地域医療を守る病院として

～地域包括医療病棟への挑戦～

社会医療法人 弘恵会ヨコクラ病院
横倉義典

・自分達の地域を見つめる

・自分達の役割を考える

・地域包括医療病棟の実際

・自分達の地域を見つめる

・自分達の役割を考える

・地域包括医療病棟の実際

福岡県みやま市

人口 34,421人

高齢化率 39.86%

（2024年10月時点）

PROJECT 01

みやま市の
チャレンジ・ストーリー
PR

CHALLENGE STORY PR

PROJECT 02

ターゲット共創型
オープンコンテスト
PR

OPEN CONTEST PR

PROJECT 03

「既存資産×チャレンジ」で
パワーアップ

PROJECT 04

「道の駅みやま」の
価値体験メディア化

PROJECT 05

「晴れのまち みやま野菜」
ブランディング

BRANDING

福岡県みやま市

人口 34,421人

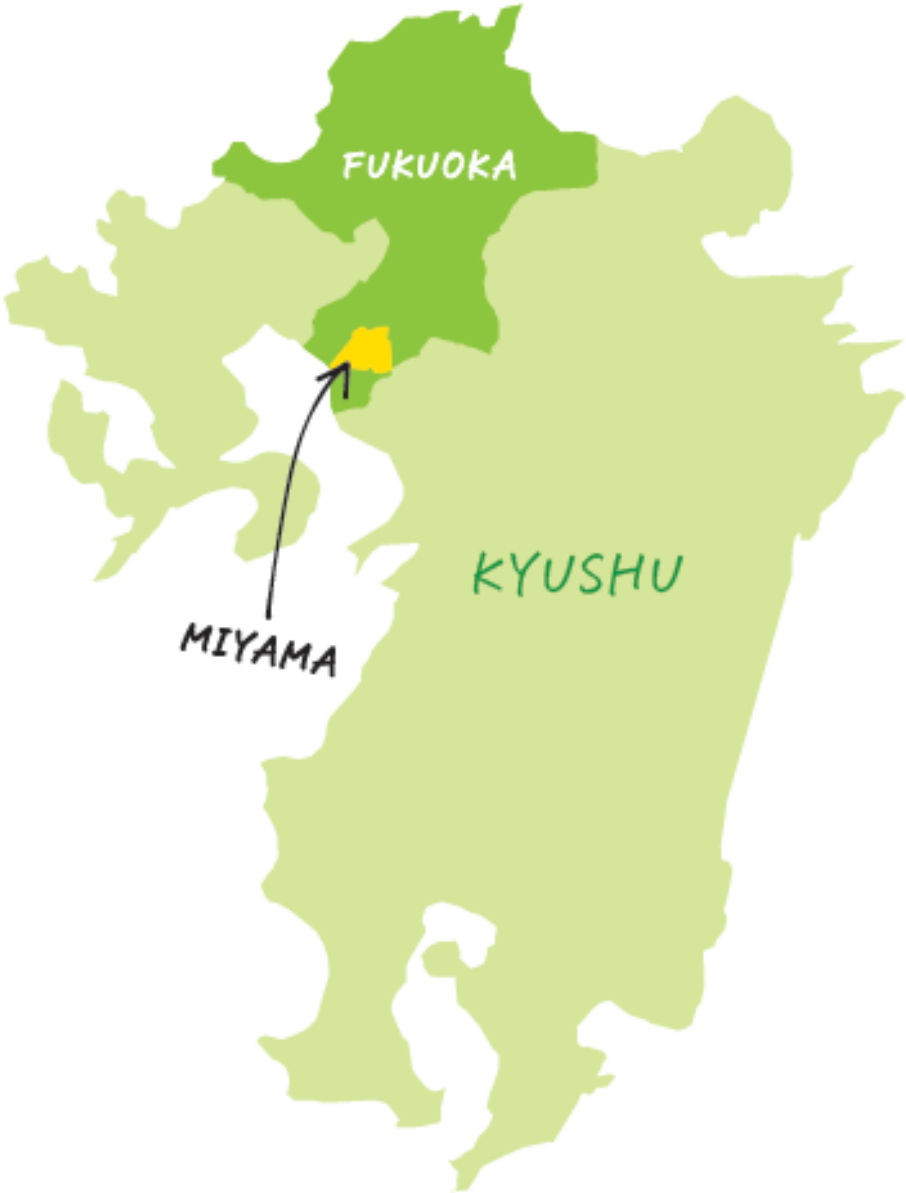
