

6. 「療養病床の在り方等に関する検討会」による新たな選択肢の整理案について

- 療養病床再編については、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、現在、介護療養病床は平成 29 年度末で廃止することとしている。
- 一方で、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、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。
- このため、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は、「療養病床の在り方等に関する検討会」において 7 回にわたりご議論いただき、先般、新たな選択肢の整理案等を取りまとめたところ。
- なお、今後、本検討会の結果を踏まえ、社会保障審議会の部会において、制度改正に向けた議論を行っていく予定である。

「療養病床の在り方等に関する検討会」による新たな選択肢の整理案（概要）

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、療養病床の在り方等に関する検討会を開催。

議論の経過

第1回～第4回：療養病床の在り方等を検討する際の論点について（※第2回に有識者・自治体関係者からのヒアリングを実施）
第5回：新たな類型に関する論点について 第6回～第7回：新たな選択肢について
平成28年1月28日「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～」を公表

新たなタイプの整理案について

現行の介護療養病床、医療療養病床（25対1）の主な利用者のイメージ

- **要介護度や年齢が高い者が多い**
⇒ 80歳以上の高齢者、要介護度が4以上の者が大半を占める
- **平均在院日数が長く、死亡退院が多い**
⇒ 医療療養病床が約半年、介護療養病床が約1年半の平均在院日数
⇒ 介護療養病床は約4割、医療療養病床(25対1)は約3割が死亡退院
- **一定程度の医療が必要**
⇒ 医療療養病床(20対1)よりも比較的医療の必要性が低いが、病態は様々で容体急変のリスクのある者も存在

新たな選択肢を考えるに当たっての基本的な考え方

- 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（『**住まい**』の機能を満たす）
- 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**を実施する体制

医療・介護ニーズがあり、長期療養の必要がある者に対応する新たな類型

① **医療機能を内包した施設類型**（患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンが想定される）

② **医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型**（医療機能の集約化等により、医療療養病床（20対1）や診療所に転換。残りスペースを居住スペースに。）

※ 療養病床の在り方等に関する検討会は、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を行うものであり、**具体的な制度設計（財源、人員配置、施設基準等）は、社会保障審議会の部会**において議論。

※ なお、今後の検討に向けたメッセージとして構成員から例えば以下のような意見があった。

- ・ 医師や看護職員、介護職員の配置については、併設の病院なり診療所での医師や職員が柔軟に対応できるような配置要件が必要。
- ・ 長期に療養し、そこで亡くなるということを踏まえると、たとえ面積は狭くとも個室などのプライバシーが保てるような場にする必要がある。
- ・ 介護療養病床の廃止期限の再延長、医療療養病床の看護人員配置の経過措置の延長は、選択肢として残すべき。
- ・ 新たな類型については、低所得の受け皿となることが考えられるため、低所得者対策を認める必要がある。

療養病床の在り方等に関する検討会

目的

- 平成27年3月に定められた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ともに、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。
- 地域医療構想の実現のためには、在宅医療等に対応する者について、医療・介護サービス提供体制の対応方針を早期に示すことが求められている。
- 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。
- このため、**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う**ため、本検討会を開催する。

検討事項

- (1) 介護療養病床を含む療養病床の今後の在り方
- (2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応するための(1)以外の医療・介護サービス提供体制の在り方

構成員

(◎は座長、○は座長代理)

- ・池端 幸彦 (医療法人池慶会理事長・池端病院院長)
- ・井上 由起子 (日本社会事業大学専門職大学院教授)
- ・猪熊 律子 (読売新聞東京本社社会保障部部長)
- ◎遠藤 久夫 (学習院大学経済学部教授)
- ・尾形 裕也 (東京大学政策ビジョン研究センター特任教授)
- ・折茂 賢一郎 (中之条町介護老人保健施設六合つつじ荘センター長)
- ・嶋森 好子 (慶応義塾大学元教授)
- ・鈴木 邦彦 (日本医師会常任理事)
- ・瀬戸 雅嗣 (社会福祉法人栄和会理事・総合施設長)
- 田中 滋 (慶応義塾大学名誉教授)
- ・土屋 繁之 (医療法人慈繁会理事長)
- ・土居 丈朗 (慶応義塾大学経済学部教授)
- ・東 秀樹 (医療法人静光園理事長・白川病院院長)
- ・松田 晋哉 (産業医科大学医学部教授)
- ・松本 隆利 (社会医療法人財団新和会理事長)
- ・武藤 正樹 (国際医療福祉大学大学院教授)

