

日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：平成29年11月9日 17:30～

場所：東京研修センター

1. 医療療養病床における患者の居住費負担について
2. 肺炎患者の経過と予後について
3. 平成29年12月3日（日）介護医療院セミナー
開催について

医療療養病床に入院している65歳以上の皆さまへ

平成29年10月から

光熱水費の負担が変わります

ご負担いただく【1日当たりの光熱水費】

医療療養病床に 入院している 65歳以上の方	現在 (平成29年9月まで)	平成29年10月～ 平成30年3月	平成30年4月～
・医療の必要性 の低い方（医療 区分Ⅰの方）	320円	370円	370円
・医療の必要性 の高い方（医療 区分Ⅱ、Ⅲの方） (指定難病の方以外)	0円	200円	370円
・指定難病の方 ・老齢福祉年金 受給者 ・境界層該当者	0円	0円	0円

◆平成29年10月から、医療療養病床に入院している65歳以上の皆さまの光熱水費のご負担額を上表のように見直します。

◆この見直しは、介護保険施設に入所する方には、現在すでに1日370円の光熱水費をご負担いただいていることを踏まえたものです。そのため、上表のように段階的に変更し、1日370円の光熱水費のご負担をお願いすることとなります。

◆ただし、指定難病の方・老齢福祉年金受給者については、引き続き負担を求めません。

わからないこと、困ったことがあれば、ご相談ください

お問合せは
ご加入の
保険者まで

- ◆ 健康保険組合、全国健康保険協会、共済組合
- ◆ 国民健康保険組合
- ◆ 各都道府県の後期高齢者医療広域連合
- ◆ お住まいの市町村（国民健康保険担当、後期高齢者医療担当）

※今回の光熱水費の見直しは、医療療養病床に入院する65歳以上の方が対象であり、65歳未満の方や、一般病床・精神病床等に入院されている方は対象外です。

医療保険及び介護保険における食事・居住に係る給付の比較

○ 医療保険では、病院等における食事・居住サービスは、入院患者の病状に応じ、医学的管理の下に保障する必要があることから、保険給付の対象としつつ、在宅でもかかる費用として、食費及び居住費（※）を自己負担としている。

（※）居住費（光熱水費相当額）は療養病床のみが対象。

○ 介護保険では、介護保険施設等における食事・居住サービスは、在宅との公平性等の観点から、保険給付の対象外（原則自己負担）としつつ、福祉的な観点から、低所得者に対して補足給付を支給。

	医療保険 (入院時生活療養費)	介護保険 (介護施設における補足給付)
食事・居住サービス	保険給付の対象	保険給付の対象外（原則自己負担）
給付の性質	食事の提供、温度・照明及び給水に関する適切な療養環境の形成である療養（健保法第63条第2項）	福祉的な観点からの低所得者の負担軽減措置
給付主体	健康保険組合、協会けんぽ、共済組合、市町村、 国保組合、広域連合	市町村
負担の減額対象者	・低所得者（住民税非課税者、老齢福祉年金受給者） ・病状の程度が重篤な者又は常時の若しくは集中的な医療的処置、手術その他の治療を要する者として厚生労働大臣が定める者 ・指定難病の患者	・低所得者（※）（住民税非課税者、老齢福祉年金・生活保護受給者） （※）低所得者の判定に当たっては、預貯金等を勘案

医療療養病床に入院する65歳以上の患者の「居住費」の見直し

<見直し後>

	対象者	生活療養標準負担額のうち 居住費にかかる部分
A	医療の必要性の低い者（B、 C以外の者） 医療区分1患者・地域包括ケア病棟入院患者	（平成29年10月1日から）1日につき370円
B	<u>医療の必要性の高い者※1</u> （指定難病患者を除く）	（平成29年10月1日から）1日につき200円 ----- （平成30年4月1日から）1日につき370円
C	指定難病患者※2	1日につき0円

※1 健康保険法施行規則第六十二条の三第四号の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成18年厚生労働省告示第488号）



医療区分2・3患者

回復期リハビリ病棟入院患者

短期滞在手術基本料2算定入院患者

- 「居住費」の見直しは、医療療養病床に入院する65歳以上の患者が対象であり、65歳未満の患者及び、一般病床・精神病床等の入院患者は対象外(自己負担無し)。
- 「一般病床」で地域包括ケア病棟や回復期リハビリ病棟を算定する患者も対象外(自己負担無し)。

一般病棟における90日を超えて入院する患者は、医療機関によって療養病棟入院基本料1と同じ評価（医療区分・ADL区分を用いた包括評価）とし、平均在院日数の計算対象外としているが、これらの患者についても、「居住費」の自己負担は発生しない。

医療区分 2・3 の重症患者が80%以上集積している療養病棟入院基本料 1 は、重症患者がほとんどであるにもかかわらず居住費を払わせるのはおかしいのではないか。

「地域包括ケア病棟」と「回復期リハビリテーション病棟」では、一般病床から届け出た場合、居住費の自己負担は発生しないが、療養病床から届け出た場合、居住費の自己負担が発生する。同じ病床なのにおかしいのではないか。

実際は意欲のある慢性期の医療チームは
急性期での不十分な治療から患者さんを
救おうと必死になっていることは
知ろうとしないのではないか。

一般病床と療養病床における
理由なき差別措置については
直ちに是正していただきたい。

日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：平成29年11月9日 17:30～

場所：東京研修センター

1. 医療療養病床における患者の居住費負担について
2. 肺炎患者の経過と予後について
3. 平成29年12月3日（日）介護医療院セミナー
開催について

高齢者の誤嚥性肺炎の病態



日本慢性期医療協会では、
感染症は治療可能な疾患と考えている。

誤嚥性肺炎の臨床診断基準

肺炎の診断基準

肺炎の診断は、次の①、②を満たす症例とする。

- ①胸部X線または胸部CT上で肺泡浸潤影を認める。
- ②37.5℃以上の発熱、CRP異常高値、末梢血白血球数9,000/μL以上、喀痰などの気道症状のいずれか2つ以上が存在する。

確 実 例 誤 嚥 の 直 接 観 察

- ①明らかな誤嚥が直接確認され（食物、吐物等）、それに引き続き肺炎を発症した例。
- ②肺炎例で気道より誤嚥内容が吸引などで確認された例。

ほ ぼ 確 実 例 嚥 下 機 能 障 害 の 存 在

- ①臨床的に飲食を伴ってむせなどの嚥下機能障害を反復して認め、肺炎の診断基準①および②を満たす例。
- ②確実例の①または②に該当する症例で、肺炎の診断基準①または②のいずれか一方のみを満たす例。

疑 い 例 嚥 下 機 能 障 害 の 可 能 性

- ①臨床的に誤嚥や嚥下機能障害の可能性をもつ下記の基礎病態ないし疾患を有し、肺炎の診断基準①または②を満たすもの。
- ②嚥下機能障害が、経過中に客観的な検査法によって認められた症例（嚥下誘発試験等）。

肺炎患者の経過と予後について

対象

- 対象期間：2016年4月1日～2017年3月31日
- 対象患者

当院で対象期間中に胸部レントゲン等画像診断で

「肺炎」もしくは「浸潤影」を認めた患者のべ489人のうち、
CRP異常高値（0.4mg/dl以上）かつ末梢白血球数9000／ μ L
以上で、抗菌薬投与を行った患者のべ203人

