

全床地域包括医療病棟 転換事例

～Future-pullとしての「地域包括ケア病院」～

医療法人財団興和会

理事長 右田敦之

2024.12.22



高齢者救急をどこで受けるのか？

AGENDA

1. 右田病院概要 「地域のホームホスピタル」
 2. 高齢者救急 適正な在院日数とは？
 3. 病棟再編 全体適正
 4. 病床機能 医療資源投下度
 5. 重症度医療看護必要度（考）
-

1919 ~1926 1927 ~1945 1946 ~1984 1985 ~1999 2000 ~2008 2009 ~2018 2019~

1919 ~1926
 右田医院を八王子市大横町に創立

 八王子市本町に移転
 職員の戦地応召で立川分院閉鎖
 空襲で本院焼失
 右田病院開設


1927 ~1945
 医療法人化
 第一次鉄筋建造物に建替え

 第二次鉄筋建造物建替え
 病院設備の近代化


1946 ~1984
 救急医療体制強化
 新看護基準対応で減床
 119床⇒91床
 第三次増築・改築工事・リハビリ拡張で減床
 91床⇒82床


1985 ~1999
 右田健診クリニック開設
 新病院新築
 八王子市暁町に移転

 みぎたクリニック新築移転

 病棟再編・増築
 82床⇒118床増床


2000 ~2008
 創立100周年

右田興根昇初代院長 松本樺太第二代院長 右田徹第三代院長 右田隆之第四代院長

大正時代 昭和時代 大東亜戦争 (太平洋戦争) 平成時代 令和時代

関東大震災 世界恐慌 八王子大空襲 国民皆保険制度 高度経済成長 オイルショック 第一次医療法改正 介護保険制度 プラザ合意 バブル崩壊 東日本大震災 リーマンショック ウクライナ戦争 COVID-19 パンデミック! 物価高

スペイン風邪パンデミック!

右田病院概要 (2024年6月1日現在)

項目	内容
許可病床数	地域包括医療病棟 59床×2病棟 = 118床
標榜科目	消化器外科・整形外科・呼吸器外科・外科・消化器内科・循環器内科・内科 泌尿器科・皮膚科・リハビリテーション科・救急科
所在地	東京都八王子市暁町一丁目48番18号
施設管理者	右田隆之 (東北大学医学部 平成元年卒) 第四代病院長
施設認可等	東京都指定二次救急医療機関・在宅療養支援病院・日本外科学会認定専門医制度関連施設 ・日本整形外科学会専門医師研修施設
病院施設	RC構造5階建て (延べ床面積 6972.35㎡) 1919年11月医院創設 1933年11月病院開設 2012年7月新築移転 2021年7月増築竣工
主要設備	1.5T MRI、64ch CT、デジタルX線TV装置、骨密度測定装置 (DEXA法)、FPD装置 超音波診断装置、検体検査装置類、内視鏡検査機器類、内視鏡手術機器類 システム関係 (電子カルテ、PACS等)、リハビリテーション関係 等々

地域のホームホスピタル

～私どもは、患者さんと向き合い、地域に向き合う医療サービスの提供者として、信頼のある医療を志します～

患者さん目線の
地域医療情報の発信

家庭的で患者さんに
寄り添うサービスの提供

信頼と安心を大切にした
良質な医療の実践

「地域のホームホスピタル」の運営のあり方

1. 救急医療は医の原点

今後の医療課題である高齢者救急の受入れ病床の確保には、適正な在院日数の管理を行う必要がある。

2. 地域包括ケア病棟への全床転換

在宅診療の後方支援、在宅回帰と在宅診療の体制づくりを実施する。

3. 急性期から回復期の両立

一気通貫な機能を持つことで、療養生活に一定の余裕を持たせて在宅復帰を図る。

4. 地域包括医療病棟への全床転換

PFMを多職種スタッフで共通認識化して円滑な退院支援を具現化し、患者との信頼構築を目指す。

5. 医療従事者の生活支援

高度且つ多様なタスクを求めるため、適正な生活保障が必要。その対価支払いが可能な収益確保が必要である。

救急車搬送件数推移(直近1年移動平均)



救急は医の原点
医療技術維持のためにも必要

高齢患者の救急受入れ無くして急性期に非ず

2008年経営改革

高齢者救急、特に骨折外傷を受けると在院日数が長期化する

外傷リハビリの受け手が少ない

社会保障制度改革国民会議 報告書

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～

平成25年8月6日

社会保障制度改革国民会議

第1部 社会保障制度改革の全体像

1 社会保障制度改革国民会議の使命	1
2 社会保障制度改革推進法の基本的な考え方	2
3 社会保障制度改革の方向性	7
4 社会保障制度改革の道筋 ～時間軸で考える～	13

