

「具体的な改革の選択肢の整理にあたってご議論いただきたい論点（たたき台）」 に関するこれまでの主な意見の整理

- 以下は、第1回及び第2回の検討会における議論を踏まえ、各構成員から出された主な意見を、論点（たたき台）に沿って事務局において整理したものである。

1. 慢性期医療の在り方

今後の超高齢社会では、複数の疾患を持ち、医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者が増加していくが、慢性期医療には急性期医療とは異なる役割があること等を踏まえ、今後の慢性期医療の在り方についてどのように考えるか。例えば、次のような視点について、どのように考えるか。

- ・ 病気と共存しながら QOL の維持・向上を目指す医療
- ・ 病気を治すだけでなく、本人や家族の意向を踏まえ、患者の生活全体を視野に入れた「治し、支える」医療
- ・ 尊厳をもって人生の最終段階を迎えることを支える医療 等

【これまでの主な意見】

① 慢性期医療の在り方を考える基本的視点 （地域での生活の拠点）

- 在宅で全てを看することは不可能であり、他方、全ての方を施設で看することも財政面から不可能。入院を含む施設も在宅も活用する日本型の医療提供体制の構築が必要。
- 在宅時々施設のようなコンセプトが重要。そこに入ったら、それで一生の決意で終わりではなく、柔軟に使い分けていくというコンセプトを関係者も利用者も理解すべき。
- リピート利用は重要。在宅にずっといるのは難しい。しかし、家に帰る楽しみ、喜び、生きがいもある。これからは地域に住まうことが重要。
- 時々入院、ほとんど在宅から、ほとんど入院、時々在宅までの幅が慢性期医療にはある。最終的には 2025 年に向かって、ほとんど在宅にもって行けるようなシステムをつくることが重要。

(患者・利用者像)

- 慢性期医療の対象は高齢者だけではない。特定の疾患などで慢性期医療としての対応が必要な方々は高齢者医療とは分けた議論が必要。
- 医療療養病床は約4割前後の方々が介護保険の対象でない。このことをどう解釈していくかが重要。
- 患者像をどのように見極めるかということが重要。このためにはデータに基づく議論が必要。一方で現状に引きずられ過ぎないことも大切。
- 類型に合わせて患者さんや利用者さんに入っていただくのではなくて、利用者像や状態に合わせて類型をもう一度つくっていくことが必要。
- 今後、高齢化が進んで、老々世帯、認々世帯や、独居世帯が増えていくと、重度で認知症がある方など、在宅が無理な方が増えてくるので、そうした方への対応も考えていかなければいけない。
- 医療も介護も必要な人、認知症の症状もある人がとても多くなってきたので、「療養病床的な機能」の必要性は増している。

(地域差)

- 地域によって都市型と地方型というのはある。どんな地方でも在宅は必要であるし、一方で都市部でも施設のようなものは必要になってくると思うので、その比重、割合の問題ではないか。
- 地方と都会の差は、ある程度やむを得ないところがある。在宅については医療ニーズ以外の社会的要因や地理的要因もある。本人や家族の覚悟がどこまでできているかということが重要。
- 地域差は歴然としてある。例えば大都市の場合と、患者さんのところに行くまでに10kmも20kmもあるような場所は全く違う。
- 最期に至る過程で、医療・介護の支援機能あるいは体制には地域差がかなりあるので、地域ごとに構築していくことが必要。

② 看取りの在り方

- 誰がどのように看取る仕組みを考えるか、それこそが地域包括ケアシステムの究極の目標で、気楽に看取れる仕組み、地域づくりをしっかりと見据えながら、療養病床の再編成は考えていく必要がある。
- 病院、診療所、訪看などが地域で一緒になって限られた医療資源の中でどうしていくか、さらに、終末期を診る能力もつけていく必要がある。こうした地域の中での対応システムをつくらないといけない。

2. 慢性期医療の提供体制等の在り方について

(1) 医療提供側に求められる機能の在り方

今後の慢性期医療の在り方を踏まえ、医療提供側に求められる機能には、どのようなものがあるか。

【これまでの主な意見】

(在宅復帰・在宅療養支援)

