

## 第5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11月17日(木)  
16時00分～18時30分  
場所：ベルサール神保町アネックス

(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

委員提出資料1 井上由起子委員提出資料

委員提出資料2 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11月17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 丈朗	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 いづこ 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）

— 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」を作るとは理解ができない。**

# 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、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類型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。
- 新タイプ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。

# 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。（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 <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)	<p><u>介護療養病床相当</u> (参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> <p>医師 48対1 (3人以上)</p> <p>看護 6対1</p> <p>介護 6対1</p> </div>	<p><u>老健施設相当以上</u> (参考：現行の老健施設の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> <p>医師 100対1 (1人以上)</p> <p>看護 3対1</p> <p>介護 ※ うち看護2/7程度</p> </div>
面積	老健施設相当 (8.0 m <sup>2</sup> /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"> <li>✓ 医療機関 ⇒ 医療法</li> <li>✓ 居住スペース ⇒ 介護保険法・老人福祉法</li> </ul> <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

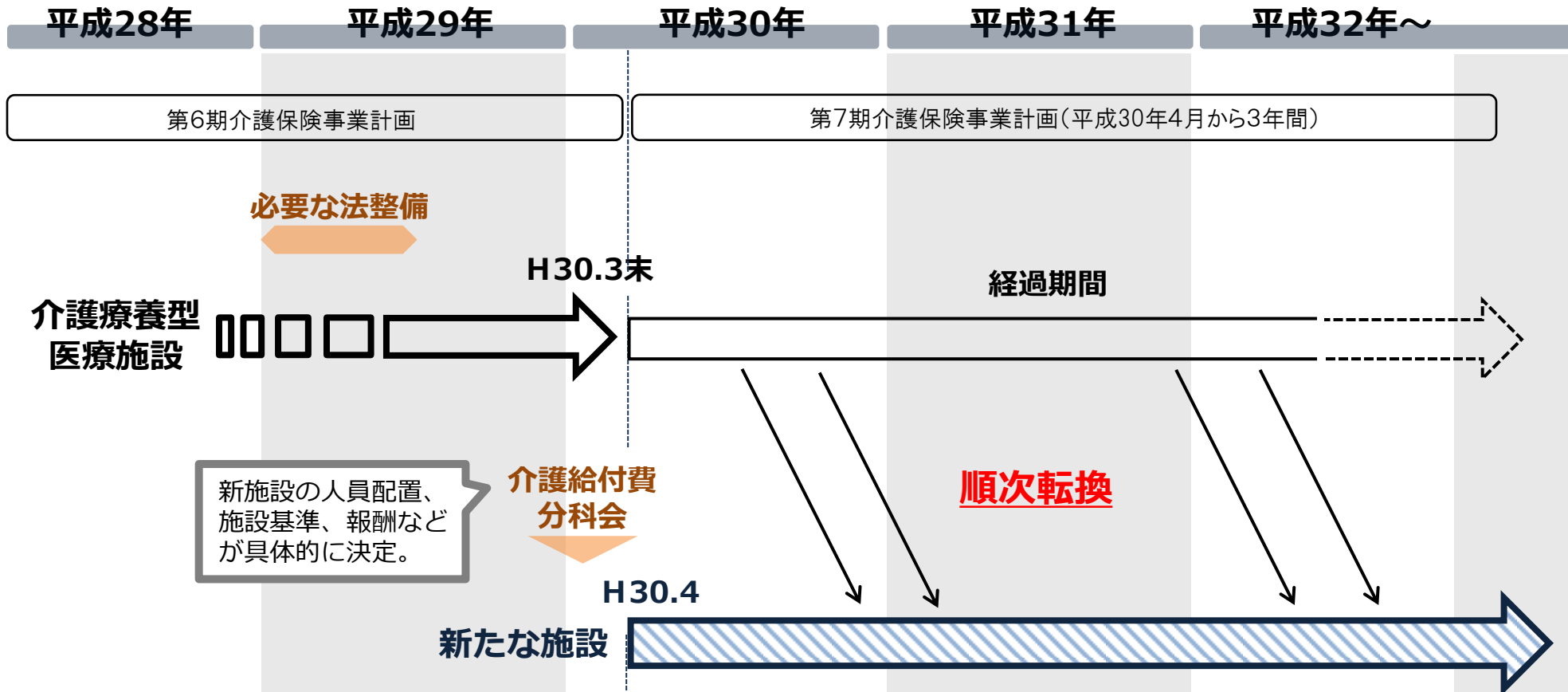
- ✓ 居住スペース部分の基準については、経過措置等をあわせて検討。
- ✓ 医療機関併設型の場合、併設医療機関からの医師の往診等により夜間・休日の対応を行うことが可能。

# 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、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。

# 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

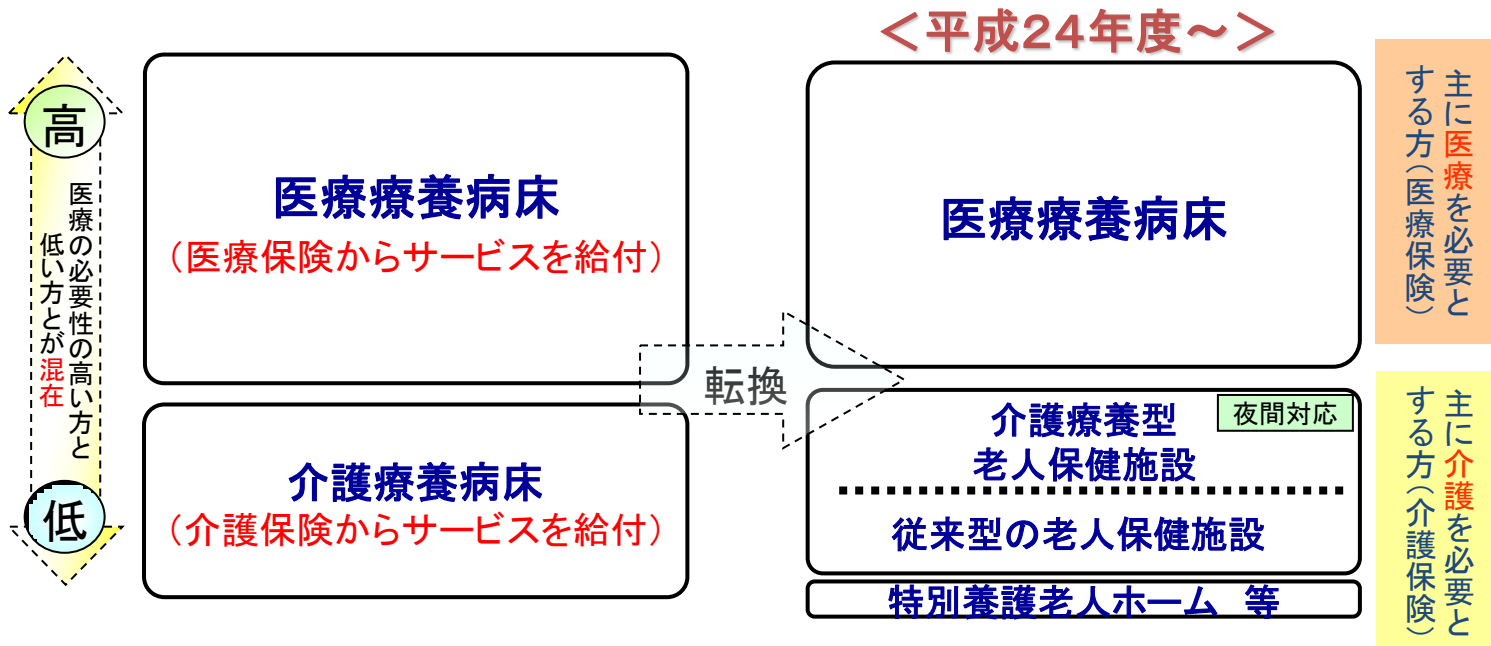
# **1. 療養病床に関する議論の主な経過（平成18年以降）**

---

# 療養病床に関する経緯①

## H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、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）ことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との医療費適正化の議論を受け、患者の状態に応じた療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）を改革の柱として位置づけ
- 同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL区分」（1～3）による評価を導入



医療区分2・3 ... 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態や、難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者  
 医療区分1 ... 医療区分2、3に該当しない者(より軽度な者)

# 療養病床に関する経緯②

## H23(2011) 介護保険法改正

### 介護療養病床の廃止・転換期限をH29年度末まで延長

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、転換期限をH29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）

#### 【介護保険法改正の附帯決議】

介護療養病床の廃止期限の延長については、3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討すること。

#### <療養病床数の推移>

	H18(2006).3月	H24(2012).3月	<参考>H27(2015).3月
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)
合計	38.4万床	34.5万床	34.0万床

※1 括弧内は平成18年(2006)との比較

※2 病床数については、病院報告から作成

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に対応することとし、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。 5

# 「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、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

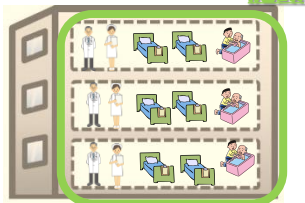
〔患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンを提示。〕

## 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。



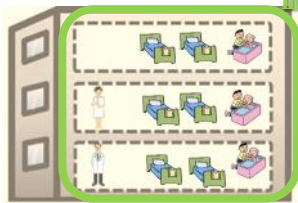
- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応) 又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶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

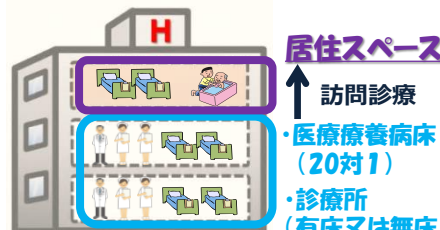
▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



### 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。



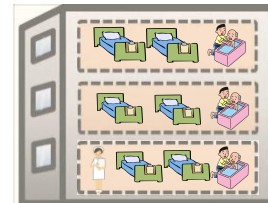
今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

- 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

※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

## **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
	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。

# 高齢者が入所する施設等の全体像

	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	特定施設入居者生活介護	認知症高齢者グループホーム
	20対1	25対1					
概要	<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)で20対1と25対1が存在。		<u>要介護者のための長期療養施設</u> (医学的管理の下における介護、必要な医療を提供)	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>	要介護者の日常生活の世話等のサービス	認知症高齢者の日常生活の世話等のサービス (家庭的な環境の下での介護)
数	約13.7万床	約7.6万床	約6.1万床	約36.2万床 (うち、介護療養型約0.7万床)	約54.1万床	約20.9万人	約18.9万人
根拠	医療法(病院・診療所)		介護保険法 (介護療養型医療施設)	介護保険法 (介護老人保健施設)	介護保険法 (介護老人福祉施設)	介護保険法 (特定施設入居者生活介護)	介護保険法 (認知症対応型共同生活介護)
			医療法(病院・診療所)	介護保険法 (介護老人保健施設)	老人福祉法 (特別養護老人ホーム)		
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、療養上の指導のための必要数	基準なし	基準なし
	看護 介護	4対1 (29年度末まで、6対1で可)	6対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1 ※3	3対1 ※3	日中:3対1(介護) 夜間:ユニットごとに1人
4対1 (29年度末まで、6対1で可)	6対1	※1					
面積	6.4㎡	6.4㎡	8.0㎡ ※2	10.65㎡ (原則個室)	個室であること ※4	7.43㎡ (原則個室)	
設置期限	—	29年度末	—	—	—	—	

※1 医療療養病床にあつては、看護補助者。

※3 看護職員は、利用者30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人

※2 介護療養型は、大規模改修まで6.4㎡以上で可。

※4 面積基準は、有料老人ホーム、軽費老人ホーム等の基準に従う。

# 病院・診療所病床に関する主な人員の標準

	病院					診療所		
	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床
<b>定義</b>	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床	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	精神疾患を有する者を入院させるための病床 1)大学病院等 ※1 1)以外の病院		感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床	結核の患者を入院させるための病床	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	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床
<b>人員配置標準</b>	医師 16:1 看護職員 3:1 薬剤師 70:1	医師 48:1 看護職員 ※3 4:1 看護補助者 ※3 4:1 薬剤師 150:1 理学療法士及び作業療法士 病院の実情に応じた適当数	医師 16:1 看護職員 3:1 薬剤師 70:1	医師 48:1 看護職員 ※4 4:1 薬剤師 150:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 4:1	医師 1人 薬剤師 ※2 — 看護職員 ※3 ※5 4:1 看護補助者 ※3 ※5 4:1	(基準無し) ※2
<p>(各病床共通)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科医師 歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者に対し、16:1</li> <li>・栄養士 病床数100以上の病院に1人</li> <li>・診療放射線技師、事務員その他の従業者 病院の実情に応じた適当数</li> </ul> <p>(外来患者関係)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師 40:1</li> <li>・歯科医師 病院の実情に応じた適当数</li> <li>・薬剤師 外来患者に係る取扱処方せん75:1</li> <li>・看護職員 30:1</li> </ul>								

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。

※2 (病院及び)医師が常時3人以上いる診療所については、専属薬剤師を置かなければならない。

※3 平成30年3月31日までは、6:1でも可。 ※4 当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1。

※5 当分の間、看護職員及び看護補助者2:1、ただしそのうち1人は看護職員とする。また、平成30年3月31日までは、看護職員及び看護補助者3:1でも可、ただしそのうち1人は看護職員とする。



