

論文内容の要旨

放送大学大学院文化科学研究科
文化科学専攻生活健康科学プログラム
2017年度入学

ふりがな みね ゆか
(氏名) 峯 有佳

1. 論文題目

介護療養病床が介護医療院には転換する理由－政府の対応・経営者の理念・地域住民の信頼－

2. 論文要旨

介護療養病床は、医療の必要な要介護高齢者が長期療養するための介護保険施設である。介護療養病床の平均在院日数は1年を超えていて、退所理由に占める死亡の割合は半数近くを占める。介護療養病床は令和6年3月末で存続期限を迎える。本研究では、介護療養病床の成り立ちと、廃止されることになった背景・経緯を示した。また、実際の介護療養病床は一体どのような理念や運営方針を掲げて運営されているのか、他の施設類型と比較すること等により、介護老人保健施設への転換誘導策が失敗した理由と、介護医療院への転換は進んでいる理由について考察する。また、地域住民の立場も交え、これまで介護療養病床を運営してきた施設が実際に担っていると考えられる役割について示す。

療養病床の成り立ちには、いわゆる社会的入院問題が関連しているが、その最大の要因は、昭和47年以降行われた、老人医療費の自己負担が無料化されたことだと一般的に認識されている。さらに、この頃特別養護老人ホームなどの福祉施設は、開設の要件も厳しく、施設より在宅での福祉体制を推進すべきという理想論も根強かった。結果として昭和50年代は、福祉施設は量的には年間約1万床ペースでしか増加していない。一方、この頃、開業医を中心に、近隣住民の多様なニーズに柔軟に応えるべく、病床は年間約3万床ペースで急増した。このことより、加齢に伴い住み慣れた居宅での生活が困難になった者の受け皿の大部分が、病床によって確保されることになった。政府はこの実態に追従する形で、老人病院や療養病床を、急性期病床から独立させる形で順次制度化した。

日本における療養病床は、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病床として医療法に位置付けられ、平成12年の介護保険法施行

以後は、医療保険適用の病床と介護保険適用の病床、すなわち介護療養病床に分かれて運用されていた。一方で、日本の医療提供体制については、諸外国に比べて人口当たりの病床数が多いこと、平均在院日数が長いことが問題点として挙げられていた。今後も急激な高齢化の進行が見込まれる中、平均在院日数が特に長かった療養病床は、特に削減を進めるべきターゲットとなった。日本政府は、平成 18 年の医療費適正化プロジェクトにおいて、療養病床を大幅に削減する施策を打ち出した。特に介護療養病床については、平成 24 年に廃止することとされた。各種介護保険サービス類型の中では、介護老人保健施設が、医療専門職の人員基準や施設基準の観点で、既存の介護療養病床と最も似通っていたため、政府は、既存の介護療養病床が介護老人保健施設にスムーズに転換できるよう、人員基準や施設基準に関して様々な支援策を講じた。しかし、日本における療養病床の多くが民営で、経営権を有するのは専ら医師であり、彼らの意向やエフォートを伴わないと転換が進まないという背景下で、介護療養病床を介護老人保健施設に転換するという政策は彼らから受け入れられず、転換は進まなかった。（平成 18 年時点で 2,664 施設→平成 24 年時点で 1,766 施設）結局、存続期限は令和 6 年まで延長されている。

療養病床を介護老人保健施設に転換させる政策はなぜうまくいかなかったのか？介護療養病床の多くが介護老人保健施設に転換しようとしめない理由に関連して、平成 22 年に厚生労働省が療養病床を有する全ての管理者を対象に、選択肢形式で質問紙調査を行っている。廃止期限の 1 年前時点のアンケートであるにも関わらず、過半数の介護療養病床が、転換先について「未定」と回答し、その理由は、「転換候補先の報酬額の方向性を見定めてから決定したい」が最多(58%)だった。その他の回答結果などを踏まえると、介護老人保健施設の運営により得られる報酬は、介護療養病床からの転換には見合わないと経営者が考えていたことがうかがわれた。しかし、原因は本当にコストの問題のみに集約可能なのだろうか？そこで筆者は、療養病床を 402 以上有する 28 の病院と、158 以上のベッドを有する 28 の介護老人保健施設に対して、それらの運営理念を調べ、含まれているキーワードを比較分析した。療養病床を有する病院も、介護老人保健施設も、最多のキーワードは「地域」であった。療養病床を有する病院では、運営理念に「信頼」または「安心」を含む比率が高かった。介護老人保健施設では、「復帰」または「自立」または「家庭」が含まれている比率が高く、また「サービス」または「ケア」が含まれている比率も高かった。これらの結果より、療養病床を有する病院では、入院患者が実質的に在宅復帰を目指すことが困難であるような場合も、その状況を素直に受け止め、計画的に看取りに取り組むという点で、近隣の介護老人保健施設との差別化を図っていることが示唆された。また、このような役割を果たすことを理念とする病院は、入所者の在宅復帰を目標とする介護老人保健施設に転換することは困難であったのだろうと考えられた。

