

病床のあり方について

将来的には、基幹病院としての高度急性期機能を維持しつつ、77床を急性期病床として運用していくことを想定している。（77床の内訳は、地域包括ケア48床、緩和ケア19床、ドック10床である。）

（ 広島赤十字・原爆病院 公的医療機関等2025プランより ）

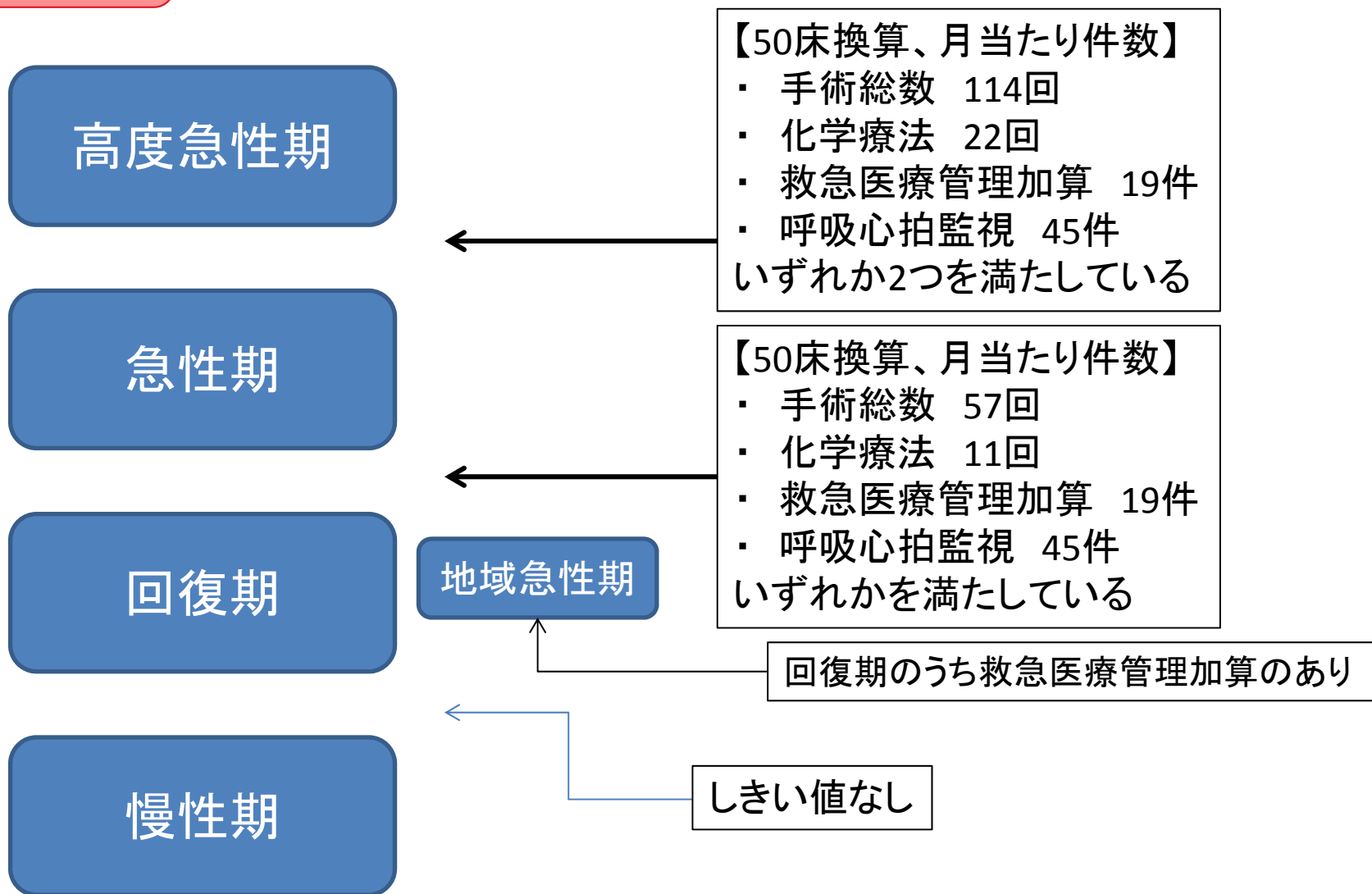
・2018年、ドックを8床に変更したため、75床を急性期病床と想定

2018年度病床報告 (H30.6月)

東棟3階	ICU・HCU・救急病床(20床)	高度急性期
東棟5階	外科・腎臓内科(54床)	高度急性期
東棟6階	耳鼻科・泌尿器科・皮膚科・歯科(54床)	高度急性期
東棟7階	整形外科・脳外科(54床)	高度急性期
東棟8階	産婦人科・整形外科(52床)	高度急性期
中央棟3階	健診センター(8床)	急性期
中央棟5階	地域包括ケア病棟・眼科(48床)	急性期
中央棟6階	循環器内科・消化器内科(48床)	高度急性期
中央棟7階	内分泌内科・リウマチ科・血液内科(45床)	急性期
中央棟8階	小児科・脳神経内科(34床)	高度急性期
南棟5階	休棟中(19床)	休棟中
南棟6階	消化器内科・呼吸器内科(52床)	急性期
南棟7階	血液内科(39床)	高度急性期
南棟8階	血液内科(*) (38床)	高度急性期

