

平成 29 年度 老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

長期療養を目的とした施設の あり方に関する研究事業

報告書

平成 30(2018)年3月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

長期療養を目的とした施設のあり方に関する研究事業 報告書

■ 目次 ■

第1章	本事業の検討テーマ・論点	1
第2章	検討の経緯と報告書の構成	3
第1節	調査研究委員会の設置	4
第2節	調査研究委員会開催状況	6
第3章	介護医療院に関する検討経緯と本事業の位置づけについて	7
第1節	介護療養病床の廃止と介護医療院創設の経緯について	7
1.	介護療養型医療施設に関する議論の経緯	7
2.	介護医療院の創設	7
第2節	当事業の位置づけと議論の進め方	9
第4章	調査研究委員会委員へのヒアリング結果	10
第1節	施設の機能について	10
1.	論点	10
2.	主なご意見	10
第2節	サービスの提供単位について	11
1.	論点	11
2.	主なご意見	11
第3節	療養環境について	12
1.	論点	12
2.	主なご意見	12
第4節	人員配置について	14
1.	論点	14
2.	主なご意見	14
第5節	設備について	16
1.	論点	16
2.	主なご意見	16
第6節	その他	18
1.	論点	18
2.	主なご意見	18
第5章	本調査研究委員会におけるとりまとめ	21
第6章	追加ヒアリングの実施	26
第1節	第5回会議における主な意見	26

1. 論点 1	26
2. 論点 2	27
3. 論点 3	28
4. 論点 4	29
5. その他	29
第 7 章 介護医療院に関する説明資料	32
第 8 章 参考資料	35

第 1 章 本事業の検討テーマ・論点

平成 30 年度に創設される介護医療院の基準等については、社会保障審議会介護給付費分科会で決定されるものであるが、その検討が行われる前に、介護医療院に係る有識者において、介護医療院に求められる機能や看護職員・介護職員のサービス単位のあり方、サービスを提供する人員のあり方、医療機能・生活機能に係る施設設備等のあり方について議論の整理を行うことを本事業の目的とし、以下の論点について議論を行うこととした。

【論点】

1. 施設の機能について

病院又は診療所、介護老人保健施設が有する機能を踏まえ、介護医療院に求められる機能について、どのように考えるか。 等

2. サービスの提供単位について

介護療養型医療施設及びその他病院では、病棟単位でのサービス提供が行われていることを踏まえ、介護医療院におけるサービスの提供単位の在り方について、どのように考えるか。 等

3. 療養環境について

療養病床の在り方等に関する特別部会の整理では、介護医療院の療養室については、1 室あたり 4 名以下、床面積 8 平方メートル以上となっているが、利用者のプライバシーに配慮したサービスを提供する観点から、介護医療院の療養環境の在り方について、どのように考えるか。 等

4. 人員配置について

療養病床の在り方等に関する特別部会の整理では、介護医療院に求められるサービスとして、介護療養病床相当及び介護老人保健施設相当以上とされているが、そのサービスを体現する観点から、介護医療院の人員配置の在り方について、どのように考えるか。 等

5. 設備について

介護療養型医療施設で提供される医療を踏まえ、介護医療院において、必要な医療を提供する観点から、介護医療院の施設設備及び構造設備について、どのように考えるか。 等

6. その他

老人性認知症疾患療養病棟から介護医療院への転換を行う場合について、
どのように考えるか。

第2章 検討の経緯と報告書の構成

本調査研究事業では、まず、第2章第1節に記載のとおり、調査研究委員会を設置し、第2節に記載のとおり、調査研究委員会を開催した。

調査研究委員会においては、論点にそって委員による議論およびフリースカッション形式によるヒアリングを行い、研究委員会としてのとりまとめを行った。

ヒアリングにあたり、介護療養病床の廃止と介護医療院設立までの検討過程および、本事業の位置づけについて整理した内容については、第3章「介護医療院に関する検討経緯と本事業の位置づけについて」として掲載している。

ヒアリングにて出された各委員の意見は、第4章「調査研究委員会委員へのヒアリング結果」としてまとめた。また、ヒアリングにおける意見をもとに作成した当研究委員会としてのとりまとめは、第5章「本調査研究委員会における議論のとりまとめ」として掲載している。

平成30年度介護報酬改定における介護医療院の具体的な基準・報酬については、第152回社会保障審議会介護給付費分科会において議論が行われた。これをふまえ、当調査研究委員会においても、介護医療院の基準・報酬に関する追加ヒアリングを実施した。この内容は第6章に掲載している。

更に、当研究委員会での介護医療院に関するヒアリング内容および、介護給付費分科会にて公表された介護医療院に関する基準・報酬の資料をもとに、介護医療院の概要を一般向けに紹介する資料を作成した。この内容については、第7章「介護医療院について」として掲載した。

なお、研究委員会において使用した参考資料等については、第8章に掲載した。

第1節 調査研究委員会の設置

調査研究委員会の概要は下記のとおりである。

【調査研究委員会 事業概要】

1. 事業目的

医療ニーズを有する重度の要介護高齢者が増加する中、長期療養を目的とした施設（介護医療院）において効率的かつ効果的なサービス提供が求められている。

介護医療院の基準等については、社会保障審議会介護給付費分科会で決定されるものであるが、その検討を行うにあたり、介護医療院に係る有識者において、介護医療院に求められる機能や看護職員・介護職員のサービス単位のあり方、サービスを提供する人員のあり方、医療機能・生活機能に係る施設設備等のあり方について議論の整理を行うことを目的とする。

2. 事業の概要

上記のような検討を行うために、学識者や団体関係者からなる研究会を設置する。事務局は三菱 UFJ リサーチ&コンサルティングが行う。

主な検討内容は、以下のとおりである。

- 看護職員・介護職員のサービス単位のあり方およびサービスを提供する人員のあり方について
- 医療機能・生活機能に係る施設設備等のあり方について / 等

3. 委員名簿

委員長	松田 晋哉（産業医科大学 教授）
委員	井上 由起子（日本社会事業大学専門職大学院 教授）
	今村 知明（奈良県立医科大学 教授）
	加納 繁照（一般社団法人 日本医療法人協会 会長）
	さいくさ 七種 秀樹（日本介護支援専門員協会 副会長）
	鈴木 邦彦（公益社団法人日本医師会 常任理事）
	武久 洋三（一般社団法人日本慢性期医療協会 会長）
	田中 滋（慶應義塾大学大学院 名誉教授）
	土屋 繁之（公益社団法人 全日本病院協会 常任理事）
	平川 淳一（公益社団法人日本精神科病院協会 常務理事）
	松本 隆利（一般社団法人日本病院会 理事）

（敬称略、50音順）

【事務局】

○三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

第 2 節 調査研究委員会開催状況

調査研究委員会は、下記日程にて開催された。

	日時	主な議題
第 1 回	平成 29 年 7 月 5 日(水) 18 時 30 分～20 時 30 分	(1) 本研究会の進め方 (2) 意見交換 (3) その他
第 2 回	平成 29 年 8 月 2 日(水) 14 時～16 時	(1) 前回議事概要のご報告 (2) 論点について (3) その他
第 3 回	平成 29 年 9 月 1 日(金) 18 時～20 時	(1) 前回議事概要のご報告 (2) 中間とりまとめ(案)について (3) その他
第 4 回	平成 29 年 9 月 6 日(水) 17 時～19 時	(1) 中間とりまとめ(案)について (2) フリーディスカッション
第 5 回	平成 29 年 11 月 28 日(火) 18 時～20 時	(1) フリーディスカッション (2) その他

第3章 介護医療院に関する検討経緯と本事業の位置づけについて

ここでは、本研究委員会の検討テーマである介護医療院について、その検討過程と本事業の位置づけについて整理する。

また、本事業の検討において参考とした、既存介護保険サービスの機能、サービス単位、人員配置、施設設備等について整理する。

第1節 介護療養病床の廃止と介護医療院創設の経緯について

1. 介護療養型医療施設に関する議論の経緯

介護療養型医療施設は、医療の必要な要介護高齢者の長期療養施設であり、介護療養病床と、老人性認知症疾患療養病棟が含まれる。

平成18年の医療保険制度改革において、療養病床については、医療と介護の役割を明確化する観点から、

- ・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、平成23年度末までの廃止が決定された。

しかしながら、介護療養病床の老人保健施設等への転換が進んでいないことを踏まえ、平成23年の介護保険法改正において、その廃止・転換期限は平成29年度末まで延長されることとなった。

2. 介護医療院の創設

介護療養型医療施設廃止後の慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービス提供体制については、以下の検討会等で議論されてきたところである。

- ① 療養病床の在り方等に関する検討会
- ② 社会保障審議会 療養病床の在り方等に関する特別部会

「②社会保障審議会 療養病床の在り方等に関する特別部会」においては、基本的な方向性として、以下の新たな施設類型を創設すべきとされた(図表3-1)。

図表 3-1 療養病床の在り方に関する特別部会において示された新たな施設類型

- ・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け入れ」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

(出処：療養病床の在り方等に関する特別部会「療養病床の在り方等に関する議論の整理」)

平成 29 年の介護保険法改正(地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律)では、新たな介護保険施設として、「介護医療院」が創設されるとともに、介護療養病床の経過措置期間については 6 年間延長されることとなった。また、「介護医療院」の具体的な介護報酬、基準、転換支援策については介護給付費分科会等で検討されることとなった。(図表 3-2)

図表 3-2 「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」概要資料抜粋

2. 新たな介護保険施設の創設	
見直し内容	
○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のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受け入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設する。 ○病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。	
<新たな介護保険施設の概要>	
名称	介護医療院 ※ただし、病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。
機能	要介護者に対し、「<u>長期療養のための医療</u>」と「<u>日常生活上の世話(介護)</u>」を一体的に提供する。(介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。)
開設主体	地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人等

☆ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとし、平成35年度末までとする。

※ 具体的な介護報酬、基準、転換支援策については、介護給付費分科会等で検討。

(出処) <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/193.html>

第２節 当事業の位置づけと議論の進め方

前述のとおり、新たに創設される「介護医療院」の具体的な介護報酬、基準、転換支援策については介護給付費分科会等で検討されることとされているが、当事業においては、介護医療院に係る有識者へのフリーディスカッションによるヒアリングを通じ、介護医療院に求められる機能や看護職員・介護職員のサービス単位のあり方、サービスを提供する人員のあり方、医療機能・生活機能に係る施設設備等のあり方について議論の整理を行うこととした。

当研究委員会においては、療養病床に関する状況および、介護保険における既存施設の基準等に関する状況を取りまとめた資料を用い、議論を行った。議論に用いた資料については、「第８章 参考資料」に掲載した。

第4章 調査研究委員会委員へのヒアリング結果

本調査研究会では、有識者である調査研究委員会委員のフリーディスカッションの形で介護医療院の在り方に関するヒアリングを行った。ここでは、ヒアリングにて得られた委員からの意見について、論点別に整理、報告する。

第1節 施設の機能について

1. 論点

病院又は診療所、介護老人保健施設が有する機能を踏まえ、介護医療院に求められる機能について、どのように考えるか。 等

2. 主なご意見

- 介護医療院は、老健施設と異なり、在宅復帰等を求めるべき施設ではない。
- 介護医療院のタイプ（Ⅱ）の場合であっても、看取りが可能となるよう打ち出すべき。
- 介護医療院と特養との違いは、医療が適切に提供されることであり、特養が現在進めている取組みをどこまで追随するのか議論が必要。
- 夜間に医療を適切に提供できることが、今後のニーズとして出てくるものとする。
- 介護医療院で提供される医療の濃度が、老健と比較してどれだけ濃いものとなるのか、特に夜間にどれだけ医療の濃度を濃くすることができるかがポイント。
- 生活施設としての機能については、もう少し明確にするべき。
- 医療機関併設ではない単独の老健施設は負担が大きい、一方で、医療と介護が一定のコストで効率的に提供されており合理的なものとする。
- 夜間又は緊急時の対応が求められる場合、それ相応の対応が必要となるため、基準が低めの（Ⅱ）というタイプがあっても、移行はあまり進まないのではないか。
- 医療機関が地域医療構想で機能分化が求められているのと同様に、介護施設も機能分化を行う必要がある。
- 地域包括ケアの5つの要素（医療、介護、生活支援、予防、住まい）について、介護保険3施設は、いずれも介護機能及び生活支援機能を有している。
 - ・特養は住まい機能を重視する観点からユニット化が進められてきた。

- ・老健は中間施設として、介護状態の悪化予防など、予防の機能がある。
- ・介護療養病床は、医療が特徴である。
- ・介護医療院は、介護療養病床が有している介護、生活、医療の機能に、住まいの機能が加わるのが特徴ではないか。
- 地域によっては、老健施設が住まいの機能や医療の機能を担っており、介護医療院のⅡ型との整合性を考える必要がある。
- 介護保険法改正により、老健施設には在宅療養支援の役割も加わり、今後、予防やリハビリテーションが老健施設に求められる機能になるのではないか。
- 介護医療院における医療水準を担保することで、特養や老健施設での対応が困難な方や、療養病床の入院患者のうち介護で対応することが必要となる方を、しっかりと受けられるようにすることが重要ではないか。

第2節 サービスの提供単位について

1. 論点

介護療養型医療施設及びその他病院では、病棟単位でのサービス提供が行われていることを踏まえ、介護医療院におけるサービスの提供単位の在り方について、どのように考えるか。 等

2. 主なご意見

- 介護医療院のサービスの提供単位は、病棟単位にするべきではないか。
- 病室単位でのサービス提供となると、介護医療院と他の病棟の看護職員の詰所が一緒になってしまうため、病棟単位で転換する方が良いのではないか。
- サービス提供単位は、病棟単位のほうが綺麗なので、原則は病棟単位で良いと考えるが、小規模の病院もあるので、その場合は配慮すべき。
- サービス提供単位が病棟単位の場合、小規模の病院等は分けるのが困難なことも想定される。
- 医療療養と介護療養が同じ病棟にある場合もあるので、実態に合わせ、病棟単位で区切らない方が、介護医療院に求めるものが出来るのではないか。
- 医療療養と介護療養が一緒の詰所になる場合は想定されるが、例えば、医療療養病床と老健施設とで一緒の詰所となるのが適切かを踏まえ、介護医療院と医療療養病床の詰所をどうすべきか考える必要がある。
- 可能な限り転換しやすくすることを考えると、小規模病院の実情を鑑み、どちらがより対応しやすいかを考えるべきではないか。

- 原理原則を決めたとしても、介護と医療の療養病床が同一病棟で詰所も同じところはまだ多くあることが想定され、介護医療院と医療療養病床の詰所が併存できないとなると、転換のハードルになるのではないか。
- 有床診療所と病院は別の体系で考えるべきではないか。
- 介護医療院において、1つの施設で（Ⅰ）と（Ⅱ）を一体的に運営することについて議論する必要があるのではないか。
- 例えば地方でのサービス提供を考えた場合、1つの施設で様々な機能を提供できることが期待されるため、介護医療院においても1施設で複数の機能を有することを可能とするべきではないか。
- 小規模な病院から介護医療院への転換を円滑に行うためには、1施設で（Ⅰ）と（Ⅱ）が両方混在するような場合に、（Ⅰ）の施設基準さえ満たせば（Ⅱ）の基準は十分満たせるものと考えられるので、病室単位での共存は認めるべきではないか。
- サービス提供単位については、療養病床からの転換を念頭におくと、病棟単位という考え方が必要になるのではないか。原則は病棟単位とし、小規模病院等の場合は、病室単位も認めることとしてはどうか。

第3節 療養環境について

1. 論点

療養病床の在り方等に関する特別部会の整理では、介護医療院の療養室については、1室あたり4名以下、床面積8平方メートル以上となっているが、利用者のプライバシーに配慮したサービスを提供する観点から、介護医療院の療養環境の在り方について、どのように考えるか。 等

2. 主なご意見

(1) 療養環境について

- 介護医療院を新設する場合については、個室を推進すべき。
- 例えば、特養では、4人部屋と個室を建てるのでは、建設費が1.2倍程度の違いである。個室代を支払える方から支払っていただき、そうでない人からは請求しないという形で経営をしていくべきではないか。

(2) 療養室について

- 介護医療院の療養室については、現存する介護療養病床の7割が4人室であり、その多くが6.4㎡であることを踏まえると、転換した施設については大規模改修までは6.4㎡を認めるべきではないか。
- 間仕切りの家具等でプライバシーに配慮した療養病床もあるため、6.4

m²での転換を可能とすべき。6.4 m²が認められないと、転換は進まないのではないか。

- 新設については、病棟単位かつユニット的なものであり、1 人当たり 8 m²を確保することとし、転換の場合には、これらに配慮しながらも 6.4 m²も認めるような形としてはどうか。
- 8 m²は絶対必要としてしまうと、東京 23 区のように、地域的に開設できない問題が起こってしまうため、配慮する必要がある。
- 生活環境については、現存の療養病床ではカーテン程度しかないため、パーティションなど、カーテン以上のものを条件づけすべき。
- 8 m²の広さにこだわるのではなく、ユニットのソフトウェア＝人の部分を整えるべきである。
- 1 室 4 名以下が妥当ではないか。

(3) ユニット型個室について

- 多床室と個室を比較すると、配置すべき職員数は大きく変わらないが、多床室とユニット型個室を比較すると、配置すべき職員配置はユニット型の方が必ず多く必要となることに留意が必要。
- 2030 年以降のニーズを踏まえると、施設の必要性が低くなるので、転換を主体として、ユニット型個室に拘るべきではないと考える。
- 個室の確保は重要ではあるが、ユニット型個室に拘るべきではない。ユニットについては議論から外すべきではないか。
- ユニット型の考え方は良いが、転換の場合はできるだけ現状のままだでも可能としないと転換が進まなくなる。新設等の場合については、ユニット型を基本としてはどうか。
- 介護医療院については、住まいである以上、ユニット型を目指すべきではないか。転換の場合は難しいため、大規模改修まではユニット型以外を認めることとしてはどうか。
- ユニット型の場合、費用負担の関係で入所者が集まらないという現実もあるため、ユニット型にこだわり過ぎると、施設運営が滞ってしまうことが懸念される。新設の場合であっても、ユニット型を必須とすることは、現実離れしているのではないか。
- ユニット型か否かを選択可能とし、ユニット型以外を希望する場合にも対応できるよう、柔軟性を持たせるべきではないか。
- ユニット型が理想と理解するが、ユニット型以外も選択できるような、柔軟性がないと転換は進まないのではないか。
- 介護医療院の新設については、病棟単位とユニット型を原則としながら

も、転換については経過措置を用意することになるのではないか。

- 療養病床の場合、特養でのユニットのように厳密ではなくても良いと考える。医療ニーズの高い方々は、日中の生活を行うことが難しいため、ユニットの理念を踏まえ、準ユニット程度であれば進むのではないか。
- 厳格である必要はないが、言葉としてのユニットは残すべき。
- ユニット型といっても、ハードとソフトの両面があり、ハードについても様々な種類があるため、柔軟な考え方が必要ではないか。

第4節 人員配置について

1. 論点

療養病床の在り方等に関する特別部会の整理では、介護医療院に求められるサービスとして、介護療養病床相当及び介護老人保健施設相当以上とされているが、そのサービスを体現する観点から、介護医療院の人員配置の在り方について、どのように考えるか。 等

2. 主なご意見

(1) 人員配置について

- 介護医療院のタイプ（Ⅱ）は、老健施設相当以上の施設基準ということであれば、実態として、今の老健施設には夜勤の看護職員が配置されていることを踏まえるべき。
- 介護医療院のタイプ（Ⅱ）の要件として、少なくとも看護職員が夜間に配置されていることが重要ではないか。
- 60床規模の病棟のような考え方を維持するのであれば、その単位の中で必ず夜勤が置けるものとする。
- 併設医療機関の職員がどの程度関わるのが可能でないと、介護医療院のタイプ（Ⅱ）でのサービス提供は難しいのではないか。
- 病院と介護医療院のそれぞれに当直が必要になると、1晩に2名の当直医が必要ということになり、負担が大きすぎる。
- 例えば1病棟しかなくても病院とは別に当直が必要になるのでは無理だ。
- 医師の働き方改革が進められる中で、看護師も含めて労働基準法を満たすことが重要となる。医師の夜勤明けには休日とする場合には、相当な医師数を確保する必要がある、職員体制については慎重に考える必要がある。
- 地方では看護師の確保が困難となっており、准看護師の育成も縮小していることから、現在いる職員でサービスを維持するのが大変。
- 医療機関併設の介護医療院については、単独型の介護医療院とは別に基

準を用意すべき。単独型の場合は、当直医が必要であり、医療機関併設の場合には緩和することが必要ではないか。

- 病院に併設する老健では職員の兼任が認められているにも関わらず、病院と介護医療院で職員の兼任が認められないということはすべきではない。
- 介護療養病床相当については、療養機能強化型の人員配置、老健施設相当以上については、転換型老健の人員配置とするべきではないか。
- 介護医療院の人員配置については、基本的には療養病床からの転換が可能とするべきであり、併設医療機関からの人員が柔軟に対応できることが重要ではないか。
- 現行の人員からあまり変更するべきではない。医療機関併設の施設については、緊急時に併設施設の医師や看護師の対応が可能になると、非常に合理的ではないか。
- 介護医療院のⅡ型における看護職員と介護職員については、介護療養型老健施設と同様にするべきではないか。
- リハビリ専門職や介護支援専門員などを、Ⅰ型とⅡ型で合算して必要な人員数を求めるようにするべきではないか。
- 人員については、Ⅰ型とⅡ型が混ざった場合の計算式をつくり、全体人員を評価するようにするべきではないか。

(2) 医師の当直について

- 医師の当直は義務とし、併設医療機関の医師との兼任を認めることとしてはどうか。
- 介護医療院での医師の当直については、併設医療機関も含め全体で1名を可能としないと転換が進まないため、医療機関での当直の専従要件を緩和し、兼任を認めるべきではないか。
- 特別部会の議論では、介護医療院のⅡ型については、夜間の医師の体制をオンコールでも良いこととしており、それが妥当ではないか。
- 併設医療機関の医師が緊急時の対応を可能とするべきであるが、その際に要した時間を、医療機関の勤務時間から引くべきではない。

第5節 設備について

1. 論点

介護療養型医療施設で提供される医療を踏まえ、介護医療院において、必要な医療を提供する観点から、介護医療院の施設設備及び構造設備について、どのように考えるか。等

2. 主なご意見

(1) 医療系設備

- 新設の場合であっても、適切な医療を提供する観点から、介護医療院の構造や設備については、現状の介護療養病床の療養機能強化型と同様のものが必要ではないか。
- 介護療養病床でエックス線装置を必要としていることを踏まえ、介護医療院の設備についてもエックス線装置を必要とするべき。
- 介護医療院と老健施設との違いを念頭に置くと、医療設備としてエックス線装置や臨床検査施設が必要。医療機関を併設する場合には設備の共用を認め、単独の場合にはこれらの設備を設置させるべきではないか。
- 介護医療院の新設については、エックス線装置や調剤所を必要としない場合も考えられる。例えば調剤業務に関しては、処方せんを薬局に出すことで代用が可能であり、時代の整合性との問題もあるのではないか。
- 入院患者の調剤業務は当然院内の調剤所で行うものであり、院外では行わない。介護医療院についても施設内で調剤を行うべき。
- 機能訓練室については、40 m²以上が妥当ではないか。自立を促す観点から、充実した設備については点数上の配慮をするべきではないか。
- 介護医療院の設備について、Ⅰ型とⅡ型のそれぞれで基準を変えることは難しいため、どちらか厳しいほうに合わせるのが現実的ではないか。

(2) 生活系設備

- 生活施設としての機能を付加する観点から、レクリエーションルーム等をどうするのか考える必要がある。
- ユニット型が難しいのであれば、レクリエーションルームは必要ではないか。
- レクリエーションルームの設置については、転換を円滑に進める観点から、例えば食堂との兼用を認めることが必要ではないか。
- 特養では重度者の方が多く、レクリエーションルームが設置されていても、実際には、大半の方が食堂と居室やユニット型の共同生活室で生活を過ごされている。介護医療院におけるレクリエーションルームの必要性については、慎重な議論が必要であり、重度者が使うことを念頭に設備を整えてあげることが重要ではないか。
- 食堂や談話室などを分けて設置するような基準を設けるのではなく、施設全体として、生活施設としての機能を発揮できるような基準とするべきではないか。

(3) その他

- 療養室の広さだけでなく、廊下の長さ等も大規模改修までの経過措置を用意するべきではないか。
- 設備構造などの経過措置期間については、6 年に限るべきではなく、大規模改修までにすべき。
- 実際の転換には様々なパターンが想定されることから、現場からの意見を集約するような作業が必要ではないか。

第6節 その他

1. 論点

老人性認知症疾患療養病棟から介護医療院への転換を行う場合について、どのように考えるか。等

2. 主なご意見

(1) 老人性認知症疾患療養病棟について

- 介護療養型医療施設には認知症疾患療養病棟も含まれ、介護医療院にも転換が可能ということは、一般的には理解されていないと考えられ、丁寧に説明を行う必要がある。
- 医療保護ができるレベルかどうかを、介護医療院に入所する際の基準にするべきではない。
- 老人性認知症療養病棟は、精神病床として精神保健福祉法の適用となっていたが、介護医療院では精神保健福祉法の適用から外れることとなるため、重度の認知症で身体拘束が必要な、一般の診療科ではみられないような方については、今後医療保険でみていくことが必要となる。
- 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も想定され、一定の認知症の症状への対応が必要な場合には、介護医療院の中の一般的な認知症対応で良いと考える。ただし、精神科医が往診に行けば済むケースばかりではないため、精神科医療としての認知症ケアも認めるべきではないか。
- 老人性認知症疾患療養病棟から介護医療院への転換を行う場合については、新たに別の類型を作るのではなく、通常介護医療院の要件に合わせるべき。
- 療養病床全体として認知症の方々が急増しており、介護医療院にも認知症の方が多く入所するため、精神科の医師が診察や投薬を行うことも考えられるが、認知症の症状が悪くなるたびに精神科に依頼することになると、非常に煩雑になることが懸念される。

(2) その他

① 医薬品の取扱いについて

- 医療区分1の方の中には、例えば慢性心不全に対するサムスカのような、高額な薬剤を使用されている方もいる。介護医療院だけではなく、老健施設も含め、高額な薬剤については、外出しでの対応が必要ではないか。
- 介護療養病床は薬剤も含め包括報酬としており、介護医療院についても基本的には同じ考え方にすべき。高額薬剤の持ち出しについては非常に厳しいところもあるが、同時に薬剤に係る費用が安い場合もあるため、全部を外出しにすることは難しいのではないか。

② 在宅復帰率算定について

- 病院併設の介護医療院に退院することは、在宅復帰率の分子に含まないとした場合、介護医療院への転換が進まないのではないか。病状が悪化した際には病院に入院し、改善した場合には介護医療院に再入所することを認めるべきではないか。

③ 入所期間について

- 利用者の入所期間について制限を設けると、行き場所がなくなる人が発生するため、そのようなことをすべきではない。

④ 地域差について

- 東京23区内は療養病床が少ないため、差額ベッド代を1日10万円としても、支払いが可能な高齢者は相当数いると考えられ、そういう施設が出てくることが懸念される。

⑤ 介護施設におけるX線装置の取扱いについて

- 医療機関併設でない、単独運営の老健施設でも、肺炎の診断が可能となるよう、介護医療院のⅡ型ができることを踏まえ、老健施設へのエックス線装置の設置を認めてはどうか。
- 全ての介護施設にレントゲンを置くという話になると、全て医療機関化してしまい、非効率的である。

⑥ 高齢精神障害者の対応について

- 精神科において、1年以上入院している患者の6割は重度かつ慢性だが、残り4割は行き場所が無い状況にある。これらの方々は、統合失調症を中心とした精神障害者であり、高齢かつ認知症も併発し、精神科医療というよりは介護が必要となっている。これらの方々を介護医療院で対応する場

合、精神科や認知症については別枠で対応していく必要があるのではない
か。

- 精神障害者の高齢化については、介護医療院に限らず、特養などの他の
介護施設や在宅でも対応することとなるのではないか。
- 精神科における、6割の重度かつ慢性の方々や、その他の4割の方々に
ついては、それらの方々をよく調査した上で、どのような場で対応するこ
とが適切なのかを考える必要がある。
- 精神科における、重度かつ慢性の基準等については、平成29年3月の厚
生労働科学研究で調査が行われ、報告書がある。
- 認知症患者への対応については、厚生労働省の中でも社会援護局、老健
局、医政局、保険局で話し合うべき問題であり、介護で全てを対応するの
は難しいのではないか。
- 精神病床のあり方や地域移行のあり方は、別の場で検討するべき。
- 精神科の長期入院については、「精神医療病床のあり方検討会」で検討す
べきテーマであったが、当該検討会では措置入院に関する議論に時間を取
られ、認知症対応の議論が十分でしなかった。非常に重要な問題であるた
め、「精神医療病床のあり方検討会」において議論すべきである。

第5章 本調査研究委員会におけるとりまとめ

第4章に掲載のヒアリング結果を踏まえ、本研究委員会における介護医療院に関する意見について、以下のとおり、とりまとめを行った。

「長期療養を目的とした施設のあり方等に関する研究事業」とりまとめ

1. 長期療養を目的とした施設（介護医療院）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。

○当研究会では、介護医療院の基準等のあり方に関する議論の整理を行った。介護給付費分科会においては、下記の内容も踏まえ、議論していただきたい。

2. 介護医療院の在り方について

（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、従来の療養型施設が持つ「医療」「介護」「生活支援」に加え「住まい」の機能を持ったものである。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。

○介護医療院は生活施設であることを踏まえ、介護医療院の入所者と地域との交流が行われることが望ましく、介護医療院において、そのための支援が提供されることが重要である。

○ なお、「住まい」機能を有する施設であることから、医療機関から介護医療院への退院についても在宅復帰先として取り扱われることが重要である。

○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。

- なお、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、長期療養施設であることを踏まえると、看取り・ターミナルケアを提供できる体制とすべきであり、報酬上も手当てを行うことが重要である。

（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^{※１}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。

※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。

- 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^{※２}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。