平成 30 年施行の介護保険法では、新たな転換先の介護保険施設として「介護

医療院」が創設され、介護療養病床から介護医療院への転換が段階的に進み始めたところである。介護医療院は、長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者を対象とし、「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と「生活施設」としての機能とを兼ね備えた介護保険施設として位置づけられている。介護療養病床から介護医療院への転換が今後も進むか見通しを立てるために、既存の介護療養病床と、開設済の介護医療院で、運営方針に特定のキーワードが含まれる割合を比較検討した。介護老人保健施設の運営方針も調査した。個々の施設の運営方針は「介護サービス情報公表システム」の令和2年1月1日時点の公表データを利用し、介護医療院は100%で142施設、介護療養病床は都道府県毎に25%で245施設、介護老人保健施設は都道府県毎に5%で237施設を調査対象とした。各施設群において、特定のキーワードが含まれている施設の割合を比較した。運営方針に「復帰」「長期」「管理」「世話」「連携」を含む施設の割合については、介護療養病床と介護医療院でいずれもほぼ同率であった。介護療養病床では、介護老人保健施設と比較して、「復帰」を含む割合が低く、「長期」「管理」「世話」「連携」を含む割合が高かった。このように、介護療養病床の運営方針は、介護老人保健施設よりも、実際に開設に至った介護医療院の運営方針に類似していた。介護療養病床からの転換先の選択肢として介護老人保健施設と介護医療院を比較した場合、運営方針の大幅な変更の要否という観点では、介護老人保健施設よりも、介護医療院の方が、参入障壁がより低いということが考えられた。実際に、平成18年から22年にかけては、廃止された介護療養病床の転換先は医療保険適用の病床が最多であったが、介護医療院が創設された平成30年から令和2年にかけては、介護医療院への転換が最多となっている。ただし実際には、介護医療院の創設に際して、その法令上の定義だけでなく、施設基準や人員基準も介護療養病床とほぼ同等とした上で、介護療養病床よりも介護医療院で高い介護報酬を設定し、これらの施策を同時に打ちだした結果として、ようやく転換が進んでいる。

介護療養病床が実際に地域で果たしている特徴的な役割は、日常的な医学管理やターミナルケアなどの医療提供に尽きるのだろうか？筆者は、介護老人保健施設に対する質問紙調査を機に、介護療養病床も、自己負担能力に関わらず幅広い者に対して生活の場を提供する役割を有しているのではないかと考えるに至った。以下はその調査概要である。当初の目的は介護老人保健施設が果たす役割と、有料老人ホームおよびサービス付き高齢者向け住宅(以下、高齢者住宅等)の整備状況との関係を検討することで、全国343の二次医療圏ごとに1施設ずつ無作為に抽出した介護老人保健施設の相談員等を対象に郵送自記式質問紙調査を行い、100施設(29%)の協力を得た。回答施設が属する二次医療圏における後期高齢者数に対する高齢者住宅等の定員数との関係を分析したところ、在宅復帰率・ベッド回転率・入所者に占める在宅復帰困難者全体の割合、いずれも相関を認めなかった。そして、その理由に関するフリーコメント欄では、複数の回

答者から、高齢者住宅は介護老人保健施設よりもはるかに自己負担額が高いので、多くの介護老人保健施設の入所者にとって、高齢者住宅は退所後の行き先になりえないという旨のコメントが得られた。一方で、在宅復帰困難者の中でも、経済的な事情により居宅生活を希望しない者が入所者に占める割合とは、正の相関を認めた($\rho=0.225, p<0.05$)。高齢者住宅等が多い地域の介護老人保健施設には、経済的な事情で居宅生活を希望しない入所者が多いこと、そしてそれには近隣の高齢者住宅等の自己負担額とのギャップが影響しているかもしれないということが示唆された。

