



平成医療福祉グループ
HEISEI MEDICAL WELFARE GROUP

地域多機能病院における総合診療医の役割

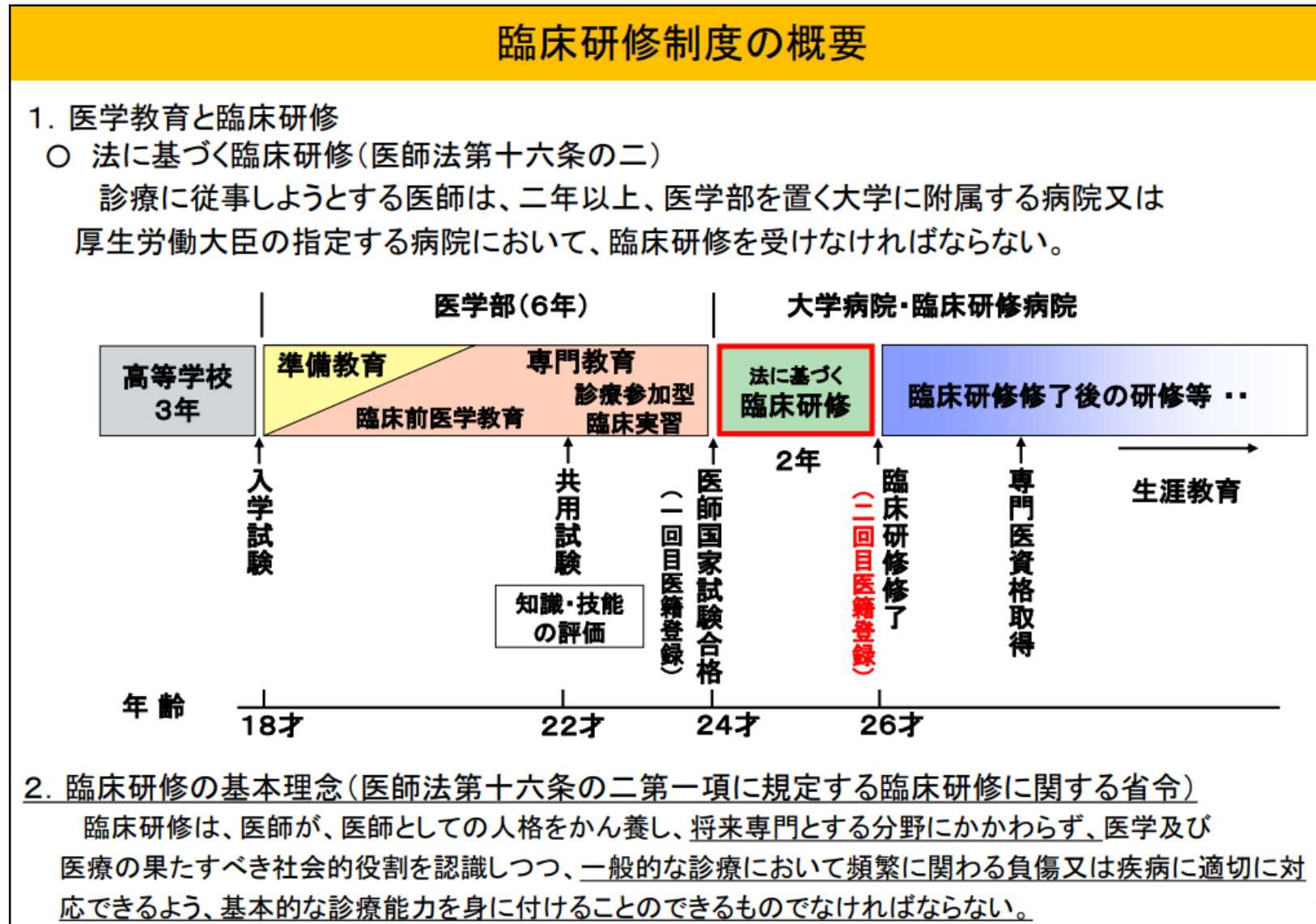
一般社団法人 日本慢性期医療協会	名誉会長
一般社団法人日本地域医療学会	理事
医療法人平成博愛会 博愛記念病院	理事長

武久 洋三

2022年12月3日 11:05～12:15
第1回日本地域医療学会 学術集会
富士ソフト アキバプラザ

- ◆ 医師の卒後臨床研修は、1946年（昭和21年）にインターン制度が創設されたことから始まりました。
- ◆ しかしインターン闘争や国試ボイコットなどにより、1968年（昭和43年）にインターン制度は廃止されました。
- ◆ 卒後臨床研修は1968年（昭和43年）から2003年（平成15年）まで一切行われず卒後直ちに医局に入ったので、この35年間は、医師の卒後臨床研修制度はなく、したがって、現在78歳頃から41歳頃の医師は、原則として卒後臨床研修は受けていません。

- ◆ そして2004年（平成16年）に卒後2年以上の臨床研修が必修化とされる新医師臨床研修制度が創設されました。



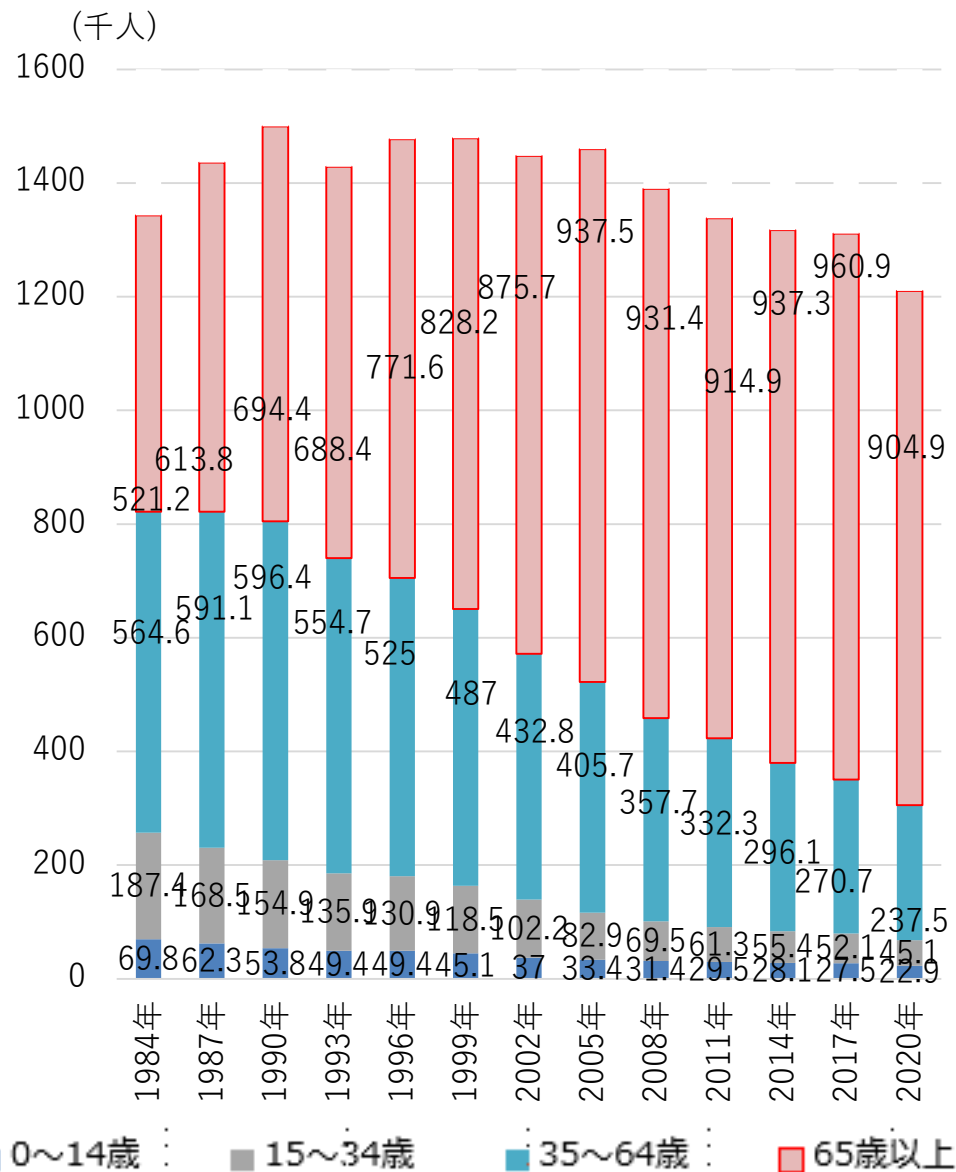
- ◆ 新医師臨床研修制度は、いわゆる「前期研修」「後期研修」と呼ばれ、「後期研修」が医局所属の専門医の年数に加えることができるので、ほとんどの医師が臓器別専門医を目指して4年以上の後期臨床研修を受けています。
- ◆ 「前期研修」は、基本的な医師としての研修で、リスクの高い医療行為などは避けるように教育されています。
- ◆ さらに「後期研修」とは名ばかりで、医局に入って、各病院で医師活動をしているのが実態で、本来の後期研修は専門医研修になっています。

- ◆ 2018年から新たな新専門医制度が始まりました。
- ◆ 日本専門医機構の報告によると、2022年度に採用された専攻医は9448人で、このうち総合診療専門医を目指す医師は250人（2.6％）しかいません。
- ◆ 医学部に総合診療医講座のあるところがとても少なくなっているのです。

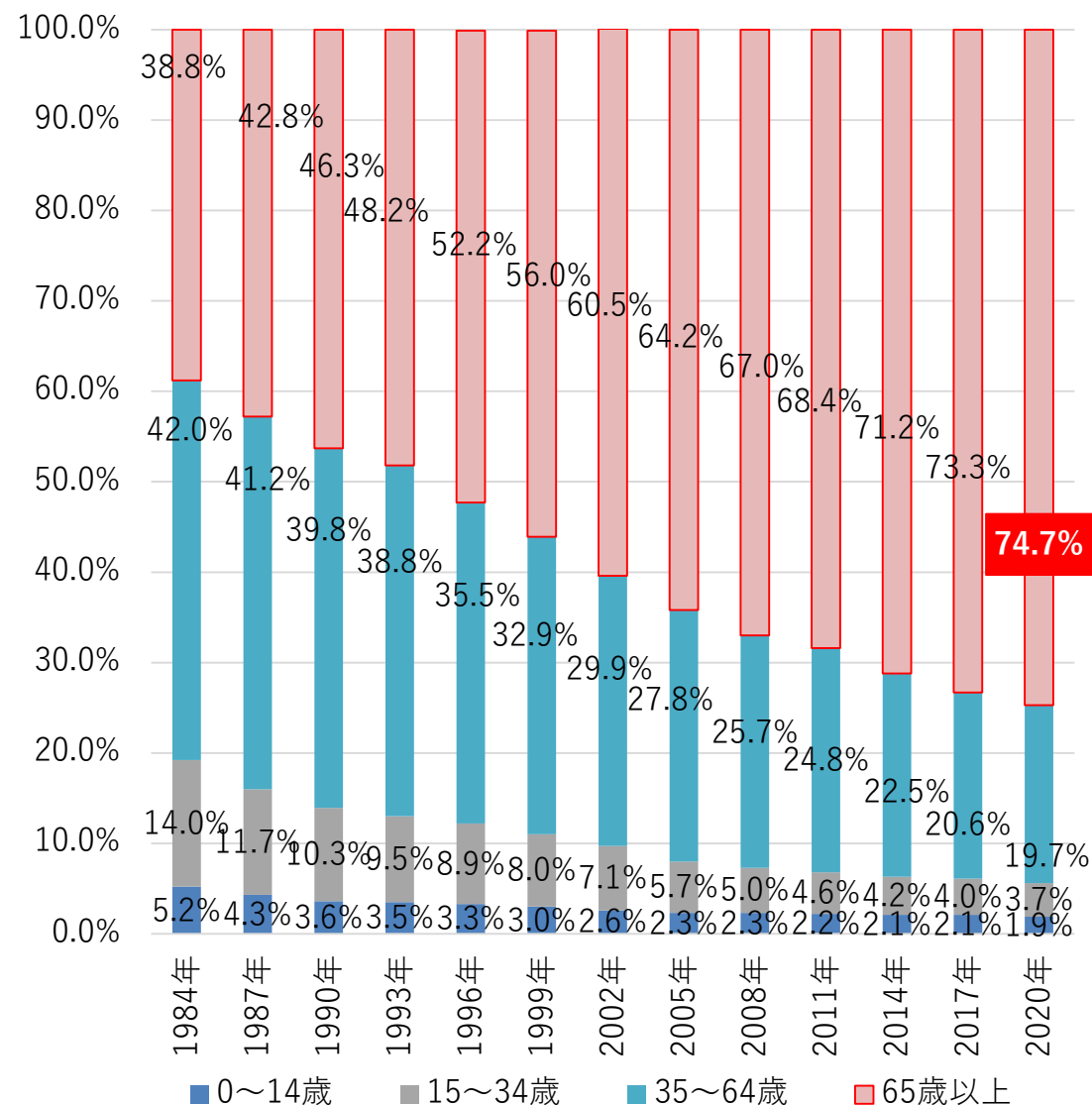
- ◆現在、急性期病院でも入院患者の75%以上は65歳以上の高齢患者が占めています。
- ◆高齢患者のほとんどが多くの臓器に病変を抱えています。

入院患者の3/4は65歳以上高齢者が占めている

入院患者数（年齢階級別、推計患者数）



入院患者数（年齢階級別、比率）



病床種別ごとの入院患者の平均年齢

一般(7対1)※1	69.4歳	n=12,496人
一般(10対1)※1	73.5歳	n=2,952人
回復期リハビリ病棟※2	76.9歳	n=21,470人
地域包括ケア病棟・病室※1	79.1歳	n=1,350人
療養病棟※1	81.3歳	n=4,850人

地域包括ケア
病棟は明らかに
高齢者用の
病床である

(※1) 2017年11月9日 平成29年度第12回入院医療等の調査・評価分科会 資料(平成28年度入院医療等の調査(患者表))より

(※2) 2021年 2月 一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書より

高齢者の入院増加に対して十分に対応できていますか？

ちゃんと高齢者の病気を治せていますか？

(22病院) 新入院患者の検査値の異常値割合

平成22年1月から令和4年6月に、当院を含む計22病院に入院した患者88,752名(平均年齢:80.8歳)の、入院時検査における検査値の異常値割合

異常検査値※	患者数(人)	割合(%)	平均	一番悪い値
BUN 20.1以上	35,556	40.1%	32.7	291.4
Na 138.0未満	38,869	43.8%	134.0	89.3
Na 145.1以上	3,350	3.8%	150.0	187.7
ALB 4.1未満	71,279	80.3%	3.4	0.8
TCHO 142未満	22,581	25.4%	120.6	17
GLU 110以上	54,821	61.8%	154.9	1289
Hb	59,457	67.0%		2.3
再掲 (男性)13.7未満	31,464	81.9%	11.1	2.3
再掲 (女性)11.6未満	27,993	55.6%	10.0	2.3

※日本臨床検査標準協議会(JCCLS) 共用基準範囲 参照

急性期病院から入院してきた患者さんの多くが脱水や低栄養、電解質異常、高血糖などの異常を多数抱えている。

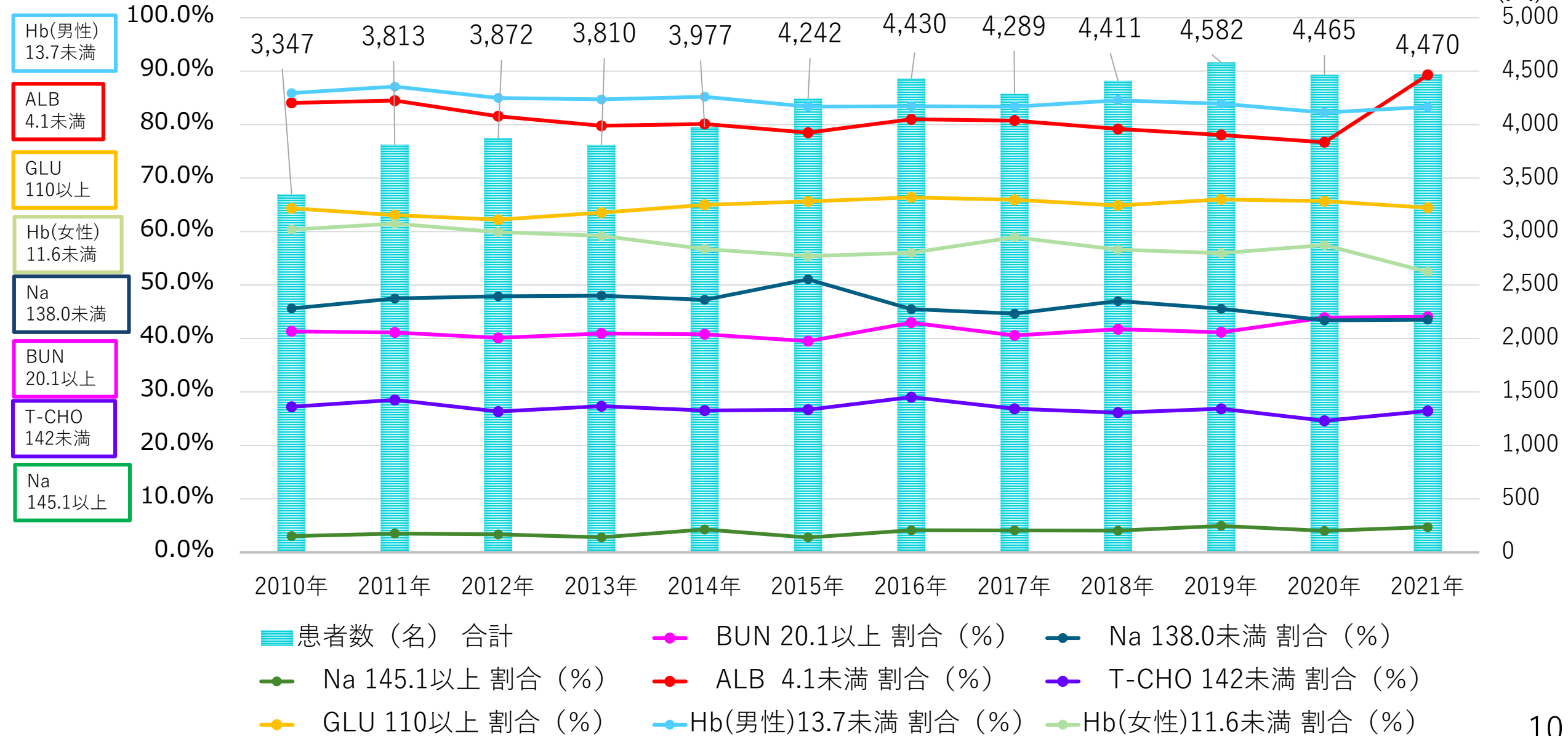
入院時検査においてALB低値を示し、値の低かった上位10名の入院元を調査したもの 急性期病院からの入院が多いことが分かる。

	入院時ALB値3.8未満		入院時ALB値低値を示した患者のALB値および入院元									
	患者割合(%)	ALB値平均										
	59.57	3.3										
K病院	71.42	3.3	1.8	1.9	2.0	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.2
			急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	施設	施設	施設	施設	急性期
A病院	68.12	3.2	1.4	1.6	1.6	1.6	1.8	1.9	2.0	2.0	2.0	2.0
			在宅	その他	急性期	急性期	急性期	在宅	急性期	施設	在宅	在宅
M病院	67.91	3.2	1.4	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.1	2.1	2.2	2.2
			急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
C病院	67.68	3.3	1.8	1.8	2.0	2.1	2.1	2.1	2.2	2.2	2.3	2.3
			急性期	在宅	施設	急性期	施設	施設	在宅	在宅	急性期	施設
B病院	66.62	3.3	1.6	1.7	1.8	1.8	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.0
			急性期	施設	その他	施設	急性期	急性期	急性期	急性期	施設	施設
L病院	64.31	3.3	1.6	1.7	1.7	1.8	1.9	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0
			施設	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	施設	急性期	急性期
G病院	63.68	3.3	1.6	1.7	1.9	1.9	2.0	2.0	2.0	2.1	2.1	2.1
			施設	急性期	施設	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
F病院	61.37	3.4	1.9	2.0	2.0	2.0	2.2	2.2	2.2	2.3	2.3	2.3
			急性期	在宅	施設	急性期	急性期	施設	施設	急性期	急性期	在宅
J病院	61.32	3.2	1.5	1.6	1.6	1.8	1.8	1.8	1.9	2.0	2.1	2.1
			急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
N病院	60.71	3.2	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
			急性期	急性期	施設	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
D病院	59.96	3.3	1.6	1.7	1.8	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9
			急性期	急性期	急性期	在宅	急性期	施設	急性期	急性期	急性期	急性期
O病院	57.43	3.2	1.5	1.6	1.7	1.7	1.7	1.8	1.8	1.8	1.9	1.9
			急性期	施設	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
H病院	55.65	3.3	1.6	1.6	1.7	1.7	1.8	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0
			急性期	急性期	在宅	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
P病院	54.49	3.3	1.8	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.0
			急性期	急性期	急性期	施設	施設	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
I病院	54.10	3.3	1.4	1.8	1.9	2.0	2.0	2.0	2.0	2.1	2.1	2.1
			急性期	在宅	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
E病院	48.17	3.3	1.4	1.6	1.6	1.7	1.8	1.9	1.9	1.9	1.9	2.0
			急性期	急性期	在宅	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期

新入院患者の検査値の異常値割合 (2010年から2021年までデータのある11病院)

検査値異常
患者割合

患者数
(人)



入院日 平成30年4月26日 公的病院より
病 名 心サルコイドーシス、誤嚥性肺炎、廃用症候群、高ナトリウム血症、ペースメーカー植え込み後、
胸水貯留、腎機能低下、慢性心不全、脱水症
既往歴 心臓・眼サルコイドーシス（2004年）、ステロイド精神病（2013年7月）

入院までの経緯
2004年完全房室ブロックを認めた為、ペースメーカー植え込み術施行。
各種検査にて心臓・眼サルコイドーシスと診断される。
2013年7月ステロイド精神病と診断。2013年8月、ステロイド精神病の悪化あり、S病院入院。
2015年1月気管支炎で国立病院入院。以後は施設に入所し、Rクリニックにて内服薬管理。
2018年4月8日顔面のむくみあり、体重増加あり。61.2kg（3/25 56.9kg）。利尿薬増量。
4月11日Spo2=70～80%と低酸素血症を認めたため酸素投与開始、国立病院へ救急搬送され、
慢性心不全の増悪で入院となる。

