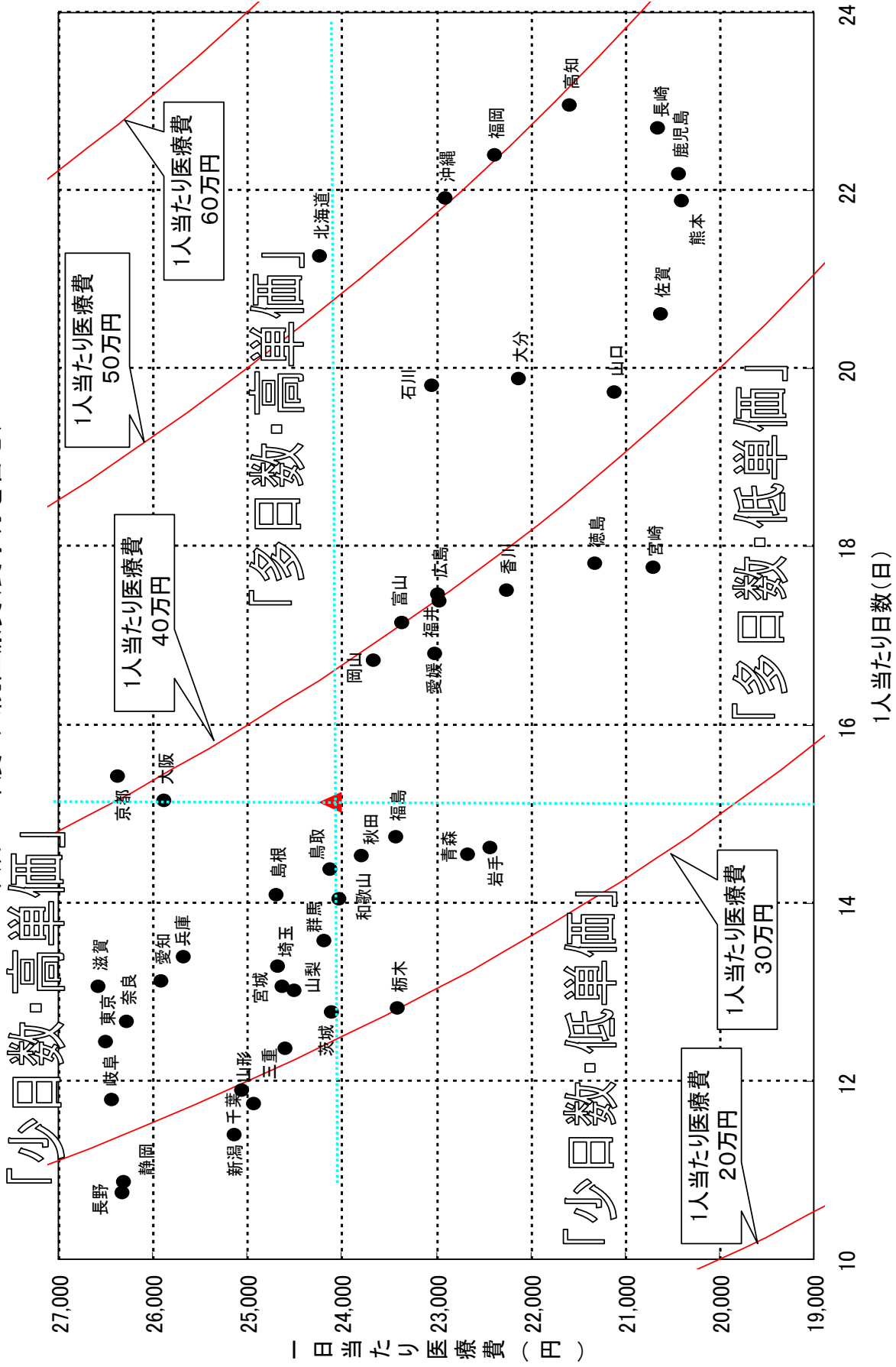


### ③ 平均在院日数の短縮に向けた 取組の推進について



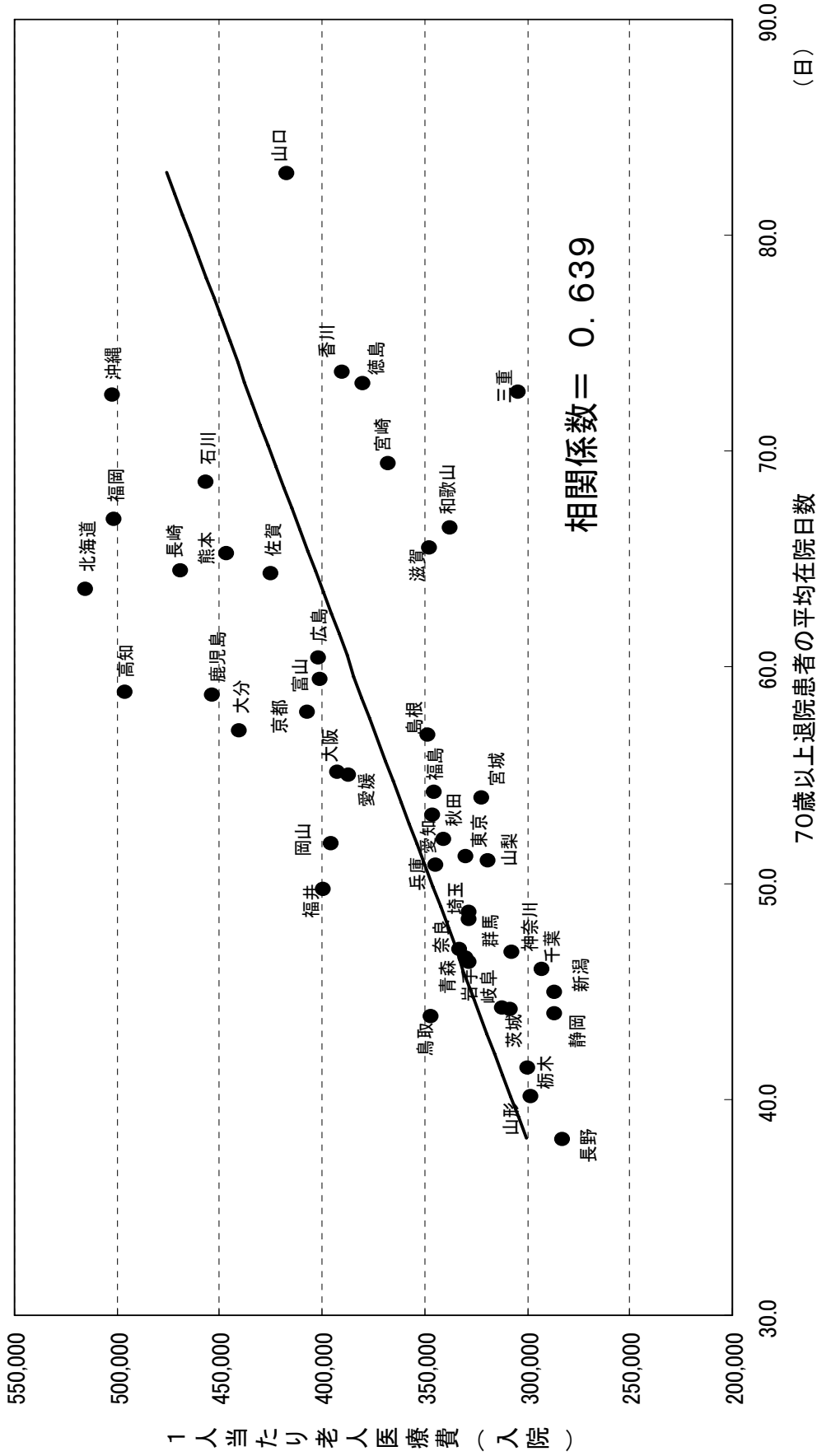
# 都道府県別にみた老人医療費の単価と日数の状況

平成15年度 入院医療費(食事分を含む)



