



# 大都市で求められる 在宅療養支援病院(内科系急性期)の追求 —地域包括医療病棟を開設して—



2024年度第2回  
日本在宅療養支援病院連絡協議会研究会  
2024年12月22日  
医療法人社団東山会 調布東山病院  
小川 聡子



# 東山会概要

職員数 486.6人 (2024年4月 常勤換算)

## 調布東山病院

- ・急性期一般病院 **83床** (二次救急指定 急性期一般入院料 I or 2,3)
- ・病床稼働率 **95%** ←94.5%(2019年度)
- ・平均在院日数 **11.9日** ・入院単価 49,300円 ・外来単価 13,600円
- ・入院患者平均年齢 74.3歳 (**70歳以上割合 69%**)
- ・救急車受入れ台数 **3000台/年**
- ・緊急入院率 **61.9%** ←66.2%(2019年度) ・在宅復帰率 **93.9%**
- ・入退院支援加算I、認知症ケア加算I ・認知症割合 18.2%
- ・病院訪問診療 (強化型在宅療養支援病院 届出) **139人(月平均)**
- ・ドック健診部門 ・内視鏡部門 ・外来透析部門 60床

### 【関連施設】 (透析クリニック)

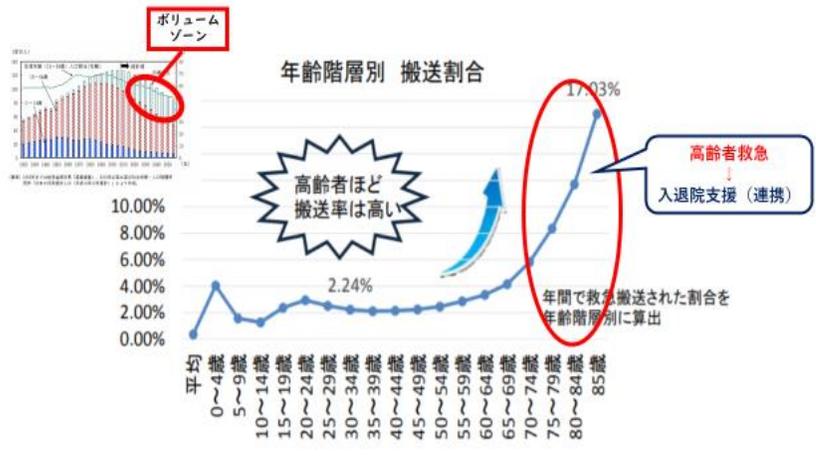
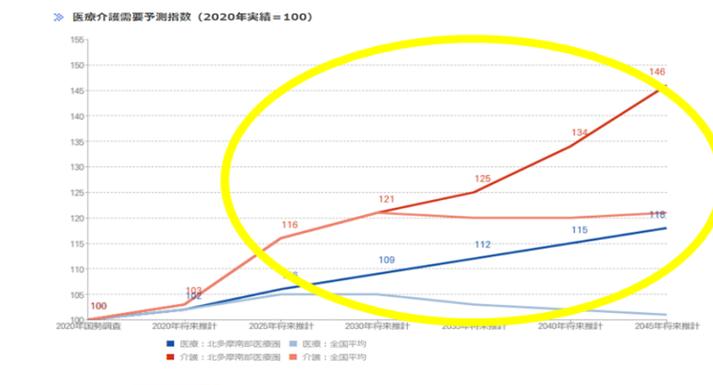
- ・桜ヶ丘東山クリニック 40床
- ・喜多見東山クリニック 34床 ・訪問看護ステーション・居宅介護事業所



きたみん

東山会公認 キャラクター

# マーケティング (求められる医療)



北多摩南部二次医療圏：100万人  
 44病院 (6221病床)  
 586病床 (人口10万人あたり)  
 701病床 (全国平均)  
 15病院 (二次救急病院)  
3病院 (500床以上大病院)

基準病床数  
過剰地域

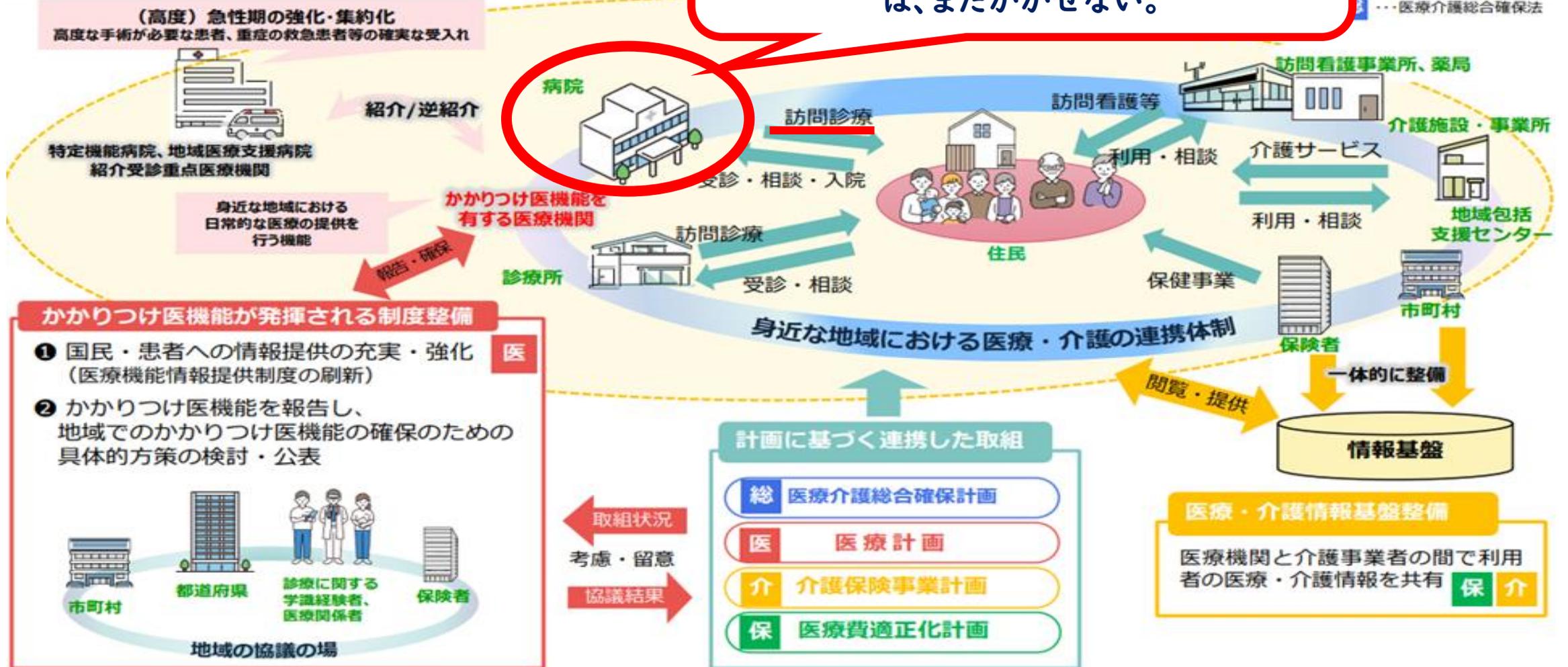
二次救急病院  
不足地域?!

