

第 3 回徳島県地域医療構想調整会議
(東部・南部・西部)

厚生労働省
「療養病床の在り方等に関する検討会」
の資料から

「具体的な改革の選択肢の整理にあたってご議論いただきたい論点（たたき台）」 に関するこれまでの主な意見の整理

- 以下は、第1回及び第2回の検討会における議論を踏まえ、各構成員から出された主な意見を、論点（たたき台）に沿って事務局において整理したものである。

1. 慢性期医療の在り方

今後の超高齢社会では、複数の疾患を持ち、医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者が増加していくが、慢性期医療には急性期医療とは異なる役割があること等を踏まえ、今後の慢性期医療の在り方についてどのように考えるか。例えば、次のような視点について、どのように考えるか。

- ・ 病気と共存しながら QOL の維持・向上を目指す医療
- ・ 病気を治すだけでなく、本人や家族の意向を踏まえ、患者の生活全体を視野に入れた「治し、支える」医療
- ・ 尊厳をもって人生の最終段階を迎えることを支える医療 等

【これまでの主な意見】

① 慢性期医療の在り方を考える基本的視点

（地域での生活の拠点）

- 在宅で全てを看ることは不可能であり、他方、全ての方を施設で看ることも財政面から不可能。入院を含む施設も在宅も活用する日本型の医療提供体制の構築が必要。
- 在宅時々施設のようなコンセプトが重要。そこに入ったら、それで一生の決意で終わりではなく、柔軟に使い分けていくというコンセプトを関係者も利用者も理解すべき。
- リピート利用は重要。在宅にずっといるのは難しい。しかし、家に帰る楽しみ、喜び、生きがいもある。これからは地域に住まうことが重要。
- 時々入院、ほとんど在宅から、ほとんど入院、時々在宅までの幅が慢性期医療にはある。最終的には 2025 年に向かって、ほとんど在宅にもって行けるようなシステムをつくることが重要。

(患者・利用者像)

- 慢性期医療の対象は高齢者だけではない。特定の疾患などで慢性期医療としての対応が必要な方々は高齢者医療とは分けた議論が必要。
- 医療療養病床は約4割前後の方々が介護保険の対象でない。このことをどう解釈していくかが重要。
- 患者像をどのように見極めるかということが重要。このためにはデータに基づく議論が必要。一方で現状に引きずられ過ぎないことも大切。
- 類型に合わせて患者さんや利用者さんに入っていただくのではなくて、利用者像や状態に合わせて類型をもう一度つくっていくことが必要。
- 今後、高齢化が進んで、老々世帯、認々世帯や、独居世帯が増えていくと、重度で認知症がある方など、在宅が無理な方が増えてくるので、そうした方への対応も考えていかなければいけない。
- 医療も介護も必要な人、認知症の症状もある人がとても多くなってきたので、「療養病床的な機能」の必要性は増している。

(地域差)

- 地域によって都市型と地方型というのはある。どんな地方でも在宅は必要であるし、一方で都市部でも施設のようなものは必要になってくると思うので、その比重、割合の問題ではないか。
- 地方と都会の差は、ある程度やむを得ないところがある。在宅については医療ニーズ以外の社会的要因や地理的要因もある。本人や家族の覚悟がどこまでできているかということが重要。
- 地域差は歴然としてある。例えば大都市の場合と、患者さんのところに行くまでに10kmも20kmもあるような場所は全く違う。
- 最期に至る過程で、医療・介護の支援機能あるいは体制には地域差がかなりあるので、地域ごとに構築していくことが必要。

② 看取りの在り方

- 誰がどのように看取る仕組みを考えるか、それこそが地域包括ケアシステムの究極の目標で、気楽に看取れる仕組み、地域づくりをしっかりと見据えながら、療養病床の再編成は考えていく必要がある。
- 病院、診療所、訪看などが地域で一緒になって限られた医療資源の中でどうしていくか、さらに、終末期を診る能力もつけていく必要がある。こうした地域の中での対応システムをつくらないといけない。

2. 慢性期医療の提供体制等の在り方について

(1) 医療提供側に求められる機能の在り方

今後の慢性期医療の在り方を踏まえ、医療提供側に求められる機能には、どのようなものがあるか。

【これまでの主な意見】

(在宅復帰・在宅療養支援)

- 医療療養病床は 20 対 1、25 対 1 でも、死亡退院を除けば 5～6 割近くが在宅復帰をしている。この機能も大事な機能として残さなければならない。
- 医療と介護と一体的に提供しながらリハビリをして在宅支援をする。そして在宅を支える一時的な入院もある程度までやれるという機能も今の療養病床でできる。
- 療養病床の機能を考える上で、地域の中でどのようにして家と療養病床をリピート利用できるようにするかということも議論すべき。

(急性期からの受け皿)

- 療養病床のあり方としては急性期からの受け皿という部分も決して忘れてはいけない。在宅に戻しても、ここからまた救急搬送とか急性期に回る人たちが多くなることは好ましくない。

(看取り)

- 療養病床には重度者の看取りの場としての役割も重要。

- 老健、特養は、勇気を出さないと、なかなか看取れない。介護療養型医療施設は今まで当たり前のように看取りをやってきた。
- 療養病床の在り方として、結果的には国民が終末期も含めて満足できるレベルでケアするということがベースになるのではないか。
- 医療療養病床の入院患者さんの死亡退院というのは、老人福祉施設などで行われている静かに看取っていくというイメージではなく、一生懸命治療してやむを得ず亡くなって死亡退院という方も多く、この違いを踏まえることが必要ではないか。

(2) 医療提供形態の在り方

上記(1)の機能を果たすための医療提供形態の在り方としては、「療養病床のように、医療スタッフを内包して提供する形」と、「在宅医療のように、住まいを拠点として医療を外から提供する形」に大別されるが、それぞれの提供形態の在り方や、選択肢を考える上での条件等(患者像等)についてどのように考えるか。

【これまでの主な意見】

- 医療の形として、外から届けるものと中にあるタイプのものがある。中にあるタイプには、24時間であるものと、そうでないものがある。また、医療が集中的に提供されるのか、非集中的に提供されるのかという視点もある。さらに、住まいが集住するのか、分散するのか、という議論もあり、こうした論点を整理していくことが重要ではないか。
- 医療も介護も必要な人などを受け入れる機能は必要であり、その類型については、病院である必要があるのかどうかという議論や、患者像だけでなく、入院でなければならない期間かどうかという問題もある。

(3) 療養病床における医療等の在り方

上記(1)(2)の論点も踏まえつつ、療養病床において主として対応することが求められる患者像についてどのように考えるか。

また、患者像を踏まえた療養病床における医療の在り方について、どのように考えるか。その際、例えば、次のような視点や慢性期医療の役割等を踏まえて、どのように考えるか。

- ・ 病気と共存しながらQOLの維持・向上が図られるよう、在宅復帰や在宅生活の継続を支援する
- ・ 継続的な医学管理を行い、人生の最終段階においても穏やかな看取りを支える 等

さらに、上記を踏まえた以下のような論点について、どのように考えるか。

- ① 人員体制の在り方
- ② 施設や設備の在り方
- ③ 制度上の位置付けの在り方（医療法、介護保険法、報酬制度等）
- ④ 基盤整備計画上の位置付け（医療計画、介護保険事業計画）や施設等の整備に対する財政支援の在り方

【これまでの主な意見】

① 療養病床再編の評価

- 2006年の療養病床再編の評価をした方がよい。医療療養病床と介護療養病床で機能分担がある程度できたことは前向きに評価してよい。
- なぜ介護療養型老健が増えなかったかということ进行分析しておかないと、同じことを繰り返す可能性がある。経営を含めて現場の意向を無視して進めようとしてもうまくいかないという貴重な教訓ではないか。

② 療養病床再編を考えるにあたっての基本的視点

- 2018年度までに制度をどうするか、ということもあるが、今の制度の手直しだけでは不十分で、2025年とか、2035年あるいは2040年の在り方からさかのぼって考える視点が必要で、新しい類型もあるのではないか。
- この検討会の目的は医療提供形態のあり方ということで幾つかの選択肢を具体的に提示していくということが大事。
- 財源がないから病床を削減するというのではなく、予見可能性を持ちながら病床の再編を進めていくこと、さらに、機能の明確化、役割分担をはっきりさせていく中で、新たな役割や区分も検討していけば、地域医療構想や地域包括ケアシステムの構築にもつながってくるのではないか。
- 療養病床の在り方の議論では「受け皿」がないという議論が必ず出てくるので、受け皿整備を促進するようなインセンティブの在り方も議論すべきではないか。

③ 新たな選択肢について

- 必ずしも現行制度を前提としないという発想が重要。
- 医療という機能と介護という機能と住まいという機能がある。また、介護の中にもケアが中心になるタイプと在宅復帰のためのリハビリテーションが中心になるタイプの介護もある。これらの機能を、どこを主にして、どこを従にして組み合わせて類型を考えていくべきか。いろいろな組み合わせがありうる。
- 療養病床はどうあるべきかということについて、医療が身近にある生活モデルだということは共有できているのではないか。
- 医療提供形態の類型としては、1つは療養病床のようなスタッフ内包型、もう1つは在宅医療のように住まいを拠点として医療を外部から提供する型、これに例えば病院併設型の高齢者住宅、あるいは今の介護療養病床が住宅転換を行うなどの案があるのではないか。
- 米国では、スキルド・ナーシングホームというような看護が中心になって医療ニーズの高い人をケアするという施設があるが、そのような考え方も入れていいのではないか。
- 米国のナーシングホームに近い「Skilled Nursing Ward」を新しく病院内の病棟単位で施設化することができないか。療養病床の転換先の一つとして病院内でのみ認める。面積基準は6.4㎡以上、4人部屋以内とし、看護配置基準は40対1、30対1程度とする。リハビリは必要だが包括とする。これを介護保険施設とするか住宅扱いとするかによって、医療を外付けにするのか、ある程度薄い医療を中付けにするかというのは議論がある。
- 在宅医療対病院だけではなく、例えば英語でいうとメディカルハウスのような医療と住まいが組み合わされたような在り方、病院のキャンパス内とか敷地内に、住まいだが、医療が隣にあるというタイプのジャンルも転換先としてありうるのではないか。
- 慢性期医療は他機関と連携するという部分もあるが、一つの事業者が入所あるいは入院という機能と在宅という機能をどういうふうに一体的に評価ができるのか、場合によっては職員の配置などを兼務するような方向性なども検討すべき。

- ケアミックス型なのか、単独型なのかということでもかなり様相が変わってくるのではないか。
- 介護療養を残すということも1つの選択肢になるのではないか。新しいものを考えるということであれば、医療を今の介護療養型老健よりも強める必要がある。何らかの形で医療機能を入れられるようにすることが必要。外から入れる場合も併設の施設からいく、あるいは訪問のような形で入れるということも考えられる。
- 療養病床のみの単独型が多いとすると医師の配置は重要。
- 介護療養の機能が本当に必要ならば、医療療養や一般病床の一部からも参入する病棟として認めていくかどうか。それは病院の病床なのか、介護施設のベッドなのか。現状では当直をしている病床になっているが、介護施設になっても医師が当直することが可能かどうか。こういった論点を議論する必要があるのではないか。

