

「高齢者に係る新高齢者病床（仮称）等の調査研究委員会」

報告書

平成 19 年 4 月

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会



平成 19 年 4 月 27 日

(社) 全国国民健康保険診療施設協議会  
会長 富永 芳徳 殿

「高齢者に係る新高齢者病床（仮称）  
等の調査研究委員会」

委員長 伴 信太郎

「高齢者に係る新高齢者病床（仮称）  
等の調査研究委員会」報告書

「高齢者に係る新高齢者病床（仮称）等の調査研究委員会」は、平成 18 年 12 月 18 日貴職から諮問のありました「高齢者に係る新高齢者病床（仮称）等の調査研究」について、およそ 4 ヶ月にわたって本会議 6 回、5 人の有識者からのヒアリングを開催し、鋭意検討を重ねてまいりました。ここにその結果を「提言」の形でとりまとめましたので、報告いたします。



## 高齢者に係る高齢者病床(仮称)等の調査研究委員会

### (委員会)

委員長	伴 信太郎	名古屋大学医学部附属病院総合診療部教授
委員	川渕 孝一	東京医科歯科大学大学院教授
委員	京極 高宣	国立社会保障・人口問題研究所所長
委員	辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
委員	前沢 政次	参与/北海道大学大学院医学研究科教授
委員	松田 鈴夫	参与/国際医療福祉大学客員教授
委員	廣畑 衛	副会長/香川県・三豊総合病院組合保健医療福祉管理者
委員	小野 剛	秋田県・横手市立大森病院長
委員	鈴木 孝徳	千葉県・南房総市立富山病院長
委員	鎌田 實	長野県・組合立諏訪中央病院名誉院長
委員	安東 良博	鳥取県・日南町国保日南病院事業管理者
委員	押淵 徹	長崎県・国保平戸市民病院長
委員	初井 眞二	大分県・国東市民病院長

特別助言者 岩崎 榮 参与/元学校法人日本医科大学医療管理学教室主任教授

### (作業部会)

部会長	伴 信太郎	名古屋大学医学部附属病院総合診療部教授
委員	川渕 孝一	東京医科歯科大学大学院教授
委員	松田 鈴夫	参与/国際医療福祉大学客員教授
委員	前沢 政次	参与/北海道大学大学院医学研究科教授
委員	廣畑 衛	副会長/香川県・三豊総合病院組合保健医療福祉管理者
委員	小野 剛	秋田県・横手市立大森病院長
委員	鈴木 孝徳	千葉県・南房総市立富山病院長
委員	鎌田 實	長野県・組合立諏訪中央病院名誉院長
委員	黒瀬 博計	兵庫県・洲本市国保堺診療所長
委員	押淵 徹	長崎県・国保平戸市民病院長
委員	初井 眞二	大分県・国東市民病院長

特別助言者 岩崎 榮 参与/元学校法人日本医科大学医療管理学教室主任教授

### (オブザーバー)

神田 裕二	厚生労働省保険局国民健康保険課長
二川 一男	厚生労働省医政局総務課長
鈴木 康裕	厚生労働省老健局老人保健課長

### (国診協役員)

山口 昇	常任顧問/広島県・公立みつぎ総合病院病院事業管理者
今井 正信	相談役顧問/香川県・三豊総合病院名誉院長
富永 芳徳	会長/滋賀県・公立甲賀病院長
青沼 孝徳	副会長/宮城県・涌谷町町民医療福祉センター長
横井 克己	副会長/石川県・公立穴水総合病院長

本報告書作成に当たりヒアリングにご協力いただいた先生方

1. 岩崎 榮 参与/元学校法人日本医科大学医療管理学教室主任教授  
2007年1月18日(木)
2. 川淵 孝一 東京医科歯科大学大学院教授  
2007年1月18日(木)
3. 島崎 謙治 国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官  
2007年2月6日(火)
4. 安藤 高朗 日本療養病床協会副会長  
/医療法人社団永生会永生病院理事長  
2007年3月19日(月)
5. 浜村 明德 日本リハビリテーション病院・施設協会会長  
/医療法人小倉リハビリテーション病院院長  
2007年3月19日(月)

## 目 次

I.	提言要旨	1
II.	提言	
	はじめに	2
	1. 背景	3
	2. 療養病床再編の問題点	4
	3. 対応策	7
	おわりに	12
III.	参考図表	13



## I 提言要旨

### 「後期高齢者療養病床(仮称)」の提言

療養病床については、平成24年度末までに38万床から15万床を基本として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したものを合算した数に減少することが予定されている。しかしながら、急激な高齢化の進展により高齢者医療のニーズが増大すると予想される中で、高齢者医療に対応できる療養病床が急減される場合、地域包括医療・ケアの実践に大きな支障を招来することが危惧される。

療養病床の再編に関わる問題点には、さしあたり以下の点があげられる。

第一に療養病床の必要数が不足する懸念、第二に医療依存度等の高い患者に十分な医療やケアを行えなくなることへの懸念、第三に中山間地域等における医療や介護が不十分になることへの懸念、第四に在宅療養支援機能に対する不安、第五に後期高齢者の心身の特性に合った医療やケアの一体的な提供が難しいことやスムーズな転換の難しさへの懸念がある。

これらの問題点を解消するために、現行の介護老人保健施設よりも医療密度の高い新たなタイプの療養施設として、「後期高齢者療養病床(仮称)」の新設を提言したい。

入所対象は、医療依存度が高く、要介護度も高い後期高齢者とし、後期高齢者の特性に応じた医療およびケアを一体的に提供する施設とする。

また、在宅医療を推進するための措置として、国において総合診療を行える医師の養成および現在の医師への講習会の実施等ならびに「総合診療医(仮称)」(または「総合医」)の認定制度の創設を検討する必要がある。

さらに、中山間地、へき地、離島などにおいて、療養病床の再編を計画的かつ円滑に実施するために、国民健康保険診療施設が在宅療養支援機能の提供を行う上で、あるいは、国民健康保険診療施設併設型の生活支援ハウス等の整備を図る上で、特段の支援策が望まれる。

## Ⅱ 提言

### は じ め に

急速な高齢化、医療の高度・専門化に伴う医療費の増大など医療を取り巻く環境の大きな変化に直面している中、国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、その構造改革が必要であるとの考えのもとに、医療制度改革関連法が平成 18 年 6 月に公布された。これは医療費適正化の総合的な推進、新たな高齢者医療制度の創設、都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合等の措置を講ずるためのものである。法において、生活習慣病対策や平均在院日数の短縮といった中長期的な医療費適正化対策の計画的な推進および短期的な対策の推進、後期高齢者医療制度の創設、療養病床の再編等が盛り込まれている。

(社)全国国民健康保険診療施設協議会(以下「国診協」という。)としては、国民が生活習慣病予防と介護予防や在宅医療の充実により、明るく健やかな生活を送り、住みなれた自宅で可能な限り最期を迎えるという理念に基づく国の施策を高く評価するものである。

全国の国民健康保険診療施設(以下「国保直診」という。)は設立以来、治療と予防の一体化の理念の下に地域において、特に高齢者に対して保健サービス、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスを施設ケアと在宅ケアの連携の下に全人的医療(地域包括医療・ケア)として提供し、地域づくりに貢献してきたところである。

この国診協の実施してきた活動から今回の改革の具体的な事項について検討すると、今後早急に対応を要すると思われる幾つかの懸念すべき点がある。すなわち、療養病床の必要数が不足する懸念、医療依存度が高い患者に十分な医療やケアを行えなくなる懸念、後期高齢者の心身の特性に合った医療やケアの一体的な提供が難しいことへの懸念、在宅療養支援機能に対する不安、中山間地域等における医療や介護が不十分になることへの懸念、療養病床の再編に向けてのスムーズな転換の難しさへの懸念、などである。国診協では、これらの問題点を解消するために、「高齢者に係る新高齢者病床(仮称)等の調査研究委員会・同作業部会」において研究・検討を行い、本提言をとりまとめたものである。

