平成19年度
老人保健健康増進等事業
による研究報告書

介護療養型医療施設の再編に関する調査研究
報告書

平成20年3月

財団法人　医療経済研究・社会保険福祉協会

IHEP　医療経済研究機構

発刊にあたって

厚生労働省「医療構造改革推進本部」が平成 17 年 12 月に示した「療養病床の将来像について」において、現在の医療保険・介護保険適用の療養病床を一体的に見直して体系的な再編を進めるとする方針が出された。具体的には、介護保険適用の療養病床は平成 24 年度までに介護報酬上の評価について廃止、医療保険適用の療養病床は医療必要度に応じて適切に評価することとされた。この方針に従い、医療必要度の高い患者は医療療養病床で、医療必要度の低い患者については在宅・居宅系サービスや介護老人保健施設等で対応することとされ、療養病床が介護老人保険施設等へ転換するための各種転換支援策が講じられている。

本事業は、上記療養病床再編の方針を受け、介護療養病床の転換について主に施設経営に焦点をあてて、平成 17 年度より検討してきたものである。平成 18 年度までは、介護事業経営実態調査等の平均値を用いて、介護療養型医療施設（病院）が平成 24 年度に老人保健施設に転換する場合の経営シミュレーションを病床規模別、経過措置期間の施設別に実施した。本年度は、有床診療所も含め、実在の施設をモデルとした転換事例を調査することにより、現実的な課題の整理につとめた。

本事業において検討した施設数は少数であること、また施設の経営環境は極めて個別性が強いことから、本調査研究の検討が全ての課題を網羅しているわけではないが、昨年度までの平均値によるシミュレーションと本年度の実在施設での検討状況の例示が、転換を検討する施設が直面する課題を抽出し、今後の療養病床の転換を検討する上で参考になれば幸いである。

最後に、転換方針を検討する中でヒアリング調査に快く応じてくださった医療施設の皆様、また調査企画段階から報告書作成に至るまでご指導、ご協力いただいた委員の方々に厚く御礼を申し上げる次第である。

平成 20 年 3 月

財団法人　医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構
岡部　陽二

調査研究体制

【委員会メンバー】

座長

田中　滋（慶應義塾大学大学院 教授）

委員

天本　宏　（日本医師会　常任理事）

安藤　高朗（日本療養病床協会 副会長）

筧　淳夫　（国立保健医療科学院 施設科学部長）

猿原　孝行（日本療養病床協会 常任理事）

内藤　圭之（全国老人保健施設協会 常務理事）

藤井　賢一郎（日本社会事業大学大学院　准教授）

松田　朗　（日本医業経営コンサルタント協会 会長）

（50 音順、敬称略、19 年 10 月現在）

【調査研究担当】

医療経済研究機構

本田　達郎　　研究主幹

○服部　啓子　　研究員

石井　加代子　研究員

中島　民恵子　研究員

（○は主担当）

【業務一部委託先】

三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング 株式会社

星芝　由美子　公共経営・公共政策部　保健・医療・福祉グループ　主任研究員

岩名　礼介　　公共経営・公共政策部　保健・医療・福祉グループ　副主任研究員

介護療養型医療施設の再編に関する調査研究
【研究要旨】

Ⅰ.目的

介護療養型医療施設の介護老人保健施設への移行にあたって、実在の施設をモデルとして転換シミュレーションを行い、現実的な課題の整理を行った。特に本年度は、介護療養病床を持つ有床診療所の転換検討も含めて調査を実施した。

Ⅱ.方法

主に以下の方法で調査研究を実施した。

(1)有床診療所アンケート調査の実施

介護療養病床を有する有床診療所全数を対象にアンケート調査を実施し、有床診療所における介護療養病床の現状について把握した。

(2)有床診療所の転換事例の検討

既に有床診療所から老人保健施設に転換した施設の転換事情を調査した。また、現在転換を検討中の施設をモデルとして転換シミュレーションを行い、転換を検討する際のポイントとなる点を整理した。

(3)病院の転換事例の検討

現在転換を検討中の病床規模の異なる 2 施設をモデルとして、外部環境等を踏まえた上での転換の可能性と課題を検討した。

Ⅲ.有床診療所アンケート調査

介護療養病床を有する全国の有床診療所にアンケート調査を実施した。調査票を回収した施設のうち、平成 20 年 2 月末時点で介護療養病床を有すると回答した 402 施設についての集計結果の概要は以下のとおりである。

(1)併設施設

老人保健施設併設の有床診療所は 12.7%、病院併設の有床診療所は 2.7%であり、併設施設がない有床診療所の割合が高かった。

(2)病床数

ほとんどの有床診療所の総病床数は 19 床であった。総病床数のうち介護療養病床数 10 床未満の施設が 7 割を占めた。

(3)建物・施設の状況

診療所開設後 20 年を経過する診療所が 60%程度、うち 30 年以上経過する診療所は 35%程度であった。

(4)その他

54%の診療所が長期借入を有していた。また院長の年齢が 60 代以上の診療所は 56%

であった。

(5)まとめ

介護療養病床の転換に直面している有床診療所は、病院等の併設施設のない有床診療所単独の施設で、介護療養病床は全病床のうちの一部であるという施設が多いと想定される。また、開設 30 年以上を経て大規模改修していない診療所は、増改築時に大規模な修繕等が必要となることも考えられる。また、有床診療所の院長の年齢は高齢であること、半数以上の施設が長期借入を有していることが、新規事業への投資を難しくしている要因であると思われる。

Ⅳ.有床診療所転換事例の検討

(1)転換済有床診療所の事例

平成 19 年 12 月現在で既に老人保健施設に転換した有床診療所は、全て以前から老健を併設しており、既存老健の増床という形で転換していた。既存老健と一体として管理できるという経営基盤に加え、増改築も不要なケースが多かったこと、利用者の要介護度も比較的低かったことなどが、転換を促進した一因であったと考えられる。

(2)転換を検討中の有床診療所の事例（F 診療所）

転換を検討中の F 診療所（介護療養 6 床（平均要介護度 4)・医療療養 11 床(平均医療区分 1.7)、併設施設なし）をモデルとして、有床診療所の転換可能性や課題を整理した。

①経営環境

F 診療所は全室療養病床であるが、開院時は外科の診療所であり、今でも簡単な手術を実施している。平成 12 年の療養病床変更時に増改築し、病床面積平均（壁芯、談話室込）で 8 ㎡を確保している。増改築時の借入金が残っていること、院長の年齢が比較的高いこと等から、院長としては新しい介護ビジネスのために新規投資をするのは難しいと考えている。

このような環境下、病床 17 床転換の現実的な選択肢として「転換例 1．医療療養 17 床」「転換例 2．老人保健施設 17 床」「転換例 3．老人保健施設 8 床、医療療養 9 床」の 3 つのパターンで転換の可能性を検討した。

②検討結果

現在の F 診療所の患者の医療区分では、「転換例 1．医療療養 17 床」の収益は最も低くなった。「転換例 2．老人保健施設 17 床」の場合、現状に比べ収益は増加したが、一方で療法士や生活相談員等の人件費が費用の増加要因となった。また、F 診療所のように手術を実施する診療所の場合、術後の入院やケアが評価されないという問題が発生する。「転換例 3．老健 8 床、医療療養 9 床」とした場合、患者の医療ニーズや要介護度に応じたケアミックスでのサービス提供が可能となるが、少ない病床数の中で 2 種類の施設の人員配置

基準（夜間配置含む）を満たす必要がある。
③まとめ
有床診療所は現行の報酬が低いため、老健への転換が必ずしも収益減とはならず、病院と比べると転換の経営への影響は少ない。また、外来等と医師の兼務が可能な医療機関併設型小規模老健が選択できることも転換しやすい要因の一つである。一方で、少ない病床数での人員配置の非効率もあり、老健転換によって人件費が大きく変化する可能性は低いと考えられる。

Ⅳ.病院転換事例の検討

介護療養病床数の異なる2病院（60床のG病院、150床のH病院）をモデルとして、現実的な転換の可能性を検討した。

(1)介護療養病床60床の病院（G病院）

①経営環境
G病院は、医療療養病床60床、介護療養病床60床の病院である。G病院の医療療養病床は積極的に治療して在宅に戻す方針で運営されており、地域においては高齢者向け亜急性期的な役割を担い、その結果平均在院日数は約３ヶ月となっている。このため医療療養病床には多くの職員と医薬品等が投入されているが、患者の医療区分は必ずしも高くない。一方介護療養病床の入院患者の要介護度は高く、リハビリテーション等も積極的に実施していることから、医療療養病床よりも介護療養病床の収益の方が高い。
G病院の建物は建蔽率・容積率の上限まで建築されており、さらに自治体の規制などにより近隣の土地の手当が不可能であるため、転換にあたっては現行の建物を利用せざるを得ない。
②検討結果
介護療養病床60床を「32床の医療療養病床」と「28床の老健」に転換するケースと、介護療養病床60床を「60床の老健」に転換するケースを、それぞれ「従来型老健」「介護療養型老健」、「入所者が現状のまま（医療区分2以上が8割を下回る）」と「入所者の医療区分上昇（医療区分2以上が8割を上回る）」の２通りのパターンで収益と人件費の試算をした。収益については、32床を医療療養（医療区分2以上が8割を上回る）とし、28床を介護療養型老健に転換するパターンの減収率が最も低かった(3.3%)。一方、介護療養病床60床を全部老健に転換するケースでは、8.6%～11.7%の減収となった。人件費については、60床の老健の場合と28床の老健（医療機関併設型小規模老健）を比べると、28床の老健では病院と医師を共有できるメリットがあるが、他の職員の配置等をあわせると、両者に大きな差はなかった。この規模の病院においては老健転換により人件費が大幅に削減される可能性は低いと思われる。

③まとめ

建物、土地等の物理的制約により増改築が不可能な場合、介護療養型老健の転換先は他の病床（一般、医療療養）や老健等の医療保険・介護保険施設に限定される。G病院の転換検討においては、介護療養病床だけでなく医療療養病床を含めた療養病床全体の運営を検討することが必要である。また、介護療養病床60床全てを老健に転換するだけでなく、一部を医療療養あるいは一般病床として残し、老健部分は29床以下の小規模老健とする方法にも検討の余地がある。

(2)介護療養病床150床の病院（H病院）

①経営環境

H病院は、医療療養病床50床、介護療養病床150床のほか、精神病床、老健、グループホーム等を有する大規模施設であり、療養病床患者の平均要介護度、医療区分は高い。グループ内の複数の施設の中から利用者の状態にもっとも適した施設でケアを提供することができるが、重症患者の最終受入先であり地域における影響が大きいことから、老健転換にあたって患者をグループ外に転院、退院させることは難しい。

H病院は、平成12年の病棟改築で病床面積8㎡を確保しているが、改築の際の多額の借入金の返済負担が重く、なるべく利益を確保した転換を検討しなければならない。

②検討結果

介護療養病床150床を「50床の医療療養病床＋100床の老健」に転換するケースと、介護療養病床150床を「150床の老健」に転換するケースの収益を試算した。試算にあたっては、病院内の利用者はそのままの前提で、医療療養病床に医療区分2以上の患者が多く入院し、転換する老健には要介護度の高い患者が残り、かつ介護療養型老健の施設基準を満たすように、利用者の病棟を入れ替えて調整した。H病院の利用者は、要介護度、医療区分とも高い患者が多いため、医療療養と老健にそれぞれ適した利用者を配置することができた。利用者の入替えを実施した後で収益を試算すると、「50床の医療療養病床＋100床の老健」の減収率の方が低かったが、それでも▲7.9%、年間1億円程度の減収となった。

③まとめ

H病院は大規模な施設であるため、転換による減収後も、グループ全体としての黒字は維持できる見込である。ただ、病棟改築時の借入金の返済負担が多大となっているため、施設の試算によれば利益は黒字であってもキャッシュフローはマイナスとなる可能性が高い。

以上

目　次

発刊にあたって..... i
調査研究体制..... ii
研究要旨..... iii
目次... vii

本編
I　調査研究の概要 1
1.　調査研究の背景 1
2.　調査研究の目的 1
3.　実施体制 1
4.　調査研究の方法 1
II　介護療養型施設の現況 3
1.　療養病床数の変遷 3
2.　病院における介護療養病床 4
3.　有床診療所における介護療養病床 5
4.　転換に向けた制度環境の変化 9
III　転換要件の検討 10
1.　介護療養病床の転換先の可能性 10
2.　転換にあたって留意・検討すべき要件 11
IV　有床診療所の転換 16
1.　全国調査（アンケート） 16
2.　転換パターンとチェックポイント 25
3.　転換済有床診療所（老健併設）の事例 26
4.　転換を検討中の F 診療所（併設施設なし）の事例 32
V　病院の転換 44
1.　対象病院 44
2.　G 病院の事例（介護療養病床 60 床） 45
3.　H 病院の事例（介護療養病床 150 床） 62
VI　考察 78
1.　有床診療所 78
2.　病院 79

資料編
1.　有床診療所全国調査（アンケート）調査票 83
2.　転換済有床診療所（老健併設）アンケート調査票 84

Ⅰ 調査研究の概要

1. 調査研究の背景

平成 17 年 12 月「療養病床の将来像について」において、平成 23 年度中に介護保険適用の療養病床を廃止し、医療保険適用の療養病床は病床数を減らした上で医療必要度に応じて評価するという方針が出された。これを受け、平成 18 年度には、医療保険による「介護保険移行準備病棟」、介護保険による「経過型介護療養型医療施設」という経過型の施設が設けられ、さらに療養病床から老健等への転換に対する施設基準の緩和、費用助成等の各種転換支援策が段階的に講じられてきた。特に平成 20 年 5 月には、療養病床から転換する新たな老人保健施設（介護療養型老人保健施設）への評価が始まったところである。

この「介護療養型医療施設の再編に関する調査研究」事業は、この療養病床再編の方針の中で、介護保険適用の療養病床（介護療養病床）に焦点をあて、転換における留意点を検討するものである。

2. 調査研究の目的

本年度は、「介護療養型医療施設の再編に関する調査研究」事業の 3 年目の調査研究である。本調査研究事業は、平成 17 年度、18 年度の 2 年にわたり、「介護事業経営実態調査」「介護サービス施設・事業所調査」の平均値を用いて病院を対象とした転換シミュレーションを実施し、転換に際しての課題を明確にした。本年度は、実在の施設をモデルとして転換シミュレーションを行い、現実的な課題の整理を行うことを目的とした。

3. 実施体制

本調査研究では、有識者等からなる委員会を設置して調査の実施方法や調査結果等について議論し、それを基に転換にあたって留意・検討すべき点等をとりまとめた。

4. 調査研究の方法

（1） 既存調査の整理

医療施設動態調査等の既存資料より、わが国の介護療養型医療施設の現況を整理した。

（2） 有床診療所アンケート調査の実施

介護療養病床を有する診療所全数を対象に、診療所の概要や病床・入院患者の状況等についてたずねるＦＡＸ調査を実施し、有床診療所の介護療養病床転換の事情について把握し、有床診療所において考えられる転換パターンとチェックポイントについ

て整理・分析した。

（3） 有床診療所の転換事例の検討

① 既に介護老人保健施設に転換した有床診療所（併設施設あり）

既に介護老人保健施設に転換した5施設に対して、郵送アンケート調査を実施した。早い段階で老健に転換した施設の特徴を把握し、転換を可能とした要因を整理した。

② 転換を検討中の有床診療所（併設施設なし）

併設施設がなく現在転換を検討中の有床診療所4施設に対して訪問ヒアリングを行い、有床診療所における介護療養病床転換に際しての課題等についての聴き取り調査を行った。このうち1施設を対象にいくつかの転換先を前提としたシミュレーションを実施し、転換を検討する際にポイントとなる点を整理した。

（4） 病院の転換事例の検討

現在転換を検討中の病床規模の異なる実在の病院 2 施設を事例研究の対象とし、各病院の特徴・外部環境をふまえた上で転換の可能性と課題を検討し、転換方針の決定に影響を与える要因を明らかにした。

II 介護療養型施設の現況

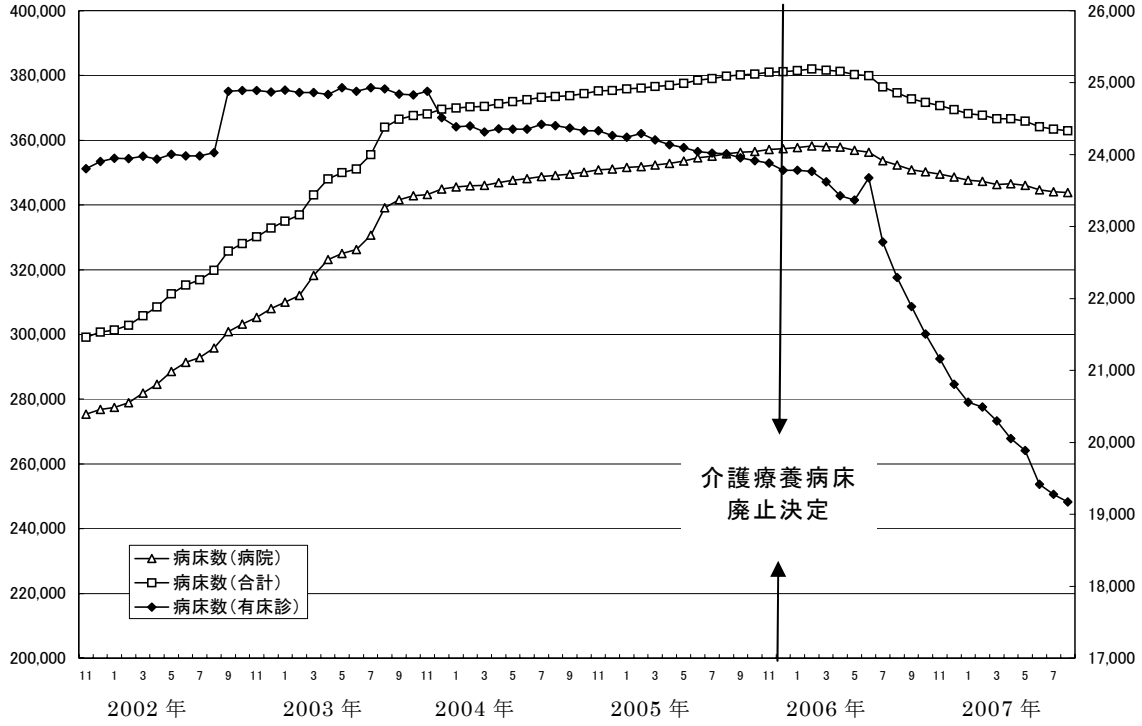
1. 療養病床数の変遷

わが国の病院と診療所における療養病床数（医療療養病床と介護療養病床の合計）は、平成 17 年 12 月に介護療養型医療施設の廃止が決定された後、数ヶ月後より急速な減少が見られた。

病院の療養病床は、平成 19 年 8 月現在、平成 17 年 12 月比で 13,548 床（3.8%）の減少となり 343,801 床となっている。

有床診療所では 4,608 床（19.4%）の減少となり、19,174 床となっており、有床診療所での減少率は非常に大きい。

図表 II-1-1 療養病床数（医療保険適用・介護保険適用の合計）の経年変化



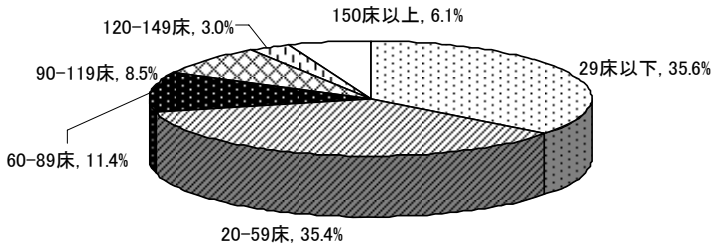
資料）医療施設動態調査

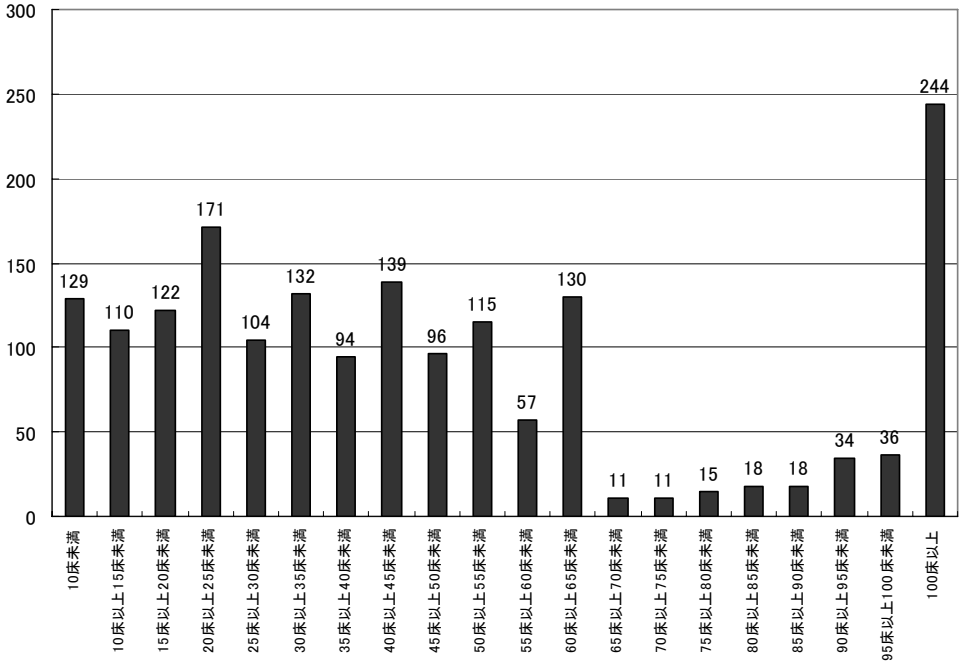
2. 病院における介護療養病床

病院における介護療養病床の病床規模を見ると、60 床未満の施設が 7 割程度を占めていることがわかる。

図表 II-2-1　病院における介護療養病床の病床規模

病院における介護療養病床の病床規模 N=1786





資料)「地域ケア整備指針の策定に関する研究報告書」(医療経済研究機構　平成 19 年 3 月）における「療養病床アンケート」(18 年 10 月時点）より集計[1]

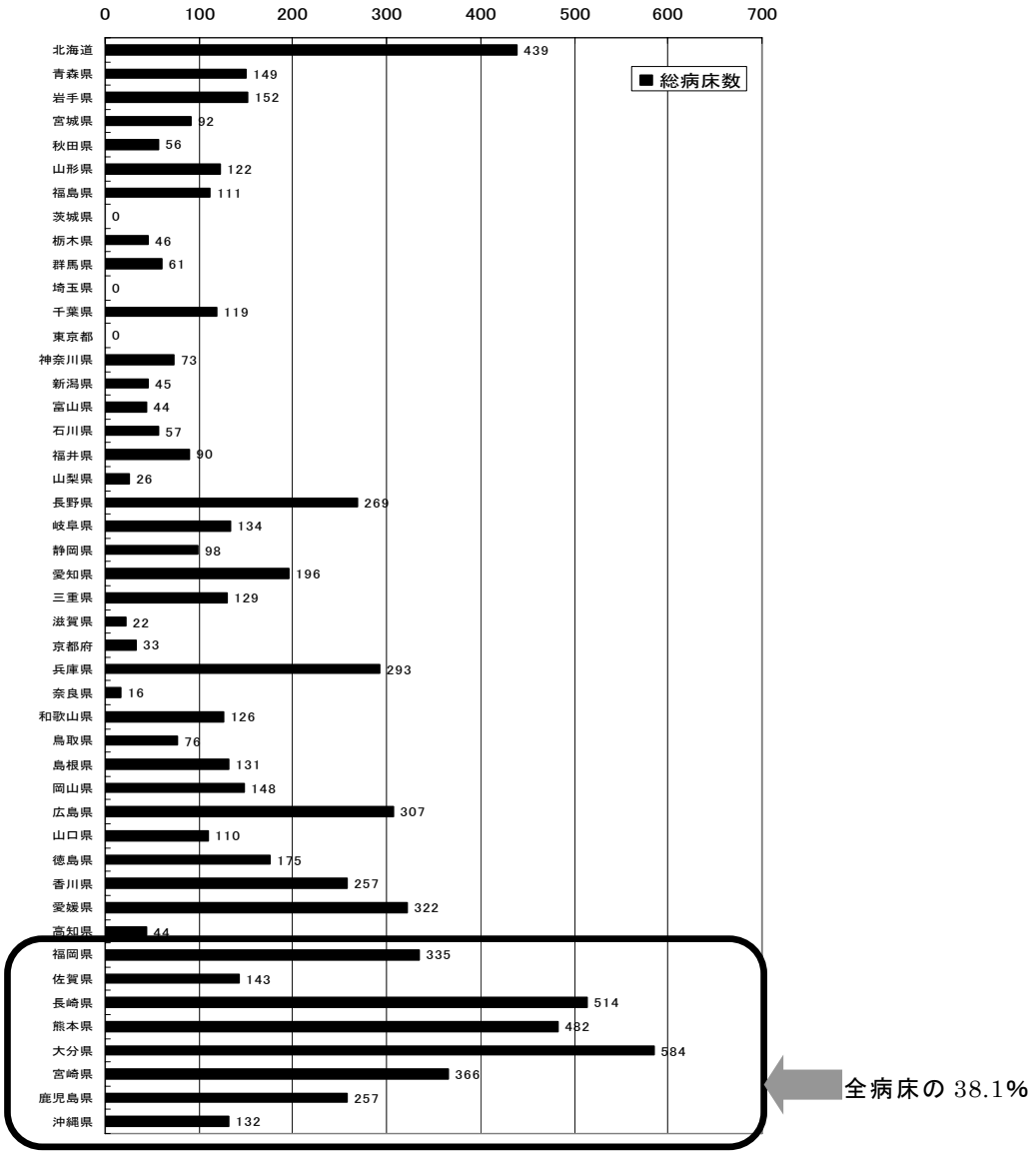
[1] 「療養病床アンケート」の中で今回使用したデータは、調査実施時に都道府県に追加的に依頼したものであり、都道府県ごとの基準時点の相違等、回答に不確実な部分が含まれている。ただし、全国的に療養病床を把握した他のデータが現時点では存在しないので、本報告書では全体像を把握するために使用することとした。

3. 有床診療所における介護療養病床

（1） 都道府県別分布の状況

図表 II-3-1 の有床診療所の介護療養病床数の都道府県別[2]の分布をみると、北海道や九州地区に介護療養病床が多く、両地区で全病床数の 44.1%を占める（九州地区：38.1%）。また、図表 II-3-2 の療養病床を有する診療所の数でも九州地区が 42.8%を占めており、地域的偏在がみられる

