介護医療院の創設経緯と将来展望

平成 29 年度老人保健健康増進等事業
「介護療養型医療施設等から長期療養を目的とした
介護保険施設等に移行する際の課題とその対応の
あり方等に関する研究事業」
ワーキンググループ座長　江澤　和彦

＜療養病床に関する歴史的変遷＞

昭和 48 年の老人福祉法改正による老人医療費無料化と共に、「老人病院」が増加し、施設代わりの病院利用が促進され、医師、看護師の配置の薄い病院が増加し、社会的入院問題の発端となった。昭和 58 年には、老人病院を医療法上「特例許可老人病院」と位置づけ、診療報酬上、医師、看護師の配置を減らし、介護職員を多く配置する等の介護機能等の点を評価し、診療報酬は一般病院よりも低く設定された。

その後、平成 5 年の医療法改正において、一般病院における長期入院患者の増加に対応し、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として、「療養型病床群」が創設された。

平成 12 年の介護保険法施行に伴い、療養病床の一部について、介護保険上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設」（介護療養病床）が位置付けられた。合わせて、介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症疾患療養病棟も位置付けられた。平成 13 年の医療法改正では、療養型病床群と老人病院（特例許可老人病院）を再編し、「療養病床」に一本化された。

＜節目となった平成 18 年医療保険制度改革＞

平成 18 年の診療報酬・介護報酬同時改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差は見られず、医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在していたことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題であった。また、同年の医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議の医療費適正化の議論を踏まえ、患者の状態に応じた療養病床の再編成が改革の柱として位置付けられることにより、介護療養病床の平成 23 年度末廃止及び老人保健施設等への転換促進の政策が打ち出された。同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分（1~3)」、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL 区分（1~3)」による評価が導入された。この時点において、主に医療を必要とする患者の受け皿となる医療療養病床と介護を必要とする利用者の受け皿となる介護療養病床から転換する介護療養型老人保健施設や従来の老人保健施設等に整理された。

＜介護療養病床の廃止延期と療養病床の在り方＞

しかし、平成 23 年の介護保険法改正において、介護療養病床の老人保健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、転換期限を平成 29 年度末まで 6 年延長すると共に、平成 24 年以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は認めないこととした。

その後、地域医療構想ガイドラインでは、慢性期の病床機能及び在宅医療等の医療需要を

一体として捉えて推計すると共に、療養病床の入院受療率の地域差解消を目指すこととなった。一般病床の C3（医療資源投入量 225 点）未満及び療養病床の医療区分 1 の 70%に相当する入院患者約 30 万人が現状に加えて新たに病院外の自宅、老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等で医療を受けることとなったのである。

一方、介護療養病床については、平成 29 年度末で廃止が予定されているが、医療ニーズの高い入所者の割合が増加している中で、今後、これらの方々を介護サービスの中でどのように受け止めていくのか等が課題となっていることを踏まえ、平成 27 年 7 月に「療養病床の在り方等に関する検討会」を設置し、半年間で 7 回の会議が開催された。本検討会では、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、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った。療養病床の利用者像は、介護療養病床では平成在院日数が 1 年半に及ぶなど療養生活が長期に及び、死亡退院が退院患者の 4 割と多く、特別養護老人ホームや老人保健施設よりも医療必要度や要介護度が高く、平均年齢は 80 歳を超えており、本検討会において、

・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（「住まい」機能の強化）

・経管栄養や喀痰吸引等の日常生活上に必要な医療処置や充実した看取りを実施する体制の機能が必要とされ、住まい機能を確保した上で、医療機能を内包した新たな施設類型が提案された。（図表 1）

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型として、医療療養病床は、看護配置 20 : 1 にて医療の必要性の高い医療区分 2・3 の患者を中心に受け入れ、人工呼吸器や中心静脈栄養等の医療に対応すると共に、24 時間の看取り・ターミナルケアも行い、夜間・休日の医師の当直体制を敷くものとする。

図表 1　慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル

	現行の医療療養病床(20 対 1)	案1 医療内包型		案2 医療外付型	現行の特定施設入居者生活介護
		案1－1	案1－2	案2	
サービスの特徴	長期療養を目的としたサービス(特に、「医療」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス(特に、「介護」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス	居住スペースに病院・診療所が併設した場で提供されるサービス	特定施設入居者生活介護
	病院・診療所	長期療養に対応した施設(医療提供施設)		病院・診療所と居住スペース	有料老人ホーム 軽費老人ホーム 養護老人ホーム
利用者像	医療区分Ⅱ Ⅲを中心	・医療区分Ⅰを中心 ・長期の医療・介護が必要			
	医療の必要性が高い者	医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者		
医療機能	・人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療	・喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理	多様なニーズに対応する日常的な医学管理		医療は外部の病院・診療所から提供
	・24 時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)	・24 時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制	オンコール体制による看取り・ターミナルケア	併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア	
介護機能	介護ニーズは問わない	高い介護ニーズに対応	多様な介護ニーズに対応		

