

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

1. はじめに

(本検討会の目的)

- 本検討会は、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設置された。

(療養病床再編等に関する経緯)

- 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、介護療養病床は平成23年度末で廃止することとされた。
- 併せて、医療法についても見直しが行われ、療養病床については看護師及び准看護師の人員配置基準（以下「看護人員配置」という。）が、6対1以上から4対1以上に引き上げられた。なお、経過措置として平成23年度末までは、看護人員配置が6対1以上でも良いこととされた。
- 平成23年度末の廃止が予定されていた介護療養病床については、介護老人保健施設等への移行が進んでいない等の理由により、同年の介護保険法改正において6年間の期限の延長が行われた。また、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。

(医療・介護の提供体制の一体的な整備)

- 現在、地域医療構想の策定、地域支援事業の実施をはじめとする平成37年（2025年）に向けた医療・介護提供体制の一体的な整備が進められている。平成30年度からは第7次医療計画及び第7期介護保険事業（支援）計画がスタートし、同年度には診療報酬や介護報酬の同時改定も予定されている。
- このような状況の中、介護療養病床と、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（以下「医療療養病床（25対1）」という。）の設置期限である平成29年度末を迎えることとなっており、地域医療構想の実現のためにも、対応方針を早期に示すことが求められている。

(現在のサービス提供類型)

- 現在、慢性期の医療・介護サービスを提供する施設類型としては、主に以下のものなどがあり、次のような役割を担っている。
 - ・ 医療療養病床：主として長期にわたり療養を必要とする者を入院させるための医療保険適用の病床
 - ・ 介護療養病床：主として長期にわたり療養を必要とする者のうち、要介護認定者に対し、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、必要な医療等を提供する病床
 - ・ 介護老人保健施設：要介護者に対し、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等を提供し、在宅復帰を目指す医療提供施設
 - ・ 特別養護老人ホーム：要介護者のための生活施設
 - ・ 有料老人ホーム：①入浴、排せつ又は食事の介護、②食事の提供、③洗濯、掃除等の家事、④健康管理のいずれかの事業を行う施設
- 長期療養を必要とする者のうち、病院・診療所への入院の必要はないが、一定程度の医療を必要とする者を中心に、在宅医療・介護サービスを活用している。
- なお、介護療養病床や医療療養病床（25対1）の利用者のイメージは以下のとおりである。

<利用者のイメージ>

- ・ 現行の利用者の平均年齢は、介護療養病床、医療療養病床（25対1）のいずれにおいても80歳強であり、僅かながら、医療療養病床（25対1）においては40歳未満の者も存在しているものの、高齢者が大宗を占める。また、介護の必要性について、医療療養病床（25対1）においては、要介護申請を行っていない者がいるものの、これらを除けば、介護療養病床を含め、要介護度4以上の者が大宗である。
- ・ 平均在院日数は、特に介護療養病床において長期にわたっており、介護療養病床においては死亡退院が最も多く、医療療養病床（25対1）においても自宅退院に次いで死亡退院が多い。
- ・ 介護療養病床や医療療養病床（25対1）では、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20対1のもの（以下「医療療養病床（20対1）」という。）よりも、比較的医療の必要性が低い者を受け入れている。また、こうした医療の必要性の低い者の中でもその病態は様々で、容体が急変するリスクを抱える者もいると考えられる。

2. 新たな選択肢を考えるに当たっての基本的な条件

(基本的な考え方)

- 新たな選択肢を検討するに当たっては、これらの利用者像と、それに即した機能（サービス）の明確化が必要である。
- 現行の介護療養病床及び医療療養病床（25対1）が長期療養の場となり、そこで亡くなる者が多いことに鑑みると、長期間の利用継続に対応する「住まい」の視点を踏まえることが重要である。
- そのため、今後、「医療」「介護」のニーズを併せ持ち、長期の療養が必要となる高齢者に対して、これまでの類型にはない、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。
- したがって、新たな類型には、
 - ・ 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
 - ・ 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が求められる。

また、これらの機能を確保する際には、厳しい財政状況も踏まえ、効率的な運営体制の実現に向けた配慮が必要である。

なお、介護療養病床においては、身体拘束ゼロに向けた取組や医師も含めたケアカンファレンスによる多職種連携など、サービスの質の向上に向けた取組が行われてきたところであり、こうした取組は、新たな類型でも引き続き実現されていくことが重要である。

(新たな選択肢に求められる条件)

- 具体的に、新たな類型については、次のような「利用者の視点」と「実現可能性の視点」が必要となる。

《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
- ・ 生活の質（QOL）等の観点も踏まえ、長期にサービスを利用する場として、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

3. 考えられる選択肢

(本検討会における新たな選択肢の整理)

- 現行の介護療養病床・医療療養病床（25対1）が提供している機能を担う選択肢として、新たな選択肢を考えるに当たって、「住まい」の機能の強化を中心とすると、

- ① 医療を内包した施設類型
- ② 医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型（※）

の類型が考えられる。

- ※ 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。

- その上で、現行の介護療養病床・医療療養病床（25対1）が提供している機能を担う選択肢として、別紙のような対応案が考えられる。
- なお、療養病床を有する個々の医療機関の選択肢としては、これら新たな類型に移行する、医療療養病床（20対1）や介護老人保健施設、有料老人ホーム等の既存の類型に移行する、あるいは複数の類型と組み合わせて移行する等、多様な対応の選択肢が考えられる。
- また、実際の移行先は、各医療機関が、入院する患者像や経営状況などを勘案して、既存類型や上記の対応案の中から、自ら選択することとする。
- 個別の制度や法律等については、社会保障審議会医療部会、介護保険部会等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である。
この新たな類型と既存の類型、在宅医療・介護サービスも活用しながら、利用者像に即した多様な機能（サービス）を用意し、地域差にも配慮しつつ、今後の医療・介護ニーズに適切に対応できる体制を整備することが重要である。

(別紙) 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

	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、 <u>容体が急変するリスク</u> がある者	医療の必要性は多様だが、 <u>容体は比較的安定した者</u>		
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～
に関する参考資料

(療養病床再編等に関する経緯)

療養病床に関する経緯①

S48(1973) 老人福祉法改正 老人医療費無料化

- 「老人病院」が増加。施設代わりの病院利用が促進。併せて医師、看護師の配置の薄い病院が増加（社会的入院問題）



S58(1983) 「特例許可老人病院」制度化

- 老人病院を医療法上「特例許可老人病院」と位置づけ、診療報酬上、医師、看護師の配置を減らし介護職員を多く配置する等の介護機能等の点を評価（診療報酬は一般病院よりも低く設定）



H5(1993) 医療法改正 「療養型病床群」の創設

- 一般病院における長期入院患者の増加に対応し、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療養環境を有する病床として「療養型病床群」を創設（病床単位でも設置できるようにする）



H12(2000) 介護保険法施行 H13(2001) 医療法改正 「療養病床」の創設

【介護保険法施行】

- 療養病床の一部（※1）について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設」（※2）として位置づけ（介護療養病床）

