

姫路市における医療介護の 機能分化を学ぶ

～適正なベッド利用でミスマッチを防ぎたい～

姫路市・西播
介護サービス事業者連絡協議会

2025年11月29日 15:00～18:00
姫路市医師会館にて

11月29日 次第

- 1.開会
- 2.挨拶
- 主催 姫路市・西播介護サービス事業者連絡協議会 会長 田上 龍太郎
- 共催 一般社団法人 姫路市医師会 会長 國部 伸也 様
- 3.来賓挨拶
- 姫路市長 清元 秀泰 様
- 中播磨県民センター センター長 井野 健三郎 様
- 4.地域包括ケアシステムの説明
- 姫路市・西播介護サービス事業者連絡協議会 副会長 中谷 裕司

司会 中藤 靖雄

5.医療分野

①急性期DPC病床 姫路赤十字病院 副院長 中村 進一郎

②回復期リハビリテーション病床

姫路中央病院 理事長 東 靖人 ・ 姫路中央病院 副院長 後藤 正樹

③包括・療養病床 中谷病院 理事長 中谷 裕司

～ 休憩 ～

6.介護分野

①介護老人保健施設 ゆめさき 事務次長 中安 克仁 ・ ゆめさき 統括マネージャー 家氏 裕久

②特別養護老人ホーム いやさか苑 施設長 田上 優佳

③サービス付き高齢者向け住宅 ゆめか 代表取締役 赤藤 千夏 ・ ゆめか 施設長 福井 剛

7.1日当たりの費用と入院・入所所日数

8.在宅医療・介護から感想

①介護支援専門員 いんくるサポートセンター 代表取締役 西村 しのぶ

②訪問診療 くるす医院 院長 来栖 昌朗

9.まとめ

姫路市・西播介護サービス事業者連絡協議会 副会長 中谷 裕司

10.閉会

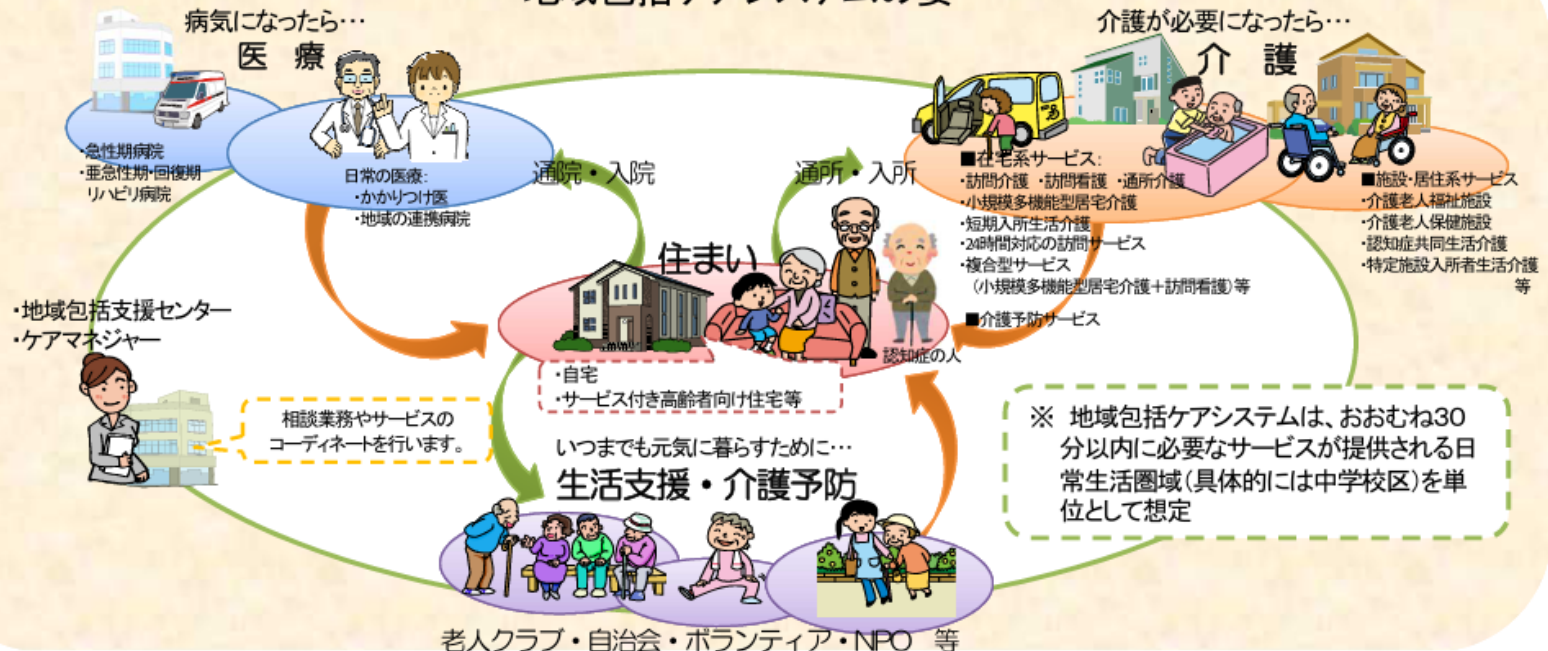
主催・共催・後援団体

- ・主催 姫路市・西播介護サービス事業者連絡協議会
- ・共催 一般社団法人 姫路市医師会
- ・後援 姫路市・姫路市地域包括支援センター連絡会・一般社団法人 姫路市歯科医師会・一般社団法人 姫路薬剤師会・公益社団法人 兵庫県看護協会西播支部・姫路市地域連携室協議会・兵庫県理学療法士会中播磨支部・一般社団法人 兵庫県作業療法士会・兵庫県言語聴覚士会中播磨ブロック・姫路市社会福祉協議会・中播磨訪問看護ステーション連絡会・兵庫県介護支援専門員協会姫路支部・一般社団法人 兵庫県介護老人保健施設協会西播支部・姫路市老人福祉施設連盟・姫路市小規模多機能型居宅介護事業所連絡会・グループホーム連絡協議会（順不同）

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
 - 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
 - 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。

地域包括ケアシステムの姿



医療・介護の提供体制の将来像の例

資料1

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

○日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。

○小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

医療提供体制の充実と重点化・効率化

都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

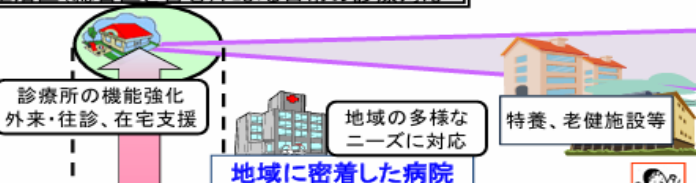
&

地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)

※ 体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討

市町村レベル:

主治医(総合医を含む)による日常の診療対応



人口20～30万レベル:

救急病院など地域の基幹病院を中心とする医療機関のネットワーク



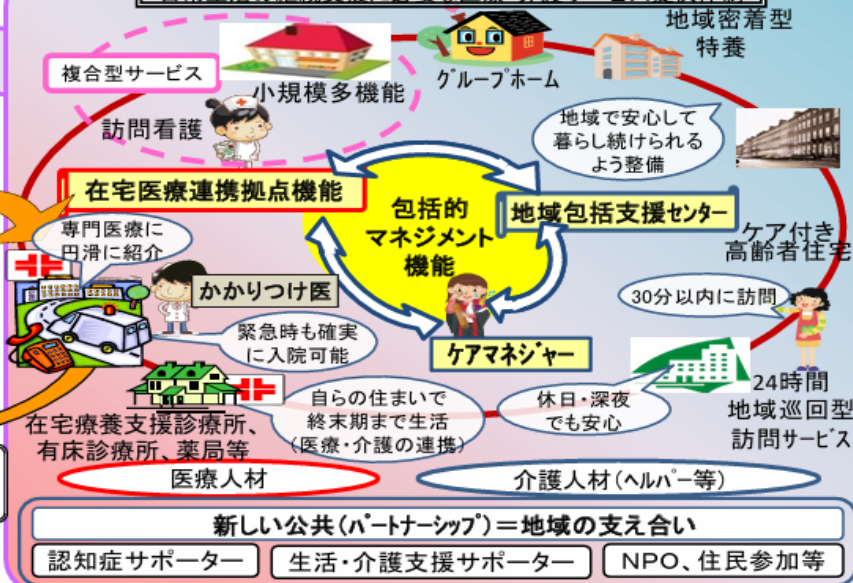
都道府県レベル:

救命救急、高度な医療など広域ニーズへの対応体制整備



小・中学校区レベル(※):

日常生活の継続支援に必要な医療・介護サービス提供体制



※ 人口1万人程度の圏域。

姫路市における医療・介護の 機能分化を学ぶ



姫路赤十字病院
副院長
兼第一内科部長
兼地域医療連携室長
中村 進一郎

まず、地域医療支援病院とは？

地域医療支援病院とは

地域医療支援病院とは、都道府県知事が承認した病院で、かかりつけ医を支援し、地域医療全体の充実を図るための病院です。具体的には、**紹介患者への医療提供**、医療機器の共同利用、地域の医療従事者への研修実施などを通じて、患者が身近な地域で質の高い医療を受けられる体制を構築することを目的としています。

承認要件

- ・ 開設主体：原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等
- ・ 紹介患者中心の医療を提供していること、具体的には、
 - ア) **紹介率**が**80%以上**であること
 - イ) **紹介率**が**65%以上**であり、かつ、逆紹介率が40%以上であること
 - ウ) **紹介率**が**50%以上**であり、かつ、逆紹介率が70%以上であること
- ・ 救急医療を提供する能力があること
- ・ 地域医療従事者に対する研修を行なっていること
- ・ 200床以上の病床を有し、ふさわしい施設を有していること 等

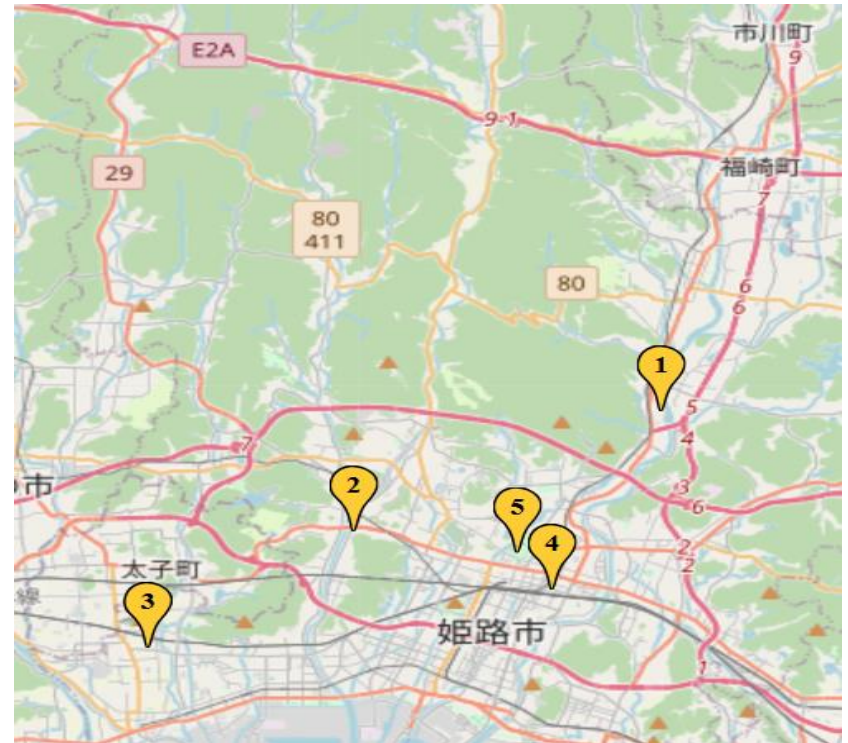
姫路市の地域医療支援病院

1. 姫路聖マリア病院
2. 姫路赤十字病院
3. ツカザキ病院
4. はりま姫路総合医療センター
5. 姫路医療センター

※近畿厚生局届出受理医療機関名簿
(令和7年10月1日作成) より抜粋

※医療機関番号順に記載

※以後同様



つぎに、急性期病院とは？

急性期一般病棟とは

急性期の患者さんに対して、状態の早期安定化をめざして特に診療密度の高い医療を提供する病棟を「急性期一般病棟」として位置づけられています。基本的には短期入院です。

- 救急搬送の受け入れ

救急搬送されてきた患者さんを積極的に受け入れ、初期治療を行う。

- 全身麻酔手術の実施

必要な患者さんに対して全身麻酔下での手術を迅速に行う。

- 重症度・医療・看護必要度が高い患者の受け入れ

重症度が高く、医療や看護の手厚いケアが必要な患者さんの割合が一定以上である必要がある。

姫路市の一般病棟入院基本料(急性期一般・地域一般等)

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 金田病院 | 11. 姫路田中病院 |
| 2. 姫路中央病院 | 12. 國富胃腸病院 |
| 3. 姫路第一病院 | 13. 長久病院 |
| 4. 八家病院 | 14. 神野病院 |
| 5. 城陽江尻病院 | 15. 小国病院 |
| 6. 入江病院 | 16. 城南病院 |
| 7. 姫路愛和病院 | |
| 8. 井野病院 | |
| 9. 厚生病院 | |
| 10. 酒井病院 | |



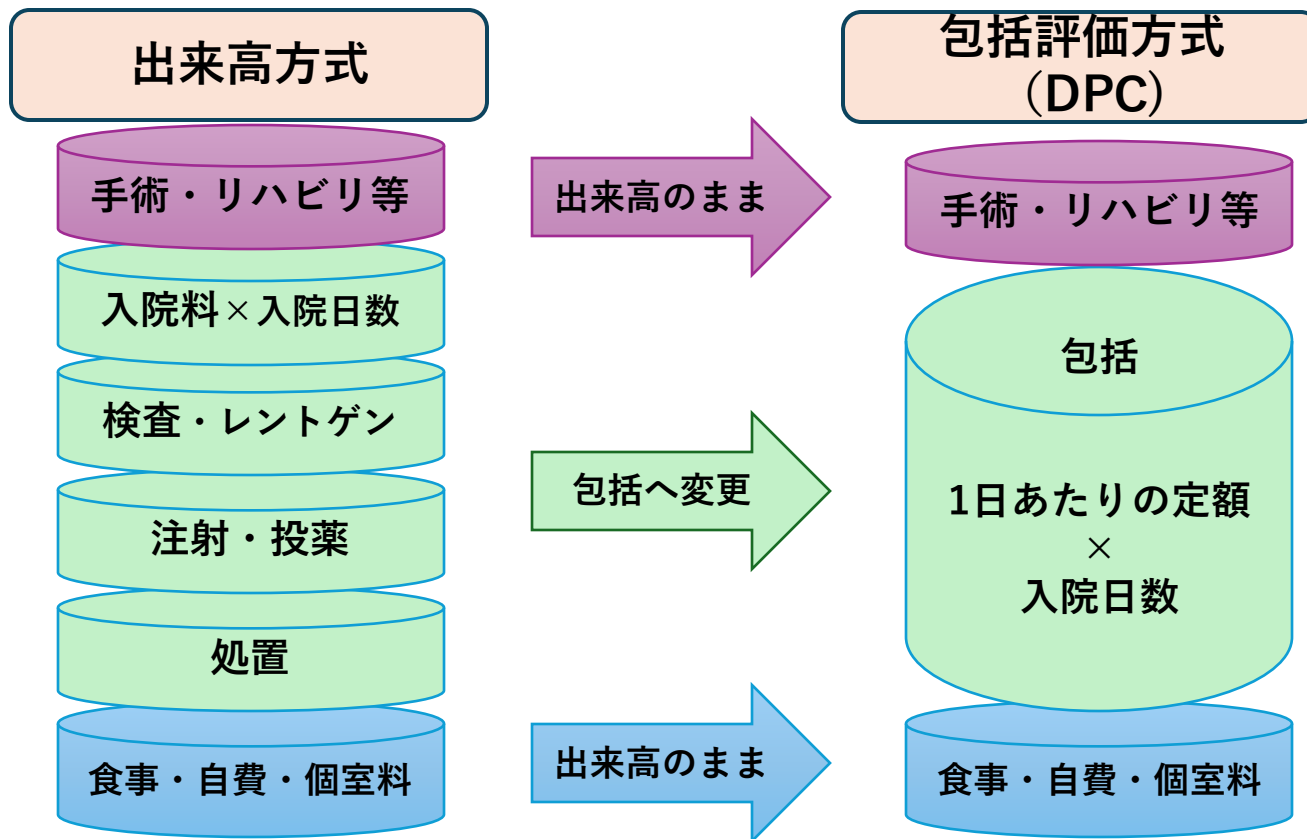
そして、DPCとは？

DPCとは、「診断群分類別包括評価（Diagnosis Procedure Combination）」の略で、従来の「出来高方式」（個々の診療行為を積み上げて求めた医療費）とは異なり、急性期病院の入院医療費を包括的に評価する制度です。

