
松戸市病院事業
第4次経営計画・経営強化プラン
(令和8～11年度)

令和8年3月
松戸市病院事業

【目次】

| | |
|--------------------------------------|----|
| 第1章 基本的事項..... | 4 |
| 1 計画の策定趣旨..... | 4 |
| 2 計画期間・中間見直し..... | 5 |
| 3 点検・評価・公表..... | 5 |
| 第2章 総合医療センターの使命と役割..... | 7 |
| 1 総合医療センターの概要・機能..... | 7 |
| 2 役割・機能の最適化と連携の強化..... | 10 |
| 第3章 松戸市・東葛北部保健医療圏の現状と今後【外部環境分析】..... | 12 |
| 1 地域医療構想における必要病床数..... | 12 |
| 2 今後の医療需要の見通し..... | 13 |
| 3 機能分化・競争環境..... | 15 |
| 第4章 病院事業の現状と課題【内部環境分析】..... | 17 |
| 1 第3次経営計画の概要と経過..... | 17 |
| 2 経営状況・財務状況の悪化（前計画と実績の乖離）..... | 17 |
| 3 経営再建策の策定へ向けた検討の経過..... | 19 |
| 第5章 経営再建策の骨子となる取り組み..... | 20 |
| 1 骨子となる取り組み（収支構造の改善）..... | 20 |
| 2 病床数の適正化..... | 21 |
| 3 病床数の適正化に伴うスペースの活用..... | 23 |
| 4 人件費の抑制..... | 24 |
| 第6章 総合医療センター収支計画..... | 25 |
| 1 収支計画の前提条件等..... | 25 |
| 2 総合医療センター収支計画..... | 26 |
| 3 一般会計負担の考え方..... | 28 |
| 第7章 経営再建の具体的取り組み・推進体制..... | 30 |
| 1 経営再建策の体系的な整理..... | 30 |
| 2 経営再建策の進捗管理に係る KPI（重要業績評価指標）..... | 31 |
| 3 取り組みの課題とアクションプラン..... | 33 |
| 4 取り組みの推進体制..... | 36 |

| | |
|-------------------------------|----|
| 第8章 医療機能や医療の質、連携の強化..... | 38 |
| 1 医療機能や医療の質、連携の強化に係る数値目標..... | 38 |
| 2 その他の取り組み事項..... | 41 |
| 第9章 経営形態の検討について..... | 43 |
| 1 経営形態の比較検討..... | 43 |
| 2 今後の検討の方向性..... | 44 |
| 第4次経営計画 経営再建策の概要（ポイント）..... | 44 |
| 用語解説..... | 45 |

第1章 基本的事項

1 計画の策定趣旨

(1) 計画見直しの背景

松戸市病院事業は東葛北部保健医療圏の中核病院としての役割を担い、地域医療構想及び国・県の医療政策に基づいた適切な運営、ならびに医療機能の充実と持続可能な病院経営を目指し、これまで第1次から第3次にわたる経営計画を策定・運営してまいりました。

- | | | |
|----------|--------------------|----------------|
| ・平成26年4月 | 松戸市病院事業経営計画第1次 | (平成26年度～28年度) |
| ・平成29年3月 | 松戸市病院事業経営計画第2次 | (平成29年度～令和3年度) |
| ・令和4年6月 | 松戸市病院事業経営計画第3次 | (令和4年度～令和7年度) |
| ・令和6年3月 | 松戸市病院事業経営計画第3次 改定版 | (令和6年度～令和9年度) |

令和6年3月に改定した「松戸市病院事業経営計画第3次 改定版（令和6年度～令和9年度）」（以下、「前計画」という）には、3年以上にわたったコロナ禍診療からの通常診療への移行や、令和6年3月に廃止した松戸市立福祉医療センターの一部機能継承や診療機能の拡大を行うための別棟建設計画などを盛り込み、経営改善を進めてまいりました。

しかしながら、令和6年3月の計画改定以降、物価や人件費の高騰などの病院を取り巻く環境は激変しており、現在の総合医療センターの経営状況は、費用の増加が収益の増加を上回る構造的な課題を抱え、計画と実績が大きく乖離しています。前計画のままでは病院の維持が困難であることから、計画を抜本的に見直し、「松戸市病院事業第4次経営計画（令和8年～11年）」（以下、「本計画」という）を新たに策定し、病院職員一丸となり経営再建に取り組んでまいります。

(2) 改定の趣旨

当院の最優先事項は、計画と実績の乖離を解消し、持続可能な経営基盤を確立することです。個別、表面的な対策ではなく、構造的課題を捉えた実効性の高い計画を策定・実行します。

この計画期間においては経営基盤を確立し、その後の人材や設備への「未来に向けた戦略的投資」を可能にすることで、地域医療の質の更なる向上と病院経営の安定を両立させてまいります。

2 計画期間・中間見直し

(1) 計画期間

本計画の計画期間は、令和8年度から令和11年度までの4年間とします。

(2) 中間見直し

本計画4か年の中間年となる令和9年度に計画の進捗状況等を評価し、その結果をもとに期中の見直しを行います。

3 点検・評価・公表

(1) 病院事業における計画の進捗管理

本計画の効果的な推進を図るため、病院内の経営会議等において、各取り組みの実行状況を確認し、適切な進捗管理を行ってまいります。

(2) 経営改革委員会による点検・評価

収支計画や各種施策の実施状況、数値目標の達成状況については、その客観性を確保するため、年度ごとに「松戸市病院事業経営改革委員会」において医療や病院経営に見識のある外部有識者からの点検・評価を受けます。

【経営改革委員会構成員】（敬称略、順不同）（令和8年2月10日時点）

| 区分 | 氏名 | 役職等 |
|--------------------|--------|--|
| 医師会代表者 | 川越 正平 | 松戸市医師会 会長 |
| 医療並びに病院経営に関する学識経験者 | 正木 義博 | 済生会神奈川県病院 顧問 |
| | 松村 明 | 地方独立行政法人 茨城県西部医療機構 ちくせい総合健診センター センター長 |
| | 代田 浩之 | 順天堂大学 学長 |
| | 田中 正 | 君津中央病院企業団 企業長 |
| | 丸山 尚嗣 | 船橋市病院局 病院事業管理者 |
| | 増渕 美恵子 | 公益社団法人 千葉県看護協会 会長 |
| | 守泉 誠 | 守泉公認会計士事務所 公認会計士（代表） |
| 地域団体 | 町山 雅則 | 松戸市町会・自治会連合会 副会長 |
| 管理局以外の市職員 | 青砥 英一 | 健康医療部長 |
| | 林 一郎 | 消防局長 |

(3) 公表の方法

本計画及び点検・評価結果は、ホームページ等で公表します。

(4) 住民の理解のための取り組み

本計画の策定にあたっては、令和7年8月に定めた「松戸市立総合医療センター経営再建方針」や計画策定の中間報告等について、松戸市議会の場をお借りし、市議会や市民の皆さまに広く情報公開をしてまいりました。

また、本計画の策定や点検・評価を受ける際に開催する経営改革委員会を原則公開とし、資料等も適宜ホームページ等に公開するなど、情報の発信に努めております。

その他、地区意見交換会と連動した病院長や副院長による医療講演会の開催、パートナー講座の充実など、地域の皆さまに総合医療センターをより身近に感じていただけるよう、取り組みを進めてまいります。

第2章 総合医療センターの使命と役割

1 総合医療センターの概要・機能

| 項目 | 内容等 |
|------|--|
| 名称 | 松戸市立総合医療センター |
| 開設 | 昭和25年11月25日（平成29年12月27日 現所在地に移転・改称） |
| 所在地 | 千葉県松戸市千駄堀 993 番地の1 |
| 病床数 | 許可病床 600 床（一般 592 床・感染 8 床） |
| 診療科 | 【診療科 37 科、院内標榜 4 科】（ ）内…院内標榜 内科、糖尿病・代謝・内分泌内科、リウマチ科、アレルギー科、感染症内科、血液内科、消化器内科、循環器内科、脳神経内科、呼吸器内科、化学療法内科、外科、消化器外科、乳腺外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、呼吸器外科、形成外科、小児科、小児外科、新生児内科(新生児科)、小児心臓血管外科、小児脳神経外科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、泌尿器科、リハビリテーション科、放射線治療科、放射線診断科、皮膚科、麻酔科、精神科、救急科、病理診断科、歯科口腔外科、（緩和ケア科）、（総合診療科）、（小児麻酔科）、（小児集中治療科） |
| 基本理念 | すべての人に「来てよかった」と思われる病院を目指します。 |
| 基本方針 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者さんの権利と尊厳を尊重します。 2. チーム医療を実践し安全かつ良質な医療を提供します。 3. 救命救急医療・小児周産期医療・がん診療など高度急性期医療を担います。 4. 災害拠点病院として地域の安全を守ります。 5. 地域の医療機関とのパートナーシップを推進します。 6. 次世代を担う心豊かな医療人を育てます。 7. 職員が誇りと生きがいを持てる職場を作ります。 8. 健全で自立した経営に努めます。 |
| 特色 | 救命救急センター（乗用車型ドクターカー所有・救急車型ドクターカー所有） 周産期母子医療センター（新生児緊急収容搬送用ドクターカー所有）、 小児医療センター（院内学級「ひまらや学級」）、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、千葉県災害拠点病院、臨床研修指定病院、臨床修練指定病院、地域医療研修センター、各学会認定研修病院、臓器提供施設、 第二種感染症指定医療機関、第一種感染症協定指定医療機関、日本医療機能評価機構認定病院 |
| 附属施設 | 附属看護専門学校、附属保育所 |

【総合医療センターの機能】

(1) 救命救急センター（三次救急医療機関）

救命救急センターとは、重篤救急患者の救命医療を目的に設置され、重症及び複数の診療科領域にわたり、高度な救急医療を総合的に 24 時間体制で提供できる機能を有している医療機関です。県内 15 か所、東葛北部保健医療圏では 2 か所が指定されています。

年間で約 7,000 件の救急搬送を受け入れており、そのうち約 2,000 件が三次救急といわれる生命の危機がある重篤患者です。重症患者の受入病床として、ICU（集中治療室：8 床）、HCU（高度治療室：16 床）を有し、幅広く全ての疾患に対応できる体制を整備しています。

また、救急車型と乗用車型の 2 台のドクターカーを有しており、心肺停止など一刻も早い診療が必要とされるケースに対して、松戸市消防局と連携して医師が現場に出動するなどの取り組みも行っています（R6 年度実績：587 件）。

(2) 小児医療センター（小児救命救急センター）

小児科をはじめ、小児外科、小児脳神経外科、小児心臓血管外科、小児集中治療科、小児麻酔科に至る 6 科を有し、千葉県北西部の小児の救急、高度・専門医療の中核病院として、一般診療から高度で専門的な小児医療までを担っています。

東葛北部保健医療圏では、入院医療のシェアの約 6 割を担っています。また、全国に 40 程度（県内 3）しかない PICU（小児集中治療室：8 床）を有し、重篤な救急患者（小児三次救急）や大きな手術、重症感染症等にも対応することが可能です。

令和 7 年 4 月、県内で 2 か所目となる小児救命救急センターに指定されました。

(3) 地域周産期母子医療センター

地域周産期母子医療センターは、分娩リスクの高い妊娠や高度な新生児医療に対応できる医療機関です。総合周産期母子医療センターとあわせて県内 12 か所、東葛北部保健医療圏では 1 か所が指定されています（総合医療センターのみ）。

近隣の分娩取扱医療機関から母体・新生児の搬送を受け入れる体制を有し、合併症妊娠や胎児異常など、母体・児にとってリスクの高い妊娠に対応しています。また、新生児専用病床として NICU（新生児集中治療室：18 床）、GCU（新生児治療回復室：18 床）を有し、超低出生体重児（出生体重 1,000 グラム未満）や先天性疾患など、出生後の新生児に対する高度な医療を提供しています。

(4) 第二種感染症指定医療機関・第一種協定指定医療機関

第二種感染症指定医療機関とは、二類感染症や新型インフルエンザ等感染症に対応する感染症病床を有する医療機関です。県内で 12 箇所（55 床）、東葛北部保健医療圏では、1 か所が指定されています（総合医療センターのみ、感染症病床 8 床）。

また、新興感染症（未知の感染症）の流行においては、入院医療を担当する協定を県との間で締結している医療機関です（第一種協定指定医療機関）。

新型コロナウイルス感染症への対応では、国内での感染者発生初期の令和2年2月より入院患者の受け入れを行い、令和5年5月8日に同感染症が5類感染症へ移行するまでの3年以上にわたり、延べ1,189名の入院患者を受け入れました。軽症・中等症のみならず、ECMO（体外式膜型人工肺）や人工呼吸器を必要とする重症患者や、妊産婦・小児などを受け入れることができる総合力が総合医療センターの強みです。

(5) 地域がん診療連携拠点病院

地域がん診療連携拠点病院とは、質の高い専門的ながん医療を提供することのできる医療機関です。県内14か所、東葛北部保健医療圏では2か所が指定されています。

がんの三大療法といわれる手術・薬物療法・放射線治療を提供する診療機能、医療従事者に対する研修機能のほか、がんに関する情報提供機能や相談支援体制を備えています。

(6) 災害拠点病院

災害拠点病院とは、災害時に多発する重症傷病者に対する救急医療体制を有する医療機関であり、災害時の医療救護活動において中心的な役割を担う病院です。県内に27か所、東葛北部保健医療圏では3か所が指定されています。

DMAT(災害派遣医療チーム)の派遣機能を備えており、国内で地震や台風等の大きな災害が発生した際には、被災地へDMATを派遣しています(直近の派遣:令和6年能登半島地震)。

(7) 地域医療支援病院

地域医療支援病院は、紹介患者に対する医療の提供、地域医療従事者の研修、病床・医療機器等の共同利用などを通じて、かかりつけ医等を支援する機能をもつ病院をいいます。県内に23か所、東葛北部保健医療圏では3か所が指定されています。

総合医療センターは、紹介率・逆紹介率ともに高く、地域の医療機関から検査や入院、専門的な医療が必要な患者の受け入れを行っています。また、地域医療支援病院運営委員会において、医師会・歯科医師会や行政、他の医療機関からご意見をいただき、さらに地域医療に貢献ができるよう努めています。