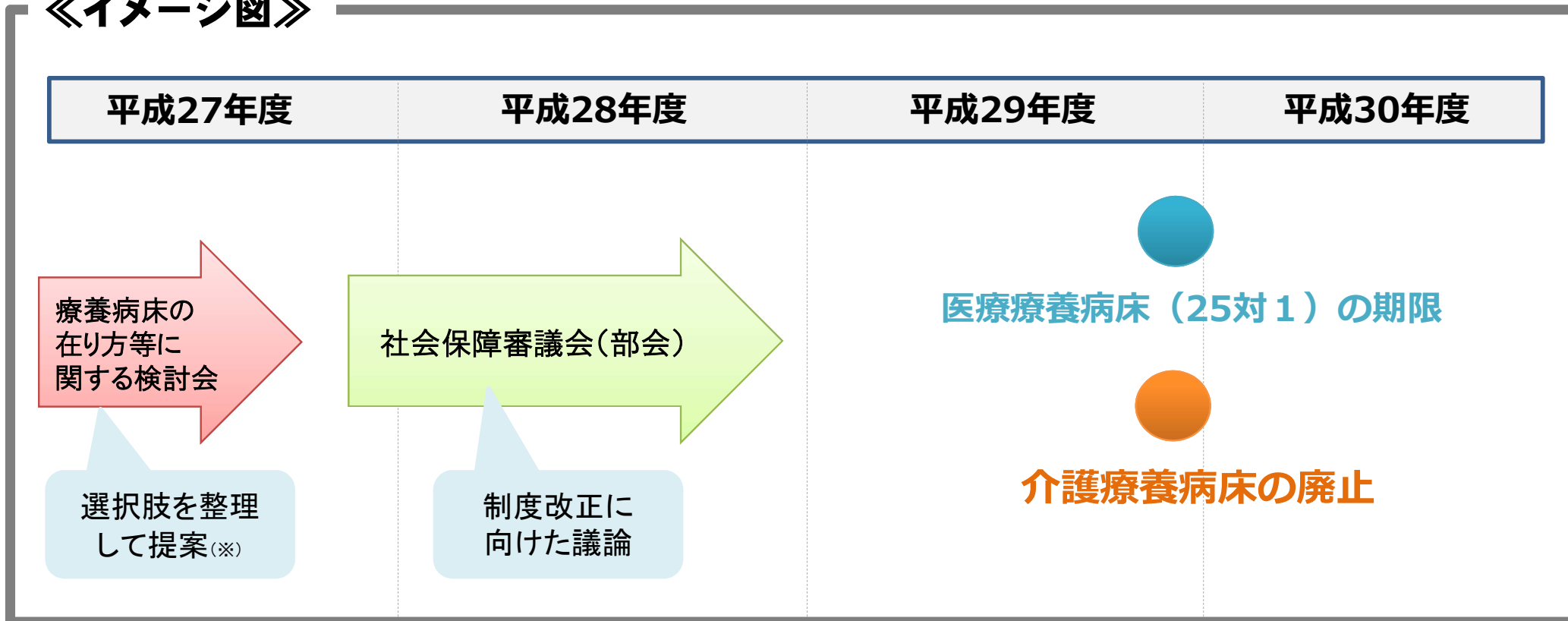
スケジュール

- 平成27年7月10日から、平成28年1月15日までに7回検討会を開催し、1月28日に選択肢の整理案を提示。
- 検討会の報告を踏まえ、社会保障審議会の部会において、制度改革に向けた議論を開始。