# 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

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

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

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**

---

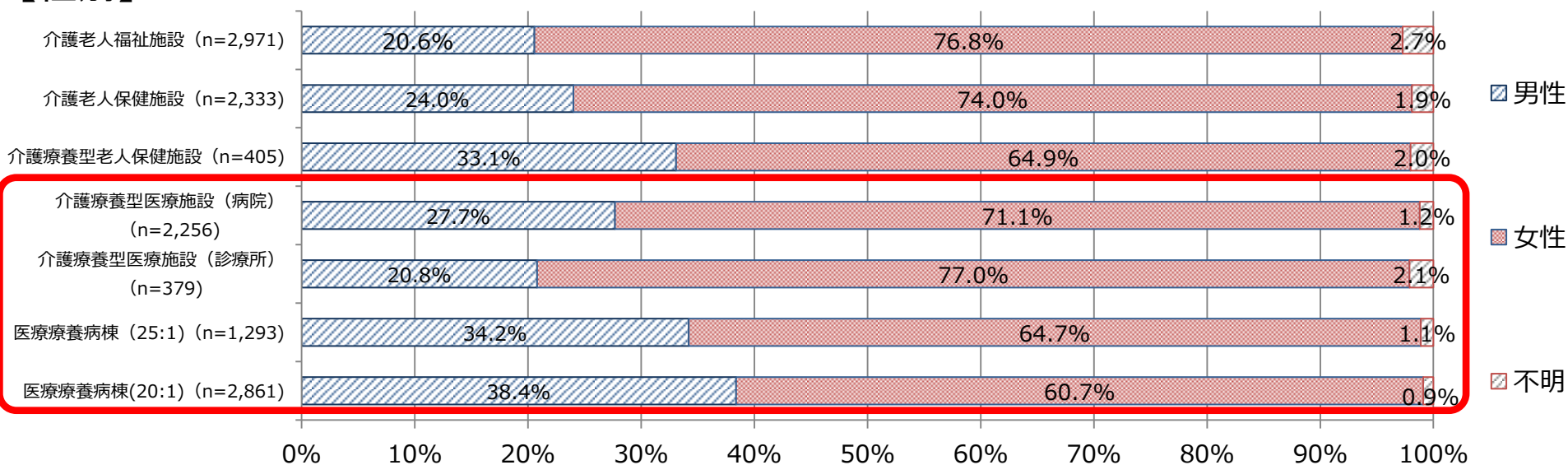
# 入院患者／入所者の年齢・性別

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】

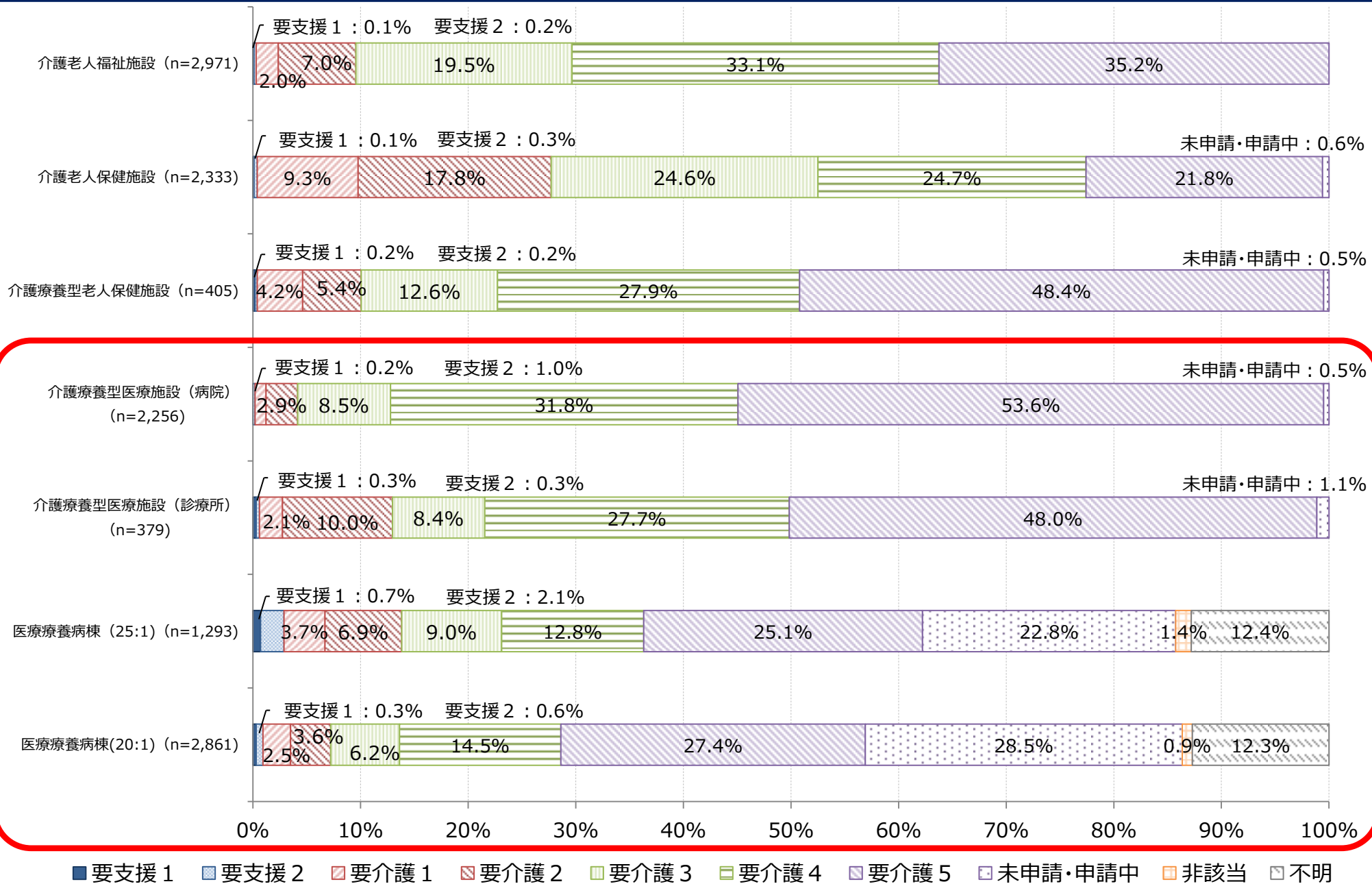


## 【性別】



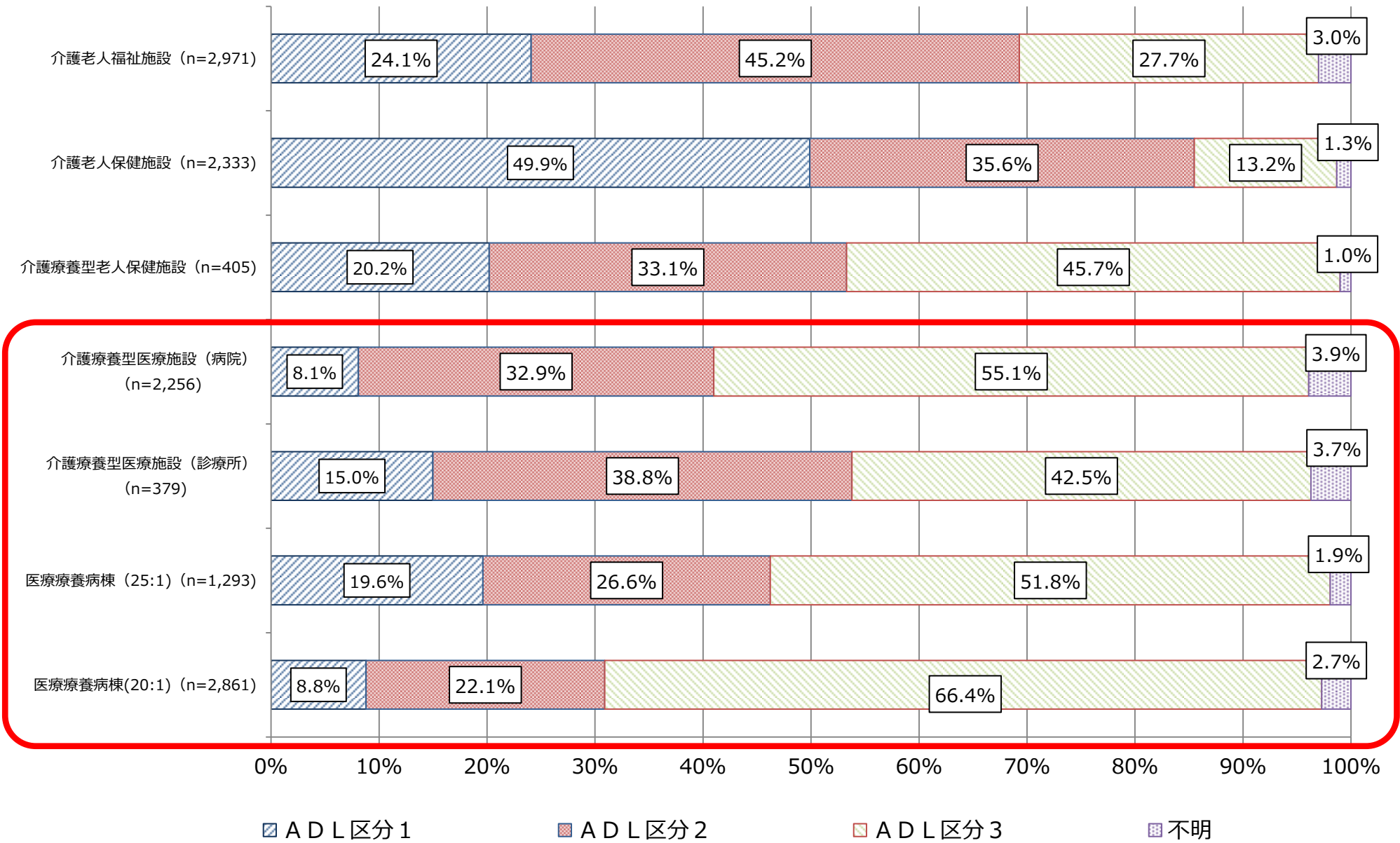
# 入院患者／入所者の要介護度

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)



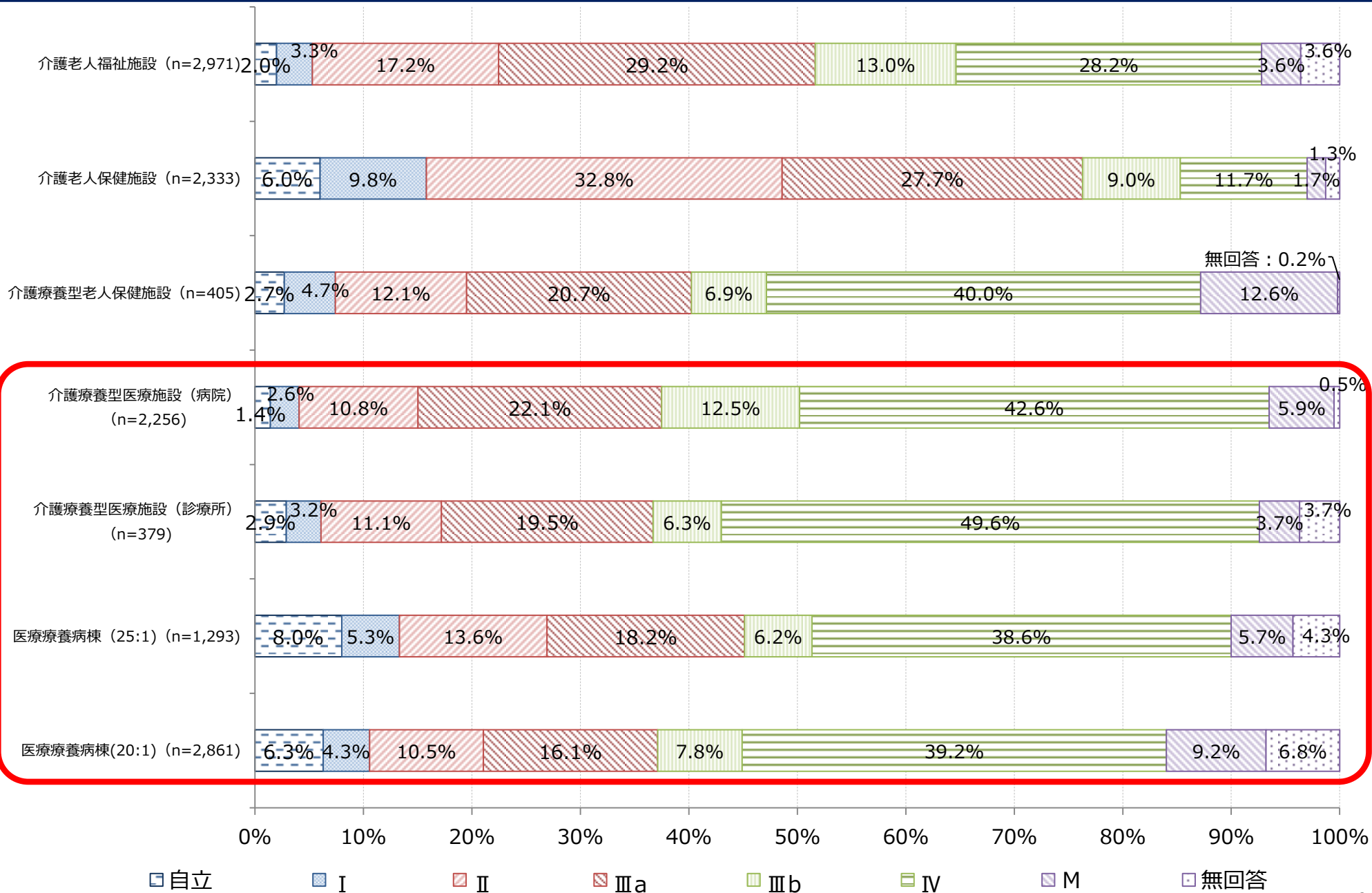
# 入院患者／入所者のADL区分

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)



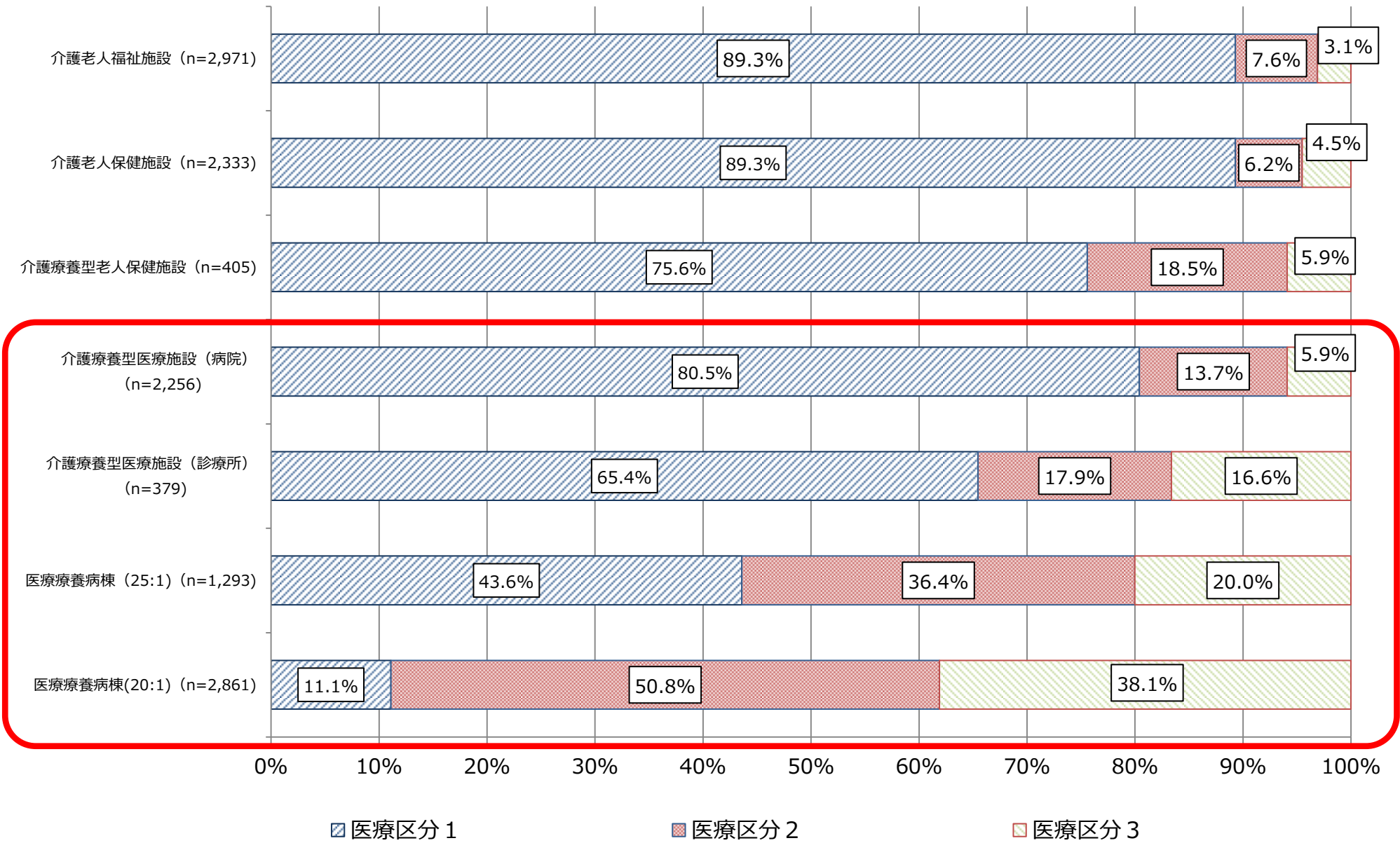
# 認知症高齢者の日常生活自立度

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)