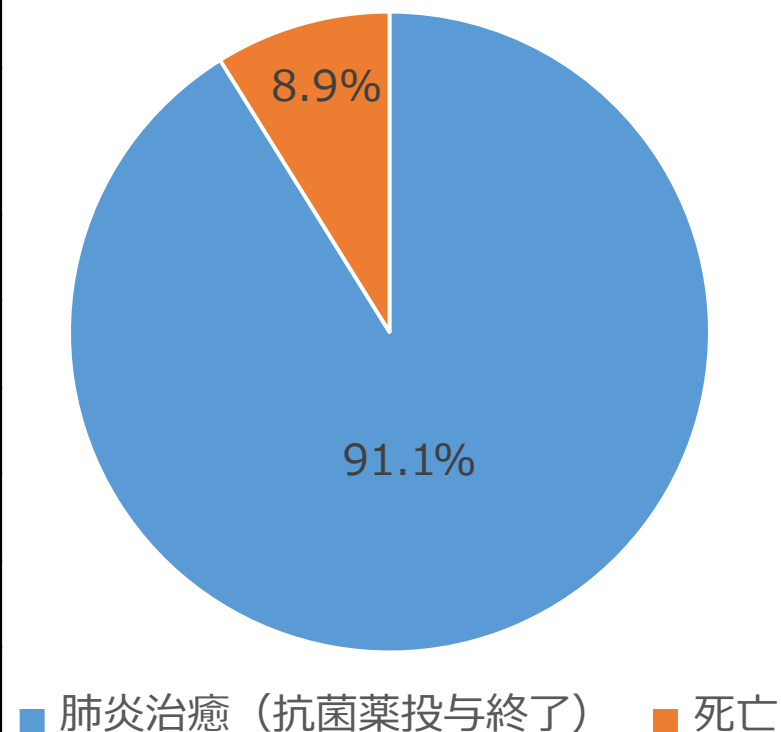
（癌末期ターミナル状態患者・間質性肺炎等の患者を除く）

肺炎患者の経過と予後について

対象患者203人のうち

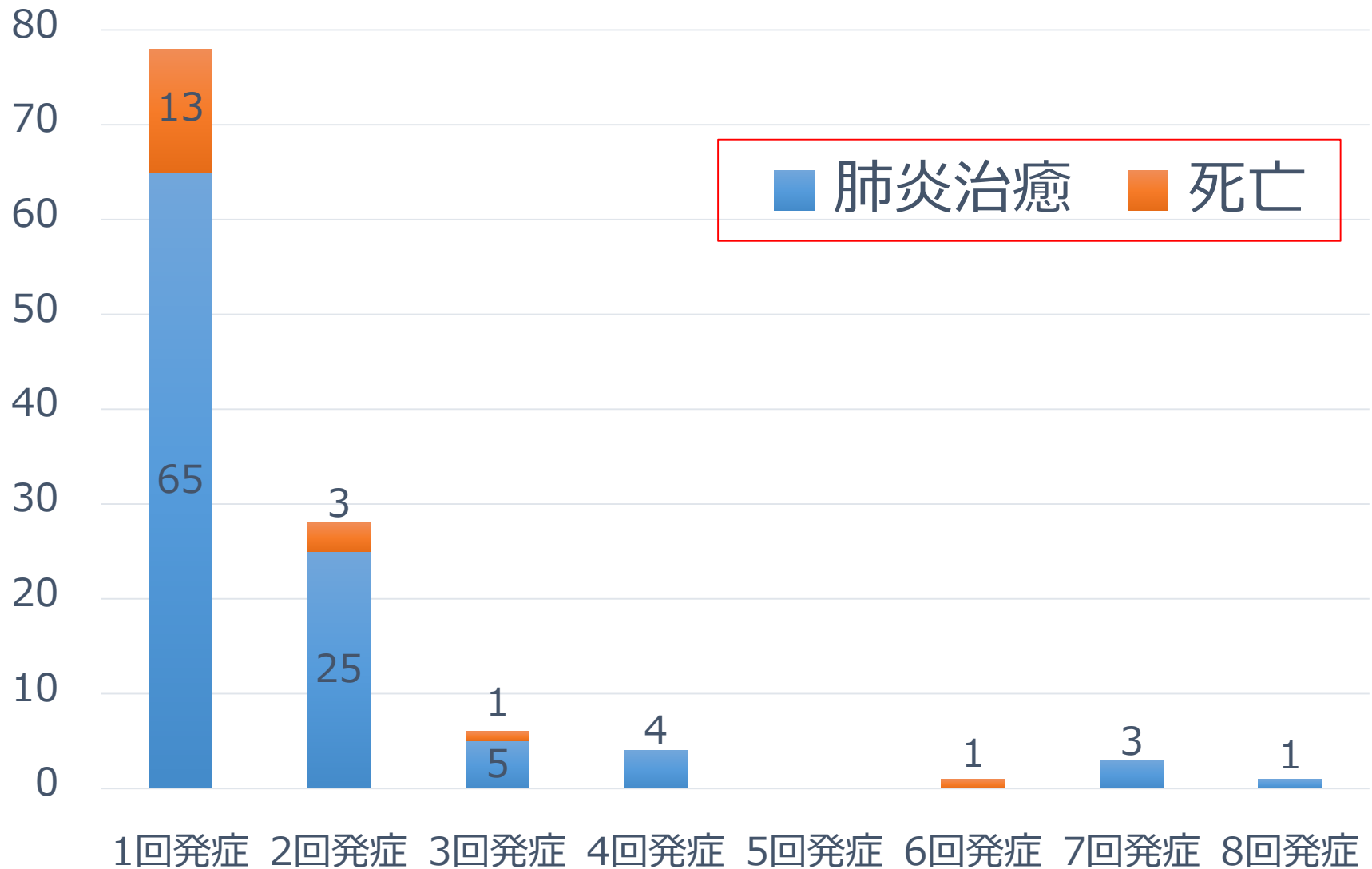
- 肺炎発症から30日以内に肺炎が治癒（抗菌薬投与終了）した患者
- 肺炎発症から30日以内に肺炎が原因で死亡した患者

	患者数	平均 年齢	男女別		
			患者数		平均 年齢
肺炎治癒	185人 (91.1%)	83.7	男性	96	81.5
			女性	89	86.1
死亡	18人 (8.9%)	84.8	男性	11	85.6
			女性	7	83.6
合計	203人	83.7	男性	107	81.7
			女性	96	85.9



