

療養病床転換ハンドブック

(別冊) 転換を検討されている方に

療養病床転換ハンドブック

— (別冊) 転換を検討されている方に —

国立保健医療科学院
施設科学部 経営科学部

平成20年3月

国立保健医療科学院
施設科学部 経営科学部

1章 療養病床再編と転換先施設

- 1. 高齢者施設・高齢者住宅の全体像とは……………3～4
 - 施設系サービスの特徴
 - 住宅系サービスの特徴
- 2. 主な転換先施設の概要……………5～8
 - ①老人保健施設 ②ケアハウス ③有料老人ホーム ④高齢者専用賃貸住宅
 - ⑤認知症高齢者グループホーム ⑥特別養護老人ホーム ⑦在宅療養支援拠点
 - 病院ならびに有床診療所

2章 療養病床転換にともなう経営計画策定上の留意点

- 1. 転換先施設の収支見込みの留意点……………9～12
 - 転換計画の作成
 - 〈全体計画〉
 - 全病床全ての転換か、一部の病床の転換か
 - 経過型介護療養型医療施設・介護保険移行準備病棟を経て転換するか、最終的な転換先に直接転換するか
 - 〈転換先施設〉
 - 設備投資について
 - 収益の見込みについて
 - 入院収益から入所収益へ ●外来収益から通所収益へ
 - 費用の見込みについて
 - 〈人件費〉 〈材料費〉 〈経費〉 〈減価償却費〉 〈支払利息〉
 - 資金収支について
 - 〈法人税〉 〈資金繰り・資金借入れ〉 〈借入金返済〉

【参考資料】老人保健施設への転換に際しての経営シミュレーションにおけるポイント
- 2. 福祉医療機構の融資制度……………13～16
 - 病院、介護老人保健施設に対する融資（医療貸付）
 - 〈建築資金〉 〈機械購入資金〉 〈長期運転資金〉 〈土地取得資金〉
 - 特別養護老人ホーム・ケアハウス・認知症高齢者グループホーム等に対する融資（福祉貸付）
 - 〈設置整備資金〉
 - 療養病床転換支援資金の創設
 - 〈対象施設〉 〈その他〉 〈相談窓口〉
- 3. 住宅金融支援機構による高齢者世帯向け賃貸住宅融資制度……………17
 - 制度概要
 - 融資条件
 - 相談窓口
- 4. 高齢者向け優良賃貸住宅（高賃貸）に対する助成制度（国土交通省）……………18
 - 要求内容
 - 相談窓口

3章 建築事業に関わる留意点

- 1. スケジュール……………19～21
 - 療養病床再編に向けたスケジュール
 - 事業の全体スケジュール
- 2. 建築に関わる各種法規……………22～28
 - 法規と担当部局
 - 建築基準法
 - 〈確認申請と遡及適用〉 〈新耐震基準への適合〉 〈建築基準法改正（2007年6月）による影響〉
 - 耐震改修促進法
 - 都市計画法
 - 新バリアフリー法
 - 消防法
 - 医療法・老人福祉法・介護保険法
- 3. 主たる転換種別毎の留意点……………29～32
 - 老人保健施設
 - 有料老人ホーム
 - 高齢者専用賃貸住宅
 - 認知症高齢者グループホーム
 - 特別養護老人ホーム
 - 老人短期入所施設（ショートステイ）
 - 小規模多機能型居宅介護
 - 診療所
- 4. 施工上における留意点……………33～36
 - 現地調査
 - 施工手順
 - 敷地内や隣接地での別棟整備もしくは、大幅な拡張を伴う既存改修の場合
 - 別敷地での新築整備（サテライト含む）+既存改修 場合
 - 拡張部分が少ないにもかかわらず全面改修が必要な場合
 - 利用者への配慮
 - 設備工事
 - 〈衛生設備〉 〈空調設備〉 〈電気設備〉 〈防災設備〉
- 5. 業者選定……………37～38
 - 設計者
 - 施工業者

諮問概要

社会保障審議会介護給付費分科会（平成20年3月3日）
「介護療養型老人保健施設における介護報酬等の見直しに係る諮問について」（抄）……………39～42

1章 療養病床再編と転換先施設

1 高齢者施設・高齢者住宅の全体像とは

介護療養型医療施設（以下、介護療養病床）や医療保険が適用となる療養病床（以下、医療療養病床）の主な転換先としては、以下のものが考えられます。



個々の施設種別の概要を把握する前に、
まず高齢者施設や高齢者住宅の全体像をとらえてみましょう。

図表1は、高齢者施設と高齢者住宅の全体像を利用者像とサービスの附帯のさせ方から整理したものです。居住の場を大きく分けると〈施設系サービス〉〈住宅系サービス〉〈自宅〉になります。

図表1 施設種別とサービスの附帯のさせ方

	内包するサービス					利用者の状態像		
	医療	看護	介護	見守り	食事	重度 ←	→ 自立	
施設系サービス	○	○	○	○	○	医療療養病床(医療保険適用)	施設系サービス	
						介護療養病床		
						介護療養型老人保健施設※1		
						従来の老人保健施設※1		
		○	○	○	○	特別養護老人ホーム※1、※2		
住宅系サービス			○	○		特定施設(有料老人ホーム・高専賃・ケアハウス)※3	住宅系サービス	
			○	○		グループホーム※3		
				○	○	外部サービス利用型特定施設(有料老人ホーム・高齢者専用賃貸住宅)※4		
				○	○	健康型有料老人ホーム		
自宅				○		住宅型有料老人ホーム※5	自宅	
					○	住宅扱いの高齢者専用賃貸住宅※5		
						自宅(戸建て・集合住宅等)※6		

※1. サテライトの場合は医療と看護は本体施設と連携可。
 ※2. 看護は日中のみ、夜間はオンコールが一般的。
 ※3. 看護については加算により内包可。
 ※4. 見守りには緊急通報・生活相談・安否確認が含まれる。見守りを介護保険でカバーすると外部サービス利用型特定施設となる。この場合、サービス計画表作成も担当。
 ※5. 一般型特定施設の総量規制の関係から住宅型有老ホーム、在宅扱いの高専賃で中重度者をも対象とするケースが増加している。
 ※6. 在宅で中重度の要介護高齢者をみるためには介護保険の支給限度額を超える部分について、家族によるケアもしくは全額自己負担の上乗せ介護が必要となることが多い。それが手当てできない場合には、主として施設系サービスへの移行となる。

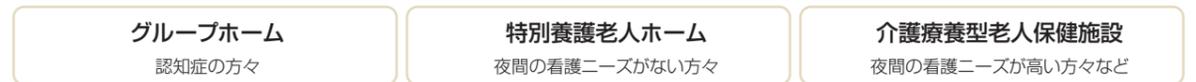
ここで、施設系サービスと住宅系サービスの概要について見てみましょう。

■施設系サービス

老人保健施設、介護療養型老人保健施設、特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、特定施設が該当します。特定施設にはケアハウス、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅などが含まれます。



施設種別によって利用者像が明確化されています。

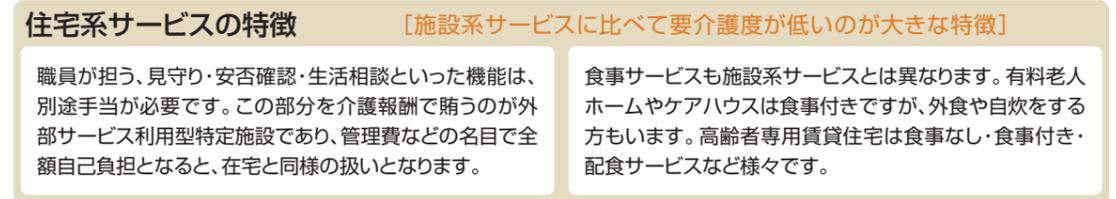


これらのなかで唯一、利用者像が固定化されていないのが老人保健施設です。在宅支援機能、居住機能、リハ機能など、現在の老人保健施設の機能は実に多様化していると言えます。

■住宅系サービス

一般型特定施設をとらない有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅、ケアハウスなどが該当します。

施設系サービスでは24時間365日にわたって介護が包括的に保障されていますが、住宅系サービスは在宅と同じ仕組みを採用しています。つまり、地域の事業所に属するヘルパーや訪問看護師が、予め決められた時間に利用者個人にスポットでサービスを届けにやってきます。もちろん、地域のデイサービスやデイケアに通うこともできます。



以上のことから、住宅系サービスの利用者像は、介護保険の支給限度額内でのスポットケアの積み重ねで生活が成り立つ方々となります。

転換のポイント

施設系サービスでは介護は24時間365日保障されていますが、医療や看護については必ずしもそうではありません。また住宅系サービスでは、医療と看護と介護、いずれもが外付けです。これらの点は、介護療養型医療施設とは大きく異なりますので留意下さい。

そうしたことから、施設系サービスや住宅系サービスに転換する際には、医療や看護を核とした在宅療養支援拠点の整備が欠かせません。在宅医療と「住まい」（有料老人ホーム、見守り等を提供する高齢者専用賃貸住宅～ここでの記載では住宅系サービスを指します）の場を組み合わせたサービス提供体制の構築も、このことを念頭においたものです。

また、図表1には記載されていませんが、地域ケア体制整備構想や地域密着型サービスの創設が示すように、今後はサービス提供圏を日常生活圏に近づけることが模索されます。このことは必然的に施設系サービスならびに住宅系サービスの規模（定員数）が小さくなっていくことを意味します。小規模老人保健施設の人員基準等の緩和、サテライト型施設の多様化とその活用による経営の選択肢の拡大は、この点を考慮したものです。

これらの点を踏まえて、事業の全体像を描くことが大切です。



2 主な転換先施設の概要

介護療養型医療施設の主な転換先としては、それぞれ次のようなものが考えられると前項で紹介しました。

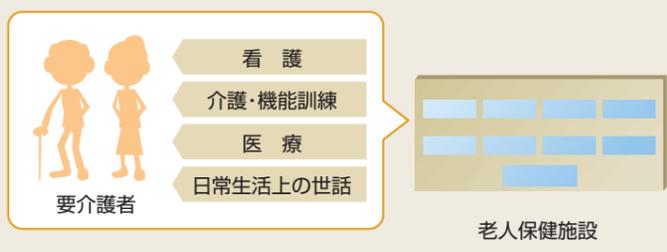
- ① 老人保健施設
(従来型・介護療養型)
- ② ケアハウス
- ③ 有料老人ホーム
- ④ 高齢者専用賃貸住宅
- ⑤ 認知症高齢者
グループホーム
- ⑥ 特別養護老人ホーム
- ⑦ 在宅療養支援拠点

ここでは、「利用者像とサービスの附帯のさせ方」からみた留意点を記載します。

※なお、施設整備上の留意点は33～36ページを参照下さい。
※特別養護老人ホーム以外は、医療法人が運営主体となることができます。

① 老人保健施設

療養病床の転換先施設として一般的に考えられているのが老人保健施設です。



要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設として、都道府県知事の許可を受けたものをいいます。
転換後の老人保健施設の定員規模によって経営シミュレーションが大きく変わりますので、定員規模を確定することが大切です。なお、入所者の状態像等の一定の要件を満たす場合には「介護療養型老人保健施設」の報酬が算定できます。

大幅な定員減が生じないよう、療養病床から転換した老人保健施設については、

- ① : 1床当たりの面積基準を6.4㎡以上とする(通常は8㎡以上)
- ② : 廊下幅の基準については、内法1.2m以上(両側に居室がある場合、内法1.6m以上)とする(通常はそれぞれ1.8m以上、2.7m以上)

という経過措置が認められています。

①については1床室あたりの面積基準が8.0㎡を満たしていない場合、平成24年度以降は減算措置がとられ、また、廊下幅、食堂・機能訓練室、医療機関と老人保健施設が併設の場合は、緩和措置が講じられます。このほか全室個室のユニット型も制度化されています。この場合、居室面積は13.2㎡以上です。

※平成18年6月21日前に着工された施設では、大規模の修繕等を行うまでは、平成24年度以降も6.4㎡でよい

② ケアハウス

日常生活上必要な便宜を供与し、老人が健康で明るい生活を送れるようにする施設です。

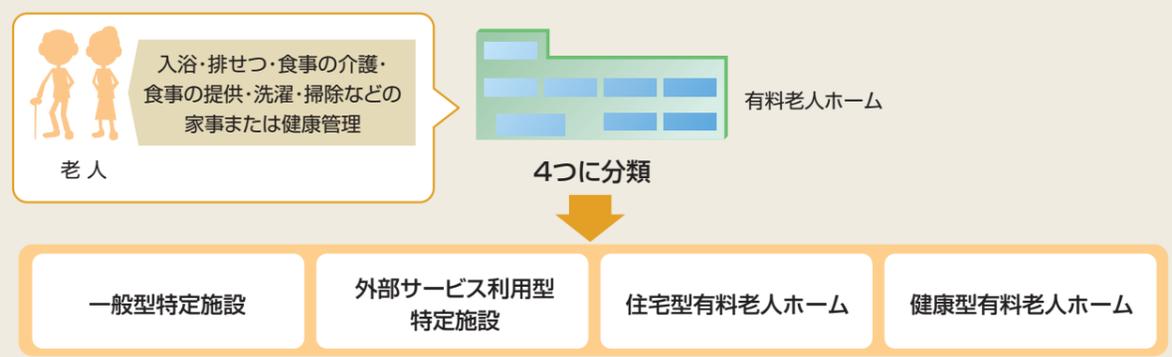


軽費老人ホームの一種です。自炊ができない程度の身体機能の低下等が認められる、または高齢等のため独立して生活するには不安がある方で、家族による援助を受けることが困難な方を対象としています。日常生活上必要な便宜を供与し、老人が健康で明るい生活を送れるようにする、低額な料金で利用できる施設です。

外部サービス利用型特定施設、一般型特定施設、在宅と同様の位置づけ、いずれも運営可能です。居室は夫婦部屋等を除いて個室が原則で、居室面積は21.6㎡以上です。

③ 有料老人ホーム

老人を入居させ、入浴、排せつ若しくは食事の介護、食事の提供、洗濯、掃除等の家事又は健康管理をする事業を行う施設です。



老人福祉施設、認知症対応型老人共同生活援助事業を行う住居、一定の基準を満たす高齢者専用住宅で定める施設でないものをいいます。都道府県に対して、届け出の義務があります。医療法人の附帯業務の見直しにより平成19年4月から設置が可能となっています。

一般型特定施設は施設系サービスですが、それ以外は住宅系サービスとなります。居室は原則として個室で13㎡以上(介護居室の場合)となっています。

④ 高齢者専用賃貸住宅

専ら高齢者又はその配偶者を賃借人とする住宅です。



高齢者の居住の安定確保に関する法律に基づく、専ら高齢者又はその配偶者を賃借人とする住宅です。医療法人の附帯業務の見直しにより平成19年5月から設置が可能となりました。

医療法人が運営可能なのは生活相談・緊急通報・見守りサービスなどを提供するものであり、何らサービス提供がなされていない高齢者専用賃貸住宅の経営は認められていません。

高齢者専用賃貸住宅自体は登録制度であり最低基準はありませんが、住宅である以上、各戸が独立し、洗面設備や便所などの設備が備わっていることが必要です。

各戸の床面積が25㎡以上(共同型の場合は18㎡以上)で、一定の要件を満たしたものは適合高齢者専用賃貸住宅に該当し、特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けて特定施設として運営することが可能です。このほか、外部サービス利用型特定施設、在宅扱いの高齢者専用賃貸住宅としての運営も可能です。