※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。

※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症疾患療養病棟(精神病床)を併せて位置づけ。

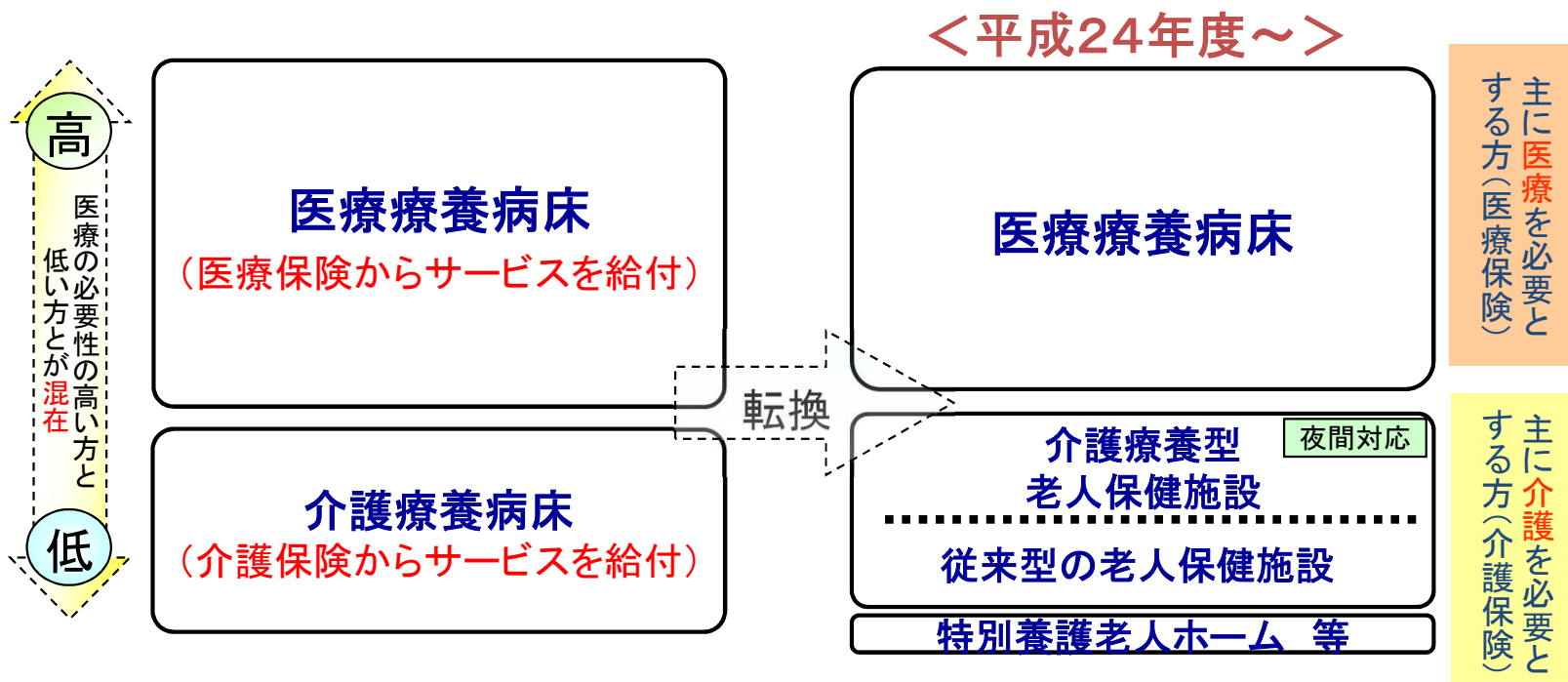
【医療法改正】

- 療養型病床群と老人病院（特例許可老人病院）を再編し、「療養病床」に一本化

療養病床に関する経緯②

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



6 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③

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

(医療・介護の提供体制の一体的な整備)

医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール

平成25年度

平成26年度

平成27年度

平成28年度

平成29年度

平成30年度

第6次医療計画

第7次医療計画
第7期介護保険事業計画

第5期介護保険事業計画

第6期介護保険事業計画

基金(医療分のみ)

基金(介護分を追加)

基金

基金

医療介護
総合確保法

総合確保方針

介護報酬改定

診療報酬改定(予定)

総合確保方針

同時改定
(予定)

病床機能報告

病床機能報告

病床機能報告

病床機能報告

改正医療法

地域医療構想の
ガイドライン(年度末)

地域医療構想(ビジョン)の策定

医療計画
基本方針

医療計画
策定

医療機能の分化・連携と、地域包括ケア
システムの構築を一体的に推進

病床機能分化・
連携の影響を
両計画に反映

介護保険事業
(支援)計画策定

改正介護保険法

介護保険事業
計画基本指針

介護保険事業
(支援)計画策定

・2025年度までの
将来見通しの策定

介護保険事業
計画基本指針

第6期介護保険事業(支援)計画に位置付けた施策の実施

・介護サービスの拡充／・地域支援事業による在宅医療・介護連携、地域ケア会議、認知症
施策、生活支援・介護予防等の推進

医療保険制度改革

医療保険制度改革法案の成立
(平成27年5月27日)

必要な措置を平成29年度までを目途に順次講ずる

- ・医療保険制度の財政基盤の安定化
- ・保険料に係る国民の負担に関する公平の確保
- ・保険給付の対象となる療養の範囲の適正化 等

(現在のサービス提供類型)

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

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

在宅復帰

特定機能病院 等

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

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

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)

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)

医療法・介護保険法上の主な人員配置基準

	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	介護老人福祉施設
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	健康管理及び療養上の 指導を行うために 必要な数
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)	入所者の数が3又は その端数を増すごとに 1以上
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	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)	1以上 (入所者の数が100又 はその端数を増すごと に1を標準)

※1 病院の場合の基準であり、診療所は含まない。

※2 平成30年3月31日までは、6:1でも可。

※3 看護師又は准看護師

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

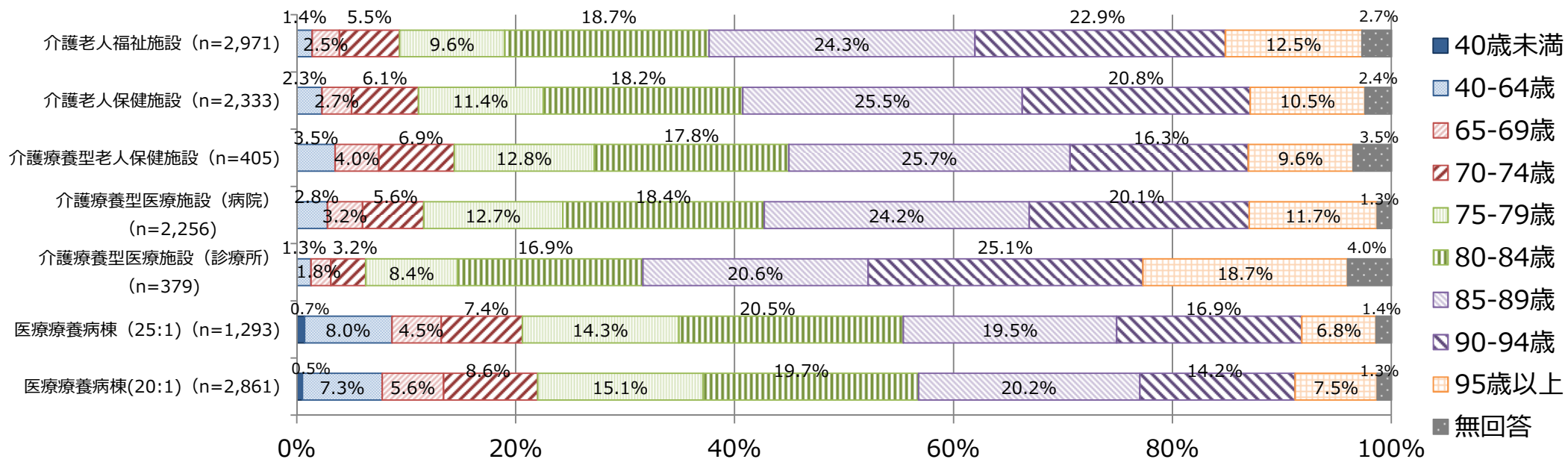
(※1)施設基準届出(平成26年7月1日現在)