介護老人保健施設には常勤医師や夜勤の看護師の配置など、医療提供体制が手厚いにも関わらず、高齢者住宅よりも自己負担額が少ないと言われるのは何故だろうか？介護老人保健施設の多床室に入所する場合、所得に応じて食費や居住費が保険料財源となる、すなわち自己負担額が減免されるという制度がある。そしてこの減免制度は、高齢者住宅には適用されないが、介護療養病床や介護医療院の利用者にも運用されている。したがって、介護療養病床にも、日常的な医療的ケアの必要性というよりむしろ、経済的な事情が主要因で退所を希望しないという利用者が一定程度存在しているかもしれない。さらに、政府統計によると、介護療養病床のベッド稼働率の全国平均は、介護保険制度開始以後、毎年約9割前後で著変ないが、介護療養病床の各病院が自由に価格設定して利用者に請求する、保険外居住費の全国平均は一貫して減少傾向にある。これらのことから、介護療養病床は、各施設がどの程度意図的・戦略的に取り組んでいるのかは不明であるが、近隣に高齢者住宅等が増加する環境下において、自己負担能力に関わらず幅広い者に対して生活の場を提供する役割を一定程度担うことで、ベッド稼働率を保っているのかもしれない。地域住民にとっては、そのような施設が近隣に存在していることは大変心強いといえる。しかし、自己負担額が低いことにより介護療養病床や介護医療院に医療依存度の低い利用者の割合が増加するという状況を甘んじてしまうと、真に日常的な医療的ケアを要することになった高齢者が、近隣の介護療養病床や介護医療院にすぐに入所できず、医療保険適用病床での待機を要するなど、その地域における貴重な医療資源が非効率的に配分される恐れがある。したがって、制度改正のアプローチで防止や改善が可能な問題かどうかなどについて、さらなる検討が必要である。

Abstract

The School of Graduate Studies,
The Open University of Japan

Name Yuka Mine

Why could Sanatorium Medical Facility be converted to Integrated Facility for Medical and Long-Term Care? - Government Measures, Manager's Philosophy, Community trust -

Sanatorium Medical Facility in Japan is designed to provide long-term care for elderly people who require daily medical care. The average length of stay at them is more than one year, and death is the reason for nearly half of all discharges. The existence of sanatorium medical facilities will expire in 2024. This study shows the origin of the Sanatorium Medical Facility and the background and history of their abolition. This paper will attempt to clarify what kind of management philosophies and policies are used in the operation of sanatorium medical facilities, comparing them with other types of facilities, and discussing the reasons why measures to induce conversion to geriatric health services facility have failed, and the reasons why conversion to integrated facilities for medical and long-term care has progressed. It will also show the roles that sanatorium medical facilities are expected, from the perspective of community residents.

The origin of the Sanatorium Medical Facility is related to the earlier issue of social hospitalization, and it is generally recognized that the biggest factor in this is the free payment of medical expenses for the elderly that was made after 1972. Besides, the requirements for opening welfare facilities such as Nursing Care Homes for the elderly were very strict at that time, and there was a strong idealistic view that the welfare system at home should be promoted rather than at the facilities. As a result, around 1985, the number of welfare facilities in Japan increased only at the rate of about 10,000 beds per year. On the other hand, the number of hospital beds in Japan increased rapidly at an annual rate of about 30,000, mainly for private medical

practitioners, to respond flexibly to the various needs of the neighboring residents. Thus, most of the people who can no longer live in their own homes due to aging are treated in hospital beds. Following this trend, the government of Japan gradually established a system of geriatric hospital and long-term care hospital beds separate from the acute phase hospital beds. Long-term care hospital beds in Japan were designated as beds for hospitalization of patients requiring long-term care, and after the first enforcement of the Long-Term Care Insurance Act in 2000, the beds were operated separately as beds covered by medical insurance and as beds covered by long-term care insurance, so-called Sanatorium Medical Facility. Meanwhile, problems regarding the healthcare delivery system in Japan had been pointed out; compared to other countries, the number of beds per population was larger and the average length of hospital stay was longer. With rapid population aging in Japan, long-term care beds with a particularly long average hospital stay became a target for further reduction in the 2006 Medical Expenditure Optimization Project. The government formulated measures to significantly reduce the number of hospital beds for long-term care in 2006. In particular, sanatorium medical facilities were to be abolished in 2012. Among the various types of insurance services for the elderly requiring long-term care, a facility service called "Geriatric Health Services Facility" was most similar to existing sanatorium medical facilities in terms of medical staffing standards and facility standards. Therefore, the Japanese government established various support measures on personnel and facility standards so that existing sanatorium medical facilities could be smoothly converted into geriatric health services facilities. However, this policy of converting sanatorium medical facilities into geriatric health services facilities was not accepted by owners of the sanatorium medical facilities and did not move forward. This was because long-term care hospital beds in Japan are operated exclusively by private sectors, most of which are controlled by medical doctors, and conversions cannot take place without their willingness and accompanying effort (2,664 hospitals in 2006 → 1,766 hospitals in 2012). After all, the deadline for the abolishment of sanatorium medical facilities was extended to 2024.

