

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 議事次第

平成28年10月26日(水)
9時30分～12時00分
場所：全国都市会館 大ホール(2階)

(議 題)

療養病床の在り方等に関する検討について

(配布資料)

資 料 これまでの議論の整理(案)

参考資料 療養病床に関する基礎資料
(第3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1)

委員提出資料 吉岡委員提出資料

社会保障審議会 療養病床の在り方等に関する特別部会 委員名簿

平成28年10月26日

氏名	所属
あべ やすひさ 阿部 泰久	日本経済団体連合会参与
あらい しょうご 荒井 正吾	全国知事会／奈良県知事
いちばら としお 市原 俊男	高齢者住まい事業者団体連合会代表幹事
いのうえ ゆきこ 井上 由起子	日本社会事業大学専門職大学院教授
いのうえ ゆみこ 井上 由美子	高齢社会をよくする女性の会理事
いわた としお 岩田 利雄	全国町村会／東庄町長
いわむら まさひこ 岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
◎ えんどう ひさお 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
えんどう ひでき 遠藤 秀樹	日本歯科医師会常務理事
おかざき せいや 岡崎 誠也	全国市長会／高知市長
かのう しげあき 加納 繁照	日本医療法人協会会長
かめい としかつ 亀井 利克	三重県国民健康保険団体連合会理事長／名張市長
かわかみ じゅんいち 川上 純一	日本薬剤師会常務理事
こばやし たけし 小林 剛	全国健康保険協会理事長
さいとう のりこ 齋藤 訓子	日本看護協会常任理事
しばぐち さとのり 柴口 里則	日本介護支援専門員協会副会長
しらかわ しゅうじ 白川 修二	健康保険組合連合会副会長・専務理事
すずき くにひこ 鈴木 邦彦	日本医師会常任理事
すずき もりお 鈴木 森夫	認知症の人と家族の会理事
せと まさし 瀬戸 雅嗣	全国老人福祉施設協議会副会長
たけひさ ようぞう 武久 洋三	日本慢性期医療協会会長
たなか しげる 田中 滋	慶應義塾大学名誉教授
どい たけろう 土居 文朗	慶應義塾大学経済学部教授
○ ながい りょうぞう 永井 良三	自治医科大学学長
にしざわ ひろとし 西澤 寛俊	全日本病院協会会長
ひがしけんたろう 東 憲太郎	全国老人保健施設協会会長
ひらかわ のりお 平川 則男	日本労働組合総連合会総合政策局長
まつもと たかとし 松本 隆利	日本病院会理事・社会医療法人財団新和会理事長
みもと いっこ 見元 伊津子	日本精神科病院協会理事
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長
よしおか みつる 吉岡 充	全国抑制廃止研究会理事長

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(五十音順、敬称略)

これまでの議論の整理（案）

(1) これまでの主な御意見

第3回 特別部会における委員の主な御意見①

※ 第3回の各委員の御意見につき、事務局の責任において整理したもの。

1. 検討の進め方

- 国会で法律が成立し、経過期間まで設定されて、更に再延長は難しい。現時点で、介護療養病床に代わる、よりよくなる新たな仕組みを議論することが適切。
- 介護療養病床の療養機能強化型の創設によって機能は明確になった。この機能を評価し、尊重する必要がある。しかし、根拠法のない、保険給付の根拠規定がない状態を続けるべきではない。
- 重度者の受け皿や看取りの場としての機能を含めたサービスが引き続き提供されることが何より重要。現行制度の再延長を第一選択肢として検討すべき。
- 平成18年で廃止になった経緯に医療提供者は納得していない。法律が前提で、廃止が終わった議論とするのは不適切。
- 介護療養病床の廃止が法律で決まっていることを国民は知らない。廃止後の受け皿となる施設が、転換型老健と似たようなものになるなら国民のためにならない。介護療養病床には、もはや社会的入院はないにもかかわらず、廃止を前提に議論することは理不尽。

第3回 特別部会における委員の主な御意見②

2. 新たな施設を創設する場合の論点（基本的性格、人員配置、施設基準、低所得者への配慮）

1. 基本的性格

- 介護保険施設であるとともに医療提供施設であることが必要。その場合、財源は介護保険となる。
- 新たな類型を、介護保険財源とした場合、現在医療保険で賄われている医療療養病床からの転換分も含めて介護保険財源とするのか、財源について明確にすることが必要。

2. 人員配置

- 少なくとも介護療養病床の療養機能強化型の人員配置確保が必要。
- 介護療養病床の人員削減には反対。高齢者の尊厳を守れない。現場では基準以上に加配し、それで医療とケアを提供し、事故を防止し、身体拘束を減らし、虐待を防いでいる。
- 介護療養病床は、在宅で家族が支えられない、介護できない方を受け入れている。この再編の議論の中で、しっかりとした受け皿を整備しなくてはならない。
- 人員配置については、病院の中の一部が新たな施設となる場合には、病院職員と施設職員が併任するなど、専従で置かなくてもいいといった形が考えられるのではないか。
- 看取りを十分に行うなら、サービス付き高齢者向け住宅や特別養護老人ホームの機能だけでは不十分。苦痛の少ない看取りの提供を前提にするならば、必然的に介護療養病床のようなものが必要になる。

第3回 特別部会における委員の主な御意見③

- 人員配置、施設基準等については給付の効率化を前提に考えていかざるを得ない。
- 新たなタイプの創設により、財政負担が肥大化することがないように、効率的なサービス提供が可能となる仕組みのあり方、基準を検討していくべき。
- 新たな類型を考えるに当たっては、1つの施設の中で複数のスペックを柔軟に組み合わせられる形にすべき。
- 新たな施設でも、健康維持・リハビリを加味するような対応が必要。

3. 施設基準

- 新たな類型については、6.4㎡の多床室としてはどうか。
- 施設基準については、利用者が長期間過ごす、生活の場所になることを踏まえ、プライバシーの確保が重要。

4. 低所得者への配慮

- 低所得者への配慮については、補足給付がなくなると、多くの低所得の方が行き場を失うことになる。
- 低所得者に対しては、所得の多寡にかかわらず、必要なサービスが受けられるよう配慮すべき。

第3回 特別部会における委員の主な御意見④

5. 医療を外から提供する居住スペースの類型について

- 医療を外から提供する居住スペースの類型については、個室を前提として検討すべき。また、居住スペース部分については、特定施設入居者生活介護など既存の類型の活用を検討すべき。

3. 経過期間の設定について

- 新類型の報酬が公表されるのは平成29年度末頃となるため、現場や患者の方々が混乱しないよう十分な経過措置としての再延長が必要。
- 転換に当たっての経過期間は必要だが、不確定期限ではなく、年限を明確に切るべき。
- 転換に当たっての経過期間としては、2年程度から最大6年程度あればよいのではないか。

4. 転換支援策について

- 少なくとも建て替えまで、現行の6.4㎡の多床室が、そのまま活用できるようにすべき。
- 転換を行った施設については、診療報酬や介護報酬で、様々な緩和措置を講ずるべき。
- 転換する際には、医療介護総合確保基金を利用できるようにすることが必要。
- 円滑な転換に向けて、介護保険事業計画での配慮が必要。

第3回 特別部会における委員の主な御意見⑤

5. その他論点について

1. 転換以外の新設の可否等

- 療養病床の転換を最優先にすべき。平成30年度から始まる第7期介護保険事業計画においては、療養病床からの転換のみを認めるべき。
- 新規参入の抑制は適切ではない。転換を優先する期限を設けるのは理解できるが、それもあまり長く設定すべきではない。
- 地域医療構想等を踏まえると、一般病床からの転換も認めるべきではないか。また、障害者病棟や特殊疾患病棟等からの転換も論点になる。

2. 地域の実情に応じた配慮等

- 有床診療所の療養病床については、過疎地域での医療を守っている場合も多いという現状があるため、特に配慮が必要。
- 全国一律ではなく、過疎地域については、特に実情に応じた対応を検討していくことが必要。大きな方向としては、地域包括ケアの中で、こうした新しい類型をどう位置づけるかという視点が重要。
- 介護療養病床は、都市部だけでなく、過疎地域にもある。看護師等の人材確保にも留意が必要。

第3回 特別部会における委員の主な御意見⑥

- 地域によって、介護療養病床の数や比率に、相当ばらつきがある。同じ介護療養病床の中でも役割がかなり違うのではないか。
- 医療・介護の総合的な確保を考えるに当たっては、『病院完結型』から『地域完結型』を目指すという方向性が重要。なるべく施設に閉じ込めずに、地域で活動していただくのが望ましい。国が一律にモデルを示すのではなく、優良な地域モデルを展開していく姿勢が重要。

3. その他

- 転換の受け皿として人員削減をした転換老健をつくった。しかし、多くの介護療養病床は転換せず、医療療養病床や一般病床に戻ってしまった。平成18年のこうした廃止政策の失敗を踏まえるべき。
- 特別養護老人ホーム、老人保健施設などから救急車で搬送する場合、その医療費は非常に高額。しかし、介護療養病床では施設内で治療ができ、ターミナルケアまで行う。症例も多く、救急搬送と比較すれば、報酬ははるかに安い。
- 病院の一部を療養病床としているところが多い。これをどう考えていくかの議論が必要。
- 療養病床の実態を見ても、いろいろなタイプのもが入り交じっている。もう少し、機能分化をしていただく必要があるのではないか。地域医療構想の機能分化という概念を慢性期にも及ぼすということが、療養病床のあり方を考えるに際し、重要。

第3回 特別部会における委員の主な御意見⑦

- 認知症療養病棟では、自宅やグループホームや施設で、もうみられない方々が医療機関に移って、そこでも限界になった方々、医療機関からの入院がほとんどである。この機能は、今後も失くすことはできない。

今の認知症療養病棟では、スタッフを基準よりも多く加配し、また精神病棟であるので、精神保健福祉法のもとで精神科医等も含め、チーム医療を提供している。これは患者のために必要であって、そういった現状を理解して議論することが必要。

- 新たな施設は、利用者の目から見ても、わかりやすいものにすべき。
- 医療や看取りをやっていない医療療養病床は、何がネックになっているのかを議論し、看取り等が適切にできるような体制にしていくべき。

(2) 議論のたたき台

I. 医療機能を内包した施設系サービス

- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	新たな施設	
	(I)	(II)
基本的性格	要介護高齢者の <u>長期療養・生活施設</u>	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ <u>生活施設としての機能重視</u> 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 (<u>療養機能強化型A・B相当</u>)	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)	<u>介護療養病床相当</u> (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	<u>老健施設相当以上</u> (参考：現行の老健施設の基準) 医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※ 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 m ² /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	

II. 医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設

- 経営者の多様な選択肢を用意する観点から、居住スペースと医療機関の併設型を選択する場合の特例、要件緩和等を設ける。

	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)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 医療機関 ⇒ 医療法 ✓ 居住スペース ⇒ 介護保険法・老人福祉法 <p>※ 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）</p>
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)	<p>(参考：現行の特定施設入居者生活介護の基準)</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>医師 基準なし</p> <p>看護 } 3対1 ※ 看護職員は、利用者30人までは1人、</p> <p>介護 } 30人を超える場合は、50人ごとに1人</p> </div> <p>※ 医療機関部分は、算定する診療報酬による。</p>
面積 (居住スペース)	<p>(参考：現行の有料老人ホームの基準)</p> <p>個室で13.0㎡/室以上</p> <p>※ 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</p>

考えられる要件緩和、留意点等

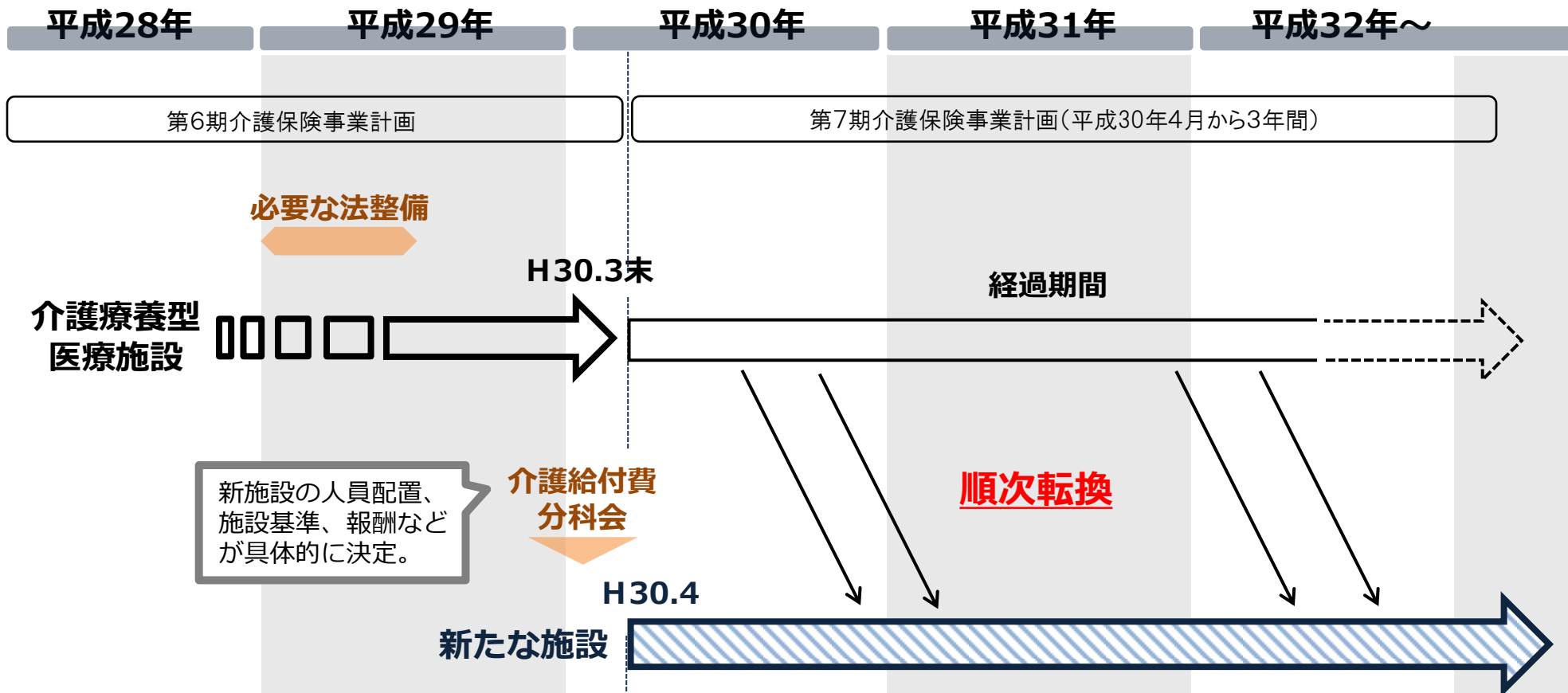
- ✓ 居住スペース部分の基準については、経過措置等をあわせて検討。
- ✓ 医療機関併設型の場合、併設医療機関からの医師の往診等により夜間・休日の対応を行うことが可能。

Ⅲ. 新施設に関する法整備を行う場合のスケジュール（イメージ）

- 新施設を創設する場合には、設置根拠などにつき、法整備が必要。
- この場合には、平成29年度末で設置期限を迎える介護療養病床については、現場の医療関係者や患者の方々の理解を得て、期限を設けつつも、準備のための経過期間を設けることが必要。

【例】仮に新施設に関する法整備を行うことになった場合のスケジュール（イメージ）

※ 新たな類型について、具体的な道行きがわかるような資料を提出すべき、との委員のお求めがあったことから、作成したもの。



※例えば、面積の拡大は大規模改修まで猶予するなど、所要の経過措置を設ける。

それ以外の主な論点

IV. 転換支援策の取扱い

- ✓ 現行の転換支援策は、今後も継続する。

《現行の転換支援策の例》

- ・ 療養病床等から転換した老健施設は、大規模改修までの間、床面積を6.4㎡/人 以上で可とする
- ・ 療養病床等から転換した老健施設、特別養護老人ホームは、大規模改修までの間、廊下幅（中廊下）を、1.2（1.6）m以上（内法）で可とする
- ・ 療養病床等から転換した老健施設等と医療機関の施設・設備の共用を認める（病室と療養室又は居室、診察室と特養の医務室を除く）
- ・ 医療機関併設型小規模老人保健施設の人員基準の緩和（小規模老人保健施設に医師、P T又はO T若しくはS Tを置かないことができる）
- ・ 介護療養型医療施設を介護施設等に転換した場合の費用助成 等

- ✓ 介護保険事業（支援）計画との関係では、第6期計画の取扱い（療養病床からの転換については、年度ごとのサービス量は見込むものの、必要入所（利用）定員総数は設定しない）を今後も継続。

V. 医療療養病床25対1（診療報酬）の取扱い等

- ✓ 医療療養病床25対1（療養病棟入院基本料2）の取扱いについては、「医療療養病床の人員配置標準に係る特例」の取扱いを踏まえ、医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な医療を提供する観点から、地域医療構想に基づく地域の医療提供体制等も勘案しつつ、中央社会保険医療協議会で検討する。
- ✓ 医療法施行規則に基づく医療療養病床の人員配置標準の経過措置は、平成29年度末で終了とする。なお、有床診については、その地域で果たす役割の重要性に鑑み、所要の配慮が必要。

療養病床に関する基礎資料

1. 療養病床に関する議論の主な経過（平成18年以降）
2. 療養病床に関する基礎データ
3. 現行の経過措置

1. 療養病床に関する議論の主な経過（平成18年以降）

平成18年の医療保険制度改革において、長期療養の適正化（いわゆる社会的入院の是正）が課題とされ、平成16、17年の調査において、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（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）ことを踏まえ、

- ・ 医療の必要性が高い人については、医療療養病床
- ・ 医療よりもむしろ介護の必要性が高い人については、在宅、居住系サービス、又は老人保健施設等
で対応することとし、医療の必要性に応じた機能分担（療養病床の再編成）を推進することとされた。

H
18
年
度

<健康保険法等の一部を改正する法律>

- ✓ 介護保険法を改正し、介護療養型医療施設に係る規定を削除（介護保険給付の根拠規定の削除）
→平成24年4月1日施行
- ✓ 改正法附則に、介護老人保健施設の入所者に対する医療提供の在り方の見直しを行う旨を規定

<診療報酬改定>

- ✓ 患者の特性に応じた評価を行い、療養病床の役割分担を明確化。
- ✓ 療養病床の診療報酬体系について、医療区分（1～3）、ADL区分（1～3）を導入し、医療の必要性に応じた評価を実施。

<医療法施行規則の改正>

- ✓ 医療法施行規則を改正し、療養病床の人員配置標準を引き上げ

<本則> 看護配置 4対1 看護補助配置 4対1

※ ただし、平成23年度末までは、現行の6対1を経過措置として可能とする。

<転換に当たっての支援措置>

- ✓ 療養病床が老人保健施設等に転換する場合の施設基準の緩和
- ✓ 療養病床が老人保健施設等に転換する場合の費用助成 等

平成18年以降の療養病床再編に関する主な議論②

H
19
年
度

<介護療養型老人保健施設の創設>

- ✓ 療養病床の入院患者の医療ニーズに対応する観点から、①看護職員による夜間の医療処置、②看取りへの対応、③急性増悪時の対応の機能を評価した、介護療養型老人保健施設を創設（H20.5～）
- ✓ 転換における施設基準の更なる緩和
 - ・ 耐火構造、エレベータ設置等について転換前の病院の基準を適用
 - ・ 面積基準に係る経過措置（6.4㎡/床）を拡充（平成23年度末⇒大規模な修繕等までの間）等

<転換に当たっての支援措置の拡充>

- ✓ 医療法人による有料老人ホームの設置等を可能とする（H19.4～）とともに、有料老人ホーム等の入居者に対して提供される医療サービスについて評価を拡充（H20年度診療報酬改定）等

H
23
年
度

<介護療養型医療施設の廃止期限等の延長>

- ✓ 転換が進んでいない等の理由により、廃止期限を平成29年度末まで延長（平成18年改正法に基づき、介護療養型医療施設の規定を削除した上で、平成29年度末までの間、なお効力を有するものとした）
- ✓ これに併せ、医療療養病床の看護人員配置の経過措置についても同様の延長が行われた。
※ 平成24年度以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は不可。

H
27
・
28
年
度

<介護療養型医療施設の評価の見直し>

- ✓ 平成27年度介護報酬改定において、介護療養型医療施設が担っている医療処置や看取り、ターミナルケアを中心とした長期療養を行う施設としての機能を評価した「療養機能強化型」の報酬を新設

