

地域の複合ニーズに応える コミュニティホスピタルを目指して

～地域包括医療病棟への移行と病院改革から見てきたもの～

医療法人 慈公会 理事長 公平 誠



Kodaira Hospitals

本日の内容

- 中小病院が抱える問題と私たちの失敗
- 地域包括医療病棟への移行
- 人手不足に耐えうる組織づくり

中小病院が抱える問題と私たちの失敗

私たちについて

平均年齢40歳の若い町
埼玉県戸田市

創立から75年
新体制は2016年～

あらゆる世代が来院
かかりつけの診療

外来は200人/日
患者調査では20～80代
まで同程度の人数



プライマリーケア
内科・小児科を地域へ
クリニック事業

今後近隣へ展開

コロナ禍での活動
コロナ診療の拠点

県内随一の
中等症入院の受け入れ
3,000名以上



築年数38年

典型的な中小病院
44床
地域包括医療病棟
新入院数は
1289件/年（2024）

内科と創傷・外傷は
救急医療も積極的

救急搬送件数は
2,030件/年（2024）

We are Community Hospital

withコロナ時代、地域のかかりつけ医に求められるのは、
医療と暮らしの架け橋となる身近な存在であり続けること。
わたしたち公平病院は、地域に必要とされる医療を実践する
コミュニティホスピタルとして再始動いたします。

コミュニティホスピタルとは（私見）

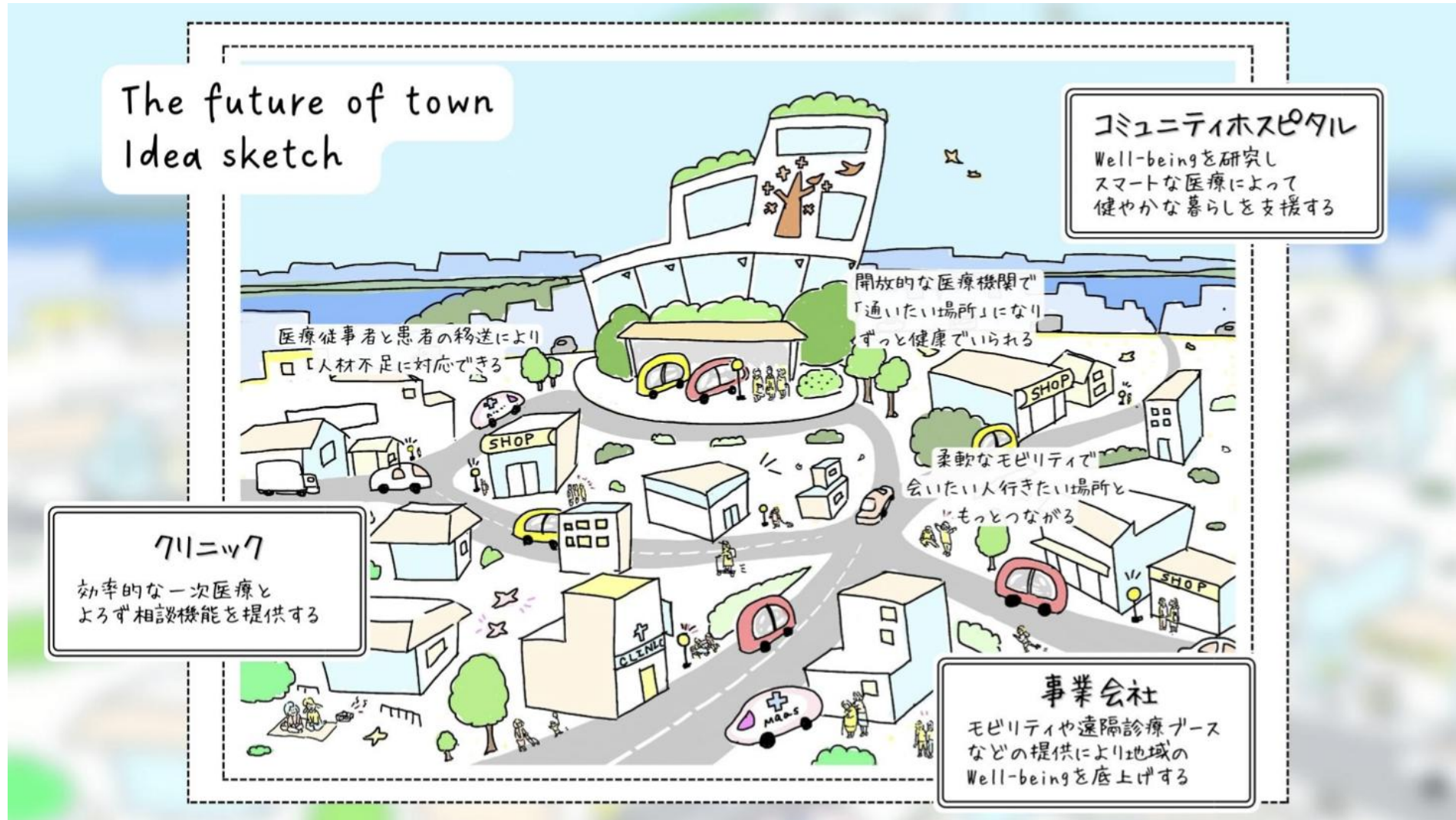
定義

「コミュニティ・ホスピタル」は地域との関わりを大切にした病院です。病気だけを診るのではなくひとりひとりの思いや暮らしに寄り添い地域医療を通して医療と暮らしの架け橋となる新たな病院のかたちです。

要件

- (1) プライマリーケアを中心に総合的な診療をチームで実践する
- (2) 予防、リハビリ、緩和医療を提供する
- (3) 在宅医療やオンライン診療など患者の利便性の高い診療チャネルを提供する
- (4) ICTを活用して小児から高齢者までライフステージに応じて個別性の高いケアを行う
- (5) 疾患の背景にある社会的な課題について地域と連携して対応する
- (6) 自然災害・感染症などの際の地域を支えるインフラとして機能する

「プライマリーケア」を地域に面で提供する生活インフラへ



外来・入院・在宅事業の運営とブランディング

外来事業



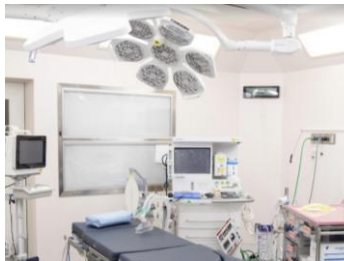
入院事業



在宅事業



orangelemon



orangelemon
訪問診療部



orangelemon
ナーシング



orangelemon
訪問リハビリテーション



orangelemon
ケアプランセンター



私たちの目指すところ

病院・クリニック・在宅医療が連携して地域を面で支える新しい医療 スマートコミュニティホスピタル

過去

地域の
小規模病院

特徴のない地域の小規模病院から
プライマリーケアに卓越することを目指して
外科診療中心から内科診療中心へ

コロナ禍前後

Community
Hospital

コロナ
専門病院

2021～2022年

これから

Smart
Community
Hospital[®]

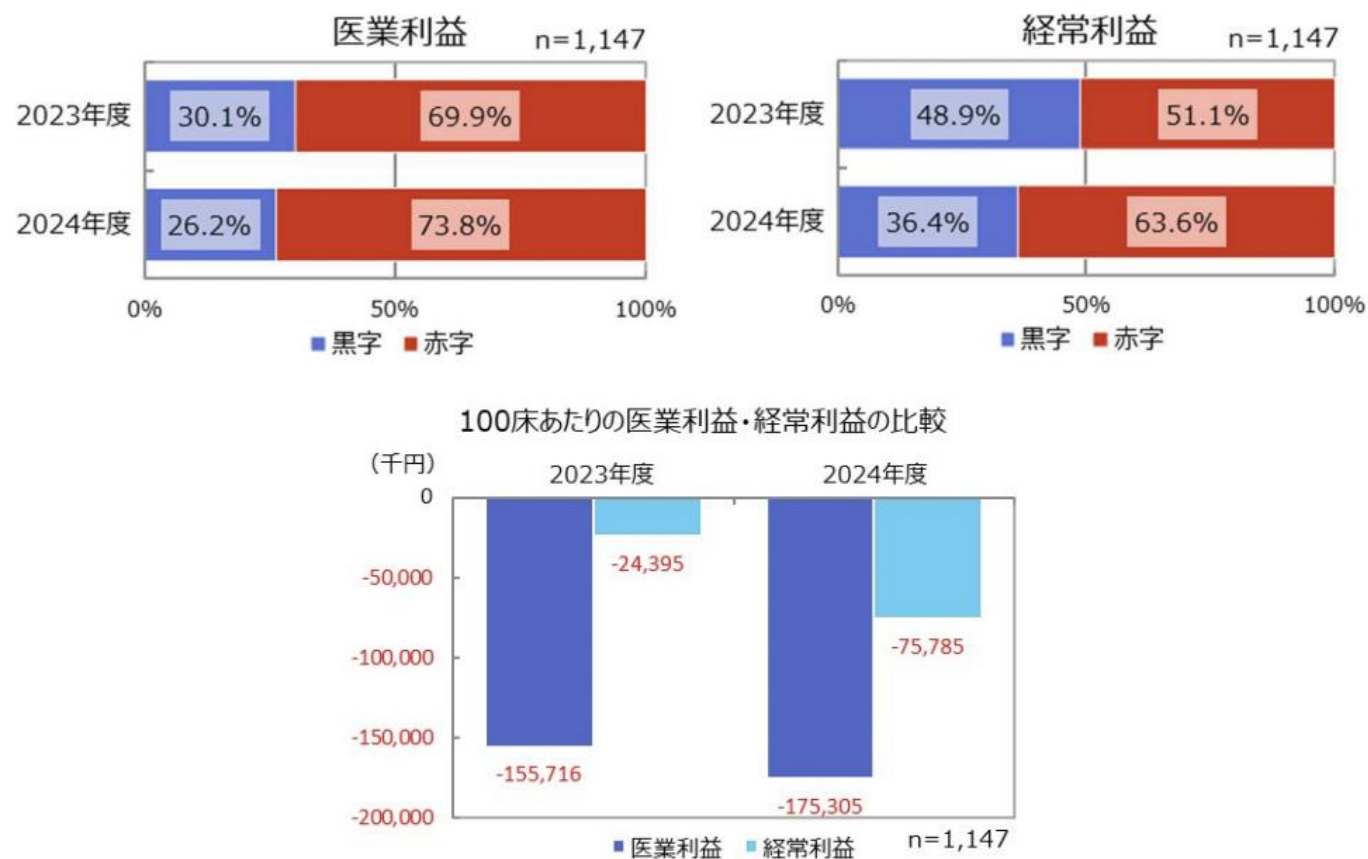


3つの事業で地域医療を
面でがっちり支える

中小病院が抱える問題と私たちの失敗

- 中小病院が抱える問題
 - 中小病院を取り巻く厳しい経営環境
 - 施設の老朽化
 - 人材不足
- 私たちの失敗
 - 新病院建設計画の中止
 - 看護師の大量離職

中小病院を取り巻く経営環境



(図3) 医業損益の年度比較 (2023年度/2024年度)

病院の老朽化問題

• 老朽化の現状:

- 全国の築40年以上の病院は1,623件で、全体の27%に上る（2025年9月時点）¹。
- 病院全体の耐震化率は79.5%厚生労働省の調査（令和5年調査結果）²

• 建て替えが求められる理由:

- 施設の老朽化
- 患者ニーズの変化（プライバシーの確保、療養環境の質の向上など）
- 診療体制の変化（医療機能の向上、効率化など）

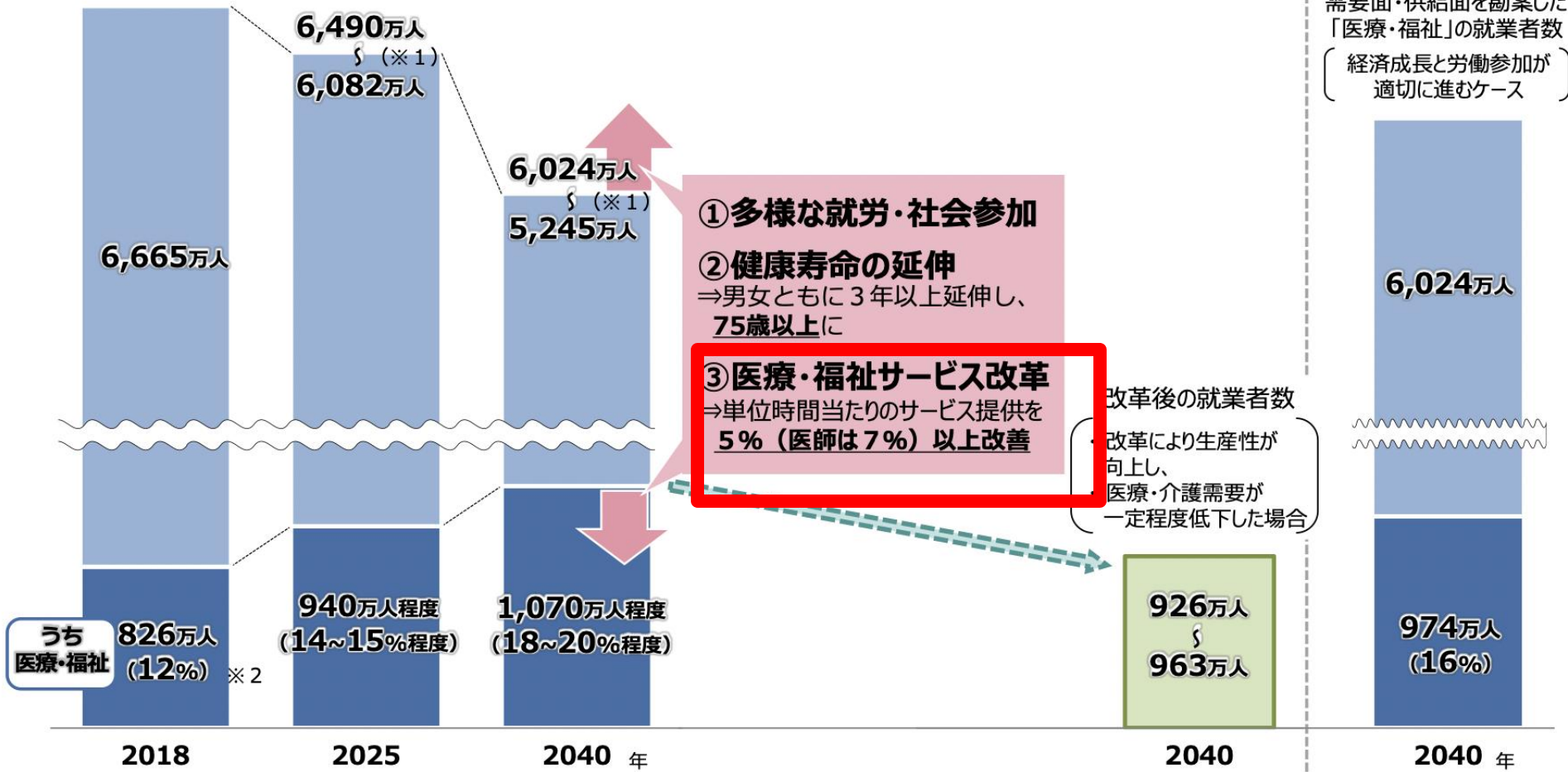
1. 全国保険医団体連合会（保団連）HPのニュース
<https://hodanren.doc-net.or.jp/info/news/2025-09-12/>
2. 病院の耐震改修状況調査の結果 厚生労働省. R7.6.20

