



【松戸市病院事業経営再建支援業務委託】

# 最終報告書

令和8年3月31日

## ▶ 目次

### 1 経営環境および収支構造の現状認識

- P4 経営環境および収支構造の現状認識
- P5 経営収支改善に向けた検討の方向性
- P6 財務目標達成に向けた改善必要額の試算

### 2 外部環境分析 …… P7

### 3 内部環境分析

- P34 内部環境分析\_サマリー
- P35 財務諸表
- P37 入院\_全体
- P38 入院\_診療科別
- P45 外来\_全体
- P46 外来\_診療科別
- P51 類似病院比較
- P56 単価分析
- P60 医業費用分析\_サマリー
- P61 人件費
- P62 職員給与\_病院賃金実態との比較
- P73 職員数
- P83 生産性\_医師及び看護師
- P84 材料費\_サマリー
- P85 医薬品費
- P90 診療材料費
- P98 委託費
- P104 機器更新\_サマリー
- P105 更新計画
- P114 機器保守

### 4 総合医療センター収支シミュレーション …… P117

### 5 弊社オピニオン

- P126 弊社オピニオン
- P129 病床規模適正化\_サマリー
- P130 紹介分析
- P131 救急分析
- P135 適正化の方針
- P147 人件費の抑制
- P149 経営形態の見直し
- P164 組織運用の課題とあるべき方向性の提言

# 1

## 経営環境および収支構造の現状認識

# ▶ 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稼働が伸び悩み、収益力が十分に上がっていない。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。
- この競争環境下では、貴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

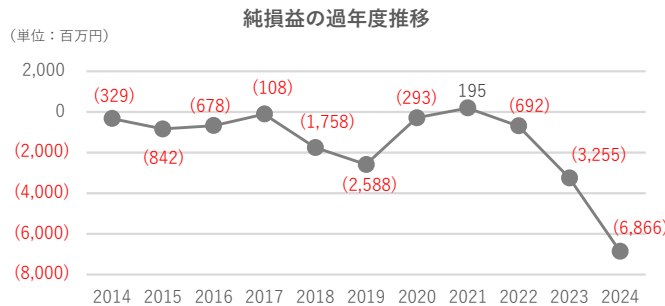
#### 3. 入院分析

- 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。東松戸病院の閉鎖による特別損失の影響もあり令和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）

## ▶ 1-1 経営収支改善に向けた検討の方向性

【令和7年度経常損益】 ※見込み

▲3,201 百万円

【想定する改善幅】 ※令和15年度経常損益－令和7年度経常損益

約2,400 百万円

松戸市立総合医療センター（以下、総合医療センター）収支シミュレーションに対する弊社オピニオン及び提言

### 病床数適正化

568床 ▶ 519床

#### 1. 背景・課題認識

病床稼働、紹介・救急受入、人員体制を踏まえて病床規模適正化方針を検証した。その結果、紹介患者・救急応需の改善のみで空床を恒常的に充足させることは、体制制約および持続性の観点から現実的ではなく、病床削減は妥当と判断する。

#### 2. 分析結果の要点

病床削減の主目的は減床そのものではなく、看護師を中心とした人員配置適正化による人件費構造の改善に寄与している。複数案を比較した結果、人員削減の現実性の観点からプランAが最も実現性が高い。また、インパクトのある空床活用策を求める声が多かったが初期投資と収益化までの期間で比較し、2床室整備が低投資かつ早期収益化が可能な選択肢として優位である。

#### 3. 提言・意思決定事項

病床規模の削減を実施し、削減方法はプランAの採用を推奨する。過剰な減床による収益悪化を避けるため、稼働状況と効果検証を踏まえ柔軟に調整することが重要である。併せて、削減により生じる空床は2床室整備を中心に活用し、収益性と実現性を両立した病床運用を図ることが望ましい。

### 費用削減

令和15年度  
目標人件費率 54%

#### 1. 人件費削減

収益に対する人件費率が高止まりしているため、適正化に向けた取り組みは不可欠である。人員配置の適正化に加え、初任給水準の給与格付けの見直しなど、具体施策の実装を進める。また、削減の完遂に向けては、人事院勧告の影響を受けにくい給与設計の仕組みづくりが必須である。

令和8年度  
削減目標額 41 百万円

#### 1. 材料費・設備投資フロー見直し

専門家へ委託しベンチマーク分析を実施した結果、削減ポテンシャルを確認済。診療材料費については、実現可能な目標額として41百万円に設定。機器更新については、移転後10年以降の更新項目が特定年度に偏らないよう、平準化した計画を提案。実現には現場の理解・協力が不可欠である。

### 経営形態の見直し

現行経営形態維持し  
令和9年度KPI  
現預金20億維持を評価

#### 経営形態比較からの見解

#### 1. 地方独立行政法人化

政策医療を制度上確実に担保でき、経営裁量の向上で施策実行が加速する。ただし最大約120億円の初期費用を要し、費用対効果の見極めが必要。

#### 2. 指定管理者制度

指定管理料次第で市の財政負担軽減が見込めるが、同規模・機能での前例がほぼなく、受託法人確保の不確実性が最大の課題となる。

#### 3. 民間譲渡

契約条件次第で財政負担が大きく変動し、政策医療の継続は譲渡先の判断に委ねられる。同規模での前例もなく実現性に課題が残る。

## ▶ 1-2 財務目標達成に向けた改善必要額の試算

現金預金残高20億維持を目標にした場合、各施策を確実に実行。

令和15年度医業収益27,155百万円を目指し費用増は28,329百万円に抑制、医業損益▲1,174百万円が目標。

単位：百万円

	R7年度		R8年度		R9年度		R10年度		R11年度		R12年度		R13年度		R14年度		R15年度	
簡易キャッシュフロー	▲1,116	-5%	▲723	-3%	▲1	0%	271	1%	▲339	-1%	▲355	-1%	381	2%	▲27	0%	166	1%
現金預金残高	3,766	18%	3,043	14%	3,043	14%	3,313	15%	2,975	13%	2,620	11%	3,001	12%	2,974	11%	3,140	12%
一般会計繰入金合計	2,500	12%	4,000	19%	4,003	18%	4,010	18%	3,009	13%	3,009	12%	3,009	12%	3,010	12%	3,009	11%

	R7年度		R8年度		R9年度		R10年度		R11年度		R12年度		R13年度		R14年度		R15年度	
		対医業 収益比		対医業 収益比		対医業 収益比		対医業 収益比		対医業 収益比		対医業 収益比		対医業 収益比		対医業 収益比		対医業 収益比
医業収益	20,600	100%	21,504	100%	22,057	100%	22,671	100%	23,520	100%	24,327	100%	25,300	100%	26,119	100%	27,155	100%
入院収益	14,267	69%	15,035	70%	15,489	70%	16,076	71%	16,801	71%	17,606	72%	18,503	73%	19,346	74%	20,281	75%
（稼働病床数）	568	-	559	-	541	-	526	-	519	-	519	-	519	-	519	-	519	-
（一日平均患者数）	489	-	489	-	484	-	481	-	480	-	480	-	480	-	480	-	480	-
（病床稼働率）	86.1%	-	87.5%	-	89.5%	-	91.4%	-	92.5%	-	92.5%	-	92.5%	-	92.5%	-	92.5%	-
（診療単価）	79,935	-	84,235	-	87,435	-	91,565	-	95,895	-	100,488	-	105,322	-	110,425	-	115,758	-
外来収益	5,699	28%	5,795	27%	5,894	27%	5,921	26%	6,045	26%	6,047	25%	6,123	24%	6,099	23%	6,200	23%
（一日平均患者数）	1,050	-	1,050	-	1,050	-	1,050	-	1,050	-	1,050	-	1,050	-	1,050	-	1,050	-
（診療単価）	22,428	-	22,900	-	23,100	-	23,300	-	23,500	-	23,700	-	23,900	-	24,100	-	24,300	-
その他医業収益	392	2%	419	2%	419	2%	419	2%	419	2%	419	2%	419	2%	419	2%	419	2%
一般会計繰入金	242	1%	255	1%	255	1%	255	1%	255	1%	255	1%	255	1%	255	1%	255	1%
医業費用	25,036	122%	25,081	117%	24,863	113%	25,273	111%	25,242	107%	26,085	107%	26,465	105%	27,549	105%	28,329	104%
給与費	14,023	68%	13,958	65%	13,581	62%	13,778	61%	13,508	57%	14,056	58%	13,924	55%	14,530	56%	14,768	54%
内、給料・手当	9,587	47%	9,277	43%	9,240	42%	9,247	41%	9,374	40%	9,521	39%	9,659	38%	9,853	38%	10,026	37%
内、報酬	1,002	5%	1,024	5%	1,039	5%	1,058	5%	1,078	5%	1,098	5%	1,119	4%	1,141	4%	1,164	4%
内、退職金	474	2%	742	3%	406	2%	584	3%	439	2%	792	3%	478	2%	820	3%	828	3%
内、退職給付引当金	292	1%	301	1%	292	1%	289	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
繰入額																		
材料費	5,921	29%	5,938	28%	6,039	27%	6,167	27%	6,369	27%	6,527	27%	6,739	27%	6,891	26%	7,123	26%
経費	3,092	15%	3,289	15%	3,402	15%	3,494	15%	3,621	15%	3,742	15%	3,888	15%	4,011	15%	4,166	15%
減価償却費	1,920	9%	1,817	8%	1,771	8%	1,764	8%	1,674	7%	1,690	7%	1,843	7%	2,047	8%	2,202	8%
資産減耗費	10	0%	10	0%	10	0%	10	0%	10	0%	10	0%	10	0%	10	0%	10	0%
研究研修費	70	0%	69	0%	60	0%	60	0%	60	0%	60	0%	60	0%	60	0%	60	0%
医業損益	▲4,436	-22%	▲3,577	-17%	▲2,806	-13%	▲2,602	-11%	▲1,722	-7%	▲1,758	-7%	▲1,165	-5%	▲1,430	-5%	▲1,174	-4%
医業外収益	2,424	12%	3,102	14%	3,113	14%	3,170	14%	2,132	9%	2,123	9%	2,139	8%	2,014	8%	1,975	7%
医業外費用	1,211	6%	1,270	6%	1,255	6%	1,285	6%	1,320	6%	1,362	6%	1,412	6%	1,502	6%	1,594	6%
経常損益	▲3,201	-16%	▲1,759	-8%	▲962	-4%	▲731	-3%	▲924	-4%	▲1,011	-4%	▲451	-2%	▲932	-4%	▲807	-3%

# 2 外部環境分析

## ▶ 2 外部環境分析\_サマリー

### 概要

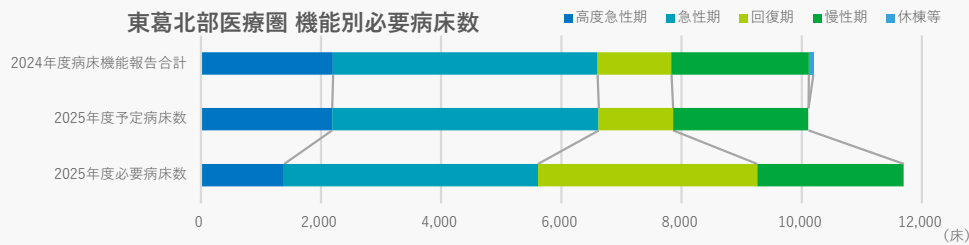
医療供給体制（必要病床数、競合病院の状況）、将来的な医療需要（将来患者数）を考慮して今後の方針を検討していく必要がある。

### 環境分析サマリー

#### 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。

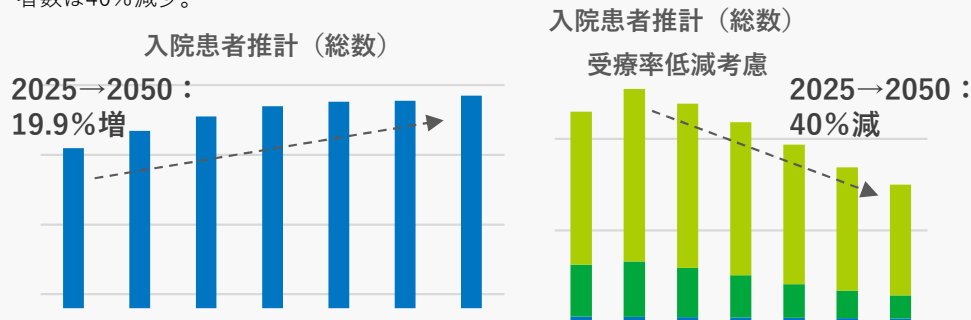
- 総病床数は1,507床不足。病床機能別に見ると、高度急性期は814床・急性期は177床それぞれ余剰であるのに対し、回復期は2,420床・慢性期は148床不足している。



#### 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。

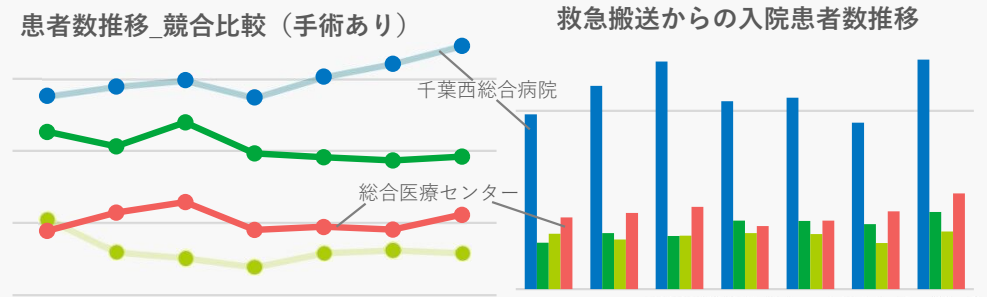
- 医療計画において「小児中核病院」「地域周産期母子医療センター」「小児の救命救急」に位置付けられている
- 施設基準として「新生児治療回復室入院医療管理料」「新生児特定集中治療室管理料」「小児入院医療管理料」を算定

がん	心血管疾患	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	三次救急	災害拠点	小児中核病院	地域周産期母子医療センター	三次救急	指定医療機関 (第2種)
○	○	○	○	○	○	○	○

#### 4. 競合比較

主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。



## ▶ 2 外部環境分析\_二次医療圏概要

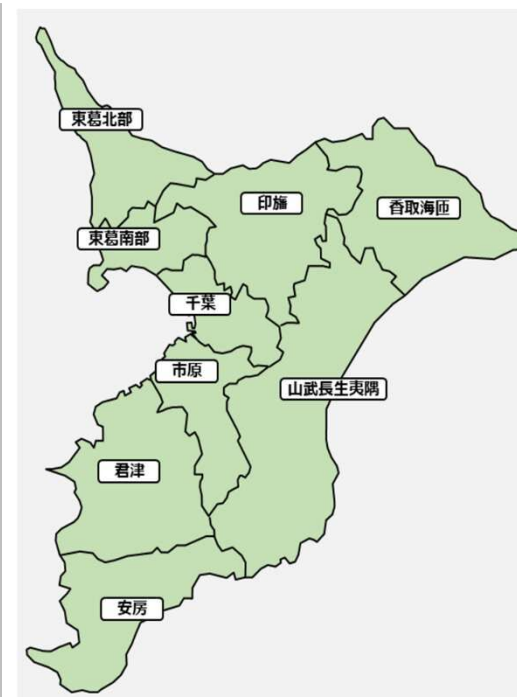
東葛北部二次医療圏は、松戸市・野田市・柏市・流山市・我孫子市の5市で構成される。千葉県内9つの二次医療圏の中で、人口・人口密度ともに上位（いずれも2番目）に位置し、比較的コンパクトな面積が特徴。また、県外（茨城県・埼玉県）と隣接する地理的特性を有している。

- ・ 総合医療センターの位置する東葛北部医療圏は、松戸市、野田市、柏市、流山市、我孫子市の5市にて構成。
- ・ 千葉県内に9つある二次医療圏において、東葛北部医療圏は降順表記で人口が2番目、人口密度が2番目、面積が7番目となっている。
- ・ 東葛北部医療圏は、東葛南部医療圏、印旛医療圏の他、茨城県、埼玉県とも境界を接している

### 二次医療圏の構成及び人口、人口密度、面積

二次保健医療圏	市町村					人口 (人)	人口密度 (人/km <sup>2</sup> )	面積 (km <sup>2</sup> )
東葛北部医療圏	松戸市	野田市	柏市	流山市	我孫子市	1,408,495	3932.80	358.14
千葉医療圏	千葉市					973,121	3580.81	271.76
東葛南部医療圏	市川市	船橋市	習志野市	八千代市	鎌ヶ谷市	1,791,116	7054.13	253.91
	浦安市							
印旛医療圏	成田市	佐倉市	四街道市	八街市	印西市	730,294	1055.85	691.66
	白井市	富里市	印旛郡酒々井町	栄町				
香取海匝医療圏	銚子市	旭市	匝瑳市	香取市	香取郡神崎町	270,162	376.55	717.46
	多古町	東庄町						
山武長生夷隅 医療圏	茂原市	東金市	勝浦市	山武市	いすみ市	442,832	381.18	1161.72
	大網白里市	山武郡九十九里町	芝山町	横芝光町	長生郡一宮町			
	睦沢町	長生村	白子町	長柄町	長南町			
	夷隅郡大多喜町	御宿町						
安房医療圏	館山市	鴨川市	南房総市	安房郡鋸南町		123,349	214.181	575.91
君津医療圏	木更津市	君津市	富津市	袖ヶ浦市		327,217	431.68	758
市原医療圏	市原市					274,780	746.36	368.16

### 二次医療圏の境界



出所：千葉県地域医療構想、千葉県HP公開情報を基に弊社作成  
脚注：人口は令和5年4月1日現在

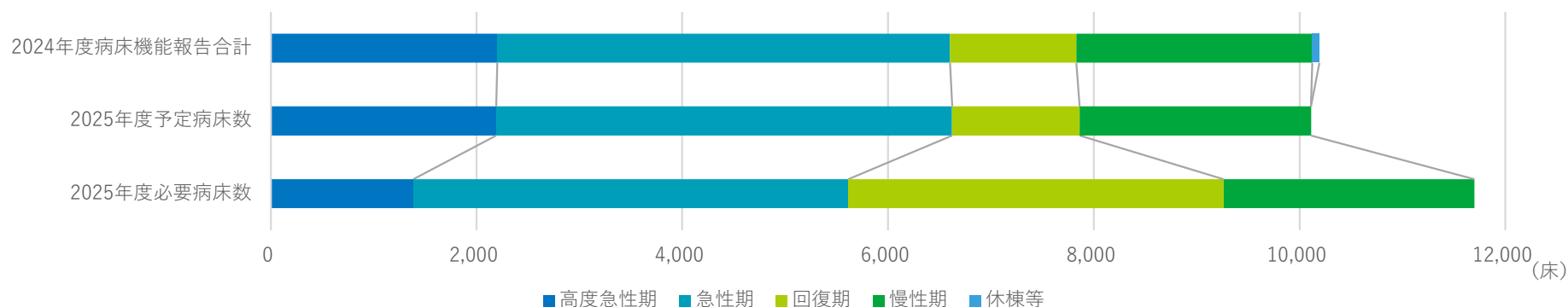
## ▶ 2 外部環境分析\_必要病床数

東葛北部医療圏では病床全体としての過不足ではなく、急性期への偏重、回復期・慢性期の不足という、構造的な機能不均衡が生じている。

- 医療圏におけるR6（2024）年病床機能報告における病床数と、地域医療構想で推計されたR7（2025）年の必要病床数を比較し、需給ギャップを整理。
- 医療圏全体では総病床数が1,507床不足している。一方で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。

東葛北部医療圏	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計
2024年度病床機能報告合計 (①)	2,200	4,404	1,227	2,291	70	10,192
2025年予定病床数 (②)	2,191	4,431	1,241	2,248	0	10,111
2025年度必要病床数 (③)	1,386	4,227	3,647	2,439	0	11,699
過不足 (①-③)	814	177	-2,420	-148	70	-1,507
過不足 (②-③)	805	204	-2,406	-191	0	-1,588

東葛北部医療圏 機能別必要病床数



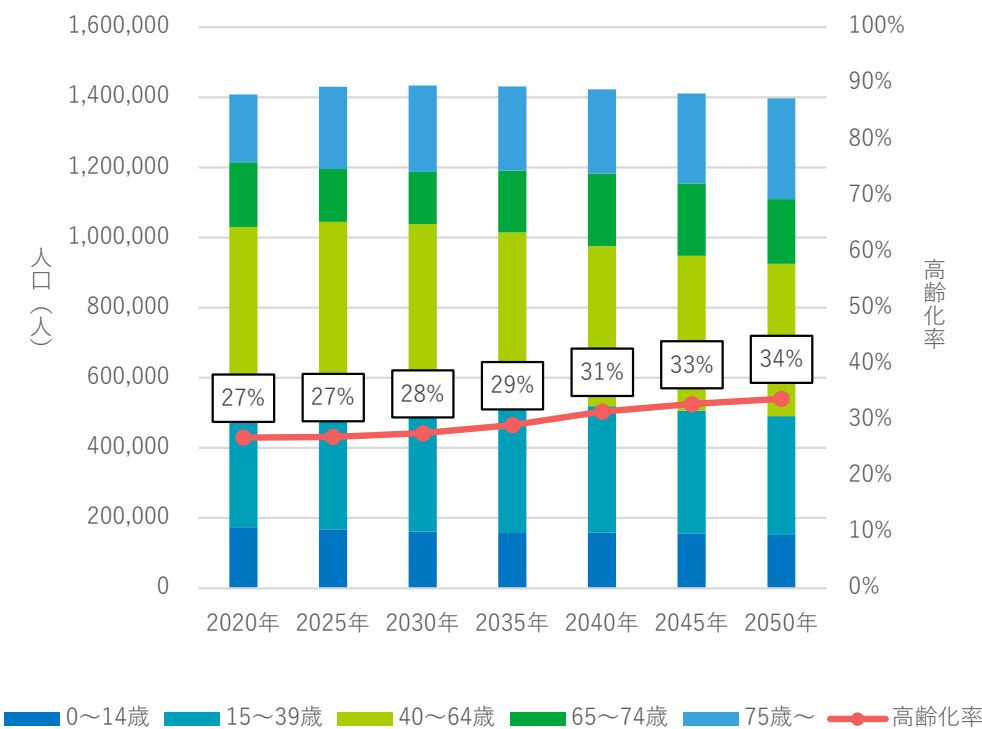
出所：千葉県地域医療構想別冊 第3章東葛北部保健医療圏、令和6年度千葉県病床機能報告の結果、千葉県HP公開情報を基に弊社作成

## ▶ 2 外部環境分析\_将来人口推計\_二次医療圏

東葛北部医療圏は、総人口は概ね横ばいで推移する一方、高齢化の進行により人口構造が大きく変化し、医療需要の増大と生産年齢人口の減少が同時に進行することが見込まれる。

- 東葛北部医療圏は、総人口に大きな変化は見られないが、高齢化が予測される地域である。
- 75歳以上人口は増加傾向、65～74歳人口は2025年～2040年に増加、その後減少に転じていく。
- 0～14歳、15～39歳、40～64歳人口は減少傾向にある。

将来推計人口及び高齢化率推移



年齢/推計年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
高齢化率	26.9%	27.0%	27.6%	29.1%	31.5%	32.8%	33.8%
総人口	1,407,697	1,430,070	1,433,623	1,430,902	1,422,591	1,410,459	1,396,742
2020年比	-	1.6%	1.8%	1.6%	1.1%	0.2%	-0.8%
75歳～	193,123	235,090	246,366	239,783	240,178	256,033	287,264
2020年比	-	21.7%	27.6%	24.2%	24.4%	32.6%	48.7%
65～74歳	184,915	150,536	149,420	176,276	207,495	206,909	184,712
2020年比	-	-18.6%	-19.2%	-4.7%	12.2%	11.9%	-0.1%
40～64歳	475,810	496,225	496,955	482,116	455,941	441,183	434,283
2020年比	-	4.3%	4.4%	1.3%	-4.2%	-7.3%	-8.7%
15～39歳	380,359	380,852	379,947	375,364	360,890	349,846	338,936
2020年比	-	0.1%	-0.1%	-1.3%	-5.1%	-8.0%	-10.9%
0～14歳	173,490	167,367	160,935	157,363	158,087	156,488	151,547
2020年比	-	-3.5%	-7.2%	-9.3%	-8.9%	-9.8%	-12.6%

出所：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」を基に弊社作成

## ▶ 2 外部環境分析\_将来人口推計\_松戸市

松戸市では総人口が緩やかに減少する中で高齢化の進行が見込まれ、医療需要の増大と生産年齢人口の縮小が東葛北部医療圏よりも早いペースで進むことが見込まれる。

- 松戸市は、総人口が緩やかに減少し、高齢化が予測される地域である。
- 75歳以上人口は増加傾向、65-74歳人口は2025年～2040年に増加、その後減少に転じていく。
- 0～14歳、15～39歳、40～64歳人口は減少傾向にある。東葛北部医療圏より早いペースで減少していく予測である。

将来推計人口及び高齢化率推移



年齢/推計年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
高齢化率	26.0%	26.3%	27.4%	29.6%	32.3%	33.6%	34.5%
総人口	498,232	498,909	496,472	492,959	488,305	482,576	476,057
2020年比	-	0.1%	-0.4%	-1.1%	-2.0%	-3.1%	-4.5%
75歳～	67,768	79,814	81,653	79,317	81,700	89,891	101,090
2020年比	-	17.8%	20.5%	17.0%	20.6%	32.6%	49.2%
65～74歳	61,988	51,285	54,424	66,394	76,018	72,446	63,251
2020年比	-	-17.3%	-12.2%	7.1%	22.6%	16.9%	2.0%
40～64歳	172,867	178,160	175,346	167,098	157,154	152,634	150,601
2020年比	-	3.1%	1.4%	-3.3%	-9.1%	-11.7%	-12.9%
15～39歳	138,642	136,834	135,504	132,100	125,436	120,495	115,916
2020年比	-	-1.3%	-2.3%	-4.7%	-9.5%	-13.1%	-16.4%
0～14歳	56,967	52,816	49,545	48,050	47,997	47,110	45,199
2020年比	-	-7.3%	-13.0%	-15.7%	-15.7%	-17.3%	-20.7%

出所：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」を基に弊社作成

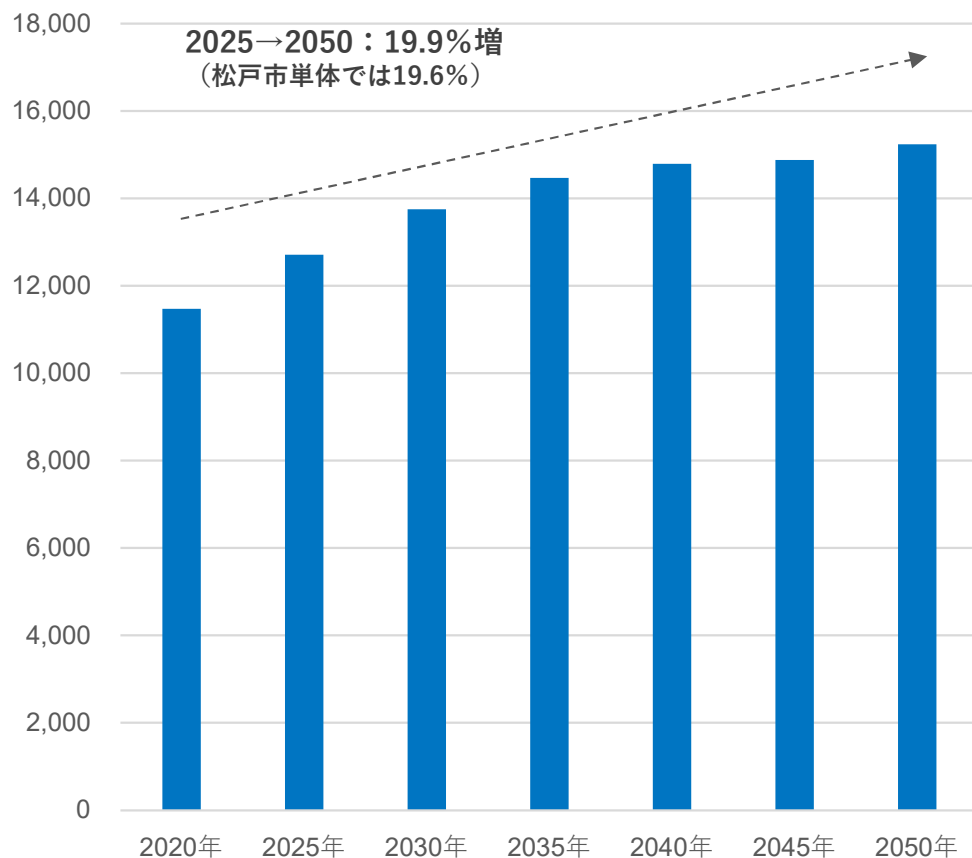
## ▶ 2 外部環境分析\_将来患者数推計\_二次医療圏\_入院・外来

R5年の受療率が以降も一定とした場合、二次医療圏全体では、2025年から2050年にかけて入院患者数は約20%、外来患者数は約7%増加する見込み。松戸市単体でも同様の増加傾向が想定されている。

- ・ R5年の受療率が一定のものとして将来患者数を推計。将来人口推計は2030年にピークを迎えるが、高齢者人口の増加により入院患者数及び外来患者数はいずれも増加傾向となっている。

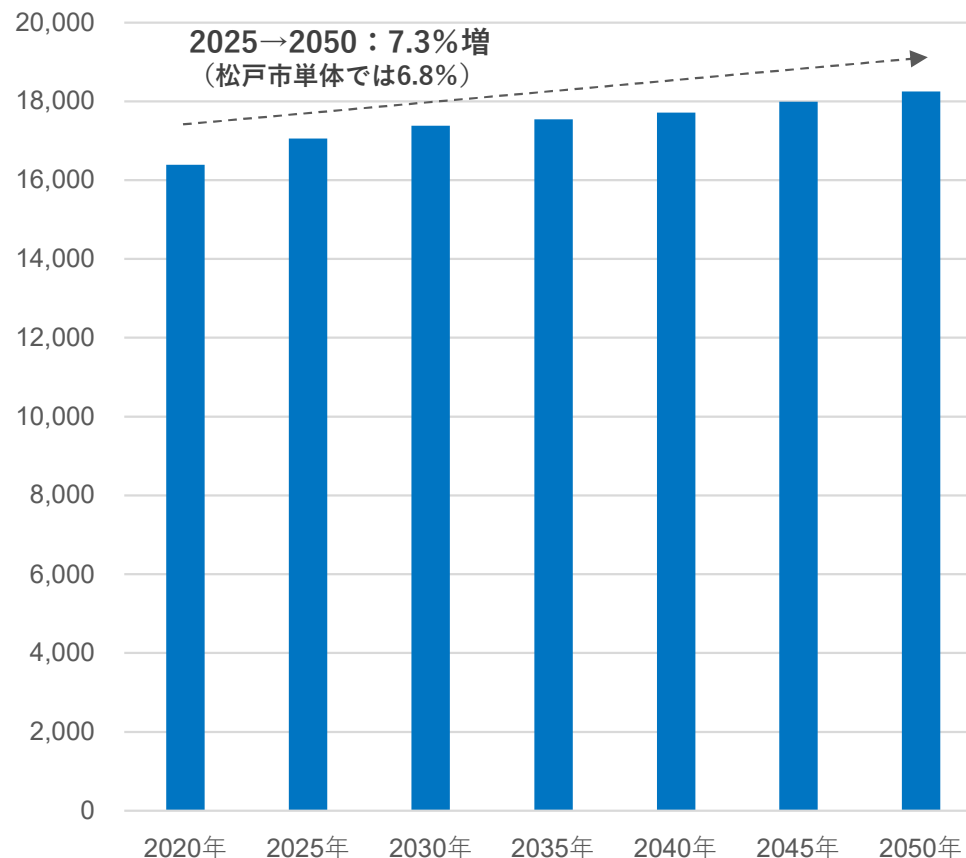
(単位：人/日)

入院患者推計 (総数)



(単位：人/日)

外来患者推計 (総数)



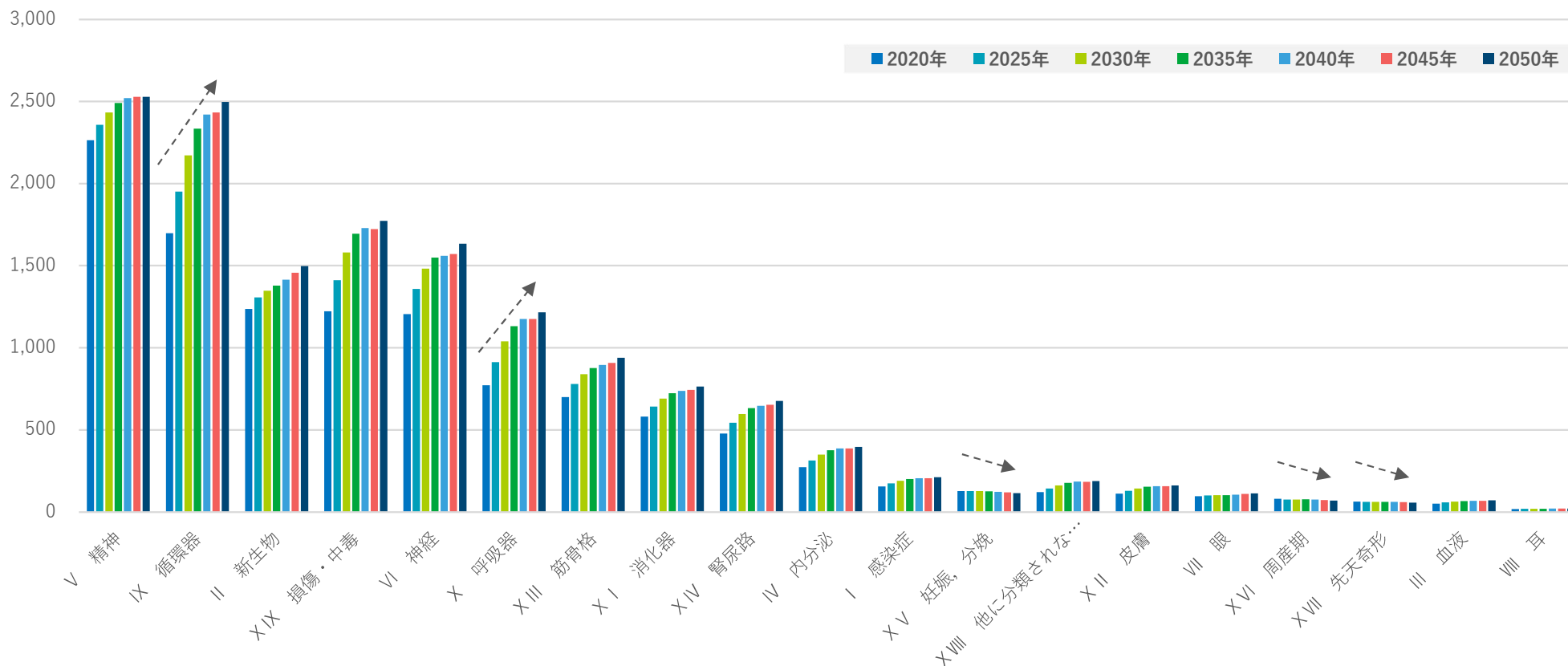
## ▶ 2 外部環境分析\_将来患者数推計\_二次医療圏\_疾病分類別\_入院

二次医療圏における入院患者数（1日当たり）は、将来に向けて概ねすべての疾患分類で増加傾向が見込まれる。高齢化の影響により、循環器系や呼吸器系など成人・高齢者疾患の増加が全体を牽引する構造と捉える。

- 入院患者数（1日当たり）は概ねいずれの疾患でも増加傾向となっている。
- 2025→2030の期間において減少している疾患は「X V 妊娠, 分娩」「X VI 周産期」「X VII 先天奇形」となっている。

(単位：人/日)

入院患者推計 (ICD-10)



出所：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」、  
人口推計 各月1日現在人口 月次 2023年10月」、「患者調査 令和5年患者調査 全国編 推計患者数」を基に弊社作成

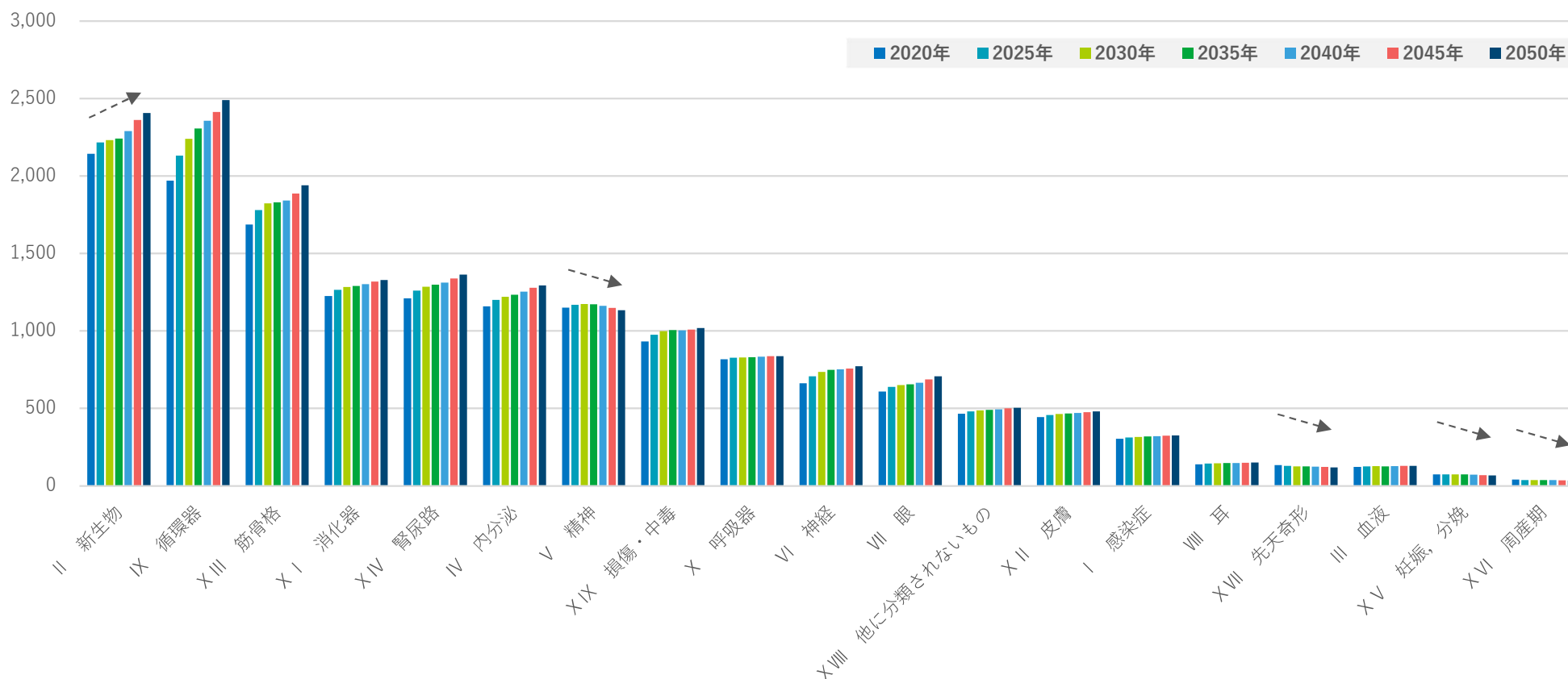
## ▶ 2 外部環境分析\_将来患者数推計\_二次医療圏\_疾病分類別\_外来

二次医療圏における外来患者数（1日当たり）は、入院同様、将来に向けて多くの疾患分類で増加傾向が見込まれる。全体としては高齢化の進展に伴い、慢性疾患を中心とした外来需要の増加が続く構造と捉える。

- 外来患者数（1日当たり）は概ねいずれの疾患でも増加傾向となっている。
- 2025→2030の期間において減少している疾患は「V 精神」「XVII 先天奇形」「X V 妊娠、分娩」「X VI 周産期」となっている。

(単位：人/日)

外来患者推計 (ICD-10)



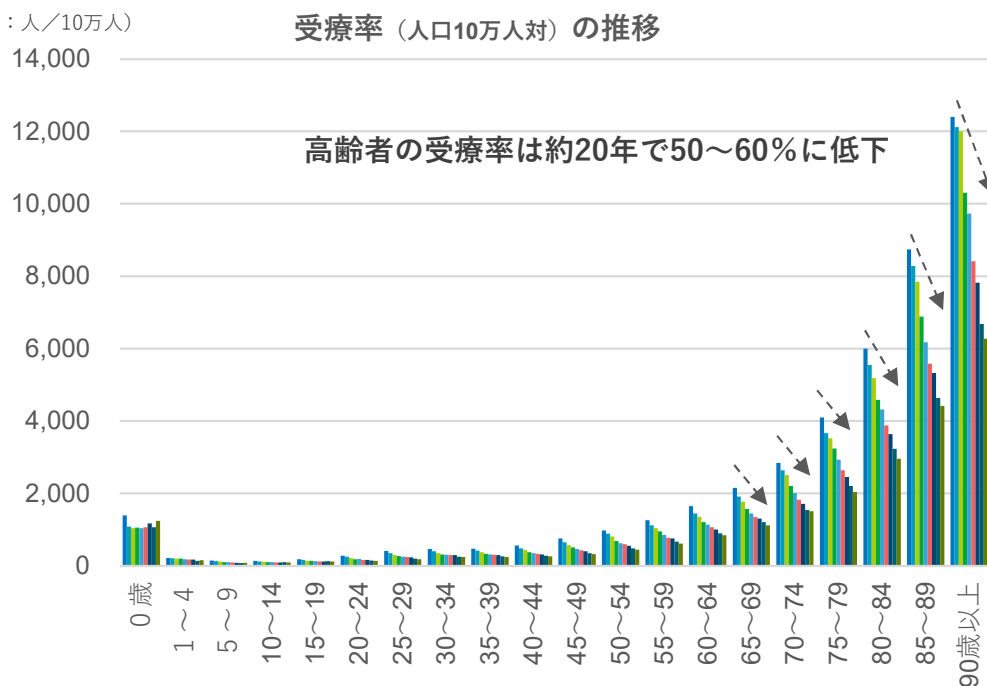
出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口 令和5(2023)年推計」、人口推計 各月1日現在人口 月次 2023年10月、「患者調査 令和5年患者調査 全国編 推計患者数」を基に弊社作成

## ▶ 2 外部環境分析\_全国年齢別受療率経年推移 (1/4)

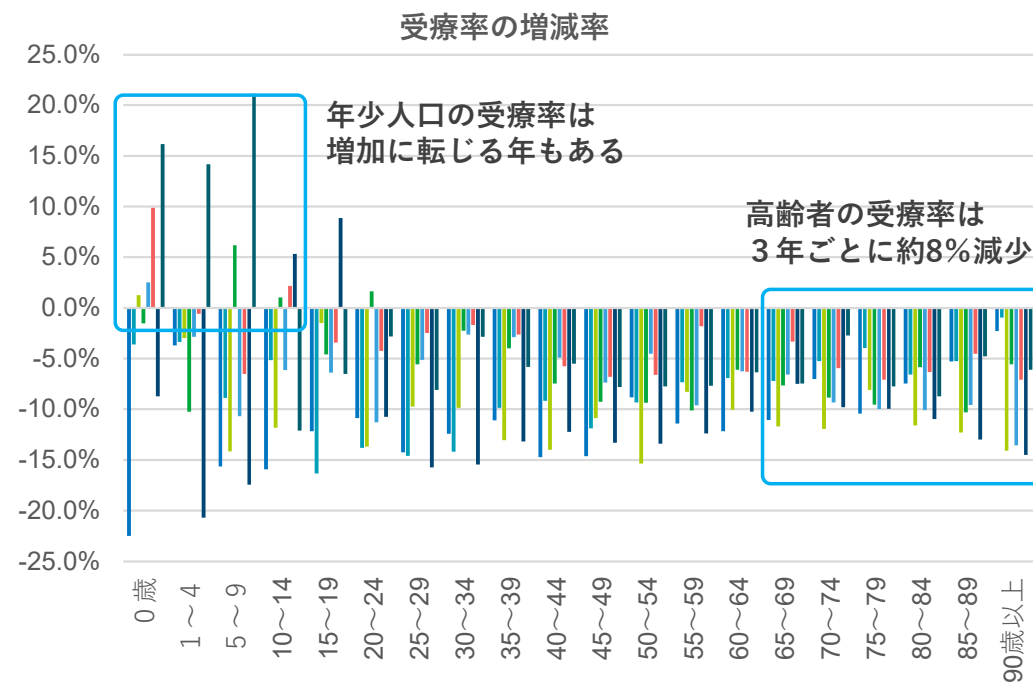
受療率はH11年から減少傾向にあり、年少人口においては増加に転じる年もあるが、高齢者においては20年で50～60%程度減少している。

- 高齢者の受療が患者数に大きく影響するが、過去20年の推移において高齢者の入院受療率は50～60%に低下している。
- 高齢者の受療率は3年ごとに約8%減少しているが、年少人口の受療率では増加に転じる年もある。

(単位：人／10万人)



■ H11年 ■ H14年 ■ H17年 ■ H20年 ■ H23年 ■ H26年 ■ H29年 ■ R2年 ■ R5年



■ H14年 ■ H17年 ■ H20年 ■ H23年 ■ H26年 ■ H29年 ■ R2年 ■ R5年

受療率に影響を与える主な要因としては以下が挙げられる。

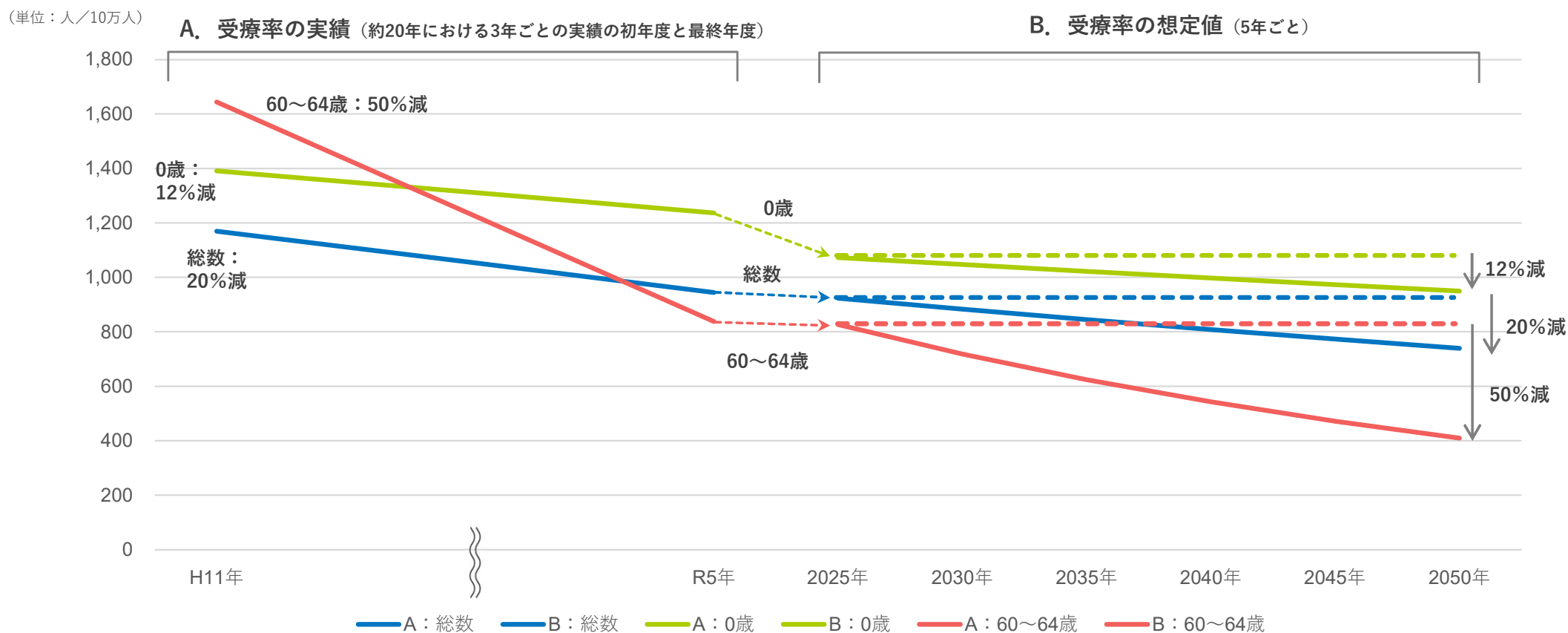
- 全国的な病床数の減少
- 平均在院日数の短縮
- 病院から介護施設への移行
- 受療行動 (R2年の新型コロナウイルス流行期の受療抑制と、収束後のR5年の受療回復)

受療率の増減率は全体としては2.63%減になるが、高齢者の受療率は約8%の減少となっている。

## ▶ 2 外部環境分析\_全国年齢別受療率経年推移 (2/4)

これまでの受療率低下のトレンドを加味し、将来にわたって受療率の逓減が続く場合の受療率の想定値を以下の通り試算した。

- 患者推計では最新（現時点ではR5年）の受療率を固定値として使用することが多いが、過去20年で受療率が低下していることを踏まえ、2030年以降の患者推計に受療率の低下を考慮する。
- 20年間での増減率を今後の受療率にも適用する。



脚注：受療率の実績推移 (H11~R5) は病院だけでなく有床診療所も含んだ受療率に対して、患者推計 (P12) で使用した受療率は病院だけのもの。

患者推計で実際に使用した受療率は男女別・年齢別のもの。  
グラフにおける点線は受療率が一定と仮定した場合を示す。

出所：「患者調査 受療率(人口10万対)の年次推移, 入院-外来×性・年齢階級別 (平成11年~令和5年)」 「人口推計 各月1日現在人口 月次 2023年10月」 「患者調査 令和5年患者調査 全国編 推計患者数」 「患者調査 受療率(人口10万対)の年次推移, 入院-外来×性・年齢階級別 (平成11年~令和5年)」 を基に弊社作成

## ▶ 2 外部環境分析\_全国年齢別受療率経年推移 (3/4)

H14年からR5年にかけての受療率減少率から、各年代ごとの受療率の単年減少率を算出。

※ 2025年の受療率は2023年度の受療率を流用し、2030年以降は単年減少率を用いてH14年からR5年にかけての受療率の減少が続いた場合の受療率の見込みを算出。以下の計算結果を将来患者数の推計に採用。

男性	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	単年減少率	対2050年 伸展(遞減)率
0歳	1,095	1,069	1,043	1,018	993	969	2.4%	88.5%
1～4	167	155	144	134	125	116	6.9%	69.8%
5～9	97	87	77	69	62	55	10.6%	57.2%
10～14	89	81	74	67	61	55	9.2%	61.8%
15～19	110	100	91	83	75	68	9.0%	62.3%
20～24	121	105	90	78	68	58	13.6%	48.2%
25～29	126	107	90	76	64	55	15.4%	43.2%
30～34	156	137	119	104	91	79	12.7%	50.7%
35～39	189	165	144	125	109	95	12.8%	50.3%
40～44	254	216	183	156	132	113	15.0%	44.4%
45～49	327	273	228	190	158	132	16.6%	40.5%
50～54	483	409	347	294	249	211	15.3%	43.7%
55～59	681	586	504	434	373	321	14.0%	47.1%
60～64	970	843	733	637	553	481	13.1%	49.6%
65～69	1,300	1,134	990	864	754	658	12.7%	50.6%
70～74	1,748	1,531	1,340	1,174	1,028	900	12.4%	51.5%
75～79	2,279	1,970	1,703	1,472	1,272	1,099	13.6%	48.2%
80～84	3,110	2,683	2,314	1,997	1,722	1,486	13.7%	47.8%
85～89	4,510	3,912	3,393	2,943	2,552	2,214	13.3%	49.1%
90歳以上	6,296	5,463	4,740	4,113	3,569	3,097	13.2%	49.2%

