

高齢者ケア体制整備推進プラン

1 趣 旨

療養病床の再編成に伴う府民の不安を解消し、医療・介護サービスを必要とする高齢者がサービスを一体的・重層的に切れ目なく受けられるよう、必要な療養病床の確保や地域・在宅での受け皿づくり（高齢者ケア体制の整備）の推進を図ることとし、平成20年3月に策定した「京都府地域ケア確保推進指針」の内容も踏まえて、「高齢者ケア体制整備推進プラン」を策定する。

2 現状と課題

(1) 療養病床の再編成について

- ▶ 医療制度改革関連法の成立（平成18年6月）に伴い、今後、療養病床の再編成（平成23年度末で介護療養病床は全廃、医療療養病床は大幅に削減）が本格化する。
- ▶ 京都府の療養病床の現状は、①全国で唯一、医療療養病床より介護療養病床が多い、②医療療養病床での医療区分1の患者の占める割合が全国で最も高いという特徴があることから、再編成により大きく影響を受けることになる。
- ▶ このため、「京都府地域ケア確保推進指針」を策定（平成20年3月）し、「医療・介護サービスの必要な方に対する適切なサービス提供の確保」という観点から、独自の考え方にに基づき、平成24年度末の療養病床数の見通しを提示した。

【療養病床数の見通し】（地域ケア確保推進指針（平成20年3月））

	京都府		全 国	
	19.4.1	24年度末	19.4.1	24年度末
療養病床全体	6,469 床	3,660 床	35万床	15万床
介護療養病床	3,822 床	0 床	12万床	0床
医療療養病床	2,647 床	3,660 床	23万床	15万床 ^(※)
介護療養型老健		約2,400 床		20万床
その他		約 400 床		
計	6,469 床	約6,500 床	35万床	35万床

※ 国の医療費適正化計画（平成20年9月）では、(約21万+ α) 床（都道府県計画値ベース）を目標値として設定

- ▶ 国は、受け皿整備を十分に進めないまま、療養病床に係る診療報酬の引き下げ等により、一律的・機械的な療養病床の再編成、介護療養型老人保健施設への転換等を強引に進めようとしており、その結果、高齢者が必要な医療・介護サービスを受けられないというような事態が生じることが危惧される。
- ▶ 診療報酬・介護報酬は国の責任において適正な水準が設けられるべきものであることから、国に対し要請・提案活動を継続するとともに、併せて府民の安心・安全を確保するという観点から、高齢者ケア体制の整備・充実を図ることが必要である。

【医療区分1患者の割合（医療療養病床）】（平成18年10月時点）

（単位：％）

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
京都府	50.2	36.6	13.2
全国	35.4	48.3	16.3

（2）受け皿の現状と課題について

① 療養病床

▶ 医療療養病床

- ・ 医療区分1の診療報酬が大きく引き下げられ、医療機関の経営が圧迫されるため、医療区分1の患者が退院を余儀なくされることが危惧される。
- ・ 経営上の判断から、一般病床、回復期リハビリテーション病床等、他の区分の病床へ移行することも想定される。

▶ 医療区分1の患者

- ・ 医療の必要度が低いとされているが、経管栄養（胃ろう）など、引き続き医療ニーズの高い者が多い。
- ・ 医療面のサポートがないまま、療養病床に現在入院している患者を在宅や介護施設で受け入れることは困難である。

② 在宅

▶ 医療ニーズへの対応

- ・ 容態が急変した場合の受入病院・病床の確保が必要である。
- ・ 夜間・休日の医療ケアやターミナルケアの対応が困難である。
- ・ 往診をしてもらえるかかりつけ医の確保が困難である。
- ・ 退院時に在宅ケアへ橋渡しを行うための仕組みが、診療報酬上の評価等一定設けられているものの、十分確立されていない。
- ・ 医療と介護が連携して、在宅ケアをチームで行うことのできる体制整備が必要である。

▶ ワンストップの相談・支援窓口

- ・ 医療・介護が連携したワンストップの相談・支援窓口が必要である。

- ・ 在宅ケアの核となる地域包括支援センターへの支援が必要である。
- ▶ 在宅介護者等への支援
 - ・ 在宅介護者が在宅ケアに限界を感じたときのレスパイト機能（心身の負担軽減）の一層の拡充が必要である。
 - ・ 特に介護療養病床の廃止に伴い、医療ニーズの高い高齢者が利用できるショートステイの確保が困難となる。

③ 施設等

- ▶ 介護療養型老人保健施設
 - ・ 医師配置が1名しかなく、夜間の状態悪化やターミナルケアの対応が困難であり、利用者にも不安が生じる。
 - ・ 外部の診療所等の医師・開業医等が、施設に医師が不在の夜間や休日のみ往診することも現実的には困難である。
- ▶ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
 - ・ 医師の常勤配置がなく、看護職員も手薄であり、医療ケアの必要な高齢者への対応には、地域の医療資源との連携等が不可欠である。
- ▶ 介護老人保健施設
 - ・ 介護報酬の包括化により、医療ニーズの高い高齢者への十分な対応が困難である。
- ▶ 一般病床
 - ・ 診療報酬の逡減制があり、急性期患者の受け入れが中心であり、長期療養患者の受入は困難である。
- ▶ 回復期リハビリテーション病棟
 - ・ 入院期間が6ヶ月に制限され、一時的な受け皿にしかない。
- ▶ 高齢者の多様な住まい（ケアハウス、有料老人ホーム、ケア付き高齢者住宅など）
 - ・ 医師の配置がなく、医療ケアの必要な高齢者への対応には、今後、地域の医療資源との連携等が必要である。
 - ・ 高齢者のニーズに対応した、更なる介護サービスの質の向上を図っていく必要がある。

