

療養病床の再編成について

療養病床とは

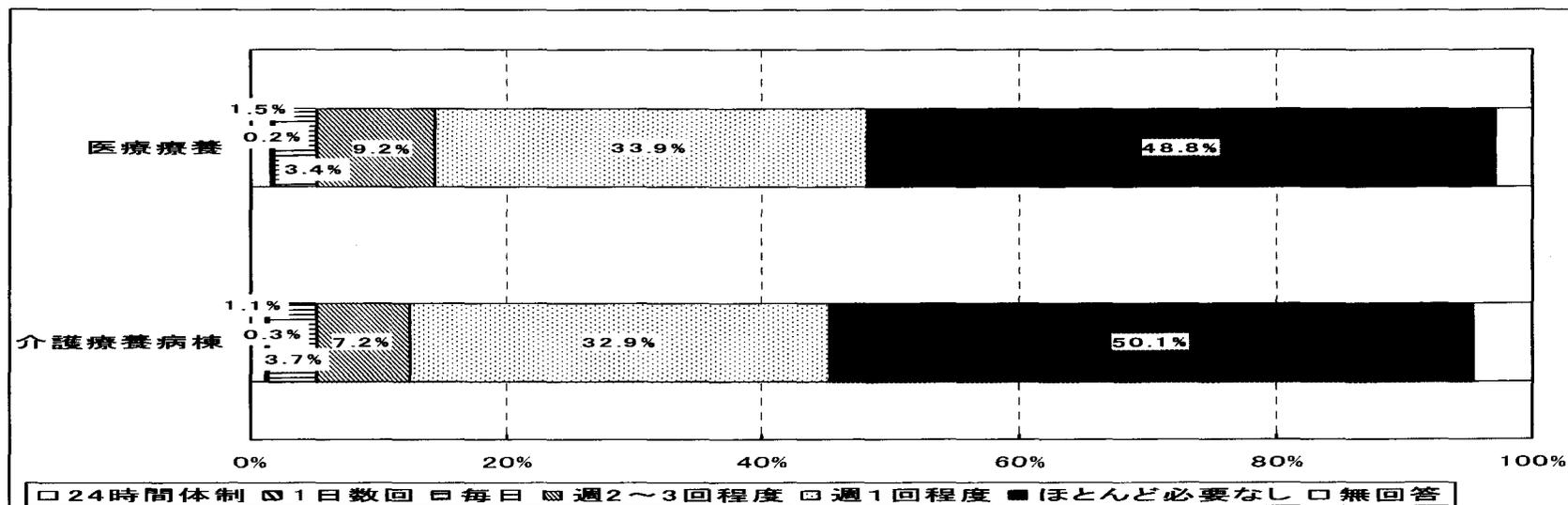
- ・主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床です。
- ・全国では約38万床あり、医療保険適用(約25万床)、介護保険適用(約13万床)がありますが、提供されるサービスは実質的に同じです。

	医療療養病床	介護療養病床	老人保健施設	特別養護老人ホーム
ベット数	約25万床	約13万床	約27万床	約36万床
1人当たり床面積	6.4㎡以上	6.4㎡以上	8.0㎡以上	10.65㎡以上
平均的な一人当たり費用額	約49万円 (H15年)	約41万円 (H18.4月以降)	約31万円 (H18.4月以降)	約29万円 (H18.4月以降)
人員配置	医師 3人 看護職員 20人 介護職員 20人	医師 3人 看護職員 17人 介護職員 17人	医師 1人 看護職員 9人 介護職員 25人	医師 必要数 看護職員 3人 介護職員 31人

療養病床は次のような課題を抱えています

・現在の利用状況を見ると、必ずしも医療サービスを必要とはし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)]

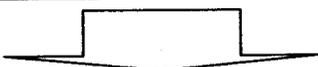
- 高齢者の状態に即した適切なサービスの提供
- 医療保険や介護保険の財源の効率的な活用
- 医師・看護師など限られた人材の効率的な活用

の観点から再編成が必要となっています。

医療費の適正化は喫緊の課題です

- 医療費適正化のための方策として、平均在院日数の短縮を計画的に行うこととしており、療養病床の再編成はその第一弾として位置づけられます。
- 限られた医療資源を現に医師・看護師等が不足している急性期を中心とした医療に振り向ける必要があります。

