

療養病床の将来像について

厚生労働省

1 我が国の医療提供体制をめぐる課題

(参考)

医療提供体制の各国比較(2003年)

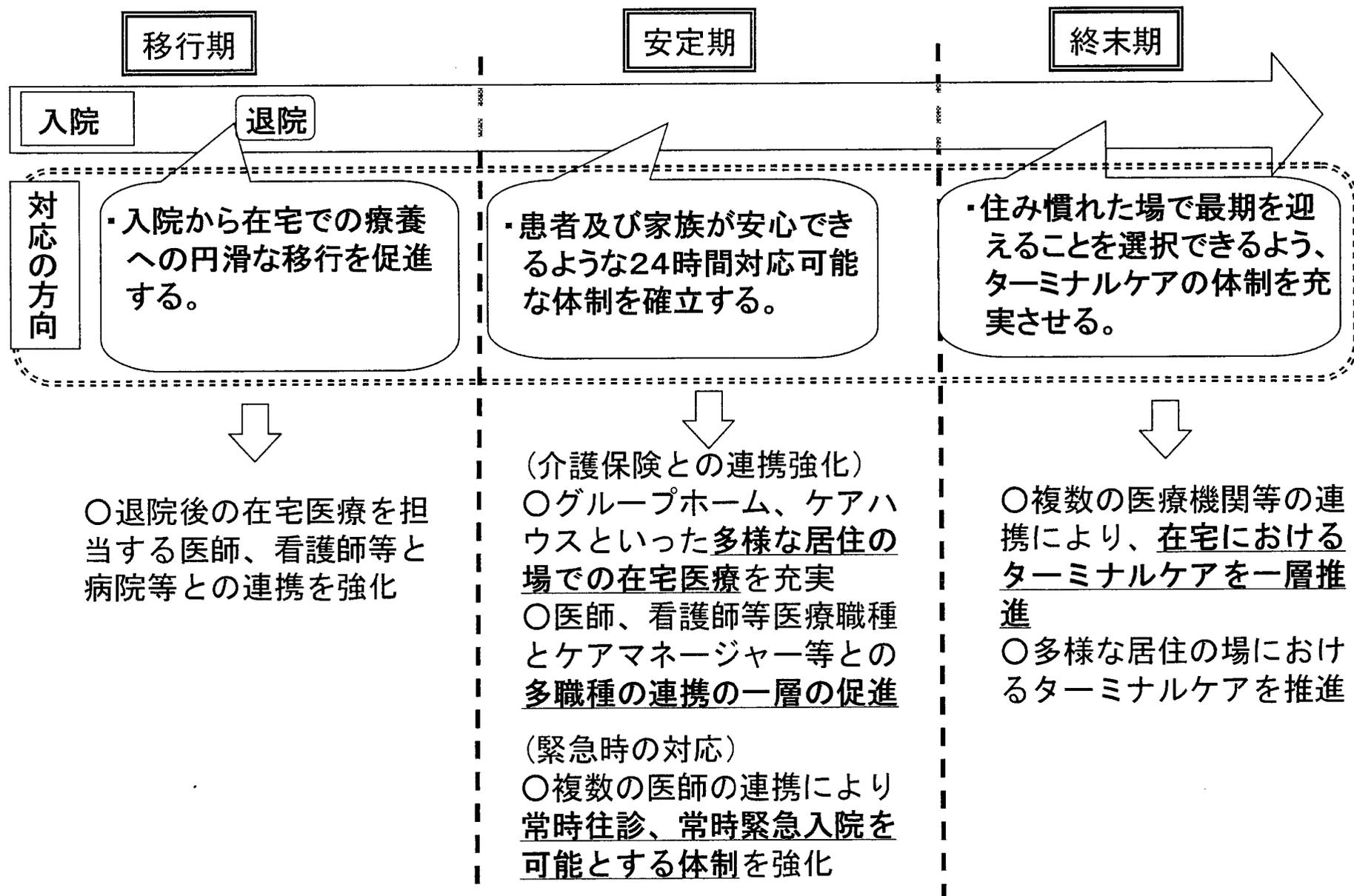
国名	平均在院日数	病床百床当たり医師数	人口千人当たり医師数	病床百床当たり看護職員数	人口千人当たり看護職員数
日本	36.4	13.7 (2002)	2.0 (2002)	54.0 (2002)	7.8 (2002)
ドイツ	10.9 (2002)	37.6 (2002)	3.4	108.6 (2002)	9.7
フランス	13.4	42.5 (2002)	3.4	91.1 (2002)	7.3
イギリス	7.6	49.7 (2002)	2.2	224.0 (2002)	9.7
アメリカ	6.5	66.8 (2002)	2.3 (2002)	233.0 (2002)	7.9 (2002)