(4) 療養病床以外の医療・介護サービス提供体制の在り方

切れ目なく、医療・介護サービスを提供する上で、療養病床における医療等の在り方も踏まえ、慢性期の医療・介護ニーズに対応するための、療養病床以外の医療・介護サービス提供体制の在り方について、どのように考えるか。

【これまでの主な意見】

- 特別養護老人ホーム、介護付き有料老人ホーム、老健施設、サービス付き高齢者向け住宅など、一般の人から見ると施設類型がよくわからないし、状態も同じような方々が入っているようにも見える。今後、介護施設や住宅の整理の議論も必要ではないか。
- 在宅だけではなく、老人福祉施設、老人保健施設における医療のあり方によって療養病床全体の位置づけが決まる。
- 老健施設は、在宅復帰を目指して在宅支援を心がけているが、一方で、介護保険の中では施設体系になっており、在宅で暮らせない方を老健施設でみて、看取りまで対応している。

3. その他

- 療養病床、特養、老健の横断調査、例えばこうした調査を在宅にまで拡張して、在宅における医療資源投入量なども含め、横断的に調査する観点が必要。
- 海外と比べると日本の病床や施設はコストが低い。数だけではなく、コストを把握して比較することが必要ではないか。
- 療養病床の医療区分というのは、そろそろ制度疲労が来ていて、そこも本来は見直ししなければいけない。

さらにご議論いただきたい事項

- 以下はこれまでの議論を踏まえ、事務局として、さらに本検討会においてご議論いただきたい事項を整理したものである。

1. 慢性期医療の在り方

- 「看取り」「ターミナルケア」など、人生の最終段階における医療・介護の取組については、これまで診療報酬・介護報酬においても一定の体制やプロセス等に着眼した評価がされてきている。
- 慢性期医療の在り方を考える中で、「看取り」「ターミナルケア」のどの段階で医師をはじめとする医療従事者や介護従事者がどう関わっていくのかについてどのように考えるか。

2. 慢性期医療の提供体制等の在り方について

- 療養病床の再編・機能分化の流れは基本的に継承しつつ、その後の状況も踏まえ、医療療養病床（20対1）での医療の必要性の高い患者への対応や、在宅医療・介護の充実を引き続き進めながら、慢性期の医療・介護ニーズに対応するため、現在の療養病床の施設等を活用した選択肢を検討するにあたり、以下のような論点について、どのように考えるか。

(1) 選択肢に求められる基本的な条件について

- 現行の療養病床の配置基準に係る経過措置及び介護療養型医療施設に係る経過措置は、平成29年度末までとされており、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢を整理する必要がある。
- 現在、主に医療療養病床（20対1）が担っていると想定される比較的医療の必要性の高い患者に対する急性期病床などからの受け皿機能や在宅復帰の機能は重要であり、こうした機能は引き続き維持することが必要ではないか。
- 同様に継続的な医療提供は必要であるが、比較的医療の必要性が低く、介護ニーズを併せ持つ方々に看取りやターミナルケアを中心とした長期療養及び一定の医療処置を実施する機能を、地域差にも配慮しつつ、今後も確保していく必要があるのではないか。
- このような観点を踏まえつつ、現状の療養病床の施設・設備を活用しながら新たな選択肢に求められる基本的な条件についてどのように考えるか。

(例)

- ・ 状態急変時の医療対応や看取り対応を含め、一定程度の医療・介護ニーズを併せ持つ方に対応できること。
 - ※ 地域医療構想ガイドラインでは、慢性期の医療需要の推計に当たり、医療区分1に該当する方々の70%を在宅・介護施設等で対応するとしており、こうした方々の一定程度の医療・介護ニーズにも対応できることが必要。
- ・ それぞれの病床・施設の機能に相応しい環境の下で、長期にサービス提供を受けることが可能であること。
- ・ 現在の療養病床から転換する場合は、転換が容易なものとなること。(施設整備等に多額の費用を要するものでないことなど)
- ・ 医療費の適正化に資するものであるとともに、低所得者の利用にも配慮したものであること。

(2) 考えられる選択肢について

- 上記を踏まえ、慢性期の医療の在り方について、「医療」「介護」「住まい」の機能を組み合わせた新たな選択肢を検討してはどうか。例えば、以下のような機能や組み合わせについてどのように考えるか。

(例)

- ・ 要介護度は比較的低いが一定程度の医療が必要であり、自宅等での継続的な生活が困難な方々のために、医療と住まいが組み合わせられたようなサービスを提供する機能
 - ・ 要介護度が高く、一定程度の医療が必要な方々に対する長期療養を支える機能
 - ・ 一定程度の医療が必要な方々のショートステイ利用など在宅療養を支援する機能
- これらの機能を実現するため、制度上の枠組みについても、新しい類型を含めて複数の選択肢を検討してはどうか。また、その際、以下のような観点についてどのように考えるか。

(留意すべき点)

- ① 医療法・介護保険法等における位置づけ
- ② 人員配置基準(医師・看護職員・介護職員等)
- ③ 施設基準
 - 1) 入院患者(入所者)1人当たりの病室(療養室)の床面積
 - 2) 必須施設・設備
- ④ 新設の可否
- ⑤ その他財源の在り方 等

提供体制等の状況

提供体制の概要

	一般病床	医療療養病床	介護療養型医療施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設
定義	病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床以外の療養病床のもの	病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床以外の療養を必要とする患者を入院させるためのもの	療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他の世話を目的とする施設	要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他の必要な医療並びに日常生活上の世話を目的とする施設	要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を目的とする施設
設置の根拠	医療法第7条第2項	医療法第7条第2項	旧・介護保険法第8条第26項	介護保険法第8条第27項	介護保険法第8条第26項
財源	医療保険	医療法(病院・診療所)	医療法(医療提供施設)		老人福祉法 (老人福祉施設)
1人当たりの面積	6.4㎡以上 ＜既設＞※2 6.3㎡以上(1人部屋) 4.3㎡以上(その他)	6.4㎡以上	6.4㎡以上	【介護療養型】 8.0㎡以上 ※大規模改修までは6.4㎡以上	10.65㎡以上
1部屋の定員数	—	4人以下	4人以下	4人以下	原則個室
必置施設	診察室・手術室・処置室・臨床検査施設・X線装置等 (※1)	診察室・手術室・処置室・臨床検査施設・X線装置等 + 機能訓練室・談話室・食堂・浴室 (※1)	診察室・手術室・処置室・臨床検査施設・X線装置等 + 機能訓練室・談話室・食堂・浴室 (※1)	診察室 + 機能訓練室・談話室・食堂・浴室 + レクリエーションルーム(談話室と兼用可) サービスデスク	医務室 + 機能訓練室 + 食堂・浴室 + 静養室

※1 その他の必置施設について、調剤所・給食施設・その他都道府県の条例で定める施設(消毒施設・洗濯施設)

※2 既設とは、平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている場合のことをいう。

医療法・介護保険法上の主な人員配置基準

	一般病床(※1)	医療療養病床(※1)	介護療養型医療施設(※1)	介護老人保健施設	介護老人福祉施設
医師	16:1 3名以上	48:1 3名以上	48:1 3名以上	100:1以上 常勤1以上	健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
薬剤師	70:1 1名以上	150:1 1名以上	150:1 1名以上	実情に応じた適当数 (300:1を標準)	—
看護職員	看護師及び准看護師 3:1 1名以上	看護師及び准看護師 4:1(※2) 1名以上 看護補助者 4:1(※2)	6:1以上	3:1以上 (うち看護職員(※3)は 2/7程度を標準)	入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上
介護職員	—	—	6:1以上	—	—
栄養士	病床数100以上の 病院に1人	病床数100以上の 病院に1人	病床数100以上の 病院に1人	定員100以上の場合、 1以上	1以上
介護支援専門員	—	—	1以上 (100:1を標準)	1以上 (100:1を標準)	1以上 (入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準)

※1 病院の場合の基準であり、診療所は含まない。

※2 平成30年3月31日までは、6:1でも可。

※3 看護師又は准看護師

提供体制の現状

	一般病床	医療療養病床	介護療養病床	老人保健施設		介護老人福祉施設
				介護療養型 (H20.5創設)	左記以外	
ベッド数	約99万3千床 (*1)	約27万7千床 (*1)	約6万3千床 (*1)	約7千床 (*2)	約35万床 (*3)	約54万床 (*4)
施設数	病院:7,417施設 診療所:8,207施設 (*1)(注1)	病院:3,855施設 診療所:1,081施設 (*1)(注2)	1,438件 (*5)(注3)	157件 (*5)	3,965件 (*5)	9,048件 (*5)
入院利用者数	【1日平均在院患者数】 病院:683,864人 (*1)	【1日平均在院患者数】 病院:239,771人 診療所:4,217人 (*1)	64,200人 (*5)(注3)	352,700人 (*5)		540,400人 (*5)
平均的な1月の1人当たりの費用額の推計	—	入院基本料1 約59.6万円 入院基本料2 約45.8万円 (注4)	介護療養施設 サービス 約35.8万円 (注5)		介護保健施設サービス 約27.2万円 (注5)	介護福祉施設 サービス 約25.5万円 (注6)

【注釈】

- (注1) 療養病床を有するものも含む一般病院、有床診療所数
(注2) 施設数は、介護療養病床の数値を含んでいる。
(注3) 介護療養型医療施設の数を計上している。
(注4) 療養病棟入院基本料1及び2を算定する病棟の患者1人1月当たりのレセプト請求金額(平成26年度入院医療等の調査)に基づき、1月を30.4日として1月の請求額を算出。
(注5) 介護サービス受給者1人当たり費用額(介護給付費実態調査平成27年3月審査分)
(注6) 介護福祉施設サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護における1人当たり費用額(介護給付費実態調査平成27年3月審査分)

【出典】

- *1 医療施設動態調査(平成27年3月末概数)、病院報告(平成27年3月分概数)
*2 介護保険総合データベース集計情報より老人保健課推計(平成25年6月分)
*3 平成25年度介護サービス施設・事業所調査より老人保健課推計
*4 介護給付費実態調査(平成27年3月審査分)、地域密着型を含む。
*5 介護給付費実態調査(平成27年3月審査分)による。