図表 II-3-1 都道府県別の介護療養病床数

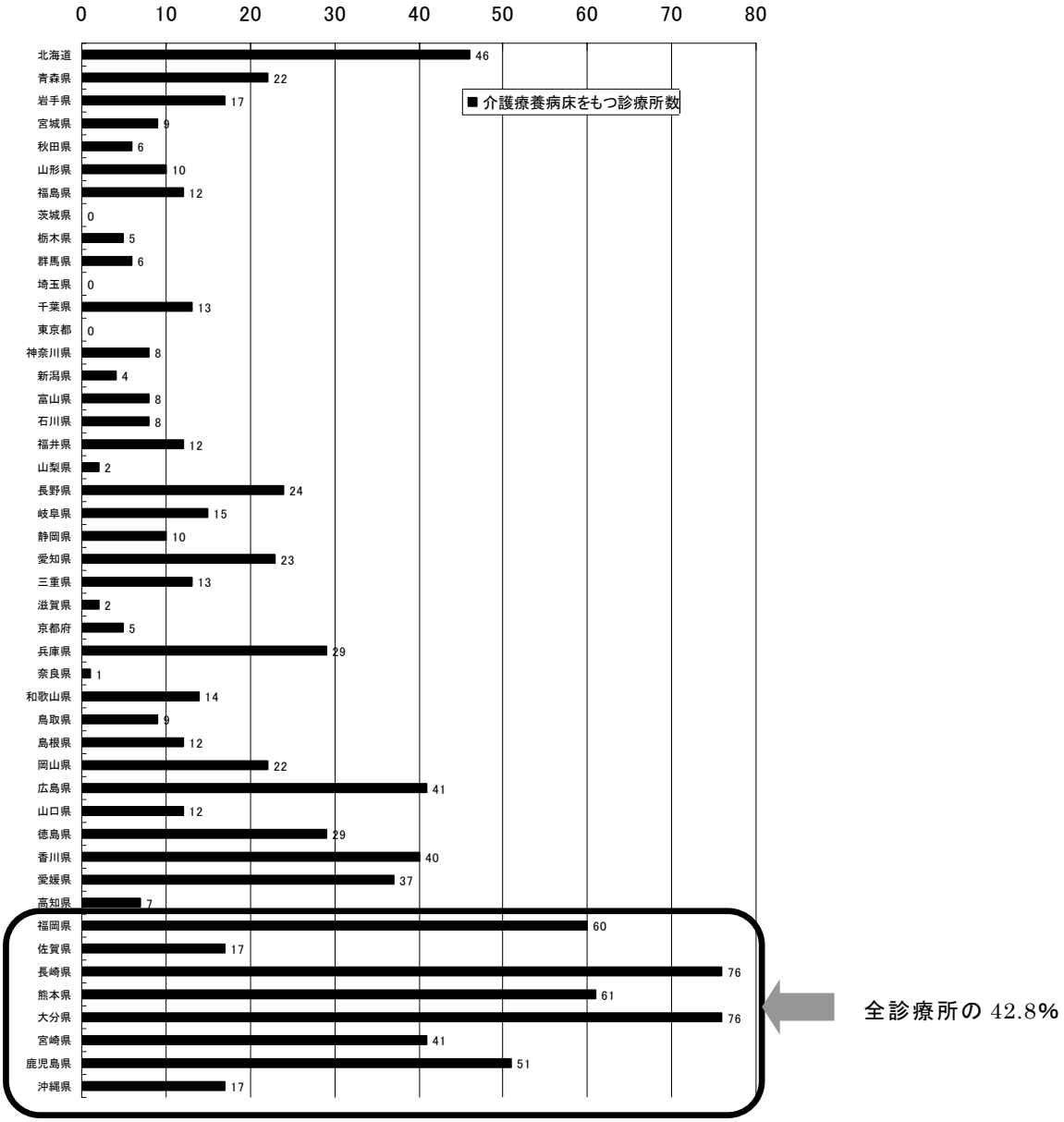


資料）「地域ケア整備指針の策定に関する研究報告書」（医療経済研究機構　平成 19 年 3 月）における「療養病床アンケート」（18 年 10 月時点）より集計

---

2 データの事情により、大阪府のデータは含まれていない。

図表 II-3-2　都道府県別の介護療養病床を有する診療所の数



資料)「地域ケア整備指針の策定に関する研究報告書」(医療経済研究機構　平成 19 年 3 月）における「療養病床アンケート」(18 年 10 月時点）より集計

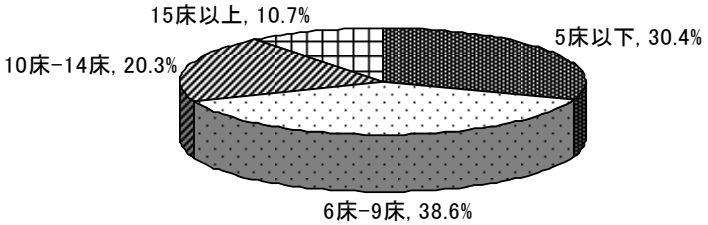
（2） 1診療所あたりの介護療養病床数

各診療所における介護療養病床の転換検討では、1診療所あたりの介護療養病床数が方針決定に影響を与えるものと思われる。そこで、診療所における介護療養病床数について、既存の資料から整理した。

介護療養病床を10床以上有する診療所は介護療養病床廃止が経営に与える影響の大きい診療所であると考えられるが、それらは介護療養病床を有する診療所の 31.0%である。一方、介護療養病床が 9 床以下の施設は 69%であり、施設数としてはこちらの方が多い。

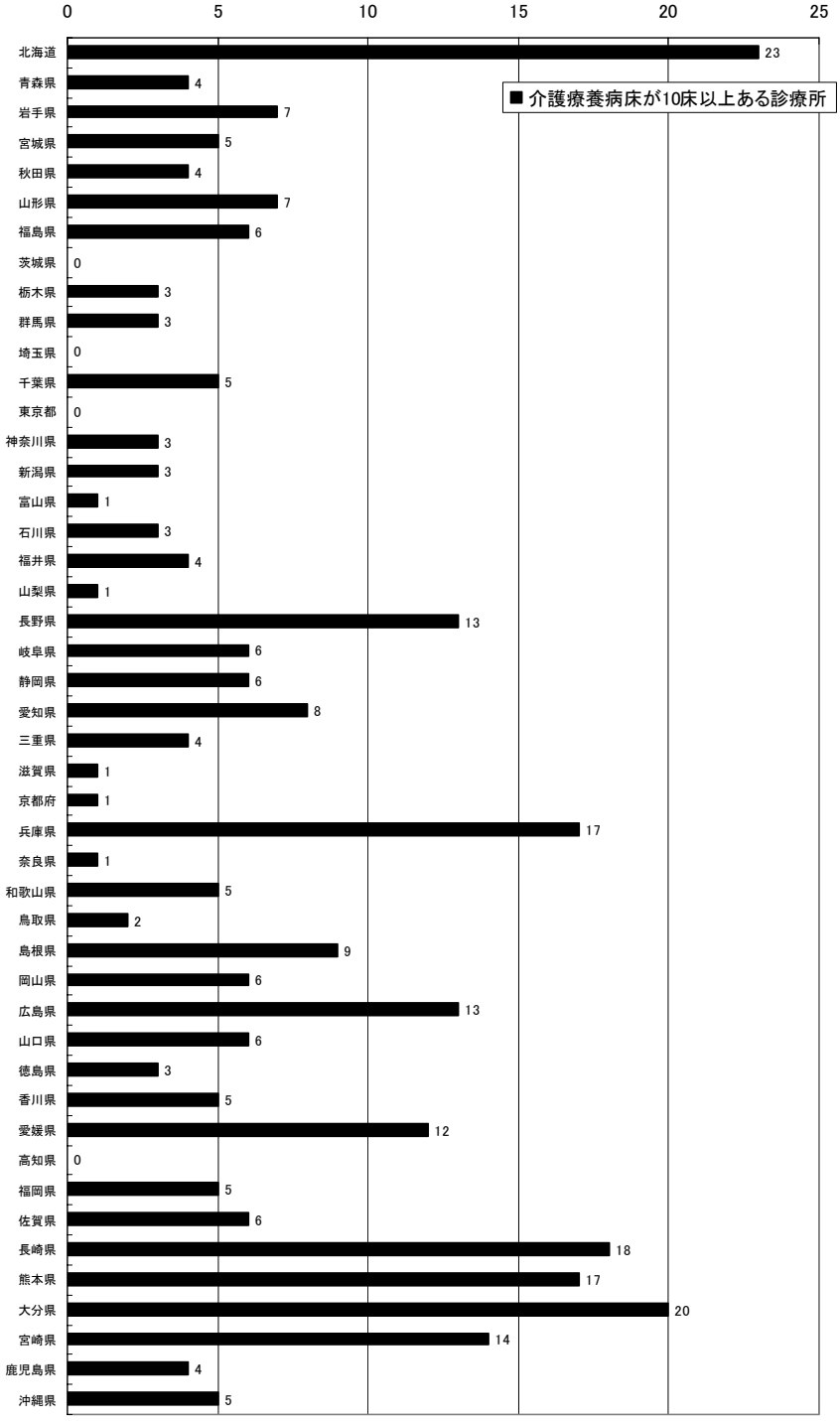
また、都道府県別で 10 床以上の介護療養病床を有する診療所数は（図表 II-3-4)、都道府県別有床診療所数（図表 II-3-2）と比べると、都道府県で傾向に差があることが分かった。10 床以上の介護療養病床を有する診療所は、九州や北海道以外の地域でも、長野県、兵庫県、広島県、愛媛県などで比較的多くなっている。こうした都道府県間の差異については、過去に介護療養病床への転換が推進された際の都道府県の方針（介護療養への転換は全病床数の 3 分の 1 までといった規制が存在した都道府県もある）なども影響していると考えられる（有床診療所インタビューで聴取)。

図表 II-3-3 診療所あたりの介護療養病床数 n=932



資料)「地域ケア整備指針の策定に関する研究報告書」(医療経済研究機構　平成 19 年 3 月）における「療養病床アンケート」(18 年 10 月時点）より集計

図表 II-3-4　都道府県別の 10 床以上の介護療養病床を有する診療所の数



資料）「地域ケア整備指針の策定に関する研究報告書」（医療経済研究機構　平成 19 年 3 月）における「療養病床アンケート」（18 年 10 月時点）より集計

4. 転換に向けた制度環境の変化

本事業の過去二か年の調査研究では、介護療養病床を有する医療機関が転換を検討する際に経営にもっとも大きな影響を与える要因は、転換する施設種別によって異なる居室面積の制約にともなう病床数の減少であると考えられた。しかし、平成 20 年 1 月に居室面積の確保に関して一定の緩和策が発表されたことに伴い、施設経営者は、定員数枠の減少の影響が最小限になることを前提に転換を検討することが可能となった。このことにより、各種施設（介護老人保健施設・回復期リハビリテーション・有料老人ホーム等）への転換の議論は、減床による収入減の問題ではなく、各施設の利用者や地域のニーズに適合した施設は何なのか、それをケア面、採算面で継続的に運営していくことが可能か、といったより本質的な点にシフトしたと考えられる。

また、上記療養室の床面積の経過措置を含め、療養病床の転換のために、様々な支援策が打ち出されている。施設経営者は、これらの転換支援策や介護報酬等を踏まえて、より具体的な転換先候補の絞り込みを実施することとなる。

＜転換支援措置の例＞

○ 療養室の床面積の緩和

次の新築又は大規模の改修等を行うまで、１床当たり 6.4 ㎡（本則 8.0 ㎡）の経過措置を認める。

○ 介護療養型老人保健施設の創設

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介護療養型老人保健施設の基準を創設、報酬上の評価がなされる。

○ 医療機関と老人保健施設が併設する場合の設備基準の緩和

医療機関と老人保健施設間の利用者の通行、診察室・階段等の共有が可能となる。

○ サテライト型施設の多様化、経営選択肢の拡大

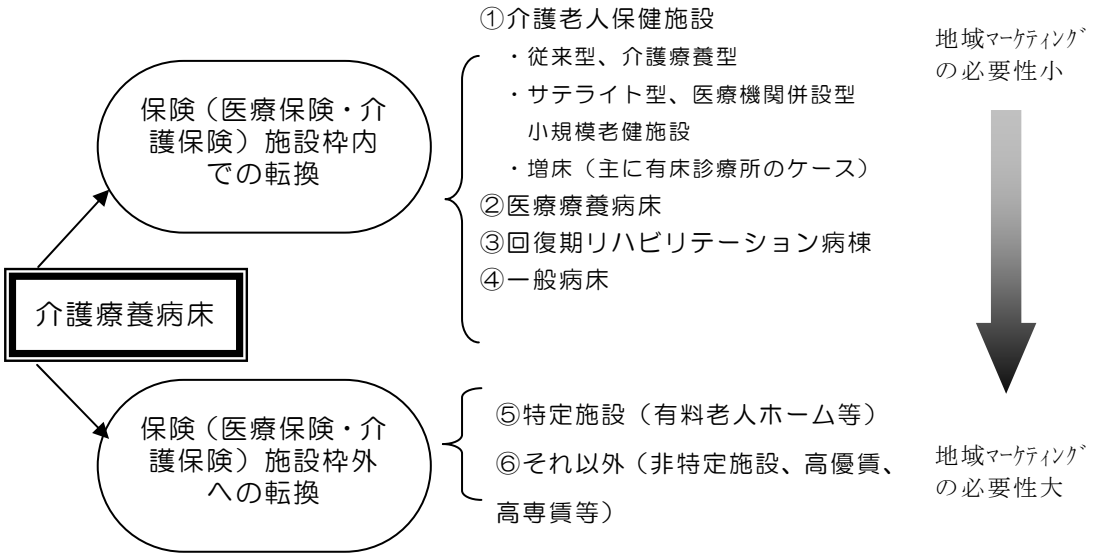
本体施設を医療機関とするサテライト型老健の設置、サテライト型施設の複数設置（入所者の処遇が適切に行われることが前提）、職員配置の緩和、等が認められる。

III 転換要件の検討

1. 介護療養病床の転換先の可能性

介護療養病床をもつ病院・有床診療所がとりうる転換先の特性から、転換先を「保険（医療保険・介護保険）施設枠内」と「保険（医療保険・介護保険）施設枠外」に分類して整理を行なう。ただし、ここでいう「保険施設枠内」の施設とは、医療保険の給付対象となる施設（診療所または病院）又は介護保険施設（介護老人福祉施設[3]・介護老人保健施設）である。したがって、特定施設などはあくまで「介護保険施設枠外」として整理した。

図表 III-1-1　転換先の概要



「保険（医療保険・介護保険）施設枠内」で転換した場合、施設経営は診療報酬・介護報酬に依存するため、報酬の条件に整合した入所者が確保可能であれば、理論上は、比較的安定した経営が見込める

他方、「保険（医療保険・介護保険）施設枠外」へ転換した場合、成功すれば高い利益率を見込むことも可能であり、行政側の制度変更の影響も「保険施設枠内」に比べ小さい。ただし入居費単価の設定と内装、居室面積を含む設備等の充実度、周辺の競合施設に対する競争力など、様々な要素のバランスによって成否が分かれる。したがって、当該サービスに関する地域マーケティングの実施、設備の充実や運営を可能とする中長期的なビジョンと資金計画が確立されていることが必要である。療養病床か

[3] 医療法人の附帯業務見直しに伴い、介護老人福祉施設への転換についての検討が行われたが、最終的には、認められないこととなった。ただし、平成 19 年 4 月から有料老人ホーム、5 月からは一定の要件

らの転換における多くの場合、大規模な増改築を必要とすることから、耐震基準への適合状況や借入金の返済状況などが大きなポイントとなる。

またここでは、介護療養病床のベッドを常に利用する前提で転換先を例示したが、これ以外に、ベッドをショートステイ専用病床や小規模多機能型居宅介護事業の「泊まり」サービス提供のために利用することもできる。また、病院や診療所を維持した上で、介護療養病床に費やしていた建物や人員等の資源を用いて、通所サービス・訪問サービス等の併設サービスを実施することも考えられる。

2. 転換にあたって留意・検討すべき要件

介護療養病床の転換にあたり、経営面から留意・検討すべき要件について、「土地・建物」「利用者の状態・確保」「職員の配置・確保」「財政状態・資金状況」「関連法人・併設事業所」「周辺施設の状況」の 6 点に分けて状況を整理する。ただし、それぞれの要件は相互に関連しているため、最終的には複合的な視点が必要となる。

（1） 土地・建物

建物の増改築の状況や老朽化、土地の確保の可否（自治体の規制の有無等）により転換先の選択肢は大きな影響を受ける。特に、建物等改修の必要性は、転換先を検討する際の大きな課題であるといえる。改修にあたっての資金の借入は、施設経営者にとって資金繰りの負荷や経営上のリスクが大きいため、建物の十分な耐用年数が残存している場合は、可能な限り増改築を行わずに対応したいとする施設が多いだろう。

介護療養病床から医療療養病床や回復期リハビリテーション病棟に転換する場合は、面積の問題は発生しないと考えられる。ただし、回復期リハビリテーションの場合は専用リハビリスペースの確保が必要となる。老健転換の場合は、老健転換支援策のひとつとして提示された居室面積の計測方法の変更や算定基準の緩和（談話室込み）等の経過措置の延長により、多くの病床は 8.0 ㎡の規制に抵触しないものと思われる（厚生労働省見込み）。そのため、ほとんどの施設において面積確保のための大規模な改修の必要性は生じない、または次の大規模改修まで経過措置を受けることが可能である。

なお、「保険枠外の施設」への転換では、居室面積が一様に広く確保されることが求められるため、居室の拡張または多床室の個室化などが必要となり、多くの場合、建物の大規模な改修が前提となる。定員数の減少とともに、収益源が保険収入から利用者負担分へと移動し収益構造が変化することから、施設側の裁量が増大するとともに、バランスのとれた価格設定が重要となる。

を満たす高齢者専用賃貸住宅を設置することが認められている。

（2） 利用者の状態・確保

「保険施設枠内での転換」で面積基準、構造設備基準等のハード面での変更がない場合に、経営上大きな影響を与えるのは利用者の属性とその構成である。各転換先モデルにもっとも適合する利用者を継続的に確保できるかどうかが大きなポイントになる。その際に、参考とすべき点は、①現在の入所者の中に、適合した入所者がどの程度存在するか、②法人内・グループ内に調整可能な受け皿が存在するか、または適切な入所者を確保するためのパスが確保されているか、③地域内の競合施設との関係において適切な入所者を確保できるか、である。

「保険施設枠外への転換」では居住施設としての性格が強くなることから、入所者確保のためには、居住環境や生活サービスの質を確保し、周辺の競合施設と比較して魅力を保つことが必要である。また、居住施設の分野では医療機関以外の事業者が多くサービスを提供しているが、それらの施設と比べて医療法人や病院の経営する居住施設では、いざという時の医療サービス提供が利用者にとっての大きな魅力となることも考えられる。

（3） 職員の配置・確保

職員の配置に関して、医療療養病床、回復期リハビリテーション病棟の場合は、比較的手厚い配置が必要となる。回復期リハビリテーション病棟の場合、リハビリスタッフの確保の可否も検討するポイントとしてあげられるだろう。一方、老健については現在のスタッフ数で対応可能である。ただし、多くの施設で加配している現状（昨年の報告書等参照）からも、利用者の状態像と照らし合わせてどれほどの職員配置が必要であるかの検討もポイントとなる。

また、介護療養病床から入所者属性が大きく変化しないまま転換する場合、職員の配置基準等は緩和されても、実態として入所者の状態像が大きく変化しない場合は、転換前と同等水準以上の職員配置を確保せざるをえない場合も想定される。看護職員の夜勤体制の確保も含め、職員配置のマネジメントはひとつの課題となるだろう。

（4） 財政状態・資金状況

多くの施設は借入金の返済を負っている場合が多いことから、転換後に返済可能な水準のキャッシュフローが確保できるかどうか、絶対額としての利益が維持できるかが、転換上のポイントとなる。介護老人保健施設に転換する場合、収益の絶対額が減少することが想定されるため、キャッシュフローの確保という視点からの検討が必要になる。

（5） 関連法人・併設事業所

同一法人内、同一グループ内に保有する施設・サービスの種類（介護保険枠内、枠外）も転換を考える際に検討すべき要件としてあげられる。先に検討した入居者の確保においてもこれら法人内・グループ内からの入居のパスを検討する場合にも重要となる。

また、同一法人やグループ内で他のサービスを提供している場合には、その蓄積されたノウハウを活かした転換が容易となる。

例えば、同一敷地内や隣接地に老健がある場合は、既存老健の増床という形での転換が考えられる（p26 転換済有床診療所（老健併設）の事例）。

（6） 周辺施設の状況

周辺の事業所のサービス提供状況や動向についても検討する必要がある。特に、回復期リハビリテーション病棟の報酬は従来の介護療養病床の介護報酬とほぼ同等の水準で設定されている上に、ほとんどの場合施設の増改築を必要としないことから、現段階で競合が見られない場合も、今後の転換先検討の中で、新規参入が生じる可能性は否定できない。慎重なマーケティングが求められるだろう。

また、行政の規制に関しても確認が必要である。介護保険財政への影響を懸念し、特定施設等の受け入れに消極的な自治体も存在するため、行政との関係作りや確認が必要になる場合も想定される。

（7） 転換モデル毎の特徴

以上で検討した要件のうち、転換先施設によって条件が異なるものに関して、その概要をまとめたのが図表 III-2-1である。転換先施設ごとへの転換可能性については、Ⅳ章、Ⅴ章で扱う事例の中で具体的に検討していく。

図表 III-2-1　転換モデル毎の特徴

	収益源	建物・設備	入居者状態・確保		職員配置等
			入所者確保のポイント	入所者確保の困難度	
老人保健施設（従来型）※1 ＜保険枠内＞	介護報酬＋食費居住費 【全体的に低位】	一部要改修の場合あり	要介護度	【低】 待機者多い	介護療養病床の配置＋療法士等で対応可能
老人保健施設（介護療養型）※1 ＜保険枠内＞	介護報酬＋食費居住費 【全体的に低位】	一部要改修の場合あり	要介護度及び喀痰吸引及び経管栄養者の数等	【中】 条件にあった入所者の確保困難か	介護療養病床の配置＋療法士等で対応可能（加配等は利用者の状況による）
医療療養病床 ＜保険枠内＞	主に診療報酬 【幅広】	なし	医療区分	【低】 待機者多い	介護療養病床の配置で対応可能（加配等は利用者の状況による）
回復期リハビリ ＜保険枠内＞	主に診療報酬 【高い】	機能訓練室の確保のみ	要リハビリ者	【高】 地域内競合差別化困難	療法士を中心に追加的な配置が必要
一般病床 ＜保険枠内＞	主に診療報酬 【高い】	なし	医療処置必要度合	診療科目等による	看護配置等により追加的な配置が必要
特定施設 ＜保険枠外＞	入居費、管理料、食費、介護費など自由設定	一般的に大規模な改修が必要	顧客層によって異なる。個別の市場調査が必須。価格設定と改修費のバランス、顧客層の見極めなどが必要		介護療養病床の配置で対応可能
非特定施設・高優賃・高専賃 ＜保険枠外＞	入居費、家賃、管理料、共益費、食費、介護費など自由設定	一般的に大規模な改修が必要	顧客層によって異なる。個別の市場調査が必須。価格設定と改修費のバランス、顧客層の見極めなど難易度高い		人員配置基準なし

※1 老人保健施設（従来型、介護療養型）は、いずれも 29 床以下であれば、小規模老人保健施設として設置が可能である。

なお、複数の医療機関へのヒアリング調査を元に、上記転換先に対する施設経営者の意識を整理すると以下のとおりとなる。介護療養病床から「保険施設枠内」で転換する場合、医療療養病床や一般病床、回復期リハビリ病棟であれば従来通り「病院」「有床診療所」として継続できるが、介護老人保健施設に転換する場合は医療計画上の規制病床を手放すことになる。施設経営者の中には、医師としての医療提供に自らの施設経営の強みを見い出し、規制病床を手放すことによってその後の施設経営の選択肢が狭められるという懸念を持つ医師も少なくなかった。そのため、転換先の候補としては、老人保健施設よりもまずは医療保険の病床を検討するケースが多いものと考えられる。また同様の理由により、介護施設に転換する場合には居住系施設よりも老健を先に検討するとの声が多かった。

Ⅳ 有床診療所の転換

介護療養病床を持つ有床診療所は、全国で 1,100 施設程度（平成 19 年介護サービス施設・事業所調査）存在する。有床診療所の病床数は最大で 19 床であるため転換パターンはある程度限定されるが、その経営環境等については十分把握されているとは言えない。そこで、介護療養病床を持つ有床診療所にアンケート調査を実施し、転換に直面する有床診療所の経営環境と固有の課題の把握に努めた。また、これらを踏まえて有床診療所の転換の可能性について整理し、「既に転換した有床診療所（併設施設あり）」と「転換を検討中の有床診療所（併設施設なし）」の転換について具体例を調査した。

1. 全国調査（アンケート）

（1） アンケート概要

① アンケート方法および概要

a） 調査対象：1,098 診療所

平成 17 年度『介護サービス施設・事業所調査』にて、介護療養病床を有すると回答した有床診療所

b） アンケート方法

郵便にてアンケート用紙を配布し、回答用紙（1 枚）[4]を FAX にて返信してもらう方法をとった。

c） 回答基準日

平成 20 年 2 月末日

d） 有効回答率：53.6%　（＝588/1098）

調査対象とした 1,098 診療所のうち、588 診療所から有効回答を得た（有効回答率 53.6%）。そのうち、「現在、介護療養病床あり」と答えた有効回答の事業所数は 402 診療所であった。以下はこれら 402 診療所を対象として集計した結果である。

[4] 資料編　「1.有床診療所全国調査（アンケート）調査票」参照

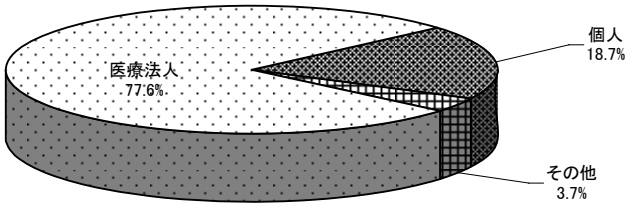
（2） アンケート集計結果

① 介護療養病床のある有床診療所の開設主体 （n=402）

介護療養病床のある有床診療所の開設主体については、全体の 4 分の 3 以上が医療法人立であった。「その他」としては、市町村立や生協等がみられた。

図表 IV-1-1 開設主体

	回答数	割合
医療法人	312	77.6%
個人	75	18.7%
その他	15	3.7%
全体	402	100.0%



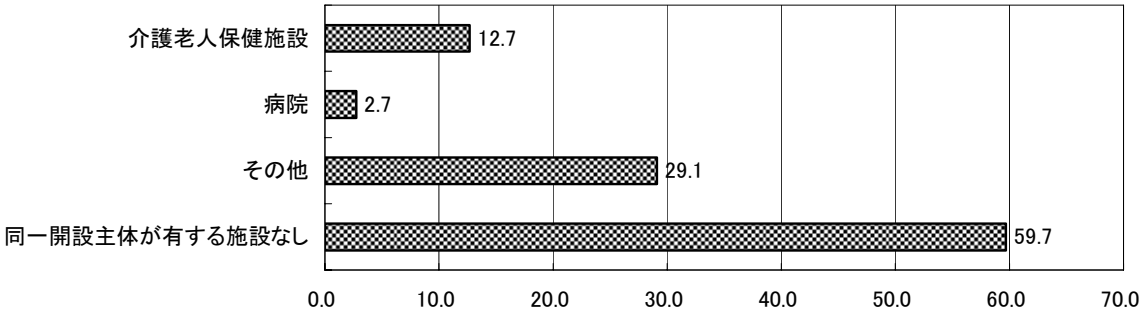
② 同一の開設主体が有する他の施設・事業所の状況

a） 併設施設・サービスを有する診療所数（n=402）

有床診療所（医療療養病床・介護療養病床・一般病床）以外のサービス提供の有無について、併設、同一敷地内、近接を問わず質問したところ、半数以上の診療所では同一の開設主体が運営する他施設・他事業者を有していなかった。

