

東京都
療養型病院
研究会の
報告

都療研レポート

発行所
東京都療養型病院研究会
発行人
安藤高朗

〒193-0942 東京都八王子市
桐田町583-15 永生病院内
Tel. 0426-61-4108
Fax. 0426-61-1331

No.2 平成18年2月10日 医療の質と患者満足の追求 e-mail kikaku@eisei.or.jp

通常国会で法改正を強行

平成23年度末で介護療養型は廃止

療養病床は医療高い患者に特化。25万床を15万床に？

厚生労働省は療養病床再編の具体案を固め、自民党に諮るとともに関係団体に提示した。今通常国会に上程する医療制度改革法案に盛り込む。

方針は、①医療療養病床は医療必要性の高い患者を受け入れる病床(「看護4対1・看護補助4対1」とする)、②医療必要性の低い患者主体の病床は介護保険に移行させる、③介護療養型医療施設は老健、特定施設に転換させ、平成23年度末に廃止する、④移行・転換分は第4期介護保険事業計画(平成21~23年度)の参酌標準に反映させ、移行・転換は平成23年度までに終える、というもの。

厚生労働省は、移行・転換を促すために18年度のダブル改定で、①医療必要性の低い患者が一

定以上入院する病床(病院)に、21年3月末までの経過措置として、医師配置数最低2名かつ「看護8対1・看護補助4対1」という特例(介護保険移行準備病床)を、②介護療養型に、24年3月末までの経過措置として、医師配置数最低2名かつ「看護8対1・看護補助4対1」(経過的介護療養型医療施設)という類型を、それぞれ設ける方針だ。

厚生労働省は、再編によって、療養病床は24年度に現在の38万床から15万床に削減可能とみている。

2月7日、自民党関係部会は療養病床再編を盛り込んだ医療制度改革関連法案を了承した。(3面に療養病床再編方針の概要を掲載)

病院団体の反対を無視。政府は強行姿勢

療養病床再編方針に病院団体は強く反発。四病院団体協議会と日本療養病床協会は1月19日に反対声明を川崎厚労大臣ほかに提出し、1月20日の医療部会で反対意見を表明

した。日本療養病床協会は独自に老健局に反対を表明した。

自民党関係部会でも反対意見が続出したが、自民党幹部は「改革大綱」にそって病床転換を強行した。

介護療養型に「経過型類型」を創設

医師「96対1」(最低2名)、看護・看護補助「3対1」

1月20日の社保審の医療部に厚労省医政局総務課は、医療法施行規則改正事項として、療養病床の人員配置基準を看護4対1・看護補助4対1に引き上げ、現行「6対1・6対1」は平成23年度末で廃止。

併せて「経過的介護療養型医療施設」を想定した、医師最低2人「96対1」、看護・看護補助「3対1(1/3以上は看護職員)」という、平成23年度末までの経過的な類型を設ける提案を諮った。(3面に掲載)

療養病床の点数は4区分。7月施行

「特殊疾患」を統合。重度病床は18年から「4対1」

厚生労働省は2月3日の中医協総会に、平成18年度改定の「主要改定項目案」を提示した。

慢性期入院の項目には、療養病床入院基本料を患者状態

像にもとづく包括評価(「看護5対1・看護補助5対1」が要件)に組み換えた上、療養病床の特殊疾患療養病床入院料と特殊疾患入院医療管理料を統合。

医療区分2・3の患者が一定程度以上入院する病床は「4対1・4対1」を算定要件とすることが明記された。現行「5対1・5対1」は23年度末で廃止する。

患者分類は9区分あったが、配点上は4区分に収斂され、認知機能障害加算も1区分に限定される。7月1日に施行される。

介護報酬改定を答申。リハ大幅縮減 重度療養管理加算は4年後に廃止

1月26日の介護給付費分科会は18年度介護報酬改定を即日答申した。(2面に要旨を掲載)

諮問に際して、老健局は、自民党の了承が得られていないことから「介護療養型医療施設の経過的類型」には触れずに、現行項目の見直しに終始した改定案を提示した。ただし、添付資料に「療養病床の将来像について(案)」をつけ、説明は控えたものの、療養病床再編の具体的方針を披露した。

