

放送大学審査学位論文（博士）

介護療養病床が介護医療院には転換する理由  
— 政府の対応・経営者の理念・地域住民の信頼 —

放送大学大学院文化科学研究科文化科学専攻  
博士後期課程生活健康科学プログラム  
2017年度入学

峯 有佳  
2021年3月 授与

## 目次

第Ⅰ部	問題の所在	4
1. 1	研究の背景	5
1. 2	研究の目的	7
1. 3	研究内容と独創性	7
1. 4	本稿の構成	8
第Ⅱ部	介護療養病床の成り立ち	
	介護老人保健施設への転換施策の失敗	10
2. 1	はじめに	11
2. 2	老人医療費無料化と老人病院	12
2. 3	療養型病床群・介護療養型医療施設・療養病床	17
2. 4	老人福祉	21
2. 5	病床数と福祉施設定員数の増分の比較	26
2. 6	療養病床再編成	27
2. 7	療養病床の転換支援のための具体的措置	31
2. 8	介護老人保健施設への転換が行われうる状況	35
2. 9	介護療養病床からの転換状況（介護医療院創設前）	38
2. 10	介護老人保健施設への転換が進まなかった理由	39
2. 11	おわりに	54
第Ⅲ部	介護医療院の創設・創設後の状況	57
3. 1	はじめに	58
3. 2	介護医療院創設に至る議論	59

3. 3	介護医療院の基準・介護医療院への参入支援策	63
3. 4	介護医療院の開設状況・介護療養病床の減少状況	68
3. 5	介護医療院の運営方針	73
3. 6	介護療養病床の存続期限に関する議論の動向	79
3. 7	おわりに	80
第Ⅳ部 医療系介護保険施設が地域で担う役割		84
4. 1	はじめに	85
4. 2	介護老人保健施設に対する質問紙調査	87
4. 3	役割を担うに至る制度背景	96
4. 4	役割を担うに至る施設属性の変化	98
4. 5	おわりに	106
第Ⅴ部 まとめ		107
5. 1	本研究で得られた結論	108
5. 2	今後の課題	109
謝辞		112
引用文献		113
参考文献		115
資料		116

# 第 I 部

## 問題の所在

## 第 I 部 問題の所在

### 1. 1 研究の背景

介護療養型医療施設は、旧介護保険法第 8 条第 26 項に、「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」と定義されている。また、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）では、介護療養型医療施設の基本方針として、「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。」とされている。

このように「介護療養型医療施設」は、介護保険法に位置づけられた、指定施設サービス事業所の一類型の名称である。しかし個々の医療機関単位で捉えた場合、病床の一部もしくは全部を、医療法上の「療養病床」として届け出ていて、更にその療養病床の一部もしくは全部について、介護保険施設サービスの用に供するという形態を取ることになる。したがって、医療業界では、「介護療養型医療施設」という介護保険法上の正式名称よりも、病床の中でも介護保険を適用するものとして「介護療養病床」という名称が用いられることが多い。このような状況を踏まえ、本稿では以下、介護療養型医療施設のことを「介護療養病

床」と呼称する。

つまり、介護療養病床は、介護保険サービスの一種であるが、医療法に位置付けられた「療養病床」の一類型でもある。そして、実態として平均在院日数が1年を超えていることや、看取りが多く行われていることなども踏まえて、「医療の必要な要介護高齢者の長期療養施設」といった認識が浸透しているものと考えられる。

医療法および介護保険法関連規則に定められた、介護療養病床の人員基準・設備基準は以下のとおりである。厚労省が毎年10月時点で行う介護サービス施設・事業所調査によると、施設数のピークは平成14年で3,903施設、定員数全国計および入院患者数全国計のピークは平成15年でそれぞれ139,636人分、129,365名であった。

図表1 介護療養病床の人員基準・設備基準

社保審一介護給付費分科会	
第144回 (H29.8.4)	参考資料3

・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

厚労省による平成28年介護サービス施設・事業所調査によると、平成28年9月中に介護療養病床を退院した患者の平均在院日数は491.6日、退所者に占める死亡退院の率は47.1%である。なお、同調査で介護老人

保健施設は、平均在所日数 299.9 日、退所者に占める死亡退所の率 12.0%であり、介護老人福祉施設、すなわち特別養護老人ホームは、平均在所日数 1284.5 日、退所者に占める死亡退所の率 67.5%である。

(ただし介護老人福祉施設は住まいの一種とみなされるため、直接短期入院した場合に直ちに退所としてカウントされることはなく、介護老人福祉施設の死亡退所のうち 38.2%が、実際には入院先で死亡したものである。)

制度改正の経緯については後に詳述するが、介護療養病床は現行の介護保険法には存在しておらず、平成 23 年度までに開設した施設が、いまなお経過措置として存続しているのみである。そして、令和 6 年 3 月末で経過措置としての存続期限を迎えることとなっており、それまでの間に他のサービス類型に転換しないと、法的に存在していることや、介護報酬を算定する根拠を消失することになる。したがって、令和 6 年 4 月以降も運営の継続を希望する介護療養病床は、何らかの病床・施設・住宅に転換する必要があり、まさに今介護療養病床を有する医療機関の経営者は、積極的な判断を迫られている状況にある。

## 1. 2 研究の目的

介護療養病床の成り立ちと、廃止されることになった背景・経緯を、主として政策者の視点から示す。

介護療養病床から介護老人保健施設に転換させるという当初の政策誘導が失敗した原因について、主としてサービスを提供する病床の経営者の観点から掘り下げるとともに、今後新設された介護医療院への転換が今後進むかどうか、同様の観点から言及する。

最後に、地域住民の立場で、加齢に伴い住み慣れた居宅での生活が困

難になった場合，次の療養先に何を期待するかを検討する上で，介護療養病床などの医療系介護保険施設は，元来政策者側は強く意図していないものの，自己負担能力に関わらず幅広い者に生活の場を提供する役割も一定程度果たしていると考えられたため，その根拠とともに述べる。

### 1. 3 研究内容と独創性

本研究では，介護保険制度施行以前に社会的入院問題が生じた背景，介護療養病床の成り立ち，医療費適正化の一環として介護療養病床が廃止されることになった経緯，介護老人保健施設に転換させる施策が失敗した経緯などを示しつつ，実際の介護療養病床は一体どのような理念や運営方針を掲げて運営されているのか，他の施設類型と比較し考察する。また，地域住民の立場から，これまで介護療養病床を運営してきた施設が実際に担っていると考えられる役割について示す。

この分野について，政策的な観点からの議論の記録はある程度充実しているものの，それらを学術的・体系的に整理する試みは未だ行われていないものと認識している。

### 1. 4 本稿の構成

第Ⅱ部では，社会的入院問題が生じた背景と，介護療養病床の成り立ちと，平成18年に突然介護療養病床が廃止の方針となった経緯について，既存の文献をもとに述べる。また，介護療養病床を介護老人保健施設に転換させる施策が失敗した原因について述べる。

第Ⅲ部では，平成30年度から，介護医療院という新たな転換先施設類型が創設された経緯と，介護療養病床からの転換状況について，既存の文献をもとに述べる。また，実際に開設された介護医療院と，介護療養



病床あるいは介護老人保健施設の運営方針を比較するとともに、介護療養病床に関する今後の制度改正の見通しについて述べる。

第Ⅳ部では、医療系介護保険施設（特別養護老人ホームを「福祉系介護保険施設」とした場合の対比的な概念として、介護老人保健施設、介護療養病床、介護医療院を指す）が実際に地域で担う役割として、政府が公的に求める役割、すなわち日常的に医療を要し住み慣れた居宅での生活が困難になった者への療養の場の提供といった域を超えて、自己負担能力に関わらず幅広い者に生活の場を提供する役割もあると考えられたため、その背景として考えられる制度の内容を含めて述べる。

## 第Ⅱ部

介護療養病床の成り立ち・

介護老人保健施設への転換施策の失敗

## 第Ⅱ部 介護療養病床の成り立ち・介護老人保健施設への転換施策の失敗

### 2. 1 はじめに

2. 2では、戦後から、昭和47年に老人医療費が無料化され「老人病院」と呼ばれる医療機関ができた過程と、昭和58年に特例許可老人病院・特例許可外老人病院が制度化された過程、また同時期の関連施策である、病床規制の開始と、老人保健施設の創設について述べる。

2. 3では、平成5年に療養型病床群が制度化された背景および介護保険制度の設計に向けた検討内容について、また平成12年の介護保険法施行により介護療養病床が介護保険施設サービスとして位置づけられたこと、平成13年の医療法改正で、老人病院と療養型病床群が「療養病床」に一本化されたこと、また医療法上のその他の病床が、一般病床と療養病床に分化したことについて述べる。

2. 4では、福祉施策の観点からは、在宅生活が困難な要介護高齢者の療養の場に関する問題について政府がどのように向き合ってきたのかについて、介護保険制度創設頃までの流れを簡単に述べる。

2. 5で、日本で在宅生活が困難な要介護高齢者の療養の場として、福祉施設よりもむしろ病床がメジャーとなった過程を明らかにする。

2. 6では、平成17年後半よりにはわかに療養病床再編成が推進されることになった経緯および当該施策の概要について述べる。

2. 7では、療養病床再編成の施策パッケージの中でも特に、療養病床から介護老人保健施設等の転換が円滑に進むように講じられた支援策の具体的内容について述べる。

2. 8では、そもそも介護療養病床を介護老人保健施設に転換させるというのは、個々の施設や利用者にとってどのようなことか、具体的なイメージ

を示す。

2. 9では、当初の介護療養病床の存続期限時点において、目標ほどには介護老人保健施設等への転換が進まなかった状況について述べる。

2. 10では、転換が進まなかった理由について、既存文献および筆者による独自の分析を踏まえた考察を述べる。

## 2. 2 老人医療費無料化と老人病院

戦後、高齢者が増加する中、昭和36年、国民健康保険の実施義務化によって国民皆保険が達成された。また、昭和40年代前半時点での公的医療保険の給付率は、国民健康保険で世帯主および世帯員が7割、政府管掌・組合管掌などの被用者保険で本人が10割（初診時定額負担あり）、扶養家族が5割と、自己負担率が段階的に軽減されていた。

更に、昭和47年の老人福祉法改正により、70歳以上の老人医療費は全額公費負担医療（国：都道府県：市町村＝4：4：1）となり、老人がどの保険に加入していても、所得に関わりなく、自己負担が無料となった（老人医療費無料化）。老人医療費無料化は、当時の田中角栄首相の政治決断で踏み切られたと言われているが、池上（2017）によれば、その直接的な引き金は、昭和44年における東京都の革新系的美濃部亮吉知事による都独自の上乗せ給付導入であったとのことである。<sup>1)</sup> この施策が住民から圧倒的に支持されたため、昭和47年時点では2県を除いて全都道府県で自治体独自の上乗せ給付が導入されていた。

その後、高齢者の受診率が大幅に増え、高齢者医療費も国民医療費全体を上回るペースで上昇した。昭和50年以後は実際に（精神病床などの特殊病床を除いた、その他の）病床数が増加し、同時期から、医師、看護師の配置の薄い病院や、いわゆる「社会的入院」も増加したといわれている。「社会

的入院」に公的な定義は存在しないため、数的な把握は困難であるが、社会的入院について、猪飼（2010）は、その通説として「高齢者の自己負担が無料化したことで、高齢者たちは、病院に入院すれば老人ホームよりも安くそれなりのケアを受けることができ、また家族も「姥捨て」と世間に後ろ指を指されずにすむようになった。その結果、高齢者たちが大挙して病院を「老人ホーム」代わりに使うようになったというもの」と述べる。<sup>2)</sup>

なお、猪飼（2010）は、20世紀以後、日本では開業医が病床供給を積極的に担うことになったことについて、医療の質が高まるに伴い医療サービスへの需要も高まっていた、公的病院の供給が十分ではない中開業医が病床を供給することが実際に公共の利益に叶っていた、開業医にとって病床を保有することが経営上有利であったなど、関連条件が整っていたことをその理由として挙げるとともに、実際に公的主体によって医療供給を代替するよりも、おそらく小さな社会的・経済的コストで医療の普及を達成することに成功できたのだろうと評価している。<sup>2)</sup>

昭和58年、老人医療費による財政圧迫を打開するために、老人保健法施行が制定され、老人医療費の法的根拠は老人福祉法から老人保健法に代わった。同法では、老人医療を公費負担医療から社会保険制度に転換するとともに、老人に一部負担金（外来は1月につき400円、入院は2か月を限度として1日につき300円）を課すようになり、段階的にはあるが、この時点から老人医療費無料化が終了したと言われている。<sup>3)</sup> 老人保健法第2条には、「国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、老人の医療に要する費用を公平に負担するものとする。」とあり、国民一人ひとりが公平に老人医療費を負担しようという同法の基本的理念がうかがえる。

厚生省は、昭和57年に老人保健法が制定された後、医療法改正および老

人診療報酬の中央社会医療協議会への諮問・答申を経て、昭和58年の老人保健法施行と同時に、医療法に「特例許可老人病院」を位置づけた。また、当時存在していた老人病院およびその患者の実態も踏まえ、特例許可老人病院および、許可要件を満たさない「特例許可外老人病院」の、人員配置基準と診療報酬を、それぞれ設定した。

吉原（1983）によると、老人診療報酬の特徴は以下の通りであり、近年の出来高報酬から、包括報酬への段階的な導入は、高齢者医療がその先駆けであったと言える。<sup>4)</sup>

- ・入院患者の点滴料の一部を、入院期間に応じて支払われる入院時医学管理料に含めるとともに、この入院時医学管理料について入院期間が長くなると漸減するように設定された。
- ・主に老人慢性疾患患者を収容する病院・病棟については、都道府県知事の許可を受けることにより、医師・看護婦の配置基準の特例（緩和）を認め、それに代えて適切な数の介護職員を置けるようにされ、寝たきり老人の特別な管理料を認める代わりに目や耳等の処置料は包括された（特例許可老人病院）。
- ・更に、その特定許可老人病院の基準に満たない老人病院については、一定の検査料・注射料・処置料を包括された（特例強化外老人病院）。

このように、一般の病床と比較して人員基準を緩和することが公的に是認された。なお、吉原（1983）の文献は制度の趣旨を解説する資料であるため「寝たきり老人のための特別な管理料」といった表現ぶりであるが、要は老人病院以外の一般の病床が算定するよりも低額に設定するのが妥当とみなされた。<sup>4)</sup> また、山口（1992）などによって、老人病院の患者は、いわゆる「寝たきり老人」になったから入院することになった者ばかりではなく、入院のきっかけは様々であるが、生活を送るという観点で設けられていない設備環

境や、不十分な人員体制が、患者の寝たきり状態を招き、また寝たきり状態であることが管理上楽であるため、現場で根本的な改善策が講じられにくかったというような問題も指摘されている。<sup>5)</sup>

社会的入院問題について、制度面や病院経営者の立場を中心に述べたが、本人の事情や家族の事情から考えられる要因について網羅できていないため、以下に補足する。まず本人の事情としては、個々の医学的な状態や社会におかれた環境に依存するものの、退院を阻害する心情として、退院後の生活への不安、家族に迷惑をかけたくないという配慮、あるいは退院時の治療レベルに関する非現実的な目標設定などが考えられる。家族の事情としては、家族個人と本人との関係性や、家族個人の健康状態、あるいは家族個人の社会的な環境にも依存するが、結果として介護負担を忌避する心情がいくらかあったケースが多かったと考えられる。

山下（1983）は、もっぱら老人を受け入れる病院ができ、医療法に位置づけられるまでに至ったことについて、当時老年科学の実践領域としての体系化が不十分であった状況も踏まえつつ、「わが国の医療法には、医師・歯科医師・助産婦が業務をなす場所を医療機関とするという規定はあっても、患者側の需要に応じて医療機関を設置する例は、あまり多くはみられない。（中略）そのような視点からすれば老人専門病院は、医師の業務にではなく、老人という患者の特性に着目して成立した数少ない医療機関の例ではなかったろうか。」と述べている。<sup>6)</sup>

なお、老人保健法とは直接関係しないが、社会的入院を抑制するための関連施策として、昭和60年のいわゆる第1次医療法改正で、都道府県知事に医療計画の策定（医療圏の圏域設定および、各圏域における必要病床数、すなわちベッド数の上限の設定）を義務付けたことも挙げられる。後の健康保険法の改正も伴い、必要病床数を上回る場合、保健医療機関に指定しないと

いう運用上の対応が可能になり、このことも、社会的入院を生み出す要因になった「その他の病床（現在の一般病床）」の増加抑制を図る効果があったと考えられる。

また、昭和 60 年以後に取り組みられた社会的入院の抑制に関連する施策として、病床ではない医療提供施設である「老人保健施設」の創設が挙げられる。老人保健施設の創設に際しては、当時、将来的にどのようなニーズが必要か、包括的な議論が行われた結果、病床以外の医療施設が必要という結論に至ったもので、その過程の概要は以下の通りである。

昭和 60 年の社会保障制度審議会の「老人福祉の在り方について」（建議）で、①重介護を要する老人の施設となっている老人病院と特別養護老人ホームでは、処遇内容がほとんど同じであるにもかかわらず、両者の入所手続きや費用負担の仕組みが相違しているのは不合理であること（相違の内容については後節参照）、②両者の長所を持ち寄り、新しい介護施設として医療・福祉サービスを一体として提供する中間施設を制度化すべきであること、③入所費用のうち、生活費は原則として本人負担、介護費は社会保険負担とし、介護の程度に応じて段階的な定額制とすること、などが問題提起された上で、結論として、医療・福祉サービスを併せて提供する「中間施設」構想が提案されている。<sup>7)</sup> この建議を受け、同年厚生省に、「中間施設に関する懇談会」が開催され、「要介護老人対策の基本的考え方といわゆる中間施設のあり方について」という報告が発表された。この中では、①デイ・ケア、デイ・サービス、ショートステイなどを行う在宅型と、要介護老人を入所させる入所型の中間施設が考えられること、②中間施設の費用は、公費負担のほか保険財源の導入、適正な利用料の徴収により賄うこと、③中間施設の設置には、病院・特別養護老人ホームへの併設、病棟の病床転換等も考えること、④設置主体から営利目的の者を排除すること、入所手続きの簡略化、施設基準の弾



力化等が提言された。<sup>8)</sup> これらの議論を踏まえて、「入所型の中間施設」は、昭和 61 年の老人保健法の改正により、「老人保健施設」として制度化された。老人保健施設には、1 床あたり 8.0 m<sup>2</sup>と、当時の病床よりも厳しい施設要件が課された。人員としては、施設長としての医師、看護・介護職員、リハビリテーション職員（理学療法士または作業療法士）、相談指導員等が課され、利用手続は、病院と同様、施設と患者との契約によることとされた。療養費は、入所者 1 人当たりの定額払いとされた。人員配置について、全国的に最も一般的である定員 100 名の老人保健施設を例にあげると、医師やリハビリテーション専門職は常勤、看護職員は 24 時間体制で、それぞれ配置されているのが一般的であった。この老人保健施設は、後の介護保険制度発足に伴い「介護老人保健施設」と名称変更された。

## 2. 3 療養型病床群・介護療養型医療施設・療養病床

昭和 58 年から医療法上の特例として老人病院の許可制度が始まった後も、老人病院以外の病院における在院 3 か月を超えるような長期入院患者が増加傾向にあり、医療機関単位での機能分化は十分に進んでいるとはいえない状況にあった。そこで、平成 5 年施行のいわゆる第 2 次医療法改正で、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として、病院の「その他の病床」の一部という形で「療養型病床群」という新たな類型が設けられた。また、同改正法において、老人保健施設は医療提供施設として医療法に位置づけられた。更に、介護保険法と同年成立である平成 9 年公布のいわゆる第 3 次医療法改正で、診療所にも療養型病床群の設置が認められた。

主として長期にわたる療養を必要とする患者を収容するにふさわしい療養環境を有する病床と位置付けたため、その施設基準も、特例や例外措置は

設けられず 1 床あたり 6.4 m<sup>2</sup>と、当時のその他の病床の基準（この頃は、原則は療養型病床群と同じく原則的に 1 床あたり 6.4 m<sup>2</sup>とされていたが、大規模改修までは 1 床あたり 4.3 m<sup>2</sup>を認める経過措置があった）と比較すると、設備面でコストがかかるものであった。一方、人員配置基準は、当時のその他の病床で、例えば 100 床の場合、医師 6 人、看護師 25 人が必要であったのに対して、特例許可老人病院や療養型病床群では、100 床に対して医師 3 人、看護師 17 人、介護職員 13 人で満たすものとされた。

平成 12 年の介護保険制度施行の制度設計に向けて、特別養護老人ホームと老人保健施設については、平成元年に策定されたゴールドプラン及び平成 6 年に策定された新ゴールドプランで具体的な整備目標数が掲げられ、量的にも整備が推進されていた。介護保険制度では、この 2 者に療養型病床群が「療養介護型医療施設」として加わって介護保険 3 施設として位置付けられ、介護保険給付の半分を占めることになる、介護保険施設サービスの提供を担うこととなった。

しかし、療養型病床群制度の創設後も、療養型病床群に移行せずに慢性疾患高齢者の長期入院に用いられている「その他の病床」が相当数あり、病床の機能分化は不十分との指摘がなされた。増田（2010）によれば、介護保険の制度設計を行う時点ではまだ、療養型病床群の施設基準（1 床あたり 6.4 m<sup>2</sup>など）を満たす病床はわずかであり、厚生省が介護保険制度施行開始時点での介護療養病床の基盤整備数としてあげていた約 19 万床のほとんどは、「介護力強化型病院」（特例許可老人病院の一種）が占める予想となっていた。<sup>9)</sup> 介護力強化型病院は、1 人あたりの病室の面積が狭かったり、食堂や浴室を備えていなかったりするなど、介護施設として特別養護老人ホーム（1 床あたり 10.65 m<sup>2</sup>）や老人保健施設（1 床あたり 8.0 m<sup>2</sup>）と肩を並べるには、介護サービスの質的側面の観点から懸念の声が多かった。そこで、介

介護保険法では、制度施行後3年以内は経過的に介護療養病床として認めるものの、それ以降も介護保険施設としての運営を継続するためには、療養型病床群への転換が必要であることとされた。また、療養型病床群制度の創設後も、療養型病床群に移行せずに慢性疾患高齢者の長期入院に用いられている「その他の病床」が相当数あった。

なお、介護療養病床は、病院等の経営者の裁量によって、既存の病院の一部もしくは全部の病床を特定して介護保険施設サービス事業所として指定を受ける形式となったが、診療報酬・介護報酬のそれぞれの水準の見通しも十分立たない中、多くの医療機関の中で「介護保険適用部分」の療養型病床群と「医療保険適用部分」の療養型病床群が並存することとなり、入院患者や地域住民にとっても、その区分けは、おそらくわかりにくいものだったであろう。

しかし介護療養病床への参入を促進する目的もあって、医療療養病床と介護療養病床では、施設の報酬も、利用者の自己負担額も、極端に差がある設定には設定されていなかった。おそらく療養病床を有する医療現場では、医療療養病床に入院中で当面退院が見込めない高齢者のうち、要介護4や5に認定された者については、医療療養病床の包括報酬外で算定できる特殊な医療を要さない限り、介護療養病床の方で若干報酬が高くなるから、順次、介護療養病床の病棟に移動していただく、といった形で運用していただろう。そして介護療養病床への院内転棟の提案を受けた利用者側は、「引き続き同じ先生に診てもらえるのなら」と受け入れつつ、転棟後も極端に自己負担額が増えたり処遇が悪くなったりしたわけでもないから、そのまま介護療養病床での療養を受容するようなケースが多かったと考えられる。

増田（2010）によると、介護保険制度導入段階における保険料算定資料の中では、介護保険3施設のそれぞれの月額平均利用額は、入所者・入院患者

一人当たりで、療養型病床群は 46.1 万円、老人保健施設は 33.9 万円、特別養護老人ホームは 31.5 万円と想定されていた。高齢者人口に比して介護保険施設の定員数が多いところは保険料水準が高くなるが、とりわけ療養型病床群の病床数が多い市町村では介護保険料がより高くなる傾向となった。そこで、厚生省では、各市町村及び各都道府県が作成する介護保険事業計画において、施設利用者数を高齢者人口の 3.4%を参酌すべき標準とするよう指導するとともに、介護療養病床については、原則として平成 12 年度の段階で医療計画の療養型病床群の整備目標の範囲内とするよう指導して、介護療養病床の数が局地的に増えないように配慮することとなった。<sup>9)</sup>

介護保険法施行時、介護療養病床は、療養型病床群の一部について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う介護保険施設として位置づけられた。また、医療法上は精神病床の一種である認知症疾患療養病棟も介護療養病床の一類型として位置づけられた。

平成 13 年のいわゆる第 4 次医療法改正で、療養型病床群と老人病院（特別許可老人病院）は廃止となり、医療法上の病床類型としては「療養病床」に一本化された。この際、病床全体の機能分化を推進する一環で、それまで医療法上は精神病床・結核病床・伝染病床以外に積極的な位置づけはなく「その他の病床」とまとめられてきた大多数の病床があったが、この「その他の病床」を、急性期の患者への対応を念頭に置いた「一般病床」と慢性期の患者への対応を念頭に置いた「療養病床」に区分することとされた。療養病床の人員配置基準は旧療養型病床群と同様とし、一般病床の看護職員の配置基準を引き上げることによって、両者の区別の明確化が図られた。各医療機関が有する「その他の病床」を一般病床ないし療養病床のどちらを選択するかについては個々の判断にゆだねられ、平成 15 年 8 月末までに都道府県知

