

【資料3】



EUCALIA

【松戸市病院事業経営再建支援業務委託】

# 分析報告資料 中間報告 概要版

2026年2月10日

# ▶ 1 経営環境および収支構造の現状認識

概要

厳しい競争環境の中、総合医療センターは患者・手術等の稼働が伸び悩み、収益力が十分に上がっていらない。結果として、収益に対して人件費が過剰負荷。赤字が拡大している。

## 環境分析サマリー

### 外部環境

#### 1. 需要・将来人口推計

- 松戸市は総人口が微減する一方、高齢化の進行により医療需要（特に入院・慢性疾患関連）は中長期で底堅い見込み。
- 年齢構成の変化により、循環器・消化器・整形など高齢者中心の需要が相対的に増え、急性期・周術期対応力が地域の競争力を左右。
- 一方で、出生数の減少を背景に、小児・周産期領域の医療ニーズは全体として減少傾向にある。自院の強み、周辺病院の状況を加味した方針検討が求められる。
- 需要は「膨らむ領域」と「縮む領域」が混在するため、将来人口推計を踏まえ機能分担と診療領域の選択集中を進め、稼働確保とコスト適正化を同時に図る必要。

#### 2. 競合

- 半径5km圏内に千葉西総合病院、新東京病院など有力な急性期病院が集積し、患者獲得・救急搬送・手術症例の取り合いが常態化している。
- 競合は循環器・消化器など収益性の高い領域で専門性と受入体制を強化しており、紹介・逆紹介の流れや救急導線でも優位を築きやすい。
- この競争下では、当院は強み領域の明確化と、連携先との役割分担最適化により、需要を取り込む戦略が不可欠となる。

### 内部環境

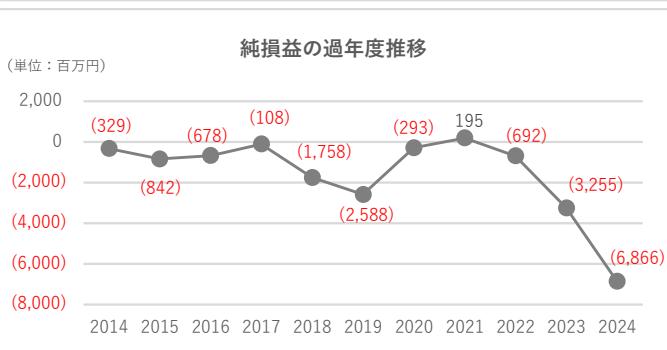
#### 3. 入院分析

- 入院はR5年度→R6年度で約5.6億円の改善傾向。稼働率・入院単価ともに上昇しており、患者数と単価の両面で改善基調である。
- 患者数は、小児科／新生児科／消化器外科／脳神経外科／整形外科／内科／形成外科で増加基調。一方、救急科／消化器内科／呼吸器内科は減少傾向である。
- 単価は分析対象28診療科中26診療科で前年対比増加。一方、近隣競合が強みとする心臓血管外科は24%減少しており、症例構成や算定状況等の要因整理と打ち手検討が必要。

#### 4. 外来分析

- 患者数については新規患者及び再診患者を含めた延外来患者数において増加基調である。単価については前年比マイナスであり、外来収益全体としても前年比マイナス。
- 患者数は、神経内科／歯科口腔外科／呼吸器外科／救急科／形成外科等が増加基調。一方で精神科／皮膚科／放射線科／小児心臓外科は減少傾向である。
- 単価は小児系診療科は全般的に増加基調であるものの高額薬剤が伴う化学療法や血液内科については薬価減少の影響にて大幅な減少基調である。

## 財務状況



純利益 (純損失)	赤字が継続・拡大。令和5年度 ▲32.6億円 → 令和6年度 ▲68.7億円と悪化しており、単年度の小幅改善では追いつかない水準。
欠損金 (累積欠損金)	累積 ▲203.2億円に到達。将来投資（建替・設備更新）や人員施策の選択肢を圧迫している。早期に減少トレンドへ転換が必要。
繰入金	運営の下支えとして不可欠だが、恒常化すると自立性の議論が難しくなる。繰入依存度を段階的に下げる工程を明示したい。
人件費比率	R6年度実績68.7%。収益力に対して重くなりやすく、収益と人員最適化を同時に 設計しない限り、構造的な赤字体質が固定化する（※比率=給与費÷医業収益で算定）

