

令和7年度 第2回松戸市病院事業経営改革委員会議事録

開催日時	令和8年2月10日(火) 10時00分
会 場	松戸市立総合医療センター大会議室1, 2
出席委員	10名 川越委員長、正木副委員長、松村委員、田中委員、丸山委員、増淵委員、守泉委員、町山委員、青砥委員、林委員(代理)
欠席委員	1名 代田委員
病院事業	尾形病院事業管理者 ・ 総合医療センター 岡部病院長、田代副院長、高村副院長、関理事兼副院長、芝崎副院長兼看護局長、森本理事、田巻医療安全局長、宮川地域医療連携局長、野呂医療技術局長、高橋薬局長、山内病院事業管理局長、堀内審議監、吉野参事監、宇野病院政策課長、阿部人事課長、高橋管財課長、窪川医事課長、高橋参事補、安蒜参事補 ・ オブザーバー 関口顧問 ・ 外部コンサルタント(株式会社ユカリア)
傍 聴	8名(内1名途中入出)
取 材	6社(内2社途中入室)

会議内容

1. 開会

- ・ 松戸市病院事業管理者挨拶
- ・ 出欠報告、会議資料の確認、傍聴の承認
- ・ 委員長挨拶

2. 議題

総合医療センター 経営再建策の概要(第4次経営計画案)

- ・資料1「松戸市立総合医療センター経営再建策の概要」に沿って、
  1. 第4次経営計画について
  2. 経営再建策の全体像と骨子部分
  3. 骨子となる取り組みを病院事業（山内管理局長）より説明

#### 委員長

ただいまの説明について、意見や確認したい事項などはあるか。

#### 委員

16 ページの一般病床削減について地域医療構想のシミュレーションでこのような案になったと思うが、もう一つ、4床室を2床室にする場合、パーティションをすれば差額ベッドになるが、どうか。

#### 病院事業

病床削減後のスペースの活用については、委員ご指摘の4床室の2床室化について、差額ベッド代を一定程度いただく予定で考えている。基本的に計画期間中の4年間は大きな投資はせずに、という方針。削減病床数が46床程度になったときには1病棟分の空床となり、何か大きな投資等にも繋がると思うが、今は4床室の2床室化、小児の部分については、療養環境の充実に活用することを考えている。

#### 委員長

資料20 ページ記載のとおり、仮に差額ベッド代を4,000円に設定した場合、1病床あたり年間130万円の収入を見込んでいる。

#### 委員

大変厳しい計画を立てていると思う。人件費がかなり多くなっているということでターゲットに挙がっていると理解した。その上で看護師の特に5級の人たちにボリュームがあり、看護職の給与費の高額化が今回の話の中心になっているのではと思うが、4年ほどは全く採用をしないという事か。

#### 病院事業

この4年間は採用調整を行う予定だが、病床数に対する配置は必要であり、また勤務シフトや業産休・育休へはしっかりと採用していかなければと思う。全く採用しない訳ではなく、一定程度の採用をしながら徐々に病床数の削減とともに採用調整等で対応していく。負担感の部分については事務効率化も同時に進めることで、

こうしたことを実現していきたい。

#### 委員

必要に応じて採用するという事で安心したが、育児休業の延長や、看護職の場合ある一定の年齢、結婚・出産がとても大きな課題になるかと。是非考慮いただきたい。

#### 委員

看護師は特に新人を入れた場合、例えば経験が少ないので夜勤ができない。最近では夜勤に入れない人が増えている気がするが大丈夫か。

#### 病院事業

この計画における看護師の人数に関しては、そのようなことも一定程度見込んだ上で若干余裕を持たせた構成であり、特に問題はないと考える。

#### 委員

一般病床はある程度病床を減らしていく、あるいは ICU 病床を減らすということだが、一つ懸念するのは、冬場は特に患者さんが多くなるだろう。一般病床を削減したときに、患者さんの収容ができなくなる例が出てくるのでは。どのように対応するのか。

