

これまでの議論の整理（案）

— 第4回の議論を踏まえて修正 —

(1) これまでの主な御意見

特別部会における委員の主な御意見

※ 第3回及び第4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。

※ 赤字は、第4回で各委員から提案された御意見。なお、第3回の意見と内容が重複している場合は、必要に応じ、事務局で整理している。

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。
介護療養病床を廃止して、「中途半端な類型」を作ることには理解ができない。

特別部会における委員の主な御意見

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

- 新たな施設は、財源としての介護保険施設ではなく、身体拘束や抑制は行わないという介護保険法の原則の下で運営する施設であるという認識を明確にすべき。
- 新たな類型の検討は、医療を受けられる場所が病院だけではないという流れの一つ。これからは、地域で、必要な医療や介護をどうやって届けていくのかを考えることが重要。
- 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

- 先の療養病床再編で、転換の受け皿として創設された介護療養型老人保健施設は、人員配置も介護報酬も不十分であったため、医療療養病床に戻った病院も多かった。「機能を残す」と言いながら、人員を削減し、報酬を引き下げれば、全く別のものになる。
- 介護療養型医療施設では、基準よりも多く人員を配置している。むやみに人員を削減すれば、現場は疲弊し、職員の離職や身体拘束、虐待が増加しかねない。
- 看取り、ターミナルを考えるならば、特に、夜間の看護師配置が必要。施設内に看護師がいれば、医師への報告、連絡も円滑になる。

特別部会における委員の主な御意見

2. 人員配置（続き）

- 地域によっては、医療の確保そのものが困難な事例も存在する。地域住民の多様なニーズに対応できるように、人員配置等には十分な配慮、工夫が必要。
- 経営者の選択により、新たな施設類型の(Ⅰ)、(Ⅱ)の併存等の柔軟な対応ができるようにすべき。
- 新たな施設が医療機関に併設される場合の人員配置基準の弾力化については理解するが、一定程度の基準は設けるべき。
- 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。
- 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。
- 新たな類型の創設により、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。

特別部会における委員の主な御意見

3. 施設基準

- 生活施設であれば、療養環境や生活環境（特に、床面積）の整備が、きわめて重要。
- 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

- 低所得者については、補足給付がなくなると、多く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。

5. 医療を外から提供する居住スペースの類型について

（制度の基本設計等）

- 医療機関と併設する居住スペースについては、「介護サービス内包」を前提にすべき。介護サービスの外付けを前提にすると、介護サービスが過剰に提供されるおそれがあるのではないか。
- 居住スペースは、症状が回復して医療の必要がなくなった方でも住み続けられる居住権は保障されるべき。利用する医療機関は、併設医療機関に限らずに利用者が選択できるようにすべき。
- 医療機関と併設する居住スペースは、建替えまでは、6.4㎡の多床室も認めるべき。
- 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タイプの活用を検討すべき。

（その他の論点）

- 補足給付がされない医療機関と併設する居住スペースの類型についても、低所得者への配慮を検討すべき。

特別部会における委員の主な御意見

3. 経過期間の設定について

- 経過措置は3年では短い。転換には時間を要するため、6年とした上で、3年後に、再度議論をできるようにすべき。
- とりわけ中小病院・診療所には大きな決断を求めることになるため、十分な経過期間、要件緩和、支援策を検討すべき。
- 経過期間は、3年が限界ではないか。ただし、ハード面については、大規模改修までの間とするなど柔軟に経過措置を考えればよい。
- 新たな施設への転換には一定の経過期間は必要だが、円滑に転換を促進していく仕組みが重要。例えば、1年か2年を目途に、転換計画のようなもので転換の意思を明らかにすべき。
- 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と。

特別部会における委員の主な御意見

4. 転換支援策について

- とりわけ中小病院・診療所には大きな決断を求めることになるため、十分な経過期間、要件緩和、支援策を検討すべき。（再掲）
- 1病棟の小病院が新たな施設に転換する場合であっても、例えば、医療療養病床を20床以上確保すれば、全体を病院として運営できるよう、必要な要件緩和を認めるべき。
- 医療療養病床や一般病床から新たな施設へ転換するとなると、財源が医療保険から介護保険に移るため、財政的にも大変不安。介護への過度な流れ込みを避けるためにも慎重な検討が必要。
- 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。

特別部会における委員の主な御意見

5. その他論点について

1. 転換以外の新設の可否等

- 新たな施設は、少なくとも経過期間の間は、原則として転換のみとすべき。ただし、過疎地等、地域の事情に合った特例といった形で、新設を認めることを考えていければよい。
- 急性期の大病院からの新たな施設への移行は、認めるべきではない。
- これまでの経緯を考慮すれば、介護療養型老人保健施設からの移行は認められるべき。
- 実態として長期療養の場となっている介護老人保健施設からの移行の可能性についても、長期的には議論すべき。
- 医療療養病床や一般病床から新たな施設へ移行するとすると、財源が医療保険から介護保険に移るため、財政的にも大変不安。介護への過度な流れ込みを避けるためにも慎重な検討が必要。(再掲)
- 新規参入を抑制するならば、長くとも3年程度で期間を区切るべき。
- 地域医療構想を進めていくに当たっては、一般病床、障害者病棟、特殊疾患病棟等から、新たな施設に移行する道も残すべき。
- 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。

特別部会における委員の主な御意見

2. 地域の実情に応じた配慮等

- 大都市部では、建替え時に容積率を満たせないことも考えられるため、地域区分が上位の地域等に対しては、建替え後も6.4㎡/床を認める等の特例を認めるべき。また、サテライト型を認めて、同一建物と同様に扱えるようにするなどの特例を認めるべき。
- 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。
- 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。