Why did the policy to convert long-term care hospital beds into geriatric health services facilities not work? In 2010, the Ministry of Health, Labour and Welfare conducted a multiple-choice questionnaire survey for all owners of hospitals with long-term care beds concerning the reasons why they were not willing to make a conversion into geriatric health services facilities.

Although the questionnaire was completed only one year before the deadline for abolishment, when asked which service their facilities would be converted into, a majority of owners of sanatorium medical facilities replied that it was "undecided." The most popular reason for this was, "we want to decide after obtaining information about the direction of the next reimbursement revision" (58%). Based on the results of the other responses, the results suggest that owners of sanatorium medical facilities believed that the reimbursement by the operation of geriatric health services facility was not commensurate with the conversion. However, would be the reason just a problem that can be summed up in cost?

In order to clarify the reason for this, I selected 28 hospitals with 402 or more long-term care beds and 28 geriatric health services facilities with 158 or more beds and examined their management philosophies, and analyzed the keywords included. The most popular keyword was "community" in both hospitals with long-term care beds and geriatric health services facilities. Hospitals with long-term care beds had higher rates of including "trust" or "feeling of relief" in their management philosophies. Geriatric health services facilities had higher rates of including any of the terms "return" or "independence" or "home", and also of including either "service" or "care". In the conclusion of this survey, it is suggested that hospitals with long-term care beds differentiate themselves from neighboring geriatric health services facilities in that they can simply accept the situation and be responsible for terminal care whenever inpatients may have difficulty returning home. Besides, it seemed difficult for hospitals with long-term care beds to convert into geriatric health service facilities, the aim of which is to enable residents to return home.

Under the Long-Term Care Insurance Act of 2018, the "Integrated Facility for Medical and Long-Term Care" was established as a new long-term care insurance facility into which sanatorium medical facilities could be converted; and the transition from sanatorium medical facilities to integrated facilities for medical and long-term care has started step-by-step since that time. The Integrated Facility for Medical and Long-Term Care is designated as a long-term care insurance facility for elderly people who have both long-term medical and nursing care needs, and it combines medical functions such as "daily healthcare administration" and "end-of-life care" with "residential space" functions. In order to provide a perspective on whether the conversion from sanatorium medical facilities into integrated facilities for medical and long-term care will continue or not, I compared the management policies

between existing sanatorium medical facilities and integrated facilities for medical and long-term care. I also examined the management policies of Geriatric Health Services Facilities. For the management policies of individual facilities, published data on the “Long-Term Care Service Information Publication System” website were used; the survey included 142 integrated facilities for medical and long-term care, 245 sanatorium medical facilities, and 237 geriatric health services facilities. The percentage of facilities in each facility group that included specific keywords was compared. There were no significant differences in the percentage of facilities including “Return,” “Long-term,” “Management,” “Care,” and “Coordination” in their management policies between sanatorium medical facilities and integrated facilities for medical and long-term care. Compared with geriatric health services facilities, sanatorium medical facilities had a lower rate of including “Return” and a higher rate of including “Long-term,” “Management,” “Care,” and “Coordination.” As seen from the above, the management policies of sanatorium medical facilities were similar to those of integrated facilities for medical and long-term care, rather than geriatric health services facilities. When geriatric health services facilities and integrated facilities for medical and long-term care were compared as candidates for conversion from sanatorium medical facilities, it was suggested that the barrier to entry is lower for the integrated facilities for medical and long-term care than for geriatric health services facilities in terms of the necessity of major change in management policies. Actually, from 2006 to 2010, the largest number of abolished beds of sanatorium medical facilities were converted into hospital beds covered by medical insurance. On the other hand, from 2018 to 2020, the largest target converted has changed to beds of integrated facilities for medical and long-term care. However, in reality, when the Integrated Facility for Medical and Long-Term Care was established, not only was its legal definition defined, but the facility and personnel standards were designed to be almost the same as those for Sanatorium Medical Facility, and the fee was set to be even higher. As a result of the simultaneous formulation of these measures, the conversion is finally in progress.