## ▶ 2 外部環境分析\_サマリー

概要

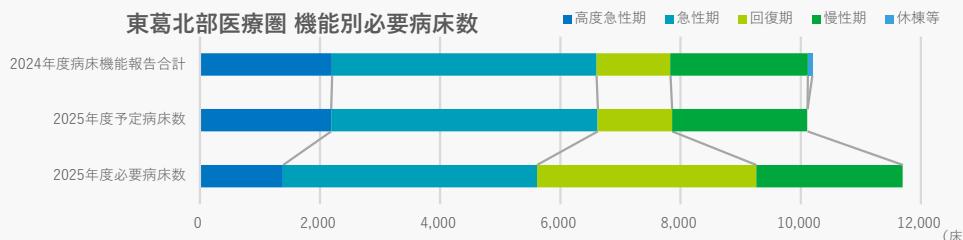
医療供給体制（必要病床数、競合病院の状況）、将来的な医療需要（将来患者数）を考慮して  
今後の方針を検討していく必要がある。

### 外部環境分析のサマリー

#### 1. 必要病床数（病床機能報告）

東葛北部医療圏では高度急性期・急性期の機能が充足（余剰）する一方で、回復期・慢性期機能は不足。

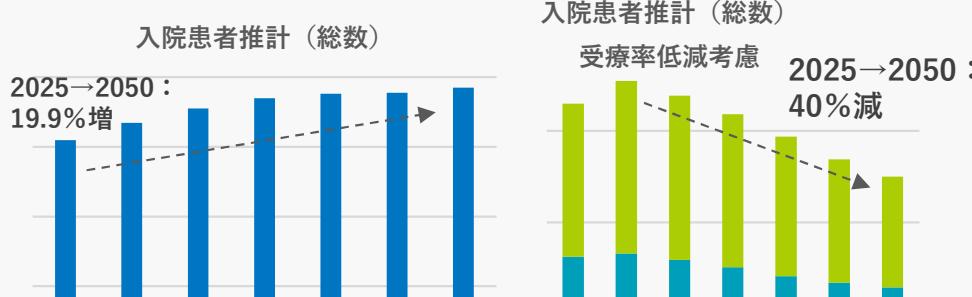
- 総病床数は1,507床不足。病床機能別に見ると、高度急性期は814床・急性期は177床それぞれ余剰であるのに対し、回復期は2,420床・慢性期は148床不足している。



#### 2. 医療需要（将来患者数）

人口は緩やかに減少するが、高齢人口は大幅に増加。受療率を一定とすると将来患者数は増加するが、受療率の低減を考慮すると減少の見込み。

- R5（2023）年の受療率を一定のものとして将来患者数を推計すると、2050年まで継続して入院患者数及び外来患者数は増加。
- 入院受療率の減少率（5年換算で4.35%）を考慮すると、2025年から2050年にかけて患者数は40%減少。



#### 3. 小児・周産期機能

医療計画・診療報酬上の施設基準において松戸市内の小児・周産期機能の重要な役割を果たしている。

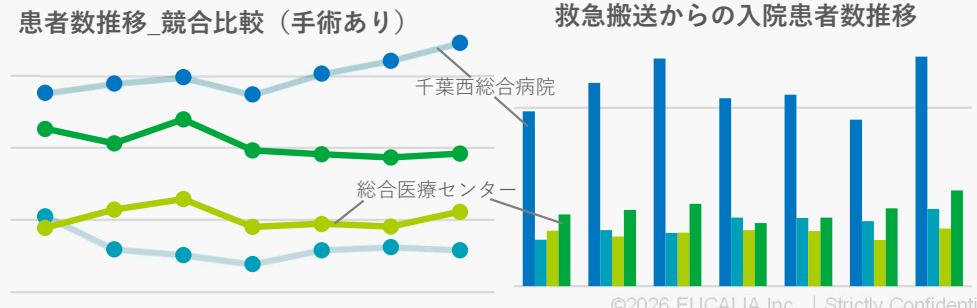
- 医療計画において「小児中核病院」「地域周産期母子医療センター」「小児の救命救急」に位置付けられている
- 施設基準として「新生児治療回復室入院医療管理料」「新生児特定集中治療室管理料」「小児入院医療管理料」を算定