入院期間と診断・治療内容に応じて国が定めた1日あたりの定額（包括評価）と、手術やリハビリなどの出来高評価を組み合わせる医療費を計算します。

従来の出来高方式のように個々の診療行為を積み上げる場合と比べ、包括支払制度は医療の効率化と均一化につながります。

急性期病院における算定方法 (DPC)



入院早期より転院や退院の調整をするのはなぜ

医療費の増大という我が国の悩みに関係しており、国の施策となっています。

病院の機能を維持して、適切に運用していくことが目的です。病院のベッドには限りがあります。もし、救急車を呼んだ時に受け入れる病院のベッドが全て埋まっていたらどうなるでしょうか？

行くところが無く直ぐに必要な治療が受けられません。

医療の技術や治療のレベルが進歩し、長期入院を必要としなくなってきているという状況もあります。患者さんやご家族の負担が減り、ADLの低下を最小限に抑え、早期に社会復帰につながるメリットがあります。

DPC導入により、急性期病院は「治療と早期回復支援」に集中する流れになっています。

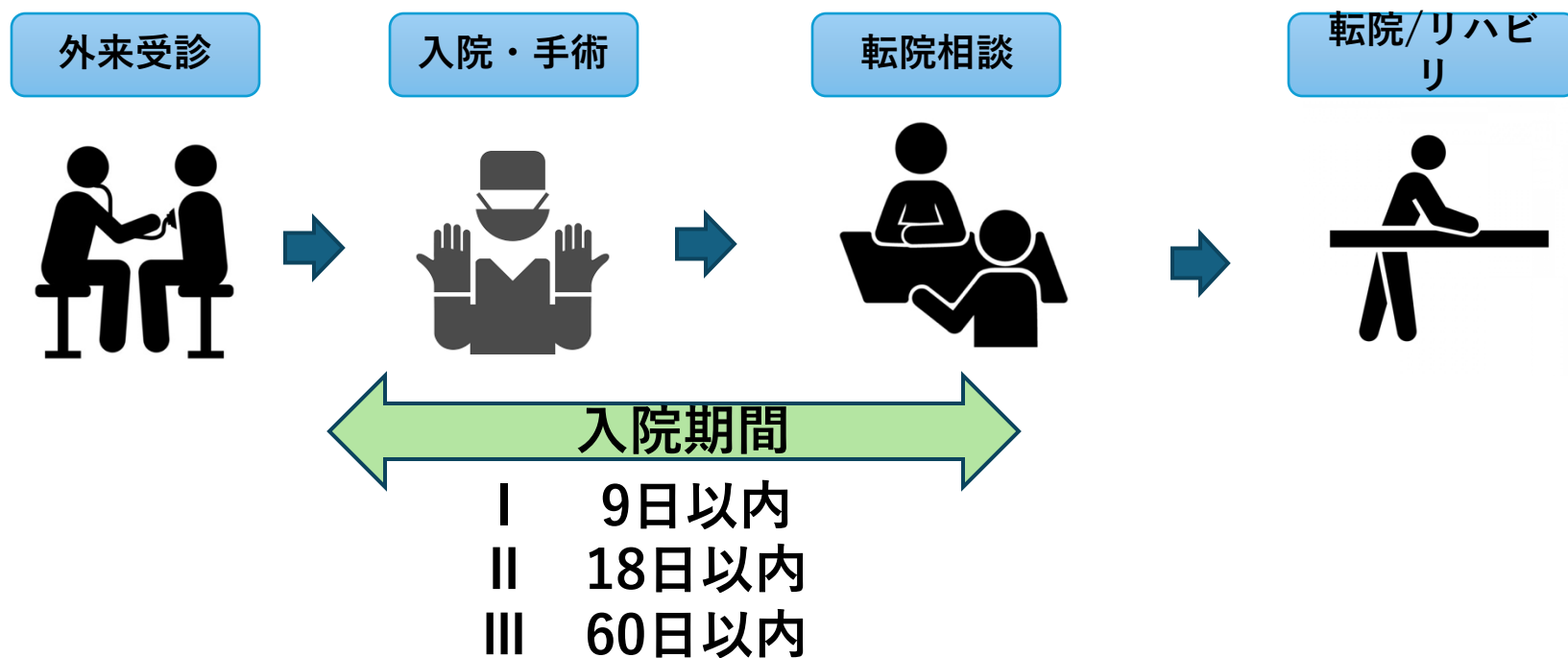
DPC入院期間の詳細

入院期間I:入院期間が全国平均より短い場合に適用される区分で、通常は入院期間Ⅱより早く退院した場合に適用され、1日当たりの包括評価点数が高くなる仕組みです。

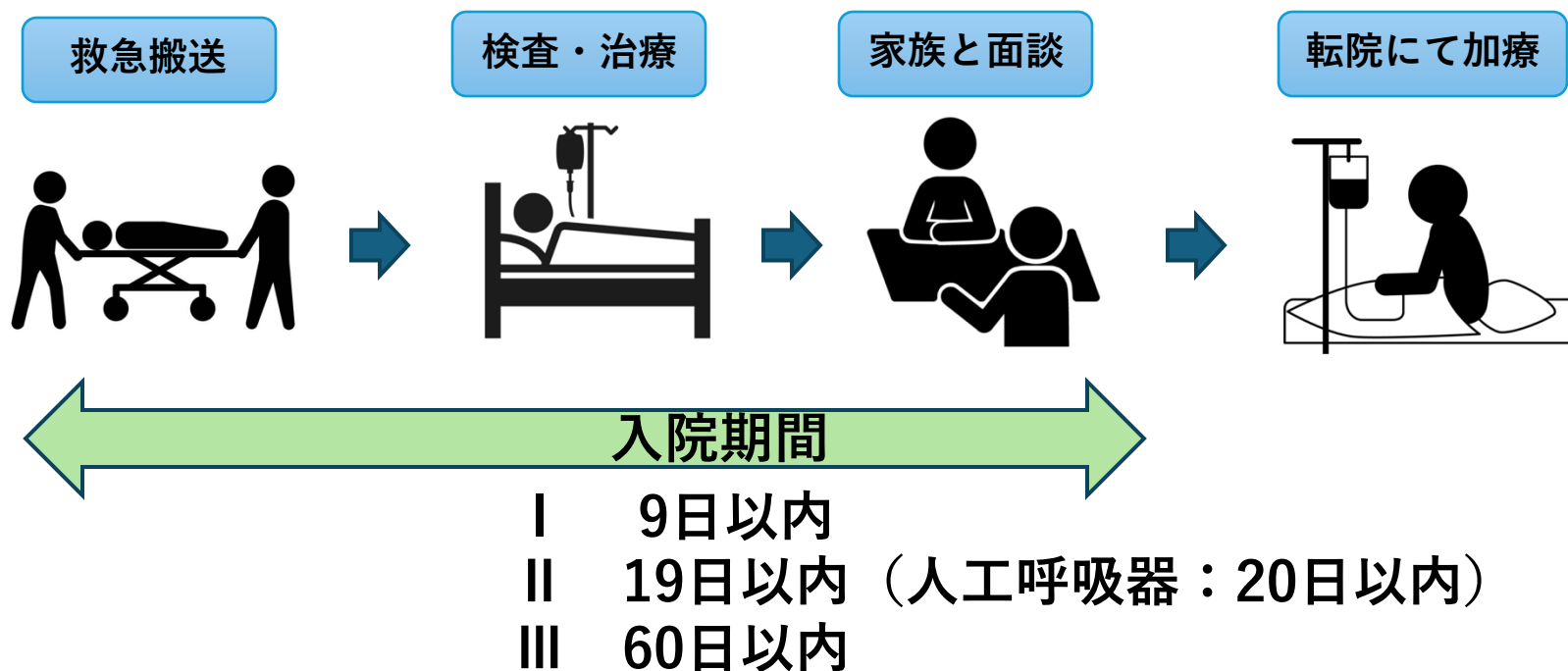
入院期間Ⅱ:その診断群分類の全国の平均在院日数を基準としています。

入院期間Ⅲ:全国の平均在院日数よりもさらに長い期間で、入院期間Ⅲを超えて入院すると、出来高算定となります。

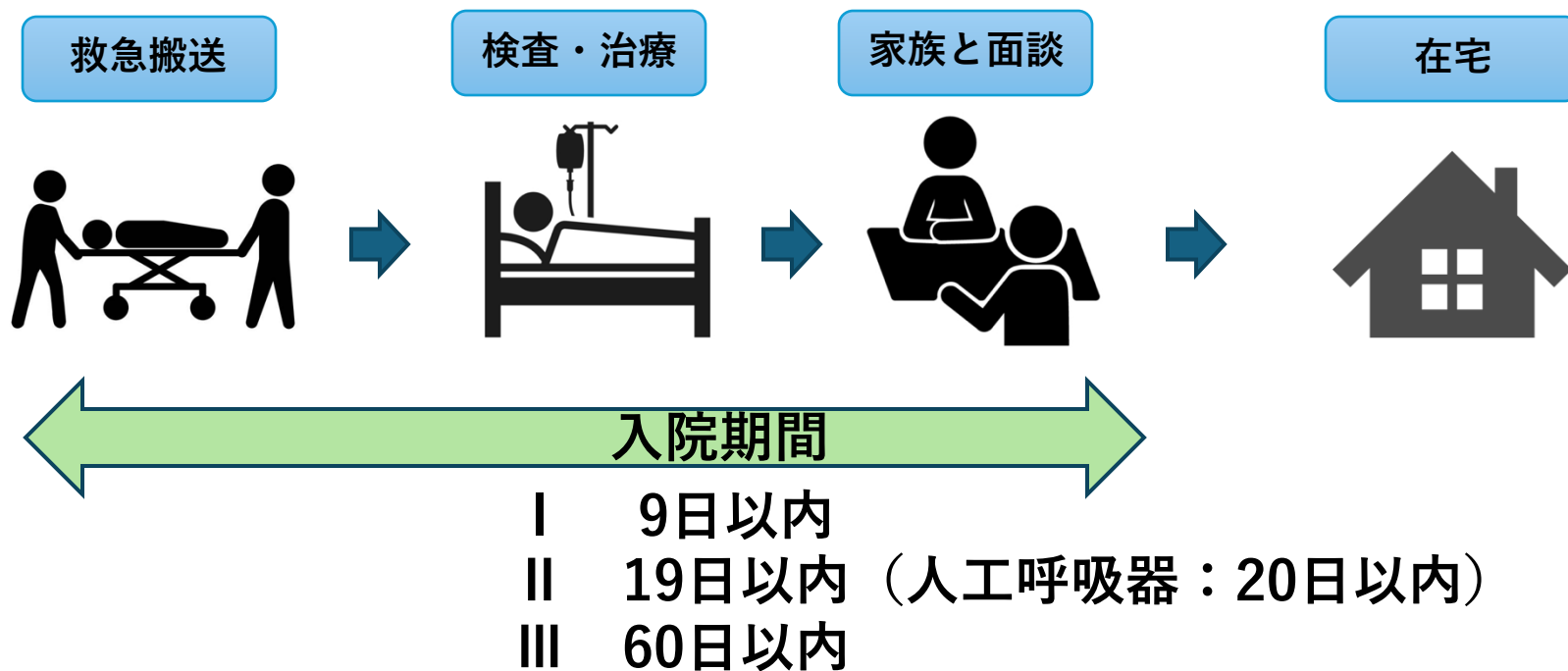
急性期から回復期病棟のある病院へ (脊椎：腰部脊柱管狭窄症など＋脊椎固定術)



急性期から包括・療養病棟のある病院へ (肺炎：誤嚥性肺炎)



急性期から在宅療養へ (肺炎：誤嚥性肺炎)



急性期から在宅療養へ (在宅に向けたカンファレンス)

地域連携

病院

病院主治医



病棟看護師



セラピスト



管理栄養士



等

在宅支援

在宅医師



訪問看護師



介護支援専門員



福祉用具事業所



デイサービス事業所



等



(単位: 日) 各年間

	平均在院日数		対前年 増減数
	令和5年 (2023)	令和4年 (2022)	
病 院			
全病床	26.3	27.3	△ 1.0
精神病床	263.2	276.7	△ 13.5
感染症病床	13.3	10.5	2.8
結核病床	42.1	44.5	△ 2.4
療養病床	119.6	126.5	△ 6.9
一般病床	15.7	16.2	△ 0.5
介護療養病床	295.7	307.8	△ 12.1
介護療養病床を除く全病床	26.2	27.2	△ 1.0
療養病床を有する診療所			
療養病床	97.4	94.4	3.0
介護療養病床	136.4	109.6	26.8

令和5（2023）年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況より引用

DPCとは、医療の質を評価する上で指標となっています

急性期病院は、この期間内に患者が早期に社会復帰ができるようその機能を有する、回復期リハ、地域包括ケア、療養病棟

回復期医療を持つ医療機関への転院調整を行います。

在宅支援では、ケアマネジャーと連携し、医療と介護を結びます。

■ 創立

□1908年（明治41年） ※2001年新築移転

■ 許可病床 560床

□一般 554床 □Ⅱ類感染 6床
※ICU (10) / NICU (18) / GCU (24) / MFICU (6)

■ 職員数 1,447人（2025.4.1現在）

□医師（211人）
□看護師（813人）
□コメディカル（187人）
□事務（164人）※医療秘書、MSW含む

■ 診療科 33診療科

内科／消化器内科／血液・腫瘍内科／肝臓内科／腎臓内科／
糖尿病内科／呼吸器内科／循環器内科／小児科／小児外科／
外科／乳腺外科／消化器外科／呼吸器外科／心臓血管外科／
整形外科／形成外科／脳神経外科／皮膚科／泌尿器科／
産婦人科／眼科／耳鼻咽喉科頭頸部外科／放射線診断科／
放射線治療科／リハビリテーション科／麻酔科／緩和ケア内科／
歯科／歯科口腔外科／病理診断科／臨床検査科／化学療法内科

■ 認定施設等

□地域がん診療連携拠点病院
□がんゲノム医療連携病院
□総合周産期母子医療センター
□D P C特定病院（旧Ⅱ群病院）
□地域医療支援病院
□災害拠点病院（地域災害医療センター）
□臨床研修指定病院（基幹型）etc

【施設の特徴】

高度急性期医療

がん診療

小児・周産期医療

国内外救援

病床稼働率

88.7%

平均在院日数

8.6日

退院患者数

18,811人
(51.5人/日)

外来患者数

329,326人
(1,361人/日)

診療単価

(入院) 92,966円
(外来) 29,804円

手術件数

8,778件
(36.2件/日)

外来化学療法件数

12,272件
(50.7件/日)

救急車受入

5,491件
(15.0件/日)