第2部 社会保障4分野の改革

I 少子化対策分野の改革

1 少子化対策の意義と推進の必要性	15
2 子ども・子育て支援新制度等に基づいた施策の着実な実施と更なる課題	16
3 次世代育成支援を核とした新たな全世代での支え合いを	18

II 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命	21
2 医療・介護サービスの提供体制改革	26
3 医療保険制度改革	33
4 介護保険制度改革	37

III 年金分野の改革

1 社会保障・税一体改革までの道のりと到達点、残された課題	39
2 年金制度体系に関する議論の整理	40
3 長期的な持続可能性を強固にし、セーフティネット機能（防貧機能）を強化する改革に向けて	41
4 世代間の連帯に向けて	44

(3) 改革の方向性

① 基本的な考え方

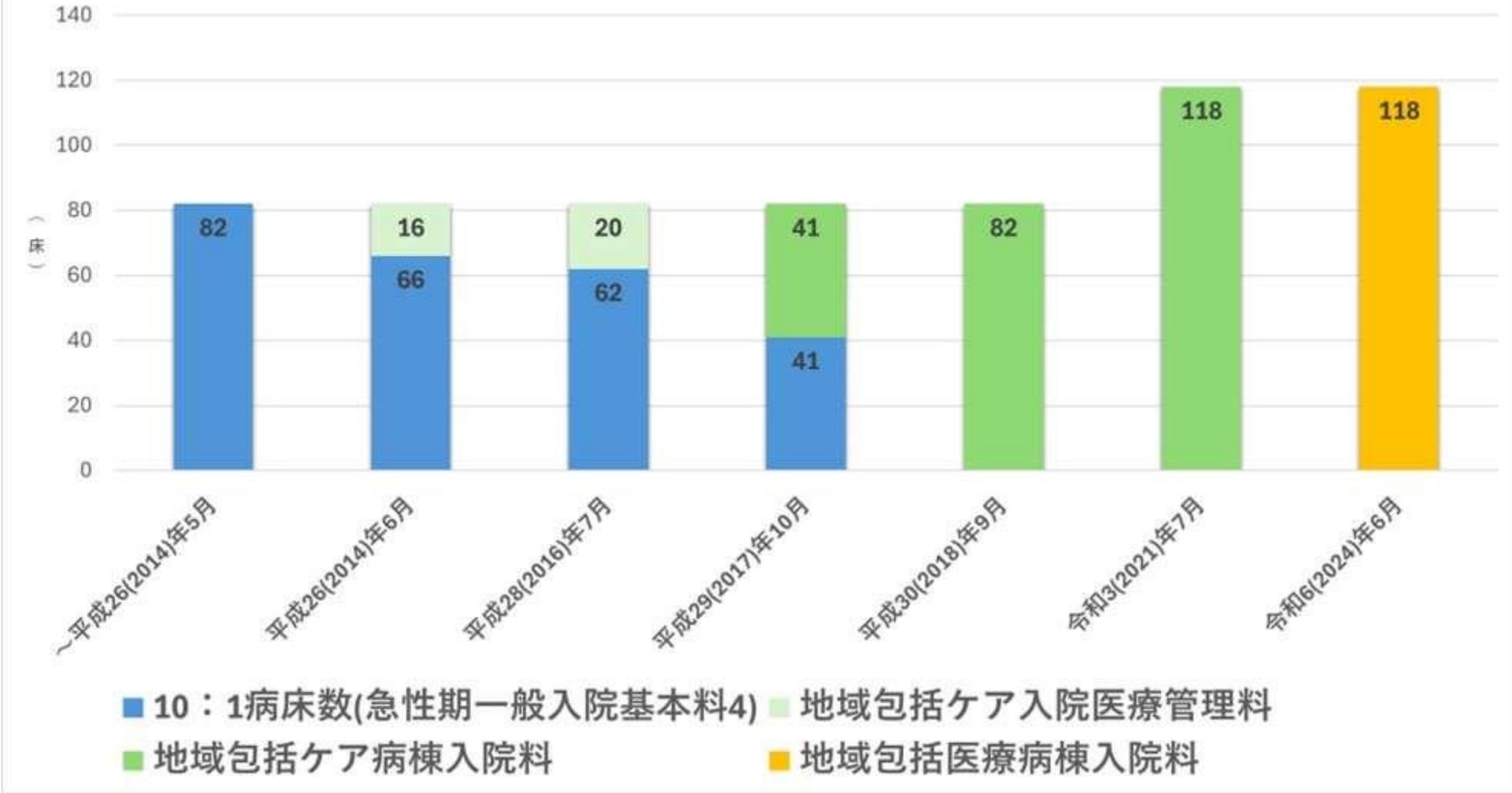
まず、日本のように民間が主体となって医療・介護サービスを担っている国では、提供体制の改革は、提供者と政策当局との信頼関係こそが基礎になるべきである。日本の提供体制への診療報酬・介護報酬による誘導は、確かにこれまで効き過ぎるとも言えるほどに効いてきた面があり、**政策当局は、過去、そうした手段に頼って政策の方向を大きく転換することもあった。**だが、そのような転換は、**医療・介護サービスを経営する側からは梯子を外されるにも似た経験にも見え、経営上の不確実性として記憶に刻まれることになる。**それは、政策変更リスクに備えて、いわゆる看護配置基準7対1を満たす急性期病院の位置を確保しておいた方が安全、内部留保を十二分に抱えておかなければ不安、など過度に危機回避的な行動につながり、現在の提供体制の形を歪めている一因ともなっている。政策当局は、提供者たちとの信頼関係を再構築させるためにも、病床区分を始めとする医療機関の体系を法的に定め直し、それぞれの区分の中で相応の努力をすれば円滑な運営ができるという見通しを明らかにすることが必要であろう。さらに、これまで長く求められてきた要望に応え、「地域完結型」の医療に見合った診療報酬・介護報酬に向け体系的に見直すことなどに、速やかに、そして真摯に取り組むべき時機が既にきていることを認識すべきである。

