

8 医療法人財団 日扇会第一病院（東京都目黒区，70 床）

都市部における地域密着型病院として、在宅医療の取組みを強化している病院

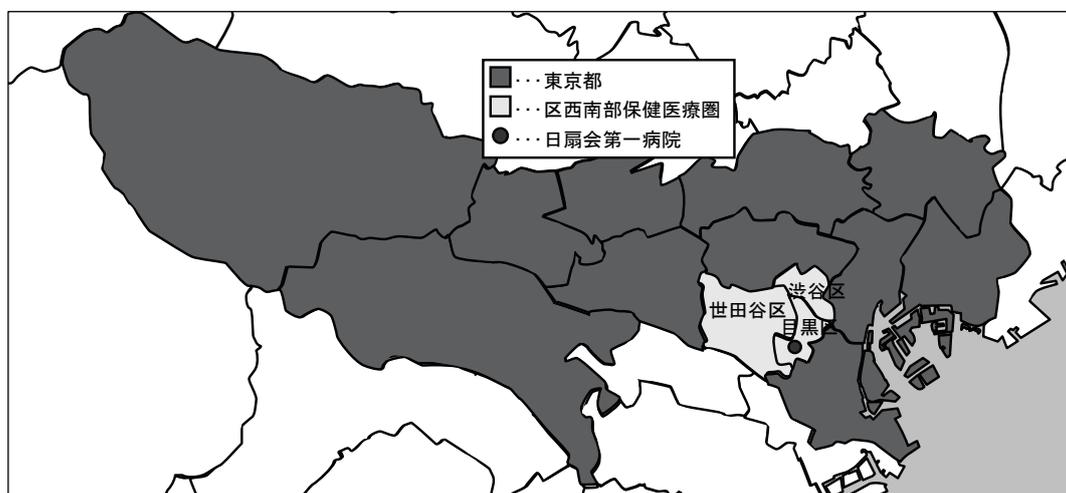
(1) 病院の外観



(2) 概要

① 所在地

図表Ⅱ-8-1 東京都・区西南部保健医療圏



② 医療圏の状況

日扇会第一病院（以下「当院」という。）のある東京都目黒区は区西南部保健医療圏に属している。同医療圏の人口は、東京都の人口の約 10.3%である。当院は、東急東横線都立大学駅から徒歩5分程の場所に位置している。

同医療圏における三次救急を担う医療機関は、（独）国立病院機構東京医療センター、日本赤十字社医療センター、都立広尾病院である。同医療圏は精神科病床が比較的多いが、目黒区にはなく世田谷区（都立松沢病院等）に集中している。また、目黒区には療養病床も少

なく一般病床が多い地域となっている。在宅療養支援病院は、同医療圏では当院のみである。目黒区内の100床以下の病院（ケアミックス含む）は、碑文谷病院、本田病院、目黒病院があり、奥沢病院（世田谷区）、大脇病院（世田谷区）、田園調布中央病院（大田区）も近隣にある。

図表Ⅱ-8-2 区西南部保健医療圏の状況

	人口 (総数)	65歳以上 人口	高齢化率	基準病床	既存病床	病院数	診療所数
				(一般・療養)			
東京都	13,159,388	2,642,331	20.1%	95,744	104,433	643	12,612
区西南部 保健医療圏	1,349,960	250,125	18.5%	9,733	9,543	50	1,638

図表Ⅱ-8-3 区西南部保健医療圏 人口推計

	2010年 (平成22)	2015年 (平成27)	2020年 (平成32)	2025年 (平成37)	2030年 (平成42)	2035年 (平成47)	10⇒35年 増加率
0歳以上65歳未満	1,099,835	1,075,147	1,072,842	1,059,867	1,021,537	962,872	▲12%
65歳以上75歳未満	125,757	147,165	142,352	132,906	157,779	192,732	53%
75歳以上	124,368	151,752	171,407	196,267	202,056	209,102	68%
高齢化率	19%	22%	23%	24%	26%	29%	