※室料差額除く

紹介率

91.4%

逆紹介率

113.2%

ご清聴ありがとうございました

姫路市における医療・介護の 機能分化を学ぶ



～回復期リハビリ病棟の役割

医療法人公仁会 姫路中央病院

理事長 東 靖人

副院長 後藤正樹

回復期リハビリ病棟とは

急性期の治療を終えた患者さんが、自宅退院・社会復帰を目指すために、医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などが集中的なリハビリテーションを行う病棟

目的

- 早期の在宅復帰・社会復帰の支援
- ADL（日常生活動作）の回復・向上
- 寝たきりの予防

特徴

- チーム医療：医師、看護師、理学・作業・言語療法士、歯科衛生士、管理栄養士、ソーシャルワーカーなど、多くの専門職がチームを組んで患者さんをサポート
- 個別性の高いリハビリ：患者の状態に合わせた個別プログラムを専門職が連携して作成・実施
- リハビリ以外のサポート：病棟生活自体全体をリハビリと捉え、リハビリ時間以外もリハビリ要素を含んだ生活を送れるよう調整
- 退院後の支援：退院後の生活に向けて、介護認定の手続き・自宅環境の調整や必要な福祉用具の選定や介護サービスに関する提言

回復期リハビリテーション病棟入院料

1. 姫路聖マリア病院
2. 姫路中央病院
3. 石川病院
4. 入江病院
5. 広畑センチュリー病院
6. 酒井病院
7. ツカザキ病院
8. 城南病院
9. 三栄会広畑病院
10. 八家病院
11. 神野病院



姫路市内250床以下の病院一覧と病床内容（一般病棟を除く）



	病床数	回りハ	療養	地域包括
姫路中央病院	235	○		○
入江病院	199	○	○	○
酒井病院	122	○	○	○
城南病院	51	○		○
城陽江尻病院	157		○	
姫路第一病院	100		○	
中谷病院	60		○	○
神野病院	103	○		
厚生病院	148		介護医療院○	
書写病院	92		○	○
松浦病院	100		○	
木村病院	44			
愛和病院	108		○	
石川病院	206	○		

ケアミックス病院が多く、急性期治療後の受け皿的役割を担っている

施設基準について



令和 6 年度診療報酬改定 II - 4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価 - ⑬

回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 (※ 1)
職員の配置 に関する 施設基準	医師	専任常勤 1 名以上				
	看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）		1 5 対 1 以上（4 割以上が看護師）		
	看護補助者	3 0 対 1 以上				
	リハビリ専門職	専従常勤の PT 3 名以上、 OT 2 名以上、ST 1 名以上		専従常勤の PT 2 名以上、OT 1 名以上		
	社会福祉士	専任常勤 1 名以上 → 専従常勤 1 名以上		－		
	管理栄養士	専任常勤 1 名		専任常勤 1 名の配置が望ましい		
リハビリ テーション の提供体制 等に関する 施設基準	休日のリハビリテーション	－		－		
	FIMの測定に関する 院内研修会	年 1 回以上開催		年 1 回以上開催		－
	リハビリ計画書への栄養項目 記載／GLIM基準による評価	GLIM基準を用いることが望ましい				
	口腔管理	－		－		
	第三者評価	受けていることが 望ましい		受けていることが 望ましい		－
	地域貢献活動	参加することが望ましい		－		
アウトカム に関する 施設基準	新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	4 割以上		3 割以上		－
	自宅等に退院する割合	7割以上				
	リハビリテーション実績指数	40以上		35以上		－
	入院時に重症であった患者の 退院時の日常生活機能評価 () 内はFIM総得点	3 割以上が 4 点（16 点）以上改善		3 割以上が 3 点（12 点）以上改善		－
点数 () 内は生活療養を受ける場合		2,229 点 (2,215 点)	2,166 点 (2,151 点)	1,917 点 (1,902 点)	1,859 点 (1,845 点)	1,696 点 (1,682 点)

※ 1：入院料 5 については、届出から 2 年間に限り届け出ることができる。

* 回リハ病棟では手術・検査・薬剤・輸血等は包括算定とされる

回りハ対象疾患と入院上限日数



1

脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、シャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態

150日

* 高次脳機能障害を伴う場合:180日

2

大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症又は手術後

90日

3

外科手術後又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態

90日

4

大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態

60日

5

股関節又は膝関節の置換術後の状態

90日

6

急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態

90日

回りハ病棟で可能なリハビリ単位



	脳血管リハビリ I	廃用症候群 I	運動器リハビリ I
点数	245点	180点	185点
上限日数	180日	120日	150日
1日上限	9単位	9単位	6単位
加算	初期加算 1単位につき 145点 (14日間)		
	早期リハビリテーション加算 1単位につき 25点 (30日間)		
	急性期リハビリテーション加算 1単位につき 50点 (14日間) ※対象疾患のみ		

当院での1日平均

脳血管リハビリ 7.3単位
 運動器リハビリ 5.7単位
 廃用リハビリ 7.1単位

を365日おこなっています

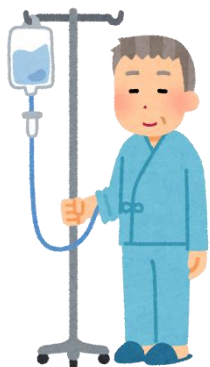
* 1単位=20分



自院・他院で急性期治療を行った患者の流れ

例

脳卒中入院した
Aさん



急性期治療終了

神経症状なしあるいは軽度
入院リハビリ継続は不要
病前と同様の生活再開可能

自宅退院
必要に応じて
通院リハビリ

麻痺などの神経症状を残し
病前生活再開は不可
リハビリ意欲あり、最低3単位
以上のリハビリが望ましい

回復期
リハビリ病棟へ

麻痺などの神経症状は残るが
リハビリ意欲低い等の理由から
2単位程度のリハビリに留まる

地域包括病棟へ

その他、家族および自宅背景、社会背景等を考慮して決定

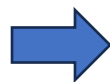
回復期リハビリテーション病棟での多職種に関わり



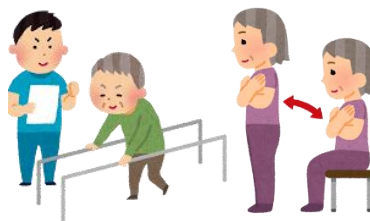
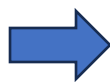
- 医師
- 看護師
- 理学療法士
- 作業療法士
- 言語聴覚士
- 管理栄養士
- ソーシャルワーカー

初回カンファレンス（入院から1週間後）

現状把握・ゴール設定



入院時訪問



365日体制
身体機能向上のためのリハビリ

定期カンファレンス（初回から1か月後）

リハビリ実施状況評価・ゴール再検討



退院前訪問



介護・リハビリ指導



生活に必要な動作の獲得



退院調整について

例 退院が決定したBさん

退院約1週間前



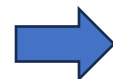
退院前カンファレンス実施

- 医師・看護師
- リハビリスタッフ・MSW
- 患者・家族
- ケアマネージャー
- 訪問診療医師・看護師
- デイサービス担当者
- 福祉用具担当者

退院日決定



必要な介護サービス・用品の導入



訪問診療・訪問看護に関する準備



必要時介護タクシーの手配

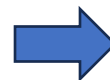
退院



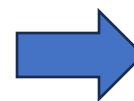
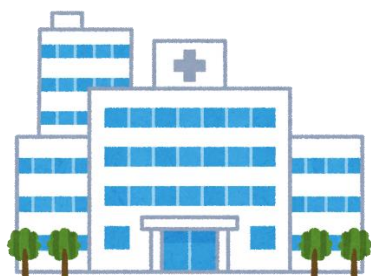
自宅



介護施設等



急性期治療終了～回復期リハビリ病院～在宅医へ



急性期治療

はりま姫路総合医療Sc
姫路赤十字病院
ツカザキ病院
姫路医療センター

亜急性期～回復期治療

回復期リハビリ病棟・地域包括ケア病棟

姫路中央病院
石川病院
入江病院
中谷病院 等

かかりつけ医

通院療養加療継続
訪問診療

当院の回復期リハビリテーション病棟



-
- 【病床数】 54床（4階西27床 5階西27床）
- 【施設基準】 回復期リハビリテーション病棟1入院基本料
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）
運動器リハビリテーション料（Ⅰ）
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）
データ提出加算2 ・ 認知症ケア加算1
入退院支援加算1 ・ 総合評価加算
入院時食事療養費（Ⅰ） ・ 食堂加算
- 【スタッフ数】 医師：3名 看護師：29名 介護福祉士：4名
ケアスタッフ：6名
理学療法士：17名 作業療法士：16名
言語聴覚士：4名 管理栄養士：1名
社会福祉士：2名 薬剤師：1名

当院回りハ病棟の受け入れ状況



【脳血管疾患】

脳卒中・頭部外傷・脊髄損傷など

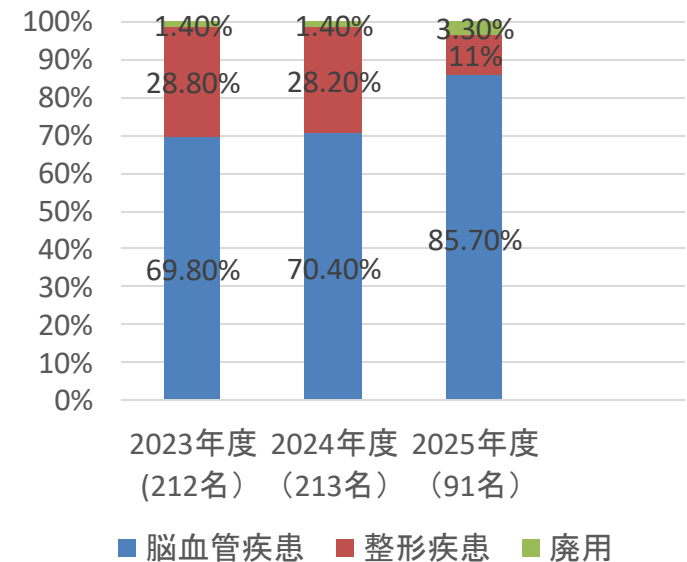
【運動器疾患】

大腿骨近位部骨折・圧迫骨折など

【廃用症候群】

各種外科手術後

疾患別入棟割合



退院先および在宅復帰率

退院先	自宅	在宅系施設	老健・療養	急性増悪(転院・転棟・死亡)	自宅復帰率	在宅復帰率
2023年度 (212名)	127名	42名	15名	28名	69.0%	91.8%
2024年度 (214名)	125名	51名	18名	20名	64.4%	90.7%
2025年度 (92名)	49名	25名	7名	11名	60.4%	91.3%

入院基本料5以外は在宅復帰率≧70%が必要

脳血管リハビリモデルケース：34歳 男性（02847086）

既往歴：拡張型心筋症・慢性心不全・高血圧・糖尿病・慢性腎臓病等

現病歴：2025年1月16日 心原性脳塞栓症（左前頭葉、右側頭後頭葉等の多発性梗塞）発症
姫路赤十字病院に入院・急性期治療施行

2月3日 当院回復期リハビリ病棟転入院

現 症：右重度片麻痺・嚥下障害（経管栄養）・重度混合性失語・尿道バルン留置
高度肥満（120kg）のため、健側・体幹にも廃用要素あり

経 過：3月上旬 胃管抜去・完全経口摂取 → 尿道バルン抜去

5月下旬 車椅子移乗自立・自走可、言語面も聴理解・表出ともに改善傾向
CPAP自己着脱も可能に

6月下旬 屋内短距離歩行、排泄管理自立

7月下旬 自宅訪問で在宅生活可能と判断、身体障害者認定・障害区分3の認定取得

8月14日 デイサービス等を導入・調整して自宅退院

退院時評価：FIM（機能的自立度評価表） 97／126（運動 73／91・認知 24／35）

短下肢装具装着下にフリーハンド・杖歩行可 入浴のみ軽介助

聴理解・読字良好 喚語困難・錯語は残存するも表出改善

左手で書字可 計算力も一定レベル回復 体重 102kg

運動器リハビリモデルケース：90歳 男性（00632422）

生活背景：長男嫁（長男は逝去）の支援・ヘルパー援助を受けて独居

既往歴：高血圧・高コレステロール血症・脳梗塞等

現病歴：2025年5月19日 右大腿骨転子部骨折（自宅内で転倒）発症
姫路医療Scに入院・骨接合術施行

6月17日 当院回復期リハビリ病棟転入院

現 症：入棟時HDS-R・MMSE共に21／30 運動項目FIM 58／91

起居・移乗は把持物あれば見守りレベル、短距離歩行器歩行レベル

経 過：7月上旬 疼痛増悪のため車椅子移動に後退（紹介医再診で問題ない事を確認）
その後疼痛軽減、歩行訓練再開

8月12日 自宅訪問・家屋調査、自宅内動線等確認

8月19日 屋内伝い歩き・屋外歩行器歩行を再獲得して自宅退院
ヘルパー援助・デイケア利用（病前から要支援1取得済）
退院時評価：運動項目FIM 78／91

姫路市における医療・介護の 機能分化を学ぶ

～地域包括・療養病床の役割～

医療法人社団健裕会 中谷病院
理事長・院長 中谷裕司

地域包括ケア病棟とは

急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、急性期病棟と在宅療養の間に位置する「中間的な病棟機能」であり、医療と介護の連携」を推進する上で重要な役割を果たしている。入院期間は最大60日。

医療と介護の連携の重要性はますます高まっていくことが予想される中で、地域包括ケア病棟には、「地域包括ケアシステムの要」としての役割が期待されている。

地域包括ケア病棟

(目的)

- ・ 急性期治療後の受け入れ（ポストアキュート）
病状は安定しているが、もう少し観察やリハビリが必要な患者さんを受け入れる。
- ・ 在宅・介護施設からの受け入れ（サブアキュート）
在宅療養中に体調が悪化したが、急性期病院に行くほどではない患者さんを一時的に入院させて治療・調整する。
- ・ 退院支援・在宅復帰支援
リハビリ・介護支援・家族指導などを通して、自宅や施設に戻る準備を行う。

(主な対象となる患者)

- ・ 急性期治療が終わり、症状が安定している人
- ・ 自宅に戻る前に体力や生活能力の回復が必要な人
- ・ 高齢で在宅療養中に体調を崩した人
- ・ 在宅復帰のための環境調整・家族支援が必要な人

(提供される医療・ケアの内容)

- ・ 医療管理（点滴・酸素・服薬調整など）
- ・ リハビリテーション（在宅復帰を見据えた訓練）
- ・ 退院・在宅支援（ケアマネ・訪問看護との連携）
- ・ 栄養・口腔管理介護や生活面の支援
- ・ 在宅復帰率 72.5%

地域包括ケア病棟入院料および入院医療管理料

- | | |
|---------------|--------------------|
| 1. 木村病院 | 14. 石川病院(地域包括医療病棟) |
| 2. 城陽江尻病院 | 15. 八家病院 |
| 3. 書写病院 | 16. 姫路愛和病院 |
| 4. 入江病院 | 17. 姫路田中病院 |
| 5. 共立病院 | 18. 長久病院 |
| 6. 井野病院 | |
| 7. 広畑センチュリー病院 | |
| 8. 酒井病院 | |
| 9. 中谷病院 | |
| 10. 城南病院 | |
| 11. 三栄会広畑病院 | |
| 12. 姫路聖マリア病院 | |
| 13. 姫路中央病院 | |



療養病棟とは

急性期医療を終え、病状が安定したものの、なお継続的な入院加療を必要とする慢性疾患の患者が入院する病棟である。療養病棟には、厚生労働省が作成した、病態・処置の状態ランク（医療区分）と介護を要する状態ランク（ADL区分）からなる患者分類にしたがって入院となっている。入院期間にしばりがない。