患者・入所者の自己負担額の推計（平成27年4月時点）

平成27年4月時点における患者又は入所者が、70歳以上、一般所得者、かつ、要介護5の場合における自己負担額の推計値は以下のとおり。

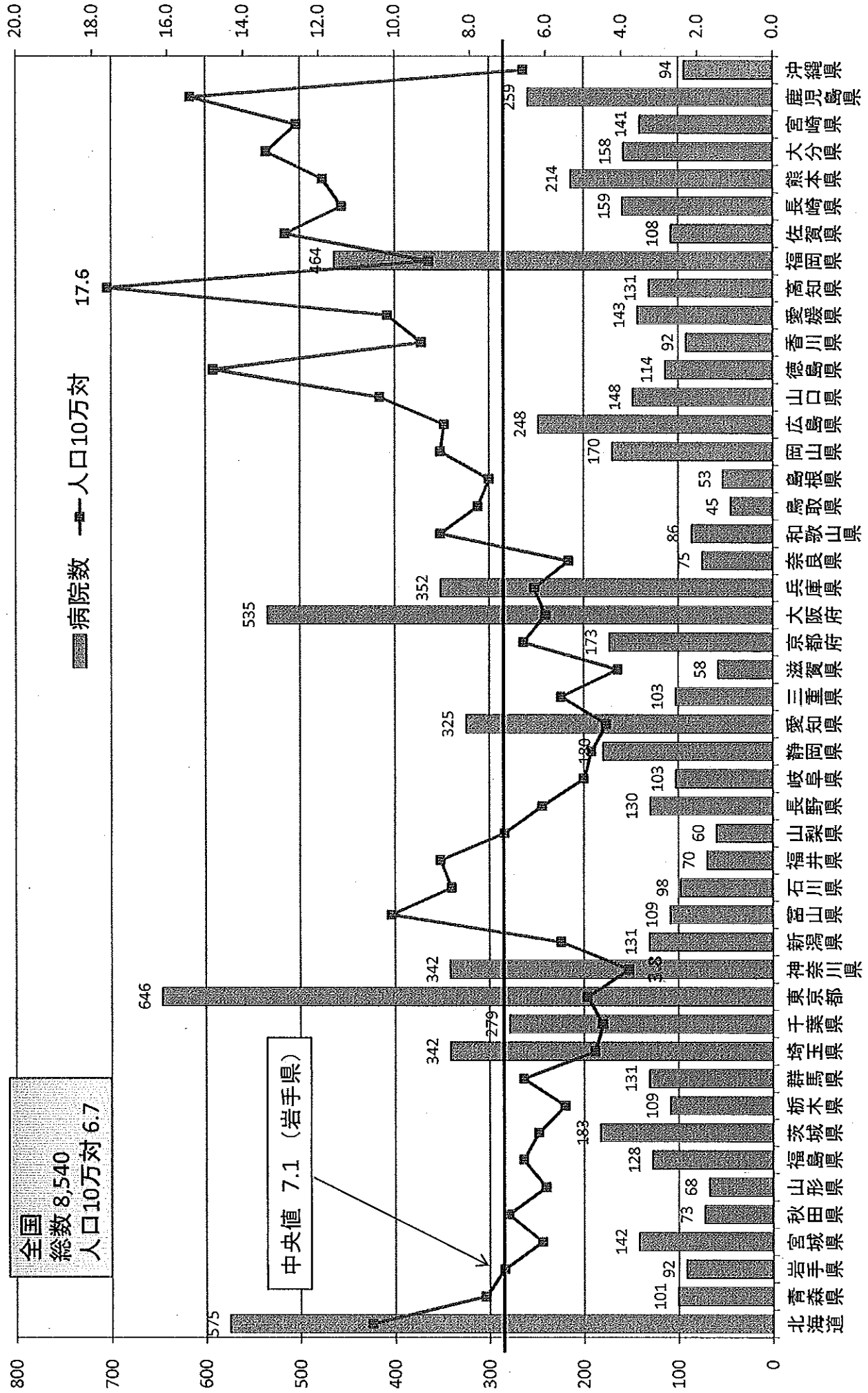
	医療療養病床 ※1	介護療養病床 (多床室)	老人保健施設		介護老人 福祉施設
			介護療養型	従来型 (多床室)	
患者・入所者 負担額	約4.4万円 (高額療養費上限)	約3.7万円 (高額介護サービス費上限)	約3.7万円 (高額介護サービス費上限)	約3.0万円	約2.8万円 (※4)
食費	医療区分Ⅰ →約4.2万円 医療区分Ⅱ・Ⅲ →約2.4万円 (※3)	約4.2万円 (※2)	約4.2万円 (※2)	約4.2万円 (※2)	約4.2万円 (※2)
居住費 (※2)(※3) ※多床室の場合	医療区分Ⅰ →約1万円 医療区分Ⅱ・Ⅲ →0円	約1.1万円 (※2)	約1.1万円 (※2)	約1.1万円 (※2)	約1.1万円 (※2)(※5)
合計	医療区分Ⅰ →約9.6万円 医療区分Ⅱ・Ⅲ →約6.8万円	約9.0万円	約9.0万円	約8.3万円	約8万円

※1 70歳以上の一般所得者の場合、かつ、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして届出を行った保険医療機関が提供する場合
 ※2 介護に関する施設については、基準費用額の場合。
 ※3 平成28年4月から段階的に引き上げる予定。ただし、難病患者等については負担額を据え置く予定。

※4 特養の自己負担額については、基本報酬に処遇改善加算(Ⅰ)を算定している場合で、高額サービス費(24,600円)上限対象外の場合。
 ※5 特養の居住費(多床室)については、平成27年8月より、室料相当が自己負担となる。(基準費用額が470円の引き上げ。)

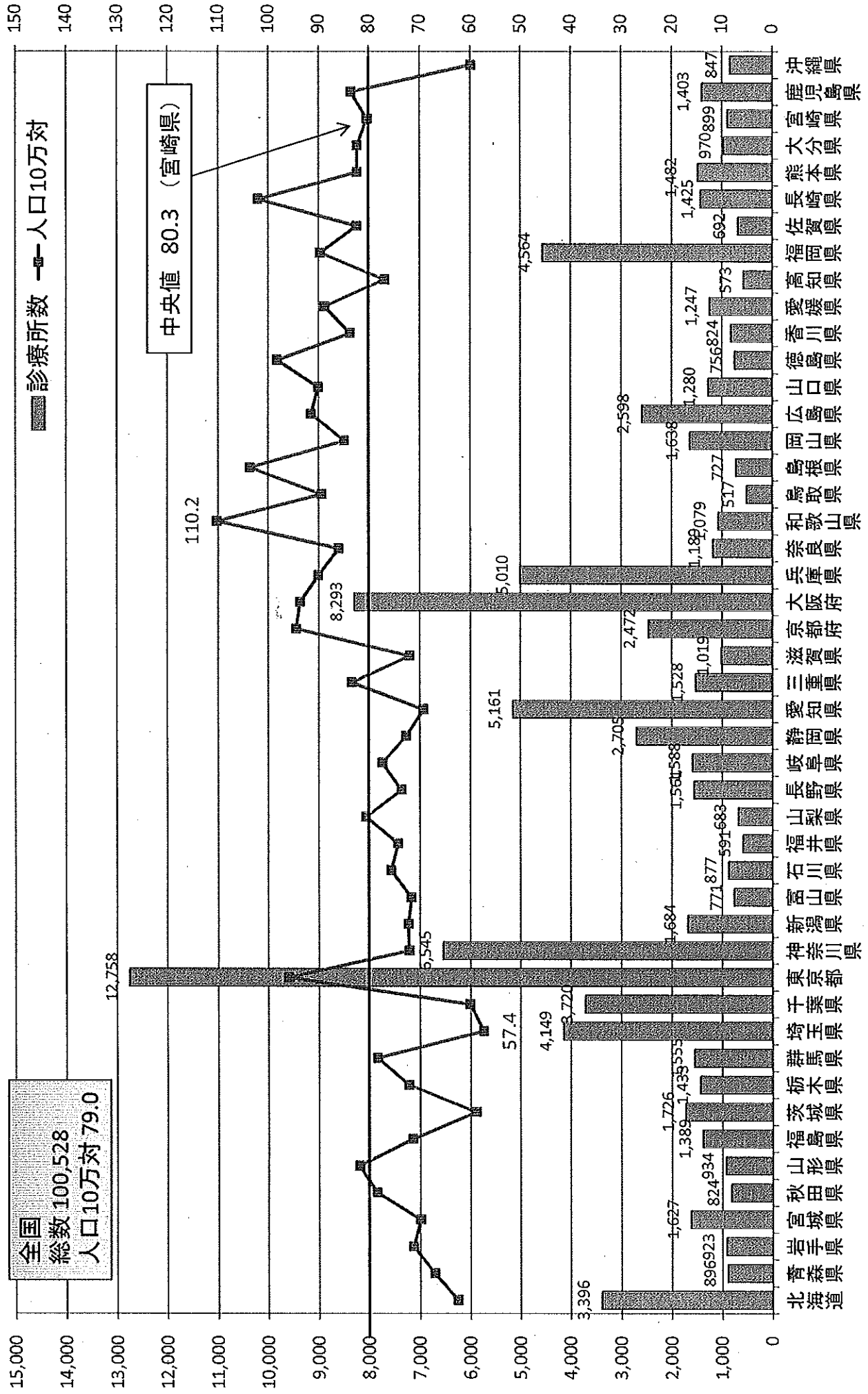
医療・介護資源等に関する地域差の データ

病院数 (都道府県別、人口10万対)



※病院...医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所であって、患者20人以上の入院施設を有するもの(精神科病院、結核療養所、一般病院の総計)

