

# 介護医療院について

---

平成29年9月13日

## 四病院団体協議会

一般社団法人 日本病院会  
公益社団法人 全日本病院協会  
一般社団法人 日本医療法人協会  
公益社団法人 日本精神科病院協会

# 1. 長期療養を目的とした施設(介護医療院)について

## 1. 長期療養を目的とした施設について

- これまでの療養病床の在り方等に関する特別部会等での議論を踏まえ、介護医療院は、介護療養病床の医療機能を維持し、生活施設としての機能を兼ね備えた施設である。

## 2. 介護医療院の在り方について(その1)

### (1) 介護医療院に期待される機能について

- 介護医療院は、地域包括ケアシステムの5要素（医療、介護、生活支援、予防、住まい）のうち、介護療養型医療施設が持つ「医療」「介護」「生活支援」に加え「住まい」の機能を持った長期療養を目的とした施設であり、在宅復帰を目指すことが主目的の施設ではない点には留意が必要である。
- 療養病床の在り方等に関する特別部会における整理では、介護医療院の有する機能については、
  - ・ 主な利用者像を療養機能強化型AB相当とした類型（Ⅰ）と
  - ・ それよりも比較的容体が安定した者に対応する、介護老人保健施設相当以上の類型（Ⅱ）の2種類とすることが提言されており、これを踏まえるべきである。
- 長期療養を支える観点から、日中だけでなく、夜間に必要な医療を提供できることが重要である。
- また、効率的なサービス提供の観点から、1施設で、介護医療院の類型（Ⅰ）と類型（Ⅱ）の両サービスを提供可能とする。

## 2. 介護医療院の在り方について(その2)

### (2) サービスの提供単位について

- これまで介護療養型医療施設で行われてきた病棟単位※<sup>1</sup>でのサービスを参考に、病棟に代わる「療養棟」単位でのサービス提供を基本とするべきである。
- ただし、小規模な病院や有床診療所が転換するような場合には、現行の介護療養型医療施設における指定の考え方※<sup>2</sup>と同様に、療養棟単位ではなく、療養室単位でのサービス提供を可能とすべきである。
- また、同一病棟で介護と医療の療養病床が混在する場合、詰所は医療と介護で併用されており、療養病床から介護医療院に転換した後、介護医療院と医療療養病床の詰所が併存できるよう配慮が必要である。

※ 1 病棟とは、各医療機関の看護体制の1単位を指し、60床以下が基本。

※ 2 介護療養型医療施設では、2病棟以下しかない医療機関などの場合には病室単位で指定を受けることが可能となっている。

## 2. 介護医療院の在り方について(その3)

### (3) 人員配置について

- 介護医療院の類型（Ⅰ）に求められる人員については、現行の介護療養病床（療養機能強化型）の人員配置を継承するべきである。
- 類型（Ⅱ）に求められる人員については、夜間にも必要な医療を提供する観点から、夜間の看護職員の配置を念頭に、介護療養型老人保健施設の配置を参考とするべきである。ただし、病院・診療所に併設する場合には、夜間の看護職員の配置基準について緩和する等、配慮が必要である。
- 医師の宿直は義務とするべきである。ただし、医療機関を併設しない単独型の類型（Ⅱ）については、療養病床の在り方等に関する特別部会での議論を踏まえ、夜間の医師の体制をオンコールでも良いこととするべきである。
- 病院・診療所に併設する場合には、医療資源を効率的に活用する観点から、宿直医を含めた人員配置の兼任等の緩和をするべきである。

## 2. 介護医療院の在り方について(その4)

### (4) 療養環境について

- 生活施設としての機能を考慮し、個室やユニット型を理想とするが、多床室であってもプライバシーに配慮した療養環境を提供することが重要であり、それに対する評価を行うべきである。
- 療養室については、療養病床の在り方等に関する特別部会の整理のとおり、介護老人保健施設を参考に、1室あたり定員4名以下、床面積8㎡/人以上とすべきである。
- また、転換にあたっては、大規模改修まで床面積6.4㎡以上を可とする等、経過措置が必要である。※1
- 廊下幅については、1.8m（中廊下の場合は2.7m）を原則としつつ、転換の場合は、大規模改修までは1.2m（中廊下1.6m）とする現状の基準を引き継ぐべきである。

