

日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：平成30年3月8日 16:30～
場所：日本慢性期医療協会

1. 介護医療院への転換に関するアンケート結果について
2. 病床数はこうして削減できる
病床面積基準を統一すべきである
3. お任せリハからの脱却を目指せ!!
これからは“リハビリカ”がポイント
「リハビリテーションに強くなろう」講座開催のご案内

日本慢性期医療協会

介護医療院等への転換意向に関するアンケート集計結果(平成30年2月実施)

(結果概要)

- 回答病院数 224病院
- 回答病床数 19,551床
うち 医療療養25:1 6,797床
介護療養 12,754床
- 医療療養25:1のみで見た転換意向
医療療養20:1へ転換 54.1%
未定 32.2%
- 介護療養のみで見た転換意向
介護医療院I型サービス費1へ転換 46.5%
未定 33.4%

医療療養25:1は20:1へ転換し、
介護療養は介護医療院I型サービス費1へ転換する傾向が見られる。
転換時期; 2018年に3~5割程度が転換し、概ね2020年までには転換を終える見込み

日本慢性期医療協会 介護医療院等への転換意向に関するアンケート集計結果（平成30年2月実施）

1. 医療療養病床25対1の転換予定先

病床種別	病院数	病床数
医療療養病床25対1 + 介護療養病床	224	19,551
医療療養病床25対1	93	6,797
介護療養病床	163	12,754
介護療養病床・療養機能強化型A	118	9,730
介護療養病床・療養機能強化型B	20	1,679
介護療養病床・その他	28	1,345

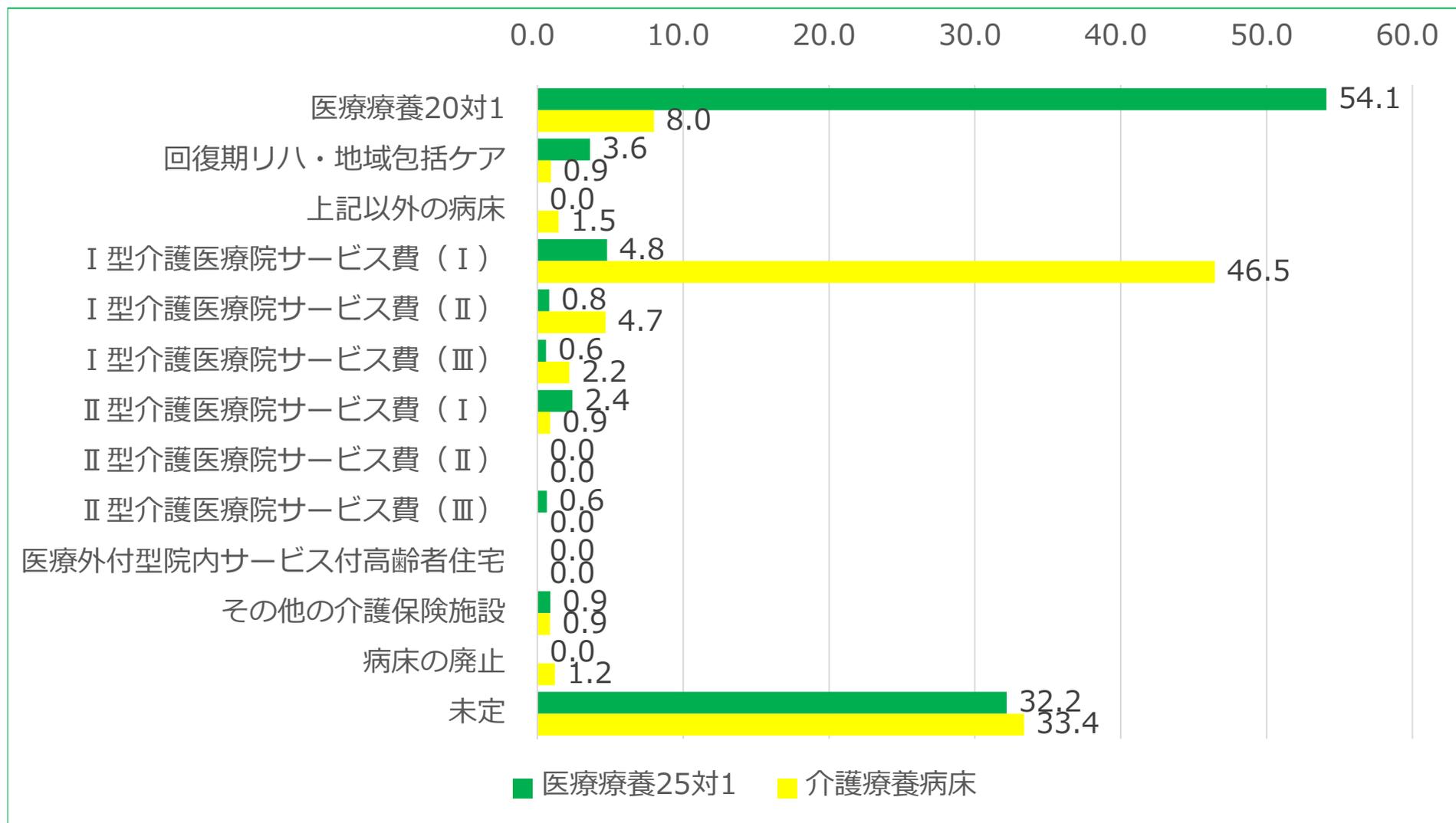
転換予定先	病院数	病床数	比率 (%)	転換予定時期（病床数）									
				2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年	未定		
病院 病床	医療療養20対1	62	3,677	54.1	3,047	163	131	56	0	26	78	176	
	回復期リハ・ 地域包括ケア	8	245	3.6	173	54	0	18	0	0	0	0	
	上記以外の病床	0	0	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0	
介護 医療院	I型	サービス費（Ⅰ）	7	325	4.8	84	197	0	0	0	0	0	44
		サービス費（Ⅱ）	1	55	0.8	0	0	55	0	0	0	0	0
		サービス費（Ⅲ）	1	40	0.6	0	0	0	40	0	0	0	0
	II型	サービス費（Ⅰ）	5	163	2.4	119	0	30	14	0	0	0	0
		サービス費（Ⅱ）	0	0	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0
		サービス費（Ⅲ）	1	44	0.6	44	0	0	0	0	0	0	0
医療外付型 院内サービス付高齢者住宅	0	0	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0		
その他の介護保険施設	1	60	0.9	60	0	0	0	0	0	0	0		
病床の廃止	1	1	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
未定	27	2,187	32.2										