高度急性期:393床 急性期:153床 休棟中:19床

広島県における定量的な基準



(6月の診療報酬で算定)

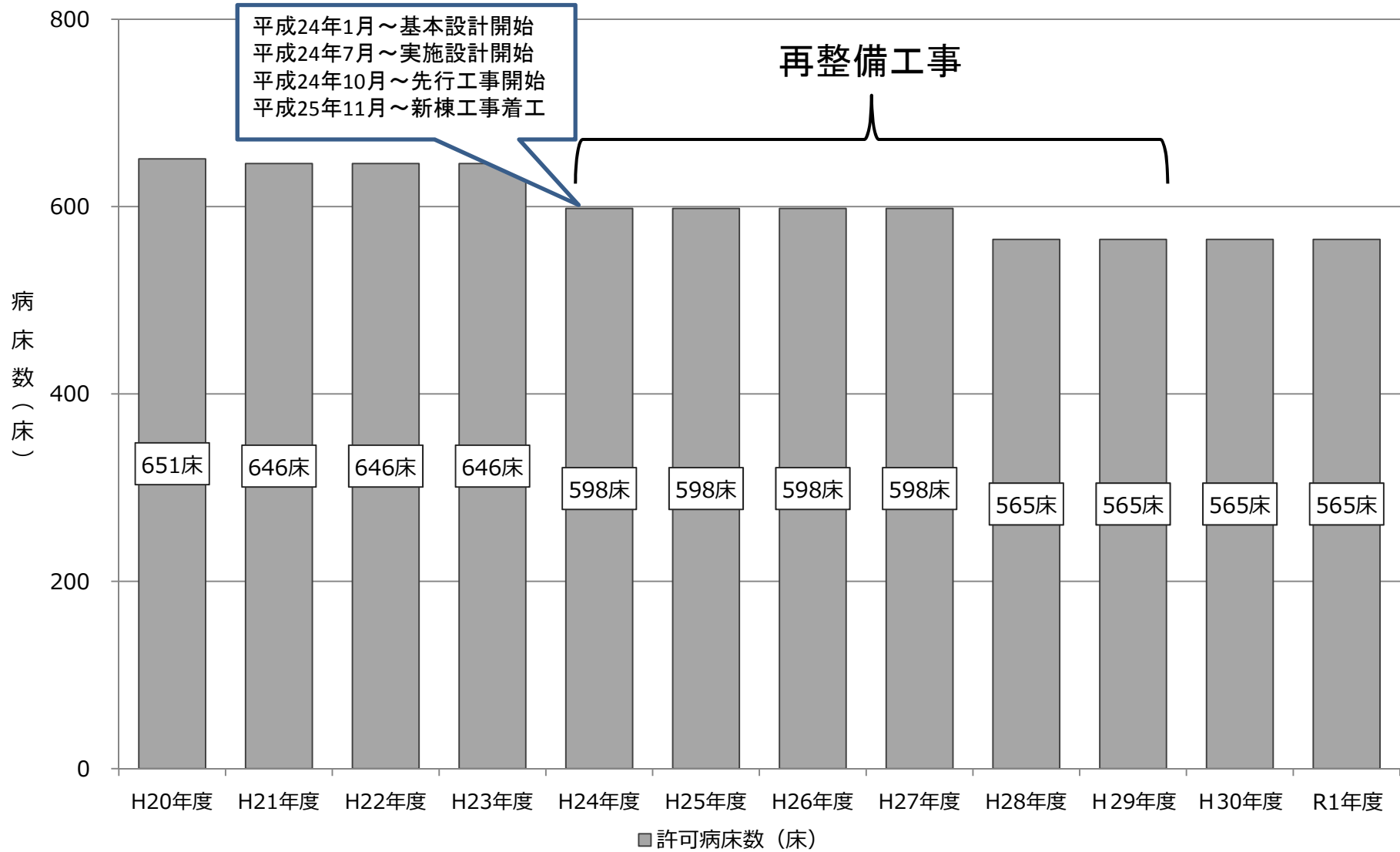
2019年度病床報告 (R1.6月)