療養病棟

(目的)

- 急性期治療を終えた患者のうち、

継続的な医療・看護・リハビリ・介護支援を必要とする人を対象にしています。

(主な対象となる患者)

- 呼吸器疾患や心不全、慢性的な内科疾患を抱える方
- 脳血管障害後遺症などで寝たきりや高次脳機能障害がある方
- 経管栄養、点滴、酸素投与、褥瘡（床ずれ）管理が必要な方
- 長期の医療的ケアを必要とする高齢者

(提供される医療・ケアの内容)

- 継続的な医療管理（点滴、吸引、酸素、褥瘡処置など）
- 身体機能維持のためのリハビリテーション
- 栄養管理、口腔ケア
- 日常生活援助（食事・入浴・排泄介助）
- 退院・在宅復帰支援
- 在宅復帰機能強化加算取得の場合は、在宅復帰率50%以上

療養病棟入院基本料

- 1.金田病院
- 2.姫路第一病院
- 3.松浦病院
- 4.八家病院
- 5.城陽江尻病院
- 6.書写病院
- 7.入江病院
- 8.姫路愛和病院
- 9.酒井病院
- 10.中谷病院
- 11.木下病院
- 12.國富胃腸病院
- 13.山田病院



当院の療養病棟（地域包括ケア病床含む）について

〔病床数〕 60床（療養病床50床 地域包括ケア病床10床）

〔施設基準〕 療養病棟入院料1（医療区分2.3が8割以上）
在宅復帰機能強化加算（在宅復帰率50%以上）
地域包括ケア入院医療管理料1
看護補助充実体制加算1・診療録管理体制加算3
感染対策向上加算3（連携強化加算含む）
医療安全対策加算2・医療安全対策地域連携加算2
病棟薬剤業務実上加算1・データ提出加算2・4
入退院支援加算1・医療的ケア児（者）入院前支援
加算
認知症ケア加算3・協力対象施設入所者入院加算
経腸栄養管理加算
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）
運動器リハビリテーション料（Ⅰ）
呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）
がん患者リハビリテーション料

当院の療養病棟60床 (内：地域包括ケア病床10床) について

〔病棟に関わるスタッフ数〕

医師：2,6名

看護師：28名（うち地域連携担当看護師1名）

介護福祉士：4名 看護助手：9名

理学療法士：7名 作業療法士：2名

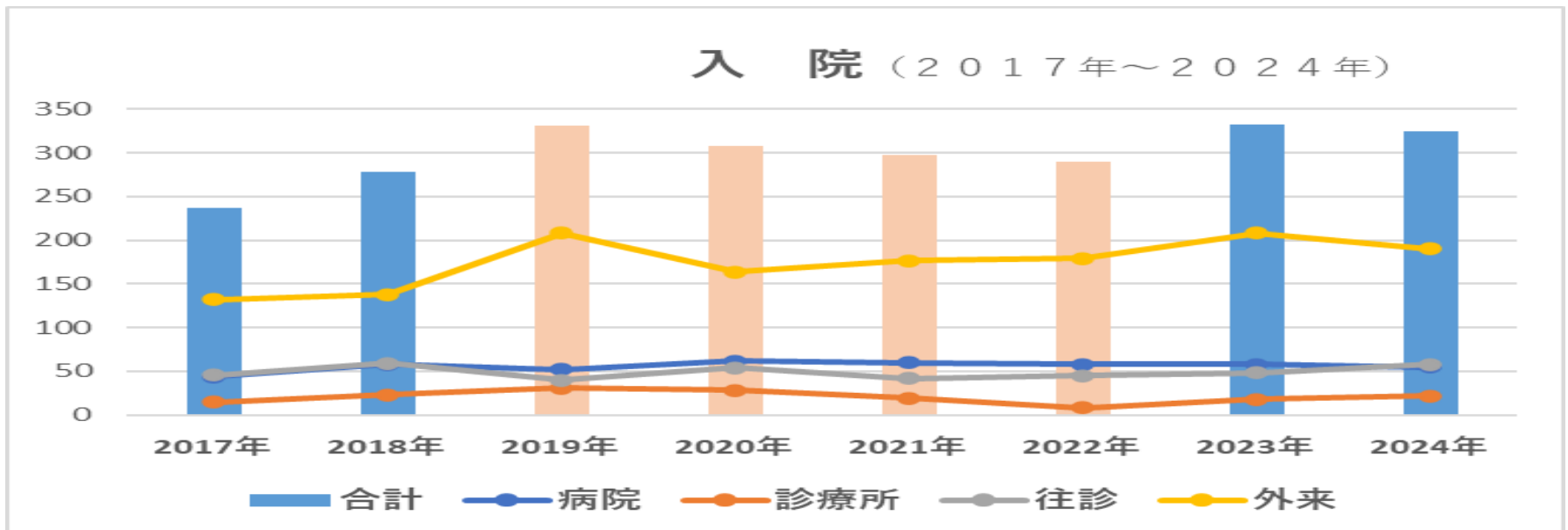
言語聴覚士：2名 管理栄養士：4名

薬剤師：1名 社会福祉士：1名

地域連携（入退院に関すること）

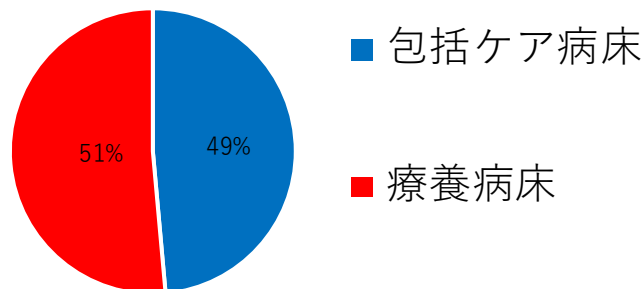
入院患者の受け入れ先

入院	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年		2023年 月平均値	2024年 月平均値
病院	44	58	52	62	60	58	58	55		4.8人	4.6
診療所	15	23	31	28	19	8	18	22		1.5人	1.8
往診	46	59	40	54	42	45	48	58		4人	4.8
外来	132	138	208	164	177	179	208	190		17.3人	15.8
合計	237	278	331	308	298	290	332	325			

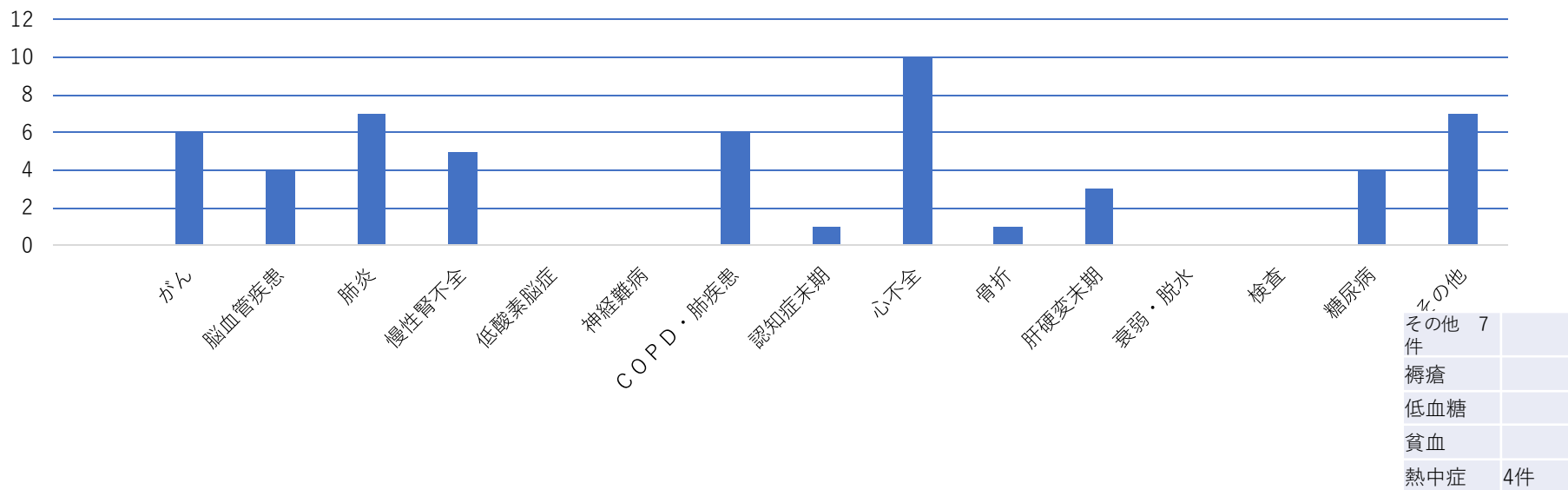


入院件数 35 (退院件数 27)

入院
(2025年8月)

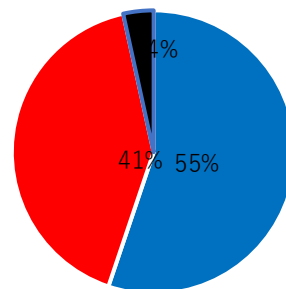


入院分析 (疾患)
2025年 8 月



入院件数 28 （退院件数 29）

入院
(2025年10月)

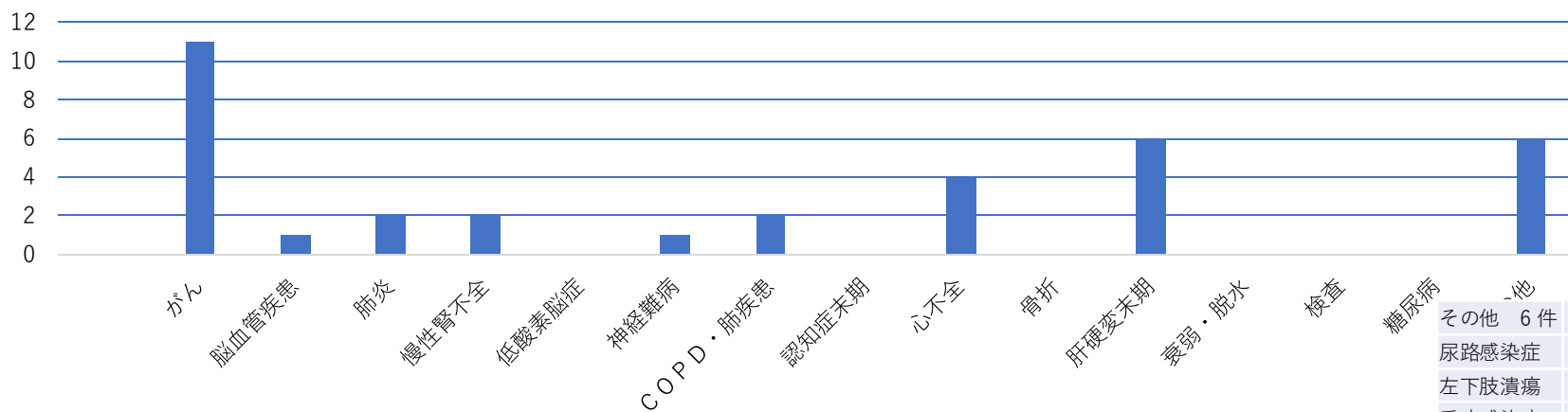


■ 包括ケア病床

■ 療養病床

■ 療養へ転床

入院分析 (疾患)
2025年10月



その他 6件

尿路感染症

左下肢潰瘍

重症感染症

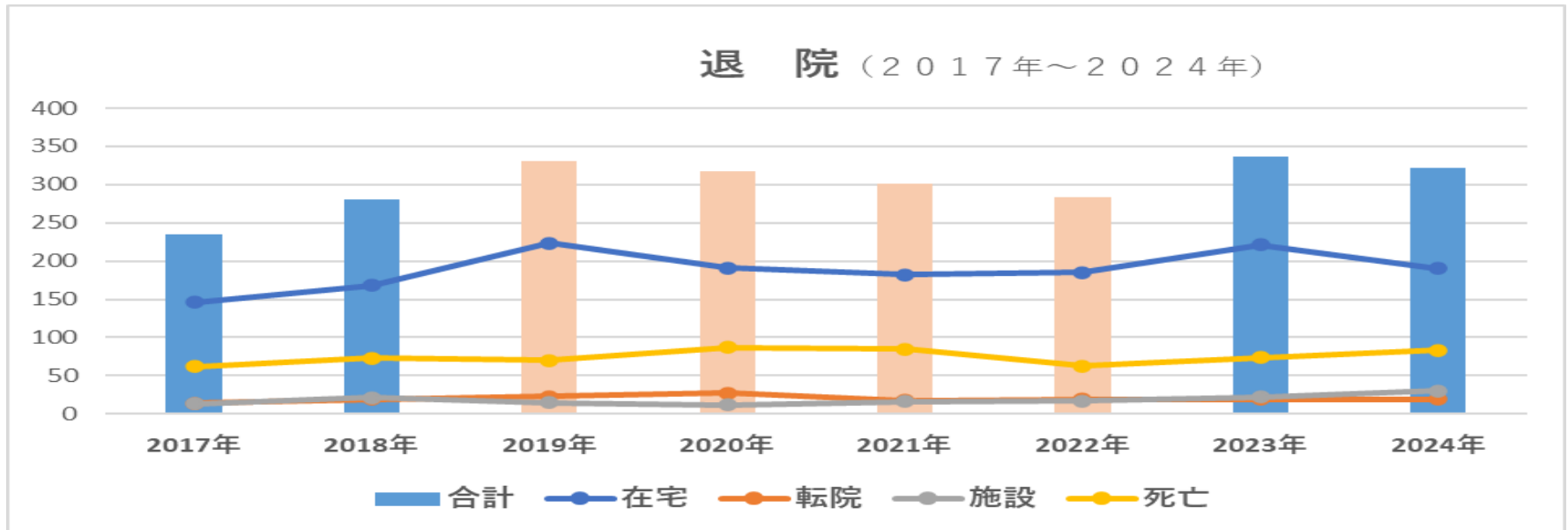
両下肢痛

低血糖発作

新型コロナウイルス感染症

退院患者の受け入れ先

退院	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年		2023年 月平均値	2024年 月平均値
在宅	146	168	223	191	182	185	221	190		18.4	15.8
転院	14	19	23	27	18	19	19	19		1.6	1.6
施設	13	21	15	12	16	17	22	30		1.8	2.5
死亡	62	73	70	87	85	63	74	83		6.9	6.9
合計	235	281	331	317	301	284	336	322			



【療養病棟入院基本料1 医療区分・ADL区分】 2024.6月～

※ 青色・・・65才未満 赤色・・・65才以上の点数						
	疾患・状態	3/処置 3	疾患・状態	3/処置 2	疾患・状態	3/処置 1
ADL 3	入院料1	1,964	入院料4	1,692	入院料7	1,644
		1,949		1,677		1,629
ADL 2	入院料2	1,909	入院料5	1,637	入院料8	1,589
		1,895		1,623		1,575
ADL 1	入院料3	1,621	入院料6	1,349	入院料9	1,301
		1,607		1,335		1,287
	疾患・状態	2/処置 3	疾患・状態	2/処置 2	疾患・状態	2/処置 1
ADL 3	入院料10	1,831	入院料13	1,455	入院料16	1,371
		1,816		1,440		1,356
ADL 2	入院料11	1,776	入院料14	1,427	入院料17	1,343
		1,762		1,413		1,329
ADL 1	入院料12	1,488	入院料15	1,273	入院料18	1,189
		1,474		1,258		1,174
	疾患・状態	1/処置 3	疾患・状態	1/処置 2	疾患・状態	1/処置 1
ADL 3	入院料19	1,831	入院料22	1,442	入院料25	983
		1,816		1,427		968
ADL 2	入院料20	1,776	入院料23	1,414	入院料26	935
		1,762		1,400		920
ADL 1	入院料21	1,488	入院料24	1,260	入院料27	830
		1,474		1,245		816
	スモン					
ADL 3	入院料28	1,831※ 入院料27について、1日につき2単位を超える				
		1,816疾患別リハビリテーション料は包括				
ADL 2	入院料29	1,776				
		1,762				
ADL 1	入院料30	1,488				
		1,474				