※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。

- 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。

（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ついては、介護医療院と併設医療機関との間で、人員配置の兼任等が認められないと、介護医療院と病院のそれぞれに宿直医が必要となり、1晩に2名の宿直医を配置することとなるため、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。
- リハビリ専門職や介護支援専門員など、療養棟単位ではなく、施設全体でサービスを行う職種については、類型（Ⅰ）と類型（Ⅱ）でそれぞれ必要な人員を求めるのではなく、施設全体として必要な人員を求めることとするべきである。その際、人員配置の算出方法を明確にすることが必要である。
- なお、病院・診療所と併設する場合の人員配置緩和措置において、介護医療院において業務従事している場合、医療保険上の配置基準について配慮すべきとの意見があった。

（４）療養環境について

- 生活機能としての機能を考慮し、個室・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。
- プライバシーに配慮した療養環境とは、医療や介護を適切に提供するスペースを確保した上で、家具・パーティション等の設置を条件とするべきとの意見があった。
- 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。
- 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。

○また、階段 2 以上、エレベーター1 以上の基準についても、転換の場合は、現状の緩和措置を引き継ぐべきである。

○なお、新設の場合は多床室における床面積を 8 m²/人以上とすべきである。

○ただし、東京 23 区のように、地域的に施設を開設することが困難となる場合があることから、一定の配慮をする必要があるとの意見があった。一方、様々な工夫によって対応すべきであるとの意見もあった。

(5) 設備について

○介護医療院の設備については、新設の場合を含め、基本的には現行の介護療養病床の療養機能強化型と同様の設備が必要である。

○特に、医療提供を適切に行うことを担保する観点から、例えば処置室、臨床検査施設、エックス線装置、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。

○リハビリテーション室については、40 m²以上を基準とし、自立を促す観点から、生活機能を維持向上するためのリハビリテーションをより充実させて提供している施設については評価するべきであるとの意見があった。

○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。

○その他転換支援策については、設備構造などの経過措置期間を大規模改修ま

でにすべきとの意見や、実際の転換には様々なパターンが想定されることから、現場からの意見を集約するような作業が必要ではないかとの意見があった。

(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。

第 6 章 追加ヒアリングの実施

本調査研究会では、介護給付費分科会における介護医療院関連議論を踏まえ、有識者である調査研究委員会委員へのフリーディスカッションの形式での追加ヒアリングを行った。ここでは、第 5 回会議（第 152 回介護給付費分科会後）および第 6 回会議（第 158 回介護給付費分科会後）において述べられた委員からの意見について、整理、報告する。

第 1 節 第 5 回会議における主な意見

第 5 回会議では、平成 29 年 11 月 22 日に開催された介護給付費分科会における「介護療養型医療施設、介護医療院の報酬・基準について」資料（第 8 章「参考資料」に掲載）に示された論点についてヒアリングを実施した。

ヒアリング結果については、介護給付費分科会資料に掲載の論点別にまとめた。なお、当該資料に掲載された論点以外に関する意見については、「5. その他」としてまとめた。

1. 論点 1

- （１）介護医療院については、社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」の整理において、介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービス（Ⅰ型）と老人保健施設相当以上のサービス（Ⅱ型）が提供されることとしているが、この人員・設備・運営基準についてどのように考えるか。
- （２）また、医療資源の有効活用の観点から、医療機関と併設する場合について、どのように考えるか。
- （３）併せて、介護医療院におけるユニットケアについてどのように考えるか。

- 介護医療院はついの住処としての機能だけでなく、病院の急性期・回復期を経て入院し、改善したら帰る、という機能も必要なのではないか。
- 介護医療院がついの住処一本でいくのか、在宅復帰も進めるのかということがはっきりしない。
- 老健が在宅復帰機能を発揮するとしているが、実際には平均在所日数が延びている。地域内で多数の施設があれば機能分化できるが、小規模な市町村で特養や老健が一つしかない地域では、一つの施設が様々な機能を持たなくてはならないのではないか。

- 老健が複数機能を持つ場合、在宅復帰とついの住処的な機能を同時に持つ施設は点数が低くなり、運営できない状況になるのではないか。また、介護医療院には医師や機器も配置されるため、老健を利用せず介護医療院が利用されるようになることも想定され、老健の運営が心配である。
- 介護医療院は、介護保険施設の中では最も医療ニーズに応えられる施設であるが、医療機関との役割分担もあるため、医療機能をどんどん上げていくべきものではない。医療機能を引き上げていくと医療機関になってしまう。

2. 論点 2

介護医療院の基本報酬及び加算等について、介護療養病床と同水準の医療提供が求められることや介護療養病床よりも充実した療養環境が求められること等を踏まえ、どのように考えるか。

- 魅力ある選択肢を用意し、前向きに転換していただくことが必要。「6.4 m²の4人室は認めるが報酬も下げる」という形では転換が進まなくなってしまうので、配慮の必要がある。
- その上で、充実した療養環境をどうするかという話も考えなくては、単なる看板の架け替えという話になりかねない。
- 生活施設としての環境を考慮すべきだろうという意見もあるが、まずは転換を進めることを第一に考えるべきである。
- 介護医療院でも、介護度が上がらないようにするためにはリハと栄養関係がしっかりする必要があると思う。
- 特養で設定されている加算を介護医療院にも積極的に入れていくべきではないか。

3. 論点 3

- (1) 社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」での議論等を踏まえ、介護療養型医療施設及び医療療養病床（以下、療養病床等という。）から介護医療院への転換を円滑かつ早期に行うことを可能とする観点から、これまでの転換支援策を参考に同様の手当を行うとともに、新たに報酬上の支援策（※）を設けてはどうか。
- (2) 併せて、介護療養型老人保健施設から介護医療院に転換する場合についても、円滑に行うことを可能とする観点から、どのように考えるか。

※療養病床等から介護医療院への転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みに対する加算

- 転換に際しては、サービスに支障がない限り、ある程度兼用を認めるなど、様々な条件緩和をぜひとも認めていただきたい。
- 加算は魅力ある選択肢の一つだと思われる。転換にあたり様々なコストもかかるので、このようなこういう加算があるのは評価できる。
- 療養生活に配慮し、パーテーション等の整備のための加算、ということで、「療養環境充実加算」のような名称の方がよいのではないか。
- この加算は、率直にちょっとおかしいかな、と感じてしまう。むしろ、以前作成していた療養病床の転換ハンドブックと同じようなものを、利用者やその家族向けのものも含め、国がきちんとつくることがまずは必要なのではないか。
- 地域での町内会などで話すと、特養、老健と介護医療院の違いについてはまだ十分理解されていないと感じるが、生活の場と介護、医療がそろっている点で、介護医療院への期待は高い。住民の方にどのように説明するかも重要である。
- 特養は医療が充実しているが、老健は入所すると薬が使えなくなり、非常に医療が不十分なイメージがある。介護医療院は亡くなるまできちんと医療を提供するというコンセプトがあるのならば、医療は包括にせず外出しにしていけないと、老健と同じ現象が起きてくるのではないか。構造的にきちんと医療が担保できるような仕組みが必要である。

4. 論点 4

介護医療院が提供する居宅サービスについてどのように考えるか。

- 診療所などを併設すれば居宅サービスは提供可能である。居宅サービスについては、老健と合わせて短期療養・通所リハ・訪問リハとし、それ以上のサービスを実施するのであれば、外来機能を持つ方が自然ではないか。

5. その他

- 医療の必要度については、「医療区分 1」を精緻化するという作業が必要であることから、医療区分の課題となるのではないか。
- ケアミックス型で、いわゆる社会的入院が多い 25 対 1 の療養病床をどうするかが課題ではないか。25 対 1 の医療療養病床から介護医療院に転換すれば、トータルとして医療・介護費用は下がると思われる。ただし、例えば 25 対 1 の病院しかない小さな町が、25 対 1 の病床を介護医療院にした途端に介護保険料が倍になる、ということも生じるため、保険料を県単位にする等しないと大変なことになるのではないか。市町村の保険料の差が全国的にどの程度まで許容されるのかも課題ではないか。
- 福祉医療機構のデータでみると、療養病棟入院基本料 2 を届けている病院で、医療療養 1 や地域包括ケア病床、回復期リハビリテーション病床などへの転換を希望しているのは 50% というデータが出ており、より医療度が高い区分に転換しようとしている施設が多いようである。
- 介護医療院になると「病床」を失うという病院経営者の抵抗感がまだあるのではないか。
- 実際問題としては、看護師の確保が難しく、より医療度が高い基準に転換するということは多くはないのではないか。
- 在宅復帰先に介護医療院をカウントできるようにすべき。
- 在宅復帰として取り扱うべきと思うが、介護医療院が住まいだというイメージが定着することが大事である。療養環境のインセンティブも設けているので、スタートはともかくとしても、何年かけて必ずそうなるというメッセージを見せられるとよい。例えば、基金などを使いながら個室を推進するといったことも必要なのではないか。

- 都市部などでハードを確保するのは大変でもあるので、手厚い介護職員という区分で生活面をアピールしていてもいいのではないかな。
- 東京の場合、面積基準があるとどうしても開設が難しい。都道府県、あるいは市区町村がある程度面積について権限を持つ仕組みを導入すべき。
- 報酬が安くても、小さくできれば、逆につくりやすい可能性もあるのではないかな。
- 23 区に療養病床がないのは、そもそも単価が低く経営が成り立たないからではないかな。したがって、介護医療院をつくっても成り立たず、ましてもっと単価が安いものができても採算がとれないのではないかな。
- 今後大都市部の高齢化が進む上、都市部には低所得の方も多い。医療・介護を超えた社会政策で対応すべきではないかな。
- 東京都の場合、都市型ケアハウスを都がつくった経緯もあり、住宅面積は狭いが、医療も含めて包括で福祉的なニーズもある方向けの施設がいずれ必要になると思われる。その際、介護医療院について、もう少し面積を狭くしたいという要望が都から出てくる可能性もあり得るのではないかな。
- 一般病床には 4.3 m²の病室が存在しており、一般病床から介護医療院へ移行する場合の施設基準が問題になるのではないかな。また、この場合、介護医療院の基準として機能訓練士、レクリエーションルーム、浴室等を当てはめようとする非常に難しいのではないかな。例えば、食堂の入所定員当たり 1 m²以上という基準を、利用者が 2 交代するような想定で、0.5 m²や 0.3 m²にするなど、大規模改修までの当分の間、それらの施設が転換しやすいような内容に基準を決めるための議論が必要なのではないかな。
- 一般病床からの転換は総量規制の対象になるため、一般病床から介護医療院に転換したい施設は、至急、療養病床に転換しないと介護医療院になれなくなってしまうのではないかな。その点が認識されているかが懸念される。
- 一般病床からの場合は、転換といっても新設になる。総量規制の枠内として扱われるのは療養病床からの転換であり、新設となる一般病床からの転換は、保険者・市町村に枠があるかどうかでの判断ではないかな。
- 地域医療構想の中で、慢性期の枠は既にオーバーしているところがほとんどで、一般病床から慢性期へ転換することは困難と思われる。一般病床から

直接介護医療院になる方法を何とか構築できないか。

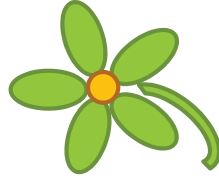
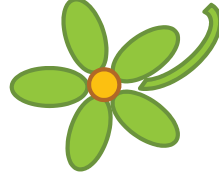
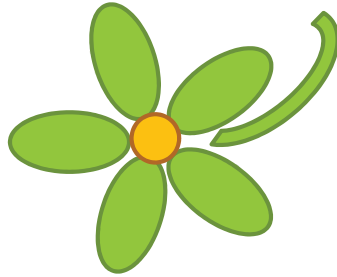
- 地域でどの程度ベッド数が必要なのかということを保険者側が説明していないと転換のしようがない。保険者・自治体側からそれが出てくるのかという点が心配である。
- 介護療養型医療施設からの転換は、保険も介護から介護なので問題ないと思うが、医療療養から介護医療院へ行く場合、国保は都道府県、介護は市町村と保険者が異なることで、そこではせめぎ合いが起こってくるのではないか。

第7章 介護医療院に関する説明資料

当研究会では、第4章、第6章に掲載のヒアリングおよび、社会保障審議会介護給付費分科会での検討内容をふまえ、介護医療院について一般に周知するための資料を作成した。

平成30年4月1日から
新たな介護保険施設が
創設されます

「介護医療院」の ご紹介



発行 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
〒108-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2
電話 03-6733-1024
発行日 平成30(2018)年3月

平成29年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
長期療養を目的とした施設のあり方等に関する研究事業
(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

「介護医療院」とは・・・？

要介護者に対し、
「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話（介護）」
を一体的に提供する施設です。

これまで「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」の3施設だった介護保険施設に、平成30年4月から「介護医療院」が追加されます。

「介護医療院」は、長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ要介護高齢者を対象として

- ・「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と
- ・「生活施設」としての機能とを兼ね備えた施設です。

	介護療養型医療施設	介護医療院	介護老人保健施設	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)
概要	病院又は診療所であって、必要な医療等を提供する施設	長期療養が必要な要介護者のための施設	在宅復帰を目指す要介護者に対して、リハビリ等を提供する施設	要介護者のための生活施設

■ 長期療養が必要な要介護者とは？

要介護度1～5の方であって、病院に入院する程ではないけれども、例えば、夜間を含めて喀痰吸引や経管栄養が必要である等の理由により、在宅や他の介護保険施設等で支えることが難しい方などが想定されます。

■ どのようなサービスを受けられるのですか？

以下のサービス等を提供し、利用者の方の能力に応じ、自立した日常生活を営むことを支援します。

- 療養上の管理
- 看護
- 医学的管理の下における介護および機能訓練
- 日常生活上の世話

■ 利用料金はどのようになっていますか？

利用者の要介護度と施設のサービス内容により介護報酬上の単位が定められています。

また、居住費・食費については施設との契約額となります。（低所得の方は負担軽減の対象となります）

詳しくは、お住まいの都道府県・市区町村
(介護保険部局) までお問い合わせください。

第 8 章 参考資料

当研究委員会においては、以下の資料を参考資料として用いた。

資料番号	資料タイトル	出 処	頁
参考資料 1	療養病床の在り方に関する議論の整理	療養病床の在り方等に関する特別部会	第 8 章 -1
参考資料 2	療養病床に関する基礎資料	平成 28 年 12 月 7 日 第 7 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資料 (一部改編)	第 8 章 -11
参考資料 3	地域包括ケアシステムの強化のための 介護保険法等の一部を改正する法律の ポイント	地域包括ケアシステムの強化のための介護保 険法等の一部を改正す る法律案 概要資料	第 8 章 -40
参考資料 4	病院・介護保険施設における施設設備 等	・医療法 ・各サービス施設基準、 運営標準指導指針 ・高齢者の居住の安定 確保に関する法律施 行規則 を元に作成	第 8 章 -42
参考資料 5	介護療養型医療施設・介護老人保健施 設の基準等について	第 144 回社会保障審議 会介護給付費分科会 資料 2、資料 3 を一部 改変	第 8 章 -43
参考資料 6	介護報酬の算定構造	厚生労働省ホームペー ジ掲載「介護報酬の算 定構造」を元に作成	第 8 章 -50
参考資料 7	介護医療院について	第 152 回社会保障審議 会介護給付費分科会資 料 3	第 8 章 -58

療養病床の在り方等に関する議論の整理

平成 28 年 12 月 20 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病床及び医療療養病床(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。)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、との意見があった。
- また、現状の介護療養病床は高齢者の多様な病状に対応しており、費用も安いので今後も大きな役割を担える。患者の生活の質を向上させ、尊厳を守るためには、介護療養病床を存続させた上で、現在以上の人員配置基準を創設するのが合理的で、なおかつ現実的である、との意見もあった。

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。
また、介護保険法において、その給付範囲等は、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、介護療養病床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、自立支援等の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、との意見や、自立に向けたより高い支援機能を備えたものにしていくべきである、との意見もあった。

(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、利用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、との意見や、新たな施設類型は、周辺症状のある認知症や、サルコペニア、がんの治療・疼痛管理、高額薬剤を使用する治療等に関して、適切な医療を提供できるようにしていくべきである、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ければならない、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。
- 具体的には、介護療養病床及び医療療養病床からの転換については、居住スペース部分について、大規模改修等までの間は、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 m²以上」を認めるべき、との意見があった。一方で、居住スペース部分については、個室を原則とするべきである、との意見もあった。
- 「居住スペースと医療機関の併設型」への転換に関する要件緩和など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。
- 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。
また、「居住スペースと医療機関の併設型」については、過剰な医療の提供を招くおそれがある、との意見があった。一方、今後の検討の中で、それを抑制する仕組みについても議論を行い、むしろ、介護療養病床及び医療療養病床からの転換が、「居住スペースと医療機関の併設型」の優良なモデルとなることを目指していくべきである、との意見があった。

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、現存する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。

- この点に関して、急性期の大病院からの転換は、原則、認めるべきではない、との意見があった。一方で、病院からの転換を優先する観点から、介護療養病床及び医療療養病床に次いで、一般病床を優先させるべきである、との意見があった。

また、介護療養病床及び医療療養病床からの転換を優先し、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があった。一方で、介護療養病床及び医療療養病床からの転換を確実に進めるためにも、新規参入を制約する期間は、6年程度とするべき、との意見もあった。

なお、一般病床から新たな施設類型への転換を認めると、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、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 m²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、との意見があった。

一方、大都市部であったとしても、大規模改修等の後に、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 m²以上」を認める特例は適切ではない、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 m²/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、新たな施設類型に転換し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。
- さらに、新たな施設類型については、医療関係者、利用者、国民全般に対し、正確な情報提供が必要であり、国においてわかりやすい広報を実施していくべきである。

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。

6. 老人性認知症疾患療養病棟について

- 老人性認知症疾患療養病棟では、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、BPSD 等を伴う重症者を含む認知症患者に対し、適切な医療を提供しているが、これらは新たな施設類型に求められる機能とは大きく異なることを踏まえ、現在、老人性認知症疾患療養病棟に入院している認知症高齢者に対し、引き続き適切な精神科専門医療が提供できるよう、配慮すべきである。

I. 医療機能を内包した施設系サービス

- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

新たな施設	
(I)	
要介護高齢者の長期療養・生活施設	
基本的性格	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ 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。
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する 認知症高齢者 等 (療養機能強化型A・B相当) 左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準) 医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1 ~ 老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準) 医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※ うち看護2/7程度 ※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象

【参考】療養病床の在り方等に関する特別部会(第4回)に事務局が提示した議論のたたき台(抜粋)

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)	✓ 医療機関 ⇒ 医療法 ✓ 居住スペース ⇒ 介護保険法・老人福祉法 ※ 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）
主な利用者像	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者
施設基準 (居住スペース)	（参考：現行の特定施設入居者生活介護の基準） 医師 基準なし 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 介護 ※ 医療機関部分は、算定する診療報酬による。
面積 (居住スペース)	（参考：現行の有料老人ホームの基準） 個室で13.0㎡/室以上 ※ 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

考えられる要件緩和、留意点等

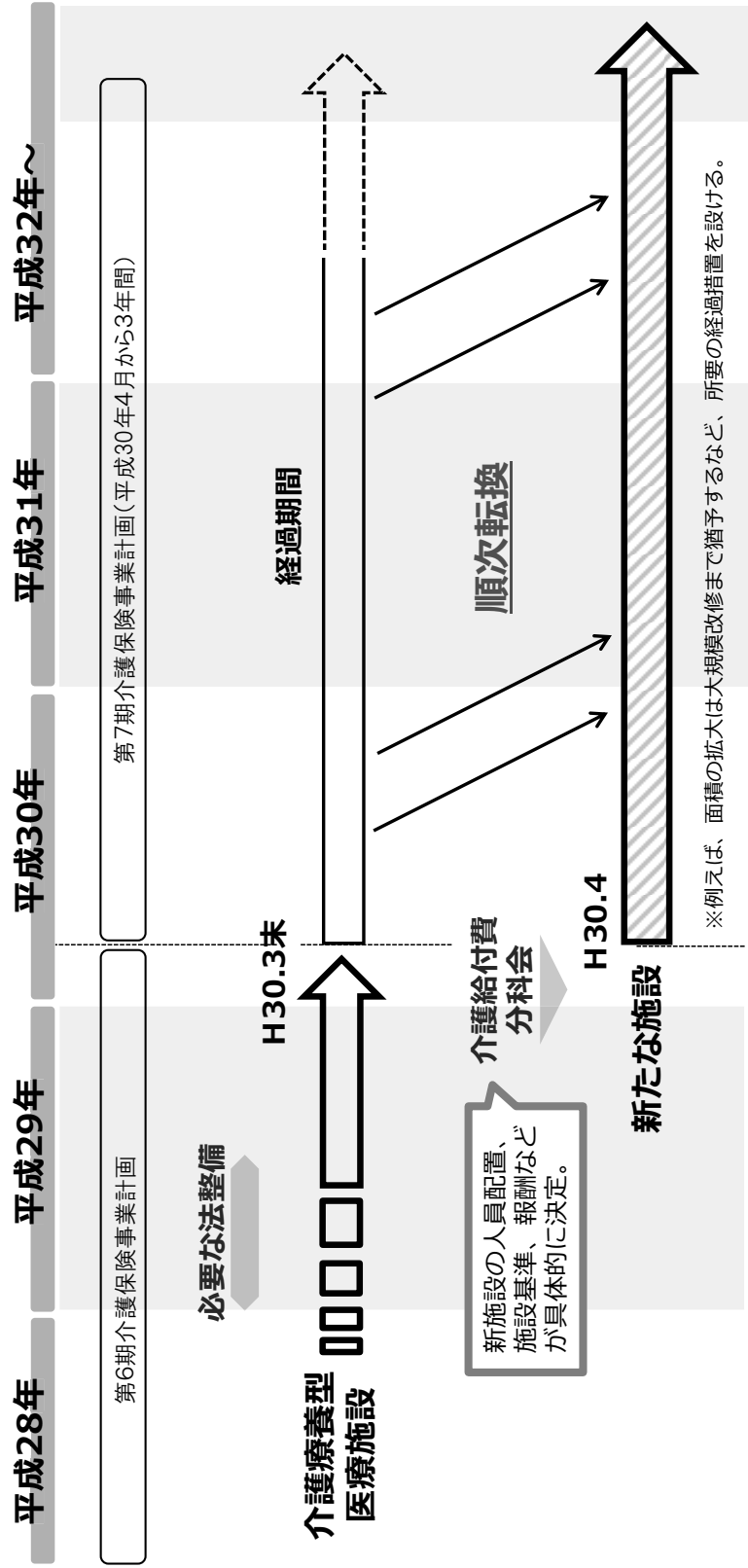
- ✓ 居住スペース部分の基準については、経過措置等をあわせて検討。
- ✓ 医療機関併設型の場合、併設医療機関からの医師の往診等により夜間・休日の対応を行うことが可能。

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。



参考資料 2

療養病床に関する基礎資料

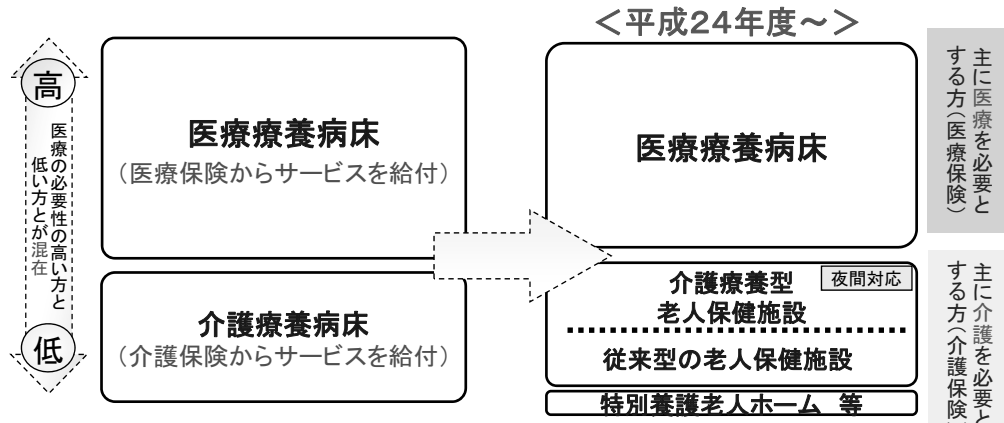
- 1. 療養病床に関する議論の主な経過（平成18年以降）
- 2. 療養病床に関する基礎データ
- 3. 現行の経過措置

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)

2

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(2011).3月	＜参考＞H28(2016).3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床 (△4.4万床)	5.9万床 (△6.3万床)
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床 (+0.5万床)	28.0万床 (+1.8万床)
合 計	38.4万床	34.5万床	33.9万床

※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年以降の療養病床再編に関する主な議論①

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)

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

4

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。残リ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		

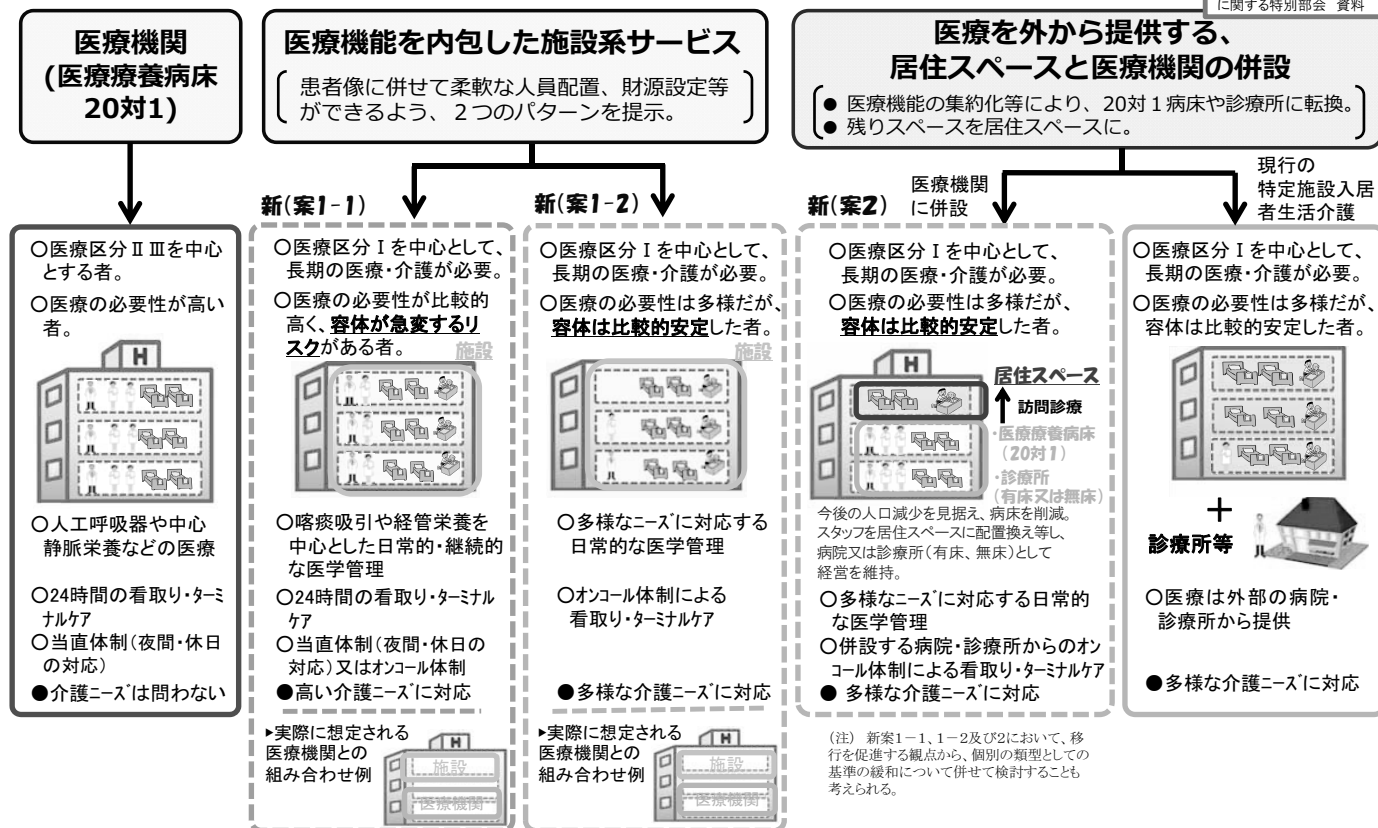
※医療療養病床（20対1）と特定施設入居者生活介護については現行制度であり、「新たな類型」の機能がわかりやすいよう併記している。

※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



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

8

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14.4万床 ※1	約7.2万床 ※1	約5.9万床 ※2	約36.8万床 ※3 (うち、介護療養型:約0.9万床)	約56.7万床 ※3
設置根拠		医療法(病院・診療所)		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)	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 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1
	介護職員 ※4	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㎡ ※5	10.65㎡(原則個室)
設置期限		—		平成35年度末 法改正(H29年6月公布)で H29年度末から更に6年間延長	—	—

※1 施設基準届出(平成27年7月1日)

※4 医療療養病床にあっては、看護補助者。

※2 病院報告(平成28年3月分概数)

※3 介護サービス施設・事業所調査(平成27年10月1日)

※5 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>	<u>要介護者のための生活施設</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) 医療法(病院・診療所)	介護保険法 (介護老人保健施設) 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) 老人福祉法 (特別養護老人ホーム)	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)
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	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
	介護 ※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)	個室であること ※4	7.43㎡ (原則個室)
設置期限		—		平成35年度末 法改正(H29年6月公布)で H29年度末から更に6年間延長	—	—	—	—

※1 医療療養病床にあっては、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。

11

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
(各病床共通) ・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 (外来患者関係) ・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。