(※2)病院報告(平成27年8月分概数)

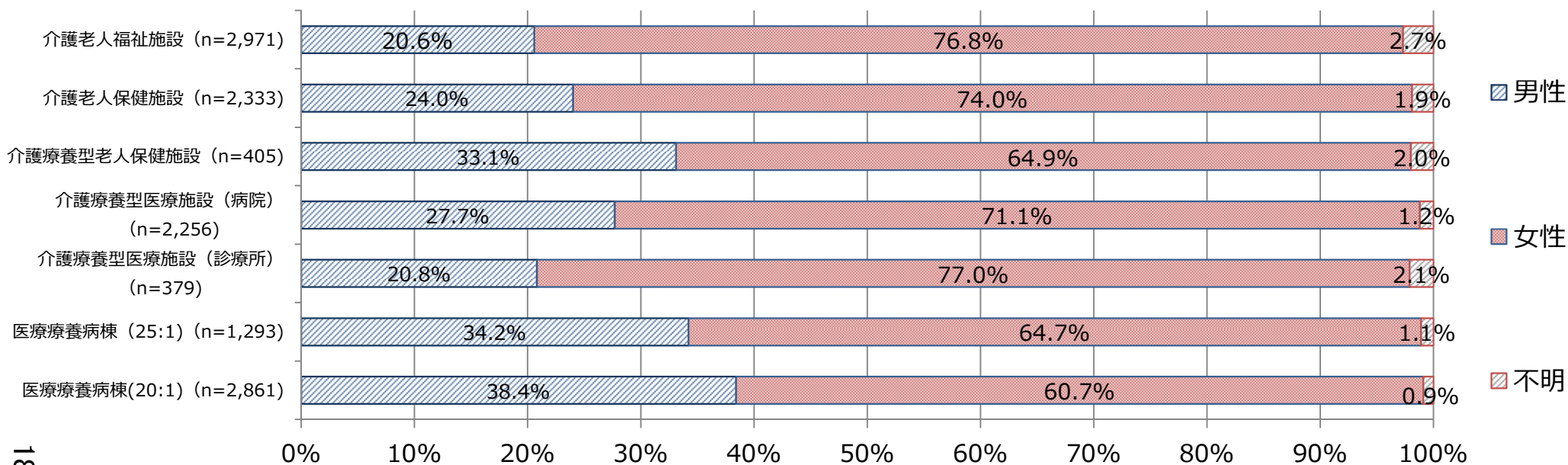
(※3)療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