対象患者203人（実人数121人）の肺炎発症回数別転帰

◆ 1回のみ肺炎発症 64.5%（78人）複数回肺炎発症 35.5%（43人）



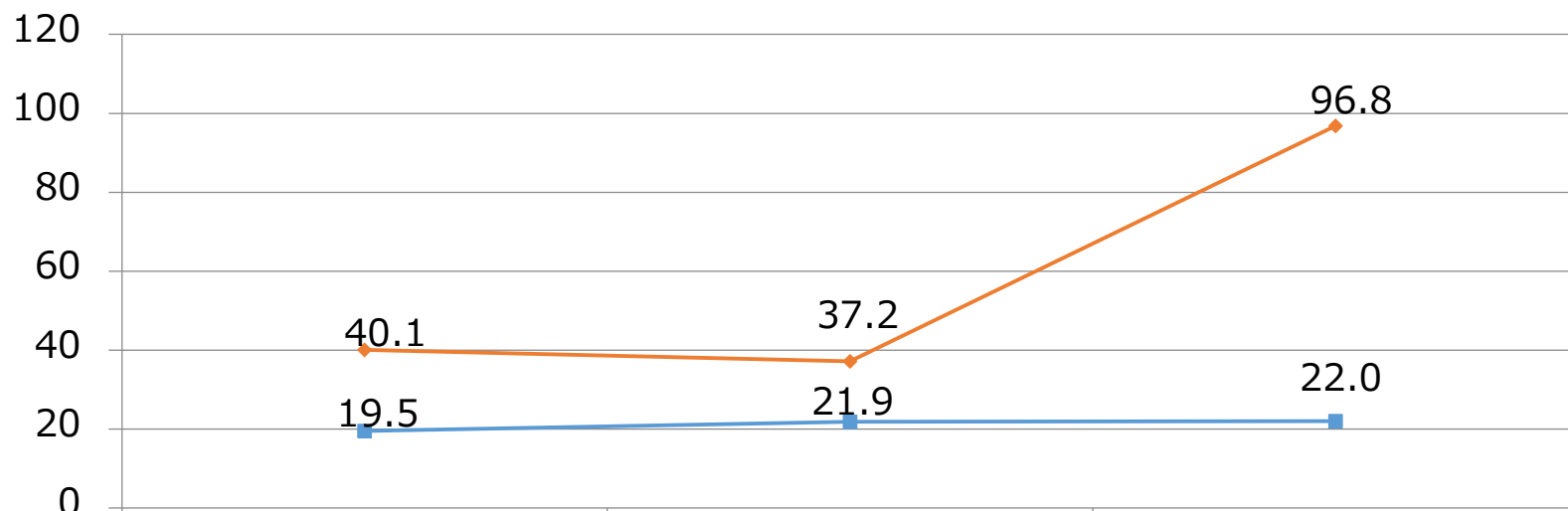
肺炎発症前後の平均BUN値の経過

対象患者203人のうち、肺炎発症前・肺炎発症時・肺炎治癒時（もしくは死亡前）の3回分BUN・ALB・GLU・Hb検査している患者90人

※肺炎発症前データは周辺施設での検査データも含む

・肺炎発症から30日以内に肺炎が治癒した患者（平均年齢85.1歳）	88人
・肺炎発症から30日以内に肺炎が原因で死亡した患者（平均年齢90.5歳）	2人

BUN



	肺炎発症前	肺炎発症時	肺炎治癒時・死亡時
死亡	40.1	37.2	96.8
肺炎治癒	19.5	21.9	22.0

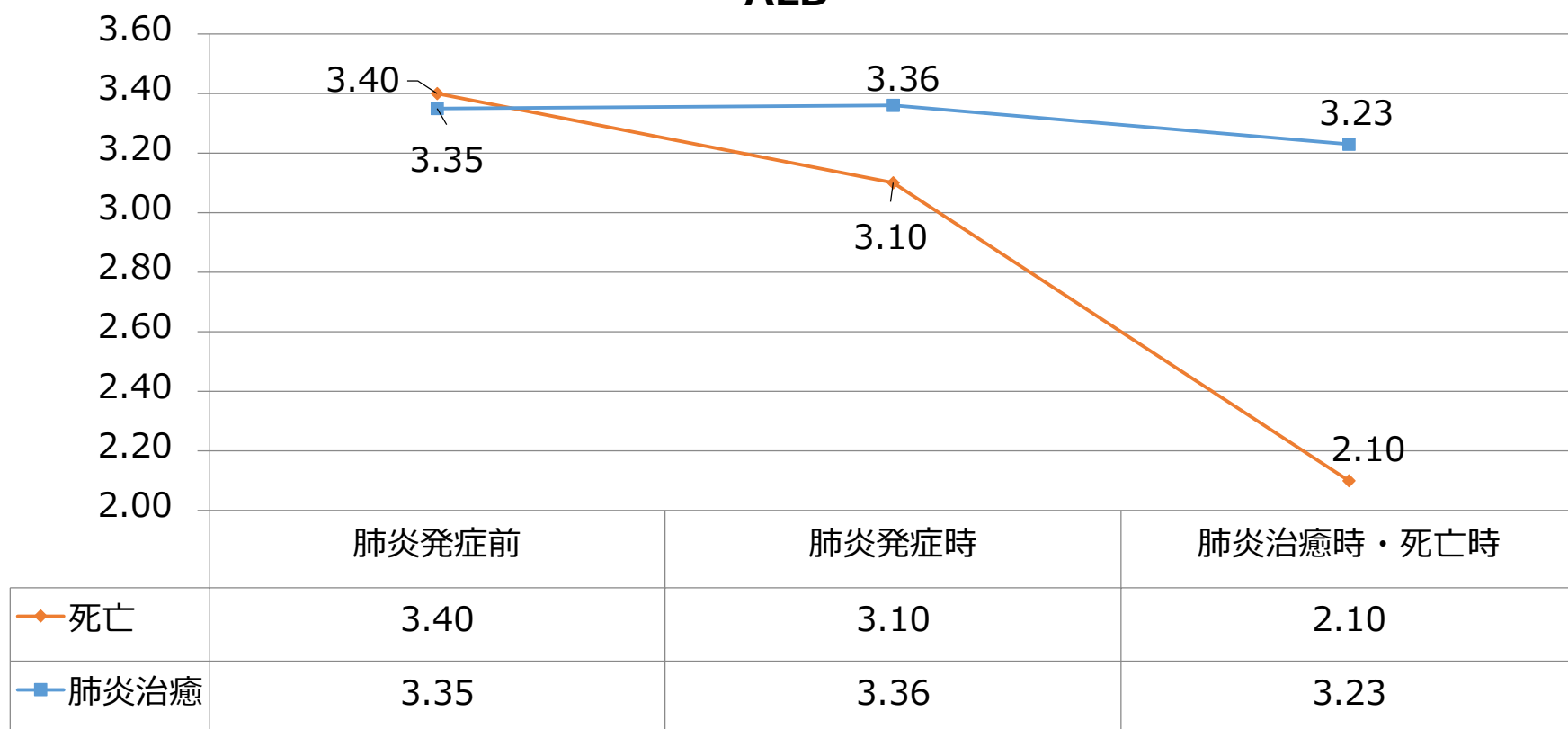
肺炎発症前後の平均ALB値の経過

対象患者203人のうち、肺炎発症前・肺炎発症時・肺炎治癒時（もしくは死亡前）の3回分BUN・ALB・GLU・Hb検査している患者90人

※肺炎発症前データは周辺施設での検査データも含む

・肺炎発症から30日以内に肺炎が治癒した患者（平均年齢85.1歳）	88人
・肺炎発症から30日以内に肺炎が原因で死亡した患者（平均年齢90.5歳）	2人

ALB



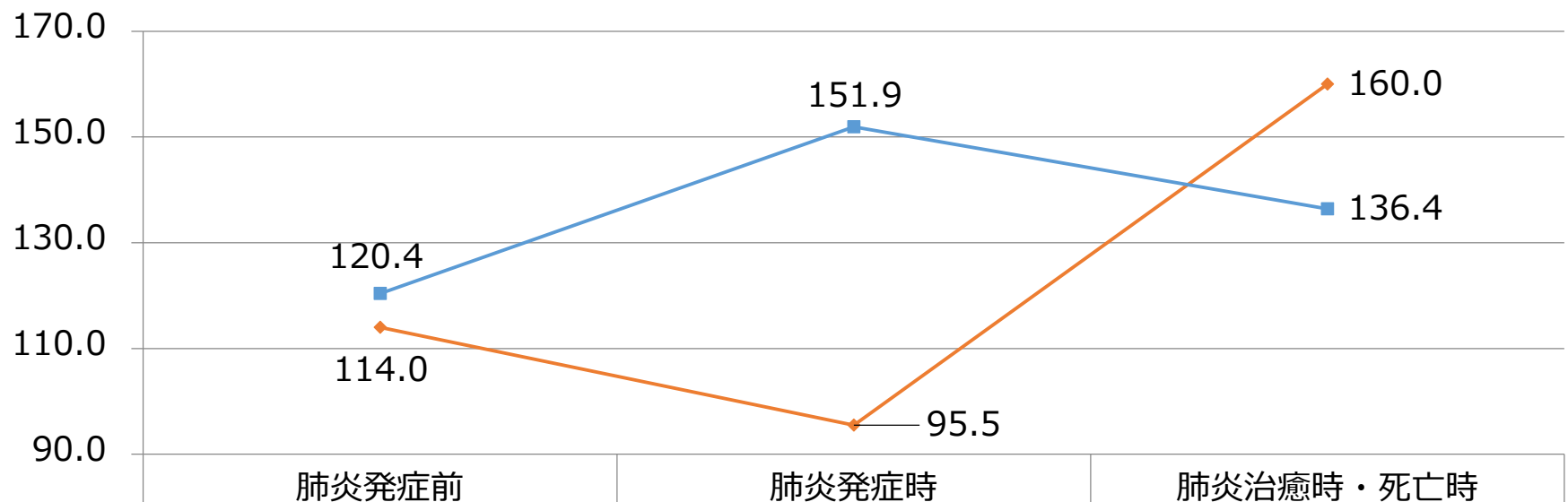
肺炎発症前後の平均GLU値の経過

対象患者203人のうち、肺炎発症前・肺炎発症時・肺炎治癒時（もしくは死亡前）の3回分BUN・ALB・GLU・Hb検査している患者90人

※肺炎発症前データは周辺施設での検査データも含む

・肺炎発症から30日以内に肺炎が治癒した患者（平均年齢85.1歳）	88人
・肺炎発症から30日以内に肺炎が原因で死亡した患者（平均年齢90.5歳）	2人

GLU



死亡	114.0	95.5	160.0
肺炎治癒	120.4	151.9	136.4