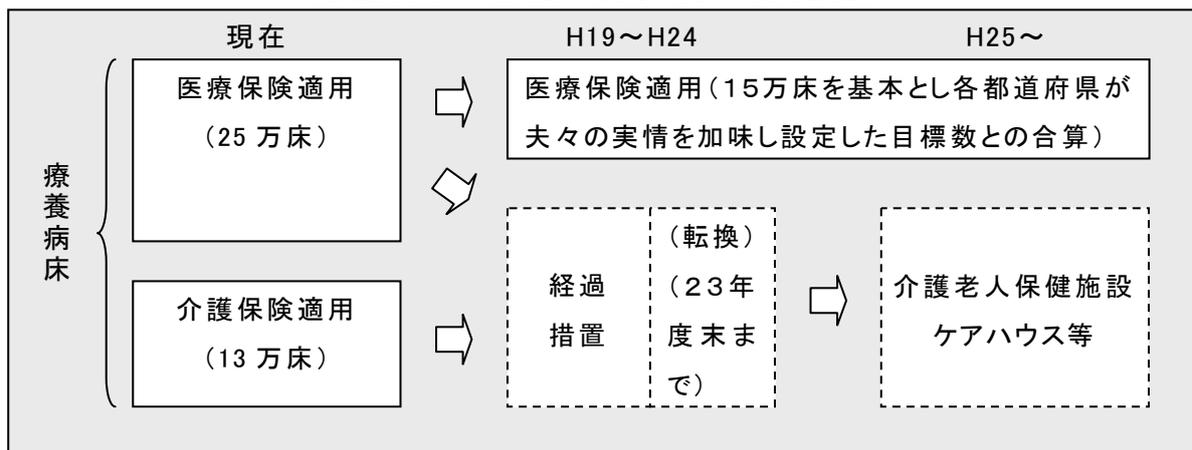
## 1. 背景

平成 17 年 12 月 21 日に厚生労働省医療構造改革推進本部より出された「療養病床の将来像について」において、「療養病床について、患者の状態に即した機能分担を推進する観点から、医療保険・介護保険両面にわたって一体的に見直し、平成 23 年度末までに体系的な再編を進める」こととされていたが、平成 19 年 4 月の医療構造改革に係る会議において、介護療養病床は平成 23 年度末までに廃止、医療療養病床は平成 24 年度末に後述の数値目標を達成することが示された。

この再編において、平成 24 年度末までに、医療保険適用の療養病床は 25 万床から 15 万床を基本として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したものを合算した数に、介護保険適用の療養病床は老健施設等に転換することとされている(下図参照)。

これまで我が国全体で平成 12 年に開設された療養病床を推進してきており、国保直診としても国の施策動向に合わせ、全体の 7 割の病院・診療所が一部ないしすべての一般病床を療養病床へと転換し、計 7,300 床を超える療養病床を設置してきた(図表 1)。その結果国保直診の中には療養病床のみという施設もある。ところが今後、約 6 年間という短期間で介護療養病床の廃止、医療療養病床の再編・削減との方針の大転換を図ることは、いたずらに高齢者の不安を増大させ、医療・介護現場に混乱を生じさせている。

療養病床の再編の流れ(厚生労働省)



## 2. 療養病床再編の問題点

急性期から回復期、または慢性期を経て在宅に移行する過程の中で、急性期と在宅をつなぐ医療の部分が十分でないこと、および在宅医療を支える医師が不足していること等から、現在のところ、在宅への円滑な移行が困難な状況にある。具体的には以下の通りである。

### (1) 療養病床の必要数について

国は平成24年度末までに療養病床を15万床を基本として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したものを合算した数を想定している。加えて、療養病床の入院患者の大半を占める「後期高齢者」が、今後、急激に増加すると予想されるため、さらに多くの受け皿が求められる(図表2,3,4)。

一方、後期高齢者の増加に伴い、医療区分2・3の患者の絶対数が増加する恐れがあるとともに、医療区分1の患者の中にも喀痰吸引、胃ろうの管理、経鼻経管栄養、常時見守りなど、医学的管理・処置が必要な人が含まれているため、このような患者が安心して入所できる環境が必要である(図表5,6,7)。

### (2) 療養病床転換先の老健施設等における医療・介護について

医学的管理・処置が必要な医療依存度の高い患者(以下「医療依存度の高い患者」という。)は、現行の介護老人保健施設(以下、「老健施設」という。)では十分な対応を行うことが困難である。

現在の介護療養病床の入院患者は老健施設の入所者に比べて要介護度が高く、重度の高齢者の受け皿としては、現行の老健施設では十分な対応が難しい(図表8)。

その他の転換先として位置づけられている有料老人ホームやケアハウス等においては、医療的な対応はもちろんのこと、要介護度の高い高齢者への十分な対応も難しい。

### (3) 中山間地域等における特性について

中山間地、へき地、離島などでは、医療・介護施設および医療・介護人材が乏しく、機能を分担するような施設配置・人員配置は困難である。また、人口規模の小さい中山間地域等ではスケールメリットが働きにくく、医療・介護サービスの採算性確保が困難なことから、公的開設主体による包括的なサービスが住民のセーフティネットとならざるをえない。

しかしながら一方で、近年の急速な市町村合併の結果、国保直診と市町

村との関係が複雑化する傾向にあり、より広域化した合併後の市町村の中で、国保直診の役割に対し、さらに理解を得ることが重要である。

#### (4) 在宅医療を促進するための支援について

在宅医療を支える在宅療養支援診療所が有効に機能するためには、高齢者の持つ心身の特性についての知識と対応能力を有し、且つ質の高い在宅医療を行う医師が不可欠であるものの、現状では在宅医療を担える医師が不足しており、在宅療養支援診療所は必ずしも期待通り十分機能しているとはいいがたい。また、国保直診においては、在宅療養支援診療所の届出をしている診療所は1割強である。平成24年度末までの7年間で在宅医療を行う医師の育成および在宅療養支援診療所の十分な確保は困難である。

なお、中山間地域においては、国保直診の病院がかかりつけ医的役割を担ってきているのが現状であるが、診療報酬上、在宅療養支援診療所としては位置づけられていない。

ターミナルケアや在宅死を支える医療機能は高齢化に伴う重要な問題となっているが、その対応は十分でなく、訪問看護の推進も含めて、その支援策の検討が急がれている。

#### (5) 後期高齢者の心身の特性とその対応及び転換の難しさについて

高齢者医療は、すべての疾患・病変を治すことにのみ注力するのではなく、身体・精神心理・価値観等を勘案した総合的な医療を提供することが必要である。

高齢者医療やケアの提供にあたっては、心身の特性に応じた対応が必要である。特に後期高齢者は、療養環境の変化に対する適応能力が減退してきていることから、医療機能分化による転院などは適当ではない。このため、急性期を過ぎた後期高齢者に対しては、その後の医療やケアの一貫した対応が必要である。

また、後期高齢者のリハビリはPT、OT、STを適切に組み合わせて、早期の段階から総合的集中的に提供することが望ましい(図表9)。

加えて、今後急増が見込まれる後期高齢者の多くは、複数の疾患を同時に持つにもかかわらず、総合的な視点での医療ではなく、疾患別の医療が提供されている場合が多いことに加え、医療と介護のサービスも別々に提供される傾向にある。しかし、本来は医療ニーズのみならず、介護ニーズを含めて一体的に提供することが望ましい。

平成 14 年に厚生労働省では、既設の病院内の療養病床または一般病床を転換して、いわゆる転換型老健施設を推進したが、病院経営・管理者の老健施設への転換意欲は低く、結果として転換は少なかった。現在でも基本的な状況については変わっていないと思われる(図表 10)が、スムーズな転換を阻害する原因として考えられる事項は以下の通りである。

#### ＜経営面＞

転換後の施設の運営(健全経営)に懸念がある。受け入れ患者数が減少する場合、介護職員等の人件費比率は増えて、経営が成り立ちにくくなる可能性がある。また、国保直診の介護療養病床に入院している要介護 4・5 の患者の大半が医療区分 1 に相当するため、介護療養病床廃止に伴いこれらの患者が医療療養病床対応となったと想定すると収入の大幅な減が必至である。