③ 法人・病院の概要

図表Ⅱ-8-4 病院 概要

院長	八辻 行信
住所	東京都目黒区中根2-11-20
病床数	70床（一般病床30床うち亜急性期病床7床、介護療養病床40床）
平均在院日数	平成24年度（カッコ内は前年度） 一般病床 16.6日（16.8日） 亜急性期病床 31.1日（27.1日） 介護療養病床 95.7日（118.2日）
病床利用率	一般病床90.2%、亜急性期病床82.0%、介護療養病床88.7%
訪問診療患者数	約80～90名前後（平成24年度）

図表Ⅱ-8-5 沿革

年次	概要	備考
昭和24年	第一診療所として発足	
昭和50年	病床数51床となり、日扇会第一病院と改称	
平成7年	訪問看護ステーションを設立	
平成9年	病床数を65床に増床	
平成11年	在宅介護支援センターを設立	
平成14年	増改築を行い、リハビリテーションルームを設置	
平成16年	病院機能評価（Ver.4.0）認定取得	
平成21年	病院機能評価（Ver.5.0）更新認定取得	副院長入職
平成22年	在宅療養支援病院届出、亜急性期病床を設置	
平成24年	機能強化型在宅療養支援病院を届出（単独型）	

図表Ⅱ－8－6 病棟構成推移

病棟	平成9年	平成14年5月	平成22年7月	平成24年6月
5階	—	一般（8床）	一般10対1（8床）	一般10対1（8床）
4階	特例許可老人病床 （35床）	一般（12床）	一般10対1（12床）	一般10対1（12床）
3階		介護療養（23床）	亜急性期（7床） 介護療養（16床）	一般10対1（3床） 亜急性期（7床） 介護療養（16床）
2階	一般病床（30床）	介護療養（22床）	介護療養（22床）	介護療養（24床）
総病床数	65床	65床	65床	70床

平成24年に増床した5床のうち2床は、目黒区が行っている「短期入院病床確保事業」（病院ショートステイ）での病床の賃貸借契約が終了となったものである。3床が純粋な増加分である。

図表Ⅱ－8－7 経営指標の推移

（単位：千円）

	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度
医業収益	631,731	648,463	657,296	656,737	682,470
人件費	(非開示)				
人件費比率					
減価償却費					
減価償却費比率					
医業利益					
医業利益率					
医業外収益					
医業外費用					
経常利益					
経常利益率					

	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
医業収益	697,371	692,778	739,187	779,746	862,196
人件費	(非開示)				
人件費比率					
減価償却費					
減価償却費比率					
医業利益					
医業利益率					
医業外収益					
医業外費用					
経常利益					
経常利益率					

(3) 選択した戦略の展開手法・管理

① 取組み前の現状認識

八辻行信院長（以下「院長」という。）は、当院の歴史を“自然発生的にニーズに対応してきた”と振り返る。院長は、患者一人ひとりに真摯に接していくなかで、在宅で療養できない患者が増えるにつれ、入院の対応が必要になり昭和 50 年に病院を開設するに至った。その後、通院できない患者の安否を気遣った看護師から提案もあり、平成 7 年に訪問看護ステーションを発足させた。地域に根ざした医療を院長が体現してきた。

平成 21 年に入職した八辻賢副院長（以下「副院長」という。）は、大学病院に在籍していた平成 17 年頃から当院の非常勤医としても勤務していた。大学病院勤務時代と比較すると、患者からの期待、つまり病院・医師に求められている役割が異なることのギャップに戸惑ったという。例えば、地域の患者によっては高度な検査等は大学病院や国立病院を受診すると決めており、「患者が病院を使い分けしている」と副院長は実感した。

