

## 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 議事次第

平成28年10月5日（水）  
15時30分～18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 1 療養病床に関する基礎資料
- 資 料 2 療養病床の在り方等に関する主な論点
- 資 料 3 これまでの主な御意見
- 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5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)

# 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

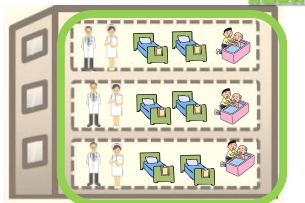
〔患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンを提示。〕

## 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。



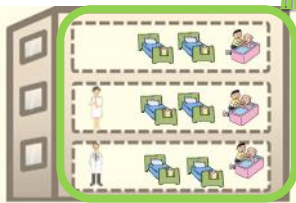
- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応) 又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶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

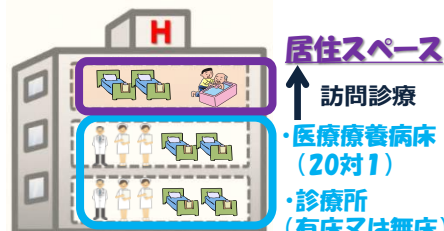
▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



### 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。

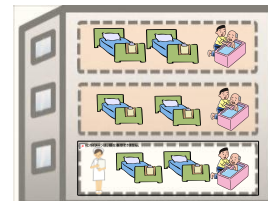


- 今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。
- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

(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。

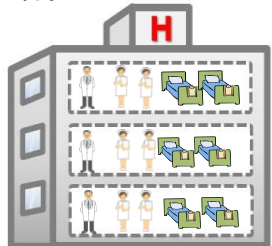


診療所等

- 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		<u>医療法(病院・診療所)</u>		<u>医療法(病院・診療所)</u> 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)	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

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)

## **2. 療養病床に関する基礎データ**

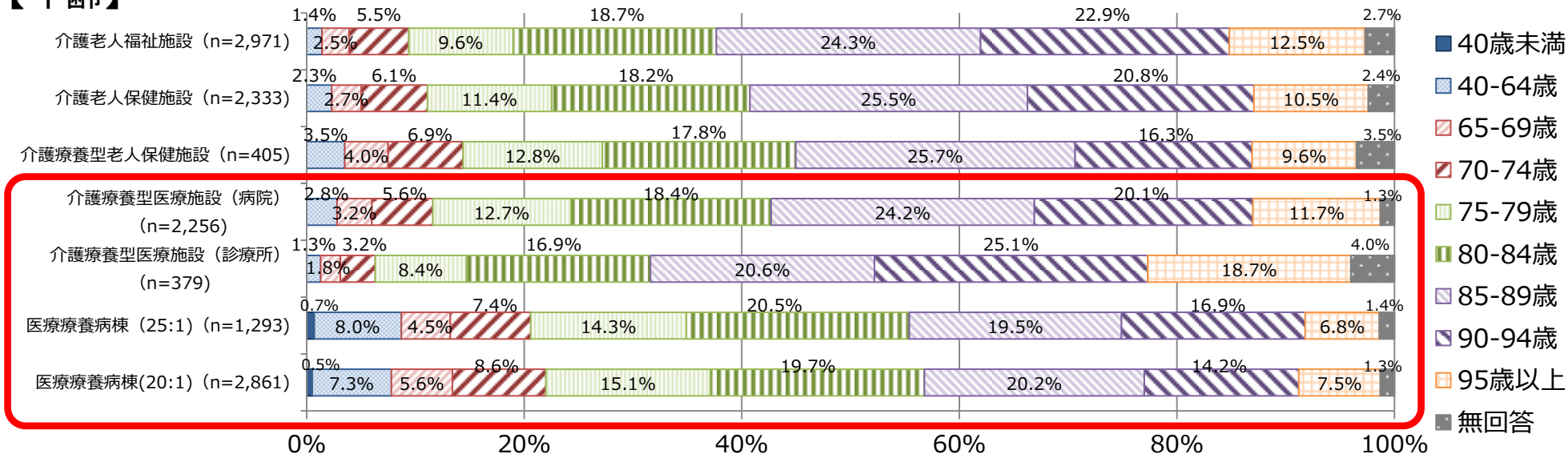
### **(2) 療養病床の利用者像など**

---

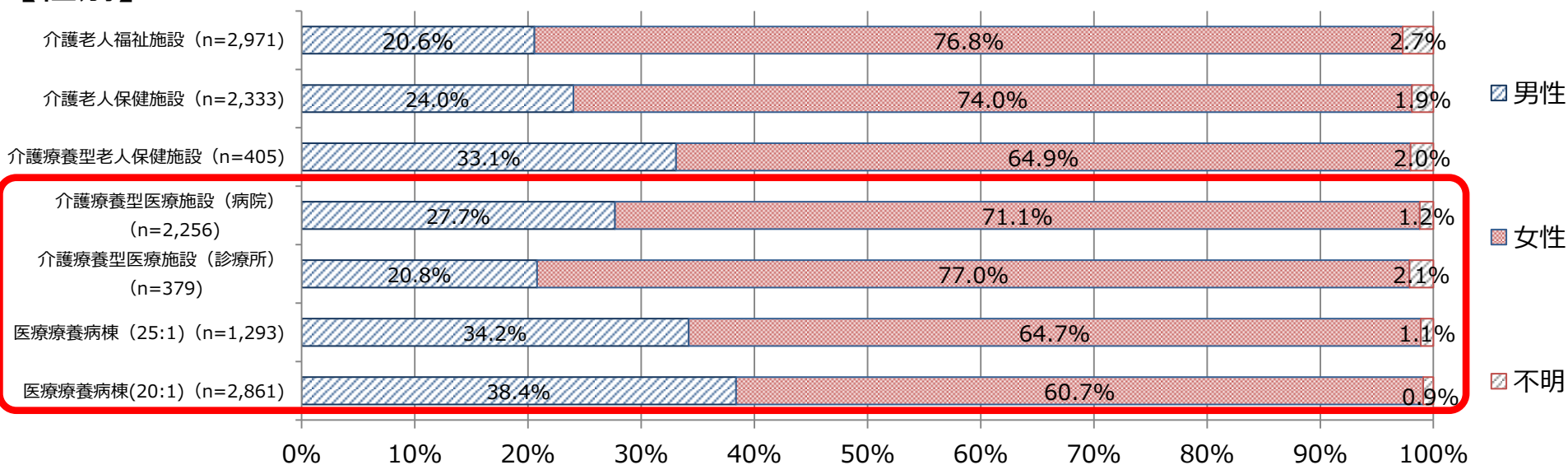
# 入院患者／入所者の年齢・性別

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】

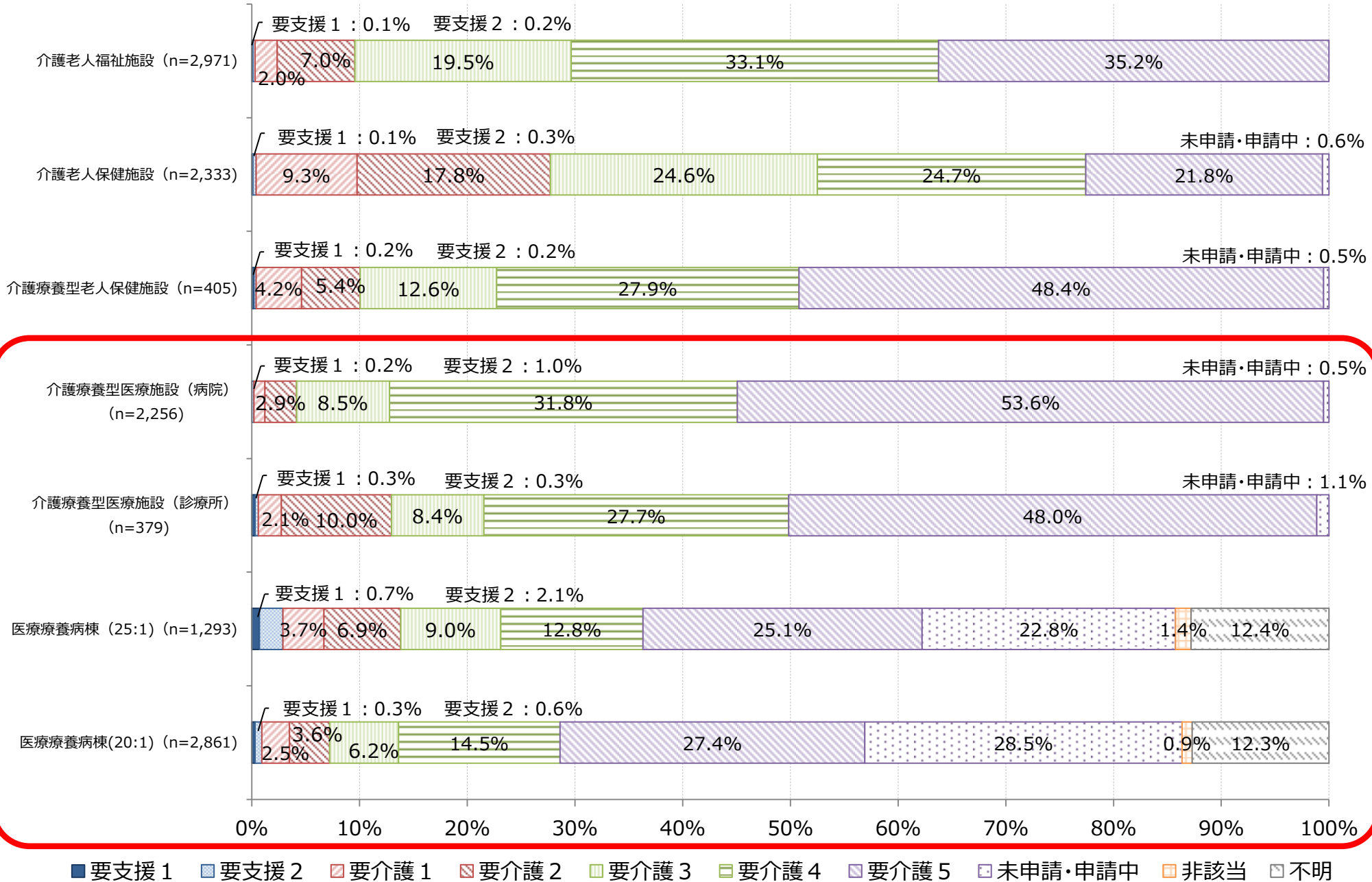


## 【性別】



# 入院患者／入所者の要介護度

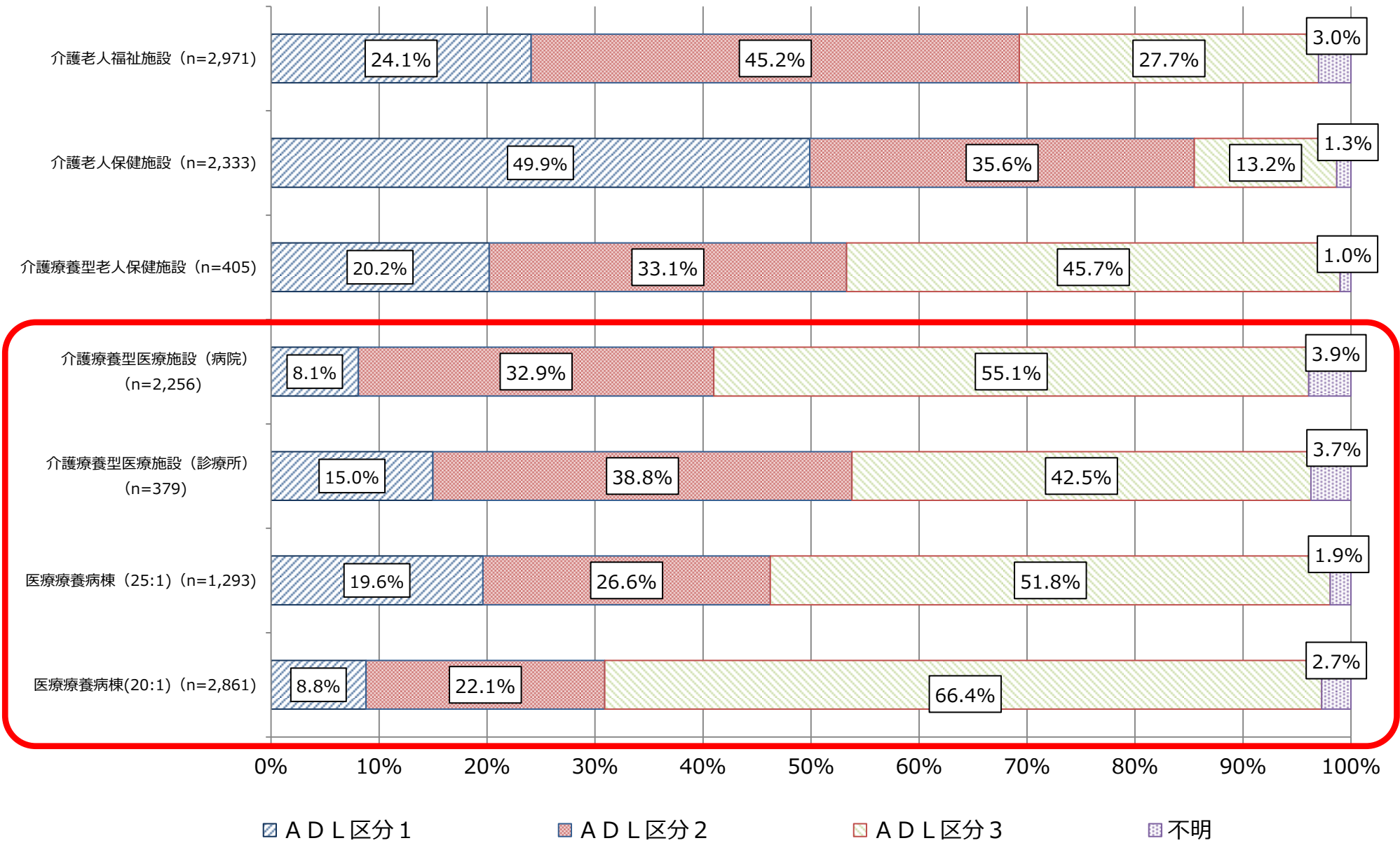
第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)