東棟3階	ICU・HCU・救急病床(20床)	高度急性期
東棟5階	外科・腎臓内科(54床)	高度急性期
東棟6階	耳鼻科・泌尿器科・皮膚科・歯科(54床)	高度急性期
東棟7階	整形外科・脳外科(54床)	急性期
東棟8階	産婦人科・整形外科(52床)	急性期
中央棟3階	健診センター(8床)	回復期
中央棟5階	地域包括ケア病棟・眼科(48床)	急性期
中央棟6階	循環器内科・消化器内科(48床)	高度急性期
中央棟7階	内分泌内科・リウマチ科・血液内科(45床)	高度急性期
中央棟8階	小児科・脳神経内科(34床)	高度急性期
南棟5階	休棟中(19床)	休棟中
南棟6階	消化器内科・呼吸器内科(52床)	高度急性期
南棟7階	血液内科(39床)	高度急性期
南棟8階	血液内科(*) (38床)	高度急性期

高度急性期:384床 急性期:154床 回復期:8床 休棟中:19床

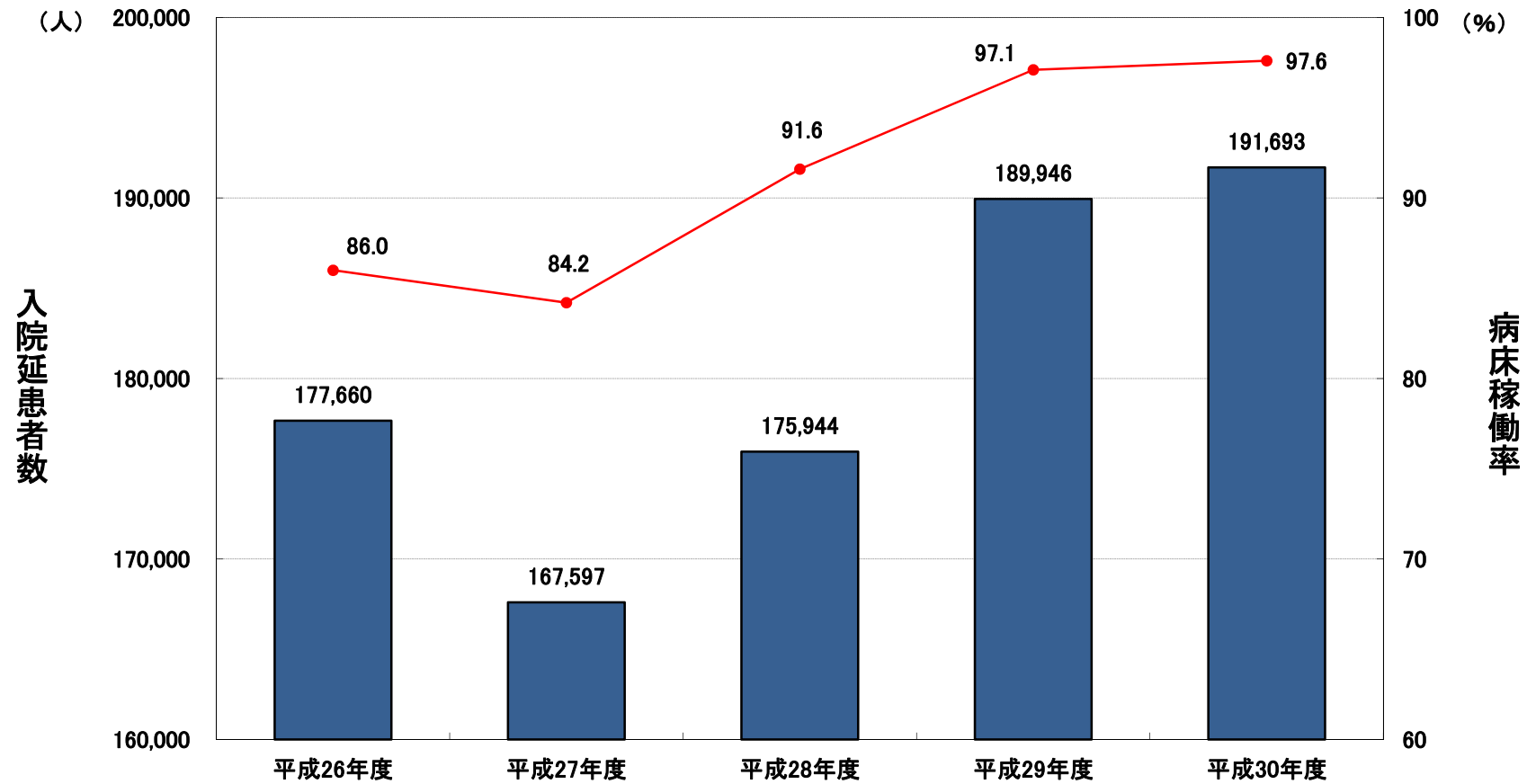
南棟5階	緩和ケア病棟(令和元年12月より・19床)	急性期・慢性期
------	-----------------------	---------

許可病床数の推移



3/31日時点の数値(ただし、R1年度は10/1時点の数値)