- ・今後の高齢化の進展や日本経済の負担能力を考慮した医療費の適正化は必要
- ・一方で、機械的に医療費を抑制する方法では医療の安心の確保はおぼつかない



- ・国民の健康と医療のあり方に矛盾せず、かつ、医療費の適正化につながる政策の推進
- ・その政策とは、「生活習慣病の予防」と「入院期間の短縮」



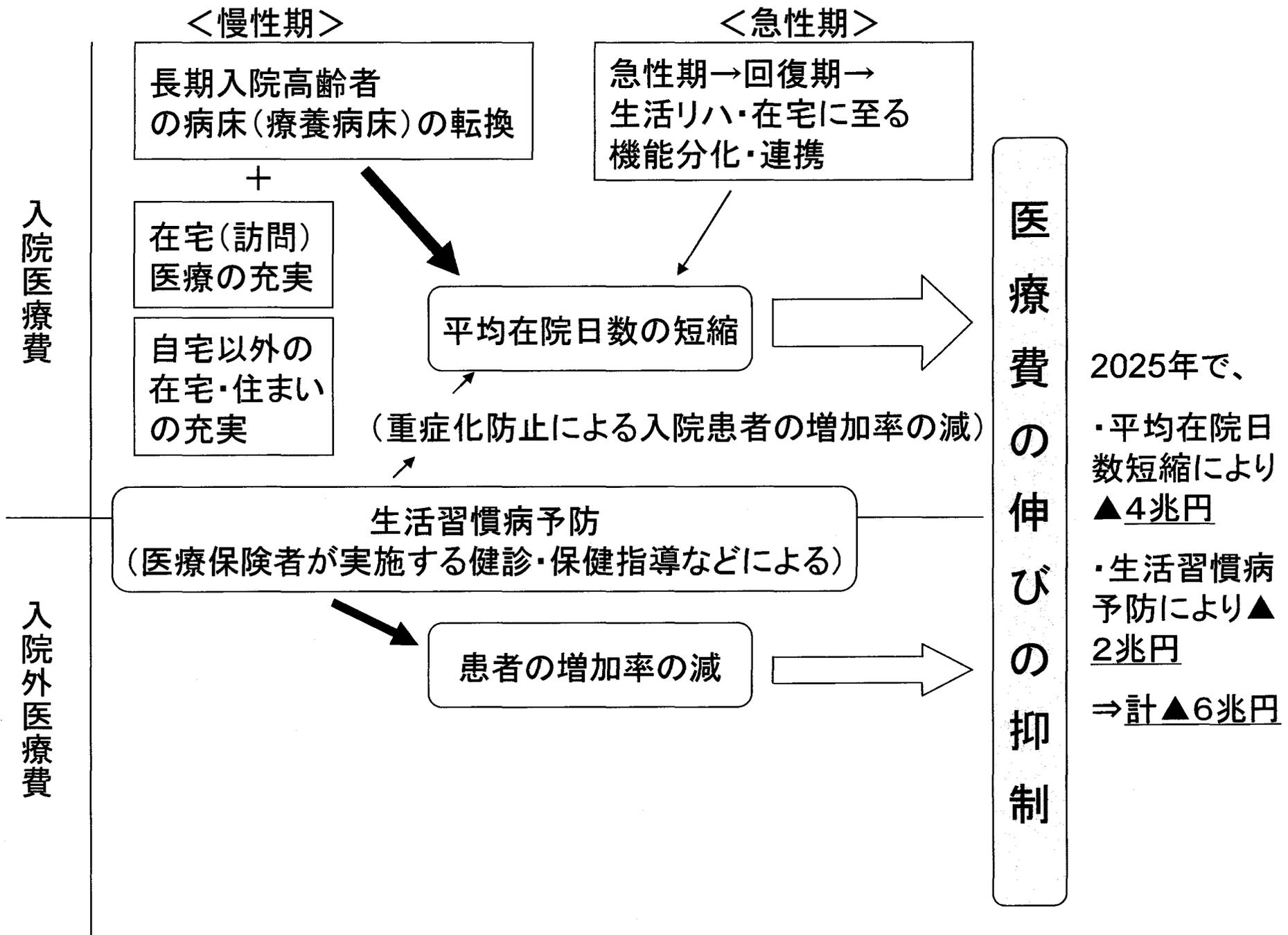
- ・第1期(平成20～24年度)においては、「入院期間の短縮」の具体的方策が「療養病床の転換」
- ・第2期以降も長期入院の是正や医療機関間の分化・連携により「入院期間の短縮」を進め、急性期医療への人材及び財源の重点的投入を実現する