2. 介護療養病床の転換予定先

病床種別	病院数	病床数
医療療養病床25対1+介護療養病床	224	19,551
医療療養病床25対1	93	6,797
介護療養病床	163	12,754
介護療養病床・療養機能強化型 A	118	9,730
介護療養病床・療養機能強化型 B	20	1,679
介護療養病床・その他	28	1,345

転換予定先	病院数	病床数	比率 (%)	転換予定時期 (病床数)									
				2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年	未定		
病院 病床	医療療養20対1	32	1,019	8.0	324	196	210	74	46	14	0	155	
	回復期リハ 地域包括ケア	5	118	0.9	82	36	0	0	0	0	0	0	
	上記以外の病床	3	185	1.5	185	0	0	0	0	0	0	0	
介護 医療 院	I型	サービス費 (I)	68	5,926	46.5	2,834	1,036	1,145	418	100	115	0	278
		サービス費 (II)	8	597	4.7	326	208	63	0	0	0	0	0
		サービス費 (III)	3	280	2.2	230	50	0	0	0	0	0	0
	II型	サービス費 (I)	4	111	0.9	0	40	20	51	0	0	0	0
		サービス費 (II)	0	0	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0
		サービス費 (III)	0	0	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0
医療外付型 院内サービス付高齢者住宅	0	0	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0		
その他の介護保険施設	2	110	0.9	0	80	30	0	0	0	0	0		
病床の廃止	8	152	1.2	115	0	35	2	0	0	0	0		
未定	66	4,256	33.4										

(グラフ) 転換予定先 医療療養病床 25対1 と介護療養病床の比較 比率 (%)



日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：平成30年3月8日 16:30～
場所：日本慢性期医療協会

1. 介護医療院への転換に関するアンケート結果について
2. 病床数はこうして削減できる
3. お任せリハからの脱却を目指せ!!