(出典):「OECD Health Data 2005」

※ 病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数については医師数、看護職員数を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

高齢者の在宅療養を支える新たな取組の推進

※肺がんにより入院。手術等の治療後に退院し、在宅での抗がん剤治療、酸素療法等を継続しつつ、在宅での看取りを希望する例



中長期的な医療費適正化方策

医療制度改革大綱(抄)

医療費適正化計画の推進

(1) 計画の策定

国の責任のもと、国及び都道府県等が協力し、生活習慣病対策や長期入院の是正などの計画的な医療費適正化に取り組む。

医療費適正化計画の策定の手順・内容は、次のとおりとする。

- ・国は、中長期的な医療費適正化のための基本方針を策定する。基本方針では、糖尿病等の患者・予備群の減少率や平均在院日数の短縮に関する政策目標の全国標準を定める。
- ・国及び都道府県は、基本方針に即して、それぞれ、医療費適正化計画(5年間)を策定する。
- ・政策目標の実現の効果として達成される医療費の見通しを、国レベル、都道府県レベルで定める。

(2) 計画の推進のための措置

国は、都道府県医療費適正化計画の実現に資するよう、診療報酬体系の見直しや病床転換を進めるための医療保険財源を活用した支援措置を講ずる。

(3) 計画の達成の検証

国及び都道府県は、計画終了時において、政策目標の達成状況を検証する。その結果を踏まえ、国は、都道府県の計画達成を支援する。また、都道府県別の診療報酬の特例について、国と都道府県で協議し、国が措置する。その際、都道府県間において給付に不適切な格差が生じないように配慮する。

平均在院日数短縮に向けた取組

基本的な方向

- 各都道府県は、医療機関その他の関係者と協力の下、住民が疾患の状態や時期に応じた適切な医療を受けることができるよう、医療機能の分化・連携、在宅療養の推進、療養病床の転換支援の取組を行う。
- こうした都道府県の取組に対して、国は、次のような各種支援措置を講じる。
 - ・ 医療計画制度の見直しに関する基本指針の策定及びマニュアルの作成
 - ・ 医療機能の分化・連携、在宅療養の推進に係る診療報酬上の評価
 - ・ 保健医療提供体制の統合補助金や整備交付金の活用
 - ・ 医療保険財源を活用した転換整備事業

主な内容

① 医療機能の分化・連携

- 医療計画の見直しを通じ、脳卒中対策などの事業ごとに、急性期から回復期、療養、介護等に関係する各機関による具体的な連携体制を形成し、状態や時期に応じた、切れ目のない適切な医療が受けられるようにする。

② 在宅療養の推進

- 病院から在宅への復帰が円滑にできるよう、退院時における主治医やケアマネジャーとの連携を図り、看取りまで含めた在宅医療の支援体制を構築する。また、高齢者向けの自宅以外の多様な居住の場や療養・介護の場となる住宅の整備を推進する。