#### 病院事業

急激に 40 床ぐらいを削減してしまうと、当然そのような懸念があるかと思う。まずは、10 床から 20 床程度を減らし、冬場の状況を見る。そのようなことも勘案しながら進めたいと思うが、計画終期の 46 床を減らすとなると、今の患者さんを全部受け入れるのは非常に厳しい。どの辺りのバランスがちょうどいいのかを見ながら削減を考えていきたい。

#### 委員

今後の持続可能性を担保しなくてはならない。例えば市民の皆様にも十分に理解していただく。それは行政の力も必要だと思う。ICU 病床の削減については、高度急性期病院はユニット系を逆に増やして収益に、という考えもあるが検討されたか。

#### 病院事業

ICU の検討については、現行は許可病床 16 床で、稼働病床 8 床という形で運用しているが、特に ICU が高稼働・高単価であることもあり、今年度については患者

数の増と、診療単価のいわゆる高単価を両立させるため、稼働率を上げる取り組みを充実させている。もちろん当院のような急性期病院である ICU の意味、また救急にも非常に力を入れており、非常に重要なことであると考えている。今の許可病床の 8 床から更に減らしていくことは考えておらず、許可病床 16 床を少し削り、空いたスペースとして先ほど説明した、手術室の横で対応可能な手術をすることで元々ある 8 室の手術室の稼働率を上げ、診療単価を高め、患者数の増加との両立を実現していきたい。

#### 病院事業

一点補足を。一旦稼働していない病床を 8 床削ることはなるが、施設設備としては現状この計画期間に大きな工事等で改修することは考えていない。今後需要が増え、例えば ICU 2 床程度増やす場合は、一般病棟から 2 床許可病床を移動し稼働させることも可能。今後柔軟に対応したい。

#### 委員長

資料 16 ページに許可病床 ICU は 16 床だが、現在の稼働が 8 床。8 床削減でも実質現状維持であるということ。

確かに繁忙期や感染症流行時期の病床逼迫が心配ではあるものの、過去にもこの会議で議論があったと記憶しているが、例えば予定入院を一旦抑えるなど、予測可能な季節や流行時期の運用の工夫をお願いしたい。一方で抑えてしまうと単価が下がることもあるかもしれないが、現実的にどのように運用するのか。

#### 病院事業

非常に難しいところだが、基本的には予定入院に関しては逼迫しているという前提で話すと、病棟の閑散期、気候のいい時期 5 月頃は空いている事が多いので、予定で組めるものに関してはそのような時期を考えるのが一つ。不要不急の入院は少し時期を延ばすことも、ベッド数的に入院できない状況になれば考えなければならないが、当分 10 数床減らした状況での現状とのバランスを考えると、全く受け入れられないところまではいかないのではと考えている。患者数は現在 520 人ぐらいが最大のイメージなので、少し病床を減らすぐらいであればそれほど大きな問題にはならないのではと現時点では判断する。

#### 委員

会計年度任用職員はいるのか。勤務時間や人数の制限など何か対応しているか。

#### 病院事業

会計年度任用職員は大体 400 名程で、現段階では業務に応じ人数を適正化していく形で考えているが、この計画の中には含まれていない。時間数についても特に減少するという事は現段階ではないと考える。

#### 委員

会計年度任用職員の勤務時間を減らす病院も一部あると。数としてはかなり大きくなると言われており、また医師の時間外も働き方改革が関係するが、その辺をある程度検討をするとよい。

#### 委員

人件費の抑制について、独自の給与制度で人事院勧告には基づかない、これは全部適用だからできるわけだが、結構職員の抵抗など大変だと思う。これからそれを計画するのかもしれないが、例えば医療職だけ少し押さえるのか、事務方も含めて全部そういう形でやるのか、何か考えがあるのか。

#### 病院事業

事務職は市役所から出向している職員がいるので、病院から戻るときに均衡がとれないこともあり、現状の方向性としては、市の出向職員は本庁の給料表を適用することを考えている。一方で医療職は独自の給料表を作り、令和 8、9 年度には特に診療報酬改定の中でベースアップの方向性を国が出しているの、その範囲内で実施する。苦渋の決断、断腸の思いではあるが、事業管理者が判断された。