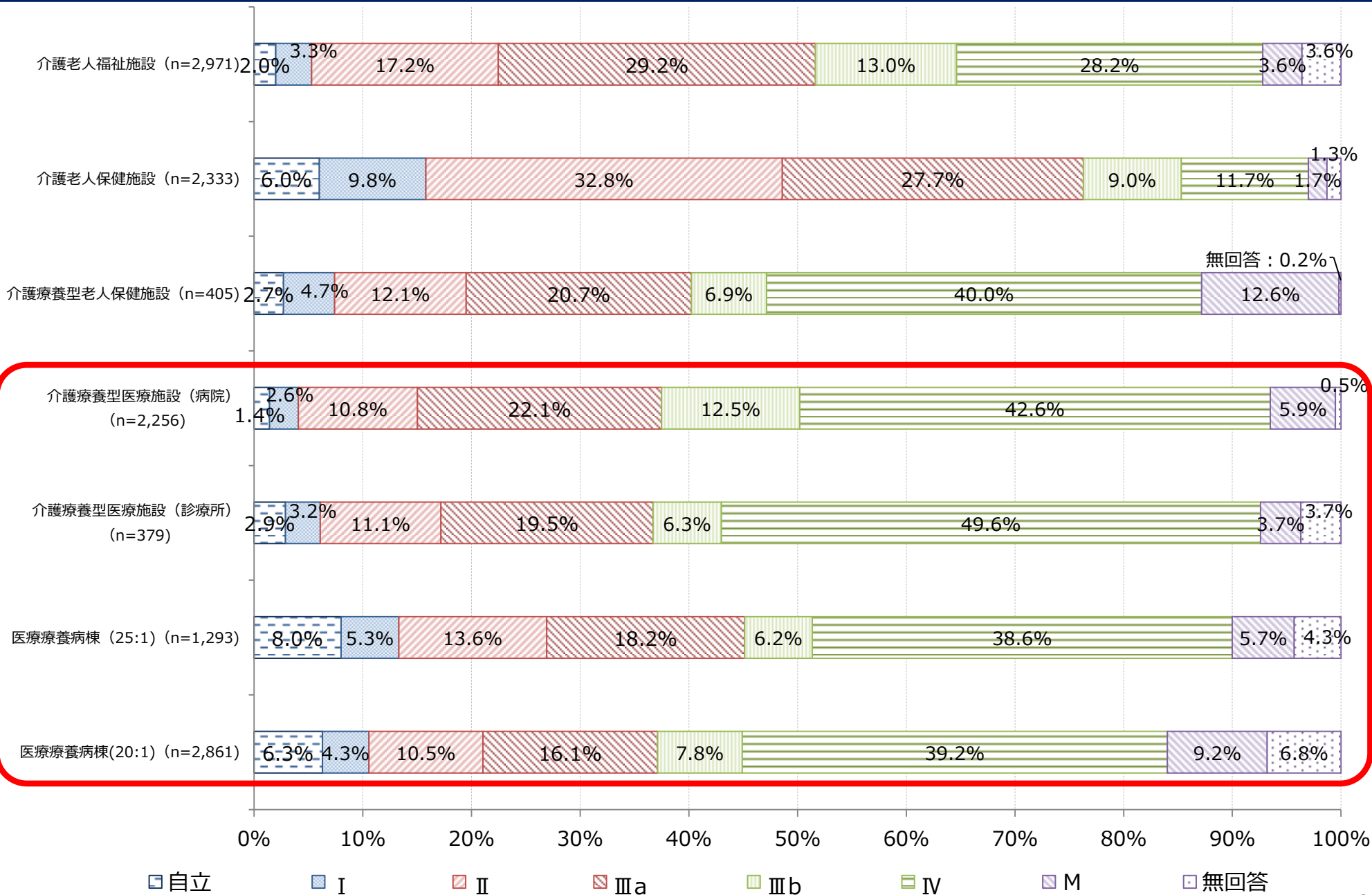
# 入院患者／入所者のADL区分

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)



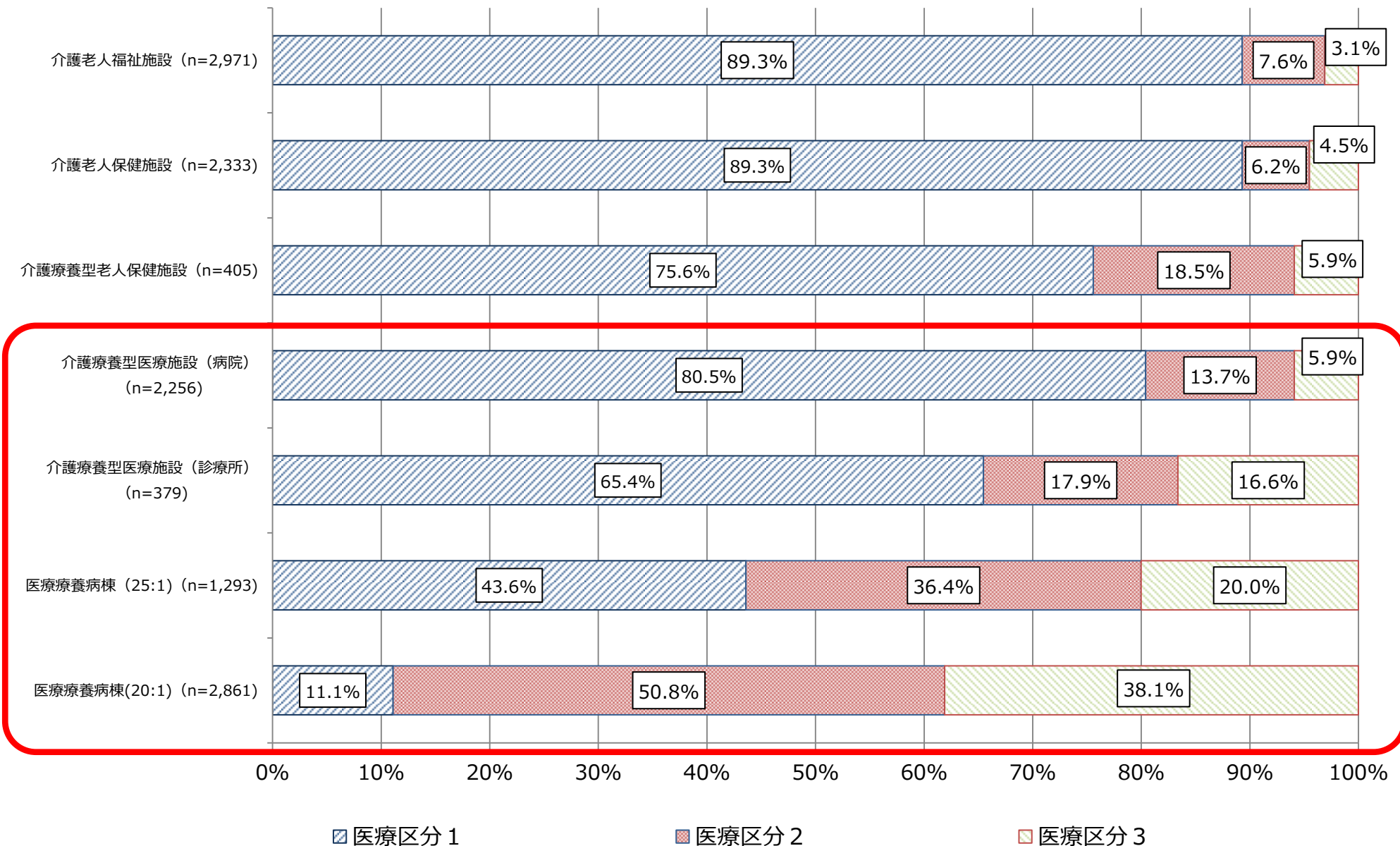
# 認知症高齢者の日常生活自立度

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)