これからは“リハビリカ”がポイント

「リハビリテーションに強くなろう」講座 開催のご案内

日本のすべての病床面積は
1床当たり6.4m²となっている。

しかしながら一部の一般病床において、
現在でも病床面積 4.3m^2 ／床・6～8人部屋の
病院が経過措置で守られている。
この経過措置は、平成13年3月末までに
許可を得て開設した病院に対するものである。

第二 人員配置基準及び構造設備基準に関する事項

一 一般病床について

一般病床については、看護職員の人員配置基準が現行の入院患者四人に対して一人から入院患者三人に対して一人に引き上げられたこと。

また、構造設備基準について、患者一人当たりの病床面積及び病室に面する廊下の幅が引き上げられたこと。

(一) 人員配置基準(新省令第一九条)

- ① 医師の員数は、入院患者一六人に対し一人を標準とすること。
- ② 薬剤師の員数は、入院患者七〇人に対し一人を標準とすること。
- ③ 看護婦及び准看護婦の員数は、入院患者三人に対し一人を標準とすること。

(二) 構造設備基準(新省令第一六条関係)

- ① **病室の床面積は、内法で患者一人につき六、四平方メートル以上とすること。**
- ② 病室に面する廊下の幅は、内法で、片側居室の場合一、八メートル以上、両側居室の場合二、一メートル以上とすること。

二 病院の療養病床について

病院の療養病床については、長期療養に相応しい療養環境を提供できるよう、これまでの病院の療養型病床群の基準と同じ人員配置基準、構造設備基準が定められたこと。

(一) 人員配置基準(新省令第一九条)

- ① 医師の員数は、入院患者四八人に対し一人を標準とすること。
- ② 薬剤師の員数は、入院患者五〇人に対し一人を標準とすること。
- ③ 看護婦及び准看護婦の員数は、入院患者六人に対し一人を標準とすること。
- ④ 看護補助者の員数は、入院患者六人に対し一人を標準とすること。
- ⑤ 理学療法士及び作業療法士の員数は、病院の実情に応じた適当数とすること。

(二) 構造設備基準(新省令第一六条及び第二一条)

- ① **病室の病床数は、四床以下とすること。**
- ② **病室の床面積は、内法で患者一人につき六、四平方メートル以上とすること。**
- ③ 病室に面する廊下の幅は、内法で、片側居室の場合一、八メートル以上、両側居室の場合二、七メートル以上とすること。
- ④ 一以上の機能訓練室は、内法で四〇平方メートル以上の床面積を有し、必要な器械及び器具を備えなければならないこと。
- ⑤ 療養病床を有する病院が有しなければならない施設は、談話室、食堂及び浴室とすること。
- ⑥ 談話室は、療養病床の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しむ広さを有しなければならないこと。
- ⑦ 食堂は、療養病床の入院患者一人につき一平方メートル以上の広さを有しなければならないこと。
- ⑧ 浴室は、身体の不自由な者が入浴するのに適したものでなければならないこと。

○医療法等の一部を改正する法律等の施行について(平成13年2月22日)(医政発第125号)
(各都道府県知事あて厚生労働省医政局長通知)より

7対1一般病床は、 4.3m^2 / 床・6~8人部屋
でも、 6.4m^2 / 床・4人部屋でも
入院基本料は同額である。

唯一、地域包括ケア病棟では、病床面積
6.4m²/床以上しか入院料1を算定できない。
入院料 1 と 2 の差は月15万円にもなる。

2年後には病床面積基準を統一すべきである。

$$4.3 \text{ m}^2 / \text{床} \times 6 \text{ 人部屋} = 25.8 \text{ m}^2$$
$$25.8 \text{ m}^2 / 6.4 \text{ m}^2 \div 4.03$$