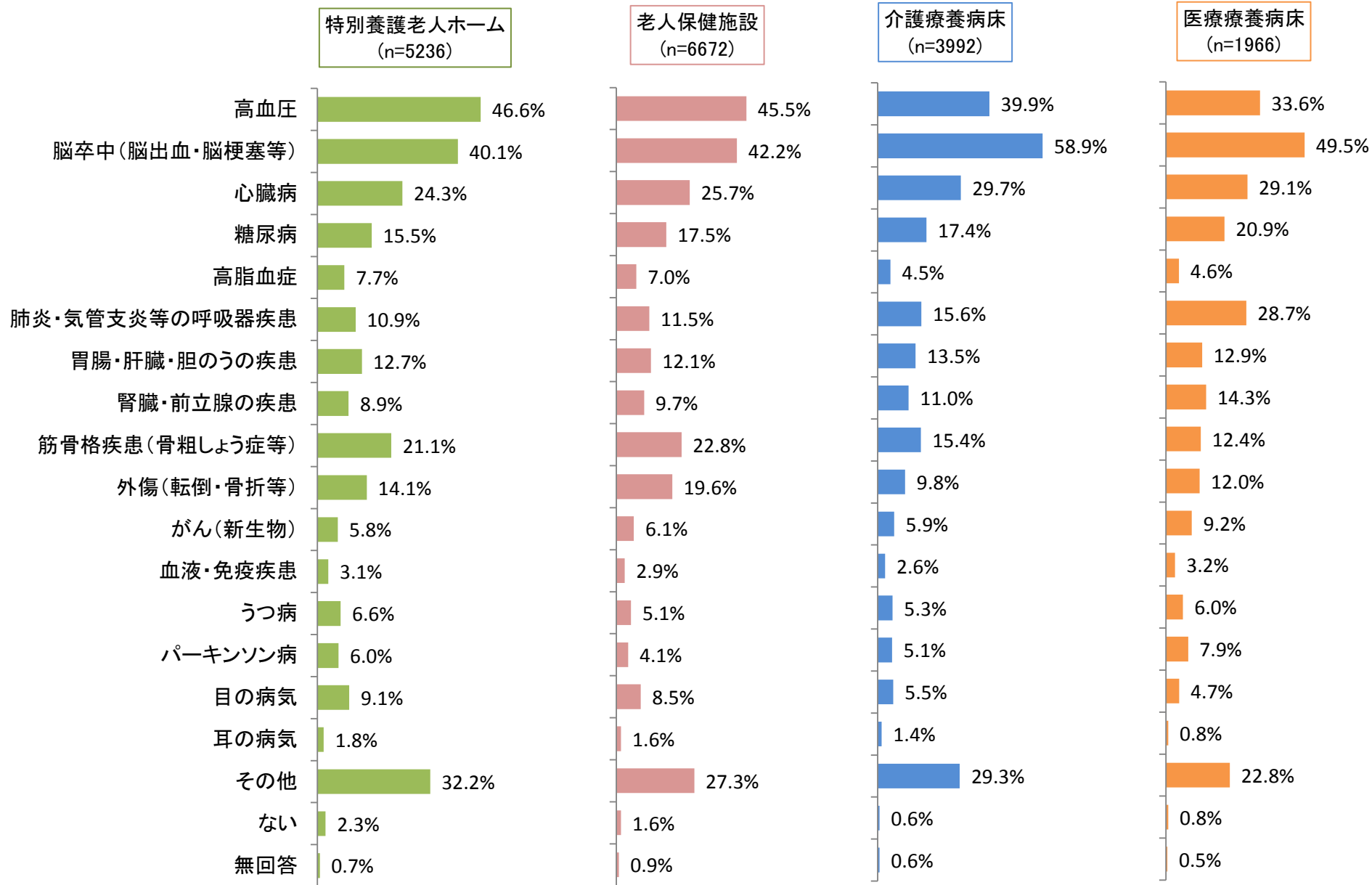
# 入院患者／入所者の医療区分

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）

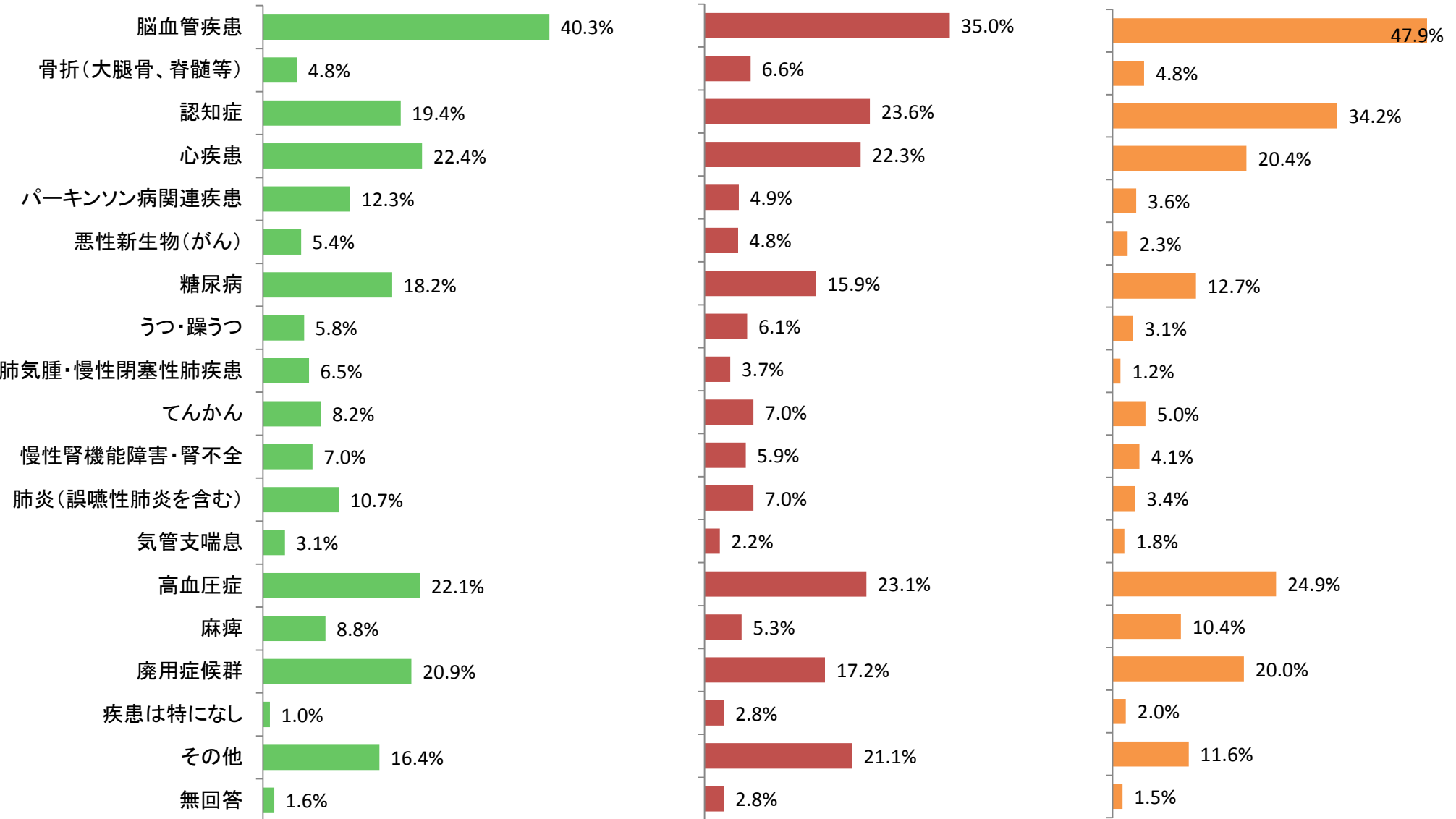


# 入院患者の傷病の状況

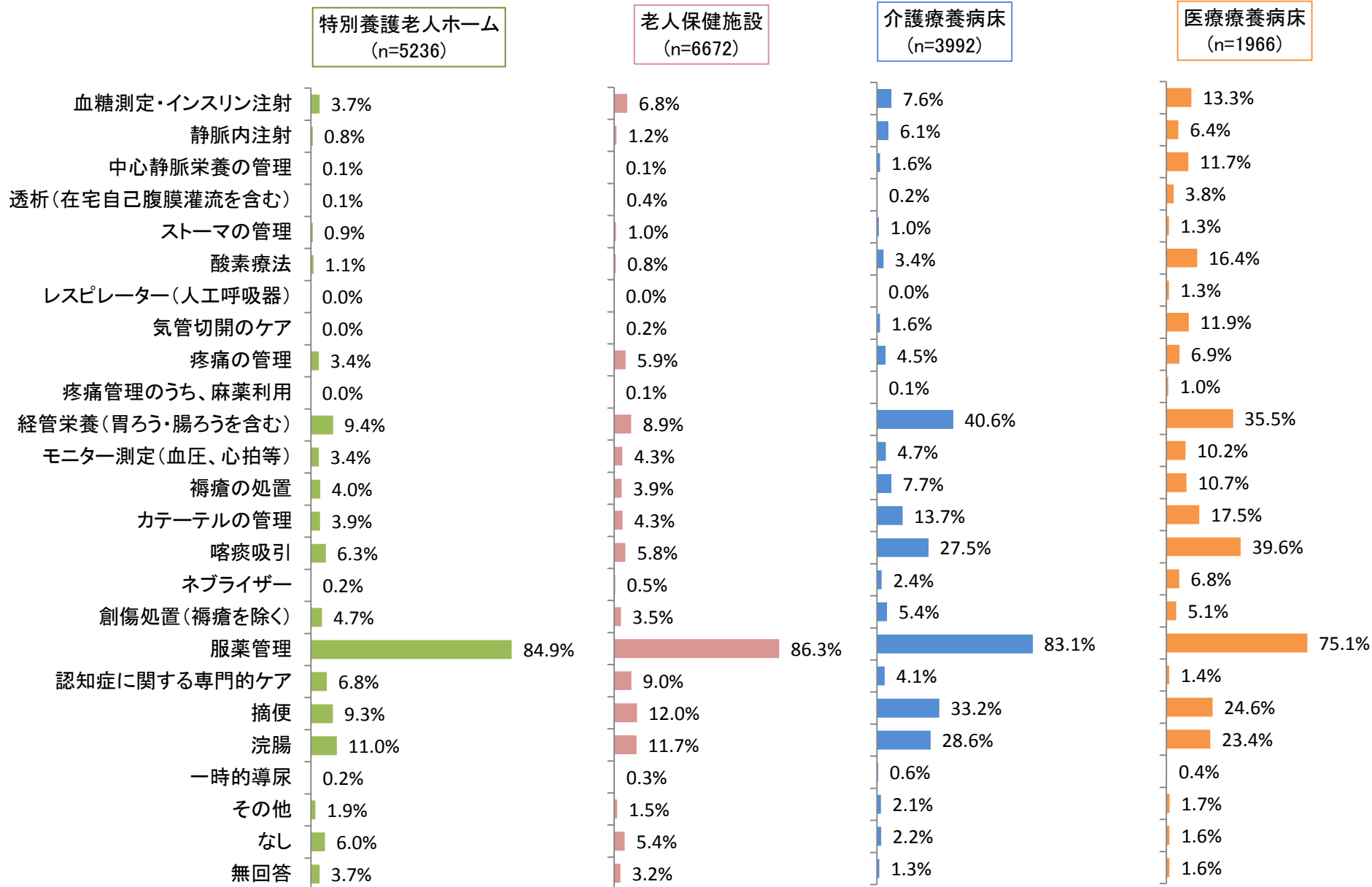
医療療養病棟(20対1)  
(n=2,861)

医療療養病棟(25対1)  
(n=1,293)

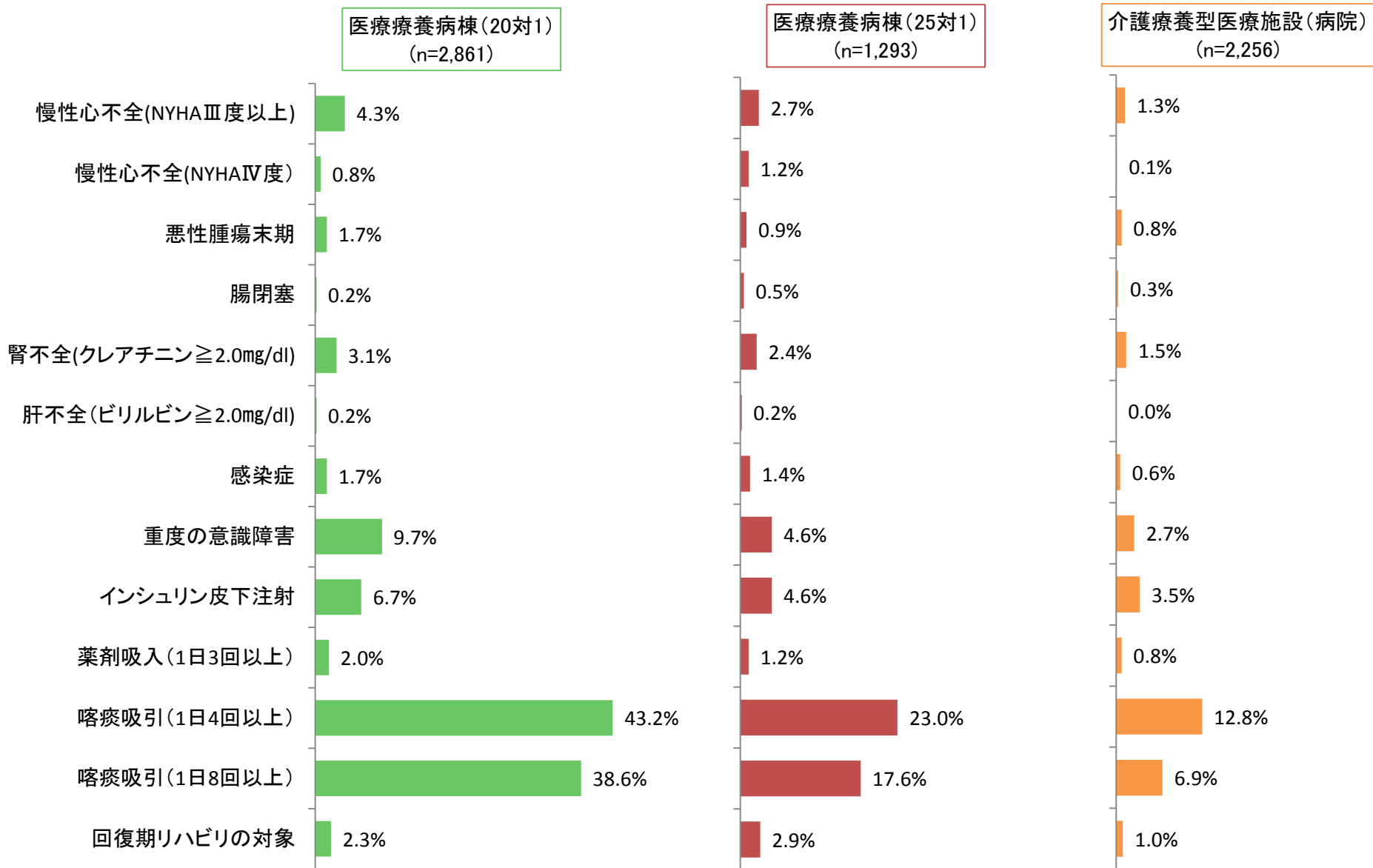
介護療養型医療施設(病院)  
(n=2,256)



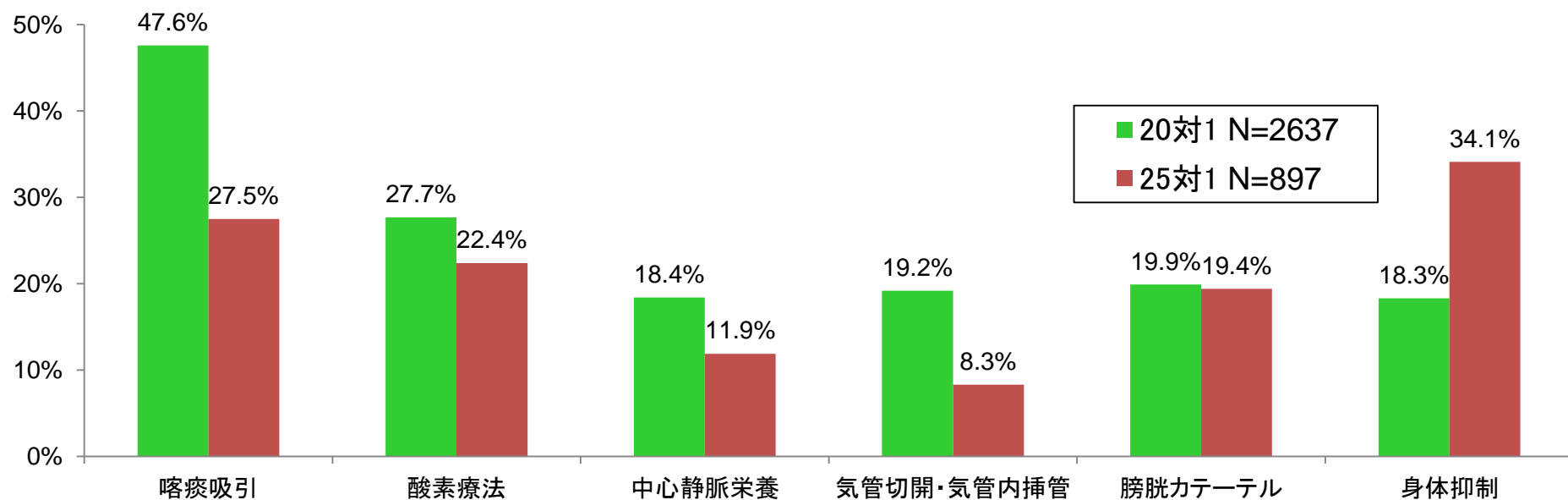
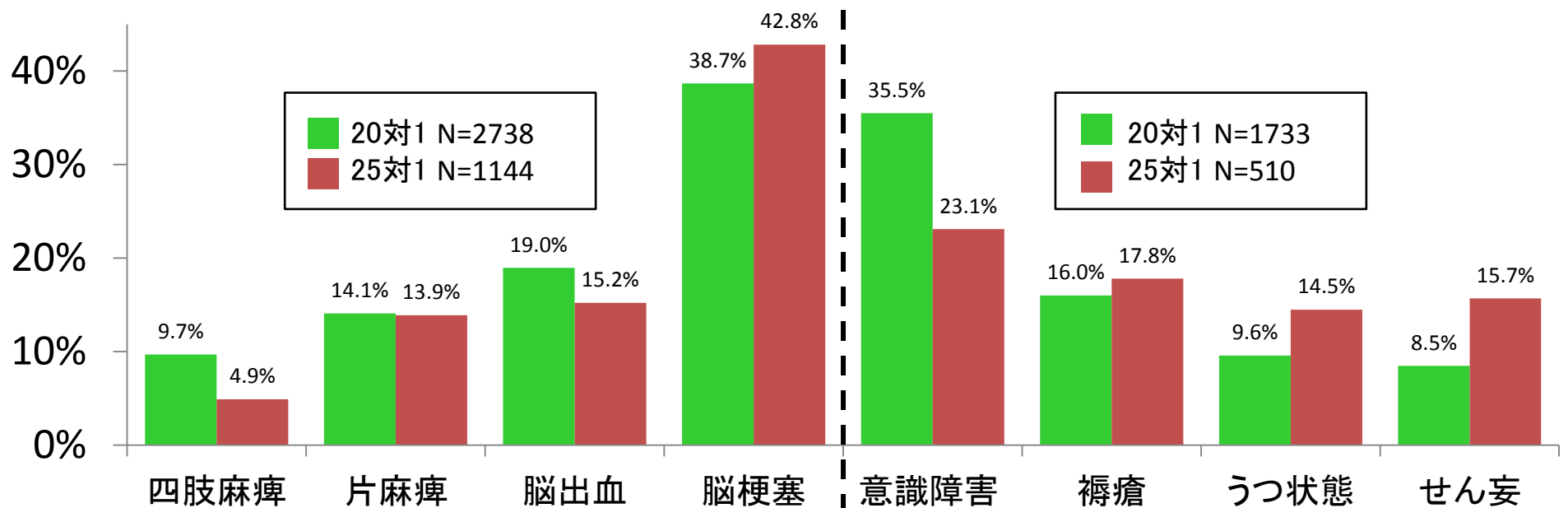
# 現在受けている治療（複数回答）