入院患者／入所者の年齢・性別

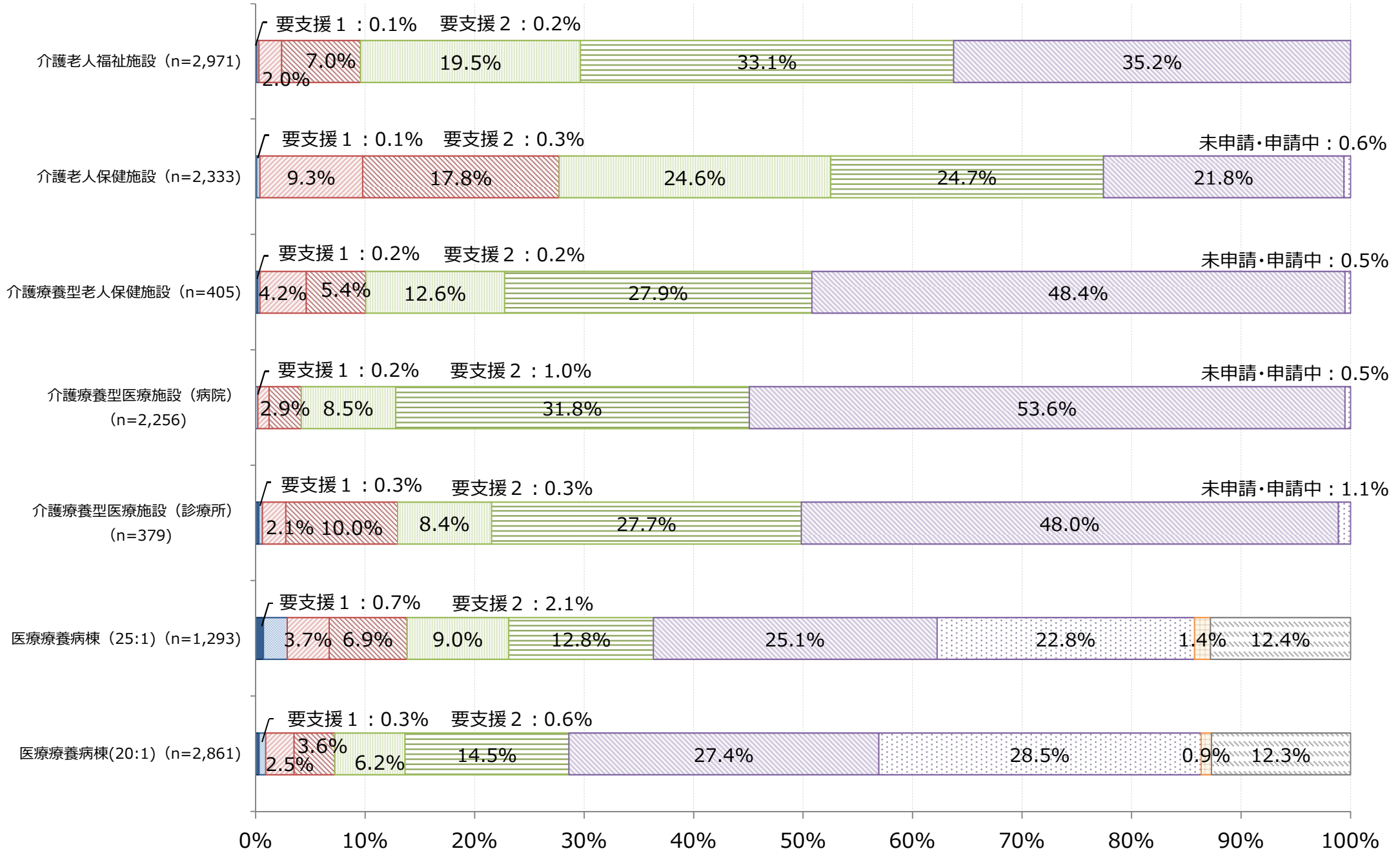
【年齢】



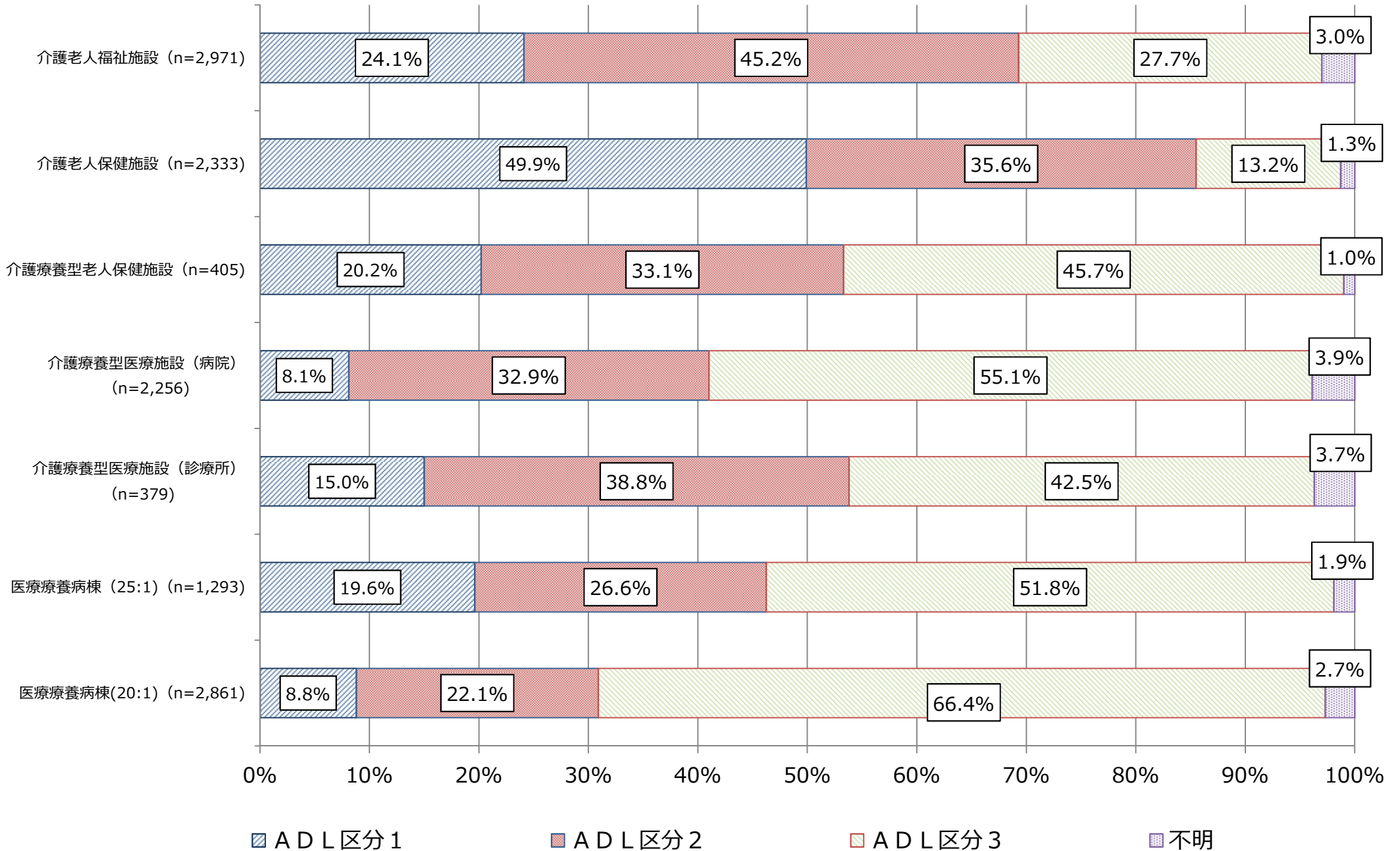
【性別】



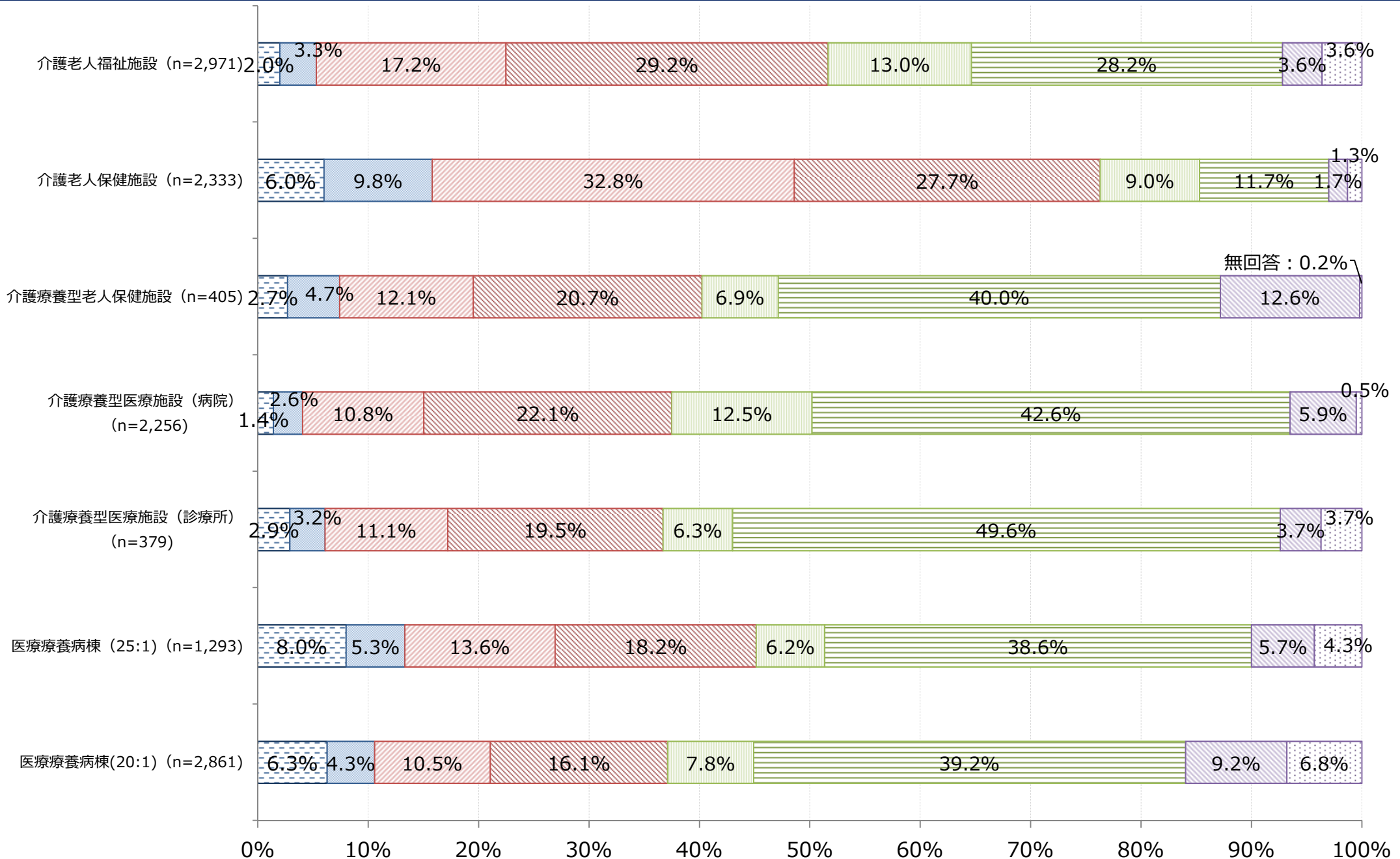
入院患者／入所者の要介護度



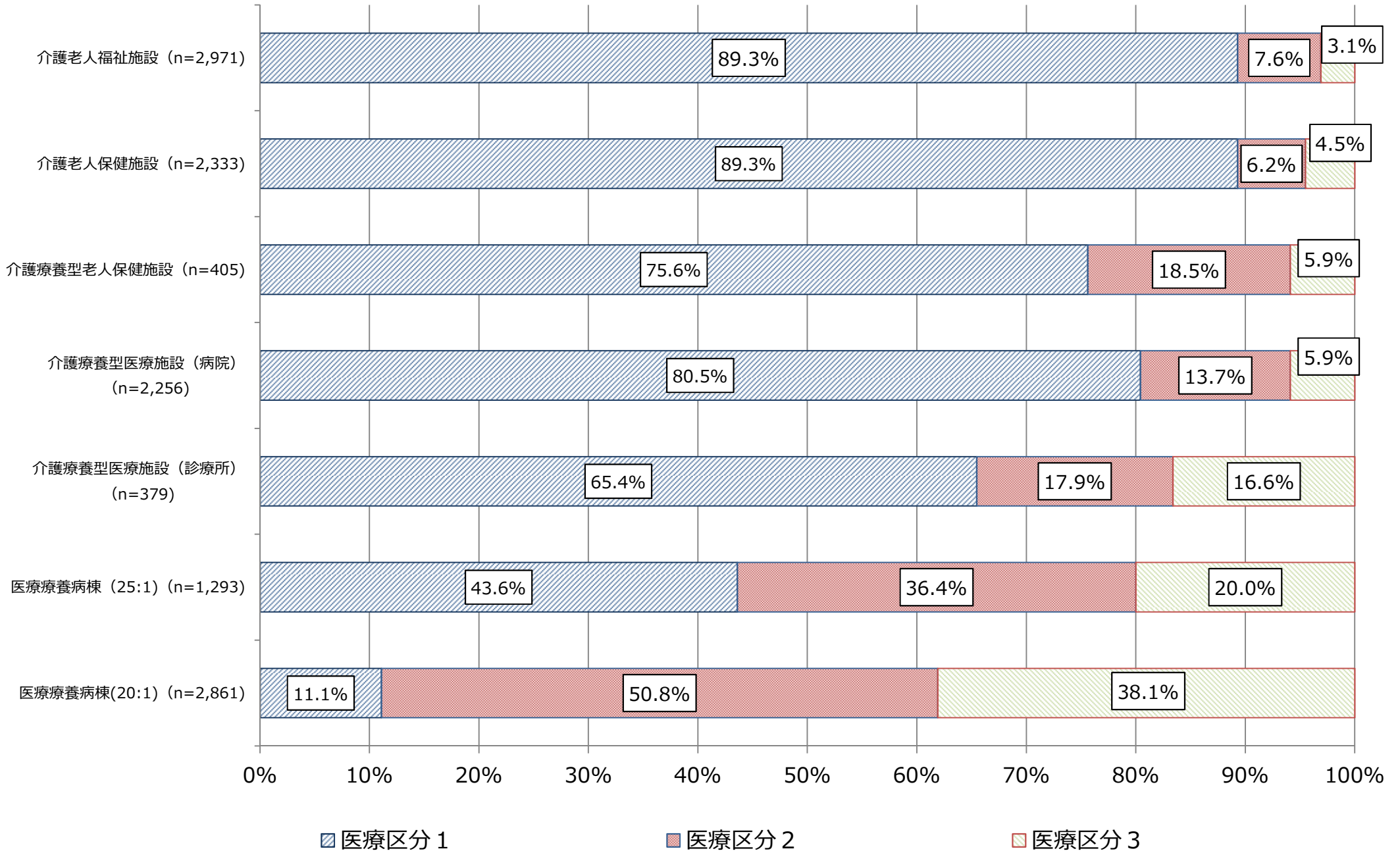