4.3 m² / 床・6人部屋を、6.4 m² / 床の
病床面積基準に合わせると、4人部屋になる。

1. 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成29年12月	平成29年11月			平成29年12月	平成29年11月	
総数	179 171	179 314	△ 143	総数	1 653 544	1 654 758	△ 1 214
病院	8 404	8 411	△ 7	病院	1 555 092	1 556 157	△ 1 065
精神科病院	1 057	1 057	-	精神病床	331 528	331 664	△ 136
一般病院	7 347	7 354	△ 7	感染症病床	1 848	1 846	2
療養病床を有する病院（再掲）	3 787	3 790	△ 3	結核病床	5 199	5 179	20
地域医療支援病院（再掲）	557	557	-	療養病床	325 373	325 859	△ 486
				一般病床	891 144	891 609	△ 465
一般診療所	101 903	101 981	△ 78	一般診療所	98 388	98 537	△ 149
有床	7 218	7 236	△ 18				
療養病床を有する 一般診療所（再掲）	895	898	△ 3	療養病床（再掲）	9 020	9 045	△ 25
無床	94 685	94 745	△ 60				
歯科診療所	68 864	68 922	△ 58	歯科診療所	64	64	-

厚生労働省 医療施設動態調査（平成 29 年 12 月末概数）より

精神病床 331,528 床
 一般病床 891,144 床
 計 1,222,672 床

療養病床を除く一般病床・精神病床合わせて約120万床のうち、 4.3m^2 / 床の病床が1 / 4 の約30万床あるとしたら、病床面積基準を 6.4m^2 / 床に合わせることに
よって、約30万床の病床が約20万床に、10万床を減らすことが出来る。