<療養病床の在り方等に関する検討会における議論>

- ✓ 有識者による『療養病床の在り方等に関する検討会』を開催。サービス提供体制の選択肢を整理

<療養病棟入院基本料2（25対1）に医療区分要件を導入>

- ✓ 療養病棟入院基本料2に、医療区分要件（医療区分2・3の患者を5割以上）を追加。
当該要件を満たせない病床については、平成30年3月31日までの間、95/100を算定できることとした。 3

「療養病床の在り方等に関する検討会」新たな選択肢の整理案（概要）

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料

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

※ 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。

新たな類型の整理案について

※ 医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で25対1のもの

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条件

- 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。）

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

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料

	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ⅡⅢ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。

「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～」(平成28年1月28日 療養病床の在り方等に関する検討会)より抜粋

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）

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料

医療機関 (医療療養病床 20対1)

医療機能を内包した施設系サービス

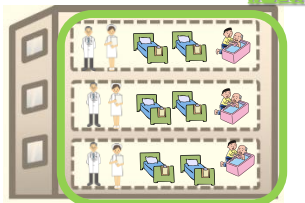
〔患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンを提示。〕

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。



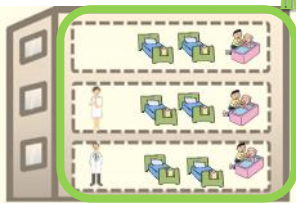
- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応) 又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶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

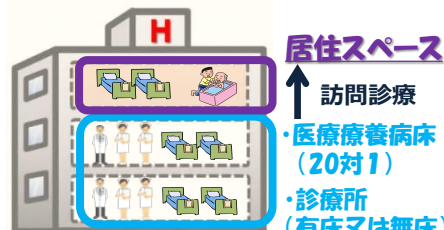
▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



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。

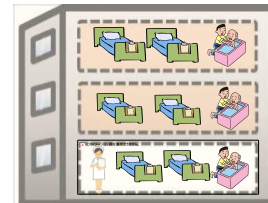


- 今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。
- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

(注) 新案1-1、1-2及び2において、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

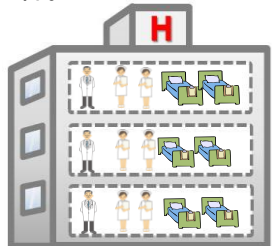
- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。



診療所等

- 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

- 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

2. 療養病床に関する基礎データ

(1) 制度概要・病床数・定員数

療養病床の概要

- 療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、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もの。
- 医療保険の『医療療養病床(医療保険財源)』と、介護保険の『介護療養病床(介護保険財源)』がある。

		医療療養病床		介護療養病床	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
		20対1	25対1			
概要		病院・診療所の病床のうち、 <u>主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの</u> ※看護職員の基準(診療報酬上の基準)で20対1と25対1が存在。		病院・診療所の病床のうち、 <u>長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供するもの</u>	要介護者にリハビリ等を提供し、 <u>在宅復帰を目指す施設</u>	要介護者のための <u>生活施設</u>
病床数		約13.7万床	<u>約7.6万床</u>	<u>約6.1万床</u>	約36.2万床 (うち、介護療養型:約0.7万床)	約54.1万床
設置根拠		医療法(病院・診療所)		医療法(病院・診療所) <u>介護保険法(介護療養型医療施設)</u>	介護保険法 (介護老人保健施設)	老人福祉法 (老人福祉施設)
施設基準	医師	48対1(3名以上)		48対1(3名以上)	100対1(常勤1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員	4対1 (29年度末まで、6対1で可)	2対1 (3対1)	6対1	3対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)
	介護職員 ※1	4対1 (29年度末まで、6対1で可)		6対1		
面積		6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡ ※2	10.65㎡(原則個室)
設置期限		—		<u>29年度末</u>	—	—

※1 医療療養病床にあつては、看護補助者。

※2 介護療養型は、大規模改修まで6.4㎡以上で可。

介護療養病床の「療養機能強化型A・B」について

平成27年度介護報酬改定において、介護療養病床の、

- ・ 看取りやターミナルケアを中心とした**長期療養の機能**
- ・ 喀痰吸引、経管栄養などの**医療処置を実施する施設としての機能**

を今後とも確保していくために、「療養機能強化型AとB」の区分を新設した。

		療養機能強化型	
		A	B
患者の 状態	重症度要件	✓ 「重篤な身体疾患を有する者」と「身体合併症を有する認知症高齢者」が、 <u>一定割合以上であること</u>	
	医療処置要件	✓ 喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射を実施された者が、 <u>一定割合以上であること</u>	
	ターミナルケア要件	✓ ターミナルケアを受けている患者が、 <u>一定割合以上いること</u>	
その他の要件		✓ <u>リハビリを随時行うこと</u> ✓ 住民相互や、入院患者と住民との間での交流など、地域の高齢者に活動と参加の場を提供するよう努めること	
介護の人員配置		<u>4対1</u>	<u>4対1～5対1</u>

医療・介護サービス提供における全体像（イメージ）

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料

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

うち、DPC
(約48.4万床) ※1

長期療養

長期療養

介護老人保健施設
(約36.2万床) ※4

特定機能病院 等

うち、20対1
(約13.7万床) ※1

在宅復帰

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

病院・診療所

うち、25対1
(約7.6万床) ※1

軽費老人ホーム (約9.3万人) ※7

精神病床 (約33.6万床) ※3

特別養護老人ホーム
(約54.1万床) ※4

生活施設

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

結核病床 (約0.5万床) ※3

感染症病床 (約0.2万床) ※3

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

施設サービス

居宅サービス

※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)

2. 療養病床に関する基礎データ

(2) 療養病床の利用者像など

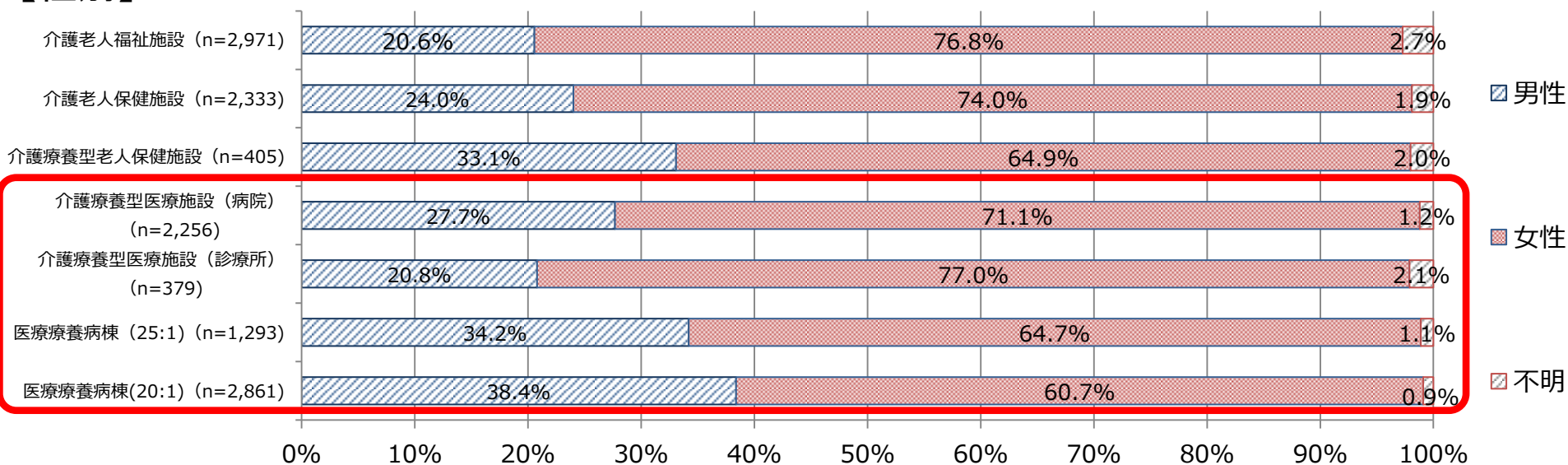
入院患者／入所者の年齢・性別

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)

【年齢】

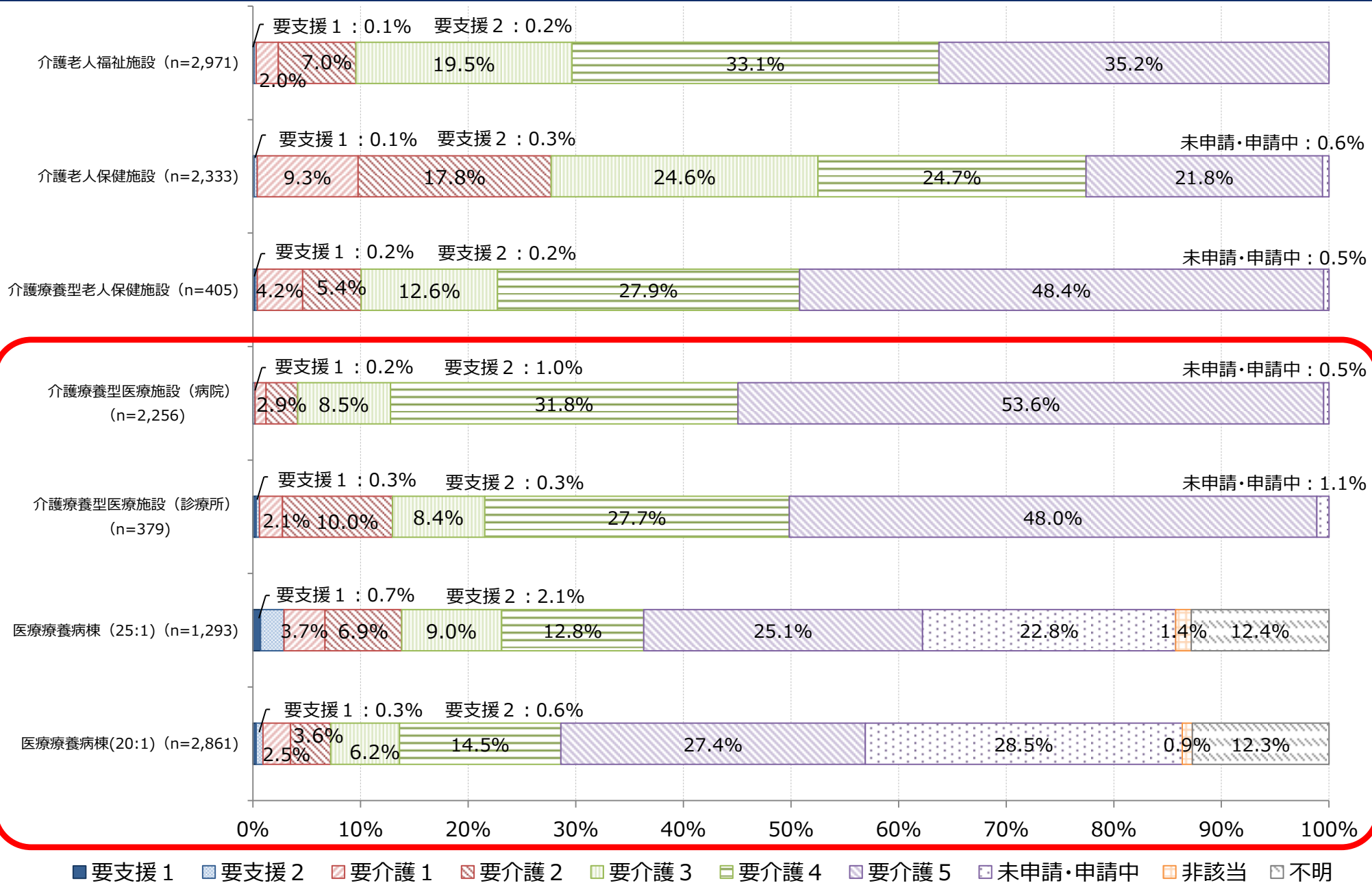


【性別】



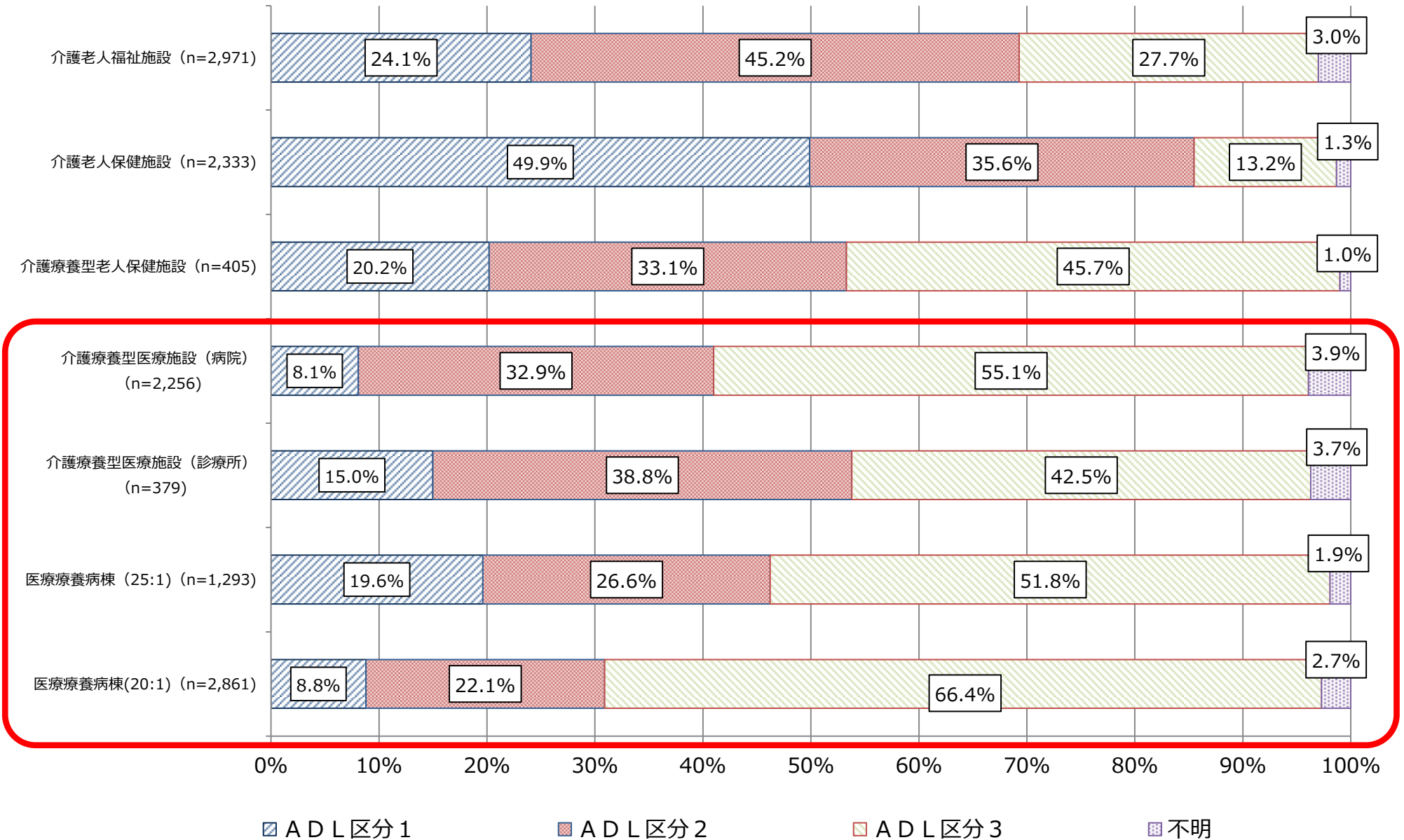
入院患者／入所者の要介護度

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)



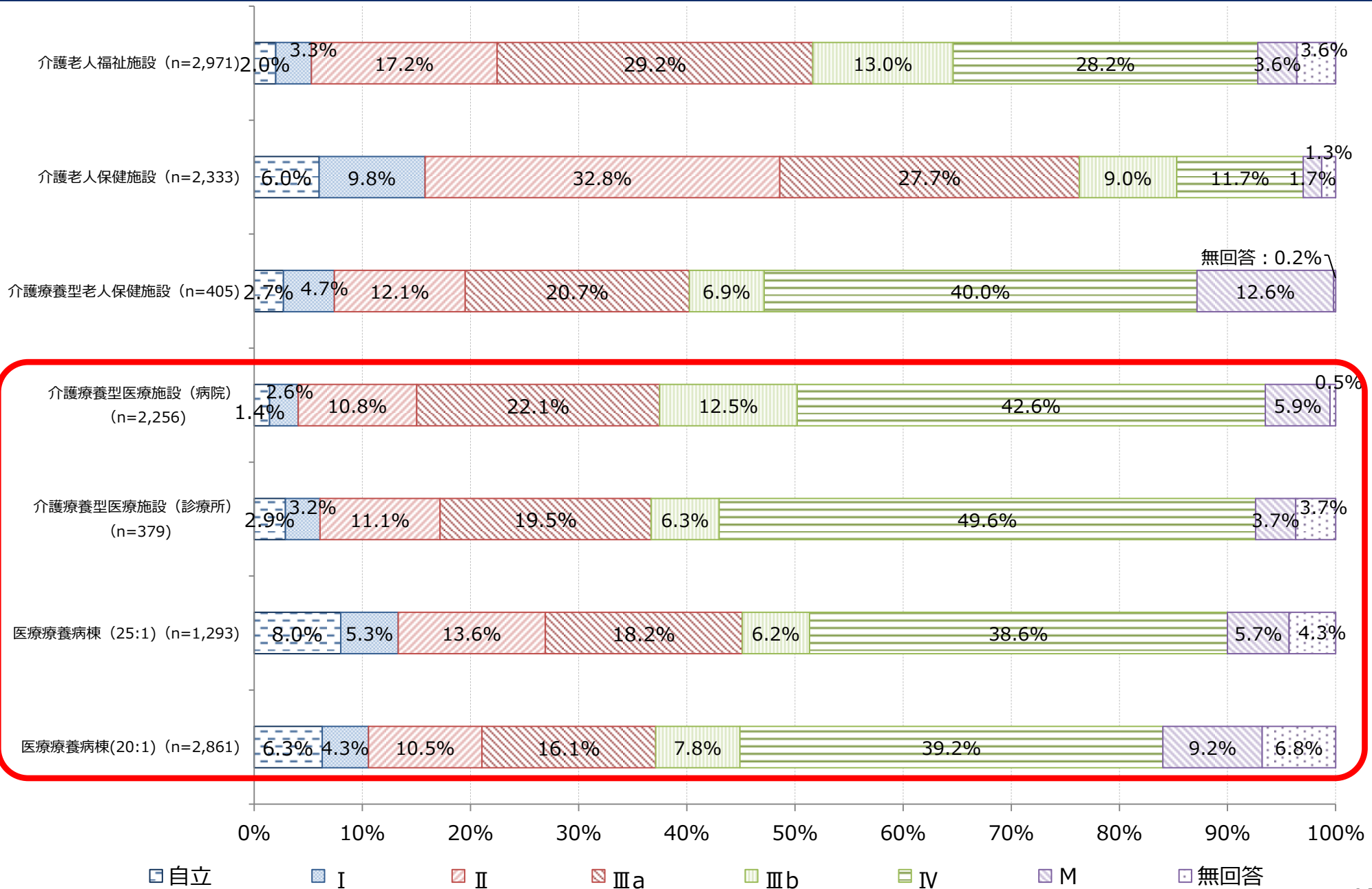
入院患者／入所者のADL区分

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)