当院は、地域のニーズを満たしつつ事業を拡大していたため、経営状態は順調であった。一方で組織運営という観点では、各部門がそれぞれ最適化を目指しており、病院として掲げられた目標はあったものの、周知徹底されていなかった。副院長は入職後、病院の目標を共有し、組織対応できる体制作りの必要性を感じていた。診療報酬の増額が見込めない厳しい経営環境の中であって、トップのリーダーシップに依存しすぎることなく、組織として対応していく必要があったという。

② 戦略選定理由・市場分析等

副院長は、当院に求められている医療は、疾病のみならず家庭環境も含めた「人（患者）」を診ることと考えた。すなわち、急性期病院退院後の亜急性期、慢性期にかけて、同一の医師が長いスパンで患者を診ることであり、そのためには複数の診療機能を持って患者の生活に密着した医療を展開する必要があった（図表Ⅱ－8－8）。

③ 戦略上の目標値・メルクマール

副院長は、在宅医療を中心として経営を成り立たせるためには一定規模が必要と考えており、訪問診療の患者を常時 150～200 名程度は確保したいと考えている。現在は 100 名前後で推移している。病棟においては、病床利用率を指標として重視している。

④ 改善状況に関する管理の主眼

ア 意思決定の仕組み

当院では、経営幹部の意思決定に直結する会議が二つ開催されている。第一に、毎月一回、第四金曜日に行われる「経営会議」である。参加者は院長、副院長、医長、事務長、看護師長及び非常勤理事の計 6 名である。部門別の損益や課題事項、採用等について協議する。第二に、顧問契約を締結しているコンサルタントとの定例会合も行われ、経営会議参加者のうち非常勤理事を除く 5 名が参加する。

図表Ⅱ-8-8 副院長入職時（平成21年頃）外部・内部環境の整理

		外部環境	
		機会	脅威
		<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院の機能分化が促進され、大規模病院から患者の早期退院が増加 ・ 在宅療養支援診療所制度の創設と病院への拡大 ・ 地域の高齢者の一人暮らしの増加 ・ 入院患者の疾病多様化 	<p>診療報酬マイナス改定などの厳しい経営環境</p>
内部環境	強み	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢化に伴い自然発生的に在宅医療へ多角的に展開 ・ 平成21年で開院60年。その間、地域に根ざした医療を志し、親子代々にわたり当院にかかる患者もいる。 ・ 病床を有しており、在宅患者の緊急入院にも対応可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の必要性に応じた機能を提供できるよう、単一機能ではなく、病棟機能を一般病床、亜急性期病床、介護療養病床とし、地域密着する方向性を選択 ・ 地域に根ざした在宅医療が実現できるよう半径3kmの患者を対象 ・ 病院として在宅支援を強みとして打ち出す。具体的には入院治療への臨機応変な対応や、入院と往診カルテの共有ができ、診療の一貫性を重視
	弱み	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経営管理機能が脆弱 	<p>副院長が主導しコンサルタントの活用により改善を定着化</p>

イ コミュニケーションの充実

定期的な会議のほか、事務長が院長と副院長を対象に、週一回 20分程度、経営課題等についてのブリーフィングを行い、随時判断を仰いでいる。

⑤ 改善状況の推移

ア 安定的な黒字経営の実現

医業収益は平成14年の約6.3億円から、平成19年には約6.9億円となり、この間、年平均約2.0%増加してきた。さらに、平成20年以降は、同年の約6.9億円から平成23年度には、約8.6億円と年平均約7.6%の伸びとなっている。

イ 病床利用率の推移

図表Ⅱ-8-9 病床利用率の推移

	一般病床	亜急性期病床	介護療養病床
H25年度(10カ月)	90.2%	82.0%	88.7%
H24年度	90.7%	76.4%	88.1%
H23年度	88.4%	67.9%	88.6%
H22年度	89.0%	—	90.2%