#### ＜施設面＞

老健施設の一人当たり面積と現行の病床数を確保するためには、入院患者の定数減かまたは建物の増設が必要となる(図表 11)。

#### ＜人材確保面＞

病院から診療所または施設に転換する場合、勤務環境の変化に対する医師の理解が得られにくく、医師の確保が困難になる。

#### ＜費用面＞

ハード面の転換による経済的負担は大きく、今回の国の支援制度に基づく補助金のみでは十分でない。

#### ＜利用者面＞

国保直診の長期入院患者の 4 人中 1 人がカテーテル、半数以上が経管栄養が必要で、なかには褥瘡の処置が必要な者もみられ、患者の 7 割近くは退院した場合「病状が急変するのが不安」と感じている(図表 12)。このような状況を踏まえると、転換に伴い医療サービスの低下が予想される中で、患者に不安を与えることが懸念される。また、何らかの疾患を有し、絶えず見守りが必要のため療養生活に不安がある高齢者の行き場がなくなる。

### 3. 対応策

療養病床の再編を現状のまま進めた場合、前項で整理したような数々の問題が生じる恐れがある。そのため、すべての国民が高齢期において、適切な医療やケアを受けられ、安心した生活を送るためには、これらの問題を解消するための早急な取り組みが是非とも必要である。

全国の国保直診は設立以来、治療と予防の一体化の理念の下に地域において保健・医療・福祉の総合的サービスを提供してきた。

とりわけ過去 30 年間には、治療のみならず保健サービス、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスを施設ケアと在宅ケアとの連携の下に全人的医療(地域包括医療・ケア)として提供し、地域づくりに貢献してきている。

上記の立場から療養病床の再編による各種の問題点を整理し、患者の視点に立った転換を図るため、医療法等の改正も視野に入れ多方面にわたって検討を行ってきたが、早期に問題を解消するため、実効性の高い現実的な対応策を検討・提言することとした。

対応策は次のとおりである。

#### (1)療養病床と老健施設との間の中間的な施設の新設(位置づけ図参照)

再編後の「医療療養病床」とは別に、医療と介護の一貫したサービスを提供する、医療密度の高い新たなタイプの療養施設として「後期高齢者療養病床(仮称)」を新設する。

対象は、医療依存度が高く、要介護度も高い後期高齢者とし、具体的には、現行の医療区分2の患者の一部(医療区分1よりも医療依存度が高いケース)は現在の老健施設では対応が困難であり、今回提言する新しいタイプの後期高齢者療養病床(仮称)において対応が可能となる。

なお、粗い試算によると「後期高齢者療養病床(仮称)」は、6.8 万床程度が必要と見込まれる(図表 2)。

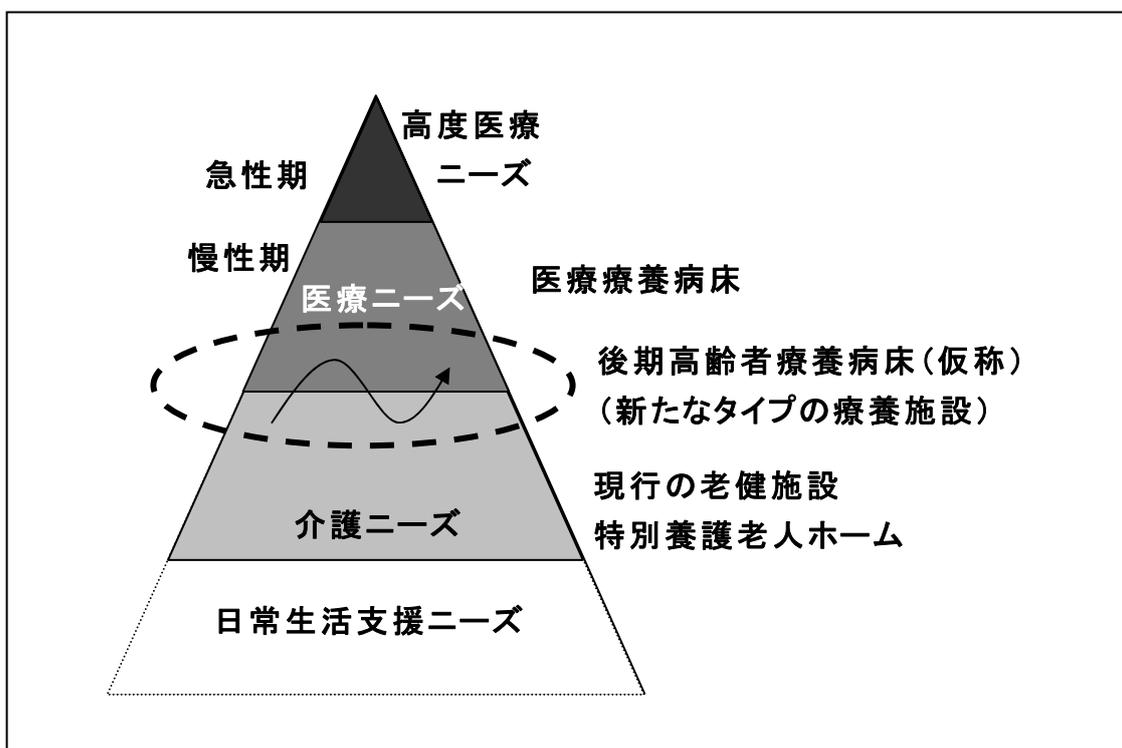
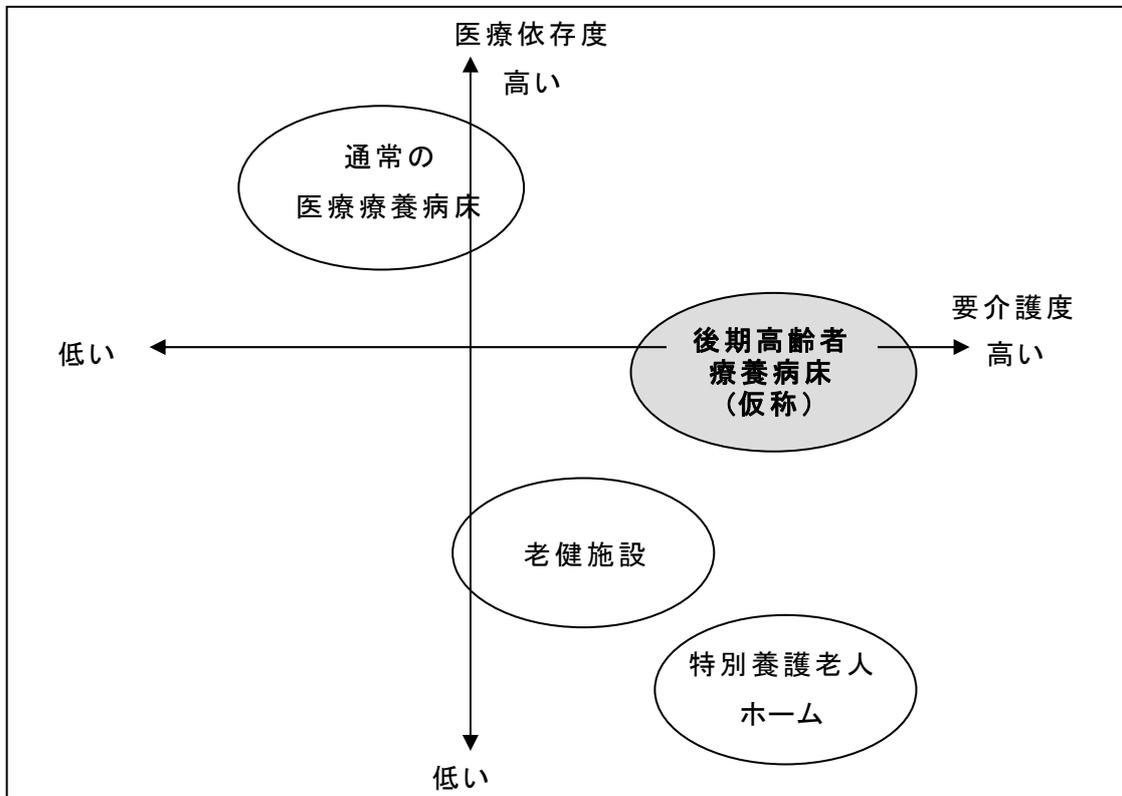
医療サービスが十分でない中山間地域等では、特に高齢者に対して従来から医療と介護を一体的に提供してきている「国保直診」が、これまでの地域包括医療・ケアの蓄積を活用し、また在宅復帰も視野に入れて後期高齢者療養病床(仮称)の整備・運営を行う。