介護療養型医療施設の報酬改定としては、10月改定の積み残しであった、多床室3タイプの各20単位引き下げとユニット型個室・同準個室の各

自民党の了承が得られていない「介護保険移行準備病床」について、事務局は、「医療区分1は点数を引き下げのために現行の人員は維持できない恐れがあり、人員配置を引き下げる必要もあるのではないかと議論されているところ。」と触れるにとどめた。(3面に掲載)

95単位引き上げが決まった。

また、①経口維持加算の新設、②在宅復帰支援機能加算の新設、③身体拘束廃止未実施減算の導入、④療養環境加算の減算率拡大とⅡ(20年3月末)Ⅲ(19年3月末)の各廃止、⑤重度療養管理加算の21年3月末廃止が決定。

リハについても大幅に見直され、①計画加算と日常動作訓練指導加算を廃止しマネジメント加算と短期集中リハ実施加算を創設、②リハ体制強化加算を新設、③理学・作業・言語聴覚各療法の(I)をそれぞれ廃止するという縮減・簡素化が行なわれた。

高齢者の初期入院を評価すべき

本会幹事が「療養病床入院医療管理料」を提案

療養病床の再編方針に対して、本会の佐藤健二幹事は、医療療養病床の機能として在宅復帰支援機能を発揮している病床は残すべきであるとして今改定で「療養病床入院医療管理料」を新設するよう提案している。(4面に掲載)

介護保険への移行対象とされる慢性期患者分類の医療区分1相当であっても、高齢者の初期入院(90日間)については医

療区分2とする措置を追加し、在宅復帰を促す亜急性期入院医療管理料に準じた「看護4対1・看護補助4対1」の病床(病室)を確保するというもの。

佐藤幹事は、「在宅で急性増悪した高齢者の様々な疾患に初期医療として対応、介護重度化を防止する役割を担うことで、医療保険と介護保険の効率化に寄与する」と、その導入を強く訴えている。

老健、特定施設への転換は担保されるのか？

療養病床の再編 第4期事業計画参酌標準が転換の命運を決める

2月1日に自民党に提示した資料で厚労省は、再編によって、療養病床は38万床(医療保険25万床、介護保険13万床)から15万床に減ると試算している。

内訳は、医療保険から介護保険に14万床が移る一方、介護保険からは4万床が医療保険に戻る。他方、介護保険の療養病床は平成24年度には23万床に増えるが、最終的に、老健に15万~17万床分が転換。残る6~8万床分が居住系サービスや在宅に移るといふもの。

しかし、この数字はあまりにも疑問が残るところだ。第2期介護保険事業計画策定時の参酌標準は、介護保険3施設が65歳以上人口の3.2%、グループホームと特定施設が

0.3%であった。

第3期事業計画(平成18~20年度)作成に際して、厚労省は「介護保険3施設と介護専用居住系サービス」の対要介護者数(「1」を除く)比を、16年度の41%から26年度には37%以下に引き下げるよう求めた。

その中で、「介護専用の居住系サービス」として「痴呆性高齢者グループホームと特定施設の一部(介護専用型有料老人ホーム等)」を想定。

26年度の要介護者は16年度の210万人から290万人に増えるものの、これら「施設・居住系サービス」の利用者は87万人から108万人へと、増加見込数を21万人に抑えた。

療養病床の再編によって医療から介護に移る23万人は、

16年度から26年度への10年間に増加すると見込まれていた21万人を上回る。

介護予防給付や地域密着サービスの出現等を加味して介護施設利用を抑制的に展望してきた都道府県、市町村の目論見が崩壊しかねない。

しかも、介護療養型に次いで介護費用の単価が高い老健を一挙に1.5倍に増やすという話である。果たして、保険料の上昇に神経を尖らせている市町村が納得するのだろうか。

さらに、18年度改正で選択的に特定施設化される養護老人ホームが「介護専用居住系サービス」に加わる。シェアを分かちライバルが増えることになるわけだ。

第4期介護保険事業計画(平

成21~23年度)の最終年が病床転換のゴールである。そのときに、市町村から都道府県へと積み上げられていく入所定員枠の見通しが、国の参酌標準を下回る可能性が否定できない。

施設の問題もある。1床あたり6.4m²の病院を老健の基準(8m²以上)や、21m²基準のケアハウス、介護専用型有料老人ホーム標準(個室13m²・2人室9m²以上)に合わせていくのは容易なことではない。

