

地域ケア体制の推進について

厚生労働省老健局 総務課

地域ケア・療養病床転換推進室

榎本 健太郎

なぜ地域ケア体制整備構想を作るのか

1. 高齢化の更なる進展

人口構造の変化： 団塊の世代が高齢者に

世帯構造の変化： 高齢一人暮らし・夫婦のみ
世帯の増加

地域差： ・首都圏を始めとした都市部での高齢化のインパクト
・既に高齢化の進んでいる地域での過疎化の更なる進行
・所得構造の違い など

2. 療養病床の再編成

- ・高齢者の状態に即した適切なサービスの提供
- ・高齢者が増加する中での国民負担の効率化
- ・医師・看護職員など専門職の効率的活用

療養病床の再編成

留意点：
地域の状況に応じた地域ごとの対応
再編成により不安を抱える住民や医療機関への将来像の提示
療養病床再編成に関する関係3計画の整合性

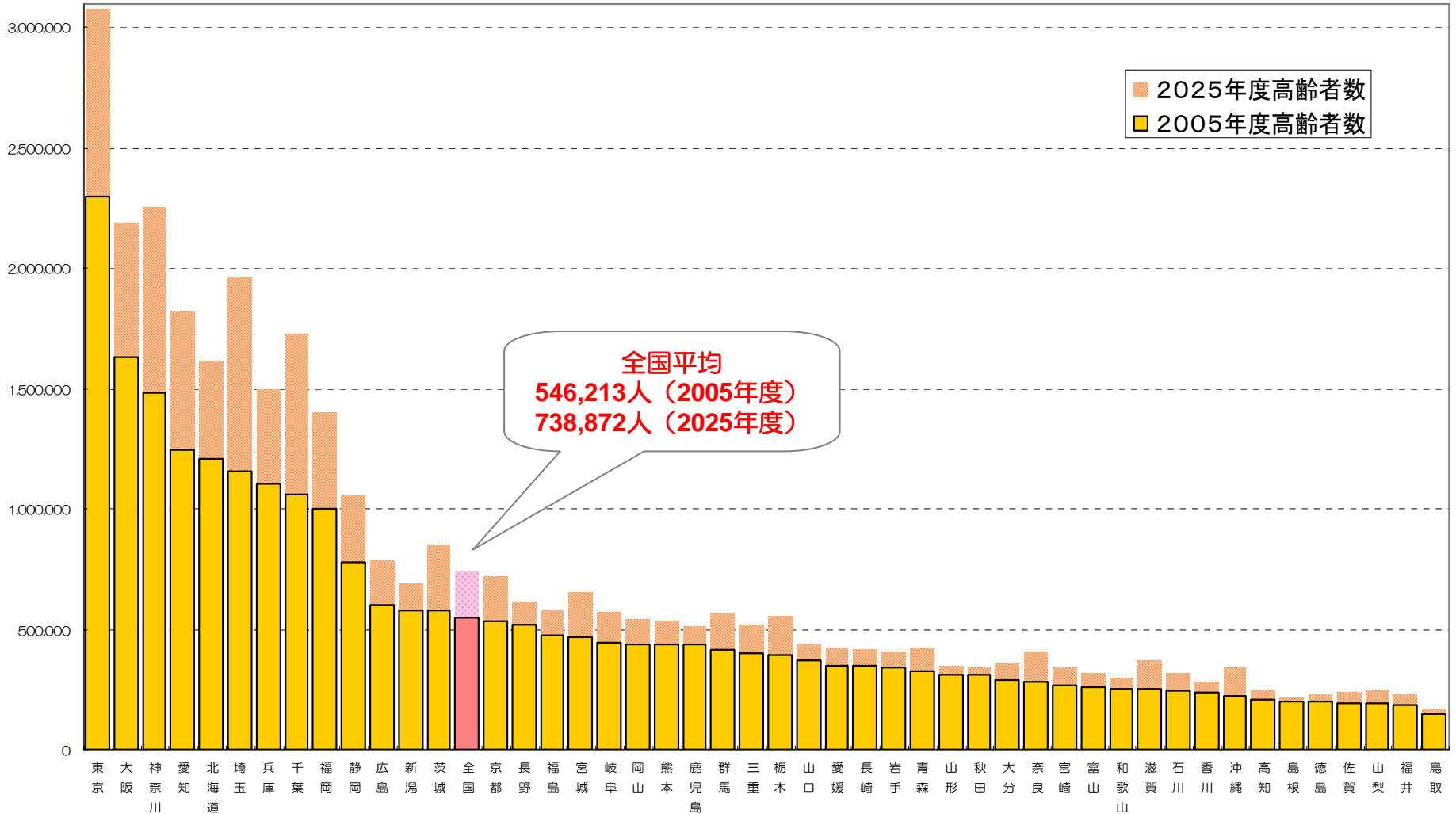
地域の将来的なニーズや社会資源の状況を踏まえて、
高齢者の状態に即した適切なサービスを、効率的に提供する
体制づくりを各地域で進めることが必要

都道府県が策定する地域ケア体制整備構想

都道府県別高齢者数の増加状況

高齢者人口は、今後20年間、首都圏を始めとする都市部を中心に増加し、高齢者への介護サービス量の増加が見込まれるとともに、高齢者の「住まい」の問題等への対応が不可欠になる。

単位:人



【資料】

2005年の高齢者人口については、総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計（確定値）」

2025年の高齢者人口については、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成14年3月推計）」

療養病床をめぐるこれまでの経緯

○ 「老人病院」— 30年近い問題

- ・1973年(昭和48年) 老人医療費無料化
- ・1983年(昭和58年) 老人保健法の制定
- ・1984年(昭和59年) 「特例許可老人病棟」の導入
-介護職員の配置
- ・1986年(昭和61年) 老人保健施設の創設
- ・1990年(平成2年) ゴールドプラン(高齢者保健福祉推進十
力年戦略)の開始
- ・1990年(平成2年) 「介護力強化病院」の創設
-定額制
- ・1993年(平成5年) 療養型病床群制度の創設
- ・2000年(平成12年) 介護保険制度の施行
- ・2001年(平成13年) 「療養病床」の創設(医療法改正)

○ 療養病床は、介護保険制度をめぐる議論の際にも大きな論点。

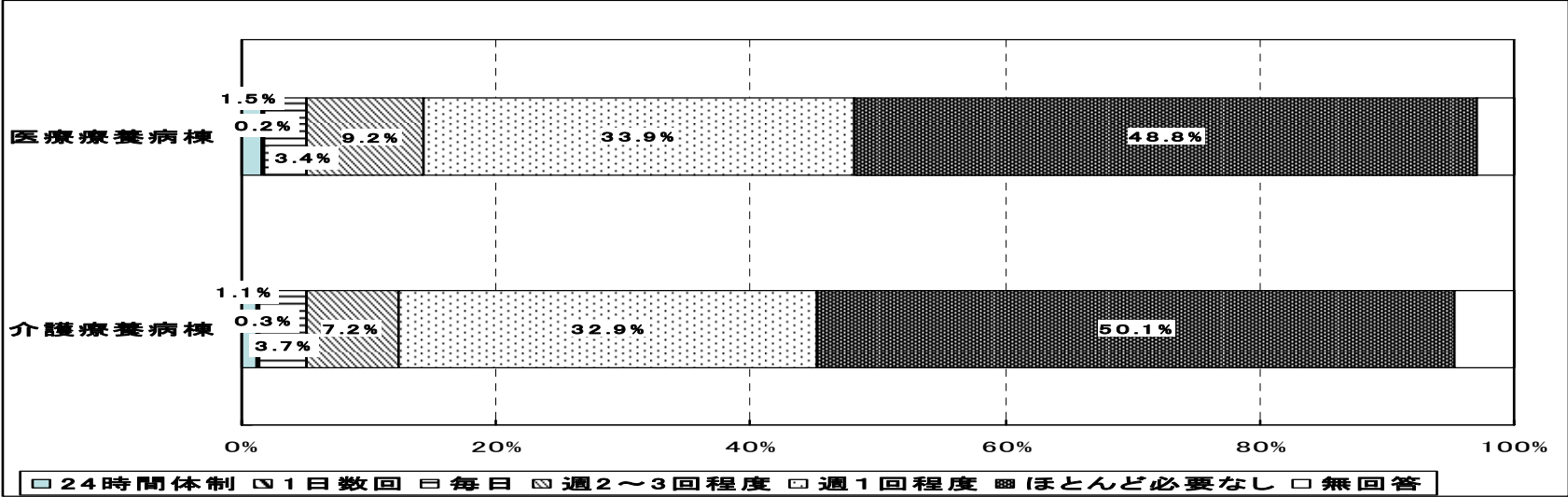
- ・1996年(平成8年)6月「介護保険制度案大綱」(老人保健福祉審議会)
「…施行後一定の経過期間内において、療養型病床群等の介護施設
への転換を図るものとする。」

○ 2000年(平成12年)の介護保険制度施行時に、療養型病床群は介護保険 適用と医療保険適用とに分かれる。

療養病床の現状

・現在の利用状況を見ると、**医師の指示の変更がほとんど必要ない方も利用しているのが実態です。**

医師による直接医療提供頻度



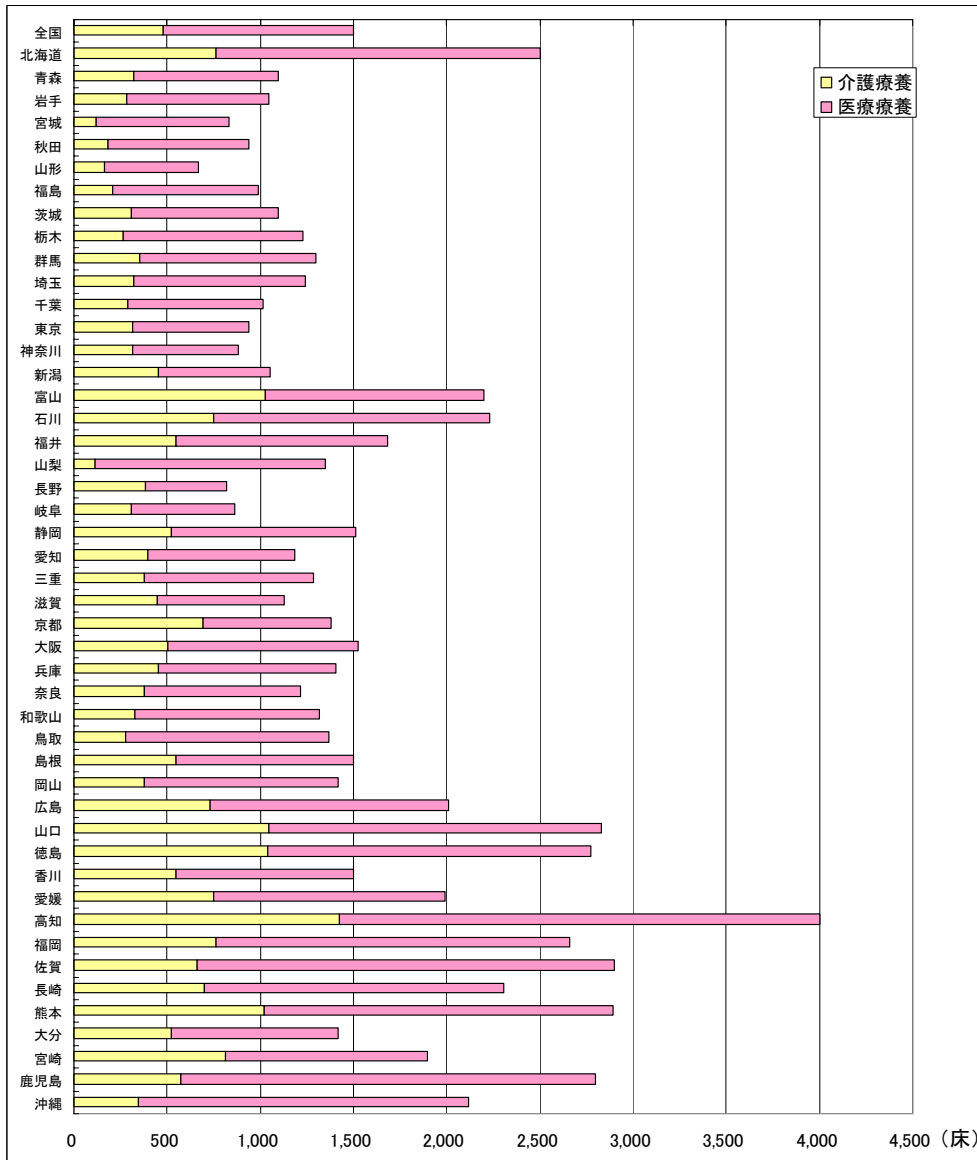
[中医協「慢性期入院医療実態調査」(平成17年11月11日中医協資料)]