⑤ 認知症高齢者グループホーム

家庭的な環境のもとで、利用者が有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものです。

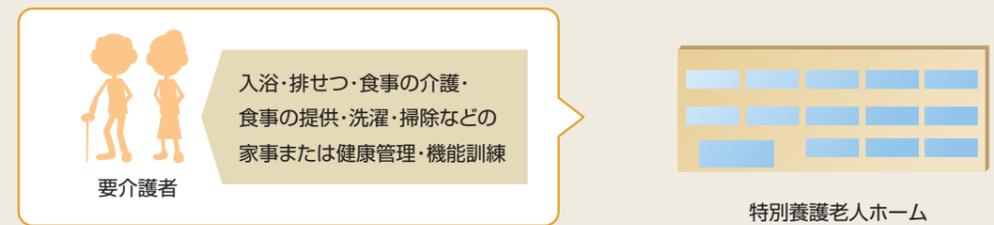


要介護者であって認知症であるものについて、その共同生活を営むべき住居において、家庭的な環境と地域住民との交流を行います。その環境の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者が有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようになります。

入所定員は5人以上9人以下で、原則個室、居室の床面積は7.43㎡以上です。

⑥ 特別養護老人ホーム

介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設をいいます。



入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設をいいます。

介護療養病床に入院している方々の平均要介護度は4.27ですが(厚生労働省:平成17年介護サービス施設・事業所調査結果の概要)、この構成に最も近いのが特別養護老人ホームです。

居室定員は4床以下ですが、定員1人当たりの居室面積は10.65㎡以上必要です。全室個室のユニット型も制度化されており、居室面積は13.2㎡以上です。特別養護老人ホームの運営には社会福祉法人の設立が必要です。

⑦ 在宅療養支援拠点

住宅系サービスに居住する高齢者に医療・看護・介護サービスを提供する拠点をいいます。



在宅療養支援診療所が中核となり、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、デイケアセンターなどと連携して、自宅のほか、ケアハウス、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅等の住宅系サービスに居住する高齢者に医療・看護・介護サービスを提供する拠点をいいます。

種別によっては、施設系サービスへも医療や看護を届けることが可能です。

病院ならびに有床診療所

介護療養病床は平成24年3月末に制度上、廃止となりますが、医療療養病床や一般病床、回復期リハビリテーション病棟に転換し、引き続き医療施設として経営していく選択肢もあります。

2章 療養病床転換にともなう経営計画策定上の留意点

療養病床再編においては、対応を求められる医療機関から「転換による事業収入の減少や病床数の減少により、収益が悪化するとともに先行きが見通せない」、「過去の療養病床整備に要した借入金の返済が滞ることが懸念される」、「過去の借入金がある中で、転換にともなう改修等の資金の調達が難しい」といった経営面での影響を懸念する声が強くなっています。

このような点に配慮し、今後さまざまな円滑な転換を促進するための支援措置がとられる予定となっていますが、医療機関は各々個別の状況を有するため、自らの状況を踏まえたうえで、独自に転換にともなう今後の経営計画を立案する必要があります。

転換による事業収入の減少や病床数の減少により、収益が悪化するとともに先行きが見通せない

過去の療養病床整備に要した借入金の返済が滞ることが懸念される

過去の借入金がある中で、転換にともなう改修等の資金の調達が難しい

転換支援措置を踏まえ、医療機関独自で転換に伴う経営計画を立案する必要

1 転換先施設の収支見込みの留意点

転換計画の作成

全体計画

●病床全ての転換か、一部の病床の転換か

【参考】

福祉医療機構の
直接貸付先

一般・療養・精神科病院の合計1,525病院
(うち介護療養病床を有する病院は390病院)

介護療養病床100%の病院は、14病院に過ぎない
(病院全体が転換するという計画は多くない可能性)

療養病床以外も含めた病床全てを転換し、全面的に老人保健施設等に転換するという選択肢もある。この場合、様々な経過措置の適用があるのかについての確認が必要。

●経過型介護療養型医療施設・介護保険移行準備病棟を経て転換するか、最終的な転換先に直接転換するか

患者の方々への影響や、職員の負担が少ない方法を選択すべき。

転換先施設

●転換先施設としての想定

- ①老人保健施設(従来型・介護療養型) ②ケアハウス ③有料老人ホーム ④高齢者専用賃貸住宅
- ⑤グループホーム ⑥特別養護老人ホーム ⑦在宅療養支援拠点 など

②～⑤については原則として個室

4床室以上の病室が7割を占める介護療養病床が、建物をそのまま用いて転換するには困難が多い

POINT

- 転換先の決定にあたっては、周辺地域の調査をおこない転換施設の需要動向を十分把握する。
- 行政の介護保険事業計画を把握するほか、周辺の高齢者数や高齢化率といった人口動向、競合施設の設置状況や利用状況、提供されているサービスに関する情報を収集、分析する。
- これらに基づき、施設種別、サービスの内容、施設のハード、居住費や食費を検討。地域において必要とされる施設となるために備えるべき条件を整理していく。

設備投資について

昭和56年以前に建設の「旧耐震建築物」(療養病床の約9万床が該当 ※平成17年3月の厚生労働省調べ)



そのまま使用し続けることは、耐震性の観点から問題がある場合も

改築を考慮に入れ検討

昭和56年以降建設の「新耐震建築物」



耐震性には問題なし

- 転換先の施設基準を考慮したうえで、必要な改修を実施
- 引き続きの使用を検討場合によっては増築も必要

※建築基準法に関する詳細は23ページを参照下さい。

収益の見込みについて

転換先を決定した後、年度ごとの収支状況を見込みます。

今までの収支実績と転換後の施設の運営実態を考慮

収益、費用の各項目について見込みを立てる

●入院収益から入所収益へ

現在の患者の要介護度等から算出した「利用者1人当たり収益」に、「転換後の施設の定員と利用率」を乗じ、「転換後の施設での収益」を見込みます。

$$〔利用者1人当たり収益〕 \times 〔転換後の施設の定員〕 \times 〔利用率〕 = 〔転換後の施設での収益(見込み)〕$$

●外来収益から通所収益へ

転換後も病院または診療所を残して外来診療を行うのか、あるいは外来診療は行わず、通所リハビリ、通所介護を実施するのかが決め、それに相当する収益を見込みます。

病院・診療による外来診療の実施



外来診療は行わず、通所リハビリ・通所介護を実施



収益は？

費用の見込みについて

人件費

- **給与費**：各職種ごとに積算を行ったうえで、全体の人件費率を計算し、その額が平均値等と比較して低すぎないか確認する
- **法定福利費**：既存の給与費の割合を算出し、給与費に乗じて算出する
- **退職給与費**：通常の退職金は人件費の実績の中に織り込まれているので、さらに見込む必要はない（ただし療養病床の廃止に伴う人員整理のために退職してもらう場合は、事業主の都合によるもののため、特別分として見込む必要がある）

材料費

- **医療材料費**：療養病床から老人保健施設に移行した際、当初は入所者の状態像が大きく変わらないと想定され、直ちに投薬量が減少するとは考えられないため、必要な購入代金を見込む
※転換後に外来診療を全く行わないのであれば、その分の医療材料費は減少するが、現在の老人保健施設の水準まで減額することは考えにくい。
- **給食材料費**：利用者数に比例するため、それぞれの施設の給食材料費率を用いても大きな誤差は無い

経費

- **委託費**：収入の一定割合で発生する変動費と考える＝費用率を用いて積算することが可能（ただし、院内清掃や保守管理など、利用者数や収入額に関係なく一定額かかるものもあるため、注意が必要）
- **病院のリース料**：多くが医療機器等のリースのため、老人保健施設に移行した場合には、老人保健施設のリース料の一般的な水準まで下がることが期待できる（ただし、一般的にリース契約期間中の解約は困難なため、経過期間内に順次満了すると仮定した場合、詳細に積算する場合には、実際のリース契約の満了時期と更新が必要な機器の選別を行う）
- **地代家賃**：同じ土地、同じ建物を利用している以上は賃借料を引き下げることは困難。転換しても地代家賃は変更なしとして計算する
- **その他の経費**
 - **光熱水費・修繕費**：利用者の増減よりは建物等の大きさや構造に影響されることが大きく、急激な減額は困難。収支計画は、実績を踏まえた上でどこまで削減が可能かを判断し、実行面での削減努力が必要
 - **固定資産税**：評価額に基づいて課税されるため、転換しても基本的には変化なし

減価償却費

- **実際に保有する固定資産の将来推計額を踏まえて計上する**
※他の費用とは異なり内部留保される費用のため、多めに計上すると法人税等は低くなるが、その金額を維持するための固定資産を取得していることになるため、固定資産取得計画との整合性を保つことが必要。
- **転換時に施設整備等を行う場合には、その部分の減価償却費も別途計上する**

支払利息

- **新たな設備投資資金や運転資金等の借入れが必要な場合は、既往の借入金の支払利息を確定させたうえで、新たな借入金にかかる支払利息を計上する**

資金収支について

法人税

- **すべての収益と費用を計算した後、法人税等を計算する。税金は病院という施設の損益にかかるものではなく、法人全体の損益に課税される（また、その他の事業がある場合は、それらを合算して税額計算する必要がある）。**

資金繰り・資金借入れ

- **単年度で資金不足が生ずる場合は、短期での借入れを検討、その利息を別途計上する必要がある**

借入金返済

- **課税後の利益と減価償却費等、内部留保された資金の合計額（課税後償却前利益）が借入金の返済財源として見込める額となる**

課税後償却前利益が年間の借入金返済額よりも小さい場合は、事業全体の見直しを行う必要がある

なお、介護療養型医療施設の老人保健施設への円滑な移行のため、(財)医療経済研究機構において「介護療養型医療施設の再編に関する調査研究」事業が実施されており、その中で介護療養型医療施設の老人保健施設への転換シミュレーションがおこなわれています。

このシミュレーションは一定の仮定のもと、公表データなどから施設転換の平均像を描出しているものです。もちろん個々の機関の転換後の状況にそのまま適用できるものではありませんが、ここで得られた知見は、今後、自らのシミュレーションを実際にも実施しようとする機関にとっても参考になるものと考えます。

以下の参考資料は、この研究事業で実施された経営シミュレーションにより得られた知見のポイントをまとめたものです。ぜひ参考にしてください。

※なお、平成18年度「介護療養型医療施設の再編に関する調査研究」事業の概要については、下記URLにて掲載されていますので、ご参照ください。
<http://www.ihep.jp/publish/report/h18.htm>

参考資料 老人保健施設への転換に際しての経営シミュレーションにおけるポイント

個別の医療機関が経営シミュレーションを実施する際に重要となる視点を以下に示します。

入所者像 要介護度は収入、医療区分は支出との関係で整理

- 転換先の老人保健施設の入所者像が、どのような状態になるのかを想定することは、シミュレーションの基本となります。現在の入所者の「要介護度」と「医療の必要度（医療区分）」をもとに、地域の他施設の状況などを勘案しながら、転換後の入所者像をシミュレーションすることが第一歩となります。
- 介護保険施設の入所者は、約4分の3が保険給付（介護報酬）によっています。要介護度の分布によって収入は大きく異なります。
- 医療の必要度は、医薬品費の支出をシミュレーションする上で、ポイントとなります。

職員配置とケアの質 入所者像に適合した職員配置

- 入所者像（介護と医療の必要度）のシミュレーションに基づいた施設の職員配置を検討します。
- 法令上の配置基準ではなく、それぞれの施設がケアの質を担保するうえで必要であると考えられる人員配置を検討することが重要です。
- 施設種別によって、求められる職員の専門能力や経験が異なる場合があります。職員の専門性や経験年数等の違いによって給与単価が異なることから、異動なども含めた職員配置の可能性を検討する必要があります。

給与費 医師の役割の変化に伴い、給与水準をどの程度に設定するかがカギ

- 労働集約型産業の介護施設では、給与費が支出の5割から6割を占めます。また、「医師給与」が老人保健施設における給与費の1割前後を占めています。
- 一般的に療養病床よりも老人保健施設の方が医師の給与水準が低い。療養病床から転換した段階で、医師の役割の変化に伴い、どの程度まで医師給与の水準を調整できるかがポイントとなります。
- 老人保健施設では、常勤医師1名の配置が義務付けられているため、中規模以下の施設では医師の配置が収支上の負担になる場合があります。一方で、外来などの医療機関を併設している29床以下の老人保健施設では、医師を共有することができるため、効率的な運営を行うことができる場合があります（医療機関併設型小規模老人保健施設）。

※上記のデータは、いずれも介護事業経営実態調査からのデータに基づいています。

その他の費用 委託先の再検討や効率化による圧縮がどこまで可能か？

- 介護事業経営実態調査などで「その他費用」と分類される各種委託費（検査・清掃・機材メンテナンスなど）、職員の福利厚生費、光熱費等は、一般的に支出の約4分の1に相当します。
- その中には職員数や利用者数規模の縮小にともない縮減される費用（給食材料費や職員福利厚生費など）と、転換に伴い病床数が減少した場合でも費用を縮小することが難しい固定費（エレベータ維持管理、清掃費など）としての費用が含まれています。
- 施設の建物を増築せずに老人保健施設へ転換すると入所定員の減員に伴い収入が減少する場合がありますが、建物の規模は変化しないため、固定費は大きな負担となります。
- 外部委託先の見直しなども含め、費用圧縮の可能性を探ることも非常に重要になります。
- また、老人保健施設が他の施設（医療機関等）に併設することとなる場合、他の施設との間でエレベータなどの設備を共有することがあります。「その他費用」を検討する際には、このような共有設備の費用など明確に区分できない費用についても、按分して老人保健施設の負担とすべき金額を算出した上で、具体的な検討をする必要があります。

2 福祉医療機構の融資制度

病院、介護老人保健施設に対する融資（医療貸付）

建築資金

● 病院の建築資金

- 新築資金 = 病床不足地域における新設計画への融資
- 甲種増改築資金 = 病床不足地域における増改築計画（移転新築、全面取壊し新築を含みます）への融資
- 乙種増改築資金 = 充足地域における増改築計画の融資

融資の限度額

標準建設費（※1）の80%（一般病床及び療養病床の病床数200床未満の病院に対する建築資金については90%）以内
または7億2千万円（平成19年度にあっては、療養病床を有する病院の場合は12億円）のいずれか低い額

● 老人保健施設の建築資金

- 新築資金 = 新設計画への融資
- 乙種増改築資金 = 増改築計画（移転新築、全面取壊し新築を含みます）への融資

融資の限度額

標準建設費（※1）の75%（現在開設している病院の療養病床を転換して老人保健施設とする場合は90%）以内
または7億2千万円（一定の場合に加算があります）のいずれか低い額

$$(\ast 1) \text{ 標準建設費} = \text{融資対象面積} \times \text{建築単価} + \text{設計監理費}$$

① 融資対象面積 … 実際の建物延床面積と標準建築面積のいずれか少ない方の面積を融資対象面積とします。

区分	単位	標準建築面積
病院施設	病床1床当たり	60m ²
介護老人保健施設	収容定員1人当たり	45m ²
付属施設	看護師宿舎	収容人員1人当たり
	職員宿舎	1戸当たり
	保育施設	利用人員1人当たり
		33m ²
		84m ²
		11m ²

② 建築単価 … 実際の建築単価と次表の標準建築単価のいずれか低い方の単価を建築単価とします。

(1m²当たり円)

区分		青森県から鹿児島県まで		北海道地域	
		病院施設	付属施設	病院施設	付属施設
耐火	5階以上	219,600	214,800	226,500	221,200
	4階以下	206,700	201,500	213,000	207,300
準耐火		176,200	182,800	182,300	192,400
その他		142,000	142,700	147,800	148,400