転換に際して経過措置が適用されるが、助成・補助が全施設に行きわたるわけでもなく、一定期間に建て替えるは難しい。政治的判断で、経過措置が廃止されてしまえば、そこで立ち往生となる。

朝令暮改を繰り返してきた厚労省。どこまで見通しを立てているのか、それとも泥縄の再編案であるのか、不安は尽きない。

「平成18年度介護報酬等の改定」(抜粋) 1月26日答申 介護給付費分科会

【介護療養型医療施設】

●ユニット型個室・準個室

いずれも要介護1~5をそれぞれ95単位/日引き上げる

*人員配置基準に欠ける場合は3%を減算

●多床室

介護4対1~6対1のいずれも要介護1~5をそれぞれ20単位/日引き下げる

●経口維持加算の創設

現行経口移行加算を見直し、

①経口移行加算(経管栄養の者が対象) 28単位/日

②経口維持加算

I. 著しい誤嚥 28単位/日

II. 誤嚥 5単位/日

●在宅復帰支援機能加算の創設

10単位/日

●感染症への対応方を基準上明確化する。

●身体拘束廃止未実施減算の新設

▲5単位/日

●リハマネジメント加算、短期集中リハ実施加算の創設

現行の「リハ計画加算」「日常動作訓練指導加算」を見直し、個別リハ実施計画の策定等、一連のリハビリテーションプロセス実施や、多職種協働による短期・集中的なりハ等を評価する。

リハマネジメント加算 25単位/日
短期集中リハ実施加算(入所3ヶ月以内) 60単位/日

●リハビリテーション体制強化加算の新設

35単位/回

(算定要件)理学療法I、作業療法又は言語聴覚療法を算定している施設が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上加配した場合に算定できる。

●理学療法、作業療法、言語聴覚療法の見直し
維持期リハの特性に応じた体制等を評価する観点から理学療法(I)、作業療法(I)、言語聴覚療法(I)を廃止し、報酬区分を見直す。(存続する各リハの現行単位数はそのまま変わらず)

●療養環境減算
減算率を拡大するとともに、一定の療養環

境を満たさない施設については、現行の経過措置を廃止する。

(見直し後)

療養病床療養環境減算I ▲25単位

療養病床療養環境減算II ▲85単位(平成20年3月末で廃止)

療養病床療養環境減算III ▲115単位(平成19年3月末で廃止)

●重度療養管理加算(120単位/日)

平成21年3月31日をもって廃止する。

●老人性認知症疾患療養病床の見直し

医療法改正による精神病床の看護配置の見直しに係る経過措置が終了することに伴い、看護配置の評価の見直しを行う。

【指定基準の見直し】

●介護保険3施設の人員、設備及び運営に関する基準

病床転換による介護老人保健施設に関する経過措置について、平成18年3月31日までに開設されるものであったのを、当分の間延長すること。

「利用者は、たらいまわしの不安に脅えている」

介護療養型廃止で緊急アンケート。失望と怒りの声

東京都療養型病院研究会は、介護療養型医療施設廃止について会員に緊急アンケートを実施した。回答を寄せた22病院のうち21病院が廃止に反対した。主な意見を紹介する。

●介護療養型は、終末期看護や要医療高齢者の介護など限定した利用者に対応させるべき。

●突然の廃止は納得できない。既に報道で知った患者様やご家族から不安の声が出ている。

利用者は、また、たらいまわしの不安に脅えている。

●ほとんどの施設が厚労省の指導に従って新規建設した。たった6年で方針を変えられたらもう対応する余力がない。

●医療療養病棟は医療度の高いものを対象にするというが、医療度の考え方にも現実の必要とずれがあり、納得できない。

●10月改正後すぐに、このよ

うな方針をなぜ打ち出すのか、理解に苦しむ。利用者にごう説明すればよいのか。

●介護保険に治療と介護を同時に行える施設を必ず残すべきである。介護療養型は国際的にも水準の高いナーシングホームとして評価されるものだ。

●療養病床を医療保険だけにするとIVH患者が増え、老人医療費を一層押し上げかねない。

●介護保険導入後6年で方針転換することになら説明がない。誰も責任をとっていない。

●ビジョンがないので数年で破

綻するだろう。

●介護保険から医療保険への転換は可能か。転換すべき施設基準を持たない、介護保険型認知症疾患療養病棟などはどうなるのか。

●自宅介護は現在の家庭環境では受け入れられるものではない。更に増加する高齢者に、どう対応していくのか。

●医療施設は病棟単位での施設基準届出であるが、今回変更になった場合は、医療施設の中に医療保険病棟と老健病棟等を混在できるのだろうか。

介護療養型廃止、今国会で法改正

医療から介護へ移行可能。施設基準に経過措置

療養病床再編をめぐる厚労省方針の骨子 *医療構造改革本部、医療部会、中医協資料等から整理。

【基本的な考え方】

平成24年度以降は、療養病床を「療養病床は長期療養が必要な医療必要度が高い患者の病床」とし、その位置づけを医療法体系と報酬体系上も明確化し、それに向けて再編成する。