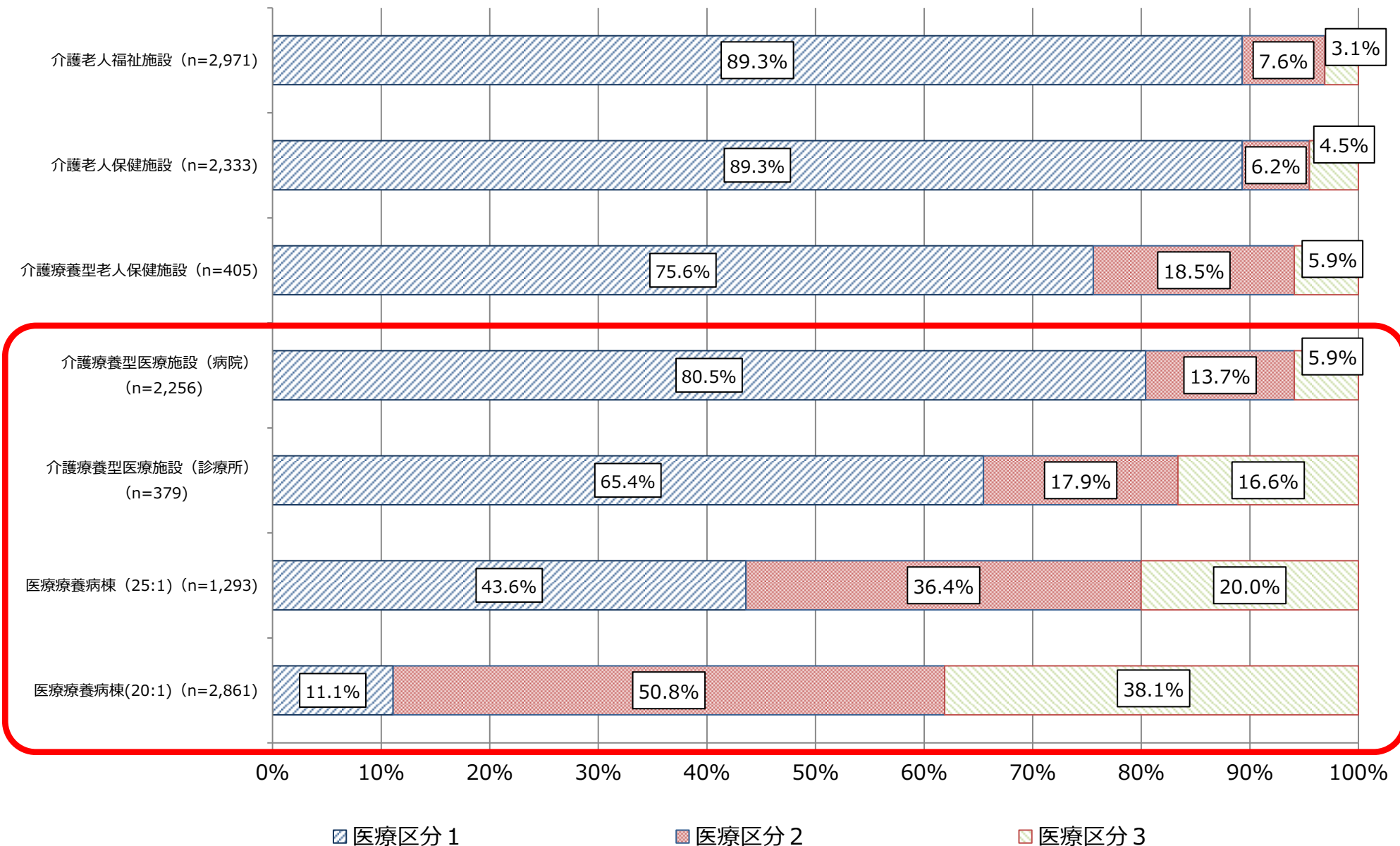
認知症高齢者の日常生活自立度

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)

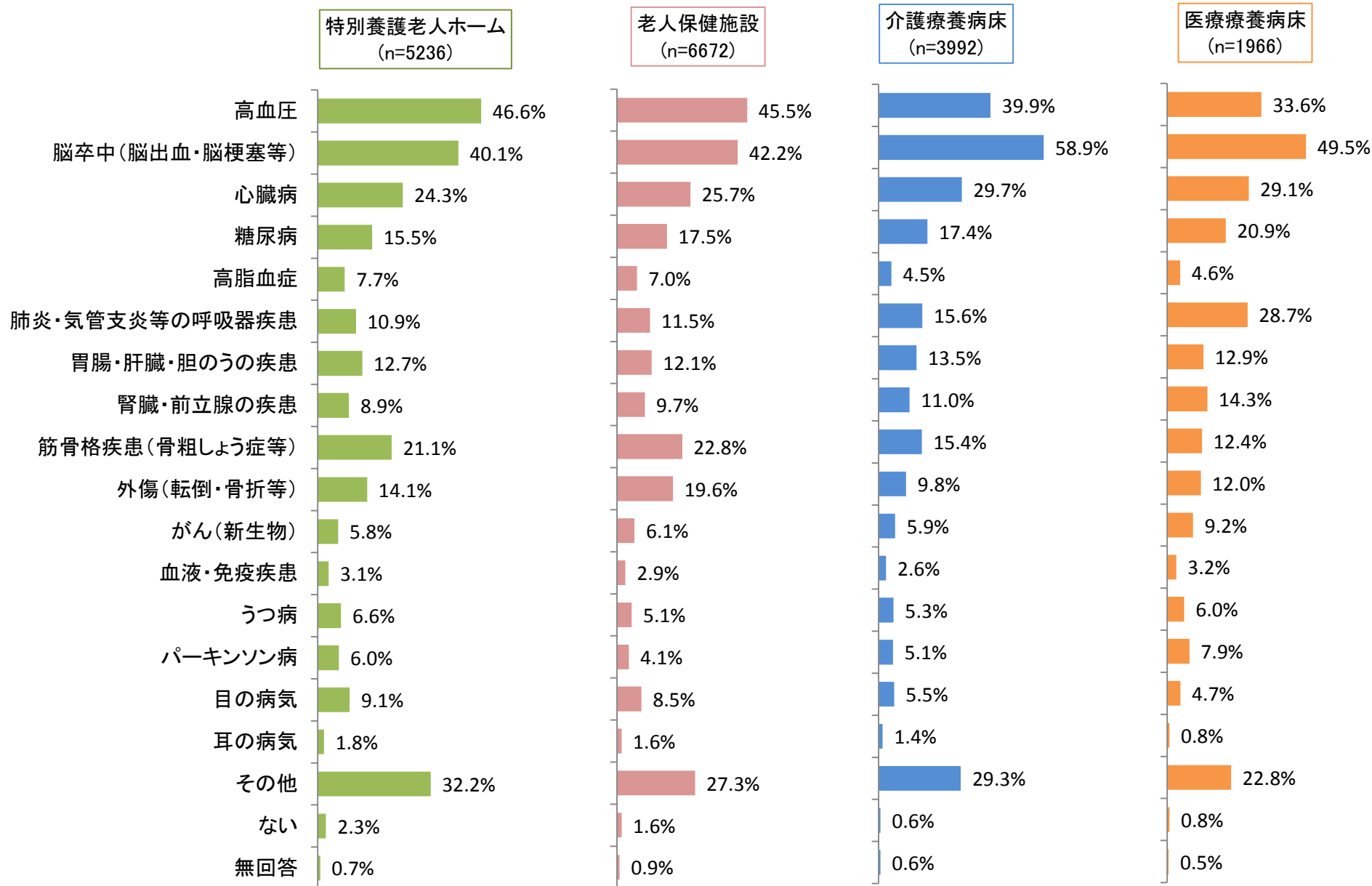


入院患者／入所者の医療区分

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)



有している傷病（複数回答）

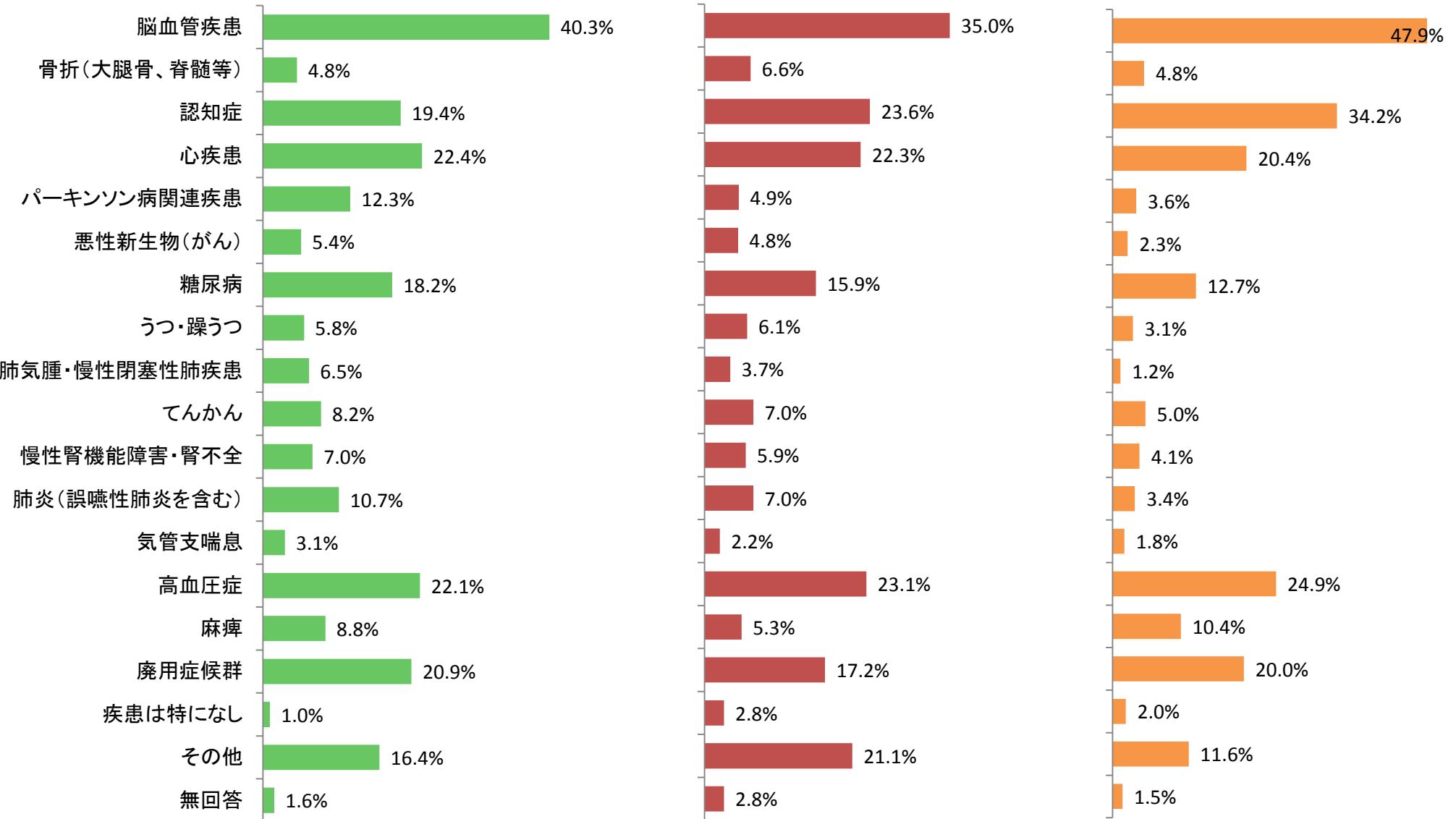


入院患者の傷病の状況

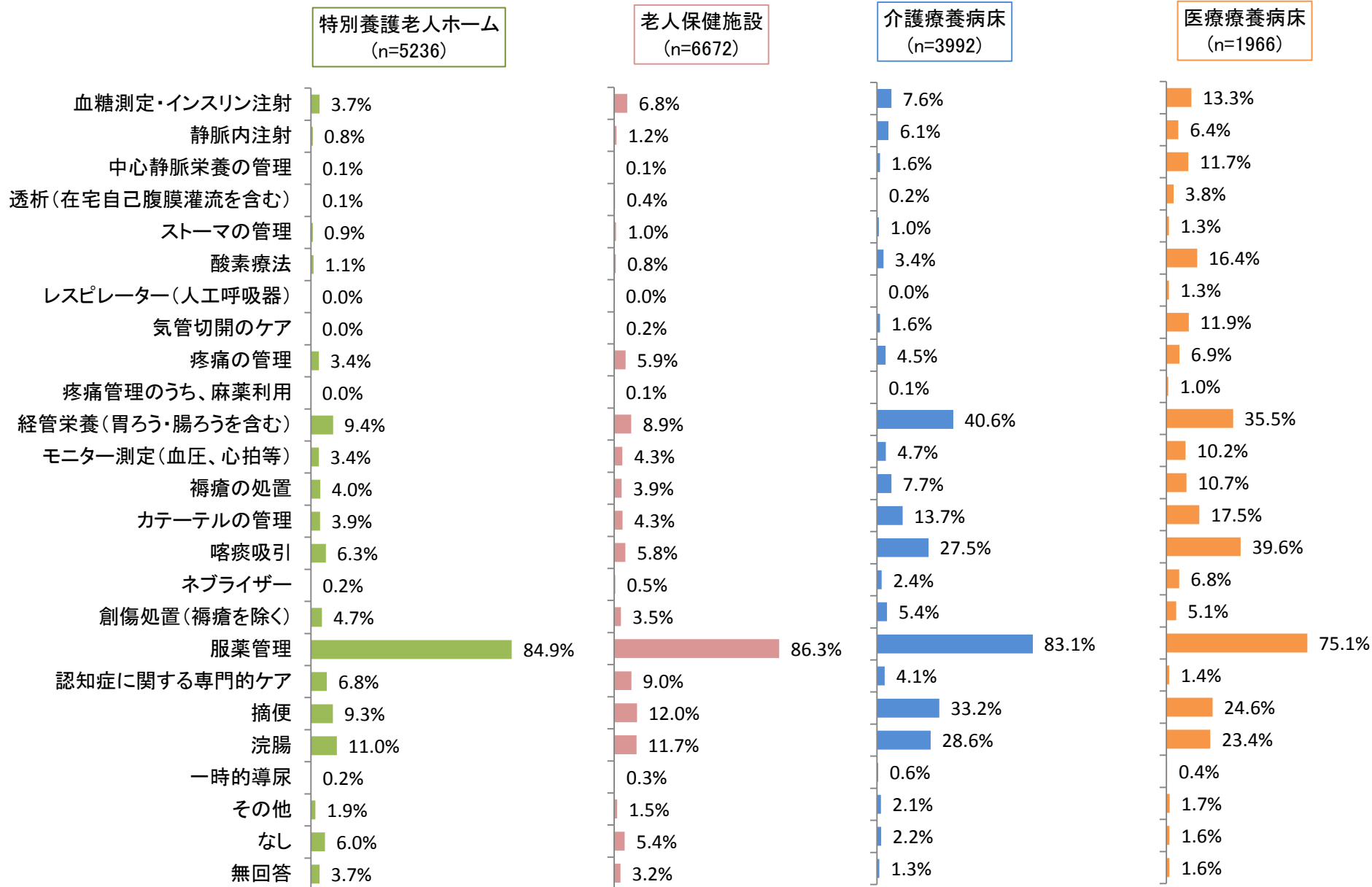
医療療養病棟(20対1)
(n=2,861)

医療療養病棟(25対1)
(n=1,293)

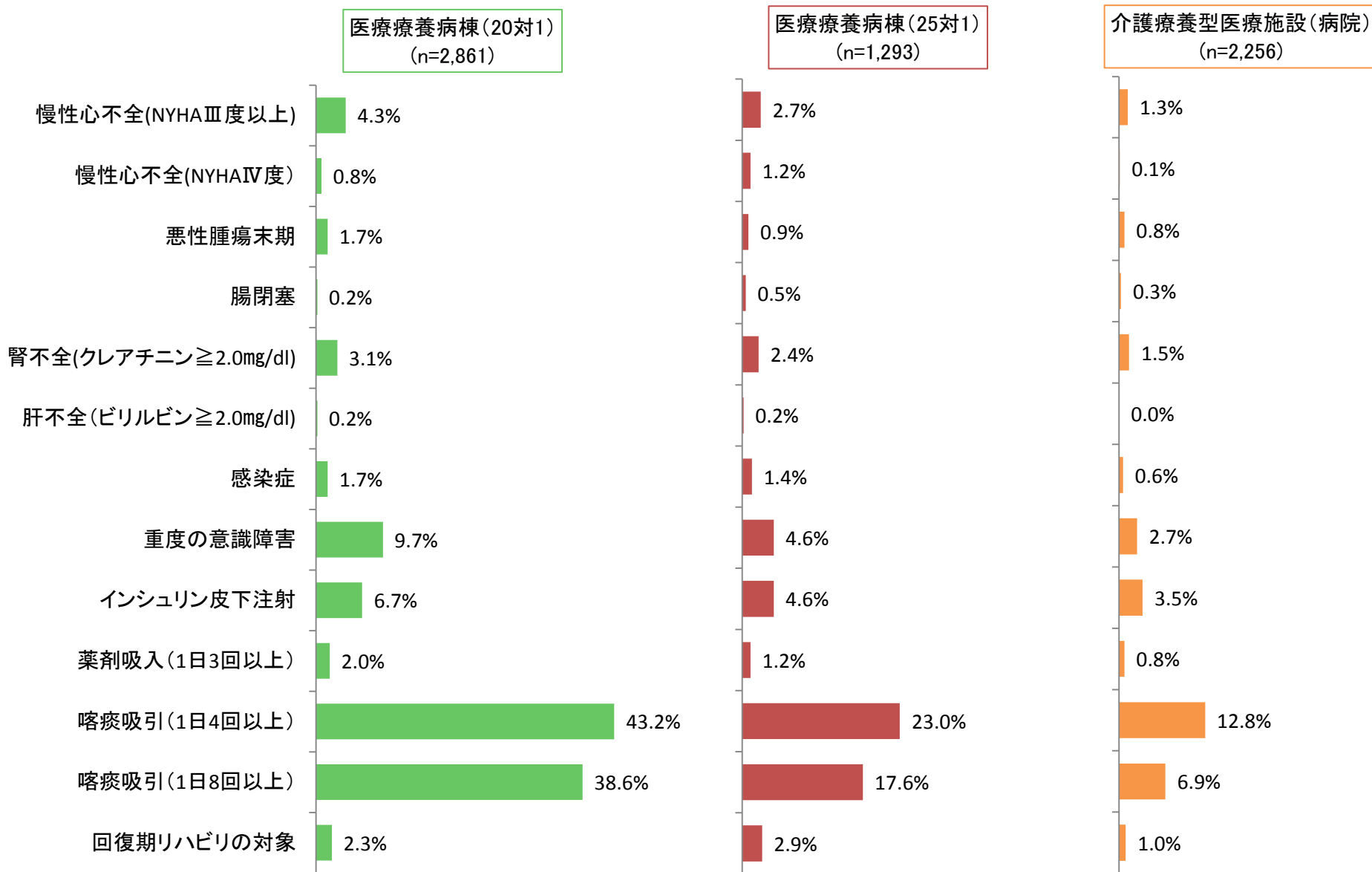
介護療養型医療施設(病院)
(n=2,256)