# 入院患者の治療の状況

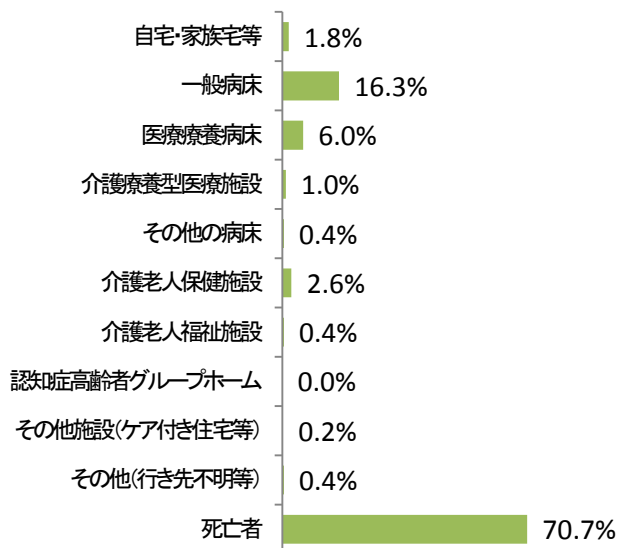


# 医療療養病棟の入院患者の病態と医療行為・処置

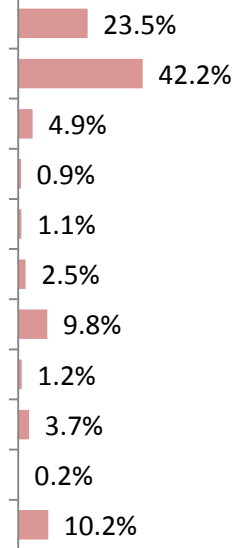


# 退院／退所後の行き先

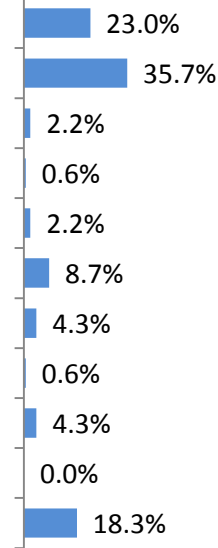
介護老人福祉施設(n=495)



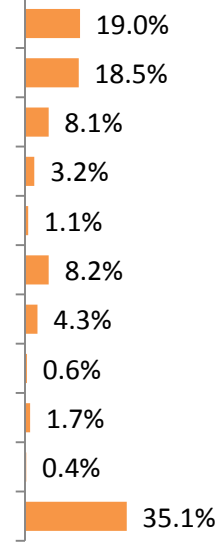
介護老人保健施設(n=1,882)



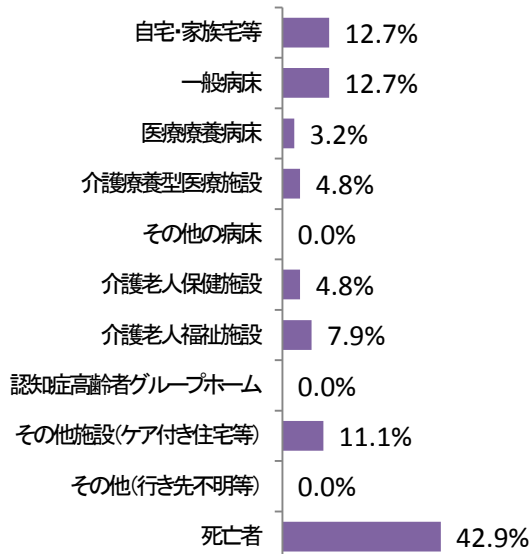
介護療養型老人保健施設(n=322)



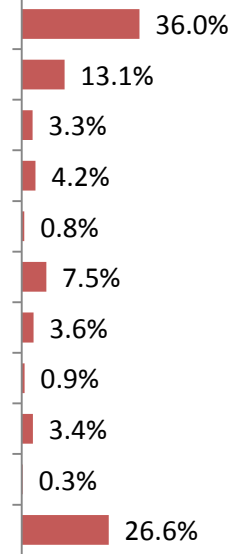
介護療養型医療施設(病院)(n=1,419)



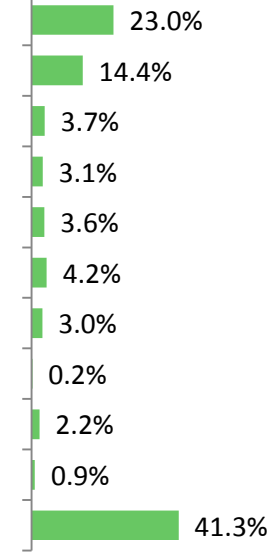
介護療養型医療施設(診療所)(n=63)



医療療養病棟(25対1)(n=2,285)



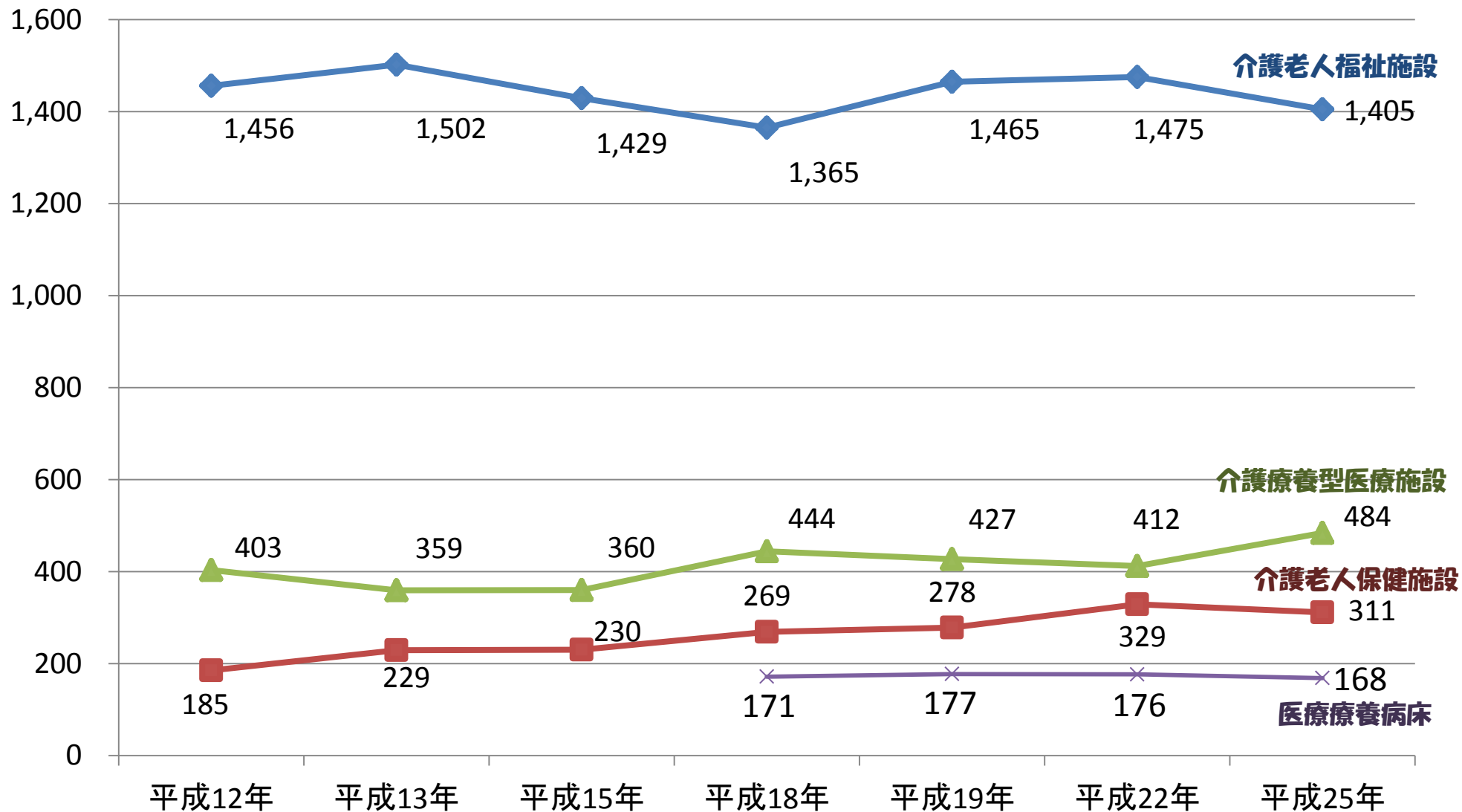
医療療養病棟(20対1)(n=3,411)



(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

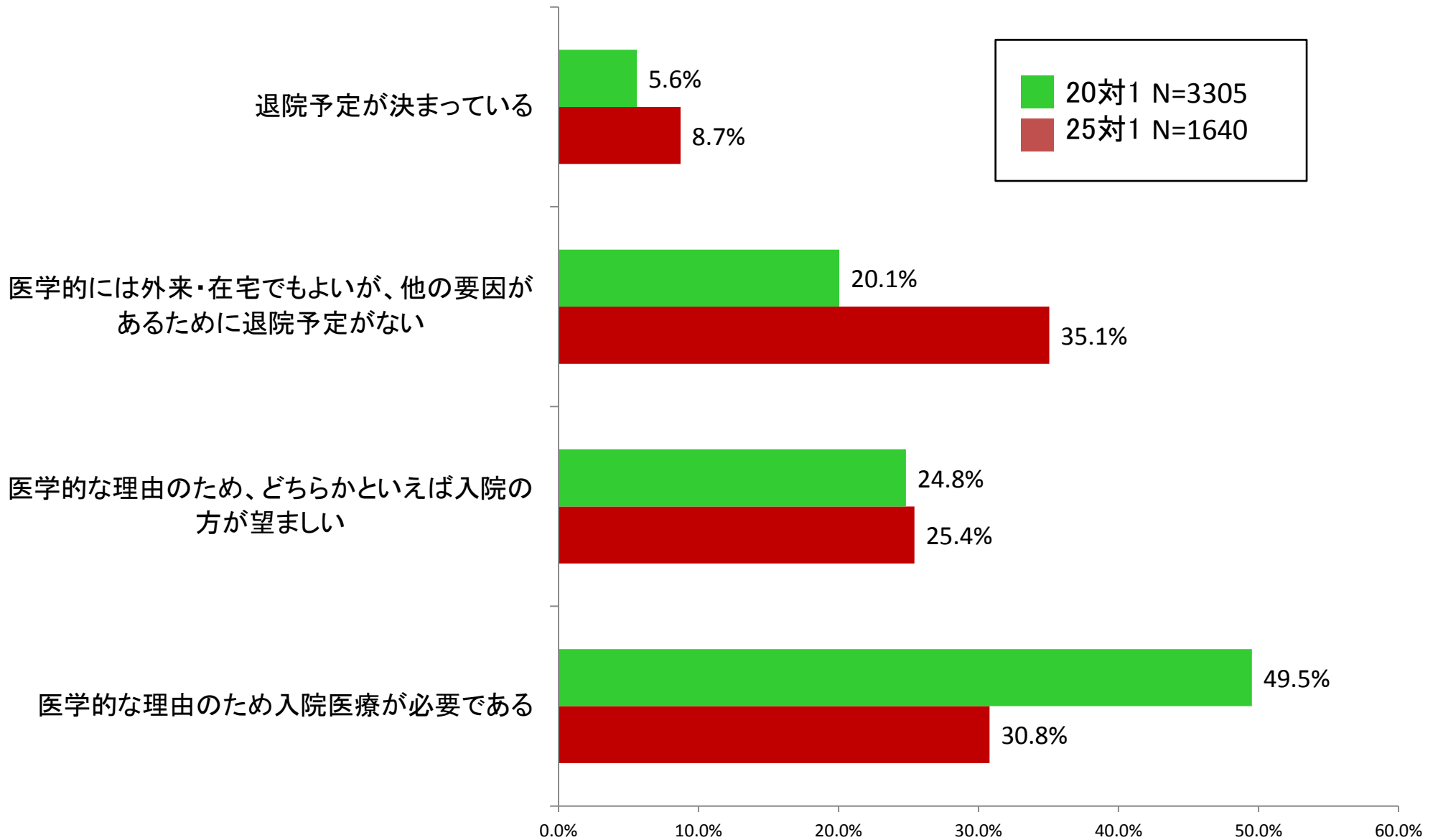
第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)



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)

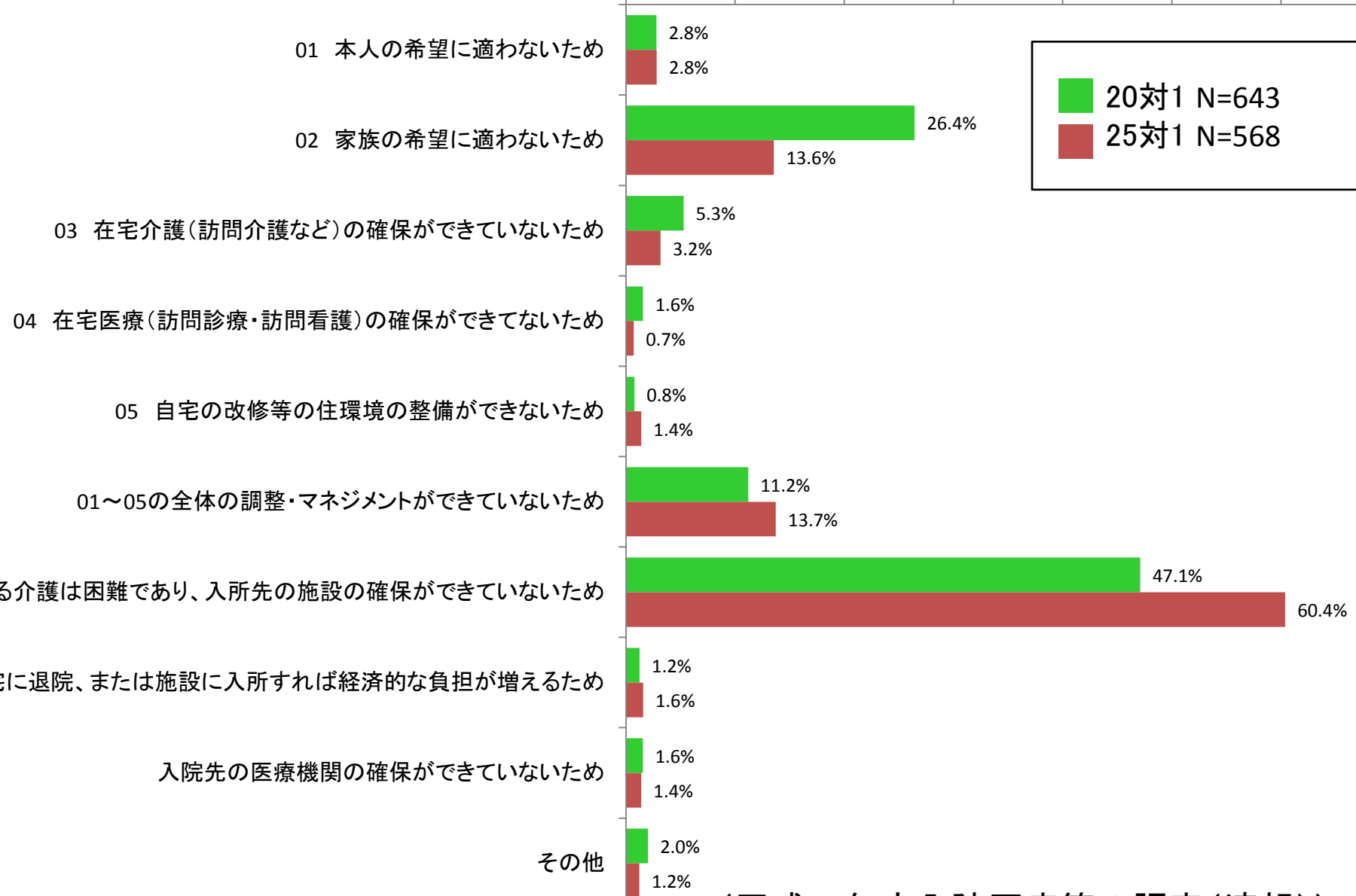
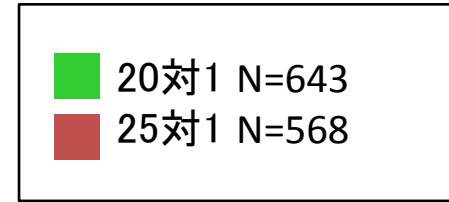
# 医療療養病棟の入院患者の入院継続の理由