当施設においては、医療依存度の高い後期高齢者の在宅ケアを視野に入れ、後期高齢者の特性に応じた医療およびケアを一体的に提供するものとする。しかしながら、当施設において対応が困難な専門的な医療その他については、協力病院を始め他の病院で診療報酬により対応する。

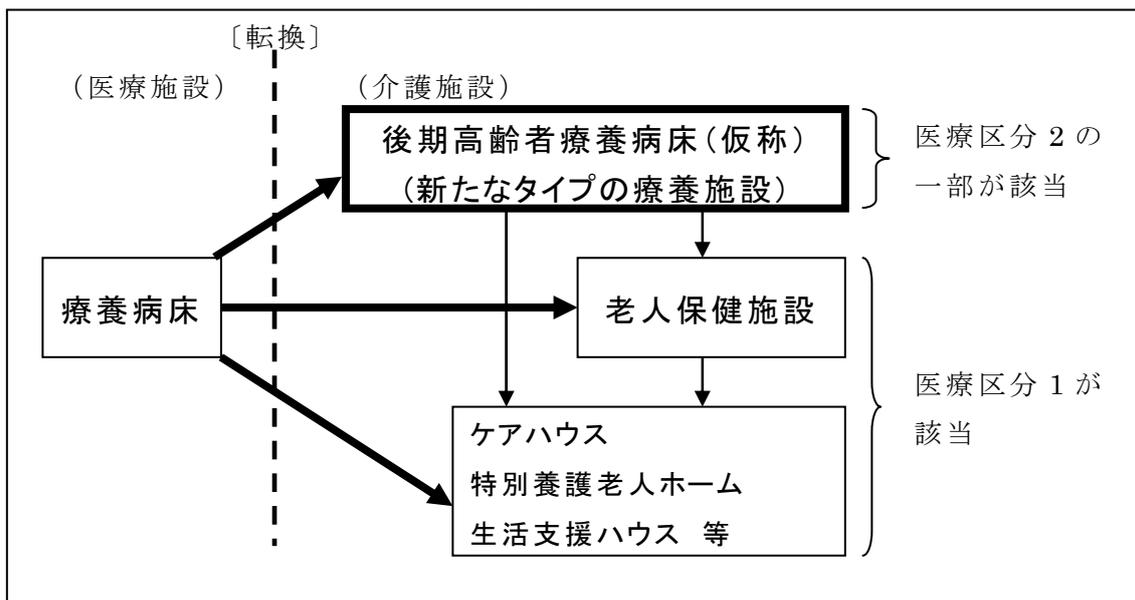
また、従来から国診協で提唱してきた、地域包括医療・ケアの概念を踏ま

えて、行政機関等と緊密に連携し、リハビリテーション機能、ケアマネジメント機能の充実および在宅医療の推進も図る施設とする。

<後期高齢者療養病床(仮称)(新たなタイプの療養施設)の位置づけ(イメージ)>



＜後期高齢者療養病床(仮称)のイメージ＞



人員配置や報酬などは下表を想定する。

	医療療養病床	後期高齢者療養病床 (仮称) (新たなタイプの療養施設)	老人保健施設
一人当たり床面積	6.4 m <sup>2</sup> 以上	6.4 m <sup>2</sup> 以上 (平成23年度末までの経過措置を延長)	8.0 m <sup>2</sup> 以上 (特別養護老人ホームと療養病床の間程度の面積)
人員配置 (100人あたり: 病棟単位)	医師 3人 看護職員 20人 介護職員 20人	医師 2人 看護職員 15人 介護職員 22人 理学療法士又は作業療法士 1人	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
報酬	診療報酬	介護報酬	介護報酬

注1 報酬は原則介護報酬とし、医療必要度に応じて、診療報酬との併給を認める。

注2 厚生労働省医政局の「総合診療医(仮称)」の認定を受けた医師には加算を認める。

注3 このほか、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士、社会福祉士などを配置し、施設全体として退院促進を行えるよう検討する。

## (2) 在宅医療を推進するための措置

高齢者に対する医療を総合的に提供するためには、地域包括医療・ケア認定医※、プライマリ・ケア専門医、総合診療専門医等の質の高いプライマリ・ケアを行う医師が必要である。そのため、医学教育においてもこのような臨床能力を持つ医師の養成を行うことが求められる。

中山間地域等では医師、看護師の確保が難しい状況であるが、国保直診の現場で勤務し育った医師は地域包括医療・ケアを実践してきていることから、総合診療を行える医師として積極的に活用する方策を検討する必要がある。

また、新しく総合診療を行える医師を養成できるまでの間、国において現在医療を実施している医師で在宅医療を志す者については総合診療について講習会を設ける等の施策を考慮されたい。

※国診協では、全国自治体病院協議会と共同して地域包括医療・ケア認定制度を創設し、地域包括医療・ケアに取り組む、施設、医師・歯科医師、コ・メディカルの認定を行っている。

## (3) 高齢者の総合診療を行える医師の国における認定制度の創設

地域包括医療・ケア認定医、プライマリ・ケア専門医等の認定制度があるが、在宅医療を推進するため、国においても総合診療を行う「総合診療医(仮称)」認定制度等の創設を検討されることを要望する。

また、医療機関において「総合診療科」を標榜できるような制度改正を国に要望する。

## (4) 中山間地域等の特性に応じた望まれる施策

中山間地、へき地、離島などにおいて、「地域ケア整備構想」に沿った療養病床の再編を計画的かつ円滑に実施するために、以下の施策の実施が望まれる。

### ① 国保直診における在宅療養支援機能の提供

中山間地域等においては、診療所だけでなく、地域の特性に応じて中小病院である国保直診が役割を担ってきたところであり、「在宅療養支援」として、これら中小病院を含めることが患者にとって現実的である。

在宅医療の環境整備が整っていない現状、特に離島、島嶼部、へき地、中山間地においては、在宅療養支援機能を、国保直診をはじめとした公的医療機関が担う必要がある。

## ②国保直診併設型の生活支援ハウス等の整備

独居生活に不安のある高齢者への「後期高齢者療養病床(仮称)(新たなタイプの療養施設)」以外の受け皿として「生活支援ハウス」および高齢者専用住宅等が考えられる。国保直診併設型の「生活支援ハウス」等を整備する場合は、市町村合併等により対象が広範囲となったことから、住戸数の上限撤廃および面積要件の緩和措置が必要である。

また、他に施設が存在しない場合、診療施設と同じ開設主体が運営している併設の施設に対して往診料、在宅患者訪問診療料等の算定などが認められるよう検討を願いたい。

## (5)療養病床を円滑に転換するための配慮

平成12年度の療養病床転換から約6年しか経過していないため、再度転換する施設の中には増改築や新築の費用負担が二重にかかるところもあり、経過措置の延長、一層の助成等、何らかの弾力的な運用が求められる。

## お　わ　り　に

本報告書は、「高齢者に係る新高齢者病床(仮称)等の調査研究委員会・同作業部会」委員を始め、広く各方面の専門家の方々の意見をお聞きし、多方面にわたって共に研究・検討に参加していただいた結果をまとめたものであり、研究・検討の過程においては、将来的な課題についても問題提起されたが、本提言においては喫緊の課題に早急に対応することを優先して、前述のとおり実効性の高い現実的な対応策を取りまとめたものである。

特に、中山間地、へき地、離島などにおいて、療養病床の再編を計画的かつ円滑に実施するために、国保直診が在宅療養支援機能の提供を行う上で、あるいは国保直診併設型の生活支援ハウス等の整備を図る上で特段の支援策が望まれる。