(8) 臨床研修指定病院

臨床研修指定病院とは、医師免許取得後の医師(研修医)が2年間の初期臨床研修を行うための病院です。県内で40か所、東葛北部保健医療圏では9か所が指定されています。

広く社会の福祉医療に貢献できる医師を育成するため、基幹型病院として研修プログラムを作成し、多くの研修医を受け入れています(令和6年度末時点、33名)。総合医療センターは救急、小児・周産期を含むほぼ全ての診療科を有するため、幅広く充実した研修を行うことができます。

2 役割・機能の最適化と連携の強化

(1) 地域医療構想等を踏まえた果たすべき役割・機能

総合医療センターは、東葛北部保健医療圏の基幹病院として、三次救急、小児・周産期医療、災害医療、感染症医療などの政策的医療を担い、市民の安心・安全を守っています。東葛北部保健医療圏は人口約 140 万人を擁する大都市型の医療圏ですが、政策的医療を幅広く提供できるのは総合医療センターだけであり、この役割を維持していくことは大きな使命です。

一方で経営面においては、民間医療機関では採算面で負担の大きい政策的医療を提供していることに加え、物価高騰等の経営環境悪化による影響により、収支のバランスが崩れ、危機的な経営状況となっています。

本計画による経営改善の目指すところは、公・民の適切な役割分担の下、総合医療センターが地域から必要とされている医療機能・医療提供体制の確保を図り、安定的な経営の下で、今後も政策的医療を継続的に担っていくことができるようにすることです。

(2) 機能分化・連携強化についての考え方

総合医療センターの担う政策的医療は、松戸市および東葛北部保健医療圏においても欠くことのできない機能です。これらの政策的医療は、「小児の三次救急」や「災害時の周産期医療」、「コロナ禍の妊婦・小児の入院医療」などのように、それぞれが相互に結びついています。また、三次救急で生命の危機のある重篤な患者を受け入れ、幅広い疾患に対応するためには、病院内における診療科同士の連携が必要です。

総合医療センターは、第 2 章における疾患別のシェア分析の通り、総合的な病院機能が非常に高い病院です。総合医療センターが今後も質の高い政策的医療を継続していくためには、病院としての総合的な機能（特に入院機能）を維持していく必要があります。近年の平均在院日数短縮等によって、これまでよりも少ない病床数でより多くの入院患者を受け入れることができるようになっていきます。

また、市内や近隣市には規模の大きな医療機関も多数存在し、それぞれが総合的あるいは専門的な医療を提供しています。それぞれの医療機関が強みをもつ疾患については、機能分化を行うことが可能です。

そのため、本計画においては、総合医療センターの持つ総合的な病院機能は維持しつつも、他の医療機関との機能分化・連携強化を進め、病床規模を適正化することで経営改善を図る計画とします。

(3) 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割

地域包括ケアシステムとは、地域において「住まい・医療・介護・予防・生活支援」が一体的に提供される仕組みのことをいいます。総合医療センターは、地域医療支援病院として医療における高度急性期から急性期にかけての機能を担う医療機関です。

総合医療センターは、地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の医療機関からの紹介患者や救急患者を受け入れる体制を充実させます。また、急性期を脱した患者が切れ目のない医療・介護・生活支援を受けられることができるよう、回復期・慢性期への転院や早期の在宅復帰へ向けた退院支援を充実させます。

第3章 松戸市・東葛北部保健医療圏の現状と今後【外部環境分析】

1 地域医療構想における必要病床数

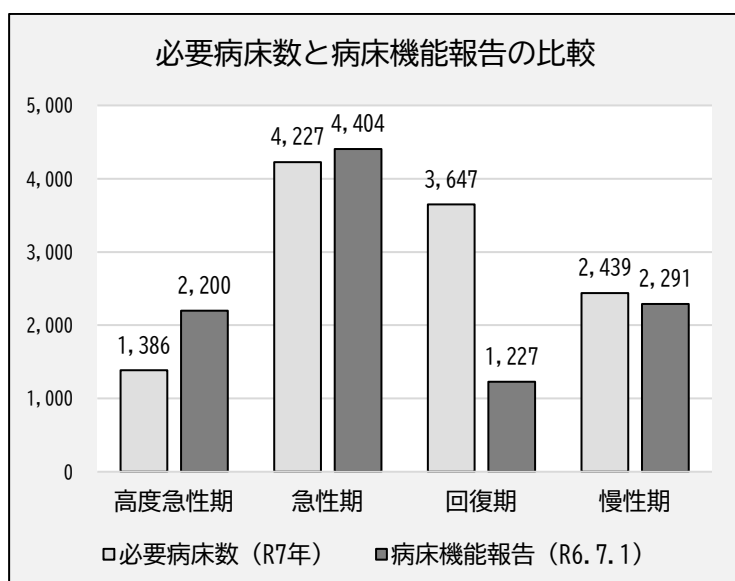
東葛北部保健医療圏は、松戸市、野田市、柏市、流山市及び我孫子市の5市で構成される二次医療圏であり、千葉県内で2番目に人口規模が大きい医療圏です。東葛北部保健医療圏における必要病床数と令和6年度病床機能報告を比較すると、回復期、慢性期の病床は不足している一方、高度急性期、急性期の病床は過剰となっています。

現行の地域医療構想は、いわゆる2025年問題を背景として、令和7年の必要病床数をもとに議論されてきました。現在、国において2040年（令和22年）を見据えた「新たな地域医療構想」の検討が進められており、令和9年度からは新たな地域医療構想に基づく取り組みがスタートする予定であるため、2040年を見据えた計画を策定する必要があります。

東葛北部保健医療圏の病床機能の状況（R6.7.1時点）

| 医療機能 | 必要病床数 (R7年) | 病床機能報告 (R6.7.1) | 差し引き | |
|-------|----------------|--------------------|---------|----|
| 高度急性期 | 1,386床 | 2,200床 | 814床 | 過剰 |
| 急性期 | 4,227床 | 4,404床 | 177床 | 過剰 |
| 回復期 | 3,647床 | 1,227床 | △2,420床 | 不足 |
| 慢性期 | 2,439床 | 2,291床 | △148床 | 不足 |
| 休棟等 | - | 70床 | | |
| 合計 | 11,699床 | 10,192床 | △1,507床 | 不足 |

※R7.7.25「令和7年度第1回東葛北部地域保健医療連携・地域医療構想調整会議」資料より作成



2 今後の医療需要の見通し

(1) 総人口および75歳以上人口

東葛北部保健医療圏の人口は、2050年にかけて140万人前後で横ばいに推移し、新たな地域医療構想で想定される2040年時点においても、大幅な人口減少は見込まれていません。

一方で、入院医療の必要性が高まる（入院受療率が高い）75歳以上については、2025年頃から2040年頃にかけて24万人前後で横ばいに推移した後、2040年以降に大きく増加することが見込まれています。

松戸市は、東葛北部保健医療圏内で最大となる約50万人の人口を有しており、人口推計では医療圏全体の総人口と概ね同じ傾向で増減する見込みです。

東葛北部保健医療圏の人口推計（総人口） (単位：人)

| | 2020年 | 2025年 | 2030年 | 2035年 | 2040年 | 2045年 | 2050年 |
|------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 松戸市 | 498,232 | 498,909 | 496,472 | 492,959 | 488,305 | 482,576 | 476,057 |
| 柏市 | 426,468 | 435,045 | 439,526 | 441,320 | 440,804 | 438,567 | 435,479 |
| 流山市 | 199,849 | 217,368 | 225,466 | 232,030 | 236,575 | 239,504 | 241,539 |
| 野田市 | 152,638 | 150,572 | 147,252 | 143,267 | 139,091 | 135,088 | 131,593 |
| 我孫子市 | 130,510 | 128,176 | 124,907 | 121,326 | 117,816 | 114,724 | 112,074 |
| 合計 | 1,407,697 | 1,430,070 | 1,433,623 | 1,430,902 | 1,422,591 | 1,410,459 | 1,396,742 |

※国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）』を基に作成

東葛北部保健医療圏の人口推計（75歳以上） (単位：人)

| | 2020年 | 2025年 | 2030年 | 2035年 | 2040年 | 2045年 | 2050年 |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 松戸市 | 67,768 | 79,814 | 81,653 | 79,317 | 81,700 | 89,891 | 101,090 |
| 柏市 | 56,603 | 70,454 | 75,409 | 74,385 | 74,257 | 78,302 | 87,393 |
| 流山市 | 24,405 | 30,264 | 32,073 | 31,409 | 31,443 | 33,601 | 39,074 |
| 野田市 | 22,718 | 28,785 | 30,800 | 29,477 | 27,968 | 27,904 | 30,408 |
| 我孫子市 | 21,629 | 25,773 | 26,431 | 25,195 | 24,810 | 26,335 | 29,299 |
| 合計 | 193,123 | 235,090 | 246,366 | 239,783 | 240,178 | 256,033 | 287,264 |

※国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）』を基に作成

(2) 小児人口（15歳未満）

東葛北部保健医療圏の小児人口（15歳未満）は、2035年にかけて減少するものの、その後は2045年ごろまで横ばいに推移することが見込まれています。

東葛北部保健医療圏の人口推計（15歳未満）

（単位：人）

| | 2020年 | 2025年 | 2030年 | 2035年 | 2040年 | 2045年 | 2050年 |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 松戸市 | 56,967 | 52,816 | 49,545 | 48,050 | 47,997 | 47,110 | 45,199 |
| 柏市 | 53,334 | 51,499 | 50,428 | 50,258 | 50,801 | 50,484 | 49,014 |
| 流山市 | 31,444 | 35,337 | 35,519 | 34,552 | 34,955 | 35,144 | 34,674 |
| 野田市 | 17,442 | 15,232 | 14,042 | 13,524 | 13,431 | 13,118 | 12,533 |
| 我孫子市 | 14,303 | 12,483 | 11,401 | 10,979 | 10,903 | 10,632 | 10,127 |
| 合計 | 173,490 | 167,367 | 160,935 | 157,363 | 158,087 | 156,488 | 151,547 |

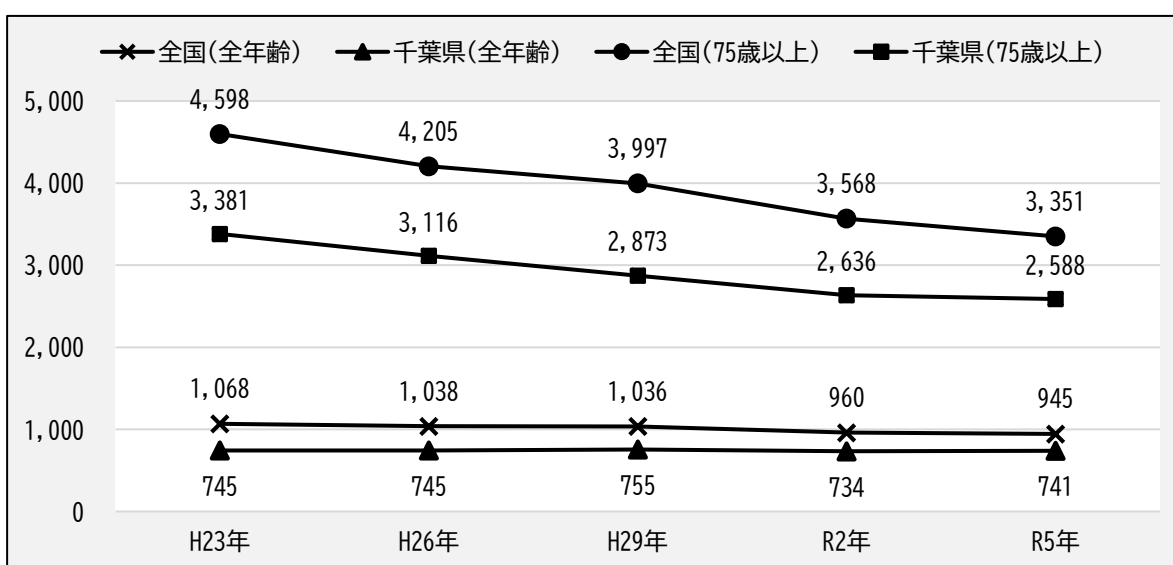
※国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）』を基に作成

(3) 今後の医療需要について（入院医療）

東葛北部保健医療圏の人口は、新たな地域医療構想で想定される2040年ごろまで大きな増減なく推移することが見込まれているため、小児・周産期医療を含む医療需要についても、2040年ごろまでは一定程度維持されると考えられます。

高齢者医療については、2040年以降に75歳以上人口の大きな増加が見込まれるものの、一方で75歳以上の入院受療率は大きく減少し続けており、地域における入院医療の需要の動向については、新たな地域医療構想における議論を注視していく必要があります。

入院受療率（人口10万対）の推移（H23年～R5年）



※厚生労働省『令和5年度患者調査』をもとに作成

3 機能分化・競争環境

(1) 疾患別のシェア分析

東葛北部保健医療圏内に所在する急性期医療機関（31 病院）における疾患別のシェアを分析すると、総合医療センターは 18 ある疾患分類（MDC）のうち 12 の疾患分類で上位 3 位以内のシェアを有しており、総合的な病院機能が非常に高い病院です。

特に、小児疾患（15 小児、65.9%）や新生児疾患（14 新生、41.2%）におけるシェアは突出して高く、筋骨格疾患（07 筋骨 12.5%）や呼吸器疾患（04 呼吸 11.9%）等にも強みをもっています。

一方、患者数が多い循環器疾患（05 循環 3.2%）や消化器疾患（06 消化 5.7%）については、競合する病院が多いため相対的にシェアが低く、収益確保に必要な入院患者数の獲得という観点では、非常に厳しい競争環境にあると言えます。