※医療療養病床（20 対 1）と特定施設入居者生活介護については現行制度であり、「新たな類型」の機能がわかりやすいよう併記している。
※案 2 について、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。

（出典）平成 27 年度　療養病床の在り方等に関する検討会　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～　資料より抜粋

＜医療機能を内包した施設系サービスと医療外付けの居住スペースとの併設＞

医療機能を内包した施設系サービスは、医療区分 1 を中心として、長期の医療・介護が必要な利用者を受け入れるが、医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスク者の受け皿と医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者の受け皿の 2 つのパターンが示された。前者においては、喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理に対応し、24 時間の看取り・ターミナルケアを行い、医師は当直体制もしくはオンコール体制し高い介護ニーズに対応する。後者は、多様なニーズに対応する日常的な医学管理に対応し、医師のオンコール体制による看取り・ターミナルケアを行い、多様な介護ニーズに対応する。なお、この両者の受け皿は、病床ではなく、医療機関内の介護保険施設となる。

さらに、医療を外から提供する、住まいである居住スペースと医療機関の併設も提案された。医療区分 1 を中心として、長期の医療・介護が必要かつ医療の必要性は多様であるが、容態は比較的安定した入居者を想定している。多様なニーズに対応する日常的な医学管理に対応し、併設する病院・診療所からの医師のオンコール体制による看取り・ターミナルケアを行い、多様な介護ニーズに対応するもので、特定施設入居者生活介護の居宅サービスの指定も一考される。

＜介護医療院の創設と医療外付け型の居住スペースの位置づけ＞

これらの提案を受けて、医療・介護分野を横断して、総合的な検討を行う必要があることから、社会保障審議会に慢性期の医療・介護ニーズに対応するための療養病床の在り方等について審議する専門部会である「療養病床の在り方等に関する特別部会」が設置された。平成 28 年 6 月から 12 月にかけて 7 回の会議開催を経て議論の取り纏めがなされた。

医療機能を内包した施設系サービスは、「介護医療院」の名称のもと、介護保険法にて生活施設としての機能重視を明確化すると共に、医療法上の医療提供施設とし、要介護高齢者の長期療養・生活施設とする。（図表 2）介護医療院を（Ⅰ）（Ⅱ）の 2 類型に分け、主な利用者像は、（Ⅰ）が重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等（療養機能強化型 A・B 相当）、（Ⅱ）は容体が比較的安定した者、施設基準は、（Ⅰ）が介護療養病床相当、（Ⅱ）は老人保健施設相当以上、面積基準は、両者共に老人保健施設相当の一人当たり病床床面積 8.0 ㎡以上とする。但し、既存の建築物を転用する場合、大規模改修までの間は病床床面積 6.4 ㎡以上で可とする。また、多床室の場合でも家具やパーテーション等による間仕切りの設置等、プライバシーに配慮した療養環境の整備を行い、低所得者の配慮として、補足給付の対象となる。

図表 2　医療機能を内包した施設系サービス

	新たな施設	
	（Ⅰ）	（Ⅱ）
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
設置根拠（法律）	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者　等　（療養機能強化型Ａ・Ｂ相当）	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準（最低基準）	介護療養病床相当 （参考：現行の介護療養病床の基準） 医師　48対１（3人以上） 看護　６対１ 介護　６対１	～ 老健施設相当以上 （参考：現行の老健施設の基準） 医師　100対１（1人以上） 看護・介護　３対１ ※ うち看護2/7程度
	※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。	
面 積	老健施設相当（8.0 ㎡/床） ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮（法律）	補足給付の対象	

（出典）第 4 回社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会　資料より抜粋

居住スペースと医療機関の併設である医療外付け型の居住スペースは、特定施設入居者生活介護の指定を受ける有料老人ホーム等が想定され、主な利用者像は、医療の必要性は多様であるが、容体は比較的安定した者とし、面積基準は、例えば、現行の有料老人ホームであれば、個室で 13.0 ㎡/室以上となる。但し、既存の建築物を転用する場合、個室であれば面積基準はないものとする。（図表 3）