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

令和4年3月4日 第8次医療計画等に関する検討会 資料1（一部改）

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

18

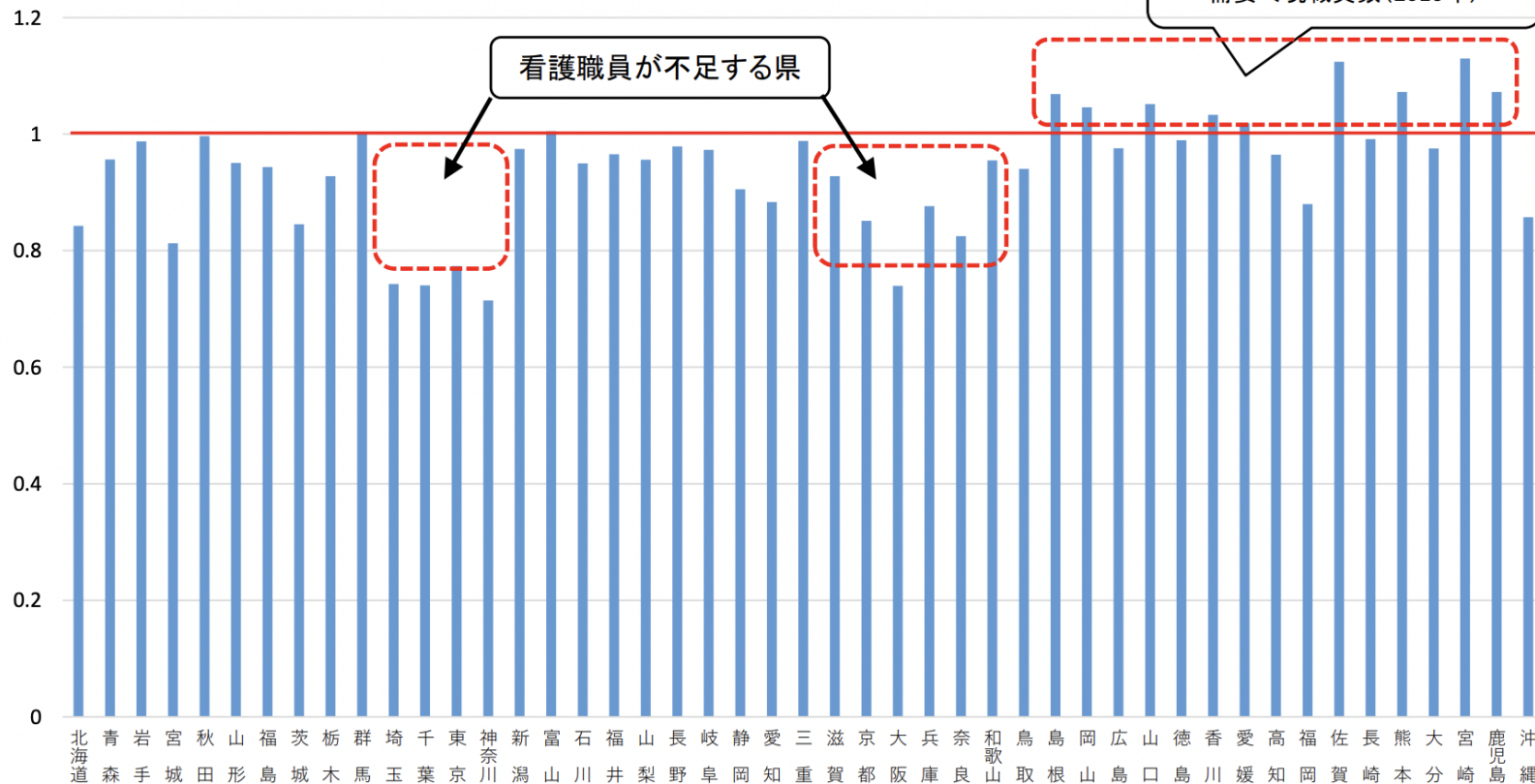
都心部は特に看護職員が不足している

都道府県別の看護職員の需給推計

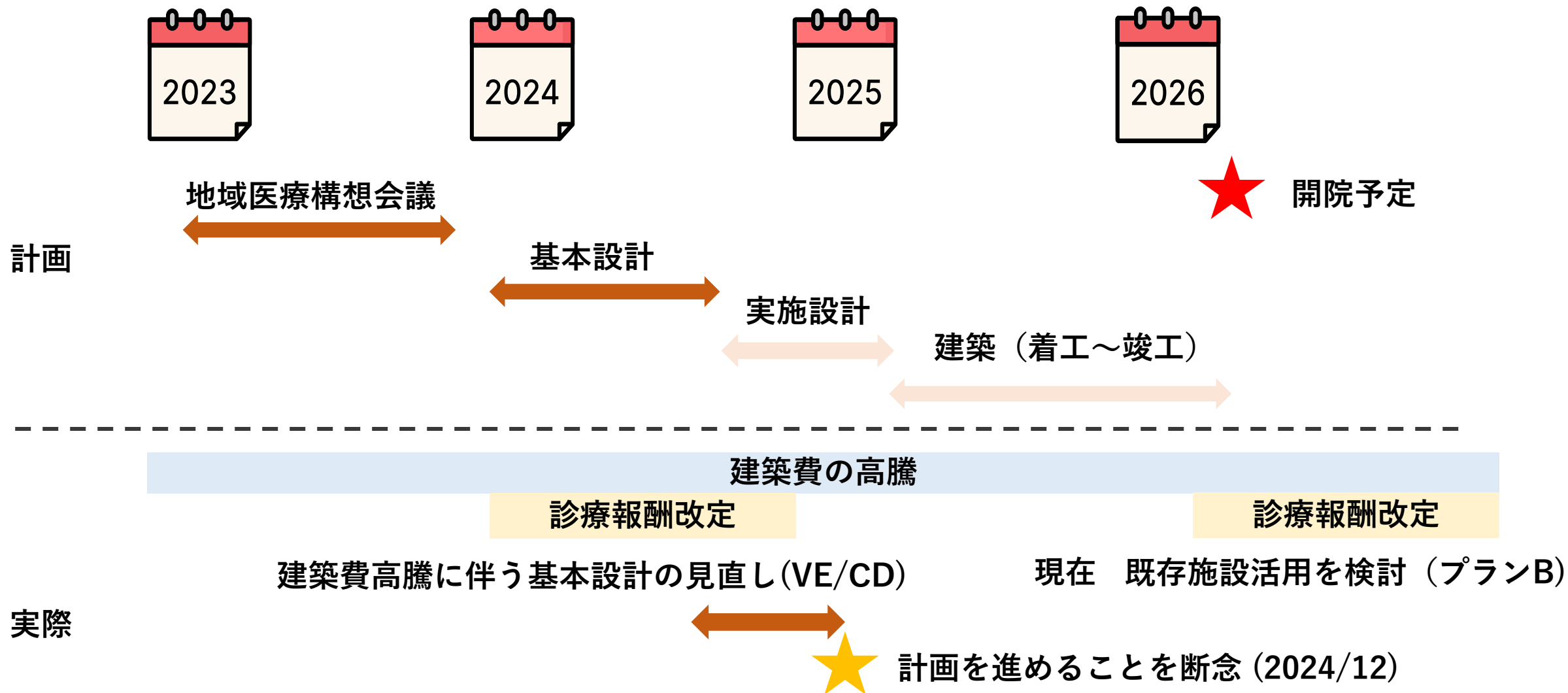
都道府県別でみた場合、都心部等では依然として都道府県全体として2025年の看護職員需要数が供給数を上回り、看護職員不足が見込まれる一方で、一部の都道府県においては、供給数より2025年の看護職員需要数が少ない推計結果となっている。

【各都道府県別の供給数と需要数の比較（2016年の供給数／2025年(シナリオ②)の需要数）】

※ 1より低ければ、2025年(シナリオ②)は2016年現在より看護職員数不足

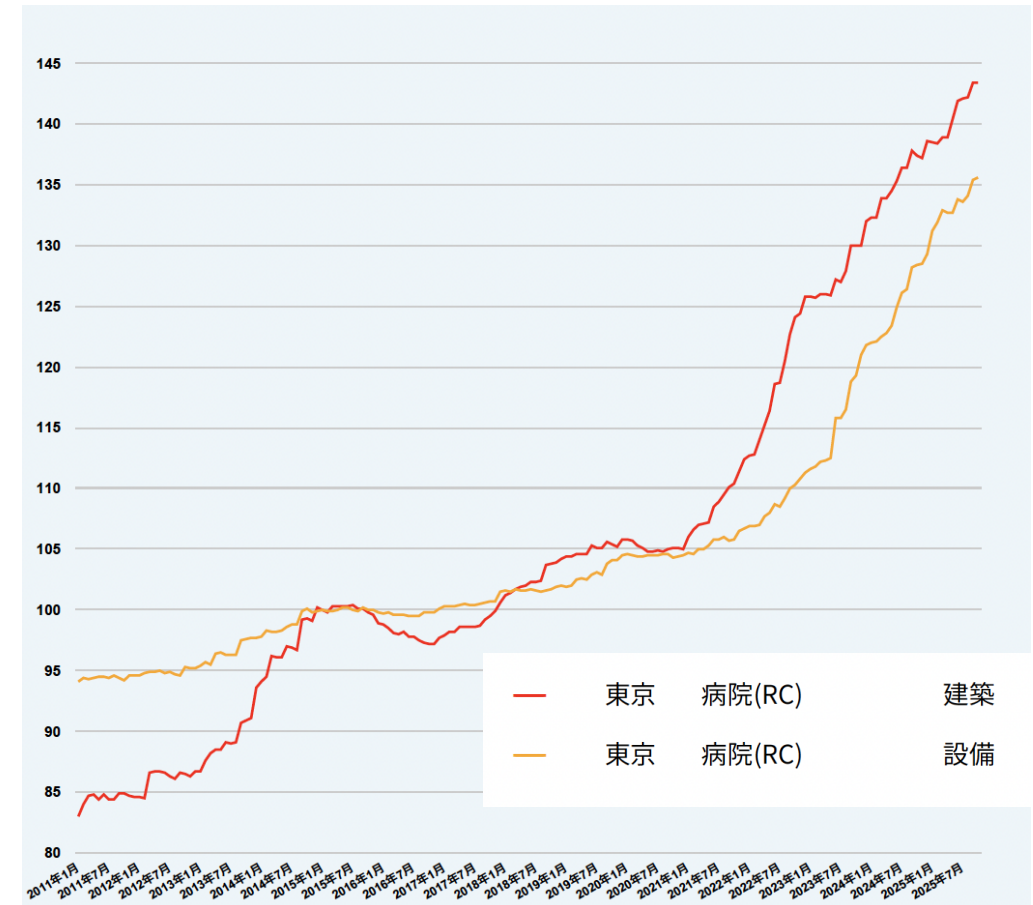
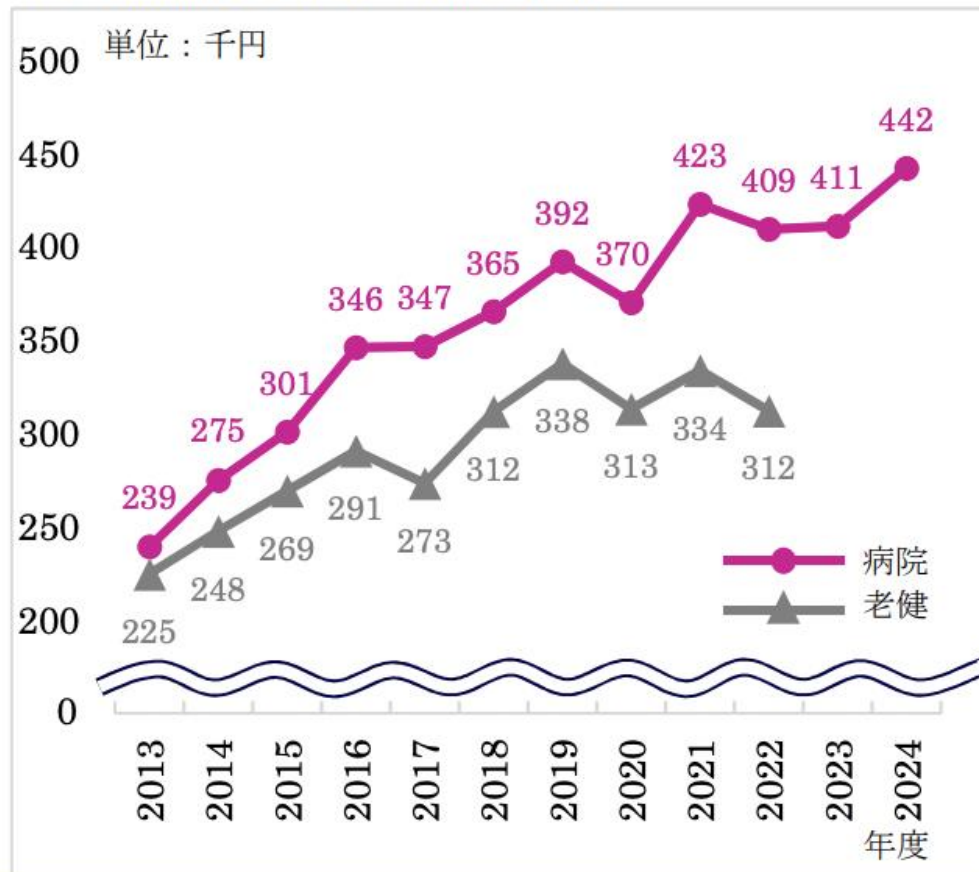


(失敗1) 新病院建設計画の中断とそれから



建築費の増加が著しい状況にある

▼医療施設の平米単価の推移



WAM リサーチレポート 令和 7 年 7 月 22 日
2024 年度 福祉・医療施設の建設費について

一般財団法人 建設物価調査会
「建築費指数」 (病院・RC造)