入院後、利尿薬投与量を増量し、胸水減少など見られたが、腎機能悪化、高Na血症を引き起こしている。

主な血液検査結果の推移 公的病院入院中の	検査項目	4／13	4／14	4／16	4／19	4／23	4／25
	Na	1 2 9	1 3 3	1 4 2	1 5 1	1 6 6	1 7 4
	K	4. 8	4. 2	3. 8	3. 6	3. 4	3. 3
	CL	9 0	9 1	9 5	9 9	1 1 0	1 1 6
	BUN	4 1	4 1	4 3	4 9	1 0 8	1 6 1
	CRE	1. 6 4	1. 6 4	1. 7 9	2. 0 9	3. 6 4	5. 3 6
	GLU	1 4 2	9 0	8 9	9 5	1 0 2	1 2 0
	CRP	4. 2 9	6. 4 3	2. 9 2	1. 3 4	2. 3 7	1. 9 8

また、以前から誤嚥性肺炎を契機に心不全を繰り返しており、嚥下機能も低下しており、急性期治療後の肺炎治療とリハ目的で、4月26日当院入院となる。

退 院 報 告 書

平成30年 4月25日

先生には、益々御健勝のことと存じます。

先日御紹介下さいました下記患者について報告します。

生年月日 明 大 (昭) 平 8 年 2 月 8 日生 85歳 職業

傷 病 名

心サルコイドーシス

慢性心不全

誤嚥性肺炎

高Na血症

腎前性腎不全

報告目的

転院

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過

平素より大変お世話になります。

この度は転院を受け入れて下さり、誠に感謝申し上げます。

先日、ご連絡させていただいたように、利尿薬減量が追いつかずHypovolemicで高Na血症
による意識障害と腎前性腎不全を呈しております。上記状態であること、また今後は嚥下
 機能低下に伴う誤嚥を繰り返す可能性が高い事を伝えております。娘様はサポートも厚い
 ですが、理解も良くされております。

大変お忙しい中すみませんが、今後何卒宜しくお願い申し上げます。

この度はこのような状況での転院の受け入れ、誠に感謝いたします。

誠に勝手ながら、当科外来を6月14日に予定しております。受診についてのご検討いただければと存じます。

		入院時												血液検査値および投与水分、カロリーの推移											
		4/26	4/27	4/28	4/29～30		5/1	5/2	5/3	5/4	5/5～7	5/8	5/9～14	5/15											
体温		36.1	36度台							37.2	36度台					37.6									
血圧		132/80																							
SPO2		99%	O ₂ 2L投与				95%																		
ヘモグロビン		11.5	11.5				10.4					9.1		9.3											
T-CHO		209	212				192					174		154											
ALB		3.5	3.4				2.9					2.8		2.7											
BUN		186.1	186.4				112					34.4		21.5											
CRE		6.21	6.18				4.82					1.79		1.38											
GLU		204	192				175					111		98											
HbA1c		6.96	4/28～ インスリン投与																						
Na		162.3	159.6				137.2					132.7		134											
K		3.53	3.53				3.56					4.97		4.58											
Cl		110.2	108				94.6					97.6		97.7											
CRP定量		8.2	7.48				1.74					1.45		1.47											
食事	カロリー	トロミ茶のみ																							
	水分		100	300				100	5/8～10胸水貯留のため利尿薬投与																
点滴		5 %糖液					高カロリー輸液1号輸液 1000ml																		
		500ml	500mlX3				500mlX2																		
			5.0 %糖液				3号輸液 500ml						生食 200ml												
			100ml		120ml	80ml																			
	カロリー	100	300	540		796	614					560													
	水分	500	1500	1660		2580	1500					1200													
抗菌薬	カロリー		10	20																					
	水分	100	150	100																					
合計	カロリー	100	310	560			994	634		614			560												
	水分	600	1750	2020			2980	1700	1600	1550			1200												

- K氏（97歳）女性 142cm 40.7kg BMI 20.2
- 2021年9月8日自宅より入院
- 主病名：脱水症、急性胆のう炎、陳旧性脳梗塞、高血圧症
- 既往歴：乳癌（50年前）

自宅で過ごされていたが、2021年7月末に自宅で転倒し、自立歩行困難となった。
その後、自宅で経過観察していたが、全身痛も見られたため、8月21日当院の脳外科・
整形外科を受診し、自宅で経過観察となる。

しかし8月末頃より食思不振がみられ、9月8日、担当ケアマネジャーより当院に
診察希望の連絡があり、救急来院される。

血液検査の結果、強度の脱水及び急性胆のう炎を認めたため、
2021年9月8日当院へ入院となる。

【持参薬】

- | | | | | |
|----------------|----|------|-----|------------|
| ➤ アスピリン錠100mg | 1錠 | 1日1回 | 朝食後 | （抗血小板薬） |
| ➤ アムロジピンOD錠5mg | 1錠 | 1日1回 | 朝食後 | （降圧薬） |
| ➤ ラフチジン錠10mg | 1錠 | 1日1回 | 朝食後 | （消化性潰瘍治療薬） |

入院時
↓

検査データとバイタルの経過

症例②

	9/8	9/9	9/10	9/13	9/15	9/22	9/29	10/6	10/20
LD (U/L)	290	275	247	261	248	190	161	166	161
AST (U/L)	42	30	27	35	32	26	17	11	10
ALT (U/L)	40	32	29	27	24	20	13	5	1
TP (g/dl)	7.5	6.6	5.8	5.5	5.5	5.3	5.6	6.3	6.3
T-Bil (mg/dl)	1.28	1.72	1.56	0.78	0.75	0.56	0.68	0.66	0.66
T-CHO (mg/dl)	240								
ALB (g/dl)	3.7	3.2	2.7	2.5	2.4	2.4	2.6	2.9	3.1
BUN (mg/dl)	125.9	102.8	59.8	20.4	8.5	17.8	12.9	18.7	16.8
CRE (mg/dl)	3.18	2.06	1.10	0.76	0.77	0.70	0.62	0.63	0.65
BUN/ CRE	39.6	49.9	54.4	26.8	11.0	25.4	20.8		
GLU (mg/dl)	149	213	103	84	82	78	78	83	82
HbA1c (%)	5.59								
Na(mEq/l)	163.3	152.4	143.4	138.6	137.8	136.5	136.8	137.2	139.5
K(mEq/l)	4.58	4.25	3.79	4.84	5.19	4.61	4.37	1.35	4.57
CRP (mg/dl)	2.79	2.29	2.78	2.09	2.08	0.46	0.60	0.36	0.19
RBC (×10 ⁴ /μl)	542	504	473	437	419	390	384	400	393
WBC (×10 ⁴ /μl)	107.4	116.1	102.0	73.8	58.4	51.8	51.3	54.0	49.0
体温 (°C)	36.7	37.0	36.3	36.4	36.2	36.4	36.7		
脈拍	90	75	85	73	73	73	74		
血圧 (mmHg)	151/98	126/55	137/80	143/83	142/98	128/72	132/63		15

入院後の治療内容

【食事】

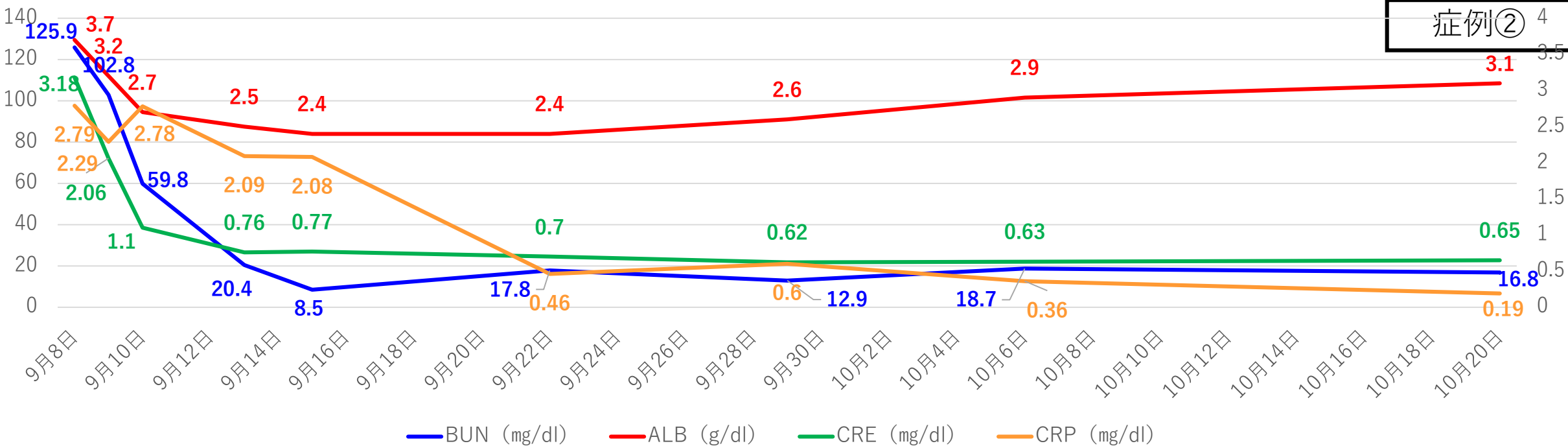
- 9/15昼 高血圧食ハーフ、経腸栄養剤 100ml (492kcal:6割程度摂取)
- 9/15夕～9/18昼 一般食ハーフ、経腸栄養剤 100ml×2 (1275kcal:4割程度摂取)
- 9/18夕～ 一般食ハーフ、経腸栄養剤 100ml×3、梅びしお 6g、海苔佃煮 9g
(1405kcal:3割程度摂取)
- 9/21昼～ 経腸成分栄養剤 250ml 2×昼夕食 追加

【点滴】

- 9/8 開始液 500ml、ビタミンB₁配合・低濃度アミノ酸輸液 500ml、5%ブドウ糖液 500ml
- 9/9 5%ブドウ糖液 500ml×4、ビタミンB₁配合・低濃度アミノ酸輸液 500ml×2
- 9/10・9/11 5%ブドウ糖液 500ml×2、ビタミンB₁配合・低濃度アミノ酸輸液 500ml×2
- 9/12～9/15 維持液 500ml×3
- 9/16～9/18 維持液 500ml×2
- 9/19～9/29 ビタミンB₁配合・低濃度アミノ酸輸液 500ml×2
- 9/8夕～9/29夕 (5%ブドウ糖液 100ml+セフォペラゾンNa・スルバクタムNa 1g) ×2

治療内容と検査データ経過

症例② 4



		9月8日	9月9日	9月10日～	9月12日～	9月16日～	9月19日～
食事	一般食				ハーフ量	ハーフ量+梅びしお 6g +海苔佃煮 9g	
	経腸栄養剤(経口)				200ml	300ml	1300ml
点滴	開始液	500ml					
	維持液						
	ビタミンB1 配合・低濃度 アミノ酸輸液	500ml	1,000ml				1,000ml
	5%ブドウ糖液	500ml	2,000ml	1,000ml			
	抗菌薬	(5%ブドウ糖液100ml+ワイスタール1g) × 2					
1日当たり摂取水分量		1600ml	3200ml	2200ml	1700～1955ml	1701～1999ml	1454～1639ml
1日当たり摂取カロリー数		382kcal	860kcal	660kcal	202～465kcal	675～942kcal	803～ 1020kcal

【処方薬:内服】

9/16～アスピリン錠100mg 1錠 1日1回 朝食後
(抗血小板薬)

9/19～リバーロキサバン錠10mg 1錠 1日1回 朝食後
(抗凝固薬)

ランソプラゾールOD錠15mg 1錠 1日1回 朝食後
(消化性潰瘍治療薬)

9/23～アムロジピンOD錠5mg 1錠 1日1回 朝食後
(降圧薬)

入院後の経過

- 入院時（9月8日）強度の脱水（BUN 125.9mg/dl）を認めたが、点滴による水分補正により9月13日には20.4 mg/dlまで改善が見られた。
- 9月15日より点滴と併用し、全介助で食事開始するも、3割程度しか摂取できず、低ALB状態が続いていた。
- 9月21日昼より、ALB値の改善が認められないため、さらに経腸栄養剤（経口）500mlを追加したが、摂取拒否され、摂取量にばらつきが見られていたものの、少しずつ好みの食材を追加するなどし、ALB値の改善が見られた。
- 状態安定してきたため、11月6日自宅退院となる。（退院後は訪問診療でフォロー中）

低栄養・脱水を軽くみている

紹介元の急性期病院の紹介状を見ると、
病名に脱水や低栄養状態であることを示していた病院は
7%であった。また、血液検査結果が異常値であることを
示し、注意を促していた病院は、わずか1%であった。

脱水治療法－間歇的補液療法－

間歇的補液療法とは、1日間は栄養投与を行わず、患者ごとに計算した必要水分量の3分の2程度の水分のみを投与し、次の2日間は栄養投与を行うという方法を繰り返すことでBUN及びBUN/Cr比を正常化する方法を基本とする。

経消化管投与が優先されるが、経消化管投与が不可能な、あるいは好ましくないと主治医が判断した症例に対しては点滴による投与を行う。

2015年1月～12月に入院した患者6703名のうち、入院時BUN50以上の脱水患者231名の
間歇的補液療法の実施状況と改善状況

2015年入院患者6703名のうち、入院時BUN50以上の患者231名			
間歇療法を含む低張液投与患者		151名	
改善患者		131名	86.8%
悪化若しくは変化しなかった患者		13名	8.6%
転院		1名	0.7%
死亡		6名	3.9%
低張液未投与患者		80名	
改善患者		55名	68.8%
悪化若しくは変化しなかった患者		15名	18.8%
転院		1名	1.2%
死亡		9名	11.2%

入院時BUN50以上80未満の患者 165名			
間歇療法を含む低張液投与患者		103名	
改善患者		92名	89.3%
悪化若しくは変化しなかった患者		7名	6.8%
転院		1名	1.0%
死亡		3名	2.9%
低張液未投与患者		62名	
改善患者		44名	71.0%
悪化若しくは変化しなかった患者		11名	17.7%
転院		0名	0.0%
死亡		7名	11.3%

入院時BUN80以上の患者 66名			
間歇療法を含む低張液投与患者		48名	
改善患者		39名	81.3%
悪化若しくは変化しなかった患者		6名	12.5%
転院		0名	0.0%
死亡		3名	6.2%
低張液未投与患者		18名	
改善患者		11名	61.1%
悪化若しくは変化しなかった患者		4名	22.2%
転院		1名	5.6%
死亡		2名	11.1%

入院時検査において脱水の見られた患者は適切な治療により
1週間以内に症状改善している。

氏名	H氏				S氏				S氏			
入院時年齢・性別	95歳・女性				89歳・女性				85歳・男性			
入院日	2021年7月2日				2021年4月13日				2021年6月8日			
入院元	高度急性期病院				高度急性期病院				高度急性期病院			
退院日	2021年9月28日				入院中				2021年9月16日			
退院先	自宅								自宅			
傷病名	骨盤輪骨折、骨粗鬆症、認知症、 高血圧症、慢性心不全 両側人工股関節置換術後、骨粗鬆症、				脳梗塞、発作性心房細動、高血圧症、 高尿酸血症、高脂血症、せん妄				脳幹梗塞、嚥下障害、肝機能障害、 前立腺肥大症 等			
既往歴	右乳癌、心不全				腰椎圧迫骨折、脳梗塞、右変形性膝関節症 手術 等				大腸癌、下咽頭癌			
検査値		7/2	7/9	8/11		4/13	4/20	4/28		6/8	6/11	6/15
	BUN	53.1	21.9	19.7	BUN	64.9	30.5	15.5	BUN	53.4	51.0	13.0
	CRE	1.38	1.29	1.23	CRE	0.98	0.89	0.87	CRE	0.93	0.87	0.70
	BUN/CRE	38.5	17.0	16.0	BUN/CRE	66.2	34.3	17.8	BUN/CRE	57.4	58.6	18.6
	Na	143.6	141.4	141.6	Na	135.5	139.4	133.5	Na	163.3	145.0	139.3
	ALB	3.2	3.1	2.9	ALB	3.3	3.0	3.0	ALB	3.3	2.7	2.7
	T-CHO	114	116	142	T-CHO	182	153	147	T-CHO	195		
	GLU	118	92	89	GLU	124	79	87	GLU	117		
	Hb	9.3	9.7	9.0	Hb	14.9	13.6	13.5	Hb	12.3	10.0	10.6
	CRP	0.36	0.69	0.36	CRP	0.89	0.65	1.17	CRP	0.39	0.45	2.12

当グループでは経口から水分補給を目的として点滴の代わりに投与するHSW(Heisei Solution Water)を開発した。

HSW(Heisei Solution Water)の組成

Na : 138mEq/L以上～145mEq/L未満					
(100ml当り)		GLU150mg/dl未満 K3.5mEq/L以上	GLU150mg/dl未満 K3.5mEq/L未満	GLU150mg/dl以上 K3.5mEq/L以上	GLU150mg/dl以上 K3.5mEq/L未満
エネルギー	kcal	10	10	4	4
炭水化物	g	2.6	2.6	1.1	1.1
ナトリウム	mEq/L	51.3	51.3	51.3	51.3
カリウム	mEq/L	0.0	0.2	0.0	0.2
浸透圧	mOsm/L	179	182	135	138
HS No.		HS1-1	HS1-2	HS1-3	HS1-4

Na : 138mEq/L未満					
(100ml当り)		GLU150mg/dl未満 K3.5mEq/L以上	GLU150mg/dl未満 K3.5mEq/L未満	GLU150mg/dl以上 K3.5mEq/L以上	GLU150mg/dl以上 K3.5mEq/L未満
エネルギー	kcal	10	10	4	4
炭水化物	g	2.6	2.6	1.1	1.1
ナトリウム	mEq/L	85.6	85.6	85.6	85.6
カリウム	mEq/L	0.0	0.2	0.0	0.2
浸透圧	mOsm/L	247	252	203	208
HS No.		HS2-1	HS2-2	HS2-3	HS2-4

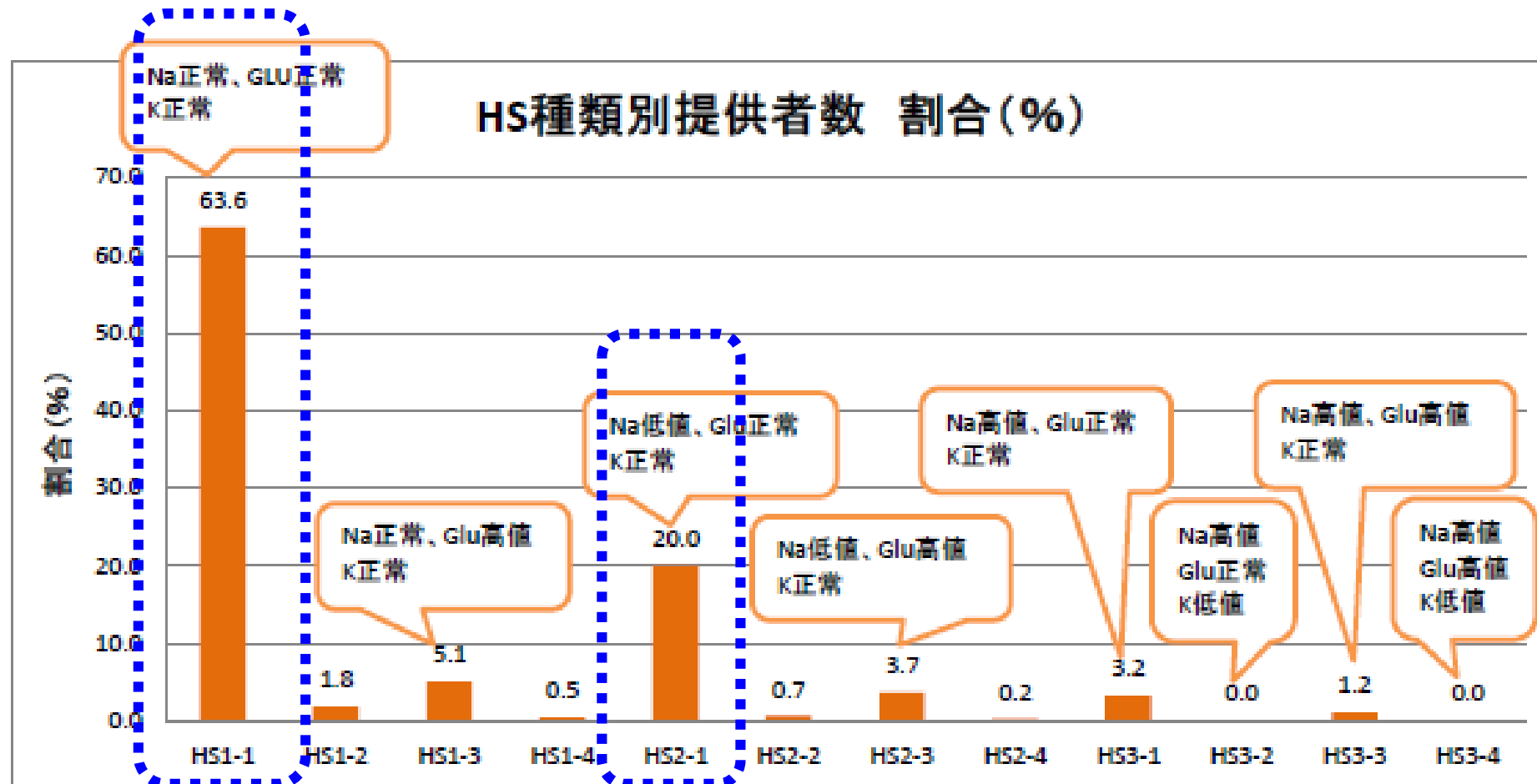
Na : 145mEq/L以上					
(100ml当り)		GLU150mg/dl未満 K3.5mEq/L以上	GLU150mg/dl未満 K3.5mEq/L未満	GLU150mg/dl以上 K3.5mEq/L以上	GLU150mg/dl以上 K3.5mEq/L未満
エネルギー	kcal	10	10	4	4
炭水化物	g	2.6	2.6	1.1	1.1
ナトリウム	mEq/L	0.0	0.0	0.0	0.0
カリウム	mEq/L	0.0	0.2	0.0	0.2
浸透圧	mOsm/L	76	81	32	37
HS No.		HS3-1	HS3-2	HS3-3	HS3-4

