広尾町国民健康保険病院

病床適正化に関する提案

～「病床数適正化緊急支援事業」の活用と持続可能な病院経営の確立～

9月30日申請により最大4,104万円の国庫補助を獲得し、医療体制を実態に最適化

① 9/30期限の緊急支援金活用

1床あたり410.4万円

10床削減で4,104万円（8床削減で3,283万円）の国庫補助を獲得。

第3回募集は実施されない可能性が高く、今申請しなければ権利を永久損失するリスクがあります。

② 地方交付税への影響なし

減額リスクゼロ

交付税の算定基準は許可病床数ではなく「実最大利用数（今年度実績：40床）」のため、許可病床を削っても交付税上の不利益は生じません。

③ 実情に適合した医療体制

看護限界に適合

現有看護師（15名）の限界受入数は35人。病床を38〜40床へ縮小し、高収益な地域包括ケア病床を中心とした高効率運営へシフトします。

十勝医療圏の地域医療構想に完全適合：急性期適正化と地域包括ケアシフト

■ 十勝医療圏の現状と将来予測（公的データ）

【病床現況（令和5年度病床機能報告：計4,243床）】
・高度急性期：321床　・急性期：1,567床
・回復期：1,108床　　・慢性期：1,247床

【2045年需要推計（2021年=100）】
・医療需要： 93（全道平均並み・微減）
・介護需要：114（大幅拡大）

【国・北海道の公的方針】
帯広市等の基幹病院へ急性期を集約し、過剰な急性期病床を縮小。町村立病院は「地域包括ケア・回復期・在宅復帰」へ転換することを強力に推進。

■ 当院の病床削減・機能再編の公的意義

1. 国・道の方針に直結する手挙げ：
地域医療構想で求められる「過剰な急性期の自発的適正化」そのものであり、国・道から手挙げが強く推奨されている施策です。

2. 高収益な地域包括ケアへの集約：
急性期一般を16床から削減し、地域包括ケアを中心とすることで、基幹病院からの受け皿機能を強化します。

3. 支援事業の公的お墨付き：
今回の「病床数適正化緊急支援事業」は、この公的方針（地域医療構想）を推進する病院を直接支援するために創設された制度です。

診療報酬上、15名体制（2交代制）で10:1を維持できる上限は「月平均35名」が限界

【診療報酬の10:1基準式】 入院患者数 × 2.4時間/日 ≦ 看護師15名が提供できる1日平均実労働時間

★ 患者35名の場合：必要看護時間 84時間/日（35人×2.4h） ≒ 15名の可動限界（約80～85時間/日） ➔ 月平均35人超は即「減算」

1. 看護供給量（15名の限界）

- **総在籍数：15名**
  常勤10名 ＋ 応援5名
- **月間総労働時間**
  15名 × 160h ＝ 約2,400時間/月
- **実効勤務率（70～75%）**
  公休・有給・研修・病欠を除外
- **1日あたり提供可能時間**
  約 80 ～ 85 時間 / 日

2. 2交代制シフトの制約

- **夜勤配置要件**
  2交代制：夜勤帯に最低2名配置必須
- **夜勤時間消費**
  2名 × 16時間 ＝ 32時間/日
- **日勤へ割当可能な時間**
  約 48 ～ 53 時間/日（日勤5～6名）
- **シフト作成上の結論**
  月平均35名受入が勤務組みの限界

3. 35名超過時の減算リスク

- **月平均35名を超えた場合**
  10:1の看護時間基準（2.4h/人）未達
- **施設基準違反の発生**
  診療報酬上「5%～15%減算」が適用
- **格下げリスク**
  13:1配置等への格下げ（大幅減収）
- **経営上の結論**
  月平均35名以下に抑えることが必須

