

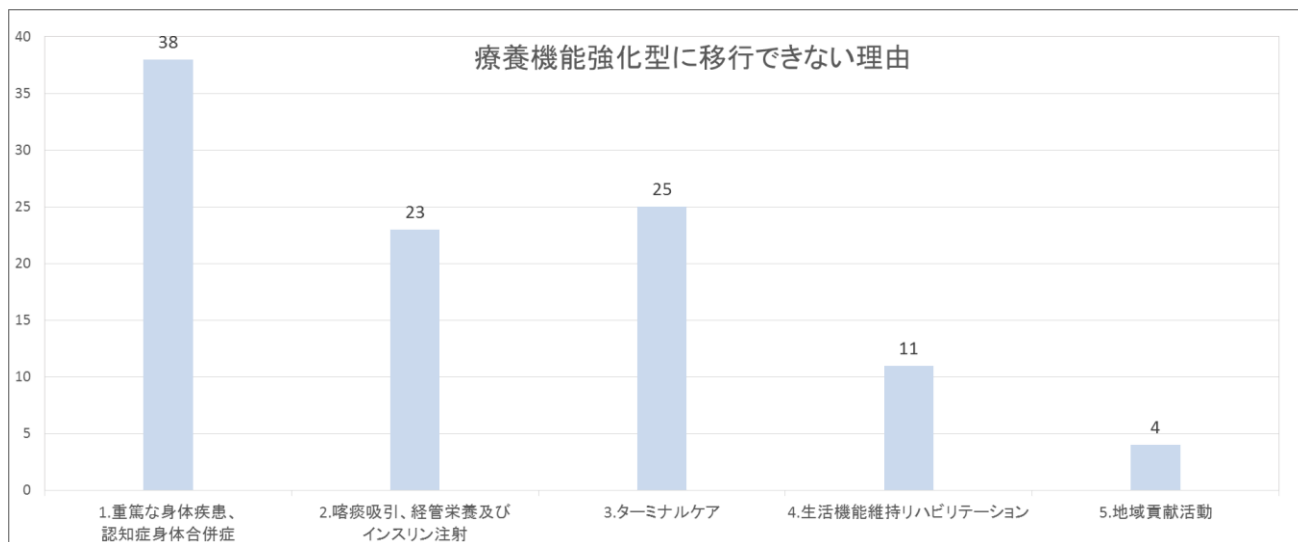
介護療養型医療施設の今後の運営に関するアンケート結果

日本慢性期医療協会
平成 27 年 3 月 11 日～13 日

介護療養型医療施設を有する病院数	227 件
介護療養型医療施設の病床数合計	18779 床

(平均 82.7 床)

平成 27 年 4 月以降の移行先（複数回答）		
1.療養機能強化型 A	(116 病院)	51.1%
2.療養機能強化型 B	(47 病院)	20.7%
3.介護療養型医療施設のその他	(60 病院)	26.4%
4.医療療養 20 : 1	(21 病院)	9.3%
5.医療療養.25 : 1	(17 病院)	7.5%
6.上記以外への病床転換	(2 病院)	0.9%
計	227 病院	100.0%