検討のスケジュール

- ① **療養病床の在り方等に関する検討会**として、選択肢を整理して提案（1月中）。
- ② その後、**社会保障審議会の部会**において、制度改正に向けた議論を開始。
- ③ ②の議論を踏まえ、必要に応じ、平成29年の通常国会に所要の法案を提出することも視野に検討。

《イメージ図》



※ 個別の制度や法律等については、社会保障審議会の部会において議論を行うものであり、療養病床の在り方等に関する検討会は、そこでの議論を行うことを前提として、新たな類型を新たな選択肢として追加して提示するもの。

介護療養病床の廃止に関する経緯

療養病床の創設

【平成12年 介護保険法改正 & 平成13年 医療法改正】

- 医療法上の病床に、『療養病床』を創設。（当時、長期入院患者に対応していた医療法上の制度を再編、一本化。）
- 療養病床の一部を、介護保険法上、長期療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護等を行う『介護療養型医療施設』として位置づけ（＝介護療養病床）。

介護療養病床の廃止決定

【平成18年 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定】

- 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が見られなかったことから、医療保険制度改革の中で『療養病床の再編（老健施設等への転換促進と、介護療養病床の平成23年度末廃止等）』が決定。

介護療養病床の廃止期限の延長

【平成23年 介護保険法改正】

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない状況を踏まえ、介護保険法改正で、**転換期限を平成29年度末まで6年延長**（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）。

	平成17年度末	平成23年度末	平成26年度末
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床（△4.4万床）	6.3万床（△5.9万床）
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床（+0.5万床）	27.7万床（+1.5万床）

療養病床の在り方等に関する検討会の開催

【平成27年7月から開催】

- 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**等を行うため、検討会を開催。

医療・介護サービス提供における全体像（イメージ）

医療保険

介護保険

一般病床
(約89.4万床) ※1

医療療養病床
(約27.1万床) ※2

介護療養病床
(約6.1万床) ※2
※うち、診療所は約0.3万床

有料老人ホーム
(約38.8万人) ※6

長期療養

長期療養

介護老人保健施設
(約36.2万床) ※4

在宅復帰

うち、DPC
(約48.4万床) ※1

うち、20対1
(約13.7万床) ※1

うち、介護療養型
老人保健施設
(約0.7万床) ※5

養護老人ホーム (約6.4万人) ※7

特定機能病院 等

うち、25対1
(約7.6万床) ※1

特別養護老人ホーム
(約54.1万床) ※4

軽費老人ホーム (約9.3万人) ※7

病院・診療所

生活支援

認知症対応型
共同生活介護
(グループホーム)
(約17.1万人) ※4

サービス付き
高齢者向け住宅
(約19.2万戸) ※8

精神病床 (約33.6万床) ※3

結核病床 (約0.5万床) ※3

感染症病床 (約0.2万床) ※3

施設サービス

居宅サービス

有床診療所一般
(約9.7万床) ※3

有床診療所
療養
(約0.7万床) ※2

※1 施設基準届出(平成26年7月1日)

※2 病院報告(平成27年8月分概数)

※3 医療施設動態調査(平成27年10月末概数)

※4 介護サービス施設・事業所調査(平成26年10月1日)

※5 介護保険総合データベース集計情報より老人保健課推計(平成25年6月分)

※6 老健局高齢者支援課調べ(平成26年7月1日)

※7 平成26年社会福祉施設等調査(平成26年10月1日)

※8 サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(平成27年12月)