東葛北部保健医療圏におけるMDC別の退院患者数（R5年4月～R6年3月）

| 疾患分類 MDC | 医療圏 患者数 (名) | うち松戸市立 総合医療センタ ー患者数(名) | シェア率 | 上位 3 病院 | 患者数 (名) | シェア率 |
|-------------|-------------------|------------------------------|-------|----------------|------------|-------|
| 01 神経 | 7,096 | 849 | 12.0% | 徳洲会 千葉西総合病院 | 1,205 | 17.0% |
| | | | | 蚩水会 名戸ヶ谷病院 | 918 | 12.9% |
| | | | | 松戸市立総合医療センター | 849 | 12.0% |
| 02 眼科 | 2,561 | 448 | 17.5% | 東京慈恵会医科大学附属柏病院 | 670 | 26.2% |
| | | | | 松戸市立総合医療センター | 448 | 17.5% |
| | | | | 真療会 野田病院 | 307 | 12.0% |
| 03 耳鼻 | 3,341 | 536 | 16.0% | 国立がん研究センター東病院 | 633 | 18.9% |
| | | | | 東京慈恵会医科大学附属柏病院 | 574 | 17.2% |
| | | | | 松戸市立総合医療センター | 536 | 16.0% |
| 04 呼吸 | 12,853 | 1,534 | 11.9% | 国立がん研究センター東病院 | 2,219 | 17.3% |
| | | | | 松戸市立総合医療センター | 1,534 | 11.9% |
| | | | | 徳洲会 千葉西総合病院 | 1,421 | 11.1% |
| 05 循環 | 20,265 | 658 | 3.2% | 徳洲会 千葉西総合病院 | 9,042 | 44.6% |
| | | | | 誠馨会 新東京病院 | 3,763 | 18.6% |
| | | | | 協友会 柏厚生総合病院 | 2,055 | 10.1% |
| 06 消化 | 35,306 | 2,013 | 5.7% | 国立がん研究センター東病院 | 5,252 | 14.9% |
| | | | | 康喜会 辻仲病院柏の葉 | 4,743 | 13.4% |
| | | | | 康喜会 東葛辻仲病院 | 2,882 | 8.2% |
| 07 筋骨 | 5,169 | 647 | 12.5% | 松戸市立総合医療センター | 647 | 12.5% |
| | | | | 京慈恵会医科大学附属柏病院 | 623 | 12.1% |
| | | | | 青嶺会 松戸整形外科病院 | 585 | 11.3% |

| | | | | | | |
|-------|--------|-----|-------|----------------|-------|-------|
| 08 皮膚 | 1,525 | 246 | 16.1% | 松戸市立総合医療センター | 246 | 16.1% |
| | | | | 東京慈恵会医科大学附属柏病院 | 211 | 13.8% |
| | | | | 徳洲会 千葉西総合病院 | 127 | 8.3% |
| 09 乳房 | 2,009 | 39 | 1.9% | 鼎会 三和病院 | 652 | 32.5% |
| | | | | 国立がん研究センター東病院 | 614 | 30.6% |
| | | | | 徳洲会 千葉西総合病院 | 159 | 7.9% |
| 10 内泌 | 2,720 | 401 | 14.7% | 松戸市立総合医療センター | 401 | 14.7% |
| | | | | 徳洲会 千葉西総合病院 | 352 | 12.9% |
| | | | | 東京慈恵会医科大学附属柏病院 | 254 | 9.3% |
| 11 腎尿 | 10,977 | 975 | 8.9% | 徳洲会 千葉西総合病院 | 1,435 | 13.1% |
| | | | | 太公会 我孫子東邦病院 | 1,240 | 11.3% |
| | | | | 国立がん研究センター東病院 | 1,163 | 10.6% |
| 12 女性 | 6,148 | 900 | 14.6% | くぼのやウィメンズホスピタル | 1,454 | 23.6% |
| | | | | 東京慈恵会医科大学附属柏病院 | 1,346 | 21.9% |
| | | | | 松戸市立総合医療センター | 900 | 14.6% |
| 13 血液 | 2,634 | 262 | 9.9% | 東京慈恵会医科大学附属柏病院 | 611 | 23.2% |
| | | | | 国立がん研究センター東病院 | 413 | 15.7% |
| | | | | 明理会 新松戸中央総合病院 | 400 | 15.2% |
| 14 新生 | 2,024 | 833 | 41.2% | 松戸市立総合医療センター | 833 | 41.2% |
| | | | | 東京慈恵会医科大学附属柏病院 | 340 | 16.8% |
| | | | | くぼのやウィメンズホスピタル | 318 | 15.7% |
| 15 小児 | 490 | 323 | 65.9% | 松戸市立総合医療センター | 323 | 65.9% |
| | | | | 東京慈恵会医科大学附属柏病院 | 86 | 17.6% |
| | | | | 徳洲会 千葉西総合病院 | 42 | 8.6% |
| 16 外傷 | 9,283 | 800 | 8.6% | 徳洲会 千葉西総合病院 | 1,103 | 11.9% |
| | | | | 協友会 柏厚生総合病院 | 887 | 9.6% |
| | | | | 蛍水会 名戸ヶ谷病院 | 840 | 9.0% |
| 17 精神 | 181 | 61 | 33.7% | 徳洲会 千葉西総合病院 | 87 | 48.1% |
| | | | | 松戸市立総合医療センター | 61 | 33.7% |
| | | | | 蛍水会 名戸ヶ谷あびこ病院 | 13 | 7.2% |
| 18 他 | 1,738 | 171 | 9.8% | 徳洲会 千葉西総合病院 | 237 | 13.6% |
| | | | | 東京慈恵会医科大学附属柏病院 | 216 | 12.4% |
| | | | | 松戸市立総合医療センター | 171 | 9.8% |

※ 厚生労働省 令和5年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」をもとに作成

第4章 病院事業の現状と課題【内部環境分析】

1 第3次経営計画の概要と経過

第3次経営計画では、まず当初2か年（R4～R5年度）をかけて福祉医療センター（東松戸病院及び介護老人保健施設梨香苑）を廃止し、その後の4か年（R6～9年度）をかけて別棟建設工事や既存棟の改修工事を行うことにより、総合医療センターの診療機能を拡大することを主要な取り組みとしていました。

(1) 病院事業の再編

松戸市病院事業再編計画に基づき、2か年をかけて段階的に病床を再編しつつ総合医療センターに人員を異動させ、令和6年3月をもって福祉医療センターを廃止しました。

2か年で延べ129名の職員が異動し、それに伴う給与費の増加が見込まれましたが、総合医療センターの診療機能拡大によって増収を図り、収支を改善する計画としていました。

(2) 総合医療センターの診療機能拡大

前計画の次の段階では、東松戸病院から地域に必要とされる一部の機能を引き継ぎ、あわせて総合医療センターの抱える構造的な課題（手術室の不足等）へ対応するため、新たに建設する別棟や既存棟の改修によって診療機能拡大を図り、許可病床600床全床を稼働させることを目指し、取り組みを進めてまいりました。

診療機能拡大の計画のうち、令和6年度に予定していた小児医療、新生児医療の拡充のための増床は計画通りに実施し、稼働病床数は556床から568床へと増加しています。

- ・令和6年9月 小児病棟を54床から63床へ増床（+9床）
- ・令和7年2月 NICUを15床から18床へ増床（+3床）

2 経営状況・財務状況の悪化（前計画と実績の乖離）

全国的な物価高騰や人件費の上昇など、病院を取り巻く外部環境の急激な変化に加えて、内部的な医療環境の変化も加わったことで、総合医療センターの経営状況は前計画から大きく乖離し、財務状況が急速に悪化する状況となっています。

(1) 収益面の乖離

令和2年4月から令和5年6月までの3年以上にわたって続いた新型コロナウイルス感染症に係る病床確保（通常医療の病床数制限）が終了し、アフターコロナの通常医療へと移行が進む中で、前計画で想定していた病床稼働率90%を達成することができず、入院収益が不足する結果となりました。R6年度の医業収益は計画比▲15.1億円となりましたが、入院収益が計画比▲12.9億円と大きな割合を占めています。

その背景として、コロナ禍の病床制限に対応すべく平均在院日数の短縮に取り組んだことで、令和6年度には新入院患者数（症例数）がコロナ禍前の令和元年度（13,757人）を上回る（14,002人）まで回復したにも関わらず、一日平均入院患者数は令和元年度（493人）を大きく下回る結果（469人）となるなど、医療環境の変化が影響しています。

このような入院収益の不足に加えて、令和7年度に竣工を予定していた別棟建設工事が建設費の高騰により延期となったことで、前計画を達成するための収益確保はさらに困難な状況となりました。

(2) 費用面の乖離

前計画において許可病床600床全床の稼働を目指すにあたり、福祉医療センターからの異動者を加えても病床稼働に必要な人員（医師・看護師等）が不足していたため、積極的な採用活動を行ってきました。福祉医療センターからの異動者や職員の新規採用によって給与費が増加することは、前計画においても見込まれていたものです（内的要因による増加）。

しかしながら、全国的な物価高騰や賃上げの傾向を背景として、給与費や材料費、経費が増加傾向にあることによる影響が生じています（外的要因による増加）。

令和6年度の医業費用は、総額では計画の範囲内（計画比▲1.2億円）に収まったものの、人事院勧告等による給与費への影響（約4.8億円）が想定を上回り、給与費は計画比4.0億円増加となりました。材料費や経費についても、収益が目標を下回ったことから計画の範囲内に収まりましたが、物価高騰による影響を受け上昇傾向にあります。

外的要因による影響に関しては、総合医療センターのみならず全国的に共通する問題です。公立病院の令和6年度決算によると、公立病院844病院の経常損益は▲3,952億円（前年度より1,853億円悪化）と急速に悪化し、経常損失を生じた病院の割合も83.3%（前年度70.4%より12.9ポイント悪化）と非常に高くなるなど、病院経営を取り巻く環境は急激に変化しています。

(3) 収支状況の悪化による経営危機

上記により、令和6年度は本業での収支状況を示す医業損益が▲49.1億円（計画比▲13.9億円）、一般会計繰入金や国・県からの補助金を含めた最終的な収支状況を示す経常損益が▲41.2億円（計画比▲12.5億円）となるなど、前計画からの大きな乖離が生じました。

令和7年度以降に収支状況を改善できなかった場合、総合医療センターの保有する現金残高（運転資金）が計画での想定を超えて急速に減少し、令和8年度以降に枯渇するおそれがありました。その場合、総合医療センターの運営に必要な運転資金20億円を確保するためには、一般会計から補填的な繰入を行わなければなりません。

一般会計繰入金は、令和7年度には計画どおりの25億円であったものが、令和8年度以降には50億円以上に急増する可能性が高い状況となったことから、経営再建へ向けた検討を開始することとしたものです。

3 経営再建策の策定へ向けた検討の経過

危機的な経営状況を打破すべく、市と病院事業が一体となり経営再建の検討を進めるため「経営再建プロジェクトチーム（以下、「PJ チーム」という）」を令和7年8月1日に設置し、外部コンサルタントの支援も受けながら、経営再建に向けた検討を開始しました。

PJ チームでは、同月22日に策定した経営再建方針に基づき、再建に必要な骨子となる「病床数の適正化」や「人件費の取り組み」を中心に議論を重ね、特に重要なテーマについては「財政支援・人件費関係部会」および「地域医療・広域連携部会」の2つの作業部会を設置し詳細な検討を行いました。

計画の策定にあたっては、市議会を通じて市民の皆さまとの情報共有を図るとともに、外部有識者からなる松戸市病院事業経営改革委員会からの専門的な知見をいただき、計画に反映させることで、より実効性の高い計画となるよう取り組みました。

● 計画策定過程における報告等について

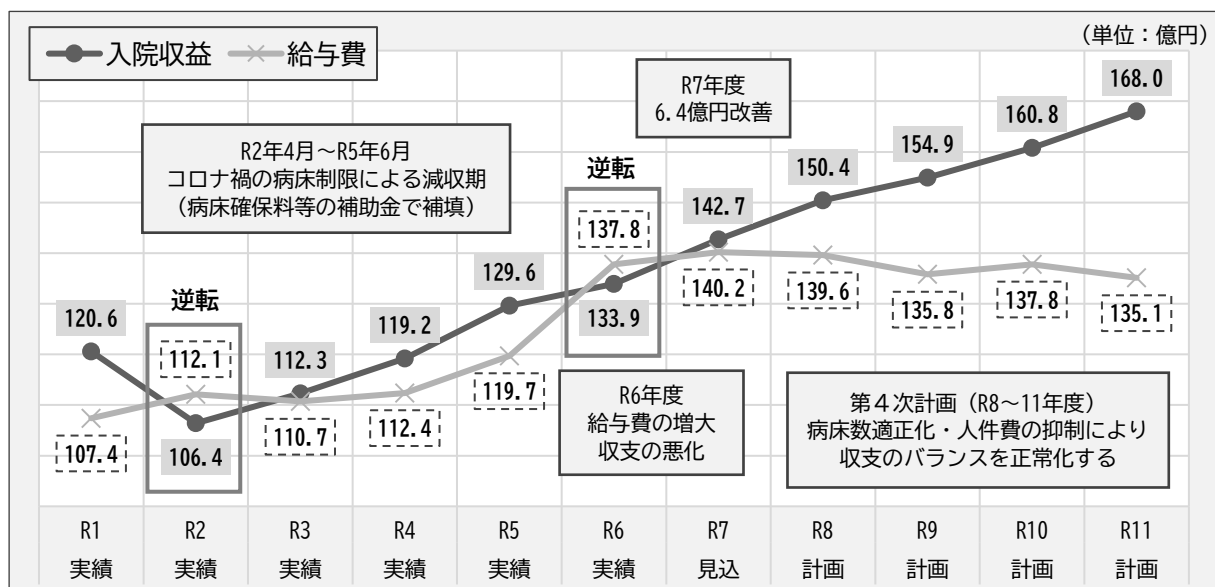
| | | |
|-------------|------------|-----------------------|
| 令和7年 8月22日 | 松戸市議会全員協議会 | 経営再建方針 |
| 令和7年 12月11日 | 健康福祉常任委員会 | 経営再建の具体的方針(検討状況の中間報告) |
| 令和8年 2月10日 | 松戸市経営改革委員会 | 経営再建策の概要(第4次経営計画 案) |
| 令和8年 3月9日 | 健康福祉常任委員会 | 第4次経営計画(R8~R11年度)策定方針 |