12

介護療養病床の「療養機能強化型A・B」について

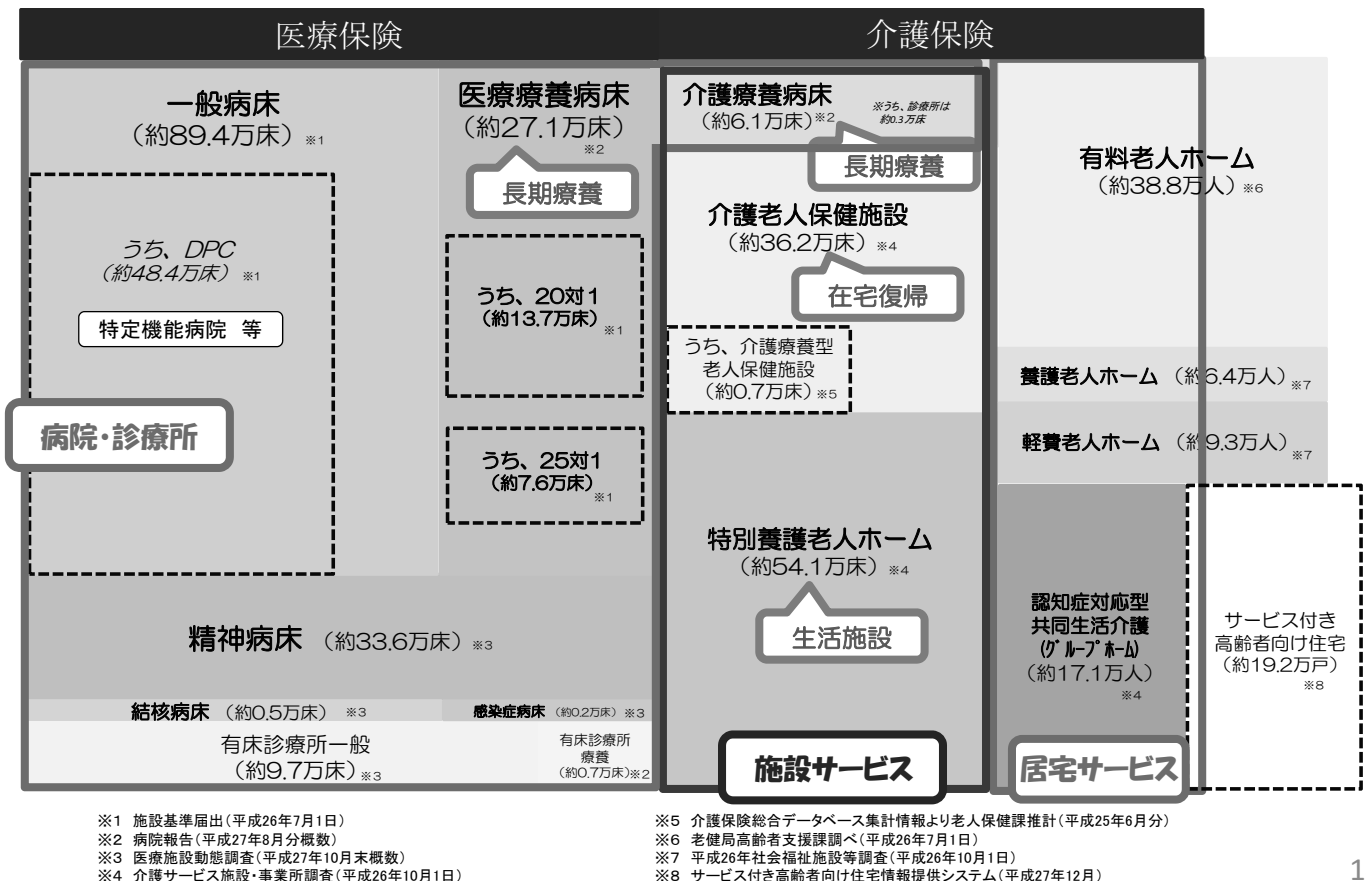
平成27年度介護報酬改定において、介護療養病床の、

- ・ 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		✓リハビリを随時行うこと ✓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		4対1	4対1～5対1

13

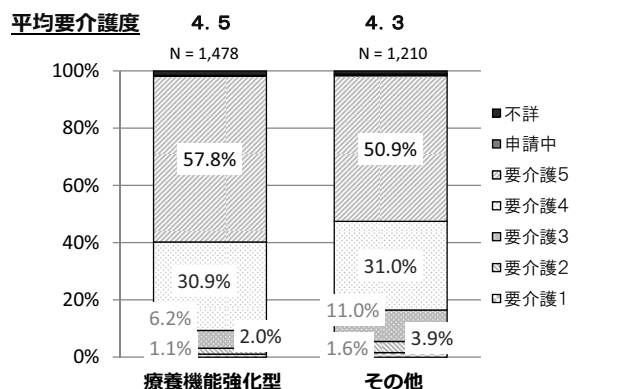


2. 療養病床に関する基礎データ

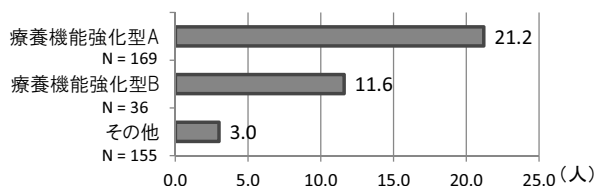
(2) 療養病床の利用者像など

介護療養病床における「療養機能強化型」と「その他」について

1. 入院患者の要介護度 (※1、注)



3. 病床100床あたりのターミナルケア提供者数 (※2)

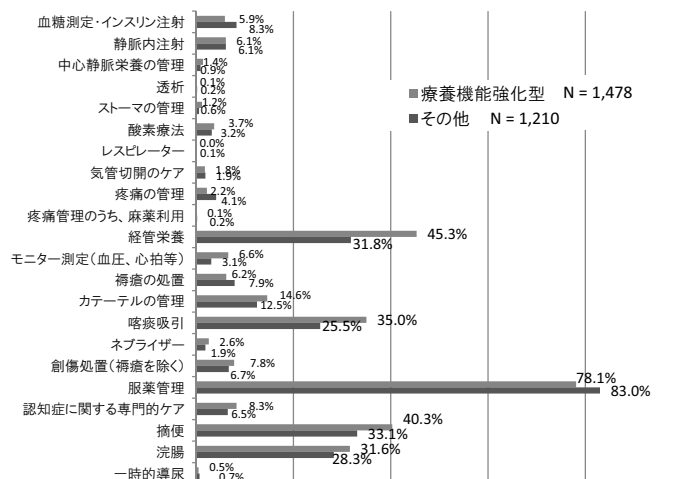


本調査では、以下①～③の条件全てに適合した者をターミナルケア提供者としている。
 ①医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者である。
 ②入院患者等又はその家族等の同意を得て、入院患者等のターミナルケアに係る計画が作成されている。
 ③医師、看護師、介護職員等が協同して、入院患者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われている。

(参考) 注 平均要介護度については、要介護度別の入院患者数をもとに、老人保健課にて算出。

※1 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業」
 ※2 平成27年度老人保健健康増進等事業「医療が必要な要介護高齢者のための長期療養施設の在り方に関する調査研究事業」

2. 入院患者が受けている治療 (複数回答可) (※1)



4. 病床100床あたりの職員数 (※1)

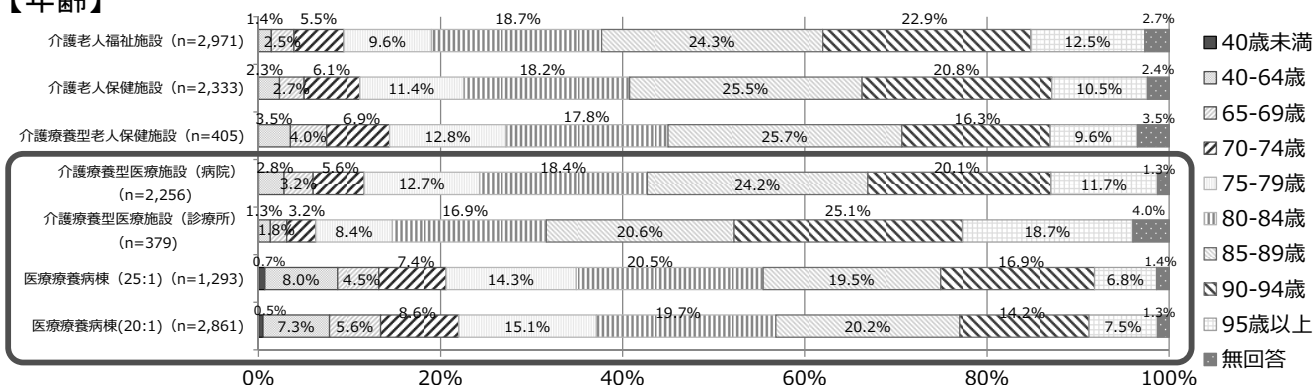
	療養機能強化型A	療養機能強化型B	その他
医師	4.2	4.9	4.9
看護職員	24.6	25.0	28.8
介護職員	29.9	30.7	31.0

(施設の基本情報)			
平均許可病床数	63.8	57.3	31.0
平均入院患者数	60.4	55.7	27.7

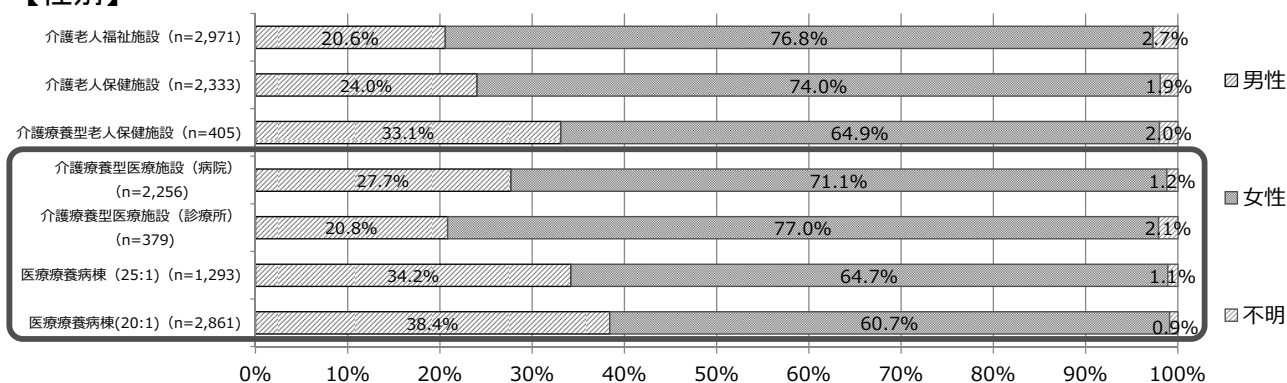
入院患者／入所者の年齢・性別

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】



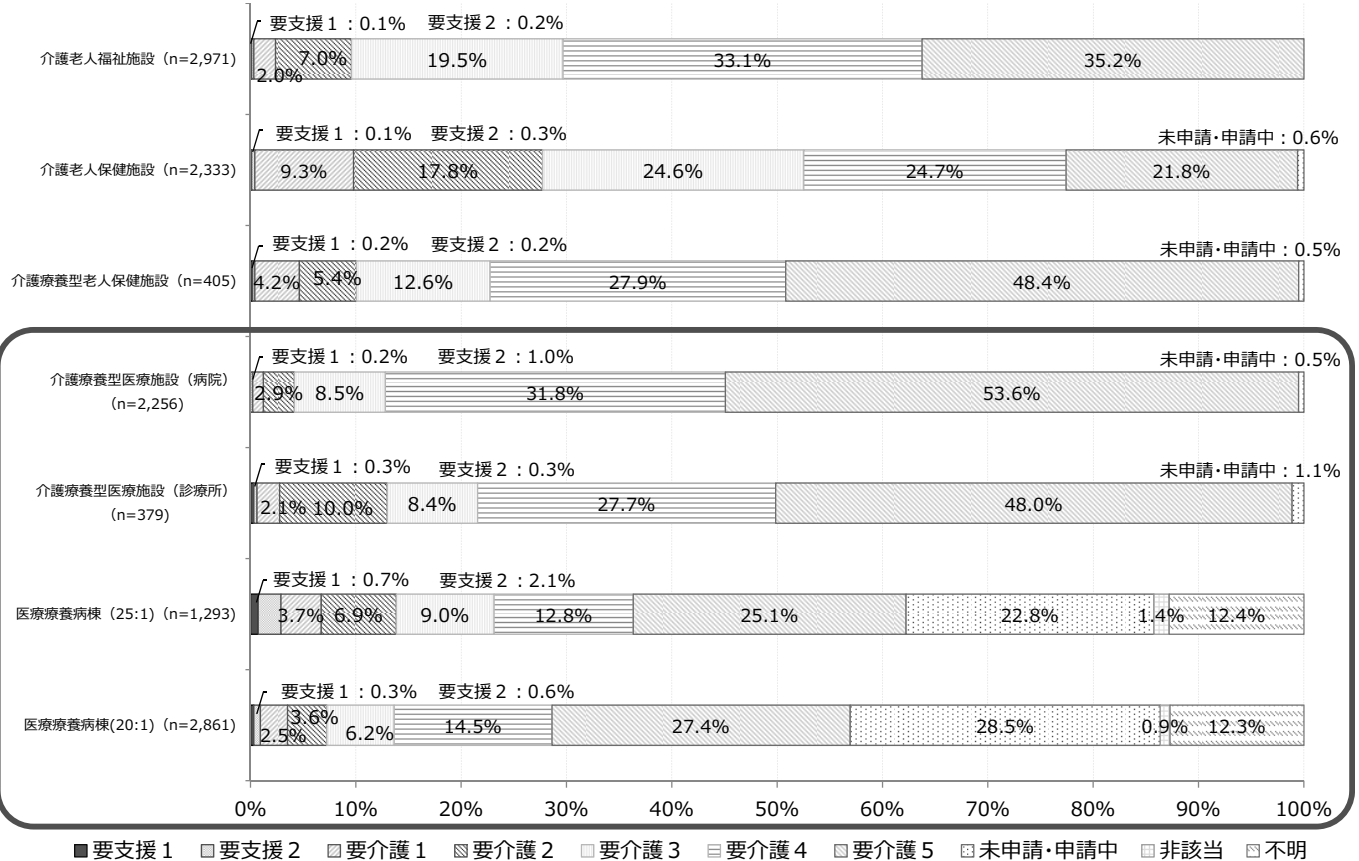
【性別】



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 (公益社団法人全日本病院協会)

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)

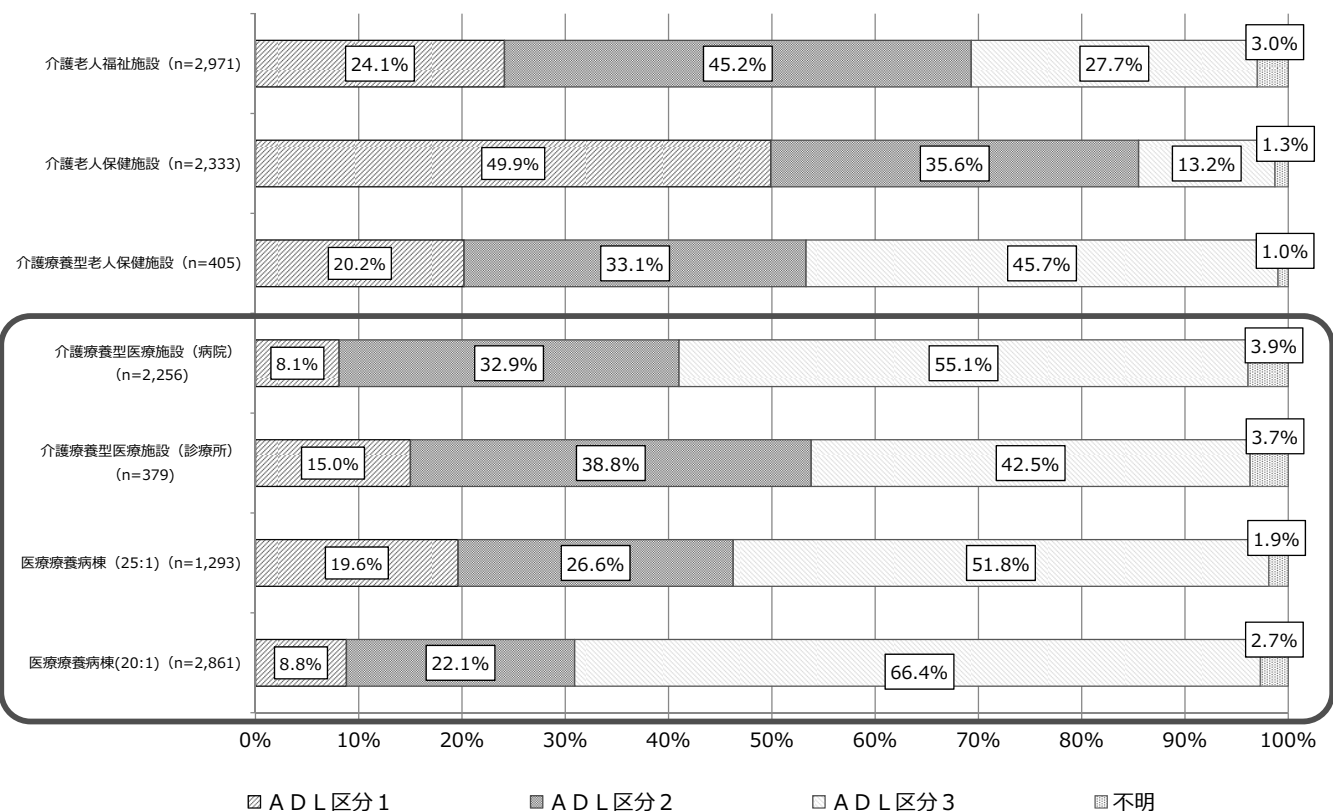


平成25年度老人保健事業推進費等補助金：医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業（公益社団法人全日本病院協会）

18

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)

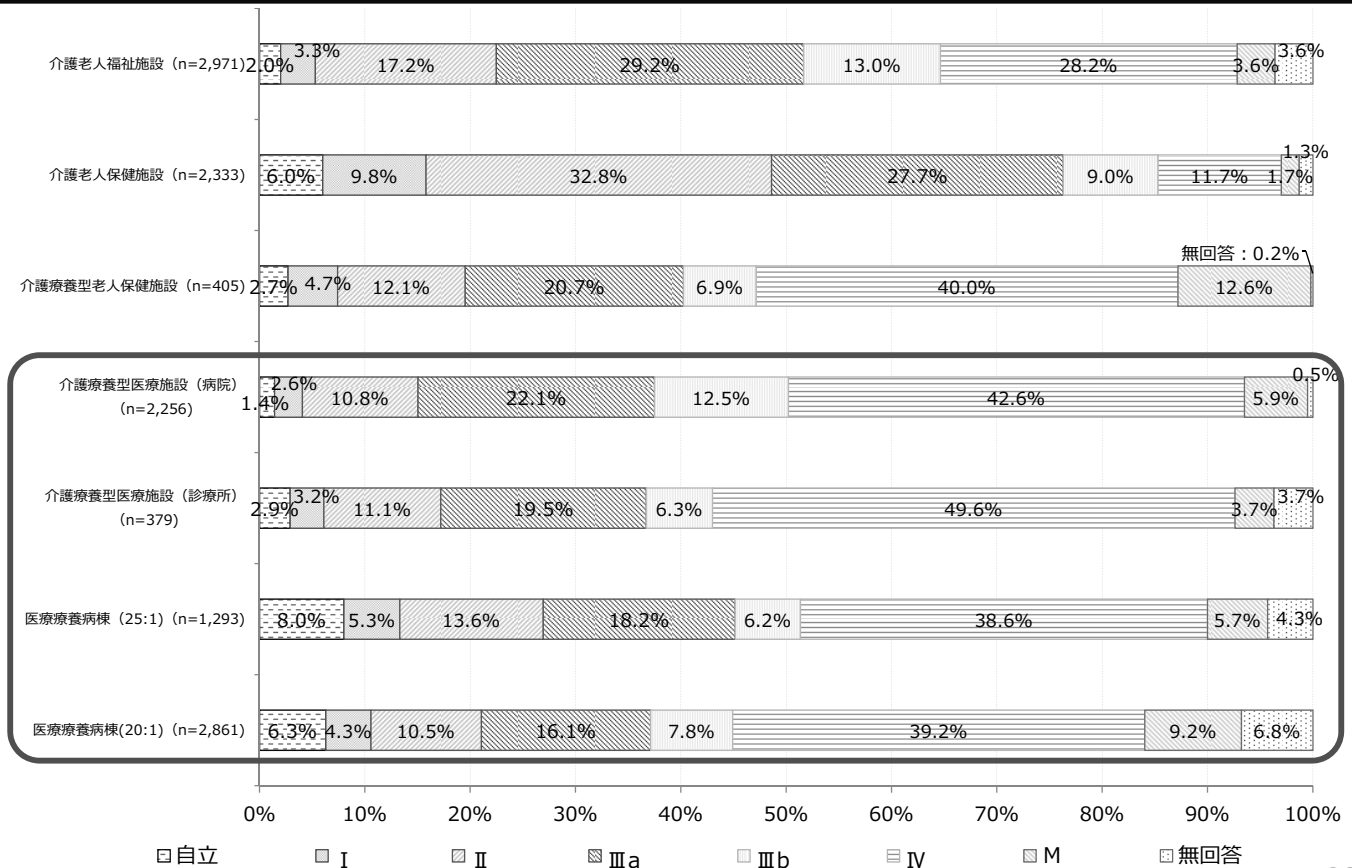


平成25年度老人保健事業推進費等補助金：医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業（公益社団法人全日本病院協会）

19

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)

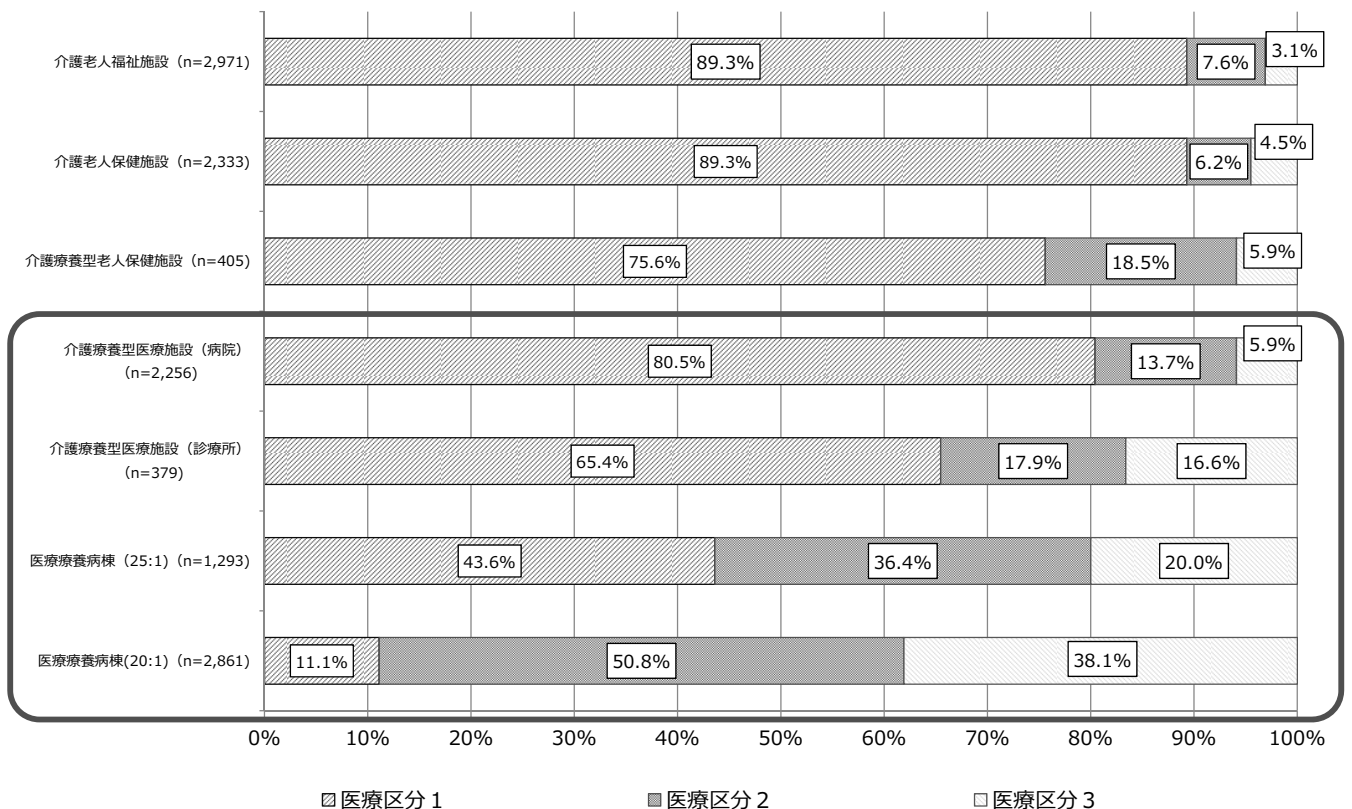


平成25年度老人保健事業推進費等補助金：医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業（公益社団法人全日本病院協会）

20

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)

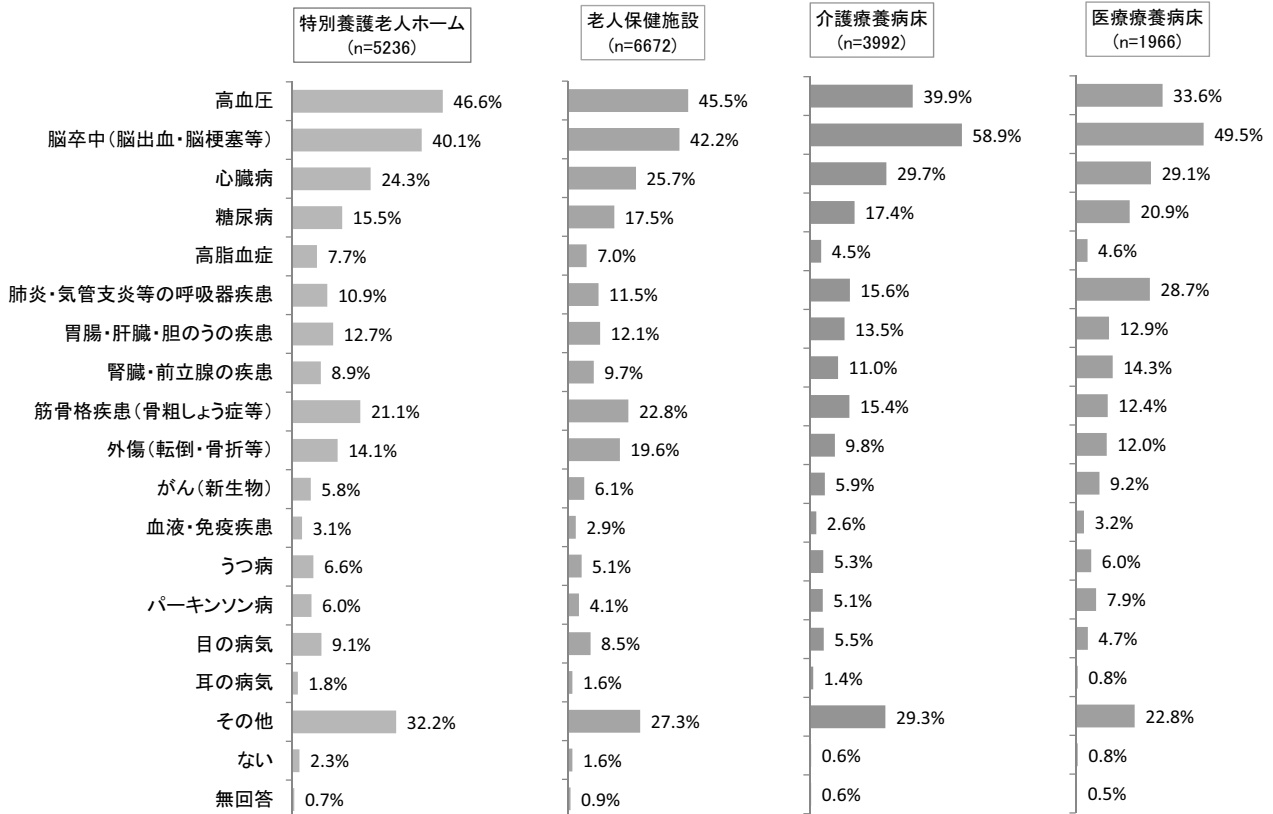


平成25年度老人保健事業推進費等補助金：医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業（公益社団法人全日本病院協会）