【疾患・状態に係る医療区分】									
区分3	⑪	スモン							
	⑬	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態							
区分2	③	消化管等体内から出血が反復継続している状態							
	⑳	筋ジストロフィー症							
	㉑	多発性硬化症							
	㉒	筋萎縮性側索硬化症							
	㉓	パーキンソン病関連疾患							
	㉔	スモンを除くその他の指定難病等							
	㉕	脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る）							
	㉖	慢性閉塞性肺疾患（ヒュージョーンズ分類Ⅴ）							
	㉙	悪性腫瘍(麻酔での疼痛コントロールが必要な場合のみ)							
	③⑩	他者に対する暴行が毎日認められる状態							
区分1		上記以外							
【処置に係る医療区分】									
※ ⑭中心静脈栄養・・・R6.3/31までに入院している場合は経過措置として区分3算定(当面の間)									
区分3	①	24時間持続しての点滴							
	②	中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の							
	⑭	消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻もしくは急性膵炎を対象とする場合/または中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合)							
	⑮	人工呼吸器の使用							
	⑯	ドレーン法又は胸腔/腹腔の洗浄							
	⑰	気管切開又は気管内挿管（発熱患者に限る）							
	⑱	酸素療法（密度の高い治療を要する患者のみ）							
	⑲	感染症治療の必要性に基づく隔離室での管理							
区分2	④	尿路感染症に対する治療							
	⑤	傷病等によるリハビリテーション(原因の発症後30日以内で実際にリハを行っている場合)							
	⑥	脱水に対する治療(発熱患者に限る)							
	⑦	頻回の嘔吐に対する治療(発熱患者に限る)							
	⑧	せん妄に対する治療							
	⑨	経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱または嘔吐を伴う状態の患者に限る）							
	⑩	頻回の血糖検査							
	⑳	中心静脈栄養(上記の場合以外)							
	㉓	人工腎臓、持続緩除式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法							
	㉔	肺炎に対する治療							
	㉕	褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的損失または2箇所以上の褥瘡に限る）							
	㉖	末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療							
	㉗	うつ症状に対する治療							
	㉘	一日8回以上の喀痰吸引							
	㉙	気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態を除く）							
	㉚	創傷（手術創、感染創含む）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療							
	㉛	酸素療法(密度の高い治療を要する状態を除く)							
区分1		上記以外							

- 症例 1

肺炎（誤嚥性肺炎含む）

基本的には 包括病床に入院
60日以内に治療完了し退院（主に在宅）

療養病床であれば

抗生剤投与中 医療区分 2

酸素が必要な場合は医療区分 2 以上

酸素が必要でない場合は医療区分 1

- 症例 2

レスパイト入院（在宅サポート・社会資源調整）

どんな疾患でも基本
包括 60日以内サポート

一部 療養でも可能

- 症例 3

ガン末期

基本 包括 60日以内

療養でも対応可能

がん麻薬

医療区分 2

酸素療法

医療区分 2 以上

- 症例 4

リハビリ目的 脳血管障害・呼吸器疾患・骨折等

基本包括 60日以内

療養では疾患発症30日以内のみ対応可能
医療区分 2

- 症例 5

心不全

基本 包括 60日以内

療養でも対応可能（酸素必要時）

医療区分 2 以上

- 症例 6

難病

療養で長期対応可能 医療区分 2 以上

例 パーキンソン病（ADL区分 2・3 以上）
進行性核上性麻痺

包括で対応も可能（60日以内）

- 症例 7

レスピレーター・気管切開

基本 療養（長期対応可能）

レスピレーター 医療区分 3

気管切開 医療区分 2

例 主に脳梗塞・脳出血後遺症
低酸素脳症 慢性呼吸不全

- 症例 8

難治性腹水 （非代償性肝硬変・がん性腹膜炎）

短期入院 KM-CART 1～2泊

基本 包括

繰り返す場合 療養

- 症例 9

透析患者 ADL区分 2・3 以上
医療区分 2

介護老人保健施設の機能と役割

— 医療と在宅をつなぐ中間施設 から多機能施設へ—



介護老人保健施設ゆめさき
統括マネージャー兼
支援相談課課長
家氏裕久

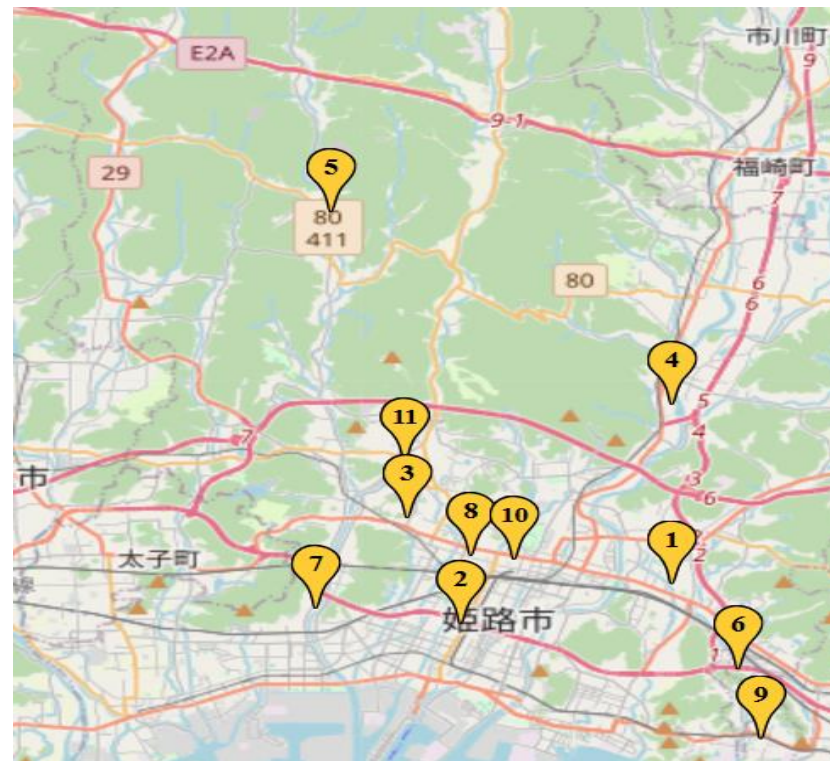
介護老人保健施設「老健」とは？

- 介護老人保健施設(略して「**老健(ろうけん)**」)は、医療と介護の中間にあるリハビリ施設です。
病院を退院した後すぐに自宅で生活するのが難しい高齢者が、自立した生活に戻ることを目指して一時的に入所する場所です。



姫路市内の介護老人保健施設

1. 光が丘老人保健施設
2. 愛和ケアホーム
3. 老人ケアセンター緑ヶ丘
4. マリア・ヴィラ
5. 夢前白寿苑
6. カノープス姫路
7. ゆめさき
8. エスコート船場
9. しおさきヴィラ
10. ハピネス五葉
11. つなしま



老健の目的

老健は「介護保険施設」の一つで、主な目的は次の3つです。

1.在宅復帰の支援

入所者がリハビリや日常生活訓練を通して、できる限り自宅で生活できるようにサポートします。

2.医療的ケアの提供

医師や看護師が常勤しており、病状の安定した方を対象に健康管理や医療処置を行います。

3.家族の支援

介護方法の指導や、在宅介護に向けた相談も受けられます。

入所対象者

- 要介護1～5の認定を受けた方（特養は要介護3以上）
- リハビリや介護を通じて在宅を目指す方
- 病状が安定し、治療中心でない方

ゆめさきで対応可能な主な医療処置

- ・経管栄養（胃ろう・経鼻）・ストーマ・バルーンカテーテル・導尿
- ・インスリン注射・吸引・褥瘡処置・看取り

老健の類型

類 型	特 徴	在宅復帰の目安	在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高90)
超強化型	医療・リハ体制が最も充実	約50%以上	70以上
強化型	在宅復帰支援が強い	約30～50%	60以上
加算型	一定の復帰支援体制	約20～30%	40以上
基本型	標準的老健	20%未満	20以上
その他型	—	—	20未満

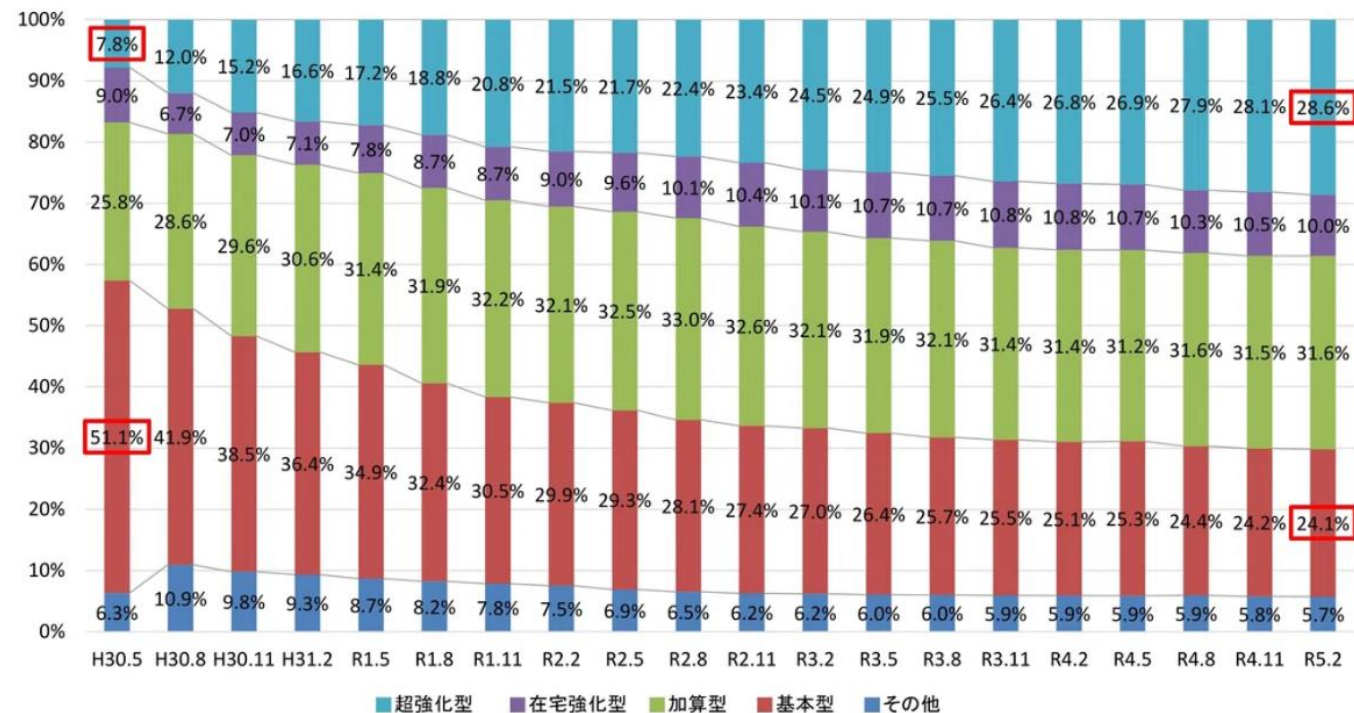
在宅復帰・在宅療養支援等指標：下記評価項目（①～⑩）について、項目に応じた値を足し合わせた値（最高値：90）

①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0
③入所前後 訪問指導割合	30%以上 10 ⇒35%以上 10	10%以上 5 ⇒15%以上 5	10%未満 0 ⇒15%未満 0
④退所前後 訪問指導割合	30%以上 10 ⇒35%以上 10	10%以上 5 ⇒15%以上 5	10%未満 0 ⇒15%未満 0
⑤居宅サービスの 実施数	3 サービス 5	2 サービス（訪問リハビリ テーションを含む） 3	2 サービス 1 0、1 サービス 0
⑥リハ専門職の 配置割合	5 以上（PT, OT, ST いずれも配置） 5	5 以上 3	3 以上 2 3 未満 0
⑦支援相談員の 配置割合	3 以上 5 ⇒ 3 以上（社会福祉 士の配置あり） 5	（設定なし） ⇒ 3 以上（社会福祉 士の配置なし） 3	2 以上 3 ⇒ 2 以上 1 2 未満 0
⑧要介護 4 又は 5 の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0
⑨喀痰吸引の 実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0
⑩経管栄養の 実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0

介護老人保健施設の基本サービス費タイプの推移

- 超強化型について、平成30年5月時点の7.8%から令和5年2月時点で28.6%に増加した。
- 基本型について、平成30年5月時点の51.1%から令和5年2月時点で24.1%に減少した。

介護老人保健施設の施設タイプの推移



(注) 介護保険総合データベースを元に老健局老人保健課において集計

リハビリテーションの回数

基本型・加算型

⇒ 週2回

在宅強化型・超強化型

⇒ 週3回 セラピストが個別

※ゆめさき

短期集中リハ・認知症短期集中リハを組み合わせ週最大で9回



地域における役割の変化

- 医療と在宅の“中間支援拠点”
- 病院からの受け皿機能
- 通所・短期入所で在宅介護を支援
- 地域包括ケアシステムの一翼
- 感染症の対応・治療の場
- 看取りの場