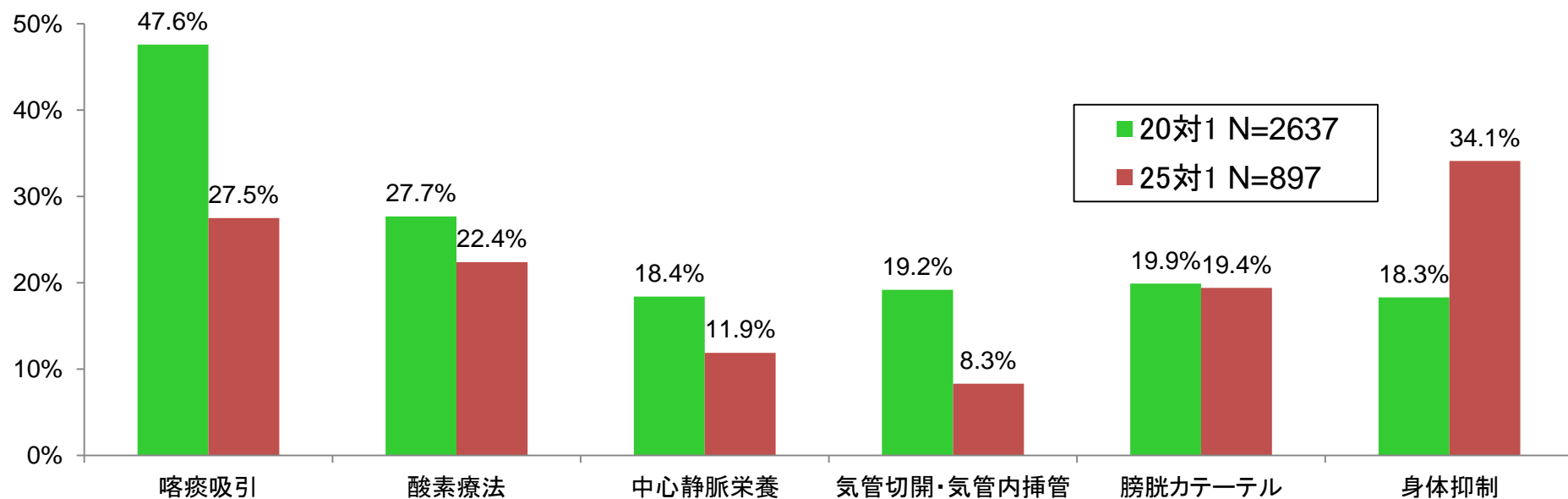
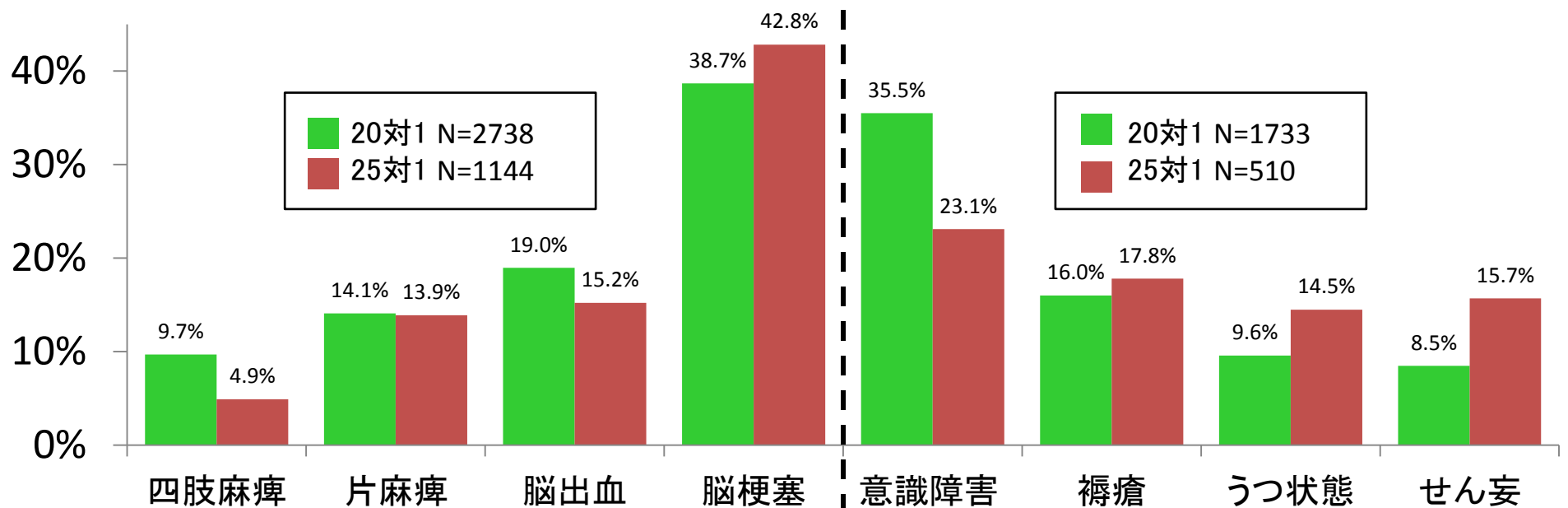
現在受けている治療（複数回答）



入院患者の治療の状況

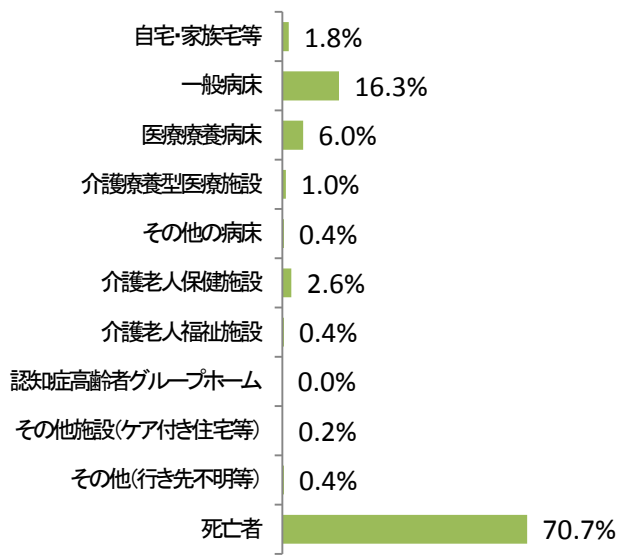


医療療養病棟の入院患者の病態と医療行為・処置

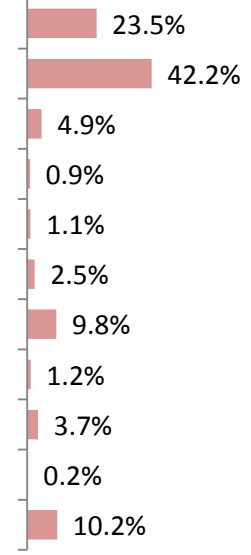


退院／退所後の行き先

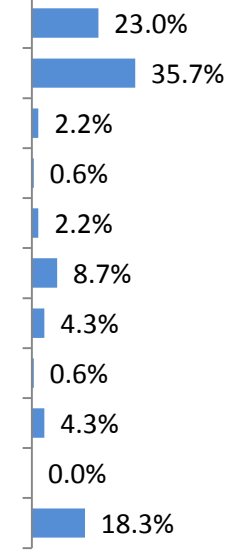
介護老人福祉施設(n=495)



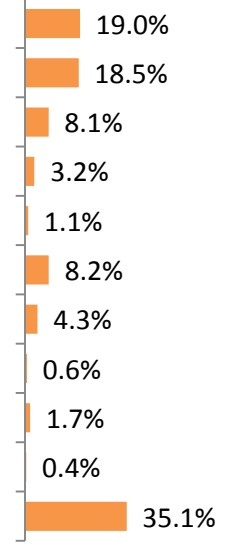
介護老人保健施設(n=1,882)



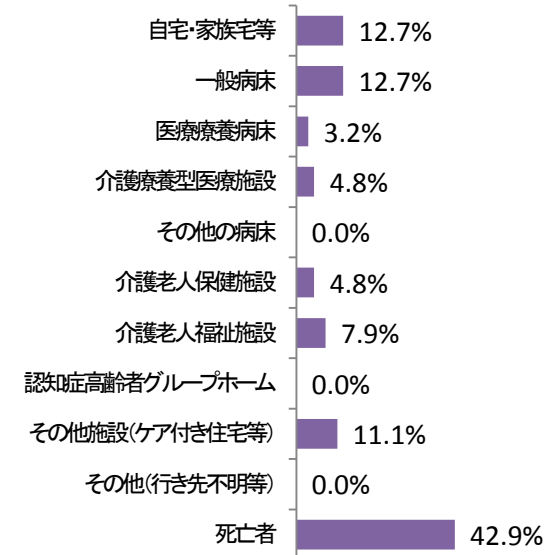
介護療養型老人保健施設(n=322)



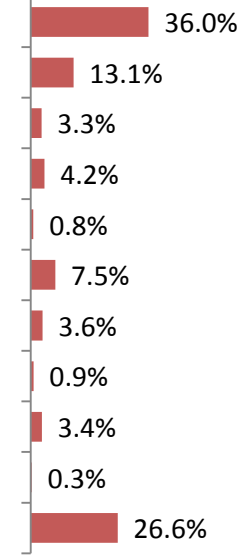
介護療養型医療施設(病院)(n=1,419)



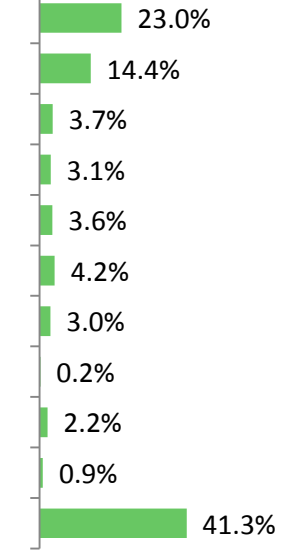
介護療養型医療施設(診療所)(n=63)



医療療養病棟(25対1)(n=2,285)



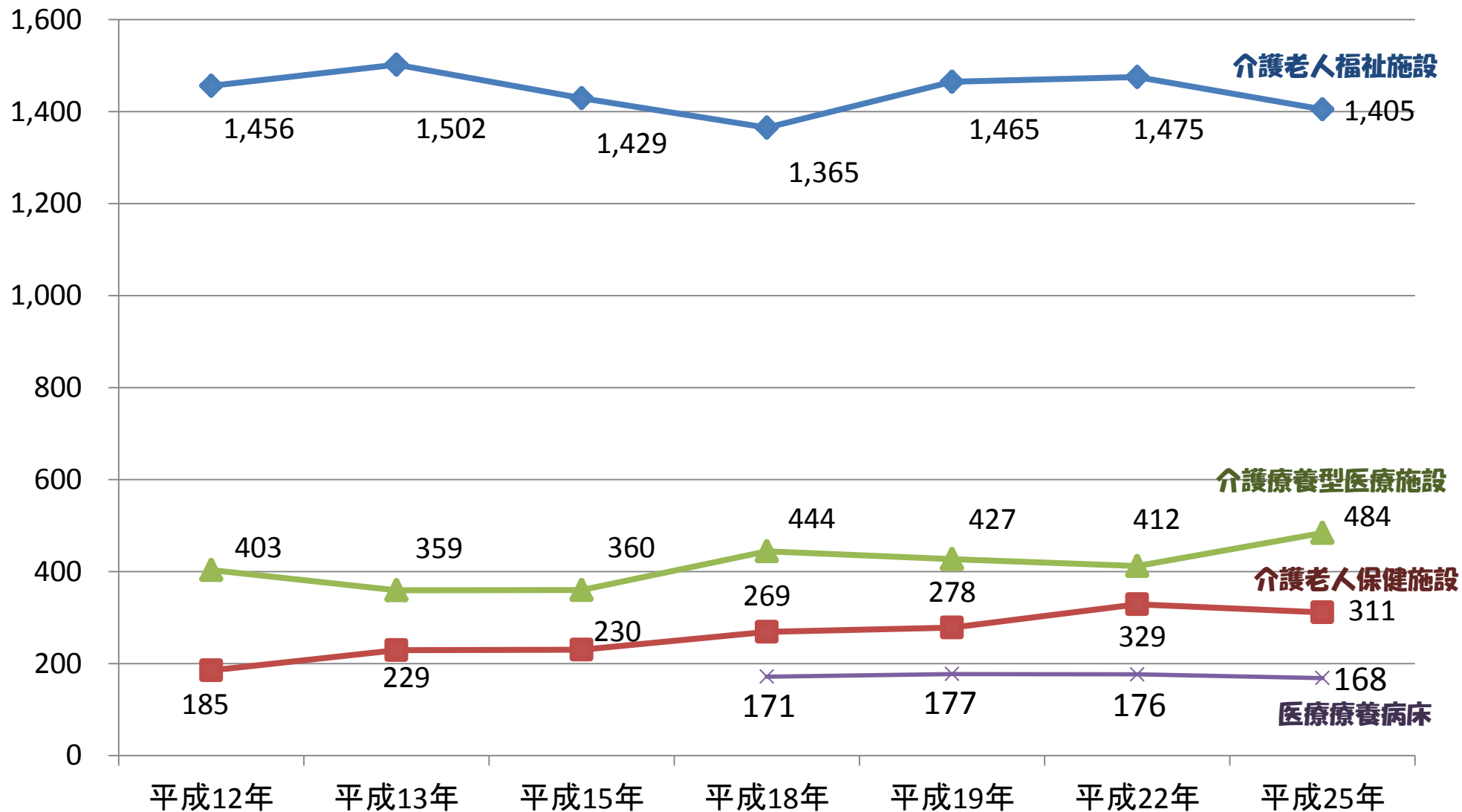
医療療養病棟(20対1)(n=3,411)



(出典)平成25年度老人保健事業推進費等補助金「医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業報告書(平成26年(2014年)3月)」(公益社団法人全日本病院協会)

平均在所・在院日数

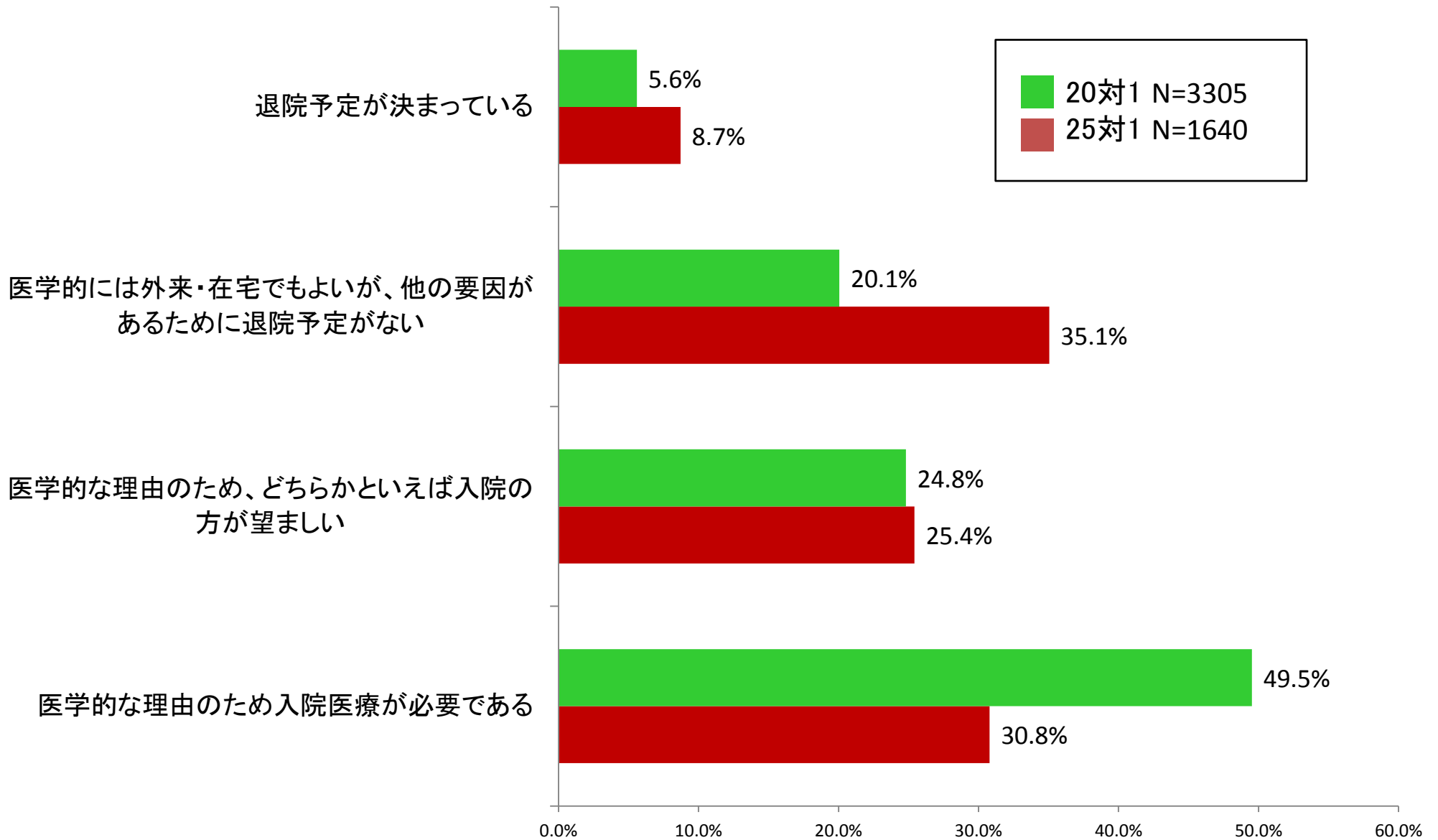
第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)



注：平均在所日数の調査が行われた年度を記載。

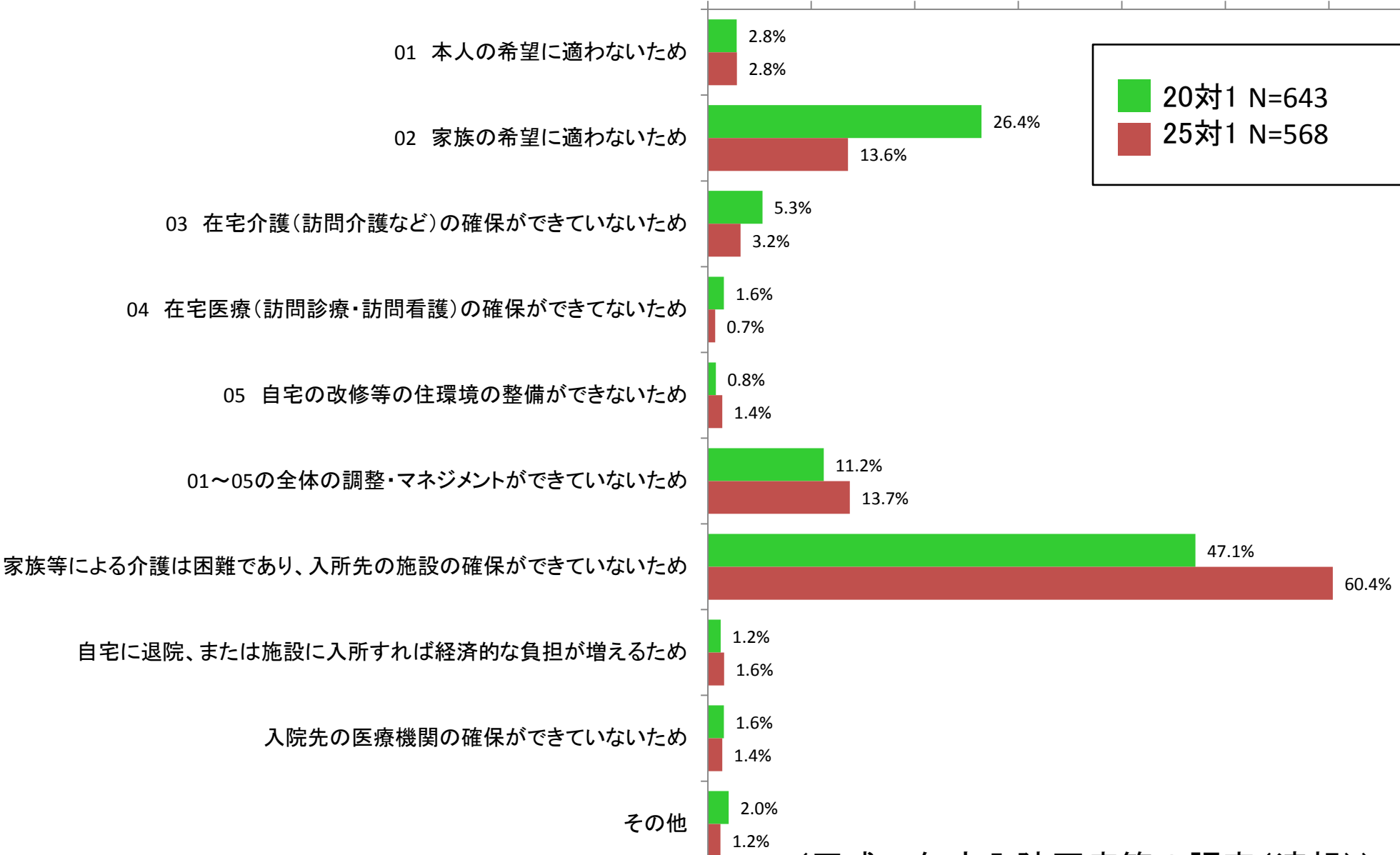
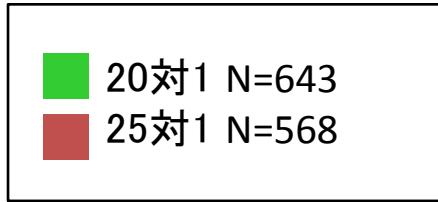
出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」，病院報告(平成25年、平成22年、平成19年、平成18年)

医療療養病棟の入院患者の入院継続の理由



医療療養病棟の入院患者が退院できない理由

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70%



介護保険施設の室定員（定員数）の構成割合

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
個室	54.2%	19.0%	7.2%
2人室	8.8%	10.1%	12.2%
3人室	1.2%	2.7%	10.2%
4人室	35.6%	68.2%	70.2%
5人室以上	0.3%	-	0.2%

※ 介護老人福祉施設は、居室の一部に短期入所生活介護（ショートステイ）床を含まない施設のみを集計した。

※ 「平成27年介護サービス施設・事業所調査」より老健局老人保健課作成。（いずれの施設も、平成27年10月1日現在の数字）

補足給付の認定者数と給付費

(1) 認定者数 (平成26年度末)

<千人>

	合計	第1段階		第2段階		第3段階	
合計	1,186	79	7%	775	65%	332	28%
介護老人福祉施設	334	19	6%	232	69%	84	25%
介護老人保健施設	171	13	8%	112	65%	46	27%
介護療養型医療施設	31	3	9%	20	64%	8	27%
地域密着型老人福祉施設	21	0	2%	15	72%	6	27%
短期入所生活介護等	628	44	7%	396	63%	188	30%

(2) 給付費 (平成26年度)

