

日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：平成31年2月14日 16:30～

場所：日本慢性期医療協会

1. 介護医療院への転換状況について
2. 小さな市町村は、介護保険財政を安定させるため、人口20万人程度の規模に集約して、介護保険の保険者としてはどうか。
3. 「移行定着支援加算」の算定期限を延長していただきたい
4. 介護保険施設の機能の明確化について
5. 第6回慢性期リハビリテーション学会について

介護医療院の開設状況について

(1) 介護医療院の施設数

	平成30年 4/30時点	平成30年 6/30時点	平成30年 9/30時点	平成30年 12/31時点
I型介護医療院の施設数	3	13	35	68
II型介護医療院の施設数	2	8	26	43
I型及びII型混合の施設数	0	0	2	2
介護医療院の合計施設数	5	21	63	113
転換元の施設数（複数施設が統合し転換する場合があります、上記施設数とは必ずしも合計数が一致しません）				
介護療養病床（病院）	2	10	32	66
介護療養病床（診療所）	0	1	1	4
老人性認知症疾患療養病棟（精神病床）	0	0	0	0
介護療養型老人保健施設	2	7	20	27
医療療養病床（平成30年度改定後の診療報酬の療養病棟入院料1又は2を算定している病床）	1	4	12	21
医療療養病床（平成30年度改定後の診療報酬の経過措置が適応されている病床）	1	1	5	9
医療療養病床（診療所）	1	2	2	3
介護療養型医療施設・医療療養病床以外の病床	0	0	0	1
その他のベッド	0	0	0	0
新設	0	0	0	1

介護医療院の開設状況について

(1) 介護医療院の施設数

都道府県ごとの施設数	内訳			
	平成30年 4/30時点	平成30年 6/30時点	平成30年 9/30時点	平成30年 12/31時点
北海道	0	2	6	10
青森県	0	0	1	1
岩手県	0	0	0	0
宮城県	0	0	0	0
秋田県	0	0	1	1
山形県	0	0	0	0
福島県	0	0	0	2
茨城県	0	0	1	1
栃木県	0	0	0	0
群馬県	1	1	2	3
埼玉県	0	1	3	3
千葉県	0	0	0	0
東京都	0	0	0	0
神奈川県	0	0	0	0
新潟県	0	0	0	0
富山県	1	1	4	8
石川県	0	1	2	3
福井県	0	0	1	1
山梨県	0	0	0	1
長野県	0	0	1	2
岐阜県	0	0	1	1
静岡県	0	1	3	6
愛知県	0	1	3	6
三重県	0	0	0	0
滋賀県	0	0	0	0
京都府	0	0	0	0
大阪府	0	0	1	2
兵庫県	0	0	0	2
奈良県	0	0	1	3
和歌山県	0	0	0	0
鳥取県	0	0	0	2
島根県	1	1	1	3
岡山県	0	0	5	6
広島県	0	1	3	4
山口県	0	2	6	9
徳島県	1	2	3	4
香川県	0	2	2	2
愛媛県	0	1	1	1
高知県	0	0	0	3
福岡県	0	0	1	4
佐賀県	0	1	2	2
長崎県	1	3	3	3
熊本県	0	0	0	4
大分県	0	0	2	4
宮崎県	0	0	0	0
鹿児島県	0	0	2	5
沖縄県	0	0	1	1

平成30年12月31日時点
介護医療院の施設数「0」

- ・ 岩手県
- ・ 宮城県
- ・ 山形県
- ・ 栃木県
- ・ 千葉県
- ・ 東京都
- ・ 神奈川県
- ・ 新潟県
- ・ 三重県
- ・ 滋賀県
- ・ 京都府
- ・ 和歌山県
- ・ 宮崎県

厚生労働省ホームページ
「介護医療院の開設状況」より

(2) 介護医療院の療養床数

	平成30年 4/30時点	平成30年 6/30時点	平成30年 9/30時点	平成30年 12/31時点
I型の療養床数	264	781	2,524	4,672
II型の療養床数	119	619	2,059	2,742
療養床数（合計）	383	1,400	4,583	7,414
転換元の病床数等				
介護療養病床（病院）	205	621	2,549	4,551
介護療養病床（診療所）	0	10	10	70
老人性認知症疾患療養病棟（精神病床）	0	0	0	0
介護療養型老人保健施設	100	629	1,382	1,722
医療療養病床（平成30年度改定後の診療報酬の療養病棟入院料1又は2を算定している病床）	40	97	383	638
医療療養病床（平成30年度改定後の診療報酬の経過措置が適応されている病床）	19	19	235	401
医療療養病床（診療所）	19	24	24	28
介護療養型医療施設・医療療養病床以外の病床	0	0	0	3
その他のベッド	0	0	0	0
新設	0	0	0	1