自由回答

1.重篤な身体疾患、認知症身体合併症
重篤な身体疾患については介護保険で対応できる範囲ではなく、障害者施設等一般病棟でも J C S 評価が 30 以上となっていて、他の条件でも療養病棟入院基本料 1 の医療区分に該当もしくはそれ以上になっている。
算定の要件が重篤すぎる（医療度が高すぎる）と思う。介護施設でこの算定をクリアできる患者が入院する施設はあるのかと疑問に感じる。
重篤な身体疾患の詳細が不明のため、検討中である。
認知症身体合併症については基本 50%以上で、重篤な身体疾患の該当はないが、重篤な身体疾患の患者の該当がなくても良いのか解釈が不明である。
現在患者の状態を確認中だが、重篤な身体疾患と認知症身体合併症の算定が緩和されれば移行が容易になると思われる。
<ul style="list-style-type: none">・算定要件の患者の医療依存度が高すぎると思う。医療療養の医療区分よりも重いのではないかと感じた。・疾患ごとの条件が厳しい。介護療養レベルではないと思う。・この条件での病態を診るのであれば、6:1 や 4:1 の人員配置基準では困難である。・医療療養病棟との患者の住み分けが難しい。
夜間の勤務体制が看護師 1 名のため、身体管理者が多くいれば事故に繋がる可能性が高く、患者を多く診ることができない。
該当する患者を揃えられない。また、現在いる患者を退院させても行き場所がない。
重篤な身体疾患とは急性期患者のことを指すのかわからない。また認知症身体合併症は認知症の定義がわかりづらい。
比率を 50%から 20%に下げて欲しい。
両方の要件に該当する患者数割合が 50%に達しないためできない。要件の基準が介護療養病床の実情と合致していないため、見直しを検討していただきたい。
重篤な身体疾患について、心不全なのか呼吸不全のかなどきちんと病名に挙げられなければいけないのかわからない。また医師によってこれらの判断は変わってくると思うがどう考えているのか。さらに介護職を中心とした病棟の中で 50%以上となると看護師の需要が多くなり、介護療養型としての役割のなすべき所は何なのか、と疑問に思う。
当院では同法人内に医療療養病棟も有しており、重篤な身体疾患の患者や喀痰吸引・経管栄養及びインスリン注射の患者は介護病棟には少ないのが現状である。
「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」とあるが、「及び」ではなく「または」として欲しい。また重篤な身体疾患に「酸素吸入」「モニター測定」「身体拘縮度」「難病患者」「末梢点滴」「脳血管疾患」「障害高齢者の日常生活自立度 C1・C2」も含めて欲しい。
患者数の割合が足りないため。
該当する患者は医療療養病床に移すので算定に該当する患者がおらず、要件をクリアできない。
認知症高齢者の自立度ランクを算定に入れて欲しい。

対象の患者は医療病床対象であるため難しい。
心不全や肝不全の方は入院しているが、NYHAⅢ以上とは言えない。また、呼吸不全も重症の方がいてもすぐ亡くなってしまいうため難しい。心不全・肝不全・呼吸不全は在宅で看るのが困難なので、入院の希望が多い。たとえば単身者の場合、判断する人がいなかったり、心不全は水分コントロールや内服コントロールが在宅では困難である。肝不全の方は腹水があるまたは肝性脳症がみられるため管理が必要な方もいる。
重篤な身体疾患および認知症身体合併症を有する者の割合が規定の100分の50以上に達しないため難しい。重篤な身体疾患の基準の緩和を希望する。重篤な身体疾患または認知症身体合併症を有する者のいずれかに当てはまれば良いように変更されれば移行できる。
認知症のランクを1・2まで広げて欲しい。また、透析施行者だけの適用にして欲しい。
重篤な身体疾患や認知症身体合併症の医療依存度要件が50%から30%~10%まで緩和できれば移行は可能。
現時点では基準に達していないと予測されるが、認知症患者の身体合併症の定義の通知や疑義解釈が未発表のため、基準を満たすか不明である。
算定要件の詳細が明らかになったので、現段階では100分の50以上であることは不可だが、患者の状態を再評価したら要件のクリアが見込める状況である。緩和されれば満たされるとすれば、重篤な疾患の内容に「要介護度の高い入所者が〇〇%以上」ということが含まれれば移行が可能と思われる。
疾病要件がかなり狭いので該当者が50%に満たない。
人工呼吸器・透析・JCS100の患者の割合が高く設定されているように感じる。
条件が緩和されれば機能強化型の可能性もあり得る。
重篤な疾患の範囲が狭すぎる。現在出ている条件は本来医療療養で診るべきものと思われる。この条件ではほとんどの介護療養病床は強化型に移行できないと思われるため、緩和を求める。このままでは介護療養から医療療養への転換がさらに進んでいくと思われるので危惧している。
重篤な身体疾患を有する者の状態は医療区分2・3の状態より重いと感じる。要介護度4~5の患者については要件を緩和して欲しい。
重篤の身体疾患の割合を緩和するか、身体疾患内容の緩和が必要。

2.喀痰吸引、経管栄養及びインスリン注射
経口維持加算が対象要件になっているが、介護報酬の算定で療養食加算、経口以降加算、経口維持加算の3項目の併算はできないことになっている。今回の改定で併算可となりそうだが、それならば今回の改定の算定要件として3項目を入れても良いのでは。
喀痰吸引を何回施行したら良いか、インスリン注射は医療区分に準じて行うのかについて知りたい。また、経管栄養は言語聴覚士が脱経管栄養を頑張ってリハビリしているので止めることはできない。
信じられない条件に落胆している。経管栄養を何とか少なくしようとしているのに、今後は経口摂取になれば介護病床の点数が下がるという事実ショックを受けている。当院は経管栄養のない病院であるためA・Bは無理と思われる。
強化型で求められる入院患者の割合には現行では達成できない。また、それを行うには病院と同じ量の看護者の人員を要しなければならない。

