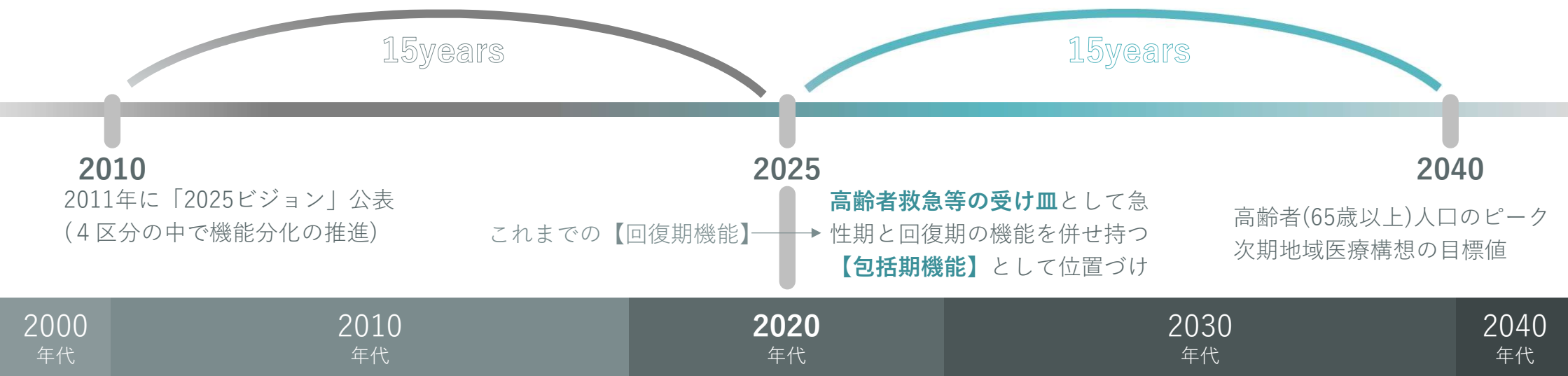


2040年に向けた 病床機能の方向性について

令和7年度第1回 病院経営評価委員会

R7.8 医療センター経営企画課

国全体の流れ



団塊の世代 (1947-49) 600万人弱



- ・ 高齢者救急の増加
- ・ リハビリの早期介入の必要性が上昇

高齢者救急の増

主な症状

- ✓ 尿路感染症
- ✓ 軽微な転倒
- ✓ 軽症の肺炎

いずれも高度な医療機器等を使用せずに治療ができる

基本的には地域包括ケア病院に搬送される。