2015年	日本	ドイツ	フランス	アメリカ	イギリス
人口 1000人当たり 病床数	13.17	8.13	6.13	2.61※1	2.83

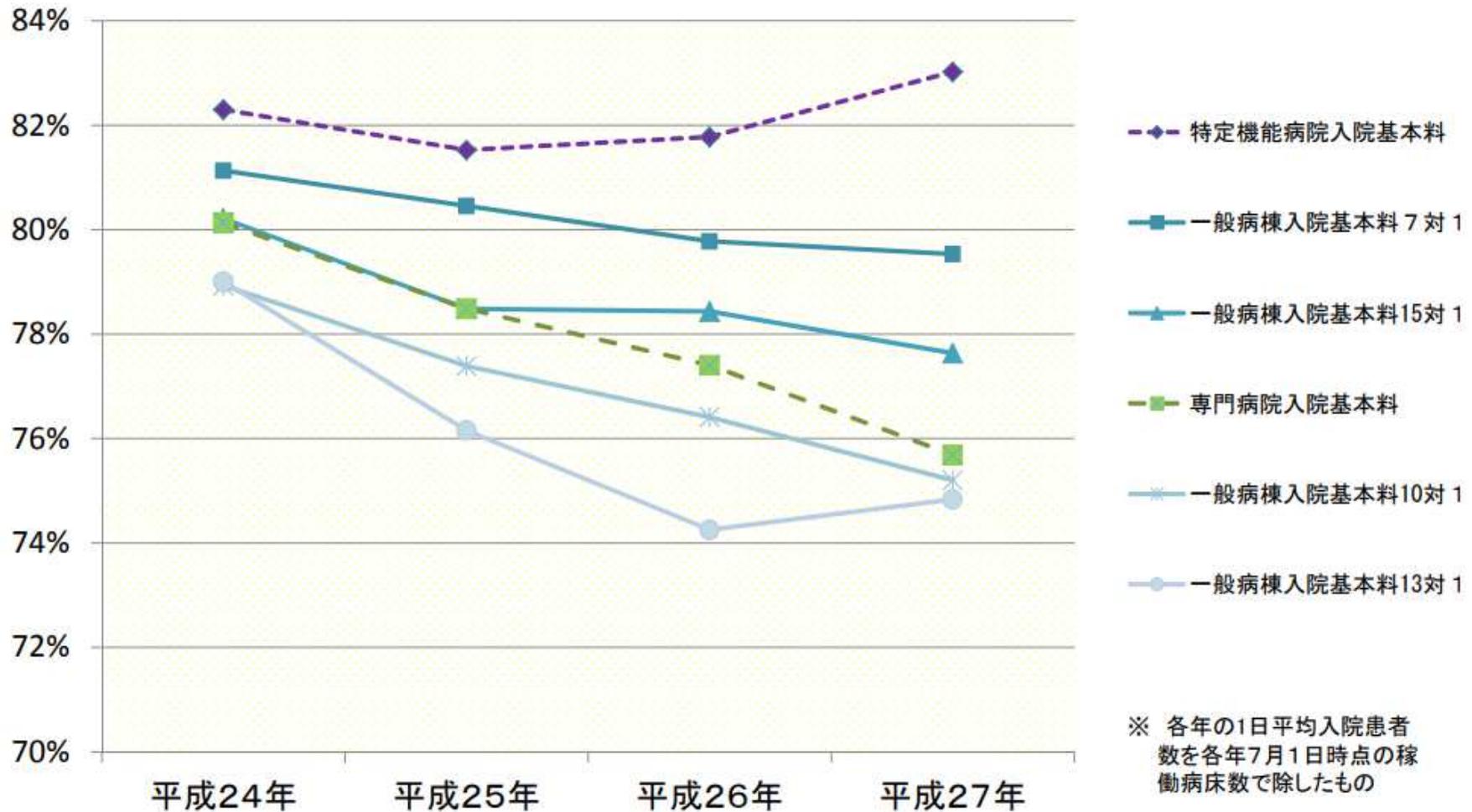
資料：GLOBAL NOTE 出典：OECD「※1」は2014年のデータ

2015年	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
平均入院日数	6.1※1	7.0	9.0	10.1※1	5.9	29.1
平均入院日数 (急性期)	5.5※1	6.0	7.6	5.7※1	5.7	16.5