【背景①】生産年齢人口が57.7%激減：現行48床の看護体制維持は構造的に不可能

年	総人口	高齢化率	65歳以上	生産年齢(15-64)
2020年	6,387人	39.4%	2,518人	3,260人
2025年	5,771人	41.6%	2,398人	2,866人
2030年	5,205人	43.2%	2,249人	2,509人
2035年	4,653人	44.8%	2,086人	2,182人
2040年	4,116人	47.3%	1,946人	1,833人
2045年	3,627人	48.3%	1,751人	1,584人
2050年	3,158人	**48.7%**	1,537人	**1,379人**

※国立社会保障・人口問題研究所 2023年12月推計

看護人員の逼迫状況と構造課題

■ **現在の病棟配置看護師数：15名**
（うち期限付き応援看護師 5名）
10:1の看護配置基準を維持しながら安全に医療を提供できる入院患者数は【実質35人が限界】。

■ **応援看護師離脱の不確定性**
地元での看護採用母体（生産年齢人口）が2050年までに半分以下（57.7%減）へ急減するため、現在の看護体制の維持はジリ貧となることが明確。

■ **病床適正化の必然性**
住民需要の減少と人手不足のダブルパンチに備え、許可病床数（48床）を実稼働（35人以下）に合わせたサイズへ早期適正化することが不可欠。

【背景②】平均利用患者は29～32人：常時13～15床以上の空床が発生

許可病床数
48床
現行の制度上のベッド数

看護配置受入限界
35人
15名体制での安全限界

平均実利用患者数
29～32人
過去3年の平均実績

常時空床数
13～15床
稼働不能な「幽霊病床」

年度	病床利用率	平均利用数	実最大利用数	実最小利用数
2023年度	**65.1%**	**31人**	**41人**	22人
2024年度	**60.8%**	**29人**	**38人**	21人
2025年度	**64.8%**	**31人**	**40人**	20人
2026年度(8月末)	**67.4%**	**32人**	**39人**	25人

38床へ減床しても年間97%以上の日は収まり、住民影響は実質発生しない

年度	平均患者	35床以上	38床以上	40床以上
2023年度	31人	40日	11日	6日
2024年度	29人	20日	1日	0日
2025年度	31人	48日	4日	1日
2026年度(8月)	32人	30日	9日	0日

データが証明する安全性の根拠

■ **40床以上必要だった日**

2024年：0日、2025年：1日、2026年：0日。40床へ減床しても過去3年間で断った患者はほぼ発生しません。

■ **38床以上必要だった日**

2024年：1日、2025年：4日、2026年：9日。10床減（38床）にしても【年間350日以上（97%～99%）は完全に吸収可能】です。

■ **不合理な維持コストの削減**

年間わずか数日のピークのためだけに、残り360日近く使われない10床分の無駄な空床コストを維持するのは非合理的です。

全道的な標準施策：身の丈に合わせた病床削減

白老町立国民健康保険病院

胆振管内 ・ 白老町

■ **削減実績:**
58床 → 40床 （18床減）

■ 人口構造:

総人口	15,095人（+9,215人）
生産年齢人口	7,073人（+4,108人）
高齢化率	47.0%（+5.6%）

標茶町立病院

釧路管内 ・ 標茶町

■ **削減計画:**
60床 → 30床 （30床減）

■ 人口構造:

総人口	6,836人（+956人）
生産年齢人口	3,652人（+687人）
高齢化率	36.7%（-4.7%）

足寄町国民健康保険病院

十勝管内 ・ 足寄町

■ **削減計画:**
60床 → 48床 （12床減）

■ 人口構造:

総人口	5,952人（+72人）
生産年齢人口	2,940人（-25人）
高齢化率	41.2%（-0.2%）

※人口構造は総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」

算定基礎は「最大使用病床数」であり、許可病床減による交付税減額はほぼなし

町行政・財政担当者の懸念と事実

❌ **町側の懸念：**
「病院の許可病床数（48床）を減らすと、地方交付税（基準財政需要額）が減額され、町の財政補負担が増えるのではないか？」

⭕ **制度上の事実：**
地方交付税（病院事業債・特別交付税等）の算定基礎は、許可病床数ではなく、実際の稼働実績である【最大使用病床数】に準拠します。

当院の実稼働と交付税計算のシミュレーション

✓ **当院の実最大利用実績**
2025年度：41床 ／ 2026年度（8月末）：40床
　今年度現在における、交付税計算上の分母はすでに「40床」の水準で定着しています。