人口減少

医療を必要とする絶対数が減少する



リハビリの需要増

リハビリの早期介入を要する患者が増

高齢者は筋力の低下が早く、

10日程度ベッド上で安静にすると下肢筋力の**15.6%**低下

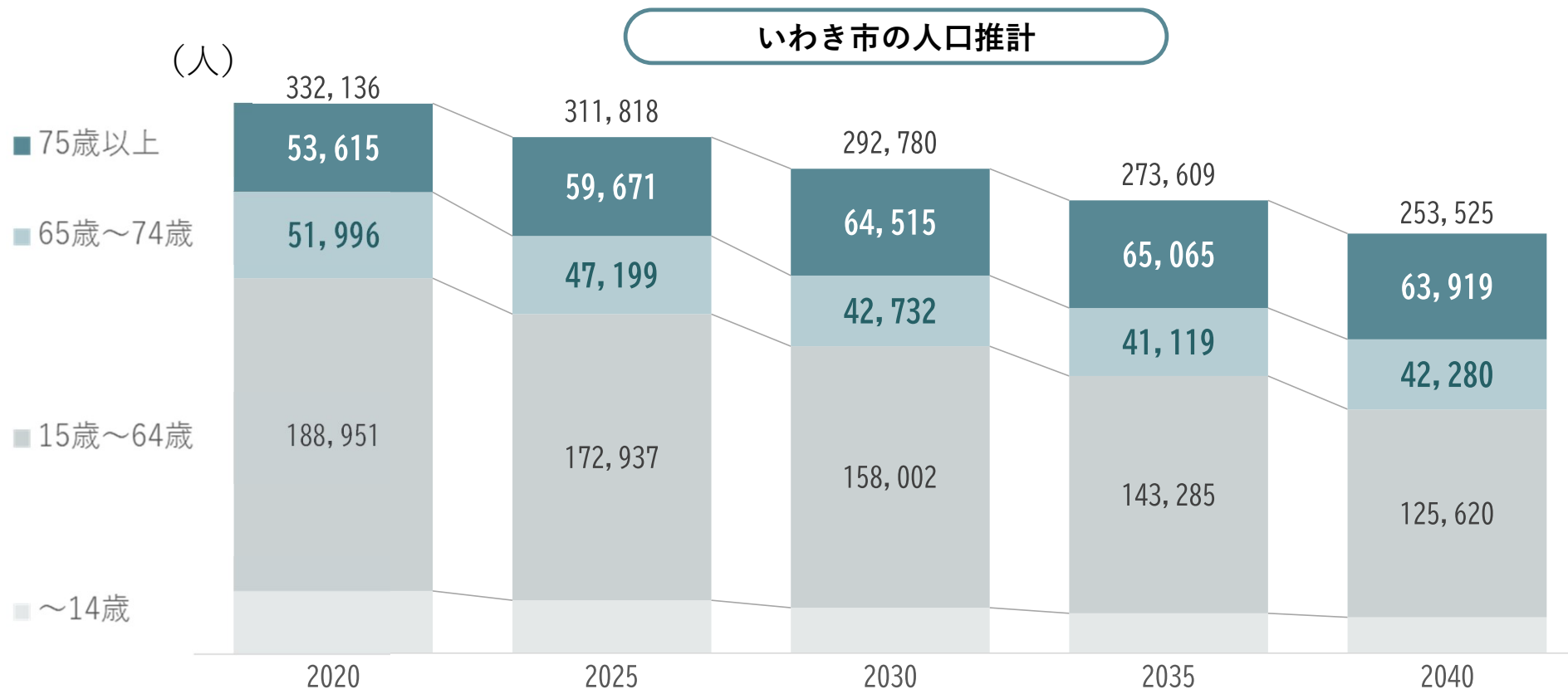
失うのは早く
戻すのは遅い

回復期需要が増加し、急性期需要は減少する

本市の人口推計

□75歳以上の人口は2035年まで増加

□その他の年齢層は減少する見込み



(出所：第2期いわき市総合創生戦略 将来人口の推移)