したがって、国において本提言を踏まえた施策の早急な実施、国保直診においても本報告書に基づき、具体的な実施方法について速やかに検討に着手されることを期待するものである。

### Ⅲ 参考図表

図表 1 国保直診病床種類別状況

病床の種類		病院		診療所	
		施設数	病床数	施設数	病床数
一般		364	39,375 床	137	1,442 床
療養	医療	172	4,622 床	30	154 床
	介護	114	2,390 床	26	175 床
	計	286	7,012 床	56	329 床
結核		27	372 床	-	-
精神		19	1,939 床	-	-
感染		40	181 床	-	-
無床		-	-	470	-
合計		372	48,879 床	608	1,771 床

出典：「国保直診名簿」全国国民健康保険診療施設協議会

図表 2 医療療養病床の必要病床数について

「療養病床再編等に関する緊急アンケート調査」全国国民健康保険診療施設協議会（H19.3）によると「医療的な状態は安定しており、医師の指示はほとんど必要としていない」を除く、「週 1 回程度」以上の指示見直しが必要な患者は、医療療養病床では 57.4%、介護療養病床では 43.8%となっていることから、その必要病床数は以下の通りである。

$$25 \text{ 万床} \times 57.4\% + 13 \text{ 万床} \times 43.8\% = 19.9 \text{ 万床}$$

したがって、介護療養病床を 0 にした場合、20 万床程度の医療療養病床は最低必要であり、医療的な状態は安定しているが医学的管理・処置が必要な患者を含めると、それ以上の病床が求められると考えられる。

ただし、「医療的な状態は安定しており、医師の指示はほとんど必要としていない」ことは医療の必要性が低いことを意味するわけではない。

一方、前記緊急アンケートで医療区分 1 の入院患者の割合は医療療養病床全体の 48.9%、医療区分 1 のうち「医療の必要度が高く「医療区分 1」に分類すべきでない」とされた患者数は 314 人（医療区分 1 の入院患者の 34.2%）、75 歳以上患者の比率は 78%である。

したがって、

$25 \text{ 万床} \times 48.9\% \times 34.2\% \times 78.0\% = 3.3 \text{ 万床}$

となり、現在の医療療養病床分のうち後期高齢者相当分が 3.3 万床という見方もできる。

また 同アンケートにおける介護療養病床の状況をみると、要介護 4 は 248 人で介護療養病床の 25.7%、要介護 5 は 536 人で同 55.7%であり、要介護 4 のうち医療区分 2 又は 3 に分類される患者は 56 人で 29.5%、要介護 5 のうち医療区分 2 又は 3 に分類される患者は 215 人で 41.5%、であり、75 歳以上患者の比率は 87%である。

$(13 \text{ 万床} \times 25.7\% \times 29.5\% + 13 \text{ 万床} \times 55.7\% \times 41.5\%) \times 87.0\% = 3.5 \text{ 万床}$

となり、現在の介護療養病床分のうち後期高齢者相当分が 3.5 万床という見方もできる

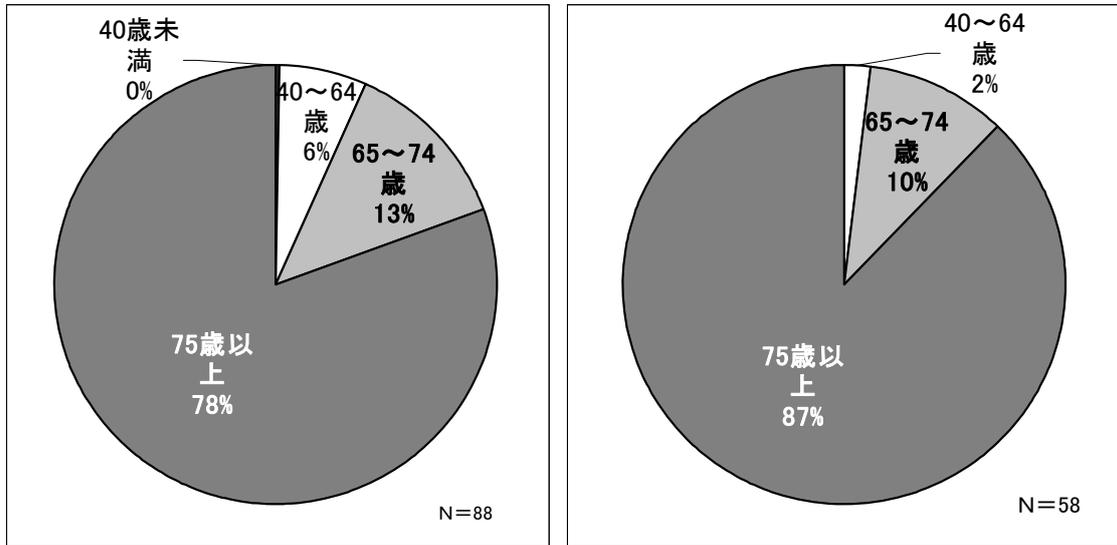
上記を合計すると後期高齢者の療養病床として 6.8 万床が必要となる。さらに、平成 17 年から、転換が完了する平成 24 年にかけての後期高齢者の伸び率(1.31)を乗じると 8.9 万床となる。

なお、後期高齢者人口のピークである平成 42 年を見据えると、13.3 万床が必要となる計算になる。

図表 3 国保直診の療養病床の年齢層別入院患者構成比

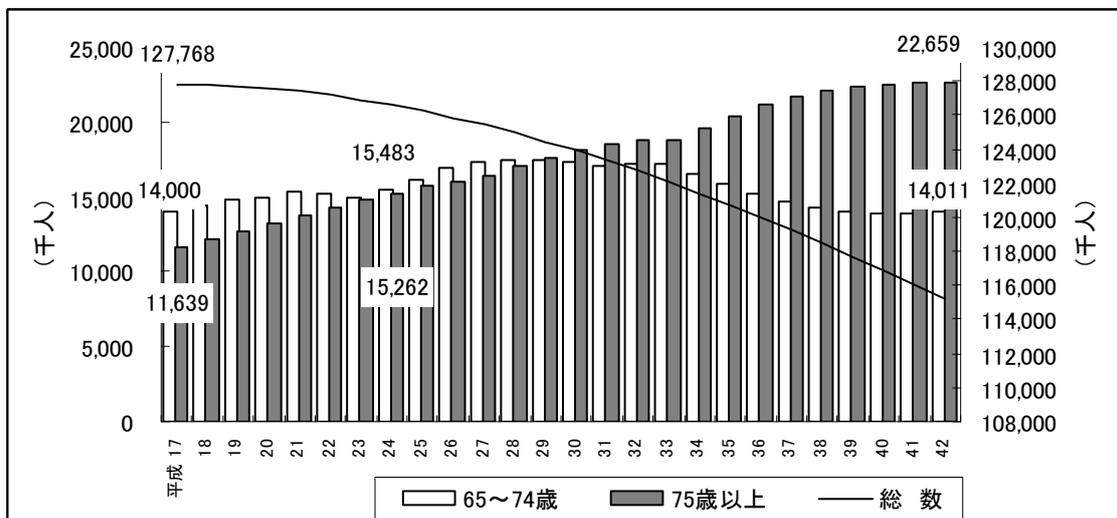
医療療養病床における年齢層別の入院患者構成比

介護療養病床における年齢層別の入院患者構成比



出典：「療養病床再編等に関する緊急アンケート調査」全国国民健康保険診療施設協議会 (H19.3)