事に届け出ることとされた。それまでの間、従来の「その他の病床」は、届出済の①一般病床②療養病床と、未届出の③旧療養型病床群④旧その他の病床（療養型病床群を除く）の4つの類型が並存することとなった。診療所については、平成13年3月1日をもって、従来の療養型病床群の病床がそのまま療養病床に移行することとされた。

## 2. 4 老人福祉

林（1985）、米本（1989）、北場（2005）らによると、戦前、一般の老人扶養は、家制度を前提とした相続制度による家督相続者が担うものとされ、基本的に家族の私的扶養に委ねられていたが、17世紀以後は、老人を含むあらゆる私的・相互的扶助からこぼれた生活困窮者を、民間慈善事業として救済施設に混合収容していた事例が確認できるとのことである。<sup>10),11),12)</sup>専ら高齢者を収容保護する施設が公的に規定されたのは、「救護法」（昭和4年）に基づく救護施設としての養老院が始めである。その後、昭和21年の生活保護法において一時的に「保護施設」として一本化されたが、昭和25年以後は再度「養老施設」となった。「老衰のため独立して日常生活を送ることのできない要保護者を収容して、生活扶助を行うことを目的とする施設」である養老施設が、老人福祉法制定まで唯一の入所施設として続くことになったが、これは100%公費による委託運営であり、あくまでも「救貧施設」としての生活を持つものであったと言える。戦後、家制度が廃止され、家督相続から均分相続に変わったことから、老人扶養の問題に関心が集まるようになった。

老人福祉法は、昭和38年8月から施行された。第1条において「この法律は、老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もつて老

人の福祉を図ることを目的とする」とその目的が明らかにされている。すなわち、老人福祉法は、所得補償、雇用、税制、住宅等の老人の福祉に関する広範な施策について、その原理（基本的理念）を明らかにするという老人福祉のいわば基本法としての部分と、老人に特有のニーズに対応するための保健、福祉サービスの提供（心身の健康の保持のために必要な措置及び生活の安定のために必要な措置）について規定するという異なる性格を有する二つの部分から構成されていた。昭和57年の老人保健法の制定後は、健康診査の実施、老人医療費の支給という老人の心身の健康の保持に関する具体的な措置については老人保健法に規定されることとなったが、引き続き老人福祉法は老人保健法のいわば母法としての位置づけをあたえられていた。老人福祉法は、昭和58年度までの間老人医療費が無料化されていた根拠法でもある。なお、老人保健法は、健康保険法等の一部を改正する法律により、題名改正を含む大幅な改正が行われ、平成20年4月より「高齢者の医療の確保に関する法律」（後期高齢者医療制度の根拠）となっている。また、平成12年4月より介護保険法も施行されており、現在老人福祉法は、これらいずれも適用されない場合に限った老人福祉（養護老人ホームなど）の根拠法となっている。

昭和38年の老人福祉法制定当初から入所施設として定められた施設類型は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームの3つである。また、当時の老人福祉法には有料老人ホームについても「常時十人以上の老人を収容し、給食その他日常生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設であつて、老人福祉施設でないもの」と明記されていて、施設内部の職員によって日常生活上必要な便宜を供与する高齢者向け住宅施設に関しては、前期の3類型に限らず、厚生省が管轄するものと整理されていたことが確認できる。

養護老人ホームは、老人福祉法制定以前の養老施設の名称が変わったものである。養護老人ホームは、入所要件に経済的理由が課せられていたのに対して、特別養護老人ホームは、入所要件に経済的理由が課されない一方で、障害の程度が著しいことが要件とされた。いずれの老人ホームも、社会福祉法人による設置が認められていたが、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームについては、市町村が措置として收容する行政行為の受け皿、すなわち行政の委託施設としての位置づけが継続された。山下

(1983)は、老人福祉法制定においても、特別養護老人ホームの入所手続において措置という形態が継続されたことに関連して、昭和55年に「社会福祉施設改善検討委員会」で、厚生省は、昭和38年当時はホーム收容対象の老人の最低生活保障と、ホーム入所の需要供給のアンバランスが激しかったので、公の責任で優先順位を設けて措置する必要がある旨を述べたとしている。<sup>6)</sup>

昭和40年代になると、人口の高齢化に加え、戦後の家族制度の変革、高度経済成長にともなう若年層を中心とした人口の都市集中、核家族化、女性の社会進出、住宅事情等の要因が絡み、「老人問題」が社会問題として顕在化した。<sup>13)</sup>昭和43年、国民生活審議会は「深刻化するこれからの老人問題」として、年金、福祉、保健、就労、住宅対策などをあげた。<sup>14)</sup>昭和45年には、中央社会福祉審議会は、「老人問題に対する総合的諸施策について」で、年金、医療、就労、住宅、福祉サービスを縦断した総合的の後対策計画が示されるとともに、「社会福祉施設の緊急整備について」では、特別養護老人ホームなどを緊急に整備する必要性が述べられ、昭和46年を初年度とする社会福祉施設緊急整備5か年計画が策定された。<sup>15),16)</sup>

その後、高度経済成長の終焉を迎え、昭和50年の社会保障制度審議会の建議「今後の高齢化社会に対応すべき社会保障のあり方について」では

「1人暮らしの在宅高齢者への援助を充実することなく、単に福祉施設に収容することだけでは、高齢者の幸福とはならない」とされるなど、施設対策から在宅福祉・地域福祉への志向の変化も認められる。<sup>17)</sup>

このように、昭和50年代前半の福祉政策としては、在宅と施設の重要性のバランスが慎重に検討されていた一方で、医療については、老人医療費が無料され病床総数を規制する制度も無かったため、在宅が困難となった老人の生活を送る場所に対するニーズが急増するなか、結果的には、開業医を主体とした病床整備という形で、その受け皿の大部分が確保されてきたものと考えられる。

なお、社会的入院問題に関連して、福祉施設への入所を阻害する要因としてマクロでとらえても見逃せないことに、認知症を主とした理由でそれまでの住まいでの生活が困難になった高齢者は、長らく特別養護老人ホームに入ることができなかったことが広く知られている。この現象について定量的に示した資料は見つけれなかったが、宮崎（2011）は、長らく認知症の人が特別養護老人ホームの措置対象とされなかった理由として、認知障害は、加齢に伴うか否かにかかわらず主として精神科診療で対応すべきものとして分類されていたことと、昭和39年の厚生省老人福祉課長通達において「精神障害等手のかかる老人は特別養護老人ホームで措置せずともよし」とされていたことを指摘するとともに、認知症の人が特別養護老人ホームに正式に入所できるようになったのは昭和60年頃以降のことだと述べている。<sup>18)</sup> たしかに当時は、認知症の人に対する基本的な（身体拘束や鎮静剤に頼らない）対応方法に関する知見が不十分であったが、このなかには、本人も家族も、自己負担額や世間体等の問題を除けば、病床よりも相対的に居住環境を優先して整備されている施設での処遇を望むケースがあったかもしれない。



数的議論に戻り，平成元年にゴールドプランで具体的な数的目標を打ち出される前の時点の例として，昭和62年社会福祉調査および病院調査によると，昭和63年10月時点の定員全国計は，特別養護老人ホームが135,182床，養護老人ホームが68,436床，軽費老人ホームが16,941床に対し，老人病院（特例許可老人病院および特例許可外老人病院）が110,467床で，当時老人病院以外の医療機関にも，在院が数か月に及ぶ老人が数十万人単位で存在したと言われていた。

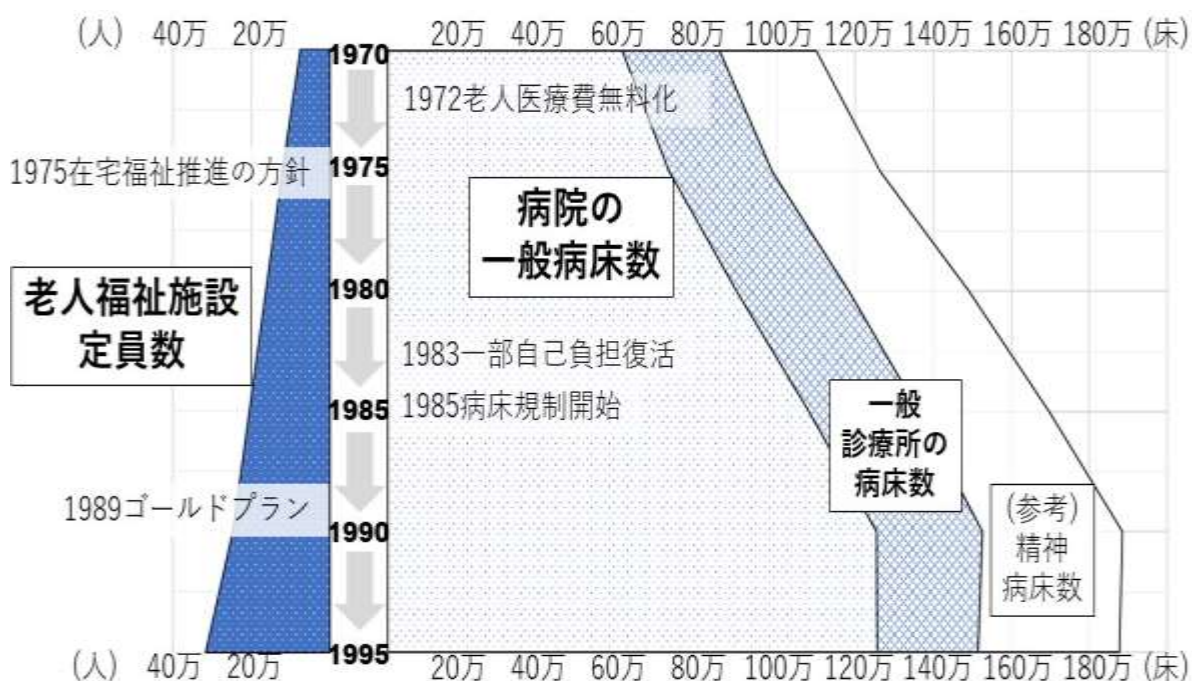
軽費老人ホームは，昭和38年の老人福祉法施行時より，措置ではなく契約として入所する施設とされていたが，上記の通り，供給量は非常に限定的なもので，当時，多くの地域の老人にとって，軽費老人ホームは生活拠点としてのメジャーな選択肢たりえなかったと考えられる。この翌年の昭和63年には，軽費老人ホームと同様，契約に基づき入所可能な医療施設である老人保健施設の制度が設けられることとなる。

なお，林（1985）は，昭和60年当時の老人ホームの事情について，「全国的に言えば，養護（引用者注：養護老人ホーム）の定員割れの問題は，全国的規模の問題として，施設管理者の頭の痛い問題であり，経営上の不安の原因となっている。また，特養（引用者注：特別養護老人ホーム）においても立地条件，開設のタイミングによっては，老人の充足に骨を折っているのも事実である。」と述べていることから，少なくとも当時から，老人ホームと老人病院は，経営上競合対象であった可能性が示唆される。<sup>10)</sup>

## 2. 5 病床数と福祉施設定員数の増分の比較

以下に、老人福祉施設定員数と、高齢者の社会的入院の受け皿となりうる、病院の一般病床数、一般診療所の病床数、そして参考として精神病床数の推移と図で示す。

図表2 老人福祉施設定員数と、  
高齢者の社会的入院の受け皿となりうる病床数の推移



出典: 老人福祉施設(特別養護老人ホーム, 養護老人ホーム, 軽費老人ホーム)定員数全国計 - 社会福祉施設調査  
病院の一般病床数全国計・一般診療所の病床数全国計・精神病床数全国計 - 医療施設調査

昭和45年(1970年)から平成2年(1995年)にかけての、老人福祉施設(特別養護老人ホーム, 養護老人ホーム, 軽費老人ホームの合計)の定員数増分と、一般病床(病院における精神・感染症以外の病床数と、一般診療所の病床数の合計)の病床数増分を比較すると、この間の老人福祉施設の定員数増分は171,484人分であるのに対して、一般病床の病床数増分は674,741床である。もちろん、老人福祉施設はその全てが高齢者の福祉に供されるはずであるのに対して、この間の一般病床の増分が全て高齢者の社会的入院に供されたということはいえない。しかし若年層人口の都市集

中、核家族化、女性の社会進出、住宅事情の変化などにより、加齢に伴い在宅生活が困難となった高齢者が生活を送る場所のニーズが急速に増大する中、老人医療費無料化や、病床規制が無かったことに加え、福祉政策としてはもっぱらその枠内で在宅福祉と施設整備のバランスが慎重に検討されていたことから、結果的には、開業医を主体とした病床整備という形で、その受け皿の大部分が確保されてきたことがうかがわれる。

## 2. 6 療養病床再編成

介護保険制度施行後初の診療報酬・介護報酬同時改定を平成 18 年度に迎えるにあたって、平成 16、17 年に療養病床を対象とした実態調査が行われた結果、医療療養病床と介護療養病床で医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在していたことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題と認識されるようになった。

また、平成 18 年の医療保険制度改革の中で、当時経済財政諮問会議は医療費総額を抑制する観点に立って、日本の医療提供体制について、諸外国に比べて人口当たりの病床数が多いことと、平均在院日数が長いことに対して特に問題意識を高めており、その中でも平均在院日数が特に長い療養病床は、最も積極的に病床削減を進めるべきターゲットとなった。具体的には、医療の必要性に応じた機能分担として、

- ・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、または老人保健施設等

で対応することと謳われた。医療機関を運営する観点から言い換えると、医療療養病床は、医療の必要度の高い患者に特化して受け入れること、介護療養病床は 6 年後の平成 24 年 3 月に廃止すること、既存の介護療養病床は、

それまでに、介護保険サービスのいずれかに転換することとなった。3か年度毎にレギュラーに行われ、平成18年4月施行となる介護保険改正法（平成17年6月公布）の議論の際にはこの話は具体化していなかったため、具体的な手順としては、平成18年健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年6月公布）でイレギュラーな形で介護保険法を改正し、介護保険給付の根拠規定である介護療養病床に係る規定を削除し、平成24年4月1日に施行することとされた。

また、医療法施行規則を改正することで、医療療養病床・介護療養病床の別を問わず、療養病床の人員配置標準の本則が厳格化された。看護職員配置6対1かつ看護補助（介護）職員配置6対1から、看護職員配置4対1かつ看護補助（介護）職員配置4対1に引き上げ、介護療養病床については平成23年度末をもって廃止されるという前提のもと、平成23年度末までは、それぞれ6対1を満たすものについても経過措置として認めるという取り扱いとなった。もっとも、看護職員配置と介護補助（介護）職員配置については、医療法施行規則に規定された制度上の人員配置基準だけでなく、診療報酬・介護報酬の算定要件として課している基準というものもあり、医療現場においては、それぞれの医療機関の患者の集団属性や、人員確保状況を踏まえ、どの報酬算定要件を満たす形で運用するか、幾分か選択の余地があったことから、この医療法施行規則改正そのものが大きく着目されることはなかったかもしれない。

更に、この制度改革の根拠となった調査を行った平成16～17年当時は、介護療養病床の介護報酬については、介護度が重度になるほど基本報酬が高額に設定されていたのに対して、医療療養病床については、医療の必要度に応じた基本報酬体系が未だ確立されていなかった。そこで、機能分化を推進する一環で、平成18年の診療報酬改定において、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)による評価を導入することによって、療養病床の役割分担を明確化することとされた。(医療区分2・3は、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は、医療区分2・3に該当しない、より軽度な者。)

介護療養病床からの転換先として、介護老人保健施設は昭和63年に老人保健施設として創設され、介護保険法施行時以後は「介護老人保健施設」として介護保険施設サービスに位置付けられていたが、この介護老人保健施設への転換を第一候補として、運営基準や報酬に関連する各種支援策を設けることとなった。なぜ、ほかでもなく「介護老人保健施設」が、介護療養病床の転換先として最も支援策を講じる対象となったのかについて、その根拠が直接記録された資料は乏しい。しかし、もともと医療費適正化に端を発した対応策であり、公的支出、特に医療費が増大する方向には支援しようが無く、すなわち公的サービスとしては、介護療養病床と同じく、介護保険サービスしか選択肢が無かったと考えられる。しかし、平成18年度から施行となる介護保険改正法は平成17年6月に公布済であって、スケジュール的に法改正を伴う抜本的な支援策を講じることは不可能であったこともうかがわれる。介護療養病床と同様に医療法人による開設が可能で、なおかつ食費や居住費が応能負担となる介護保険施設サービスは、介護老人保健施設しか存在しなかったことなどもあって、この点についてはあまり議論の余地が無かったのだろうと考えられる。実際、介護老人保健施設は医療系の介護保険施設サービスであるため、医療職の人員基準や施設基準についても、例えば介護老人福祉施設、すなわち特別養護老人ホームと比較すれば、どちらかというとなら介護老人保健施設の方が、介護療養病床のそれらに近いものであった。

図表3 平成18年度時点の介護保険3施設および医療療養病床の概要

		第1回介護施設等の在り方委員会 H18.9.27		資料2
	医療療養病床	介護療養病床	老人保健施設	特別養護老人ホーム
ベット数	約25万床	約13万床	約27万床	約36万床
1人当たり床面積	6.4㎡以上	6.4㎡以上	8.0㎡以上	10.65㎡以上
平均的な一人当たり費用額	約49万円 (H15年)	約41万円 (H18.4月以降)	約31万円 (H18.4月以降)	約29万円 (H18.4月以降)
人員配置	医師 3人 看護職員 20人 介護職員 20人	医師 3人 看護職員 17人 介護職員 17人	医師 1人 看護職員 9人 介護職員 25人	医師 必要数 看護職員 3人 介護職員 31人

図表4 平成29年度時点の介護保険3施設および医療療養病床の概要

		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、 <b>主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの</b> ※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、 <b>長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供するもの</b>		要介護者にリハビリ等を提供し、 <b>在宅復帰を目指す施設</b>	要介護者のための <b>生活施設</b>
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)  
※2 病院報告(平成28年3月分掲載)  
※3 介護サービス施設・事業所調査(平成27年10月1日)  
※4 医療療養病床にあっては、看護補助者。  
※5 介護療養型は、大規模改修まで6.4㎡以上で可。

なお、介護療養病床を廃止する法改正の議論に後追いする形で、平成18年9月から平成19年6月にかけて、「介護施設等の在り方に関する委員会」が計5回開かれているが、最終回で、事務局である厚労省が提示した資料2



（療養病床転換促進のための追加支援措置）では、「医療法人など営利を目的としない法人による特別養護老人ホームの設置 平成20年通常国会に老人福祉法改正法案を提出，成立後速やかに施行予定」と明記されている。

図表5 医療法人に特別養護老人ホームの開設を認める提案資料

第5回介護施設等の在り方に関する委員会	
平成19年6月20日	資料2
<b>療養病床転換促進のための追加支援措置</b>	
<b>①(仮称)医療機能強化型の老人保健施設の創設</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>療養病床から転換した老人保健施設を対象に、夜間の看護体制や看取りの対応体制の整った(仮称)医療機能強化型の老人保健施設を創設し、療養病床から転換した老人保健施設に入所している者(医療区分1の者及び医療区分2の者の一部)に対し、適切な医療サービスを提供する。</li> <li>【6月20日の「介護施設等の在り方に関する委員会」とりまとめを経て、介護給付費分科会に諮問の上、平成20年4月に介護報酬改定・関係省令等の改正】</li> </ul>	
<b>②医療法人など営利を目的としない法人による特別養護老人ホームの設置</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>医療法人など営利を目的としない法人による特別養護老人ホームの設置を認めることにより、療養病床の転換先の選択肢を拡大する。</li> <li>【平成20年通常国会に老人福祉法改正法案を提出、成立後速やかに施行予定】</li> </ul>	
<b>③サテライト型施設の多様化</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>本体施設とサテライト型施設について、多様な組合せを可能にするとともに、人員・設備基準等について更なる規制緩和を行うことにより、療養病床を有する医療機関の経営の選択肢を拡大する。</li> <li>【介護給付費分科会に諮問の上、平成20年4月に介護報酬改定・関係省令等の改正(平成20年4月施行予定)】</li> </ul>	

結果的には、全国老人福祉施設協議会や、社会福祉法人経営者の集まりである全国社会福祉施設経営者協議会などにより「特養経営に求められる公益性や低所得者への配慮などの業務内容から、特養は社会福祉法人で運営するのがふさわしい」と猛反対された等の状況もあって、設置主体の変更を行うための老人福祉法改正案を国会に提出すること自体が見送られている。しかし少なくとも当時厚労省が、社会的入院問題の改善に向けて、療養病床の転換先として医療法人に対して、少なくとも保険給付費が少なくなる方向性では、幅広い選択肢を設けようとしていたことがうかがえる。

## 2. 7 療養病床の転換支援のための具体的措置

平成18年度時点で発表されていた、療養病床が老人保健施設等に転換する場合の施設・設備基準の緩和策は以下のとおりである。

- ・療養病床等から転換した介護老人保健施設については，平成 23 年度末までの間，床面積を 6.4 m<sup>2</sup>/人 以上で可とする。（【老健】 8 m<sup>2</sup>/人以上）
  - ・療養病床等から転換した介護老人保健施設，特別養護老人ホームについては，平成 23 年度末までの間，廊下幅（中廊下）を，1.2m(1.6m)以上（内法）で可とする。（【老健】【特養】廊下幅（中廊下）は，1.8m(2.7m)以上）
  - ・病院の療養病床等から転換した介護老人保健施設，特別養護老人ホームについては，平成 23 年度末までの間，機能訓練室の面積を 40 m<sup>2</sup>以上で可とする。（【老健】 1 m<sup>2</sup>/人以上 【特養】機能訓練室＋食堂面積 3 m<sup>2</sup>/人以上）
  - ・病院の療養病床等から転換した介護老人保健施設，特別養護老人ホームについては，平成 23 年度末までの間，食堂の面積を 1 m<sup>2</sup>/人以上で可とする。（【老健】 2 m<sup>2</sup>/人以上 【特養】機能訓練室＋食堂面積 3 m<sup>2</sup>/人以上）
  - ・診療所の療養病床等から転換した介護老人保健施設，特別養護老人ホームについては，平成 23 年度末までの間，「機能訓練室＋食堂面積 3 m<sup>2</sup>/人以上」又は「機能訓練室 40 m<sup>2</sup> 以上＋食堂 1 m<sup>2</sup>/人以上」で可とする。（【老健】機能訓練室 1 m<sup>2</sup>/人以上，食堂 2 m<sup>2</sup>/人以上，【特養】機能訓練室＋食堂面積 3 m<sup>2</sup>/人以上）
  - ・療養病床等から転換した介護老人保健施設等と医療機関の施設・設備の共用を認める。（病室と療養室又は居室，診察室と特養の医務室を除く）
- このように，当時転換期限とされた平成 23 年度末までの間は，現行の施設・設備のまま新たなサービス提供を行うことを認めるものであった。また，医療保険適用・介護保険適用を問わず，療養病床を介護施設等に転換した場合の費用の助成が始まった。なお，上記のとおり特別養護老人ホー



ムに転換する場合についても支援策が打ち出されているものの、平成18年介護サービス施設・事業所調査によると、平成18年10月1日時点で介護療養病床の指定を受けている事業所は2,929施設で、設置主体の内訳としては医療法人が77.7%で最多、次いでその他（個人など）が11.2%であり、社会福祉法人や地方公共団体など、特別養護老人ホームの開設が可能な設置主体である介護療養病床は7.9%に過ぎなかった。その後も現在に至るまで、医療法人に特別養護老人ホームを開設できるようにするという制度改正は実現していない。したがって、この頃から実質的な転換先は、病床指定を継続したまま介護保険事業から撤退する、すなわち医療療養病床となるか、あるいは介護老人保健施設に転換するかの2択に絞られていたものと考えられる。

平成19年4月からは、医療法人の附帯業務として、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が追加されることによって、医療法人による有料老人ホーム等の開設が可能になった。また、転換における施設基準が更に緩和され、耐火構造、エレベータ設置等についても、転換前の病院の基準の適用継続が認められるとともに、上述の各種面積基準に係る経過措置の期限が、当初の廃止期限である「平成23年度末」から、当該施設が「大規模な修繕等を行うまでの間」までに延長された。耐火およびエレベータに関する緩和策は以下の通りである。

- ・療養病床等から転換した介護老人保健施設については、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。）

- ・療養病床等から転換した介護老人保健施設については、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。(エレベータの増設を不要とする。)(【老健】屋内の直通階段・エレベータを、それぞれ1以上)

また、療養病床に入院していた医療的ケアを要する人が、介護老人保健施設に転換した後も入所を継続することができるよう、従前の介護老人保健施設よりも、患者属性や人員配置において医療機能が強化されていると認められる介護老人保健施設を、「介護療養型老人保健施設」として取り扱うべく、介護報酬の基本施設サービス費に特別な区分が設けられた。つまり、療養病床から転換した介護老人保健施設であって、看護職員による夜間の医療処置、看取りへの対応、急性増悪時の対応などの要件を満たした場合のみ算定できる特別な基本報酬を設けるという形式で、報酬上特別に評価することされた。これは3年毎の定期的な介護報酬改定(平成18年4月の次は平成21年4月)を待たずに、平成20年5月施行というイレギュラーな介護報酬改定で行われた。ただし、もともと社会保障費の適正化を進めるための施策パッケージの1つであったため、結果的には介護療養型老人保健施設の費用額は、介護療養病床(平均的な1人当たり費用額が月額41万円)と、従前から存在している介護老人保健施設(平均的な1人当たり費用額が月額31万円)の基本施設サービス費の中間的な値となっていて、医療依存度が高い利用者や医療職を急に減らすことも容易ではない中、介護療養病床を有する医療機関の管理者にとって、にわかに受容可能な額ではなかつただろう。