HSW(Heisei Solution Water)の材料と使用量

100mL当たり	HS1-1	HS1-2	HS1-3	HS1-4
砂糖(g)	2.5	2.5	1	1
塩(g)	0.3	0.3	0.3	0.3
KCL(g)	0	0.0023	0	0.0023
クエン酸(g)	0.06	0.06	0.06	0.06

100mL当たり	HS2-1	HS2-2	HS2-3	HS2-4
砂糖(g)	2.5	2.5	1	1
塩(g)	0.5	0.5	0.5	0.5
KCL(g)	0	0.0023	0	0.0023
クエン酸(g)	0.06	0.06	0.06	0.06

100mL当たり	HS3-1	HS3-2	HS3-3	HS3-4
砂糖(g)	2.5	2.5	1	1
塩(g)	0.0	0.0	0.0	0.0
KCL(g)	0	0.0023	0	0.0023
クエン酸(g)	0.06	0.06	0.06	0.06



- 基本の塩分量と糖質量で作成したHSW1-1提供患者数が6割以上を占めていた。
- 次いで、塩分を強化したHSW2-1提供患者が2割であった。

主な経口補水液の成分比較（Na値の少ない順）

【血液検査値】
Na, GLU, K: 正常

【血液検査値】
Na: 低値 GLU, K: 正常

名称	ポカリスエット	OS-1	HSウォーター(1-1)	HSウォーター(2-1)
会社	大塚製薬	大塚製薬	平成医療福祉グループ	平成医療福祉グループ
標準分量	100ml	100ml	100ml	100ml
エネルギー(kcal)	25	10	11	11
たんぱく質(g)	0	0	0	0
脂質	0	0	0	0
炭水化物(g)	6.2	2.5	2.8	2.8
食物繊維(g)			0	0
水分(g)			100	100
ナトリウム(mg)	49	115	117	198 ^{※1}
ナトリウム(mEq/L)	21.3 ^{※1}	50 ^{※1}	50.9 ^{※1}	84.7
食塩相当量(g)	0.12	0.292	0.3	0.5
カリウム(mg)	20	78	3	4
カリウム(mEq/L)	5.1 ^{※1}	20 ^{※1}	0.77	0.09
カルシウム(mg)	2			
リン(mg)		6.2		
マグネシウム(mg)	0.6	2.4		
浸透圧(mOsm/L) ^{※2}	286 ^{※1}	270 ^{※1}	179	246

※1 正式資料ではなく、他サイト等より抜粋。または計算したもの。

※2 体液の浸透圧285mOsm/Lより低い方が吸収がよいとされている

私は以前から低栄養と脱水改善、そして嚥下リハと排泄リハの重要性を言い続けてきました。

2006年1月	厚生科学研究所 「Gpnet」第52巻10号	武久洋三	「栄養ケア・マネジメントとNSTのあり方」
2007年12月	メディカルレビュー社	武久洋三 倉本悦子	「高齢者の栄養状態と予後（ALB値とBUN値より）」
2009年4月	日本慢性期医療協会機関誌 「JMC」第62号	武久洋三 倉本悦子	「高齢者のPEM改善のための必要栄養量算出方法」
2009年8月	日本慢性期医療協会機関誌 「JMC」第64号	武久洋三 大和 薫 他	「高齢者の血管内脱水の治療 ～間歇性低張液補液療法について～」
2012年1月	日本老年医学会雑誌 第49巻第1号	武久洋三 武久敬洋 他	「血管内脱水に対する間歇的補液療法の効果： 経消化管補液の単独および併用療法について」
2016年6月	医歯薬出版 医学のあゆみ 第257巻第11号	山下惣平 武久洋三 他	「膀胱直腸障害に対する リハビリテーションの効果検討」
2017年4月	日本慢性期医療協会機関誌 「JMC」第110号	津江尚之 武久洋三 他	「膀胱直腸障害に対するリハビリテーションの効果検証」
2017年6月	日本慢性期医療協会機関誌 「JMC」第111号	太田智樹 武久洋三 他	「積極的な摂食嚥下訓練の効果の検証」
2019年2月	医学書院 総合リハビリ テーション Vol47.No.2	細川雄平 武久洋三 他	「高齢者の膀胱直腸リハビリテーションの実践」
2020年5月	日本排尿機能学会誌 第30巻2号	細川雄平 武久洋三 他	「高齢者の下部尿路機能障害に対するリハビリテーション」
2021年2月	医学書院 総合リハビリ テーション Vol49.No.2	津江尚之 武久洋三 他	「排尿リハビリテーションの臨床的効果 ー多施設共同ランダム化比較試験」
2022年7月	日本老年医学会雑誌 第59巻第4号	武久洋三 武久敬洋 他	「慢性期病院における新入院8,007症例の入退院先調査と生存期間解析」

テレビを見ていたら、
新型コロナウイルスに感染して
ECMO(**Extracorporeal membrane oxygenation**)を
装着していた重症患者が、意識消失していた
状態から快方に向かったという。
しかし体重は20Kgも減っていた。

急性期病院での新型コロナ治療は万全だったのか

熱が出たら必要カロリーも水分も通常の1.5倍以上必要であるという常識に沿った治療が行われていたのであらうか。

演習

以下の症例について総エネルギー量、各栄養素の必要量を求めよ。

症例2

77歳、男性、脳卒中後遺症、肺炎。
患者プロフィール

75歳のときに脳卒中。数日前より、微熱、咳が出現し、38℃の発熱がみられた。右下肺野に肺炎像を認め入院。白血球数 10,340/ μ L（前回退院時は 7,200/ μ L）。入院してドキシサイクリン（ビブラマイシン®）およびメロペネム（メロベン®）の点滴静注により治療を開始した。経口摂取が十分でなく誤嚥のリスクがあるため、経鼻胃管を用い栄養補給（ラコール®NF1,200 mL）を行った。発熱は3日後より解熱傾向を示した。治療後7日目より少し下痢気味になった。10日後より微熱が出て、水溶性の下痢を1日5～7回生じるようになった。肺炎の陰影は、改善傾向を示していたが、白血球数も19,000/ μ Lと上昇していた。下痢が続くためにNSTに紹介された。

身長160 cm、体重48 kg（入院後2週間で4 kgの体重減）。動き回る元気はなく、ほとんどベッドで横になっている。皮膚乾燥。筋肉、皮下脂肪量は低下。脈拍数 88 回/min、血圧 102/54 mmHg（普段は130/60 mmHg程度）。呼吸数 22 回/min。

日本病態栄養学会 編集
認定NSTガイドブック2017
(改訂第5版)より

	発熱なし	発熱あり (38℃)	発熱あり (39℃)
身長・体重・性別・年齢	160cm,48kg,男性,77歳		
活動係数 (AF)	1.1	1.1	1.1
ストレス係数 (SF)	—	1.4	1.6

エネルギー必要量(TEE) エネルギー必要量(TEE) = BEE※ × AF × SF ※BEE = 66.47 + 13.75 × 体重(kg) + 5 × 身長(cm) - 6.76 × 年齢	1107kcal	1549kcal (+ 442kcal)	1771kcal (+ 664kcal)
水分必要量 = 体重(kg) × 係数※ 25歳～54歳 35mL/kg/日 55歳～64歳 30mL/kg/日 65歳～ 25mL/kg/日	48 × 25 = 1200ml	1500ml (+ 300ml※)	1650ml (+ 450ml※)
※発熱時は体温が1℃上昇するごとに150ml/day増量			

平成式必要栄養量算出法におけるエネルギー必要量 TEE+エネルギー蓄積量※ (本症例では1か月で1kg増量を目指す)	1340kcal (1107+233)	1782kcal (+ 442kcal)	2004kcal (+ 664kcal)
--	------------------------	-------------------------	-------------------------

※**エネルギー蓄積量**：現体重から目標体重に体重の増減を目指すときに加減する栄養量。目標体重と現体重との差から目標エネルギー蓄積量を算出し、目標達成までの日数で除することで1日当たりのエネルギー蓄積量を算出する。多くの場合、体重増減の目標は1か月で1～2kg、3～6か月で5～10kg程度。または1か月で3%前後、3～6か月で3～10%前後を目標とする。

例) 2か月で3kgの増量を計画する場合(1kgの減量に必要な熱量が7000として計算する)
エネルギー蓄積量 = 7000kcal × 3kg ÷ 60日 = 350kcal

- ◆ 人間は毎日栄養と水分を摂取しなければ生きてはいけない。
- ◆ コロナに罹患した高齢者は、予備力もなく、少なくとも毎日必要な栄養量・水分量だけでなく、それまでに不足していた分も摂取しなければどんどん衰弱してしまう。
- ◆ すでに高齢者は虚弱化しているような人が罹患しているので、診断したら直ちに栄養と水分の補正を行うべきである。
- ◆ 体力がなければ、病には勝てない。これは常識である。

• **Y氏（86歳）女性**
（入院時）

142cm、25kg、BMI：12.4

- 日常生活自立度：B2、認知度：IIIa、FIM：34点、MMSE：16点
- 排泄：オムツ（全介助）、食事：経口（一部～全介助必要）
- 2021年9月16日サ高住より入院
- 2021年11月12日特養へ退院
- 主病名：食欲不振、老衰状態、パーキンソン病
- 傷病名：変形性腰椎症、慢性便秘

2021年6月19日、夫の入院を機に、自身も入院するも、寝たきり状態となる。

2021年8月2日、サ高住へ退院するも食事量は少なく、徐々に衰弱が進行。

2021年9月11日から1日500mlの点滴を行うも、経口摂取は増えず、さらに衰弱が進行したため、
家族希望にて2021年9月16日当院入院となる。

【持参薬】

- | | | |
|--|------------------|-----------------------------|
| ➤ レボドパ・カルビドパL100錠 | 3錠 | 1日3回毎食後（抗パーキンソン剤） |
| ➤ ゾニサミドOD錠25mg | 1錠 | 1日1回朝食後（パーキンソン病治療薬） |
| ➤ アマンタジン塩酸塩錠50mg | 2錠 | 1日2回朝昼食後（パーキンソン病治療薬） |
| ➤ イフェンプロジル酒石酸塩錠20mg | 3錠 | 1日3回毎食後（めまい改善薬） |
| ➤ エソメプラゾールマダネシウム水和物カプセル10mg | 1カプセル | 1日1回朝食後（胃酸抑制分泌薬） |
| ➤ ルビプロストンカプセル24μg | 1カプセル | 1日1回朝食後（隔日）（便秘薬） |

入院中に減薬

入院後の経過

- 入院時より食事摂取量が少なく、低体重（25kg）が認められた。
- 食事は自力摂取～一部介助であったが摂取量が少なかったため、経口摂取とCVカテーテルからの高カロリーー輸液併用による栄養管理を実施。
- 少しでも食事摂取量を増やすため、嗜好調査を実施し、患者本人が好む惣菜等を提供。

少量ではあるが好きなものだけは摂取された。 **お好み献立の導入**

【お好み献立の一例】※患者の好みに応じて対応

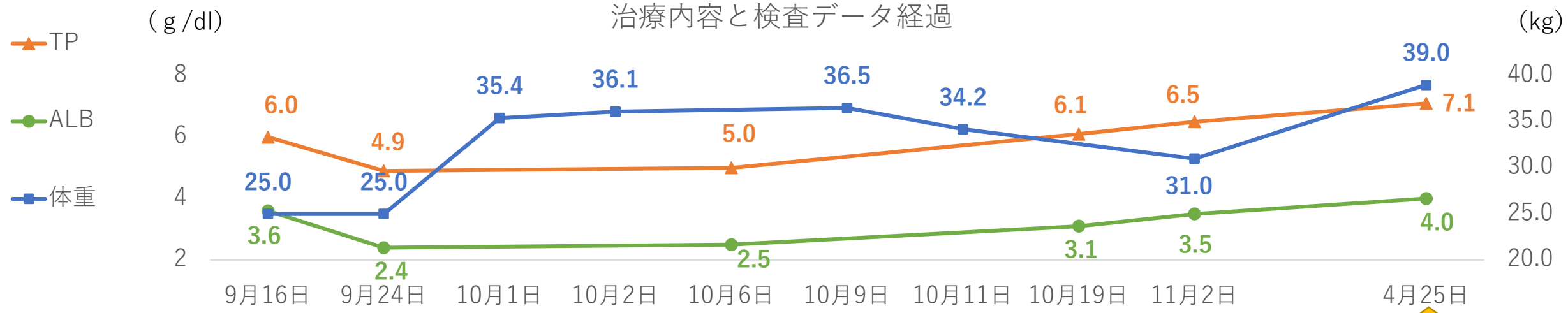
- ・ 寿司（巻きずし、魚握りずし） ・ 刺身
 - ・ ナポリタン ・ かにかまぼこ
 - ・ たこ焼き ・ 菓子パン
 - ・ 和菓子（おはぎ、大判焼き、どら焼き、大学芋、おかきなど） など
- 患者が自分で食べたいものを自分で取って食べられるように、テーブルの高さを調整し、食事全体が見渡せるようにした。



入院後摂取カロリーと体重の変化

	入院中の経過	摂取カロリー数 (Kcal)			体重
		経口	点滴	トータル	
9/16	・食欲不振による栄養管理・リハ目的で入院 ・経口1~2割程度の摂取 ・高カロリー輸液等点滴投与にてカロリーを補充	550	1124	1680	25.0Kg
9/17~10/1	・嗜好調査実施 ・好みの食べ物を少量ずつ提供。 食事) 菓子パン、寿司、うどん、刺身等 おやつ) どら焼き、おかき等 ・経口約2~3割程度摂取のため、高カロリー輸液1000ml投与にてカロリー補充。	550~880	820	1370~1700	35.4Kg (10/1測定) 入院時より +10.4Kg
10/2~10/6	・食事摂取量が少しずつ増加し、 経口約5~7割程度摂取。 ・経口摂取が増えたため、高カロリー輸液を半量にし、500ml投与。 ・10/6、高カロリー輸液中止し、経口のみで栄養管理となる。	1000~1180	410	1400~1600	36.1Kg (10/6測定) 入院時より +11.1Kg

治療内容と検査データ経過



		9/16	9/18	9/19	9/27	10/1	10/2	10/3	10/4	10/5	10/6	11/2	
食事	病院食	一般食（約2割摂取）			一般食ハーフ（3～7割摂取）								
					エネミルアイス100ml（10時提供）								
	定期負荷食				（毎食）菓子パン100 g								
					（昼）にゅう麺、マグロ刺身50 g，（夜）うどん								
	患者様お好み食	寿司、ナポリタン、カップラーメン、かにかまぼこ、たこやき、おはぎ、大判焼き、どら焼き、スイカ、おかき、牛乳など少量ずつ提供											
点滴	ブドウ糖加アミノ酸注射液	500ml											
	糖質・電解質輸液	500ml											
	高カロリー輸液製剤	1000ml（820kcal）					500ml（410kcal）						
	インスリン注射液				8単位					4単位			
摂取カロリー		1680kcal	1370～1700kcal					1400～1600kcal					
体重		25.0kg				35.4kg					36.1kg		

特養入所中

9/16入院

検査データとバイタルの経過

11/12退院

	9/16	9/24	10/6	10/9	10/19	11/2		4/25
BUN (mg/dl)	19.6	17.9	20.6	19.0	21.6	19.4		19.5
CRE (mg/dl)	0.55	0.42	0.43	0.44	0.46	0.55		0.62
BUN/CRE	35.6	42.6	47.9	43.2	47.0	35.3		31.5
Na(mEq/l)	138.5	142.2	143.5	142.8	146.0	139.8		142.9
K(mEq/l)	3.73	3.56	3.91	3.39	3.06	4.32		3.96
TP (g/dl)	6.0	4.9	5.0	—	6.1	6.5		7.1
ALB (g/dl)	3.6	2.4	2.5	—	3.1	3.5		4.0
T-CHO (mg/dl)	301	160	206	—	223	224	≈	278
GLU (mg/dl)	88	81	89	112	93	88		83
HbA1c (%)	5.21	5.21	5.14	—	5.13	5.18		5.58
WBC (/μl)	4370	4720	5960	5470	5190	4750		5800
RBC (×10 ⁴ /μl)	449	335	352	347	368	394		462
Hb (g/dl)	13.7	10.3	10.9	10.8	11.4	12.4		13.6
CRP (mg/dl)	0.05	0.08	0.04	0.17	0.20	0.02		0.09
体温 (°C)	36.6	36.8	36.4	36.6	36.3	36.8		36.0
脈拍	84	91	76	60	79	77		73
血圧 (mmHg)	129/78	94/59	90/57	111/71	103/72	103/72		146/85
体重 (Kg)	25.0	25.0	36.1	36.5	—	—		39.0

- 経過中、四肢浮腫増強がみられたため、10月9日より利尿剤内服を適宜変更しつつ投与。10月22日に改善がみられたため利尿剤内服を中止。
- 自発性の低下著明による四肢・体幹の筋力低下が認められていたため、積極的リハビリを実施し、徐々に活動性の向上が認められた。
- ベッド ⇄ ポータブルトイレ ⇄ 車椅子間の移動も安定して実施できるようになり、手すりを利用しながらの歩行もややすり足であるが可能となった。
- 11/12、経口摂取量も増加し、全身状態も概ね安定されたため、介護老人福祉施設へと退院となった。

【2021年9月17日（入院初期）】

体重25.0Kg

左足関節に尖足変形あり、起立時の荷重困難。平行棒内での起立訓練は可能だが、
極端な後方重心であり。転倒リスクは非常に高い（右下肢重心）

【2021年10月01日（入院後半月経過）】

体重35.4Kg **入院時より+10.4Kg**

発語量は増加しており、コミュニケーション良好

定期的な離床訓練が可能。意欲向上もみられ、

「点滴がなければ、トイレは一人でできる。」との発言あり

排泄動作は下衣操作に介助を要するが、最小介助で安全に実施可能



【2021年10月29日（入院後一か月経過）】

活動性の向上に伴い、可能な動作も増えてきた。

歩行訓練でも側方・後方移動などの応用歩行まで可能。

排泄動作の能力向上目的で、狭所での頻回の方向転換や把持物なしの
静止立位、前傾中腰での下衣操作などを行っており、能力的には修正
自立レベルまで回復。



2021年9月16日 入院時
(体重 25kg)



2022年4月 特養入所中
(体重 39kg)



- ◆ 余分な食事を提供するために追加料金を取るなどしていたら、直ぐに個別対応はできない。
- ◆ 全額病院負担にしても、それほど多くの経費はかからない。
管理栄養士が食欲のない患者に好きなものを聞いても、
「そのうち出ますから待っていてくださいね」などと言っているようでは患者は良くならない。

要介護者はどこで作られていると思いますか？



それは急性期病棟です。

要介護者がどんどんと増えるのは急性期病院が原因だ、急性期病院での
要介護予防ができてないからだ、とはだれも言わない。私だけなのか？
しかし現実には事実を伴っている。

急性期病棟では介護職員が十分に配置されておらず、
認知症状がみられる患者や、歩行不安定な患者に対する
身体抑制や膀胱留置バルーンカテーテルを挿入すること
で介護業務を減らしている。

以前から訴え続けているが、NHKのクローズアップ現代
+（プラス）で討論が繰り広げられ問題視されている
ように、急性期病棟では、介護職員が十分に配置されて
いないので、高齢患者の増加による介護需要に十分対応
できていないため、要介護者がどんどん増加している。

現在、病院で働く介護職員の2倍以上の介護職員を配置しなければ、安易なバルーン挿入や抑制行為はなくなる。

病院にも基準看護だけでなく、基準介護の導入が必要である。

新たに要介護者になる人を減らさないと日本の介護はパンクしてしまう。

10月31日に開催された介護保険部会では、次の介護保険制度改正に向けて「給付と負担」をテーマに厚労省が下記7つの論点を提示し議論している。

- (1) 被保険者範囲・受給権者範囲
- (2) 補足給付に関する給付の在り方
- (3) 多床室の室料負担
- (4) ケアマネジメントに関する給付の在り方
- (5) 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方
- (6) 「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準
- (7) 高所得者の1号保険料の負担の在り方

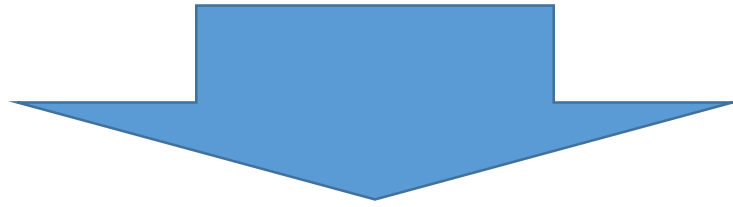
2022.10.31開催 第100回社会保障審議会介護保険部会 資料より

**要介護者が増加しているから介護給付費が増大していることが明らかに
分かりきっているのに、どうして増大する要介護者の発生を食い止める
議論をしないのか！**

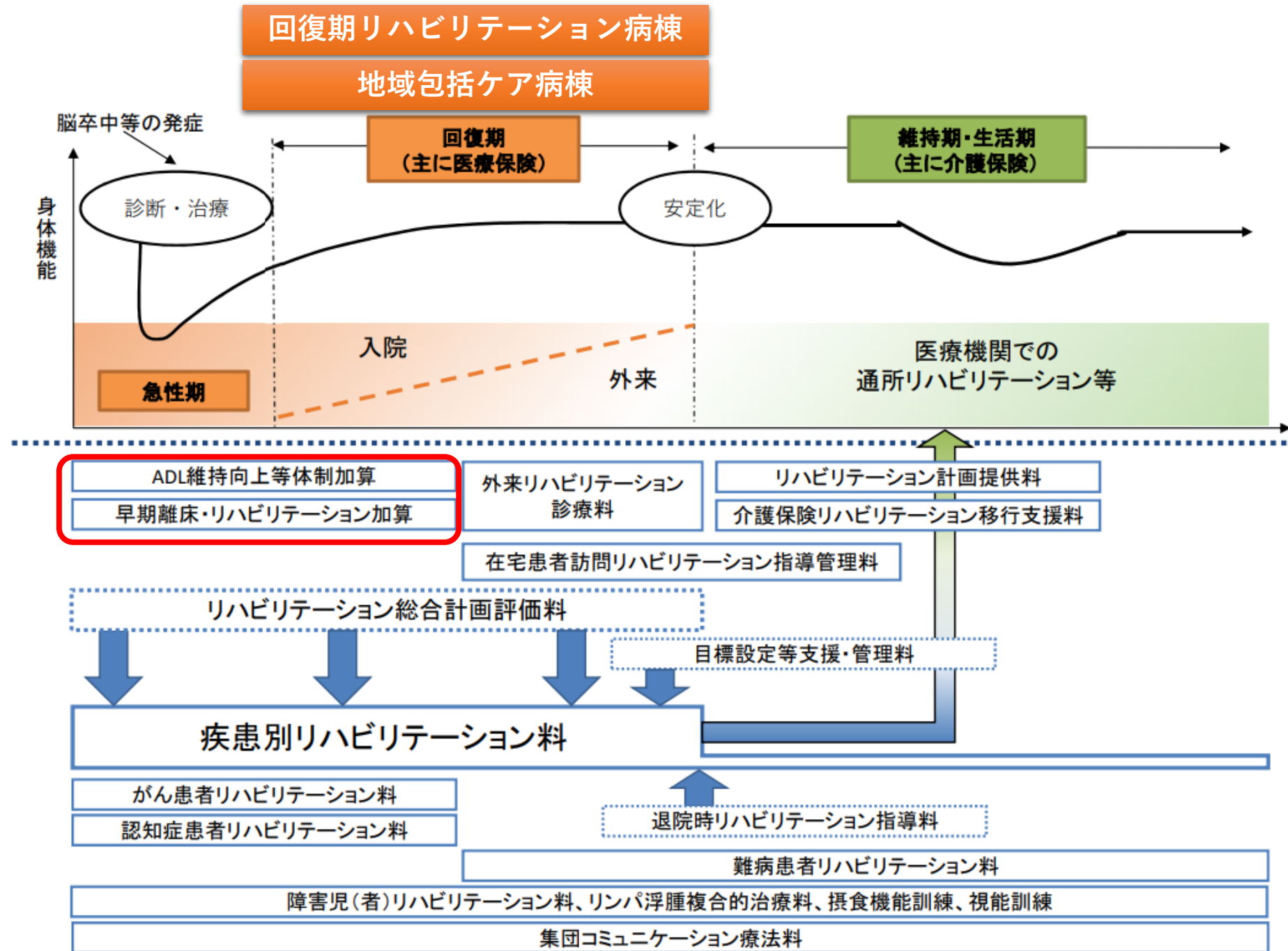
リハビリテーション改革が必要だ！

- ◆ リハビリテーションは、回復期リハビリテーション病棟だけ
ですものではない。
- ◆ 発症後いつからリハビリテーションを開始したかにより、
回復割合は違う。
- ◆ 回復期リハビリテーション病棟に入院するまで
リハビリテーションをしないで回復すると思うのか。