病床稼働率の推移

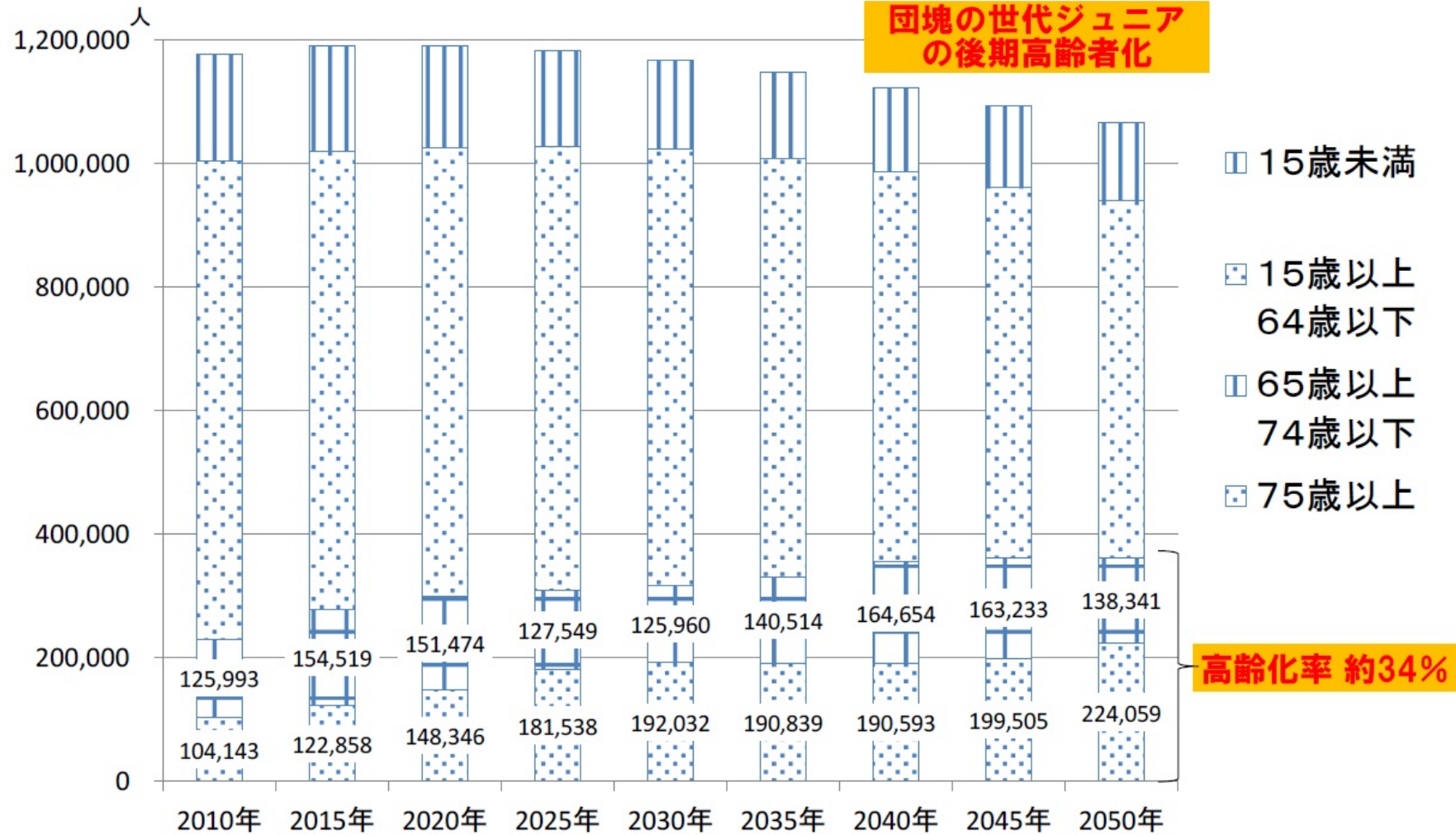


人口段階別市区町村の変動(2015→2040)【H30推計】

	人口増減率(2015年→2040年)			
	増加	±0~▲10%	~▲20%	~▲30%
100万人以上	さいたま市、川崎市、福岡市 (3団体)	札幌市、横浜市、名古屋市、京都市、大阪市、 広島市 (6団体)	仙台市 、神戸市 (2団体)	
50~100万人	川口市、大田区、世田谷区、杉並区、板橋区、練馬区 (6団体)	宇都宮市 、千葉市、船橋市、江戸川区、相模原市、浜松市、岡山市、熊本市 (8団体)	足立区、八王子市、新潟市、静岡市、堺市、 東大阪市 、 姫路市 、 松山市 、北九州市、鹿児島市 (10団体)	
20~50万人	つくば市、越谷市、柏市、港区、新宿区、文京区、墨田区、 江東区 、品川区、目黒区、渋谷区、豊島区、荒川区、調布市、西東京市、藤沢市、岡崎市 (17団体)	水戸市、高崎市、 伊勢崎市 、太田市、川越市、上尾市、草加市、市川市、松戸市、中野区、北区、葛飾区、府中市、町田市、茅ヶ崎市、大和市、金沢市、福井市、松本市、一宮市、豊田市、四日市市、大津市、豊中市、吹田市、茨木市、明石市、西宮市、倉敷市、 福山市 、高松市、久留米市、佐賀市、大分市、宮崎市、那覇市 (36団体)	盛岡市、山形市、前橋市、所沢市、平塚市、厚木市、長岡市、富山市、長野市、岐阜市、豊橋市、春日井市、津市、高槻市、枚方市、八尾市、尼崎市、加古川市、 宝塚市 、奈良市、和歌山市、 松江市 、徳島市、高知市、佐世保市 (25団体)	旭川市、青森市、 八戸市 、秋田市、 春田市 、 富士市 、 寝屋川市 、 呉市 、 下関市 、長崎市 (12団体)