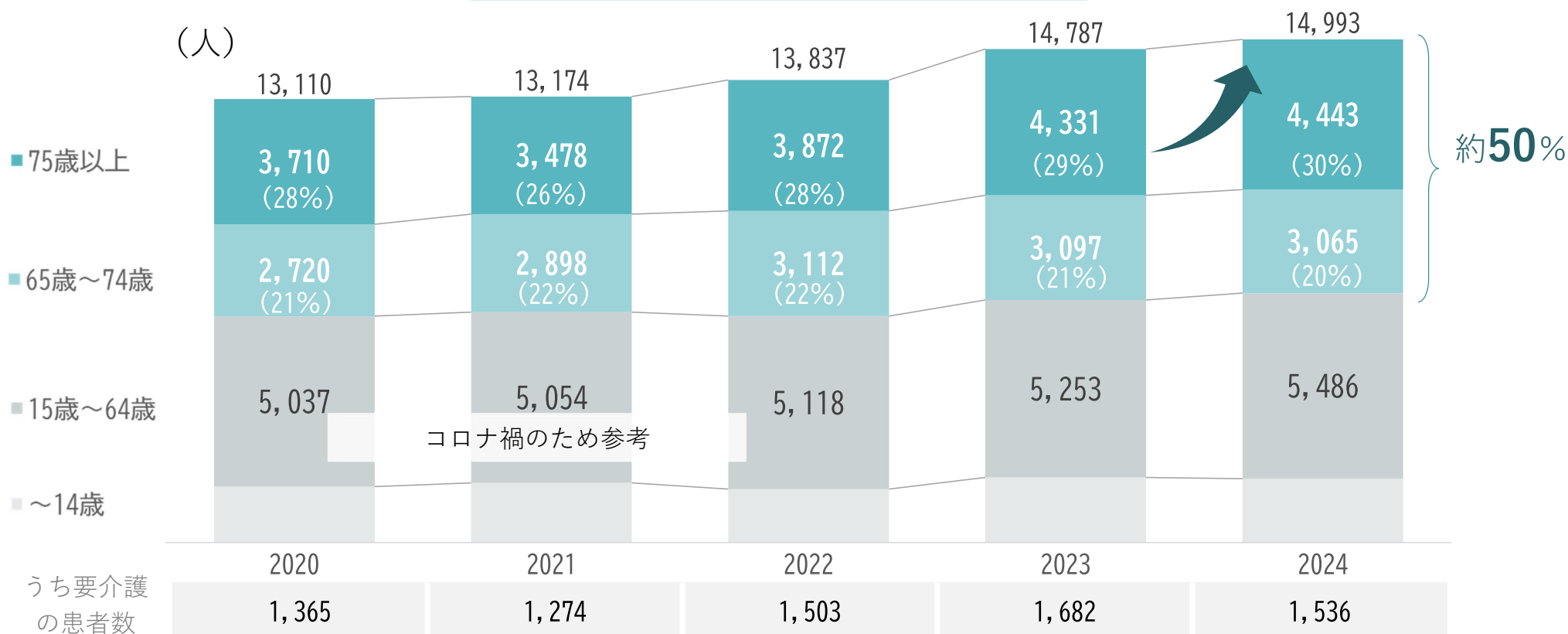
当センターの年齢別分布

□入院患者の約5割が高齢者

□75歳以上の後期高齢者は増加傾向

回復期需要の増加が伺える

当センターの年齢別新規入院患者数等



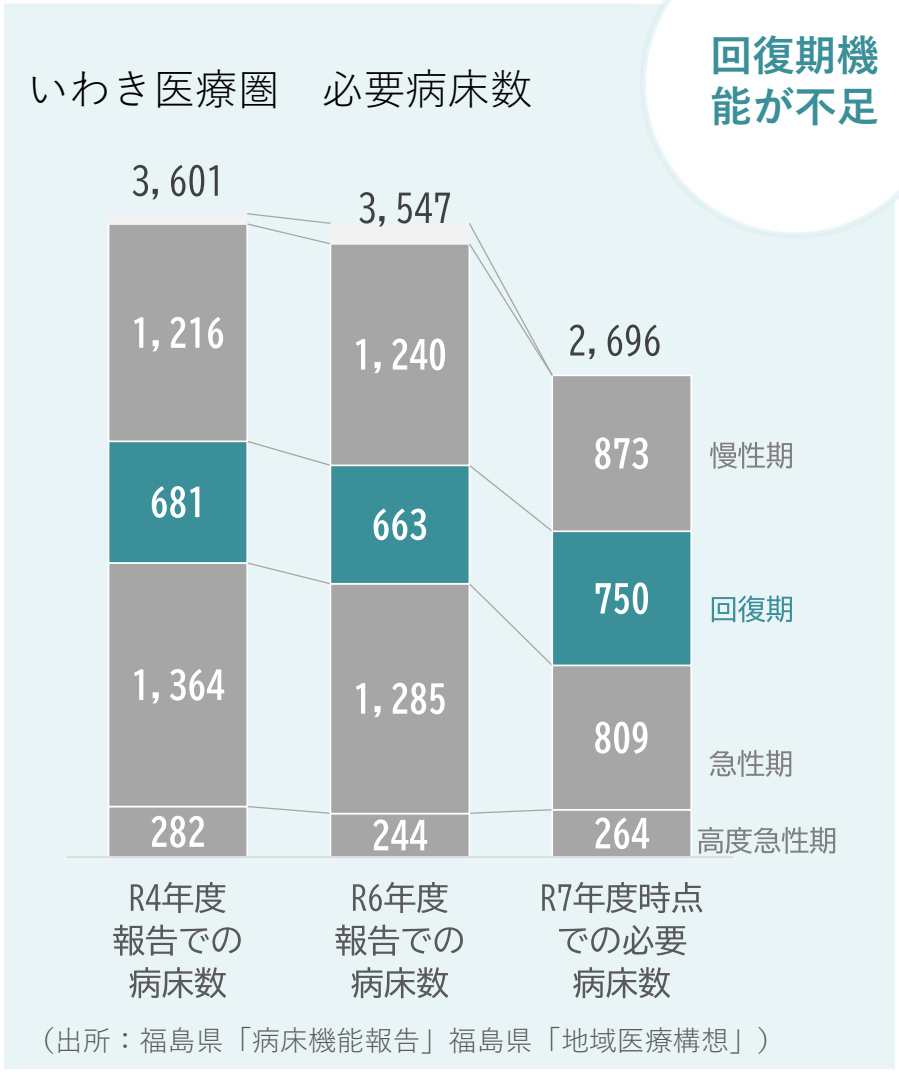
医療機能

高度期	急性期	回復期	慢性期
救命救急入院料3 急性期一般入院料1 特定集中治療室管理料5 ハイケアユニット入院医療管理料1 新生児特定集中治療室管理料2 小児入院医療管理料3 小児入院医療管理料3	急性期一般入院料1 緩和ケア病棟入院料1 緩和ケア病棟入院料2 急性期一般入院料2 急性期一般入院料4 地域一般入院料1 一般病棟特別入院基本料 地域一般入院料3 有床診療所（急性期） その他（急性期）	