入院患者／入所者のADL区分



認知症高齢者の日常生活自立度

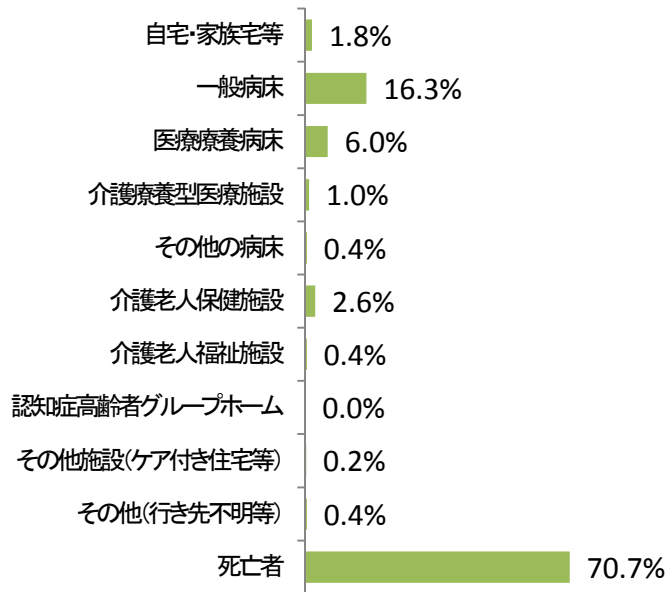


入院患者／入所者の医療区分

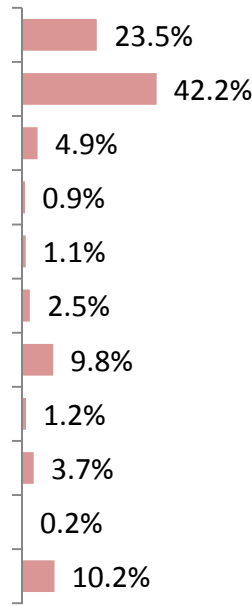


退院／退所後の行き先

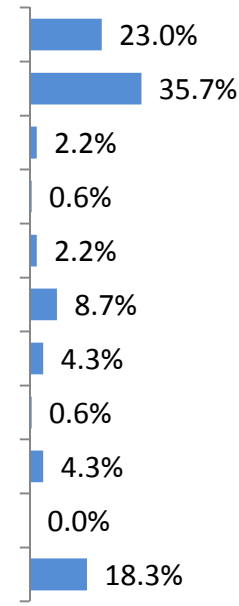
介護老人福祉施設(n=495)



