日本慢性期医療協会　定例記者会見

日時：平成30年2月8日１６：３０～
場所：日本慢性期医療協会

1. 介護福祉士 月8万円の賃上げ問題について
2. 2018年度介護報酬改定を受けて
3. 2018年度診療報酬改定を受けて
4. 第４回慢性期リハビリテーション学会の開催のご案内
5. 日本介護医療院協会設立記念シンポジウム開催のご案内

平成29年12月8日

政府与党政策懇談会

印刷

挨拶する安倍総理１

第５に、介護離職ゼロに向けた介護人材確保のため、介護職員の更なる処遇改善を進めます。介護サービス事業所における勤続年数１０年以上の介護福祉士について、月額平均８万円相当の処遇改善を行うことを算定根拠に、公費１０００億円程度を投じ、２０１９年１０月から処遇改善を行います。

安定財源については、消費税１０％への引上げによる財源を活用します。この増収分を、教育負担の軽減・子育て層支援・介護人材の確保等と財政再建とに、それぞれおおむね半分ずつ充当することにより、前者について新たに生まれる１．７兆円程度を活用します。

首相官邸ホームページより

介護福祉士は、介護施設の中では、

介　護　の　専　門　家　と　し　て

重要な業務を果たしている。

日本慢性期医療協会としては、平成29年12月8日に開催された政府与党政策懇談会の提言は、介護の専門家としての介護福祉士の重要性を明確化するもので、大いに評価する。

しかるに医療の世界では、介護福祉士という国家資格者を看護助手と呼び、あくまでも看護職員のヘルプとしての能力しか評価していない。

今や入院患者の約８０％が後期高齢者となっている。医療や看護だけでなく介護の良し悪しが生命を左右する現状認識がないのか。

介護の専門家を看護の助手としてしか認めていないのは、どこの役所の誰が決めたのか。

毎　日　の　入　院　診　療　に　お　い　て
優れた介護のプロである介護福祉士の
働きがなければ、入院医療は行えない。

２０１８年2月　武久　洋三　作成

１０年以上の経験のある介護福祉士に月８万円の評価をしてくれるなら、医療の世界で活躍しているベテラン介護福祉士も国をあげて評価して欲しい。

看護と介護は、今やほとんど別々の専門分野である。超高齢化が進行している現状と未来を考えると、介護の専門家を医療でも適切に評価し、介護の分野だけでなく、医療の分野における介護福祉士も評価してほしい。

現在まで介護の世界のみで、介護職員は処遇改善加算等で評価されてきた。これからは、医療の世界でも同様に国が支えなければ、医療は崩壊する。

2018年診療報酬介護報酬同時改定
― 総 評 ―

今回の同時改定は素晴らしい。

医師の責任がズシンと感じられる。

きちんと医師の役割を誠実に果たして下さいと言われているのです。

慢性期病棟は慢性期治療病棟を評価し、社会的入院は認めないという明確なメッセージが感じられる改定である。

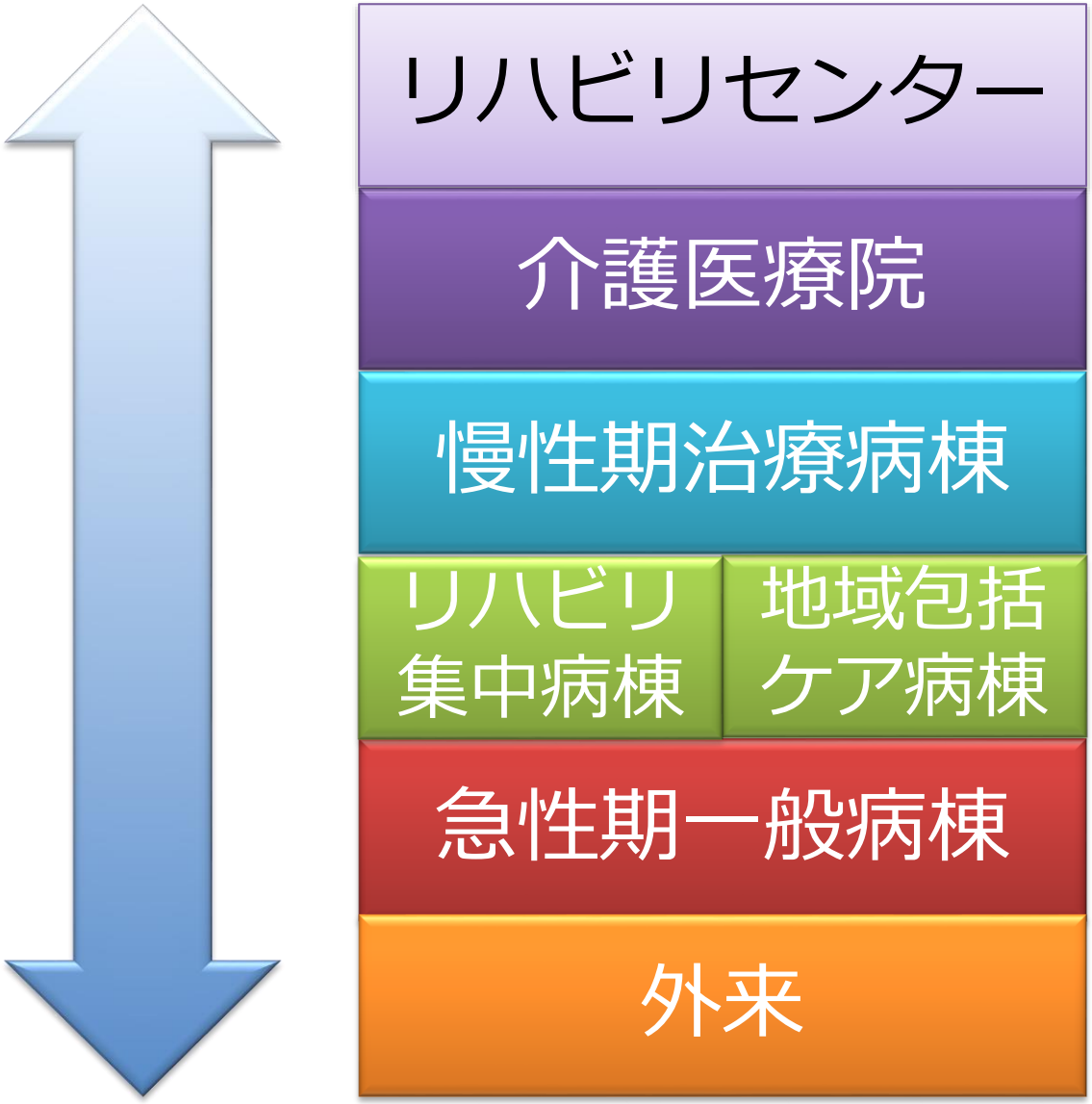
診療報酬は0.55%のプラス改定ではあるが、アウトカムや在宅連携の重視により、改善する人が多くなり、総医療費は減るのではないか。