同介護報酬改定と同時に、診療所の転換を支援するための小規模介護老人保健施設の要件緩和策として、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や、本体とは異なる種類のサテライト型施設ができるようにする措置も

実施された。

この平成 20 年度診療報酬改定では、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されたり、「緊急時施設治療管理料」として、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、医療保険から給付するための算定項目も新設されたりした。

また、福祉医療機構（WAM）の療養病床転換支援策として、平成 20 年度以降の予算で、過去に療養病床に転換し借金を抱えている法人に対する新しい借り換え融資制度などが創設された。

- ・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）計画上の取り扱いとして、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、必要入所定員総数は設定しないものとされた。これにより、必要入所定員総数を既に満たしていることを理由とした、自治体による転換先の介護老人保健施設等の事業所指定の拒否は起こらないこととなった。また、自治体職員を対象とした、転換を支援するための研修が実施された。

## 2. 8 介護老人保健施設への転換が行われうる状況

厚労省による平成 18 年度介護サービス施設・事業所調査によると、平成 18 年 10 月 1 日時点で介護療養病床の指定を受けている事業所は 2,929 施設で、設置主体の内訳としては医療法人が 77.7%で最多、次いでその他（個人など）が 11.2%であり、これら民間セクターが、施設数ベースでおよそ 9 割

を占めていた。これらの経営権を有するのは専ら、いわゆる院長、つまり医療法上の管理者である医師であって、彼らの意向やエフォートを伴わないと転換が進まないという状況であった。

介護老人保健施設に転換する場合、医療職の人員基準は緩和されるが、報酬は減額となり、施設基準は、大規模改修後はより厳しいものとなる。したがって、床面積を増やす建て替えや大規模改修が可能でなおかつ具体的な検討段階に入っていたような場合や、医療職などの退職が予定されていて後任の確保が困難である場合、あるいは要介護度・医療依存度ともに低く介護老人保健施設で処遇しても報酬差額が小さい利用者が多い場合や、在宅復帰を希望している利用者が多くベッド回転率が高い場合など、これらの状況を総合的に踏まえて、介護療養病床から介護老人保健施設に転換するという経営判断が働きうると考えられる。

一方、医療療養病床に転換する場合、人員基準は看護職員などで一部厳しくなるが、医療区分2または3の要件を満たす医療依存度が高い患者については報酬が増額となる。そして施設基準は大規模改修後もそのままとなる。したがって、医療区分2・3の要件を満たす利用者が多く、医療療養病床に転換すれば増収増益を見込める場合や、病床勤務であることそのものにモチベーションを感じているスタッフが多い場合、地域特性として介護職よりも医療職の方が確保しやすい場合、あるいは今後も後期高齢者人口の増加が見込まれる地域にあるにもかかわらず、何らかの理由で将来的に床面積を増やす建て替えや改修を行える見通しが立たない場合などは、これらの状況を総合的に踏まえて、介護療養病床から医療療養病床に転換するという経営判断が働きうると考えられる。

また、行政手続面での煩雑さについて比較考慮すると、介護老人保健施設に転換する場合は、介護保険事業計画による参入障壁こそ免れているものの、

介護保険施設サービスの新規指定にかかる諸々の諸手続を要する。具体的には、自治体との調整、地方厚生局との調整、開設許可申請、開設許可事項変更届、指定辞退届、定款変更、改修工事等、職員への説明、地域住民への説明、利用者・家族への説明などが考えられる。一方、医療療養病床に転換する場合は、たとえ全ての病床を介護療養病床としている場合であっても、医療法上の療養病床としての取り扱いは継続されていて、そして併設されている外来など、何らかの形で医療保険サービスもコンスタントに提供されているため、実質的には、既存の介護保険施設サービスの指定を廃止するための手続が主となる。このような状況を踏まえると、ケースにもよると思われるが、しいて比較すれば、介護老人保健施設に転換するよりも、医療保険適用の病床に戻す方が、より簡便であったかもしれない。

介護療養病床に入院中の患者や家族の立場ではどうだろうか。在宅療養環境を整える間の数週間～数か月単位の利用と考えていた場合であれば、入院中の介護療養病床が介護老人保健施設に転換しても、今まで通りリハビリを受けつつ自己負担額が若干低額になるといった利点がある。しかし、そもそも加齢に伴う要介護状態であるため、いつ重度化してリピーター利用を希望する状況になるか見通しが立たない中、近隣の介護療養病床が介護老人保健施設に転換してしまうと、看護職員が減ったり、夜間医師が不在になったり、なにより入所時に「3か月後を目途に次の行き先を手配していただきたい」などの案内を受けることになったりして、安心して療養することが困難になる。

介護療養病床を現には利用していない市町村民の立場ではどうだろうか。介護療養型施設サービスは、あらゆる介護保険サービスの中で最も利用者1人1月あたりの保険負担額が大きいサービスなので、当該市町村の介護療養病床が他の介護保険サービスに転換すると、一義的には介護保険財政が健全

化し、月額介護保険料が数十円単位、あるいは人口に対する転換ベッド数次第では、100円以上安くなるかもしれない。しかしそれ以上に、住み慣れた居宅の近隣に介護療養病床という、必要に応じて医療職のケアを受けながら長期利用を前提とした入所ができる施設の選択肢がなくなることに伴う不安の方が、より大きいという市民が多かっただろう。

## 2. 9 介護療養病床からの転換状況（介護医療院創設前）

平成18年度および平成24年度介護給付費実態調査によると、平成18年3月サービス提供分として介護療養施設サービス費の請求実績がある事業所が3,038施設あったのに対して、当初の存続期限である平成24年3月においても1,766施設が、介護療養病床から転換していなかった。（厳密には、平成24年3月まで介護療養病床の新設を妨げる規則は無かったが、この間の介護療養病床新設は多くは無かったと考えられる。）同調査によるとこの間、介護老人保健施設は3,445施設から3,834施設に増加しているが、この差分には、療養病床からの転換以外による純粋な新設も含まれており、介護療養病床から介護老人保健施設への転換はほとんど進まなかったといえる。

病床数ベースでは、平成29年11月10日第55回社会保障審議会医療部会資料5によると、介護療養病床数は、平成18年3月時点で12.2万床であったのが、平成24年3月では、7.8万床に減少しているのに対して、医療療養病床数は、平成18年3月時点で26.2万床であったのが、平成24年3月では、26.7万床に微増している。同時期の急性期医療の施策として、平成18年度診療報酬改定において、看護職員が濃厚な病床が相対的に高額な基本報酬で評価されたこともあり、医療療養病床から一般病床へのシフトも少なからずあったことを踏まえると、この6年間、介護療養病床の転換先の最多は医療療養病床であったとされている。

医療区分 1 の患者が多いまま介護療養病床から医療療養病床に転換した場合、収入が減少する報酬体系であったことから、介護療養病床から医療療養病床に転換した医療機関は、医療区分 2 または 3 の要件を満たす医療依存度の高い者を一定数受け入れる状況がある程度整ったのであろうと仮定すれば、施策のサブコンセプトであった療養病床間での「機能分化」はある程度成功したと評価される。しかし、メインコンセプトであった「医療費適正化」とは両立しない結果となった。

このように、介護療養病床の介護老人保健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、平成 23 年公布の介護保険法改正で、介護療養病床の廃止・転換期限は平成 29 年度末まで 6 年間延長された。具体的には、平成 17 年公布の介護保険改正法に基づいて、介護療養病床の関連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された。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。

## 2. 10 介護老人保健施設への転換が進まなかった理由

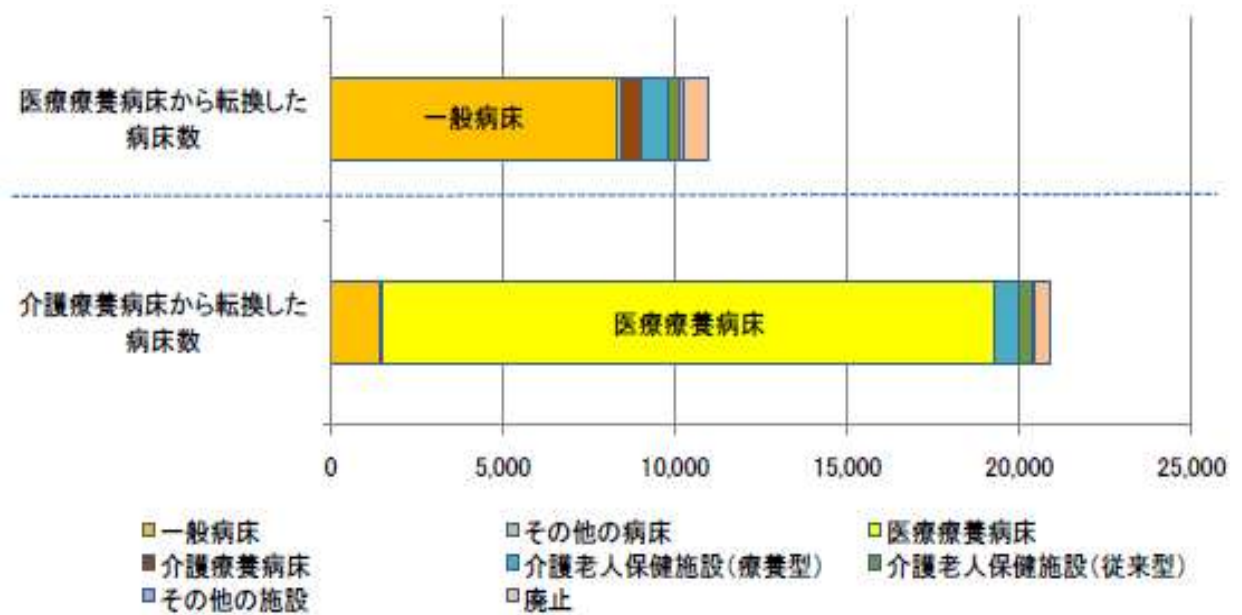
### 2. 10. 1 背景

介護療養病床の多くが介護老人保健施設に転換しようとししない理由に関連して、厚労省が平成 22 年に療養病床を有する全ての管理者を対象に「療養病床の転換意向等調査」というアンケート調査を行い、9 割以上の有効回答を得た。この結果が、介護療養病床の廃止期限延長を決定するに至った直接的な根拠の 1 つとされているので、以下概要を述べる。<sup>19)</sup>

まず、平成 18 年 4 月からちょうど 4 年間で介護療養病床から介護老人保健施設に転換したのは、わずか 26 施設、1,112 床であった。この 4 年間における介護療養病床からの転換先の最多は、やはり医療療養病床で、計 575 施設、17,765 床であった。

図表 6 平成 18 年 4 月から平成 22 年 3 月末までの療養病床の転換状況

(厚生労働省「療養病床の転換意向等調査」結果概要)

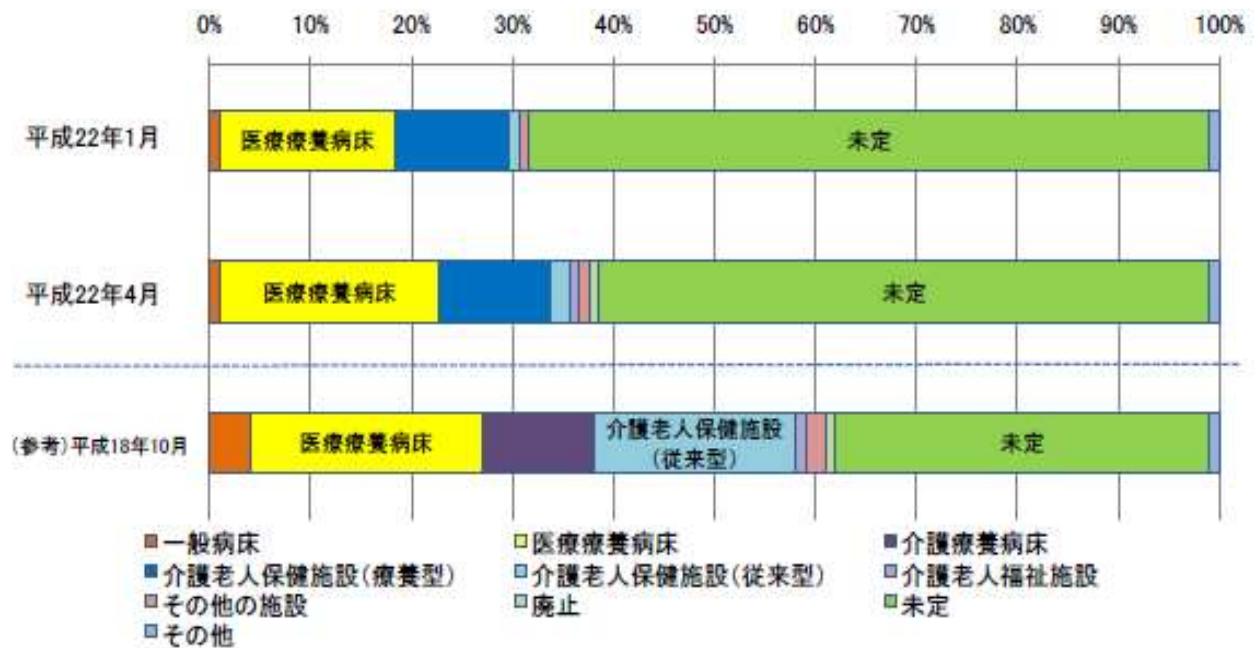




そして、調査当時、廃止期限延長の方針は示されておらず、2年後に廃止期限を迎えるという状況であったにもかかわらず、介護療養病床からの転換意向については、2回の調査でいずれも6割以上の施設（施設数ベースで1,000施設以上、病床数ベースで5万床以上）が「未定」と回答した。

図表7 介護療養病床からの転換意向

（厚生労働省「療養病床の転換意向等調査」結果概要）



更に、2回目の調査で転換先を「未定」と選択した1,190の介護療養病床に対してその理由をあわせて尋ねたところ、「24年度の医療・介護同時報酬改定の方角性をみてから判断したいため」が最多で58%、次いで「懸念事項があるから転換できない」で52%であった。この項目を選択した620施設に対して尋ねた、懸念事項の具体内容は、「地域で療養病床が必要とされているため、転換が困難」が最多（72%）で、次いで「転換にあたって、療養病床利用者の転院先、受け入れ先を見つけるのが困難」（55%）であった。

図表 8 介護療養病床からの転換予定が「未定」を選択した理由  
 (厚生労働省「療養病床の転換意向等調査」結果概要)

介護療養病床からの転換予定が「未定」を選択した理由(複数回答)	件数	割合
24年度の医療・介護報酬同時改定の方角性をみてから判断したいため	687	58%
懸念事項があるため転換できない	620	52%
近隣の医療機関や介護施設から、慢性期医療の受け入れ先としてのニーズが高いため	564	47%
現状の体制で、入院患者の症状が安定しているため	384	32%
医療機関の方針に、現状の体制が適しているため	329	28%
療養病床の経営が、現状で安定しているため	255	21%
一部の病床を転換したところであるため	28	2%
その他	149	13%
介護療養病床からの転換予定が「未定」を選択した医療機関数	1,190	100%

介護療養病床からの転換に係る懸念事項(複数回答)	件数	割合
地域で療養病床が必要とされているため、転換が困難	449	72%
転換にあたって、療養病床利用者の転院先、受け入れ先を見つけるのが困難	339	55%
転換すると利用者の十分な医療的ケアができない	308	50%
建物改修が必要(改修費用、改修時の患者の移動、面積等)	247	40%
転換後の資金繰りの目途が立たない	192	31%
職員の配置や確保が困難	137	22%
病院をやめる・転換することへの抵抗感(法人の理念、職員の意識等)	116	19%
患者や家族への説明が困難	102	16%
周辺に競合する老健施設等があるため、経営に不安	56	9%
介護施設の運営ノウハウがない(事務手続き、職員の意識改革等)	57	9%
近隣に医療機関がなく、急変時の連携が困難	20	3%
その他	83	13%
「懸念事項があるため転換できない」を選択した医療機関数	620	100%

まず「24年度の医療・介護同時報酬改定の方角性をみてから判断したいため」が最多であったことについて、たしかに調査を行ったのは、診療報酬・介護報酬同時改定施行の2年前のタイミングであり、転換候補先の報酬額は最重要決定要素の1つであろう。しかし、医療保険適用病床であっても介護保険施設であっても、どのサービス類型に対して次回報酬改定でより重点的に配分されそうか等の動向がつかめるのは改定施行(廃止期限

の翌日、調査の2年後)の半年前頃からで、更に具体的な点数や単位数がわかるのは施行前3か月を切ってからであり、そこから意思決定をしたのでは手続的に新年度までの転換に間に合わない恐れがあるということは、療養病床の業界には周知の事実であったはずである。したがって、もし選択肢にこの項目が用意されていなければ、同内容の自由記述を能動的に行う施設はもっと少なかったかもしれない。あるいは、厚労省が業界に配慮して廃止期限の延長を行うための伏線として敢えて設けられた選択肢の一つであった可能性も考えられる。

次いで「地域で療養病床が必要とされているため、転換が困難」や「転換にあたって、療養病床利用者の転院先、受け入れ先を見つけるのが困難」という回答が多かったが、これに関連して、「療養病床の転換意向等調査」の調査票配布と同時に「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」として、療養病床および介護老人保健施設の利用者について、医療必要度などの集団属性を比較するための調査が行われた。<sup>20)</sup> 同調査結果では、たしかに介護療養病床では介護老人保健施設と比較して、喀痰吸引や経腸栄養などの日常的な医療的ケアを要する利用者の比率が大きいことなどが明らかになっている。

図表9 医療施設・介護施設の利用者に対する医療の提供状況

(医療経済研究機構「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」報告書)

	介護療養型医療施設		介護老人保健施設		介護老人福祉施設	【参考】 医療療養病床
	病院	診療所	介護療養型	従来型		
総数	18,539人	752人	499人	28,773人	24,111人	33,020人
中心静脈栄養を実施している状態	0.9%	0.4%	0.0%	0.0%	0.1%	6.9%
人工呼吸器を使用している状態(1日5時間以上)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%
気管切開又は気管内挿管が行われている状態	1.7%	1.5%	3.0%	0.1%	0.1%	11.0%
酸素療法を実施している状態	2.8%	2.1%	2.2%	0.5%	0.8%	15.2%
喀痰吸引を実施している状態	18.5%	14.2%	13.8%	2.5%	4.4%	31.8%
経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態	36.9%	29.5%	34.5%	7.6%	10.9%	31.5%

ただし、同調査によると、介護療養病床の平均在院日数は診療所で中央値 17.7 か月、病院で中央値 18.8 か月であり、平成 22 年に調査対象となった利用者の大半は、介護療養病床が廃止されることが判明した後に入院していることがうかがえる。4 年間で、医療機関側が介護老人保健施設への転換を見据えた長期戦略として患者層を変化させていくことは、地域特性にもよるが、ある程度は可能であったのではないかと考えられる。また、介護老人保健施設に転換した場合、医療法関連規則に定められた療養病床の人員基準（当直医や一定数の夜勤看護師など）を満たす必要がなくなるのに加え、調査時点の 2 年前からは、従前から存在する介護老人保健施設よりも 1 割程度上回る特別な基本報酬や各種加算報酬も設けられていた。平成 18~22 年当時はまだ、後期高齢者の人口ピークを既に超えたような地域はごく一部に限られていたため、ちょうど介護療養病床での処遇がマッチするような医療依存度の要介護高齢者の絶対数自体は、地域によって程度の差こそあれ、どこでもいくらか増加傾向にあったと考えられる。また、にわかに医療職を削減したり、これまで受け入れていたような医療依存度の高い利用者の受け入れを一律に拒否したりといったことは、そもそも不可能だろう。しかし廃止が決定してから 4 年たっても介護老人保健施設への転換がほとんど進まない理由について、国内のあらゆる地域で「地域で療養病床が必要とされている」「転換にあたって、療養病床利用者の転院先、受け入れ先を見つけるのが困難」という事情があったものとして説明できるほど、単純ではなさそうである。

なお、転換先が「未定」である理由として「病院をやめる・転換することへの抵抗感」という選択肢も設けられていた。この選択肢にチェックした病院は 19%に過ぎないが、厚労省の補助金で行った調査というこ

とで、正直に選択することに抵抗があった回答者もいるかもしれないし、同趣旨であっても選択肢上の言い回し上を少し配慮し調整すれば、より多くの回答を得られた可能性も考えられる。

同調査結果以外の参考として、厚労省で平成 27 年 10 月に行われた「療養病床の在り方等に関する検討会」において、介護老人保健施設の管理者である同会構成員は、介護療養病床から介護老人保健施設への移行が十分に進まなかった理由として、最初に、政府が「病院」から「施設」への転換を中心に進めたことが考えられる旨を発言している。この発言の真意の解釈は困難だが、医療法に基づく各都道府県の医療計画において、国内の多くの地域で病床数が上限に達していて、一旦自法人が病床を廃止すると、病床の再整備という選択肢を無期限に失うことになるという実務的な事情があるのに加え、「施設」の管理者になるよりは「病院」の院長であり続けたいというような心理的な抵抗感もおそらく幾分かあって、それらが混在しているように思われる。いずれにしても筆者は、介護療養病床から介護老人保健施設への移行が十分に進まなかった理由には、政府による報酬額や施設基準・人員基準の調整といった誘導策だけでは解決不可能な、根本的な要素があるのではないかと考えた。しかし、このことについて、学術的に明らかにした文献は見当たらなかった。

そこで筆者は、療養病床から介護老人保健施設への転換が進まない理由として、金銭的な報酬と手間が割に合うかといったコスト上の問題にはどうしても集約することができない何らかの要素が存在するという仮定のもと、療養病床を有する病院および介護老人保健施設が自法人のウェブサイト上で公開している「理念」を分析し、比較調査することとした。「理念」は、各病院・施設が、それぞれのおかれた環境の中で、果た



そうとする役割について端的に表現しているものであって、経営責任者が地域住民に対して何をアピールしようとしているのかを測る象徴的な指標である。一方で、実態として果たしている役割を客観的に定量化する上で優れた指標とは言い難く、それゆえ行政主体の調査事業では掘り下げられる機会がほとんどない。したがって、行政による調査ではなく、学術研究ならでは取り扱う対象として適当と考えた。

## 2. 10. 2 方法

平成 18 年度以降介護サービス情報公表システムに公表すべき項目として、各事業所の「運営方針」がラインナップされているが、「理念」そのものについてデータベースとして入手できるものは無かった。ただし、一定規模を超える療養病床を有する病院や、一定規模を超える介護老人保健施設であれば、自法人のウェブサイト上に、自主的に、施設もしくは法人の運営理念を公開していた。

そこで、介護療養病床の廃止期限の延期が政策決定された介護保険法改正時点、すなわち平成 23 年時点において、療養病床数が国内上位 28 以内であった施設と、介護老人保健施設のベッド数が国内上位 28 以内であった施設を抽出した。日本全国の療養病床一覧および各施設が有する療養病床のベッド数については、各地方厚生局が平成 23 年 4 月時点分として当時各地方厚生局が公開していた情報を参照した。介護老人保健施設および各施設のベッド数については、WAMNET（独立行政法人福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療の総合情報ウェブサイト）が平成 23 年 4 月時点分として当時公開していた情報を参照した。筆者は、令和元年 5 月 14 日に、これらの計 56 の病院あるいは施設のウェブサイトアクセスして調査し、「理念」というワードが含まれるところの記述を引用した。施設単独で何らかの「理念」を有する場合にはそれを、施設単独

の理念が見当たらない場合には、法人全体の理念として公開されているものを引用した。療養病床を有する病院と、介護老人保健施設の2群に分け、各群において、特定のキーワードが含まれている病院数・施設数を集計した。次に、類似のキーワードを筆者がグループ化して抽出し、そのキーワード群のうちのいずれかが含まれている病院数・施設数を集計し、以下の公式に信頼区間90%( $k=1.65$ ), 95%( $k=1.96$ )とした場合を当てはめることにより、該当する病院・施設の比率の区間推定を行った。

$$\hat{p} - k \sqrt{\frac{\hat{p}(1 - \hat{p})}{n}} < P < \hat{p} + k \sqrt{\frac{\hat{p}(1 - \hat{p})}{n}}$$

倫理的配慮としては、各機関が自主的にアクセス制限を設けずに自法人のウェブサイトに公開しているデータを、各機関固有の情報とは紐づけずに分析する方法を取ったため、これらの機関から個別に同意を得るプロセスや倫理委員会の承認プロセスは経ていない。

## 2. 10. 3 結果

まず基本属性について、療養病床を有する病院のベッド数の上位28施設は、1024~402床で、28施設の療養病床のベッド数合計は15,388床、平均は $549.6 \pm 164.2$ 床であった。介護老人保健施設のベッド数の上位28施設は、300~158床で、28施設のベッド数合計は5,340床、平均は $189.7 \pm 36.1$ 床であった。調査対象とした28の療養病床を有する病院および28の介護老人保健施設は、いずれも、運営に関する何らかの「理念」を日本語で自法人のウェブサイト上に公開していた。なお、調査対象の28の療養病床を有する病院のうち5病院は、どの時点においても介護療養病床を有していた痕跡を確認できず、全て医療保険適用の療養病床であった。また別の5病院は、かつて介護療養病床を有していたものの、すべての介護療養病床を転換した結果、調査日時点では介護療養病

床を全く有していなかった。しかしこの5病院はいずれも医療保険適用の療養病床は引き続き有していた。調査対象の28すべての介護老人保健施設で、調査日時点でも介護老人保健施設を運営していた。

分析結果であるが、調査対象となった療養病床を有する28の病院と、28の介護老人保健施設のうち、理念に特定のキーワードを含む施設の割合は以下のとおりである。

図表 10 理念に特定のキーワードを含む事業所の割合

キーワード	療養病床を有する病院	介護老人保健施設
ケア	4%	18%
復帰	7%	21%
地域	36%	54%
環境	25%	14%
家族	21%	11%
家庭	0%	21%
生活	14%	36%
療養	21%	14%
安心	32%	21%
安全	18%	11%
満足	11%	18%
自立	7%	14%
尊厳	11%	25%
サービス	14%	43%
サポート	7%	25%
信頼	36%	18%



療養病床を有する病院では「信頼」と「地域」が10病院(36%)で最多、次いで「安心」が9病院(32%)であった。介護老人保健施設では「地域」が15施設(54%)で最多、次いで「サービス」が12施設(43%)、「生活」が10施設(36%)であった。療養病床を有する病院の方が該当比率が高いキーワードは、差が大きい順に「信頼」(差18%)「安心」(差11%)「環境」(差11%)「家族」(差11%)などであった。介護老人保健施設の方が該当比率が高いキーワードは、差が大きい順に「サービス」(差32%)「生活」(差22%)「地域」(差18%)「サポート」(差18%)「尊厳」(差14%)などであった。

類似のキーワード群のいずれかを含む事業所の割合および90%,95%信頼区間は以下のとおりである。

図表 11 理念に特定のキーワード群のうちいずれかを含む事業所の割合  
および90%,95%信頼区間

キーワード群		いずれかを含む割合	90%CI		95%CI	
			LL	UL	LL	UL
「信頼」 または 「安心」	療養病床を有する病院	0.61	0.45	0.76	0.43	0.79
	介護老人保健施設	0.29	0.15	0.43	0.12	0.45
「サービス」 または 「ケア」	療養病床を有する病院	0.18	0.06	0.30	0.04	0.32
	介護老人保健施設	0.46	0.31	0.62	0.28	0.65
「復帰」 または 「自立」 または 「家庭」	療養病床を有する病院	0.11	0.01	0.20	-0.01	0.22
	介護老人保健施設	0.32	0.15	0.49	0.15	0.49

CI=confidence; LL=lower limit, UL=upper limit.