(1) 平均在院日数(平成15年病院報告)

全病床	その他の病床等		
	一般病床等	療養病床等	
36.4	28.3	20.7	172.3

(2) 医療提供体制の各国比較(2004年)(OECD Health Data 2006)

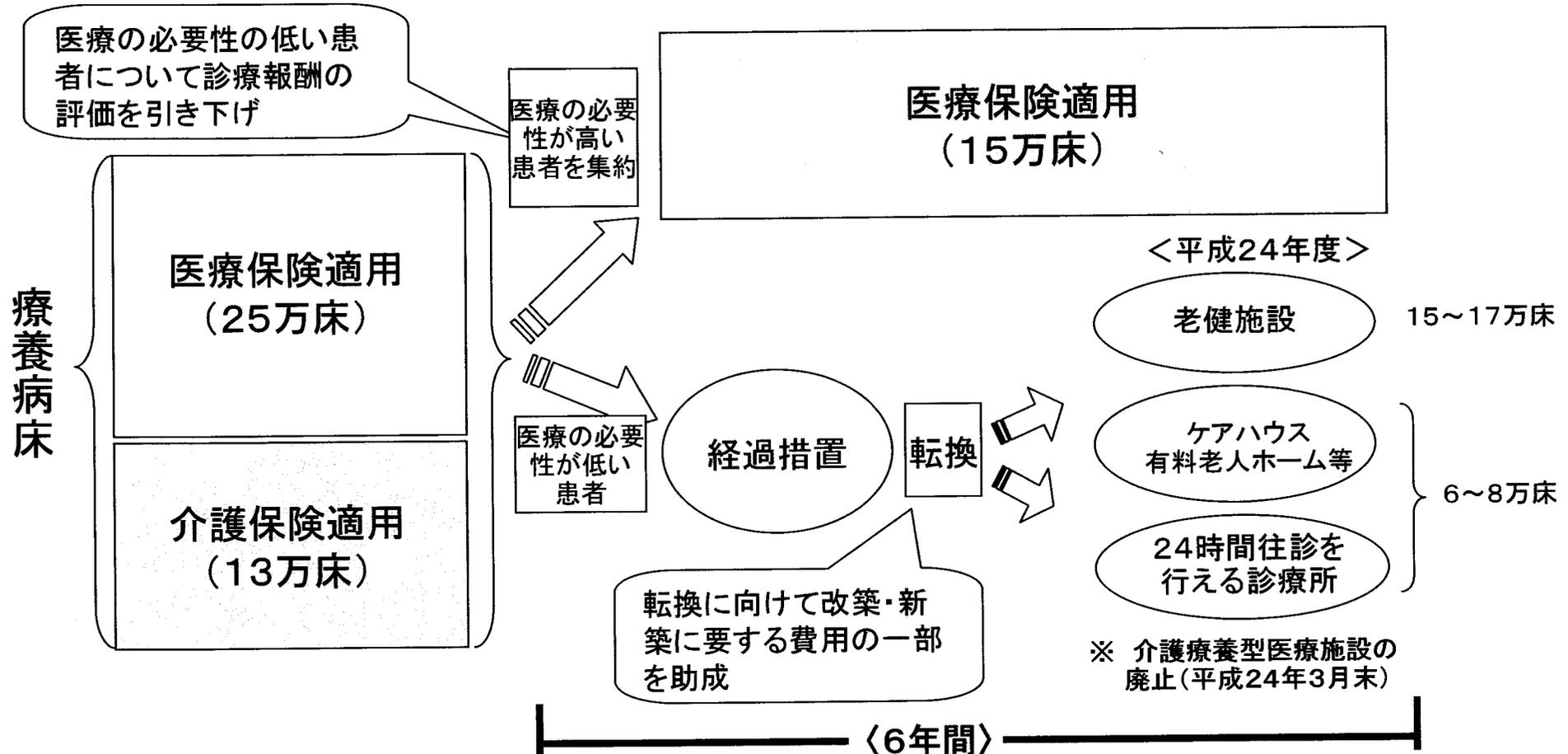
	日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
平均在院日数	36.3	10.4	13.4	7.2	6.5
人口千人当たり病床数	14.2	8.6	7.5	4.0	3.3