✓ **削減後の許可病床数**
10床削減案：38床 ／ 8床削減案：40床
　許可病床を削減しても、実実績（38～40床）がそのまま算定基礎となります。

✓ **結論：交付税への影響はゼロ**
　実体以上の許可病床（48床）を放置していても交付税は増えず、38～40床に減床しても交付税減額リスクは発生しません。

普通交付税算定における「2つの特例措置」と本案件への影響

病床削減（48床➔38床/40床）を行っても普通交付税上の財政デメリットが発生しない制度的要件

【総務省・普通交付税算定ルール】 病院事業の病床削減に伴う自治体財政の急変緩和・適正化支援のための「2つの特例措置」

【特例①】最大使用病床数の減少に対する激変緩和措置

■ **制度の仕組み：**

最大使用病床数の減少による普通交付税の急激な減少を抑えるため、減少分を1年目90%、2年目60%、3年目30%、算定上の病床数に加算する3年間の激変緩和措置。

■ **広尾町立病院への具体的影響：**

➔当院の病床数を48床から38床へ削減した場合でも、最大使用病床数の減少分について3年間の緩和が適用されるため、1床当たり720千円を基準とすれば、1年目は最大約6.5万円、2年目約28.8万円、3年目約50.4万円の減少に抑えられると試算できます。

【特例②】許可病床削減に伴う特例措置

■ **制度の仕組み：**

機能分化・連携強化等のため許可病床を削減した場合、削減した許可病床数に1床当たり345千円を乗じた額を、5年間、普通交付税の算定上加算する特例措置。

■ **広尾町立病院への具体的影響：**

➔ 48床から38床へ10床削減した場合、345千円×10床＝年間345万円が5年間加算され、単純計算で総額1,725万円の特例措置を受けることになります。

【総括】 広尾町立病院の病床削減における財政的メリット

特例①および特例②の双方により、病床削減に伴う普通交付税への影響を一定期間緩和できるほか、削減病床数に応じた財政措置も受けられる。これにより、病床を適正化しながら財政的な負担を抑え、病院機能の維持・強化に活用できる。

10.看護上限（35名）から導く削減後許可病床数の4大根拠

看護限界（35名）＋ 突発受入バッファ（3～5床）
＝ 許可病床38床（10床減）または40床（8床減）が正解

根拠①：病床利用率の劇的改善（経営指標の正常化）

・現行48床：平均35名利用時の利用率「72.9%」
・【38床案（10床減）】利用率「92.1%」へ跳ね上がり（高効率）
・【40床案（ 8床減）】利用率「87.5%」へ改善（標準的高稼働）
・意義：経営上最も効率的な稼働率（85～90%台）へ適正化

根拠②：突発的な救急・ピーク受入バッファの確保

・38～40床に設定することで「3～5床の空き」を確保
・過去実績：最大使用病床数は41床（2025年）、40床（2026年）
・効果：突発的な救急受入や季節性疾患等のピーク時も吸収可能
・結論：年間350日以上（97%超）は38床以下で完全に収まる

根拠③：期限付き応援看護師（5名）離脱時の防波堤

・現状：15名中5名（33%）が応援看護師であり長期固定できない
・将来リスク：応援看護師が手配不能になった場合の体制
・備え：許可病床を38～40床に縮小しておくことで大混乱を防止
・効果：病棟閉鎖などを避け、部分調整で柔軟に事業継続が可能

根拠④：導線の簡略化と労働環境改善

・48床体制：全ての病室を対応するため人手が分散する
・38～40床集約：病室閉鎖により、導線の簡略化
・効果：看護師の負担軽減、残業削減、有休取得率向上を実現
・メリット：働きやすい環境を整えることで、離職防止へ寄与