「人口構造の変化等が臨時救急体制に与える影響および体制(総務省) 平成30年10月11日 地方制度調査会 専門小委員会ヒアリング

# 地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者の連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。

大都市ではこのポジションに「地域密着二次救急病院(内科系)」というかかりつけ医機能病院は、まだかかせない。





調布東山  
病院就職

理事長就任  
世代交代

新病院  
移転

職員総会  
新部長会始動

40周年  
東山WAY策定

自院の役割  
模索

自院の役割  
明確化

自院の役割  
言語化

自院の役割 確信・実践・貢献

**東山会理念** 40  
2022年10月29日改訂

<p><b>存在意義(ミッション≒PURPOSE)</b> 医療とケアで「その人らしく」を実現します。</p> <p><b>目指す姿(ビジョン)</b> いつでもどんなときでも、高度のみを誇るのではなく、全力で全人的な医療とケアにあたります。</p> <p><b>価値(バリュー)</b> 東山会の価値は「東山人情味」にあります。「誰かのために」を原動力として、人間力と技術力を磨き続ける人々が、自分事で相手と関わることで。</p>	<p><b>我々の信条</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「医療とケア」に必要とする人に対して、人柄味あるサービスで満足していただくことを追求します。</li> <li>2. 職員に対して、この組織を誇りを持って働ける職場にします。</li> <li>3. 地域社会に対して、持続可能な良質なヘルスケアを提供し続けます。</li> <li>4. 経営に対して、よい医療とケアを提供するために、健全な利益を上げ、親愛を、地域社会に貢献します。</li> </ol>
--	--



「その人らしく」  
地域に近い  
生活支援型急性期病院が、  
求められる急性期

大病院・高機能病院  
に求められる急性期  
【臓器別・ICU・救命救急の  
診療体制を強化】

ジェネラル

☆救急医療：  
地域で安心して暮らしていくためのバックボーン  
☆介護と一体となった虚弱高齢者に対する  
包括的なサービスを提供する

2017年職員総会

(少しずつ できること 増えていき)