回復期リハビリテーション入院料3 回復期リハビリテーション入院料2 地域包括医療病棟入院料 地域包括ケア病棟入院料1 地域包括ケア病棟入院料2 急性期一般入院料4 有床診療所（回復期） 一般病棟特別入院基本料 地域包括ケア病棟入院料1 療養病棟入院料1 療養病棟入院料2 障害者施設等7対1入院基本料 障害者施設等10対1入院基本料 その他（慢性期）	

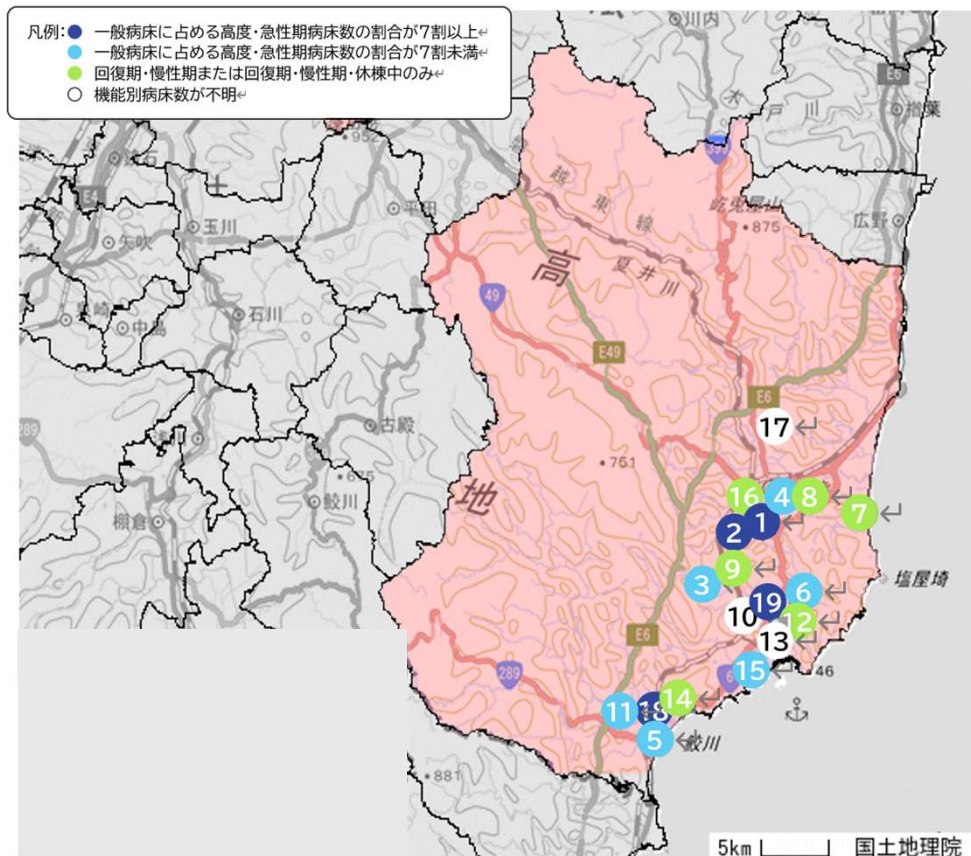
当センターの
病床機能

高齢者救急等の受け皿

高齢者救急等の受け皿として急性期の一部・回復期機能の需要が増加していく中で、いわき医療圏は回復期機能が不足している。
当センター中期経営計画では、その不足を補うため当センターもサブアキュート・ポストアキュートの役割を一部担うと位置付けた。