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

## (2) 給付費 (平成26年度)

<百万円>

食費	<b>243,008</b>
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)	<b>90,755</b>
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	<b>333,763</b>

(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**

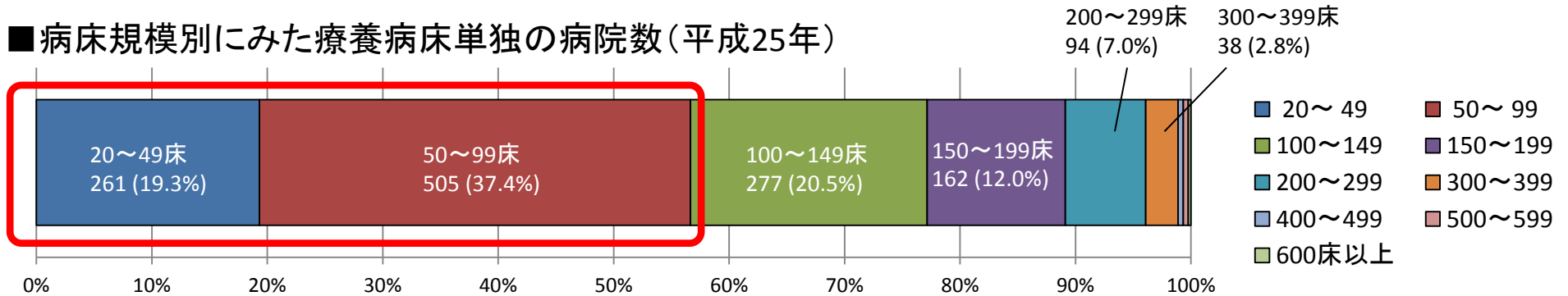
---

# 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

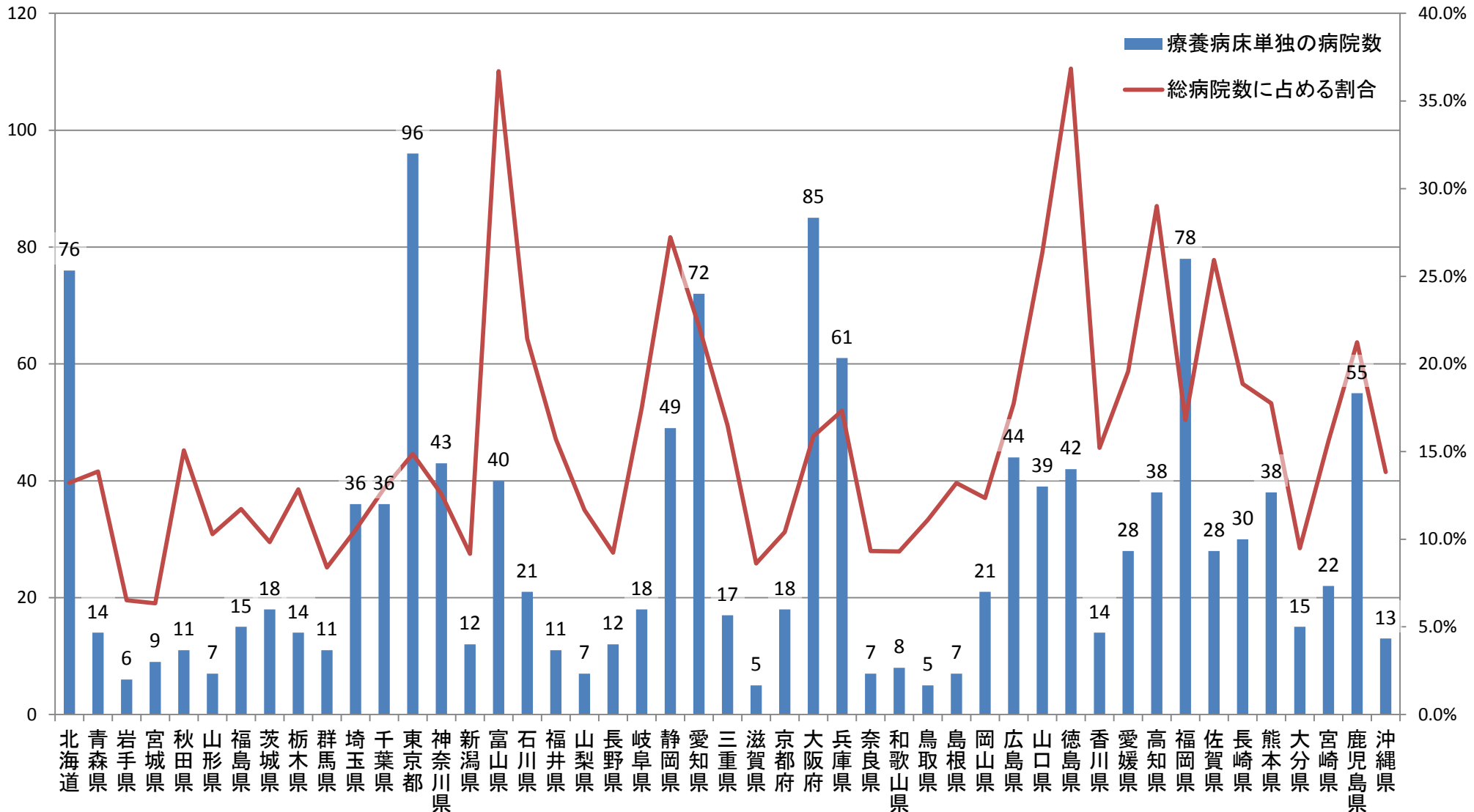
	病院数			(参考) 病床数		
	総数	うち療養病床を有する病院 (総数に占める割合)	うち療養病床単独の病院 (総数に占める割合)	総病床	うち療養病床を有する病院の療養病床 (総数に占める割合)	うち療養病床単独の病院の療養病床 (総数に占める割合)
平成19年	8,862	4,135 (46.7%)	1,431 (16.1%)	1,620,173	343,400 (21.2%)	154,781 (9.6%)
平成22年	8,670	3,964 (45.7%)	1,366 (15.8%)	1,593,354	332,986 (20.9%)	149,237 (9.4%)
平成25年	8,540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

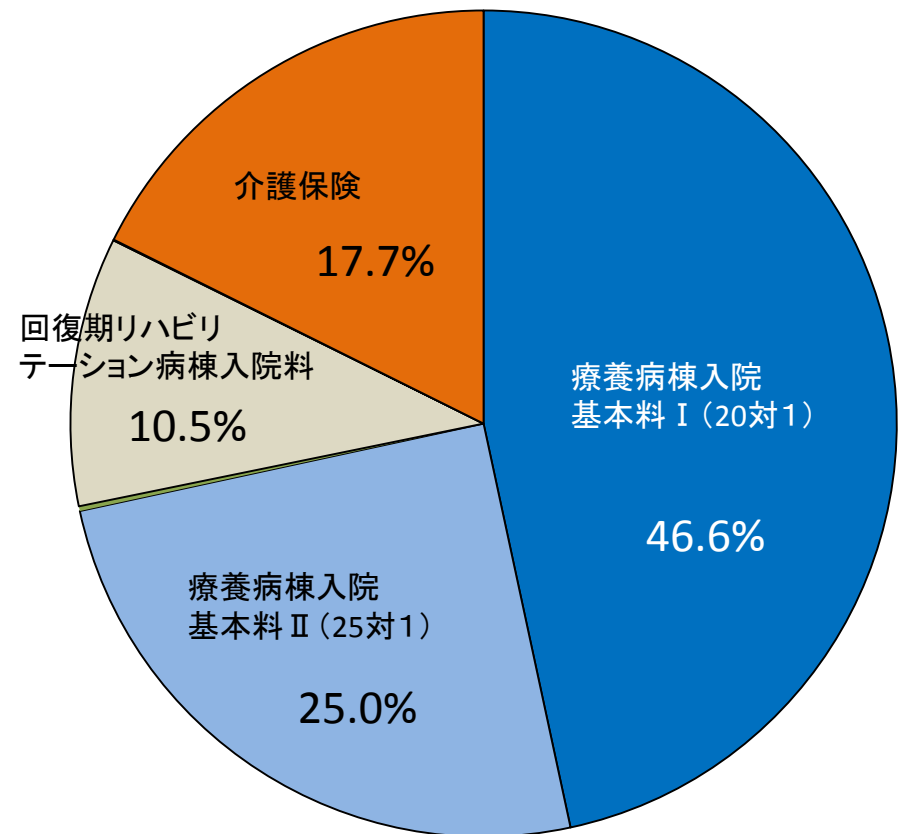
# 療養病床単独病院の状況（都道府県別）



出典：平成25年医療施設調査（厚生労働省）

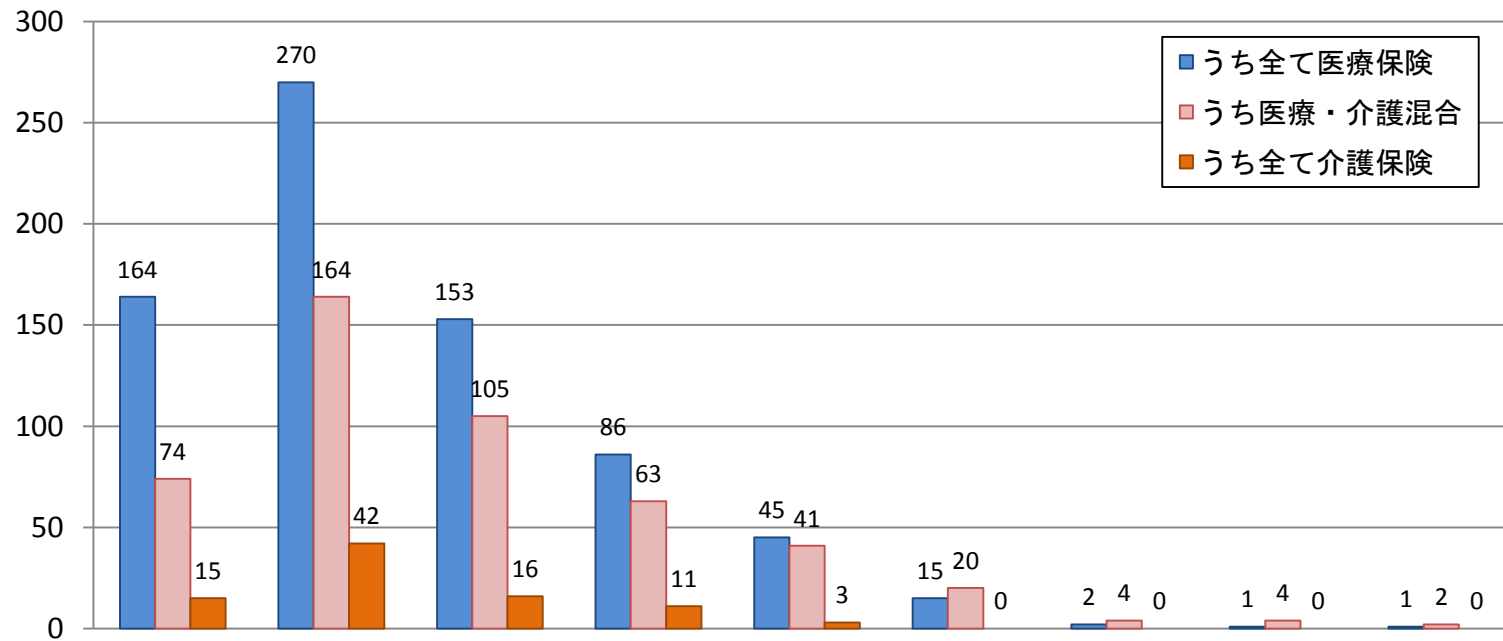
# 療養病床単独病院における医療保険・介護保険適用の状況

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)



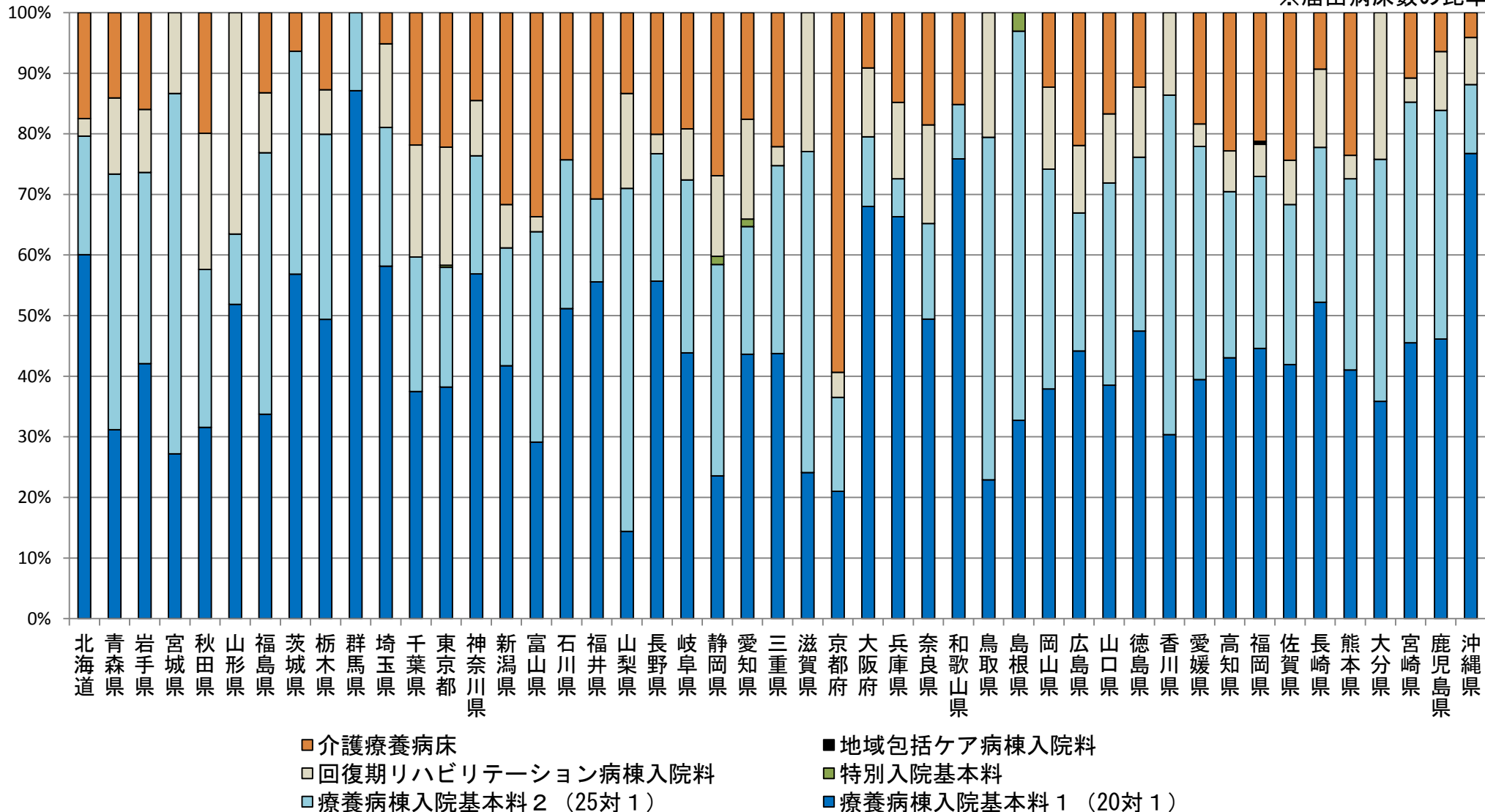
病床規模	20～49	50～99	100～149	150～199	200～299	300～399	400～499	500～599	600床以上	計
療養病床単独病院数	253	476	274	160	89	35	6	5	3	1,301 (100.0%)
全て医療保険	164	270	153	86	45	15	2	1	1	737 ( 56.3%)
医療・介護双方	74	164	105	63	41	20	4	4	2	477 ( 36.7%)
全て介護保険	15	42	16	11	3	0	0	0	0	87 ( 7.0%)