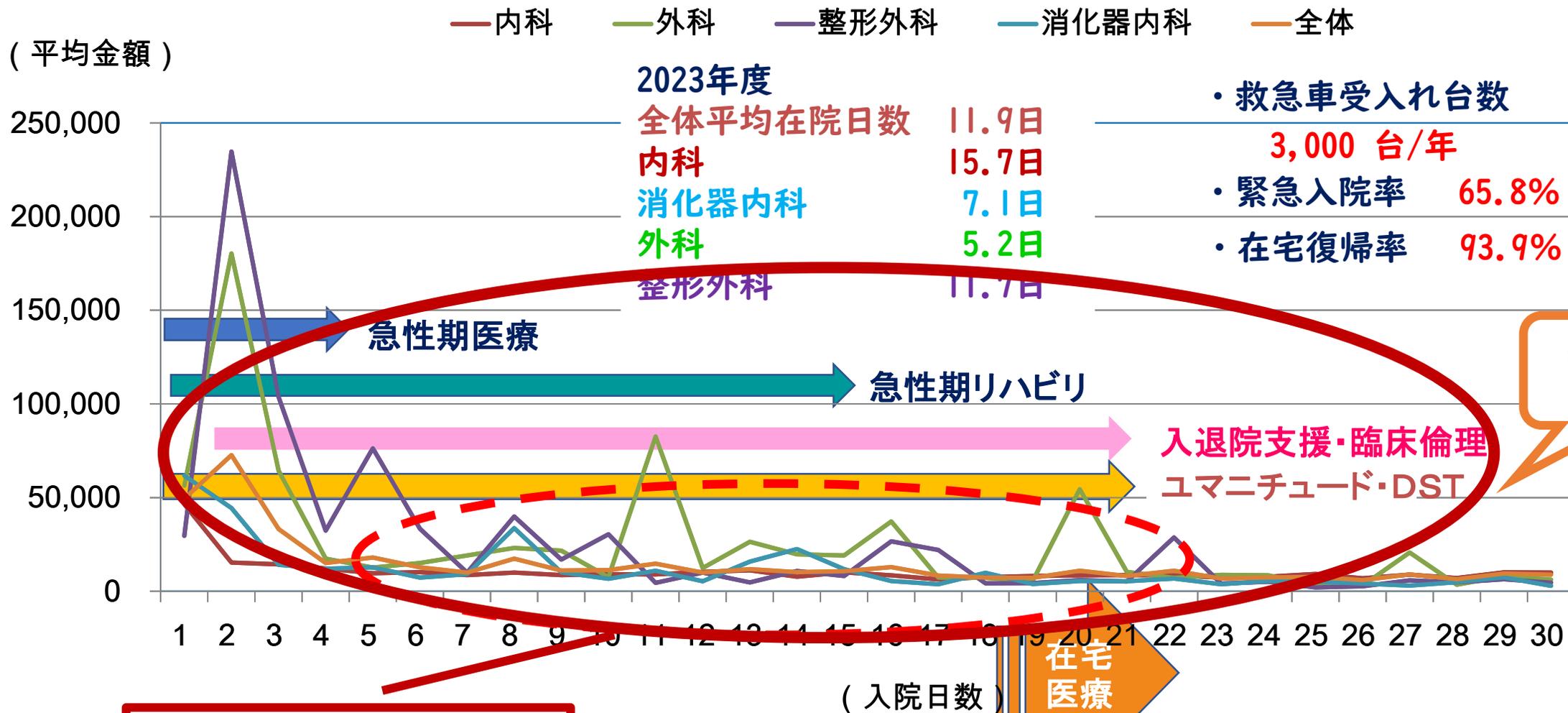
地ならし

人・道具・場 整備

人がそろってきて やっと耕し始める

# 医療資源投入量

(入院基本料・リハ料控除後入院単価)



2024年度診療報酬改定  
地域包括医療病棟

## 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。

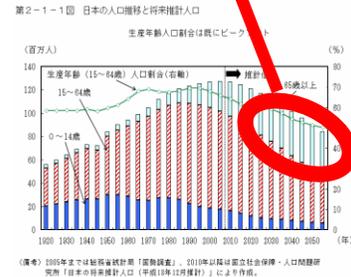
##### [施設基準] (抜粋)

- (1) **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6.4m<sup>2</sup>/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。



包括的に提供

ボリュームゾーン



		地域包括医療病棟必要度	
		基準① 重症度16%以上	
評価月		5F	6F
2023年	7月	○	○
	8月	○	○
	9月	○	○
	10月	○	○
	11月	○	○
	12月	○	○
2024年	1月	○	○
	2月	○	○
	3月	○	×
	4月	○	×
	5月	○	○

重症度：16%以上

一般病棟	
5F(外科系)	6F(内科系)
25.4%	19.1%
21.3%	17.8%
22.8%	16.1%
25.8%	23.4%
24.7%	24.3%
32.9%	19.3%
27.8%	18.8%
23.9%	21.6%
19.5%	15.3%
23.2%	12.3%
23.7%	17.2%

B項目：50%以上

入棟初日B得点3点以上	
5F	6F
46.0%	65.8%
32.7%	76.3%
44.2%	67.1%
51.0%	67.4%
43.4%	59.7%
42.7%	71.4%
39.4%	85.7%
43.5%	70.1%
33.3%	61.3%
47.0%	62.7%
39.0%	74.2%



5Fの消化器内科、外科系を入院を6Fへ  
6F予約入院 (A得点0、B得点3点以上) を5Fへ 置き換え

		地域包括医療病棟必要度	
		基準① 重症度16%以上	
評価月		5F	6F
2023年	7月	○	○
	8月	○	○
	9月	○	○
	10月	○	○
	11月	○	○
	12月	○	○
2024年	1月	○	○
	2月	○	○
	3月	○	×
	4月	○	×
	5月	○	○

重症度：16%以上

一般病棟	
5F	6F
24.5%	20.0%
22.0%	17.3%
23.8%	15.7%
27.5%	22.3%
29.1%	20.6%
32.6%	20.1%
27.6%	19.5%
23.2%	22.3%
19.0%	15.7%
19.1%	15.3%
21.4%	19.2%

B項目：50%以上

入棟初日B得点3点以上	
5F	6F
56.0%	52.6%
43.3%	56.1%
51.2%	58.6%
62.0%	54.5%
51.9%	46.2%
53.2%	59.0%
47.5%	70.6%
55.4%	57.1%
41.6%	50.6%
58.1%	48.7%
54.5%	56.7%

新たなベットのコントロール  
シミュレーション

実績値						
重症度、医療・看護必要度(評価票 I)			入棟初日B得点			
診療報酬 改定後		5F	6F (16%)	5F	6F	
	4月		31.0%	19.1%		
	5月		31.1%	26.4%		
	6月		29.9%	14.8%	43.1%	57.8%
	7月		27.3%	16.7%	46.8%	71.0%
	8月		25.5%	18.8%	52.0%	75.0%
	9月		28.2%	25.3%	39.1%	63.6%

	全体	5F	6F
一般病棟在宅復帰率	93.3%	95.7%	90.1%
地域包括医療病棟在宅復帰率	88.4%	89.9%	86.7%

## 6F病棟 地域包括医療病棟へ

### 6階病棟移行のための具体的作業

- ADL Barthel Index ラミネートカードにして全員所持 15.9%→2.9%まで修正でき届け出。届け出後は1.4%
- 看護部は各病棟科長主任にE-leaningで施設基準を正しく学習
- 7月より「地域包括医療病棟移行PJ」を立ち上げ 医師、看護師、病棟クランク(医事課)、診療情報管理士 途中から、リハビリ療法士、栄養士も参加。当初は週1-2回 計10回開催 現在は月1回
- 毎日 電子カルテに当日のデータを見える化