※1 一般病床からの転換にあたっては、大規模改修まで床面積6.4㎡以上を可とする。

## 2. 介護医療院の在り方について(その5)

### (5) 設備について

- 介護医療院の設備については、医療提供を適切に行うことを担保する観点から、処置室、臨床検査施設、X線装置、酸素等のガスを供給できる構造設備など、病院・診療所の設備を参考とするべきである。
- また、類型（Ⅰ）と類型（Ⅱ）のそれぞれで設備に関する基準を変えることは現実的ではないため、設備に関する基準は統一するべきである。
- 加えて、医療資源を効率的に活用する観点から、病院・診療所に併設する場合については、設備の共用を可能とするべきである。
- 入院患者の調剤業務は院内の調剤所で行われていることを踏まえ、介護医療院についても入所者への調剤業務については、施設内で行われるべきである。
- 生活施設としての機能を付加する観点から、食堂・談話室・レクリエーションルーム等の生活設備を設けるべきである。ただし、転換の場合、レクリエーションルームの設置については、新たに設置させるのではなく、施設全体として、その機能を発揮できるようにすることが重要である。また、大規模改修までは食堂や談話室との兼用を認めることが必要である。※1

※1 一般病床からの転換については、病室からの転換も考えられ、スペース等の確保に更なる配慮が必要と考えられる。

## 2. 介護医療院の在り方について(その6)

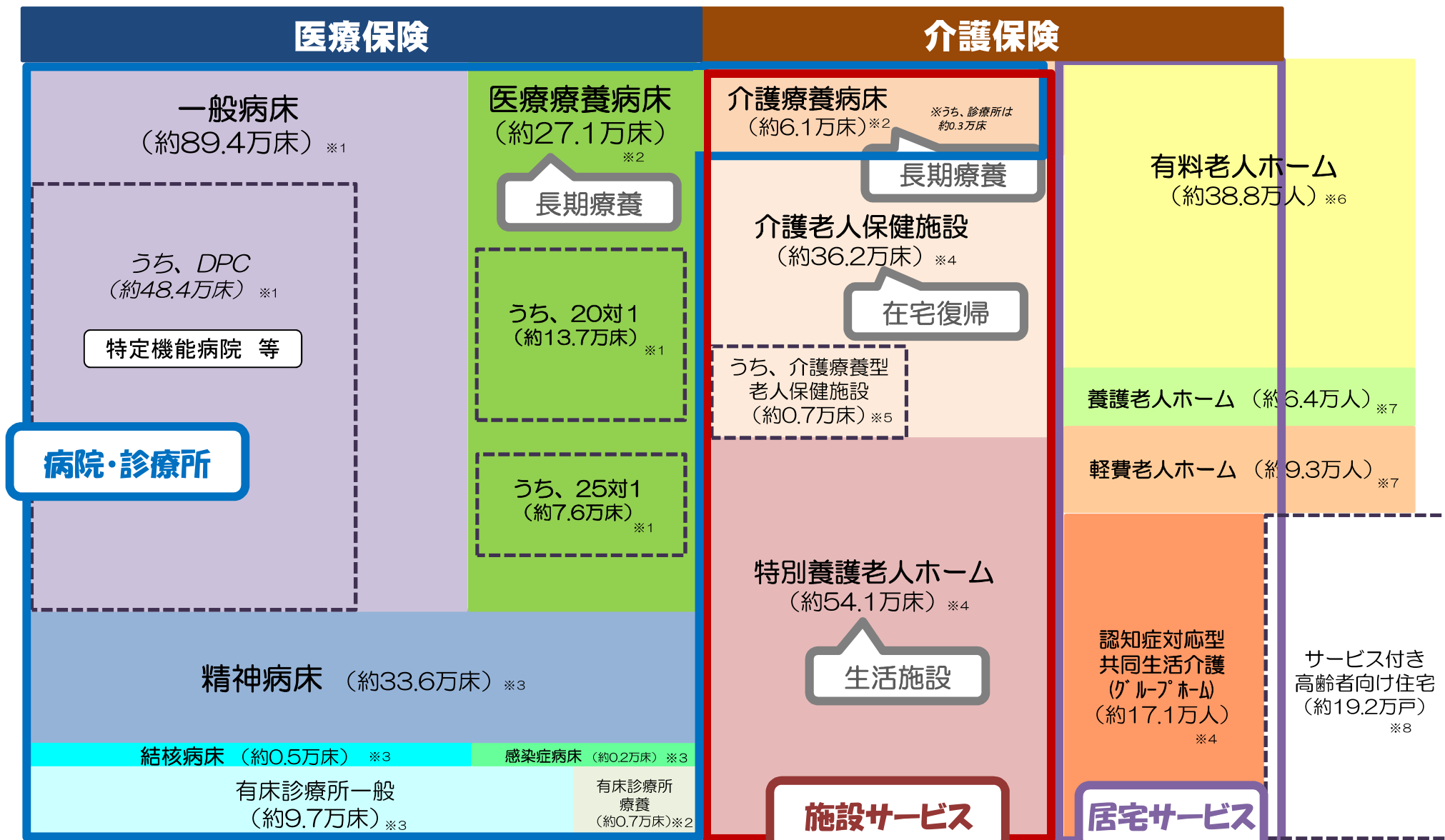