がん	心血管疾患	救急医療	災害	周産期医療	小児医療	感染症
がん診療連携拠点病院	○	○	○	○	○	○
回復期	○	○	○	○	○	○

#### 4. 競合比較

主要な競合病院としては千葉西総合病院があり、手術・救急の実績で大きな開きが発生している。同院（民間病院）に担えない機能を担っていく必要がある。

- 近隣の主要な競合病院としては千葉西総合病院、新東京病院、新松戸中央総合病院が挙げられる。手術・救急とも千葉西総合病院が群を抜いている。



### ▶ 3 内部環境分析\_サマリー

概要

費用の伸びが収益の伸びを上回っており、収支の改善が課題となっている。

#### 内部環境分析のサマリー

##### 1. 入院分析

R5年度からR6年度にかけては 約5億6千万円の増収

- 稼働率、入院単価ともに増加傾向
- 整形外科、小児科、救急科、新生児科、産婦人科、内科等が入院収益の増加をけん引



##### 2. 外来分析

R5年度と比して、R6年度は外来患者数については増加、外来単価は減少

- R5年度からR6年度にかけて、全体では約1億円の減収。内科、化学療法内科、呼吸器内科、消化器外科、消化器内科、放射線科の6科で合計約3億円の減収
- 一方、血液内科、泌尿器科、整形外科、神経内科、歯科口腔外科、新生児科では約2億円の増収となっており、最終的に約1億円の減収



##### 3. ベンチマーク病院との比較

総合医療センターはベンチマーク病院と比較して対医業比率にしめる医業費用割合が高い。特に人件費率が高水準となっている。

(単位：百万円)	松戸市立総合医療センター		公立病院A		公立病院B		公立病院C	
	R6年度	対医業収益率	R6年度	対医業収益率	R6年度	対医業収益率	R6年度	対医業収益率
医業収益	19,476	100.0%	19,576	100.0%	22,055	100.0%	22,210	100.0%
入院収益	13,387	68.7%	13,101	66.9%	14,221	64.5%	15,386	69.3%
外来収益	5,487	28.2%	6,331	32.3%	6,392	29.0%	6,045	27.2%
その他医業収益	366	1.9%	144	0.7%	1,442	6.5%	285	1.3%
負担金交付金	237	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	493	2.2%
医業費用	24,390	125.2%	21,230	108.4%	25,384	115.1%	23,542	106.0%
給与費	13,781	70.8%	9,969	50.9%	12,276	55.7%	11,085	49.9%
材料費	5,538	28.4%	6,887	35.2%	6,528	29.6%	7,737	34.8%
経費	3,053	15.7%	2,801	14.3%	4,919	22.3%	3,883	17.5%
減価償却費	1,944	10.0%	1,470	7.5%	1,584	7.2%	739	3.3%
資産減耗費	6	0.0%	35	0.2%	29	0.1%	7	0.0%
研究研修費	68	0.4%	70	0.4%	48	0.2%	93	0.4%
その他医業費用	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
医業損益	▲4,914	-25.2%	▲1,654	-8.4%	▲3,329	-15.1%	▲1,332	-6.0%
医業外収益	2,302	11.8%	1,845	9.4%	2,722	12.3%	2,402	10.8%
医業外費用	1,509	7.7%	1,208	6.2%	1,251	5.7%	1,599	7.2%
経常損益	▲4,121	-21.2%	▲1,017	-5.2%	▲1,858	-8.4%	▲529	-2.4%
特別利益	86	0.4%	33	0.2%	44	0.2%	655	2.9%
特別損失	2,837	14.6%	330	1.7%	262	1.2%	1	0.0%
当期純損益	▲6,872	-35.3%	▲1,313	-6.7%	▲2,077	-9.4%	124	0.6%

## ▶ 3-2 医業費用分析\_サマリー

概要

手厚い人員配置と良好な労働条件により、安定した医療提供体制を確保している。一方で、人件費は経営上重要な論点であり、材料費や機器更新の効率化とあわせ、持続可能な運営に向けた継続的な見直しが求められる。

### 人件費

#### 1. 職員給与

給与水準は高く、高年齢・高等級偏重でコスト増。手当依存や構造歪みも課題

- 医師を除く職種では、総じて総合医療センターの給与水準は高い傾向にあり、特に看護師および医療技術員では全世代で全国平均を大きく上回っている。全体として、総合医療センターは人材確保の観点では競争力のある給与水準を有しているが、職種間・年齢間での給与構造の歪みや、手当依存度の高さが課題として浮き彫りになっている。
- 職種別に年齢構成及び等級構成を分析し、看護師及び医療技術員は40代・50代の職員が多く、特に50代以降は高等級（5級）に集中し、高給与構造となっている。薬剤師および事務職員においても、5級以上の職員割合が高く、平均給与水準を押し上げる要因となっている。医師については、等級が上がるにつれて必ずしも年収が上昇しておらず、下位等級の方が年収が高いケースも見られ、昇格意欲の低下が懸念される。全体として、総合医療センターの高い平均給与水準は、高年齢層・高等級職員の多さと、管理職・非管理職の混在や時間外手当の影響によって形成されている構造であると整理できる。