高齢化率 39.86%

（2024年10月時点）

やってみやま!
project

市民みんなで「みやまの新しい幸せ」をつくっていくプロジェクトです。

プロジェクトの5大アクション



福岡県みやま市

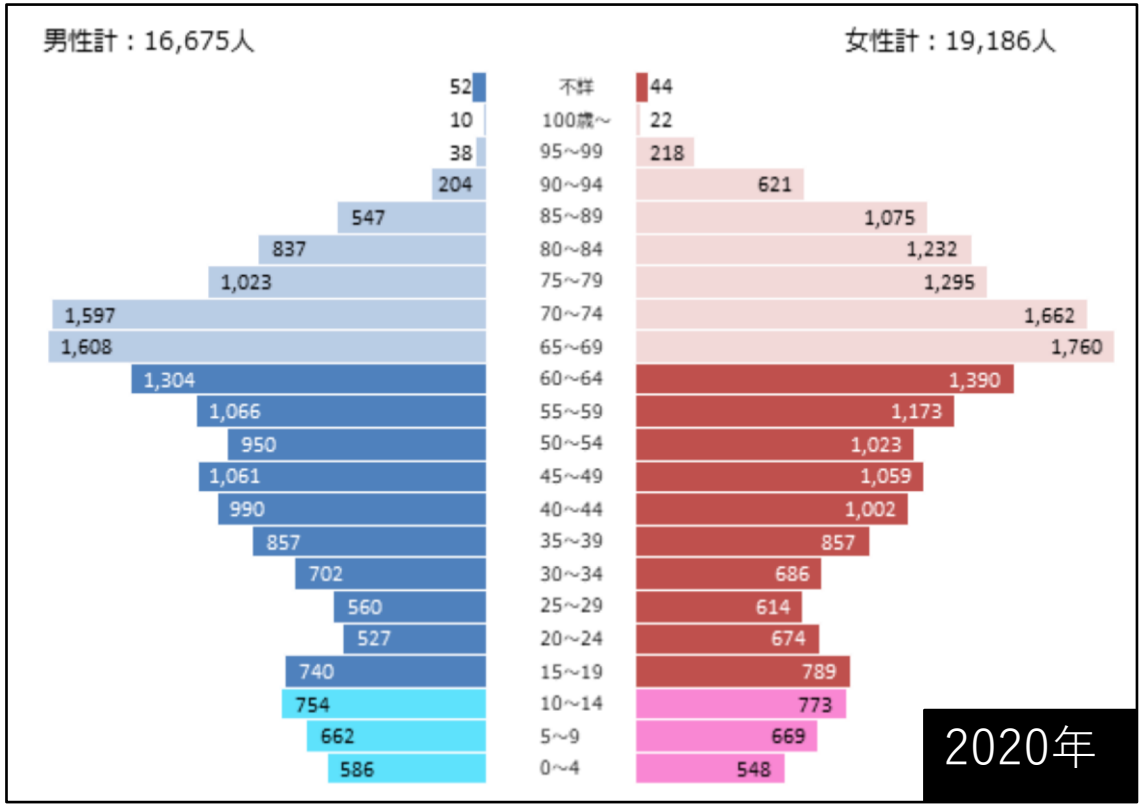
人口 34,421人

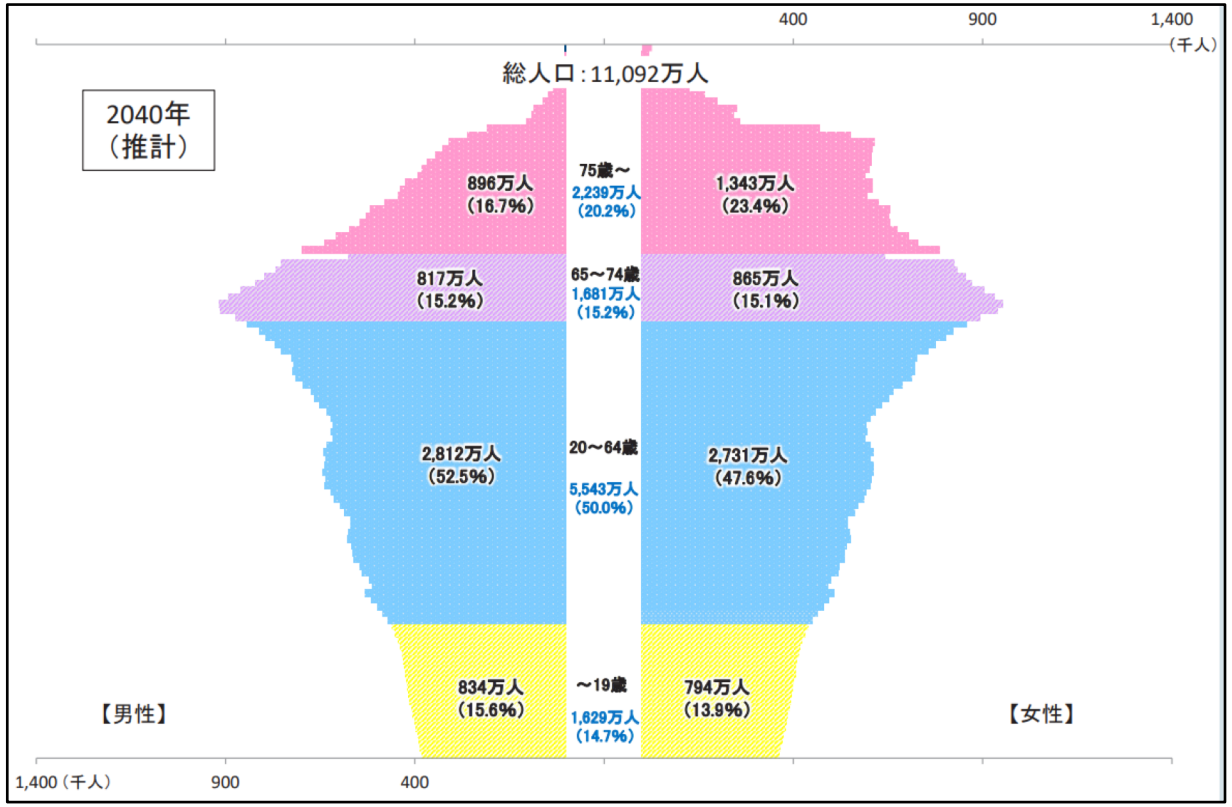
高齢化率 39.86%

（2024年10月時点）

日本の人口構成

2040年問題が現実にある地域





厚生労働白書より

有明医療圏　　人口

208,887人(1959)

大牟田市　106,145人

医療機関数：　22病院

病床数：　4138床

86,888人(1960)

柳川市　61,624人

医療機関数：　6病院

病床数：　893床

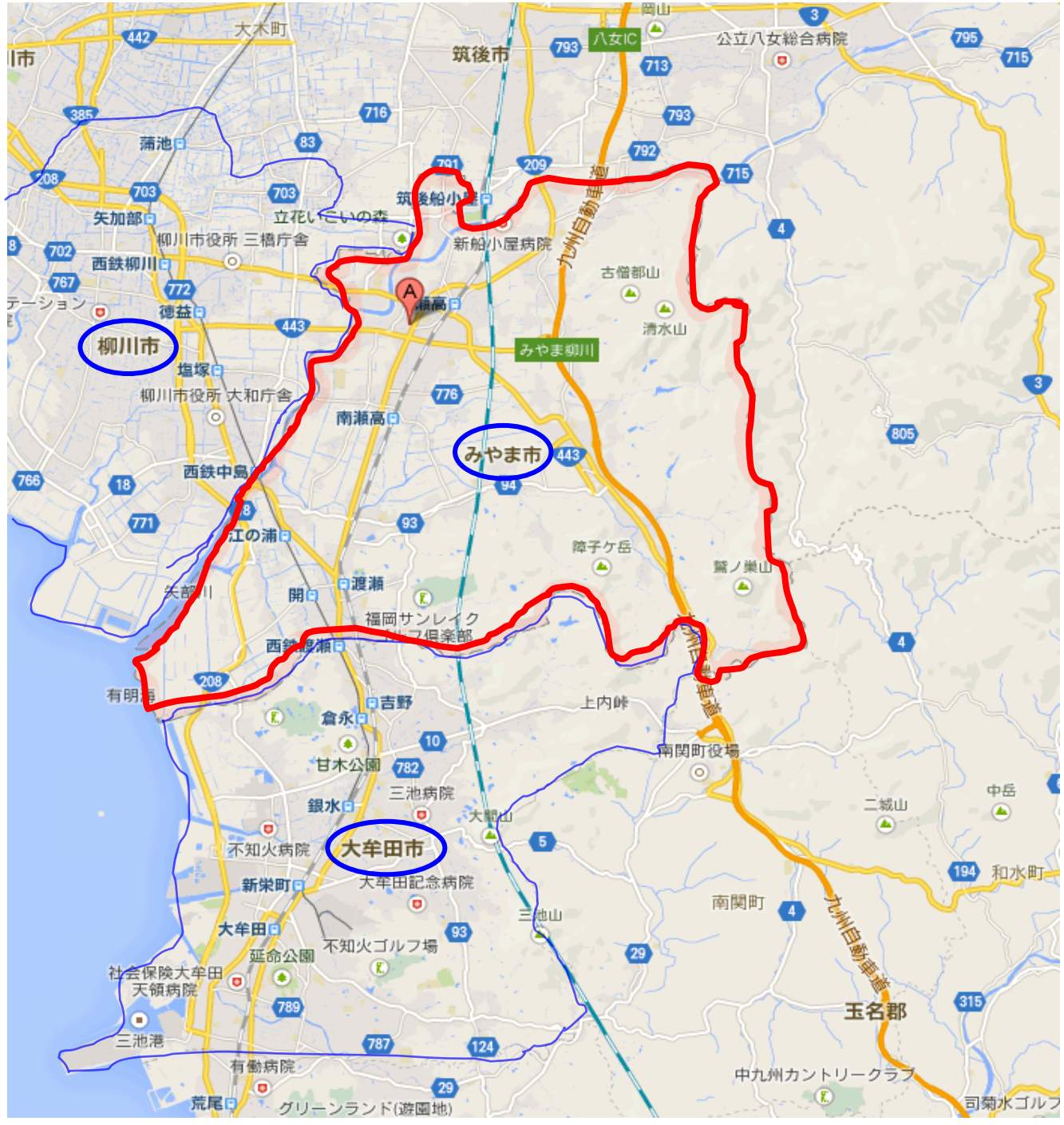
53,945人(1970)