(H28年7月1日現在) **25対1療養 65,925床**※1①

(H29年10月1日現在) **介護療養 53,352床**※2②

①+② = 119,277床

※1：平成29年12月8日 中医協総会資料より

※2：平成29年介護サービス施設・事業所調査（平成29年10月1日）より

厚生労働省ホームページ 「介護医療院の開設状況」より

**平成30年12月31日時点
介護医療院療養床数合計
7,414床**

わずか6.2%しか転換していない

(2)介護医療院の療養床数

都道府県ごとの療養床数	内訳			
	平成30年 4/30時点	平成30年 6/30時点	平成30年 9/30時点	平成30年 12/31時点
北海道	0	188	440	606
青森県	0	0	12	12
岩手県	0	0	0	0
宮城県	0	0	0	0
秋田県	0	0	42	42
山形県	0	0	0	0
福島県	0	0	0	35
茨城県	0	0	60	60
栃木県	0	0	0	0
群馬県	67	67	217	264
埼玉県	0	98	232	232
千葉県	0	0	0	0
東京都	0	0	0	0
神奈川県	0	0	0	0
新潟県	0	0	0	0
富山県	170	170	317	564
石川県	0	143	203	273
福井県	0	0	80	80
山梨県	0	0	0	58
長野県	0	0	58	155
岐阜県	0	0	36	36
静岡県	0	58	282	451
愛知県	0	42	219	307
三重県	0	0	0	0
滋賀県	0	0	0	0
京都府	0	0	0	0
大阪府	0	0	39	97
兵庫県	0	0	0	196
奈良県	0	0	238	444
和歌山県	0	0	0	0
鳥取県	0	0	0	86
島根県	52	52	52	148
岡山県	0	0	270	294
広島県	0	42	492	532
山口県	0	75	369	562
徳島県	19	51	109	125
香川県	0	130	130	130
愛媛県	0	31	31	31
高知県	0	0	0	193
福岡県	0	0	58	414
佐賀県	0	22	74	74
長崎県	75	231	231	231
熊本県	0	0	0	162
大分県	0	0	104	211
宮崎県	0	0	0	0
鹿児島県	0	0	88	209
沖縄県	0	0	100	100

厚生労働省ホームページ
「介護医療院の開設状況」より

医療療養病床から介護医療院への
転換が進んでいない。
小さな市町村では介護保険料が上がる
のを懸念して、医療療養病床からの
転換を認めようとしていない。

地域医療介護総合確保基金

今年度（2018年度）からは「医療機関のダウンサイジング」に向けた
 ▼建物の改修（病院病棟から他用途への転換等） ▼不要となる建物・機器の処分
 ▼早期退職制度—などにも活用することが認められている。

平成30年度 地域医療介護総合確保基金（医療分） 今後の対応予定	
<p>○ 事業区分1については、約50億円の残額があるため、再度募集を行った上、追加で内示する予定。</p> <p>○ なお、平成30年度から事業区分1「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」で実施できる事業の対象範囲を拡大し、医療機関のダウンサイジング等に要する経費にも活用可能としたところ。</p>	
【参考】地域医療介護総合確保基金（事業区分1）の対象事業の拡充（平成30年度～）	
1. (1) 建物の改修整備費	1. (3) 人件費
<p>○対象となる経費 自主的なダウンサイジングに伴い不要となる病棟・病室等を他の用途へ変更（機能転換以外）するために必要な改修費用</p> <p>○対象となる建物 各都道府県の地域医療構想公示日までに取得（契約）したもの</p> <p>○標準単価 1㎡当たり単価：（鉄筋コンクリート） 200,900円 （ブロック） 175,100円</p>	<p>○対象となる経費 早期退職制度（法人等の就業規則等で定めたものに限る）の活用により上積みされた退職金の割増相当額</p> <p>○対象となる職員 地域医療構想の達成に向けた機能転換やダウンサイジングに伴い退職する職員</p> <p>○上限額 6,000千円/人</p>
1. (2) 建物や医療機器の処分に係る損失	2. 地域医療構想調整会議が主催した地域医療構想セミナーの開催費用
<p>○対象となる経費 自主的なダウンサイジングに伴い、不要となる建物（病棟・病室等）や不要となる医療機器の処分（廃棄、解体又は売却）に係る損失（財務諸表上の特別損失に計上される金額に限る）</p> <p>○対象となる建物及び医療機器 各都道府県の地域医療構想公示日までに取得（契約）したもの</p> <p>※ 医療機器については、廃棄又は売却した場合に発生する損失のみを対象（「有姿除却」は対象外）。建物については、廃棄又は売却した場合に発生する損失を対象とするが、法人税法上「有姿除却」として認められる場合に限り、廃棄又は売却を伴わない損失についても対象。この場合、翌年度以降、解体する際に発生する損失についても対象。</p> <p>○対象となる勘定科目 ・固定資産除却損：固定資産を廃棄した場合の帳簿価額及び撤去費用 ・固定資産廃棄損：固定資産を廃棄した場合の撤去費用 ・固定資産売却損：固定資産の売却価額がその帳簿価額に不足する差額</p>	<p>○対象となる経費 医療機関や金融機関等の関係者に地域医療構想を理解してもらつために、地域医療構想調整会議が主催するセミナー、会議等の開催に必要な経費</p> <p>※ 医療機関が将来を見据えた投資を行う場合や、金融機関が医療機関に融資を行う場合には、関係する医療機関と金融機関とが、地域医療構想の考え方や議論の状況等に共通の認識を持ち、地域医療構想に沿った事業計画に基づき適切な投資・融資が行われる必要がある。</p> <p>【具体的な対象経費】 人件費、諸謝金、旅費、通信運搬費、会場借料、委託料等</p>