上記のとおり、割合の単純比較ではいずれも一定の差が認められ、90%信頼区間では、「信頼」または「安心」を含む割合の比較と、「サービス」または「ケア」を含む割合において、両群で重複が認められなか

った。95%信頼区間からは、いずれのキーワード群の比較でも、含む割合に差がないという可能性を排除することはできなかった。

## 2. 10. 4 考察

まず、療養病床を有する病院も、介護老人保健施設も、最多のキーワードは「地域」であり、いずれの群も、何らかの形で、地域住民のニーズを満たそうと心がけていることがうかがわれた。

療養病床を有する病院では、運営理念に「信頼」または「安心」を含む施設の割合が一定程度高かった。入院患者やその家族にとっては、一旦入院すれば、退院を勧奨されることもなく、看取りまで計画的に実施してもらえらるという点において、「信頼」や「安心」を強みに、近隣の介護老人保健施設との差別化をはかっているものと考えられる。以下はその理由である。療養病床にも、介護老人保健施設にも、長期入所を禁止する直接的なルールがあるわけではない。一方で、療養病床も介護老人保健施設も利用期間が長くなるほど日額単価が低くなるよう報酬が設定されていて、直接的には、新規利用者を多く受け入れること、間接的には、長期利用者が退院・退所することに対して、金銭的なインセンティブが働くシステムとなっている。特に介護老人保健施設では長期入所に伴い算定できる報酬の減額分が大きく設定されているため、介護老人保健施設に入所することになった要介護高齢者やその家族は、何らかの理由により在宅復帰を望めない場合であっても、入所中の施設に対してあからさまに長期入所を希望することは、理念のみならず実質的にもタブーとされる状況にある。これに対し、療養病床では、長期入院に伴う基本報酬の減額分が介護老人保健施設に比して少ないため、退院を勧奨するよりも、病床全体の稼働率を確保した方が、経営がより安定すると捉えている経営者が多いと考えられる。また、介護療養病床は、夜勤の看

護師の複数配置や当直医の配置が基本とされている唯一の介護保険施設サービスである。

介護老人保健施設では、運営理念に「サービス」または「ケア」を含む施設の割合が一定程度高かった。この点については様々な意見が出るかもしれない。筆者は、上記の介護保険法に定められた介護老人保健施設の定義に則り、介護老人保健施設においては、入所者に対する直接的な接触行為に対して、機能回復など、何らかのアウトカムを得ることを、療養病床を有する病院よりも強く意識している傾向が示唆されたものと考えている。これらのキーワードの象徴的な比較対象として、理念に「環境」が含まれている割合は、介護老人保健施設よりも療養病床を有する病院で若干多かったことにも注目すべきである。

なお、信頼区間からは介護老人保健施設と差がない可能性も排除できなかったが、少なくとも今回対象とした療養病床を有する28病院において、運営理念に「復帰」または「自立」または「家庭」を含む施設の割合が低いことがわかった。介護療養病床が法律上廃止される前の旧介護保険法によると、介護療養病床は「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」とされている。一方、介護老人保健施設は「看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設」とされている。これに加え、平成30年の法改正では、実質的な運用の変更を伴うものではないが、実態に即するようになるといって、介護老人保健施設の利用対象者について「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」と条文上に明記された。つまり、介護老人保健施設は在宅復帰を目指す者に対し

て「機能訓練」を行う施設であることが明確化されているのに対して、介護療養病床の定義では、機能訓練より「世話」が先行して記載されている。本調査の結果でも、このようなコンセプトの違いがあらわれたのかもしれない。

その他、統計学的な意義としては語れないものの、療養病床を有する病院では介護老人保健施設よりも「家族」が多く、介護老人保健施設では療養病床を有する病院よりも「家庭」が多いという結果も興味深い。少なくとも在宅療養を行う環境が十分ではない家庭にとって、計画的な看取りまで行う病院は「家族」に対しては魅力的であろう。介護老人保健施設が目指す「家庭」への復帰とは異なる種類の需要も、一定の地域住民（家族）のにとっては存在するという現実を想起させられた。

限界点として、便宜上、大規模の施設を抽出するという形になったため、本研究結果をもって、小規模の医療機関が転換していない理由について同様の考察をあてはめることは難しい。また、療養病床については、介護保険適用の療養病床数単独のデータが入手できず、医療保険適用の療養病床との合計ベッド数でしか病院単位で抽出することはできなかった。しかし療養病床は、医療保険適用であっても介護保険適用であっても、共通の定義が医療法に定められているものであるため、介護保険適用の病床の有無や、その割合が、病院や法人の理念の内容に大きく影響するものではないと考えられた。また、調査対象は平成23年時点のデータベースから抽出したのに対して、「理念」については令和元年時点のものしか情報を得られず、この間に、介護療養病床を転換している病院もあったため、そのタイミングなどで「理念」も見直された可能性は否定できない。また、今回の調査では、療養病床を有する病院群についても、介護老人保健施設の群についても、比率が極端に異なるキーワー

ドは無かった。調査方法として、病院あるいは施設単独の理念が見当たらない場合は、法人全体の理念を引用したが、療養病床を有している法人は介護老人保健施設も有していることが多く、その逆についても同様である。また、本調査で分析対象としたキーワードは、あくまでも筆者が作為的に選択したものであって、いずれも否定的な意味で用いられたものでないことは確認しているが、その単語が用いられた文脈などによって取り扱いを変える等の対応はできていないことも申し添える。

介護保険制度開始以来、平成30年の介護医療院の創設に至るまでの間、医師や常勤の看護師が配置されている介護保険施設サービスは、介護療養病床と、介護老人保健施設のみであった。介護療養病床の廃止施策を打ち出した後、日常的な医療的ケアを要し、実質的に在宅復帰を目指すことが困難である要介護高齢者にとって、退院をせかされることなく安楽に過ごせる介護保険施設サービスが、事実上無くなってしまっていた。

療養病床と介護老人保健施設では、たまたま医療職の人員基準が数値上似通っているが、法律上の定義に照らし合わせても、実際の各病院・施設の理念に照らし合わせても、医療資源の投入目的は質的に大きく異なるものである。実質的に在宅復帰を目指すことが困難である要介護高齢者の実態を素直に受け止め、最期まで処遇することを理念とする病院は、入所者の在宅復帰を目標とする介護老人保健施設に転換することは困難であったのだろうと考えられた。

介護療養病床の廃止および介護保険施設等への転換は、財政健全化を主目的とする一連の施策の一環として決定された施策である。病院の管理者やスタッフに配慮するプロセスが十分とは言えない中、運営上の理念が大きく異なる施設に転換することを勧奨した政府に対して、療養病

床を有する病院が対抗姿勢を示したという要素は、少なからずあったものと考えられる。

## 2. 1 1 おわりに

昭和47年の老人医療費無料化以後、いわゆる社会的入院が増加したというのは周知の事項であり、老人医療費無料化が社会的入院の主な原因というのが通説であるが、本部では、医療および福祉の双方の歴史をさかのぼることによって、その他の原因について検討した。

日本では開業医を中心に、近隣住民の多様なニーズに柔軟に応える形で病床供給を積極的に担ってきたこと、一方、福祉施設は、開設主体の要件も厳しく、個々の利用形態も専ら行政措置によるものであって、量的な面においても、昭和50年頃より謳われるようになった在宅福祉の充実との兼ね合いもあって、病床と比較した場合、結果的には消極的な整備推進体制であった。特に昭和50年代に関しては、福祉施設は全国で年間1万床のペースで増加したのに対して、病床は年間3万床のペースで増加し、加齢に伴い住み慣れた居宅での生活が困難になった高齢者の受け皿を担ったと考えられる。

日本における療養病床は、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として医療法に位置付けられ、平成12年の介護保険法施行以後は、医療保険適用の医療療養病床と介護保険適用の介護療養病床に分けて運用されていたが、急激な高齢化の進行が見込まれる中、医療費適正化を推進する一環として、介護療養病床は平成24年3月に廃止し、既存の介護療養病床は、それまでに、介護保険サービスのいずれかに転換することとされた。

政府は、既存の介護療養病床が介護老人保健施設にスムーズに転換できるように、人員基準や施設基準に関する様々な支援策を設けた。当時存在していた介護保険サービスの中では、介護老人保健施設が、医療職の人員基準や施設基準の観点で、既存の介護療養病床と数値上最も近かったためである。しかし、介護老人保健施設への転換は想定通りには進まず、介護療養病床の実質的な存続期限は当初の平成23年度末から6年間延期されたが、その後もやはり転換は進まず、平成29年度末から6年間、再度延長された。

介護療養病床から介護老人保健施設への移行が十分に進まなかった理由としては、介護老人保健施設の施設基準・人員基準に対する公定価格が、介護療養病床から転換して運営するには割に合うものではなかったからだと認識されている。これは、介護療養病床を有する医療機関の管理者を対象とした政府によるアンケート結果から明らかにされたものである。この説に加え、筆者は、療養病床を多く有する病院と、ベッド数の多い介護老人保健施設の「理念」を比較し、既存の介護療養病床と介護老人保健施設では、一定の差異があることを示した。介護老人保健施設は入所者の在宅復帰のために医療資源を投入する施設であるのに対して、療養病床を有する病院では、入院患者が実質的に在宅復帰を目指すことが困難であるような場合も、その状況を素直に受け止め、計画的に看取りに取り組むという点で、近隣の介護老人保健施設との差別化を図っていることがうかがわれた。介護療養病床の廃止および介護保険施設等への転換は、財政健全化ありきでやむを得ず決定された施策であるが、運営上の理念が大きく異なる施設に転換することを余儀なくした日本政府に対して、療養病床を有する病院業界が対抗姿勢を示したという要素も、ある程度はあったと考えられた。

なお、本調査で得られた療養病床の理念の特徴を踏まえると、転換先の選

択肢として特別養護老人ホームも選択する余地があれば、この道を選ぶ介護療養病床もあったかもしれないが、実際は医療法人に特別養護老人ホームの開設を認める制度改正は頓挫しており、このことも、政府に対する業界の強い不信や、最終的に介護療養病床の減少が進まない結果を招いたと考えられた。



## 第Ⅲ部

### 介護医療院の創設・創設後の状況

## 第Ⅲ部 介護医療院の創設・創設後の状況

### 3. 1 はじめに

3. 2では、平成27年から議論が始まり、平成30年施行の介護保険法で介護医療院という新たな医療系介護保険施設類型が創設されるに至った経緯を述べる。

3. 3では、平成30年4月以降の医療系介護保険施設の類型毎の施設基準・人員基準・介護報酬の概要を示す。報酬については、基本報酬単価のみでは費用額を比較するためのイメージ形成が困難であったため、個々の利用者に算定された加算報酬等も勘案して、実際に算定された報酬額をあわせて示す。

3. 4では、介護医療院の開設状況と、平成30年度以降のデータを含めた介護療養病床の減少状況を示す。

筆者は、第Ⅱ部で、療養病床を多く有する病院と、ベッド数の多い介護老人保健施設の「理念」を比較することによって、既存の介護療養病床と介護老人保健施設では運営理念に一定の差異がある可能性が示唆されることを明らかにした。具体的には、介護老人保健施設は理念上入所者の在宅復帰のために医療資源を投入する施設であるのに対して、療養病床を有する病院では、入院患者が実質的に在宅復帰を目指すことが困難であるような場合も、その状況を素直に受け止め、計画的に看取りに取り組むという点で、近隣の介護老人保健施設との差別化を図っている可能性がうかがわれた。

3. 5では、現在運営を継続している介護療養病床と、実際に開設された介護医療院の運営方針に、ある程度の親和性が認められるかどうか独自に分析し、考察する。

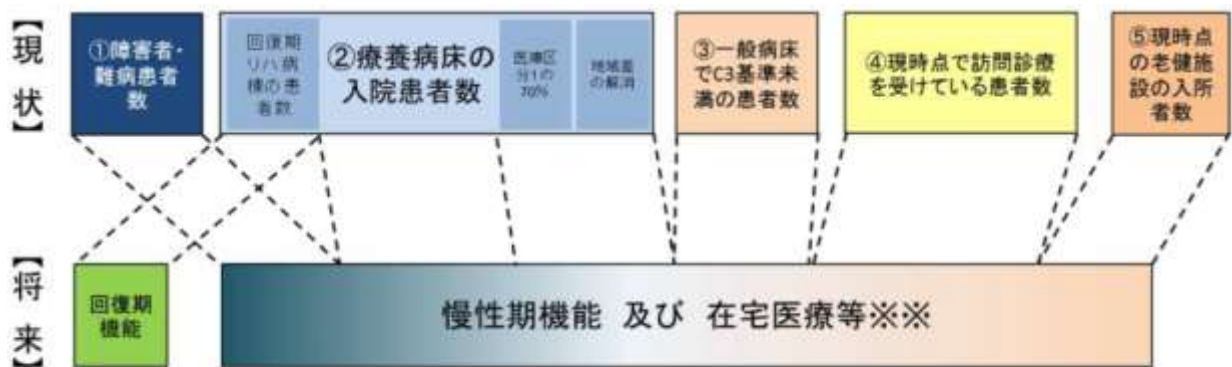
3. 6では、現在令和6年3月末まで存続期限が延長されている介護療養

病床について、更に延長される可能性があるかどうか、その議論の動向について述べる。

### 3. 2 介護医療院創設に至る議論

医療政策の一環として、平成 27 年 3 月にまとめられた「地域医療構想ガイドライン」では、療養病床の入院受療率の地域差解消を目指すとともに、慢性期の病床機能及び在宅医療等の医療需要を一体として捉えて推計することになった。具体的には、一般病床の C3（実際に行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算したとき、医療資源投入量 225 点）未満及び療養病床の医療区分 1 の 70%に相当する入院患者約 30 万人が現状に加えて新たに病院外の自宅、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等で医療を受けることとなった。

図表 12 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ  
(地域医療構想ガイドライン)

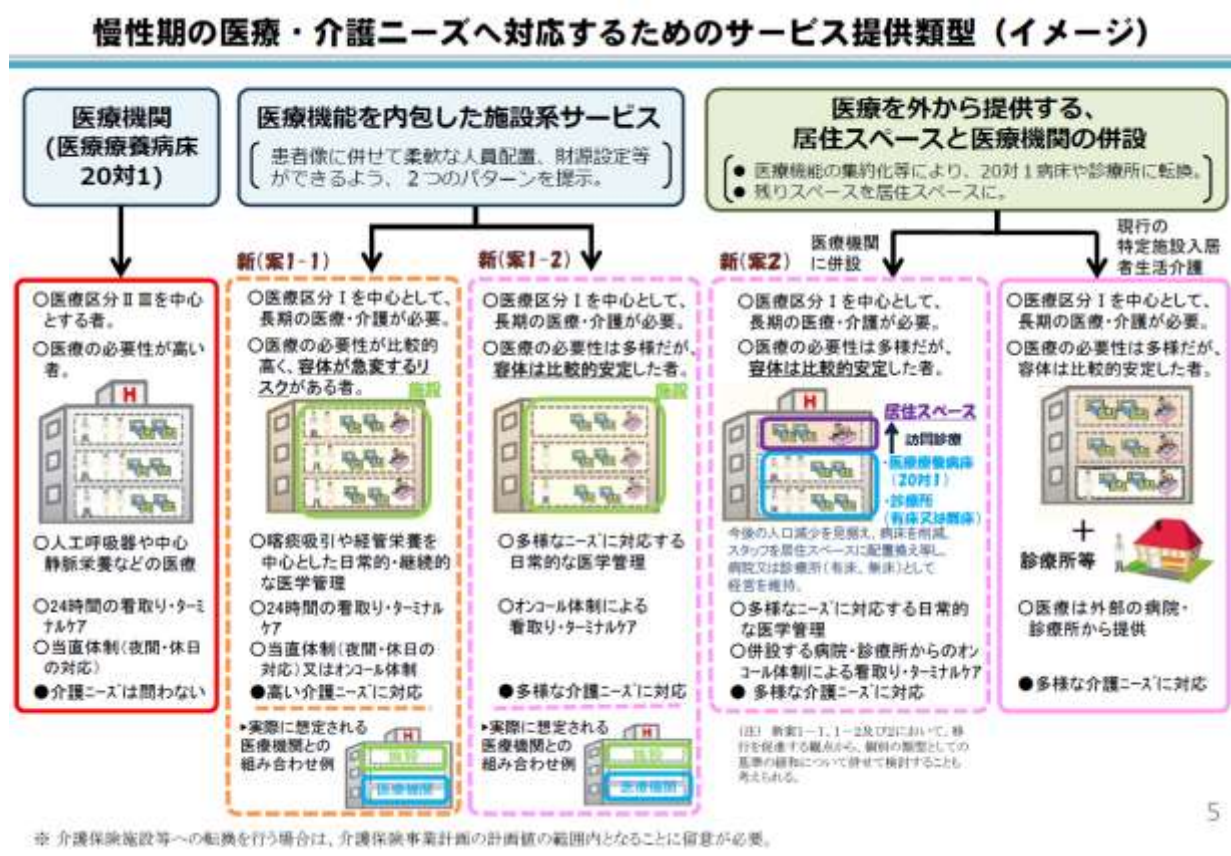


※ このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。  
 ※※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。

平成 27 年 7 月より半年間、「療養病床の在り方等に関する検討会」が計 7 回開催され、療養病床の在り方など、今後の慢性期の医療・介護サービス提供体制について具体的な改革の選択肢の整理が試みられた。具体的には、医療機能を内包した上で、住まい機能を確保した新たな介護保険施設サービス

の類型が提案された。一方、医療療養病床は、平成18年以降の医療法施行規則と概ね同等とされる、看護職員配置20:1で、医療の必要性が比較的高い医療区分2・3に該当する患者を中心に受け入れ、人工呼吸器や中心静脈栄養等の医療に対応すると共に、24時間の看取り・ターミナルケアも行い、夜間休日の医師の当直体制を敷くものとされた。提案された新たな類型の介護保険施設サービスの利用を想定する対象者は、医療区分1を中心として、長期の医療・介護が必要な者であるが、その中でも計2つのサービスのパターンが示された。1つは、喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理に対応し、24時間の看取り・ターミナルケアを行い、医師は当直もしくはオンコールの体制を取り高い介護ニーズに対応する施設サービスのパターンである。もう1つは、多様なニーズに対応する日常的な医学管理に対応し、医師のオンコール体制による看取り・ターミナルケアを行い、多様な介護ニーズに対応する施設サービスのパターンである。いずれのパターンも、病床ではなく、医療機関内に存在する介護保険施設というイメージであった。これらの介護保険施設サービスの新類型とは別に、医療を外から提供する、住まいである居住スペースと医療機関の併設のパターンも提案された。多様なニーズに対応する日常的な医学管理に対応し、併設する病院・診療所からの医師のオンコール体制による看取り・ターミナルケアを行い、多様な介護ニーズに対応するものであって、特定施設入居者生活介護の居宅サービスの指定を受けることなどが考えられた。

図表 13 「療養病床の在り方等に関する検討会」における整理案の概要等



※ 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。

これらの検討会の提案を受けて、医療・介護分野を横断して総合的な検討を行うべく、平成28年、社会保障審議会に「療養病床の在り方等に関する特別部会」が設置され、平成28年6月から12月まで7回の開催を経て議論が取りまとめられた。医療機能を内包した施設系サービスの方は、「介護医療院」という名称の介護保険施設サービスで、生活の場としての機能が明確化されたが、医療法上の医療提供施設としての位置づけも残った。既存の建築物を転用する場合、大規模改修までの間は病床床面積 6.4 m<sup>2</sup>以上、すなわち介護療養病床の基準のままで可とされた。一方、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等、プライバシーに配慮した療養環境の整備を行うこととされた。低所得者への配慮として、介護老人保健施設や介護療養病床など他の介護保険施設と同様に、食費・居住費を応能負担

とするサービスの対象とされた。なお、居住スペースと医療機関の併設である医療外付け型の居住スペースの方は、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が想定され、面積基準は、例えば、現行の有料老人ホームであれば、個室で 13.0 m<sup>2</sup>以上だが、既存の建築物を転用する場合、個室であれば面積基準はないものとされた。

療養病床の在り方等に関する特別部会の審議を受け、改正介護保険法が平成 29 年 6 月 2 日に公布され、医療法上の医療提供施設かつ介護保険法上の介護保険施設として「介護医療院」が創設された。開設主体は、地方公共団体、医療法人、社会福祉法人等の非営利法人等とされ、病院又は診療所、すなわち医療機関から介護医療院に転換した場合には、転換前の医療機関の名称を引き続き使用することが認められた。現行の介護療養病床は、平成 30 年 4 月から更に 6 年間の存続期限の延長が認められた。

平成 29 年 8 月には、医療療養病床・介護療養病床・介護療養型老人保健施設からの介護医療院への転換については、市町村の介護保険事業計画の総量規制の対象外とする旨の通知が出され、これにより、医療機関あるいは医療機関由来の介護老人保健施設から介護医療院に参入しようとする場合、総量超過を理由とした指定の拒否は生じないこととなった。

平成 29 年 11 月 22 日、第 152 回社会保障審議会介護給付費分科会において、介護医療院の人員基準・施設基準のイメージ案が公表された。まず、介護医療院の基本施設サービス費の算定要件となる人員基準は、I 型では現行の介護療養病床の基準を参考に、II 型では現行の介護老人保健施設の基準を参考に、設定された。療養室については、定員 4 名以下、1 人当たり療養室床面積は原則として介護老人保健施設と同様の 8.0/m<sup>2</sup>とし、多床室であってもプライバシーに配慮した環境に努めることとされた。また、加算報酬として、より早く転換した施設がより長期間算定できる「移行定着支援加算」

が示された。

平成 30 年 1 月 26 日、社会保障審議会介護給付費分科会は平成 30 年介護報酬改定案および運営基準案を了承し、介護給付費分科会から報告を受けた社会保障審議会は、同日諮問案通り答申した。

平成 30 年 4 月に介護保険改正法が施行され、その後介護医療院が順次開設されることとなった。

### 3. 3 介護医療院の基準・介護医療院への参入支援策

前述のとおり、介護医療院は、中長期的なニーズを鑑みて、住まいと生活を医療が支える新たなモデルとして創設されたが、その創設を要した最大の理由は、一度打ち出した「介護療養病床の廃止」施策を遂行できる目途が立たなかったからである。それゆえ、法律上は、医療提供施設に加え、生活施設としての機能が明確化され、要介護高齢者の長期療養・生活施設と位置付けられていて、それは理想論に基づいて定められた結果ともうかがえるが、一方で、実運用上の人員基準・施設基準などは、既存の介護療養病床などからの転換先の受け皿であることを大いに意識した内容となっている。

いずれにしても、平成 30 年 4 月以後の医療系介護保険施設は、介護老人保健施設、介護療養病床、介護医療院の 3 類型となり、それぞれのコンセプトは

- ・介護老人保健施設：在宅復帰・在宅療養支援のための地域拠点となる施設
- ・介護療養病床：医療の必要な要介護高齢者の長期療養施設
- ・介護医療院：医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設

となった。すなわち、介護医療院については、それまで介護療養病床が担っていた役割を基本的に全て継続して担いつつ、更に生活環境を提供する役割



が公式に付加されたような形となった。

図表 14 医療系介護保険施設の人員基準

		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		指定基準	報酬上の基準
				類型(I)	類型(II)	類型(I)	類型(II)		
人員基準 (雇用人員)	医師	48:1 (病棟で5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】 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	/	/	/	/	/	/	100:1 (1名以上)	—
	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、国庫法施行規則における基準を準用 注2: 数字が斜線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、療養体制維持特例加算で介護4:1となる。