(1) 医療法施行規則の療養病床人員配置標準を改正する

①看護配置を「4対1・4対1」に引き上げる。

②現行看護配置の「6対1・6対1」は平成23年度末までの経過措置とし、24年度に廃止する

③介護報酬上の経過措置に対応して、介護療養型の現行配置を引き下げた類型を、平成23年度末までの措置として創設。

(2) 介護保険・医療保険の療養病床の位置づけを明確にする

①平成24年度以降介護療養型医療施設は廃止する。

②介護療養型医療施設の廃止とその関連事項について、介護保険法と健康保険法等の改正を今通常国会で行なう。

③医療法施行規則改正と併せ、

診療報酬上、24年度以降は医療必要度の高い患者が一定以上入院する医療療養病床は「4対1・4対1」看護を原則とする。

(3) 同時改定での対応

①今後は医療度の高い患者は医療療養病床で対応、低い要介護者は介護保険の施設・在宅サービスに移行させる方向を明確に打ち出す。

②介護報酬改定では、現行の療養病床のほかに、病床転換の経過措置として医師・看護等の配置が緩和された「経過的介護療養型医療施設」を創設する(報酬水準は緩和された職員数に見合ったものとする)。

③診療報酬改定では、医療度の高い患者は適切な評価を行わない、低い患者は評価を適正化する。その際、医療必要度の高低で恣意的な運用が行われないよう、指導・監査を重点的に実施する。

④医療必要度の高い者を一定以上入院させる療養病床は「4対1・4対1」が原則である旨を明確化する(現行の「5対

1・5対1」看護の評価は存続させるが、平成23年度末に廃止する)。

⑤平成20年度末までの経過措置として、「経過的介護療養型医療施設」と同等の人員体制の「介護保険移行準備病床」を創設する。

(4) 病床転換・削減に向けた展望

①平成18年度以降23年度までに、医療度の高い患者が多い病床は医療療養病床に存続(または介護保険から移行)し、(現在の医療療養病床を含め)医療度の低い患者が多いあるいは「4対1・4対1」看護に満たない病床は、必要に応じて「経過的介護療養型施設」を経由しつつ、介護保険法上の特定施設、老健等へ移行すると考えられる。

②介護保険の特定施設等では、(参酌標準にもとづいた)市町村介護保険事業計画と都道府県介護保険事業支援計画との整合性を図りつつ、療養病床から転換する施設の受け入れを進める(23年度までに受け

入れが可能となるよう所要の措置を講じる)。

③療養病床転換後新たな増床・病院の開設につながるのではないよう、医療計画で参酌標準による必要定員数と整合性をもって基準病床数を定めるとともに、医療計画策定後もその運用の適正化を進める。

④療養病床の再編に併せて、在宅医療等の推進に向けて関係局が連携して取り組む

⑤とくに、ケアハウス、有料老人ホーム等の生活施設に居住する場合の医療サービスの円滑な提供方策を検討し、実施基準を策定する。

(療養病床の転換支援方策)

①転換整備助成金(医療保険)や介護療養型医療施設から特定施設等へ転換するものに対する地域介護・福祉空間整備等交付金も、併せて検討する。

②転換する施設に適用される施設設備基準に、期間を定めて経過措置を設けることを検討する。

慢性期患者分類の配点は4段階。7月施行

「平成18年度診療報酬改定における主要改定項目について(案)」より 2月3日 中医協総会

IV-1 慢性期入院医療に係る評価について

●療養病床入院基本料に医療区分及びADL区分並びに認知機能障害加算に基づく患者分類を用いた評価を導入し、医療の必要性の高い患者に係る医療は評価を引き上げ、医療の必要性の低い患者に係る医療は評価を引き下げる。

