

第6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30日（水）
10時00分～12時30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 療養病床の在り方等に関する議論の整理（案）

参 考 資 料 療養病床に関する基礎資料

委員提出資料1 見元委員提出資料

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30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)

療養病床の在り方等に関する議論の整理(案)

平成 28 年 月 日
療養病床の在り方等に関する特別部会

1. 基本的な方向性

- 平成 29 年度末に経過措置の期限が到来する「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に限る。)」(以下「介護療養病床等」という。)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つつ、
 - ・ 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、地域の実情に応じた柔軟性を確保した上で、必要な機能を維持・確保していくことが重要である。
- こうした基本的な方向性を実現していくためには、
 - ・ 介護療養病床の「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や、「看取り・ターミナル」等の機能を維持しつつ、
 - ・ その入院生活が長期にわたり、実質的に生活の場になっている実態を踏まえて、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな施設類型を創設すべきである。
- 一方、介護療養病床等の経過措置については、新たな施設類型等への転換のための準備期間に限り、延長を認めるべき、との意見が多かった。これに対し、介護療養病床等の経過措置については、これらの病床に入院している重度者の受け皿や、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であり、経過措置の期限の再延長を第一選択肢として考えるべき、との強い意見もあった。

2. 新たな施設類型の基本設計

(1) 設置根拠等

- 新たな施設類型は、「要介護高齢者の長期療養・生活施設」として、介護保険法に設置根拠等を規定しつつ、また、医療法上も、医療提供施設として位置づける等の規定の整備を行うべきである。

- この場合、新たな施設類型に係る保険の適用に関しては、介護保険法に、新たな施設サービスとして規定することが適当である。
その介護保険法上の給付範囲等は、新たな施設類型が、現行の介護療養病床の機能を維持していくものであることを踏まえ、介護療養型医療施設と同内容とするものとし、また、新たな施設類型は、生活施設としての機能を兼ね備えたものであるという位置づけも踏まえ、日常生活上の介護サービスを提供するものであることを明確にすべきである。
- 特に、この新たな施設類型の基本的な性格に関しては、財源のみの観点から介護保険施設として位置づけるのではなく、身体拘束や抑制を行わない、という介護保険の原則の下で運営する施設であるという趣旨を明確にするべきである、との意見があった。

(2) 主な利用者像、施設基準(最低基準)

- 新たな施設類型は、現行の介護療養病床が果たしている機能に着目しつつ、患者の状態や地域の実情等に応じた柔軟な対応を可能とする観点から、
 - ・ 介護療養病床相当(主な利用者像は、療養機能強化型AB相当)
 - ・ 老人保健施設相当以上(主な利用者像は、上記より比較的容体が安定した者)の大きく2つの機能を設け、これらの病床で受け入れている利用者を、引き続き、受け止めることができるようにしていくことが必要である。
- 具体的な介護報酬については、その利用者像等を勘案し、それぞれ、上記の2つの機能を基本として、適切に設定すべきである。詳細については、介護給付費分科会で検討すべきである。
- また、新たな施設類型の人員配置等については、現行の介護療養病床から、むやみに人員を削減すれば、現場の疲弊を招き、職員の離職や、身体拘束、虐待が増加しかねない、との意見が多かった。一方、新たな施設類型の創設により、財政負担が肥大化することがないよう、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、との意見もあった。
また、今後の地域における慢性期の医療・介護ニーズへの対応、医療関係職種の人材確保の困難性等に鑑みて、柔軟な人員配置を可能とすべきである、との意見も多かった。

(3) 床面積等

- 新たな施設類型の床面積等については、老人保健施設を参考にすることとし、具体的には、1室当たり定員4人以下、かつ、入所者1人当たり8㎡以上とすることが適当である。ただし、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を設置するなど、プライバシーに配慮した療養環境を整備すべきである。
また、今般の新たな施設類型が、これまでの介護療養病床の機能に加え、新たに、生活施設としての機能を併せ持ったものであることを踏まえ、
 - ・個室等の生活環境を改善する取組みを、より手厚く評価するとともに、
 - ・身体抑制廃止の取組み等を推進していく、など、その特性に応じた適切な評価を検討すべきである。
- なお、新たな施設類型の床面積に関しては、利用者負担にも配慮し、現行の1室当たり定員4人以下、かつ、入所者1人当たり 6.4 ㎡以上を維持することが適当とする意見があった。一方で、生活施設という以上、原則、個室を目指していかななくてはならない、という意見もあった。
- 床面積を含む、具体的な施設基準等については、介護給付費分科会で検討すべきである。

(4) 低所得者への配慮

- 新たな施設類型は、介護保険法上の介護保険施設として位置づけるものであることを踏まえ、現行の補足給付の対象とすることが適当である。

3. 転換における選択肢の多様化

- 転換を検討する介護療養病床及び医療療養病床については、新たな施設類型のほかにも、患者の状態や、地域のニーズ、経営方針等によって、多様な選択肢が用意されていることが望ましい。
- こうした観点から、「居住スペースと医療機関の併設型」への転換に際しても、その要件緩和などの措置を併せて検討することが適当である。具体的な内容については、介護給付費分科会等で検討すべきである。
- なお、このような医療機関併設の場合、例えば、居住スペースの高齢者に対しては、併設医療機関からの医師の往診等により、夜間・休日等の対応が可能となるように配慮すべきである。

4. 経過措置の設定等について

(1) 転換に係る準備のための経過期間

- 新たな施設類型を創設する場合には、所要の法整備が必要となる。来年、法整備が行われた場合、当該類型の人員配置、施設基準、報酬等が、具体的に決定するのは、平成 29 年度末となることが見込まれる。こうしたことを勘案すると、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、期限を設けつつも、転換に係る準備のための経過期間を十分に設けるべきである。
- 具体的な経過期間については、3年程度を目安とすべきという意見と、転換には一定の時間を要することを踏まえ、6年程度を目安とすべき、との意見があった。
また、経過期間を設ける場合に、円滑な転換を促進していく観点から、平成 30 年度から一定の期間内に、転換の意向を明らかにしていただくような仕組みが必要ではないか、といった意見もあった。
- また、医療療養病床に係る医療法施行規則に基づく療養病床の人員配置標準の経過措置については、平成 18 年改正の際の方針に従い、原則として平成 29 年度末で終了するが、必要な準備期間に限り、延長を認めるべきである。
なお、有床診療所については、過疎地域を含む、地域で果たす役割に鑑み、現行の医療法施行規則の人員配置標準の経過措置の延長を検討することが適当である。

(2) 新たな施設類型の新設について

- 新たな施設類型については、今後、増加する医療・介護ニーズを受け止める役割が期待されること等を踏まえると、法律上、本則に位置づけた上で、新設を認めることが適当である。
- ただし、これまで転換が十分に進んでこなかった経緯等に鑑み、介護療養病床及び医療療養病床からの転換を優先させるべきである。なお、転換を優先し、新規参入を制約するのであれば、3年程度を目途に、優先の期限を明確に区切るべきであるとの意見もあった。
また、一般病床から新たな施設類型への移行を認めると、財源が医療から介護に移行するため、介護保険財政への影響が懸念される、との意見もあった。

(3) 各種の転換支援策の取扱い

- 介護保険事業(支援)計画については、第6期計画の取扱い(介護療養病床及び医療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、今後も継続するほか、これ以外の転換支援措置も、継続していくべきである。

なお、介護療養型老人保健施設からの転換については、これまでの経緯に鑑み、介護保険事業(支援)計画での扱いを介護療養病床と同様にする等、一定の配慮を行うことが適当である。

また、医療療養病床からの新たな施設類型への転換に関しては、財源が医療から介護に移行するため、介護保険財政への影響が懸念される、との意見もあった。

- 今後、特に慢性期の医療・介護ニーズの増大が見込まれ、かつ、施設の増設等のための土地の確保が困難である大都市部については、建替え時に容積率を満たせない場合も多いと想定されるため、
 - ・ 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、
 - ・ 大規模改修等の後であっても、床面積、1室当たり定員4人以下、かつ、入所者1人当たり6.4㎡以上を特例的に認める、といった要件緩和を認めるべきである、との意見もあった。
- これらの取扱いを含めて、転換支援策の具体的な内容については、介護給付費分科会等で検討すべきである。

(参考)転換支援措置の例

- ・ 療養病床等から転換した老人保健施設は、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人保健施設、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人保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・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を置かないことで可とする)。

- ・ 介護療養病床を介護施設等に転換した場合の費用助成。
(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助成。
(病床転換助成事業)
- また、施設の名称については、例えば、病院が、一部を新たな施設類型に転換する場合には、全体について病院の名称を維持して運営できるよう、必要な要件緩和を認めるとともに、現場で働いている医師、看護師等の思いや士気も踏まえ、適切に配慮すべきである。

5. 療養病棟入院基本料について

- いわゆる 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、より医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な入院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ことが適当である。
- なお、現行の医療区分・ADL区分は、導入から 10 年が経過しており、その見直しを含めて、中央社会保険医療協議会で検討すべき、との意見もあった。

1. 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)
<p>基本的性格</p> <p>要介護高齢者の長期療養・生活施設</p>	<p>介護保険法</p> <p>※ 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。</p>
<p>設置根拠 (法律)</p>	<p>介護保険法</p>
<p>主な利用者像</p> <p>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)</p>	<p>左記と比べて、容体は比較的安定した者</p>
<p>施設基準 (最低基準)</p> <p>介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <p>医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1</p>	<p>老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)</p> <p>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>
<p>面積</p> <p>老健施設相当 (8.0 m²/床)</p> <p>※ 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。</p>	<p>具体的には、介護給付費分科会において検討。</p>
<p>低所得者への配慮 (法律)</p>	<p>補足給付の対象</p>

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	<p>医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者</p>
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: 5px; 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、 30人を超える場合は、50人ごとに1人</p> <p>介護</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

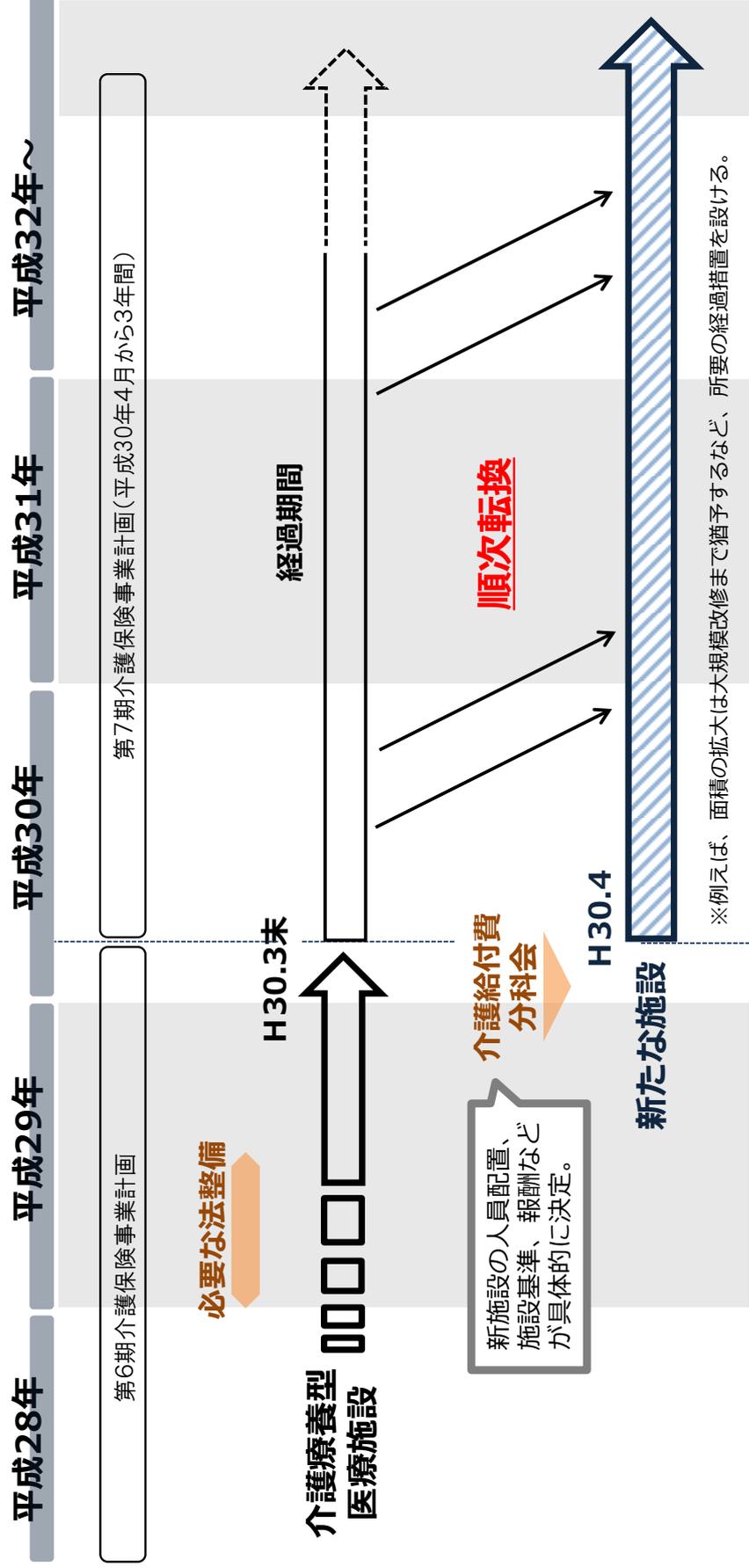
- ✓ 居住スペース部分の基準については、経過措置等をあわせて検討。
- ✓ 医療機関併設型の場合、併設医療機関からの医師の往診等により夜間・休日の対応を行うことが可能。

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、作成したものの。



療養病床に関する基礎資料

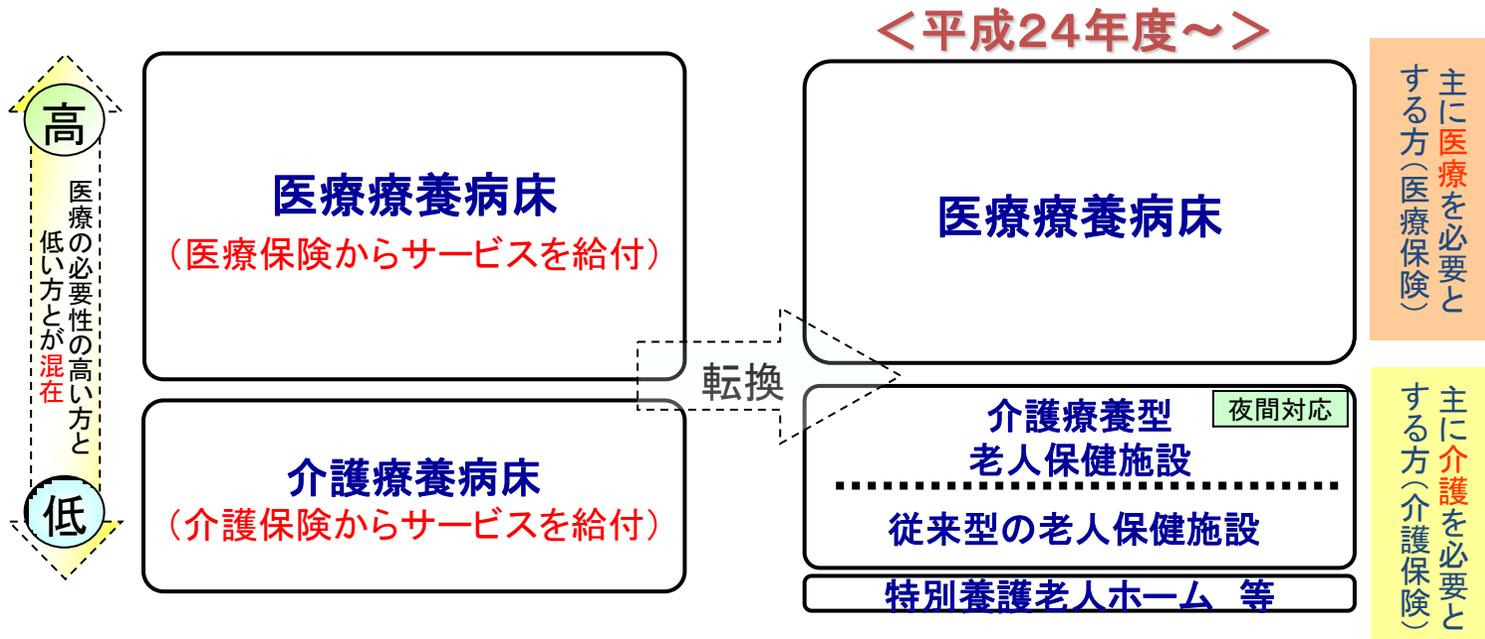
1. 療養病床に関する議論の主な経過（平成18年以降）
2. 療養病床に関する基礎データ
3. 現行の経過措置