図表 15 医療系介護保険施設の施設基準

		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 <sup>2</sup> /人以上	定員4名以下、床面積8.0m <sup>2</sup> /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m <sup>2</sup> /人以上で可	定員4名以下、床面積8.0m <sup>2</sup> /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m <sup>2</sup> /人以上で可
	機能訓練室	40m <sup>2</sup> 以上	40m <sup>2</sup> 以上	入所定員1人あたり1m <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 以上	入所定員1人あたり1m <sup>2</sup> 以上	入所定員1人あたり2m <sup>2</sup> 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 ※終端措置 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



介護老人保健施設への転換に際して障壁となっていた、転換先の報酬が低いという問題に対しては、介護医療院に対して、介護療養病床とも見劣りしない基本報酬や加算を設けることで対応された。当初の医療費適正化からは相反するものの、理念上、介護療養病床が担っていた特定の役割を不要としたわけでもないため、相応の報酬水準を設定することにも大義が生じた形となった。

図表 16 平成 30 年度以降の介護療養病床単位数

社保審-介護給付費分科会	
第158回 (H30.1.26)	参考資料 1

基本報酬(療養型介護療養施設サービス費)(多床室、看護6:1・介護4:1の場合)(単位/日)

<現行>

	療養機能強化型A	療養機能強化型B	その他
要介護1	778	766	745
要介護2	886	873	848
要介護3	1,119	1,102	1,071
要介護4	1,218	1,199	1,166
要介護5	1,307	1,287	1,251

<改定後>

⇒ 変更なし

<現行>

設定なし ⇒

<改定後>

一定の要件を満たす入院患者の数が基準に満たない場合の減算(新設)

所定単位の100分の95。加えて、当該減算の適用となった場合、一部の加算※のみ算定可とする。

※ 若年性認知症患者受入加算、外泊時費用、試行的遠隔サービス費、他科受診時費用、初期加算、栄養マネジメント加算、療養食加算、認知症専門ケア加算、認知症行動・心理症状緊急対応加算、サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算

図表 17 平成 30 年度以降の介護医療院単位数

社保審-介護給付費分科会	
第158回 (H30.1.26)	参考資料 1

○ 基本報酬(多床室の場合)(単位/日)

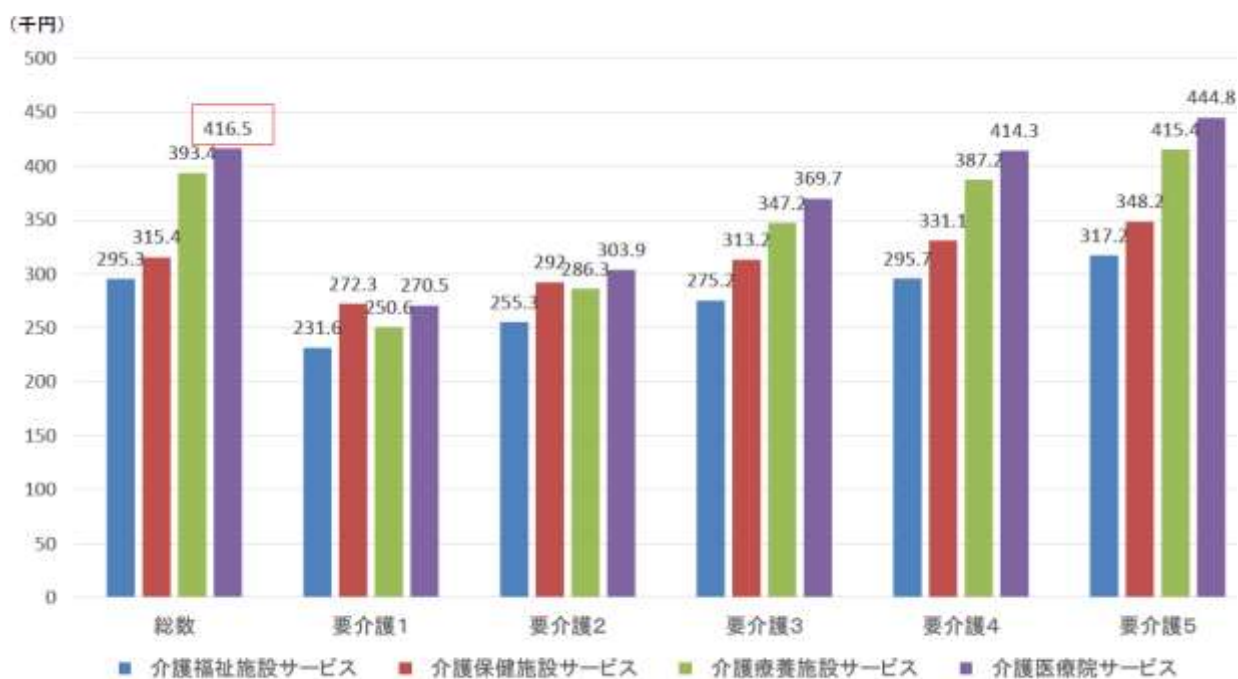
	(新設)					
	I型療養床			II型療養床		
	I型介護医療院サービス費(I) (療養機能強化型A相当) (看護6:1介護4:1)	I型介護医療院サービス費(II) (療養機能強化型B相当) (看護6:1介護4:1)	I型介護医療院サービス費(III) (療養機能強化型B相当) (看護6:1介護5:1)	II型介護医療院サービス費(I) (転換老健相当) (看護6:1介護4:1)	II型介護医療院サービス費(II) (転換老健相当) (看護6:1介護5:1)	II型介護医療院サービス費(III) (転換老健相当) (看護6:1介護6:1)
要介護1	803	791	775	758	742	731
要介護2	911	898	882	852	836	825
要介護3	1,144	1,127	1,111	1,056	1,040	1,029
要介護4	1,243	1,224	1,208	1,143	1,127	1,116
要介護5	1,332	1,312	1,296	1,221	1,205	1,194

※ 療養室等の療養環境の基準を満たさない場合には25単位を減算する。

基本報酬単価の比較ではわかりにくいですが，創設1年後の介護給付費実態統計では，実際に，介護医療院の利用者1人1月当たりの介護保険給付額が約42万円ということで，介護療養病床の利用者よりも明らかに高単価となっている。

図表 18 介護保険施設の利用者1人1月当たり介護保険給付額

社保審一介護給付費分科会	
第183回 (R2.8.27)	資料 3



出典:介護給付費実態統計(令和2年1月審査分)

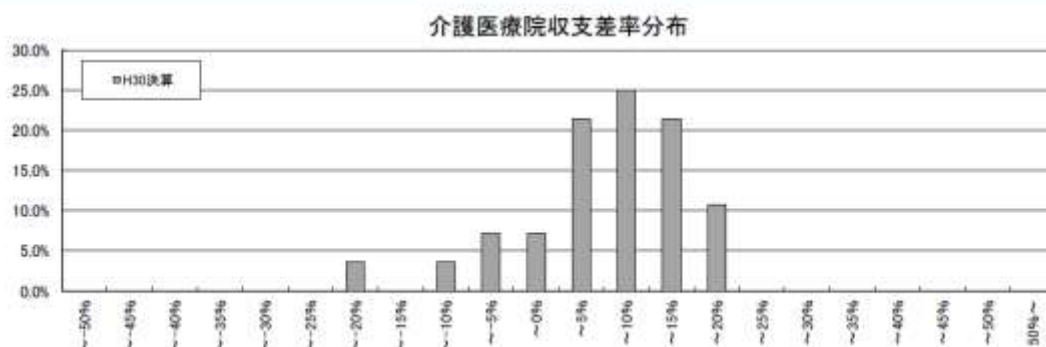
平成30年度決算報告に関する概況調査によると、介護医療院については有効回答数が28と少ないものの、収支差率についても、介護療養病床より高いという報告になっている。

図表19 介護医療院の収支差率および分布

社保審一介護給付費分科会	
第183回 (R2.8.27)	資料3

■ 施設サービスにおける収支差率（ ）内は税引後収支差率

サービスの種類	令和元年度 概況調査		
	H29年度 決算	H30年度 決算	対29年度 増減
介護老人福祉施設（有効回答数1,257）	1.7% (1.7%)	1.8% (1.8%)	+0.1% (+0.1%)
介護老人保健施設（有効回答数603）	3.9% (3.7%)	3.6% (3.4%)	△0.3% (△0.3%)
介護療養型医療施設（有効回答数113）	5.0% (4.0%)	4.0% (3.2%)	△1.0% (△0.8%)
(参考)介護医療院（有効回答数28）	—	7.1% (6.6%)	—



出典:令和元年度 介護事業経営概況調査結果

### 3. 4 介護医療院の開設状況・介護療養病床の減少状況

介護医療院が介護保険法に位置付けられて2年、令和2年9月末時点の開設施設数は539となっている。ベッド数ベースで、71%が介護療養病床から、13%が介護療養病床から一旦介護老人保健施設に転換していた施設から、16%が医療療養病床からの参入となっている。

図表 20 介護医療院の施設数の推移・ベッド数の推移・転換元の病床割合

社保審一介護給付費分科会	
第183回 (R2.8.27)	資料 3



一方、介護療養型施設サービスを提供する事業所として指定を受けた介護療養病床の数は、廃止が決まった平成18年に約12.1万床だったのが、令和2年4月には2.0万床まで減少した。

図表 21 介護療養病床数の推移

社保審一介護給付費分科会	
第183回 (R2.8.27)	資料 4

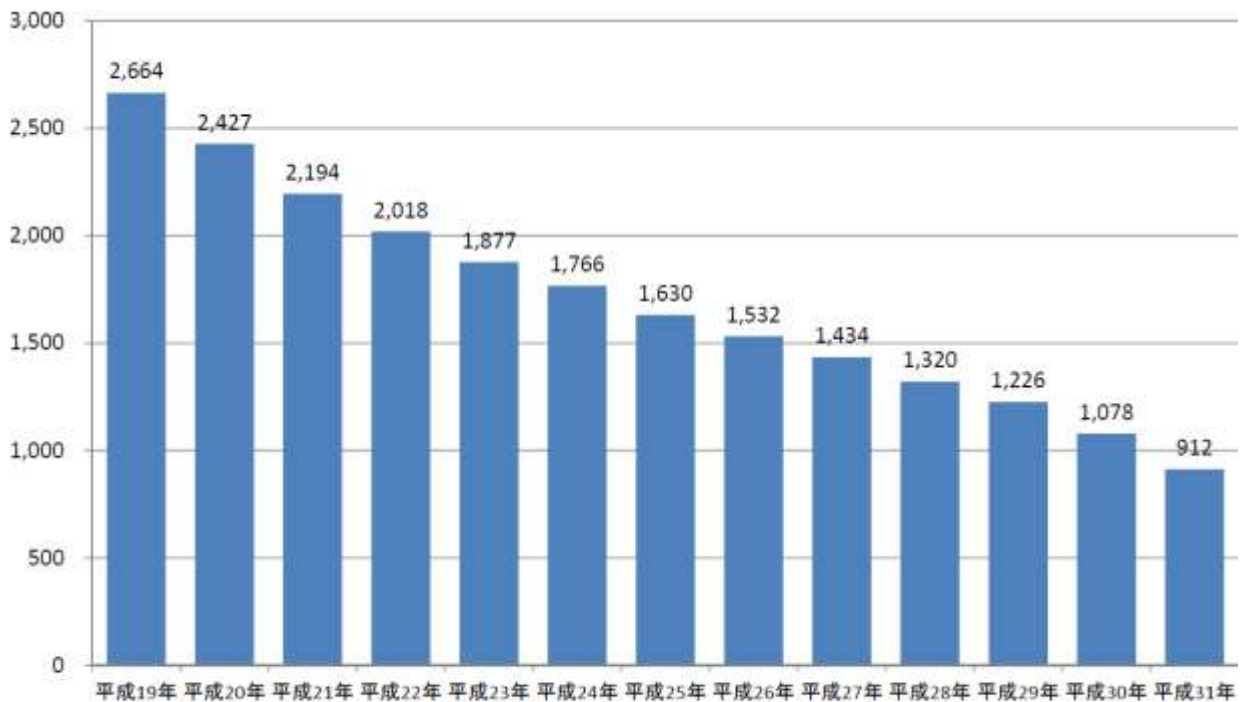


出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」(月報) 15

介護療養病床には、介護サービス事業所としての指定のみ残して、近年運用実績のないような医療機関も存在しているが、請求実績がある事業所数は、介護給付費等実態統計によると、平成19年4月審査分では2,664施設あったが、令和2年9月審査分では536施設まで減少している。

図表 22 介護療養病床の、請求実績のある事業所数の推移

社保審—介護給付費分科会	
第183回 (R2.8.27)	資料 4



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。  
※介護予防サービスは含まない。

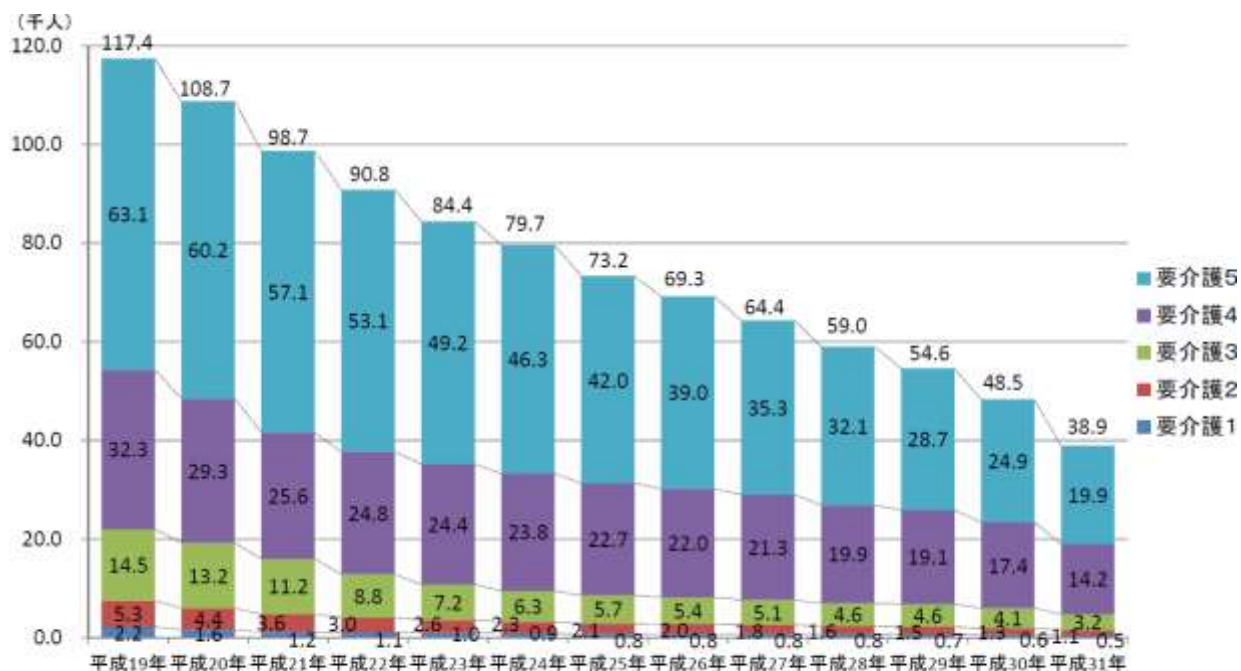
出典：厚生労働省「介護給付費実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)



前述の指定病床のうち、介護報酬の請求実績がある人数、すなわち介護療養病床を実際に利用した者の数に相当する値も、平成19年4月審査分では約11.7万人いたのが、令和2年4月審査分では2.8万人まで減少した。

図表 23 介護療養病床の利用者数の推移

社保審一介護給付費分科会	
第183回 (R2.8.27)	資料 4



※総数には、月の途中で要介護から要支援（又は要支援から要介護）に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

1

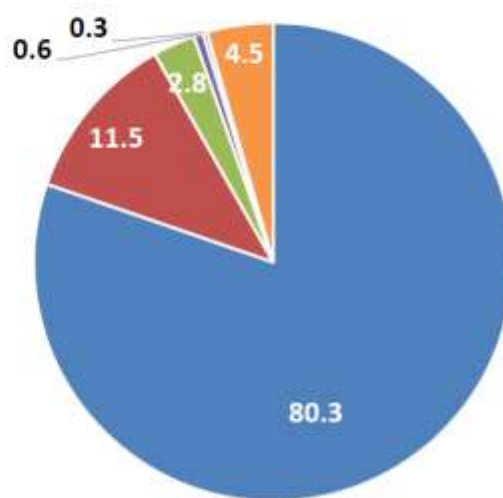
介護療養型施設サービス事業所の指定を取り消した事業所の移行先内訳は、介護医療院が80%と最多で、次いで医療療養病床が12%であった。

図表24 介護療養病床の移行先等

社保審一介護給付費分科会	
第183回 (R2.8.27)	資料4

介護療養病床の移行先等(平成30年4月～令和2年6月)

転換先等	病床数
介護医療院	23,126 (80.3%)
医療療養病床	3,308 (11.5%)
医療療養病床以外の病床	820 (2.8%)
介護老人保健施設	181 (0.6%)
その他	83 (0.3%)
廃止	1,287 (4.5%)
合計	28,805 (100%)



- 介護医療院
- 医療療養病床
- 医療療養病床以外の病床
- 介護老人保健施設
- その他(サ高住、有料老人ホーム、認知症GH等)
- 廃止

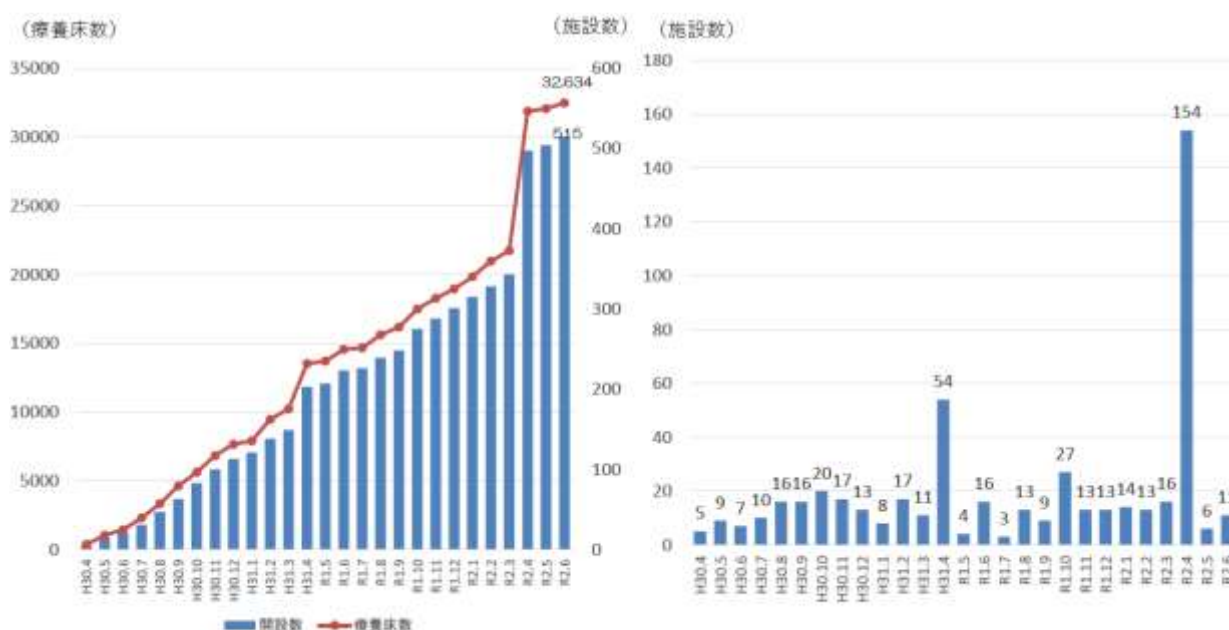
介護医療院開設移行状況把握及び研修等事業(令和2年6月30日時点)



なお、月別にみると、平成2年4月に介護医療院の新規開設が突出して多かった。

図表 25 介護医療院の類型施設数・療養床数および月別新規開設施設数

社保審一介護給付費分科会	
第183回 (R2.8.27)	資料 3



出典：介護医療院開設移行状況把握及び研修等事業（令和2年6月30日時点）

この理由について、介護給付費分科会委員の1人で、全国市長会介護保険対策特別委員会を代表する大西秀人氏は、介護医療院を開設した後12カ月間算定可能な「移行定着支援加算」が算定可能な期限が、令和3年3月末とされていることに関連しているだろうと発言し、これに反論は出なかった。すなわち、介護療養病床を介護医療院への早期の転換を促進することを目的とした、介護報酬およびその算定要件による政策誘導には、一定の効果があつたことがうかがわれる。

### 3. 5 介護医療院の運営方針

#### 3. 5. 1 方法

日本では、介護保険法に基づき、利用者が介護サービスや事業所・施

設を比較・検討して適切に選ぶための情報を公表する「介護サービス情報公表制度」がある。この制度に基づき、日本全国の約 21 万か所の介護サービス事業所に関する基本的な情報が、各都道府県によって「介護サービス情報公表システム」というウェブサイトで公表されている。筆者らは、本ウェブサイトで公表されている介護医療院の全てと、介護療養病床については都道府県毎に 25%ずつを無作為抽出した。介護老人保健施設については都道府県毎に 5%ずつを、介護老人福祉施設、すなわち特別養護老人ホームについては都道府県毎に 2.5%ずつを、それぞれ無作為抽出した。これらを以下、本調査における調査対象施設の 4 群とした。いずれの施設群においても、「運営方針」が共通して公表すべき項目となっていたため、同項目欄に公表されたテキストを抽出し、それに含まれるキーワードの特徴を、施設類型毎に比較検討した。介護サービス情報公表システムへのアクセス日は令和 2 年 1 月 1 日であった。

各施設群において、特定のキーワードが含まれている施設数を集計した。以下の公式に信頼区間 90%( $k=1.65$ )、95%( $k=1.96$ )とした場合、該当する施設の比率の区間推定を行った。

$$\hat{p} - k \sqrt{\frac{\hat{p}(1-\hat{p})}{n}} < P < \hat{p} + k \sqrt{\frac{\hat{p}(1-\hat{p})}{n}}$$

本調査では、各施設が、国民にウェブで情報公開されることを了承した上で各都道府県に提供したデータのみを取り扱った。また、分析は各施設固有の情報とは紐づけずに行った。したがって、調査対象施設や各都道府県から個別に同意を得るプロセスや、倫理委員会の承認プロセスは経ていない。

### 3. 5. 2 結果

抽出施設数は、介護医療院(調査時点で掲載済の全数)が 142、介護療養

病床(25%抽出)が 245 であった。また、介護老人保健施設(5%抽出)の施設数は 237、介護老人福祉施設(2.5%抽出)は 222 であった。

本調査の対象となった介護医療院の平均ベッド数は  $60.4 \pm 40.2$  であった。一方、厚労省によると、令和元年 12 月 31 日時点で国が把握している介護医療院については、施設数が全国計 301、ベッド数は全国計 18,931、すなわち施設あたり平均ベッド数は 62.9 である。本調査の対象となった介護療養病床の平均ベッド数は  $51.6 \pm 62.2$  であった。一方、平成 29 年度介護サービス施設・事業所調査によると、同年 10 月 1 日時点で国が把握している介護療養病床については、施設数が全国計 1,196、ベッド数は全国計 53,352、すなわち施設あたり平均ベッド数は 44.6 である。少なくとも規模の観点からは、抽出された施設にある程度の代表性があるものと捉えて差し支えないものと考えられた。

以下は、自施設の運営方針に、特定のキーワードを含む事業所数および割合を、施設群毎に示したものである。

図表 26 運営方針に特定のキーワードを含む事業所数および割合

施設群 (施設数)	介護医療院 (142)	介護療養病床 (245)	介護老人保健 施設(237)	介護老人福祉 施設(222)
「復帰」	19(13%)	20(8%)	141(59%)	56(25%)
「長期」	58(41%)	112(46%)	0(0%)	0(0%)
「管理」	90(63%)	162(66%)	96(41%)	35(16%)
「世話」	76(54%)	123(50%)	73(31%)	37(17%)
「連携」	66(46%)	112(46%)	67(28%)	42(19%)
「自立」	83(58%)	144(59%)	136(57%)	89(40%)
「地域」	79(56%)	99(40%)	111(47%)	101(45%)

以下は、自施設の運営方針に、特定のキーワードを含む事業所の割合  
 および 90%,95%信頼区間を、施設群毎に示したものである。

図表 27 運営方針に特定のキーワードを含む事業所の割合  
 および 90%,95%信頼区間

キーワード		含む割合	90% CI		95%CI	
			LL	UL	LL	UL
「復帰」	介護医療院	0.13	0.08	0.18	0.07	0.19
	介護療養病床	0.08	0.05	0.11	0.05	0.11
	介護老人保健施設	0.59	0.54	0.64	0.53	0.65
	介護老人福祉施設	0.25	0.20	0.30	0.19	0.31
「長期」	介護医療院	0.41	0.34	0.48	0.33	0.49
	介護療養病床	0.46	0.41	0.51	0.40	0.52
	介護老人保健施設	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	介護老人福祉施設	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
「管理」	介護医療院	0.63	0.56	0.70	0.55	0.71
	介護療養病床	0.66	0.61	0.71	0.60	0.72
	介護老人保健施設	0.41	0.36	0.46	0.35	0.47
	介護老人福祉施設	0.16	0.12	0.20	0.11	0.21
「世話」	介護医療院	0.54	0.47	0.61	0.46	0.62
	介護療養病床	0.50	0.45	0.55	0.44	0.56
	介護老人保健施設	0.31	0.26	0.36	0.25	0.37
	介護老人福祉施設	0.17	0.13	0.21	0.12	0.22
「連携」	介護医療院	0.46	0.39	0.53	0.38	0.54
	介護療養病床	0.46	0.41	0.51	0.40	0.52

	介護老人保健施設	0.28	0.23	0.33	0.22	0.34
	介護老人福祉施設	0.19	0.15	0.23	0.14	0.24
「自立」	介護医療院	0.58	0.51	0.65	0.50	0.66
	介護療養病床	0.59	0.54	0.64	0.53	0.65
	介護老人保健施設	0.57	0.52	0.62	0.51	0.63
	介護老人福祉施設	0.40	0.35	0.45	0.34	0.46
「地域」	介護医療院	0.56	0.49	0.63	0.48	0.64
	介護療養病床	0.40	0.35	0.45	0.34	0.46
	介護老人保健施設	0.47	0.42	0.52	0.41	0.53
	介護老人福祉施設	0.45	0.39	0.51	0.38	0.51

CI=confidence; LL=lower limit, UL=upper limit.