#### 副委員長

医療連携については、内部の改革を行いながらも決して忘れることはできないと感じている。患者さん・市民の皆さんのレクチャーをどんどんやって欲しいということで、最近は随分とその数は多くなってきたと思うが、やはり新患をいかにして確保していくかが病院経営にとっては大事だと思うので、連携や地域の皆様へのサービス、患者さんに喜んでもらうことを、内部の改善とともに実行していただければと思う。

#### 病院事業

市民の皆様身近に感じてもらえるよう、市民まつり等のイベントにブースを設置した。また、子供向けだが、病院に来て職業体験をしていただくような取り組みを行っている。地域連携に関しては非常に重要で、新規患者さんの獲得が肝になると思うが、特に力を入れる診療科に関しては部長医師も足を運び、直接顔の見える関係を作る取り組みを行っている。地域連携の集まりも年 2 回ほど開業医の先生方

にご覧いただき、当院の現状に関して説明の機会を設けている。

### 病院事業

加えて今年度はニチイ学館に委託し、裾野を広げる取り組みとして、今まで行ったことがない病院やクリニックに対して、当院の得意な部分や現状難しい部分をお知らせすることを、時には医師とともに訪問し行っている。また、地域の方々に対しても、地区懇談会という各自治会町会のお借りし、病院長を始め幹部医師が地域に出向き、PRをするような取り組みも今年度行っている。救急に力を入れているところだが紹介患者を増やしていくことも非常に重要な取り組みだと考えているので続けていきたい。

### 委員

全体としてはわかるが、地方の病院とは違い、民間病院の競合が結構ある。例えば具体的な診療科の中で、ここを減らした場合でも民間の方で診られるとか、そのような分析がこのベースの中でなされたか。もう一つが、公営企業資金不足比率に関して。シミュレーションの中で、例えば経営の数字が、上と下で動いた場合は、比率がこのぐらいになる部分と、市の方からもお金の入り方によって比率がこうなるという変動部分が枠に収まるような形のものが分析されているのか。資金不足比率が基準を下回るような状況になると大変なことになる。今その危機にある状況だがいかがか。

### 病院事業

複数パターンで感度分析をしているかという質問かと受けとめた。複数パターンしており、こうしたら成り立たず資金がショートする、こうすれば成り立つと、複数パターンで検討し、今のシミュレーションになっており、感度分析はかなり行っている。

- ・資料Ⅰ「松戸市立総合医療センター経営再建築の概要」に沿って、  
4. その他の取り組み を病院事業（山内管理局長）より説明

### 委員長

ただいまの説明について、意見や確認したい事項などはあるか。

### 委員

医療機器購入費削減に関して、保有台数の見直し等により 20%の削減努力を行うということは、逆に言えば、医療機器の稼働率を見たときに、予想以上に低いものが存在していると考えていい。それから委託費の削減はよくやる手段ではあるが、注意しなくてはいけないのは、医療機器によって、フルメンテナンスにしておかなければ、実際の医療業務にかなり支障があるものと、そうではないものをうまく色分けをして選ばなければならないが、その辺りはどのように考えているか。

## 病院事業

前提として、この医療機器の削減関係は、外部コンサルタントに見ていただいているところ。10月15日にコンサルタントの契約を結んでから、資産台帳を全部チェックしてもらい、材料等については、購入単価を全品目のデータを渡した上で、削減の余地がかなり大きいと分析された。全品目について、平均的な価格と最安値を比較した結果、最大この程度の削減余地があるという分析結果が出ている。その後、この品目であれば切り替えができるのでは、というような具体的な提案を集計して、今の時点で4,000万円というところである。

2点目の医療機器の稼働率についてはご指摘のとおり。大型の医療機器等については、稼働率が低いものがいくつかある。まだ現時点で何も決まっていないので、具体的に示すことは難しいが、特に稼働率の低いものについて更新していくかどうかということは今後検討したい。