また、**医療改革は、提供側と利用者側が一体となって実現されるものである。**患者のニーズに見合った医療を提供するためには、医療機関に対する資源配分に濃淡をつけざるを得ず、しかし、そこで構築される新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない。さらにこれまで、ともすれば「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要がある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須であり、そのためには、まず医療を利用するすべての国民の協力と、「望ましい医療」に対する国民の意識の変化が必要となる。

全体適正で病棟再編を判断する

疾患によっては不採算もあるが・・・

右田病院 病棟・病床（算定入院料）の推移



地域包括医療病棟は・・・

スーパー地ケア？

急性期・回復期包括ケア？

施設基準数値管理表

地域包括医療病棟(A病棟)				地域包括ケア病棟			
数値管理項目・通知番号	基準数値	区分	9月	数値管理項目・通知番号	基準数値	区分	5月
PFM				ア:在宅患者訪問診療料回数	30回以上	基準月分	1,288回
						単月分	428回
				オ:訪問リハビリ	提供実績あればOK	単月分	116単位
				自宅等入院患者割合	20%以上	基準月分	91.5%
						単月分	89.9%
				自宅等緊急患者受入数	9人以上	基準月分	154人
						単月分	47人
				リハ平均提供単位数	2単位以上	基準月分	2.47単位
						単月分	2.26単位
医療・看護必要度Ⅱ(8)	Ⅱ:15%以上	基準月分	20.8%	重症患者割合	Ⅱ:8%以上	基準月分	37.4%
		単月分	19.8%			単月分	35.9%
要介助者受入割合(9)	50%以上	基準月分	58.7%			基準月分	
		単月分	54.2%			単月分	
平均在院日数(10)	21日以内	基準月分	18.8			基準月分	
		単月分	16.6			単月分	
在宅復帰率(11・12)	80%以上	基準月分	90.9%	在宅復帰率	72.5%以上	基準月分	77.1%
		単月分	93.0%			単月分	81.0%
自施設一般病棟からの転棟割合(13)	5%未満	基準月分	-			基準月分	
		単月分	-			単月分	
救急搬送患者入院割合(13)	15%以上	基準月分	48.0%			基準月分	
		単月分	38.9%			単月分	
BI低下患者割合(23)	5%未満	基準月分	3.7%			基準月分	
		単月分	1.4%			単月分	
月平均1日あたり看護職員配置数	15以上	単月分	16.5	月平均1日あたり看護職員配置数	12	単月分	17.4
月平均1日あたり看護補助者配置数	6以上	単月分	6.6	看護職員配置加算	3	単月分	5.4
看護補助者割合	50%以上	単月分	100.0%	月平均1日あたり看護補助者配置数	6	単月分	6.3
BI測定研修会(25)	年1回以上	単月分	5月				

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**につながることを示されている
- 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