○高齢者の状態に即した適切なサービスの提供
○医療保険や介護保険の財源の効率的な活用
○医師・看護師など限られた人材の効率的な活用

の観点から再編成が必要となっています。

都道府県別に見た65歳以上人口10万当たりの療養病床の病床数 (平成18年3月末)



	病床数(床)				65歳以上人口10万対病床数	
	総数	介護療養	割合(%)	医療療養		割合(%)
全国	384,531	122,191	31.8%	262,340	68.2%	1,497.9
北海道	30,132	9,209	30.6%	20,923	69.4%	2,499.1
青森	3,576	1,047	29.3%	2,529	70.7%	1,095.0
岩手	3,564	968	27.2%	2,596	72.8%	1,048.4
宮城	3,929	561	14.3%	3,368	85.7%	835.0
秋田	2,893	567	19.6%	2,326	80.4%	938.7
山形	2,069	501	24.2%	1,568	75.8%	667.6
福島	4,705	997	21.2%	3,708	78.8%	990.8
茨城	6,302	1,770	28.1%	4,532	71.9%	1,093.6
栃木	4,799	1,034	21.5%	3,765	78.5%	1,227.7
群馬	5,404	1,478	27.4%	3,926	72.6%	1,296.2
埼玉	14,470	3,700	25.6%	10,690	73.9%	1,250.6
千葉	10,730	3,058	28.5%	7,672	71.5%	1,011.9
東京	21,560	7,212	33.5%	14,348	66.5%	939.2
神奈川	13,076	4,637	35.5%	8,439	64.5%	883.4
新潟	6,110	2,621	42.9%	3,489	57.1%	1,052.1
富山	5,683	2,649	46.6%	3,034	53.4%	2,200.0
石川	5,482	1,844	33.6%	3,638	66.4%	2,230.8
福井	3,122	1,014	32.5%	2,108	67.5%	1,683.0
山梨	2,616	223	8.5%	2,393	91.5%	1,351.4
長野	4,284	2,002	46.7%	2,282	53.3%	820.7
岐阜	3,819	1,361	35.6%	2,458	64.4%	863.8
静岡	11,779	4,054	34.4%	7,725	65.6%	1,511.7
愛知	14,802	4,993	33.7%	9,809	66.3%	1,185.5
三重	5,163	1,514	29.3%	3,649	70.7%	1,288.7
滋賀	2,814	1,112	39.5%	1,702	60.5%	1,128.2
京都	7,331	3,679	50.2%	3,652	49.8%	1,382.3
大阪	24,925	8,247	33.1%	16,678	66.9%	1,525.2
兵庫	15,547	5,062	32.6%	10,485	67.4%	1,402.4
奈良	3,446	1,074	31.2%	2,372	68.8%	1,215.4
和歌山	3,287	823	25.0%	2,464	75.0%	1,317.6
鳥取	1,996	409	20.5%	1,587	79.5%	1,366.1
島根	3,012	1,106	36.7%	1,906	63.3%	1,497.7
岡山	6,224	1,649	26.5%	4,575	73.5%	1,420.8
広島	12,059	4,382	36.3%	7,677	63.7%	2,008.0
山口	10,560	3,916	37.1%	6,644	62.9%	2,828.5
徳島	5,474	2,057	37.6%	3,417	62.4%	2,774.3
香川	3,540	1,287	36.4%	2,253	63.6%	1,503.1
愛媛	7,009	2,645	37.7%	4,364	62.3%	1,991.2
高知	8,262	2,944	35.6%	5,318	64.4%	4,003.4
福岡	26,523	7,602	28.7%	18,921	71.3%	2,658.2
佐賀	5,688	1,297	22.8%	4,391	77.2%	2,900.4
長崎	8,046	2,441	30.3%	5,605	69.7%	2,306.6
熊本	12,643	4,467	35.3%	8,176	64.7%	2,891.5
大分	4,144	1,532	37.0%	2,612	63.0%	1,415.3
宮崎	5,130	2,202	42.9%	2,928	57.1%	1,895.9
鹿児島	12,168	2,481	20.4%	9,687	79.6%	2,800.1
沖縄	4,634	763	16.5%	3,871	83.5%	2,117.0

注)65歳以上人口は総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計(確定値)」による。

【出典】病院報告(平成18年3月分概数)

療養病床再編成について

次の3つの視点により、療養病床の再編成を進める必要があります

(1)利用者の視点： 高齢者の状態に即した適切なサービスを提供することが望めます

- ・高齢者に対しては、その方の状態に即して、適切な設備・人員体制の整った環境の下で適切なサービスが提供されることが望めます。
- 医療の必要性の高い方は医療療養病床
- 医療よりも介護サービスが必要な方は老健、特養など

(2)費用負担者の視点： 国民の負担を効率化することが望めます

- ・療養病床の平均的費用は介護施設と比べると高くなっています。
- ・今後高齢者が更に増加する中で、療養病床への給付は必要な部分に効率化し、保険料や税金の負担をできるだけ抑えることが望めます。

(3)医療提供体制の視点： 貴重な医療資源を効果的に活用することが望めます

- ・療養病床には医療の必要性の高低に関わらず医師・看護職員が手厚く配置されています。
- ・貴重な能力をより必要な人に振り向けることが望めます。

再編成を進める上での留意点

- 再編成は、平成23年度末まで5年間かけて計画的に進めます。
- その際の医療療養病床の目標は、国の参酌標準を踏まえつつ、各都道府県において関係者で議論して設定します。
- 都道府県地域ケア体制整備構想で定める療養病床転換推進計画は、一方的に作成するのではなく、各医療機関の意向を尊重しつつ、各圏域ごとに定めます。
- 各医療機関の療養病床が円滑に老健施設等に転換できるよう、各般の転換支援措置を講じます。
- 再編成に当たっては、ベッドをなくするのではなく、円滑な転換によって、入院している方々の追い出しにつながらないようにすることが前提です。
- 再編成を進めるに当たっては入院患者を第一に考え、各都道府県に相談窓口を設置して、住民の方々の相談に応じる体制を整えています。
- 再編成が入院患者に及ぼしている影響について実態調査を進めます。

療養病床再編成のイメージ

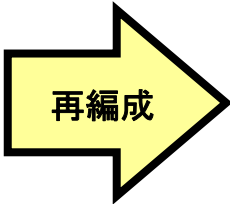
医療療養病床 (25万床)

1人当たり費用: 約49万円
 1人当たり床面積: 6.4㎡以上
 医師3人・看護職員20人
 介護職員20人

介護療養病床 (12万床)

1人当たり費用: 約41万円
 1人当たり床面積: 6.4㎡以上
 医師3人・看護職員17人
 介護職員17人

医療の必要性の高い者と低い者とが混在



適切な介護施設等に転換

医療療養病床

医療の必要性が高い方には、引き続き必要な医療が提供される体制を確保します

入所者の状態に応じた医療機能の強化

- ・24時間看護体制
- ・看取りの体制 等

老人保健施設

1人当たり費用: 約31万円
 床面積8.0㎡以上、医師1人・看護職員9人
 介護職員25人

特別養護老人ホーム 約29万円
 ケアハウス等
 在宅療養・在宅介護の支援拠点

医療の必要性は低いが何らかの医療処置を要する方に対応できるようにします

療養病床からの転換を進めることで、利用者の方が引き続き同じ施設で入所を継続できるようにします
 * 療養病床から無理矢理追い出すものではありません

できるだけ円滑な転換が図られるよう様々な支援措置を講じます

〔既存施設の活用〕

- ・療養病床を老人保健施設に転換する場合の施設基準の緩和
- ・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

〔経営の多角化〕

- ・医療法人経営の選択肢の拡大(有料老人ホーム等の解禁)
- ・医療法人など営利を目的としない法人による特別養護老人ホームの設置
- ・サテライト型施設の多様化
- ・小規模老健施設の人員基準等の緩和
- ・在宅医療と「住まい」の場を組み合わせたサービス提供体制の構築

〔転換時の負担の軽減〕

- ・転換費用の助成
- ・転換時の改修等に関する特別償却制度(法人税)の創設
- ・福祉医療機構の融資条件の優遇等
- ・新たな借換融資制度の創設

〔介護保険事業計画の弾力化等〕

- ・第3期計画における定員枠の弾力化
- ・第4期計画における転換受入れの円滑化

医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標(案)の考え方

(1)療養病床の病床数

平成24年度末時点での療養病床の病床数 = ①と②により設定する

① 各都道府県における $a - b + c$

a 医療保険適用の療養病床(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。以下「医療療養病床」という。)の現状の数(平成18年10月)

b 医療療養病床から介護保険施設等に転換又は削減する見込み数(平成18年10月)
(医療区分1)+(医療区分2)×3割

c 介護保険適用の療養病床から医療療養病床へ転換する見込み数(平成18年10月)
(医療区分3)+(医療区分2)×7割

② 都道府県は上記の数を基に、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率、並びに救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等を総合的に勘案し、それぞれにおける実情を加味して設定する。

(注) 全国レベルでの療養病床の目標数は、今秋を目途に各都道府県における設定状況を踏まえて設定する。

各都道府県の療養病床の目標数(平成24年度)(案)

平成20年度
第1期医療費適正化
計画開始

平成24年度
第1期終了

回復期リハを除く
療養病床
35万床
(平成18年度)

医療療養
(回復期リハを除く)
23万床

介護療養
12万床

回復期リハ
(医療療養)
2万床

医療の
高い
必要性

医療の
低い
必要性

医療療養
(回復期リハを除く)
〔ベースとなる算定式に各都道府県が、それぞれの実情を加味して設定した目標数を積み上げて算出
・ベースとなる算定式を全国レベルで機械的に計算すると約15万床〕

老健施設
ケアハウス等
在宅療養支援拠点

回復期リハ
(医療療養)