3点目の保守に関して、同様にコンサルタント会社に詳細分析をしてもらい、こちらは今まで病院事業の事務方にはノウハウがなかった部分で、今回非常に参考になった。特に一部の医療機器の保守はスポットではやらない方がいいなど、具体的な提案があった。現時点でまだ検討中のため、最終的な姿は示せないが、かなり具体的に個別品目のレベルで検討している。

## 委員長

例えばロボット手術が非常に流行り、大きなウエイトを占めるような時代になっているが、それがかなり高額なため病院の負荷になっている面もあるかもしれない。他の病院の経営の苦悩で聞いたことがあるが、放射線治療設備の維持やコストが非常に大きな金額だと聞いたことがある。この松戸市立総合医療センターにおいてそのような大きめの分野がどのような現状なのか、どんな方向を目指していくのか。しかし若干心配しなければと思うのは、例えば若手の先生方がやりがいを持って集まって活躍していただく、そんな気持ちになるような仕掛けも大事なので、金銭だけではないのだろうと想像するが、いかがか。

## 病院事業

ロボット手術に関しては、先生方のモチベーションをしっかりと保つという意味合いの方が現状は強いと思っている。実際に導入することで医師の派遣が増えた診療科もあるので、お金だけではないと考えている。かなり高い機械ではあるが状況を見て、その部分は必要性が高いのではないかと考える。

放射線治療設備に関しては、がん診療連携拠点病院ということもあり一定程度の必要性があるが、近隣の病院が参入してきている状況もあり、実際の稼働状況も踏まえ必要性を考えていく必要があると思う。

#### 委員長

たまたま近年、市内の2病院がこの分野を強化されたこともあり、その影響は不可避でもあると思うので、がん拠点病院としてどのようにやっていくのかということも、改めてよく研究してほしい。

#### 副委員長

手術室や手術機械導入時に損益分岐点を事務職員が計算しておくということが必要ではないか。手術室が60%から65%ぐらいの稼働率だが、稼働してない部分は、固定費を考えると赤字。この赤字の時間をいかにして短くするかというのが勝負になる。このような計算も事務方がすぐできて、常に手持ち資料として提供する。特にダ・ヴィンチは、1年間1台で何件やらなくてはならない、何百件やらないと黒字にならないという数字が出ている。そのようなものをコンサルに頼るのではなく、自分たちで分析し先生方にお伝えする。そのような認識でいていただきたいと思う。

#### 病院事業

当院の手術室稼働率は高いところで70%くらい。費用対効果の視点については非常に重要なお指摘である。今回、事務方もさまざまな資料を作成し、院内でも共有している部分はあるが、例えば医療機器の購入費がいくらでそれに対してどのぐらい稼働していて、というような視点については足りていない部分もある。しっかりと私の方でも把握をし、院内でもしっかりと共有していきたい。

#### 委員長

過去の会議で日曜入院、月曜手術などの議論があったかと思うが、稼働をいかに上げるのかという検討はその後進んでいるか。

#### 病院事業

日曜入院、月曜手術は、なかなか月曜に大きな手術というのは難しいということもあり、現状で行われているのは、特定の診療科が中心となっている。

## 委員

救急に関して、三次救急とか二次救急の応需率がアップされていて、非常に皆さん努力されていると感じる。しかし一方では、救急患者さんはどうしても手術適応の患者さんが少ない、あるいは入院期間が延びて、DPCの入院期間Ⅱを超える例が多いと思うが、そうするとどうしても診療単価が下がってしまうというようなマイナス面もある。あるいは医療機関別係数が下がるということで、その辺のマイナスをどのようにカバーするか、検討していることがあれば教えて欲しい。

## 病院事業

カバーは正直難しいというのが現状、基本的には予定手術の拡充がDPCの係数的にも上がってくる部分だと思う。緊急の患者さんも、入院期間が長くなってしまふところがあるので、予定と緊急の比率を何とかいい塩梅に持っていきたい。現状、ベッドの状況等も考え、救急に力を注がざるを得ないというのはあるが、収益面で考えると、それだけではなかなか難しいというのはご指摘のとおり。地域連携の重要性のお話もあり、その部分をより強化していくことが一番重要であろうと思う。