出所：「人口推計 各月1日現在人口 月次 2023年10月」「患者調査 令和5年患者調査 全国編 推計患者数」  
「患者調査 受療率(人口10万対)の年次推移, 入院-外来×性・年齢階級別(平成11年～令和5年)」を基に弊社作成

## ▶ 2 外部環境分析\_全国年齢別受療率経年推移 (4/4)

H14年からR5年にかけての受療率減少率から、各年代ごとの受療率の単年減少率を算出。

※ 2025年の受療率は2023年度の受療率を流用し、2030年以降は単年減少率を用いてH14年からR5年にかけての受療率の減少が続いた場合の受療率の見込みを算出。以下の計算結果を将来患者数の推計に採用。

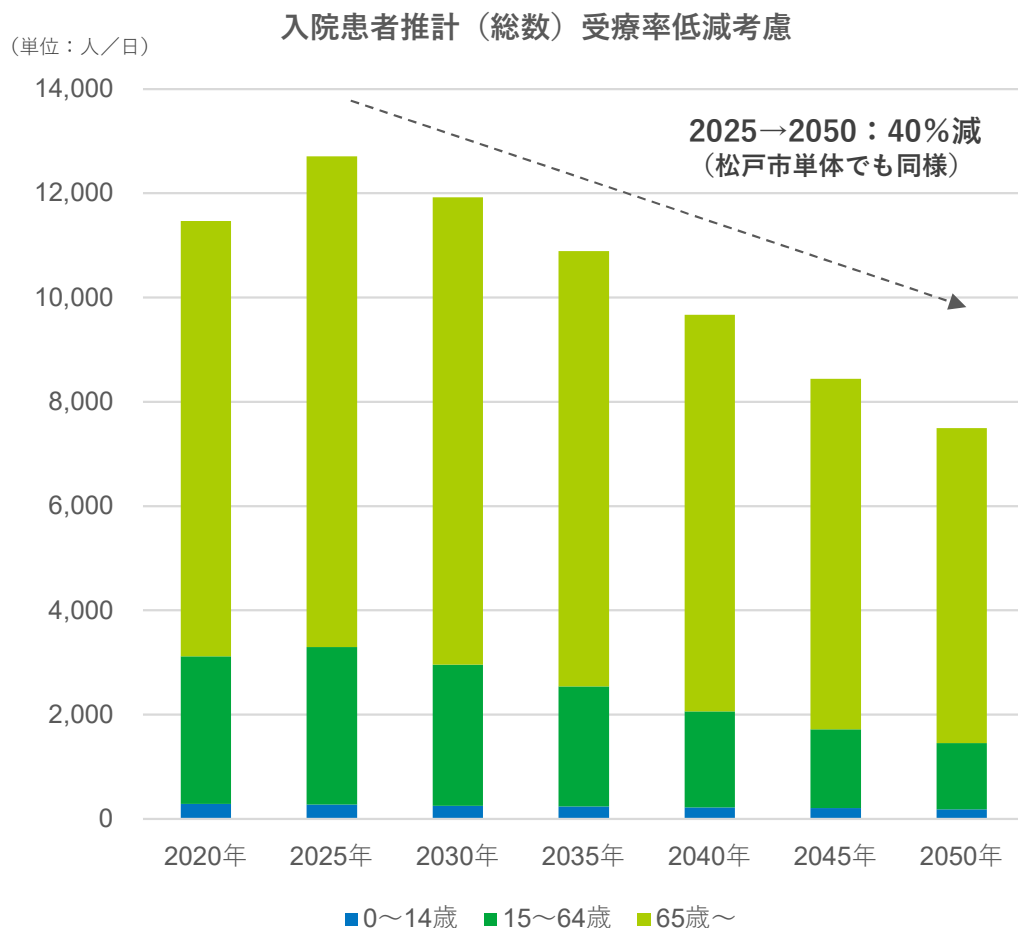
女性	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	単年減少率	対2050年 伸展(遞減)率
0歳	1,050	1,025	1,000	976	952	929	2.4%	88.5%
1～4	144	134	125	116	108	100	6.9%	69.8%
5～9	76	68	61	55	49	44	10.6%	57.2%
10～14	86	78	71	64	59	53	9.2%	61.8%
15～19	112	102	93	84	77	70	9.0%	62.3%
20～24	142	123	106	92	79	69	13.6%	48.2%
25～29	204	172	146	123	104	88	15.4%	43.2%
30～34	271	237	206	180	157	137	12.7%	50.7%
35～39	267	232	203	177	154	134	12.8%	50.3%
40～44	251	213	181	154	131	111	15.0%	44.4%
45～49	292	243	203	170	141	118	16.6%	40.5%
50～54	387	328	278	236	200	169	15.3%	43.7%
55～59	519	447	384	331	285	245	14.0%	47.1%
60～64	683	594	516	448	390	339	13.1%	49.6%
65～69	910	794	693	604	527	460	12.7%	50.6%
70～74	1,240	1,086	951	833	730	639	12.4%	51.5%
75～79	1,764	1,525	1,318	1,139	985	851	13.6%	48.2%
80～84	2,747	2,370	2,044	1,764	1,522	1,313	13.7%	47.8%
85～89	4,198	3,641	3,158	2,739	2,375	2,060	13.3%	49.1%
90歳以上	6,010	5,215	4,525	3,927	3,407	2,956	13.2%	49.2%

出所：「人口推計 各月1日現在人口 月次 2023年10月」「患者調査 令和5年患者調査 全国編 推計患者数」  
「患者調査 受療率(人口10万対)の年次推移, 入院-外来×性・年齢階級別(平成11年～令和5年)」を基に弊社作成

## ▶ 2 外部環境分析\_将来患者数推計\_病床数に与える影響

高齢化の進展のみを前提とした場合には患者数の増加が見込まれるが、受療率の低下傾向を考慮すると、2030年以降の入院患者数は減少に転じ、2050年には更に減少する見通しである。

- R5年の受療率が一定とした将来患者数の推計では2050年まで増加が継続していたが、前頁における受療率の低減を2030年以降に反映すると、患者数は2050年には40%減少する結果となる。
- 0～14歳患者数と15歳以上患者数に区分して影響度合いを見ると、15歳以上患者数の減少数が大きい。



入院患者数（受療率低減考慮） (単位：人/日)

	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2025→2050
0～14歳	290	274	253	238	223	205	186	32.3%減
15～64歳	2,827	3,023	2,702	2,305	1,839	1,514	1,270	58.0%減
65歳～	8,353	9,412	8,964	8,350	7,610	6,723	6,038	35.9%減
合計	11,470	12,709	11,920	10,893	9,671	8,442	7,493	41.0%減

過去20年で受療率が低下していることを踏まえ、2030年以降の患者推計に受療率の低下を考慮する。  
受療率の低下を加味すると、患者数は減少に転じる。

増減数（対2025年） (単位：人/日)

	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
0～14歳	-21	-37	-52	-70	-89
15歳～	-769	-1,780	-2,986	-4,198	-5,128
合計	-790	-1,817	-3,038	-4,267	-5,216

総合医療センターは政策医療として小児・周産期で重要な役割を果たしていることを鑑み、0～14歳と15歳以上患者数に区分して2025年からの影響度合いを見る。15歳以上患者数の減少数が極めて大きいため、病床数削減を検討する際には小児・周産期以外の一般病棟をどの程度減床させるかを優先して検討することが望ましい。

## ▶ 2 外部環境分析\_病院一覧\_二次医療圏

二次医療圏内の医療資源は松戸市に集積しており、いずれも急性期を中心とした機能となっている。

- 東葛北部医療圏内の病院のうち、松戸市に千葉西総合病院、総合医療センター、新東京病院、新松戸中央総合病院と大きな病院が集中しており、いずれも高度急性期・急性期病床を有している。
- 医療圏内病床数3位となる総合医療センターは高度急性期病床105床（シェア率4.7%）と急性期病床487床。

No.	施設名	総病床数	病床種別					医師数	救急車受入件数		
			高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟未報告		常勤	非常勤	
	合計	9,475	2,227	4,002	1,095	2,078	73	1,980.3	1,630	350.3	67,543
1	東京慈恵会医科大学附属柏病院	664	664	0	0	0	0	294.4	292	2.4	4,168
2	徳洲会 千葉西総合病院	608	397	211	0	0	0	199.9	164	35.9	9,643
3	総合医療センター	592	105	487	0	0	0	194.9	181	13.9	5,358
4	葵会 柏たなか病院	512	8	126	120	258	0	49.5	34	15.5	3,661
5	誠馨会 新東京病院	430	42	388	0	0	0	103.4	97	6.4	4,621
6	国立がん研究センター東病院	425	400	25	0	0	0	256.6	246	10.6	697
7	東京勤労者医療会 東葛病院	402	8	220	82	92	0	51.3	29	22.3	2,660
8	明理会 新松戸中央総合病院	333	135	198	0	0	0	119.8	107	12.8	6,684
9	協友会 柏厚生総合病院	322	322	0	0	0	0	72.4	64	8.4	7,228
10	葵会 千葉・柏リハビリテーション病院	310	0	0	60	250	0	-	0	0.0	0
11	蛍水会 名戸ヶ谷病院	300	20	244	36	0	0	64.1	56	8.1	6,764
12	誠高会 おおたかの森病院	282	126	114	42	0	0	39.4	33	6.4	3,918
13	協友会 千葉愛友会記念病院	268	0	135	0	100	33	36.6	23	13.6	1,912
14	聖秀会 聖光ヶ丘病院	219	0	131	0	88	0	23.9	17	6.9	469
15	柏市立柏病院	200	0	149	51	0	0	45.9	39	6.9	1,574
16	真療会 野田病院	192	0	96	45	51	0	-	0	0.0	738
17	創造会 平和台病院	184	0	104	80	0	0	25.5	24	1.5	1,120
18	松戸リハビリテーション病院	180	0	0	180	0	0	9.2	7	2.2	0
19	寿光会 松戸牧の原病院	180	0	0	0	180	0	13.0	4	9.0	0
20	聖峰会 岡田病院	162	0	95	0	67	0	11.3	5	6.3	168

脚注：病床機能報告のない病院（圭春会小張総合病院、葛野会木野崎病院、啓心会岡田病院、全生会江戸川病院、柏水会初石病院、明柳会恩田第二病院、蛍水会名戸ヶ谷記念病院、手賀沼病院）は表に含めず。

青くハイライトした箇所は松戸市内。感染症病床を除く。

出所：令和5年病床機能報告の結果を基に弊社作成

## ▶ 2 外部環境分析\_病院一覧\_二次医療圏\_病床別稼働\_高度急性期 (1/2)

二次医療圏内で新生児・小児を対象とした高度急性期機能を担う医療機関は限られており、特定の基幹病院に役割が集中している。

- 新生児・小児を対象とする入院料算定病床を有している高度急性期病院は、総合医療センターと東京慈恵会医科大学附属柏病院のみである。
- 概ねいずれの病棟においても稼働率は70%を超え、一定の稼働状況を保っている。

No.	貴院からの距離(km)	病院名称	算定入院料	病床数	入棟数	退棟数	在棟延患者数	平均在院日数	病床稼働率
1	0.00	総合医療センター (GCU)	新生児治療回復室入院医療管理料	18	328	324	4,298	13.18	70.4%
	0.00	総合医療センター (HCU院内)	ハイケアユニット入院医療管理料 1	12	607	608	3,254	5.35	88.2%
	0.00	総合医療センター (HCU救命)	救命救急入院料 1	16	920	923	3,658	3.96	78.4%
	0.00	総合医療センター (ICU救命)	救命救急入院料 4	8	342	343	1,944	5.67	78.3%
	0.00	総合医療センター (NICU)	新生児特定集中治療室管理料 1	16	337	337	4,915	14.58	89.9%
	0.00	総合医療センター (PICU)	特定集中治療室管理料 3	8	320	322	1,527	4.75	63.3%
2	1.08	徳洲会 千葉西総合病院	急性期一般入院料 1	351	19,825	19,863	108,024	5.44	99.8%
	1.08	徳洲会 千葉西総合病院	特定集中治療室管理料 1	20	1,689	1,689	6,080	3.59	106.4%
	1.08	徳洲会 千葉西総合病院	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	26	190	724	6,646	14.54	77.7%
3	3.04	明理会 新松戸中央総合病院	急性期一般入院料 1	120	4,436	4,183	39,733	9.21	100.3%
	3.04	明理会 新松戸中央総合病院	ハイケアユニット入院医療管理料 1	15	966	1,291	3,444	3.05	86.5%
4	3.09	誠馨会 新東京病院	ハイケアユニット入院医療管理料 1	14	1,180	1,273	6,466	5.27	151.4%
	3.09	誠馨会 新東京病院	特定集中治療室管理料 3	20	776	822	3,068	3.83	53.3%
	3.09	誠馨会 新東京病院	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	8	447	453	3,252	7.22	126.9%

出所：令和5年病床機能報告の結果及び総合医療センター提供資料を基に弊社作成

脚注：総合医療センターの病床数は総合医療センター提供資料に基づく

## ▶ 2 外部環境分析\_病院一覧\_二次医療圏\_病床別稼働\_高度急性期 (2/2)

No.	貴院からの距離(km)	病院名称	算定入院料	病床数	入棟数	退棟数	在棟延患者数	平均在院日数	病床稼働率
5	5.33	蛭水会 名戸ヶ谷病院	ハイケアユニット入院医療管理料 1	8	583	583	3,167	5.43	128.4%
	5.33	蛭水会 名戸ヶ谷病院	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	12	252	253	1,816	7.19	47.2%
6	5.76	東京勤労者医療会 東葛病院	ハイケアユニット入院医療管理料 1	8	497	466	1,398	2.9	63.8%
7	7.28	誠高会 おおたかの森病院	急性期一般入院料 1	120	6,030	6,183	39,127	6.4	103.4%
	7.28	誠高会 おおたかの森病院	特定集中治療室管理料 3	6	938	794	2,224	2.56	137.8%
8	8.20	協友会 柏厚生総合病院	急性期一般入院料 1	314	10,261	10,283	111,373	10.84	106.1%
	8.20	協友会 柏厚生総合病院	ハイケアユニット入院医療管理料 1	8	479	479	1,403	2.92	64.5%
9	8.71	東京慈恵会医科大学附属柏病院	急性期一般入院料 1	538	12,162	12,222	146,239	11.99	80.7%
	8.71	東京慈恵会医科大学附属柏病院	ハイケアユニット入院医療管理料 1	53	728	738	5,021	6.84	29.8%
	8.71	東京慈恵会医科大学附属柏病院	小児入院医療管理料 2	53	825	824	9,745	11.81	54.6%
	8.71	東京慈恵会医科大学附属柏病院	救命救急入院料 2	6	293	293	1,297	4.42	72.6%
	8.71	東京慈恵会医科大学附属柏病院	特定集中治療室管理料 4	14	988	987	3,462	3.5	87.1%
10	21.34	国立がん研究センター東病院	特定集中治療室管理料 3	8	27	1,581	2,689	3.34	146.2%
	21.34	国立がん研究センター東病院	特定機能病院一般病棟 7 対 1 入院基本料	392	14,787	16,432	134,809	8.63	105.7%
11	-	葵会 柏たなか病院	-	8	502	553	2,171	4.11	93.3%

出所：令和5年病床機能報告の結果を基に弊社作成

## ▶ 2 外部環境分析\_病院一覧\_二次医療圏\_病床別稼働\_急性期 (1/2)

- 総合医療センターで「小児入院医療管理料1」を算定する病床の稼働率は101.3%となっている。
- 総合医療センターで「急性期一般入院料1」を算定する病床の稼働率は86.2%であり、近隣の「急性期一般入院料1」を算定する病院（千葉西総合病院 102.9%, 我孫子聖仁会病院 91.0%, 新松戸中央総合病院 96.3%, 新東京病院 93.2%）と比べると低い水準にある。

No.	貴院からの距離(km)	病院名称	算定入院料	病床数	入棟数	退棟数	在棟延患者数	平均在院日数	病床稼働率
1	0.00	総合医療センター	急性期一般入院料1	417	9,859	9,795	121,432	12.35	86.2%
	0.00	総合医療センター（小児病棟）	小児入院医療管理料1	54	3,615	3,620	16,350	4.51	101.3%
2	1.08	徳洲会 千葉西総合病院	急性期一般入院料1	211	6,286	6,358	72,866	11.52	102.9%
3	2.11	鼎会三和病院	急性期一般入院料4	50	981	977	13,835	14.13	81.2%
4	2.96	聖仁会 我孫子聖仁会病院	急性期一般入院料1	50	0	0	16,615	-	91.0%
	2.96	聖仁会 我孫子聖仁会病院	緩和ケア病棟入院料2	20	0	0	2,206	-	30.2%
5	3.01	オーケーエム会 オーククリニックフォーミズ病院	地域一般入院料2	47	3,093	0	14,078	9.1	82.1%
6	3.04	明理会 新松戸中央総合病院	急性期一般入院料1	198	5,391	5,303	64,303	12.02	96.3%
7	3.09	誠馨会 新東京病院	急性期一般入院料1	388	10,710	10,909	121,019	11.19	93.2%
8	3.09	清志会 山本病院	地域一般入院料3	60	305	309	16,857	54.9	78.4%
9	3.21	日本大学松戸歯学部付属病院	-	31	462	462	2,205	4.77	23.6%
10	3.32	青嶺会 松戸整形外科病院	急性期一般入院料4	60	1,089	1,087	12,065	11.08	60.1%
11	3.77	松圓会 東葛クリニック病院	急性期一般入院料4	56	789	812	14,932	18.65	77.0%
12	3.77	聖秀会 聖光ヶ丘病院	障害者施設等10対1入院基本料	41	262	269	14,537	54.75	98.9%
	3.77	聖秀会 聖光ヶ丘病院	地域包括ケア病棟入院料2	49	664	667	16,482	24.76	95.9%
	3.77	聖秀会 聖光ヶ丘病院	急性期一般入院料6	41	792	793	13,159	16.6	93.2%
13	4.21	協友会 千葉愛友会記念病院	急性期一般入院料1	135	2,981	3,002	31,438	10.5	69.9%
14	4.35	五香病院	急性期一般入院料5	60	994	996	15,230	15.3	74.1%
15	5.33	蛍水会 名戸ヶ谷病院	急性期一般入院料5	244	5,771	5,771	61,719	10.69	75.8%

出所：令和5年病床機能報告の結果を基に弊社作成  
 総合医療センターの病床数は総合医療センター提供資料を基に弊社作成

## ▶ 2 外部環境分析\_病院一覧\_二次医療圏\_病床別稼働\_急性期 (2/2)

No.	貴院からの距離(km)	病院名称	算定入院料	病床数	入棟数	退棟数	在棟延患者数	平均在院日数	病床稼働率
16	5.76	東京勤労者医療会 東葛病院	-	220	4,561	4,591	64,776	14.15	86.4%
17	6.52	蛍水会 名戸ヶ谷あびこ病院	急性期一般入院料 4	115	2,347	2,484	42,415	17.55	107.0%
18	6.92	くぼのやウィメンズホスピタル	地域一般入院料 2	40	3,602	3,600	20,315	5.64	163.8%
19	7.28	誠高会 おおたかの森病院	急性期一般入院料 1	114	3,747	3,723	38,904	10.41	102.4%
20	7.58	聖峰会 岡田病院	地域一般入院料 1	95	164	179	7,735	45.1	22.8%
21	7.63	巻石堂病院	-	40	0	0	216	-	1.5%
22	9.54	曙会 流山中央病院	急性期一般入院料 5	156	0	0	47,514	-	83.4%
23	10.41	康喜会 辻仲病院柏の葉	急性期一般入院料 1	126	5,995	6,009	23,551	3.92	64.3%
	10.41	康喜会 辻仲病院柏の葉	緩和ケア病棟入院料 2	24	302	302	7,010	23.21	83.5%
24	10.41	康喜会 東葛辻仲病院	急性期一般入院料 1	56	3,142	3,136	11,569	3.68	71.9%
25	10.86	柏市立柏病院	急性期一般入院料 2	149	2,283	2,252	31,201	13.76	61.5%
26	11.10	太公会 我孫子東邦病院	地域一般入院料 2	100	1,307	1,325	25,077	19.05	72.3%
27	12.66	聖和会 天王台消化器病院	急性期一般入院料 4	43	743	735	7,311	9.89	51.3%
28	15.00	喜晴会 野田中央病院	地域一般入院料 3	34	105	118	6,209	55.68	51.0%
29	17.66	キッコーマン総合病院	急性期一般入院料 1	83	1,914	2,030	24,695	12.52	88.2%
30	17.87	創造会 平和台病院	急性期一般入院料 4	40	778	775	10,583	13.62	77.8%
	17.87	創造会 平和台病院	緩和ケア病棟入院料 1	18	161	161	1,521	9.44	25.6%
	17.87	創造会 平和台病院	急性期一般入院料 4	46	604	612	12,714	20.91	79.4%
31	21.34	国立がん研究センター東病院	緩和ケア病棟入院料 1	25	256	652	7,658	16.86	91.1%
32	23.31	真療会 野田病院	急性期一般入院料 4	96	796	749	17,398	22.52	51.8%
33	-	葵会 柏たなか病院	急性期一般入院料 4	126	2,981	2,857	43,143	14.78	100.0%
34	-	アピコ外科整形外科病院	地域一般入院料 3	28	227	233	7,148	31.07	72.2%

出所：令和5年病床機能報告の結果を元に弊社作成

## ▶ 2 外部環境分析\_保健医療計画

- 千葉県保健医療計画の循環型地域医療連携システムにおける位置づけ。松戸市内において小児・周産期領域で重要な役割を果たしている。

#	医療機関名	病床数 (一般)	がん			脳卒中		心血管疾患			糖尿病	救急医療		災害 拠点	周産期医療		小児医療		感染症 指定 医療 機関 (第2種)	
			がん 診療 連携 拠点 病院	千葉県 がん 診療 連携 協力 病院	小児 がん	急性期	回復期	急性期	回復期	慢性期		専門 治療	三次 救急		二次 救急	小児 中核 病院	地域周 産期母 子医療 センター 及び 母体搬 送ネッ トワー ク連携 病院	分娩 実施 一般 病院		三次 救急
1	東京慈恵会医科大学附属柏病院	664	○			○		○	○		○	○		○		○		○	○	
2	徳洲会 千葉西総合病院	608		○			○	○	○	○			○	○			○		○	
3	<b>松戸市立総合医療センター</b>	<b>592</b>	<b>○</b>						<b>○</b>			<b>○</b>		<b>○</b>	<b>○</b>	<b>○</b>		<b>○</b>		<b>○</b>
4	葵会 柏たなか病院	512				○	○			○		○							○	
5	誠馨会 新東京病院	430		○		○		○	○	○			○							
6	国立がん研究センター東病院	425	○			○				○										
7	東京勤労者医療会 東葛病院	402					○												○	
8	明理会 新松戸中央総合病院	333		○					○										○	
9	協友会 柏厚生総合病院	322				○		○	○	○			○						○	
10	葵会 千葉・柏リハビリテーション病院	310				○														
11	蛍水会 名戸ヶ谷病院	300				○	○	○	○		○		○						○	
12	誠高会 おおたかの森病院	282							○										○	
13	協友会 千葉愛友会記念病院	268				○	○	○			○		○				○			
14	聖秀会 聖光ヶ丘病院	219				○	○	○			○		○							
15	柏市立柏病院	200						○			○		○						○	

## ▶ 2 外部環境分析\_医療資源配置

総合医療センターが位置する千葉県東葛北部医療圏には、大規模病院が主に「松戸市」と「柏市」に集積している。特に“松戸市”内においては「千葉西総合病院」「新東京病院」等の高度急性期及び急性期機能を有しかつ集患力のある病院が複数存在している。地域内の医療資源配置を踏まえた役割分担と連携のあり方を前提に、戦略的な医療提供体制を構築することが重要である。

千葉県東葛北部医療圏においてxCU及び急性期一般入院料1~3を有している医療機関の位置関係



出所：各医療機関のHPから作成

## ▶ 2 外部環境分析\_患者集積構造\_競合施設比較\_疾病分類別\_入院 (1/3)

筋骨及び皮膚では総合医療センターがトップシェア。一方で患者数の多い神経、呼吸、循環、消化では千葉西及び国がんがトップシェア。そのほか疾患についても各医療機関でシェアが分散している。

MDC名称	医療圏患者数	松戸市立医療センター患者数	シェア率	上位3病院	患者数	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%
				蛍水会 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%
				東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%

出所：令和5年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告を基に弊社作成

## ▶ 2 外部環境分析\_患者集積構造\_競合施設比較\_疾病分類別\_入院 (2/3)

内泌、新生、小児で総合医療センターがトップシェア。一方で患者数の多い腎尿、外傷では千葉西がトップシェア。そのほか疾患についても各医療機関でシェアが分散している。

MDC名称	医療圏患者数	松戸市立医療センター患者数	シェア率	上位3病院	患者数	シェア率
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%

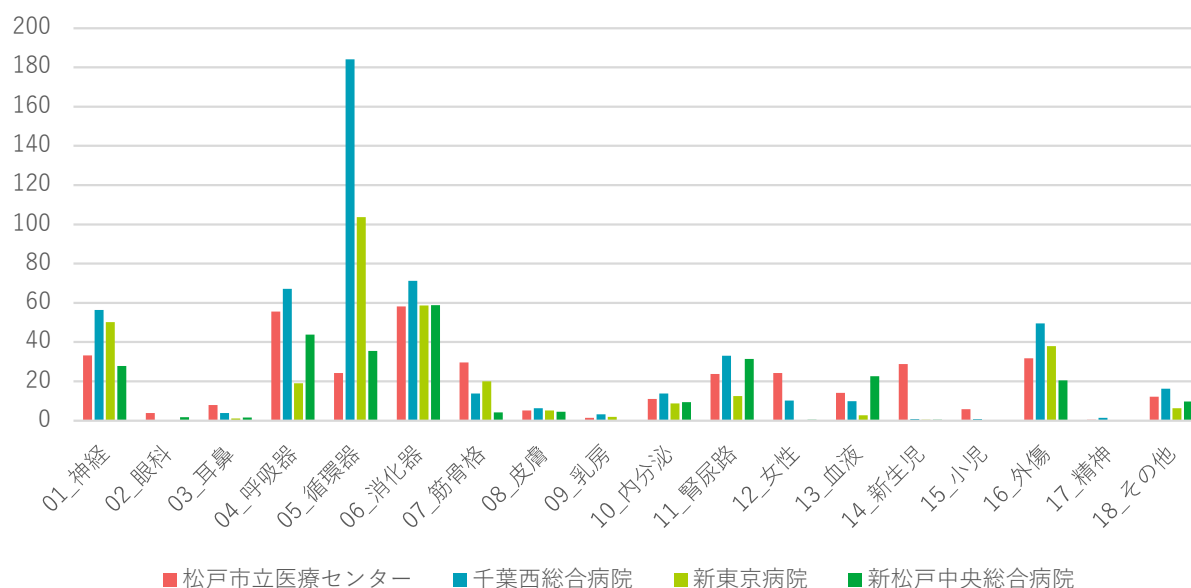
出所：令和5年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告を基に弊社作成

## ▶ 2 外部環境分析\_患者集積構造\_競合施設比較\_疾病分類別\_入院 (3/3)

総合医療センターは消化器領域を中心に症例を確保しており、女性、新生児、小児については他院と比較して患者数が多い一方、循環器などの急性期重点領域では競合医療機関へ集約されている可能性が読み取れる。

- 循環器領域においては千葉西総合病院が圧倒的シェアを確保し、次いで新東京病院となりこの2医療機関でほぼシェアを二分している状態。
- 消化器領域は一定規模を維持しており、同院の外科系症例の中心を担っている。
- 眼科系疾患や筋骨格系疾患などは一定数存在するものの、全体としては特定領域への集中が限定的であり、高付加価値手術領域においては他院への集約の可能性が見られる。

一日平均入院患者数 (MDC 2 桁分類別)



(人)	松戸市立総合医療センター	千葉西総合病院	新東京病院	新松戸中央総合病院
01_神経	33.3	56.4	50.2	27.8
02_眼科	3.8	0.1	0.2	1.8
03_耳鼻	7.9	3.8	1.1	1.6
04_呼吸器	55.6	67.2	19.1	43.8
05_循環器	24.2	184	103.6	35.5
06_消化器	58.2	71.2	58.7	58.8
07_筋骨格	29.6	13.8	20.1	4.2
08_皮膚	5.2	6.3	5.2	4.6
09_乳房	1.4	3.2	2	0
10_内分泌	11.1	13.8	8.7	9.4
11_腎尿路	23.8	33.1	12.5	31.5
12_女性	24.3	10.2		0.5
13_血液	14.2	9.9	2.8	22.6
14_新生児	28.8	0.8	0.4	0.5
15_小児	5.9	0.8		
16_外傷	31.8	49.5	38	20.5
17_精神	0.5	1.4		
18_その他	12.2	16.3	6.4	9.8

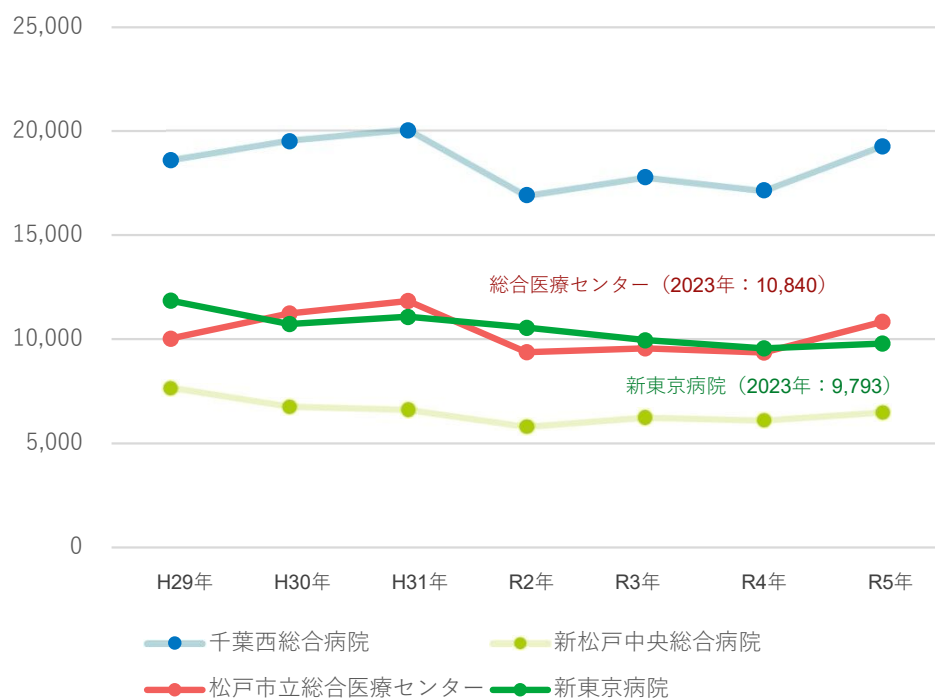
## ▶ 2 外部環境分析\_患者集積構造\_競合施設比較\_手術有無

手術の有無を加味した患者数の推移を分析。

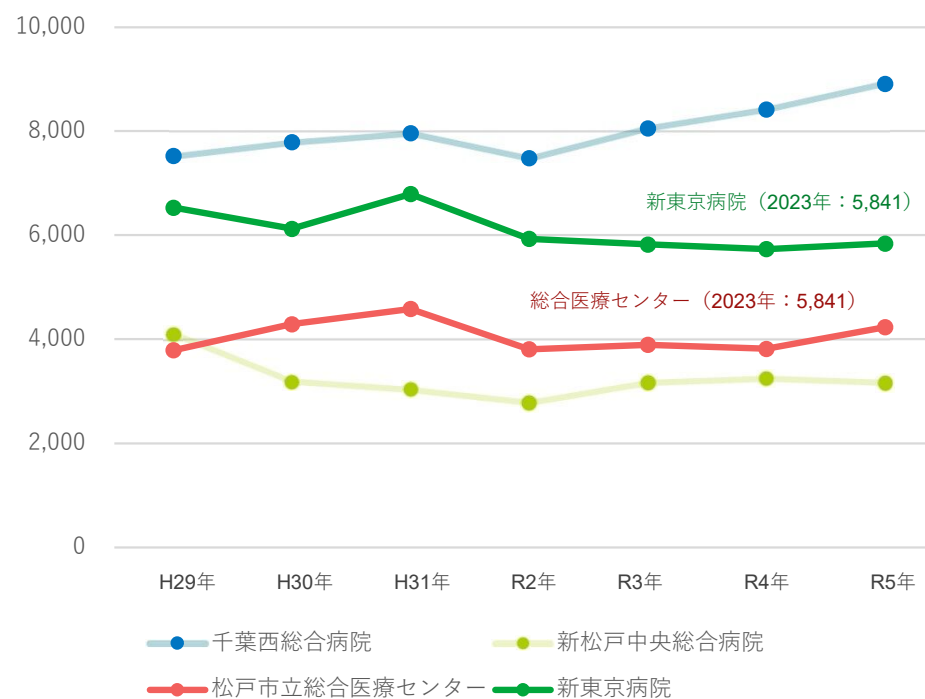
医療圏内に存在する競合病院との差別化及び役割分担を踏まえた戦略が求められる。

- 千葉西総合病院は手術の有無を問わず患者数が最も多く、地域内で圧倒的な集患力を有している。
- 全MDC（手術あり+なし）では総合医療センターが市内で千葉西総合病院に次ぐ患者規模となっているが、「手術あり患者」に限定すると、新東京病院の患者数が総合医療センターを上回っており、外科的治療においては他院が選択されている可能性が示唆される。

患者数推移\_競合比較（手術あり+なし）



患者数推移\_競合比較（手術あり）

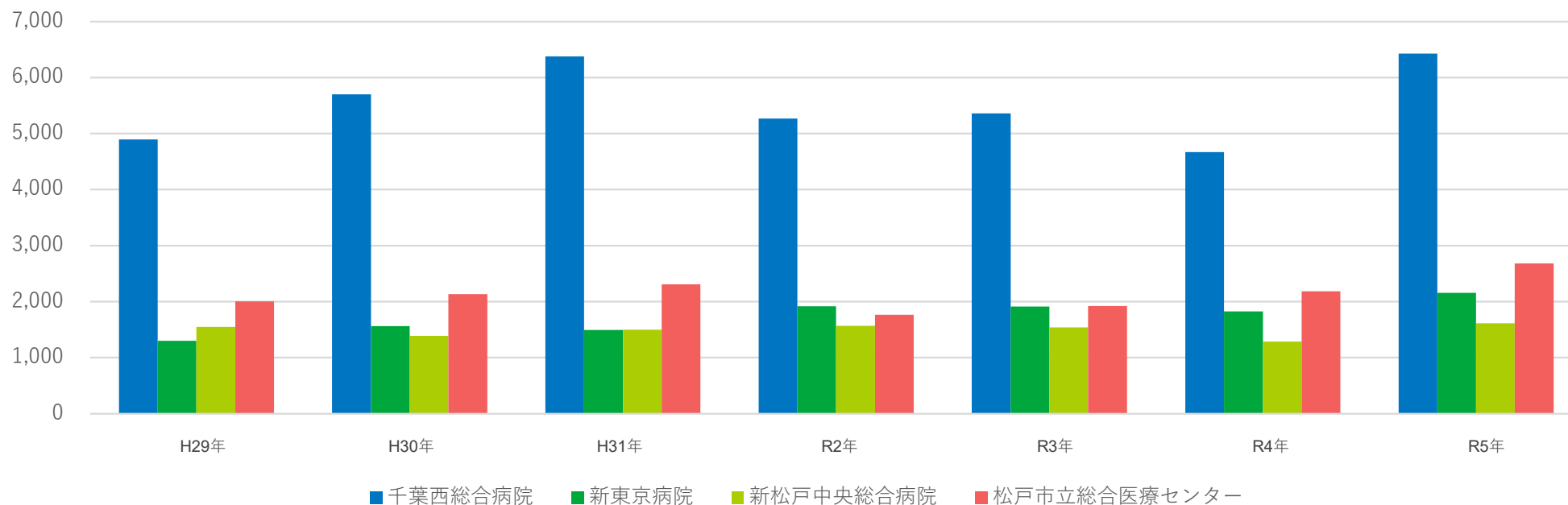


## ▶ 2 外部環境分析\_患者集積構造\_競合施設比較\_救急搬送

救急搬送患者の受入は一部の大規模病院に集約される構造がみられる。総合医療センターではR2年以降、受入件数が増加傾向にあり、地域救急医療における存在感が高まっている。

- 救急搬送からの入院患者数は千葉西総合病院がH29～R5年を通じて常に他院を大きく上回り、救急入院の主要な受け皿となっている。
- 総合医療センターは増加基調で推移し、2023年には直近6年と比較しても最大数となっている。

救急搬送からの入院患者数推移（DPC）



	H29年	H30年	H31年	R2年	R3年	R4年	R5年
千葉西総合病院	4,893	5,698	6,376	5,267	5,358	4,667	6,426
新東京病院	1,299	1,564	1,491	1,918	1,910	1,823	2,157
新松戸中央総合病院	1,550	1,387	1,496	1,566	1,540	1,287	1,613
<b>総合医療センター</b>	<b>2,006</b>	<b>2,131</b>	<b>2,308</b>	<b>1,765</b>	<b>1,922</b>	<b>2,182</b>	<b>2,682</b>

出所：令和5年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告を基に弊社作成

# 3 內部環境分析

### ▶ 3 内部環境分析\_サマリー

#### 概要

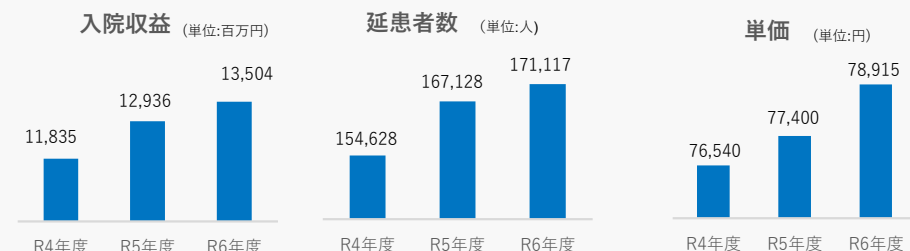
費用の伸びが収益の伸びを上回っており、収支の改善が課題となっている。

#### 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

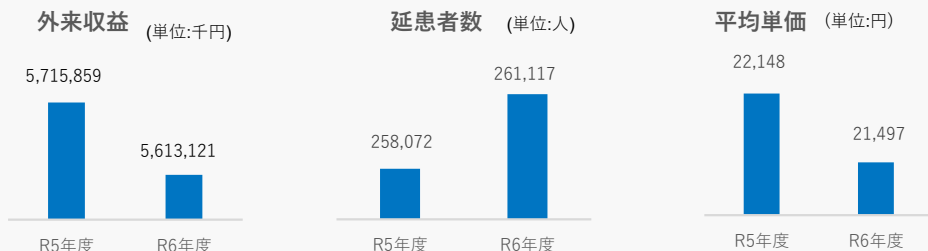
- 稼働率、入院単価ともに増加傾向
- 整形外科、小児科、救急科、新生児科、産婦人科、内科等が入院収益の増収をけん引



#### 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対収益率に示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		大分県立病院		川崎市立川崎病院		市立函館病院	
	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%	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 内部環境分析\_財務諸表

#### 財務サマリー (過去5年分)

(単位: 百万円)	総合医療センター					対医業収益率
	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	
医業収益	16,245	17,607	17,925	19,142	19,476	100.0%
入院収益	10,636	11,228	11,919	12,962	13,387	68.7%
外来収益	5,033	5,566	5,373	5,601	5,487	28.2%
その他医業収益	338	576	395	348	366	1.9%
負担金交付金	238	237	237	231	237	1.2%
医業費用	20,716	21,081	21,223	22,440	24,390	125.2%
給与費	11,206	11,073	11,239	11,971	13,781	70.8%
材料費	4,696	5,126	5,166	5,537	5,538	28.4%
経費	2,963	3,076	2,917	2,839	3,053	15.7%
減価償却費	1,742	1,758	1,835	2,012	1,944	10.0%
資産減耗費	70	5	14	21	6	0.0%
研究研修費	39	43	53	61	68	0.4%
その他医業費用					0	0.0%
医業損益	▲4,471	▲3,474	▲3,298	▲3,299	▲4,914	-25.2%
医業外収益	5,340	5,114	4,062	1,515	2,302	11.8%
受取利息配当金	0	0	0	0	2	0.0%
国庫補助金	262	108	17	17	20	0.1%
県補助金	2,909	3,375	2,615	343	88	0.5%
負担金交付金	1,602	1,082	882	594	1,634	8.4%
長期前受金戻入	86	86	96	99	103	0.5%
その他医業外収益	136	123	117	134	103	0.5%
雑収益	0	0	0	0	0	0.0%
看護学校収益	191	180	174	178	186	1.0%
保育所収益	154	159	161	149	166	0.9%
医業外費用	1,065	1,412	1,456	1,471	1,509	7.7%
支払利息及び企業債取扱諸費	130	122	118	116	113	0.6%
雑損失	2	2	2	1	7	0.0%
雑支出	759	792	804	837	864	4.4%
長期前払消費税償却	174	178	183	172	191	1.0%
看護学校費用	213	178	197	173	182	0.9%
保育所費用	155	141	153	172	152	0.8%
経常損益	▲563	228	▲692	▲3,255	▲4,121	-21.2%
特別利益	413	2	0	0	86	0.4%
特別損失	143	35	0	0	2,837	14.6%
当期純損益	▲292	195	▲692	▲3,255	▲6,872	-35.3%

#### 医業収益

- 医業収益は R2:16,245 → R6:19,476 (+3,231)。前年差は R6:+334で、直近は増収ペースが鈍化。
- 入院収益は R2:10,636 → R6:13,387 (+2,751)。対医業収益率は 65.5% → 68.7% (+3.2pt) で、構成比が上昇。
- 外来収益は R2:5,033 → R6:5,487 (+454) だが、前年差は ▲114。対医業収益率は 31.0% → 28.2% (▲2.8pt) で、相対的に比重が低下。

#### 医業費用

- 医業費用は R2:20,716 → R6:24,390 (+3,674)。
- 対医業収益率は R5:117.2% → R6:125.2% (+8.0pt) と再悪化。給与費は R2:11,206 → R6:13,781 (+2,575) (前年差 +1,810)。
- 対医業収益率は R5:62.5% → R6:70.8% (+8.3pt) と大きく上振れし、費用増の最大要因。
- 材料費は R2:4,696 → R6:5,538 (+842) (前年差 +1)。
- 対医業収益率は 28.9% → 28.4% (▲0.5pt) で概ね横ばい。
- 経費は R2:2,963 → R6:3,053 (+90) (前年差 +214)。
- 減価償却費は R2:1,742 → R6:1,944 (+202) (前年差 ▲68)。対医業収益率は 10.7% → 10.0% (▲0.7pt) で概ね安定。

#### 医業外収益

- 医業外収益は R2:5,340 → R6:2,302 (▲3,038)。対医業収益率も 32.9% → 11.8% (▲21.1pt) と大きく低下 (R6は前年差 +787で一部持ち直し)。
- 内訳では、県補助金が R2:2,909 → R6:88 (▲2,821) と大幅減 (対医業収益率 17.9% → 0.5%)。一方、負担金交付金は R5:594 → R6:1,634 (+1,040) と R6で増加 (対医業収益率 3.1% → 8.4%)。

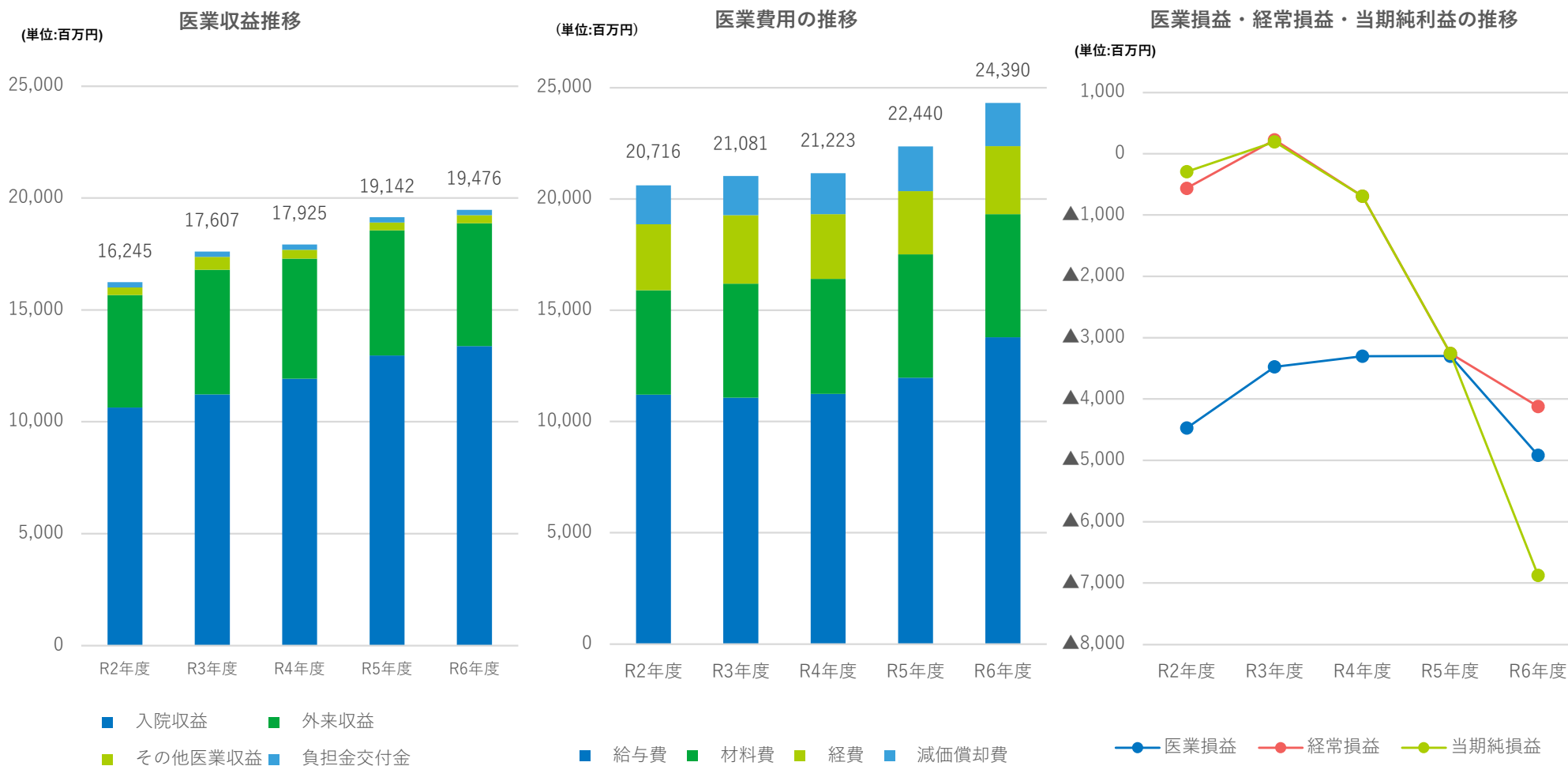
#### 医業外費用

- 医業外費用は R2:1,065 → R6:1,509 (+444) (前年差 +38)。対医業収益率は 6.6% → 7.7% (+1.1pt) で、収益に対してやや重くなっている。
- 内訳では、支払利息等は R2:130 → R6:113 (▲17) (対医業収益率 0.8% → 0.6%) と低下。一方、雑支出は R2:759 → R6:864 (+105) で一定水準を占める (対医業収益率は 4.7% → 4.4%)。

### ▶ 3 内部環境分析\_財務諸表

費用増加が収益の伸びを上回ることにより、経常損益および当期純利益は悪化している。

R6年度は東松戸病院の閉院にともなう特別損失28億円を計上した影響により、当期純利益は▲68億円と過去最大の損失を計上。



### ▶ 3-1-1 入院\_全体

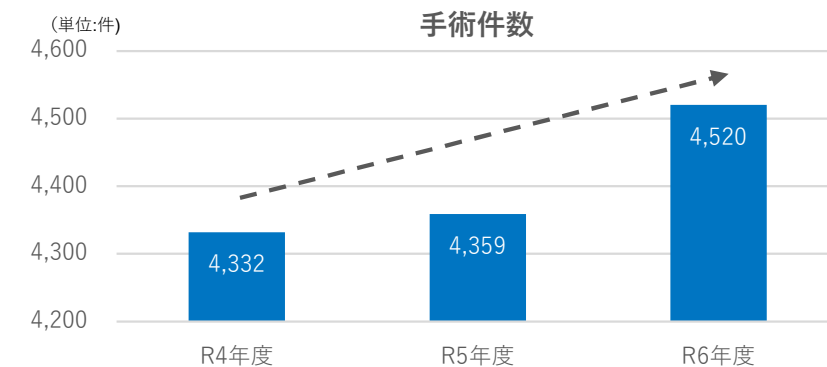
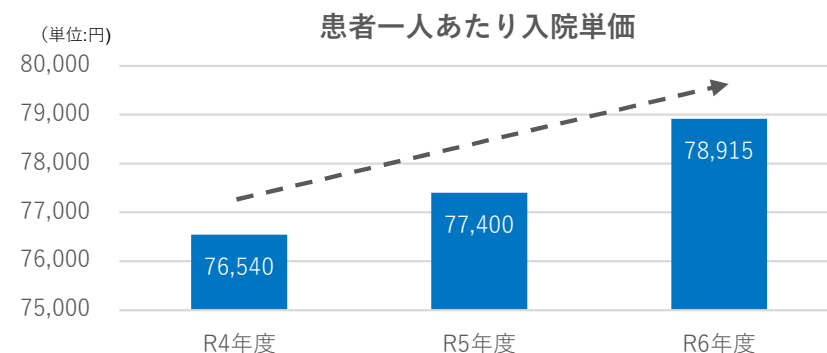
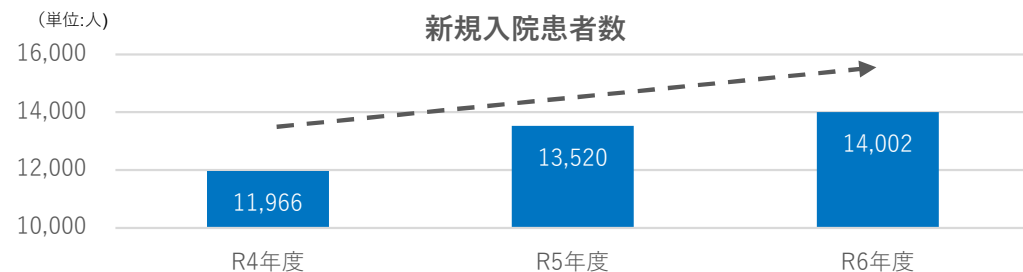
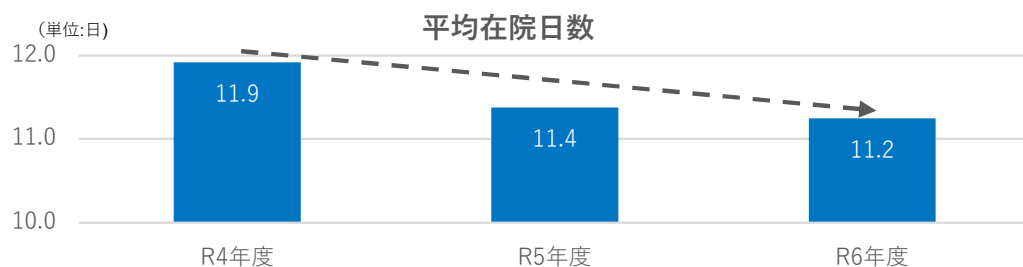
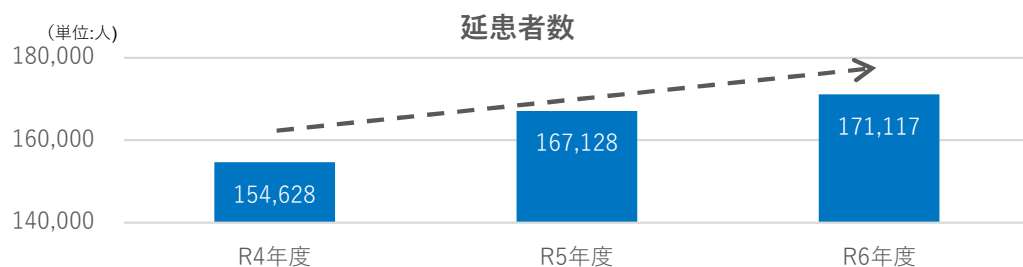
入院収益については延患者数、入院単価の上昇により年々増加している。