〔回復期リハ以外の医療療養等からの転換もありえる〕

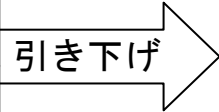
※病床数は全国ベース

平成18年度改定による診療報酬の見直し

【平成18年3月末まで】

【平成18年4月～6月】

療養病棟入院基本料 1	(若人) 1, 209点 (老人) 1, 151点
療養病棟入院基本料 2	(若人) 1, 138点 (老人) 1, 080点



(若人) 1, 187点 (老人) 1, 130点
(若人) 1, 117点 (老人) 1, 060点

患者分類の導入

【平成18年7月以降】

(参考：介護療養病床)

ADL 3	885点	1, 344点	1, 740点
ADL 2	764点	1, 344点	1, 740点
ADL 1	764点	1, 220点	1, 740点
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
	(低 ← 医療の必要性 → 高)		

要介護 5	1, 322単位
要介護 4	1, 231単位
要介護 3	1, 130単位
要介護 2	892単位
要介護 1	782単位

医療区分 3	<p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養 ・24時間持続点滴 ・人工呼吸器使用 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 <p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態
医療区分 2	<p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引 ・気管切開・気管内挿管のケア <p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・神経難病 ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 など
医療区分 1	医療区分2・3に該当しない者

地域ケア体制整備構想を策定する趣旨

① 地域差が大きい中で、地域ごとの対応方針を整理する

- ・療養病床の整備状況は都道府県によっても、また都道府県内でも地域差が大きく、円滑な転換を進める上では、地域ごとに対応方針を検討することが求められる。
- ・単なる転換に止まらず、今後の一層の高齢化の進展を念頭に、地域におけるケア体制全般について、地域での将来的なニーズや社会資源の状況等に即して、計画的に整備することが必要となる。

② 療養病床の転換推進が惹起する住民や医療機関の不安に応える

- ・療養病床が再編成された後の受け皿がどうなるのかといった不安を抱える住民や、転換する場合に果たして介護施設の整備「枠」が確保されるのかといった懸念を抱く医療機関に将来の姿を示す。

③ 療養病床の再編成に関係する関係3計画の整合性を図る

- ・療養病床の再編成は、都道府県が今後策定する「医療計画」(平成20年度～)、「医療費適正化計画」(平成20年度～)および「介護保険事業支援計画」(平成21年度～)に密接に関連することから、各計画相互に整合性のとれた方針を速やかに整理し、各計画に適切に反映させることが必要となる

構想が目指す地域ケア体制とは

目標

医療や介護を必要とする状態となっても、住み慣れた自宅や地域で療養したい、介護を受けたいと希望する高齢者の意向が最大限尊重できる体制の構築

高齢者の生活を支える医療、介護、住まい等の総合的な体制整備

地域ケア体制のイメージ

介護サービス

施設サービス

在宅サービス

- ※予防の重視、認知症ケアへの対応
- ※独居高齢者への対応
- ※より効果的・効率的なサービス提供体制の実現

多彩な見守りサービス

- ・安否確認
- ・緊急時の対応
- ・生活相談
- ・配食サービス など

- ※多様なサービスの提供
- ※多様な主体による重層的な提供

- ・住まい
- ・住宅改修
- ・高齢者向け住まい
- ・住み替え など

- ※地域特性に即した対応
- ※住宅政策との連携

地域ケア体制

必要なサービスの確保と質の向上
各サービスとの連携の確保

在宅医療

- ・往診（居宅療養支援診療所など）
- ・訪問看護
- ・訪問リハ など

※在宅医療を担う医療機関や訪問看護の体制整備

- ※医療機関と介護支援事業者との連携強化
- ※基幹的医療機関による後方支援
- ※在宅における看取りを可能とする体制
- ※医師、看護師等の人材確保

見守り・住まいの取り組みの例

〔見守りサービス〕

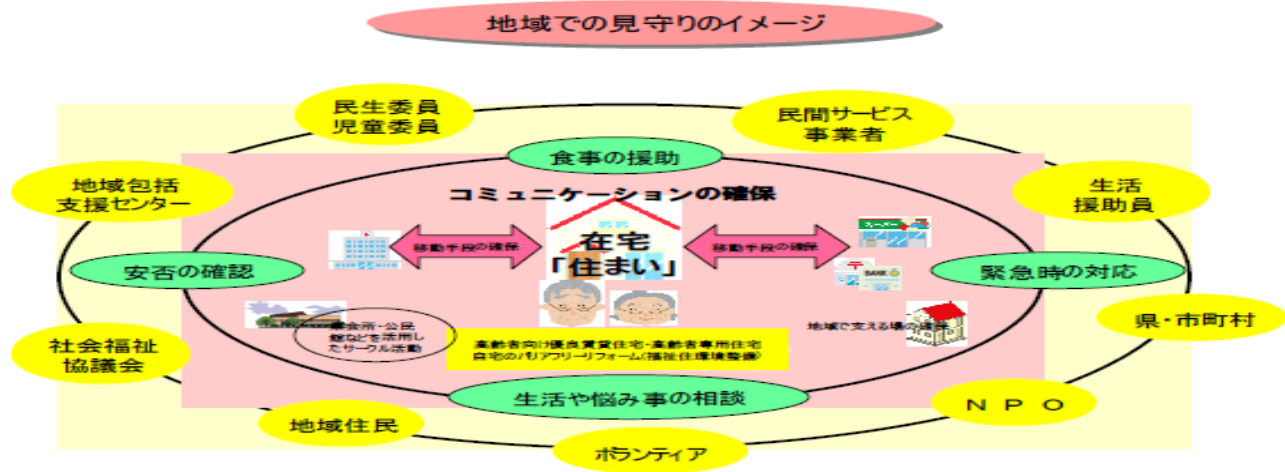
- 地域包括支援センターの機能強化
- 社会福祉協議会や民生委員・児童委員を中心にした見守り
- 生活援助員(LSA)による見守り
- 食生活の確保

- 地域社会全体で支え合う仕組みづくり
- 地域活動の新しい担い手の発掘
- 地域での見守り活動の支援
- 集会所や空き住戸等を活用した高齢者自立支援拠点の実施
- 人間による見守りを補完するガスメーターや熱感知センサーなどの設備面の工夫

〔高齢者の住まい〕

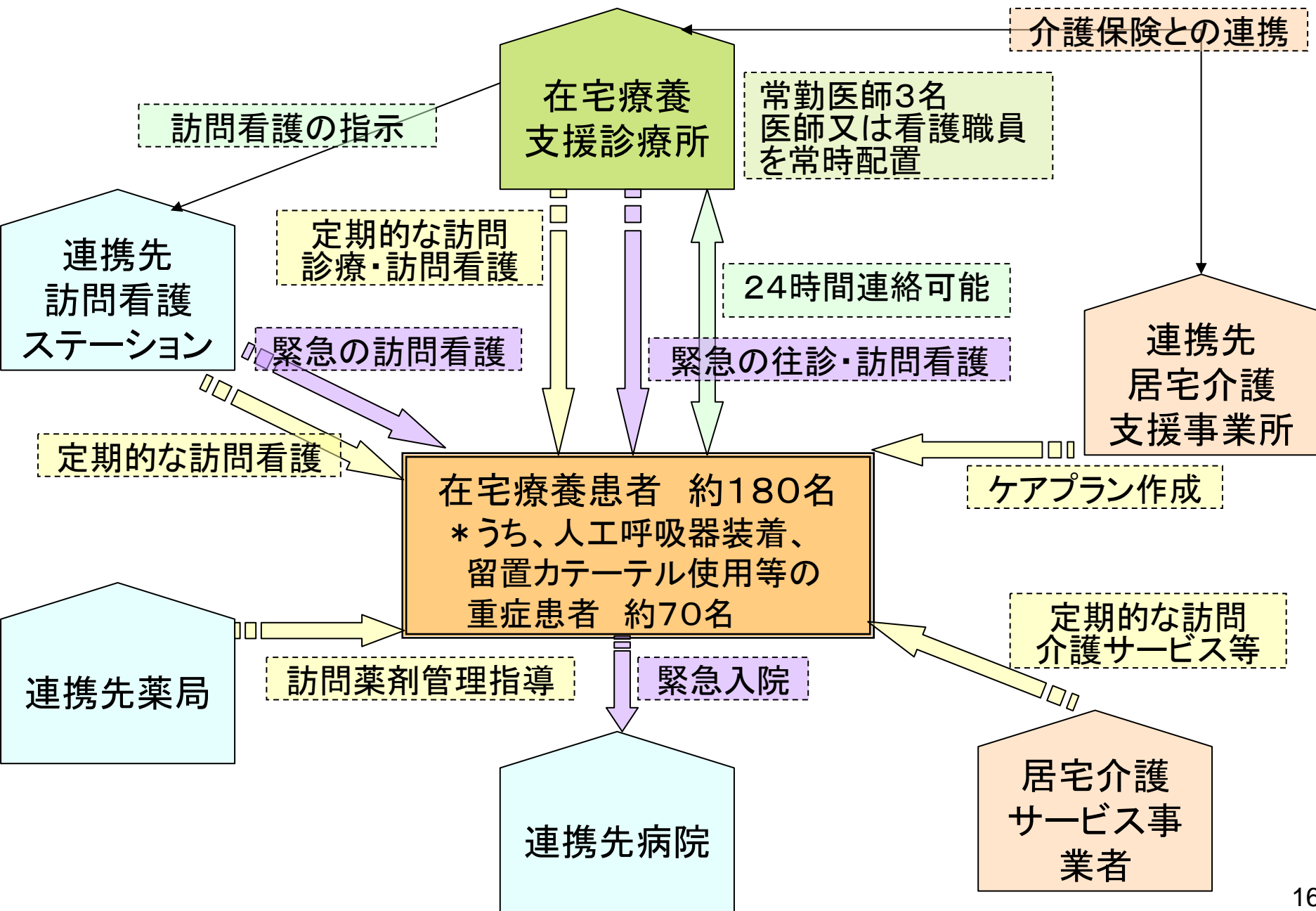
- 低所得者に配慮した高齢者住宅の整備促進
- 公営住宅の適切な管理
- 中山間地域の高齢者に生活支援ハウスや地域密着型サービスの整備
- 自宅で生活するために既存住宅のバリアフリーリフォームの推進

- 公営住宅建て替えの際の福祉施設整備
- 公営住宅の入居者募集方法の工夫による若い世帯の入居促進・コミュニティの活性化
- 高齢者向け住宅・施設の選び方・注意点等の情報提供・相談の実施



「在宅療養支援診療所」のイメージ

(仙台市内で看取りまで含めた在宅医療を行っている診療所の例)



地域ケア体制整備構想の基本的構成

I. 地域ケア体制の在り方及び療養病床の再編成に関する基本方針

II. 地域ケア体制整備構想策定に当たっての関係計画との調和

- 医療計画：居宅等の医療の確保、基準病床数の算定
- 医療費適正化計画：療養病床の病床数に関する数値目標
- 介護保険介護保険事業視線計画：第3期（H18～20）、第4期（H21～23）計画との整合性