急性期病院で機能低下し時間が経過した身体を、回復期リハビリテーション病棟で改善させようとする不効率なリハビリテーション提供体制を医師や療法士だけでなく、国民までもがそういうものなのだと受け入れている日本を治していかなければならない。



要介護者を作らないために急性期からの早期リハビリテーションの重要性と栄養介入の重要性をずっと訴え続けてきた。



急性期病床において2014年に創設された「ADL維持向上等体制加算」や2016年に創設されたICUの「早期離床・リハビリテーション加算」の創設は、それまでリハビリテーション療法士と患者による1対1の個別リハビリテーションしか認めてもらえなかったリハビリテーション提供体制を大きく変えた。医師や看護師等と連携することで寝たきり患者の防止につながる事が期待できる。

正しいリハビリテーション提供体制改革の方向性である。

- ◆ しかしながら、まだまだ急性期病院に入院していても、
1日3～5時間のリハビリテーションはしてくれない
⇒ 日常に戻れない
- ◆ 急性期での手術や処置が終了すれば、日常生活に戻る
ためにただちに、そのためのリハビリテーションの
できる病院に転院させるべきである。

- ◆ 今の日本のリハビリテーション提供体制は、患者のためのリハビリテーションではなく、病院やリハビリテーション療法士にとって都合の良いシステムになっている。
- ◆ リハビリテーションは変わらなければならない。
- ◆ オムツをして、鼻から経管栄養チューブを挿入したまま歩行訓練に力を入れるのは、優先順位が異なるのではないか。
- ◆ 患者本人にどの機能の回復を望むか確認すべきだ。

リハビリテーションの間違い

「まず歩け！」ではないのではないか？
患者が一番困っていることは何か？
それは「排泄」と「摂食」ではないか？
この2つの機能の自立が大切。

何より優先すべきは**座位保持**、そして生きていくための
より人間的な基本能力である**摂食と排泄の機能改善リハビリテーション**である。

摂食嚥下リハビリテーション



膀胱直腸機能リハビリテーション



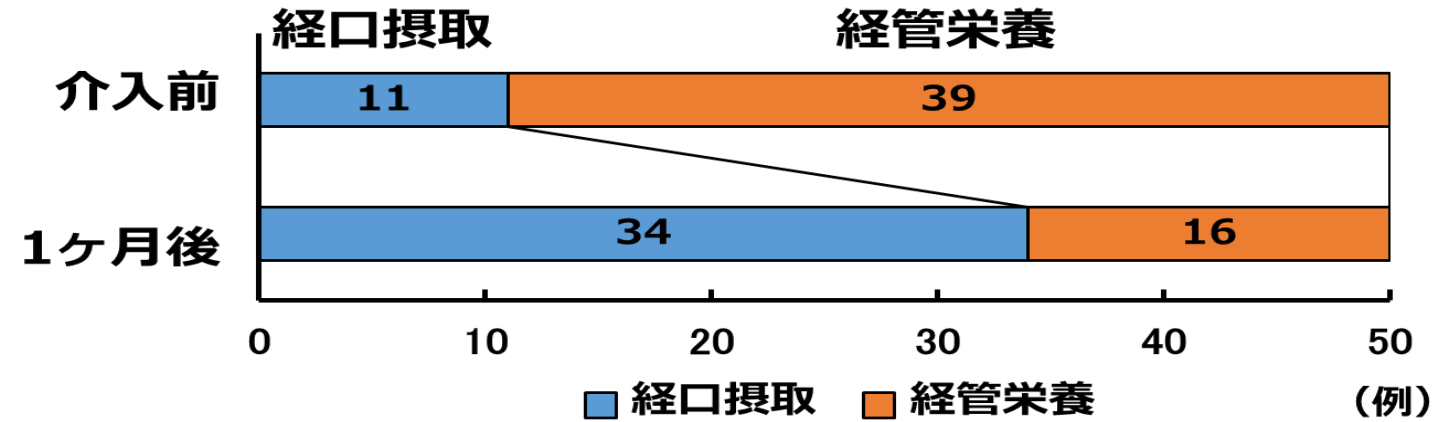
当グループでは、歯科衛生士を1病棟に1人以上配置して、
歯科衛生士による口腔ケアを実施しています。



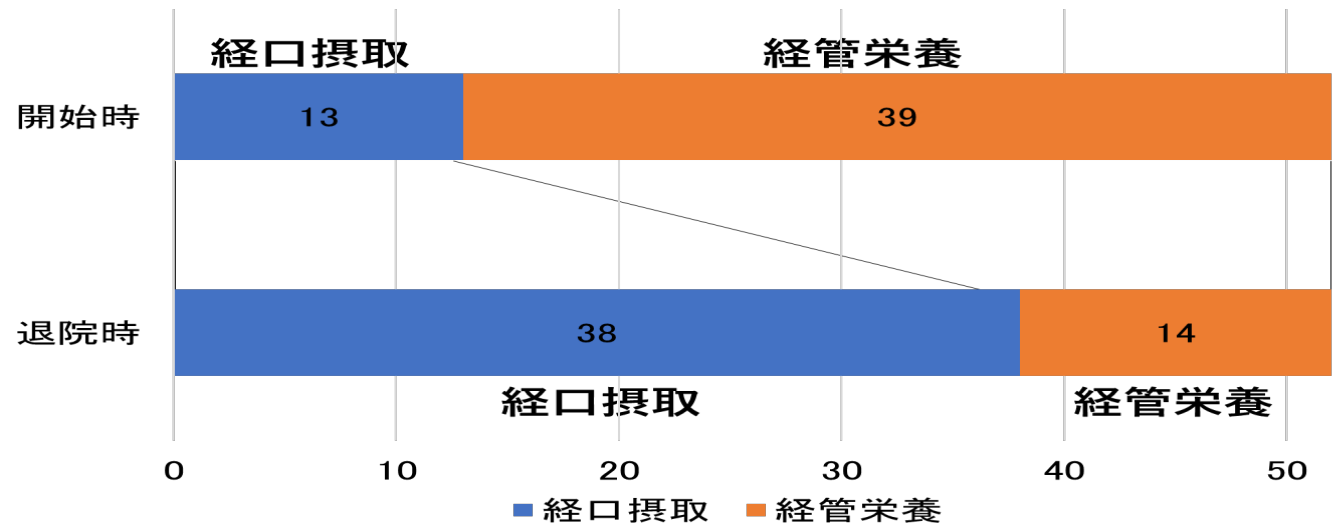
【平成医療福祉グループ】脳血管疾患による嚥下障害に対する 摂食嚥下訓練の効果検証 介入前後の比較【経口摂取と経管栄養】

2018年1月～
2019年7月

平均2.7単位/日の
嚥下訓練を1ヶ月実施



2019年8月～
2020年3月

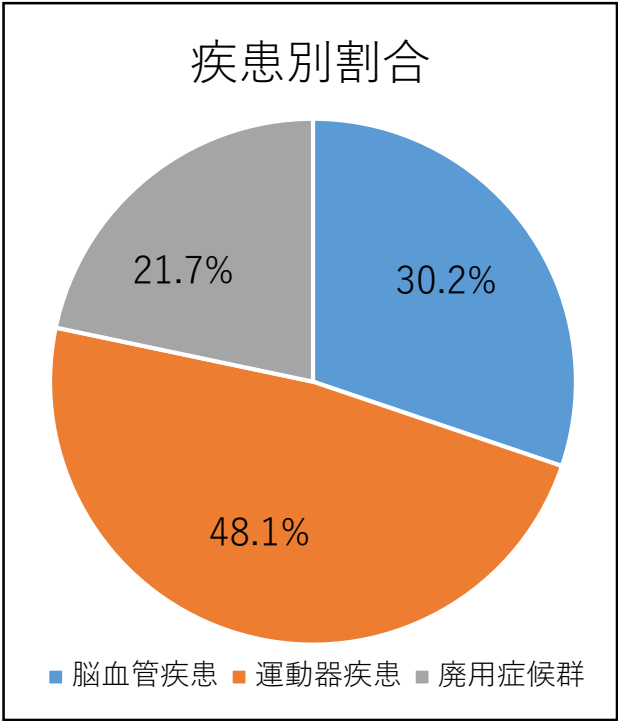


【平成医療福祉グループ】膀胱直腸障害に対するリハビリテーション着用している下衣(パンツ)の変化

【対象者】

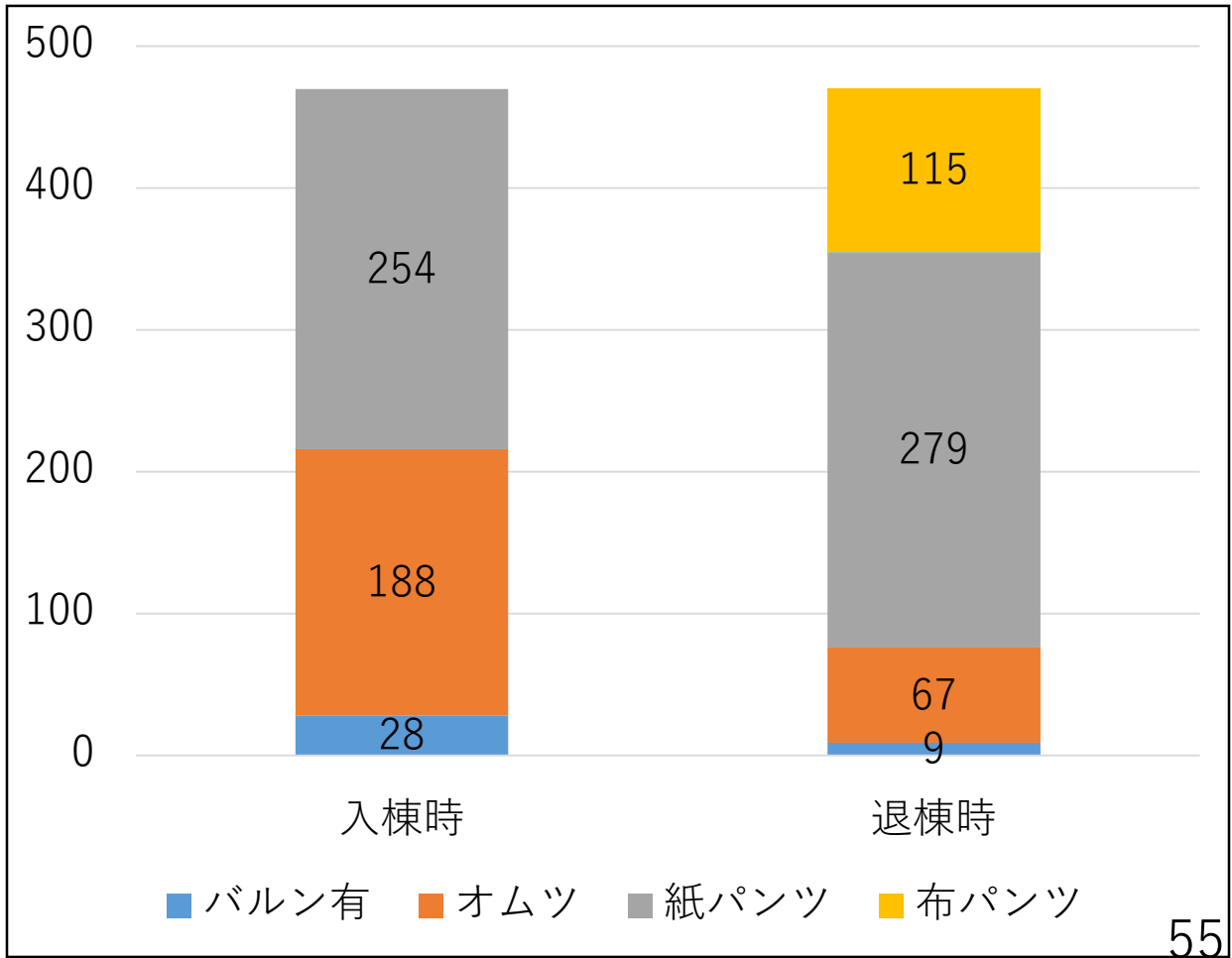
- ・ 2022.4.1～2022.6.30の期間内に回復期リハビリテーション病棟から退院された 632例中、
 - ・ 急性増悪、死亡等
 - ・ 入棟時より布パンツ着用の方を除外した470例

実施施設数	9病院
対象患者数	470例
平均年齢	82.9 ± 9.0歳
男女比 (男性：女性)	171:299
平均在院日数	78.6日



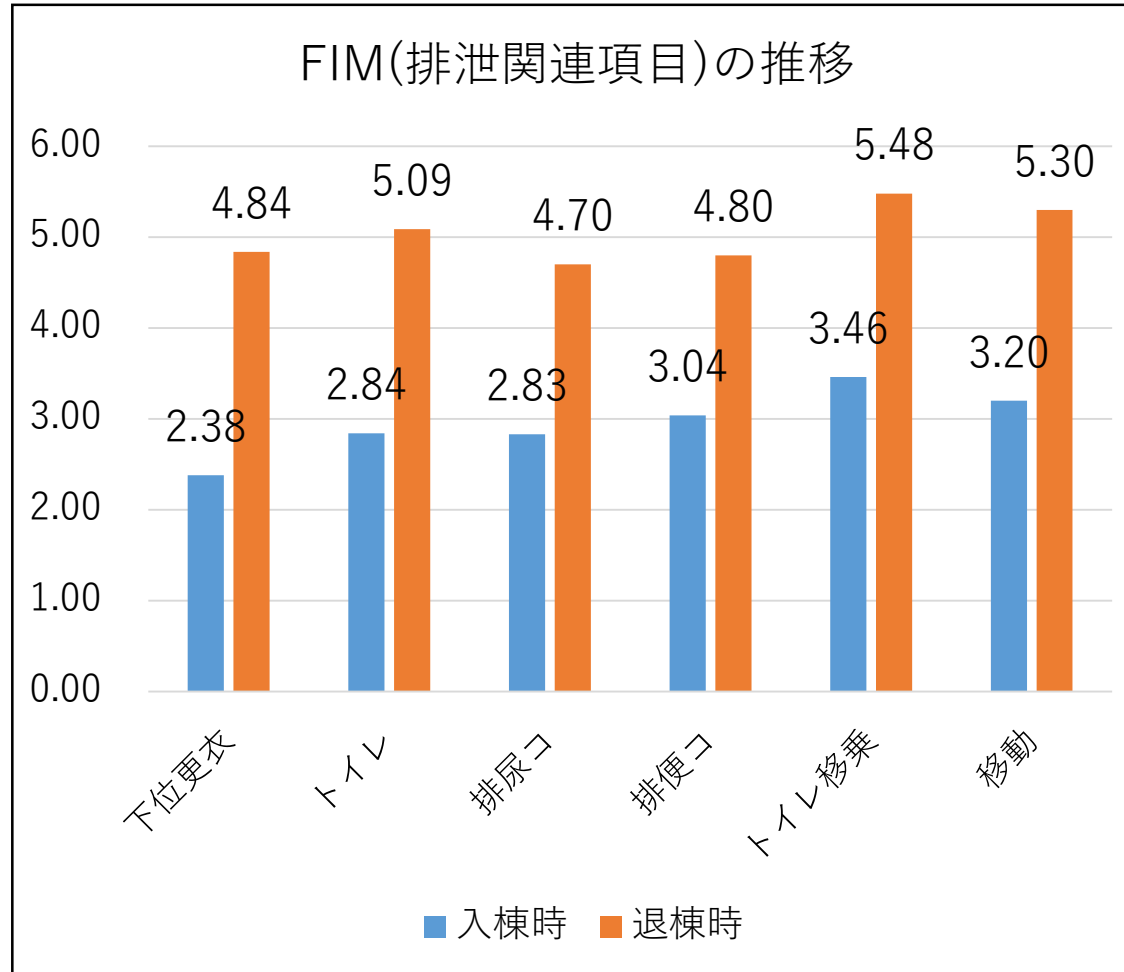
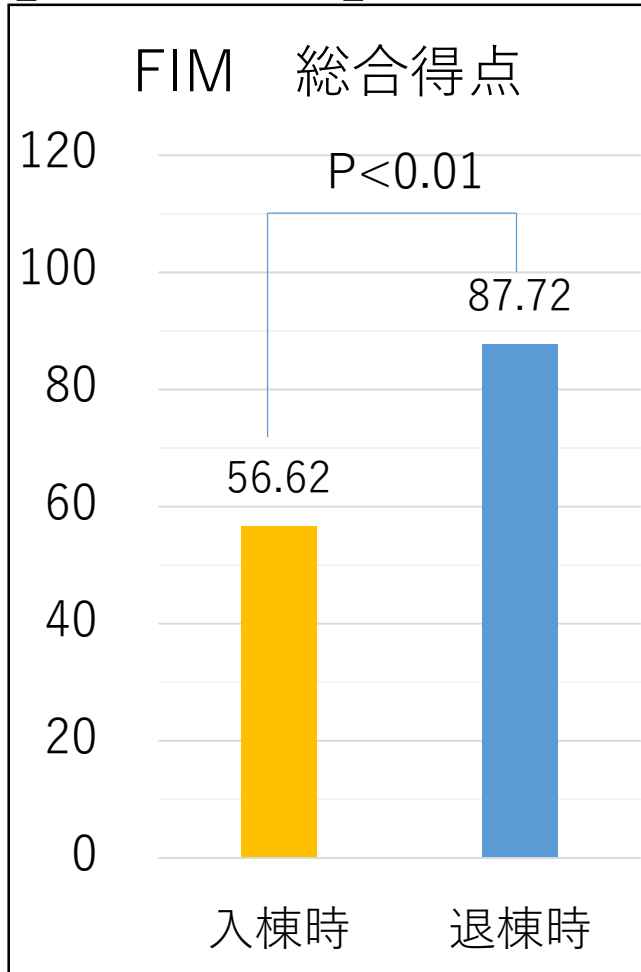
【日中の下衣の形態変化】

入棟時のバルーン・オムツ使用者は216症例（約46％）であったが、退棟時は76症例（約16％）にまで減じることができた。

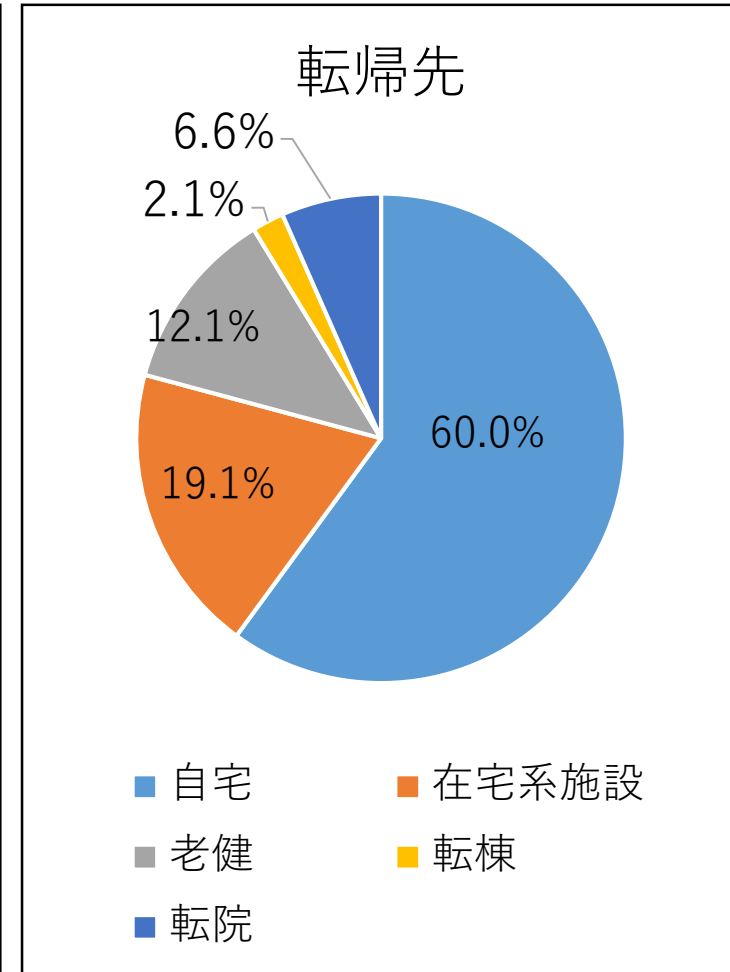


【平成医療福祉グループ】膀胱直腸障害に対するリハビリテーション着用している下衣(パンツ)の変化

【FIMの変化】



【転帰先割合】



- ・入棟時と退棟時のFIMにおいて、FIM総合得点・排泄関連項目共に有意に改善を認めた。
- ・転帰先は、自宅・在宅系施設を合わせて79.1%と高い水準であった。