入院収益は「延患者数 × 入院単価」に分解される。延患者数については、新規入院患者数の増加と平均在院日数の適切なマネジメントが重要である。

$$\text{入院収益} = \text{延患者数 (病床稼働率)} \times \text{入院単価}$$

$$\quad \quad \quad \downarrow \quad \quad \quad \times \quad \quad \quad \downarrow$$

$$\quad \quad \quad \text{(新規入院患者数)} \quad \times \quad \text{(平均在院日数 + 1)}$$



### ▶ 3-1-1 入院\_診療科別\_医業収益 (1/2)

R5年度からの入院収益の増加は小児科、新生児科、消化器外科、脳神経外科、整形外科、内科、形成外科によるもの大きい。

▼R5年度と比較してR6年度の増収額の大きい診療科順

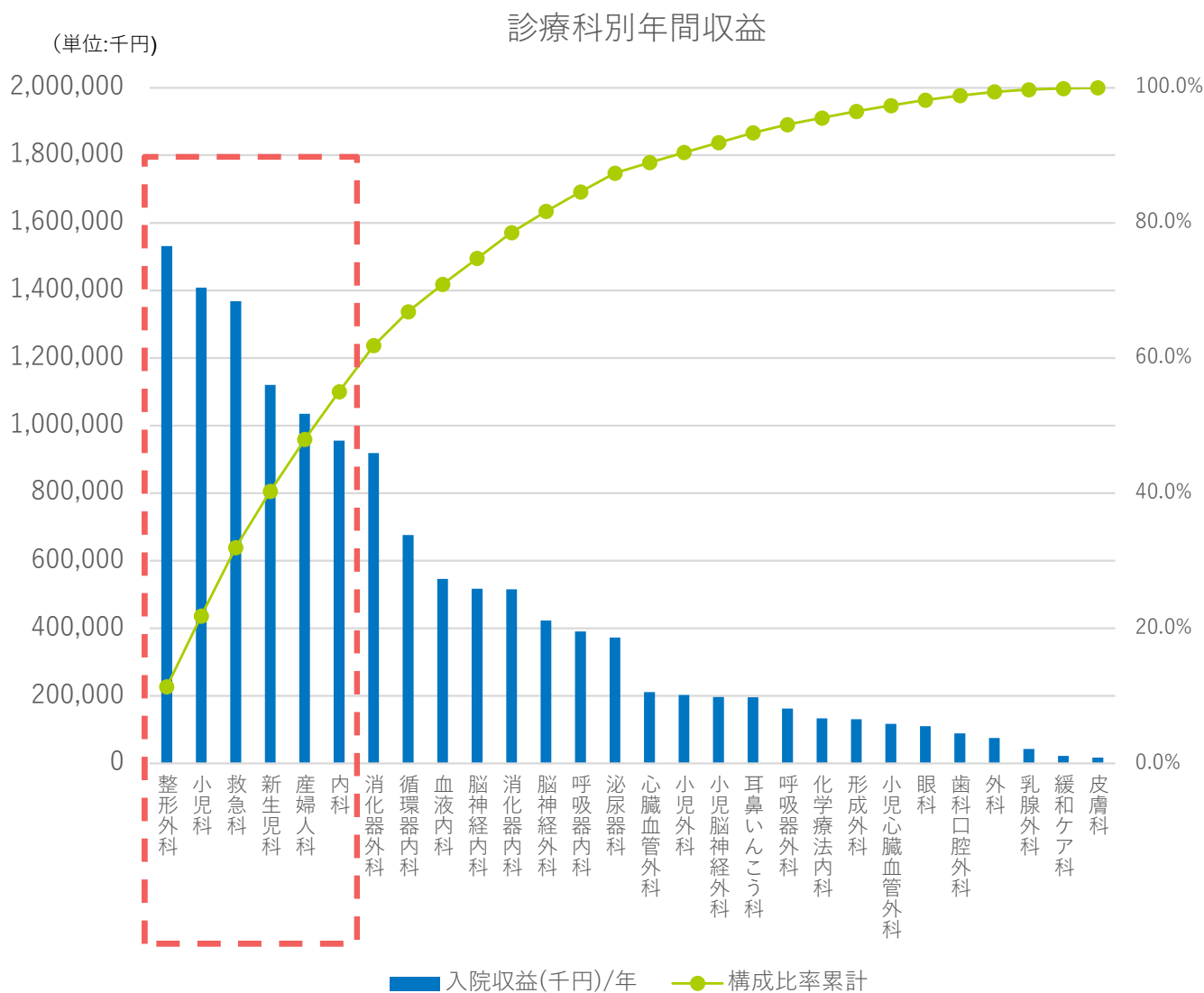
診療科 (単位:千円)	R4年度		R5年度		R6年度		
	入院収益計	入院収益計	増収額	前年増加率	入院収益計	増収額	前年増加率
小児科	1,051,982	1,186,869	134,887	13%	1,407,889	221,020	19%
新生児科	915,143	1,004,240	89,097	10%	1,120,457	116,216	12%
消化器外科	774,192	813,554	39,362	5%	918,394	104,840	13%
脳神経外科	301,848	323,051	21,203	7%	423,022	99,970	31%
整形外科	1,307,056	1,455,058	148,002	11%	1,531,413	76,354	5%
内科	933,647	884,171	-49,475	-5%	955,084	70,913	8%
形成外科	90,082	84,948	-5,135	-6%	130,773	45,826	54%
呼吸器外科	79,254	129,770	50,516	64%	162,646	32,876	25%
血液内科	523,190	513,677	-9,513	-2%	545,780	32,104	6%
産婦人科	1,023,175	1,009,483	-13,691	-1%	1,035,141	25,657	3%
小児心臓血管外科	121,880	96,959	-24,921	-20%	116,873	19,913	21%
脳神経内科	402,381	497,456	95,075	24%	516,875	19,419	4%
泌尿器科	355,478	355,031	-446	0%	372,285	17,253	5%
耳鼻いんこう科	106,870	184,099	77,229	72%	195,740	11,641	6%
化学療法内科	107,899	128,405	20,506	19%	133,573	5,167	4%
乳腺外科	28,073	37,932	9,859	35%	42,484	4,552	12%
精神科	789	880	90	11%	4,111	3,231	367%
眼科	67,953	109,251	41,298	61%	109,916	665	1%
放射線科	17,423	17,780	357	2%	18,096	316	2%
歯科口腔外科	71,272	91,493	20,221	28%	88,830	-2,663	-3%
小児外科	171,190	207,244	36,055	21%	202,618	-4,626	-2%
循環器内科	590,425	689,434	99,010	17%	676,307	-13,127	-2%
外科	96,021	92,975	-3,045	-3%	75,533	-17,442	-19%
皮膚科	23,234	45,584	22,349	96%	16,987	-28,597	-63%
消化器内科	468,904	550,026	81,122	17%	515,344	-34,682	-6%
救急科	1,155,524	1,405,137	249,613	22%	1,367,808	-37,329	-3%
呼吸器内科	532,935	456,625	-76,310	-14%	390,407	-66,218	-15%
小児脳神経外科	245,390	268,472	23,082	9%	196,446	-72,026	-27%
心臓血管外科	272,034	296,137	24,103	9%	210,831	-85,306	-29%
緩和ケア科	-	-	-	-	22,002	-	-
合計	11,835,242	12,935,743	1,100,501	9%	13,503,677	567,935	4%

出所：総合医療センター提供資料を基に弊社作成

脚注：内科については内科、代謝内分泌内科、アレルギーリウマチ科の合計、産婦人科については婦人科、産科の合計

### ▶ 3-1-1 入院\_診療科別\_医業収益 (2/2)

整形外科、小児科、救急科、新生児科、産婦人科、内科の6診療科で、入院収益の約55%を占めている。



診療科	延患者数(人/年)	平均単価(円/年)	入院収益(千円/年)
整形外科	20,094	76,212	1,531,413
小児科	16,520	85,223	1,407,889
救急科	9,686	141,215	1,367,808
新生児科	11,911	94,069	1,120,457
産婦人科	11,425	90,603	1,035,141
内科	21,201	45,049	955,084
消化器外科	12,458	73,719	918,394
循環器内科	7,273	92,989	676,307
血液内科	6,015	90,737	545,780
脳神経内科	8,942	57,803	516,875
消化器内科	9,104	56,606	515,344
脳神経外科	5,180	81,664	423,022
呼吸器内科	7,292	53,539	390,407
泌尿器科	5,045	73,793	372,285
心臓血管外科	1,586	132,932	210,831
小児外科	1,390	145,768	202,618
小児脳神経外科	1,670	117,633	196,446
耳鼻いんこう科	2,656	73,697	195,740
呼吸器外科	1,595	101,972	162,646
化学療法内科	2,622	50,943	133,573
形成外科	1,404	93,143	130,773
小児心臓血管外科	478	244,503	116,873
眼科	1,227	89,581	109,916
歯科口腔外科	1,040	85,413	88,830
外科	742	101,797	75,533
乳腺外科	638	66,589	42,484
緩和ケア科	1,504	14,629	22,002
皮膚科	419	40,541	16,987

出所：総合医療センター提供資料を基に弊社作成

脚注：内科については内科、代謝内分泌内科、アレルギーリウマチ科の合計、産婦人科については婦人科、産科の合計

### ▶ 3-1-1 入院\_診療科別\_診療単価 (1/2)

R5年度と比較して入院単価が増加した科は17科、減少は11科となっている。

入院単価は、ICU・HCU・GCU・NICU等のユニットを使用する診療科や、外科的処置を多く伴う診療科で高い傾向。

平均単価	R4年度	R5年度		R6年度	
	平均単価	平均単価	前年からの増加額	平均単価	前年からの増加額
小児心臓血管外科	199,476	238,230	38,753	244,503	6,274
小児外科	125,967	125,831	-136	145,768	19,937
救急科	124,063	114,248	-9,815	141,215	26,967
心臓血管外科	175,732	164,703	-11,029	132,932	-31,771
小児脳神経外科	122,756	114,487	-8,269	117,633	3,145
呼吸器外科	95,949	117,758	21,809	101,972	-15,786
外科	90,245	103,421	13,176	101,797	-1,624
新生児科	92,786	87,599	-5,186	94,069	6,470
形成外科	109,857	125,291	15,435	93,143	-32,148
循環器内科	86,687	93,293	6,606	92,989	-304
血液内科	87,402	86,448	-954	90,737	4,288
産婦人科	90,554	85,016	-5,538	90,603	5,587
眼科	79,199	88,035	8,835	89,581	1,546
歯科口腔外科	73,174	84,952	11,777	85,413	462
小児科	82,276	80,395	-1,881	85,223	4,828
脳神経外科	78,545	76,589	-1,956	81,664	5,076
整形外科	78,705	78,208	-497	76,212	-1,995
泌尿器科	59,986	71,811	11,824	73,793	1,982
消化器外科	68,983	72,361	3,378	73,719	1,358
耳鼻いんこう科	75,208	74,534	-674	73,697	-837
乳腺外科	66,524	76,941	10,417	66,589	-10,352
脳神経内科	50,889	55,010	4,121	57,803	2,793
消化器内科	52,936	53,945	1,010	56,606	2,661
呼吸器内科	61,904	54,019	-7,885	53,539	-480
化学療法内科	54,660	47,243	-7,418	50,943	3,700
内科	44,209	47,214	3,005	45,049	-2,165
皮膚科	38,659	41,743	3,084	40,541	-1,202
緩和ケア科	0	0	0	14,629	-
合計	76,540	77,400	860	78,915	1,515

出所：総合医療センター提供資料を基に弊社作成

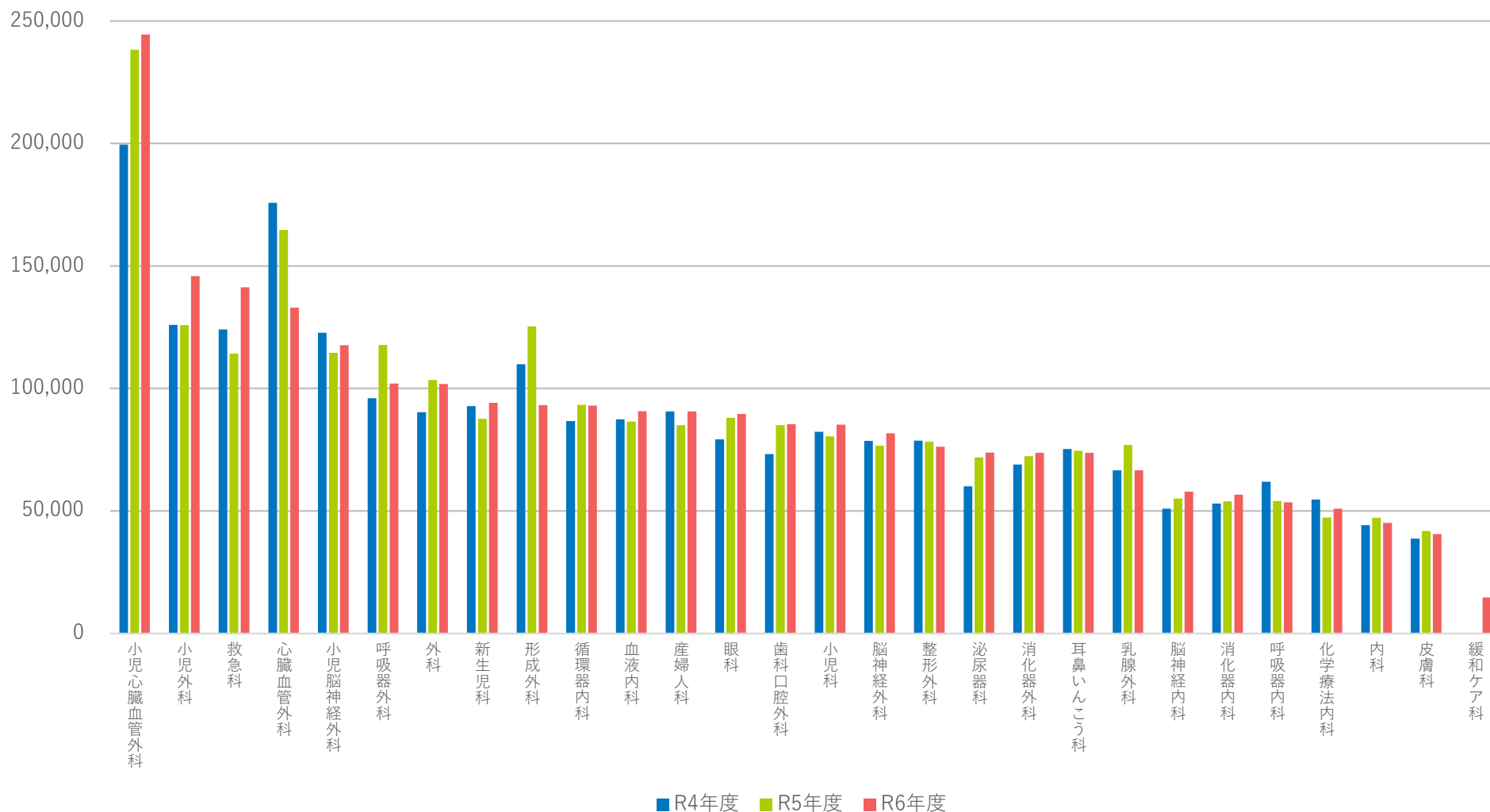
脚注：内科については内科、代謝内分泌内科、アレルギーリウマチ科の合計、産婦人科については婦人科、産科の合計

### ▶ 3-1-1 入院\_診療科別\_診療単価 (2/2)

R5年度と比較して入院単価が増加した科は17科、減少は11科となっている。入院単価は、ICU・HCU・GCU・NICU等のユニットを使用する診療科や、外科的処置を多く伴う診療科で高い傾向。

(単位:円)

診療科別平均単価



出所：総合医療センター提供資料を基に弊社作成

脚注：内科については内科、代謝内分泌内科、アレルギーリウマチ科の合計、産婦人科については婦人科、産科の合計

### ▶ 3-1-1 入院\_診療科別\_延患者数 (1/2)

R6年度においては内科の入院患者数が最も多く、整形外科・小児科・消化器外科・新生児科・産婦人科の6診療科で入院延患者数の約50%を占めている。

診療科(人)	R4年度		R5年度			R6年度		
	延患者数	1日当たり患者数 (365日/年)	延患者数	1日当たり患者数 (366日/年)	前年からの 増減数	延患者数	1日当たり患者数 (365日/年)	前年からの 増減数
内科	21,119	58	18,727	51	-2,392	21,201	58	2,474
整形外科	16,607	45	18,605	51	1,998	20,094	55	1,489
小児科	12,786	35	14,763	40	1,977	16,520	45	1,757
消化器外科	11,223	31	11,243	31	20	12,458	34	1,215
新生児科	9,863	27	11,464	31	1,601	11,911	33	447
産婦人科	11,299	31	11,874	32	575	11,425	31	-449
救急科	9,314	26	12,299	34	2,985	9,686	27	-2,613
消化器内科	8,858	24	10,196	28	1,338	9,104	25	-1,092
脳神経内科	7,907	22	9,043	25	1,136	8,942	24	-101
呼吸器内科	8,609	24	8,453	23	-156	7,292	20	-1,161
循環器内科	6,811	19	7,390	20	579	7,273	20	-117
血液内科	5,986	16	5,942	16	-44	6,015	16	73
脳神経外科	3,843	11	4,218	12	375	5,180	14	962
泌尿器科	5,926	16	4,944	14	-982	5,045	14	101
耳鼻いんこう科	1,421	4	2,470	7	1,049	2,656	7	186
化学療法内科	1,974	5	2,718	7	744	2,622	7	-96
小児脳神経外科	1,999	5	2,345	6	346	1,670	5	-675
呼吸器外科	826	2	1,102	3	276	1,595	4	493
心臓血管外科	1,548	4	1,798	5	250	1,586	4	-212
緩和ケア科	0	0	0	0	0	1,504	4	1,504
形成外科	820	2	678	2	-142	1,404	4	726
小児外科	1,359	4	1,647	5	288	1,390	4	-257
眼科	858	2	1,241	3	383	1,227	3	-14
歯科口腔外科	974	3	1,077	3	103	1,040	3	-37
外科	1,064	3	899	2	-165	742	2	-157
乳腺外科	422	1	493	1	71	638	2	145
小児心臓血管外科	611	2	407	1	-204	478	1	71
皮膚科	601	2	1,092	3	491	419	1	-673

出所：総合医療センター提供資料を基に弊社作成

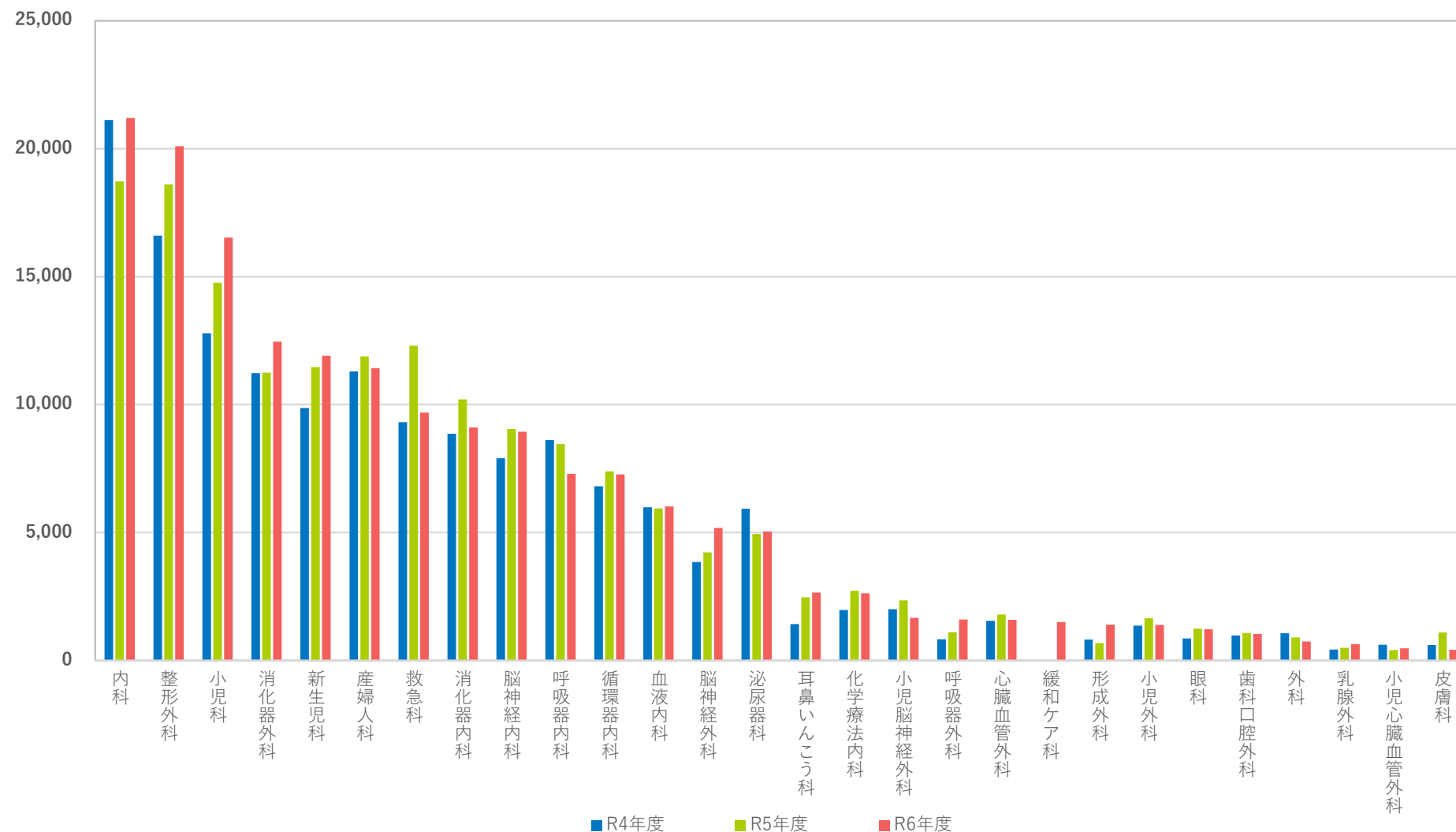
脚注：内科については内科、代謝内分泌内科、アレルギーリウマチ科の合計、産婦人科については婦人科、産科の合計

### ▶ 3-1-1 入院\_診療科別\_延患者数 (2/2)

R5年度からR6年度にかけての入院延患者数を診療科別に比較した結果、増加した診療科・減少した診療科はいずれも14科となっている。延患者数の上位5診療科は患者が増加している。

(単位:人)

診療科別延入院患者数

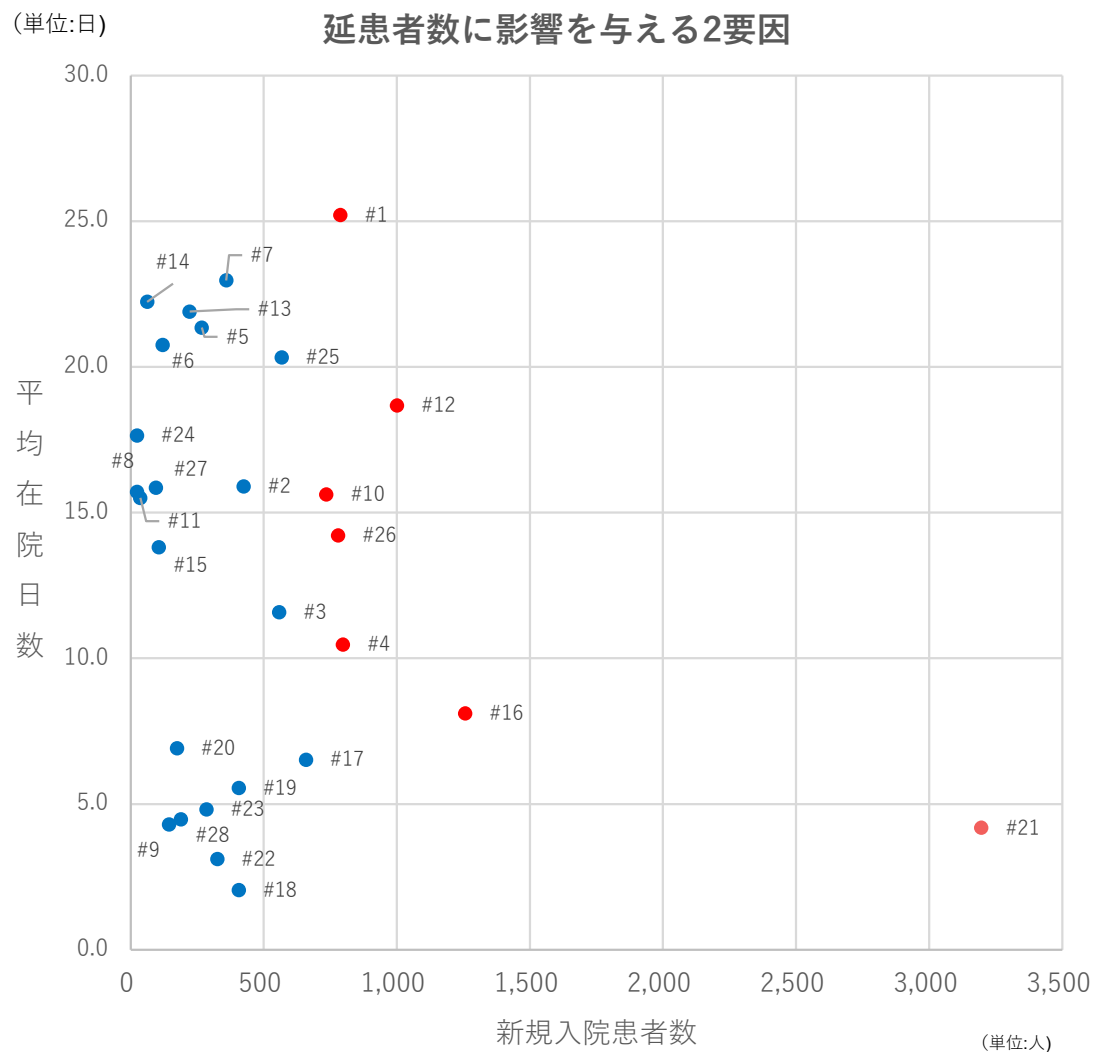


出所：総合医療センター提供資料を基に弊社作成

脚注：内科については内科、代謝内分泌内科、アレルギーリウマチ科の合計、産婦人科については婦人科、産科の合計

### ▶ 3-1-1 入院\_診療科別\_延患者数に影響を与える2要因

小児科を筆頭に、産婦人科、整形外科、消化器内科、内科、救急科、消化器外科の順に新規入院患者数が多く、7診療科で新規入院患者数の約60%を占めている。

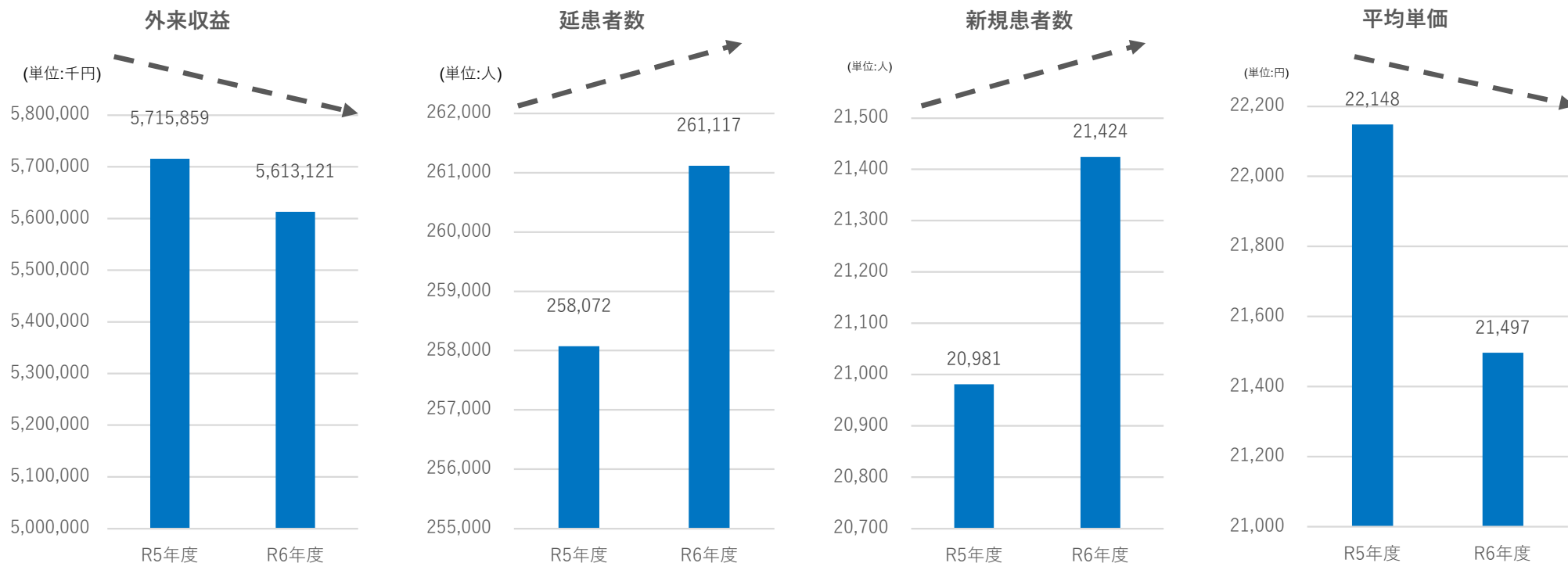


番号	診療科	新規入院患者数	平均在院日数
#1	内科	788	25.2
#2	呼吸器内科	424	15.9
#3	循環器内科	558	11.6
#4	消化器内科	797	10.5
#5	血液内科	267	21.4
#6	化学療法内科	120	20.8
#7	脳神経内科	359	23.0
#8	皮膚科	24	15.7
#9	外科	144	4.3
#10	消化器外科	735	15.6
#11	乳腺外科	36	15.5
#12	整形外科	1,001	18.7
#13	脳神経外科	221	21.9
#14	心臓血管外科	62	22.2
#15	呼吸器外科	105	13.8
#16	産婦人科	1,257	8.1
#17	泌尿器科	659	6.5
#18	眼科	406	2.1
#19	耳鼻いんこう科	406	5.6
#20	形成外科	174	6.9
#21	小児科	3,196	4.2
#22	小児外科	326	3.1
#23	小児脳神経外科	285	4.8
#24	小児心臓血管外科	23	17.6
#25	新生児科	567	20.3
#26	救急科	780	14.2
#27	緩和ケア科	94	15.9
#28	歯科口腔外科	188	4.5

### ▶ 3-1-2 外来\_全体

外来収益は R5年度から R6年度にかけて約1億円減少した。延患者数・新規患者数はいずれも増加したものの、平均外来単価が約600円低下したことにより外来収益は減収となっている。

$$\text{外来収益} = \text{外来患者数(延患者数)} \times \text{外来単価}$$



### ▶ 3-1-2 外来\_診療科別\_医業収益 (1/3)

R5年度からR6年度にかけて、全体では約1億円の減収となった。診療科別にみると、血液内科、泌尿器科、整形外科、神経内科、歯科口腔外科、新生児科の増収幅が大きく6科合計で約2億円の増収。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5科の減収幅が大きく5科合計で約3億円の減収。

科別	R5年度		R6年度			
	外来収益(千円)	平均単価(円)	外来収益(千円)	前年度の差(千円)	平均単価(円)	前年度の差(円)
内科	812,115	19,623	802,625	-9,489	19,605	-18
血液内科	721,209	99,587	749,496	28,287	94,765	-4,822
化学療法内科	759,447	206,709	674,517	-84,930	187,262	-19,447
小児科	553,207	16,524	551,337	-1,869	16,540	17
呼吸器内科	480,857	89,196	410,712	-70,146	79,457	-9,740
泌尿器科	227,316	17,578	271,947	44,631	21,236	3,658
整形外科	250,920	10,373	263,695	12,775	10,030	-343
神経内科	190,648	21,043	260,806	70,158	25,407	4,365
消化器外科	295,587	35,855	246,727	-48,860	29,798	-6,057
消化器内科	261,241	17,842	238,874	-22,367	16,314	-1,528
産婦人科	233,918	14,449	234,693	775	14,618	169
放射線科	214,175	27,066	165,617	-48,558	31,868	4,802
眼科	137,594	11,768	143,711	6,117	11,904	135
歯科口腔外科	112,148	5,684	133,119	20,971	5,983	298
新生児科	76,476	32,613	84,959	8,482	34,230	1,617
循環器内科	78,002	10,344	82,606	4,605	10,334	-10
耳鼻いんこう科	73,686	7,934	73,980	293	7,743	-191
乳腺外科	46,723	19,632	48,804	2,081	21,462	1,830
脳神経外科	54,315	14,145	44,585	-9,730	11,899	-2,246
小児外科	26,395	5,933	27,666	1,271	6,343	410
呼吸器外科	18,467	14,821	20,808	2,341	14,821	0
形成外科	19,560	5,733	20,463	902	5,484	-248
心臓血管外科	15,925	11,286	14,559	-1,365	10,459	-827
外科	10,607	12,026	11,551	943	13,171	1,144
救急科	12,292	16,005	9,860	-2,432	11,724	-4,281
小児脳神経外科	8,991	6,730	9,681	690	7,005	275
小児心臓血管外科	9,372	11,197	7,992	-1,380	11,023	-174
皮膚科	14,422	5,660	7,207	-7,215	4,913	-747
緩和ケア科	0	0	514	514	7,136	7,136
精神科	242	8,978	10	-232	10,000	1,022
合計	5,715,859	22,148	5,613,121	-102,737	21,497	-652

出所：総合医療センター提供資料を基に弊社作成

脚注：内科については内科、代謝内分泌内科、アレルギーリウマチ科の合計、産婦人科については婦人科、産科の合計

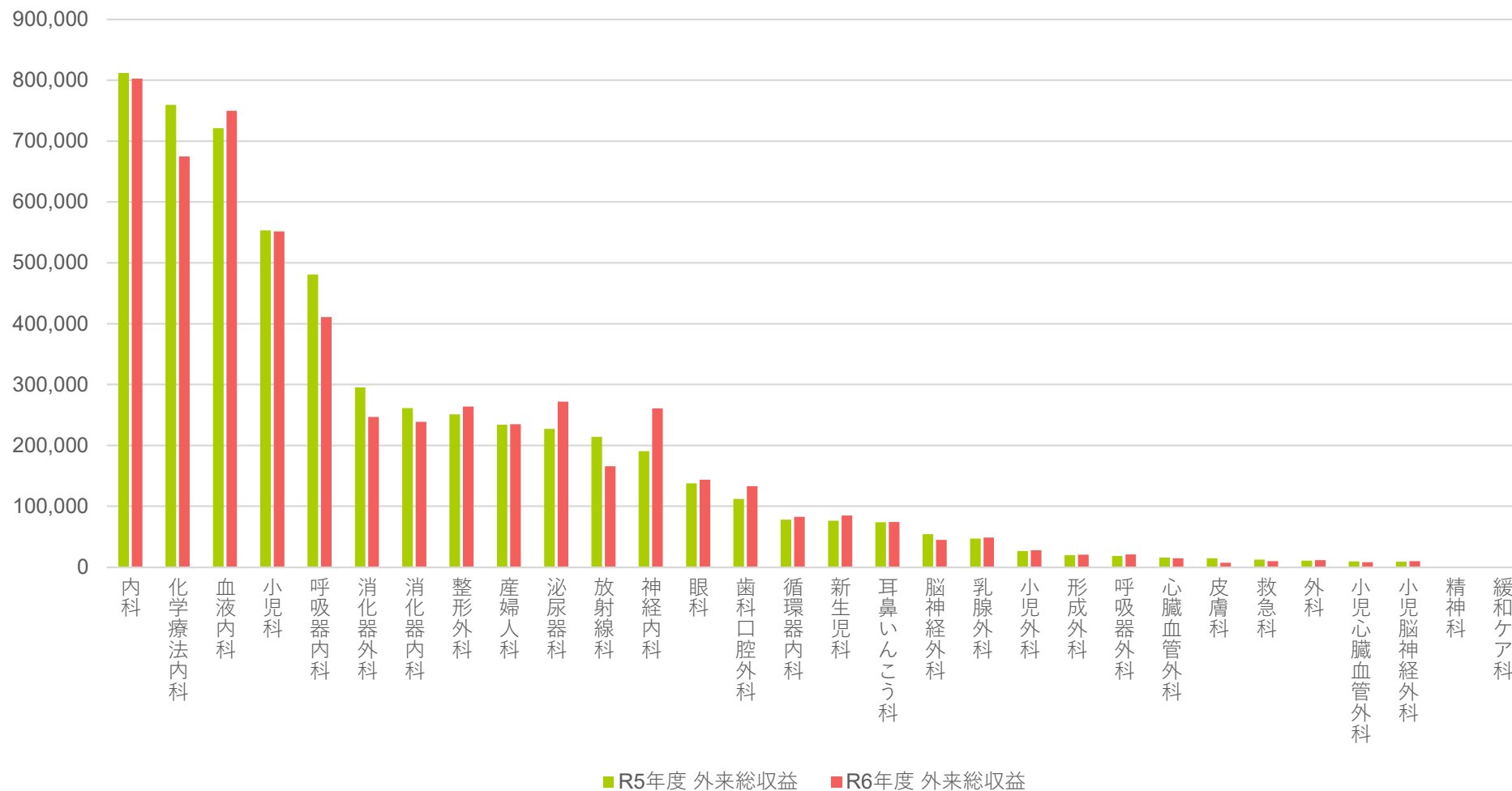
R4年度については未受領のため除く

### ▶ 3-1-2 外来\_診療科別\_医業収益 (2/3)

前頁における表をもとにR5年度及びR6年度の各診療科の外来収益額をグラフで図示。

#### 診療科別外来収益

(単位:千円)



出所：総合医療センター提供資料を基に弊社作成

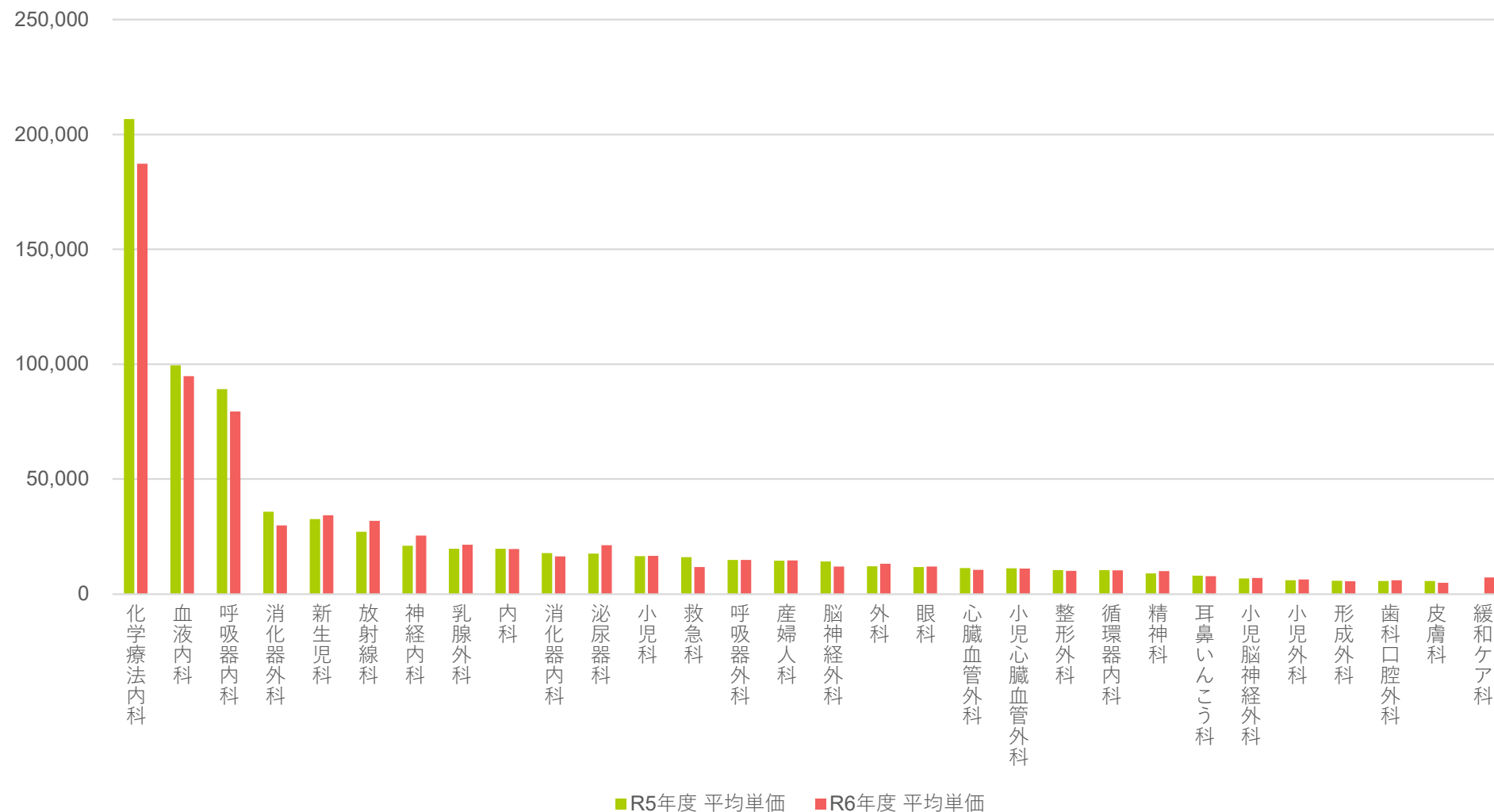
脚注：内科については内科、代謝内分泌内科、アレルギーリウマチ科の合計、産婦人科については婦人科、産科の合計。R4年度については未受領のため除く

### ▶ 3-1-2 外来\_診療科別\_診療単価 (3/3)

R5年度及びR6年度の外来診療単価を診療科別に比較した結果、単価が上昇した診療科は14科、減少した診療科は16科となっている。

(単位：円)

診療科別外来単価



出所：総合医療センター提供資料を基に弊社作成

脚注：内科については内科、代謝内分泌内科、アレルギーリウマチ科の合計、産婦人科については婦人科、産科の合計  
R4年度については未受領のため除く

### ▶ 3-1-2 外来\_診療科別\_延患者数 (1/2)

外来延患者数については、内科・小児科・整形外科・歯科口腔外科・産婦人科の5診療科で138,869人（全体の約50%）を占めている。

外来	R5年度			R6年度			
	新患者数(人)	再来患者数(人)	延患者数(人)	新患者数(人)	再来患者数(人)	延患者数(人)	延患者数増減(人)
内科	2,388	38,997	41,385	2,368	38,572	40,940	-445
小児科	4,821	28,659	33,480	4,586	28,747	33,333	-147
整形外科	1,719	22,470	24,189	1,908	24,382	26,290	2,101
歯科口腔外科	2,964	16,766	19,730	3,472	18,779	22,251	2,521
産婦人科	1,092	15,097	16,189	1,067	14,988	16,055	-134
消化器内科	881	13,761	14,642	835	13,807	14,642	0
泌尿器科	464	12,468	12,932	538	12,268	12,806	-126
眼科	446	11,246	11,692	477	11,596	12,073	381
神経内科	544	9,159	9,060	603	10,221	10,265	1,205
耳鼻いんこう科	1,098	8,189	9,287	1,131	8,423	9,554	267
消化器外科	188	8,056	8,244	207	8,073	8,280	36
循環器内科	341	7,200	7,541	343	7,651	7,994	453
血液内科	183	7,059	7,242	217	7,692	7,909	667
放射線科	532	7,381	7,913	322	4,875	5,197	-2,716
呼吸器内科	635	4,756	5,391	663	4,506	5,169	-222
小児外科	530	3,919	4,449	554	3,808	4,362	-87
脳神経外科	243	3,597	3,840	225	3,522	3,747	-93
形成外科	527	2,885	3,412	485	3,246	3,731	319
化学療法内科	52	3,622	3,674	49	3,553	3,602	-72
新生児科	39	2,306	2,345	46	2,436	2,482	137
乳腺外科	96	2,284	2,380	84	2,190	2,274	-106
皮膚科	189	2,359	2,548	77	1,390	1,467	-1,081
呼吸器外科	61	1,185	1,246	51	1,353	1,404	158
心臓血管外科	38	1,373	1,411	28	1,364	1,392	-19
小児脳神経外科	283	1,053	1,336	302	1,080	1,382	46
外科	188	694	882	218	659	877	-5
救急科	436	332	768	557	284	841	73
小児心臓血管外科	2	835	837	2	723	725	-112
緩和ケア科	0	0	0	9	63	72	72
精神科	1	26	27	0	1	1	-26
合計	20,981	237,091	258,072	21,424	239,693	261,117	3,045

出所：総合医療センター提供資料を基に弊社作成

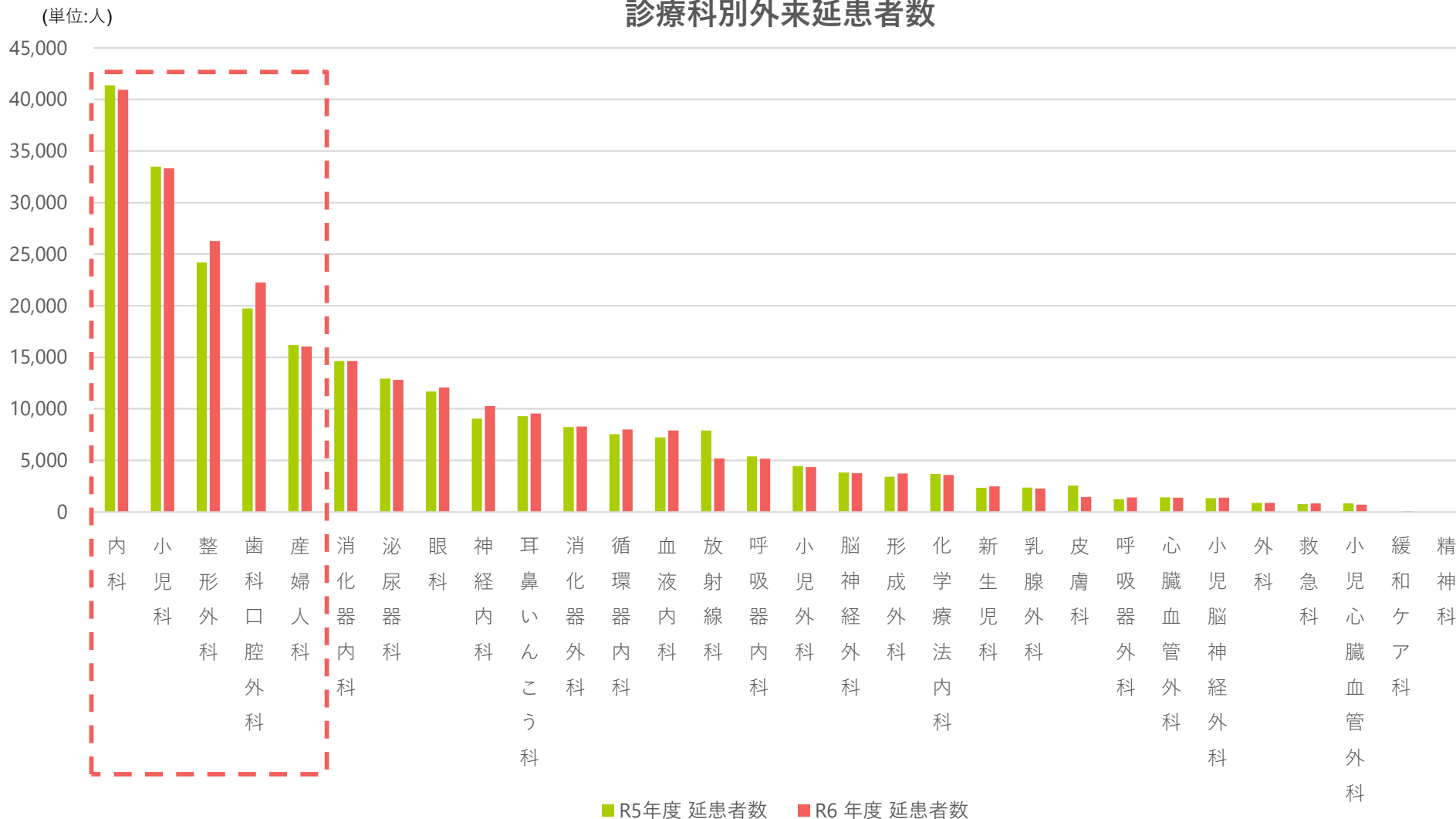
脚注：内科については内科、代謝内分泌内科、アレルギーリウマチ科の合計、産婦人科については婦人科、産科の合計

R4年度については未受領のため除く

### ▶ 3-1-2 外来\_診療科別\_延患者数 (2/2)

前頁における表をもとにR5年度及びR6年度の各診療科の延患者数をグラフで図示。

#### 診療科別外来延患者数



出所：総合医療センター提供資料を基に弊社作成

脚注：内科については内科、代謝内分泌内科、アレルギーリウマチ科の合計、産婦人科については婦人科、産科の合計  
R4年度については未受領のため除く

### ▶ 3-1-3 類似病院比較\_対象類似病院一覧

ベンチマーク病院として、500床以上の同規模、同機能（救急、小児医療など）の4病院を抽出。

基本情報は下表の通り。

#### 類似病院の抽出

病院名		総合医療センター	大分県立病院	さいたま市立病院	川崎市立川崎病院	市立函館病院
病床数	許可病床	600	630	637	713	648
	一般病床	592	610	577	663	582
	感染病床	8	20	20	12	感染：6、結核：10
	精神	-	-	30	38	50
診療科数		35	32	34	40	-
DPC対象		DPC対象病院	DPC対象病院	DPC対象病院	DPC対象病院	DPC対象病院
診療機能		高度急性期、急性期	高度急性期、急性期	高度急性期、急性期	高度急性期、急性期	高度急性期、急性期
指定病院等の状況		救急告示病院 臨床研修病院 がん診療連携拠点病院 感染症指定医療機関 災害拠点病院 地域医療支援病院	救急告示病院 臨床研修病院 がん診療連携拠点病院 感染症指定医療機関 へき地医療拠点病院 災害拠点病院 地域医療支援病院 病院群輪番制病院	救急告示病院 臨床研修病院 がん診療連携拠点病院 感染症指定医療機関 災害拠点病院 地域医療支援病院 病院群輪番制病院	救急告示病院 臨床研修病院 がん診療連携拠点病院 感染症指定医療機関 災害拠点病院 地域医療支援病院 病院群輪番制病院	救急告示病院 臨床研修病院 がん診療連携拠点病院 感染症指定医療機関 へき地医療拠点病院 災害拠点病院 地域医療支援病院 病院群輪番制病院
看護配置		2:1~7:1	2:1~7:1	2:1~7:1	2:1~7:1	2:1~7:1
経営形態		市立（公立）	県立（公立）	市立（公立）	市立（公立）	市立（公立）