医療サービスの必要性を踏まえ療養病床の再編成を行います

再編成は次のような形で進めます。

- ① 療養病床は全部廃止されるのではなく、医療サービスの必要性の高い方を対象とした医療療養病床は存続します。
- ② 介護療養病床の廃止は6年後であり、その間に老健施設等への転換を進めます。
- ③ 療養病床の再編成を踏まえ、地域のサービスニーズに応じたケア体制の整備を計画的に進めます。



療養病床の再編成には次のような効果が期待されます

高齢者の状態にふさわしいサービスを提供します。

- ・医療の必要性が高い高齢者には医療療養病床で医療サービスを提供
- ・医療の必要性が低い高齢者には老健施設や居住系サービス、在宅などで適切な介護サービスを提供

限られた医療保険・介護保険財源を効率的に活用することで、粗く見積もると全体で3000億円程度の給付費の削減が期待されます。

〔平成24年の粗い見積もり〕

医療給付費	△4,000億円
介護給付費	+1,000億円
差 引	△3,000億円

⇒ 高齢者医療に係る都道府県、市町村の公費負担の軽減、保険料の軽減につながる

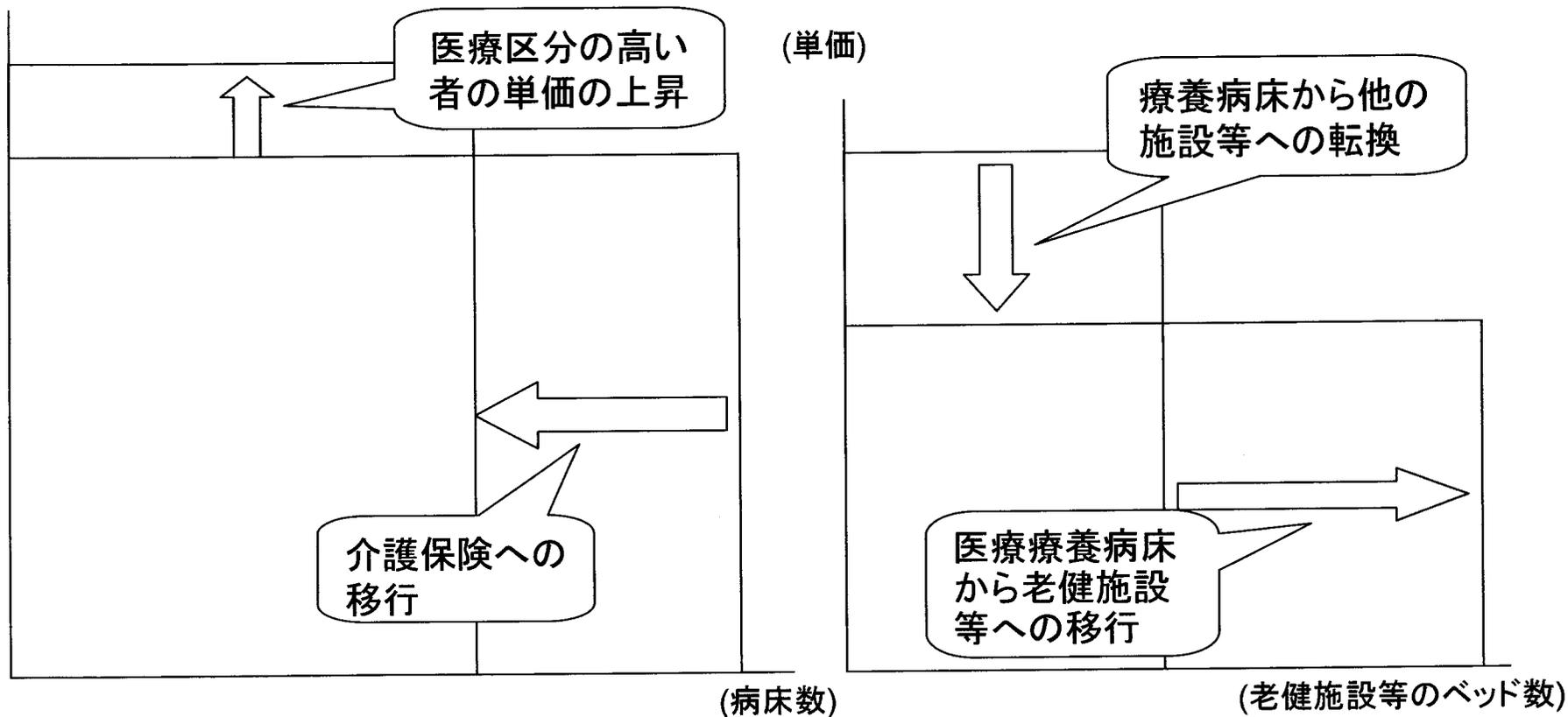
医師・看護師などの人材の効率的な活用が図られます。

- ・療養病床から急性期病院への人材の再配置を可能とすることにより急性期医療への人材の重点的投入を実現
- ・看護職員配置の引き上げ等により、医療療養病床の医療の質も向上

療養病床再編成により医療療養病床及び介護療養病床の費用が全体として軽減されます

(単価)

<再編成前後の費用の変化イメージ図>



〔医療保険〕

〔介護保険〕

〔粗い試算〕

△4,000億円

+1,000億円

⇒ 医療保険・介護保険全体で見れば、
平成24年度段階で差し引き3,000億円の減少見込み

再編成を円滑に進めるためきめ細かく対応します①

・医療機関自身がそのまま患者さんの受け皿として老人保健施設などに転換できるように、様々な転換支援措置を講じます。