「復帰」「長期」「管理」「世話」「連携」を含む施設の割合について、介護療養病床と介護医療院では、90%信頼区間で重複が認められたが、介護療養病床と介護老人保健施設では、95%信頼区間でも重複が認められなかった。「自立」を含む施設の割合について、介護療養病床では、介護医療院とも、介護老人保健施設とも、90%信頼区間において重複が認められた。「地域」を含む施設の割合について、介護療養病床と介護医療院では、95%信頼区間で重複が認められなかったが、介護療養病床と介護老人保健施設では、90%信頼区間で重複が認められた。

### 3. 5. 3 考察

本調査は、筆者が、各施設類型を比較検討する上で象徴的と考えた幾つかのキーワードを作為的に抽出して調査したものであって、あらゆるキーワードについて体系的に調査できたわけではない。そのような限界点はあるが、介護療養病床と介護医療院を比較した結果、まず「地域」に関しては、介護医療院の運営方針において高率に含まれていた。しか

し、「地域」以外では、本紙への結果掲載を割愛したものを含め、筆者が調査した全てのキーワードにおいて、介護療養病床と介護医療院では含む割合が近似していた。一方、介護療養病床と介護老人保健施設を比較した結果、少なくとも「復帰」「長期」「管理」「世話」「連携」など、多くのキーワードについて、含む割合に一定の差が認められた。

介護保険法によると、かねてより廃止が決まっている介護療養病床は、長期療養のための医療と医学的管理の下における介護等を提供するものである。それに対し、当初平成24年3月までに転換することとされた介護老人保健施設は、リハビリ等を提供し、在宅復帰を目指す施設とされている。一方、平成30年より転換先の現実的な候補として新たに創設された介護医療院は、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とされている。つまり、介護医療院は、介護保険法のコンセプト上、これまで介護療養病床が担ってきた役割を基本的に継続して担いつつ、日常生活を送る場という機能が付加された施設ということができる。

もっとも、この介護医療院のコンセプトは、まず介護療養病床を介護老人保健施設に転換させようとしたが失敗したという経緯を踏まえ、今度こそ、より転換が進むようにという観点からも検討され、新たに設けられたものである。したがって、介護療養病床から転換した後の運営方針という点においても、介護老人保健施設よりも、介護医療院の方が、介護療養病床とより親和性が高いという結果は、調査前から自然に想定されたことである。また、本調査では、同一施設の、介護療養病床からの転換前後の運営方針の変化を追うという形で、直接比較ができたわけではない。

しかし本調査から、介護療養病床と、実際に開設に至った介護医療院

との運営方針は集団属性として一定程度類似していて、それらは介護老人保健施設とは一定の差異があるということが示された。そして実際の転換先の選択肢として介護老人保健施設と介護医療院を比較した場合、運営方針の大幅な変更の要否という観点では、介護老人保健施設よりも、新設された介護医療院の方が、参入障壁がより低いということが考えられた。

なお、厚労省が平成30年11月時点で開設済の全ての介護医療院計63施設に対して行ったアンケート調査の結果でも、40施設から回答があり、「既に移行した介護医療院のうち、開設にあたって施設理念を新たに創設したかをたずねたところ、介護医療院全体のうち、理念の創設を行ったと回答した施設は7.5%、理念の創設は行っていないと回答した施設は87.5%であった。施設理念を創設しなかった施設に、その理由をたずねたところ、もともとの理念と変わらないため が91.4%と最も大きかった。」ということである。<sup>21)</sup> この文献も踏まえた考察として、介護報酬や人員基準・設備基準の配慮に加え、理念の変更も要しないような、これら全ての要件を満たす新施設類型が設けられたことによって、ようやく転換が進んできたという見方もでき、実際本調査においても、介護医療院への参入を機により利用者の生活環境を充実させるなどの、施設運営側の新たな意気込みが集団属性として確認できるような結果が得られたわけではない。

### 3. 6 介護療養病床の存続期限に関する議論の動向

厚労省が令和元年6月30日時点で開設済の介護医療院全223施設を対象に行ったアンケート調査によると、回収された74施設中、介護医療院の開設を決めた理由の最多は「自院に介護医療院にふさわしい者が多いと考えら

れた」で 78%，移行前後，経営面に「良い影響」と回答した施設が 49% 「悪い影響」は 4%であった。<sup>22)</sup> 介護医療院利用者あるいは潜在的利用者の満足度などについて，複数施設を対象としたアンケート調査結果等は見つけられなかった。

介護保険法は平成 12 年の開始以来，3 年度毎に定期的に改正法が施行されており，令和 3 年度施行の介護保険法改正に向けた議論は，2019 年 2～12 月に，第 75～89 回の社会保障審議会介護保険部会で行われた。介護療養病床のサービス提供側を代表する委員として，日本慢性期医療協会の会長らが，また，介護療養病床に限った形ではないが，サービス利用者を代表する委員も参画していたが，それでも介護療養病床関連の議論としては，介護医療院に転換する際の実務的な問題が共有されたのみで，介護療養病床の存続期限の延長など，法改正を要する議題は誰からも提起されなかった。この改正法案は令和 2 年の通常国会で可決・成立しており，三度延長されるという見込みはない状況である。存続期限は既に令和 6 年 3 月まで延長されているため，令和 6 年度施行の介護保険法改正で初めて議論し，存続期限を再々々延長とすることも手続き上不可能ではないかもしれないが，今のところ問題提起もされておらず，そのような可能性は低い状況と考えられる。

### 3. 7 おわりに

介護保険法に，介護医療院という新たな施設類型が創設されることになった経緯については，まず平成 27 年から 28 年にかけて，検討会そして特別部会という形で，その後の療養病床の在り方に関する議論が行われた。そこで，介護療養病床が果たしてきた役割，すなわち，「医療依存度が高くて，事実上在宅復帰ができないような高齢者にも安心して長期療養していただくための環境を提供するという役割」は，確かにコストはかさむけれども，だか



らといって安直に廃止としていいものではなくて、「やはり何らかの形で介護保険施設として存続させる余地を残す必要がある」といったことが暗に合意された。また、介護保険法改正を見据えて、今あるハード・ソフト資源のみにとらわれず、今後中長期的に必要となる役割は何かといった観点から、幅広い議論がなされた上で、介護医療院という新たな医療系介護保険施設の類型を、平成30年度から介護保険法に位置づけることになった。

平成30年度以降、医療系介護保険施設は3類型となった。介護老人保健施設は、在宅復帰・在宅療養支援のための地域拠点となる施設。介護療養病床は、医療の必要な要介護高齢者の長期療養施設。そして介護医療院は、医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設。すなわち、介護医療院は、これまで介護療養病床が担ってきた役割を基本的にすべて継続しつつ、生活の場という役割を強化したものということができる。

介護老人保健施設に転換しようとする避けられなかった、転換先の報酬が低いという問題に対しては、介護医療院に対して、介護療養病床と見劣りしない基本報酬や加算を設けることで対応されていて、昨年4月の介護給付費実態統計では、実際に、介護医療院の1人当たり費用額が約42万円と、介護療養病床の利用者よりも高単価となっている。

介護医療院がスタートして2年、令和2年9月末時点の開設施設数は539となっている。一方、介護療養病床の指定病床数は、廃止が決まった頃に約12万床だったのが、令和2年4月には2万床を切るに至った。請求実績がある事業所数についても、2,664施設から、令和2年9月には536施設まで減少した。

介護サービス情報公表システムに公開されている、各施設の「運営方針」に特定のキーワードが含まれる割合を、施設類型ごとに算出したところ、「復帰」「長期」「管理」「世話」「連携」「自立」など、介護療養病床と介護医療院

では、ほとんどのキーワードに関して、運営方針に含む施設の割合がほぼ同じであった。厚労省の調査結果も踏まえると、介護医療院を開設した施設は、介護療養病床の際にかかっていた運営方針を抜本的に変更することはなく、介護医療院の参入に至っているところが多い可能性がうかがわれた。

仮に介護療養病床の存続期限をまた延長するとなると、実務的には、令和3年度施行の介護保険法改正の議論に乗せる必要があり、その内容は令和元年に1年間かけて、社会保障審議会介護保険部会で議論されたが、介護療養病床の存続期限の再々々延長については議題にもあがらないまま、結局介護保険法の改正法案は令和2年の通常国会で可決・成立している。したがって、今度こそ介護療養病床は廃止となる可能性が高い状況である。

このように、平成18年に掲げた「介護療養病床の廃止」という政策は、個々に理念・運営方針を有する各病床の経営者に対して、法律上の理念を創設する上で、既存の介護療養病床から大幅な変更を要しないよう配慮することに加え、最終的には転換前とほぼ同等の施設基準、人員基準、そして転換前を上回る介護報酬の設定、これらの施策を同時に打ち出すことによって、18年後の令和6年にようやく遂行されようとしている。

その時代その時代で、目の前の住民のニーズを満たす役割を柔軟に担ってきた（主として民間の）医療提供者に対して、政策者のあるべき姿は、まず敬意を払いつつ、利用者やその他国民にとってより適切な運営が促進されるよう、インセンティブや、場合によっては規制を検討するというのが基本であろう。しかし高齢者の慢性期医療を提供する業界に対して、政府は、民意を得る手段の一つとして自己負担を無料としたり、一方で財政緊縮が求められると突然廃止を決めたり、その他細部においても、あまりにも一貫性のない対応を続けてしまった。もし政府がこの業界から基本的な信頼を得られていれば、より早期に、あるいは新施設類型の創設に際して誰にとってもより

理想的な形で，改善を図れたかもしれない。

## 第Ⅳ部

### 医療系介護保険施設が地域で担う役割

## 第Ⅳ部 医療系介護保険施設が地域で担う役割

### 4. 1 はじめに

加齢に伴い住み慣れた居宅での生活を継続することが困難になった高齢者がその後の生活拠点として選択しうる施設・住まいというと、制度上の類型は多岐にわたる。もっとも、利用者や、家族、潜在的な利用者である地域住民にとってみると、地理的・経済的・緊急性など様々な制約があり、常にあらゆる施設・住まいを選択できるわけではない。しかしどの施設・住まいを利用することになって、そして結果的に長期利用に及んだとしても、安心を脅かされないものであることが重要である。

このような観点で、地域で根強く存続してきた介護療養病床には、政府が高く期待している役割、すなわち当直医師や夜勤看護師がいて、日常的な医療的ケアを提供できる体制だけではなく、業界団体も積極的には示さない役割、しかし地域住民にとっては重要な役割を、ほかに何か担っているのではないか。

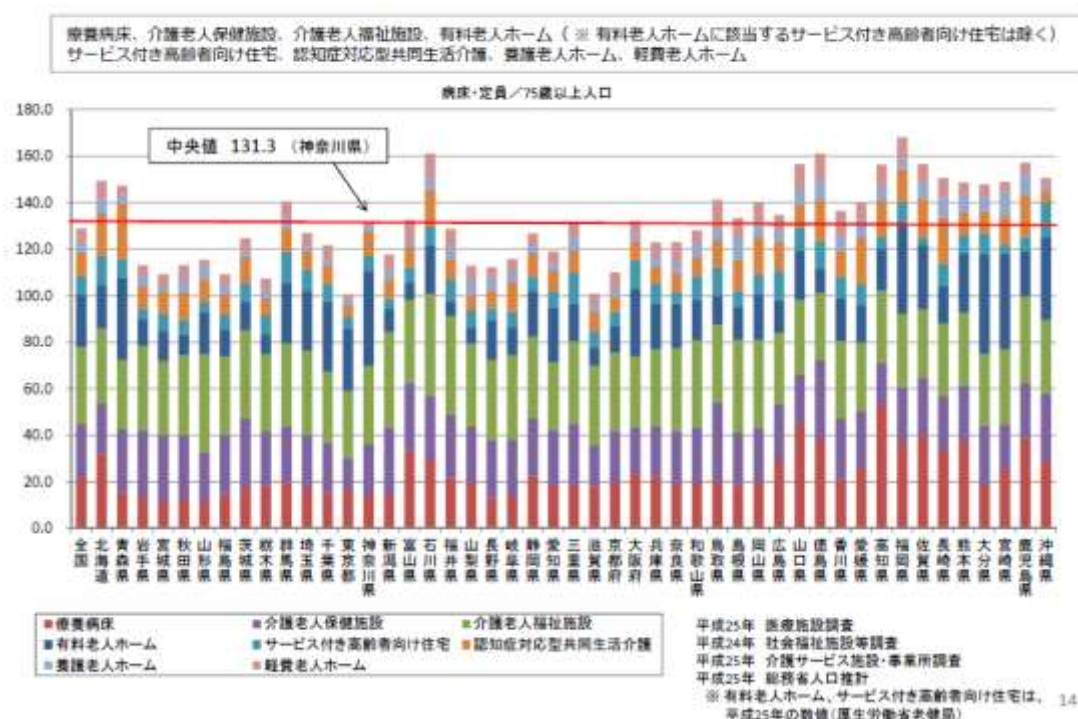
加齢に伴い住み慣れた居宅での生活が困難になった要介護高齢者が利用するための施設や住宅の整備量には、ある程度の地域差が認められる。特に療養病床は、医療法上の病床であり、第Ⅱ部で述べたとおり、量的バランスの観点から指定を制限する制度が無かった時代に開設された病床が、制度改革にともない療養病床の指定を受けて運営を継続しているという側面もあり、他類型の施設や住まいよりも大きな地域差が認められる。特別養護老人ホームや介護老人保健施設などの介護保険施設は、社会福祉法人や医療法人など、運営主体に厳しい制限があることや、平成12年の介護保険制度施行以前より、それぞれ前身となる施設が一定数整備されており、介護保険施行後も都道府県が策定する介護保険事業支援計画に基づいて計画的に整備さ

れてきていることなどから、後期高齢者人口あたりの地域差は相対的に小さい。有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などの高齢者住宅等は、営利セクターが参入可能で、届出に基づき登録される仕組みになっており、制度上はバッファーが小さいが、市場原理で量的に調節されうる。

図表 28 75歳以上人口千人あたり療養病床数・介護保険施設・  
高齢者向け住まい定員数

(平成 27 年 9 月 9 日第 2 回療養病床の在り方等に関する検討会資料 2-2)

75歳以上人口千人あたり病床数(療養病床)・介護保険施設・高齢者向け住まい定員数



このように地域の事情として、同類型に限らず、他類型の施設・住まいや、あるいは在宅医療・介護サービスなどの量的供給状況によっても、その施設や住まいが果たす役割は相対的に変化するものと考えられる。

4. 2 では、筆者が、医療系介護保険施設（介護老人保健施設・介護療養病床・介護医療院）が各地域で実際に果たしている、自己負担能力に関わらず幅広い者に生活の場を提供する役割は、法令に謳われる理念以上に大きいのではないかという気づきを得るきっかけになった、介護老人保健施設に対

する質問紙調査およびその結果について述べる。

4. 3では、このような役割を担うに至った制度背景，すなわち，医療系介護保険施設に適用される食費・居住費の自己負担減免制度について述べる。

4. 4では、このような役割を担うに至った施設属性の変化，すなわち，保険外居住費全国平均の減少や，全国的に生じている高齢者住宅の急増について述べる。

#### 4. 2 介護老人保健施設に対する質問紙調査

##### 4. 2. 1 質問紙調査の当初の目的

介護老人保健施設が果たす役割と，当該地域における有料老人ホームおよびサービス付き高齢者向け住宅（以下，高齢者住宅等）の整備状況との関係を検討することを目的とし，全国の介護老人保健施設に質問紙調査を行った。

##### 4. 2. 2 方法

厚生労働省介護サービス情報公表システムに平成27年4月時点で掲載されていた全国の介護老人保健施設全4,060施設のうち，同時点で全国に344ある二次医療圏ごとに1施設を無作為抽出し，対象施設に勤務する相談員又は介護支援専門員の責任者，1施設あたり1名を対象とした。1つの二次医療圏は介護老人保健施設が1施設も存在しなかったため除外し，343施設および343名が対象となった。

調査対象となる介護老人保健施設の管理者宛に依頼状および質問紙を郵送し，協力可能な場合には，調査対象者へ配布するよう依頼した。調査対象者には，各々の施設で質問紙に記入いただき，同封した調査者宛の返信用封筒に個別に封入の上直接郵送という形で，質問紙の回収を行った。

分析は、調査票項目の単純集計、調査票項目同士から算出した項目の集計、調査票の項目と、既存統計から得られる項目から算出した項目の集計とを行った。既存統計の活用としては、回答施設が属する地域における高齢者住宅等の充足度の尺度として、「回答施設が属する二次医療圏における後期高齢者数に対する高齢者住宅等の定員数」（以下、「後期高齢者数に対する高齢者住宅等数」という。）を算出し、調査票で得られた各項目との関連を分析した。なお、二次医療圏ごとに分析したデータを得る上では、株式会社ウェルネス「二次医療圏データベースシステム」を活用した。<sup>23)</sup> 同システムは、サービス付き高齢者向け住宅（介護保険適用外含む）登録件数・住宅戸数については国土交通省・厚生労働省サービス付き高齢者向け住宅 情報提供システム（平成 27 年 4 月時点）より、有料老人ホームの施設数・定員数については厚生労働省介護サービス情報公表システム（平成 27 年 4 月時点）より、2015 年の後期高齢者数については、国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）をもとに、市町村ごとのデータを二次医療圏ごとに再集計した値を公開しているデータベースである。ただし、福島県の 2015 年（75 歳以上人口）は取得できなかったため、より以前のデータ（平成 20 年 12 月推計）を用いた。

本調査の実施にあたっては、筑波大学人間系研究倫理委員会の承認を得た。（平成 27 年 11 月 20 日 東 27-60）

#### 4. 2. 3 結果

今回の質問紙調査の対象である 343 施設のうち、100 施設より返送があり、回収率は 29.2%であった。また、有効回答数は 98、有効回答率 28.6%であった。このうち、地方厚生局ブロック毎の回収率は以下の通りで、平均 27.9、標準偏差 8.2 であった。



図表 29 地方別の回収状況

厚生局ブロック名	対象施設数	回収施設数	回収率(%)
北海道	21	9	43
東北	38	12	32
関東信越	88	28	32
東海北陸	37	8	22
近畿	47	11	23
中国四国	48	10	21
九州	64	14	22
都道府県名無回答		8	

本調査の有効回答施設群の基本属性は以下の通りで、母集団（厚労省による平成26年度介護サービス施設・事業所調査で得られた、全国全ての介護老人保健施設を対象とした調査結果）の平均値と大きな違いはなく、回答施設群は母集団をある程度代表していると考えられた。

図表 30 本調査の有効回答施設群の基本属性と、母集団の比較

	平均	SD	母集団の 平均
施設定員数（人）	93	31.1	88.3
設立主体が医療法人である割合（%）	70.4	-	74.3
施設利用者に占める、要介護度4または5に 該当する重度者の割合（%）	46.4	11.2	47

主な単純集計の結果は以下のとおりである。

図表 31 主な単純集計の結果

		平均	SD
平成 27 年 10 月 1 日時点の施設利用者数に占める割合 (%)	補足給付が適用されない者	4.83	4.41
	介護保険の自己負担率が 2 割である者	41.33	17.22
入所定員数に対する比率	平成 27 年 4~9 月の 6 ヶ月間に老健退所後直接在宅(認知症高齢者グループホームや高齢者住宅等を含む)復帰した者	0.21	0.28
	平成 27 年 4~9 月の 6 ヶ月間に老健退所後直接高齢者住宅等へ新規入居した者	0.02	0.04
平成 27 年 4~9 月の 6 か月間の在宅復帰者数に占める割合 (%)	同期間内に高齢者住宅等へ新規入居した者	12.76	19.17
回答時点の全施設利用者数に占める割合(割)※	在宅復帰の見込みが立たない施設利用者	6.79	2.77
	喀痰吸引や胃ろう等の日常的な医療的ケアや、専門的なりハビリテーションを要し、居宅でも特別養護老人ホーム等でも処遇困難な施設利用者	1.30	1.47
	喀痰吸引や胃ろう等の日常的な医療的ケア、専門的なりハビリテーションのいずれも必要としないが、認知症や寝たきりなどで介護必要度が高く、居宅生活が困難な施設利用者*	3.71	2.30
	医療依存度も介護必要度もそれほど高くはないが、主に経済的な理由で居宅生活を希望していない施設利用者*	1.68	1.77

その他施設属性 該当割合 (%)※	施設内で計画的な看取りを実施することがある	74.7
	医療依存度の高くない利用者には他施設等の入所・入居を勧める	72.9
	関連法人内で有料老人ホームを有する	10.2
	関連法人内でサービス付き高齢者向け住宅を有する	15.3
	関連法人以外で継続的な協力関係のある住宅を有する	24.7

※回答者の主観による回答項目

その他単純集計で分布上特筆すべき内容として、調査時点前の平成 27 年 8 月より、合計所得金額 160 万円以上の者（単身で年金収入のみの場合、280 万円以上）を基準として、この要件を満たす 65 歳以上の被保険者に対しては、介護保険料を 2 割自己負担とすることになったが、本調査対象施設では「介護保険の自己負担率が 2 割である者」が入所者に占める割合が 5%に満たない施設が半数以上を占めた。

調査票項目同士から算出した項目の集計として、高齢者住宅等の新設に関連した、回答施設の役割の変化の有無に関しては、「変化した」と「変化すると思う」の合計と、「変化しなかった」と「変化しないと思う」の合計が、ほぼ同数であった。施設属性によって回答内容に違いがあるかどうか探索的に検討するために、これらを 2 群に分けて、重度要介護者の割合等の項目を従属変数として *t* 検定を行ったが、結果は以下の通りで、いずれも有意ではなかった。

図表 32 高齢者住宅等の新設に関連した、

介護老人保健施設の役割の変化の有無に関する回答と、各種施設属性

	変化した または 変化すると思う			変化しなかった または 変化しないと思う			<i>t</i> 値
	度数	平均	<i>SD</i>	度数	平均	<i>SD</i>	
施設利用者数に占める 要介護度 4, 5 の割合	40	0.46	0.11	44	0.47	0.11	0.32
施設利用者数に占める 保険料 2 割負担者の割合	40	0.07	0.15	40	0.05	0.05	0.63
施設利用者数に占める 減免適用外者の割合	38	0.4	0.19	39	0.43	0.16	0.62
定員数に占める 半年間の在宅復帰者数	39	0.21	0.24	45	0.19	0.28	0.38

今回の質問紙調査に協力回答が得られた施設に限らず，全国の全二次医療圏 344 における後期高齢者数に対する高齢者住宅等数を，2 次医療圏データベースを用いて集計すると， $0.018 \pm 0.013$ （中央値 0.010）で，6 割以上の二次医療圏において，後期高齢者数に対する高齢者住宅等数は 0.02 未満であったが，後期高齢者数に対する高齢者住宅等数と，質問紙調査で得られた在宅復帰率およびベッド回転率について，Spearman の相関分析を行ったところ，以下の通りで，有意ではなかった。

図表 33 後期高齢者数に対する高齢者住宅等数と，  
在宅復帰率・ベッド回転率の関係

		在宅復帰率	ベッド回転率
後期高齢者数に対する 高齢者住宅等数	Spearman の $\rho$	0.131	-0.016
	有意確率（両側）	0.23	0.889
	度数	86	82

後期高齢者数に対する高齢者住宅等数によって看取り対応の有無に違いがあるか検討するために，「喀痰吸引や胃ろう等の日常的な医療的ケアや，専門的なりハビリテーションを要し，居宅でも特養等でも処遇困難な方が貴施設での看取りを希望された場合，貴施設が対応されることはありますか？」という質問に対して「看取ることがある」と選択した 63 施設と，「看取ることはない」と選択した 21 施設を 2 群に分けて，後期高齢者数に対する高齢者住宅等数を従属変数として  $t$  検定を行ったが，その結果は以下の通りで，有意ではなかった（ $t = 1.6$ ,  $df = 82$ ,  $n.s.$ ）。

図表 34 看取り対応の有無別の後期高齢者数に対する高齢者住宅等数

	看取ることがある			看取ることはない			$t$ 値
	度数	平均	$SD$	度数	平均	$SD$	
後期高齢者数に対する 高齢者住宅等数	63	0.19	0.13	21	0.24	0.13	1.6