PFM

Outreach



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

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

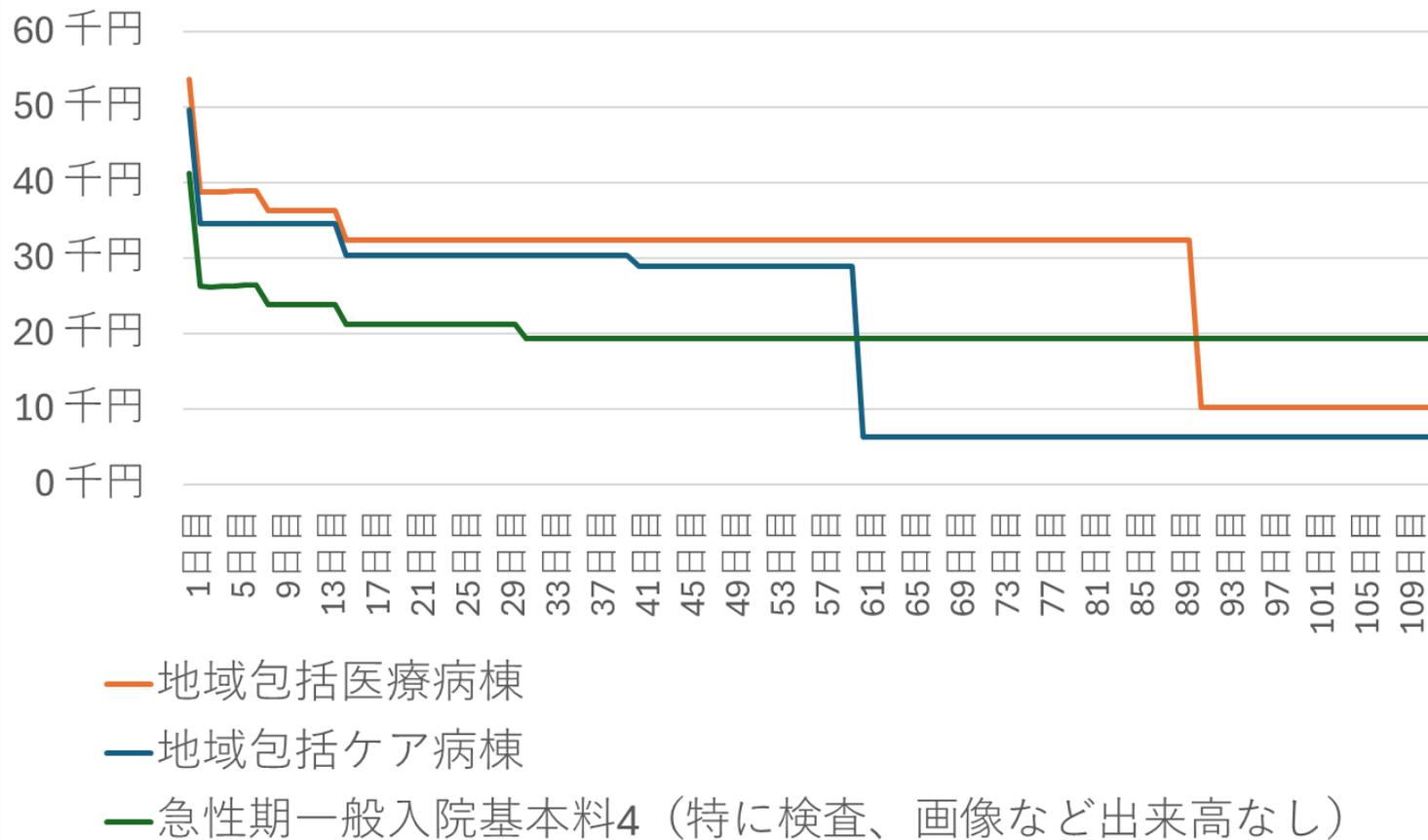
地域包括ケア病棟
+
地域包括医療病棟



OutreachとPFMの組み合わせ
complex型による地域包括ケア病院の形成

各入院料の基本加算部分推移 (右田病院2024年改定後時点)