③ 設計監理費 … 実際の設計監理料と「①の面積に②の単価を乗じた金額の5%の額」のいずれか低い額とします。

機械購入資金

● 病院の機械購入資金の融資の限度額

1品の価格が30万円以上の機械器具備品の購入価格の80%の額 または 次の額 のいずれか低い額

病床数40床以下	4,500万円
病床数41～80床	6,000万円
病床数81床以上	7,500万円

● 老人保健施設の機械購入資金の融資の限度額

1品の価格が20万円以上の機械器具備品の購入価格の75%の額 または 5,000万円 のいずれか低い額

※いずれも、融資の対象となるのは、新設（新築資金）に伴い必要な場合と、災害を受けたために更新を必要とする場合に限られています。

長期運転資金

● 病院の長期運転資金の融資の限度額

所要資金の80%以内の額 または 1,500万円（ただし病床数×15万円の範囲内）のいずれか低い額

● 老人保健施設の長期運転資金の融資の限度額

所要資金の75%以内の額 または 1,000万円 のいずれか低い額

※いずれも、融資の対象となるのは、新設（新築資金）に伴い必要な場合と災害を受けたために更新を必要とする場合に限られています。

土地取得資金

土地取得資金の融資の対象

病院の新築資金、甲種増改築資金
（増床事業、移転事業）に伴う場合

老人保健施設の新築資金、増改築資金
（入所定員の増又は移転事業）に伴う場合

病院と老人保健施設の場合は、当該土地が取得済みのものであっても、借入申込年度の前年度4月1日以降に取得したものであれば、融資の対象となります。ただし、土地取得資金のみの融資は行いませんので注意が必要です。

● 融資の限度額

次の算式で得た金額と3億円のいずれか低い額

$$\text{融資対象面積} \times \text{標準土地取得単価} \times \text{施設ごとの融資率}$$

$$\text{融資対象面積} \times \text{標準土地整備単価} \times \text{施設ごとの融資率}$$

① 融資対象面積 … 融資の対象となった建物の面積（標準面積を限度とします）の3倍と
実際の土地取得面積（実測面積）のいずれか少ない方の面積を融資対象面積とします。

② 標準土地取得単価及び標準土地整備単価 … 実際の土地取得（整備）単価と次表の単価の
いずれか低い方の単価を標準土地取得単価及び
標準土地整備単価とします。

(1m²当たり円)

区分	土地取得単価			土地 整備単価
	1階～3階	4階～5階	6階以上	
別表の地域	33,500	50,250	67,000	16,700
別表以外の地域	19,700	29,550	39,400	9,800

特別養護老人ホーム・ケアハウス・認知症高齢者グループホーム等に対する融資（福祉貸付）

設置整備資金

●特別養護老人ホームの設置整備資金（建築資金と設備備品整備資金の合計額）の融資の限度額

$$\text{融資限度額} = (\text{基準事業費} - \text{法的・制度的補助金}) \times \text{融資率}$$

- ① **基準事業費** … 福祉医療機構が定める基準単価を用いて算出した基準事業費の合計額と実際事業費の合計額とのいずれか低い額を基準事業費とします。

貸付金の種類	対象費用	基準事業費
建築資金	【建築工事費】 特殊付帯設備工事費、特殊工事費に該当しない一切の工事費 【敷地造成工事（敷地の造成、整地、擁壁工事に要する費用）を含む。】	1人（1施設）当たりの基準単価×利用人数（施設数）
	【特殊付帯設備工事費】 介護用リフト等特殊付帯工事費・介護用リフト等の整備に要する費用	1施設当たりの基準単価
	【特殊工事費】 ・解体撤去工事費・既存建物の解体、撤去工事に要する費用 ・仮設施設整備工事費・仮設施設の建築工事に要する費用	1人（1施設）当たりの基準単価×利用人数（施設数）
	【設計監理費】 建物の設計及び監理に要する費用	建築工事費、特殊付帯設備工事費及び仮設施設整備工事費の5%
設備備品整備資金（同資金単独申込みの場合）	機械器具、備品の購入、取付工事等に要する費用	1人（1施設）当たりの基準単価×利用人数（施設数）
土地取得資金 （創設法人の場合は、お申込みできません。）	施設の用に供するための土地の取得に要する費用	実際土地取得単価×融資対象建物の建築確認上の延床面積×3倍 （実際土地取得面積が融資対象建物の建築確認上の延床面積×3倍に満たない場合は、実際土地取得費が基準事業費になります。）

■建築工事費の基準単価

（単位：円）

			A地域	B地域	C地域
特別養護老人ホーム	従来型	都市部	9,800,000	9,400,000	9,000,000
		標準	9,000,000	8,700,000	8,300,000
	ユニット型	都市部	13,000,000	12,400,000	11,700,000
		標準	11,900,000	11,400,000	10,800,000
特別養護老人ホーム 老人ショートステイ用居室	従来型	都市部	4,400,000	4,300,000	4,000,000
		標準	4,100,000	4,000,000	3,800,000
	ユニット型	都市部	6,000,000	5,800,000	5,500,000
		標準	5,600,000	5,400,000	5,100,000
ケアハウス	都市部	10,800,000	10,300,000	9,800,000	
	標準	9,900,000	9,500,000	9,000,000	
認知症対応型高齢者グループホーム			74,000,000		
小規模多機能型居宅介護事業所			100,900,000		
有料老人ホーム			10,100,000	9,700,000	9,200,000

A地域…青森県、岩手県、福島県、東京都、富山県、山梨県、長野県、沖縄県

B地域…北海道、宮城県、秋田県、山形県、茨城県、神奈川県、新潟県、石川県、岐阜県、静岡県、三重県、京都府、大阪府、奈良県、鳥取県、広島県、熊本県、鹿児島県

C地域…栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、福井県、愛知県、滋賀県、兵庫県、和歌山県、島根県、岡山県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、長崎県、大分県、宮崎県

（注）認知症対応型高齢者グループホームは1ユニット当たりの、小規模多機能型居宅介護事業所は1施設当たりの、それ以外は定員基準単価です。
有料老人ホームは、特定有料老人ホームも一般有料老人ホームも同じ基準単価です。ただし、これらについては融資の対象が限られていますので注意下さい。

■特殊付帯設備工事費の基準単価

1施設当たり 18,400,000円

（注）「社会福祉施設等施設整備費における介護用リフト等特殊付帯工事の取扱い」について（平成17年10月5日社援発第1005008号）における介護用リフト等整備費、資源有効活用整備費、民間社会福祉施設特別整備費及び消滅設備整備の対象経費に該当する事業を整備する場合に加算することができます。

■解体撤去工事費・仮設施設整備工事費の基準単価

■設計監理費の基準額

建築工事費、特殊付帯設備工事費及び仮設施設整備工事費の5%

- ② **法的・制度的補助金** … 以下のものを言います。

- 国庫補助金（都道府県等の負担部分を含む）
- 都道府県・市町村が交付する交付金（地域介護・福祉空間整備等交付金等）
- 地方公共団体が補助要綱を明示し交付する独自の補助金
- 日本自転車振興会補助金
- 日本小型自動車振興会補助金
- 日本船舶振興会（日本財団）補助金
- 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構助成金
- 中央競馬主社会福祉財団助成金
- 子ども未来財団助成金

・上記のほか、福祉医療機構が別に定める補助金

- ③ **融資率** 原則は75%ですが、療養病床転換のための整備事業の場合は90%です。

療養病床転換支援資金の創設

療養病床の転換にあたっては「過去の療養病床整備時の債務負担のため、新たに業務転換を行う資金的な余裕がない…」 「老人保健施設等に転換すると事業収入が大幅に減少することが見込まれ、返済計画が策定できず、転換がなかなか進まない…」などの状況が推測されます。

このため、過去に療養病床整備に要した債務の負担軽減を図り、転換後に事業収入が減少しても経営の安定性が確保できるように、既往債務の円滑な償還①民間金融機関からの既往債務の円滑な償還 ②療養病床の整備に伴う医療福祉機構既往債務の償還期間の延長を行う支援資金を創設する予定です。

検討中の支援資金の概要は以下の通りです。

対象施設

療養病床を、地域ケア体制整備構想に沿って老人保健施設、ケアハウス、有料老人ホーム等へ転換する病院または診療所

■療養病床整備に伴う医療福祉機構既往貸付金の償還期間の延長

- ① **延長の対象範囲** 既往貸付金のうち、療養病床整備相当分に限り
（なお、療養病床を一般病床や他施設と一体となって整備したため、療養病床整備分の貸付金が明確でない場合は、貸付金を転換する療養病床数と療養病床以外の病床数とで按分した額を療養病床分の貸付金とみなし、病床数で按分できない場合は、専有面積按分した額を療養病床分の貸付金とみなす）
- ② **延長期間** 10年以内（ただし、延長期間を含む償還期間は30年以内）

■療養病床整備に伴う、民間金融機関からの既往債務の円滑な償還のための支援制度の創設

- ① **貸付金の使途**
転換前の療養病床の新築、増改築、改修のために、民間金融機関（預金取扱機関）から債務（民間金融機関から返済条件等の緩和措置を受けていないものに限る）であって、転換後の施設が引き継ぐこととなる債務のうち、設備・運転資金を除く債務の円滑な償還。
- ② **貸付金額** 次のいずれか低い額の範囲内とする。
 - 当該借入金の残高
 - 転換する療養病床の建物の現存価額から療養病床の整備のために交付された補助金相当額及び福祉医療機構貸付金残高を控除した額
 - 次の算式により得られる額から療養病床の整備のために交付された補助金相当額及び福祉医療機構貸付金残高を控除した額

$$\text{療養病床整備標準建築面積} \times \text{標準建築単価} \times \text{転換する療養病床数} \times \text{経過年数} / \text{耐用年数（39年）}$$

※なお、療養病床を一般病床や他施設と一体となって整備したため、療養病床整備分の借入金残高が明確でない場合は、借入金残高を転換する療養病床数と療養病床以外の病床数とで按分した額を療養病床分の借入金残高とみなし、病床数で按分できない場合は、専有面積按分した額を療養病床分の借入金残高とみなす。

- ③ **貸付限度額** 7億2千万円
- ④ **償還期間・据置き期間** 20年以内（据置き1年以内）。※ただし、償還期間は貸付対象施設の建物整備時から起算し30年を限度とする。
- ⑤ **利率** 財投金利と同率とする
- ⑥ **担保** 貸付金額を超える残存評価を有する不動産担保を徴求する。なお、転換後の施設の敷地及び建物は原則として担保に徴求する。
- ⑦ **連帯保証人** ・借入者が法人の場合は、理事長を含む役員2名以上
・借入者が個人の場合は、2名以上（対象施設が診療所の場合は、1名以上）。

その他

- 平成20年度から23年度までの時限措置とする。
- 期間延長又は借入申込みに当たっては、転換計画書及び当該計画が地域ケア体制整備構想と合致している旨の都道府県知事の証明書の提出を求める。
- 本貸付は、全て直接貸付とする。

相談窓口

- **本部（東京）**：石川県、岐阜県、三重県以東の地域での計画
- **大阪支店**：福井県、滋賀県、奈良県、和歌山県以西の地域での計画
（病院及び老人保健施設については、沖縄県の案件は沖縄振興開発金融公庫の取扱いとなります）

本部 〒105-8486 東京都港区虎ノ門四丁目3番13号（神谷町セントラルプレイス9階）
〔病院、老人保健施設の相談〕
医療貸付部融資相談室 TEL (03)3438-9940 FAX (03)3438-0659
〔特別養護老人ホーム、ケアハウス等の相談〕
福祉貸付部融資相談係 TEL (03)3438-9298 FAX (03)3438-0583

大阪支店 〒541-0054 大阪市中央区南本町三丁目6番14号（イトウビル3階）
〔病院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム等の相談〕
融資相談課 TEL (06)6252-0218 FAX (06)6252-0240

3 住宅金融支援機構による高齢者世帯向け賃貸住宅融資制度

■ 制度概要

住宅金融支援機構(旧・住宅金融公庫)では、一定の居住面積やバリアフリー性能を有するなど、高齢者世帯に適した良好な居住性能等を有する賃貸住宅の建設に対し、必要な資金の貸し付けを行っています。

■ 融資条件

● 融資額

所要額×100%

● 金利(平成19年5月決定の金利)

15年固定	2.64%	35年固定	3.12%
-------	-------	-------	-------

● 償還期間

35年以内

● 対象住宅の主な要件

1戸当たりの床面積	原則25㎡以上	宅部分の延べ面積	200㎡以上	敷地面積	165㎡以上
その他	高齢者向け賃貸住宅の場合は、バリアフリー住宅(住宅性能表示制度の高齢者等配慮対策等級2相当以上)で、かつ、高齢者円滑入居賃貸住宅登録制度への登録を要件とする。				

参考 高齢者居住法における3つの類型



■ 相談窓口 下記に記載されている、お近くの各支店に相談ください。

支店名	住所	電話番号
北海道支店	〒060-0003 北海道札幌市中央区北3条西13丁目3番地13	011-261-8301
東北支店	〒980-0812 宮城県仙台市青葉区片平1-3-18	022-227-5012
北関東支店	〒371-8588 群馬県前橋市千代田町1-8-8	027-232-6170
首都圏支店	〒112-8570 東京都文京区後楽1-4-10	03-3812-1111
東海支店	〒464-8621 愛知県名古屋市中区新栄3丁目20番16号	052-263-2918
北陸支店	〒920-8637 石川県金沢市丸の内4-12	076-233-4251
近畿支店	〒541-8546 大阪府大阪市中央区南本町4丁目5番20号	06-6281-9260
中国支店	〒730-0011 広島県広島市中区基町8番3号	082-221-8694
四国支店	〒760-0017 香川県高松市番町2丁目10番8号	087-825-0621
九州支店	〒810-8657 福岡県福岡市中央区天神4-1-37	092-722-5018
南九州支店	〒862-0950 熊本県熊本市水前寺2丁目16番11号	096-387-3701

4 高齢者向け優良賃貸住宅(高優賃)に対する助成制度(国土交通省)

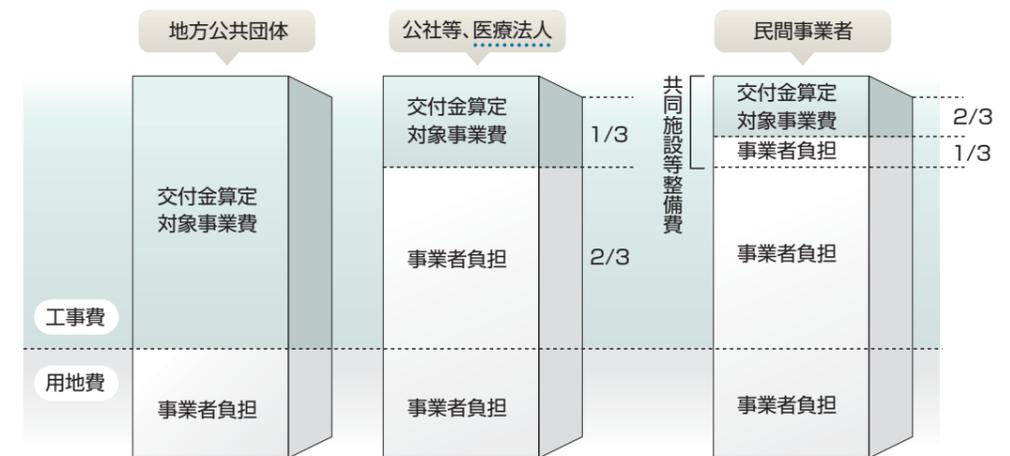
国土交通省では、高齢者向け優良賃貸住宅(高優賃)の整備費等に対し、地域住宅交付金制度による助成を行っています。平成20年度は、医療法人が高齢者向け優良賃貸住宅を整備する場合の支援措置の拡充について予算要求が行われています。