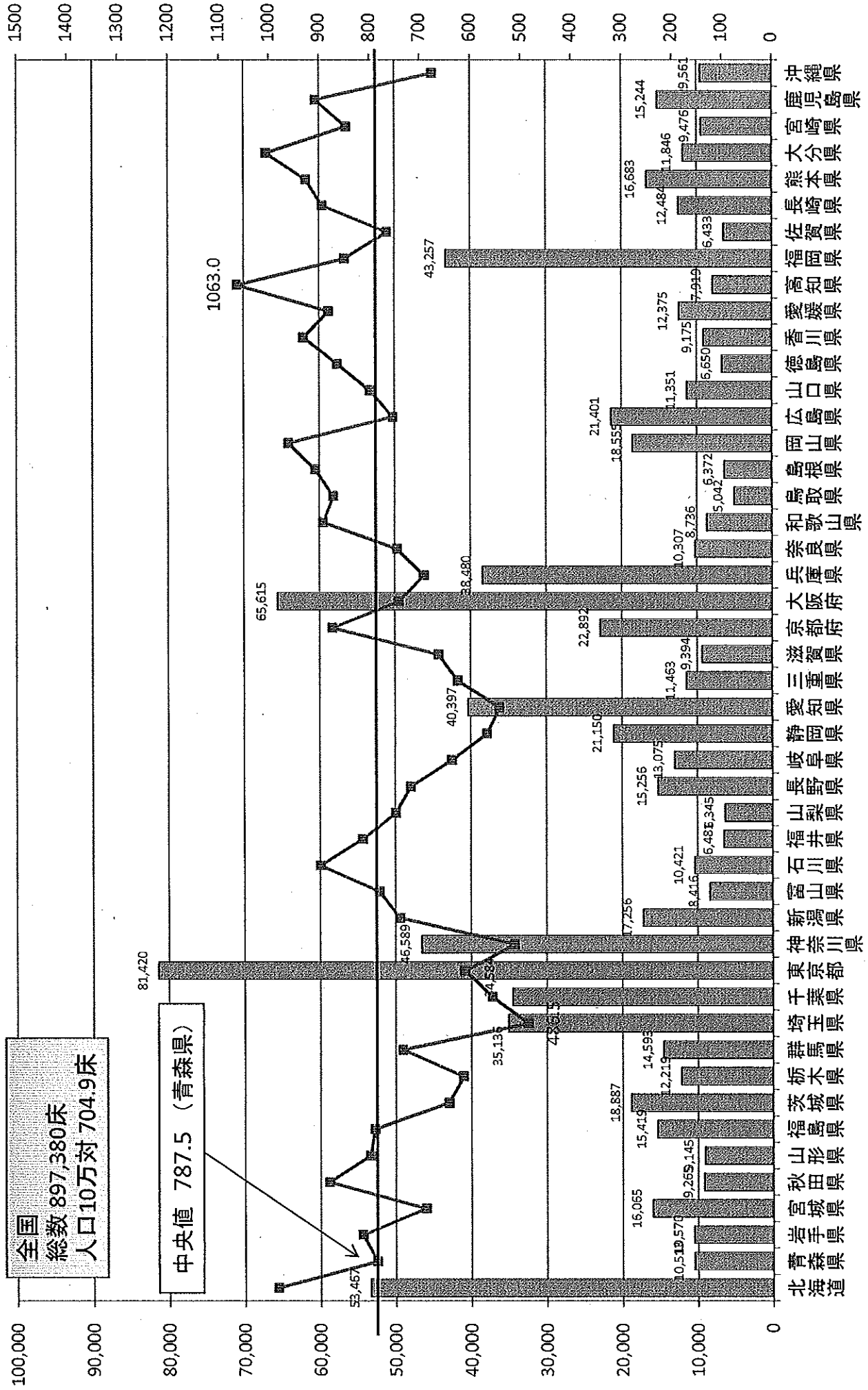
一般診療所数（都道府県別、人口10万対）



※一般診療所...医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所(歯科医業のみは除く。)であって、患者の入院施設を有しないもの又は患者19人以下の入院施設を有するもの

厚生労働省「平成25年(2013)医療施設(動態)調査」

一般病床数 (都道府県別、人口10万対)

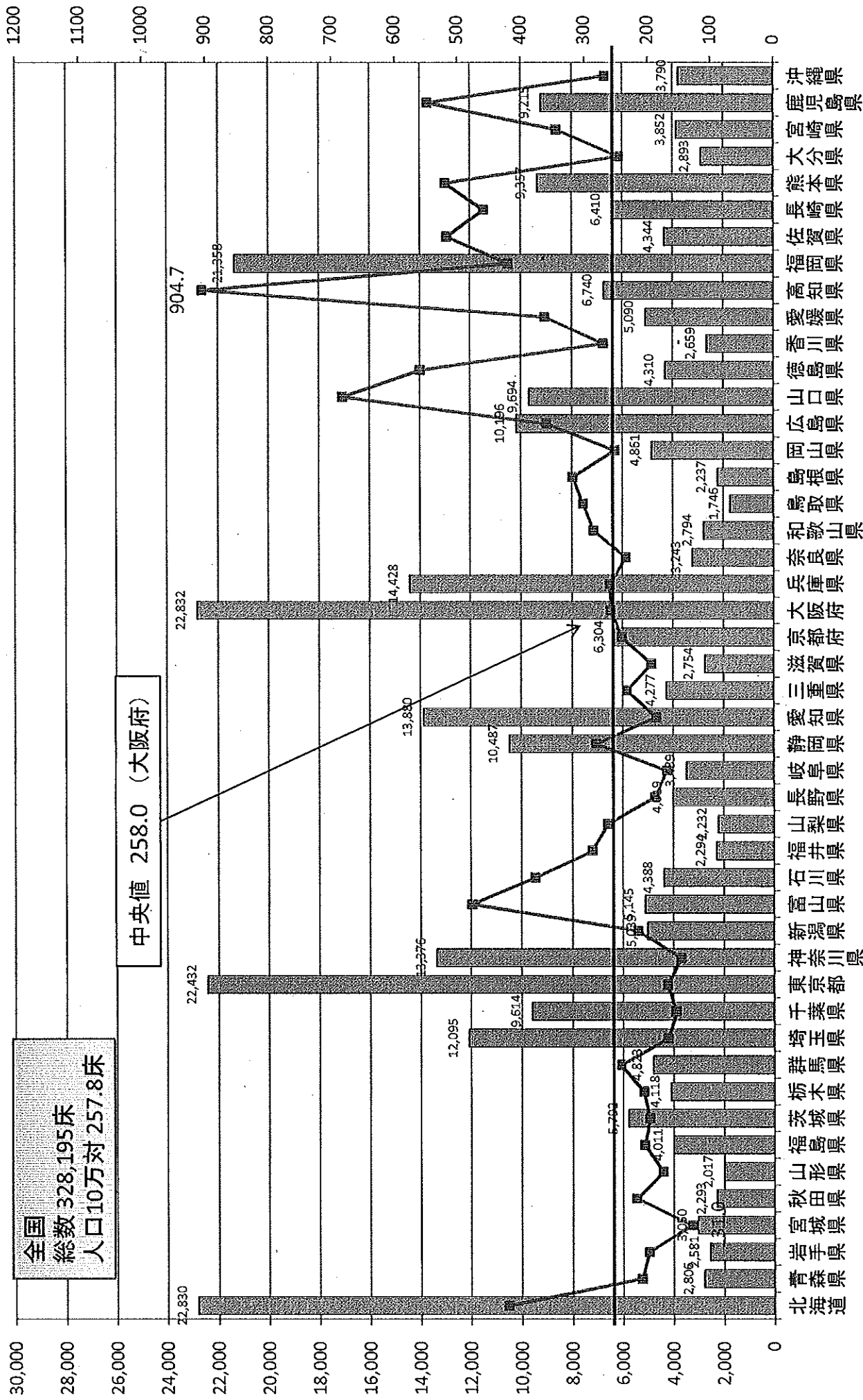


厚生労働省「平成25年(2013)医療施設(動態)調査」

※病院の一般病床数(診療所は含まない)

■ 一般病床数 ■ 人口10万対

療養病床数 (都道府県別、人口10万対)



■ 療養病床数 □ 人口10万対

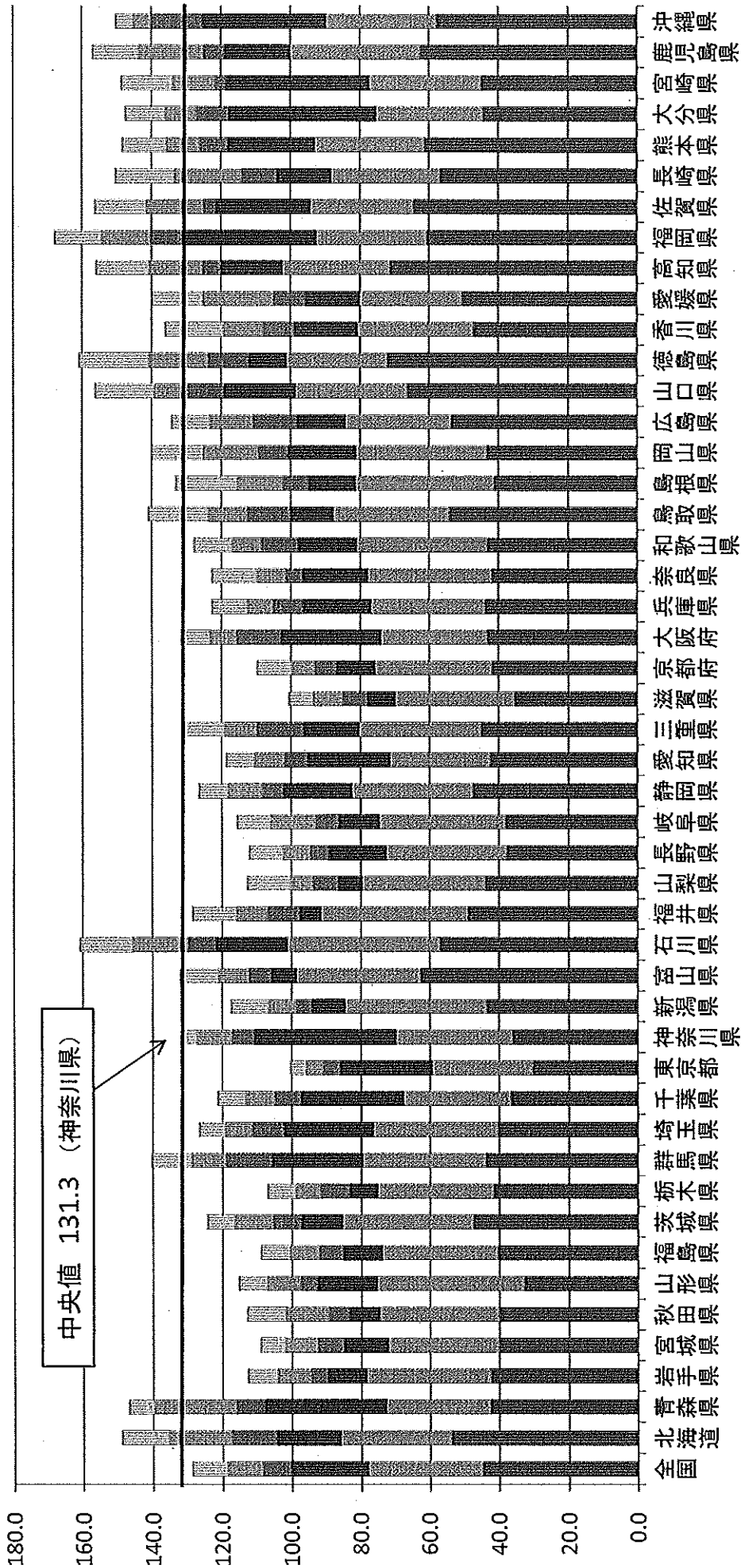
厚生労働省「平成25年(2013)医療施設(動態)調査」

※病院の療養病床数(診療所は含まない)

75歳以上人口千人あたり病床数（療養病床）・介護保険施設・高齢者向け住まい定員数

療養病床、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、有料老人ホーム（※有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅は除く）
サービス付き高齢者向け住宅、認知症対応型共同生活介護、養護老人ホーム、軽費老人ホーム

