

令和 7年度 民主・市民の会 報告書

1 調査年月日 令和8年 1月22日(木) 13:30~15:00

2 調査項目及び調査地

【調査項目】

公立つるぎ病院の地域包括医療病棟の取組について

【調査地】

石川県白山市 / 白山石川医療企業団 公立つるぎ病院

3 議員名

- ・内山 祥弘
- ・干場 芳子
- ・佐々木 聖子
- ・稲守 耕司
- ・吉田 美幸

4 調査報告書

別紙のとおり：【報告者】内山祥弘

5 その他

2026年 1月22日(木) 13:30~15:00

報告者：内山祥

弘

○石川県白山市 / 公立つるぎ病院

公立つるぎ病院の地域包括医療病棟の取組について

■説明員

- ・ 病院長 柿木 嘉平太 様
- ・ 病院参事 時國 知之 様 他

■公立つるぎ病院について

公立つるぎ病院は、白山石川医療企業団の構成病院の一つである。白山石川医療企業団は、石川県白山市、野々市市、川北町を構成団体とする医療企業団であり、主に高度急性期および救急・急性期を担う公立松任石川中央病院、主に高齢者救急、在宅支援および回復期を担う公立つるぎ病院、白山ろく地域に所在する吉野谷診療所、中宮診療所および白峰診療所から構成され、企業団全体で患者の病状や生活環境等に応じてそれぞれの病棟や在宅医療など切れ目のない包括的なケアを実施している。

人口は、白山市は 112,064 人（令和 8 年 2 月末現在）、野々市市は 54,791 人（令和 8 年 2 月末現在）、川北町は 6,068 人（令和 8 年 4 月 1 日現在）となっている。なお、公立つるぎ病院が位置する鶴来地域の人口は令和 2 年 12 月末現在、23,482 人で高齢化率は 27.5%、白山ろく地域の人口は 5,121 人で高齢化率は 43.4%となっている。

■地域包括医療病棟への移行に至った経緯について

まず、全国的に、2025 年に向けて高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は 2025 年以降さらに減少が加速すると推計されている。また、医療・介護の複合ニーズを有する 85 歳以上の高齢者が増加することが見込まれる中で、2020 年から 2040 年にかけて、85 歳以上の救急搬送は 75%増加し、85 歳以上の在宅医療需要は 62%増加することが見込まれている。その一方で、高齢者の救急/急性期は、軽症・中等症が多いという特徴がある。また、高齢者は入院により ADL が悪化しやすく、かつ、在院日数が長いほど退院時に ADL が低下している値が大きいという傾向があるが、リハビリの提供体制が不十分な病院が少なくない。さらに、高齢患者の場合、様々な問題により退院調整に時間がかかり、入院期間が長くなる場合がある。その他に、働き手の減少により、急性期医療の集約化・広域化が求められているという課題がある。

そのような中で、高齢者の救急患者等に対応する入院医療として、新たな病床機能として、病院での手術・治療など早期の治療介入を行う急性期と、リハビリや栄養管理で機能回復を行い早期の退院および在宅復帰に向けた提供を行う回復期の両者を併せ持つ、包括期への見直しが行われている。そのような高齢者の複合ニーズに応える医療やリハビリ等

を包括的に提供するものとして、令和 6 年度診療報酬改定から、地域包括医療病棟が導入されている。

公立つるぎ病院では、これまでも、へき地医療拠点病院の指定や在宅療養支援病院の採択を受け巡回診療や訪問診療などを行い、また、リハビリテーションやNST チームでの口腔ケア回診、多職種による退院支援、退院後のケアを行っており、回復期に力を入れて来た。また、石川県内で一番高齢者が多いなど地域の患者の受療動向や、地域包括医療病棟の理念が公立つるぎ病院の機能に合致すると判断されたことなどから、令和 6 年 7 月から、急性期一般病棟を地域包括医療病棟に転換・移行した。なお、現在の病棟・病床構成は、3 階の回復期リハビリテーション病棟 (44 床)、4 階の地域包括医療病棟 (54 床)、5 階の地域包括ケア病棟 (54 床) の計 152 床となっている。また、職員数の状況 (会計年度任用職員を含む) は、令和 6 年度 4 月 1 日現在、医師 13 名、看護師 131 名、医療技術職員 65 名 (内、理学療法士 21 名、作業療法士 18 名、言語聴覚士 3 名、管理栄養士 4 名) となっている。