図表 3　医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設

	医療外付け型（居住スペースと医療機関の併設）
設置根拠（法律）	✔ 医療機関　⇒ 医療法 ✔ 居住スペース　⇒ 介護保険法・老人福祉法 ※ 居住スペースは、特定施設入居者生活介護の指定を受ける有料老人ホーム等を想定（介護サービスは内包）
主な利用者像	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者
施設基準（居住スペース）	（参考：現行の特定施設入居者生活介護の基準） 医師　基準なし 看護・介護　３対１　※ 看護職員は、利用者30人までは１人、30人を超える場合は、50人ごとに１人 ※ 医療機関部分は、算定する診療報酬による。
面 積（居住スペース）	（参考：現行の有料老人ホームの基準） 個室で13.0 ㎡／室以上 ※　既存の建築物を転用する場合、個室であれば面積基準なし

（出典）第 4 回社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会　資料より抜粋

療養病床の在り方等に関する特別部会の審議を受け、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律が平成 29 年 6 月 2 日に公布され、介護保険法上の介護保険施設として、医療法上の医療提供施設として、『介護医療院』が創設された。介護医療

院は、要介護者に対し、「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話（介護）」を一体的に提供する機能を有し、開設主体は、地方公共団体、医療法人、社会福祉法人等の非営利法人等とされ、病院又は診療所から介護医療院に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとなった。現行の介護療養病床の経過措置期間において、平成 30 年 4 月から 6 年間延長することとし、具体的な介護報酬、基準、転換支援策については、介護給付費分科会等で検討することとなった。

＜介護医療院の基準・転換支援策＞

平成 29 年 11 月 22 日の第 152 回社会保障審議会介護給付費分科会において、介護医療院（Ⅰ）（Ⅱ）の人員基準・施設基準のイメージ案が公表され、以下の方向性が示された。

・医師、薬剤師、看護職員、介護職員は、Ⅰ型とⅡ型に求められる医療ニーズを勘案して設定し、リハビリテーション専門職、栄養士、放射線技師、その他の業者は施設全体として配置する。

・療養室については、定員 4 名以下、1 人当たり療養室床面積を 8.0/㎡とし、4 名以下の多床室であってもプライバシーに配慮した環境に努める。

・療養室以外の施設基準について、診察室、処置室、機能訓練室、臨床検査設備、エックス線装置等を求める。

・医療機関と併設する場合は、宿直の医師を兼任出来るようにする等の人員基準の緩和や設備の共用を可能とする。

・介護医療院におけるユニットケアを設定する。

・介護医療院の基本報酬に求められる基準は、Ⅰ型では現行の療養機能強化型介護療養病床を参考にし、Ⅱ型では老人保健施設の基準を参考としつつ、24 時間の看護職員の配置が可能となることに考慮し設定する。

介護医療院のサービス提供は、療養棟単位とし、小規模の場合は介護療養病床における従前通りの療養室単位を認め、提供可能な居宅サービスは、介護療養病床と同様に、短期入所療養介護、通所・訪問リハビリテーション、訪問看護、居宅療養管理指導とする提案もなされた。

また、療養病床等からの介護医療院への転換を円滑かつ早期に行うことを可能とする観点から、これまでの「介護療養病床から療養型老人保健施設への転換における経過措置」を参考に同様の手当てを行うと共に、新たに報酬上の支援策を設ける。介護療養病床から療養型老人保健施設への転換における経過措置には、施設・設備基準の緩和（療養室床面積・廊下幅・機能訓練室面積・食堂面積・医療機関との併設・耐火構造・直通階段エレベーター設置基準）、転換後の受皿の整備、転換に係る費用負担の軽減等が含まれている。なお、介護療養病床から医療機関併設型の特定施設へ転換する場合への特例として、生活相談員・機能訓練指導員・計画作成担当者の兼任や浴室・食堂・機能訓練室の共用を認める方向性も示されている。平成 29 年 8 月には、介護医療院への転換促進に当たり、医療療養病床・介護療養病床・療養型老人保健施設からの介護医療院への転換については、市町村の介護保険事業計画の総量規制の対象外とする通知が厚生労働省から出されている。ちなみに、市町村が介護保険事業計画に総量を見込み、仮に一般病床を認可した場合には、一般病床からの介護医療院への転換もあり得ることとなっている。

＜介護医療院の将来展望＞

平成30年1月26日社会保障審議会介護給付費分科会は2018年介護報酬改定案を了承し、介護給付費分科会から報告を受けた社会保障審議会は同日諮問案通り答申した。答申された介護医療院の基準、基本報酬等をお示しする。（図表4、図表5、図表6）