12.7%の診療所で介護老人保健施設が併設されていた（51 診療所）。

図表 IV-1-2 同一開設主体が有する他の施設・事業所の状況



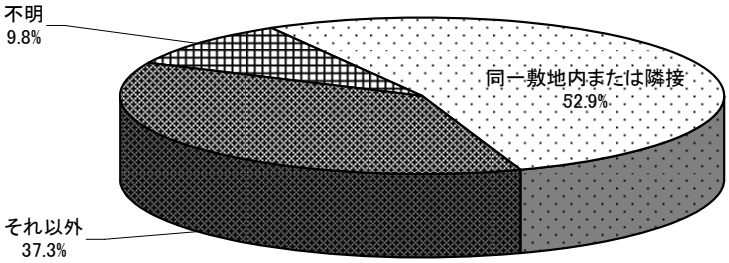
なお、ここで言う「その他」とは、介護老人保健施設以外の介護サービス事業所/施設を併設しているものを指す。具体的には、通所リハビリテーション、通所介護、訪

問看護ステーション、訪問介護、グループホーム、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援事業所、特別養護老人ホーム、有料老人ホームなどがあげられていた。そのうち、グループホームがもっとも多く（43 診療所）、次いで通所リハビリテーション（41 診療所）が多かった。

b） 老健施設の併設状況（n=51）

また、同一の開設主体において介護老人保健施設を有していると回答した有床診療所（51 診療所）の老健の立地状況についてたずねたところ、52.9%（27 診療所）が同一敷地内または隣接地に介護老人保健施設を有すると回答した。それ以外の場所に老健を有すると回答した有床診療所は、37.7%（19 施設）であった。

図表　IV-1-3　同一の開設主体において介護老人保健施設を有している有床診療所における介護老人保健施設の立地状況



c） 介護療養病床規模別にみた施設併設の状況（n=402）

同一法人による併設施設の運営状況を介護療養病床規模別に見ると、介護療養病床10床以上の診療所の方が、10床未満に比べ若干ではあるが併設施設を有する割合が高かった。

図表　Ⅳ-1-4　介護療養病床規模別にみた施設併設の状況

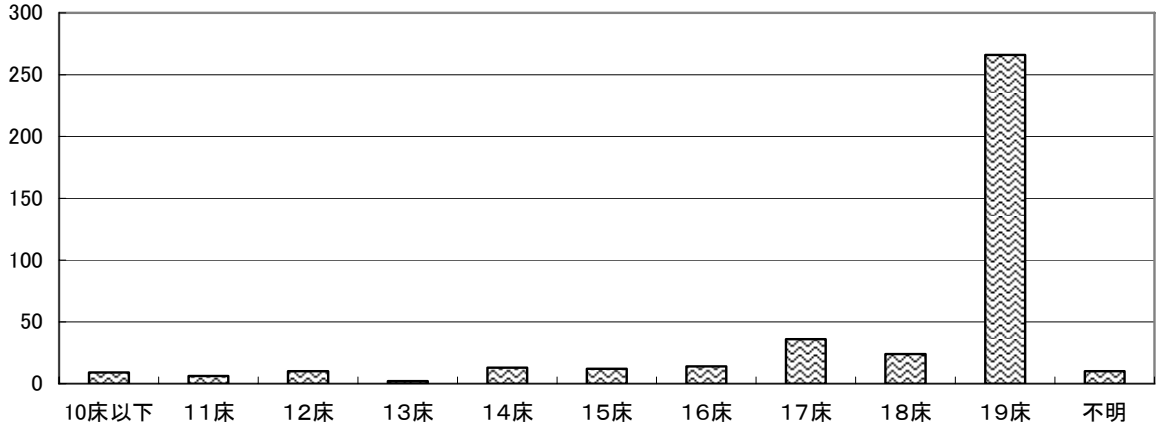
併設施設／病床規模	全体	老健併設				病院併設	グループホーム併設
			同一敷地・隣接地	別敷地	場所不明		
全体	402	51	27	19	5	11	43
	100.0%	12.7%	6.7%	4.7%	1.2%	2.7%	10.7%
介護療養10床未満	254	31	17	12	2	4	23
	100.0%	12.2%	6.7%	6.7%	0.8%	1.6%	9.1%
介護療養10床以上	138	19	9	7	3	6	20
	100.0%	13.8%	6.5%	5.1%	2.2%	4.3%	14.5%
病床数不明	10	1	1	0	0	1	0
	100.0%	10.0%	10.0%	0.0%	0.0%	10.0%	0.0%

③ 総病床数と介護療養病床割合について（n=402）

a） 総病床数別に見た診療所数

総病床数でみると、ほとんどの有床診療所が19床であった。

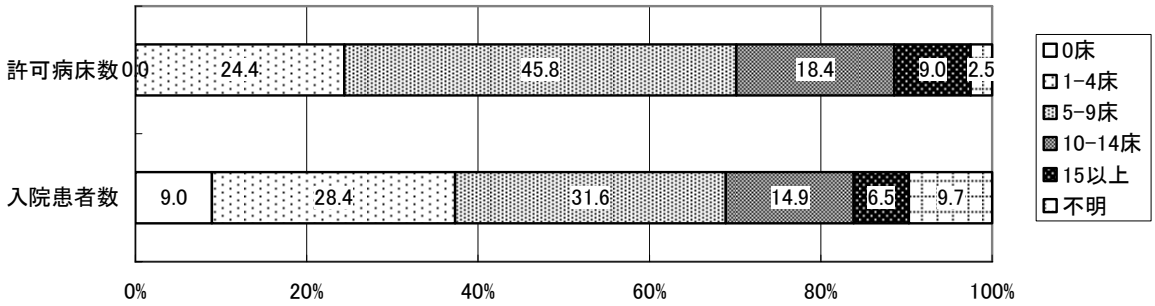
図表　Ⅳ-1-5　総病床数



b） 診療所あたり介護療養病床割合（病床数・入院患者数）

介護療養病床の分布を許可病床数でみると、5-9 床が全体の 45.8%を占めており、1-4 床を加えた 10 床未満の有床診療所が全体の 70.2%となっている。入院患者数を基準としてその分布をみると、許可病床を持ちながら患者が入院していない有床診療所が全体の 9%あった。全体として介護療養病床が 10 床を超える病床は 3 割弱であることがわかる。

図表　IV-1-6　診療所あたりの介護療養病床数および入院患者数（n=402）



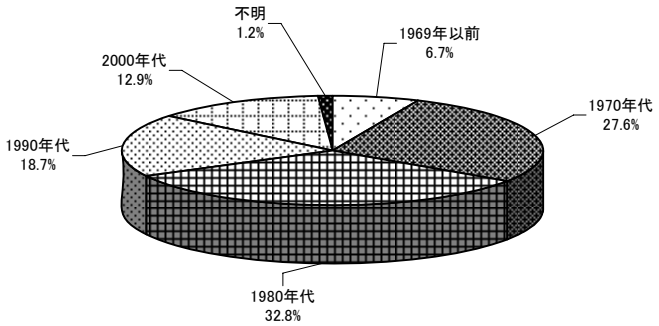
なお、上記の許可病床数と入院患者数の割合の差異については、介護療養病床における空床の影響のほか、介護療養病床として届出を行っているものの、実際には当該介護療養病床としての入院患者が存在しない（2 室 8 床ルール[5]の適用）事例によるものと考えられる。

④ 診療所の設立／増改築について（n=402）

a） 介護療養病床を有する診療所の設立年次

1980 年代以前に設立された診療所が 6 割以上を占め、設立から 20 年以上経過する診療所が多いことがわかった。

図表　IV-1-7　診療所の設立時期（n=402）



5 「2 室 8 床ルール」とは介護療養病床が 1 病棟である病院・診療所において、2 室 8 床までに限り、医療保険からの給付が可能であるというルール.

b） 設立以後、大規模改修の有無と時期／今後の予定

36%程度の診療所は、1990 年以降に大規模改修を行っていた。一方、大規模改修を開設以来行っていない診療所は 58%であり、この中の 1970 年代以前に開設された施設等は、耐震基準の不適合、老朽化等の問題を抱えている可能性が高い。

図表　IV-1-8　設立年代別の大規模改修の有無および時期（n=402）

設立年代＼改修実績	全体	1989 年以前	1990 年以降	改修時期不明	大規模改修なし	改修の有無不明
全体	402	10	144	11	233	4
	100.0%	2.5%	35.8%	2.7%	58.0%	1.0%
1969 年以前	27	2	14	1	10	0
	100.0%	7.4%	51.9%	3.7%	37.0%	0.0%
1970 年代	111	8	51	5	47	0
	100.0%	7.2%	45.9%	4.5%	42.3%	0.0%
1980 年代	132	0	59	3	70	0
	100.0%	0.0%	44.7%	2.3%	53.0%	0.0%
1990 年代	75	0	15	0	58	2
	100.0%	0.0%	20.0%	0.0%	77.3%	2.7%
2000 年代	52	0	4	2	45	1
	100.0%	0.0%	7.7%	3.8%	86.5%	1.9%
不明	5	0	1	1	3	0
	100.0%	0.0%	20.0%	20.0%	60.0%	0.0%

図表　IV-1-9　大規模改修の今後の予定（n=402）

設立年代＼改修予定	全体	建替予定	改築予定	予定なし	不明
全体	402	9	29	355	9
	100.0%	2.2%	7.2%	88.3%	2.2%
1969 年以前	27	3	6	17	1
	100.0%	11.1%	22.2%	63.0%	3.7%
1970 年代	111	3	7	96	5
	100.0%	2.7%	6.3%	86.5%	4.5%
1980 年代	132	3	10	119	0
	100.0%	2.3%	7.6%	90.2%	0.0%
1990 年代	75	0	4	69	2
	100.0%	0.0%	5.3%	92.0%	2.7%
2000 年代	52	0	2	50	0
	100.0%	0.0%	3.8%	96.2%	0.0%
不明	5	0	0	0	1
	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%

⑤ 今後の経営に影響を与えうる要因について

a） 長期借入れの有無

介護療養病床を有する診療所の 54%程度が長期借入れを有していた。これらの施設の中には、施設転換を行う場合、大規模改修や建替などへの投資の余力が充分でない施設があることが考えられる。

図表　IV-1-10　介護療養病床規模別長期借入れの有無（n=402）

改修予定 / 病床規模	全体	長期借入有り	長期借入無し	不明
全体	402	216	183	3
	100.0%	53.7%	45.5%	10.7%
介護療養 10 床未満	254	131	122	1
	100.0%	51.6%	48.0%	0.4%
介護療養 10 床以上	138	85	61	2
	100.0%	58.0%	40.6%	1.4%
病床数不明	10	5	5	0
	100.0%	50.0%	50.0%	0.0%

b） 院長の年齢

介護療養病床を有する診療所の院長の 56.0%が 60 代以上の院長であった。事業の後継者が存在しない場合、中長期的な施設の活用方法などについて明確な方針を示すことが難しい場合などが想定されるだろう。また、2000 年代以降に開設された診療所においても、60 代以上の院長の施設は 32.7%（17 診療所）となっている。

図表　IV-1-11　開設年と院長の年齢（n=402）

院長年齢 / 設立年代	全体	40 代未満	40 代	50 代	60 代以上	不明
全体	402	13	46	117	225	1
	100.0%	3.2%	11.4%	29.1%	56.0%	0.2%
1969 年以前	27	2	6	7	12	0
	100.0%	7.4%	22.2%	25.9%	44.4%	0.0%
1970 年代	111	3	10	14	84	0
	100.0%	2.7%	9.0%	12.6%	75.7%	0.0%
1980 年代	132	2	11	37	82	0
	100.0%	1.5%	8.3%	28.0%	62.1%	0.0%
1990 年代	75	2	12	34	26	1
	100.0%	2.7%	16.0%	45.3%	34.7%	1.3%
2000 年代	52	4	7	24	17	0
	100.0%	7.7%	13.5%	46.2%	32.7%	0.0%
不明	5	0	0	1	4	0
	100.0%	0.0%	0.0%	20.0%	80.0%	0.0%

（3） まとめ

① 併設施設の状況

介護療養病床を有する有床診療所が同一法人内等に病院や介護老人保健施設を併設している場合、有床診療所の転換が法人全体の経営に与える影響は小さいと考えられる。また、病院や老健併設の有床診療所が老人保健施設へ転換する場合は、併設の病院や老健を本体施設とするサテライト老健になる[6]、あるいは既存の老健に増床するといった方法で対応することができるため、病床転換には有利な条件が多い。しかし、本アンケートに回答があった有床診療所では「併設施設なし」が半数以上を占めていた。このような併設施設のない診療所の転換においては、有床診療所単独での転換を検討する必要がある。

また、病院や老健を併設する有床診療所の中でも、特に老健が同一敷地内にある、または隣接している場合は、老健の増床等の方法で転換が比較的スムースに進むと考えられる（P26 「転換済有床診療所（老健併設）の事例」参照）。しかしながら、介護療養病床を有する全診療所のうち、同一または隣接敷地内に老健を併設している有床診療所が占める割合は 6.7%にとどまった。

② 介護療養病床の割合

介護療養病床を有する有床診療所の 7 割程度において、総病床数に占める介護療養病床数の割合が半数以下であった。また、診療所あたり介護療養病床の入院患者数を見ると、15 人以上の介護療養病床入院患者がいる診療所は 7%程度であった。すなわち、病床のうち介護療養病床が大半を占める有床診療所は少ないと考えられる。

また、これらの介護療養病床数が少ない有床診療所では、医療（一般病床または医療療養病床）と介護（介護療養病床）のケアミックスでサービスを提供しているケースが多いと考えられる。介護療養病床に代わってどのような形態でケアミックスのサービスを提供するのか、あるいはケアミックスとは異なる方法でサービスを提供するのか、の検討が必要となる。

③ 建物・施設の状況

介護療養病床を有する有床診療所の 6 割は、開設後 20 年以上を経過しており、そのうち 30 年以上経過している診療所が 35%程度であった。開設時に建物を建築したとすると、大規模改修を実施していない場合は建物の老朽化や耐震基準の不適格等が想定

[6] サテライト型施設とは、本体施設との連携を前提とした小規模（定員 29 人以下）の施設であり、有床診療所の療養病床を、併設の老人保健施設、病院、診療所を本体施設としたサテライト老人保健施設とすることができる。

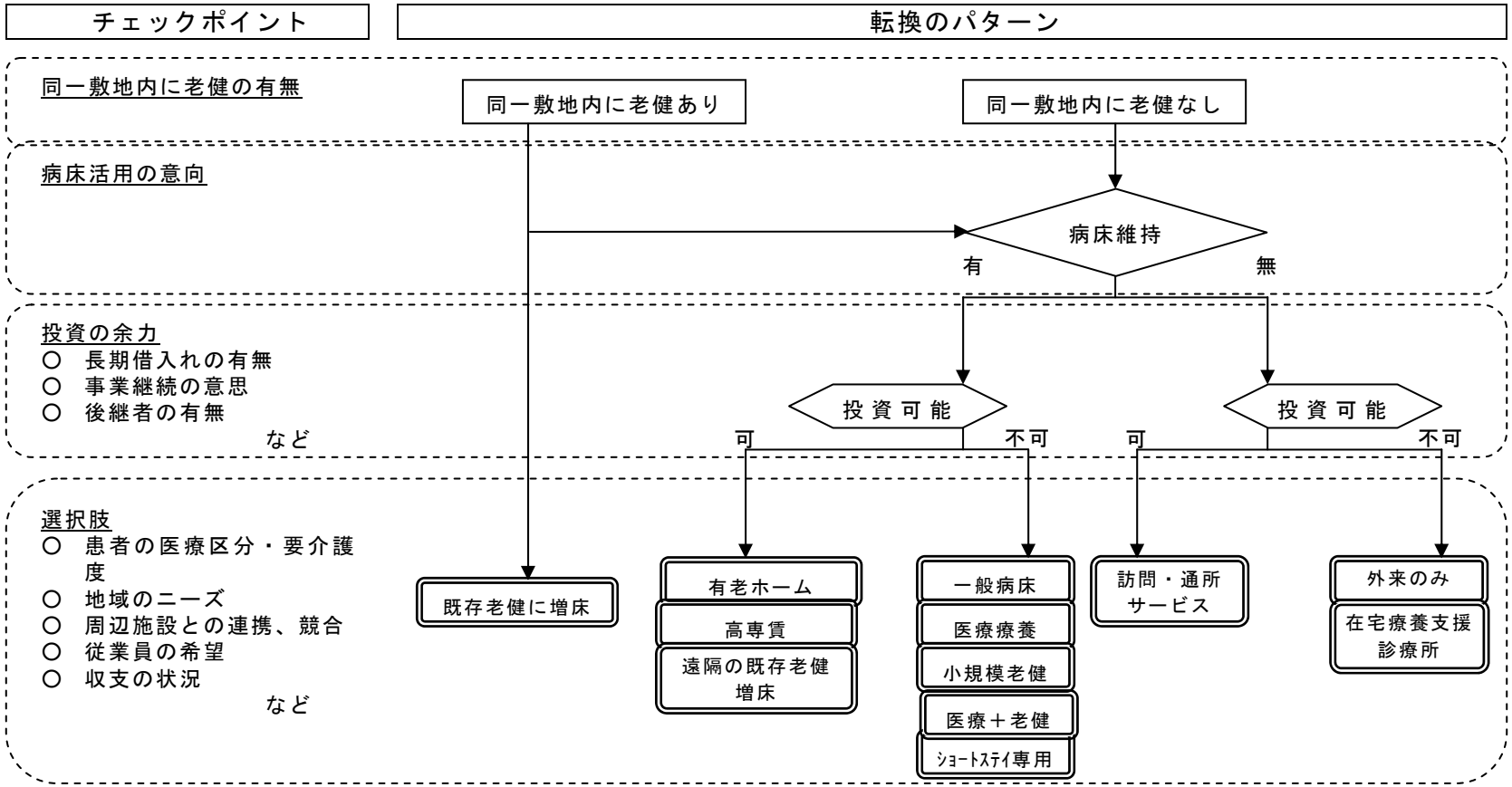
され、その場合、新規事業のための増改築の際に大規模な修繕や建替が必要になる可能性がある。

また、有床診療所の院長の年齢は比較的高齢であり、個人開業医の場合、新規事業のためにリスクをとって借入をすることが難しいケースが想定される。さらに、多くの診療所で長期借入れを有していることも、投資のための追加的な借入を難しくする要因となっている。また、本調査では把握できないが、事業継続に関しては後継者の有無も重要なポイントとなることが考えられる。

2. 転換パターンとチェックポイント

これまで見てきた有床診療所の経営環境、転換パターンとその課題から、有床診療所がとりうる転換パターン及びそれに影響を与える要因は、以下のとおり考えられる。

図表　IV-2-1　転換パターンとチェックポイント



3. 転換済有床診療所（老健併設）の事例

平成 19 年 12 月現在で既に老人保健施設に転換した施設に対して、転換にあたってのポイントを調査した。

（1） アンケート調査

既に有床診療所から介護老人保健施設に転換した 5 施設に、郵送によるアンケート調査[7]を実施し、調査対象の全ての施設から回答を得た。

調査内容および結果の概要は以下のとおりである。

なお、5 施設の回答の詳細は次ページの図表 IV-3-1にまとめた。

① 調査内容

- 同一医療法人で有する施設・サービス
- 転換にあたって実施した事項
- 転換の際の入院患者の動き
- 転換の際の職員の異動状況、職員の給与水準の変化
- 転換が可能となった要因　等

② アンケート結果（概要）

- 全ての診療所が老健を併設しており、既存老健の増床という形で転換した
- 介護療養病床以外に医療保険病床（一般・医療療養）を有する 4 診療所は、医療保険病床を廃止または医療保険病床を含めて老健に転換した
- 転換前の介護療養病床の要介護度は、3.3～3.9 の範囲であった
- 職員は、同一法人内の異動で対応した

[7] 資料編　「2. 転換済有床診療所（老健併設）アンケート調査票」参照

③ アンケート結果

図表 Ⅳ-3-1　転換済有床診療所へのアンケート結果

	A診療所	B診療所	C診療所	D診療所	E診療所
診療所概要					
診療所診療科	内科 神経科，精神科 リハビリテーション科	内科 （泌尿器科）	内科	内科	内科 小児科 循環器科
転換前病床	・介護療養：15床 ・一般病床： 4床	・介護療養：13床 ・一般病床： 6床	・介護療養：19床	・介護療養：14床 ・一般病床： 5床	・介護療養：10床 ・一般病床： 5床
転換先について					
転換先施設	既存老健を増床する形で転換 （＋15床） 一般病床廃止	既存老健を増床する形で転換 （＋13床）	既存老健を増床する形で転換 （＋19床）	既存老健を増床する形で転換 （＋19床）	既存老健を増床する形で転換 （＋10床） 一般病床廃止
増改築の有無	なし	なし	なし	なし	**あり（借金により改築）**
他の転換先候補	グループホーム ：認可下りず	一般病床 ：老健のニーズが多	―	廃止 ：補助金の関係で廃止困難 老健+診療所 ：医師等人員の削減が困難	―
転換後診療所の対処	診療所全体を廃止	外来を継続	―	診療所全体を廃止	外来を継続
併設施設					
老人保健施設併設の有無	あり：100床	あり：100床	あり：80床	あり：100床	あり：70床
診療所と併設施設の関係	・老健が先に建設され、その後診療所が建設 ・老健と診療所は渡り廊下でつながっている	・老健と診療所は隣接している	・大きな介護村のようになっている	―	―
その他の併設施設・サービス	・グループホーム （3ユニット，27人）	・グループホーム （2ユニット，18人） ・通所サービス	・精神病床：344床 ・グループホーム （3ユニット，27人） ・訪問サービス ・通所サービス	―	・通所サービス ・短期入所サービス （空床利用） ・居宅介護支援事業
スタッフ					
医師の変更等	転換前：診療所/老健兼務で2名 転換後：高齢のため1名退職	―	転換前：老健1名/診療所1+非常勤 転換後：老健1名+非常勤	転換前：老健１名/診療所１名 転換後：老健1.2名	転換前：老健1名/診療所1名 転換後：老健1名/診療所1名
スタッフの異動等	大半は同一法人内の異動で対応	大半は同一法人内の異動で対応	大半は同一法人内の異動で対応	大半は同一法人内の異動で対応	大半は同一法人内の異動で対応
転換に伴うスタッフの不満	なし	あり	あり	あり	なし
入院患者					
転換による転院の有無	半分以上はそのまま	半分以上はそのまま	ほとんど変化していない	半数以上が退院・転院	半分以上が退院・転院
要介護度	転換前：3.8 転換後：3.8	転換前：3.7 転換後：3.6	転換前：3.85 転換後：3.30	―	転換前：3.32 転換後：3.12
転換支援策					
利用した転換支援策	なし	なし	転換費用の助成	転換費用の助成	なし（借金により改築）
転換後に発生した問題					
十分なケアできない			●		●
資金繰りや借金返済が厳しい				●	
検討した点					
経営シミュレーション	●		●	●	●
療養病床利用者の状態把握	●	●	●	●	●
職員の退職・採用	●		●	●	●

医療経済研究機構

（2） 転換の実態(Ａ診療所のケース)

上記Ａ診療所に、転換の際の検討項目と、利用者・職員の状況を聴取した。

① 土地・建物

Ａ診療所を経営する医療法人は、介護老人保健施設（100 床）を最初に開設し、その後、渡り廊下でつなげた形式で、有床診療所（医療療養 4 床、介護療養 15 床）を併設させた。他に、グループホーム（3 ユニット、27 人）を併設している。

今回有床診療所を廃止して、介護療養病床 15 床分を介護老人保健施設に増床する形で転換し、医療療養病床 4 床は廃止した。その結果、現在介護老人保健施設のベッド数は 115 床となり、有床診療所から転換した 15 床が既存の介護老人保健施設と渡り廊下で結合されている構造になっている。

医療療養病床 4 床分を廃止したのは、維持する場合、老健の入所者と有床診療所の入院患者を住み分けさせるための改修工事が必要であったためである[8]。また、4 床を減らすことで診療所の 2 人部屋を個室にし、合計 15 の個室を確保した。

有床診療所の療養病床を廃止すると同時に、外来機能も廃止した。これは従来から外来のニーズが多くなく、当該診療所にとっても収益のわずかな部分しか占めていなかったからである。診療に利用していたレントゲンなどの医療器機は、現在利用せずに保管のみしている。また、診察室に関しては、老人保健施設の診察室として利用している。

② 利用者の状態・確保

有床診療所の利用者の要介護度は平均 3.8 と介護療養病床としてはそれほど高くなく、老健転換後も半数以上の利用者はそのまま留まっている（図表 IV-3-1参照）。また、診療所の外来機能を廃止したものの、近くに他の医療機関があるため、連携により以前と変わらずにサービスを提供することができる。

③ 職員の配置・確保

転換で生じた職員の移動は、職員の自主的な退職もあり、職員の配置や確保に頭を悩ませることは少なかった。

次ページのフロー図で示されているように、転換前では有床診療所（19 床）と老人保健施設（100 床）で、合わせて最大 119 名の患者について、医師 3 名、薬剤師 0.3 名、看護師 4 名、准看護師 15.9 名、介護職員 46.9 名、介護支援専門員 2 名で対応していたが、転換後では老人保健施設の 115 名の患者について、医師 1.6 名、薬剤師 0.4 名、看護師 3 名、准看護師 15.3 名、介護職員 42.3 名、介護支援専門員 2 名で対応している。転換時に介護職員の退職があったため、介護職員は減少しているが転換後は

---

[8] 従来は、医療機関と老人保健施設が併設する場合、診察室や出入り口等の共用、双方の施設間の通行等は認められていなかったが、その後の転換支援措置により認められるようになった。