## 委員長

実際に回復期リハビリ病院とは連携していると思うが、それに該当しないような患者について、民間病院であれば、老人保健施設を法人内に所有していて、入所していただくなど、上手に運用しているかもしれない。総合医療センターの場合、東松戸病院を廃止した状態にあるので、一般病床持ちの民間病院や医療法人立でない老人保健施設などと上手にアライアンス、関係性強化していけるかどうかの方が大事になってくるのではと感じた。

- ・資料1「松戸市立総合医療センター経営再建策の概要」に沿って、  
5. 経営形態の検討結果 を病院事業（山内管理局長）より説明

## 委員

公立病院の経営形態の問題、世界では従来から四つの形態の中でどれがいいか、全部適用がうまくいかないとすれば、地方独立行政法人化を考慮しなければいけないのではと言われていたが、地方独立行政法人はイギリスのエージェンシーという考え方を改善した話で、その背景には医療だけでなく、サッチャー政権以来、ニューパブリックマネジメント（NPM）という考え方があり、官から民だという動きの中でこのような話が出た。ところが、ヨーロッパを中心に今の時代、実はパブリック研究者の間ではヨーロッパの主な動きから見ると、官から民ではなく、民から官。

例えばイギリスは鉄道事業を官に戻しているし、そもそもイギリスでは病院は全部公立。そのような中でコンサルを入れてこの四つの議論を延々とやるのかということ。また、この四つ以外のところでもう一つ、地域医療連携推進法人という形もある。この場合には2次医療圏を前提にしないといけないので、松戸市だけではなく、他の自治体も含んだ形で、緩やかな連携でやる。一般社団法人化で共同購入のレベルが上がるので価格競争力が上がってくると思う。それから小児医療関係のところは松戸市で力を入れていたにも関わらず、他の自治体の患者さんたちが押し寄せてくるような状況で、一体誰のための病院だ、というような議論も出てきたことも考えると、この四つ以外の形でも地域医療連携推進法人という考え方もあるし、それであれば地方独立行政法人化のような多額の費用をかけ、組合員の問題を考えなければいけないこともないのではないかな。何でもかんでも官から民へというわけではないのではないかな、というのが私の意見。

もう一つは収益改善にさらに取り組むとあるが、コロナ時代のときに、全部適用で国から補助金が出たことにより黒字化したところと、相変わらず赤字だったところと大きくわかれた。黒字化したところは、民間と比較してもある程度強みのある医師の技術力などが結構評価された。ところが松戸市の場合、コロナ時代でもほぼ赤字。この収益改善は、本来であればもう少しDPCの分析をし、それにより診療科ごとにどの部分が民間と比較して弱いのか、平均在院日数を超えていく部分は何であるのか。DPCで効率化するには日数がそうだけでも、公的な病院であるから、ロスがあったとしても受け入れなくてはいけないという部分もある。それはそれで認識し、ここの部分はロスとして公立病院として受け入れるというように、もう少しDPCの細かい分析をする必要があるのではないかな。

## 病院事業

まず一点目、地域医療連携推進法人の枠組みのお話について。当院は政策医療の中で特に小児・周産期の医療を担っており、現状市外の方を半数受け入れているような状況。議会の皆様からもそのようなことはご指摘いただいている。我々としても、松戸市長が率先して各自治体にもご理解いただくような取り組みも始めており、5ページで話したとおり近隣市の地域医療関係部署との協議・調整をすることで、千葉県への要望を始め、広域連携に関して取組みを始めている。これまでもそのようなことは続けてきたが、やはり要望ということだけではなく、できれば今後、膝を突き合せ、そのような政策医療への理解であるとか、東葛北部保健医療圏の中で、小児・周産期、三次救急をやっている病院は数少ないので、特に小児は当院にしかないような部分もあるので、理解を得ていくためにソフトの部分でも協力を得ていく。