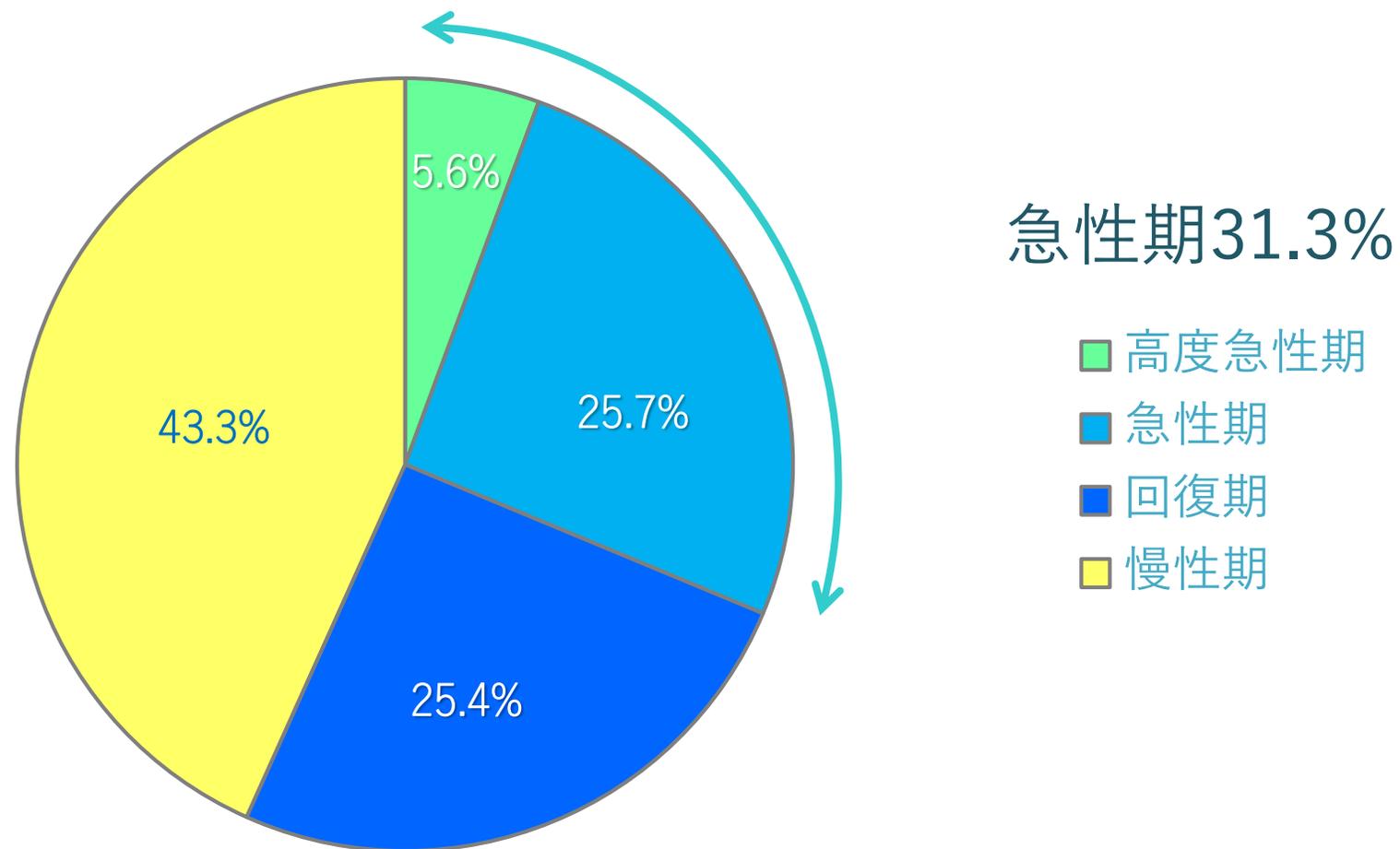
地域包括ケアと地域包括医療病棟の
日当点推移 (手術、検査、リハビリ等出来高含まず)



病院機能と地域の位置づけ



2014年度 当院急性期割合



病床再編 戦略なき迷走

基金空振り、全自治体で計画未達

国の基金を活用し、地域医療の非効率な過剰病床を減らす政策が進んでいる。47都道府県が国に提出した病床再編計画を調べると、全自治体が未達だった。基金への投入額の約7割、1千億円が塩漬けになっている。収益に響く再編に対して病院側の抵抗は根強く、補助金で誘導する仕組みは限界にきている。実効性の高いほかの再編促進策を講じる必要がある。

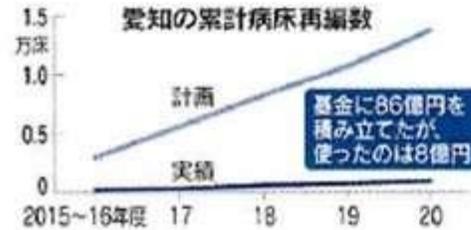
抵抗強く、100億円塩漬け

国費解剖
NIKKEI Investigation

基金の累計積立額の執行状況

順位	都道府県	累計積立額	執行率
1	東京	214.3億円	25.9%
2	愛知	86.0	10.1
3	大阪	79.0	22.2
4	兵庫	76.9	82.0
5	千葉	61.8	39.9