資料：GLOBAL NOTE 出典：OECD「※1」は2014年のデータ

病床数が多すぎれば、どうしてもダラダラと必要以上に平均在院日数が延びるでしょうね。

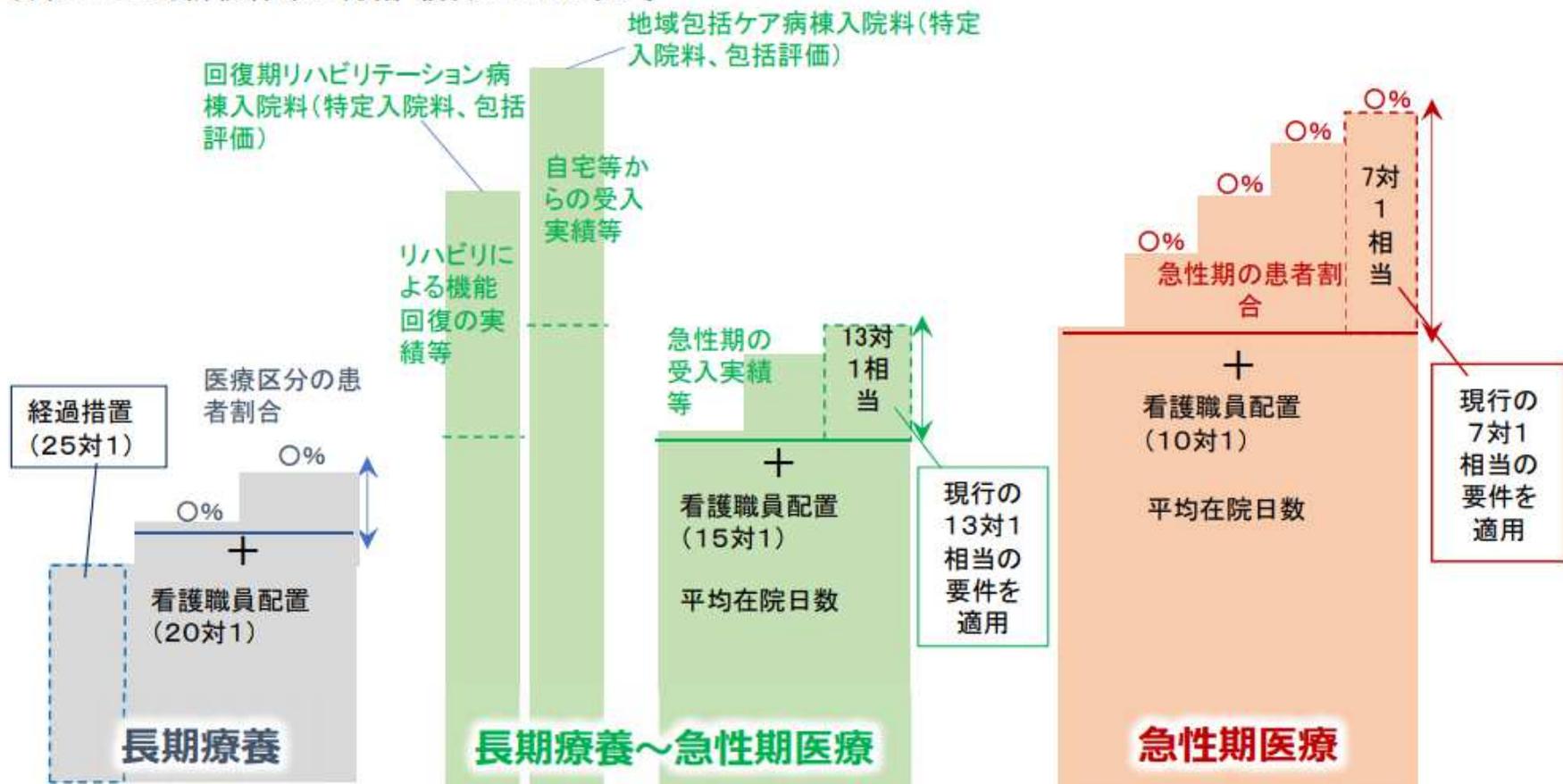
○ 一般病棟入院基本料の稼働率※は概ね低下傾向である。



※ 各年の1日平均入院患者数を各年7月1日時点の稼働病床数で除したもの

二つの評価の組合せによる入院医療の評価体系(イメージ)

- 将来的な入院医療需要の変動にも弾力的に対応できるよう、現行の一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等について、3つの機能を軸に、入院料(施設基準)による評価(基本部分)と、診療実績に応じた段階的な評価(実績部分)との、組み合わせによる評価体系に再編・統合してはどうか。



療養病棟入院基本料(20対1、25対1)を再編・統合

一般病棟入院基本料(13対1、5対1)等を再編・統合

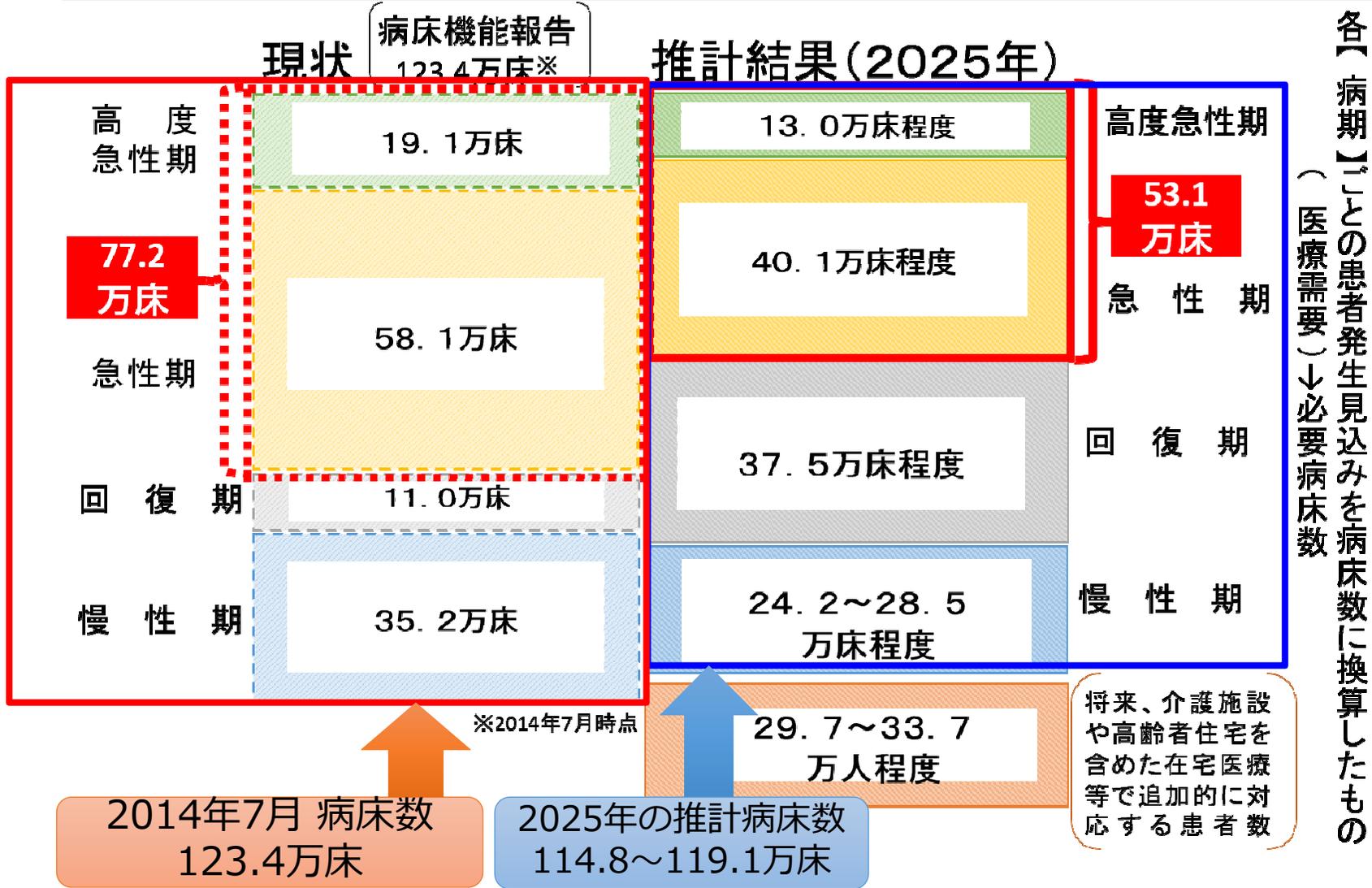
一般病棟入院基本料(7対1、10対1)を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料ため、上記のイメージには含めていない。10