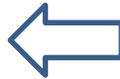
項目	内容
10a1	1 歩行の移動動作は本人の意思をもちます
10a2	2 歩行の移動動作は本人の意思をもちます
10a3	3 歩行の移動動作は本人の意思をもちます
10a4	4 歩行の移動動作は本人の意思をもちます
10a5	5 歩行の移動動作は本人の意思をもちます
10a6	6 歩行の移動動作は本人の意思をもちます
10a7	7 歩行の移動動作は本人の意思をもちます
10a8	8 歩行の移動動作は本人の意思をもちます
10a9	9 歩行の移動動作は本人の意思をもちます
10a10	10 歩行の移動動作は本人の意思をもちます
10b1	1 歩行の移動動作は本人の意思をもちます
10b2	2 歩行の移動動作は本人の意思をもちます
10b3	3 歩行の移動動作は本人の意思をもちます
10b4	4 歩行の移動動作は本人の意思をもちます
10b5	5 歩行の移動動作は本人の意思をもちます
10b6	6 歩行の移動動作は本人の意思をもちます
10b7	7 歩行の移動動作は本人の意思をもちます
10b8	8 歩行の移動動作は本人の意思をもちます
10b9	9 歩行の移動動作は本人の意思をもちます
10b10	10 歩行の移動動作は本人の意思をもちます

地域包括医療病棟								新入院患者数	新入院患者合計
6F病棟									
基準値	16%以上	50%以上	21日以内	80%以上	5%未満	15%以上	5%未満		
重症度医療看護必要度	入棟初日B得点	平均在院日数施設基準	在宅復帰率	一般病棟からの転床率	救急搬送患者率	ADL低下率			
2024.6月	14.8%	57.8%	13.41	83.8%	1.1%	43.3%	2.4%	89人	194人
2024.7月	16.7%	71.0%	13.49	82.7%	2.2%	50.5%	2.4%	91人	195人
2024.8月	18.8%	75.0%	15.53	78.8%	0.0%	50.0%	2.4%	78人	178人
2024.9月	25.3%	63.6%	16.08	85.5%	1.3%	57.1%	1.4%	76人	161人
2024.10月	21.3%	76.3%	14.54	82.0%	0.0%	65.8%	0.0%	76人	182人
2024.11月	17.6%	73.3%	15.02	88.1%	0.0%	53.3%	2.7%	75人	181人
2024.12月									
2025.1月									
2025.2月									

5F病棟								新入院患者数	新入院患者合計
基準値	16%以上	50%以上	21日以内	80%以上	5%未満	15%以上	5%未満		
重症度医療看護必要度	入棟初日B得点	平均在院日数施設基準	在宅復帰率	一般病棟からの転床率	救急搬送患者率	ADL低下率			
2024.9月	28.2%	38.2%	13.61	89.9%	5.3%	20.2%	0.0%	85人	
2024.10月	27.4%	46.2%	10.23	88.6%	0.0%	28.3%	1.9%	106人	
2024.11月	28.8%	43.1%	10.42	91.5%	1.1%	23.4%	0.0%	106人	
2024.12月									
2025.1月									
2025.2月									

毎日、両病棟責任者で、  
データをみて、  
当日緊急入院振り分けを調整



The dashboard displays real-time data for the 6th floor ward. At the top, it shows '必要可能病床' (Required Available Beds) with counts for 5F and 6F. Below this, a table shows '現在の使用可能病床' (Current Available Beds) for 5F and 6F, along with '退院' (Discharge) and '入院' (Admission) counts. A section for '必要な方のために7床空けましょう' (Let's make 7 beds available for those who need them) shows a target of 4 beds. The bottom part of the dashboard shows departmental statistics for '内科' (Internal Medicine), '消化器内科' (Gastroenterology), '外科' (Surgery), and '整形' (Orthopedics).

実績値

		重症度、医療・看護必要度(評価票 I)		入棟初日B得点	
		5F	6F (16%)	5F	6F
診療報酬 改定後	4月	31.0%	19.1%		
	5月	31.1%	26.4%		
	6月	29.9%	14.8%	43.1%	57.8%
	7月	27.3%	16.7%	46.8%	71.0%
	8月	25.5%	18.8%	52.0%	75.0%
	9月	28.2%	25.3%	39.1%	63.6%

	全体	5F	6F
一般病棟在宅復帰率	93.3%	95.7%	90.1%
地域包括医療病棟在宅復帰率	88.4%	89.9%	86.7%

一般病棟の在宅復帰率の分子の自宅等に退院するものの定義は  
 ・在宅(自宅及び居住系介護施設等)+介護老人保健施設  
 +転院(有床診療所、療養病棟、回復期リハ、**地域包括ケア病棟・病床**・特定機能病院リハビリテーション病棟)  
 ※再入院患者は在宅復帰率計算から除外

地域包括医療病棟の分子の自宅等に退院するものの定義は  
 ・在宅(自宅及び居住系介護施設等)+介護老人保健施設(在宅強化型、超強化型および加算型)  
 +転院(回復期リハ、有床診療所(うち別添2の第3の5の(1)のイの(イ)に該当する病床)  
 ※再入院、短期滞在入院料算定患者は在宅復帰率計算から除外

