



日本慢性期医療協会 介護療養病床の機能に関する緊急調査結果

(平成 26 年 8 月)

1. 回答病院

調査対象：介護療養病床を運営している、
または運営していた病院

回答病院数	267 病院
うち、介護療養病床単独の病院	15 病院

介護療養病床単独の病院の病床数	
50 床未満	0
50 床以上 100 床未満	5
100 床以上 150 床未満	4
150 床以上 200 床未満	5
200 床以上	1

2. 介護保険の各施設における疾患・病態等への対応及び機能

看取り機能、認知症対応をはじめとする 11 項目の疾患・病態等への対応および機能に関して、各施設の状況について尋ねた。最も対応が適している (◎ : 3 点)、対応できる (○ : 2 点)、十分ではないが対応できる (△ : 1 点)、対応できない (0 点) とし、施設ごとに百分率に直した。その結果について、各施設が得意とする対応及び機能に上位 5 位までの順位を付けた。

	① 看取り機能	② 認知症対応	③ 認知症合併症への対応	④ 医療区分の中で医療的管理が必要な疾患への対応	⑤ 嚥下機能訓練	⑥ 経管栄養の管理	⑦ リハビリテーション	⑧ 夜間急変時の対応	⑨ 在宅復帰機能	⑩ ショートステイ	⑪ その他	計	
介護療養病床 (n=243)	11.9% ①	8.9%	9.3%	11.5% ③	9.9%	11.6% ②	10.4% ⑤	10.8% ④	8.2%	6.8%	0.7%	100%	
老健	転換型 (n=86)	10.5% ④	10.5% ④	9.6%	8.4%	9.3%	10.3% ①	11.4% ①	6.9% ②	11.2% ②	11.2% ②	0.7%	100%
	従来型 (n=96)	7.4%	12.1% ④	8.9%	6.6%	9.4% ⑤	12.8% ③	5.6%	14.3% ①	13.6% ②	0.5%	100%	
特養 (n=86)	11.7% ③	17.6% ②	9.1% ⑤	5.4%	7.0%	10.9% ④	7.8%	3.9%	7.6%	18.8% ①	0.4%	100%	

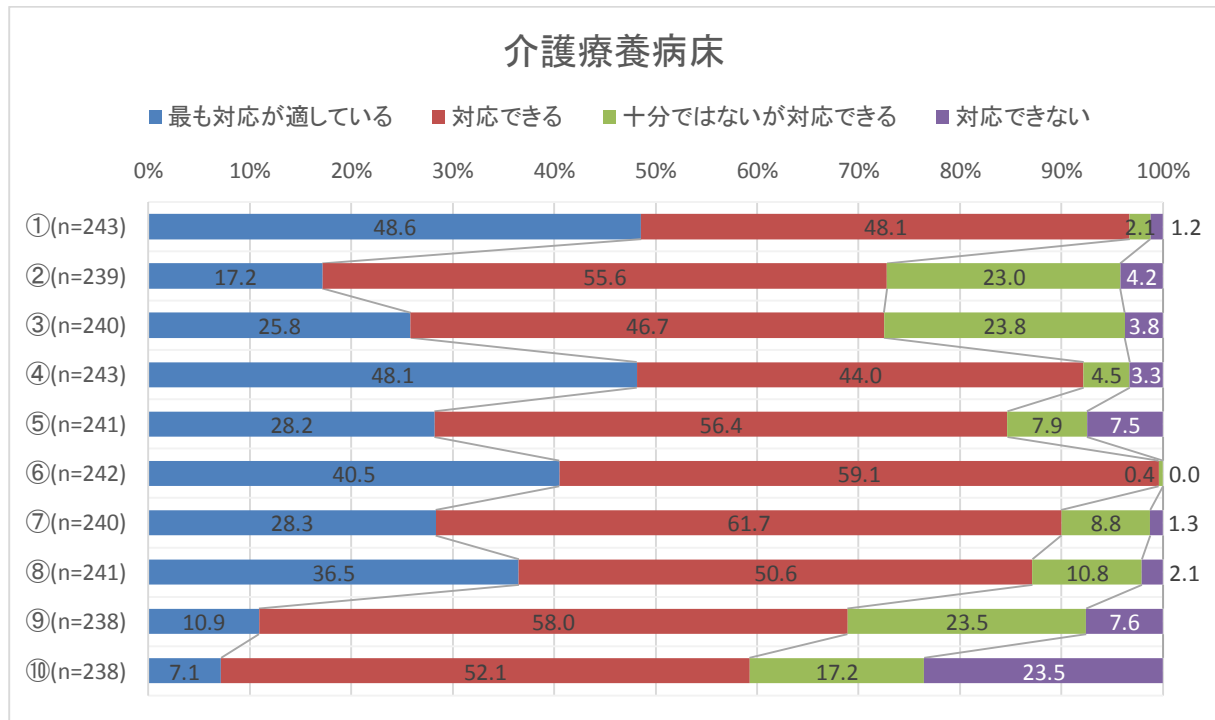
11. その他の機能について、下記の回答があった。(13 病院)

医療必要度が高い患者への対応、リハビリが必要なショートステイ、緩和ケア、拘束解除、神経難病や重度障害を抱える高齢者、末期がん患者への対応、生活機能、在宅診療、終末期医療および介護の家族満足度、レスパイト入院

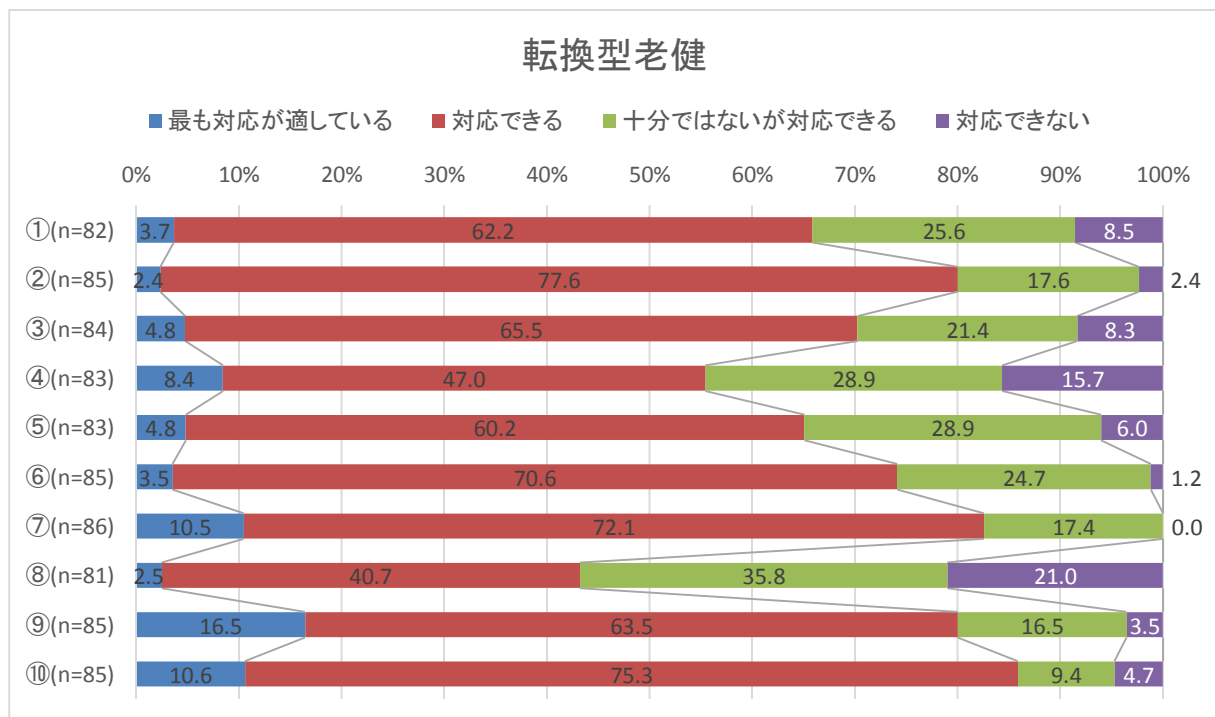
施設ごとに下記のどの役割や機能が適しているか

①看取り機能、②認知症対応、③認知症合併症への対応、④医療区分Ⅰの中で医療的管理が必要な疾患への対応、⑤嚥下機能訓練、⑥経管栄養の管理、⑦リハビリテーション、⑧夜間急変時の対応、⑨在宅復帰機能、⑩ショートステイ

(%)

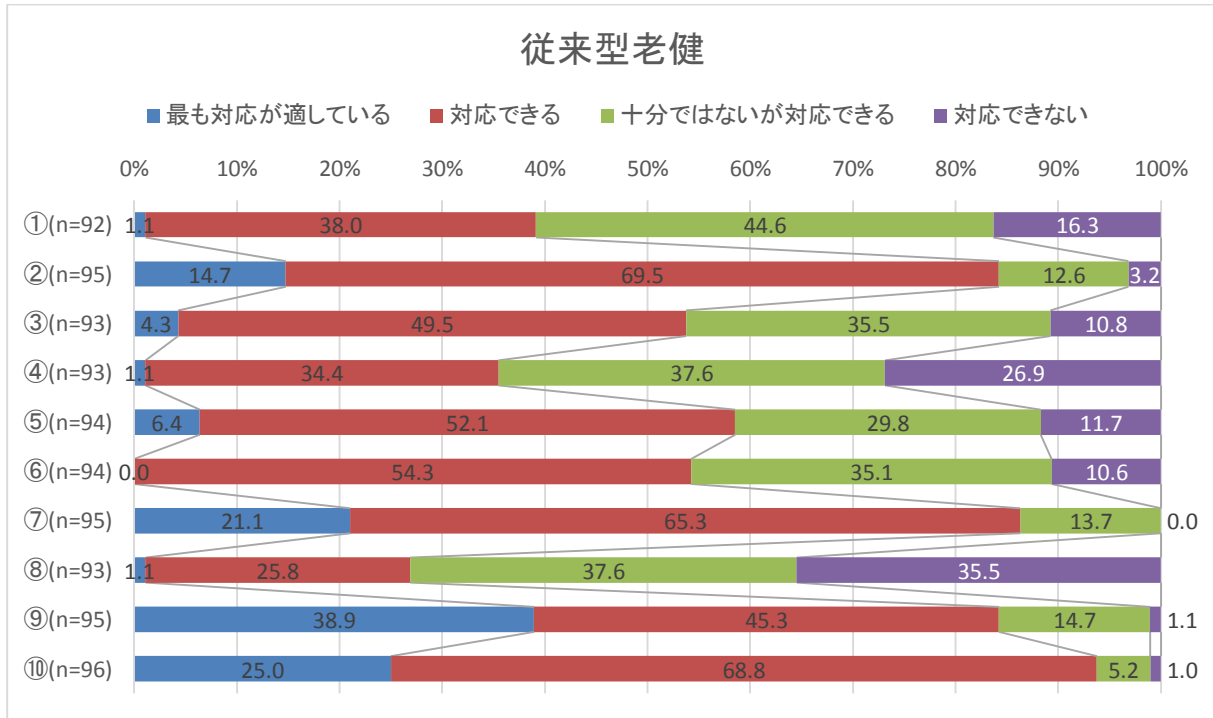


(%)