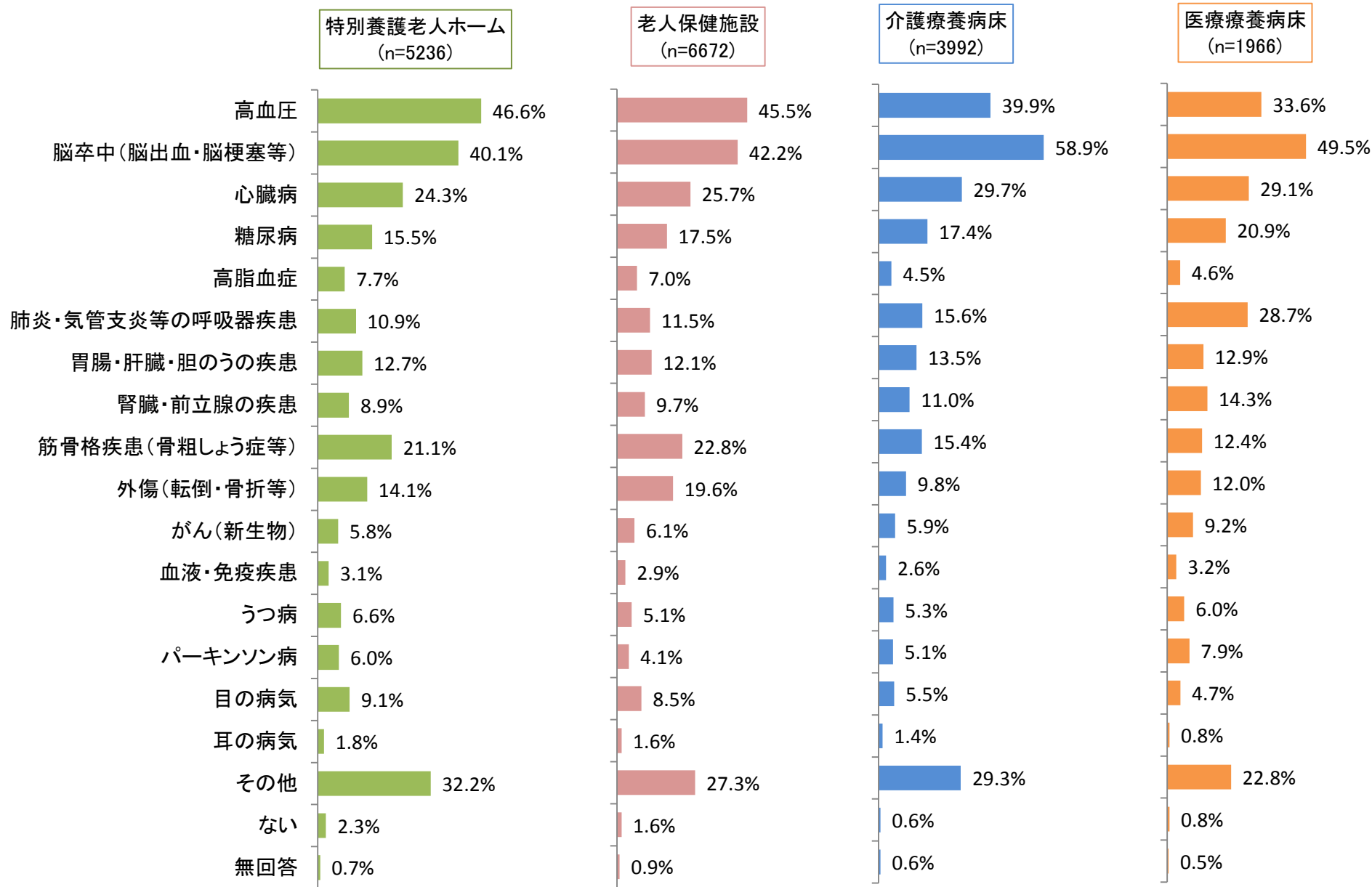


# 入院患者／入所者の医療区分

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）

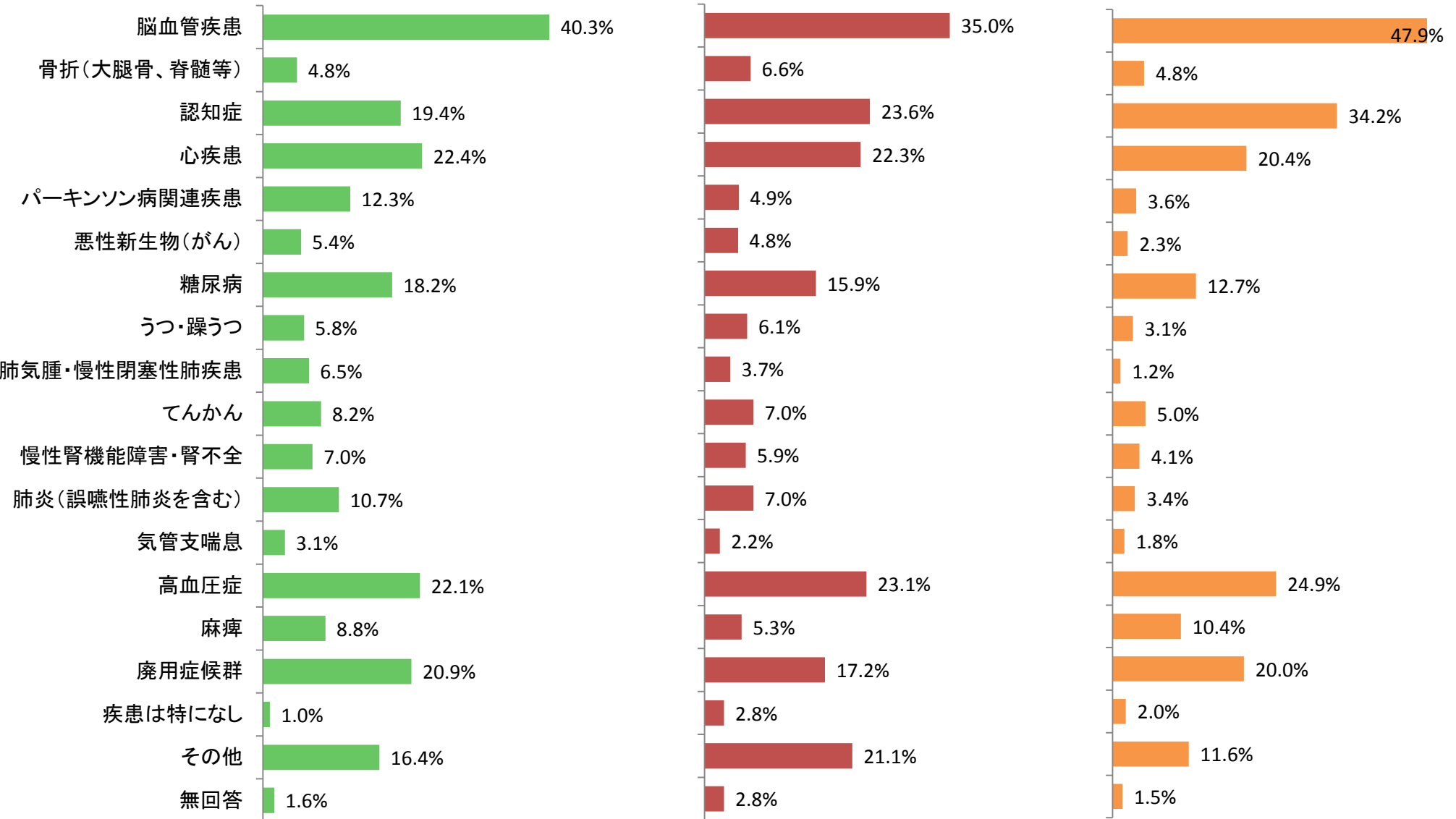


# 入院患者の傷病の状況

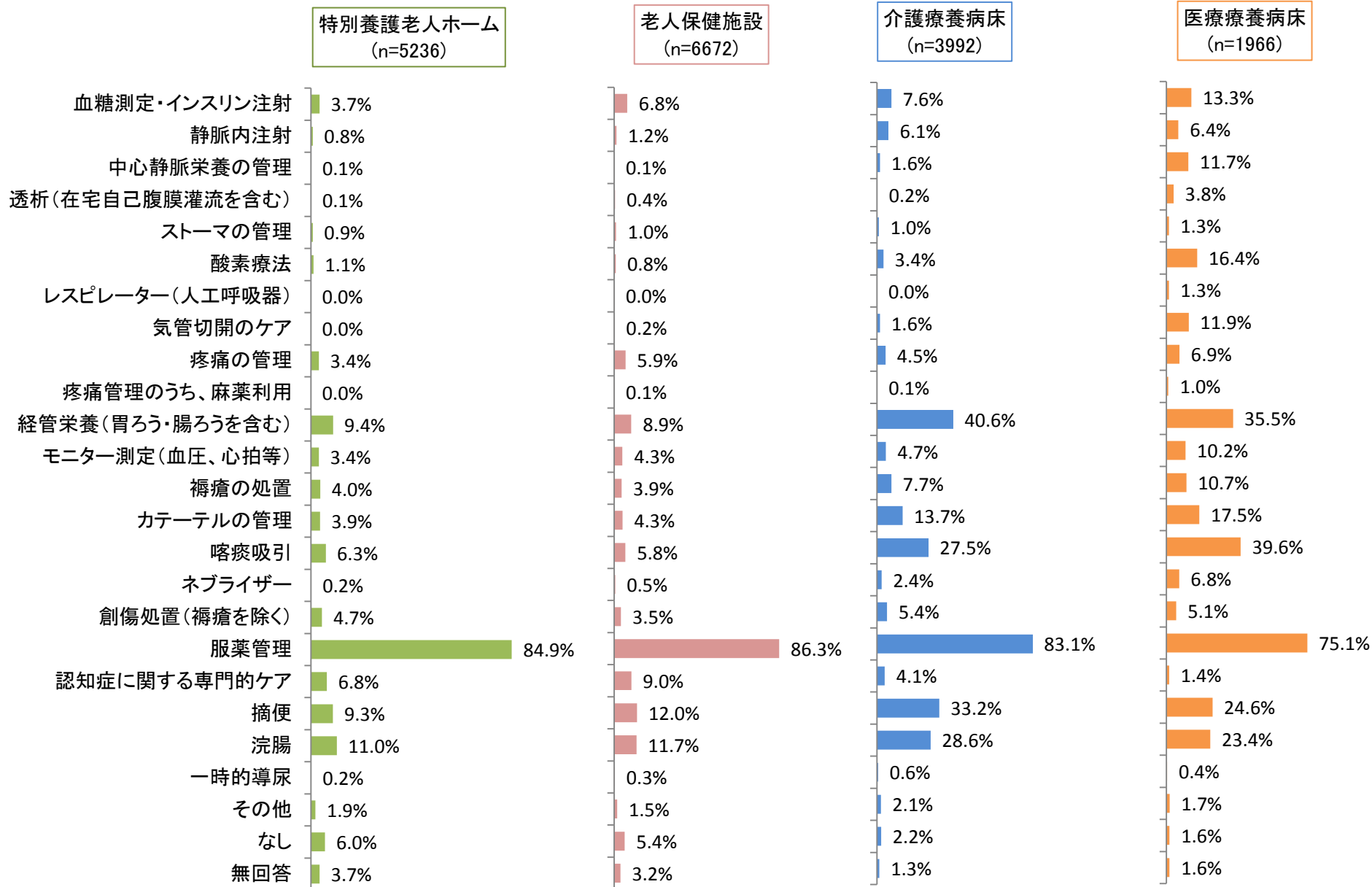
医療療養病棟(20対1)  
(n=2,861)

医療療養病棟(25対1)  
(n=1,293)

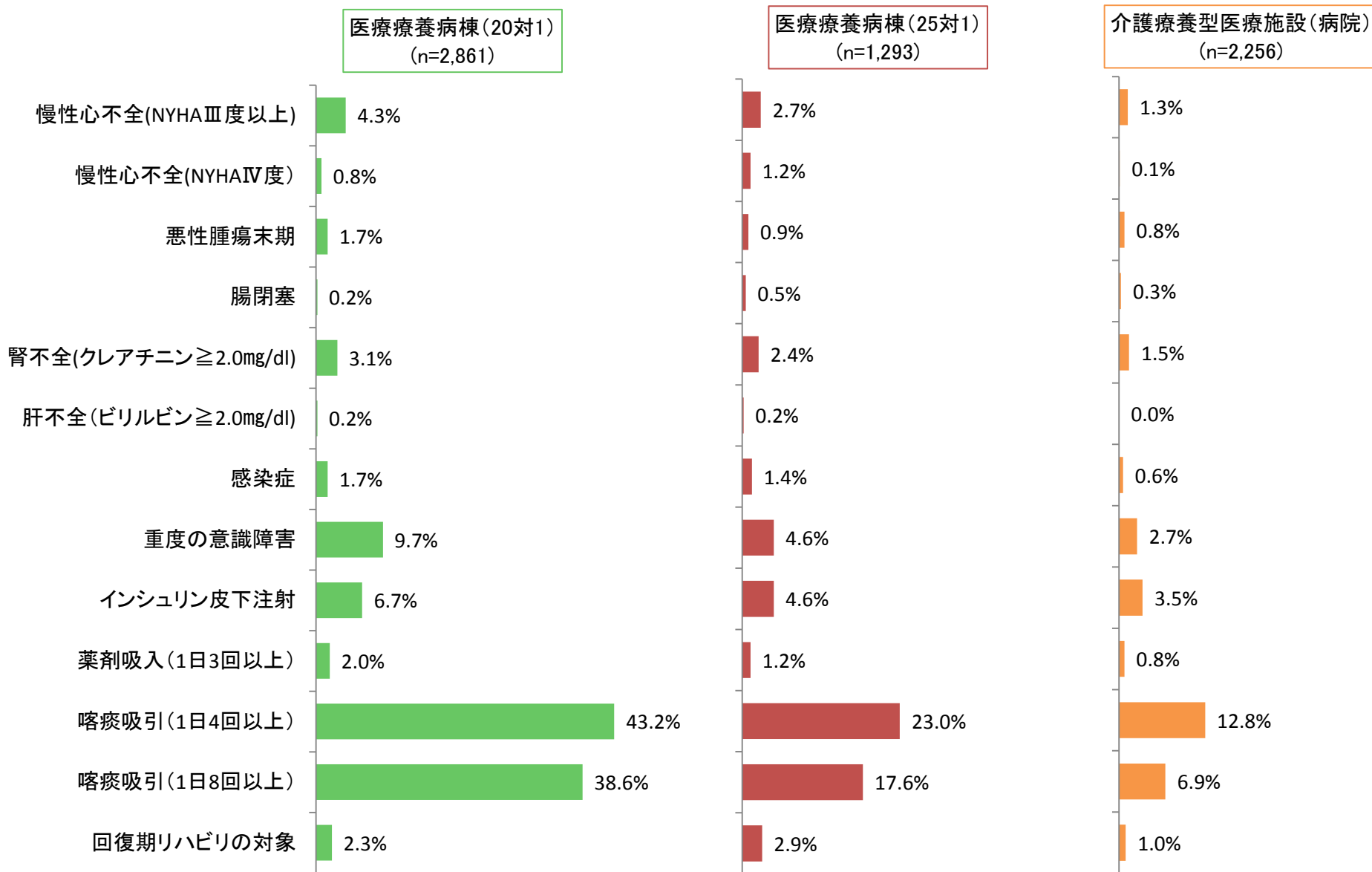
介護療養型医療施設(病院)  
(n=2,256)



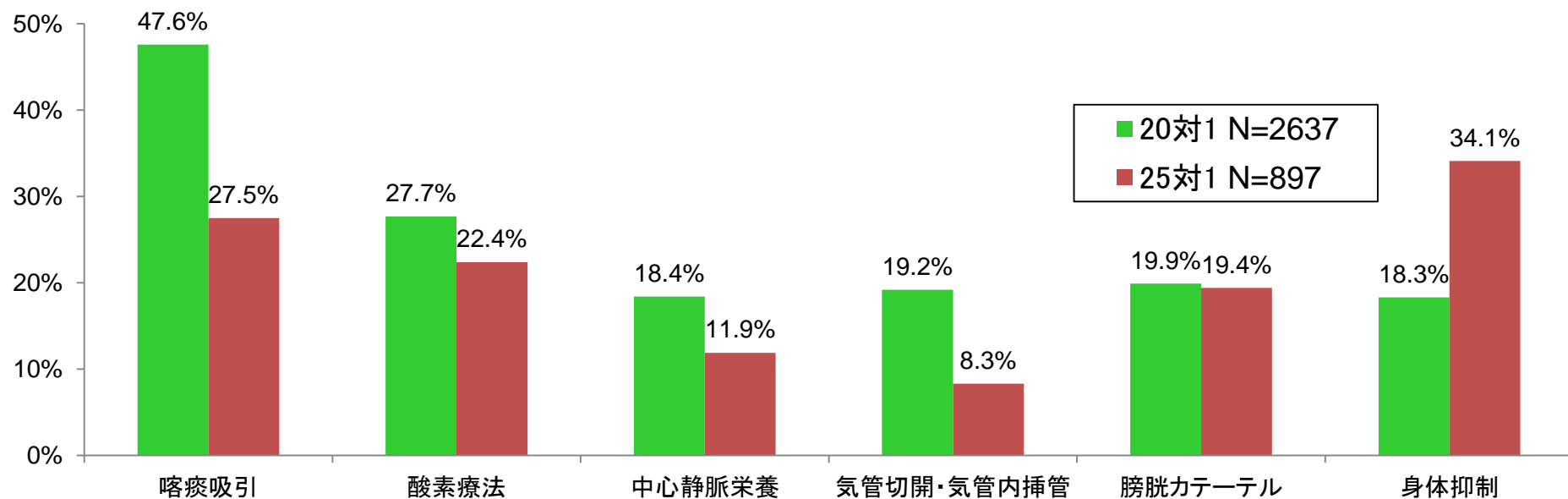
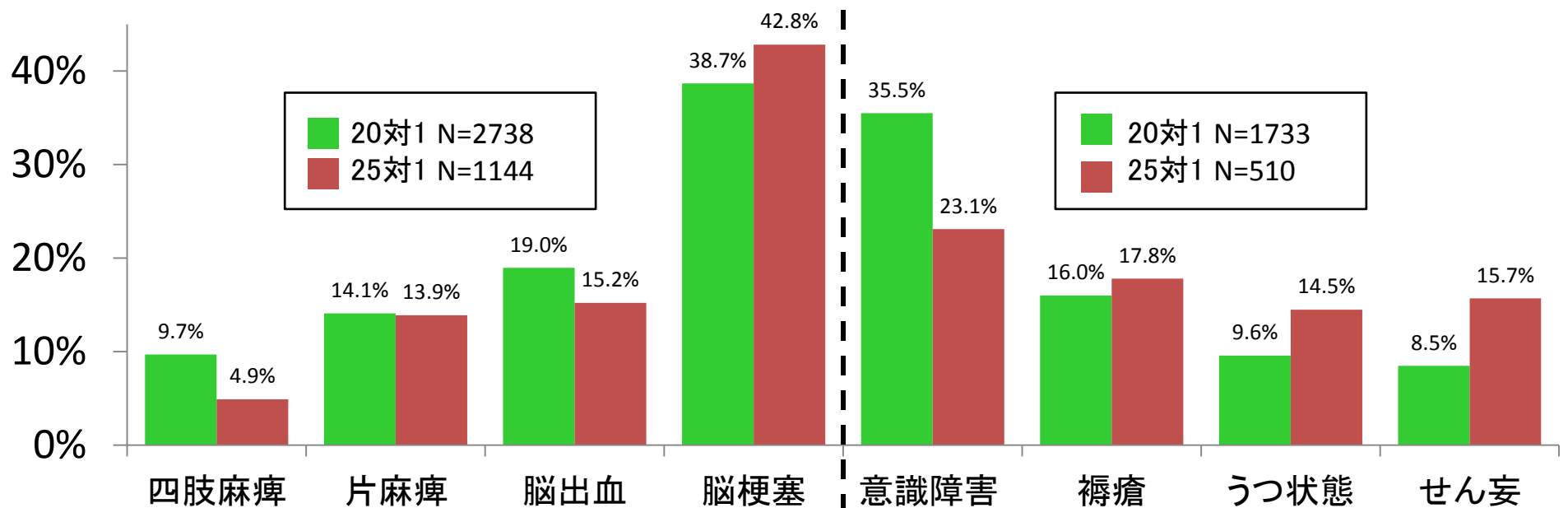
# 現在受けている治療（複数回答）



# 入院患者の治療の状況



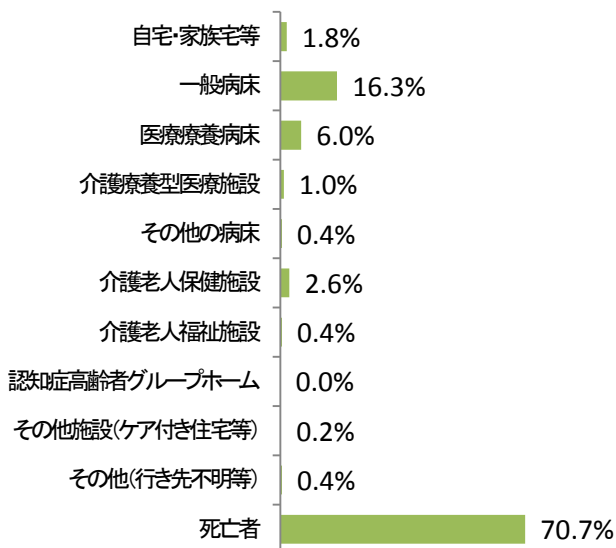
# 医療療養病棟の入院患者の病態と医療行為・処置



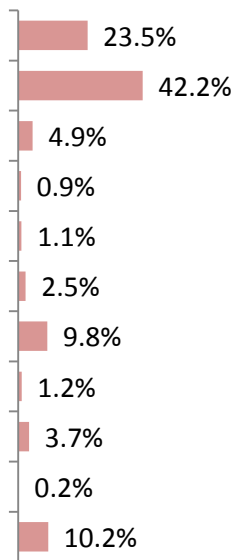


# 退院／退所後の行き先

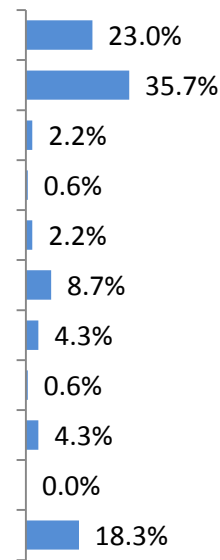
介護老人福祉施設(n=495)