特別部会における委員の主な御意見

3. その他

- 平成28年度中に、全都道府県で地域医療構想の策定が完了するため、介護療養病床の受け皿となる類型について、病床か、住まいか、介護施設か、早期に明確にする必要がある。
- 新たな施設を早期に明確化し、医療計画と介護保険事業（支援）計画の整合性が図られるようにすべき。
- 診療報酬は中医協での議論だと理解しているが、医療療養病床（25対1）も含めた全体像がイメージできるスケジュールが分からないと、現場にとっては不安ではないか。
- 医療区分・ADL区分の見直しについて、中医協で検討すべき。
- 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。

特別部会における委員の主な御意見

3. その他（続き）

- 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。
- 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)	<p style="text-align: center;">介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>医師</td><td>48対1 (3人以上)</td></tr> <tr><td>看護</td><td>6対1</td></tr> <tr><td>介護</td><td>6対1</td></tr> </table>	医師	48対1 (3人以上)	看護	6対1	介護	6対1	<p style="text-align: center;">老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>医師</td><td>100対1 (1人以上)</td></tr> <tr><td>看護</td><td>3対1</td></tr> <tr><td>介護</td><td>※ うち看護2/7程度</td></tr> </table>	医師	100対1 (1人以上)	看護	3対1	介護	※ うち看護2/7程度
医師	48対1 (3人以上)													
看護	6対1													
介護	6対1													
医師	100対1 (1人以上)													
看護	3対1													
介護	※ うち看護2/7程度													
	<p>※ 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。</p>													
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 auto; width: fit-content;"> <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 m²/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

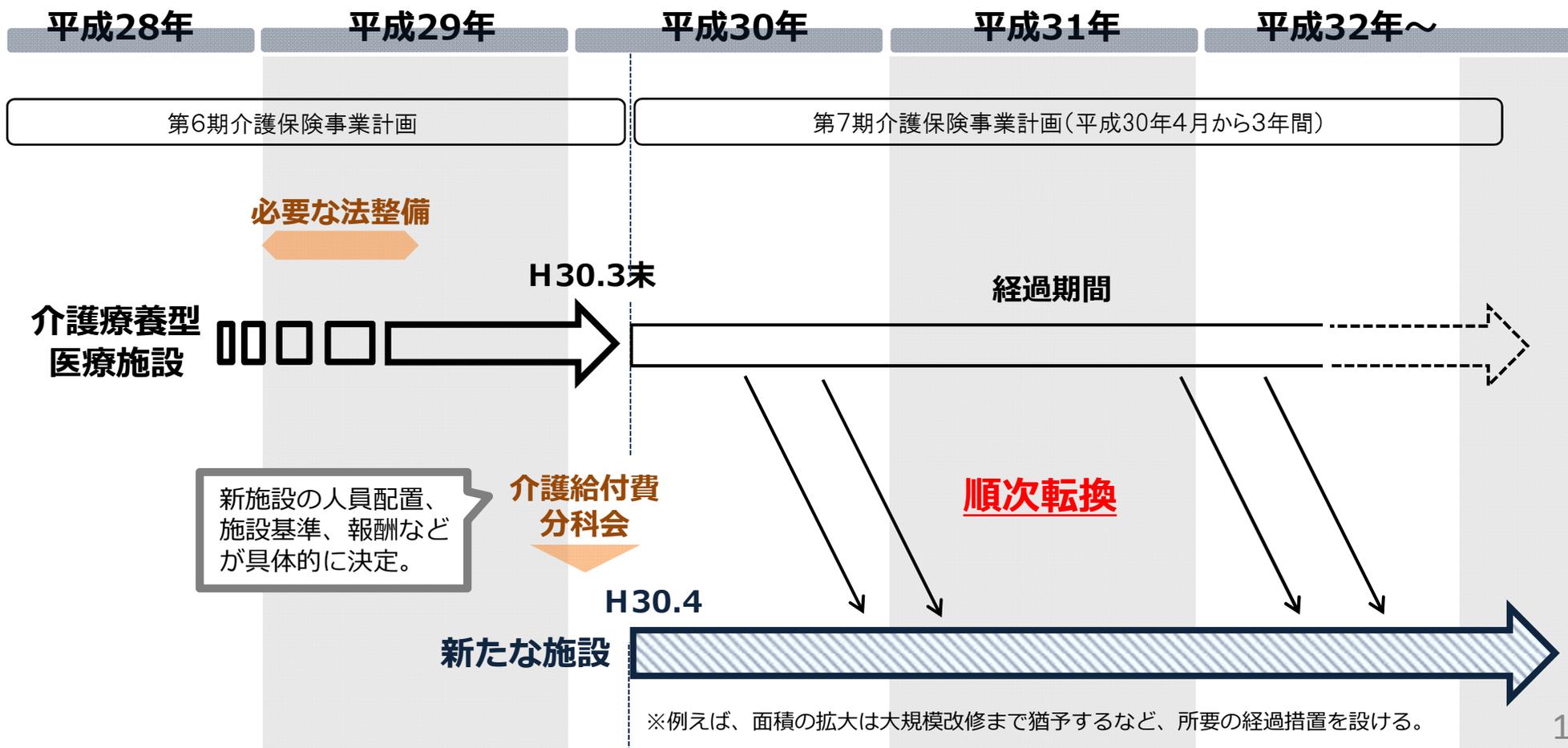
- ✓ 居住スペース部分の基準については、経過措置等をあわせて検討。
- ✓ 医療機関併設型の場合、併設医療機関からの医師の往診等により夜間・休日の対応を行うことが可能。

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。



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、PT又はOT若しくはST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。