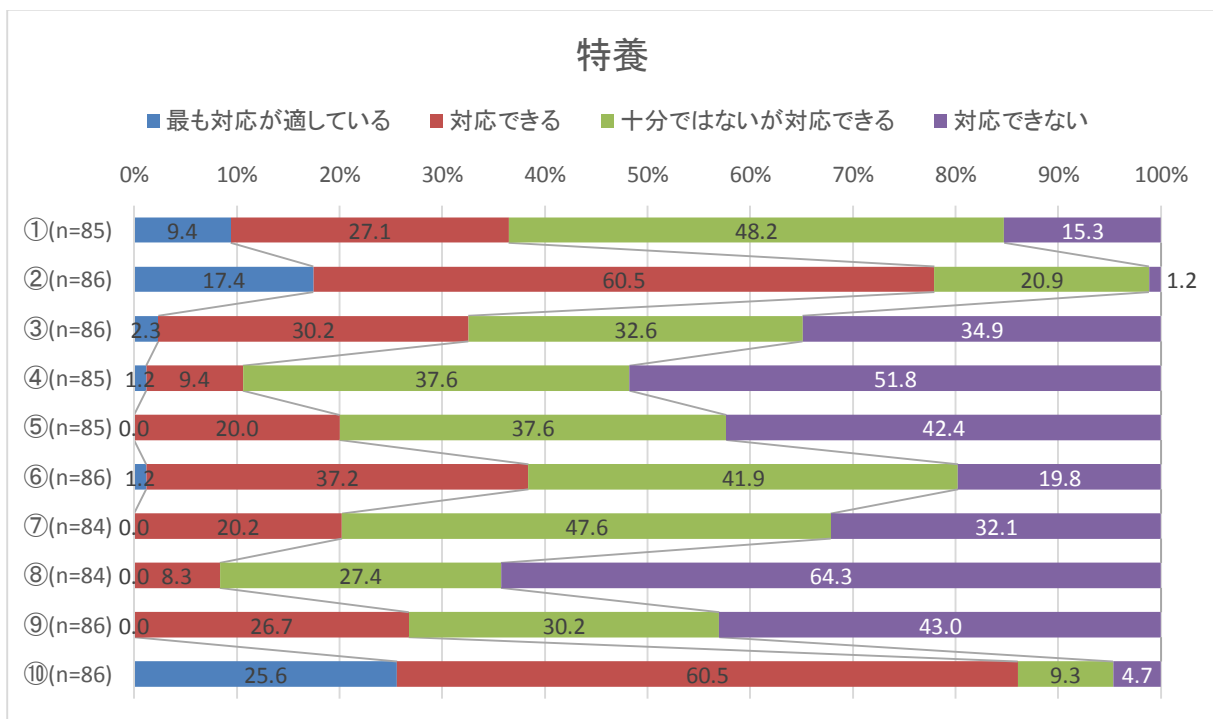


①看取り機能、②認知症対応、③認知症合併症への対応、④医療区分 I の中で医療的管理が必要な疾患への対応、⑤嚥下機能訓練、⑥経管栄養の管理、⑦リハビリテーション、⑧夜間急変時の対応、⑨在宅復帰機能、⑩ショートステイ

(%)

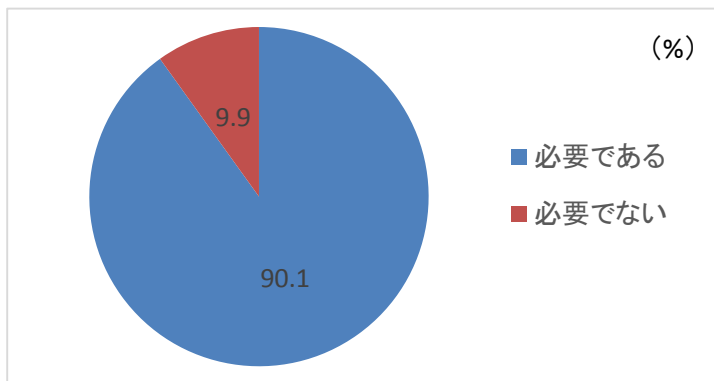


(%)



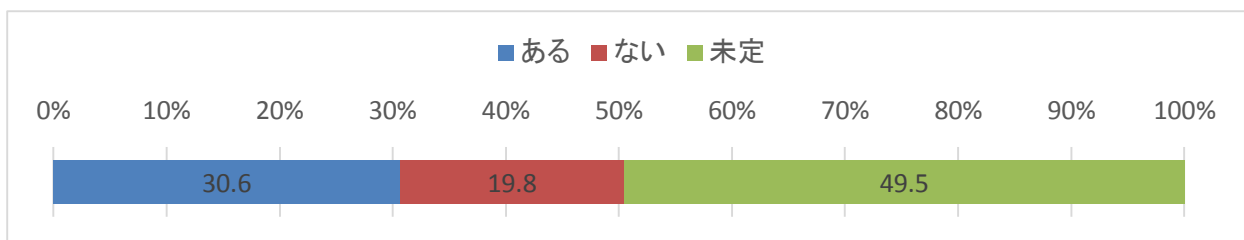
3. 介護療養病床について、下記の機能を維持するために、医師を24時間配置する体制が必要と思うか (n=232)

①看取り機能、②認知症対応、③認知症合併症への対応、④医療区分Iの中で医療的管理が必要な疾患への対応、⑤嚥下機能訓練、⑥経管栄養の管理、⑦リハビリテーション、⑧夜間急変時の対応、⑨在宅復帰機能、⑩ショートステイ

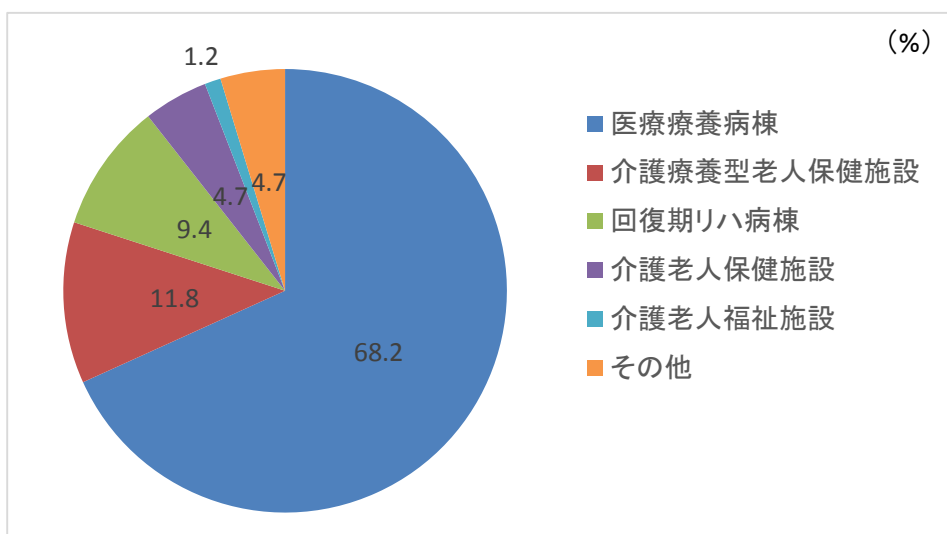


<まだ介護療養病床を転換していない病院について>

4. 今後、介護療養病床を転換する予定 (n=222)



介護療養病床の転換を予定している病院について、予定している転換先 (複数回答あり、n=85)



その他・・・介護付き有料老人ホーム、障害者施設病棟、サービス付き高齢者向け住宅、老人ホーム

5. これまで介護療養病床を転換しなかった理由

No.	総病床数	介護療養病床数	理由
1	146	90	<p>1.介護療養病床が看取りに必要であると考えから。</p> <p>2.医師が24時間対応するということが、病気や障害を持っている方々が終の住処とできる条件であり、施設と医療とが融合した理想形であると信じるから。</p> <p>3.住宅で終末期を迎え、ご家族に介護負担や精神的な負担をかけるより、在宅のような環境で終末期を病院で看取の方が効率的であるから。</p> <p>4.ご家族が安心できるから。病院に長期入院したいという要望が強い。</p> <p>5.終末期なのに急変時に救急搬送するような事態を防げるから。</p> <p>当院に対する地域のニーズは、ターミナル機能が最も多く、重介護と医療ニーズを併せ持つ患者が多く入院されており、現在の平均要介護度は4.6となっている。</p> <p>我々は、ターミナル期の療養環境に加え、人生の最後の瞬間まで、個人の尊厳を守るためにも、早くから全個室ユニットに変更し、地域の信頼を培ってきた。</p> <p>90床の介護療養型では、年間30名以上のターミナル対応を今後も継続していくためには、厚生労働省が示している外付け医療の転換策では、医師、看護師の配置において現在の医療クオリティの維持が困難であることに加え、報酬単価から考えても経営不可能であり、終末期医療を護る者として、社会的責任を果たすことができなくなるため。</p>
3	96	30	<p>介護療養病床および医療療養病床は、高齢者の急性増悪時の急性期病院からの受け皿として必須であり、全患者が在宅へ短期間で全快して戻れるとは限らない。場合によっては、介護療養病床で長期入院となったり、死亡退院となる病床も必要であることから、必ず見直しされるものと期待している。</p>
4	180	60	<p>国の動向を見ている。</p>
5	226	52	<p>在宅復帰のできない重症患者がいる。今後も経管、PEG、気切、COPD (O2投与) 等の患者の施設として、医師、看護師のいる医療施設として必要です。</p>
6	47	11	<p>有効な利点が見受けられないので、現状を維持している。</p>
8	40	19	<p>廃止の期限が延長されたため。</p>
12	58	30	<p>急性期からの受け皿としての必要があるため、転換していない。</p> <p>必要性から経過措置期限の延期、撤廃の可能性があるのではとの理由。</p>
13	111	59	<p>今後の情勢にて判断したいため。</p>
14	99	49	<p>今の施設で十分その機能を発揮できており、回復期のリハビリ、在宅復帰もかなりの頻度で可能となっている。当院の介護療養病床は医療度が3~5程度で、リハビリテーションに力を入れており、地方の地域密着型病院にとっては十分存在価値があり、今後の地域包括ケアの一翼を担うことが可能と考えている。</p>
15	158	58	<p>特養や老健に入れず、在宅も無理な患者からのニーズがある。</p>
16	100	50	<p>法改正と現在入院している患者像がマッチせず、受け皿がないため。</p>
17	68	28	<p>医療療養病床より点数が高いため。</p>
18	591	120	<p>様子見。</p>
20	75	4	<p>地域に介護療養病床（要望はショートステイ）がなかったため、行政からの要望により介護療養病床を申請した経緯である。廃止となれば医療療養病床に戻したい。</p>
21	286	226	<p>当地域は介護療養病床が地域で不足しているため。</p>
24	59	59	<p>経済的理由</p>
25	169	48	<p>医療区分Ⅰで要介護度の高い患者において、他施設の受け入れが難しく、介護療養病床がその受け皿となっているのが現状。</p>
27	76	43	<p>介護療養病床の廃止予定はあるが、確実な廃止決定を受けて医療療養病床に転換を考えていたため。</p>
28	360	120	<p>転換に適応できない患者が多いから。</p>
29	86	40	<p>現在入院中の利用者への対応が維持できる転換先体制がないため。</p>
30	316	54	<p>スタッフの配置等の管理体制の不備によるもの。</p>
31	511	231	<p>人員配置</p>
32	180	180	<p>介護報酬の低さ、人員配置の少なさ。</p>
33	169	109	<p>看護職員の不足</p>