近年の建築単価の参考

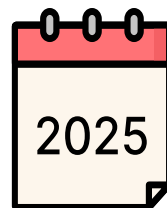
(参考) 最近の病院建築単価の状況

病院名	建築費[A]税込	延べ面積[B]	建築単価[A/B]	備考
千葉市新病院	約 312 億円	約 38,832 m ²	803 千円/m ²	2023/12 契約
宝塚市立病院新病院	約 251.6 億円	約 31,500 m ²	799 千円/m ²	2024/3 経営強化プラン
船橋市医療センター新病院	約 571.2 億円	約 67,114 m ²	851 千円/m ²	2024/3 予算案可決
四国中央病院新中核病院	約 138.6 億円	約 18,900 m ²	733 千円/m ²	2024/3 落札
岩見沢市新病院	約 368.3 億円	約 41,010 m ²	898 千円/m ²	2024/4 ECI プロポーザル結果
小田原市新病院	約 276.8 億円	約 42,226 m ²	655 千円/m ²	2024/6 補正後

既存施設の最大限の活用法とプランB

- 既存の44床を最大限活用する方法を模索
- 病院施設は老朽化部分の改修を進め、病室はリフォーム
- 診療機能に見合った程度に増築などで対応する
- 救急はこれ以上増やさず、高度医療は行わない方針
- 地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟などへの転換を模索
- 在宅医療における在宅入院（hospital at home）を活用して急性期への対応の不足分を補う
- 外来は地域内にクリニックを設置して不足分を面で対応する

(失敗2) 看護師の大量離職



急性期1 (7:1)

2023年9月末までコロナ
専用病床(22床)を運用

新病院計画のための
余裕のある人員計画

急性期2 (10:1)

地域包括医療病棟

大量離職の発生



20名以上
減少



人員配置の
適正化

リクルートの
強化

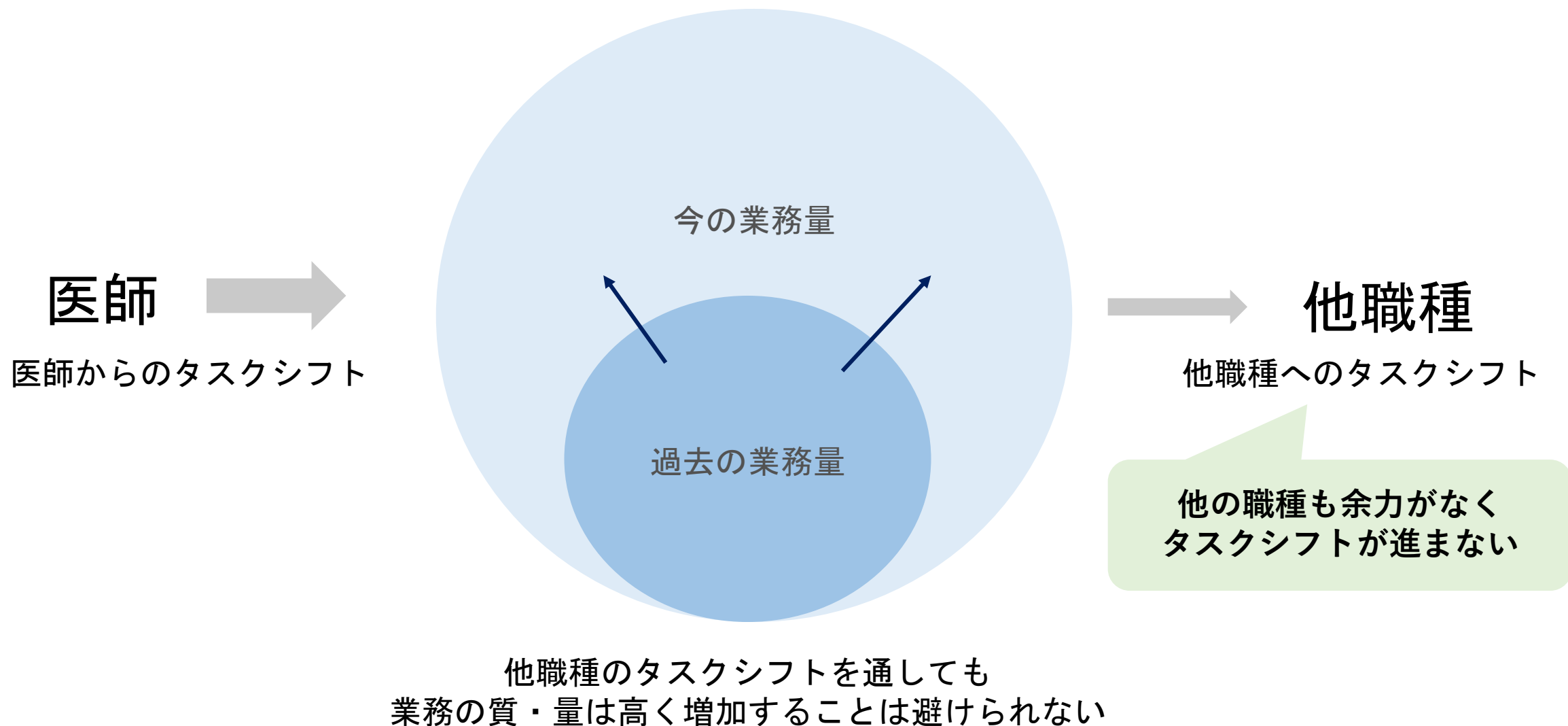
2024年7月 52.7名

2025年4月 31.0名

2025年9月 35.9名

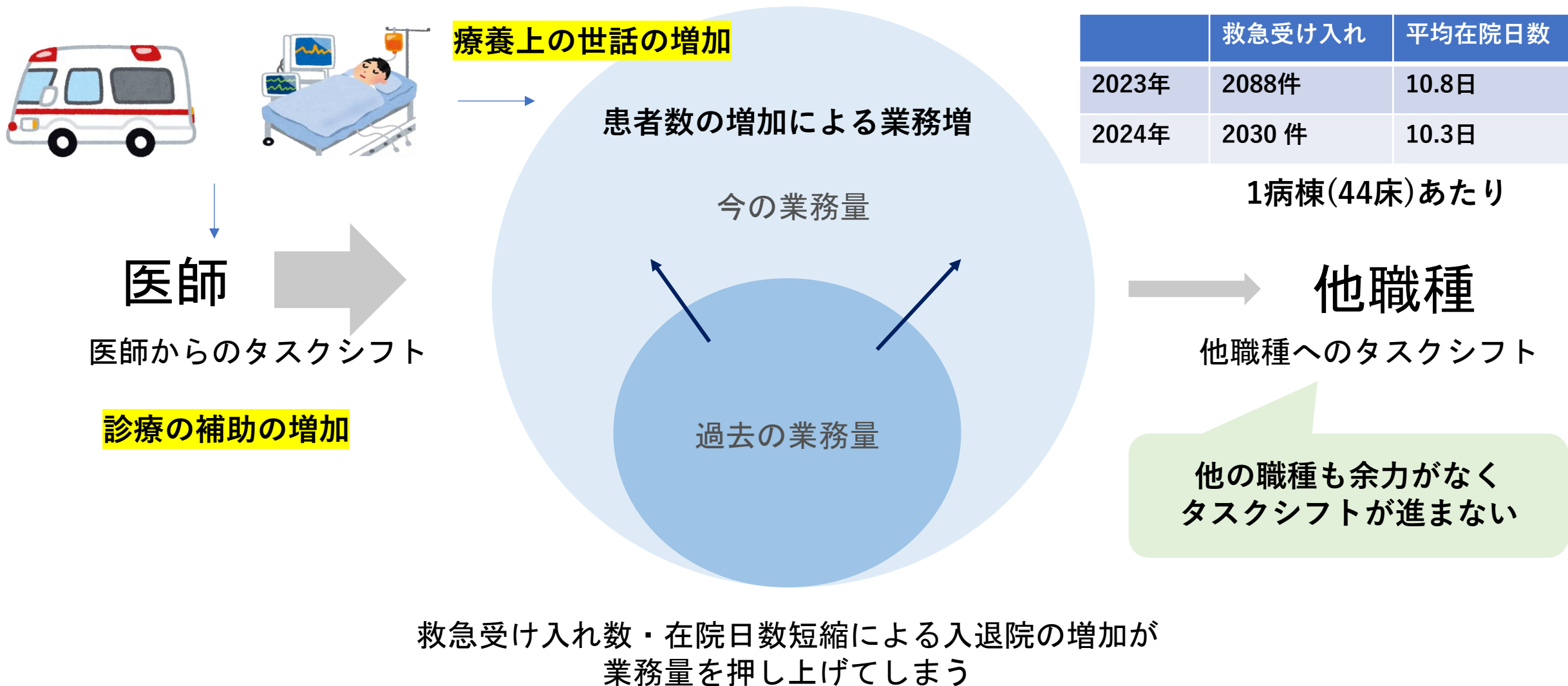
【離職の理由】 看護師の業務過多

1. タスクシフトによる業務量の増加と煩雑化

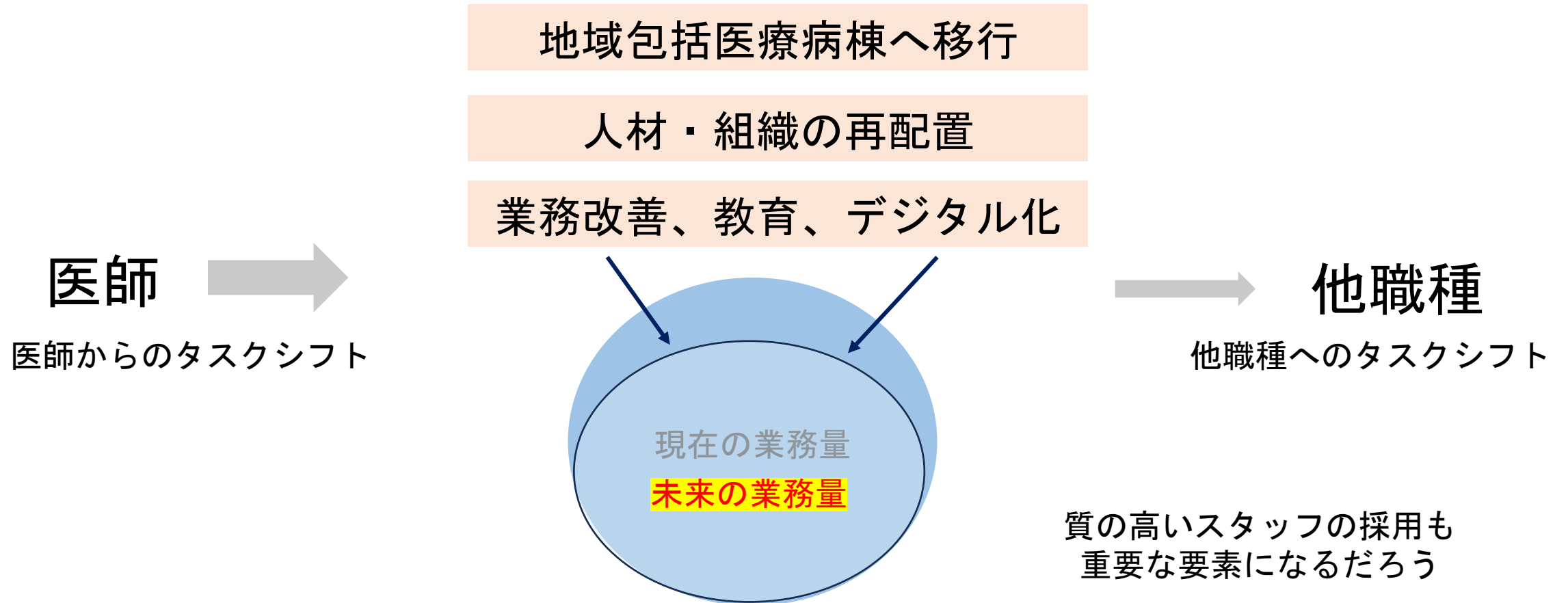


【離職の理由】 看護師の業務過多

2. 救急医療への応需と急性期病棟の高稼働



業務負荷を軽減し、生産性を上げるための3本の矢



人材の配置・組織再編
業務改善やタスクシフトも大切だが
施設規模に見合った医療の量を減らさないと持続可能な運営が難しい

地域包括医療病棟への移行について

急性期医療から包括期医療へのシフトチェンジ ～「量」から「質」への転換～

- 救急件数や手術数などの急性期の指標は追わない
 - 既存施設での高度な医療提供の限界
 - スタッフの疲弊・離職
- 高齢者救急に対して専門チームとして対応する
 - 高齢者救急は肺炎、心不全、感染症、大腿骨骨折、椎体骨折など比較的ありふれた病気であるが、それらに対してエビデンスに基づく医療を行う
 - 高齢者への治療・リハビリテーション・在宅復帰に力を入れる

当院がシフトチェンジする医療に適しているのが「地域包括医療病棟」

病床機能について（案）

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分	機能の内容
高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

包括期とは何か？

新たに追加された部分

- ・高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し 支える医療を提供する機能

- ・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能

- ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、A D L の向上や在宅復帰を目的とした リハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）