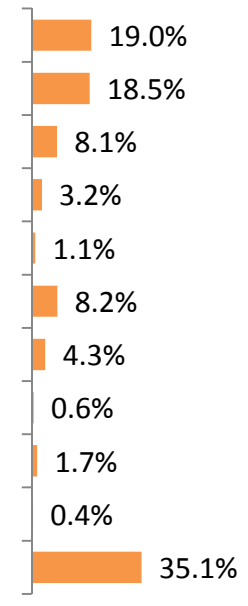
介護老人保健施設(n=1882)



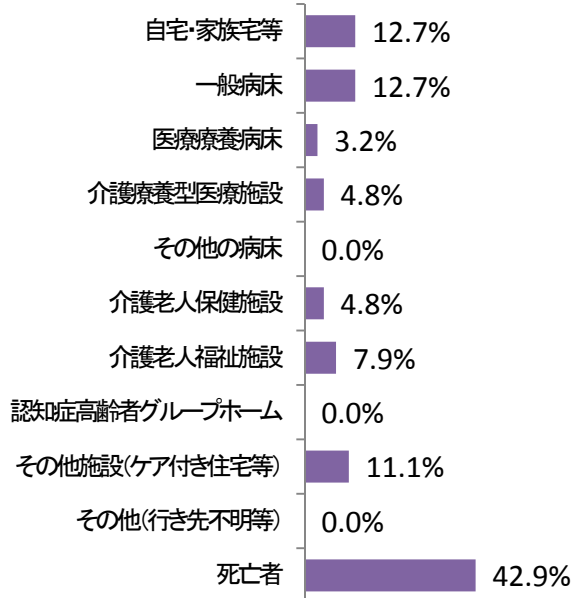
介護療養型老人保健施設(n=322)



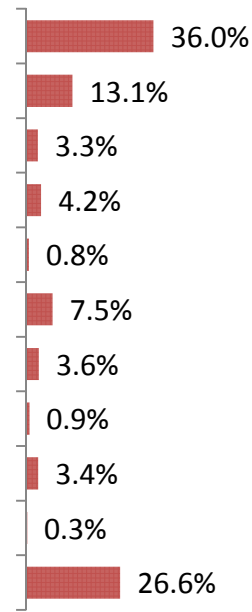
介護療養型医療施設(病院)(n=1,419)



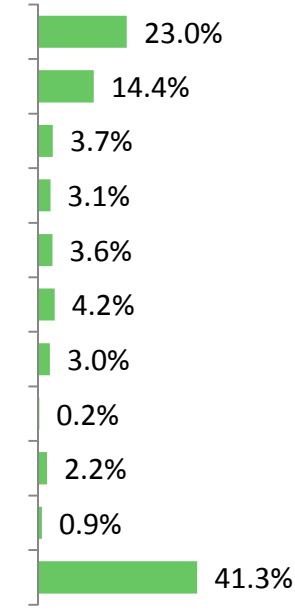
介護療養型医療施設(診療所)(n=63)



医療療養病棟(25対1)(n=2,285)

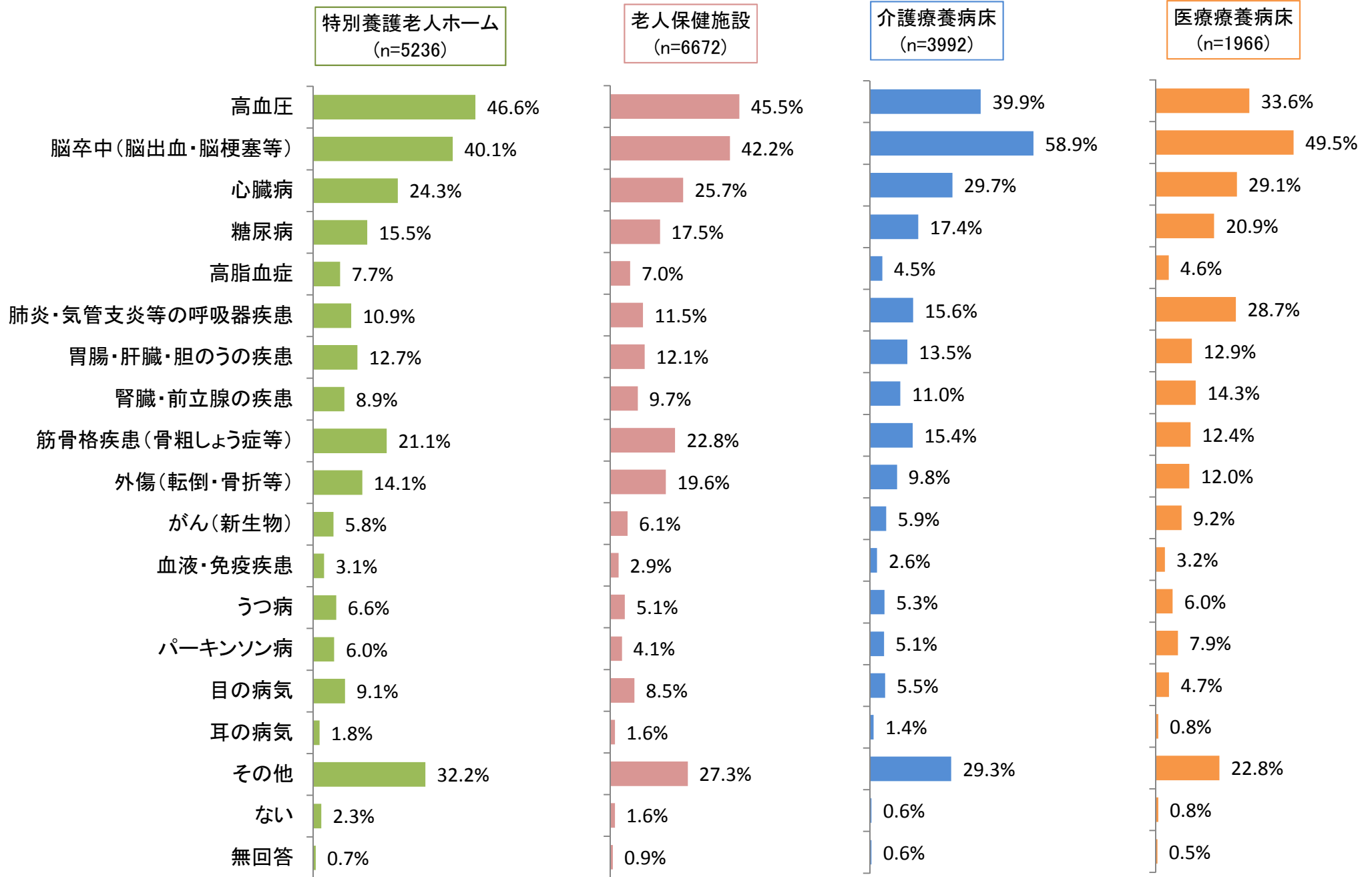


医療療養病棟(20対1)(n=3,411)