No.	総病床数	介護療養病床数	理由
37	99	60	介護療養病床に対する国の対応が先送りなど、はっきりしていない。現状、体制に問題なく患者へサービスを提供できている。また、経営的にも安定している。医療と介護と一緒に受けられる体制はこれだけで、患者に長期的に安定して入所していただくことができている。
38	60	24	介護療養病床に現在入院している患者の受け皿がない。特養や老健に移動してもらっても、「喀痰吸引が必要」、「24時間看護が必要」などを理由に帰ってきます。
40	297	60	介護療養病床が経過措置で存続しているため。
41	136	66	制度の方向性がはっきりしないため。
42	350	120	医療療養病床への転換を基本的な考えとするが、他の介護施設への転換の可能性もあり、検討中である。
47	250	50	それなりに機能し、必要だったから。
48	94	36	患者の需要に応えるため。
49	236	50	転換する法的規制が成立していない。
52	120	60	国の方針が定まっていない。
56	193	193	現在入院中の患者の状態からみて、介護老人保健施設等に転換しても十分なお世話をすることが不可能と思われる。また、医師の24時間配置は不可欠であります。
57	60	30	医療区分I（胃ろう、経鼻）が多く、介護療養病床の方がやや収入が多い為、転換はしませんでした。
58	298	249	医療、介護を併せ持つ、これから必要な機能であると考えており、特に医療的管理および夜間急変時の対応は他の施設では無理な行為である。また、医療療養病床の医療は区分で分けられ自由な治療を制限されており、偏った医療提供となる。
59	179	179	廃止が延期とわかっていたから。
60	396	240	1.経営面での問題（収入がダウンする） 2.人員の確保が難しい。 3.旧態の施設を改造する必要がある。
61	102	32	入院患者の行き先がない。
62	98	60	当院は介護療養病床を有した病院として、地域住民に認識されており、また、地域の老人医療や終末期医療に十分に貢献をしており、今後もこの方針で維持していきたいと考えています。
64	236	90	介護療養病床へのニーズがある。患者数が確保できている。施設への転換となると、職員数の問題がある。建物の老朽化が激しく、建替えの計画がある。
66	240	120	認知症身体合併症を有する患者には、最適な病棟と考えている。
67	60	18	医療制度改革の方向性を見定めていた。医療保険に地域包括ケアという概念が導入されたことから、医療保険の病床の中で地域包括ケアを実践していこうと思ひ、病床を医療保険の枠外に出すことはしない方向で運営を考えている。
70	99	29	地域の患者の要求である。介護療養病棟を希望してくる。Post Acute、Sub Acuteの患者は多く、簡単には転換できない。
71	50	21	当地域において介護療養病床は必要と考えていたため。
72	236	60	転換型老健は人員基準が同じであるにもかかわらず、点数が低く採算ベースに乗らないため今まで転換しなかった。今後、市の方で一般老健への転換を認可していただけるのなら人員基準が低いメリットを活かし、その人員を医療療養病棟へ動かすことができる。
74	237	110	介護老人保健施設に転換すると、医療機能が弱すぎてミスマッチで、さらに減収になる。
75	278	108	地域のニーズに応えるためには、施設でなく、介護療養病床は必要だと認識から、制度の変遷を中止しています。
77	398	120	介護療養病床廃止時期の延期もあり、継続して診療報酬及び介護報酬の双方の改定を含めた動向に留意の必要性があった。
79	99	28	今後の方針が不確定なため。
81	92	60	介護療養病棟が将来必要になると思われる。安易に政府の言うように転換すると、後戻りはできなくなる。ぎりぎりまで転換してほしくない。

No.	総病床数	介護療養病床数	理由
82	150	99	利用者の目は厳しく、責任を問われるのに、医師がいなくなり、外部病院から呼び入れるなど空想の世界です。 看取りができなくなるのはとても許容ができない。有料老人ホームのやっていることをみればかなりまともな施設だとは思いますが、重度患者の行く場所がなくなり、裁判が必ず増えます。
85	402	108	当院への紹介ケースの中には、医療区分Ⅱ・Ⅲには該当しないが急変するリスクが高いケースや、医療管理が常時必要なケースも多数存在するので、108床の介護療養病床を残しています。2006年改定時に200床ほど医療療養病床へ転換しました。
86	216	88	介護療養病床に現在入院している患者の行き先の確保が困難。介護療養病床の特徴（医療度の高い利用者も受け入れ可）の必要性があるから、廃止が延期されてきたと考えているから。
87	180	90	需要があり、市からも廃止になるギリギリまで続けてほしいといわれているため。
88	113	58	経管栄養の患者が多く、必要だと思われるため。
89	296	96	医師、看護職員の確保が困難な状況と、地域で療養病床が必要とされている。そして、建物改修が必要で、改修費用等の資金繰りの目処が経たないため。
90	72	18	転換のための条件が整わない（医療区分等）
91	560	100	患者の現状を考えると、変えることが困難。報酬が低い。
92	144	28	一般病床、医療療養病床とのケアミックスが有効に機能しているため。
94	199	50	現在入院中の患者の移動先確保が困難であったため。
95	103	69	医師を含めたスタッフの問題に加え、先行不透明な部分もあり、転換しなかった。
98	213	50	介護療養病床がレスパイトなどで地域に必要であるから。
99	215	107	地域での急性期病院からの後方支援としての役割を担っている。リハビリを回復期リハ病棟以外に満足に提供できる病棟は、介護療養病棟しかない。老健、特養では、看取りもできず、見取りとしての施設やホスピス入院が長期になった。合併症を持った認知症ケアなど、医療と介護の両方を持つ介護療養病棟でないと診療できない。
100	73	2	長期入院の患者がいたため。
101	220	98	現在の状態が最適だから転換していません。
103	92	92	現状では医療区分Ⅰの患者の受け皿がないので、当院としては介護療養病床を残している現状である。
104	192	152	これまでの経過から、急いでも得をすることはないと判断したため。
105	562	138	患者の病状からみて、老人保健施設での対応は不可と考える。
106	108	50	介護療養病床のニーズがあった。また、政府の移り変わりがあり、見極めきれなかった。
107	120	60	診療報酬・介護報酬改定の動向をみてからの判断とするため。
108	70	40	1.現状の体制を必要とする患者が多数いる。 2.機能転換に伴い、現在入院中の方々の「行き場」がない。 3.機能を転換することで、地域の中で果たしてきた役割のうち、果たせなくなる機能が出てくる。 4.スタッフの構成の大きな変更が必要になる。
109	59	26	介護療養病床の必要性を考えたから。
110	501	60	報酬が現行より下がるため。
111	220	55	特に転換する必要性はないと判断したため。
112	60	40	医療区分Ⅰに該当する、要介護度4.5の患者からの需要が多いため。
113	120	60	法人内に回復期リハ病棟や老健があるため、まだはっきりとした方向性を打ち出せない状況。
114	118	59	自らの道が正しいと思ったから。
116	222	42	介護療養病床の必要があるため。
118	300	60	全5病棟（60床×5）のうち、介護療養病棟が最低1病棟必要であった。
119	175	30	地域の患者層をみて、介護療養病床はぜひ必要。
121	134	134	自然な形での高齢者医療、介護ができる。患者家族の介護療養病床存続の声が大きい。
124	105	45	転換後の必要人員の確保ができなかったため。