老健全体で看護職員・介護職員合計で 2 対 1 程度の人員配置を確保している。

また、外来機能を廃止することにより、医師 1 名を減らすことができた。

④ 財政状態・資金状況

前述のとおり、今回の有床診療所の老人保健施設への転換にあたっては、建物等の改築等が不要であったため、新たな投資の必要は生じなかった。

⑤ 関連法人・併設事業所

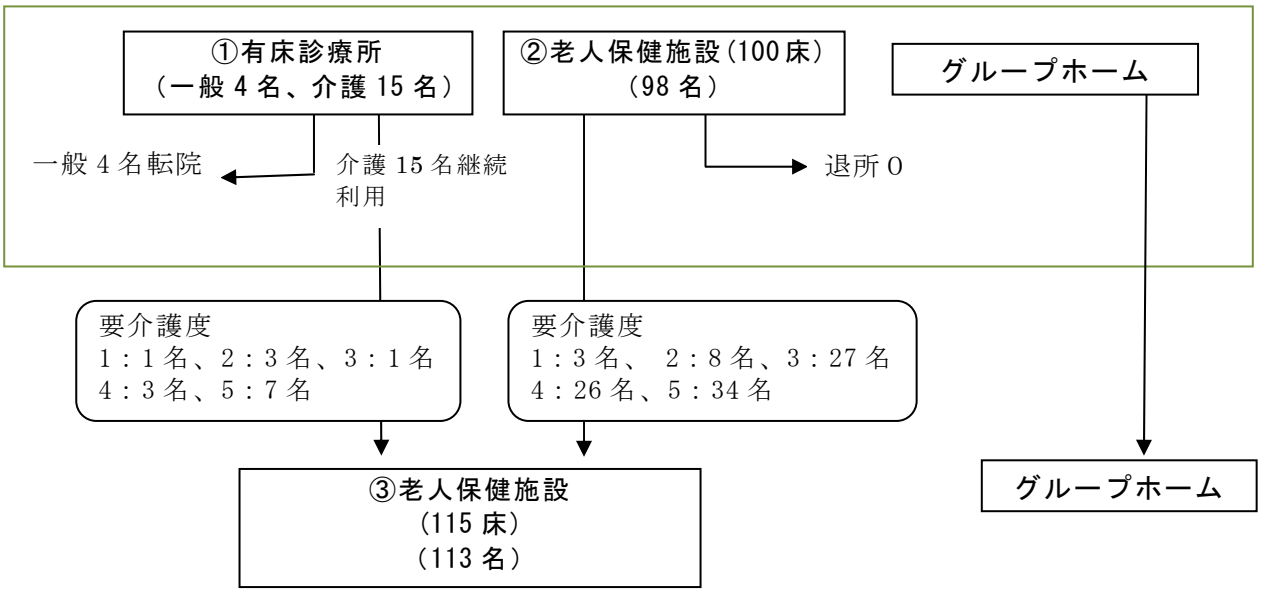
当該有床診療所には、併設事業所として、介護老人保健施設とグループホームがあった。早い段階での転換が可能であった理由として、介護老人保健施設が併設されていたため、老健の経営ノウハウもあり、既存施設(老健)の増床が可能であったことがもっとも重要な要因であったと考えられる。

⑥ 周辺施設の状況

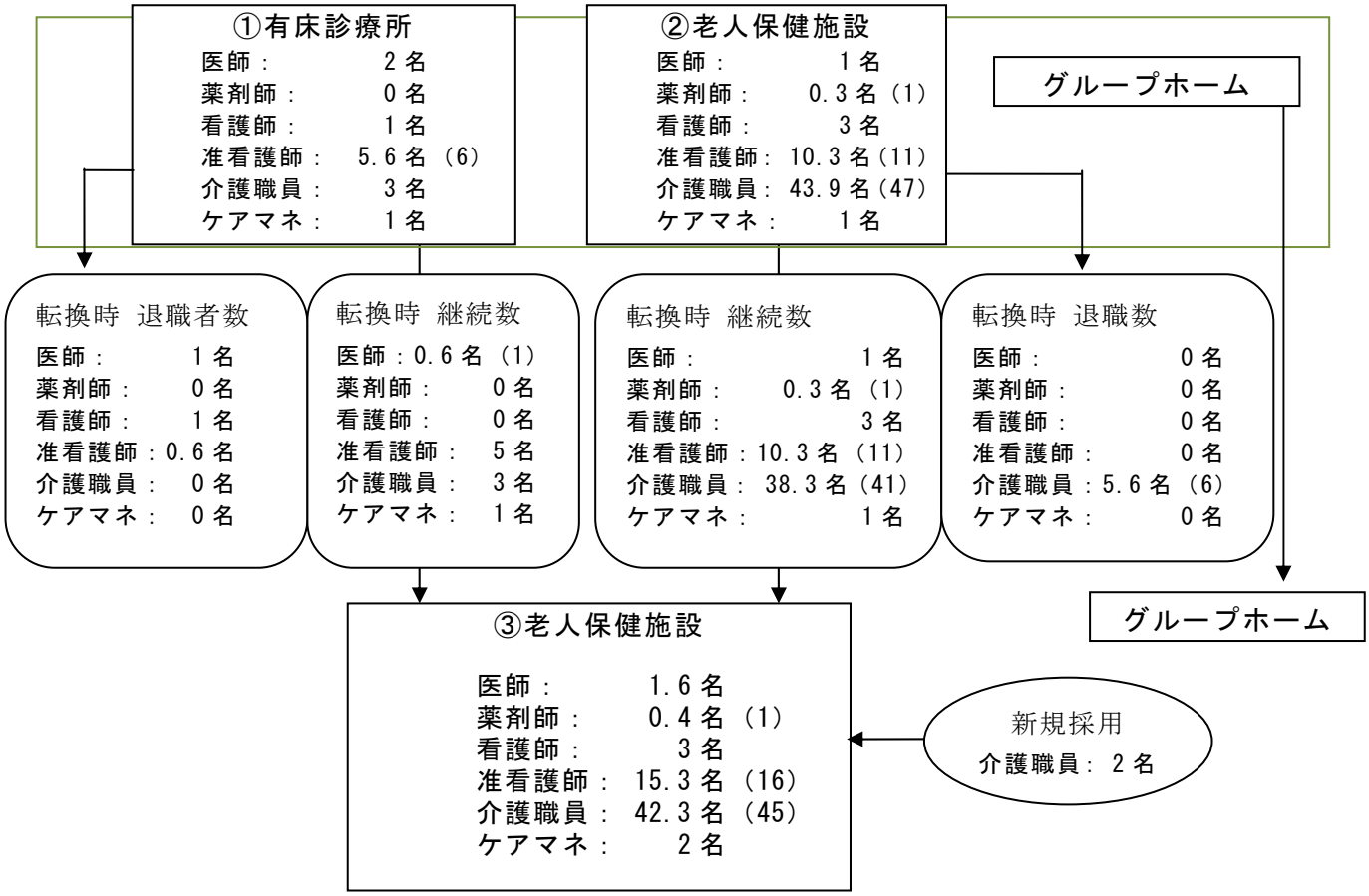
既述したとおり、10 分ほど離れたところに他の医療施設（別の医療法人）があるため、外来に関しては当該施設で対応する必要はなく、廃止ということになった。

老健増床については、市と県に確認したところ、介護療養病床 15 床に関しては転換が認められたので実施した。

⑦ Ａ診療所　転換前後の患者のフロー図



⑧ Ａ診療所　転換前後の職員のフロー図（※　註：括弧内は実人数）



（3） 転換済有床診療所（老健併設）転換のまとめ

今回調査を実施した老健転換済施設(19 年 12 月現在)全てが老健併設の有床診療所であった。既存の老健と一体で管理できるという経営基盤があったため、既存の老健の増床というかたちで転換が比較的スムースに行われたと考えることができる。また、対象施設 5 施設のうち 4 施設で、転換に際し建物の増改築を実施せずに済んでいる。新たな投資資金が不要であったことも、転換を促進した一因であったと考えられる。

診療所の外来機能を廃止したケースは、転換前から外来サービスに力を入れていなかった施設が多く、診療所を全部廃止することにより診療所の医師の人件費を削減することができた。但し、一般的に有床診療所は外来収入の占める割合が大きいと言われおり、外来に地域のニーズがある場合や外来サービスによる収入が大きな割合を占める場合には、外来廃止は困難な選択と考えられる。

また、利用者についてみると、転換前の介護療養病床の利用者の要介護度は比較的低い施設が多く、老健への転換に支障が少なかった要因であると思われる。転換による利用者の転院・退院については、転換後老健のサービス提供方針により異なる。さらに、転換で生じる職員の異動については、対象施設全てで、大半を同一法人内での異動で対応しており、転換に際して大きな問題に直面した様子は見られなかった。ただし、これは併設施設のある法人の事例であり、実際には職員自身の希望も関係してくるため、他の転換事例にあてはまるとは言えないことを留意しておく必要がある。

4. 転換を検討中のＦ診療所（併設施設なし）の事例

現在転換を検討中の実在のＦ診療所をモデルとして、転換可能性と実施に当たっての課題を整理した。

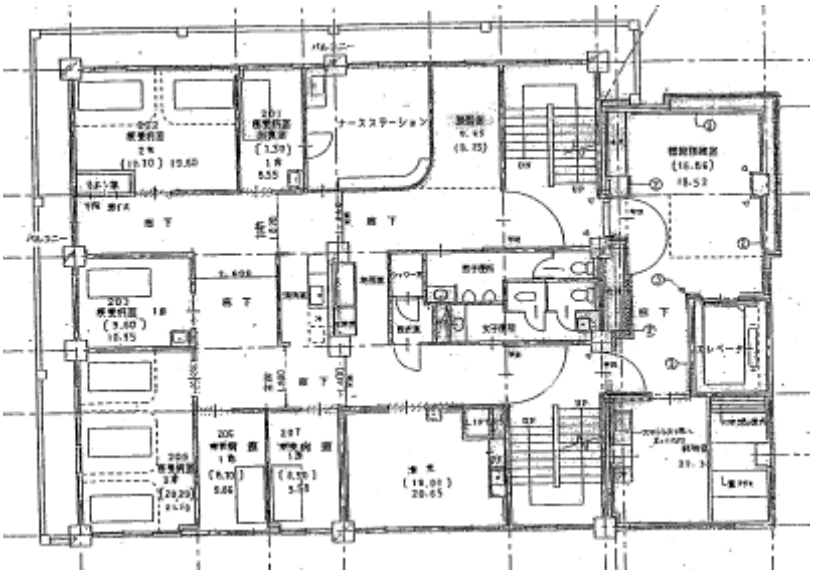
（1） 概要と特徴

Ｆ診療所は、人口 60 万人の地方都市の郊外に位置する介護療養病床 6 床、医療療養病床 11 床の有床診療所である。外科の診療所として昭和 47 年に開院、平成元年に医療法人の認可を受けた。病床は現在療養病床のみであり、内科疾患の患者も多く訪れるが、外科診療所として簡単な手術も実施している。手術が受けられ、その後入院も可能な施設として、外来・入院機能双方とも地域のニーズは高い。

① 土地・建物

診療所の建物は開院時に建築したものであるが、その後平成 12 年の療養病床変更時に増改築を実施した。エレベーターを有し、病床面積平均（壁芯・談話室込）で 8 ㎡を確保している。3 階建の建物の 1 階部分が外来、2 階部分が 6 室 9 床、3 階部分が 4 室 8 床の病床となっており、現在は 3 階の 2 室 6 床を介護療養病床として、残りの 11 床を医療療養病床として使用している。

図表 IV-4-1 Ｆ診療所 2 階平面図（6 室 9 床）



② 利用者の状態・確保

F 診療所の 17 名の入院患者（介護療養病床 6 床、医療療養病床 11 名）の状態は以下のとおりである。院長は「有床診療所の経営資源では医療区分 3 の患者をケアすることは難しい」と考えており、ほとんどの入院患者が医療区分 1 か 2 である[9]。また、医療か介護のいずれの病床に入院するかは、患者の要介護度や医療区分に加え、患者の希望（費用負担等）により決定している。

図表 IV-4-2　入院患者の状況

	介護療養病床	医療療養病床※
要介護1	0人	3人
要介護2	0人	5人
要介護3	2人	3人
要介護4	2人	0人
要介護5	2人	0人
計	6人	11人

	区分（医療）	区分（ADL）	介護療養病床※	医療療養病床
入院基本料A	(3)	(1,2,3)	0人	0人
入院基本料B	(2)	(2,3)	2人	3人
入院基本料C	(2)	(1)	0人	5人
入院基本料D	(1)	(3)	0人	3人
入院基本料E	(1)	(1,2)	4人	0人
計			6人	11人

※ 医療療養病床入院患者の要介護度、介護療養病床入院患者の医療区分・ADL 区分については、院長の助言に基づき試算のために仮定したもの。

③ 職員の配置・確保

現在のＦ診療所の入院業務に携わる職員数および人件費は以下のとおりである。なお、F 診療所の介護療養病床は「診療所型介護療養施設サービス費Ⅰ（ｉ）」、医療療養病床は「有床診療所療養病床入院基本料（注１）」を算定しており、以下ではそれらの施設基準を元に検討した。

[9] 有床診療所の療養病床の入院患者の 7 割程度が医療区分 1 の患者であるという調査結果がある。（「有床診療所の現状と課題」平成 18 年 6 月 28 日　日本医師会総合政策研究機構ワーキングペーパー）

図表 IV-4-3　入院業務の職員数および人件費

	配置基準（人）		人数（常勤＋非常勤）		加配率	人件費※2（千円）	備考
	介護6床	医療11床	介護6床	医療11床	介護・医療計	介護・医療計	
医師※1	1.00		0.20		－	340	F診療所入院部門は常勤医1名が担当。常勤医は外来：入院を8:2程度の割合で勤務しているため、0.2として算定
看護職員（看護師・准看護師）	1.00	2.00	6.80		2.27	1,576	【介護療養】看護職_6または端数を増すごとに1以上、介護職_6または端数を増すごとに1以上 【医療療養】看護職_6または端数を増すごとに1以上、看護補助_6または端数を増すごとに1以上
看護補助者※3	1.00	2.00	4.70		1.57	465	
栄養士	－	－	0.30		－	42	
理学療法士・作業療法士	－	－	0.00		－	0	
介護支援専門員※4	0.06	－	0.00		－	0	【介護療養】1人（非常勤可）
支援相談員・生活相談員	－	－	0.00		－	0	
調理室職員	－	－	3.00		－	656	
事務職員	－	－	0.80		－	200	
合計	－	－	15.80		－	3,279	

※1　常勤医師 1 名が入院業務を担当しているが、入院業務に対しては勤務時間割合で 2 割程度を費やしているため、ここでは 0.2 人として人件費を算出した。

※2　人件費は、常勤換算にて入院部門への従事時間を算出し、各職種別の平均人件費単価を乗じて算出した。

※3　F 診療所の看護補助者には、非常勤の看護学校の学生等が含まれている。

※4　介護支援専門員は看護師の有資格者が兼務しているため、上記人件費には含めていない。

入院業務は常勤医師 1 名が担当しているが、入院業務の勤務時間は総勤務時間の 2 割程度であるため、ここでは入院業務の医師人件費は 0.2 人として算定した。看護職員（看護師・准看護師）、看護補助者は、配置基準ではそれぞれ 3 名であるが、夜間も含めた十分なケアのために、実際には基準のそれぞれ 2.27 倍、1.57 倍の配置を行っている。夜間（18 時～翌日 9 時）は看護師 3 人、准看護師 5 人の合計 8 人（実人数）のうちからローテーションで毎日 1 人ずつ担当し、看護補助者 1 人とともに対応にあたっている。

以降の人件費シミュレーションでは、看護職員・看護補助者については、原則的に療養病床時の配置基準に対する実際の配置比（加配率）を老健の各職種の配置基準に乗じて計算する。ただし、F 診療所では、上記のとおり現状十分な人員を配置しているため、転換後の配置基準に現状の加配率を乗じると、配置人数が過大となる可能性がある。したがって、看護職員・看護補助者については、シミュレーション上の配置基準の人数が現在の人数を下回る場合は、計算上の人数を増員しないこととした。

また、介護保険施設への転換事例については、看護補助者を介護職員とみなして計算した。

④ 財政状態・資金状況

F 診療所は、平成 12 年に療養病床への移行に伴う建物増改築を実施し、その時の長期借入（残債務数千万円）に対して、毎年 3 百万円程度の元本を返済している。損益状況が厳しい中で、資金繰りの負担となっており、新たな投資をすることは難しい状況にある。

⑤ 関連法人・併設事業所

F 診療所は、関連の法人や併設の事業所等は保有していない。診療所は、在宅療養支援診療所の指定を受けており、週三回程度往診を実施しているが、現在のところ在宅診療を大幅に強化するつもりはない。

⑥ 周辺施設の状況

医療ニーズに関しては、F 診療所の周辺には総合病院が存在しないため、外科、内科双方の医療のニーズが存在する。一方介護ニーズに関しては、地域の高齢化に伴い少し離れた場所に大規模な有料老人ホーム等の居住系サービスを提供する施設が増えているため、仮に F 診療所が有料老人ホームや高専賃等に転換する場合は、これらの大規模な施設と競合する可能性がある。

⑦ 収益構造の概要

F 診療所の平均的な 1 ヶ月の医業収益・医業費用（外来も含む）は以下のとおりであり、有床診療所全体で赤字を計上している。

入院・外来の区分は今回の試算のために便宜的に分けたものである。

図表Ⅳ-4-4　F 診療所の医業収益・医業費用の状況

＜収益＞　（単位:千円）

	医療療養	介護療養	入院※	外来※	計
保険収益(本体)	2,398	1,653	4,051	4,527	8,578
食費･居住費、各種加算、その他	964	315	1,279	－	1,279
医業収益計	3,362	1,968	5,330	4,527	9,857
＜費用＞					
材料費			569	591	1,160
人件費(定例給与)			3,279	2,626	5,905
人件費(上記以外)			403	607	1,010
その他経費			1,107	1,557	2,664
医業費用計			5,358	5,381	10,739
医業利益･医業損失			▲28	▲854	▲882

※　医業収益の入院･外来の区分は、主に保険収入に基づき区分した。材料費は院長判断による実態比、人件費は主に勤務時間比、その他経費は収入費等で便宜的に区分したものである。

今回は外来機能を維持する前提で検討するため、以下ではこのうち「入院」に限定した試算を行う。また、試算にあたっては、医業収益と人件費の影響を見るものとす

る。

なお、F 診療所は入院が可能な施設として地域住民の信頼を得ている。そのため、院長は、仮に入院病棟を閉鎖した場合に外来部門が従来通りの収益を上げられるかについては、難しい側面があると考えている。

⑧ F 診療所の転換において留意すべき要件

上記を踏まえて F 診療所における転換の可能性を検討するにあたり、特に検討を要する点、または選択において制約となるポイントを整理すると、次のような項目にまとめることができる。

F 診療所の転換において留意・検討すべき要件

- ➢ 医療と介護のケアミックスでのサービス提供
  - ✧ 手術も実施する外科診療所である一方、長期療養の患者にも対応している。
  - ✧ 入院・外来双方に対して、地域のニーズが大きい。
- ➢ 小規模な施設
  - ✧ 夜間時間帯の対応を含め、総病床数 17 床の効率的な運営が望まれる。
- ➢ 施設転換にあたっての制約
  - ✧ 院長は比較的年齢が高く、今後建物を増改築して介護ビジネスを始めるのは負担が重い。

（2） 転換の可能性と課題

F 診療所の上記状況をふまえ、病床の転換パターンを検討した。なお、いずれのケースも外来機能は現状のまま維持する前提である。

① 老人保健施設への転換

F 診療所の入院患者の医療依存度は必ずしも高くないということを考慮し、全病床（17 床）を介護老人保健施設に転換するケースが考えられる【転換例 2】。

また現在の F 診療所は、手術を含めた医療サービスと長期療養患者のための介護サービスの両方を提供している。今後も医療・介護両方のケアミックスでサービスを提供したいという院長の意向、また病室が 2 階と 3 階に分かれているという建物の構造を有効に活用し、2 階部分を医療療養病床（9 床）、3 階部分を介護老人保健施設（8 床）とするというケースも想定できる【転換例 3】。

それぞれについて、従来型老人保健施設と介護療養型老人保健施設への転換が考えられる。

② 医療療養病床への転換

外科の診療所である F 診療所は、手術等の医療サービスを引き続き提供する意向がある。但し、現状の入院患者は必ずしも急性期・短期の入院患者が多いわけではないため、一般病床ではなく、医療療養病床への転換が現実的な選択肢である【転換例 1】。

③ 一般病床への転換

上記のとおり、現在の入院患者は一般病床に適合するような急性期・短期の入院患者は多くないため、一般病床へ転換することは現実的ではない。

④ 保険施設枠外（特定施設、非特定施設）への転換

F 診療所に対しては地域の医療ニーズが強いこと、また、有料老人ホームや高優賃等への転換にあたっては高額の投資が必要となるが、F 診療所は療養病床移行時の長期借入を返済中であり、院長自身が新規投資は難しいと考えていることから、保険施設枠外への転換は現実的ではない。

（3） 転換例

上記の検討から、以下の転換例 1～3 のケースについて詳細を検討する。

図表Ⅳ-4-5 転換パターン

転換例		病床種類・病床数	現状からの変更点
現状		介護療養病床 6 床 医療療養病床 11 床	－
転換例 1		医療療養病床 17 床	介護療養 6 床を医療療養にする
転換例 2	２－A	老人保健施設（従来型）17 床 （医療機関併設型小規模老健）	介護療養 6 床と医療療養 11 床をあわせて老健（従来型）にする
	２－B	老人保健施設（介護療養型）17 床 （医療機関併設型小規模老健）	介護療養 6 床と医療療養 11 床をあわせて老健（介護療養型）にする
転換例 3	３－A	老人保健施設（従来型）8 床 （医療機関併設型小規模老健） 医療療養病床 9 床	3 階部分(8 床)を老健（従来型）とし、2 階部分（9 床）を医療療養病床として残す
	３－B	老人保健施設（介護療養型）8 床 （医療機関併設型小規模老健） 医療療養病床 9 床	3 階部分(8 床)を老健(介護療養型)とし、2 階部分（9 床）を医療療養病床として残す

なお、以下の収支シミュレーションは、F 診療所の現状に基づき一定の前提を置いた上での収支計算の例示であり、入所者や職員配置により収支状況は変化することに留意が必要である。

① 【転換例 1】医療療養病床 17 床への転換

入院患者が変化しない前提で、介護療養病床 6 床を全て医療療養病床に転換した場合の損益を概算で試算した。

医業収益は、転換前の 5,330 千円から 5,034 千円に減少し、今回の転換例の中で最も収益が低くなった。入院患者の医療区分、要介護度により様々なパターンが考えられるものの、「有床診療所で医療区分 3 の患者のケアをすることは難しい」（F 診療所院長意見）ことを勘案すると、全床医療療養病床にすることは、F 診療所の実態と収益状況にとって最適なものと考えることは難しい。

なお、人員配置基準は従来と同様であり、本シミュレーション上は人件費を変化させていないが、医療区分の高い患者を多く受け入れる場合には、職員の増員に迫られる可能性がある。

図表IV-4-6　【転換例 1】収支と人件費

＜収益＞　（単位：千円）

	医療療養 17床	（参考）現状
保険収益(本体)	3,545	4,051
食費・居住費、各種加算	1,489	1,279
医業収益計	5,034	5,330
＜費用＞		
材料費	569	569
人件費（定例給与）	3,279	3,279
人件費（上記以外）	403	403
その他経費	1,107	1,107
医業費用計	5,358	5,358
医業利益・医業損失	▲324	▲28

＜人件費（定例給与）＞

	配置基準	人数	人件費（千円）	備考
	医療 17床	医療 17床	医療 17床	
医師	1.00	0.20	340	F診療所入院部門は常勤医1名が担当。常勤医は外来：入院を8:2程度の割合で勤務しているため、0.2として算定
看護職員（看護師・准看護師）	3.00	6.80	1,576	【医療療養】看護職6または端数を増すごとに1以上、看護補助6または端数を増すごとに1以上
看護補助者	3.00	4.70	465	
栄養士	－	0.30	42	
理学療法士・作業療法士	－	0.00	0	
介護支援専門員	－	0.00	0	
支援相談員・生活相談員	－	0.00	0	
調理室職員	－	3.00	656	
事務職員	－	0.80	200	
合計	－	15.80	3,279	

② 【転換例 2】介護老人保健施設（医療機関併設型小規模老健）への転換

医療療養病床も含め、全病床が介護老人保健施設に転換する場合を検討した。有床診療所が外来機能を残して介護老人保健施設に転換する場合は、診療所（外来）を本体施設とする医療機関併設型小規模介護老人保健施設へ転換することが実態にあっている。この場合、医師の兼務も認められるため、従来の外来診療所と療養病床の運営と同様に業務を行うことができる。

老人保健施設は、その医療処置の実施程度等により、「老人保健施設（介護療養型）」と従来の「老人保健施設（従来型）」のいずれかに転換することになるため、【転換例 2-A】老人保健施設（従来型）、【転換例 2－B】老人保健施設（介護療養型）両方につい

て検討した。

図表Ⅳ-4-7 【転換例 2-A 老健（従来型）】収支と人件費

＜収益＞ （単位:千円）

	老健（従来型）17床	（参考）現状
保険収益(本体)	4,429	4,051
食費・居住費、各種加算	918	1,279
医業収益計	5,347	5,330
＜費用＞		
材料費	569	569
人件費(定例給与)	3,418	3,279
人件費(上記以外)	420	403
その他経費	1,107	1,107
医業費用計	5,514	5,358
医業利益・医業損失	▲168	▲28

＜人件費(定例給与)＞

	配置基準	人数	人件費(千円)	備考
	老健17床	老健17床	老健17床	
医師	1.00	0.20	340	F診療所入院部門は常勤医1名が担当。常勤医は外来:入院を8:2程度の割合で勤務しているため、0.2として算定
看護職員※(看護師・准看護師)	1.70	6.80	1,576	看護職又は介護職3または端数を増すごとに1以上(看護職は総数の2/7程度を標準とする)
看護補助者※	4.30	4.70	465	
栄養士	0.17	0.30	42	100床以上常勤1(29床以下は本体施設で可)
理学療法士・作業療法士	0.17	0.30	70	100:1以上(29床以下は本体施設で可)
介護支援専門員	0.17	0.00	0	非常勤
支援相談員・生活相談員	0.17	0.30	70	非常勤
調理室職員	－	3.00	656	
事務職員	－	0.80	200	
合計	－	16.40	3,418	

図表Ⅳ-4-8 【転換例 2-B 老健（介護療養型）】収支と人件費

＜収益＞ （単位:千円）

	介護療養型老健17床	（参考）現状
保険収益(本体)	4,633	4,051
食費・居住費、各種加算	918	1,279
医業収益計	5,551	5,330
＜費用＞		
材料費	569	569
人件費(定例給与)	3,418	3,279
人件費(上記以外)	420	403
その他経費	1,107	1,107
医業費用計	5,514	5,358
医業利益・医業損失	37	▲28

＜人件費(定例給与)＞

	配置基準	人数	人件費(千円)	備考
	老健17床	老健17床	老健17床	
医師	1.00	0.20	340	F診療所入院部門は常勤医1名が担当。常勤医は外来:入院を8:2程度の割合で勤務しているため、0.2として算定
看護職員※(看護師・准看護師)	1.70	6.80	1,576	看護職又は介護職3または端数を増すごとに1以上(看護職は総数の2/7程度を標準とする) 所定の夜勤看護職員配置
看護補助者※	4.30	4.70	465	
栄養士	0.17	0.30	42	100床以上常勤1(29床以下は本体施設で可)
理学療法士・作業療法士	0.17	0.30	70	100:1以上(29床以下は本体施設で可)
介護支援専門員	0.17	0.00	0	非常勤
支援相談員・生活相談員	0.17	0.30	70	非常勤
調理室職員	－	3.00	656	
事務職員	－	0.80	200	
合計	－	16.40	3,418	