後期高齢者数に対する高齢者住宅等数と、在宅復帰困難者の割合の関係として、今回の質問紙調査で得られた4項目について Spearman の相関分析を行ったところ、以下に示した通り、「後期高齢者数に対する高齢者住宅等数」と「医療依存度も介護必要度もそれほど高くはないが、主に経済的な理由で居宅生活を希望していない方の割合」でのみ、低い正の相関が認められ ( $\rho=0.225, p<0.05$ )、後期高齢者数に対する高齢者住宅等数が多い二次医療圏における介護老人保健施設では、経済的な事情で退所困難と思われる入所者の割合が高いことが示唆された。

図表 35 後期高齢者数に対する高齢者住宅等数と、在宅復帰困難者の割合の関係

		退所の見通しが立たない入所者の割合	医療依存度が高く退所困難な者の割合	介護必要度が高く退所困難な者の割合	経済的な事情で退所困難な者の割合
後期高齢者数に対する 高齢者住宅等数	Spearman の $\rho$	0.116	-0.149	0.083	0.225*
	有意確率(両側)	0.288	0.175	0.451	0.041
	度数	86	85	84	83

#### 4. 2. 4 考察

高齢者住宅等の整備促進によって、日常的な医療的ケアや専門的なりハビリテーションの必要性が高くない高齢者は、介護老人保健施設ではなく高齢者住宅等に居住するようになり、介護老人保健施設は、在宅復帰率やベッド回転率が向上し、より本来機能を発揮しやすくなると、政府は期待している。実際に、介護老人保健施設から退所して高齢者住宅等へ新規入居した場合、介護報酬上、いわゆる在宅復帰者として評価することになっている。

しかしこの調査では、後期高齢者数に対する高齢者住宅等数とは、在宅復帰率・ベッド回転率、在宅復帰困難者全体の割合、いずれも相関が

認められなかった。また、高齢者住宅等の整備に伴って在宅復帰率やベッド回転率が向上すると思うと答えた施設もおよそ1割にとどまり、高齢者住宅等の増加が、介護老人保健施設の在宅復帰という本来機能に対して、良い影響を及ぼさない可能性がうかがえた。

次に、介護老人保健施設が自己負担能力に関わらず幅広い者に住まいを提供する役割と、高齢者住宅等との関係であるが、後節で詳述するとおり、現行法上、高齢者住宅等の入居者には食費や居住費の減免制度がないのに対して、介護老人保健施設等の介護保険施設の入所者には減免制度があり、結果として介護老人保健施設は既に自己負担能力に関わらず幅広い者に住まいを低居する役割を一定程度果たしているという状況がうかがわれた。また、調査協力者の主観に基づく回答ではあるが、今回の調査では、7割以上の施設において、経済的な事情で居宅生活を希望しない入所者がいることが明らかになり、このような入所者の割合については、後期高齢者数に対する高齢者住宅等数と正の相関が認められた。

高齢者住宅等の整備との関係についても、在宅復帰率およびベッド回転率に関しては、「向上するとは思わない」と「どちらともいえない」の合計が8割以上を、地域で果たす役割に関しても、「変化しなかった」と「変化しないと思う」の合計が過半数を占めており、その理由に関する自由記載欄では多くの施設が、高齢者住宅等に入居する上で必要となる自己負担額が、介護老人保健施設に入所する自己負担額よりも大きいことに言及していた。これは、今後高齢者住宅等が整備されたとしても、実際に高齢者住宅等に入居できるのは自己負担能力が高い一部の者にとどまり、実際に介護老人保健施設のベッド回転率や在宅復帰率を向上さ

せようとする、高齢者住宅等に入居する上で必要となる自己負担額の問題が大きいということを示唆する結果である。

介護老人保健施設が医療依存度が高い者に果たす役割と、高齢者住宅等との関係に関して、今回の調査票では、「喀痰吸引や胃ろう等の日常的な医療的ケアや、専門的なりハビリテーションを要し、居宅でも特養等でも処遇困難な入所者」という表現をしたが、このような要件に該当する高齢者は、介護保険の理念上、在宅復帰を目指さないのであれば、介護老人保健施設に継続入所すべきではない。しかし、実態としては、医療依存度の観点から入院を要するほどでないということであれば、常勤の医師や常勤のリハビリテーション専門職がいて、24時間看護の体制が整っている介護老人保健施設以外には、受け入れ可能な施設や住まいが近隣には無いということも想定されるため、地域によっては、こうした要介護高齢者を受け入れることも介護老人保健施設の大事な役割といえる。しかし、「喀痰吸引や胃ろう等の日常的な医療的ケアや、専門的なりハビリテーションを要し、居宅でも特養等でも処遇困難な入所者の割合」については、2割未満と答えた施設が7割以上を占めていて、少なくとも今回協力が得られた施設では、医療依存度の高い入所者の割合は低い施設が多いというのが実態で、後期高齢者数に対する高齢者住宅等数とも相関が認められなかった。また、後期高齢者数に対する高齢者住宅等数と看取りの有無についても相関が認められなかった。これらは、高齢者住宅等の多い地域の介護老人保健施設には医療的ケアを要する入所者が相対的に多いから、あるいは計画的な看取りを行っているからこそ、在宅復帰率やベッド回転率が向上しないというわけではなく、医療的な要因以外の要因で在宅復帰できない入所者が多いということを示唆

する結果であり、ここにも経済的要因などの他の要因が影響していると考えられた。

なお限界点として、本調査は介護老人保健施設のみを対象として行ったものであって、この結果を他の施設類型と直接比較検討することはできない。また、本調査で明らかになった介護老人保健施設に関する個々の指標が、そもそもその地域の後期高齢者数と強く関連していないか、あるいはそもそもその地域の高齢者住宅等数と強く関連していないかといった観点での分析を網羅できていないことを申し添える。

#### 4. 3 役割を担うに至る制度背景

前述の介護老人保健施設に対する質問紙調査から、介護老人保健施設が実際に果たしている、自己負担能力に関わらず幅広い者に生活の場を提供するという役割は、当初の制度理念以上に大きいという気づきが得られた。

この役割に関連していると考えられる制度は以下のとおりであり、介護療養病床や介護医療院など、医療系の介護保険施設に共通して適用されているものである。

そもそも介護保険制度全体のコンセプトとして食費・居住費は保険給付対象外とされていたが、介護保険施設（特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護療養病床）サービスおよびショートステイサービスに限って例外的に、平成17年施行の介護保険法改正までは食費・居住費が保険給付に含まれていた。同法改正によって、全ての介護保険サービスについて原則的に食費と居住費（光熱水費と、個室の場合は室料相当分）が保険給付の対象外となったが、低所得者を救済する激変緩和策として「補足給付」という、これらを実質的に応能負担にするためのサービス費が設定され、その財源は、そ

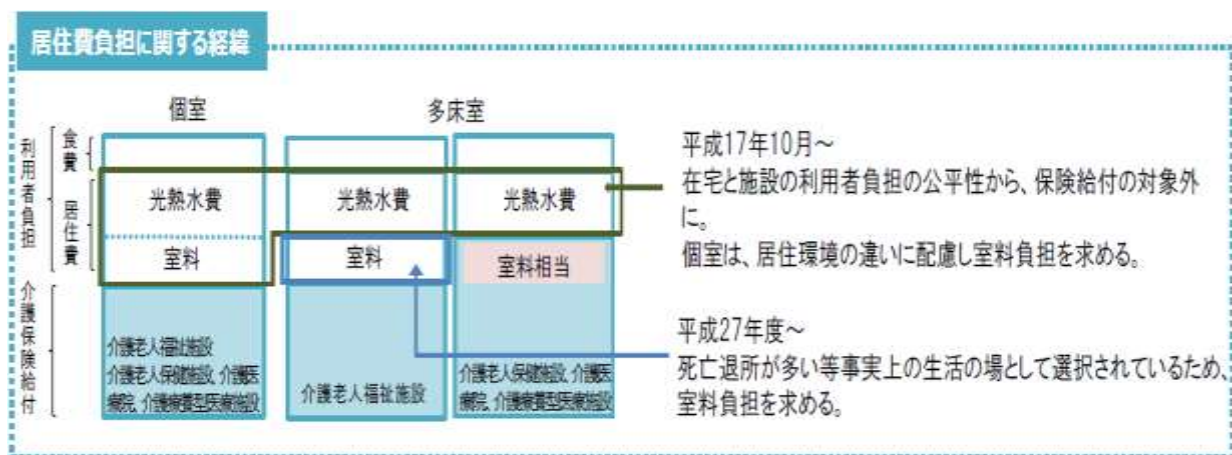


れ以前と同様，介護保険料である。

平成 27 年度施行の制度改正時に，特別養護老人ホームは，死亡退所が多い等の状況から，事実上生活の場として選択されていることを踏まえ，多床室であっても室料相当に関しては自己負担を求めることとなった。この際，医療系介護保険施設は，単に生活の場としてではなく医療や在宅支援を提供する場でもあるとして，居住費負担に関して特別養護老人ホームと横並びで制度改正対象となることは免れ，多床室については室料を保険給付対象とする運用が継続されている。

図表 36 多床室の居住費負担に関する制度改正の経緯

社会保障審議会 介護保険部会（第87回） 令和元年12月5日	資料 2
--------------------------------------	------



補足給付については，給付制度そのものを廃止すべきという意見も根強く，平成 28 年からは食費・居住費の負担能力の判断に際して，所得に加え資産も勘案するなど，段階的な改正が行われており，医療系介護保険施設の多床室の室料負担の問題については，2018 年の骨太方針でも触れられている。令和 3 年施行の制度改正に向けた社会保障審議会介護保険部会でも，医療系介護保険施設の多床室の室料を保険料で負担する運用を継続することの是非について議論されたが，令和元年 12 月 27 日にとりまとめられた「介護保

険制度の見直しに関する意見」では「多床室の室料負担については(中略)引き続き検討」とされた。

医療系介護保険施設は、その施設基準等から一般に、例えば特別養護老人ホームと比較しても居住環境としては劣ると考えられる。しかし前節の質問紙調査結果のとおり「医療依存度も介護必要度もそれほど高くはないが、主に経済的な理由で居宅生活を希望していない方」に該当する利用者が一定割合存在する実態からも、医療系介護保険施設での生活が、所得や住宅事情次第では、居宅での生活以上に実際に、利用者にとって自己負担が低かった可能性がうかがわれる。

#### 4. 4 役割を担うに至る施設属性の変化

##### 4. 4. 1 方法

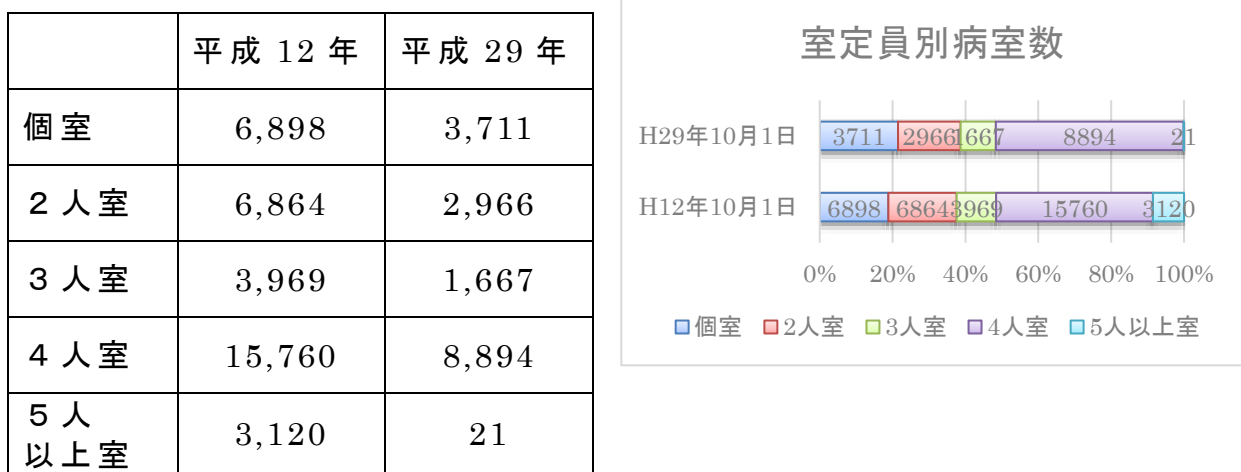
介護保険制度施行後最初に行われた調査と、介護医療院が創設される前の最後に行われた調査結果を探索的に比較し、施設の基本属性、患者の集団属性および経営実態に関して、変化が顕著あるいは特徴的な項目を示した。施設属性については、平成12年度介護サービス施設・事業所調査（調査時点：平成12年10月1日）と平成29年度介護サービス施設・事業所調査（調査時点：平成29年10月1日）とを比較した。患者属性については、平成12年度介護サービス施設・事業所調査と平成28年度介護サービス施設・事業所調査（調査時点：平成28年10月1日）とを比較した。経営実態については、平成14年介護事業経営実態調査（対象：平成14年3月の収支状況）と平成29年度介護事業経営実態調査（対象：平成28年度決算）とを比較した。経営実態調査は平成14年、平成29年度ともに、病院を層化無作為抽出しており、平成14年は、客体834、有効回答111、有効回答率13.3%、介護療養病床として集

計対象となった施設の平均定員は 66.4 であった。平成 29 年度は客体 589, 有効回答 256, 有効回答率 43.5%, 介護療養病床として集計対象となった施設の平均定員 65.8 であった。

#### 4. 4. 2 結果

まず、室定員別病室数の分布に関して、ほぼ変化が認められなかった。平成 12 年当時に経過措置として認められていた 5 人以上室は、特例期間を終え、4 人以下室に変更されていると考えられる。

図表 37 室定員別病室数（全国計）



保険外居住費というのは、いわゆる差額ベッド料のことで、各施設が価格設定するものだが、個室、2 人室ともに大幅に減少していた。

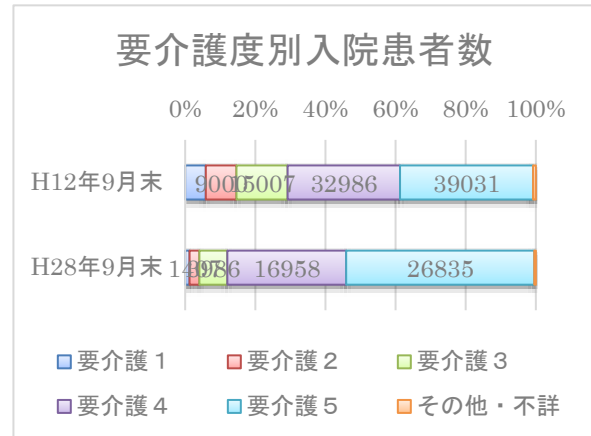
図表 38 保険外居住費（全国平均）

	平成 12 年	平成 29 年
個室平均(円)	3,923	1,585
2 人室平均(円)	2,300	449

各施設の入院患者に占める要介護度 4, 5 の重度者の割合が増加していた。なお、医療依存度の分布の変化については、経時的に比較可能なデータがなかった。

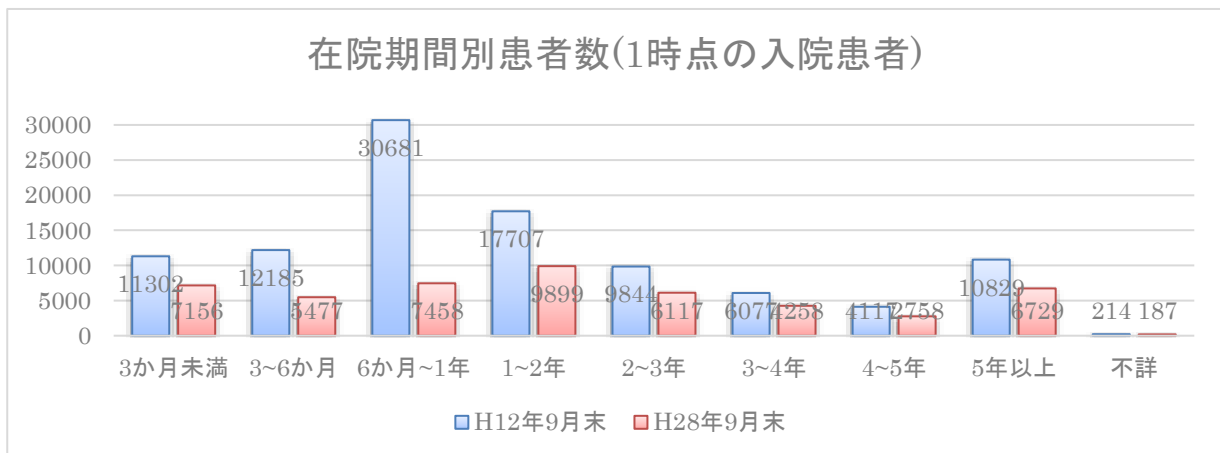
図表 39 入院患者の要介護度別人数（全国計）

	平成 12 年	平成 28 年
要介護 1	6,049	625
要介護 2	9,000	1,407
要介護 3	15,007	3,986
要介護 4	32,986	16,958
要介護 5	39,031	26,835
その他・不詳	814	228



在院期間別患者数は、平成 12 年当時は 1 年未満にピークがあったのに対して、平成 28 年時点では 1 年以上にピークがシフトしている。（本統計においては、法人内で医療保険算定病床に移っても退所扱いとなる。）

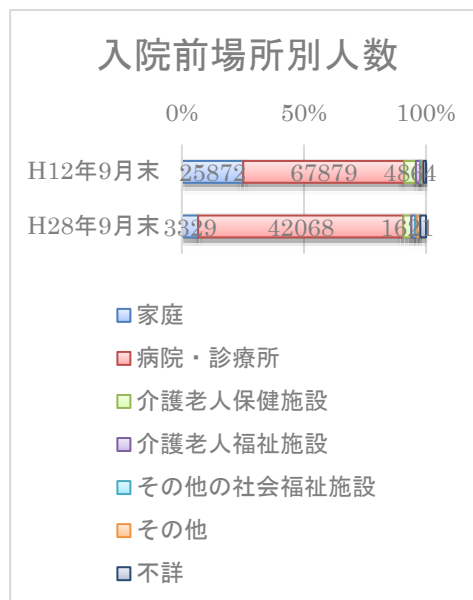
図表 40 1 時点の入院患者の在院期間別人数（全国計）



入院患者の入院前場所については、家庭から入院する者の割合が減少し、他の医療機関（あるいは同一医療機関の医療保険適用病床）から転院という形で入院する者の割合が増加していた。

図表 41 入院患者の入院前場所別人数（全国計）

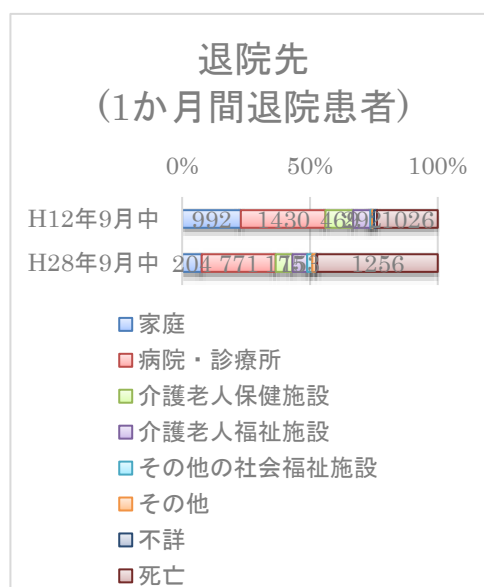
	平成 12 年	平成 28 年
家庭	25,872	3,329
病院・診療所	67,879	42,068
介護老人保健施設	4,864	1,621
介護老人福祉施設	1,786	769
その他の 社会福祉施設	693	474
その他	722	603
不詳	1,070	1,174



退院した者の行先については、家庭に退院する者の割合が減少し、死亡退院する者の割合が増加していた。計画的な看取りが増えたのかどうかについては比較可能なデータが無かった。転院（あるいは同一医療機関の医療保険適用病床に転棟）する者の割合は著変なかった。

図表 42 退院した者の行先別人数（全国計）

	平成 12 年	平成 28 年
家庭	992	204
病院・診療所	1,430	771
介護老人保健施設	469	175
介護老人福祉施設	292	153
その他の 社会福祉施設	28	53
その他	32	43
不詳	50	9
死亡	1,026	1,256



介護事業収益に占める減価償却費の割合は、減少していた。なお、介護事業収益に占める保険外利用料収益の割合が急増しているが、これは平成17年10月以降、食費が原則自己負担とされたことによるものと考えられる。

図表 43 経営実態調査の主要項目

	平成14年	平成29年度
介護事業収益に占める介護料収益の割合(%)	97.5	86.7
介護事業収益に占める 保険外利用料収益の割合(%)	2.7	13.3
介護事業費用に占める給与費の割合(%)	57.0	60.0
介護事業費用に占める減価償却費の割合(%)	4.7	3.3
介護事業費用に占めるその他の割合(%)	33.6	32.9
損益(%)	3.0	
収支差率(税引前,%)		3.3
収支差率(税引後,%)		2.6

#### 4. 4. 3 考察

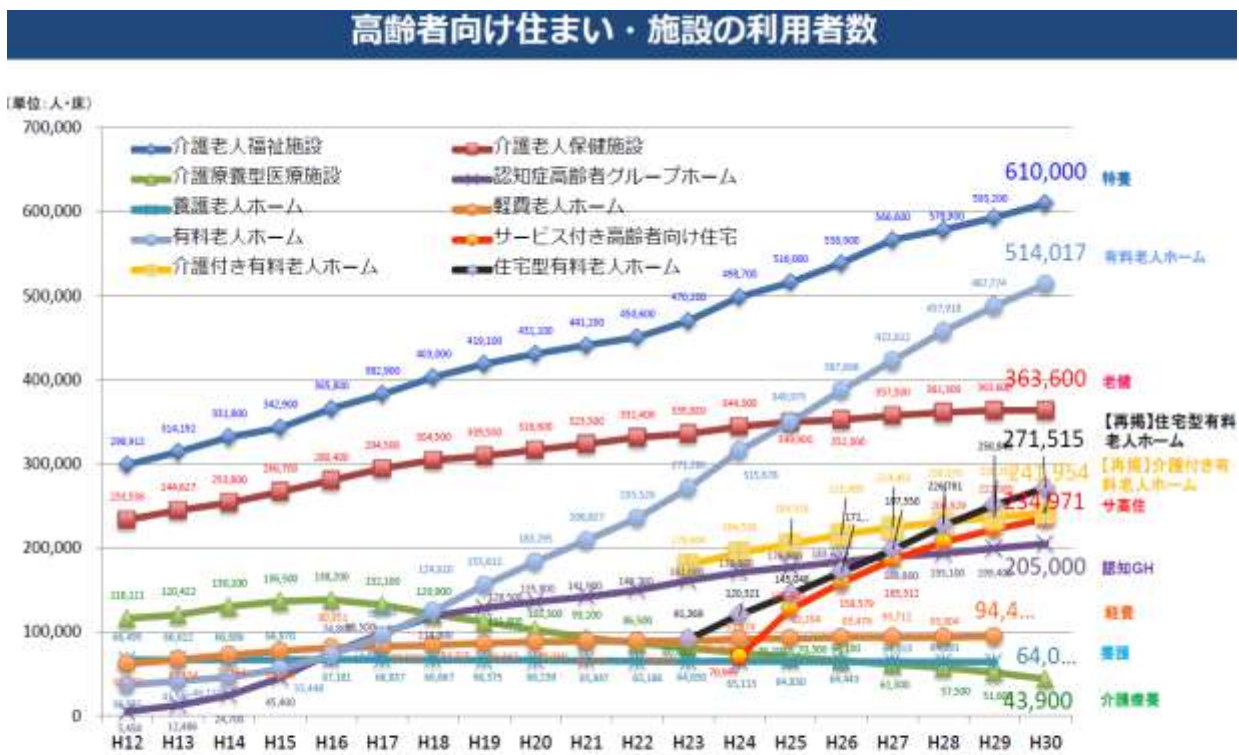
各施設が設定する保険外居住費が大きく減少していたこと、介護事業収益に占める減価償却費の割合が減少していたこと、室定員別病室数の分布は著変ないこと、これらに加え療養環境整備にかかる補助金制度などを踏まえると、介護保険制度開始当時は、療養環境を充実させるために、施設を大規模改修したばかりの病床が多かったが、その後、介護療養病床の廃止や廃止期限の延長など、度重なる政策変更があり、少なくとも介護医療院の開設が解禁される前年度時点では、大規模な施設改修を見送っている介護療養病床が多かったのではないかと考えられた。また、介護療養病床は施設によっては、医療系介護保険施設ならではの強みとして、食費・居住費が減免されるような要介護高齢者を積極的に受

け入れ，結果として近隣に整備された高齢者住宅等との差別化を意識的にはかっている可能性も考えられた。

参考に，平成29年度時点で，有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の合計整備量は，首都圏，中部圏，近畿圏，三大都市圏以外いずれの地域においても，介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）より多く，総定員数も同様に多くなっている。

図表 44 高齢者向け住まい・施設の利用者数の推移

(令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会参考資料)



※1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12～H13】」、「介護給付費等実態調査（10月審査分）【H14～H29】」及び「介護給付費等実態統計（10月審査分）【H30-1】」による。  
 ※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。  
 ※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。（短期利用を除く）  
 ※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（10/1時点）」による。ただし、H21～H23は調査票の回答率から算出した推計値であり、H24～H29は基本集の数値。（利用者数ではなく定員数）  
 ※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果による。（利用者数ではなく定員数）  
 ※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（9/30時点）」による。（利用者数ではなく登録戸数）