No.	総病床数	介護療養病床数	理由
125	118	55	法人内に在宅部門を持っているので、介護保険を使っている人の受け入れが必要になることがあるため。 要介護5の患者のレスパイト入院、インスリン3回打ちしている人のレスパイト入院、積極的治療不要ながん患者のレスパイトなど。
127	60	60	地域における介護療養病床のニーズが高いと考えているから。
128	281	60	方向について検討中だったため。
129	487	226	今後の政策を見極めるため。
131	212	60	今後の医療療養病床のあり方を見ながら。 医療区分の対象者が少なかったから。
132	75	21	需要がある程度あったから、地域が必要とされていることは事実。 しかし、転換については検討していた。
133	736	445	医療を必要とする要介護高齢者に対する国の方針が明確に定まらないため。
134	54	18	廃止が叫ばれながら延ばし延ばしになってきた。廃止に反対する声も強く、多額の改造費を投資し転換することにはなかなか踏み切れなかった。 あと3年余りあるので、その間に世間の趨勢を見ながら考える。
137	99	49	徐々に転換を考えていたが、継続されることになったので、この機能は必要と思う。
138	48	24	政策を鑑みて。
139	129	42	厚労省の方針が定まっていないこと。地域のニーズと当院の果たすべき役割、機能が定まっていないこと。
140	107	48	入院患者にとって最適な病床であって、他の患者の受入先に苦慮するため。
141	230	57	人員確保。
142	199	104	人材が確保できるかどうか不安。 患者（医療区分Ⅱ・Ⅲ）が確保できるかどうか不安。
144	71	61	利用頻度が高く、地域、急性期病院等からの必要度が顕著なため。
146	328	78	平成24年7月の病院新築移転時に、17床を有料老人ホーム、78床を老健へ転換して移転する予定でしたが、依然医療の必要性が高い患者を有していたこと、また転移先の地域のニーズとして施設と医療のどちらがより適切であるか見極めたうえで判断する必要があり、廃止期限が平成29年末に延期されたことから、その調査段階としてこれまで転換を一時保留としていました。
147	70	36	関連施設として、医療療養病棟、介護老人保健施設があるため。
148	237	40	1.介護療養病床入所中の患者の、次の行き先が未定。 2.現在も入所の希望者がいる。 3.老健、特養が順番待ちの状態。
149	171	60	医療療養病棟には該当しないが、特養や老健には入所が困難である患者の受け入れ施設として必要。
150	120	60	60床の医療療養病床と補完ができるため。
151	30	11	国の動向が不明。 医療療養病床からの転床を含めて、介護療養病床の必要性が増している。
153	166	106	現在の介護療養病床の人員配置や仕組みが重度の介護者の看取り等においては優れている。また、現在の入院患者をそのまま介護療養型老人保健施設に置き換えてみると、更なるスプリンクラー設置義務、介護報酬の減収によって収支が成立しないのが理由。
154	130	47	要介護度4,5の患者がほとんどであるが、近隣に早期に受け入れできる施設がない。 医療区分Ⅰに相当する長期入院患者がかなりおり、介護療養病床の方が採算性は高い。
157	232	47	介護療養病棟でも、社会で言われるような患者ではなく、経管、胃ろう、認知症、インスリン等の医療処置等があり、院内の他病棟や地域での状況を考え、転換をどうして行くのか思慮深く検討している。
158	165	60	1.介護療養病床を必要としている患者がいる。 2.国および自治体の方針が明確でない。
159	271	159	現時点で介護療養病床の転換病床について、統合的に考えて検討中であるため。
160	161	52	今後の動向を見るため。 医療区分Ⅰの受け皿不足。
162	243	197	制度の変更等の可能性を感じるため。

No.	総病床数	介護療養病床数	理由
163	200	79	介護療養病床 159 床について、大規模な転換が必要であるが、ハード、ソフト、雇用など課題も多く段階的な転換を進めております。 平成 25 年 12 月には 80 床を特養へ変換しました。
164	265	222	当院地区の公立病院再編計画とその後経過の確認と当法人の人員等を考慮した場合、条件に合致する転換先がなかったため。 また、国の転換方針に懐疑的なところがあったため。
165	138	60	人力的に削減なしで点数のみが下がるように見え、また新型老健は今までにない労力を要すと思われるため。
166	108	82	医学管理を必要とする患者が多い。 感染症、疾患の重症化、他疾患の合併等、いろいろな病態に対応する必要がある。 他の介護施設からの急変時の依頼等もあり、呼吸管理、血圧管理も実施する必要が出てくる。
168	100	70	先が読めないため。
169	126	126	1.生活や QOL を大切にする高齢者医療がひとつの理想形であるという、現場の実践から培われた信念による。 2.上記医療を提供できる制度が介護療養型医療施設制度しか存在しないため。
171	217	217	超高齢社会を迎える現在、介護施設の不足が深刻になる中、介護療養病床は今後も存続し、医療と介護の療養が必要な人のケアを担うため、看護療養型医療施設は必ず必要と考え運営をしてきました。 現在、適切な転換先がなく患者には 24 時間看取り機能が必要です。
172	237	190	人員数や患者層の変更を容易に行えない。現状のまま転換すると採算が合わない。
173	199	80	病床稼働率を維持するため。
176	106	58	経済的な問題（借入金返済のため）。
177	236	60	準備期間が必要なため。
178	58	37	経管栄養をしていて、意識障害、意思疎通を図ることが困難で重症度が高く受入先が困難な人が 50%以上と多い。また、在宅介護を受け入れる環境にない人が多い。
179	100	45	介護療養病床がある限り続けたいため。
180	128	38	介護老人保健施設への転換を検討したが、入所基本料が低く、経営がむずかしい。また、入所対象者は手厚いケア、ケアが必要で、人員配置基準通りでは、現場のマンパワーが足りない。
182	290	170	特に理由はない。療養病棟への転換を考えていたため。
183	411	369	介護療養型老人保健施設も数箇所見学・調査等に伺いましたが、医師の配置が 100 名に対して 1 人ということもあり、とても看取りやターミナルケアができるような体制ではなく、PT・OT も包括なため活気すらなくなってしまう、職員のモチベーションもなくなってしまうことになり、今の利用者の状態像からして転換先としてはマッチしません。現在の介護療養病床の人員配置基準が重介護で合併症があり、医療・介護が必要な利用者の状態像にマッチした施設類型であると思います。
184	216	108	現在の介護療養型医療施設の機能が最もニーズにあっているため。
185	47	17	要介護 4・5 で老健・特養で介護できない患者及び要介護 4・5 かつ医療区分 I で医療療養にも入院できない患者は多く、そのニーズが高いため、介護療養病床が存続する限り転換は考えていないが、介護療養病床がなくなる時点で医療療養病床に転換できるか、医療法的に不安である。 転換するとしたら、当院は 1 病棟を医療療養と介護療養に分けているため、医療療養病床以外の選択肢はない。
186	136	48	当院はもともと介護療養病床が 96 床であった。そのため一気に転換することはできず、96 床→88 床→48 床と、徐々に転換してきました。現在の 48 床は来年度に転換する予定です。
189	344	172	1.地域のニーズが高い。特養、老健、有料老人ホームなどより、対応困難になった患者の受け入れ、急性期病院、開業医等から連携の受け入れを行っている。 2.病体が安定した長期療養患者にとって、医療の見守りの中でリハビリ、介護が充実しており、一番適合した病床である。 3.収益性の問題。
190	81	81	医療区分 II 以上よりも、医療区分 I 以下で認知症 BPSD 治療を必要とする患者が大半を占めるため。

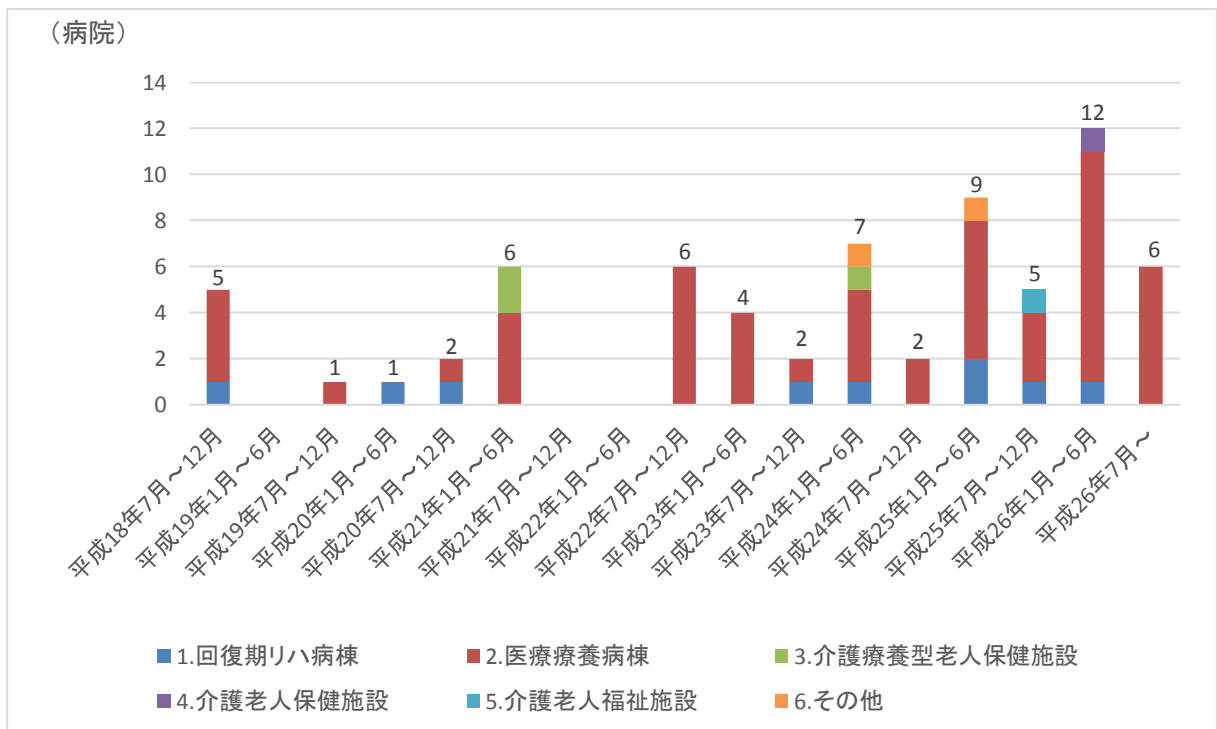
No.	総病床数	介護療養病床数	理由
192	54	54	1.介護施設などへ転換後は、医師・看護師など医療従事者の削減により、利用者に対して十分な医療が提供できなくなる。 2.転換後の施設経営の見通しが立たない。経営が悪化する恐れがある。 3.転換後の建物に掛かる増改築の費用負担が大きく、国の補助金等の支援策が不十分である。 4.当地域の療養病床は当院のみであり、療養病床が必要とされている。 5.療養病棟から医療療養あるいは介護老人保健施設などへの転換の進捗状況が芳しくなく、先行きが不透明である。
194	288	192	経済的負担。 専門職の確保困難。
195	164	164	設備投資、職員の知識・技術、人材確保、運営面などで不安要素が多い。 また、療養型のニーズも多く、転換することが最良策かどうか、疑問がある。
196	640	380	機が熟していなかった。
197	72	40	転換により減収となる。 近隣他施設など、全体的に転換が進んでいない。
198	199	53	1.医療上・介護上の入院管理が必要で、在宅復帰できない患者がいるので。 2.ケアミックス病院として病院管理上の1つの機能を担っているため。
199	120	60	医療的管理が必要な入所者が多い。
200	238	26	厚生労働省・行政の動きを確認していたため
201	102	8	当初47床あった介護療養病床を、少しずつ10回に分けて8床までに減らしています。 8床を残している理由は、医療区分Iの患者などで長期入院が見込まれる患者のためです。
202	105	87	介護療養病床も、何らかの形で残るという情報があったから。また、8月7日の報道でこの機能は残るようなので、転換については今後とも未定です。
203	178	108	今後増え続ける介護を必要とする高齢者にとって、適切な医療、リハビリから見取りまでを行える唯一の病床として、介護療養病床は必要不可欠であると考えているから。 また、医療費増大の問題においても介護療養病床であれば低コストで十分介護・医療の両方が行えると考えているから。
204	193	40	国の政策と地域におけるニーズの対応に不安がある。
205	301	170	介護療養病床の方向性がわからないため。
206	180	120	患者の状態に対応可能であった。 患者確保にも困らなかった。
207	100	50	転換によるメリットがほとんどなかったため。
209	170	48	医療区分は低いですが、要介護度の高い患者が多い。そうした患者を受け入れる施設が必要であるため。
211	70	35	この地域で最も必要な病床であるから。 老健に転換すると、経営的に難しい。 医療療養にするには看護師が集まらない。
212	320	88	介護療養病棟の転換動向を見てから、当院の転換先を検討したため。 また、転換先病棟・施設で安定した収入をあげるための検討がまだ完全にできていないため。
213	226	45	介護療養病床は必要だから。
214	129	129	いろいろな面で先が見えないため。
216	130	90	要介護認定を受けた医療必要度の高い患者の継続治療のため。あるいは、ターミナルを迎える場として必要であり、役割は大きい。介護療養型といっても、決して介護だけ行うのではなく、複雑な全身性疾患を有し、治療を要する。また、算定期限の過ぎたりリハビリテーションを行う場としても重要であり、在宅復帰の可能性もある。
217	223	48	診療報酬の動向を見ながら検討しているため。 入院している療養者にとってよりよい基準は何か検討しているため。 対象の病床が精神科病床なので、調整とタイミングをみている。