療養病床等の現状

	一般病床	医療療養病床	介護療養型医療施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設
定義	病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外のもの	病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床であって、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もの	療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、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及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設	要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、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並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設	要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設
	医療法第7条第2項	医療法第7条第2項	旧・介護保険法第8条第26項	介護保険法第8条第27項	介護保険法第8条第26項
設置根拠		医療法(医療提供施設)			老人福祉法 (老人福祉施設)
		医療法(病院・診療所)			
財源		医療保険		介護保険	
平均的な1月の1人当たりの費用額の推計	—	入院基本料1 約59.6万円 入院基本料2 約45.8万円 (注1)	介護療養施設サービス 約35.8万円 (注2)	介護保健施設サービス 約27.2万円 (注2)	介護福祉施設サービス 約25.5万円 (注3)

(注1) 療養病棟入院基本料1及び2を算定する病棟の患者1人1月当たりのレセプト請求金額(平成26年度入院医療等の調査)に基づき、1月を30.4日として1月の請求額を算出。

(注2) 介護サービス受給者1人当たり費用額(介護給付費実態調査平成27年3月審査分)

(注3) 介護福祉施設サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護における1人当たり費用額(介護給付費実態調査平成27年3月審査分)

医療療養病床（20対1・25対1）と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上4対1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6対1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

		医療療養病床		介護療養病床
		20対1	25対1	
人員	医師	48対1(3人以上)	48対1(3人以上)	48対1 (3人以上)
	看護師及び 准看護師	20対1 (医療法では4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に6対1が認められている。)	6対1 (診療報酬基準でいう30対1に相当) (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に6対1が認められている。)
	看護補助者	20対1 (医療法では、4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に6対1が認められている。)	—
	介護職員	—	—	6対1
施設基準		6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
設置の根拠		医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)
病床数		約13.7万床(※1)	約7.6万床(※1)	約6.1万床(※2)
財源		医療保険	医療保険	介護保険
報酬(例)(※3)		療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料2	療養機能強化型A、療養機能強化型B、 その他

(※1)施設基準届出(平成26年7月1日現在) (※2)病院報告(平成27年8月分概数)

(※3)療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

「新たな類型」の利用者像・条件

現行の介護療養病床、医療療養病床（25対1）の主な利用者のイメージ

○ 要介護度や年齢が高い者が多い

- ⇒ 80歳以上の高齢者が大半を占める（※医療療養病床(25対1)については、40歳未満の者もわずかに存在）。
- ⇒ 要介護度が4以上の者が大半を占める。

○ 平均在院日数が長く、死亡退院が多い

- ⇒ 医療療養病床が約半年、介護療養病床が約1年半の平均在院日数となっている。
- ⇒ 介護療養病床は、約4割、医療療養病床（25対1）は、約3割が死亡退院。

○ 一定程度の医療が必要

- ⇒ 医療療養病床（20対1）よりも比較的医療の必要性が低い者だが、病態は様々で容体急変のリスクのある者も存在。

新たな選択肢を考えるに当たっての基本的な条件

上記の状態を踏まえ、
以下の機能が必要

《基本的な考え方》

- 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（『住まい』の機能を満たす）
- 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体制

《新たな選択肢に求められる条件》

（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
- ・ 長期にサービスを受ける場として、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）

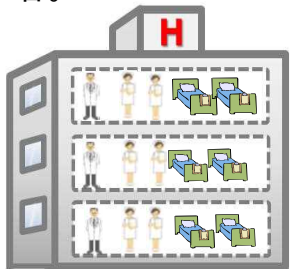
- ・ 地域のマンパワーで対応可能な形態であること
- ・ 経過措置として、既存施設の有効活用も考慮すること
- ・ 経営者・職員にとって魅力があり、やりがいを感じられるものであること

※個別の制度や法律等については、社会保障審議会の部会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、新たな類型を新たな選択肢として追加して提示するもの。

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（イメージ）

医療機関 (医療療養病床 20対1)

- 医療区分ⅡⅢを中心とする者。
- 医療の必要性が高い者。



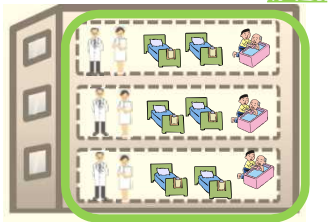
- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