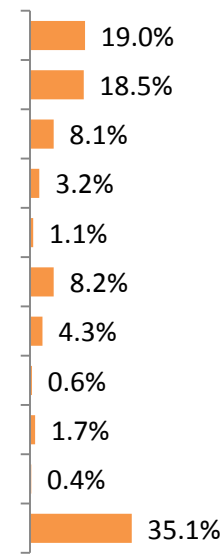
介護老人保健施設(n=1,882)



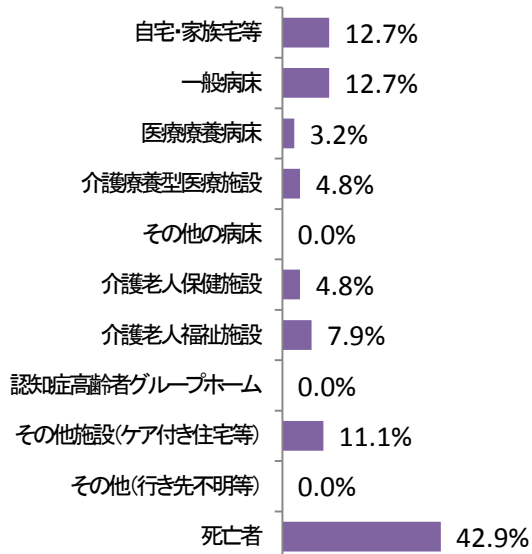
介護療養型老人保健施設(n=322)



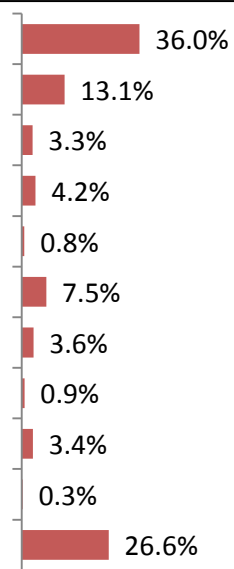
介護療養型医療施設(病院)(n=1,419)



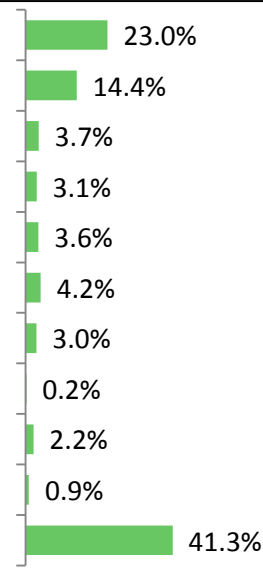
介護療養型医療施設(診療所)(n=63)



医療療養病棟(25対1)(n=2,285)



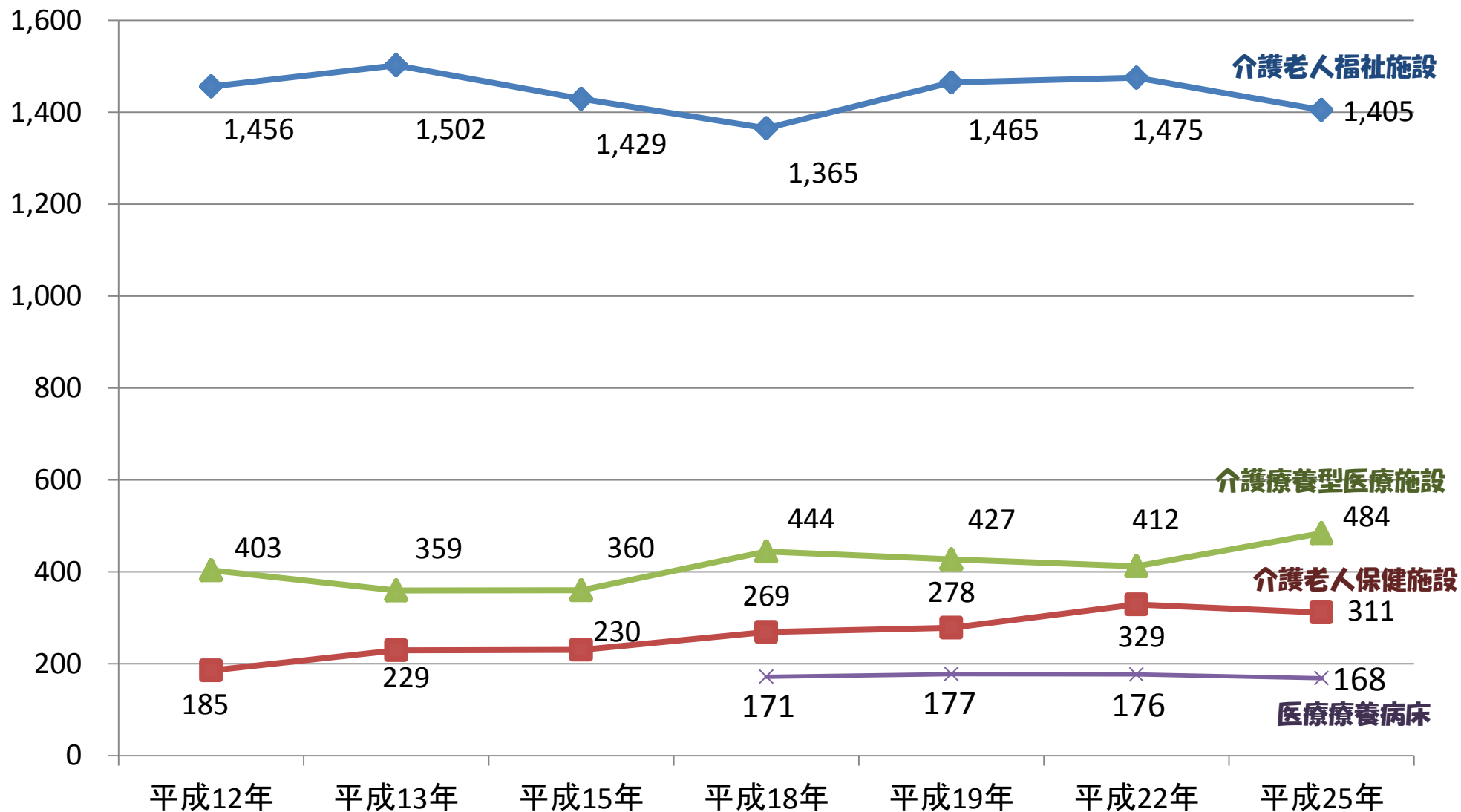
医療療養病棟(20対1)(n=3,411)



(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

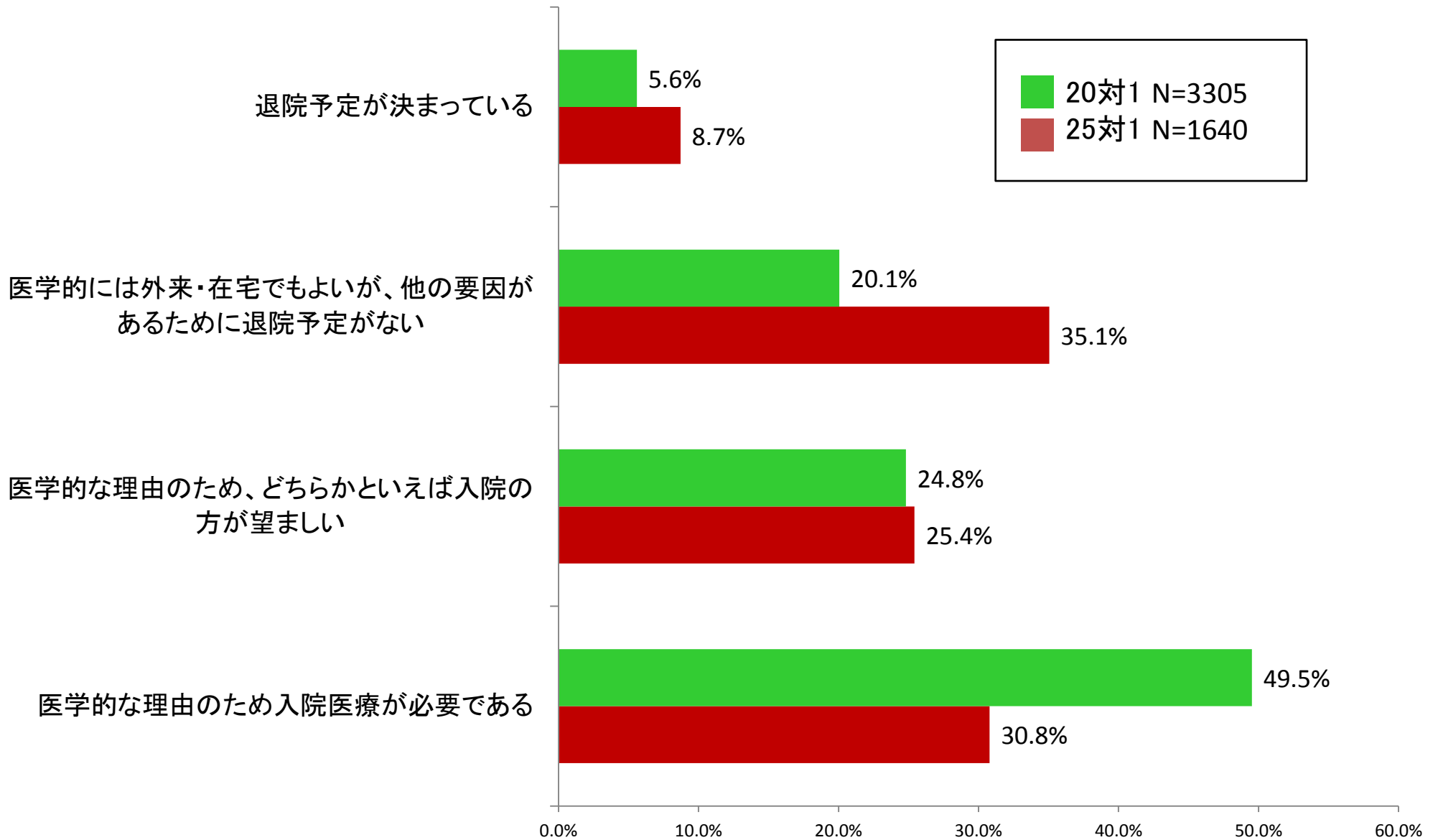
第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)



注：平均在所日数の調査が行われた年度を記載。

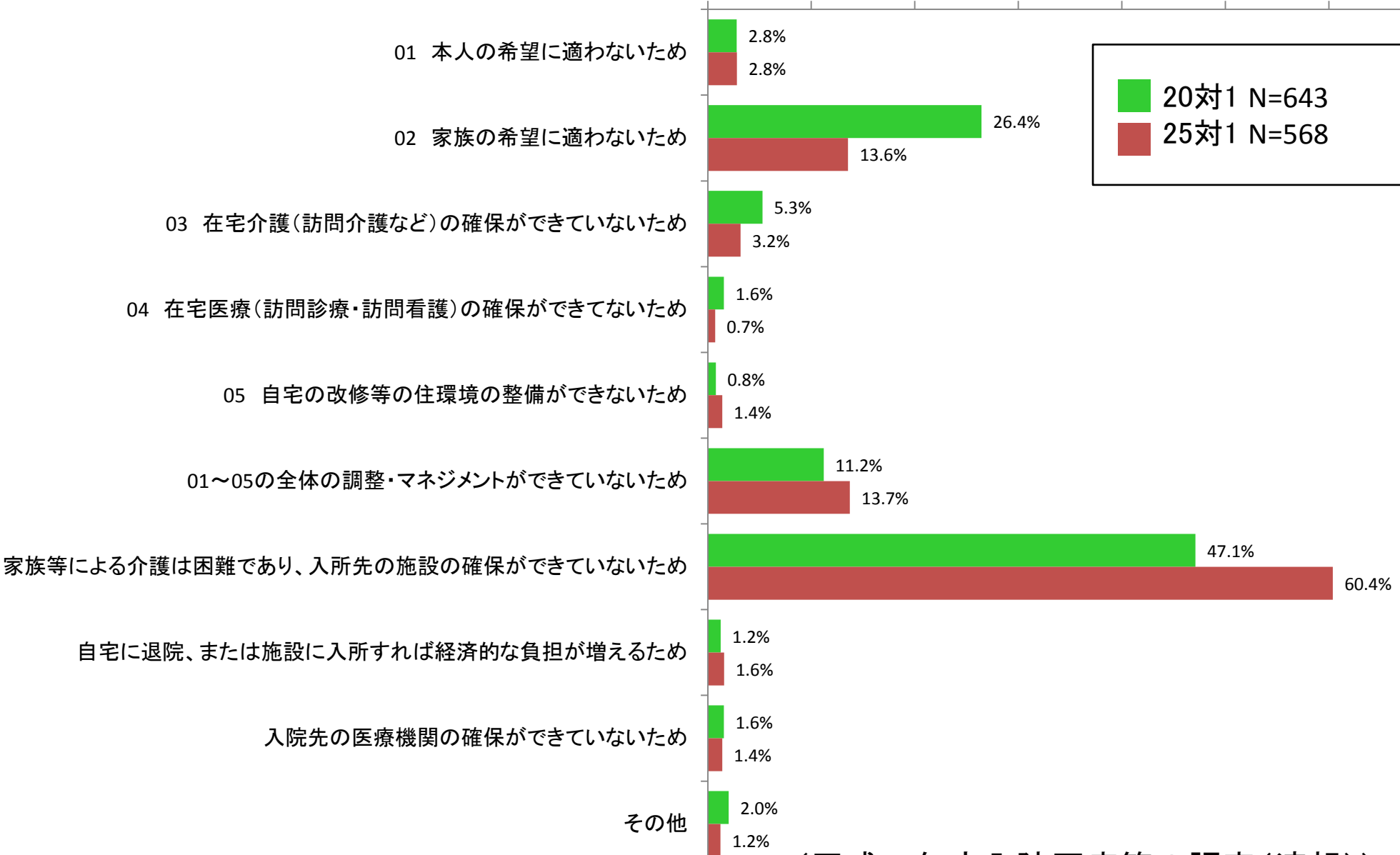
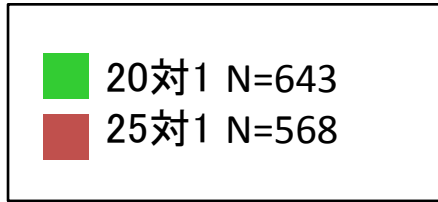
出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」，病院報告(平成25年、平成22年、平成19年、平成18年)