順位	都道府県	累計積立額	執行率
1	奈良	9.5	3.3
2	岐阜	14.7	3.5
3	福岡	45.1	4.5
4	長崎	22.8	4.7
5	秋田	7.5	6.0



累計1万3700床の再編計画に対し、実現したのは945床。愛知県は高額の重症者向け「急性期病床」からリハビリを施す「回復期病床」への転換を柱とする計画を掲げてきたが、2020年度までの実績は遠く及ばない。計画は18年にまとめた25年時点の必要病床数を逆算しただけだといふ。病院への意向調査結果の

7倍、膨張した数値を基に病院を支援する補助金として国が57億円、県が29億円積み立てた。今も使い道が決まらない77億円が眠る。

資金が滞留するのは「地域医療介護総合確保基金」(3面きょうのこ)とば。14年の消費増税分を社会保障に充てる目玉政策だった。国が3分の2を拠出。残りを都道府県が負担し、それぞれ基金を運営する。病床再編を実行した病院に補助金を出す仕組みだ。厚生労働省によると、団塊世代が75歳以上になる25年には急性期病床(高度含む)を15年比3割減の53万2千床、回復期を3倍の37万5千床とし、国内の病床全体を5%減らす必要がある。基金は宣言直に近づける起

爆剤になるはずだった。だが思惑は外れた。「それほど再編は必要ない」。愛知県医師会の幹部はこう主張し、県の計画に対して冷ややかな姿勢を示す。「急性期病床は回復過程に入った患者も引き続き利用できるもので、使い勝手が良い」。ここに再編に後ろ向きな病院関係者の考えが凝縮されている。医療スタッフの配置が手厚い急性期病床は1日あたり入院代が回復期より3割ほど高い。急性期を維持するに越えるのだ。急性期病院の看板を掲げながら救急搬送を断る一方、回復期で診るべき患者を受け入れる「なんちゃって急

性期」も横行する。日本経済新聞が各都道府県の病床再編向け積立金の状況と、必要額を示した再編計画の進捗を調べると、愛知と同様の実態が見えてきた。全自治体で計画に達せず、累計積立額1441億円に對し、利用は平均3割にとどまっていた。執行率の最低は奈良の3%で、11県が1割未満だった。執行率が3番目に低い福岡県も計1680床を回復期病床に転換する計画に対し、実績は166床。積み立てた特例の床のうち使ったのは2億円だ。累計積立額が214億円、東京は再編病床数の実績が計画の7割弱

で、158億円が残る。再編の遅れは新型コロナウイルス患者受け入れを滞らせる要因になった。急性期の病床数が足りていないのに回復期などの患者で埋まり、救急治療が必要な患者が入院できない事例が自立的に医療人材が分散してコロナ治療に集中配置できない弊害も顕在化した。国や自治体は医療現場の構造問題に手をつけな