該当する患者を揃えられない。また、現在いる患者を退院させても行き場所がない。
喀痰吸引の回数が何回で取り扱うかがわからない。
準備期間がないのと医療療養があるので今回の算定はハードルが高い。喀痰吸引や透析などは医療病棟では区分 2 で評価されているので見直しが必要と考える。
また、6:1 で看護師の人員配置で喀痰吸引など重篤な患者の対応を行うことは現実として厳しい。
喀痰吸引は頻回であるため難しい。また、インスリン注射は医療病床対象であるため難しい。
医療療養があるので、医療の方で受け入れている。そのためパーセンテージが届かない。
条件の中の 5 割以上の要件の緩和が行われれば移行可能と思われる。
人工呼吸器装着の方は医療療養病床の対象としている。また、誤嚥が認められる状況について必ず造影撮影や内視鏡検査に基づく判断が必要なのか、ムセ・検査により誤嚥性肺炎の所見があるなどの判断で良いのかを明確にして欲しい。
「喀痰吸引、経管栄養及びインスリン注射」に該当する患者の多くは医療病棟となり、介護病棟には 3 割～5 割もいない。

3.ターミナルケア
ターミナルの解釈にもよるが、連続してターミナル患者を 5～10%保持するのは困難。
ターミナルについての縛りが緩和される又は無くなれば可能と思われる。
「ターミナルケアに係る計画が作成されていること」という要件の「算定日が属する月の前の月間における入院患者のうち」という部分の緩和が必要。現在、ターミナルケア計画を作成していないため、3 日間の作成実績を作る間は算定できないと解釈している。
「ターミナル」を受けながら「リハビリで維持」することは小病床数では現実的ではない。
ターミナルケアの説明は行っていたが、計画書の作成や同意のサインまでは取っていなかった。現在は説明後に計画書にサインをいただいているが、要件では 3 か月分の実績が必要となっているため、1 月～3 月での実績では割合が不足となる。 なお、当院は 5 月か 6 月には療養機能強化型 B に変更できる見込みである。
現在療養機能強化型 A にて運用の検討をしているが、ターミナルケアの割合と内容により運用不可も考えられるため、今後の情報に注視している。
計画書は施設サービス計画書と終末期医療意思確認書は現在行っているが、ターミナル計画と言う名目ではない。
ターミナルの基準が不明。ガイドラインなどはあるのか知りたい。
書面で計画書や同意を得ていないため、経過措置がないと他の基準を満たしていても、A・B の届け出ができません。
ほとんどの患者が回復の見込みがないが、ターミナルとして扱えるのかどうか知りたい。

<p>どのような状態の方が対象となるのかがはっきりしないと話にならない。経口摂取が困難となって栄養が維持できなくなった時を始まりとして良いと思うが、その時の対処法として下記があると考え</p> <p>る。</p> <p>① 経口摂取が可能だけとし、点滴など自紙市内（純粋な看取り）</p> <p>② 経口摂取と末梢血管からの点滴の併用</p> <p>③ TPN（消化管に問題ない場合は医療療養の医療区分3に該当しない）</p> <p>④ 胃ろうによる経管栄養、経鼻経管栄養</p> <p>実際には①を選択される方はごく少数であり、②はぜひターミナルケアとして認めていただきたいと思う。③を選択される方も多いため、できれば入れていただきたいと考える。</p>
<p>どの時期からターミナルと呼ぶのかわからないが、死亡前1～2ヶ月とすれば10%以上となると50床の場合5人以上となり、かなり厳しい基準となる。</p>
<p>達成に近付いているが、医療で受け入れることが多い。</p>
<p>ターミナルケアに係る計画が整備されていない。</p>
<p>最期は一般病棟で看取って欲しいという家族が多いため。</p>
<p>3か月間の割合の確保が難しい。割合が軽減されれば移行できる可能性がある。</p>
<p>いつからターミナルとするのか判断が難しい。医師がバイタルなどから状態が悪いと判断した時点からでも良いのか、他界後から遡って考えるのか知りたい。</p>
<p>現在取り組んでいないが、実質的には実施しているため4月より計画書を作成する予定である。将来的には移行できるものと思われる。</p>