### ▶ 3-1-3 類似病院比較\_財務諸表比較 (1/2)

総合医療センターは類似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。

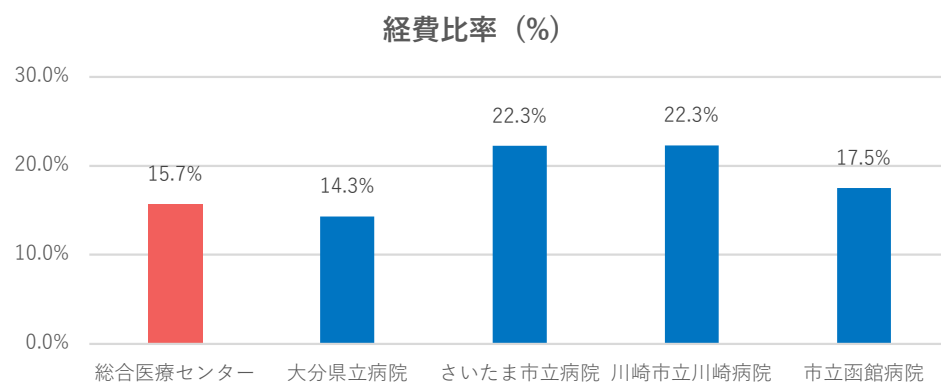
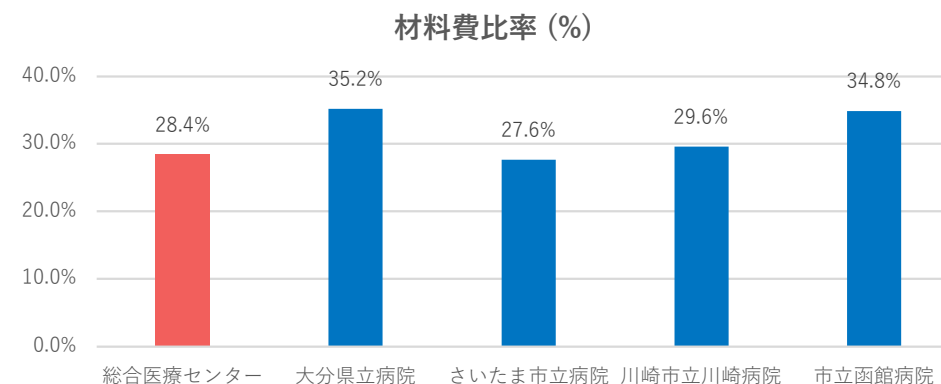
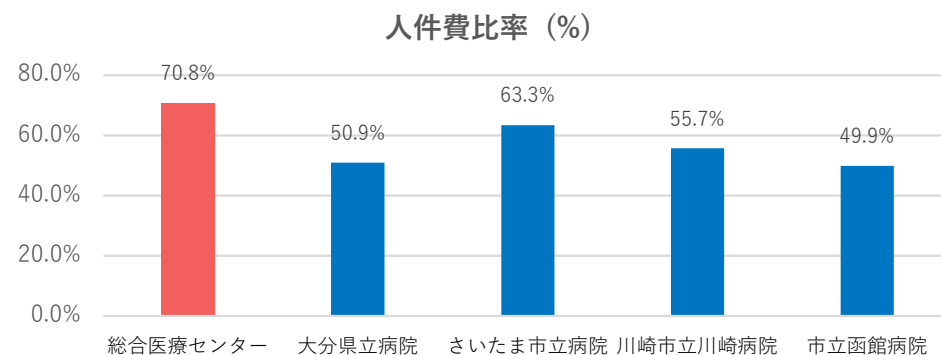
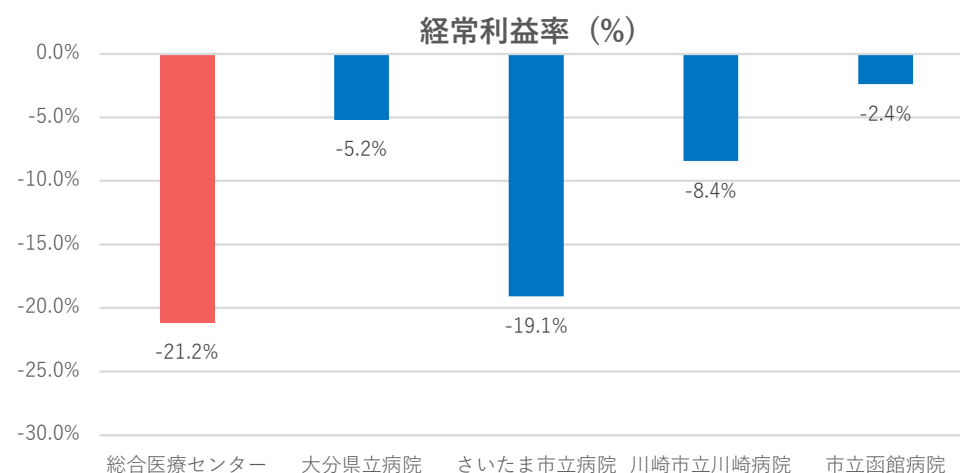
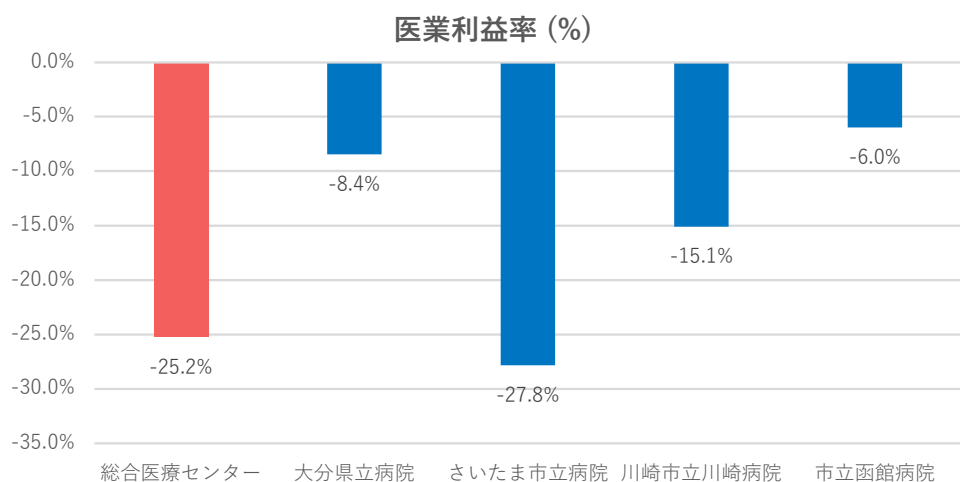
特に人件費率が類似病院と比較して高水準となっている。

#### 類似病院の財務諸表比較

(単位：百万円)	総合医療センター		大分県立病院		さいたま市立病院		川崎市立川崎病院		市立函館病院	
	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	R6年度	対医業収益率
医業収益	19,476	100.0%	19,576	100.0%	21,393	100.0%	22,055	100.0%	22,210	100.0%
入院収益	13,387	68.7%	13,101	66.9%	15,499	72.4%	14,221	64.5%	15,386	69.3%
外来収益	5,487	28.2%	6,331	32.3%	4,878	22.8%	6,392	29.0%	6,045	27.2%
その他医業収益	366	1.9%	144	0.7%	484	2.3%	1,442	6.5%	285	1.3%
負担金交付金	237	1.2%	0	0.0%	532	2.5%	0	0.0%	493	2.2%
医業費用	24,390	125.2%	21,230	108.4%	27,344	127.8%	25,384	115.1%	23,542	106.0%
給与費	13,781	70.8%	9,969	50.9%	13,548	63.3%	12,276	55.7%	11,085	49.9%
材料費	5,538	28.4%	6,887	35.2%	5,911	27.6%	6,528	29.6%	7,737	34.8%
経費	3,053	15.7%	2,801	14.3%	4,762	22.3%	4,919	22.3%	3,883	17.5%
減価償却費	1,944	10.0%	1,470	7.5%	3,045	14.2%	1,584	7.2%	739	3.3%
資産減耗費	6	0.0%	35	0.2%	13	0.1%	29	0.1%	7	0.0%
研究研修費	68	0.4%	70	0.4%	65	0.3%	48	0.2%	93	0.4%
その他医業費用	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医業損益	▲4,914	-25.2%	▲1,654	-8.4%	▲5,951	-27.8%	▲3,329	-15.1%	▲1,332	-6.0%
医業外収益	2,302	11.8%	1,845	9.4%	3,383	15.8%	2,722	12.3%	2,402	10.8%
医業外費用	1,509	7.7%	1,208	6.2%	1,517	7.1%	1,251	5.7%	1,599	7.2%
経常損益	▲4,121	-21.2%	▲1,017	-5.2%	▲4,085	-19.1%	▲1,858	-8.4%	▲529	-2.4%
特別利益	86	0.4%	33	0.2%	0	0.0%	44	0.2%	655	2.9%
特別損失	2,837	14.6%	330	1.7%	28	0.1%	262	1.2%	1	0.0%
当期純損益	▲6,872	-35.3%	▲1,313	-6.7%	▲4,123	-19.3%	▲2,077	-9.4%	124	0.6%

### ▶ 3-1-3 類似病院比較\_財務諸表比較 (2/2)

総合医療センターは、類似病院と比較して医業利益率・経常利益率がいずれも低水準にとどまっている。利益率低迷の主な要因としては、人件費率の相対的な高さが挙げられ、収益規模に対して人件費負担が過大となっている可能性が高い。



### ▶ 3-1-3 類似病院比較\_入院\_診療単価

総合医療センターは類似病院と比較して約2,500円～5,000円の乖離がみられる。

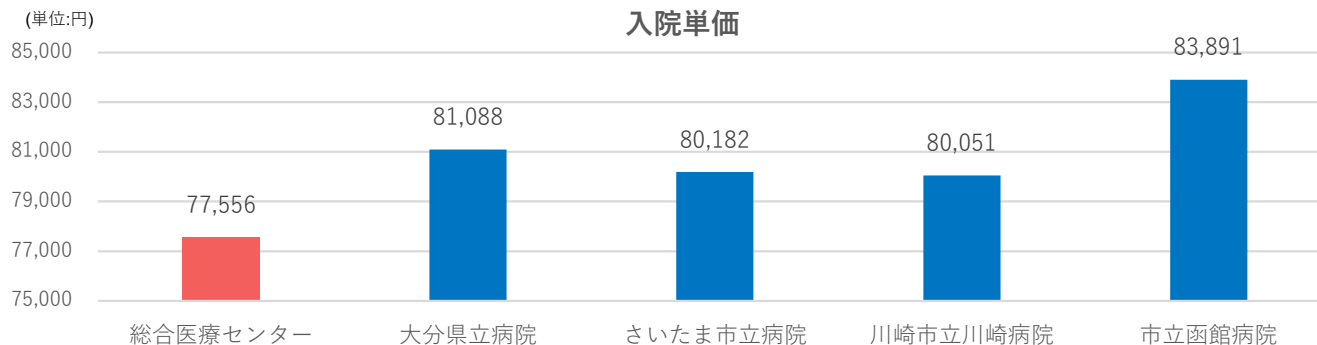
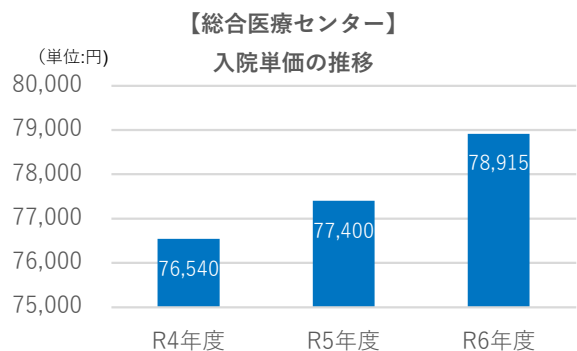
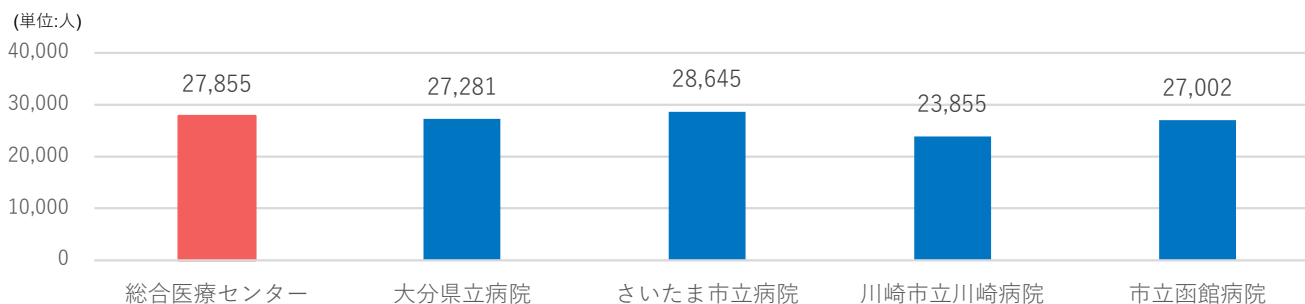
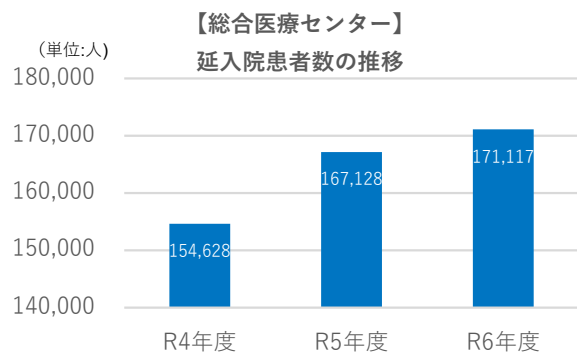
他病院についてはDPC特定病院、急性期体制充実加算1を取得している関係もあり単価が高くなっている。

同規模病院と比較し病床利用率、平均在院日数に顕著な乖離はみられない。

類似病院\_入院比較 (R5年度)

項目	総合医療センター	大分県立病院	さいたま市立病院	川崎市立川崎病院	市立函館病院
病床数	600	557	637	713	648
入院収益(千円)	12,961,706	12,321,605	14,630,500	13,615,824	14,678,542
入院単価(円)	77,556	81,088	80,182	80,051	83,891
延入院患者数(人)	167,127	151,953	182,466	170,089	174,972
100床あたり延入院患者数(人)	27,855	27,281	28,645	23,855	27,002
病床利用率(%)	76.1	74.5	78.3	65.2	69.5
平均在院日数(日)	11.4	10.8	11.6	11.9	10.6

100床あたり延入院患者数

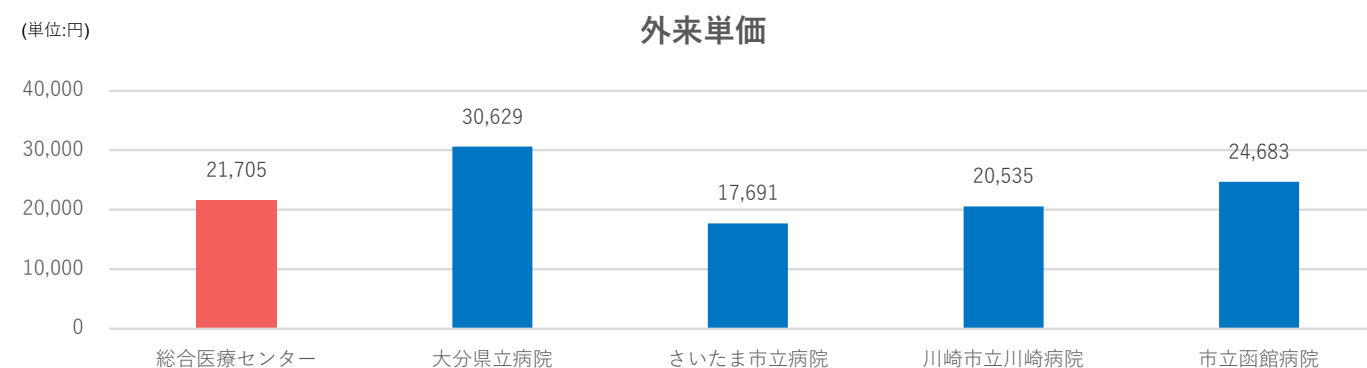
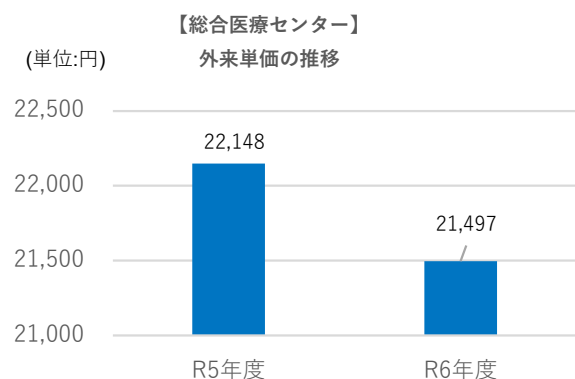
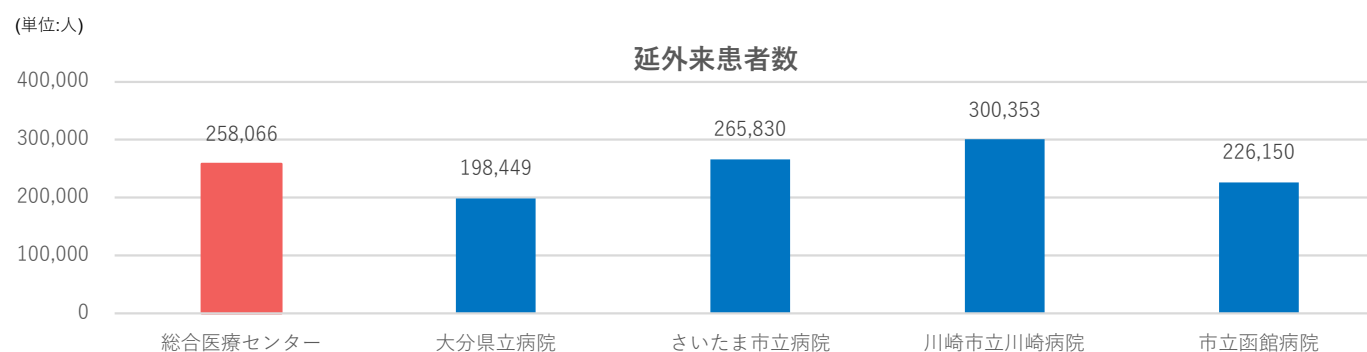
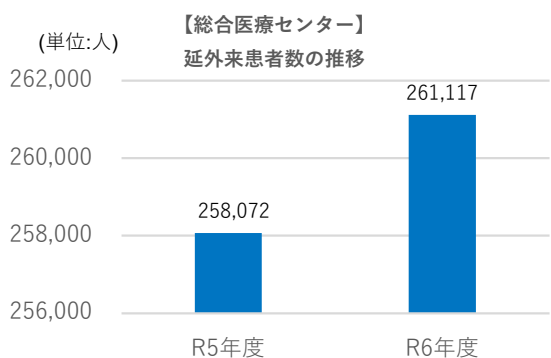


### ▶ 3-1-3 類似病院比較\_外来\_診療単価

総合医療センターは類似病院と比較して外来における延患者数は、同規模病院と比較しても大きな差異はみられない。外来単価については各病院の診療科構成や強みによる影響を受けるものの、同規模病院との比較において顕著な乖離は認められない。

類似病院\_外来比較 (R5年度)

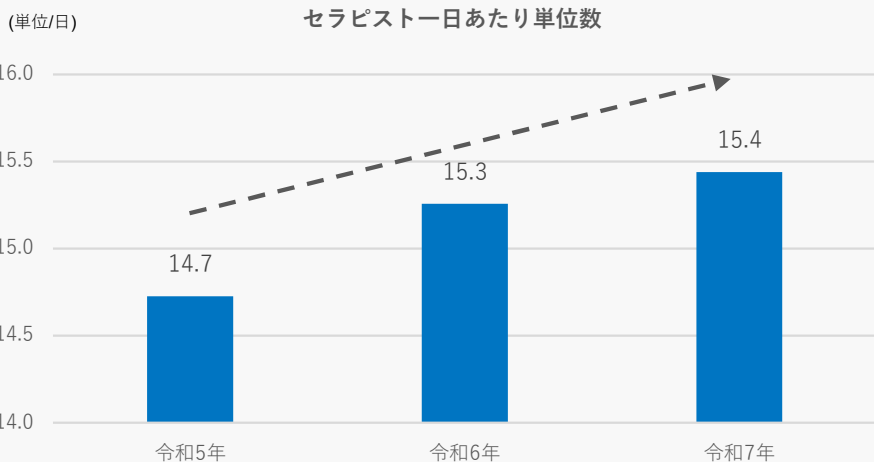
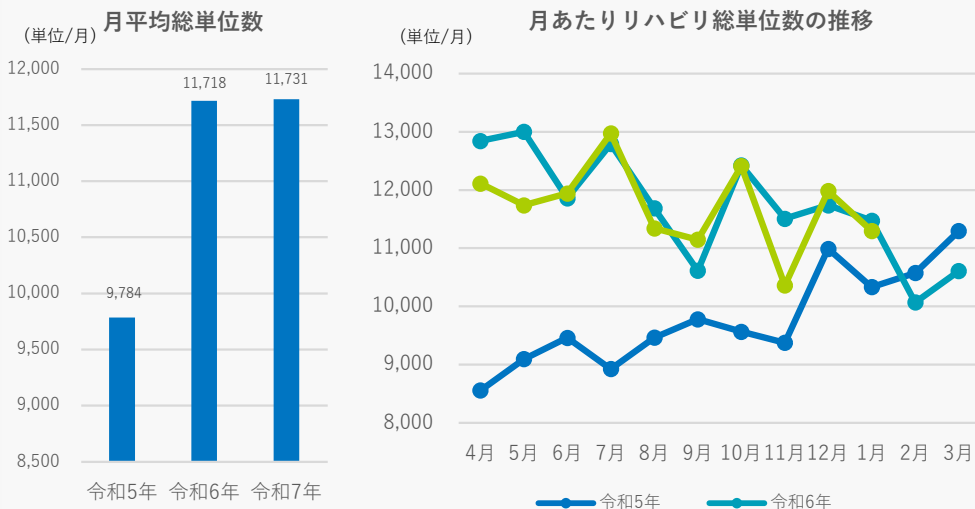
項目	総合医療センター	大分県立病院	さいたま市立病院	川崎市立川崎病院	市立函館病院
外来収益 (千円)	5,601,329	6,078,305	4,702,800	6,167,754	6,302,821
外来単価 (円)	21,705	30,629	17,691	20,535	24,683
延外来患者数 (人)	258,066	198,449	265,830	300,353	255,351



### ▶ 3-1-4-1 単価分析\_リハビリテーション

リハビリテーション部門については令和5年度と比較して1日当たり提供単位数の向上が見られる。仮に16単位まで一日あたり単位数を増加させた場合、年間11,000千円の増収となる。

各種指標の推移



※総単位数を出勤日数(管理職除く)にて除して算出  
※疾患別リハ点数については加算等を加味しない概算数値にて仮置き

増収の可能性

仮に平均16単位まで増加させた場合の増収可能性

▶ **11,000**千円/年の増収

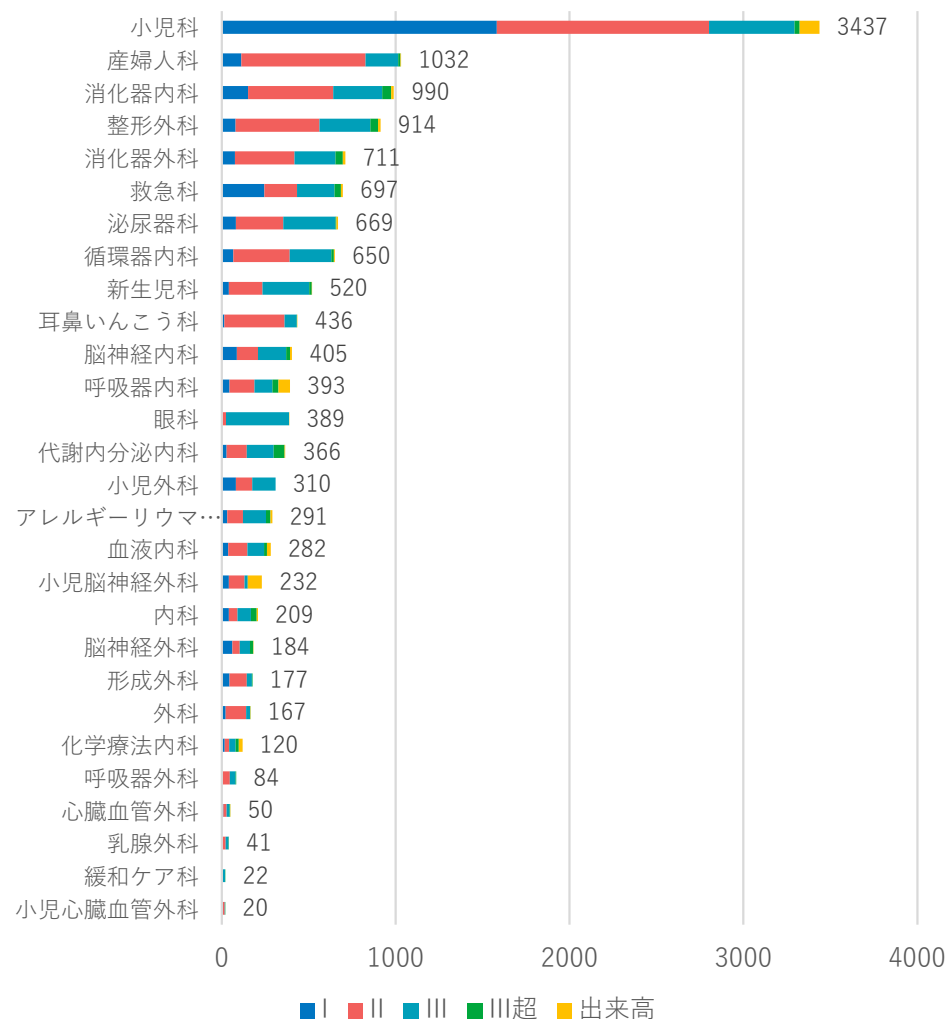
1名あたりの 1か月平均出勤日数:a	1日あたり平均取得単位数:b	疾患別リハ点数:c
17.4日	16単位	200点
増収額		
$a \times (b - 15.4) \times 200 \times 10 \times (46人 - 2.25人) \times 12か月$		
<b>約10,942千円</b>		

リハビリ部門は出来高算定を基本としており、効率的な単位取得を実現するためには、医師、看護部、その他関連部門との連携が不可欠である。特に、リハビリ提供時間の確保について院内で優先的に取り扱うことで、より計画的かつ円滑なリハビリ提供が可能となり、結果として単位数の増加および収益向上に寄与することが期待される。部門に対するヒアリング結果からは、業務の各項目において大幅な改善余地が存在するという状態ではなく、会議や記録、移動といった日々の業務におけるリハビリ提供以外の主要な業務それぞれを少しずつ効率化することにより提供単位数の増加、効率化を図ることが望ましいと考えられる。

### ▶ 3-1-4-2 単価分析\_DPC\_入院期間

診療科別の入院期間別退院数を、総退院数が多い順に集計。入院期間Ⅰや入院期間Ⅲ以降での退院が多い診療科について、総退院数が多いものからクリニカルパスの見直し等を実施することが効果が高いと考えられる。

診療科別の入院期間別退院数

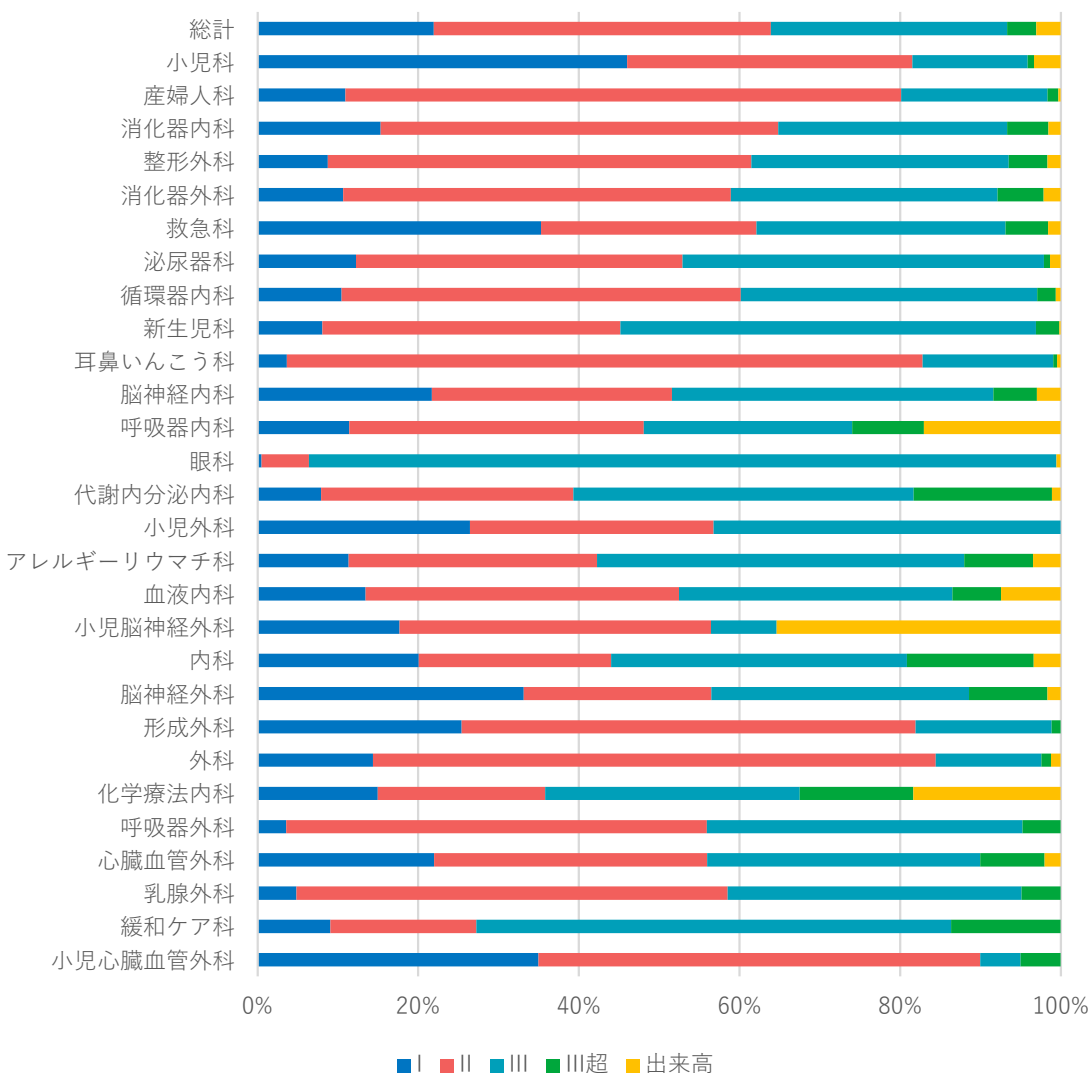


入院期間別集計	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅲ超	出来高	総計
小児科	1,582	1,220	493	28	114	3,437
産婦人科	113	714	188	14	3	1,032
消化器内科	152	490	282	51	15	990
整形外科	80	482	293	44	15	914
消化器外科	76	343	236	41	15	711
救急科	246	187	216	37	11	697
泌尿器科	82	272	301	5	9	669
循環器内科	68	323	240	15	4	650
新生児科	42	193	269	15	1	520
耳鼻いんこう科	16	345	71	2	2	436
脳神経内科	88	121	162	22	12	405
呼吸器内科	45	144	102	35	67	393
眼科	2	23	362	0	2	389
代謝内分泌内科	29	115	155	63	4	366
小児外科	82	94	134	0	0	310
アレルギーリウマチ科	33	90	133	25	10	291
血液内科	38	110	96	17	21	282
小児脳神経外科	41	90	19	0	82	232
内科	42	50	77	33	7	209
脳神経外科	61	43	59	18	3	184
形成外科	45	100	30	2	0	177
外科	24	117	22	2	2	167
化学療法内科	18	25	38	17	22	120
呼吸器外科	3	44	33	4	0	84
心臓血管外科	11	17	17	4	1	50
乳腺外科	2	22	15	2	0	41
緩和ケア科	2	4	13	3	0	22
小児心臓血管外科	7	11	1	1	0	20
総計	3,030	5,789	4,057	500	422	13,798

### ▶ 3-1-4-2 単価分析\_DPC\_入院期間

診療科別のDPC入院期間別の退院患者割合に関して、現場負担や稼働率等を加味するとⅡ期以内の割合が60%程度が望ましい。総合医療センターについては64%と概ね良好であるといえる。

診療科別の入院期間別退院患者割合



入院期間別退院割合	I	II	III	III超	出来高
総計	22%	42%	29%	4%	3%
小児科	46%	35%	14%	1%	3%
産婦人科	11%	69%	18%	1%	0%
消化器内科	15%	49%	28%	5%	2%
整形外科	9%	53%	32%	5%	2%
消化器外科	11%	48%	33%	6%	2%
救急科	35%	27%	31%	5%	2%
泌尿器科	12%	41%	45%	1%	1%
循環器内科	10%	50%	37%	2%	1%
新生児科	8%	37%	52%	3%	0%
耳鼻いんこう科	4%	79%	16%	0%	0%
脳神経内科	22%	30%	40%	5%	3%
呼吸器内科	11%	37%	26%	9%	17%
眼科	1%	6%	93%	0%	1%
代謝内分泌内科	8%	31%	42%	17%	1%
小児外科	26%	30%	43%	0%	0%
アレルギーリウマチ科	11%	31%	46%	9%	3%
血液内科	13%	39%	34%	6%	7%
小児脳神経外科	18%	39%	8%	0%	35%
内科	20%	24%	37%	16%	3%
脳神経外科	33%	23%	32%	10%	2%
形成外科	25%	56%	17%	1%	0%
外科	14%	70%	13%	1%	1%
化学療法内科	15%	21%	32%	14%	18%
呼吸器外科	4%	52%	39%	5%	0%
心臓血管外科	22%	34%	34%	8%	2%
乳腺外科	5%	54%	37%	5%	0%
緩和ケア科	9%	18%	59%	14%	0%
小児心臓血管外科	35%	55%	5%	5%	0%

出所：総合医療センター提供資料（令和7年1月～12月データ）を基に弊社作成  
 脚注：表において、Ⅲ期以降の退院患者割合が50%を超えている診療科をハイライト。

### ▶ 3-1-4-2 単価分析\_DPC\_入院期間

入院期間Ⅰで早期退院している症例、Ⅲ期以降まで入院が長期化している症例のそれぞれ上位30疾患を抽出。稼動向上に関しては入院期間Ⅰでの退院が多い疾患、病床の効率的な運用の観点では入院期間Ⅲ以上での退院が多い疾患、それぞれのクリニカルパスの見直しなどが重要となる。

#### ▼入院期間Ⅰでの退院割合が高い症例

	MDC6桁名称	I	II	III	III超	出来高	総計	I期割合
1	脳性麻痺	10					10	100%
2	食物アレルギー	316		21			337	94%
3	手足先天性疾患	16		1	2	1	20	80%
4	熱性けいれん	106	33	6			145	73%
5	閉塞、壊疽のない腹腔のヘルニア	33	11	4	1		49	67%
6	下垂体機能亢進症	18	9				27	67%
7	てんかん	250	81	36	12		379	66%
8	胸郭・横隔膜損傷	11	3	2	1		17	65%
9	水頭症	18	4	7			29	62%
10	循環器疾患（その他）	13	5	3			21	62%
11	その他の体液・電解質・酸塩基平衡障害	32	10	8	3		53	60%
12	アレルギー性紫斑病	10	5	1	2		18	56%
13	体液量減少症	52	13	22	7		94	55%
14	インフルエンザ、ウイルス性肺炎	69	38	24	1		132	52%
15	下部尿路疾患	31	20	11			62	50%
16	脳の障害（その他）	30	15	15	3		63	48%
17	頭蓋・頭蓋内損傷	93	58	37	10		198	47%
18	低血糖症	24	14	12	2		52	46%
19	体温異常	12	6	7	3		28	43%
20	ウイルス性腸炎	74	91	17	1		183	40%
21	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾患）	42	32	31	3		108	39%
22	腎盂・尿管の悪性腫瘍	11	8	3	2	6	30	37%
23	腎臓又は尿路の感染症	85	74	51	30		240	35%
24	頸椎頸髄損傷	17	6	23	3		49	35%
25	徐脈性不整脈	33	30	36	4		103	32%
26	膿皮症	24	18	26	7		75	32%
27	胆管（肝内外）結石、胆管炎	50	54	44	9		157	32%
28	手術・処置等の合併症	17	9	11	1	16	54	31%
29	急性気管支炎、急性細気管支炎、下気道感染症（その他）	68	81	70			219	31%
30	敗血症	23	19	33	8		83	28%

#### ▼入院期間Ⅲ以降での退院割合が高い症例

	MDC6桁名称	I	II	III	III超	出来高	総計	Ⅲ期以上の割合	Ⅲ期以上件数
1	白内障、水晶体の疾患	2	22	360			384	94%	360
2	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害	61	200	236	10	10	517	50%	256
3	前立腺の悪性腫瘍	13	49	219	3		284	78%	222
4	肺炎等	92	164	154	17		427	40%	171
5	誤嚥性肺炎	36	62	118	33		249	61%	151
6	川崎病	6	53	112	4	1	176	66%	117
7	肺の悪性腫瘍	18	128	51	10	56	263	44%	117
8	心不全	36	59	97	10		202	53%	107
9	鼠径ヘルニア	1	96	102	1		200	52%	103
10	脳腫瘍	7	8	4		93	112	87%	97
11	腎臓又は尿路の感染症	85	74	51	30		240	34%	81
12	胃の悪性腫瘍	5	49	53	7	20	134	60%	80
13	脳梗塞	18	42	66	10		136	56%	76
14	急性気管支炎、急性細気管支炎、下気道感染症（その他）	68	81	70			219	32%	70
15	その他の感染症（真菌を除く。）	20	6	4	4	48	82	68%	56
16	膵臓、膵臓の腫瘍	18	28	40	14		100	54%	54
17	胆管（肝内外）結石、胆管炎	50	54	44	9		157	34%	53
18	非ホジキンリンパ腫	20	51	39	9	5	124	43%	53
19	重篤な臓器病変を伴う全身性自己免疫疾患	3	23	40	2	9	77	66%	51
20	てんかん	250	81	36	12		379	13%	48
21	早産、切迫早産	51	92	37	10		190	25%	47
22	頭蓋・頭蓋内損傷	93	58	37	10		198	24%	47
23	股関節・大腿近位の骨折	6	33	43	3		85	54%	46
24	頻脈性不整脈	26	63	41	4		134	34%	45
25	喘息	54	141	42	3		240	19%	45
26	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。）	2	12	39	5		58	76%	44
27	気管支狭窄など気管通過障害				1	41	42	100%	42
28	扁桃周囲膿瘍、急性扁桃炎、急性咽頭喉頭炎	29	106	39	3		177	24%	42
29	敗血症	23	19	33	8		83	49%	41
30	徐脈性不整脈	33	30	36	4		103	39%	40

## ▶ 3-2 医療費用分析\_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、人件費は経営上の重要な論点であり、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

- 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、今後は入札を年2回（上期・下期）に分け、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41百万円の削減を提案。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斉に更新期を迎え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。33百万円の削減効果余地 毎年継続してきたフルメンテナンソ保守について、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を進めることが重要である。

### ▶ 3-2-1 人件費

人材確保力は高い一方、労働条件・等級・手当構造により人件費が膨らみやすい構造。今後は医療の質を維持しつつ、配置・等級・手当の最適化が経営上の重要論点となる。

本項目では、総合医療センターにおける人件費および職員配置の実態を把握することを目的として、職員数、労働条件、給与水準、年齢・等級構成に関する分析を行った。分析にあたっては、許可病床数や病院機能が類似する医療機関との比較に加え、民間病院を含む病院賃金実態調査データを用い、相対的な水準を検証している。また、職種別・年齢別・等級別の構成を詳細に確認することで、平均的な数値のみでは把握しにくい給与水準形成の要因を整理した。

これらの分析を通じて、総合医療センターの人材確保に関する特徴と、人件費構造上の特性を客観的に明らかにすることを意図している。以下では、これらの分析結果を総合的に整理し、その概要を示す。

#### 現状サマリー

- 民間を含む類似病院と比較し、多くの職種で職員数が多い
- 看護師の労働条件は民間病院より優遇（所定労働時間が短い）
- 医師以外の職種は、民間含む比較では高い給与水準
- 医師については、類似公立病院との比較では高い給与水準
- 看護師・医療技術員は若手から高水準
- 40～50代・高等級職員が多く在籍

#### 構造整理

労働条件が良い  
↓  
人材確保が進む・離職が少ない  
↓  
職員数が厚くなる  
↓  
人件費・平均給与水準が上昇  
(高年齢層・高等級職員の集中が加速)

### ▶ 3-2-1-1 職員給与\_民間病院も含めた病院賃金実態データ比較

民間病院も含めたデータとの比較では、医師以外の職種については高い給与水準にあると言える。看護師、医療技術員についてはおしなべて高い水準にある一方、医師、事務職員、薬剤師は個人の勤務実態に応じた手当金額多寡によりバラつきが大きく、特に事務職員については等級が影響を与えている可能性がある。

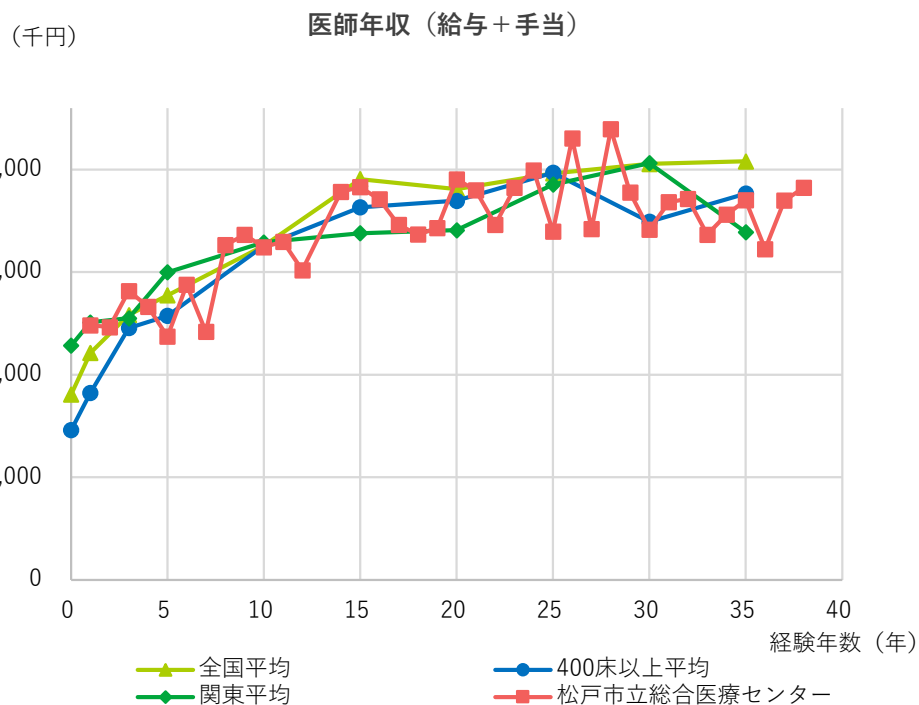
#### 比較から見える傾向

- ① **医師の給与水準**について、公立病院との比較では総合医療センターの平均値は高い水準にあることが示されたが、民間病院も含めたデータとの年収比較では各年代において平均的水準～やや低い水準にあることが確認された。また、総合医療センターの傾向として、15年目までは平均年収が増加していくものの、その後は個人差が大きく、年齢ごとの平均値もバラつきが大きい。基本給月額は相対的に低い水準にあり、各種手当によって年収水準が押し上げられている実態も明らかとなった。
- ② **薬剤師の給与水準**について、民間病院も含めたデータとの年収比較では高い水準にあることが確認された。但し、月額給与の比較では僅かに高い程度の水準であり、手当の金額が年収に影響を与えていることが確認された。
- ③ **看護師の給与水準**について、民間病院も含めたデータとの年収比較においても高い水準にあることが全ての年代で確認された。特に若手の給与水準が高く、1～10年目にかけて年収では全国平均比130%前後、基本給月額では120%前後の水準となっている。
- ④ **医療技術員の給与水準**について、公立病院との比較では平均年齢も加味すると総合医療センターは平均的水準であることが示されたが、民間病院も含めたデータとの比較では、高い水準にあることが確認された。特に若手の給与水準が高く、1～10年目にかけて年収では全国平均比125～135%前後、基本給月額では115%前後の水準となっている。
- ⑤ **事務職員の給与水準**について、民間病院も含めたデータとの年収比較においても高い水準にあることが確認された。但し、個人差が大きく、手当の金額（特に時間外手当）が年収に大きな影響を与えていることが確認された。21年目以降は大きく給与水準が上昇しており、等級の影響も受けていることが推察される。

### ▶ 3-2-1-1 職員給与\_病院賃金実態との比較\_医師年収

年収は全国平均や大規模病院平均と比べて、概ね同水準からやや低い水準で推移している。経験年数が浅い段階では年収は上昇するが、一定年数以降は個人差が拡大し、年齢・経験別のばらつきが大きくなる傾向が見られる。

- 民間病院も含めた賃金実態調査結果（全国平均、400床以上平均、関東平均）と比較すると、総合医療センターの医師年収は全ての年代で同水準～やや低い水準にある。総合医療センターの傾向として、15年目までは平均年収が増加していくものの、その後は個人差が大きく、年齢ごとの平均値もバラつきが大きい。  
(単位：千円)



経験年数 (年)	全国平均	400床以上平均	関東平均	松戸市立総合医療センター	全国平均対比	年齢 (歳)
0	9,034	7,297	11,418	-	-	26
1	11,058	9,106	12,551	12,410	112%	27
3	12,913	12,281	12,756	12,798	99%	29
5	13,867	12,869	14,991	13,147	95%	31
10	16,285	16,280	16,453	16,187	99%	36
15	19,538	18,159	16,898	17,803	91%	41
20	19,050	18,485	17,049	17,963	94%	46
25	19,813	19,851	19,272	18,934	96%	51
30	20,281	17,459	20,318	18,981	94%	56
35	20,405	18,830	16,943	17,549	86%	61

#### 脚注

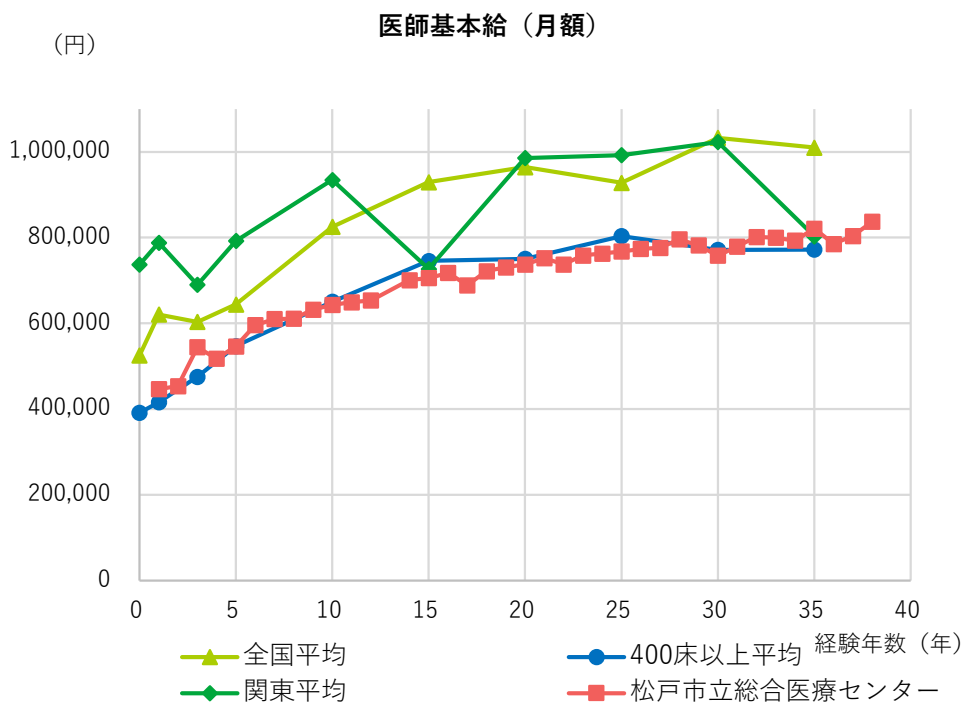
- 総合医療センター提供資料（令和6年度正規職員給与）を基に経験年数ごとの平均値を算出。通勤手当を除く。12か月間給与支払い有、かつ、賞与支払い有の職員のみを抽出。経験年数は26歳=1年目（経験年数0年）として算出。表中29歳～61歳の金額：前後2歳を含む5歳幅の平均値を記載。26歳はデータなし。
  - 全国平均・400床以上平均・関東平均：2024年病院賃金実態調査結果のデータを基に弊社作成。「月額給与（所定内+所定外）×12+夏季賞与+冬季賞与」により年収を算出。
- 書籍名：「2025年度版病院賃金実態資料」 出版社：株式会社産労総合研究所出版部経営書院 出版日：2025年2月5日

### ▶ 3-2-1-1 職員給与\_病院賃金実態との比較\_医師基本給月額

基本給は全国水準や他地域と比べて一貫して低い水準にある。経験年数に応じた上昇は見られるものの伸び幅は限定的で、年収全体は基本給以外の要素による影響が大きい構造となっている。

- 総合医療センターの医師給与は、全国平均と比較して大きく下回っている。前頁の年収と比較すると基本給は低いものの、各種手当で補填されている状況が推察される。また、基本給は年齢と共に増加傾向でその変動幅は大きくないため、各人の勤務実態や環境により変動する手当が年収に大きく影響しているものと考えられる。

(単位：円)



経験年数 (年)	全国平均	400床以上平均	関東平均	松戸市立総合医療センター	全国平均対比	年齢 (歳)
0	525,256	391,037	736,682	-	-	26
1	620,297	415,743	787,783	446,592	72%	27
3	603,098	475,275	690,236	501,479	83%	29
5	643,893	547,009	792,183	562,568	87%	31
10	824,739	650,054	934,427	637,551	77%	36
15	929,115	745,223	726,756	693,054	75%	41
20	963,947	750,377	985,320	735,572	76%	46
25	927,389	803,225	991,930	767,545	83%	51
30	1,032,380	771,284	1,023,141	783,043	76%	56
35	1,009,815	771,898	802,703	800,393	79%	61