第5章 経営再建策の骨子となる取り組み

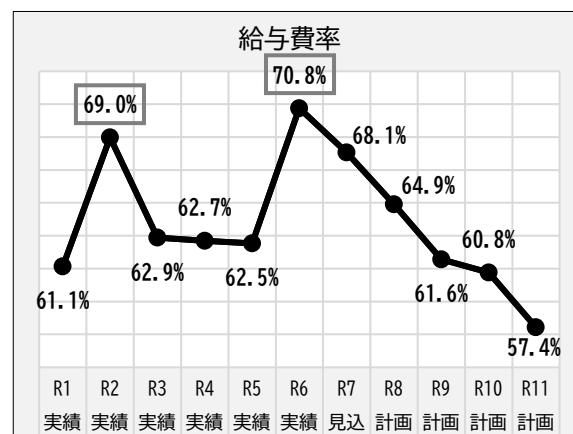
1 骨子となる取り組み（収支構造の改善）

総合医療センターの経営状況が急速に悪化した要因は、収益と費用の中で大きな割合を占める入院収益と給与費のバランスが崩れたことにあります。入院収益が低迷する中で給与費が大幅に増加した令和6年度は、給与費が入院収益を上回り逆転する状況となっていました。これは、コロナ禍初期において、新型コロナウイルス感染症に係る病床確保（通常医療の病床制限）と入院需要の落ち込みによる影響を受けた令和2年度以来のことです。この逆転状況は、令和7年度の収支改善の取り組みによって、一定程度は改善する見込みです。

本計画では、「病床数の適正化」と「人件費の抑制」という二本柱の施策によって入院収益と給与費のバランスを改善し、総合医療センターの収支構造を正常化することを「骨子となる取り組み」に位置付けています。



骨子となる二本柱の取り組みの改善状況を評価するためには、医業収支と給与費のバランスを示す給与費率が最も重要な評価指標（KPI）となります。退職給付費等の不確定要素もありますが、計画終期の令和11年度には、給与費率を57.4%まで低下させる計画です。



2 病床数の適正化

(1) 病床数適正化の標準的な計画

総合医療センターは、許可病床 600 床のうち、稼働病床を 568 床として運用しています。ここでいう稼働病床とは、看護職員を配置している病床のことをいいます。

本計画では、計画終期までに許可病床ベースで 81 床、稼働病床ベースで 49 床を削減し、総合医療センターの病床数を 519 床とすることを「標準的な計画」とします。

削減する病床数や削減の時期については、今後の医師確保や医療需要、患者確保の状況に応じて変更となる可能性があります。

本計画における標準的な適正化計画（計画終期）

| 区分・病棟 | | | 現在(R7年度) | | 計画終期(R11年度) | | 削減病床数 | |
|---------|------|-------|----------|------|-------------|------|-------|------|
| | | | 許可病床 | 稼働病床 | 許可病床 | 稼働病床 | 許可病床 | 稼働病床 |
| 成人医療 | 救急重症 | ICU救命 | 16床 | 8床 | 8床 | 8床 | ▲8床 | — |
| | | HCU救命 | 16床 | 16床 | 16床 | 16床 | — | — |
| | | HCU院内 | 12床 | 12床 | 12床 | 12床 | — | — |
| | 一般 | 一般病棟 | 397床 | 397床 | 351床 | 351床 | ▲46床 | ▲46床 |
| 小児周産期医療 | 妊婦 | 産科病棟 | 28床 | 28床 | 28床 | 28床 | — | — |
| | 新生児 | NICU | 18床 | 18床 | 18床 | 18床 | — | — |
| | | GCU | 33床 | 18床 | 18床 | 18床 | ▲15床 | — |
| | 小児 | PICU | 10床 | 8床 | 8床 | 8床 | — | — |
| | | 小児病棟 | 70床 | 63床 | 60床 | 60床 | ▲10床 | ▲3床 |
| 合計 | | | 600床 | 568床 | 519床 | 519床 | ▲81床 | ▲49床 |

※ 感染症病床 8 床を含む（一般病棟の 9 階西病棟内）

標準的な計画における減床の実施時期（毎年 10 月 1 日実施を想定）

| | |
|-------|---|
| R8年度 | <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟 16床削減（397床→381床） 小児病棟 10床削減（70床→60床） ICU 6床削減（16床→10床） PICU 2床削減（10床→8床） GCU 9床削減（33床→24床） |
| R9年度 | <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟 16床削減（381床→365床、累積 32床削減） |
| R10年度 | 本計画の中間見直し（R9年度）時に、再度検討し判断する <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟 14床削減（365床→351床、累積 46床削減） ICU 2床削減（10床→8床、累積 8床削減） GCU 6床削減（24床→18床、累積 15床削減） |
| R11年度 | 前年で病床数適正化を完了し、年度当初より 519 床稼働を見込む |

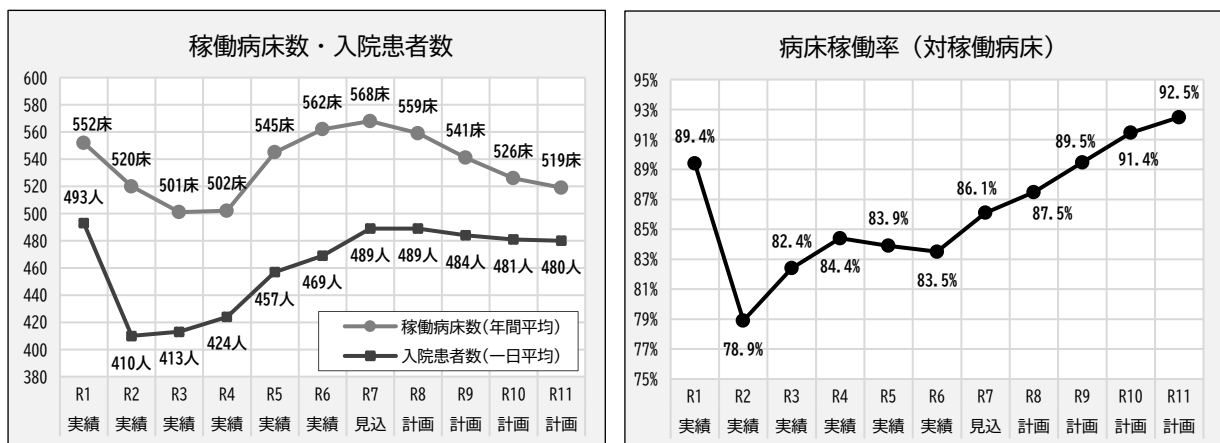
稼働病床ベースでみた場合、削減対象となるのは主に一般病棟です。政策的医療に係る病床については、現在の稼働病床数を維持する方針とし、計画期間中の削減は予定していません。小児病棟の3床削減は、療養環境の向上を目的として行うものです。

現在非稼働となっている病床については、令和8年度に一部の病床（ICU救命2床、GCU 6床）を除いて削減を行い、残る病床については適正化の完了までに判断します。

(2) 適正化による効果（病床稼働率の改善）

稼働病床数を維持するためには、患者の有無にかかわらず人件費等の固定費がかかります。病棟における看護師等の配置は診療報酬の施設基準によって決まっているため、稼働病床数を削減することで、職員数を削減することが可能になります。

現在の入院患者数（令和7年度見込：一日平均489人）を出来る限り維持しつつ、稼働病床数を現在の568床から519床まで削減することで、病床数と患者数の差が小さくなり、病床稼働率が92.5%まで改善する見込みです。



(3) 今後の課題（適正規模や病床の効率運用に関する検討）

令和7年度の入院患者数確保の取り組みにより、病床稼働率は改善傾向にあります。病床稼働率90%以上の高稼働率を維持できるのであれば、計画に定める病床数を削減せずに適正化を完了させることも選択肢となります。

また、限られた病床数を効率的に運用するため、季節・曜日による病床稼働率の偏りを平滑化するための取り組みや、救急患者の下り搬送など平均在院日数短縮のための取り組みを行うこととしています。今後、病床数を段階的に削減していく中で、それらの取り組みの進捗も見ながら適正な病床数規模を検討していきます。

3 病床数の適正化に伴うスペースの活用

病床数の削減によって生じるスペースについては、収益確保や療養環境の向上のために活用します。本計画の期間中は大きな投資を必要とする活用方法は採らず、本計画終了後の次期計画における実施を視野に、未来に向けた戦略的な投資を検討してまいります。

(1) 一般病棟

令和 8 年度から令和 10 年度の 3 か年をかけ、397 床から 351 床へ 46 床の削減を行うことを標準的な計画としていますが、今後の医療需要の見通し次第では、より少ない削減病床数で適正化を終了する可能性があります。

一般病棟は 10 病棟 397 床で構成されており、削減病床数が 40 床程度を超えると令和 11 年には 1 病棟を閉鎖し、大きなスペースを確保することが可能になります。しかし、病棟からの用途転用には大きな投資（施設改修等）が必要となることが予想されるため、現時点では活用方法を限定せず、今後の医療需要を注視しながら活用方法を検討してまいります。

当面の間は、4 床室を 2 床室として使用することで、室料収益を確保します。

(2) ICU

当面の間、隣接する中央手術室の稼働率を向上させるため活用します。現在 8 室ある手術室を最大限に活用するため、ICU のスペースを活用して機器展開や緊急手術を実施できる環境を整備し、手術料収益の増加へ向けて取り組みます。

未来へ向けた戦略的な投資という観点では、将来的に中央手術室の増設工事を行う可能性を考慮し、本計画期間ではできる限り手を加えずに活用することとしました。

(3) 小児病棟

療養環境の向上に活用します。病床数を 60 床とすることで 1 病棟化が可能になり、夜間看護補助者を導入することが可能になります。また、小児病棟は 2 床室を中心に構成されていますが、一部の病室を個室化する等により、患者家族の付き添い環境を整備することを検討しています。

(4) PICU

医療機器の増加等により、病棟内が狭隘となっているため、医療機器等の保管スペース等に活用します。医療法の構造設備の基準上、その他の用途への転用は困難です。

(5) GCU

GCU の療養環境の向上に活用します。GCU は一つの大きな部屋（オープンフロア）で構成される病棟ですが、在宅移行へ向けた療養指導を行う面会環境を整えるため、患者 1 人あたりの面積を広く取る病床運用を行っています。この取り組みを継続してまいります。

医療法の構造設備の基準上、その他の用途への転用は困難です。

4 人件費の抑制

(1) 職員数の見直し

前計画の施策により、令和6年度には総合医療センターの職員数は1,154人（年度当初）へ増加し、収益に対して過大な状況となっていました。

本計画では、病床数の削減に合わせて職員数を緩やかに削減し、計画終期の令和11年度には1,079人とするを標準的な計画とします。定年退職者数に一定程度の自己都合退職者数を見込んだ上で、採用者数を調整することにより職員数を減少させる計画としています。

病床数の適正化と同様、今後の医師確保や病床削減の状況に応じて、削減する職員数は変更となる可能性があります。収益とのバランス（給与費率）を適正に保ちます。

総合医療センターの職員数の推移と計画値

（単位：人）

| | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 | R6 | R7 | R8 | R9 | R10 | R11 |
|---------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 実績 | 実績 | 実績 | 実績 | 実績 | 実績 | 実績 | 計画 | 計画 | 計画 | 計画 |
| 医師 | 161 | 171 | 169 | 171 | 183 | 192 | 198 | 203 | 200 | 198 | 197 |
| 医療技術職 | 154 | 164 | 164 | 167 | 177 | 211 | 213 | 209 | 209 | 206 | 206 |
| 看護職 | 615 | 620 | 614 | 607 | 615 | 669 | 658 | 623 | 613 | 603 | 603 |
| 事務職・その他 | 55 | 61 | 63 | 62 | 74 | 82 | 78 | 75 | 73 | 73 | 73 |
| 合計 | 985 | 1,016 | 1,010 | 1,007 | 1,049 | 1,154 | 1,147 | 1,110 | 1,095 | 1,080 | 1,079 |

※R1～R7年度は年度当初の職員数(実績)、R8～R11年度は計画値を示す

(2) 独自の給与表によるベースアップ対応

これまで、病院事業の職員の給料表は国の人事院勧告に準じてきました。令和6年度に収支状況が急激に悪化した外的要因として、この人事院勧告の賃上げ規模に対して、国の診療報酬改定による措置が不均衡となっていることが挙げられます。

この影響を一定程度緩和するため、病院事業の給料表を独自に設定し、国の診療報酬改定による措置や収益改善の範囲内においてベースアップ対応を行います。令和8年度診療報酬改定では、令和8、9年度にベースアップ評価料による措置がなされるため、一定程度の賃上げを実施することが可能です（各年3.2%の賃上げを想定）。

(3) 今後の課題（給与制度の見直し）

外部コンサルタントによる分析によると、国の人事院勧告に準ずる対応を行ってきたにもかかわらず、総合医療センターの給与水準は他の公立病院と比べて高くなっています。その要因として、病院事業独自の給与制度（手当等）が存在することが挙げられます。

本計画の期間においては、給与制度の見直しについても検討を行ってまいります。

第6章 総合医療センター収支計画

1 収支計画の前提条件等

(1) 収支計画における「成長型経済」の想定

本計画は、令和7年6月13日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2025（いわゆる骨太方針2025）」における「賃上げを起点とした成長型経済の実現」を踏まえて国が実施する各種の施策を受け、成長型経済を想定したインフレーション基調の収支計画としています。

入院収益については、令和8年度診療報酬改定が本体改定率3.09%の大型改定となったことから、計画期間の4か年は平均4,000円程度の入院診療単価上昇を見込んでいます。

給与費についても、同改定による国の措置（ベースアップ評価料）により、令和8年度から令和9年度の2か年については3.2%程度の賃上げを支援する措置が講じられているため、令和10年度から令和11年度についても同程度の賃上げを前提としています。

また、材料費や経費についても、削減あるいは上昇抑制の取り組みを行うことを前提に、物価上昇の影響により緩やかな上昇基調としています。

このようなインフレーション基調が令和10年度以降にも継続するかどうかは不明ですが、令和9年度の間見直しにおいて、その時点の経済動向や令和10年度診療報酬改定の内容を踏まえた修正を行うことを想定しています。

(2) 計画期間中の経常黒字化について

公立病院が、地域の医療提供体制の中で、適切に役割・機能を果たし良質な医療を提供していくためには、一般会計からの所定の繰入や国・県からの補助のもとで、経常黒字化を目指す必要があります。

本計画においては、一般会計からの補填的な繰入金を含む一定の支援の下、計画終期までにこれを削減し、キャッシュ・フロー（現金収支）を黒字化することを目標としていますが、非現金的費用項目を含む経常収支は赤字となる見込みです。