**6F病棟  
地域包括医療病棟へ**

内科病棟看護師は、  
 認知症高齢者対応に加え、  
 外科処置対応も求められ  
 過負荷となっている。

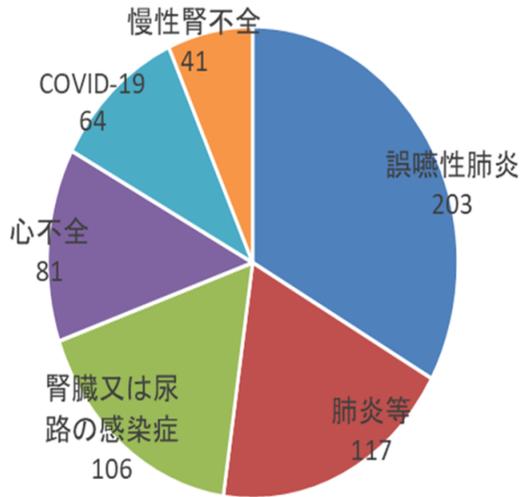
- ①内科急性期は、「誤嚥性肺炎(高齢者救急)が多いから軽症」  
 は、間違った認識  
 現行の外科系を評価する重症度で評価するなら、  
 救急受け入れを2日⇒5日に戻し、14%が妥当  
 また、二次救急受け入れの7割は入院しないが、外来評価なし
- ②内科急性期(二次救急)は10:1 では病棟看護師が疲弊  
 7:1相当(看護助手配置必須)
- ③在宅復帰率の分子に**地域包括ケア病棟・病床**が抜けると  
 ベットを空けられず、救急受け入れ力が低下する危惧がある。  
 内科急性期(二次救急)は救急車、緊急入院要請を地域から  
 受けるために、ベットを空ける必要がある。
- ④リハビリ療法士配置は100床未満の地域密着型病院は、  
 2病棟で2人専従でいいのでは。
- ⑤7日すべてリハビリの条件は、  
 患者にとっても、職員の働き方改革、採用の難しさからも  
 適切か疑問。

# 医療資源投入量

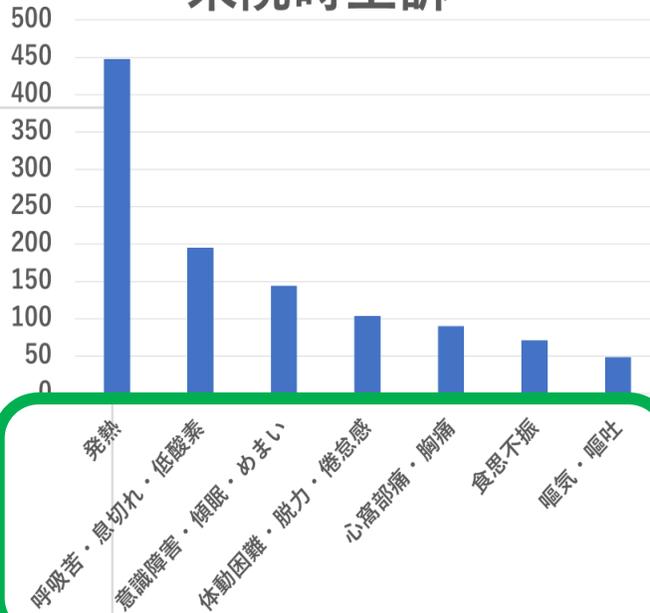
2023年度救急車受け入れ 3000台/年  
(当院 地域密着型二次救急病院)