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



# 医療療養病床の『20対1』と『25対1』について

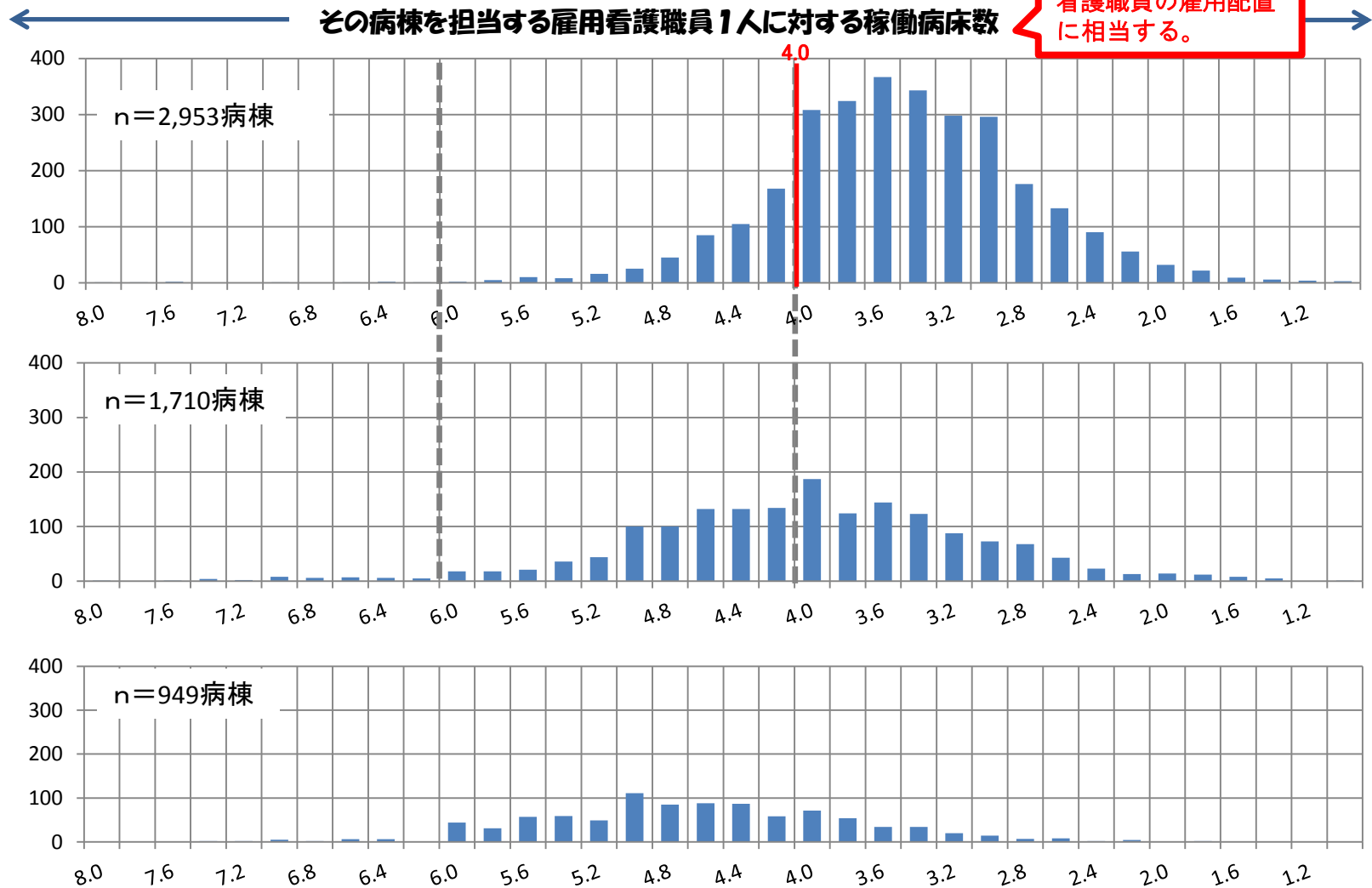
- ◎ 医療療養病床については、2つの診療報酬上の評価基準がある。
- ◎ 看護職員の配置がより手厚いほうの基準を満たすと『医療療養病床20対1』に、もう一方の基準を満たすと『医療療養病床25対1』に該当する。
- ◎ 『20（25）対1』は『入院患者20（25）人に対して看護職員1人』という意味。

		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。



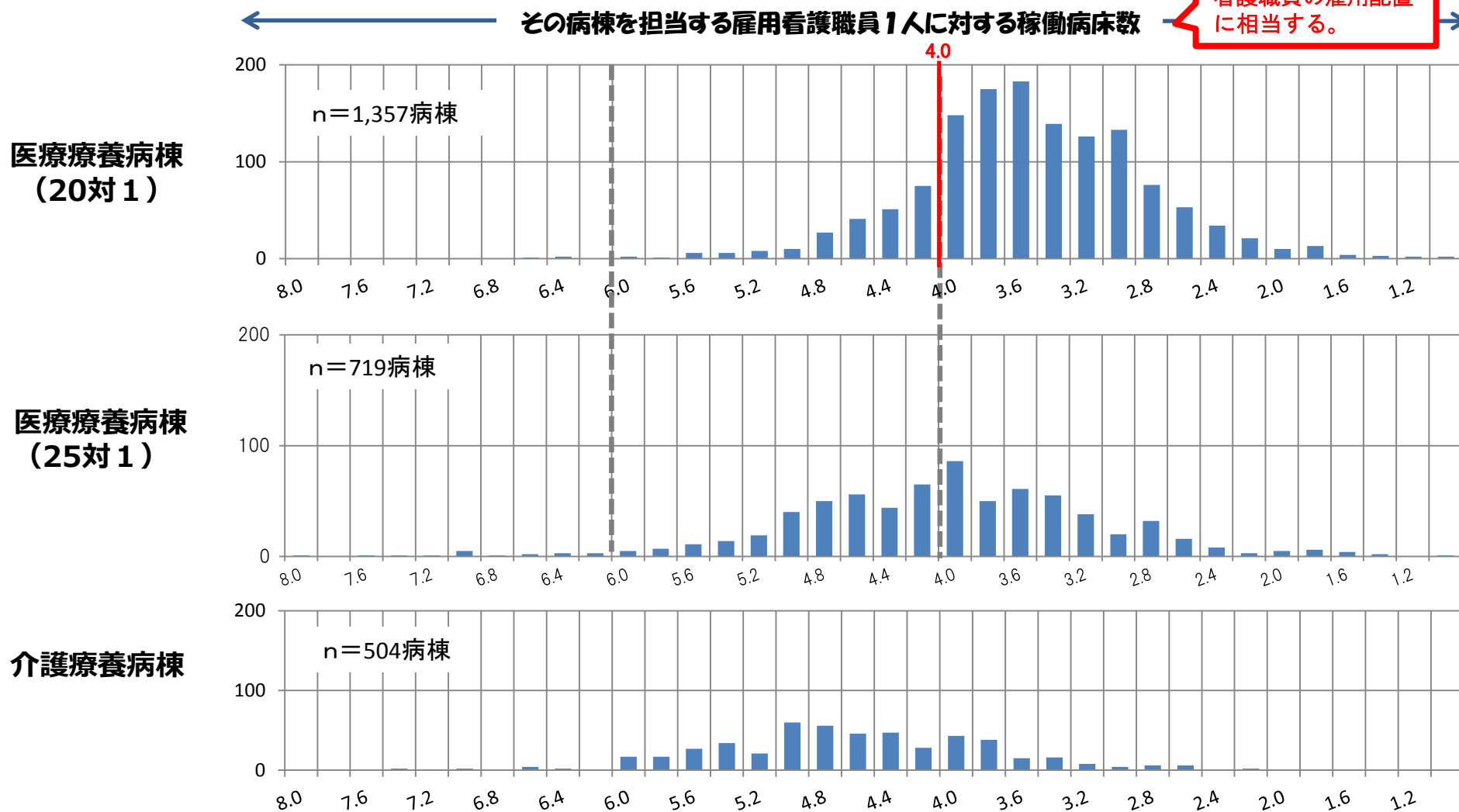
厚生労働省医政局調べ(平成26年度病床機能報告データ等より作成)

(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数の傾斜配置が可能)

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】

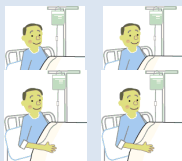
常時(24時間365日)、患者に対応する看護職員の配置



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

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

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】

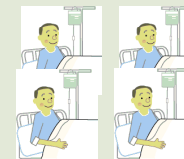
患者に対する  
看護職員の雇用数



看護職員 5人

雇用

4対1



入院患者20人

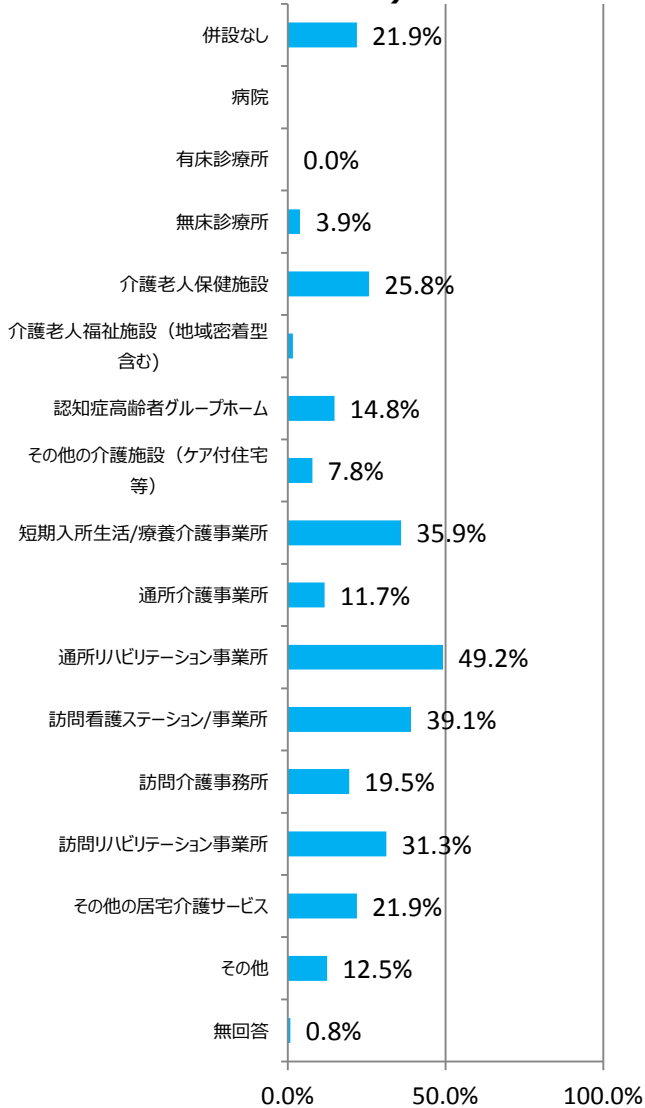
医療法の人員配置標準は、  
雇用配置で計算している。

※ 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)

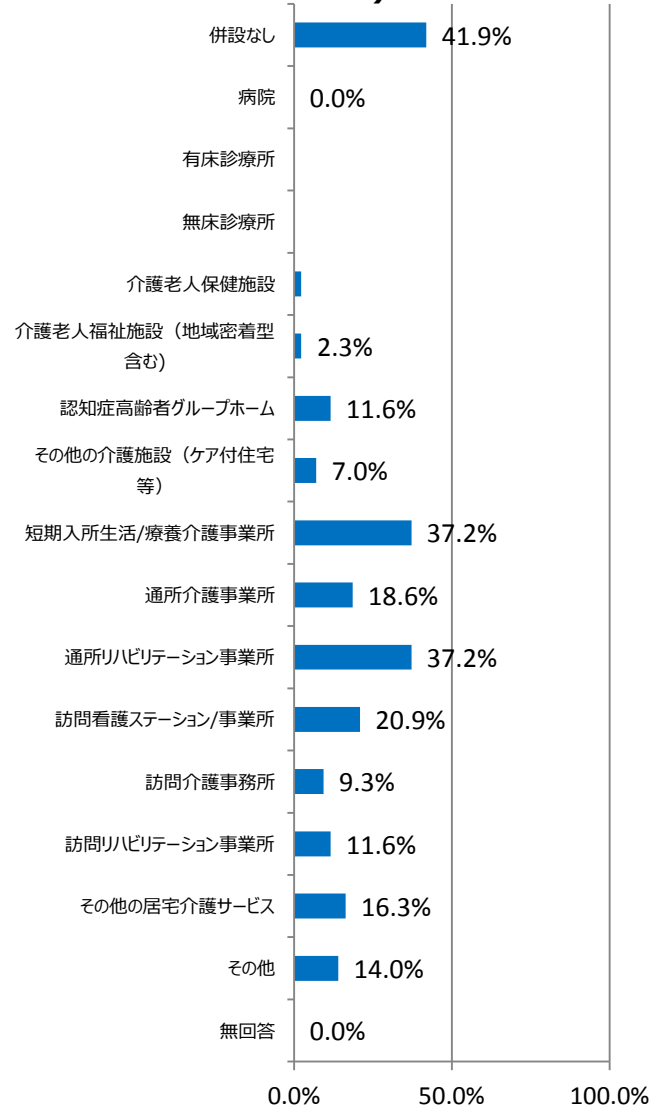
## 介護療養病床を有する病院

(n=128)



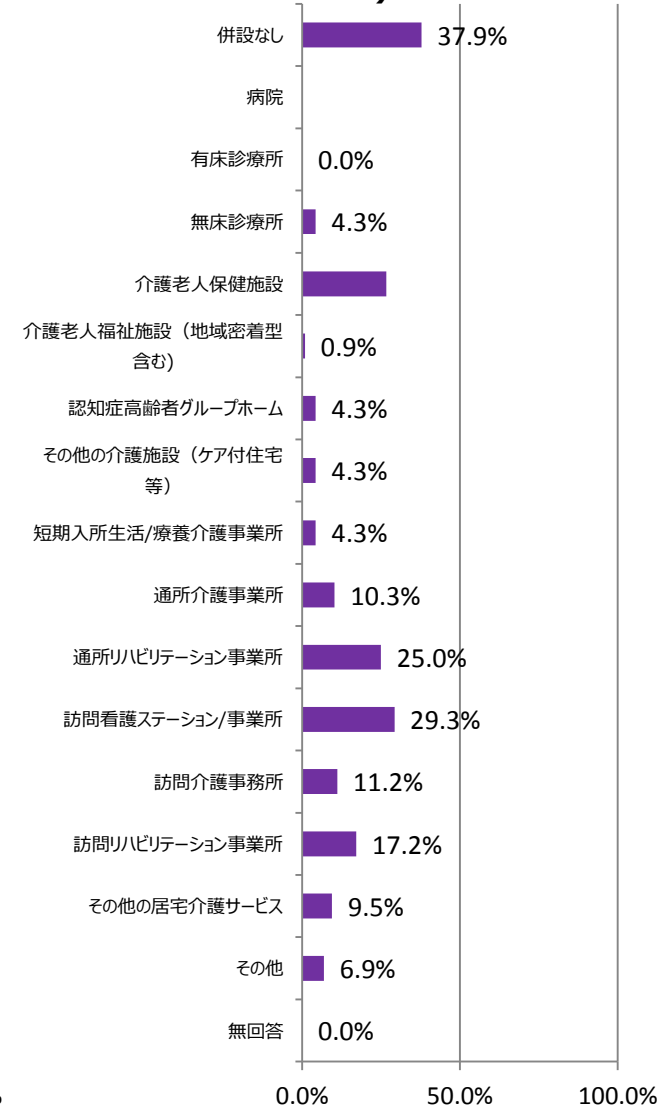
## 介護療養病床を有する診療所

(n=43)