What role do sanatorium medical facilities play in the community other than providing medical care, such as daily medical management and terminal care? I noticed sanatorium medical facilities might also play a role in providing a place to live for all elderly people, regardless of how much they can afford to pay, by my analysis of the results of a questionnaire survey of geriatric health services facilities. The following is a summary of the survey.

For the original purpose of evaluating the relationship between functions provided by geriatric health services facilities, and the development status of fee-based nursing home/senior housing with supportive services (hereinafter referred to as senior housing), I randomly selected one geriatric facility from each of the 343 secondary medical areas in Japan to conduct a mail-in, self-administered questionnaire survey on counseling staff at each geriatric health services facility. A total of 100 geriatric health services facilities (29%) responded to the survey. I analyzed the relationship between the capacity of senior housing units to the number of elderly aged 75 or over in each secondary medical area with the geriatric health services facility that responded to the survey. There were no correlations with the rate of seniors discharged to their home, the bed turnover rate of the facility, and the rate of seniors who had difficulties in being discharged home among those residing in the facility. In the free comment section on the reasons for this, many respondents commented that, for many geriatric health services facility residents, senior housing is not a destination after they leave because their co-payments are much higher. On the other hand, among those with such difficulties, there was a positive correlation with the rate of seniors unwilling to return home for financial reasons per facility residents ($\rho = 0.225$, $p < 0.05$). The results demonstrated that there are more residents who are unwilling to return home for financial reasons at geriatric health services facilities in areas with more senior housing units; furthermore, differences in the amount of self-pay expenses between the geriatric health services facility and nearby senior housing can be influential.

So why is it that, even though geriatric health services facilities have a rich medical care system, including full-time doctors and night nurses, the personal expenses are said to be lower than those of senior housing? There is a system whereby the cost of food and living is funded by insurance premiums, that is, self-payments are reduced or exempted according to income when a person is admitted to multi-bed rooms in geriatric health services facilities. While this system does not apply to senior housing, it is also applied to residents of sanatorium medical facilities and integrated facilities for medical and long-term care. Therefore, there may be a certain number of residents in sanatorium medical facilities who do not wish to be discharged mainly due to their financial circumstances rather than the need for daily medical care. Furthermore, according to government annual statistics, the national average of occupancy rates for sanatorium medical facilities has remained steady at around 90% since the start of the long-term care insurance system,

while the national average of uninsured personal living expenses, that prices set freely by each sanatorium medical facility, has continued to decline. Based on these findings, although it is not clear to what extent each sanatorium medical facility is intentionally or strategically, they may be maintaining bed occupancy rates by playing some role in providing a place to live for all elderly people, regardless of how much they can afford to pay, in an environment with an increasing number of elderly housing units and other facilities nearby. It would be very helpful for community residents to have such a facility in their neighborhood. However, if the proportion of residents with low levels of daily medical care dependence is allowed to increase in sanatorium medical facilities and integrated facilities for medical and long-term care due to low co-payments, elderly people who really need daily medical care may not be able to enter neighboring sanatorium medical facilities or integrated facilities for medical and long-term care quickly enough and may have to wait on medical insurance-covered hospital beds. and may lead to inefficient distribution of valuable health care resources in the area. Therefore, further study is needed to consider whether the problem can be prevented or improved through a systemic revision approach.

博士論文審査及び試験の結果の要旨

学位申請者

放送大学大学院文化科学研究科
文化科学専攻生活健康科学プログラム
氏名 峯 有佳

論文題目

介護療養病床が介護医療院には転換する理由－政府の対応・経営者の理念・地域住民の信頼－

審査委員氏名

- ・主査（放送大学教授 博士（医学）） 田城 孝雄
- ・副査（放送大学教授 ND（Doctor of Nursing）） 井出 訓
- ・副査（放送大学教授 博士（人間科学）） 坂井 素思
- ・副査（東京女子医科大学教授 医学博士） 寺崎 仁

論文審査及び試験の結果

介護療養病床は、医療の必要な要介護高齢者が長期療養するための介護保険施設である。介護療養病床の平均在院日数は1年を超えていて、退所理由に占める死亡の割合は半数近くを占める。介護療養病床は令和6年3月末で存続期限を迎える。本研究では、介護療養病床の成り立ちと、廃止されることになった背景・経緯を示した。