# 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**

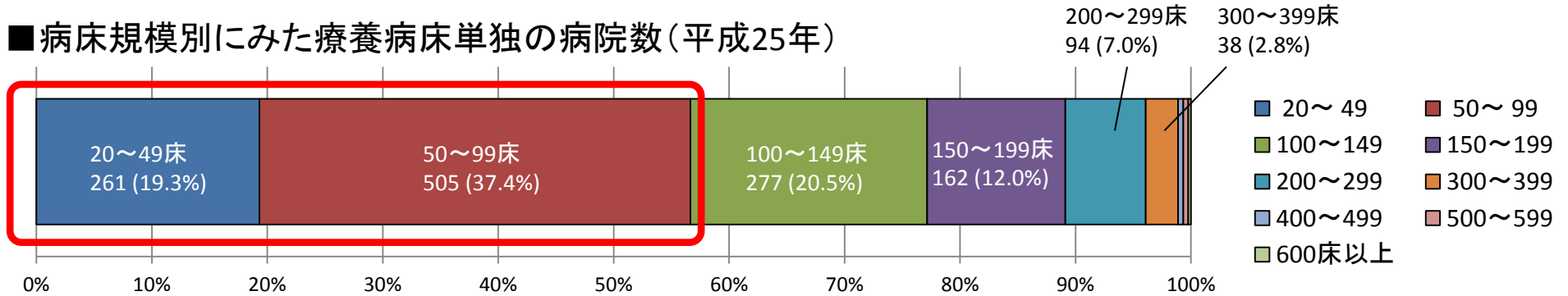
---

# 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%)

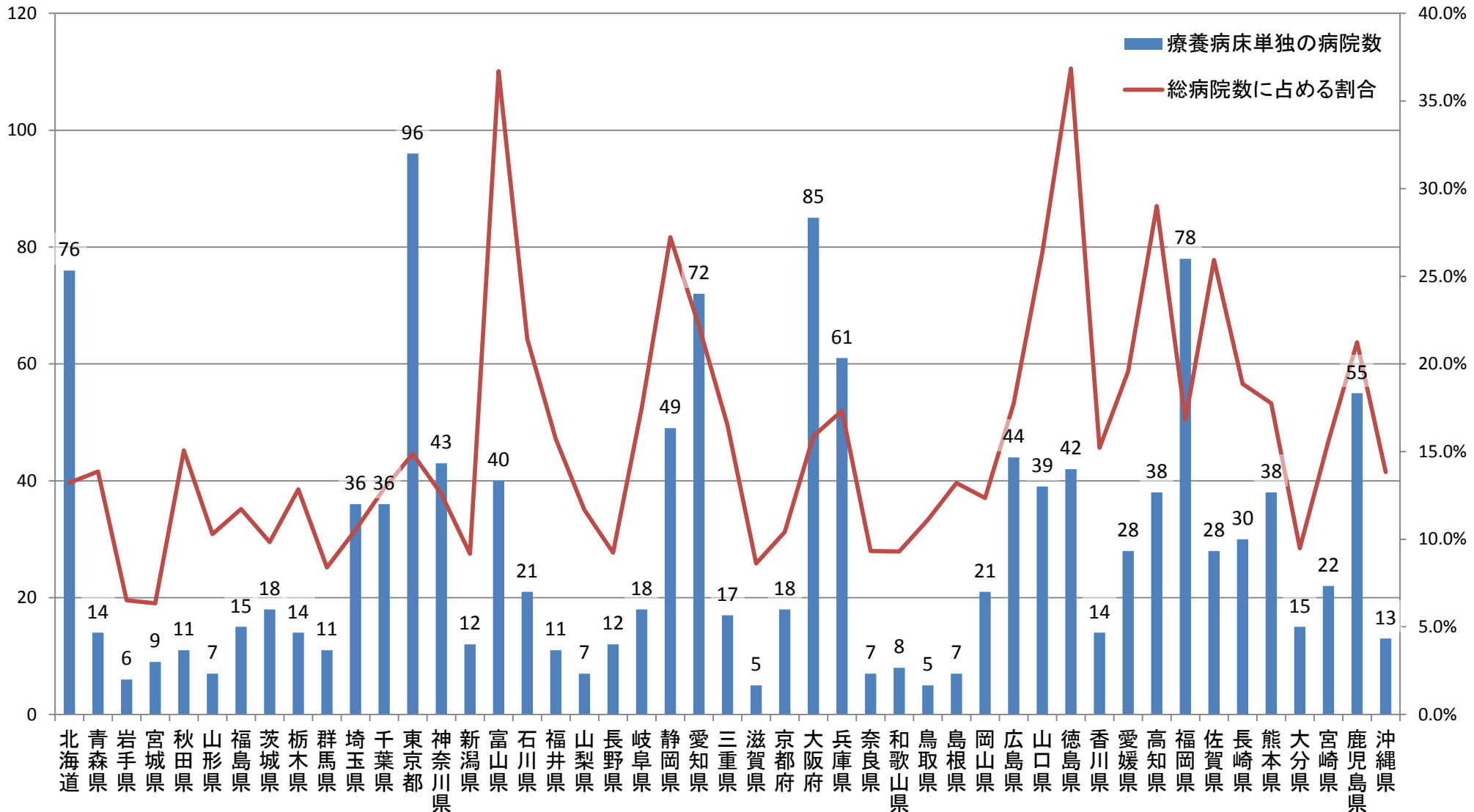
## ■病床規模別にみた療養病床単独の病院数(平成25年)



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%	-



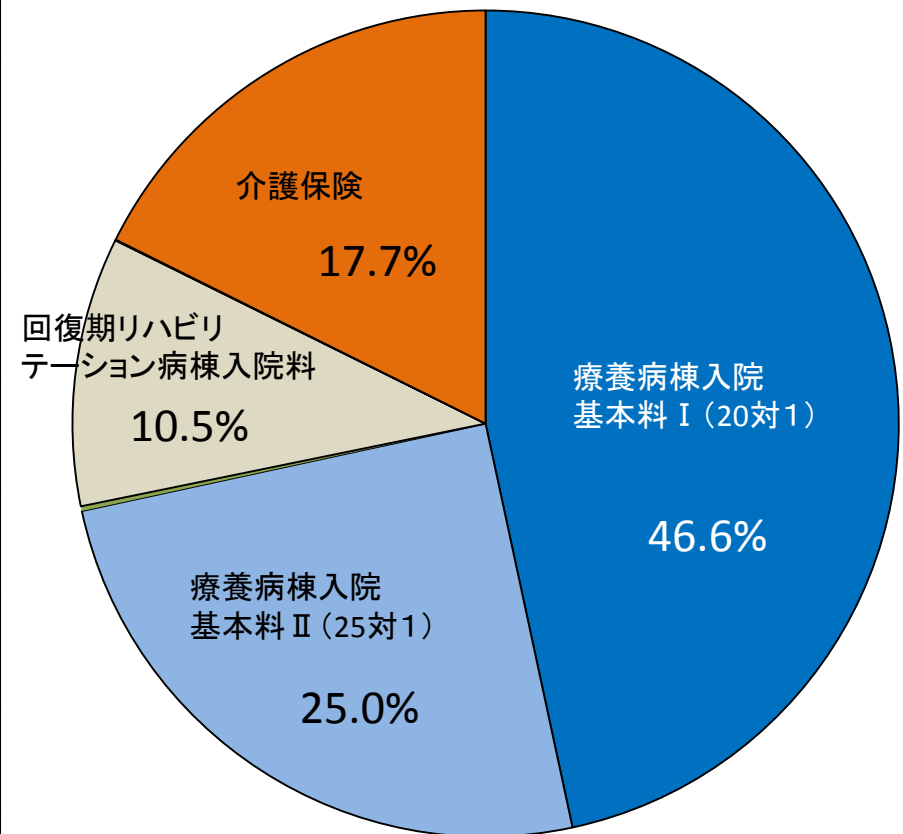
# 療養病床単独病院の状況（都道府県別）



出典：平成25年医療施設調査（厚生労働省）

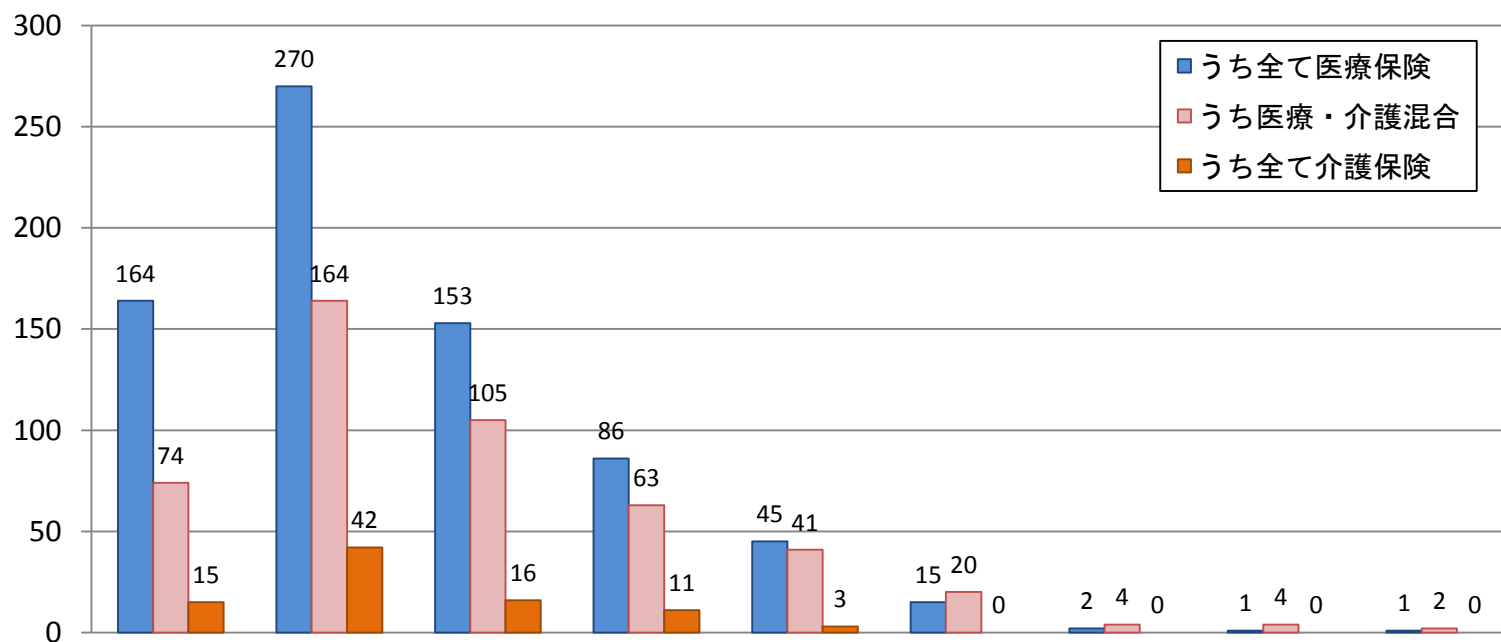
# 療養病床単独病院における医療保険・介護保険適用の状況

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)

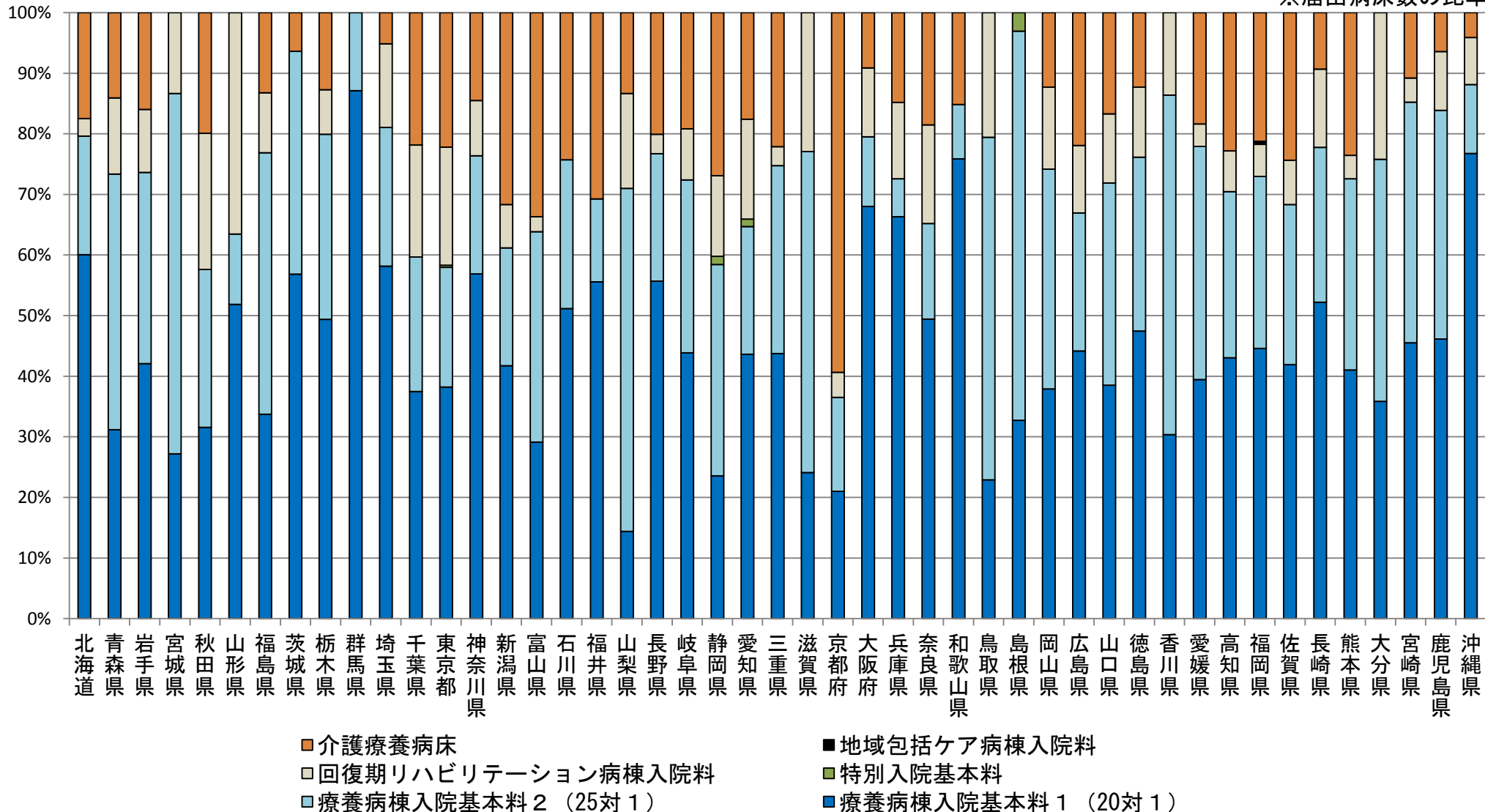


病床規模	20～49	50～99	100～149	150～199	200～299	300～399	400～499	500～599	600床以上	計
療養病床単独病院数	253	476	274	160	89	35	6	5	3	1,301 (100.0%)
全て医療保険	164	270	153	86	45	15	2	1	1	737 ( 56.3%)
医療・介護双方	74	164	105	63	41	20	4	4	2	477 ( 36.7%)
全て介護保険	15	42	16	11	3	0	0	0	0	87 ( 7.0%)