#### 2. 職員数

労働条件が手厚く人員が厚配置となり、人件費増の要因

- 医師、歯科医師、薬剤師、看護補助者、診療放射線技師、臨床工学技士を除く多くの職種において、総合医療センターの職員数は類似病院よりも相対的に人員配置が厚いことが示された。この背景としては、労働条件や給与水準が影響し、人材確保が進みやすい構造となっている可能性が示唆されている。一方で、職員数が多いことは医療提供体制の安定性につながる反面、人件費の増大要因にもなり得るため、今後の経営的な観点からは適正配置の検討が重要である。
- 総合医療センターの労働条件を民間病院の一般的な水準と比較した。その結果、勤務日数、有給休暇日数、所定労働時間のいずれにおいても、総合医療センターは民間病院よりも優遇された条件であることが明らかとなった。この労働時間の短さは、職員のワークライフバランス向上や離職防止に寄与している一方で、結果として職員数を多く抱える必要性を生んでいる。したがって、総合医療センターの職員数が類似病院と比べて多い要因の一つとして、労働条件の手厚さが構造的に影響していると整理できる。

### 材料費・機器更新

#### 1. 材料費

医薬品・診療材料ともに価格水準は概ね適正化が進んでおり、次は「継続的な交渉の仕組み化」と未改善領域の深掘りが鍵

医薬品費	ベンチマーク分析より総額▲4.9百万円削減できており概ね良好。現行の薬価交渉は概ね適正に機能しており個別品目での追加値下げ余地は限定的なため、今後は交渉を年2回（上期・下期）に分け、暫定価格+妥結後の遡及値引き（精算）を組み合わせて継続的に実質単価を適正化する運用が有効と思料。
診療材料費	全体としては適正範囲であるものの、市場データベース比較で改善余地を確認。平均水準でも約1.1億円の削減ポテンシャル、来年度4.1千万円の削減を提案。循環器・整形外科領域は比較的安価に調達できており現行掛率の維持を基本方針としつつ、衛生材料は改善余地が残るため競争環境の促進と継続交渉により価格適正化を進める必要がある。

#### 2. 機器更新・保守委託費

安全性は維持しつつ、“必要なところに必要な投資・保守”へ組み替える余地がある

機器更新	更新時期が集中する構造となっており分散した計画を提案 H29年度建て替え時に導入した機器が今後一齊に更新期を迎える投資集中リスクが高いため、会議体で稼働率・必要性・仕様妥当性を客観評価し、更新見送り／適正台数化／修理継続を前提に更新判断を行う必要がある。
保守委託費	フルメンテから定期点検の切替を提案。3.3千円の削減効果余地あり毎年継続してきたフルメンテナンス保守について、装置ごとの必要性・稼働率・修理実績を踏まえて適正水準を再検証し、必要最小限プランへの切替やスポット対応（保守解除）を検討しつつ、突発修理リスクと診療影響を整理した上で関係部門と合意形成し進めることが重要である。

## ▶ 5-1 弊社オピニオン\_サマリー

概要

病床規模は削減が妥当。病床規模の適正化と人件費抑制により収支構造の改善を図る。当面は現行の経営形態を維持し、政策医療の継続性と業績動向を踏まえて将来的な経営形態移行を検討する。

### 弊社オピニオンのサマリー

#### 1. 病床規模適正化

##### 体制制約を踏まえ、病床削減と効率的な病床運用を進める

- 紹介患者および救急搬送の受入拡大による病床充足を検討したが、体制的制約や現場負担の観点から恒常的な空床解消は困難であり、病床規模の見直しは合理的かつ不可避な対応と整理できる
- 特に二次救急の応需率向上は医師・看護師の人員制約が強く、無理な受入拡大は診療の質や安全性の低下を招く恐れがあるため、病床数そのものの調整が必要である
- 病床削減の主目的は単なる病床数削減ではなく、病床に付随する看護師配置を中心とした人員体制の最適化を通じ、収支構造を改善する点にある
- 複数の病床削減プランを比較した結果、病棟単位での集約が可能で、人員削減を段階的かつ確実に実行できる点において、プランAが最も実行性が高いと判断される
- 病床削減は過剰に進めることで収益悪化を招く恐れがあるため、将来需要や稼働状況を継続的に検証しつつ、空床活用を含めて段階的に実施することが重要である