診療報酬改定

排尿機能回復に向けた取り組みの評価の変遷

2016年診療報酬改定

排尿自立指導料新設

平成28年度診療報酬改定

手術等医療技術の適切な評価⑧

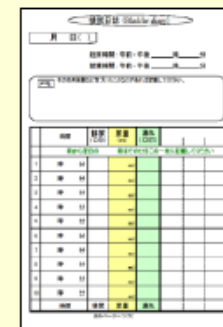
下部尿路機能障害を有する患者に対するケアの評価

- 下部尿路機能障害を有する患者に対して、病棟でのケアや多職種チームの介入による下部尿路機能の回復のための包括的排尿ケアについて評価する。

(新) 排尿自立指導料 200点(週1回)

[主な算定要件]

- ① 対象患者: 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者
尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれる者
- ② 算定回数: 週1回、計6回を限度として算定する。排尿ケアチーム及び病棟の看護師等のいずれか一方しか関与しなかった週は算定できない。



排尿自立指導料算定表のイメージ。表には患者の氏名、病室、年齢、性別、算定回数などが記載されている。また、算定回数が増えるにつれて、指導料の点数も増加していることが示されている。

2020年診療報酬改定

排尿自立指導料⇒排尿自立支援加算 (12週まで算定可)

回りハ病棟や地ケア病棟でも算定可能となった

改定年度	加算名称			概要	アウトカム要件
2014年度	経口摂取回復促進加算 185点 ／月 6月以内限り			高い割合で経口摂取に回復させている場合の、 摂食機能療法の加算が認められた。	鼻腔栄養または胃瘻患者の 経口摂取回復率35％以上
2016年度	摂食機能療法の対象となる 患者の範囲を拡大			発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血 管疾患等による後遺症により摂食機能に障害 があるもの 及び他に内視鏡下嚥下機能検査、 嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が 確認できる患者であって、医学的に摂食機能 療法の有効性が期待できるもの （赤字追加）	—
	経口摂取回復促進加算1 185点 ／月 6月以内限り		経口摂取回復促進加算の要件を緩和		鼻腔栄養または胃瘻患者の 1年以内の経口摂取回復率35％以上
	経口摂取回復促進加算2 20点 ／月 6月以内限り				胃瘻患者の3月以内の経口摂取回復 率30％以上
2020年度	摂食嚥下支援加算 200点 ／週1回限り			多職種チームによる効果的な介入を推進	アウトカム要件なし
2022年度	摂食嚥下機能 回復体制加算	1	210点 ／ 週1回限り	中心静脈栄養や鼻腔栄養等を実施してい る患者の経口摂取回復に係る効果的な 取組を更に推進する	鼻腔栄養、胃瘻、中心静脈栄養 患者の経口摂取回復率35％以上
		2	190点 ／ 週1回限り		アウトカム要件なし
		3	120点 ／ 週1回限り		中心静脈栄養患者のうち、嚥下機能 が回復し中心静脈栄養を終了した患 者が1年で2人以上

58

医療区分3に該当する「中心静脈栄養」について、「摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合」、医療区分2を算定する。

8の2 療養病棟入院基本料の注1に規定する中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制について

次のいずれも満たしていること。

ア 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有していること。なお、当該検査等については、耳鼻咽喉科又はリハビリテーション科その他必要な診療科を標榜する他の保険医療機関との協力により確保することでも差し支えない。

イ 摂食機能療法を当該保険医療機関内で実施できること。

ウ 毎年7月において、療養病棟入院料を算定している患者のうち、中心静脈栄養を実施している患者の数、終了した患者の数、嚥下機能療法を実施した患者の数及びアの他の保険医療機関との協力による体制の確保の状況等を様式5の7を用いて届け出ること。

摂食嚥下機能回復体制加算に対する異常に厳しい基準を設定している

◆ いい加減な嚥下訓練の排除。

- ◆ 要するに安易に摂食嚥下機能回復体制加算を
いい加減の解釈して加算を算定している病院に対し、
厳しい条件を付けて、「本物」しか加算算定できない
ようにしている。

◆ 医療区分3⇒2へと移行させるため

介護報酬改定

排せつ機能・摂食嚥下機能回復に向けた取り組みの評価の変遷

	排せつ機能回復に向けた取り組みの評価		
改定年度	加算名称		アウトカム要件
2018年度	排せつ支援加算 100単位／月 (6月以内限り)		なし
2021年度	排せつ 支援加算 (6月を超えて算定可)	I 10単位／月	なし
		II 15単位／月	現状維持以上 施設入所時と比較して、 排尿・排便の状態の少なくともどちらか一方が改善するとともに、いずれにも悪化がない、 または オムツ使用ありから使用なしに改善している
		III 20単位／月	悪化なく改善 施設入所時と比較して、 排尿・排便の状態の少なくともどちらか一方が改善するとともに、いずれにも悪化がない、 かつ オムツ使用ありから使用なしに改善している

	摂食嚥下機能回復に向けた取り組みの評価		
改定年度	加算名称		
2005年	経口移行加算28単位/日(180日限度)		
2006年	経口維持 加算	I	著しい誤嚥あり 28単位／日
		II	誤嚥あり 5単位／日
2009年	口腔機能維持管理加算 30単位／月 (歯科医師または歯科衛生士が介護職員に対して入所者の口腔ケアに係る指導をする)		
2012年	口腔機能維持管理体制加算 30単位／月 (名称変更) 口腔機能維持管理加算 110単位／月 (歯科衛生士が入所者の口腔ケアを4回/月以上実施)		
2015年	経口維持加算 I 400単位／月(※多職種による取組を評価)		
	経口維持加算 II 100単位／月 (※食事の観察及び会議等に医師, 歯科医師, 歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合、経口維持加算(I)に加えて算定。)		
2018年	<u>口腔衛生管理加算110単位⇒90単位</u> (<u>歯科衛生士による口腔ケア 4回/月⇒2回/月</u>)		
2021年	口腔機能維持管理体制加算(30単位／月) 廃止 (※運営基準に盛り込まれた) 口腔衛生管理加算(I)90単位 口腔衛生管理加算(II)110単位		

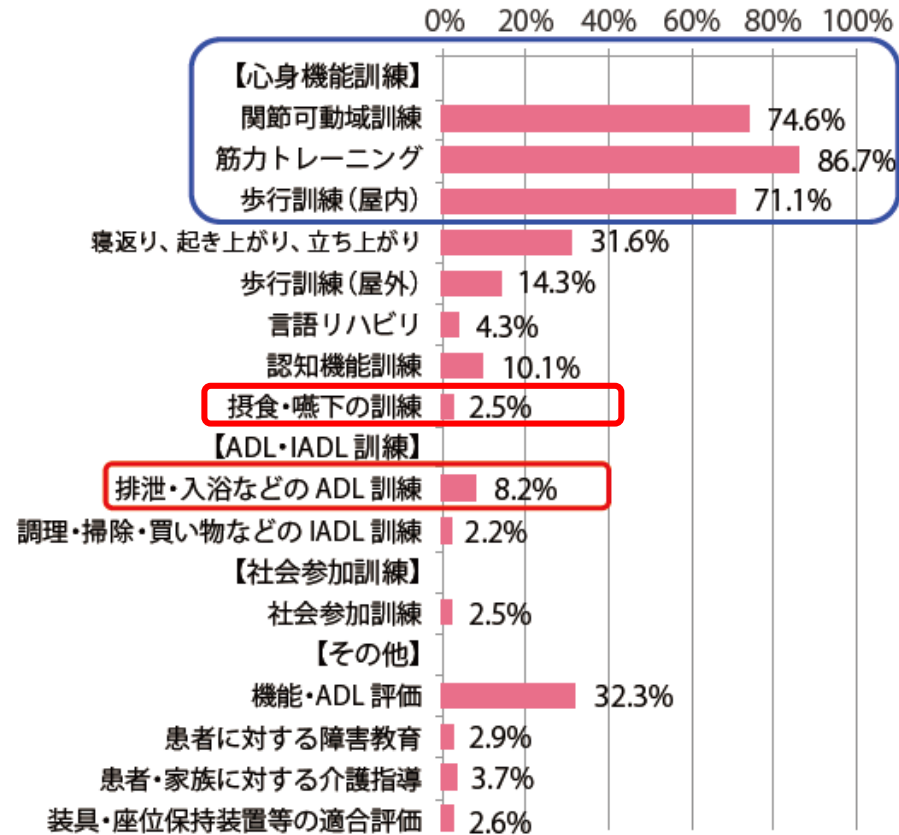
LIFEへデータ提出し
なければならない

加算がついたから実践するのではなく、患者にとって
良いと思われることはどんどん行い、実績を示して
国に追認してもらって加算をつけてもらう。

リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査

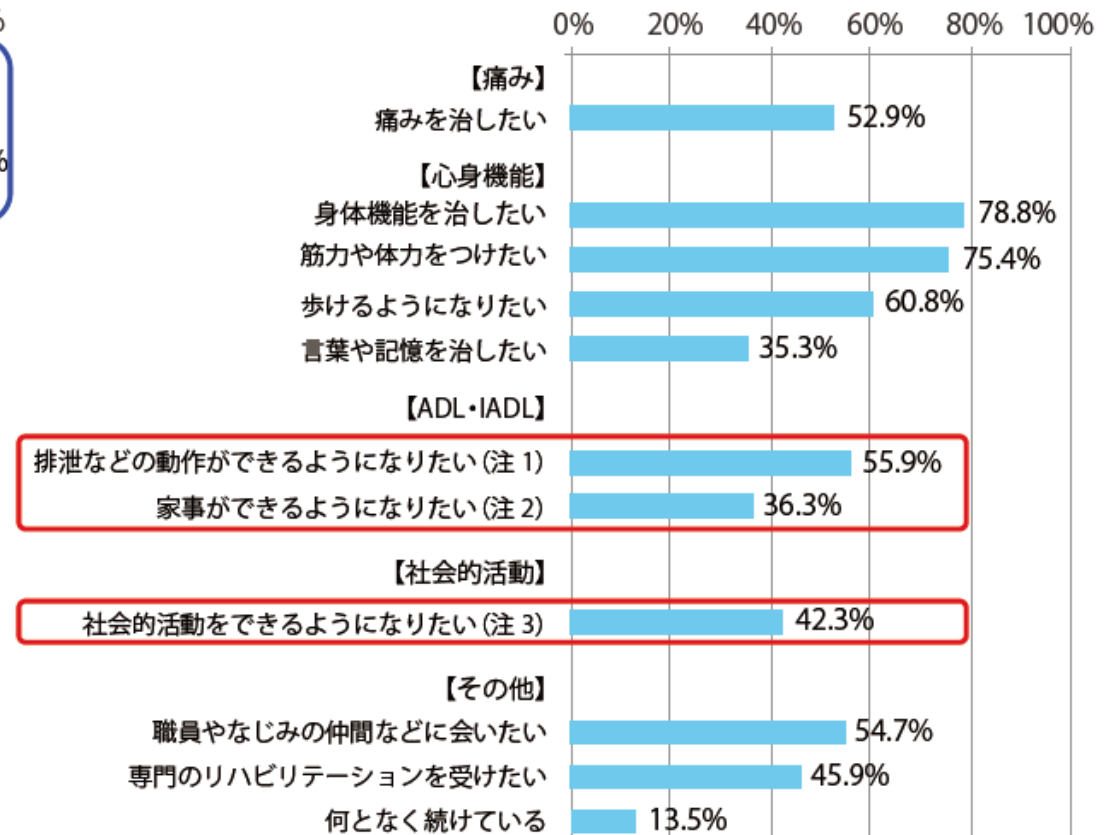
リハビリの実施内容 (複数回答)

図表17 通所リハ
(n=3,415)



リハビリ継続理由 本人回答 (複数回答)

図表45 通所リハ
(n=2,786)



注1) 選択肢全文は「日常生活を送る上での基本的な動作(移動や食事、排泄、入浴、着替えなど)ができるようになりたい」

注2) 「買い物や掃除、料理など家事ができるようになりたい」

注3) 「病気やけがになる前に行っていた趣味活動や仕事をするなどの社会的活動ができるようになりたい」

90歳以上の高齢患者に対し、リスクがありながら、
自立歩行維持にこだわる必要はない。
まずは座位保持、そして摂食と排泄機能改善リハビリ
とともに車椅子自立を目指す。

【疾患別リハビリテーション料】

- ◆ 疾患別リハビリテーション料はPT・OT・STが患者と1対1のリハビリテーションを20分間行うことでのみ診療報酬で評価されている。
- ◆ 心大血管リハビリテーションや呼吸器リハビリテーションなど、リスクの大きいリハビリテーションより脳血管リハビリテーションが40～70点も高い理由はどこにも明記されていない。
- ◆ 20分間という同じ時間をかけてリハビリテーションを実施するのに、
疾病により報酬に差があれば、現場は、より報酬の高い患者を優先することは当然である。

テ ー シ ョ ン 比 較	疾 患 別 リ ハ ビ リ	リハ種別	1単位 時間	診療報酬（点）	1分当たり診療報酬（点）	リスク度	技術度
		脳血管（Ⅰ）	20分	245	12.25	4位	4位
		廃用症候群（Ⅰ）	20分	180	9	3位	3位
		心大血管（Ⅰ）	20分	205	10.25	1位	1位
		呼吸器（Ⅰ）	20分	175	8.75	2位	2位
		運動器（Ⅰ）	20分	185	9.25	5位	5位

脳卒中リハビリテーション

- ◆ 回復期リハビリテーション病棟では患者1人1日あたり9単位まで疾患別リハビリテーション料の出来高算定可能。
- ◆ 脳卒中発症後、1ヵ月目も6ヵ月後も、1日当たり9単位（3時間）のリハビリテーションでよいのか。
- ◆ 脳卒中リハビリテーションは、弛緩性麻痺の間に集中的にリハビリを行うことが重要である。
- ◆ 発症後2週間経過し病状が落ち着けば、毎日20単位（6時間）以上のリハビリテーションを集中的に行う方がよいのではないか。

- ◆現在、回復期リハビリテーション病棟では、FIM利得を用いた実績指数によりアウトカム評価を行っている。
- ◆しかも、報酬は20分単位のPT・OT・STによる患者と1対1の個別リハビリテーションのみである。



PT・OTだけがリハビリテーションをしている病院はダメ。
看護・介護職員とともに入院期間中にどのようなリハビリテーションを実施すべきか一緒に検討し、リハビリテーション看護・介護の提供を目指すべきである。

疾患別リハビリテーションを廃止し出来高から包括への全面転換をすべきだ！

- ◆地域包括ケア病棟では、2014年の新設当初から入院基本料にリハビリテーション2単位が包括されている。
- ◆単位をとるために汲々とした20分絶対主義のリハビリテーションから、時間を気にせず一人一人の患者のためのリハビリテーションとして、短時間リハビリテーションや多職種による集団リハビリテーション等、様々なリハビリテーションが実施できる。
- ◆疾患別リハビリテーションの出来高払い方式は、リハビリテーション療法士の出勤日数が多い程、収益は増大する仕組みとなっているため、職員の労働環境改善を行う上で弊害となっている。医療費削減のためにも出来高から包括への全面転換をすべきである。

先に述べたように、2022年度改定では、リハビリテーションの主な改定項目として、回復期リハビリテーション病棟における入院時重症 患者割合の引き上げ等で済んだが、2024年度同時改定では、回復期リハビリテーション病棟の改革が行われるとみている。

つまり、単位数による出来高評価から、リハビリテーション料の全面包括化、そしてアウトカム評価へ転換できるか！である。

医師と看護師の2職種で医療をやっていたのははるか昔のこと。
今は多くの職種が関わっている。
その状態に合わせた評価が必要だ。

急性期病院入院中に発生する寝たきり患者を減らしていくために病棟内に配置するスタッフについて、基準看護だけでなく

基準介護

基準リハビリテーション

を追加すべきである。

そしてすべての臓器別専門医に総合診療医の知識と技術が必要である。

「基準介護」新設の提案

1. 人員不足のための身体拘束や膀胱留置バルーンカテーテルを防止すれば、要介護者の減少につながる。
2. 日本慢性期医療協会では2019年8月「基準介護」の新設を提案した。
3. 日本看護協会も2019年11月患者の高齢化に対し看護補助者の増員を要望した。

「基準リハビリ」新設の提案

1. 急性期治療中にリハビリをせず、筋力低下や関節拘縮になり、回復期リハ病棟で集中的に行われている現状を改善すべき。
2. 病棟ごとにリハビリ療法士を配置し、リハビリを入院基本料に包括し、集団リハビリなど、患者ごとに適切なリハビリが提供できる体制とすべき。

**病棟内に多職種スタッフを配置し手厚いケアとリハビリにより
要介護者を減らして医療・介護費削減につながる。**

高齢者の肺炎治療の場合

臓器別専門医

- 抗菌薬治療をする

慢性期治療病棟の医師(総合診療医)

- 抗菌薬治療をする
- サルコペニアに対して徹底した栄養管理・筋力強化
- 嚥下障害の原因薬剤の確認、調整
- 呼吸不全がなければ早期離床、廃用症候群を予防
- 嚥下機能評価を行い、適切な嚥下訓練を開始
- 口腔内の状況（義歯の適合等）を確認して調整
- 入院前以上に歩行能力を向上させるリハ実施
- 退院先施設の食形態を確認、先方と調整、退院後の誤嚥性肺炎予防対策を徹底
- 介護サービス（デイケアや訪問リハなど）の介入計画をたて、退院後の身体機能低下予防を徹底

医師は、自らの臓器別専門医としての技術を磨くと共に、
総合診療医としての知識とスキルを習得しなければ
患者を助けられない。

総合診療医は19番目の臓器別専門医ではない

新たな専門医制度の基本設計

サブスペシャリティ領域（29 領域）

消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、神経内科、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、リウマチ、小児循環器、小児神経、小児血液・がん、周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、頭頸部がん、放射線治療、放射線診断、手外科、脊椎脊髄外科、集中治療

基本領域（19 領域）

内科	小児科	皮膚科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳神経外科	放射線科	麻酔科	病理	臨床検査	救急科	形成外科	リハビリテーション科	総合診療
----	-----	-----	-----	----	------	------	----	-------	------	-------	------	-----	----	------	-----	------	------------	------

大学医局が悲鳴を上げたのに応えて創設した臓器別専門医制度には、初めから無理がある。日本の医療の変化に逆らっている。

若い医師は都市部に集中するが、過疎地をはじめとする地方には志のある医師しか行かない。

日本全国で総合診療医が求められているが、市中病院で臓器別専門医資格を取得する医師が増加している。

現在の専門医制度に物申す！

大学医局は、入局者が極端に減少傾向にある状況を打開するために、大慌てで2018年から新たな臓器別専門医制度を立ち上げたものの、現在の若手医師たちは「医学博士号はいらない、研究したくない。」と思っている。

医学博士号が必要だから、いやだけど研究して仕方なく学位論文を出していた先輩医師と違って、現在の若い医師は研究に興味のない人が多く、一応臓器別専門医資格は取るが、専門の医療技術を習得することだけを望んでいる。

これだと卒後臨床研修先を選択するのに、大学の医局より、急性期充実体制加算算定病院に集中してしまう。

このままでは医師の卒後臨床研修体制は一変してしまう。

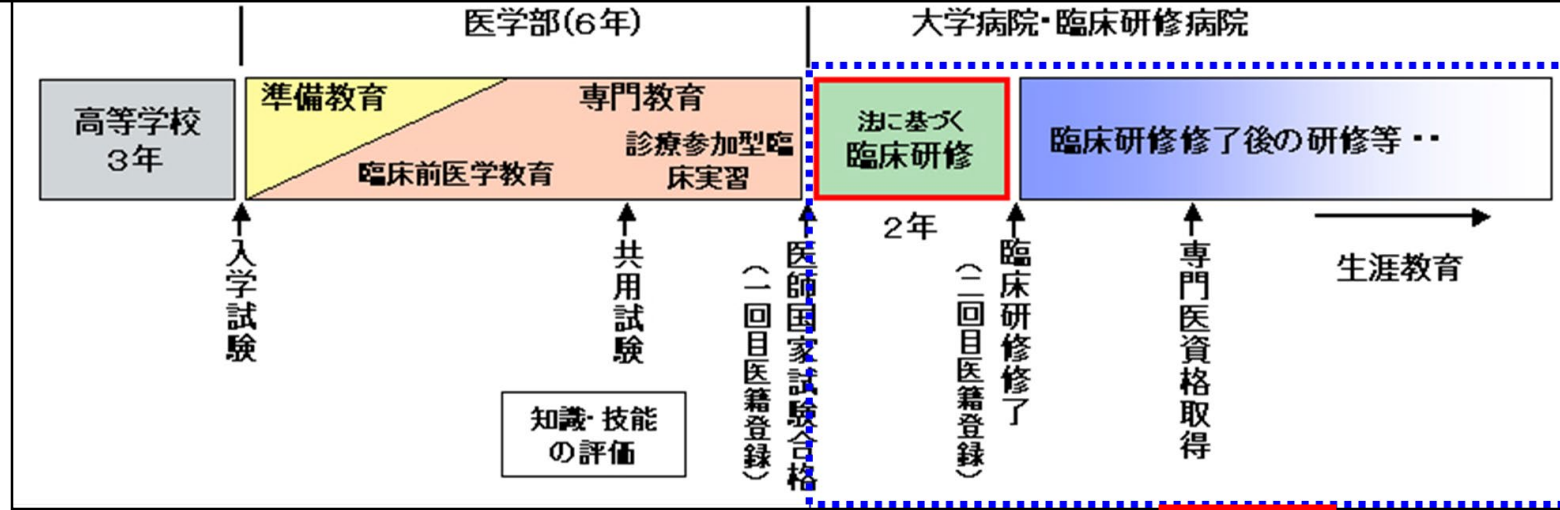
医師の卒後研修制度の抜本的見直し

をしないと大変なことになる。

総合的高齢者対策は喫緊の問題だ。

医師の臨床研修制度の概要

現行

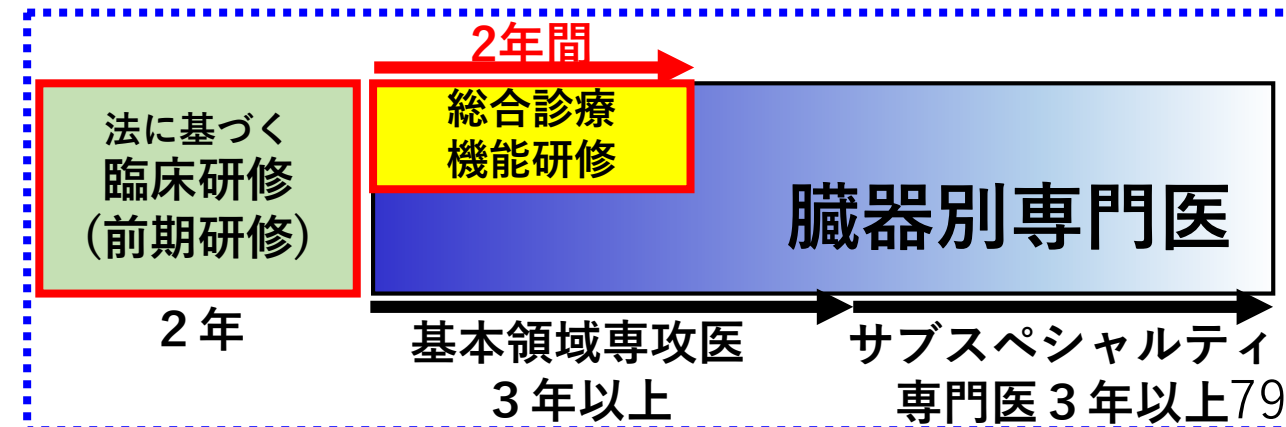
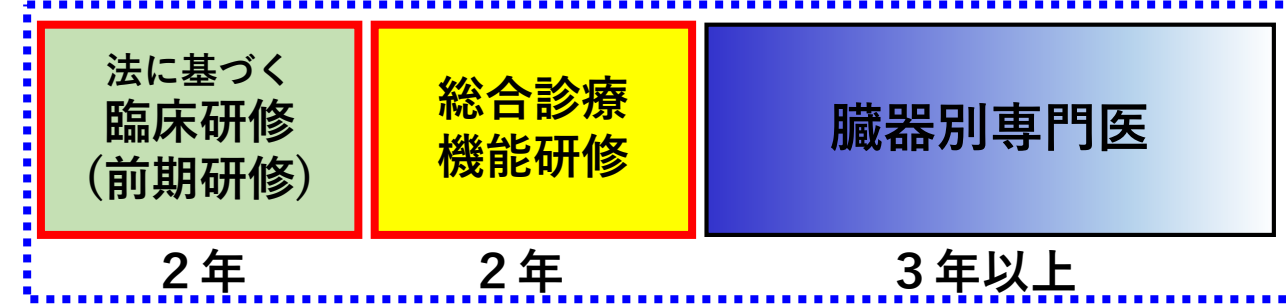