#### 脚注

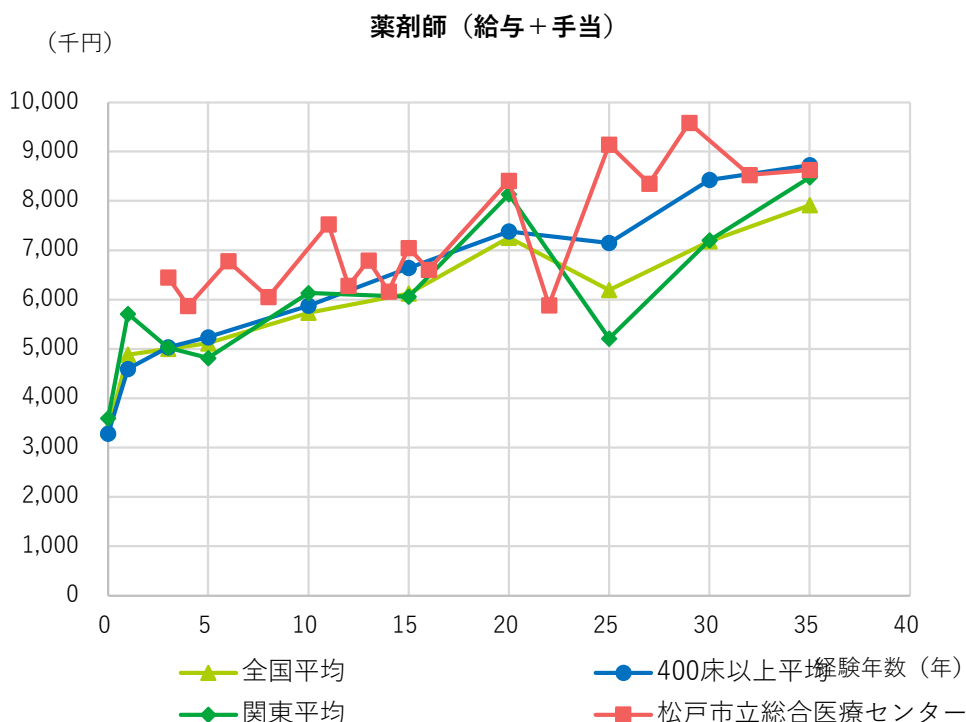
- 総合医療センター提供資料 (令和6年度正規職員給与) を基に経験年数ごとの平均値を算出。経験年数は26歳=1年目 (経験年数0年) として算出。12か月間給与支払い有、かつ、賞与支払い有の職員のみを抽出。基本給月額は6月実績値を参照し、「本給、地域手当、調整手当、初任給調整額」の合計にて算出。表中29歳～61歳の金額：前後2歳を含む5歳幅の平均値を記載。26歳はデータなし。
- 全国平均・400床以上平均・関東平均：2024年病院賃金実態調査結果のデータを基に弊社作成。基本給には、「本給、本俸、年齢給、能力給、職務給、調整手当、勤続手当、資格手当」を含む。書籍名：「2025年度版病院賃金実態資料」 出版社：株式会社産労総合研究所出版部経営書院 出版日：2025年2月5日

### ▶ 3-2-1-1 職員給与\_病院賃金実態との比較\_薬剤師年収

年収は全国や他規模病院の水準と比べて相対的に高い傾向にある。一方で、対象人数が限られているため、経験年数や年齢ごとの水準にはばらつきが見られる。

- 民間病院も含めた賃金実態調査結果（全国平均、400床以上平均、関東平均）と比較すると、総合医療センターの薬剤師年収は高い給与水準となっている。総合医療センターのサンプル数が少ないため年齢ごとのバラつきは大きい。

（単位：千円）



経験年数 (年)	全国平均	400床以上平均	関東平均	松戸市立総合医療センター	全国平均対比	年齢 (歳)
0	3,374	3,281	3,590	-	-	24
1	4,882	4,593	5,710	-	-	25
3	5,001	5,033	5,025	6,446	129%	27
5	5,114	5,235	4,813	6,365	124%	29
10	5,732	5,875	6,130	6,658	116%	34
15	6,122	6,643	6,056	6,652	109%	39
20	7,256	7,382	8,136	6,966	96%	44
25	6,192	7,147	5,209	7,513	121%	49
30	7,179	8,425	7,200	8,820	123%	54
35	7,914	8,725	8,478	8,627	109%	59

脚注

- 総合医療センター提供資料（令和6年度正規職員給与）を基に経験年数ごとの平均値を算出。通勤手当を除く。12か月間給与支払い有、かつ、賞与支払い有の職員のみを抽出。経験年数は24歳=1年目（経験年数0年）として算出。表中29歳～54歳の金額：前後2歳を含む5歳幅の平均値を記載。24・25歳はデータなし。
  - 全国平均・400床以上平均・関東平均：2024年病院賃金実態調査結果のデータを基に弊社作成。「月額給与（所定内+所定外）×12+夏季賞与+冬季賞与」により年収を算出。
- 書籍名：「2025年度版病院賃金実態資料」 出版社：株式会社産労総合研究所出版部経営書院 出版日：2025年2月5日

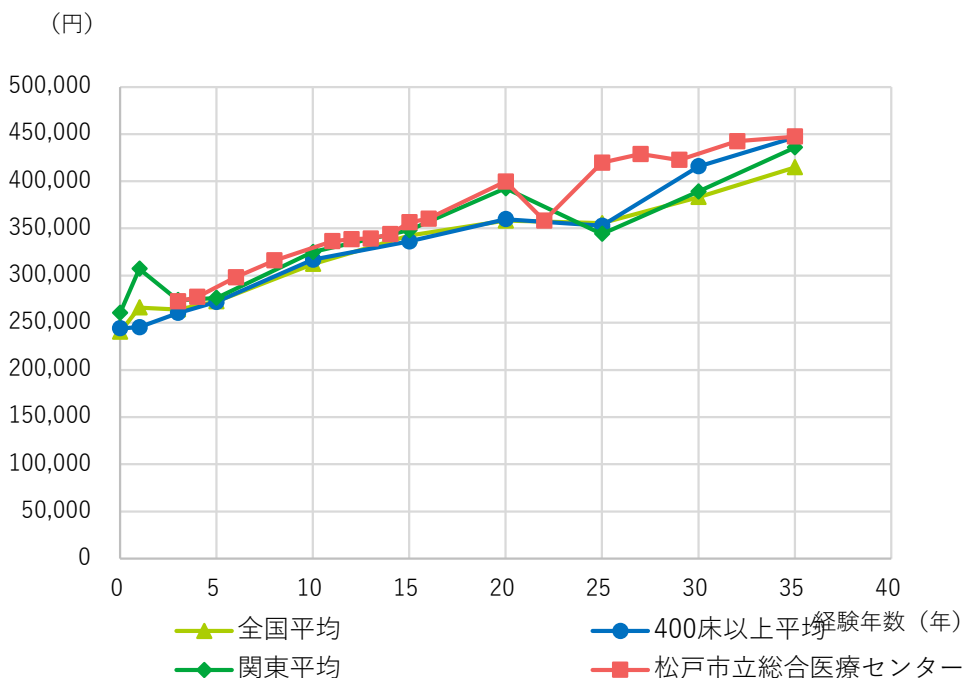
### ▶ 3-2-1-1 職員給与\_病院賃金実態との比較\_薬剤師基本給月額

基本給は全国的な水準と比べて概ね同等からやや高い水準で推移している。経験年数に応じた上昇は安定しており、年収全体の差は基本給以外の要素による影響が大きいと考えられる。

- 総合医療センターの薬剤師基本給月額は、全国平均と比較して僅かに高い水準にある。また、前頁の年収と比べて年齢ごとのバラつきが小さいことから、各人の勤務実態や環境により変動する手当が年収に大きく影響しているものと考えられる。

(単位：円)

薬剤師基本給（月額）



経験年数 (年)	全国平均	400床以上平均	関東平均	松戸市立総合医療センター	全国平均対比	年齢 (歳)
0	240,451	244,097	260,544	-	-	24
1	266,080	245,148	307,206	-	-	25
3	264,089	260,243	273,967	272,580	103%	27
5	272,481	272,109	276,258	287,705	106%	29
10	312,292	316,867	324,957	326,215	104%	34
15	342,349	336,128	348,045	349,920	102%	39
20	358,189	359,811	392,526	372,682	104%	44
25	355,463	352,863	344,150	402,227	113%	49
30	383,224	415,752	389,150	431,228	113%	54
35	414,740	446,841	435,919	447,303	108%	59

脚注

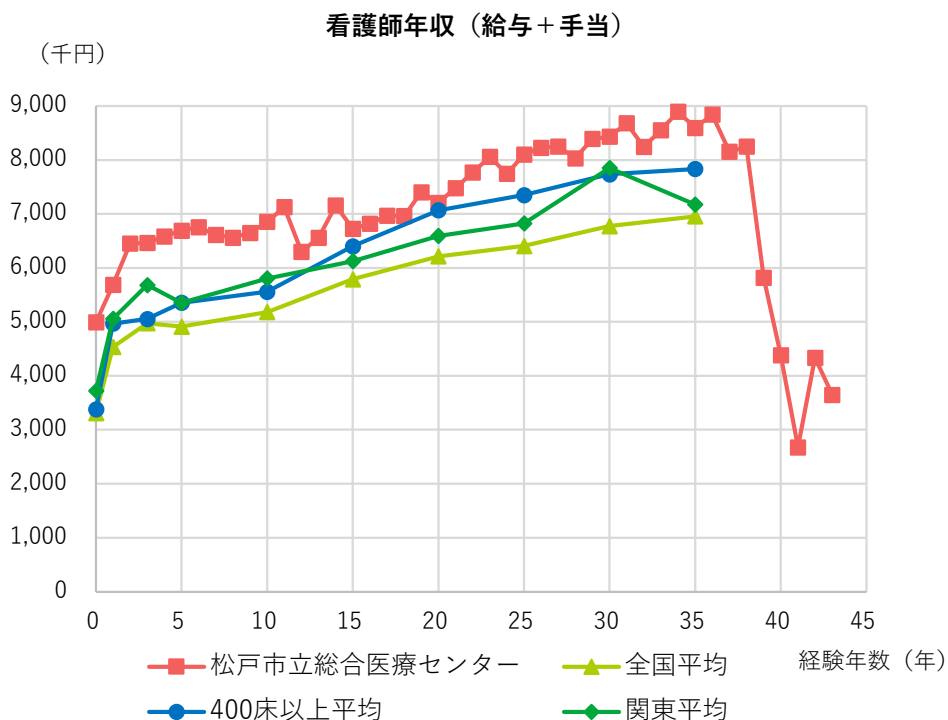
- 総合医療センター提供資料（令和6年度正規職員給与）を基に経験年数ごとの平均値を算出。経験年数は24歳=1年目（経験年数0年）として算出。12か月間給与支払い有、かつ、賞与支払い有の職員のみを抽出。基本給月額は6月実績値を参照し、「本給、地域手当、調整手当、初任給調整額」の合計にて算出。表中27歳～54歳の金額：前後2歳を含む5歳幅の平均値を記載。24・25歳はデータなし。
- 全国平均・400床以上平均・関東平均：2024年病院賃金実態調査結果のデータを基に弊社作成。基本給には、「本給、本俸、年齢給、能力給、職務給、調整手当、勤続手当、資格手当」を含む。書籍名：「2025年度版病院賃金実態資料」 出版社：株式会社産労総合研究所出版部経営書院 出版日：2025年2月5日

### ▶ 3-2-1-1 職員給与\_病院賃金実態との比較\_看護師年収

年収は他の病院区分や地域水準と比べて、全体的に高い水準で推移している。特に若手層の水準が高く、経験年数による伸びは緩やかなものの、どの年代でも相対的な優位性が維持されている。

- 民間病院も含めた賃金実態調査結果（全国平均、400床以上平均、関東平均）と比較すると、総合医療センターの看護師年収は全ての年代において大きく上回っている。特に若手の給与水準が高く、1～10年目にかけて全国平均比130%前後の水準となっている。経験年数による年収の増加幅は相対的にやや緩やかだが、開始地点となる若手の水準が高いため、どの年代においても給与水準は高くなっている。

(単位：千円)



経験年数 (年)	全国平均	400床以上平均	関東平均	松戸市立総合医療センター	全国平均対比	年齢 (歳)
0	3,308	3,380	3,721	4,992	151%	21
1	4,536	4,967	5,056	5,684	125%	22
3	4,972	5,054	5,681	6,375	128%	23
5	4,910	5,354	5,354	6,621	135%	26
10	5,182	5,559	5,804	6,698	129%	31
15	5,789	6,400	6,123	6,844	118%	36
20	6,213	7,068	6,594	7,363	119%	41
25	6,406	7,350	6,825	8,076	126%	46
30	6,774	7,734	7,851	8,355	123%	51
35	6,956	7,836	7,174	8,607	124%	56

#### 脚注

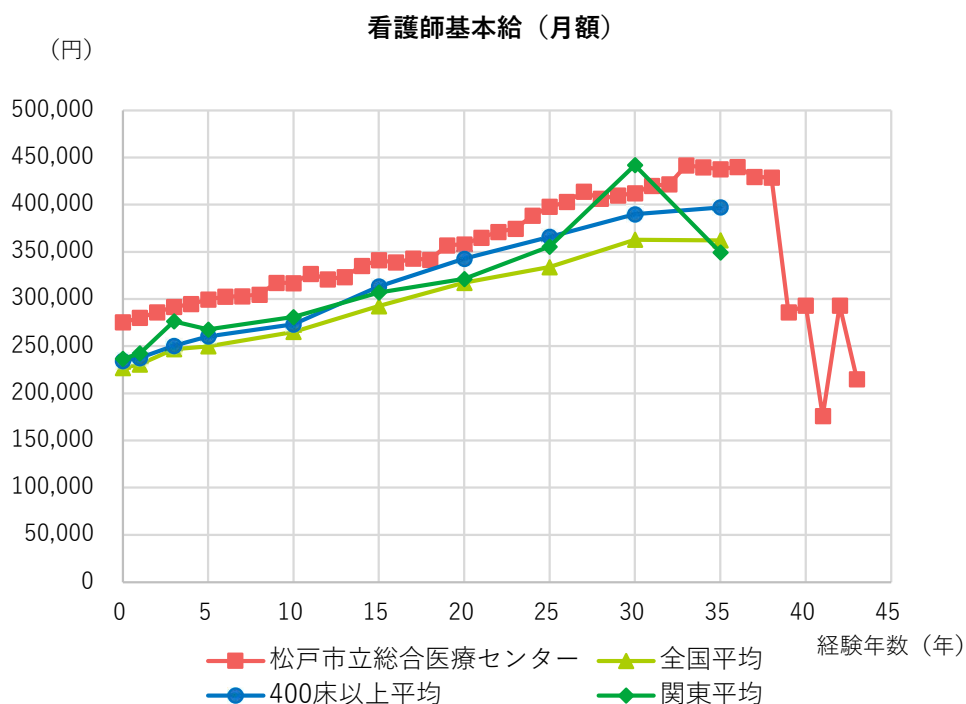
- 総合医療センター提供資料（令和6年度正規職員給与）を基に経験年数ごとの平均値を算出。通勤手当を除く。12か月間給与支払い有、かつ、賞与支払い有の職員のみを抽出。経験年数は21歳=1年目（経験年数0年）として算出。表中23歳～56歳の金額：前後2歳を含む5歳幅の平均値を記載。
  - 全国平均・400床以上平均・関東平均：2024年病院賃金実態調査結果のデータを基に弊社作成。「月額給与（所定内+所定外）×12+夏季賞与+冬季賞与」により年収を算出。
- 書籍名：「2025年度版病院賃金実態資料」 出版社：株式会社産労総合研究所出版部経営書院 出版日：2025年2月5日

### ▶ 3-2-1-1 職員給与\_病院賃金実態との比較\_看護師基本給月額

基本給は他の病院区分や全国水準と比べて、経験年数に関わらず高めの水準を維持している。特に若手層での水準が高く、初期段階から処遇面での優位性が見られる構造となっている。

- 総合医療センターの看護師基本給月額は、全国平均と比較して全ての年代において高い水準にある。年収同様に若手の給与水準が高く、1～10年目にかけて全国平均比120%前後の水準となっている。

(単位：円)



経験年数 (年)	全国平均	400床以上平均	関東平均	松戸市立総合医療センター	全国平均対比	年齢 (歳)
0	226,818	234,171	236,679	275,280	121%	21
1	230,638	237,448	242,328	280,089	121%	22
3	246,758	250,342	276,400	290,392	118%	23
5	249,879	260,384	267,689	298,271	119%	26
10	265,151	273,136	280,919	317,294	120%	31
15	292,502	313,255	306,861	336,243	115%	36
20	317,183	342,616	321,266	358,516	113%	41
25	333,916	365,946	355,591	395,453	118%	46
30	362,837	389,756	441,932	413,950	114%	51
35	362,102	397,089	349,302	437,718	121%	56

#### 脚注

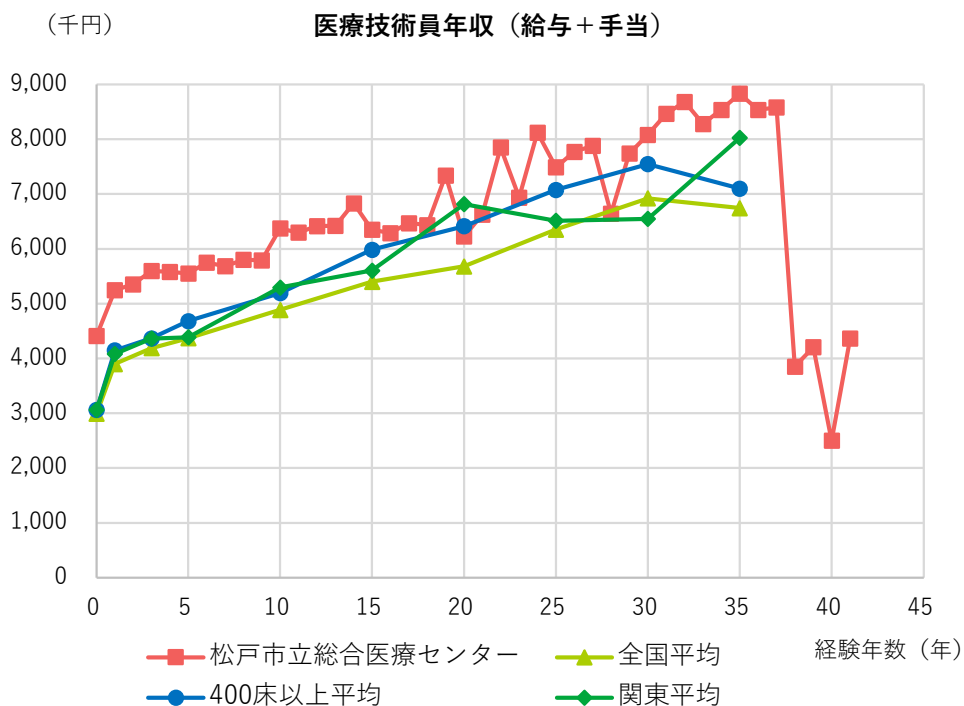
- 総合医療センター提供資料（令和6年度正規職員給与）を基に経験年数ごとの平均値を算出。経験年数は21歳＝1年目（経験年数0年）として算出。12か月間給与支払い有、かつ、賞与支払い有の職員のみを抽出。基本給月額は6月実績値を参照し、「本給、地域手当、調整手当、初任給調整額」の合計にて算出。表中23歳～56歳の金額：前後2歳を含む5歳幅の平均値を記載。
- 全国平均・400床以上平均・関東平均：2024年病院賃金実態調査結果のデータを基に弊社作成。基本給には、「本給、本俸、年齢給、能力給、職務給、調整手当、勤続手当、資格手当」を含む。書籍名：「2025年度版病院賃金実態資料」 出版社：株式会社産労総合研究所出版部経営書院 出版日：2025年2月5日

### ▶ 3-2-1-1 職員給与\_病院賃金実態との比較\_医療技術員年収

年収は全国水準や他規模病院と比べて、幅広い経験年数層で高い水準にある。特に若手層での処遇が手厚く、初期段階から相対的に高い給与水準が確保されている点が特徴的である。

- 民間病院も含めた賃金実態調査結果（全国平均、400床以上平均、関東平均）と比較すると、総合医療センターの医療技術員年収はほぼ全ての年代において上回っており、高い給与水準となっている。特に若手の給与水準が高く、1～10年目にかけて全国平均比125～135%程度の水準となっている。

（単位：千円）



経験年数 (年)	全国平均	400床以上平均	関東平均	松戸市立総合医療センター	全国平均対比	年齢 (歳)
0	2,993	3,063	3,063	4,413	147%	22
1	3,900	4,148	4,082	5,246	135%	23
3	4,188	4,365	4,362	5,465	130%	25
5	4,370	4,681	4,386	5,632	129%	27
10	4,887	5,192	5,294	6,136	126%	32
15	5,401	5,986	5,603	6,471	120%	37
20	5,681	6,414	6,816	6,896	121%	42
25	6,353	7,078	6,513	7,640	120%	47
30	6,922	7,548	6,547	7,923	114%	52
35	6,743	7,101	8,029	8,554	127%	57

#### 脚注

- 総合医療センター提供資料（令和6年度正規職員給与）を基に経験年数ごとの平均値を算出。通勤手当を除く。12か月間給与支払い有、かつ、賞与支払い有の職員のみを抽出。経験年数は22歳=1年目（経験年数0年）として算出。表中25歳～57歳の金額：前後2歳を含む5歳幅の平均値を記載。
- 全国平均・400床以上平均・関東平均：2024年病院賃金実態調査結果のデータを基に弊社作成。「月額給与（所定内+所定外）×12+夏季賞与+冬季賞与」により年収を算出。書籍名：「2025年度版病院賃金実態資料」 出版社：株式会社産労総合研究所出版部経営書院 出版日：2025年2月5日 医療技術員は臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の平均値を利用。

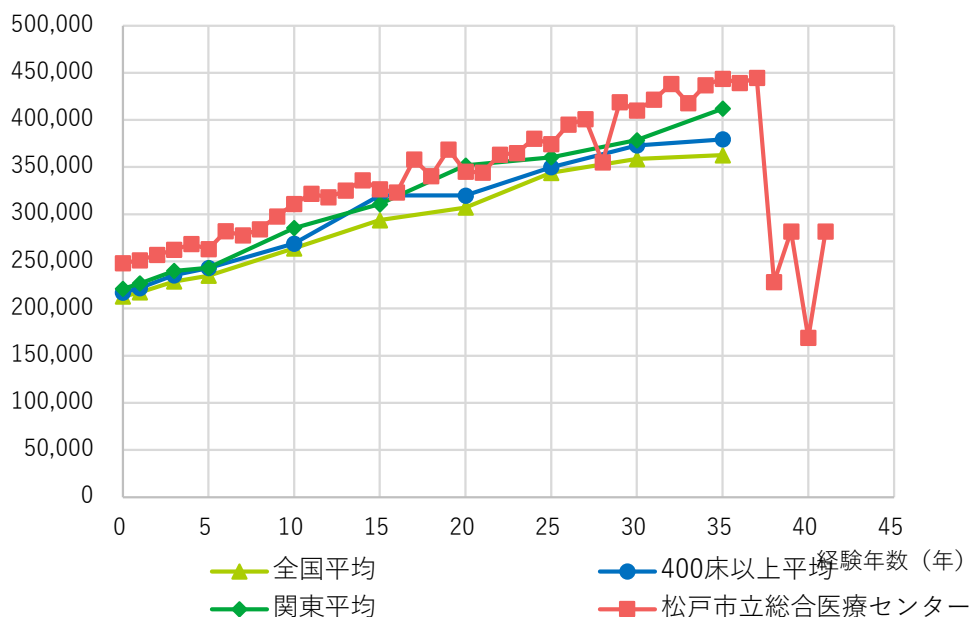
### ▶ 3-2-1-1 職員給与\_病院賃金実態との比較\_医療技術員基本給月額

基本給は経験年数によらず全国や他規模病院の水準を上回って推移している。年次に応じた上昇は安定的で、初期から中堅層にかけて相対的に高い処遇が維持されている点が特徴である。

- 総合医療センターの医療技術員基本給月額は、全ての年代において高い水準にあり、全国平均比115%前後の水準となっている。

(単位：円)

(円) 医療技術員基本給 (月額)



経験年数 (年)	全国平均	400床以上平均	関東平均	松戸市立総合医療センター	全国平均対比	年齢 (歳)
0	212,865	217,072	220,986	248,050	117%	22
1	217,228	221,820	226,745	251,350	116%	23
3	228,721	235,317	239,909	260,398	114%	25
5	234,869	242,912	243,165	270,651	115%	27
10	263,764	268,915	285,412	306,494	116%	32
15	293,729	319,954	310,712	333,749	114%	37
20	307,169	319,792	351,644	352,333	115%	42
25	343,923	349,806	360,378	383,026	111%	47
30	358,502	372,861	378,463	408,703	114%	52
35	362,665	379,517	411,991	436,318	120%	57

脚注

- 総合医療センター提供資料 (令和6年度正規職員給与) を基に経験年数ごとの平均値を算出。経験年数は22歳=1年目 (経験年数0年) として算出。12か月間給与支払い有、かつ、賞与支払い有の職員のみを抽出。基本給月額は6月実績値を参照し、「本給、地域手当、調整手当、初任給調整額」の合計にて算出。表中25歳~57歳の金額：前後2歳を含む5歳幅の平均値を記載。
- 全国平均・400床以上平均・関東平均：2024年病院賃金実態調査結果のデータを基に弊社作成。基本給には、「本給、本俸、年齢給、能力給、職務給、調整手当、勤続手当、資格手当」を含む。書籍名：「2025年度版病院賃金実態資料」 出版社：株式会社産労総合研究所出版部経営書院 出版日：2025年2月5日 医療技術員は臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の平均値を利用。

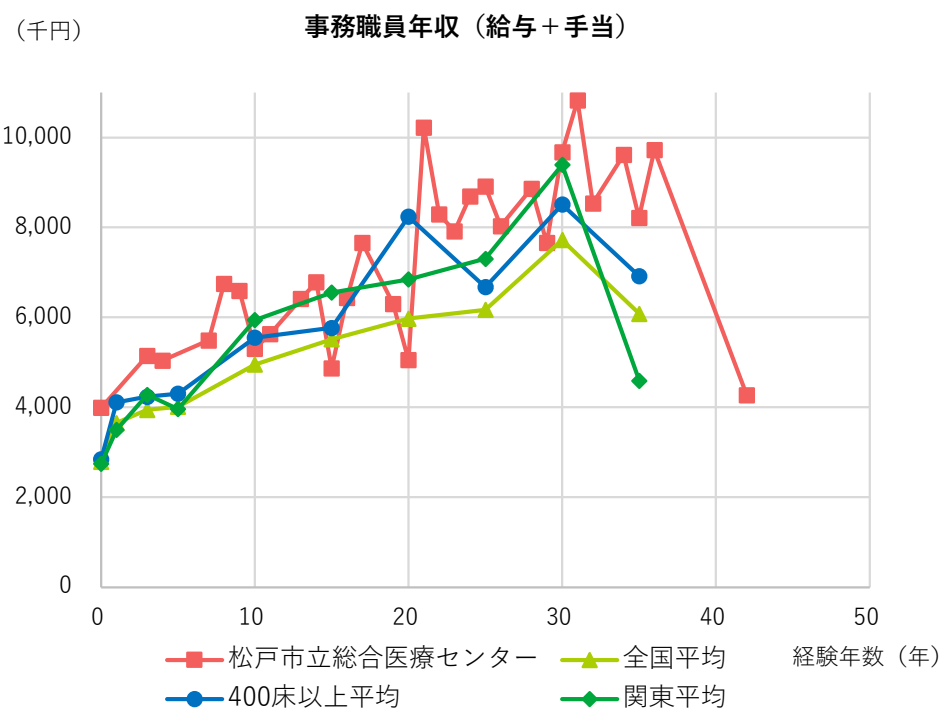
### ▶ 3-2-1-1 職員給与\_病院賃金実態との比較\_事務職員年収

年収は経験年数別の水準にばらつきはあるものの、全体としては全国や他規模病院と比べて高めに位置。

年次ごとの上下動が見られる点から、職務内容や役割の違いが処遇に反映されている可能性が示唆される。

- 民間病院も含めた賃金実態調査結果（全国平均、400床以上平均、関東平均）と比較すると、総合医療センターの事務職員年収は、年齢ごとに平均値の上下が大きくバラつきが見られるものの、全体としては高い給与水準となっている。

（単位：千円）



経験年数 （年）	全国平均	400床以上 平均	関東平均	松戸市立総合 医療センター	全国平均 対比	年齢 （歳）
0	2,791	2,847	2,743	3,992	143%	22
1	3,652	4,110	3,496	-	-	23
3	3,943	4,235	4,277	5,146	131%	25
5	4,009	4,301	3,962	5,605	140%	27
10	4,948	5,548	5,938	6,136	124%	32
15	5,512	5,765	6,552	6,429	117%	37
20	5,970	8,239	6,842	7,503	126%	42
25	6,166	6,671	7,303	8,481	138%	47
30	7,722	8,510	9,393	9,110	118%	52
35	6,078	6,916	4,591	8,070	133%	57

#### 脚注

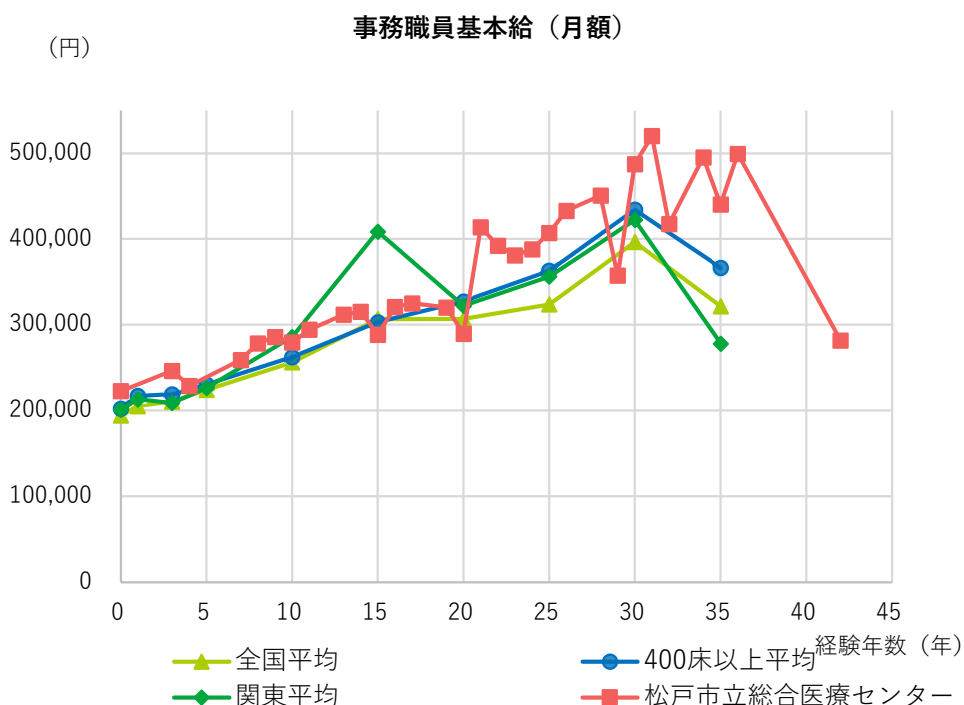
- 総合医療センター提供資料（令和6年度正規職員給与）を元に経験年数ごとの平均値を算出。通勤手当を除く。  
12か月間給与支払い有、かつ、賞与支払い有の職員のみを抽出。経験年数は22歳=1年目（経験年数0年）として算出。  
表中25歳～57歳の金額：前後2歳を含む5歳幅の平均値を記載。23歳はデータなし。
- 全国平均・400床以上平均・関東平均：2024年病院賃金実態調査結果のデータを基に弊社作成。  
「月額給与（所定内+所定外）×12+夏季賞与+冬季賞与」により年収を算出。  
書籍名：「2025年度版病院賃金実態資料」 出版社：株式会社産労総合研究所出版部経営書院 出版日：2025年2月5日

### ▶ 3-2-1-1 職員給与\_病院賃金実態との比較\_事務職員基本給月額

基本給は、全国水準と比べて概ね高めに設定されている。経験年数の増加に伴い水準は上昇しており、年収全体の差は基本給以外の要素による影響が相対的に大きい構造といえる。

- 総合医療センターの事務職員基本給月額は、全国平均と比較してやや高い水準にある。経験年数と共に基本給月額は上昇しているが、21年目以降は大きく上昇している傾向が見られる。また、前頁の年収と比べて年齢ごとのバラつきが小さいことから、各人の勤務実態や環境により変動する手当が年収に大きく影響しているものと考えられる。

(単位：円)



経験年数 (年)	全国平均	400床以上平均	関東平均	松戸市立総合医療センター	全国平均対比	年齢 (歳)
0	194,479	202,116	201,017	222,640	114%	22
1	205,329	216,975	213,020	-	-	23
3	210,431	219,139	208,863	246,345	117%	25
5	224,117	230,342	226,287	253,123	113%	27
10	256,176	262,423	285,859	289,920	113%	32
15	306,505	303,035	408,686	312,321	102%	37
20	306,766	327,317	322,056	348,195	114%	42
25	323,710	362,866	356,245	411,923	127%	47
30	396,679	434,171	422,500	446,560	113%	52
35	321,568	366,500	278,100	463,016	144%	57

#### 脚注

- 総合医療センター提供資料（令和6年度正規職員給与）を基に経験年数ごとの平均値を算出。経験年数は22歳＝1年目（経験年数0年）として算出。12か月間給与支払い有、かつ、賞与支払い有の職員のみを抽出。基本給月額は6月実績値を参照し、「本給、地域手当、調整手当、初任給調整額」の合計にて算出。表中25歳～57歳の金額：前後2歳を含む5歳幅の平均値を記載。23歳はデータなし。
- 全国平均・400床以上平均・関東平均：2024年病院賃金実態調査結果のデータを基に弊社作成。基本給には、「本給、本俸、年齢給、能力給、職務給、調整手当、勤続手当、資格手当」を含む。書籍名：「2025年度版病院賃金実態資料」 出版社：株式会社産労総合研究所出版部経営書院 出版日：2025年2月5日

### ▶ 3-2-1-2 職員数\_職種別\_年齢別\_等級別

総合医療センターの平均給与水準が高くなっている主要因として以下3点が考えられる。

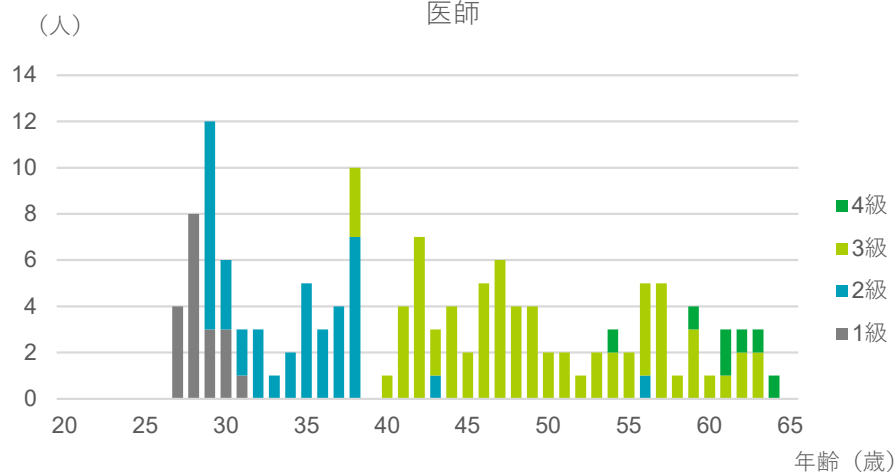
- ・ 高年齢層・高給与水準層の看護師・医療技術員が多数存在すること
- ・ 等級の高い事務職員が多数存在すること
- ・ 高い等級かつ時間外手当の発生する職員が多数存在すること

#### 傾向

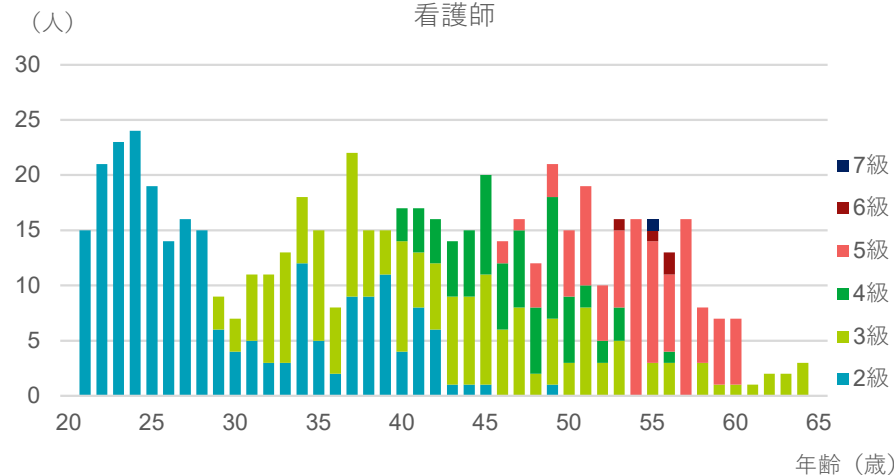
- ① 看護師、医療技術員は40代、50代の職員数が多く、特に50代以降の殆どは5級職員となっており、給与水準の高い職員構成となっている。薬剤師は5~7級、事務職員は5~8級の職員の割合がかなり多く、給与水準の高い職員構成となっている。
- ② 医師、医療技術員、薬剤師は年齢に応じて等級が上がっていく傾向が明確に読み取れる。看護師も同様の傾向であるが、30代前後で産休育休を取得する職員が多いためか、昇格・昇給が遅れる職員も多数見られ、同年代の中でも休業年数に応じてグラデーションが生じているものと推察される。一方、事務職員は年齢に応じて等級が必ずしも上がっている訳ではなく、同年代の中でも複数等級が混在している。
- ③ 基本給月額、再任用職員を除き、等級に応じた給与レンジが確認できるが、年収で見るとかなりバラつきが大きく、一部で等級間の年収逆転現象が発生している（一部は子育て等による時短勤務も影響している物と推察）。特に医師は4級職員よりも年収の高い3級職員が多数、一部2級職員も存在しており、4級に上がるモチベーションが低下している可能性が示唆される。
- ④ 事務職員は5級以上の職員の年収が高い傾向にあり、40代前半から5級職員が存在しているため、また7~8級職員も複数名配置されているため、平均年収を押し上げているものと考えられる。
- ⑤ 5級職員の中には管理職と非管理職が混在しており、高い基本給のもと時間外手当の発生する非管理職が管理職の年収を上回っているケースが多数確認され、平均年収を押し上げる一因になっている物と考えられる。

### ▶ 3-2-1-2 職員数\_職種別\_年齢別\_等級別

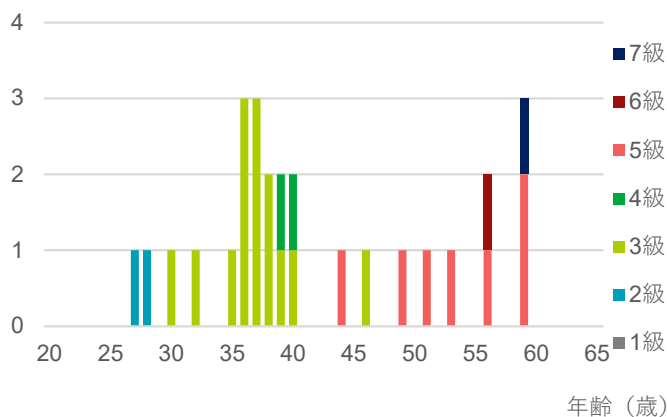
医師



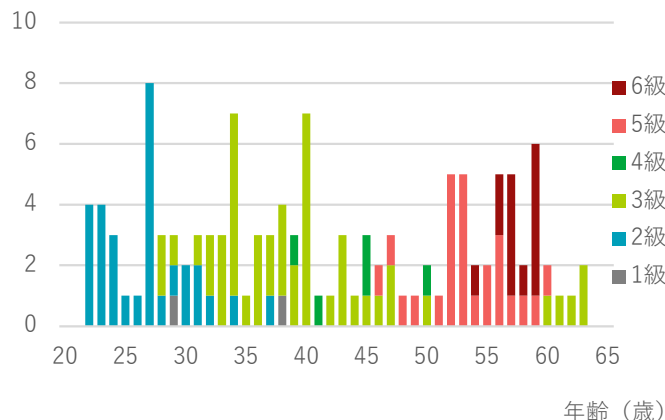
看護師



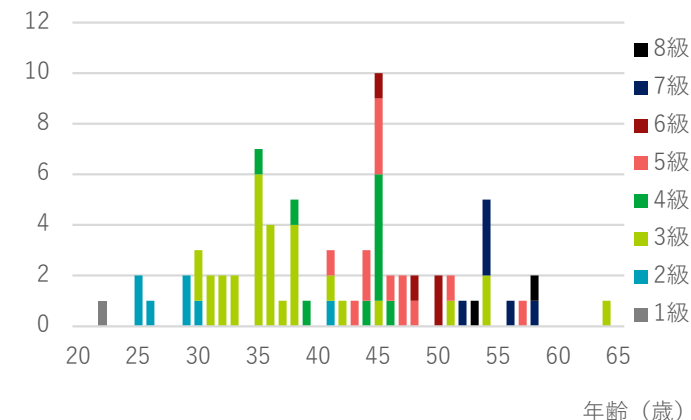
薬剤師



医療技術員



事務職員

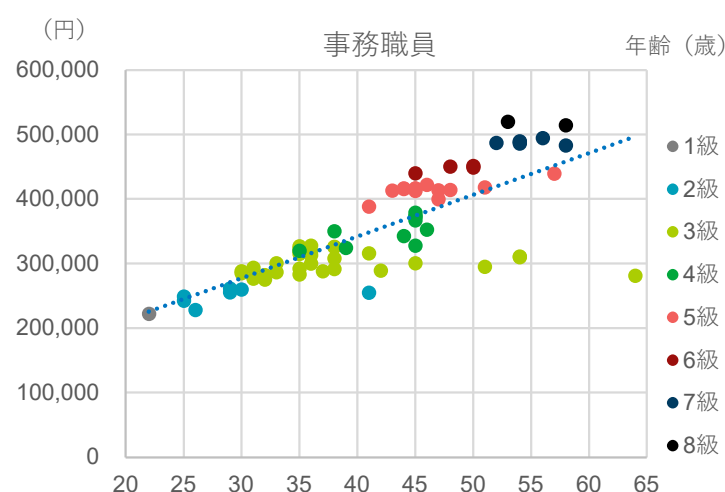
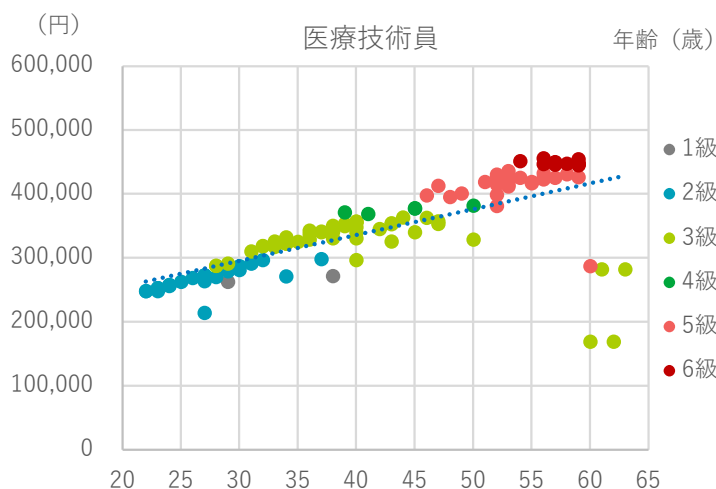
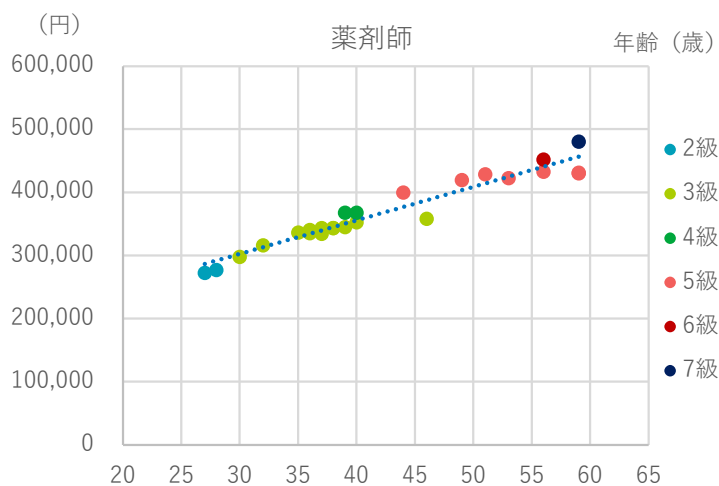
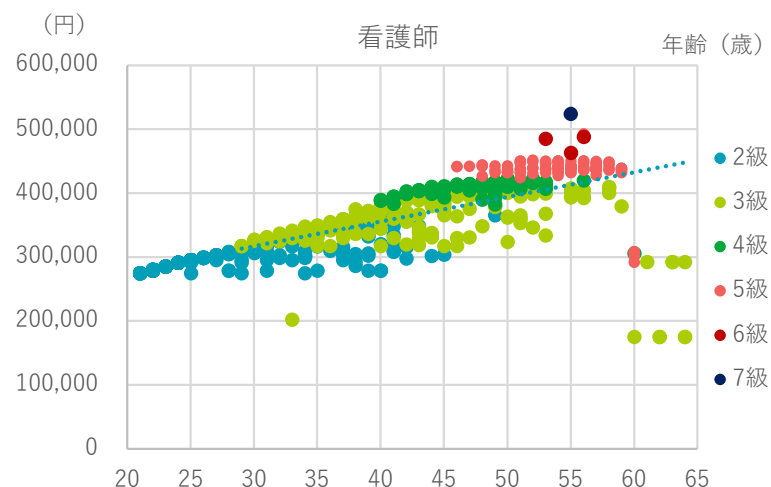
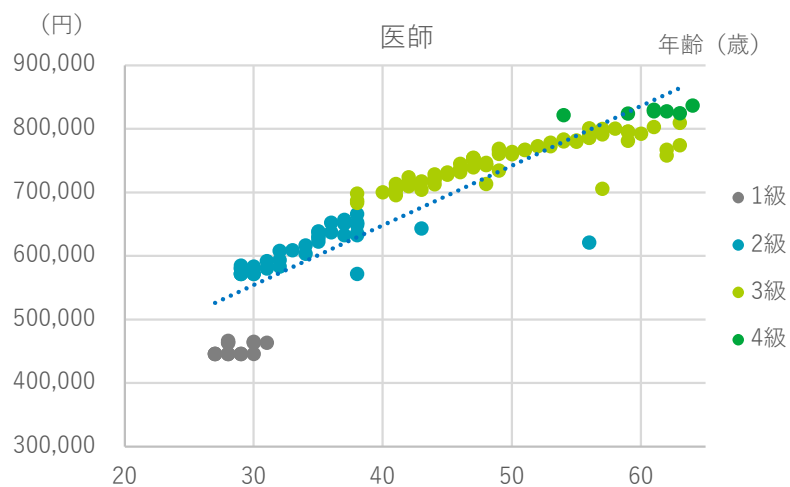


出所：総合医療センター提供資料（令和6年度正規職員給与）を基に等級別・年齢別職員数を算出。

脚注：令和6年4月～同7年3月の12か月間全てにおいて基本給の支払いのある職員が対象。30代前後の看護師が少ないのは産育休によるもの。

対象職員数：医師(139人)、看護師(604人)、事務職員(73人)、医療技術員(123人 臨床検査技師+診療放射線技師+臨床工学技士+理学療法士+作業療法士+言語聴覚士)、薬剤師(27人)

### ▶ 3-2-1-2 職員数\_職種別個別給与水準比較\_基本給月額\_等級別

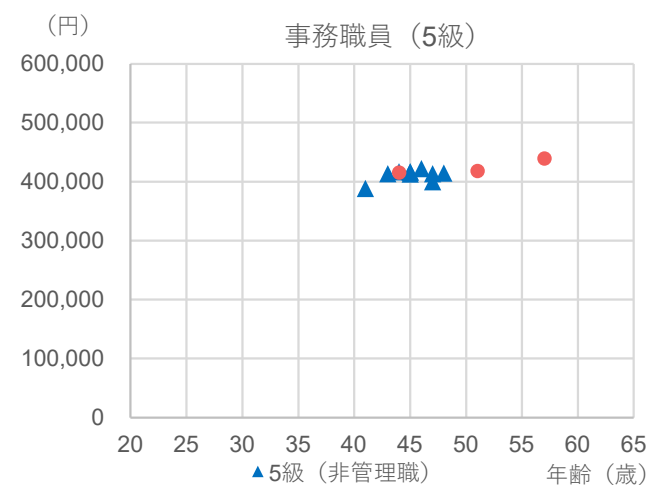
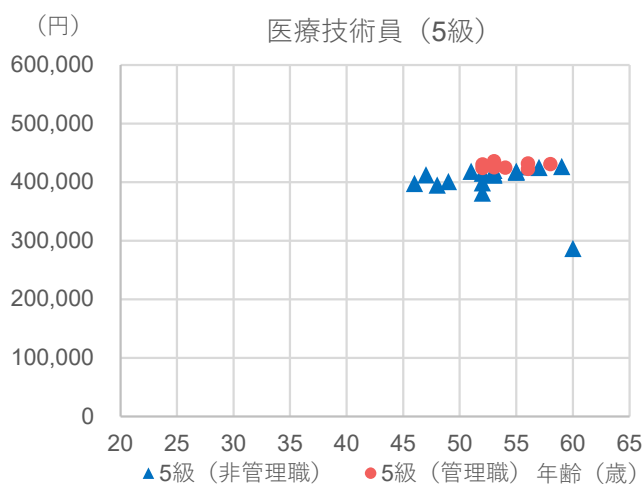
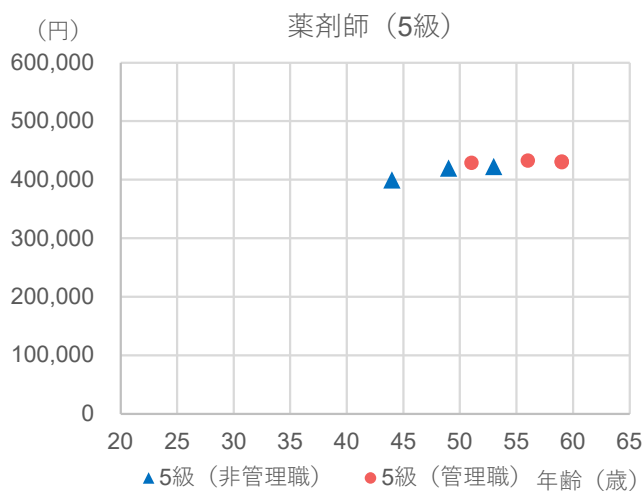
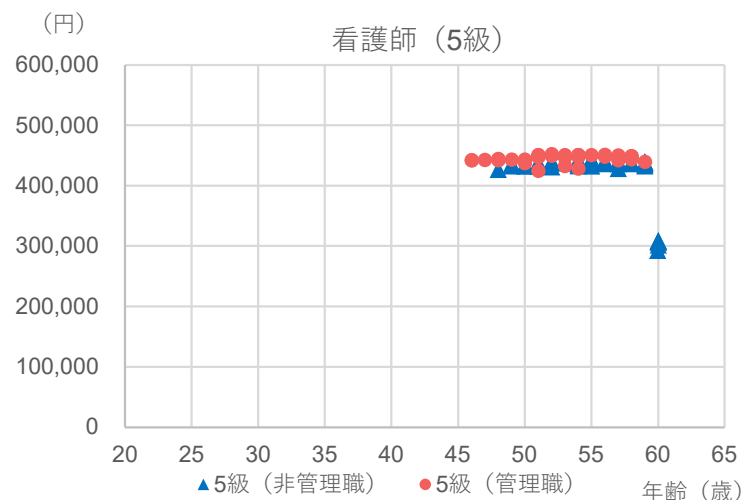
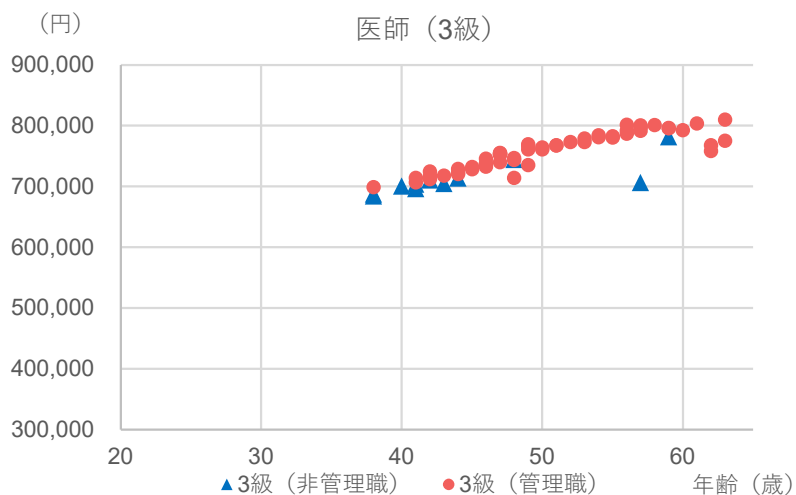