医療療養病床を対象とした転換支援措置
※医療提供体制施設整備交付金（都道府県交付金）のメニュー項目の活用も含め対応（～平成19年度）
※医療療養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医療保険財源により助成（平成20年度～）

医療療養病床

介護療養病床

病床転換

老人保健施設
ケアハウス
有料老人ホーム等
グループホーム
在宅療養支援拠点

介護療養病床を対象とした転換支援措置
※市町村交付金による支援
介護療養型医療施設等の機能転換を促進

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居住系サービス等への転換を念頭に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：既存の建物をそのまま活用して老人保健施設に円滑に転換できるよう、6年間は1床当たり面積を6.4㎡（老人保健施設は8㎡）で可とするなど、経過的に施設基準を緩和

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（健保法改正法の附則で措置）

再編成を円滑に進めるためきめ細かく対応します②

- ・療養病床は地域的偏在が大きいことから、地域の特性に応じた対応が必要です。
- ・そこで、将来の高齢化の状況を踏まえつつ、地域の状況に応じた転換を円滑に進めるため、各都道府県において「地域ケア整備構想」を平成19年夏～秋頃を目途に策定し、地域としての23年度末までの毎年度の対応方針を明らかにします。

〔地域ケア整備構想のイメージ〕

① 地域ケア体制の整備の方針

- 療養病床の再編成を踏まえた、都道府県における地域ケア体制整備の基本的な考え方を提示。

② 地域のサービスニーズ・利用見込みについて

- 療養病床の再編成とともに、将来的な高齢化の進展や独居世帯等の増加等を踏まえたサービスニーズを施設・在宅の介護サービスに止まらず、住まいや在宅医療も含めて中長期・短期にわたって提示。