III. 地域ケア体制の将来像

- H47年に向けた介護サービス、看取りサービス等の需要等の10年ごとの将来見通しを試算 ← 長期ワークシート



- 試算を踏まえて課題及び対応方を整理



- 30年後の高齢者の生活を支える提供体制等の望ましい将来像 → 都道府県住生活基本計画に反映
- 将来像の実現に向けて必要な施策
- 関係機関の役割

IV. 平成23年度までの各年度の介護サービス等の必要量の見込み及びその確保方策

- H23年度までの各年度の介護サービス等の必要量を見込み ← 短期ワークシート

- ・施設・居宅系サービス
- ・在宅サービス

第3期計画でのサービス見込み量

直近の給付実績

療養病床転換推進計画による見込み

- ・見守りサービス 見守りに配慮した住まい
→ 都道府県住生活基本計画との整合性

- H23年度までの介護サービス等の必要量を確保するための方策

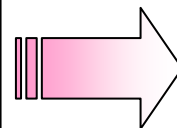
V. 療養病床の転換の推進

- 療養病床を巡る現状と課題
- 療養病床転換推進計画
 - ・H19～23年度までの療養病床の転換過程を示す
 - ・次の2点を前提
 - ①医療費適正化計画に定めるH24年度末の療養病床数の目標達成
 - ②介護療養病床についてはH23年度末までに転換を円滑に終了
- 療養病床の転換への支援措置
 - ・都道府県の役割
 - ・相談体制の構築
 - ・都道府県の支援措置

長期的観点から地域ケアの将来像を描く必要性

地域のサービス体制は短期間のうちに整備できる性格のものではない。

- ・地域の拠点づくり
- ・人材の養成・確保
- ・ネットワークの構築
- ・安定的なビジネスモデル
- ・利用者の制度への理解と十分な活用 など



時間を要する

今後の一層の高齢化のインパクト

高齢化が一層進む30年後にあっても、高齢者を適切に支えることができる体制を構築するためには、単に従来の施策の延長ではなく、**今の時点からの**関係者を挙げた取り組みが必要。

<中長期的観点からの検討>

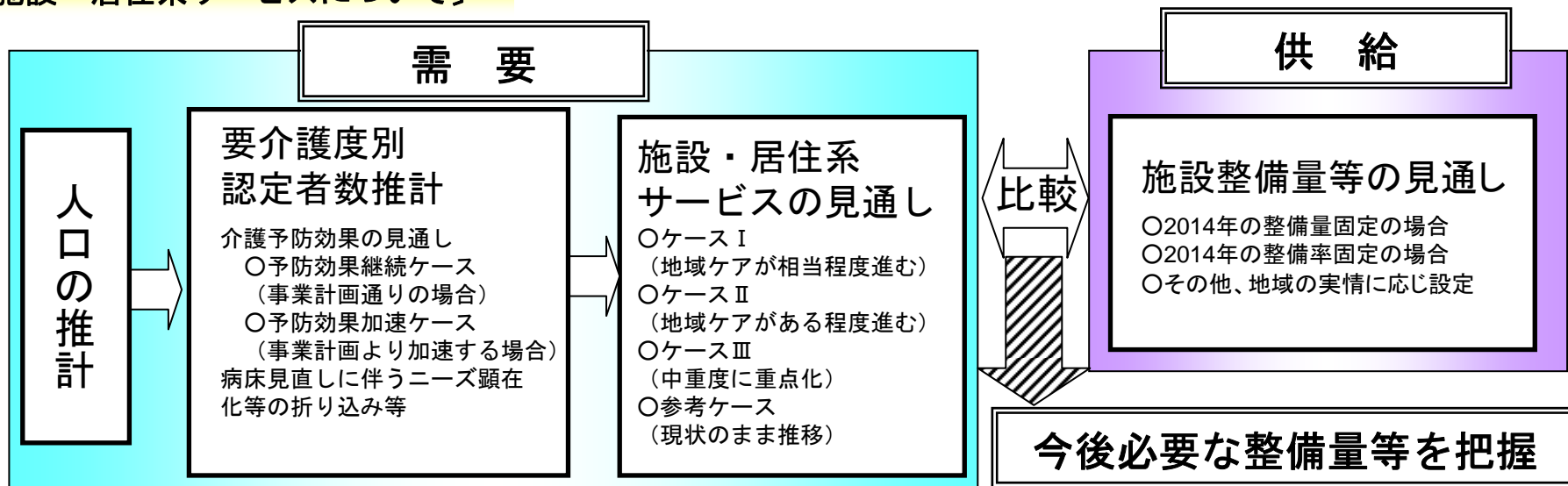
- 地域の高齢化の見通しはどうか
- その結果どのような課題があるのか
- 今後どのような方向で地域ケア体制を整備するのか
- そのためにどのように施策を講じるか

地域の関係者
による議論が
重要

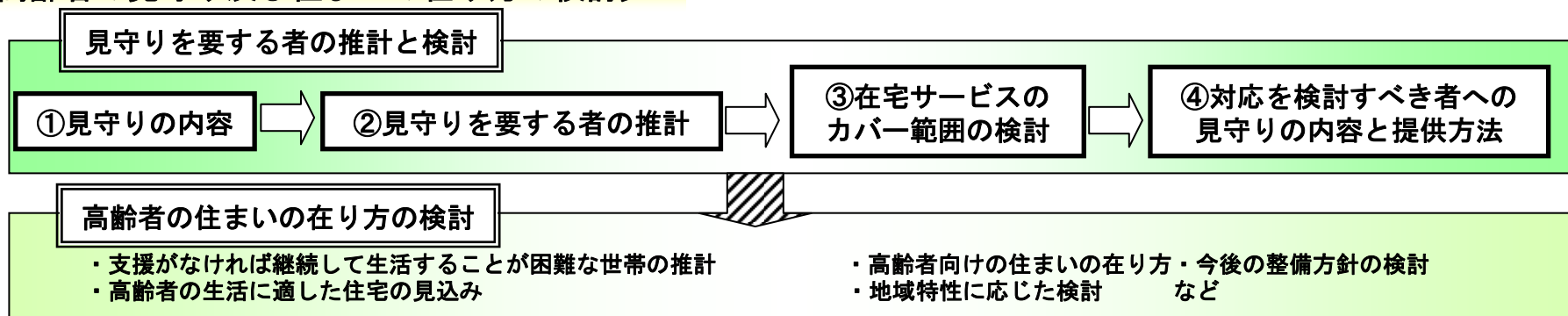
地域ケア体制の将来像

長期将来推計における推計と今後の在り方の検討の流れ

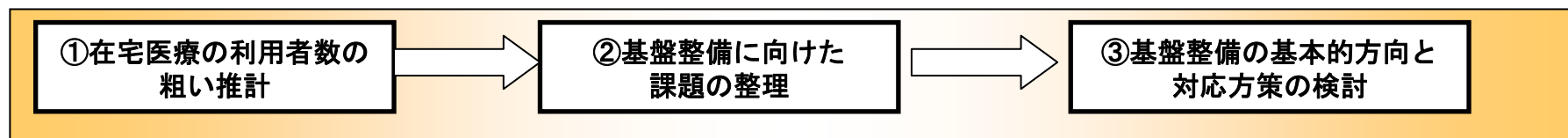
〔施設・居住系サービスについて〕



〔高齢者の見守り及び住まいの在り方の検討〕

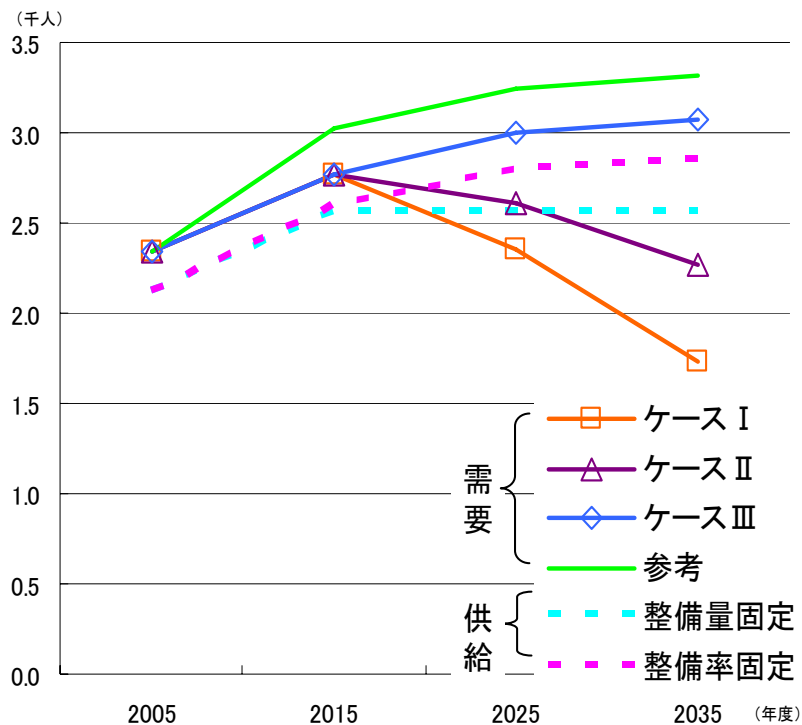


〔「在宅医療」の在り方の検討〕

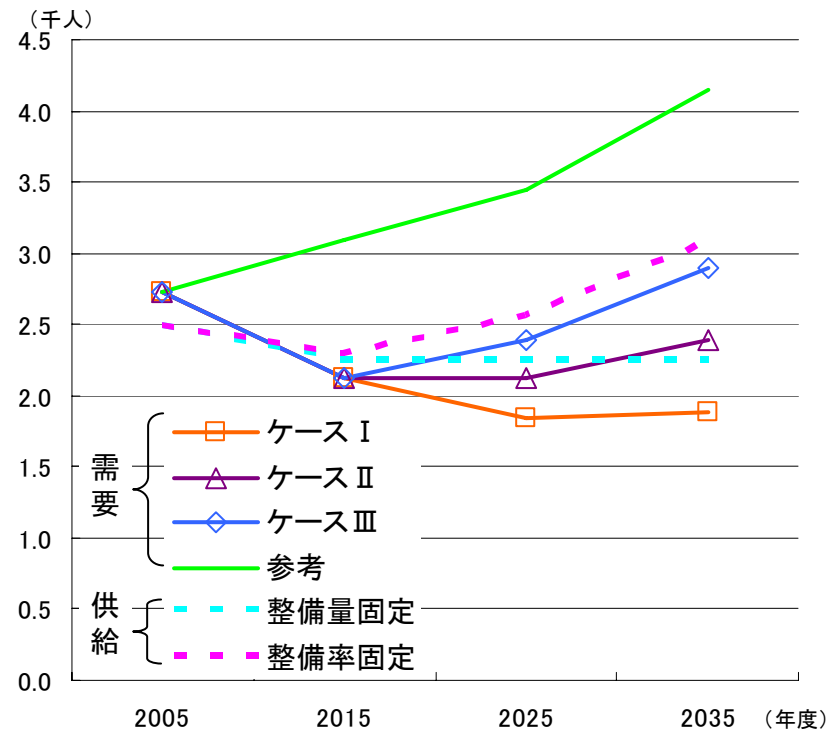


施設・居住系サービスの需要と供給

新潟県：下越圏域



鳥取県：東部老人保健福祉圏域



需要：

ケースⅠ：地域ケアが相当程度進んだケース

ケースⅡ：地域ケアがある程度進んだケース

ケースⅢ：重度化のみが生じたケース

参考：現状のままのニーズが続いたケース

供給：

整備量固定：2014年の施設・居住系サービスの整備量で固定した場合

整備率固定：2014年の施設・居住系サービスの整備率で固定した場合

出典：新潟県福祉保健部『地域ケア整備構想モデルプラン（新潟県下越圏域）』平成19年3月

鳥取県福祉保健部『鳥取県地域ケア整備構想モデルプラン（鳥取県東部老人保健福祉圏域）』平成19年3月

長期的将来像の検討で期待される議論

施設・居住系サービス

- ・地域における施設・居住系サービスの需要のケース別推計結果を踏まえた将来の地域ケア体制のあるべき姿
- ・今後の高齢化の進展に対応した地域としての施設・居住系サービスの今後の整備の方向
- ・中長期的な体制の確保に向けた対応方針 等