※ここでは、看護補助者を介護職員とみなして計算した。また、看護・介護職員の内訳は「看護職員が総数の 2/7 程度、介護職員が総数の 5/7 程度」が標準とされており、「配置基準」欄はそれに基づき表示した。但し、F 診療所の現在の看護職員・看護補助者の人数はいずれも老健の配置基準を上回っているため、計算上は人数や構成を変更しなかった。

一般的に老人保健施設の報酬は療養病床と比べて低い水準であるが、有床診療所の場合、以前から療養病床の報酬単価が低く設定されていることもあり、有床診療所の療養病床全床が老人保健施設へ転換したとしても、収益が大きく下がるとは限らず、利用者の要介護度によっては、むしろ収益が上がることも想定される。実際、【転換例 2-B 介護療養型老健】では収益が現状より大きく増えた[10]。

人員配置基準については、老人保健施設では「理学療法士・作業療法士」と「生活相談員」の配置（適当数）が必要であり、上記試算ではそれぞれ 0.3 人（非常勤）と想定した。また、老人保健施設の看護職員、介護職員（F 診療所の場合は看護補助者）の配置基準は、看護職員の割合が少なくて済む（看護職員が総数の 7 分の 2 以上）。上記試算では看護・介護職員の構成比を変更しなかったが、配置基準に則って看護職員の比率を減らすことが可能であり、介護職員の人件費単価が看護職員と比べて低い場合はこれにより人件費を抑えることができる。ただし、現実的に現在勤務する職員の退職や新規採用が難しいことも予想され、転換後の人件費はこれらの看護・介護職員や療法士等の賃金等に影響されるものと思われる。

F 診療所は、医療機関から入院する患者が多く、かつ認知症高齢者の日常生活自立度判定基準におけるランクMの患者も多いため、介護療養型老人保健施設への転換が可能と考えられる。また現状では、夜勤を行う看護職員を常に配置しているため、「介護保健施設サービス費（Ⅱ）」を算定することができる（【転換例 2-B 介護療養型老健】のケース）。さらに F 診療所では、現状 17 床で 4.7 人の看護補助者（介護職員）を雇用しているため、これを維持すれば 4：1 の介護体制で算定が可能な加算を算定することができる。この加算は上記収益の中には織り込んでいないが、【転換例 2-B】の場合の増益要因となる。

上記のとおり、有床診療所の小規模介護老人保健施設への転換は、医師の外来との兼務も可能であるため、現在の有床診療所と同じく効率的な施設運営が可能となるケースである。また、患者の状態や職員配置によっては現状の有床診療所よりも高い利益を得る可能性もある。

一方、現在 F 診療所では簡単な手術を実施している。術後に自宅に帰ることが難しい患者に対して併設の老人保健施設で医療処置等を実施した場合、処置等に関する費用は評価されないことになる。従って、手術等を実施する有床診療所の場合は、全床

---

10 診療所型介護療養施設サービス費Ⅰ(ⅱ)：要介護 1 が 763 単位、要介護 5 が 970 単位に対し、老健（従来型）の介護保健施設サービス費Ⅰ（ⅱ）：要介護 1 が 781 単位、要介護 5 が 990 単位、療養型老健の介護保健施設サービス費Ⅱ(ⅱ)：要介護 1 が 782 単位、要介護 5 が 1,046 単位であり、老健の単価の方が高い。

を老人保健施設に転換するのではなく、一部を一般病床や医療療養病床として残す（以下【転換例 3】のケース）ことが望ましいと考えられる。

③ 【転換例 3】医療療養病床と介護老人保健施設への転換

F 診療所の病床は、2 階（9 床）と 3 階（8 床）に分かれているため、その建物構造を生かして 2 階を医療療養病床に、3 階を老健にすることも考えられる。老健については、転換例 2 と同様に、従来の老健（従来型）と、老健（介護療養型）に転換する場合を検討した。なお、同一建物に老人保健施設と医療機関が併設する場合、従来は両施設間の通行および診察室や出入り口、階段等の共用は認められていなかったが、設備基準の緩和により、このような形態が可能となった。

図表Ⅳ-4-9　【転換例 3-A　老健（従来型）＋医療療養】収支と人件費

＜収益＞　（単位：千円）

	医療療養 9床	老健（従来型）8床	合計	（参考）現状
保険収益(本体)	2,013	2,169	4,182	4,051
食費・居住費、各種加算	788	432	1,220	1,279
医業収益計	2,801	2,601	5,402	5,330
＜費用＞				
材料費			569	569
人件費（定例給与）			3,418	3,279
人件費（上記以外）			420	403
その他経費			1,107	1,107
医業費用計			5,514	5,358
医業利益・医業損失			▲112	▲28

＜人件費(定例給与)＞

	配置基準 老健8床	配置基準 医療9床	人数 老健・医療計	人件費 老健・医療計	備考
医師	1.00		0.20	340	F診療所入院部門は常勤医1名が担当。常勤医は外来：入院を8:2程度の割合で勤務しているため、0.2として算定
看護職員※（看護師・准看護師）	0.90	2.00	6.80	1,576	【老健】看護職又は介護職_3または端数を増すごとに1以上(看護職は総数の2/7程度を標準とする)【医療療養】看護_6または端数を増すごとに1以上、看護補助_6または端数を増すごとに1以上
看護補助者※	2.10	2.00	4.70	465	
栄養士	0.08	－	0.30	42	【老健】100人以上は常勤1
理学療法士・作業療法士	0.08	－	0.30	70	【老健】常勤換算で100：1
介護支援専門員	0.08	－	0.00	0	【老健】非常勤
支援相談員・生活相談員	0.08	－	0.30	70	【老健】非常勤
調理室職員	－	－	3.00	656	
事務職員	－	－	0.80	200	
合計	－	－	16.40	3,418	

図表Ⅳ-4-10　【転換例 3-B　老健（療養型）＋医療療養】収支と人件費

＜収益＞　（単位：千円）

	医療療養 9床	介護療養型老健 8床	合計	（参考）現状
保険収益(本体)	2,013	2,281	4,294	4,051
食費・居住費、各種加算	788	432	1,220	1,279
医業収益計	2,801	2,713	5,514	5,330
＜費用＞				
材料費			569	569
人件費（定例給与）			3,418	3,279
人件費（上記以外）			420	403
その他経費			1,107	1,107
医業費用計			5,514	5,358
医業利益・医業損失			▲0	▲28

＜人件費(定例給与)＞

	配置基準 老健8床	配置基準 医療9床	人数 老健・医療計	人件費(千円) 老健・医療計	備考
医師	1		0.2	340	F診療所入院部門は常勤医1名が担当。常勤医は外来：入院を8:2程度の割合で勤務しているため、0.2として算定
看護職員※（看護師・准看護師）	0.90	2.00	6.80	1,576	【老健】看護職又は介護職_3または端数を増すごとに1以上(看護職は総数の2/7程度を標準とする)、所定の夜勤看護職員配置【医療療養】看護_6または端数を増すごとに1以上、看護補助_6または端数を増すごとに1以上
看護補助者※	2.10	2.00	4.70	465	
栄養士	0.08	－	0.3	42	【老健】100人以上は常勤1
理学療法士・作業療法士	0.08	－	0.3	70	【老健】常勤換算で100：1
介護支援専門員	0.08	－	0.0	0	【老健】非常勤
支援相談員・生活相談員	0.08	－	0.3	70	【老健】非常勤
調理室職員	－	－	3.0	656	
事務職員	－	－	0.8	200	
合計	－	－	16.4	3,418	

※老健の人員配置については、看護補助者を介護職員とみなして計算した。また、看護・介護職員の内訳は「看護職員が総数の 2/7 程度、介護職員が総数の 5/7 程度」が標準とされており、「配置基準」欄はそれに基づき表示した。F 診療所の老健・医療療養をあわせた看護・介護職員の配置基準は現状より多くなるが、現状の F 診療所の看護職員・看護補助者の人数はいずれもこの配置基準を上回っているため、計算上は人数や構成を変更しなかった。

【転換例 3-A】は従来型老健 8 床と医療療養 9 床、【転換例 3－B】は介護療養型老健 8 床と医療療養 9 床となるケースである。いずれのケースも、利用者の状況にあわせて、要介護度が高い患者は老健へ、医療必要度の高い患者は医療療養病床へと、適切な病床でのケアが可能であるため、施設運営の柔軟性が高く、特に【転換例 3-B】介護療養型老健の単価は従来型老健よりも高いことから、収益面でも有利となる可能性が高い。

一方、人員配置については、看護職員、介護職員の配置基準を老健 8 床と医療療養病床 9 床それぞれについて満たす必要があるため、全床老健となった場合と比べると約 1 人の増員となる。また夜勤職員についても、老健、医療療養それぞれについて基準を満たす必要がある。（但し、F 診療所の現在の人員配置はこの配置基準を満たしていたため本シミュレーションでは人員増は想定しなかった。）また、前述のとおり、老健では療法士、生活相談員が必要となり、本シミュレーションでは 17 床の老健と同様に非常勤 0.3 人と計算した。これらの非常勤職員が 8 床のための雇用であることを考えると、人員配置において非効率な面が存在することは否めない。

以上でみたとおり、【転換例 3】の老健と療養病床併設の施設運営は、患者の状態に応じた病床運営が可能となる反面、人員配置等に関して非効率な面がある。一方、患者のケアの観点では、診療所が医療と介護のケアミックスでサービスを提供できるという長所がある。前述「有床診療所アンケート」では、介護療養病床を有する有床診療所の 6 割程度が、総病床数に占める介護療養病床の割合が半数以下であった。このようなケアミックスでのサービスを提供している場合、医療・介護いずれかに特化するのではなく、ともに対応可能であるこのパターンは地域ニーズにあった施設形態の一つとなりうる。

（4） まとめ

【転換例 1】（医療療養 17 床への転換）は、療養病床として医療サービスの継続が可能であるが、収益確保のためには医療依存度の高い患者の確保が必要である。

【転換例 2】（全ての病床を老健に転換）では、理学療法士・作業療法士（非常勤で可）の配置が必要となる一方、看護・介護職員の中での看護職員の構成比を低くすることができる。また、病床が維持できないため、手術、処置等の医療サービス提供の範囲が限定される。

【転換例 3】（医療療養と老健に転換）の場合、医療と介護のケアミックスでのサー

ビス提供が可能となる。老健と医療療養の両方について、それぞれ人員配置を満たすことが必要となる。

有床診療所については、現行の報酬が低いため、老健への転換が必ずしも収入減とはならず、病院の転換に比べると経営への影響は小さいと考えられる[11]。また、病床規模が小さいため、老健に転換する場合は医師の兼務が可能な「医療機関併設型小規模老健」が選択できることも、転換がしやすい要因の一つであると思われる。その場合、介護療養型老健に転換可能な施設は、従来型老健よりも高い報酬単価を適用することができる。

一方で、少ない病床数であるが故の課題も存在する。有床診療所の中には、医療と介護のケアミックスのサービスを提供してきた施設が多い。今後も「医療保険病床（医療療養や一般）」と「老健」を併設する場合（【転換例 3】）には、介護保険・医療保険双方に跨る事務手続の煩雑さに加え、19 床以下という少ない病床数の中で、2 種類の施設の人員配置基準(夜間の配置を含む)を満たす必要がある。

人員配置基準では、老健の看護職員･介護職員の内訳は看護職員の割合が低いため（看護要員の 2/7 以上)、介護職員より看護職員の給与費単価が高い場合にはこの配置基準に則って人件費を抑えることができる。ただし、実際には職員の入替が難しい施設が多いことも想定される。老健運営に必要な療法士等の配置の必要性も考えると、結果的には老健転換によって人件費が大きく変化する可能性は低いと考えられる。

11　診療所と病院の介護療養病床の報酬を比較すると、診療所型介護療養施設サービス費Ⅰ(ⅱ)：要介護 1 が 763 単位、要介護 5 が 970 単位に対し、病院における療養型介護療養施設サービス費（Ⅰ(ⅱ)）：要介護 1 が 782 単位、要介護 5 が 1,322 単位となっている。

Ⅴ　病院の転換

「Ⅲ転換要件の検討」のポイントを踏まえ、実在の病院をモデルとして、現実的な転換の可能性やポイントについて事例検討する。ここでは、介護療養病床 60 床で同一法人内に併設施設を保有しない病院、介護療養病床 150 床で同一法人内に老健・特養等の施設を保有する病院、という規模の異なる 2 病院の事例を検討する。

1.　対象病院

以下の 2 病院の事例を検討する。

図表Ⅴ-1-1　対象施設

	G 病院 （介護療養病床 60 床）	H 病院 （介護療養病床 150 床）
開設主体	医療法人	医療法人
沿革	• 平成 11 年 4 月：120 床につき療養型病床群使用許可 • 平成 14 年 7 月：うち 60 床につき介護療養型医療施設で許可、うち 60 床につき療養病棟入院基本料 1 で許可	• 平成 12 年 4 月：一般病床のうち 127 床を介護療養病床に転換 • 平成 12 年 7 月：介護療養病床 150 床へ増床 • 平成 15 年 4 月：一般病床 200 床を療養病床で届出
病床種類 病床規模	• 医療療養：60 床 • 介護療養：60 床	• 医療療養：50 床 • 介護療養：150 床（3 病棟） • 老人性認知症疾患治療病棟：210 床（4 棟）
併設施設	• 訪問サービス	• 介護老人保健施設：96 床 • 介護老人福祉施設 • グループホーム　　等
転換方針	• 検討中 （検討例） ①介護療養を医療療養に転換 ②介護療養を老健に転換	• 検討中 （検討例） ①介護療養 3 病棟のうち、1 病棟を医療療養、2 病棟を老健に転換 ②介護療養 3 病棟を老健に転換
現在の居住面積	• 6.4 ㎡／人	• 8.0 ㎡／人以上
耐震改修の要否	• 必要あり	• 必要なし

2. G 病院の事例（介護療養病床 60 床）

（1） 概要と特徴

G 病院は、介護療養病床 60 床、医療療養病床 60 床の計 120 床の病院である。大都市郊外に立地し、保健医療圏域の人口は約 40 万人である。公共交通機関へのアクセスは良好とはいえず、最寄り駅まで車で 20 分程度を要する。

周辺地域に医療機関が極端に不足している状況はないが、後述するとおり、入院期間が非常に短い医療療養病床を 60 床持ち、急性期から在宅をつなぐ役割を担うなど、地域内の医療資源としては亜急性期に近い機能を果たしており、他医療機関からの患者の受け入れ要請も多い。

以下では、G 病院の介護療養病床と医療療養病床の特徴について概観する。

① 土地・建物

現在の建物は、昭和 50 年代に建築されており（築 25 年）、かつては 150 床規模の一般病床として使用されていたが、介護保険の導入直前に大規模な増改築を行い、療養室面積 1 人あたり 6.4 平米を確保し、以降、療養型病床群（後に介護療養病床・医療療養病床）として現在の 120 床に再編された。

病棟の構造は、図表 V-2-1の図面の通りである。建物は 3 階建ての構造となっており、1 階が外来検査室、機能訓練室、事務室などで構成されている。2 階及び 3 階はほぼ同じ構造をしており、現在 2 階が介護療養病床、3 階が医療療養病床として使用されている。

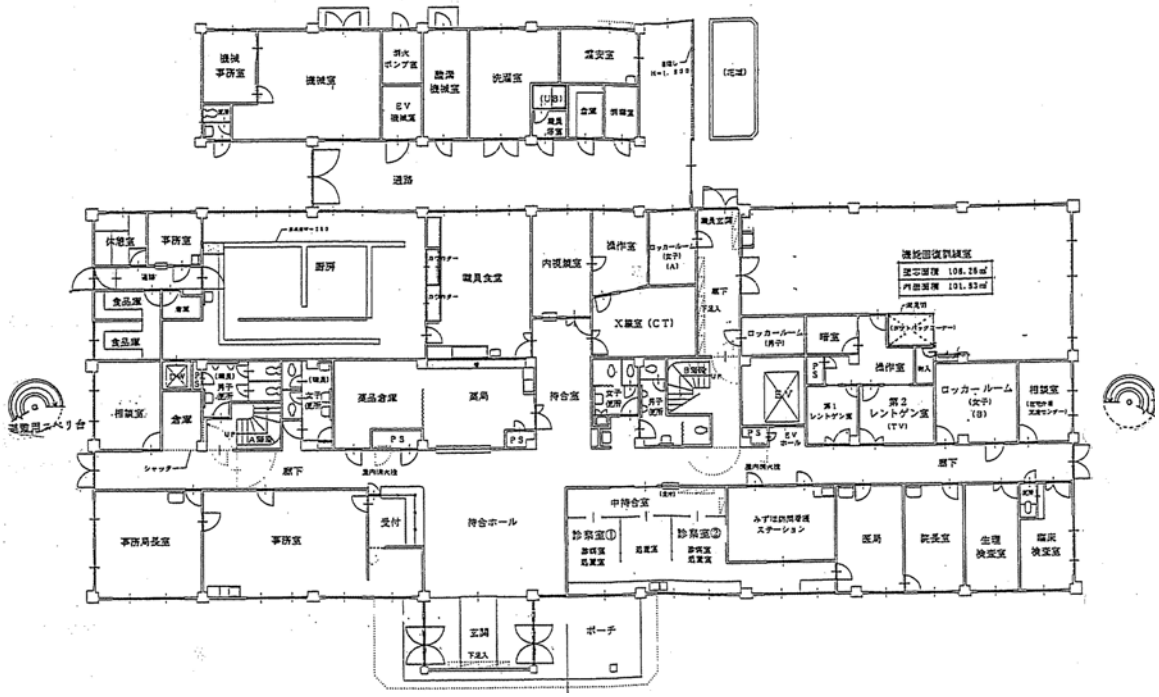
各階に個室 2 室が配置されている以外は 4 人床を中心とした多床室で構成されている。廊下は回廊式ではないが、サービス（ナース）ステーションの扉が並行する二本の廊下間の通り道となっているほか、細い通路で 2 本の廊下をつなげている。居室前の廊下幅は、2.0 メートルで片廊下の施設基準(基準幅 1.8 メートル)を確保しているが、サービス（ナース）ステーション前の廊下が中廊下の扱い（基準幅 2.7 メートル）となるため、療養環境減算の対象となっている。

G 病院の転換における最大の問題点は、増改築の選択に関して制約が大きい点である。現在使用している病棟は、介護保険制度導入時に療養病床の指定を受けた際、大規模な増改築を実施しており、すでに土地面積に対する容積率・建蔽率の上限に達している。建物の周辺のほとんどを公道で囲まれているため隣接する敷地を確保することもできない状況である。さらに公道を挟んで向かい側に一定規模の空き地があるものの、地元自治体の規制により医療機関を建築することができない状況となっている。また、仮に建築許可が得られた場合でも現病棟との連絡通路は地下に建築せざるをえない状況にあり、コスト面から現実性が乏しい。近隣地域も規制が多く適切な規模の代替地を確保できない状況にある。

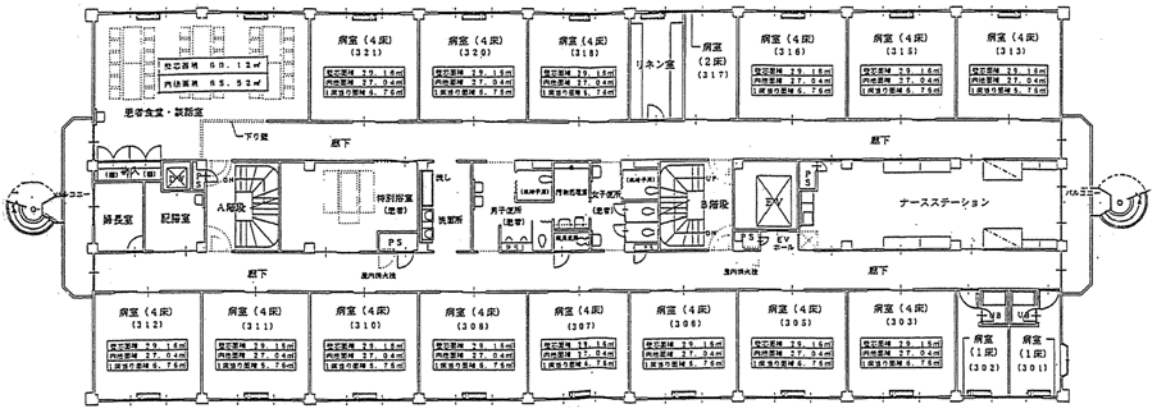
代替地が見つかった場合でも、完済されていない借入金及び新規建築にかかる借入金の返済可能性などから、現状よりも規模を縮小した形での建て替えは選択できない。したがって、G 病院の転換においては、現状の設備を活かした形での転換方法を検討する必要がある。

図表V-2-1　G 病院平面図

1 階平面図（外来・検査・機能訓練室）



2 階平面図（介護療養病床）



② 利用者の状態・確保

G 病院の特徴は医療療養病床の患者の在院日数が非常に短い点である。介護療養病床では平均在院日数は約 28 か月（2 年 4 か月）である一方で、医療療養病床における平均在院日数は約 3 か月（90 日）と非常に短い。医療療養病床に入院する患者のうち、在院日数が 6 か月（180 日）を超えるのはわずかに 20%となっている。

こうした短期間での退院が実現しているのは、設立当初から患者への積極的な治療と在宅への復帰を目指すことに重点をおいた基本方針をとっているためである。したがって、医療区分の高低にかかわらず、一定期間の治療で在宅復帰が可能と思われる患者については、積極的に受け入れているという。こうした方針を採用している医療機関であることを周辺の他の医療機関から認識されていること、また地域において在宅・介護施設の急性増悪の患者等のニーズがあることが、短期での退院に適合した患者が集まる要因となっているものと思われる。

図表V-2-2　入院患者の状況

	医療療養病床	介護療養病床
要介護 1	2 人	0 人
要介護 2	7 人	0 人
要介護 3	6 人	3 人
要介護 4	15 人	19 人
要介護 5	16 人	38 人
不明※1	14 人	0 人
合計	60 人	60 人
平均要介護度	－	4.58

		医療療養病床※2
入院基本料 A	医療区分：3 ＡＤＬ区分：1,2,3	19 人日 (33.3%)
入院基本料 B	医療区分：2 ＡＤＬ区分：2,3	13 人日 (22.8%)
入院基本料 C	医療区分：2 ＡＤＬ区分：1	3 人日 (5.3%)
入院基本料 D	医療区分：1 ＡＤＬ区分：3	3 人日 (5.3%)
入院基本料 E	医療区分：1 ＡＤＬ区分：1,2	19 人日 (33.3%)
合計	－	57 人日
医療区分２以上	－	61.4%

※1　医療療養病床で要介護認定を受けていない患者については、不明に含めた。
※2　医療療養病床は、療養病棟入院基本料 2 を算定している。また入院基本料については実人数ベースではなく、算定日数ベースで 1 ヶ月間の数値を掲載している。

G 病院の薬剤・医療材料・医療消耗品の発注額（医療・介護療養、外来での使用予定分の発注額を含む）は、1 ヶ月で約 700 万円近くとなっており、外来患者数が限定的であること、介護療養病床側には医療ニーズの高い患者がきわめて少ない（約 9 割が医

療区分 1）ことから、その大半が医療療養病床の患者の治療に投入されている[12]。

図表V-2-3　入院患者の状況

	医療療養	介護療養
入院期間が 1 年超の患者数	4 人	35 人
入院期間が半年超 1 年以内の患者数	12 人	9 人
過去 12 か月における死亡退院患者数	53 人	24 人

また介護療養病床では要介護 4 及び 5 の重度の要介護認定者が全体の 95%を占めている。ただし、認知症高齢者日常生活自立度が M ランク以上の患者は、介護療養病床には存在せず、医療療養病床についても 2 名のみとなっている。また、介護療養病床の患者は、医療機関からの受け入れが多く、在宅からの入院患者が非常に少ないのも特徴である。

なお、G 病院では、介護療養病床と医療療養病床間の患者の移動は原則として発生していない。

③ 職員の配置・確保

G 病院では、療養病床としての十分なケアを実施するため職員の加配を実施していることもあり、看護学校に学生を進学させ養成しているが、看護職の確保は難しいのが現状である。なお、職員配置は「⑦収益構造の概要」に記載した。

④ 財政状態・資金状況

平成 10 年度に大規模な増改築を実施しており、借入金は数億円規模となっているため、この返済のために今後 10 年程度は返済に必要とされるキャッシュフローを確保する必要がある。

⑤ 関連法人・併設事業所

同一法人内では、訪問サービス（訪問診療、訪問リハ、訪問看護、居宅介護支援事業所）を実施しており、事務所を病院内に構えている。同敷地内や隣接地に老健等の併設施設は存在しない。

医療法人として G 病院以外に保有する医療機関はないが、グループ内の法人としては、社会福祉法人等があり、有料老人ホームなどを経営しており、各施設種別につい

---

[12] 例えば、平成 18 年度介護事業経営実態調査では平均 62.6 床における、医薬品費、診療材料費、医療消耗器具備品費は、1 床あたり約 33,034 円（120 床に換算すると約 3,964,142 円）である。G 病院の金額は外来も含む医薬品の一ヶ月あたりの「発注費」であり、介護事業経営実態調査の数値は「費用（実際に使用した金額）」である点は、留意が必要である。

てのノウハウを蓄積している。いずれの施設も、G 病院の敷地内・隣接地には立地していない。

⑥ 周辺施設の状況

二次医療圏の状況としては、療養病床や精神病床の多い地域に立地しているが、G 病院は、医療療養病床の在院日数が極めて短く、在宅との往復入院も含めた在宅支援型の療養病床という性格を持っていることから、療養病床の多い地域ではあるが類似の競合施設は少ないといえる。ただし、近隣には回復期リハビリテーション病院が 2 施設立地している（非関連法人）ため、回復期リハビリテーションに転換する場合は、直接的な競合となる可能性が高い。

⑦ 収益構造の概要

G 病院の収益構造を把握するにあたり、収益の全体像と人件費について整理した。

介護療養病床では単価の高い 4 以上が 95%を占めていること、またリハビリテーションを積極的に行っていることなどから、収益性は高い。一方、医療療養病床は、比較的報酬単価の高い入院基本料 A・B・C（すなわち医療区分 2 以上）の占める割合が低く（61．4%）、他方で単価の低い入院基本料 E が全体算定日数の 33.3%を占めている（入院基本料全体に占める金額ベースの割合では約 20%にとどまる）。その結果、介護療養病床の収益が医療療養病床を上回っている。

一方で、人件費等の費用を比較すると、逆に医療療養病床のほうが介護療養病床に比べ高い状況にある。前述のとおり、G 病院の医療療養病床では在宅復帰を目指した積極的な治療を実施している。そのため、医療療養病床は、医療区分 2 及び 3 以上の比率が 6 割程度であるものの、医師、看護師等の職員は医療療養に多く配置されており、また、高額な医薬品費についてはその大半が医療療養病床で使用されている。このため、全体の構造としては、医療療養病床は高コストであり、介護療養病床における収益の一部が、医療療養病床を支えている形となっている。