③ 療養病床の転換支援

- 療養病床について、老人保健施設や居住系サービス施設(有料老人ホーム、ケアハウス等)への転換を支援する。

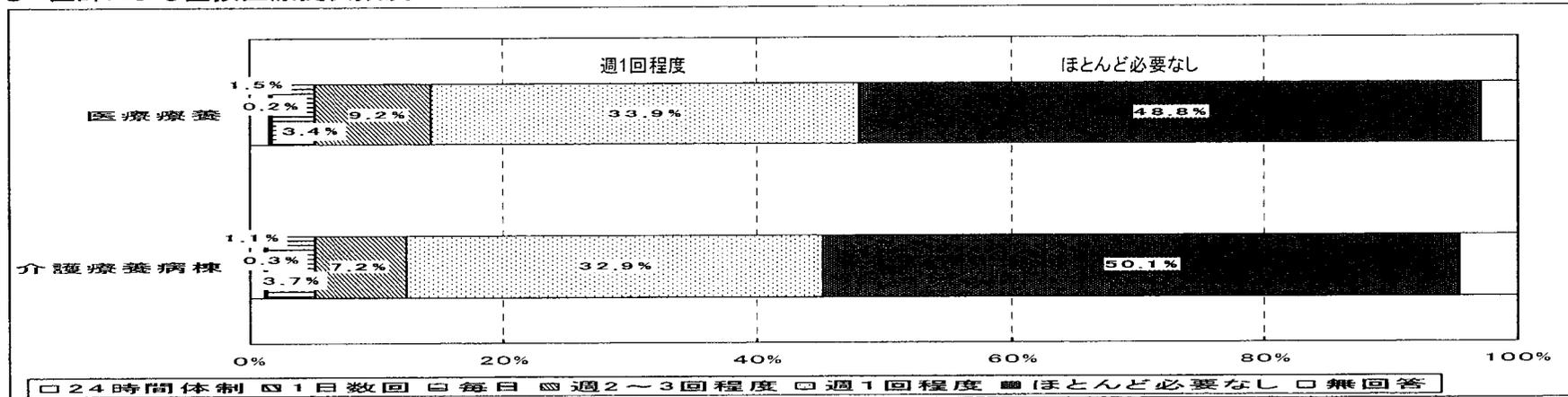
2 療養病床の再編成

療養病床の現状

療養病床は、医療保険適用(25万床)と介護保険適用(13万床)に分類されるが、

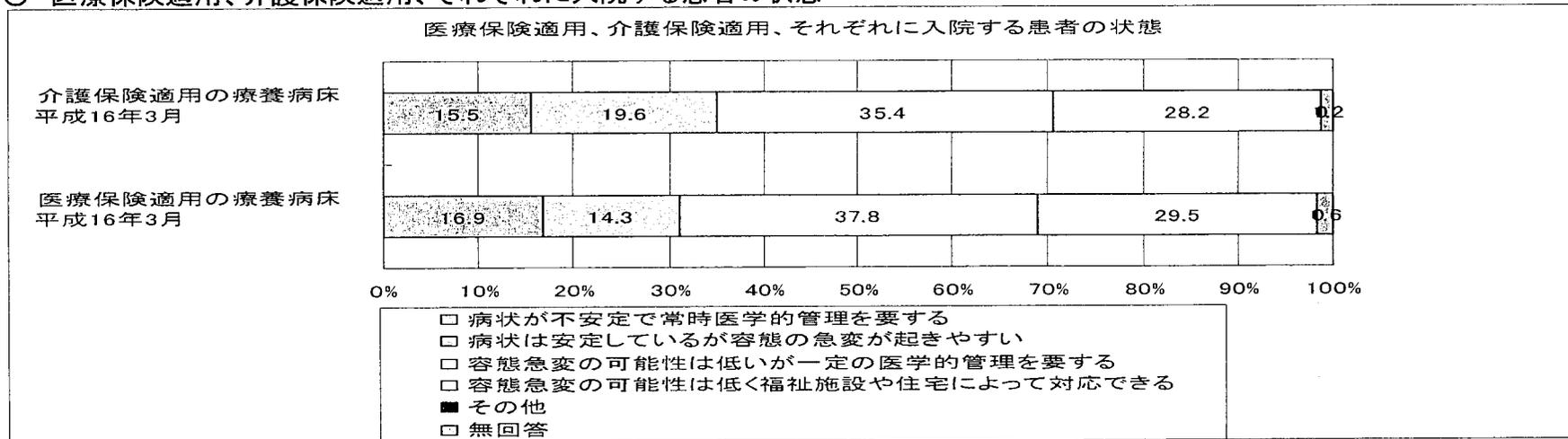
- ①入院患者の状態に変わりがなく、
 - ②入院医療の必要性が低い患者が相当数入院している
- という指摘がある。

