予防活動、健診・検診 46.5%

・規制緩和について

選定療養の範囲 現状維持が大勢

評価療養の範囲 現状維持が大勢

外国人医療・介護従事者の受け入れ 今のままで良い 56.5%

規制を緩和し受け入れを拡大したほうが良い 32.1%

◎ 平成 28 年度診療報酬改定に関する 1 号側(支払い側)の意見

- ・高齢化が加速し更なる医療費の増加が避けられない中、社会保障と税一体改革に基づき、超高齢社会に対応しうる効率的な医療提供体制へ再構築することが不可欠
- ・患者の状態像に応じた適切な評価や在宅医療の充実を図る 医薬品等への費用対効果評価の導入、残薬解消や多剤投与の是正、調剤報酬の適正化、新たな目標を踏まえた後発医薬品の使用促進など医療費の適正化を図る

1. 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進等

(1) 入院医療における機能分化・強化、連携

- ・7:1 重症度・医療・看護必要度の見直し
- ・平均在院日数要件の一定程度の見直し
- ・在宅復帰要件への見直し

(2) 入院医療における包括化の推進

- ・コーディングルールの精緻化、周知徹底 (アップコーディング対応)
- ・機能評価係数Ⅱの後発医薬品指数 評価基準の引き上げをはかるべき

(3) 入院医療の個別課題

(4) 外来医療の機能分化

(5) 在宅医療の推進

(6) 勤務医等の負担軽減について

2. 個別課題について

(1) 薬剤使用の適正化について

(2) 調剤報酬について

(3) 後発医薬品のより一層の使用促進について

(4) リハビリテーションについて

(5) 精神医療について

(6) がん対策について

(7) たばこ対策について

(8) 救急医療について

- ・医療機関の受け入れ体制のみではなく受け入れ実績を評価する仕組みが必要
- ・救急医療管理加算 2 は適正な運用が図られるよう算定基準を精査すべき

(9) 小児・周産期医療について

(10) 医科・歯科連携による栄養管理について

(11) 栄養食事指導について

(12) 手術など新たな医療技術の評価・再評価について

(13) 明細書無料発行の完全義務化など患者の視点に立った医療の実現について

(14) 歯科診療報酬について

(15) 医薬品の適正給付等について

(16) 医療技術における費用対効果評価の施行導入について

(17) 薬価・保健医療材料価格の見直しについて

◎ 国民が望み、納得できる、安心・安全で良質な医療を安定的に提供するための平成 28 年度診療報酬改定に対する二号(診療側)委員の意見

- ・基本的考え方：国民が住み慣れた地域で質の高い医療をうけるため、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護を提供できるよう、介護・福祉サービスなどとともに医療の充実は欠かすことが出来ない。

1. 不合理な診療報酬項目の見直し

2. あるべき医療提供体制コスト(医療の再生産費用を含む)の適切な反映
3. 大病院、中小病院、診療所が各々に果たすべき機能に対する適切な評価と地域の医療提供システムの運営の円滑化
4. 高齢化に伴う認知症患者の増加に対応した認知症対策に係る十分な評価
5. 医療従事者の負担軽減策の更なる推進
6. 医療と介護の同時改定に向けた対応
7. 施設基準の簡素化と要件緩和
8. その他必要事項の手当て

◎ 第9回医事法関係検討委員会報告書 (日医での検討会)

「医師は、死体または妊娠四月以上の死産児について、犯罪と関係のある異常があると認めたときには、24時間以内に所轄警察署に届けなければならない。ただし医療法第6条の10に規定する医療事故の報告を行う場合には、この限りでない」 医師に対して法の条文に法理の異なる医療法の条文を但し書きとして入れるのは法文として筋違い 届出する異状死を犯罪と関係のある異常と規定するのは検討を要す。

◎ 診療報酬改定 診療報酬本体 +0.49%(医科+0.56 歯科+0.61 調剤+0.17)

・薬価等 薬価-1.22% 材料価格-0.11% これですべて-0.84% と言われているが市場拡大再算定による薬価の見直し-0.09% 年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例実施により-0.28%材料価格
-0.11% これを入れるとネットで-1.31%

◎ 診療報酬改定説明会の開催

- ・神戸会場 日時：平成28年3月15日(火) 13:00~16:00
会場：神戸国際展示場「2号館」
- ・横浜会場 日時：平成28年3月16日(水) 13:30~16:30
会場：パシフィコ横浜「国立大ホール」

(小牧市民病院 事業管理者兼院長)

第5回 日本病院会愛知県支部定例理事会議事録

日時：平成28年1月19日(火) 16:00~17:20

場所：愛知県医師会館 8階 801会議室

出席理事：松本隆利、末永裕之、伊藤伸一、宇野甲矢人、梶田正文、渡邊有三、加藤林也、
小谷勝祥、絹川常郎、今村康宏、岩瀬三紀

出席監事：小林武彦、細井延行

(定数報告)