したがって、G 病院の介護療養病床の転換については、介護療養病床と医療療養病床を一体として考える必要がある。医療療養病床がこれまで通りの運営が可能となるよう、介護療養病床は一定水準以上の利益が出る転換先を選択するか、現状の医療療養病床における人員配置や医薬品費の投入量を調整する必要がある。

図表V-2-4　G 病院の収益および人件費（転換前）

G 病院における収益（1 か月あたり）　（単位：円）

	医療療養	介護療養
保険収益（施設サービス費／入院基本料）	21,740,490	25,391,560
食費・居住費	3,111,062	3,835,650
各種加算	1,869,206	－
保険外収益	6,332,760	5,374,635
その他	339,160	－
合計	33,392,678	34,601,845

G 病院における人件費（1 か月あたり）　（単位：円）

	医療療養		介護療養	
	人数	人件費	人数	人件費
医師	2.23 人	3,901,299	1.60 人	2,702,198
看護師	8.30 人	2,869,601	4.00 人	1,382,940
准看護師	6.80 人	2,288,479	8.20 人	2,759,636
介護職員・看護補助者	16.10 人	3,161,106	19.60 人	3,848,303
OT/PT	1.20 人	432,822	2.00 人	721,370
介護支援専門員・生活相談員	1.00 人	281,800	1.00 人	303,000
合計	35.63 人	12,935,106	36.40 人	11,717,448

※　人件費は、常勤換算にて各病床への従事日数を算出し、各職種別の平均人件費単価を乗じて算出。

⑧ G 病院の転換において留意すべき要件

G 病院における転換の可能性を検討するにあたり、特に検討を要する点、または選択において制約となるポイントを以上から整理すると、次のような項目にまとめることができる。

G 病院の転換において留意･検討すべき要件

- ➢ 土地・建築構造上の制約
  - ✧ 建蔽率・容積率の上限まで建築されており、増改築はできない。
  - ✧ 自治体の規制などにより近隣に代替建築地がない。
- ➢ 入院患者の特性と収益構造
  - ✧ 介護療養病床は、患者のほとんどが要介護 4 及び 5 であり、平均要介護度が高い。
  - ✧ 医療療養病床は亜急性期的な役割を果たしており、患者のほとんどが短期間で退院し（ほぼ 90 日以内）、医薬品費の投入額も大きい。
  - ✧ 現在の医療療養病床は、介護療養病床の収益に支えられている側面がある。
- ➢ 資金面での制約
  - ✧ 過去の借入金の返済にむけ、絶対額としての利益を維持する必要があるため、規模の縮小を極力回避する必要がある。

（2） 転換の可能性と課題

以下、G 病院の介護療養病床 60 床の転換を検討する場合の選択肢について個別に検討を行っていくこととする。

① 老人保健施設への転換

上記で見たような G 病院の患者の状況、および周辺の環境を考えると、介護療養病床を老人保健施設へ転換することは現実的な選択肢である。この場合、現在の医療療養病床における治療を行う病院としての側面を残しつつ、従来の介護療養病床と同様の介護サービスを提供することができる。但し、借入金の返済の観点からも利益の絶対額が可能な限り縮小しないように配慮する必要がある。

② 医療療養病床への転換

すべての介護療養病床を医療療養病床に転換し、病床全部を医療療養病床にするという選択肢は、現段階の医療療養病床で医療区分 2 以上が 80%未満であること、後述するように医療療養 90 床でも非常に厳しい経営状況となることを考慮するとリスクが大きいと思われる。

また、G 病院における医療療養病床は、積極的な治療を実施している点、利用者の在院日数が短い点において、一般的な医療療養病床と比べ、その運営が特殊であるといえる。したがって、医療療養への全面転換については、病床のあり方も含めて慎重な対応が必要と思われる。

③ 回復期リハビリテーション病棟への転換

回復期リハビリテーション病棟については、近隣に回復期リハビリテーション病院が 2 病院あり、また少し離れた場所には大型のリハビリテーション病院が立地している。従って、G 病院が回復期リハビリテーション病院に転換した場合、患者確保が困難であると考えられる。また、現状の入院患者のニーズ（周辺医療機関からの期待・役割も含め）からも回復期リハビリテーションへの転換は必ずしも有望な選択肢ではない。

仮に回復期リハビリテーション病棟に転換した場合、診療報酬単価は、1595 点～1690 点で現行の医療療養病床の入院基本料ＡとＢの中間に位置することから、十分な収益を確保することが可能になるが、リハビリテーションスタッフの拡充をどの程度まで行うのか、実際に回復期リハビリテーションに適合する 60 名の患者を常時、一定水準で確保できるかなどが大きな課題となる。

④ 一般病床への転換

G 病院の医療療養病床の入院患者の入院期間は非常に短く、また患者に対する医療処置も療養よりは治療に重点がおかれていることから、介護療養病床を一般病床に転換

することも考えられる。現段階でも、地域において急性期に相当する高齢の患者の受入を期待されており、一般病床に適合するような患者の入院希望を断っているという状況もあることから、患者の確保には一定の現実性があると思われる。また、一般病床に転換する病床数は、介護療養病床 60 床全てを一般病床とするパターンのほか、介護療養病床 60 床を、29 床以下の医療機関併設型小規模老人保健施設と一般病床に転換して運営するという方法がひとつの選択肢として考えられる。

一般病床の転換にあたっては、十分な職員の確保、適切な患者の確保が順調に行えるかどうかがポイントとなる。ただし、立地する地域は一般病床がすでに基準病床を上回っている地域であるため、一般病床への転換が認められるかどうかもクリアすべき問題である。

⑤ 保険施設枠外（特定施設、非特定施設）への転換

大規模な改築、新規の増築、新設等が、いずれも物理的に不可能であること、土地の確保の目処がまったくたっていない状況にあることなどから、特定施設、有料老人ホーム等への転換はきわめて困難であると思われる。

（3） 転換例

上記の検討から、G 病院にとって実現性の高い老健への転換を中心に検討する。G 病院は、2 フロアに 60 床ずつの構造となっているため、老健への転換を検討する際もいくつかの組み合わせを検討することが可能である。1 フロア 60 床のすべてを老健に転換するパターンのほか、その一部のみを医療療養病床（または一般病床）とし、残りの 28 床分を医療機関併設型小規模老人保健施設とする方法も考えられる。医療機関併設型小規模老健の場合は、医師や介護支援専門員、生活相談員などについて本体の医療機関と職員を共有することができることから、効率的な運営を実現できる可能性が高い。

また、介護老人保健施設の転換にあたって従来型の老健とあわせて「介護療養型老健」へ転換する可能性も検討した。厚生労働省から示されている現段階の介護療養型老健施設の施設基準に照らしてみると、認知症高齢者の日常生活自立度以外については適合する可能性が高い。医療機関からの入所が多く、喀痰吸引または経管栄養の実施者数の要件も満たすと思われる。介護職の配置状況も現状で 4：1 をクリアしているレベルであるが、若干の加配を必要とするならば、さらなる増員が必要である。

図表Ⅴ-2-5　介護療養型老健への転換要件の状況

	介護療養	(参考)医療療養
過去 12 ヶ月の新規入所者のうち「医療機関」から入所した患者数	35 人	92 人
過去 12 ヶ月における新規入所者のうち「家庭」から入所した患者数	1 人	69 人
医療区分 2 以上に該当すると考えられる患者の数	7 人	36 人
喀痰吸引または経管栄養を実施している患者数	29 人（48.3%）	22 人（36.7%）
認知症高齢者の日常生活自立度におけるランク M の患者数	0 人	2 人

老健への転換にあたっては、以下の 4 つのパターンの収益と人件費についてシミュレーションを実施した。【転換例 1】【転換例 2】については、介護療養病床 60 床のうち 28 床が医療機関併設型小規模老健になり、残りの 92 床分が医療療養病床となると想定した。この医療療養病床について、【転換例 1】では「医療区分 2 以上の割合が、現在の医療療養と同程度である（8 割を下回る）」と想定、【転換例 2】では「医療区分 2 以上の割合が 8 割を超える」と想定した。【転換例 3】【転換例 4】は、すべての介護療養病床 60 床を老健に転換すると想定した。【転換例 1】【転換例 2】と同様に、医療療養部分の医療区分の割合で【転換例 3】【転換例 4】を作成している。また、それぞれの転換例について、従来型の老健に転換する場合と、介護療養型老健に転換する場合のシミュレーションを併記した。

図表Ⅴ-2-6　転換パターン

転換例		病床種類・病床数	現状からの変更点	利用者の状態
現状		介護療養病床 60 床 医療療養病床 60 床	－	－
転換例 1	1－A	医療療養病床：92 床 老健（従来型）：28 床 （医療機関併設型小規模老健）	介護療養 60 床のうち、32 床を医療療養、28 床を小規模老健へ。	現状のまま （医療区分 2 以上が 8 割を下回る）
	1－B	医療療養病床：92 床 老健（介護療養型）：28 床 （医療機関併設型小規模老健）	介護療養 60 床のうち、32 床を医療療養、28 床を小規模老健へ。	現状のまま （医療区分 2 以上が 8 割を下回る）
転換例 2	2－A	医療療養病床：92 床 老健（従来型）：28 床 （医療機関併設型小規模老健）	介護療養 60 床のうち、32 床を医療療養、28 床を小規模老健へ。	医療必要度高 （医療区分 2 以上が 8 割を上回る）
	2－B	医療療養病床：92 床 老健（介護療養型）：28 床 （医療機関併設型小規模老健）	介護療養 60 床のうち、32 床を医療療養、28 床を小規模老健へ。	医療必要度高 （医療区分 2 以上が 8 割を上回る）

転換例		病床種類・病床数	現状からの変更点	利用者の状態
転換例 3	3－A	医療療養病床：60 床 老健（従来型）：60 床	介護療養 60 床を老健へ	現状のまま （医療区分 2 以上が 8 割を下回る）
	3－B	医療療養病床：60 床 老健（介護療養型）：60 床	介護療養 60 床を老健へ	現状のまま （医療区分 2 以上が 8 割を下回る）
転換例 4	4－A	医療療養病床：60 床 老健（従来型）：60 床	介護療養 60 床を老健へ	医療必要度高 （医療区分 2 以上が 8 割を上回る）
	4－B	医療療養病床：60 床 老健（介護療養型）：60 床	介護療養 60 床を老健へ	医療必要度高 （医療区分 2 以上が 8 割を上回る）

① 収益の検討

上記各パターンの収益について概算でのシミュレーションを行うと、最も減益率の低い転換パターンは、【転換例 2-B】、すなわち介護療養病床 60 床のうち 32 床を医療区分 2.3 が 80%を超える医療療養に転換し、残りの 28 床の小規模介護療養型老健に転換する場合であり、減収率は 3.3%にとどまった。

他方、現状の介護療養病床 60 床をすべて老健に転換するパターンでは、従来型老健、介護療養型老健のいずれにおいても 8.6%～11.7%の減収となった。

図表V-2-7　転換前の収益

（単位：円）

	（既存） 医療療養 60 床	（転換前） 介護療養 60 床	（転換前） 合計 120 床
保険収益（施設サービス費）	21,740,490	25,391,560	47,132,050
食費・居住費	3,111,062	3,835,650	6,946,712
各種加算	1,869,206	－	1,869,206
保険外収益	6,332,760	5,374,635	11,707,395
その他	339,160	－	339,160
合計	33,392,678	34,601,845	67,994,523

以下に、各転換例における収益の概算シミュレーションを示す。なお、転換後の老健の収益は、転換前の介護療養の要介護度分布と同じであることを前提に計算した。また、転換後の医療療養病床 28 床については、転換前の医療療養 60 床の収益を基準として病床数割合で算出した。

図表V-2-8 【転換例 1-A: 医療療養 92 床（医療区分現状維持タイプ）＋小規模従来型老健 28 床】

（単位：円）

	（既存）	（転換後）		（転換後）
	医療療養 60 床	医療療養 32 床	小規模老健 (従来型)28 床	合計 120 床
保険収益 （施設サービス費）	21,740,490	11,594,928	8,130,080	41,465,498
食費・居住費	3,111,062	1,659,233	1,789,970	6,560,265
各種加算	1,869,206	996,910	－	2,866,116
保険外収益	6,332,760	3,377,472	2,508,163	12,218,395
その他	339,160	180,885	－	520,045
合計	33,392,678	17,809,428	12,428,213	63,630,319
転換前比				▲6.4%

図表V-2-9 【転換例 1-B: 医療療養 92 床（医療区分現状維持タイプ）＋小規模介護療養型老健 28 床】

（単位：円）

	（既存）	（転換後）		（転換後）
	医療療養 60 床	医療療養 32 床	小規模老健 (療養型)28 床	合計 120 床
保険収益 （施設サービス費）	21,740,490	11,594,928	8,600,480	41,935,898
食費・居住費	3,111,062	1,659,233	1,789,970	6,560,265
各種加算	1,869,206	996,910	－	2,866,116
保険外収益	6,332,760	3,377,472	2,508,163	12,218,395
その他	339,160	180,885	－	520,045
合計	33,392,678	17,809,428	12,898,613	64,100,719
転換前比				▲5.7%

図表V-2-10　【転換例 2-A：医療療養 92 床（医療区分 2 以上 80%以上タイプ）＋小規模従来型老健 28 床】

（単位：円）

	（既存）	（転換後）		（転換後）
	医療療養 60 床	医療療養 32 床	小規模老健 (従来型)28 床	合計 120 床
保険収益 （施設サービス費）	22,830,900	12,176,480	8,130,080	43,137,460
食費・居住費	3,111,062	1,659,233	1,789,970	6,560,265
各種加算	1,869,206	996,910	－	2,866,116
保険外収益	6,332,760	3,377,472	2,508,163	12,218,395
その他	339,160	180,885	－	520,045
合計	34,483,088	18,390,980	12,428,213	65,302,281
転換前比				▲4.0%

図表V-2-11【転換例 2-B：医療療養 92 床（医療区分 2 以上 80%以上タイプ）＋小規模介護療養型老健 28 床】

（単位：円）

	（既存）	（転換後）		（転換後）
	医療療養 60 床	医療療養 32 床	小規模老健 (療養型)28 床	合計 119 床
保険収益 （施設サービス費）	22,830,900	12,176,480	8,600,480	43,607,860
食費・居住費	3,111,062	1,659,233	1,789,970	6,560,265
各種加算	1,869,206	996,910	－	2,866,116
保険外収益	6,332,760	3,377,472	2,508,163	12,218,395
その他	339,160	180,885	－	520,045
合計	34,483,088	18,390,980	12,898,613	65,772,681
転換前比				▲3.3%

図表V-2-12　【転換例 3-A：医療療養 60 床(医療区分現状維持タイプ)＋従来型老健 60 床】

（単位：円）

	（転換後）	（転換後）	（転換後）
	医療 60 床	従来型老健 60 床	合計 120 床
保険収益 (施設サービス費)	21,740,490	17,421,600	39,162,090
食費・居住費	3,111,062	3,835,650	6,946,712
各種加算	1,869,206		1,869,206
保険外収益	6,332,760	5,374,635	11,707,395
その他	339,160		339,160
合計	33,392,678	26,631,885	60,024,563
転換前比			▲11.7%

図表V-2-13　【転換例 3-B：医療療養 60 床(医療区分現状維持タイプ)＋介護療養型老健 60 床】

（単位：円）

	（転換後）	（転換後）	（転換後）
	医療 60 床	療養型老健 60 床	合計 120 床
保険収益 (施設サービス費)	21,740,490	18,429,600	40,170,090
食費・居住費	3,111,062	3,835,650	6,946,712
各種加算	1,869,206	0	1,869,206
保険外収益	6,332,760	5,374,635	11,707,395
その他	339,160	0	339,160
合計	33,392,678	27,639,885	61,032,563
転換前比			▲10.2%

図表V-2-14　【転換例 4-A：医療療養 60 床(医療区分 2 以上 80%以上タイプ)＋従来型老健 60 床】

（単位：円）

	（転換後）	（転換後）	（転換後）
	医療 60 床	従来型老健 60 床	合計 120 床
保険収益 (施設サービス費)	22,830,900	17,421,600	40,252,500
食費・居住費	3,111,062	3,835,650	6,946,712
各種加算	1,869,206		1,869,206
保険外収益	6,332,760	5,374,635	11,707,395
その他	339,160		339,160
合計	34,483,088	26,631,885	61,114,973
転換前比			▲10.1%

図表V-2-15　【転換例 4-B：医療療養 60 床(医療区分 2 以上 80%以上タイプ)
＋介護療養型老健 60 床】

（単位：円）

	（転換後）	（転換後）	（転換後）
	医療 60 床	療養型老健 60 床	合計 120 床
保険収益 (施設サービス費)	22,830,900	18,429,600	41,260,500
食費・居住費	3,111,062	3,835,650	6,946,712
各種加算	1,869,206	0	1,869,206
保険外収益	6,332,760	5,374,635	11,707,395
その他	339,160	0	339,160
合計	34,483,088	27,639,885	62,122,973
転換前比			▲8.6%

② 人件費の検討

次に、上記ケースにおける人件費について検討する。転換前の医療療養病床、介護療養病床合計 120 床の人員配置・人件費は、図表 V-2-16 のとおりである。【転換例 1】【転換例 2】（介護療養病床 60 床を小規模老健 28 床、医療療養病床 32 床へ転換）の場合、G 病院は既に医療療養病床分については医療区分 2 以上の患者割合 8 割以上の要件となる 4：1 以上の看護配置を行っていることから、転換前と比べ、【転換例 1】（医療区分現状維持）、【転換例 2】（医療区分 2 以上が 80%）双方とも、配置基準上増員等の必要はない。一方、介護療養病床 60 床を全て老健に転換した場合（【転換例 3】【転換例 4】）は、老健の医師が 1 名必要となるうえに、医療療養は 60 床にもかかわらず、病院としては最低３人の医師を配置しなければならないので、必要な医師数は 3 人となり、転換前よりも医師の費用が多くなる。他方で、看護職員数の配置は介護療養病床から老健に移行するにともない減少することから、費用は減少する。人員配置基準に則って計算した場合、結果的には転換類型によって人件費が大きく変化することはないと考えられる。

また、一般的には小規模老健への転換は医師の人件費負担を軽減する方法として有効であるが、【転換例 1】【転換例 2】における医師配置の小数点水準での微妙な差異は計算上のものであり、この規模の病院においては、具体的な形での医師の削減にはつながらないことも考えられる。人件費については、総額では大きな変化を期待するのは困難であると思われる。

むしろ、現状の 4：1 の人員配置を生かして、医療区分 2 以上をより多く確保することも検討のひとつといえる。現状は、医療行為を伴う利用者が多いものの医療区分 2 に該当しない急性期の患者が多く、半ば一般病床的に運営されていることから、医薬品費の削減も含めて検討することも可能であろう。

図表V-2-16　転換前の人員配置と人件費

転換前の人員配置

<table>
<tr><th></th><th>医療療養
60 床</th><th>介護療養
60 床</th><th>（参考）
配置基準
医療療養
60 床
看護 4：1
介護 4：1</th><th>（参考）
配置基準
介護療養
60 床
看護 6：1
介護 4：1</th><th>総計</th></tr>
<tr><td>医師</td><td>2.31 人</td><td>1.6 人</td><td colspan="2">3 人</td><td>3.91 人</td></tr>
<tr><td>看護師</td><td>8.3 人</td><td>4.0 人</td><td rowspan="2">15 人</td><td rowspan="2">10 人</td><td>12.3 人</td></tr>
<tr><td>准看護師</td><td>6.8 人</td><td>8.2 人</td><td>15.0 人</td></tr>
<tr><td>介護職員・看護補助者</td><td>16.1 人</td><td>19.6 人</td><td>15 人</td><td>15 人</td><td>35.7 人</td></tr>
<tr><td>OT/PT</td><td>1.2 人</td><td>2.0 人</td><td>―</td><td>1 人</td><td>3.2 人</td></tr>
<tr><td>介護支援専門員・生活相談員</td><td>1.0 人</td><td>1.0 人</td><td>―</td><td>1 人</td><td>2.0 人</td></tr>
<tr><td>合計</td><td>35.71 人</td><td>36.4 人</td><td>―</td><td>―</td><td>72.11 人</td></tr>
</table>

転換前の人件費

（単位：円）

	医療療養 60 床	介護療養 60 床	総計
医師	3,901,299	2,702,198	6,603,497
看護師	2,869,601	1,382,940	4,252,541
准看護師	2,288,479	2,759,636	5,048,115
介護職員・看護補助者	3,161,106	3,848,303	7,009,409
OT/PT	432,822	721,370	1,154,192
介護支援専門員・生活相談員	281,800	303,000	584,800
合計	12,935,107	11,717,448	24,652,554

図表Ⅴ-2-17　【転換例 1,転換例 2：医療療養 92 床+小規模老健 28 床】人員配置と人件費

転換後の人員配置

	医療療養 60 床	医療療養 32 床	（参考） 【転換例 1】 配置基準 医療療養 92 床 看護 5：1 介護 5：1	（参考） 【転換例 2】 配置基準 医療療養 92 床 看護 4：1 介護 4：1	小規模 老健 28 床	（参考） 【転換例 1】 【転換例 2】 配置基準 小規模老健 28 床	総計
医師	2.31 人	1.23 人	3 人	3 人	0.28 人	0.28 人	3.82 人
看護師	8.3 人	4.43 人	19 人	23 人	1.07 人	2.90 人	13.79 人
准看護師	6.8 人	3.6.人			2.19 人		12.62 人
介護職員・看護補助者	16.1 人	8.59 人	19 人	23 人	13.07 人	7.10 人	37.76 人
OT/PT	1.2 人	0.64 人	―	―	0.28 人	―	2.12 人
介護支援専門員・生活相談員	1.0 人	0.53 人	―	―	0.28 人	0.28 人	1.81 人
合計	35.71 人	19.05 人	―	―	17.17 人	―	71.93 人

転換後の人件費

（単位：円）

	医療療養 60 床	医療療養 30 床	小規模老健 29 床	総計
医師	3,901,299	2,080,693	472,885	6,454,876
看護師	2,869,601	1,530,454	375,298	4,775,352
准看護師	2,288,479	1,220,522	748,902	4,257,903
介護職員・看護補助者	3,161,106	1,685,923	2,566,818	7,413,848
OT/PT	432,822	230,838	100,992	764,652
介護支援専門員・生活相談員	281,800	150,293	84,840	516,933
合計	12,935,106	6,898,723	4,349,735	24,183,565

※　人件費のシミュレーションにあたっては、医師・OT/PT、介護支援専門員、生活相談員については、医療機関併設型小規模老健として医療療養病床との共有により配置の最小数を設定した。看護職員及び介護職員については、介護療養病床時の配置基準に対する実際の配置比（加配率）を、老健の各職種の配置基準に乗じて算出した。看護職員における看護師と准看護師の比率は、転換前の比率をそのまま用いた。

※　なお、G 病院は、すでに 20：1 の看護配置を行っているため、転換例 1 と 2 で人員配置について区別を行っていない。

図表V-2-18　【転換例 3, 転換例 4：医療療養 60 床+老健 60 床】人員配置と人件費

転換後の人員配置

	医療療養 60 床	（参考） 【転換例 3】 配置基準 医療療養 60 床 看護 5：1 介護 5：1	（参考） 【転換例 4】 配置基準 医療療養 60 床 看護 4：1 介護 4：1	老人保健施設 60 床	（参考） 【転換例 3】 【転換例 4】 配置基準 老健 60 床	総計
医師	3.00 人	3 人	3 人	1.00 人	1 人	4.00 人
看護師	8.30 人	12 人	15 人	2.28 人	5.7 人	10.58 人
准看護師	6.80 人			4.67 人		11.47 人
介護職員・看護補助者	16.10 人	12 人	15 人	28.03 人	14.3 人	44.13 人
OT/PT	1.20 人	―	―	1.00 人	1 人	2.20 人
介護支援専門員・生活相談員	1.00 人	―	―	1.00 人	1 人	2.00 人
合計	36.4 人	―	―	37.98 人	―	73.81 人

転換後の人件費

（単位：円）

	医療療養 60 床	老人保健施設 60 床	総計
医師	5,066,622	1,688,874	6,755,496
看護師	2,869,601	788,276	3,657,876
准看護師	2,288,479	1,572,993	3,861,471
介護職員・看護補助者	3,161,106	5,503,074	8,664,180
OT/PT	432,822	360,685	793,507
介護支援専門員・生活相談員	281,800	303,000	584,800
合計	14,100,430	10,216,901	24,317,331

※　老人保健施設の人件費のシミュレーションにあたっては、医師、OT/PT、介護支援専門員、生活相談員については最低配置人数の 1 名の配置とした。看護職員及び介護職員については、介護療養病床時の配置基準に対する実際の配置比（加配率）を、老健の各職種の配置基準に乗じて算出した。看護職員における看護師と准看護師の比率は、転換前の比率をそのまま用いた。

③ その他

データの制約上、医薬品費の使用をシミュレーションすることはできなかったが、医薬品費、医薬消耗品等については、G 病院の場合、今後の療養病床の運営を考えるにあたって重要な要素となる可能性が高い。患者一人あたり（外来を含む）に換算した医薬品費は月間ベースで約 58,000 円となっていることから、医薬品費の取扱、各部門における薬剤等の使用量等が病院の経営に与える影響は大きいといえる。

（4） ケースのまとめ

本ケースは、建築等、物理的な環境の制約が強く、そのために増改築の可能性がほとんどないために、転換先の選択が制限されているケースである。建物の増改築が困難で現状の病棟を活用しなければならない場合、転換先は医療療養病床、一般病床、老健等の「保険枠内の施設」に限定される。

一方、もともとの療養病床の入院患者の状態や運営方針は、一般的な療養病床とは異なり、「高齢者向け一般病床・亜急性期病床」ともいうべき方針を採用している。損益的には、現在の療養病床の報酬で、現状の医療療養病床での手厚い医療サービスを提供することが厳しい状況であるため、要介護 4 及び 5 の存在により比較的高収益をあげている介護療養病床の転換は、医療療養病床を含めた G 病院全体に大きな影響を与える。

したがって、より収益力の低い形態（典型的には老健）に介護療養病床が転換すると、現状の医療療養病床での医療ケアの提供が維持できなくなる可能性がある。そうした意味では、仮に医療療養を残す場合であっても、現在の診療方針を一部変更し、医薬品費等の使用方針について調整を行う必要があるかもしれない。

また、老健への転換については、一般的に老健の定員数が 80 床以上に集中していることからもわかるとおり、小規模な老健の運営は経営上も特に医師の配置などで非効率であることから、「60 床すべて老健に転換」以外の方針も検討の余地がある。このような中小規模の介護療養病床では一部分の医療機関としての機能（外来や一般病床）を残して、部分的に医療機関併設型小規模老健へ転換し、医師コストを残りの病床と共有することで、より有利な収益構造を作ることも可能である。当該病棟は、廊下二本で構成されていることから、片側の 28 床を小規模老健、もう片側を 32 床の医療療養、または一般病床として転換するという選択もありうるだろう。