### (6) その他

- 実態として現状の介護療養病床入所者の重度化が進んでいることから、これに対応できる体制、評価を構築することが必要であるとの意見があった。
- また、医療区分 1 の方の中には、高額な薬剤を使用されている方もいることから、高額な薬剤については、包括報酬ではなく、出来高での対応が必要ではないかとの意見があった。
- 一方で、介護療養病床は薬剤も含め包括報酬としていることから、介護医療院についても基本的には同じ考え方にすべきとの意見もあった。
- 老人性認知症疾患療養病棟から介護医療院を選択する場合は、認知症に対する専門的な対応も考慮すべきとの意見もあった。



# 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



※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)

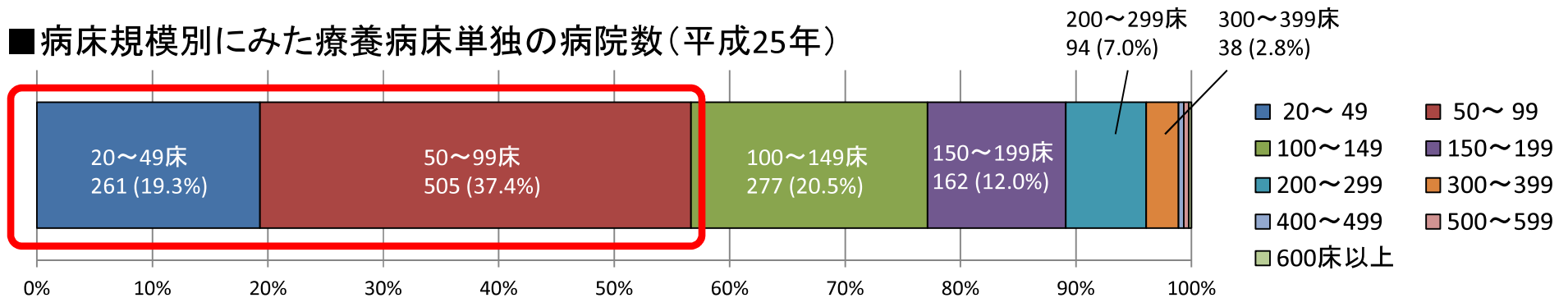
※5 介護保険総合データベース集計情報より老人保健課推計(平成25年6月分)  
 ※6 老健局高齢者支援課調べ(平成26年7月1日)  
 ※7 平成26年社会福祉施設等調査(平成26年10月1日)  
 ※8 サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(平成27年12月)

# 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%	-

出典:平成19、22、25年医療施設調査(厚生労働省)