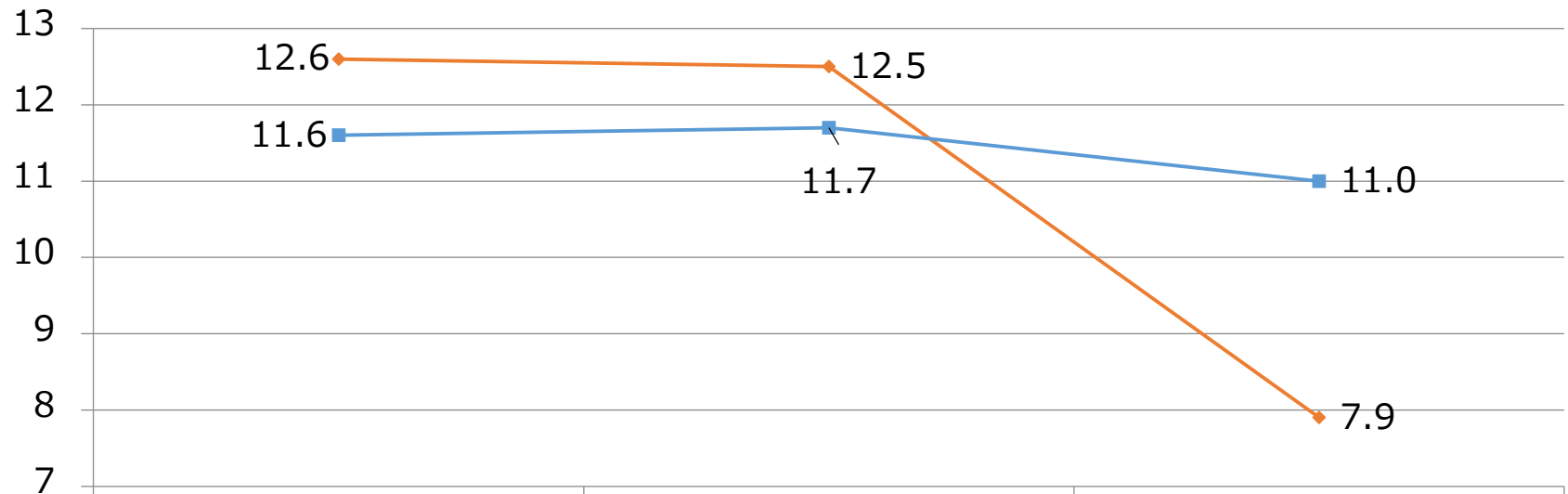
肺炎発症前後の平均Hb値の経過

対象患者203人のうち、肺炎発症前・肺炎発症時・肺炎治癒時（もしくは死亡前）の3回分BUN・ALB・GLU・Hb検査している患者90人

※肺炎発症前データは周辺施設での検査データも含む

・肺炎発症から30日以内に肺炎が治癒した患者（平均年齢85.1歳）	88人
・肺炎発症から30日以内に肺炎が原因で死亡した患者（平均年齢90.5歳）	2人

Hb



	肺炎発症前	肺炎発症時	肺炎治癒時・死亡時
死亡	12.6	12.5	7.9
肺炎治癒	11.6	11.7	11.0

肺炎患者の肺炎発症前・発症時・治癒時（死亡前）の
B U N ・ A L B ・ G L U ・ H b 検査値を比較すると、
発症前の値に大きな差は見られないにもかかわらず、
死亡患者の死亡直前の検査値が非常に悪い。
これは、主治医による治療内容が適切ではなかった
からではないか。医師によって治療成績は異なる。
もしこれらの患者に低栄養・脱水等に対する
適切な治療が行われていれば、死に至らずに
回復できたのではないかと考えられる。
そうなれば死亡率はもっと低くなる可能性がある。

肺炎症例①

- 96歳 女性
- 傷病名: 左閉塞性腎盂腎炎
- 既往歴: 高血圧症、脳梗塞後遺症、
胃瘻造設状態(2014年9月8日)
- 2008年5月15日から食欲不振にて自宅から当院へ入院、治療を行い、軽快退院後、施設へ入所していた。
- その後、腰椎圧迫骨折、肺炎、腎盂腎炎などを発症し、当院への入院を7回繰り返し、2016年10月7日から施設へ入所していた。
- 2016年11月9日朝、嘔吐あり、発熱、血液検査で炎症反応を認め、胸部レントゲンでは、異常は認められず、腹部レントゲン、骨盤CTで左尿管結石による左閉塞性腎盂腎炎との診断にて、当院入院となる。
- 2016年12月2日 住宅型有料老人ホームへ退院
- 身長 135.0cm 体重 45.0kg
- 寝たきり度 C2 認知度 IV
- 麻痺 なし 要介護 4