ウ 在宅医療の取組み実績

訪問診療の患者数は、平成 24 年前半には月間平均 80 名前後で推移していたが、平成 24 年後半に 80 名台後半となり、平成 25 年には 90～100 名前後で推移している。在宅診療部の入谷栄一診療部長（以下「診療部長」という。）は、医師一人当たりの平均的な訪問件数を、1 日当たり 13～15 回と設定している。これは、患者の急な容態変化に対応できるようにするからであり、若干の余裕を持たせている。

訪問看護は、平成 24 年 9 月の実績で、看護師 5 名に対し、延べ 400 件（患者 60 名）であった。夜間や緊急対応は、月に 5～6 件であるが、ターミナル患者が多い場合など、月によって増減がある。

⑥ 実施した改善手法

ア 円滑な事業承継の実施

副院長は、現在、院長から事業承継を受ける過程にある。院長としては、大きな方向性に間違いがなければ、極力、注文をつけないようにしており、一方、副院長から見ても、任されていると認識ができていく状況である。

院長は、副院長が当院に入職し、後継者として経営の任にあたっていることについて、「（副院長が）幼少期から折に触れ（当院を承継してほしいと）コミュニケーションをとっていたこと」が重要であったと回顧する。

副院長は、入職後、職員の多くが自身よりも経験・年齢ともに上であったことから、指示命令系統に頼って組織を動かすのではなく、病院運営に「協力を仰ぐ」という姿勢で臨んでいる。

イ 副院長が経営基盤構築へ着手

副院長は、目標を共有できる体制作りを開始した。まず、中間管理職を対象に、目標管理の取組みを始め、さらに、当院で初めての管理職研修も開始した。研修プログラムやその後に予定しているアクションプランは、副院長の考え方や思いを踏まえたうえでコンサルタントとともに設計している。

ウ 病床機能再編

ハード面では、平成 14 年に一般病床と介護療養病床のケアミックス型に改築を行った。そして、患者の機能回復のための対応としてリハビリテーション室を設置した。その後、リハビリテーション職員も充実させ、訪問リハ・通所リハも行うようになっている。さらに平成 22 年 8 月から一般病床に 7 床の亜急性期病床を設置し、退院前の病棟として活用している。

現在の病棟運営状況は次のとおりである（**図表Ⅱ－8－10**、平成 25 年 1 月実績）。

- a 一般病床への新規入院は、平成 25 年 1 月の 1 ヶ月間に 34 名であった。うち 25 名が外部（約 50%が他院紹介、残り 50%は外来・訪問診療から）からの入院、9 名が介護療養病床からの転棟である。同月、一般病床から計 30 名が退院・転棟した。退院は 22 名で、うち 10 名が在宅に復帰、6 名が他院に転院、6 名が亜急性期病床に転棟の

ち、在宅復帰した。また、一般病床から介護療養病床への転棟が8名であった。なお、1日あたりの外来患者は80名前後である。

- b 介護療養病床への入院は、計9名であった。介護療養病床からの退院等は計13名、うち4名が退院・死亡、一般病床への転棟が9名であった。介護療養病床40床のうち、20床は長期入院、20床は比較的入院日数が短い患者が多い。3ヶ月から半年で在宅に戻し、在宅で継続的な診療を行うことを目標としている。介護療養病床は、長期入院期間の中で家族にも関わりを持ってもらいながら、在宅復帰後の生活への理解を深めてもらうという役割も担っている。

図表Ⅱ-8-10 入退院の経路（平成25年1月実績）

（単位：名）

病床	ルート	入院元	退院先
一般病床	院外	他医療機関紹介（12）	他医療機関（6）
		外来・訪問診療（13）	在宅（10）
	院内転棟	介護療養から（9）	亜急性期病床経由→在宅（6）
			介護療養へ（8）
介護療養病床	院外	ショートステイ（1）	在宅（1）
			ショートステイ退院（1）
			老健（1）
			死亡（1）
	院内転棟	一般病床から（8）	一般病床へ（9）