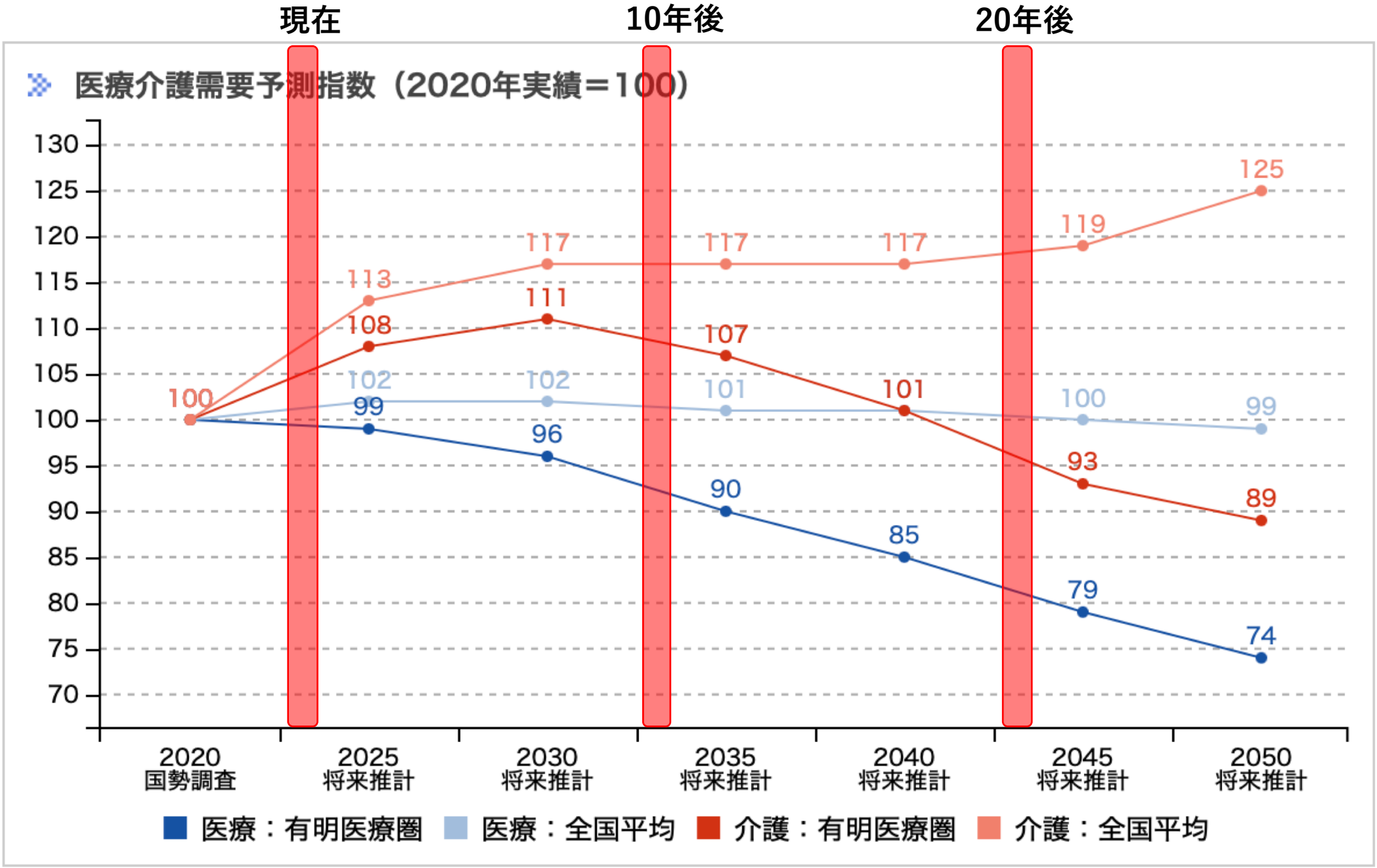
みやま市　34,421人

医療機関数：　2病院

病床数：　477床

（令和6年10月時点）





日医総研：地域医療情報システム　より

医師数、病床数などの地域偏在の存在

その中で、医療需要の減少が始まり
高齢者は増えるが若者が減り**働き手**が不足

医療従事者だけでなく**介護職**の影響はより深刻

在宅については**独居**や**老老介護**
同居の家族は働き手のため介護には手が回らず

「地域の住民を守り、地域の産業を守れるか」

・自分達の地域を見つめる

・自分達の役割を考える

・地域包括医療病棟の実際

当法人の紹介

社会医療法人 弘恵会

ヨコクラ病院

（救急医療・災害医療）

救急告示（2次救急）

地域災害拠点病院

在宅療養支援病院

紹介受診重点医療機関

関連施設： 介護老人保健施設「アルテンハイム ヨコクラ」

社会福祉法人光輪会

特別養護老人ホーム「常照苑」「常照苑サンシャイン」

サービス付き高齢者住宅「輝」

グループホーム「恵の家」

病院の沿革

黎明期・成長期

昭和２０年１０月　旅館の一部で「高田村中央診療所」として開設
昭和３０年　有床診療所となり「横倉医院」へ
昭和３２年　呼吸器科病棟を増築し「横倉病院」へ
昭和３８年　旧病院本館を建築　救急告知病院となる
昭和４１年　「ヨコクラ病院」へ改称
昭和５４年　医療法人弘恵会　設立