3. H 病院の事例（介護療養病床 150 床）

（1） 概要と特徴

H 病院は、地方都市近郊に立地する全病床 400 床規模の大型施設であり、介護療養病床（150 床）、医療療養病床（50 床）のほか、精神病棟（老人性認知症疾患治療病棟：210 床）、介護老人保健施設（96 床）、グループホーム（9 床）を有している。またグループ内の社会福祉法人では、介護老人福祉施設を近接する敷地内に有している。

以下では、介護療養病床（150 床）と医療療養病床(50 床)を中心に H 病院の特徴について概観する。

① 土地・建物

グループの中核をなしている H 病院は A 棟、B 棟の 2 病棟に分かれており、A 棟は、介護老人保健施設と老人性認知症疾患治療病棟の一部として使用されている。平成 12 年度の増築によって建設された B 棟は、7 階建てとなっており、療養病床及び老人性認知症疾患治療病床として使用され、現在の病院の中心をなしている。介護老人福祉施設（別法人）は、近隣の別敷地に立地する。

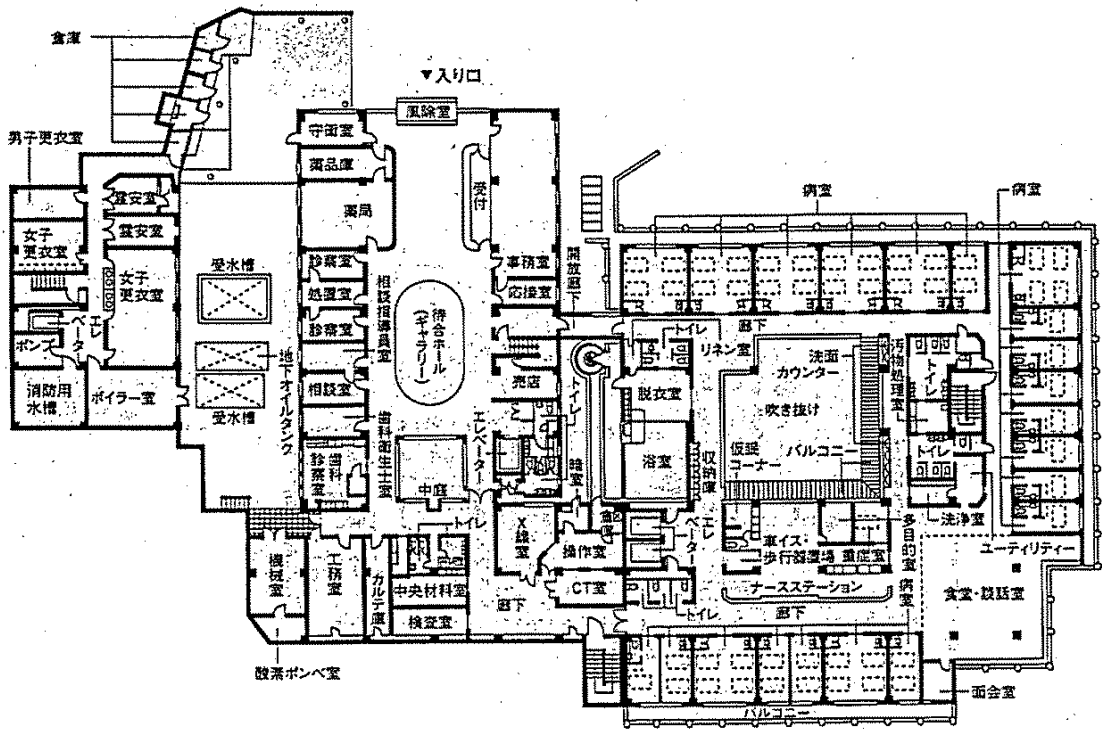
図表V-3-1　病棟の概要

	施設・病床種別	病床数	浴室
B 棟 1 階	介護療養病床	50 床	一般浴・中間浴
B 棟 2 階	医療療養病床	50 床	特浴
B 棟 3 階	介護療養病床	50 床	特浴
B 棟 4 階	介護療養病床	50 床	特浴
B 棟 5 階	老人性認知症疾患治療病床	55 床	一般浴
B 棟 6 階	老人性認知症疾患治療病床	55 床	一般浴・中間浴
B 棟 7 階	老人性認知症疾患治療病床	50 床	一般浴
A 棟 3 階	老人性認知症疾患治療病床	50 床	一般浴
A 棟 4 階	介護老人保健施設	46 床	なし
A 棟 5 階	介護老人保健施設	50 床	一般・中間
別施設	介護老人福祉施設	50 床	
別施設	グループホーム	9 床	

平成 12 年に増築された B 棟の病室は、すでに 1 人あたり病室面積 8.0 平米を確保していることから、大規模な改修を行なわずに老健転換を行なうことが可能である。

ただし浴室については病棟間で設備上の差異がある。特浴が完備されているのは、介護療養病床の B 棟 2 階、3 階、4 階であり、残りの浴室については、一般浴のみか、一般浴と中間浴（リフト浴など）の組み合わせとなっている。

図表V-3-2　B 棟 2 階（地上階）平面図（医療療養病床 50 床）



② 利用者の状態・確保

H 病院では、療養病床における機能区分が明確化されており、病棟毎の患者像が異なる。療養病床は、主に要介護度と医療区分の程度に応じて 4 つの病棟に分類されている。設備のキャパシティーや職員の配置、ワークロードの平準化の観点などから、必ずしも特定の要介護度や医療区分のみが集中的に集められるわけではないが、おおむね重度別に整理されており、療養病床の中でもっとも医療区分が高く、要介護度が高い層が医療療養病床に入院している。医療療養よりも医療必要度が比較的低い重度要介護者が、介護療養病床 3 棟に入院している。

他方、別棟の介護老人保健施設には、要介護度の低い者が中心に入所しており、その多くが医療必要度も低い。平均要介護度は約 2.55 となっており、介護老人保健施設の全国平均値（3.18、平成 18 年度）と比較しても低い水準となっている。

また浴室施設も利用者の状態像に整合しており、最も重い医療療養病床及び介護療養病床の 3 棟のうち 2 棟には特浴が整備されている。逆に、老健や老人性認知症疾患治療病棟には特浴はなく、一般浴のみか一般浴と中間浴の組み合わせになっている。転換の際、こうした浴室施設の状況も患者像と整合する必要があることから、留意が必要である。

療養病床利用者の大半は長期入院患者であり、医療必要度が高く、また認知症の日常生活自立度についても、もっとも重い M がほとんどを占めている。また、医療療養病床では、死亡による退院も多いのが特徴である。

図表V-3-3　H病院及び併設老健の利用者像

	医療療養	介護療養病棟 B3	介護療養病棟 B4	介護療養病棟 B1	認知症治療病棟 B5	認知症治療病棟 B6	認知症治療病棟 B7	認知症治療病棟 A3	介護老人保健施設
入院期間が1年超の患者数	39 人	29 人	40 人	32 人	－	－	－	－	－
入院期間が半年超の患者数	43 人	36 人	43 人	45 人	－	－	－	－	－
過去 12 か月における死亡退院患者数	43 人	21 人	6 人	10 人	－	－	－	－	－
ベッド数	50 床	50 床	50 床	50 床	55 床	55 床	50 床	50 床	96 床
利用者合計	47 人	50 人	50 人	47 人	53 人	54 人	48 人	49 人	82 人
未申請など	－	－	－	－	1 人	2 人	2 人	0 人	－
要支援 1	－	－	－	－	0 人	0 人	1 人	0 人	－
要支援 2	－	－	－	－	1 人	0 人	1 人	0 人	－
要介護 1	0 人	0 人	1 人	1 人	4 人	8 人	4 人	4 人	15 人
要介護 2	1 人	0 人	0 人	5 人	8 人	11 人	10 人	11 人	28 人
要介護 3	1 人	2 人	4 人	10 人	15 人	12 人	14 人	15 人	21 人
要介護 4	5 人	8 人	7 人	6 人	12 人	9 人	11 人	17 人	15 人
要介護 5	40 人	40 人	38 人	25 人	12 人	12 人	5 人	2 人	3 人
平均要介護度	4.78	4.76	4.62	4.04	3.35	3.11	2.96	3.04	2.55
種別平均要介護度	4.78	4.48			3.12				2.55

図表V-3-4　療養病床入院患者の医療区分、医療処置実施状況等

		医療療養	介護療養病棟 B3	介護療養病棟 B4	介護療養病棟 B1
病床数		50 床	50 床	50 床	50 床
医療区分 2 以上の患者数		47 人	24 人	10 人	8 人
喀痰吸引または経管栄養を実施している患者		42 人	24 人	20 人	13 人
	比率	84%	48%	40%	26%
認知症高齢者の日常生活自立度ランク M の患者数		47 人	37 人	29 人	16 人
	比率	94%	74%	58%	32%
リハビリテーションを受けている患者数		0 人	18 人	32 人	35 人

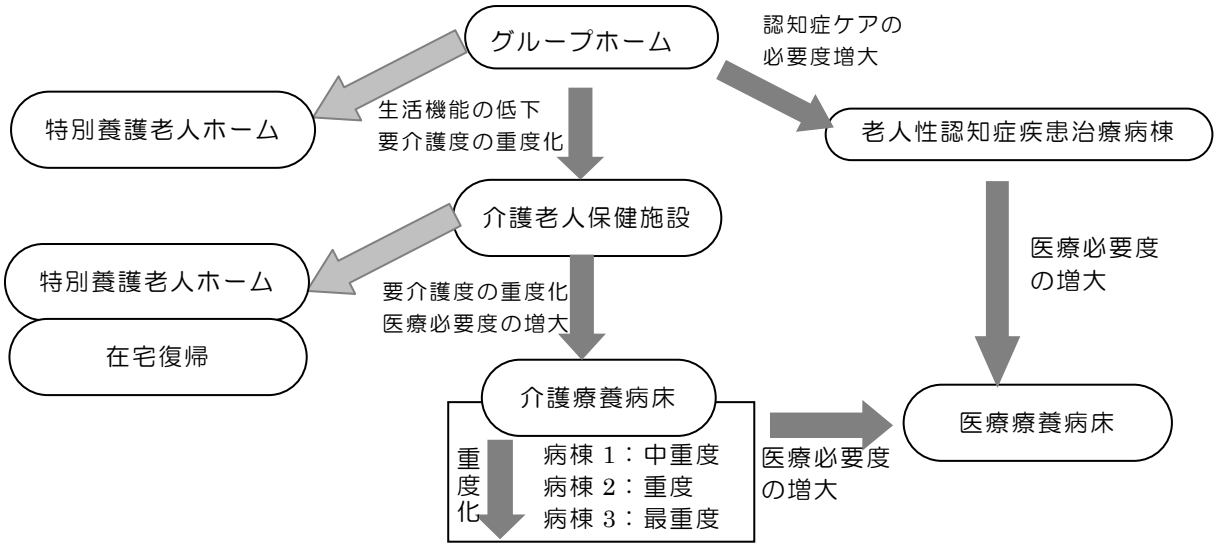
※実際の介護療養型老健の要件は過去 3 か月における喀痰吸引・経管栄養の実施状況を要件とするが、ここでは参考値として 1 ヶ月分のみを参照している。

H 病院では、グループ内の施設、病棟の機能が明確に位置づけられているため、利用者は、状態の変化にあった施設で、最適なケアが受けられるようになっている（図表V-3-5参照）。

例えば、認知症については、軽度であればグループ内のグループホームでの受け入れが可能であり、要介護度が重度化すれば介護老人保健施設、認知症が進めば老人性認知症疾患治療病棟が用意されている。医療必要度が一定の水準に達した介護老人保健施設の入所者は、介護療養病床への転床も選択肢として用意されている。介護療養病床は要介護度のレベルにあわせて 3 病棟あり、介護療養病床の中でも特に医療必要度の高い患者は医療療養病床に移動することが多い。

今回、転換の対象となっている介護療養病床（3 棟）は、重度の要介護度の利用者の療養の場所、また医療必要度が軽度から重度へ移行していく段階での橋渡し的な役割を果たしていることから、転換の検討にあたっては、こうした利用者の流れを極力維持しながら、施設全体の患者のケアを最適化することが望ましい。

図表V-3-5　H病院とグループ内施設における利用者の流れ（概念図）



③ 職員の配置・確保

看護職員、介護職員ともに、加配が行われており、医療療養では約 25%～28%、介護療養でも 16%～32%の加配が行われている。いずれも、医療区分及び要介護度が一般的な療養病床よりも高いことを考慮すれば、過剰な配置とはいえないだろう。逆に、人員配置基準の水準どおりの配置では、十分なケアが提供できない可能性が高い。したがって、転換を行った場合も利用者像が大きく変化しない限り、現在と同程度の人員配置を確保する必要があると考えられる。

図表V-3-6　各病棟の看護・介護職員の人員配置

	医療療養	介護療養病棟 B3	介護療養病棟 B4	介護療養病棟 B1	（参考）配置基準（50床） 医療療養	介護療養	老健
看護職員配置数	15.6	9.6	10	10	12.5	8.3	4.8
看護師	9.6	6	4	4			
准看護師	6	3.6	6	6			
（看護職員加配率）	1.25	1.16	1.20	1.20			
介護職員配置数	16	15	16	16.5	12.5	8.3	11.9
（介護職員加配率）	1.28	1.20	1.28	1.32			

※　各職種の加配率は、法定の人員配置基準に対する実質配置数の比を示す。
※　医療療養の配置基準は、医療区分 2 以上が 80%以上の場合の配置に基づく。

さらに看護職員に関しては、夜勤体制がどの程度維持可能かという視点も重要になるだろう。医療必要度が比較的高い介護療養型老健へ転換した場合は、単に実人数としての看護職員を確保するだけではなく、オンコール体制の整備なども含め、夜間帯の緊急時対応について十分な配慮を行う必要がある。

④ 財政状態・資金状況

平成 12 年に、施設全体の増改築を大規模に実施しており、現在の収益構造も、この借入金の返済をどのように行うかという観点から設定されている。病室面積を 1 人あたり 8.0 平米以上確保しているため、原則として介護老人保険施設への転換においては支障がないことから、追加借入は不要である。逆に、特定施設へ転換する場合は、再度改築が必要になることから、資金繰り上は不可能な選択肢であるといえる。

⑤ 関連法人・併設事業所

前述のとおり、同一法人内で、介護療養病床、医療療養病床、精神病棟、介護老人保健施設、グループホームを有している。またグループ内の社会福祉法人では、介護老人福祉施設を近接する敷地内に有している。

外来をもたないものの、グループ全体としては、在宅生活者を支援する居宅介護サービスの事業所を複数運営しており、生活を中心にすえたグループホームや介護老人福祉施設、医療必要度の高い利用者を対象とした療養病床、認知症高齢者を対象とした精神病床まで幅広く高齢期のケアニーズに対応している点が特徴である。

⑥ 周辺施設の状況

当該病院は、大規模な複合型の医療・介護施設を構成しており、近隣に同様のタイプの医療機関がないことから、競合は少ないといえる。ただし、数百メートル程度の距離に大型の回復期リハビリテーション病院が立地している。

⑦ 収益構造の概要

H 病院については、大規模な医療法人内の複数施設と建物設備を所与のものとして、その範囲内で適切な介護療養病床の転換を考える必要がある。介護療養病床、医療療養病床では重症の患者を多く受け入れており、施設転換にあたってこれらの重症患者が近隣の他施設に移ることは難しいことから、現在の入院患者と転換後施設を適合させることがポイントとなる。そのため、H 病院の検討にあたっては、主に患者の配置と収益を中心に検討を実施する。

介護療養病床転換前の、医療療養病床 1 棟、介護療養病床 3 棟の収益状況は以下のとおりである。

図表V-3-7　療養病床の転換前の収益

（単位：円）

転換前の病床種別	医療療養病床	介護療養病床	介護療養病床	介護療養病床	合計
保険収益（本体）	23,366,848	20,146,280	19,888,050	17,663,180	81,064,358
食費居住費	2,806,354	3,239,017	3,239,017	3,044,676	12,329,064
各種加算	1,980,400	481,439	481,439	452,553	3,395,831
保険外収益	3,420,836	2,010,010	2,010,010	1,889,410	9,330,266
その他	－	1,097,456	1,097,456	1,031,608	3,226,520
収益（一ヶ月）	31,574,438	26,974,202	26,715,972	24,081,427	109,346,039

⑧ 転換にあたって留意すべき要件

H 病院における転換の可能性を検討するにあたり、特に検討を要する点、または選択において制約となるポイントを以上から整理すると、次のような項目にまとめることができる。

H 病院の転換において留意・検討すべき要件

- ➢ 増改築なしでの転換を志向する必要がある
  - ✧ 平成 12 年度に増築を行っており、当面の増改築は予定できない。
  - ✧ すでに 8.0 平米が確保されている。
- ➢ 入院患者の特性と全体性の保持
  - ✧ 様々な施設機能を複合化させており、効率的な運営が行われている。
  - ✧ 転換によって患者の流れに不整合が発生しないよう配慮する必要がある。
  - ✧ 浴室などに制約があるため、利用者の状態にあった転換が必要。
- ➢ 資金調達面での制約
  - ✧ 平成 12 年度における増築の際の借入金の返済にむけ、絶対額としての利益を維持する必要がある（年間約 2 億 8 千万円の返済）。
- ➢ 大規模施設としての地域への影響
  - ✧ 現在の利用者は、500 人を越えており、地域の受け皿が確保できない状況で、退院や転院せねばならない利用者を大量に出すことはできないことから、可能な限り現状の利用者像に整合した転換を行う必要がある。
  - ✧ 地域内ではもっとも重い利用者を受け入れてきた施設であり、軽度利用者向けに転換した場合は、地域に与える影響も大きいことから、現状の利用者層を維持したままの転換が望ましい。

（2） 転換の可能性と課題

H 病院は、すでに大規模な増改築工事が平成 12 年度に実施されており、その際の借入金返済が優先的な経営課題であるが、その一方で施設基準の面ではゆとりのある設計がされており、面積等の観点からは転換に関する制約がほとんどない。

したがって、H 病院の介護療養病棟 3 病棟の転換にあたっては、基本的には追加的な改修を必要とせず、比較的安定した収益が見込める「保険枠内の施設」を検討することが現実的である。また、全病室が 8.0 平米以上確保されていることから、老健への転換を行った場合でも減算や定員減の可能性がなく、転換の障壁となる要素が少ないといえる。

① 介護老人保健施設への転換

H 病院の介護療養病床の法人の中の役割や利用者の状況を考えると、現在の介護療養病棟 3 病棟の全部あるいは一部を介護老人保健施設に転換するのが現実的な選択肢である。従って、以下「（３）転換例」では、介護老人保健施設への転換を基本として検討する。

② 医療療養病床への転換

利用者の状態が転換の前後で大きく変化しない前提で、現在 3 病棟ある介護療養病床をすべて医療療養病床に転換する場合、現在の入院患者像においてはすべての病棟で医療区分２以上の利用者を 80%以上とすることは難しい。したがって、80%以上とするためには新規に医療区分の高い利用者を確保する必要がある。しかし H 病院では、グループホーム、老人性認知症疾患療養病棟、老健、介護療養病床、医療療養病床の間で機能分化が進んでおり、これらが利用者の状態の変化に応じた適切なケアの場所となっていることから、この中の転換後の病床に医療区分 2 以上の患者のみを集中的に確保することは容易ではないと考えられる。

ただし、3 病棟のうち 1 病棟を医療療養病床とする案は実現可能性が高いため、介護老人保健施設との併設について検討する。

③ 回復期リハビリテーション病棟への転換

回復期リハビリテーションへの転換は、施設要件としては特に問題がないものの、当該病院に隣接して別法人が運営する大型のリハビリテーション病院が存在するため、十分な利用者を確保することは非常に難しい状況にある。したがって、当該病院での回復期リハビリテーション病院への転換は選択肢としては除外される可能性が高い。

④ 一般病床への転換

H 病院は、地域の中で高齢者を対象とした大規模な医療・介護施設としての役割を担

っており、このような施設においては、利用者、経営資源、地域ニーズのいずれの観点からも一般病床への転換は得策ではないと考えられる。

⑤ 保険施設枠外（特定施設、非特定施設）への転換

前述のとおり、平成12年に大規模な増改築を実施した建物を生かす必要があるため、居住施設としての改築が必要となる特定施設や有料老人ホームへの転換は困難である。

（3） 転換例

上記の検討から、H病院にとっては老人保健施設と医療療養病床を中心とした「保険施設枠内」での転換が現実的であるため、これらの選択肢について検討した。この場合、介護療養病床3病棟のうち1病棟を医療療養病床に、2病棟を介護老人保健施設に転換するケース（「転換例１」）、介護療養病床3病棟全てを介護老人保健施設に転換するケース（「転換例２」）が考えられる。以下に、この2つの転換例について検討する。前述のとおり、H病院では現在の療養病床患者に他施設に転院してもらうこと、職員を削減すること等が難しい状況であることから、まずは現在の入院患者のまま転換した場合の収益への影響を見ることとした。また、H病院は現時点で介護療養型老健の施設基準を満たすため、以下のシミュレーションは介護療養型老健への転換を前提として実施した。

ただし、加算などの単価を含め、介護療養型老健の詳細に関する報酬は、現段階において未設定のため、シミュレーションでは介護報酬の介護施設サービス費部分のみについて変動するものとして計算を行い、それ以外の科目は固定とした。

図表V-3-8　転換パターン

転換例	病床種類・病床数	現状からの変更点	利用者の状態
現状	医療療養病床 50 床 介護療養病床 150 床	－	－
転換例 1	医療療養病床 100 床 老人保健施設（介護療養型）：100 床	介護療養 150 床のうち、50 床を医療療養、100 床を介護療養型老健へ。	現状のまま
転換例 2	医療療養病床：50 床 老人保健施設（介護療養型）：150 床	介護療養 150 床全床を介護療養型老健へ。	現状のまま

① 「転換例１」医療療養病床及び介護療養型老健への転換

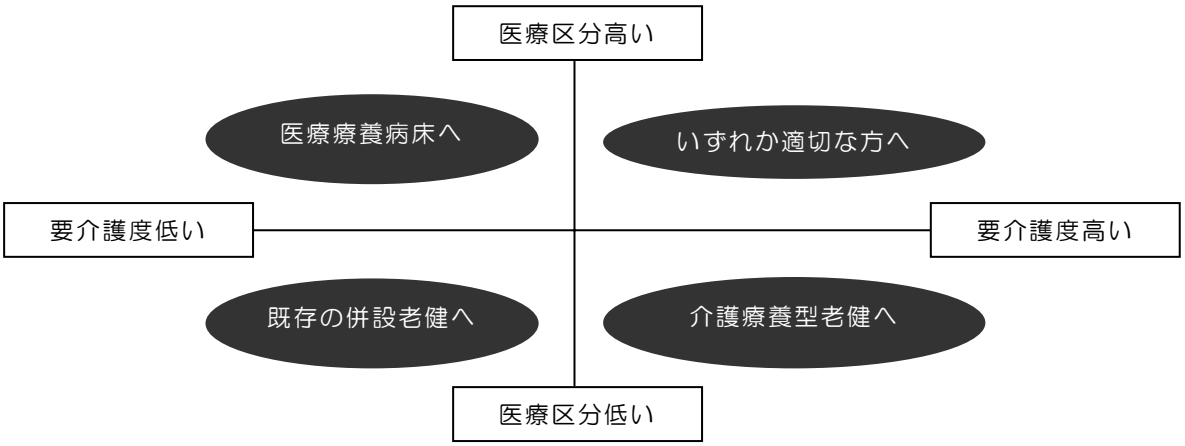
介護療養病床の現在の利用者のうち、医療区分が 2 以上の患者を集めて介護療養病床の 1 病棟を医療療養病床に転換し、残りの 2 病棟を介護療養型老人保健施設に転換するものとする。なお、利用者総数および利用者の状態は、現状と変化ないものとし、

病棟間の利用者の移動のみによる転換を検討するものとする。

転換に際しては、病棟間の移動という環境変化による利用者への影響を最小限に抑えることを前提として、現在介護療養病床の入院患者のうち、医療区分 2 以上の医療必要度の高い患者を転換後に新設する医療療養病床に集中させ、残された介護療養病床の患者は、転換したあとの介護療養型老健に転床させるのが、収益的にはもっとも望ましい転換であると考えられる。

ただし、単に医療区分の高い患者を移動させるだけでなく、残された介護療養病床の患者が介護療養型老健に移行した場合に要介護度が高くなることも考慮すべきである。したがって、収益の観点から見れば、医療区分が高く要介護度が低い患者を医療療養病床に、要介護度が高いが医療区分が比較的低い患者は、介護療養型老健に移行することが望ましい。

図表V-3-9　転換にともなう利用者の移行



新規に医療療養病床を立ち上げ、残りの介護療養病床 2 病棟を介護療養型老健に転換するためには、医療区分 2 以上が全体で 8 割以上確保できることが望ましい。さらに、医療区分の高い利用者は一般的に要介護度が高い場合が多いが、医療療養に医療区分の高い利用者を移してもなお介護療養型老健として要介護度の高い利用者がいることが望ましい。

図表V-3-10　転換前の利用者の状況　（単位：円）

転換前の病床種別	医療療養病床	介護療養病床	介護療養病床	介護療養病床
利用者合計	47 人	50 人	50 人	47 人
要介護 1	0 人	0 人	1 人	1 人
要介護 2	1 人	0 人	0 人	5 人
要介護 3	1 人	2 人	4 人	10 人
要介護 4	5 人	8 人	7 人	6 人
要介護 5	40 人	40 人	38 人	25 人
平均要介護度	4.78	4.76	4.62	4.04
入院基本料 A	31			
入院基本料 B	16			
入院基本料 C	0			
入院基本料 D	0			
入院基本料 E	0			
医療区分 2 以上	47 人	18 人	10 人	8 人

図表V-3-11　転換後の利用者の状況（シミュレーションの前提）

転換後の病床種別	医療療養病床	医療療養病床	介護療養型老健	介護療養型老健
利用者合計	49 人	48 人	48 人	49 人
要介護 1	0 人	0 人	1 人	1 人
要介護 2	1 人	0 人	2 人	3 人
要介護 3	2 人	1 人	7 人	7 人
要介護 4	7 人	4 人	8 人	7 人
要介護 5	39 人	43 人	30 人	31 人
平均要介護度	4.71	4.78	4.33	4.31
入院基本料 A	19 人	18 人		
入院基本料 B	23 人	23 人		
入院基本料 C	0 人	0 人		
入院基本料 D	7 人	7 人		
入院基本料 E	0 人	0 人		
医療区分 2 以上	42 人	41 人	0 人	0 人
喀痰・経管率			27.1%	35.4%
認知症 M 以上			45.8%	46.9%

【転換前の収益】

図表V-3-12　転換前の収益

（単位：円）

転換前の病床種別	医療療養病床	介護療養病床	介護療養病床	介護療養病床	合計
保険収益（本体）	23,366,848	20,146,280	19,888,050	17,663,180	81,064,358
食費居住費	2,806,354	3,239,017	3,239,017	3,044,676	12,329,064
各種加算	1,980,400	481,439	481,439	452,553	3,395,831
保険外収益	3,420,836	2,010,010	2,010,010	1,889,410	9,330,266
その他	－	1,097,456	1,097,456	1,031,608	3,226,520
収益（一ヶ月）	31,574,438	26,974,202	26,715,972	24,081,427	109,346,039