図表4　介護医療院の人員基準

		介護療養病床（病院）【療養機能強化型】		介護医療院				介護老人保健施設	
				指定基準		報酬上の基準			
		指定基準	報酬上の基準	類型（Ⅰ）	類型（Ⅱ）	類型（Ⅰ）	類型（Ⅱ）	指定基準	報酬上の基準
人員基準（雇用人員）	医師	48：1（病院で3以上）	－	48：1（施設で3以上）	100：1（施設で1以上）	－	－	100：1（施設で1以上）	－
	薬剤師	150：1	－	150：1	300：1	－	－	300：1	－
	看護職員	6：1	6：1 うち看護師2割以上	6：1	6：1	6：1 うち看護師2割以上	6：1	3：1（看護2/7）	【従来型・強化型】看護・介護3：1 【介護療養型】(注3) 看護6：1、介護6：1～4：1
	介護職員	6：1	5：1～4：1	5：1	6：1	5：1～4：1	6：1～4：1		
	支援相談員							100：1（1名以上）	－
	リハビリ専門職	PT/OT：適当数	－	PT/OT/ST：適当数		－	－	PT/OT/ST：100：1	－
	栄養士	定員100以上で1以上	－	定員100以上で1以上		－	－	定員100以上で1以上	－
	介護支援専門員	100：1（1名以上）	－	100：1（1名以上）		－	－	100：1（1名以上）	－
	放射線技師	適当数	－	適当数		－	－		
	他の従業者	適当数	－	適当数		－	－	適当数	－
医師の宿直		医師：宿直	－	医師：宿直	－	－	－	－	－

注1：数字に下線があるものは、医療法施行規則における基準を準用　注2：背景が緑で示されているものは、病院としての基準　注3：基準はないが、想定している報酬上の配置。療養体制維持特別加算で介護4：1となる。

（出典）第158回社会保障審議会介護給付費分科会　参考資料1より抜粋

図表5　介護医療院の施設基準

		介護療養病床（病院）【療養機能強化型】	介護医療院	介護老人保健施設
		指定基準	指定基準	指定基準
施設設備	診察室	各科専門の診察室	医師が診察を行うのに適切なもの	医師が診察を行うのに適切なもの
	病室・療養室	定員4名以下、床面積6．4m²/人以上	定員4名以下、床面積8．0m²/人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6．4m²/人以上で可	定員4名以下、床面積8．0m²/人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6．4m²/人以上で可
	機能訓練室	40m²以上	40m²以上	入所定員1人あたり1m²以上 ※転換の場合、大規模改修まで緩和
	談話室	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ
	食堂	入院患者1人あたり1m²以上	入所定員1人あたり1m²以上	入所定員1人あたり2m²以上
	浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
	レクリエーションルーム		十分な広さ	十分な広さ
	その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	（薬剤師が調剤を行う場合：調剤所）
	他設備	給食施設、その他都道府県の条例で定める施設	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室
構造設備	医療の構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	
	廊下	廊下幅：1.8m、中廊下は2.7m ※経過措置　廊下幅：1.2m、中廊下1.6m	廊下幅：1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合　廊下幅：1.2m、中廊下1.6m	廊下幅：1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合　廊下幅：1.2m、中廊下1.6m
	耐火構造	（3階以上に病室がある場合）建築基準法に基づく主要構造部：耐火建築物	原則、耐火建築物（2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物） ※転換の場合、特例あり	原則、耐火建築物（2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物） ※転換の場合、特例あり

（出典）第158回社会保障審議会介護給付費分科会　参考資料1より抜粋

図表 6　介護医療院の基本報酬（多床室の場合）（単位／日）

	（新設）					
	Ⅰ型療養床			Ⅱ型療養床		
	Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）（療養機能強化型A相当）（看護6:1 介護4:1）	Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅱ）（療養機能強化型B相当）（看護6:1 介護4:1）	Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅲ）（療養機能強化型B相当）（看護6:1 介護5:1）	Ⅱ型介護医療院サービス費（Ⅰ）（転換老健相当）（看護6:1 介護4:1）	Ⅱ型介護医療院サービス費（Ⅱ）（転換老健相当）（看護6:1 介護5:1）	Ⅱ型介護医療院サービス費（Ⅲ）（転換老健相当）（看護6:1 介護6:1）
要介護１	８０３	７９１	７７５	７５８	７４２	７３１
要介護２	９１１	８９８	８８２	８５２	８３６	８２５
要介護３	１，１４４	１，１２７	１，１１１	１，０５６	１，０４０	１，０２９
要介護４	１，２４３	１，２２４	１，２０８	１，１４３	１，１２７	１，１１６
要介護５	１，３３２	１，３１２	１，２９６	１，２２１	１，２０５	１，１９４