#### 2. 人件費の抑制

##### 人員最適化と柔軟な人事運用により人件費を抑制する

- 病床削減により看護師を中心とした人員削減余地は生じるが、実際の削減時には、収入影響を極小化するための取り組みが不可欠である
- 給与費比率が高水準で推移している現状を踏まえ、人事院勧告への一律対応に依存せず、病院独自の人事・給与制度運用を含めた人件費抑制策の検討が必要となる
- 計画前提に乖離が生じた場合には、人件費を調整弁として柔軟に対応できる体制を構築することが経営上重要である

#### 3. 減床による影響の極小化

##### 現行体制を維持しつつ、業績動向に応じ移行を検討する

- 公立病院が選択可能な経営形態には、公営企業法全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度、民間譲渡などがあり、それぞれに異なるメリットとリスクが存在する
- 地方独立行政法人化は、中期目標・中期計画に基づく運営により、小児・周産期医療や三次救急といった政策医療の継続性を制度上確実に担保できる点が特徴である
- 一方で、独法化には退職給付引当金の積み増し等により最大約120億円規模の初期費用が見込まれ、市の財政負担が一時的に大きく増加する可能性がある
- 現行計画下の経営改善局面においては、独法化による裁量拡大の効果は限定的であり、移行費用に見合うメリットは現時点では乏しいと考えられる
- 指定管理者制度は、成立すれば市の財政負担軽減が期待できる一方、受託法人確保や指定管理料水準に大きな不確実性を伴う経営形態である
- 特に500床規模で三次救急および小児周産期医療を維持した指定管理の前例は極めて少なく、総合医療センターと同等規模での実現性には課題が残る
- 民間譲渡は契約条件次第で市の財政負担を大きく軽減できる可能性がある一方、政策医療の継続を実効的に担保することが困難である
- 同規模・同機能の病院において民間譲渡後も政策医療を維持した前例は確認されておらず、実現性および継続性の面で高い不確実性を伴う
- 以上を踏まえると、現時点で特定の経営形態への移行を決定するのではなく、慎重かつ段階的な検討が適当である
- 当面は全部適用を維持しつつ経営改善を進め、将来の業績動向に応じて地方独立行政法人化や指定管理者制度等を検討することが望ましい

## ▶ 5-1 病床規模適正化\_サマリー

概要

病床規模は削減が妥当。実行性と人件費削減確実性の観点から、段階的病棟統合を行う「プランA」を推奨。削減により生じる空床は、当面は低投資・早期収益化が可能な「2床室整備」を推奨。

### 病床規模適正化のサマリー

#### 1. 減床の方針に対する妥当性の分析

紹介・救急の積上げによる空床解消には限界があり、減床判断は合理的

- 紹介患者および救急搬送の受入拡大を通じて空床解消を図る方針が検討されてきたが、実績および体制制約を踏まえると、恒常的な病床充足を実現するには構造的な限界がある
- 特に二次救急の応需拡大は医師・看護師の人員制約が強く、無理な応需率向上は現場負担の増大や医療提供体制の不安定化を招くリスクが高い
- 以上の分析から、受入拡大による解決には持続性の観点で課題が大きく、病床数そのものを見直すことは合理的かつ避けられない対応と整理できる

#### 2. 病床削減プランの選択

稼働率、入院単価ともに増加傾向

- 病床削減の主目的は単なる病床数削減ではなく、病床に付随する看護師配置を中心とした人員体制の最適化を通じ、収支構造を改善する点にある
- 複数の病床削減プランを比較した結果、病棟単位での集約が可能で、人員削減を段階的かつ確実に実行できる点において、プランAが最も実行性が高い
- 增收余地よりも人員削減の確実性を重視する観点から、病床削減を進めるにあたってはプランAを採用することが最適な選択肢と判断される

#### 3. 減床による影響の極小化

収益影響を抑える各種取り組みが必要

- 病床削減は人件費削減効果が見込まれる一方で、稼働率や患者単価によっては減益リスクも伴うため、収益影響を最小化する観点が不可欠である
- 減床により生じる空床については、初期投資を抑えつつ比較的短期間で収益化が可能な2床室整備が、当面の空床活用策として最も現実的である
- 計画策定時の前提条件に乖離が生じた場合には、病床数を固定せず、人件費を調整弁として柔軟に対応することが経営上有効である