21

有している傷病（複数回答）

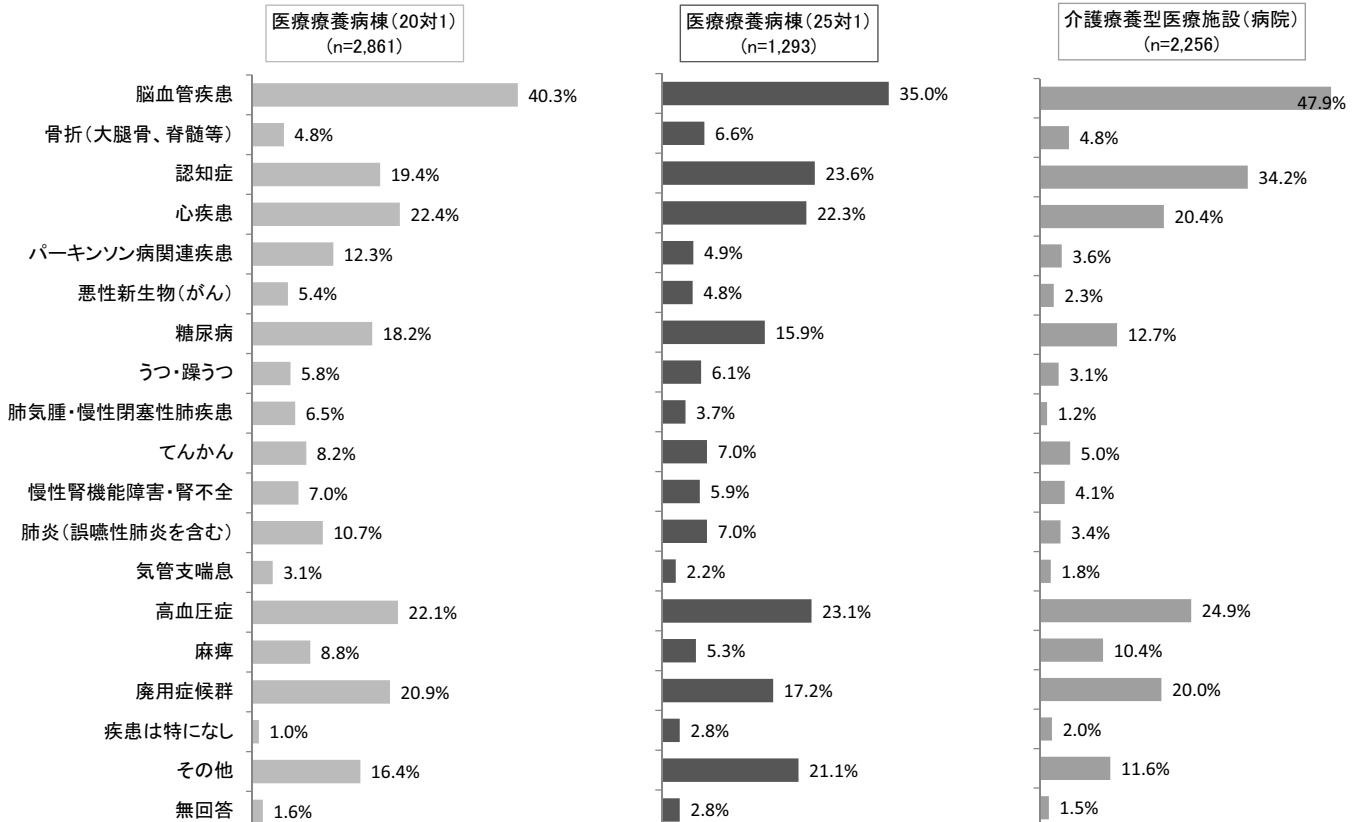
第1回療養病床の在り方等
に関する特別部会 資料



(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」

22

入院患者の傷病の状況

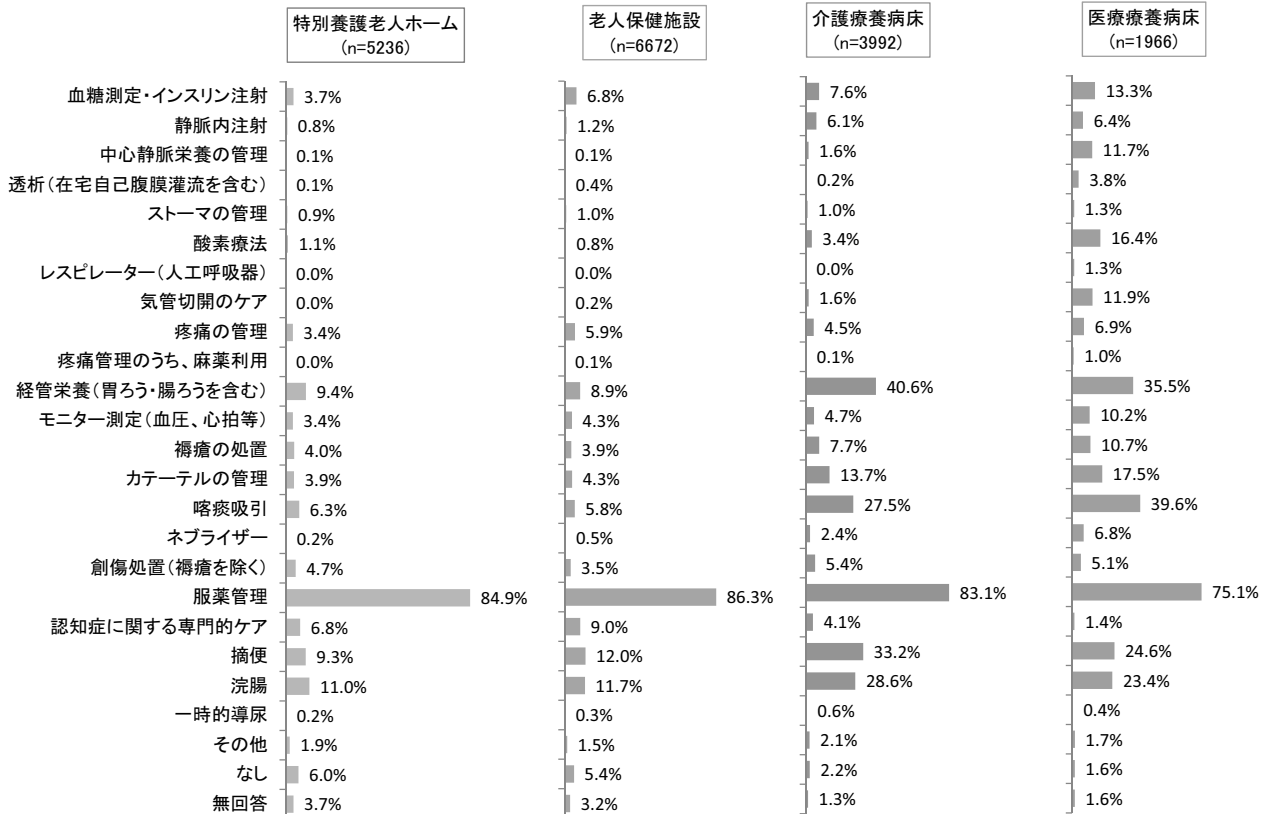


(出典)平成25年度老人保健事業推進費等補助金「医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業報告書(平成26年(2014年)3月)」(公益社団法人全日本病院協会)

23

現在受けている治療（複数回答）

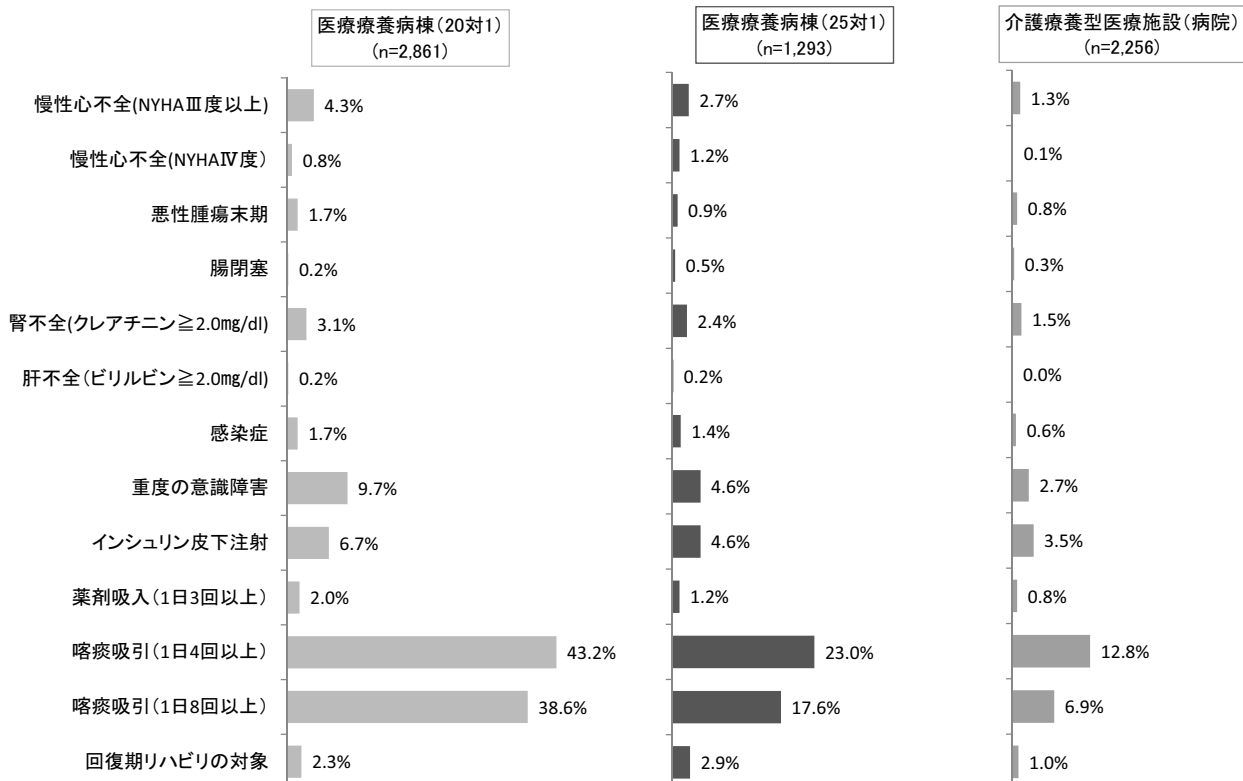
第1回療養病床の在り方等
に関する特別部会 資料



(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」

24

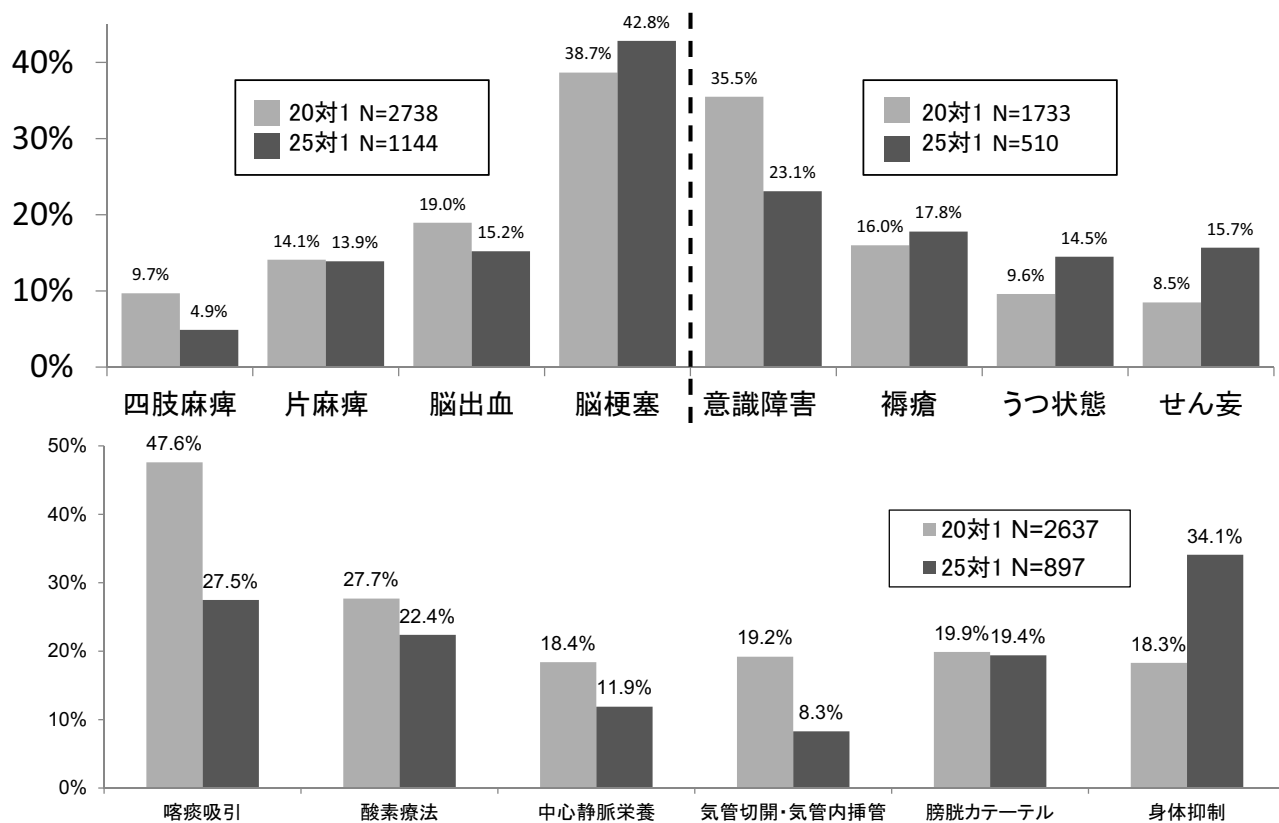
入院患者の治療の状況



(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)

25

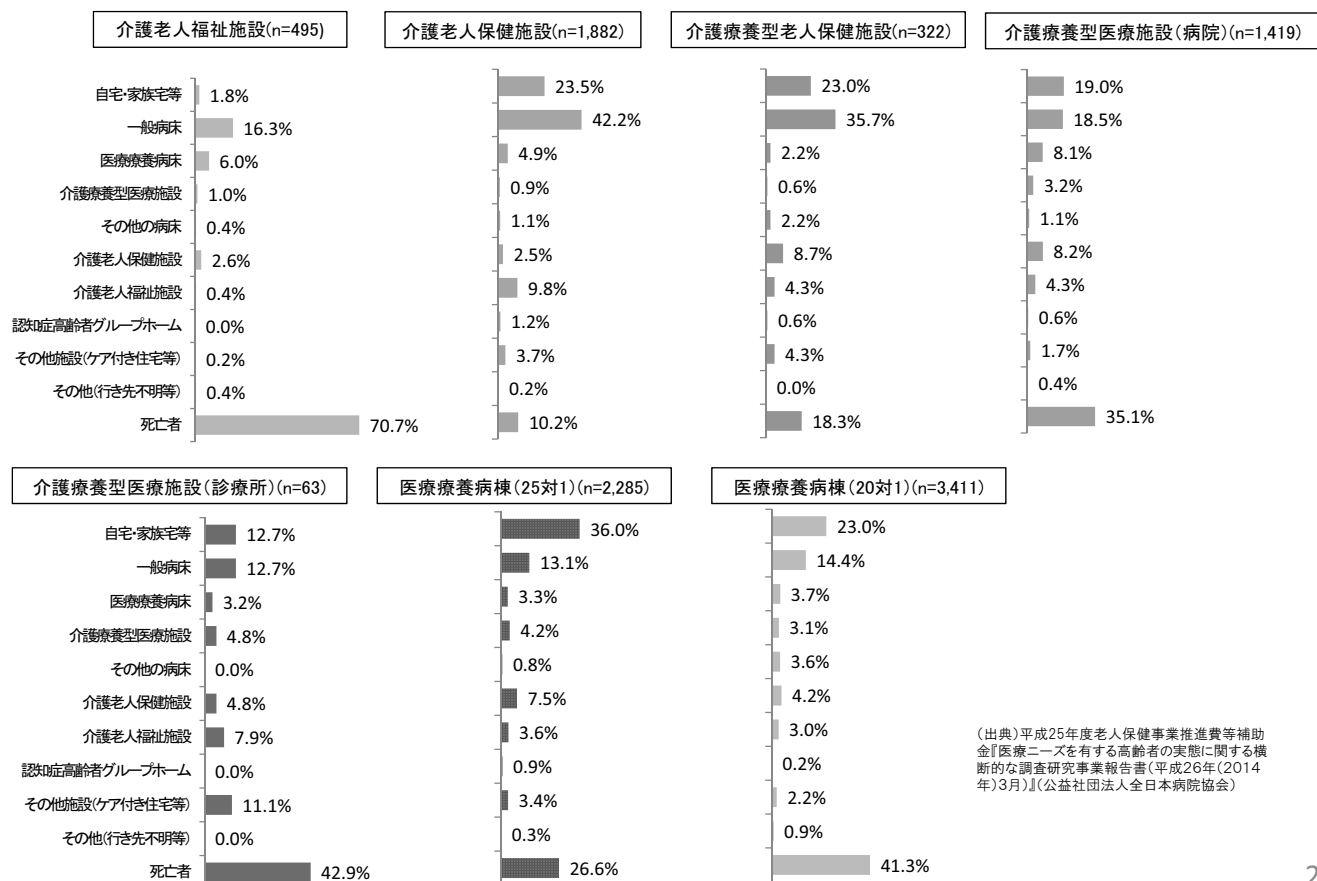
医療療養病棟の入院患者の病態と医療行為・処置



(平成26年度入院医療等の調査(速報)) 26

退院／退所後の行き先

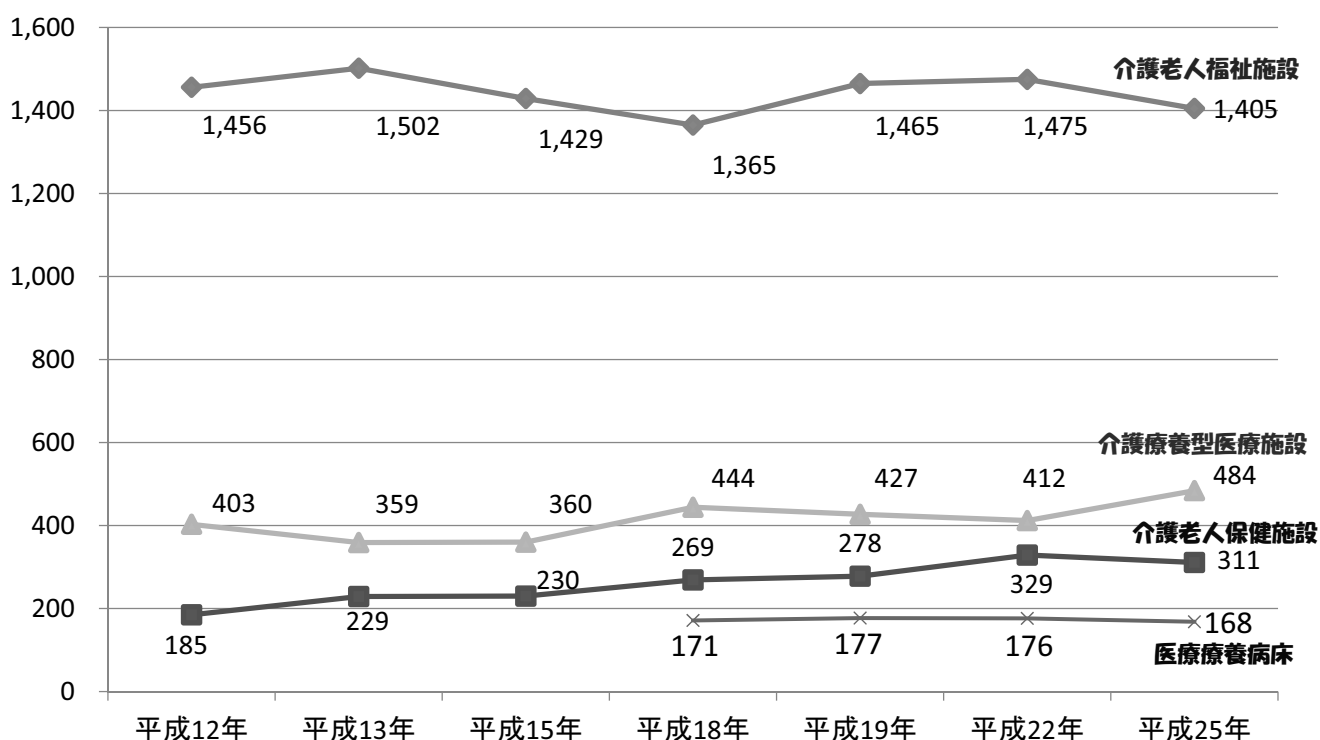
第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料



27

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)

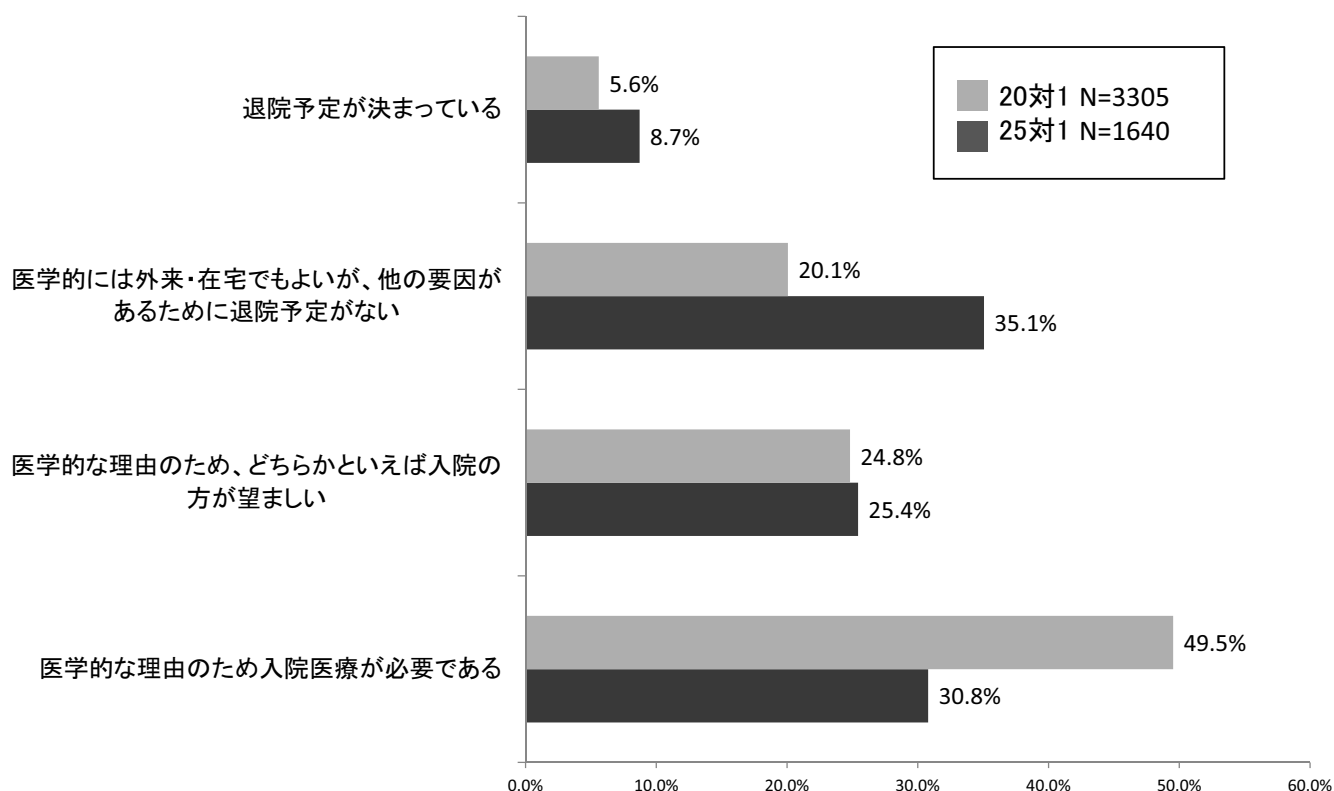


注: 平均在所日数の調査が行われた年度を記載。

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)

28

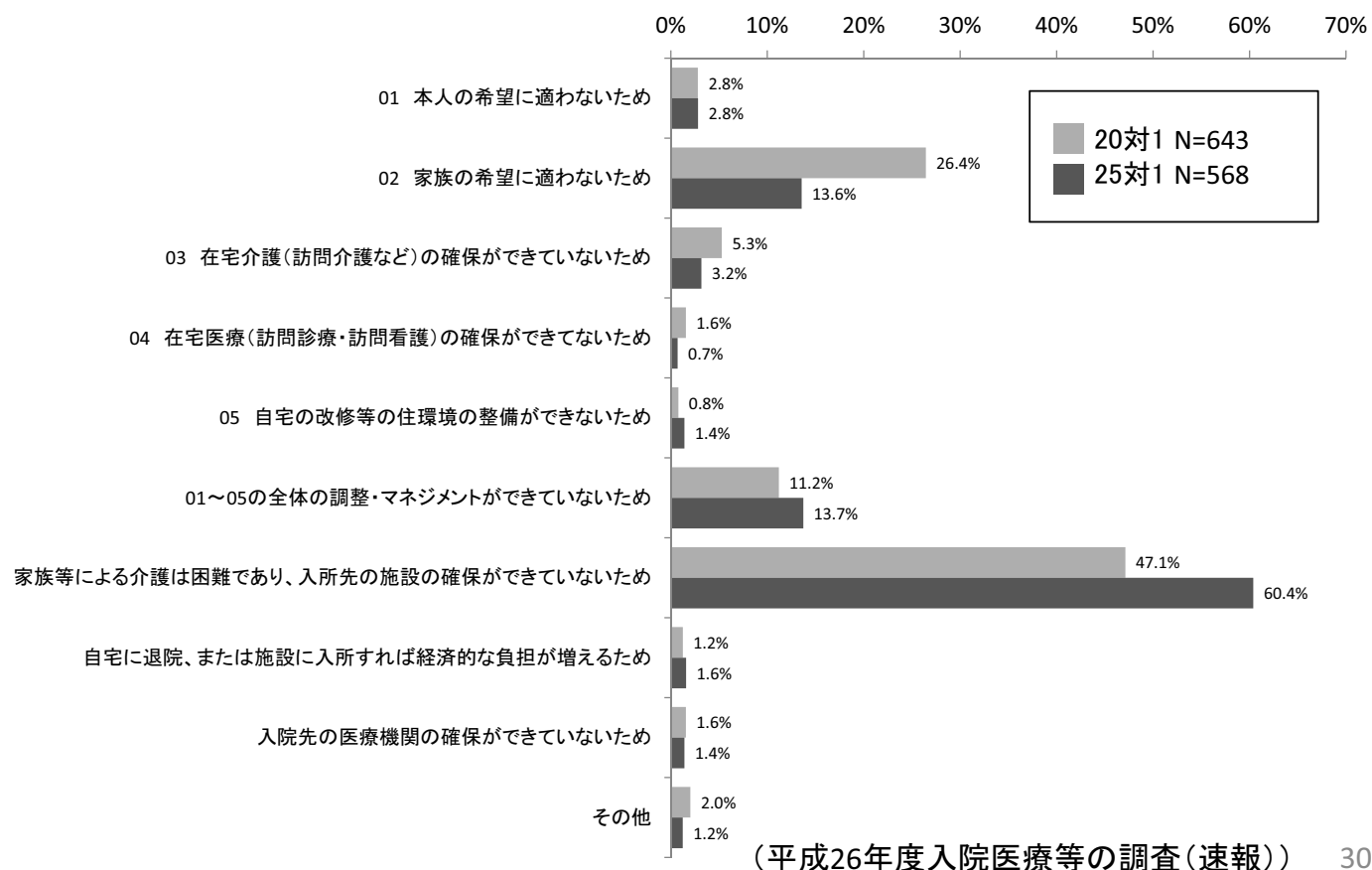
医療療養病棟の入院患者の入院継続の理由



(平成26年度入院医療等の調査(速報))

29

医療療養病棟の入院患者が退院できない理由



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%

(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。

(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

出典：平成26年度介護保険事業状況報告

32

2. 療養病床に関する基礎データ

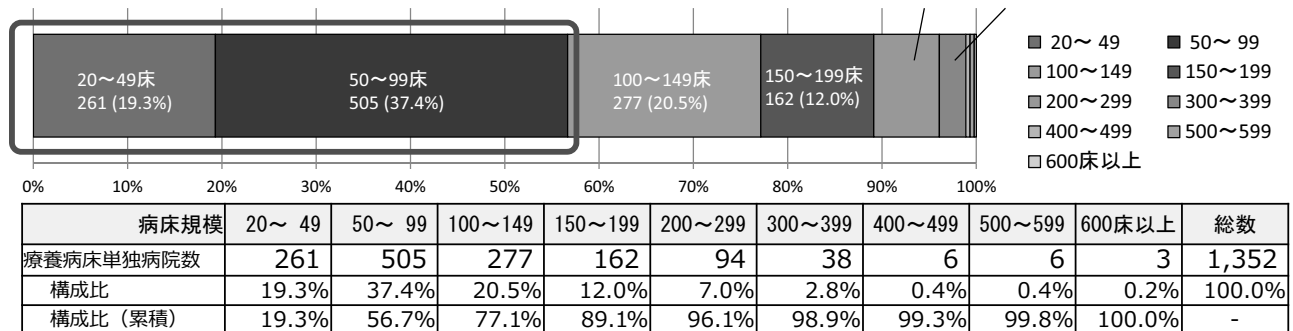
(3) 療養病床単独病院の状況

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)		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)	
		施設	うち療養病床単独の病院 (総数に占める割合)		床	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	施設 8,862	施設 4,135 (46.7%)	施設 1,431 (16.1%)	床 1,620,173	床 343,400 (21.2%)	床 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%)

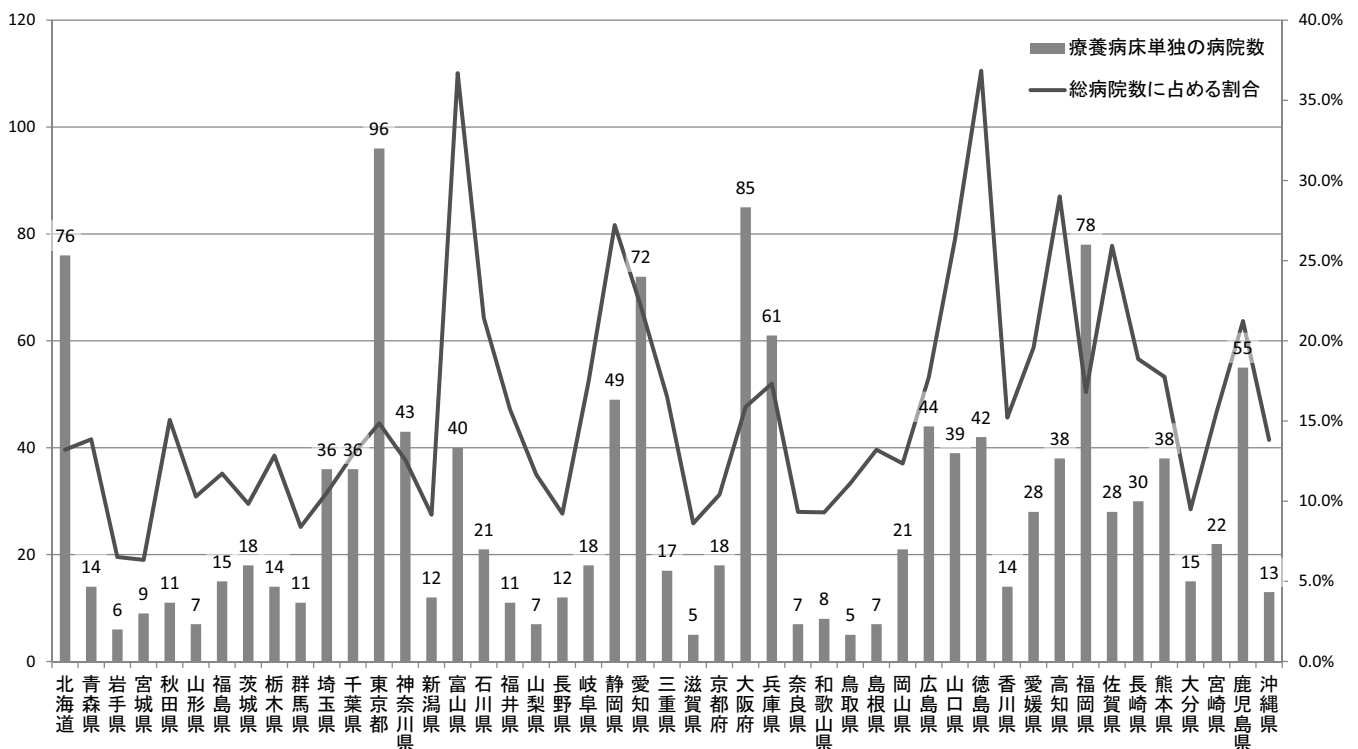
■病床規模別にみた療養病床単独の病院数(平成25年)