これからますます高齢患者が増えるが、アウトカムが良くなれば、日常復帰できる患者が増えて、相殺される。事実、2016年度診療報酬改定後、医療費増大が懸念されたが、実際に医療費は上がらなかった。

今回の同時改定においてドラスティックに患者や要介護者が良くなる方向に評価してもらったので、プラス改定ではあるものの、デイの大規模減算や同一敷地内等でのサービス提供による減算、そして1日単価の高い急性期病床から慢性期病床への右方移動がうまく進めば、医療費の増大は免れるのではないか。

右方移動

垂直連携



病状は軽く、要介護度の重い方には、「介護医療院」という新しい施設が出来たので、積極的治療はせずに、適切に看取る場合には、「介護医療院」が良いのではないか。

2018年度診療報酬改定の主なポイント

- 入院医療評価体系の再編・統合

一般病床	7対1，10対1	• 急性期入院一般基本料1～7へ
	13対1，15対1	• 地域一般入院基本料1～3へ
療養病棟入院基本料		• 20対1看護配置へ1本化
地域包括ケア病棟		• 2区分　→　4区分へ • 入院料1･3を算定する病院の許可病床数が**200床未満** • 入院料（管理料）1は、**180点増**
回復期リハ病棟		• 3区分　→　6区分へ • 実績指数は「27」から**「37」・「30」の２段階**へ
【新設】介護医療院		• ２区分（Ⅰ型・Ⅱ型）・**「自宅」**同様の取扱い

- 入退院支援の推進
  - **退院支援加算を入退院支援加算へ名称変更**
  - **入院時支援加算（200点（退院時1回））の新設**
- 在宅復帰率の見直し
  - **急性期一般入院料1の在宅復帰先として療養病棟および老健における在宅復帰機能要件の撤廃**
- 療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算の評価見直し
  - **10点⇒50点、100分の10以上⇒100分の15以上**
- 救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し
  - **急性期医療を担う一般病棟からの患者受入れと、在宅からの患者受入れを分けて評価**
    （急性期患者支援(療養)病床初期加算／在宅患者支援(療養)病床初期加算）

2018年度診療報酬改定の主なポイント

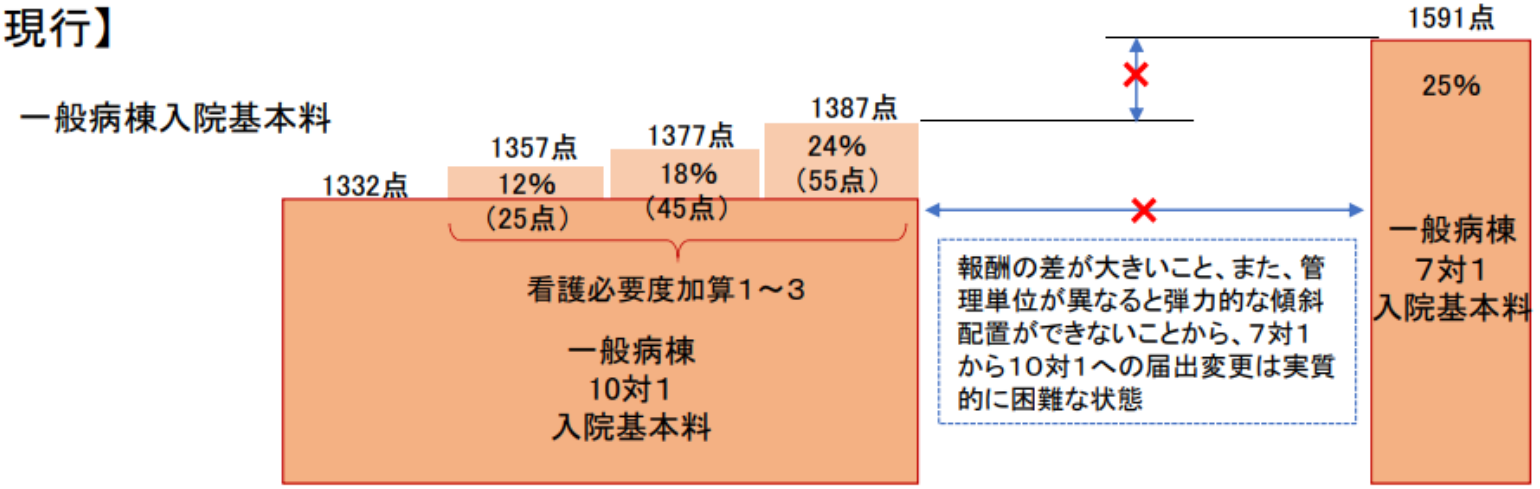
- 療養病棟における夜間看護体制の充実
  - **夜間看護加算の新設（ADL区分３患者5割以上入院させる病棟のみ）**
    （医師、看護師等、複数の職員による身体拘束防止対策）
- 診療実績データ提出への評価
  - **急性期一般、回復期リハ病棟（回リハ病棟5･6の200床未満を除く）、200床以上の療養病床において、データ提出加算算定の要件化**
  - **提出項目に、回復期リハや長期療養の評価に資する項目追加**
- 入院中の患者に対する褥瘡対策（**褥瘡対策加算**）
  - **療養病床における褥瘡に関する評価を、入院時から統一した指標で継続的に評価**
    アウトカム評価（DESIGN-R）を導入
    褥瘡評価実施加算（15点/日）⇒褥瘡対策加算（1;15点/日、2;5点/日）に名称変更
- 医療区分の適正化
  - **医療区分３のうち、「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」について、当該項目を除く医療区分３または２の項目に、１つ以上の該当項目がある場合に限り、医療区分３として取り扱う**
- 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料（管理料）1,3における**看取り方針を定めておくこと**の要件化

2018年度診療報酬改定の主なポイント

- 回復期リハビリテーション病棟における患者の栄養管理の推進
  - （回リハ病棟１）専任の常勤管理栄養士１名以上の配置が望ましい
    管理栄養士のリハビリ実施計画等への参画、栄養状態の定期的な評価・見直しの実施の要件化
    「入院栄養食事指導料」を包括範囲から除外
- 疾患別リハビリテーションにおける算定日数上限の除外対象者の追加
  - 脳血管疾患等/運動器リハビリテーション料等の算定日数上限の除外対象患者に下記追加
    - 軸索断裂の状態にある末梢神経損傷（発症から１年以内のもの）
    - 外傷性の肩関節腱板損傷（受傷後180日以内のもの）
    - **回リハ病棟を退棟した日から起算して３月以内の患者**
      （在棟中に回リハ病棟に入院した患者に限る。
      ただし、保険医療機関に入院中の患者又は老健に入所中の患者を除く。）