肺炎までの経緯

- 肺炎期間:2016年11月13日～11月15日
- 2016年11月9日より、左尿管結石による左閉塞性腎盂腎炎の診断にて当院入院していた。
- 11月13日昼過ぎ、39.2℃の発熱あり、昼食をほぼ全量嘔吐したため、食事中止し、SPO2=89%で、酸素3L開始した。
- 11月14日血液検査にてWBC=20770、CRP=22.52と炎症反応 上昇を認めた。胸部X-P施行し、画像から右肺にびまん性に 浸潤影を認めた。
- 11月14～18日:ペントシリン(PIPC)2g 1日3回投与
- 11月15日 解熱

持参薬

抑肝散 1回1包 毎食後
(漢方薬)

アムロジンOD(5) 1回1T 朝食後
(降圧薬)

セロクエル(25) 1回1T 夕食後
(統合失調症治療薬)

マイスリー(5) 1回1T 就寝前
(非ベンゾジアゼピン系睡眠薬 超短時間型)

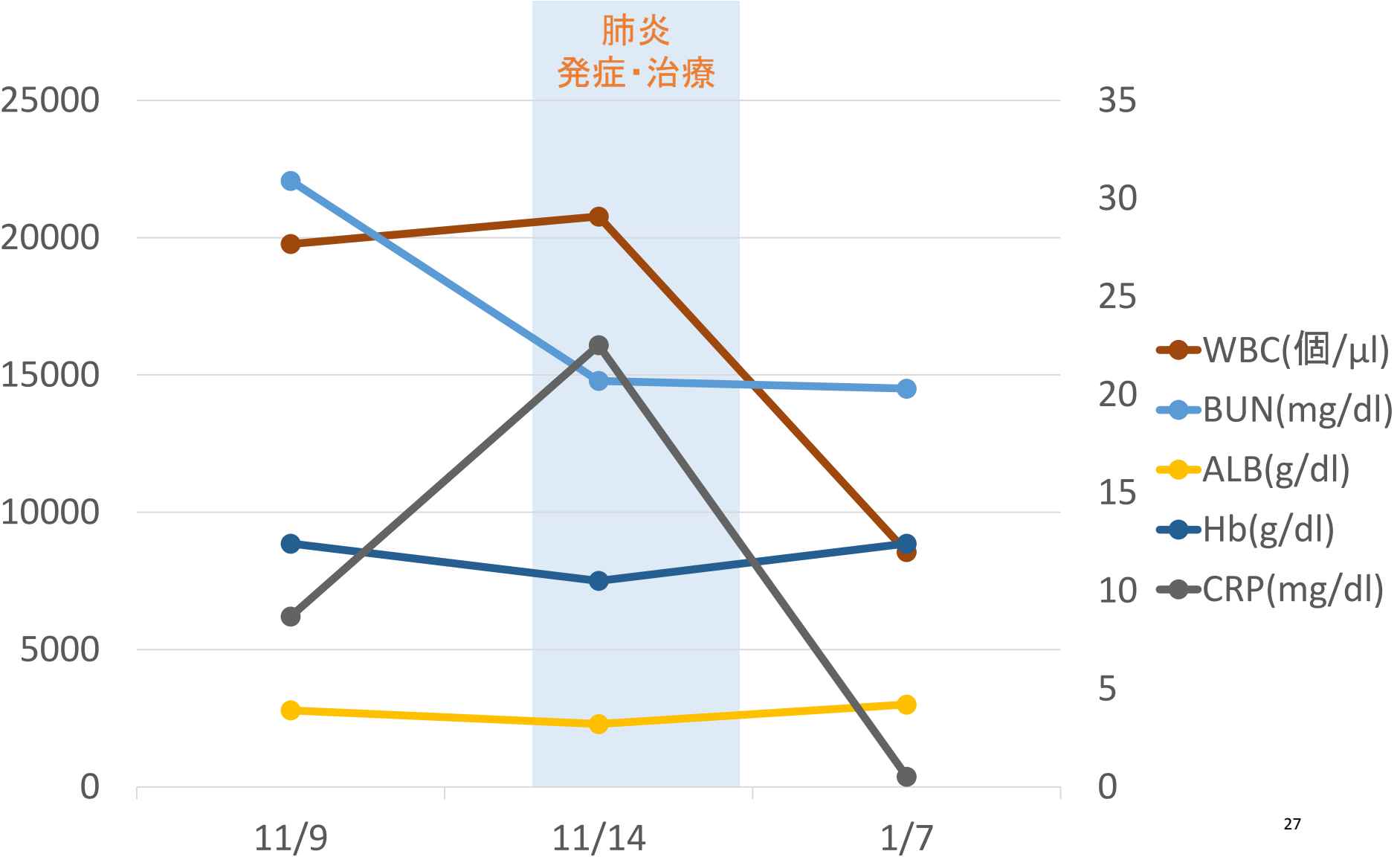
食事・点滴内容

	入院			肺炎	～	肺炎治癒			退院
	11/9	11/10	11/11	11/13	11/14	11/15	11/16	11/19	12/2
PEG	絶食		流動食 350ml・ ペースト 350ml×2・ HS2-1 350ml 1260kcal	絶食			流動食350ml・ ペースト350ml×2・ HS2-1 350ml 1260kcal		
点滴	ラクテックG500ml・ プラスアミノ500ml・ 5%TZ500ml		ラクテック G500ml	プラスアミノ 500ml	ラクテックG500ml・ プラスアミノ500ml・ 5%TZ500ml				
抗菌薬	ユナシン-S (SBT/ABPC) 1.5g 1日2回				ペントシリン (PIPC) 2g 1日3回				

検査データとバイタルの経過

	入院時	肺炎	～	肺炎治癒	退院時	退院後
	11/9	11/13	11/14	11/15	12/2	1/7
BUN(mg/dl)	30.9		20.7			20.3
CRE(mg/dl)	1.15		0.9			0.71
Na(mmol/L)	136.6		142.4			139.7
ALB(g/dl)	3.9		3.2			4.2
TCHO(mg/dl)	153		107			178
GLU(mg/dl)	132		119			104
Hb(g/dl)	12.4		10.5			12.4
WBC(個/μl)	19770		20770			8550
CRP(mg/dl)	8.69		22.52			0.52
体温(℃)	38.0	39.2	36.4	36.8	36.1	36.8
血圧(mmHg)	156/66	156/78	129/68	133/88	167/68	102/58
SPO2(%)	95	89→95	95	92	95	98
酸素投与		酸素マスク3L実施				
抗菌薬投与	11/9～13:コナシン-S1.5g 1日2回		11/14～18:ペントシリン2g 1日3回			26

検査データとバイタルの経過



R 臥位

肺炎症例①



11/9(入院時):
両肺に浸潤影なし



肺炎症例①

11/14: 右肺に
びまん性に浸潤影

肺炎症例②

- 86歳 女性
- 傷病名：肺炎
- 既往歴：橋出血（2014年11月26日）、2型糖尿病
高血圧症、胃瘻造設状態（2015年4月6日）
- 2015年2月2日 橋出血後のリハビリ目的で当院入院後、施設に退院となったが、5回肺炎などで当院へ入院していた。
- 2016年6月3日から介護老人保健施設に入所していたが、2017年8月25日 肺炎発症したため当院入院
- 身長 155.0cm 体重 39.8kg
- 寝たきり度 C2 認知度 IIIb
- 麻痺 左半身 要介護度5