所定疾患療養費

入所者に対して、下記特定の疾患で治療が必要となった際、施設内で投薬、検査、注射、処置などを行った場合に算定できる加算

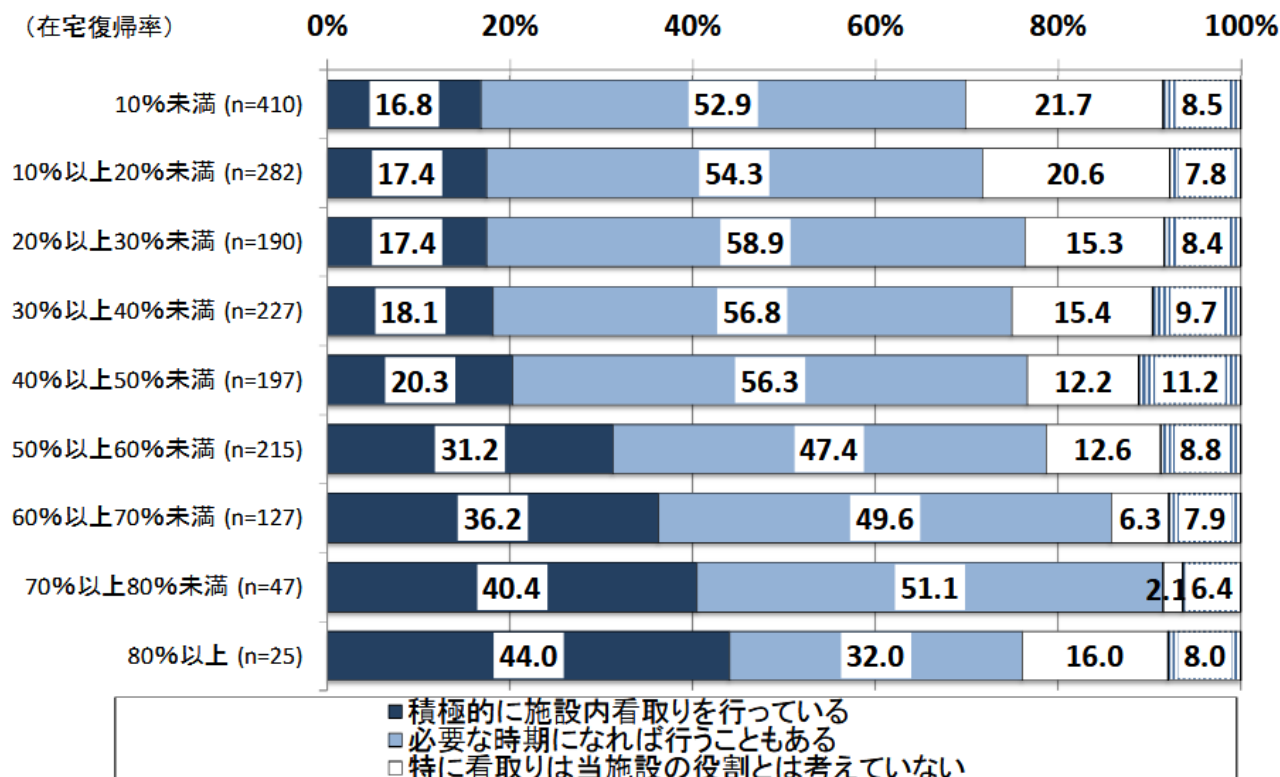
- 肺炎
- 蜂窩織炎
- 带状疱疹
- 尿路感染
- 心不全



介護老人保健施設における看取りの基本的な方針について

社保審一介護給付審分科会
第183回 (R2.8.27) 資料2

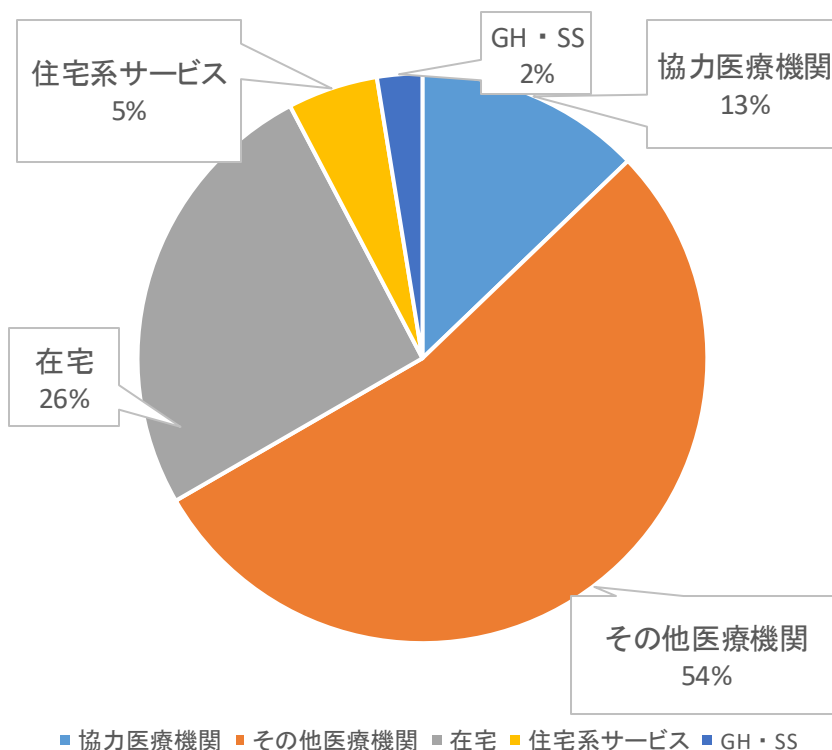
○ 在宅復帰率が80%以上の施設では「積極的に施設内看取りを行っている」割合が44.0%であった。



【出典】介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成28年度調査)「介護老人保健施設における施設の目的を踏まえたサービスの適正な提供体制等に関する調査研究事業」

入所経路

2025年度前期 入所経路の内訳



その他医療機関内訳

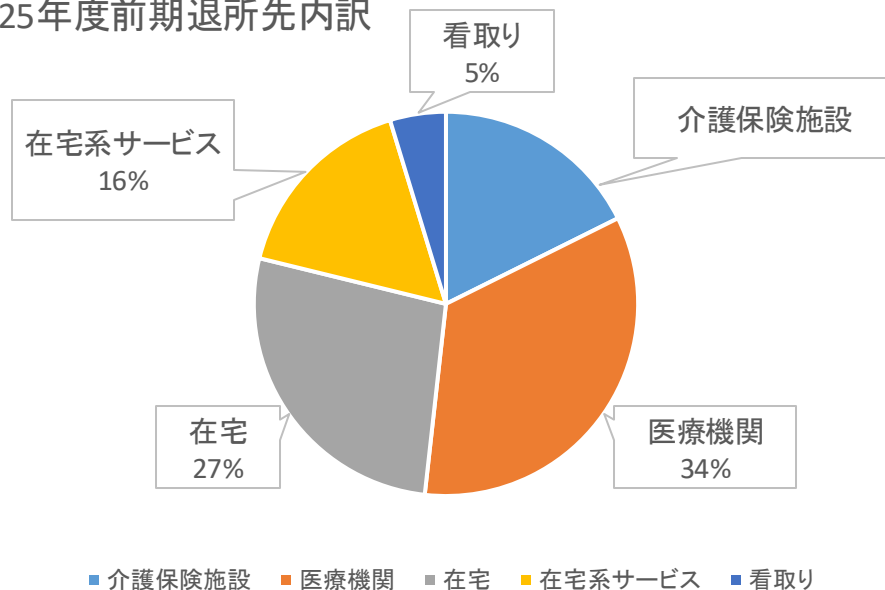
三栄会広畑病院	9人
長久病院	6人
八家病院	4人
ツカザキ病院	3人
酒井病院	3人
姫路中央病院	2人
高岡病院	2人
揖保川病院	1人
太子病院	1人
厚生病院	1人
たつの市民病院	1人
とくなが病院	1人
神野病院	1人
県リハ西播磨病院	1人
姫路赤十字病院	1人
姫路田中病院	1人
愛和病院	1人
石川病院	1人
広畑センチュリー病院	1人
室井メディカル	1人

ゆめさきにおける入所期間と退所先

平均入所期間 ……5カ月～6カ月

退所先

2025年度前期退所先内訳



介護保険施設	15人
医療機関	29人
在宅	23人
在宅系サービス	14人
看取り	4人

在宅復帰の事例

1. 基本情報

76歳 女性

現病歴: 腰椎圧迫骨折、高血圧症、認知症、既往歴: 脳梗塞

2. 入所の経緯

令和7年5月 地域包括ケア病棟より入所(腰椎圧迫骨折により自宅で夫と二人暮らしが難しい為入所される。退所後は長期入所先(高齢者住宅含む)を家族としては検討している。

3. 入所後

キャスター歩行器歩行(付き添い介助) ふらつき大きく、注意散漫。センサーコール設置。

尿意ありトイレ誘導行うもパット内失禁あり。帰宅願望ありフロア内一人で歩かれる。他者交流少ない。

リハビリテーション: 関節可動域訓練、筋力増強訓練、起立訓練、歩行訓練(1単位: 週6回)

認知症予防リハビリ: 学習活動、余暇活動(1単位: 週3回)

4. 令和7年6月評価

排せつの訴えあるもパット内失禁あり。歩行状態は安定され歩行器にて独歩。センサー使用なし。

- ・ 認知症予防リハビリ(机上活動にも集中力が出てくる)
- ・ 帰宅願望がなくなる。また他者との交流も増え活気ある日常生活を送られる。

5. 令和7年7月中旬家族面談

当初は状態も良くなく夫との二人暮らしが出来ないと思っていた。高齢者住宅を含む長期入所先を考えていたが面会を重ねるうちに、表情も良くなり認知面の改善も見られている。歩行に関しても歩行器を使用して一人で歩けている為、自宅退所を希望される。

6. 令和7年7月下旬: 退所前訪問指導にて家屋調査を行い環境調整。

7. 令和7年8月下旬: 自宅へ退所される。

以降、リハビリテーション継続希望あり通所リハビリテーション利用され自宅で過ごされる。

看取りの事例

1. 基本情報

性別・年齢： 女性・85才

診断名：アルツハイマー型認知症、胸椎骨折、右膝人工関節置換術後

キーパーソン：次男、長男

2. 入所前の状況(平成30年11月以前)

自宅での生活：身体機能低下(独歩ふらつき、転倒を繰り返し)、排泄失敗多々あり。

3. 入所後の経過(初回入所:平成30年11月)

- ・ 初期：自宅と同様の状態
- ・ 3ヶ月後：日中の排泄失敗なくなり、夜間は見守り程度で可能に。
- ・ 6ヶ月後：杖歩行となり、在宅復帰(本人宅建て直し)。
- ・ 在宅サービス利用：通所リハビリテーション、短期入所療養介護を利用しリハビリ継続。

4. 在宅復帰後の生活

老健入所6ヶ月、自宅生活4ヶ月を繰り返す。

短期入院歴：骨折や肺炎等による入院あり。

5. 再入所後の経過（令和6年5月17日）

状態悪化：車椅子生活となる。

リハビリテーション：実施するも以前のような改善は見られず。

生活状況：自宅より笑顔も見られ生活を送る。

家族の意向：次男は自宅での生活困難と判断。長年利用してきた当施設での看取りを希望。

6. 看取りの経過

令和7年5月26日：施設医により看取りの確認を行う。長男・次男も当施設での看取りを希望。

令和7年8月5日：家族に見守られ看取られる。

費用の目安

ゆめさき(超強化型) 要介護3で多床室に入所した場合

項目	自己負担目安(1日当たり)
介護サービス費(1割)	・基本サービス費 1,029円 ・各種加算 308円
居住費・食費	・従来型多床室 560円 ・食費1970円
日用品・理美容等	・テレビ 55円 ・散髪1,900円(1回)
その他	・衣類リース638円
合計(介護サービス費 +居住費・食費)	3,867円

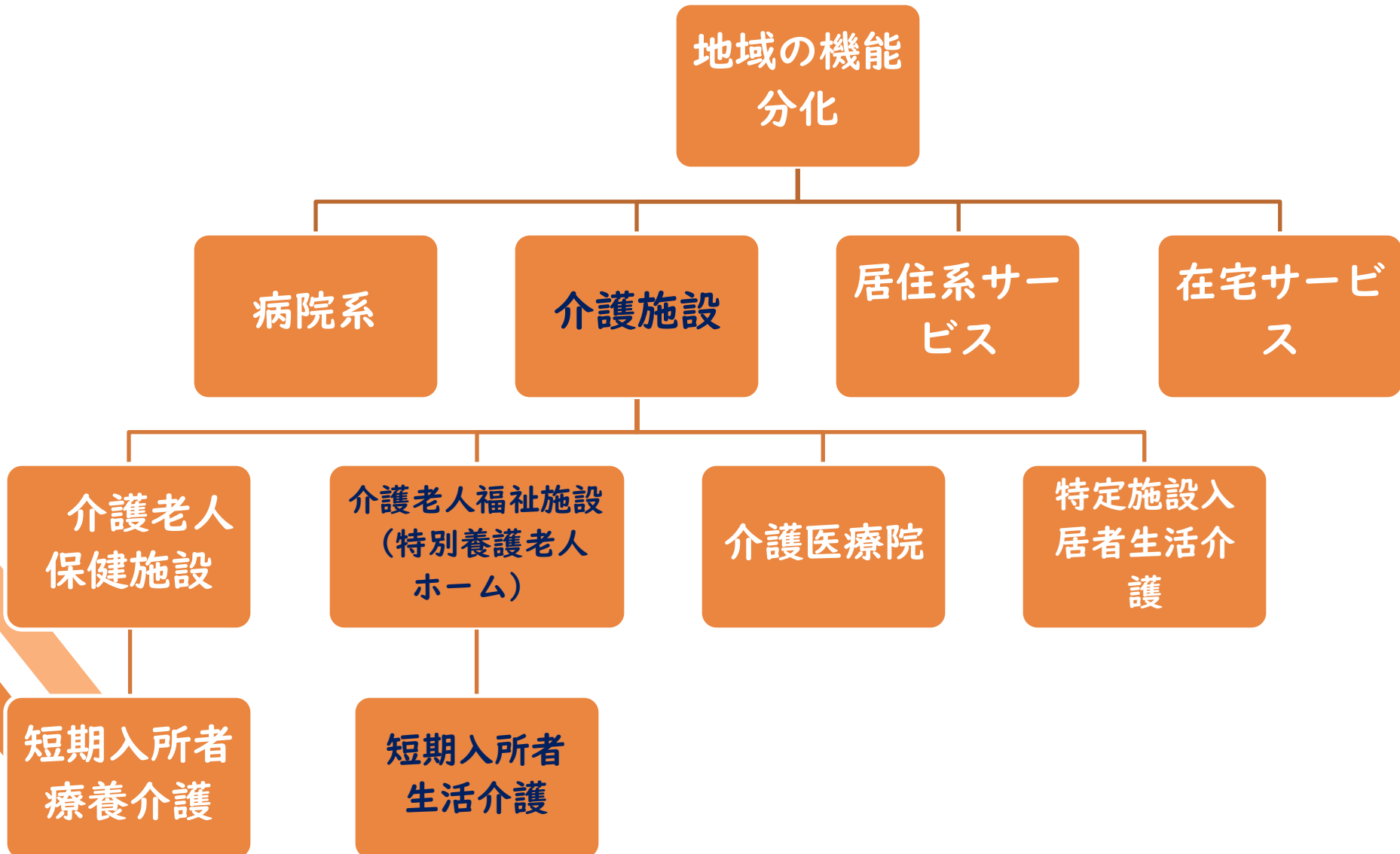
まとめ

- 老健は“医療と在宅をつなぐ”中間施設
- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
- リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設



- 治療や看取り等、従来よりも多機能性が求められる

介護施設の体系



特別養護老人ホームとは？

定義： 介護保険法に基づく公的な介護施設（介護老人福祉施設）

老人福祉法第17条第1項（設備及び運営に関する規準2条）

適切な処遇

可能な限り在宅復帰させる

日常生活上・療養上の世話

入居者の意思・人格の尊重

家庭的で地域や家庭との結びつき

行政・保健医療・福祉サービスとの連携

対象者：
要介護度3以上（基本）

医療の位置づけ：
配置医師による健康管理と療養上の指導

特性：
終の棲家・看取り対応の重要な機能

特別養護老人ホームの種類

入所定員・地域による分類

広域型

- ・ 定員30人以上
- ・ 主に50人～100人など
- ・ 全国どこからでも申し込み可能

地域密着型

- ・ 定員29人以下（施設があるい町村の住民のみ）

特養の居室タイプ

従来型

- ・ 多床型
- ・ 従来型個室
- ・ 4人部屋など

ユニット型

- ・ ユニット型個室
- ・ ユニット型準個室
- ・ 10人程度の少人数を生活単位とする

特別養護老人ホーム

※ 姫路市老人福祉施設連盟会員名簿より

※ 2025年4月現在



特別養護老人ホーム

1. ケアハウス青山苑
2. ふれあいの郷
3. 夢前和楽苑
4. 白鷺園
5. 白鳥園
6. 山彦ホーム
7. 清寿園
8. 姫路・勝原ホーム
9. しらさぎの里
10. あさなぎ
11. 清住園
12. 志深の苑
13. ネバーランド
14. サンライフ御立
15. キャッシル真和
16. むれさき苑
17. しかまの里

18. ライフビラ姫路
19. なごみの里
20. 泉の杜
21. ライフサポートひめじ
22. 書写ひまわりホーム
23. こころ広畑
24. 夢の里
25. 光寿園
26. サン・ビレッジ夢前
27. 香照苑
28. あじさいホーム
29. 星陽
30. サン・ビレッジ姫路
31. 第二姫路・勝原ホーム
32. いやさか苑
33. 和光苑

34. こうろ苑
35. デイサービスセンター はくちょう
36. 蒲田デイサービスセンター
37. 勝原第二デイサービスセンター
38. 香りの里デイサービスセンター
39. 大津みやび野デイサービスセンター
40. 山彦第2デイサービス
41. うさぎ
42. 大津みやび野ホーム
43. サンライフ土山
44. あおやま
45. オレンジ姫路
46. 美郷苑
47. 厚生園
48. サンライフ西庄
49. 第二志深の苑
50. うさぎ広畑