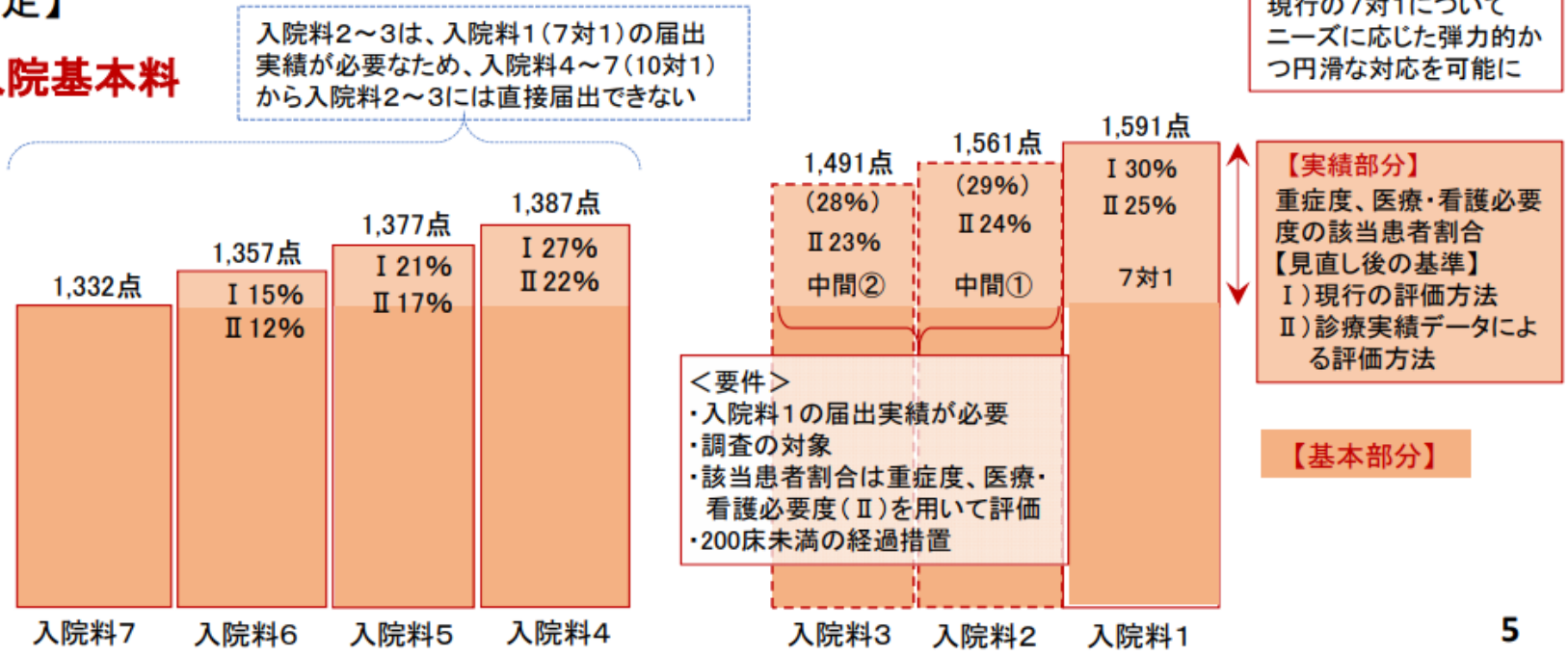
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



5

急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1～7）の内容

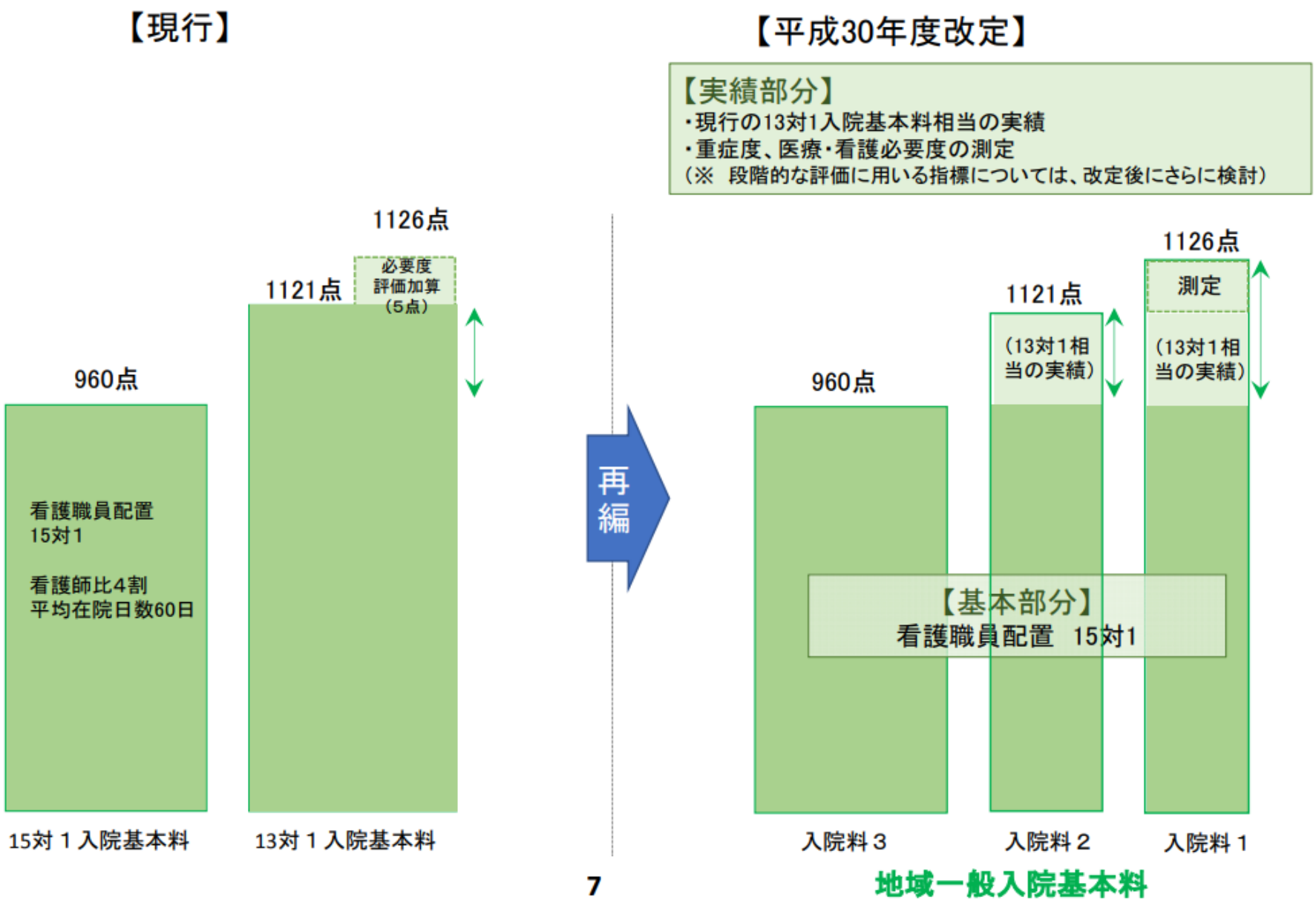
➢ 一般病棟入院基本料（7対1、10対1）について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるよう、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1～7に再編する。