## 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。

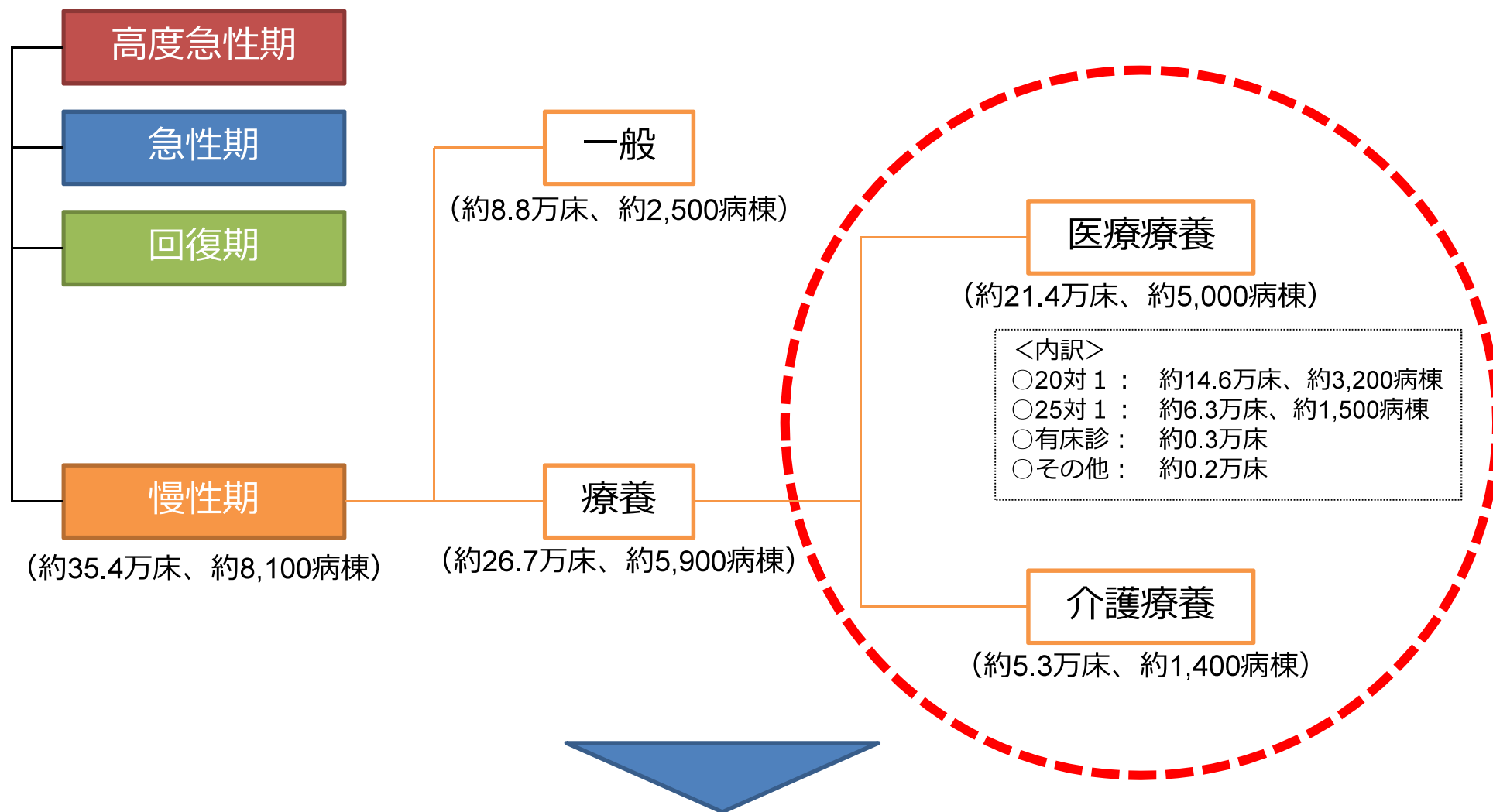
		医療療養病床 20対1		医療療養病床 25対1
人員	医師	48対1(3人以上)	←同じ→	48対1(3人以上)
	看護師及び 准看護師	<u>20対1</u>		<u>25対1</u>
	看護補助者	<u>20対1</u>		<u>25対1</u>
施設基準		6.4㎡以上	←同じ→	6.4㎡以上
該当する病床数		約13.7万床 (※1)		約7.6万床 (※1)
患者要件		医療の必要度の高い者 (医療区分2・3)が <u>8割以上</u>		医療の必要度の高い者 (医療区分2・3)が <u>5割以上</u> (平成29年度末まで経過措置あり)