2014年病床機能報告制度での回復期の定義

回復期関連の病棟の変遷について

2000年

2004年

2014年

2024年

回復期リハビリテーション
病棟入院料

亜急性期病棟
入院医療管理料

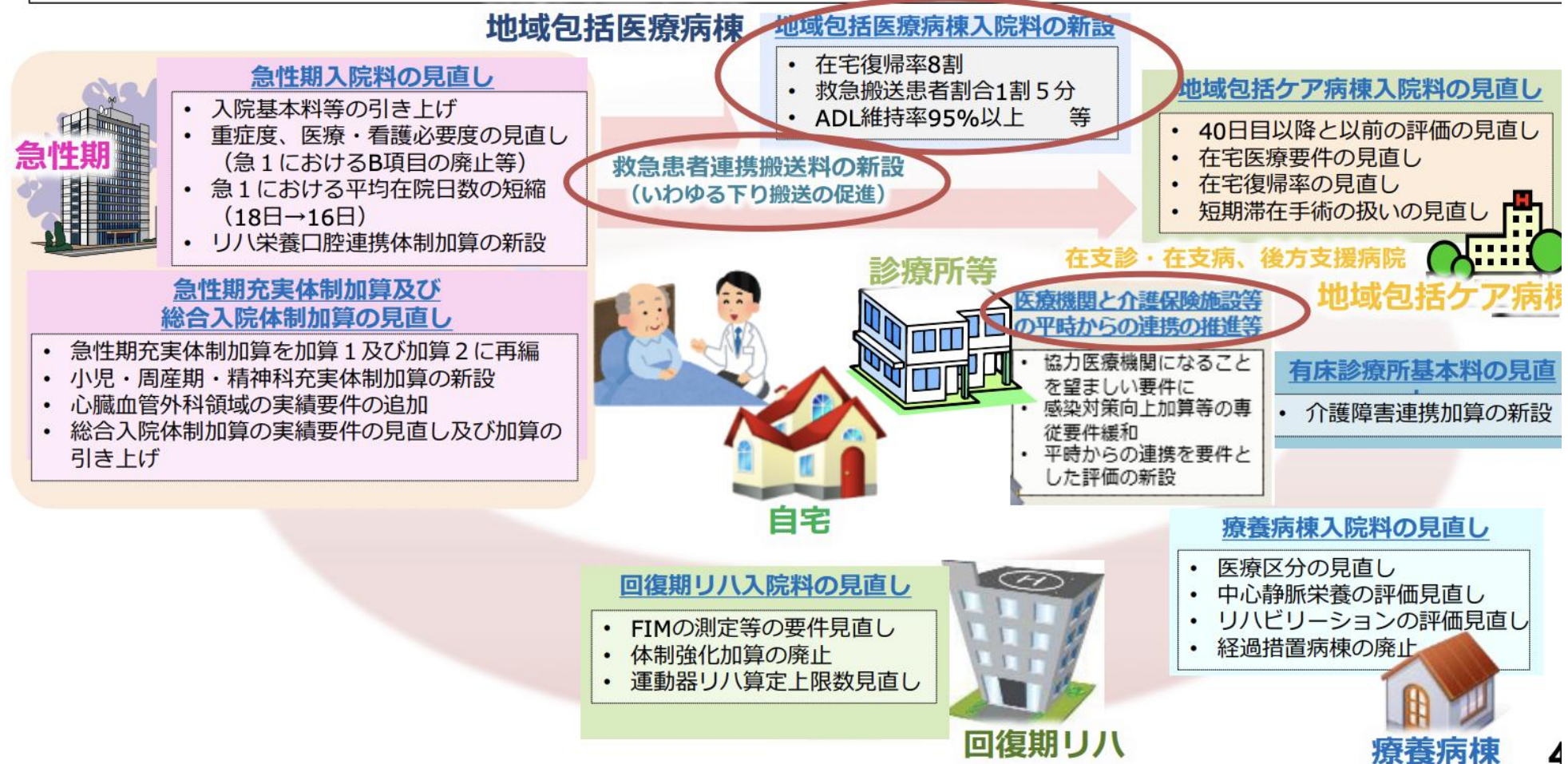
地域包括ケア病棟
入院料・入院医療管理料

地域包括医療病棟
入院料

今後は包括期へ

令和6年度診療報酬改定における高齢者の医療のあり方に係る見直し

- 令和6年度診療報酬改定では、後期高齢者の救急搬送の増加等、入院患者の疾患や状態の変化を踏まえて、機能分化・強化を促進し、効果的・効率的な提供体制を整備するとともに、高齢者の中等症急性疾患のニーズ増大に対して地域包括医療病棟が新設された。また、患者が可能な限り早く住み慣れた自宅・施設に復帰できるよう各病棟が果たすべく役割に念頭に評価体系が見直された。
- さらに、介護保険施設等と地域包括ケア病棟を持つ医療機関や在宅療養支援診療所の平時および急変時の対応の強化に関する見直しが実施された。また、患者の望む医療・ケアの提供を推進する観点から、在宅医療分野においてICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等が行われた。



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



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

包括期を担う病棟の施設基準

診調組 入-1
7.6.13改

		(参考) 急性期一般入院料 4	地域包括医療病棟	地ケア入院料 1 / 3	地ケア入院料 2 / 4
病棟ストラクチャー	病棟	一般病棟	一般病棟	一般病棟又は療養病棟※	一般病棟又は療養病棟※
	看護職員	10対1	10対1	13対1	13対1
	看護師割合	7割以上	7割以上	7割以上	7割以上
	PT/OT/STの病棟配置	(-)	常勤2名以上	常勤1名以上	常勤1名以上
	管理栄養士	(-)	専任常勤1名以上	(-)	(-)
	リハ実施	出来高	出来高、専従リハ職は6単位まで	包括、必要者に2単位以上	包括、必要者に2単位以上
	ADLの維持向上、 栄養管理に資する体制整備		要		
病棟プロセス・アウトカム	重症度、医療・看護必要度	A 2点以上かつB 3点以上、 A 3点以上、C 1点以上のいずれか	A 2点以上かつB 3点以上、 A 3点以上、C 1点以上のいずれか	A 1点以上又はC 1点以上	A 1点以上又はC 1点以上
	看護必要度Ⅰ	16%以上	16%以上	10%以上	10%以上
	看護必要度Ⅱ	15%以上	15%以上	8%以上	8%以上
	入院日に特に介助を要する患者		5割以上		
	同一病院一般病棟からの転棟		5%未満		65%未満
	自宅等から入院			2割以上	★2割以上
	自宅等からの緊急入院			前3ヶ月で9人以上	★前3ヶ月で9人以上
	救急搬送		15%以上		
	平均在院日数	21日以内	21日以内		
	在宅復帰		8割以上	72.5%以上／70%以上	72.5%以上／70%以上
病院ストラクチャー・プロセス	その他の プロセス・アウトカム指標		48時間以内のADL・栄養・口腔評価 土日祝日のリハ提供体制 ADL低下が5%未満		
	病床数等			200床未満	400床未満
	救急医療		第二次救急医療機関又は救急病院	第二次救急医療機関又は救急病院※	第二次救急医療機関又は救急病院※
	地域との連携		25施設以上の協力医療機関		
	在宅医療の提供			6項目のうち2つ以上を提供	6項目のうち1つを提供 又は★のいずれか
	リハビリ届出		脳血管及び運動器	心大血管、脳血管、廃用、 運動器、呼吸器、がんのいずれか	心大血管、脳血管、廃用、 運動器、呼吸器、がんのいずれか
	入退院支援		入退院支援加算1の届出 (=連携機関数が25以上)	専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料1) 入退院支援加算1の届出 (連携機関のうち5以上は 介護保険法等のサービス事業所)	専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料2) 入退院支援加算1の届出 (連携機関のうち5以上は 介護保険法等のサービス事業所)
病院ストラクチャー・プロセス	除外要件		特定機能病院 急性期充実体制加算 専門病院入院基本料	特定機能病院	特定機能病院

※ 療養病棟では、救急医療を行うのに必要な体制のない場合、在宅等からの入院の基準も満たさなければ、所定点数の100分の95に相当する点数を算定

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。

地域包括医療病棟とは（まとめ）

- R6年度に新たに誕生した病棟
- 急性期機能と回復期機能・在宅復帰機能が期待されている
- 地域医療構想での病院分類「高齢者救急機能等」の病院が持つ病棟として期待されている
- 診療報酬が包括であること
- 診療報酬の単価は高め（当院だと現在と同レベル）
- 高齢者救急の患者（肺炎、心不全、感染症、圧迫骨折、大腿骨頸部骨折など）が中心になる

コミュニティホスピタルの「最適解」の一つ

地域包括医療病棟のブランディング



Kodaira Hospitals



“病棟”を地域医療の真ん中に据えて明るくリブランディング

✨ 名前 ✨

略称: CMED (シーメド)

正式名称: Community Medical Empowerment Division

✨ コンセプト ✨

つよくて、やさしい病院

✨ 概要 ✨

44床 地域包括医療病棟 (二次救急指定病院)



What is CMED

つよくて、やさしい病院

未来の地域医療における”最適解”



カンファレンス風景（週3回、13:30～）

この街の健やかな暮らしをささえる。

超高齢社会の医療課題に、
「切れ目のないケア」が必要でした。
急性期から在宅復帰までワンストップで支える
『地域包括医療病棟』、
そして新部門CMEDがその答えです。

高齢者救急に特化し、
「つよくて、やさしい」バランス医療を提供。
患者さん全体を診る視点で、地域医療全体の効
率化を目指します。

CMED

Director : 1名
Manager : 3名

運営・推進

CMED office
(CMED/地域連携課)
MSW, 事務スタッフ

医療・ケアの実践

CMED team
多職種かかりつけチーム
+医師・NP

地域連携室

特徴1.
病棟という物理的な箱から
戦略的機能単位へ
名称をつけ、病棟を院内の
組織へと位置付ける

特徴2.
病院事務部門の一部を
CMED運営のサポート部署
とする

特徴3.
看護師以外のコメディカル
をチーム構成員に。寄り合
いからの脱却

特徴4.
フロートNsの導入

多職種かかりつけチーム



非常勤/スポットNs

team leader

非N

フロートNs

薬

言

理

栄

N

N

補

N

N

補

N

N

N

補

フN

モジュールA

モジュールB

モジュールC
(強化モジュール)

サポート

特徴5.
モジュールナーシングへの
プライマリーナーシングの統合

特徴6.
強化モジュールの導入で
突発的な医療需要への対応力アップ



入院に関連する入口から出口までの業務を一気通貫で行う

地域包括医療病棟



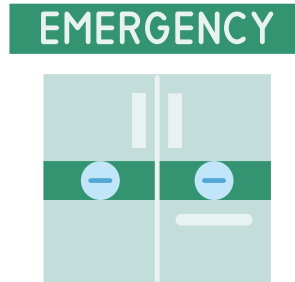
- ・ 高齢者救急
- ・ 緩和ケア

在宅入院



- ・ 急性期在宅入院
- ・ 在宅緩和ケア

救急外来



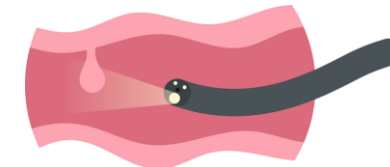
- ・ 高齢者救急
- ・ 一般救急

オレンジケア外来



- ・ 高齢者総合診療
(施設・在宅医療
からの専門窓口)

中央診療



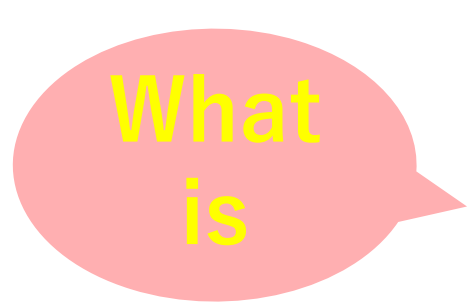
- ・ 手術室
- ・ 内視鏡



地域包括医療病棟開始からの運営状況

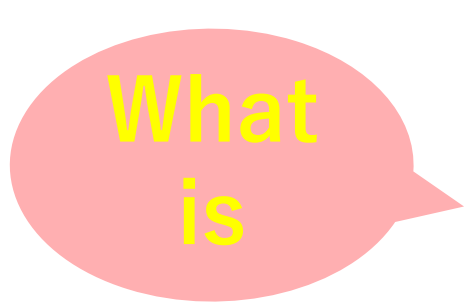
(参考データ)

	2025/7	2025/8	2025/9	2025/10	2024/7
新入院数	81名	72名	76名	78名	135名
病床稼働率	83.5%	91.5%	87.8%	89.3%	90.2%
平均在院日数	14.4日	17.5日	15.5日	16.0日	8.9日
医療看護必要度	17.4%	21.1%	21.2%	21.3%	29.8%



地域包括医療病棟開始からの運営状況

	2025/7	2025/8	2025/9	2025/10
在宅復帰率	92%	84%	86%	91%
B3以上の率	76.5%	87.5%	92.1%	82.1%
BI低下率	2.6%	2.2%	4.4%	3.2%
救急からの入院	54.3%	55.6%	43.4%	56.4%



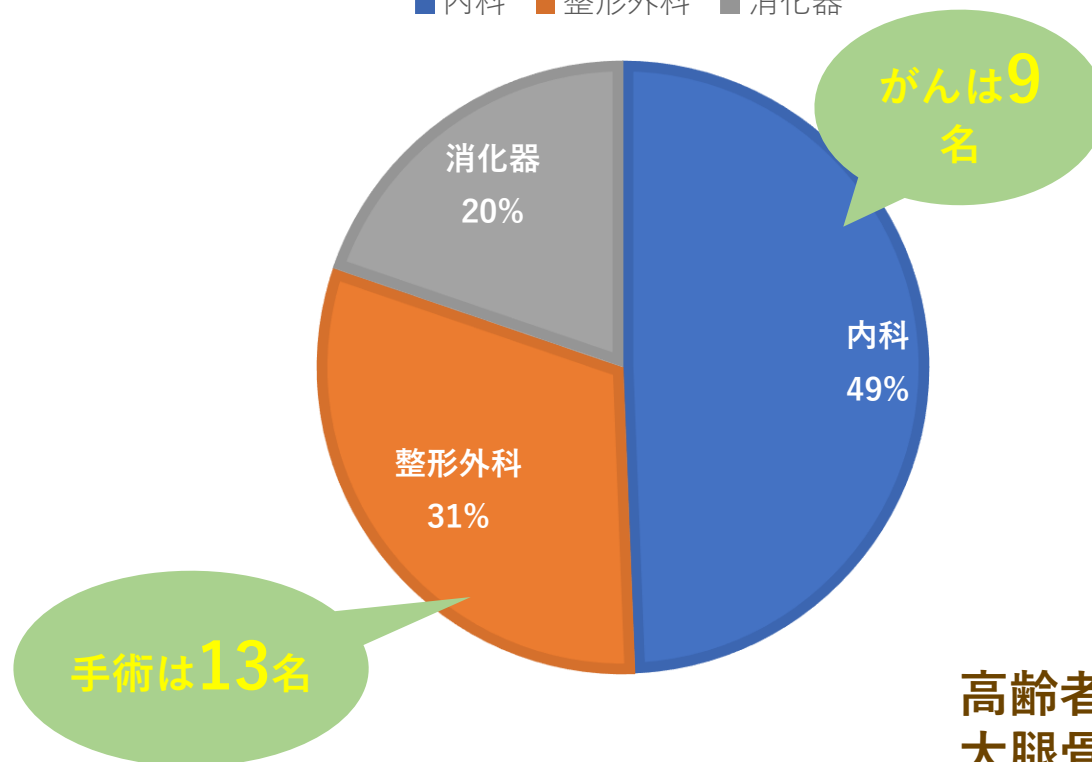
CMED

つよくて、やさしい病院

地域包括医療病棟での疾患の受け入れ

7月入院データ (81名)

■ 内科 ■ 整形外科 ■ 消化器



高齢者救急（肺炎、感染症、心不全、大腿骨骨折、椎体骨折）は34名（42%）

地域包括医療病棟の届出において満たすことが困難な項目

診調組 入-1
参 考
7. 5. 22改

- 届出にあたって満たすことが困難な施設基準として、急性期病棟では「休日を含めすべての日にリハビリテーションを提供できる体制の整備」を回答した医療機関が半数を超えており、「自院の一般病棟からの転棟が5%未満」「常勤のPT/OT/STの配置」「ADLが低下した患者が5%未満」が続いた。
- 地域包括ケア病棟においては、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たすこと」が半数程度であり、「在宅復帰率8割」「休日を含むリハビリの体制整備」が続いた。