経常黒字化については、まずは本計画の経営再建策の実行に取り組み、次期計画において達成することを目指してまいります。

2 総合医療センター収支計画

(1) 収益的収支

(単位：百万円)

| | R5年度 実績 | R6年度 実績 | R7年度 見込 | R8年度 計画 | R9年度 計画 | R10年度 計画 | R11年度 計画 |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|
| 1 医業収益 | 19,142 | 19,476 | 20,600 | 21,504 | 22,057 | 22,671 | 23,520 |
| 2 入院収益 | 12,962 | 13,387 | 14,267 | 15,035 | 15,489 | 16,076 | 16,801 |
| 3 (稼働病床数) | 545床 | 562床 | 568床 | 559床 | 541床 | 526床 | 519床 |
| 4 (一日平均患者数) | 457人 | 469人 | 489人 | 489人 | 484人 | 481人 | 480人 |
| 5 (病床稼働率) | 83.9% | 83.5% | 86.1% | 87.5% | 89.5% | 91.4% | 92.5% |
| 6 (入院診療単価) | 77,556円 | 78,233円 | 79,935円 | 84,235円 | 87,435円 | 91,565円 | 95,895円 |
| 7 外来収益 | 5,601 | 5,487 | 5,699 | 5,795 | 5,894 | 5,921 | 6,045 |
| 8 (一日平均患者数) | 1,062人 | 1,075人 | 1,050人 | 1,050人 | 1,050人 | 1,050人 | 1,050人 |
| 9 (外来診療単価) | 21,703円 | 21,012円 | 22,428円 | 22,900円 | 23,100円 | 23,300円 | 23,500円 |
| 10 その他医業収益 | 348 | 366 | 392 | 419 | 419 | 419 | 419 |
| 11 一般会計繰入金 | 231 | 237 | 242 | 255 | 255 | 255 | 255 |
| 12 医業費用 | 22,440 | 24,390 | 25,036 | 25,081 | 24,863 | 25,273 | 25,242 |
| 13 給与費 | 11,971 | 13,781 | 14,023 | 13,958 | 13,581 | 13,778 | 13,508 |
| 14 (給与費率) | 62.5% | 70.8% | 68.1% | 64.9% | 61.6% | 60.8% | 57.4% |
| 15 材料費 | 5,537 | 5,538 | 5,921 | 5,938 | 6,039 | 6,167 | 6,369 |
| 16 (材料費率) | 28.9% | 28.4% | 28.7% | 27.6% | 27.4% | 27.2% | 27.1% |
| 17 内、薬品費 | 3,682 | 3,602 | 3,950 | 3,961 | 4,050 | 4,123 | 4,250 |
| 18 (薬品費率) | 19.2% | 18.5% | 19.2% | 19.0% | 19.0% | 19.0% | 19.0% |
| 19 内、診療材料費 | 1,833 | 1,916 | 1,950 | 1,955 | 1,967 | 2,022 | 2,097 |
| 20 (診療材料比率) | 9.6% | 9.8% | 9.5% | 9.1% | 8.9% | 8.9% | 8.9% |
| 21 経費 | 2,839 | 3,053 | 3,092 | 3,289 | 3,402 | 3,494 | 3,621 |
| 22 原価償却費 | 2,012 | 1,944 | 1,920 | 1,817 | 1,771 | 1,764 | 1,674 |
| 23 試算減耗費 | 21 | 6 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| 24 研究研修費 | 61 | 68 | 70 | 69 | 60 | 60 | 60 |
| 25 医業損益 | △3,298 | △4,914 | △4,436 | △3,577 | △2,806 | △2,602 | △1,722 |
| 26 (医業収支比率) | 85.3% | 79.9% | 82.3% | 85.7% | 88.7% | 89.7% | 93.2% |
| 27 (修正医業収支比率) | 84.3% | 78.9% | 81.3% | 84.7% | 87.7% | 88.7% | 92.2% |
| 28 医業外収益 | 1,188 | 1,950 | 2,424 | 3,102 | 3,113 | 3,170 | 2,132 |
| 29 内、国・県補助金 | 360 | 108 | 559 | 143 | 150 | 150 | 150 |
| 30 内、負担金交付金 | 594 | 1,634 | 1,691 | 2,786 | 2,789 | 2,846 | 1,808 |
| 31 医業外費用 | 1,126 | 1,175 | 1,211 | 1,270 | 1,255 | 1,285 | 1,320 |
| 32 看護学校収益 | 178 | 186 | 191 | 179 | 179 | 179 | 179 |
| 33 看護学校費用 | 173 | 182 | 177 | 180 | 180 | 180 | 180 |
| 34 保育所収益 | 149 | 166 | 188 | 172 | 172 | 172 | 172 |
| 35 保育所費用 | 172 | 152 | 180 | 185 | 185 | 185 | 185 |
| 36 経常損益 | △3,254 | △4,121 | △3,201 | △1,759 | △962 | △731 | △924 |
| 37 (経常収支比率) | 86.4% | 84.1% | 88.0% | 93.4% | 96.4% | 97.3% | 96.6% |
| 38 特別利益 | 0 | 86 | 109 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 39 特別損失 | 0 | 2,837 | 1,393 | 0 | 190 | 0 | 0 |
| 40 当期純利益 | △3,254 | △6,872 | △4,485 | △1,759 | △1,152 | △731 | △924 |

※消費税及び地方消費税を含まず

(2) 資本的収支

(単位：百万円)

| | R5年度 実績 | R6年度 実績 | R7年度 見込 | R8年度 計画 | R9年度 計画 | R10年度 計画 | R11年度 計画 |
|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|
| 1 資本的収入 | 1,133 | 1,500 | 2,054 | 1,083 | 1,676 | 1,182 | 1,889 |
| 2 内、企業債 | 559 | 407 | 619 | 409 | 993 | 549 | 1,219 |
| 3 内、出資金 | 534 | 378 | 222 | 652 | 652 | 602 | 639 |
| 4 内、固定資産売却代金 | 0 | 669 | 1,160 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 資本的支出 | 2,067 | 2,149 | 2,289 | 2,274 | 2,696 | 2,342 | 3,086 |
| 6 内、建設改良費 | 1,006 | 940 | 1,008 | 959 | 1,392 | 1,138 | 1,808 |
| 7 内、医療機器購入費 | 566 | 361 | 304 | 254 | 803 | 306 | 622 |
| 8 内、施設整備費 | 0 | 0 | 137 | 137 | 25 | 267 | 622 |
| 9 内、償還金 | 1,045 | 1,194 | 1,264 | 1,285 | 1,283 | 1,183 | 1,257 |
| 10 差し引き不足額 | △934 | △649 | △235 | △1,191 | △1,020 | △1,160 | △1,197 |

※消費税及び地方消費税を含む

(3) 簡易キャッシュ・フロー及び現金預金残高

(単位：百万円)

| | R5年度 実績 | R6年度 実績 | R7年度 見込 | R8年度 計画 | R9年度 計画 | R10年度 計画 | R11年度 計画 |
|----------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|
| 1 収益的収支 | △920 | △1,810 | △881 | 468 | 1,019 | 1,430 | 858 |
| 2 当期純利益 | △3,254 | △6,872 | △4,485 | △1,759 | △1,152 | △731 | △924 |
| 3 +減価償却費 | 2,012 | 1,944 | 1,920 | 1,817 | 1,771 | 1,764 | 1,674 |
| 4 +退職給付引当金繰入額 | 249 | 314 | 292 | 301 | 292 | 289 | 0 |
| 5 +長期前払消費税償却 | 172 | 191 | 189 | 189 | 189 | 189 | 189 |
| 6 +固定資産売却損 | 0 | 2,802 | 1,393 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7 △非現金的収益 | 99 | 189 | 190 | 81 | 81 | 81 | 81 |
| 8 資本的収支 | △934 | △649 | △235 | △1,191 | △1,020 | △1,160 | △1,197 |
| 9 簡易キャッシュ・フロー | △1,854 | △2,459 | △1,116 | △723 | △1 | 271 | △339 |
| 10 現金預金残高(年度末) | 6,752 | 4,882 | 3,766 | 3,043 | 3,043 | 3,313 | 2,975 |

※簡易キャッシュ・フローは、損益計算書の純損益から非現金支出費用(収益)を増減し算出したもの
 ※流動資産及び流動負債の増減は加味されていない点に留意が必要である

(4) 一般会計繰入金

(単位：百万円)

| | R5年度 実績 | R6年度 実績 | R7年度 見込 | R8年度 計画 | R9年度 計画 | R10年度 計画 | R11年度 計画 |
|----------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|
| 1 収益的収支 | 1,087 | 2,160 | 2,246 | 3,326 | 3,329 | 3,386 | 2,348 |
| 2 医業収益 | 231 | 237 | 242 | 255 | 255 | 255 | 255 |
| 3 医業外収益 | 580 | 1,620 | 1,677 | 2,772 | 2,775 | 2,832 | 1,794 |
| 4 看護学校収益 | 149 | 158 | 161 | 152 | 152 | 152 | 152 |
| 5 保育所収益 | 127 | 145 | 166 | 147 | 147 | 147 | 147 |
| 6 資本的収支 | 550 | 406 | 254 | 674 | 674 | 624 | 661 |
| 7 合計 | 1,637 | 2,566 | 2,500 | 4,000 | 4,003 | 4,010 | 3,009 |

3 一般会計負担の考え方

公立病院は地方公営企業として運営される以上、経営は独立採算を原則とするものとされています。一方で、公立病院は地域における基幹的な医療機関として、救急医療や感染症医療など、民間医療機関のみでは十分に担うことが困難な政策的医療を提供する役割を担っており、その公共性の高さから、診療収入のみで賄うことが困難な経費については、一般会計において負担することとされています。

地方公営企業法抜粋

第十七条の二 次に掲げる地方公営企業の経費で政令で定めるものは、地方公共団体の一般会計又は他の特別会計において、出資、長期の貸付け、負担金の支出その他の方法により負担するものとする。

- 一 その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てることが適当でない経費
- 二 当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行なつてもなおその経営に伴う収入のみをもつて充てることが客観的に困難であると認められる経費

この一般会計の負担に関する基本的な考え方については、総務省より地方公共団体に対し、毎年度「地方公営企業繰出基準」として示されています。

松戸市病院事業においては、この繰出基準を踏まえるとともに、市長部局との協議に基づき、病院運営に要する経費のうち一般会計が負担する範囲を次のとおり整理しています。

1 国基準分（総務省繰出基準内）

- (1) 病院の建設改良に要する経費
- (2) 感染症医療に要する経費
- (3) リハビリテーション医療に要する経費
- (4) 周産期医療に要する経費
- (5) 小児医療に要する経費
- (6) 救急医療の確保に要する経費
- (7) 高度医療に要する経費
- (8) 公立病院附属看護師養成所の運営に要する経費
- (9) 院内保育所の運営に要する経費
- (10) 経営基盤強化対策に要する経費
 - ア 医師及び看護師等の研究研修に要する経費
 - イ 病院事業会計に係る共済追加費用の負担に要する経費
 - ウ 公立病院経営強化の推進に要する経費
 - エ 医師等の確保対策に要する経費
- (11) 地方公営企業職員に係る基礎年金拠出金に係る公的負担に要する経費
- (12) 地方公営企業職員に係る児童手当に要する経費

2 市基準分（総務省繰出基準外）

- (13) 退職給付引当に要する経費
- (14) 病院の建設改良以外の支出に充てるために発行した企業債の償還に要する経費
- (15) 公立病院附属看護師養成所の修学資金貸付に要する経費
- (16) 公立病院附属看護師養成所の減価償却に要する経費
- (17) 院内保育所の減価償却に要する経費

松戸市病院事業では以上の負担区分を踏まえ、政策的医療の安定的な提供を確保し、地域住民の生命と健康を守るという公立病院の役割を果たすため、市長部局との協議の上、毎年度の一般会計からの繰入額を決定することとしています。また、総務省の繰出基準について改定があった場合にはその内容を踏まえ、適切に対応していきます。

さらに、一般会計からの負担金については、基準外繰入は行わないことを原則といたします。ただし、現在の危機的な経営状況を改善し、持続可能な経営基盤を確立するため、本計画期間中の令和 8 年度から令和 10 年度までの間は、基準外繰入を含め概ね 40 億円程度を上限として支援を受けることとします。

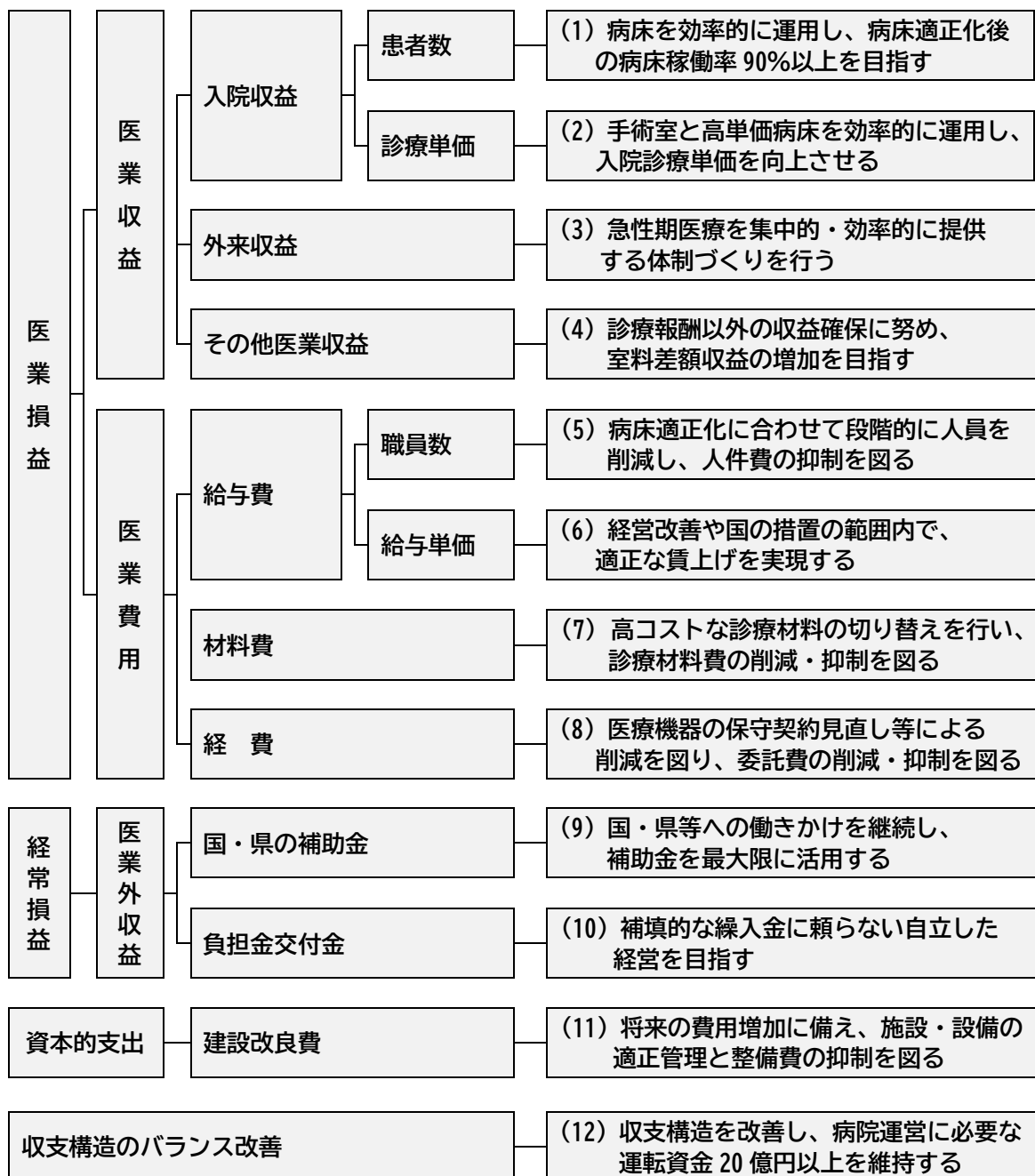
その後、令和 11 年度以降については、繰出基準に基づく概ね 30 億円程度の水準へ抑制していくことを目標とし、着実な経営改善に取り組んでいきます。