考えられるべき病床機能

1. 急性期 (急性期一般病棟)
(医療センター的機能
重度急性期)
2. 地域包括期 (地域一般病棟,在宅連携
軽中度急性期)
(地域包括ケア病棟)
(リハビリテーション集中病棟)
3. 慢性期 (慢性期治療病棟,障害者病棟
在宅支援機能,慢性期救急)

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果



厚労省は2025年の医療機能別病床数の推計として、**4.3~8.6万床**の削減を予想している。

日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：平成30年3月8日 16:30～
場所：日本慢性期医療協会

1. 介護医療院への転換に関するアンケート結果について
2. 病床数はこうして削減できる
3. お任せリハからの脱却を目指せ!!

これからは“リハビリカ”がポイント

「リハビリテーションに強くなろう」講座 開催のご案内

◆リハビリテーションマネジメント加算の見直し

リハビリテーションに関する医師の詳細な指示（利用者に対するリハの目的と、リハ開始前または実施中の留意事項、やむを得ずリハを中止する際の基準、リハにおける利用者に対する負荷など）について、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件として明確化し、別途評価する。

現行 (訪問リハビリテーション)	改定後 (訪問リハビリテーション)
リハビリテーションマネジメント加算(I) 60単位/月	リハビリテーションマネジメント加算(I) 230単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(II) 150単位/月	リハビリテーションマネジメント加算(II) 280単位/月
	リハビリテーションマネジメント加算(III) 320単位/月
	リハビリテーションマネジメント加算(IV) 420単位/月
現行 (通所リハビリテーション)	改定後 (通所リハビリテーション)
リハビリテーションマネジメント加算(I) 230単位/月	リハビリテーションマネジメント加算(I) 330単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(II) 6月以内 1020単位/月 6月以降 700単位/月	リハビリテーションマネジメント加算(II) 6月以内 850単位/月 6月以降 530単位/月
	リハビリテーションマネジメント加算(III) 6月以内 1120単位/月 6月以降 800単位/月
	リハビリテーションマネジメント加算(IV) 6月以内 1220単位/月 6月以降 900単位/月

◆リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの見直し

現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)における医師のリハビリテーション会議への参加についてテレビ電話等の活用が可能となった。

(例；スマートフォンのテレビ電話機能の活用)

【現行】加算Ⅱ

- (1) リハビリテーション会議を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録すること
- (2) リハビリテーション計画について**医師が**利用者又は家族に対して説明し、同意を得ること
- (3) 6月以内は1月に1回以上、6月以降は3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直すこと
- (4) PT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- (5) 以下のいずれかに適合すること
 - (一) PT、OT又はSTが、指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
 - (二) PT、OT又はSTが利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
- (6) (1) から (5) までに適合することを確認し、記録すること