満たすことが困難な項目	急性期病棟(n=148)	地域包括ケア病棟(n=151)
看護職員の配置	12.2%	19.9%
常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置	40.5%	33.1%
専任の常勤の管理栄養士の配置	27.0%	21.2%
A D L 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	35.8%	35.8%
A D L の測定に関する研修会の開催	4.1%	7.9%
2 次救急医療機関又は救急告示病院であること	7.4%	7.3%
常時、必要な検査、C T 撮影、M R I 撮影を行う体制にあること	7.4%	7.3%
重症度、医療・看護必要度の基準を満たすこと	23.6%	46.4%
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	21.6%	37.7%
平均在院日数が21日以内であること	17.6%	29.1%
退院患者に占める、在宅などに退院する者の割合が8割以上であること	23.0%	43.0%
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	43.2%	38.4%
救急用の自動車等により緊急に搬送された患者等の割合が1割5分以上であること	25.7%	37.7%
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	10.8%	6.0%
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こと	3.4%	0.0%
休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること	55.4%	41.1%
リハビリテーションに必要な構造設備	8.8%	2.0%

各病棟における入院患者数上位の疾患

中医協 総-3
7. 7. 23改

- 各病棟における入院患者数の多い診断群分類は以下のとおりであった。
- 内科系疾患として誤嚥性肺炎、肺炎、尿路感染症、心不全、脱水、その他の感染症が、整形外科疾患として股関節骨折（手術あり）、胸腰椎の圧迫骨折（手術なし）が多くみられた。
- 地域包括医療病棟の入院患者数上位の疾患は、急性期一般入院料2-6、地域包括ケア病棟と概ね一致していた。
- 地域包括ケア病棟では、短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を行う入院例が多かった。

【各病棟における患者数上位10疾患】

地域包括医療病棟 n=19,603例

1	誤嚥性肺炎	4.2%
2	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	4.1%
3	腎臓又は尿路の感染症	3.2%
4	股関節・大腿近位の骨折	2.6%
5	心不全	2.5%
6	胸椎・腰椎以下骨折損傷	2.4%
7	体液量減少症	2.2%
8	小腸大腸の良性疾患	2.1%
9	その他の感染症（真菌を除く。）	2.0%
10	インフルエンザ、ウイルス性肺炎	1.6%

急性期一般入院料2-6 n= 559,685例

1	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	2.8%
2	誤嚥性肺炎	2.4%
3	小腸大腸の良性疾患	2.2%
4	腎臓又は尿路の感染症	2.2%
5	心不全	2.1%
6	股関節・大腿近位の骨折	1.9%
7	白内障・水晶体の疾患	1.8%
8	胸椎・腰椎以下骨折損傷	1.6%
9	その他の感染症（真菌を除く。）	1.5%
10	体液量減少症	1.3%

地域包括ケア病棟 n=100,967例

1	白内障・水晶体の疾患	9.8%
2	小腸大腸の良性疾患	6.6%
3	胸椎・腰椎以下骨折損傷	3.3%
4	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	2.7%
5	腎臓又は尿路の感染症	2.4%
6	心不全	2.3%
7	誤嚥性肺炎	2.2%
8	体液量減少症	2.0%
9	その他の感染症（真菌を除く。）	1.9%
10	前庭機能障害	1.7%

2024年10月～12月の間に各病棟に直接入棟し、期間内に退棟した症例の診断群分類番号に基づき集計した。

入院料ごとの病棟の職員数（40床あたり）

診調組 入-1
7. 6. 2 6 改

- 40床あたりの管理栄養士数は、入院料によりその人数や比率が異なる。
- 地域包括ケア病棟では、40床あたりの管理栄養士数は少ない。

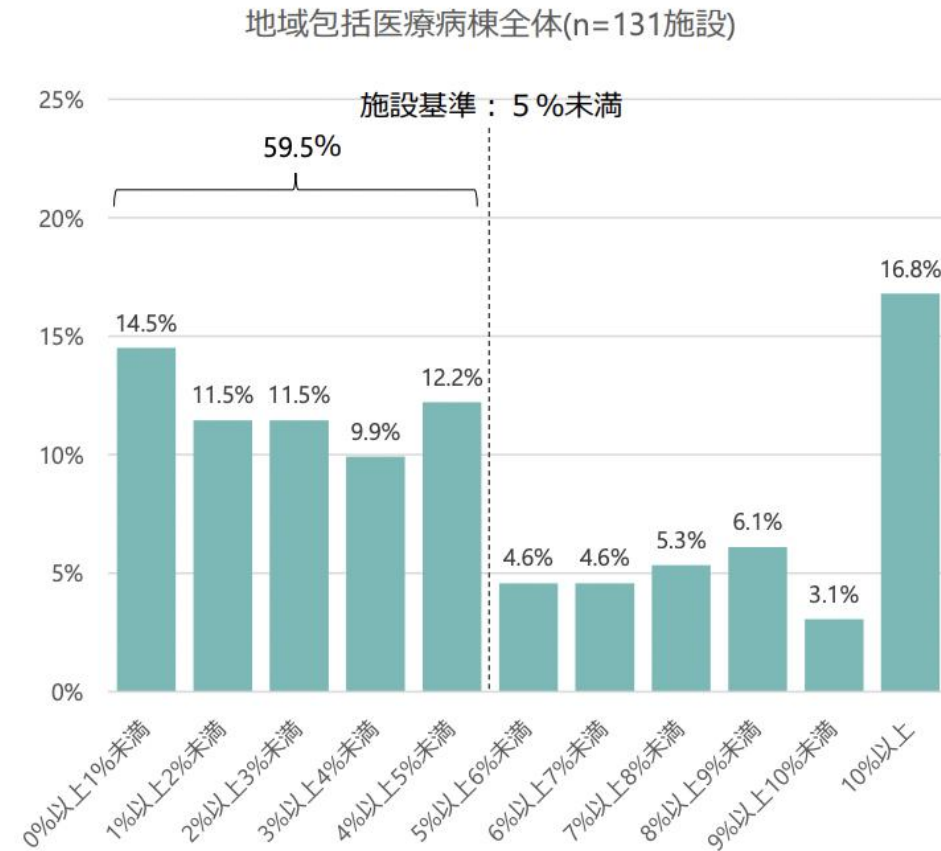
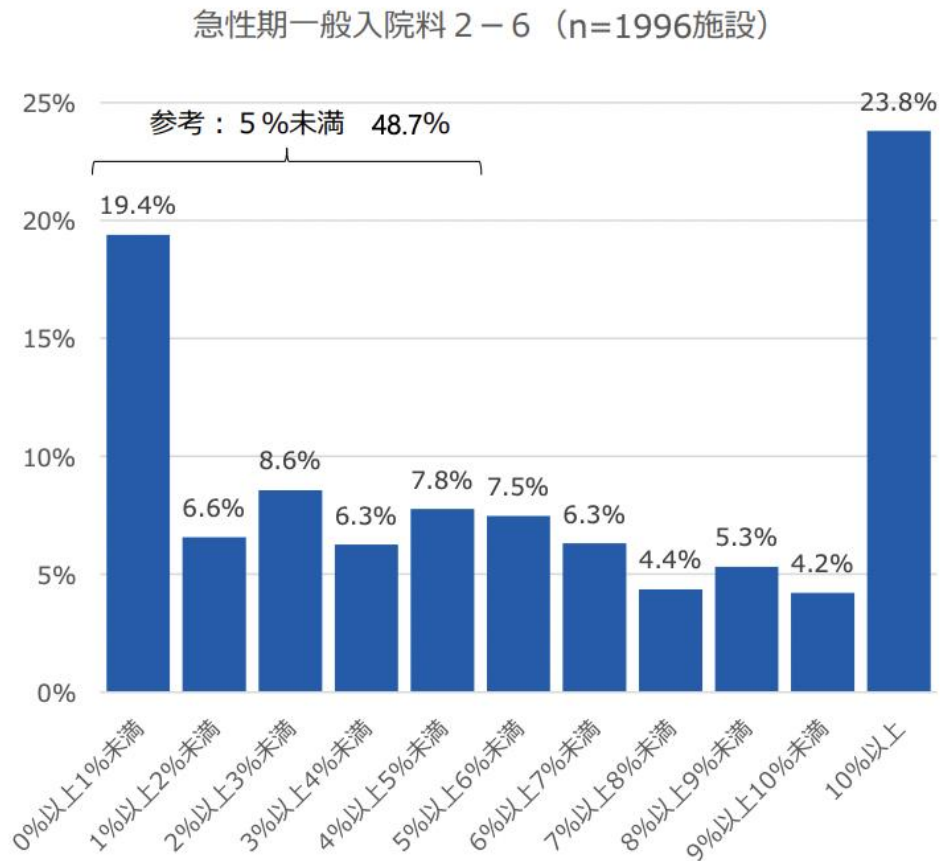
入院料	回答病棟数 ※ 1	40床あたり職員数の施設平均（単位：人）						
		全職員数	看護職員	看護補助者		管理栄養士	リハビリ職 ※ 2	相談員
					うち介護福祉士			
急性期一般入院料1(N=340)	2044	33.91	26.62	3.80	0.48	0.22	1.22	0.31
急性期一般入院料2-3(N=79)	221	31.68	23.18	3.70	0.57	0.23	1.59	0.32
急性期一般入院料4-6(N=181)	274	30.44	20.58	4.70	0.68	0.34	1.22	0.22
特定機能病院入院基本料(N=32)	443	34.60	28.69	2.73	0.05	0.26	0.42	0.10
専門病院入院基本料(N=3)	17	25.40	22.98	2.09	0.00	0.00	0.00	0.00
小児入院医療管理料(N=126)	192	39.44	32.79	2.54	0.24	0.26	0.55	0.31
地域一般入院料1-2(N=21)	24	29.75	19.26	4.49	1.14	0.26	2.30	0.28
地域一般入院料3(N=47)	50	31.65	17.20	5.86	1.02	0.57	2.15	0.41
地域包括医療病棟入院料(N=17)	19	33.09	21.18	4.03	0.63	0.45	2.00	0.55
地域包括ケア病棟入院料(N=312)	349	30.48	19.15	6.53	2.14	0.24	2.66	0.46
地域包括ケア病棟入院料1(N=159)	181	33.56	19.66	7.21	2.67	0.33	3.76	0.59
地域包括ケア病棟入院料2(N=150)	163	27.23	18.64	5.77	1.56	0.15	1.51	0.31
地域包括ケア病棟入院料3(N=1)	1	26.25	20.00	6.25	3.75	0.00	0.00	0.00
地域包括ケア病棟入院料4(N=4)	4	24.59	16.78	6.69	1.71	0.23	0.47	0.43
回復期リハビリテーション病棟入院料(N=370)	497	42.45	16.93	6.92	3.19	0.63	15.79	0.88
回復期リハビリテーション病棟入院料1(N=267)	372	45.41	17.49	6.94	3.36	0.72	17.92	1.01
回復期リハビリテーション病棟入院料2(N=35)	43	37.98	15.43	6.94	3.37	0.43	13.18	0.77
回復期リハビリテーション病棟入院料3(N=64)	67	31.53	15.33	6.67	2.20	0.30	7.82	0.30
回復期リハビリテーション病棟入院料4(N=11)	11	30.46	13.96	7.38	2.55	0.36	6.93	0.47
回復期リハビリテーション病棟入院料5(N=4)	4	30.90	16.70	8.08	3.13	0.56	4.44	0.20
療養病棟入院基本料1(N=358)	577	25.97	12.62	9.32	3.78	0.30	1.23	0.29
療養病棟入院基本料2(N=50)	70	23.73	11.73	7.98	2.83	0.41	1.34	0.27
その他入院料(N=159)	166	35.73	25.31	5.52	1.31	0.36	1.99	0.52

※ 1 20床以下の病棟は除いて集計

※ 2 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の合計数

地域包括医療病棟におけるADLが低下した患者の割合

- 急性期一般入院料 2 - 6 の病棟と地域包括医療病棟におけるADLが低下した患者の割合を比較すると、地域包括医療病棟ではADLが低下した患者の割合が少ない病棟が多かった。
- 地域包括医療病棟においても、ADLが低下した患者の割合が 5 %未満の病棟は約 6 割であった。



急性期一般病棟 2～6、地域包括医療病棟のうち全入院患者数が10名以上いた施設を対象として集計。2024年11月～12月に当該病棟から退院した症例のうち、ADLがエラーなく入力されている全258,574例/15,357症例について、死亡退院を除く退院患者に対する、退院時に入院時よりADLが低下した患者の割合を施設毎に集計し、分布を示した。本来集計から除くべき「がんの終末期」が含まれているため、施設基準の値とは異なる可能性があることに注意。

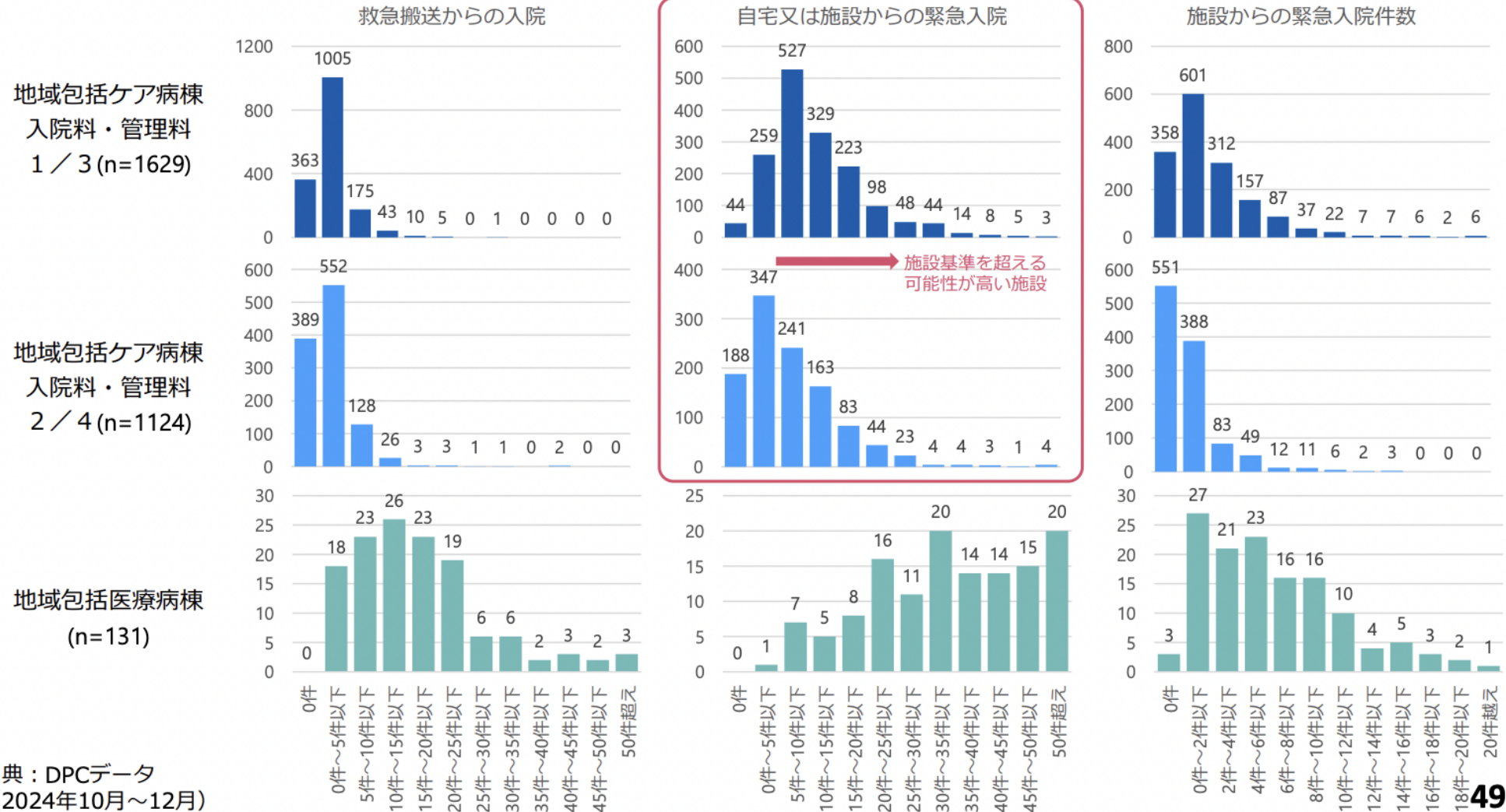
包括期の病棟における緊急入院等の状況

診調組 入-1
7.9.11改

- 救急搬送からの入院や、自宅または施設からの緊急入院は、地域包括医療病棟では多く、地域包括ケア病棟では少ない医療機関が多かった。地域包括ケア病棟の中では、入院料・管理料1/3で2/4よりこれらの件数が多い傾向であり、施設基準（※）を大きく上回るとされる施設も存在した。また、施設からの緊急入院が多い地域包括医療病棟もみられた。