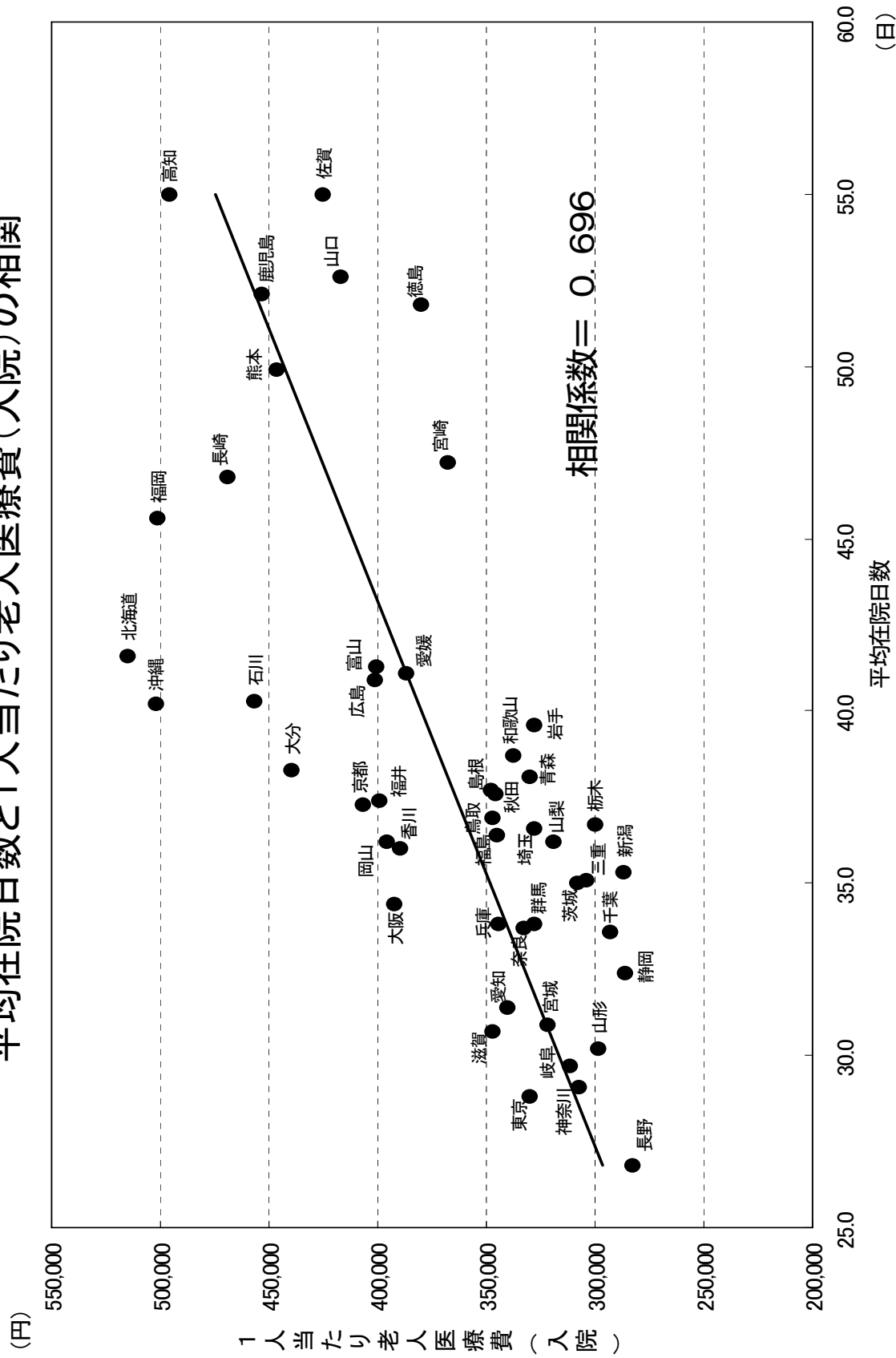
# 退院患者の平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)の相関

(円)



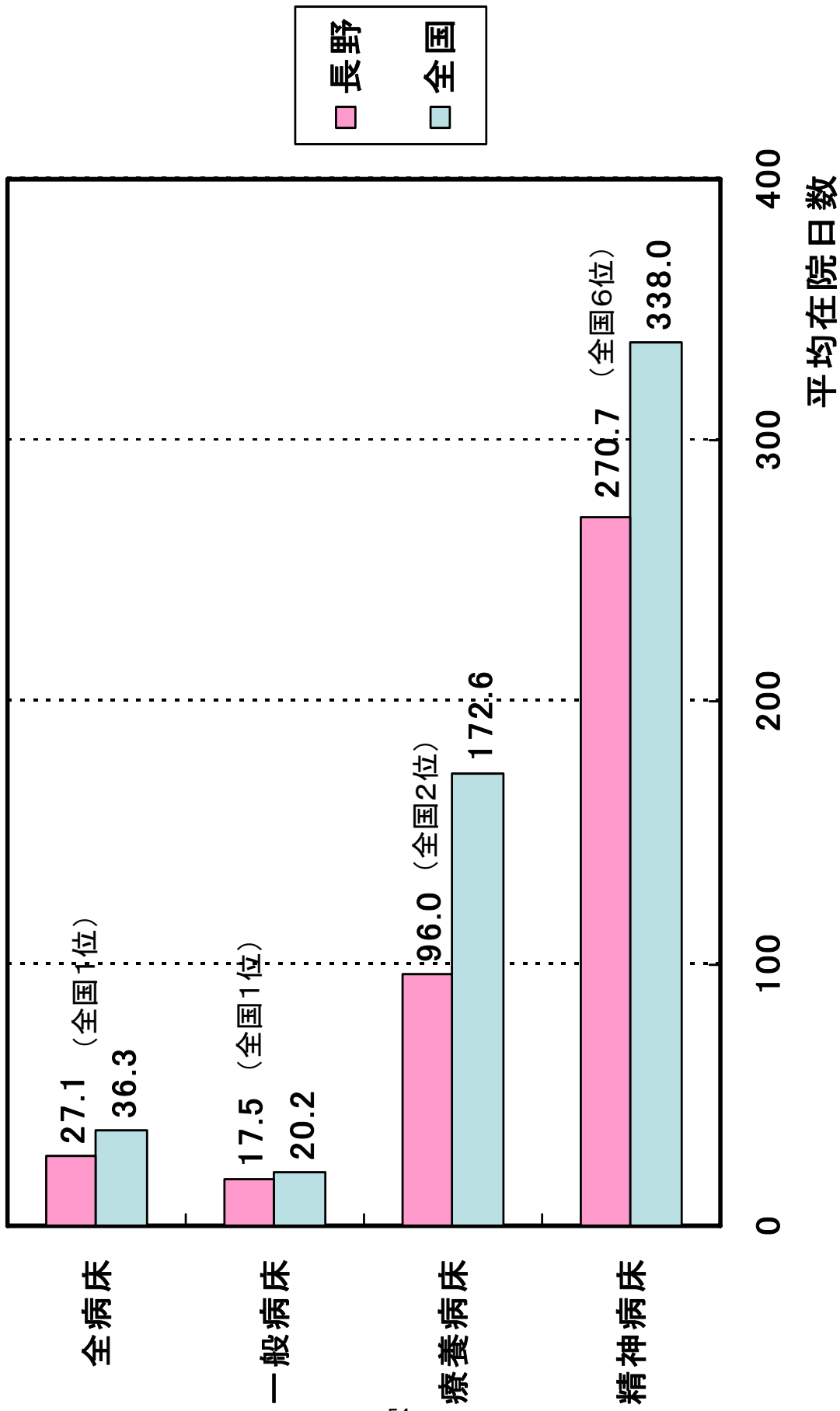
資料出所: 厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(平成15年)