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
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。 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。

新たなタイプの整理案について

※ 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。

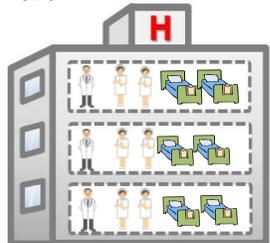
「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」(平成28年1月28日 療養病床の在り方等に関する検討会)より抜粋

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。



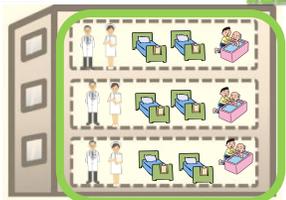
- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

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。



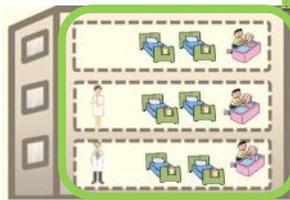
- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶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



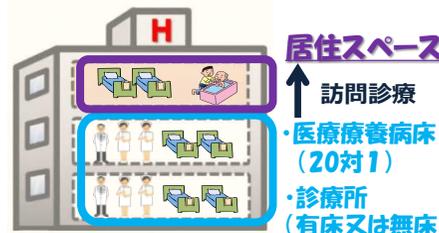
医療を外から提供する、 居住スペースと医療機関の併設

- 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。

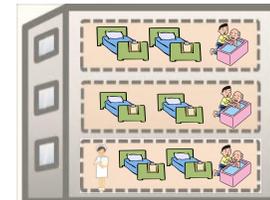


- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

(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。



- 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

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</u> を提供するもの	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
定義	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
人員配置標準	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"> ・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 ・栄養士 病床数100以上の病院に1人 ・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 <p>(外来患者関係)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師 40:1 ・歯科医師 病院の実情に応じた適当数 ・薬剤師 外来患者に係る取扱処方せん75:1 ・看護職員 30:1 								

※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

精神病床 (約33.6万床) ※3

特別養護老人ホーム
(約54.1万床) ※4

生活施設

認知症対応型
共同生活介護
(グループホーム)
(約17.1万人) ※4

サービス付き
高齢者向け住宅
(約19.2万戸) ※8

結核病床 (約0.5万床) ※3

感染症病床 (約0.2万床) ※3

有床診療所一般
(約9.7万床) ※3

有床診療所
療養
(約0.7万床) ※2

施設サービス

居宅サービス

※1 施設基準届出(平成26年7月1日)

※2 病院報告(平成27年8月分概数)

※3 医療施設動態調査(平成27年10月末概数)

※4 介護サービス施設・事業所調査(平成26年10月1日)

※5 介護保険総合データベース集計情報より老人保健課推計(平成25年6月分)

※6 老健局高齢者支援課調べ(平成26年7月1日)

※7 平成26年社会福祉施設等調査(平成26年10月1日)

※8 サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(平成27年12月)

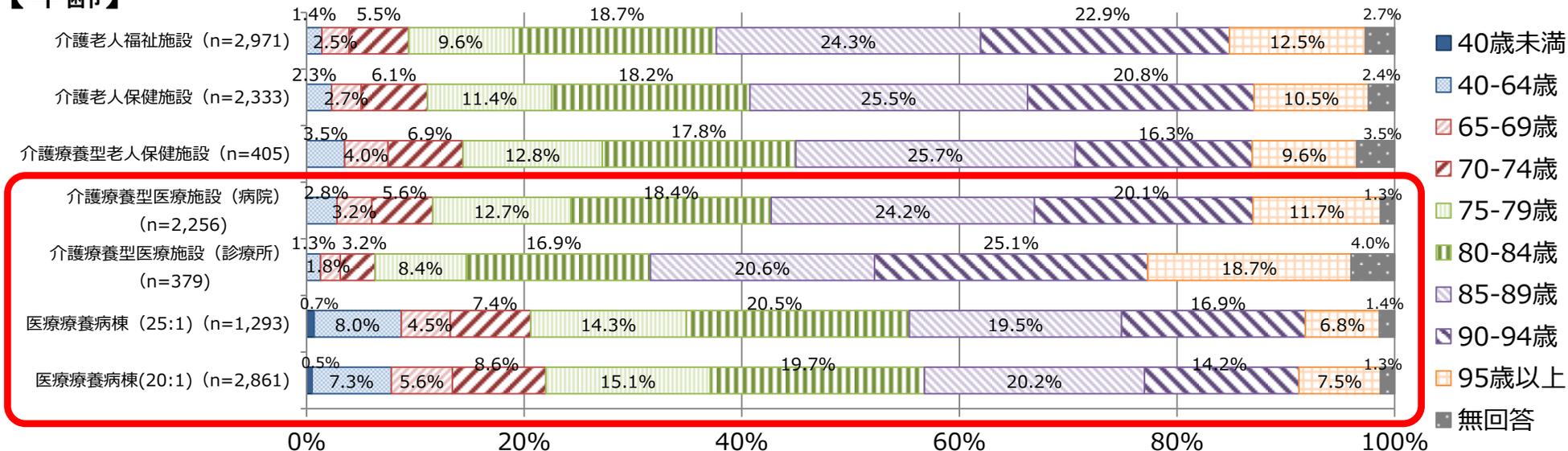
2. 療養病床に関する基礎データ

(2) 療養病床の利用者像など

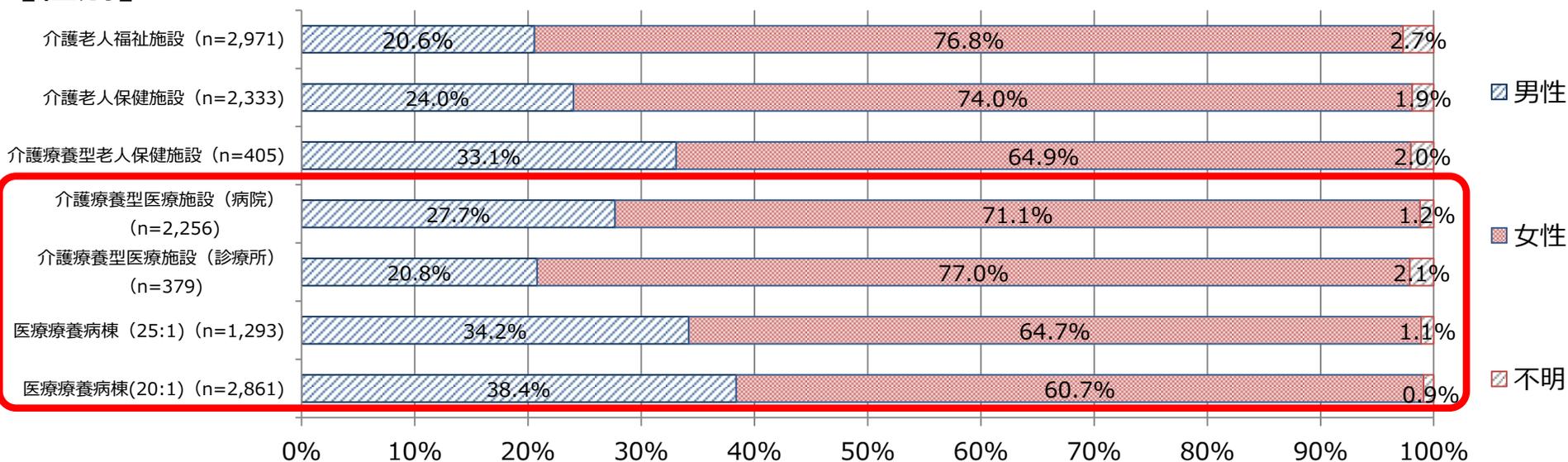
入院患者／入所者の年齢・性別

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)

【年齢】

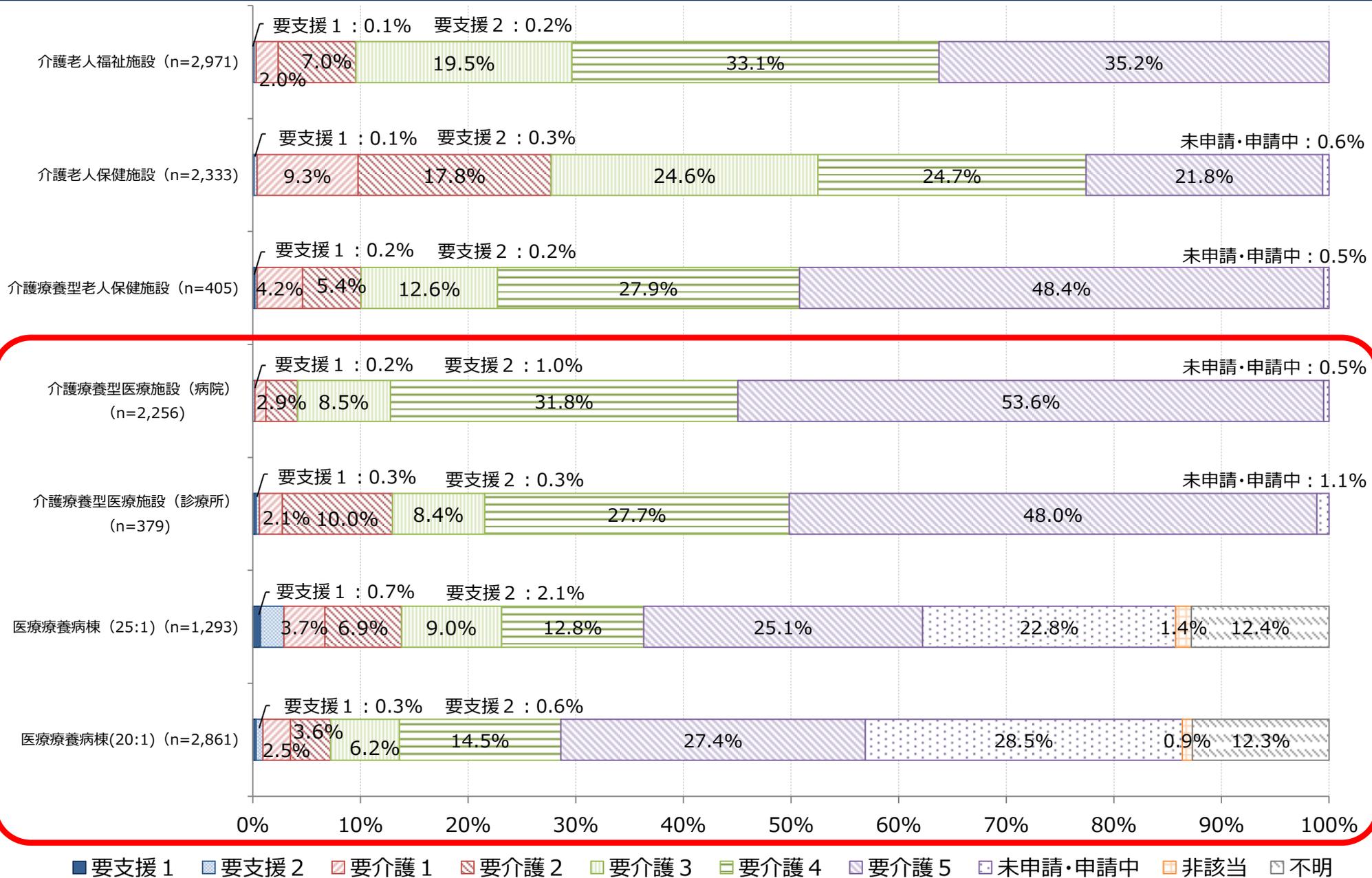


【性別】



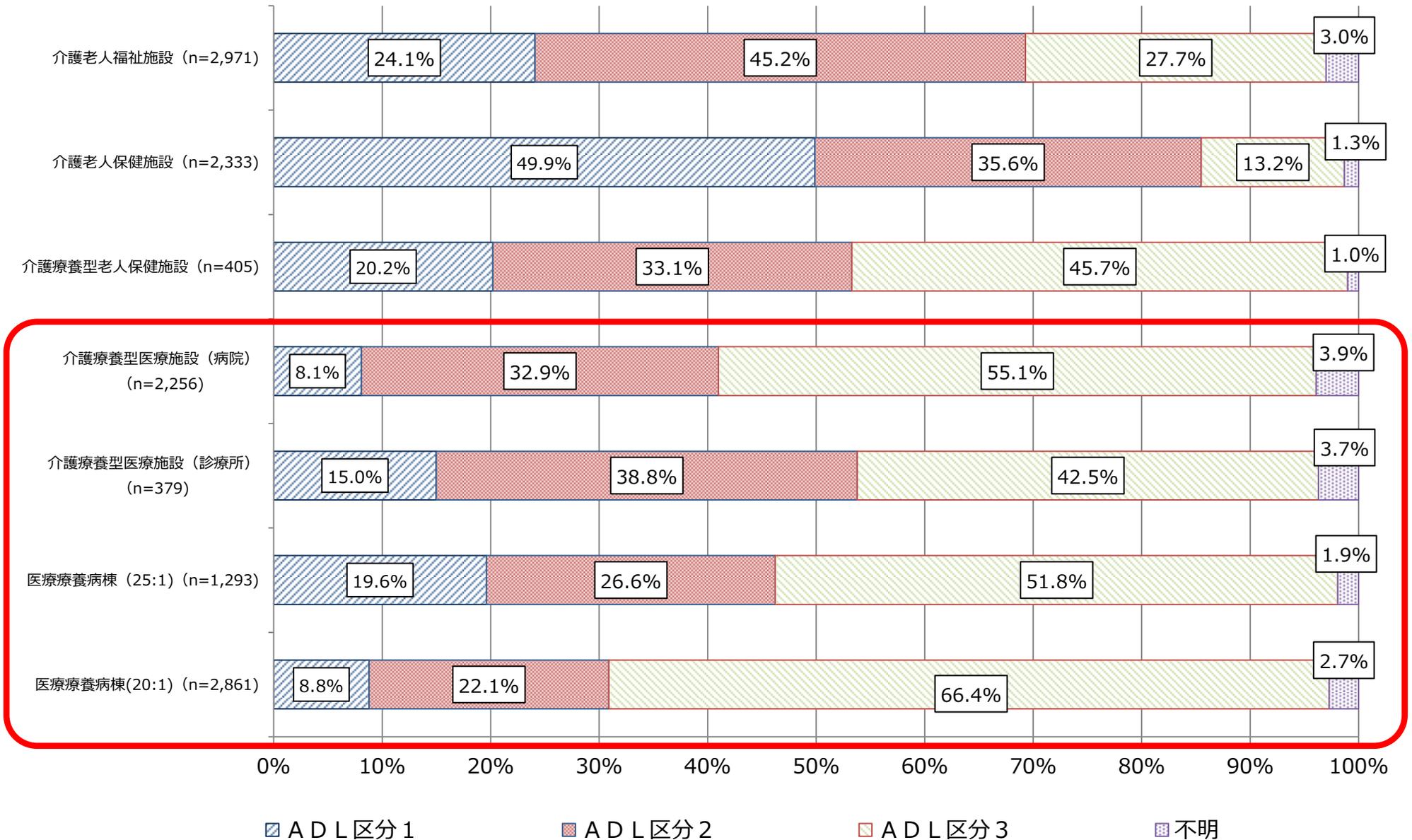
入院患者／入所者の要介護度

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)