No.	総病床数	介護療養病床数	理由
218	413	240	介護療養病床はいろいろな疾病を抱えている要介護者の健康管理から治療、リハビリ、認知症の合併症の対応、あるいはターミナルの患者に対して介護保険施設の中で最も総合的に対応可能な施設と考えられ、転換により明らかに現在の利用者に対するサービスが継続できなくなるため。 転換前後の報酬の格差が激しく、経営が成り立たないため。 転換先の1つである介護療養型老健の定義に疑問があり、賛成できないため。 特に、医療機関と自宅からの入所比率基準、経管栄養比率基準、認知症Mランク比率基準、看護師夜勤基準の定義を見直していただきたい。
219	165	112	先が不明。
221	156	104	医療区分Ⅰの患者に対する診療報酬が低すぎるため、要介護度3～5で医療区分Ⅰの患者は介護療養病床でなければ対応不可能。
222	153	95	患者のニーズに介護療養病床が適していると考えたため。 職員数、資質共に介護療養サービスを提供するのにあっているため。
223	79	28	それなりに介護療養病床が必要だと考えているから。
224	132	12	収入面で、医療療養病床より介護療養病床の方がよかったため。
225	320	60	制度の行方を見極めが困難であった。 ニーズがあり、運営が安定していた。
226	210	60	医師及び看護師の機能。 厚生労働省の方向性が明確でなかった。
228	500	82	看護人員の質的・量的確保困難。
229	314	42	介護保険の施設で病院が運営している。担当医師が配置できている。病床は医療区分が低くても、要介護度が重い利用者の受け皿となっているから。
231	180	60	医療療養病棟に変更する看護配置基準20:1に看護師が不足する。 医療型老健にしても、現在の患者を看護・介護するためには現在の職員数が必要。
233	54	50	全体の重症度が増し、スタッフの負担が増加するため。
235	326	112	介護療養病床に対する強いニーズがあるため。
236	145	120	在宅療養ができない患者が多く、当院へのニーズがかなり多いため。
237	102	46	現況の病院機能で、人員面、収支面において、転換できる病棟体制が構築できなかったため。
238	75	24	住民ニーズ、予算上、職員数などなど、総合的な判断
239	180	60	介護保険病棟で算定した方が、収入が高いため。
240	92	28	地域のニーズ、他院とのバランスを考慮中
241	145	85	基本的には病床というものを保持していきたいから。(病院機能の保持) 看取りを含めた疾患の全人的治療を行いたいから。
242	50	14	医療依存度は低く、要介護度が高く、医療療養病より介護療養病床が適した患者があり、介護療養病床の必要性があるため。
245	104	20	区分1ながら医療的管理の必要性の高い方や、長期にリハビリが必要な方、かかりつけの患者で短期ステイが必要になった方などに対応するため、廃止近くまでは存続の方向に考えておりました。
246	628	162	現在、日本全国で介護療養病床は7万床ほどまで減少してきたが、医療区分Ⅰで誤嚥性肺炎や尿路感染症の再発がしやすい患者を管理していく病院は、介護療養病床しかなく、これが廃止されると高齢者の救急入院搬送が増加し、医療費の増大、救急病院の破綻につながってしまう。 国に早く気づいてほしいと願っていたため。
247	180	180	医療と介護を同一施設で提供できる介護療養病床に優る施設はないと思うため。
249	175	66	患者の受け皿がない。マンパワーの確保が困難。
251	360	9	在宅療養中の方が、下記のようにショートステイを希望すると、 ・夜間、痰の吸引や気管切開がある。→老健の利用は難しいかつ、自宅でデイケアや訪問リハビリなど、介護保険でのリハビリを受けている。→介護保険でしかリハビリを受けられない こういった方は介護療養でのショートや入所受入れで、今のところレスパイトケア+リハビリ有が成り立っている。医療依存度が高くても、在宅でがんばっている家族のためにも、現状では介護療養でのショートステイの利用者をなくすわけには行かない状況です。 他施設での受入れが可能になればよいのですが。
252	410	150	制度、方針がまだ不確定のため。

No.	総病床数	介護療養病床数	理由
253	156	114	現状より利益が下がるから。 経過措置基準の施設確保が限界であること、人員基準に沿ったサービス提供の質確保に不安があるため。
254	609	180	介護保険病棟に入院している患者の受入れ可能な施設がない。サ高住、介護型有料老人ホームとの利用者負担の格差が大きい。医療区分Ⅱ・Ⅲに該当しない。など、介護療養病棟が必要であった。
257	135	59	介護には医療が不可欠。医療と介護を同一の施設で提供できるのは、介護療養型のみであるため。
261	60	10	介護保険制度スタート時の平成12年4月は52床にて許可を受けスタートしました。平成19年7月に21床減少、平成21年6月に10床減少し現在に至っている。 介護療養も患者に必要であると思いますので、介護療養病床の認められる限りそのまま10床残しておく予定です。
262	170	40	医療区分Ⅰの中で医療的管理が必要な要介護者が地域で安心して入所できる施設がないため。 十分なケアができる、看取り機能ができる施設がないため。
263	189	54	介護療養病棟の廃止が延期となり、行政の今後の動向に合わせて対応していくため。
264	169	60	以前は120床ありましたが、60床を回復期リハ病棟に転換しました。まだ残っている60床は、現在タイミングと情勢をうかがっている。
265	111	111	転換すると人員配置による雇用問題が出てくる。そのため転換はしばらく、また転換先も魅力がないため。
268	190	96	国の動向が見えないため。
269	165	127	政府が介護療養病床を今後どうするか、はっきりとした方針を出さなかったため。
270	171	48	家族及び地域より医療を必要とした介護患者を入所できる施設として必要と思われるから。

<すでに介護療養病床を転換した病院について>

6. 転換時期と転換後の施設（複数回答あり、n=68）



その他・・・有料老人ホーム

7. 転換してよかったと思う点、悪かったと思う点

No	転換先	転換してよかった点	転換して悪かった点
2	医療療養病棟	幅広い医療ニーズを持つ患者が増えた。	よかった点と紙一重だが、重症度が高くなり、職員の負担が増えている。
7	医療療養病棟	地域から医療ニーズの高い患者の紹介が多く、転換することでニーズに応えることができた。	
9	介護療養型老人保健施設	医療従事者の確保が少々楽になった。 建物が新しくなった。 人件費が下がった。 機材が省エネタイプになって、冷暖房がよく効く。	売り上げが減った。 借金が増えた。 建物がよくなったので、ランニングコストが上がった。特に、水道料の上昇を受けて、2箇所まで井戸を掘った。
10	回復期リハ病棟 医療療養病棟		経管栄養、ADL全介助の患者の医療度はIであり、他の施設での受け入れも困難である。介護療養病床では要介護度に応じた報酬であった。 医療療養病床における維持期のリハは今後廃止になる方向であるが、医療療養病床においてもリハビリテーションは必要である。
19	医療療養病棟	リハビリを提供しやすくなった。 医療区分の高い患者を受け入れやすくなった。	人件費の増加。 ニーズのあったショートを受け入れに対応できなくなった。
22	医療療養病棟	5病棟のうち1病棟のみが介護療養でしたが、入院してこられる患者の多くは医療必要度が高く、転換しました。 全病棟が医療療養病床となり、運営の面で統一されることと、患者にとっては利用料金が安くなられた方が多いです。 (食事が自費から保険適応に。80等の保険が適応できるため)	今までは医療区分がIで要介護度の高い患者は介護療養病床へ転床できていたが、今後はそのまま医療療養病棟で入院されることとなり、医療区分Iの患者の割合が増す可能性があると思われます。 医療療養病床も在宅復帰率が必須になっている流れの中で5割の復帰、10%の回転率は厳しい点です。
23	回復期リハ病棟 医療療養病棟	医療提供により、当院は回復期リハビリ病棟へ転換したので、軽快して退院されること、在宅復帰のために開催するカンファレンス、介護保険事業所への参加といった横のつながりができ、他の病棟への紹介も増加している。	看護師、セラピストの確認が困難。
26	医療療養病床	全て医療療養病床に転換した。本来の医療の姿に戻った。	全くない。
30	医療療養病棟	増収した。	介護難民が増加した。
34	医療療養病棟	人員配置などで負担が軽くなった。	長期療養ができなくなったため、受け入れることのできない依頼ケースが増えた。
35	医療療養病棟	退院患者の増加に伴い、病棟職員の業務達成感が向上した。	なし。
36	医療療養病棟	医療区分II～IIIの患者が大半だったので、収入が上がると思われる。 ※介護保険だからといっても、基準以上の看護師が必要だった。	悪くはないが、看護師の確保が大変であった。
43	回復期リハ病棟	当地域に回復期がなかったため、病床利用率は100%になった。地域の住民からも喜ばれている。	
45	無回答	特になし。 (介護療養病棟移行準備病棟だった為)	
53	医療療養病棟	1ベッド単価が上がり、増収となった。 病院としての機能が強化された。	病床稼働率の低下。