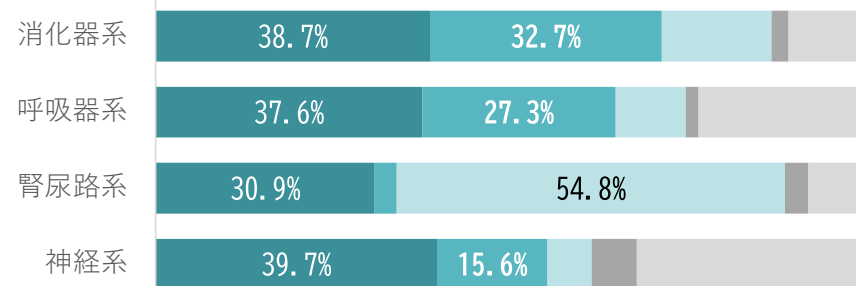
【いわき区域内的の病院所在地】



(出所：福島県保健福祉部令和4年度第1回「いわき地域医療構想調整会議」)

No.	病院(略称)	許可病床数
①	いわき市医療センター	700床
②	福島労災病院	399床
③	常磐病院	240床
④	松村総合病院	199床

【MDC6別病院別患者割合(R5年度)】



■ いわき市医療センター ■ 福島労災病院 ■ 常磐病院 ■ 松村総合病院 ■ その他

(出所：厚生労働省「R5年度退院患者調査」)

- ✓ 急性期機能が内郷近辺に密集している
- ✓ 一部の疾患は複数の機関で機能が重複している

周辺病院の建て替え

■ 双葉地域における中核的病院（仮称） （現大野病院）の概要

コンセプト

双葉地域の医療提供体制の
中核を担う病院

組織

福島県立医大附属

想定診療科

内科ほか**20**科

病床規模

250床前後（開院時100床）

開院時期

令和**11**年度以降

■ 考えられる影響

1 患者の減少

国の医師偏在対策も効果は薄いと見込まれる

2 県立医大から医師派遣の減少

【県立医大が関連医局となっている主な診療科】

- 血液内科
- 呼吸器外科・内科
- 未熟児新生児科
- 麻酔科
- 病理診断科
- 産婦人科
- 整形外科
- 産婦人科
- 心臓血管外科
- 眼科
- 透析センター外科

寄附講座

現在も医局内の人材不足で医大から当センターへの常勤医派遣が困難と言われている。

250床規模の附属病院が新設された後の医師派遣がどうなるのか不明瞭

これから直面する
3つの課題

1

高齢化・人口減少に伴う高度急性期ニーズの減少

2

回復期ニーズの増加に対して回復期機能の不足

3

周辺医療機関の建て替えに伴う患者・医療スタッフの減

経営状況が安定していないものの、医療を取り巻く環境の変化にも対応していく必要がある中で、中長期的な目線で当センターの医療機能に対する方向性を考えていきたい。現状では、700床をダウンサイジングして高度急性期、急性期特化型とするか、回復期等の新たな機能に再編しケアミックス型とするかを見据えている。

方向性 1

ダウンサイジング型

病床機能を高度急性期、急性期に特化し、病床数を削減

メリット	デメリット
<p>① 医療スタッフの集約 集約により上位加算を取得できる可能性が上昇 看護師の業務効率が上昇</p> <p>② 病院ブランド明確化 機能分化が進む中で役割が明確になり、患者流出を抑制</p> <p>③ 光熱水費等の削減 使用しない病棟にかかっていた光熱水費等の固定費を削減</p>	<p>① 病床利用率の低下リスク 急性期ニーズの減少に伴い新規患者の確保が困難</p> <p>② 人件費削減が必須 人件費削減をしなければ、収益減少⇒費用変わらずの悪循環に陥りやすい</p> <p>③ 地域ニーズとの乖離 地域で不足している回復期を担う余裕がなくなり回復期医療の機能不全が懸念</p>

方向性 2

ケアミックス型

現病床数等を維持しつつ、ポストアキュート・サブアキュート機能を強化するため、病床利用率が低い病床を回復期リハなど新たな機能に再編

メリット	デメリット
<p>① 新たな患者層の獲得 新たな機能追加により新規患者を獲得</p> <p>② 病床利用率の安定化 新規患者の獲得のほか、平均在院日数が比較的に長いこと、利用率が高い位置で安定する</p> <p>③ 地域内での役割強化 地域で不足している機能を担うことで地域での当センターの役割が強くなる</p>	<p>① 病院ブランドの曖昧化 高度急性期として認知が薄れ、医師派遣元や患者からの評価が下がる可能性がある</p> <p>② 管理の複雑化 施設基準の管理が複雑化</p> <p>③ 施設基準の取得 施設基準の条件を満たさなければならない。又、看護スタッフ等の人材育成も必要</p>