図表 45 高齢者住宅等(有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅)の  
地域別整備量

		社会保険審議会 介護保険部会(第84回) 令和元年10月28日			参考資料 1
	特別養護老人ホーム	介護付き有料	住宅型有料	サ付住宅	計
全国計	586,219	236,391	250,840	218,195	705,426
首都圏	135,082	112,604	35,578	45,445	193,627
中部圏	45,987	12,872	23,199	16,497	52,568
近畿圏	76,716	33,500	29,618	41,178	104,296
三大都市圏	257,785	158,976	88,395	103,120	350,491
三大都市圏以外	328,434	77,415	162,445	115,075	354,935

※・特別養護老人ホームの値は平成29年10月現在の実績値  
 ・介護付き有料老人ホーム、住宅型有料老人ホームは厚生労働省調べ(平成29年6月)  
 ・サービス付き高齢者向け住宅はサービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(平成29年6月)  
 ・首都圏は、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県合計、中部圏は愛知県、岐阜県、三重県合計、  
 近畿圏は滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県合計

介護保険制度創設当時には、高齢者住宅がこれほど急増することは誰も想定できていなかったと思われるが、このことは結果的に、それぞれの介護療養病床や介護老人保健施設が地域で担う役割の変化に寄与したと考えられる。

利用者にとってみると、設備基準を上回る生活環境設備に対するオプション的な自己負担をどれだけ許容するかは、個々の経済状況や嗜好次第で千差万別であるが、全く不必要と考える者も一定程度存在するだろう。一方で、一般に高齢者住宅には築年が浅いものも多く、近隣に居住費が減免される医療系介護保険施設があると、医療必要度の高低とは別な観点から有力な選択肢が存在することになる。

一方で、特に介護療養病床や介護医療院など、長期利用も是とされる雰囲気を利用しやすい介護保険施設は、介護サービス施設・事業所調査によると、ベッド稼働率の全国平均は毎年9割前後で、満床に近い状態

で運営されているところが多い。自己負担の多寡とは無関係に医療依存度の関係で医療系施設しか選択の余地がないような高齢者にとって、いざとなれば速やかに入所できるといった環境は、地域によっては整っていない可能性がある。入所を待機する間は、やむを得ず医療保険適用の病床から退院できないといったケースも想定され、そのような状態は、当該高齢者の生活環境の面に加え、財政上も望ましくない。

#### 4. 5 おわりに

介護老人保健施設の相談員等を対象に質問紙調査を行った結果、高齢者住宅等が多い地域の介護老人保健施設には、経済的な事情で在宅復帰を希望しない入所者が多く、高齢者住宅等が近隣に整備されたとしても、利用先あるいは老健退所先の選択肢には加えられないといった高齢者が、各地で一定数存在していることがわかった。この背景にある食費・居住費の減免制度は、介護療養病床や介護医療院の利用者にも同様に適用されるものであって、これら医療系介護保険施設が果たす、自己負担能力に関わらず幅広い者に生活の場を提供するという役割は、当初の制度理念以上に大きいのではないかと考えられた。

介護保険制度創設当初と平成 29 年時点で介護療養病床の集団属性を比較すると、保険外居住費や、介護事業収益に占める減価償却費が減少していた。介護保険制度開始当時は施設を大規模改修したばかりの病床が多かったが、その後、制度の見通しが不確定な状況もあって、大規模な施設改修を見送っている介護療養病床が多いのではないかと考えられた。あるいは、介護療養病床は、近年急速に整備が進んでいる高齢者住宅等との差別化を図る一環でも、敢えて施設整備を優先せず、食費・居住費の減免が適用されるような要介護高齢者を積極的に受け入れている可能性も考えられた。

# 第 V 部

## まとめ

## 第V部 まとめ

### 5. 1 本研究で得られた結論

昭和50年代を中心に、加齢に伴い住み慣れた居宅での生活を継続することが困難になった高齢者の受け皿の一種として、医療法に位置づけられた病床が、地域の生活者の多様なニーズに柔軟に応じるべく機能分化し、また民間の開業医主体で量的にも拡充されてきた。政府は、この実態を踏まえつつ、理念や、当時想定された中期的なニーズの変化などを織り込む形で、医療法の枠内で、老人病院や療養病床を順次制度化した。介護保険制度開始時にその一部が介護保険適用の介護療養病床となり、重度の介護と医療とを合わせて提供する場として機能していたが、平成18年には、6年後の平成24年に介護療養病床を廃止し、介護老人保健施設に転換させる方針が決まった。

しかしその後も介護老人保健施設への転換は進まず、介護療養病床の存続期限は6年間、更に6年間と2回延長することになった。この原因として、転換先の介護老人保健施設の介護報酬は、当時の各病床の人員体制や利用者層で連続的に運営するには不十分で、敢えて転換に要する手間を割くメリットがなかったということは広く知られている。

これに加え、本研究での調査からは、多くの介護療養病床で、医療依存度が高く在宅復帰が事実上困難な要介護高齢者が安心して長期療養を送るための環境の提供など、在宅復帰・在宅療養支援を目的として医療資源を投入する介護老人保健施設とは、質的に異なる役割を果たすことを心がけて運営されている状況がうかがわれた。

平成27年の検討会の頃から、これまで介護療養病床が果たしてきた役割は今後も必要であるということが公的に認められ、新たな転換先類型として創設された介護医療院については、基本的に介護療養病床の役割を継続しつ

つ、生活の視点をより重視する形でその理念が設けられた。介護報酬は、介護療養病床と同等の人員で介護医療院に転換した場合、介護医療院の方が高単価となるように設定された。平成 30 年 4 月の創設以降、段階的に参入が進んでいる。このように介護療養病床に関しては、介護保険法改正による介護医療院の創設に加え、転換前と同程度の施設基準、人員基準、さらに転換前を上回る介護報酬を設けるなど、これらの施策を同時に打ち出した結果としてようやく、廃止の目途を立てられるようになった。

高齢者の慢性期医療については歴史的に、地域のニーズを満たした業態を後追いする形での制度設計が続いており、介護療養病床という、定義上も中途半端で利用者にとっても居住環境面で不十分な施設類型を、思い切って廃止するという政策決定自体に、理屈上全く合理性が無いというわけではない。政府が一貫した長期的なビジョンを示していてサービス提供者にも周知されているなど、廃止決定時点で何らかの形で基本的な信頼関係が構築されていれば、より早期に、誰にとってもより良い形での改善を図れたかもしれない。

地域住民にとって医療系介護保険施設を利用することのメリットとして、医療提供体制が充実しているほかに、居住費が保険適応され自己負担が減免されるという点があり、高齢者住宅等が増加する状況下において、自己負担能力に関わらず幅広い要介護高齢者に生活の場を提供するという役割が、年を経るごとに増大しているようである。更に介護療養病床では近年積極的な設備投資が行われていないようであり、施設によっては戦略的・意図的に高齢者住宅等との差別化が図られているかもしれない。

## 5. 2 今後の課題

加齢に伴い住み慣れた居宅での生活を継続することが困難になった高齢

者がその後の生活拠点として選択しうる施設・住まいには、これまで述べてきたように様々な種類がある。利用者等の立場からすると、地理的・経済的あるいは緊急性などの制約があって、常にあらゆる選択が可能というわけではない。しかしどの施設・住まいを利用することになっても、そして結果的に利用が長期に及ぶことになったとしても、安心を脅かされないということが重要である。そしてサービス提供側においては、類型に関わらず、地域住民から認められるような運営をすることが重要である。

政策者の視点で、既存の地域資源の有効活用という点から考えると、いまや後期高齢者数のピークをすでに迎えた、あるいは数年内に迎えようとしている地域も増加している中、現存している介護療養病床のように既存の設備を活かして必要なサービスを提供することには、一定の意義がある。

一方で、利用者の状態に関する集団属性がそれぞれ異なることを想定した上で、それぞれ異なった人員・施設基準が設けられている。例えば、医療系の介護保険施設と、福祉系の介護保険施設、すなわち特別養護老人ホームとを比較すると、人員基準は、当然ながら医療系でより医療職の配置基準が厳しい。かたや施設基準は、医療系では一人当たりの居室等がより狭い面積であっても開設することが可能であるなど、あくまでも医療を必要とする入所者に対して、生活環境整備よりも医療資源を集中的に投入することを想定した基準が歴史的に設けられてきた。高齢者住宅等では、介護保険施設以上に厳しいハード面の条件を満たすとともに、有料老人ホームでは食事・介護や健康管理を、サービス付き高齢者向け住宅では安否確認や生活相談サービスを、それぞれセットで提供されることになっている。

図表 46 令和元年時点の医療療養病床および介護保険施設の概要

(令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会参考資料)

	医療療養病床		介護療養病床	介護医療院		介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
	療養1・2 (20対1)	経過措置 (25対18F)		I型	II型		
概要	病院・診療所の病床のうち、 <b>主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの</b> ※療養1・2は医療区分2・3の患者がそれぞれ2割・5割以上		病院・診療所の病床のうち、 <b>長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供するもの</b>	要介護者の <b>長期療養・生活施設</b>		要介護者にリハビリ等を提供し、 <b>在宅復帰を目指し在宅療養支援を行う施設</b>	要介護者のための <b>生活施設</b>
病床数	約20.2万床 <sup>※1</sup>	約1.5万床 <sup>※1</sup>	約3.6万床 <sup>※2</sup>	約1.1万療養床 <sup>※3</sup>	約4.5千療養床 <sup>※3</sup>	約37.2万床 <sup>※4</sup> (うち介護療養型:約0.9万床 <sup>※2</sup> )	約54.2万床 <sup>※4</sup>
設置根拠	医療法(医療提供施設)						
	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(介護医療院)		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)	48対1 (3名以上、前項を行う医師を置かない場合は3名以上)	100対1	100対1(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	※5 4対1 (5年度末まで、6対1で可)	2対1(3対1)	6対1	6対1	6対1	3対1
	介護職員	4対1 (5年度末まで、6対1で可)	6対1	6対1～4対1 療養機能強化型は5対1～4対1	5対1～4対1	6対1～4対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)
面積	6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡以上 <sup>※6</sup>		8.0㎡ <sup>※7</sup>	10.65㎡(原則個室)
設置期限	—		令和5年度末	(平成30年4月施行)		—	—

※1 保険局医療課調べ(平成30年7月1日) ※2 病院報告(令和元年6月分概数) ※3 介護医療院設置移行等支援事業調査(令和元年10月末時点) ※4 介護サービス施設・事業所調査(平成29年10月1日)  
※5 医療療養病床においては看護補助員 ※6 大規模改修を完了した上で可。 ※7 介護療養型は大規模改修を完了した上で可。

医療・介護・住まい、それぞれどの要素をどれほど必要としているかは、個々の高齢者によってさまざまであるが、これら各類型の施設や住まいが、制度理念に沿って各地域に必要・十分に整備され、それぞれの機能を発揮することは、その地域において、医療・介護の人的資源が重点的・効率的に配分されるという観点からも望ましい状態である。

特に医療系サービスは人件費率が高いため、医療系介護保険施設に適用されている食費・居住費を保険料財源で負担する制度が、医療依存度の低い利用者割合の増加、ひいては地域における医療職の非効率的な配置といった状況を招かないように、利用者の安心を脅かさないことを念頭におきつつも、制度改正の必要性の積極的な検討の継続が望まれる。

## 謝辞

本論文は、筆者が放送大学大学院文化科学研究科文化科学専攻博士後期課程に在籍中の研究成果をまとめたものである。

同専攻教授 田城孝雄先生からは、主指導教員として本研究の実施の機会を与えて戴き、その遂行にあたって、終始ご指導を戴いた。

同専攻教授 坂井素思先生、並びに、同専攻教授 井出訓先生、東京女子医科大学教授 寺崎仁先生からは、副査としてご指導・ご助言を戴いた。

本研究の第Ⅳ部では、筑波大学名誉教授 高橋正雄先生より、また、第Ⅱ、第Ⅲ部では、パスカル薬局代表取締役 横井正之博士より、有益なご指導・ご助言を戴いた。

また、本専攻先生方からは、研究遂行にあたり、日頃より有益なご討論・ご助言を戴いた。

これら多くのご指導・ご協力により、筆者の本研究に対する理解が深まり、本研究が出来上がった。ここに心から感謝申し上げる。

最期に、事実誤認、間違いなどがあれば、それは全て筆者の責任である。

2021年1月17日

峯 有佳



## 引用文献

- 1) 池上直己 (2017). 日本の医療と介護 日本経済新聞出版社 pp.111-128
- 2) 猪飼周平 (2010). 病院の世紀の理論 有斐閣 pp.127-154, 259-269
- 3) 鴨脚清, 山口善久 (1982). 高齢化社会と老人処遇 いなほ書房  
pp.226-297
- 4) 吉原健二 (1983). 老人保健法の解説 中央法規
- 5) 山口昇 (1992). 寝たきり老人ゼロ作戦 家の光協会 pp.103-142
- 6) 山下袈裟男 (1983). 老人福祉 川島書店
- 7) 社会保障制度審議会 (1985). 老人福祉の在り方について (建議) 国立社会保障・人口問題研究所
- 8) 中間施設に関する懇談会 (1985). 要介護老人対策の基本的考え方といわゆる中間施設のあり方について 国立社会保障・人口問題研究所
- 9) 増田雅暢 (2000). わかりやすい介護保険法 (新版) 有斐閣
- 10) 林幸次 (1985). 老人ホーム運営に関する一考察 鴨脚清, 山口善久, 林幸次
- 11) 米本秀仁 (1989). 施設福祉サービスの体系と処遇 福祉士養成講座編集委員会 (編) 老人福祉論 中央法規出版 pp.122-151
- 12) 北場勉 (2005). 老人福祉 日本社会保障資料IV 国立社会保障・人口問題研究所
- 13) 宮崎尚 (1989). 老人福祉関連法の目的対象及びサービス体系とその具体的内容 福祉士養成講座編集委員会 (編) 老人福祉論 中央法規出版 pp.64-94
- 14) 国民生活審議会 (1968). 深刻化するこれからの老人問題 国立社会保障・人口問題研究所

- 15) 中央社会福祉審議会（1968）. 老人問題に対する総合的諸施策について  
国立社会保障・人口問題研究所
- 16) 中央社会福祉審議会（1968）. 社会福祉施設の緊急整備について 国立  
社会保障・人口問題研究所
- 17) 社会保障制度審議会（1975）. 今後の高齢化社会に対応すべき社会保障  
のあり方について（建議） 国立社会保障・人口問題研究所
- 18) 宮崎和加子（2011）. 認知症の人の歴史を学びませんか 中央法規出版  
pp.136-192
- 19) 厚生労働省（2010）. 「療養病床の転換意向等調査」結果概要
- 20) 医療経済研究機構（2011）. 医療施設・介護施設の利用者に関する横  
断調査
- 21) 厚生労働省（2019）. 平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研  
究に係る調査 介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研  
究事業報告書
- 22) 厚生労働省（2020）. 令和元年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究  
に係る調査 医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供  
実態等に関する調査研究事業報告書
- 23) (株)ウェルネス . 2次医療圏データベースシステム  
<https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/> (2020年6月23日引用)

## 参考文献

- 印南一路（2009）. 「社会的入院」の研究－高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか 東洋経済新報社
- 岸田研作（2016）. 全国レベルの社会的入院の時系列推移. 医療経済研究 28(1), 3-21.
- 北場勉（2000）. 老人福祉 日本社会保障資料Ⅳ(1980-2000) 国立社会保障・人口問題研究所
- 厚生省（1989）. 高齢者保健福祉推進十か年戦略（平成11年度までの十か年の目標）国立社会保障・人口問題研究所
- 二木立（1995）. 日本の医療費 国際比較の視点から 医学書院
- 畑農鋭矢（2004）. 社会的入院の定量的把握と費用推計. 医療経済研究 15(1), 23-55.

## 資料

- ・ 介護老人保健施設が地域で果たす役割に関する調査 調査票

# 介護老人保健施設が地域で果たす役割に関する調査 調査票

- ① 貴施設に勤務する相談員もしくは介護支援専門員のいずれかの方によるご回答をお願いいたします。なお、医師、看護・介護職員、事務職員などの方の御協力をいただいても結構です。
- ② 老健が果たす在宅復帰機能や、看取り、低所得者に対する住まいの提供等の役割と、その地域における高齢者住宅等の整備状況の関係を明らかにする上で参考とさせていただくため、本調査へのご協力をお願いいたします。
- ③ 平成27年12月16日頃までに、同封の返信用封筒でご返送ください。
- ④ 本調査に関するご質問は、以下までお問い合わせください。

お問い合わせ先：筑波大学人間総合科学研究科

生涯発達専攻リハビリテーションコース

実施担当者：村上 有佳

3mura3mura3@gmail.com

お忙しいなか恐れ入りますが、ご協力いただければ幸いです。

- ※ 回答データはすべて統計的に処理し、本研究のみに使用します。貴施設や、貴施設の調査協力者が特定される形で結果を公表することはありません。
- ※ 調査票のご回答をもって、本調査にご同意いただいたものといたします。  
なお、ご同意いただけない場合にも、貴施設や、貴施設の調査協力者が不利益になることはありません。
- ※ 回答しにくい項目や回答したくない項目につきましては、ご回答いただかなくても結構です。

次のページからのご回答をお願いいたします。

# 1. 平成 27 年 10 月 1 日時点での貴施設の概況

<b>問 1 貴施設の開設主体</b> に○をつけてください					
1 公立	2 社会福祉法人	3 医療法人（社会医療法人を含む）			
4 社団・財団法人	5 その他（		）		
<b>問 2 貴施設の関連法人</b> （関連の医療法人、社会福祉法人、MS 法人等を含む） <b>が運営する施設・事業所</b> について（貴施設に併設されていない施設・事業所も含む）、該当するものすべてに○をつけてください					
1 病院	2 有床診療所	3 無床診療所			
4 介護老人福祉施設(特養)	5 認知症グループホーム				
6 有料老人ホーム(介護付、住宅型、健康型、無届)					
7 サービス付き高齢者向け住宅・分譲型ケア付きマンション・シルバーハウジング					
8 軽費老人ホーム(A 型、B 型、ケアハウス)・生活支援ハウス・養護老人ホーム					
9 訪問看護ステーション	10 医療機関が有する訪問看護事業所	11 訪問介護			
12 訪問リハ	13 短期入所生活介護	14 通所介護(デイサービス)			
15 通所リハ(デイケア)*1	16 その他の居宅サービス	17 地域包括支援センター			
18 居宅介護支援事業所	19 その他（	）			
※1 貴施設内の通所リハを含む					
<b>問 3 貴施設の定員数・利用者数</b> についてお答えください					
(1) 施設サービス（空床利用の短期入所療養介護を含む）の定員数					人
(2) 平成 27 年 10 月 1 日時点の介護老人保健施設サービスの利用者数					人
(3) 平成 27 年 10 月 1 日時点の空床利用の短期入所療養介護の利用者数					人
<b>問 4 平成 27 年 10 月 1 日時点での入所者</b> （空床利用の短期入所療養介護利用者は除く）のうち、以下に該当する方の人数をお答えください					
(1) 要介護度	1 要介護 1	2 要介護 2	3 要介護 3	4 要介護 4	5 要介護 5
	人	人	人	人	人
(2) 入所期間	1 3 ヶ月未満	2 3 ヶ月～6 ヶ月	3 6 ヶ月～1 年	4 1 年以上	
	人	人	人	人	
(3) 介護保険料※2	1 2 割負担	2 2 割負担以外	※2 平成 27 年 8 月の制度改正以後の状況		
	人	人			
(4) 食費・居住費※2	1 減免あり	2 減免なし			
	人	人			

## 2. 貴施設の在宅復帰率・ベッド回転率

<b>問 5</b> 平成 27 年 10 月分として算定する <b>施設サービス費</b> について、該当するものすべてに○をつけてください		
1	介護保険施設サービス費（Ⅰ）（ⅰ）または（ⅲ）【従来型】	
2	介護保険施設サービス費（Ⅰ）（ⅱ）または（ⅳ）【在宅強化型】	
3	介護保険施設サービス費（Ⅱ）または（Ⅳ）【介護療養型】	
4	ユニット型介護保険施設サービス費（Ⅰ）（ⅰ）または（ⅲ）【従来型】	
5	ユニット型介護保険施設サービス費（Ⅰ）（ⅱ）または（ⅳ）【在宅強化型】	
6	ユニット型介護保険施設サービス費（Ⅱ）または（Ⅳ）【介護療養型】	
<b>問 6</b> 平成 27 年 4～9 月の貴施設の <b>在宅復帰率</b> <sup>※3</sup> を選択して○をつけてください		
1	50%を超える	2 30%を超えるが 50%未満
		3 30%未満
<b>問 7</b> 平成 27 年 4～9 月における貴施設の <b>在宅復帰者</b> <sup>※3</sup> についてお答えください		
(1)	平成 27 年 4～9 月における貴施設の在宅復帰者の人数をお答えください	人
(2)	(1)のうち、有料老人ホームおよびサービス付き高齢者向け住宅へ新規入居された方の人数をお答えください	人
<b>問 8</b> 平成 27 年 7～9 月の貴施設の <b>ベッド回転率</b> <sup>※4</sup> を選択して○をつけてください		
1	10%以上	2 5%以上 10%未満
		3 5%未満

※3 在宅復帰率・在宅復帰者：算定日が属する月の前6月間において貴施設から退所した者の総数(施設内で死亡した者を除く)のうち、在宅(有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム及びサービス付き高齢者向け住宅等を含む)において介護を受けることとなったもの(入所期間が1月間を超える者に限る)＝在宅復帰者の占める割合

※4 ベッド回転率：30.4を入所者の平均在所日数で除したもの

平均在所日数：3月間の在所者延日数／{3月間の(新規入所者数+新規退所者数)÷2}

— これより先の項目は、ご回答者の主観に基づくおおよそのご回答で結構です —

## 3. 貴施設における在宅復帰困難者の状況

<b>問 9</b> 貴施設において在宅復帰の見込みが立たない入所者の割合は、貴施設の現時点の全入所者のうちおよそ何割ですか？		割
<b>問 10</b> 貴施設の現時点の全入所者（短期入所利用者を除く）のうち、下記の(1)～(3)に該当する方の割合はおよそ何割ですか？		
(1) 喀痰吸引や胃ろう等の日常的な医療的ケアや、専門的なりハビリテーションを要し、居宅でも特別養護老人ホーム等でも処遇困難な方		割
↳ (1)に該当するような方が貴施設での看取りを希望された場合、貴施設が対応されることはありますか？		1 はい 2 いいえ
(2) 喀痰吸引や胃ろう等の日常的な医療的ケア、専門的なりハビリテーションのいずれも必要としないが、認知症や寝たきりなどで介護必要度が高く、居宅生活が困難な方		割
(3) 医療依存度も介護必要度もそれほど高くはないが、主に経済的な理由で居宅生活を希望していない方		割
↳ (2)や(3)に該当するような方に対して、貴施設では、特養など他の施設への入所申し込みを積極的に勧めていますか？		1 はい 2 いいえ

#### 4. 貴施設と、高齢者住宅等の関係

<b>問 11</b> 貴施設の関連法人のほかに、貴施設と継続的な協力関係があり、貴施設からの退所先として積極的に紹介できる有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅はありますか？	1 ある 2 ない
<b>問 12</b> 貴施設がある市区町村内に（貴施設の関連法人以外を含めて） <b>存在しない施設・事業所</b> があれば、該当するものすべてに○をつけてください 広域連合により他の市区町村と一体的に介護保険が運用されている場合も、貴施設がある市区町村のみについてお答えください	
1 病院                                      2 有床診療所                                      3 無床診療所 4 介護老人福祉施設(特養)              5 認知症グループホーム 6 有料老人ホーム(介護付、住宅型、健康型、無届) 7 サービス付き高齢者向け住宅・分譲型ケア付きマンション・シルバーハウジング 8 軽費老人ホーム(A型、B型、ケアハウス)・生活支援ハウス・養護老人ホーム 9 訪問看護ステーション                      10 医療機関が有する訪問看護事業所                      11 訪問介護 12 訪問リハ                                      13 短期入所生活介護                                      14 通所介護(デイサービス) 15 通所リハ(デイケア)                      16 居宅介護支援事業所	
<b>問 13</b> 貴施設の近隣に有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅が多くなれば、貴施設の在宅復帰率・ベッド回転率は向上すると思いますか？	
在宅復帰率： 1 向上すると思う 2 どちらともいえない 3 向上するとは思わない 上記を選択された理由 ( )	
ベッド回転率： 1 向上すると思う 2 どちらともいえない 3 向上するとは思わない 上記を選択された理由 ( )	
<b>問 14</b> 貴施設の近隣に有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅ができることで、貴施設が地域で果たす役割は変化しましたか？あるいは、貴施設の近隣に有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅が多くなれば、貴施設が地域で果たす役割は変化すると思いますか？ 具体的にどのような変化（が想定される）かなどを踏まえて、また、変化が想定されない場合も、その理由を含めて、お書きください	
1 変化した 2 変化すると思う 3 変化しなかった 4 変化しないと思う 理由：	
<b>問 15</b> その他、老健（貴施設に限らなくても結構です）が地域で果たす役割と高齢者住宅等の整備状況の関連についてお考えのことがあれば、ご自由に記載してください	

貴施設の都道府県名	貴施設の市区町村名
-----------	-----------

※ 都道府県名と市区町村名は、これまでにご回答いただいた内容と、地域に関するデータ（高齢者数など）との関係を分析するためにおうかがいするもので、貴施設を特定することは一切ありません。この項目だけご回答を控えていただくことも可能ですが、もしお差し支えなければご回答いただければ幸いです。

調査票は以上です。ご協力ありがとうございました。  
同封の返信用封筒に厳封し、直接ポストへ投函してください。