見守り等・高齢者向け住まい

- ・確保すべき「見守り」の内容(安否確認、食事の援助、緊急時の対応等)
- ・見守りを要する者の見込み
- ・対応を検討すべき者に対する見守りの内容と提供方法 等

- ・高齢者の生活に適した住宅の供給の必要量
- ・高齢者向けの住まいの在り方、今後の整備方針
- ・地域特性に応じた課題の検討(過疎地域・山村地域における住み替え、ニュータウン地域における支援システムの在り方等) 等

在宅医療基盤

- ・在宅医療の基盤整備に向けた課題の整理
- ・地域の状況を踏まえた在宅医療基盤の整備に向けた促進策
- ・後方支援体制、看取りの体制、連携体制、人材確保対策 等

在宅医療の在り方の検討

今後更に高齢化が進展する中で、高齢者が住み慣れた地域においてできる限り継続して生活できるようにするためには、先に検討する見守り及び住まいの在り方と合わせて、在宅医療の在り方を検討することも必要。粗い推計も参考としつつ、地域としての方向につき、例えば次のような流れで中長期的検討を行う。

①在宅医療の利用者数の粗い推計

介護サービス系の在宅医療ニーズと医療保険の往診・訪問看護利用者数のおおよその大きさを試算
* 中長期的な大きさを掴むための試算であり将来の枠をはめるものではない

②今後の在宅医療の基盤整備に向けた課題の整理

①も参考としつつ、地域における今後の課題を整理

③今後の在宅医療の基盤整備の基本的方向と対応方策の検討

②の課題の整理を踏まえ、今後の体制整備の基本的方向を検討するとともに、対応方策の検討を行う。
(対応方策検討事項例)

- ・地域の状況を踏まえた在宅医療基盤の整備に向けた促進策
- ・在宅医療を支える後方支援体制の在り方
- ・在宅における看取りに向けた体制の在り方
- ・中核医療機関・介護サービス事業者等との連携体制
- ・地域で不足する人材の中長期的観点からの確保対策
- ・サービスの質の向上に向けた対応方策
- ・円滑に医療を提供するための住まいの在り方(例えば換気・空調・広さ等) など

平成23年度までの見込み

療養病床アンケート調査

医療機関の
転換意向

入院患者の
ニーズ

医療費適正化
計画・介護保険
事業計画の
参酌標準

調整

短期ワークシート

療養病床転換
計画シート

療養病床から老健
施設等への転換の
見込み

「住まい」短期
推計シート

特定施設、シルバーハウジング
等の「住まい」のサービス量
見込み

介護サービス
見込み量シート

各介護保険サービスの利用者数及び給付費等を見込み
[単価] × [利用者数等] = [給付費]

期待される議論

- ・療養病床の転換方策
- ・療養病床転換分も含めた施設サービスと在宅サービスのバランス、確保方策
- ・給付と負担のバランス
- ・高齢者の介護・見守り・住まい・在宅医療の連携体制
- ・地域における見守り機能を有する高齢者向け住まいの在り方
- ・地域における在宅医療基盤の整備の在り方 等

療養病床転換推進計画の概要

1. 作成の趣旨

・平成19～23年度まで間の療養病床の転換過程を明らかにする

〔前提〕

・平成19年4月1日現在の療養病床につき、

①医療費適正化計画に定める平成24年度末の療養病床数の目標の達成を図る

②介護療養病床について、平成23年度末までに老人保健施設等への転換を円滑に終了する

2. 各年度の数値 の設定方法

・転換の意向を明らかにした医療機関の転換時期及び転換先については、そのまま計画に反映

・その上で、上記①、②の達成に向け老人保健施設等へ転換した数が段階的に増加するように各年度の数値を設定。

・医療療養病床から一旦介護療養病床に転換するものについても、老人保健施設等へ転換した数が段階的に増加するよう設定

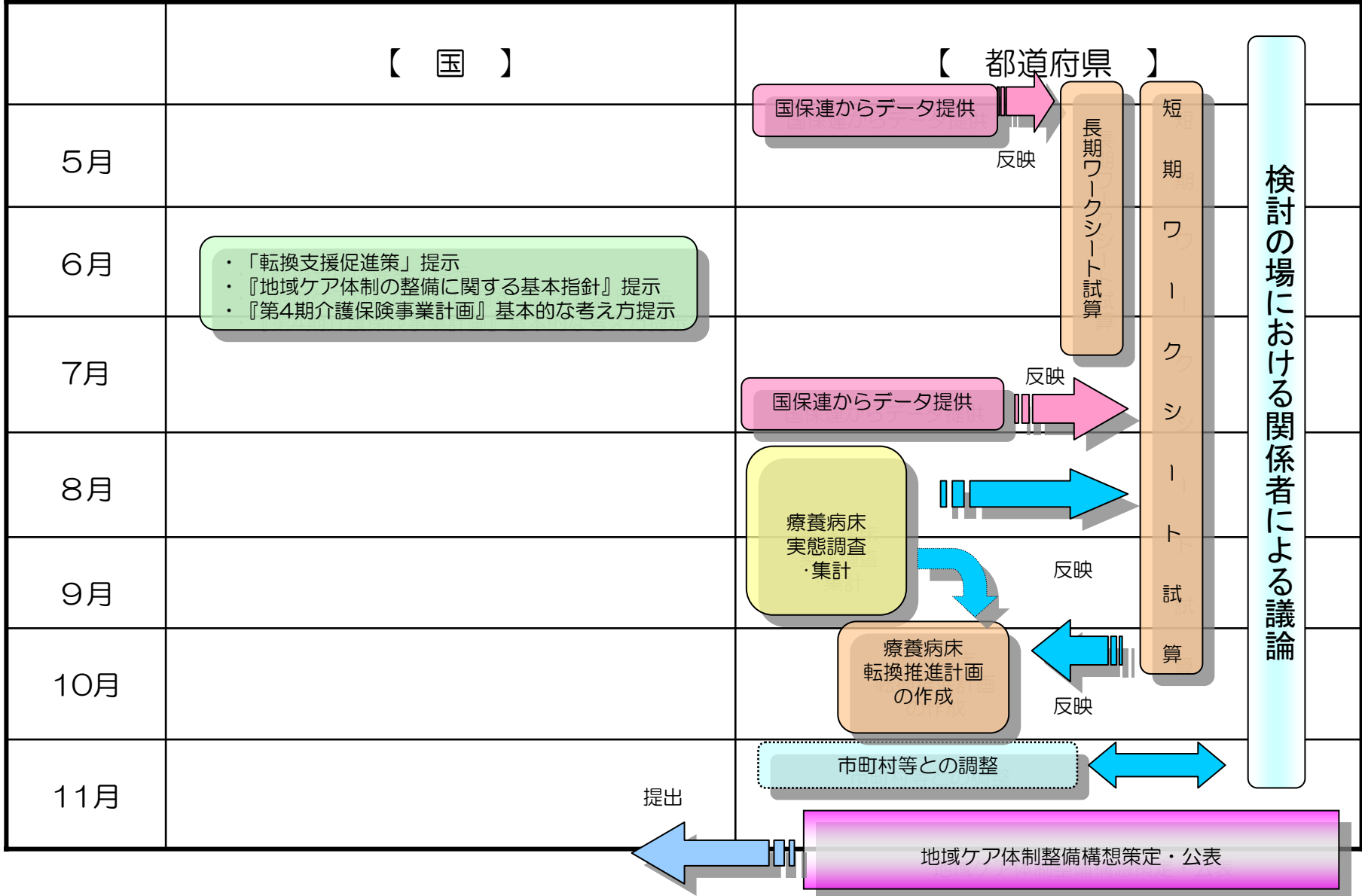
3. 計画作成の手順

・平成19年夏に医療機関に対する転換意向調査等を実施した上で、平成19年秋を目途に圏域ごとに転換推進計画を作成

・平成20年度に第4期介護保険事業計画を策定する際に、改めて転換意向調査を実施

→ 当該調査等を踏まえ、必要に応じ、転換推進計画の内容を見直して第4期介護保険事業計画に反映

構想作成のスケジュール（案）



地域ケア体制整備構想の特色

1

療養病床の転換推進計画がコアではあるが、
それだけに止まるものではない

2

介護・福祉の分野にあってはじめて地域ごとの中長期的な将来の
見込みを示すものとなる

3

都道府県のみで作成するのではなく、市町村や医療・介護・福祉等
地域の関係者により議論を積み重ねるツールとなる

今後の課題(例)

策定過程について

- ・ 検討を進める場が整っているか。
- ・ 構想の意義について市町村その他の関係者の理解をどう深めるか。
- ・ 地域における検討・議論がどこまで進んでいるか。

地域ケア体制について

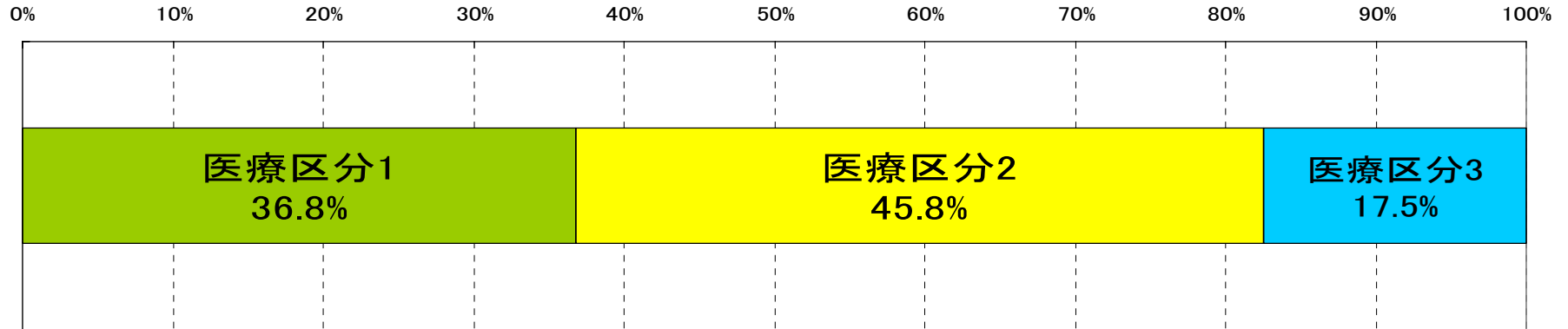
- ・ 施設に過度に依存しない体制をどうつくるか。
- ・ 介護サービス以外の分野のサービス提供をどう進めるか。
- ・ 地域のコミュニティをどう構築するか。
- ・ 住民をはじめとした関係者が自ら創る動きをどう育み支えるか。