医療機関との「機能分化」の原則

特養

主な内容

生活支援、介護、リハビリ
(生活機能の維持・向上)

医療との連携

日常的な健康管理、緊急時の
初期対応、協力医療機関への
連携や引継ぎ

医療機関（病院・診療所）

主な内容

診断・治療、高度な医療処置、
急性期の入院対応

特養との連携

配置医師不在時の対応、緊急時
の入院受入、専門的な医学的
管理

- それぞれの専門性を活かし、入居者へ最適なサービスを提供。
- 資源の最適化： 限られた医療・介護資源を効率的に配分する。

特養が直面する医療ニーズと課題

入居者の現状

- ・ 高齢化・重度化：医療依存度の高い方も
- ・ 複数疾患：認知症や慢性疾患の併存

特養単独での限界

- ・ 進んだ認知症に対する精神科との連携
- ・ 専門的検査や処置に対する連携

医師会・医療機関・行政など
「切れ目のない連携」が不可欠

事業概要

	内容
名 称	特別養護老人ホームいやさか苑
住 所	姫路市白浜町字佐崎北1丁目29番
入居定員	29（特養）+10（ショートステイ）
職員数	常勤 36人 施設長・介護支援専門員・生活相談員・看護師・ 管理栄養士・介護職員・事務員
	非常勤 9名 嘱託医・作業療法士・宿直・介護職員

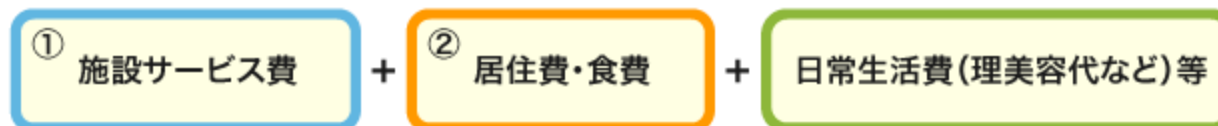
費用と考え方（入居）

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を利用料金（例）

1日の1割負担分

要介護度	従来型個室	多床室	ユニット型個室	ユニット型多床
要介護3	756円	756円	840円	840円
要介護4	829円	829円	914円	914円
要介護5	900円	900円	985円	985円

施設サービス費の他、居住費（室料＋光熱費）・食費（食材費＋光熱費）・日常生活費などががかかります。（多床は室料なし）



<①施設サービス費>

※サービス費用は、施設の形態、居室の種類、職員の配置などによって異なります。

費用と考え方（ショートステイ）

介護老人福祉施設などの短期入所生活介護は、食事・入浴などの介護や機能訓練が受けられます。

1日あたりの自己負担（1割）の目安【併設型の施設の場合】

要介護度	従来型個室	多床室	ユニット型個室	ユニット型個室 的多床室
要介護 1	6 1 4 円	6 1 4 円	7 1 6 円	7 1 6 円
要介護 2	6 8 4 円	6 8 4 円	7 8 6 円	7 8 6 円
要介護 3	7 5 8 円	7 5 8 円	8 6 2 円	8 6 2 円
要介護 4	8 2 9 円	8 2 9 円	9 3 4 円	9 3 4 円
要介護 5	8 9 9 円	8 9 9 円	1, 0 0 4 円	1, 0 0 4 円

※費用は施設の種類やサービスに応じて異なります。※食費、日常生活費、滞在費は別途負担となります。※連続した利用が30日を超えた場合、31日目は全額自己負担となります。

対象者事例

患者・利用者の状態に対応した好事例・・・

ケース 1

在宅一人暮らし・
認知症・近隣トラ
ブルなど周辺症状
の現れ

ショートステイ利用
で状態像の見極め・
主治医へ報告・服薬
とケアのスタート

入居して落ち着き、趣
味活動・実習生対応な
どするムードメーカー

ケース 2

終末期の対応に家
族の不安とケア量
増大のため入居

本人のこれまでの様
子・高齢の子ら4人交
えての人生会議支援

本人と子らそれぞれ
が4人の思いが達成す
る看取り

Swot分析

強み「生活を支える」拠点

- ・ 医療的ケア・看取り介護対応可能
- ・ 減免制度あり・長期利用に寄与
- ・ （福祉用具導入し安全な環境）

弱み

- ・ 入居施設が乱立する行政計画の限界
- ・ 姫路市の地域区分の低さによる収益性の低下

特別養護老人ホーム

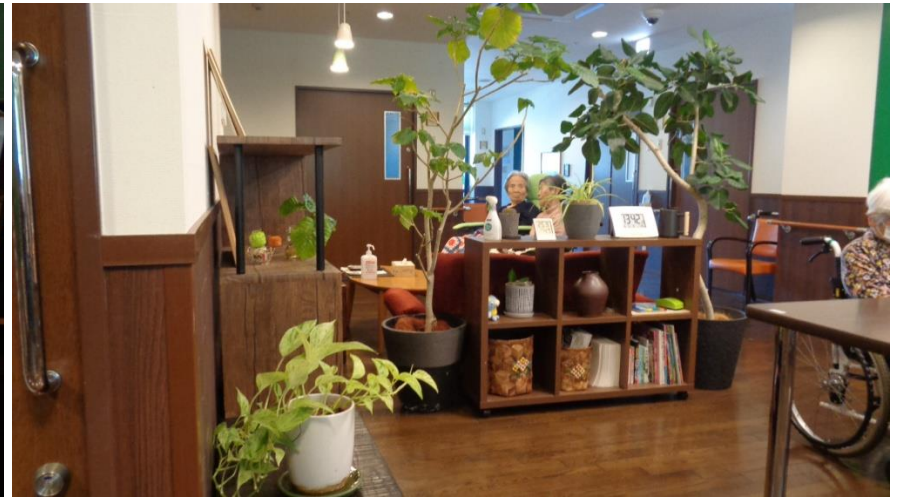
機会

- ・ 機能分化を知る研修会の開催
- ・ 質を可視化する機会や内容理解する場の設営

脅威

- ・ 機能分化の理解不足
- ・ 施設サービスの質の評価の客観的な指標の欠如

施設内の様子



施設内の様子



姫路市・西播
介護サービス
事業者連絡会

会員報告会

2025年11月29日
15:00～17:30

姫路市医師会館にて

ご清聴
ありがとうございました。

特養は、地域の医療資源の一つとして、医師会の皆様との連携を通じて、高齢者ケアの質をともに高めていきたいと考えています。

ご意見・ご協力をお願いいたします

サービス付き高齢者向け住宅の機能と役割

～安心安全な環境でその人らしい生活をいつまでも～



株式会社夢花

サービス付き高齢者向け住宅ゆめ
か

代表取締役 赤藤 千夏

施設長 福井 剛

< サービス付き高齢者向け住宅とは >

- ・ サービス付き高齢者向け住宅（略称「サ高住」）は、安全確認や生活支援サービスが付いたバリアフリー構造の賃貸の高齢者向け住宅です。

< サ高住の定義 >

- ・ 各専用部分の床面積は、原則25㎡以上

（ただし、居間、食堂、台所その他の住宅の部分が高齢者が共同して利用するため

十分な面積を有する場合は18㎡以上）

- ・ バリアフリー構造であること。

<サ高住の目的>

サ高住は「賃貸住宅」の一種で、主な目的は以下の4つです。

I：高齢者の安全確保

「安否確認」や体調の急変や万が一の事態に気づくことができます。

II：生活支援

「生活支援サービス」で、日常生活での困りごとの相談ができます。

III：自立した暮らしの支援

介護施設のように厳格なスケジュール管理はなく、あくまで賃貸住宅の一種

であるため、外出や面会などの自由度が高い生活を送ることができます。

IV：安心できる住環境

バリアフリー構造の住宅で、一人暮らしや夫婦での生活をサポートします。

<入居対象者>

I：60歳以上の方

II：要支援、要介護認定者：60歳未満であっても、要支援または要介護の認定を受けている方

III：原則として、自分の身の回りのことができる「自立」した方

IV：配偶者や60歳以上の親族、要支援・要介護認定を受けている親族の方は同居可能

※事業所独自の条件を設けられている場合があります。

<ゆめかで対応可能な医療処置>

- ・経管栄養（胃ろう・経鼻）・喀痰吸引・看取り・褥瘡処置
- ・ストーマ・バルーン（膀胱瘻）・導尿・インスリン注射・点滴（皮下点滴）

※上記以外の方の場合はご相談の上、検討いたします。



< 入居経路 >

【内訳】

・医療機関・・・10人
・・・50%

石川病院・・・3人

中谷病院・・・2人

姫路中央病院・・・2人

姫路医療センター・・・1人

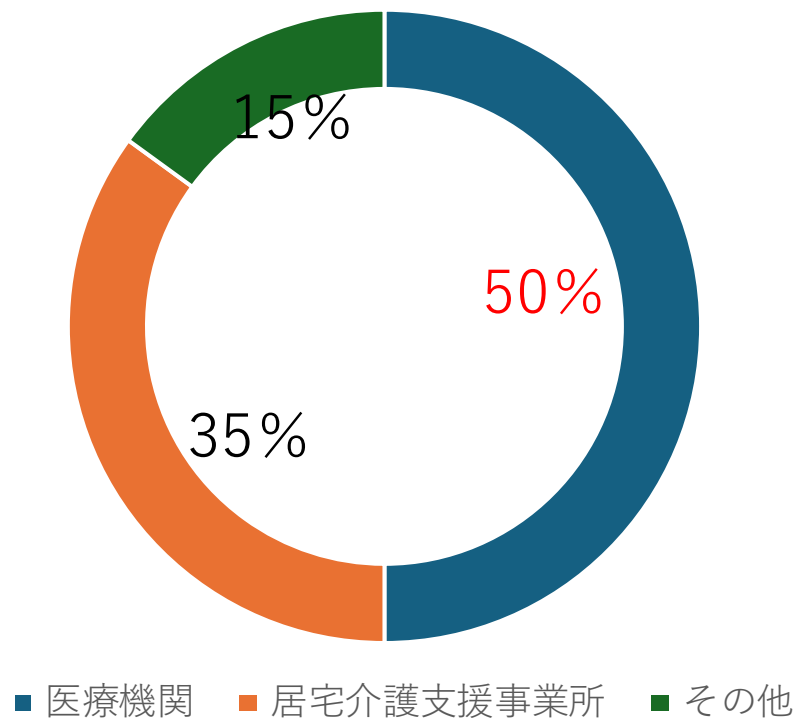
神野病院・・・1人

城陽江尻病院・・・1人

・居宅介護支援事業所・・・7人
・・・35%

・その他・・・3人
・・・15%

【内訳】



<費用>

※サービス付き高齢者向け住宅ゆめかの場合

	家賃	共益費	生活支援サービス	食費	合計
1日	1,667円	417円	667円	1,580円	4,331円
1ヶ月	50,000円	12,500円	20,000円	47,400円	129,900円

※入居一時金（敷金）として家賃の2ヶ月分相当

※1ヶ月を30日として計算

<上記以外にかかる費用>

・介護保険・医療保険の自己負担分・日用品（オムツなど）

（例）要介護2の場合

サ高住・・・129,900円

介護保険（1割負担）・・・20,000円（平均）

161,400円

医療保険・・・6,500円（平均）

日用品・・・5,000円（平均）



毎月：約

<強み・アピールポイント>

I：医療依存度の高い方の受け入れ

一般的なサ高住は医療依存度が高い場合、入居を断られるケースが多くあります。(吸引・在宅酸素・カテーテル留置など)

このような方であっても医療の体制を整備しているため、受け入れが可能となっています。**看取り**の対応も行っています。

II：毎食手作りの食事

栄養士が栄養バランスの取れた献立を考え、手作りで提供しています。

食事形態(刻みやミキサー)も柔軟に対応し、**入居者ごとに合った食事**を提供しています。

•III：各種イベント

定期的に施設でイベントを開催しています。

毎週セラピストによる集団体操や月1回のイベント(外出や施設内での季節のイベントなど)を行っています。



事例① 意欲向上

I：基本情報

94歳 男性

現病歴：上行結腸癌・脳梗塞・腰ヘルニア・胆石・前立腺肥大・不整脈・左尺骨近位端骨折

II：入居までの経緯

姫路医療センターに入院中に嚥下機能が低下し、経口摂取が困難となる。「最期は病院ではなく高齢者住宅で過ごして欲しい」という家族の意向によりサ高住へ入居となる。

III：入居後～現在

入居当初は病院と同様の対応をしていた。**ベッド上で寝たきり状態**。コミュニケーションは可能

であり会話をしていく中で、**食に対する意欲**が少しだけあることを知る。担当医に相談し、その

食事 日の夕食から、ミキサー食の提供を開始する。嚥下状態は咽はあるものの良好。少しずつ

量を増やして提供する。現在は1日1回（昼食時）に離床し、食堂にて食事を食べられるようにな

る。また入居してから清拭対応をしていたが、週1回シャワー浴を実施している。

看取り対応での入居であったが、**生き生きとした表情**で過ごされている。

～ご家族様より～

いつも色々と良くしてくださり、ありがとうございます。

諦めかけていた父が、面会に来るたびに表情が明るくなっているのが分かり嬉しいかぎりです。

家族も大変喜んでいます。これからもよろしくお願いします。

事例② 看取り

I：基本情報

96歳 女性

現病歴：高血圧症・高脂血症・骨粗鬆症・心房細動・左胸水貯留・慢性硬膜下血腫
出血性脳梗塞・不顕性誤嚥性肺炎

II：入居までの経緯

城南病院に入院中に経鼻にて食事をされていたが、何度もマーゲンチューブ自己抜去あるた

め終日ミトン着用+両上肢抑制帯をしている。熱発も頻回にあり、解熱剤内服する微熱は継続。

家族の「本人が辛い思いをするのは可哀想」という意向により、これ以上の積極的な治療は

望まないとのことで看取り対応としてサ高住へ入居される。

III：入居後～看取り

入居後は基本的には入院中と同じく経鼻経管栄養にて栄養摂取し、自己抜去の危険がある

ため終日ミトン+注入中は両上肢抑制帯を着用する。

コミュニケーションは簡単な会話は可能で、「ありがとう」や意思表示は行えています。
笑顔も見られることもあり、しばらくは穏やかに過ごされていました。
ただ微熱は継続し。高熱時は解熱剤を服用するも、定期的に高熱あり。
1ヶ月経過した頃に急変され、Spo2低下、四肢チアノーゼ、下血、高熱あり。
数日で症状は改善される。
その後は状態安定されていたが、半月後に再度急変しサ高住にて永眠される。