(※1) 施設基準届出 (平成26年7月1日現在)

# 平成28年度病床機能報告の結果（慢性期機能） 1

精査中

【平成28年度病床機能報告の状況（慢性期機能について）】



- 慢性期機能と報告している病床のうち、その多くを占める療養病床について、さらに分析

# 認知症高齢者へのアプローチ

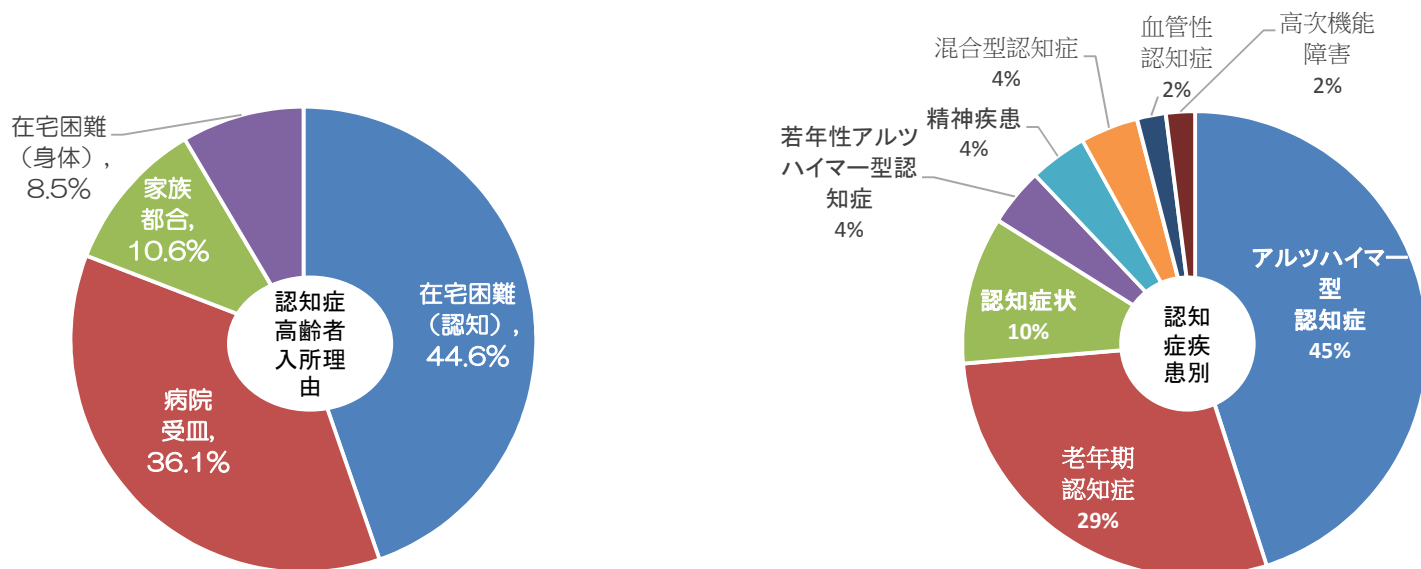
福岡県の100床 介護施設の一例

日本精神科病院協会 提出資料

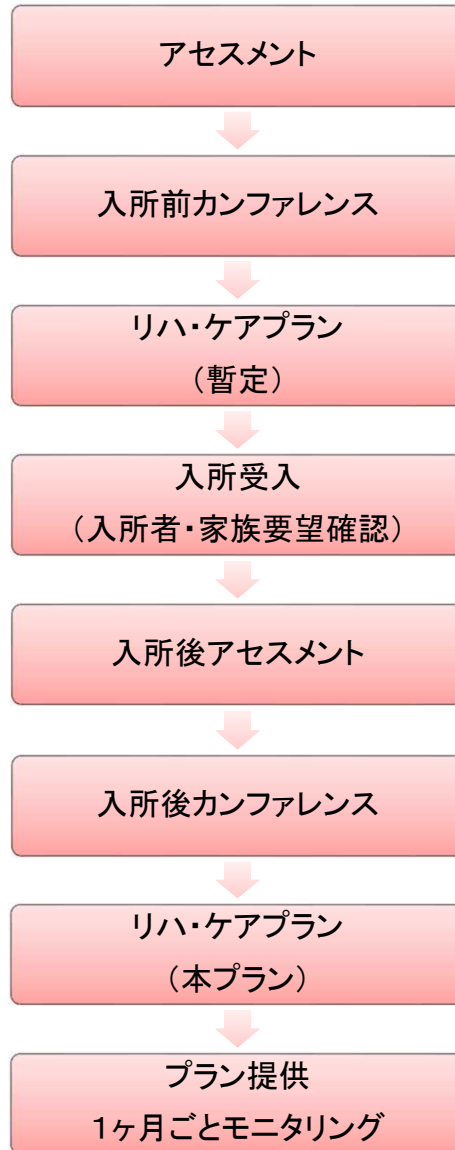