※地域包括ケア病棟入院料・管理料1/3では、自宅等からの緊急入院が前3か月で9人以上必要。2/4では、在宅医療の提供等、他の要件のうちどれか1つを満たすことが必要。

各病棟における緊急入院等の件数（50床1か月あたり）

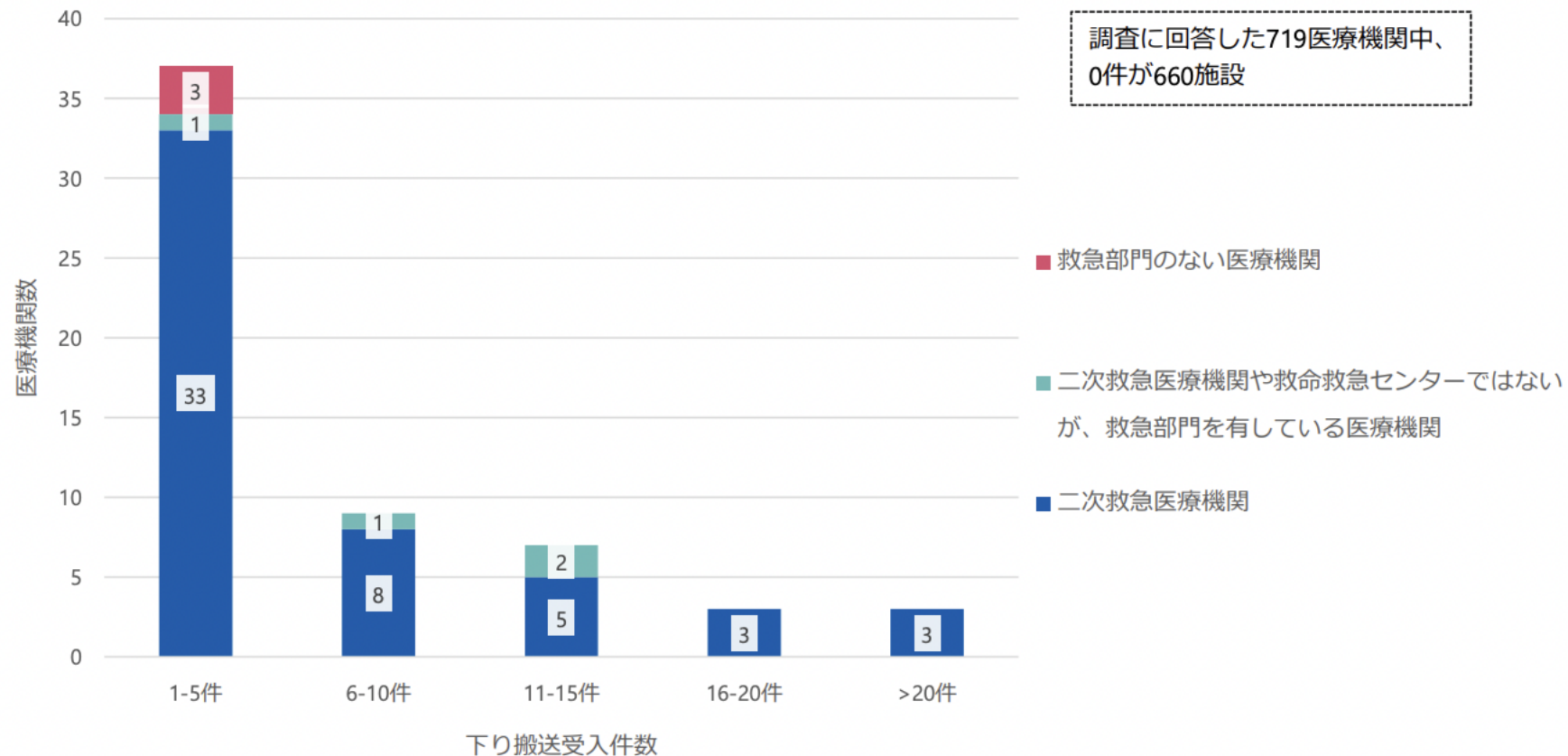


出典：DPCデータ
(2024年10月~12月)

地包医又は地ケア病棟を有する医療機関における下り搬送受入状況

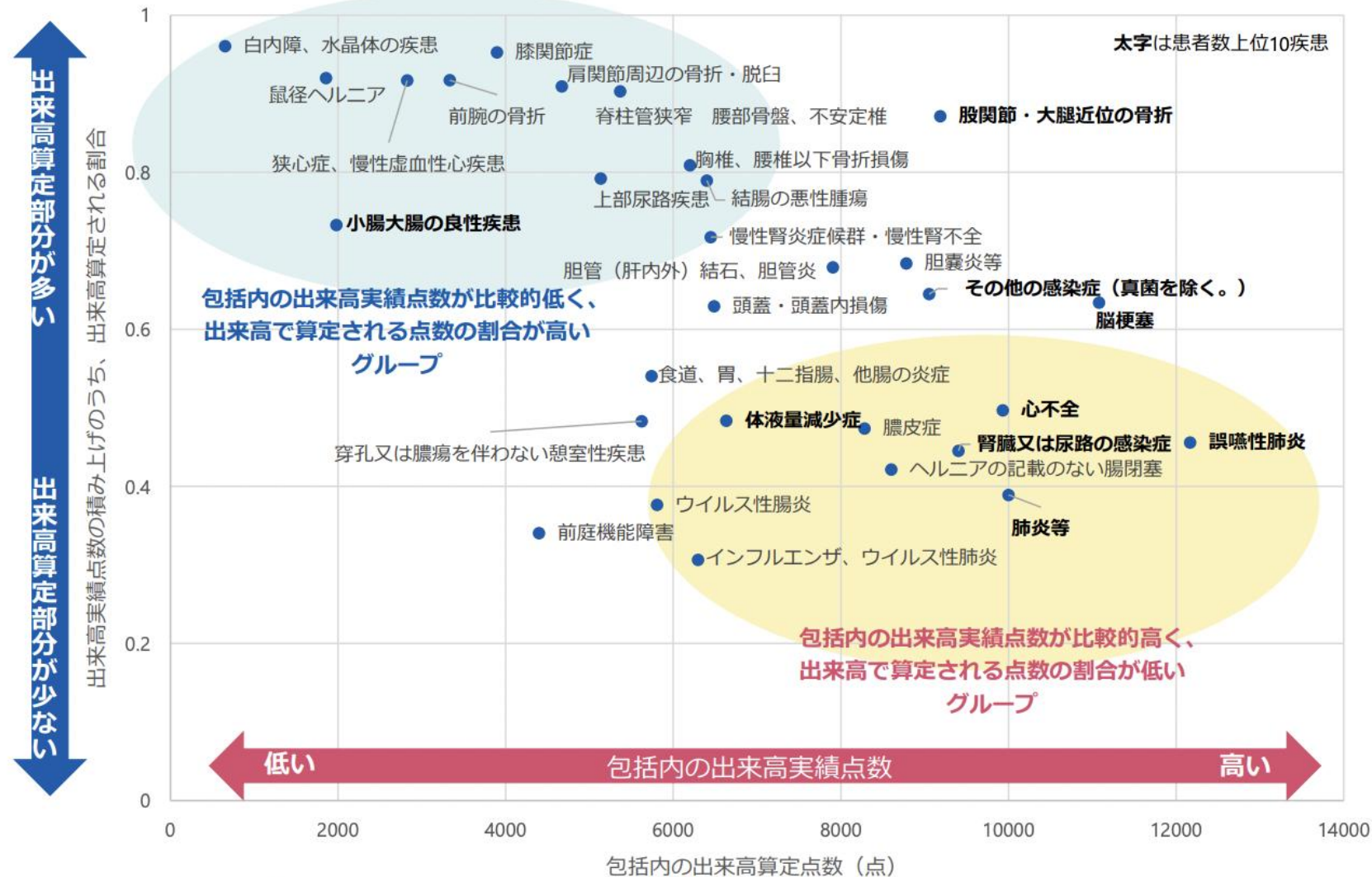
- 地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟を有する医療機関においては、救急部門を有していなくても救急患者連携搬送料の搬送先として下り搬送を受け入れている医療機関があった。

地包医又は地ケア病棟を有する医療機関における
救急患者連携搬送料を算定された患者の下り搬送受入件数
(令和6年10月の1か月間)



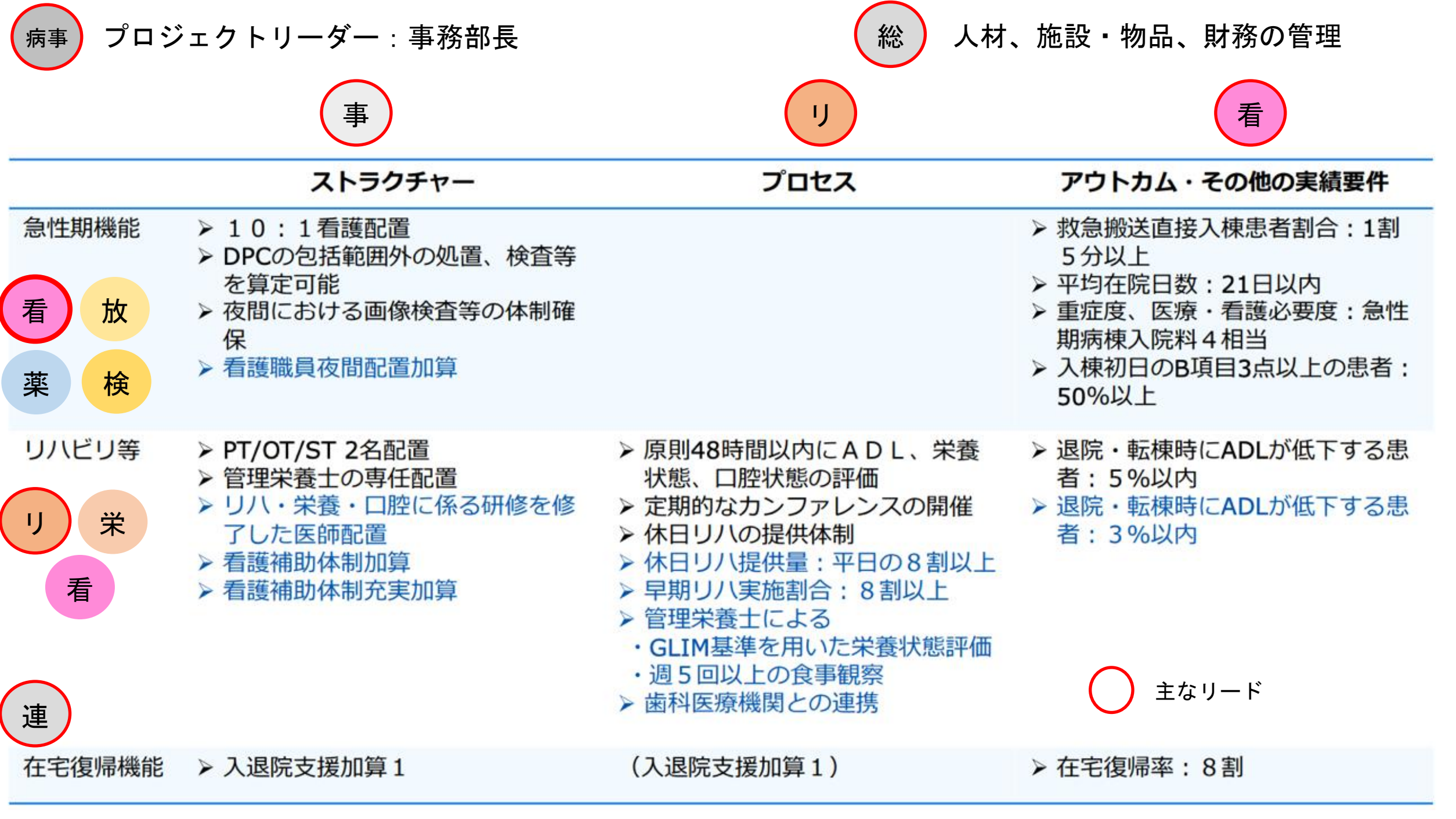
地域包括医療病棟における疾患ごとの包括内出来高実績点数

- 地域包括医療病棟は高齢者で頻度の高い様々な疾患を診ることが期待されているが、中でも頻度の高い、肺炎や尿路感染症等の主として内科的治療を行う疾患は、包括内の出来高実績点数が高く、出来高算定部分が少ない。



地域包括医療病棟開設に向けたスケジュール

- 3/18 キックオフ
- 5/19～仮運用
 - 看護部はモジュール運用開始（含看護補助者）
 - 薬剤課、栄養課、リハ課のチーム配置開始
 - CMED office 開設
- 6/1～本運用
 - 医療連携・在宅医療支援課をCMED・地域連携課に改組
 - 医療連携室を地域連携室に改組
 - 地域包括医療病棟の届出
- 7/1～地域包括医療病棟稼働