発展期・拡大期

昭和６０年　社会福祉法人光輪会　特養「常照苑」設立
平成５年　老人保健施設「アルテンハイムヨコクラ」開設
平成１０年　訪問看護ステーション「すいせん」設立
平成１１年　居宅介護支援事業所「すいせん」設立

確立期・変革期

平成２４年４月　乗用車型ドクターカー導入
平成２６年８月　EPA外国人看護師・介護士候補生　事業参加
平成２６年１０月　新病院を新築移転
平成２８年４月　福岡県　災害拠点病院　認定
平成３０年４月　法人変更　社会医療法人弘恵会　認定

医療：地域に求められるままに発展拡大

介護：時代を見据えて、早い取り組み

人口が減少し、医療ニーズが縮小する時代

必要とされる医療の提供

必要とされない部分からの撤退

「病床の稼働率は地域の**医療ニーズ**を反映している」

（ちゃんと運営されていれば・・・）

病院周辺の医療環境

- 市内では
  唯一の救急病院

- 周辺の市街地を結ぶ
  国道が交わる立地

- 昭和38年の病院新築から
  救急病院としての役割

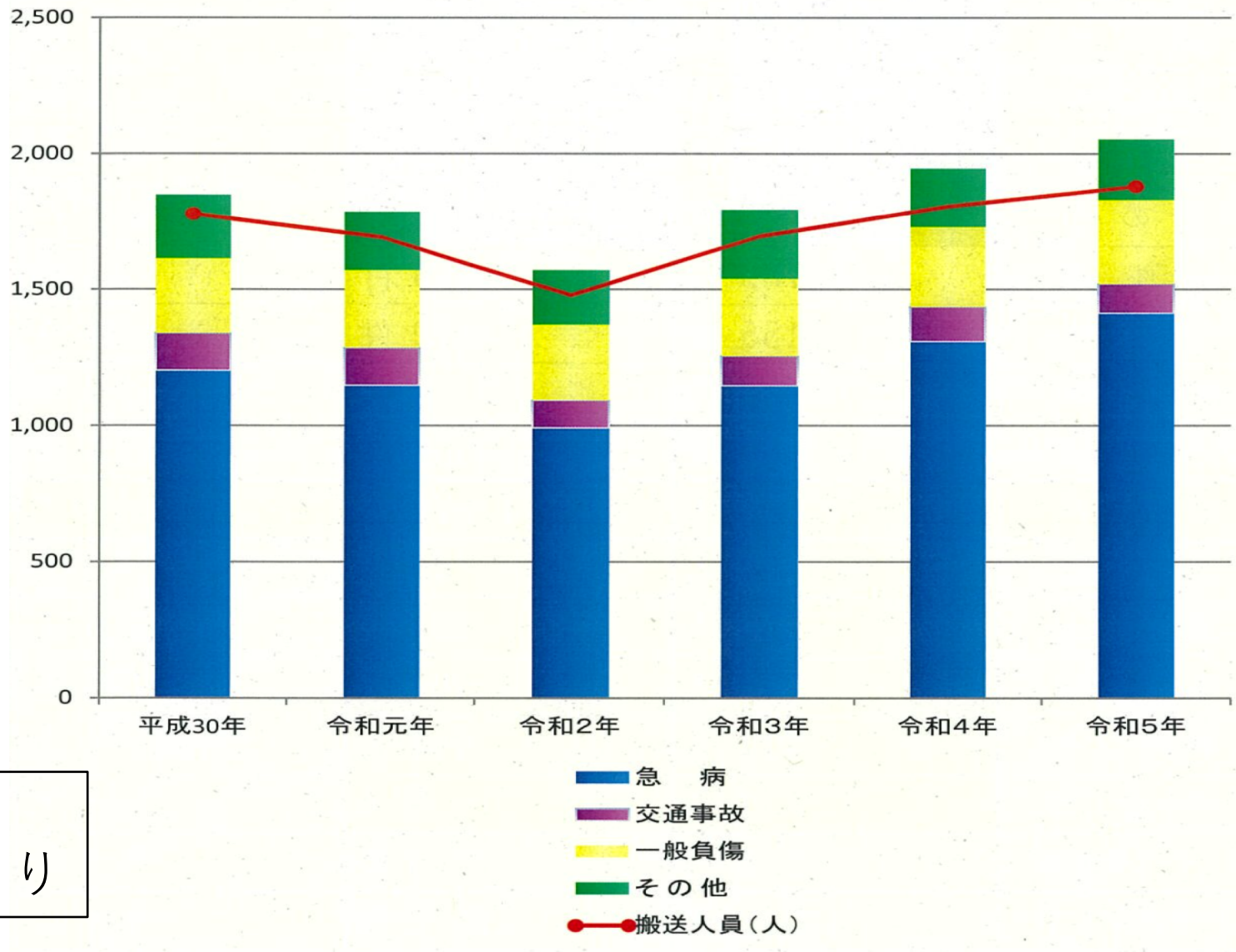
二次救急医療機関

：公的医療機関

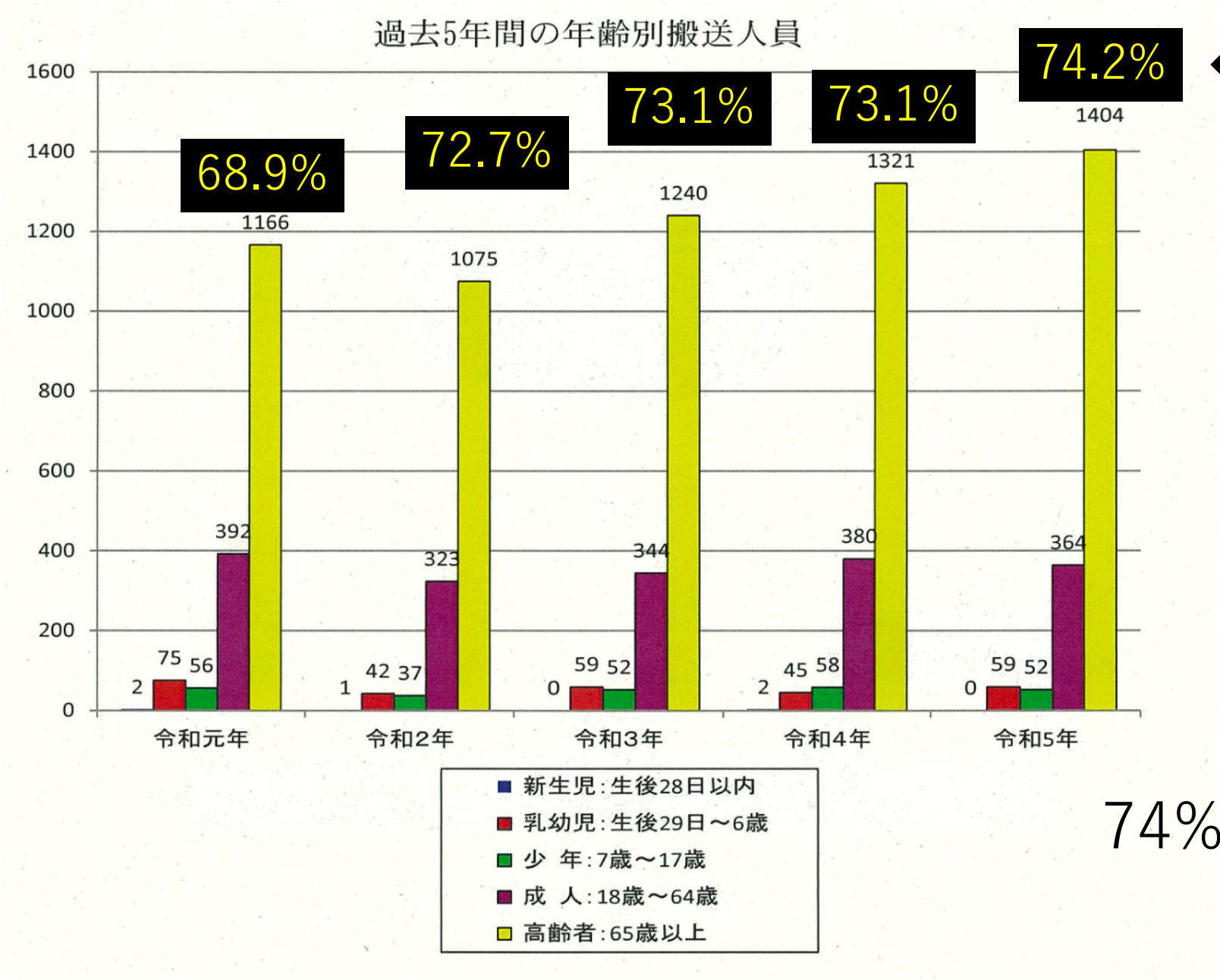
：民間医療機関

みやま市の
救急搬送の状況

出場件数（件）	1, 846	1, 784	1, 569	1, 791	1, 944	2, 052
搬送人員（人）	1, 778	1, 691	1, 478	1, 695	1, 805	1, 879

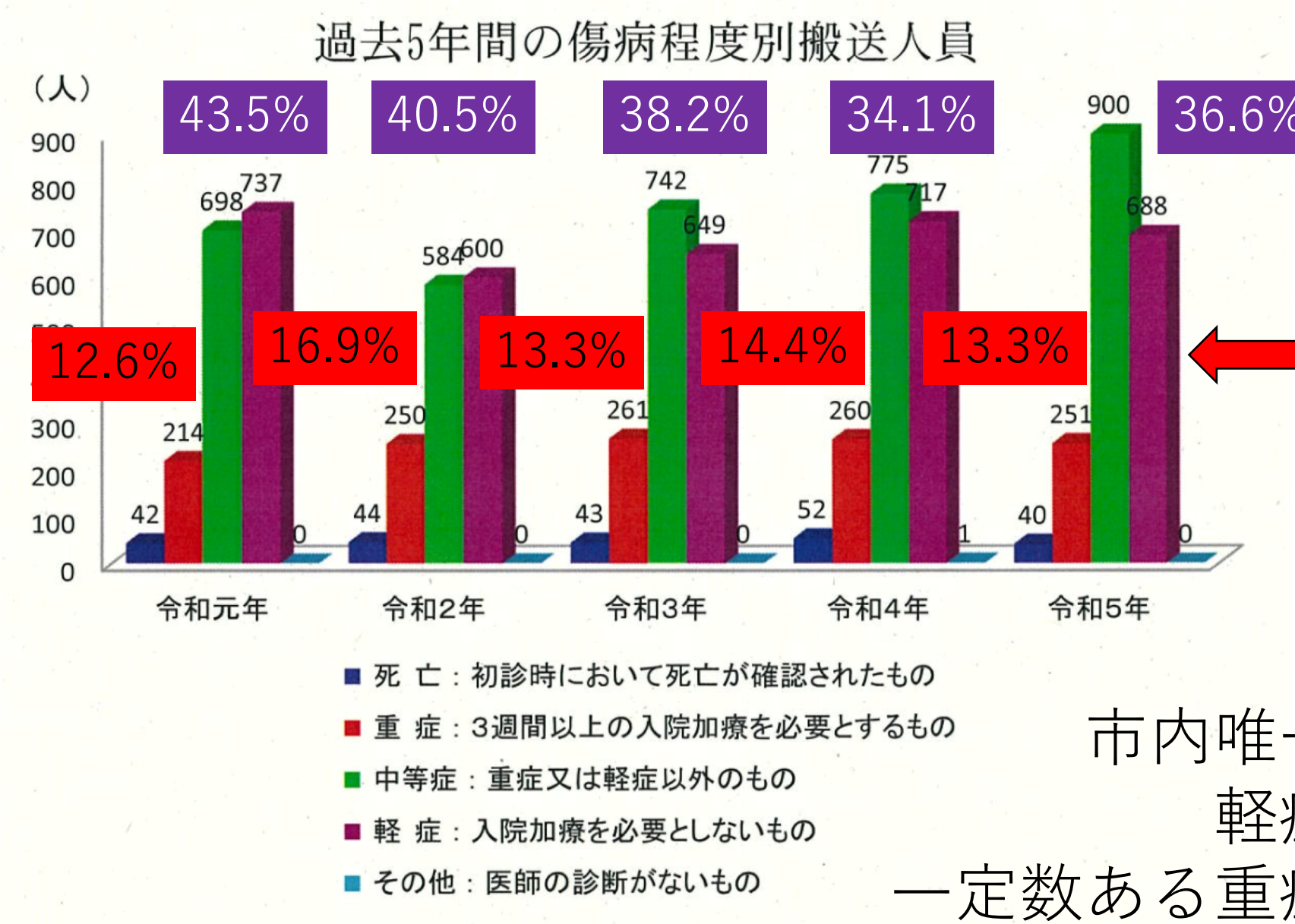


令和5年　みやま市消防本部
火災・救急・救助統計　より



搬送人員における
高齢者割合

救急搬送人員に
占める高齢者は
74%を超えてきている



搬送人員における
軽症割合

搬送人員における
重症割合

市内唯一の救急病院として
軽症者への対応は当然
一定数ある重症者への対応も必要