No	転換先	転換してよかった点	転換して悪かった点
68	医療療養病棟	より医療度の高い患者を受けられるようになった。外来からの入院受け入れがスムーズになった。	看護師の増員に伴う利益が出ない。 医療区分ⅠでADL3、医療区分Ⅰではあるが医療を必要とする患者の退院先がない。 介護療養病床からずっと入院している患者は、結局退院できない。 国の方向に従って早めに転換した病院がバカを見るようなことはないのか不安。
73	医療療養病棟	収益の改善。	
78	医療療養病棟	外来や在宅からの緊急入院に対応できるようになった。理由は、要介護認定済みであるか否かを問わないから。	認知症 BPSD の悪化・増悪を理由に入院し、症状が改善すると医療区分Ⅰになり、退院か介護療養病床へ転棟しなければならない。比較的短時間に移動しなければならないので、患者がなれる暇がない。
80	医療療養病棟	医療区分の高い患者も入院させられる。	リハビリを希望している患者の意向には添えない。
84	医療療養病棟	制度が単一になったことで、システム、書類などの管理がシンプルになった。要介護認定者がいなくてもよくなったため、受け入れの幅が広がった。	医療区分Ⅰが多いため、収入がダウンする見込み。
85	医療療養病棟	医療が必要な患者に対して、院内で対応できるレベルが向上した。	医療区分Ⅱ・Ⅲには様々な病態の患者がいるため、休日や夜間のスタッフに負担がかかっている。
93	医療療養病棟	“病院らしい患者”が集まってくるころ。	医療療養病床に変わったので、医療区分Ⅰの患者は自己負担が増加してしまうため、入院を辞退されるケースがあった。療養型病床である以上、主体は“介護”であると思いますが、行事、レクリエーション等に多く時間を割けなくなってきた。
96	医療療養病棟	「病院」という呼称に近づくことができ、亜急性期医療を提供できるようになった。	病床稼働率が低下し、収益が減少した。 医療療養病床へ転換したことで、看護師の増員が必要となり、医療区分Ⅱ・Ⅲの割合を80%以上で維持する為、医療依存度の高い患者を受け入れることで死亡退院し、空床が目立ってきた。
115	医療療養病棟	在宅復帰率の向上。 地域包括ケア病棟など、他の病床への移行がしやすい。	病床稼働率の低下。
117	介護療養型老人保健施設	治療により改善した患者の生活の場ができた。機能的な面と経済的な面の両者に利点がある。	医療・介護、病院・施設という複数の機能の運営で複雑化したこと。
120	回復期リハ病棟 医療療養病棟	重篤、難病患者の医療費支払い負担が減ったこと。 気切、難病、IVH等、今まで受け入れ要検討だった患者の受け入れ人数が増加してきた。	今まで介護療養病床で受け入れていた患者を受け入れできなくなった。 介護療養病床がなくなったため、リハビリができなくなった患者が出てきた。効果が出てきても、リハ提供を終了しなければならぬ患者がいたのは残念だった。
130	医療療養病棟	これまで医療療養と介護療養、さらにショートステイを一つの病棟で運用していたが、医療に一本化したことで現場が運営しやすくなった。	これと違ってないが、外部のケアマネジャーを通じ、介護療養病床の希望があった場合、対応できなくなった。医療療養病床での療養を説明している。
142	回復期リハ病棟	病院の機能が充実し、患者の様々な症状への対応力がついた。 介護報酬より単価が上がり、人件費の上昇を吸収して増収になった。	

No	転換先	転換してよかった点	転換して悪かった点
143	医療療養病棟	オムツ代が請求できる。 医療重症者が増えた。	看護師の増員。 患者の回転がかなり早くなった。 医療区分Ⅰの患者を受け入れにくくなる。
145	有料老人ホーム		入居者の確保、職員の維持
163	介護老人福祉施設	関連の社会福祉法人と連携して転換しましたが、移動していただいた患者には喜ばれています。 病院を退職し新施設採用となった職員のモチベーションもアップしました。	病院としては転換した病床数に応じた、経費・人件費等の削減が困難な状況で、経営的には苦戦している。 特養においては医療的なケアは十分ではないと不安を感じることがある。
170	医療療養病棟 介護老人保健施設	病院は介護保険がなくなり、事務的な煩雑さがなくなった。	
191	医療療養病棟	病床過剰地域にあるので、医療療養病棟への転換が制限されると困るので、早めに転換した。	
193	医療療養病棟	全床が転換対象だったが、一部を医療療養病床に転換したことで患者・家族・職員の不安が軽減した。 ・グループ内での機能分化が進んだ。 ・医療療養に転換したことで地域の中での位置付けが明確になり、受入先の確保に追われていた急性期からも歓迎された。	医療区分の比率に気を遣う毎日となった。
201	医療療養病棟	患者にとって必要な医療が提供できて、収入面でも増収し経営が安定している。	ありません。
210	医療療養病棟	積極的な医療ができる。	
215	医療療養病棟	収入増。	
234	医療療養病棟	医療診断区分、診療報酬の明確化。	特になし。
243	医療療養病棟	病院機能の存続。	一時的な減収（全床転換のため、特別入院基本料よりスタートのため）
244	回復期リハ病棟	当院の介護療養病棟は、手厚い人員配置をしていたために、100%稼働でも赤字になってしまった。回復期リハ病棟へ転換したことで、黒字化した。	
248	医療療養病棟	「病院」としての機能を明確に発信できている。	特になし。
254	医療療養病棟	医療区分Ⅱ・Ⅲに該当する患者に対するよりよい医療の提供。	医療保険病棟から退院する際に、後方支援施設の量が不足。
257	回復期リハ病棟 医療療養病棟	受け入れる患者の病態が変わったことにより、各職員の士気に変化があった。	
260	医療療養病棟	特になし。	病床回転率が上がり、入院援助、退院援助などの業務全般が多忙になり、一人ひとりの患者にかかわる時間が少なくなった気がする。

8. 介護療養病床についての意見

アンケート回答時点で介護療養病床を有する病院

No	総病床数	介護療養病床数	意見
1	146	90	介護療養病床も新型特養のように個室化を進めて、療養環境を充実させるべきである。 病院が療養環境を整え、終の住処とできるような在宅様の環境と医療提供体制を整えれば最強の施設である。予後が数ヶ月の方が安心して暮らせる施設はどこでしょう。最期の時を迎えるまでにその人にとって必要な介護と医療を整えている施設がどれほどあるのでしょうか。 コスト面の議論が不十分に思う。例えば、サービスつき高齢者向け住宅で要介護4～5の寝たきり患者をみた場合、医療費、介護費は高額になるのではないかと？一月の介護費、医療費、食費、住居費を含めた一人当たりのコストをしっかりと議論しなければいけないと思う。 要介護5で寝たきりで褥瘡もある収入が年金の10万円だけの人が入れる施設はどこでしょう？我が国の現状で、田舎で24時間対応してくれる医者がいないところはどのようにするのでしょうか。安心した看取りは提供できる体制が整っているのでしょうか？
2	305	165	介護療養病床は今後も残すべきと考えます。
3	96	30	介護療養病床が医療療養病床と共に高度急性期病院が地域包括ケア病棟からの在宅復帰への第一義的な受皿病院と位置づけられなければならない。この病床で在宅復帰に向けて、治療やリハビリを受けて、居宅型介護施設や自宅へ誘導していく。 しかしながら、高齢者については、回復には時間を要し、60日を超えるような入院患者については、介護療養病床で、長期間の入院も許容する。許容できる施設がないと、重症度の高い患者は行き場を失ってしまうことになりかねない。
6	47	11	在宅へ帰ることができず、長期入院を強いられている患者の多くは、医療的要素が常に潜んでいるため、介護療養病床での入院中も様々な処置をしているので安定した療養生活を送れていると思います。 介護療養病床がなくなれば、施設での対応になり、重症になってからの病院搬送になる可能性が高くなるのではないかと思います。
9	229	169	平成18年、介護療養病床の廃止を宣言した当時の老人保健課課長が、今期から老健局の局長になった。介護療養病床は風前の灯か。 しかし今後増える日本人の「死」を科学的根拠に基づいて「看取れる」所がなくなることにより、日本人はこれからその死因がはっきりしない「死」を迎えることとなる。「野垂れ死に」する時代に入りました。介護療養型医療施設は、そんな意味で大事な仕組みですが、なかなか世間にわかってもらえない。
14	99	49	今の施設で十分その機能を発揮できており、回復期のリハビリ、在宅復帰もかなりの頻度で可能となっている。当院の介護療養病床は要介護度が3～5程度で、リハビリテーションに力を入れており、地方の地域密着型病院にとっては十分存在価値があり、今後の地域包括ケアの一翼を担うことが可能と考えている。
15	158	58	機能として残すべきだと思います。 医療区分ⅠでADL区分3または医療区分Ⅱ、Ⅲに当たらない医療依存度の高い患者は行き場がない。
16	100	50	現在でも、特養、老健で対応できない患者の入院依頼がある。一般病院の2次救急機能、高齢者を入院させる病棟に制限のある中、介護療養病床の果たすべき役割は大きいと思われる。
18	591	120	平成26年10月に医療療養病床に変換予定ですが、障害をもった認知症の病棟に特化した病棟と介護療養病床は残した方がいいと思う。
24	59	59	医療と介護は切り離して、ラインを引いて施設を分けられるものではない。その意味でも介護療養型医療施設は今後もなくてはならないものと考えます。
29	86	40	医療区分は低いが必要介護度が高く、在宅系では対応が困難な対象者は一定数、存在する。 現在の介護療養病床の機能を維持できる新たな仕組み、体制整備ができていない以上、廃止方針を撤回すべきと考えます。