第7章 経営再建の具体的取り組み・推進体制

1 経営再建策の体系的な整理

経営再建の具体的な取り組みについて、収支計画を達成する上で特に重要なものを12項目に整理しました。本計画における最重要事項は、病院運営に必要な運転資金（現金残高）を維持することであるため、12番目の項目は計画の総合評価であるといえます。

【総合医療センターの収支構造】 【収支改善の具体的取り組み】



2 経営再建策の進捗管理に係る KPI（重要業績評価指標）

各項目には、それぞれ進捗管理のための KPI（重要業績評価指標）を設定します。

計画における各取り組みの実行状況を KPI に基づいて管理することで、計画が予定通りに実行されているかどうかを評価することができ、今後計画に乖離が生じた場合であっても、その原因を明確にすることができます。

○ 進捗管理のための KPI（重要業績評価指標）と数値目標

| 収支構造 | | 指標・KPI | R6年度 | R7年度 | R8年度 | R9年度 | R10年度 | R11年度 | | |
|--------------|-----------------|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------|
| | | | 実績 | 見込 | 計画 | 計画 | 計画 | 計画 | | |
| 医業 損益 | 医業 収益 | 入院 収益 | (1) 病床を効率的に運用し、病床適正化後の病床稼働率 90%以上を目指す | | | | | | | |
| | | | 稼働病床数（年間平均） | 562 床 | 568 床 | 559 床 | 541 床 | 526 床 | 519 床 | |
| | | | 入院患者数（一日平均） | 469 人 | 489 人 | 489 人 | 484 人 | 481 人 | 480 人 | |
| | | | 病床稼働率（対稼働病床） | 83.5% | 86.1% | 87.5% | 89.5% | 91.4% | 92.5% | |
| | | | 新入院患者数 | 14,001 人 | 14,630 人 | 14,751 人 | 14,762 人 | 14,753 人 | 14,847 人 | |
| | | | 平均在院日数 | 11.2 日 | 11.2 日 | 11.1 日 | 11.0 日 | 10.9 日 | 10.8 日 | |
| | | 診療 単価 | (2) 手術室と高単価病床を効率的に運用し、入院診療単価を向上させる | | | | | | | |
| | | | 入院診療単価 | 78,233 円 | 79,935 円 | 84,235 円 | 87,435 円 | 91,565 円 | 95,895 円 | |
| | | | 入院手術稼働額 | 27.6 億円 | 28.1 億円 | 28.5 億円 | 29.0 億円 | 29.5 億円 | 30.0 億円 | |
| | | | 手術室稼働率（定時内） | 63.3% | 66.6% | 67.0% | 68.0% | 69.0% | 70.0% | |
| | 病床稼働率（ICU/HCU） | | 75.2% | 86.3% | 87.0% | 88.0% | 89.0% | 90.0% | | |
| | 外来 収益 | (3) 急性期医療を集中的・効率的に提供する体制づくりを行う | | | | | | | | |
| | | 外来患者数（一日平均） | 1,075 人 | 1,050 人 | 1,050 人 | 1,050 人 | 1,050 人 | 1,050 人 | | |
| | | 新患患者数 | 21,424 人 | 20,348 人 | 20,600 人 | 20,900 人 | 21,200 人 | 21,500 人 | | |
| | | 外来診療単価 | 21,012 円 | 22,428 円 | 22,900 円 | 23,100 円 | 23,300 円 | 23,500 円 | | |
| | その他 医業 収益 | (4) 診療報酬以外の収益確保に努め、室料差額収益の増加を目指す | | | | | | | | |
| | | 室料差額収益 | 1.32 億円 | 1.57 億円 | 1.84 億円 | 1.84 億円 | 1.84 億円 | 1.84 億円 | | |
| | 医業 費用 | 給与 費 | 職員 数 | (5) 病床適正化に合わせて段階的に人員を削減し、人件費の抑制を図る | | | | | | |
| | | | | 職員数 ※年度当初 | 1,154 人 | 1,147 人 | 1,110 人 | 1,095 人 | 1,078 人 | 1,077 人 |
| | | | | 職員数（医師） | 192 人 | 198 人 | 203 人 | 200 人 | 196 人 | 195 人 |
| 職員数（看護職） | | | | 669 人 | 658 人 | 623 人 | 613 人 | 603 人 | 603 人 | |
| 職員数（医療技術職） | | | | 211 人 | 213 人 | 209 人 | 209 人 | 206 人 | 206 人 | |
| 職員数（事務職・その他） | | | | 82 人 | 78 人 | 75 人 | 73 人 | 73 人 | 73 人 | |
| 退職給付費 | | | | 7.4 億円 | 7.7 億円 | 10.4 億円 | 7.0 億円 | 8.7 億円 | 4.4 億円 | |

(前頁より続く)

| 収支構造 | | 指標・KPI | R6年度 | R7年度 | R8年度 | R9年度 | R10年度 | R11年度 | |
|-----------------|-------|--|--------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| | | | 実績 | 見込 | 計画 | 計画 | 計画 | 計画 | |
| 医業損益 | 給与費 | (6) 経営改善や国の措置の範囲内で 適正な賃上げを実現する | | | | | | | |
| | | 職員一人当たり給与費 (退職給付費を除く) | 1,084万円 | 1,100万円 | 1,145万円 | 1,165万円 | 1,189万円 | 1,207万円 | |
| | | 材料費 | (7) 高コストな診療材料の切り替えを行い、診療材料費の削減・抑制を図る | | | | | | |
| | | 診療材料費 | 19.2億円 | 19.5億円 | 19.6億円 | 19.7億円 | 20.2億円 | 21.0億円 | |
| | | 診療材料費比率 | 9.8% | 9.5% | 9.1% | 8.9% | 8.9% | 8.9% | |
| | 経費 | (8) 医療機器の保守契約見直し等による削減を図り、委託費の削減・抑制を図る | | | | | | | |
| | | | 委託費 | 17.6億円 | 17.9億円 | 19.2億円 | 19.0億円 | 19.5億円 | 20.2億円 |
| | | | 委託費比率 | 9.0% | 8.7% | 8.9% | 8.6% | 8.6% | 8.6% |
| | 経常損益 | 国・県補助金 | (9) 国・県等への働きかけを継続し、補助金を最大限に活用する | | | | | | |
| | | | 国・県補助金 | 1.1億円 | 5.6億円 | 1.4億円 | 1.5億円 | 1.5億円 | 1.5億円 |
| 一般会計負担金 | | (10) 補填的な繰入金に頼らない自立した経営を目指す | | | | | | | |
| | | 一般会計繰入金(合計) | 25.7億円 | 25.0億円 | 40.0億円 | 40.0億円 | 40.1億円 | 30.1億円 | |
| | | ※医業収益や資本的収入に計上されるものを含めた全体の一般会計繰入金 | | | | | | | |
| 資本的支出 | 建設改良費 | (11) 将来の費用増加に備え、施設・設備の適正管理と整備費の抑制を図る | | | | | | | |
| | | 建設改良費(医療機器) | 3.61億円 | 3.04億円 | 2.54億円 | 8.03億円 | 3.06億円 | 6.22億円 | |
| | | 建設改良費(大規模修繕) | - | - | - | - | 2.42億円 | 5.97億円 | |
| 収支構造の バランス改善 | | (12) 収支構造を改善し、病院運営に必要な運転資金20億円以上を維持する | | | | | | | |
| | | 経常収支比率 | 84.1% | 88.0% | 93.4% | 96.4% | 97.3% | 96.6% | |
| | | 医業収支比率 | 79.9% | 82.3% | 85.7% | 88.7% | 89.7% | 93.2% | |
| | | 給与費比率 | 70.8% | 68.1% | 64.9% | 61.6% | 60.8% | 57.4% | |
| | | ★現金預金残高(年度末) | 48.8億円 | 37.7億円 | 30.4億円 | 30.4億円 | 33.1億円 | 29.8億円 | |

3 取り組みの課題とアクションプラン

| 収支構造 | | 具体的取り組みの課題とアクションプラン | |
|------|------|---------------------|---|
| 医業損益 | 入院収益 | 患者数 | <p>(1) 病床を効率的に運用し、病床適正化後の病床稼働率 90%以上を目指す</p> <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院患者を増加させる様々な取り組みを継続しているが、稼働率が目標(90%)に届かないことが常態化している <p>アクションプラン【院内PJによる検討継続】</p> <ul style="list-style-type: none"> 入退院コントロールによる曜日偏重の解消により効率的な病床運用を行う 早期リハにより早期離床を促進し、平均在院日数の短縮や平準化を図る 適正な病床数を見極め必要に応じた病床数の検討と削減を行う |
| | | 診療単価 | <p>(2) 手術室と高単価病床を効率的に運用し、入院診療単価を向上させる</p> <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 手術室の稼働率に曜日による偏りがあり最大効率での利用ができていない タイトな病床数の中で、効率的な病床運営による病床稼働率の向上が求められる <p>アクションプラン【院内PJによる検討継続】</p> <ul style="list-style-type: none"> 予定入院を土日や週後半へ分散配置する仕組みを構築し月曜日の手術を増加させる 平均在院日数の短縮と合わせ、近隣医療機関との連携による救急患者の下り搬送や転院先を確保し効率的な病床運営を図る |
| | 外来収益 | | <p>(3) 急性期医療を集中的・効率的に提供する体制づくりを行う</p> <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 総合医療センターは、診療報酬の制度上、急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、外来の縮小努力義務を課せられている 一方、入院や高度治療につながる新規の患者獲得は、収益確保において重要である <p>アクションプラン</p> <ul style="list-style-type: none"> 症状が安定している患者はクリニック等に逆紹介し、外来患者数（一日平均）の抑制を図り、外来診療単価を向上させる 断らない医療を目指す取り組みを推進し、新患者数については維持・増加を図る なお、外来診療単価は高額な医薬品による薬物療法の増減による影響を受けやすい点には留意が必要である（注射料収益は外来収益の4割以上を占める） |
| | | その他医業収益 | <p>(4) 診療報酬以外の収益確保に努め、室料差額収益の増加を目指す</p> <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 一般病床の病床削減により生じるスペースの有効活用を行う必要がある 既存の有料個室の室料改正を実施するため、稼働が低下する可能性がある <p>アクションプラン【院内PJによる検討継続】</p> <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟のスペース活用として、2床室を設置する病棟や室料設定について検討し、療養環境の整備や条例改正等の必要な措置を講じる 有料個室の稼働状況をモニタリングし、室料差額収益を管理する |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 医業損益 | 医業費用 | 職員数 | (5) 病床適正化に合わせて段階的に人員を削減し、人件費の抑制を図る |
| | | | <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人件費の抑制を図るためには、削減後の病床数に合わせた適正な人員数の配置を行う必要がある ・適正配置に向けた採用調整を行うが、同時に退職過多にならない対策も必要となる <p>アクションプラン</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病床数に合わせた必要人員数を見極め、早期退職の募集と採用調整により適正な配置を行う |
| | | 給与単価 | (6) 経営改善や国の措置の範囲内で、適正な賃上げを実現する |
| | | | <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・企業職員の給与は、同一又は類似の国、地方公共団体、民間事業の従事者の給与と、企業の経営状況を考慮して定める必要がある ・官民較差を是正するための人事院勧告に準拠して給与額を決定していたが、医業収益に対する給与費が過大となっている <p>アクションプラン</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬改定による措置や、収益改善の範囲内で、適正な賃上げを実施する |
| | 材料費 | (7) 高コストな診療材料の切り替えを行い、診療材料費の削減・抑制を図る | |
| | | <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外部コンサルタントによるベンチマーク分析の結果、薬品費は概ね適正であるが診療材料費に改善の余地がある <p>アクションプラン【院内PJによる検討継続】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外部コンサルタントの分析データに基づき削減ポテンシャルの高い材料リストを作成する ・主要ベンダーとの定例価格交渉を実施するとともに、安価な同種同効品への切り替え及び集約を実行する | |
| 経費 | (8) 医療機器の保守契約見直し等による削減を図り、委託費の削減・抑制を図る | | |
| | <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機器保守契約において、費用の削減余地がある <p>アクションプラン【院内PJによる検討継続】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・装置ごとの故障リスクと稼働率を再評価し、フルメンテナンス契約から定期点検契約への切り替えを実施する | | |
| 経常損益 | 医業外収益 | 国・県補助金 | (9) 国・県等への働きかけを継続し、補助金を最大限に活用する |
| <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・広域的な医療をこれまでのように松戸市のみで支えていくには限界がある ・特に、利用者の約半数が市外の患者である小児・周産期の入院医療については、広域的に支える仕組みが必要 <p>アクションプラン</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国・県等への要望や働きかけを継続する ・広域連携に関する他市との協議を推進する ・利用可能な補助金については、積極的な活用を行う | | | |

| | | | |
|-------------|-------|---------|---|
| 経常損益 | 医業外収益 | 一般会計負担金 | (10) 補填的な繰入金に頼らない自立した経営を目指す |
| | | | <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和8年から10年は40億円程度の繰入金（基準外含む）を見込んでいるが、それ以降は30億円程度の繰入金（基準内）による運営を行う必要がある <p>アクションプラン</p> <ul style="list-style-type: none"> ・計画の推進に向け、病院長の直下に設置した院内PJチームにより、経営改善に向けた必要な課題に重点的に取り組む ・重要評価指標(KPI)を設定し、組織全体で進捗管理及び結果の検証を行う |
| 資本的支出 | | 建設改良費 | (11) 将来の費用増加に備え、施設・設備の適正管理と整備費の抑制を図る |
| | | | <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・H29年の病院建て替え時に購入した医療機器が一斉に更新時期を迎えることにより、設備投資費用に偏りが生じる ・建物・設備等の老朽化に伴い、将来的に大規模な整備・更新費が多額となり経営を圧迫するリスクがある <p>アクションプラン</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機器更新については、稼働率・修理実績等のデータを基に、更新や廃止の要否を判断し、更新計画を作成するとともに、判定スコアに基づき優先順位を設定し運用する ・施設・設備の現状を調査及び診断したうえで、必要な整備・修繕内容を整理し中長期的な修繕計画を策定するとともに、計画的・効率的に実施していく |
| 収支構造のバランス改善 | | | (12) 収支構造を改善し、病院運営に必要な運転資金20億円以上を維持する |
| | | | <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多少の計画の下振れにより、運転資金に必要な20億円を下回ってしまう、危機的な財務状況にある <p>アクションプラン</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経営状況の透明化を図り、適切な経営状況の把握とスピード感を持った対応ができる組織体制を確立する ・院内情報の共有を強化し、病院一丸となって難局を乗り越える組織風土を醸成する |