地域包括医療病棟運営に関する業務手順書等の作成

（仮称）多職種連携かかりつけパートナーシップ方式+外来連携強化版.docx	（仮称）多職種連携かかりつけパートナーシップ方式.docx
CMED（地域包括医療病棟）機能 実施要項（案） Ver. 1.12（最終版）.docx	地域包括医療病棟における同意説明および同意署名取得に関する基準.docx
地域包括医療病棟（CMED）におけるNP・薬剤師連携強化モデル.docx	看護記録及び診療情報の取り扱いに関する基準.docx
【地域包括医療病棟(CMED)： Barthel Index (BI) 運用マニュアル】.docx	栄養士による食事観察と食事観察を通して食事変更プロトコル.docx
地域包括医療病棟のブランディングに関する経緯と戦略まとめ（改訂版）.docx	地域包括医療病棟における管理栄養士業務手順書.docx
新しい「地域包括医療病棟（みんなの地メディCMED）」のご紹介.docx	CMED・地域連携課 運営マニュアル.docx
CMEDにおけるBIを用いたEBNM実践と研究.docx	地域包括医療病棟における献立作成の考え方.docx
地域包括医療病棟における薬剤師業務手順書.docx	地域包括医療病棟 リハビリテーションマニュアル.docx

複雑な医療ニーズをマネジメントする

- 地域包括医療病棟で難しいのは「複雑な医療ニーズへの対応」
- 疾患（診療科）もその病期（急性期、回復期、在宅復帰）も混じり合っていて、地ケアを超える「究極の混合病棟」

CMED創設

複雑さに対応するための4つの方法

1. 組織構造の変革（タスク・機能の横断化）
2. 人材・スキルの「複合化」と「流動化」
3. 情報の一元化とデジタル化
4. 理念・ビジョンの統一

CMEDカンファ
院内SNS/iphone

多職種チームや
高度人材（NP等）
の活用
コマネジメント

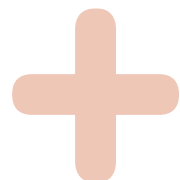
包括期看護の体系作り
CMEDブランディング

包括期の医療を効率的に診療する仕組み

コマネジメントとは

「幅広い内科の知識を持つ内科系の総合医」が、「特定の分野の専門医」と
タッグを組み、一人の患者さんを二人三脚で診ていく医療体制のこと

専門医



内科



NP

診療看護師（NP）が
コマネジメントに参加

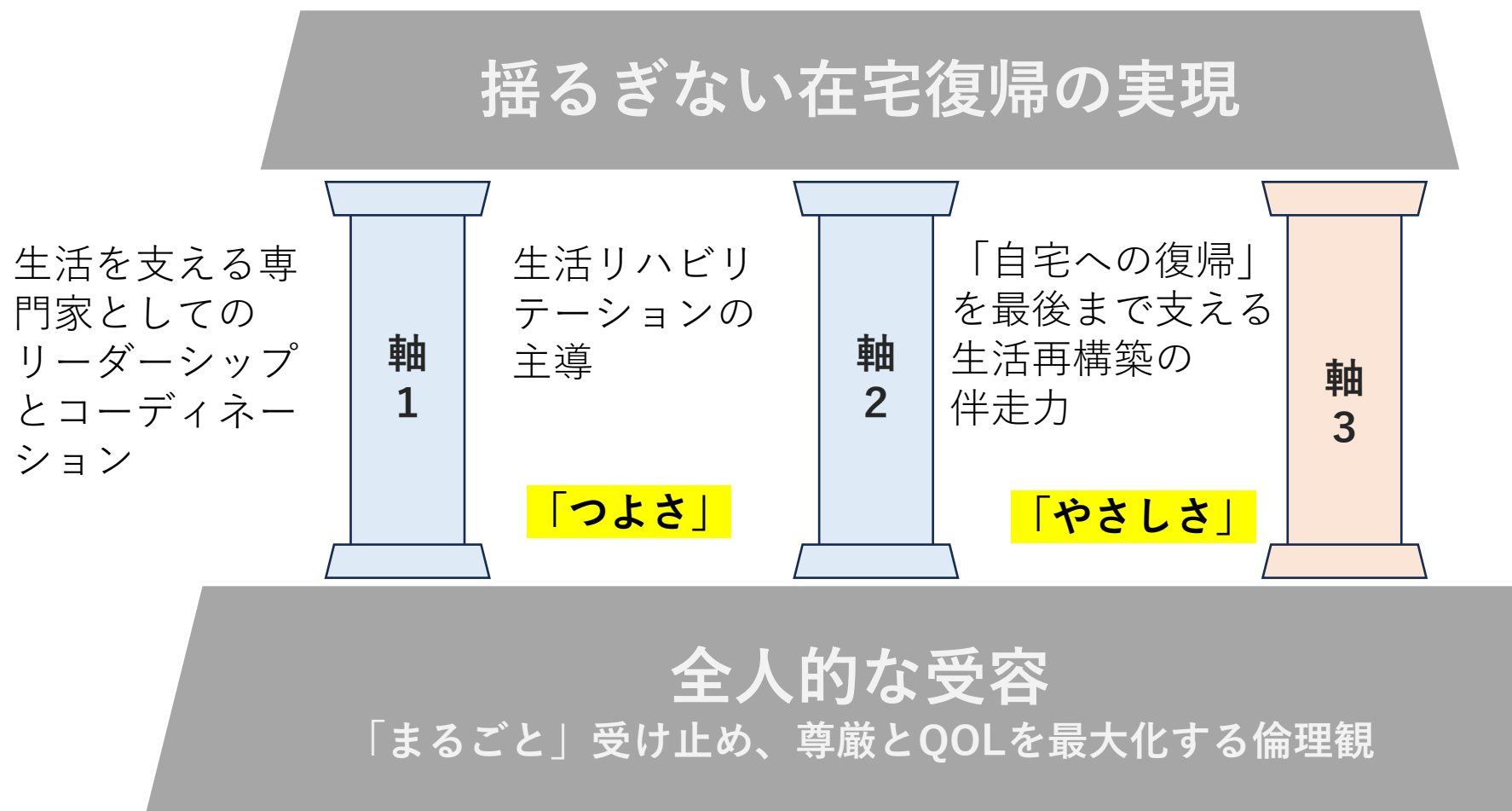


当院では
ホスピタリストNP
と呼んでいます

NPの導入により「複雑な高齢者ケアの質的向上」と
「看護チームの生産性向上」につながっている

包括期の看護「つよくて、やさしい看護」

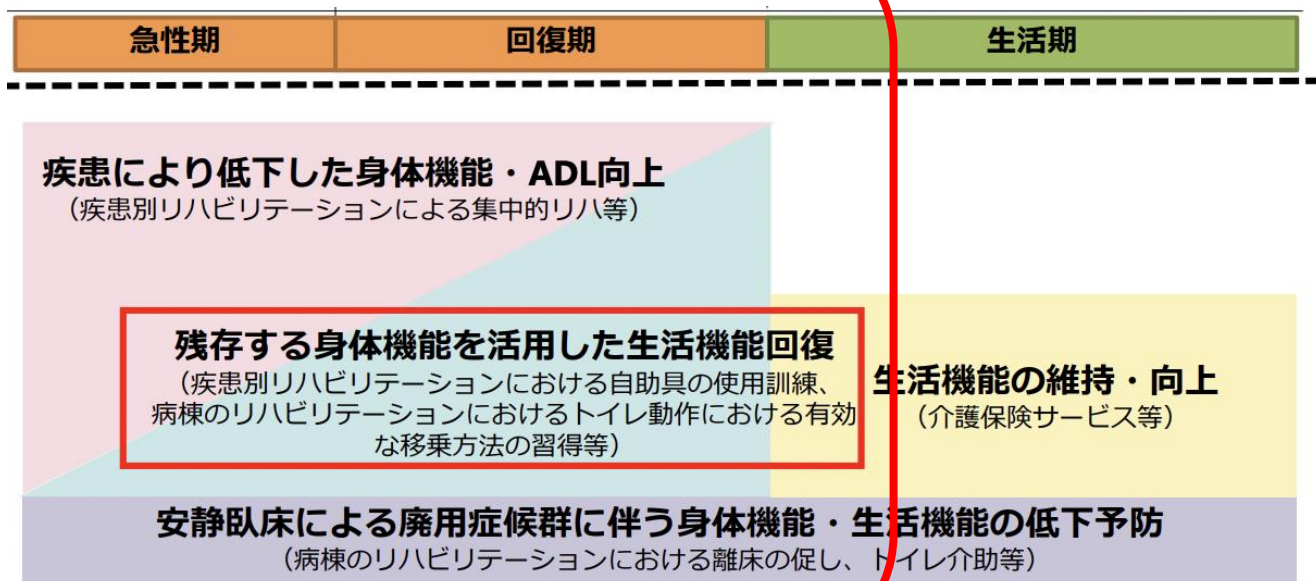
包括期看護とは、患者の生活を全人的に受け止め、再構築する「つよさ」と、人生の選択を最後まで寄り添い見届ける「やさしさ」で、揺るぎない在宅復帰を実現するプロフェッショナルな役割である。



包括期のリハビリテーション

単一疾患のリハでは解決できない複雑なニーズに応えるための
チームによるリハビリテーション

疾患別リハだけがリハビリテーションではなく、看護師もリハビリテーションで協働する意識づけが重要



当院の例（90歳台の大腿骨頸部骨折）

- 1) 疾患別
 - ・ 運動器リハビリテーション（PT）
- 2) 生活機能回復
 - ・ 排尿自立支援（看護師）
 - ・ 摂食機能療法（ST/看護師）
 - ・ POCリハ（PT/ST/看護師）

病棟と高齢者施設の直接的な連携

早期介入で救急搬送や入院を予防

ambulatory care sensitive condition (ACSC*)への早期対応で、少ない病床を効率的に利用

受診の流れ



高齢者救急（肺炎、感染症、心不全、大腿骨骨折、圧迫骨折等）の専門チームです。
緊急の場合でもお気軽にご相談ください。（夜間・休日は 代表電話：048-421-3030）

*プライマリーケアで適切にマネジメントすることで入院を防ぐことができる可能性のある状態

在宅入院（hospital at home）を实践

急性期在宅入院で入院を減らす

在宅入院の实践で、少ない病床を効率的に利用

緊急時の入院対応のバックアップがあるから安心



地域包括医療病棟



44床

- ・高齢者救急
- ・緩和ケア

在宅入院



+α床

- ・急性期在宅入院
- ・在宅緩和ケア

訪問診療・看護



- ・健康管理
- ・定期的な診療



orangelemon

人手不足に耐えうる組織づくり

病院における課題感

- 労働投入量が押し下げられる中で、医療の現場ではより少ない人数で現存する医療需要に対応していく必要がある
- 人手不足により、医療提供体制の縮小を迫られる可能性がある



生産性の高い組織への変革が必要



人材・組織の再配置



業務改善、教育、デジタル化

病院内の改革の流れ（統合と再編）

病院事務部の改革

病院事務部門改革アクションプラン NEXT 2025
をもとに

- ・ 組織再編
- ・ 組織改革と業務改善（病院事務部門運営会議）

新組織として

- ・ 病院事務課
- ・ 総務管理課
- ・ CMED/地域連携課（6/1から名称変更で誕生）

看護部の改革

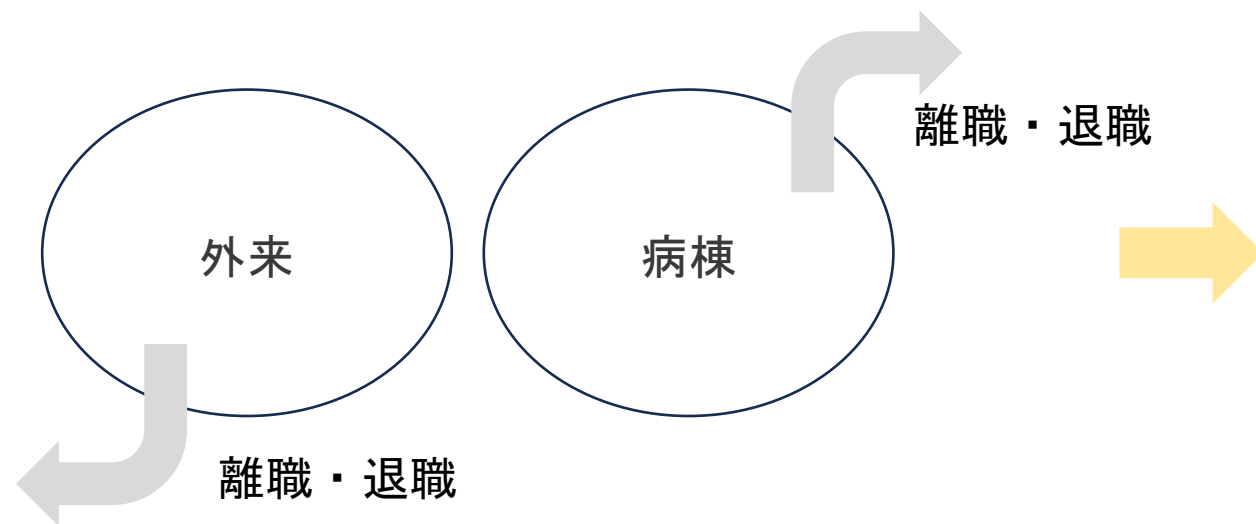
seamless nursing（途切れのない看護）
かかりつけナースの実践を目指す

- ・ 組織再編
- 外来・病棟の一元化
- ・ 地域包括医療病棟への移行
- ・ 病棟の再構築
- 看護方式の抜本的な見直し
- ・ 業務手順書の全面見直し



CMEDの設置

看護部のスマート・コンパクト化

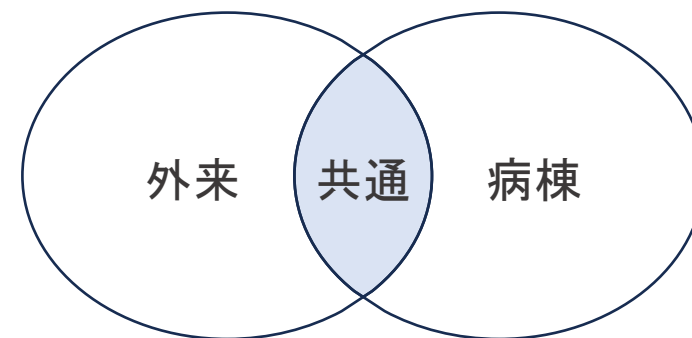


人材の減少に伴う、各部門の事業継続への支障

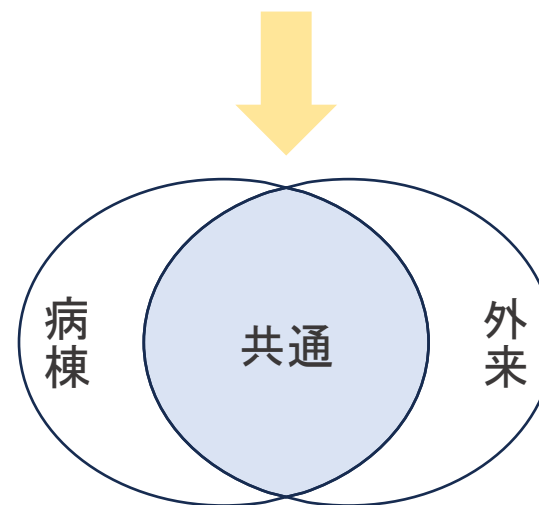
- ・残されたスタッフへの業務の負担と不安の蔓延
- ・事業縮小と組織能力の低下