病床・定員／75歳以上人口



■療養病床
■介護老人保健施設
■サービス付き高齢者向け住宅
■介護老人福祉施設
■認知症対応型共同生活介護
■有料老人ホーム
■養護老人ホーム
■軽費老人ホーム

平成25年 医療施設調査
平成24年 社会福祉施設等調査
平成25年 介護サービス施設・事業所調査
平成25年 総務省人口推計
※有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅は、平成25年の数値(厚生労働省老健局)

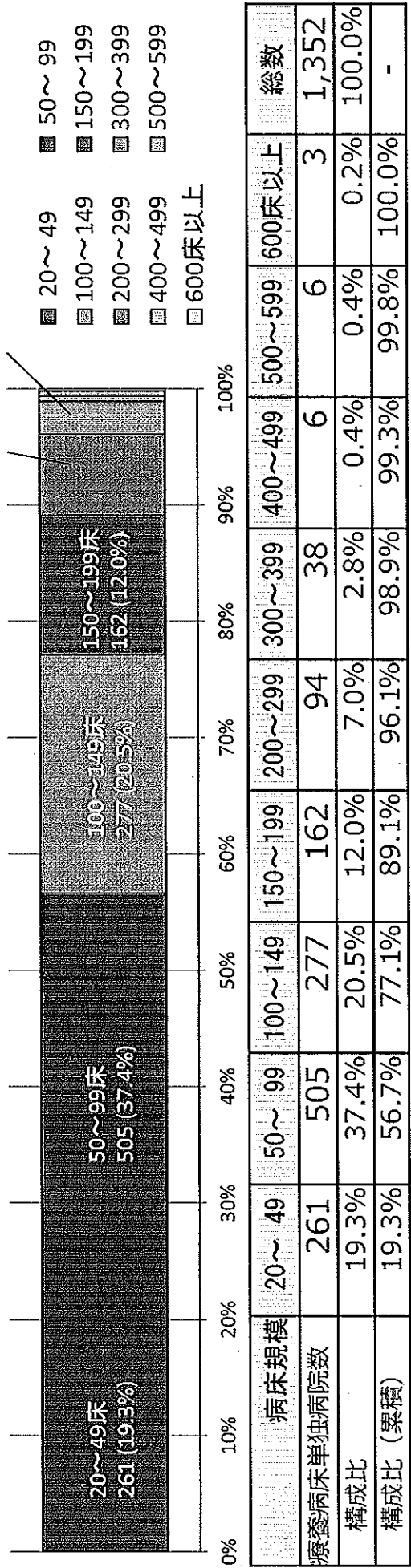
療養病床を有する病院に関するデータ

療養病床を有する病院の状況

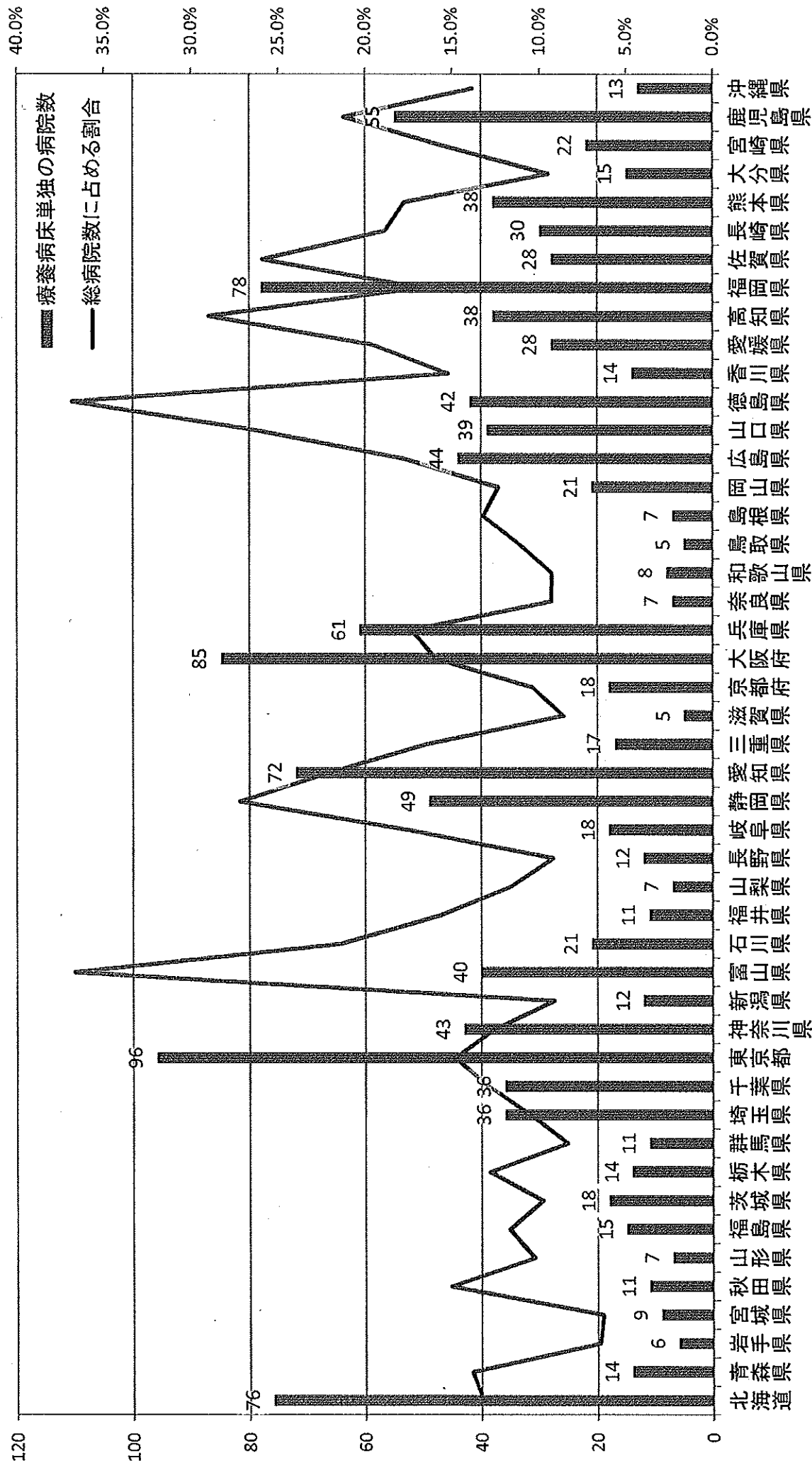
療養病床を有する病院数、病床数

	病院数		(参考) 病床数	
	施設	うち療養病床を有する病院 (総数に占める割合)	施設	うち療養病床を有する病院の療養病床 (総数に占める割合)
平成19年	8,862	4,135 (46.7%)	1,431 (16.1%)	343,400 (21.2%)
平成22年	8,670	3,964 (45.7%)	1,366 (15.8%)	332,986 (20.9%)
平成25年	8,540	3,873 (45.4%)	1,352 (15.8%)	328,195 (20.9%)

病床規模別にみた療養病床単独の病院数 (平成25年)



療養病床単独病院の状況 (都道府県別)



医療療養病床(20対1・25対1)と介護療養病床との比較

医療療養病床（20対1・25対1）と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上4：1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6：1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

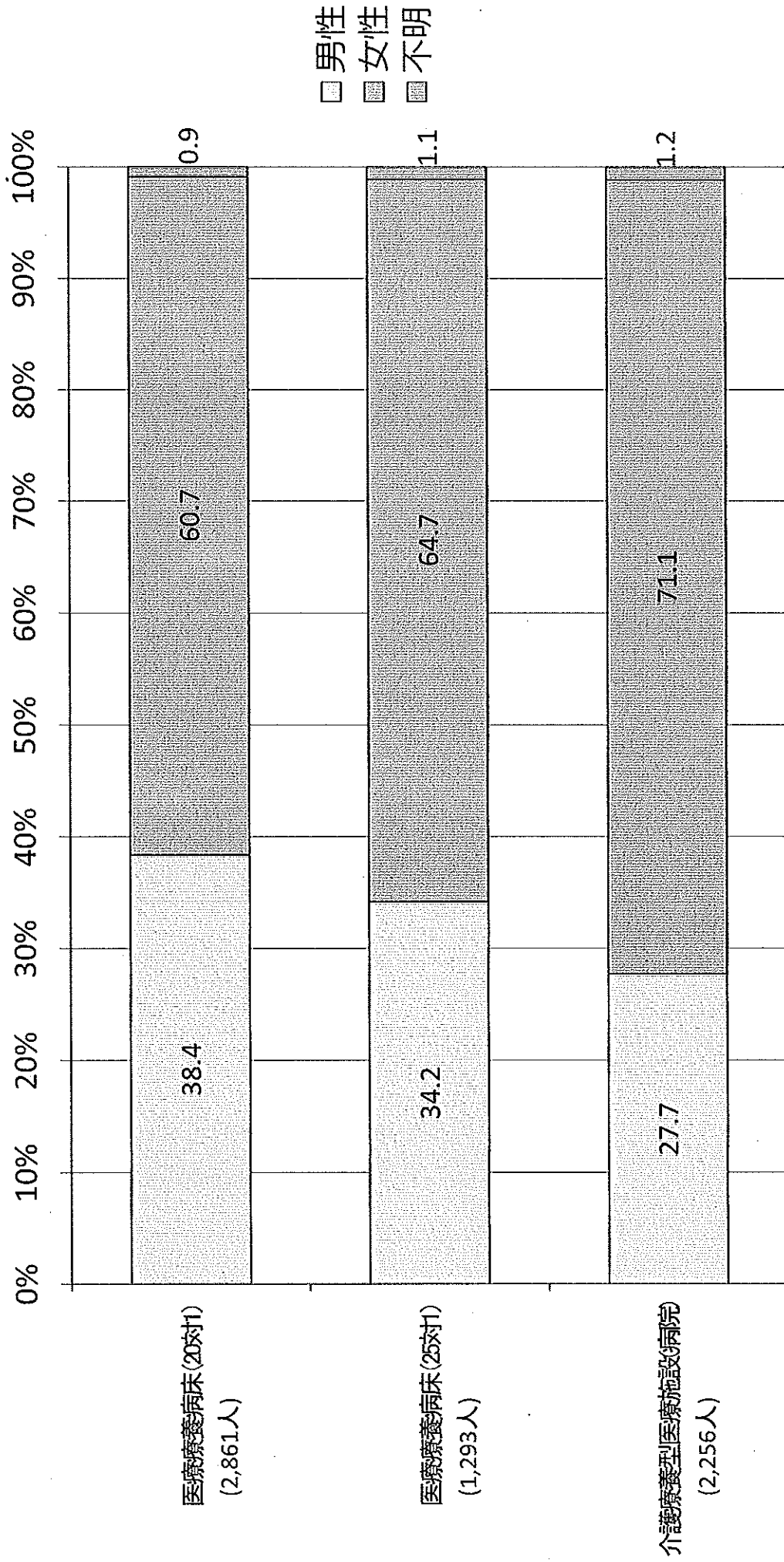
		医療療養病床		介護療養病床	
		20対1	25対1		
人員	医師	48:1(3人以上)	48:1(3人以上)	48:1(3人以上)	
	看護師及び 准看護師	20:1 (医療法では4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	6:1 (診療報酬基準でいう30:1に相当) (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	
	看護補助者	20:1 (医療法では、4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	—	
	介護職員	—	—	6:1	
施設基準	6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上	
設置の根拠	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	
病床数	約12.8万床(※1)	約8万床(※1)	約8万床(※1)	約6.3万床(※2)	
財源	医療保険	医療保険	医療保険	介護保険	
報酬(例)(※3)	療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料2	療養病棟入院基本料2	療養機能強化型A、療養機能強化型B、その他	