●療養病床入院基本料の見直し(改正案)

ADL区分3	○○○点	○○○○点	○○○○点
ADL区分2	○○○点	○○○○点*	○○○○点
ADL区分1	○○○点	○○○○点	○○○○点
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
		(※認知機能障害加算)	○点

●療養病床入院基本料は「看護実質配置25:1(5:1)・看護補助実質配置25:1(5:1)」を算定要件とするが、医療区分2・3に相当する患者を○割受

け入れている病棟は「看護20:1(4:1)・看護補助20:1(4:1)」を満たしていなければ医療区分2・3に相当する点数は算定できない。

●急性増悪等により一般病棟への転棟・転院を行なった場合は、転棟・転院前3日に限り出来高で評価する。この場合に、入院基本料は医療区分1に相当する点数を算定する。

●療養病床療養環境加算等は介護保険における見直しを踏まえた見直しを行なう。

●180日超特定療養費化の対象から療養病床入院基本料を除外する。
●施行時期は7月1日とする。4月から6月までは現行体系下で18年度改定率を踏まえた評価を引き下げを行なう。

●療養病床は特殊疾患療養病棟入院料と特殊疾患入院医療管理料を廃止し、上記療養病棟入院基本料を算定する。その際、一定以上の病棟床面積を有する場合は療養環境加算

を新設する。一般病床及び精神病床については、2年間定の経過期間を設けた上で当該評価を廃止する。見直しに当たっては、難病患者と障害者の医療必要性に配慮する。

「経過的類型」は看護・補助3対1、1/3上は看護職

「療養病床再編に伴う医療法施行規則の見直し(案)」より 1月20日 医療部会

(2) 人員配置標準を緩和した経過措置類型の創設

・平成18年度の介護報酬改定において、老健施設や特定施設への転換に向けた経過措置として医師、看護職員の配置を緩和し類型創設が検討されている。

・これを受け、医療法施行規則(附則)に、23年度末までの経過措置として、医師、看護職員等の配置を引き下げた類型(介護保険経過措置)を創設する。

・具体的には、①医師配置を現行の最低3人から2人に緩和、患者に対して48:1から96:1へと緩和。②看護職員配置を、現行「看護6:1、看護補助6:1」から緩和、看護・看護補助合わせて3:1、うち1/3上は看護職員とする。

(3) 実施時期

療養病床の再編成の一環として行う介護保険法改正の成立・公布、介護報酬・診療報酬の見直し実施時期に合わせて実施。

提言●「療養病床入院医療管理料」

高齢者の初期入院は医療区分2とすべき!

2:1 看護・介護(病棟単位)で在宅への早期移行機能確立の必要

東京都療養型病院研究会幹事
(城山病院事務局長) 佐藤健二



医療保険療養病床については、医療区分とADL区分などによる新たな診療報酬体系が検討されていますが、現在示されている医療区分には該当しない、全般的な在宅復帰支援機能を発揮している療養病床があります。

それは、亜急性期入院医療管理料に準じた役割を、特に、高齢者に対して在宅復帰支援などを実現している医療保険療養病床です。

そこで、今回の医療区分に、

高齢者の初期入院はおおむね入院後90日間は医療区分2とする措置を追加し、医療保険療養病床にも一定期間定額制で、高齢者のさまざまな疾患への初期医療や在宅復帰支援を積極的にこなえるにして医療保険財源の効率化を図ることが重要であると考えます。

したがって、亜急性期入院医療管理料の病床機能のうち、医療保険療養病床でも対応できる程度の、高齢者等などへの同様の役割が発揮できるよ

う、医療保険療養病床の医療区分2に「入院後90日までの全般的な医療」を追加するよう、提案かつ要望いたします。

また、こうした機能に特化した医療保険療養病棟を診療報酬上に明確に位置づけるため、医療保険療養病棟に看護職員4:1、看護補助4:1の病棟単位の人員配置基準を新設していわゆる2:1の看護・介護体制を創設し、看護介護の充実を図るとともに、在宅復帰支援機能や、早期の介護保険施

設などへの移行機能を付加するべきであると考えます。

こうして、加齢にともない入退院を繰り返す傾向の強い高齢者などについては、一般病床だけでなく、医療保険療養病床も地域の在宅医療を補完する機能としての短期及び中期入院機能をにすることが適切であると考えます。