		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上（7割以上が看護師）						7対1以上（7割以上が看護師）
患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	（28%以上）※	（29%以上）※	30%以上
	重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上※	24%以上※	25%以上
平均在院日数		21日以内						18日以内
在宅復帰・病床機能連携率		－						8割以上
医師の員数		－						入院患者数の100分の10以上
データ提出加算		○						
点数		1,332点	1,357点	1,377点	1,387点	1,491点	1,561点	1,591点

*1：従来の方法による評価　*2：診療実績データを用いた場合の評価

（※200床未満は、経過措置あり）

一般病棟入院基本料（13対1、15対1）の再編・統合のイメージ



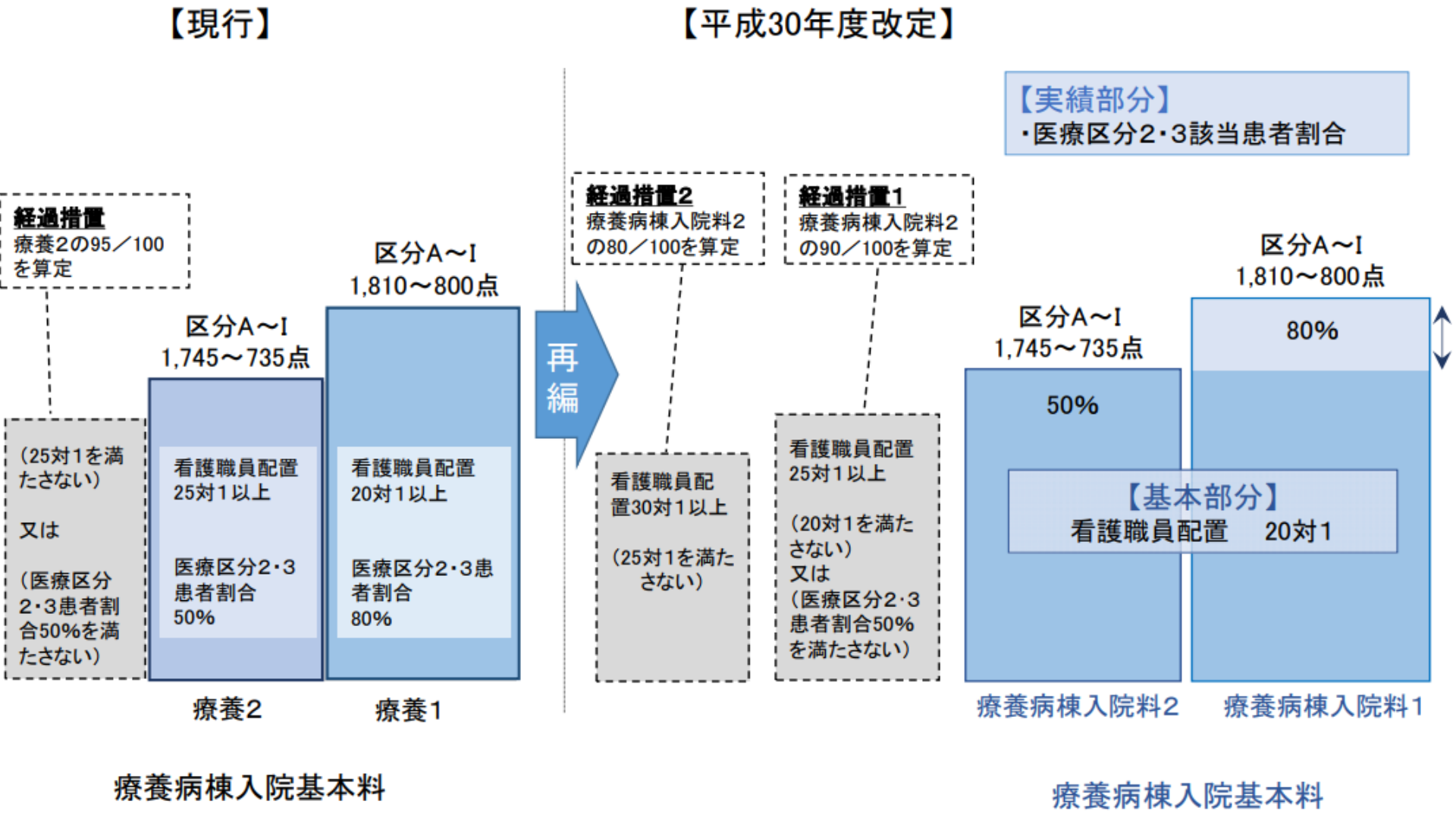
2018年2月7日　第389回　中央社会保険医療協議会 総会　資料より

地域一般入院基本料1～3の内容

- 一般病棟入院基本料（13対1、15対1）について再編・統合し、新たに、地域一般入院基本料とする。

	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員	15対1以上 （4割以上が看護師）	13対1以上 （7割以上が看護師）	
平均在院日数	60日以内	24日以内	
重症度、医療・看護必要度の測定	ー		○
点数	960点	1,121点	1,126点