10~20万人	戸田市、朝霞市、三郷市、ふじみ野市、木更津市、 流山市 、浦安市、中央区、 台東区 、三鷹市、小金井市、日野市、刈谷市、安城市、東海市、草津市、浦添市、沖縄市、うるま市 (19団体)	帯広市、小山市、新座市、富士見市、成田市、習志野市、八千代市、鎌ヶ谷市、立川市、武蔵野市、小平市、東村山市、国分寺市、東久留米市、 伊勢原市 、海老名市、藤枝市、豊川市、西尾市、小牧市、稲沢市、桑名市、彦根市、和泉市、箕面市、米子市、出雲市、 東広島市 、 廿日市 、山口市、防府市、 丸亀市 、 筑紫野市 、春日市 (34団体)	苫小牧市、大崎市、土浦市、古河市、ひたちなか市、 佐野市 、 那須塩原市 、熊谷市、 鴻巣市 、深谷市、入間市、久喜市、 坂戸市 、野田市、佐倉市、我孫子市、青梅市、 昭島市 、多摩市、鎌倉市、小田原市、秦野市、座間市、高岡市、 小松市 、 白山市 、甲府市、上田市、大垣市、 多治見市 、各務原市、 三島市 、富士宮市、磐田市、 掛川市 、 半田市 、伊勢市、松阪市、鈴鹿市、 長浜市 、東近江市、岸和田市、 池田市 、 泉佐野市 、伊丹市、川西市、 三田市 、橿原市、生駒市、鳥取市、 津山市 、宇部市、新居浜市、飯塚市、諫早市、 別府市 、都城市、 鹿屋市 、霧島市 (59団体)	釧路市、 北見市 、 江別市 、弘前市、 一宮市 、 筑西市 、足利市、栃木市、 加須市 、沼津市、焼津市、瀬戸市、宇治市、 羽曳野市 、 尾道市 、 岩国市 、周南市、 八代市 、 延岡市 (31団体)