## 医療療養病床を有する病院

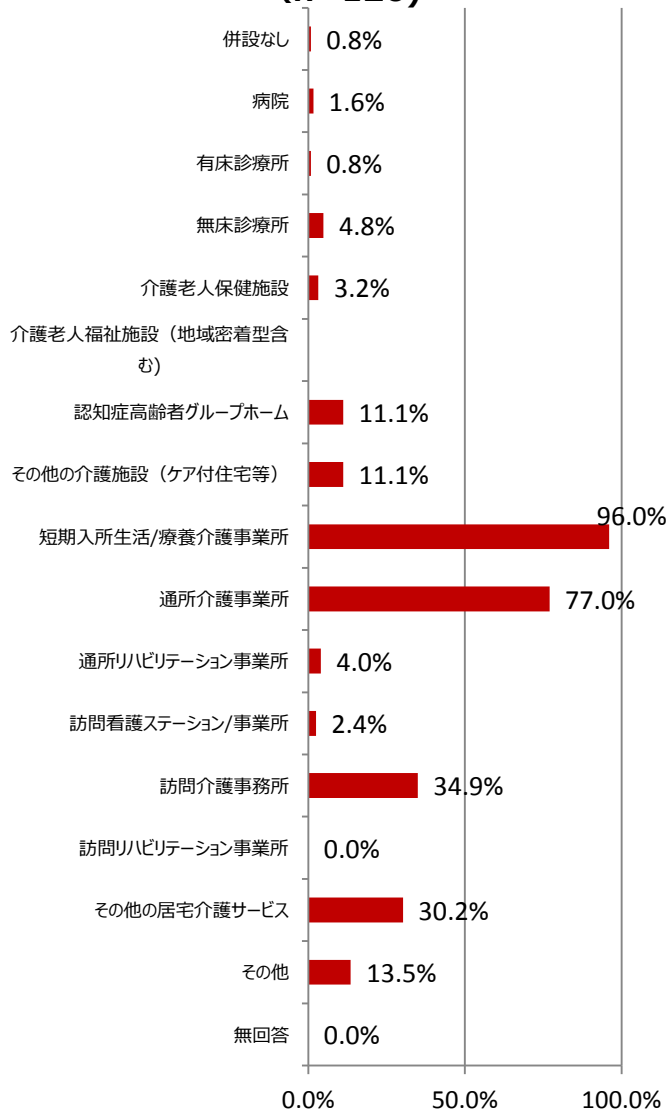
(n=116)



# 併設施設・事務所 (①の続き) (複数回答)

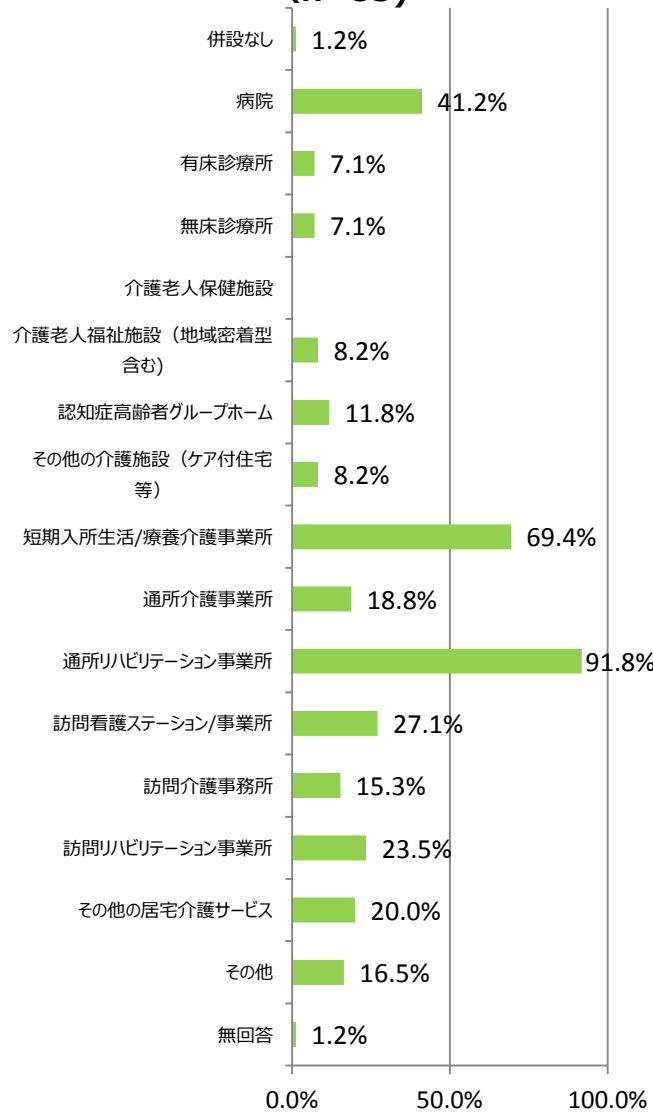
## 介護老人福祉施設

(n=126)

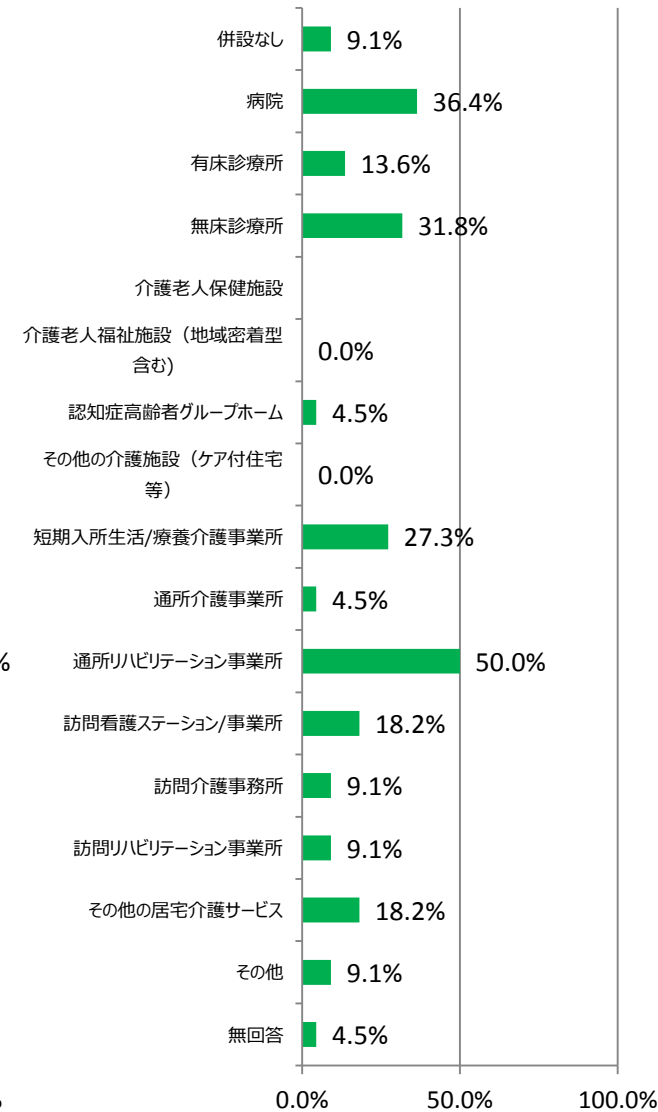


## 介護老人保健施設

(n=85)