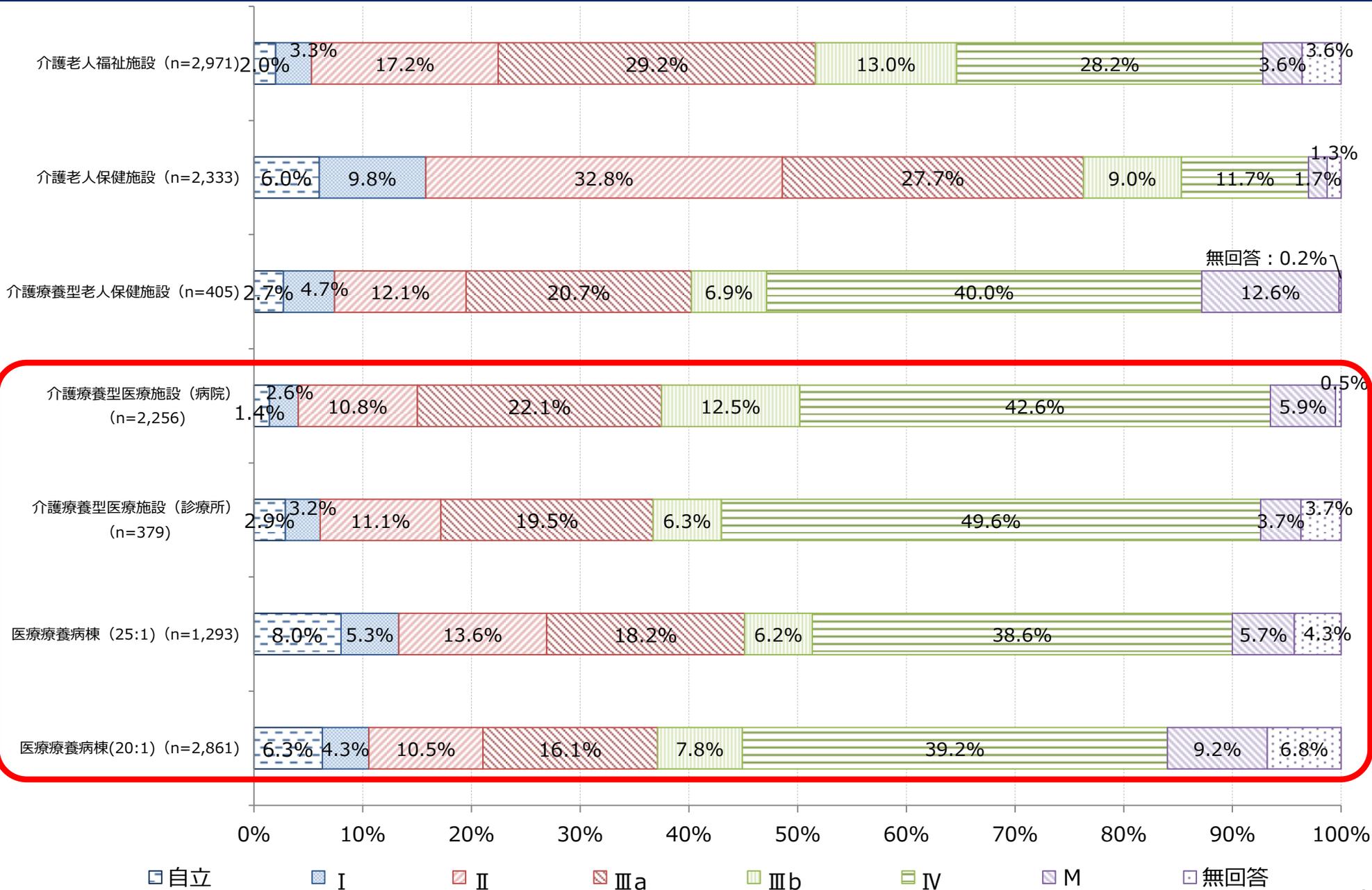
入院患者／入所者のADL区分

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)



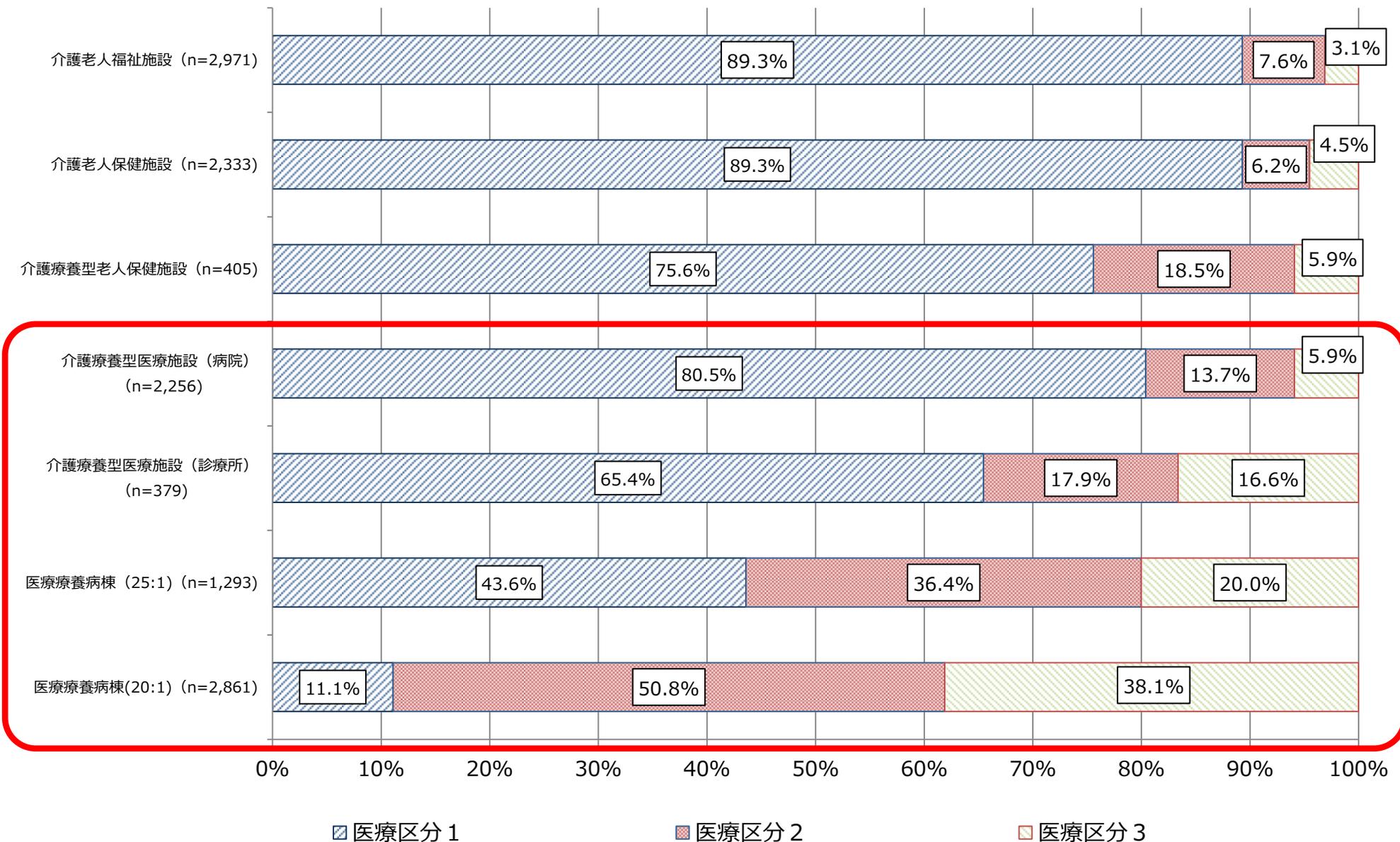
認知症高齢者の日常生活自立度

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)

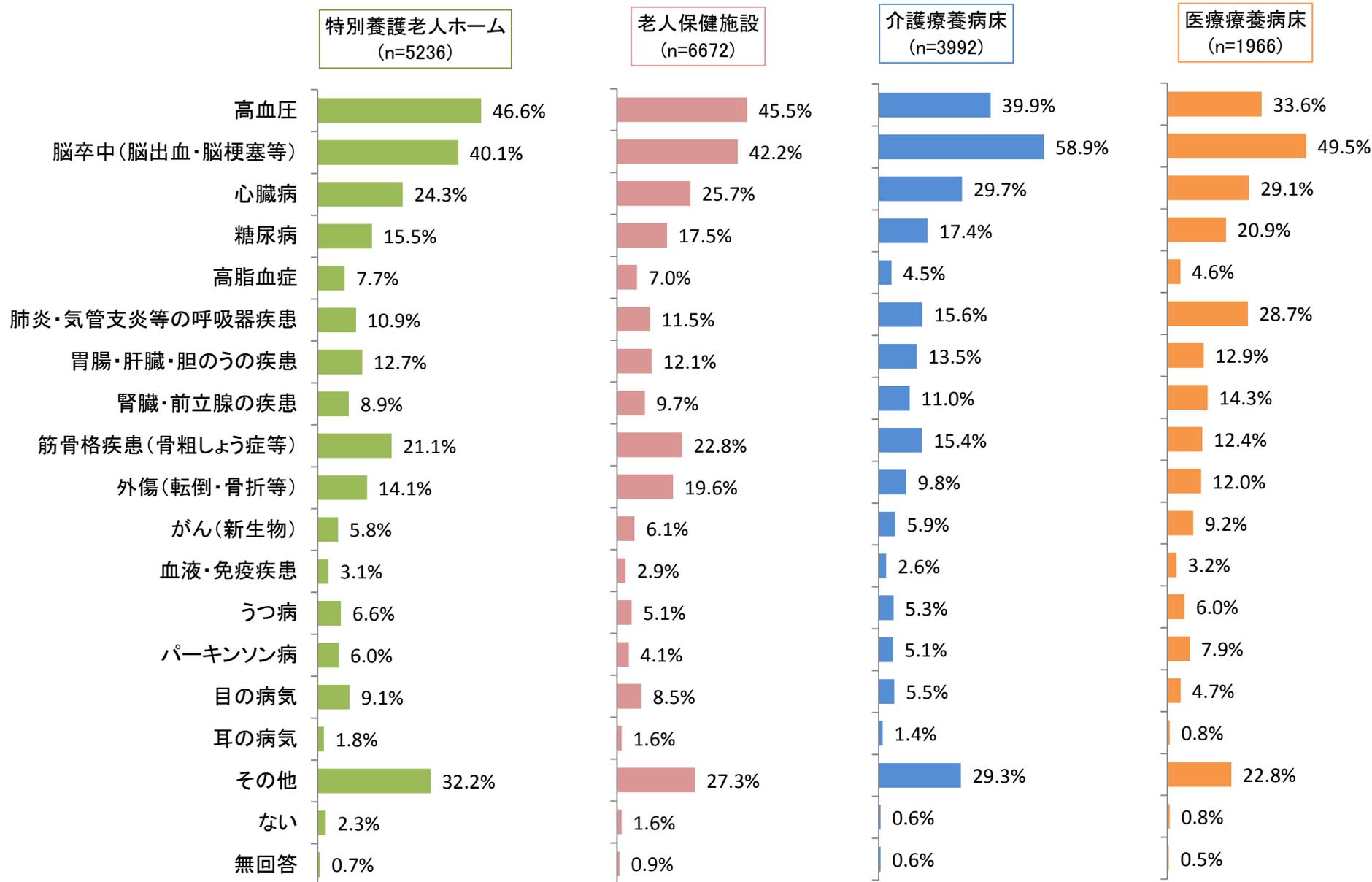


入院患者／入所者の医療区分

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)



有している傷病（複数回答）

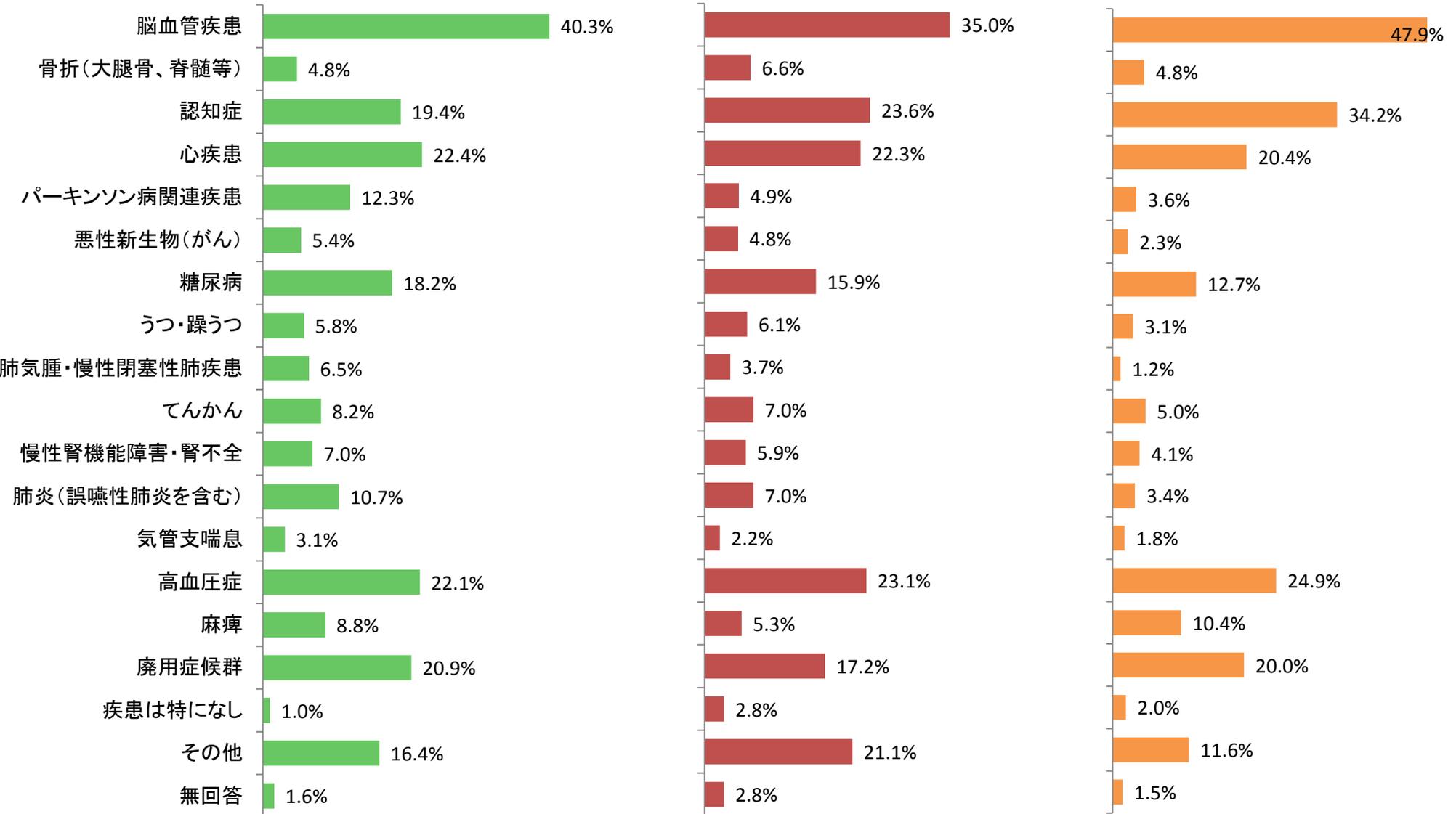


入院患者の傷病の状況

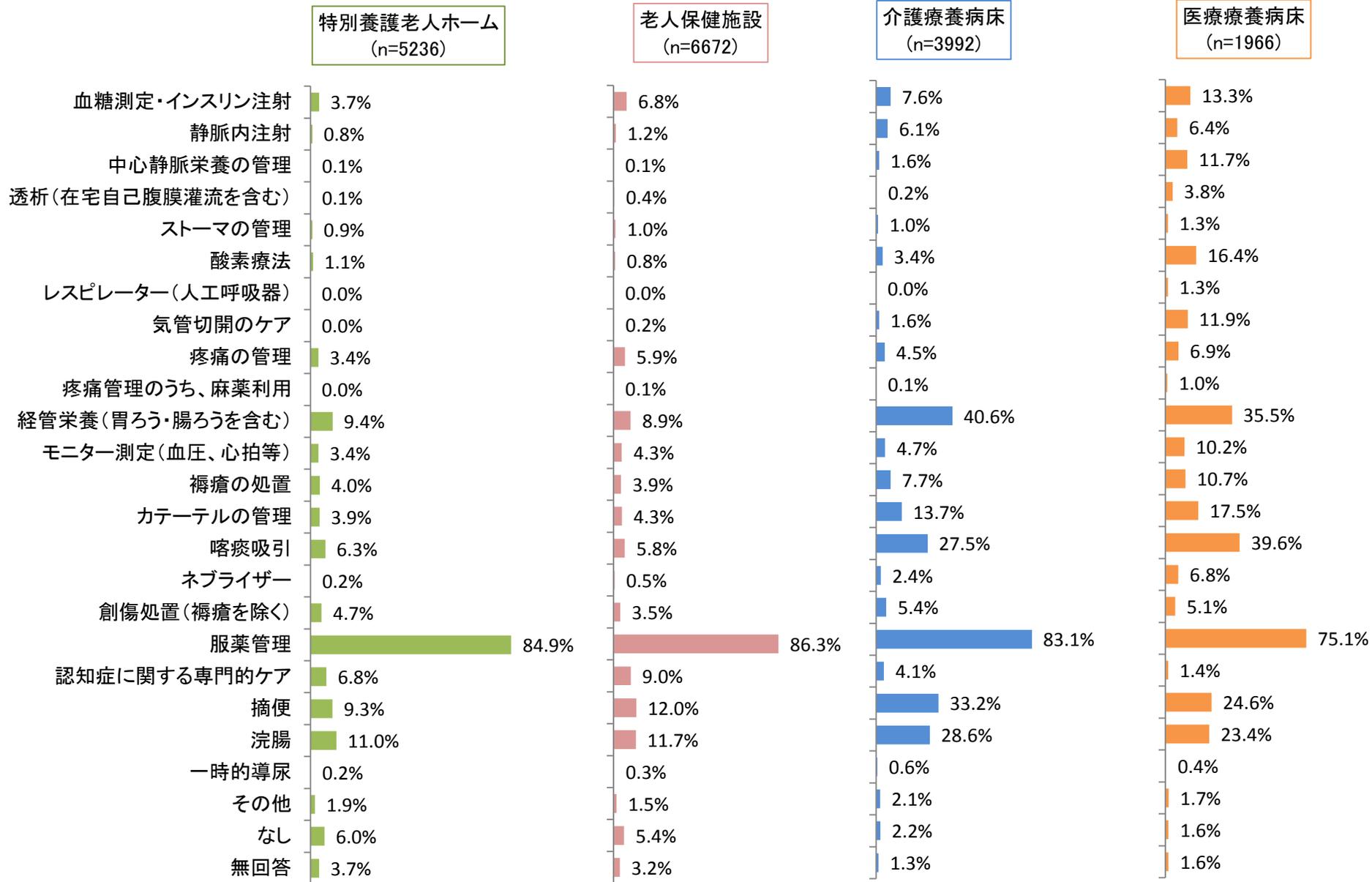
医療療養病棟(20対1)
(n=2,861)