(※1) 施設基準届出(平成25年7月1日現在)

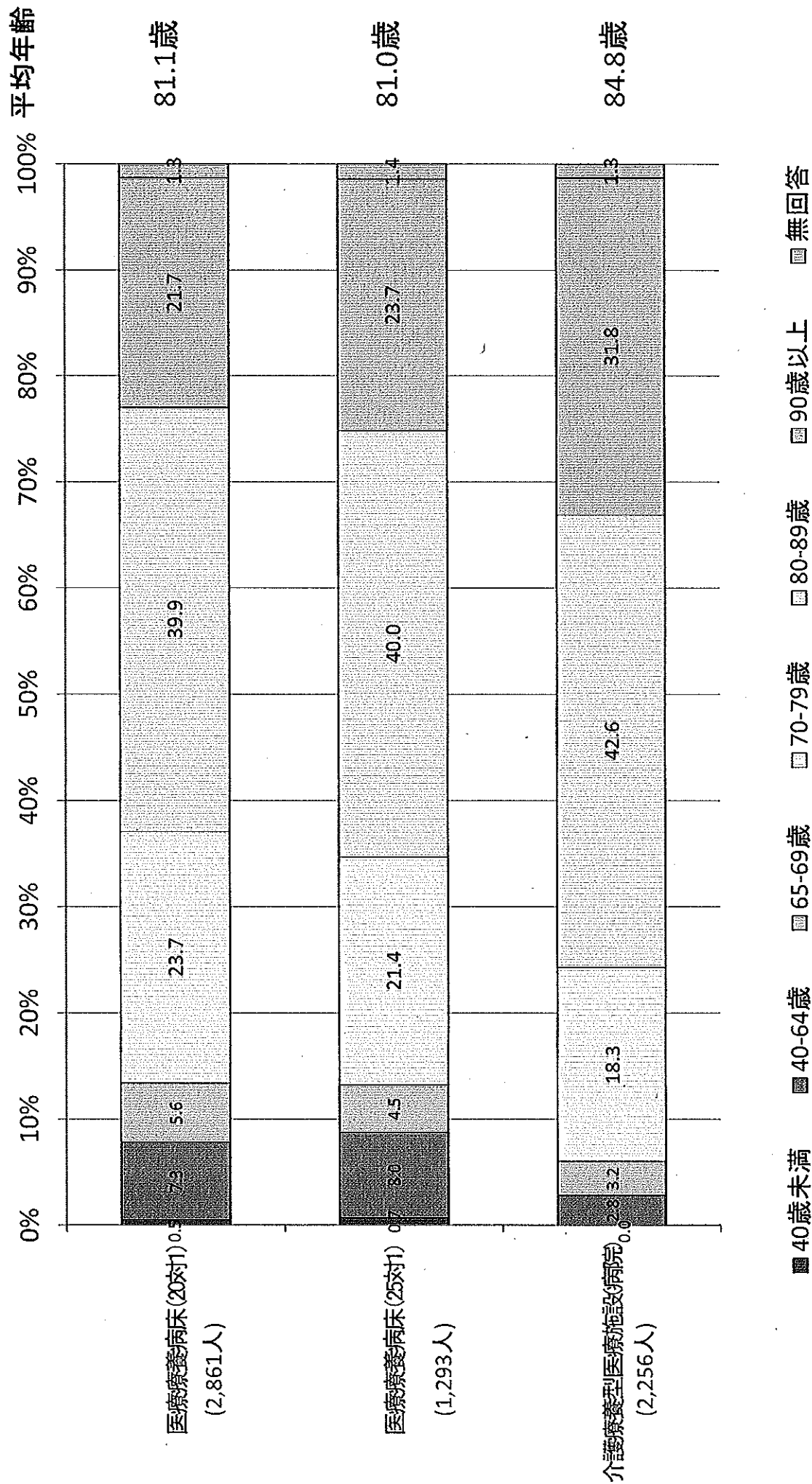
(※2) 病院報告(平成27年3月分概数)

(※3) 療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

入院患者の性別

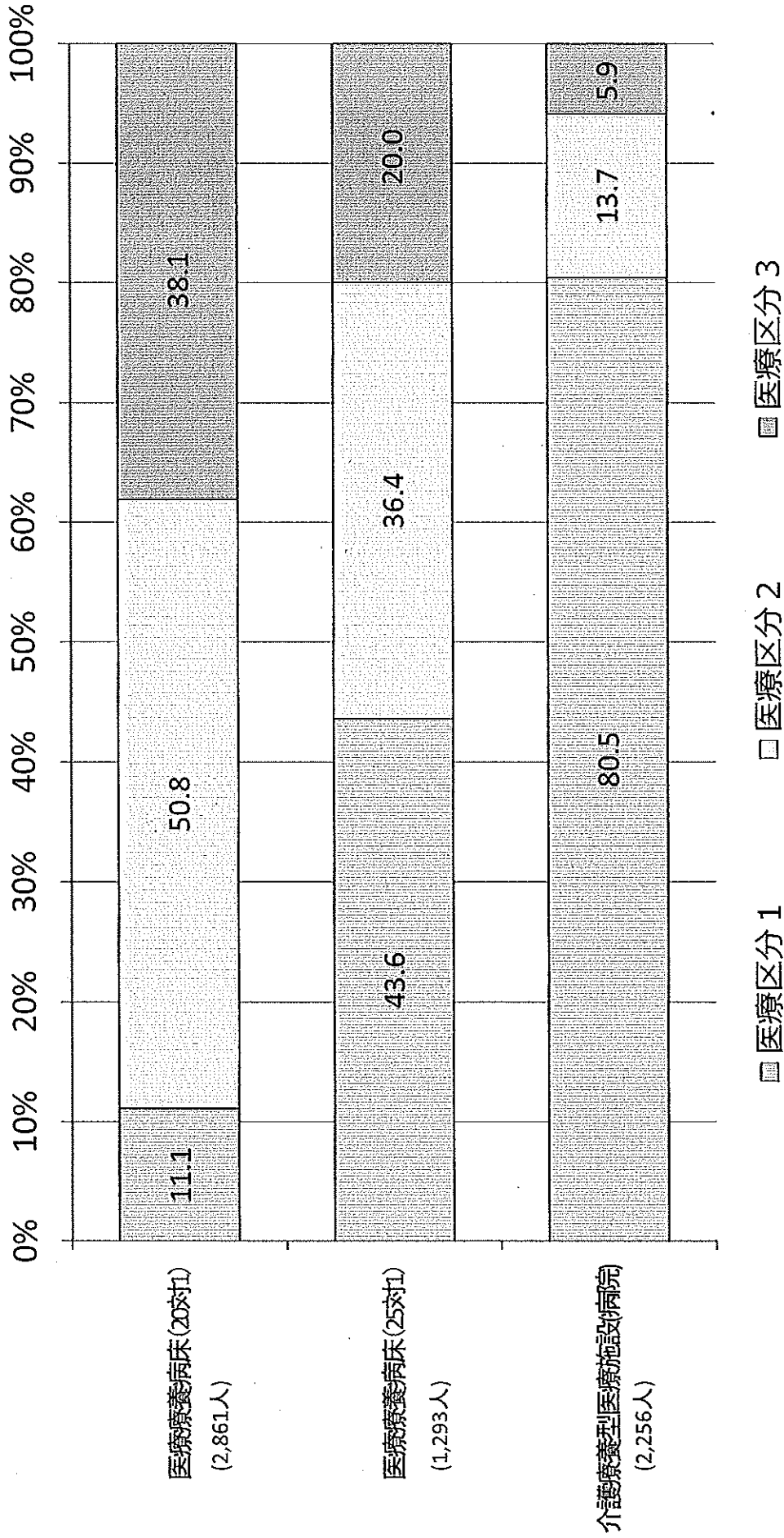


入院患者の年齢階層別・平均年齢



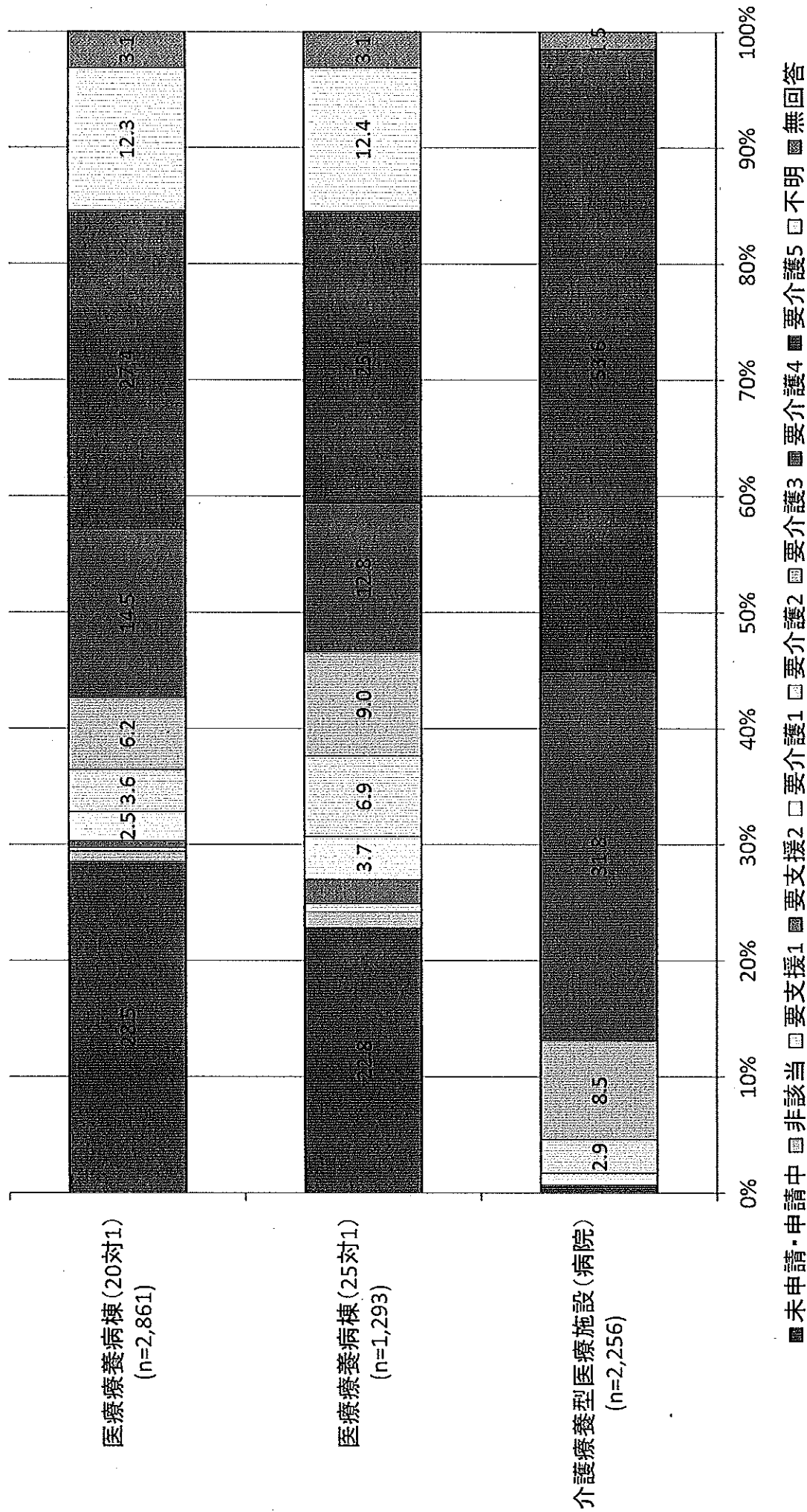
(出典)平成25年度老人保健事業推進費等補助金『医療二一を有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業報告書(平成26年(2014年)3月)』(公益社団法人全日本病院協会)