一般病床、亜急性期病床、療養病床の3種類の病床が揃っていることが、重要なポイントとなっている。患者の状態に応じて柔軟な病棟運営が可能となり、例えば、独居で在宅復帰が困難な事例では亜急性期病床ではなく、介護療養病床で対応可能である。

エ 地域の中小病院として在宅医療に果たせる役割を明確化

a 在宅医療体制の強化：在宅療養支援病院の届出（平成22年）

在宅療養患者への支援体制を強化するため、平成22年4月に在宅療養支援病院の届出を行い、24時間対応であることを改めて明示した。当院では、体調不良などで長期にわたり来院できない患者を対象に平成元年頃から定期的な往診、病院からの訪問看護を同時に行ってきたこともあり、在宅療養支援病院となるにあたっては、特に障害となる要件はなかった。

在宅療養支援病院として、診療所と異なり、入院可能な病院が行っている点を強みとした。緊急時や必要に応じて検査入院も可能であること、入院中も入院患者の在宅での状況を把握している主治医が診療にあたることなどを、特徴として打ち出している。それにより、患者が在宅医療に不安を抱かないよう心がけている。さらに、介護者の目線にも立った自宅での診療を提供するように努めている。

在宅診療部は、病院と同一組織内にあり、医師は診察にあたって入院カルテと往診カルテを閲覧できる。緊急入院に関しても、医師同士で直接電話連絡が可能のため、速やかな対応が可能となる。院内でカンファレンスを行うことも可能であることから、治療の連続性が担保できている。訪問看護師が、在宅移行を予定している入院患者に入院中

に面会することもできる。このようなことから、当院では、地域密着で組織内連携も重視し、当院から最大で半径約3 km程度以内を訪問可能エリアとしている（図表Ⅱ-8-11）。多くは1～2 km圏内の80～90歳代の患者であり、主な疾患は認知症や整形外科疾患、パーキンソン病、脳梗塞後遺症、慢性閉塞性肺疾患となっている。

図表Ⅱ-8-11 当院からの1～3 km圏内



在宅診療部と病棟の連携には充分留意していても、齟齬が生じることもある。例えば一般病床が満床時において、在宅患者の緊急入院が生じた場合、病棟間で患者の移動を行い受け入れ態勢を整える必要があり、病棟看護師の負担が増加する。在宅療養支援病院として、在宅患者の急変時に備えて空床を常に確保しておく必要があるが、あまり診療報酬で評価されていないため、経営上、厳しい対応となっている。また、在宅医療体制の一環として、当直医師もおり、運転手も必要となるが、在宅患者の急変が少ない日もあり、その部分については病院の持ち出しとなっており、解決するための方策を模索している。

患者の訪問に際して、都市部においては、道が狭く、車の渋滞があるなど地方とは異なる事情もある。さらに、駐車場もないため、すぐに車を移動できるよう医師・看護師のほかに運転手の同行が必須である。

当院では看取りを重視しているため、往診の負担は相当に重い。特に、要介護5やがん末期患者の場合などは、家族の精神的なケアまで対応に含まれる。要介護度が低い場合と比較して、病院側の負担で対応している。当院では、現在の事務長が入職後に部門別収支も集計しているが、在宅医療に関する採算性の判断基準、つまり投入した医療資源を測定する指標としては、いまのところ要介護度を参考にしている状況である。

b 地域の医療・介護職とのスムーズな連携のために勉強会を開催

診療部長は、医療と介護の連携には、医療機関の退院調整能力、患者が自宅に戻った後は介護保険が重要になり、退院時のケアマネジャーとの密接な連携を特に心がけているという。そこで、スムーズな連携体制の構築の一助とすべく、診療部長は平成22年から定期的に地域医療勉強会を開催している。一回に70名程度の参加があり、地域のケアマネジャー、調剤薬局の薬剤師、訪問看護事業所の看護師等が参加している。平成25