地域災害拠点病院としての役割

３日間の独立機能維持が可能
（自家発電・燃料備蓄タンク
　　食料の備蓄・地下水利用）
敷地の嵩上げ
屋上ヘリポートの設置
災害医療派遣チームの育成

病院の現況

一般急性期病床　56床
地域包括医療病床　29床

病床数：199床

- 一般急性期病床　85床
- 地域包括ケア病床　44床
- 回復期リハビリテーション病床　40床
- 医療療養型病床　30床

病床の運営には医師が必要
それ以上に、対応する看護師の配置が重要

看護師の業務内容は病棟機能で大きく異なる
またスタッフの適応や順応の差も大きい

高度急性期

高度急性期
「状況把握から判断までのスピード
が求められる」
「豊富な知識や高度なスキルが求められる」

急性期

急性期
「状態の早期安定化に向けた医療を提供」
「療養上の世話より、診療補助を行う場面」

回復期

回復期
「在宅復帰に向けた医療や
リハビリを提供」
「体のケアだけでなく心のサポートも」

慢性期

慢性期
「長期にわたる療養が必要」
「疾病悪化を見逃さない観察眼」
「患者や家族の心に寄り添ったケア」

・急性期や救急業務等を担う
医師の確保は今後も課題
・看護師についてはより大きな課題
・機能の異なる病棟への
配置転換は容易ではない

地域包括ケア病棟や慢性期病床での
救急受け入れ対応は大きな体制変換を要する

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し**、**急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。（高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**）
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることが示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ

救急患者を受け入れる体制を整備

一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱

早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供

退院に向けた支援
適切な意思決定支援

早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携

10対１の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者（介護福祉士含む）による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

地域密着型病院としての役割

高齢者が増加し
救急搬送も増加

早期リハビリで
早期の退院を図る

施設や在宅と
連携強化

救急医療を維持し
対応も維持

地域で完結できる
手術等は実施

地域の安心安全
救急と災害

地域包括医療病棟への挑戦

急性期病床の維持

これからの医療提供体制を模索
そして地域に必要な医療を維持するため

令和6年6月より

「地域包括医療病棟」稼働

・自分達の地域を見つめる

・自分達の役割を考える

・地域包括医療病棟の実際

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し**、**急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。（高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**）
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることが示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ

救急患者を受け入れる体制を整備

一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱

早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供

退院に向けた支援
適切な意思決定支援

早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携

10対１の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者（介護福祉士含む）による高齢者医療に必要な多職種配置

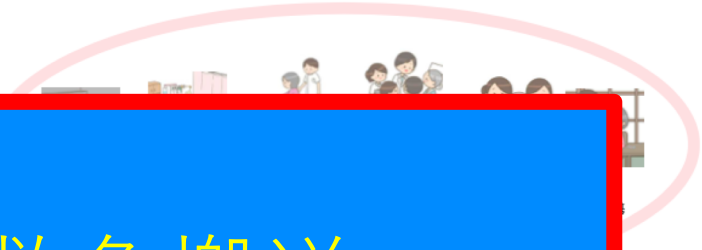
包括的に提供

地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

➢ **地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設**する。

（新）　地域包括医療病棟入院料（１日につき）　3,050点



[算定
別
を
を
病

[施設
（１）
（２）
（３）　　等）
（４）
（ＡＤＬが入院時と比較して低下した患者の割合が５％未満であること　等）
（５）一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、**延べ患者数のうち「Ａ３点以上、Ａ２点以上かつＢ３点以上、又はＣ１点以上」に該当する割合が16%以上（必要度Ⅰの場合）又は15%以上（必要度Ⅱの場合）**であるとともに、**入棟患者のうち入院初日に「Ｂ３点以上」に該当する割合が50%以上**であること。
（６）当該病棟の入院患者の**平均在院日数が21日以内**であること。
（７）当該病棟において、退院患者に占める、**在宅等に退院するものの割合が８割以上**であること。
（８）当該病棟において、入院患者に占める、**当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が５％未満**であること。
（９）当該病棟において、入院患者に占める、**救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が１割５分以上**であること。
（10）地域で急性疾患等の患者に包括的な**入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制**を整備していること。
（２次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、ＣＴ撮影、ＭＲＩ撮影を行う体制にあること　等）
（11）**データ提出加算**及び**入退院支援加算１に係る届出**を行っている保険医療機関であること。
（12）**特定機能病院以外**の病院であること。（13）**急性期充実体制加算**及び**専門病院入院基本料の届出を行っていない**保険医療機関であること。
（14）**脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている**保険医療機関であること。