図表 4 前期・後期高齢者人口の将来推計



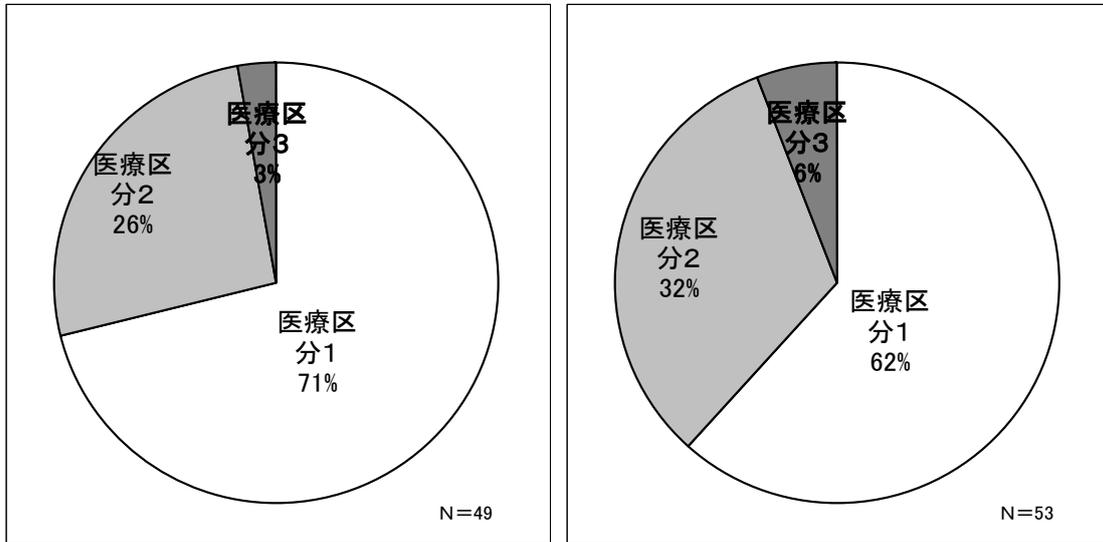
出典：国立社会保障人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)

注：国立社会保障人口問題研究所 政策研究調整官 島崎謙治氏の提供による資料を基に作成した。

図表 5 介護療養病床における医療区分別の入院患者構成比(要介護 4・5)

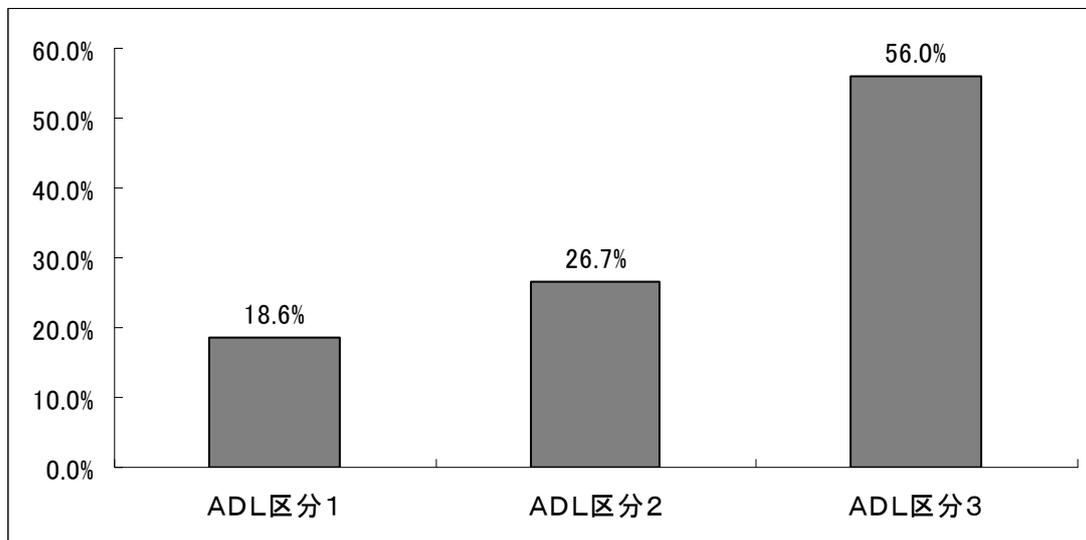
介護療養病床における医療区分別の入院患者構成比  
(要介護 4)

介護療養病床における医療区分別の入院患者構成比  
(要介護 5)



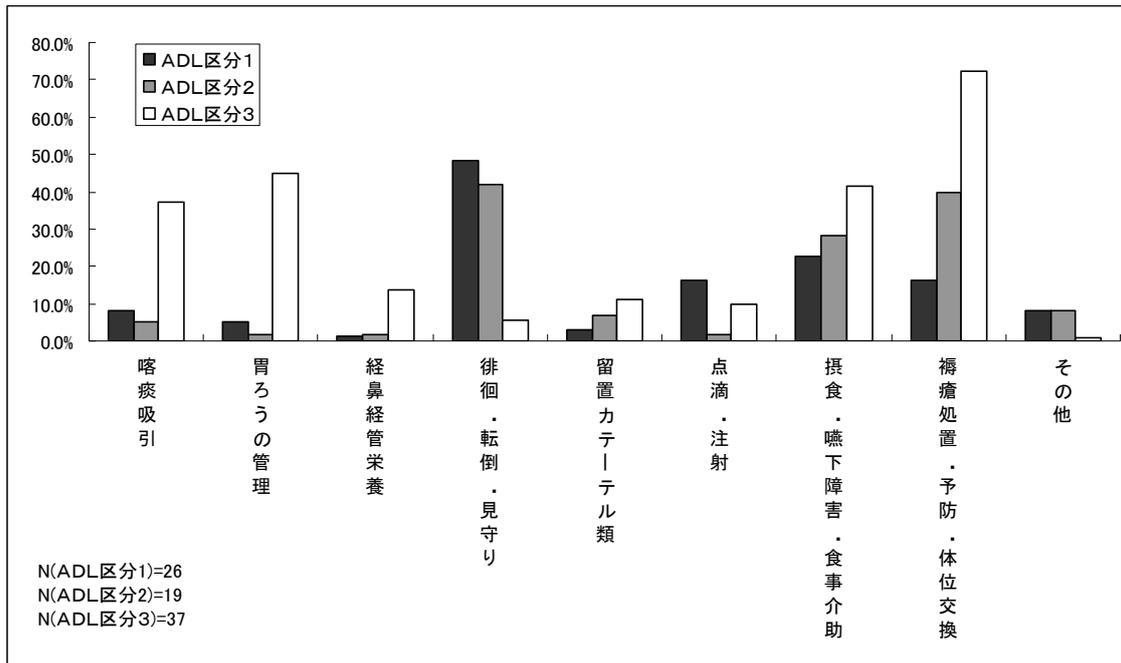
出典:「療養病床再編等に関する緊急アンケート調査」全国国民健康保険診療施設協議会 (H19.3)

図表 6 「医療区分 1」に分類すべきでないと考えられる患者の割合 (ADL区分別)