医療機能を内包した施設系サービス

(患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンを提示。)

新(案1-1)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 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。



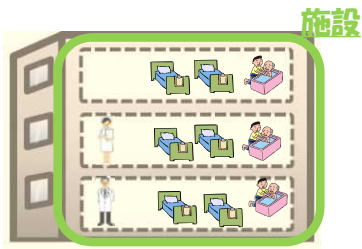
- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案1-2)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**



- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- オンコール体制による看取り・ターミナルケア

- 多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



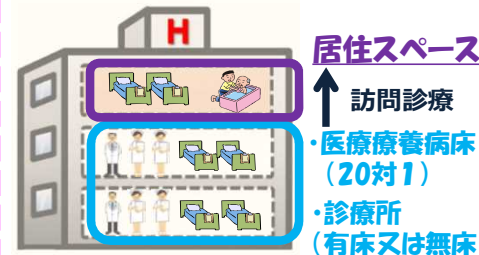
医療を外から提供する、 居住スペースと医療機関の併設

- 医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換。
- 残りスペースを居住スペースに。

新(案2)

医療機関に併設

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**



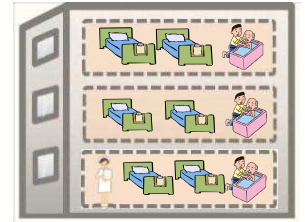
今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 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
- 多様な介護ニーズに対応

(注) 居住スペースと医療機関の併設について、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、個別の種類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。

現行の
特定施設入居
者生活介護

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**



- 医療は外部の病院・診療所から提供

- 多様な介護ニーズに対応

今後の検討に向けた構成員からの発言（要旨）

1. 人員配置基準について

- 医師や看護職員、介護職員の配置については、併設の病院なり診療所での医師や職員が柔軟に対応できるような配置要件が必要。

2. 施設基準について

- 長期に療養し、そこで亡くなるということを踏まえると、たとえ面積は狭くても個室などのプライバシーが保てるような場にする必要がある。

3. 新設の可否について

- 療養病床からの転換を主眼に置くのであれば、新たな類型については転換に限定して認めるべき。
- 2030年を見据えると、今回提示する新たな類型も必要であるため、転換の話だけではなく、新設も含めて将来を考えて論じておくことが必要。一方、広さの問題や多床室を認めるかどうかなど経過措置の部分は転換だけに限るべき。
- 経過措置について、新たな類型のところで要件を満たすまでにある一定期間必要であれば、一旦、まず新たな類型を名乗り、その後、要件を満たすべく必要な時間を経過措置とすることが必要。

4. 財源の在り方について

- 財源が医療保険か介護保険かについては、その人へのサービス行為に着目して、介護を提供したら介護報酬、医療を提供したら診療報酬から出すという形が望ましい。

5. 低所得者への配慮について

- 新たな類型については、低所得の受け皿となることが考えられるため、補足給付のような低所得者対策を認めることが必要になる。

6. 制度検討に際してのその他の留意事項について

- 今後の具体的な議論の中において、これらのサービスモデルのそれぞれに該当する患者あるいは利用者数等のシミュレーションが必要。
- 既存の病床を活用する場合でも、ある程度、転換のときに費用が必要になってくるので、基金を活用できるようにすべき。
- 介護療養病床の廃止期限の再延長、医療療養病床の看護人員配置の経過措置の延長は、選択肢として残すべき。
- 介護療養病床を介護療養病床という1つの大きなくくり方でそのまま存続させるのではなく、医療や介護の必要性に応じた新類型を多段階で用意することが必要。
- 介護療養病床から介護老人保健施設等への移行が十分に進まなかった要因として、介護療養病床では、看取りを含む長期療養を目的としており、在宅復帰、在宅生活支援等を目的とする介護老人保健施設との間で提供される医療や利用者像が異なっていることがあげられる。新たな類型については、介護老人保健施設との違いを明確にして議論をすることが重要。