2018年9月14日
 第12回 医療介護
 総合確保促進会議
 資料より

29

25対1医療療養病床から介護医療院への転換を促進するために、介護保険財政に医療基金から補助を出してはどうか。

地方の過疎が進む市町村は高齢者が多く、
要介護者も多いので、介護保険財政が
厳しくなり、保険料を上げなければ
ならない。

小さな市町村は、介護保険財政を安定させるため、人口20万人程度の規模に集約して、介護保険の保険者としてはどうか。

介護保険サービスの提供量とも関係するが、
全国の市町村でそれぞれ介護保険の
保険料がバラバラである。
将来高齢化が進み、介護保険料が
一部の市町村で高騰するようなことが
ないように対応すべきではないか。

限られた医療資源を最大限に生かし、
医師や看護師が常駐する介護医療院は、
これまでにない概念の介護保険施設で
あり、利便性も高い。

療養病床等の概要

- 療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるもの。
- 医療保険の『医療療養病床(医療保険財源)』と、介護保険の『介護療養病床(介護保険財源)』がある。
- 要介護高齢者の長期療養・生活施設である新たな介護保険施設「介護医療院」を創設。(平成30年4月施行)

	医療療養病床		介護療養病床	介護医療院		介護老人保健施設	特別養護老人ホーム	
	療養1・2 (20対1)	経過措置 (25対1)		I型	II型			
概要	病院・診療所の病床のうち、 <u>主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの</u> ※療養1・2は医療区分2・3の患者がそれぞれ8割・5割以上		病院・診療所の病床のうち、 <u>長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供するもの</u>	要介護者の <u>長期療養・生活施設</u>		要介護者にリハビリ等を提供し、 <u>在宅復帰を目指す施設</u>	要介護者のための <u>生活施設</u>	
病床数	約15.1万床 ※1	約6.6万床 ※1	約5.5万床 ※2	—	—	約36.8万床 ※3 (うち介護療養型: 約0.9万床)	約56.7万床 ※3	
設置根拠	医療法(医療提供施設)							
	医療法(病院・診療所)		医療法(病院・診療所) 介護保険法(介護療養型医療施設)	介護保険法(介護医療院)		介護保険法(介護老人保健施設)	老人福祉法(老人福祉施設)	
施設基準	医師	48対1(3名以上)		48対1	100対1 (3名以上。宿直を行う医師を置かない場合は1名以上)	100対1(1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数	
	看護職員	4対1 (35年度末まで、6対1で可) (予定)	2対1 (3対1)	6対1	6対1	6対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1
	介護職員 ※4	4対1 (35年度末まで、6対1で可) (予定)		6対1～4対1 療養機能強化型は5対1～4対1	5対1～4対1	6対1～4対1		
面積	6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡以上 ※5		8.0㎡ ※6	10.65㎡(原則個室)	
設置期限	—		平成35年度末	(平成30年4月施行)		—	—	

※1 施設基準届出(平成28年7月1日) ※2 病院報告(平成29年3月分概数) ※3 介護サービス施設・事業所調査(平成27年10月1日) ※4 医療療養病床にあっては看護補助者。
 ※5 大規模改修まで6.4㎡以上で可。 ※6 介護療養型は大規模改修まで6.4㎡以上で可。

18

25対1医療療養病床や介護療養病床だけでなく、空床が目立つ一般病床からの転換ができれば、結果的に医療介護費用を抑制できることが十分に考えられる。

このままだと来年3月までに介護医療院への転換が十分に進まない可能性もある。一般病床からも介護医療院に早く転換させてあげてはどうか。

病院病床の30万床以上が空床となっている。これらの病床を介護のための病床として有効利用するために、一般病床からも介護医療院に転換しやすくすれば、新しい介護施設を作る必要がなく、効率的である。