# 平均在院日数と1人当たり老人医療費（入院）の相関



# 病床別に見た全国平均と長野県の平均在院日数の比較

(平成16(2004)年)



## 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カ年戦略)の開始
  - 1993年(平成5年) 「療養型病床群」の創設(医療法改正)  
- 一定額制
  - 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。

- 療養病床の現在の生活環境は長期療養を前提としていないため、1人当たり床面積が狭い
- 療養病床にかかる費用は老健施設・特別養護老人ホームと比較すると高い

	医療療養病床	介護療養病床	老人保健施設 (小規模老人保健施設を含む)	特別養護老人ホーム
施設数	6,728	3,235	3,322	5,563
病床・定員数	約25万床	約13万床	約28万床	約36万床
平均的な一人当たり給付費	40万円程度	35万円程度	25万円程度	24万円程度
自己負担合計	12.4万円程度	11.5万円程度	9.7万円程度	9.0万円程度
一人当たり面積	・ 6.4㎡以上 狭い(1室4人以下)	・ 6.4㎡以上 (1室4人以下)	・ 8㎡以上 (1室4人以下)	・ 10.65㎡以上 (1室4人以下)
主な従業者体制	入所者100人あたり			
	医師 3人	医師 3人	医師 1人	医師 (嘱託医で可)
	看護職員 20人 介護職員 20人	看護職員 17人 介護職員 17人	看護職員 9人 介護職員 25人	必要数 介護職員と看護職員の 総数 34人 (うち看護職員 3人以上)

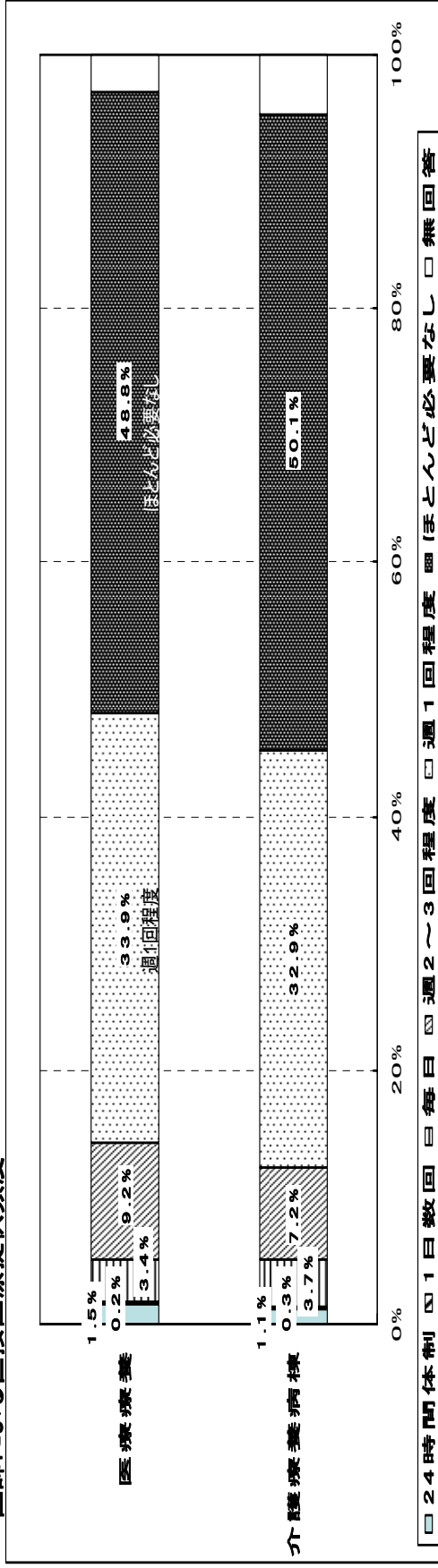
都道府県別療養病床数  
(平成17年9月末現在)

	病院	診療所	合計	老人人口千人当たり 療養病床数
北海道	28,954	1,534	30,488	25.5
青森	3,022	541	3,563	11.0
岩手	3,130	484	3,614	10.7
宮城	3,427	449	3,876	8.3
秋田	2,691	180	2,871	9.4
山形	1,859	193	2,052	6.7
福島	4,415	299	4,714	10.1
茨城	5,841	311	6,152	10.8
栃木	4,595	161	4,756	12.3
群馬	4,817	158	4,975	12.0
埼玉	14,425	80	14,505	12.6
千葉	9,865	411	10,276	9.8
東京	20,931	310	21,241	9.3
神奈川	12,607	217	12,824	8.8
新潟	5,868	71	5,939	10.3
富山	5,647	300	5,947	23.3
石川	5,237	233	5,470	22.6
福井	2,618	315	2,933	15.9
山梨	2,445	177	2,622	13.7
長野	3,819	431	4,250	8.2
岐阜	3,415	474	3,889	8.9
静岡	11,066	233	11,299	14.7
愛知	13,545	562	14,107	11.4
三重	4,517	359	4,876	12.3
滋賀	2,535	84	2,619	10.6
京都	7,009	136	7,145	13.5
大阪	24,525	200	24,725	15.4
兵庫	14,522	719	15,241	14.0
奈良	3,398	26	3,424	12.2
和歌山	2,813	346	3,159	12.7
鳥取	1,667	199	1,866	13.0
島根	2,580	354	2,934	14.7
岡山	5,538	661	6,199	14.3
広島	11,115	1,026	12,141	20.4
山口	10,149	415	10,564	28.6
徳島	4,873	561	5,434	28.0
香川	2,757	772	3,529	15.2
愛媛	5,788	1,104	6,892	19.8
高知	8,048	95	8,143	39.5
福岡	24,608	1,894	26,502	26.7
佐賀	4,889	781	5,670	29.4
長崎	6,897	1,116	8,013	23.3
熊本	10,984	1,537	12,521	28.9
大分	3,588	648	4,236	14.6
宮崎	4,236	910	5,146	19.3
鹿児島	10,565	1,610	12,175	28.3
沖縄	4,385	279	4,664	21.3
全国計	356,225	23,956	380,181	15.0