4 取り組みの推進体制

病院長の直下に複数の「院内プロジェクトチーム」（本計画内では「院内PJ」と表記）を置き、計画の実現に取り組みます。チームのリーダーやメンバーには、病院の次世代を担う職員を指名し、計画期間終了後にも継続的に取組んでいくことのできる組織づくりを目指します。

(1) R8 前半から運用開始

【病床数の適正化プロジェクトチーム】

令和8年から10年までの3か年で段階的に病床を削減し、計画期間中の目標稼働率(90%から92%)を達成するための最適な手段を検討・実行します。

また、地域の医療需要や収支バランスを考慮した病床数を見極め、経営基盤の安定に資する最適な病床数の検討を行います。

【病床運用プロジェクトチーム】

効率的な病床運営による稼働率向上のため、曜日ごとの稼働変動解消などの課題を解決し、機動的な入退院コントロールを推進します。

また、予定入院の分散や近隣医療機関等の連携強化による下り搬送の確保、早期リハビリを通じた在院日数の短縮・平準化などを実施します。これにより病床を削減しながらも新入院患者数を維持・増加させ、良質な医療の提供と安定した病院経営につながる体制づくりをします。

【診療材料費プロジェクトチーム】

ベンチマーク分析で抽出された診療材料費の改善余地を解消するため、削減ポテンシャルの高い材料リストを作成し、戦略的なコスト削減を検討します。

管財課や各診療科からなる「価格交渉委員会」を設置するなど価格交渉体制を確立し、主要ベンダーとの定期的な価格交渉を実施するなど、診療の質を維持しながら医業収益の最大化を図ります。

【医療機器・保守委託費プロジェクトチーム】

医療機器の稼働率・修理実績等のデータを基に、更新や廃止の要否を判断し、更新計画を作成、判断スコアに基づき更新機器の優先順位を設定し運用する。

あわせて、装置ごとの故障リスクと稼働率を再評価し、フルメンテナンス契約から定期点検契約への切り替えを実施するなど、安全性とコスト適正化を両立した機器管理体制を構築します。

(2) R8 後半以降に運用開始

【患者獲得プロジェクトチーム】

医療需要の減少期(春季/秋季)の患者数確保と、時間外の救急応需体制の強化を課題とし、効果的な医療機関への営業活動や医療従事者の働き方改革に配慮した診療体制の検討を進めます。

これにより近隣病院に対する競争力を高め、年間を通じて地域ニーズに対応できる体制を構築します。

(3) R9 以降に運用開始

【人件費の抑制プロジェクトチーム】

令和 11 年度の人件費率 57.4%の達成を目指し、人員の適正化と給与体系の最適化を推進します。

採用調整や早期退職勧奨等による職員数の削減とともに、国の人事院勧告によらないベースアップのあり方や実状に沿った制度の見直しなどにより、医療者の質を維持しながらも持続可能な経営基盤の確立につながる給与制度を構築します。

第8章 医療機能や医療の質、連携の強化

1 医療機能や医療の質、連携の強化に係る数値目標

(1) 手術件数

総合医療センターの手術件数は、コロナ禍の落ち込みから回復し、R7年度には4,824件（うち全身麻酔手術3,135件）まで増加する見込みです。病床数適正化に伴うスペース活用等により、今後は手術件数5,000件程度（うち全身麻酔手術件数3,200件程度）を目標に、中央手術室8室の稼働率改善に取り組めます。

また、外科医の確保や患者にとって負担の少ない医療（低侵襲治療）の観点から、ロボット支援手術（ダ・ヴィンチ）の拡大に取り組めます。

なお、経営的な指標としては、入院手術稼働額や手術室稼働率（定時内）について目標値を設定しています（第7章参照）。

(2) 救急医療

高齢化の進展により、松戸市内や県内の救急搬送件数は増加傾向にあります。

総合医療センターは、救急搬送の応需件数・応需率の改善に取り組んでおり、令和6年度の6,277件（応需率70.6%）から、令和7年度には6,915件（応需率82.5%）に増加する見込みです。この取り組みの成果は、令和7年度の収益改善にも大きく寄与しています。

本計画では一般病床を削減する計画ですが、応需件数7,000件程度を目安として改善に取り組むつつ、病床数との適正なバランスについて検討を継続していきます。

(3) 小児医療

東葛北部保健医療圏の小児人口は緩やかに減少していますが、近隣では小児の入院医療や夜間救急を縮小する医療機関が増えており、施設集約化の傾向にあります。

現在の病床規模を維持するため、入院医療の受け入れ件数を維持し、入院収益によって小児医療の持続可能性を確保していきます。

(4) 周産期医療

分娩リスクの高い妊娠や高度な新生児医療に対応できる地域周産期医療センターとして、現在の医療提供体制を維持できるよう産科医師や新生児科医師の確保に努め、母体搬送やハイリスク分娩、新生児入院等の受け入れの実績を維持していきます。

(5) がん医療

国や県の推計によると、東葛北部保健医療圏におけるがん罹患者は、当面は一定の増加が見込まれるとされています。近隣の医療機関ががん医療を強化する中、総合医療センターとしては、地域がん診療連携拠点病院として実績の維持・増加に努めます。

(6) 地域医療連携

地域医療支援病院として、近隣の医療機関からの紹介患者の受け入れと逆紹介の増加に向けて取り組みを継続します。また、放射線診断医の確保に努め、課題となっている医療機器の共同利用件数増加に取り組めます。

(7) 患者満足度の維持・向上

入院・外来医療に係る満足度のアンケート調査を実施し、そこから具体的な改善事項を吸い上げ、医療の質の改善につなげていきます。

(なお、満足度調査の標本誤差は5%程度を想定しています)

(8) 医療安全

組織的・体系的な医療安全対策を推進する取り組みとして、インシデント報告事例の分析に基づいた効果的な安全対策を実施し、医療安全に取り組む組織文化を醸成します。

(9) 災害医療

災害医療拠点病院として、災害発生時に医療救護拠点としての機能を維持し、その機能を適切に発揮できるよう、平時から訓練やDMAT隊員の養成等に取り組んでいきます。

(10) 働き方改革

本計画では職員数の削減を予定しているため、職員一人当たりの負担が増え、時間外労働時間が増加することが懸念されます。業務の見直しやICTの導入等に取り組み、時間外労働時間の削減へ向けて取り組んでいきます。

また、令和6年度から施行された医師の働き方改革（上限規則）について、策定した医師の労働時間縮減計画の基づき、年間時間外労働960時間を超える医師の縮減に取り組んでいきます。

○ 医療機能や医療の質、連携の強化に係る数値目標

| 区分 | 指標 | R6年度実績 | R7年度見込 | R8年度計画 | R9年度計画 | R10年度計画 | R11年度計画 |
|------|----------------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|
| 手術 | 手術件数 | 4,795件 | 4,824件 | 5,000件 | 5,000件 | 5,000件 | 5,000件 |
| | 手術件数（全身麻酔） | 3,210件 | 3,135件 | 3,200件 | 3,200件 | 3,200件 | 3,200件 |
| | 手術件数（ロボット支援手術） | 82件 | 136件 | 140件 | 150件 | 150件 | 150件 |
| 救急医療 | 救急搬送受入件数（三次救急） | 1,838件 | 2,115件 | 2,000件 | 2,000件 | 2,000件 | 2,000件 |
| | 救急搬送応需率（三次救急） | 85.9% | 92.5% | 90.0% | 90.0% | 90.0% | 90.0% |
| | 救急搬送受入件数（二次救急） | 4,439件 | 4,800件 | 5,000件 | 5,000件 | 5,000件 | 5,000件 |

| | | | | | | | |
|--------|-------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 救急搬送応需率 (二次救急) | 66.0% | 78.8% | 80.0% | 80.0% | 80.0% | 80.0% |
| | 救急搬送受入件数 (三次・二次合計) | 6,277件 | 6,915件 | 7,000件 | 7,000件 | 7,000件 | 7,000件 |
| | 救急搬送応需率 (三次・二次合計) | 70.6% | 82.5% | 82.5% | 82.5% | 82.5% | 82.5% |
| 小児医療 | PICU入室患者数 | 418人 | 428人 | 400人 | 400人 | 400人 | 400人 |
| | 新入院患者数 (小児病棟) | 3,899人 | 4,067人 | 4,000人 | 4,000人 | 4,000人 | 4,000人 |
| 周産期医療 | 母体搬送件数 | 104件 | 90件 | 95件 | 95件 | 95件 | 95件 |
| | 分娩件数 | 765件 | 794件 | 750件 | 750件 | 750件 | 750件 |
| | 早産件数 (37週未満) | 161件 | 147件 | 150件 | 150件 | 150件 | 150件 |
| | ハイリスク分娩件数 (診療報酬対象) | 227件 | 242件 | 240件 | 240件 | 240件 | 240件 |
| | 新入院患者数 (新生児科) | 567人 | 557人 | 580人 | 580人 | 580人 | 580人 |
| | 新入院患者数(出生体重 1500g未満) | 38人 | 44人 | 40人 | 40人 | 40人 | 40人 |
| がん医療 | がん手術件数 | 559件 | 540件 | 580件 | 580件 | 580件 | 580件 |
| | がん薬物療法延べ件数 | 2,049人 | 集計中 | 2,100人 | 2,100人 | 2,100人 | 2,100人 |
| | 放射線治療延べ件数 | 284人 | 240人 | 300人 | 300人 | 300人 | 300人 |
| 地域医療連携 | 紹介率(地域医療支援病院) | 75.5% | 77.0% | 80.0% | 80.0% | 80.0% | 80.0% |
| | 逆紹介率(地域医療支援病院) | 137.9% | 144.2% | 120.0% | 120.0% | 120.0% | 120.0% |
| | 医療器械共同利用件数 | 274件 | 264件 | 300件 | 300件 | 300件 | 300件 |
| 満足度 | 患者満足度(入院) | 90.5% | 集計中 | 90.0% | 90.0% | 90.0% | 90.0% |
| | 患者満足度(外来) | 75.0% | 集計中 | 85.0% | 85.0% | 85.0% | 85.0% |
| 医療安全 | インシデント報告件数 | 6,616件 | 7,574件 | 6,000件 | 6,000件 | 6,000件 | 6,000件 |
| | インシデント報告件数 (医師の報告件数) | 253件 | 628件 | 500件 | 500件 | 500件 | 500件 |
| 働き方改革 | 年間時間外労働時間 960時間超の医師数 | 15人 | 9人 | 8人 | 8人 | 8人 | 8人 |
| | 月平均時間外労働時間 (医師) | 48.19時間 | 44.59時間 | 40.00時間 | 40.00時間 | 40.00時間 | 40.00時間 |
| | 月平均時間外労働時間 (看護師員) | 10.20時間 | 7.90時間 | 7.00時間 | 7.00時間 | 7.00時間 | 7.00時間 |
| | 月平均時間外労働時間 (医療技術職員) | 13.60時間 | 12.24時間 | 12.00時間 | 12.00時間 | 12.00時間 | 12.00時間 |
| | 月平均時間外労働時間 (事務職員) | 25.30時間 | 23.00時間 | 23.00時間 | 23.00時間 | 23.00時間 | 23.00時間 |

2 その他の取り組み事項

(1) 医師・看護師等の確保

総合医療センターの果たすべき役割・機能に的確に対応した人員配置となるよう、医師・看護師等の医療従事者を確保していきます。

本計画では、職員の総数を削減する方針ですが、診療科や職種間の適正な配置についてはさらなる検討が必要であると考えています。そのため、収益と費用のバランスを最適化しつつ、可能な範囲で配置の見直しを推進します。

また、専門医や認定看護師など、質の高い医療を提供するための人材の確保・養成にも努めていきます。

(2) 臨床研修医の受け入れ等を通じた若手医師の確保

東葛北部保健医療圏は、国の定める医師偏在指標において、小児科医（新生児科含む）や産科医師が相対的に不足している地域（相対的少数区域）とされています。また、近年は外科医の減少についても大きな問題となっており、持続可能な医療という観点から、これらの医師について、臨床研修医や専攻医の受け入れを通じた若手医師の確保に努め、計画的な人材育成を行っていきます。

(3) 教育・研修環境の整備

医師の教育については、初期研修医と専攻医に対し、必要な知識と技能を修得することが可能な研修プログラムを提供し、教育・研修体制の充実を図ります。また、論文執筆や研修参加に対して支援し、5年目以降についても研鑽できる環境を整えます。

看護師の教育については、研修を通じて、患者を中心とする思考と姿勢を持ち、高度急性期医療を担う専門職として必要な知識・技術を学び、自らの責任の元に判断・行動できる意識の高い人材を育成します。