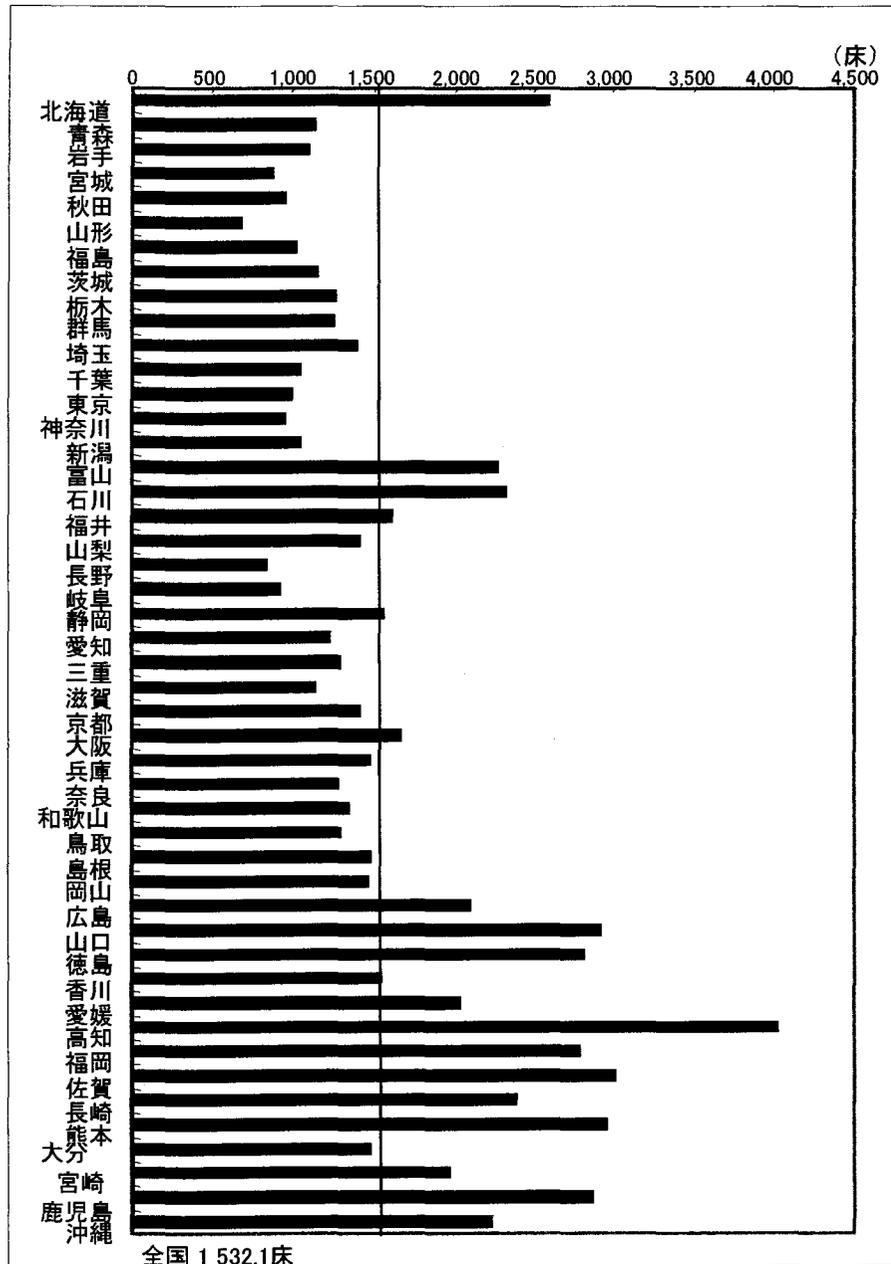
③ 療養病床の転換について

- 療養病床の年次別圏域別転換計画を提示

※都道府県は、上記の「地域ケア整備構想(仮称)」を踏まえ、「介護保険事業支援計画」、「医療計画」及び「医療費適正化計画」を策定します。

※策定に当たっては市町村との連携を図ります。

都道府県別にみた65歳以上人口10万対病院・診療所の療養病床の病床数(平成17年12月末)