療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ



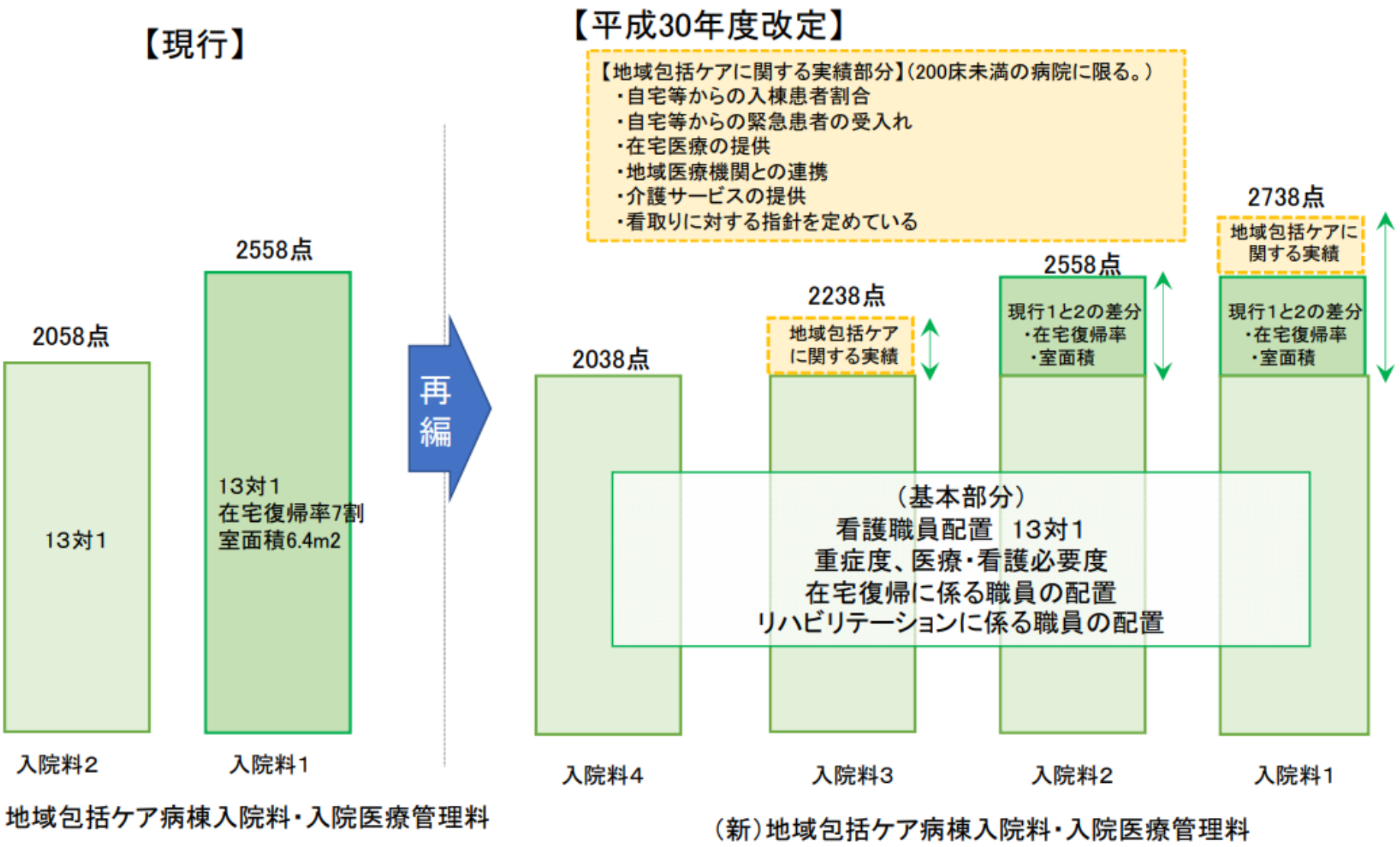
療養病棟入院料1～2の内容

➢ 20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院基本料に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直す。

	経過措置	療養病棟入院料2	療養病棟入院料1
看護職員※	20対1を満たさない かつ、25対1以上	20対1 （医療法上の4：1）	
看護補助者※	20対1 （医療法上の4：1）		
医療区分2・3 該当患者割合	5割未満（満たさない）	5割以上	8割以上
データ提出	200床以上の病院は必須		
点数	（療養病棟入院料2）の 90／100に相当する点数	医療区分1　735点～　902点 医療区分2　1,151点～1,347点 医療区分3　1,389点～1,745点	医療区分1　800点～　967点 医療区分2　1,215点～1,412点 医療区分3　1,454点～1,810点

※ 療養病棟入院料については、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、看護職員配置20対1に満たない場合の経過措置を新たに設けるとともに、看護職員配置25対1に満たない場合の経過措置も別途設ける。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4の内容

➢ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。

	管理料4	入院料4	管理料3	入院料3	管理料2	入院料2	管理料1	入院料1
看護職員	13対1以上 （7割以上が看護師）							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1　10%以上　又は　重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2　8%以上							
在宅復帰に係る職員	当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
在宅復帰率	ー				7割以上			
室面積	ー				6.4㎡以上			
実績部分 自宅等から入棟した患者割合	ー		1割以上（10床未満は1人以上）	1割以上	ー		1割以上（10床未満は1人以上）	1割以上
実績部分 自宅等からの緊急患者の受入	ー		3月で3人以上		ー		3月で3人以上	
実績部分 在宅医療等の提供	ー		○		ー		○	
実績部分 看取りに対する指針	ー		○		ー		○	
届出単位	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟
許可病床数200床未満	○	ー	○	○	○	ー	○	○
点数（生活療養を受ける場合）	2,038点（2,024点）		2,238点（2,224点）		2,558点（2,544点）		2,738点（2,724点）	

*1：従来の方法による評価　*2：診療実績データを用いた場合の評価

許可病床数200床未満

◆地域包括ケア病棟入院料の診療実績要件

二 **自宅等から入棟した患者**の占める割合が**1割以上**。

ホ **自宅等からの緊急入院患者の受入れ**が３月で**3人以上**。

ヘ 以下の **a、b、c 又は d** のうち少なくとも**2つ**を満たしていること。

a. 在宅患者訪問診療料の算定回数が３月で20回以上。

b. 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料
又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が３月で100回以上、
又は同一敷地内の訪問看護ステーションで、訪問看護基本療養費
又は精神科訪問看護基本療養費を算定回数が３月で500回以上。