○ 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)]

○ 医療保険適用、介護保険適用、それぞれに入院する患者の状態



[医療経済研究機構「療養病床における医療提供体制に関する調査」(平成16年3月)]

(参考)

医療保険適用の療養病床と介護保険適用の療養病床の比較

	医療保険適用	介護保険適用
施設数	6,728施設 (平成15年9月末現在 医療施設動態調査等を基に算出)	3,817施設 (平成15年10月1日現在 介護サービス施設・事業所調査)
病床数	約25万床 (平成17年7月末現在 医療施設動態調査等を基に算出)	約13万床 (平成17年7月末現在 医療施設動態調査等を基に算出)
平均的な1人 当たり費用額	約49万円 (平成15年 社会医療診療行為別調査)	約44万円 (平成17年10月審査分 介護給付費実態調査)
入院患者の 平均在院日数※	595日 (平成16年 慢性期入院医療の包括評価に関する調査)	693日 (平成16年 慢性期入院医療の包括評価に関する調査)

※本表における平均在院日数は調査日現在において入院している患者の在院日数を平均したもの。病院報告の平均在院日数(延べ在院日数を入院・退院で入れ替わった者の数で割ることで算定)に比べると療養病床では長期にわたり入院する者の偏在等により長めの値となる傾向がある。

(参考)

介護保険3施設の比較

○療養病床は、他の介護保険施設に比べ一人当たりの給付費が高く、療養環境においても、長期の療養を前提とするものとはなっていない。

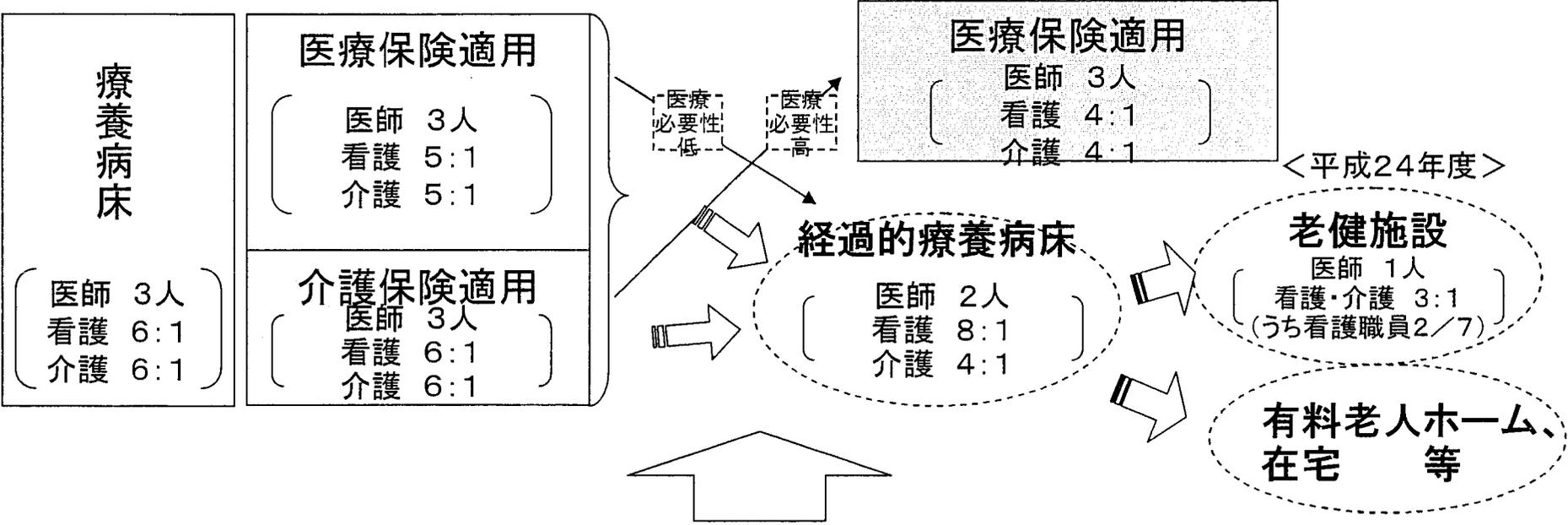
	特別養護老人ホーム	老人保健施設	介護療養型医療施設
施設数	5,291	3,131	3,717
入所定員数	約36万人	約27万人	約13万人
平均入所定員数	67.6人	82.0人	34.7人
受給者1人当たり費用額	31.9万円/月	33.3万円/月	44.2万円/月
設備基準	居室(一人当たり10.65㎡以上) 医務室 食堂 浴室 等 廊下幅 片廊下 1.8m以上 中廊下 2.7m以上	療養室(一人当たり8㎡以上) 診察室 機能訓練室 談話室 食堂 浴室 等 廊下幅 片廊下 1.8m以上 中廊下 2.7m以上	病室(一人当たり6.4㎡以上) 機能訓練室 談話室 食堂 浴室 等 廊下幅 片廊下 1.8m以上 中廊下 2.7m以上
人員基準 (入所者100人当たり)	医師(嘱託医で可) 1人 看護職員 3人 介護職員 31人 介護支援専門員 1人 その他 生活相談員等	医師 1人 看護職員 9人 介護職員 25人 理学療法士又は作業療法士 1人 介護支援専門員 1人 その他	医師 3人 看護職員 17人 介護職員 17人 介護支援専門員 1人 その他 薬剤師、栄養士等