	リハビリテーション会議への参加	説明	リハビリテーション計画
新加算(Ⅱ)	現行の加算Ⅱの要件(Ⅰ)と(Ⅵ)	説明し、同意を得る	医師の代わりにリハスタッフが
新加算(Ⅲ)		説明し、同意を得る	リハビリテーション計画について 医師が
新加算(Ⅳ)		説明し、同意を得る	利用者又は家族に対して
新 リハビリテーション実施に関する医師の詳細な指示		現行の加算Ⅱの要件(Ⅰ)の緩和 医師の会議参加はテレビ電話等の使用可	
		VISITを活用したデータ提出	

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					
「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	
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	
在宅復帰率	-		7割以上			
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)

実績部分

《 お任せリハからの脱却を目指せ！！ 》

これからは“リハビリ力”がポイント

「リハビリテーションに強くなろう講座」開催のご案内

～リハにあまり携わってこられなかった医師とリハ療法士責任者の皆様へ～

平成30年度同時改定では、診療報酬をみるとリハ実績指数（FIM利得）によるアウトカム評価が、介護報酬をみるとリハビリテーションマネジメント加算が大きく評価されています。いずれも医師の関与の強化が打ち出されており、リハビリテーション（以下リハ）をいかに提供し、在宅復帰に結びつけていけるかがポイントになっています。

この改定内容からおわかりになるように、これからの地域医療では、ご専門分野に関わらず、医師がリハに強く関わっていくことが求められております。そして、自院が地域で生き残っていくことができるかどうかは、リハをいかに適切に提供できるかにかかっているとも言えます。ただ、これまで一般的に行われていたような歩行訓練という考え方のリハでは在宅復帰をすすめていくには不十分です。歩行ができるようになってもトイレ動作ができないのでは在宅に戻れません。食べること、排泄することが自立に近づけるようなリハを提供することが優先されるべきであり、今回の改定でもそれが評価される仕組みに変わってまいりました。

本講座では、医師がこれからリハに関わっていくための基本的な考え方、リハのポイントから具体的な指示書の出し方まで学ぶことができます。これまでリハにあまり関心をお持ちでなかった先生方はもちろんのこと、リハ専門医の先生方も奮ってご参加ください。

また、本講座は、現場で医師をサポートするリハ療法士の責任者におかれましても、医師を中心としたリハチームをどう活動させていけばよいのかを学べる機会となっております。リハマネジメントをすすめ、FIM利得をアップさせていくためには、医師とリハ療法士の連携が不可欠です。そこで、リハ療法士責任者の皆様の聴講も歓迎いたしますので、是非お申込くださいますようお願い致します。

開催概要

【日 程】平成30年3月18日(日) 10:00~18:00

【会 場】東京研修センター (東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階)

【講師および講義内容】 *講義各80分

◎久保俊一 (日本リハビリテーション医学会 理事長)

「リハビリテーション医学・医療総論」 - リハビリの考え方などの基本を学びます

◎武久洋三 (日本慢性期医療協会 会長)

「高齢者医療におけるリハビリテーションの実際」 - FIM利得のための具体的方法などを学びます

◎石田和也 (京都府立医科大学 リハビリテーション医学教室 講師)

「摂食リハビリテーションの実際」 - 高齢者の在宅復帰を促す摂食リハビリテーションを学びます

◎西尾俊治 (南高井病院 院長)

「排泄リハビリテーションの実際」 - 高齢者の在宅復帰を促す排泄リハビリテーションを学びます

◎池村 健 (博愛記念病院 リハビリテーション部長)

「リハビリテーション指示書の実際」 - 現場の理学療法士から、医師の指示書の書き方を学びます

【参加費】 医師：日慢協 会員施設 18,000円 / 非会員施設 25,000円 (昼食含む)

リハ療法士：日慢協 会員施設 8,000円 / 非会員施設 15,000円 (昼食含む)

【申込締切】平成30年3月7日 (水)

【主 催】日本慢性期医療協会 tel. 03-3355-3120 <http://jamcf.jp/>