肺炎までの経緯

- 肺炎期間：2017年8月25日～8月29日
- 2017年8月25日朝37.1℃の微熱、SpO₂=91%と酸素飽和度低下見られ、直ちに採血施行した。WBC=23760、CRP=10.64、BUN=31.8と炎症反応上昇、脱水を認めた。
- 同日当院外来受診され、胸部X-P・CT、腹部X-P施行、血液ガス施行した。画像から肺炎と診断され、治療目的にて2017年8月25日当院入院となった。
- 8月25日～8月29日：ペントシリン(PIPC) 2g 1日3回投与し、翌日8月26日には解熱した。

持参薬

ムコソルバン錠15mg 1回1錠 1日3回毎食後
(気道潤滑薬)

センノサイド顆粒8% 1回0.3g 1日1回夕食後
(下剤)

食事・点滴内容

入院
肺炎発症
治癒

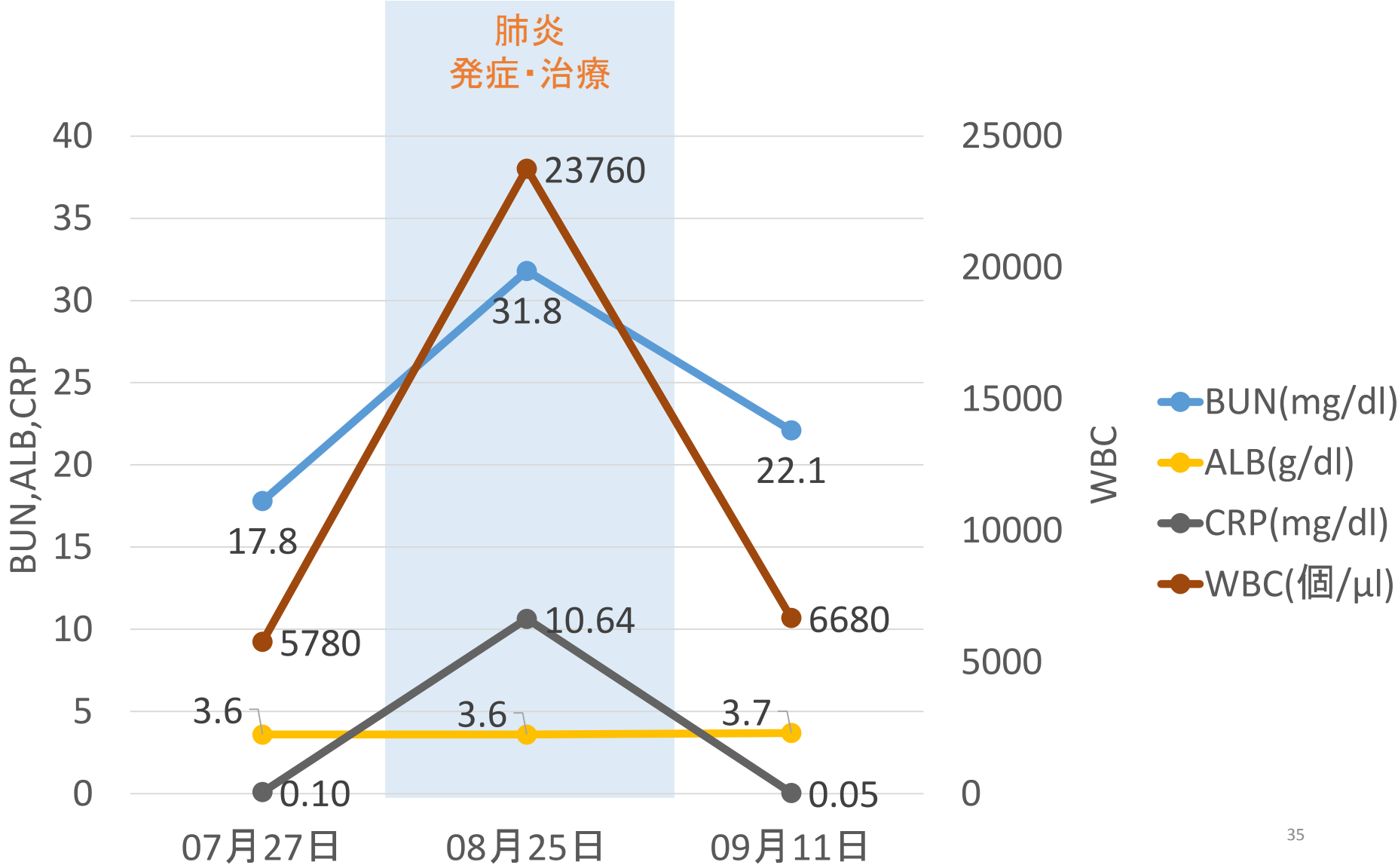
	8/25	8/26	8/27	8/28	8/29	8/30	8/31	9/1	9/4	9/5
PEG	絶食			流動食250ml・ペースト250ml×2 875kcal				流動食350ml・ペースト 350ml×2 1225kcal		
点滴	ラクテック G500ml	KN3号 500ml×2		ラクテックG500ml						
	KN3号 500ml									
抗菌薬	ペントシリン(PIPC)2g 1日3回									

ラクテックG 500 mL ; 143円
KN3号 500 mL ; 137円
ペントシリン注射用 2g ; 688円

検査データとバイタルの経過

施設入所時		肺炎発症	
	7月27日	8月25日	9月11日
BUN(mg/dl)	17.8	31.8	22.1
CRE(mg/dl)	0.41	0.51	0.39
Na(mEq/L)	142.1	145.9	142.7
ALB(g/dl)	3.6	3.6	3.7
TCHO(mg/dl)	155	125	170
GLU(mg/dl)	102	124	114
Hb(g/dl)	12.4	12.0	11.9
WBC(個/μl)	5780	23760	6680
CRP(mg/dl)	0.10	10.64	0.05
体温(°C)	36.8	37.3	36.5
血圧(mmHg)		100/76	100/58
SPO2(%)		89	97
酸素投与		酸素マスク3L実施	
抗菌薬投与		8/25～8/29 ペントシリン(PIPC) 2g 1日3回	