KEY WORD

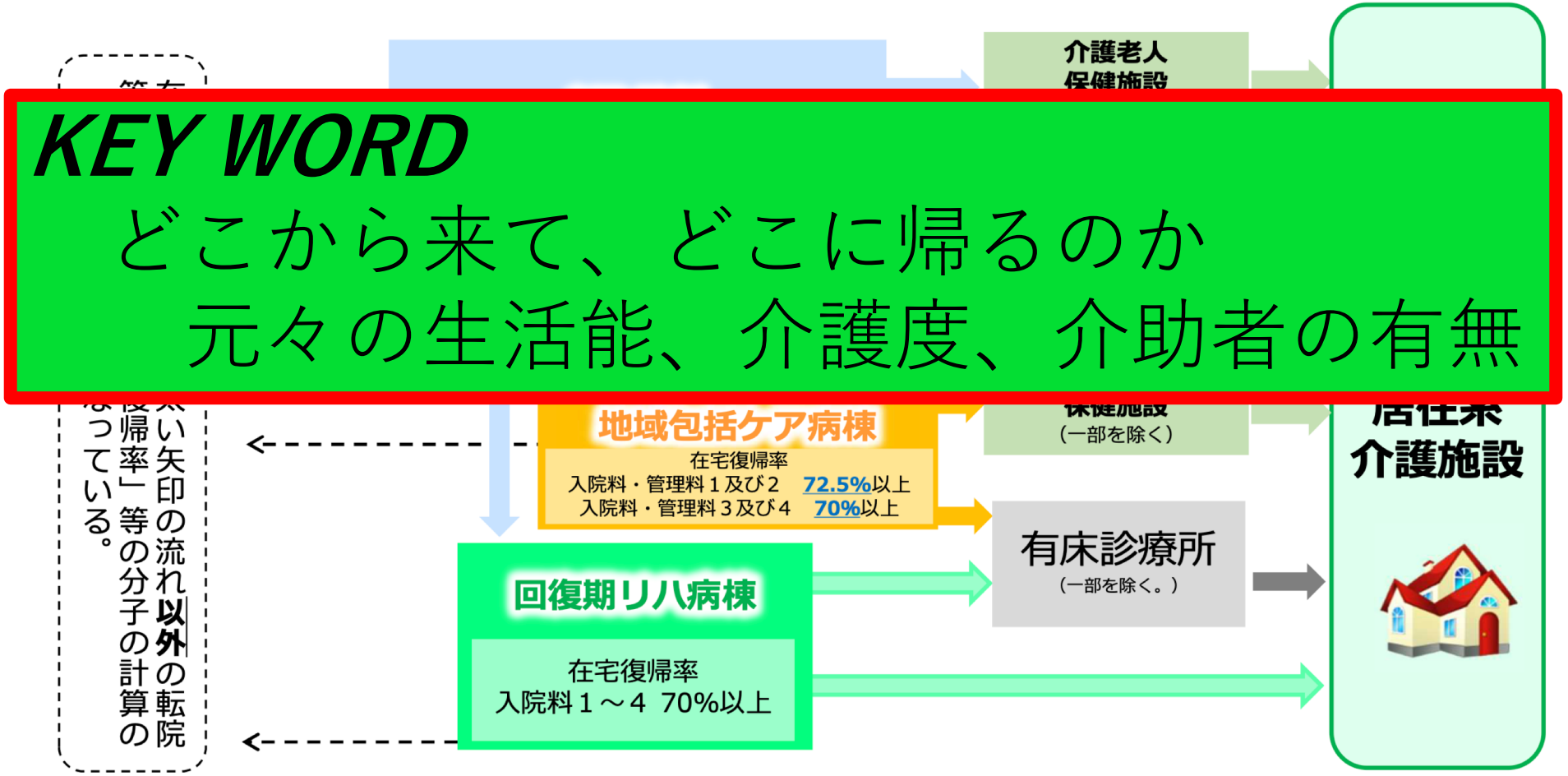
軽症・中等症、高齢者の救急搬送

栄養状態の低下、ADLの低下

地域包括医療病棟における在宅復帰率

○　地域包括医療病棟における「在宅復帰」機能においては、当該病棟が「治し、支える」機能を持ち「早期に生活の場に復帰させる」ことが想定されることや運動器疾患や脳血管障害等の急性疾患への対応も実践することを想定し、以下のように定義とした。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（➡）で示す**



地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

➢ **地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設**する。

（新）　地域包括医療病棟入院料（１日につき）　3,050点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料３の例により、算定する。

［施設基準］（抜粋）

（１）**看護職員が10:1以上配置**されていること。
（２）当該病棟に**常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が２名以上、専任の常勤の管理栄養士が１名以上配置**されていること。
（３）入院**早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備**を有していること。（病室6.4㎡/１人 以上、廊下幅1.8m以上が望ましい　等）
（４）当該病棟に入院中の患者に対して、**ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制**が整備されていること。
（ＡＤＬが入院時と比較して低下した患者の割合が５％未満であること　等）
（５）一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、**延べ患者数のうち「Ａ３点以上、Ａ２点以上かつＢ３点以上、又はＣ１点以上」に該当する割合が16%以上（必要度Ⅰの場合）又は15%以上（必要度Ⅱの場合）**であるとともに、**入棟患者のうち入院初日に「Ｂ３点以上」に該当する割合が50%以上**であること。
（６）当該病棟の入院患者の**平均在院日数が21日以内**であること。
（７）当該病棟において、退院患者に占める、**在宅等に退院するものの割合が８割以上**であること。
（８）当該病棟において、入院患者に占める、**当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が５％未満**であること。
（９）当該病棟において、入院患者に占める、**救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が１割５分以上**であること。
（10）地域で急性疾患等の患者に包括的な**入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制**を整備していること。
（２次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、ＣＴ撮影、ＭＲＩ撮影を行う体制にあること　等）
（11）**データ提出加算**及び**入退院支援加算１に係る届出**を行っている保険医療機関であること。
（12）**特定機能病院以外**の病院であること。（13）**急性期充実体制加算**及び**専門病院入院基本料の届出を行っていない**保険医療機関であること。
（14）**脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている**保険医療機関であること。

急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

	急性期一般病棟入院料１	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟入院料１
病棟の趣旨	急性期医療を行う	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	７対１以上	10対１以上	13対１以上
重症度、医療・看護必要度の基準	・「Ａ３点以上又はＣ１点以上」に該当する患者割合20%以上 ・「Ａ２点以上又はＣ[illegible]上」に該当する患者[illegible]27%以上	・「Ａ２点以上かつＢ３点以上」、「Ａ３点以[illegible]	・「Ａ１点以上又はＣ１点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は８%以上（必要度Ⅱ）
在院日数	平均在院日数　16日以内	[illegible]	60日まで算定可能
救急医療体制	- （救急医療管理加算等で評価）	[illegible]を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制 救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※　200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※　一般病床の場合
救急実績	（地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価）	緊急入院割合:緊急入院直接入棟１割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ ３月で９人以上
リハビリ	-	PT、OT又はST２名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST１名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 （分子に地ケア、回リハ病棟等への退院を含む）	[illegible]含む）	72.5%以上 （分子に回リハ病棟等への退院を含まない）

医療・看護必要度

平均在院日数

在宅復帰率

急性期病床からの転換

KEY WORD

軽症・中等症、高齢者の救急搬送

栄養状態の低下、ADLの低下

・急性期で長期になる（18日/16日以上）

・DPCⅢ期に入る

➡ このような患者の受け皿へ

①外来における　「入院病棟の選定」

病床運用の観点から

KEY WORD

どこから来て、どこに帰るのか

元々の生活能、介護度、介助者の有無

・適切な治療と日常生活能の維持、改善

・本人、家族の希望　目標とする今後の生活

➡ <u>患者支援の更なる強化</u>

②外来からはじまる「入退院支援」

グループ全体の運用管理から

KEY WORD

医療看護必要度、平均在院日数、在宅復帰率

・当日のグループ施設全体の動きと数値の把握

・どこに、どの様な配分が必要か

➡ 病院・施設合わせて「見える化」

③朝一番の情報収集

「ベットコントロール ミーティング」

①病棟選定

入院決定時
外来で入力

「医療情報」
・入院主病名
・DPCコード
・治療方法
・推定入院期間
・医療必要度　等

入院時の病状と
今後の治療手段を
ある程度想定

入退院支援

ファイル(F) 編集(E) 挿入(I)

入退院支援

医療情報

入院契機病名: うっ血性心不全　※短期滞在入院料対象疾患該当:

DPCコード:

予定治療方針: ☑ 点滴　☐ 手術　☐ その他

推定入院期間: 21 日

医療必要度A項目:
1 ☐ 創傷処置(褥瘡除く)　☑ 酸素投与　☐ 注射薬3剤　☐ シリンジポンプ使用
2 ☐ 輸血　☐ 麻薬内服／坐剤／貼付　☐ ドレナージ管理
3 ☐ 抗血栓塞栓薬　☐ 抗不整脈薬注射　☐ 麻薬注射　☐ 昇圧剤　☐ 化学療法

退院支援情報シート

介護保険: 要支援2

入院前場所: 自宅　施設名:

医療・介護・福祉サービス: ☐ 通所介護(デイサービス)　☐ 訪問リハビリ　☑ 訪問介護(ヘルパー)
☐ 定期巡回　☐ 訪問看護(事業所:)
☑ 福祉用具貸与　☐ その他( )