出典：平成19、22、25年医療施設調査(厚生労働省)

34

療養病床単独病院の状況(都道府県別)

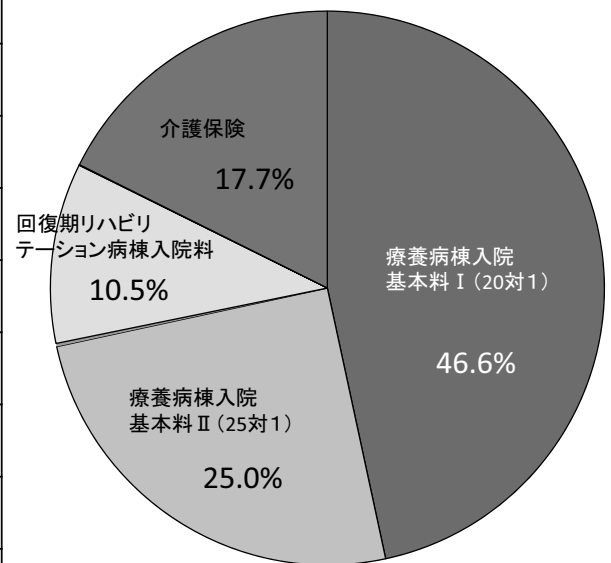


出典：平成25年医療施設調査(厚生労働省)

35

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

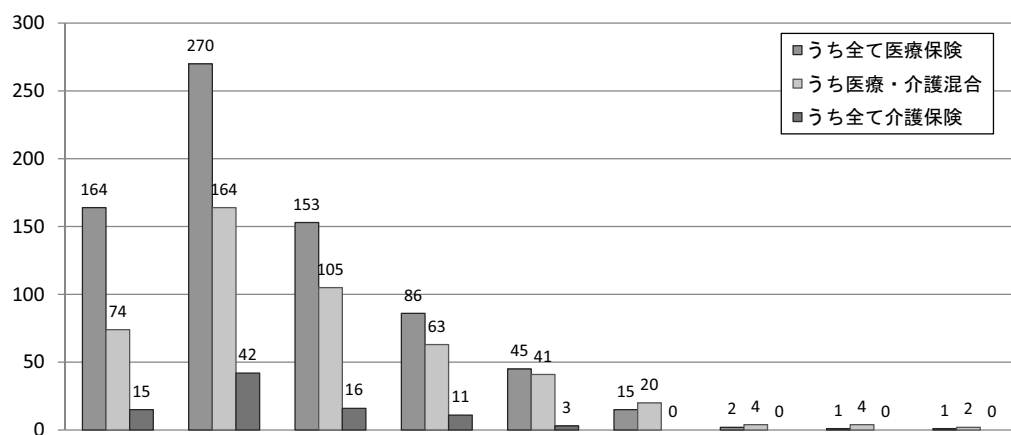
入院料	病床数	構成比
医療保険適用	114,864	82.3%
療養病棟入院基本料計	100,139	71.8%
療養病棟入院基本料Ⅰ（20対1）	65,035	46.6%
療養病棟入院基本料Ⅱ（25対1）	34,844	25.0%
特別入院基本料	260	0.2%
回復期リハビリテーション病棟入院料	14,681	10.5%
地域包括ケア病棟入院料	44	0.0%
介護保険適用	24,624	17.7%
計	139,488	100.0%



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)

36

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)

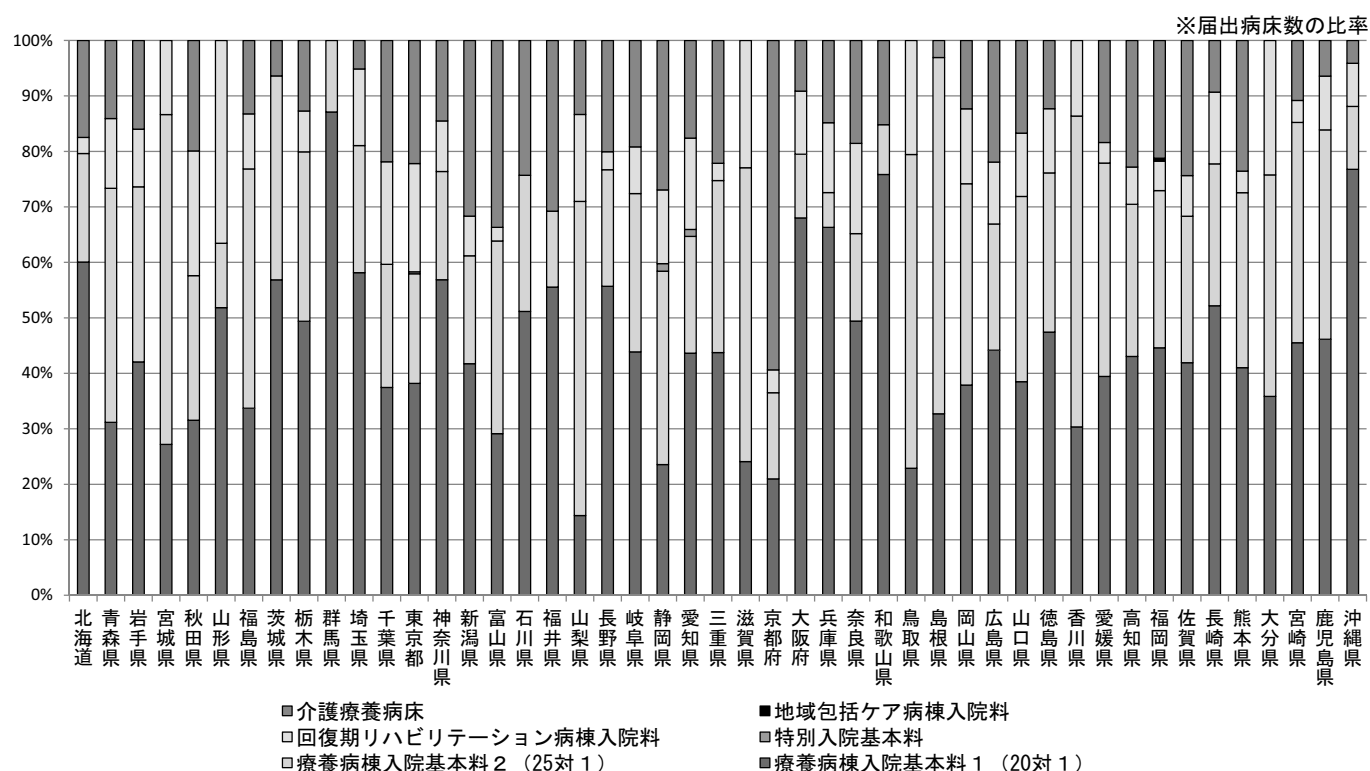


病床規模	20～49	50～99	100～149	150～199	200～299	300～399	400～499	500～599	600床以上	計
療養病床単独病院数	253	476	274	160	89	35	6	5	3	1,301 (100.0%)
全て医療保険	164	270	153	86	45	15	2	1	1	737 (56.3%)
医療・介護双方	74	164	105	63	41	20	4	4	2	477 (36.7%)
全て介護保険	15	42	16	11	3	0	0	0	0	87 (7.0%)

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)

37

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)



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)

38

医療療養病床の『20対1』と『25対1』について

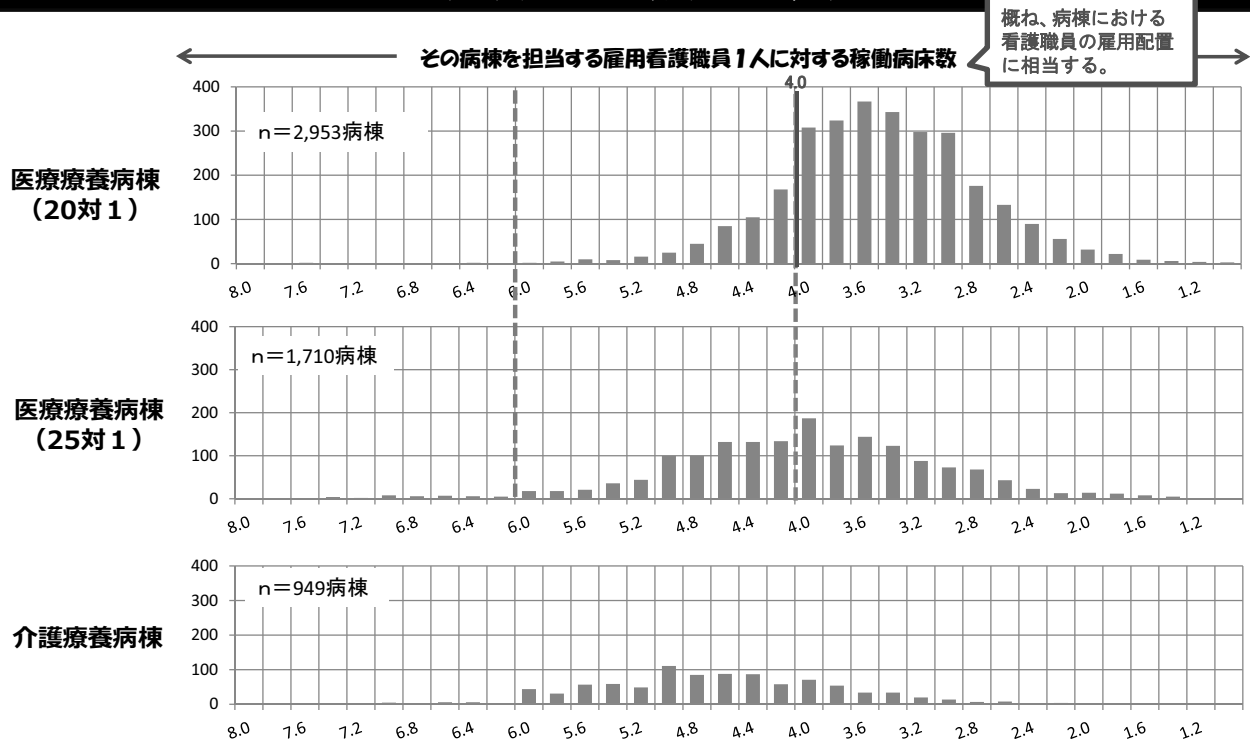
- ◎ 医療療養病床については、2つの診療報酬上の評価基準がある。
- ◎ 看護職員の配置がより手厚いほうの基準を満たすと『医療療養病床20対1』に、もう一方の基準を満たすと『医療療養病床25対1』に該当する。
- ◎ 『20(25)対1』は『入院患者20(25)人に対して看護職員1人』という意味。

		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	20対1		25対1
	看護補助者	20対1		25対1
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8割以上		医療の必要度の高い者 (医療区分2・3)が5割以上 (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)

39

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)

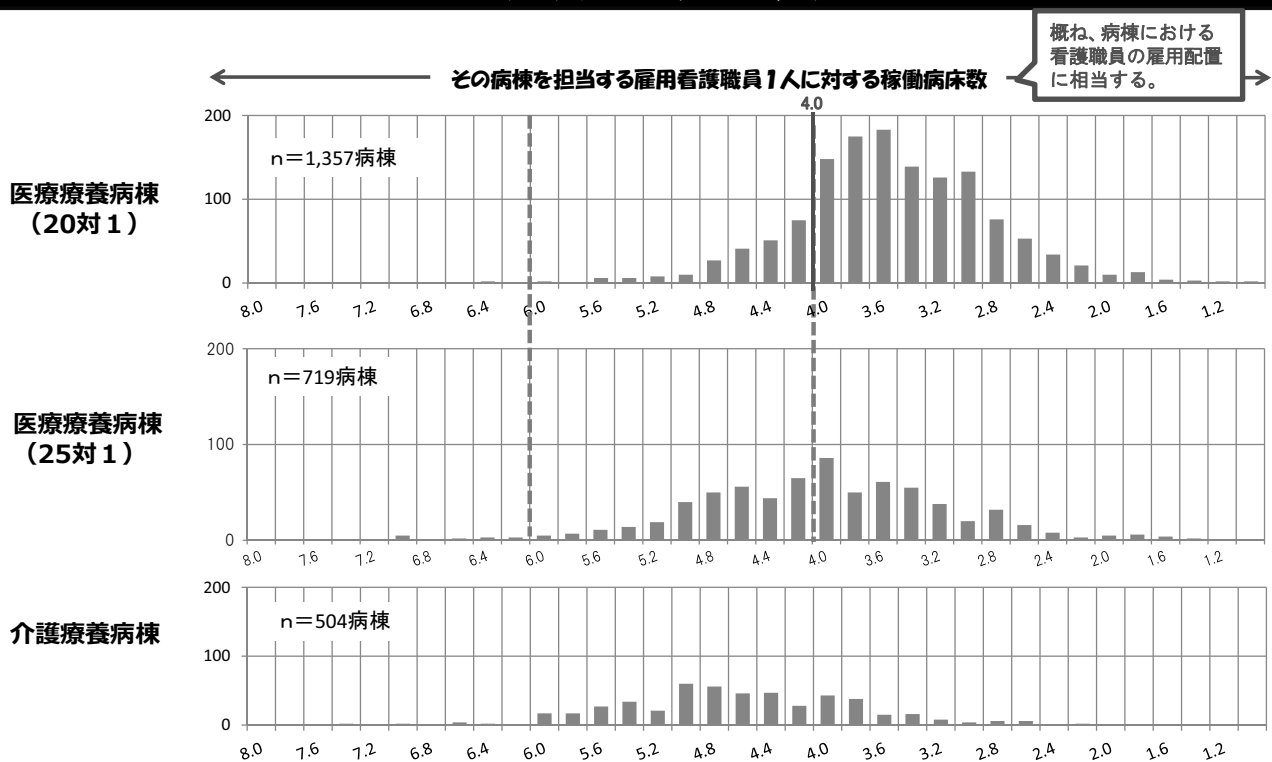


厚生労働省医政局調べ(平成26年度病床機能報告データ等より作成)

(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、上記データは病床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床単位で算出するが、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。40

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)



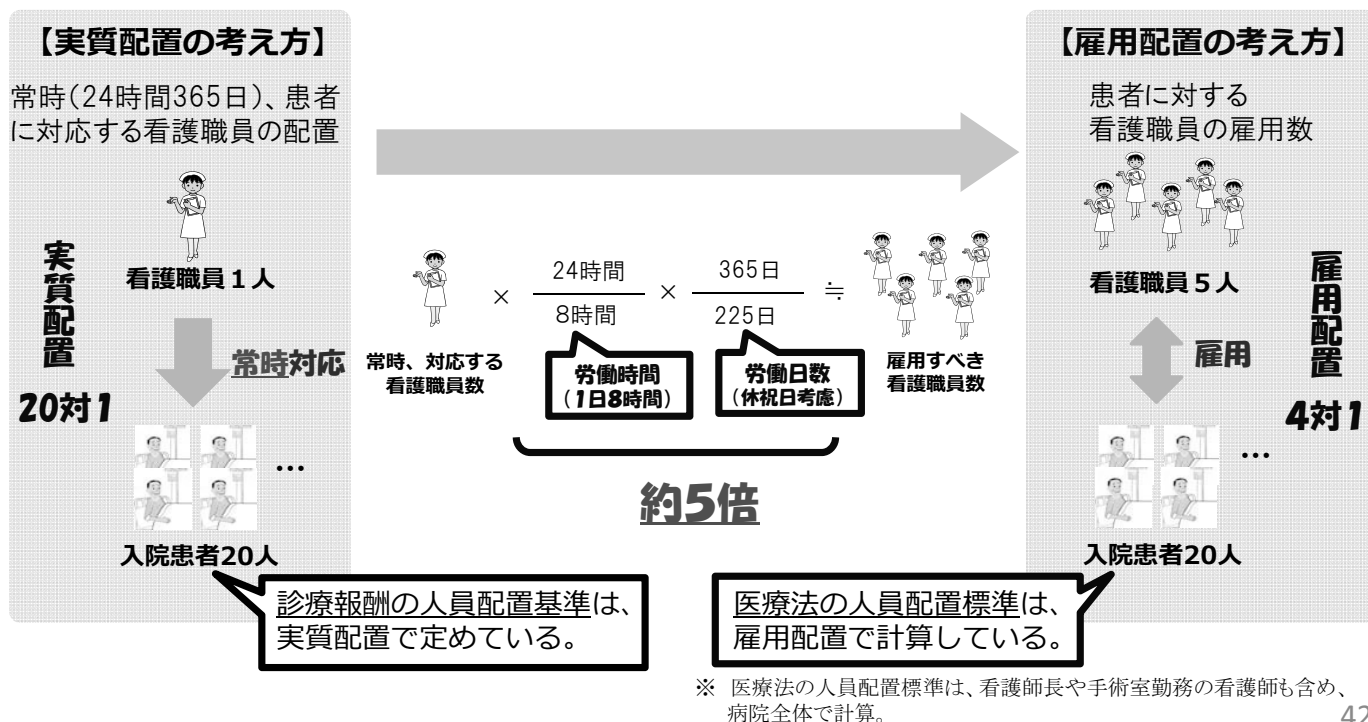
厚生労働省医政局調べ(平成26年度病床機能報告データ等より作成)

(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、上記データは病床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床単位で算出するが、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。41

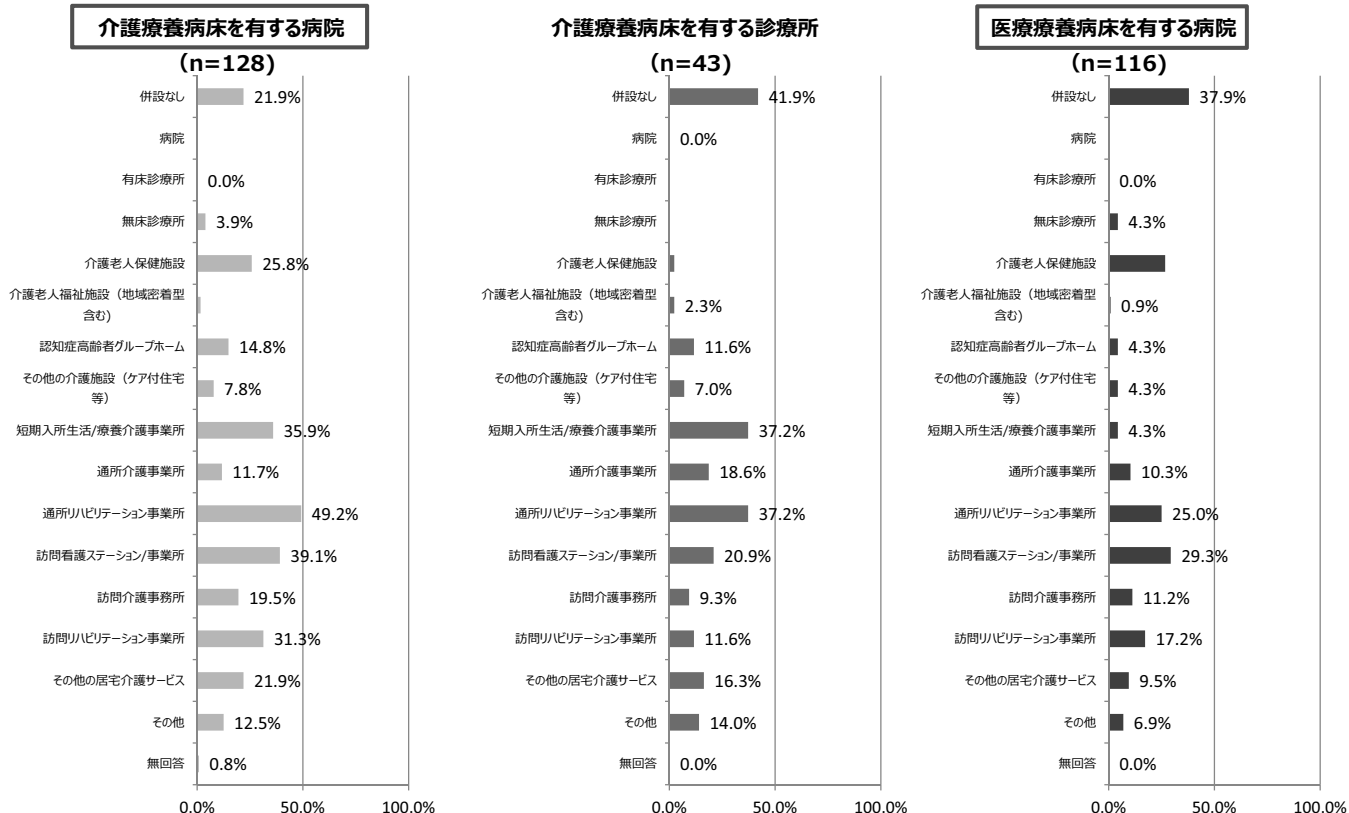
(参考) 看護職員の『雇用配置』と『実質配置』の違い

- 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。

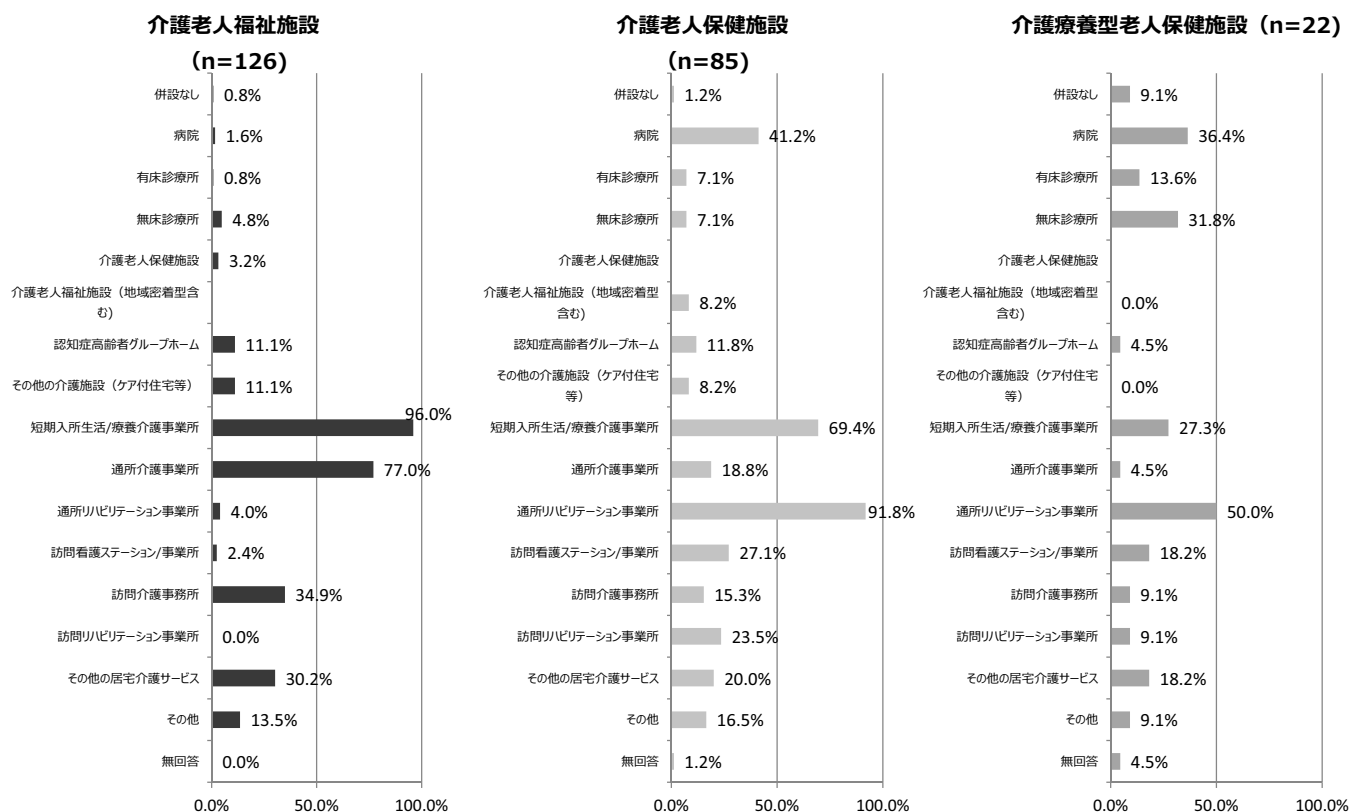


42

併設施設・事務所① (複数回答)



併設施設・事務所（①の続き）（複数回答）

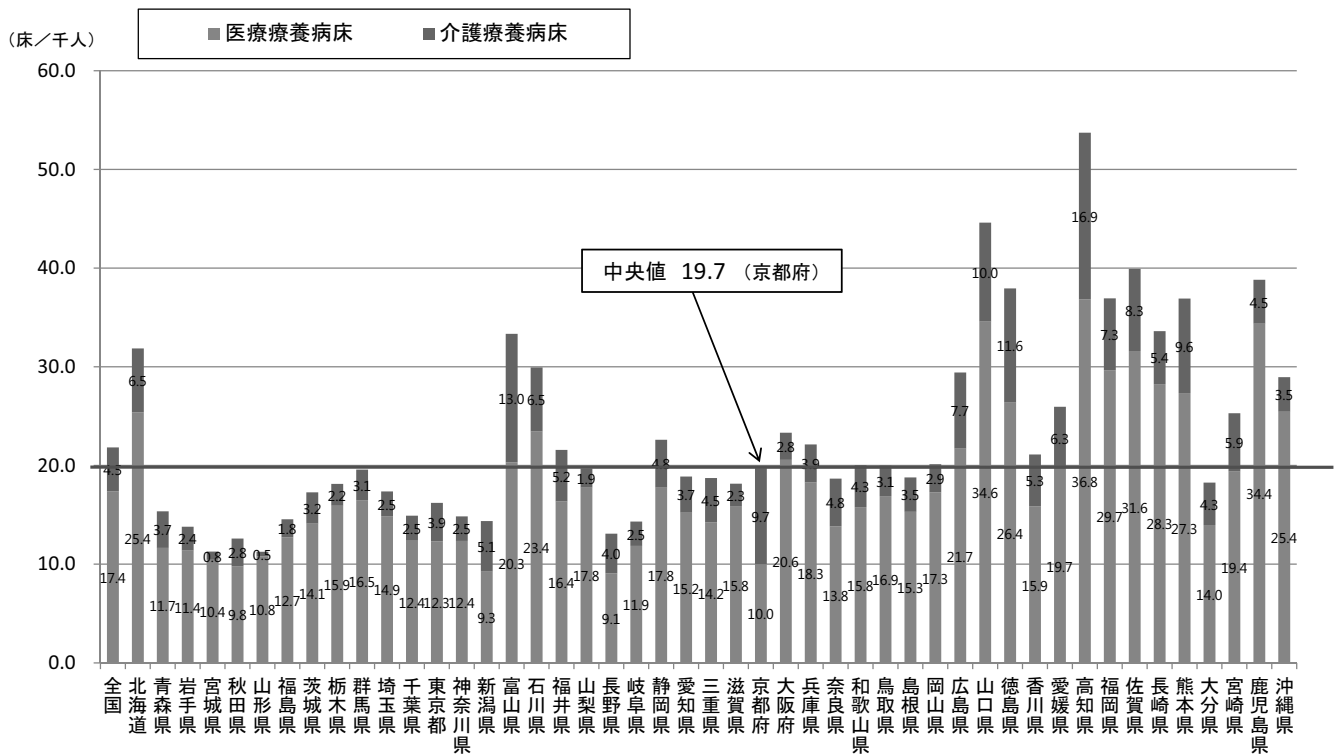


平成25年度老人保健事業推進費等補助金：医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業（公益社団法人全日本病院協会）