(変更前)改正案

医師国家試験合格後、2年間の「前期研修」と「後期研修」の初めの2年間を総合診療機能を学ぶための研修期間とし、この4年間の研修を経てはじめて、臓器別診療医の研修を行う医師養成制度にするべきではないか。

(変更後)改正案

医師国家試験合格後、2年間の「前期研修」を終えると、2年間は臓器別専門医としての技術を磨くとともに、総合診療医としての知識とスキルを習得する研修期間としてはどうか。



■ 総合診療医確保で独自事業、年1000万円の奨学金も 新潟・津南病院

新潟県津南町は、地域医療を担う若手の総合診療専門医を確保するため、独自のプログラムを立ち上げる。町立津南病院（97床）で勤務しながら日本専門医機構が認める総合診療専門医の取得を目指すもので、年1000万円の奨学金や最大1550万円の留学支援など手厚い支援メニューを用意する。同病院の林裕作院長は10月27日、厚生労働省で会見し「ぜひこの制度を利用して、若い先生に来ていただいて、地域で活躍して総合診療を学んでいただければと思っている」と述べた。

●幹部育成プログラムも

また、すでに総合診療専門医の資格を取得している医師を対象にした「病院経営幹部育成プログラム」も併せて創設。専門医プログラムに準じた支援を実施する。定員は両プログラム合わせて2人。財源は津南町が負担する。11月上旬にオンラインで説明会を開く予定だ。

●若手医師確保が急務

津南町は新潟県最南端に位置し、人口は8940人。津南病院は、高齢化が進む同町内で唯一の病院だ。他地域と同様に、同町でも複数の疾患を抱える高齢患者に対応するため、総合診療能力を持つ医師のニーズが高まっている。

一方、新潟県は医師偏在指標で全国最下位となっており、慢性的に医師が不足している。中でも、津南町が入る魚沼圏域は医師不足が顕著だ。さらに同県は50～60代の医師が医療を中心的に担っている状況で、若手医師の確保が大きな課題となっている。総合診療科の専門プログラムについては、県全体で3年連続、志望者がなく、総合診療医を目指す医師も不足している状況だ。

●資格取得後は、病院幹部への登用も

このような課題に対応するため、同町は独自の総合診療医確保プログラムを考案。▽総合診療医を地域医療の中心に位置付ける▽高い待遇▽海外留学支援▽院長候補等の幹部として登用—という4要素が含まれた国内初のプログラムとなっている。

具体的には、同町と隣接する十日町市の県立十日町病院（275床）の総合診療専門医プログラムと連携して、同病院で1年間、津南病院で2年間勤務した後、試験に合格すれば日本専門医機構の総合診療専門医が取得できる。津南病院に勤務している間は、通常の給与（1500万円程度）に加え、年1000万円の奨学支援金を支給（津南病院での勤務中に最大4年間）するなど、手厚い財政支援も実施。海外留学時には、最大1550万円の奨学金も別途支給する。専門医取得後は、院長候補などの病院幹部として登用し、早期に経営に参画させるとしている。

高度急性期病院の2分化実施

2022年度診療報酬改定によって高度急性期病院の持つべき機能を明確に示し、高度性かつ専門性に特化した機能をもつ病院を選抜して医療資源の集約、選択と集中を行い、「なんちゃって急性期病院」を減らそうとしている。

総合入院体制加算

(急性期特化集中機能)

広範囲な医療の提供

地域一番病院（大病院）

公立・公的病院が主体

ゲートキーパー機能

急性期充実体制加算

(急性期特化集中機能)

緊急時急性期外科手術機能

トップレベルの医療機能

地域の急性期機能のレベルアップを期待

施設基準の比較		総合入院体制加算		急性期充実体制加算	
点数		加算1・2・3(14日以内)240点/日・180点/日・120点/日		7日以内460点/日8～11日以内250点/日12～14日以内180点/日	
算定可能な入院料		一般		急性期一般1	
診療科		○		－	
	精神科対応	◎		○（リエゾンチーム加算など）	
手術 等		○（全麻手術：800件/年）		◎（全麻手術：2000件/年）	
	緊急手術	－		○（350件/年）	
	人工心肺を用いた手術等	40件/年		－	
	悪性腫瘍手術	400件/年		400件/年	
	腹腔鏡・胸腔鏡手術	腹腔鏡で100件/年		腹腔鏡・胸腔鏡で400件/年	
	心カテ手術	－		200件/年	
	消化管内視鏡手術	－		600件/年	
	外来化学療法	－		40件/年	
	小児手術	－		40件/年	
	放射線治療	4000件/年		－	
	分娩	100件/年		－	
	異常分娩			50件/年	
救急		○		◎	
RRS [※]		－		○ ※（Rapid Response System）院内迅速対応システム	
外来縮小		○		○	
負担軽減		○		○	
	時間外加算1等	－		○	
地域連携		○（地域連携室設置）		△	
	機能分化	○	地ケア病棟等の設置なし、介護施設の設置なし	◎	地ケア病棟等の設置なし、介護施設の設置なし
					院内他病棟転棟1割未満, 急性期病床割合90%以上
	感染対策	－		○	
看護必要度要件		(加算1・2) 必要度Ⅰ:33% 必要度Ⅱ:30% (加算3) 必要度Ⅰ:30% 必要度Ⅱ:27%		なし	
第三者評価		○		○	
24時間画像診断等、24時間調剤		○		○	
禁煙		○		○	

2024年改定では、看護基準の7：1や5：1という看護師の配置数だけで病棟機能を決定している現状から、自院がどのような特殊な治療が可能か、またその治療実績、各科の手術件数や地域貢献度など、正に地域における病院の存在感と信頼度を自他ともに評価する病棟機能基準を明示し、診療実績を評価する方向にシフトするだろう。

急性期病院は
500力所程度

- ◆ 急性期充実体制加算、総合入院体制加算を届出している410病院
- ◆ 大学病院本院81病院＋大学病院本院以外の特定機能病院9病院



- ◆ 上記加算算定病院に在宅機能は求められていない
(両加算共に、地ケア病棟等の設置なし、介護施設の設置なし)
- ◆ 上記加算算定病院以外の地域の急性期病院は、
(急性期型) 地域多機能病院とし、地域包括ケア病棟を持ち、在宅機能を持たなければならない

将来的には精神病床を除く病院病床は100万床を切り、
うち急性期充実体制加算および総合入院体制加算算定病院、
大学病院本院、特定機能病院の600病院・**30万床(600病院×500**
床)が急性期病院となるだろう。

あとの60万床が地域多機能病院となるだろう。

現在の4つの病期別病床機能は全く機能しなくなるだろう

病床機能報告における4医療機能について

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できる。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。

【現在】

病院機能別総合分類

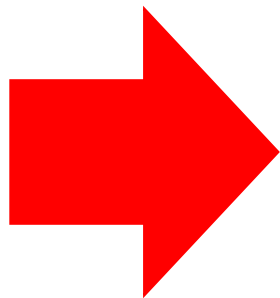
【将来予測】

高度急性期

急性期

回復期

慢性期



急性期病院

総合入院体制加算

急性期充実体制加算

地域多機能病院

急性期型

慢性期型

岐路に立つ中小病院、「多機能」「地域密着」が鍵

2022年8月8日

超高齢社会を迎える中、地域医療を支える中小病院の新たな在り方を模索する動きが活発化している。キーワードは「多機能」と「地域密着」だ。

地域医療構想や病床機能報告制度など、現在の病床の機能分化・連携を巡る病床機能の区分けは「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4分類がベースとなっている。ただ、高齢化の進展を背景とした地域の医療ニーズに応じていくには、急性期から慢性期まで、あるいは在宅支援も含めた機能を備えた病院を地域に分散させて配置する必要性を指摘する声が高まっている。

6月に退任した日本慢性期医療協会の武久洋三前会長は退任記念講演で、現行の病床機能4分類は「全く機能しなくなるだろう」と予測。これに代わる病院機能として打ち出したのが「地域多機能病院」だ。武久氏の構想は、「急性期病院」を総合入院体制加算や急性期充実体制加算を届け出ている病院とし、残りの病院は「地域多機能病院」となるというもの。地域多機能病院は、▽急性期一般病棟▽地域一般病棟▽地域包括ケア病棟▽回復期リハビリテーション病棟—などを備える「急性期型」と、▽地域包括ケア病棟▽回復期リハビリ病棟▽障害者病棟▽慢性期治療病棟▽介護医療院—などを備える「慢性期型」に分かれるが、役割はリハビリによる在宅復帰支援、急性期病院からの紹介入院、自宅などからの入院、在宅サービス、地域で対応可能な救急の受け入れなど多機能を担う。

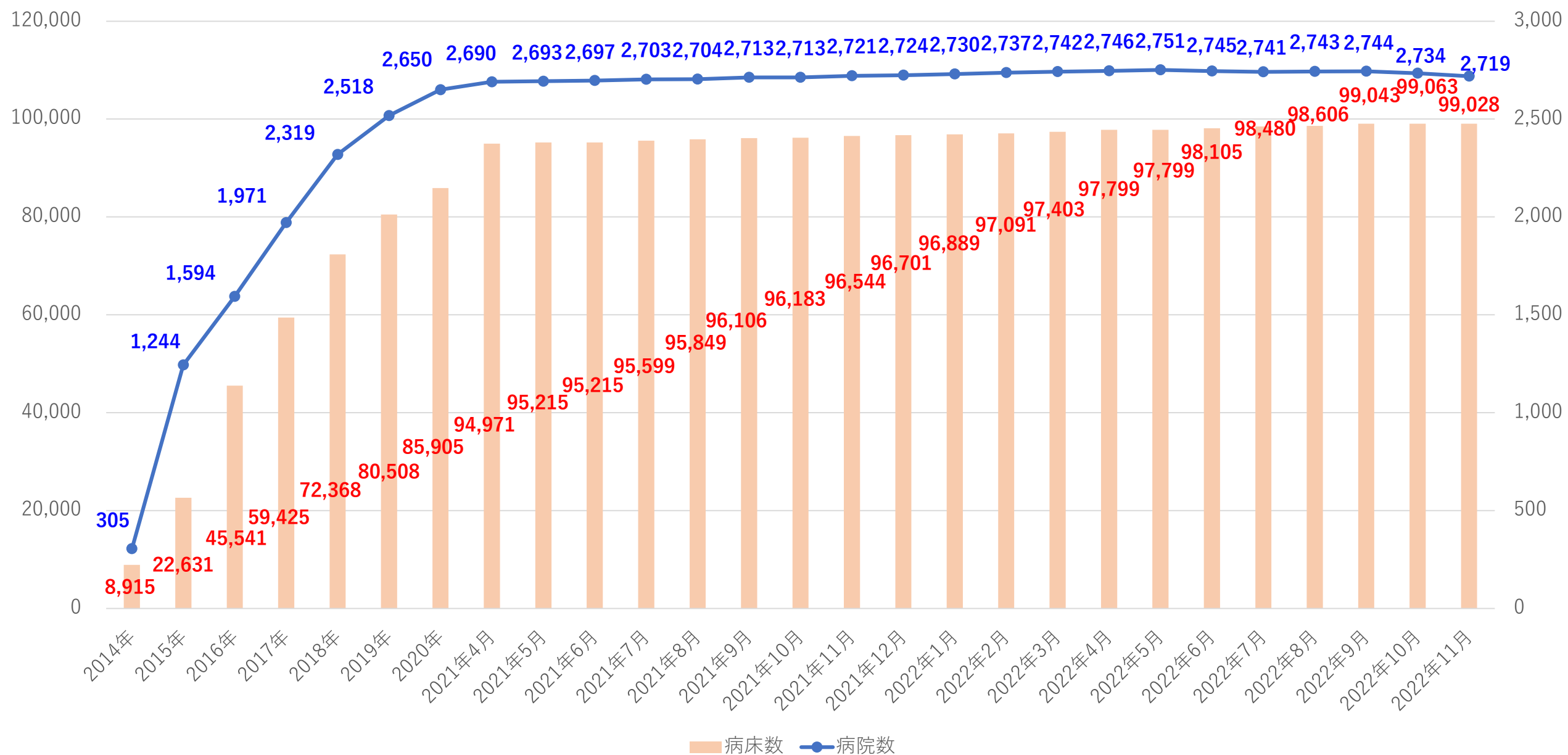
(急性期型)地域多機能病院

- 急性期一般病棟
- 地域一般病棟
- 地域包括ケア病棟
- 回復期リハビリテーション病棟

(慢性期型)地域多機能病院

- 地域包括ケア病棟
- 回復期リハビリテーション病棟
- 障害者病棟
- 慢性期治療病棟
- 介護医療院

地域包括ケア病棟届出病院数及び病床数の推移

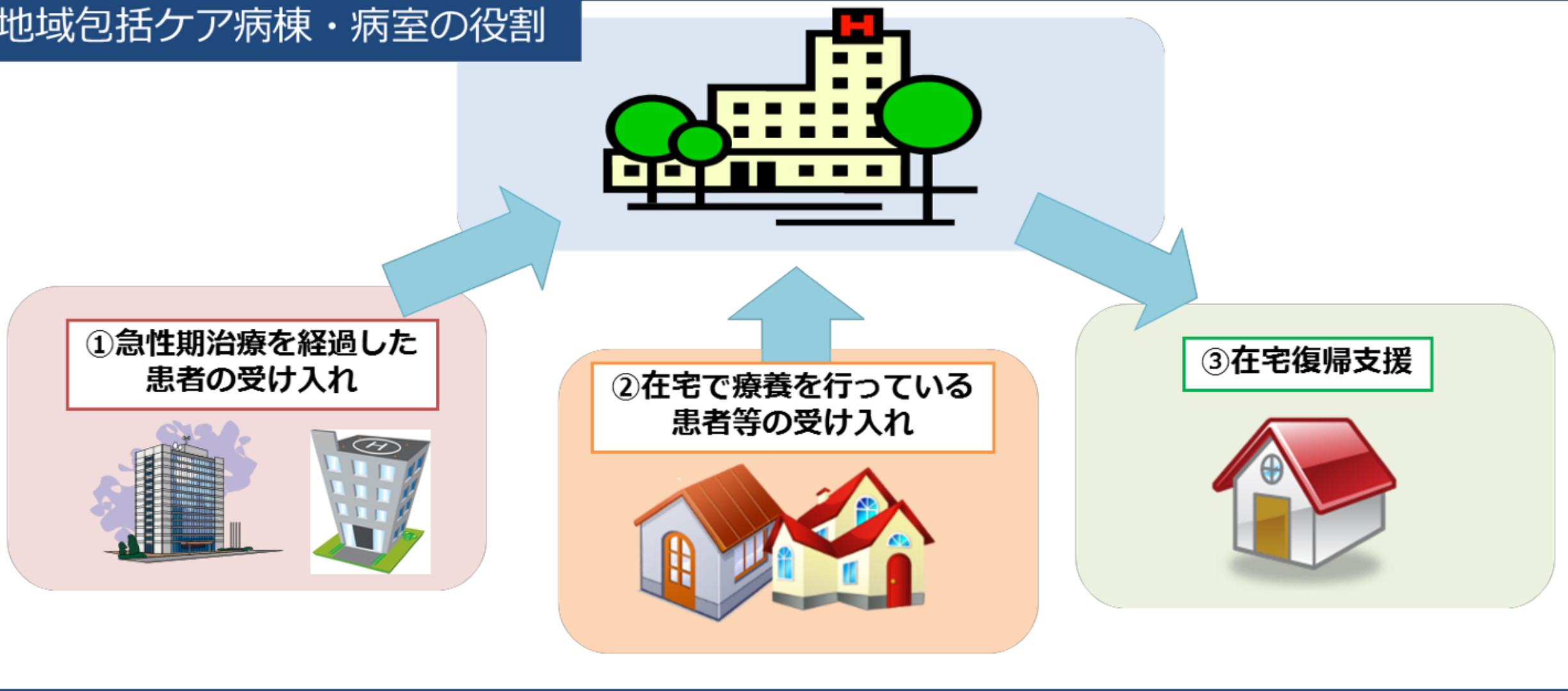


2014年～2020年：厚労省 中央社会保険医療協議会総会資料より

2021.4月～2022.11月：地域包括ケア病棟協会機能評価委員会委員 福田行弘氏（大村市民病院・事務次長）データより作成

厚労省が示す地域包括ケア病棟の3つの役割

地域包括ケア病棟・病室の役割



2022.3.4版 厚生労働省保険局医療課 令和4年度診療報酬改定の入院Ⅱ（回復期・慢性期入院医療）資料より

2022年度改定では、この3つの機能をより機能させるためにそれぞれ条件を付けてペナルティとしての減算まで設定した。

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



	入院料 1		管理料 1		入院料 2		管理料 2		入院料 3		管理料 3		入院料 4		管理料 4	
看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）															
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															
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については 1 日平均 2 単位以上提供していること															
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること															
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）															
届出単位	病棟		病室		病棟		病室		病棟		病室		病棟		病室	
許可病床数200床未満	○		－		○		－		○		－		○		－	
室面積	6.4平方メートル以上								－							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>12%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>8%</u> 以上															
自院の一般病棟から転棟した患者割合	－		6 割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)		－		－		6 割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)		－		－		－	
自宅等から入棟した患者割合	<u>2 割</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>8 人</u> 以上)		<u>いずれか 1 つ以上</u> (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		<u>2 割</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>8 人</u> 以上)		<u>いずれか 1 つ以上</u> (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)									
自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>9 人</u> 以上								3月で <u>9 人</u> 以上							
在宅医療等の実績	○（2 人以上）								○（2 人以上）							
在宅復帰率	<u>7 割 2 分 5 厘</u> 以上								<u>7 割以上</u> (満たさない場合90/100に減算)							
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること <u>入院料及び管理料の 1・2 については入退院支援加算 1 を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）（満たさない場合90/100に減算）</u>															
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）				2,620点（2,605点）				2,285点（2,270点）				2,076点（2,060点）			

・ 療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり／自宅等から入棟した患者割合が6 割以上／自宅等からの緊急患者受け入れ3月で3 0 人以上のいずれかを満たす場合は100/100

9

	①急性期後の受入	②在宅療養患者の急変時受入			③在宅復帰促進		
	自院の一般病棟から 転棟した患者割合	自宅等から入棟 した患者割合	自宅等からの 緊急患者の受入	在宅医療等の 実績	入退院支援部門	在宅復帰率	
入院料 管理料 1 2809点		2割以上	3月で 9人以上	6つのうち 2つ以上	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置	入退院支援加算1の届出 (100床以上) (満たさない場合) 90/100に減算	7割2分5厘 以上
入院料 管理料 2 2620点	6割未満 (200床以上) (満たさない場合) 85/100に減算	いずれか1つ以上 (満たさない場合) 90/100に減算				入退院支援加算1の届出 (100床以上) (満たさない場合) 90/100に減算	7割2分5厘 以上
入院料 管理料 3 2285点		2割以上	3月で 9人以上	6つのうち 2つ以上			7割以上 (満たさない場合) 90/100に減算
入院料 管理料 4 2076点	6割未満 (200床以上) (満たさない場合) 85/100に減算	いずれか1つ以上 (満たさない場合) 90/100に減算					7割以上 (満たさない場合) 90/100に減算

一般病床の地域包括ケア病棟

二次救急医療機関または救急告示病院のいずれかであること
(200床未満の場合、救急外来または24時間の救急医療を行っていること)

療養病床の地域包括ケア病棟

5%減算→救急告示あり／自宅等から入棟した患者割合6割以上／自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たせば、減算免除

在宅医療等の実績

①訪問診療料 算定回数	30回
②訪問看護・指導料算定回数	60回
③訪問看護ステーション併設算定回数	300回
④訪問リハビリ・指導管理料算定回数	30回
⑤訪問看護・訪問介護・訪問リハビリ(介護)併設	あり
⑥退院時共同指導料等 算定回数	6回