■ 要求内容

医療法に基づく医療法人業務に一定の高齢者専用賃貸住宅の供給が新たに追加されたことを踏まえ、医療法人による医療サービスと連携した良質な賃貸住宅の供給促進を図るため、地域住宅交付金制度における整備費助成について、社会福祉法人等と同様の支援を行うことが要求されています。

事業主体	助成対象工事	助成額
地方公共団体	全体工事	左記の工事費の2/3の概ね45%
地方住宅供給公社、社会福祉法人等、 <u>医療法人</u>	全体工事	左記の工事の1/3の概ね45%
民間事業者	共同施設等整備	左記の工事費の2/3の概ね45%

整備費助成のイメージ



※交付限度額は、交付金算定対象事業費の概ね45% (下線……部が予算要求事項)

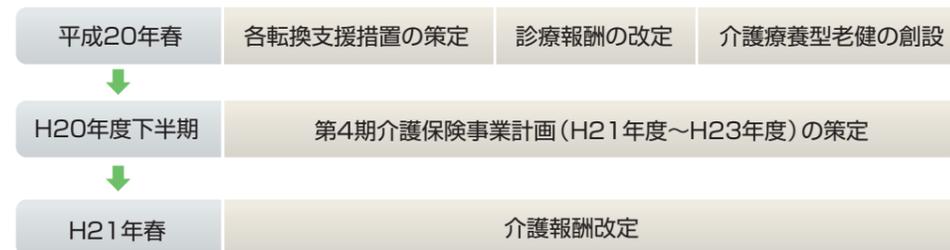
■ 相談窓口

地域住宅交付金に関する相談は、都道府県の住宅部局に相談ください。

3章 建築事業に関わる留意点

1 スケジュール

療養病床再編に向けたスケジュール



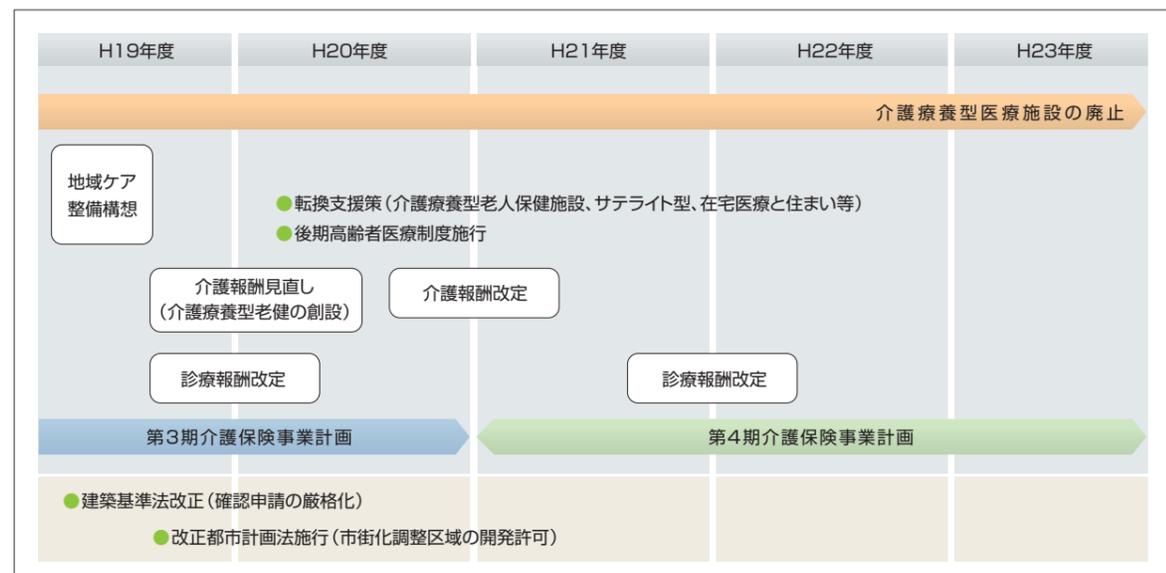
第4期介護保険事業計画の介護保険料を確定させるうえでサービス量を見込む必要があるため、各自治体はそれぞれの事業者が何年度にどの施設種別へと転換するのかについて、事業者の意向を尊重したうえで、方針を確定するよう要求してきます。療養病床再編および地域ケアに関する国や各都道府県の方角性を理解したうえで、転換後の事業イメージと具体的な転換先の施設を決定することが望まれます。
(その内容やスケジュールは自治体によって異なりますので、都道府県ならびに市区町村に確認ください。自治体によっては独自の転換支援策を講じる場合もあります)

なお、第3期介護保険事業計画における定員枠の弾力化が可能となっているほか、第4期介護保険事業計画では、療養病床からの転換分については必要定員数の超過を理由とする指定拒否などは生じないよう配慮がなされています。

注意が必要!

介護療養病床はH23年度末で廃止が決定されていますが、時間を要する建築工事を伴う場合(全面建て替え、サテライト整備+既存改修、使用しながらの段階的な既存改修)は、複数年度事業となることが多く、遅くともH22年度中の着工が必要です。そのため、逆算してH21年度には事業申請を行う必要があると考えて下さい。

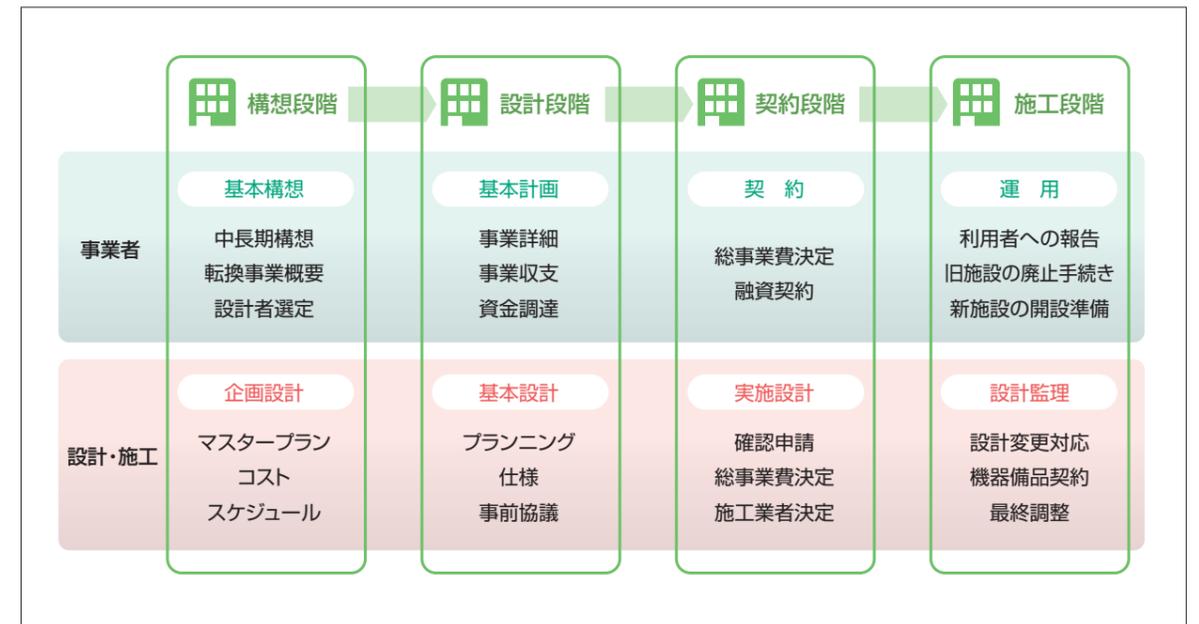
図表1 療養病床再編に向けた主なスケジュール



事業の全体スケジュール

医療法人からみた転換事業の全体スケジュールの概略を示したものが図表2です。各段階別にみた検討内容と留意点は下記の通りです。

図表2 事業スケジュール



● 構想段階

- 自院の中長期的構想を描き、そのうえでH23年度末までの転換先を決定
- 事前の協議
事業全体＝都道府県ならびに市町村の医療福祉部局
建築物＝建築指導課や都市計画課ならびに消防
資金計画＝福祉医療機構などの金融機関との折衝が必要
(詳細なスケジュールや協議書の内容は自治体によって異なるので、個別に確認)
- 関係者との協議と並行して設計者を選定、構想を企画設計に落とし込み、マスタープラン、コスト、スケジュールを決定。
(現地調査、敷地条件、整備予定建築物のボリュームチェック、建築に関する自治体独自の条例の把握、資金計画の立案、交付金申請手続きの確認などが必要)

※市街化調整区域における開発許可(都市計画法)、用途変更(建築基準法)、耐震診断(耐震改修促進法)についてもこの時点で確認する。

● 設計段階

- 事業の詳細を検討しつつ、資金計画を固める。
- 企画設計から基本設計へと進み、具体的な仕様(プランニング、デザイン、仕上げの材料、設備と構造の方式)を決める。
- 建築指導課ならびに消防との詳細な打ち合わせも必要。各自治体が定める事前協議もあわせて行う。

● 契約段階

- 総事業費を決定し、建築確認申請を行うとともに、施工業者を決定する。

※19年6月末の建築基準法の改正によって確認申請が厳格化され、申請内容の変更も厳格化され、スケジュール的にも注意が必要になりました。
※殆どの事例で転換を支援するための交付金や助成金(P.13参照)を活用すると考えられますが、必要な提出書類は自治体によって異なりますので、事前に確認を要します。

● 施工段階

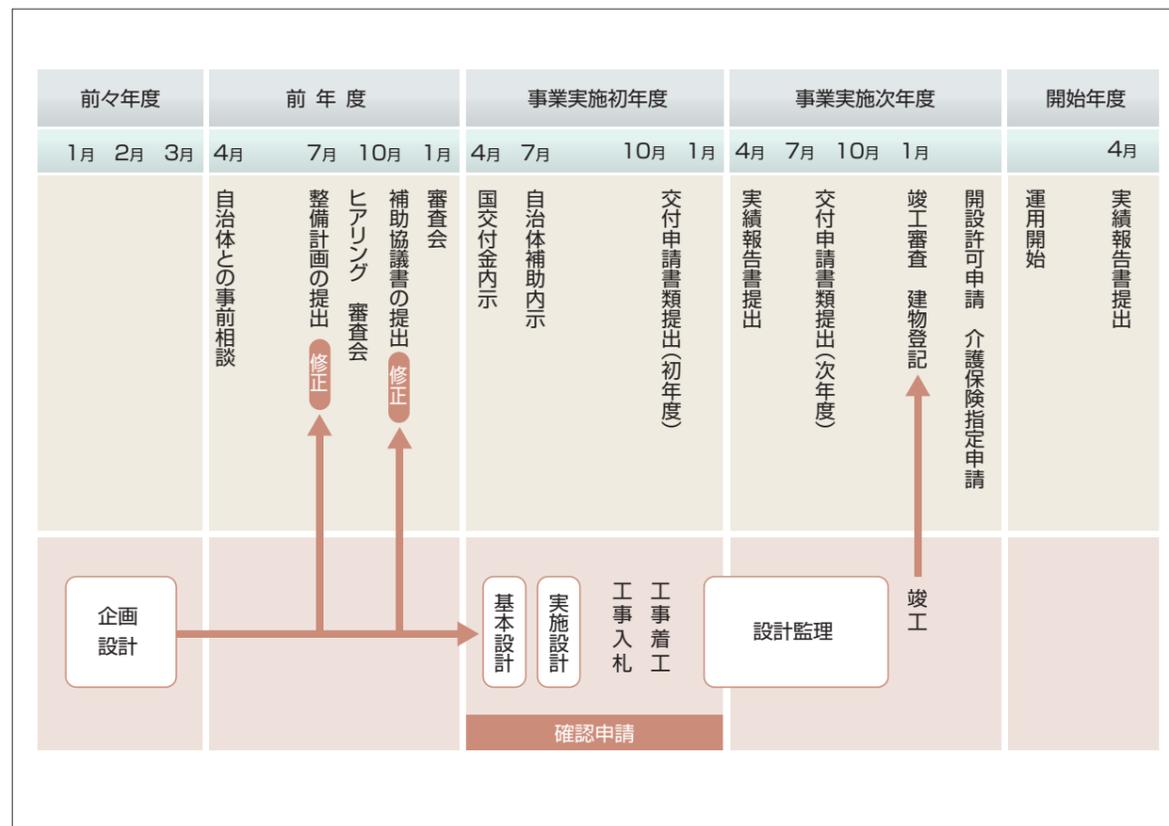
- 建物を使用しながら改修を行う場合には、利用者との調整や運営継続への対応を含めて検討事項が多岐にわたる。
- 工事に関しては、建築確認申請の有無に関わらず、消防との調整を行うことが必要です。

通常、交付金を用いた施設整備では自治体の議会承認が必要なこともあり、そのスケジュールは各自治体とも概ね図表3のようになっています。

例えば、H22年度とH23年度で事業を実施する場合（改修工事が複数年度にわたる場合）には、H21年度の夏頃には企画設計を固めて整備計画書を提出して手続きしなければなりません。構想から工事着手までには、予想以上に時間を要します。

なお、療養病床転換に限っては年末から年明けに開催される審査会に間に合うように必要な書類を用意すればよいとする自治体もありますし、交付金内示を経て支給に至るまでの期間がどの程度短縮されるかも、自治体によって異なる場合があります。自治体とよくご相談下さい。