医療区分



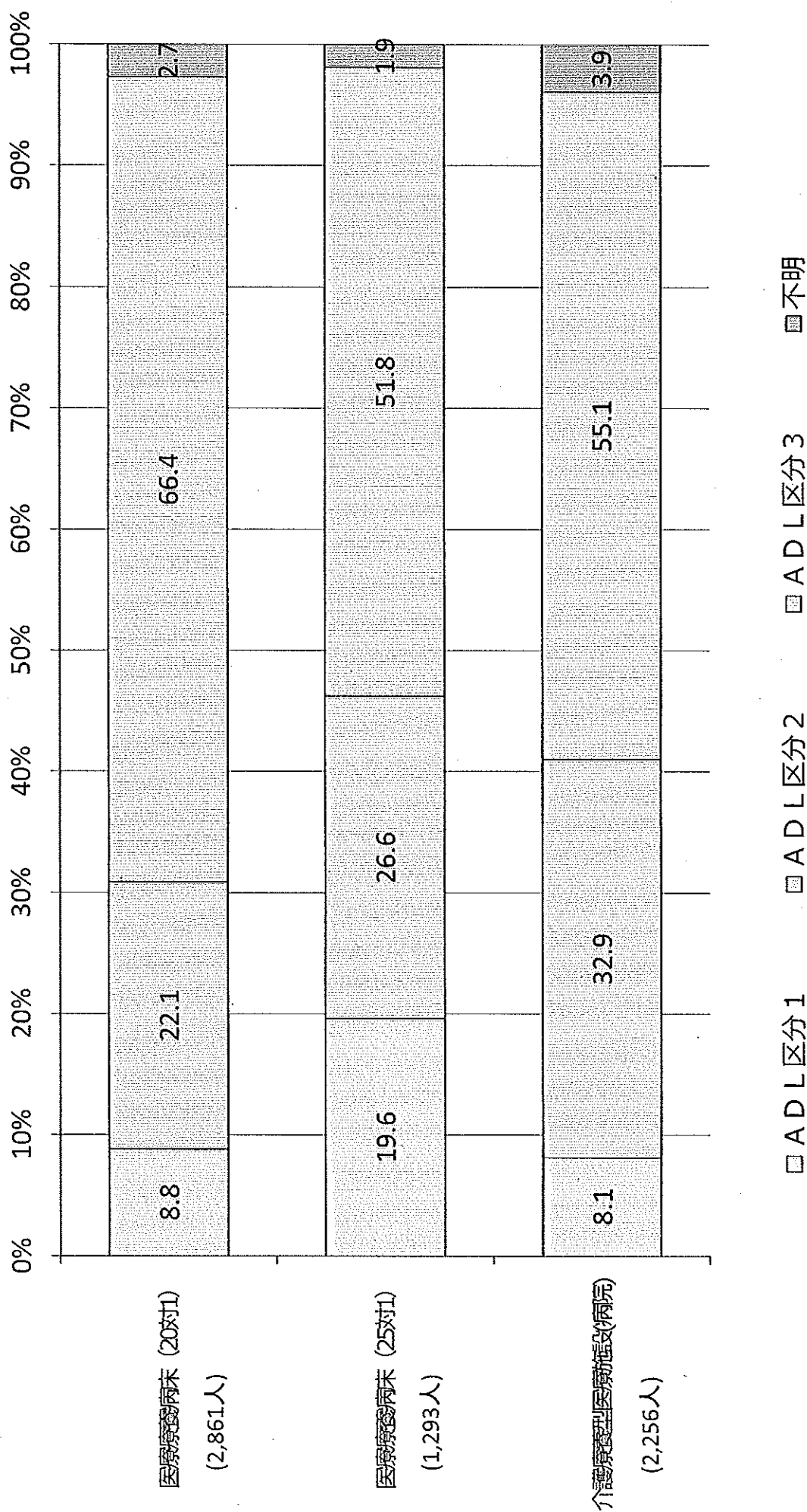
(出典)平成25年度老人保健事業推進費等補助金「医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業報告書(平成26年(2014年)3月)」(公益社団法人全日本病院協会)

要介護度



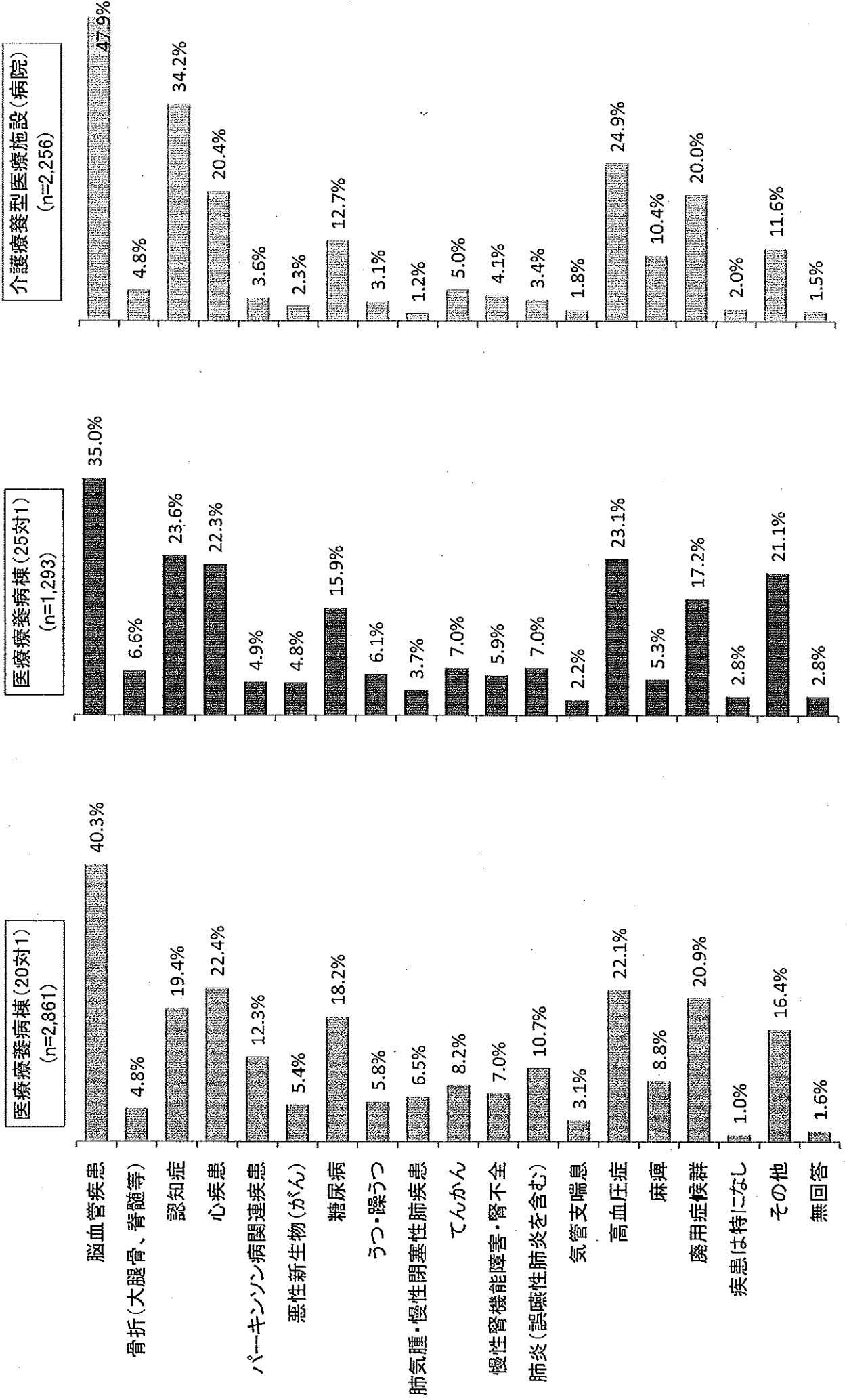
(出典)平成25年度老人保健事業推進費等補助金「医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業報告書(平成26年(2014年)3月)」(公益社団法人全日本病院協会)