## 介護療養型老人保健施設 (n=22)



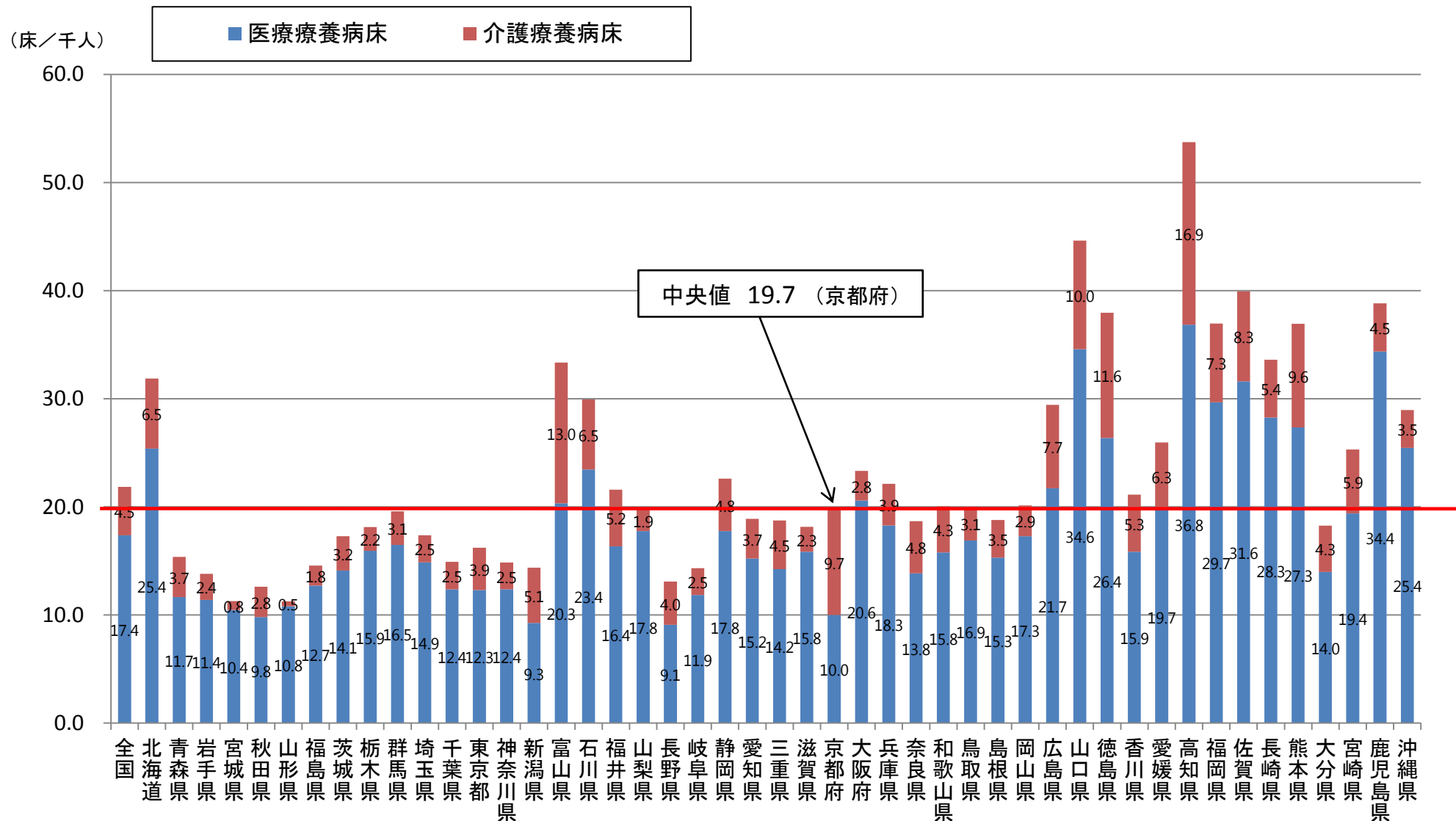
## **2. 療養病床に関する基礎データ**

### **(4) 療養病床の地域分布**

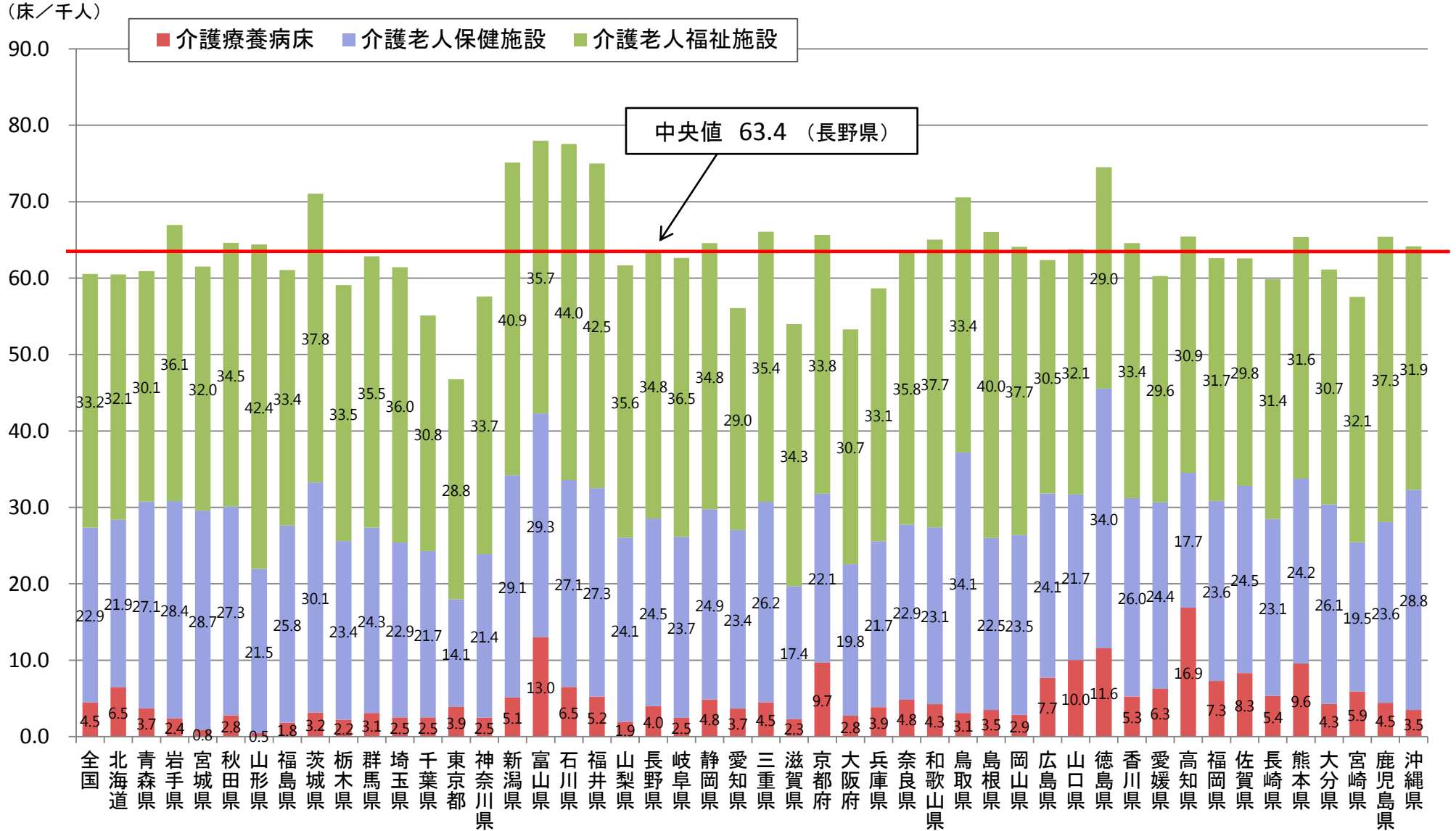
---



# 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）

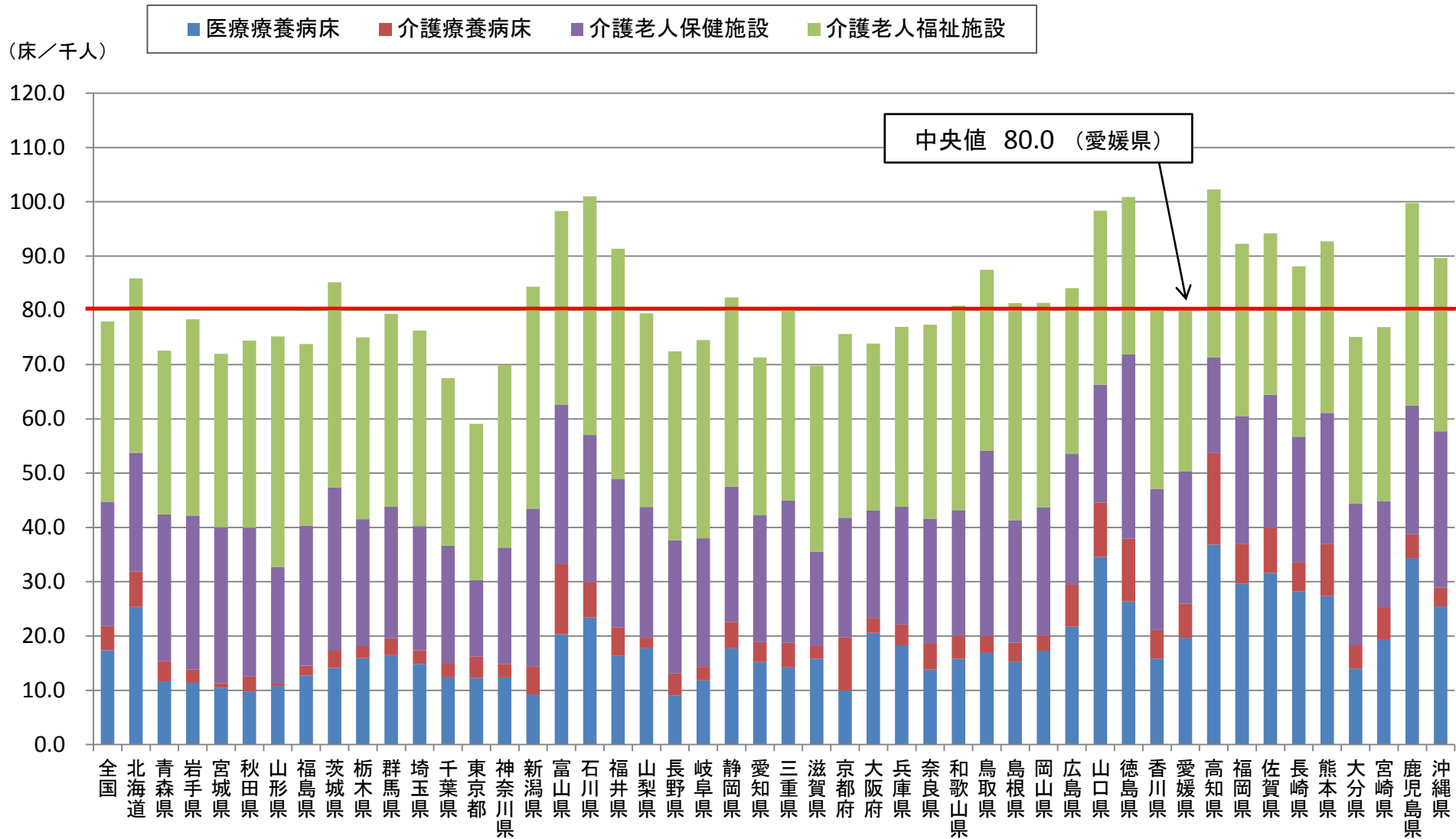


# 75歳以上人口千人あたり 介護療養病床、介護老人保健施設、介護老人福祉施設 病床（定員）数



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	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。 ※ 現行、老健施設の床面積は、8㎡/人以上。
廊下幅（中廊下）	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。 ※ 現行、老健施設、特養の廊下幅（中廊下）は、1.8（2.7）m以上
機能訓練室の面積 （病院からの転換）	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。 ※ 現行、【老健】1㎡/人以上 【特養】機能訓練室+食堂面積 3㎡/人以上
食堂の面積 （病院からの転換）	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。 ※ 現行、【老健】2㎡/人以上 【特養】機能訓練室+食堂面積 3㎡/人以上
機能訓練室・食堂の面積 （診療所からの転換）	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。 ※ 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



# 現行の主な経過措置について②

項目	内容
<b>施設・設備基準の緩和②</b>	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）
	療養病床等から転換した老健施設については、 <b>大規模改修するまでの間</b> 、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、 <b>準耐火建築物のままで転換可能</b> 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。）
	療養病床等から転換した老健施設については、 <b>大規模改修するまでの間</b> 、 <b>屋内の直通階段を2以上で転換可能</b> 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
<b>受け皿の整備①</b>	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
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

## 第5回 療養病床の在り方等に関する特別部会 提出資料

2016. 11. 17

井上由起子（日本社会事業大学専門職大学院）

本日は学務のため欠席させていただきます。申し訳ありません。

以下の2点について委員の皆様で議論して頂きたい、お願い申し上げます。

## 1. 医療機能を内包した施設系サービス について

・療養病床の在り方等に関する検討会では、「日常的な医学的管理、一定程度の介護に加え、「住まい」の機能を同時に満たす新たな類型が必要である」との考え方が示されています。参考人としてお越し頂いた猿原先生、有吉先生の取り組みはいずれも個室主体でした。実現可能性の観点から多床室を認めることは必要ですが、面積の項目において「老健施設相当(個室 10.65 m<sup>2</sup>/床以上、多床室 8.0 m<sup>2</sup>/床以上)」といった表現が必要ではないでしょうか。

## 2. 医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設 について

・特定施設入居者生活介護では「協力医療機関」を定めることが義務付けられています。一方で、一般的に「医療を外から提供する」とは、どの医療機関を利用するかは居住者の選択に委ねられていることを意味します。

・今回の議論は、「医療とベッドを一体的に提供してきた療養病床が果たしてきた役割を評価したうえで、新たな類型について議論を深めること」を目指していると理解しています。

・そのように考えた時、「医療を外から提供する」とは、①多様な医療機関から選択できることに重きを置いた表現なのか、それとも、②協力医療機関を定めることで医療に関する責任体制を明確にし、なおかつ、その協力医療機関が併設の居住スペースのみならず、地域の一般在宅にも医療を提供し、地域拠点としての役割をも果たしていくことに重きを置いた表現なのか。この点について認識を共有していくことが必要ではないでしょうか。

以上

私は現場に働くものとして納得のいく説明や理由がない限り介護療養型医療施設の廃止に反対しその継続を強く要望する。

## NPO 全国抑制廃止研究会

理事長 吉岡 充

### 介護療養型医療施設の廃止は歴史に逆行する。

そもそも、今次の新類型案は、平成 18 年の療養病床再編の延長線上にある。前回の特別部会でも指摘したが、再編計画なるものはアンケート結果のねつ造やら、医療区分の違った目的への流用やら、まともな政策決定としては異常な行為を土台にしたものであった。私は誤った政策、誤った法律であったと思う。そして、その延長にある今度の政策もまた間違っている。

介護療養型医療施設の多くは、この 10 年、廃止の不安やバッシングに耐えながら、努力をして、世の中のニーズに応え進化してきた。厚労省もそれを認め、平成 27 年の介護報酬改定の際に、介護療養型医療施設は高頻度の医療処置や看取り・ターミナルケアを行うなど有効に機能しているから確保するとして、療養機能強化型という「新しい類型」を創った。しかし今度はそれを廃止してまた新類型を創るという。この猫の目のように変わる医療政策に私たち現場は振り回され続けてきた。いわば冤罪の被害者である。

厚労省からいまだになぜ廃止するのか理解できる説明がない。せいぜい 1 畳分広げて住まいの機能を付けますという程度の説明だけであり理解不能である。

それでも、この計画で出来上がるものが前向きで明るい高齢者医療の現場ができ上がるというなら私も納得する。しかし、決してそうではない。せっかくこれまで創り上げてきた介護療養型医療施設が、後ろ向きの、訳のわからない代物になり下がる、そういう展望しかもてない。

### まず、病院でなくなることに反対する。

医療内包型の案Ⅰは、介護療養型医療施設の機能はそのまま残すが病院ではないという。なんのためにそんな訳の分からないことをするのか。ベッド数削減の目標に添うためだけではないか。そんなことで現場をかき回されるのはたまらない。現場の感覚として病院でなくなるとはどういうことかわかっているのか。私たちは病院であるという誇りをモチベーションに働いている。急性期病院のような大きな回復、目に見える家庭への退院ということが少なくとも、自分たちの治療や看護で患者が少しでも良くなり、苦痛が緩和され、患者に喜びの表情が見られ、家族が感謝してくれる。患者も家族も病院であることに信頼を寄せてくれている。それで昼夜一生懸命に働けるし、日々、高齢者医療・看護の専門性や理想を求めて試行錯誤している。しかし、それを社会が評価をせず、あなたたちは施設で結構だというのなら、現場の医師や看護師はがっかりするし、高齢者医療、看護を志す若い職員たちももう就職しなくなるだろう。そうして、介護療養型医療施設のエネルギーは落ちていく。最後には医療提供が覚束ない本当の介護施設になってしまう。

### 内包型案Ⅱは、先の転換老健の失敗を繰り返すだけである。

内包型のⅡを老健だというが、もうこれは先の転換老健で失敗済みのことではないか。なぜ繰り返すのか。入所者の要介護度は軽くなり、看取りは減り、転院患者は増え、医療費を無駄遣いする。最後は普通の一般的な老健並みになってしまう。財政だけ考えて作った制度では人は動かない。

**8㎡、すなわち5畳で相部屋可能な空間を「生活空間、住まい」だなどと言ってはいけない。**

厚労省は、介護療養型医療施設の機能を残し、さらに生活施設・住まいの機能を持たせる。それが今回の計画の目的だと言い張り、その面積基準を泥縄式に8㎡だとした。8㎡、5畳間とは図のように、ベッド、手洗い器、床頭台やテレビ台、オーバーテーブル、車椅子を置き、車いすの動線をとるともう余裕は残らない。もともと8㎡とは、ご承知のとおり、老人保健施設の居室の最低面積である。老人保健施設は家に帰す目的の中間施設であり、決して「住まい」ではない。

厚労省は病院である介護療養型医療施設を廃止する理屈に、無理やり8㎡、相部屋も可能な状態を住まいだとこじつけた。だが、この空間が「生活のための」「住まい」だなどと言われれば国民は怒る。委員のみなさんはどうですか。私は絶対に嫌です。官僚は目先の功を焦って、日本の福祉を後退させるとんでもないことをしでかしていると私は思う。

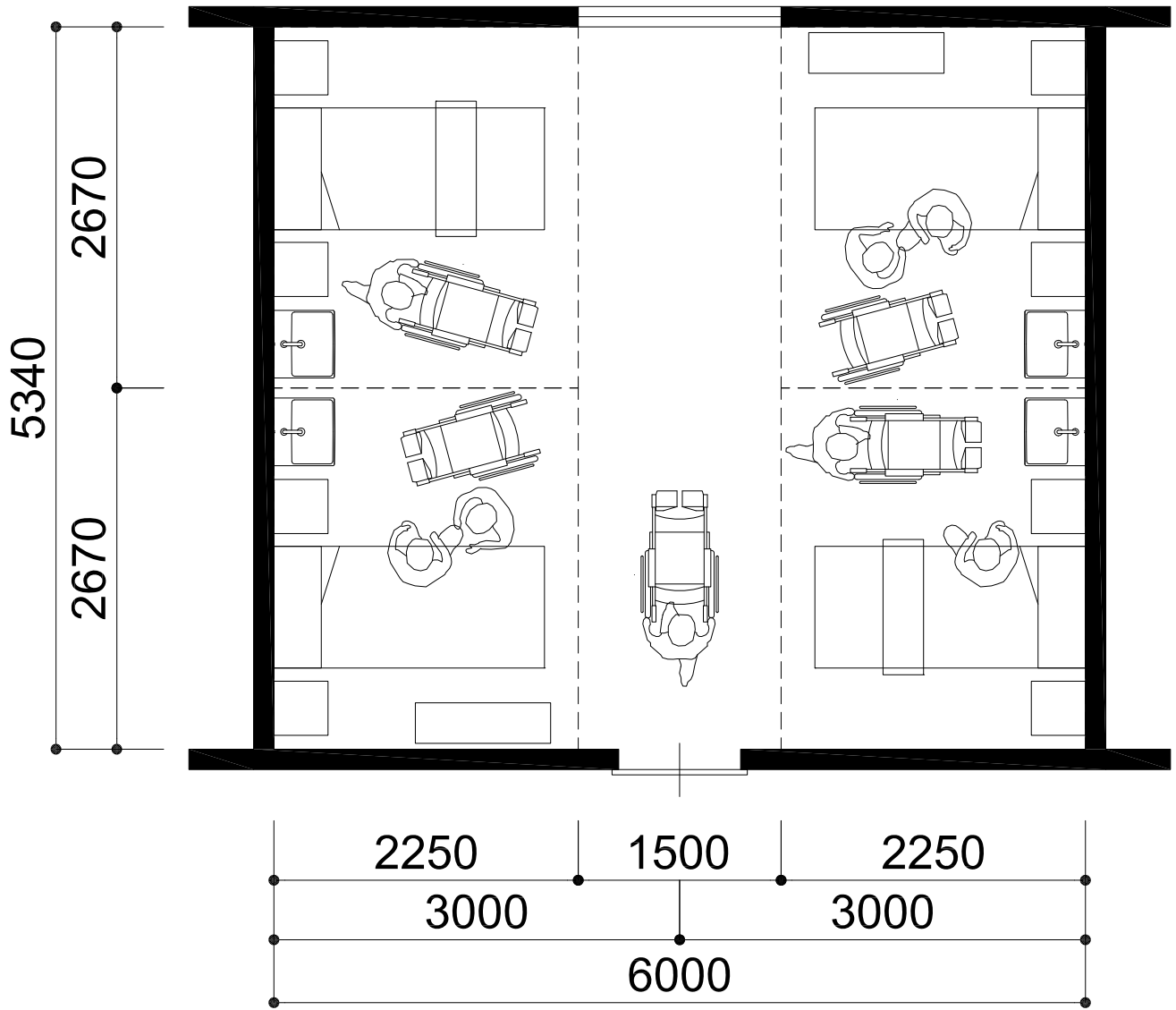
**医療費は決して安くならない。**

平成18年の時も介護療養型医療施設が医療療養病床や一般病床に転換する逆流現象が起こったが、今回も間違いなくそれは起こる。先般、ある県の調査では、医療療養25対1の85%が医療療養20対1に行くと回答したというし、日本慢性期医療協会が平成28年2月に実施したアンケート調査の回答(複数回答可)を見ても、転換先として73.6%の病院が医療療養病床を視野に入れている。また、老人保健施設は嫌われていて転換先として視野に入れているところは少ない(14.7%)。

別添は、東京都慢性期医療協会(会長：安藤高朗永生病院理事長)事務局が作成したものをもとにして私が作ったシミュレーションである。前提は下記によるがこれでもまだ控えめに見積もっている。これ以上に現場が動くことはおおいにあると思うが、そうすると医療費はこのシミュレーション以上に増大する。ここに集まっている多くの委員、官僚の方たちもちろん、あるいは見守っているマスコミの方や国会議員のみなさんの念頭にまずあるのは日本の医療・介護保険財源を継続可能な健全なものにすることであろう。しかし、この計画はその点でもまたふさわしくないものである。

前提条件

医療療養25対1のうち、6割が20対1に転換する。残りの4割は内包型のIに転換。介護療養型医療施設は、そのうちの療養機能強化型の10%が医療療養20対1に、残りの90%が内包型Iに、その他の介護療養型医療施設は60%が内包型Iに、残りの40%が内包型IIに転換する。



# 厚労省案によるラフな試算

		内包型案(Ⅰ)	内包型案(Ⅱ)
基準	医師	48:1 3人	医師1人
	看護師	6:1 17人	13人
	介護職	4~6:1 25~17人	17人
	面積	8.0㎡/床	8.0㎡/床
収支	単価	13,930円/日	12000円/日
備考	単価・収入	単価は介護療養病床機能強化型A・要介護度4・多床室と同等水準(日慢協調べ)	単価は介護療養病床その他12,460円(日慢協調べ)と老健在宅強化型11790円(日慢協調べ)の間に設定

東京都慢性期医療協会(会長:安藤高朗永生病院理事長)事務局が試算した資料を基に作成した。



# 医療費は大きく増加する(年582億円)

現状				新類型移行後				
種別	病床数	医療費/床・年 (1日単価)	年間医療費	種別	病床数	医療費/床・年 (1日単価)	年間医療費	
25:1	76,000床	584万円 (16,000円)	4,438億円	20:1	45,600床 (60%)	730万円 (20,000円)	3,329億円	
				内包 I	30,400床 (40%)	508万円 (13,930円)	1,544億円	
介護 療養	療養強 化型	25,620床	508万円 (13,930円)	1,301億円	20:1	2562床 (療養機能強化型 の10%)	730万円 (20,000 円)	187億円
					内包 I	44,286床(療養機 能強化型の90%お よびその他の60%)	508万円 (13930円)	2,250億円
	その他	35,380床	455万円 (12,460円)	1,609億円	内包 II	14152床(その他の 40%)	438万円 (12,000円)	620億円
年間の医療費合計:7,348億円				年間の医療費合計:7,930億円				