医療従事者が継続的に高度な知識を修得できるよう支援するとともに、事務職に対しても病院経営に必要な専門的知識を習得できる環境を整備します。

(4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取り組み

新興感染症の発生および感染拡大時に備え、千葉県と感染症法に基づく医療確保措置協定を締結しています。流行の初期段階から重症患者や小児患者、妊産婦の入院対応を行う医療機関として、平時より感染管理の専門医・認定看護師等の人材確保や、職員に対する教育・訓練、感染防護具の備蓄等の取り組みを行っていきます。

(5) 施設・設備の最適化

松戸市が定める「松戸市公共施設等総合管理計画」に基づいて定期的な点検を行い施設の状況把握に努め、適宜改修工事・修繕を実施し、施設を長期的に利用できるよう予防保全を行います。

医療機器をはじめとする院内設備についても、設備ごとの耐用年数に応じて計画的な更新・

修繕を行い、24時間365日に渡り切れ目なく医療機器の能力を発揮できるよう適切な管理に努めます。

(6) デジタル化への対応

ICT(情報通信技術)を活用し、医療の質の向上や経営の効率化、患者へのサービス向上に資する取り組みを行います。令和8年度診療報酬改定においては、働き方改革における医療DXの導入に対する評価が行われたことを踏まえ、業務効率化に係る技術の導入を積極的に実施していきます。

電子カルテをはじめとする病院情報システムは、極めて重要度の高い個人情報扱うことを認識しながら、厳重なセキュリティ対策を講じていきます。また、マイナンバーカードの健康保険証利用について、ホームページや掲示により普及啓発を図ります。

第9章 経営形態の検討について

1 経営形態の比較検討

「政策的医療を含む地域に必要な医療を守る」という前提のもと、総合医療センターが選択しうる4つの経営形態について、当院の現状や新計画を実施していくという観点から比較検証を行い、下記のとおり整理いたしました。

(1) 地方公営企業法全部適用（現行）

自治体の直営のため政策的医療の継続を最も確実に担保できる形態です。

運営面では、事業管理者の権限によって独自の給与体系を導入するなど、一定の柔軟な施策を講じることが可能です。また、現状の枠組みを維持するため、他の形態への移行時に発生するようなシステム改修費や多額の退職金精算といった「計画外の追加費用」がかからない点も大きなメリットです。

現在の体制のまま、新計画の柱である「病床の適正化」や「人件費の抑制」を着実に進めることができ、安定性と改革を両立できる現実的な選択肢といえます。

(2) 地方独立行政法人

自治体が策定する中期目標に沿って運営されるため、直営と同様に政策的医療の継続性はしっかり確保されます。

組織としての意思決定がスピーディーになり、経営改善を最大化しやすい形態ではありますが、その効果を出すにはかなり大胆な改革が求められます。改革が不十分な場合、市からの負担金削減といった実質的な経営改善効果は限定的になってしまいます。

さらに、移行にあたってはシステムの再構築や退職給付引当金の積み増し、債務超過の解消などで最大120億円程度の出資金が必要となり、市財政を圧迫する懸念があります。

(3) 指定管理者制度

民間等のノウハウを活用する形態で、協定書によって役割を規定できますが、現在の医療機能をそのまま維持しようとする、受託法人不在のリスクや撤退、指定管理料の増大リスクが考えられます。

なお、500床以上の大規模公立病院でこの制度を活用している事例は全国で2カ所しかなく、当院ほどの規模と機能を維持した前例がありません。

さらには、移行時の職員の退職金や償還金の支払い、人件費の差額補填などで最大120億円程度の費用負担が必要となり、市財政を圧迫する懸念があります。

(4) 民間譲渡

民間へ譲渡することで、市の負担は解消されます。

しかし、過去の事例は300床未満の中小規模病院に集中しており、500床以上の規模を維

持したまま民間譲渡された事例はありません。

特に当院の核である NICU（新生児特定集中治療室）や PICU（小児集中治療室）などは、民間法人が担っている割合が全国でもわずか 5%程度であり、その多くは公的機関が担っています。

移行には他形態と同様に最大 120 億円程度の費用がかかるうえ、当院の高度な医療機能を維持しつつ、安定して運営し続けられる民間事業者を確保することは極めて大きな課題です。

2 今後の検討の方向性

当面は現行の経営形態を維持しつつ、経営の再建と基盤の強化を図ってまいります。

今後については、中間年となる令和 9 年度の見直しに合わせ、その時の経営状況や取り組みの評価に応じた形態を検討します。

第 4 次経営計画 経営再建策の概要（ポイント）

1. 第 4 次経営計画では、今後も政策的医療を守り、継続していくことを目的として、着実に収支改善を図れる実効性の高い計画を策定し、4 か年の計画期間の中で持続可能な経営基盤の確立を目指します
2. 具体的な経営再建策として、以下の構造改革を行います
 - 急激な収支悪化の要因である入院収益と給与費の不均衡に対し、病床数適正化・人件費抑制に取り組めます（骨子となる取り組み）
 - 同時に、R7 年度の収益改善(増収)の取り組みをさらに推進し、将来を見据えた費用の削減・抑制に取り組むことで、補填的な繰入金に頼らない自立した経営を目指します
 - これらの取り組みは、収支構造に基づいて体系的に整理し、重要指標(KPI)等を設定して進捗管理を行います
3. また、経営形態の検討については、上記の経営再建策に取り組んだ次の段階として、令和 9 年度の間見直しに合わせ、実行状況の評価に応じてさらなる検討を行います

用語解説

英数字

2025 年問題

団塊世代が 75 歳以上の後期高齢者となり、医療・介護需要の増大や人手不足の深刻化など、日本社会の構造的課題が顕在化する社会問題の総称。

DMAT

災害派遣医療チーム (Disaster Medical Assistance Team) の略。災害発生直後の急性期 (概ね 48 時間) から活動が開始できる機動性を持ち、専門的な研修・訓練を受けた隊員 (医師、看護師、業務調整員) で構成されたチーム。

DPC 制度 (DPC/PDPS)

診断群分類に基づく 1 日当たり定額支払方式 (Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System) の略。急性期入院医療を対象とした診療報酬の支払制度。病名や診療行為による分類 (診断群分類) に基づいて、在院日数に応じた 1 日あたり定額点数によって患者の医療費を計算する制度。

GCU

新生児治療回復室 (Growing Care Unit) の略。NICU で治療を受けて症状が安定した新生児が、退院に向けて引き続きケアを受けるための病床。

HCU

高度治療室 (High Care Unit) の略。準集中治療室。ICU (集中治療室) と一般病棟の中間に位置し、手術後や重症化リスクの高い患者を集中的に観察・治療する病床。

ICU

集中治療室 (Intensive Care Unit) の略。生命の危機にある重症患者を、24 時間の濃密な観察の元に、先進医療技術を駆使して集中的に治療する病床。

MDC (疾患分類)

主要診断群 (Major Diagnostic Category) の略。WHO が制定している ICD-10 分類「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第 10 回修正」に基づく疾患分類 (18 分類)。DPC 制度で使用される分類であり、どの疾患領域に強みがあるかなどの分析に活用される。

NICU

新生児集中治療室 (Neonatal Intensive Care Unit) の略。早産児や低出生体重児、あるいは何らかの疾患のある新生児に対し、集中的に治療を行うための病床。

PICU

小児集中治療室 (Pediatric Intensive Care Unit) の略。小児専門の ICU (集中治療室) で、生命の危機のある子どもや、呼吸・循環などの全身管理が必要な子どもを治療するための病床。

あ行

新たな地域医療構想

平成 26 年 (2014 年) の医療法改正によって制度化された現行の地域医療構想が 2025 年までの取り組みであることから、85 歳以上の増加や人口減少がさらに進む 2040 年を見据えた取り組みとして検討が進められている制度。令和 7 年 12 月の臨時国会で改正医療法が成立し、令和 8 年度に都道府県が構想の策定を行い、令和 9 年度から取り組みの順次開始が予定されている。

医療計画

医療法に基づき、都道府県が国の定める基本方針と地域の実情に応じて医療提供体制の確保を図るために策定する計画。現行の医療計画は第 8 次計画にあたる。

(参考)『千葉県保健医療計画 (令和 6 年度から令和 11 年度)』

インシデント報告制度

医療現場において誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたか、あるいは実施されたが患者に影響を及ぼすに至らなかった事例 (インシデント) を報告・分析し、再発防止や安全管理の向上につなげる制度。報告件数が多い方が医療安全活動の透明性が高く健全であるとされ、一般的には病床数の 5 倍程度が目安であるといわれる。

か行

回復期 (病床機能)

急性期を経過した患者へ在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。

稼働病床数 (※本計画における定義)

許可病床数のうち、診療報酬の施設基準に定められた看護師を配置しており、実際に患者を受け入れることができる最大の病床数。複数の定義があり、過去 1 年間に患者を収容した病床数等を意味する場合もある。

逆紹介率（地域医療支援病院紹介率）

初診患者に対して、その医療機関での治療が困難な患者や症状が安定した患者を他の医療機関へ紹介した割合。詳細は「紹介率」も参照のこと。

急性期（病床機能）

急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、手術や治療などの医療を提供する機能。

救命救急センター（県指定）

二次救急で対応できない重篤な患者に対し、高度な医療を提供する三次救急医療機関

許可病床数

医療法に基づき、都道府県知事から設置あるいは使用を許可された病床数。

高度急性期（病床機能）

急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療（大きな手術や ICU 等における集中治療）を提供する機能。

さ行

災害拠点病院（県指定）

高度な診療機能・被災地からの重症傷病者の受け入れ機能・広域搬送の対応機能・（災害派遣医療チーム（DMAT）の派遣機能等を備えた医療機関。

三次救急医療

救急車による搬送もしくは一次救急・二次救急医療機関から転送されてくる重篤な救急患者に対応する医療。生命に関わる最重症の患者を対象とし、高度な診療機能を持つ「救命救急センター」や「小児救命救急センター」が実施する。

紹介率（地域医療支援病院紹介率）

初診患者のうち、他の医療機関から紹介されてきた患者の割合。地域医療支援病院の承認要件として、「紹介率 80%以上」「紹介率 65%以上かつ逆紹介率 40%以上」「紹介率 50%以上かつ逆紹介率 70%以上」のいずれかに該当することが求められる。類似の用語として、診療報酬制度における「紹介割合」「逆紹介割合」があるが、計算方法等が異なる。

小児救命救急センター（県指定）

診療科領域を問わず、全ての重篤な小児救急患者を 24 時間体制で必ず受け入れ、また、医療従事者に対する小児救急医療の臨床教育を行う医療機関。

第一種協定指定医療機関（県指定）

感染症法に基づき、都道府県知事と間で新型インフルエンザ等感染症等の発生及びまん延に備えた医療措置協定を結んだ医療機関（協定締結医療機関）のうち、入院医療（病床確保）を実施する役割をもった医療機関（第一種）。患者の収容病床は、感染症病床に限られていない。なお、第二種には主に発熱外来や自宅療養者への医療提供を行う医療機関が分類される。

第二種感染症指定医療機関（県指定）

感染症法に基づき、二類感染症や新型インフルエンザ等感染症の患者に係る入院医療を行う医療機関として、都道府県知事が指定した医療機関。医療法上の感染症病床を有する。

地域医療構想

中長期的な人口構造や医療ニーズの変化を踏まえ、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制を確保することを目的として、医療機関の機能分化や連携について都道府県や地域の関係者で協議し、取り組みを行う制度。平成26年（2014年）に成立した改正医療法で新たに規定され、医療計画の一部として位置付けられている。「新たな地域医療構想」についても参照のこと。

地域医療支援病院（県承認）

一次医療を担う「かかりつけ医」を支援し、専門外来や入院、救急医療等地域医療の中核を担う体制を整えた医療機関。かかりつけ医からの紹介患者に対する医療提供や医療機器の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修会の実施等を実施する。

地域医療連携

地域の医療機関が自らの施設の機能や医療状況に応じて、医療機能の分担と専門化を進め、診療所と診療所、診療所と病院あるいは病院と病院が相互に円滑な連携を図り、それぞれの機能を有効に活用することにより、住民が地域で継続性のある適切な医療を受けられるようにする取り組み。

地域がん診療連携拠点病院（国指定）

がん対策基本法及びがん対策推進基本計画に基づき、全国どこに住んでいても質の高いがん医療が受けられるように、都道府県の推薦をもとに厚生労働大臣が指定した医療機関。専門的ながん医療の提供、がん診療の連携協力体制の整備及び患者への相談支援等、地域のがん診療の中核を担う医療機関。

地域周産期母子医療センター（県指定）

産科及び新生児科を備え、周産期（妊娠 22 週から生後 7 日未満）に係る期間に比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設。

地域包括ケアシステム

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる用、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される社会的な仕組み。

東葛北部保健医療圏

松戸市が属する二次医療圏。松戸市・柏市・流山市・我孫子市・野田市で構成される。

な行

二次医療圏

医療法において、病床の整備を図るべき地域的単位として、県が医療計画で定める地域。千葉県では 9 つの二次医療圏が設定され、松戸市は東葛北部保健医療圏に属する。

二次救急医療

救急車による搬送もしくは一次救急医療機関（初期救急）から転送されてくる救急患者に対応する医療。入院や手術を必要とする重症患者を対象とし、地域の各病院が当番制で夜間・休日に対応する「病院群輪番制」や「救急告示病院」が実施している。

認定看護師

特定の看護分野における熟練した看護技術及び知識を有する者として、日本看護協会の認定を受けた看護師。

は行

病床機能報告制度

医療法に基づき、一般病床・療養病床を持つ医療機関が、「高度急性期・急性期・回復期・慢性期」の 4 区分の病床機能を都道府県に報告する制度。地域医療構想の策定において、地域の医療機能の現状と将来を見える化し、機能分化や連携強化を推進するための基礎的なデータとして使用される。

母体搬送

妊娠中や分娩時に母体（妊婦）や胎児の状態が悪化するか、または悪化することが予想される場合に、救急車等で産科医療機関から周産期母子医療センターへ妊婦を搬送する仕組み。

慢性期（病床機能）

長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。

臨床研修指定病院（県指定）

初期臨床研修を行うことができる医療機関。指定を受けるためには、研修医が十分に研修できるための指導医が在籍していること、一定の診療実績を有していること、研修プログラムが完備されていること等が要件となっている。