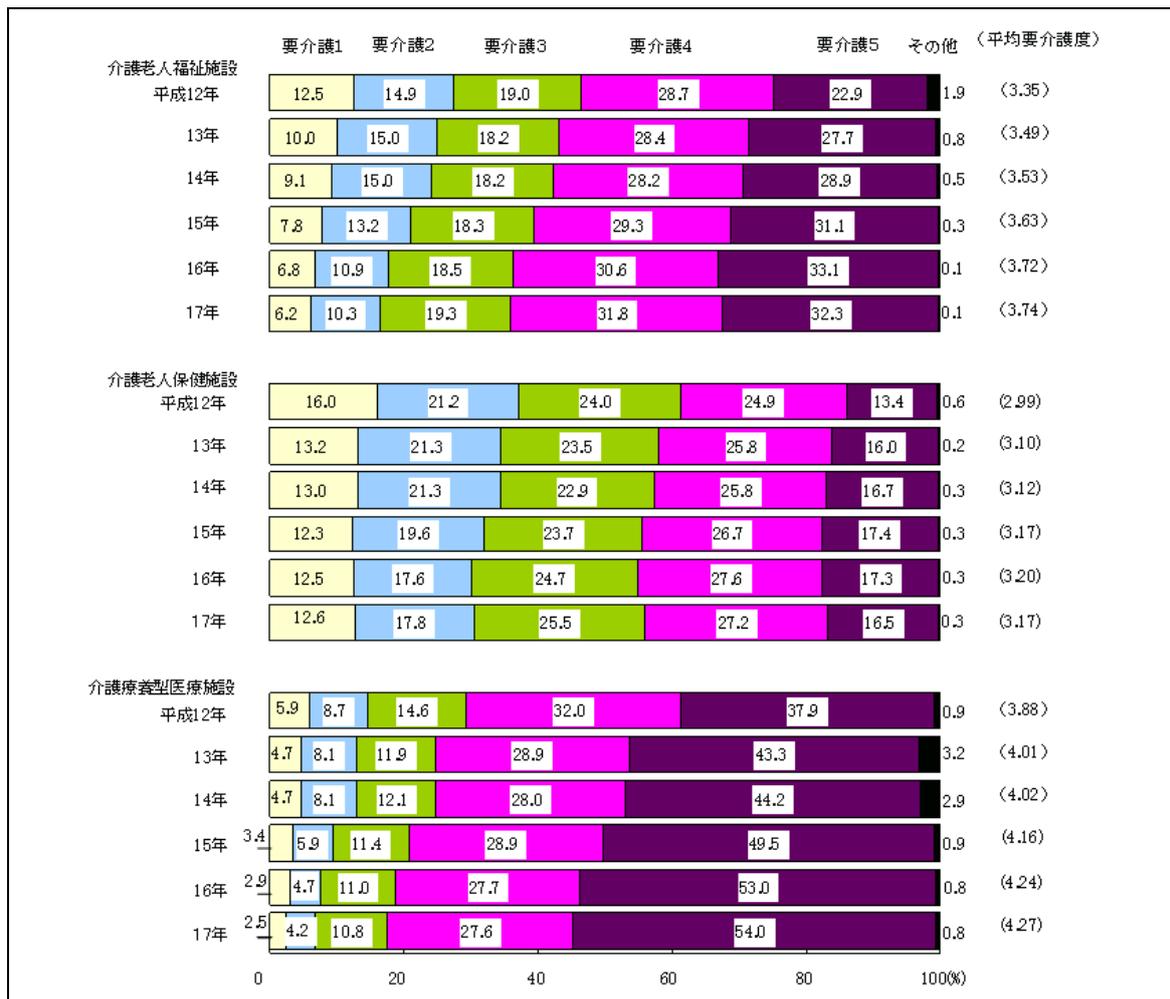
出典:「療養病床再編等に関する緊急アンケート調査」全国国民健康保険診療施設協議会 (H19.3)

図表 7 「医療区分 1」に分類すべきでないと考えられる患者への処置内容



出典:「療養病床再編等に関する緊急アンケート調査」全国国民健康保険診療施設協議会 (H19.3)

図表 8 要介護度別にみた在所者数(構成割合)の年次推移



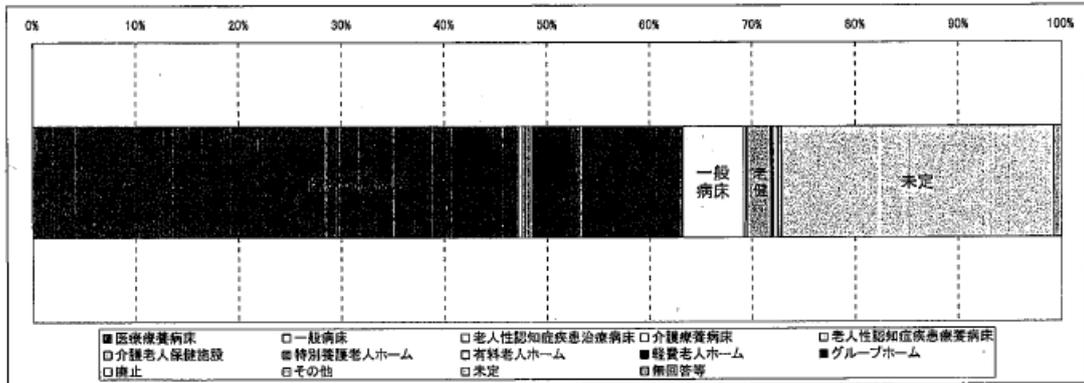
出典：介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省)



②転換意向(療養病床を有する全医療機関)

医療療養病床の転換意向

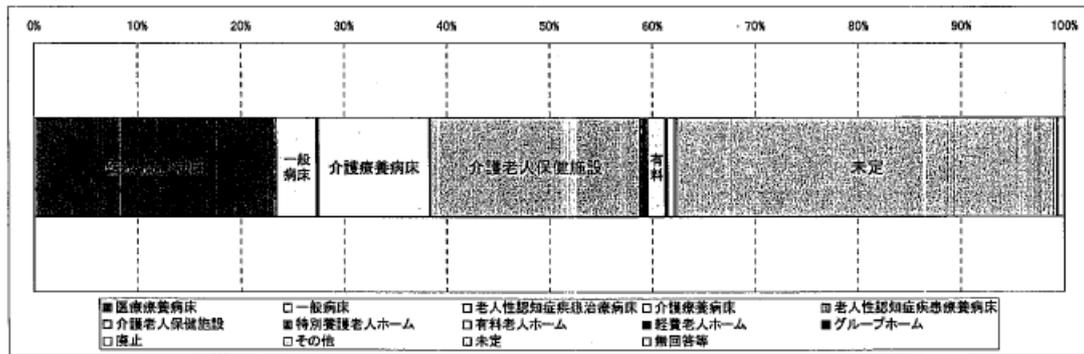
医療療養病床の転換意向は、医療療養病床にとどまるが140,623床(63.2%)、一般病床へ13,149床(5.9%)、介護老人保健施設へ5,181床(2.3%)であり、未定は58,788床(26.4%)であった。



現在の医療療養病床数	医療療養病床	(再掲)介護保険移行準備病床	一般病床	老人性認知症患者治療病床	介護療養病床	(再掲)経過型介護療養病床	老人性認知症患者療養病床	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム	有料老人ホーム	経費老人ホーム	グループホーム	廃止	その他	未定	無回答等
222,396床	140,623床	2,939床	13,149床	66床	637床	95床	0床	5,181床	159床	278床	88床	29床	1,050床	677床	58,788床	1,664床
100.0%	63.2%	1.3%	5.9%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	2.3%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.5%	0.3%	26.4%	0.7%

介護療養病床の転換意向

介護療養病床の転換意向は、医療療養病床へ27,208床(23.4%)、介護老人保健施設へ23,681床(20.4%)、平成23年度まで介護療養病床にとどまるが12,607床(10.9%)であり、未定は42,756床(36.8%)であった。

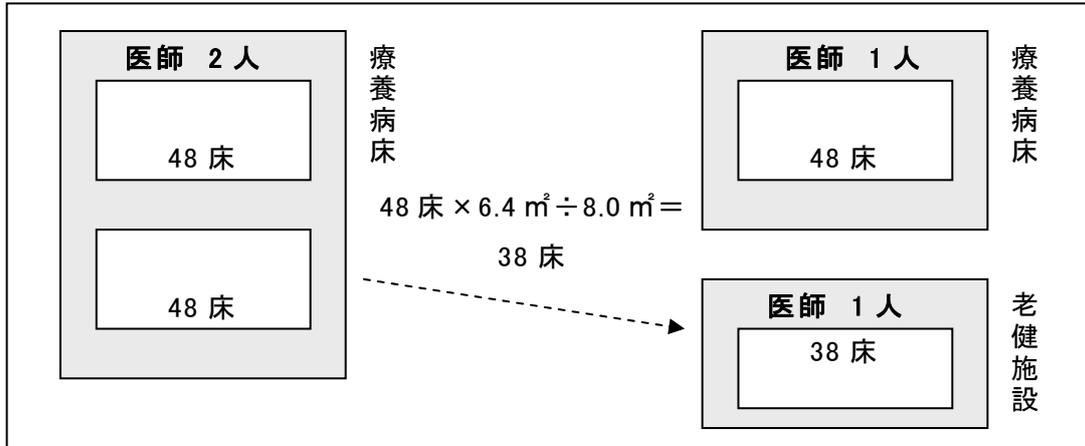


現在の介護療養病床数	医療療養病床	(再掲)介護保険移行準備病床	一般病床	老人性認知症患者治療病床	介護療養病床	(再掲)経過型介護療養病床	老人性認知症患者療養病床	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム	有料老人ホーム	経費老人ホーム	グループホーム	廃止	その他	未定	無回答等
116,031床	27,208床	103床	4,492床	186床	12,607床	2,150床	59床	23,681床	667床	1,973床	162床	106床	787床	308床	42,756床	839床
100.0%	23.4%	0.1%	3.9%	0.2%	10.9%	1.9%	0.1%	20.4%	0.7%	1.7%	0.1%	0.1%	0.7%	0.3%	36.8%	0.7%