出所：総合医療センター提供資料（令和6年度正規職員給与）を基に等級別・年齢別職員数を算出。

脚注：令和6年4月～同7年3月の12か月間全てにおいて基本給の支払いのある職員が対象。

対象職員数：医師(139人)、看護師(604人)、事務職員(73人)、医療技術員(123人 臨床検査技師+診療放射線技師+臨床工学技士+理学療法士+作業療法士+言語聴覚士)、薬剤師(27人)

### ▶ 3-2-1-2 職員数\_職種別個別給与水準比較\_基本給月額\_同一等級内の管理職・非管理職比較



出所：総合医療センター提供資料（令和6年度正規職員給与）を基に個別給与を算出。

脚注：令和6年4月～同7年3月の12か月間全てにおいて基本給の支払いのある職員（医師：3級、その他職員：5級）を対象に管理職・非管理職別に掲載。

対象職員数：医師(72人)、看護師(104人)、事務職員(13人)、医療技術員(25人 臨床検査技師+診療放射線技師+臨床工学技士+理学療法士+作業療法士+言語聴覚士)、薬剤師(7人)

### ▶ 3-2-1-2 職員数\_類似病院比較

医師、歯科医師、薬剤師、看護補助者、診療放射線技師、臨床工学技士を除きほぼ類似病院より線形近似線より上方に位置している。

松戸市立医療センターと類似病院との職員数比較	
医師	ほぼ線形近似線上に位置
歯科医師	ほぼ線形近似線上に位置
薬剤師	線形近似線上のやや <b>下方</b> に位置
看護要員	線形近似線上のやや上方に位置
看護師 准看護師	線形近似線上のやや上方に位置
看護補助者	線形近似線上のやや <b>下方</b> に位置
助産師	線形近似線上のやや上方に位置
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	線形近似線上のやや上方に位置
臨床検査技師	線形近似線上のやや上方に位置
診療放射線技師	ほぼ線形近似線上に位置
臨床工学技士	線形近似線上のやや <b>下方</b> に位置
管理栄養士	線形近似線上のやや上方に位置

#### 【出所】

令和6年度病床機能報告の報告結果における施設票及び病棟票に基づき弊社作成

#### 【注釈】

- ▶ 常勤換算職員数は、病床機能報告における常勤職員数と非常勤職員数（常勤換算）を合算した数
- ▶ 最大使用病床数は、病棟票における各病棟の最大使用病床数を合計した数
- ▶ 類似病院の分類は設立法人の別に基づき、以下を含む
  - 公立・公的：都道府県、市町村、独立行政法人国立病院機構  
独立行政法人地域医療機能推進機構  
独立行政法人労働者健康安全機構、地方独立行政法人、公益法人、日赤、済生会、厚生連
  - 民間：医療法人、会社、社会福祉法人、その他の法人
  - 大学：私立大学法人

#### 【類似病院の抽出条件】

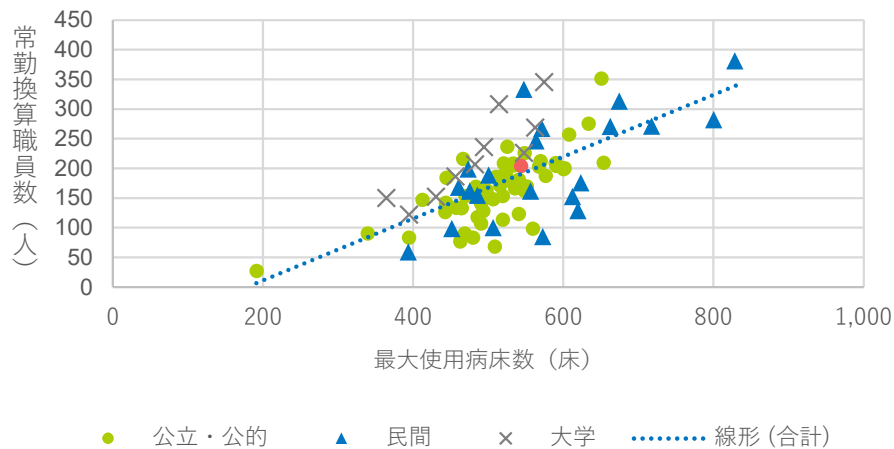
類似病院の比較抽出条件は以下の通り

- ▶ 日本全国
- ▶ 許可病床数500床以上
- ▶ DPC標準病院群

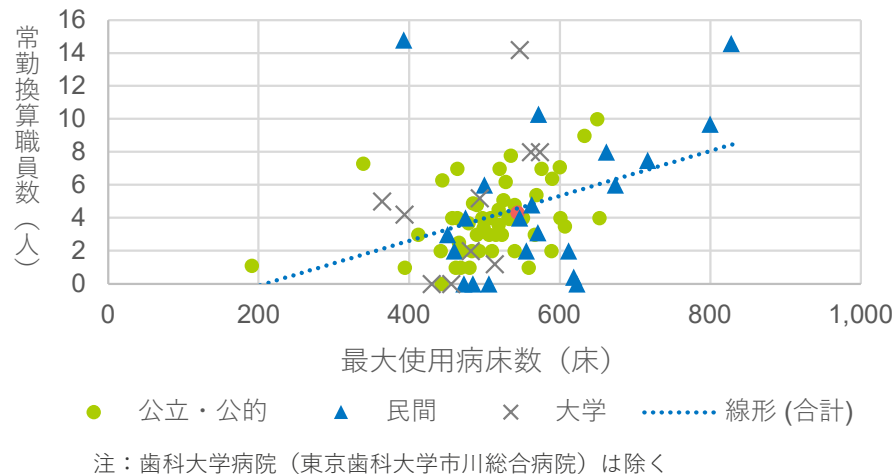
※ 許可病床数は病棟票における一般病床（一般病床、療養病床の区分）の許可病床数を合計した数

### ▶ 3-2-1-2 職員数\_医師・歯科医師・薬剤師・看護要員

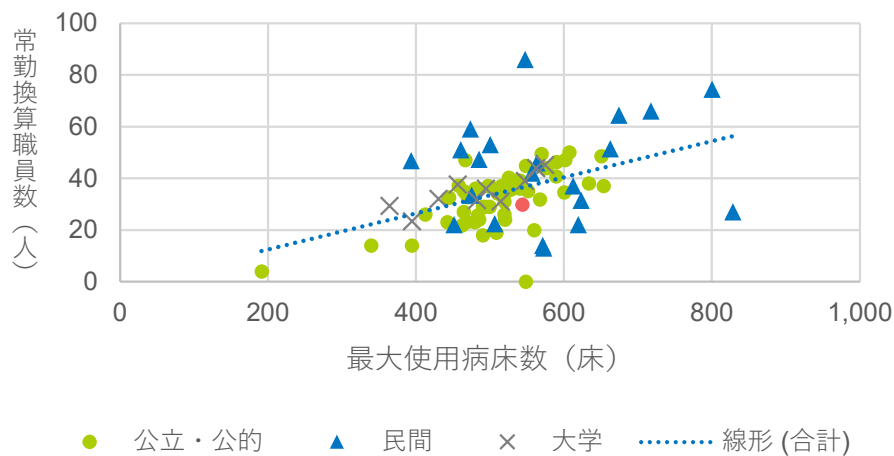
【医師】最大使用病床数と職員数



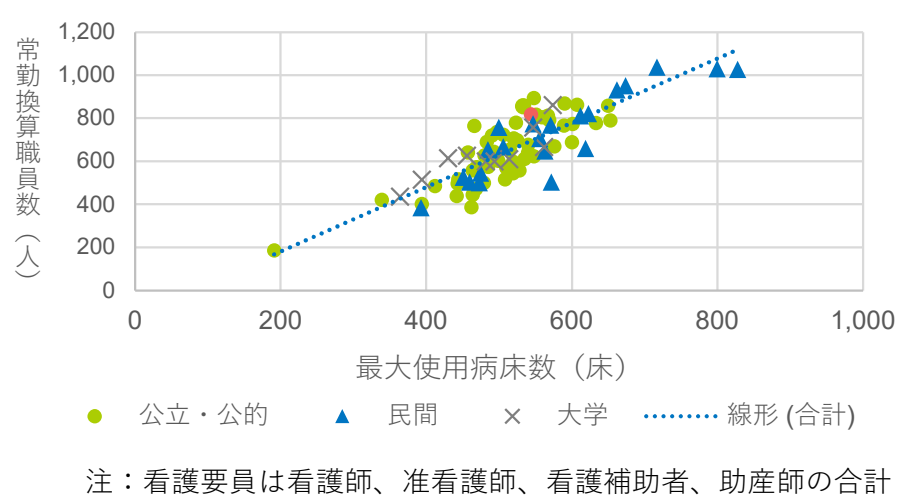
【歯科医師】最大使用病床数と職員数



【薬剤師】最大使用病床数と職員数



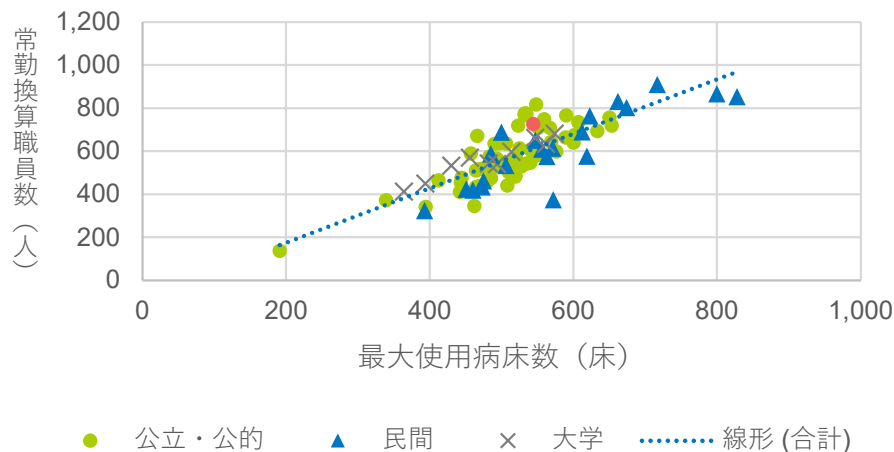
【看護要員】最大使用病床数と職員数



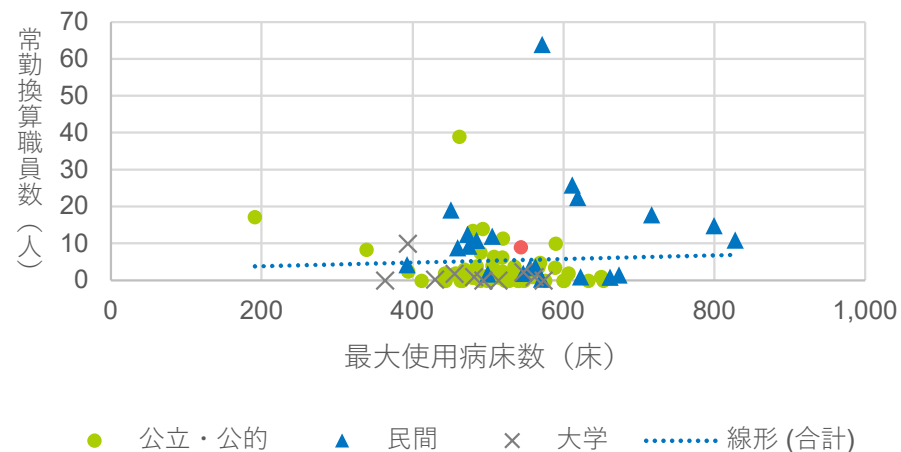
脚注：赤く示した点が総合医療センターを示す

### ▶ 3-2-1-2 職員数\_看護師・准看護師・看護補助者・助産師

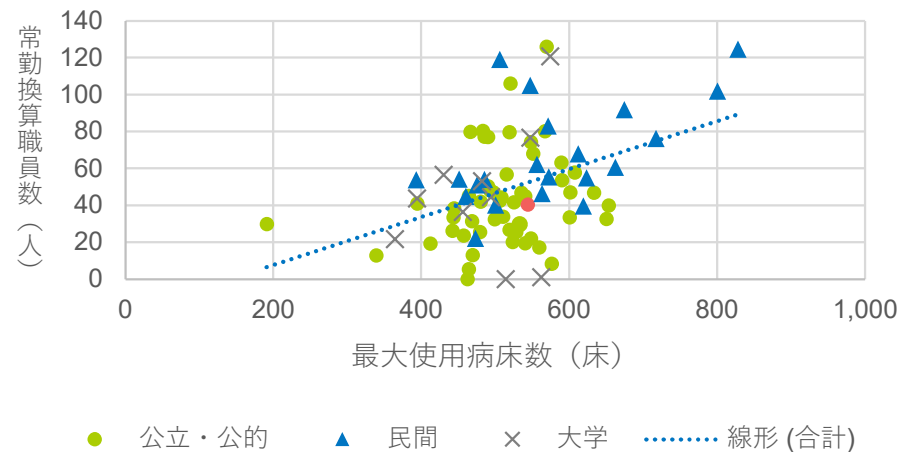
【看護師】 最大使用病床数と職員数



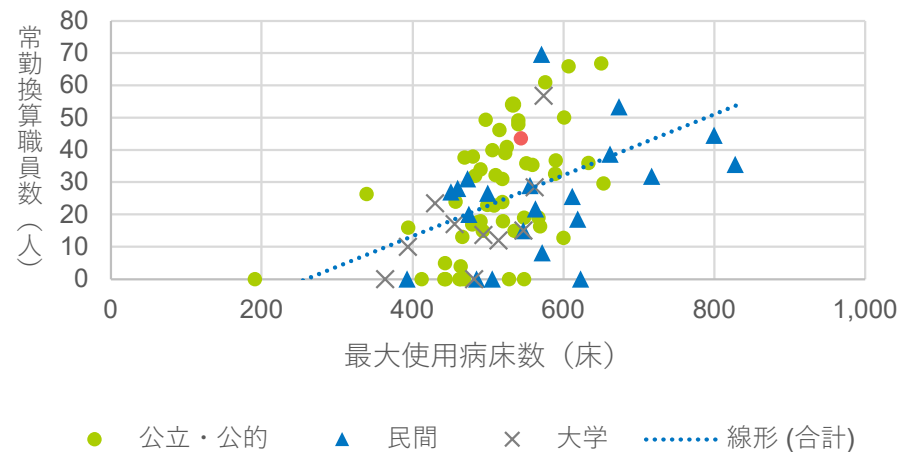
【准看護師】 最大使用病床数と職員数



【看護補助者】 最大使用病床数と職員数



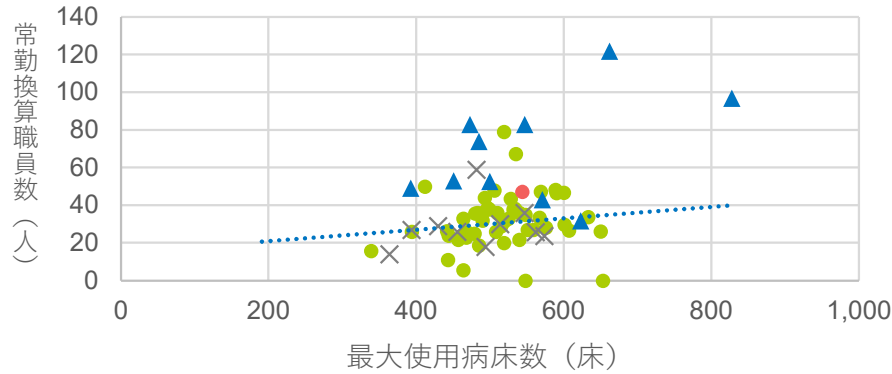
【助産師】 最大使用病床数と職員数



脚注：赤く示した点が総合医療センターを示す

### ▶ 3-2-1-2 職員数\_理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 (回復期リハビリテーション病棟を有する病院を除く)

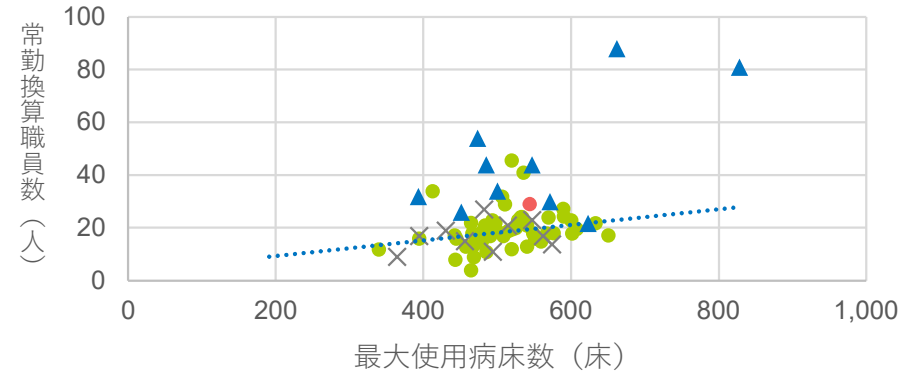
【セラピスト】最大使用病床数と職員数



● 公立・公的 ▲ 民間 × 大学 ..... 線形(合計)

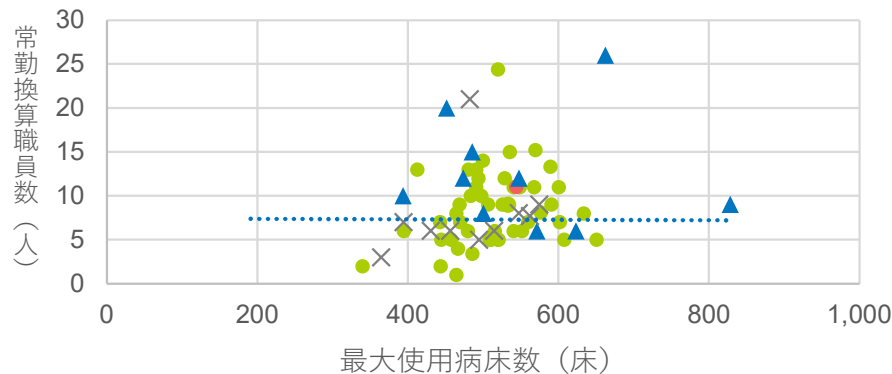
注：セラピストは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の合計

【理学療法士】最大使用病床数と職員数



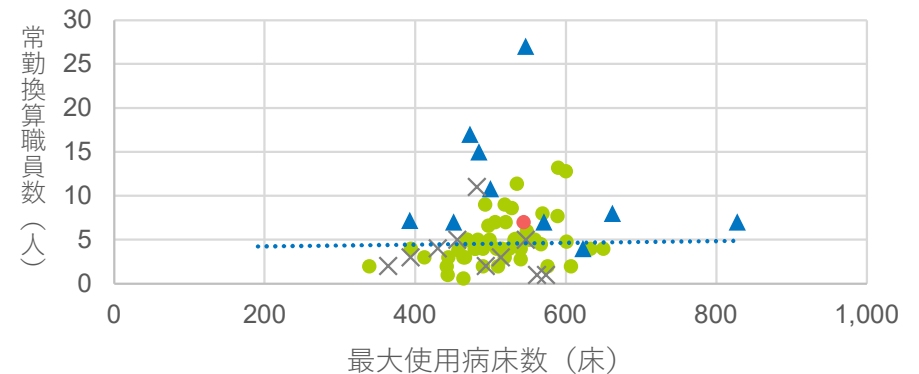
● 公立・公的 ▲ 民間 × 大学 ..... 線形(合計)

【作業療法士】最大使用病床数と職員数



● 公立・公的 ▲ 民間 × 大学 ..... 線形(合計)

【言語聴覚士】最大使用病床数と職員数

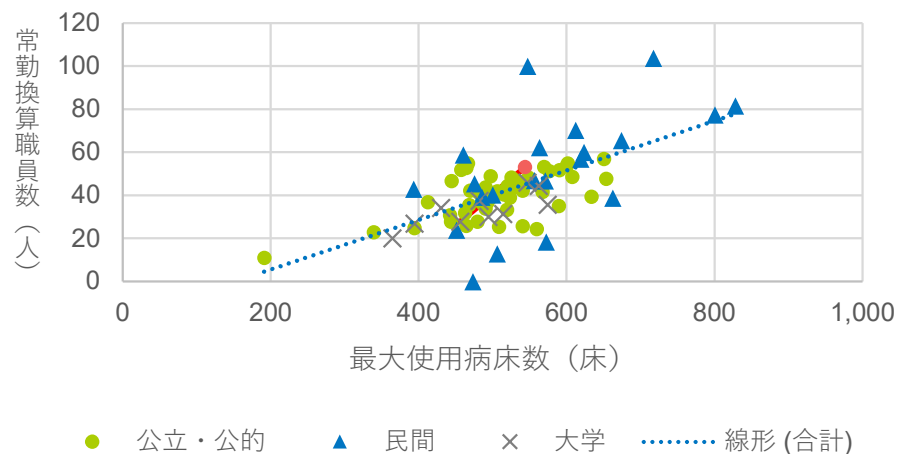


● 公立・公的 ▲ 民間 × 大学 ..... 線形(合計)

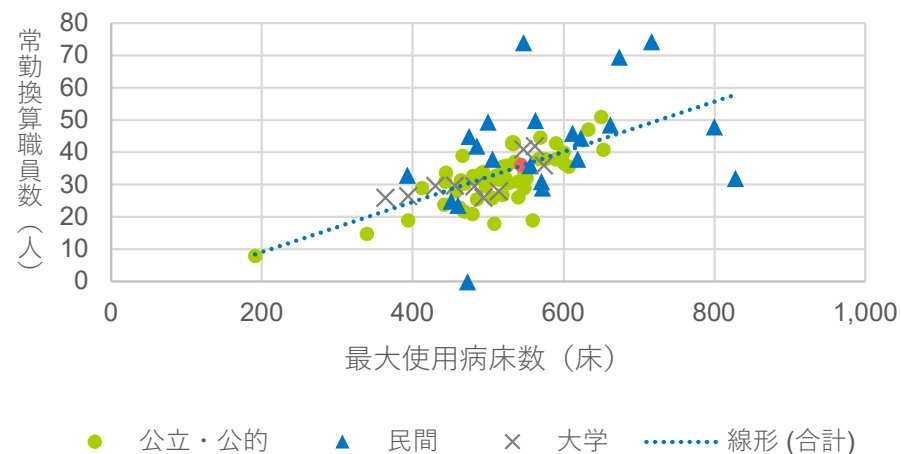
脚注：赤く示した点が総合医療センターを示す

## ▶ 3-2-1-2 職員数\_臨床検査技師・診療放射線技師・臨床工学技士・管理栄養士

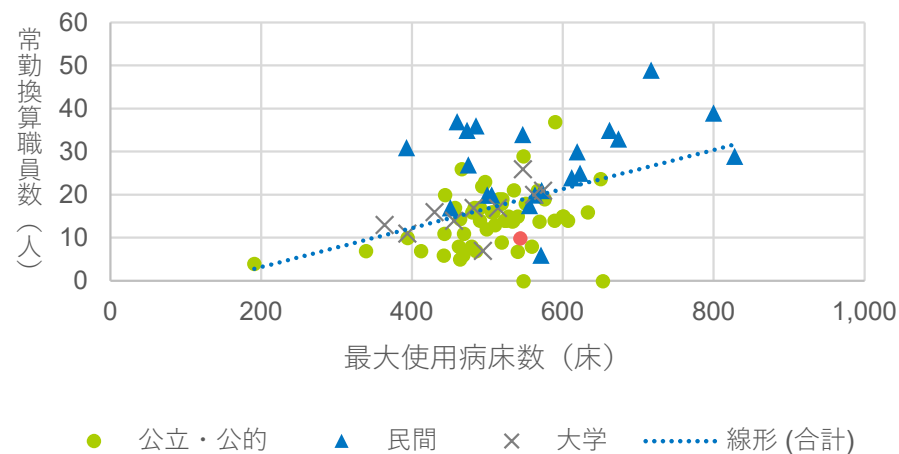
【臨床検査技師】最大使用病床数と職員数



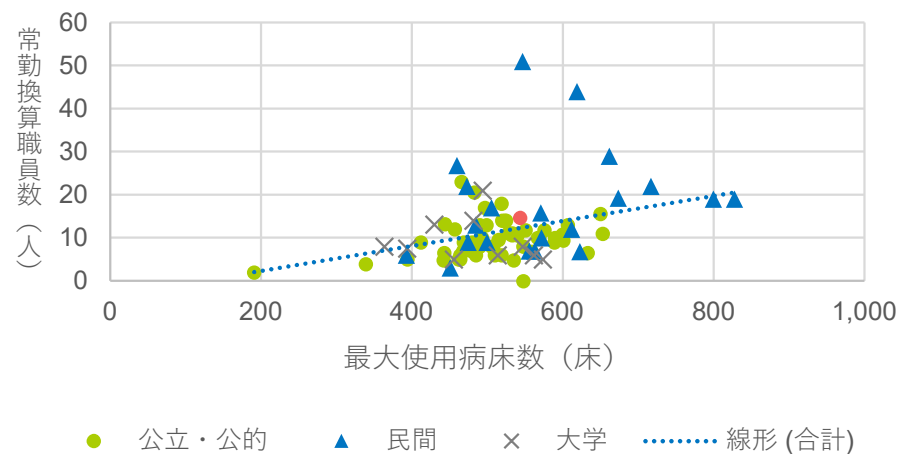
【診療放射線技師】最大使用病床数と職員数



【臨床工学技士】最大使用病床数と職員数



【管理栄養士】最大使用病床数と職員数



脚注：赤く示した点が総合医療センターを示す

### ▶ 3-2-1-2 職員数\_労働条件

看護師に関して、総合医療センターの労働条件と日本看護協会にて公表されている労働条件の比較は下表のとおりである。勤務日数、有給休暇、所定労働時間ともに民間と比較すると総合医療センターは良好な条件となっている。

看護師比較	総合医療センター	民間病院 ※ 日本看護協会 『2023年度病院看護実態調査報告書』
勤務日数	年間公休+夏季休暇：126日 年間公休120日（年間週休二日制） 夏季休暇：6日	年間公休+夏季休暇：平均116.6日 年間公休104日（4週8休）
有給休暇	有給取得率：約100% 入職時より20日付与 入職半年ごとに10日付与	有給取得率60.9%
所定労働時間	7.75時間/日 38.75時間/週	8時間/日 40時間/週

総合医療センターと民間病院との労働時間を比較すると、看護師一人当たりの年間所定労働時間の差は183時間となる。仮に600人を採用した場合、民間病院との労働時間の差は109,800時間（600人×183時間）となり、総合医療センター換算では65人分の差を生むことになる。（109,800時間÷1,705時間）

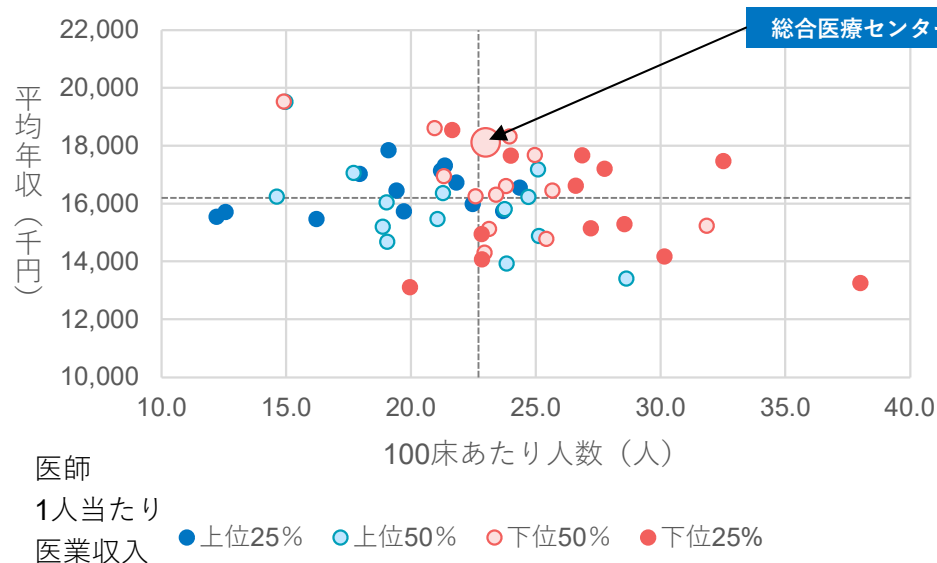
労働時間数比較	総合医療センター	民間病院	差
年間勤務日数	220日（365日－145日） 年間公休（120日） 夏季休暇（6日） 有給休暇（19日）	236日（365日－129日） 年間公休+夏季休暇（117日） 有給休暇（12日）	16日
年間所定労働時間	1,705時間（220日×7.75時間）	1,888時間（236日×8時間）	183時間

### ▶ 3-2-1-3 生産性\_医師及び看護師

類似公立病院との比較において医師一人当たり収益は下位25%、看護師1人当たり収益は下位50%。給与水準の適正化や生産性向上による基盤強化が必要と推察される。

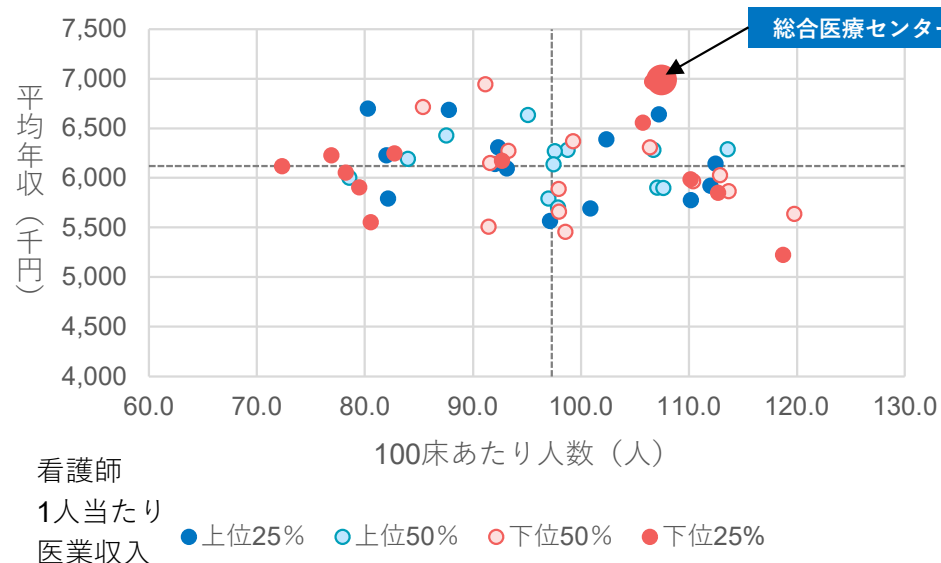
類似公立病院と生産性を比較するにあたり、平均年収と100床あたりの人数で散布図を作成。各病院の該当職種一人当たりの医業収入を、点の色を変えることにより表現。散布図において、平均年収が高いほど、生産性が高い（散布図上で青く表現される）ことが望ましいが、総合医療センターは医師及び看護師のどちらの生産性も、類似公立病院と比較すると下位に位置する。

【医師】 平均年収及び100床あたり人数



民間病院を含む比較では高水準でない医師給与について、類似公立病院との比較では高水準に位置する。100床あたりの人数は平均的な水準に位置するものの、一人当たり医業収入は下位50%に位置する。医師の配置が手厚い病院ほど一人当たりの医業収入も低い傾向にある。一人当たり医業収入と平均年収の関係性は強くない。

【看護師】 平均年収及び100床あたり人数



民間病院を含む比較で高水準であった看護給与について、類似公立病院との比較でも高水準に位置する。100床あたりの人数は平均よりやや多く、一人当たり医業収入は下位25%に位置する。看護師の配置や平均年収と、一人当たり医業収入の関係性は読み取れない。

出所：令和5年度地方公営企業年鑑を基に弊社作成

脚注：・類似公立病院は、地方公営企業年鑑において①～⑦に該当する53病院 ①病院区分が一般病院（結核病院、精神病院ではない）、  
②許可病床数400床以上、③精神病床を持たない、④急性期一般入院料1を算定、⑤不採算地区病院でない、⑥こども病院、がんセンターでない、  
⑦指定管理者制度未導入  
・医師及び看護師の年収は公営企業年鑑におけるの基本給及び手当（時間外勤務、特殊勤務、期末勤勉、その他）の月額を12倍し算出。

## ▶ 3-2-2 材料費\_サマリー

医薬品・医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となる。

価格水準は概ね適正化が進んでいる一方、さらなる最適化には上期・下期の年2回など、交渉機会を定例化した継続的な交渉体制の構築が重要となる。加えて、医療材料では領域別に状況が異なるため、現行の購入掛率を維持すべき領域と、衛生材料など改善余地の残る領域を切り分け、競争環境の促進や同等品切替も含めて深掘りしていく必要がある

### 医薬品

市場中央値比較で総額▲4.9百万円削減できており概ね良好。一方で割高品目が過半で改善の余地有り

- 本医薬品に関するベンチマーク分析の結果、年間購入額は高額であるものの、病院側において適切かつ効果的な薬価交渉が既に実施されており、個別品目単位での追加的な価格引下げ余地は限定的であることが明らかとなった。これは、これまでの価格交渉が一定の成果を上げており、現行の調達価格水準が概ね適正であることを示すものと評価。
- 一方で、更なるコスト適正化を図る観点からは、入札の機会を年2回（上期・下期）に設定し、計画的かつ継続的な交渉体制を構築することが有効であると考えられる。年2回の入札機会を設けることで、卸側の仕切価格や年間予算の見通しが明確になった段階で再交渉を行うことが可能となり、より現実的な価格提示を引き出すことができる。年度当初のみの交渉に比べ、市場環境を適時反映できる点で、価格適正化の精度向上が期待される。

### 医療材料

市場DB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。

- 医療材料に関するベンチマーク分析の結果、他院では高額となりやすい循環器領域および整形外科領域において、比較的安価な調達が実現できており、一定の価格交渉成果が得られている状況であることが確認された。これは、これまでの調達方針および価格交渉が一定の成果を上げており、現行の価格水準が概ね適正であることを示すものと評価できる。このため、次回の償還価格改定における交渉においては、現行の購入掛率を維持することを基本方針とすることが重要であると考えられる。
- 一方で、衛生材料関連については、依然として価格面での改善余地が認められることから、今後は業者間の競争環境の促進および継続的な価格交渉を通じて、さらなる調達価格の適正化を図る必要があると判断した。

### ▶ 3-2-2-1 医薬品費\_医薬品購入単価ベンチマーク分析

市場中央値比較で総額▲4.9百万円削減できており概ね良好。一方で割高品目が過半で改善の余地有り。

単位:千円(税抜)

前提条件 ・ 分析概要	医薬品入手データ	期間	R7年4月～R7年9月 (6か月)
		品目数	1,419品目
		薬価	1,961,636
	分析対象 (DB有り)	購入額	1,725,399
		品目数	1,339品目
		薬価	1,914,787

対象単価：同期間の総合医療センターご購入単価（税抜）

分析対象：購入数量0以下、麻薬・放射性医薬品・試薬・薬価未収載品、値引き率5%以下の異常値品等を除く  
1419品目のうち、MCH社で取り扱い可能な薬価収載品  
1419品目において、MCH社価格データベースと  
JANコードが一致した品目

#### 中央値との比較

中央値＝価格データを安い順に並べた時に真ん中に位置する病院の単価  
例：100施設中50番目に安い単価

	安い	同値	高い	乖離額計
品目数	361品目 27%	277品目 21%	701品目 <b>52%</b>	1,339品目 100%
乖離額	<b>10,684千円</b>	-	5,808千円	-4,876千円

貴院の購入単価をベンチマーク中央値と比較することで、価格水準の妥当性と改善余地の有無を整理した。

その結果、貴院の購入価格は全体として中央値と同水準、もしくは中央値を下回る品目が一定数存在しており、これまでの価格交渉や調達運用は一定程度機能している状況であることが確認された。一方で、中央値を上回る価格で購入している品目も一部残存しており、品目によっては交渉余地が残っている可能性が示唆される。

出所：総合医療センター提供資料及びMCH社ベンチマークデータを基に弊社作成

#### 25%値との比較

25%値＝価格データを安い順に並べた時に上位25%に位置する病院の単価  
例：100施設中25番目に安い単価

	安い	同値	高い	乖離額計
品目数	188品目 14%	153品目 11%	998品目 <b>75%</b>	1,339品目 100%
乖離額	7,266千円	-	<b>12,366千円</b>	5,099千円

本分析は、より踏み込んだ目標水準として25%値（中央値と最安値の間の価格帯）との比較を行い、貴院の購入価格の改善余地を確認した。

その結果、中央値との比較では概ね適正水準である一方、25%値との比較では一部品目に価格乖離が残存しており、さらなる価格是正の余地があることが示唆された。ただし、25%値は「上位価格帯」を基準とした水準であり、全品目を一律に到達させることは現実的ではない可能性がある。

### ▶ 3-2-2-1 医薬品費

(参考) 中央値と価格の高い品目差異金額の上位15品目を掲載

単位:円(税抜)

乖離順位	購入順位	品目	販売メーカー名	業者名称	中央値乖離額
1	43	アザシチジン注射用100mg「サワイ」	沢井製薬	スズケン	642,816
2	14	オレンシア点滴静注用250mg	ブリistol・マイヤーズ スクイブ	メディセオ	461,040
3	26	アイリーア硝子体内注射用キット40mg/ml	参天製薬	メディセオ	460,320
4	40	リユープリンPRO注射用キット22.5mg	武田薬品工業	メディセオ	316,869
5	45	アスパチン点滴静注用400mg/16ml	中外製薬	メディセオ	293,073
6	41	リツキシマブBS点滴静注500mg「KHL」	協和キリン	アルフレッサ	240,171
7	63	ロミプレート皮下注250 $\mu$ g調製用	協和キリン	アルフレッサ	224,736
8	17	バベンチオ点滴静注200mg	メルクバイオフーマ	アルフレッサ	191,352
9	66	ベバシズマブBS点滴静注400mg「第一三共」	アムジェン	アルフレッサ	178,400
10	28	オルプロリスク静注用3000	サノフィ	アルフレッサ	150,768
11	25	アブラキサ点点滴静注用100mg	大鵬薬品工業	アルフレッサ	136,440
12	129	ペメトレキセド点滴静注液800mg「NK」	日本化薬	メディセオ	119,769
13	89	セフトリアキソンNa静注用1g「CHM」	ケミックス	岩淵薬品	110,400
14	110	ゲムシタビン点滴静注用1g「ヤクルト」	高田製薬	東邦薬品	91,045
15	67	ベクティビックス点滴静注400mg	武田薬品工業	アルフレッサ	83,142
		<b>統計</b>			<b>5,807,677</b>

出所：松戸市立総合医療センター提供資料を基に弊社作成

### ▶ 3-2-2-1 医薬品費\_現行購入フロー

タスク	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
入札												
価格適応				4/1~								
価格交渉												
価格適用										10/1~		

本ガントチャートは、医薬品の価格交渉に関する年間の運用スケジュールを整理したものである。現行では、価格交渉は主に上期に実施されており、年度当初に入札（卸選定）を行ったうえで価格妥結を図り、4月以降の購入単価を確定させる流れとなっている。入札にあたっては複数卸からの見積取得を行い、提示条件を比較したうえで選定を実施している。また、価格交渉の場には薬局長も同席し、ベンチマークデータを活用しながら市場水準との乖離を確認しつつ交渉を進める体制が構築されている。

#### 問題点

4月より暫定価格で購入が開始された後、価格交渉が行われるものの、10月までの交渉期間中に十分な価格是正が進みにくい構造となっている。さらに、10月時点で大きな価格改定に至らなかった場合、その価格水準が年度末まで継続する運用となる可能性がある。

加えて、現行では年度当初に入札を実施し、暫定価格で取引を開始した卸と原則として年度末まで継続取引を行う運用となっている。そのため、年度途中で価格交渉の機会は設けられているものの、実際に卸を切り替える前提の仕組みはなく、実質的に競争環境が働きにくい構造となっている。10月以降も購買は継続されるため、交渉が長期化しても取引条件が大きく動きにくい状況にある。

その結果、年度当初の価格水準が実質的に固定化されやすく、年度途中の市場価格変動を十分に反映できない可能性がある。このように、年間継続取引を前提とした運用は安定性の面では合理的である一方、価格改定の実効性という観点では改善の余地があると考えられる。

出所：松戸市立総合医療センター提供資料及びヒアリング情報を基に弊社作成

### ▶ 3-2-2-1 医薬品費\_改善案

タスク		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
上期	入札			■									
	価格適応				4/1~								
	価格交渉					■	■	■					
下期	入札								■	■			
	価格適用										10/1~		

本ガントチャートは、医薬品調達において**上期・下期の年2回入札**を実施する運用を想定した提案スケジュールを示したものである。上期は年度初めの価格整理を目的とした入札・価格適用を行い、下期については、卸の仕切りや市場価格が見えやすく、価格変動が生じやすい8~9月を中心に再度入札を実施する想定としている。

#### メリット

年2回の入札機会を設けることで、卸側の仕切価格や年間予算の見通しが明確になった段階で再交渉を行うことが可能となり、より現実的な価格提示を引き出すことができる。年度当初のみの交渉に比べ、市場環境を適時反映できる点で、価格適正化の精度向上が期待される。

さらに、年度途中での見直し余地を制度上明確にすることで、年間固定取引を前提とした構造を緩和し、卸間の競争環境を持続的に維持することが可能となる。継続的な競争圧力が働く設計とすることで、価格水準の適正化を単年度にとどめず、継続的に推進していく基盤を構築できる。

出所：松戸市立総合医療センター提供資料及びヒアリング情報を基に弊社作成

## ▶ 3-2-2-1 医薬品費\_改善案

本院では、医薬品費低減に向けた各種施策を既に実行している。しかしながら、施策によっては期待した効果が十分に顕在化していないものもある。本頁では、各施策の実行上の課題を整理し、改善の方向性を示す。

### ①BS製剤の積極的な使用

高額な先発品からBS製剤への切替を行うことで購入金額の削減を図る

#### 課題

- ・先発品との適応症不一致がある製剤が多い。
- ・先発とBSの2剤採用となる為、使い分けのガイドライン作成が必要となる。
- ・処方医、薬局の理解と協力が必須。

### ②GE医薬品への切替推進

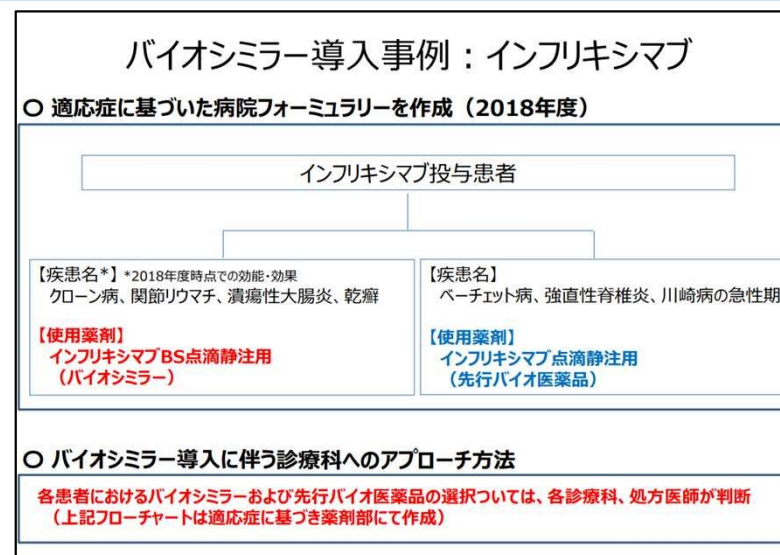
先発品から後発品への切替、後発品からより安価な後発品への切替

#### 課題

- ・適応症不一致の可能性がある。
- ・GEは全般的に供給不安がある。
- ・出来高算定の場合は、薬価差益額が減少する可能性がある。
- ・処方医、薬局の理解と協力が必須。

## 課題に対する対応策

- ▶ 適応症不一致
  - ⇒適応症不一致の薬剤の把握と使い分けのガイドラインの作成。またヒヤリハット対策も必須。
  - ⇒ガイドラインの院内周知徹底。病院としてBSの使用徹底（適応一致品目）の周知。
- ※右図は院内ガイドラインの一例
- ▶ 出来高、包括毎のGE切替効果額の試算
  - ⇒医薬品卸業者によってはDPC分析を行い、提案するシステムを保持しているので卸業者へ依頼すると安価（ないしは無償）で分析を行ってくれる可能性がある。（卸業者に対してEFファイルの提示が必要となる）



出所：右下図については、厚生労働省「バイオシミラーの基礎知識と使用促進に向けた取り組み」より抜粋

### ▶ 3-2-2-2 診療材料費\_診療材料費購入単価ベンチマーク分析

市場DB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。

一方でディーラー交渉の難易度より**来年度41百万円**の削減を提案。

前提条件 ・ 分析概要	診療材料入手データ	期間	R6年10月～R7年9月
		合計金額	¥2,148,204,458
	品目数	6,245	
	分析対象 (全国DB)	合計金額	¥1,711,601,367
品目数		5064	

単価：同期間の総合医療センターご購入単価  
使用数量：同期間の機関ご購入品目枚の総数量

分析対象：総合医療センターよりお預かりしました  
1年間の診療材料

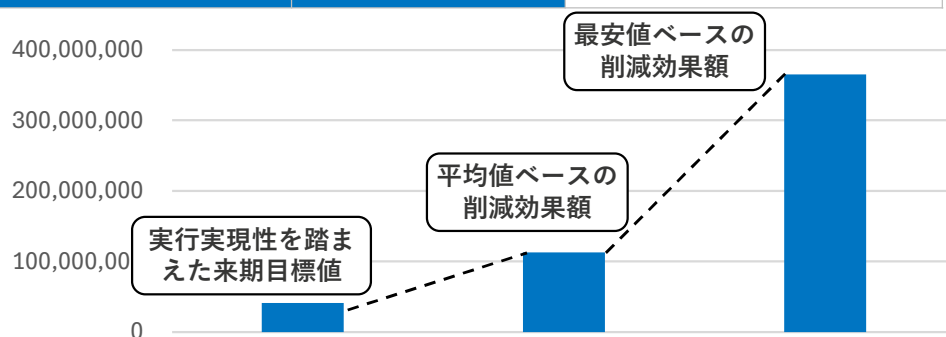
ご購入実績6,245品目について、弊社が保有する市場価格  
データベースと比較して分析

削減余地 = 購入量 × (総合医療センター単価 - 弊社データベース単価)

削減余地額合計(乖離額) = 全比較対象品目の差額余地額合計

#### 分析結果

分析結果	平均値	削減効果金額	¥112,856,792
		削減率	6.59%
分析結果	最安値	削減効果金額	¥365,002,869
		削減率	21.33%



出所：総合医療センター提供資料及びMCH社ベンチマークデータを基に弊社作成

本分析では、全国ベンチマークデータを基に、貴院の購買単価を「平均値水準」と「最安値水準」にそれぞれ揃えた場合の削減余地を試算した。

その結果、平均値水準に合わせた場合でも一定の削減効果が見込まれ、さらに最安値水準まで引き下げた場合には、より大きな削減余地が確認された。一方で、実際の運用において全品目を最安値で購入することは現実的ではなく、平均値水準への是正についても、交渉・契約・運用変更を一度に完了させることは難しい。特に、医師・オペ領域で使用される材料は切替難易度が高く、その他の材料においても部門ごとの運用・選定基準により切替が進みにくいケースが想定される。

このため、短期間でベンチマーク水準へ一気に到達するのではなく、実行可能性を踏まえた段階的な削減計画として推進することが望ましい。まず来期は、取り組み可能な領域から着手し、**年間41百万円**の削減を現実的な目標として設定する。

### ▶ 3-2-2-2 診療材料費

- 購入品分類別に全国データ（平均/最安値）と比較し、削減余地額および余地率を算出。
- 検査機器消耗品・消化器科・呼吸器科領域、輸血輸液関連器材**において削減余地が大きく、購買条件の見直しによる効果が期待できる領域として抽出された。

No	領域	品目数		全国				
		総数	平均 余地あり	合致購入金額	削減余地総額（平均）	余地率	削減余地額計（最大）	余地率
1	整形外科領域	1,403	594	212,964,813	4,871,219	2.29%	32,818,390	15.41%
2	検査用機器消耗品	156	74	134,741,113	15,154,003	11.25%	27,773,335	20.61%
3	循環器内科領域	279	159	130,040,943	1,623,537	1.25%	20,248,423	15.57%
4	鏡視下手術システム	118	71	113,814,681	4,307,953	3.79%	20,872,857	18.34%
5	消化器科領域	253	170	111,400,674	12,144,487	10.90%	28,716,631	25.78%
6	診察用器材	94	45	107,151,865	5,000,723	4.67%	25,790,587	24.07%
7	呼吸器科領域	370	201	100,859,947	13,117,528	13.01%	34,319,086	34.03%
8	心臓・血管外科領域	109	78	91,876,885	1,535,440	1.67%	8,463,972	9.21%
9	輸血、輸液関連器材	69	55	70,072,385	10,064,983	14.36%	22,930,022	32.72%
10	診断用器材	220	115	53,443,457	2,511,926	4.70%	10,642,009	19.91%
11	その他治療材料	140	60	45,360,042	3,673,027	8.10%	11,283,260	24.87%
12	手袋	51	32	43,084,120	505,946	1.17%	13,677,300	31.75%
13	手術・処置・病棟用関連器材	62	38	42,852,242	4,088,409	9.54%	12,456,422	29.07%
14	針付縫合糸	75	63	40,494,727	2,356,570	5.82%	6,708,539	16.57%
15	泌尿器科領域	125	88	35,483,430	2,707,377	7.63%	8,096,171	22.82%
16	その他管理用器材	39	28	27,468,820	2,602,443	9.47%	5,466,452	19.90%
17	採血用器材	43	26	26,809,828	1,449,957	5.41%	6,010,571	22.42%
18	脳神経外科領域	104	57	25,802,567	708,276	2.74%	3,532,615	13.69%
19	吻合、縫合、止血関連器材	45	25	24,584,014	647,447	2.63%	4,329,690	17.61%
20	麻酔、ペインクリニック領域	20	9	23,949,245	2,082,357	8.69%	4,516,109	18.86%
	合計	3,775	1,988					

### ▶ 3-2-2-2 診療材料費

- ・ 購入品メーカー別に全国データ（平均/最安値）と比較し、削減余地額および余地率を算出。
- ・ ジェイ・エム・エス、エム・シー・メディカル、シーメンスヘルスケア購入品において削減余地率が大きいことが確認された。