<百万円>

食費	243,008
介護老人福祉施設	132,191
介護老人保健施設	68,394
介護療養型医療施設	12,379
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	10,523
短期入所生活介護等	19,520
居住費 (滞在費)	90,755
介護老人福祉施設	55,490
介護老人保健施設	12,989
介護療養型医療施設	919
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	10,819
短期入所生活介護等	10,538
合計	333,763

(注) 認定者数は、境界層認定の関係で、食費に係る認定数と居住費に係る認定数に若干の相違があるが、表中の数字は食費に係る認定者数。

出典：平成26年度介護保険事業状況報告

2. 療養病床に関する基礎データ

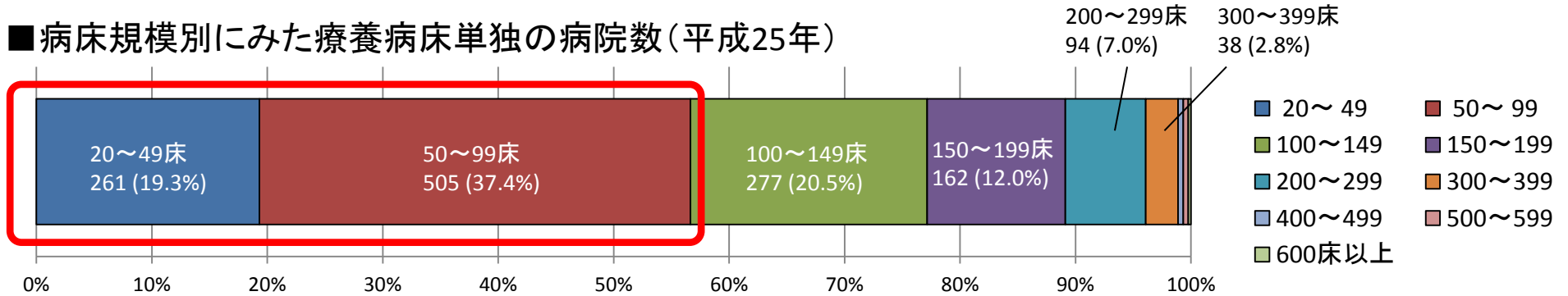
(3) 療養病床単独病院の状況

療養病床を有する病院の状況

■療養病床を有する病院数、病床数

	病院数			(参考) 病床数		
	総数	うち療養病床を有する病院 (総数に占める割合)	うち療養病床単独の病院 (総数に占める割合)	総病床	うち療養病床を有する病院の療養病床 (総数に占める割合)	うち療養病床単独の病院の療養病床 (総数に占める割合)
平成19年	8,862	4,135 (46.7%)	1,431 (16.1%)	1,620,173	343,400 (21.2%)	154,781 (9.6%)
平成22年	8,670	3,964 (45.7%)	1,366 (15.8%)	1,593,354	332,986 (20.9%)	149,237 (9.4%)
平成25年	8,540	3,873 (45.4%)	1,352 (15.8%)	1,573,772	328,195 (20.9%)	144,809 (9.2%)

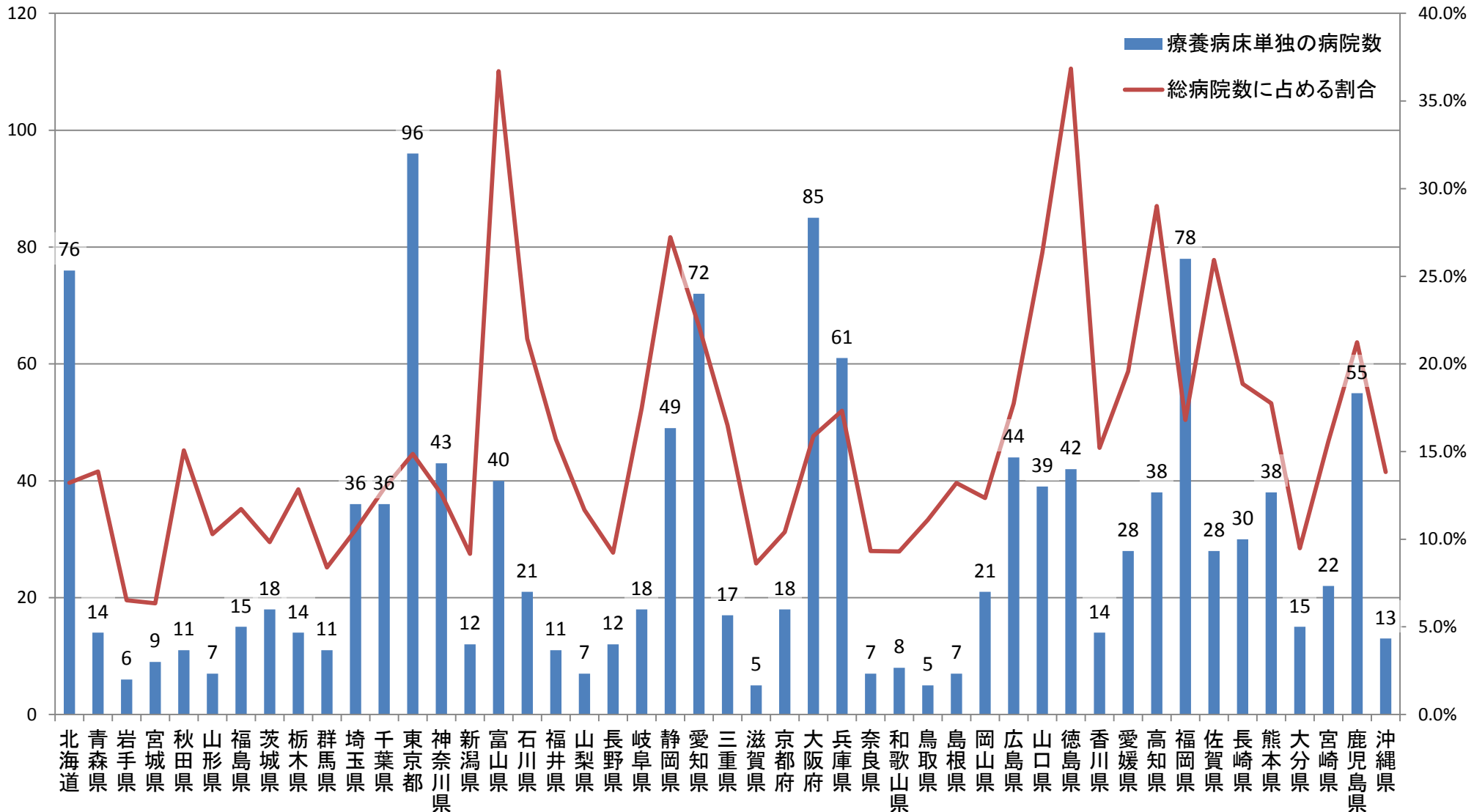
■病床規模別にみた療養病床単独の病院数(平成25年)



病床規模	20~49	50~99	100~149	150~199	200~299	300~399	400~499	500~599	600床以上	総数
療養病床単独病院数	261	505	277	162	94	38	6	6	3	1,352
構成比	19.3%	37.4%	20.5%	12.0%	7.0%	2.8%	0.4%	0.4%	0.2%	100.0%
構成比(累積)	19.3%	56.7%	77.1%	89.1%	96.1%	98.9%	99.3%	99.8%	100.0%	-

出典:平成19、22、25年医療施設調査(厚生労働省)

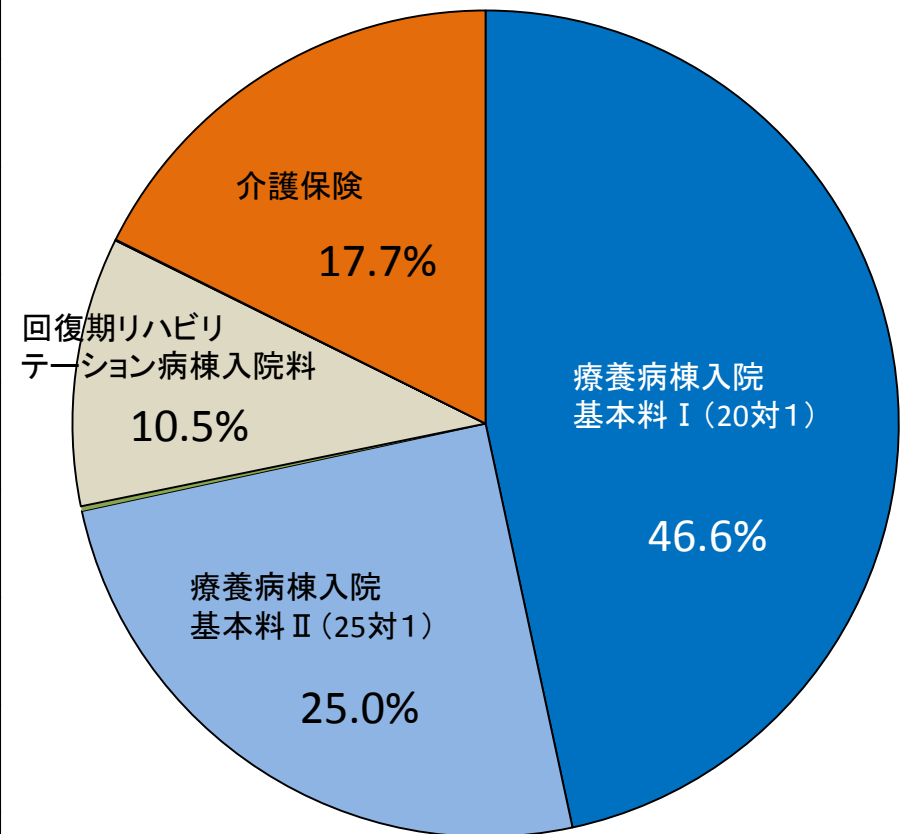
療養病床単独病院の状況（都道府県別）



出典：平成25年医療施設調査（厚生労働省）

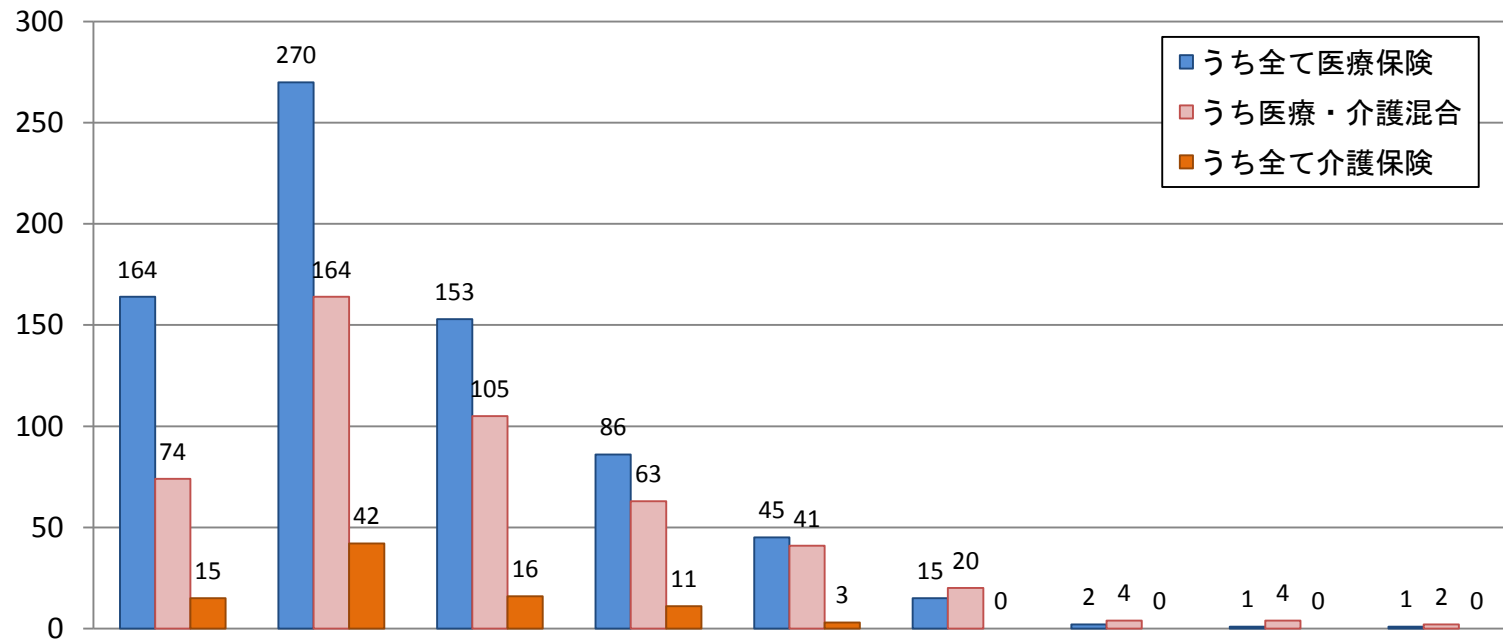
療養病床単独病院における医療保険・介護保険適用の状況

入院料	病床数	構成比
医療保険適用	114,864	82.3%
療養病棟入院基本料計	100,139	71.8%
療養病棟入院基本料Ⅰ（20対1）	65,035	46.6%
療養病棟入院基本料Ⅱ（25対1）	34,844	25.0%
特別入院基本料	260	0.2%
回復期リハビリテーション病棟入院料	14,681	10.5%
地域包括ケア病棟入院料	44	0.0%
介護保険適用	24,624	17.7%
計	139,488	100.0%



厚生労働省医政局調べ（平成26年度病床機能報告データ等より作成）

療養病床単独病院における医療保険・介護保険適用の状況 (病床規模別)

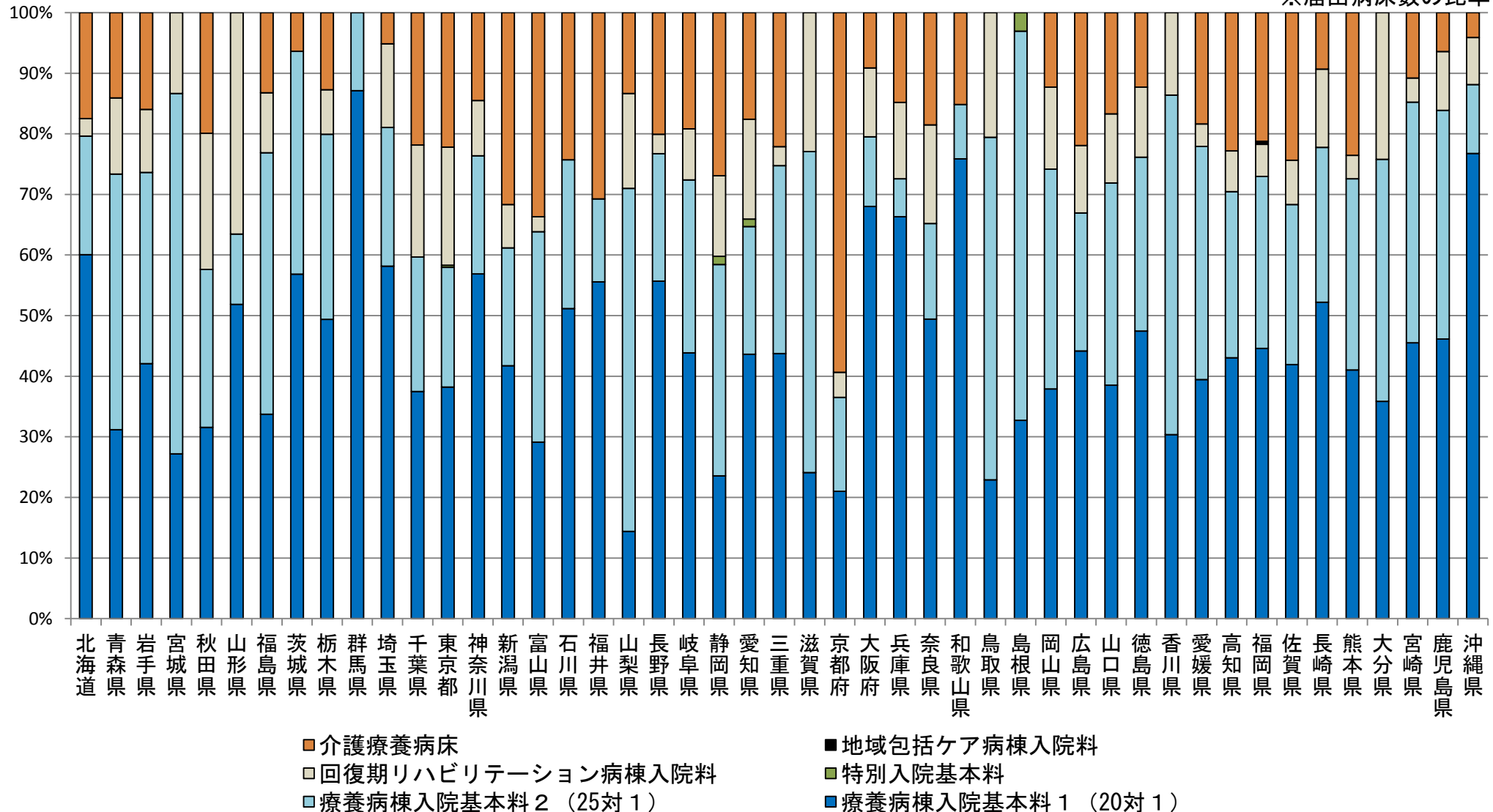


病床規模	20～49	50～99	100～149	150～199	200～299	300～399	400～499	500～599	600床以上	計
療養病床単独病院数	253	476	274	160	89	35	6	5	3	1,301 (100.0%)
全て医療保険	164	270	153	86	45	15	2	1	1	737 (56.3%)
医療・介護双方	74	164	105	63	41	20	4	4	2	477 (36.7%)
全て介護保険	15	42	16	11	3	0	0	0	0	87 (7.0%)

厚生労働省医政局調べ(平成26年度病床機能報告データ等より作成)

療養病床単独病院における医療保険・介護保険適用の状況 (都道府県別)

※届出病床数の比率



厚生労働省医政局調べ(平成26年度病床機能報告データ等より作成)

医療療養病床の『20対1』と『25対1』について

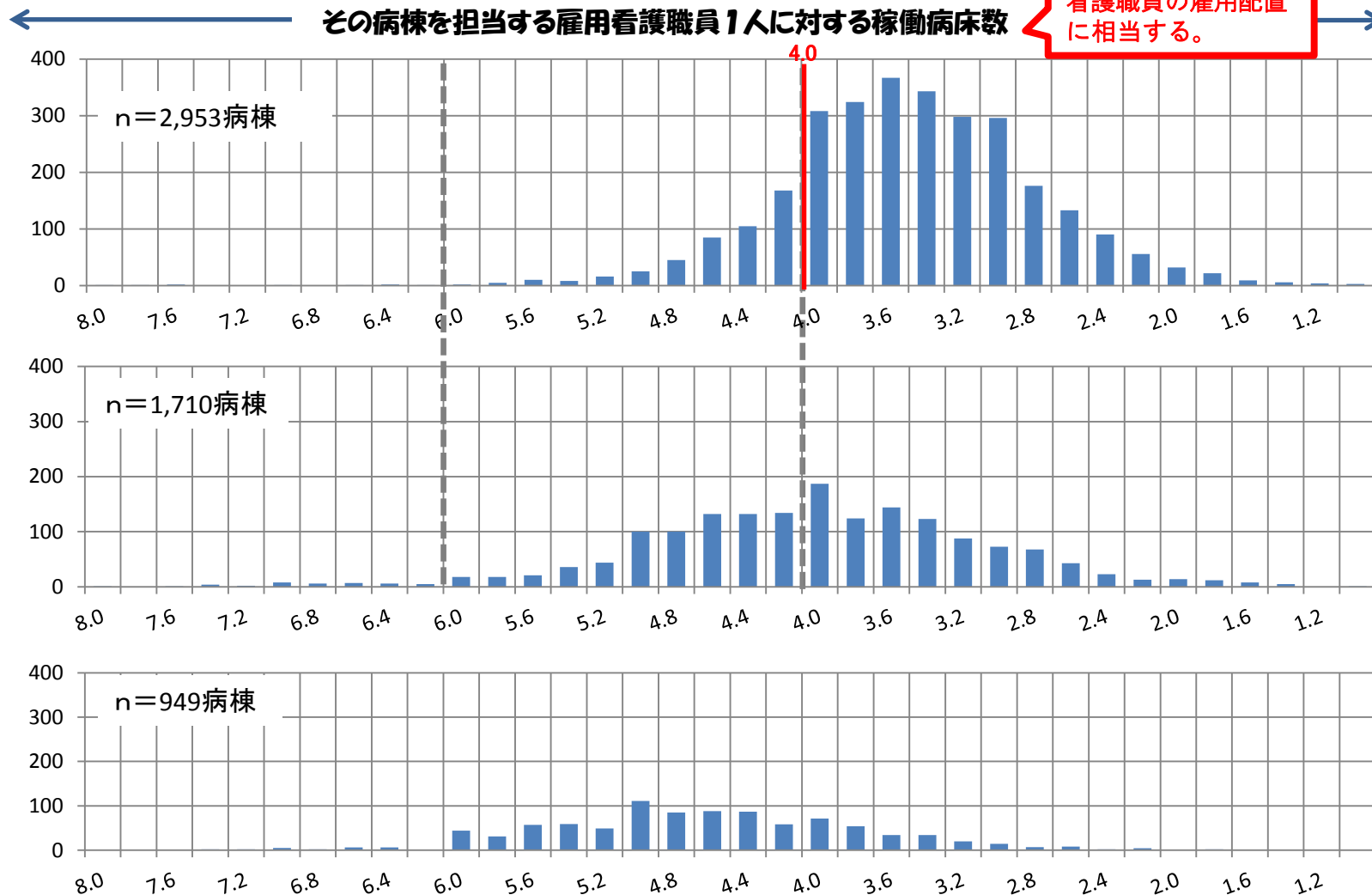
- ◎ 医療療養病床については、2つの診療報酬上の評価基準がある。
- ◎ 看護職員の配置がより手厚いほうの基準を満たすと『医療療養病床20対1』に、もう一方の基準を満たすと『医療療養病床25対1』に該当する。
- ◎ 『20（25）対1』は『入院患者20（25）人に対して看護職員1人』という意味。