# 療養病床の現状

○ 療養病床の入院患者のうち医師の対応がほとんど必要ない人が概ね5割。

医師による直接医療提供頻度



○ 我が国の平均在院日数は国際的に見て極めて長い。特に療養病床が重要な要因の一つ。

(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(2003年)(OECD Health Data 2005)

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
平均在院日数	36.4	10.9	13.4	7.6	6.5
人口千人当たり病床数	14.3	8.9	7.7	4.2	3.3

## I 療養病床の再編成の基本的考え方

療養病床については、医療の必要度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、医療の必要性の低い患者については、病院ではなくケアハウス等を含む在宅又は老健施設等で受け止めることで対応することとしている。

## II 新しい診療報酬点数の施行

平成18年7月から、患者の医療の必要性等に応じた新たな診療報酬点数が施行される。

施行に当たっては、「介護保険移行準備病棟」、「同一病棟内の医療保険と介護保険との混合」、「福祉医療機構からの融資」等により、医療機関の経営にも配慮し、患者に必要なかつ適切な医療が確保できるような体系とすることとしている。

### Ⅲ 療養病床の転換支援策

療養病床については、老人保健施設等への転換を進めるため、

- ① 医療療養病床については、平成20年度までは医療提供体制施設整備交付金（都道府県交付金）の活用、平成20年度以降は医療保険財源による転換支援措置
- ② 介護療養病床については、市町村交付金による支援を行うとともに、介護保険において、平成23年度までに必要な受入れを図ることとしている。

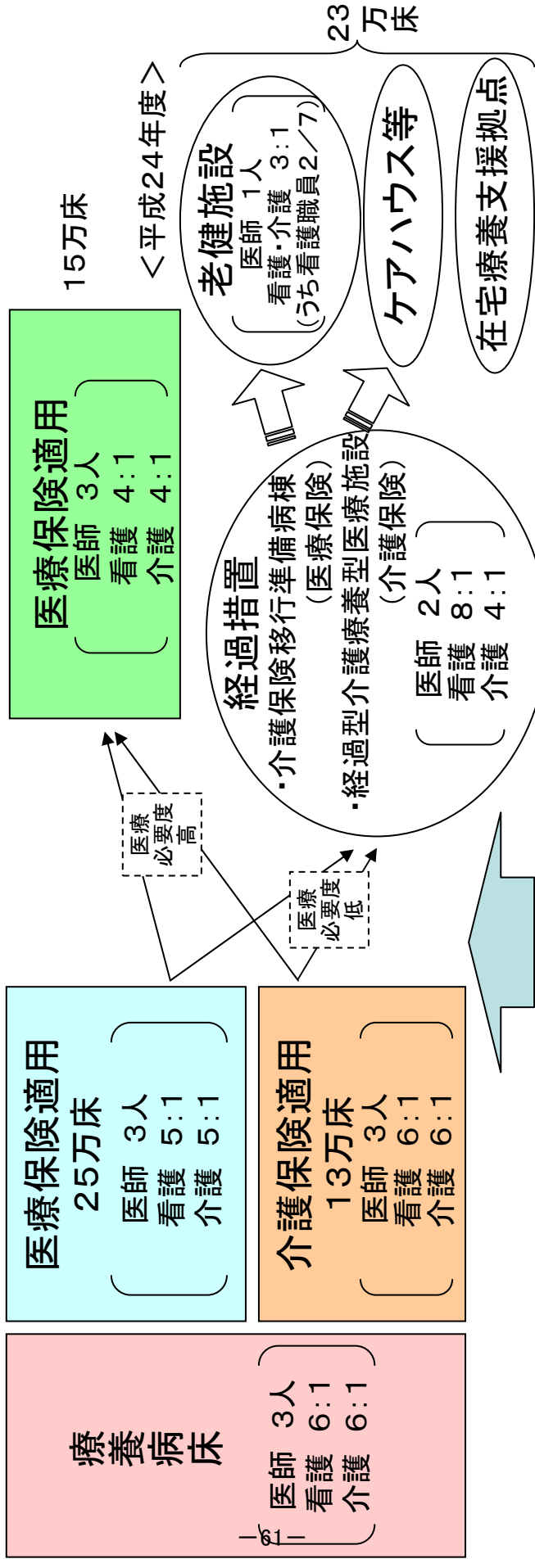
### Ⅳ 地域ケア整備指針の策定

厚生労働省においては、都道府県の協力を得て地域ごとの施設ニーズや関係者の意向の把握を急ぐとともに、地域におけるケア体制の整備の方針や療養病床転換に係る計画などを盛り込んだ「地域ケア整備指針」を策定することとしている。

これにより、来年夏を目途とした、各都道府県による「地域ケア整備構想」の策定を支援し、施設の適切な対応を促すとともに、介護保険事業計画、医療計画及び医療費適正化計画が整合性をもって策定されるようになっている。

# 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、医療の必要度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、病院ではなくケアハウス等の居住系サービス又は老健施設等で受け止めることに対応する。



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「経過型介護療養型医療施設(仮称)」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
- ・医療の必要性の低い患者を一定以上受け入れている場合について、「介護保険移行準備病棟」を平成23年度末までの経過措置として創設

# 現行療養病床の見直し後の姿(粗い見通し)

平成18年度

医療療養

25万人

平成24年度

15万人

介護保険への移行 -14万人  
介護保険からの移行 +4万人

介護療養

13万人

23万人

医療保険からの移行 +14万人  
医療保険への移行 -4万人

老人保健施設  
15万~17万人  
ケアハウス等居住系  
サービスを含む在宅  
6万~8万人

# 療養病床における診療報酬改定の影響について

## 1. 平成18年度診療報酬改定の概要(療養病床関係)

【平成18年3月末まで】

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

引下げ

【平成18年4月～6月】

(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】

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)

(参考：介護療養病棟\*)

要介護 5	1, 207単位
要介護 4	1, 116単位
要介護 3	1, 015単位
要介護 2	777単位
要介護 1	667単位

\* 介護療養報酬には医療療養で加算として評価される療養環境加算(115点)が含まれているため、比較のために115単位を引いたものを示している。

## 2. シミュレーションに当たった前提

(1) 改定による患者一人当たり報酬月額の影響（下線の値を以後の推計で使用）

### 【医療療養】

(参考) 介護療養\*

(改定前)  
**平均約49万円**  
(前頁の入院料のほか、  
 出来高算定部分、食費を  
 含む)