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



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

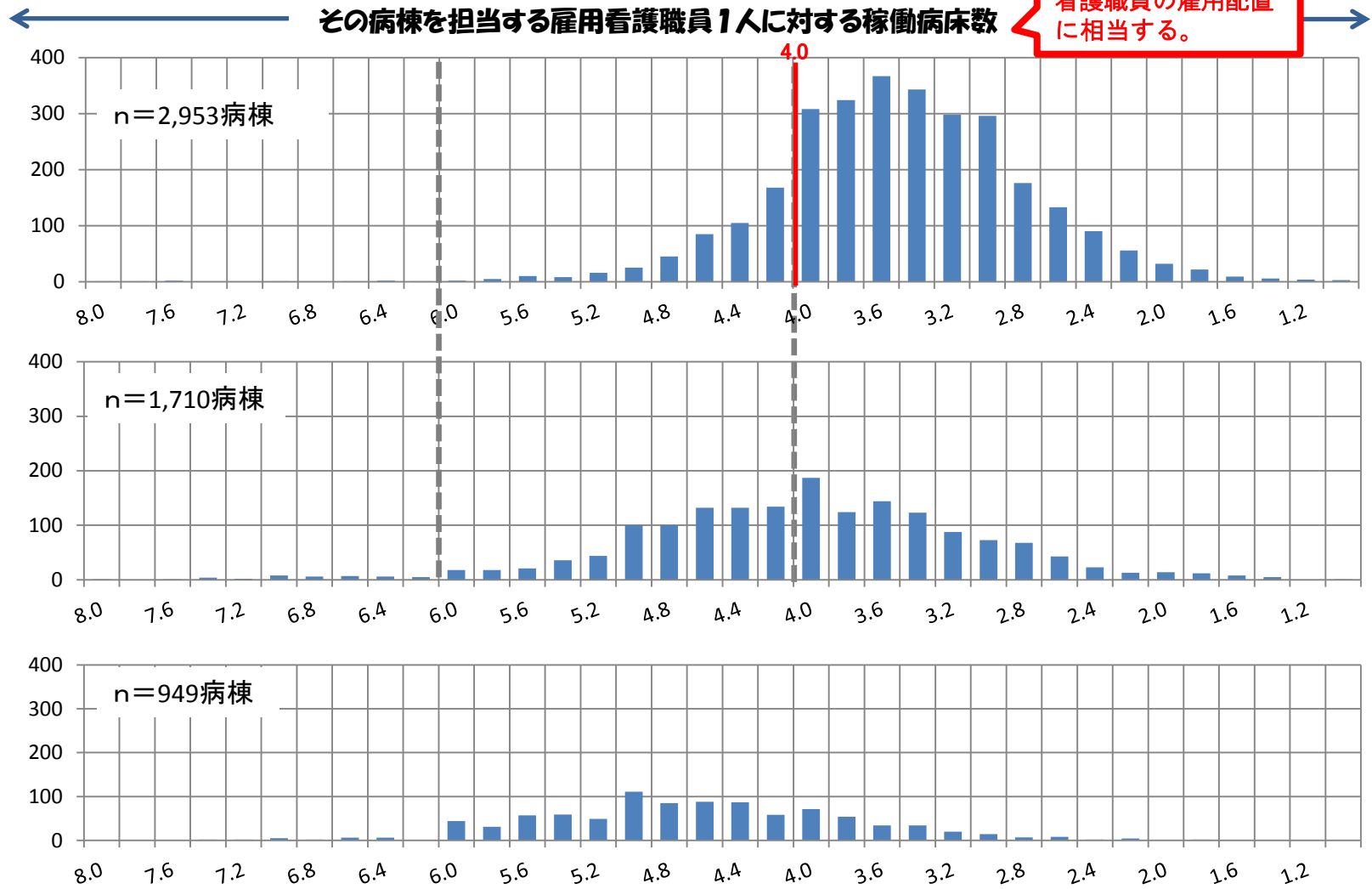
- ◎ 医療療養病床については、2つの診療報酬上の評価基準がある。
- ◎ 看護職員の配置がより手厚いほうの基準を満たすと『医療療養病床20対1』に、もう一方の基準を満たすと『医療療養病床25対1』に該当する。
- ◎ 『20（25）対1』は『入院患者20（25）人に対して看護職員1人』という意味。

		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。



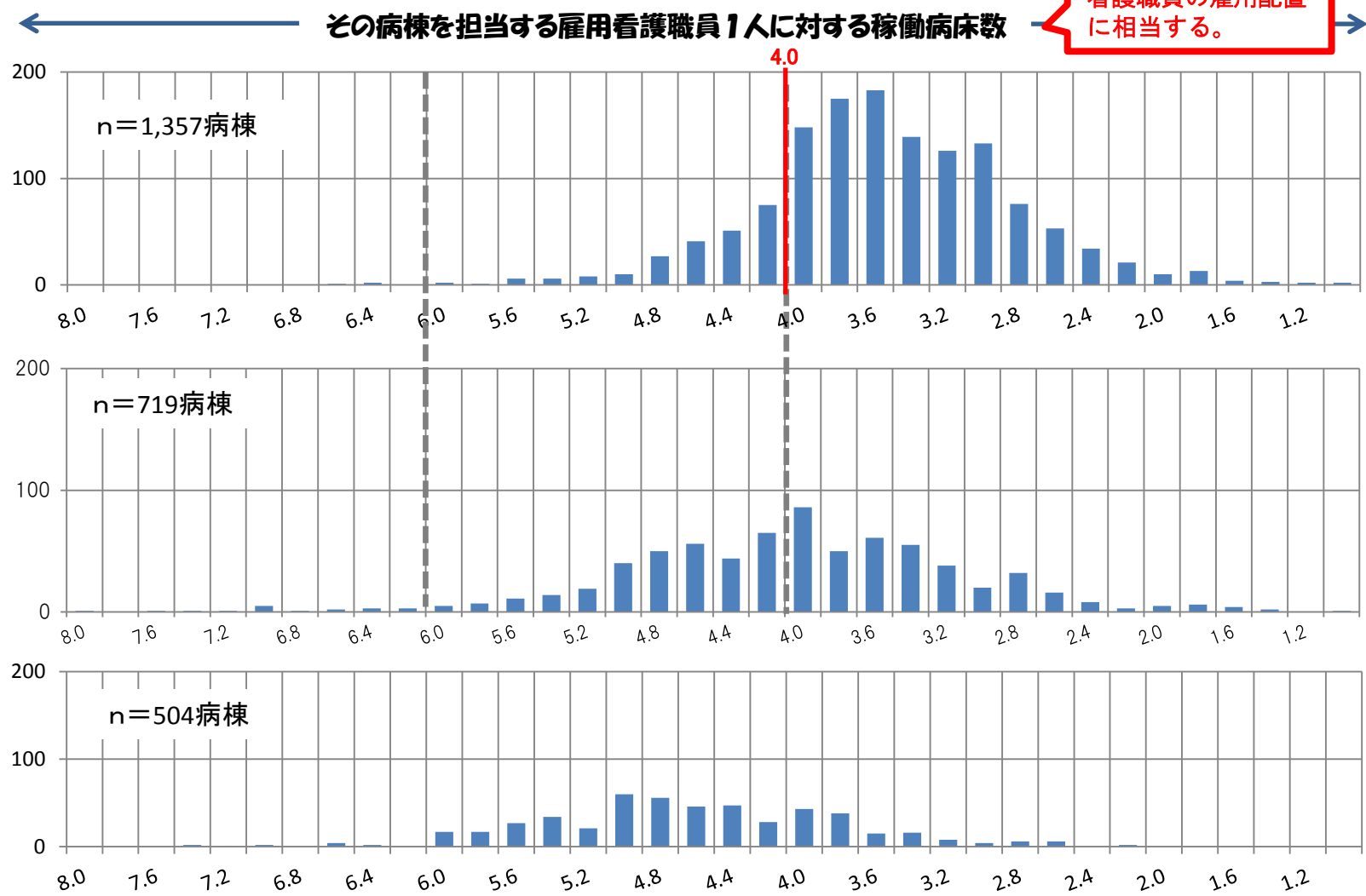
厚生労働省医政局調べ(平成26年度病床機能報告データ等より作成)

(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】

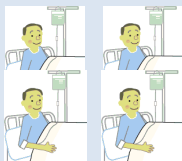
常時(24時間365日)、患者に対応する看護職員の配置



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】

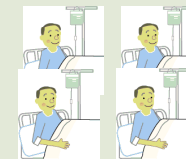
患者に対する  
看護職員の雇用数



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。

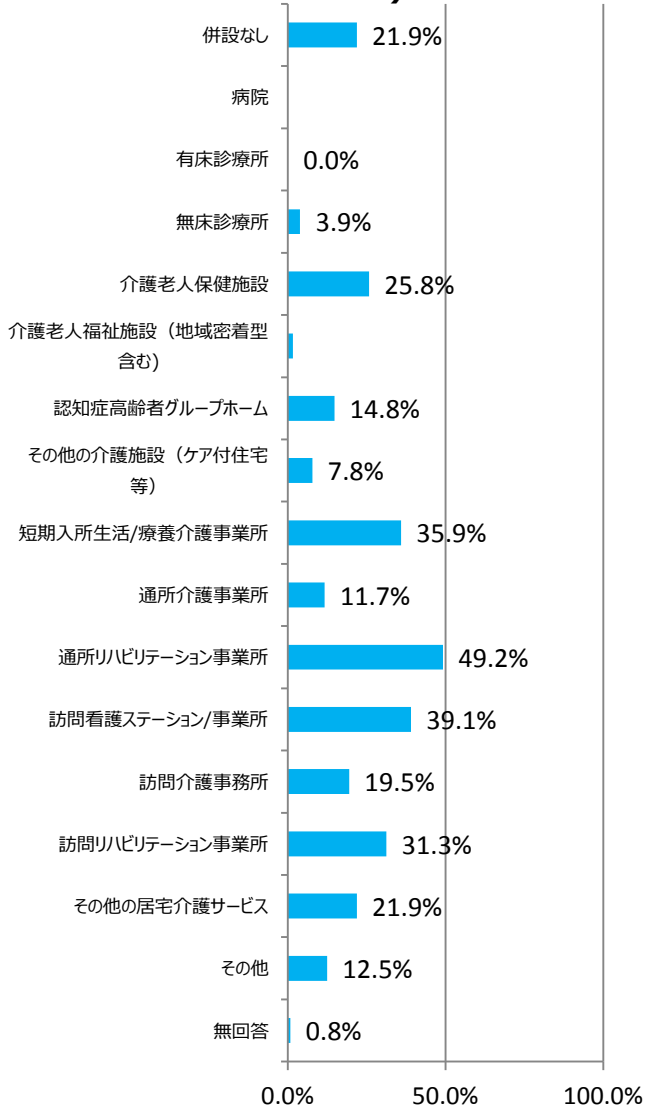
※ 医療法の人員配置標準は、看護師長や手術室勤務の看護師も含め、病院全体で計算。



# 併設施設・事務所① (複数回答)

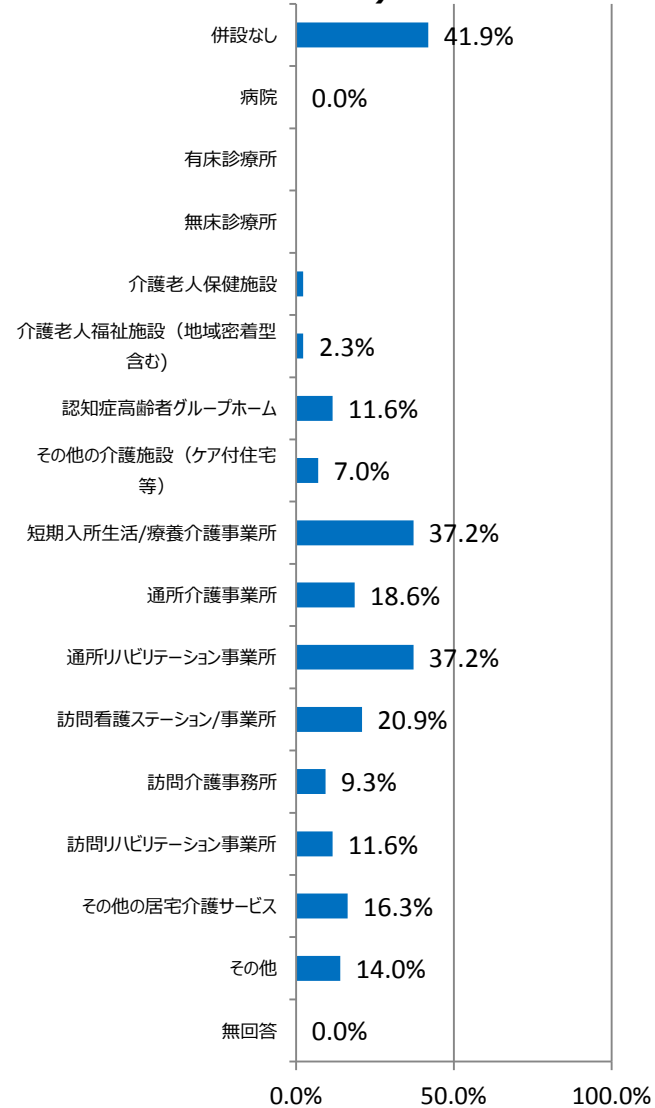
## 介護療養病床を有する病院

(n=128)