		医療療養病床 20対1		医療療養病床 25対1
人員	医師	48対1(3人以上)	←同じ→	48対1(3人以上)
	看護師及び 准看護師	<u>20対1</u>		<u>25対1</u>
	看護補助者	<u>20対1</u>		<u>25対1</u>
施設基準		6.4㎡以上	←同じ→	6.4㎡以上
該当する病床数		約13.7万床 (※1)		約7.6万床 (※1)
患者要件		医療の必要度の高い者 (医療区分2・3)が <u>8割以上</u>		医療の必要度の高い者 (医療区分2・3)が <u>5割以上</u> (平成29年度末まで経過措置あり)

(※1) 施設基準届出 (平成26年7月1日現在)

看護職員 1 人あたり稼働病床数別の病棟の分布 (療養病床を有する病院)

概ね、病棟における看護職員の雇用配置に相当する。



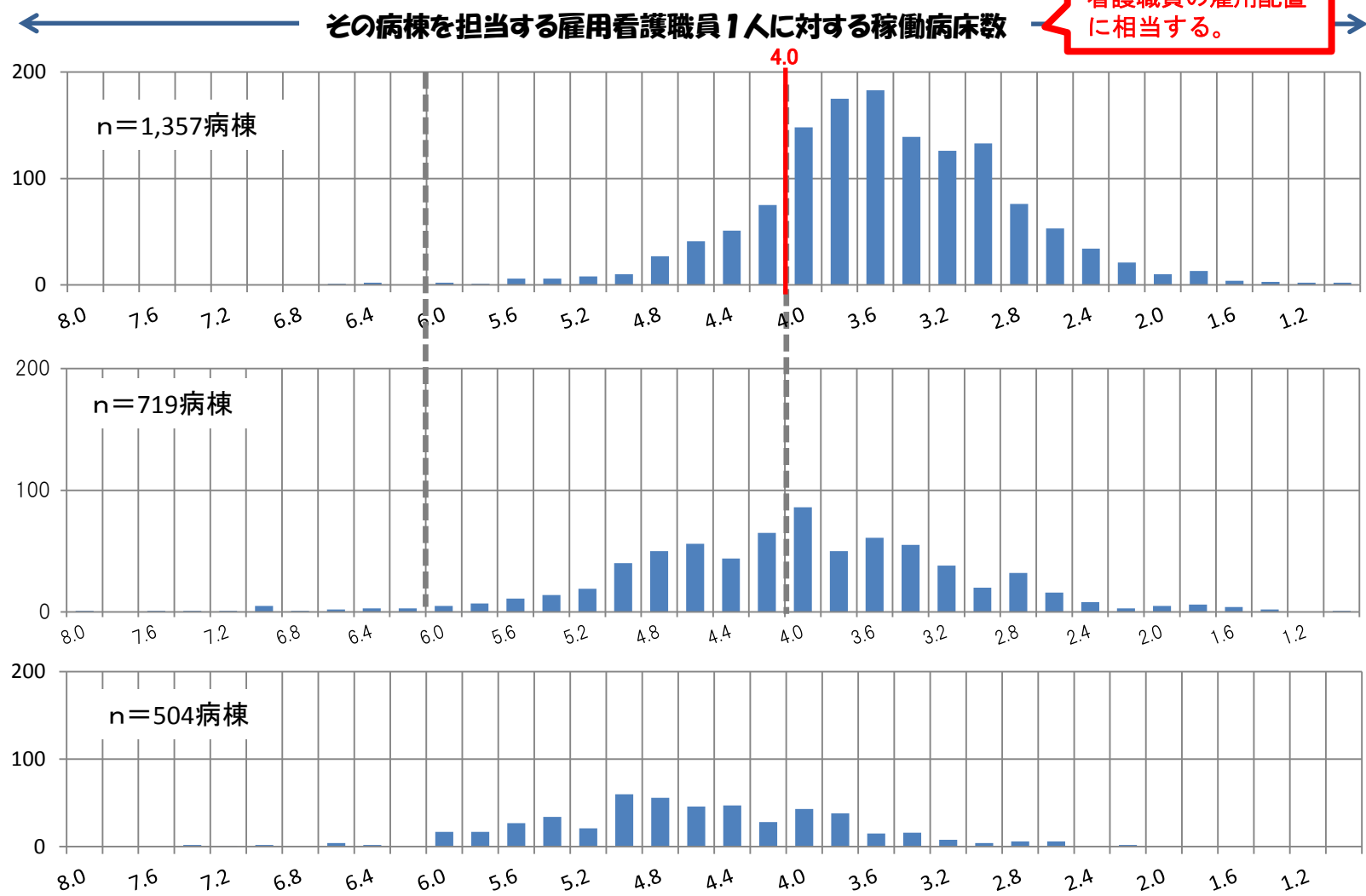
厚生労働省医政局調べ(平成26年度病床機能報告データ等より作成)

(注)医療法上の職員数の標準は施設単位(病床種別ごとの必要数の和)で算出することとされているが、上記データは病棟単位で算出しており、病棟間で職員数の傾斜配置を行っている場合には、標準を下回る値が生じ得る。(診療報酬上の職員数の基準は病棟単位で算出するが、同一種別の病棟間での職員の傾斜配置が可能)

また、職員数の標準は入院患者数に基づき算出することとされているが、上記データは稼働病床に基づき算出しており、稼働病床数より患者数が少ない場合には、標準を下回る値が生じ得る。

看護職員 1 人あたり稼働病床数別の病棟の分布 (療養病床単独病院)

概ね、病棟における看護職員の雇用配置に相当する。



厚生労働省医政局調べ(平成26年度病床機能報告データ等より作成)

(注) 医療法上の職員数の標準は施設単位(病床種別ごとの必要数の和)で算出することとされているが、上記データは病棟単位で算出しており、病棟間で職員数の傾斜配置を行っている場合には、標準を下回る値が生じ得る。(診療報酬上の職員数の基準は病棟単位で算出するが、同一種別の病棟間での職員の傾斜配置が可能)

また、職員数の標準は入院患者数に基づき算出することとされているが、上記データは稼働病床に基づき算出しており、稼働病床数より患者数が少ない場合には、標準を下回る値が生じ得る。

(参考) 看護職員の『雇用配置』と『実質配置』の違い

- 患者に対する看護職員の配置の考え方には、『雇用配置』と『実質配置』の2つがある。雇用配置は、実質配置の約5倍に相当する。

【実質配置の考え方】

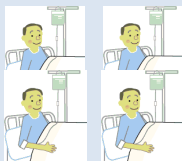
常時(24時間365日)、患者に対応する看護職員の配置



看護職員 1人

常時対応

20対1



入院患者20人

診療報酬の人員配置基準は、
実質配置で定めている。



常時、対応する
看護職員数

$$\times \frac{24\text{時間}}{8\text{時間}} \times \frac{365\text{日}}{225\text{日}} \doteq$$

労働時間
(1日8時間)

労働日数
(休祝日考慮)



雇用すべき
看護職員数

約5倍

【雇用配置の考え方】

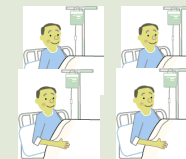
患者に対する
看護職員の雇用数



看護職員 5人

雇用

4対1



入院患者20人

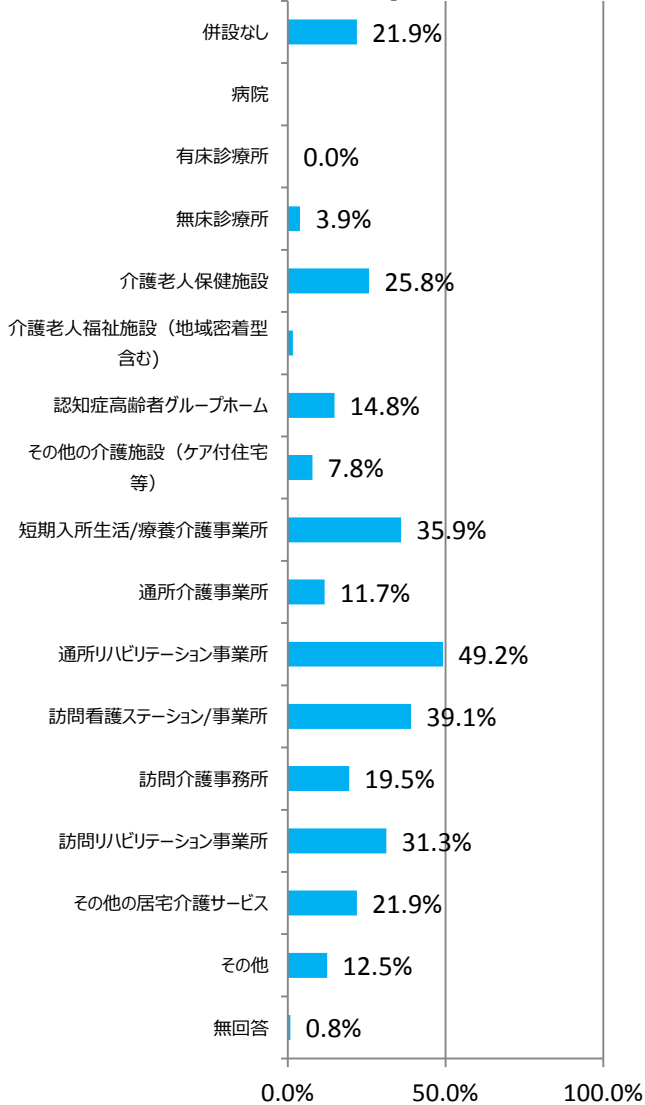
医療法の人員配置標準は、
雇用配置で計算している。

※ 医療法の人員配置標準は、看護師長や手術室勤務の看護師も含め、病院全体で計算。

併設施設・事務所① (複数回答)

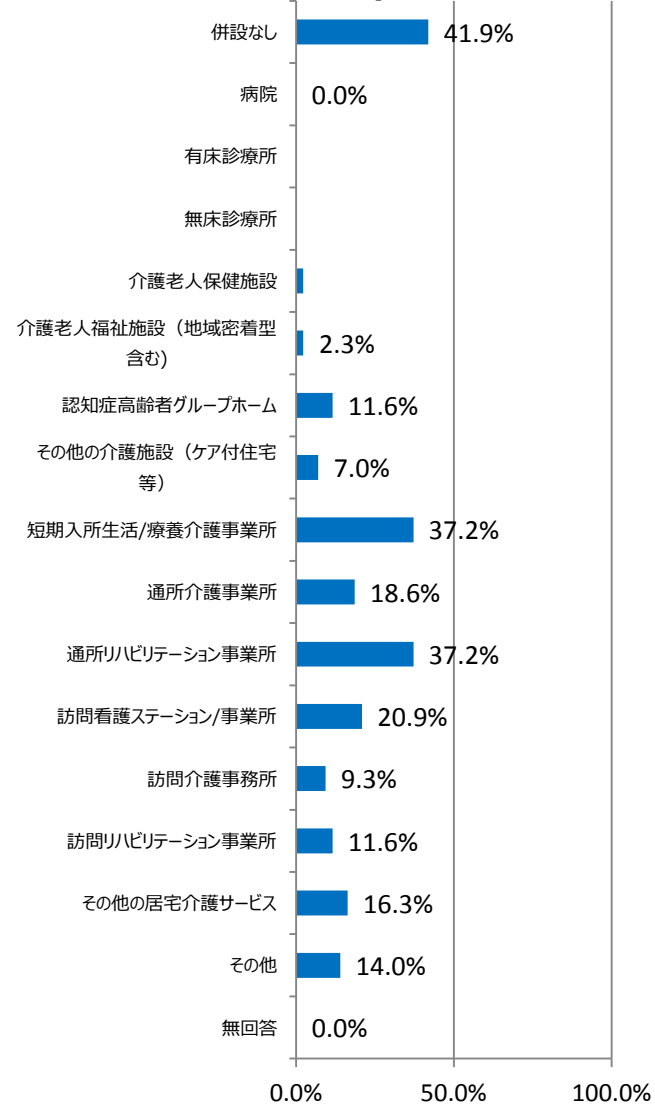
介護療養病床を有する病院

(n=128)



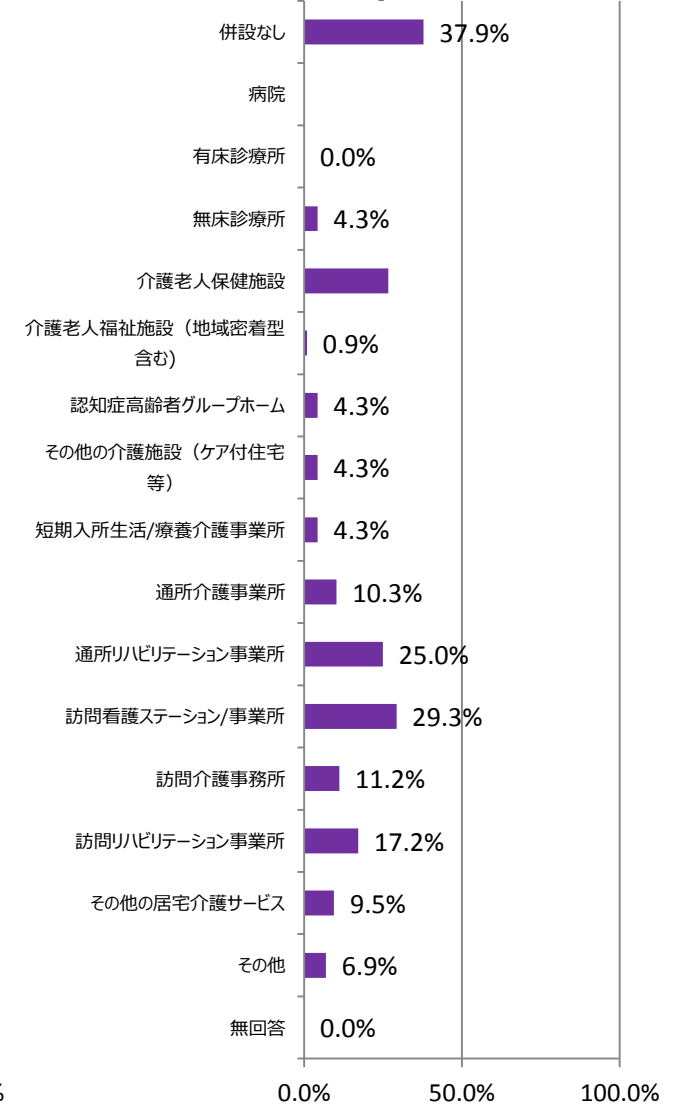
介護療養病床を有する診療所

(n=43)



医療療養病床を有する病院

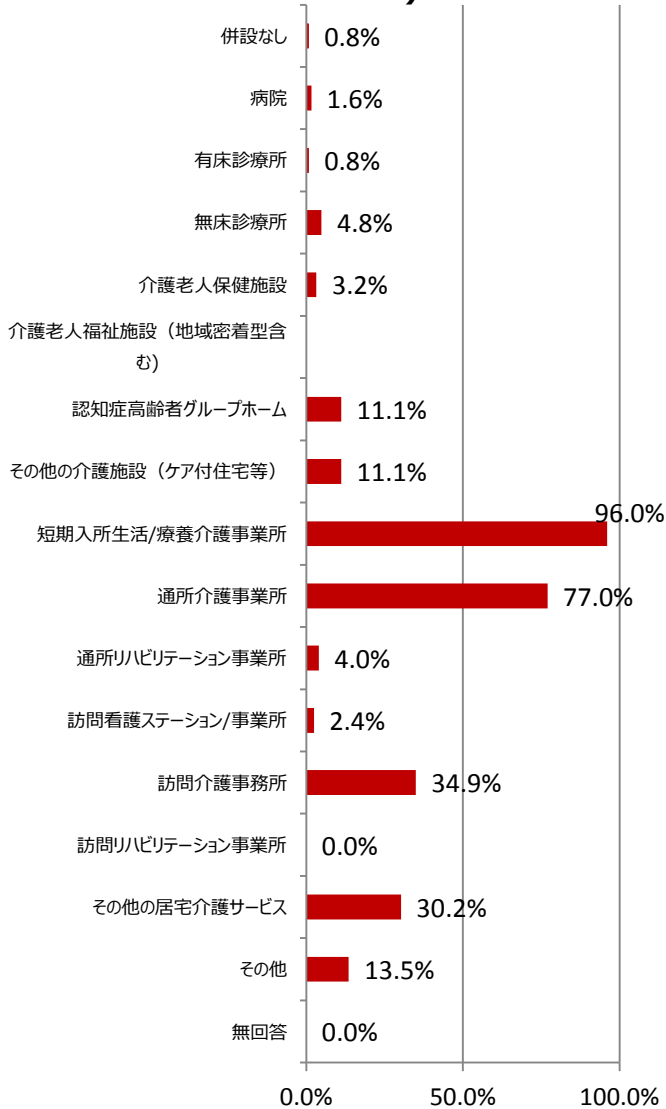
(n=116)



併設施設・事務所 (①の続き) (複数回答)

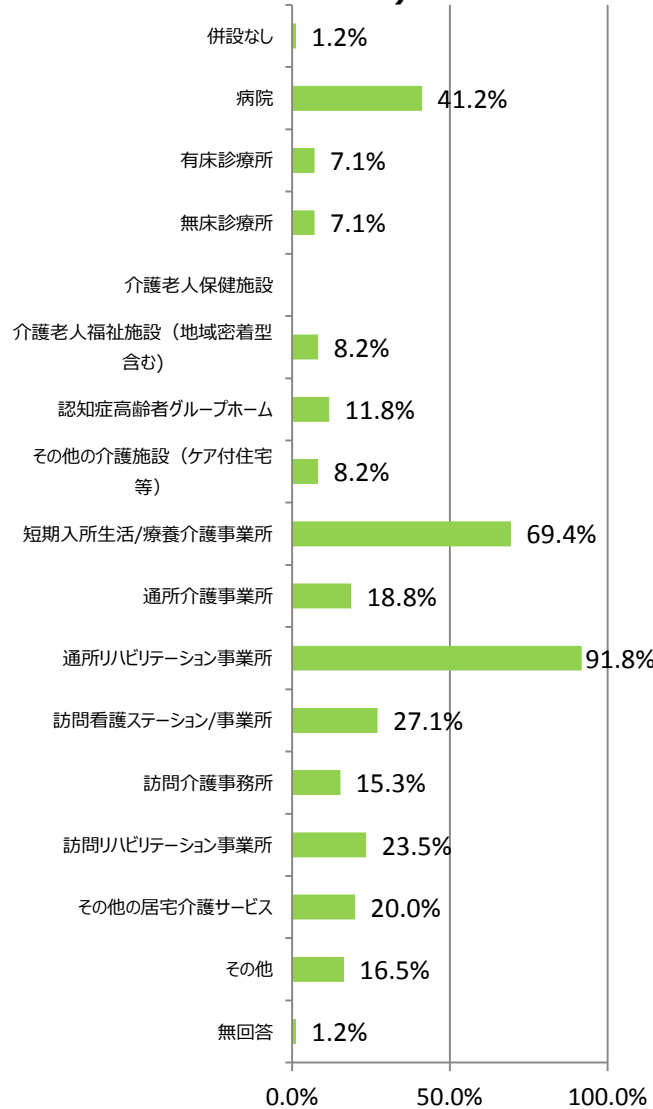
介護老人福祉施設

(n=126)