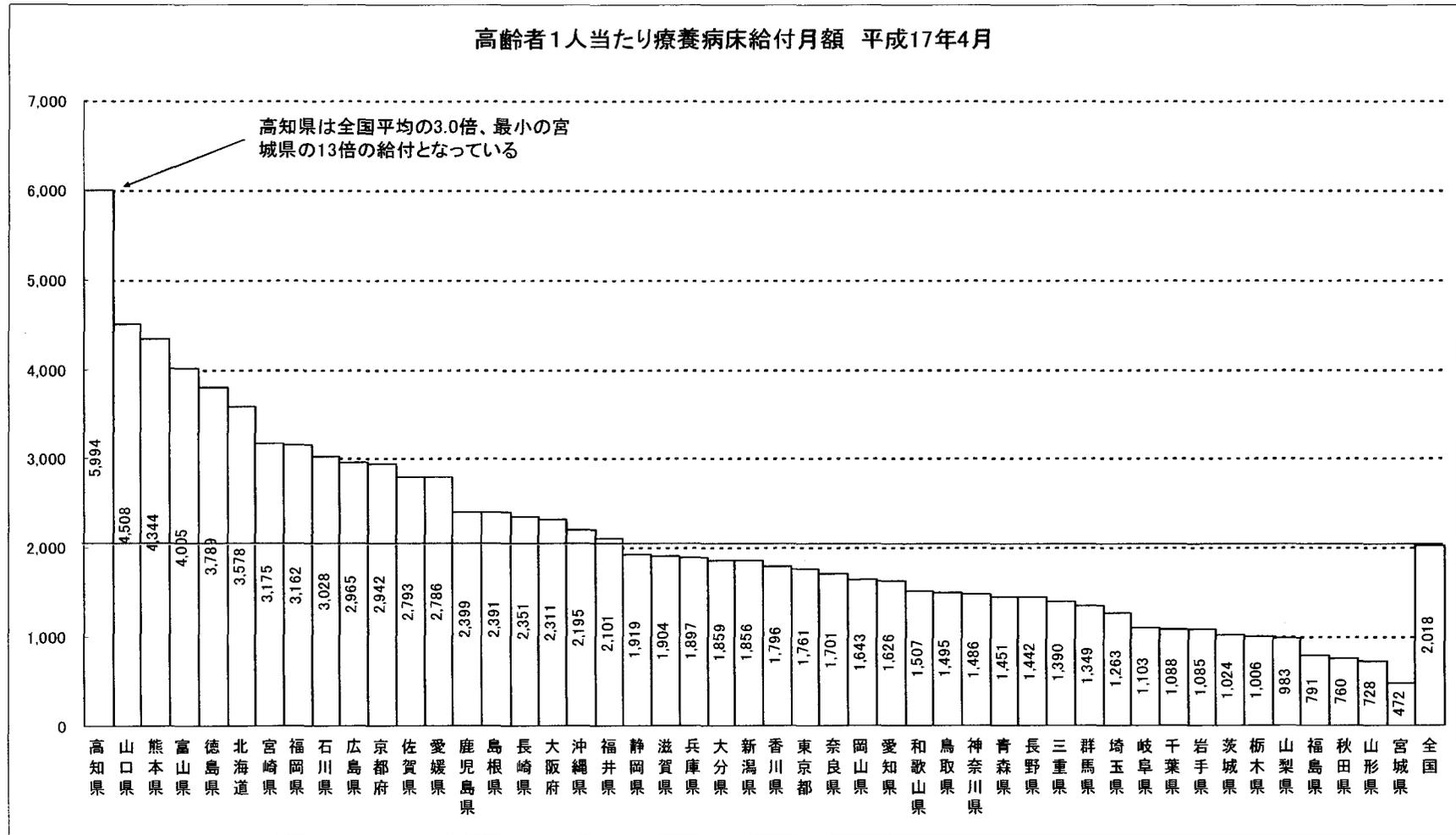


県別	病床数			人口10万対病床数
	総数	病院	診療所	
北海道	381 131	357 349	23 782	1 532.1
青森	30 423	28 908	1 515	2 587.0
岩手	3 555	3 022	533	1 139.4
宮城	3 611	3 130	481	1 100.9
秋田	3 948	3 505	443	879.3
山形	2 871	2 691	180	960.2
福島	2 066	1 873	193	684.1
茨城	4 714	4 415	299	1 022.6
栃木	6 202	5 891	311	1 146.4
群馬	4 756	4 595	161	1 275.1
埼玉	4 992	4 834	158	1 254.3
千葉	14 581	14 501	80	1 394.0
東京	10 268	9 865	403	1 051.0
神奈川	21 480	21 173	307	993.1
新潟	13 020	12 803	217	958.1
富山	5 897	5 826	71	1 043.7
石川	5 647	5 347	300	2 258.8
福井	5 470	5 237	233	2 317.8
山梨	2 940	2 625	315	1 615.4
長野	2 616	2 445	171	1 406.5
岐阜	4 250	3 819	431	841.6
静岡	3 843	3 369	474	917.2
愛知	11 443	11 216	227	1 556.9
三重	14 304	13 739	565	1 235.2
滋賀	4 917	4 558	359	1 290.6
京都	2 676	2 592	84	1 133.9
大阪	7 209	7 073	136	1 419.1
兵庫	24 825	24 644	181	1 659.3
奈良	15 422	14 703	719	1 480.0
和歌山	3 424	3 398	26	1 287.2
鳥取	3 243	2 897	346	1 345.6
島根	1 858	1 667	191	1 299.3
岡山	2 934	2 580	354	1 474.4
広島	6 197	5 538	659	1 465.0
山口	12 122	11 115	1 007	2 097.2
徳島	10 564	10 149	415	2 918.2
香川	5 394	4 833	561	2 809.4
愛媛	3 516	2 733	783	1 542.1
高知	6 926	5 822	1 104	2 031.1
福岡	8 136	8 041	95	4 027.7
佐賀	26 472	24 593	1 879	2 786.5
長崎	5 712	4 934	778	3 006.3
熊本	7 987	6 897	1 090	2 377.1
大分	12 529	11 007	1 522	2 961.9
宮崎	4 208	3 565	643	1 476.5
鹿児島	5 119	4 218	901	1 961.3
沖縄	12 169	10 567	1 602	2 863.3
計	4 675	4 396	279	2 226.2