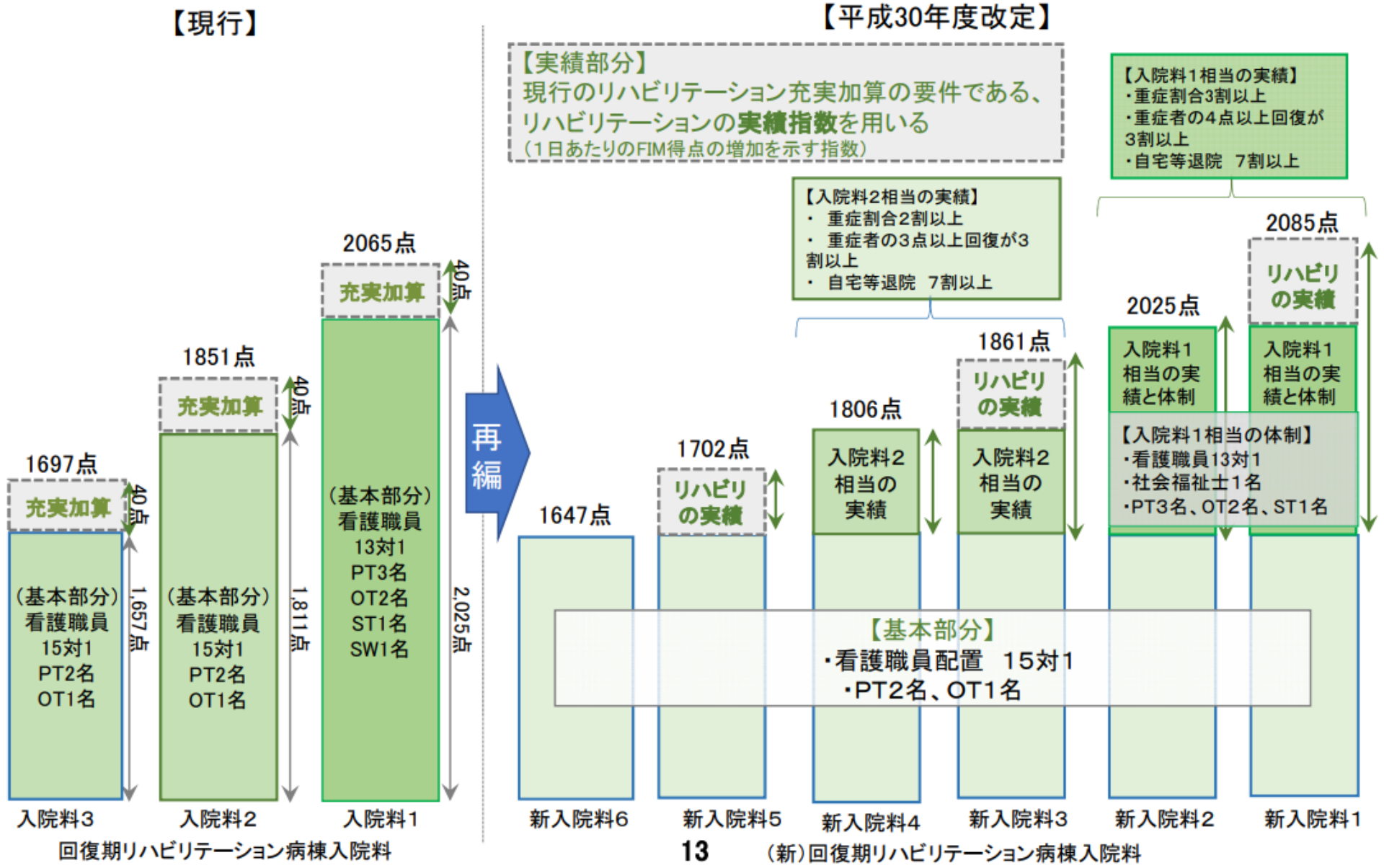
c. 開放型病院共同指導料(Ⅰ)か(Ⅱ)の算定回数が３月で10回以上。

d. 介護保険の訪問介護、訪問看護(介護予防)、訪問リハビリ(介護予防)
等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施。

ト 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた**看取りに対する指針を定める**。

2018年2月7日第389回　中央社会保険医療協議会 総会　資料より　作成

回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ



2018年2月7日　第389回　中央社会保険医療協議会 総会　資料より

回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

➢ 回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料の評価体系についてリハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行う。

	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	15対1以上（4割以上が看護師）				13対1以上（7割以上が看護師）	
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤の PT2名以上、OT1名以上				専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上	
社会福祉士					専任常勤1名以上	
管理栄養士	－					専任常勤1名 （努力義務）
リハビリ計画書の 栄養項目記載	－					必須
データ提出加算の届出	○（200床以上の病院のみ）		○			
休日リハ	－ ※休日リハビリテーション提供体制加算あり				○	
実績部分 「重症者」の割合 （日常生活機能評価10点以上）	－		2割以上		3割以上	
実績部分 重症者における 退院時の日常生活機能評価	－		3割以上が 3点以上改善		3割以上が 4点以上改善	
実績部分 在宅復帰率	－		7割以上			
実績部分 実績指数	－	30以上	－	30以上	－	37以上
点数 （生活療養を受ける場合）	1,647点 （1,632点）	1,702点 （1,687点）	1,806点 （1,791点）	1,861点 （1,846点）	2,025点 （2,011点）	2,085点 （2,071点）