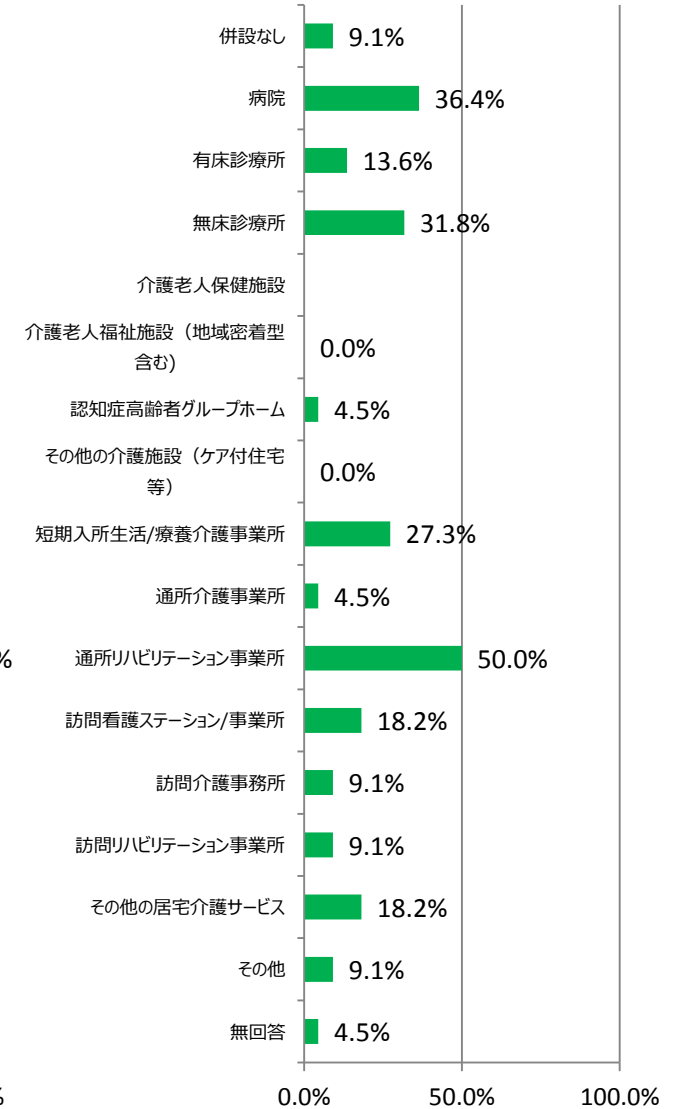


介護老人保健施設

(n=85)



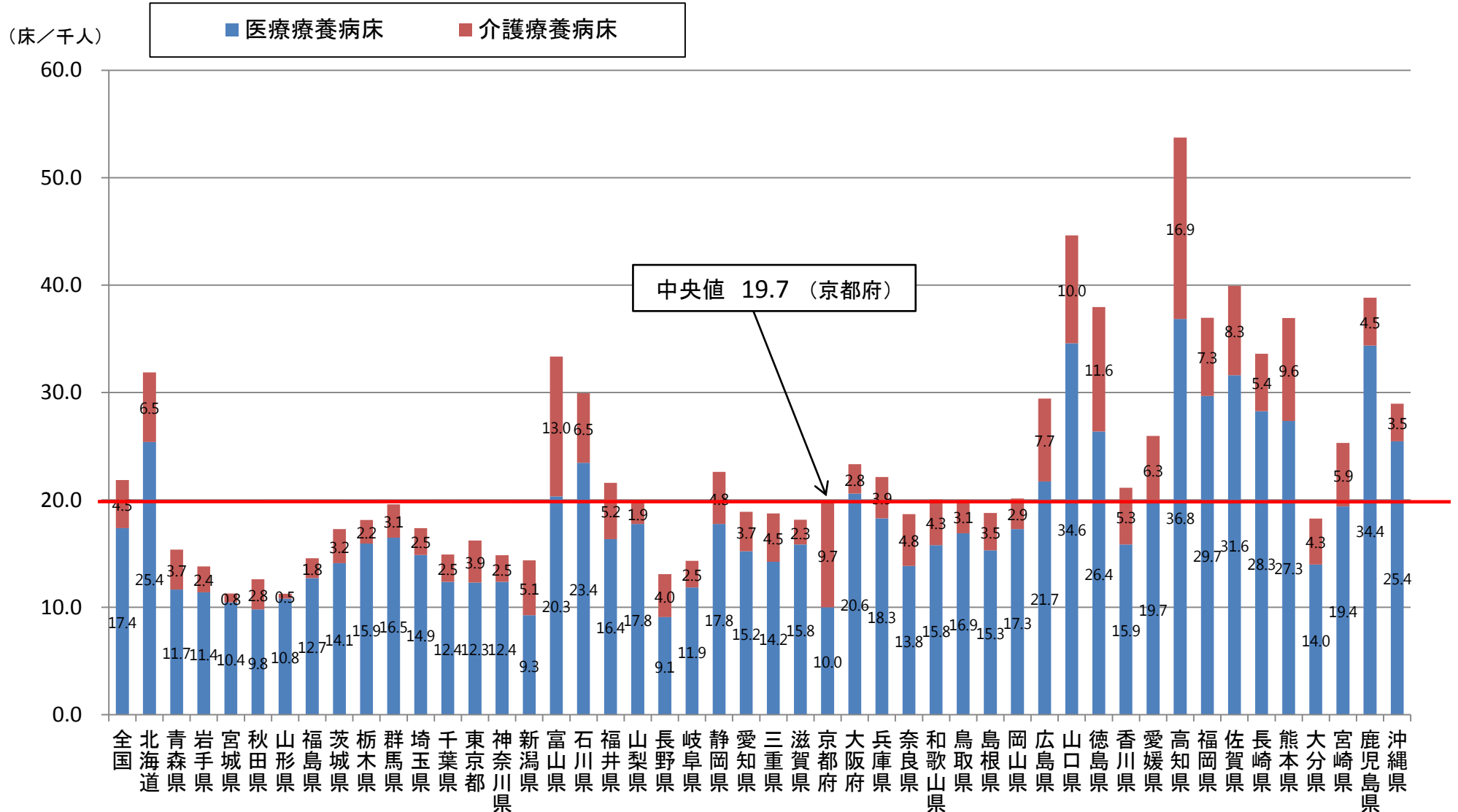
介護療養型老人保健施設 (n=22)



2. 療養病床に関する基礎データ

(4) 療養病床の地域分布

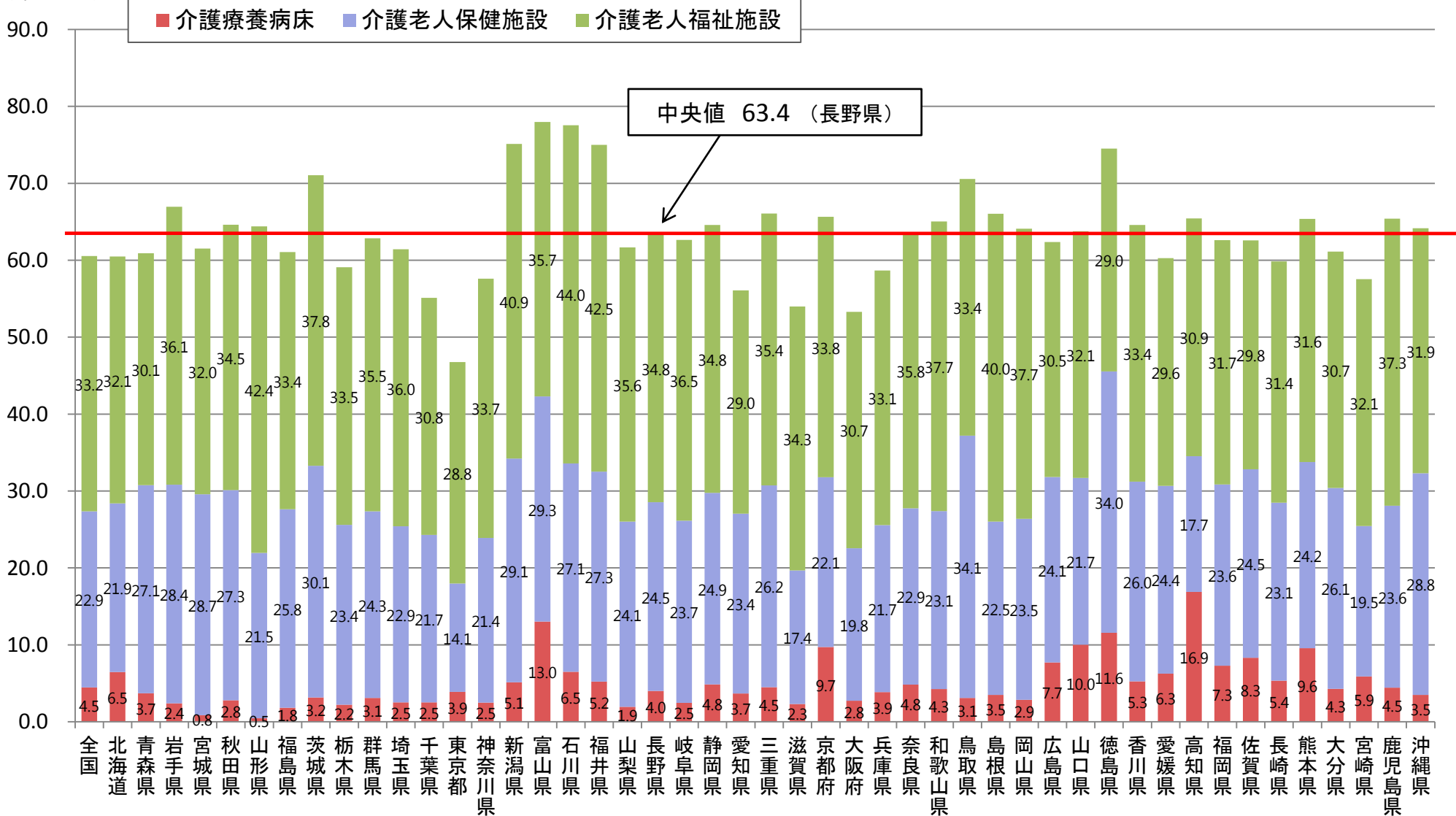
75歳以上人口千人あたり病床数（医療療養病床・介護療養病床）



75歳以上人口千人あたり

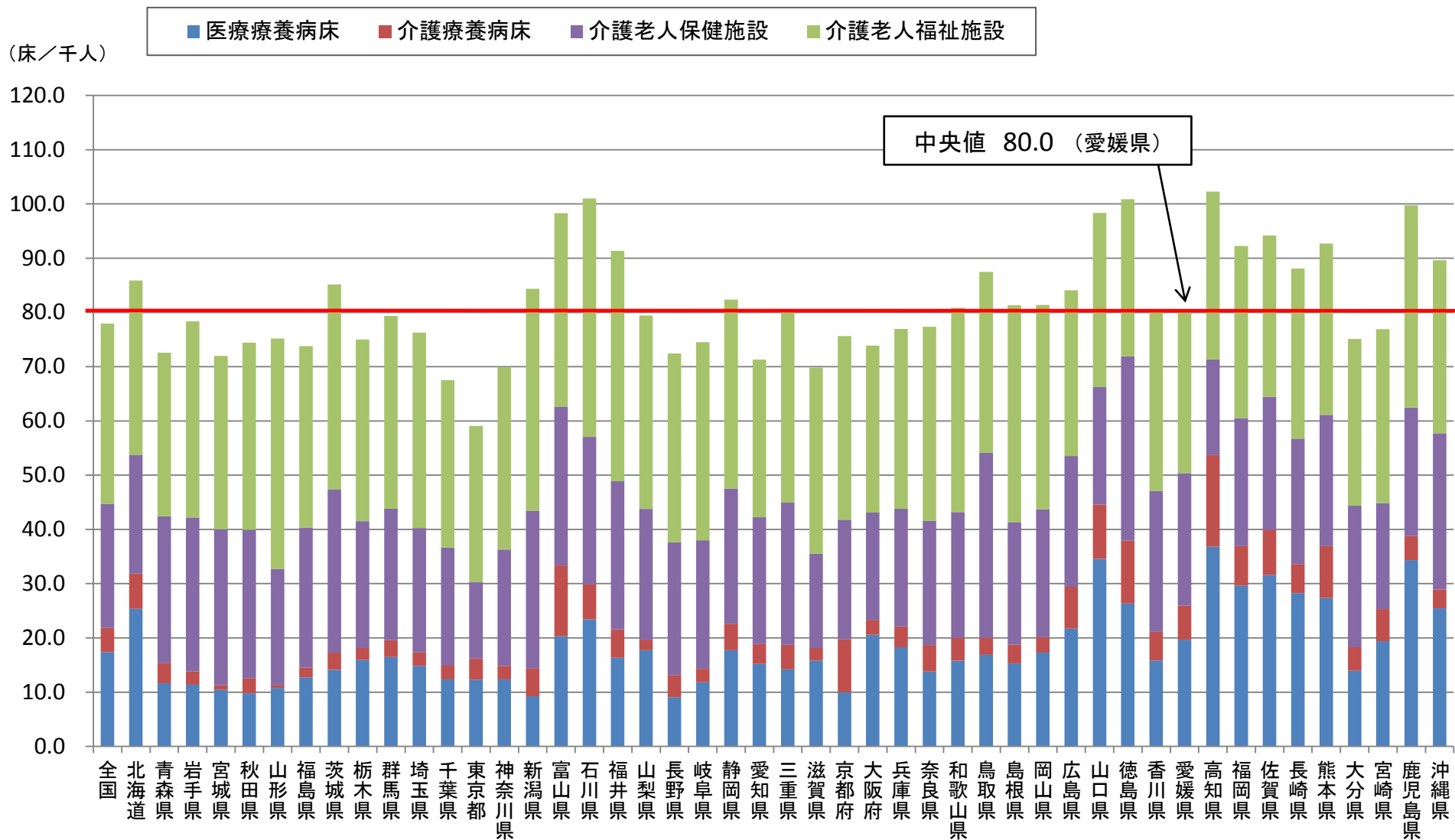
介護療養病床、介護老人保健施設、介護老人福祉施設 病床（定員）数

(床/千人)



厚生労働省「平成25年(2013)病院報告」、「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、
総務省「平成25年人口推計」

75歳以上人口千人あたり 病床数（医療療養病床・介護療養病床）・介護保険施設 定員数



厚生労働省「平成25年(2013)病院報告」、「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、
総務省「平成25年人口推計」

療養病床を有する病院における療養病床の地域分布（過疎地域等）

（平成27年度病床機能報告データ等より作成）

【療養病床を有する病院の地域分布】

表 1	政令市・特別区・中核市	その他の自治体
療養病床を有する病院数（A）	1,324【35.9%】	2,366【64.1%】
療養病床を有する病院の療養病床数（B）	125,548床	196,477床
病院当たりの療養病床数（B/A）	約95床	約83床

表 2	過疎地域	その他の自治体
療養病床を有する病院数（A）	1,220【33.1%】	2,470【66.9%】
療養病床を有する病院の療養病床数（B）	92,002床	230,023床
病院当たりの療養病床数（B/A）	約75床	約93床

表 3	政令市・特別区・中核市	過疎地域	その他の自治体
療養病床を有する病院数（A）	1,324【35.9%】	982【26.7%】	1,384【37.5%】
療養病床を有する病院の療養病床数（B）	125,548床	71,539床	124,938床
病院当たりの療養病床数（B/A）	約95床	約73床	約90床

※『過疎地域』は、過疎地域自立促進特別措置法で、2条1項適用市町村、33条1項適用市町村、33条2項適用市町村を指す。

- ・ 2条1項適用市町村（いわゆる『過疎地域』）：616自治体
 - ・ 33条1項適用市町村（いわゆる『みなし過疎』）：30自治体
 - ・ 33条2項適用市町村（いわゆる『一部過疎』）：151自治体
- } 797自治体（全自治体の46.4%）

※表3で、『政令市・特別区・中核市』かつ『過疎地域』の定義に該当している自治体については、『政令市・特別区・中核市』に分類した。

療養病床を有する有床診における療養病床の地域分布（過疎地域等）

（平成27年度病床機能報告データ等より作成）

【療養病床を有する有床診の地域分布】

表 1	政令市・特別区・中核市	その他の自治体
療養病床を有する有床診数（A）	295【30.6%】	670【69.4%】
療養病床を有する有床診の療養病床数（B）	2,980床	6,697床
有床診当たりの療養病床数（B/A）	約10.1床	約10.0床

表 2	過疎地域	その他の自治体
療養病床を有する有床診数（A）	451【46.7%】	514【53.3%】
療養病床を有する有床診の療養病床数（B）	4,432床	5,245床
有床診当たりの療養病床数（B/A）	約9.8床	約10.2床

表 3	政令市・特別区・中核市	過疎地域	その他の自治体
療養病床を有する有床診数（A）	295【30.6%】	367【38.0%】	303【31.4%】
療養病床を有する有床診の療養病床数（B）	2,980床	3,657床	3,040床
有床診当たりの療養病床数（B/A）	約10.1床	約10.0床	約10.0床

※『過疎地域』は、過疎地域自立促進特別措置法で、2条1項適用市町村、33条1項適用市町村、33条2項適用市町村を指す。

- ・ 2条1項適用市町村（いわゆる『過疎地域』）：616自治体
 - ・ 33条1項適用市町村（いわゆる『みなし過疎』）：30自治体
 - ・ 33条2項適用市町村（いわゆる『一部過疎』）：151自治体
- } 797自治体（全自治体の46.4%）

※表3で、『政令市・特別区・中核市』かつ『過疎地域』の定義に該当している自治体については、『政令市・特別区・中核市』に分類した。

(参考) 有床診療所が地域において果たしている役割

● 有床診療所の病床機能報告では、その有床診療所の地域での役割を、次の項目から選択させている。

1. 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能
2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
3. 緊急時に対応する機能
4. 在宅医療の拠点としての機能
5. 終末期医療を担う機能
6. いずれの機能にも該当しない
7. 休棟中

(最大で5項目まで選択可)

【有床診療所が選択した役割（それぞれの有床診療所の数に対する回答割合）】

(平成27年度病床機能報告データ等より作成)

	有床診療所全体	療養病床を有する 有床診療所	過疎地域	政令市・特別区・中核市	その他の自治体
1.病院⇒在宅・介護	35.7%	72.5%	75.2%	68.8%	72.9%
2.専門医療	49.4%	34.1%	29.4%	39.3%	34.7%
3.緊急時対応	44.3%	51.3%	54.2%	46.8%	52.1%
4.在宅医療	24.4%	55.8%	59.4%	48.1%	58.7%
5.終末期医療	24.8%	60.5%	63.5%	53.2%	64.0%
6.該当なし	12.8%	4.1%	4.6%	4.7%	3.0%
7.休棟中	10.3%	9.4%	8.7%	10.8%	8.9%

3. 現行の経過措置

現行の主な経過措置について①

項目	内容
療養室の床面積	<p>療養病床等から転換した老健施設については、<u>大規模改修するまでの間</u>、床面積を <u>6.4㎡/人以上</u>と可とする。</p> <p>※ 現行、老健施設の床面積は、8㎡/人以上。</p>
廊下幅（中廊下）	<p>療養病床等から転換した老健施設、特別養護老人ホームについては、<u>大規模改修するまでの間</u>、廊下幅（中廊下）を、<u>1.2（1.6）m以上（内法）</u>と可とする。</p> <p>※ 現行、老健施設、特養の廊下幅（中廊下）は、1.8（2.7）m以上</p>
機能訓練室の面積（病院からの転換）	<p>病院の療養病床等から転換した老健施設、特別養護老人ホームについては、<u>大規模改修するまでの間</u>、機能訓練室の面積を <u>40㎡以上</u>と可とする。</p> <p>※ 現行、【老健】1㎡/人以上 【特養】機能訓練室+食堂面積 3㎡/人以上</p>
食堂の面積（病院からの転換）	<p>病院の療養病床等から転換した老健施設、特別養護老人ホームについては、<u>大規模改修するまでの間</u>、食堂の面積を <u>1㎡/人以上</u>と可とする。</p> <p>※ 現行、【老健】2㎡/人以上 【特養】機能訓練室+食堂面積 3㎡/人以上</p>
機能訓練室・食堂の面積（診療所からの転換）	<p>診療所の療養病床等から転換した老健施設、特別養護老人ホームについては、<u>大規模改修するまでの間</u>、「<u>機能訓練室+食堂面積 3㎡/人以上</u>」又は「<u>機能訓練室 40㎡以上+食堂 1㎡/人以上</u>」と可とする。</p> <p>※ 現行、【老健】機能訓練室 1㎡/人以上、食堂 2㎡/人以上 【特養】機能訓練室+食堂面積 3㎡/人以上</p>