一方でNPM（ニューパブリックマネジメント）の話があったが、今のところ四つ

の経営形態以外の検討はしていない。地方独立行政法人については一定程度回復基調のときに馴染むこともあると分析しており、まずは経営の足元を固めた中で、その先に回復基調ができた際、具体的には令和9年度の間での評価だが、そういったことも併せて検討していく必要があるのではないかと考えている。

### 病院事業

もう一つの部分について、今回の説明資料は病院全体の話が中心となっているが、DPCの分析、シェア分析などはコンサル会社も含め行っている。この地域は、非常に機能分化が進んだ地域であり、例えば循環器に関しては、DPCのデータでカテーテル治療が全国5指に入るような病院が二つ松戸市に所在しており、2病院合わせると東葛北部のシェアの大半を持っていたり、循環器以外にも国立がん研究センターや、下部消化管が専門の医療法人があったりと、かなり機能分化が進んでいる。一定程度はそのような専門分野をお持ちのところにお任せすることが必要だろうと考えている。

一方で、やはり救急は非常に大事な機能で、救急搬送を受ける事は、市立病院のミッションとして非常に重要だが、それだけをやっていたのでは、経営としては成り立たないという考えのもと、一定の収益性を確保できるような領域に関しては積極的な投資を考えている。しかし、競争が激しい環境や、医師確保の課題があるため、現時点であまり詳細な診療科については申し上げられないが、重点的に投資する分野も検討しながら、できるだけ採算性を高める努力を行っていく。

### 委員長

地域医療連携推進法人は、全部適用のままでもできるか。

### 委員

厚生労働省の文書では、都道府県の認可で一般社団法人という形になっている。例えば東北など地方の自治体病院がバラバラでやると、採算が悪化した場合、一緒に地方独立行政法人化というのではなく、緩やかな形で一般社団法人になることで、地方独立行政法人に近い形で共同購入ができるなどのメリットが出てくる。その一方、地方独立行政法人のイメージの民間的なものが強くなるようなところまではいかないので、イメージとしては1と2の中間的な、自治体同士で話し合っただけの部分があるのではないかとということ。全部適用か地方独立行政法人化か、というような、大昔からある固まった考え方だけではないということ。実際、私は地方独立行政法人化に関わり、特に東京都の地方独立行政法人化のために報告書や様々なデータを出したが、そうではないやり方を最近は言われてきている。無理にこの1番か2番かという議論、二つで考える必要はないのではと思う。今、自治体間で広域連

携が一つの柱になっている。自治体ごとに例えば図書館も必要はなくて、お宅で図書館をこちらは博物館を受けましょうというような形でうまく連携をする広域連携がこれからの柱であり、その病院版と理解してもらおうと、検討の余地があるのでは。お金もそんなにかからない。

#### 委員長

確か千葉県内でも東葛南部、船橋市中心に一つ法人ができていないかと。選択肢を排除せず、研究をしていただきたい。

追加でお尋ねするが、医療連携で下り搬送の取り組みはどうか。

#### 病院事業

データとしては、当院からの戻りに関してはリハビリ病院がかなりの部分を占めており、それ以外の方は東松戸病院閉院後手薄になっているのが現状。自宅に戻る形になると、在宅で最近かなり熱心にやられているところがあり、そちらの方にお願いしている。

#### 委員長

下り搬送というのは救急車。市内の病院との繋がりをより強化できれば。

#### 病院事業

そちらの方はまだまだ。より専門的な部分でお願いすることがあるかと思うが、急性期さえ過ぎればいいということに関しては、なかなか連携できていない。

#### 委員長

そこを進めて行かないといけなくなると思う。在院日数を短縮し、診療単価を上げることを実現していくためには必要ではないかと思う。

#### 副委員長

済生会熊本病院の例だが、年間1万5000人くらいのうち、下り搬送はアライアンスで20病院と契約というか様々な会合を持ったり、ドクターが提携先に行ったり、患者さんの転院時間は都合がよかったのかなどの議論をしたり、提携先の職員の教育を看護師やコメディカルで担うなど行っている。年間に二、三回程度連携会議を開き、数百人のお客が集まる。地域全体のことを考えながら、その病院も当然ながらチームであり、提携先のアライアンスを組んでいる先生方のところも一つのチームである。地域連携というのはチーム医療だと思う。平均在院日数は8日、入院単価は平均14万円。外来が非常に少ないので、平均在院8日ぐらいでお願い