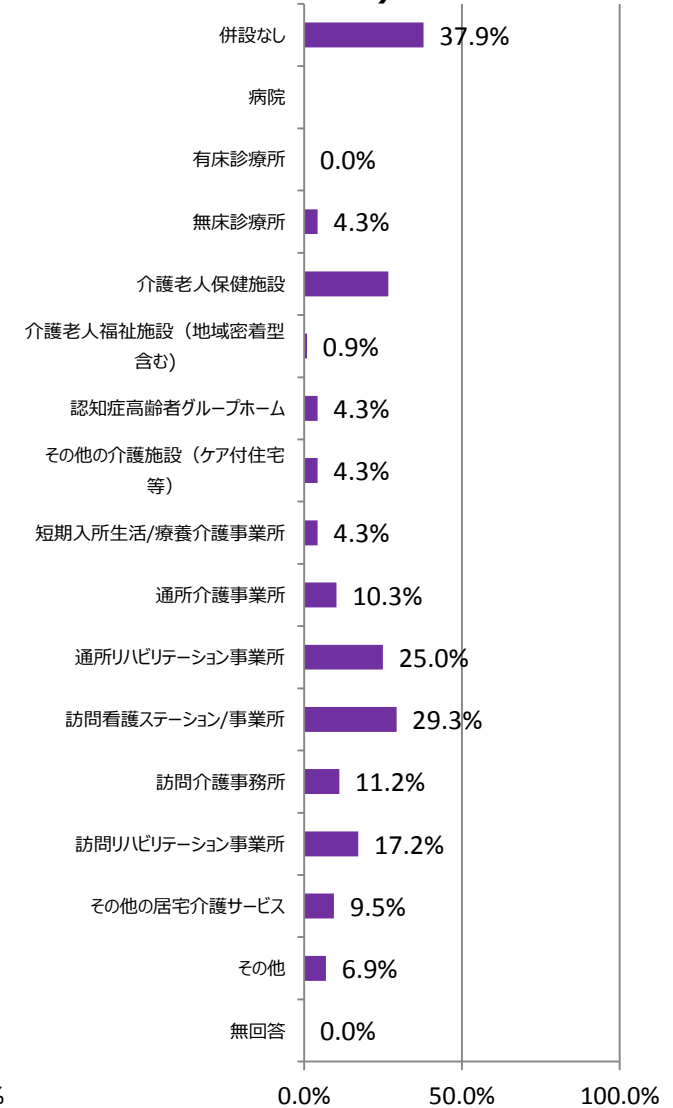
## 介護療養病床を有する診療所

(n=43)



## 医療療養病床を有する病院

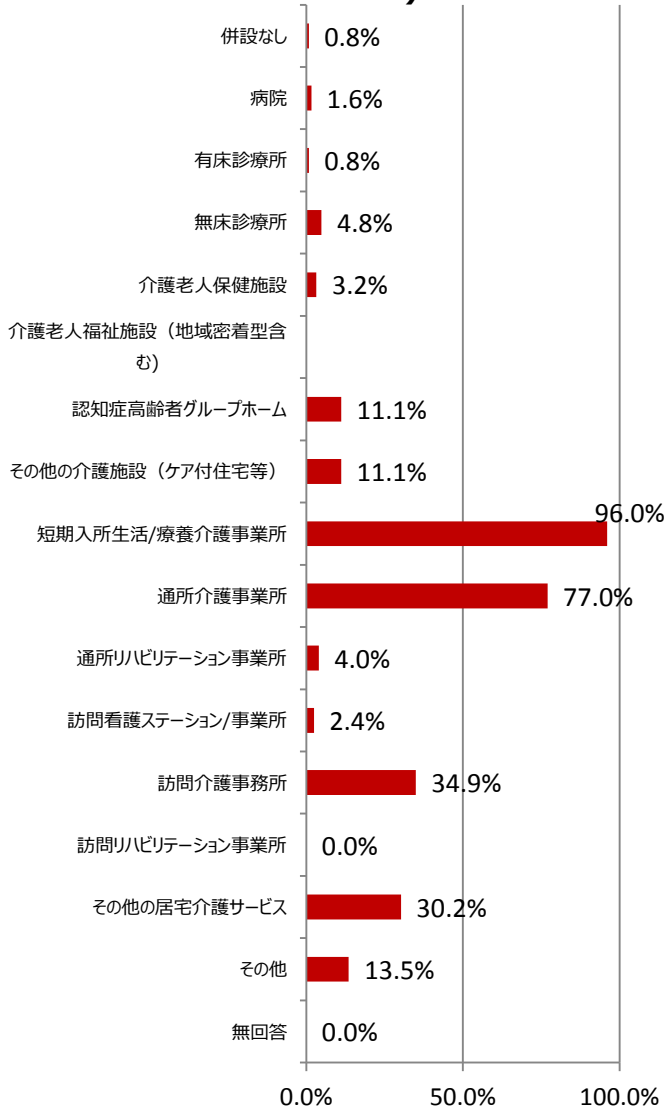
(n=116)



# 併設施設・事務所 (①の続き) (複数回答)

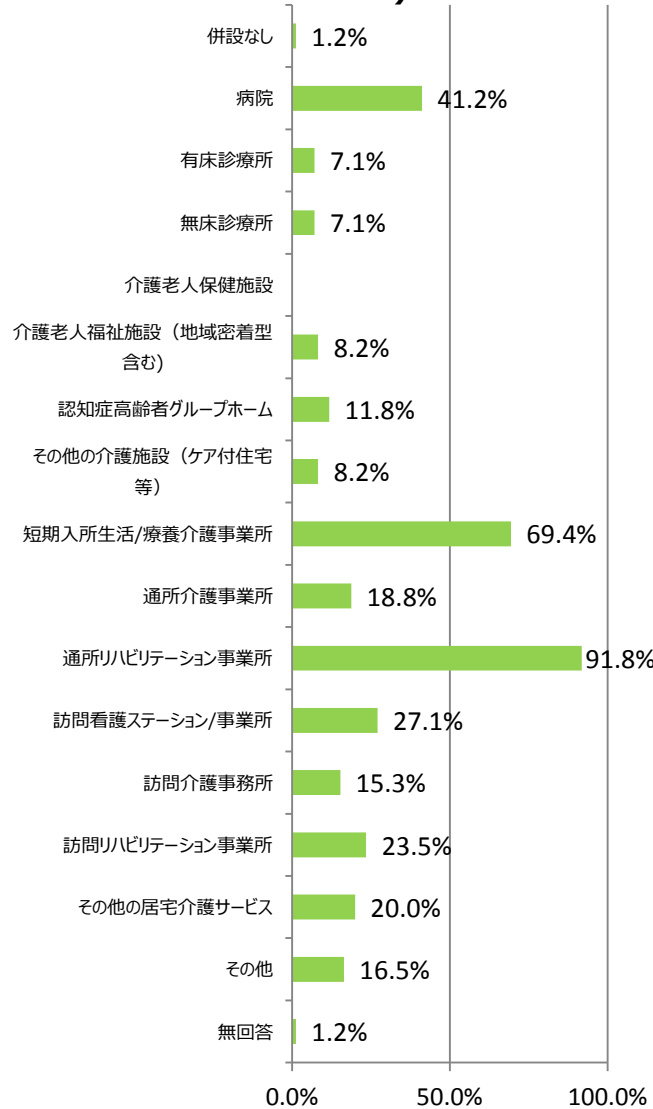
## 介護老人福祉施設

(n=126)

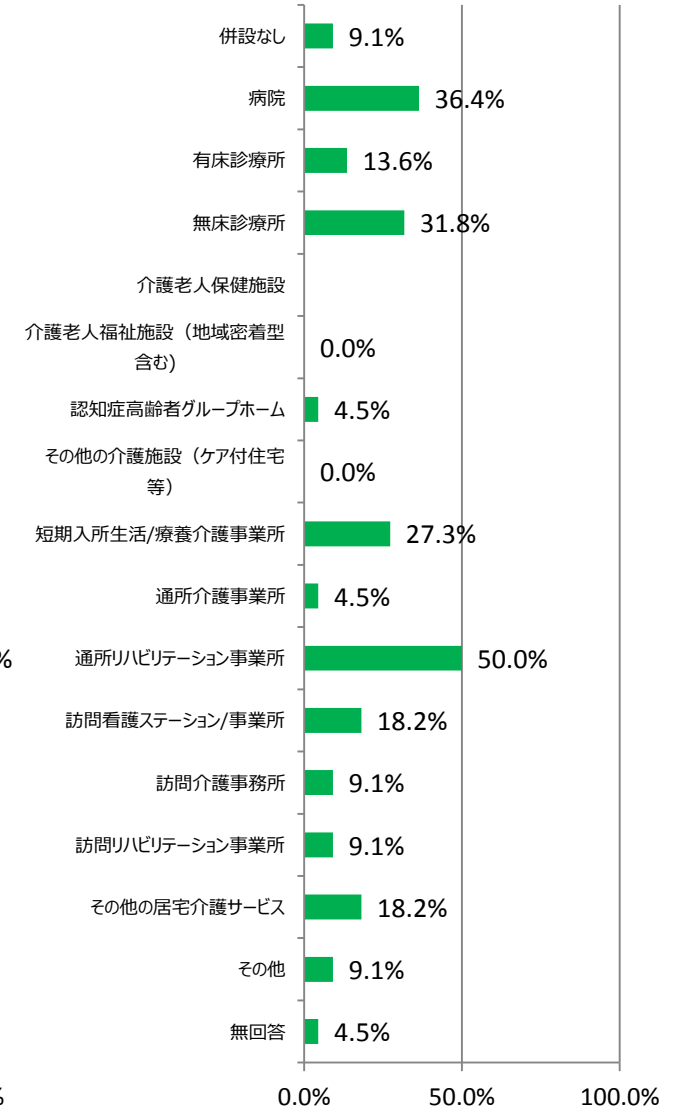


## 介護老人保健施設

(n=85)