どうやら今回の診療報酬改定では地域包括ケア病棟に対する
厳しい減算措置が講じられているが、90%以上の病院は
減算を免れそうだ。

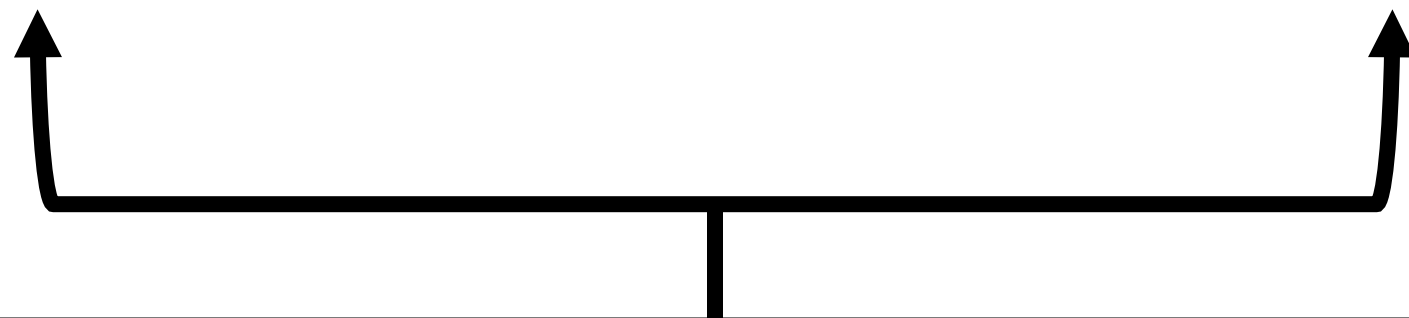
最終的に10%程度の減算を許容する病院は出てくるかもしれない。

急性期多機能病院が持つ 地域包括ケア病棟

慢性期多機能病院が持つ 地域包括ケア病棟

便宜上、一部の急性期病棟を守り
病院運営を維持するために
地域包括ケア病棟を利用している。

地域包括ケア病棟を院内の急性期
患者の治療の場として利用している。
病院のレベルアップを企図している。



この2つの温度差は歴然

2022年 療養病床の地域包括ケア病棟にも救急受け入れを求めてきた

医療法上の病床種別に係る評価の見直し

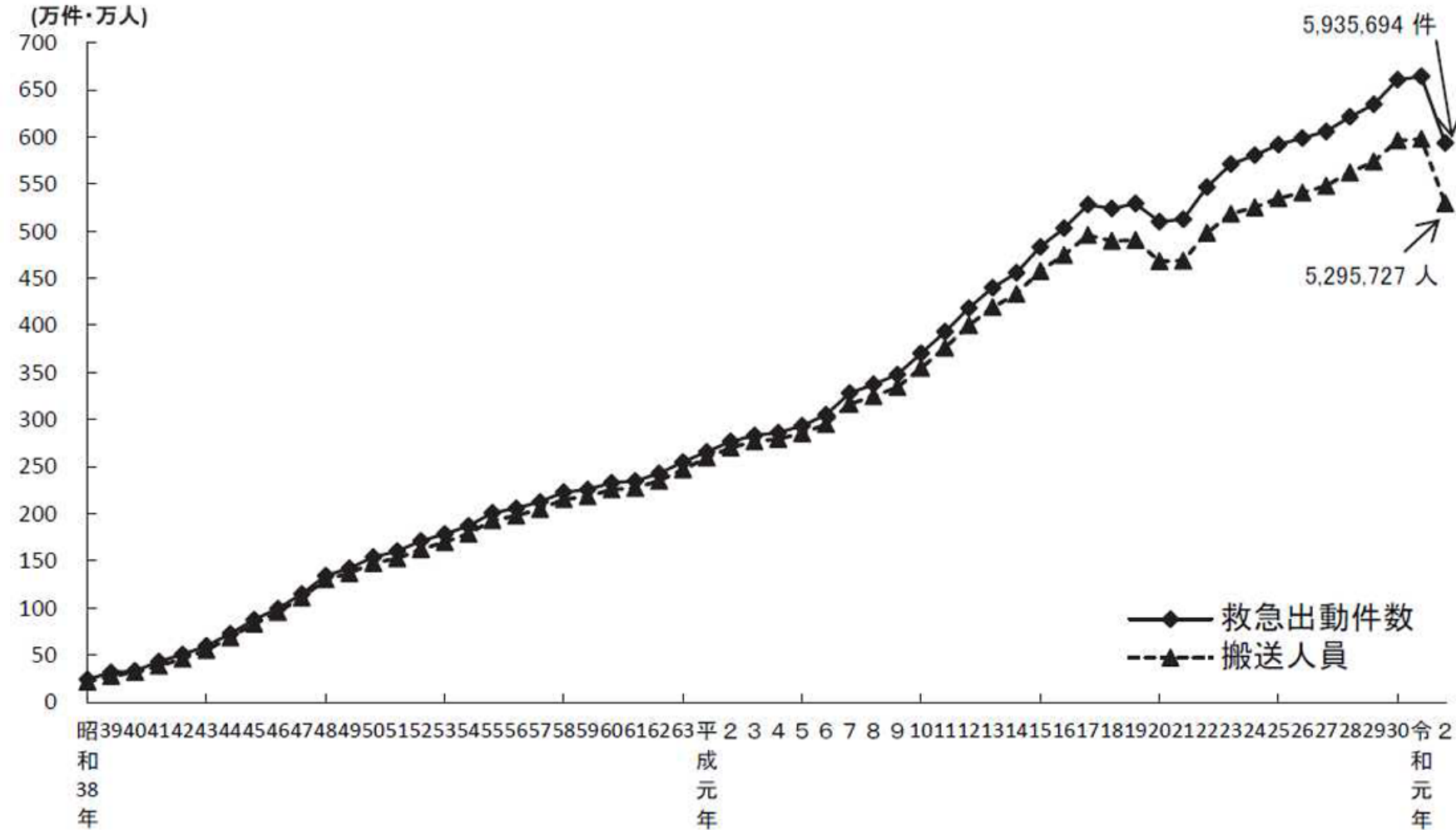
- 医療法上の病床種別に係る評価を見直す。
 - ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定する病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合には、所定点数の100分の95に相当する点数を算定することとする。
 - ・ ただし、当該病棟又は病室について以下のうちいずれかを満たす場合、所定点数（100分の100）を算定する。

- ① 自宅等からの入院患者の受入れが6割以上
- ② 自宅等からの緊急の入院患者の受入実績が前3月で30人以上である場合
- ③ 救急医療を行うにつき必要な体制が届出を行う保険医療機関において整備されている場合

厚生労働省保険局医療課 令和4年度診療報酬改定の概要 資料より

救急出動件数及び搬送人員の推移

○ 救急出動件数及び搬送人員数は、令和2年は新型コロナの影響等により若干減少しているものの、年々増加傾向である。



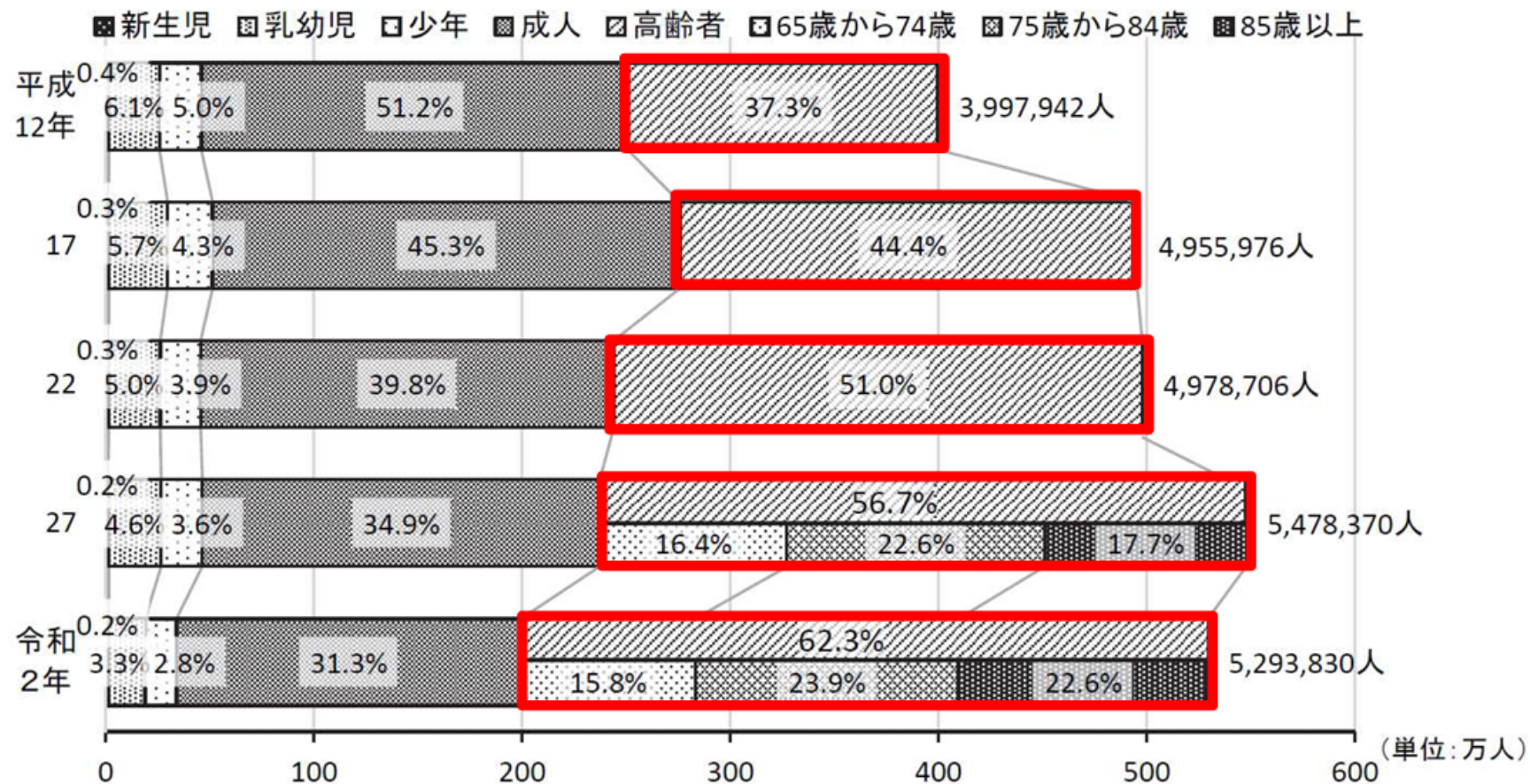
(注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。

2 各年とも1月から12月までの数値である。

(出典) 令和3年版 救急・救助の現況(総務省消防庁) 第16図より一部改変¹⁷

年齢区分別搬送人員構成比率の推移

○ 高齢者の搬送割合の中でも、特に75歳から84歳、85歳以上の割合が増加傾向にある。

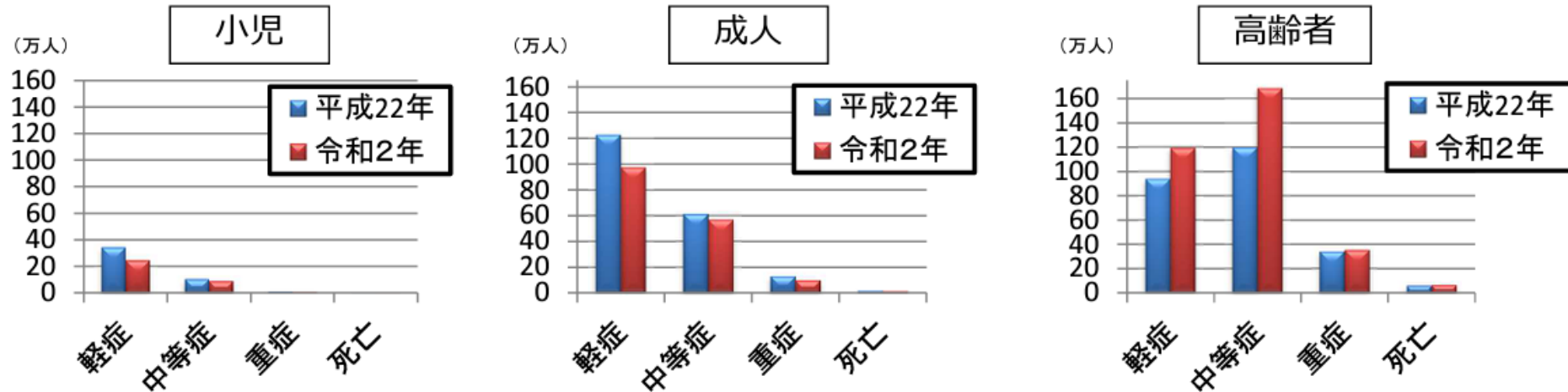


- 1 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。
- 2 東日本大震災の影響により、平成22年は陸前高田市消防本部のデータを除いた数値で集計している。

(出典)令和3年版 救急・救助の現況(総務省消防庁) 第30図

10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



平成22年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、初診時における医師の診断に基づき、分類する。

死亡：初診時において死亡が確認されたもの
 重症（長期入院）：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
 中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの
 軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの

「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータをもとに分析したもの

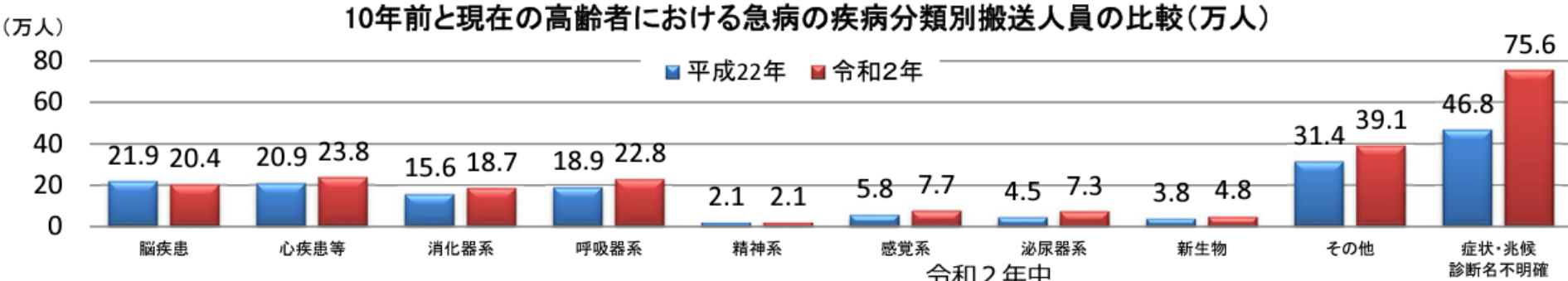
令和2年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人 0.03万人減 ▲33%	1.2万人 0.4万人減 ▲25%	6.5万人 0.6万人増 10%
重症	0.7万人 0.4万人減 ▲36%	9.7万人 3.0万人減 ▲24%	35.3万人 1.3万人増 4%
中等症	8.8万人 1.4万人減 ▲14%	57.0万人 4.2万人減 ▲7%	168.5万人 48.7万人増 41%
軽傷	24.4万人 10.3万人減 ▲30%	97.4万人 25.4万人減 ▲21%	119.4万人 25.5万人増 27%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人 22%

2

10年前と現在の救急自動車による急病の疾病分類別搬送人員の比較

○ 急病のうち、高齢者の「脳卒中」「精神系」を除いた疾患と、成人の「症状・徴候・診断名不明確」が増加している。



平成22年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.6万人	8.2万人	21.9万人
心疾患等	0.1万人	7.0万人	20.9万人
消化器系	1.6万人	15.2万人	15.6万人
呼吸器系	2.5万人	6.3万人	18.9万人
精神系	0.5万人	9.9万人	2.1万人
感覚系	1.8万人	6.2万人	5.8万人
泌尿器系	0.1万人	5.7万人	4.5万人
新生物	0.01万人	1.4万人	3.8万人
その他	5.0万人	23.1万人	31.4万人
症状・徴候 診断名不明確	9.9万人	30.8万人	46.8万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人



令和2年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.3万人 (0.3万人減)	5.7万人 (2.5万人減)	20.4万人 (1.5万人減)
心疾患等	0.1万人	5.9万人 (1.1万人減)	23.8万人 (2.9万人増)
消化器系	1.0万人 (0.6万人減)	11.3万人 (3.9万人減)	18.7万人 (3.1万人増)
呼吸器系	1.5万人 (1.0万人減)	5.5万人 (0.8万人減)	22.8万人 (3.9万人増)
精神系	0.4万人 (0.1万人減)	7.2万人 (2.7万人減)	2.1万人
感覚系	1.3万人 (0.5万人減)	6.0万人 (0.2万人減)	7.7万人 (1.9万人増)
泌尿器系	0.1万人	5.8万人 (0.1万人減)	7.3万人 (2.8万人増)
新生物	0.01万人	1.2万人 (0.2万人減)	4.8万人 (1.0万人増)
その他	3.7万人 (1.3万人減)	19.5万人 (3.6万人減)	39.2万人 (7.8万人増)
症状・徴候 診断名不明確	8.7万人 (1.2万人減)	37.8万人 (7.0万人増)	75.6万人 (28.8万人増)
総人口	1835.9万人 (213.7万人減)	7176.0万人 (631.7万人減)	3602.7万人 (654.3万人増)

(出典) 救急・救助の現況(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

- ◆ 救急出動件数及び搬送人数が年々増加傾向である。
- ◆ 年齢区分別の搬送人員は、わずか20年で成年以下が20%減少し、高齢者が25%増加している。
- ◆ 高齢者の軽度救急患者が増えたのは、**運転免許返納制度が大きく影響している。**
- ◆ 65歳以上の単独世帯もしくは夫婦のみの世帯が61.1%であり、その割合は40年間で倍増している。
- ◆ 「交通事故」が減少し、「急病」と「一般負傷」の搬送割合が徐々に増加している。
- ◆ 「急病」の疾病分類別搬送人員のうち、特に高齢者の「症状・兆候・診断名不明瞭」
が増加している。

厚労省が療養病床の地域包括ケア病棟に求めるのは「慢性期救急」

慢性期救急（Post Acute Therapy）

慢性期療養中の患者が種々の原因により
在宅や施設で急性増悪した場合、

- ・ 誤嚥性肺炎
- ・ 尿路感染症
- ・ 低栄養
- ・ 脱水
- ・ 褥瘡
- ・ その他の感染症

などの病態については、**慢性期治療病棟**で入院治療を行うことが望ましい。

ただし、心筋梗塞、脳卒中発作、骨折、急性腹症、悪性新生物等は急性期救急となる。

「慢性期救急」

すでに14年前の2005年
11月に開催された
日慢協学会において、
学会長の安藤高夫先生が
初めて提唱されました。

第13回 日本療養病床協会全国研究会東京大会 “0（Zero）”原点からの出発 －慢性期力を活かした療養病床の未来－

会期：2005年（平成17年）11月17・18（木・金）

会場：ホテルニューオータニ（東京都・千代田区）

大会長：医療法人社団永生会永生病院理事長 安藤高朗（当協会常任理事）

慢性期力の提唱①

2005年 第13回日本療養病床協会全国研究会



軽中度の緊急処置が必要な高齢患者や高度な技術を要する手術の必要ない
軽度救急患者は、地域の中で、地域多機能病院で解決できる問題だ。

救急の2極分化に対処しよう

ー救急患者別受け入れ医療機関ー

- | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------------------|
| 1. 本来の重症緊急救急患者 | ➡ | 高度急性期病院
(救命救急センター) |
| 2. 軽中度の緊急処置が必要な高齢患者、手術の必要のない患者 | ➡ | 地域多機能病院
(急性期多機能病院)
(慢性期多機能病院) |

「慢急」。即ち、慢性期での救急は必須である。
もともとの意味合いでの救急患者以外に、慢性期での治療
療養中の変化に直ちに対応できるシステムを完成させる
こと、これが慢性期多機能病院の重大テーマである。

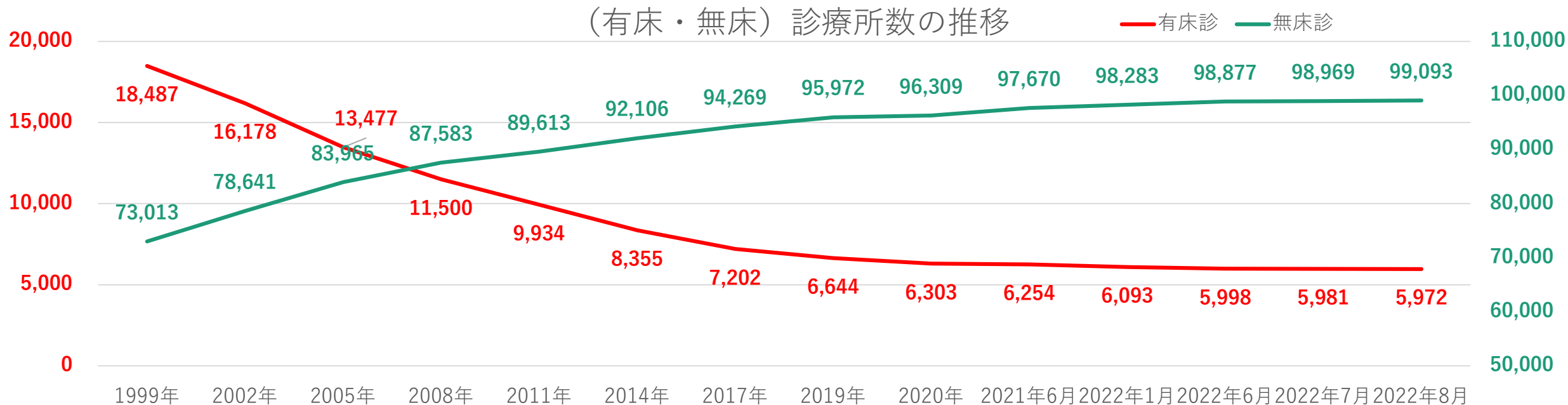
現在「かかりつけ医」についての論議が繰り広げられているが、何よりも医療を受ける人たちの側に立って考えることから始めるべきではないか。



かかりつけ医機能を必要としているのは高齢者

- ◆複数疾患を抱える高齢者への24時間365日の対応
(訪問診療、急変時対応、看取り対応)
- ◆医療ケアだけでなく、介護・福祉ケアサービス提供
→総合診療医と多職種による連携が不可欠！