以下に、こうした考えを診療報酬評価に置き換えた、「療養病床入院医療管理料」の新設を提案するものである。

看護4:1、看護補助4:1以上の新設(病棟単位)

入院90日を限度に亜急性期病床に準じた療養病床を評価

提案 (仮称)療養病床入院医療管理料について
東京都療養型病院研究会幹事 佐藤健二

●療養病床入院医療管理料 1日 1550点

◎『期待される機能』

急性期医療後、亜急性期医療までは必要ではないが、慢性疾患に対する継続医療やリハビリテーションが必要な患者に、効率のかつ一定密度の医療・看護を提供、慢性疾患患者の早期在宅復帰機能、介護保険利用への移行機能を担う。

◎『対象患者』

急性期から慢性期へ移行した状態や、慢性疾患の増悪等で一時的に入院の必要度が高まる状態であるが、亜急性期医療ほどの密度の高い医療でなくても対応できる患者。

急性期病棟からの移行患者や、在宅や介護施設等からの入院患者を想定。

【算定病棟】

療養病床において病棟単位での届出を想定。看護4:1、看護補助4:1以上の看護配置の新設。看護師比率40%以上。

◎『基本的に包括点数』

診療費用は、リハ、手術、麻酔、放射線治療、精神科専門療法、1,000点以上の処置、在宅医療、指導管理等、臨床研修病院入院診療加算、地域加算等を除き療養病棟入院医療管理料に含まれるものとする。

『算定要件・施設基準』の概要

基本的に亜急性期入院医療管理料の療養病床版である。

1. 当該病室に入院した日から起算して90日を限度に算定。
2. 基本的に1日あたりの包括点数(前記のとおり)
3. 届出は病棟単位、100床未満の病院は病室単位でも可。
4. 当該病棟における看護職員の数、当該病棟の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。
5. 当該病棟において、看護職員の最少必要数の4割以上が看護師であること。
6. 当該病棟において、専任の在宅復帰支援担当者が1名以上配置されていること。

なお、在宅復帰支援担当者が介護支援専門員である場合は、当該病棟を含め当該病院の介護保険病棟との合計患者数が100:1以上であれば、介護保険病棟との兼務はさしつかえないものとする。

7. 医療法の療養病床であること。
8. 理学療法(I)(II)のいずれかに係る届出を行った保険医療機関であること。
9. 死亡退院を除く退院患者のうち概ね7割以上が、居宅、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施

設等に退院していること。(同一医療機関または、同一法人の介護保険各施設への入所、入院でもさしつかえない。)

10. 当該病室に入室してから7日以内に(当該病室に直接入院した患者を含む)に、医師、看護師、在宅復帰支援を担当する者、その他必要に応じ関係職種が共同して新たに診療計画を作成し、文書により患者に説明し、交付すること。
11. 当該管理料を算定した患者が退棟した場合、退棟先を診療録に記載すること。
12. 医療上特に必要がある場

合に限り、療養病床入院医療管理料を算定する病棟から他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

13. 療養病床入院医療管理料を算定する日に使用するとされた投薬に係る薬剤料は亜急性期入院医療管理料に含まれ、別に算定できない。(他の一般病床からの転入室等で、すでに処方されている薬剤料等)

14. 90日を越え引き続き当該病棟に入院する場合は91日目から当該点数の70%を算定する。

全国研究会東京大会に約2,300名

「0(Zero)」原点からの出発—慢性期力を活かした療養病床の未来」をテーマに、日本療養病床協会全国研究会東京大会(安藤高明大会長)が平成17年11月17日、18日の両日ホテルニューオータニで開催され、約2,300名が参加した。

記念講演では、ジャーナリストの田原総一朗氏が、患者と医師のコミュニケーションについて体験を交えた提起を行ない、特別講演では厚生労働省磯部老健局長が医療構造改革を踏まえて、療養病床の課題を説いた。

メインシンポジウムでは、国立保健医療科学院の小山秀夫先生と安藤大会長の進行のもと、本会初代会長天本宏先生(新天本病院 理事長)、大塚



宣夫先生(青梅慶友病院 理事長)という顔合わせで、これからの療養病床のあり方に関するトークバトルが展開され、大会は大いに盛り上がった。

350題の演題発表はどれも熱心なコメディカルで埋まり、特別プログラムでは「慢性期における医療の質」や「栄養ケアマネジメント」などが多くの来場者を集めた。