[出典]

施設数、入所定員数、平均入所定員数については、平成16年度介護サービス事業所調査。受給者1人当たり費用額は、介護給付費実態調査(平成17年10月審査分)

医療の必要性に応じた療養病床の再編成

- ①療養病床については、医療の必要性の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応するとともに、
- ②医療の必要性の低い患者については、病院ではなく在宅、居住系サービス、又は老健施設等で受け止めることで対応する。



平成18年度の介護報酬・診療報酬改定

※ 介護療養型医療施設の廃止(平成24年3月)

- (1) 医師・看護職員の配置等が緩和された経過的類型の療養病床の創設[介護報酬改定]
将来的な老健施設等への移行を視野に入れた平成23年度末までの経過措置
- (2) 医療の必要性による区分の導入[診療報酬改定]
医療の必要性の高い患者については評価を引き上げ、低い患者については評価を引き下げ

(参考)

平成18年度診療報酬改定に係る検討状況について(抄)

平成18年1月18日
中央社会保険医療協議会
診療報酬基本問題小委員会

IV-1 慢性期入院医療に係る評価について

- 慢性期入院医療について、医療保険と介護保険との役割分担の明確化を図る観点から、以下のとおり新たに患者の状態像に応じた評価を行う方向で検討する。
 - 療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び特殊疾患入院施設管理加算について、新たに、医療の必要性による区分及びADLの状況による区分並びに認知機能障害加算に基づく患者分類を用いた包括評価を行う。その際、医療の必要性の高い患者に係る医療については評価を引き上げる一方、医療の必要性の低い患者に係る医療については評価を引き下げる。

(参考)

平成18年度介護報酬改定に関する審議報告(抄)

〔平成17年12月13日

社会保障審議会介護給付費分科会〕

(介護療養型医療施設)

介護療養型医療施設については、療養病床の在り方とこれに対する介護保険と医療保険の機能分担の明確化、さらに、介護保険施設の将来像を踏まえ、一定の期限を定めて、利用者の実態にも留意しつつ、「在宅復帰・在宅生活支援重視型の施設」や「生活重視型の施設」などへの移行等を図る。

このため、生活環境や在宅支援機能を充実した体制について一定の期限を定めて報酬上の評価を行う。また、医療保険との機能分担を図る観点から重度療養管理加算についても見直しを行う。

さらに、療養環境減算の減算率を拡大するとともに、一定の療養環境を満たさない施設については、施設の移行に関する計画を求めた上で、原則として1年後に現行の経過措置を廃止する。

なお、当分科会としては、医療保険との機能分担も含めた療養病床全体の在り方について、厚生労働省としての基本的な考え方を早急に示すことを強く要請する。

3 療養病床の転換支援措置

療養病床が転換するときの支援措置

○療養病床について、老人保健施設等への転換を進めるため、転換支援の助成等を行うとともに、介護保険において、平成23年度までに必要な受け入れを図る。

医療保険財源による転換支援措置(医療療養病床対応)