・理事15名のうち11名出席より理事会は成立した。

(支部長挨拶)

・2016年度の診療報酬改定率が示され、本体は+0.49%であるが、実質-1.31%となる。詳細については今後明らかになっていく。

・介護療養病床の検討会については1月15日に最終報告を出した。最終の調整は遠藤久夫座長に一任された。今後、社会保障審議会の医療部会、介護保険部会等において制度改正に向けた議論が開始される。

(協議事項)

(1) 療養病床の在り方等に関する検討会について

・介護療養病床と医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で25対1の病床の設置期限が平成29年度末に迎える。約14万床あり、対応方針を早期に示す必要がある。

・第4回検討会では、四病協のそれぞれの意見を反映した案を検討会に提案した。医療必要度を考え、医療保険で医療療養病床(医療区分Ⅱ、Ⅲ)、介護保険(医療区分Ⅰ)で介護中心長期療養型病床、中間移行型施設(院内老健)、院内SNWといった4つの新類型である。

・今回（最後）の検討会では、現行の医療療養病床、医療内包型、医療外付型、現行の特定施設等といった案が示された。

・新たな形態での経営が成り立つのか、介護報酬等の後ろ盾がないと移行は進まない。今後の社会保障審議会の議論に注目していく。

（2）平成27年度決算見込について

・収入済額6,336,745円（前年度比-221,886円）、歳出2,766,000円（前年度比-104,886円）を見込んでいる。

・引き続き厳しい財政状況である。特に意見も無く承認。

（3）平成28年度事業計画（案）及び平成28年度予算について

・事業計画については、平成27年度と同様の8項目を承認。

・予算については収入及び歳出額6,260,000円（前年度比-143,000円）を見込む。特に意見も無く承認。

（報告）

（1）会員の入退会について

・東海市民病院と知多市民病院が合併し、公立西知多総合病院が昨年5月から事業を開始した。事務的な手続きの遅れから本年1月の日本病院会の理事会で承認された。

・現在、会員数は117病院となった。県内組織率は36.3%である。

（その他）

（1）第9回医事法関係検討委員会報告

・日本医師会主催の委員会で医師法第21条の規定の見直しについて検討された。

・改正案は、①21条関係「医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検査して、犯罪と関係のある異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。②医師法第33条の2（罰則）から第21条違反を削除。今後、自民党での検討が行われる。

（2）地域医療介護総合確保基金の平成28年度予算案等について

・平成27年度の補正予算が示され（平成28年1月20日成立）、1,561億円は全て介護関係予算である。

・介護療養病床廃止に伴う移行経費を今後この基金から執行できないか。

◎ 第7回療養病床の在り方等に関する検討会資料（平成28年1月15日開催）

療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて ～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～

1. はじめに

（本検討会の目的）

- 本検討会は、慢性期の医療・介護ニーズに対応する今後のサービスの提供体制を整備するため、介護療養病床を含む療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行うことを目的として設置された。

（療養病床再編等に関する経緯）

- 平成18年の医療制度改革により、療養病床について、患者の状態に即した機能分担を促進する観点から、医療保険・介護保険を一体的に見直し、医療の必要性の高い方々については引き続き医療療養病床で対応するとともに、高齢で医療の必要性の低い方々については、療養病床から移行した老人保健施設等で対応することとして、介護療養病床は平成23年度末で廃止することとされた。
- 併せて、医療法についても見直しが行われ、療養病床については看護師及び准看護師の人員配置基準（以下「看護人員配置」という。）が、6対1以上から4対1以上に引き上げられた。なお、経過措置として平成23年度末までは、看護人員配置が6対1以上でも良いこととされた。
- 平成23年度末の廃止が予定されていた介護療養病床については、介護老人保健施設等への移行が進んでいない等の理由により、同年の介護保険法改正において6年間の期限の延長が行われた。また、これに併せ、医療療養病床の看護人員配置の経過措置についても同様の延長が行われた。

（医療・介護の提供体制の一体的な整備）

- 現在、地域医療構想の策定、地域支援事業の実施をはじめとする平成37年（2025年）に向けた医療・介護提供体制の一体的な整備が進められている。

平成30年度からは第7次医療計画及び第7期介護保険事業（支援）計画がスタートし、同年度には診療報酬や介護報酬の同時改定も予定されている。

- このような状況の中、介護療養病床と、医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で25対1のもの（以下「医療療養病床（以下「医療療養病床（25対1）」という。）の設置基準である平成29年度末を迎えることとなっており、地域医療構想の実現のためにも、対応方針を早期に示すことが求められている。