また、地域包括医療病棟への転換と同時に、令和 6 年度診療報酬改定における DPC 対象病院の基準の見直しにより、「調査期間 1 月あたりのデータ数が 90 以上」を満たすことが見込まれないため、DPC 制度から退出している。

■地域包括医療病棟導移行にあたっての取組みについて

地域包括医療病棟導入にあたっては、急性期医療機能の他に後期高齢者を中心にリハビリテーション、栄養等の管理を行うためのサービス提供が求められており、施設基準として、多くの複雑な要件を毎月クリアすることが求められており、地域包括医療病棟が難しいと言われる所以である。具体的には、急性期機能では、10:1 の看護配置のほか、24 時間の画像検査等の体制確保、救急搬送直接入棟患者割合 15%以上、平均在院日数 21 日以内、重症度、医療・看護必要度 15%以上などがある。また、リハビリ等では、PT/OT/ST の 2 名配置のほか、管理栄養士の専任配置、原則 48 時間以内に ADL、栄養状態、口腔状態の評価、休日リハの提供体制、退院・転棟時に ADL が低下する患者 5%以内などがある。在宅復帰機能では、入退院支援加算 1、在宅復帰率 8 割などがある。そのように実績要件のデータが多いため、多職種のスタッフが常時モニタリングを行える管理体制を構築し、アウトカム指標を確認できるように、電子カルテの端末からモニタリングできるリアルタイム掲示板を導入している。

また、入院患者を、地域包括医療病棟かまたは地域包括ケア病棟のどちらに入院させるのか、入退院担当者がある程度迷わずに病棟を選択できるように、入院患者の病棟選択のフローチャートを作成し用いている。

また、ADL のアセスメント (評価) は、入院患者全員に 2 日を空けずに必ず行っているとのことである。

■地域包括医療病棟移行による効果および課題について

地域包括医療病棟の移行 (令和 6 年 7 月) 後 6 カ月間の実績では、重症度、医療・看護

必要度 15%以上は、データを上手く拾えていなかった 9 月を除いて、基準をクリアしている。また、平均在院日数 21 日以内は、長くなり 21 日に近づいて来ているが、しっかりとリハビリや退院調整を行なっている結果とのことである。救急搬送で入院した割合 15%以上は、余裕をもってクリアしている。在宅復帰率 80%以上も同様である。ADL が低下した患者割合 5%以下は、12 月にインフルエンザや新型コロナで隔離療養のためにリハビリが難しくなったことなどがあり基準をオーバーしたが、それ以外の月は達成している。

次に、入院料の比較では、DPC の急性期一般では、初期には多くの医療資源を投入し重症患者の治療が可能となるが長期間の入院は難しく、通常 3 段階の入院料となり、2 週間以上になるとかなり低い入院料となる。一方、特定入院料の地域包括医療では、最大 90 日までの入院料が一定であり、包括期では医療資源投入量に限界があるが、比較的長期の入院が可能のためリハビリや退院調整の時間が確保できる。その結果として、地域包括医療病棟移行後は、病棟の延べ利用者数（病床利用率）のほか、稼働額（前年比、6 ヶ月で 5,200 万円の増収）、平均在院日数が長くなっても比較的高い単価を得られることから平均単価ともに、過去 2 年間の実績値を上回っている。

地域包括医療病棟移行後に聞き取り調査を行ったところ、患者側からみて良かったことは、①入院してすぐにリハビリが開始され、土日もリハビリができる。②入院から退院までスタッフがかわらない。③同じ病棟で過ごすことができ、環境変化が少ない。悪かったことは、①緊急入院、手術、看取り、認知症など幅広く受け入れているため、マンパワーが不足気味でケアが不十分となる可能性がある、とのことである。

看護師側からみて良かったことは、①入院時から退院まで、患者、家族に寄り添った支援ができる。②退院支援でも入院時から関わったスタッフから情報を得ることができる。悪かったことは、①緊急入院、手術、看取り、認知症など幅広く受け入れながら、退院支援もしているため負担が大きくなった、とのことである。

いずれにしても、地域包括医療病棟では、看護業務が急性期（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合が多い）と回復期（在宅復帰に向けた医療やリハビリを提供。体のケアだけではなく心のサポートも必要）の両方に跨り、業務が多岐に渡り病棟スタッフの負担が大きくなるため、機能の異なる病棟の転換はスタッフの適応・順応が必要となるほか、DX や AI など業務負担軽減策を検討していく必要があるとのことである。