ただし、外来・病棟と機能分化しているにはそれなりの理由があるわけで、よい塩梅を探っていかなければならない

看護部のスマート・コンパクト化



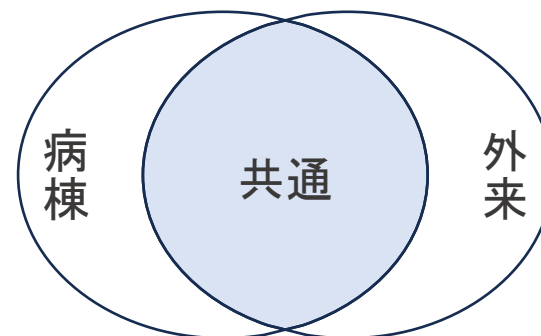
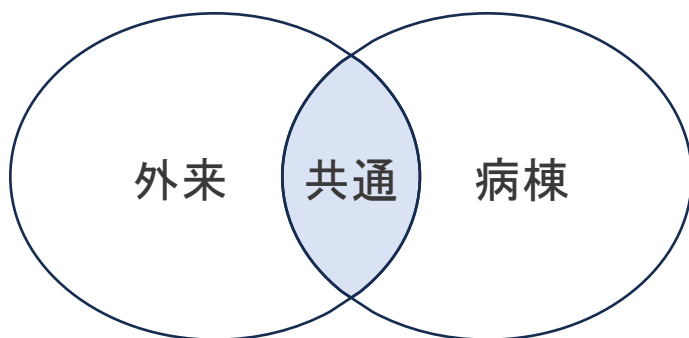
外来・病棟の管理の一元化を行い、現場レベルではタスクシェアから開始する（移行期間）



外来・病棟の一体運用の実現を目指す

外来・病棟看護の一元化とフロートナースの活用

外来・病棟看護の一元化



初期は共通部分として救急外来を選定
救急外来業務をフロート看護師が対応

現在はフロート看護師は病棟・外来および
救急外来をシームレスに担当する



フロート看護師

病院の外来・病棟・救急外来をつなぐ
リエゾンの役割の看護師
フロートNsは看護師シフトの一つ

今後の看護部の組織改革の方向性と成果

中小病院や地域医療
の現場にあった
患者に寄り添える
看護の実現

切れ目のない患者中心のケア

Seamless nursing

生産性の高い働き方

productive workstyle

病院の規模や業務に
合わせた組織設計

持続可能性のある組織体制

sustainable system

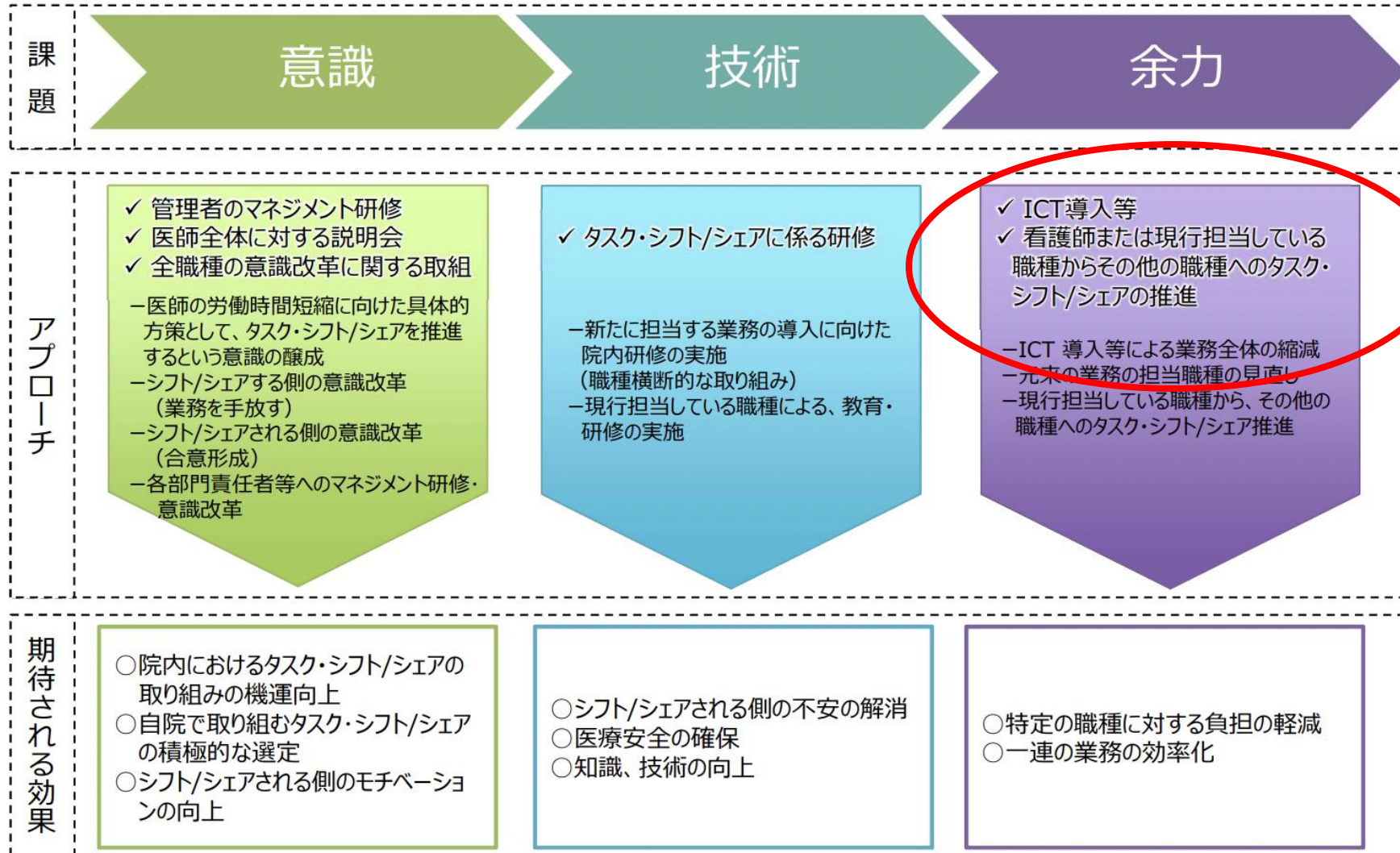
タスクシフト/シェ
アを通じた業務の効
率化

ジョブローテーショ
ンを通じて個々の能
力を活かし全体とし
て能力密度を向上さ
せる

具体的な普及・推進策について

タスク・シフト/シェアに関する3つの課題に対するアプローチ

第3回検討会（令和元年11月20日）表構成員提出資料
（参考資料1-1）を踏まえ事務局にて作成



◆ タスク・シフト/シェア推進のプロセスについて費用対効果を含めて好事例を収集・分析し、周知することが必要

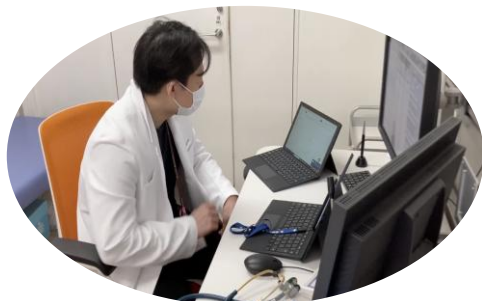
デジタル化と業務改善について



EWSSモニター



院内iphone化と
院内SNS運用



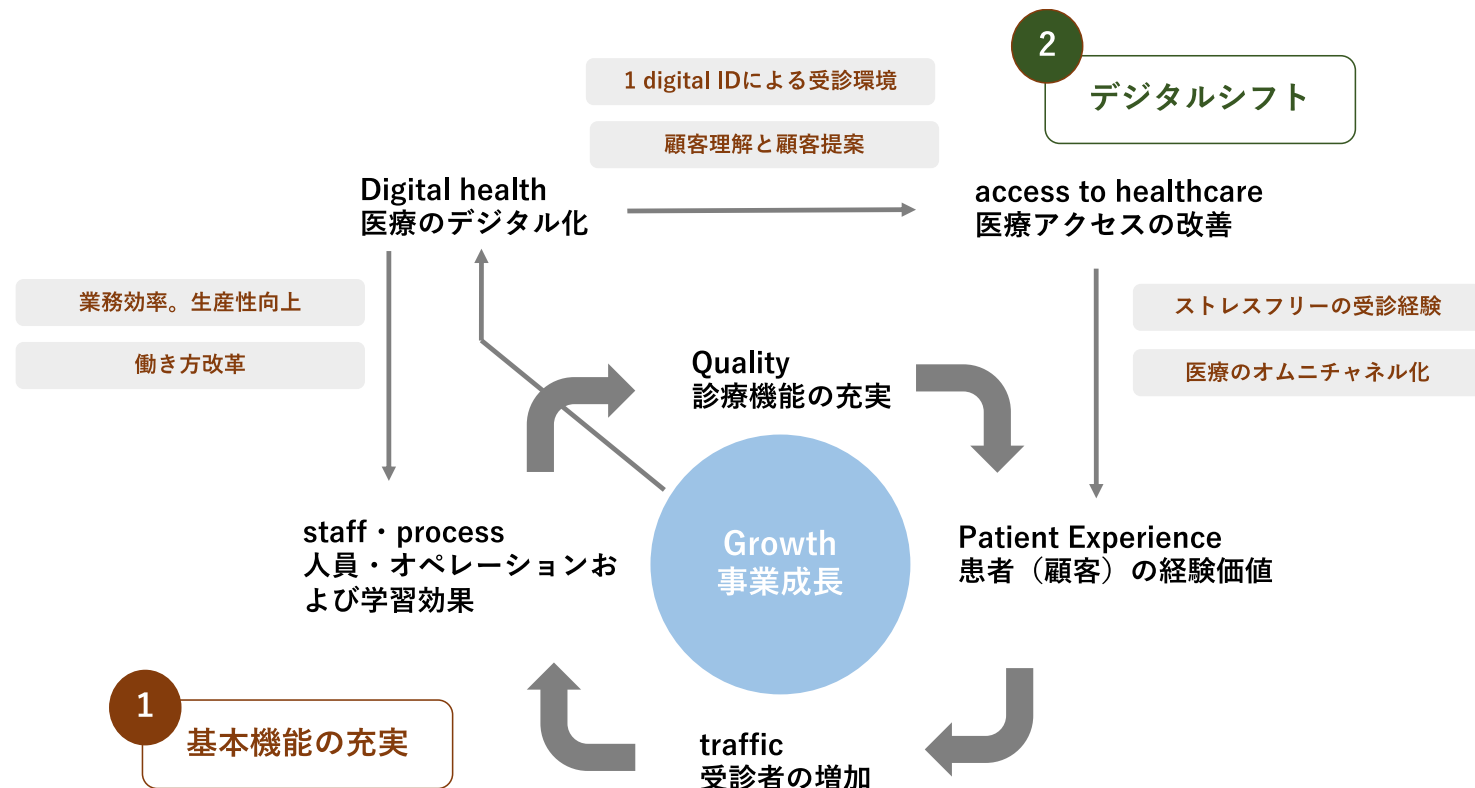
日々のオンライン診療



ヘルスケアモビリティ
医療MaaS



CRM（顧客管理システム）



地域包括医療病棟移行の医業収益への影響

昨年度同月平均との各種指標と差

	2024年 7～10月*	2025年 7～10月
単価	55,500円	53,600円
入院収益	6,670万円	6, 320万円
売上原価の差 (2024-2025)	▲ 760万円/月 (病院全体)	
人件費の差 (2024-2025)	▲ 1210万円/月 (病院全体)	

*急性期一般入院料 1 (7:1)を算定

失敗から立ち上がり進化する「N字回復」



2016年

2019年

コロナ禍

2023年

2024年

2025年

病院改革

新病院計画中止
看護師大量離職

地域包括医療病棟への転換
CMEDの立ち上げ

公平病院、埼玉県南部医療圏で初となる
地域包括医療病棟を7月1日に開設

- 超高齢社会における一貫した医療提供体制を構築 -

サービス | 2025年7月1日 08:30

医療法人慈公会 公平病院

医療法人慈公会 公平病院(所在地:埼玉県戸田市、病院長:公平 誠)は、2025年7月1日、埼玉県南部医療圏において初となる地域包括医療病棟を開設いたします。これにより、超高齢社会が抱える医療課題に対し、急性期から在宅復帰までを網羅する、一貫した医療提供体制を構築してまいります。



@press 2025/7/1

変化を機会に変える「選択と集中」

1. 「量」から「質」への転換

- 新病院建設の中断 を機に、急性期から包括期医療へシフト
- 地域包括医療病棟を「コミュニティホスピタル」の最適解として位置付け

2. 人手不足を乗り越える「スマート・コンパクト化」

- 看護師の大量離職 に対応するため、外来・病棟の一元化 やフロートナースを導入
- 部門の縦割りの弊害を崩す、多職種チーム（CMED）の立ち上げでタスクシフト・シェアを推進

3. コスト効率性の追求と財務の安定

- 入院収益（単価）の減少を上回る、売上原価（▲ 760万円/月）と人件費（▲ 1,210万円/月）の大幅削減
- 月額1,620万円の医業利益改善効果を達成

「つよくて、やさしい」持続可能な医療モデル

1. スタッフの満足度と定着率の向上

- 「業務過多による離職」の負のサイクルを断ち切り、切れ目のない患者中心のケア（Seamless Nursing）に集中できる環境を整備
- NPによるコマネジメントは、複雑な高齢者ケアを看護の視点で分解・実行することを可能にし、看護師の業務負荷を軽減

2. 地域に寄り添う「全人的な受容」

- 地域包括医療病棟の指標を達成しつつ、高齢者救急に特化
- 患者の「自宅への復帰を最後まで伴走」する「つよさ」と「やさしさ」のバランス医療を実現

3. 2040年の未来から逆算した病院の役割

- Community Hospital として、今後ますます複雑化する地域の複合ニーズに応え続ける

「撤退」ではなく、地域とともに生きるための「進化」を

- 転換は「敗北」ではない。超高齢社会における包括期医療へのシフトは、地域ニーズへの「進化」
- ハード（建物）の限界を、ソフト（組織・人）で超える。人手不足時代を生き抜くには、機動力と生産性の高い組織が最強の武器
- 「失敗」こそが最大の資産。痛みを経験したからこそ、持続可能なコミュニティホスピタルという「最適解」へ挑む

変化を恐れず「つよくて、やさしい」地域医療の未来を創りたい