でき、地域全体を上げている。地域医療連携の部署が中心になって、民間の非常に強い病院に対抗するにもやはりそのような連携を、もっともっと強化する。いろいろなことを考えていただきたい。

#### 委員長

ドクターがアドバイスに行く話や、看護部長を派遣し病棟強化を図っていると聞いたことがある。そうしてでも受け皿のレベルアップをして早めに出せるようになることが、結果として収益増になるということを実現しているのだと思う。総合診療科ドクターの活躍のしどころかもしれないし、看護師の経験値向上にもなるのではと期待する。松戸市内に200床未満の中小病院が複数あるが、急性期の患者さんを受け止めるのは病棟の力量として弱く、苦しいのだという話も聞く。そこをサポートすることによって、少し早めに受け取ってもらえ、Win-Winになる可能性があると思う。

この部分はここままでよろしいか。会議次第の3その他、全体を通して何かあるか。

#### 病院事業

会議資料2と資料3について収支シミュレーションの位置づけについて。

このシミュレーションは楽観的な業績見通しを示すものではなく、本日お話した内容を全て実現しないと成り立たないというシミュレーションになっている。資金も20億円を下回らないことを最低条件としており、かなり厳しい条件になっている。先ほどお話したように、計画期間後にかなりの更新投資や大規模修繕といった大型投資が予想され、こちらの返済を見越したシミュレーションである。その他の取り組みも全て織り込んでおり、その他骨子も含めて全て実現しないと成り立たないということである。成り立たないということは、病院事業が持続可能にならないという、そのような前提のシミュレーションである。特にコスト削減策の進捗も全て成立しないと成り立たないので、こちらの進捗等、特にこのコスト削減策について、注視して行っていただきたい。

#### 外部コンサルタント

資料3に関して説明する。資料2番3に関しては病院の分析内容と、シミュレーションに関する内容に対し、我々の方で精査したものでまとめている。

2番目、全体像でも皆様方ご承知のとおり、松戸市立総合医療センターを取り巻く外部環境いわゆる競合、院内の内部状況で、入院外来に関し分析している。収益という材料的な状況は非常に厳しい状況が現在続いており、先ほどの再建計画はここを突きつけていく形である。

細かいところていくと3ページ目、外部環境の全体像。入院のところと、競合のポイントとして救急の受け入れがあるなど、やはり、この中でいかにして担っていくか。小児・周産期の機能も今後も継続していく。4ページ目、内部環境資料。院内情勢で経営的な視点である。入院収益、延べ患者数、単価は左上の入院分析で実績報告のとおり、少しずつ上昇。外来に関しては延べ患者数が増えている一方で若干単価が下がっている状況。4ページ目右側、他の病院と比べた場合にどのぐらいのPLになるのか簡単にまとめている。5ページ目、人件費。全体的に手厚い労働条件が非常に病院として響いている。給与水準は若干全国平均を上回っている。材料費に関しては先ほどの説明のとおり。6ページ目以降は先ほどの収支シミュレーションに対する病床規模の適正化による人件費の抑制・減少に関する内容で入れており、それに関してのロジックは概ね問題ないと考える。最後8ページ、経営形態の見直しやの一般的な状況に関する内容はここでまとめているので、ご一読願う。