減り続ける有床診療所 これからの診療所はどうなる？



- ◆検査もできない、当日検査結果も出ない。
- ◆開業資金が高いからビル診か在宅開業か。でも田舎は到底経営困難だ。
- ◆診療所医の平均年齢は60歳に到達した。
- ◆こんな状況下で、在宅を増やせ、受診回数を減らせ…



診療所医は一人で地域医療をカバーできない

診療所医は自分の患者をどこに紹介するか？

短期間で診療し、治療して症状改善してくれる病院。

自分の診療所に早く戻してくれる公立公的病院。

地域の民間病院では、患者を取られる、と思っている



だから慢性期高齢者の病変を治療するのに

最適な病院が選ばれていない。

病診連携でより良い在宅療養を目指す

- ◆ まず病院は、決して自院中心に考えることなく、患者中心、地域中心に対応すること。
- ◆ 病院は、地域連携部に優秀なスタッフを配置し、決して自院に有利な運営をせず、患者の希望を優先し、かつ紹介元の意向を尊重すること。
- ◆ 病院は、近隣の診療所とうまく連携し、休日・夜間の緊急対応、入院受け入れと診療所で行っていない在宅サービスを担う。
- ◆ 病院は、地域包括ケア病棟でリハビリテーションを実施し、短期間で在宅復帰を目指すべきである。
- ◆ そうすれば地域多機能病院として、慢性期高齢者の軽中度の救急患者、リハビリテーションの必要な患者を紹介してもらえる。

医療介護支援専門員、メディカルケアマネジャーの活用

介護保険では、要介護者の自立支援に向けた介護サービスを組合せ、市役所等への手続きなど、「ケアマネジャー」が要介護者のコーディネーター的役割を果たしているが、病院に入院すると、ほとんどの病院にある地域連携部で、社会福祉士と看護師が中心となって入退院の調整を行っている。

現在、ほとんどの入院患者は介護保険の被保険者で、すでに介護保険サービスを受けている患者も少なくない。

患者が医療と介護の間を行ったり来たりしている状況で、コーディネーターが変わるより、むしろ医療と介護をひっくるめてフォローする形が理想的ではないか。例えば介護のケアマネに対して医療と介護のメディカルケアマネジャーなる職種が一人の患者のコーディネートするのがスムーズに行くのではないか。

かつて「マイケアマネジャー制度」を提案していた

マイケアマネジャー制度の確立を

【利点】

- ◆入院しても早く退院するように援助できる
- ◆医療とのかかわりを強める
- ◆1人の利用者を継続的にフォローできる

一人の高齢者が病気になり介護が必要な状態になった時から、医療・介護に関係なく一体となったコーディネーターが必要である。現在実務を行っているケアマネに一定の研修を受講してもらって、医療介護支援専門員（メディカルケアマネジャー）の資格を与える制度を創り、医療と介護の必要な高齢者が効率よく医療・介護サービスを受けられるようにすることが、トータルで医療と介護にかかる経費の効率化にも資するものではないか。

今後どんどん患者は減少していく。

患者を奪い合うのではなく、診療所、地域多機能病院、急性期病院、それぞれの医療機関の役割分担を明確にし、連携してかかりつけ医機能を担っていくべきである。

トライアングルがうまく機能すれば、診療所も安心して対応できるだろう。

かかりつけ医はネットワーク方式で

診療所医

平日昼間や夕方など、
日中の時間帯は診療所で対応する

地域多機能病院

夜間・休日、入院が必要な場合、
地域多機能病院で対応する

メディカル
ケアマネジャー

かかりつけ医は ネットワーク方式で

日本医事新報 連載
「識者の眼」に投稿し
WEBで公開されました。



#医療機関の役割分担

「かかりつけ医はネットワーク方式で」

武久洋三 (医療法人平成博愛会博愛記念病院理事長)

現在「かかりつけ医」についての定義・論議でかましいですが、何よりも医療を受ける人たちの側に立って考えることから始めるべきではないでしょうか。

診療所は主に近隣住民が体の不調を感じた時に診療を受ける場所です。症状が重い場合は病院や救急車のお世話になりますが、診療所は何かと便宜を図ってくれたり、何より病院に比べて気軽に、そして短時間で対応してくれるところが利点です。

しかし信頼度は公立公的大病院や大学病院に置いており、何かあれば大きな病院へシフトしやすいので、厚労省はペナルティ的に外来初診時に選定療養費を別途徴収していますが、やはり自分の身体は心配ですから、治療に最適なところを選択することは当然です。

しかし、長期にわたる病気や要介護者となって自在に動けない状況となれば、外来受診だけでなく、往診、在宅看取り等を診療所にかかりつけ医としてお願いしたい患者も多くいます。

一方、診療所側からすれば、いつ何時電話で往診依頼が来るかもしれません。しかも昼夜関係なく、休日も病状は変化します。医師と言えども人間なので、仕事もするけど休みも必要です。

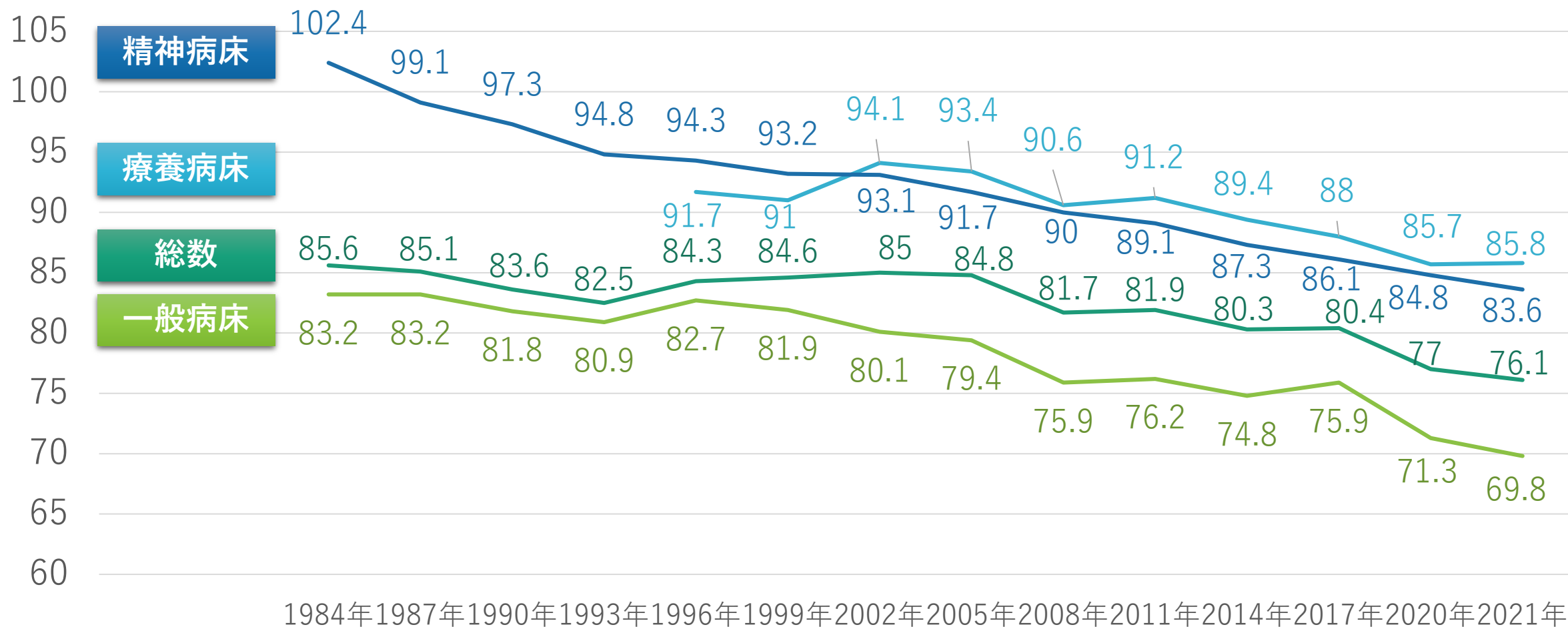
診療所医師の平均年齢は28年ぶりに60歳に達しました。そこでかかりつけ医はネットワーク方式で行うのはいかがでしょうか？ 診療所と地域多機能病院が連携して1人の患者を診るのです。平日昼間や夕方など、日中の時間帯は診療所に対応していただいて、夜間・休日は地域多機能病院がカバーし、入院にも対応します。時には原病の診断・治療をしてくれた急性期病院とのトライアングル連携も必要となるでしょう。こうして患者のために病診連携して協調していくべきではないでしょうか。

ややもすると診療所は近隣の地域多機能病院に頼むと、長期に入院させられたり、その病院の関連施設に紹介所させて患者が紹介元に戻ってこないことが多いので、初めから公立公的病院に紹介してしまいます。これらの病院であれば、1週間程度の入院で自宅に帰してくれるし、家族も安心だし、文句も言われません。

今後どんどん患者は減少していきます。患者を奪い合うのではなく、診療所、地域多機能病院、急性期病院、それぞれの医療機関の役割分担を明確にし、連携してかかりつけ医機能を担っていくべきです。こういう連携がうまく機能すれば、診療所も安心して対応できるでしょう。

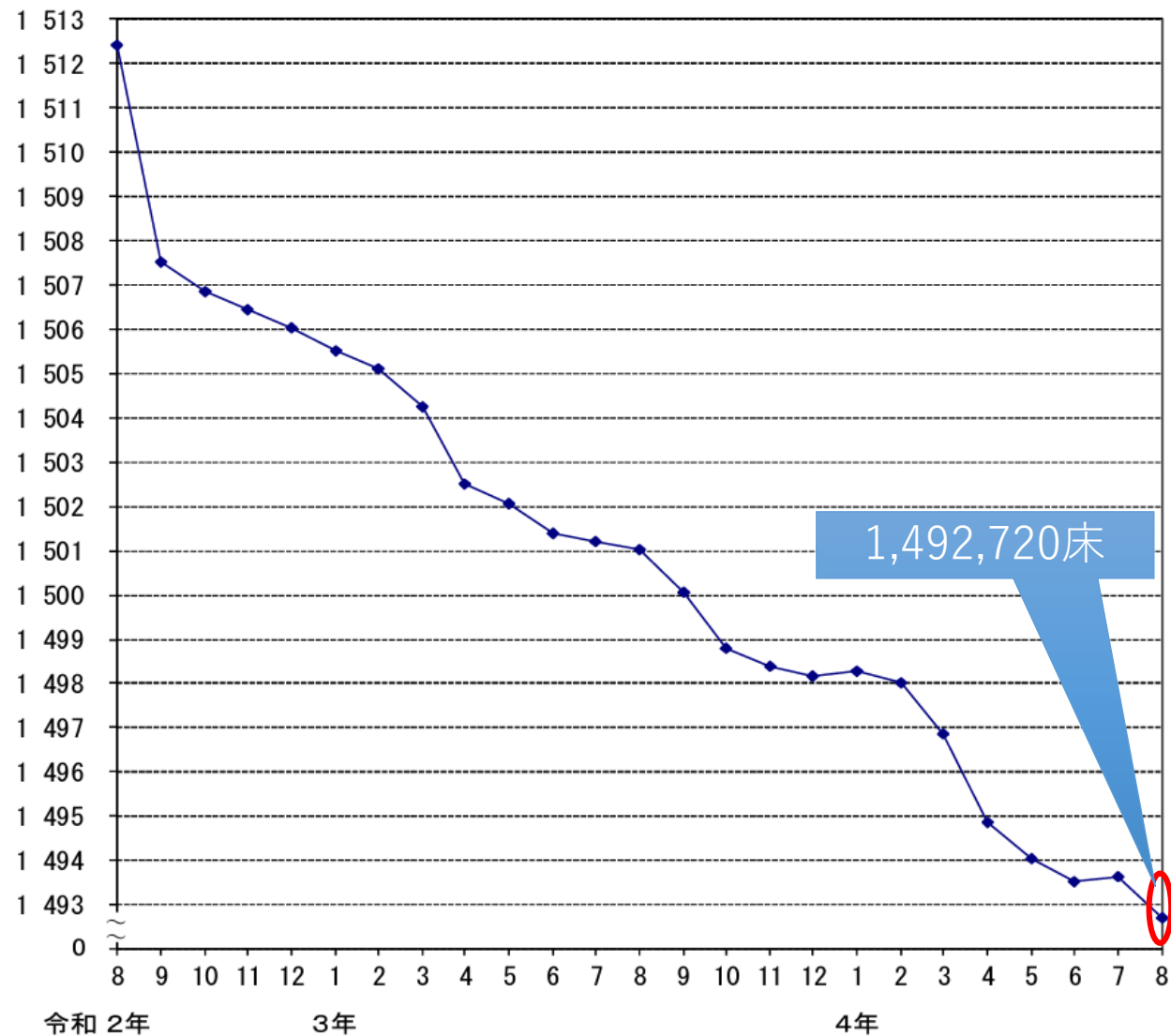
病床利用率は確実に減少している

病床の種類・年次別 病床利用率

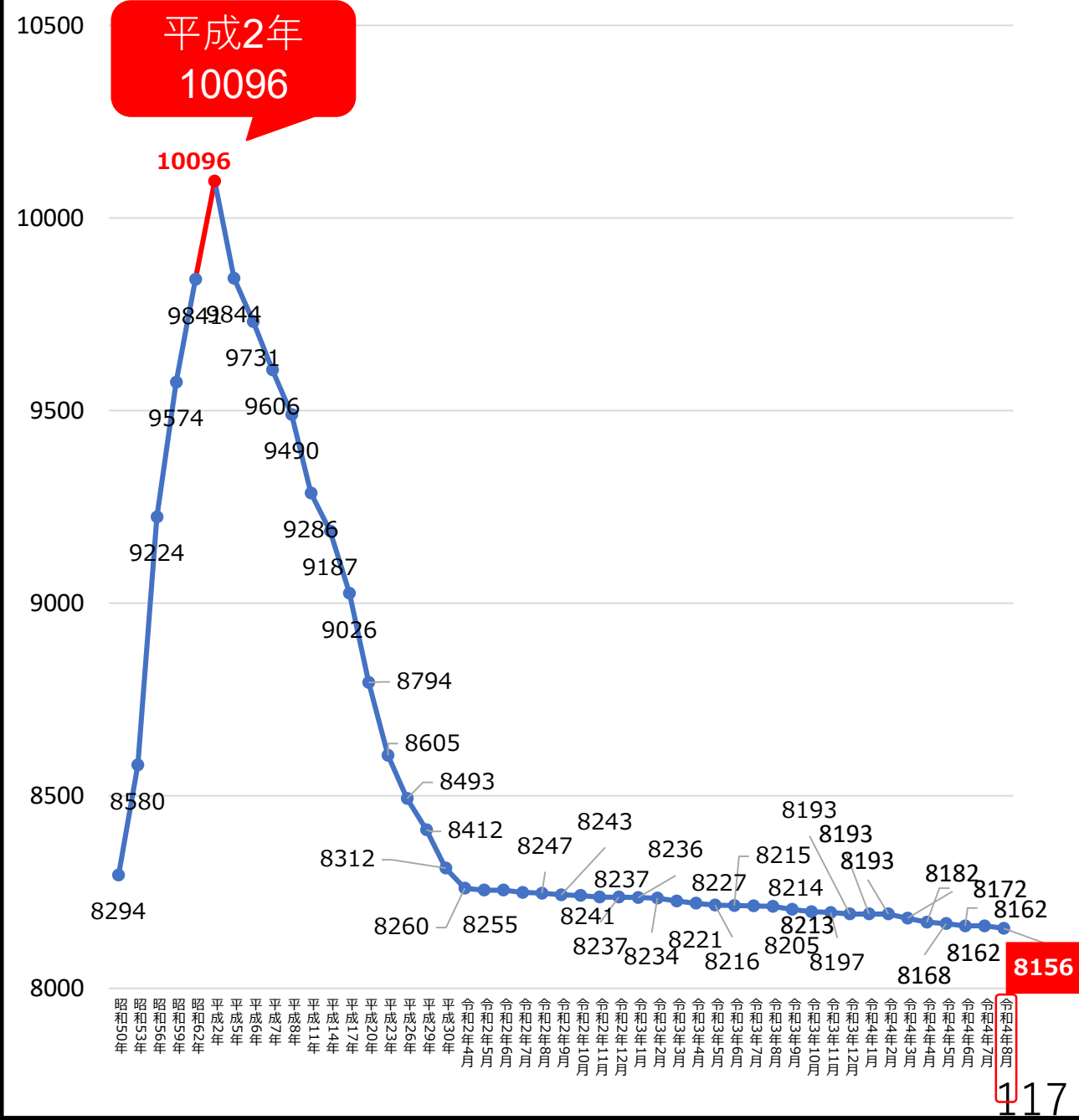


病院病床数

病床(千床)



病院数



国は全国の病院数は5000程度でよいと思っている。

- ◆ 病院病床削減を順調に進めてきたのに、新型コロナ旋風により全国各地で入院・外来患者数が激減し、市中病院の経営は赤字が拡大し、こんな状態で、病床削減を進めるのか。その前に病院の倒産が進むだろう。そうなりと、まさかの不測の事態が生じた場合に対応できるのだろうか…等、コロナ禍によって病床削減計画を邪魔されたと思っていたら、かえって削減しやすくなったかなと国は考えているのかもしれない。

- ◆厚労省の「患者調査」によると、65歳以上の高齢患者の入院受療率が明らかに低下傾向にある。
- ◆これは、人口減少による影響が大きいこともあるが、病院を施設代わりに入院していた社会的入院患者が、4人部屋以上の多床室で狭い・暗い・汚い病院から、個室で療養環境に恵まれた施設へどんどん移っていったからである。
- ◆今後、人口減少はさらに加速化し、高齢化は進む。
- ◆そして誰が何と言おうと、病院・病床は確実に減少してゆく。

的確なアウトカムが出せない病院は
次第に地域の信頼を失うことになる。

だから病院は患者にとってどうしたらよいかを真剣に考えて
動くことが、結局病院のためになる。

平均死亡退院率の高い病院が、地域で評価されることはない。

診療上の不正や利益第一主義の病院は、国による監査ではなく、
地域住民によって自然淘汰される運命にある。

あなたならどのような病院に行きますか？
箇条書きで書いてみてください。
そのような病院にしたらよいですよ。

- 入院稼働率の低い病院
- 平均在院日数が長い病院
- 利益第一主義の病院
- 職員が多く辞める病院
- 職員家族の受診の無い病院
- 清潔感のない病院

に明日はないと思います。

病 院 は サ ー ビ ス 業 で あ る

このことを理解していない病院経営者が多い。
一方的に医療を提供することが仕事だと思う経営者が多い。
時代は「赤ひげ」とは違う。
要するに、患者サイドを中心とした病院運営。
患者が満足しなければ、継続利用してくれない。

あなたならどのような病院に行きますか？
箇条書きで書いてみてください。
そのような病院にしたらよいですよ。

きれいで明るい、清潔な店で、親切なスタッフが顧客のニーズをくみ取り適切な対応をしてくれると、その客はまた足を運んでくれる。こうしてリピーターを増やしていくことがサービス業の基本である。

病院も、治療などのトータルの結果に満足すればリピーターと成り得るし、知人たちにも勧めてくれるかもしれない。

患者が病院に求めるもの、まずは良いアウトカムだ。

その前に、患者が病院を選ぶ時に何を前提としているか。



清潔で明るく、整頓された入院環境

これは絶対条件です。

入院環境の改善を

- ◆病院における入院環境は、当然、自宅にいる時よりも快適で、病気が治るための 諸条件が整っていると国民は期待しているはずだ。
- ◆療養病床は療養型病床群が創設された1992年から1病室あたり4人以下で、1人当たりの病床面積は 6.4m^2 以上となったが、一般病床は当初 4.3m^2 以上で、2001年には一般病床も 6.4m^2 以上となったが、既設病院はいまだに 4.3m^2 以上が許容されている。
- ◆私たちは普段、ほとんどの人が1人部屋で過ごしている。それなのに調子が悪くなって入院したら、4人部屋、もしくは6人部屋で、同室の入院患者の1人が、夜中に急変したり、認知症で部屋中をウロウロしたり、夜中にトイレに行ったりされては、まともに寝られるわけがない。

入院環境の改善を

- ◆入院患者は最低でも皆個室で受け入れるべきではないか。
- ◆もちろん個室代の自己負担は無しとすべきだ。
- ◆医療費を節約するなら、できるだけ良質な入院環境下で早く適切な治療を行い、おいしい食事を提供し、十分な休養をしてもらう方が、早く回復し、入院期間の短縮につながる。
- ◆入院期間が短い方が医療費は少なくて済む。今や入院患者の80%が65歳以上の 高齢者である。高齢者の入院医療体制が効率化すれば、総医療費は少なくて済み、要介護者も減少し、介護保険も効率化される。

例えば当グループでもこんなリニューアルしました。

西宮回生病院 (兵庫県西宮市)

病床数 122床 (急性期一般536床、地ケア210床、回リハ176床)

平成25年5月～経営譲渡、経営開始

(新築工事前)



(H27年7月～H28年9月新築工事)
(新築工事後)



(特養) ヴィラ播磨 (兵庫県加古川市)

2021年3月 改修

平成10年 (1998年) 2月竣工



現在、空床があるなら、まずは病床を減らし、個室化を促進。
4人部屋を2つの個室とし、効率の良い運営を。
病室は個室が望ましいが、総室の場合は環境整備を。



総室の場合は間仕切り家具を設置するなどして、
プライバシー空間の確保を

あなたの病院はあなたの地域で信頼されていますか？

私たちの病院はそれぞれの地域の中で存在している。

その地域の中で住民に必要とされ、信頼される医療（サービス）を提供し、
地域の医療機能別病院の一番店を目指さなければ、その病院の将来はない。

- ◆ 24時間365日受け入れ（断らない医療）
- ◆ 早期に適切な治療かつリハビリテーションを行い、
入院する前の状態に戻す
- ◆ ポストコロナ患者の積極的な受け入れ
 - 退院基準を満たしたポストコロナ患者は
ほとんどの場合、感染力を持っていない。
- ◆ おいしい食事の提供

地域に選ばれる病院とは

- ◆ 日本はほとんど皆保険制度によって、どこの病院でもあまり変わらない負担金で医療を受けられるので、よりよく治してくれる病院が選ばれている。
- ◆ 患者が来なければ病院は継続できない。外来も入院も地域の他の病院より少しでも良いサービスを提供するべきである。
- ◆ 患者が病院に望むのは「良い結果」である。

良質な慢性期医療がなければ
日本の医療は成り立たない

2007年9月 武久 洋三 作成