No	総病床数	介護療養病床数	意見
33	169	109	入院ニーズが依然高い。 地域内で同病床を有している医療機関が少ないことと、介護保険を利用し医療療養病床と同レベルの医療的対応を保障してもらえることへの安心感が理由として考えられる。
38	60	24	介護療養病床の存続を強く希望いたします。
47	250	50	今改定で、在宅復帰にカウントされず、転棟できなくなり存在が薄らいだ。
49	236	50	介護療養病床は今後も慢性期医療の一つとして必要である。
56	193	193	介護療養病床は絶対に今後もなくならない施設であると確信しております。是非とも介護療養病床が今後も存続していけるように願っております。
72	236	60	今後、廃止か再編かによって当院の選択も大きく変わってくるので、国の出方を待つしかないと考えます。いずれにしても介護療養病床は今後も必要な施設として残っていくよう、協会として努力をお願いします。
74	237	110	介護療養病床は、トップランナーとその他の2群に分けるべき。介護療養型老健は全く存在の意味がない。
78	71	39	医療区分Ⅰの中には、在宅療養が難しい症例がまだまだある。例えば、今後悪化する見込み、急変する恐れが高い、介護者不在または介護力不足で服薬管理できない等、今の評価法では不適応になる。 介護療養病床なら、これらの患者も受け入れられるので、無理矢理在宅療養に移行しなくても済む。
81	92	60	介護療養病床は今後も必要と思う。現在の医療区分で話をすると、区分Ⅰで重度の患者（寝たきり度 C1、C2、認知症重度で BPSD の患者、経管栄養の患者、よく発熱する患者、よく医療の必要が生じる患者、終末期の患者、認知症や他の疾患で摂食しなくなる患者など）は、医師や看護師のいない転換型老健では困る患者を分担してみることが、介護療養病床の生き残りだと思います。
82	150	99	いつも外国との比較で急性期か介護（外付け医療）かと分けたいようですが、その中間の役割を有し、介護認定に沿って公平に入院できるこのタイプの病床は外の世界にないものと考えていいのではないかと。看取らなくなると急性期が大変になり、転換しても医療費の面以外にいいことはおきないと思います。亡くなったら 10 万円なんて願っていない良識ある施設だと思います。
85	402	108	特養で看取れる患者は一部に過ぎない。 病院でしか対応できない患者は確実に存在するし、一般病棟に移動させるのはミスマッチ。 このまま存続するのが現実的な選択と考えます。そもそも、介護療養病床の廃止に大義はないと考えています。
86	216	88	介護療養病床は医療と介護のまさしく中間施設の位置付けにあると考える。地域性もあると思うが、様々なサービスが選択できない地域における介護療養病床の存在価値は高いと考える。 日中、夜間に病態が急変する利用者に、あまり苦痛を与えない状況で医師の診察を受けられるメリットは大きい。もちろん、近隣施設からの急変にも対応しているが、救急車が到着するまでに 1 時間以上待機することが多く、この間高齢者は苦痛もしくは息苦しさ等が継続していることになる。 ある程度の制約はやむを得ないかもしれないが、介護療養病床は今後も必要と考える。
87	180	90	可能であれば廃止せずに存続してほしい。
95	103	69	要介護度 4,5 で、寝たきり状態の患者が多数入院中です。 しかし、医療区分Ⅱ,Ⅲが半数しかおらず、医療療養病床に転換するのも難しく、転換できずにいる状態です。療養病棟入院基本料 2 では、かなりの減収となり、経営難に陥ります。
99	215	107	2025 年問題や、地域包括ケアシステムを考えると、老健より介護療養病床が、多職種の連携、看取り機能、合併症をもつ認知症の治療等、地域になくてはならない存在である。 当院の地域内の老健では、自宅復帰率も低く、満足なりハビリもなく、急性増悪の対応もできず、看取りもできないため、介護療養病床がなくてはならない存在である。
101	220	98	今後も介護療養病床は必要と思います。
103	92	92	今後の医療区分Ⅰの患者の入院先の充実をお願いしたいと思います。
105	562	138	介護療養病床の継続を望む。

No	総病床数	介護療養病床数	意見
108	70	40	介護療養病床廃止の議論の中で、現在入院中の患者の行き先として、老健・特養が挙げられていると認識しているが、介護療養病床と老健・特養の間で、医療提供体制に大きなギャップがあると感じる。 介護療養病床がなくなると、ますますギャップが大きくなり、むしろ医療保険の枠組みで対応せざるを得ない患者が増えてくる。 介護療養病床は介護保険の施設であるが、病院という特性上、かなりの部分まで医療に踏み込み、支えている現状を理解いただきたい。
112	60	40	医療区分Ⅰに該当する利用者の受け皿として、介護療養病床は廃止せず、存続させていただきたいと切に望みます。
113	120	60	介護療養病床 60床のうち、経管栄養の方が 20名以上おり、特養や在宅にはなかなか帰れないのが現状です。 病院機能の検討と同時に、終末期医療などについての検討も必要と思われます。
119	175	30	今後さらに多数の介護療養病床は必要と考える。利用者のニーズも多い。
121	134	134	決して不要とはいえないが、延命治療は高齢者医療には不自然だと思う。自然な形で高齢者医療、介護は介護療養病床が一番適していると考えます。 また、医療保険の疾患別リハビリテーション、回復期リハビリテーションには、算定期間の制限があり、患者の機能改善に関係なく打ち切りということがありますが、そういう患者のリハビリ治療を継続するのが介護療養病床の使命と考えます。
125	118	55	国の流れが慢性期＝介護保険という考えの中で、医療療養病床では対応できない患者も多い。 在宅医療を推進していく中で、介護者は大変な思いをしている。 レスパイトのための入院や、リハビリ的には再調整や評価目的のリハビリ入院ができる施設が必要。
137	99	49	介護療養病棟に入院されている患者も基礎疾患があり、増悪と落ち着きを繰り返している。 医療も介護もできる介護療養病床が必要である。
139	129	42	当院では、全国的にも少ないユニットケアでの介護療養病床の運営を行っています。サービス内容を含め、ユニットケアをさらに利用しやすいものとするために、居住費の保険適用を望みます。
142	199	104	仮に介護療養病床を廃止、または維持できなくなるような点数の引き下げが発生すると、入院患者は在宅へ移らざるを得なくなる。多摩地区は高齢者夫婦または独居が多いために、在宅介護ができない環境が多い。当院に入院中の患者の多数がそういった状態にあるので、地域特性も考慮してほしい。
144	71	61	介護サービスを利用して在宅を勧めても、老老介護であったり、家族の負担が大きく、特養にはなかなか入所できない状況で、介護療養病床の必要性は今後も続くものと考えます。 国が定めた介護療養病床廃止は、国民の意思と現状、将来を全く無視した政策であると思います。
146	328	78	平成 26 年度の診療報酬改定では、7 対 1 入院基本料は特定除外制度の見直しや算定要件に在宅復帰率が加わり、急性期を終えた患者は速やかに在宅へ移行しなければならなくなりました。 また、この在宅復帰率において在宅としてみなされるのは、新設の在宅復帰強化加算を算定する医療療養病棟や地域包括ケア病棟、在宅復帰支援型老健が挙げられていますが、介護療養型医療施設の転換先としてあげられている介護療養型老健は在宅とみなされないことや、急性期を終えた患者に必要な医療を提供することは困難です。 急性期病院から早期退院を迫られている状況下において、早期に施設への転換を行えば、カテーテルを装着している等の常時医療管理が必要な要介護者が行き場を失う恐れがあると考えます。
150	120	60	最近では重症の入院患者が多く、入院でしか対応できない場合が多い。介護量が軽減したら施設へ移るよう方向を決めている。
153	166	106	日慢協の今回の調査を厚労省に提出し、現場の実態を無視した「平成 17 年度末の廃止」を止めてもらいたい。 医療と介護の両方を必要とする高齢者が増加する今後こそ、介護療養病床は必要な機能である。
154	130	47	介護療養病床を廃止すると、要介護度が高く急変リスクの高い患者の受入先が不足することは明白だと思います。

No	総病床数	介護療養病床数	意見
157	232	47	<p>介護報酬と人員配置があつておらず、介護療養病棟の人員配置が難しい状況である。</p> <p>現在、看護師 6:1・介護士 4:1 から看護師 4:1・介護士 4:1 への推進の中、当院は入浴・医療処置・ADL 上昇・アクティビティー等から考え、多くの職員が必要。72 時間クリアのために夜勤専従職員配置を行っており、日勤の職員数が減少する。業務内容と人員配置が合わずに苦慮している。入院患者にとってよりよいケアを行おうと一所懸命努力中であるが、食事介助や認知症対応を含め、残業がかなり多くなっている現状。</p> <p>廃止が先延ばしになっているが、廃止は難しいという現状を把握してほしい。</p>
158	165	60	人口構成の変化を考えると、ますます必要な病棟になってくると思われます。
159	271	159	高齢者の増加、1 人暮らし世帯が増えることを考えると、医療と介護の両方のサービスが必要と考えます。高齢者の受け皿として介護療養病床は必要です。
163	200	79	高齢者のニーズを考えると介護療養病床の存在意義は大きいと痛感している。それぞれの機能を生かして、高齢者を支えていくシステムを構築していただきたい。
165	138	60	<p>存続を聞いて素直に喜んでよいのでしょうか。</p> <p>介護療養病床のリハビリについては、明らかに年齢制限でバシバシ切られ、報酬は下がりっぱなしです。</p> <p>病床の機能を保つのがわれわれの使命と思います。</p>
166	108	82	<p>急性期病院から在院日数の関係で退院を余儀なくされ、行き場のない患者が出てきており、医学的処置が必要で在宅療養が困難な事例が多くなってきております。</p> <p>今後、介護療養型医療施設の役割は大きいものと思います。</p>
169	126	126	<p>1.医療区分Ⅰでも、重介護・要介護の入院を必要とする患者は存在する。介護療養病床の医療とケアにより医療区分をⅠに保つことは、患者本人にとっても、医療経済的な視点からも大きな利点である。また、例えば増悪期やターミナル期、酸素療法によって医療区分Ⅲになる患者であっても、介護療養型医療施設の定額報酬の中で継続して対応している。</p> <p>2.予後も含め全体像を把握し、専門集団が「今やるべきこと、やらないでもよいこと、できること、できないこと」をわかりやすく説明する。そして、人生最期の段階の医療を、本人家族と共に考え、一般的な高齢者医療・看護・ケア・リハビリテーションで「できないこと」はない装備・マンパワーをもち、今やるべきことをきちんと行い、「できること」であっても、苦痛を伴わない、尊厳を侵すものと考えれば「やらない」という選択をする、そういうことができる医療施設である。</p> <p>3.急性期病院から慢性期医療まで、平均在院日数や在宅への縛りが強化される流れの中で、その流れの中では診られない要医療・重度ケア高齢者は必ず出る。その受け皿が必要であり、現在、介護療養型医療施設がその役割を担うものである。</p> <p>4.介護療養型医療施設＝現在要医療・重介護の患者であり、病的に不安定な患者である。よって、医師の常時配置が必要である。かつては、私は、高齢者医療難民中で、医師の常時配置がない転換老人保健施設の場合は、すぐに一般病院・療養病床へ搬送されると記したが、そのとおりになった。</p> <p>5.介護療養型医療施設では、医療と同時に十分な看護・ケアを提供できる体制が必要である。この体制がなければ、かつての医療あり・ケアなしの悲惨な老人病院に逆戻りである。現在、しっかりとした対応をしようとする介護療養型医療施設は、看護 6 対 1、介護 4:1 の基準をとり、それ以上に看護・介護スタッフを加配している。よって、看護 6 対 1、介護 4 対 1 を標準の基準とし、看護 4 対 1、介護 4 対 1 の人員配置まで認めるべきではないか。</p> <p>6.看取りは、単に「やる」だけであれば場所を問わずにできる。しかし、最期の数時間であれ数日間であれ、（心臓が丈夫であればそれはさらに長期間に及ぶこともあるが）延命のためではなく、苦痛緩和のために点滴や酸素吸入などを行う、そういう選択ができるターミナルを国民は望んでいる。現在、特別養護老人ホーム等で行われている「看取り」の中には、すべてではないがその点で、疑問を感じるものが含まれている。利用者のニーズを汲み、医療的なケアでも躊躇なく選択しつつ、より後悔の少ないターミナルを進めていく、介護療養型医療施設はそのために使い勝手がよい施設であると考えます。</p>
171	217	217	看取り機能を有する施設として、残すべきです。