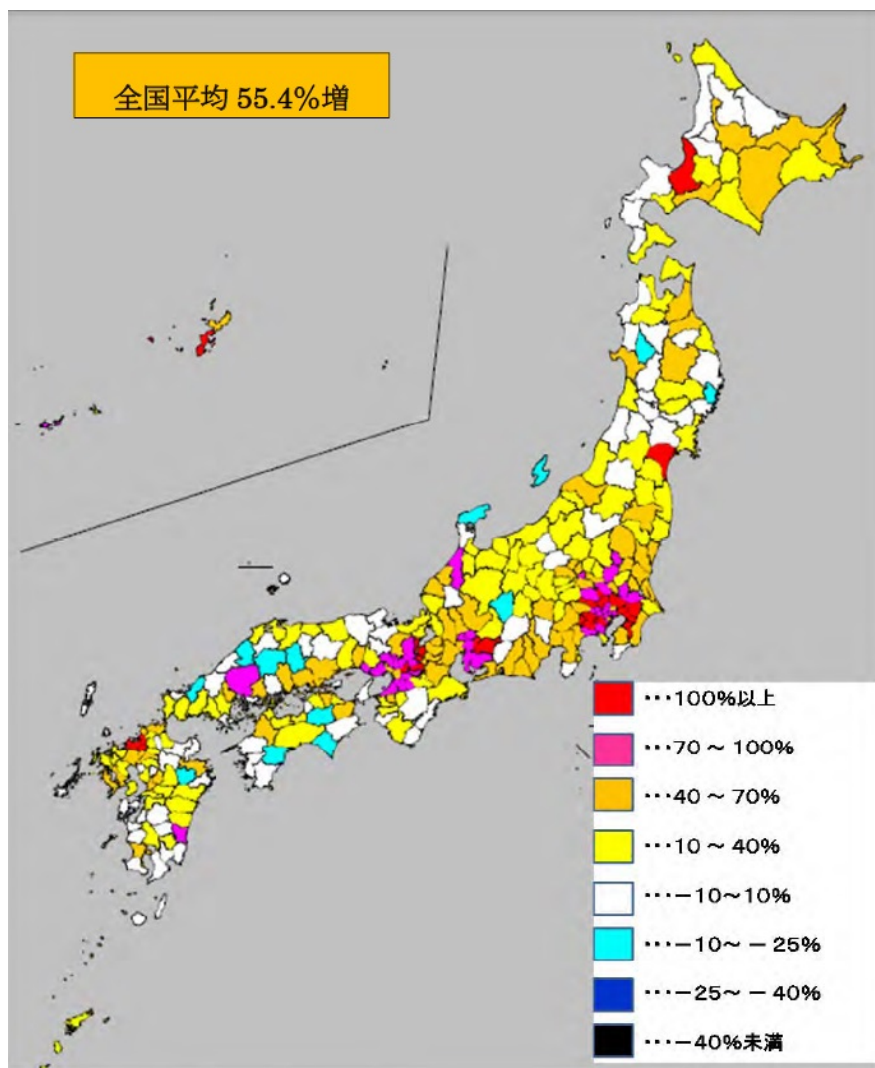
広島市の人口の将来推計

○ 本市推計では、2018年頃(平成30年頃)から人口減少に転じるものの、高齢者の数は、2045年頃(平成57年頃)まで上昇を続ける。

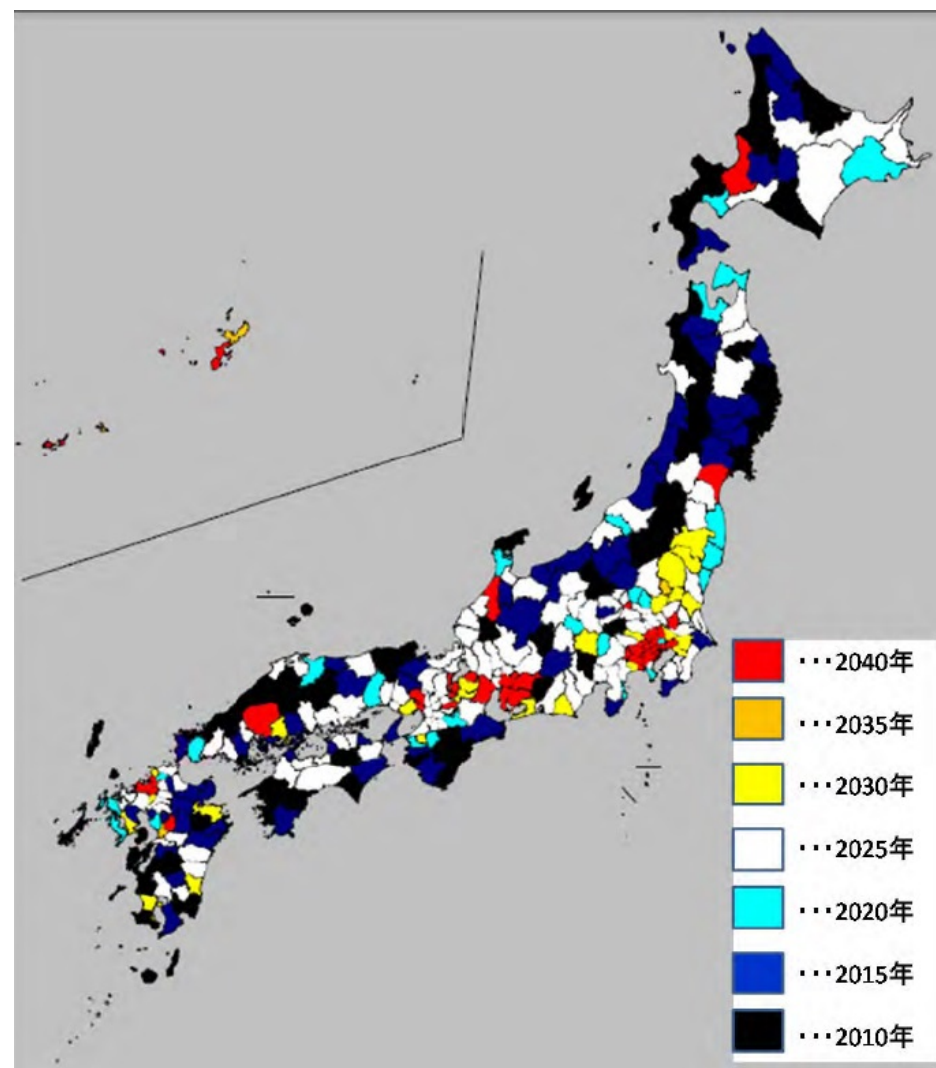


出典:本市介護保険課作成

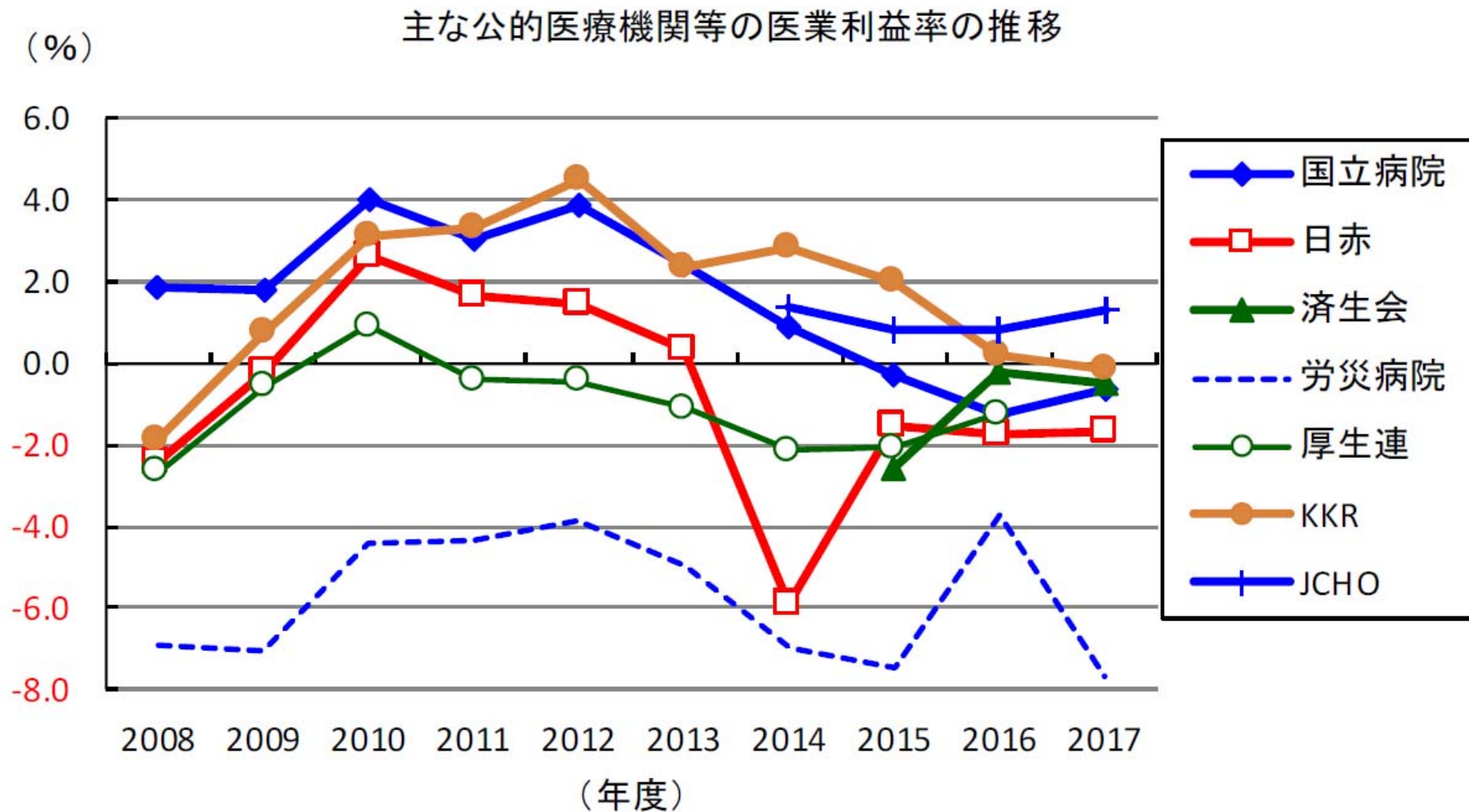
2010→40 年75 歳以上増減率



各二次医療圏の医療需要のピークの時期



(D)赤字経営からの脱却



※医業利益率は本稿での定義による。

*各法人の財務諸表等から作成。労災の2015年度は厚生年金基金代行返上、日赤の2014年度は退職給付引当金の追加計上の影響。済生会は2015年度に社会福祉法人会計基準に移行。

(前田由美子 2019年7月17日 日医総研ワーキングペーパーより)

開設主体別医療機関の財政・税制上の措置

開設主体別医療機関	財政			税制			
	政府 出資金*1	運営費 交付金*2 ・繰入金	補助金	国税	地方税		
				法人税 (医療保健業)	事業税 (医療保健業)	不動産取得税	固定資産税
公立病院	-	○*3	対象*4	非課税	非課税	非課税	非課税
国民健康保険組合	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
日本赤十字社	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
済生会	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
厚生連	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
北海道社会事業協会	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
国家公務員共済組合連合会	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
公立学校共済組合	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
日本私立学校振興・共済事業団	○	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
健康保険組合	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
地域医療機能推進機構	○	-	対象*4	非課税	非課税	非課税	一部非課税*5
国立病院機構	○	○*6	対象*4	非課税	非課税	非課税	一部非課税*5
労働者健康安全機構	○	○*6	対象*4	非課税	非課税	非課税	一部非課税*5
(参考)公益社団法人、公益財団法人	-	-	対象*4	一部非課税*7	一部非課税*7	一部非課税*5	一部非課税*5
(参考)社会医療法人	-	-	対象*4	一部非課税*8	一部非課税*8	一部非課税*5	一部非課税*5
(参考)医療法人	-	-	対象*4	課税	課税	課税	課税*9