図表3 交付金と事業スケジュール（特別養護老人ホームの場合の例）



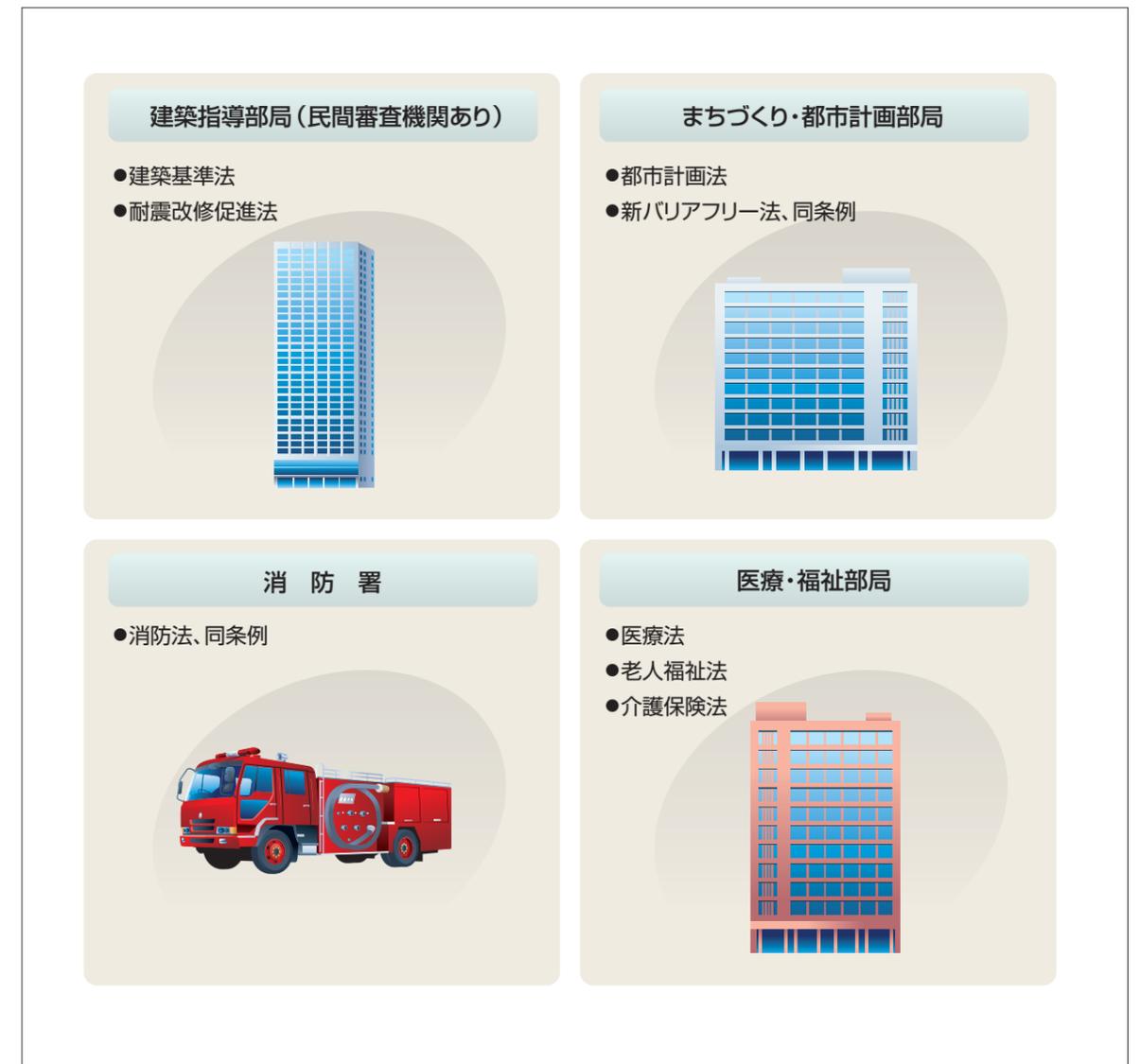
2 建築に関する各種法規

法規と担当部局

建築工事を進めるにあたって留意すべき法令と、自治体の担当部局をまとめたものが図表4です。

医療や福祉の関係部局のほか、建築指導・都市計画部局、消防署など多方面との打ち合わせが必要です。

図表4 療養病床転換に関わる関連行政機関



建築基準法

確認申請と遡及適用

建築基準法は数年毎に改正を重ねています。このため既存建築物は現行の建築基準法に適合していないことがしばしばあります。そのような建築物を「既存不適格建築物」と呼びますが、竣工時の状態で使用する限りにおいて、現行の規定は及びません。

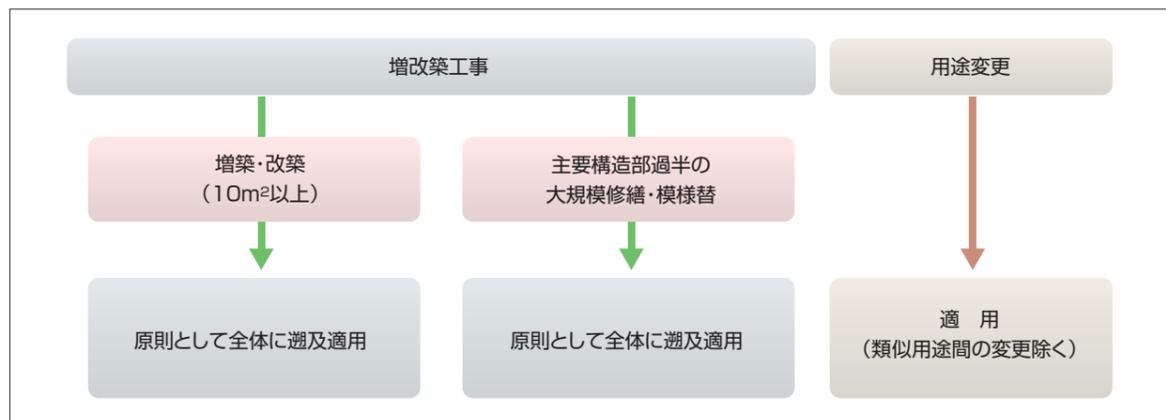
しかし、こういった建築物を確認申請が必要なレベルで改修する場合には、緩和規定が設けられている場合を除き、現行の建築基準法へ適合させることが求められます。竣工後に改正された新たな法律が過去の建築物に遡って適用されるからです（これを一般に遡及適用と言います）。

● 確認申請について

確認申請が必要な場合は以下の3つに分かれます。

- ① 延べ床面積10m²を超える建築工事（増築・改築・移転新築など）
- ② 主要構造部（壁・柱・床・梁・屋根・階段）一種以上について行う過半の修繕・模様替え
- ③ 用途変更（例えば病院から福祉施設へ、病院から共同住宅へなど）

図表5 確認申請と建築基準法の遡及適用



① 延べ床面積10m²を超える建築工事（増築・改築・移転新築など）

10m²以上の増築を行う場合が該当。
エキスパンション・ジョイントで既存建築物に10m²以上の増築をする場合も必要。

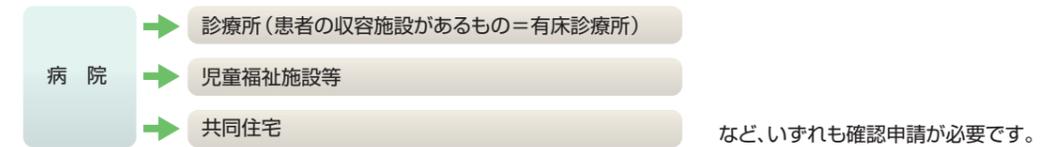
- 消防法や老人福祉法などの関係からバルコニー設置（後述）を新たに求められた場合には、それだけで10m²以上の増築になることがあり、この点には留意が必要です。
- 既存建築物への増築ではなく、別棟として整備する場合には別棟のみの確認申請でかまいません。ただし、別棟に関する解釈は自治体によって異なりますので、予め建築指導課に確認が必要です。

② 主要構造部（壁・柱・床・梁・屋根・階段）一種以上について行う過半の修繕・模様替え

主要構造部とは、防災上の考え方としての構造部を指し、ストラクチャーとしての構造を指す「構造耐力上主要な部分」とは異なる。

- 居室面積や廊下幅を調整するために廊下と居室の間の壁を過半にわたって修繕する場合には、避難経路を変更することとなり、「主要構造部」に該当することがある。

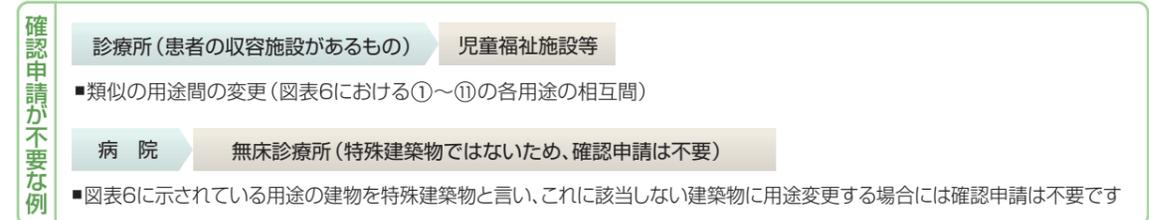
③ 用途変更（例えば病院から福祉施設へ、病院から共同住宅へなど）



殆どの高齢者施設は児童福祉施設等に該当しますが、老人保健施設は介護保険法に基づく施設であると同時に、医療法で定める医療提供施設に該当しますので、建築基準法での取り扱いとは明確ではありません。

多くの自治体は児童福祉施設等として扱っていますが、病院敷地内の場合には病院として扱い、それ以外では児童福祉施設等として扱う自治体もありますので、この点は個別に確認する必要があります。

高齢者専用賃貸住宅は共同住宅として扱う自治体が大半ですが、寄宿舍、児童福祉施設等として扱う自治体もあります。サービス提供体制を確認したうえでケース毎に判断する自治体もあります。



● 遡及適用について

- 用途変更のみ（①と②には該当しない）の確認申請においては、遡及適用となる項目が限定されています（防火、採光換気、遮音など）。
- さらに、図表6に示す第一～第八のグループ間においては、限定された遡及適用も緩和されます。病院、診療所、児童福祉施設等はいずれも第二グループに該当します。よって、老人保健施設の用途が病院と児童福祉施設等のいずれであっても、改修工事の内容は変わりません。
- 高齢者専用賃貸住宅は第三グループで扱われることが大半ですので、病院から転換する場合には限定された遡及適用の対象となります。ご留意下さい。

建築基準法は頻繁に改正されており、検討事項は縦穴区画（1968年）、容積率規定・防火避難規定（1970年）、受水槽の6面点検口（1971年）、日影規制（1976年）、新耐震基準（1981年）、遮煙区画（1982年）など多岐にわたります。

これらのうち、新耐震基準に関わるものについては、現行基準への適合が事実上不可能なことも多いことから、それに準じた方策がとられるとともに、別途、耐震改修促進法が制定されています。

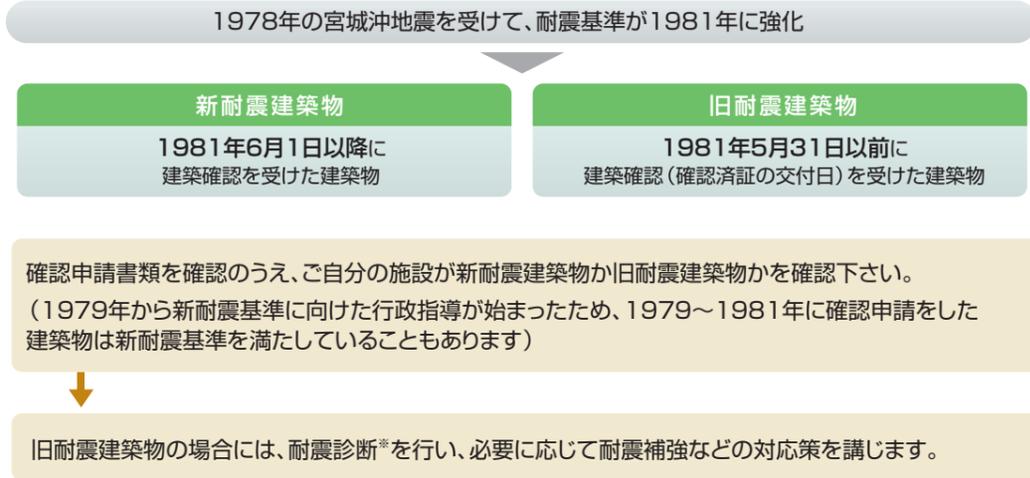
建築基準法において遡及適用とならない場合に、厚生労働省の各種法令や通知（老人福祉法、医療法、介護保険法、有料老人ホームの設置運営標準指導指針など）への遵守が求められるか否かについては医療・福祉部局に確認下さい。

図表6 類似の用途

グループ	区分	建築物の用途
第一	①	劇場、映画館、演芸場
	②	公会堂、集会場
第二		病院
	③	診療所（患者の収容施設があるもの）、児童福祉施設等
第三	④	ホテル、旅館
	⑤	下宿、寄宿舍
		共同住宅
第四	⑥	博物館、美術館、図書館
第五	⑦	体育館、ボーリング場、スケート場、水泳場等
第六	⑧	百貨店、マーケット、その他の物販店舗
第七	⑨	キャバレー、カフェ、ナイトクラブ、バー
第八	⑩	待合、料理店
第九	⑪	映画スタジオ、テレビスタジオ

なお、2000年の第四次医療法改正では、患者一人当たりの居室面積や廊下幅員の基準値の引き上げが行われ、これに呼応して病院の建替えと容積率制限等に係わる特例制度の運用（国土交通省住宅局通知 国住街第57号 平成13年7月6日）が通知されています。参考までに一読下さい。

新耐震基準への適合



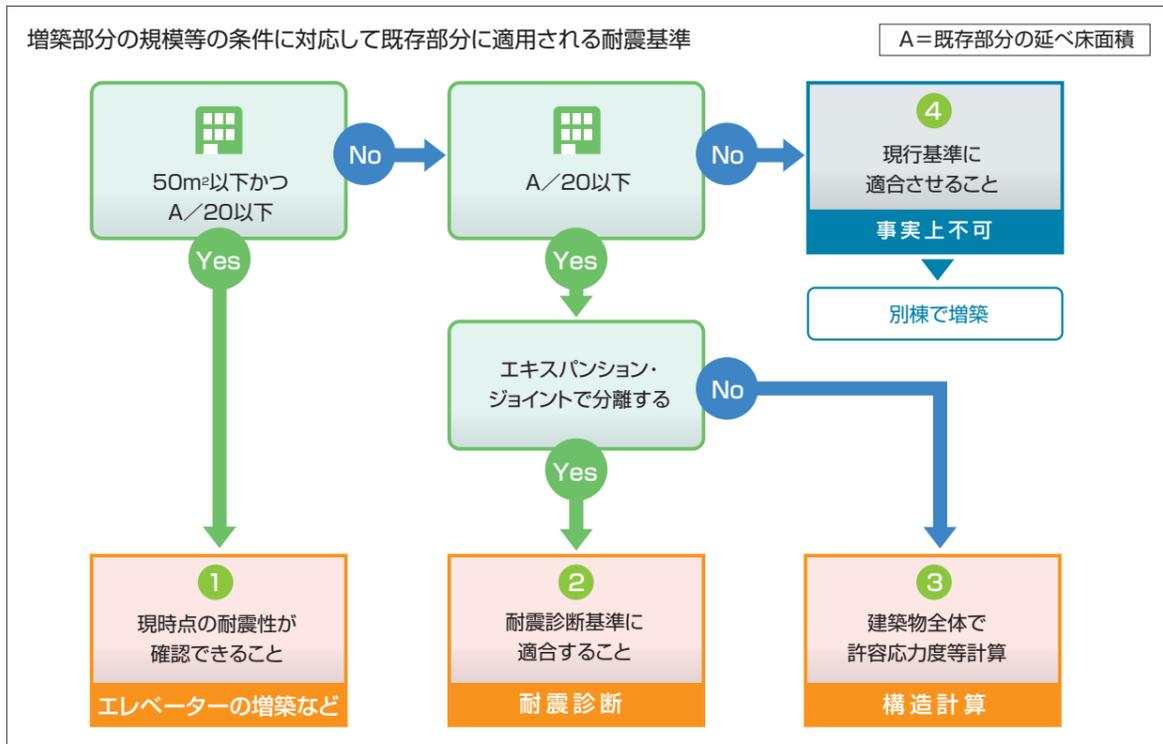
※建築物の延べ床面積によって異なりますが、通常、耐震診断(現地調査、耐震診断、補強案作成)には数百万単位の費用がかかり、診断開始までの待ち期間含めて6ヶ月程度の期間を要します。耐震診断を受ける場合には、設計図書、構造計算書、検査済書が必要です。