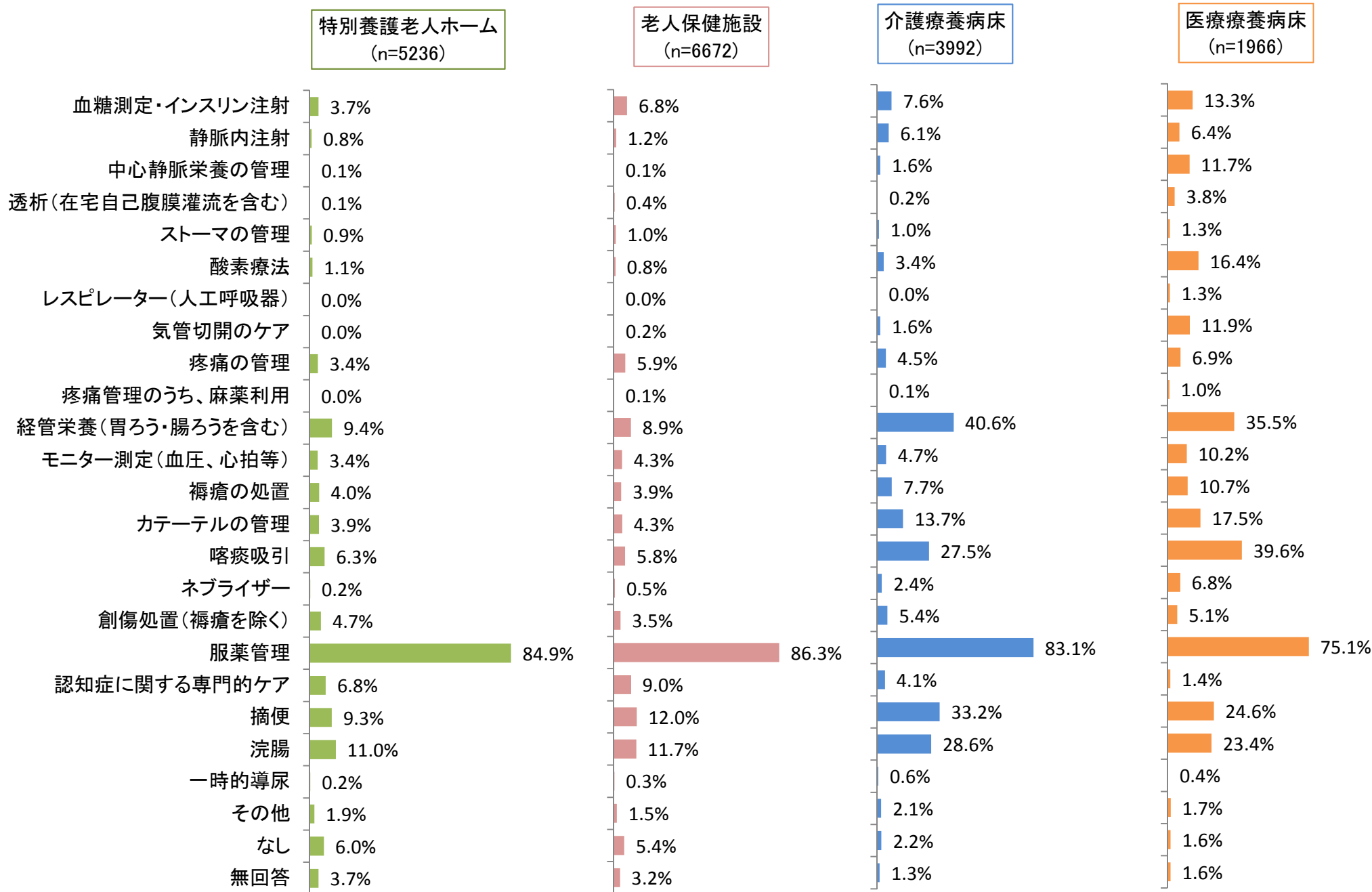
(出典)平成25年度老人保健事業推進費等補助金『医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業報告書(平成26年(2014年)3月)』(公益社団法人全日本病院協会)

有している傷病（複数回答）

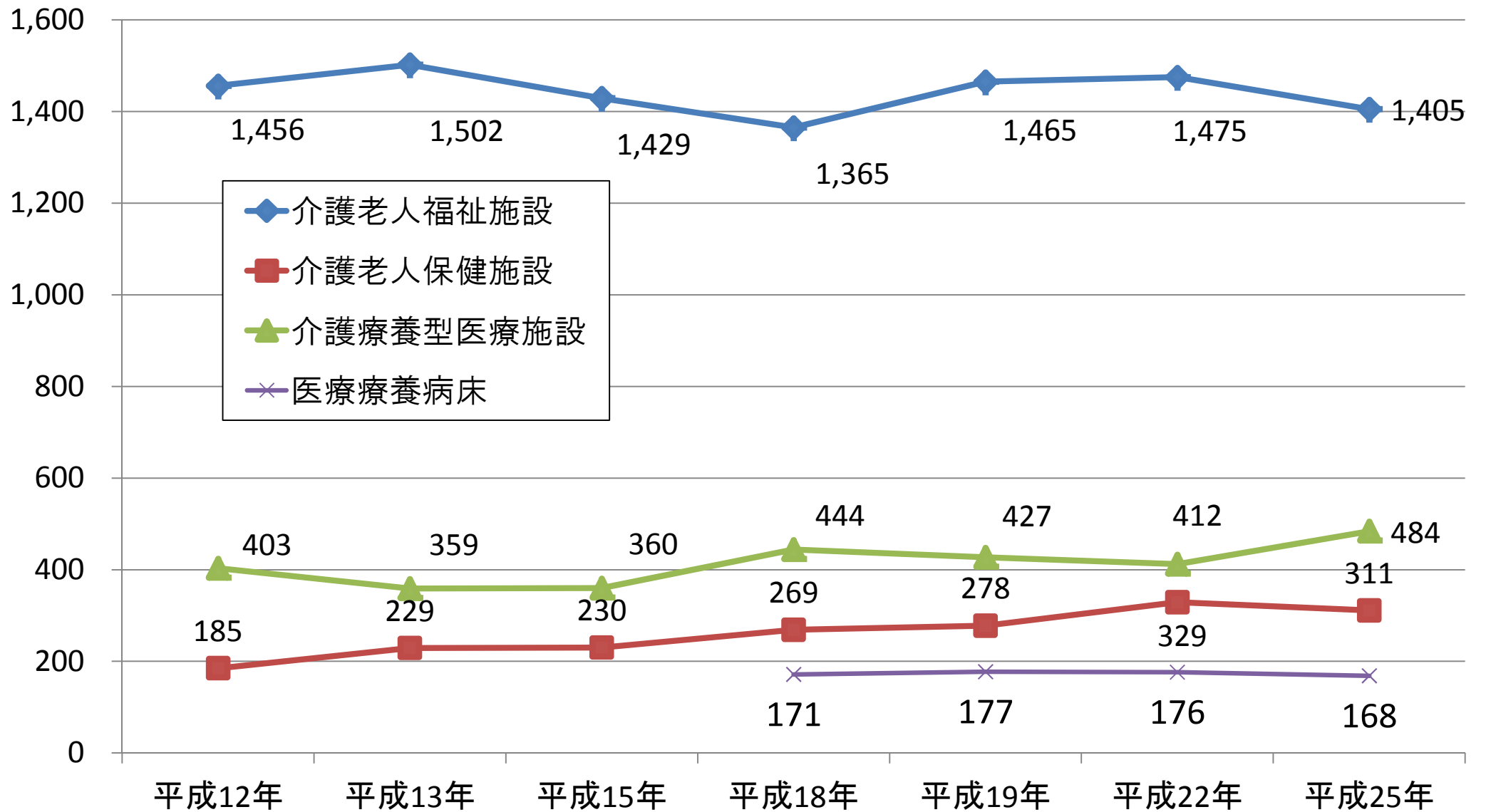


(出典)平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業報告書」

現在受けている治療（複数回答）



平均在所・在院日数



注：平均在所日数の調査が行われた年度を記載。

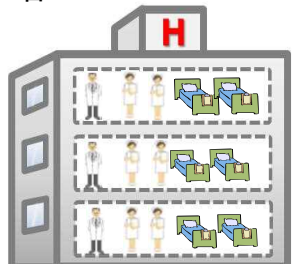
出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」，病院報告（平成25年、平成22年、平成19年、平成18年）