2. 療養病床に関する基礎データ

（4）療養病床の地域分布

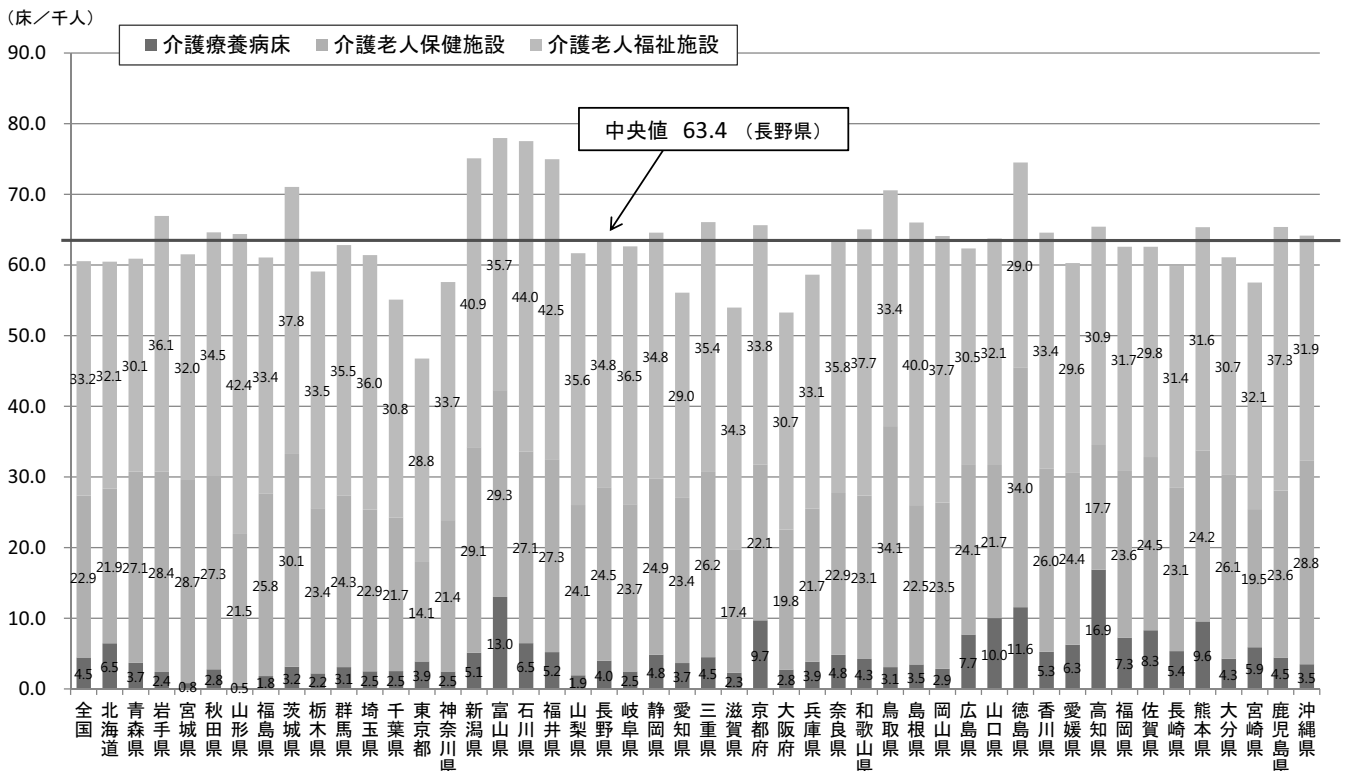
75歳以上人口千人あたり病床数（医療療養病床・介護療養病床）



厚生労働省「平成25年(2013)病院報告」
総務省「平成25年人口推計」

46

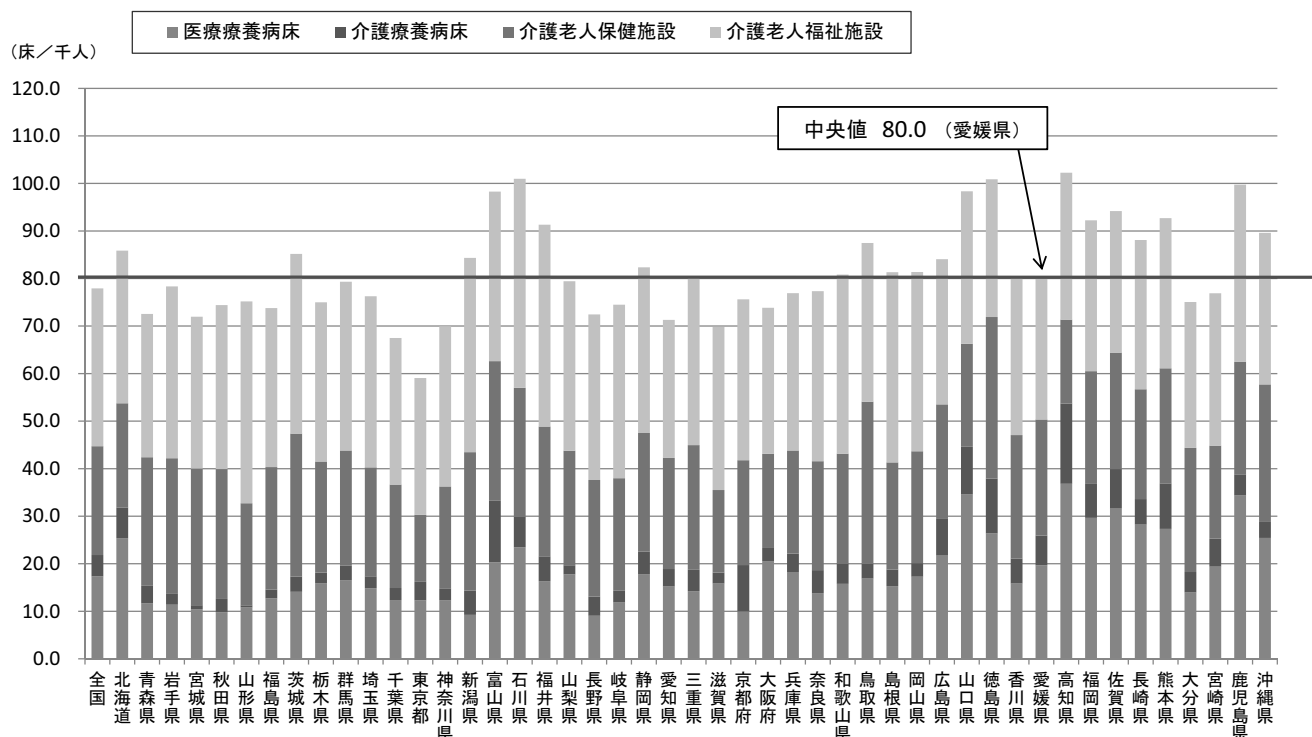
75歳以上人口千人あたり 介護療養病床、介護老人保健施設、介護老人福祉施設 病床（定員）数



厚生労働省「平成25年(2013)病院報告」、「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、
総務省「平成25年人口推計」

47

75歳以上人口千人あたり 病床数（医療療養病床・介護療養病床）・介護保険施設 定員数



厚生労働省「平成25年(2013)病院報告」、「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、
総務省「平成25年人口推計」

48

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。

49

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。

50

（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%

51

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
施設・設備基準の緩和①	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> で可とする。 ※ 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> で可とする。 ※ 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> で可とする。 ※ 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> で可とする。 ※ 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> 」で可とする。 ※ 現行、【老健】機能訓練室 1㎡/人以上、食堂 2㎡/人以上 【特養】機能訓練室+食堂面積 3㎡/人以上

現行の主な経過措置について②

項目	内容
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。

54

現行の主な経過措置について③

項目	内容
受け皿の整備②	介護療養型老人保健施設 <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> 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 （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、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。 （診療報酬）給付調整の拡大
	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）
	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、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。
	サテライト型施設の多様化 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
	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>

55

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	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が、『必要入所 (利用) 定員総数』は設定しないものとする。
	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

参考資料 3

地域包括ケアシステムの強化のための 介護保険法等の一部を改正する法律のポイント (介護医療院 抜粋)

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント

5月26日成立、6月2日公布

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設 ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）

- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設

※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

1

介護医療院の創設

見直し内容

○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のため、「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」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設する。

○病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

<新たな介護保険施設の概要>

名称	介護医療院 ※ただし、病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。
機能	要介護者に対し、「 <u>長期療養のための医療</u> 」と「 <u>日常生活上の世話（介護）</u> 」を <u>一体的に提供</u> する。（介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。）
開設主体	地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人等

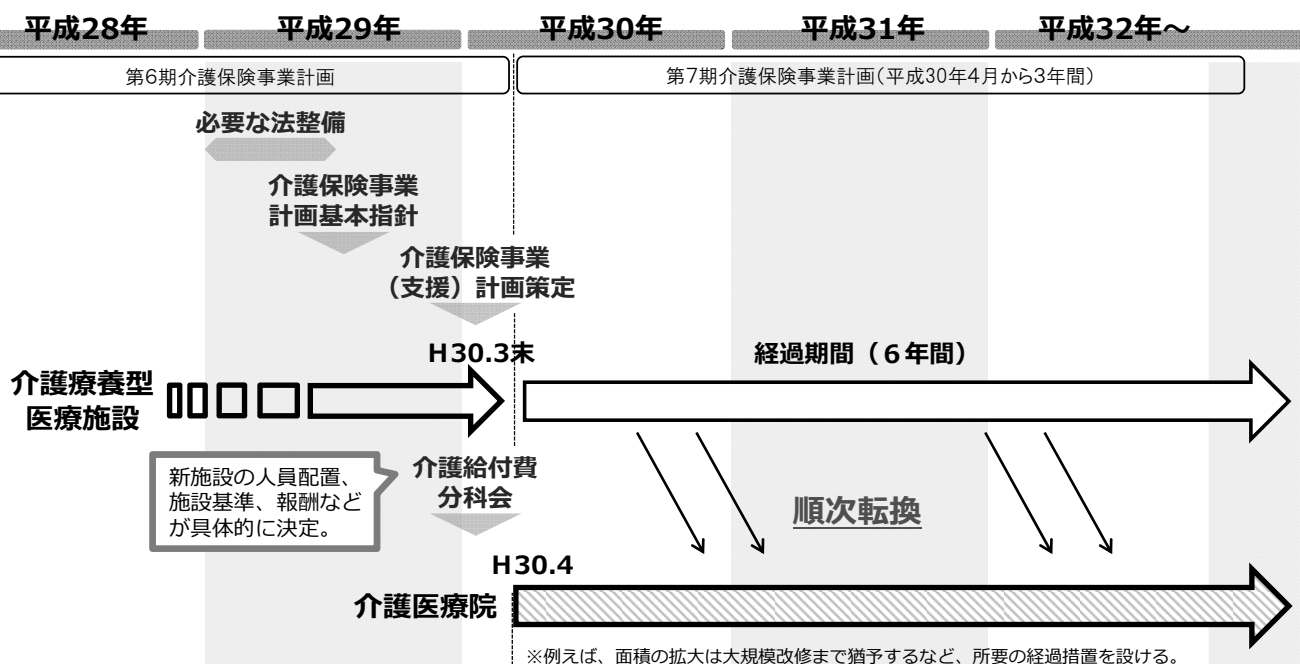
☆ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。

※ 具体的な介護報酬、基準、転換支援策については、介護給付費分科会等で検討。

2

介護医療院に関するスケジュールのイメージ

- 介護医療院の創設に向けて、設置根拠などにつき、法整備を行った。
- 平成29年度末で設置期限を迎えることとなっていた介護療養病床については、その経過措置期間を6年間延長することとした。



3

参考資料4 病院・介護保険施設における施設設備等

病院				介護老人保健施設			介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)			特定施設入居者生活介護	
	一般病床		療養病床	医療療養病床	介護療養病床	従来型	ユニット型	従来型	ユニット型	有料老人ホーム	サービス付高齢者向け住宅
			療養病床								
居室/病室	定員	-	4床以下	4床以下	概ね10人/ユニット 1人/室 (サービス提供上必要な場合2名可)	1人/室 (サービス提供上必要な場合2名可)	概ね10人/ユニット 1人/室 (サービス提供上必要な場合2名可)	ユニット型	個室	個室	サービス付高齢者向け住宅
	面積	4.3㎡/人 個室の場合は6.3㎡以上	6.4㎡/人	6.4㎡/人	10.65㎡ (2人室・21.3㎡)	10.65㎡ (床面積の1/4以上に相当する面積を直接外気に面して開放できるようにする)	10.65㎡ (2人室・21.3㎡)	13㎡/人	25㎡/室 (共同利用の居間、食堂、台所等が確保されている場合18㎡)		
	トイレ	-	-	-	療養室のある階ごと	居室又は共同生活室ごと	居室又は共同生活室ごと	居室又は共同生活室ごと	介護者が使用する場合は居室又は居室のある階ごと	各居住部分に設置	
	洗面所	-	-	-	療養室のある階ごと	居室又は共同生活室ごと	居室又は共同生活室ごと	居室又は共同生活室ごと	居室又は居室のある階ごと	各居住部分に設置	
	共同生活室	-	-	-	2㎡/人×ユニット定員	-	2㎡/人×ユニット定員	-	-	-	
必要設備	廊下	片廊下:1.8m 中廊下:2.1m	片廊下:1.8m 中廊下:2.7m	片廊下:1.8m 中廊下:2.7m	片廊下:1.8m 中廊下:2.7m (廊下の一部拡張により片廊下1.5m、中廊下1.8m)	片廊下:1.8m 中廊下:2.7m	片廊下:1.8m 中廊下:2.7m (廊下の一部拡張により片廊下1.5m、中廊下1.8m)	片廊下:1.8m 中廊下:2.7m (廊下の一部拡張により片廊下1.5m、中廊下1.8m)	介護居室区域について、 片廊下:1.8m 中廊下:2.7m (全ての居室が18㎡以上の個室介護居室でトイレ・洗面設置の場合、片廊下:1.4m、中廊下1.8m)	住戸内:78cm(柱間は75cm)	
	機能訓練室	-	-	40㎡ (老人性認知症疾患療養病棟を有する病院の場合は生活機能訓練室60㎡)	1㎡/人×定員数	1㎡/人×定員数	1㎡/人×定員数	機能訓練室と合わせ 3㎡/人×定員(食堂と兼用可)	-	設置	-
	談話室	-	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ	-	-	-	-	-	設置	-
	食堂	-	1㎡/人	1㎡/人 (老人性認知症疾患療養病棟を有する病院の場合、ディールーム2㎡/人を設置する必要あり(食堂と兼用可))	2㎡/人×定員数	-	機能訓練室と合わせ 3㎡/人×定員(兼用可)	-	-	設置	原則各住戸に台所を設置(各居住部分に備える場合と同等以上の居住環境が確保される場合は共用可)
	浴室	-	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したものとする ・一般浴槽の他、特別浴槽を設けること	身体の不自由な者が入浴するのに適したものとする ・一般浴槽の他、特別浴槽を設けること	身体の不自由な者が入浴するのに適したものとする ・一般浴槽の他、特別浴槽を設けること	介護を必要とする者が入浴するのに適したものとする ・介護を必要とする者が入浴するのに適したものとする	居室内に設置しない場合は、全ての入居者が利用できるような適当な規模及び数。 ・要介護者が使用する場合は身体の不自由な者が使用するのに適したもの	原則各住戸に設置(各居住部分に備える場合と同等以上の居住環境が確保される場合は共用可)	
その他	診療室 手術室 処置室 臨床検査施設 X線装置 調剤所 給食施設	診療室 手術室 処置室 臨床検査施設 X線装置 調剤所 給食施設	診療室 手術室 処置室 臨床検査施設 X線装置 調剤所 給食施設	診療室 手術室 処置室 臨床検査施設 X線装置 調剤所 給食施設	診療室 手術室 処置室 臨床検査施設 X線装置 調剤所 給食施設	診療室 手術室 処置室 臨床検査施設 X線装置 調剤所 給食施設	診療室 手術室 処置室 臨床検査施設 X線装置 調剤所 給食施設	診療室 手術室 処置室 臨床検査施設 X線装置 調剤所 給食施設	診療室 手術室 処置室 臨床検査施設 X線装置 調剤所 給食施設	診療室 手術室 処置室 臨床検査施設 X線装置 調剤所 給食施設	-
	その他備考	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
出典	医療法	医療法	医療法	指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準	介護老人保健施設並びに運営に関する基準	介護老人保健施設並びに運営に関する基準	指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準	指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準	指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準	有料老人ホーム設置運営標準指針	国土交通省・厚生労働省関係高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則

参考資料 5

介護療養型医療施設・介護老人保健施設の 基準等について

介護療養型医療施設の概要

(定義)

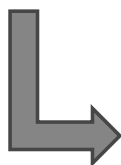
介護療養型医療施設とは、療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設。

(旧介護保険法第8条第26項)

(基本方針)

第一条の二 指定介護療養型医療施設は、長期にわたる療養を必要と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の必要な医療を行うことにより、その者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

(指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第41号))



○医療の必要な要介護高齢者の長期療養施設

介護療養型医療施設の基準

※療養病床を有する病院の場合

必要となる人員・設備等

介護療養型医療施設においてサービスを提供するために必要な職員・設備等は次の通り。

・人員基準

医師	医療法に規定する必要数以上 (概算で48対1)
薬剤師	医療法に規定する必要数以上 (概算で150対1以上)
看護職員	6対1以上
介護職員	6対1以上
理学療法士、作業療法士	実情に応じた適当数
栄養士	医療法に規定する必要数以上 (100床以上の場合1)
介護支援専門員	1以上 (100対1を標準とする)

・設備基準

病室	1室当たり定員4人以下、入院患者1人当たり 6.4㎡以上
機能訓練室	40㎡以上
食堂	1㎡×入院患者数以上
廊下幅	1.8m以上 (中廊下は2.7m以上)
浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの

ユニット型介護療養型医療施設の場合、上記基準に加え、

- ・共同生活室の設置
- ・病室を共同生活室に近接して一体的に設置
- ・1のユニットの定員はおおむね10人以下
- ・昼間は1ユニットごとに常時1人以上、夜間及び深夜は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置
- ・ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等

3

介護療養型医療施設 人員に関する基準（詳細）

◆指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第41号）より ※療養病床を有する病院の場合
◆指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準について（平成12年老企第45号）より

医師	・医療法に規定する療養病床を有する病院として必要とされる数以上 (参考:医療法施行規則第19条第1項第1号) - 精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を3をもつて除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。)の数と外来患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。)の数を2.5(精神科、耳鼻咽喉科又は眼科については、5)をもつて除した数との和(以下この号において「特定数」という。)が52までは3とし、特定数が52を超える場合には当該特定数から52を減じた数を16で除した数に3を加えた数
薬剤師	・医療法に規定する療養病床を有する病院として必要とされる数以上 (参考:医療法施行規則第19条第2項第1号) - 精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を150をもつて除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者の数を70をもつて除した数と外来患者に係る取扱処方箋の数を75をもつて除した数とを加えた数(その数が1に満たないときは1とし、その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は1として計算する。)
栄養士	・医療法に規定する療養病床を有する病院として必要とされる数以上 (参考:医療法施行規則第19条第2項第4号) - 病床数100以上の病院にあつては、1
看護師又は准看護師	・常勤換算方法で、療養病床に係る病棟における入院患者の数が6又はその端数を増すごとに1以上 (外来勤務と病棟勤務を兼務している職員については、勤務計画表による病棟勤務時間を比例計算の上、職員の数に参入することができる)
介護職員	・常勤換算方法で、療養病床に係る病棟における入院患者の数が6又はその端数を増すごとに1以上
理学療法士及び作業療法士	・実情に応じた適当数
介護支援専門員	・1以上 ・療養病床に係る病棟における入院患者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする (介護保険適用の入院患者が100人未満の施設であっても1人は配置しなければならない) (専ら従事する常勤の者、ただし入所者の処遇に支障がない場合は、当該施設の他の職務に従事できる)

✓「常勤」とは、当該指定介護療養型医療施設における勤務時間数が、当該施設において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数(1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)に達していることをいう。

✓当該施設に併設される事業所の職務であつて、当該施設の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間数の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。

4

介護療養型医療施設の報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

(療養病床を有する病院、療養病床を有する診療所、老人性認知症患者療養病床)

利用者の要介護度・職員配置に応じた基本
サービス費 (療養病床を有する病院・多床室の場合)

○ 療養機能強化型A

要介護1 778 単位	要介護2 886 単位	要介護3 1,119 単位	要介護4 1,218 単位	要介護5 1,307 単位
-------------------	-------------------	---------------------	---------------------	---------------------

○ 療養機能強化型B

要介護1 766 単位	要介護2 873 単位	要介護3 1,102 単位	要介護4 1,199 単位	要介護5 1,287 単位
-------------------	-------------------	---------------------	---------------------	---------------------

○ その他

要介護1 745 単位	要介護2 848 単位	要介護3 1,071 単位	要介護4 1,166 単位	要介護5 1,251 単位
-------------------	-------------------	---------------------	---------------------	---------------------

利用者の状態に応じたサービス提供や
施設の体制に対する加算・減算

日常的に必要な医療行為の実施 (特定診療費)

- ・ 感染症を防止する体制の整備 (5単位)
- ・ 褥瘡対策の体制の整備 (5単位)
- ・ 理学療法の実施 (73単位、123単位) 等

在宅への復帰を支援

- ・ 在宅復帰率30%超等 10単位

夜勤職員の手厚い配置
(7~23単位)

介護福祉士や常勤職員等を一定割合 以上配置 (サービス提供体制強化加算)

- ・ 介護福祉士6割以上: 18単位
- ・ 介護福祉士5割以上: 12単位
- ・ 常勤職員等 : 6単位

介護職員処遇改善加算

- ・ 加算Ⅰ: 2.6%
- ・ 加算Ⅱ: 1.9%
- ・ 加算Ⅲ: 1.0%
- ・ 加算Ⅳ: 加算Ⅲ × 0.9
- ・ 加算Ⅴ: 加算Ⅲ × 0.8

定員を超えた利用や人員配
置基準に違反
(▲30%)

身体拘束についての記録
を行っていない
(▲5単位)

5

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、 一定割合以上であること	
	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、 一定割合以上であること	
	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、 一定割合以上いること	
その他の要件		✓リハビリを随時行うこと ✓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		4対1	4対1~5対1

6

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
(各病床共通) ・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 (外来患者関係) ・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。

7

	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
			1)大学病院等 ※1	1)以外の病院				
必置施設	・各科専門の診察室 ・手術室 ・処置室 ・臨床検査施設 ・エックス線装置 ・調剤所 ・給食施設 ・診療に関する諸記録 ・分べん室及び新生児の入浴施設※2 ・消毒施設 ・洗濯施設 ・消火用の機械又は器具	一般病床の必置施設に加え、 ・機能訓練室 ・談話室 ・食堂 ・浴室	一般病床の必置施設に加え、 ・精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な施設		一般病床の必置施設に加え、 ・機械換気設備 ・感染予防のためのしゃ断その他必要な施設 ・一般病床に必置とされる消毒施設のほかに必要な消毒設備	一般病床の必置施設に加え、 ・機械換気設備 ・感染予防のためのしゃ断その他必要な施設 ・一般病床に必置とされる消毒施設のほかに必要な消毒設備	・機能訓練室 ・談話室 ・食堂 ・浴室	—
病床面積	6.4㎡/床 以上 〈既設〉※3 6.3㎡/床 以上(1人部屋) 4.3㎡/床 以上(その他)	6.4㎡/床 以上※4	一般病床と同じ		一般病床と同じ	一般病床と同じ	6.4㎡/床 以上	4.3㎡/床 以上 (患者1人を入院させる場合は6.3㎡以上)
廊下幅	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.1m以上 〈既設〉※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.7m以上 〈既設〉※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	一般病床と同じ	療養病床と同じ	一般病床と同じ	一般病床と同じ	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.7m以上	片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上 (9床以下の場合は適用除外)

※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 産婦人科又は産科を有する病院に限る。
 ※3 既設とは、平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている場合のことをいう。
 ※4 平成5年4月1日時点で既に開設の許可を受けていた病院内の病床を、平成12年4月1日までに転換して設けられた療養型病床群であった場合は、6.0㎡/床 以上

4

老人性認知症疾患療養病棟について

介護療養型医療施設

介護療養病床

医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第四号に規定する療養病床のうち要介護者の心身の特性に応じた適切な看護が行われるものとして政令で定めるもの

医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第四号に規定する療養病床のうち、その従業者の人員、設備及び運営に関する基準であって厚生労働省令で定めるものに適合するもの

老人性認知症疾患療養病棟

療養病床以外の病院の病床のうち認知症である要介護者の心身の特性に応じた適切な看護が行われるものとして政令で定めるもの

主として認知症である老人（当該認知症に伴って著しい精神症状（特に著しいものを除く。）を呈する者又は当該認知症に伴って著しい行動異常（特に著しいものを除く。）がある者に限るものとし、その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）を入院させることを目的とした病床であって、厚生労働大臣が定める員数の看護師その他の従業者を有し、かつ、厚生労働大臣が定める看護の体制その他の看護に関する基準に適合するもの

旧・介護保険法第八条第二十六項
旧・介護保険施行令第四条 9

介護療養病床と老人性認知症疾患療養病棟の基準について

	介護療養病床	老人性認知症疾患療養病棟
医療法上の位置づけ	療養病床	療養病床以外 (現存するものは精神病床のみ)
主な人員配置	医師：48対1以上 <u>看護職員：6対1以上</u> 介護職員：6対1以上 <u>理学療法士・作業療法士：適当数</u>	医師：48対1以上 (大学病院等^注の場合は16対1以上) <u>看護職員：4対1以上</u> (大学病院等^注の場合は3対1以上) 介護職員：6対1以上 <u>作業療法士：1以上</u> <u>精神保健福祉士等：1以上</u>
主な施設基準	病室(定員4人以下、6. 4m²以上) <u>機能訓練室 40m²以上</u> 食堂 1m²×入院患者数以上 <u>談話室 入院患者等が楽しめる広さ</u> 浴室 適切なもの	病室(定員4人以下、6. 4m²以上) <u>生活機能回復訓練室 60m²以上</u> 食堂 1m²×入院患者数以上 <u>デイルーム及び面会室</u> <u>合計が2m²×入院患者数以上</u> 浴室 適切なもの

注 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。

10

介護老人保健施設の概要

(定義)

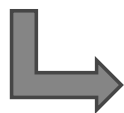
介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(介護保険法第8条第28項)

(基本方針)

第一条の二 介護老人保健施設は、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を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号))



○在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
○リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設

11

介護老人保健施設の基準

必要となる人員・設備等

介護老人保健施設においてサービスを提供するために必要な人員・設備等は次の通り。

・ 人員

医師	常勤1以上、100対1以上
薬剤師	実情に応じた適当数 (300対1を標準とする)
看護・介護職員	3対1以上、 うち看護は2/7程度
支援相談員	1以上、100対1以上
理学療法士、 作業療法士 又は言語聴覚士	100対1以上
栄養士	入所定員100以上の場合、1以上
介護支援専門員	1以上 (100対1を標準とする)
調理員、事務員その他の従業者	実情に応じた適当数

・ 施設及び設備

療養室	1室当たり定員4人以下、入所者1人当たり8㎡以上
機能訓練室	1㎡×入所定員数以上
食堂	2㎡×入所定員数以上
廊下幅	1.8m以上 (中廊下は2.7m以上)
浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの 等

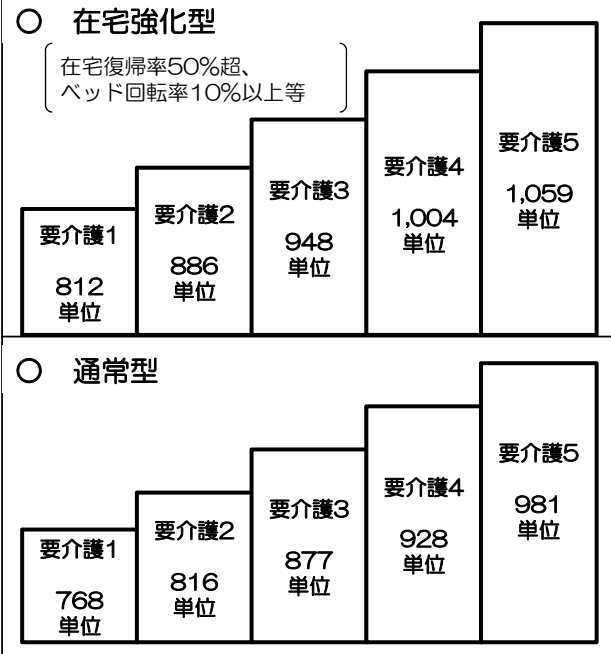
ユニット型介護老人保健施設の場合、上記基準に加え、
・共同生活室の設置
・療養室を共同生活室に近接して一体的に設置
・1のユニットの定員はおおむね10人以下
・昼間は1ユニットごとに常時1人以上、
夜間及び深夜は2ユニットごとに1人以上の
介護職員又は看護職員を配置
・ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等

12

介護老人保健施設の報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

利用者の要介護度・在宅復帰率等に応じた基本サービス費（多床室の場合）



利用者の状態に応じたサービス提供や施設の体制に対する加算・減算

短期集中的なリハビリテーションの実施 (240単位)	入所前後に退所後の居宅を訪問して、施設サービス計画を策定 (Ⅰ) 450単位 (Ⅱ) 480単位
ターミナルケアの実施 死亡日以前4～30日：160単位 前日・前々日：820単位 当日：1,650単位	夜勤職員の手厚い配置 (24単位)
在宅復帰・在宅療養支援 在宅復帰率30%超、ベッド回転率5%以上等 (従来型のみ) 27単位	肺炎、尿路感染症、带状疱疹の治療 1月に1回連続7日まで 305単位
介護福祉士や常勤職員等を一定割合以上配置(サービス提供体制強化加算) ・介護福祉士6割以上：18単位 ・介護福祉士5割以上：12単位 ・常勤職員等：6単位	介護職員処遇改善加算 ・加算Ⅰ：3.9% ・加算Ⅱ：2.9% ・加算Ⅲ：1.6% ・加算Ⅳ：加算Ⅲ×0.9 ・加算Ⅴ：加算Ⅲ×0.8
定員を超えた利用や人員配置基準に違反 (▲30%)	身体拘束についての記録を行っていない (▲5単位)

13

療養病床から転換した介護老人保健施設について

- 平成18年医療保険制度改正において、療養病床から介護老人保健施設等への転換を進めてきた。
- 療養病床の転換に際して、既存の介護老人保健施設では対応できない医療ニーズがあることから、以下の機能を介護報酬で評価し、平成20年5月に『介護療養型老人保健施設』を創設した。

介護療養型老人保健施設における主な医療ニーズの評価

- ① 夜間の日常的な医療処置
夜勤を行う看護職員を41:1以上確保(41人未満の施設はオンコール可)する本体報酬を設定
- ② 看取りへの対応
医師・看護師等による終末期の看取り体制を評価(ターミナルケア加算)
- ③ 急性増悪時の対応
【特別療養費】(入所者に対する指導管理等のうち日常的に必要な医療行為として、別に評価するもの)
・「常時頻回の喀痰吸引」、「人工腎臓を実施しており、重篤な合併症を有する状態」、「膀胱又は直腸の機能障害があり、ストーマの処置を実施している状態」等に対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な処置を行うことを評価
・重傷皮膚潰瘍を有しているものに対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行うことを評価 等
(参考) 診療報酬上の評価
・急性増悪時に往診した医師が行う診療行為について、診療報酬により評価 等

介護療養型老人保健施設の施設要件

1. 平成18年7月1日から平成30年3月31日までの間に転換を行った介護老人保健施設
2. 新規入所者のうち、医療機関を退院した者の割合が自宅等から入所した者の割合より35%以上大きいことが標準
3. 入所者等のうち、①喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者が15%以上※¹
又は②著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の割合が20%以上※²
注 要件3について、※¹は20%以上、かつ、※²は50%以上である場合、更に報酬上評価している。