旧耐震建築物を現在の構造基準に適合させるためには、柱の鉄筋数などを増やすことが必要であり、これを実現することは事実上不可能なことがあります。

よって、これに代わる措置として耐震補強などを講じれば現行法規に適合していると見なされます。

増築を伴う場合の対応策は、2005年の建築基準法改正において図表7のように整理されました。
①～④の順で厳しい内容となっています。

図表7 新耐震基準への適応



● 対応策

- ① 既存建物の安全性を確認するだけでよい。例えば既存建物にエレベーターシャフトを増築する場合などを想定したもので療養病床転換で、このケースは極めて少ないと考えられる。
- ② 既存建物が耐震診断基準に適合しているか否かを判定する。適合していない場合には、耐震壁を追加するなどの耐震補強を行う。
- ③ 既存部分を含め建物全体で構造計算を行ったうえ、基準に適合した計画とする。建物全体として必要な耐力を満たしていれば、新耐震基準への完全な適合までは求められないため、増築は可能である。既存部分に耐震補強が必要となることが多い。エキスパンション・ジョイントで分離する場合は②、分離しない場合には③となるが、通常は分離する②で増築することが多い。
- ④ 既存建物についても現行の耐震基準への完全な適合が求められる。これを満たすには柱の鉄筋数まで変更せねばならず、増築は事実上不可能である。よって、既存部分の延べ床面積1/2以上の整備を行いたい場合には、増築ではなく別棟とすることとなる。

● 既存の建物について

既存建物に増築可能なのは①～③の場合です。既存建物そのものがエキスパンション・ジョイントで増築を繰り返している場合、措置を講じなければならないのは今回の増築部分に直接接合している建物のみとなります。当然のことながら別棟で整備した場合は、既存建築物は措置の対象とはなりません。

④については、2005年の建築基準法改正前まではエキスパンション・ジョイントで接合すれば増築が可能でしたが、現在では不可能となりました。別棟とすることで、利用者の移動や食事の運搬に不都合が生じることが予想されますので、独立した屋根を設けるなどの対応策を講じることが必要でしょう。

なお、既存部分(A)の1/2と記載しましたが、既存部分(A)とは、新たに増築する建築物以外の建築物(建築基準法上の一建物)全てを指す場合もあれば、旧耐震建築物のみを指す(その後に増築したものは新たな面積にカウントする)場合もあります。

この点については、自治体によって解釈が異なるとの報告もありますので、個別に確認下さい。

建築基準法改正(2007年6月)による影響

平成17年11月に発覚した構造計算偽装問題を受けて、平成19年6月に建築基準法が改正されました。これにより、以下のような状況が生じています。国土交通省の見解を含めて、状況を逐次、確認ください。

- 確認申請が厳格化され、申請が下りるまでに時間を要する
- 構造計算基準等が新しくなったため、新耐震建築物であっても既存部分に増築するには構造補強が必要となることが多い
- 構造計算基準等が新しくなったため、新耐震建築物であっても既存部分の延床面積の1/2以上の増築が事実上不可能となり、別棟整備となることが多い

エキスパンション・ジョイント：
建物をブロックごとに分割して建築する場合、地震で無理な力が部分的に集中しないように、一定のすき間をもたせるが、このすき間を覆い、変形に追従することで外力を分散吸収し、建物の被害を最小限に食い止める金属のカバーをエキスパンション・ジョイントという。

耐震改修促進法

1995年の阪神・淡路大震災では多くの方々が建築物の倒壊により亡くなりました。この教訓をもとに、同年12月に耐震改修促進法が施行され、新耐震基準に満たない建築物に対して積極的に耐震診断を行い、必要に応じて耐震補強を行うことが、建築物の所有者に対する努力規定として定められました。

この法律は2006年に改正され、数値目標を盛り込んだ計画の作成が都道府県に義務づけられるとともに、指導が強化されています。指示・立ち入り検査対象の対象建築物は、病院が3階・2,000m²以上、老人ホーム等が2階・2,000m²以上です。指導・助言対象の対象建築物は、病院が3階・1,000m²以上、老人ホーム等が2階・1,000m²以上です。

指示・立ち入り検査の対象建造物		指導・助言対象の対象建築物	
病院	3階・2,000m ² 以上	病院	3階・1,000m ² 以上
老人ホーム等	2階・2,000m ² 以上	老人ホーム等	2階・1,000m ² 以上

よって、旧耐震基準の病院や福祉施設は、たとえ確認申請が不要な改修であっても、耐震改修促進法に基づき耐震改修を行うことが求められます。遡及適用に伴う工事の煩雑さから確認申請が不要なかたちで改修を行うケースが散見されますが、耐震改修促進法の趣旨をご理解のうえ、旧耐震建築物への対応策を検討して下さい。

耐震診断には、構造的な不備があるか否かをチェックする簡易診断と、不備があり構造補強案作成を前提に行う詳細診断があります。費用はまちまちですが、5,000m²の3～4階建ての建築物で補強案作成を含めて500～600万円程度です。

都市計画法

2006年5月に改正都市計画法が公布され、2007年11月末から医療施設や社会福祉施設は開発許可の対象となりました。接道や消防水利などが求められることがありますので、自治体とケース毎に調整を行ってください。開発申請は時間を要します。この点も留意が必要です。

市街化調整区域での開発行為は従来よりも困難になっているようです。介護保険事業計画を踏まえた柔軟な対応が求められるところであり、自治体によっては、医療課や福祉課が都市計画課に対して市街化調整区域での開発許可の柔軟な運用について申し入れを行っています。

都市計画法第29条では、開発行為をしようとする場合には許可が必要であることが規定されています。ただし、第29条には許可を必要としない開発行為が記されており、法改正前までは社会福祉施設や医療施設はこの対象となっていました。しかしながら、今回の改正でこの記述は削除され、許可が必要となりました。

第43条には、市街化調整区域において開発許可を受けた土地以外の土地における建築物の新築、改築、用途の変更等の制限が規定されており、これらの行為を行う場合にも、都道府県知事等の許可が必要となりました。土地の区画形質の変更を行わない場合には新たな開発許可は必要ありませんが、医療施設や社会福祉施設はこれまで開発許可を受けずに整備されてきたため、建築物の新築、改築、用途の変更に当たる行為を新たに行う場合は第43条に基づく許可が必要になります。

第43条の1号には市街化調整区域において例外的に認められる開発行為が許可基準として記載されています。療養病床転換と関連あるものとしては、①周辺居住者が利用するものであること、②社会福祉法に規定する社会福祉事業に基づくこと、③既存集落内の建築物の敷地から100m以内の立地であること、④敷地面積は2,000m²以内であること、⑤建築物の高さは10m以下であること、となっています。要約すれば、地域密着型の規模と対象者像でかつ社会福祉法によって規定された社会福祉事業となります。

地域密着型の規模と対象者像でかつ社会福祉法によって規定された社会福祉事業

上記以外のものは第43条の14号に基づき審査会を経ることとなります。国土交通省が技術的助言として発出している「開発許可制度運用指針」には、市街化調整区域における開発許可の運用についての考え方が示されています。

例えば、医療施設、介護老人保健施設、社会福祉施設、有料老人ホーム、は開発審査会を経て許可して差し支えないと考えられるものとして例示されています(それぞれに要件がありますので、詳細は「開発許可制度運用指針」をご覧ください)。高齢者専用賃貸住宅については例示がありません。

開発許可権限をもつ自治体は、これらの技術的助言や許可基準を参照しつつ、市街化調整区域における開発許可の運用を地域の実情に応じて行っていますので、詳細については各自治体にご確認下さい。とりわけ、医療法人が付帯業務として行う高齢者専用賃貸住宅の取り扱い、グループホームや小規模多機能型居宅介護など市街地での整備を原則とする地域密着型サービスの取り扱い、改築に伴い延床面積が大幅に増加する場合の取り扱い、隣地を購入して転換を進める場合の取り扱いなどについては、計画の初期段階での確認が重要と思われる。

新バリアフリー法

1994年に制定されたハートビル法は、対象建築物の拡大と遵守義務の強化を経て、2006年に交通バリアフリー法と統合され新バリアフリー法として施行されました。

病院・診療所、福祉施設はいずれもが特別特定建築物に該当し、2,000m²以上の新築・増築・改築・用途変更・維持保全の場合には建築物移動等円滑化基準への適合義務などが課せられています。共同住宅は適合努力義務となります。各自治体は独自に条例を制定しています。

転換によって用途変更(新バリアフリー法独自の解釈があり、建築基準法のそれとは若干異なっています)した場合には、遡及適用となり基準への適合が求められます。

病院・診療所、福祉施設 特別特定建築物に該当

2,000m²以上の新築・増築・改築・用途変更・維持保全の場合

建築物移動等円滑化基準への適合義務などが課せられる

消防法

全国レベルで定められた消防法のほか、自治体毎に独自の条例を定めていることが少なくありません。転換に伴ってバルコニー設置が必要となる場合もありますので、所管の消防署にて条例を確認下さい。条例のほかに指導基準が定められていることも多く、この遵守レベルは消防署によって異なっているのが実態です。なお、消防法では老人保健施設は福祉施設系の分類として扱われています。

2006年に発生した認知症グループホーム火災を教訓に、2007年には消防法が改正されました。これまで設置義務がなかった275～1,000m²未満の建築物(消防法施行令の別表第1(6)項口に該当する建築物、殆どすべての居住系の高齢者施設が該当)に対しても設置を原則とするよう強化されました(一定の要件を満たした場合には緩和されます)。病院は3,000m²以上の場合にはスプリンクラー設置が消防法で義務づけられていますが、それ以下の場合には設置義務がありませんので、この点には留意が必要です。新たに設置する場合には、規模によって若干の違いはありますがm²あたり1万円程度の費用となります。

このほか、改修工事中の避難計画には十分な検討が必要であり、設計者・事業者・消防署で協議を行って下さい。

消防法改正のポイント

 275～1,000m²未満の建築物 <small>(消防法施行令の別表第1(6)項口に該当する建築物、殆どすべての居住系の高齢者施設が該当)</small>	左記建築物に対してもスプリンクラー設置を原則とするよう強化。
 病院は、3,000m²以上の場合	スプリンクラー設置が消防法で義務付け(それ以下の場合には設置義務なし)

※新たに設置する場合には、m²あたり1万円程度の費用が必要。

医療法・老人福祉法・介護保険法

厚生労働省の各種の法令ならびに通知に基づく設備基準(廊下巾、床面積、食堂の有無、特別避難階段、バルコニーなど)が、建築基準法とは別に定められています。

病院から各種施設へ転換する場合に、現行基準への適用が必要か否かについては確認が必要です。転換促進のための措置として、施設基準の緩和(居室面積、廊下幅、出入口やエレベーターの共用など)がなされているのは周知の通りです。このほか、特別養護老人ホームにおける特別避難階段の設置など、既存建物での転換が難しい基準もあります。

なお、病室・療養室・居室の面積の測定範囲(内法と壁心があります)、その際に面積に算入可能な什器・備品の範囲、廊下幅員の測定範囲、片廊下・中廊下の区分については、施設種別毎に見解が異なっており、詳細については医療課ならびに福祉課への確認が必要です。

改修工事中の運用にあたっては、一時的ですが室定員のオーバー、60床を超える病棟使用などが生じる恐れがあり、これらの解釈をどう捉えるかについては医療・福祉部局に確認下さい。個別にヒアリングして判断する、一律に減算で対応する、このような状況にならない改修計画でないと認めない、など判断は様々です。

3 主たる転換種別毎の留意点

施設整備の観点からみた留意点を記載します。

※サービスの附帯のさせ方と利用者像については、3～4ページを参照下さい。

老人保健施設

- 建築基準法上の扱いが自治体によって異なります。多くの自治体は児童福祉施設等として扱っていますが、病院敷地内の場合には病院として扱い、別敷地の場合には児童福祉施設等として扱う自治体もありますので、個別に確認下さい。（病院として扱う場合には、延べ床面積や主要構造部に変化がない場合には確認申請が不要となります。なお、消防法上による防火対象物の規定では福祉施設系の分類として扱われています）
- 防火・防災対策としてバルコニーの設置を条例で定めていたり、指導として設置を求める消防があります。転換に際して、この点をどのように取り扱うかについては医療・建築指導部局ならびに消防に確認が必要です。
- 老人保健施設への転換にあたっては、療養室床面積、廊下幅、食堂面積、機能訓練室面積、エレベーター・階段・出入口・診察室の医療機関との共用など設備基準の緩和がなされています。療養室面積は平成24年以降についても、平成18年7月1日以降に新築又は大規模な改修等の工事に着手していない療養病床から転換した老健については、引き続き経過措置6.4m²（本則8.0m²）を認めています。
- 病院をユニット型老人保健施設に転換する場合に、特別養護老人ホームにおける既存改修で定められている緩和措置（ユニット内通り抜けの緩和、ユニット定員数の緩和など）が同様に認められるのかは確認が必要です。なお、老人保健施設では概ね定員の50%を限度として室料差額を徴収することができますが、これはユニット型にも適用されます。

有料老人ホーム

- サービス提供の方法などによって四つの類型（健康型、住宅型、特定・一般型、特定・外部サービス利用型）に分かれますが、建築基準法上の取り扱いはいずれも児童福祉施設等に該当します。



※ただし、設置運営標準指導指針（老健局通知）では各居室の壁には共同住宅の場合と同様の基準が適用され、各戸毎に界壁として取り扱い、小屋裏又は天井裏に達せしめることが求められています。

- 建築基準法では、病院や児童福祉施設等の場合は、3室以下かつ100m²以下に区画する壁（防火上主要な間仕切壁と呼ぶ）を小屋裏又は天井裏に達せしめればよいので、この点には留意が必要です。
- 設置運営標準指導指針には、既存建物を転用して開設する場合には構造基準に関する緩和措置（代替措置は講じること）が記載されており、療養病床転換においてもこれが適用されるものと解釈できるかも知れません。例えば、居室面積は「13m²以上」ですが、代替措置を講じることで、療養病床の典型的4人部屋（6.4m²/床×4床＝25.6m²）を個室×2室として再整備することが認められる、などです。前述した界壁の取り扱いも、既存建物の転用として位置づけ、緩和が認められる可能性はあります。

例 居室面積 13m²以上 代替措置を講じることで、療養病床の典型的4人部屋（6.4m²/床×4床＝25.6m²）を個室×2室として再整備することが可能

高齢者専用賃貸住宅

- 建築基準法上の用途区分は明確ではありませんので留意が必要です。共同住宅として扱う場合が大半ですが、児童福祉施設等や寄宿舎として扱う場合もあります。特定施設であるか否かなどサービス提供体制によって判断が分かれる場合もあるようです。なお、共同住宅として扱う場合には、共用廊下等（内廊下、外廊下ともに）は容積率の対象外（延べ面積に不算入）となります。
- 一方で、各居室間の壁は界壁として取り扱い、小屋裏又は天井裏に達していることが求められています。病院や児童福祉施設等では、3室以下かつ100m²以下に区画する壁（防火上主要な間仕切壁と呼ぶ）が小屋裏又は天井裏に達していることが必要なため、留意が必要です。
- 高齢者専用賃貸住宅は登録制度であることもあり、ハード上の要求スペックはありません。適合高齢者専用賃貸住宅の場合には25m²以上（共同利用型の場合には18m²以上）と規定されています。中重度者向けを対象とした場合には共同利用型になる場合が殆どですので18m²が一つの目安となります。療養病床の典型的4人部屋（6.4m²/床×4床＝25.6m²）は、病室間の壁をいじらない限りは個室×1室として再整備することになります。
- 市街化調整区域に高齢者専用賃貸住宅を建てようとする場合に開発許可が受けられるか否かについては、都市計画部に確認が必要です。



■ 認知症高齢者グループホーム

- 医療法人による運営が可能です。認知症高齢者グループホームは地域密着型サービスの一類型ですので、市街地での整備が求められています。介護保険法に基づく施設基準のほか、市町村交付金に関する協議基準が別途ありますので、留意下さい。
- 2007年の消防法改正により、延床面積275m²以上のグループホームはスプリンクラー設備の設置が原則義務づけられています（一定の要件を満たした場合には緩和されます）。