内科上位入院疾患数  
(DPC分類) 比較

2023年度



来院時主訴

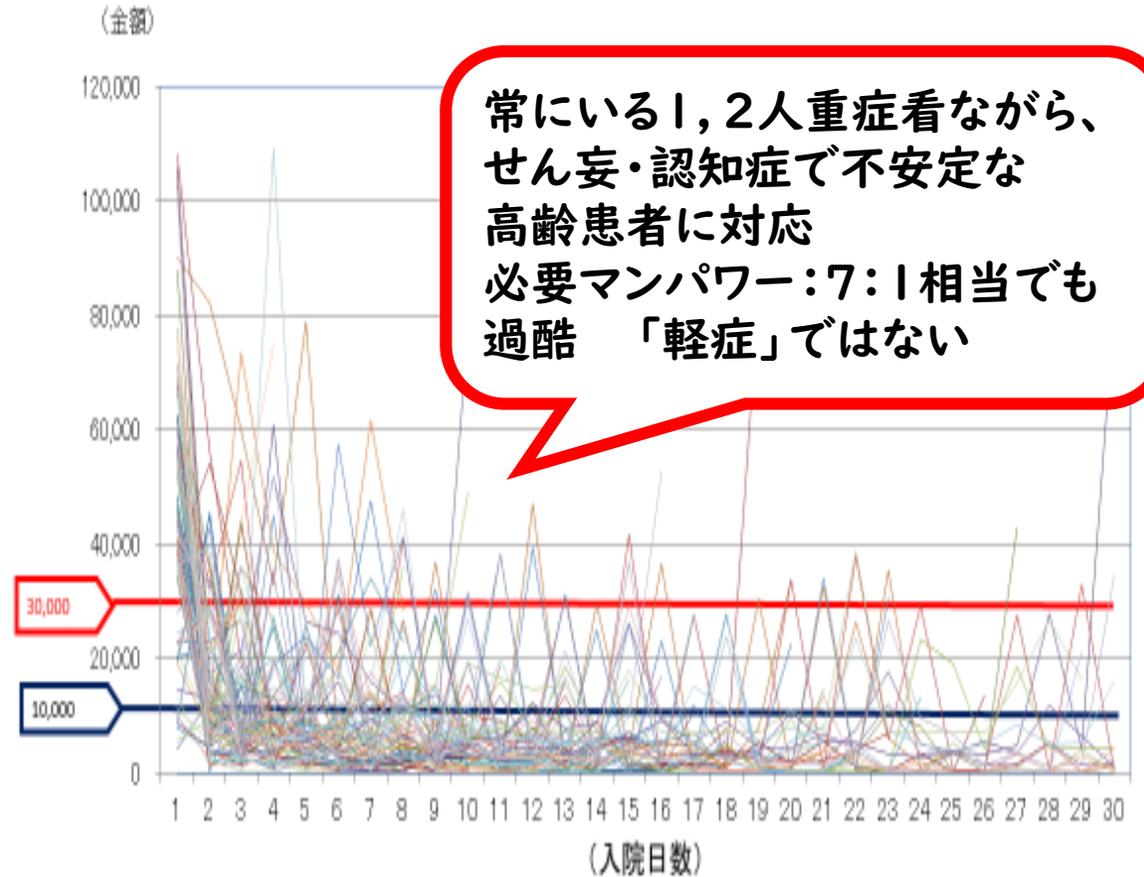


最初はなんかわからない  
心疾患、脳血管疾患、神経疾患、  
重症感染症、緊急手術？内視鏡？等  
様々を想定して、外来救急処置室で対応している。

# 内科

医療資源投入量 内科  
(入院基本料+リハビリ料控除後)

調布東山病院  
2020年10月

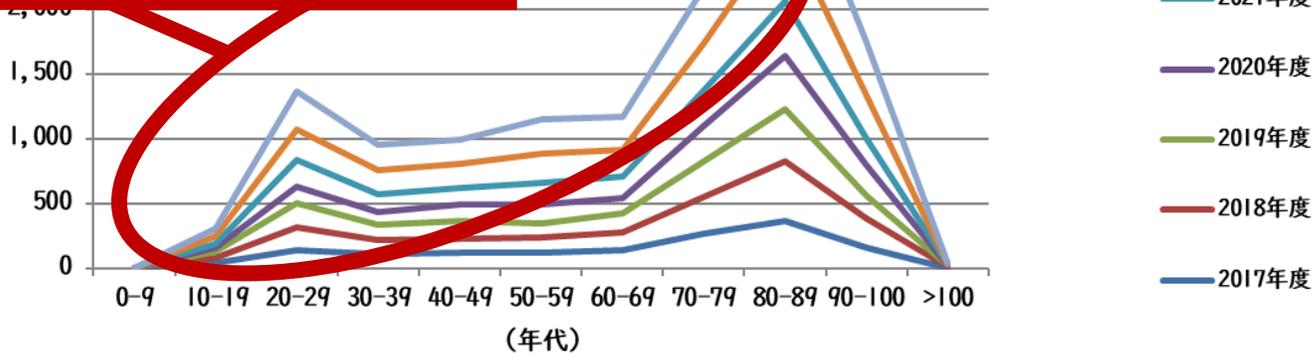


救急搬送患者\_年齢階層別患者数

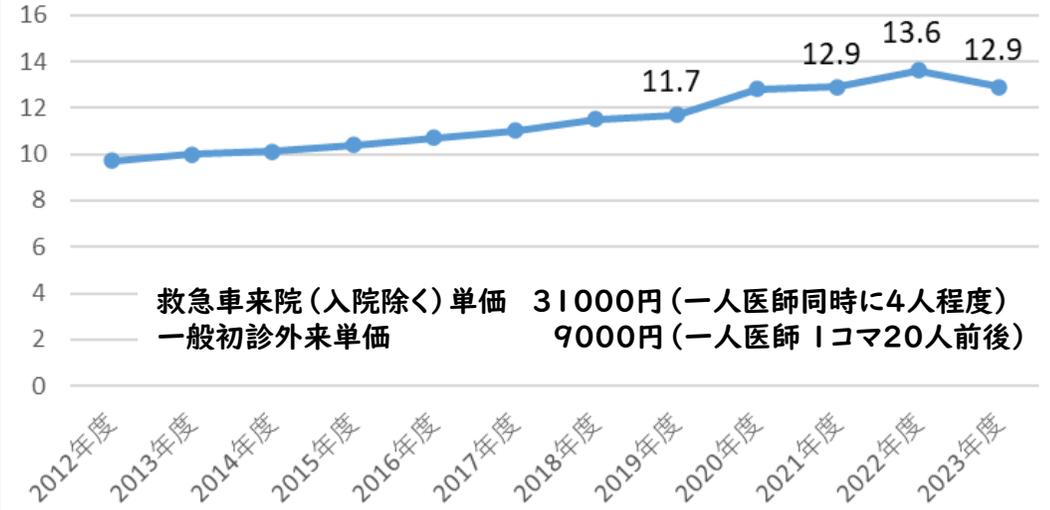
(人)