#### 4. まとめ

減床は妥当であり、プランAを軸に柔軟な運用を行うことを推奨

- 紹介および救急の分析結果を踏まえると、現行方針の延長による病床充足には限界があり、病床削減の方針は妥当であると整理できる
- 病床削減の方法としては、人員削減の確実性と運営の持続性を重視し、段階的な病棟集約が可能なプランAを軸に進めることを推奨する
- 実行にあたっては、収益影響の極小化と前提変化への対応力を確保するため、空床活用と人件費調整を組み合わせた運用が重要となる

## ▶ 5-3 経営形態の見直し\_経営形態移行\_サマリー

概要

現計画では全部適用の維持を推奨する。今後、業績が上振れし上昇基調の場合は地方独立行政法人化を、下振れし下落基調の場合は指定管理者制度や民間譲渡を検討することを推奨する。

### 経営形態移行に関するサマリー

#### 1. 地方独立行政法人化

##### 政策医療を確実に担保し、経営の裁量向上で施策実行の加速が可能

地方独立行政法人化は、中期目標・中期計画に基づく運営となるため、小児・周産期医療や三次救急といった政策医療の継続性を制度上確実に担保できる点が最大の特徴である。また、中期計画の範疇で一定の自由度、裁量が認められており、施策実行の加速が可能となる。一方で、移行に伴う外部委託費や人件費、システム移行費用に加え、退職給付引当金の積み増しによる債務超過解消のための追加出資が必要となり、最大で約120億円規模の費用負担が見込まれる。さらに、経営改善が進まない場合には、市の一般繰入金が現行形態と同様に必要となる点にも留意が必要である。職員の定数、給与等が法人規程内で調整できるなど一定のメリットは見込まれるが、特に新規事業への投資等、裁量や自由度を活かせる局面においては、移行に係る費用と得られるメリットを比較した上で判断すべき選択肢と考えられる。

#### 2. 指定管理者制度

##### 財政負担軽減効果が見込めるが、前例不足と受託不確実性が最大の課題

指定管理者制度は、協定書により一定程度の政策医療を担保できる可能性がある。移行時には、給与差額補填やシステム対応等の初期費用として最大120億円規模の負担が見込まれるが、受託法人が確保できた場合には、政策医療継続に対する交付金（指定管理料）に市の負担が限定される。指定管理料の水準次第で現状の繰入金より市の財政負担が軽減する可能性がある一方、政策医療継続の条件を厳格に設定するほど、受託法人の不在リスクを伴う。実績調査の結果、同制度を採用する公立病院は中小規模に集中しており、500床以上で活用している事例は極めて限られている。特に、小児周産期医療と三次救急の両者を維持している事例は1例のみであり、総合医療センターと同等規模・機能での前例は存在しない。制度上は選択肢となりうるが、指定管理料水準等については、各種関係者による慎重な検討、協議が必要となる。

#### 3. 民間譲渡

##### 契約次第で財政負担が大きく変動し、政策医療継続が大きな課題

民間譲渡は、譲渡時の土地建物や負債の取り扱い条件に、市の財政負担が大きく左右される。仮に、土地建物を有償で譲渡し、負債を譲渡先が負担する条件の場合には、市の財政負担は大きく改善する。一方で、契約条件が不利な場合、建物に係る負債の繰上償還が必要となるなど、追加の財政負担が生じる可能性がある。また、政策医療の継続については、補助金交付等による一定の関与余地はあるものの、基本的には譲渡後の法人判断に委ねられる点が課題となる。実績調査では、民間譲渡を実施した公立病院は299床以下に集中しており、500床以上の規模を維持した事例は確認されていない。さらに、周産期母子医療センター、救命救急センター、小児入院医療管理料の指定・届出をすべて維持している事例は存在せず、総合医療センターと同等規模で三次救急および小児・周産期医療を継続している前例はない。

#### 4. 今後の打ち手

##### 現行形態での改善を前提に、計画遂行状況に合わせて移行可能性を検討

以上を踏まえ、地方独立行政法人化は政策医療の継続性を制度上担保できる一方、多額の初期費用を要し、経営改善が進まない場合には一般繰入金が継続する可能性があることから、現時点での移行は慎重な判断を要する。指定管理者制度についても初期費用や受託法人確保の不確実性、前例不足といった課題はあるが、制度上は政策医療を一定程度協定により規定することが可能であり、将来的な検討余地を残す。一方、民間譲渡は市の財政負担が改善する可能性を有するものの、政策医療継続の担保が困難であり、同規模・機能での前例も存在しない。以上を踏まえ、当面は現行の経営形態（全部適用）を維持しつつ経営改善を図り、今後の業績動向に応じて、上振れ局面では地方独立行政法人化を、下振れ局面では指定管理者制度や民間譲渡を含めた対応を検討することが適当である。