No	メーカー名称	品目数		全国				
		総数	平均 余地あり	合致購入金額	削減余地総額（平均）	余地率	削減余地額計（最大）	余地率
1	ジョンソンエンドジョンソン	322	152	119,474,708	5,799,797	4.85%	19,801,352	16.57%
2	ジンマー・バイオメット	317	234	112,472,528	3,653,287	3.25%	23,408,389	20.81%
3	テルモ	249	114	92,577,849	6,127,494	6.62%	20,492,671	22.14%
4	アボットジャパン	57	20	86,656,506	8,371,470	9.66%	16,603,253	19.16%
5	コヴィディエンジャパン	132	59	81,542,914	3,380,510	4.15%	21,002,545	25.76%
6	アボットメディカルジャパン	57	34	74,860,694	744,383	0.99%	10,658,555	14.24%
7	日本メドトロニック	87	63	55,674,463	463,888	0.83%	5,261,581	9.45%
8	日本ストライカー	373	118	49,886,802	962,549	1.93%	9,495,503	19.03%
9	日本光電工業	64	50	39,988,287	1,182,611	2.96%	11,173,066	27.94%
10	O&M Halyard Japan	10	6	36,921,380	230,461	0.62%	12,785,930	34.63%
11	オリンパスマーケティング	94	48	33,989,882	1,671,157	4.92%	8,330,689	24.51%
12	日本ベクトン・ディッキンソン	35	30	33,570,080	5,318,394	15.84%	12,861,655	38.31%
13	カーディナルヘルス	103	51	32,758,942	772,024	2.36%	7,893,767	24.10%
14	ボストンサイエンティフィックジャパン	88	76	32,473,883	927,338	2.86%	5,268,532	16.22%
15	エム・シー・メディカル	95	67	31,824,061	7,247,716	22.77%	15,731,874	49.43%
16	ジェイ・エム・エス	62	52	29,897,920	9,566,475	32.00%	15,431,119	51.61%
17	インテュイティブサージカル	24	24	29,874,548	534,199	1.79%	1,720,336	5.76%
18	シーメンスヘルスケア	25	18	29,185,570	5,295,764	18.15%	9,117,098	31.24%
19	メドトロニックソファモアダネック	113	2	25,301,342	897	0.00%	1,262,534	4.99%
20	メディコン	62	52	24,307,882	1,981,649	8.15%	6,268,008	25.79%
	合計	2,369	1,270					

### ▶ 3-2-2-2 診療材料費

- ・ デイラー別に全国データ（平均/最安値）と比較し、削減余地額および余地率を算出。
- ・ MMコーポレーション、イノメディックス、アズサイエンス、マテリクス購入品において削減余地率が大きいことが確認された。

No	ディーラー名称	品目数		全国				
		総数	平均 余地あり	合致購入金額	削減余地総額（平均）	余地率	削減余地額計（最大）	余地率
1	(株) MMコーポレーション	811	565	361,195,438	35,880,066	9.93%	97,838,314	27.09%
2	(株) 八神製作所柏営業所	768	448	305,547,370	23,840,790	7.80%	78,970,669	25.85%
3	(株) ウイン・インターナショナル	656	375	299,343,141	3,954,923	1.32%	39,589,279	13.23%
4	イノメディカルシステムズ	1,426	598	240,825,081	5,060,277	2.10%	39,468,168	16.39%
5	(株) イノメディックス	552	350	218,974,567	25,339,985	11.57%	62,170,965	28.39%
6	【試薬】アズサイエンス	95	38	86,905,130	8,851,231	10.18%	15,961,809	18.37%
7	(株) フジタ医科器械	73	47	27,520,473	1,592,152	5.79%	4,328,891	15.73%
8	マテリクス(株)	36	25	27,379,410	2,554,116	9.33%	6,398,295	23.37%
9	(株) アステック	64	56	22,583,329	555,348	2.46%	1,928,902	8.54%
10	【試薬】アルフレッサ	25	11	19,685,390	376,461	1.91%	1,750,468	8.89%
11	FOURCUS	169	8	17,587,980	79,296	0.45%	3,979,652	22.63%
12	(株) 栗原医療器械店	126	44	16,384,334	318,268	1.94%	2,005,401	12.24%
13	(株) スズケン 松戸支店 2425-114	18	10	16,211,128	895,097	5.52%	2,806,820	17.31%
14	【試薬】東邦薬品	31	16	15,165,150	1,652,938	10.90%	3,385,555	22.32%
15	アイティーアイ(株)	62	22	13,130,120	452,385	3.45%	1,202,574	9.16%
16	サンメディックス(株)	25	14	6,481,172	36,022	0.56%	377,861	5.86%
17	東邦薬品(株) 松戸支店	19	12	4,886,050	575,239	11.77%	1,162,740	23.80%
18	【試薬】スズケン 松戸支店 2425-114	8	0	3,201,500	0	0.00%	72,750	2.27%
19	岩淵薬品(株) 松戸支店	19	9	2,423,966	563,793	23.26%	636,752	26.27%
20	岩片医療器(株)	5	1	1,556,275	3,500	0.22%	16,605	1.07%
	合計	4,988	2,649					

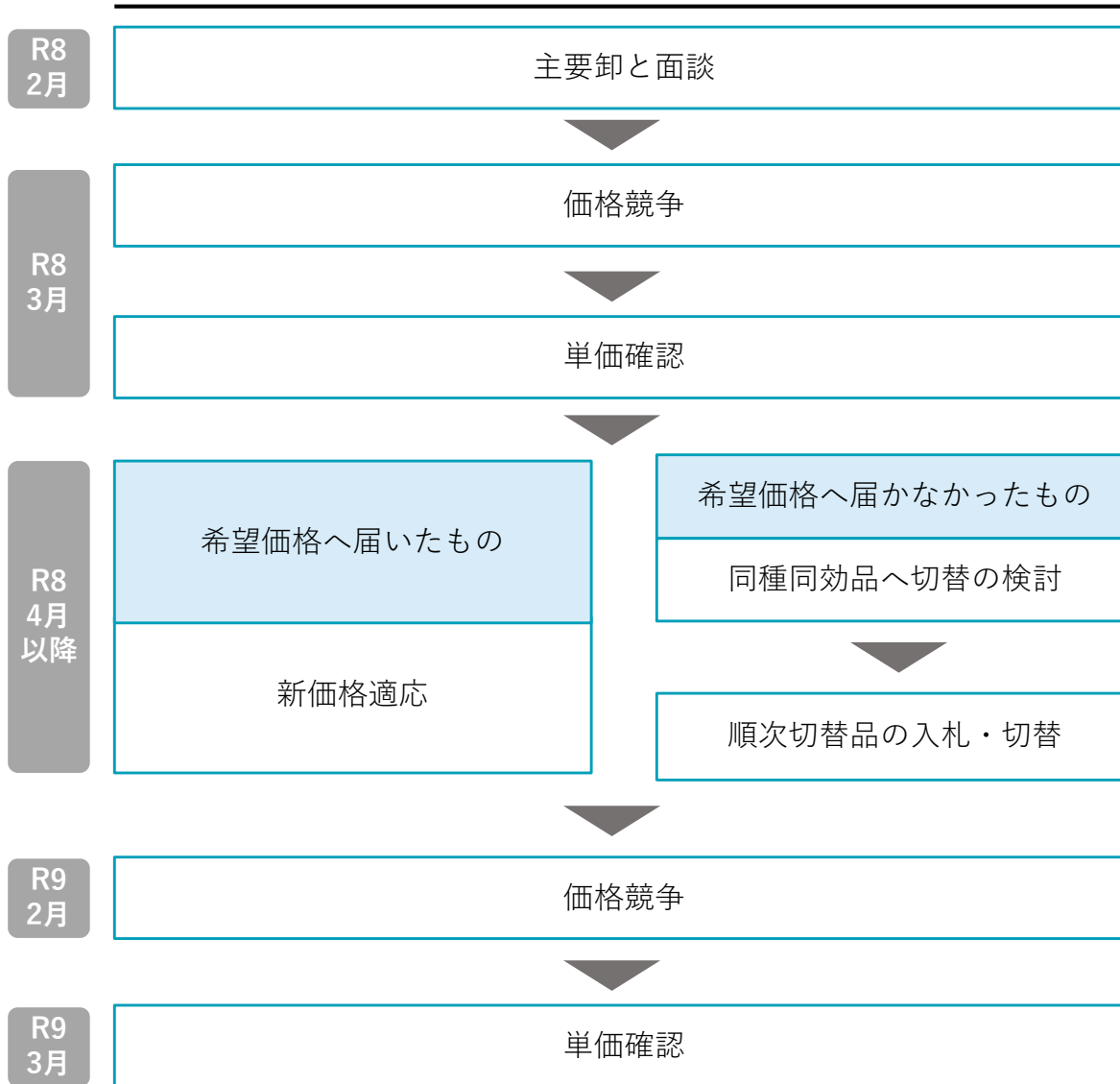
### ▶ 3-2-2-2 診療材料費\_診療材料費削減計画 (案)

交渉機会を定例化及び削減効果の大きい品目から同等品への切替を順次実行し、  
R8年度に**41百万円**の材料費削減を目指す。

No	削減手法	分類名	現メーカー	集約後メーカー/切替後メーカー	購入業者名	2026年4月 目標	2026年5月 目標	2026年6月 目標	2026年7月 目標	2026年8月 目標	2026年9月 目標	2026年10月 目標	年間目標
							年間目標の 25%達成時				2次価格交渉 妥結単価報告	年間目標の 50%達成時	
1	業者価格交渉	「削減余地率5%以上」or「年間削減効果額 ¥ 10,000円以上」の品目 (非償還品)		409品目	MMコーポレーション	1次価格交渉 妥結単価報告	671,774	671,774	671,774	671,774	671,774	1,343,548	11,420,156
2	業者価格交渉	「削減余地率5%以上」or「年間削減効果額 ¥ 10,000円以上」の品目 (非償還品)		174品目	イノメディックス	1次価格交渉 妥結単価報告	481,319	481,319	481,319	481,319	481,319	962,638	8,182,420
3	業者価格交渉	「削減余地率5%以上」or「年間削減効果額 ¥ 10,000円以上」の品目 (非償還品)		239品目	八神製作所柏営業所	1次価格交渉 妥結単価報告	398,982	398,982	398,982	398,982	398,982	797,965	6,782,702
4	業者価格交渉	「削減余地率5%以上」or「年間削減効果額 ¥ 10,000円以上」の品目 (非償還品)		30品目	アズサイエンス	1次価格交渉 妥結単価報告	184,308	184,308	184,308	184,308	184,308	368,616	3,133,237
5	業者価格交渉	「削減余地率5%以上」or「年間削減効果額 ¥ 10,000円以上」の品目 (非償還品)		9品目	マテリクス	1次価格交渉 妥結単価報告	19,120	19,120	19,120	19,120	19,120	38,240	325,039
6	業者価格交渉	「削減余地率5%以上」or「年間削減効果額 ¥ 10,000円以上」の品目 (非償還品)		43品目	イノメディカルシステムズ	1次価格交渉 妥結単価報告	17,684	17,684	17,684	17,684	17,684	35,369	300,636
7	業者価格交渉	「削減余地率5%以上」or「年間削減効果額 ¥ 10,000円以上」の品目 (非償還品)		32品目	ウイン・インターナショナル	1次価格交渉 妥結単価報告	11,073	11,073	11,073	11,073	11,073	22,145	188,236
8	業者価格交渉	2026年度償還改定該当品目 (償還品)		-	-	1次価格交渉 妥結単価報告					2次価格交渉 妥結単価報告		
9	商品集約	モニタリング電極	エム・シー・メディカル/ソルベンタム等	ソルベンタム/日本光電工業	八神製作所柏営業所/イノメディックス	提案開始	集約承認 在庫消化	128,379	128,379	128,379	128,379	128,379	1,283,787
10	商品集約	検査用カップ	テクノメディカ/東隆興業/日昭産業等	東隆興業/日昭産業	ムトウ柏支店/栗原医療器械店	提案開始	集約承認 在庫消化	26,250	26,250	26,250	26,250	26,250	262,500
11	商品集約	人工鼻	ICUメディカルジャパン/エム・シー・メディカル等	エム・シー・メディカル/泉工医科工業	八神製作所柏営業所/イノメディックス	提案開始	集約承認 在庫消化	21,800	21,800	21,800	21,800	21,800	218,000
12	商品集約	酸素療法関連	エム・シー・メディカル/村中医療器	村中医療器	イノメディックス	提案開始	集約承認 在庫消化	15,510	15,510	15,510	15,510	15,510	155,100
13	商品切り替え	洗浄・除菌用タオル	旭化成アドバンス	サラヤ	-	提案開始	院内説明 サンプル評価	切替承認 在庫消化	305,250	305,250	305,250	305,250	2,747,250
14	商品切り替え	携帯型デバイス注入ポンプ	ICUメディカルジャパン/大研医器等	大研医器/ニプロ	-	提案開始	院内説明 サンプル評価	切替承認 在庫消化	165,592	165,592	165,592	165,592	1,490,325
15	商品集約	血糖測定用穿刺針	LifeScan Japan/三和化学研究所	LifeScan Japan	イノメディックス	提案開始	集約承認 在庫消化	12,900	12,900	12,900	12,900	12,900	116,100
16	商品集約	輸血・輸液加温システム	ICUメディカルジャパン/インター・مدジャパン	ICUメディカルジャパン	八神製作所柏営業所	提案開始	集約承認 在庫消化	4,472	4,472	4,472	4,472	4,472	40,250
17	商品集約	カテーテルマウント	ICUメディカルジャパン/コヴィディエンジャパン	コヴィディエンジャパン	MMコーポレーション	提案開始	集約承認 在庫消化	3,304	3,304	3,304	3,304	3,304	29,738
18	商品切り替え	気管内チューブ	ICUメディカルジャパン/エアライフジャパン等	エアライフジャパン/エム・シー・メディカル等	-	提案開始	院内説明 サンプル評価	切替承認 在庫消化	130,865	130,865	130,865	130,865	1,046,923
19	商品切り替え	新型コロナウイルス迅速診断キット	デンカ	タウンズ	-	提案開始	院内説明 サンプル評価	切替承認 在庫消化	114,400	114,400	114,400	114,400	915,200
20	商品切り替え	ドレープ関連	ホギメディカル/ホーブス等	リッドコーポレーション	-	提案開始	院内説明 サンプル評価	切替承認 在庫消化	97,488	97,488	97,488	97,488	779,900
21	商品集約	電子体温計	オムロンヘルスケア/テルモ	オムロンヘルスケア	八神製作所柏営業所	提案開始	集約承認 在庫消化	2,865	2,865	2,865	2,865	2,865	22,920
22	商品集約	CVボート穿刺針	ニプロ/東レ・メディカル	ニプロ	MMコーポレーション	提案開始	集約承認 在庫消化	2,373	2,373	2,373	2,373	2,373	18,980
23	商品切り替え	手袋付吸引カテーテル	カーディナルヘルス	ニプロ	-	提案開始	院内説明 サンプル評価	切替承認 在庫消化	89,312	89,312	89,312	89,312	625,182
24	商品切り替え	速乾性手指消毒剤	杏林製薬	健栄製薬	-	提案開始	院内説明 サンプル評価	切替承認 在庫消化	87,500	87,500	87,500	87,500	612,500
25	商品切り替え	滅菌ラップ	ASP Japan/メドライン・ジャパン	メドライン・ジャパン	-	提案開始	院内説明 サンプル評価	切替承認 在庫消化	78,771	78,771	78,771	78,771	551,396
26	商品集約	気管切開用固定具	ICUメディカルジャパン/高研	高研	栗原医療器械店	提案開始	集約承認 在庫消化	1,070	1,070	1,070	1,070	1,070	7,490
27	商品集約	創傷保護用パッド付ドレッシング	アルケア/スミス・アンド・ニュー	アルケア	MMコーポレーション	提案開始	集約承認 在庫消化	626	626	626	626	626	4,384
						0	1,784,260	1,976,199	2,467,717	2,815,707	3,072,986	4,857,247	41,260,349

### 3-2-2-2 診療材料費\_診療材料費削減計画\_想定スケジュール

#### 今後の流れ(管財課)



#### 運用補足/狙い

病院として価格見直しを本格的に進めていく方針であることを明示し、各卸に対しても同様の姿勢で価格提示を行うよう促す。

#### 運用強化ポイント

➤ **価格競争時に希望価格（ターゲット価格）を明示**  
希望価格を明示し、目標とする価格水準を明確化  
※今年度は終了済みのため来年度から実施予定

提示価格がベンチマーク水準に達しているかを確認。  
届いていないものについてはPJにて切替協議へ

#### 未達品目の再価格競争・他卸への再提示

希望価格に届かない場合は再入札を実施し、他卸にも提示機会を付与することで競争環境を拡大する。  
従来の固定的な卸構成からの脱却を図る。



今回は早期の削減効果創出を優先するため、再交渉に時間をかけず、速やかな切替実行を基本方針とする。

#### 運用強化ポイント

➤ **単価最安値主義から総額最安値主義へ転換**  
従来の「品目ごとの最安卸選定」ではなく、一定品目群をまとめた総額比較により、  
トータルコストで有利な卸を複数社選定する方式へ転換する。  
切替と総額主義の2軸で継続的な卸の競争環境を構築することが可能となる。

## ▶ 3-2-2-2 診療材料費\_診療材料費削減計画\_PJの運用

価格是正を実効性あるものとするためには、PJの設立と明確な運用ルールの整備が不可欠である。

価格交渉および商品切替を場当たりの行的に行うのではなく、継続的かつ構造的に推進する体制の構築が必要である。

### 1. 院内方針の明確化（最優先）

価格是正およびコスト適正化を病院として本格的に推進する方針を明確にし、商品切替および価格見直しを前提とした運用へ移行することを院内に周知する。

本取り組みは個別最適ではなく、病院全体最適の観点から実施するものであり、原則として切替・価格是正を推進する。

### 2. PJでの検討内容

#### ■ 同種同効品への切替・集約可否判断

サンプリング評価を実施、原則は「切替・集約前提」で検討、現状維持とする場合は理由を明確化

#### ■ 医療材料・衛生材料

原則、現場展開前にPJ内で判断完結、安全・感染リスクが懸念される場合は専門部門レビュー実施

#### ■ 医師使用品目

代表医師が最終判断、ただし基本方針は切替を前提

#### ■ 対象管理

管財課共有の対象一覧（削減額上位89品目 総額8,000千円）を基準に進行、品目ごとの進捗を可視化管理

### 3. 品目選定

初期は切替難易度の低い分類から着手、数か月の運用実績を確認後、対象範囲を拡大、難易度の高い品目も段階的に組み込む（高難易度材料の一例を掲載）

分類	製品 難易度	メーカー名称	商品名	商品規格	削減手法	メーカー名	商品名	商品規格
ディスポSpO2 センサ	難	日本光電工業	ディスポオキシプローブ	Lg 0.8m,成人用(TL-271T)	商品切り替え	メッツ	CJMディスポーザブル SpO2センサ	成人手指用, 日本光電TL-271T対応
ニトリル手袋	難	O&M Halyard Japan	ラベンダーニトリルグローブ エコプルパッケージ	S,パウダ-7リ-,250枚入	商品切り替え	メドライン・ ジャパン	センシケア	S,パウダ-7リ-,250枚入
SMBG機器用電極	難	ニプロ	ニプロスタットストリップGLU専用 チップ	スタットストリップ GLU用,50枚入	商品集約	テルモ	メディセーフフィット プロチップ	.

出所：総合医療センター提供資料を基に弊社作成

## 3-2-2-2 診療材料費\_診療材料費削減計画\_PJの運用

### 4. 切替困難品目への対応

切替が困難と判断された品目については、現行卸へ切替検討状況を共有  
ベンチマーク（BM）データを活用するとともに、卸業者のみならずメーカーの同席を原則としたうえで、価格交渉を実施する。

### 5. KPIの設計方針

初年度は制度構築・定着期間と位置付け、提示済みスケジュールに基づき**40百万円**の削減を成果目標とする。  
あわせて以下を運用指標として管理する。

- ・ 診療材料比率
- ・ 切替品目数

診療材料比率は、価格是正や同種同効品への切替が実際に材料費全体の構造改善につながっているかを確認するための指標であり、単発の値引きではなく費用構造の変化を把握することを目的とする。また、切替品目数は、商品選定の見直しが実行段階に移されているかを測る実行指標であり、仕組みが形骸化せず実際に運用されているかを可視化する役割を持つ。  
このように、初年度は「削減額の最大化」のみを追うのではなく、継続的に価格是正と商品切替が機能する体制を構築し、“仕組みとして回る状態”を確立することを重視するものである。

#### 運用原則

- 現状維持は原則選択肢としない
- 価格未改善品目は必ず再検討対象とする
- 判断と実行を分離せず、WG内で完結させる

商品切替を前提とした運用が定着すると、各メーカー・卸にとっては「価格が適正でなければ自社製品が他製品へ切り替えられる」という明確なリスクが常に存在する状態となる。その結果、価格提示の段階から競争意識が働き、従来のような形式的な交渉ではなく、実質的な価格改善を意識した提案が行われやすくなる。  
このように、商品切替が現実的な選択肢として機能する環境を整備することは、単年度の削減にとどまらず、継続的に価格水準を適正化していくための構造的な競争環境の構築につながると考えられる。

### ▶ 3-2-3 委託費\_サマリ

現行契約は高水準仕様で運用されているため、仕様設計の見直しにより削減余地が認められる。

- 現行仕様は安全性を最優先とした高水準設計となっている一方で、資格要件や体制要件が詳細かつ固定的に定義されているため、参入可能な事業者が実質的に限定されやすい構造となっている。その結果、当初から受託している事業者が継続的に受託する前提が形成されやすく、新規事業者が提案参加しにくい環境となっている可能性がある。仕様の幅を一定程度広げ、求める品質水準を明確にした上で提案の自由度を高めることで、競争環境を再構築する余地があると考えられる。

#### 総合施設管理

#### 仕様の再整理および過度要件の見直しにより、約43百万円の削減余地が認められる

本契約は、病院機能の安全確保を最優先とした高水準の仕様設計となっている。一方で、仕様の詳細度や体制要件が厳格であることから、実際の運用実態との間に一定の整理余地がある可能性が示唆される。特に人員配置や定期業務の実施方法、資格要件等については、安全性確保という設計思想を維持しつつも、実効性および費用対効果の観点から再検討の余地があると考えられる。すなわち、本件は運用上の問題というよりも、仕様水準と実運用との整合性を再整理することが論点である。

#### その他委託業務

#### 仕様設計の見直しと競争環境の整備により、価格適正化の実効性を高める必要がある

滅菌業務については、複数の業務項目が包括的に一契約へ組み込まれている構造となっており、参入可能な事業者が限定されやすい設計となっている可能性がある。競争性の観点からは、業務区分や発注単位の再整理が論点となる。また、検査委託についても、長期間同一事業者との継続契約となっており、価格競争が十分に機能していない可能性がある。定期的な見直しや競争環境の確保が、価格水準適正化の観点から課題と考えられる。洗濯業務については洗濯場委託費は比較的安価である一方、白衣貸借借契約は相対的に割高とみられる為、費用構造の可視化と業務分担の見直しにより、委託費適正化の実効性を高める必要がある。給食業務について現行給食管理費は適正水準にあり、大幅なコスト削減には実運用を踏まえた見直しが必要である。

### ▶ 3-2-3 委託費\_分析結果

本検証は、現行の委託契約について持続可能な運営体制への再設計可能性を検討したものである。

本分析における削減金額は、法令遵守および医療安全を前提とした上での目標水準である。実現には、病院経営層の方針決定とともに、現場職員の理解・協力および業務運用の見直しが必要となる。

#### 分析観点

- ・**法定基準との整合性**  
法令・通知・ガイドラインで求められる要件を満たしているかを確認し、超過仕様は必要性和代替手段を整理し適正水準を検討する。
- ・**他自治体病院との比較妥当性**  
同規模・同機能の公的病院と単価・体制・頻度を比較し、差分とその要因（24h対応等）を特定する。
- ・**実業務量との整合性**  
仕様上の人員・回数・範囲が実際の業務量（件数・稼働・巡回等）に見合っているかを確認し、前提更新と見直し余地を整理する。
- ・**人員配置の合理性**  
役割分担・時間帯配置・責任者要件・臨時対応を踏まえ、人員が必要十分かを評価し配置最適化の可能性を検討する。
- ・**メーカー依存契約の適正性**  
メーカー指定や推奨頻度等で競争性が制限されていないかを確認し、独立系切替や範囲分割を含めた見直し余地を整理する。

※本試算は主として契約仕様書および提出資料に基づき算出したものであり、全業務に対する現場ヒアリングは実施していない。

#### ① 総合施設管理

業務項目	現状金額	目標金額	減額金額
設備管理常駐	81,960,000	77,160,000	-4,800,000
警備	106,236,152	91,136,152	-15,100,000
清掃	132,451,212	119,559,212	-12,892,000
設備保守	88,742,940	77,645,142	-11,097,798
合計	409,390,304	365,500,506	<b>-43,889,798</b>

本契約については、法令遵守および医療安全の確保を前提条件としたうえで、仕様内容および価格構造の精査を実施した。その結果、業務範囲や配置要件、契約条件等の分析項目を整理・再評価することにより、**年間約43百万円の削減余地が確認された**。削減率に換算すると**約10.7%**に相当する。本試算は単純な単価引下げを前提としたものではなく、分析項目の見直しおよび発注条件の再整理を踏まえた構造的な削減余地を示すものである。各分析項目の詳細および算定根拠については、次頁に記載する。

### ▶ 3-2-3 委託費\_分析結果

年間▲4,389万円の削減余地は、値引きではなく、**契約で想定している体制・作業内容と、現場でのやり方を照らし合わせ、過不足を整えることで得られる可能性が高い。**

#### 1.設備管理常駐

責任者／副責任者の役割、当直対応、有人範囲など、契約上想定している常駐体制を整理する。あわせて、実際のシフト・稼働状況、業務分担、法定要件や院内ルールと照らし、体制の見直し余地を確認する。

#### 2.警備+電話交換

配置人数・時間帯・業務範囲が、安全確保の観点で必要十分かを確認する。現場動線や緊急対応、夜間業務の実態を把握し、求める安全・防災水準に対して仕様を見直すべき点を整理する。

#### 3.清掃

契約（仕様）上の体制・作業内容と、提出シフトや実施記録が一致しているかを確認する。作業記録・実施証跡と請求内容を突合し、病棟別に求める水準（感染・安全）を前提に、仕様の見直し余地を整理する。

#### 4.設備保守

法定要件、メーカー推奨、現場実態を整理した上で、点検頻度・範囲・役割分担を「必要十分」の水準で定義する。その定義に基づき、頻度や委託範囲、委託形態の見直しポイントを明確にする。

1～4の整理結果をもとに体制・作業範囲・頻度の仕様案を確定する。

### 本分析の示唆

本契約は安全性を優先した高水準の仕様で運用されている一方、体制・作業内容については、契約で想定している前提と現場の運用実態を整理することで、見直し余地が見られる。

本件の削減余地は、単純な値引きではなく、仕様（体制・作業範囲・頻度）を運用実態に即して整え直すことで生じる性質のものである。

特に、人員配置（役割・時間帯・業務範囲）および作業範囲・頻度（清掃／点検等）は、要求水準（安全・防災・感染）を前提に「必要十分」の水準を再定義することが重要である。

再定義した仕様をもとに見積を取得し、単価表・体制・作業範囲として契約／発注条件を更新することで、削減効果を実装する。

### ▶ 3-2-3 委託費\_分析結果

#### ② 白衣等洗濯業務

現行

契約形態：院内洗濯等業務

(受託者：株式会社伊賀屋)

契約金額：22,160,000円/年(税抜)

契約期間：令和5年4月1日～令和8年3月31日

業務項目	現状金額	備考	評価
①院内洗濯等業務委託 (3年契約)	22,160,000円/年	手術着・ガーゼ・タオル包帯等洗濯・ベッドメイク 月額固定費用契約	安価
②白衣等賃貸借(洗濯付き)	各職種セット単価	単価×実稼働 変動制	割高
③白衣等洗濯業務委託	白衣・ズボン共に 215円	白衣2,000枚、ズボン1,200枚想定 変動制	割高

#### 【検証結果】

洗濯場委託費は安価であるが、白衣賃貸借契約は割高のようである。安価な部分を補うような割高設定ともとれ、白衣賃貸借契約におけるリース料と洗濯単価の内訳は不透明な契約形態となっている。また、伊賀屋の検証により、宿直室のベッドメイク業病院スタッフ対応へ見直すことで、委託側パート人件費の削減が可能となり、年間約**3.3百万円**のコスト削減効果が見込まれる提案がなされた。

#### 【アクションプラン】

現時点では洗濯場委託費そのものへの価格交渉は避けることが適当と考える。まず優先すべきは費用構造の透明化であり、次回契約満了が近づいた段階でリース費用と洗濯単価を分解比較する目的で、白衣を購入または割賦とした場合の条件および洗濯料金単価について相手先への見積取得を依頼することが望ましい。また、宿直室のベッドメイク業務については、内製化により一定の削減効果が見込まれるため、院内での業務調整が可能であれば検討に値する。

#### ③ 入院患者給食業務

現行

契約形態：入院患者食事業務の包括委託

(受託者：株式会社ニッコトラスト)

契約金額：単価契約+管理費(月額制)

管理費/月額 10,100,000円

契約期間：令和7年4月1日～令和8年3月31日

月額記載 単位：千円(税抜)

	現行金額	完調品+労務委託	完調品+直営
食材費	10,346	12,076	12,076
管理費	10,100	8,160	6,142
合計	20,446	20,236	18,218
削減額		▲210	▲2,227

#### 【月額労務費の評価】

現行の1床あたり給食管理費は約**¥1,921/日**であり、市場相場と比較して適正価格であり、調乳・治療食・形態加工など業務内容の複雑さを踏まえると、良心的な価格である。

#### 【現行委託会社の実態】

シフト内容と聞き取りから、夕食帯の省人化やニュークックチル方式を活用、既に一定の効率化が織り込まれ単純な見直しのみで大幅な費用低減を図ることは容易ではないと考える。

#### 【コスト適正化の方向性】

完調品3食への変更と直営体制への移行で月額約**2,227千円**の削減余地はあるが、病院給食では治療食・形態加工食対応や再加熱後の提供品質、温度管理等の運用条件が重要であるため、全面的なニュークックチル拡大可能性、完調品への移行は実運用面の検証を前提として判断すべきである。

### ▶ 3-2-3 委託費\_分析結果

#### ④滅菌等包括業務

##### 現行

契約形態：滅菌等包括業務委託

(受託者：鴻池メディカル株式会社)

契約金額：284,520,000円/年(税抜)

契約期間：令和5年4月1日～令和8年3月31日

単位:百万円(税抜)

項目	金額
滅菌および滅菌物管理業務	106.9
診療材料管理業務	17.5
一般消耗品管理業務	10.6
搬送業務	48.6
薬局補助業務	56.8
手術室準備、清掃業務	43.2
特別清掃(総額/12か月)	0.8
小計	284.5

現行シフト表に基づく実働時間の積上げにより人員妥当性を一次確認した結果、現状は**概ね適正**と判断しており、今後の最適化余地は「値引き」よりも契約構造の見直しにある。具体的には、①調達型SPD(物品調達・在庫管理の責任/運用を明確化)と、②滅菌業務委託を分離し、別建てで入札・契約することを推奨する。これにより、(1)業務スコープとコスト内訳が明確になり価格妥当性の検証がしやすい、(2)各領域で競争性を確保しやすい、(3)在庫差異・紛失等の管理責任とKPI(棚卸差異、欠品等)を契約条件として設計しやすい、(4)専門性に応じた委託先選定が可能となる、等のメリットが見込まれる。分離にあたっては、滅菌とSPD搬送の受け渡し点(回収・払出・搬送スケジュール等)を定義し、運用上の抜け漏れが出ないように仕様を整理した上で見積取得・入札へ移行する。

#### ⑤検体検査外部委託業務

##### 現行

契約形態：院外検体検査業務の包括委託契約

(受託者：株式会社エスアールエル)

契約金額：出来高(単価契約)

契約期間：令和6年2月1日～令和10年3月31日

単位:千円(税抜)

	現行金額	他社見積	増減額
測定方法・基準値一致項目	43,380	47,418	4,037
その他項目	37,858	29,995	-7,862
<b>合計</b>	<b>81,239</b>	<b>77,413</b>	<b>-3,825</b>

現行の検査外部委託はSRLとの契約形態となっている。今回、他社との見積合わせを実施した結果、全体ベースで**3,825千円**の削減が見込まれるとの分析結果となった。一部、測定方法や基準値を完全に一致させた項目においては単価が上昇するケースも確認されたものの、その他項目を含めて総額で評価した場合には、グロスでの削減が可能であることが示された。委託会社を変更すると基準値が変更される項目もある為、十分な現場の理解が必要。現状は実質的に単一事業者との継続契約となっており、十分な競争環境が形成されているとは言い難い。今後の入札においては、他社にも参入機会を明確に付与し、競争性を確保したうえで価格の妥当性を検証する運用へ転換することが望ましい。

### ▶ 3-2-3 委託費\_提案

現行の委託は高水準仕様が固定化しやすく、参入事業者が限定されることで価格妥当性の検証が難しくなりやすい。

そこで、**仕様と発注単位（ロット）を再設計し、定期的に競争が発生する調達運用へ移行する。**

#### 進め方

- ・何をやる契約かをはっきりさせる  
安全・品質を前提に、「誰が・何を・どの頻度でやるか（体制／範囲／頻度）」を整理して、必要な水準を決める。
- ・契約の分け方（ロット）を決める  
一つにまとめるか、分けるかを決めて、内訳が見える形・参加しやすい形に組み直す（参入障壁を下げる）。  
同じ条件で見積を取れるようにする
- ・見積の前提（含む/含まない、体制表、単価表、記録提出、SLA/KPI）を揃えて、会社ごとに比較できる形にする。
- ・複数社で競争させて決める（入札・プロポーザル）  
複数社に参加してもらい、価格だけでなく体制・品質も含めて選定し、条件を契約に落とす。
- ・契約後に「守られているか」を確認し、次回につなげる  
KPIで運用をチェックし、結果を次回の仕様や入札条件に反映して改善を回す。

#### 具体施策

##### 建物設備管理委託

現行仕様を見直し、過度に固定化している要件（資格・体制・頻度・専任条件等）を「要求水準」中心に再整理することで、他社が参入できる入札条件へ変更する。

##### 滅菌等包括業務

SPDは\*\*調達型SPD（物品調達・在庫管理の責任/運用の明確化）\*\*として切り出し、滅菌業務委託と分離してロット設計のうえ入札を実施することで、専門性に応じた複数社参入と価格妥当性の検証を可能にする。

#### 期待効果

- 競争性の回復**：参入可能事業者が拡大し、更新時に競争が再現される
- 価格妥当性の向上**：内訳の見える化と比較可能な見積により、適正水準を検証できる
- 安全・品質の担保**：要求水準とSLA/KPIで担保しつつ、過不足のない仕様に整える
- 継続的な適正化**：契約後の実績が次回入札に反映され、運用がアップデートされる

## ▶ 3-2-4 機器更新\_サマリー

### 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

- 稼働率・使用実態・修理実績に基づき、更新要否・台数・仕様を見直し、更新投資の優先順位付けと平準化を行う。
- 併せて、保守契約は装置別に適正水準へ最適化（フルメンテの選別／ミニマム・スポット活用）し、固定費の抑制を図る。

#### 機器更新

##### 更新費用が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年度の建て替えに伴い導入した医療機器については、今後一斉に更新時期を迎える見込みである。現状の申請内容をすべて更新する前提とした場合、特定年度に設備投資が集中し、病院経営に与える影響が大きくなることが想定される。
- このため、医療機器購入選定の会議体を活用し、更新要否について客観的な評価・精査を実施する方針とする。具体的には、不要な機器の更新見送り、稼働率および使用実態に基づく適正台数の整理を行うとともに、更新を見送る機器については、原則として故障に至るまで修理対応を継続する運用とする。
- また、更新および新規導入を要望する医療機器については、診療上必要とされる機能・用途に照らし、過度に高グレードな仕様となっていないかを含め、仕様および価格水準の妥当性を確認した上で判断する。

#### 機器保守

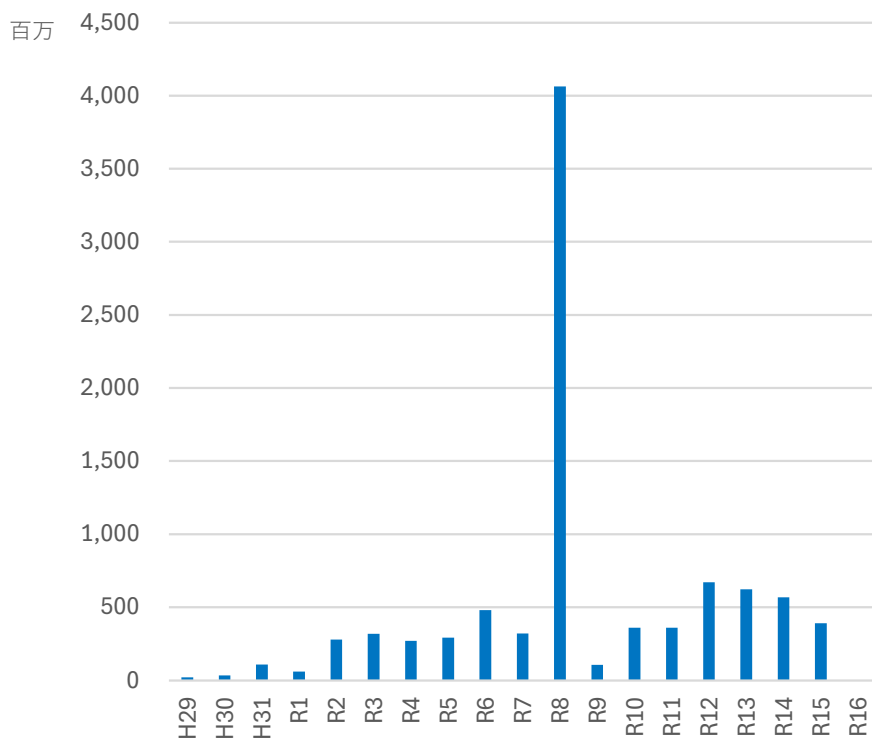
##### フルメンテから定期点検の切替を提案。25百万円の削減効果余地有り

- これまで毎年フルメンテナンス契約を継続してきた保守契約については、装置ごとの必要性、稼働率、過去の修理実績等を踏まえ、**保守水準の妥当性を再検証**する余地があると考えられる。
- 具体的には、必要最低限の保守プランへの切替や、スポット対応への移行（保守解除）を検討することにより、中長期的な保守コストの抑制が期待される。
- 一方で、保守解除後には突発的な修理費用が発生する可能性があるため、診療への影響、安全性、代替手段の有無等を含めたリスク整理を行った上で判断する必要がある。
- また、保守契約の見直しは現場運用に直接影響を及ぼすことから、放射線科等の関係部門と十分な合意形成を図りながら、段階的かつ慎重に進めることが重要である。

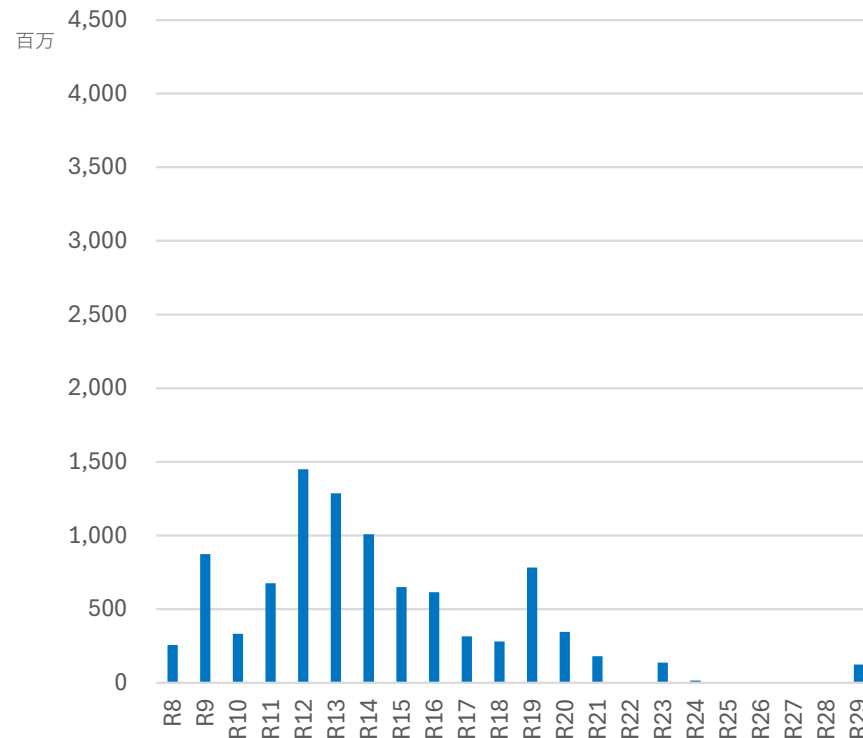
### ▶ 3-2-4-1 更新計画\_設備更新計画提案

- H29年度の建替え時に医療機器を集中的に導入した影響により更新費用が時期が2027年に集中する構造となっており約40億円規模の投資が発生する見込み。
- 病院より提供された機器台帳を基に、更新目安時期を追記し、年次別の更新投資額を可視化するキャッシュフローグラフを作成。
- 専門家（MFT社）のナレッジ及び過去事例の参考値を基に、更新時期の調整を行うことで、集中していた投資のピークを分散した。

購入から10年経過後更新した場合



提案 設備投資計画（投資時期分散）



出所：総合医療センター提供資料を基に弊社作成

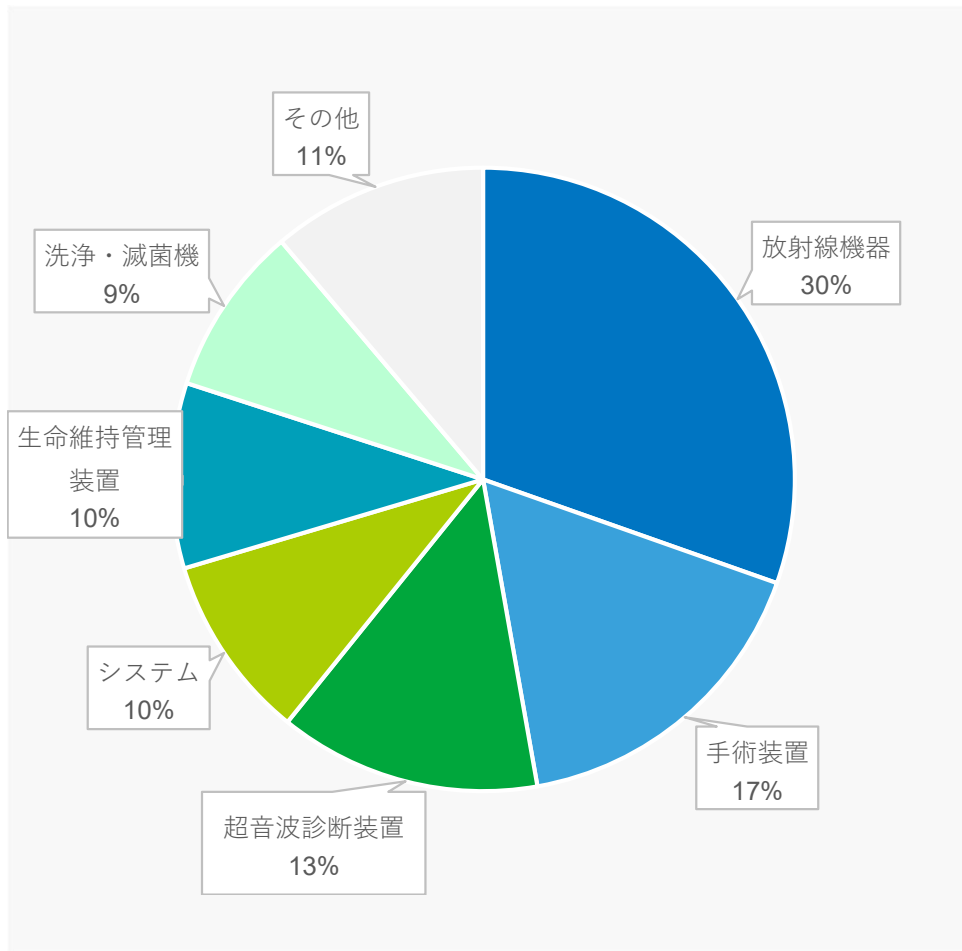
※診療科、部門ヒアリングを実施せず、平均更新年数と以下の想定で計画しております。

- 生命維持装置、水回りの製品、システムを伴う製品は耐用年数を長くしない。
- 什器のような機械ではないものは耐用年数を長く想定。

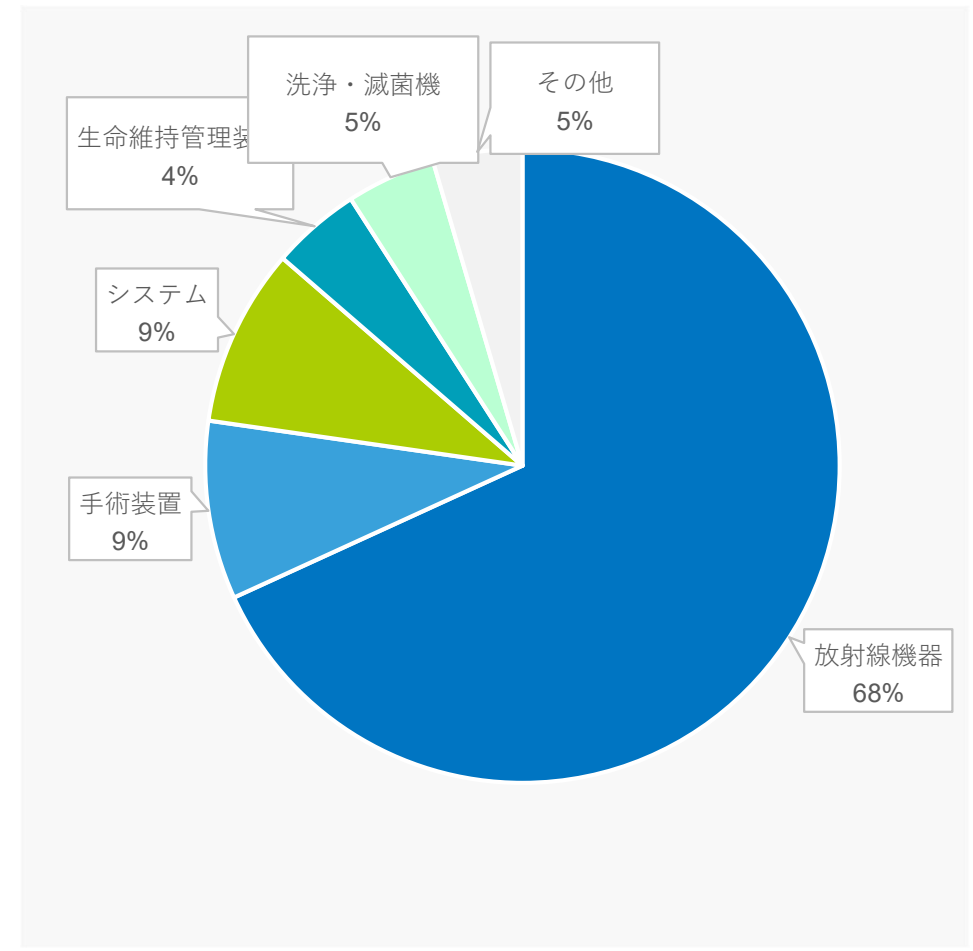
### ▶ 3-2-4-1 更新計画\_更新機器カテゴリ内訳分析

- 1,000万円以上では放射線機器が30%、5,000万円以上では放射線機器が68%を占め、高額投資が放射線領域に集中（約22億）。
- 更新費用の抑制には放射線機器の更新計画・稼働状況による優先順検証・仕様の精査が有効と史料。

1,000万円以上の機器内訳



5,000万円以上の機器内訳

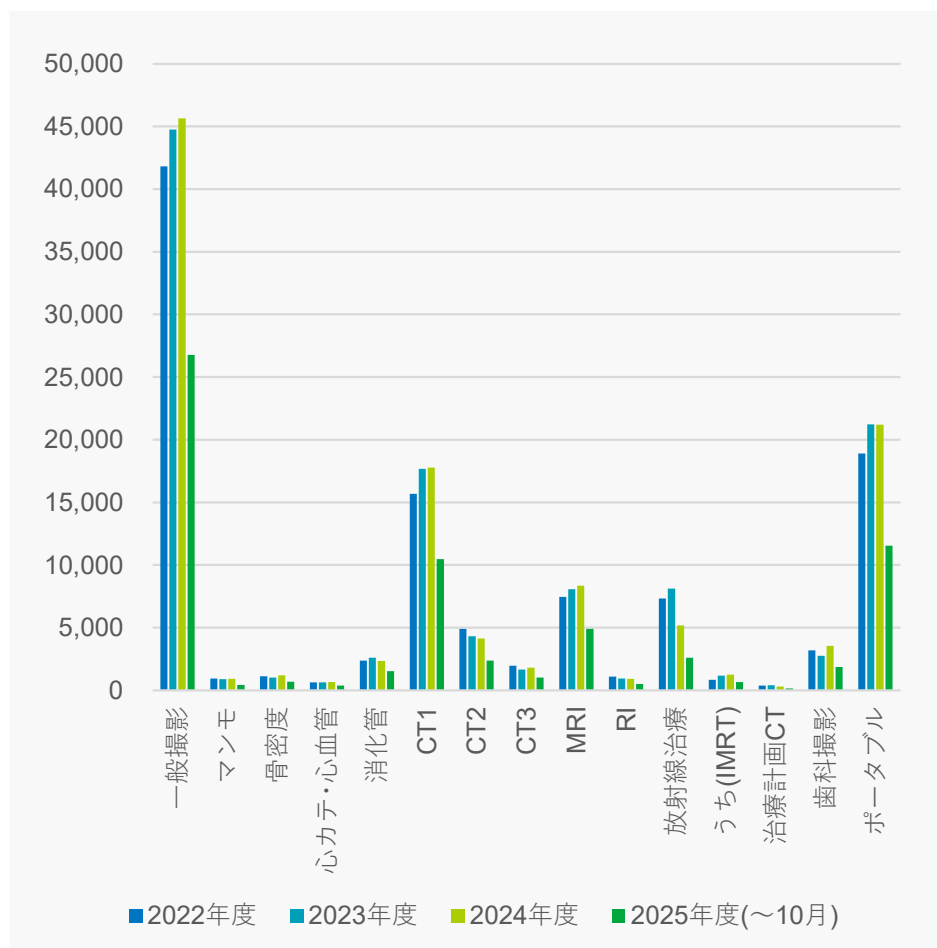


出所：総合医療センター提供資料を基に弊社作成

### ▶ 3-2-4-1 更新計画\_保有機器の稼働状況

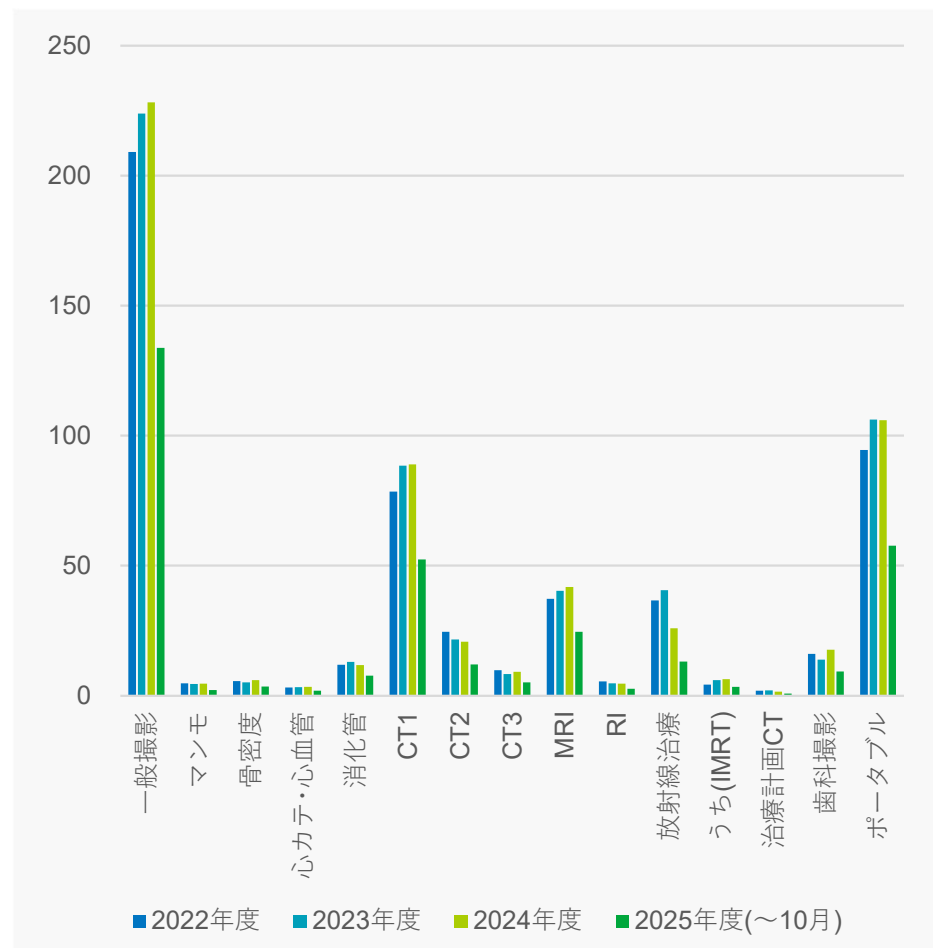
- ・直近数年間における放射線機器の年間稼働件数および1日あたりの稼働件数を整理したものである。機器別に稼働実績にはばらつきが見られ、高稼働機器と比較して稼働が限定的な機器も存在している。
- ・現在、CTは4室、X線TVは3室、一般撮影は5室、SPECT2室、血管造影2室といった体制で運用されているが、一部機器においては、年間件数および1日あたり件数を踏まえると、保有台数が実需に対して過剰となっている可能性がある。