医療区分1 **約36万円**  
 医療区分2 **約52万円**  
 医療区分3 **約65万円**

(平成17年10月改定前)  
 平均約43万円

平均約39万円  
他に食費・居住費  
 は原則自己負担

(2) 医療経済実態調査結果（抜粋）（平成17年6月）

（療養病床60%以上の一般病院（単位：千円））

	医療法人		全体	
	金額	構成比率	金額	構成比率
I 医療収入	78,715	100.0%	80,969	100.0%
1 入院収入（再掲）	62,613	79.5%	65,213	80.5%
II 医療費用	72,164	91.7%	74,727	92.3%
III 医療収支差額（I－II）	<b>6,551</b>	<b>8.3%</b>	<b>6,242</b>	<b>7.7%</b>
施設数	40		55	
平均病床数	108		111	

入院収入は医療収入の約8割

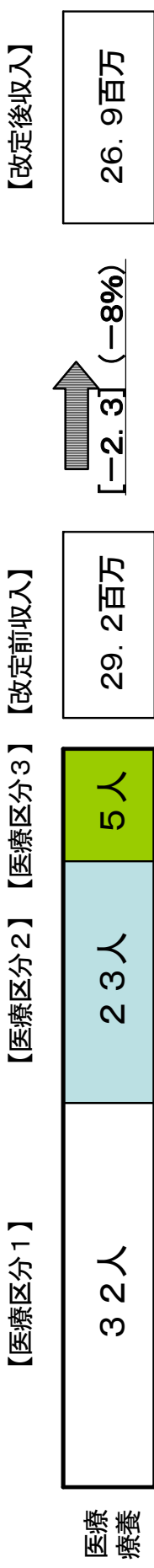
医療収支差額は600万円超で  
 約8%の黒字

(医療法人の療養病床を有しない一般病院  
 では収支差額が約140万円で0.9%の  
 黒字)

### 3. モデルを用いたシミュレーション

医療区分1、2、3の患者の分布による影響（医療療養60床で入院患者60人の場合）

【例1】医療区分の分布が全国平均である場合



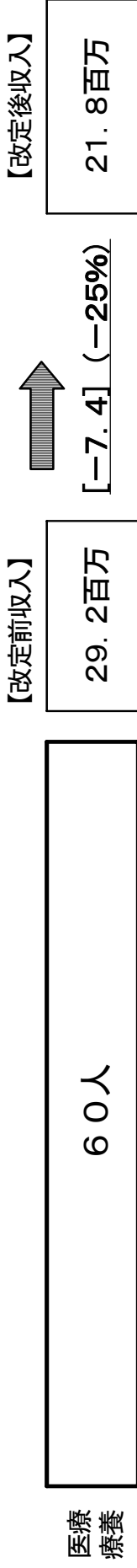
（金額については四捨五入のため、端数が合わない事がある。以下同様）

【例2】医療の必要性の高い（医療区分2・3）患者が全病床を占める場合



\*ただし、医療区分2・3が8割以上を占める病棟では人員配置を引き上げる必要がある。

【例3】医療の必要性の低い（医療区分1）患者が全病床を占める場合



## 「介護保険移行準備病棟」

- 医療療養病棟について、経過的に、「患者の状態に合わせて、医師、看護師等の配置を薄くする」という選択肢も設けることとしている。
- 具体的には、平成18年6月30日時点において療養病棟入院基本料等を算定している病棟については、医療区分1の患者を6割以上入院させている場合には、平成24年3月31日までの間は、介護老人保健施設等への移行準備計画の提出を要件として、医師、看護職員等の配置が緩和された類型を創設し、療養病棟入院基本料の算定を認めることとしている。
- \* 医師、看護職員等の配置が薄くなることに伴い、療養病棟入院基本料の点数を低くするものではない。

## 医療療養病棟の人員配置【60床の病棟の例】

	医師	看護職員	看護補助者
通常の 医療療養病棟	1. 25人(48:1) * 病院単位の最低数3人	12人 (5:1の場合)	12人 (5:1の場合)
介護保険移行 準備病棟	0. 625人(96:1) * 病院単位の最低数2人	8人 (8:1の場合)	15人 (4:1の場合)

## 同一病棟内での医療保険と介護保険との混合

- 同一の療養病棟の中で、経過的に、医療保険と介護保険との双方から給付を受けられることができる取扱いを拡大し、「患者の状態に合わせて、より適切な方から給付を受ける」という選択肢も設けることとしている。
- 具体的には、平成21年3月31日までの間については、
  - ① 医療療養病棟の中の一部の病室について、都道府県介護保険事業支援計画におけるサービス見込量の範囲内で介護保険の指定を受けて、介護保険から給付を受けること
  - ② 介護療養型医療施設の病棟の中の一部の病室について、介護保険の指定を外し、医療保険から給付を受けることを一定の要件の下に可能とすることとしている。

### 具体的な活用例

#### 【①の活用例】

現在の医療療養病棟の中の、医療の必要性は低いが介護の必要度は高い患者について、介護保険から給付を受けることが可能となる。

#### 【②の活用例】

現在の介護療養型医療施設の病棟の中の、医療の必要性が高い患者について、医療保険から給付を受けることが可能となる。

## 1. 経営が困難になった場合の融資について

医療の必要性が低く、また、介護の必要度も低い患者が多数入院しているなどの事情がある場合には、今回の診療報酬・介護報酬の同時改定を受けて、一時的な資金不足が生じることが想定され、そのような場合に、独立行政法人福祉医療機構の経営安定化資金（長期運転資金）の融資を受けることができることとしている。

（具体的内容）

【償還期間・据置期間】 5年以内、特に必要と認められる場合は7年以内  
（うち据置期間1年以内）

【資金用途】 一時的な特殊要因等により生じた資金不足を解消するために必要な資金繰り資金  
経営改善のために必要な資金

【融資限度額】 病院：1億円、診療所：4,000万円

— 68 —

## 2. 療養病床を有する病院の状況について（平成16年医療施設調査）

- 一般病院数7,999病院のうち、4,291病院が療養病床を有する病院。  
（療養病床数は349,450床）（1病院平均 81床）
- そのうち、507病院が50床未満（療養病床数は16,271床）
- そのうち、317病院が100%療養病床の病院。

# 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、ケアハウス等の居住系サービス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により対応（～平成20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类型

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）

## 病床転換助成事業について

### 1. 医療費適正化計画における位置づけ

平均在院日数短縮のための取組の柱として、療養病床等の長期入院病床を老人保健施設や有料老人ホーム等に転換することによる病床削減を位置づける。

### 2. 病床転換助成事業（医療保険財源を活用した整備費助成）

#### (1) 条件

- 療養病床等の長期入院病床を老人保健施設又は居住サービス施設に転換すること。
  - 改修、新築とも可。新築の場合、同じ保健福祉圏域内であれば、別の場所でも可。
- ※ 主として医療療養病床からの転換を想定するが、長期入院となっている一般病床や精神病床からの転換も対象とする方向。