日常生活自立度: 入院前 A1 → 入院後 C1

自立
何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する
J1:交通機関等を利用して外出する
J2:隣近所へなら外出する
屋内での生活は概ね自立しているが介助なしには外出しない
A1:介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する
A2:外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が、主体であるが、座位を保つ
B1:車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う
B2:介助により車椅子に移乗する
日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する
C1:自力で寝返りをうつ
C2:自力で寝返りもうてない

本人・家族の退院先希望: ☐ 自宅　☐ 施設　☐ サービス調整　☑ 検討中

退院経過予測: 入院→地ケア→自宅

登録　キャンセル

「退院支援情報」
・介護保険
・入院前の場所
・介護等サービス
・日常生活自立度
・退院先の希望

これらから
退院までの経過予測

このシートを基本に
当日の病棟状況
今後の入退院を考慮
医事課も連携して
入院病棟を決定

②退院支援プロセス

入院時の情報収集からリハビリの介入開始
今後の治療経過を予測し患者家族の意向を確認しながら早期より介護サービスや療養先の調整を行う

入院決定
- 患者基本情報聴取　ACP説明　医　看
- 患者家族の退院先意向確認　看
- 入退院情報のテンプレート入力／医事課と相談し病棟の選定　医　看　事

入院 ４８時間以内
- 入院時退院支援スクリーニング　看　社
- 栄養状態、口腔状態、ADLの評価とアプローチ　医　看　栄　リ

入院 ７日以内
- 方向性カンファレンス（退院支援カンファレンス）
- 退院支援計画書作成　医　看　栄　リ　薬　社

調整
- 退院支援計画書の交付　患者家族の意向再確認　看
- 病状説明（必要時CMや多職種同席、IC後の家族意向を確認し状態に合わせた療養先やサービス調整のカンファ開催）
- ケアマネージャーや施設との情報交換、看護/介護サービス調整
- 必要時転棟（回復期　包括ケア病棟　療養型病棟）　医　看　栄　リ　薬　社

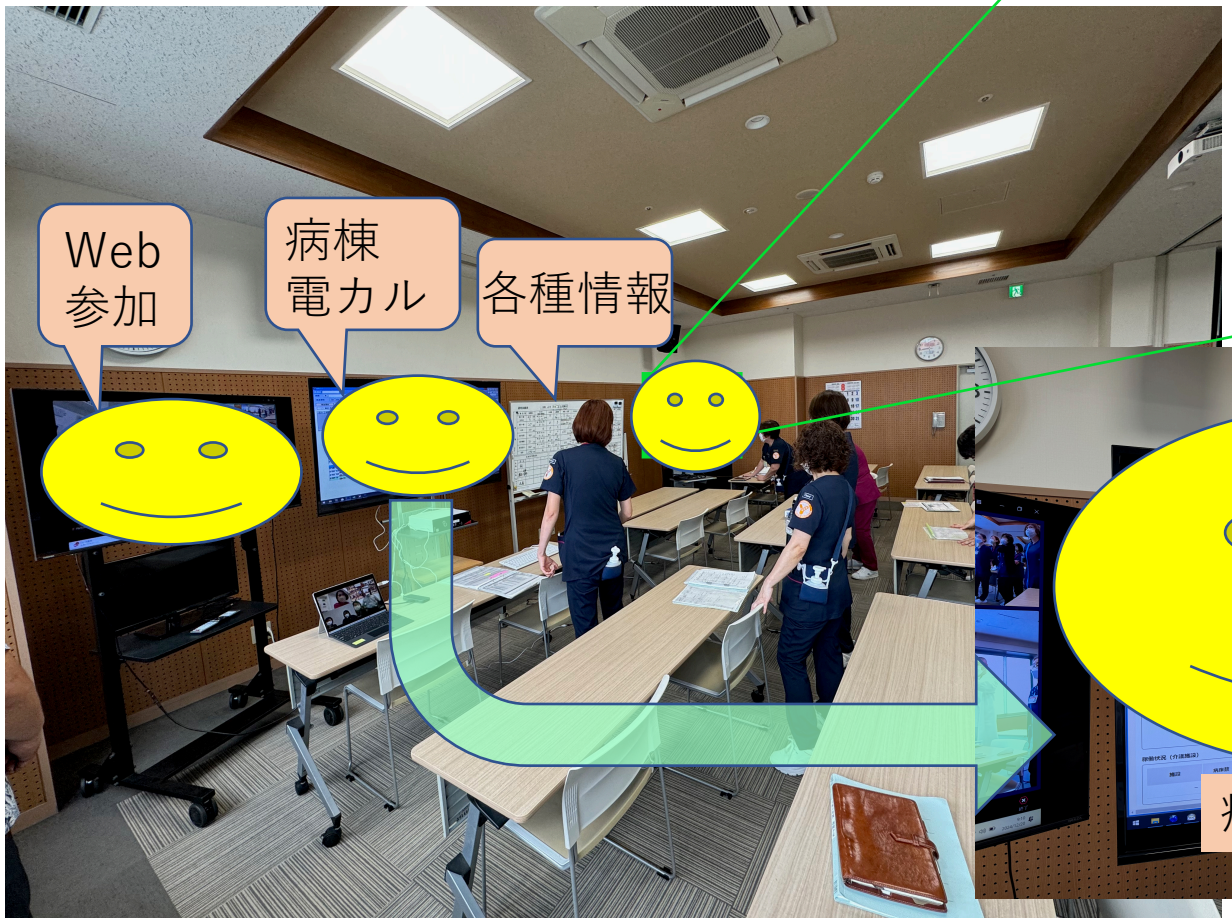
退院
- 退院先へサマリーによる情報提供と継続看護の依頼　看

治療経過から
本人の意向やADL、家族の希望を確認
退院先の調整、連携を確実にする

医 医師　看 看護師　栄 栄養士　社 社会福祉士　薬 薬剤師　リ リハビリ　事 医事課

③ベットコントロール
ミーティング

月曜～土曜日
医局症例カンファ後　に開催



地域包括医療病棟を導入して

・各担当のデータ管理に対する意識が向上
・入退院支援のための情報収集の精度が向上
・関連施設をはじめ周辺施設との連携意識の向上
・病床管理のさまざまなICTツールの利用が活発化
・急性期病床の在院日数が低減、稼働率が向上

地域包括医療病棟のこれからについて

救急医療提供体制の維持
高齢化社会における医療体制
在宅医療を支える病床機能として役割

中小病院が保持すべき病棟・在宅医療のバックアップ

これからには重要な病床で位置付けとして理解できる
ただ設定要件が理念から少し乖離

医療機関の機能分化を進めるためには
もう少し、現場に即した議論が必要では

導入を試みている医療機関へ

地域医療・在宅医療を支援するには必要な病棟
中小病院の将来的な役割は明確になってきている

自院の地域における役割を正確に把握
必要とされる病床数の把握
ベットコントロールに必要な情報の収集と活用

救急を受け入れる現場スタッフの育成と配置

ご静聴ありがとうございました
YOKOKURAHOSPITAL