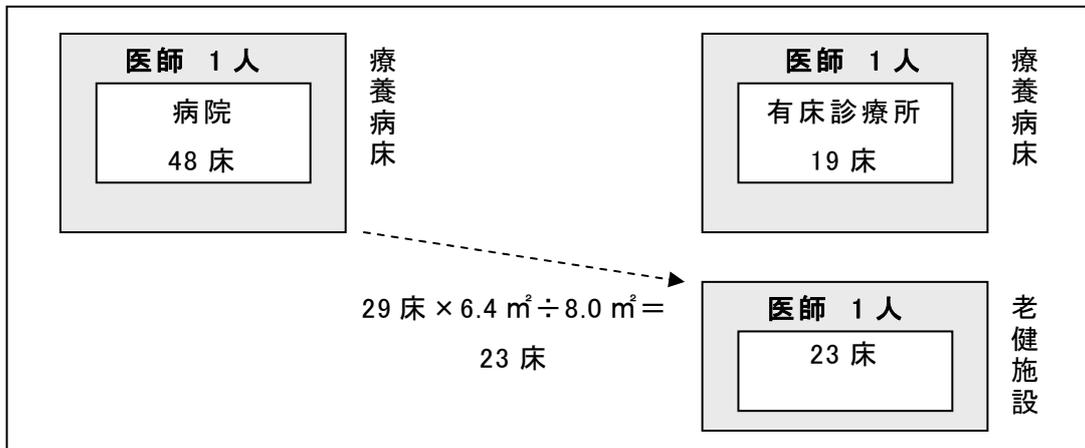
出典：②「都道府県における「療養病床アンケート調査」結果」厚生労働省(H19.3)

図表 11 転換のイメージ

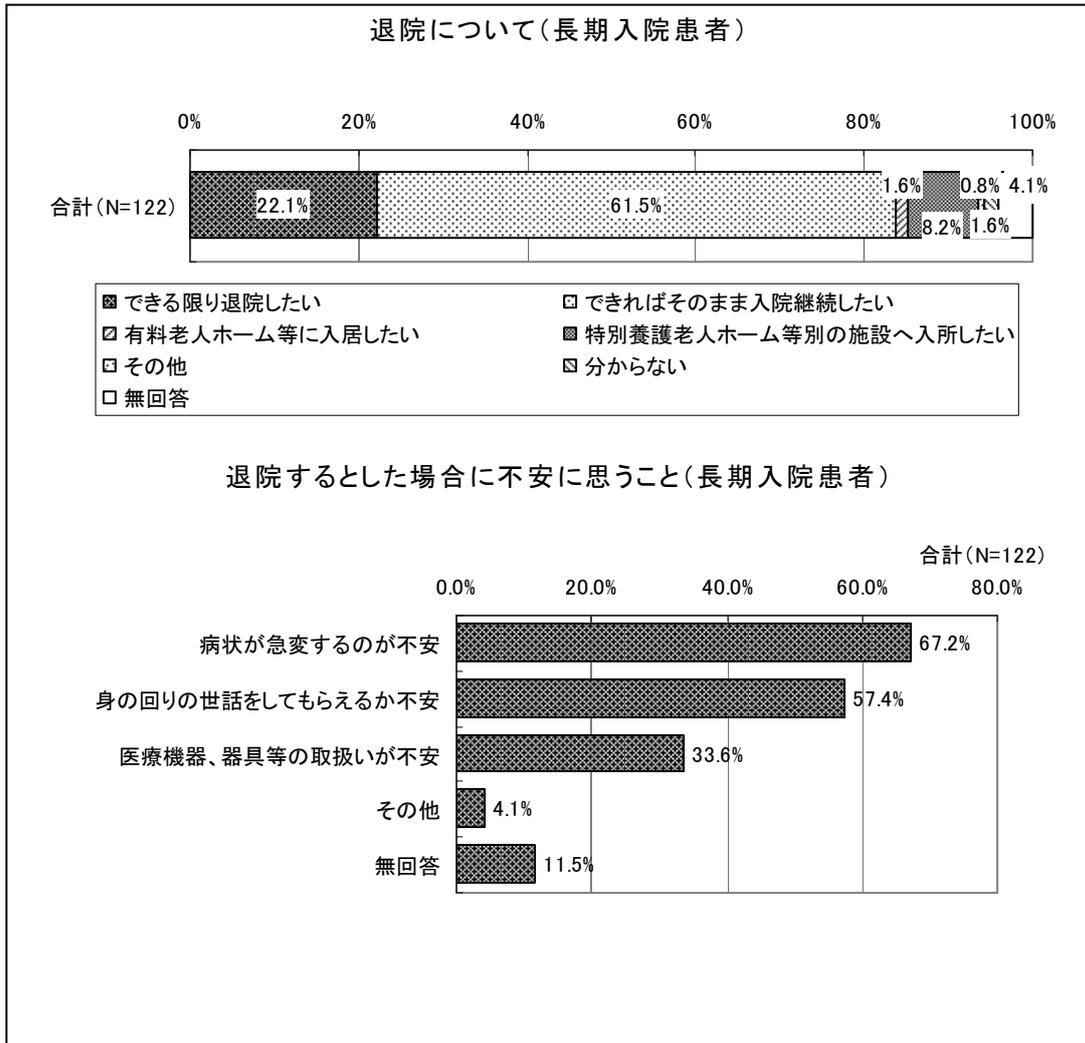
<96床の療養病床の一部を老健施設に転換した場合(イメージ)>



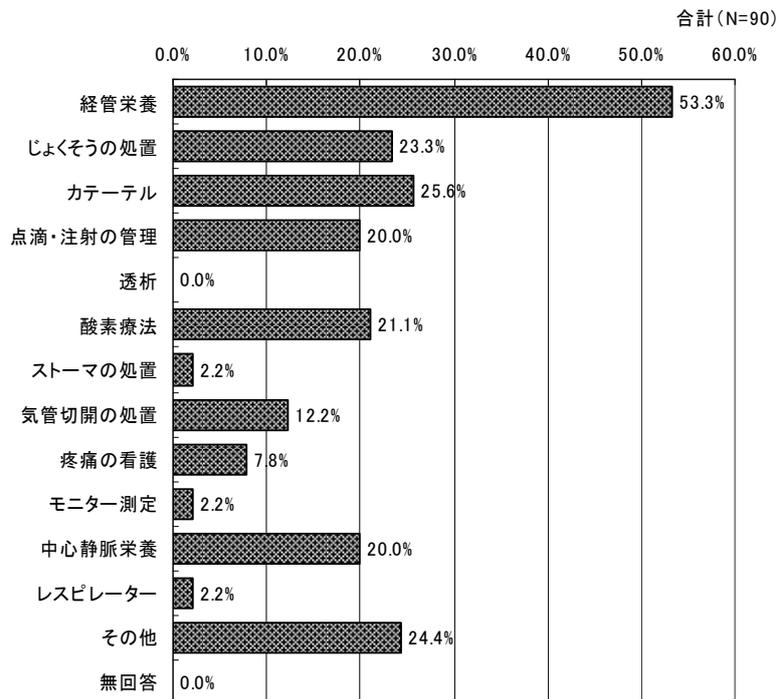
<48床の療養病床の一部を老健施設に転換した場合(イメージ)>



図表 12 長期入院患者の実態や意向



### 長期入院患者に対する特別な医療の内容



### 長期入院患者が退院できなかった理由

(左:職員による回答、右:本人による回答)



出典:「望まれる在宅医療・介護に関する調査研究事業」全国国民健康保険診療施設協議会(H19.3)

注:対象は、国保直診の一般病床、療養病床等に連続3ヶ月以上入院している65歳以上の高齢者