3 介護療養施設サービス

イ 療養病床を有する病院における介護療養施設サービス

介護 1

(6) 退院時指導等加算	(一) 退院時等指導加算	a 退院前訪問指導加算 (入院中1回(又は2回)を限度に、460単位を算定)	注 入院患者及びその家族等に対して退院後の療養上の指導を行った場合 退院後の主治医に対して診療情報を提供した場合 在宅介護支援事業者と退院前から連携し、情報提供とサービス調整を行った場合
		b 退院後訪問指導加算 (退院後1回を限度に、460単位を算定)	
		c 退院時指導加算 (400単位)	
		d 退院時情報提供加算 (500単位)	
		e 退院前連携加算 (500単位)	
(二) 老人訪問看護指示加算 (入院患者1人につき1回を限度として 300単位を算定)			
(7) 栄養マネジメント加算 (1日につき 14単位を加算)			
(8) 経口移行加算 (1日につき 28単位を加算)			注 栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。
(9) 経口維持加算 (1月につき)	(一) 経口維持加算(Ⅰ)	(400単位)	注
	(二) 経口維持加算(Ⅱ)	(100単位)	栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。 経口維持加算(Ⅰ)を算定していない場合は、算定しない。
(10) 口腔衛生管理体制加算 (1月につき 30単位を加算)			注 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合
(11) 口腔衛生管理加算 (1月につき 110単位を加算)			注 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月4回以上行った場合 口腔衛生管理体制加算を算定していない場合は、算定しない。
(12) 療養食加算 (1日につき 18単位を加算)			
(13) 在宅復帰支援機能加算 (1日につき 10単位を加算)			
(14) 特定診療費			
(15) 認知症専門ケア加算	(一) 認知症専門ケア加算(Ⅰ)	(1日につき 3単位を加算)	
	(二) 認知症専門ケア加算(Ⅱ)	(1日につき 4単位を加算)	
(16) 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (入所後7日以内に 1日につき200単位を加算)			
(17) サービス提供体制強化加算	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ (1日につき 18単位を加算)		
	(二) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ (1日につき 12単位を加算)		
	(三) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1日につき 6単位を加算)		
	(四) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1日につき 6単位を加算)		
(18) 介護職員処遇改善加算	(一) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき 十所定単位×26/1000)		注 所定単位は、(1)から(17)までにより算定した単位数の合計
	(二) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき 十所定単位×19/1000)		
	(三) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき 十所定単位×10/1000)		
	(四) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき 十(三)の90/100)		
	(五) 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) (1月につき 十(三)の80/100)		

※ 医師の人員配置減算を適用する場合には、医師経過措置減算を適用しない。
※ 夜勤勤務条件減算を適用する場合には、夜間勤務等看護加算を適用しない。

ロ 療養病床を有する診療所における介護療養施設サービス

基本部分				注 入院患者の数が入院患者の定員を超える場合	注 常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合	注 廊下幅が設備基準を満たさない場合	注 若年性認知症患者受入加算		
(1) 診療所型介護療養施設サービス費 (1日につき)	(一) 診療所型介護療養施設サービス費(Ⅰ) 看護<6:1> 介護<6:1>	a.診療所型介護療養施設サービス費(ⅰ) ＜従来型個室＞	要介護1 (623 単位) 要介護2 (672 単位) 要介護3 (720 単位) 要介護4 (768 単位) 要介護5 (817 単位)	×70／100		診療所療養病床設備基準減算 －60単位	+120単位		
		b.診療所型介護療養施設サービス費(ⅱ) ＜療養機能強化型A＞ ＜従来型個室＞	要介護1 (650 単位) 要介護2 (702 単位) 要介護3 (752 単位) 要介護4 (802 単位) 要介護5 (853 単位)						
		c.診療所型介護療養施設サービス費(ⅲ) ＜療養機能強化型B＞ ＜従来型個室＞	要介護1 (641 単位) 要介護2 (691 単位) 要介護3 (741 単位) 要介護4 (790 単位) 要介護5 (840 単位)						
		d.診療所型介護療養施設サービス費(ⅳ) ＜多床室＞	要介護1 (727 単位) 要介護2 (775 単位) 要介護3 (825 単位) 要介護4 (872 単位) 要介護5 (921 単位)						
		e.診療所型介護療養施設サービス費(ⅴ) ＜療養機能強化型A＞ ＜多床室＞	要介護1 (759 単位) 要介護2 (810 単位) 要介護3 (861 単位) 要介護4 (911 単位) 要介護5 (962 単位)						
		f.診療所型介護療養施設サービス費(ⅵ) ＜療養機能強化型B＞ ＜多床室＞	要介護1 (748 単位) 要介護2 (798 単位) 要介護3 (848 単位) 要介護4 (897 単位) 要介護5 (948 単位)						
		(二) 診療所型介護療養施設サービス費(Ⅱ) 看護・介護<3:1>	a.診療所型介護療養施設サービス費(ⅰ) ＜従来型個室＞					要介護1 (546 単位) 要介護2 (590 単位) 要介護3 (633 単位) 要介護4 (678 単位) 要介護5 (721 単位)	
			b.診療所型介護療養施設サービス費(ⅱ) ＜多床室＞					要介護1 (652 単位) 要介護2 (695 単位) 要介護3 (739 単位) 要介護4 (782 単位) 要介護5 (826 単位)	
			(2) ユニット型診療所型介護療養施設サービス費 (1日につき)					(一)ユニット型診療所型介護療養施設サービス費(Ⅰ) ＜ユニット型個室＞	要介護1 (748 単位) 要介護2 (797 単位) 要介護3 (845 単位) 要介護4 (893 単位) 要介護5 (942 単位)
								(二)ユニット型診療所型介護療養施設サービス費(Ⅱ) ＜療養機能強化型A＞ ＜ユニット型個室＞	要介護1 (775 単位) 要介護2 (827 単位) 要介護3 (877 単位) 要介護4 (927 単位) 要介護5 (978 単位)
								(三)ユニット型診療所型介護療養施設サービス費(Ⅲ) ＜療養機能強化型B＞ ＜ユニット型個室＞	要介護1 (766 単位) 要介護2 (816 単位) 要介護3 (866 単位) 要介護4 (915 単位) 要介護5 (965 単位)
								(四)ユニット型診療所型介護療養施設サービス費(Ⅳ) ＜ユニット型準個室＞	要介護1 (748 単位) 要介護2 (797 単位) 要介護3 (845 単位) 要介護4 (893 単位) 要介護5 (942 単位)
	(五)ユニット型診療所型介護療養施設サービス費(Ⅴ) ＜療養機能強化型A＞ ＜ユニット型準個室＞	要介護1 (775 単位) 要介護2 (827 単位) 要介護3 (877 単位) 要介護4 (927 単位) 要介護5 (978 単位)							
	(六)ユニット型診療所型介護療養施設サービス費(Ⅵ) ＜療養機能強化型B＞ ＜ユニット型準個室＞	要介護1 (766 単位) 要介護2 (816 単位) 要介護3 (866 単位) 要介護4 (915 単位) 要介護5 (965 単位)							

注 身体拘束廃止未実施加算 (1日につき 5単位を減算)	
注 外泊時費用	
注 他科受診時費用	
(3) 初期加算 (1日につき 30単位を加算)	

入院患者に対して居宅における外泊を認めた場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき、362単位を算定
入院患者に対して、専門的な診療が必要になり、他医療機関において診療が行われた場合、1月に4日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定

(4) 退院時 指導等加算	(一) 退院時等 指導加算	a 退院前訪問指導加算 (入院中1回(又は2回)を限度に、460単位を算定)	注 入院患者及びその家族等に対して退院後の療養上の指導を行った場合 注 退院後の主治医に対して診療情報を提供した場合 注 居宅介護支援事業者と退院前から連携し、情報提供とサービス調整を行った場合
		b 退院後訪問指導加算 (退院後1回を限度に、460単位を算定)	
		c 退院時指導加算 (400単位)	
		d 退院時情報提供加算 (500単位)	
		e 退院前連携加算 (500単位)	
(二) 老人訪問看護指示加算 (入院患者1人につき1回を限度として300単位算定)			
(5) 栄養マネジメント加算 (1日につき 14単位を加算)			
(6) 経口移行加算 (1日につき 28単位を加算)			注 栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。
(7) 経口維持加算(1月につき)	(一) 経口維持加算(Ⅰ)	(400単位)	注 栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。
	(二) 経口維持加算(Ⅱ)	(100単位)	注 経口維持加算(Ⅰ)を算定していない場合には、算定しない。
(8) 口腔衛生管理体制加算 (1月につき 30単位を加算)			注 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合
(9) 口腔衛生管理加算 (1月につき 110単位を加算)			注 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月4回以上行った場合 口腔衛生管理体制加算を算定していない場合は、算定しない
(10) 療養食加算 (1日につき 18単位を加算)			
(11) 在宅復帰支援機能加算 (1日につき 10単位を加算)			
(12) 特定診療費			
(13) 認知症専門ケア加算	(一) 認知症専門ケア加算(Ⅰ) (1日につき 3単位を加算)		
	(二) 認知症専門ケア加算(Ⅱ) (1日につき 4単位を加算)		
(14) 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (入所後7日に限り 1日につき200単位を加算)			
(15) サービス提供体制強化加算	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ (1日につき 18単位を加算)		注 所定単位は、(1)から(15)までにより算定した単位数の合計
	(二) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ (1日につき 12単位を加算)		
	(三) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1日につき 6単位を加算)		
	(四) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1日につき 6単位を加算)		
(16)介護職員処遇改善加算	(一) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき 所定単位×26/1000)		
	(二) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき 所定単位×19/1000)		
	(三) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき 所定単位×10/1000)		
	(四) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき 所定単位×90/100)		
	(五) 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) (1月につき 所定単位×80/100)		

ハ 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院における介護療養施設サービス

基本部分				注						注			
(1) 認知症疾患型介護療養施設サービス費(1日につき)	大学病院等	(一) 認知症疾患型介護療養施設サービス費(Ⅰ)	看護<3:1> 介護<6:1>	a.認知症疾患型介護療養施設サービス費(ⅰ) <従来型個室>	要介護1 (967 単位) 要介護2 (1,031 単位) 要介護3 (1,095 単位) 要介護4 (1,159 単位) 要介護5 (1,223 単位)	×70/100		×90/100		×90/100			
				b.認知症疾患型介護療養施設サービス費(ⅱ) <多床室>	要介護1 (1,072 単位) 要介護2 (1,137 単位) 要介護3 (1,200 単位) 要介護4 (1,265 単位) 要介護5 (1,328 単位)								
				(二) 認知症疾患型介護療養施設サービス費(Ⅱ)	看護<4:1> 介護<4:1>						a.認知症疾患型介護療養施設サービス費(ⅰ) <従来型個室>	要介護1 (912 単位) 要介護2 (979 単位) 要介護3 (1,047 単位) 要介護4 (1,114 単位) 要介護5 (1,180 単位)	
											b.認知症疾患型介護療養施設サービス費(ⅱ) <多床室>	要介護1 (1,018 単位) 要介護2 (1,085 単位) 要介護3 (1,151 単位) 要介護4 (1,220 単位) 要介護5 (1,286 単位)	
											(三) 認知症疾患型介護療養施設サービス費(Ⅲ)	看護<4:1> 介護<5:1>	a.認知症疾患型介護療養施設サービス費(ⅰ) <従来型個室>
		b.認知症疾患型介護療養施設サービス費(ⅱ) <多床室>	要介護1 (990 単位) 要介護2 (1,055 単位) 要介護3 (1,121 単位) 要介護4 (1,186 単位) 要介護5 (1,250 単位)										
		一般病院	(四) 認知症疾患型介護療養施設サービス費(Ⅳ)	看護<4:1> 介護<6:1>	a.認知症疾患型介護療養施設サービス費(ⅰ) <従来型個室>	要介護1 (869 単位) 要介護2 (933 単位) 要介護3 (997 単位) 要介護4 (1,061 単位) 要介護5 (1,125 単位)	×70/100	×70/100	-12単位				
					b.認知症疾患型介護療養施設サービス費(ⅱ) <多床室>	要介護1 (974 単位) 要介護2 (1,039 単位) 要介護3 (1,102 単位) 要介護4 (1,167 単位) 要介護5 (1,230 単位)							
			(五) 認知症疾患型介護療養施設サービス費(Ⅴ)	経過措置型	a.認知症疾患型介護療養施設サービス費(ⅰ) <従来型個室>	要介護1 (810 単位) 要介護2 (874 単位) 要介護3 (938 単位) 要介護4 (1,002 単位) 要介護5 (1,066 単位)							
					b.認知症疾患型介護療養施設サービス費(ⅱ) <多床室>	要介護1 (916 単位) 要介護2 (979 単位) 要介護3 (1,044 単位) 要介護4 (1,108 単位) 要介護5 (1,171 単位)							
	(2) 認知症疾患型経過型介護療養施設サービス費(1日につき)				(一) 認知症疾患型経過型介護療養施設サービス費(Ⅰ) <従来型個室>						a.ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費(ⅰ) <ユニット型個室>	要介護1 (717 単位) 要介護2 (780 単位) 要介護3 (845 単位) 要介護4 (909 単位) 要介護5 (973 単位)	×70/100
		b.ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費(ⅱ) <ユニット型準個室>	要介護1 (823 単位) 要介護2 (886 単位) 要介護3 (950 単位) 要介護4 (1,015 単位) 要介護5 (1,078 単位)										
		(二) 認知症疾患型経過型介護療養施設サービス費(Ⅱ) <多床室>		a.ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費(ⅰ) <ユニット型個室>			要介護1 (1,093 単位) 要介護2 (1,157 単位) 要介護3 (1,221 単位) 要介護4 (1,285 単位) 要介護5 (1,349 単位)						
				b.ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費(ⅱ) <ユニット型準個室>			要介護1 (1,093 単位) 要介護2 (1,157 単位) 要介護3 (1,221 単位) 要介護4 (1,285 単位) 要介護5 (1,349 単位)						
				大学病院等			(一) ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費(Ⅰ)		a.ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費(ⅰ) <ユニット型個室>	要介護1 (1,093 単位) 要介護2 (1,157 単位) 要介護3 (1,221 単位) 要介護4 (1,285 単位) 要介護5 (1,349 単位)	×70/100	×70/100	
		b.ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費(ⅱ) <ユニット型準個室>	要介護1 (1,093 単位) 要介護2 (1,157 単位) 要介護3 (1,221 単位) 要介護4 (1,285 単位) 要介護5 (1,349 単位)										
		(二) ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費(Ⅱ)			a.ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費(ⅰ) <ユニット型個室>	要介護1 (1,038 単位) 要介護2 (1,105 単位) 要介護3 (1,173 単位) 要介護4 (1,240 単位) 要介護5 (1,306 単位)							
					b.ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費(ⅱ) <ユニット型準個室>	要介護1 (1,038 単位) 要介護2 (1,105 単位) 要介護3 (1,173 単位) 要介護4 (1,240 単位) 要介護5 (1,306 単位)							
					注 身体拘束廃止未実施減算 (1日につき 5単位を減算)								
		注 外泊時費用				入院患者に対して居宅における外泊を認めた場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定							
注 他科受診時費用				入院患者に対して、専門的な診療が必要になり、他医療機関において診療が行われた場合、1月に4日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定									
(4) 初期加算 (1日につき 30単位を加算)													

(5) 退院時指導等加算	(一) 退院時等指導加算	a 退院前訪問指導加算 (入院中1回(又は2回)を限度に、460単位を算定)	注 入院患者及びその家族等に対して退院後の療養上の指導を行った場合
		b 退院後訪問指導加算 (退院後1回を限度に、460単位を算定)	注 退院後の主治医に対して診療情報を提供した場合
		c 退院時指導加算 (400単位)	注 居宅介護支援事業者と退院前から連携し、情報提供とサービス調整を行った場合
		d 退院時情報提供加算 (500単位)	
		e 退院前連携加算 (500単位)	
	(二) 老人訪問看護指示加算 (入院患者1人につき1回を限度として300単位算定)		
(6) 栄養マネジメント加算 (1日につき 14単位を加算)			
(7) 経口移行加算 (1日につき 28単位を加算)			注 栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。
(8) 経口維持加算(1月につき)	(一) 経口維持加算(Ⅰ)	(400単位)	注 栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。
	(二) 経口維持加算(Ⅱ)	(100単位)	注 経口維持加算(Ⅰ)を算定していない場合には、算定しない。
(9) 口腔衛生管理体制加算 (1月につき 30単位を加算)			注 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合
(10) 口腔衛生管理加算 (1月につき 110単位を加算)			注 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月4回以上行った場合 口腔衛生管理体制加算を算定していない場合は、算定しない
(11) 療養食加算 (1日につき 18単位を加算)			
(12) 在宅復帰支援機能加算 (1日につき 10単位を加算)			
(13) 特定診療費			
(14) サービス提供体制強化加算	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ (1日につき 18単位を加算)		
	(二) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ (1日につき 12単位を加算)		
	(三) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1日につき 6単位を加算)		
	(四) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1日につき 6単位を加算)		
(15) 介護職員処遇改善加算	(一) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき 十所定単位×26/1000)		注 所定単位は、(1)から(14)までにより算定した単位数の合計
	(二) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき 十所定単位×19/1000)		
	(三) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき 十所定単位×10/1000)		
	(四) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき 十(三)の90/100)		
	(五) 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) (1月につき 十(三)の80/100)		

2 介護保健施設サービス

基本部分			注	注	注	注	注	注	注	注											
運動を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合			入所者の数が入所定員を超える場合	医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は介護支援専門員の員数が基準に満たない場合	特設のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合	夜勤職員配置加算	短期集中リハビリテーション実施加算	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	認知症ケア加算	若年性認知症入所者受入加算	在宅復帰・在宅療養支援機能加算										
イ 介護保健施設サービス費 (1日につき)	(1) 介護保健施設サービス費(Ⅰ)	(一) 介護保健施設サービス費(ⅰ) ＜従来型個室＞【従来型】	要介護1 (695 単位) 要介護2 (740 単位) 要介護3 (801 単位) 要介護4 (853 単位) 要介護5 (904 単位)	×97/100	×70/100	×70/100	1日につき +24単位	1日につき +240単位	1日につき (週3日を 限る)	1日につき +76単位	1日につき +120単位	1日につき +27単位									
		(二) 介護保健施設サービス費(ⅱ) ＜従来型個室＞【在宅強化型】	要介護1 (733 単位) 要介護2 (804 単位) 要介護3 (866 単位) 要介護4 (922 単位) 要介護5 (977 単位)																		
		(三) 介護保健施設サービス費(ⅲ) ＜多床室＞【従来型】	要介護1 (733 単位) 要介護2 (816 単位) 要介護3 (877 単位) 要介護4 (928 単位) 要介護5 (981 単位)										(2) 介護保健施設サービス費(Ⅱ) ＜療養型老健・看護職員を配置＞								
		(四) 介護保健施設サービス費(ⅳ) ＜多床室＞【在宅強化型】	要介護1 (812 単位) 要介護2 (886 単位) 要介護3 (948 単位) 要介護4 (1,004 単位) 要介護5 (1,059 単位)																		
	(一) 介護保健施設サービス費(ⅰ) ＜従来型個室＞【療養型】	要介護1 (723 単位) 要介護2 (804 単位) 要介護3 (866 単位) 要介護4 (922 単位) 要介護5 (977 単位)	(3) 介護保健施設サービス費(Ⅲ) ＜療養型老健・看護オンコール体制＞																		
	(二) 介護保健施設サービス費(ⅱ) ＜従来型個室＞【療養強化型】	要介護1 (723 単位) 要介護2 (804 単位) 要介護3 (866 単位) 要介護4 (922 単位) 要介護5 (977 単位)																			
	(三) 介護保健施設サービス費(ⅲ) ＜多床室＞【療養型】	要介護1 (723 単位) 要介護2 (804 単位) 要介護3 (866 単位) 要介護4 (922 単位) 要介護5 (977 単位)											(1) ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅰ)								
	(四) 介護保健施設サービス費(ⅳ) ＜多床室＞【療養強化型】	要介護1 (800 単位) 要介護2 (882 単位) 要介護3 (944 単位) 要介護4 (1,000 単位) 要介護5 (1,055 単位)																			
	(一) 介護保健施設サービス費(ⅰ) ＜従来型個室＞【療養型】	要介護1 (798 単位) 要介護2 (881 単位) 要介護3 (943 単位) 要介護4 (1,000 単位) 要介護5 (1,040 単位)	(2) ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅱ) ＜療養型老健・看護職員を配置＞																		
	(二) 介護保健施設サービス費(ⅱ) ＜従来型個室＞【療養強化型】	要介護1 (723 単位) 要介護2 (798 単位) 要介護3 (859 単位) 要介護4 (914 単位) 要介護5 (969 単位)																			
	(三) 介護保健施設サービス費(ⅲ) ＜多床室＞【療養型】	要介護1 (800 単位) 要介護2 (876 単位) 要介護3 (939 単位) 要介護4 (1,043 単位) 要介護5 (1,118 単位)											(3) ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅲ) ＜療養型老健・看護オンコール体制＞								
	(四) 介護保健施設サービス費(ⅳ) ＜多床室＞【療養強化型】	要介護1 (800 単位) 要介護2 (876 単位) 要介護3 (939 単位) 要介護4 (1,043 単位) 要介護5 (1,118 単位)																			
ロ ユニット型介護保健施設サービス費 (1日につき)	(1) ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅰ)	(一) ユニット型介護保健施設サービス費(ⅰ) ＜ユニット型個室＞【従来型】	要介護1 (774 単位) 要介護2 (819 単位) 要介護3 (881 単位) 要介護4 (934 単位) 要介護5 (985 単位)											×97/100	×70/100	×70/100	1日につき +24単位	1日につき +240単位	1日につき (週3日を 限る)	1日につき +120単位	1日につき +27単位
		(二) ユニット型介護保健施設サービス費(ⅱ) ＜ユニット型個室＞【在宅強化型】	要介護1 (816 単位) 要介護2 (890 単位) 要介護3 (952 単位) 要介護4 (1,008 単位) 要介護5 (1,063 単位)																		
		(三) ユニット型介護保健施設サービス費(ⅲ) ＜ユニット型個室＞【従来型】	要介護1 (774 単位) 要介護2 (819 単位) 要介護3 (881 単位) 要介護4 (934 単位) 要介護5 (985 単位)										(2) ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅱ) ＜療養型老健・看護職員を配置＞								
		(四) ユニット型介護保健施設サービス費(ⅳ) ＜ユニット型個室＞【在宅強化型】	要介護1 (816 単位) 要介護2 (890 単位) 要介護3 (952 単位) 要介護4 (1,008 単位) 要介護5 (1,063 単位)																		
	(一) ユニット型介護保健施設サービス費(ⅰ) ＜ユニット型個室＞【療養型】	要介護1 (885 単位) 要介護2 (966 単位) 要介護3 (1,079 単位) 要介護4 (1,155 単位) 要介護5 (1,229 単位)	(3) ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅲ) ＜療養型老健・看護オンコール体制＞																		
	(二) ユニット型介護保健施設サービス費(ⅱ) ＜ユニット型個室＞【療養強化型】	要介護1 (885 単位) 要介護2 (966 単位) 要介護3 (1,079 単位) 要介護4 (1,155 単位) 要介護5 (1,229 単位)																			
	(三) ユニット型介護保健施設サービス費(ⅲ) ＜ユニット型個室＞【療養型】	要介護1 (885 単位) 要介護2 (966 単位) 要介護3 (1,079 単位) 要介護4 (1,155 単位) 要介護5 (1,229 単位)											(1) ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅰ)								
	(四) ユニット型介護保健施設サービス費(ⅳ) ＜ユニット型個室＞【療養強化型】	要介護1 (885 単位) 要介護2 (966 単位) 要介護3 (1,079 単位) 要介護4 (1,155 単位) 要介護5 (1,229 単位)																			
	(一) ユニット型介護保健施設サービス費(ⅰ) ＜ユニット型個室＞【療養型】	要介護1 (885 単位) 要介護2 (966 単位) 要介護3 (1,079 単位) 要介護4 (1,155 単位) 要介護5 (1,229 単位)	(2) ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅱ) ＜療養型老健・看護職員を配置＞																		
	(二) ユニット型介護保健施設サービス費(ⅱ) ＜ユニット型個室＞【療養強化型】	要介護1 (885 単位) 要介護2 (966 単位) 要介護3 (1,079 単位) 要介護4 (1,155 単位) 要介護5 (1,229 単位)																			
	(三) ユニット型介護保健施設サービス費(ⅲ) ＜ユニット型個室＞【療養型】	要介護1 (885 単位) 要介護2 (966 単位) 要介護3 (1,079 単位) 要介護4 (1,155 単位) 要介護5 (1,229 単位)											(3) ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅲ) ＜療養型老健・看護オンコール体制＞								
	(四) ユニット型介護保健施設サービス費(ⅳ) ＜ユニット型個室＞【療養強化型】	要介護1 (885 単位) 要介護2 (966 単位) 要介護3 (1,079 単位) 要介護4 (1,155 単位) 要介護5 (1,229 単位)																			

注 身体拘束廃止未実施減算 (1日につき 5単位を減算)			
注 外泊時費用			入所者に対して居宅における外泊を認めた場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定
注 ターミナル ケア加算	(1) 死亡日以前4日以上30日以下	療養型老健以外の場合 (1日につき 160単位を加算)	
		療養型老健の場合 (1日につき 160単位を加算)	
	(2) 死亡日以前2日又は3日	療養型老健以外の場合 (1日につき 820単位を加算)	
		療養型老健の場合 (1日につき 850単位を加算)	
	(3) 死亡日	療養型老健以外の場合 (1日につき 1,650単位を加算)	
療養型老健の場合 (1日につき 1,700単位を加算)			
注 特別療養費			
注 療養体制維持特別加算 (1日につき 27単位を加算)			
ハ 初期加算 (1日につき 30単位を加算)			
ニ 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)	在宅強化型の場合 (1回につき 450単位を加算)	注 入所前から入所者の自宅等を訪問して退所を含額にいた施設サービス計画の策定と及び診療方針の決定を行った場合に算定	
	在宅強化型以外の場合 (1回につき 450単位を加算)		
ニ 入所前後訪問指導加算(Ⅱ)	在宅強化型の場合 (1回につき 480単位を加算)	注 入所前から入所者の自宅等を訪問して退所を含額にいた施設サービス計画の策定と及び診療方針の決定を行うことに加え、生活機能の改善目標及び退所後も含めた切れ目ない支援計画を作成した場合に算定	
	在宅強化型以外の場合 (1回につき 480単位を加算)		
ホ 退所時指導等加算	(1) 退所時等指導加算	(一) 退所前訪問指導加算 在宅強化型の場合 (入所中1回を限度に460単位を算定) 在宅強化型以外の場合 (入所中1回(療養型老健の場合は1回又は2回)を限度に460単位を算定)	注 入所期間が1月を超える入所者が退所又は試行的に退所する場合において、当該入所者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合 注 退所後の主治医に対して診療情報を提供した場合 注 居宅介護支援事業者と退所前から連携し、情報提供とサービス調整を行った場合
		(二) 退所後訪問指導加算 (退所後1回を限度) 在宅強化型の場合 (460単位を算定) 在宅強化型以外の場合 (460単位を算定)	
		(三) 退所時指導加算 (400単位)	
		(四) 退所時情報提供加算 (500単位)	
		(五) 退所前連携加算 (500単位)	
	(2) 老人訪問看護指示加算 (入所者1人につき1回を限度として300単位を算定)		
	ヘ 栄養マネジメント加算 (1日につき 14単位を加算)		
ト 経口移行加算 (1日につき 28単位を加算)			
チ 経口維持加算(1月につき)	(1) 経口維持加算(Ⅰ) (400単位)	注 栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。	
	(2) 経口維持加算(Ⅱ) (100単位)	注 栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。 注 経口維持加算(Ⅰ)を算定していない場合には、算定しない。	
リ 口腔衛生管理体制加算 (1月につき 30単位を加算)			
注 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合			
ヌ 口腔衛生管理加算 (1月につき 110単位を加算)			
注 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月4回以上行った場合 口腔衛生管理体制加算を算定していない場合は、算定しない			
ル 療養費加算 (1日につき 18単位を加算)			
ロ 在宅復帰支援機能加算 (療養型老健に限り1日につき 5単位を加算)			
ワ 緊急時施設療養費	(1) 緊急時治療管理 (2) 特定治療	療養型老健以外の場合 (1月に1回3日を限度に、1日につき511単位を算定)	注 療養型老健の場合 (1月に1回3日を限度に、1日につき511単位を算定)
	カ 所定疾患施設療養費	療養型老健以外の場合 (1月に1回7日を限度に、1日につき305単位を算定) 療養型老健の場合 (1月に1回7日を限度に、1日につき305単位を算定)	
ヨ 認知症専門ケア加算			
タ 認知症行動・心理症状緊急対応加算	療養型老健以外の場合 (入所後7日に限り 1日につき200単位を加算) 療養型老健の場合 (入所後7日に限り 1日につき200単位を加算)	(1) 認知症専門ケア加算(Ⅰ) (1日につき 3単位を加算) (2) 認知症専門ケア加算(Ⅱ) (1日につき 4単位を加算)	
レ 認知症情報提供加算 (1回当たり 350単位を加算)			
ソ 地域連携診療計画情報提供加算	在宅強化型の場合 (入所者1人につき1回を限度として300単位を加算)		
	在宅強化型以外の場合 (入所者1人につき1回を限度として300単位を加算)		
ツ サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ (1日につき 18単位を加算)		
	(2) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ (1日につき 12単位を加算)		
	(3) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1日につき 6単位を加算)		
	(4) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1日につき 6単位を加算)		
ネ 介護職員処遇改善加算	(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき 十所定単位×39/1000)	注 所定単位数は、イからツまでにより算定した単位数の合計	
	(2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき 十所定単位×29/1000)		
	(3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき 十所定単位×16/1000)		
	(4) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき 十(3)の90/100)		
	(5) 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) (1月につき 十(3)の80/100)		

※ PT・OT・STによる人員配置減算を適用する場合には、短期集中リハビリテーション実施加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算を適用しない。

介護療養型医療施設、介護医療院の 報酬・基準について

これまでの議論における主な意見について①

- 介護療養型医療施設は経過措置として延長された経緯を踏まえ、報酬に手をつける必要はない。
- 介護医療院の基準・報酬については、人員配置を含め、Ⅰ型は療養機能強化型、Ⅱ型は介護療養型老健相当にすることが妥当であり、基本的に病棟単位でのサービス提供体制とすべき。
- 介護医療院の施設基準については、個室化を進める等、プライバシーに配慮した療養生活を送れるような住まいの機能を兼ねる必要がある。
- 介護医療院は、特別養護老人ホームや介護老人保健施設と機能分化を図るべき。
- 介護医療院の開設主体は介護老人保健施設と合わせるべきであり、補足給付の対象とすることが必要。
- 施設基準については、1室当たり4人以下、1人当たり8m²以上とすべき。
- 介護医療院は、併設医療機関との人員の弾力的な運用や設備の共用を可能とすべき。
- 介護医療院と併設医療機関との間で、看護職員、介護職員の兼務は認めるべきではない。
- 介護医療院にも身体拘束未実施減算を導入することが重要。
- 生活施設として、療養環境の確保は重要。
- 保険財政への影響等を考慮しつつ、早期転換のインセンティブが必要。
- 療養病床からの転換は自主的に行われるべきであり、強制的にすべきでない。
- 転換支援策として、建て替えまでの間は、4人室、1人当たり6.4m²等、既存の設備・構造のまま転換できるようにすべき。