入院費用の大変高い高度急性期でターミナル患者を入院治療する必要はない。ターミナル患者は、緩和ケア病棟か、介護医療院で看取るべきではないか。

【介護医療院への早期・円滑な移行】

介護療養型医療施設又は医療療養病床から介護医療院への転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みについて、最初に転換した時期を起算日として、1年間に限り算定可能な加算を創設する。ただし、当該加算については介護医療院の認知度が高まると考えられる平成33年3月末までの期限を設ける。

移行定着支援加算 93単位/日（新設）

- 介護療養型医療施設、医療療養病床又は介護療養型老人保健施設から転換した介護医療院である場合
- 転換を行って介護医療院を開設した等の旨を地域の住民に周知するとともに、当該介護医療院の入所者やその家族等への説明に取り組んでいること。
- 入所者及びその家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、地域の行事や活動等に積極的に関与していること。

介護医療院への転換が進んでいない
現状を踏まえて、「移行定着支援加算」
の算定期限を延長していただきたい。

病院は、治療して病状を改善し、病気を治すところであるという原則を明確にすべきである。そして介護保険施設はその施設により、機能を明確に分けて運用できるようにしてはどうか。

病院	治療して病状を改善し、病気を治すところ
介護医療院	要介護度も重く、病状も重い方のための施設 看取り機能
老健	比較的要介護度の軽い方の在宅復帰ための施設
特養	要介護度の重い方の収容施設
グループホーム	<u>認知症の方</u> で病状があまり重くない人の収容施設
その他 (有料老人ホームなど)	比較的に元気なものの自宅で自立生活が困難な方のための施設。

特養では医療スタッフが昼夜いるわけ
ではない。医療スタッフの少ない
特養での看取りを促進するよりも、
医療スタッフの多くいる介護医療院で
の看取りを進めるべき。

現在は多くの種類の施設ができていますが
機能的に分けて利用するようにした方が
効率的である。

また、あらゆる施設で最期まで看取るのは
難しい。多くの種類の施設を効率的に機能別
に運用する方が本人のためには
アウトカムが良い。

医療スタッフがほとんどいない施設でも
1度入れば、全てそこで最期まで看取ること
はスタッフに過大な業務となる。
厚労省は機能を見事なまでに明確に分けて
色々な施設を作ってくれている。
現場にいる私達スタッフは厚労省の指し示す
方向に向かって努力するべきではないか。

テーマ

地域づくりはリハビリテーション・マインドを持って



会期 2019.2.15金.16土

会場 ウェスタ川越

学会長 齊藤 正身
(医療法人真正会 霞ヶ関南病院 理事長)



川越市マスコット
ときも

基調講演

2月15日（金曜日） 13：30～15：00

「地域包括ケアを支える地域リハビリテーションシステム
～地域リハビリテーションの実践経験から～」

演者：澤村 誠志（兵庫県立総合リハビリテーションセンター）
座長：齊藤 正身（第6回慢性期リハビリテーション学会 学会長）

特別講演

2月16日（土曜日） 10：40～12：10

「地域包括ケアシステムの深化と地域リハビリテーション
～事業経営の観点から～」

演者：田中 滋（埼玉県立大学 理事長／慶應義塾大学 名誉教授）
座長：齊藤 正身（第6回慢性期リハビリテーション学会 学会長）

シンポジウム

シンポジウム1

2月15日（金曜日） 15：10～18：00

「2040年以降を見据えたリハビリテーションのあり方への提言」

シンポジスト：

久保 俊一（日本リハビリテーション医学会 理事長／
京都府立医科大学大学院 教授）

小塩 真史（厚生労働省保険局医療課長補佐）

木内 哲平（厚生労働省老健局老人保健課
介護保険データ分析室長）

武久 洋三（日本慢性期医療協会 会長）

座長：栗原 正紀（長崎リハビリテーション病院 理事長・院長）

司会：木下 祐介（慢性期リハビリテーション協会 副会長）

シンポジウム2

2月16日（土曜日） 15：00～16：40

「慢性期リハに求められるセラピスト像

～若手セラピストへのメッセージ～

シンポジスト：

半田 一登（日本理学療法士協会 会長）

中村 春基（日本作業療法士協会 会長）

深浦 順一（日本言語聴覚士協会 会長）

浜村 明德（小倉リハビリテーション病院 名誉院長）

座長：浜村 明德（小倉リハビリテーション病院 名誉院長）

教育講演

教育講演1

2月16日（土曜日） 9：30～10：30

「医療・介護連携とリハビリテーション」

演者：江澤 和彦（日本医師会 常任理事）

座長：橋本 康子（慢性期リハビリテーション協会 会長）

教育講演2

2月16日（土曜日） 13：20～14：20

「在宅リハビリテーションの現状と課題

～通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションの
立場から～」

演者：岡野 英樹（全国デイ・ケア協会 理事）

宮田 昌司（日本訪問リハビリテーション協会 会長）

座長：木戸 保秀（慢性期リハビリテーション協会 副会長）