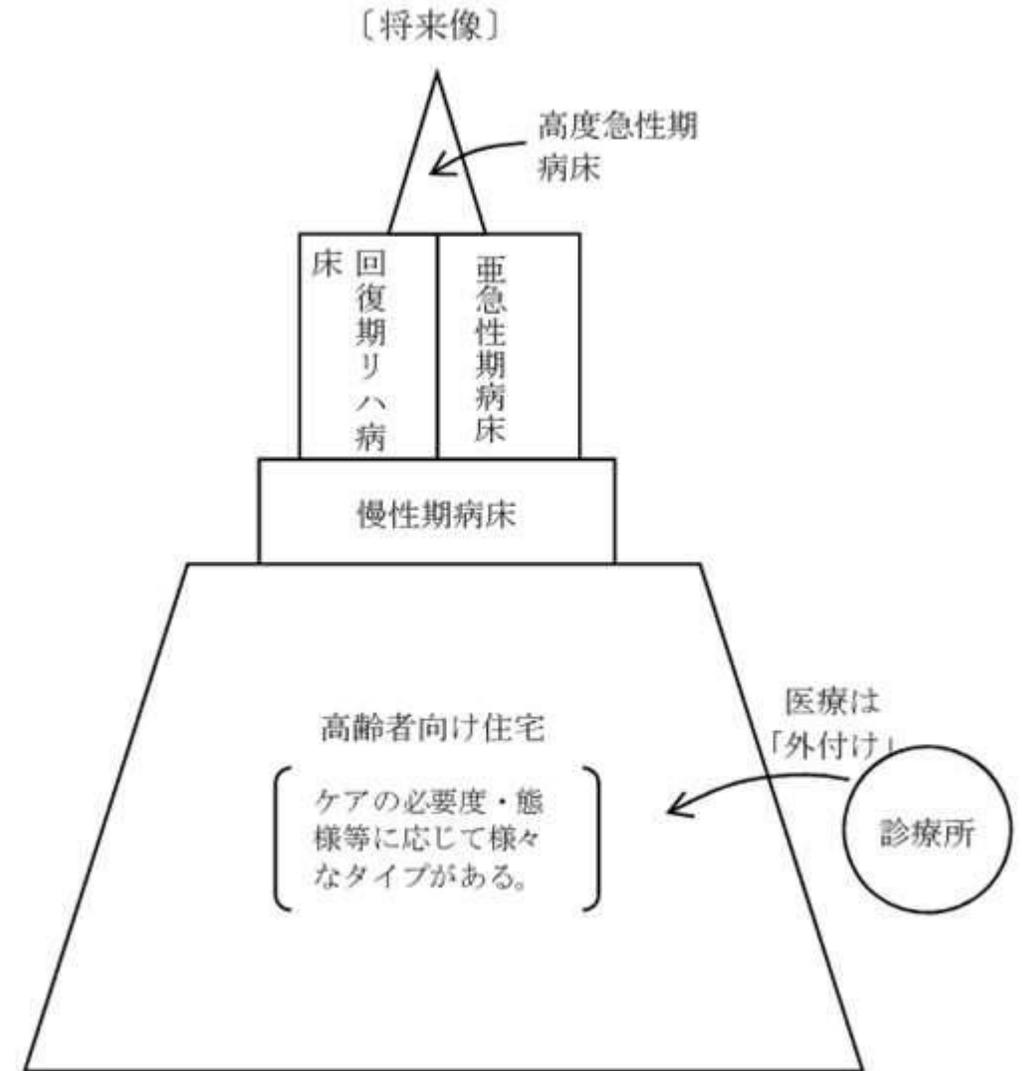
まま基金による政策誘導を試みた。その結果が巨額の塩漬けだ。今後は高い診療報酬を得ながら本来の機能を果たさない急性期病床を撤し、チェックする必要がある。ニッセイ基礎研究所の三原浩主任研究員は「病床の稼働状況や患者推計を開示すべきだ」とし、自治体に地域医療の「見える化」を求める。急性期としての治療実績が乏しい病院の実態を明らかにすれば、機能転換や再編協議を強く促せる。津田塾大の伊藤由希子教授(医療経済学)は基金の規律が欠けているとし「再編が進まない自治体に資金を返納させたり、国費の追加投入をやめたたりする実績主義への転換が必要」と訴える。漫然と基金を存続させているのではなく、国、自治体、病院の責任と役割の明確化が欠かせない。(藤井将太、三浦日向)

急性期医療とは何か？（私感）

厚労省は2025年の社会に適した医療体制をつくるための施策として地域医療構想により病床機能を4類型（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）に細分化し、病院連携を強調している。

しかし、高齢社会の著しい進展のもとで患者の受療行動が変化し、急性期型の病院もcareが必要となっている。今後は単一機能では限界となり、複合型の病院が必要となる。

右図は2010年に提唱されたものだが、ここには急性期の領域が記されておらず、実際に医療資源が多く投下される入院期間は10～14日程度で、それを越えると医療資源が低下する。高度急性期から亜急性期へ機能分化に意義はあるのか？行政方針の真意は、ここにあるのではないか？