#### (2) 補助単価（検討中）

#### (3) 病床転換数の見込み（～2012年度）

医療療養病床 25万床 → 15万床

#### (4) 財源

- 事業実施主体：都道府県
- 費用負担割合：国：都道府県：被用者・国保保険者支援金＝10：5：12

### 3. 手続き

- 平成19年度以降、毎年度、各都道府県は、県内の医療療養病床を有する医療機関等から、病床転換の意向聴取を行い、翌年度における予定転換数を把握する。
- 厚生労働省は、各都道府県が把握した数字を集計し、政令で定めた給付費に対する上限比率の範囲内にあるかどうかを確認する。
- 各都道府県は、厚生労働大臣と協議して、病床転換助成事業に要する費用の額を定める。
- 厚生労働省は、費用額を社会保険診療報酬支払基金に伝え、基金において保険者からの病床転換支援金の徴収及び都道府県への交付を行う。
- 病床転換助成事業については、医療費適正化計画期間1期(5年間)の終了ごとに、継続するかどうかを含めた内容の見直しを行う。

### 4. 事業規模

- 年間最大400億円程度とする予定。(詳細は今後検討。)

## 高齢者の医療の確保に関する法律(抄)

### 附 則

#### (病床転換助成事業)

第二条 都道府県は、政令で定める日までの間、当該都道府県における医療費適正化を推進するため、当該都道府県の区域内にある保険医療機関(医療法人その他の厚生労働省令で定める者が開設するものに限る。)に対し、当該保険医療機関である病院又は診療所の開設者が行う病床の転換(医療法第七条第二項各号に掲げる病床の種類のうち厚生労働省令で定めるものの病床数を減少させるとともに、介護保険法第八条第二十二項に規定する介護保険施設(同法第四十八条第一項第三号に規定する指定介護療養型医療施設を除く。)その他厚生労働省令で定める施設又は増設又は増設により、病床の減少数に相当する数の範囲内において入所定員を増加させることを行う。以下同じ。)に要する費用を助成する事業(以下「病床転換助成事業」という。)を行うものとする。

#### (病床転換助成事業の費用の額の決定)

- 第三条 都道府県知事は、病床転換助成事業に要する費用の額を定めようとするときは、あらかじめ、厚生労働大臣に協議し、その同意を得なければならない。
- 2 厚生労働大臣は、前項の規定による協議をするに際しては、各都道府県における病床転換助成事業に要する費用の額の総額が、当該年度におけるすべての後期高齢者医療広域連合の療養の給付等に要する費用の額の総額に、すべての都道府県における病床の転換の見込み及びそれに要する費用の予想額等を勘案して政令で定める率を乗じて得た額を超えないよう調整するものとする。
- 3 厚生労働大臣は、都道府県が病床転換助成事業に要する費用の額を定めたときは、支払基金に対し、その金額を通知しなければならない。

#### (費用の支弁)

第四条 都道府県は、病床転換助成事業に要する費用及び当該事業に関する事務の執行に要する費用を支弁する。

#### (国の交付金)

第五条 国は、政令で定めるところにより、都道府県に対し、病床転換助成事業に要する費用の額の二十七分の十に相当する額を交付する。

(病床転換助成交付金)

第六条 都道府県が附則第四条の規定により支弁する費用の二十七分の十二に相当する額については、政令で定めるところにより、支払基金が当該都道府県に対して交付する病床転換助成交付金をもつて充てる。

2 前項の病床転換助成交付金は、次条第一項の規定により支払基金が徴収する病床転換支援金をもつて充てる。

(病床転換支援金の徴収及び納付義務)

第七条 支払基金は、附則第十一条に規定する業務及び当該業務に関する事務の処理に要する費用に充てるため、年度ごとに、保険者から病床転換支援金及び病床転換助成交付金(以下「病床転換支援金等」という。)を徴収する。

2 保険者は、病床転換支援金等を納付する義務を負う。

(病床転換支援金の額)

第八条 前条第一項の規定により各保険者から徴収する病床転換支援金の額は、当該年度における病床転換助成事業に要する費用の二十七分の十二に相当する額を、厚生労働省令で定めるところにより算定した当該年度におけるすべての保険者に係る加入者の見込総数で除して得た額に、厚生労働省令で定めるところにより算定した当該年度における当該保険者に係る加入者の見込数を乗じて得た額とする。

(病床転換助成関係事務費拠出金の額)

第九条 附則第七条第一項の規定により各保険者から徴収する病床転換助成関係事務費拠出金の額は、厚生労働省令で定めるところにより、当該年度における附則第十一条第一項に規定する支払基金の業務に関する事務の処理に要する費用の見込額を基礎として、各保険者に係る加入者の見込数に応じ、厚生労働省令で定めるところにより算定した額とする。

(中略)

(病床転換助成事業に係る支払基金の業務)

第十一条 支払基金は、第三百九条第一項に掲げる業務のほか、保険者から病床転換支援金等を徴収し、都道府県に対し病床転換助成交付金を交付する業務及びこれに附帯する業務を行う。

# 地域介護・福祉空間整備等交付金の見直し

## 【平成16年度以前】

個々の施設ごとに固定的な補助基準単価により補助

社会福祉施設等  
施設整備費補助

市町村に対する  
直接補助制度なし

## 【平成17年度】

(866億円)

地方自治体から、事務手続きが煩雑、使い勝手が悪いという声があることを踏まえ、交付金化することで、事務の簡素化、地方の裁量の拡大を図る。

都道府県交付金

特養、老健、ケアハウス等  
大規模・広域型の施設の整備

市町村交付金

地域密着型サービス  
拠点等の整備

## 【平成18年度】

- ① 都道府県交付金は、廃止・一般財源化
- ② 市町村交付金は、対象事業の範囲を拡充し、利用しやすい制度へと改善

(390億円)

廃止・一般財源化

- 平成18年度に廃止・税源移譲される国の施設整備費補助金に係る施設整備に要する事業費のうち、従来の補助金相当部分(補助率がさき上げ部分を含む。)については、原則として「特別の地方債」を充当。
- 当該地方債の元利償還金については、後年度その100%を普通交付税の基準財政需要額に算入。

対象範囲を拡充(交付金のメニューを3つに再編)

(476億円)

①地域介護・福祉空間整備交付金(ハード交付金)

・地域密着型サービス拠点等の整備

②地域介護・福祉空間推進交付金(ソフト交付金)

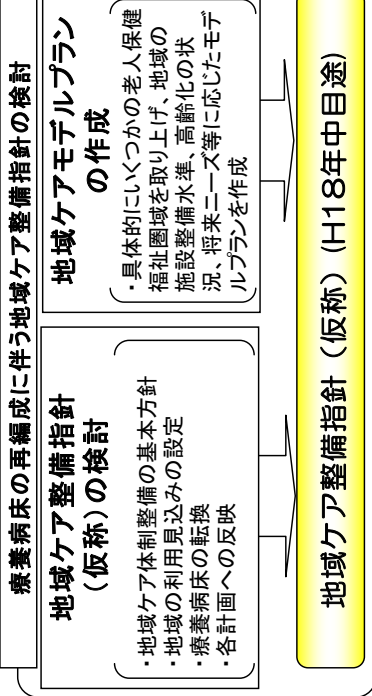
・地域密着型サービス等の導入に必要な設備やシステムの整備  
・高齢者と障害者・子どもとの共生型サービスの推進 等

③先進的事業支援特例交付金(ハード交付金)