## ▶ 5-3 経営形態の見直し\_総合医療センターに各経営形態を適用した場合の影響\_地方独立行政法人

総合医療センターが地方独立行政法人に移行する際の論点を以下の通り整理

### 政策医療の継続性

#### 政策医療を確実に継続できる経営形態

地方独立行政法人化は、中期目標・中期計画に基づく運営となり、これらは議会の承認を要することから、小児・周産期医療や三次救急といった政策医療について、制度上その継続性を確実に担保できる点が最大の特徴である。政策医療を自治体の意思として明確に位置づけることで、経営環境の変化に左右されにくく、安定的かつ中長期的に政策医療を維持できる経営形態である。

### 有効となる経営局面

#### 事業拡大や成長局面で特に裁量が生きる

地方独立行政法人は、中期計画の範囲内において一定の裁量と自由度が認められている。現行計画のような減床や効率化の局面においても、職員定数や給与を法人規程内で調整できるため、一定の柔軟な対応は可能であるが、これらは現行の経営形態においても対応可能な範囲であり、独法化による優位性は限定的と考えられる。一方、新規事業への投資や人材確保、診療機能の拡充など、事業拡大や成長を志向する局面においては、計画の範疇で人材採用時期や設備購入時期を調整しやすく、独法化の裁量や自由度がより一層活かされる。

### 移行・運営に伴う財政負担

#### 移行費用は最大約120億円、繰入継続の可能性

地方独立行政法人化に際しては、外部委託費、院内プロジェクトに係る人件費、各種システム移行費用等の発生に加え、退職給付引当金の積み増しによる債務超過解消のための追加出資が必要となる。これらを合算すると、移行に伴う費用負担は最大で約120億円規模に達すると見込まれ、移行初年度を中心に市の財政を大きく圧迫する可能性がある。また、独法化後であっても経営改善が計画どおり進まない場合には、現行形態と同様に市の一般繰入金が継続して必要となる点にも留意が必要であり、財政負担が直ちに軽減されるとは限らない。

### まとめ

#### 成長局面において費用対効果を見極め検討

地方独立行政法人化は、政策医療の継続性を制度上確実に担保できる点において有効な経営形態である。一方で、現行計画下では一定のメリットがあるものの独法化による裁量や自由度を最大限に活かせる局面に乏しく、多額の移行費用に見合う効果は限定的と考えられる。したがって、当面は現行の経営形態（全部適用）を維持しつつ経営改善を図ることを基本とし、将来的に事業拡大や成長を志向する局面において、移行に係る費用と得られるメリットを比較した上で検討すべき選択肢と位置づけられる。

## ▶ 5-3 経営形態の見直し\_総合医療センターに各経営形態を適用した場合の影響\_指定管理者制度

総合医療センターが指定管理に移行する際の論点を以下の通り整理

### 政策医療の継続性

#### 受託法人不在、撤退リスクはあるものの、協定により政策医療を一定程度担保可能

指定管理者制度では、協定書により小児・周産期医療や三次救急といった政策医療について、一定程度の継続を規定することが可能である。一方で、協定による担保には限界があり、条件を厳格に設定するほど、受託法人が現れない、あるいは撤退リスクが高まる点に留意が必要である。

### 成立条件と実現性

#### 前例がなく、受託法人の存在が成立の最大条件

指定管理者制度の成立にあたっては、総合医療センターと同等規模・機能を前提として指定管理を受託する法人が存在するかが最大の前提条件となる。実績調査では、同制度を採用する公立病院は299床以下の中小規模に集中しており、500床以上では本制度を活用している病院は2病院、小児・周産期医療と三次救急の両機能を届出や協定書上で維持している事例は1例のみであり、総合医療センターと同等規模・機能での前例は存在しない。

### 移行・運営に伴う財政負担

#### 初期費用は100億円規模と大きいが長期的な負担軽減の余地あり

指定管理者制度への移行に際しては、退職金の支払い、債務の繰上償還、職員給与差額の補填等により、初期費用として110～120億円規模の財政負担が生じると見込まれる。一方で、受託法人が確保できた場合には、移行後の市の財政負担は政策医療継続に対する指定管理料に限定され、指定管理料の水準次第では、現状の一般繰入金よりも負担が軽減する可能性がある。