2018年2月7日　第389回　中央社会保険医療協議会 総会　資料より

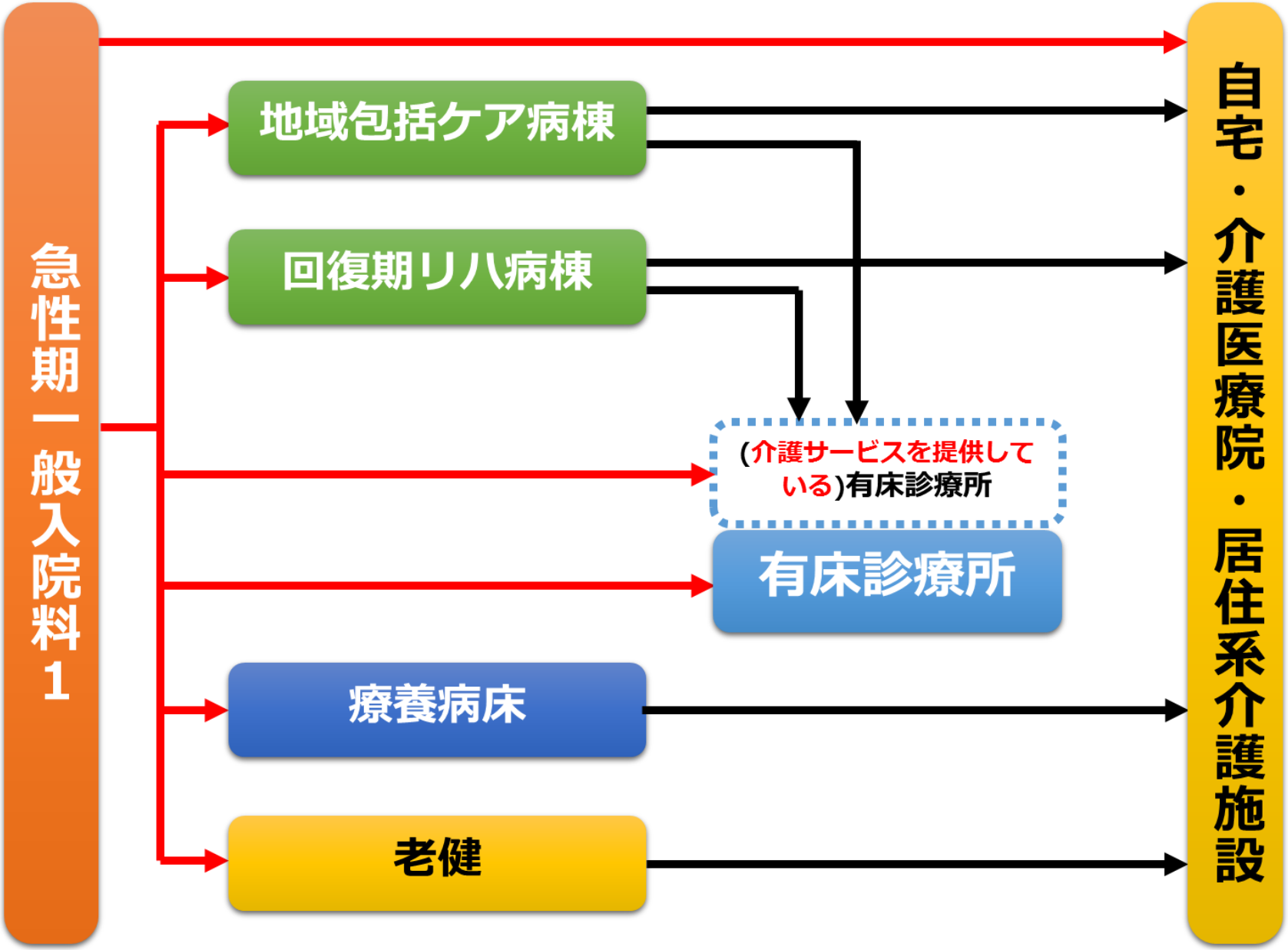
在宅復帰率の要件に係る見直しのイメージ

【平成30年度改定】

	在宅復帰・病床機能連携率	在宅復帰率	
	急性期一般入院料１	地域包括ケア病棟入院料	回復期リハビリテーション病棟入院料
（分子）	・自宅 ・居住系介護施設等（介護医療院を含める） ・地域包括ケア病棟 ・回リハ病棟 ・療養病棟 ・有床診療所 ・介護老人保健施設 ※死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者除く	・自宅 ・居住系介護施設等（介護医療院を含める） ・有床診療所（介護サービスを提供している医療機関に限る） ※死亡退院・再入院患者を除く	・自宅 ・居住系介護施設等（介護医療院を含める） ・有床診療所（介護サービスを提供している医療機関に限る） ※死亡退院・再入院患者を除く
（分母）	・急性期一般入院料１から退棟した患者 ※死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者除く	・地域包括ケア病棟から退棟した患者 ※死亡退院・再入院患者を除く	・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者 ※死亡退院・一般病棟への転棟・転院患者・再入院患者を除く

2018年2月7日　第389回　中央社会保険医療協議会 総会　資料より

在宅復帰率要件の見直し



在宅復帰率要件の見直し

①在宅復帰に係る名称の変更
　（急性期一般病棟1；**在宅復帰・病床機能連携率**）
②急性期一般入院料１の在宅復帰先に
「療養」「老健」の在宅復帰機能の要件が
　無くても認められる
③地域包括ケア病棟の在宅復帰先として、
「療養」「老健」(いずれも在宅復帰要件プラス)
がなくなった。
④地域包括ケア病棟・回復期リハ病棟の
在宅復帰先に介護サービスを提供している
有床診が追加された
⑤在宅復帰先に**「介護医療院」追加**

【地域包括ケア病棟】【療養病棟入院基本料】救急・在宅等支援（療養）病床初期加算

急性期医療を担う一般病棟からの患者受入れと、
在宅からの患者受入れを分けて評価

現行		改定後	
【地域包括ケア病棟】 救急・在宅等 支援病床 初期加算 150点/日 (14日限定)	→	**急性期患者** **支援病床初期加算**	**150点**
	→	**在宅患者** **支援病床初期加算**	**300点**
【療養病棟入院基本料】 救急・在宅等 支援療養病床 初期加算 150点/日 (14日限定) 療養病棟入院基本料１を算定する場合 300点/日 (14日限定)	→	**急性期患者** **支援療養病床初期加算**	**300点**
	→	**在宅患者** **支援療養病床初期加算**	**350点**

2018年度介護報酬改定

この度の介護報酬改定は、低栄養改善、嚥下排泄リハ、褥瘡対策等をきちんと実施しているところのアウトカム評価を重視している。
今後、これらをきちんと実践してゆけば、患者の状態は良くなり、結果として医療や介護の必要性は少なくなるのではないか。

2018年度介護報酬改定の主なポイント

- **介護医療院**の創設
  - **Ⅰ型（介護療養（療養機能強化型A・B相当））とⅡ型（転換老健相当）**
  - **早期転換を評価する移行定着支援加算（93単位／日）は2021年3月末まで（転換を届け出た日から1年間）**
  - **介護医療院は「在宅」である**

病状は軽く、要介護度の重い方や、
積極的治療はせずに適切に看取る場合には、
「介護医療院」が良いのではないか

2018年度介護報酬改定の主なポイント

•介護老人福祉施設【特養】

- **特養での急変時に医師の訪問診療を評価「配置医師緊急時対応加算」の新設**
  - 深夜（22:00～翌朝6:00）1,300単位／回
  - 早朝（6:00～8:00）・夜間（18:00～22:00）650単位／回
- **特養内で入所者を看取った場合、医療側との連携がとれていれば「看取り介護加算」の増額。**
  - 死亡日加算が3000円増額（1,280単位／日⇒1,580単位／日）
  - 死亡日前々日・前日加算を1日当たり1000円増額（680単位／日⇒780単位／日）
- **夜勤時間帯に看護職員又は喀痰吸引等の実施可能な介護職員を配置**
  - 夜勤職員配置加算（Ⅰ）イ　22単位⇒夜勤職員配置加算（Ⅲ）イ　**28単位/日（+5単位）**
  - 夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ　13単位⇒夜勤職員配置加算（Ⅲ）ロ　**16単位/日（+3単位）**
  - 夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ　27単位⇒夜勤職員配置加算（Ⅳ）イ　**33単位/日（+6単位）**
  - 夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ　18単位⇒夜勤職員配置加算（Ⅳ）ロ　**21単位/日（+3単位）**

医療機能の少ない特養などに病院から医療を提供することにしたことは、素晴らしい英断である。

2018年度介護報酬改定の主なポイント

•介護老人保健施設【老健】

- **「超強化型」「在宅強化型」「加算型」「基本型」「その他型」の５区分に**

算定要件等

	超強化型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	在宅強化型	加算型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	基本型	その他型 （左記以外）
在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値：90)	70以上	60以上	40以上	20以上	
退所時指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	左記の要件を満たさない
リハビリテーションマネジメント	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動	要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ	要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

評価項目	算定要件
退所時指導等	a: 退所時指導入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。 b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が１月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
充実したリハ	少なくとも週３回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

※要介護４・５については、２週間。

在宅復帰・在宅療養支援等指標

下記評価項目（①~⑩）について、項目に応じた値を足し合わせた値（最高値:90）

①在宅復帰率	在宅復帰した退所者の割合		20点
	50%超 → 20点	30%超50%以下 → 10点	30%以下 → 0点
②ベッド回転率	30.4を平均在院日数で割った数		20点
	0.1以上 → 20点	0.05以上0.1未満 → 10点	0.05未満 → 0点
③入所前後訪問指導割合	入所30日前から入所7日後までの間に、退所後の療養場所（入所者宅など）を訪問し、それを踏まえた「退所までの計画」（施設サービス計画）などを策定した入所者の割合		10点
	30%以上 → 10点	10%以上30%未満 → 5点	10%未満 → 0点
④退所前後訪問指導割合	退所30日前から退所30日後までの間に、退所後の療養場所（入所者宅など）を訪問し、退所者家族らを指導した退所者の割合		10点
	30%以上 → 10点	10%以上30%未満 → 5点	10%未満 → 0点
⑤居宅サービスの実施数	▽訪問リハビリテーション▽通所リハビリテーション▽短期入所療養介護のうち、老健や併設する病院などで実施しているサービス数		5点
	3つすべて → 5点	いずれか2つ → 3点	いずれか1つ → 2点	いずれも実施していない → 0点
⑥リハ専門職の配置割合	リハビリテーションを担当する理学療法士等の人数（常勤換算）を入所者数で割った数		5点
	0.05以上 → 5点	0.03以上0.05未満 → 3点	0.03未満 → 0点
⑦支援相談員の配置割合	支援相談員の人数（常勤換算）を入所者数で割った数		5点
	0.03以上 → 5点	0.02以上0.03未満 → 3点	0.02未満 → 0点
⑧要介護４・５の割合	要介護4・5の入所者の割合		5点
	50%以上 → 5点	35%以上50%未満 → 3点	35%未満 → 0点
⑨喀痰吸引の実施割合	過去3か月間に喀痰入院が実施された入所者の割合		5点
	10%以上 → 5点	5%以上10%未満 → 3点	5%未満 → 0点
⑩経管栄養の実施割合	過去3か月間に経管栄養が実施された入所者の割合		5点
	10%以上 → 5点	5%以上10%未満 → 3点	5%未満 → 0点