3 施策の方向及び重点施策

国に対して、病床転換を優先するのではなく、まずは受け皿整備を先行するよう要請・提案を継続する。

併せて、京都府独自に府民の安心・安全を確保する手段を講じる。

【基本理念】

- ◎ 府・市町村・関係機関が連携して、高齢者に、必要な医療と介護・福祉サービスを一体的・重層的に、切れ目なく提供していける体制を構築する。

【施策の基本方向】

- ① 当面の間、必要な療養病床を確保する。
- ② その間に、地域におけるケア体制の整備・充実を図るための取組みを推進する。

I 当面実施すべき施策

(1) 療養病床の確保を図るための施策

【施策の方向】

- ▶ 現に療養病床に入院している患者に必要な医療・介護サービスを確保するためのセーフティネットとして、臨時的・緊急的（当面平成23年度末まで）に必要な療養病床の確保を図る。
 - ・ 現状のままで療養病床の転換のみが先行して進むと、必要な医療・介護サービスを受けられない高齢者が出てくる可能性がある。
 - ・ 介護報酬や診療報酬の改定など、今後の国の動きが不透明であり、恒久的な施策の打ち出しが現時点では困難である。

【重点施策】

- ▶ 医療療養病床の入院患者のうち、引き続き入院が必要な医療区分1の患者に着目した支援

〔介護療養病床については、平成23年度末までは介護報酬の対象となるため、直ちには転換は進まず、当面の間現状が維持される可能性が高いと判断〕

(2) 在宅ケア体制充実に向けての施策

【施策の方向】

- ▶ 在宅での生活を望まれる要介護等の高齢者が可能な限り長期間療養を続けることができるようにするため、在宅療養環境（在宅医療・在宅介護の支え）の整備を促進することとし、そのための支援を行う。
 - ・ 特に医療面のサポートについては、関係機関、職種の連携体制の構築を早急に進めていく。

【重点施策】

▶ 医療と介護・福祉連携の促進

以下のような取組を、地域の実情に合わせて実施し、在宅で療養を望まれる方が医療と介護サービスを効果的に組み合わせ、切れ目なく利用できる体制を構築する。

- ・ 地域包括支援センターを核とした医療と介護・福祉の連携によるワンストップの総合相談・支援窓口の整備
 - ・ 在宅ケアをチームで行う体制づくりへの支援（入退院時の病院とかかりつけ医・介護支援専門員をはじめとする在宅チームとの連携、情報共有の場づくり）
 - ・ 関係機関職員の連携意識の向上等を図るための研修の実施
 - ・ バックアップ病院・空床の確保等による地域の診療所支援等
- #### ▶ 訪問看護の24時間・夜間・休日対応に向けた連携促進や利用促進
- ・ 小規模訪問看護ステーションの共同化の促進支援等
- #### ▶ 在宅介護者等への支援
- ・ ショートステイの居室確保支援等

II 今後実施する施策

介護療養型老人保健施設等への対応

- ・ 今後、医療面でのサポート体制の強化に取り組む必要があると思われる。
- ・ 介護療養型老人保健施設については、現在未設置のため運営実態に基づく状況判断が困難である。また、今のところ、京都府内医療機関の転換希望は少ない。

【施策の方向】

▶ 介護療養型老人保健施設

- ・ 夜間・休日の医療ケア対応やターミナルケア対応に着目して支援を行っていく。

▶ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）・介護老人保健施設

- ・ 計画的な整備の推進、地域の医療資源との活用・連携等を促進していく。

▶ その他高齢者の多様な住まい（ケアハウス、有料老人ホーム、ケア付き高齢者住宅など）

- ・ 地域の医療資源との活用・連携等を促進していく。

Ⅲ 国に要請・提案する施策

診療報酬・介護報酬の設定など、制度面に関する課題については、国の責任において対応すべきものであることから、次の事項について、早急な改善が図られるよう、国への要請・提案活動を継続して実施する。

- (1) 在宅ケア体制の充実を図るため、医療機関を活用した医療ニーズのある高齢者が定期的に利用できるショートステイ制度の創設
- (2) 介護老人保健施設におけるターミナルケアの実態に即した加算の設定等、介護報酬体系の見直し
- (3) 医療と介護・福祉サービスの連携体制の構築に必要な人材の確保が可能となる報酬水準の確保

4 施策の見直し

国の療養病床再編成に向けての動きは流動的であることから、介護報酬、診療報酬の改定をはじめ、今後の国の動向に応じて、また、府内における医療・介護・福祉サービスの実施状況を把握した上で、施策のあり方や内容を検証し、柔軟かつ臨機応変の見直しが必要である。

◇ 参考

《 プランの検討経過 》

第1回	6月30日(月)	プラン策定の趣旨説明
第2回	7月23日(水)	課題の抽出、対応検討 ①
第3回	8月4日(月)	〃 ②
第4回	8月19日(火)	プラン(素案)の検討
第5回	9月8日(月)	プラン(中間案)の検討
第6回	11月25日(火)	プラン(最終案)の検討

《 検討委員名簿 》

参与	井上 恒男	同志社大学大学院総合政策科学研究科教授
	今中 雄一	京都大学大学院医学研究科教授
委員	北川 靖	社団法人京都府医師会理事
	清水 紘	京都療養病床協会会長
	荻野 修一	京都府老人福祉施設協議会副会長
	角谷 増喜	京都府老人保健施設協会副会長
	高山 良雄	京都新聞社社会報道部政治担当部長、論説委員
	田中 一実	株式会社新経営サービス代表取締役社長
	壁 純一郎	京都市保健福祉局長寿社会部長
	岩崎 義典	長岡京市健康福祉部長
	田井 豊	久御山町民生部長