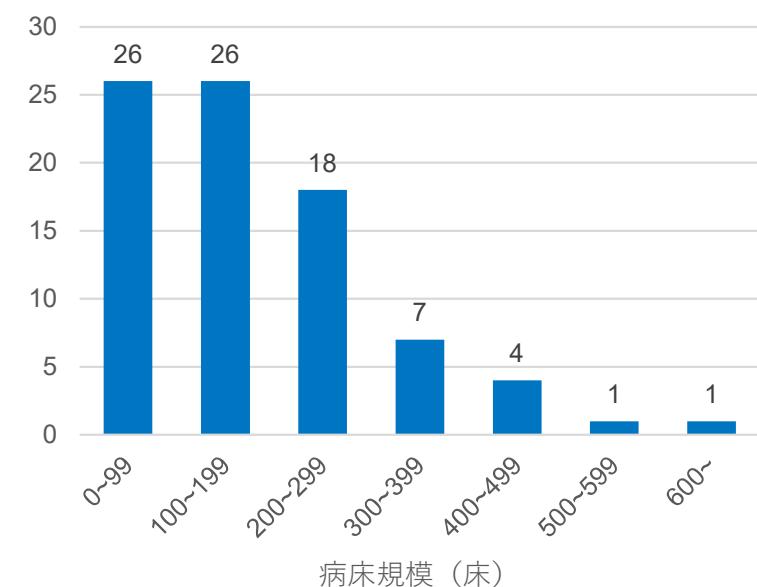
### まとめ

#### 不確実性が高く探索的検討が妥当な選択肢

指定管理者制度は、成立すれば政策医療を一定程度維持しつつ、市の財政負担を抑制できる可能性を有する経営形態である。一方で、受託法人の存在や指定管理料水準には大きな不確実性があり、前例も極めて限られていることから、直ちに移行を判断するのではなく、関係者間で条件や費用水準を慎重に整理した上で、探索的に検討すべき選択肢と位置づけられる。

指定管理者制度を活用している

公立病院数



## ▶ 5-3 経営形態の見直し\_総合医療センターに各経営形態を適用した場合の影響\_民間譲渡

総合医療センターが指定管理に移行する際の論点を以下の通り整理

### 政策医療の継続性

#### 譲渡後は法人判断となり政策医療の継続担保は困難

民間譲渡を行った場合、病院運営は原則として譲渡後の法人判断に委ねられることとなり、小児・周産期医療や三次救急といった政策医療の継続を実効的に担保することは困難となる。補助金交付等により一定の関与余地は残されるものの、協定等による制度的な担保には限界があり、政策医療の継続性に関しては不確実性が大きい経営形態である。

### 成立条件と実現性

#### 政策医療を維持した大規模病院譲渡の前例はなく実現性に不確実性

民間譲渡の成立にあたっては、小児・周産期医療や三次救急といった政策医療機能を維持したまま、500床規模の大規模病院を譲渡できるかが最大の論点となる。実績調査では、民間譲渡を実施した公立病院は299床以下の中小規模に集中しており、これらの政策医療機能や、小児系ユニットを維持した大規模病院の譲渡事例は確認されていないことから、当該前提条件を満たす譲渡の実現性には高い不確実性が伴う。

### 移行・運営に伴う財政負担

#### 初期費用は110～120億円規模、契約条件次第で負担が増減

民間譲渡に際しては、現行職員の退職に伴う退職金の支払い、債務の繰上償還、職員給与差額の補填、各種手続やシステム対応等により、指定管理者制度と同程度となる110～120億円規模の初期費用負担が生じる可能性がある。一方で、土地建物を有償で譲渡し、建物に係る負債を譲渡先が負担するなどの条件で契約できた場合には、市の財政負担が大きく改善する可能性がある。ただし、契約条件が不利な場合には、建物に係る負債の繰上償還や簿価との差損が発生するなど、追加的な財政負担が生じる点にも留意が必要である。

### まとめ

#### 財政効果の振れ幅が大きく政策医療前提では慎重判断

民間譲渡は、契約条件次第では市の財政負担を大きく軽減できる可能性を有する一方で、政策医療の継続性を実効的に担保することが困難であり、同規模・同機能の病院での前例も存在しない。財政効果の振れ幅が最も大きく、不確実性が高い経営形態であることから、政策医療の継続を前提とする場合には、慎重な判断を要する選択肢と位置づけられる。

民間譲渡を実施した公立病院の  
現在の病床規模別件数