- 医療療養病床は 20 対 1、25 対 1 でも、死亡退院を除けば 5～6 割近くが在宅復帰をしている。この機能も大事な機能として残さなければならない。
- 医療と介護と一体的に提供しながらリハビリをして在宅支援をする。そして在宅を支える一時的な入院もある程度までやれるという機能も今の療養病床でできる。
- 療養病床の機能を考える上で、地域の中でどのようにして家と療養病床をリピート利用できるようにするかということも議論すべき。

(急性期からの受け皿)

- 療養病床のあり方としては急性期からの受け皿という部分も決して忘れてはいけない。在宅に戻しても、ここからまた救急搬送とか急性期に回る人たちが多くなることは好ましくない。

(看取り)

- 療養病床には重度者の看取りの場としての役割も重要。

- 老健、特養は、勇気を出さないと、なかなか看取れない。介護療養型医療施設は今まで当たり前のように看取りをやってきた。
- 療養病床の在り方として、結果的には国民が終末期も含めて満足できるレベルでケアするということがベースになるのではないか。
- 医療療養病床の入院患者さんの死亡退院というのは、老人福祉施設などで行われている静かに看取っていくというイメージではなく、一生懸命治療してやむを得ず亡くなって死亡退院という方も多く、この違いを踏まえることが必要ではないか。

(2) 医療提供形態の在り方

上記(1)の機能を果たすための医療提供形態の在り方としては、「療養病床のように、医療スタッフを内包して提供する形」と、「在宅医療のように、住まいを拠点として医療を外から提供する形」に大別されるが、それぞれの提供形態の在り方や、選択肢を考える上での条件等(患者像等)についてどのように考えるか。

【これまでの主な意見】

- 医療の形として、外から届けるものと中にあるタイプのものがある。中にあるタイプには、24時間であるものと、そうでないものがある。また、医療が集中的に提供されるのか、非集中的に提供されるのかという視点もある。さらに、住まいが集住するのか、分散するのか、という議論もあり、こうした論点を整理していくことが重要ではないか。
- 医療も介護も必要な人などを受け入れる機能は必要であり、その類型については、病院である必要があるのかどうかという議論や、患者像だけでなく、入院でなければならない期間かどうかという問題もある。

(3) 療養病床における医療等の在り方

上記(1)(2)の論点も踏まえつつ、療養病床において主として対応することが求められる患者像についてどのように考えるか。

また、患者像を踏まえた療養病床における医療の在り方について、どのように考えるか。その際、例えば、次のような視点や慢性期医療の役割等を踏まえて、どのように考えるか。

- ・ 病気と共存しながら QOL の維持・向上が図られるよう、在宅復帰や在宅生活の継続を支援する
- ・ 継続的な医学管理を行い、人生の最終段階においても穏やかな看取りを支える 等

さらに、上記を踏まえた以下のような論点について、どのように考えるか。

- ① 人員体制の在り方
- ② 施設や設備の在り方
- ③ 制度上の位置付けの在り方（医療法、介護保険法、報酬制度等）
- ④ 基盤整備計画上の位置付け（医療計画、介護保険事業計画）や施設等の整備に対する財政支援の在り方

【これまでの主な意見】

① 療養病床再編の評価

- 2006年の療養病床再編の評価をした方がよい。医療療養病床と介護療養病床で機能分担がある程度できたことは前向きに評価してよい。
- なぜ介護療養型老健が増えなかったかということ进行分析しておかないと、同じことを繰り返す可能性がある。経営を含めて現場の意向を無視して進めようとしてもうまくいかないという貴重な教訓ではないか。

② 療養病床再編を考えるにあたっての基本的視点

- 2018年度までに制度をどうするか、ということもあるが、今の制度の手直しだけでは不十分で、2025年とか、2035年あるいは2040年の在り方からさかのぼって考える視点が必要で、新しい類型もあるのではないか。
- この検討会の目的は医療提供形態のあり方ということで幾つかの選択肢を具体的に提示していくということが大事。
- 財源がないから病床を削減するというのではなく、予見可能性を持ちながら病床の再編を進めていくこと、さらに、機能の明確化、役割分担をはっきりさせていく中で、新たな役割や区分も検討していけば、地域医療構想や地域包括ケアシステムの構築にもつながってくるのではないか。
- 療養病床の在り方の議論では「受け皿」がないという議論が必ず出てくるので、受け皿整備を促進するようなインセンティブの在り方も議論すべきではないか。