療養病床の転換推進について

- ・ 地域の状況、将来像等を伝えつつ医療機関の理解をどう得るか。
- ・ 住民・利用者の不安をどう解消するか。

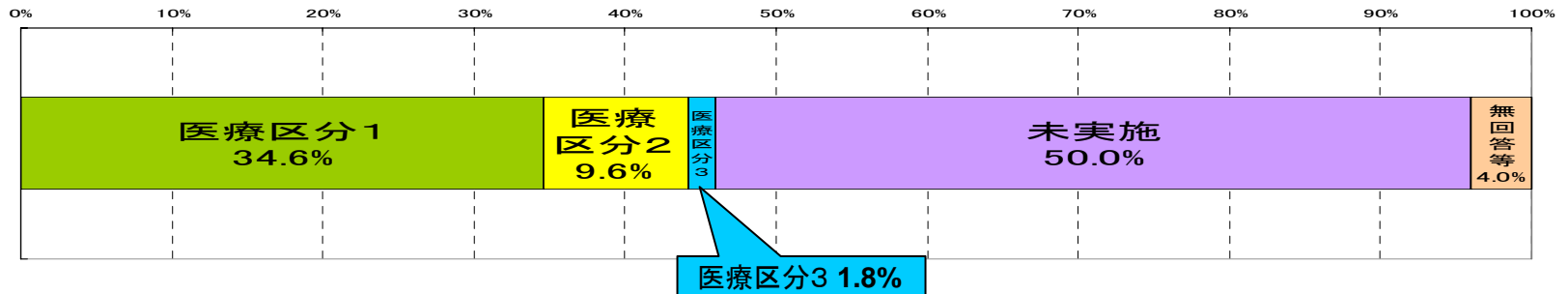
療養病床アンケート調査結果(抜粋)

医療療養病床における入院患者の医療区分



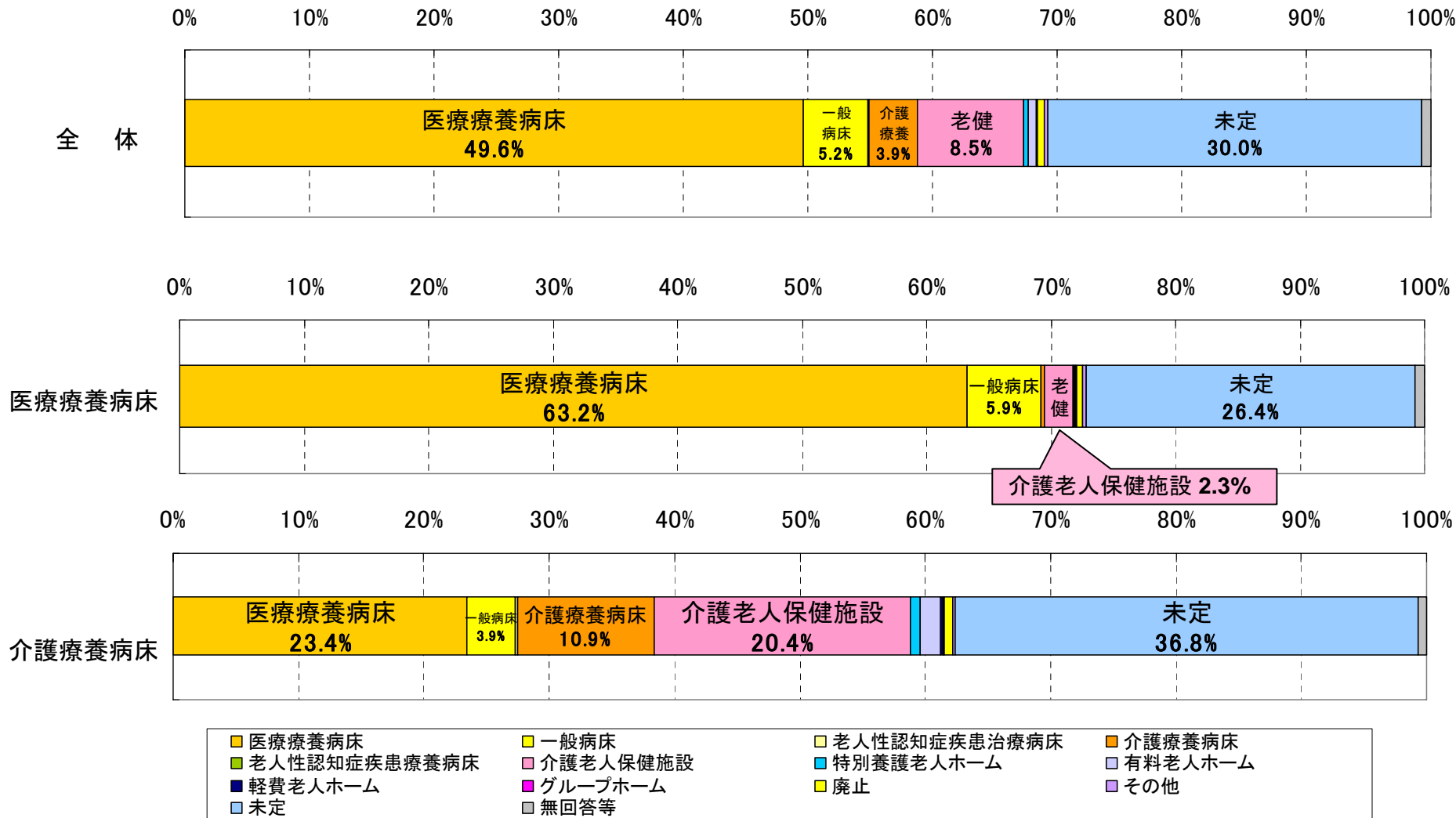
* 施設票による

(参考) 患者票による介護療養病床における入院患者の医療区分



* 患者票は入院患者の1/3抽出

医療療養病床と介護療養病床における転換意向

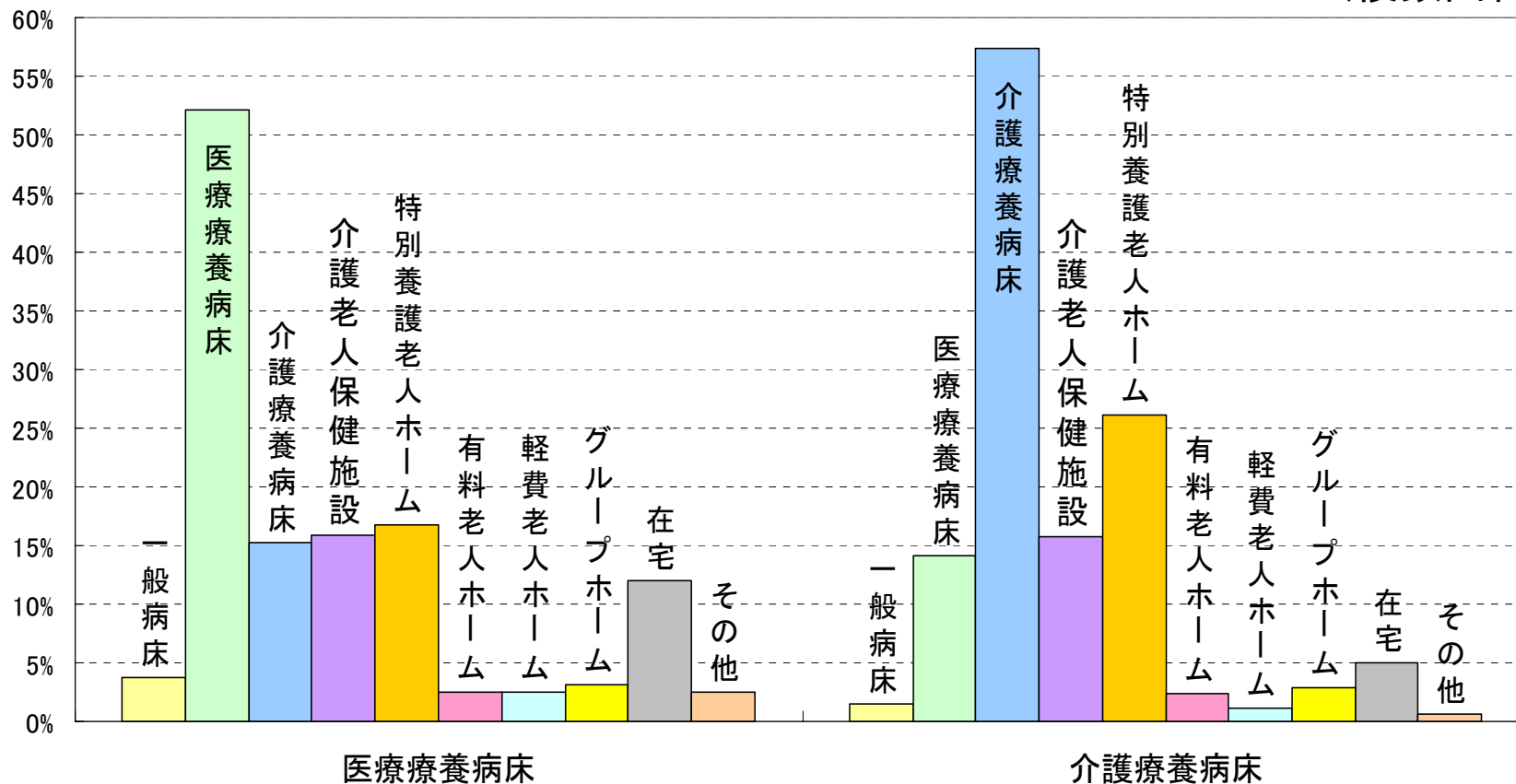


それぞれの施設の機能や、本人の医療や介護の必要性を踏まえ、医療機関として対応が望ましいと考えられる施設

○医療療養病床では、多い順に、医療療養病床が52.1%、特別養護老人ホームが16.8%、介護老人保健施設が15.9%であった。

○介護療養病床では、多い順に、介護療養病床が57.4%、特別養護老人ホームが26.2%、介護老人保健施設が15.8%であった。

(複数回答)



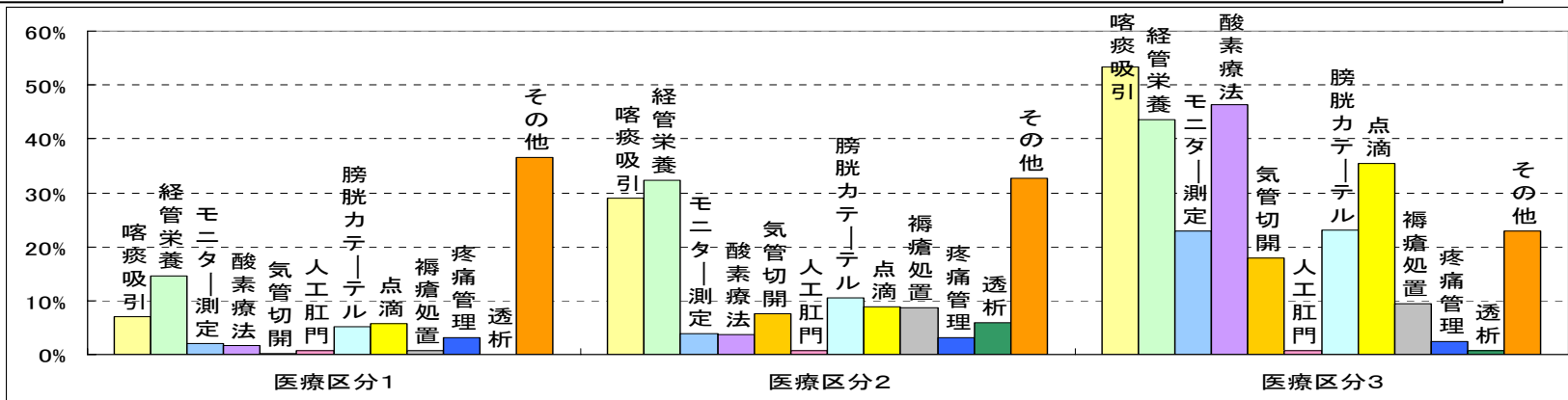
医療療養病床における医療処置

(10%を超える者に行われていた医療処置)