医療療養病棟(25対1)
(n=1,293)

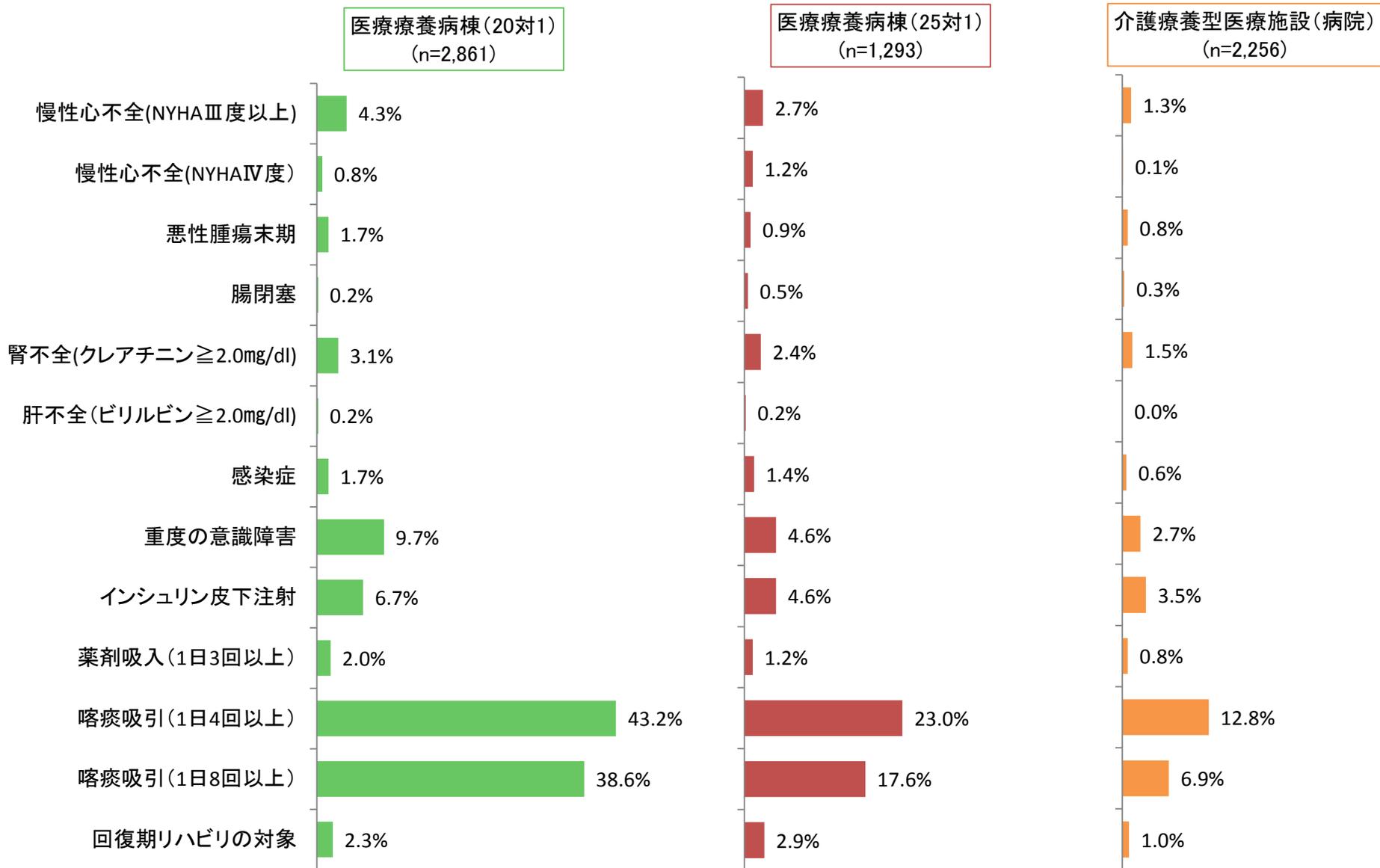
介護療養型医療施設(病院)
(n=2,256)



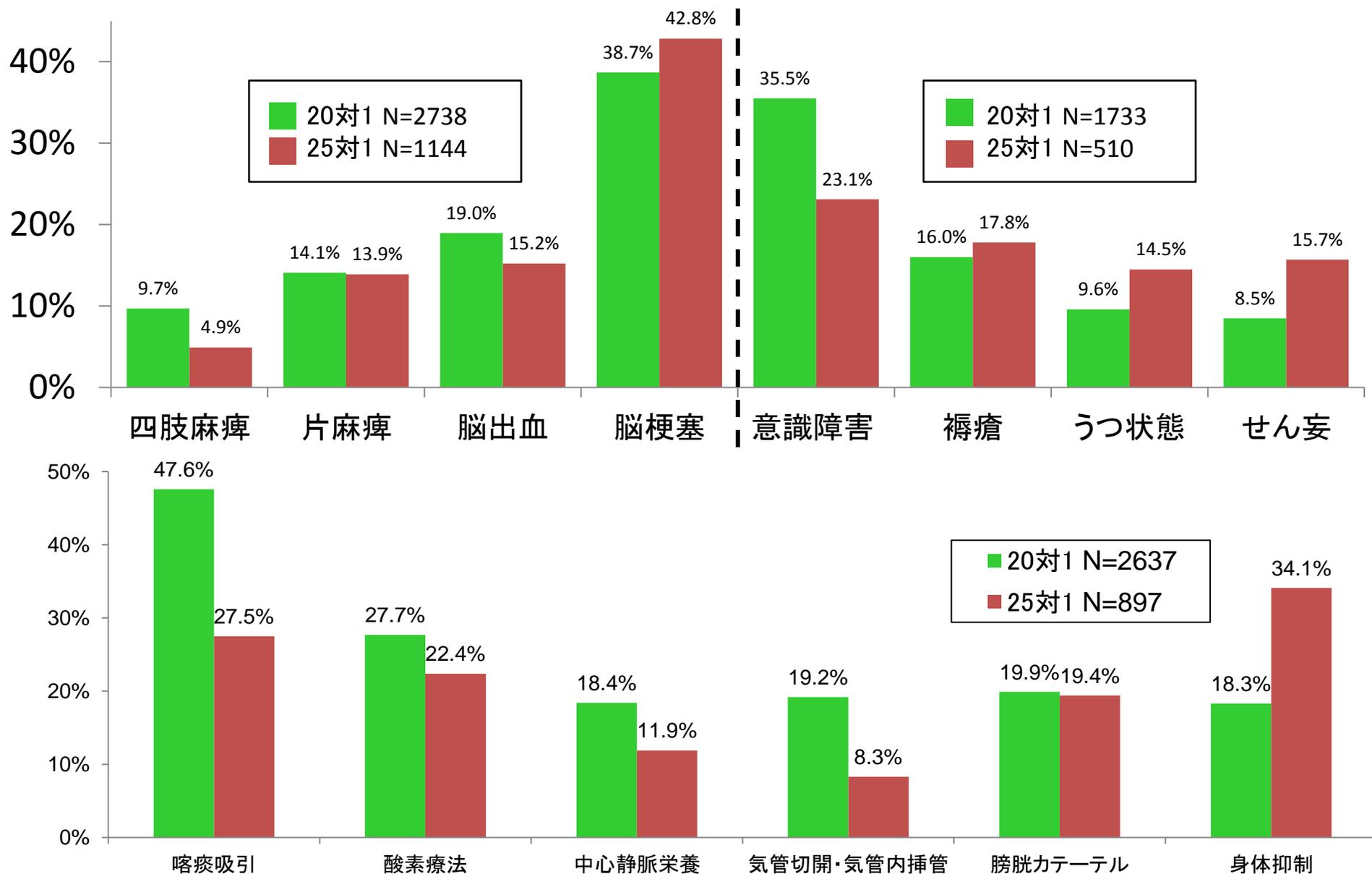
現在受けている治療（複数回答）



入院患者の治療の状況

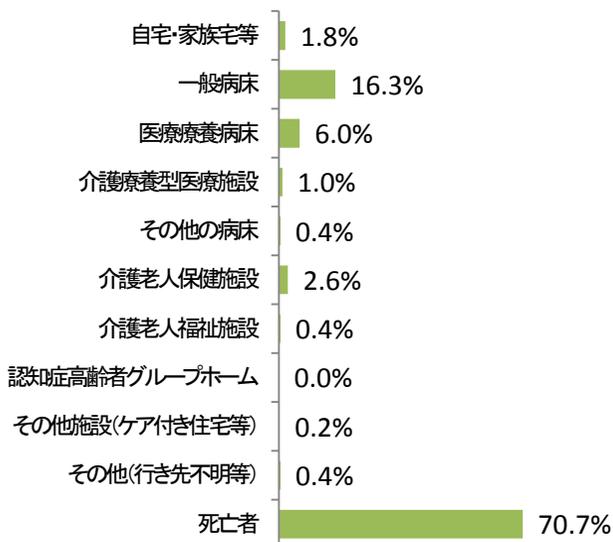


医療療養病棟の入院患者の病態と医療行為・処置

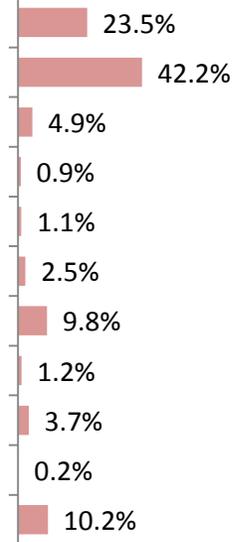


退院／退所後の行き先

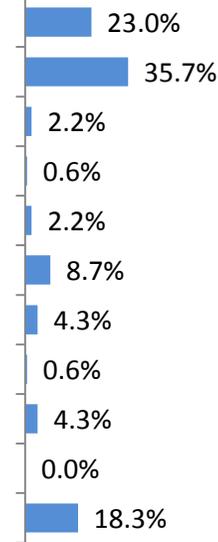
介護老人福祉施設(n=495)



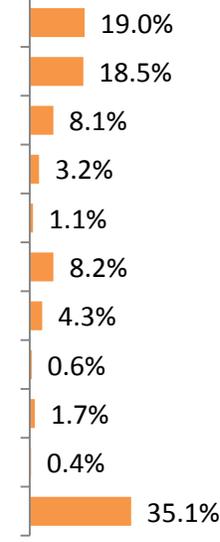
介護老人保健施設(n=1,882)



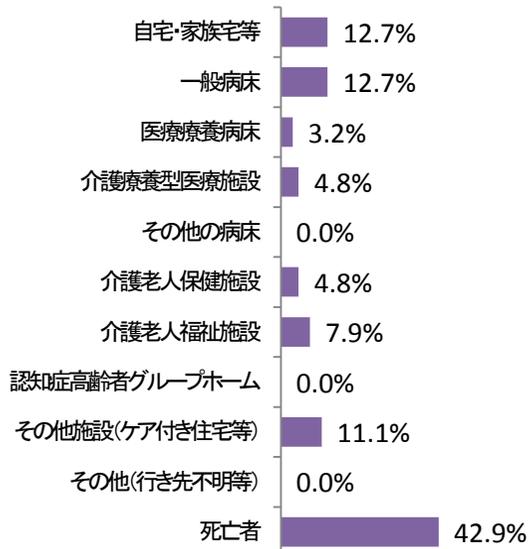
介護療養型老人保健施設(n=322)



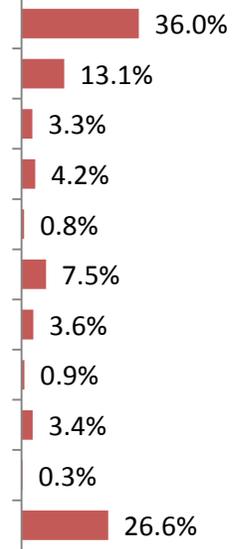
介護療養型医療施設(病院)(n=1,419)



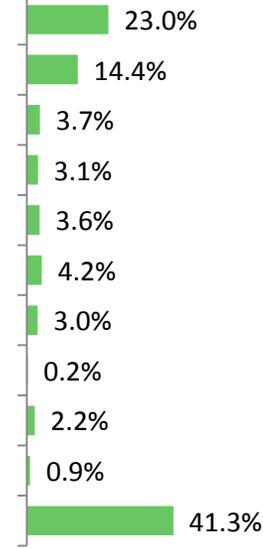
介護療養型医療施設(診療所)(n=63)



医療療養病棟(25対1)(n=2,285)