**7割は1次  
(外来部分評価)  
診療報酬未評価**

**3000台/年**



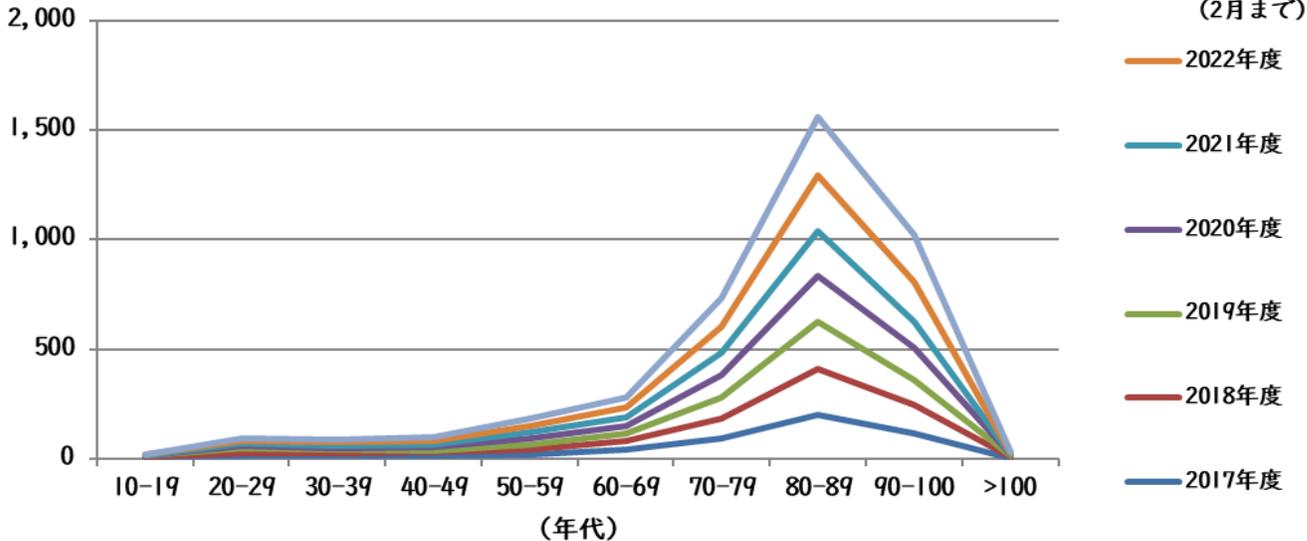
調布東山病院 外来単価 (単位: 千円)



救急車来院(入院除く)単価 31000円 (一人医師同時に4人程度)  
一般初診外来単価 9000円 (一人医師 1コマ20人前後)

救急搬送入院\_年齢階層別患者数

(人)



調布東山病院 入院単価 (単位: 千円)



**3次**

~~救命救急入院料  
総合入院体制加算  
急性期充実加算 etc~~

**2次**

地域医療体制確保加算 (入院1日)

**地域包括医療病棟  
救急搬送=2日←5日**

**救急車  
1740台 2357台 3000台**

2023年度

リハビリ介入  
リハ開始

入院患者 68%

入院から  
リハ依頼から 4.61日  
0.7日

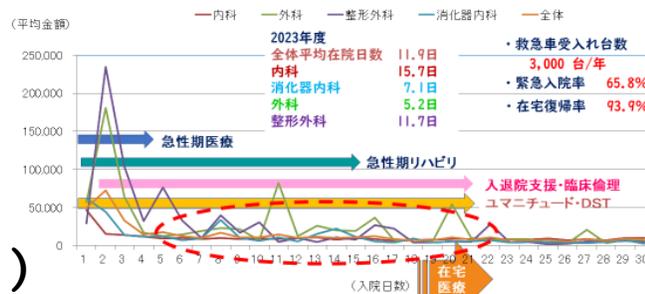
土曜・休日もリハビリ実施 (連休を作らない)  
日曜日休み (「日曜日ぐらい休ませて。。。」)

一病棟1日例

療法士 3名 1人 14単位/日 合計 42単位  
実際は 2名 16-17単位 / 一人  
1名 13単位 (3単位分はカンファレンス参加)

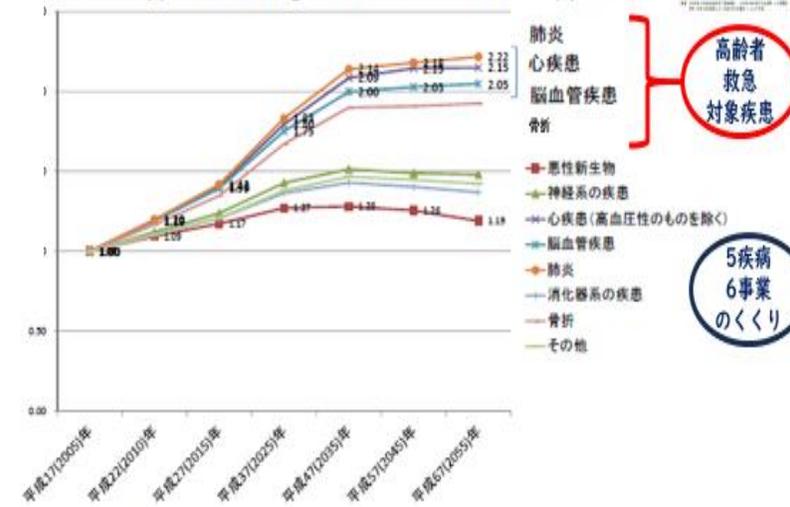
### 医療資源投入量

(入院基本料・リハ料控除後入院単価)



### 将来的な入院医療需要の変化

入院患者の将来推計② 2005年を1とした場合の増加率



国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計及び患者調査から作成 厚生労働省 中央社会保険医療協議会第34回資料

地域包括医療病棟

地域包括医療病棟  
専従リハ2名

兼任不可

### 疾患別リハの専従要件

脳血管リハ  
4名

運動器リハ  
2名

呼吸器リハ  
1名

この中では兼任が可能

100床以下の病院ではリハスタッフが足りない

# 病棟専従リハスタッフの配置

- 仕事内容の変化 (BEFORE ⇒ AFTER)