<p>4.生活機能維持リハビリテーション</p>
<p>作業療法士の採用実績がなく、4月までに準備などが間に合わない。</p>
<p>専従の作業療法士・理学療法士・言語聴覚士などがいない。</p>
<p>作業療法士が就職してくれない。</p>
<p>生活機能維持リハにかかる作業療法士が確保できない。理学療法士及び看護師や介護福祉士でのリハでも要件をクリアできれば移行できる。</p>

<p>5.地域貢献活動</p>
<p>病院で「地域住民」に教室やカフェを開くことは10数年前の「サロン病院」の逆戻りの方策ではないかと感じた。当院では協力できない。</p>
<p>内容が明確でないため、何をしたら認められるか不明確である。</p>
<p>地域住民との交流の実績がない。</p>
<p>現在取り組んでいないが、検討して実施する予定である。将来的には移行できると思う。</p>

どのように要件が緩和されれば療養機能強化型へ移行できるか
現在 2 病棟 (96 床) あり強化 A・B を取りたいが、今の厚労省の改定概要では諦めざるを得ない。今の段階では現状維持するしかないと考えている。患者の強化型 A・B の算定要件が細かく厳しいため、重篤な患者が多いとベッドコントロールや人材配置では対応が難しい。
当院は医療療養病床 (療養病棟入院基本料 2 を算定) も抱えているため、基本的に医療度の高い患者は医療療養病床への転床で対応している現状がある。医療療養も今後は入院基本料 1 を算定できるように対象の患者を徐々に入れ替えていく必要性を感じており、今回の介護病床強化型への移行も併せて目指すとなると現実的に対象となる患者の確保が困難と考える。極論を言えば介護病床の患者要件をなくして貰うことが望ましいが、それが望めないようなら転換型老健などへの変更もやむを得ないという印象である。
当院は 2 病棟あるが、1 病棟を強化型 A にし、もう 1 病棟を強化型 B として届出することは可能か。
全国的に経管栄養が減っていく中、患者の確保が困難である。「喀痰吸引、経管栄養及びインスリン注射」の患者以外にも合併症を持つ認知高齢者が多くいるので、そういった患者を診ることにもう少し評価が厚くなることを望む。
とりあえず療養機能強化型 B を考えていますが、施設基準の中でまだまだわからない所があるので移行できるかどうかわからない。
診療報酬の増額を求める。
「喀痰吸引、経管栄養及びインスリン注射」の算定ができれば A に移行できるが、現状では難しい。とりあえず強化型 B で運用するが、このままでは医療療養に移行するか、介護老人保健施設に移るしかない。今回の介護報酬改定は介護事業そのものを否定しているのではないかと感じており、処遇改善加算を外せば実質マイナス 4.48% の現状でどうやって運営できるというのかと思った。今後の協会の奮闘を期待する。
項目要件が多すぎる。「いずれにも適合」ではなく項目ごとに施設で選択でき、その項目数によって加算の増減があると取り組めるのではないかと思います。
重度疾患の算定が多いが、当院は重症者の自然増加による所が多いため、徐々に移行できる体制にして貰えると良かったと思う。急にハードルが上がったと感じた。
今回の算定要件を施設の努力で果たしていくとすれば、一般病棟から医療ニーズの高い患者を選び、優先的に入院させていくしかない。医療ニーズが比較的低い患者は退院の力が働き、受け皿の特養や老健などが一気に満床になり在宅での介護困難がますます増加する。そのため算定要件のすべてではなく、いずれかを満たしていれば良いように変更していただきたい。また、認知症高齢者の日常生活自立度評価をⅢa から評価して欲しい。
昨年の診療報酬改定以来、理事長に対し医療療養病棟については強化加算を申請し、介護療養病棟については法人の組織・人員配置を改編し、医療療養病棟に転換するしか当院の生き残る術はないと進言してきたが、強化加算も申請せず今後の介護療養病棟の進むべき方向性についても未だに指示がないので、現時点では「介護療養医療施設のその他」にずるずると移行するしか道はないようである。
療養機能強化型 A および B の算定する基準は現在の医療病床の医療区分 2・3 と重複する部分があるため、平成 28 年度診療報酬改定の内容を確認する上での検討となる。

各項目の表現が曖昧なのでわからない部分（吸引回数の縛りはあるのかなど）もあるが、何よりも吸引など医療処置を要する方の制限が厳しいと思う。

認知症身体合併症で認知症高齢者の日常生活自立度がⅢaになれば可能。

施設基準の緩和が必要。

認知症日常生活自立度Ⅳ以上をⅢa以上に緩和されれば67.5%になり、Ⅲb以上なら49.5%になるのでそちらを緩和して欲しい。