（現在のサービス提供類型）

- 現在、慢性期の医療・介護サービスを提供する施設類型としては、主に以下のものなどがあり、次のような役割を担っている。
 - ・ 医療療養病床：主として長期にわたり療養を必要とする者を入院させるための医療保険適用の病床
 - ・ 介護療養病床：主として長期にわたり療養を必要とする者のうち、要介護認定者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話、必要な医療等を提供する病床
 - ・ 介護老人保健施設：要介護者に対し、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療等を提供し、在宅復帰を目指す医療提供施設
 - ・ 特別養護老人ホーム：要介護者のための生活施設
 - ・ 有料老人ホーム：①入浴、排せつ又は食事の介護、②食事の提供、③洗濯、掃除等の家事、④健康管理のいずれかの事業を行う施設
- 長期療養を必要とする者のうち、病院・診療所への入院の必要はないが、一定程度の医療を必要とする者を中心に、在宅医療・介護サービスを活用している。
- なお、介護療養病床や医療療養病床（25対1）の利用者のイメージは以下のとおりである。

＜利用者のイメージ＞

- ・ 現行の利用者の平均年齢は、介護療養病床、医療療養病床（25対1）のいずれにおいても80歳強であり、僅かながら、医療療養病床（25対1）においては40歳未満の者も存在しているものの、高齢者が大半を占める。また、介護の必要性について、医療療養病床（25対1）においては、要介護申請を行っていない者がいるものの、これらを除けば、介護療養病床を含め、要介護度4以上が大半である。
- ・ 平均在院日数は、特に介護療養病床において長期にわたっており、介護療養病床においては死亡退院が最も多く、医療療養病床（25対1）においても自宅退院に次いで死亡退院が多い。
- ・ 介護療養病床や医療療養病床（25対1）では、医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で20対1のもの（以下「医療療養病床（20対1）」という。）よりも、比較的医療の必要性が低い者の中でもその病態は様々で、容体が急変するリスクを抱える者もいると考えられる。

2. 新たな選択肢を考えるに当たっての基本的な条件

（基本的な考え方）

- 新たな選択肢を検討するに当たっては、これらの利用者像と、それに即した機能（サービス）の明確化が必要である。
- 現行の介護療養病床・医療療養病床（25対1）が長期療養の場となり、そこで亡くなる者が多いことに鑑みると、長期間の利用継続に対応する「住まい」の視点を踏まえることが重要である。
- そのため、今後、「医療」「介護」「住まい」のニーズを併せ持つ高齢者に対して、これまでの類型にはない、日常的な医学的管理、一定程度の介護に加え、「住まい」の機能を同時に満たす新たな類型が必要である。
- したがって、新たな類型には、
 - ・ 利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備

- ・ 経管栄養や喀痰吸引等を中心とした日常的・継続的な医学管理や、充実した看取りやターミナルケアを実施する耐性

が求められる。

また、これらの機能を確保する際には、厳しい財政状況も踏まえ、効率的な運営体制の実現に向けた配慮が必要である。

なお、介護療養病床においては、身体拘束ゼロに向けた取組や医師も含めたケアカンファレンスによる多職種連携など、サービスの質の向上に向けた取組が行われてきたところであり、こうした取組は、新たな類型でも引き続き実現されていくことが重要である。

(新たな選択肢に求められる条件)

- 具体的に、新たな類型については、次のような「利用者の視点」と「実現可能性の視点」が必要となる。

《利用者の視点》

- ・ 提供されるサービスの内容が、利用者の状態（医療の必要度、要介護度など）に即したものであること
- ・ 生活の質（QOL）等の観点も踏まえ、長期にサービスを利用する場として、適切な生活空間が確保されていること
- ・ 費用面から見て、利用者にとって負担可能なものであること

《実現可能性の視点》

- ・ 地域のマンパワーで対応可能な形態であること
- ・ 経過措置として、既存施設の有効活用も考慮すること
- ・ 経営者・職員にとって魅力があり、やりがいを感じられるものであること

3. 考えられる選択肢

(本検討会における新たな選択肢の整理)

- 現行の介護療養病床・医療療養病床（25対1）が提供している機能を担う選択肢として、新たな選択肢を考えるに当たって、「住まい」の機能の強化を中心とすると、

- ① 医療を内包した施設類型
- ② 医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型（※）

の類型が考えられる。

※ 現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

- その上で、現行の介護療養病床・医療療養病床（25対1）が提供している機能を担う選択肢として、別紙のような対応案が考えられる。
- なお、療養病床を有する個々の医療機関の選択肢としては、これら新たな類型に移行する、医療療養病床（20対1）や介護老人保健施設、有料老人ホーム等の既存の類型に移行する、あるいは複数の類型と組み合わせて移行する等、多様な対応の選択肢が考えられる。
- また、実際の移行先は、各医療機関が、入院する患者像や経営状況などを勘案して、既存類型や上記の対応案の中から、自ら選択することとする。
- 個別の制度や法律等については、社会保障審議会医療部会、介護保険部会等において議論を行うものであり、本検討会は、そこでの議論を行うことを前提として、新たな類型を選択肢として追加して提示するものである。

この新たな類型と既存の類型、在宅医療・介護サービスも活用しながら、利用者像に即した多様な機能（サービス）を用意し、地域差にも配慮しつつ、今後の医療・介護ニーズに適切に対応できる体制を整備することが重要である。