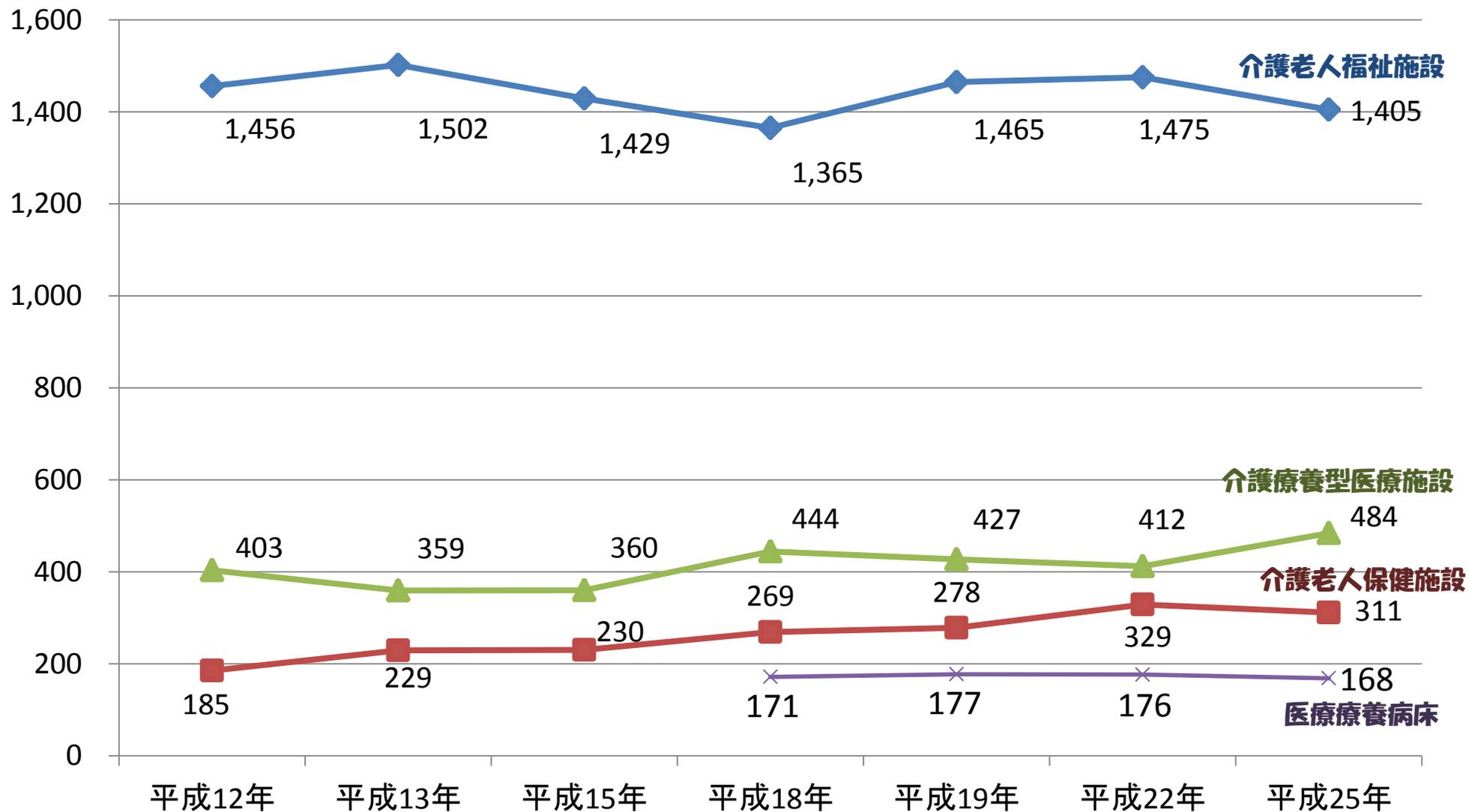
医療療養病棟(20対1)(n=3,411)



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

平均在所・在院日数

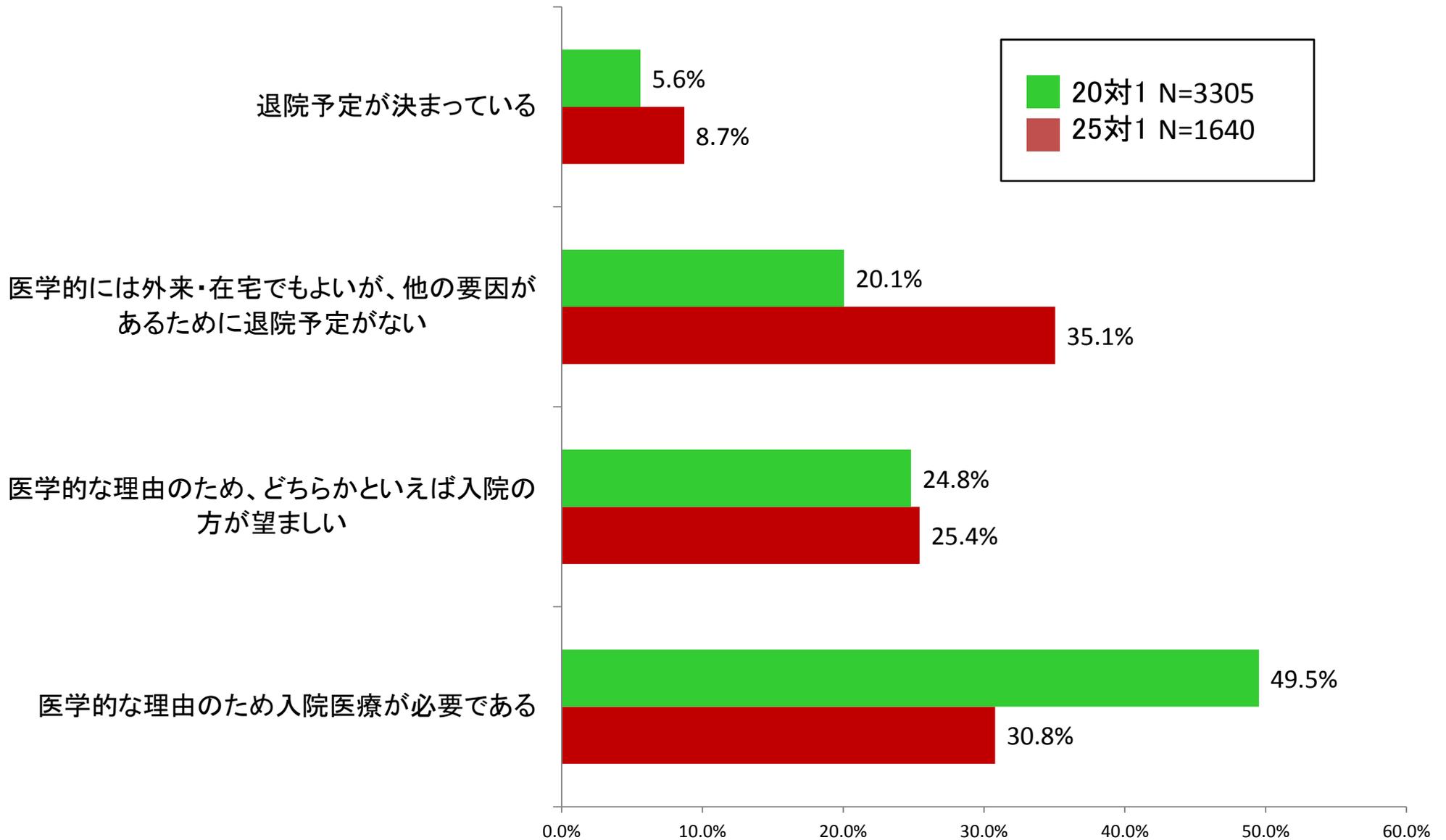
第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)



注：平均在所日数の調査が行われた年度を記載。

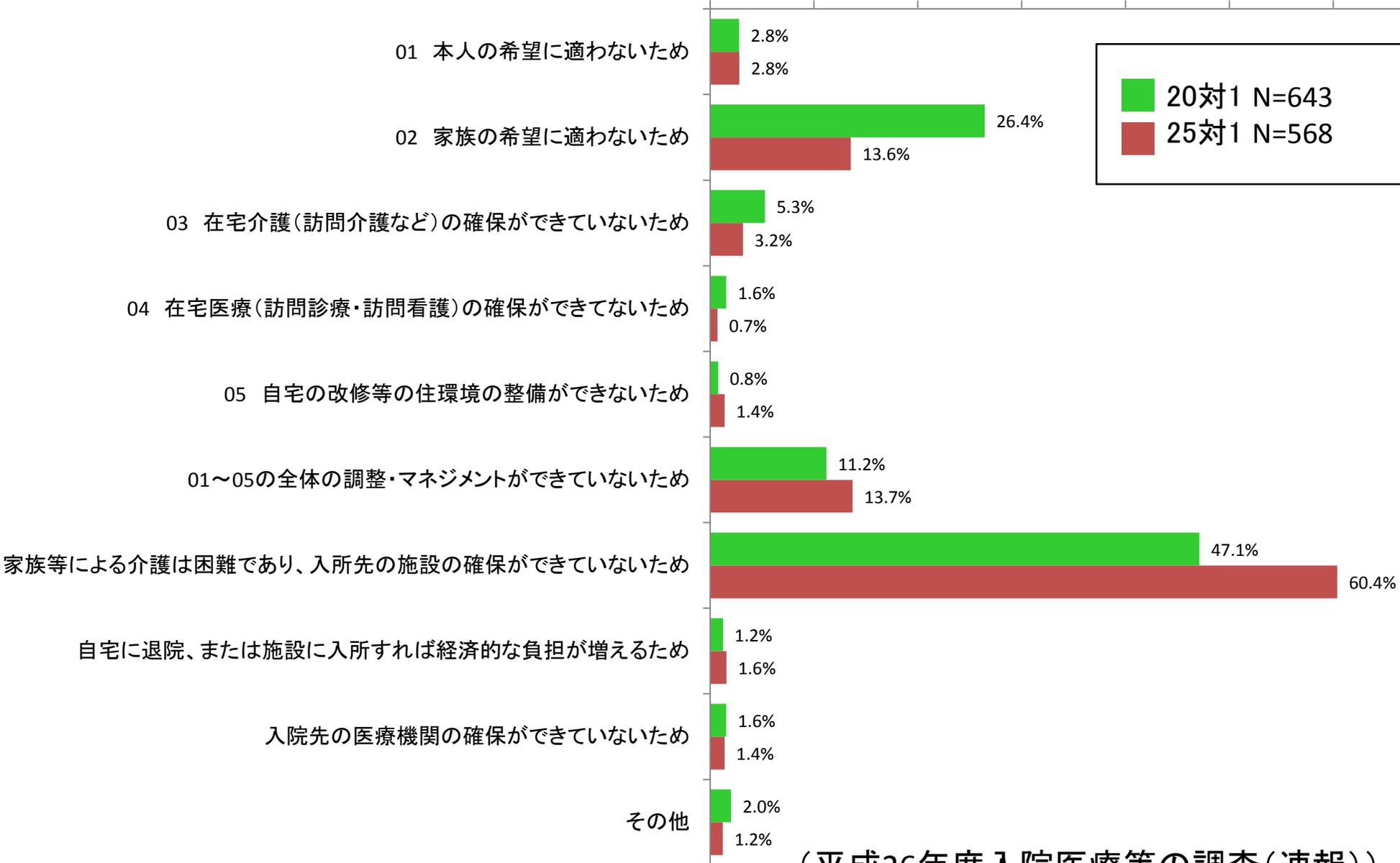
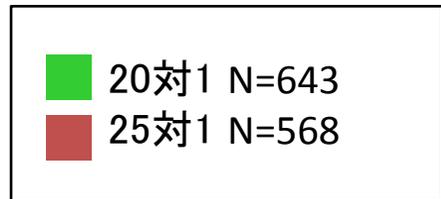
出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」，病院報告(平成25年、平成22年、平成19年、平成18年)

医療療養病棟の入院患者の入院継続の理由



医療療養病棟の入院患者が退院できない理由

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



介護保険施設の室定員（定員数）の構成割合

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

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

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

補足給付の認定者数と給付費

(1) 認定者数 (平成26年度末)

<千人>

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

(2) 給付費 (平成26年度)

<百万円>

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

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

出典：平成26年度介護保険事業状況報告

2. 療養病床に関する基礎データ

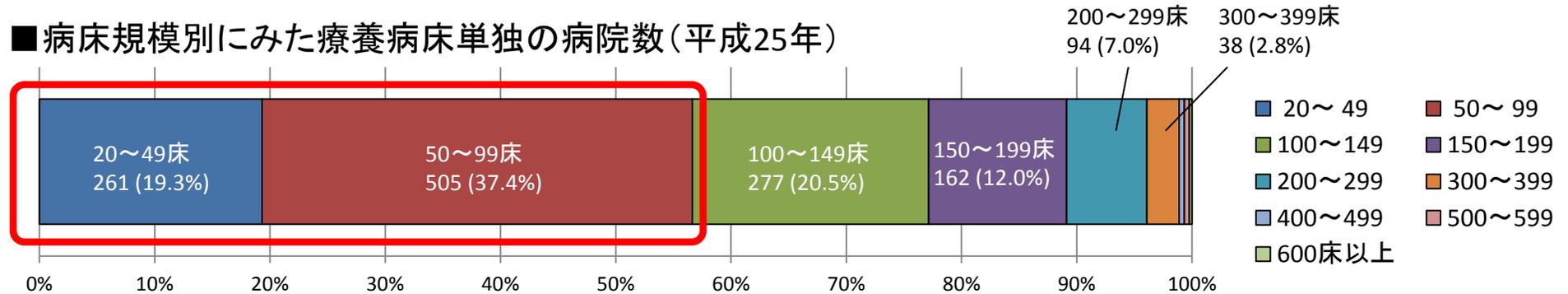
(3) 療養病床単独病院の状況

療養病床を有する病院の状況

■療養病床を有する病院数、病床数

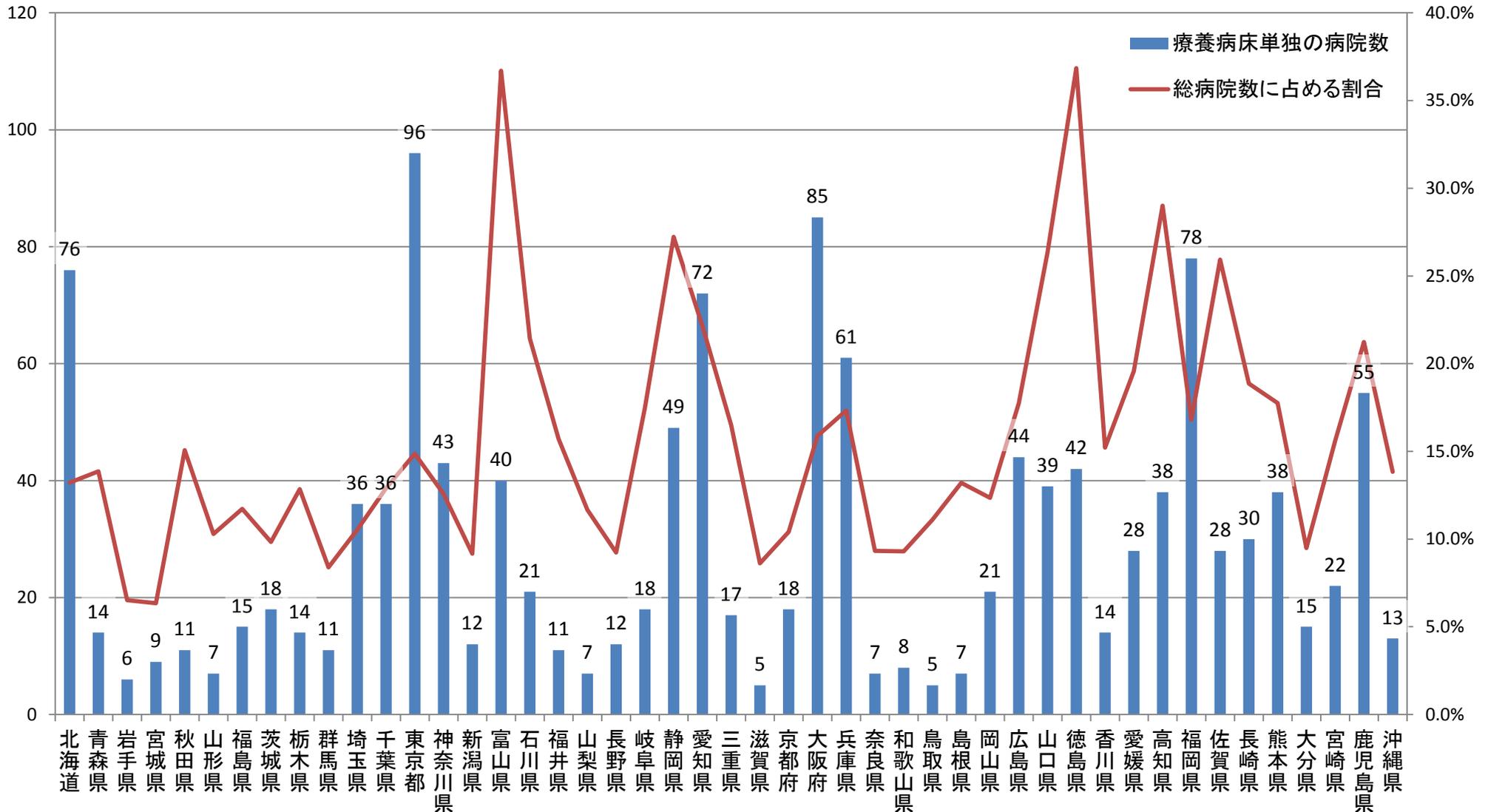
	病院数			(参考) 病床数		
	総数	うち療養病床を有する病院 (総数に占める割合)	うち療養病床単独の病院 (総数に占める割合)	総病床	うち療養病床を有する病院の療養病床 (総数に占める割合)	うち療養病床単独の病院の療養病床 (総数に占める割合)
平成19年	8,862	4,135 (46.7%)	1,431 (16.1%)	1,620,173	343,400 (21.2%)	154,781 (9.6%)
平成22年	8,670	3,964 (45.7%)	1,366 (15.8%)	1,593,354	332,986 (20.9%)	149,237 (9.4%)
平成25年	8,540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