H29 .9. 13

# 認知症高齢者受入体制

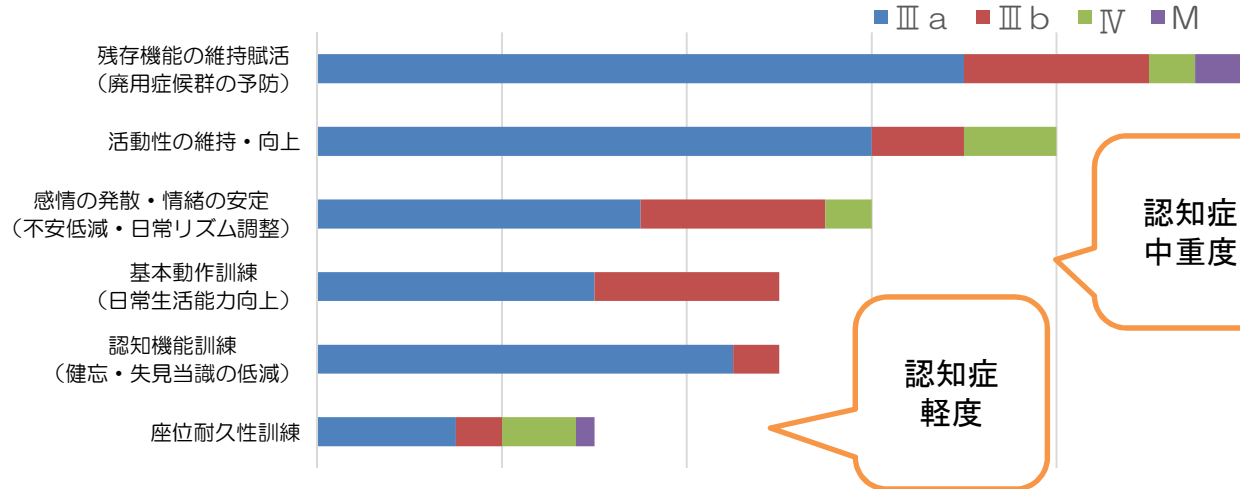
入所定員	98床（一般棟：48床 ・ 認知症専門棟：50床）	
SS定員	2床（一般棟：2床）	
職員配置	医師（常勤1名・非常勤4名）	※基準より
	看護職員（常勤7名・非常勤4名）	+1.0
	介護職員（常勤34名・非常勤2名）	+9.0
	リハ職員（PT：2名）	+3.0
	（OT：3名）	
	（ST：1名）	
	ケアマネ（常勤2名 ※専従）	+1.0
	支援相談員（常勤2名 ※専従）	+1.0