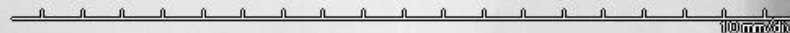
検査データとバイタルの経過



臥位

A → P

肺炎症例②



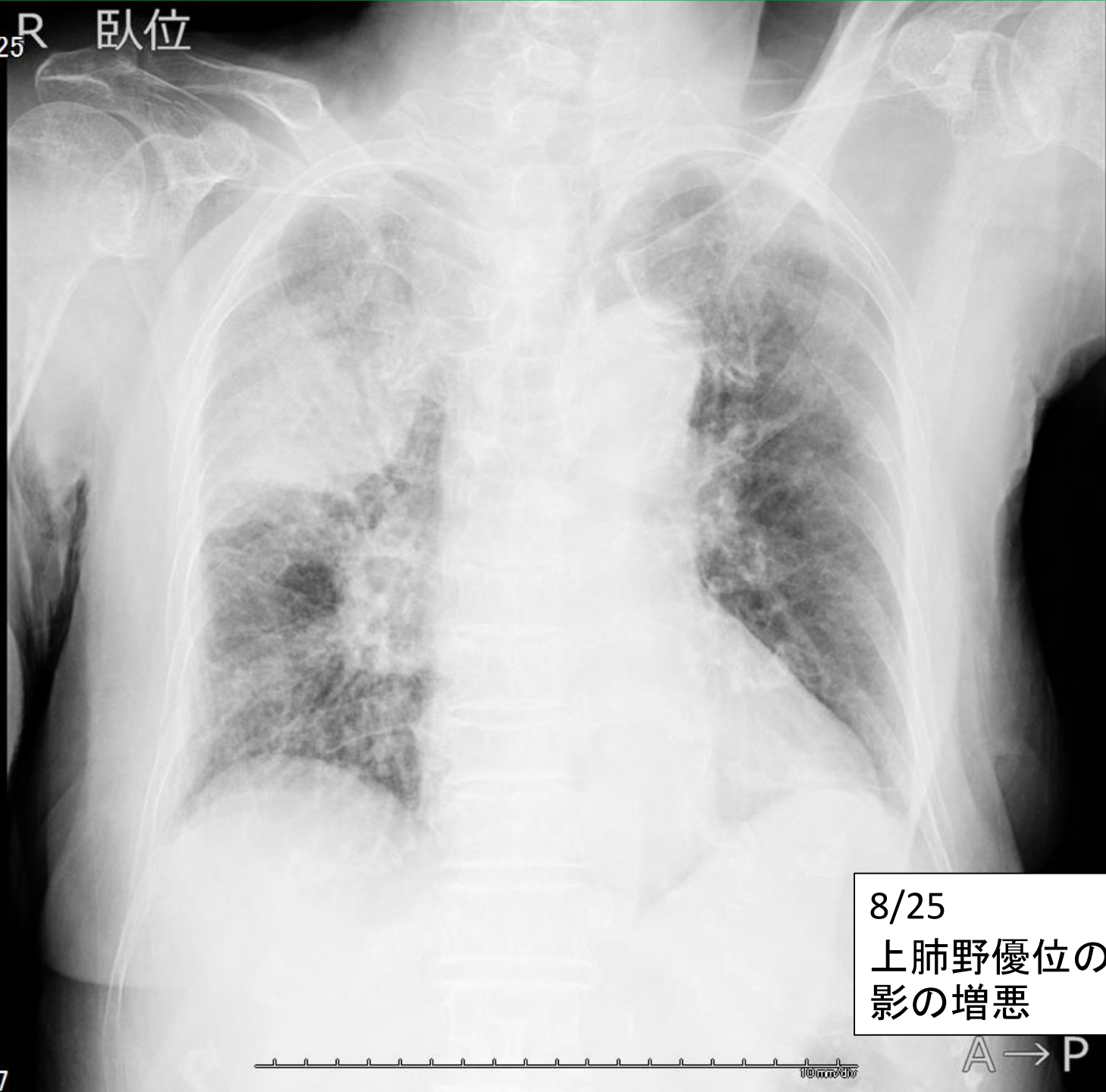
8/4

右肺紋理増強

右下肺野透過性低下

心胸比55%

※いずれも2016年8月とほぼ同じ



8/25

上肺野優位の右肺野全体の浸潤影の増悪

A → P

肺炎症例③

- 86歳 男性
- 傷病名：嚥下障害、高次脳機能障害、血管性認知症
- 既往歴：多発性脳塞栓症（2016/10/27）
- 多発性脳塞栓症のリハ目的で、高度急性期病院より2016年11月25日に当院入院していた。状態安定したため、2017年3月16日介護老人福祉施設へ退院となった。
- 施設では胃瘻から栄養投与していたが、経口からの嚥下訓練のため2017年8月4日当院入院
- 身長 162.0cm 体重 49.7kg
- 寝たきり度 C2 認知度 IV
- 麻痺 なし 要介護 5

肺炎までの経緯

- 肺炎期間：2017年9月22日～9月30日
- 入院時より経口摂取と胃瘻栄養併用し、2017年9月8日より完全経口移行していたが、9月22日嘔吐後に38.7℃の発熱あり、胸部XP施行。誤嚥性肺炎を疑い、治療開始した
- 9月22～25日：生食100ml+ユナシン-S（SBT/ABPC）3g 1日2回投与
- 解熱得られず9月26～30日：生食100ml+アミカシン200mg（AMK）3.5A 36時間ごと投与し、9月28日解熱
- 食事は、9月23日昼夕：絶食、9月24日より胃瘻栄養のみ再開