■病床規模別にみた療養病床単独の病院数(平成25年)



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

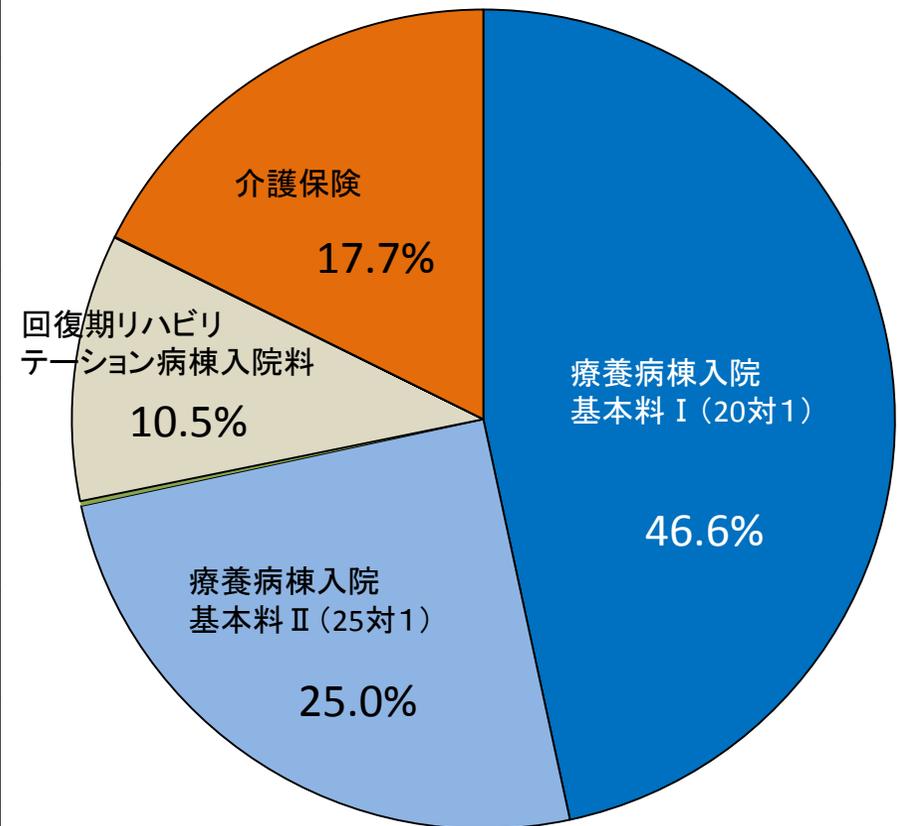
療養病床単独病院の状況（都道府県別）



出典：平成25年医療施設調査（厚生労働省）

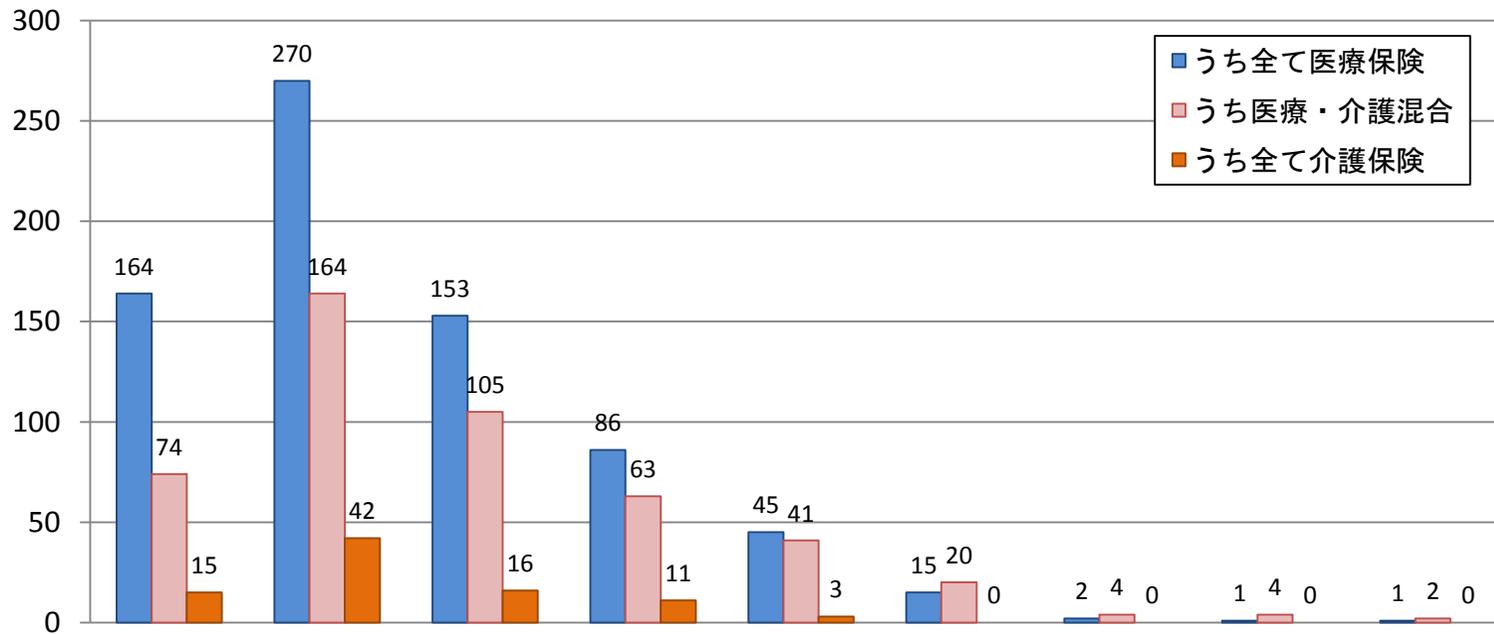
療養病床単独病院における医療保険・介護保険適用の状況

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)

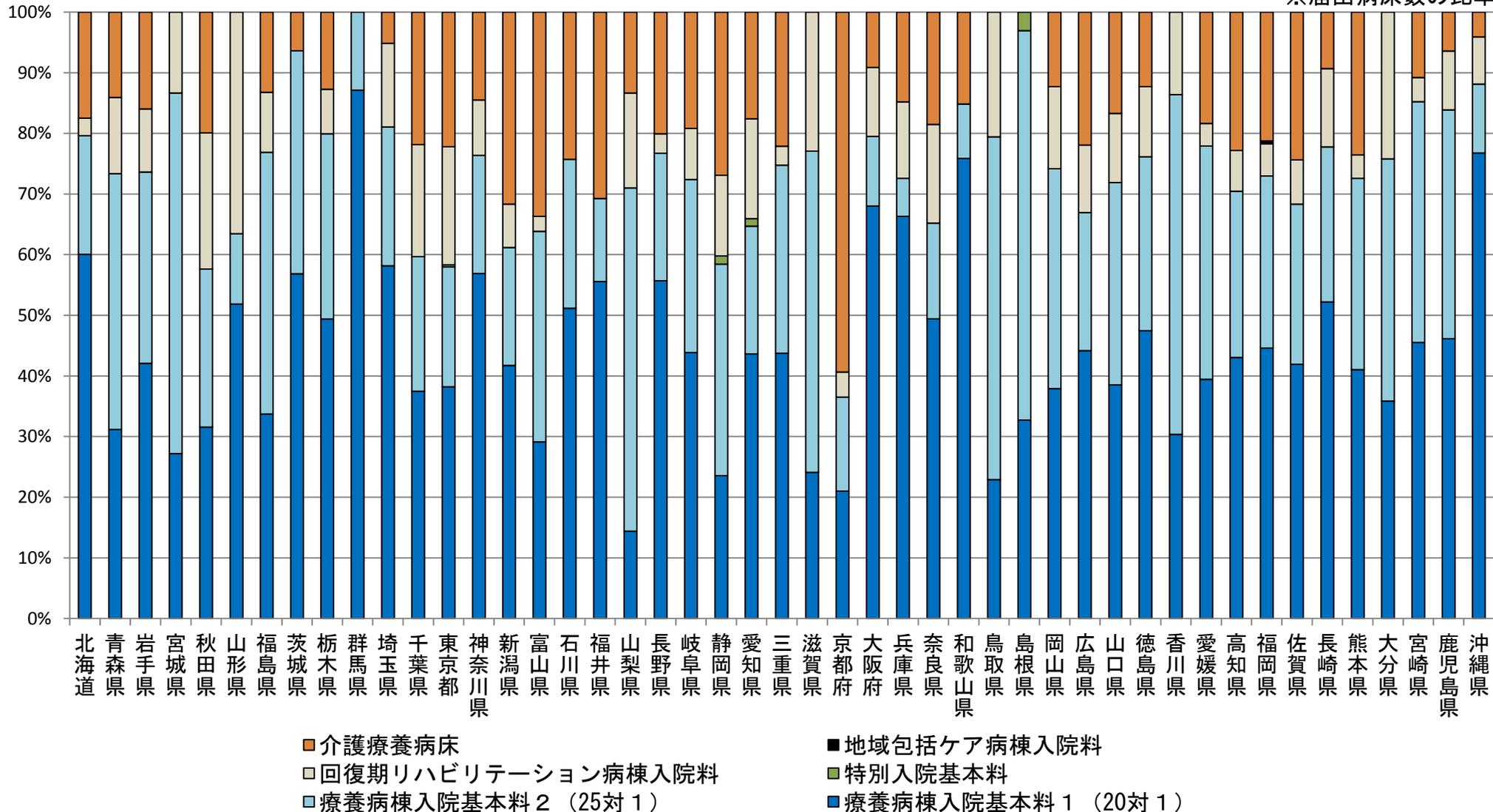


病床規模	20~49	50~99	100~149	150~199	200~299	300~399	400~499	500~599	600床以上	計
療養病床単独病院数	253	476	274	160	89	35	6	5	3	1,301 (100.0%)
全て医療保険	164	270	153	86	45	15	2	1	1	737 (56.3%)
医療・介護双方	74	164	105	63	41	20	4	4	2	477 (36.7%)
全て介護保険	15	42	16	11	3	0	0	0	0	87 (7.0%)

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

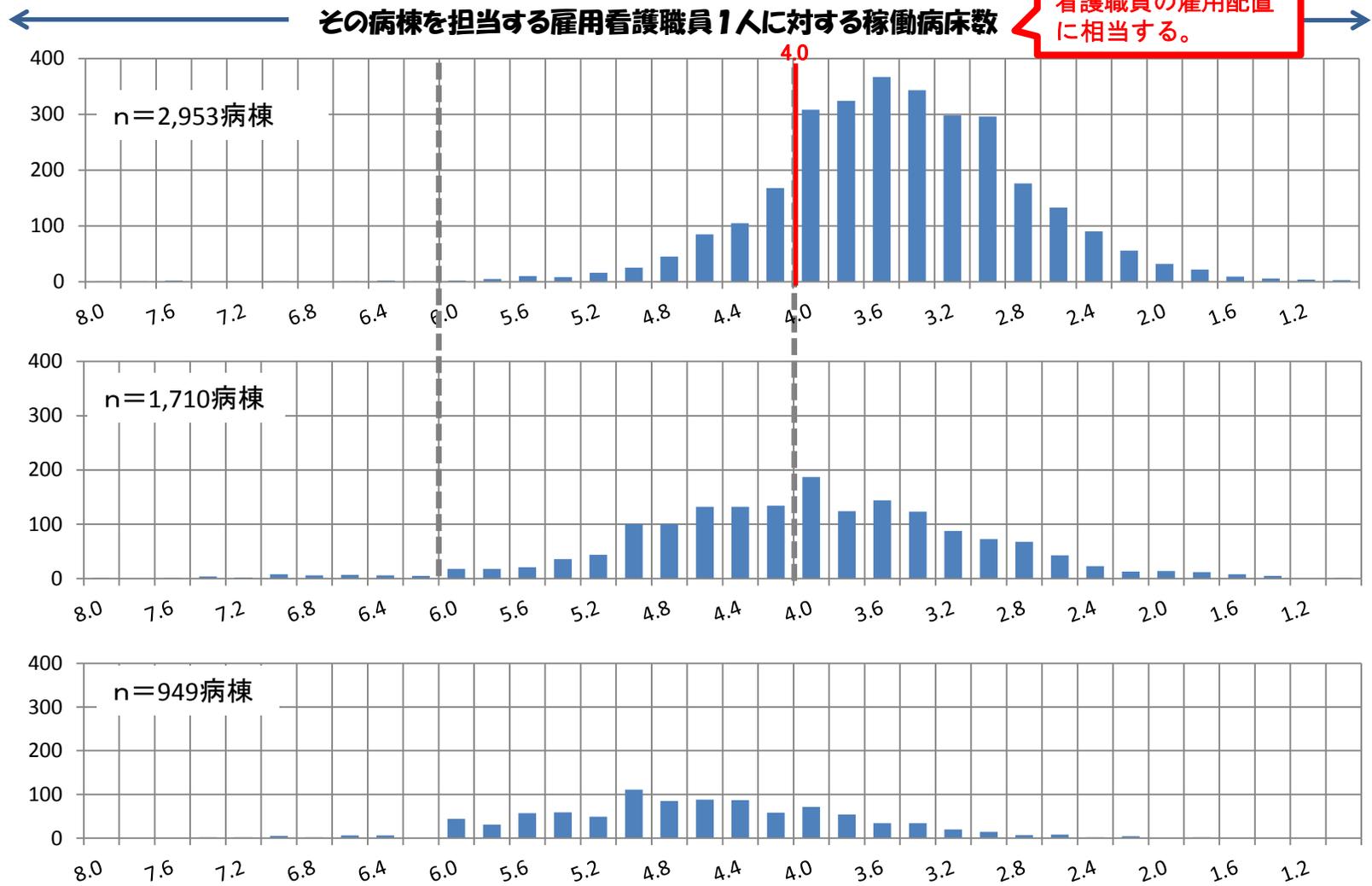
- ◎ 医療療養病床については、2つの診療報酬上の評価基準がある。
- ◎ 看護職員の配置がより手厚いほうの基準を満たすと『医療療養病床20対1』に、もう一方の基準を満たすと『医療療養病床25対1』に該当する。
- ◎ 『20（25）対1』は『入院患者20（25）人に対して看護職員1人』という意味。