#### 委員

資料3ページ、医療需要（将来患者数）のところ。人口は緩やかに減少するが、高齢人口が大幅に増加して、受療率を一定とするというところ。高齢者が増えていくと、受療率が増えるかという、必ずしもそうは言えない。一定のケースの場合もあれば、高齢者数が伸びているにも関わらず、受診者が少し減少するような形の関数を入れることも必要では。資料2のシミュレーションでも真ん中の計画値からどれだけ幅があった場合に、どれだけ変動が見られるかというもの。もう一つ、コロナのような特定の事象が起きた場合に、経営に対してこういう影響が出てくるというような本当はシミュレーションで関数を入れることによってできる部分もある。もう一つ言うと、ベイズ推定という手法。収益部分が動いたというときに、損益がどのくらい変動して、どこまで吸収ができるのかというところまでできるので、できればそういう幅も示していただけるとありがたい。

#### 外部コンサルタント

受療率は3ページに記載のとおり。薬や医療の進化に伴い受療率は今後、低下してくるところもあると考え、それを踏まえた上で我々の方でも受療率の低下を見込んで、成人、周産期も拡充、しっかりと担保していく必要があると見込んでいる。

#### 病院事業

2点目のシミュレーションに関して、今回公認会計士も入った上で、いわゆる確率論的・パラメータ分析的な手法については、どの程度のインフレ傾向を見るかという点で上振れした想定もしくは下振れした想定というのを見ている。入院単価についてはパラメータ分析ではなく、積み上げて計算するような方法をとっている。

今年度 490 人ほど一日平均で患者がおり、今後病床をその規模に合わせていくことを考えると、現状の患者構成がこの病院の一旦完成された構成となる。その中で DPC の分析等で個々の患者さんの入院単価が全てわかるので、そのようなグループ分析も行っている。例えば 15 歳以上の救急車の患者さんは高く、6 万 7000 円ぐらい、予定手術の患者さんは 10 万 4000 円ぐらいであるなど、患者構成の変化を積み上げて見ている形である。今回は入院単価が上昇していく想定で、大部分は診療報酬改定の効果を積み上げている。告示通知が出ていないので、はっきりした影響額を算定することができないが、現時点の情報でおおよその規模がわかる効果を見込み、大体単価が単年でこの先 2 年間ぐらい上昇があるというような計算をしている。その他も、資料中にもあるが、収益を 4 年間で 2 億円上げることができると、今の患者構成から見ると単価が 1140 円上昇するなど、そのような効果を積み上げて見ており、パラメータ分析の手法と、もう少し精度深く積み上げて算定できそうなどころに関しては積み上げ算定する手法で見ている。

#### 委員

手術に関する部分が現実にその数字が達成できるレベルかどうかというところが、もしかしてリスクがあるかも知れない。これが達成しづらいときにはどうなのかというところはマイナスの分析はしてみた方がいいのでは。

#### 病院事業

今やろうとしている努力を全て達成する前提で、このシミュレーションを引いている。今後、例えばこの一つの取り組みで達成できない部分等があれば、この結果から乖離していくようなことがあり得ると思う。そういったことも含め中間の 2 年後に見直しを行い、その時点でどれぐらい各取り組みが現実と乖離しているかというところを評価し、改めて令和 9 年度に計画を見直したい。

#### 委員長

2 年ごとに診療報酬改定があり、災害のような外的要因はわからないことだが、全て実現してこの数字が出せるという厳しい状況にあることは未だ変わりはない。その中で頑張っていくしかないということだと思う。

#### 委員

5 級の話しが引かかる。5 級の中に資格を持っている人たちが入っているのではないかと。資格を持っている人たちがいなくなることにより、診療報酬の施設基準が取れなくなる可能性があるため、分析をもう少しした方がいいのではないかと。

#### 病院事業

特に公立病院等とのベンチマークをやり、他の市町村は師長だと5級というよう  
なところが割と多い。当院はそのような形ではなく、経験で5級に上がるような、  
制度の問題・構造的な問題があったと認識している。その中でも認定看護師などの  
資格を持っている方はもちろんいる。いなくなってしまうと施設基準が取れないこ  
ともしっかり踏まえた中で配置や採用をしっかり考えなければならないというご  
指摘に十分に留意していく。

#### 委員長

以上を以て議事を終了する。

### 3. 閉会

- ・ 管理者挨拶