研究課題として、介護療養病床を取り上げて、実際の介護療養病床は一体どのような理念や運営方針を掲げて運営されているのか、他の施設類型と比較すること等により、介護老人保健施設への転換誘導策が失敗した理由と、介護医療院への転換は進んでいる理由について考察した点は、学問的位置づけ上、独創的であり、また我が国の社会保障制度における高齢者医療・高齢者介護・高齢者福祉に関して、この研究結果が当たる社会的貢献は大きく、重要な研究である。

昭和47年以降行われた老人医療費の自己負担無料化をはじめ、我が国の高齢者福祉に関する先行研究レファレンスとその検討は、幅広く的確である。

介護老人保健施設が果たす役割と有料老人ホームおよび高齢者住宅等の整備状況との関係の検討のため、全国343の二次医療圏毎に介護老人保健施設1施設の無作為抽出を行い、介護老人保健施設の相談員等を対象に郵送自記式質問紙調査を行い、回答施設が属する二次医療圏における後期高齢者数に対する高齢者住宅等の定員数との関係を分析するなど、オリジナルな第一次資料に基づき、適切な科学的手法で分析が行われている。

本研究の研究結果は、介護療養病床の歴史的意義に関して、まず昭和50年代を中心に、加齢に伴い住み慣れた居宅での生活を継続することが困難になった高齢者の受け皿の一種として、医療法に位置づけられた病床が、地域の生活者の多様なニーズに柔軟に応じるべく機能分化し、また民間の開業医主体で量的にも拡充されてきたことを明らかにした。

政府は、この実態を踏まえつつ、理念や、当時想定された中期的なニーズの変化などを織り込む形で、医療法の枠内で、老人病院や療養病床を順次制度化した。介護保険制度開始時にその一部が介護保険適用の介護療養病床となり、重度の介護と医療とを合わせて提供する場として機能していたが、介護療養病床が、介護保険制度が施行されて、20年が経過して、歴史的意義が変換していき、平成18年には、6年後の平成24年に介護療養病床を廃止し、介護老人保健施設に転換させる方針が決まったが、その後も介護老人保健施設への転換は進まず、介護療養病床の存続期限は6年間、更に6年間と2回延長することになった。この政策転換が、医療・介護を提供する側、および医療・介護を受ける側の両者に、なぜ受け入れられることなく、延長することになったかに着目し、検討、解析している。

この原因として、転換先の介護老人保健施設の介護報酬は、当時の各病床の人員体制や利用者層で連続的に運営するには不十分で、敢えて転換に要する手間を割くメリットがなかったということは広く知られている。これに加え、本研究での調査からは、多くの介護療養病床で、医療依存度が高く在宅復帰が事実上困難な要介護高齢者が安心して長期療養を送るための環境の提供など、在宅復帰・在宅療養支援を目的として医療資源を投入する介護老人保健施設とは、質的に異なる役割を果たすことを心がけて運営されている状況がうかがわれることを示した。

平成27年頃から、これまで介護療養病床が果たしてきた役割は今後も必要であるということが公的に認められ、介護療養病床という、定義上も中途半端で利

用者にとっても居住環境面で不十分な施設類型を、思い切って廃止し、介護保険法改正による介護医療院の創設に加え、転換前と同程度の施設基準、人員基準、さらに転換前を上回る介護報酬を設けるなど、これらの施策を同時に打ち出した結果により、新たな転換先類型として創設された介護医療院については、基本的に介護療養病床の役割を継続しつつ、生活の視点をより重視する形でその理念が設けられ、平成 30 年 4 月の創設以降、段階的に参入が進んでいるという、現在進行中である経緯を解析した。

また、本研究では、高齢者の慢性期医療について、地域のニーズを満たした業態を後追いする形での制度設計が続いていたが、政府が一貫した長期的なビジョンを示していてサービス提供者に周知するなど、廃止決定時点で何らかの形で基本的な信頼関係が構築されていれば、より早期に、より良い形での改善を図れたかもしれないという政策提言をしており、新規性があり、社会的貢献は大きい。

提出された博士論文は、博士論文予備審査委員会において指摘された事項が適切に修正されており、論文の著述は、論理的で、明解になされており、また口頭試問での発表も明解になされ、質疑に対して十分な応答がなされた。

以上、本論文は、審査委員全員の意見として、優秀な博士論文として採択し、合格とする。