・介護療養型医療施設から老健等への施設転換  
・既存特養の個室・ユニット化改修  
・緊急ショートステイ居室の整備 等

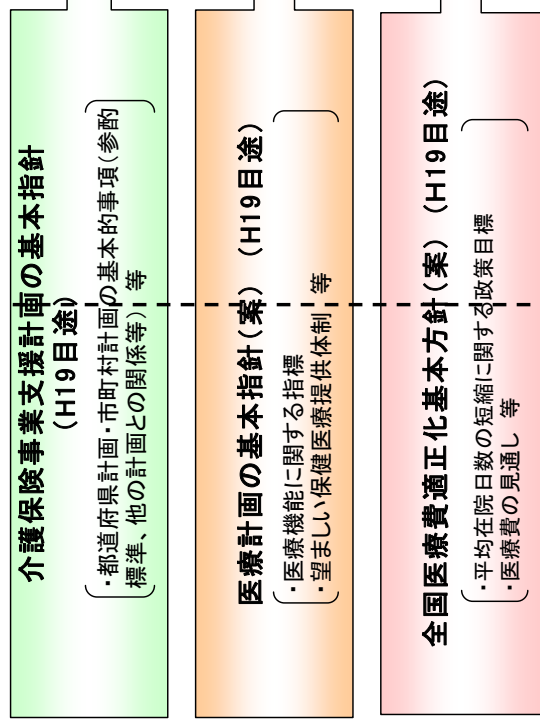
地域ケア整備指針（仮称）と関係計画の位置付け（案）

国

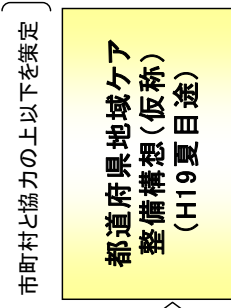


反映

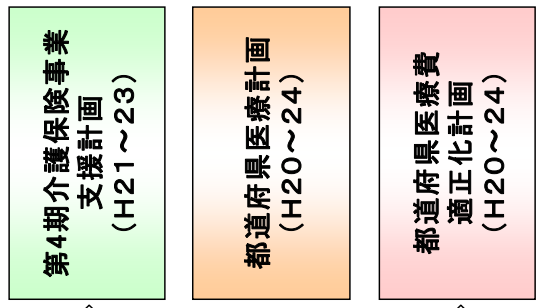
＜療養病床の転換に関連する部分＞



都道府県



反映  
(H20～)



- ・地域ケア体制整備の方針
- ・各サービスの利用見込み  
老健施設・特養・ケアハウス等  
…老人保健福祉圏域単位  
都道府県が広域的に調整  
地域密着サービス  
…市町村の日常生活圏域単位
- ・療養病床の転換  
相談体制・助成等転換支援措置の検討

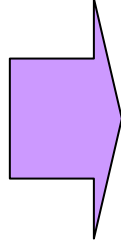
- ・各年度の施設の必要利用定員総数
- ・介護サービス量の見込み等

- ・医療機関の機能分化・連携と医療機能の集約化・重点化の促進
- ・事業別の指標と数値目標
- ・事業ごとの医療連携体制等

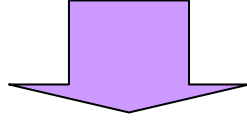
- ・平均在院日数の短縮に関する政策目標
- ・療養病床数の目標
- ・医療費適正化の取組を行うことによる医療費の見通し等

## 地域ケア体制の整備について①

- 今後本格化する療養病床の再編成を踏まえ、各地域においては、その受け皿づくりを含め将来的なニーズや社会資源の状況等に即した「地域ケア体制」の計画的な整備を行うことが必要。

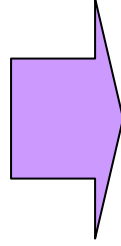


- このため、都道府県において、地域ケア体制の整備方針である「地域ケア整備構想」を作成。



### 【国の支援】

地域ケア体制の整備の基本方針等を内容とする「地域ケア整備指針（仮称）」の策定等



- 都道府県は地域ケア整備構想を踏まえ、「介護保険事業支援計画」、「医療計画」及び「医療費適正化計画」を策定することにより、各分野にわたる横断的・統一的な基本方針の策定と関係部局の密接な連携を図る。

### ＜国が策定する「地域ケア整備指針(仮称)＞

#### ① 地域ケア体制の整備の基本方針

○ 療養病床の再編成を踏まえた地域ケア体制の整備の基本的な考え方を提示。

#### ② 地域のサービスニーズ・利用見込みの設定について

○ 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の増加等踏まえたサービスニーズの推計、それに対応した利用見込みの設定に関する考え方を提示。

#### ③ 療養病床の転換について

○ 個別の医療機関(療養病床)の転換を進める場合に配慮すべき事項などを提示。

#### ④ 各計画への反映について

○ 「介護保険事業支援計画」「医療計画」「医療計画」「医療費適正化計画」へ反映させる場合に配慮すべき事項を提示。

上記を策定するために…

- ・学識経験者からなる研究班を設置
- ・「地域ケアモデルプラン事業(仮称)」を展開

## 地域ケア体制の整備について③

### ＜都道府県が作成する「地域ケア整備構想(仮称)＞

#### 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提示。

#### ③ 各サービスの利用見込みについて

- 将来のサービスニーズに対応した、各サービスの利用見込みを提示。

#### ④ 療養病床の転換について

- 療養病床の転換プランを提示。

※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」を策定する

## 地域ケア体制の整備について④

### <今後のスケジュール>

○H18年夏 <国> 地域ケア整備指針について研究班を設置し、検討を開始。  
地域ケアモデルプラン事業を開始。  
<都道府県> 療養病床関係調査の実施

秋 <国> 「地域ケア整備指針案（中間とりまとめ）」の公表。  
<都道府県> 「地域ケア整備構想」の検討開始

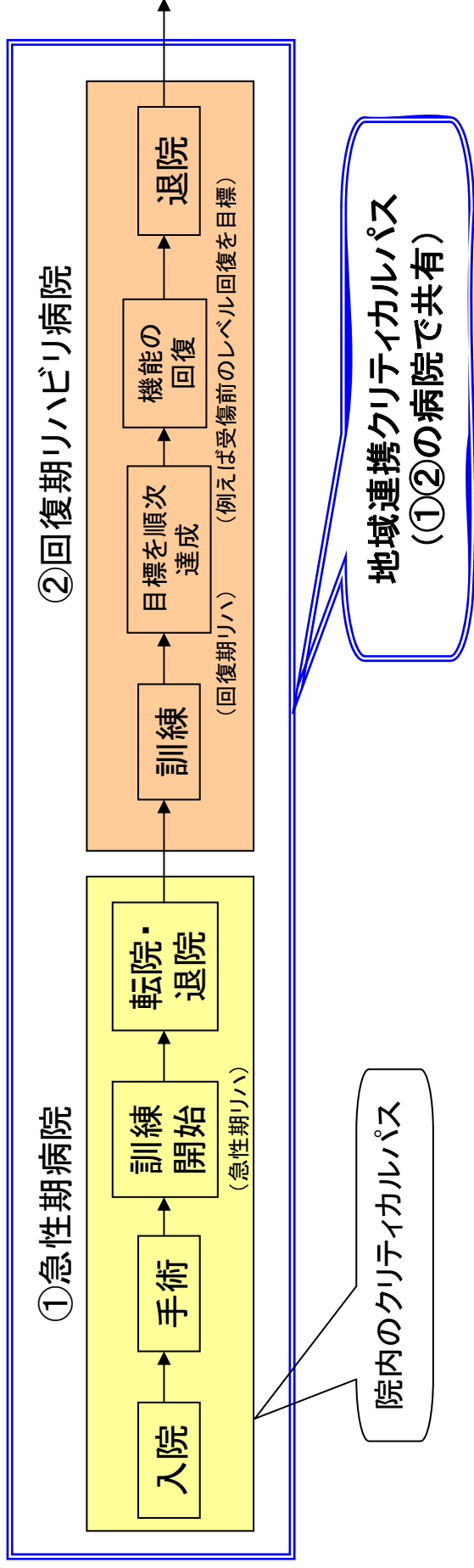
冬 <国> 「地域ケア整備指針（最終とりまとめ）」の決定。  
※地域ケアモデルプランも提示。