## 介護療養型老人保健施設 (n=22)

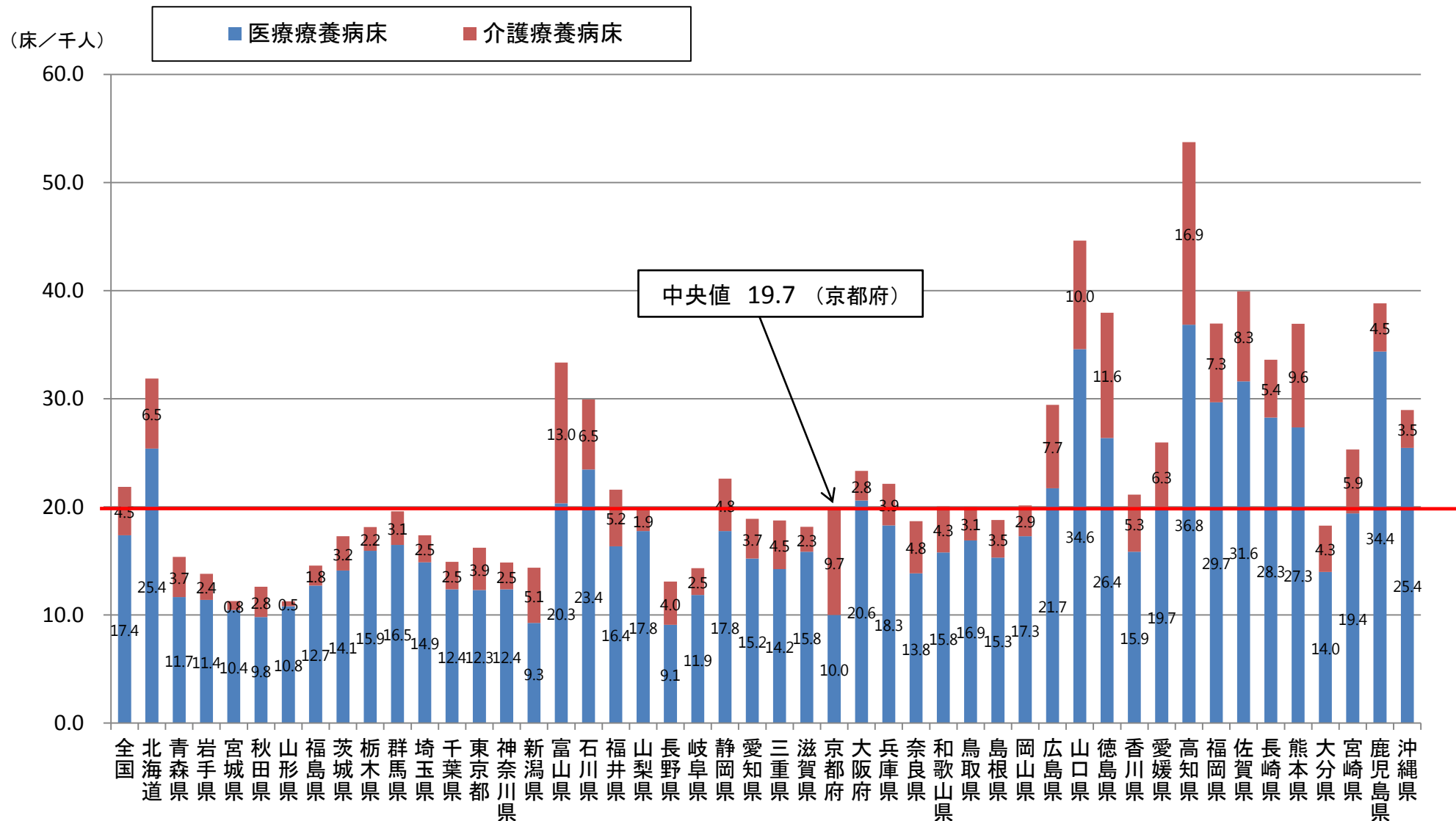


## **2. 療養病床に関する基礎データ**

### **(4) 療養病床の地域分布**

---

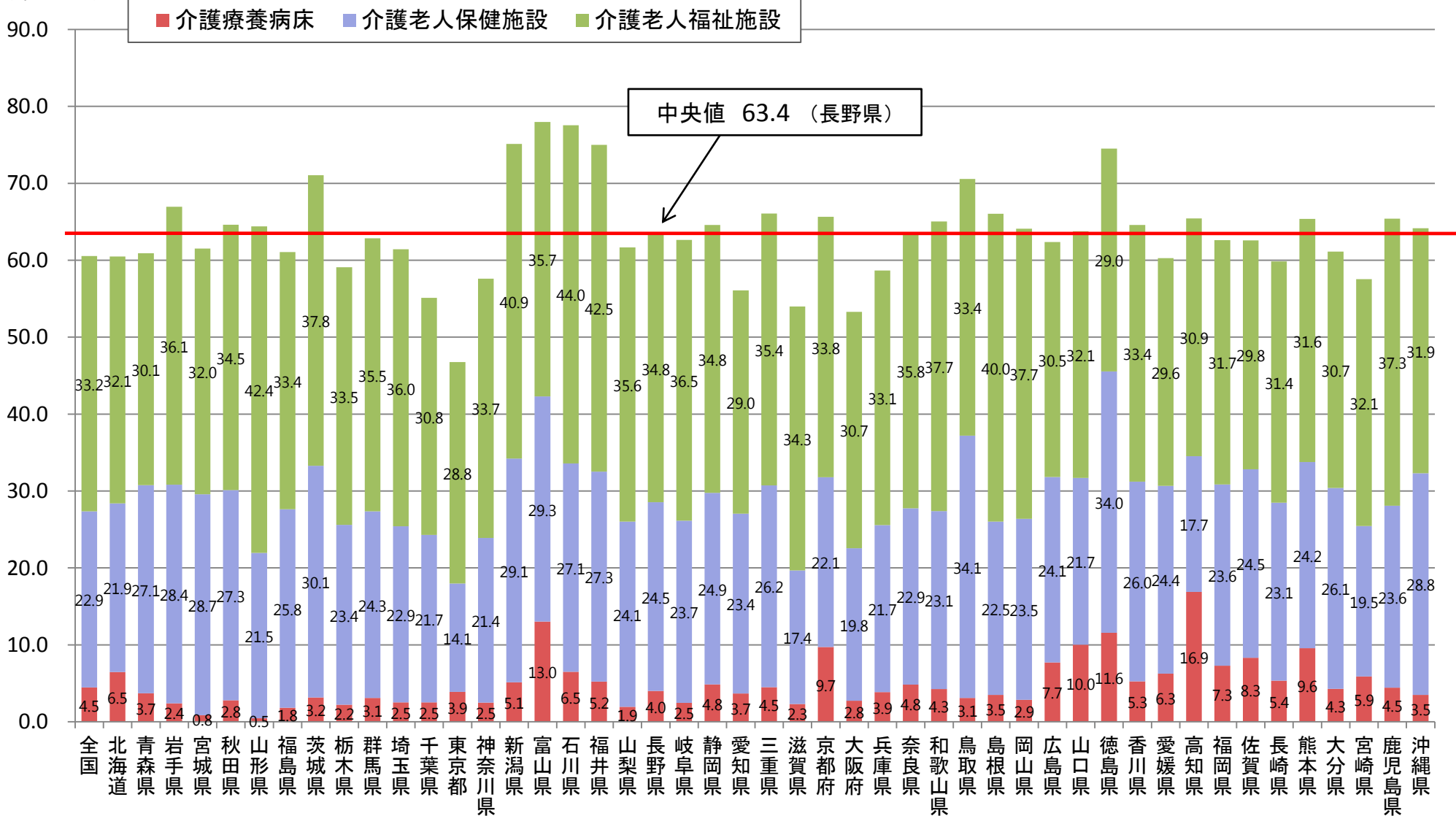
# 75歳以上人口千人あたり病床数（医療療養病床・介護療養病床）



# 75歳以上人口千人あたり

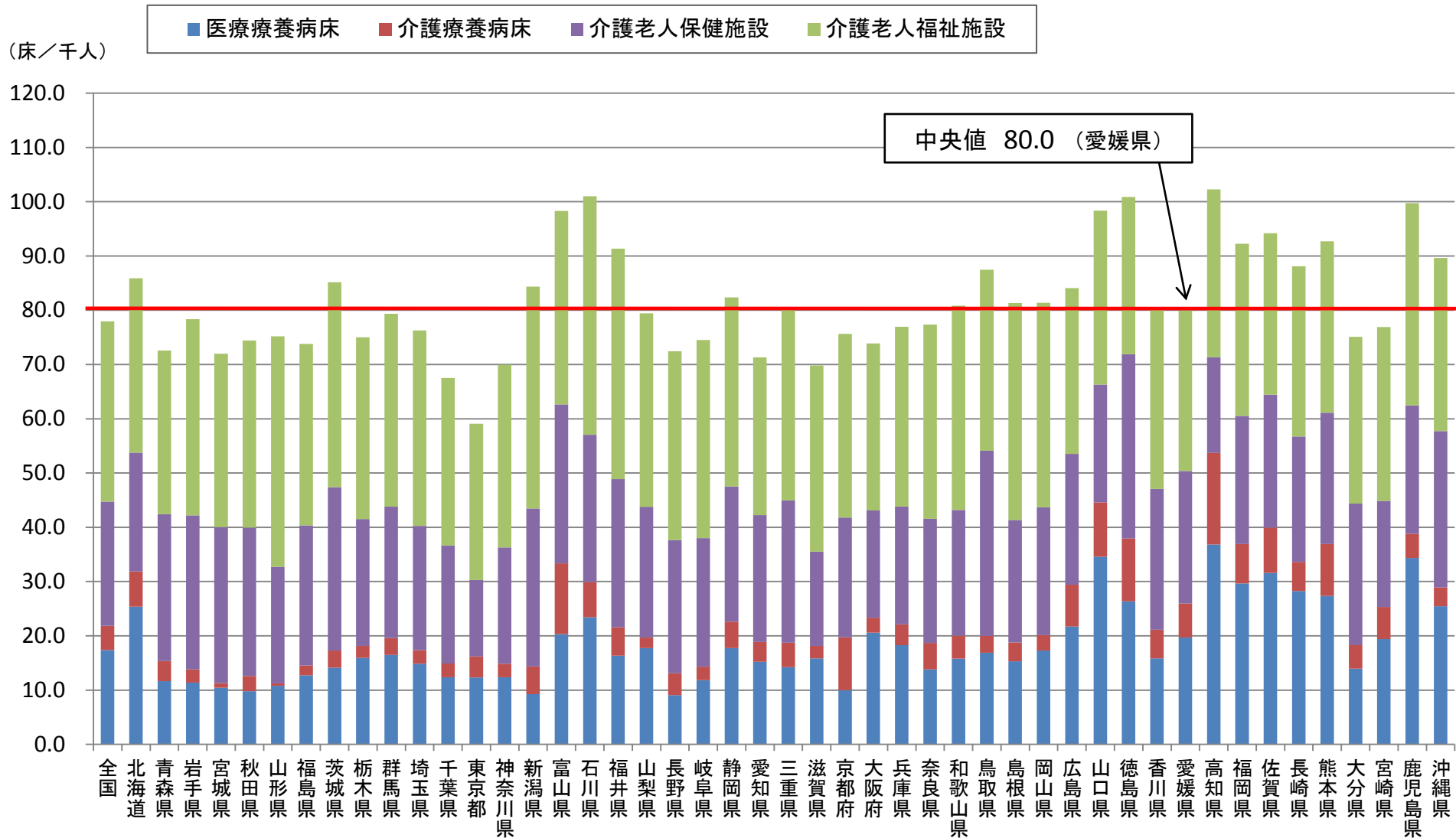
## 介護療養病床、介護老人保健施設、介護老人福祉施設 病床（定員）数

(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



# 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>

施設・設備基準の緩和①

# 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
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

## 療養病床の在り方等に関する主な論点

1. 介護療養型医療施設及び医療療養病床(医療法施行規則の人員配置標準の特例の対象となっているもの)(以下、「介護療養病床等」という。)の在り方等については、
  - ・ 介護療養病床等の設置期限の再延長を、第一選択肢として議論すべき、といった意見と、
  - ・ 介護療養病床は、法律上、既に廃止されていること等を踏まえて議論する必要がある、といった意見があるが、どのように考えるか。
  
2. 介護療養病床等の受け皿となる新たな施設を創設する場合、次の点をどのように考えるか。
  - (1)新たな施設の基本的性格(財源を含む。)
  - (2)人員配置
  - (3)施設基準
  - (4)低所得者への配慮 等

(参照:療養病床の在り方等に関する検討会 選択肢の整理案)
  
3. 新たな施設を創設し、介護療養病床等の転換を促していく場合、経過措置について、どのように考えるか。
  - (1)新たな施設を創設する場合、転換に当たっての経過期間が必要と考えられるが、どの程度を想定すべきか
  - (2)その他の転換支援を含む経過措置についてどのように考えるか
  
4. それ以外に、次のような論点について、どのように考えるか。
  - ・ 現行の療養病床の転換以外に新設も認めるかどうか 等

## これまでの主な御意見 (検討会での御意見を含む。)

※ これまでにいただいた御意見について、事務局の責任において整理したもの。

### 1. 検討の進め方について

- 介護療養病床の存続、廃止期限の再延長を第1選択肢として検討すべき。この問題は解決済みの話ではなく、この部会で説明して議論すべき。
- 介護療養病床が廃止されていることは、法律上の前提。再延長するには相当の理由が必要であり、再延長を前提にしながら議論するのは不適。

### 2. 人員配置基準について

- 人員基準等を削減することがあれば被害を受けるのは利用者。人員削減は行うべきではない。
- 介護療養病床の療養機能強化型A相当の機能は、必ず存続させる必要。
- 看取りの段階で医師の関与は、しっかりしておくべき。そのためには、最低基準の病院機能が必要。
- 医師や看護職員、介護職員の配置については、併設の病院・診療所での医師や職員が柔軟に対応できるような報酬の設定が必要。
- 近隣医療機関との連携も含め、当直や24時間の医療対応及び看取りが可能な体制にすべき。過疎地域では当直体制を組むのも困難。

### 3. 施設基準について

- 特養・老健等はユニット・個室になっており、患者負担が高い。低年金の



方は入るところがなく、療養病床でいるのが一番安い。こうした点を考慮しても、6.4 m<sup>2</sup>の4人部屋はそのまま継続すべき。

- 『住まい』としてずっと入院・入所されている方の療養環境を守っていくという観点も必要。海外では、家具を個室に持ち込む等して、できるだけ自分の暮らしを大切にしているところもある。
- 長期療養してそこで亡くなる、看取りをすると考えると、個室が基本であるべき。ただし、建替えまでは現行のものを認めるということが妥当。
- できるだけ、既存施設が、そのまま活用できるようにすべき。新たに共用部分を作ったり、個室にしたりすることになれば、転換は難しい。
- 広さの問題や多床室を認めるかどうかなどの経過措置の部分は転換だけに限るべき。

#### **4. 財源の在り方について**

- 介護費用は、介護保険から、医療提供は、医療保険から支給することを検討すべき。
- 財源は、サービス行為に着目するのが望ましく、医療サービスなら診療報酬、介護サービスなら介護報酬であるべき。

#### **5. 低所得者への配慮について**

- 医療や介護は、マクロでどのように効率的な再分配制度とするかが大事。低所得者対策もその中の1つの要素であって、新制度の障害ではない。
- 新たな類型は、低所得者の受け皿となることが考えられるため、補足給付を認めることが必要。
- 低所得者への配慮は当然なされるべきだが、経済力のある高齢者にはしかるべき負担をしていただくべき。

## **6. 制度検討に際してのその他の留意事項**

- 新類型については、新設を認めるべき。また、転換型老健(介護療養型老人保健施設)の新類型への転換を認めることも検討すべき。
- 新類型は、療養病床からの転換を最優先に考えるべき。
- 平成 30 年度から新しい仕組みを導入していく場合に、現場の混乱を避ける意味でなんらかの経過措置が求められる。
- 地域医療構想や介護保険事業計画と療養病床の関係を整理することが重要。
- 新たな類型は、転換する場合に限定して、利用者のニーズと経営者の意向を反映した現実的な形にすることが必須。
- 医療を外から提供する住まいの併設は魅力的な類型であるため、転換に限ることはない。
- 介護療養型老人保健施設の扱いをどうするのかを議論すべき。
- 経過措置を設ける場合、建替えまでとすることが必須。
- 療養病床からの転換類型が、介護保険事業支援計画や医療計画で規制されないようにしなければならない。

平成28年10月5日	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	委員提出資料
------------	---------------------------------	--------

介護療養型医療施設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、かつての転換型介護療養型医療施設に似たようなものであるならば、介護と医療を同時に必要とする「医療介護難民」がかなり出現するであろうことは必至。これは国民にとって不幸である。

前回の介護報酬の改訂で、必要とされる機能を満たした介護療養型医療施設については、機能強化型A、Bという類型を創設して評価したばかりである。

介護療養型医療施設のサービスと同等の内容を無理に在宅で実施しようとするれば、介護保険、医療保険のサービスを使って、月80万円位の額となることは知られている。

また、実際に介護療養型医療施設の減少に伴い、「胃ろうアパート」と称されるような悪徳事業者は、利用者を食物にするだけでなく、介護報酬と診療報酬とから莫大な利益を引き出し、保険財政を悪化させている。

介護療養型医療施設のコストは安い。自施設内でケアと治療を同時に行い、ターミナルまで完結させることができる。そして、かつて問題となった社会的入院はもはやない。にもかかわらず、介護療養型医療施設がどうして今、廃止されるのか、どう考えても理不尽である。

S県で活動しているある先生の話から。

地方行政はこの地区では600床位の介護療養型医療施設があり、ちょうどよいバランスになっている。

そこに、新しく特別養護老人ホームが1000床出来た。しかし、看取りの時に高機能病院へ転送する。そこでのコストは15万/日。7日間入院すると100万。その後亜急性期に入院する。こういう流れが患者、家族にとって本当に幸福かどうか。

#### 当院の事例

TAさん。進行性核上性麻痺。PPSE（パーキンソンに似た疾患）。発症後4・5年。H26年1月当院入院。ADL障碍。嚥下機能低下。幻覚妄想あり不安が強くなる。自宅での療養困難という理由で当院に。前病院では車椅子ベルト、胴抑制をされていた。

入院の際に抑制は解除。精神症状については活発、意思の疎通は悪く大声を出しながら歩き回るなど。転倒リスクは非常に高度な状態が続く。徘徊時にはマンツーマンで付き添うなどして対応。時に37度台の原因不明の微熱があり、速やかに解熱を図るなどして対応する。嚥下障害はみられるが経口摂取を継続してきた。

#### 「特別養護老人ホーム入所の希望」

ご家族からは状態が安定したら特養入所の希望が出されていたが、不意の立ち上がりや頻回に見られ、進行性疾患のため歩行状態もおちつつありその分不安定さが増し、付き添いながらの歩行が続いている、一方頻繁な大声がみられ精神状況が落ち着かないことから、おそらく、「動きが少なくなるまで入所は不可能であろう」と判断。進行性の症状に対応し

つつ療養を継続。28年3月、入所可能と判断。6月13日特養入所。

しかし、入所3日目に誤嚥性肺炎。近隣の急性期病院に入院。そこで「今後も誤嚥性肺炎を繰り返すであろう。経口摂取は難しい」と判断され、また、特養受け入れの条件として、「胃ろうの造設もしくは末梢輸液による治療」を提示され「鼻腔栄養や中心静脈栄養は選択肢とならない」と言われた。そこでご家族は当院再入院を希望。

7月再入院。特養入所時、(急性期病院入院時)よりもかなりレベルダウンしてしまっているが、9月現在、少し戻りつつある。

食事については、姿勢を維持できず、あるいは覚醒が悪く、誤嚥等のリスクはあるが、食事時間をずらしたり、リクライニングチェアに座ってもらうなどしてリラックスを図った上で食べてもらうなどの工夫をし、経口摂取を継続している。

精神症状やリスクに対してはしっかりとケアし、諸症状にはやめはやめに手を打って、重症化させないように努力する。こういう医療のあり方はもはや許されないのか。

この方の、特養入所が果たして適切であったのか。あるいは急性期病院での対応が本当にこの方にふさわしい医療であるのか。患者の立場から見るとははなだ疑問である。

2016年10月5日

NPO全国抑制廃止研究会  
理事長 吉岡 充