○医療区分1では経管栄養が14.6%、

○医療区分2では経管栄養が32.3%、喀痰吸引が29.0%、膀胱カテーテルが10.4%、

○医療区分3では喀痰吸引が53.3%、酸素療法が46.3%、経管栄養が43.6%、点滴が35.5%、膀胱カテーテルが23.0%、モニター測定(心拍、血圧、酸素飽和度)が22.8%、気管切開が17.9%であった。



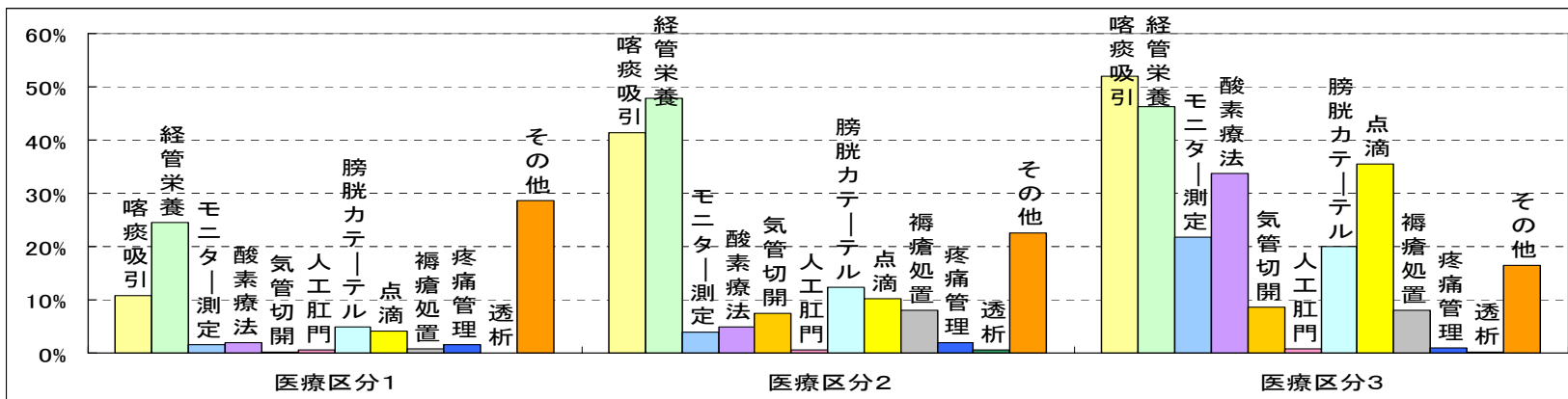
介護療養病床における医療処置

(10%を超える者に行われていた医療処置)

○医療区分1では経管栄養が24.5%、喀痰吸引が10.8%、

○医療区分2では経管栄養が47.8%、喀痰吸引が41.4%、膀胱カテーテルが12.3%、点滴が10.2%、

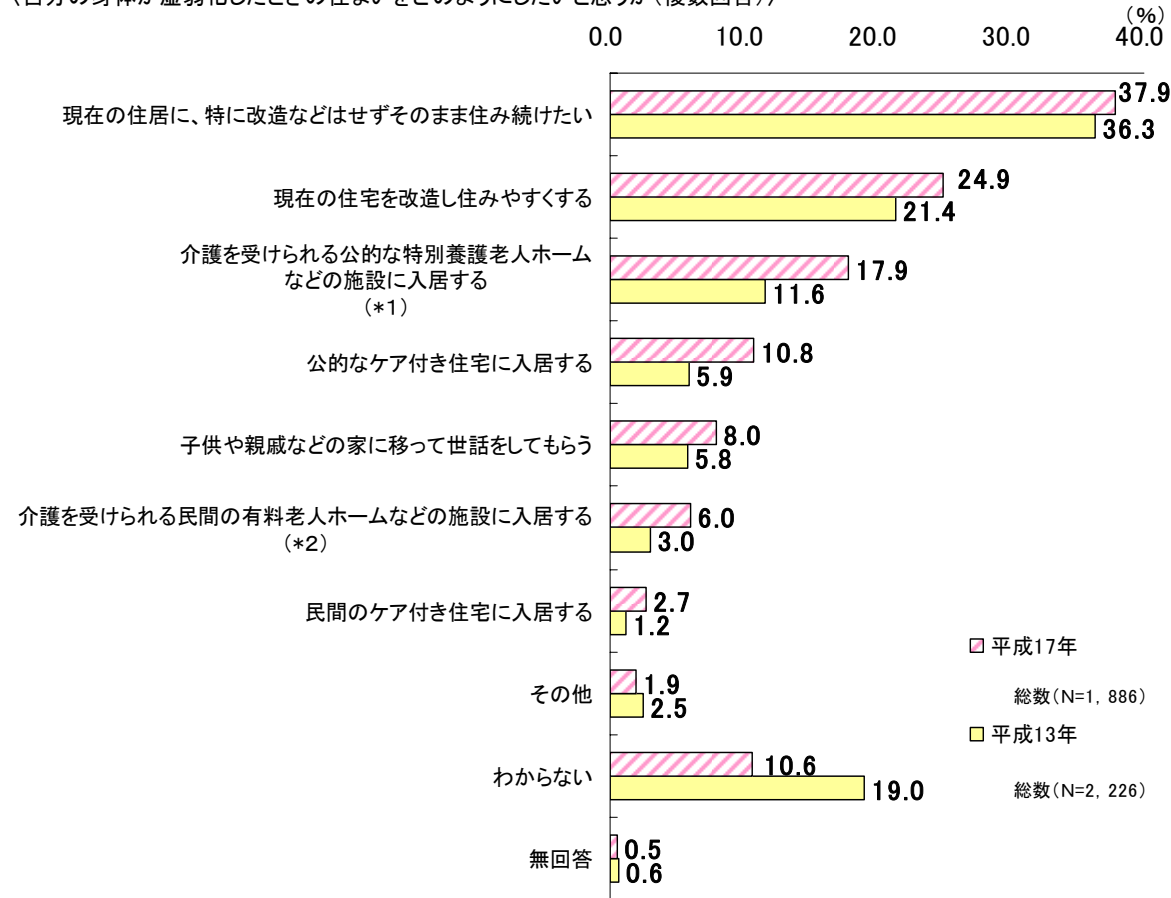
○医療区分3では喀痰吸引が51.9%、経管栄養が46.2%、点滴が35.5%、酸素療法が33.7%、モニター測定(心拍、血圧、酸素飽和度)が21.8%、膀胱カテーテルが20.1%であった。



高齢者の居住の意向

自分の身体が虚弱化したときの住まいの希望について見ると、現在の住居にそのまま住み続けたいとするものが多く、現在の住宅を改造し住みやすくするものを合わせると約6割を占める。一方で、特別養護老人ホーム、ケア付き住宅、有料老人ホームなどの施設への入居を希望するものも増えている。

〈自分の身体が虚弱化したときの住まいをどのようにしたいと思うか(複数回答)〉

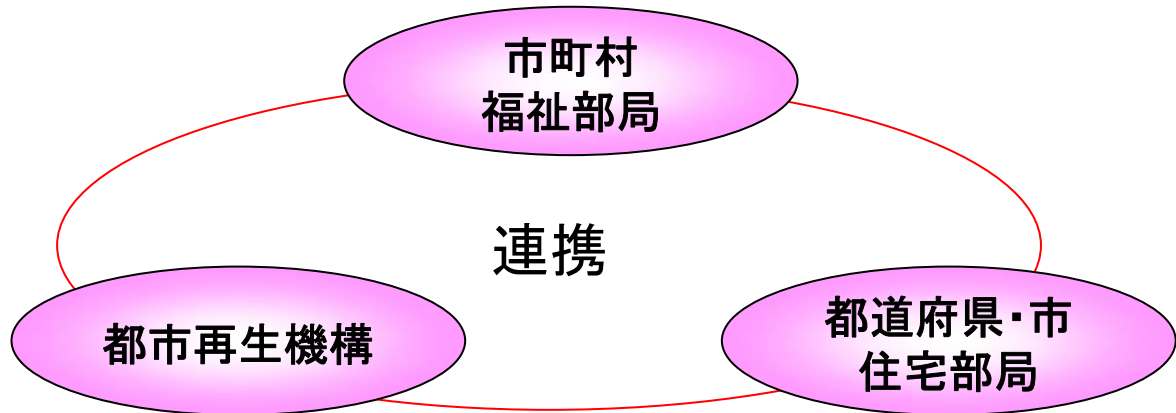
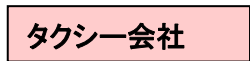
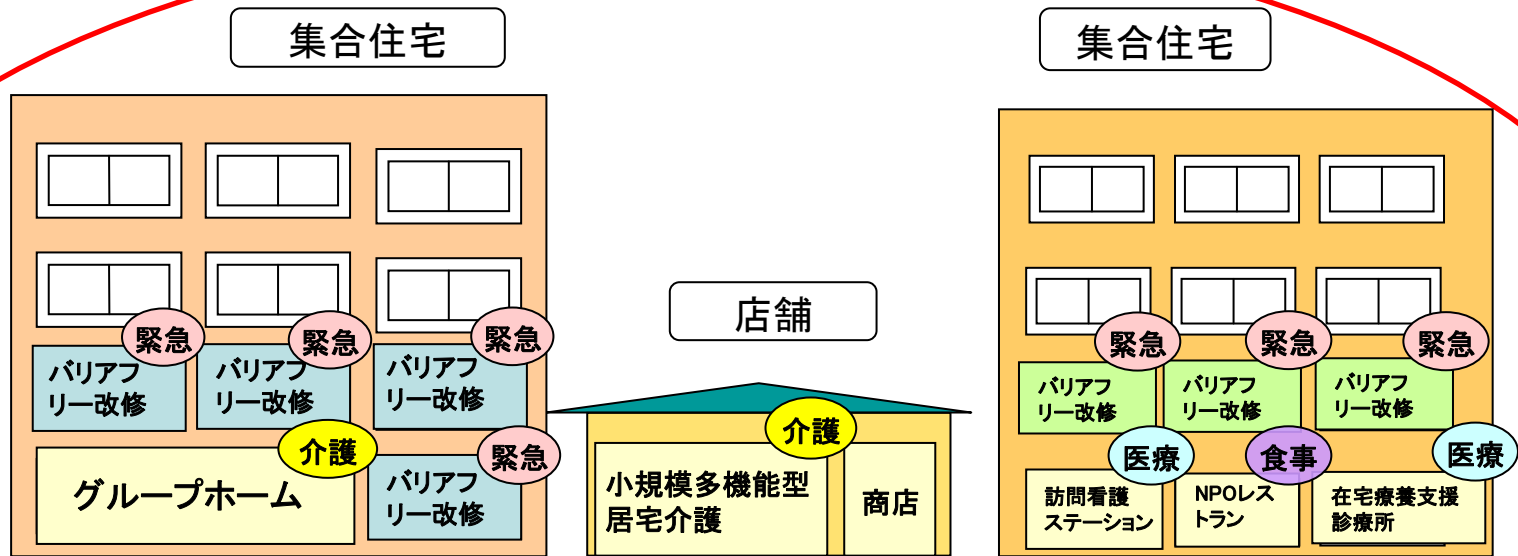