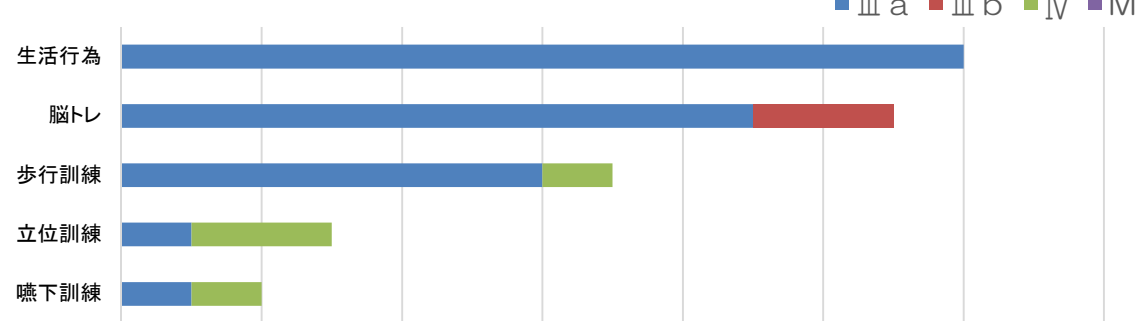
# 認知症高齢者 ケアサービス・リハビリ実施状況



リハビリテーション(PT・OT・ST)



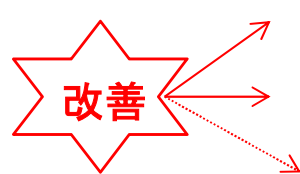
ケアプラン(生活リハビリ)



※生活行為・・・衣服着脱更衣動作・トイレの一連の動作・食事摂取動作 等

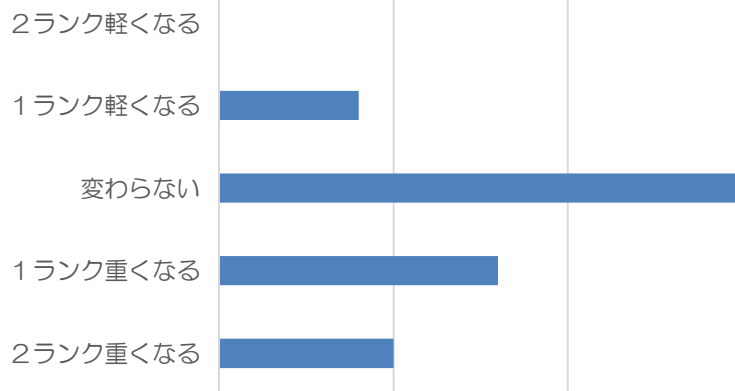
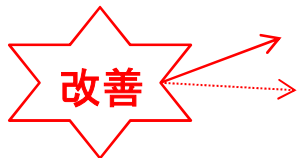
# 要介護度更新結果

一般高齢者 要介護度更新結果（H28年度件数）



時間の経過と共に自然な老化に伴って、介護は重くなるもの。「変わらない」は「改善」と同様に評価されたい。1及いは2ランクも「改善」している裏には毎日毎日の生活一コマ一コマの努力の積み重ねがある！