年3月には、「認知症」をテーマに第3回目の勉強会が開催される。

○ その他の在宅医療体制強化に向けた取組み

平成24年には言語聴覚士の採用、デイサービスの開設、地域連携室の設置を行った。同年1月に採用された言語聴覚士は、5月から訪問リハビリも行っている。5月から開始した「日扇会デイサービス・リハビリ工房」は、「運動」と「ものづくり」を中心としたデイサービスで、片麻痺など様々な障害を考慮した方法で陶芸や革細工、手芸などの作業を行い、作品の展示会や地域イベントへの出展なども目指すものである。

(4) 人材確保

① 目標達成のためにキーとなる人材

ア 在宅医療推進のために在宅診療部長を招聘

副院長の入職とほぼ時期を同じくして、医長（副院長の妻）が入職し、診療に加えて、日々の診察内容と医事請求との確認なども定期的に行うようになっている。さらに、在宅医療の推進にあたり、中心的存在となっている医師が、診療部長である。東京女子医大の研修医時代、呼吸器専門の診療部長と、消化器専門の副院長は互いのコンサルテーションを行う関係であった。在宅医療への考え方が近く、平成21年に診療部長として招聘するに至った。診療部長は、在宅医療に従事する医療職に求められるスキルとして、家族を含めてケアをするという点を認識することが重要という。在宅医の腕の見せ所としては、これら在宅ケアをチームとしてどのように機能させるかにかかっているとみる。

イ 在宅医療に精通した看護師長の存在

院長は、在宅医療には看護師の果たす役割が大きいという。

瀧川良子看護師長（以下「看護師長」という。）は、平成18年に入職し、平成20年に看護師長に就任し、看護部を率いている。看護師長は、急性期病院・慢性期病院それぞれに勤務経験があり、前職での訪問看護ステーションの勤務では、訪問看護ステーションの設立から運営まで総合的に経験していた。訪問看護ステーションに勤務していた頃から、「在宅と病院の架け橋」をしたいと考えていたところ、当院院長の紹介を受け、入職するに至った。地域医療に力を入れている院長の方針や思いが、自身の思いと重なった。

看護師長は、在宅医療に従事する醍醐味は、患者の後半の生涯と一緒に寄り添えること、患者・家族と長いスパンをかけて接することができることを挙げる。急性期病院では、治療の期間のみの接点に限られてしまうとのことである。

しかし、看護師長の印象では、訪問看護や在宅医療に従事を希望する看護師が少ないと感じることがあるという。仕事の魅力が十分に看護職の間に理解されていないのではないかと考えている。入院患者に対する様々な工夫で在宅に帰ることも可能であるにもかかわらず、病棟看護師は、在宅復帰困難と即断しがちなケースも多いといい、看護師が知識を深めていく必要性を感じている。例えば、看護師長は、難病で急変した患者の症例で、家族背景として長女が仕事のため介護ができなく入院したケースを例に挙げる。酸素吸入が必要で栄養状態も悪く、点滴が必要であっても、介護保険サービスを活用すれば、在宅復帰も可能であるが、このような症例については、病棟看護師は在宅復帰困難と判断すると

いう。

今後、担い手に十分な仕事のやりがいや知識を伝える場を提供することが重要であると考え、当院においても、人事異動などを行って、少しでも関心を抱いた看護師を在宅にかかわることができるように検討している。

看護師長自身も含めた研修に関しては、(公社)日本看護協会の研修参加に関心があるものの、平日のみの開催であれば現状では参加が難しい状況である。

ウ 病院の組織運営を支える人材

副院長は、経営管理を支える事務長には、経営指標や計数管理に卓越した人物が必要であると考えていた。事務長に必須の要件としては、人格的にも優れており、特に、医療の特性を理解したうえで、計画した内容と異なる情勢になっても臨機応変に対応できる人物が必要だと考えている。

② 人材充実のために採用した手法

看護師の採用経路については、ほとんどが紹介会社経由であり、ナースプラザや求人広告からも採用している。病院の規模や体制、また在宅医療に力を入れていることから、即戦力となる看護師を求めており、近年新卒採用は行っていない。