～ご家族様より～

この度は色々と良くしてくださり、ありがとうございました。
本人も最期にゆめかさんで過ごせて幸せだったと思います。
本当にありがとうございました。

<まとめ>

I：サ高住は特養や老健とは異なり、**賃貸住宅の一種**である。

II：介護保険サービス等を利用するには**外部の事業所と別途契約**が必要。

III：事業所により個性があるため、その人に合ったサービスが受けれる住宅を

探す必要がある。



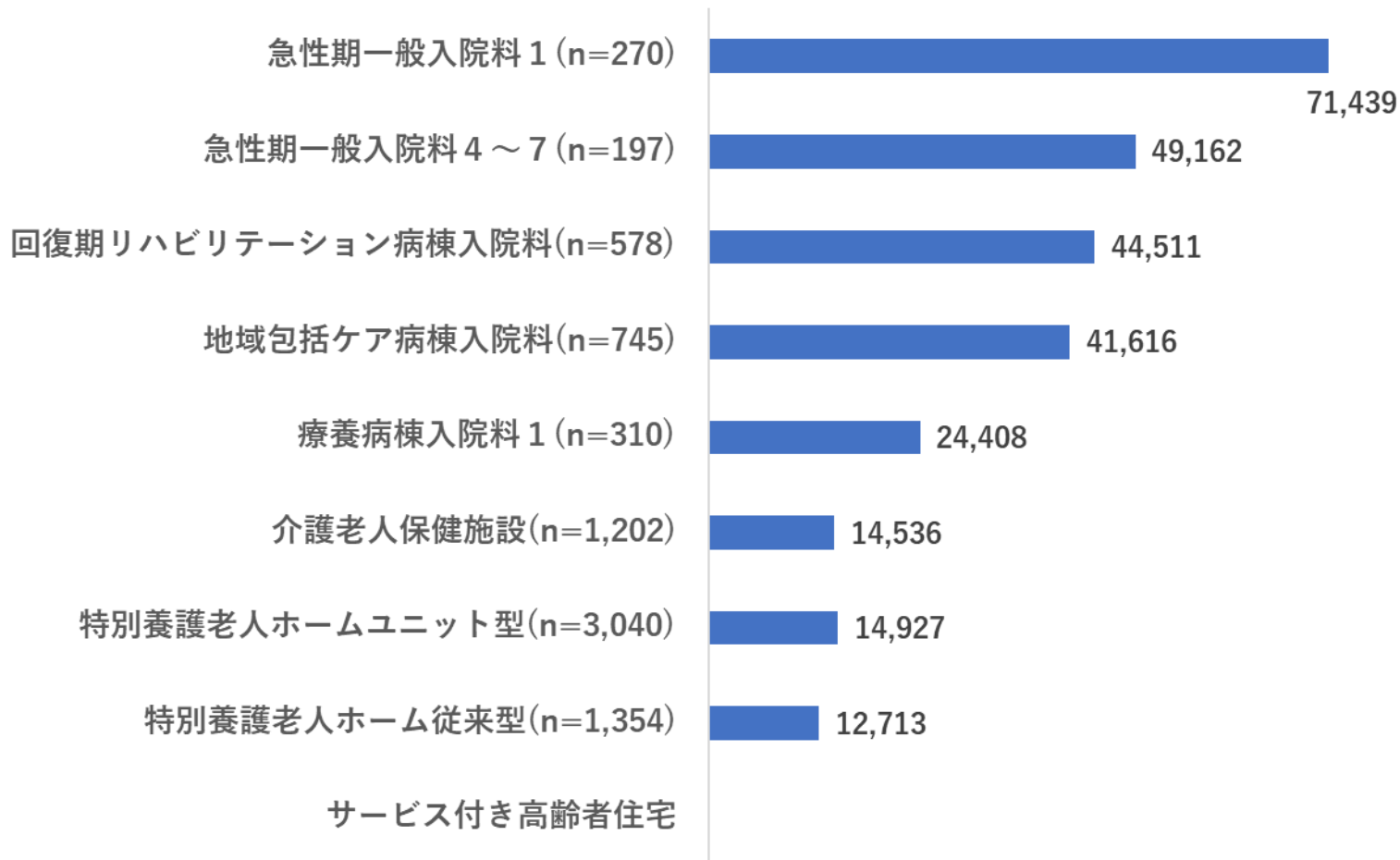
ご清聴ありがとうございました。

入院および入所別の経営状況

(入院単価および入所単価:円)

※WAM Reserch Reportより以下を抜粋

- 1.2023年度病院の経営状況について(令和7年1月31日版)
- 2.2023年度介護老人保健施設の経営状況について(令和7年3月31日版)
- 3.特別養護老人ホームの経営状況について(令和7年3月21日版)

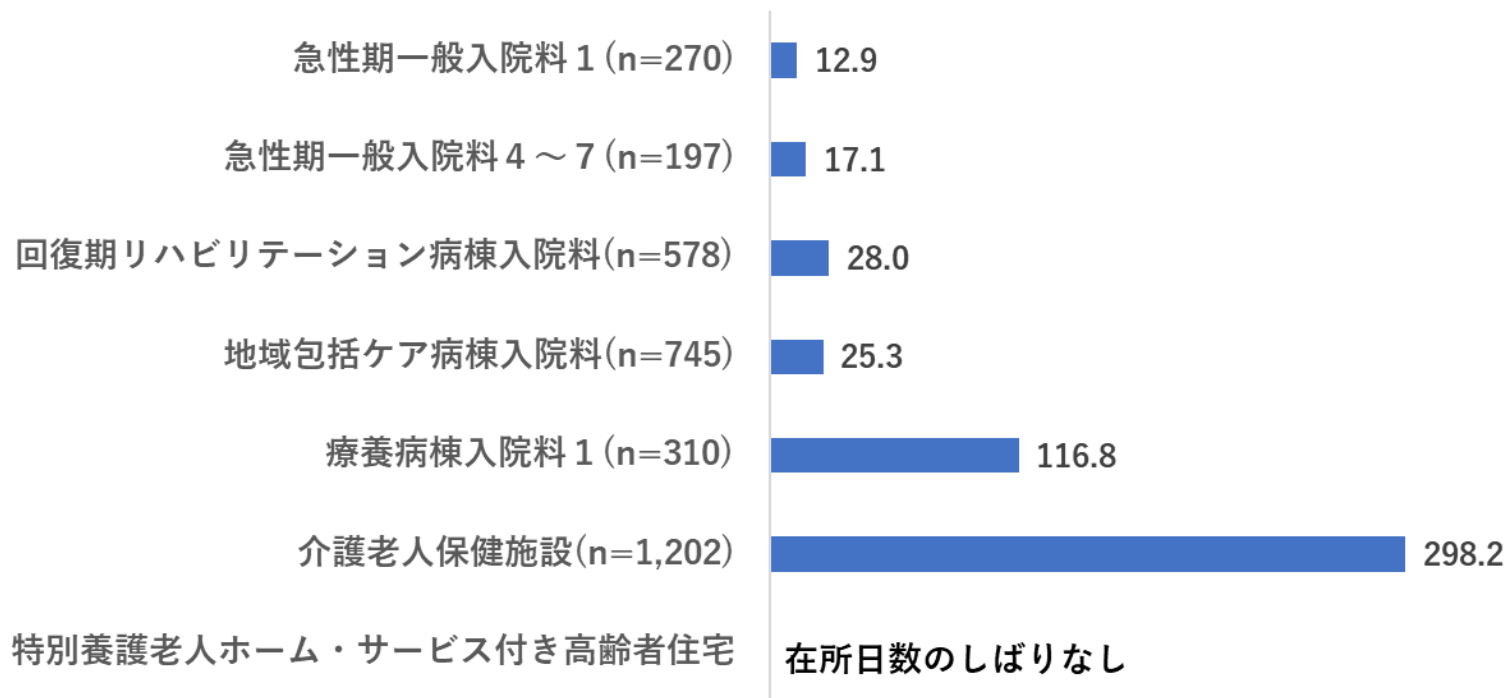


入院および入所別の経営状況

(在院日数および在所日数: 日)

※WAM Reserch Reportより以下を抜粋

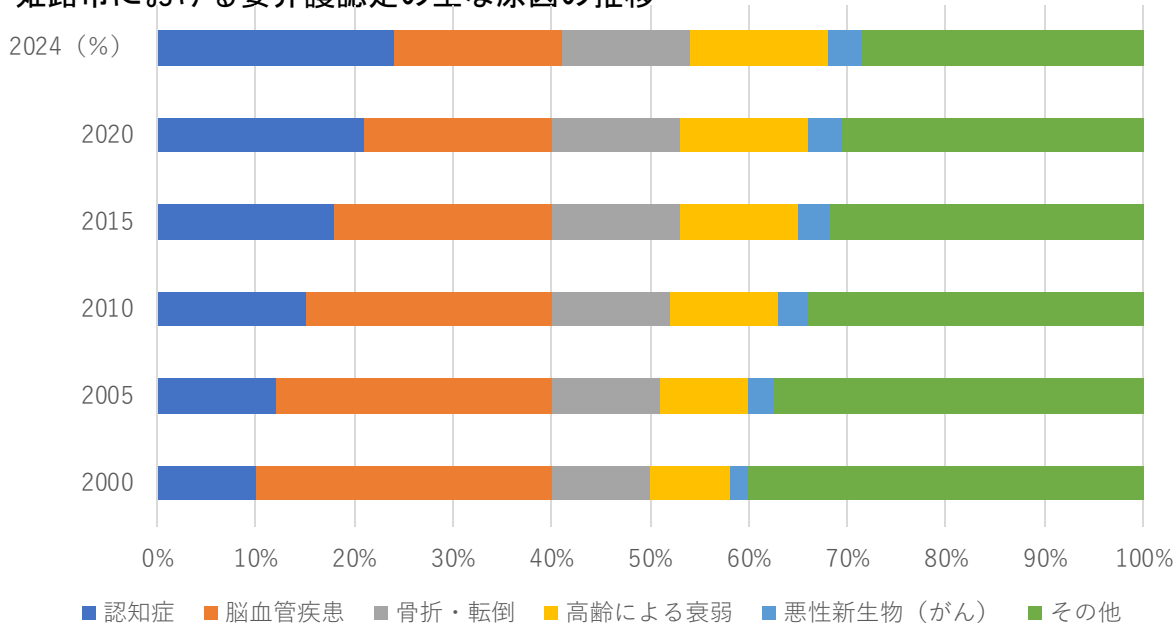
- 1.2023年度病院の経営状況について(令和7年1月31日版)
- 2.2023年度介護老人保健施設の経営状況について(令和7年3月31日版)
- 3.特別養護老人ホームの経営状況について(令和7年3月21日版)



介護認定の要因変化と医療連携の重要性

～姫路市の現状からみるケアマネジャーの役割～

姫路市における要介護認定の主な原因の推移



ポイント

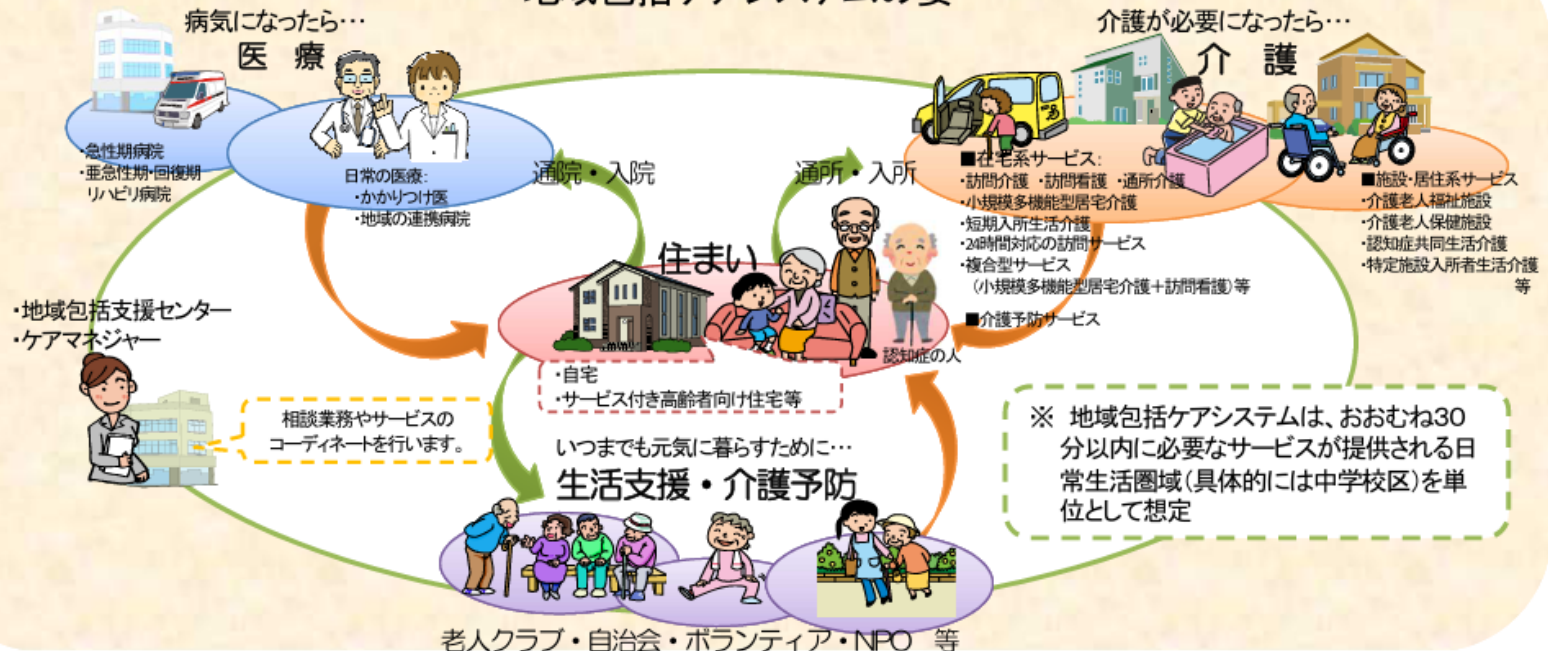
- ・ 認知症と高齢による衰弱が増加、脳血管疾患は減少傾向。
- ・ がん（悪性新生物）は構成比としては小さいが、医療連携が特に求められる層。
- ・ 医療と介護の重なり領域が拡大し、ケアマネジャーの橋渡し役が重要。

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。

地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。

地域包括ケアシステムの姿



医療・介護の提供体制の将来像の例

資料1

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

○日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。

○小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

医療提供体制の充実と重点化・効率化

都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

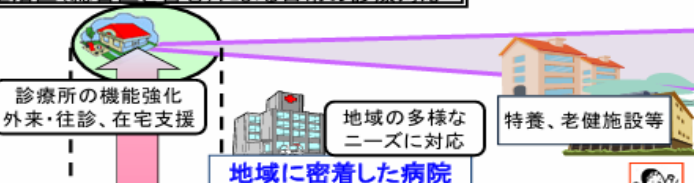
&

地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)

※ 体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討

市町村レベル:

主治医(総合医を含む)による日常の診療対応



人口20～30万レベル:

救急病院など地域の基幹病院を中心とする医療機関のネットワーク



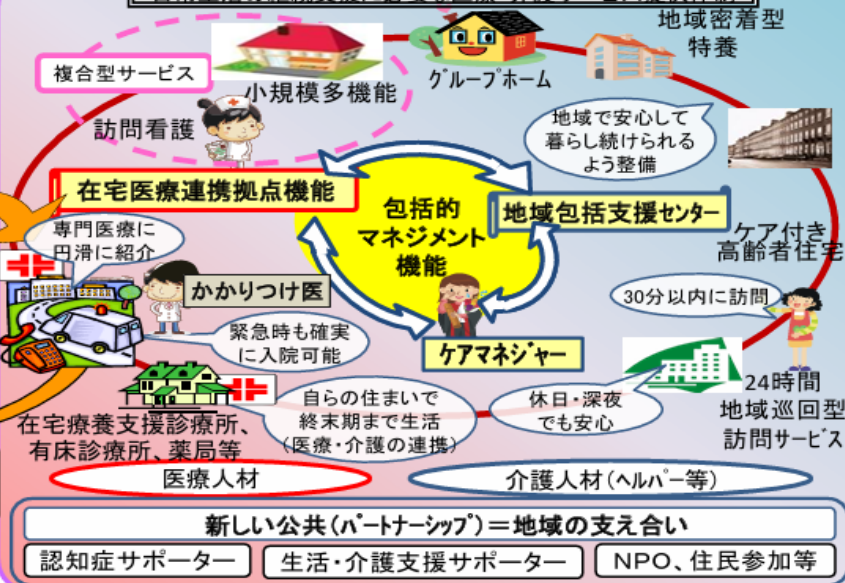
都道府県レベル:

救命救急、高度な医療など広域ニーズへの対応体制整備



小・中学校区レベル(※):

日常生活の継続支援に必要な医療・介護サービス提供体制



※ 人口1万人程度の圏域。