ADL区分

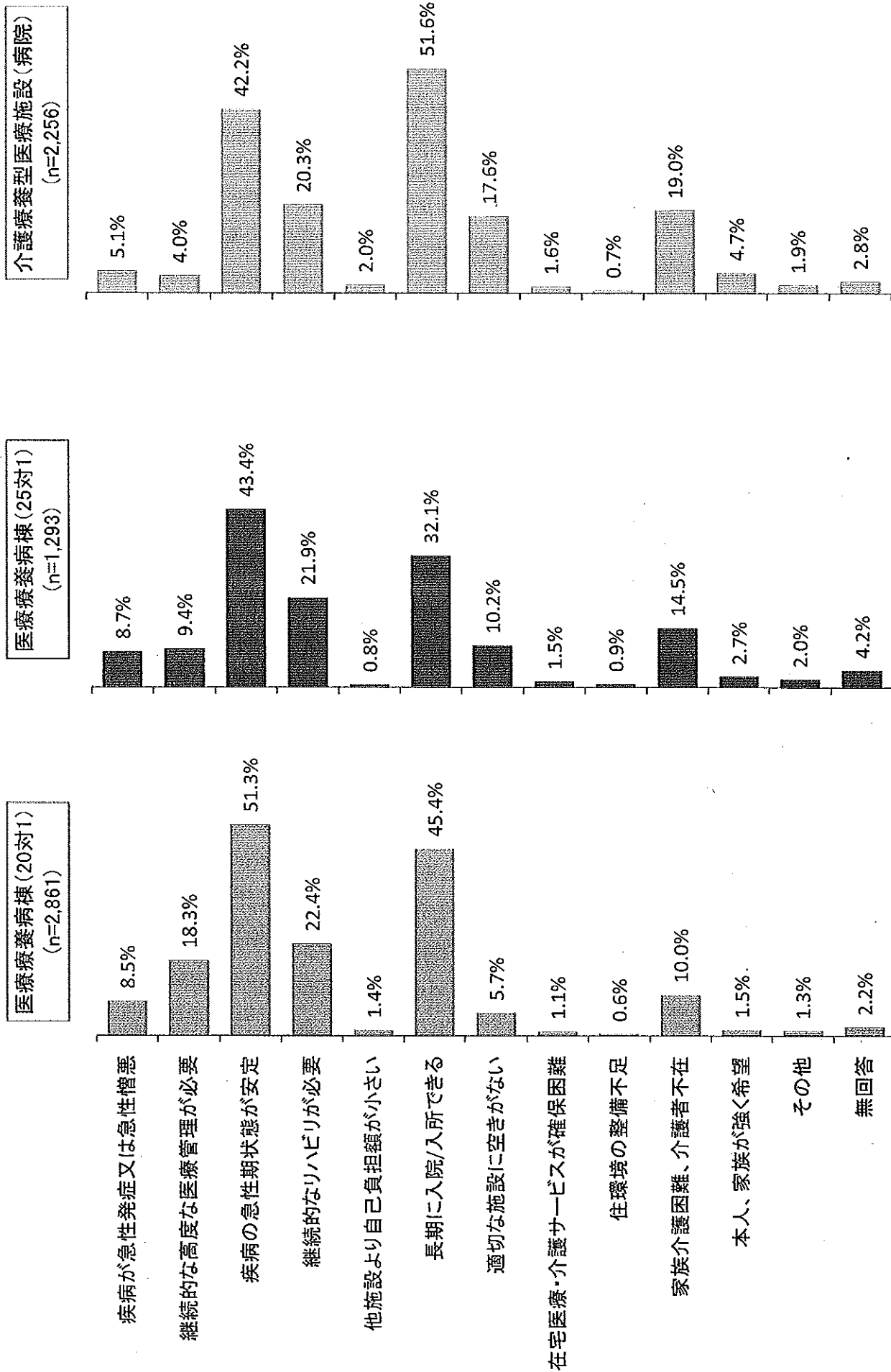


(出典)平成25年度老人保健事業推進費等補助金「医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業報告書(平成26年(2014年)3月)」(公益社団法人全日本病院協会)

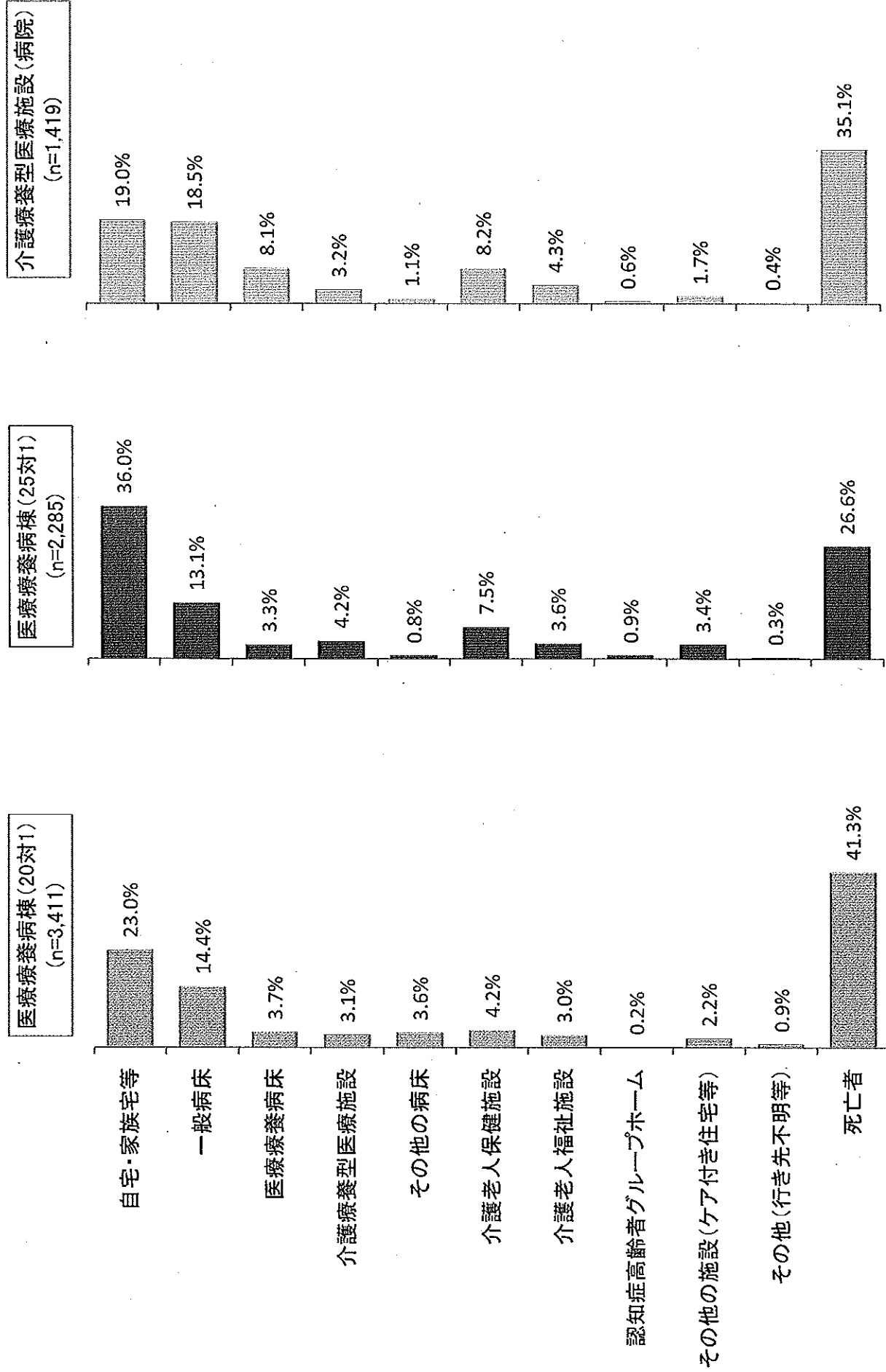
入院患者の傷病の状況



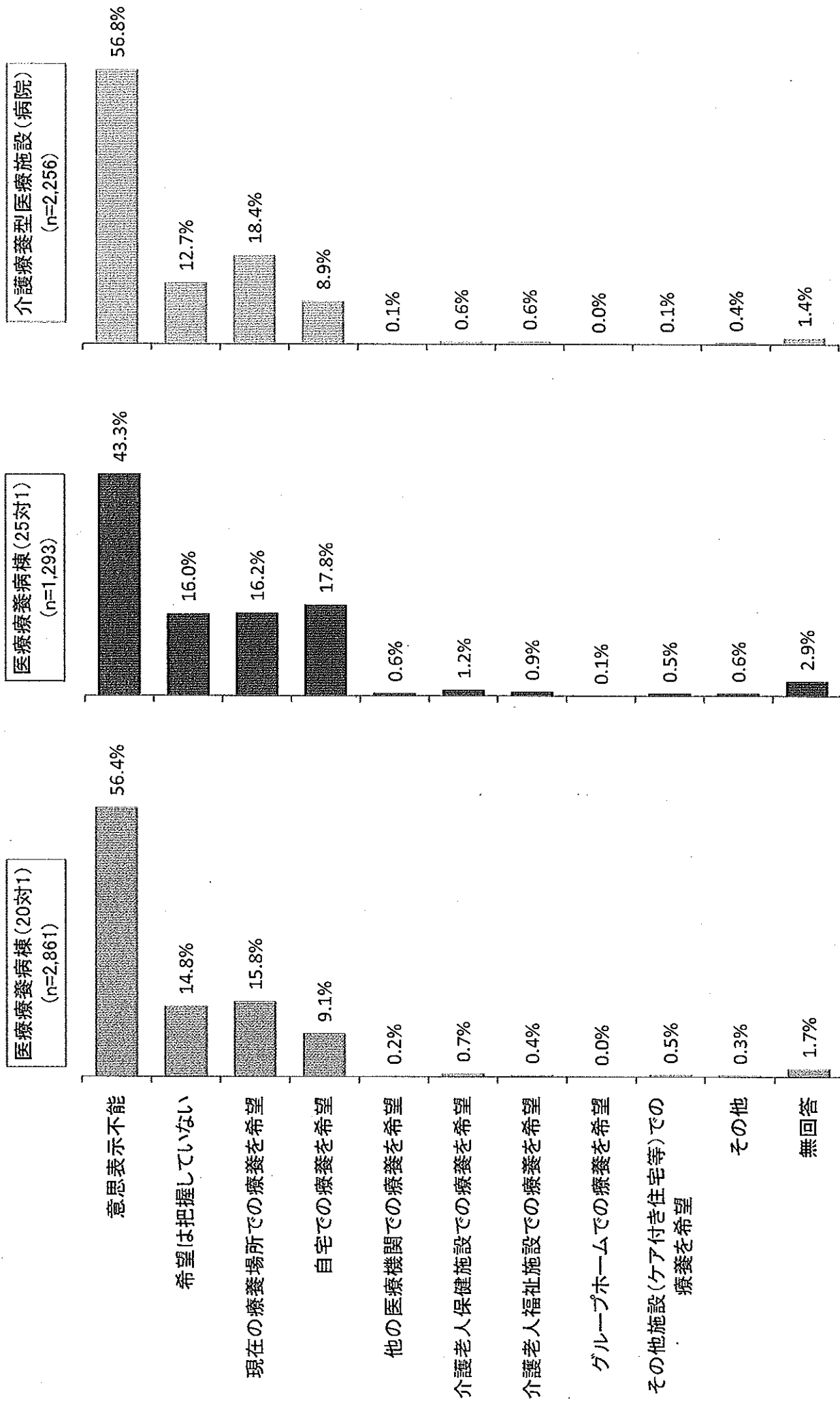
入院／入所の理由



退院／退所後の行き先



今後の生活・療養の場に関する希望 本人



今後の生活・療養の場に関する希望 家族