※ 療養室等の療養環境の基準を満たさない場合には25単位を減算する。

（出典）第 158 回社会保障審議会介護給付費分科会　参考資料 1 より抜粋

介護医療院は、単なる転換先の受け皿ではなく、住まいと生活を医療が支える新たなモデルとして創設され、2018 年 4 月 1 日以降誕生する。生活施設の機能重視を明確化すると共に、医療提供施設として、要介護高齢者の長期療養・生活施設として、介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービス（Ⅰ型）と老人保健施設相当以上のサービス（Ⅱ型）の 2 つのサービスが提供される。

新たに創設される介護医療院においては、利用者の尊厳の保持と自立支援を理念に掲げ、長期療養・生活施設を補完する在宅療養も支援すると共に、地域に貢献し地域に開かれた交流施設としての役割を担うことが期待される。

人生の最期まで尊厳が保障された看取りも重要な役割となるが、人生の最終段階における医療介護における事前の話し合いである ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の介入時期にふさわしい利用者も多く、本人の意思を最大限に尊重するための医療ケアチームとの合意形成に積極的に取り組むことも有用となる。その取り組みにおいては、胃瘻の是非を問うものではなく、プロセスを重視しており、本人と医療ケアチームの相互参加型の繰り返しの話し合いの結果を尊重するものであり、在宅・施設等の看取りの場所も本人の意思が尊重されることとなる。在宅療養支援も行えるように介護医療院では、介護療養型医療施設と同様の居宅サービスの実施が可能となっている。

一方で、利用者の多くは、重度要介護者が想定されるが、状態に応じた自立支援や寝たきり防止のための「心身機能」「活動」「参加」にバランス良く取り組む生活期リハビリテーションの提供も必要である。介護医療院と在宅を往来することや在宅復帰を目指す利用者に応え、支えることも役割の一つとなる。器質的疾患の伴わない廃用性嚥下障害等は、療養環境やリハビリテーションによって劇的に回復することがあり、寝たきりからの脱却も常に念頭に置いておくべきであろう。誤嚥性肺炎を防止する口腔機能向上や口腔ケアの充実を図り、フレイルの進展防止のための栄養状態の改善に取り組むことは、利用者の QOL の向上に資するものとなる。

また、新たな類型として誕生した介護医療院においては、十分な説明のもと、利用者、家族、地域住民等に幅広く理解を得る必要がある。地域の中でどういう役割を果たし、地域と如何に交流をしていくのか等について、懇切丁寧に説明を行うことが求まれる。出来る限り地域に開かれた施設を目指し、地域交流やボランティアの受け入れを積極的に取り組むことが方策となる。地域住民向けの介護者教室、住民の集いの場となるサロンや認知症カフェの

設置、町内会や老人クラブへの出前講座、民政委員と連携した地域づくりに資する活動、ボランティアの受け入れ等は地域から歓迎される取り組みである。介護医療院が地域の中で閉鎖的な存在となることなく、地域に開かれた透明性の高い施設となっていくことは、今後の介護医療院にとって極めて重要な視点となる。

今後、急速に増えていくと予測される介護医療院は、住まいと生活を医療が下支えする全く新しい施設類型である。介護医療院を運営する事業者がその理念と役割を十分に理解した上で着実に歩んでいくことの積み重ねにより、健全なる成熟を遂げていくと思われる。特に、医療機関にとって生活施設としての役割をどう果たしてくのかは、重要なポイントの一つとなる。病床と異なり、住まいであり、生活の場でもある介護医療院の療養環境やケアの在り方には熟考すべきである。ハード面のみならずソフト面にも配慮したプライバシーの尊重、愛着ある物の持ち込みによる居場所づくり、トイレや浴槽の改修、ベッドの高さ、椅子テーブルのサイズ、手すりの位置や補助具の見直し、自立支援を目指した過剰介護の廃止、利用者の意思・趣向の尊重、生活習慣を具現化した個別ケア、口から食べる支援、個浴ケアの導入検討、オムツの卒業、各種行事やレクレーションの開催、地域住民への健康介護教室開催、住民カフェの設置、地域の社会資源利用や住民連携による交流の担保されたケア等の生活感のあるサービス提供に向き合った運営事業者の努力も問われていく。

これら運営事業者の努力の集大成によって、利用者の意思を尊重し、自立支援へ向けた療養と生活の視点が融合し、「尊厳を保障する介護医療院」が実現化した時に国民から歓迎されるものとなるであろう。介護医療院の将来に大きな期待感が込められており、本報告書が少しでもお役に立てれば幸いである。