No	総病床数	介護療養病床数	意見
176	106	58	国の方針をとにかく早い時期に決めていただきたい。少なくとも当地域では、必要性は高いと考えています。
178	58	37	現在はがん末期患者も受け入れており、年間看取り患者も15名前後いる。我々のところで診ている人を見捨てることはできない。
179	100	45	介護療養病床の存続を希望しております。 入院相談において介護療養病床への入院希望の家族が、半数以上の割合と、多数おられます。
183	411	369	東京の介護報酬統計数字で算出すると、要介護平均4.5、10割給付で1件当たり43.5万円。7万床とすれば月当たり304億5千万、年間3,654億円となります。 一方で、最近議論されている柔道整復・鍼灸・マッサージ・指圧その他の給付額5,413億円/年(22年度・公益社団法人日本鍼灸師会資料)を見て、天秤にかける対象ではありませんが、今後の日本の医療にどちらが大切なことなのかということを官僚はじめ省庁関係者は改めて考えてほしいと思います。
185	47	17	・肝不全や心不全など、薬も高額で寝たきりの人は、医療療養では区分1となり、薬代も出ず、やむを得ず介護療養で入院している患者がいる。医療療養は、治療コスト等も考えて医療が必要としている人が、適切な医療区分で入院できるようにしていただきたい。 ・介護療養病床は今後も絶対に必要です。急性期病院からも重度の慢性期の患者の転院依頼が常時入っています。 ・もし介護療養病床が廃止になったとき、医療療養へ転換する道が閉ざされないことを願います。当院の所在地は慢性的にベッド過剰地域で、医療療養に戻るかが一番の心配事です。
189	344	172	平成30年に廃止となっているが、当院では地域のニーズが高い。介護保険制度施行以来、病床稼働率は常に97%以上、患者家族アンケート調査でも、高い満足度を得ている。 医療従事者と介護従事者が常に協働しているので、安心してADL向上に向けてリハビリ・介護を行えることや、終末期においても病態により医師を含めある程度の医療資源が必要な方もいるため、今後も介護療養病床の存続を強く希望します。
192	54	54	去る8月7日のNHKニュースで、介護療養病床が今後も事実上継続するとの報道があったが、その理由として、介護療養型医療施設から介護施設への転換が進まず、また医療と介護の両方のサービスを必要とする高齢者や1人暮らしの世帯が増加していることから、厚生労働省はこうした高齢者の受け皿が必要だとして、立法化までした政策を文字通り180度転換し事実上介護療養病床を存続させる方針を固めた。 当院も、国の介護療養病床転換政策に基づき、介護施設への転換をしていた時期に、経営陣一存で決められないことから、全職員へ意見を聴取したが、「病院の理念に反するのでは」という意見が多く、さらに患者家族へのアンケート調査での質問のうち、「介護療養病床転換政策に基づき、介護施設への転換をどう思われますか」との問いに一番多かったのが「患者を見捨てないでほしい」という意見、次に「国の方針だから仕方がないが、患者の受け皿を整備してほしい」との意見が多かった。 当院としても、医療区分の高い患者の転院及び要介護度の高い患者の転院も受け皿である病院、介護施設が当地域では少ないことから患者の転院がかなり困難と予想され、転換を断念した。 以前の療養病床はたしかに「社会的入院」の患者もいたが、現在は医療区分、要介護度の低い「社会的入院」の患者は特養施設等に吸収され、当院のような介護療養型医療施設は医療区分、要介護度の高いいわゆる「寝たきりの患者」が圧倒的に多く、以前とは事態がかなり変わってきているのも事実だといえる。 今後、少子高齢化が加速され、団塊の世代が更なる高齢化を迎えた場合、介護療養病床の担う役割は大きく、それに伴い病床数の増加、医療従事者の育成、人材の確保も重要な課題といえる。
193	263	113	要介護者に対して医療と介護が切れ目なく提供される介護療養型医療施設は、今後も増加する高齢化社会に欠くことができない優れた役割を担っていると思う。
198	199	53	当院の地域では介護療養病棟からの受入先の医療機関、介護施設がない。ケアミックス病院として絶対に必要なため、介護療養病床の存続を強く希望する。

No	総病床数	介護療養病床数	意見
203	178	108	何とか介護療養病床の廃止を中止していただけるよう、お願いいたします。
218	413	240	医師不足や看護師不足が問題になっている中、医療法における療養病床の看護配置基準も6:1経過措置として存続してほしい。 地域包括ケアシステムにおいても、1つの選択肢として在宅を後方から支え、在宅サービスでの本人の不安、ご家族の不安、働く職員の不安をある意味医療資源を効率よく配置し、しかも医療区分に当てはまらないが必要な医療管理を行い、ターミナルの状態にも対応ができ、みなに安心感を与えられる施設としての介護療養病床は残すべきである。
220	100	60	介護療養病床は地域にとって必要な病床であり、市、保健所等の行政と意見交換などして、今後の方向性を打ち出してもらいたい。
221	156	104	介護療養病床は残すべきであると考えている。
231	180	60	介護療養病床は、医療が伴う患者がおり、夜勤も職員が必要なので、夜勤時間の72時間規制を廃止願いたい。
235	326	112	介護療養病床が廃止された場合の現在の入院患者の受け皿機能はどうお考えか、ご意見をいただければ幸いです。
239	180	60	平成27年4月の介護報酬改定で、介護療養型医療施設の存続が決まるのだろうが、今後の方向性をできるだけ早く明示してほしい。
241	145	85	今後30年以上高齢社会が続くため、患者の疾患（認知症や糖尿病など）や人生観などの多様なニーズに合わせた施設が必要である。 在宅介護にも限界があり、介護療養病床は看取りを含めたそのニーズの中心になるものと考えている。ぜひ、その存続を希望するものである。
245	104	20	医療区分では低くても、実際の医療必要性は高い疾患や患者もいるので、少しは残していただけたらと思います。
246	628	162	今後の高齢者の増加、高齢者の救急医療の問題解決のためにも、医療区分Iでも誤嚥性肺炎や尿路感染症を再発しやすい方々を、夜間も日曜も祭日も院内に医師がいて、対応できる環境で継続して管理していけるように切望しています。 夜間・日祭日に医師が不在の転換老健では、上記の病状急変の際、救急病院に搬送することとなり、医療費も増大してしまいます。
247	180	180	2025年に団塊の世代が後期高齢者となり、ますます介護療養病床の必要性が問われると思います。介護療養病床の存続のための運動を続けていきたいです。
249	175	66	介護療養病床の機能は必要。 経営が成り立つ形での存続を希望する。
250	181	36	本年9月末にて介護療養を廃止し、10月1日付にて医療療養に転換する方針です。
251	360	9	医療依存度の高い患者を在宅で長い間頑張ってみるためには、介護者の都合で必要なときに利用できるショートステイ等がなければ、持続は困難です。 現在のところ当地域では介護療養型がその大きな役割を担っています。 今後、老健が受け入れられるのか医療療養がどの程度役割を伝えるのか疑問です。 経鼻経管栄養の方は、施設受入れが難しく、医療区分に該当しなければならず、医療療養の利用も難しく、宙に浮いてしまい方々だと思います。
252	410	150	身体合併の患者がほとんどである。CareだけでなくCureを提供できる病床こそ今後必要だと思う。
257	135	59	2025年、団塊の世代が後期高齢者を迎えるに当たっての受け皿の整備が進んでいない。 高齢者の医療・介護を担う施設として介護療養病床の存続を切望する。
262	170	40	今後、看取り、生活期リハビリの施設としての役割が、地域で必要とされている。
263	189	54	高齢者、独居生活の方が増加している中、入院治療を終了し、退院できる状態となっても、胃ろう造設などされている方は特養など施設の受入れも少なく行き場を失ってしまう。 そのため、介護療養施設は現状のままであれば必要と考える。
270	171	48	慢性期病院が今後どのようにして、地域に必要とされながら、また、医療制度が変化する中生き残っていけるか。慢性期病院だからできることを見出しつつ、どう方向付けていけばいいのか考えていきたい。

アンケート回答時点で介護療養病床を有していない病院（転換済）

No	内容
22	介護療養病床に入院されている患者の多くは要介護度が4,5で、経管栄養、胃ろうなどが多く、ADLも高い状態でありながら医療区分Ⅰに該当された方です。老健や自宅では難しく、廃止となれば行き先に困る患者が多いことと思われます。また、廃止と決まってから期限の変更等で不安もあり、しっかり検討されるべきと思います。
26	病気は医療療養病床でみればよい。介護療養病棟と医療療養病棟の差はない。介護療養病棟自体が不要であり、早急に全廃すべきと考える。
34	当院では廃止しましたが、今後も需要は増え続けると思います。平成30年以降も存続させるべきであると考えます。
46	これまでの医療情勢を鑑みながら運営を行っていた。本年8月より一般病棟に回復期リハを設置する等、今後は未定である。
54	医療行為対象患者のニーズに対応するため転換した。
68	介護療養病床に入院している患者の状態に適した、受け皿になるような施設が不足している。介護療養病床を廃止する前に、経管栄養の管理、喀痰吸引、発熱（肺炎や尿路感染でない者）、褥瘡の防止・対応、これらの対応ができる介護士の育成が優先されるべきではなかったのかと思います。
120	介護療養病床、医療療養病床、それぞれいい点、悪い点があったが、リハビリ等では、病状、状態に応じた病床を選び、2つの病床を活用していたと思う。それが転換し、介護療養病床がなくなったため、患者の選択肢が減ったことは残念に思う。
143	介護療養病床は、医療度の高くない患者には必要な病床であり、存続すべきと考える。
244	介護療養病床は、医療度が低く要介護度の高い患者に利用していただいていた。この方たちには、介護サービスの充実した特養へ移ってもらいました。また、医療度、要介護度共に高かった方たちは、医療療養病床へ移ってもらいました。特養の看護職員配置数を多くして「医療強化型特養」というものの創設が望まれる。