注)65歳以上人口は、平成16年10月1日現在の推計人口(総務省統計局)による。

【出典】病院報告(平成17年12月分概数)

○介護療養型医療施設は、他の介護保険施設と比べ、地域的偏在が大きい。(介護療養型医療施設に係る高齢者一人当たりの給付費が一番高い都道府県は、一番低い都道府県の13倍(特養は1.9倍、老健は2.8倍))



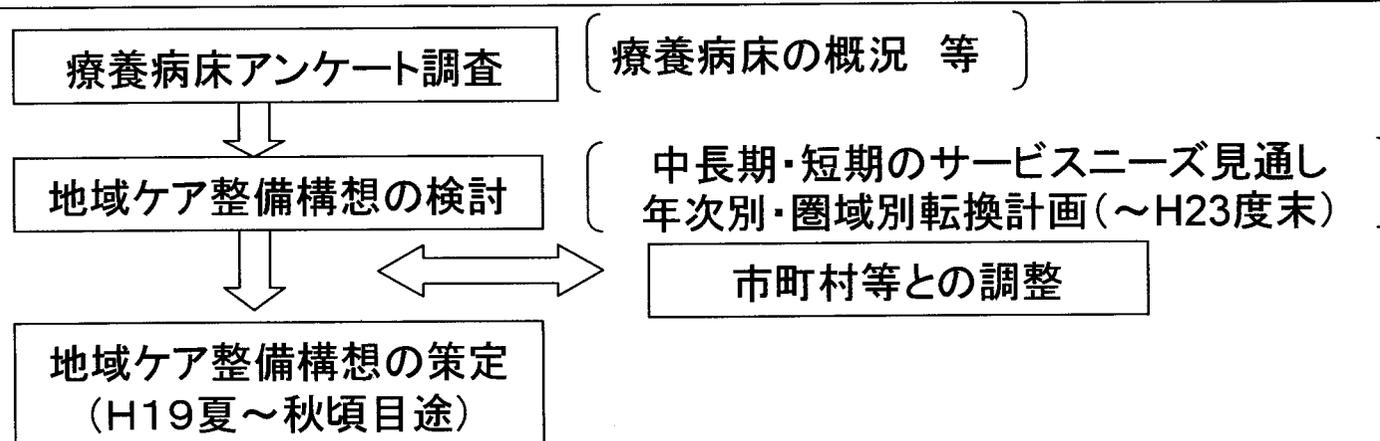
再編成を円滑に進めるためきめ細かく対応します③

地域における療養病床の転換については次のような考え方で対応します。

①第3期介護保険事業支援計画においては、次のような対応が可能となっています。

- ・老健施設の空きがない場合でも、老健施設と介護療養病床の必要利用定員総数の合計の範囲内に収まるときは転換可能
- * 特定施設、特別養護老人ホームの場合も同様

②第4期介護保険事業支援計画については、都道府県が策定する地域ケア整備構想において対応方針を明らかにします。



介護療養病床が廃止される平成23年度末まで、十分な時間をかけて転換を進め、現場に混乱が生じないようにします。