ケア30床を確保し一般床を8～10床へ圧縮：収益・需要・看護能力に合致した最適配分

根拠 ① ｜ 経営・需要適合

収益源「ケア病床30床」の確保

● 高収益な地域包括ケア病床の維持
ケア病床は診療報酬単価が高く、病院経営の太い軸。

● 地域医療需要への合致
十勝圏域では2045年に向け介護需要指数が「114」へ拡大。回復期・在宅復帰需要が急増。

● 削減を最小2床に限定
現行32床から30床の維持を最優先とし、病棟収益の基盤をしっかり保護。

根拠 ② ｜ 診療需要の適正化

一般病床8～10床への絞り込み

● 一般急性期需要の実態
平均入院患者29～32名のうち急性期一般需要は約20%。現行16床は明白な過剰。

● 救急・増悪受入バッファ
一般病床を8～10床へ絞り込んでも、突発救急や症状増悪の受入枠（3～5床）として十分機能。

● 重症看護の集中化
一般病床数を絞ることで、手厚い観察を要する患者への看護密度を向上。

根拠 ③ ｜ 看護上限ジャストフィット

上限入院数35人へ最適化

● 看護受入能力（35名）への適合
10:1配置・2交代制・看護師15名での安全受入上限は「月平均35名」。

● 病床利用率の劇的改善
総床数を38床（10床減）または40床（8床減）とすることで、利用率は「85～92%」の最高効率水準へ。

● 幽霊病床コストの追放
稼働できない13床の空床管理コストを削減。

12. 10床減 VS 8床減 比較マトリクス

理想配分（ケア30床）を共通軸とした2案の定量比較と町・病院の意思決定指針

評価項目 / 検討パターン	【10床削減案】 ケア30床 ／ 一般8床 （計38床）	【8床削減案】 ケア30床 ／ 一般10床 （計40床）
削減給付金（国庫補助）	**4,104.0 万円 （10床×410.4万円：最大額獲得）**	3,283.2 万円 （8床×410.4万円：差額▲820.8万円）
看護15名体制（上限35人）適合度	◎ **最適適合 （平均32人時利用率84.2% / 上限時92.1%）**	○ 良好適合 （平均32人時利用率80.0% / 上限時87.5%）
応援看護師（5名）離脱耐性	◎ 極めて高い （将来常勤10名になっても安定維持）	○ シフト調整で対応可能
建築構造改修の必要性	なし （一般室の間引き・個室化および端部閉鎖で対応）	なし （一般室の間引き・個室化で対応）
救急・急性期受入バッファ	○ 8床分確保 （日常の急変・救急受入に十分）	◎ 10床分確保 （満床リスク完全ゼロ）
町・議会への説明と推奨度	**【第一推奨】 補助金最大化と看護リスク回避を両立**	【第二推奨】 救急バッファ重視・説明の容易さを優先

📌 **最終推奨指針：**

国の補助金最大化（4,104万円）と将来の看護離脱リスク回避を狙うなら【10床減（ケア30/一般8）】が本命案。現場の救急バッファと町説明の安全度を最優先するなら【8床減（ケア30/一般10）】の2段階適正化プランが有効。

9月30日の申請期限に向け、迅速に着手（手挙げ）したい

区分	合計病床	急性期一般	地域包括ケア	特徴・評価
現行体制	48床	16床	32床	空き病床13床。病床利用率60%台で停滞
【推奨】10床削減案	**38床**	**8床 (8床減)**	**30床（2床減）**	**看護限界（35人）に適合。利用率80～90%台へ向上**
【比較】8床削減案	40床	10床 (6床減)	30床（2床減）	最大利用数に適合。ケア病床を高比率確保

※建築構造上の制約により一般病室からケア病室への改修・機能転換が難しいため、説明通りのケア30床確保には一部制限が生じる可能性があります。

今後の進め方（担当レベルでの合意と手挙げ）

1. 9月30日 厚生局申請（手挙げ）： 第2回事業の権利確保のため、担当レベルで先行申請手続きを進行。

2. 町内・庁内合意形成： 交付税減額なし・補助金獲得（約4,104万円）・看護負荷軽減のメリットを軸に町長決裁へ。