現行の主な経過措置について②

項目		内容
施設・設備基準の緩和②	医療機関との併設	療養病床等から転換した老健施設等と医療機関の施設・設備の共用を認める (病室と療養室又は居室、診察室と特養の医務室を除く)
	耐火構造	療養病床等から転換した老健施設については、 <u>大規模改修するまでの間</u> 、療養室が2階及び地階の場合(=療養室が3階以上の階に設けられていない場合)は、医療機関の基準と同様、 <u>準耐火建築物のままで転換可能</u> とする。 ※【老健】療養室が2階以上の階に設けられている場合は、耐火建築物であることが必要。(準耐火建築物が認められるのは、療養室が地階の場合のみ。)
	直通階段・エレベーター設置基準	療養病床等から転換した老健施設については、 <u>大規模改修するまでの間</u> 、 <u>屋内の直通階段を2以上で転換可能</u> とする。 (エレベーターの増設を不要とする。) ※ 現行、老健施設では、屋内の直通階段・エレベーターを、それぞれ1以上
受け皿の整備①	有料老人ホーム等	医療法人が運営する介護施設の対象を拡充 ※ 医療法人の附帯業務に、有料老人ホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅の設置を追加。
	介護老人保健施設	介護老人保健施設の開設者の拡充 ※ 平成30年3月31日までに転換を行う病院又は診療所の開設者は、介護老人保健施設を開設できる。

現行の主な経過措置について③

項目	内容
介護療養型老人保健施設	<p><u>夜間の看護体制・医学的管理を手厚くした「介護療養型老人保健施設」を創設</u></p>
	<p>有床診療所又は2病棟以下の病院が病床の一部又はそのうち1つの病棟の一部を転換する場合の夜勤職員基準の特例</p>
	<p>(診療報酬) 緊急時施設治療管理料の創設 ※ 平成30年3月31日までに転換を行って開設した介護老人保健施設の医師の求めに応じ、<u>併設される保険医療機関の医師が、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、医療保険から給付。</u></p>
	<p>(診療報酬) 給付調整の拡大</p>
サテライト型施設の多様化	<p>サテライト型小規模老健施設の複数設置（2カ所以上のサテライト施設の設置を認める）</p>
	<p>サテライト型施設の人員基準の緩和 ※ 例えば、老健施設を本体施設とするとき、サテライト型老健施設に、医師、支援相談員、理学療法士又は作業療法士若しくは言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員を置かないことができる。</p>
	<p>サテライト型小規模老人保健施設の給付期間の限定（180日）の撤廃 設置主体の拡充 ※ 医療機関を本体にしたサテライト型施設の設置を認め、本体施設とサテライト型施設で多様な組み合わせを可能とした</p>
	<p>医療機関併設型小規模老人保健施設の人員基準の緩和 ※ <u>小規模老人保健施設に医師、理学療法士又は作業療法士若しくは言語聴覚士を置かないことができる</u></p>

受け皿の整備②

現行の主な経過措置について④

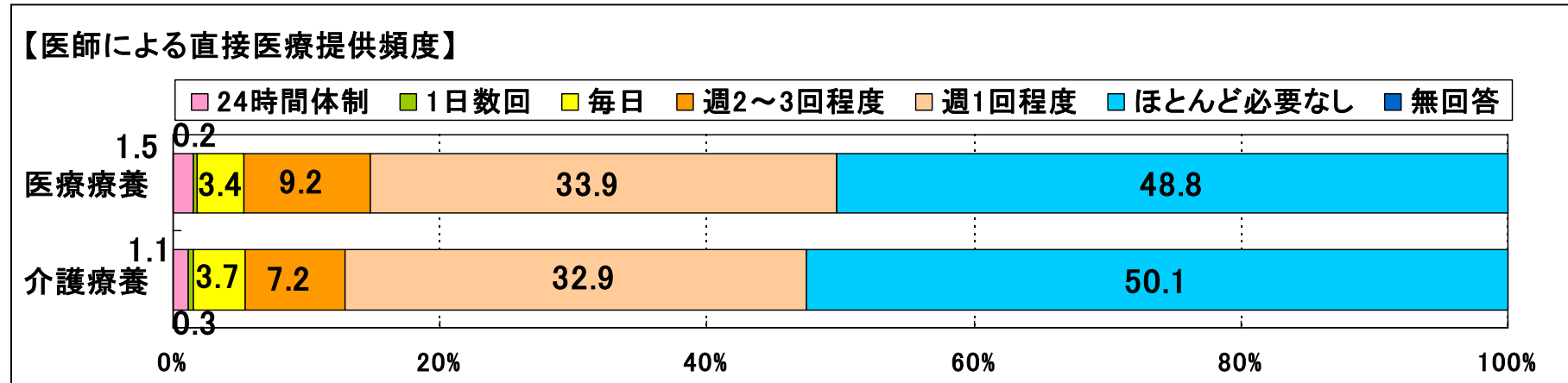
項目		内容
転換に係る費用負担の軽減	助成金の交付	介護療養型医療施設を介護施設等に転換した場合の費用を助成。 (地域医療介護総合確保基金)
		医療療養病床を介護施設等に転換した場合の費用を助成。 (病床転換助成事業)
	福祉医療機構 (WAM) の療養病床転換支援策	療養病床転換に係る施設整備費の貸付条件の優遇
		機構貸付金の償還期間の延長 ※ 現に有する借入金の償還期間を延長
		療養病床転換支援資金制度の創設 ※ 民間金融機関からの過去債務の償還負担軽減や退職金等に必要な運転資金の融資
その他	介護保険事業 (支援) 計画	<u>療養病床からの転換については、年度ごとのサービス量は見込むが、『必要入所 (利用) 定員総数』は設定しないものとする。</u>
	転換支援研修	自治体職員を対象として、転換を支援するための研修を実施
		療養病床転換ハンドブックの作成 ※ 平成25年度より研修事業に組み込まれる

特別部会資料

平成 18 年の介護療養型医療施設全廃計画は失敗した。それは基本に以下のような問題点があったが、それを無視して進めたためである。今次の再編計画もこれらの問題点を引きずったままであり、ここをクリアにしなければ再び失敗に終わる。

問題点① 厚生労働省がこの政策を決めた際のアンケート調査結果は、ねつ造されたものだった。

当時。厚生労働省は、国会議員に上記の慢性期入院医療調査の結果を使い、「医師による直接の医療提供」の頻度が少ないから療養病床を削減すると説明して歩いた。しかし、これはもともと「医師による指示の見直し」という設問項目への回答であった。当然だが医師の指示の見直しの必要がないからといって医療や医師の必要性がないという事にはまったくならない。



【出典】慢性期入院医療実態調査（厚生労働省中央社会保険医療協議会資料：平成 17 年 11 月 11 日）

※村上正泰氏（元財務官僚。内閣官房地域再生推進室参事官補佐、厚生労働省保険局総務課課長補佐として療養病床再編計画に携わった後 2006 年に退官。）の著作 PHP 新書高齢者医療難民より。『当時厚生労働審議官を務めており、その後事務次官になった辻哲夫氏の「日本の医療制度改革がめざすもの」でもこうしたデータが出てきたことが「今回の療養病床再編成の大きな一つの決断の要素となりました」と記されている。だが、このデータも恣意的な使われ方をしている。当時私もこのデータを国会議員に対する説明で毎日のように使っていたが、この調査自体を直接担当していたわけではないので、くわしいことはしらなかった。・・・』

問題点② 厚生労働省は計画のキーワードに「医療区分」の考え方を使い、医療区分1は入院の必要がない社会的入院だとレッテルを張った。しかし、この医療区分の考え方は入院の必要性の有無を判断するものではない。

医療区分とはもともとは、どういう患者にどれだけコストがかかっているかを調べて、診療報酬を払うためにいくつかの類型にまとめたものに過ぎない。しかし、当時も、そして、今でも、医療区分1は軽度の患者であり社会的入院である、そして介護療養型医療施設には区分1の患者が多いから介護施設にしろというロジックに使われている。しかし、下記の表のように医療区分1の患者であっても重介護者は区分2や3の患者よりも重いと評価されるのである。

※中医協の診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会（分科会長＝池上直己・慶応大医学部教授）は（平成19年）3月19日、「政策判断によって医療区分1は入院医療の必要なしとされ、コストに合わない点数が設定されたことに大きな疑問を呈さざるを得ない」とする中間報告書を取りまとめた。近く開催する中医協・診療報酬基本問題小委員会で池上分科会長が報告する。池上分科会長は「この分科会でのエビデンスが違う形で利用された。全会一致の意見として報告したい」と強調した。（日本医師会配信ファクシミリニュース）

※医療区分1の患者だから軽い、社会的入院だというのは間違いである。介護療養型医療施設には医療を必要とする重介護の人が大勢入院している。

患者分類別医療処置時間

（単位：分）

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	26.4	39.0	58.2
ADL区分2	12.6	17.8	36.2
ADL区分1	10.3	16.6	20.2

平成18年 厚生労働省 度慢性期医療入院患者の包括評価に関する調査より

医療区分は1から3になるに従って重いとされる。ADL区分とは、日常の生活動作がどれくらいできるかの評価である。ここではベッド上でどれくらい動けるか、ベッドから椅子や車椅子にどのように移動することができるか、食事やトイレをどうしているかなど4つの項目で評価している。重い障がいがありできることがほとんどなければ3、軽い障がいであれば1となる。

この表の赤い文字の部分をご覧ください。医療区分が3であって、ADL区分が1である患者、医療区分が2であってADL区分が2、あるいは1の患者よりも、医療区分が1であり、ADL区分が3である患者の方が医療処置を必要とする時間が長いのである。

問題点③ 厚生労働省は、現場の医師の役割や看護・介護の人員を無視し、少ない人員配置を押し付けようとした。

介護療養型医療施設の人員配置は、医師が夜間当直もできる体制であり、看護介護の人員配置基準は、以下のように、多岐にわたっている。厚生省はその資料にいつも最低基準である看護 6 対 1、介護 6 対 1 を記載するが、多くの病院で介護スタッフは患者 4 人に対して 1 名以上を選択している。さらに現場ではそれ以上に**看護は患者 3.57 人に対して 1 名、介護は、3.22 人に 1 名とスタッフを加配雇用してしのいでいる**。この現場の現実を無視して人員削減をすれば現場は確実に疲弊し崩壊する。職員の離職、身体拘束、虐待が増加する。

厚生労働省の説明

	一般病床 ^(※1)	医療療養病床 ^(※1)	介護療養型医療施設 ^(※1)	介護老人保健施設
医師	16対1 3名以上	48対1 3名以上	48対1 3名以上	100対1以上 常勤1以上
薬剤師	70対1 1名以上	150対1 1名以上	150対1 1名以上	実情に応じた適当数 (300対1を標準)
看護職員	看護師及び准看護師 3対1 1名以上	看護師及び准看護師 4対1 ^(※2) 1名以上 看護補助者 4対1 ^(※2)	6対1以上	3対1以上 (うち看護職員 ^(※3) は 2/7程度を標準)
介護職員	—	—	6対1以上	
栄養士	病床数100以上の 病院に1人	病床数100以上の 病院に1人	病床数100以上の 病院に1人	定員100以上の場合、 1以上
介護支援専門員	—	—	1以上 (100対1を標準)	1以上 (100対1を標準)

厚生労働省 平成27年介護サービス施設・事業所調査より

本当の介護療養型医療施設の人員配置基準

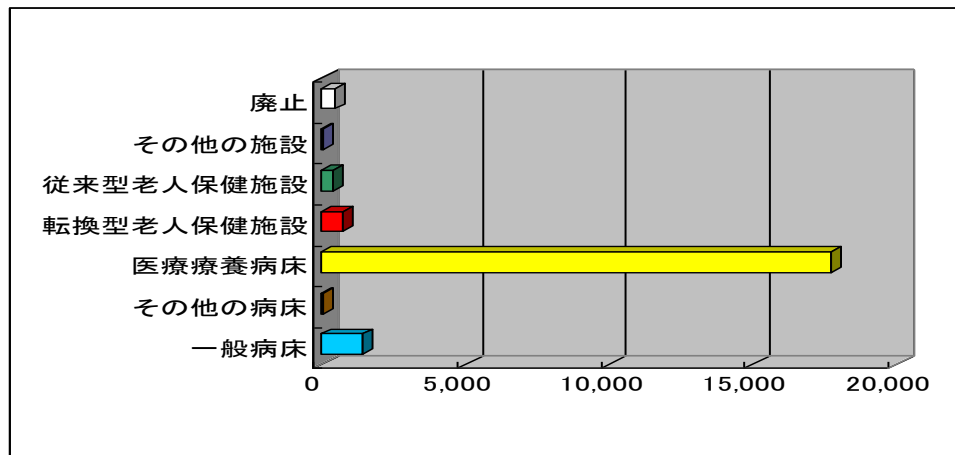
	介護療養型医療施設 (認知症疾患型 以外)	介護療養型医療施設 (認知症疾患型)
看護	6 対 1	3 対 1 4 対 1
介護	4 対 1	4 対 1
	5 対 1	5 対 1
	6 対 1	6 対 1

介護療養型医療施設の現場の雇用人数

	介護療養型医療施設
医師数 (患者 100 人対)	5.8 人
看護職 (患者 100 人対)	28 人 (3.57 対 1)
介護職 (患者 100 人対)	31 人 (3.22 対 1)

問題点④ 先の療養病床再編では、受け皿施設である転換型老健の診療体制や介護報酬の中途半端さにみな嫌気がさし、転換せず医療保険の病床になだれ込む逆流現象が起った。その結果医療費だけが膨らんだ。今次の「新類型」もまた中途半端であり、同じ現象がおこるだろう。

前回の療養病床再編では、転換の受け皿だとして創設された老人保健施設は、現場の実情を無視し、人員配置も介護報酬も非常に中途半端であった。そのため、多くの病院が転換せず、医療保険の療養病床に戻った病院も多かった。今回もある県の調査では、医療療養病床 25 対 1 の病床のうち、85%が医療療養病床の 20 対 1 に転換すると回答した。またある別の調査では介護療養型医療施設のうち、廃止がやむを得ぬとした病院はわずか 11%に過ぎず、転換先として一番多いのがやはり医療療養 20 対 1 である。逆流現象が再び起こることになるだろう。



図は平成 18 年 4 月から平成 22 年 3 月までの転換状況：

受け皿とされた転換型老人保健施設への転換はわずか 4%のみ。医療療養病床への転換 85%、一般病床に 7%という結果であった。

問題点⑤ 無理な療養型病床削減は、いんちきな在宅療養をはびこらせた。安易な「外付け型」創設は医療費を無駄に消費し、患者に不幸をもたらす結果になる。

平成18年療養病床の削減の波にのり、「医療付」をうたう有料老人ホームやサービス付高齢者向け住宅が雨後のたけのこのように増えた。まともな施設ももちろんあるだろうが、うたい文句とは異なり医療などなく患者が放置される施設や、介護保険と医療保険をたくみに使いこなして荒稼ぎする施設もまた存在する。下記は、ある住宅型有料老人ホームに入居する経管栄養を施されている患者について実際に請求された事例である。**その合計額は1ヶ月76万円を超える。**サービス提供側が結託すればこのようなことが簡単に出来るのであり安易な外付け型の創設は危険であり、国民にとって不幸である。

訪問診療(医療保険)

	点数	回数	点数計
在宅患者訪問診療料(同一建物)	200	14	2800
施設入居時等医学総合管理料(機能強化型、月2回以上、重症、患者10人以上、病床なし、処方箋あり)	2640	1	2640
頻回訪問加算	600	1	600
在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	2500	1	2500
在宅経管栄養法用栄養管セット加算	2000	1	2000
訪問看護指示料	300	1	300
特別訪問看護指示書交付加算	100	1	100
合計			10,940

* 別途、注射料もあり

訪問診療(介護保険)

	単位数	回数	単位数合計
居宅療養管理指導費(同一建物)	262	2	524
合計			524

訪問看護(医療保険)

	点数	回数	点数計
訪問看護(同一建物、同一日3人以上、週3日目まで)	293	12	3516
訪問看護(同上、週4日目以降)	343	8	2744
難病等複数回訪問加算(1日2回)	450	1	450
難病等複数回訪問加算(1日3回)	800	19	15200
夜間・早朝訪問看護加算	210	20	4200
訪問看護管理療養費(月の初日)	740	1	740
訪問看護管理療養費(2日目以降)	298	19	5662

合計			32,512
----	--	--	--------

訪問看護(介護保険)

	単位数	回数	単位数 合計
訪問看護(30分未満)	463	44	20372
緊急時訪問看護加算	540	1	540
訪問看護特別管理加算	500	1	500
合計			21,412

介護サービス

	単位数	回数	単位数 合計
訪問介護(身体介護、20分以上30分未満)	245	13	3185
訪問介護(身体介護、2人対応)	490	9	4410
特殊寝台貸与	1200	1	1200
特殊寝台付属品貸与	200	1	200
床ずれ防止用具貸与	600	1	600
居宅介護支援費(要介護5、40件未満)	1353	1	1353
合計			10,948

医療保険と介護保険の合計点数(このほかに
薬剤費などもあり)

	医療保険分	介護保 険分	合計点 数
訪問診療	10,940	524	11,464
訪問看護	32,512	21,412	53,924
介護サービス	0	10,948	10,948
	43,452	32,884	76,336

私はあくまでも介護療養型医療施設の存続を求めます。

□病状のために在宅、特養や老健では無理な人達はいつも一定の数出てくる。現実問題として、認知症の身体合併症やターミナルケアを求めてくる人のためには中長期療養病院が必要です。介護療養型医療施設はその役割を果たしてきたのであり、どうしてこれを廃止しなければならないのか。現場の納得のいく理由がいまだに明らかにされていません。

□介護療養型医療施設の入院患者の98%に認知症があり、人手がかかることは当然です。

入院患者は認知症のランクⅢ以上が80%を占めており、この人達の身体合併症の治療や精神症状への対応、そしてターミナルケアを行っています。（入院患者の40%以上を看取っている）したがって当然に人手がかかる。例えば、心電図ひとつをとるにしても、点滴をするにしても、食事や排泄のケアをするにしても、ADLの健全な患者よりもはるかに労力を要します。ましてや尊厳に配慮して、身体拘束をせずに、できるだけ丁寧に接すればなおさらです。医師も、一般内科医と精神科の医師と協力して最後まで診る。ご本人と家族にとってこういう状況がどれほどよい事か、これまでの私たちの現場での実践が示していると思います。

□入院期間は長くなるのもまた当然です。急性期病院のように治療途中でも他に受け取る施設があるのなら短くもなります。しかし、私たちの**患者の受け皿はありません**。特別養護老人ホームも老人保健施設もお手上げの患者が介護療養型医療施設にはたくさん入院している。そういう現実を無視して平均在院日数が長い、廃止すべきだとするのは間違っていると思います。

□これまで、介護療養型医療施設はアジアのモデルともなるような比較的低コストで療養部分を担ってきました。これを「その機能を残す」といいながら人手を削減し、報酬を引き下げればまったく別のものになります。平成18年のときも介護療養型医療施設の受け皿だとされた転換型老健では要介護状態は軽くなり、転院患者の割合が高くなり、看取り数も減りました。平成28年10月5日の特別部会ではある委員から「**転換老健は、転換当初はがんばっていたが、今では普通の老健なみの軽い患者を診る状況になってしまった**」という発言がありました。現場とはそういうものなのです。にもかかわらずどうして、再度、介護療養型医療施設を廃止して「**中途半端な類型**」をつくらうとするのか。わたくしには理解できません。以上、委員の皆様にはぜひ前回の失敗を念頭に置いて、しっかりと議論をしていただきたいと思います。

	介護療養型医療施設	転換型老健(介護療養型老人保健施設)
平均要介護度	4.38	4.06
医師数(患者100人対)	5.8	1.79
看護職(患者100人対)	28	20.9
介護職数(患者100人対)	31	30.6
医療機関への退院者率	31%	44%
死亡退院率	41.4%	29%