リハ処方が出てから介入 ⇒ 入院初日、遅くとも翌日には介入

週1回の入退院支援カンファ ⇒ 毎日13:30に専従リハを中心に情報共有タイム

各職種で計画書作成 ⇒ Dr/Ns/リハ/栄養で1枚の計画書を作成

- メリット

とにかく初動が早い!そして連携が速い。

専従リハスタッフが要となり患者のADL予後に関する情報共有ができています。

今後は入退院支援に関するアプローチもしやすくなりそう。

- 懸念点

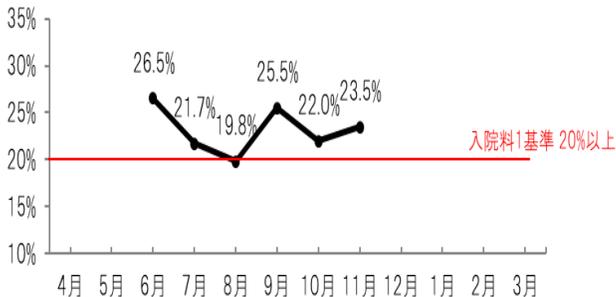
地域包括医療病棟(地メ<sup>デ</sup>ィ)専従リハスタッフは1病棟に2名必要。

疾患別のリハ専従スタッフは地メ<sup>デ</sup>ィ専従を兼ねることができない。

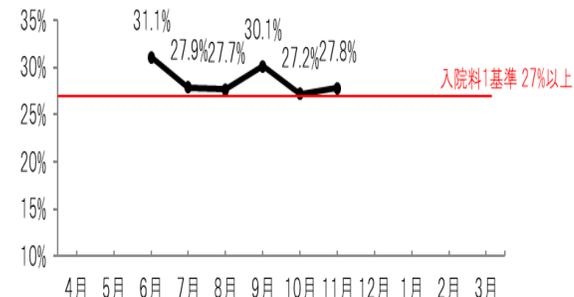
新たにもう一病棟を地メ<sup>デ</sup>ィにする場合、専従の縛りでスタッフ間のフォローがしづらくなる懸念がある。

## 5階外科系病棟（入院基本料Ⅰ）

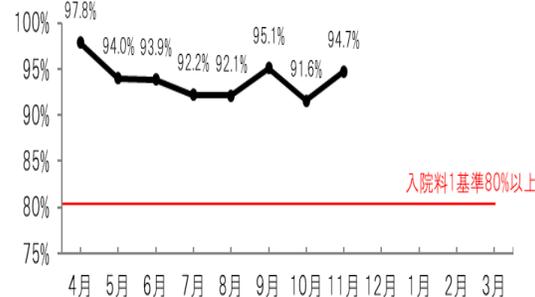
看護必要度Ⅱ 基準①



看護必要度Ⅱ 基準②



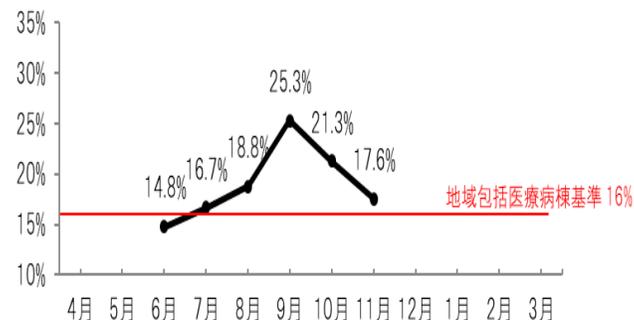
在宅復帰率



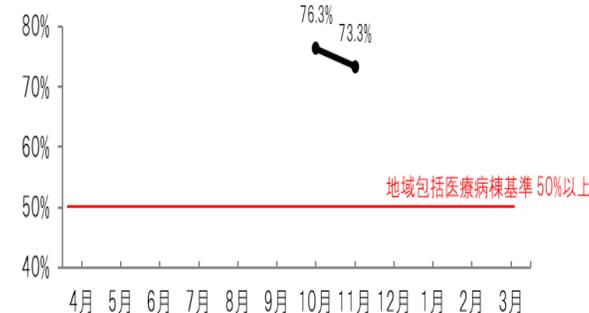
本来、我々の役割りは  
地域包括医療病棟。  
リハビリ療法士の採用が  
追い付かず、移行できない。  
2025年度4月からは、  
なんとしても移行するつもり。  
➡ベットコントロールで  
5階外科病棟のB得点課題

## 6階地域包括医療病棟

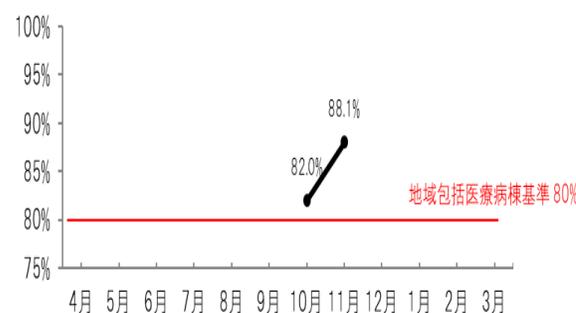
看護必要度Ⅰ



入棟初日B得点3点以上



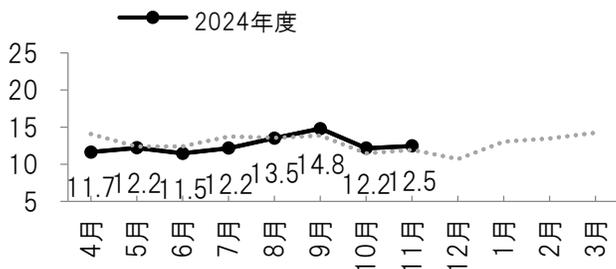
在宅復帰率



救急搬送後の患者割合



## 平均在院日数



内科系6階病棟単価 +1500円~2000円up  
(入院基本料Ⅰ 380円とベースup評価料Ⅰ140円を除く)  
入院業務の評価はある程度評価されていると考える。

ただし、  
リハビリ療法士病棟専従分と疾患別リハビリを両立するほどの  
人件費増分は補えない。

100床未満は2病棟で2名専従が現実的かつ求められる役割を果たせる？