持参薬

ハルナールD錠0.2mg 1回1錠 1日1回朝食後

（前立腺肥大症に伴う排尿障害治療薬）

リスパダール錠1mg 1回1錠 1日1回就寝前

（統合失調症治療薬：前回入院中に夜間不穏認めため処方されている）

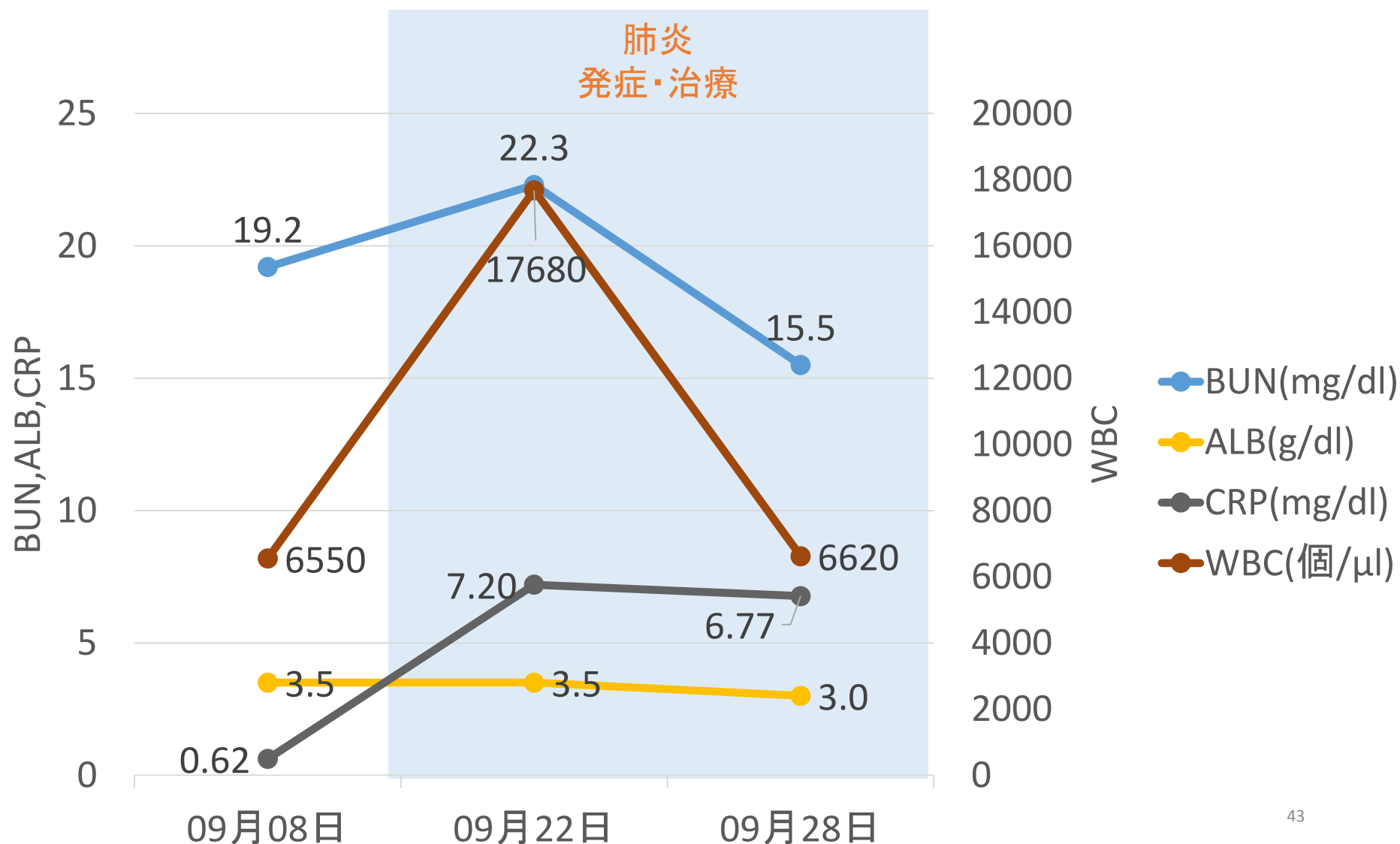
食事・点滴内容

肺炎発症						治癒	
	9/22	9/23	9/24	9/25	9/26	9/28	9/30
経口 PEG	常食 1400kcal、 経口流動 150ml×3	絶食	PEG 流動食350ml・ペースト350ml×2・ HS1-1 300ml 1255kcal			PEG 流動食350ml×3・ HS1-1 300ml 1080kcal	
点滴		ラクテック G500ml ソルテム 3PG500ml プラスアミノ 500ml					
抗菌薬	生食100ml+ユナシン-S(SBT/ABPC)3g 1日2回				生食100ml+アミカシン200mg (AMK)3.5A 36時間毎		

検査データとバイタルの経過

		肺炎発症	
	9月8日	9月22日	9月28日
BUN(mg/dl)	19.2	22.3	15.5
CRE(mg/dl)	0.48	0.54	0.53
Na(mEq/L)	140.4	138.8	136.4
ALB(g/dl)	3.5	3.5	3.0
TCHO(mg/dl)	160	156	128
GLU(mg/dl)	122	108	132
Hb(g/dl)	11.1	12.9	10.5
WBC(個/ μ l)	6550	17680	6620
CRP(mg/dl)	0.62	7.20	6.77
体温(°C)	36.8	38.7	36.8
血圧(mmHg)	109/62	98/55	93/58
SPO2(%)	95	93	96
抗菌薬投与		9/22～25:ユナシン-S 3g1日2回	9/26～30:アミカシン200mg 3.5A 36時間ごと

検査データとバイタルの経過



R 臥位

肺炎症例③

8/4

肺野縦隔に特記すべき所見なし

A→P

R 臥位

ホータブル

肺炎症例③



9/22
右下肺野に肺炎像あり

脱水、低栄養、電解質異常、貧血、高血糖を呈している患者の治療には高い薬はいらない。

【脱水】

薬品名	薬価
KN3B 500ml	137

薬品名	薬価
生理食塩液 500ml	149

薬品名	薬価
5%ブドウ糖注射液 500ml	174

【低栄養】（※維持液を投与する場合）

薬品名	薬価
フィジオ35 500ml	183

薬品名	薬価
ソリタックス-H輸液 500ml	227

【低栄養】（※高カロリー輸液を投与する場合）

先発品（バッグ製剤）		ジェネリック など	
薬品名	薬価	薬品名	薬価
エルネオパ2号輸液 1000ml	1,492	カロナリーM輸液 700ml + アミノ酸製剤 + 高カロリー輸液用 総合ビタミン製剤 + 微量元素製剤	764

2017年1月 武久 洋三 作成

高齢者の場合、本来の病気より
その素地となっている 低栄養 や
脱水 などの身体状況を改善できない
ままに死亡することが多い。

食欲がないとか嚥下障害のある患者でも
適切に水分と栄養を投与すれば、
みるみる回復する患者も多い。
このような患者はターミナルとは言えない。

日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：平成29年11月9日 17:30～

場所：東京研修センター

1. 医療療養病床における患者の居住費負担について
2. 肺炎患者の経過と予後について
3. 平成29年12月3日（日）介護医療院セミナー
開催について



介護医療院セミナー

～どうなる介護医療院 どうする病床転換 今考えなければ遅い！～

開催のご案内

平成30年診療報酬、介護報酬改定の審議も大詰めに入ってまいりました。平成30年度改定は、人口構造の変化に対応するための、これまでで最も大きな改革といえるかもしれません。そして、新しく創設される介護医療院の具体的内容がいよいよ本格的に検討されようとしております。

本セミナーを開催する12月3日の時点では、介護給付費分科会の審議による大まかな状況も見えているのではないかと思います。

そこで、本セミナーでは、介護給付費分科会委員の武久洋三会長より最新の情報と方向性を示すとともに、様々なタイプの病院が転換をどう考えているのかをお話しさせていただく予定です。

時代は動いています。このスピードについていくには、いち早く情報を得、他より先に意思決定を行い、何よりも良質な医療・介護を目指さなければなりません。地域を支え、患者さんを獲得していくためには、病棟を細かく運用していくことが大事です。

本セミナーにご参加された皆様が勝ち組となるよう、講師一同力を尽くしますので、奮ってご参加くださいますようお願いしております。

開催概要

【日 程】平成29年12月3日(日)9:30～17:00

【会 場】東京都心部(11月中旬にホームページに公開し、参加者には参加証
発送時にご案内致します。)

【プログラム】 総合司会:田中裕之(陵北病院 院長)

9:30～10:30	病床転換を考えよう〈マルチタイプ〉 安藤高朗(永生病院 理事長)
10:40～11:40	病床転換を考えよう〈小規模病院〉～医療療養病床との棲み分けは！？～ 池端幸彦(池端病院 理事長)
11:40～12:30	昼食休憩
12:30～13:30	病床転換を考えよう〈医療療養25:1〉 中川 翼(定山溪病院 名誉院長)
13:30～14:30	病床転換を考えよう〈介護療養型病院〉 猿原大和(湖東病院 院長)
14:40～15:40	病床転換を考えよう〈急性期ミックス型〉 加納繁照(加納総合病院 理事長 日本医療法人協会 会長)
15:40～17:00	地域の医療・介護を勝ち取るには～病床フル稼働で活性化を目指す！～ 武久洋三(博愛記念病院 理事長 日本慢性期医療協会 会長)

【定 員】160名

【参 加 費】日本慢性期医療協会 会員 12,000 円 / 非会員 15,000 円(昼食含む)

【申込締切】平成29年11月10日(金)

【主 催】日本介護医療院協会設立準備委員会・日本慢性期医療協会