■ 特別養護老人ホーム

- 既存の医療施設を特別養護老人ホームに転用する場合には、廊下幅、食堂、機能訓練室について老人保健施設への転換と同様の緩和策が講じられています。居室面積については、緩和規定はありません。
- 防火安全対策の観点から、特別避難階段の設置（居室等のある3階以上に必須）、バルコニーの設置（2階以上に設けることが望ましい）、宿直者の配置が講じられていますので留意下さい。
- 特別養護老人ホームでは、原則として土地と建物、双方の所有が求められます。土地については本体施設でも賃借が認められていますが（公有地など）、建物についてはサテライト型においてのみ賃借が認められています。自治体によっては認めていないところもありますので、個別に確認下さい。

■ 老人短期入所施設（ショートステイ）

ショートステイには特別養護老人ホーム等に併設されるタイプと単独設置タイプとがあります。ここでは、後者についての留意点を記載します。

- 医療法人による運営はできませんが、社会福祉法人のほか、法人格をもつ民間事業者も運営可能です。特別養護老人ホームで求められている特別避難階段の設置、宿直者の配置に関する記載もありません。
- 定員は単独設置の場合には20人以上ですが、併設事業所の場合にあっては20人未満でも可能です。居室面積は従来型もユニット型も10.65m²以上です。概ね定員の50%を限度として差額室料を徴収することができますが、これはユニット型にも適用されます。



■ 小規模多機能型居宅介護

- 医療法人による運営が可能です。地域密着型サービスの一類型となりますので、市街地での整備が求められています。
- 建築基準法の用途区分は児童福祉施設等であり、病院からの転用はもちろん、民家からの転用においても用途変更が必要となります。
- 同一建物への併設が可能な種別のうち、グループホーム、地域密着型特別養護老人ホーム、地域密着型特定施設については双方の配置基準を満たしたうえで職員の兼務が認められています。広域型の特別養護老人ホームや老人保健施設等は同一建物への併設が認められていません。

■ 診療所

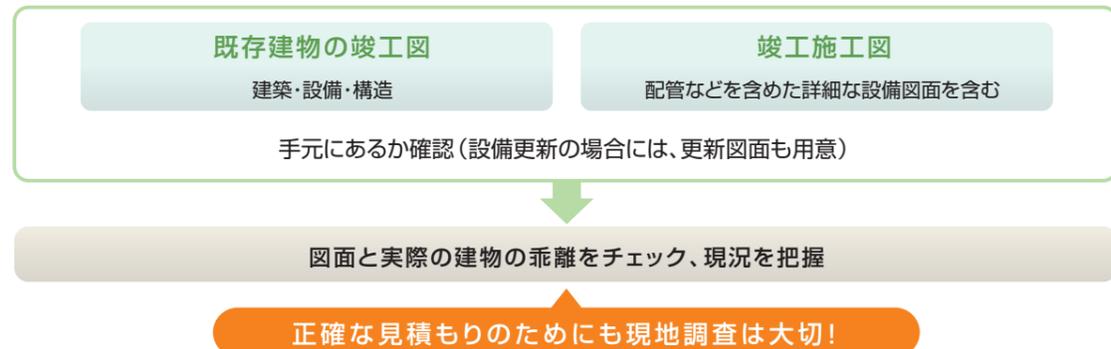
- 病院から診療所（患者の収容施設があるもの）への転換は、用途変更の対象となります。診療所（無床）への転換には用途変更は不要です。



4 施工上における留意点

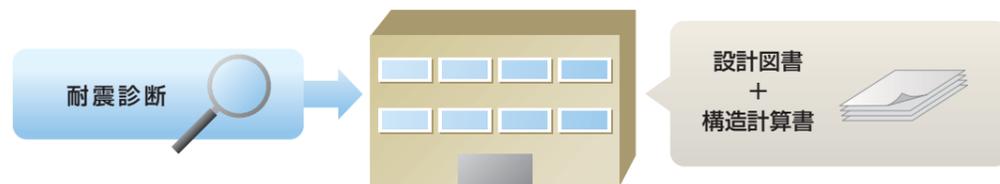
現地調査

既存建物の耐震性、設備や仕上げの劣化状況などを把握することが改修計画立案の第一歩です。既存建物の竣工図（建築・設備・構造）と竣工施工図（配管などを含めた詳細な設備図面を含む）が手元にあるかご確認ください。設備を更新されている場合には、更新図面もご用意ください。これらの図面と実際の建物の乖離をチェックし、現況を把握します。正確な見積もりを行うためにも現地調査は大切です。



耐震診断を行う際には、上記の設計図書に加えて構造計算書を用意ください。必須資料ではありませんが、耐震診断の手間と費用が大幅に減少します。

耐震診断は、各種資料で現況を推察したうえで、現地調査、各種の検査・試験（コア抜き調査、圧縮試験など）という順序で行います。6ヶ月程度の期間を要しますので、改修工事とは切り離して、構想段階で着手する場合も多いようです。



施工手順

建物を使用継続しながらの改修であることによる課題が想定されます。外来部門のみを使用継続とするのか、入院部門も含めての使用継続なのか、一時的に入院を制限できるのか、などによっても工事手順の複雑さは異なります。

使用エリアと工事エリアの明確な分離は必須事項です。工事手順の関係で、使用エリアにおいても一時的に設備系統が停止（断水、停電、防災設備の一時未警戒）となりますので、その際の施設運営を工事施工者と検討し、利用者・家族・職員に伝えることも大切です。解体・撤去・廃棄の手順とその費用を見積もっておくことも大事なことです。

いずれにせよ、同時期に複数の建物の工事を行うこと（敷地内に建設しつつ既存施設も同時に改修する、サテライト整備と本体改修を同時に行うなど）は避けるのが原則であり、交付金を活用する場合には施工手順を踏まえて申請年度を検討してください。建築工事の都合上、利用者に一時的に別建物に移動して頂くことがあるかもしれませんが、施設種別が異なる場合には、書類上の手続きが必要です。

なお、確認申請を必要としない改修でも、消防への届け出は必須です。改修工事中の避難計画については十分な打ち合わせを行ってください。



●敷地内や隣接地での別棟整備もしくは、大幅な拡張を伴う既存改修の場合

別棟もしくは拡張部分を竣工させた後に、利用者をそちらに移動させ、利用者がいない状態で既存施設の改修を短期間で行うことが多いようです。

安全対策上の観点から、室定員を上回る状態での一時的な利用を認めない自治体や消防もありますので、この点は事前に確認下さい。

入院制限を行って利用者数を減じるにせよ、長期入院患者が多い療養病床では予想したほどに患者数が減らないことは十分にあり得ます。関連施設（老人保健施設、ショートステイ）を保有している場合には、その運用も含めて対応策を講じる必要があるでしょう。

●別敷地での新築整備（サテライト含む）+ 既存改修 場合

別敷地の建築物を竣工させた後に、既存施設の改修に着手します。本体施設と距離が離れていることもあり、一時的に新しい建築物に利用者を移し、改修後に本体施設に戻すことは現実的ではありません。施設種別が異なれば、なおさら困難です。

別敷地に建設する建物の定員数が少ない場合には、次項と同様の課題を抱えながら改修を行うこととなります。

●拡張部分が少ないにもかかわらず全面改修が必要な場合

既存建物を区画しながらの改修工事となります。工期は長期化し、避難計画も複雑となり、費用もかさみます。場合によっては、プレハブを建設し、外来等を一時的にそちらに移すことも検討します。

工事エリアと使用エリアの明確な分離を行うことが大切であり、避難計画を含めて設計者と消防を交えて綿密な打ち合わせを行って下さい。

利用者への配慮

施設を使用しながら改修を行う場合には、利用者への配慮が欠かせません。改修工事の手順、予想される不都合とその対応策を利用者と家族に伝え、改修計画への同意を得ることが大切です。工事の進捗状況は院内掲示版などで報告して下さい。

療養病床に入院する利用者は抵抗力が弱く、環境の変化に対して極めて敏感です。AIA（アメリカ建築家協会）の医療福祉施設に関するガイドラインでは、建築工事を行う際には感染管理やリスクマネジメントの専門家と建築に携わる専門家とが検討会を設置し、施工による患者や従業員への影響、工事中の電力停止など緊急事態などについて方針を決定することや、これらに関して必要な知識をスタッフ・施工業者へ研修することが盛り込まれています。

工事中に生じる騒音や材料の匂い対策はもちろんのこと、粉塵による健康被害、換気や空調、供給が不安定となりやすい電力の緊急事態等への対応策について検討が必要と考えます。例えば、空調設備にはアスペルギルスが存在し、工事中には舞い上がって顕著に増加しますので、この点への配慮が必要となります。既存施設におけるアスベスト対策は言うまでもありません。

工事手順は、コストの兼ね合いからだけでなく、利用者への負担軽減と適切な施設運営を踏まえて、フロア単位で工事を行うか、縦区画で行うか、病室単位で行うかを判断します。フロア単位で工事を行う場合でも、水回りなどの配管工事は縦区画で行うのが一般的です。場合によっては、入院の一時的縮小、デイサービスの別敷地での運営継続、厨房や浴室の代替機能の確保、ポータブルトイレの使用などを検討する必要があるでしょう。

感染管理やリスクマネジメントの専門家と建築に携わる専門家とが検討会を設置し、施工による患者や従業員への影響、工事中の電力停止など緊急事態などについての方針を決定する。

工事中に生じる騒音や材料の匂い対策はもちろん、粉塵による健康被害、換気や空調、供給が不安定となりやすい電力の緊急事態等への対応策について検討が必要。

さらに必要な知識を、スタッフ・施工業者へ研修する。

たとえば
空調設備にはアスペルギルスが存在し、配慮が必要。また既存施設におけるアスベスト対策は言うまでもありません。

設備工事

改修においては建築工事より設備工事に多くの困難が伴います。建築物の躯体や内装に比べて損傷が早く、劣化と陳腐化が早く進行するからです。そのため、改修では総工費に占める割合が建築工事を上回ることが多いようです。

設備工事は衛生設備、空調設備、電気設備、防災設備に分類されます。それぞれの留意点を以下に記載しました。設備更新の時期が近づきつつある場合には、転換を機に全面更新を行うことを検討ください。

イニシャルコストのみならずランニングコストを含めて詳細を詰める

各種設備に関する法制度にも変化が生じています。1999年には省エネルギー法が改正され、空調設備、換気設備、照明設備、給湯設備の省エネルギー基準が強化されました。この法律は2006年にも見直され、特定建築物(2,000m²以上の住宅以外の建築物)には、省エネルギー措置の届出が義務付けられました。

また、京都議定書に基づいて地球温暖化対策の推進に関する法律が改正され、2006年より施行されました。一定規模以上の医療施設や福祉施設においては、温室効果ガスの排出量を算定したうえで、排出削減に向けた行動計画を策定することとなります。

設備工事

衛生設備

空調設備

電気設備

防災設備

衛生設備

トイレ、浴室、キッチン、洗面など衛生設備工事には多くの困難が伴います。配管の取り方や勾配、それに伴う床の高上げなどに課題が集中します。個別ケアを実施するためには、水回りを集中配置から分散配置へと変更することが求められますが、コスト面や技術面からは既存の水回りやその周囲で改修を済ませがちであり、このあたりの兼ね合いが大切となります。

雑排水(洗面・風呂・キッチン)に比べて水勾配を必要とする汚水(トイレ)については、分散配置が進みにくいのが実態のようです。配管の取り合いから、居室入り口部分ではなく、窓側に洗面設備やトイレを設ける手法もあります。排水管の設置に伴いトイレや浴室まわりでは床の高上げが必要となることが多く、スロープなどで段差を解消する必要があります。とりわけ、個別浴槽は据え置きではなくて、埋め込んで浴槽の縁の高さを調整することが望ましいので、その工事が困難な場合(コンクリートをはつる騒音、床スラブ厚の減少など)が多いので注意が必要です。

施設によっては床全体の高上げを検討する場合がありますが、コストがかかりすぎるので一般的な解決策とはなりにくいようです。昨今では、こういった困難を回避するために、二重床や配管を自由にレイアウトできる床組などを新築時に採用する施設が増えています。拡張整備部分での採用を検討してもよいでしょう。

空調設備

空調設備にも変化が生じています。セントラル方式から個別方式へ、という流れです。

具体的には、ファンコイルユニットから家庭用エアコンやビル用マルチエアコンへの移行が顕著です。居室毎に温度や湿度を調節できる点が個室化や個別ケアに適していると言えるでしょう。

家庭用エアコンは大きな空間には適していませんが、低価格であること、故障しても当該エアコンのみの取り替えで済むことなどから居室や住戸に限定して導入を検討する施設が増えています。

ユニット型ではユニット部分にも家庭用エアコンを用いる場合があります。定員規模の大きな中高層建築物では引き続きファンコイルユニットを採用することが多いようです。なお、個別空調を採用する場合には、必要に応じて電気容量を増やすことを検討ください。

老人保健施設や特別養護老人ホームへの転換に際しては、病室には手を加えずにそのまま活用するケース、個室のなしつらえや準個室として整備するケースなどが想定されます。この場合には、天井をいじらずに病室に設けられた空調設備をそのまま活用する場合があります。

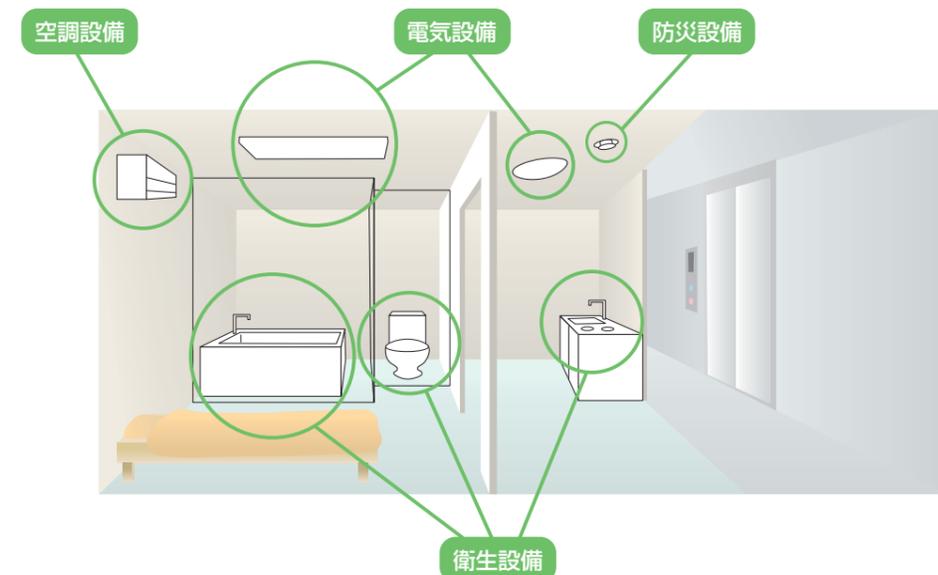
電気設備

照明の増設や移設が必要となります。四人部屋を準個室や個室のしつらえに転換する場合には、天井の照明を共有することは可能ですが、これとは別に個別の照明を設定することも必要です。洗面やキッチンなどの給湯設備の分散化に伴う電気設備の配置も留意事項です。

防災設備

2006年に発生した認知症グループホーム火災により、2007年に消防法が改正され、275~1,000m²未満の建築物に対しても原則は設置するよう規制が強化されました(一定の要件を満たした場合には緩和されます)。小規模な居住施設を整備する場合には留意下さい。