③ 必要人材の推移

図表Ⅱ-8-12 職員数の推移

	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
職員数	54	57	57	59	57	56	62	68	73	81
(再掲) 医師	2	2	2	2	2	2	2	3	4	4
看護師	22	22	22	24	21	18	22	23	23	24
訪問看護師	3	3	2	2	2	3	4	5	4	5
看護助手	2	2	2	1	2	3	2	1	1	0
理学療法士	2	2	3	4	5	5	5	5	6	7
作業療法士	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3
言語聴覚士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
介護福祉士	2	5	2	3	6	5	8	12	11	10
事務職員	5	7	8	6	7	7	8	8	8	10

(参考 図表Ⅱ-8-13 パート職員数)

	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
職員数	32	36	49	36	40	39	38	37	37	51
(再掲) 医師	26	26	27	23	25	24	21	21	20	26
看護師	0	2	3	2	4	10	11	9	10	10

(5) 設備投資

平成14年には増改築を行った。建築費(3億4,800万円)、器械購入(2,200万円)、長期運転資金(8,000万円)で約4億5,000万円の投資となった。また、平成22年には、CTを購入するなど約2,500万円の医療機器の増強を行った。

(6) 資金調達

近年の設備投資については、基本的に内部留保から調達しているが、平成 14 年の増改築のような大型投資については、一部銀行等からの借入金による資金調達を行っている。

(7) その他改善活動に利用したツール等

① コンサルタントの活用

コンサルタントを活用している。平成 16 年の病院機能評価の更新認定の際に、アドバイザーとして受け入れたことが契機となった。以後、経営顧問契約を締結し、月一回の経営幹部との定例会合を行っている。定例会合に備えて、当院の医事課とコンサルタントが資料を作成する。また、管理職研修や、診療報酬改定後の施設基準の届出状況、改定項目の算定不足のチェックもコンサルタントと共同で行っている。

コンサルタント活用の理由としては、当院の規模から事務職員の人数・体制に限りがあり、日常業務に加えた経営分析を行うには限界があること、特に、計数管理の側面において有益な助言が得られることにある。直近では、レセプトから抽出した患者の住所データを地図にマッピングし、改めて患者受療動向や診療圏の分析を行った。現状確認を定期的に行うことによって、例えば外来患者の増減が、周辺の診療所開業動向などにどの程度影響を受けているか、外部環境を把握することが可能となっている。

② 医師会等を活用した情報収集

院長は、政策の動向を探るための勉強会に継続的に参加してきた。(社)日本医師会や(社)東京都医師会における診療報酬改定の説明会、勉強会などに出席し、厚生労働省の担当官による将来予測などを参考にした。また、勉強会においては、同じ病院経営者の立場にある医師との情報交換も有益であった。

副院長も、同様にセミナーへの参加等も行うが、平均値の比較にはあまり意味がなく、病院経営は個別性が高いと考えている。そのため、同じ病院経営者の知り合いなどで、参考になると考えた場合に話を聞きに行くなどしている。

(8) 今後の戦略

当院の介護療養病床では平均入院日数が 95.7 日と短い入院期間で運用している。長期療養であっても、患者の在宅復帰を実現できると実感しており、1ヶ月で退院するケースもある。平成 29 年度末に予定される介護療養病床廃止に向けては、院内での検討は予定しているものの、適切な転換先の病床種別が現在のところ特定できていない。例えば、回復期リハビリテーション病棟については、臓器別に特化しており、地域密着というイメージが見えていない。

院長の実感としては、要介護 4、5 の患者は家族の対応が困難となり、施設への入所が検討され、要介護 3 までは在宅でカバーできると考えている。2025 年に向けて寝たきりの患者の増加が見込まれている中、病院と老健の間に、介護療養病床のような位置付けの施設が必要なのではないかと考えている。