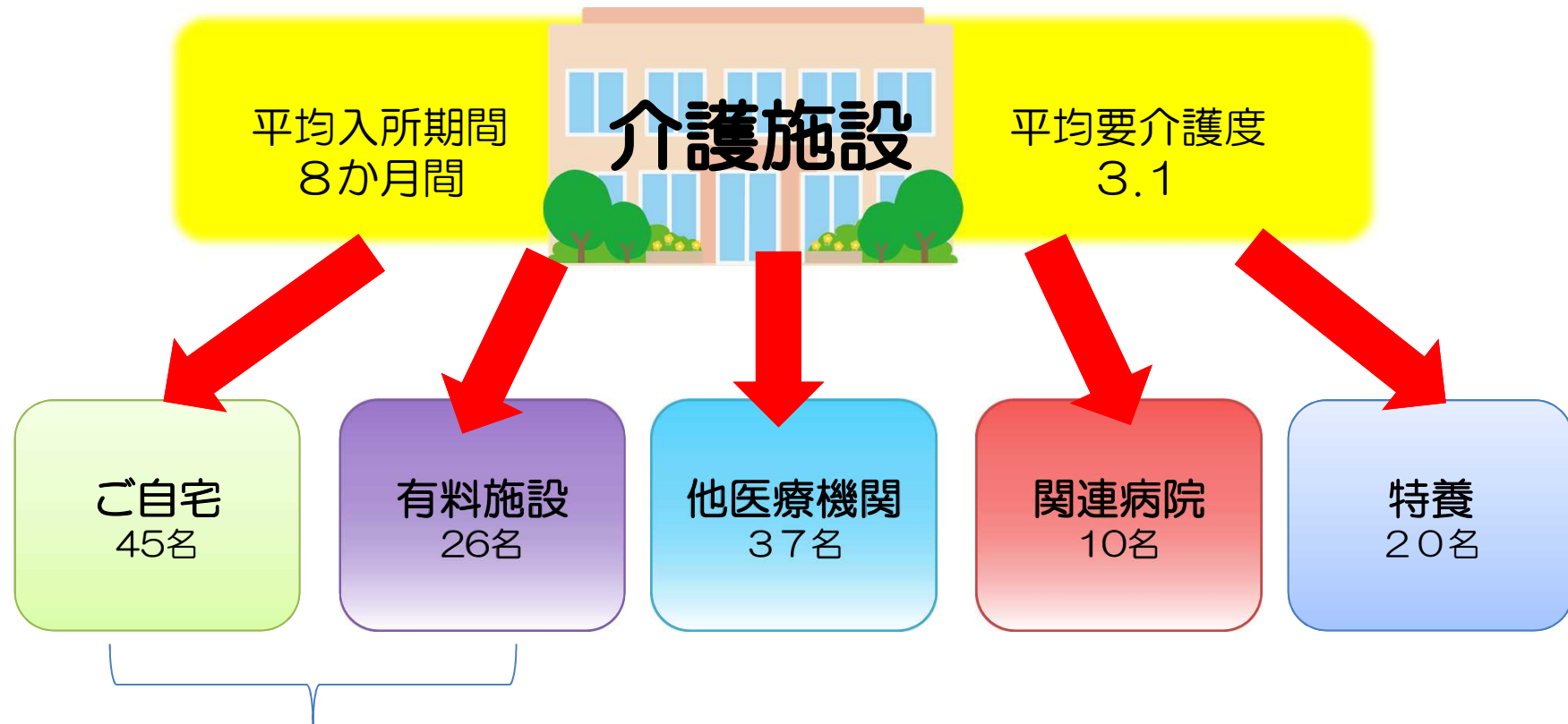
認知症高齢者 要介護度更新結果（H28年度件数）



リハビリの必要性の理解やご本人が「こうなりたい」と意欲的、自主的にすることが難しい面もあり、働きかけには、工夫と根気と時間が倍以上必要。しかし、ご本人・ご家族、医師やスタッフにより、こんなに多くの改善がある！



# 施設からの退所先（H28年度）



## 退 所

# 認知症高齢者へのアプローチ上の課題と提案

- まずは落ち着ける生活環境を作り、スタッフとの馴染みの関係を築くことに力を入れている。
- 心身機能の回復を目指す働きかけは必要だが、それ以上に「認知症高齢者が安心して生活できる状態に戻す」ことを目標とすることを常に心がける。（効果や成果はそれが前提となる。）
- その上で、日課の流れに沿って認知症高齢者のペースに合わせた医療・リハビリ・ケアを提供している。

- 疾病や老化に伴い低下した「心身機能の改善」を医師や専門セラピストが担い、日常の生活行為を通して介護スタッフが繰り返し「生活リハビリ」に努める。それによりご本人の生活の内容と質の向上につながる。
- 認知症高齢者は、個別のリハビリよりも、小集団によるリハビリの方が効果が得られやすい面がある
- 介護保険上の要介護度と実態のズレ、ギャップが少なくない。現在の仕組みでは、認知症症状についての介護度への反映が乏しい面がある。
- ケアサービスや生活リハビリは毎日毎日働きかけの繰り返しにより、効果から得られるものであり、現在の評価では、ご本人の持つ残存能力の維持はもちろんその賦活や向上は難しい(3回/w、3ヶ月)
- 要介護度の改善は、ご本人、ご家族、医師・ナース・スタッフ等全員のたゆまぬ努力が要る。しかしながら日々の取り組みにより、症状改善して在宅復帰を果たすケースも相当数あり、また困難を超えて自宅へ戻られる、また受け入れられる認知症の方々とそのご家族もある。

- 高齢者の認知症症状についての介護度への反映の見直し
- 認知症リハビリ評価の改善・充実
- 「要介護度の改善」「施設入所→在宅後期」への評価