これまでの議論における主な意見について②

- 第7期介護保険事業計画では、介護療養病床からの転換を優先すべきであり、療養病床のみの転換を認めるべきである。
- 急性期の大病院からの移行も認めるべきではない。
- 医療療養が介護医療院に転換すると介護保険財政の負担が増大し、保険料が上がるのが懸念される。
- 老人性認知症疾患療養病棟については、介護医療院だけでなく、引き続き適切な精神科専門医療を提供できるよう医療保険の認知症治療病棟へも移行できるようにすべき。
- 有床診療所のように小規模な場合には、病室単位での転換を認めるべき。
- 介護医療院への転換を円滑かつ早期に行うために、地域医療介護総合確保基金等を活用するべき。
- 介護医療院については、病院からの在宅復帰先として扱うべき。
- 介護療養型老人保健施設から介護医療院への転換を認めるとともに、療養体制維持特別加算を延長するべき。
- 居住スペースについては有料老人ホームの基準を適用し、原則個室にすべき。

2

これまでの議論における主な意見について③

※第147回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、四病院団体協議会（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会）から、介護医療院について以下の要望があった。

＜サービスの提供単位について＞

- 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。また、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べき。
- これまで介護療養型医療施設で行われてきた病棟単位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。

＜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。また、類型（Ⅱ）に求められる人員については、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。
- 医師の宿直は義務とするべき。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、夜間の医師の体制をオンコールを認めるべき。病院・診療所に併設する場合については、宿直医を含めた人員配置の兼任等の緩和をするべき。

＜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。
- 療養室については、1室あたり定員4名以下、床面積8㎡/人以上とすべき。ただし、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。
- 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。

＜設備について＞

- 介護医療院の設備については、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。
- 類型（Ⅰ）と類型（Ⅱ）で設備に関する基準は統一するべき。また、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。
- 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。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。また、大規模改修までは食堂や談話室との兼用を認めるべき。

3

介護医療院について

介護医療院の基準について

論点 1

- 介護医療院については、社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」の整理において、介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービス（Ⅰ型）と老人保健施設相当以上のサービス（Ⅱ型）が提供されることとしているが、この人員・設備・運営基準についてどのように考えるか。
- また、医療資源の有効活用の観点から、医療機関と併設する場合について、どのように考えるか。
- 併せて、介護医療院におけるユニットケアについてどのように考えるか。

対応案

【サービス提供単位】

- 介護医療院のⅠ型とⅡ型のサービスについては、介護療養病床において病棟単位でサービスが提供されていることに鑑み、療養棟単位で提供できることとしてはどうか。
ただし、規模が小さい場合については、これまでの介護療養病床での取扱いと同様に、療養室単位でのサービスを可能としてはどうか。

【人員配置】

- 開設に伴う人員基準については、日中・夜間を通じ長期療養を主目的としたサービスを提供する観点から、介護療養病床と介護療養型老人保健施設の基準を参考に、
 - ① 医師、薬剤師、看護職員、介護職員は、Ⅰ型とⅡ型に求められる医療・介護ニーズを勘案して設定し、
 - ② リハビリテーション専門職、栄養士、放射線技師、その他の従業者は施設全体として配置をすることを念頭に設定することとしてはどうか。

介護医療院の基準について

対応案（続き）

【設備】

- 療養室については、定員4名以下、1人あたり床面積を8.0m²/人とし、療養環境をより充実する観点から、4名以下の多床室であってもプライバシーに配慮した環境になるよう努めることとしてはどうか。
- また、療養室以外の設備基準については、介護療養型医療施設で提供される医療水準を提供する観点から、診察室、処置室、機能訓練室、臨床検査設備、エックス線装置等を求めることとしてはどうか。その際、医療設備については、医療法等において求められている衛生面での基準との整合性を図ることとしてはどうか。

【運営】

- 運営基準については、介護療養型医療施設の基準と同様としつつ、他の介護保険施設との整合性や長期療養を支えるサービスという観点も鑑みて設定してはどうか。なお、これまで病院として求めていた医師の宿直については引き続き求めることとしてはどうか。ただし、一定の条件を満たす場合については、医師の宿直が必要ないこととしてはどうか。

【医療機関との併設】

- 医療機関と併設する場合については、医療資源の有効活用の観点から、宿直の医師を兼任できるようにする等の人員基準の緩和や設備の共用を可能としてはどうか。

【ユニットケア】

- 介護医療院におけるユニットケアについては、他の介護保険施設でユニット型を設定していることから、介護医療院でも設定してはどうか。

6

（参考）介護療養型医療施設の指定

指定介護療養施設サービスを行う部分として認められる単位（指定の単位）等の考え方

指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準について（平成12年3月17日 老企第45号 平成27年3月27日改正）より抜粋

- (1) 指定の単位は、原則、「病棟」。
- (2) 「病棟」とは、各医療機関の看護体制の1単位を指すもの。
(高層建築等の場合には、複数階（原則として2つの階）を1病棟として認めることは差し支えないが、昼間・夜間を通して、看護に支障のない体制をとることが必要。)
- (3) 1病棟の病床数は、原則として60床以下。
- (4) 1病棟ごとに、看護の責任者を配置し、
 - ・看護チームによる交代制勤務等の看護を実施すること
 - ・看護婦詰め所等の設備等を有することが必要。(看護婦詰め所の配置によっては、他の看護単位と看護婦詰め所の共用も可能。)
- (5) 例外的に、
 - ① 療養病棟を2病棟以下しか持たない病院及び診療所
 - ② 病院であって、当該病院の療養病棟（医療保険適用であるものに限る。）の病室のうち、当該病棟の病室数の2分の1を超えない数の病室を定め、当該病室について指定介護療養型医療施設の指定を受けようとするもの
 - ③ 病院（介護療養型医療施設に限る。）であって、当該病院の療養病棟の病室のうち、当該病棟の病室数の2分の1を超えない数の病室を定め、当該病室に入院する者について、療養の給付を行うために、介護療養型医療施設の指定を除外しようとするもののいずれかについては、病室単位で指定を受け、又は除外することができる。

7

介護医療院の人員基準(イメージ案)

		介護療養病床(病院) 〔療養機能強化型〕		介護医療院				介護老人保健施設	
				指定基準		報酬上の基準			
		指定基準	報酬上の基準	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)	指定基準	報酬上の基準
人員基準 (雇用人員)	医師	48:1 (病院で3以上)	－	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	－	－	100:1 (施設で1以上)	－
	薬剤師	150:1	－	150:1	300:1	－	－	300:1	－
	看護職員	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1	3:1 (看護2/7)	〔従来型・強化型〕 看護・介護3:1 〔介護療養型〕 ^(注3) 看護6:1、 介護6:1～4:1
	介護職員	6:1	5:1～4:1	5:1	6:1	5:1～4:1	6:1～4:1		
	支援相談員								
	リハビリ専門 職	PT/OT: 適当数	－	PT/OT/ST:適当数		－	－	PT/OT/ST: 100:1	－
	栄養士	定員100以上 で1以上	－	定員100以上で1以上		－	－	定員100以上 で1以上	－
	介護支援専 門員	100:1 (1名以上)	－	100:1 (1名以上)		－	－	100:1 (1名以上)	－
	放射線技師	適当数	－	適当数		－	－		
	他の従業者	適当数	－	適当数		－	－	適当数	－
医師の宿直		医師:宿直	－	医師:宿直	－	－	－	－	－

注1:数字に下線があるものは、医療法施行規則における基準を準用 注2:背景が緑で示されているものは、病院としての基準 注3:基準はないが、想定している報酬上の配置、療養体制維持特加算で介護4:1となる。

8

介護医療院の施設基準(イメージ案)

		介護療養病床(病院) 【療養機能強化型】	介護医療院	介護老人保健施設
		指定基準	指定基準	指定基準
施設設備	診察室	各科専門の診察室	医師が診察を行うのに適切なもの	医師が診察を行うのに適切なもの
	病室・療養室	定員4名以下、床面積6.4m ² /人以上	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m ² /人以上で可	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m ² /人以上で可
	機能訓練室	40m ² 以上	40m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上 ※転換の場合、大規模改修まで緩和
	談話室	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ
	食堂	入院患者1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり2m ² 以上
	浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
	レクリエーションルーム		十分な広さ	十分な広さ
	その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	(薬剤師が調剤を行う場合:調剤所)
	他設備	給食施設、その他都道府県の条例で定める施設	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室
構造設備	医療の構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	
	廊下	廊下幅:1.8m、中廊下は2.7m ※経過措置 廊下幅:1.2m、中廊下1.6m	廊下幅:1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅:1.2m、中廊下1.6m	廊下幅:1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅:1.2m、中廊下1.6m
	耐火構造	(3階以上に病室がある場合) 建築基準法に基づく主要構造部:耐火建築物	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり

注 介護療養病床の基準において、緑で示されているものは、病院としての基準

9

介護医療院の基本報酬等について

論点 2

- 介護医療院の基本報酬及び加算等について、介護療養病床と同水準の医療提供が求められることや介護療養病床よりも充実した療養環境が求められること等を踏まえ、どのように考えるか。

対応案

- 介護医療院の基本報酬に求められる基準については、
 - ・ I型では現行の介護療養病床（療養機能強化型）を参考とし、
 - ・ II型では介護老人保健施設の基準を参考としつつ、24時間の看護職員の配置が可能となることに考慮し設定することとしてはどうか。
- その上で、介護医療院の基本報酬については、I型、II型に求められる機能を踏まえ、それぞれに設定される基準に応じた評価を行い、一定の医療処置や重度者要件等を設けメリハリをつけた評価とするとともに、介護療養病床よりも療養室の環境を充実させていることも合わせて評価してはどうか。

10

介護医療院の基本報酬等について

対応案（続き）

- 介護療養型医療施設で評価されている加算等その他の取扱いについては、引き続き介護医療院においても同様とすることとしてはどうか。なお、必要に応じて加算等の名称を変更してはどうか。

（参考）退院時指導等加算	→	退所時指導等加算
特定診療費	→	特別診療費

- 介護医療院については、病院・診療所ではないものの、医療施設として緊急時の医療に対応する必要があることから、介護老人保健施設と同様に、緊急時施設療養費と同様の評価を行うこととしてはどうか。

（参考）

緊急時施設療養費

入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬検査、注射、処置等を行ったとき等を評価。

※対象となる入所者は、意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全、ショック、その他薬物中毒等で重篤なものとしている。

- 併せて、重度の認知症疾患への対応については、入院患者の全てが認知症である老人性認知症疾患療養病棟で評価されているような、精神保健福祉士や看護職員の手厚い配置に加え、精神科病院との連携等を加算として評価することとしてはどうか。

11

介護医療院等への転換について

論点 3

- 社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」での議論等を踏まえ、介護療養型医療施設及び医療療養病床（以下、療養病床等という。）から介護医療院への転換を円滑かつ早期に行うことを可能とする観点から、これまでの転換支援策を参考に同様の手当を行うとともに、新たに報酬上の支援策を設けてはどうか。
- 併せて、介護療養型老人保健施設から介護医療院に転換する場合についても、円滑に行うことを可能とする観点から、どのように考えるか。

対応案

- 療養病床等から介護医療院等に転換する場合について、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和等、現行の療養病床等が転換するにあたり配慮が必要な事項については、基準の緩和等を行うこととしてはどうか。
- また、介護医療院が新たな制度として始まることを踏まえ、療養病床等から介護医療院への転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みについて、最初に転換した時期を起算日として、1年間に限り算定可能な加算を新設してはどうか。ただし、当該加算については介護医療院の認知度が高まると考えられる平成33年3月末までの期限を設けてはどうか。
- 介護療養型老人保健施設についても、上記と同様の転換支援策を用意するとともに、転換前の療養病床等では有していたが転換の際に一部撤去している可能性がある設備等については、サービスに支障の無い範囲で配慮を行うこととしてはどうか。

12

介護療養病床から介護老人保健施設への転換における主な経過措置について①

項目	内容
施設・設備基準の緩和①	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、大規模改修するまでの間、床面積を6.4㎡/人以上で可とする。 ※ 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、大規模改修するまでの間、廊下幅（中廊下）を、1.2（1.6）m以上（内法）で可とする。 ※ 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、大規模改修するまでの間、機能訓練室の面積を40㎡以上で可とする。 ※ 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、大規模改修するまでの間、食堂の面積を1㎡/人以上で可とする。 ※ 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、大規模改修するまでの間、「機能訓練室+食堂面積 3㎡/人以上」又は「機能訓練室40㎡以上+食堂1㎡/人以上」で可とする。 ※ 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

13

介護療養病床から介護老人保健施設への転換における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、大規模改修するまでの間、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、準耐火建築物のままで転換可能とする。 ※【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、大規模改修するまでの間、屋内の直通階段を2以上で転換可能とする。（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。

14

介護療養病床から介護老人保健施設への転換における主な経過措置について③

項目		内容
受け皿の整備②	介護療養型老人保健施設	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
		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
		（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、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。
		（診療報酬）給付調整の拡大
	サテライト型施設の多様化	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）
		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、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。
		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
		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、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

15

介護療養病床から介護老人保健施設への転換における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	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が、『必要入所（利用）定員総数』は設定しないものとする。
	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

16

介護医療院が提供する居宅サービスについて

論点 4

○ 介護医療院が提供する居宅サービスについてどのように考えるか。

対応案

○ 介護療養型医療施設が提供可能であった短期入所療養介護、通所リハビリテーション等については、他のサービスとの関係性も整理しつつ、介護医療院においても提供することを可能としてはどうか。

なお、居宅療養管理指導については、訪問診療と一体的に提供することが想定されていることから、サービス提供は行わないものとして取扱うこととしてはどうか。

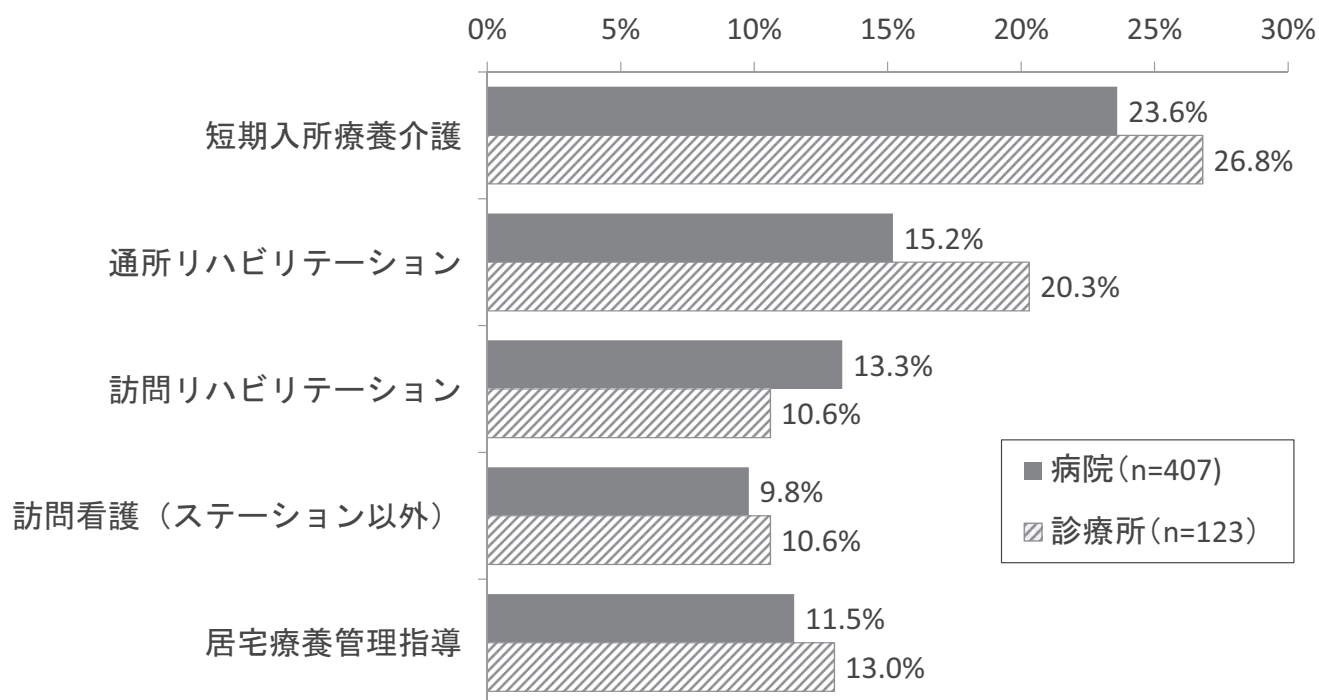
17

介護療養型医療施設が提供する居宅サービスについて

	介護療養型医療施設 (病院・診療所)
短期入所療養介護	○
通所リハビリテーション	○
訪問リハビリテーション	○
訪問看護	○
居宅療養管理指導	○

18

介護療養型医療施設において実施しているサービスの状況



(参考) 介護療養病床を有する病院・診療所のうち、訪問看護ステーションを併設している割合は、病院11.8%、診療所5.7%

【出典】平成27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28年度調査)
「病院・診療所等が行う中重度者の医療ニーズに関する調査研究事業」

19

介護療養病床から医療機関併設型の 特定施設へ転換する場合の特例について

介護療養病床から医療機関併設型の特定施設へ転換する場合の特例

論点 1

- 介護療養病床の転換を進めるため、介護医療院の他にも、「居住スペースと医療機関の併設型」等の多様な選択肢が用意されていることが望ましい。
- その選択肢のひとつとして、既存施設を活用して、「特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）と医療機関の併設型」に転換するにあたって、要件を緩和してはどうか。

対応案

- サービスが適切に提供されると認められる場合に、生活相談員、機能訓練指導員、計画作成担当者の兼任を認めてはどうか。
- サービスに支障がない場合に限り、浴室、食堂、機能訓練室の兼用を認めてはどうか。

介護療養型医療施設について

介護療養型医療施設の評価の在り方について（介護療養型医療施設の基本報酬）

論点 1

- 介護療養型医療施設については、医療ニーズを有する者を対象とした施設サービスであるものの、医療処置の頻度等の医療に係る指標については求めている。一方で、介護療養型老人保健施設では、一定の医療処置の頻度等を基本報酬の要件としていることを踏まえ、どのように考えるか。

対応案

- 介護療養型老人保健施設で求めている一定の医療処置又は重度者要件を介護療養型医療施設の基本報酬の要件として設けることとし、メリハリをつけた評価としてはどうか。なお、施設の定員規模が小さい場合には処置を受けている者の割合の変動が大きく評価が困難であること等から、有床診療所等については、上記のような評価について配慮を行ってはどうか。

【参考】

＜介護療養型老人保健施設の算定要件＞

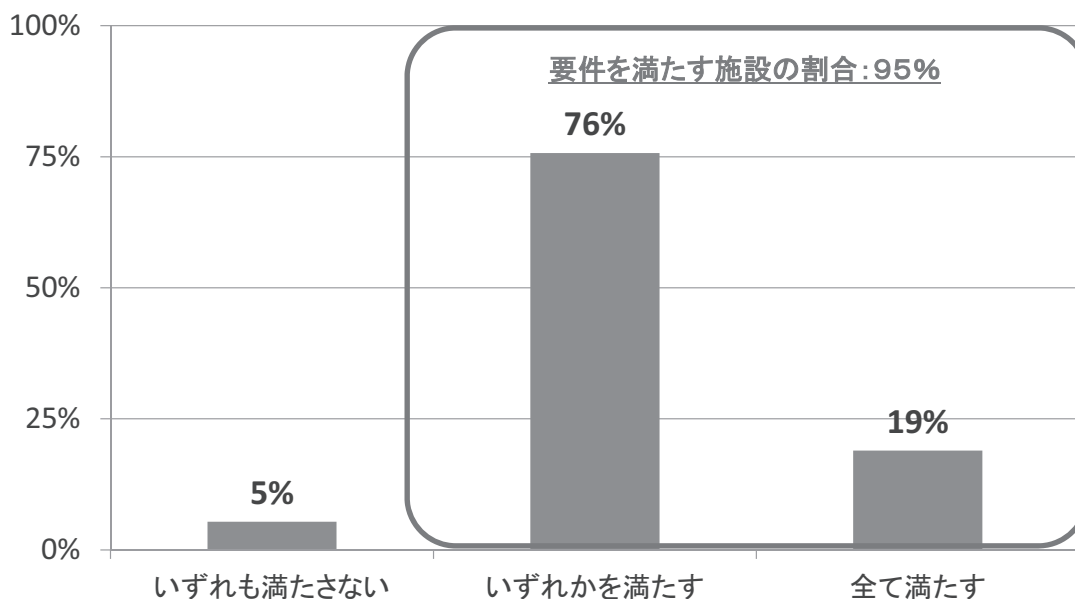
算定日が属する前3月において、下記のいずれかを満たすこと

- ・ 喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が15%以上
- ・ 認知症の日常生活自立度のランクM以上の占める割合が20%以上

介護療養病床における重度者等の受入れ状況

介護療養型老人保健施設の重度者要件を満たす施設の割合

(n = 280施設)



介護療養型老人保健施設の重度者要件(以下のいずれかを満たすこと)

- ① 認知症高齢者の日常生活自立度M 20%以上
- ② 喀痰吸引又は経管栄養の実施者 15%以上

参考:介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成28年度調査)「病院・診療所等が行う中重度者の医療ニーズに関する調査研究事業」をもとに老人保健課で推計

24

介護療養型医療施設における診断分類(DPC)コードの記載について

論点2

- 平成27年度介護報酬改定では、介護療養型医療施設(療養機能強化型)についてのみ、その入院患者の介護給付費明細書に医療資源に最も投入した傷病名を医科診断群分類(DPCコード)により記載することとしたことを踏まえ、慢性期における医療ニーズに関する、要介護度や医療処置の頻度以外の医療に関する情報を幅広く収集することについて、どのように考えるか。

対応案

- 療養機能強化型以外の介護療養型医療施設についても、その入院患者の介護給付費明細書に医療資源に最も投入した傷病名を医科診断群分類(DPCコード)により記載することとしてはどうか。

(※) 療養機能強化型と同水準の医療提供が想定される介護医療院(I型)についても、引き続きDPCコードの記載を求めているかどうか。

25

介護療養病床における入院患者の診断群分類（DPCコード）について（対応案）

- 現行では、介護療養病床（療養機能強化型）のみが給付費明細書にDPCコードの記載をすることとしているが、それ以外の介護療養型医療施設についても、DPCコードの記載をすることとしてはどうか。併せて、介護医療院（Ⅰ型）についても、同様の対応案としてはどうか。

	現行におけるDPCコードの記載の可否
介護療養病床（療養機能強化型）	○
介護療養病床（その他）	×
老人性認知症疾患療養病棟	×
介護老人保健施設（介護療養型）	×
介護老人保健施設（在宅強化型・従来型）	×
特別養護老人ホーム	×



	対応案
介護療養病床（療養機能強化型）	○
介護療養病床（その他）	○
老人性認知症疾患療養病棟	○
介護医療院（Ⅰ型）	○
介護医療院（Ⅱ型）	×
介護老人保健施設（介護療養型）	×
介護老人保健施設（在宅強化型・従来型）	×
特別養護老人ホーム	×

26

介護療養病床における入院患者の診断群分類（DPCコード）に基づく現状について

- 介護療養病床（療養機能強化型）の入院患者（約3.7万人）について、主要診断群（MDC: Major Diagnostic Category）別に見ると、MDC01神経系疾患が66.8%、MDC05循環器系疾患が6.8%、MDC外傷・熱傷・中毒が6.0%であり、例えば脳神経系疾患の詳細（件数）をみると脳梗塞、認知症、脳卒中の続発症の順であった。

要介護度別の分類の状況

上位3診断群

MDC01(脳神経系疾患)の主要疾患(1%以上)

MDC	総数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
01 神経系疾患	66.8%	0.3%	0.9%	3.5%	22.4%	39.7%
02 眼科系疾患	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
03 耳鼻咽喉科系疾患	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
04 呼吸器系疾患	2.4%	0.0%	0.1%	0.2%	0.9%	1.2%
05 循環器系疾患	6.8%	0.1%	0.2%	0.7%	2.6%	3.2%
06 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	1.9%	0.0%	0.1%	0.2%	0.7%	0.9%
07 筋骨格系疾患	2.7%	0.1%	0.2%	0.4%	1.1%	1.0%
08 皮膚・皮下組織の疾患	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.2%
09 乳房の疾患	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
10 内分泌・栄養・代謝に関する疾患	2.5%	0.1%	0.1%	0.3%	0.9%	1.2%
11 腎・尿路系疾患及び男性生殖系疾患	1.4%	0.0%	0.1%	0.1%	0.5%	0.6%
12 女性生殖系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
13 血液・造血器・免疫臓器の疾患	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%
14 新生児疾患、先天性奇形	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
15 小児疾患	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
16 外傷・熱傷・中毒	6.0%	0.1%	0.2%	0.6%	2.3%	2.9%
17 精神疾患	1.2%	0.0%	0.0%	0.1%	0.4%	0.6%
18 その他	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
不明等	7.2%	0.0%	0.1%	0.6%	2.4%	4.1%
合計（n=37,375人）	100.0%	0.8%	2.0%	7.0%	34.4%	55.9%

DPC6桁	件数（件）
010060 脳梗塞	6883
01021X 認知症	5558
010069 脳卒中の続発症	4566
010070 脳血管障害	1494
010210 認知症（アルツハイマー型認知症）	1362
010040 非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外）	1074
010212 認知症（その他の認知症）	983
010160 パーキンソン病	640
010020 くも膜下出血、破裂脳動脈瘤	588
010220 その他の変性疾患	486
010211 認知症（血管性認知症）	256

MDC05(循環器系疾患)の主要疾患(1%以上)

DPC6桁	件数（件）
050130 心不全	1668
050140 高血圧性疾患	381
050050 狭心症、慢性虚血性心疾患	163
050070 頻脈性不整脈	74
050170 閉塞性動脈疾患	54
050030 急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞	31

MDC16(外傷・熱傷・中毒)(1%以上)

DPC6桁	件数（件）
160650 コンパートメント症候群	923
160800 股関節大腿近位骨折	466
160690 胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰部損傷を含む。）	254
160100 頭蓋・頭蓋内損傷	221
161040 損傷の続発性、後遺症	111
160870 頸椎頭頸損傷	76
161060 詳細不明の損傷等	35
160820 膝関節周辺骨折・脱臼	28

27

平成27年度介護報酬改定において、介護療養病床（療養機能強化型）の病院・有床診療所については、その入院患者の介護給付費明細書に、医療資源を最も投入した傷病名を医科診断群分類（DPCコード）により記載することとしている。

※介護DB集計（平成29年7月審査分）

介護療養型老人保健施設について

介護療養型老人保健施設の基本報酬及び療養体制維持特別加算について

論点 1

- 介護療養型老人保健施設の創設経緯や、介護職員の手厚い配置を評価した療養体制維持特別加算の期限が平成29年度末に迫っていることに加え、今般、介護医療院が創設されることを踏まえ、介護療養型老人保健施設の在り方についてどのように考えるか。

対応案

- 介護療養病床の新たな受け皿として介護医療院が創設されることを踏まえ、介護医療院と介護療養型老人保健施設では重なった機能があることから、その整理を行うため、報酬体系の簡素化の観点から、「療養型」及び「療養強化型」の報酬については「療養型」に一元化し、基本報酬を整理してはどうか。
- ただし、「療養強化型」が評価されていた一定の医療処置及び重度者要件については、質の高いケアを評価する観点から、療養体制維持特別加算において別に評価するとともに、当該加算の期限をなくすこととしてはどうか。

【参考 1】

<療養強化型の要件>

算定日が属する前3月において、下記のいずれも満たすこと

- ①喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が20%以上
- ②認知症の日常生活自立度のランクⅣ又はM以上の占める割合が50%以上

<療養体制維持特別加算の要件>

- ・当該施設における介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等（短期入所療養介護の利用所を含む。）の数の合計数が4又はその端数を増すごとに1以上であること等（平成30年3月31日まで算定可能）

※ 介護老人保健施設が提供する（介護予防）短期入所療養介護も同様としてはどうか。

介護療養型老人保健施設の基本報酬の見直しのイメージ案

【現行】

介護療養型老人保健施設 (療養強化型)【多床室】	
下記のいずれも満たす ・認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ又はM 50%以上 ・喀痰吸引又は経管栄養の実施者 20%以上 等	
要介護1	800単位
要介護2	882単位
要介護3	1,063単位
要介護4	1,138単位
要介護5	1,213単位

介護療養型老人保健施設 (療養型)【多床室】	
下記のいずれかを満たす ・認知症高齢者の日常生活自立度M 20%以上 ・喀痰吸引又は経管栄養の実施者 15%以上 等	
要介護1	800単位
要介護2	882単位
要介護3	996単位
要介護4	1,071単位
要介護5	1,145単位

【対応案】

加算での評価 ○○単位	
下記のいずれも満たす ・認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ又はM 50%以上 ・喀痰吸引又は経管栄養の実施者 20%以上 等	

介護療養型老人保健施設 (療養型)【多床室】	
下記のいずれかを満たす ・認知症高齢者の日常生活自立度M 20%以上 ・喀痰吸引又は経管栄養の実施者 15%以上 等	
要介護1	○○○単位
要介護2	○○○単位
要介護3	○○○単位
要介護4	○○○単位
要介護5	○○○単位

※上記の介護療養型老人保健施設の基本サービス費については、介護保健施設サービス費(Ⅱ)の多床室を例示

30

平成 29 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

長期療養を目的とした施設のあり方に関する研究事業

報 告 書

平成 30（2018）年 3 月

三菱ＵＦＪリサーチ&コンサルティング株式会社

〒105-8501 東京都港区虎ノ門 5-11-2

電話：03-6733-1024

170071901-01