		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。



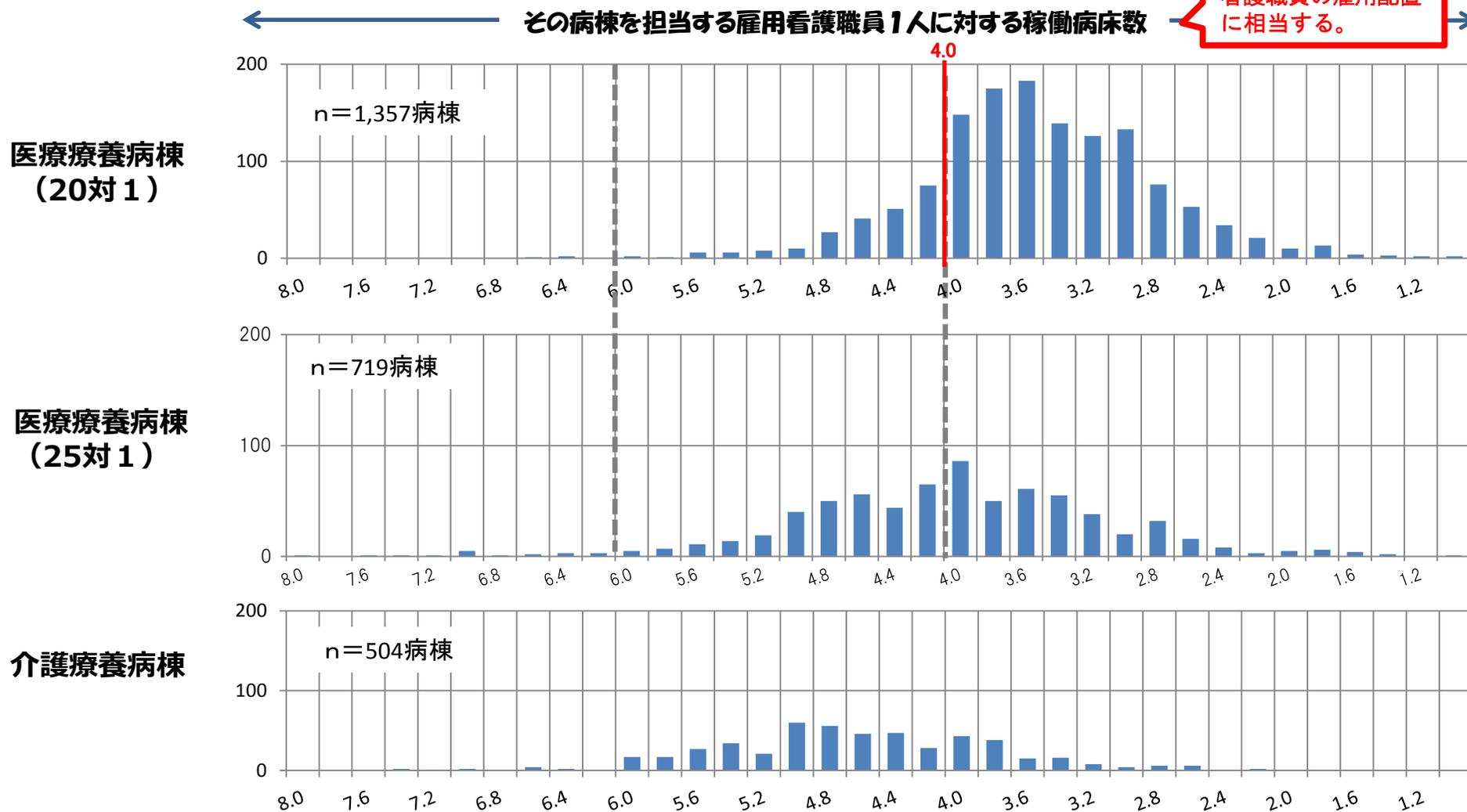
厚生労働省医政局調べ(平成26年度病床機能報告データ等より作成)

(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】

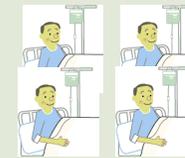
患者に対する
看護職員の雇用数



看護職員 5 人

雇用

4対1



入院患者20人

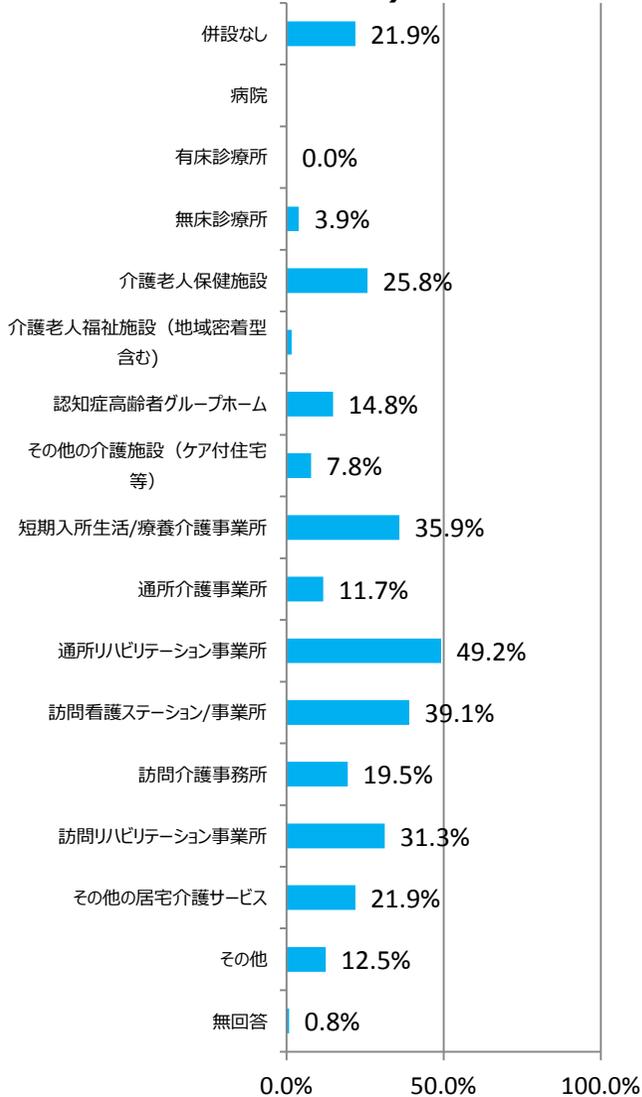
医療法の人員配置標準は、
雇用配置で計算している。

※ 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)

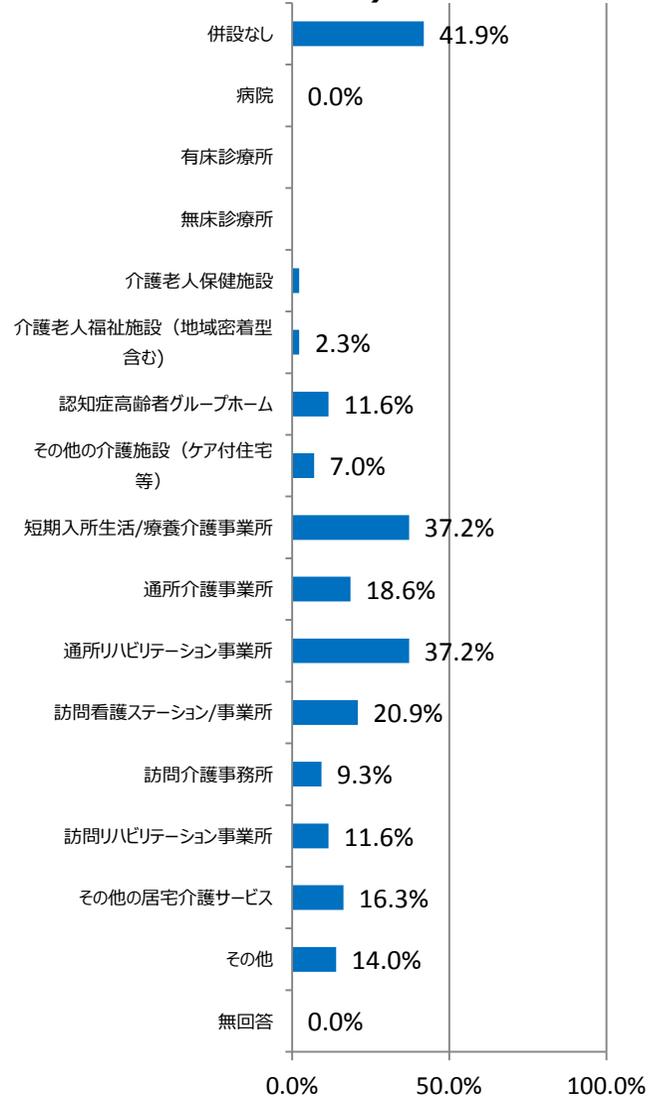
介護療養病床を有する病院

(n=128)



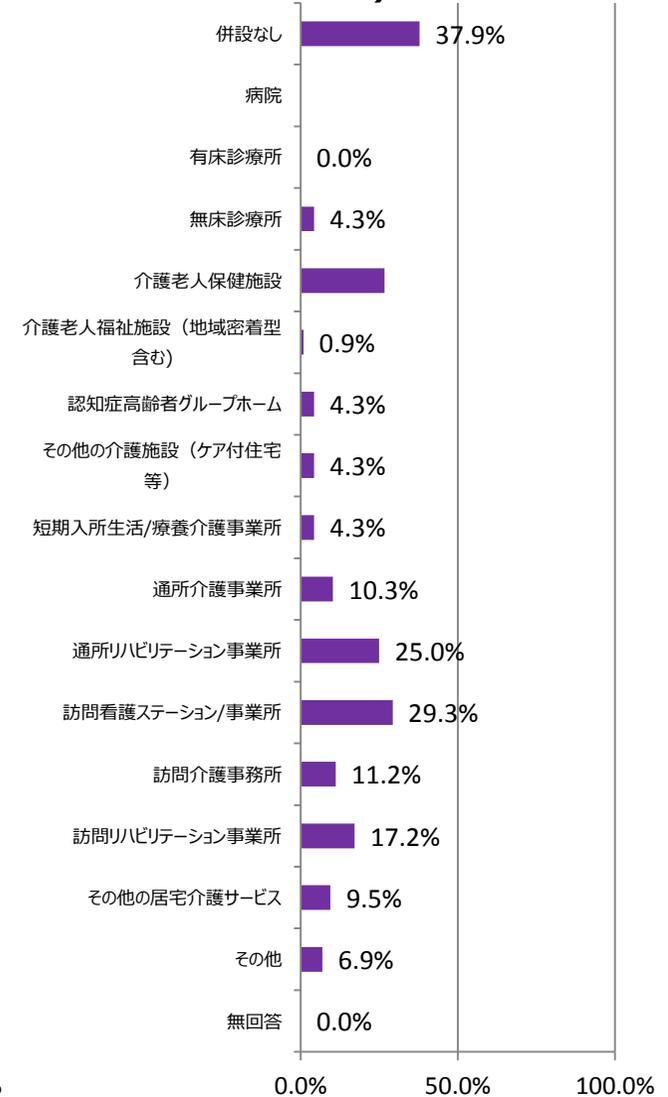
介護療養病床を有する診療所

(n=43)



医療療養病床を有する病院

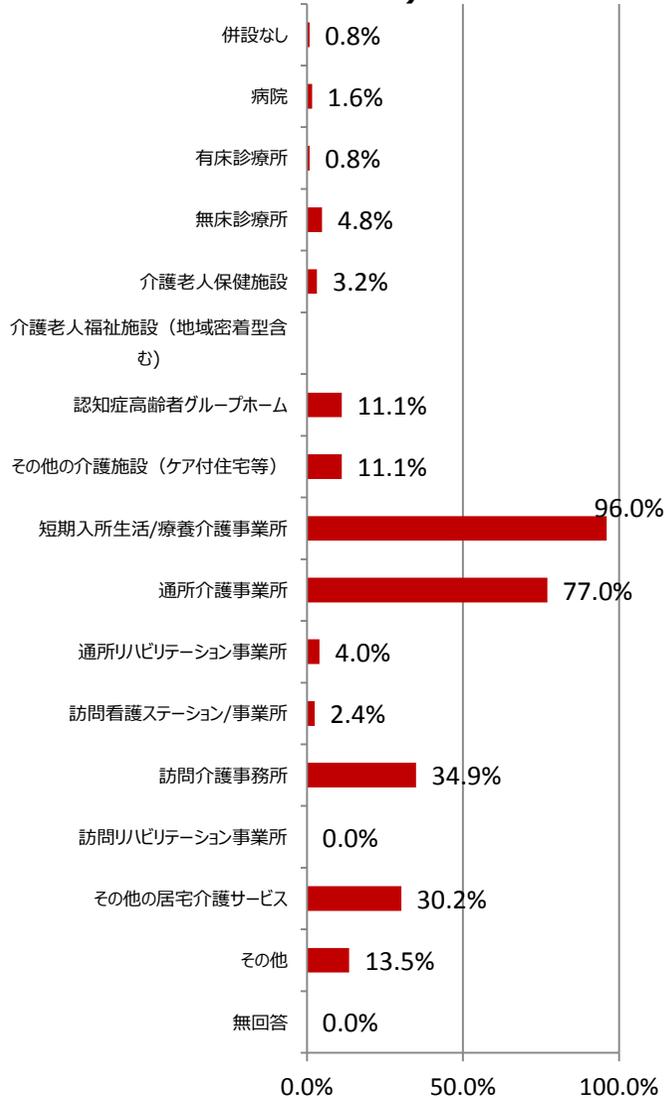
(n=116)



併設施設・事務所 (①の続き) (複数回答)

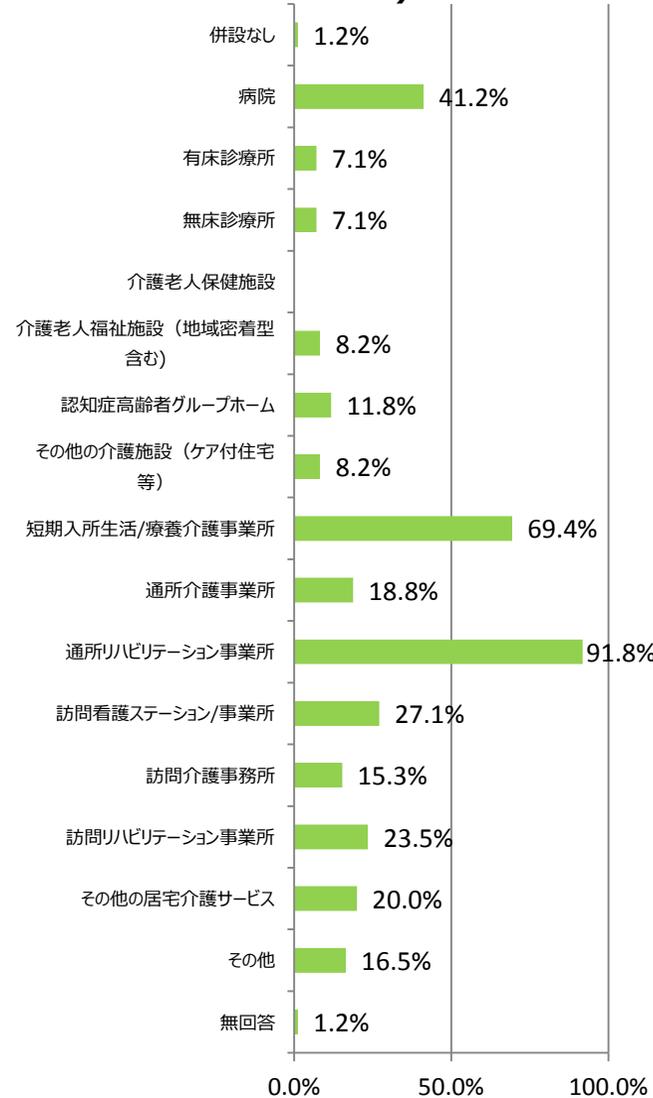
介護老人福祉施設

(n=126)

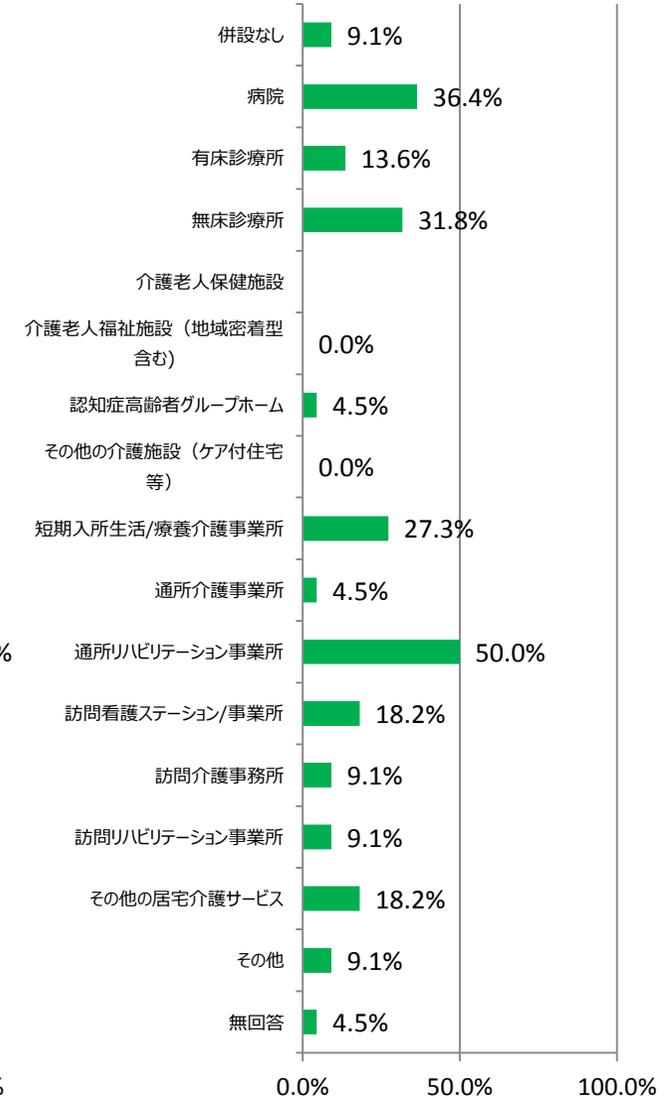


介護老人保健施設

(n=85)