（出典）島崎謙治『日本の医療－制度と政策』315頁。一部改変

地域に必要なとされる医療の評価を
病期の流れに視る

首都圏でも競合する余裕は無いはず

地域包括ケア病棟
+
地域包括医療病棟

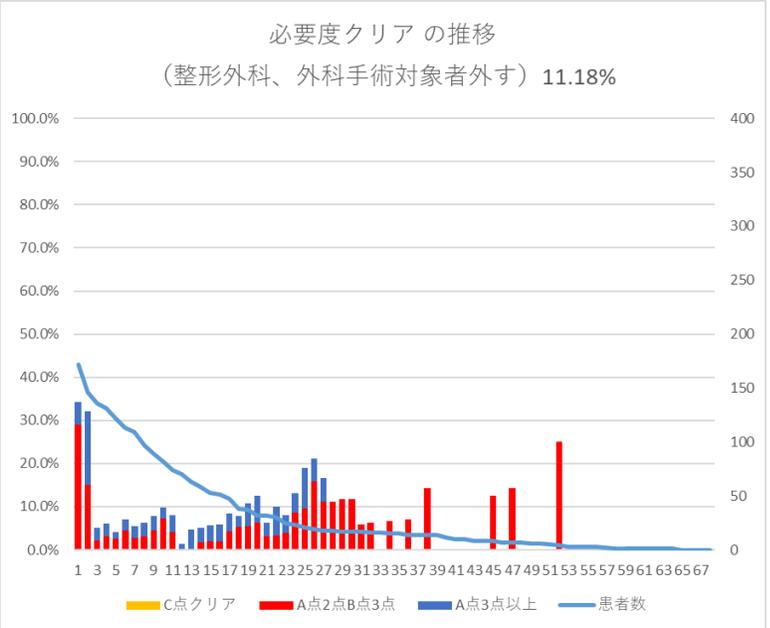
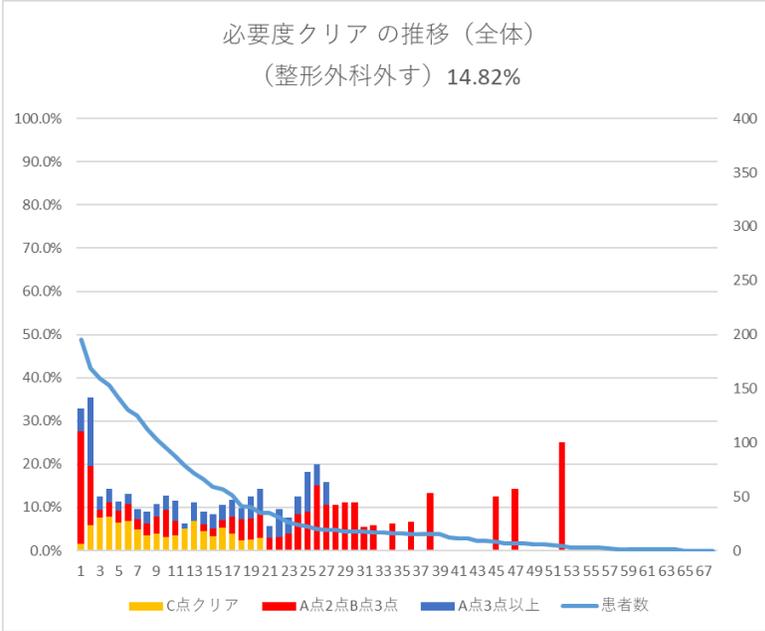
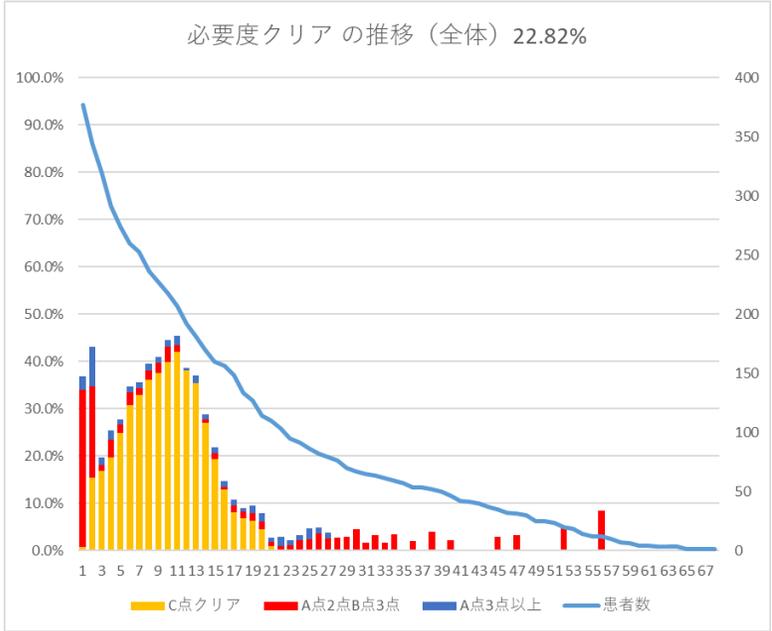


OutreachとPFMの組み合わせ
complex型による地域包括ケア病院の形成

重症度 医療・看護必要度 調査結果

入院患者必要度（データ期間：2024年4月～7月）

整形外科、消化器外科等の手術有無による必要度比較



右田病院データ

地域包括医療病棟の目的は、
高齢者救急の受入れ

A2B3とA3のみで重症度医療看護必要度を
クリアできるのか？

Future-pull