(*1) 平成13年は「介護専門の公的な特別養護老人ホームなどの施設に入居する」

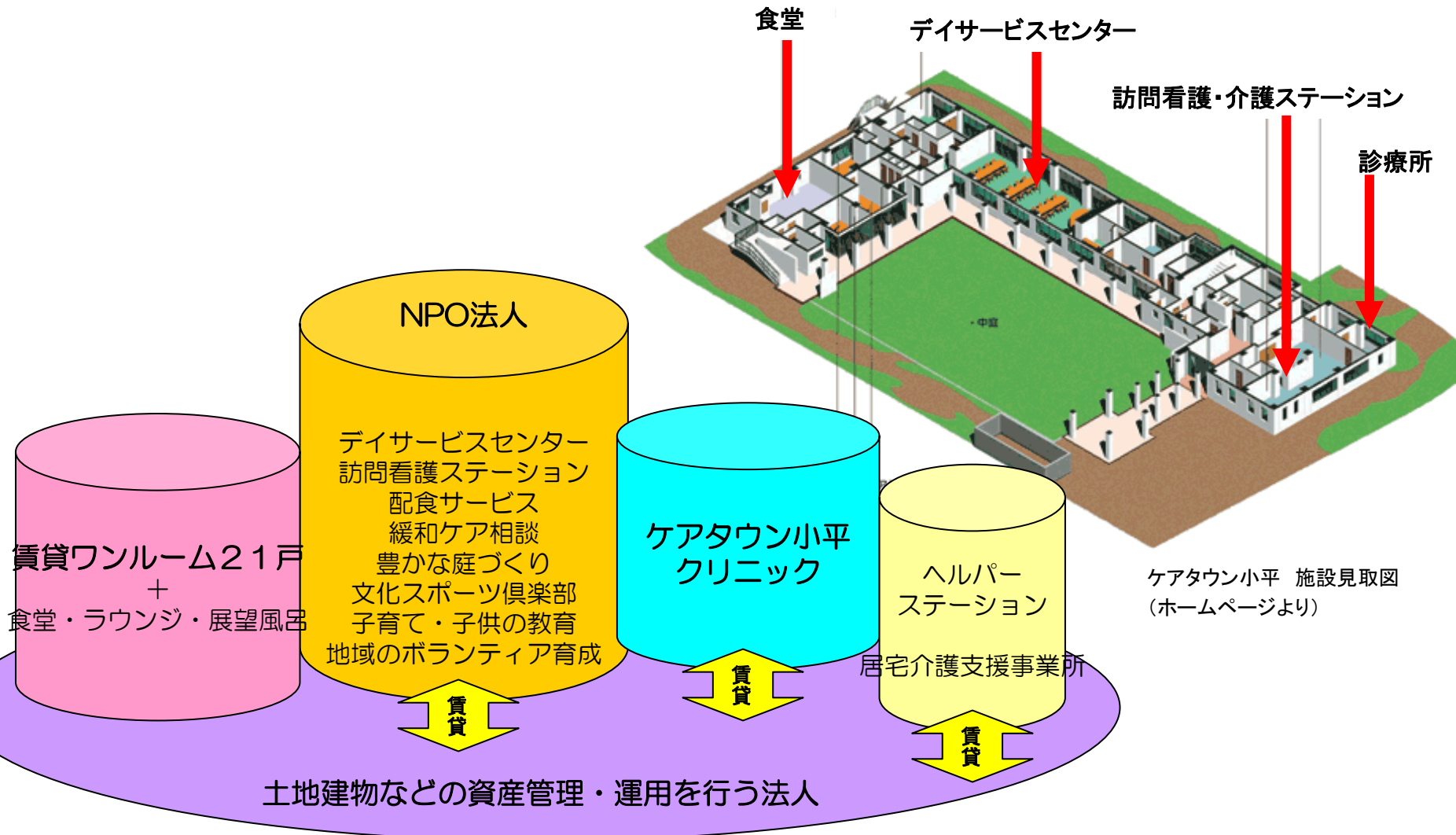
(*2) 平成13年は「介護専門の民間の有料老人ホームなどの施設に入居する」

【資料】 内閣府 「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査(平成17年度)」

住宅政策との連携のイメージ



グループホーム、ケアハウスといった多様な住居の場での在宅医療の例



(注) ケアタウン小平 山崎章郎先生のスライドを基に厚生労働省にて作成

(仮称)医療機能強化型の老人保健施設の創設

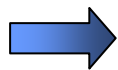
療養病床から転換した老人保健施設を対象に、夜間の看護体制や看取りの対応体制の整った(仮称)医療機能強化型の老人保健施設を創設する。

【6月20日の「介護施設等の在り方に関する委員会」とりまとめを経て、介護給付費分科会に諮問の上、平成20年4月に介護報酬改定・関係省令等の改正】

強化する医療サービス

(1) 夜間や休日(又は平日の日勤帯以外)に必要となる医療

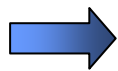
- 急性増悪時の対応(医師による状態の確認、指示の変更等や看護職員による状態の報告等)
(3夜間帯で約1.9人程度存在(60床当たり))
- 日常的な医療処置(喀痰吸引、経管栄養)(1夜間帯で約20.6人程度存在(60床当たり))



老人保健施設の医師のオンコールや他の保険医療機関の医師による往診、看護職員の夜間配置によって対応を図る。

(2) 看取りに際して必要となる医療(療養病床の医療区分1・2の者にも看取りを必要とする者が、約1月で1.4人程度存在(60床当たり))

- 医師による状態の確認、指示の変更、緊急かつ高度な医療処置
- 看護職員による状態の観察、一般的な医療処置



看取りを必要とする者に、緊急的かつ高度な医療処置も含めた必要な医療サービスの提供がなされるよう、医師、看護職員、介護職員等による看取りの体制を整える。

通常の老人保健施設

夜間等の医療提供に係る評価

(仮称)医療機能強化型の老人保健施設

※療養病床より転換した老健施設であり、通常の老健施設より高い医療ニーズを有する者が入所している。

看取りに係る評価

療養病床から転換した老人保健施設に入所している者(医療区分1の者及び医療区分2の者の一部)に対し、適切な医療サービスを提供することが可能となる。

療養病床を老人保健施設に転換する際に必要となる医療サービス

夜間や休日に必要となる医療

日常的に提供が必要となる医療

喀痰吸引

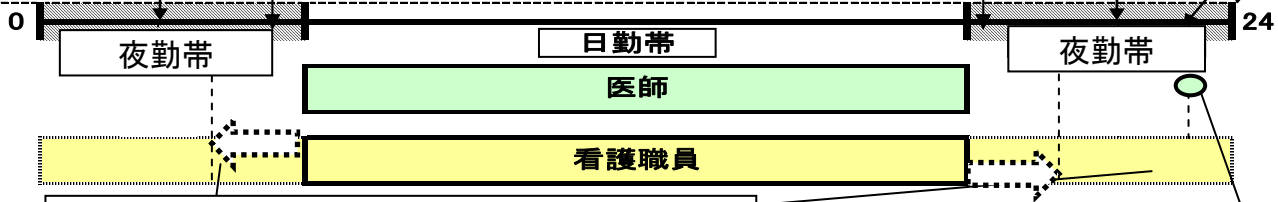
経管栄養

経管栄養

喀痰吸引

突発的に提供が必要となる医療

急性増悪



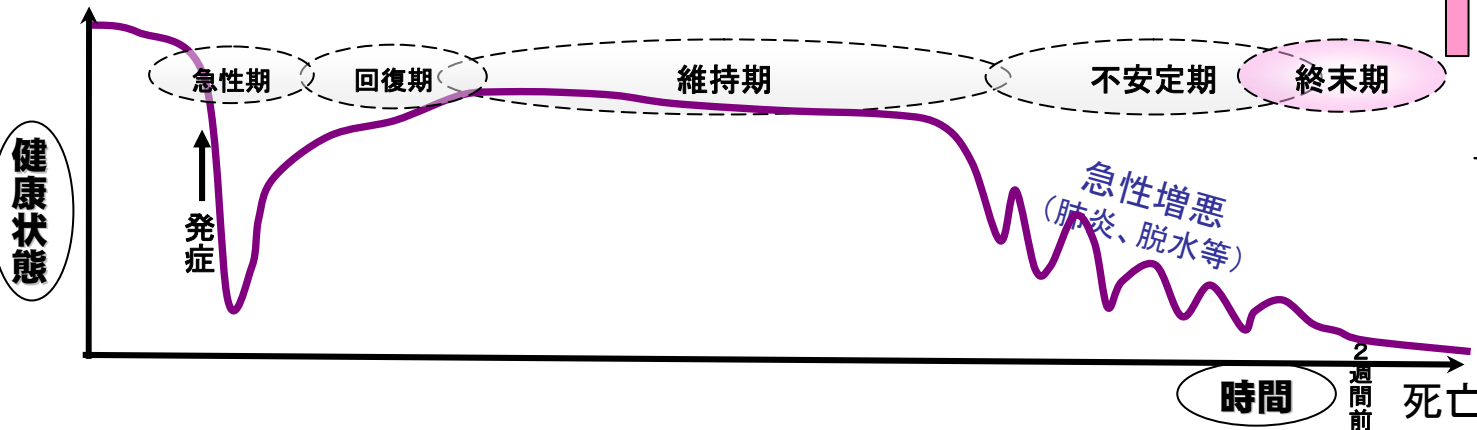
配置状況

看護職員については、
①急性増悪への対応時には、状態の観察や医師への報告等を行うとともに、
②日常的な医療提供も継続して行う必要があるため、**継続的な配置が必要ではないか。**

医師については、
常勤の配置時間外の対応も求められることから、老人保健施設の医師のオンコールや他の保険医療機関の医師の往診による対応が必要ではないか。

看取りに際して必要となる医療

○状態像の推移（脳血管疾患の場合のイメージ）



療養病床から転換した老人保健施設で必要となる医療サービスを提供できない場合、急性期病院への転院等が行われる可能性がある。

<死亡前2週間以内に実施された医療処置等>

- 酸素投与 (75.2%)
- 点滴 (73.5%)
- 喀痰吸引 (69.2%)
- レントゲン撮影 (51.4%)
- 採血 (51.0%)
- 膀胱カテーテル (43.2%)
- 経管栄養 (23.3%)
- 心臓マッサージ (18.9%)
- 昇圧剤投与 (13.4%)
- 中心静脈栄養 (9.6%)
- 等

医師の確認や指示変更等
看護職員による観察等