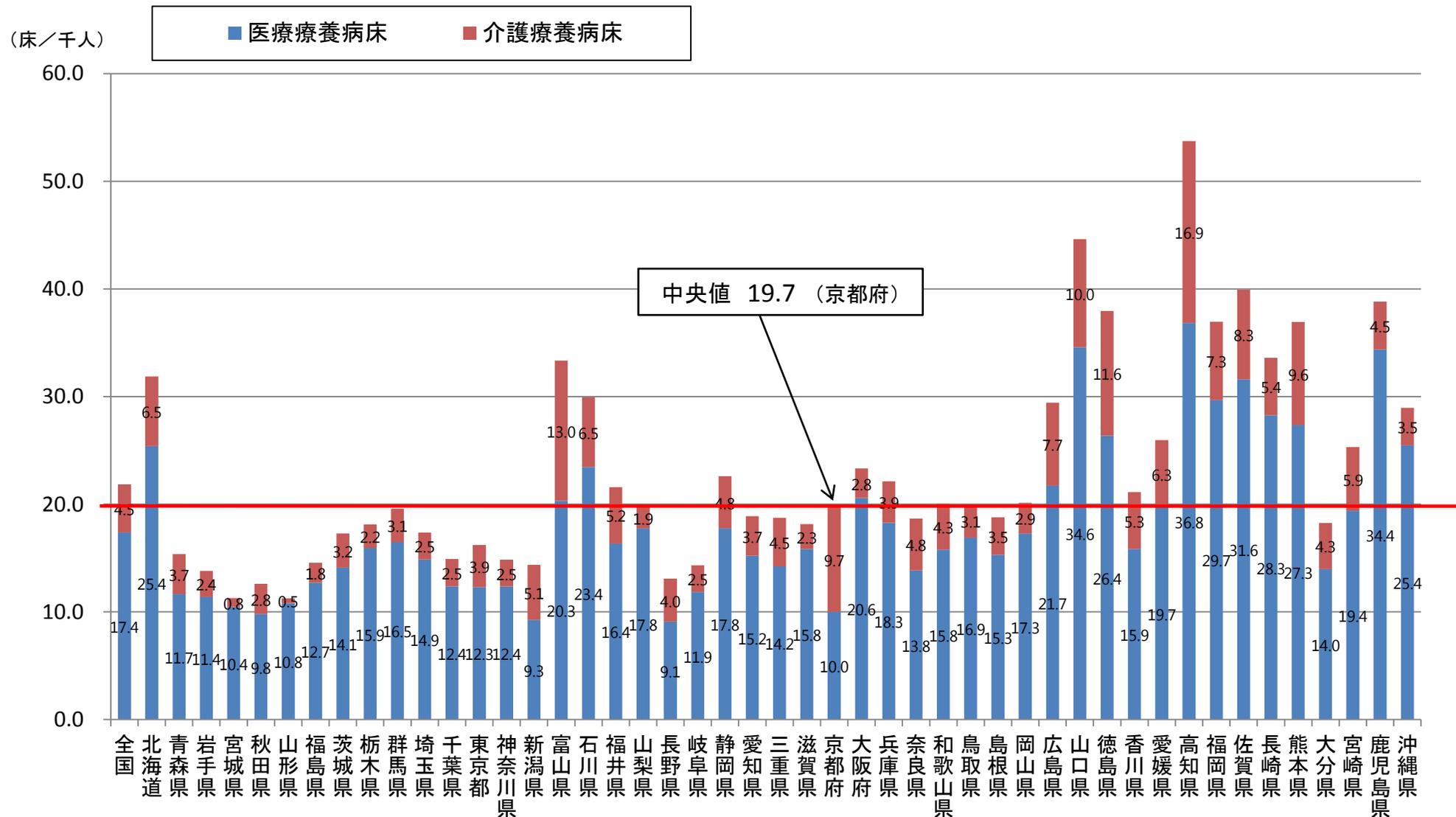
介護療養型老人保健施設 (n=22)



2. 療養病床に関する基礎データ

(4) 療養病床の地域分布

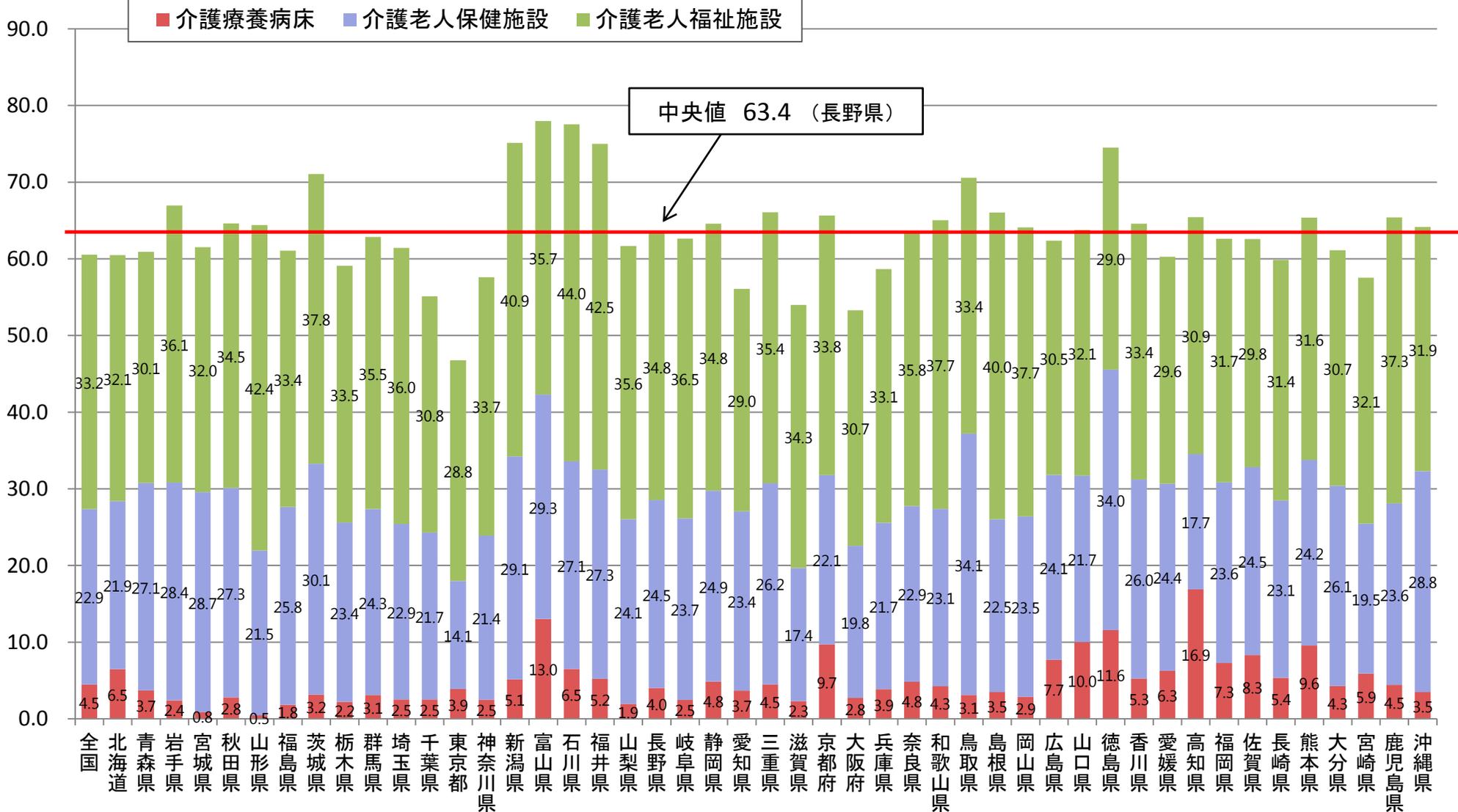
75歳以上人口千人あたり病床数（医療療養病床・介護療養病床）



75歳以上人口千人あたり

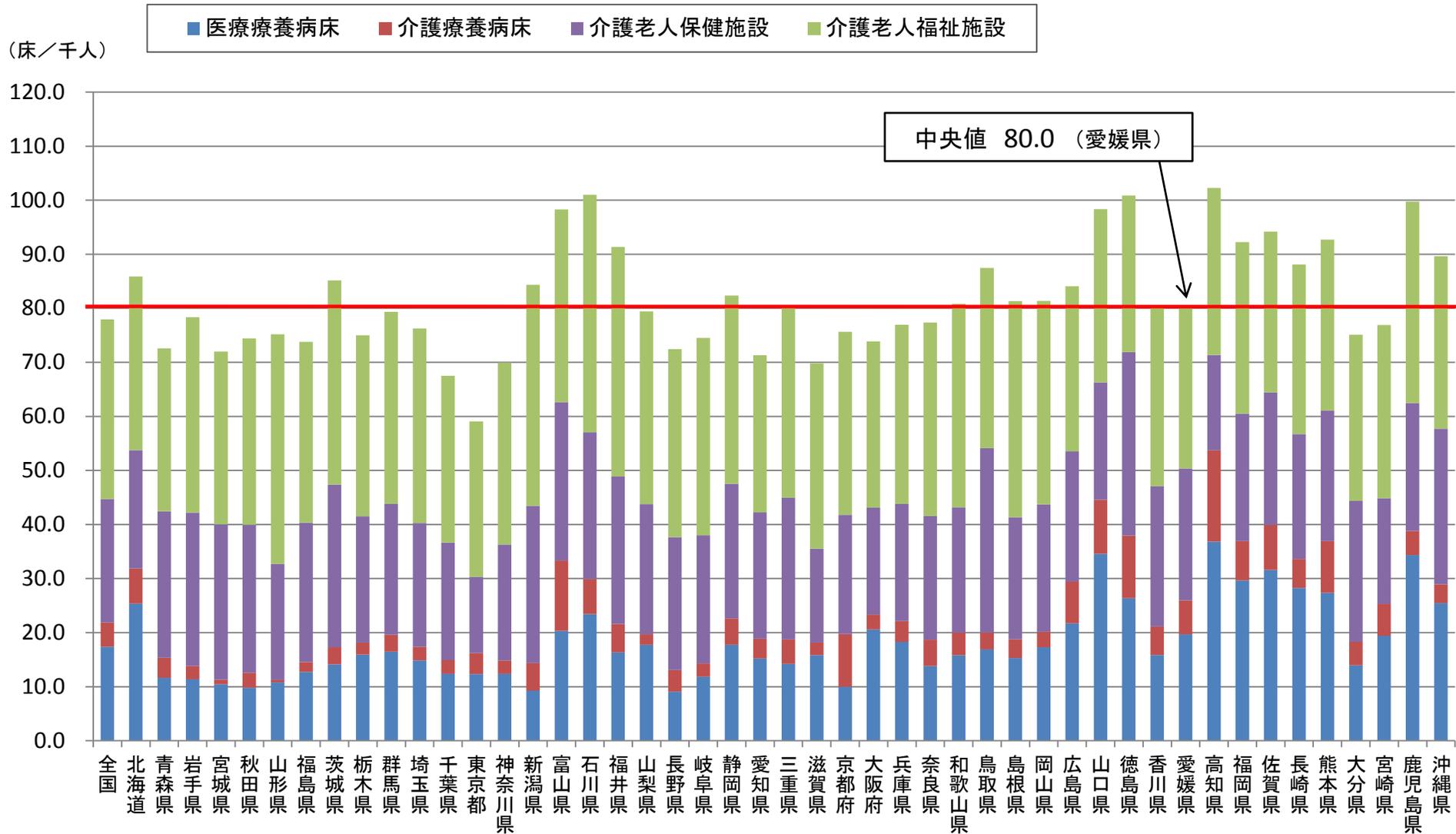
介護療養病床、介護老人保健施設、介護老人福祉施設 病床（定員）数

(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	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

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

日精協発第 16115 号

平成 28 年 11 月 24 日

厚生労働大臣
塩崎 恭久 殿公益社団法人 日本精神科病院協会
会長 山崎 學

老人性認知症疾患療養病棟について（要望）

現在、老人性認知症疾患療養病棟では、他の医療機関・施設で対応が困難な認知症高齢者を受入れ、BPSD等を伴う認知症に対する精神科専門療法や、リハビリテーションを含む非薬物療法を提供しています。重篤な身体合併症を有する認知症患者への適切な医療体制の確保に努めるとともに、さらに看取りを含む終末期ケアも行っており、今後の地域包括ケアシステムにおいて重要な役割を担うべき施設類型であると考えております。

平成 29 年度末に設置期限を迎える介護療養病床等に関し「社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会」で新類型案について議論されております。

しかしながら、新類型案に想定される機能は、現在、老人性認知症疾患療養病棟に求められる機能と大きく異なることから、現行機能の存続は絶対に必要であります。今後検討するにあたっては、緩和ケアを含む精神科専門医療体制の更なる充実を目指すべく、下記項目にご留意していただきますよう、強く要望いたします。

なお、当協会としては、今後とも認知症高齢者に適切な医療を提供するよう努めてまいります。

記

- 老人性認知症疾患療養病棟は、精神保健福祉法に規定する精神医療の対象となるような重度の症状を有する認知症患者を診ており、現在この病棟で提供している専門的な医療がさらに充実されること。
- 現在、老人性認知症疾患療養病棟では、看護職員 4 : 1、介護職員 4 : 1 の配置が評価されており、この体制が引き続き維持されること。
- 現在、老人性認知症疾患療養病棟においては、患者本人や家族を対象として退院支援や相談援助業務等の役割を精神保健福祉士等が担っているが、引き続きこのような体制が維持されること。
- 認知症患者に対する適切な医療提供体制を確保する観点から、身体合併症を有する認知症患者に対し必要な診療を行った場合の評価を適切に行うこと。

以上

とりまとめに対して

NPO全国抑制廃止研究会

理事長 吉岡 充

先般の介護報酬改定では、介護療養病床を療養機能強化型A・Bとそれ以外とに区分しました。

今度はさらにそれをこわして新類型にとりまとめるというのですが、この特別部会でも納得のいくような議論はなかったと思います。

例えば、内包型のⅡ案は、療養機能強化型A B以外の介護療養病床が対象です。

しかし、それらの病床のデータは何もありません。それらの病床の平均要介護度も、患者さんに実施されている医療的な処置も、ターミナルケアの患者の比率も、スタッフの配置数も分からない。(ここは質問でもあるので事務局の回答をお願いします)。あるいは、療養機能強化型A Bの定義だけは、一応は資料に載ってはいますが具体的な数字の記入はありません。これで果たして委員の方が、どれだけ具体的なイメージをもつことができるのでしょうか。ただでさえ現場の患者さんの状況やスタッフの状態を把握するのは難しいことです。現場にいる私ですら、理事長職をしていると現場の感覚から離れそうになるのですから、一般の方にはとても難しい。そんな中、データすら提示されないままで、それでいきなりA B型以外の病床は転換して老人保健施設の類型でよいと結論するのは暴挙に近いものだと思います。

私は外付け型も非常に胡散臭いと考えています。せつかく定額制で、医療費に歯止めがかかっている介護療養病床を、どうして、わざわざ出来高に戻すのでしょうか。また、今の医療療養や介護療養病床で見ている患者さんを、有料老人ホームの人員基準でちゃんとケアできると考えるのでしょうか。この外付け型を私は雑居ビルと呼んでいます。昔の寝かせきりで点滴漬け、薬漬け、検査漬けの老人病院やら、このごろ問題の寝かせきり、閉じ込めきりの虐待付き高齢者向け住宅になるのではないかと危惧しています。

私は既得権を主張しているのではありません。療養病床全般も介護療養病床もこの30年で進化してきました。病院として高齢者の一般的な病状には対応しており、認知症ケアやターミナルケアまでを実施する自己完結的な医療機関として活動しています。安上がりでもあり、この制度はこれからの日本でも大きな役割を担えると思うし、私はアジアのモデルにもなりうるものと考えています。いまこの制度を壊さなければならぬ必然性を、厚生労働省の説明からも議論の推移からも感じないのです。

前回の部会では現場の声をもっと聞くべきだという主張をして下さった委員のみなさんもあり感謝しています。それから賛成されているみなさんには申し訳ありません。私は介護療養型医療施設の存続を主張しこの新類型案のとりまとめに反対します。