(考えられる選択肢)

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



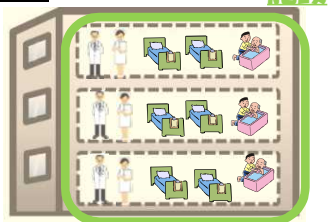
- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

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



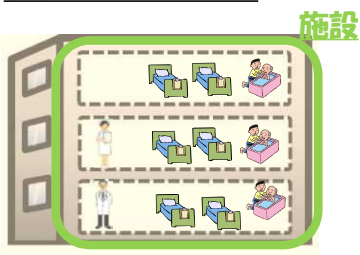
- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶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

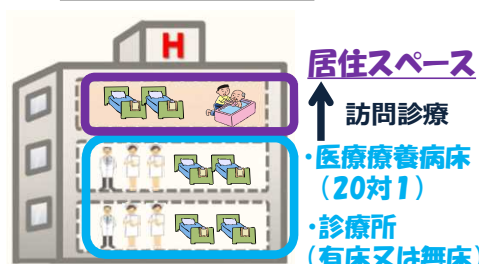


医療を外から提供する、 居住スペースと医療機関の併設

- 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**



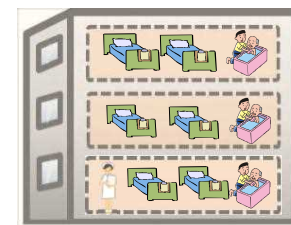
今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

- 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**



+

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

今後の検討に向けた構成員からの発言

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。
- 医師の当直体制は重要であるが、夜間休日における当直体制を厳密に行うのは過疎地域では困難。近隣の医療機関との連携という概念での当直体制や、その周辺も含めて地域内での看取りの体制という概念を持つことが重要。
- マンパワーを確保するため、医療や介護の職員が病院や施設の中だけで働くのではなく、外に出られる仕組みを作る、介護職がもう少し看護やリハの知識を得る、看護職の裁量も拡大するなど考えていかなければいけない。

2. 施設基準について

- 療養病床からの転換を考えた場合、6.4 m²/人の多床室がそのまま転換できないと、転換は進まない。6.4 m²/人の多床室について、経過措置として、少なくとも建て替えまでは認めることが必要。
- 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。
- あるべき姿として住まいは個室だと思うが、建て替えまでは現行の多床室を認めることが妥当。

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。
- 地域医療構想の議論の中で、病院機能の見直しについて検討されているところであり、療養病床だけが新たな類型に転換できるということだけでなくいいのではないか。
- 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。
- 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。

- 既存施設の転換は経過的なものであり、転換期は難しいとしても、将来的には新たな類型において医療・看護・介護サービスがチームで適切に提供されることが必要。
- 介護療養型老人保健施設が新たな類型に転換できるのかどうかについて、今後、検討することが必要。

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。
- 居住費については自費が原則だが、低所得者に対しては、補足給付のような形で出すのではなくて、公費で拠出すべき。医療と介護は、それぞれ医療保険と介護保険で出すということを考える必要がある。
- 医療外付け型の場合、介護は介護報酬から入れて、医療は訪問看護・訪問診療という形、あるいは、薄い包括的な医療プラス看取りのときは出来高などの医療保険を入れることが必要。一方、医療内包型の場合、現状の介護療養型医療施設の財源構成も踏まえ、介護保険で行うべき。
- 財政が厳しいことも理解しなければいけない。かつ、自己負担が余り多く増えてもいけない。費用の総計が、少なくとも従来の医療療養病床や介護療養病床を超えない範囲で新しいジャンルを考えなければいけない。
- 医療提供施設である老健施設では、例えば難病の患者の高額な医療費について包括報酬により対応している。新類型を医療提供施設として新たに位置づけるのであれば、そういう難しい病気で悩んでいる患者の医療費は医療保険で対応できるよう、全体を見渡して検討する必要がある。

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。
- 低所得者への配慮というのは当然なされるべきだが、利用者の方で金融所得などの資産を持っている経済力がある方には自己負担を含めてきちんと御負担いただけるようなものにすべき。
- 低所得者への住宅手当等の議論も含めて社会保障の中でどのように対応していくのか検討していくことが必要。

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。
- 介護ニーズのきめ細かい分析、慢性期の医療・介護ニーズへの対応における利用者の姿を明確にしていくべき。将来的にどういう方向に行くべきなのか、現状追認的ではなく、検討に足るデータの収集ないし分析を引き続き行うことが必要。
- 介護分野において、利用者の状態の正しい評価と、そのケアの仕組みについて、統計学的な観点も踏まえ、エビデンスを出しながら検討していくことが必要。
- 今の医療区分とADL区分では、どういう病気を持った人にどういう医療行為をやっているかということが見えづらいため、そこが明確になるような仕組み作りが重要。
- 医療区分の要件の客観化については、しっかりとした議論が必要。また、看護介入度の高い患者や高額薬剤を使用する患者、レスパイト入院の患者等、対応困難な事例に留意すべき。
- 新たなサービスモデルにおいては、計画的にリハビリや栄養指導等を行う機能も必要。また、「住まい」の機能に関して、あるべき施設環境を示していくことも必要。
- 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。
- 介護療養病床にいる特養待機者や、円滑な転換を実現するためにも、過去に法案も提出されたが、医療法人にも特養設置ができるという規制緩和の方向性を再度検討すべき。
- 特別養護老人ホームの設置法人の件に関しては確かに議論になるが、今回検討すべき論点からは外れている。
- 介護保険三施設については、制度が出来た当時と現在では状況が変わってきているので、その役割の在り方についても検討していくことが重要。
- 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。

- 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、介護療養病床には想像した以上の医療ニーズがあったことがあげられる。
- 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、「病院」から「施設」への転換を中心に進めたことがあげられる。
- 介護保険事業計画や今後の地域医療構想に基づく医療計画により制限が生じることがあっても、療養病床からの転換は優先し、また、報酬の面でも転換に支障をきたさないようにすべき。
- 平成30年度の同時改定に向けて、この検討会のメッセージをできる限り速やかに具体化できるよう精力的な議論を求めたい。
- 療養病床との関連で住まい政策を語る際、貧困者対策とアシステッドリビングの2つを混同しないようにすべき。