③ 新たな選択肢について

- 必ずしも現行制度を前提としないという発想が重要。

- 医療という機能と介護という機能と住まいという機能がある。また、介護の中にもケアが中心になるタイプと在宅復帰のためのリハビリテーションが中心になるタイプの介護もある。これらの機能を、どこを主にして、どこを従にして組み合わせて類型を考えていくべきか。いろいろな組み合わせがありうる。

- 療養病床はどうあるべきかということについて、医療が身近にある生活モデルだということとは共有できているのではないか。

- 医療提供形態の類型としては、1つは療養病床のようなスタッフ内包型、もう1つは在宅医療のように住まいを拠点として医療を外部から提供する型、これに例えば病院併設型の高齢者住宅、あるいは今の介護療養病床が住宅転換を行うなどの案があるのではないか。

- 米国では、スキルド・ナーシングホームというような看護が中心になって医療ニーズの高い人をケアするという施設があるが、そのような考え方も入れていいのではないか。

- 米国のナーシングホームに近い「Skilled Nursing Ward」を新しく病院内の病棟単位で施設化することができないか。療養病床の転換先の一つとして病院内でのみ認める。面積基準は6.4㎡以上、4人部屋以内とし、看護配置基準は40対1、30対1程度とする。リハビリは必要だが包括とする。これを介護保険施設とするか住宅扱いとするかによって、医療を外付けにするのか、ある程度薄い医療を中付けにするかというのは議論がある。

- 在宅医療対病院だけではなく、例えば英語でいうとメディカルハウスのような医療と住まいが組み合わされたような在り方、病院のキャンパス内とか敷地内に、住まいだが、医療が隣にあるというタイプのジャンルも転換先としてありうるのではないか。

- 慢性期医療は他機関と連携するという部分もあるが、一つの事業者が入所あるいは入院という機能と在宅という機能をどういうふうに一体的に評価ができるのか、場合によっては職員の配置などを兼務するような方向性なども検討すべき。

- ケアミックス型なのか、単独型なのかということでもかなり様相が変わってくるのではないか。
- 介護療養を残すということも1つの選択肢になるのではないか。新しいものを考えるということであれば、医療を今の介護療養型老健よりも強める必要がある。何らかの形で医療機能を入れられるようにすることが必要。外から入れる場合も併設の施設からいく、あるいは訪問のような形で入れるということも考えられる。
- 療養病床のみの単独型が多いとすると医師の配置は重要。
- 介護療養の機能が本当に必要ならば、医療療養や一般病床の一部からも参入する病棟として認めていくかどうか。それは病院の病床なのか、介護施設のベッドなのか。現状では当直をしている病床になっているが、介護施設になっても医師が当直することが可能かどうか。こういった論点を議論する必要があるのではないか。

(4) 療養病床以外の医療・介護サービス提供体制の在り方

切れ目なく、医療・介護サービスを提供する上で、療養病床における医療等の在り方も踏まえ、慢性期の医療・介護ニーズに対応するための、療養病床以外の医療・介護サービス提供体制の在り方について、どのように考えるか。

【これまでの主な意見】

- 特別養護老人ホーム、介護付き有料老人ホーム、老健施設、サービス付き高齢者向け住宅など、一般の人から見ると施設類型がよくわからないし、状態も同じような方々が入っているようにも見える。今後、介護施設や住宅の整理の議論も必要ではないか。
- 在宅だけではなく、老人福祉施設、老人保健施設における医療のあり方によって療養病床全体の位置づけが決まる。
- 老健施設は、在宅復帰を目指して在宅支援を心がけているが、一方で、介護保険の中では施設体系になっており、在宅で暮らせない方を老健施設でみて、看取りまで対応している。

3. その他

- 療養病床、特養、老健の横断調査、例えばこうした調査を在宅にまで拡張して、在宅における医療資源投入量なども含め、横断的に調査する観点が必要。
- 海外と比べると日本の病床や施設はコストが低い。数だけではなく、コストを把握して比較することが必要ではないか。
- 療養病床の医療区分というのは、そろそろ制度疲労が来ている、そこも本来は見直ししなければいけない。