老健の将来

- 短　期　入　所
- 早 期 在 宅 復 帰
- 在　宅　支　援
- 治 療 能 力 向 上
- リハビリ能力向上
- 滞在型を徹底する

2018年度介護報酬改定ポイント

- 「嚥下（口腔ケア）・排泄リハ」の評価
  - **居住系・施設系サービスにおける歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による口腔衛生管理の充実**
  - **排泄に介護を要する施設入所者等への排せつ支援加算（100単位／月）（新設）**
- 低栄養対策に対する評価
  - **【特養】【老健】低栄養リスク改善加算　300単位／月（新設）**
  - **【特養】【老健】再入所栄養連携加算　400単位／回（新設）**
  - **【通所系】【居住系】【多機能型】栄養スクリーニング加算　５単位／回（新設）**
- 褥瘡の発生予防のための管理の評価
  - **【特養】【老健】褥瘡マネジメント加算　10単位／月（新設）**

※３月に１回を限度

第5回慢性期リハビリテーション学会

2月26日（月曜日）

13：30～14：30　基調講演

「リハビリテーション医療における活動支援システム、特に活動支援ロボットについて」

座長：鈴木　龍太（慢性期リハビリテーション協会　学術委員長）
講師：才藤　栄一（藤田保健衛生大学医学部　教授）

14：40～16：20　シンポジウム1

「2030年に向けた型破りなセラピストたち　―認知症は特別なことじゃない―」

座長：田中　志子（内田病院　理事長）
シンポジスト：中間　浩一（霞ヶ関南病院・作業療法士）
吉岡　哲郎（内田病院・作業療法士）
菅原　健介（ぐるんとびー　代表取締役）

16：30～18：00　シンポジウム2

「生き・活きと暮らす　―難病リハで生き抜く力を支えよう―」

座長：小澤　美紀（鶴巻温泉病院　看護部長）
梁川めぐみ（鶴巻温泉病院　看護部）
教育講演：河野　政子（地域包括ケアコンサルティングあるす代表）
シンポジスト：花井亜紀子（国立精神・神経医療研究センター）
清水　拓人（鶴巻温泉病院　リハビリテーション部・作業療法士）
足立原　崇（鶴巻温泉病院・介護福祉士）

18：20～20：20　イブニングセミナー

「医療・介護同時改定の動向と対策」

座長：江澤　和彦（慢性期リハビリテーション協会　副会長）
講師：廣瀬　佳恵（厚生労働省保険局医療課　課長補佐）
武久　洋三（慢性期リハビリテーション協会　会長）

2月27日（火曜日）

9：00～10：50　シンポジウム3

「緩和ケアの関わり　―Enjoyment of life実現のために―」

座長：島崎　寛将（大阪国際がんセンター・作業療法士）
シンポジスト：小宮山　学（ありがとうみんなファミリークリニック平塚・医師）
田尻　寿子（静岡県立がんセンター・作業療法士）
添田　　遼（鶴巻温泉病院・理学療法士）
林　ゑり子（藤沢湘南台病院・看護師）
大村　恵子（アットホーム表参道クリニック・作業療法士）

11：00～12：00　特別講演

「これからの生活期リハビリテーション」

座長：木戸　保秀（慢性期リハビリテーション協会　副会長）
講師：水間　正澄（医療法人社団輝生会　本部教育研修局長　常務理事・医師）

12：10～13：00　ランチョンセミナー

13：10～14：00　神奈川県慢性期医療協会　協賛講演

「障害を乗り越える？障害者権利条約でパラダイムシフト！
～誰も排除しない・されない、インクルーシブな社会を目指して～」

座長：三輪　　健（平成横浜病院　院長）
講師：今村　　登（NPO法人自立生活センターSTEPえどがわ　理事長）

14：10～16：00　シンポジウム4

「障害を乗り越えて？」

座長：中村　春基（日本作業療法士協会　会長）
シンポジスト：中村　春基（日本作業療法士協会　会長）
今村　　登（STEPえどがわ　理事長）
田村　辰男（NPO法人　ライフサポートはりま　前理事長
姫路障害者連絡協議会　副会長）
古矢　香里（鶴巻温泉病院　看護部）

15:10～16:40　神奈川県慢性期医療協会　協賛

「ロボテック実演　―ロボット技術の紹介と実演―」

日本介護医療院協会　設立記念シンポジウム
開催のご案内

新たなモデル『介護医療院』の創設と展望

『介護医療院』は、単なる転換先の受け皿ではなく、住まいと生活を医療が支える新たなモデルとして創設され、2018年4月1日以降誕生致します。

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律が平成29年6月2日に公布され、介護保険法上の介護保険施設として、医療法上の医療提供施設として、『介護医療院』が創設されました。生活施設の機能重視を明確化すると共に、医療提供施設として、要介護高齢者の長期療養・生活施設として、介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービス（Ⅰ型）と老人保健施設相当以上のサービス（Ⅱ型）の2つのサービスが提供されます。

利用者の尊厳の保持と自立支援を理念に掲げ、長期療養・生活施設を補完する在宅療養も支援すると共に、地域に貢献し地域に開かれた交流施設としての役割を担うことが期待されます。この度、『介護医療院』の健全なる成熟を願い、あるべき姿を追求すべく「日本介護医療院協会」を設立させて頂くこととなりましたので、何卒ご支援ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

日本慢性期医療協会　会長　武久洋三
日本介護医療院協会　会長　江澤和彦

開催概要

【日　　時】平成３０年４月２日（月）１５：００～１７：００　設立記念シンポジウム
１８：００～　　設立記念祝賀会

【会　　場】パレスホテル東京　４階山吹（東京都千代田区丸の内1-1-1）

【シンポジウム座長】江澤和彦（日本介護医療院協会　会長）

【シンポジスト】
鈴木康裕（厚生労働省　医務技監）
鈴木邦彦（日本医師会　常任理事）
武久洋三（日本慢性期医療協会　会長）
安藤高朗（衆議院議員）

【参 加 費】 無料