○H19年夏 <都道府県> 「地域ケア整備構想」の策定  
までに

(平成18年6月13日) 抄

十 療養病床の再編成に当たっては、すべての転換を希望する介護療養病床及び医療療養病床が老人保健施設等に確実に転換し得るために、老人保健施設の構造設備基準や経過的な療養病床の類型の人員配置基準につき、適切な対応を図るとともに、今後の推移も踏まえ、介護保険事業支援計画も含め各般にわたる必要な転換支援策を講ずること。また、その進捗状況を適切に把握し、利用者や関係者の不安に応え、特別養護老人ホーム、老人保健施設等必要な介護施設及び訪問看護等地域ケア体制の計画的な整備を支援する観点から、地域ケアを整備する指針を策定し、都道府県との連携を図りつつ、療養病床の円滑な転換を含めた地域におけるサービスの整備や退院時の相談・支援の充実などに努めること。さらに、療養病床の患者の医療区分については、速やかな調査・検証を行い、その結果に基づき必要に応じて適切な見直しを行うこと。

# 地域連携クリティカルパスのイメージ



## 熊本市での取組実績

①急性期病院における平均在院日数の変化

	事例数	平均在院日数	(A)に対する減少率
連携パス導入前 (H11.1~12)	72例	28.5日 (A)	-
連携パス導入後 (H13.1~8)	77例	19.6日	約31%減
連携パス導入後 (H15.1~H17.1)	423例	15.4日	約46%減

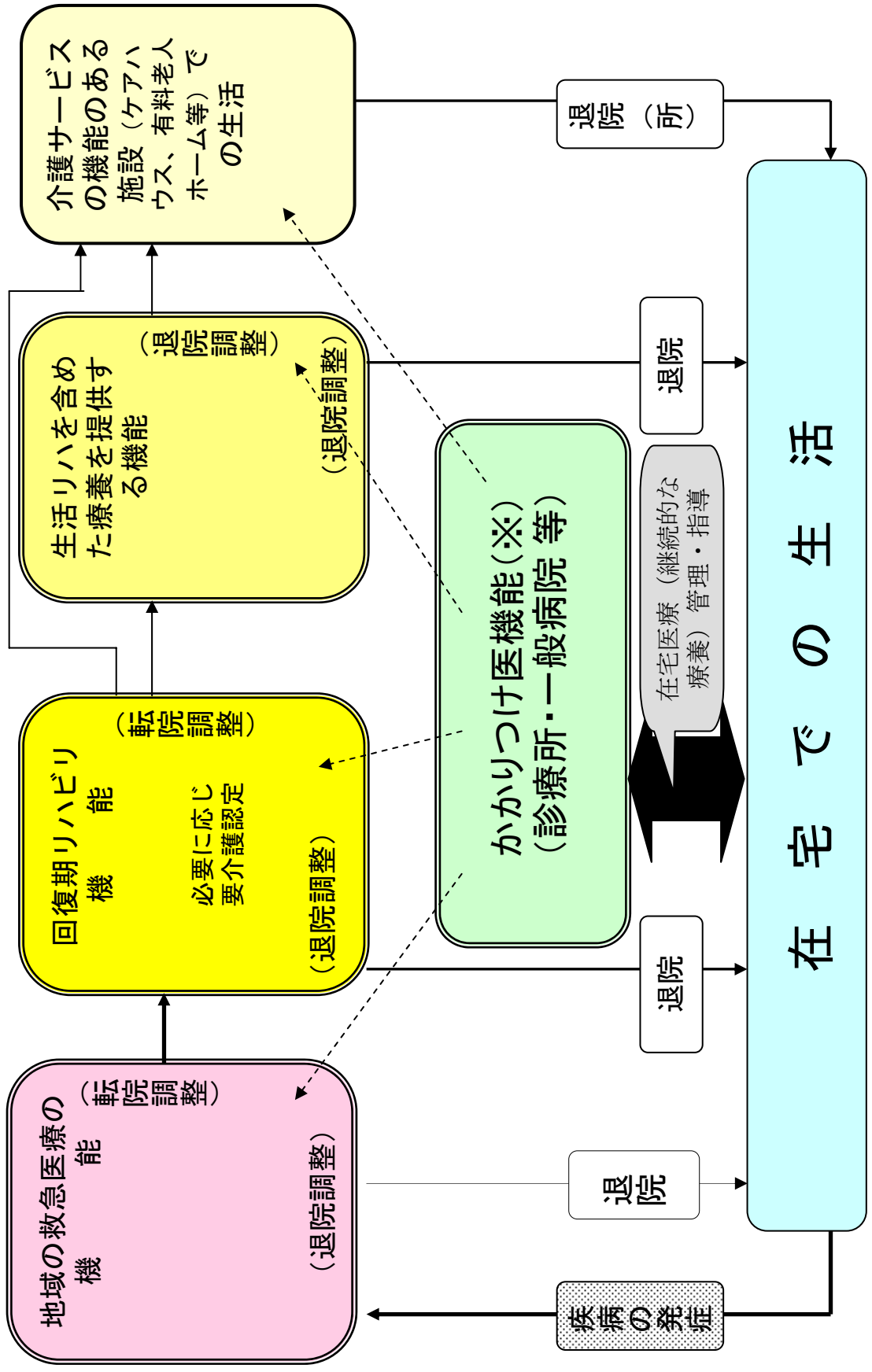
②連携先病院(ある回復期リハビリテーション施設)における平均在院日数の変化

	事例数	平均在院日数	(B)に対する減少率
連携パス導入前 (H15)	55例	90.8日 (B)	-
連携パス導入後 (H16)	53例	67.0日	約26%減

# 脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ

【急性期】

【回復期・亜急性期】



※ 急性期、回復期、療養期等各機能を担う医療機関それぞれにかかりつけ医がいることも考えられるが、ここでは、身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、患者の病状に応じた適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者の立場に立った重要な役割を担う医師をイメージしている。

# 高齢者の在宅療養を支える新たな取組の推進

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