※長期入院病床を老人保健施設又は居住系サービス施設に転換するために要する費用を助成するための事業を実施

※都道府県が実施

医療療養病床

介護療養病床

病床転換

老人保健施設

特別養護老人ホーム

有料老人ホーム

ケアハウス

地域密着型サービス
(小規模老人福祉施設、
小規模多機能施設、
グループホーム等)

医師・看護職員等の配置等が緩和された経過的類型

注:現行の療養病床のほかに、将来的な老人保健施設や特定施設への転換を念頭に平成23年度末までの移行促進措置を設ける

療養病床が老健施設に転換する場合の施設基準の緩和

注:1床当たり面積・廊下幅等について経過的に施設基準を緩和することで既存の建物の活用が可能

第4期の介護保険事業計画において病床の転換が円滑に行われるよう参酌標準を見直し(健保法改正法案の附則で措置)

市町村交付金の実施(介護療養病床対応)

※介護療養型医療施設等の機能転換を促進

※市町村が実施

療養病床再編のスケジュール

これまで高齢の長期入院患者に対するサービスにおいて一定の役割を果たしてきた療養病床(医療型25万床、介護型13万床)について、在宅・施設の介護基盤が充実する中で、患者の状態に即した機能分担を推進する観点から、医療提供体制及び医療保険・介護保険の両面にわたって一体的に見直し、平成24年度までに体系的な再編を進める。

<医療制度改革における対応>

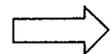
- 医療費適正化を総合的に推進することとしており、その中でも「平均在院日数の短縮」が重要な課題。このためには病床機能の明確化・分化を図り、入院期間の長い療養病床の転換を図ることが適当。



「第1期医療費適正化計画(平成20～24年度)」の期間内に、「療養病床の再編成」を進め、平均在院日数の短縮を進める。

<介護体制の整備(病床の転換等)>

- 「療養病床の再編成」を推進するためには、「療養病床からの転換」や「地域における在宅支援体制」の整備を計画的に進めることが必要。
- ・各地域の介護体制の整備目標＝「市町村・介護保険事業計画(3年計画)」や「都道府県・介護保険事業支援計画(3年計画)」で設定。



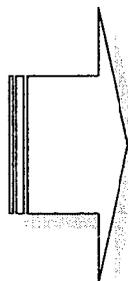
「第4期・介護保険事業計画(平成21～23年度)」の最終年度である平成23年度末までに、「介護療養型医療施設の廃止」を行い必要な介護施設を整備。

経過型介護療養型医療施設について（案）

I 指定基準上の取扱い

- 人員基準においては、医師の数を1名減らすとともに、看護・介護職員の配置は総体として同程度としつつも、介護をより厚くする配置とする。
- 設備基準においては、生活施設を念頭に置き、現行の廊下幅の基準を緩和することとする。

現行の介護療養型医療施設（病院）	
【人員基準】	
○医師	3名
○看護職員	6：1
○介護職員	6：1
【設備基準】	
○廊下幅	内法1. 8㍍以上 〔両側に居室がある場合〕 内法2. 7㍍以上



経過型介護療養型医療施設（病院）	
【人員基準】	
○医師	2名
○看護職員	8：1
○介護職員	4：1
※その他の人員配置は現行どおり。	
【設備基準】	
○廊下幅	内法1. 2㍍以上 〔両側に居室がある場合〕 内法1. 6㍍以上
※その他の設備基準は現行どおり。	

II 介護報酬上の取扱い

- 【基本単価】**
- 経過型介護療養型医療施設の基本単価については、指定基準の変更を踏まえた介護報酬単価を新たに設定することとする。
- 【加算】**
- 経過型介護療養型医療施設の加算については、在宅復帰・在宅生活支援重視型施設への移行を念頭に、現行の介護療養型医療施設において算定可能な加算に加え、新たに以下のものを算定できることとする。
- ※新たに算定可能な加算
リハビリテーションマネジメント加算、短期集中リハビリテーション加算、試行的退所加算