スプリンクラーは階段、エレベーター、トイレ、浴室以外の場所に設けます。改修においては、空間を分節化することによって、あるいは間仕切りを移動することによって、スプリンクラーの増設や移設が生じる場合があります。ただし、四人部屋を準個室や個室のしつらえにする場合には、天井と壁との間に隙間を設けることで、天井面に設けられたスプリンクラーをそのまま活用することが可能です。



5 業者選定

設計者

主な設計者選定方式と、その特徴を図表8に示しました。

設計業務は交付金の対象外ですので、どの方式でも選択可能ですが、設計者の能力を評価したうえで選定することが大切です。民間の医療機関は特命方式が最も多く、プロポーザル方式や設計競技方式も散見されます。

高齢者施設では、このほかに少数ですが設計料入札方式もあります。特命方式には信頼関係の構築を含めて利点が多いのですが、この人とならと思えるような設計者とどのようにして出会えるのか、そこが一番の課題です。プロポーザル方式はこの数年で民間の医療機関でも普及しつつあります。選考過程の透明性や公平性が求められるところです。

いずれの場合も、運営システムに合致した建築物とすることが肝要ですので、設計者と事業者の打ち合わせは綿密に行う必要があります。また、改修工事では設計者の経験知に助けられることが多く、経験年数が浅い設計者には難しいと言われています。改修工事の実績がある設計者に依頼できれば、それに越したことはありません。

転換以前の施設の設計者へ依頼するか否かは、居住の場にふさわしい設計能力を有しているか否かだけでなく、この点も踏まえて検討下さい。

改修は新築に比べて総工事費が低いにもかかわらず、手間はそれ以上にかかります。新築と同様の方法で設計料を算定することには無理があります。この点には配慮が必要です。

図表8 設計者選定方式とその特徴

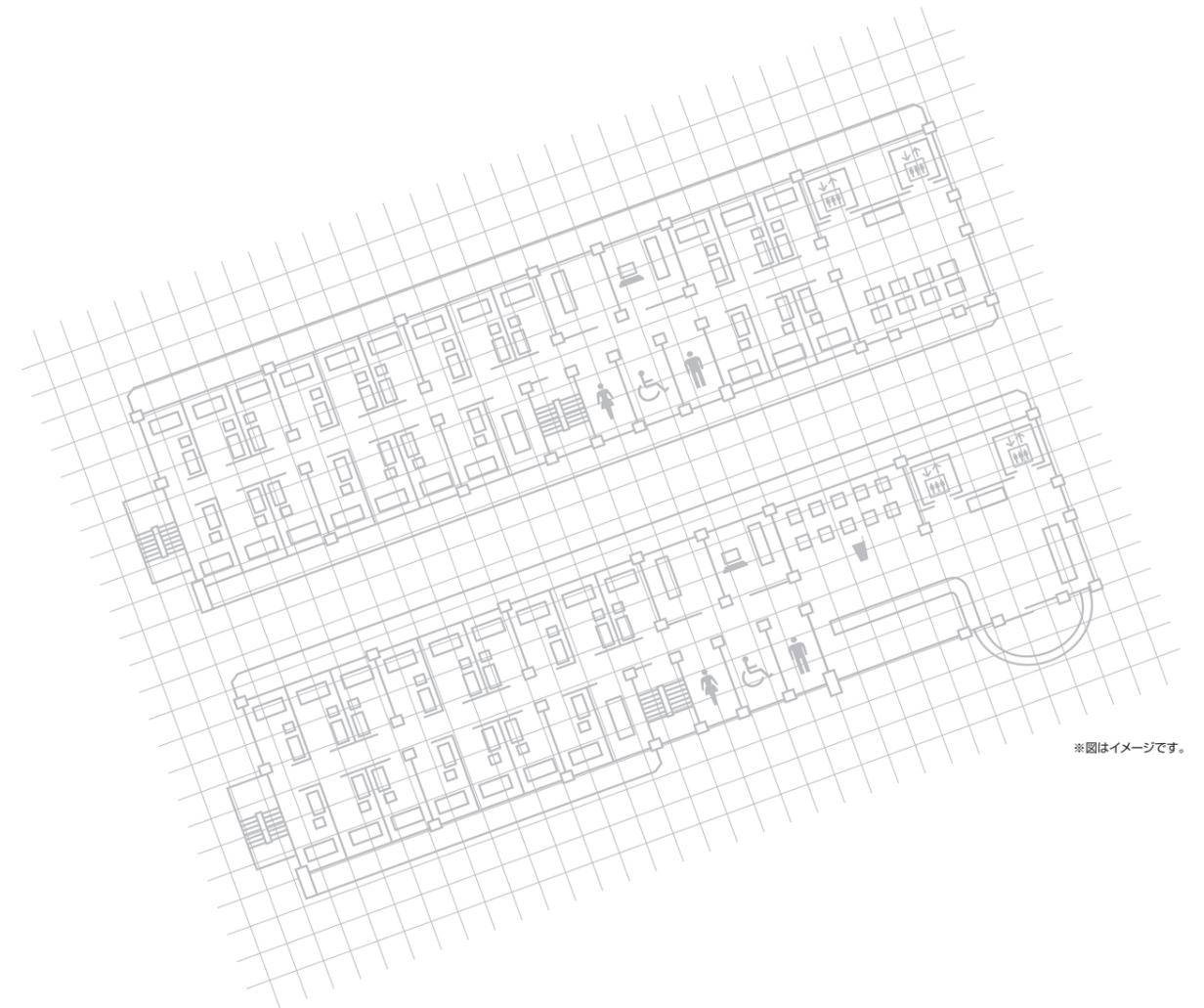
	評価対象	審査の競争性 公平性	負担		選定後の自由度	
			発注者の負担	応募者の負担	発注者との打ち 合わせの自由度	住民参加の 可能性
設計料入札方法	設計料	×	小	小	あり	あり
特命方式	実績	△	小	小	あり	あり
選定委員会方式	実績	○	中	小	あり	あり
資質評価方式	実績	○	中	中	あり	あり
設計競技方式	提案	○	大	大	なし	少ない
プロポーザル方式	実績 + 考え方	○	中	中	あり	あり
総合評価方式	事業提案 + 実績	○	大	大	少ない	少ない

出典：日本医療福祉建築協会「医療・福祉施設の設計者選定におけるプロポーザルコンペの実情に関する調査」

施工業者

交付金を活用する場合には、設計施工はできませんので留意下さい。入札によって施工業者が選定されます。

急性期の医療施設とは異なりますので、地元密着型の施工業者でも対応可能な場合も多いと思われます。選定された施工業者に対して、改修工事の実績がある者を現場所長等に任命するよう依頼されるとよいでしょう。施工中の様々な課題に対して経験に基づく柔軟な対応が可能となります。



*図はイメージです。

社会保障審議会介護給付費分科会(平成20年3月3日) 「介護療養型老人保健施設における介護報酬等の 見直しに係る諮問について」(抄)

II 諮問の内容

※同日、社会保障審議会において諮問のとおり答申された。

1. 基本的な考え方

- (1) 療養病床から介護老人保健施設への転換を促進するため、以下の改正を行う。
- ① 療養病床から転換した介護老人保健施設(以下「介護療養型老人保健施設」という。)であって、夜間対応に要する看護職員を確保すること等の要件を満たしたもののについて、新たな施設サービス費を創設する。
 - ② 介護療養型老人保健施設の療養室1床当たりの面積の基準について、一定要件下で経過措置を延長する。
- (2) 療養病床から転換する医療機関の選択肢を拡大する観点から、以下の改正を行う。
- ① 本体施設からの支援を受ける小規模施設であるサテライト型施設において、より効率的な経営を可能とするため、本体施設とサテライト型施設の新たな組合せを認めるなどの基準の緩和を行う。
 - ② 小規模介護老人保健施設において、介護給付の算定日数上限を撤廃するとともに、医療機関併設型小規模介護老人保健施設における人員の基準の緩和を行う。
- (3) 療養病床から介護老人保健施設への転換を促進するための経過的な施設類型である経過型介護療養型医療施設について、療養病床の円滑な転換を支援する観点から、既存の経過型介護療養型医療施設と看護職員配置が異なる新たな施設サービス費を創設する。

2. 具体的な改正内容

介護療養型老人保健施設における介護報酬の見直し

- (1) 介護療養型老人保健施設において、以下の施設基準を満たすもののうち、

●夜勤を行う看護職員を配置(※1)している施設については、「介護保健施設サービス費(Ⅱ)」を、

●看護職員により、又は医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、夜勤時間帯を通じて、連絡体制を整備し、かつ、必要に応じて診療の補助を行う体制を整備している施設については、「介護保健施設サービス費(Ⅲ)」(※2)を、新たに創設する。

新たな施設サービス費を算定するための施設基準

- 平成18年7月1日から平成24年3月31日までの間に病床の転換を行って開設した介護老人保健施設であること。
- 算定日が属する月の前12月間における新規入所者のうち、「医療機関」から入所した者の割合と「家庭」から入所した者の割合の差が、35%以上であることを標準とすること。(※3)
- 算定日が属する月の前3月間において、全入所者のうち「経管栄養」若しくは「喀痰吸引」を実施している者の割合が15%以上又は「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に該当する者の割合が20%以上であること。

(※1) 入所者の数を41で除して得た数以上の看護職員を配置していること。

(※2) 「介護保健施設サービス費(Ⅲ)」は入所者40人以下の施設のみ算定可。

(※3) 平成20年4月以降の入所者について、平成21年4月から適用することとし、「標準」の具体的な考え方については、介護療養型老人保健施設における医療機関からの入所の実態等を基に、平成21年4月までに検討することとする。

介護保健施設サービス費(Ⅱ)

介護保健施設サービス費(i)(従来型個室)		
a	要介護1	703単位
b	要介護2	786単位
c	要介護3	860単位
d	要介護4	914単位
e	要介護5	967単位

介護保健施設サービス費(ii)(多床室)		
a	要介護1	782単位
b	要介護2	865単位
c	要介護3	939単位
d	要介護4	993単位
e	要介護5	1,046単位

介護保健施設サービス費(Ⅲ)

介護保健施設サービス費(i)(従来型個室)		
a	要介護1	703単位
b	要介護2	780単位
c	要介護3	833単位
d	要介護4	887単位
e	要介護5	940単位

介護保健施設サービス費(ii)(多床室)		
a	要介護1	782単位
b	要介護2	859単位
c	要介護3	912単位
d	要介護4	966単位
e	要介護5	1,019単位

- (2) (1)と同様の要件を満たすユニット型の介護療養型老人保健施設についても、施設サービス費を新たに創設する。

〈加算〉

- (1)又は(2)の施設サービス費を算定する介護療養型老人保健施設については、入所者に適切な医療等を提供する観点から、
 - ①入所者を一定の要件下で看取った場合の評価
 - ②入所者の個別ニーズに応じた適切な医学的管理を行った場合の評価
 - ③療養病床での介護体制(4:1)を維持した場合の評価(※)
 として新たに以下の加算を創設する。
 - ターミナルケア加算
 - 特別療養費
 - 療養体制維持特別加算(介護職員の配置(4:1)を評価)(※)

(※) 今後、介護療養型老人保健施設の入所者の介護ニーズについて実態を把握し、介護療養型医療施設からの転換が終了する平成24年4月以降の対応を検討することとする。

介護療養型老人保健施設における基準の緩和

- (1) 現行の療養室の面積基準に係る経過措置が終了する平成24年4月以降についても、平成18年7月1日以後に新築又は大規模な改修等の工事に着手していない療養病床を転換した介護療養型老人保健施設の療養室は、次の新築又は大規模な改修等を行うまでの間に限り、引き続き、経過措置^(※)(6.4m²以上/床)を認める。



(※) 平成24年4月以降は、8m²以上/床に対応している施設との均衡に配慮した評価を行う。ただし、療養室が談話室に近接して設けられているものあっては、次の新築又は大規模な改修等までの間、談話室の面積を療養室の定員数で除した面積を加えたものが8m²/床を満たしていることによりよいこととする。

- (2) 介護療養型老人保健施設における

- 建物の耐火構造に係る基準
- 建物内の直通階段及びエレベーターの設置に係る基準

については、次の新築又は大規模な改修等までの間、転換前の病院又は診療所の基準と同様でよいこととする経過措置を創設する。

サテライト型施設における基準の緩和等

- (1) 本体施設の設置者により設置され、本体施設からの支援を受け、本体施設とは別の場所で運営される29人以下の施設であるサテライト型施設について、以下の措置を講じる。

- 医療機関を本体施設とするサテライト型小規模介護老人保健施設及びサテライト型の地域密着型特定施設^(※)の設置を認める。
また、本体施設である医療機関が人員に関する基準を満たしていることを前提に、本体施設の医師、栄養士又は介護支援専門員により、サテライト型施設の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、当該サテライト型施設におけるこれらの職員を置かないことができる。
- 介護老人保健施設を本体施設とするサテライト型の地域密着型特定施設^(※)の設置を認める。
また、本体施設である介護老人保健施設が人員に関する基準を満たしていることを前提に、本体施設の医師、支援相談員、理学療法士若しくは作業療法士、栄養士又は介護支援専門員により、サテライト型施設の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、当該サテライト型施設におけるこれらの職員を置かないことができる。

(※) 本体施設の設置主体が地方公共団体等の場合は、サテライト型の地域密着型介護老人福祉施設の設置も認める。

- (2) 本体施設である介護老人保健施設の管理者は、サテライト型の地域密着型特定施設の職務を兼務することができる。本体施設の設置主体が地方公共団体等の場合にあつては、サテライト型の地域密着型介護老人福祉施設においても同様とする。

- (3) 地域密着型特定施設における看護職員及び介護職員のうち、それぞれ1名以上は常勤でなければならない。ただし、サテライト型の地域密着型特定施設については、それぞれ常勤換算方法で1名以上でよいこととする。

小規模介護老人保健施設における基準の緩和等

- (1) 小規模介護老人保健施設における介護報酬の180日の算定日数上限を撤廃する。
- (2) 医療機関併設型小規模介護老人保健施設における支援相談員及び介護支援専門員に係る人員に関する基準について、当該施設の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、実情に応じた適当数でよいこととする。

介護療養型医療施設における経過措置の追加

- (1) 平成24年3月31日までの経過的な施設類型である経過型介護療養型医療施設(療養病床を有する病院に限る。)について、看護職員の配置に係る人員に関する基準が異なる新たな施設サービス費を創設する。

従来型の人員に関する基準	新類型の人員に関する基準
<ul style="list-style-type: none"> ● 医師の配置は2名以上。 ● 看護職員配置8:1以上、介護職員配置4:1以上。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医師の配置は2名以上。 ● 看護職員の配置は6:1以上、介護職員の配置は4:1以上。

- (2) 経過型介護療養型医療施設(療養病床を有する病院に限る。)について、ユニット型の施設サービス費を創設することとし、当該施設サービス費を算定するための人員及び設備に関する基準を以下のとおりとする。

人員に関する基準	設備に関する基準
<ul style="list-style-type: none"> ● 医師の配置は2名以上。 ● 看護職員の配置は6:1以上、介護職員の配置は4:1以上。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 廊下幅の基準について、既存の経過型介護療養型医療施設と同様の緩和措置を講じる。

短期入所療養介護(介護給付・予防給付)における見直し等

- (1) 短期入所療養介護(介護給付・予防給付)においても、
- ① 介護療養型老人保健施設における介護報酬の見直し、
 - ② 介護療養型医療施設における経過措置の追加
- について、同様の見直しを行う。