※その他にはリハビリテーション、感染対策指導管理、初期入院診療管理、褥瘡管理、重度療養管理が含まれる。

図表V-3-13　転換後の収益予測（シミュレーション結果）

（単位：円）

転換後の病床種別	医療療養病床	医療療養病床	介護療養型老健	介護療養型老健	合計
保険収益（本体）	22,348,520	21,809,120	15,006,790	15,291,370	74,455,800
前後比(本体のみ)					▲8.15%
食費居住費	2,911,786	2,852,362	3,109,456	3,174,237	12,047,841
各種加算	2,054,797	2,012,862	462,182	471,810	5,001,651
保険外収益	3,549,356	3,476,920	19,258	28,886	7,074,420
その他	－	－	1,053,558	1,075,507	2,129,064
収益（一ヶ月）	30,864,459	30,151,265	19,651,243	20,041,810	100,708,777
前後比（全体）					▲7.90%

※その他にはリハビリテーション、感染対策指導管理、初期入院診療管理、褥瘡管理、重度療養管理が含まれる。

利用者の病床変更の結果、現状の利用者に含まれる医療区分 2 以上の利用者の 83 名が医療療養病床の 2 病棟に移ることで、両病棟ともに医療区分 2 以上を 8 割以上確保することが可能である。介護療養病床から転換した医療療養病床の利用者像は、既存の医療療養病床とほぼ同様とすることができる。この結果、各病棟の平均要介護度についても、転換前とほぼ変わらない状況となる。

一方、残された介護療養病床の 2 病棟は、介護療養型老健に転換される。入所者の平均要介護度は、転換前よりも若干低下するものの、大きな変化は生じない。また、介護療養型老健の条件のひとつである喀痰吸引または経管栄養の実施者割合は、ともに高い水準にあり、施設要件を満たすものと考えられる。

今回のシミュレーションでは、内部の利用者の移動によって転換の試算をするため、病院全体における人的資源の必要総量は変化しないと考え、人件費総額は現在と変化しないものとしている。ただし、入院患者の状態像が現在以上に重度化すれば、追加的な人員配置が必要になることは十分考えられる。

シミュレーションの結果、まず入院基本料及び施設サービス費の本体部分では、おもに介護療養型老健の単価によって約 8.15%の減収となる。加算や居住費等も含めた全体では 4 病棟で年間約 100,000 千円（転換前との比較で 7.90%）の減収となる。人員配置については、現状維持またはそれ以上の配置（夜勤可能な看護職員の確保状況による）が必要となることから、費用面での減少はほとんど期待できない。

H 病院は法人全体で年間約 280,000 千円の借入金返済を行っていることから、100,000 千円の減収は法人全体の資金繰りに大きな影響を与えることとなる。平成 19 年度実績では法人全体の経常利益が約 377,800 千円の見込みであることを考えると、厳しい状況にあるといえる。

②「転換例 2」全床介護療養型老健への転換

利用者の入れ替え、移動をまったく行わず、既存の医療療養病床を維持しつつ、介護療養病床 3 病棟をすべて介護療養型老健に一括転換した場合について検討した。なお、利用者総数および利用者の状態は、現状と変化ないものとし、現在の介護療養病床における利用者像のまま介護療養型老健に転換した場合をシミュレーションした。

喀痰吸引、経管栄養の実施されている患者の割合、認知症高齢者の日常生活自立度など、介護療養型老健の基準となる各指標は、それぞれ基準に達するものと見込まれる（実際には、過去 3 か月の実績が求められる他、家庭及び病院からの入所者比率などが指標となる）。

図表V-3-14　転換前後の利用者の状況

転換前後の病床種別	医療療養病床	介護療養病床 ↓ 介護療養型老健	介護療養病床 ↓ 介護療養型老健	介護療養病床 ↓ 介護療養型老健
利用者合計	47 人	50 人	50 人	47 人
要介護 1	0 人	0 人	1 人	1 人
要介護 2	1 人	0 人	0 人	5 人
要介護 3	1 人	2 人	4 人	10 人
要介護 4	5 人	8 人	7 人	6 人
要介護 5	40 人	40 人	38 人	25 人
平均要介護度	4.78	4.76	4.62	4.04
入院基本料 A	31			
入院基本料 B	16			
入院基本料 C	0			
入院基本料 D	0			
入院基本料 E	0			
医療区分 2 以上	47 人	18 人	10 人	8 人
喀痰・経管率	89.4%	48.0%	40.0%	27.6%
認知症 M 以上	100.0%	74.0%	58.0%	34.0%

医療療養病床は、入所者像が変化しないことから、保険収益については、変化がないものとした。この試算に基づくと、既存の介護療養病床 3 病棟をすべて介護療養型老健に転換した場合、介護保険施設サービス費では 14.0%の減収となった。また食費、居住費等を加えた全体の収益ベースでも 10.38%、年間約 136,000 千円の減収となった。

本シミュレーションでは、利用者の状態像は変化しない前提となっているため、必要とされる人員配置という観点からは医師をはじめ、看護・介護職員を減員することは難しい状況である。仮に医師を 1 名程度減員した場合でも、年間 1 億円以上の減収を補うことは困難と考えられる。

【転換後の利用者の状況(シミュレーションの前提)】

図表V-3-15　転換前の収益

（単位：円）

転換前の病床種別	医療療養病床	介護療養病床	介護療養病床	介護療養病床	合計
保険収益（本体）	23,366,848	20,146,280	19,888,050	17,663,180	81,064,358
食費居住費	2,806,354	3,239,017	3,239,017	3,044,676	12,329,064
各種加算	1,980,400	481,439	481,439	452,553	3,395,831
保険外収益	3,420,836	2,010,010	2,010,010	1,889,410	9,330,266
その他	－	1,097,456	1,097,456	1,031,608	3,226,520
収益（1ヶ月）	31,574,438	26,974,202	26,715,972	24,081,427	109,346,039

※その他にはリハビリテーション、感染対策指導管理、初期入院診療管理、じょくそう管理、重度療養管理が含まれる。

図表V-3-16　転換後の収益予測（シミュレーション結果）

（単位：円）

転換後の病床種別	医療療養病床	介護療養型老健	介護療養型老健	介護療養型老健	合計
保険収益（本体）	23,366,848	16,015,220	15,883,470	14,447,550	69,713,088
前後比(本体のみ)					▲14.0%
食費居住費	2,806,354	3,239,017	3,239,017	3,044,676	12,329,064
各種加算	1,980,400	481,439	481,439	452,553	3,395,831
保険外収益	3,420,836	2,010,010	2,010,010	1,889,410	9,330,266
その他	－	1,097,456	1,097,456	1,031,608	3,226,520
収益(1ヶ月)	31,574,438	22,843,142	22,711,392	20,865,797	97,994,769
前後比（全体）					▲10.38%

※その他にはリハビリテーション、感染対策指導管理、初期入院診療管理、じょくそう管理、重度療養管理が含まれる。

（4）　ケースのまとめ

H病院は、ベッド数500床を超える大型施設であることから、転換の検討、利用者の移動は地域への影響も考慮した上で行われなければならない。現状、グループ内にはグループホームから医療療養、特養まで様々な要介護段階に対応した施設が整備されている。このことから、転換にあたっては施設内の利用者の移動によって工夫することがもっとも現実的であろう。

3 病棟ある介護療養病床をすべて老健に転換するのか、1 病棟を医療療養病床、残り 2 病棟を介護療養型老健とするのかについては、収益面では後者の方が有利な状況にある。特に、現在の利用者の中に医療区分 2 以上が多数含まれていることから、医療療養病床への転換は、1 病棟の追加ならば現実的な選択として検討に値するだろう。

介護療養型老健については、既存利用者の医療ニーズが高いため、人員面での削減は難しいと考えられる。現在よりも医療ニーズの低い利用者を確保し、人員を削減する選択肢も厳しいと思われる。医療ニーズが低い利用者を確保しても、要介護度が低ければ介護報酬単価が下がり、要介護度が高ければ結果的に加配率を維持せざるをえないことから、必ずしも容易とはいえない。

今回は、療養病床の収益のみの概算シミュレーションを実施した。転換例 1、転換例 2 とも大幅な減収となったが、法人全体で見れば損益上は黒字が維持される見込みである。ただし、年間で約 1 億円以上の減収は、法人全体の年間の借入金返済額が 2 億 8 千万円程度であることを考えると、キャッシュフロー等への影響が大きい。上記療養病床転換による 1 億円の減収を踏まえた上で H 病院の資金繰状況を聴取したところ、既存借入金の返済条件の変更（福祉医療機構既往貸付金の償還期間の延長等）を活用したとしても、以下のとおり資金繰りは厳しい状況である。

図表Ⅴ-3-17　転換前後のキャッシュフローの状況（年間・法人全体）

（単位:千円）

	転換前	→	転換後A 借入条件変更前	転換後B 借入条件変更後
税前利益	230,000		130,000	129,000
減価償却費	112,000		112,000	112,000
法人税等の支払額	-82,800		-46,800	-46,440
設備投資による支出	-20,000		-20,000	-20,000
借入金返済による支出	-280,000		-280,000	-235,000
収支差額	-40,800		-104,800	-60,440

（H病院の試算による）

大幅な収益減を補うためには、費用面の節減が課題となる。今回は詳しく検討していないが、特に委託関連の費用（エレベータなどの施設維持費を含む）や医薬品費については検討の対象となるだろう。医薬品費とその対価としての介護療養型老健の介護報酬や加算を比較した場合の相殺関係については、利用者像をどのように設定するかによって変化するため、ここではこれ以上の議論ができないが、医療ニーズの比較的低い利用者（ただし要介護度が高い）を積極的に受け入れることも検討の余地がある。

Ⅵ 考察

1. 有床診療所

（1） 現状

有床診療所は、近隣に病院が存在しない地域等において、入院・外来機能を備えた地域医療の担い手として重要な役割を果たしてきた。前述の「Ⅳ．1．全国調査（アンケート）」では、介護療養病床が 15 床以上の診療所は 9%程度にとどまり、多くが介護療養病床と医療保険病床を有する医療と介護のケアミックス型の施設であることが明らかとなった。つまり、転換を迫られている介護療養病床は、有床診療所全体のうちの一部の病床であるケースが多いと考えられる。

また、病院や老健に併設された診療所の場合、本調査のＡ診療所のように既存老健の増床、あるいはサテライト老健への転換等の選択肢があるが、前述の全国アンケート調査によればこのような併設施設のある診療所数は少なかった（全体の 15%程度）。多くの有床診療所は、診療所単独での転換検討が必要な状況であると考えられる。

（2） 介護療養病床の転換と課題

① 転換可能性

療養病床転換の支援措置によって、有床診療所の療養病床部分を介護施設等へ転換する選択肢は大きく広がった。病床部分を介護老人保健施設にする場合は、診療所との間で医師の兼務が認められる「医療機関併設型小規模老健」として、従来の介護療養病床と同様の効率的な施設運営が可能である。特に利用者の医療依存度が高い場合は、平成 20 年 5 月から施行された介護療養型老健として継続的に医療サービスを提供できる可能性も示されている。また、有床診療所の施設サービス費、入院基本料等は以前から病院と比べて低い水準に抑えられているため、老人保健施設（従来型・介護療養型）に転換した場合の損益面での影響は小さいと考えられる。

また、老健や病院に併設された有床診療所の場合、既存老健の増床や老健や病院を本体施設とするサテライト老健になる等、有床診単独で設立されている場合と比べて選択の幅は広いと考えられる。

上記のほか、地域において要介護認定者に限定されない高齢者の居住サービス需要があり、かつ当該施設に投資余力がある場合は、外来での医療サービス提供を維持しながら、病床部分で有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅等の居住系サービスを提供することも可能である[13]。

---

[13] 医療法人の附帯業務見直しにより、平成 19 年 4 月から有料老人ホームを、5 月から一定の要件を満たす高齢者専用賃宅住宅を設置することが認められた。また平成 20 年度から、診療所の付属の居住系施設居住者に対する在宅医療提供に対して報酬が認められた。

② 転換にあたっての課題

全病床のうちの一部が介護療養病床で、介護療養病床以外の病床（一般病床、医療療養病床）に医療必要度の高い患者がいる場合、現在の患者のままで全ての病床を介護老人保健施設に転換することは難しい。またＦ診療所のように手術を実施する診療所の場合、他の医療保険病床を含め全ての病床を転換すると、手術後の入院の受皿が無くなってしまうことになる。このように有床診療所の中には全病床を介護老人保健施設等へ転換するのは適切ではない施設も存在すると考えられる。

その場合、全病床のうちの一部の病床を介護老人保健施設とし、医療保険病床と併設することも選択肢の一つである。その場合は、医療保険病床と老健それぞれについて看護・介護職員や療法士等の職種の人員配置基準を満たす必要があるため、病床数や人員によって非効率な運営とならないかについて留意する必要がある。

病床部分を有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅に転換するためには療養病床の建物を大規模に改修または改築する必要があり、その運営にあたっては医療機関とは異なる経営ノウハウの習得も必要となる。前述の全国アンケート調査では、有床診療所の半数以上の経営者は 60 代以上であり、また長期借入を有する施設も半数以上あることが明らかとなった。このため、後継者の有無や資金繰り状況によっては、新規事業への転換を図ることが難しい施設も多いと考えられる。ヒアリング調査の中でも、比較的高齢の有床診療所経営者から、「新たな借入をして新規事業に投資することは現実的でない」といった意見も聞かれた。

2. 病院

（1） 現状

病院における介護療養病床の転換の検討は、その病院の介護療養病床数に影響を受けるものと考えられる。病院における介護療養病床数を見ると、60 床未満の施設が 7 割を占めており、比較的中小規模の介護療養病床の転換を検討する施設が多いことがわかる。

また、本調査の G 病院（医療療養 60 床、介護療養 60 床）、H 病院（医療療養 50 床、介護療養 150 床）のように介護療養病床以外の併設病床がある場合、転換については介護療養病床だけでなくその他の病床を含めた観点からの検討が必要になる。そこで、この 2 病院について、併設する医療療養病床を含めた療養病床全体の収支や地域での役割等の実情について検討した。

両病院については、病院の規模や法人の経営環境、入院患者の状況や療養病床の地域での役割等にそれぞれ特徴があった。G 病院の医療療養病床は在宅復帰に向けての高齢者向け亜急性期病床としての役割を果たし、一方の H 病院の医療療養病床は近隣地域及び法人内病棟で最後の受け皿として機能し、死亡退院率が非常に高い状況にあった。このように、療養病床は地域のニーズ等によりその実態が大きく異なることが考

えられる。したがって、療養病床転換のパターンは一律ではなく、同一病院内の他の病床や、グループ内・地域内の他の施設との関係の中で、それぞれの病院が求められる機能に応じた適切な運営を考える必要がある。

（2） 介護療養病床の転換と課題

① 転換可能性

転換のために新たな投資をしない場合は、保険施設枠内での転換（一般病床、医療療養病床、介護老人保健施設）が考えられる。介護老人保健施設に転換する場合、入所者の医療ニーズが高い場合は、手厚い人員配置を条件に、通常の老健よりも高い報酬である介護療養型老健に転換することが望ましい。ただし、従来型老健、介護療養型老健いずれについても従来の介護療養病床よりも低い報酬単価であるため、老健への転換は病院にとっての減収となることは否めない。

G 病院（介護療養病床 60 床）の場合、介護療養病床を全て介護老人保健施設にするケースと、28 床を小規模老健、残りの 32 床を医療療養病床にするケースを試算したところ、28 床のみ小規模老健とした場合の方が減収率は低かった。また、H 病院（介護療養病床 150 床）の場合、150 床（3 病棟）全てを老健にするのではなく、1 病棟を医療療養病床、2 病棟を老健にする方が減収率は低かった。小規模老健として医師のコスト等を他の施設と共有すること、また全て老健にするのではなく医療必要度と要介護度により利用者の状況にあわせた入所先を選択することで、療養病床全体としての効率的な運営を考える余地があると言える。

また、施設に新たな介護事業を始める余力がある場合は、介護療養病床部分を有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅等に転換して、医療と介護が一体になった高齢者向け居住サービスの提供をすることも選択肢の一つとして考えられる。

② 転換にあたっての課題

病院の老健転換における大きな課題は、報酬単価の低下による減収である。新たに老健としての経営を始めるのであれば収益にみあう投資をすることが可能であるが、現実には平成 12 年の療養病床設置の際に介護療養病床としての事業継続を前提とした設備投資を実施した病院も多い。その場合は、転換後の老健の損益が黒字となっても、収益金額のボリューム減により既存借入金の返済に支障が出る可能性もある。転換後も借入金の返済原資を確保するためには、借入に関する各種転換支援措置等を最大限に活用すると同時に、収益規模をなるべく減少させない施設転換が必要である。

また、介護療養病床の現在の利用者像と転換後施設における利用者像、地域の中で果たす役割も、転換先選択の際の検討ポイントとなる。介護療養病床の平均要介護度は 4.25 程度（平成 18 年度　介護サービス施設・事業所調査）であるが、本調査の G 病院は 4.58、H 病院は 4.48 であった。両病院とも近隣地域の重症患者の最終受入先で

あり、死亡退院率も高い。要介護度が低い場合は老人保健施設等への転換も比較的容易と考えられるが、要介護度や医療必要度の高い患者を抱える介護療養病床が、利用者の入れ替えをせずに老健に転換した場合、利用者のケアに不安が残るといった意見が聞かれた。また、H 病院のような大規模な施設の場合は地域への影響が大きいため、転換のために施設外に重度の患者を転院させることは現実的には不可能とのことであった。

有床診療所の場合と同様、有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅等に転換する場合は、建物の大幅な改築が必要である。例えば G 病院は、新規事業実施の意思があるものの、用途地域や自治体の規制等のために改築や近隣地域での土地の手当が不可能であった。一方 H 病院は、療養病床指定時に大規模な改修を実施したために、現存の建物を利用する必要があった。このように土地・建物の物理的な制約がある場合は、病院、老健以外の保険施設枠外への転換は難しいのが現状である。

G 病院、H 病院に見られるように、療養病床の患者の医療区分や要介護度、運営方針や地域における機能は、施設によって大きく異なると考えられる。本調査で示したポイント（「土地・建物」「利用者」「職員」「財政状態・資金状況」「関連法人・併設事業所」「周辺施設」）等を基礎として、それぞれの施設の経営環境にあった転換先を検討していくことが求められる。

資料編

１．有床診療所全国調査（アンケート）調査票

介護療養型医療施設の再編に関する調査研究　回答用紙

◎◎ 以下の質問について、該当箇所にご記入、もしくは○を付してください ◎◎

貴院の名称	[所在地：　　都・道・府・県]

問１ **現在**、貴院は**介護保険適用の療養病床**を１床以上有する**有床診療所**ですか？（番号に○）

1.
介護療養病床を有する有床診療所である

下記の質問（問 2～１０）にお答えください。

2.
有床診療所だが、介護療養病床はない
又は
有床診療所ではない

こちらに該当する場合は、名称・所在地をご記入の上、このままご返信下さい。ご協力ありがとうございます。

【貴院の概要】

問２ 開設主体	１　医療法人　　２　個人　　３　その他（　　）
問３ 同一開設主体が有する他の施設	１　介護老人保健施設［同一敷地内または隣接・それ以外］ ２　病院 ３　その他（具体的に：　　）
問４ 院長の年齢	１　40 歳未満　２　40 代　３　50 代　４　60 歳以上

【病床・入院患者】ご記入日現在の数値をご記入ください

	合計（①+②+③）	①介護療養病床	②医療療養病床	③一般病床
問５ 許可病床数	床	床	床	床
問６ 入院患者数 ※1	人	人	人	人

※1 やむをえない事情等により、入院患者数が許可病床数を上回っている場合は、現状の患者数をそのままご記入下さい。

【有床診療所の施設等について】

問７	療養病床を有する建物で一番古いものは、いつ建てましたか	昭和/平成/西暦　（　　）年
問８	問７の建物については、その後、改築又は大規模な改修※2 を行いましたか	１　改築・大規模改修を実施した ：最新の実施年 昭和/平成/西暦（　　）年 ２　実施していない
問９	今後、療養病床を有する建物の建替もしくは改築又は大規模な改修の予定はありますか	１　近いうちに建替えを予定している ２　近いうちに改築、大規模改修を予定している ３　特に予定はない
問 10	現在、建物の建築、改築のための長期借入はありますか	１　有　　２　無

※2「改築又は大規模改修」とは、建物構造や躯体に変更が加えられる増改築を意味します。内装の一部改装や躯体に影響を与えない部屋の間仕切り変更、定期的な外壁改修などは含みません。

◎◎ 質問は以上です。ご協力ありがとうございました。◎◎

医療経済研究機構

２．転換済有床診療所（老健併設）アンケート調査票

「介護療養型医療施設の再編に関する調査研究」
介護療養病床から転換された施設へのアンケート

既に介護療養病床から介護老人保健施設に転換された貴院の状況について、差し支えない範囲で以下の項目にご回答ください。

■施設名等をご記入ください。

（ご担当者名は、本アンケートの窓口となっていただく方をご記入ください。）

施設名			
ご担当者名			
電話番号		メールアドレス FAX 番号	

■以下の質問にご回答ください。

１．今回、貴法人が転換された介護療養病床の病床数および転換先の施設 〔カッコ内にご記入ください〕

介護療養 〔　　〕 床	→	老人保健施設 〔該当するものに○を付してください〕 １．サテライト型小規模老人保健施設（本体施設：老健） ２．医療機関併設型小規模老人保健施設（本体施設：医療施設） ３．法人内の既存の老健施設を増床 ４．その他（　　） 〔　　〕 床
＿＿＿＿ 〔　　〕 床		
＿＿＿＿ 〔　　〕 床		

転換後の外来継続の有無	診療科
外来継続　・　外来廃止	〔　　〕

２．上記転換病床以外の、貴法人が保有する施設・サービス〔複数回答可：番号に○を付して、病床数等をカッコ内にご記入ください〕

１．介護老人保健施設　（　　）床	２．診療所
３．一般病床　（　　）床	４．医療療養病床　（　　）床
５．グループホーム　（　　）ユニット （　　）人	６．特定施設・小規模特定施設（有料老人ホーム等）　（　　）人
７．高専賃、高優賃　（　　）世帯 （　　）人	８．通所サービス
９．訪問サービス	10．短期入所サービス　（　　）床
11．その他（ご記入ください）	

３．今回の転換先（老人保健施設）以外に貴法人が考えられた転換方針〔該当があればご記入ください。欄が足りない場合は、５枚目を使用してください。〕

転換先(案)	取りやめた理由
（例） ・医療療養病床	・医療区分の高い患者が少なく患者のニーズに対応しない等

４．今回の転換にあたって利用した転換支援策〔複数回答可：番号に○を付してください〕

１．	転換費用の助成（「地域介護・福祉空間整備等交付金」等）　(H18.4～)
２．	転換先老健の施設基準（床面積・廊下幅）の緩和　(H18.7～)
３．	転換時の改修等に関する法人税特別償却制度（H19.4.～)
４．	福祉医療機構　融資条件優遇等（H19.4.～)
５．	医療機関と併設する老健の施設基準（階段・エレベータ等）緩和（H19.5～)
６．	その他（ご記入ください）

５．今回の転換にあたって貴法人が実際に実施した事項〔複数回答可：番号に○を付してください。
また、○をつけた事項について、（例）にならって貴院として重要と考える順に数字を記載してください。〕

内容		重要度	(例)重要度
１．	貴法人全体の経営計画の策定		
２．	療養病床から老健施設に転換した場合の経営シミュレーション		
３．	療養病床(転換前)の利用者の状態（医療区分・要介護度等）の把握		*1*
４．	地域住民のニーズの把握		
５．	近隣医療機関の動向確認		*2*
６．	建物の増改築		
７．	職員の退職・採用		*3*
８．	その他（ご記入ください）		

６．今回の転換前後での療養病床入院患者の動き〔近いものの番号に○を付してください〕

１．	転換前の入院患者の半数以上が転換前後で退院・転院した
２．	転換前の入院患者のうち何人かが転換前後で退院・転院したが、半数以上はそのまま利用している
３．	転換前後で利用者はほとんど変化がない
４．	その他（ご記入ください）

７．今回の転換前後での利用者の要介護度の変化〔大まかな数字で結構ですのでご記入ください〕

転換前		転換後
（平均要介護度）	→	（平均要介護度）

８．今回の転換における職員の異動状況〔近いものの番号に○を付してください〕

１．	転換前後で、転換病床の職員（看護職員・介護職員等）の入れ替わりがあり、退職・新規採用等が発生した
２．	転換前後で、転換病床の職員（看護職員・介護職員等）の入れ替わりがあり、大半は同一法人内の異動等で対応した
３．	転換前後で、転換病床の職員の異動はほとんど生じなかった
４．	その他（ご記入ください）

９．今回の転換における職員給与水準の変化〔近いものの番号に○を付し、該当がある場合は職種を○で囲んでください〕

１．	転換前後で、転換病床に勤務する職員のうち給与水準を変えた職種がある。 変更した職種（職員の入替を含む） 〔　医師・看護職員・介護職員・療法士・生活支援相談員・介護支援専門員　〕
２．	転換前後で、転換病床に勤務する職員の給与はほとんど変えていない
３．	その他（ご記入ください）

１０．転換後に発生した課題〔複数回答可：番号に○を付してください〕

１．	転換後施設（老健）の人員配置では、十分なケアができない
２．	転換したことによるスタッフの不満・ストレスがある
３．	採算があわない、転換後施設単体で赤字になっている
４．	資金繰りや借入金の返済が厳しい
５．	転換したことによる患者の不満がある
６．	特になし
７．	その他（ご記入ください）

１１．貴法人の転換が可能となった要因〔複数回答可：番号に○を付してください〕

１．	転換前の療養病床入院患者の状態が、転換後の老人保健施設での処遇にあうものだった
２．	療養病床を転換した場合の経営状況を試算した結果、採算がとれると判断した
３．	法人全体の経営において、今回の転換の影響は大きくなかった
４．	転換に必要な建物の増改築や資金の借入れが不要であった、または対応可能な範囲であった
５．	既に老人保健施設を保有しているため、経営ノウハウがあった
６．	転換に際し、人材の採用・退職等が不要で、そのまま移行できた
７．	行政からの指導や後押しがあった
８．	その他（貴施設における要因をなるべく詳しくご記入ください）

１２．その他、貴院が介護療養病床の転換検討でお考えになったことがありましたら、ご記入ください

（自由にご記入ください）

介護療養型医療施設の再編に関する調査研究
報告書

平成 20 **年** 3 **月**

発行:財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構
〒105-0003　東京都港区西新橋 1-5-11
第 11 東洋海事ビル
TEL：03 (3506) 8529
FAX：03 (3506) 8528

本報告書の全部又は一部を問わず、無断引用、転載を禁じます。

PJ No. 07401