*1: 政府出資金とは、独立行政法人等において、その業務を確実に実施するために必要な資本金その他の財産的基礎を有する必要がある、これに対して政府が出資することをいう(参考: 独立行政法人通則法第8条第1項)。日本私立学校振興・共済事業団に関しては、私立学校への助成事業のみ。

*2: 運営費交付金とは、独立行政法人が行う業務の財源に充てるために必要な金額の全部又は一部に相当する金額について、国が予算の範囲内で交付する資金。

*3: 地方公営企業法第17条の2(経費の負担の原則)及び総務省が定めた繰出基準(総務副大臣通知)に基づき、一般会計が負担すべき経費(経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費及び能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費)を公営企業会計に対して繰り入れているもの。

*4: 個別の補助金の目的や性質によって対象外にもなりえる。なお、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生(医療)農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会、公益社団法人、公益財団法人、学校法人、社会医療法人、健康保険組合、国家公務員共済組合連合会及び公立学校共済組合が開設した病院について、公立病院と同様に当該地域の医療確保のため、公立病院に対する繰入金に準じて自治体から運営費に関する補助金の交付を受けている場合がある。

*5: 経営する病院及び診療所において直接その用に供する資産などは非課税。

*6: 国立病院機構では、国期間分の退職給付金費用や臨床研究事業経費等に、労働者健康安全機構では、未払資金立替私事業や研究・試験及び成果の普及事業等に使用されており、両機構とも診療事業には使用していない。

*7: 法人税法令で定める収益事業に該当する医療保健業、公益目的事業は非課税。

*8: 社会医療法人では、医療保健業(附帯業務、収益業務は除く。)は非課税。

*9: 自治体の各例により減額を行っている場合がある。

高度急性期・急性期病院としての機能強化

- PFMの導入と拡充
- 地域連携の強化
- 病棟サポートの強化
- 相談支援センターの拡充
- 地域医療支援病院
- 断らない医療の提供
- 救急部門の充実
- 救急外来の拡充と機能強化
- 集中治療部門の強化
- 開業医ホットライン
- 災害拠点病院の体制強化
- 救護班
- DMAT
- 支援看護師の育成
- 災害コーディネータの育成
- 緊急被ばく医療アドバイザー
- がん医療の強化
- がん拠点病院
- 外来化学療法室の拡充
- 無菌室の拡充
- 緩和ケアの強化
- 外来診療体制
- 逆紹介窓口
- メディカルクラークの拡充
- コンシェルジュの導入
- 看護部門
- 7:1看護配置の維持
- 夜間看護配置の充実
- 看護助手の拡充
- 高度医療機器新設と更新
- ゲノム医療への対応
- その他

● 病床転換について

当院は病院再整備事業の着手時に、政府の方針なども考慮し、48床のダウンサイズを行いました。また、再整備事業の完了までに、更に33床のダウンサイズも行いました。しかし、現在97%を越える病床稼働があり、Week dayにおいては100%を越えることも珍しくありません。このため、地域の皆様にご迷惑をおかけすることもあり、ダウンサイズが少し早かったのではないかと反省しています。

● 当院の今後の方針

当院のある広島市では、2045年までは患者数自体は増加し続ける予測になっています。また、年齢構成でも2040年位までは、最も急性期医療の必要な65～74歳までの人口が増加する予測になっています。さらに、当地域は他地域からの患者流入地域でもあります。

このため、当面の間地域の基幹病院として現在の体制を維持する予定です。但し、患者さんの年齢構成の変化（高齢化）に伴い、必要な医療が変わることが推測されます。2035年位に、その後の方針を大きく見直す時期が来るのではないかと推測しています。

• 国が打ち出した病床転換の方向性について

人口減少地域においては、現在の病床数を維持できなくなることは当然のことと思います。このため、原則ダウンサイズが必要になると思っています。但し、高度急性期・急性期医療を行うにはある程度の病院規模が必要になります。このため、人口が減少する地域において急性期医療を行うためには、統合を行い病院規模を維持する必要が出てくると思います。

また、高齢化に伴い全日本病院協会副会長安藤高朗先生の言われるように、特に後期高齢者においては、主に身体を治す医療から生活を支える医療への転換が求められると思います。ただし、今後も急性期医療が不要になる訳ではありませんし、一定数の急性期型病院は必要です。一度機能転換したら元に戻すのは容易ではないので、地域の実情を良く考え、民間病院も含めた他の医療機関と今後の方針のすり合わせが必要と思います。その意味でも、医療圏別会議は重要と思っています。

なお、人口減少により広範囲が過疎地域となった場合、いわゆるコンパクトシティーの方向に持っていかないと、医療サービスの維持は困難になると思います。これは医療業界と言うより、行政を中心として地域全体で取り組む仕事だと考えています。