年間稼働件数



※CT以外は全部屋合計の件数

一日当たりの稼働件数



※年間200日稼働と想定

### ▶ 3-2-4-1 更新計画\_保有機器の選定

- ・前頁の稼働状況分析に加え、放射線科へのヒアリングを実施し、実際の機器運用状況を確認したうえで、稼働実績や保有状況から見て過剰または削減余地がある可能性のある機器を抽出した。
- ・今後の更新検討にあたっては、単純な経年年数やメーカー推奨更新時期に基づく一律更新ではなく、実際の稼働実績、代替可否、保有台数の適正性等を総合的に踏まえた判断が必要である。具体的には、修理による延命が可能な機器については可能な限り使用を継続し、故障発生後においても必ずしも更新を前提とせず、更新見送りという選択肢も含めて検討する。
- ・また、ヒアリングの結果、機器台数の最適化を図るためには、**診療オーダーの時間帯調整**など運用面での工夫が必要となる可能性があることが確認された。したがって、単に機器の更新・削減を検討するだけでなく、**医師を含めた院内関係者の理解と協力のもと**、運用の見直しも含めた形で検討を進めていくことが重要である。
- ・あわせて、更新の是非だけでなく、保守契約内容の見直しや契約水準の適正化についても検討対象とする。

#### 放射線関連

管理部署	メーカー	機器分類	機種名称	購入金額 (税込)	候補理由
中央放射線科	シーメンス	CT診断装置	治療計画用ラージボア 64スライスCT装置	33,480,000	診断用CTと兼用できないか
中央放射線科	島津製作所	回診用X線撮影装置	回診用X線撮影装置	2,887,500	院内の台数が多く、他科と共有できないか
中央放射線科	島津製作所	回診用X線撮影装置	回診用X線撮影装置	3,076,500	院内の台数が多く、他科と共有できないか
中央放射線科	島津製作所	回診用X線撮影装置	MobileDaRt Evolution	17,766,000	院内の台数が多く、他科と共有できないか
中央放射線科	島津製作所	回診用X線撮影装置	回診用X線撮影装置	14,536,800	院内の台数が多く、他科と共有できないか
中央放射線科	富士フイルムメディカル	据置型デジタル式汎用X線診断装置	据置型デジタル式汎用X線診断装置	53,900,000	一般撮影4台→3台にできないか
中央放射線科	フィリップス・ジャパン	血管造影X線撮影装置	血管造影X線撮影装置	198,000,000	アンギオ2台→1台にできないか
中央放射線科	キヤノンメディカルシステムズ	多目的デジタルX線TVシステム	多目的デジタルX線TVシステム	46,860,000	X線TV3台→1台にできないか
中央放射線科	キヤノンメディカル	X線TV装置2	Ultimax-i	39,690,000	X線TV3台→1台にできないか
中央放射線科	シーメンス	SPECT装置	シンビアEvo Excel	52,920,000	SPECT-CT2台→1台にできないか

### ▶ 3-2-4-1 更新計画\_保有機器の選定

・放射線機器以外の分類では、エコー約90台超、人工呼吸器約80台弱と、600床規模の病院としては比較的多い保有台数となっている。機器更新の検討にあたっては、単純に台数を削減するという発想にとどまらず、保有のあり方そのものを見直す視点が重要である。

・特にエコーについては、各診療科ごとに固定配置する前提を見直し、ME部門が一元的に保有・管理する体制へ移行することが有効と考えられる。汎用性の高い機種については共用機として位置付け、予約管理や貸出管理の仕組みを整備することで、**必要なタイミングで各部署へ柔軟に配置する運用**へ転換する。これにより、特定部門に滞留している未稼働時間を削減し、機器の実質稼働率を引き上げることが可能となる。また、中央管理とすることで、配置状況や使用頻度の可視化が進み、保有台数の妥当性を客観的に判断できる環境が整う。

・また、更新台数を抑制することで、中長期的な設備投資負担の平準化にも寄与する。そのほかの機器も同様に、実稼働状況および最大同時使用台数を精査し、余剰が認められる場合には保有台数の適正化や更新見送りを含めた検討を行うべきである。このように、単なる台数削減ではなく、「**保有から共有へ**」という運用転換を図ることが、持続的な設備コスト最適化に資する施策と考えられる。

※なお、本抽出は現時点でのデータ分析に基づくものであり、現場ヒアリング等は未実施である。

#### その他

管理部署	メーカー	機器分類	機種名称	購入金額 (税込)	候補理由
手術室	サクラ精機	洗浄装置	カート・コンテナ洗浄装置	30,693,600	カートは清拭運用にできないか
整形外科	キャノンメディカル	超音波画像診断装置	超音波診断装置	5,565,000	院内の台数が多く、他科と共有できないか
外科外来	キャノンメディカル	超音波画像診断装置	超音波診断装置 XARIO SSA-660A	3,450,658	院内の台数が多く、他科と共有できないか
内科外来	G Eヘルスケア・ジャパン	超音波画像診断装置	超音波診断装置	980,000	院内の台数が多く、他科と共有できないか
6階西病棟	G Eヘルスケア・ジャパン	超音波画像診断装置	循環器用超音波画像診断装置	8,748,000	院内の台数が多く、他科と共有できないか
耳鼻いんこう科外来	キャノンメディカル	超音波画像診断装置	超音波画像診断装置 TUS-X200S/W5 Xario 200	3,942,000	院内の台数が多く、他科と共有できないか
4階小児病棟	キャノンメディカル	超音波画像診断装置	超音波診断装置・TUS-X100/W5 XARIO 100	3,240,000	院内の台数が多く、他科と共有できないか
6階東病棟	キャノンメディカル	超音波画像診断装置	超音波診断装置・SSA-640A/J1 Viamo	2,160,000	院内の台数が多く、他科と共有できないか
整形外科	コニカミノルタ	超音波画像診断装置	SONIMAGE MX1 SniBLE yb	5,489,000	院内の台数が多く、他科と共有できないか
臨床工学科	アイ・エム・アイ	陽・陰圧体外式人工呼吸器	陽・陰圧体外式人工呼吸器	3,990,000	院内の台数が多く、台数を減らせないか
臨床工学科	コヴィディエン・ジャパン	人工呼吸器	ベンチレータPB980 type-S	4,536,000	院内の台数が多く、台数を減らせないか
臨床工学科	コヴィディエン・ジャパン	人工呼吸器	ベンチレータPB980 type-S	4,536,000	院内の台数が多く、台数を減らせないか
臨床工学科	コヴィディエン・ジャパン	人工呼吸器	ベンチレータPB980 type-S	4,536,000	院内の台数が多く、台数を減らせないか
臨床工学科	コヴィディエン・ジャパン	人工呼吸器	ベンチレータPB980 type-S	4,536,000	院内の台数が多く、台数を減らせないか
臨床工学科	コヴィディエン・ジャパン	人工呼吸器	ベンチレータPB980 type-S	4,530,600	院内の台数が多く、台数を減らせないか
臨床工学科	コヴィディエン・ジャパン	人工呼吸器	ベンチレータPB980 type-S	4,530,600	院内の台数が多く、台数を減らせないか
臨床工学科	コヴィディエン・ジャパン	人工呼吸器	ベンチレータPB980 type-S	4,530,600	院内の台数が多く、台数を減らせないか
臨床工学科	スミスメディカル	携帯型人工呼吸器	搬送用ベンチレーター	874,650	院内の台数が多く、台数を減らせないか
手術室	サクラ精機	高圧蒸気滅菌装置	高圧蒸気滅菌装置	18,900,000	4台→3台にできないか
手術室・中央材料室	サクラ精機	医療用洗浄器	ウォッシャー・ディスインフェクター	3,992,340	4台→2台にできないか
中央材料室	チヨダエレクトリック	器具除染用洗浄器	ウォッシャー・ディスインフェクター	7,810,000	4台→2台にできないか
手術室	日本ストライカー	手術用ナビゲーション	ストライカーNAV3I プラットフォーム	19,800,000	4台→1台で共有できないか
手術室	ブレインラボ	磁場式手術用ナビゲーションシステム	プラットフォーム	12,980,000	4台→1台で共有できないか
手術室	ブレインラボ	ナビゲーションシステム	ナビゲーションシステム	47,282,400	4台→1台で共有できないか
手術室	サクラ精機	超音波洗浄装置	超音波洗浄装置	3,402,000	3台→1台にできないか
手術室	サクラ精機	超音波洗浄装置	超音波洗浄装置	3,402,000	3台→1台にできないか

### ▶ 3-2-4-1 更新計画\_購入機器の選定（現行）

現在の医療機器購入においては、年度を通じて下記の流れで検討・決定が行われている。まず、各部門からの要望を起点として機器導入の検討を開始し、必要に応じて仕様整理やメーカー・卸へのヒアリングを実施する。その後、見積取得を行い、金額や条件を踏まえて院内での検討を進める。

**購入金額が1,000万円以上**となる機器については、**医療備品・医療材料等購入委員会**にて審議を行う運用となっており、複数メーカーによるプレゼンテーションを実施したうえで導入機器を決定している。決定後は、院内決裁を経て発注・納品へと進み、年度内のスケジュールに沿って購入が完了する。

当該委員会には、医療安全局長を委員長とし、診療局、医療技術局、看護局、管理局、医事課、事務局（管財課）など、複数部門が参加している。一方、金額にかかわらず、原則として見積合わせまたは**入札を実施し、複数社による価格競争を行う**運用が取られている。

タスク	現場	管財課	病院幹部	院内委員会	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	
機器申請	○					■	■													
申請とりまとめ		○						■												
機器選定ヒアリング	○	○							■											
ヒアリング結果報告、申請機器選定審議		○	○							■										
購入予定機器、予算確定		○								■										
予算計上		○									■									
市財務部、市長説明												■								
議会承認																	■			
各部署へ購入機器通知	○	○																■		
1000万以上の機器に関する院内会議	○	○		○															■	
入札		○																		■

現行の医療機器購入フローにおいては、ヒアリングや委員会審議を通じて一定の統制は図られている。高額機器についても相見積・入札を実施し、価格面での管理は行われている。

一方で、厳しい経営環境を踏まえると、従来の「必要かどうか」に基づく判断では不十分であり、優先順位を明確にした**より厳正な選定**が求められる。

今後は、修理による延命を基本とし、**機器停止時のリスクを中心に優先度を定量評価**した上で、真に更新が必要な機器に限定して購入を検討する運用へ転換する。こうした背景を踏まえ、機器購入判断の厳格化に向けた施策を次頁に整理する。

### ▶ 3-2-4-1 更新計画\_購入機器の選定（提案）

#### 機器購入優先度ランク制度

##### ① 考え方

本制度では、医療機器の購入判断にあたり、従来の個別判断ではなく、患者影響・稼働状況・代替可否等を指標化し、優先度ランクで判定する方式を導入する。

##### ② 運用原則 ※ヒアリングの実施はこれまで同様に行う

- ・原則Sランクを優先対象とする
- ・ランクは管財課で客観算出し、WGで確定する
- ・EOS前更新はリスクS相当の場合に限定する
- ・修理延命を基本とする

##### ③ 優先度ランクの判定方法

本制度では、機器停止時の影響度を中心に、客観的指標に基づき優先度ランクを決定する。評価は以下の7項目により構成する。

###### (1) 患者影響度

最優先すべき安全性の定量化。患者影響度機器が停止した場合に診療へ与える影響の重さを評価する。

1. 機器分類 → 患者影響度			
機器分類	患者影響度	点数	備考（運用メモ）
生命維持管理装置	S	S=4, A=3, B=2, C=1	機器の停止 = 生命へのリスクに直結するもの
手術中枢装置	S		手術中断へ直結
手術支援・周辺機器	A		不足すると手術件数・回転率に影響
画像診断（高額・固定）	A		高額・固定設備で更新までの調達期間が長い
画像診断（可搬・中小）	B		複数台保有・共有が可能
生体情報・監視装置	A		常時稼働。停止影響が大きい
汎用治療・処置機器	B		多台数・分散配置
洗浄・滅菌・供給装置	A		病院機能インフラ。停止は連鎖的業務停止を引き起こす
検査・検体関連装置	B		外注/代替で逃がせる余地あり
医療情報・システム関連	SorA		停止範囲で決まる（全体停止ならS）

## ▶ 3-2-4-1 更新計画\_購入機器の選定（提案）

### 機器購入優先度ランク制度

#### (2) 使用頻度

使用頻度週あたりの使用日数を基準に、日常的に稼働しているかどうかを評価する。高頻度機器は停止時の業務影響が大きい。

2. 頻度			
選択肢	ランク	点数	備考（運用メモ）
高	H	3	週5日以上使用（ほぼ毎日）
中	M	2	週2～4日使用
低	L	1	週1日以下使用

#### (3) 代替性

故障時に院内または院外で代替可能かどうかを評価する。

3. 代替性			
選択肢	ランク	点数	備考（運用メモ）
なし	N	4	院内に代替なし。他部門・他院・外注でも実質不可
限定	L	2	理論上は代替あり。ただし件数制限・時間制限・負荷大
あり	A	0	院内・他院・外注で無理なく代替可能

#### (4) 同時使用余裕

余裕最大同時使用台数と保有台数を比較し、平常時の余裕度を評価する。

4. 同時使用			
選択肢	ランク	点数	備考（運用メモ）
同時使用あり・予備なし	C0	2	最大同時使用数＝保有台数。1台止まると診療継続不能
同時使用あり・予備あり	C1	1	同時使用はあるが予備あり。調整で回避可能
同時使用なし	C2	0	単発利用。同時需要なし

これら4項目を点数化し、合計点によりS/A/B/Cの優先度ランクを決定する。

本制度は、機器の重要性を単一視点ではなく、停止リスクを構造的に捉えるために設計している。

### ▶ 3-2-4-1 更新計画\_購入機器の選定（提案）

#### 機器購入優先度ランク制度

##### (5) 停止許容時間

停止許容時間は、患者影響度と一定の相関はあるものの、必ずしも完全には一致しない。

例えば、患者影響は限定的でも、長時間停止すると病院機能全体に波及する機器・理論上は代替可能でも、実運用上は即時対応が困難な機器といったケースでは、点数評価のみではリスクを十分に反映できない可能性がある。

また、停止許容時間を単純に点数化すると、他の評価項目と重複し、二重評価となる恐れがある。そのため本制度では、停止許容時間を加点要素とはせず、一定条件を満たした場合に最低ランクを保証する制約条件（ゲート）として扱う。

これにより、致命的リスクの見落としを防止し、医療安全を制度上で確実に担保する設計としている。

5.停止許容時間			
選択肢	ランク	最低保証	備考（運用メモ）
不可（即影響）	D0	A保証	数分～即影響。代替・調整の余地なし 直ちに臨床判断・安全管理が成立しなくなる状態
短（数時間）	D1		数時間以内なら調整可
中（半日～1日）	D2		当日中に復旧・代替可能
長（数日）	D3		数日止めても診療継続可能

##### (6) ゲート条件の考え方

なぜゲートを設けるのか点数評価は機器の重要度を相対的に整理する仕組みである。しかし、停止許容時間が極端に短い・代替手段が存在しない・同時使用に余裕がないといった機器については、単純な点数比較ではリスクを十分に反映できない場合がある。そのため、本制度では一定条件を満たす場合、優先度を最低保証する「ゲート条件」を設定している。

ゲートは「優先度を上げるため」ではなく、「安全を守るため」に設けている。

条件	ランク	最低保証	狙い
許容停止不可 AND 代替性なし	D0かつN	S	事故直結リスクの取りこぼし防止
同時使用あり予備なしAND代替性なしAND患者影響S	C0かつNかつS	S	並列需要に対する余裕がなく、単一故障で重大事故に発展し得る構造的リスクを是正
法令/点検必須 AND EOS/EOLで維持不可 AND 高稼働		S	制度的維持不能状態の是正
同時使用あり予備なしAND高稼働AND代替性なし	C0かつHかつN	A	慢性的な台数不足により医療安全・業務逼迫を誘発する構造的リスクを優先的に是正

### ▶ 3-2-4-1 更新計画\_購入機器の選定（提案）

#### 機器購入優先度ランク制度

##### (7) EOS・修理履歴の扱い

EOS（保守終了）は、自動更新トリガーとはしない。更新可否は、リスク評価に基づき判断する。修理実績や修理実績の同一ランク内での優先順位調整として、現評価に「+」を付与する。

加点対象：2年間で複数回修理している機器・直近2年の修理費累計が本体価格の約30%を超える機器(CT管球除く)

設定の目的：将来的な停止リスク増大の早期把握・延命コストが更新コストに接近している機器の合理的更新判断・“壊れてから更新”の防止

##### ④新規購入申請（増収が見込めるもの）

新規購入品の経営評価については、リスク優先度とは切り分けて判断する。安全性確保を目的とした更新判断と、収益性を目的とした戦略投資は評価軸が異なるため、両者を混同しない設計とする。

申請書には診療報酬区分や想定件数等を記載する欄を追加し、補助資料として活用する。判断にあたっては、直近実績と改善見込みを掛け合わせて評価する。新規導入案件については、他院紹介件数や対応を断っている件数、担当医体制やスケジュール確保状況等を踏まえ、実現可能性を確認する。

新規導入は原則として初年度試験運用とし、レンタル導入も視野に入れる。1年目は体制整備や稼働件数の伸びを確認する「育成評価」とし、2年目に収益性を含めた「収益評価」を行う二段階評価とする。経営評価枠で採択した案件および新規導入案件については、実績報告を義務付け、継続可否を定期的に検証する。



### ▶ 3-2-4-2 機器保守\_ (参考) 検証対象の保守契約抜粋

- 機器別に、現在の保守契約プランおよび契約金額を整理するとともに、実際の稼働状況および過去の修理実績を踏まえた分析を実施。
- 修理実績については、保守契約未加入の場合を想定した修理費用の見積を取得し、実際の修理頻度・金額と比較することで、保守契約の費用対効果を検証。

保守料単位 (百万円)

一般名	メーカー名	取得年	契約期間	契約金額 (税込)	契約内容	修理・点検実費概算費用					年間稼働件数			
						R4	R5	R6	R7	平均	R4	R5	R6	R7 (~10月)
放射線治療システム	バリアンメディカルシステムズ	2017	R6,4,1~ R7,3,31	63.5	フルメンテナンス (東洋メディック、 竹中オプトニクは修理除)		30.6	24.8	29.3	28.2	7,331 (849)	8,114 (1,184)	5,172 (1,262)	2,606 (668)
治療計画用CT装置	シーメンスヘルスケア	2017	R6,4,1~ R7,3,31	16.7	フルメンテナンス(周辺機器除)	10.0	56.9	8.7		25.2	383	405	293	162
X線CT装置	GEヘルスケア・ジャパン	2017	R6,4,1~ R7,3,31	23.0	フルメンテナンス(周辺機器除)	1.4	45.1	18.6		21.7	15,690	17,676	17,787	10,475
X線CT装置	キヤノンメディカルシステムズ	2015	R6,4,1~ R7,3,31	27.3	フルメンテナンス(周辺機器除)	2.4	36.4	2.6		13.8	4,904	4,321	4,140	2,384
X線CT装置	キヤノンメディカルシステムズ	2015	R6,4,1~ R7,3,31	9.3	フルメンテナンス(周辺機器除)	37.4	33.5	33.3	58.7	40.7	1,964	1,661	1,819	1,017

※()内はIMRT件数を示す

## ▶ 3-2-4-2 機器保守\_保守内容・契約形態の見直し

### 保守内容・契約形態の見直し

稼働状況・修理実績を踏まえ、保守内容および契約形態を見直し、適正な保守レベルへ移行する。

ピックアップした契約の合計で**24,654千円**削減効果の余地有り。

保守料単位 (円)

一般名	メーカー名	型式	現行契約		提案		削減効果
治療計画用CT装置	シーメンスヘルスケア	SOMATOM DefinitionAS64	16,747,500	フルメンテナンス(周辺機器除)	8,527,200	定期点検	-8,220,300
SPECTシステム	シーメンスヘルスケア	Symbia Evo Excel	13,860,000	フルメンテナンス(アップグレード含、周辺機器除)	8,140,000	定期点検	-5,720,000
乳房用デジタルX線撮影装置	GEヘルスケア・ジャパン	Senographe Pristina	2,464,440	フルメンテナンス(精度管理含)	1,320,000	50万円以上の部品免責、FPD除く	-1,144,440
血管造影X線撮影装置	フィリップス・ジャパン	Azurion 7 B20	21,450,000	フルメンテナンス(周辺機器除)	11,880,000	FPD、管球、標準部品除く	-9,570,000

下記装置については当初、契約料とスポット対応費用の比較を踏まえ、不要契約の解約も含めた見直しを検討していた。しかし、装置の特性や今後想定される高額修理リスクを考慮した結果、安定運用の観点からフルメンテナンス契約を継続する方針と整理している。一方で、保証範囲の整理により次年度に約300万円の増額要望が提示されていることに加え、契約金額自体も高水準であることから、契約条件の妥当性について改めて精査する必要がある。そのため、バリアン社を含めた面談を予定しており、保証範囲や契約内容の整理を行ったうえで、契約金額の適正化について協議を進めていく方針としている。

保守料単位 (円)

一般名	メーカー名	型式	取得年	経過年数	契約期間	契約金額 (税込)	契約内容	点検回数	修理・点検実費概算費用			
									R4	R5	R6	R7
放射線治療システム	バリアンメディカルシステムズ	<ul style="list-style-type: none"> <li>VARIAN</li> <li>Brainlab</li> <li>浜野エンジニアリング</li> <li>東洋メディック</li> <li>竹中オプトニク</li> <li>各社機器・システム類</li> </ul>	2017	8	R6,4.1~ R7,3.31	63,509,011	フルメンテナンス(東洋メディック、竹中オプトニクは修理除)	4 (本体)		30,631,400	24,814,150	29,299,350

# 4 総合医療センター収支シミュレーション

## ▶ 4 総合医療センター収支シミュレーション

### 次期経営計画における経営再建策の検討状況

総合医療センターが策定する経営再建策では、急速な資金減少により次期経営計画期間中の資金枯渇リスクが高いことを踏まえ、施策の評価を「**施策効果を反映した収支シミュレーションにおいて、資金枯渇を回避し持続可能性が担保されるか**」に置いている。

弊社としては、当該評価軸は合理的である一方、結果が前提条件（患者数・単価・人件費・投資計画等）に大きく依存する点に留意が必要と考える。

本パートでは、病院側が示す前提とシミュレーション結果を基に、主要な戦略項目の実行上の論点を整理し提言する。

#### 収支シミュレーションによる評価の必要性について

- 貴院は、急速な資金減少による経営危機に直面しており、次期経営計画の計画期間中にも資金枯渇を来す可能性が高い状況である
- そのため、検討中の経営再建策については、その施策による効果を反映した収支シミュレーションにおいて、貴院が資金枯渇を来すことなく持続可能であると認められる必要がある
- 本資料は、現在検討中の経営再建策について、収支シミュレーションによる評価を行うものである

#### 収支シミュレーションの具体的施策

- 施策1 病床数の適正化について
- 施策2 収益確保・空きスペース確保
- 施策3 給与費の抑制について
- 施策4 その他費用の削減・抑制

## ▶ 4 総合医療センター収支シミュレーション

### 施策1 病床数の適正化について

#### 【全般事項】

- R8～R10年度の3か年をかけ、稼働病床数を568床→519床へ削減することを標準的な計画とする（病床適正化ベーシックプラン→シミュレーション条件）
- ただし、519床への削減は必須とせず、今後の医療需要や患者数確保の施策の結果に応じて、病床削減を途中段階で中止する等の対応を取ることとする。

#### 一般病棟

#### 【全般事項】

- R8年度～R10年度にかけ「3か年3段階」で「最大46床」を削減する計画である
- 今後の需要次第では「3段階46床」まで削減せず「2段階32床」で削減を止める等を想定しなければならない（2段階後533床⇒540床規模イメージ）  
最大の46床を削減した場合、現在の患者数水準（R7見込490人/日）を維持することは困難である  
病床削減は「必要看護師数の削減による人件費効果」を大幅に超える「収益可能性」を損なうため、極めて慎重な判断が必要である

	R8年度 (2026年)	R9年度 (2027年)	R10年度 (2028年)
削減病床数	16床	16床	14床
削減病床数（累計）	16床	32床	46床

	R8年度 (2026年)	R9年度 (2027年)	R10年度 (2028年)
削減可能看護師数	10床	10床	10床
削減可能看護師数（累計）	10床	20床	30床

#### 小児病棟

#### 【全般事項】

- R8年度にそら・わかばの「一病棟化」を行う  
稼働病床63床→60床（-3床）・許可病床70床→60床（-10床）
- 一病棟化後「夜間看護補助者」を導入する  
看護師の負担軽減や医療の質の向上を図ることが可能である  
収支上は若干のプラスが見込まれる（※R6.5.8試算） 年間 収益2,250万円・費用1,600万円 → 650万円のプラス

## ▶ 4 総合医療センター収支シミュレーション

### 施策2 収益確保・空きスペース活用

収益確保・空きスペース確保における具体的施策

- 病床適正化により生まれるスペースの活用
- 4床室の2床室化による収益確保（室料差額）
- 患者数の平準化（季節性・曜日等）の必要性（今後の取り組み）

#### 病床適正化により生まれるスペースの活用

成人病床

▷ 一般病棟（稼働病床397床→351床・計画期間中の最大削減数）

空きスペース	スペース活用
R10年度第3段階まで削減した場合	9階東病棟を閉鎖することが可能となる（他の病棟なら42床程度の削減が必要）
適正化の途中段階、および削減病床数が約40床に満たない場合	4床室の2床室化による収益確保を行う（後述）

▷ ICU/HCU（稼働病床数削減なし・許可病床16床→8床）

空きスペース	スペース活用
許可病床16床→8床	手術室に隣接するため、手術室の稼働率向上に陰陽圧個室を活用する 将来的な手術室拡張スペースの際に活用する可能性あり 新興感染症の際には、陰圧個室へ転用することも可能

小児病床

空きスペース	スペース活用
PICU（稼働病床削減なし・許可病床10床→8床）	活用可能なスペースなし
小児病棟（稼働病床63床→60床・許可病床70床→60床）	活用可能なスペースなし

新生児病床

空きスペース	スペース活用
GCU（稼働病床削減なし・許可病床33床→18床）	活用可能なスペースなし
小児病棟（稼働病床63床→60床・許可病床70床→60床）	活用可能なスペースなし

## ▶ 4 総合医療センター収支シミュレーション

### 施策2 収益確保・空きスペース活用

#### 4床室の2床室化による収益確保（室料差額）

- 一般病棟の病床削減において、計画期間中に収益確保が可能である
  - ▶ 室料を市内4,000円に設定する場合
    - 1床あたり年間130万円、16床では約2,000万円の収益確保が可能
  - ▶ 料金設定は要検討だが、削減の途中段階でも収益を得ることができる
  - ▶ 大きな設備投資を必要としないメリットがある  
(将来的にはコストをかけて個室を整備すること等も可能)

#### 患者数の平準化（季節性・曜日等）の必要性（今後の取り組み）

- 病床数の削減数にあたっては、削減後に病床稼働率を90%以上に維持することが必要となるため、今後ワーキングチーム等を設置し、「患者数の平準化」に取り組む必要がある（空床は人件費への無駄な投資が発生していることを意味する）
- 季節性の平準化
  - ▶ 冬期に病床稼働率が高値となり、それ以外の期間（特に春期・秋期）に低値となる状況を是正する必要がある
- 曜日の平準化
  - ▶ 土曜日・日曜日に稼働率が低下する状況を是正する必要がある
  - ▶ 手術室についても、特に月曜日の稼働率が低値であるため、併せて是正を行う必要がある

## ▶ 4 総合医療センター収支シミュレーション

### 施策3 給与費の抑制について

給与費の抑制における具体的施策

- 人員数の削減について（病床削減に伴う適正化）
- R8年度診療報酬改定の情報について（1/14 中医協総会資料より）
- 人事院勧告への対応

#### 人員数の削減について（病床削減に伴う適正化）

- 現在の収支構造を適正化するためには、病床削減に伴う病棟看護師の削減のみならず、医師・医療技術職・事務職員についても、削減を行う必要がある。
- 削減にあたっては、職員の年齢分布等を考慮しながら、退職不補充等によって緩やかに削減を行っていく必要があり、以下のような想定とした

No	職種	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R15-R7
		(2025年)	(2026年)	(2027年)	(2028年)	(2029年)	(2030年)	(2031年)	(2032年)	(2033年)	
1	医師	163	159	156	154	153	153	153	153	153	-10
2	医療技術職	226	209	209	206	206	200	198	193	186	-40
3	看護職	666	623	613	603	603	603	603	603	603	-63
4	事務職	75	70	68	68	68	68	68	68	68	-7
5	その他	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0
	合計	1,135	1,066	1,051	1,036	1,035	1,029	1,027	1,022	1,015	-120

## ▶ 4 総合医療センター収支シミュレーション

### 施策3 給与費の抑制について

R8年度診療報酬改定の情報について（1/14 中医協総会資料より）

- 賃上げ対応する措置として、新設項目（新ベースアップ評価料とする）が創設される
- 現行のベースアップ評価料（旧ベースアップ評価料とする）および看護職員処遇改善評価料は廃止され、財源は入院料等に一本化される（いわゆる溶け込み）
- 新ベースアップ評価料は、40歳以上の医師を除く全職種の3.2%（看護補助者・事務職員は5.7%）のベースアップに必要な財源が措置されるとともに、当該収益は全額を賃上げに支出することが義務づけられる見込みである
- 給与制度の見直しのうち、ベースダウンに相当するような取り組みについては、新ベースアップ評価料の施設基準要件に抵触しない形で実施する必要がある
- また、今後の見通しとして、賃金の上昇率が維持される場合には、診療報酬改定で同様の対応がなされるとの前提でシミュレーションを作成した

#### 人事院勧告への対応

今後、病院事業の給与表を（人事院勧告を参考にしつつ）独自に設定し、診療報酬改定による措置や収支改善の範囲内においてベア対応を行うこととしている

- R7年度：国のR7.12補正予算による補助金収益約2.7億円を手当支給
- R8・R9年度：新ベースアップ評価料により措置分のみ実施（3.4%程度）
- R10年度以降：同様の対応とし、3.4%程度のベアを見込む

## ▶ 4 総合医療センター収支シミュレーション

### 収支計画シミュレーション

	R7年度		R8年度		R9年度		R10年度		R11年度		R12年度		R13年度		R14年度		R15年度	
		対医業 収益比		対医業 収益比		対医業 収益比		対医業 収益比		対医業 収益比		対医業 収益比		対医業 収益比		対医業 収益比		対医業 収益比
<b>医業収益</b>	<b>20,600</b>	<b>100%</b>	<b>21,504</b>	<b>100%</b>	<b>22,057</b>	<b>100%</b>	<b>22,671</b>	<b>100%</b>	<b>23,520</b>	<b>100%</b>	<b>24,327</b>	<b>100%</b>	<b>25,300</b>	<b>100%</b>	<b>26,119</b>	<b>100%</b>	<b>27,155</b>	<b>100%</b>
入院収益	14,267	69%	15,035	70%	15,489	70%	16,076	71%	16,801	71%	17,606	72%	18,503	73%	19,346	74%	20,281	75%
（稼働病床数）	568	-	559	-	541	-	526	-	519	-	519	-	519	-	519	-	519	-
（一日平均患者数）	489	-	489	-	484	-	481	-	480	-	480	-	480	-	480	-	480	-
（病床稼働率）	86.1%	-	87.5%	-	89.5%	-	91.4%	-	92.5%	-	92.5%	-	92.5%	-	92.5%	-	92.5%	-
（診療単価）	79,935	-	84,235	-	87,435	-	91,565	-	95,895	-	100,488	-	105,322	-	110,425	-	115,758	-
外来収益	5,699	28%	5,795	27%	5,894	27%	5,921	26%	6,045	26%	6,047	25%	6,123	24%	6,099	23%	6,200	23%
（一日平均患者数）	1,050	-	1,050	-	1,050	-	1,050	-	1,050	-	1,050	-	1,050	-	1,050	-	1,050	-
（診療単価）	22,428	-	22,900	-	23,100	-	23,300	-	23,500	-	23,700	-	23,900	-	24,100	-	24,300	-
その他医業収益	392	2%	419	2%	419	2%	419	2%	419	2%	419	2%	419	2%	419	2%	419	2%
一般会計繰入金	242	1%	255	1%	255	1%	255	1%	255	1%	255	1%	255	1%	255	1%	255	1%
<b>医業費用</b>	<b>25,036</b>	<b>122%</b>	<b>25,081</b>	<b>117%</b>	<b>24,863</b>	<b>113%</b>	<b>25,273</b>	<b>111%</b>	<b>25,242</b>	<b>107%</b>	<b>26,085</b>	<b>107%</b>	<b>26,465</b>	<b>105%</b>	<b>27,549</b>	<b>105%</b>	<b>28,329</b>	<b>104%</b>
給与費	14,023	68%	13,958	65%	13,581	62%	13,778	61%	13,508	57%	14,056	58%	13,924	55%	14,530	56%	14,768	54%
内、給料・手当	9,587	47%	9,277	43%	9,240	42%	9,247	41%	9,374	40%	9,521	39%	9,659	38%	9,853	38%	10,026	37%
内、報酬	1,002	5%	1,024	5%	1,039	5%	1,058	5%	1,078	5%	1,098	5%	1,119	4%	1,141	4%	1,164	4%
内、退職金	474	2%	742	3%	406	2%	584	3%	439	2%	792	3%	478	2%	820	3%	828	3%
内、退職給付引当金繰入額	292	1%	301	1%	292	1%	289	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
材料費	5,921	29%	5,938	28%	6,039	27%	6,167	27%	6,369	27%	6,527	27%	6,739	27%	6,891	26%	7,123	26%
経費	3,092	15%	3,289	15%	3,402	15%	3,494	15%	3,621	15%	3,742	15%	3,888	15%	4,011	15%	4,166	15%
減価償却費	1,920	9%	1,817	8%	1,771	8%	1,764	8%	1,674	7%	1,690	7%	1,843	7%	2,047	8%	2,202	8%
資産減耗費	10	0%	10	0%	10	0%	10	0%	10	0%	10	0%	10	0%	10	0%	10	0%
研究研修費	70	0%	69	0%	60	0%	60	0%	60	0%	60	0%	60	0%	60	0%	60	0%
<b>医業損益</b>	<b>▲4,436</b>	<b>-22%</b>	<b>▲3,577</b>	<b>-17%</b>	<b>▲2,806</b>	<b>-13%</b>	<b>▲2,602</b>	<b>-11%</b>	<b>▲1,722</b>	<b>-7%</b>	<b>▲1,758</b>	<b>-7%</b>	<b>▲1,165</b>	<b>-5%</b>	<b>▲1,430</b>	<b>-5%</b>	<b>▲1,174</b>	<b>-4%</b>
医業外収益	2,424	12%	3,102	14%	3,113	14%	3,170	14%	2,132	9%	2,123	9%	2,139	8%	2,014	8%	1,975	7%
医業外費用	1,211	6%	1,270	6%	1,255	6%	1,285	6%	1,320	6%	1,362	6%	1,412	6%	1,502	6%	1,594	6%
経常損益	▲3,201	-16%	▲1,759	-8%	▲962	-4%	▲731	-3%	▲924	-4%	▲1,011	-4%	▲451	-2%	▲932	-4%	▲807	-3%
資本的収入	2,054	10%	1,083	5%	1,676	8%	1,182	5%	1,889	8%	2,013	8%	4,009	16%	3,879	15%	1,426	5%
内、企業債	619	3%	409	2%	993	5%	549	2%	1,219	5%	1,333	5%	3,345	13%	3,089	12%	598	2%
内、出資金	222	1%	652	3%	652	3%	602	3%	639	3%	648	3%	632	2%	758	3%	796	3%
内、固定資産売却代金	1,160	6%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0	0	0	0	0	0	0%
資本的支出	2,289	11%	2,274	11%	2,696	12%	2,342	10%	3,086	13%	3,155	13%	5,127	20%	5,129	20%	2,762	10%
内、建設改良費	1,008	5%	959	4%	1,392	6%	1,138	5%	1,808	8%	1,858	8%	3,863	15%	3,612	14%	1,170	4%
内、医療機器購入費	304	1%	254	1%	803	4%	306	1%	622	3%	1,333	5%	1,183	5%	927	4%	598	2%
内、大規模修繕費	0	0%	0	0%	0	0%	242	1%	597	3%	0	0%	2,162	9%	2,162	8%	0	0%
内、リース資産購入費	567	3%	569	3%	564	3%	564	2%	564	2%	500	2%	493	2%	498	2%	547	2%
内、償還金	1,264	6%	1,285	6%	1,283	6%	1,183	5%	1,257	5%	1,276	5%	1,243	5%	1,496	6%	1,571	6%
差し引き不足額	▲235	-1%	▲1,191	-6%	▲1,020	-5%	▲1,160	-5%	▲1,197	-5%	▲1,142	-5%	▲1,119	-4%	▲1,250	-5%	▲1,337	-5%
簡易キャッシュフロー	▲1,116	-5%	▲723	-3%	▲1	0%	271	1%	▲339	-1%	▲355	-1%	381	2%	▲27	0%	166	1%
現金預金残高	3,766	18%	3,043	14%	3,043	14%	3,313	15%	2,975	13%	2,620	11%	3,001	12%	2,974	11%	3,140	12%
一般会計繰入金合計	2,500	12%	4,000	19%	4,003	18%	4,010	18%	3,009	13%	3,009	12%	3,009	12%	3,010	12%	3,009	11%

## ▶ 4 総合医療センター収支シミュレーション

### 収支計画シミュレーション

① 入院単価	令和8年度は見積もりに基づき <b>5%増</b> を想定。
	令和9年度以降も <b>年5%増</b> で据え置き。
② 人件費単価	令和8年度は、ベースアップ評価料を取得するために必要な水準として、 <b>約3.4%増</b> を前提。
	令和9年度以降も、 <b>年3.4%増</b> で据え置き。
	本シミュレーションでは、「 <b>入院単価の増加率 &gt; ベースアップ評価料取得に必要な人件費単価の増加率</b> 」という関係を前提。
	そのため、仮に入院単価の増加率が4%にとどまる場合であっても、人件費単価の増加率は3%以下に抑制されるものと整理。
③ 材料費	現行卸業者との価格交渉、および安価な同種・同等品への切り替えにより、 <b>41百万円（▲2.1%）</b> の削減見込み額を反映。
④ 委託料	放射線機器を対象に、フルメンテナンス契約からの切り替えを実施します。
	過去の修理実績および稼働状況を踏まえ、保守契約を解除することで、 <b>約74,000千円（▲4%）</b> の削減を見込んでいます。
⑤ 医療機器購入費	2017年の新病院移転時に約40億円規模の医療機器を購入していることを踏まえ、更新費用を計上。
	管財課へのヒアリング結果に基づき、 <b>インフレ率15%増</b> を反映。
	併せて、購入内容の精査等による <b>約20%の削減努力</b> を反映。
	資金調達条件は、金利2%、1年据え置き・4年返済とします。
⑥ 大規模修繕費	新病院開設から約15年が経過する <b>令和13年度および令和14年度に大規模修繕</b> を実施します。
	<b>インフレ率50%程度</b> を反映して算定。資金調達条件は、金利2%、5年据え置き・25年返済。
⑦ 償還金（借入金返済）	医療機器購入費および大規模修繕費を踏まえて算定。
	資金調達条件は、医療機器購入が金利2%、1年据え置き・4年返済、大規模修繕が金利2%、5年据え置き・25年返済。

# 5 弊社オピニオン

## ▶ 5 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 弊社オピニオン\_背景整理

### ヒアリング等により、総合医療センターが病床削減をやむを得ないと判断した経緯を以下の通り整理

#### コロナ禍で患者数が減少し、成人病棟に恒常的な空床が発生したため、稼働改善策を検討

R1年末頃より世界的に感染が拡大し、R2年からR3年にかけてその影響が最も顕著となった新型コロナウイルス感染症の流行（いわゆるコロナ禍）により、受診控えや入院延期等が発生し、全体として患者数が大きく減少する状況となった。その結果、総合医療センターの成人病棟においては、本来目標として設定されている稼働率90%に対し、実績値は大きく下回り、常時およそ50床前後の空床が発生する状態が継続していた。このような病床稼働率の低下は、医療提供体制や病院経営の両面において看過できない課題であることから、当該状況を改善すべく、院内において具体的な対応策の検討が行われた。検討にあたっては、計画的に受け入れ可能な予定入院の増加に向けた取り組みとあわせて、救急搬送患者からの入院受け入れ強化といった、入院経路ごとの増患施策について、それぞれ課題の整理および対応方針の検討を実施した。

R6年8月

#### 予定入院のみでは空床解消が困難なため、救急応需率向上による病床充足を方針とした

これらの検討を踏まえ、予定入院による病床稼働率の回復可能性について分析を行ったが、予定入院のみを増加させる施策によって短期間で発生している空床をすべて解消することは困難であるとの結論に至った。そのため、当面の現実的かつ実効性の高い対応策として、救急搬送患者の受け入れ体制を見直し、救急車の応需率を向上させることにより入院患者数の増加を図り、結果として病床を充足させていく方針を院内で決定した。

#### 救急応需拡大策を実施したが効果は限定的で、空床を伴う低稼働が継続した

上記方針に基づき、救急搬送患者の受け入れ拡大を目的として、各種取り組みを実施した。しかし、期待していたほどの応需率改善や入院患者数の増加には至らなかった。その結果、病床稼働率は依然として目標水準に届かず、空床が解消されないまま、低稼働の状況が一定期間継続することとなった。

R7年6月

#### 救急応需増で稼働は改善したが、医師負担増により体制維持が課題となった

病院長交代後、徐々に救急応需件数は増加傾向を示し、それに伴い病床稼働率についても一定の改善が見られ始めた。しかしその一方で、救急対応や入院患者管理の増加により、医師を中心とした現場スタッフの業務負担は着実に増大することとなった。とりわけ当直業務や緊急対応の頻度増加は医師の負担感を高め、結果として医局側からの人員調整や医師の引き上げといった新たな問題が顕在化し始め、安定的な診療体制の維持が課題として浮き彫りとなった。

現状

#### 救急応需拡大による充足は持続困難と判断し、病床削減が不可避と結論づけた

こうした状況を受けて検討を重ねた結果、救急応需率の向上を主軸として病床を充足させる現行方針については、医師をはじめとする現場スタッフへの過度な負担増加を招く恐れがあり、永続的に継続することは困難であるとの判断に至った。特に、人的資源に限りがある中で無理な応需拡大を続けることは、診療の質や安全性の低下、さらには体制そのものの不安定化につながりかねないことから、現実的かつ持続可能な運営を目指す必要があると整理された。その結果、病床規模についても見直しを行い、一定程度の病床数削減については避けられない対応であるとの結論に至った。

## ▶ 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
- 収益構造上、救急医療の維持は必須であるものの、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
- 増収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視点が不可欠である
- 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

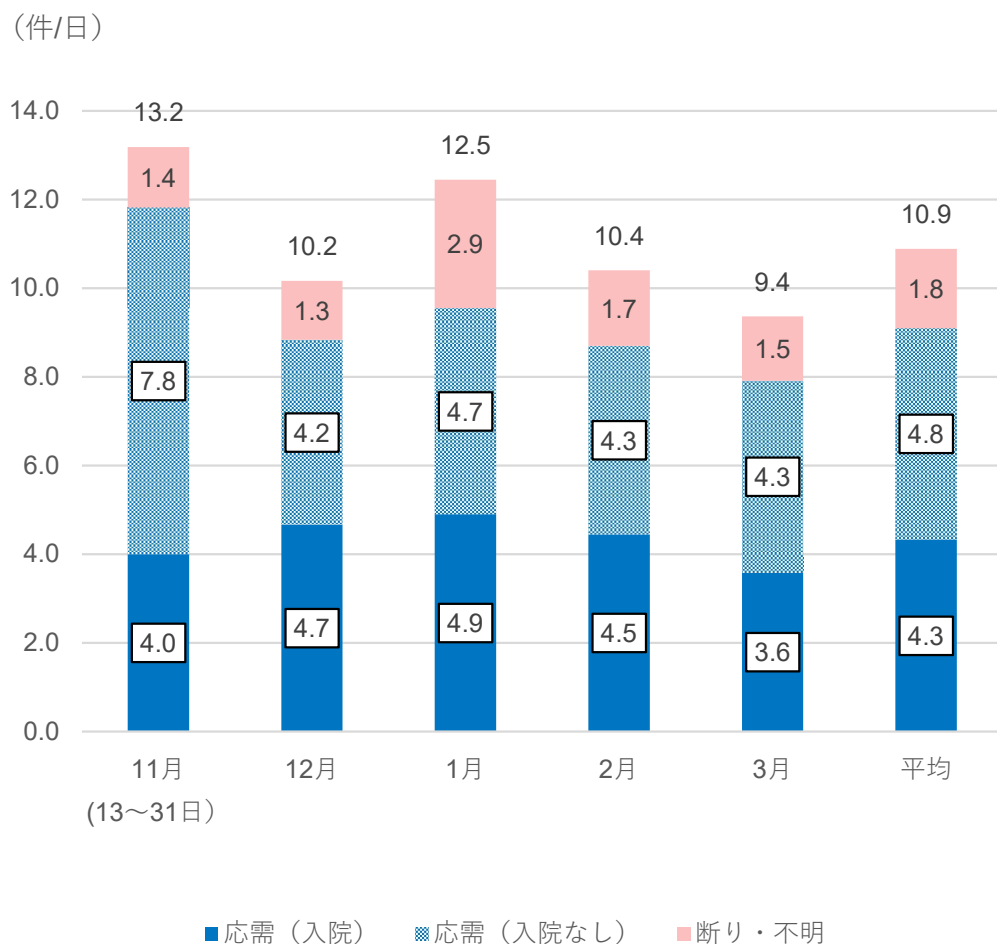
- 紹介および救急の分析結果を踏まえると、現行方針の延長による病床充足には限界があり、病床削減の方針は妥当であると整理できる
- 病床削減の方法としては、人員削減の確実性と運営の持続性を重視し、段階的病棟集約が可能なプランAを軸に進めることを推奨する
- 実行にあたっては、収益影響の極小化と前提変化への対応力を確保するため、空床活用と人件費調整を組み合わせた運用が重要となる

## ▶ 5-1-1 紹介分析

### 予定入院のみで50床を充足させることは困難

紹介患者の断り件数は1日あたり1.8件、予定入院患者の平均在院日数が9.1日、年間の外来日数を243日と仮定した場合、応需後の入院率が50%弱であることを踏まえれば、仮にすべての断り患者を受け入れたとしても10床で賄える患者数となる。また、断りの理由には一部構造的な課題も含まれており、短期的な改善は困難であると推察される。

医療機関専用ダイヤル対応状況（日平均）



医療機関専用ダイヤル断り理由（2025年12月）

分類	理由	件数
1	腎臓内科がない	2
	専門医不在	1
	皮膚科の新患受入休止	1
	小児整形の緊急手術対応ができない	1
2	ベッド満床	4
	手術が直近で組めない	2
	非かかりつけ、かつ救急対応が重なった	1
	緊急手術対応不可	1
	母体搬送依頼に助産師対応不可	1
3	非かかりつけ、かつ緊急性が低い	3
	緊急手術の必要性がない	1
	3次救急選定ではない	1
	県外医療機関からの受入依頼	3
	東葛北部医療圏外からの受入依頼	5

分類1：構造的課題であり、短期的な改善困難

分類2：運用的課題も含み、場合によって改善の見込みあり

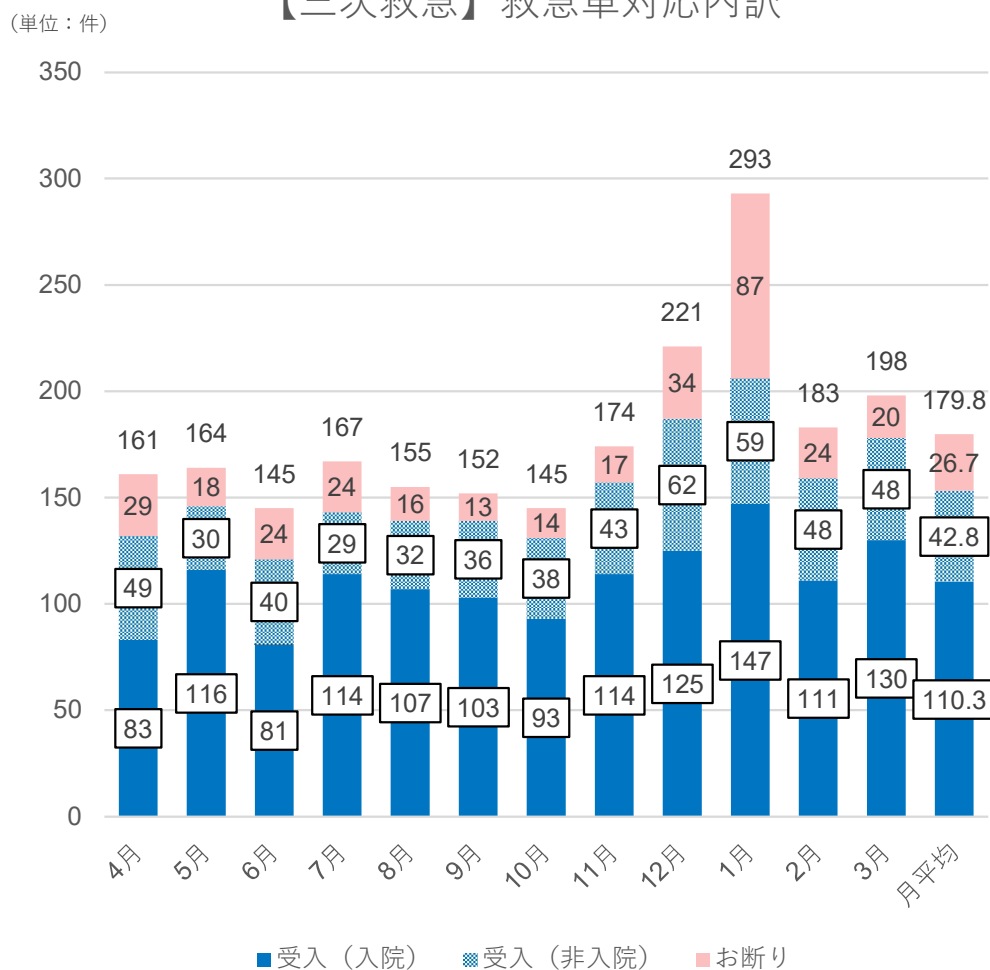
分類3：病院運営方針により、即座の改善も可能

## ▶ 5-1-2 救急分析\_三次二次別応需・断り状況

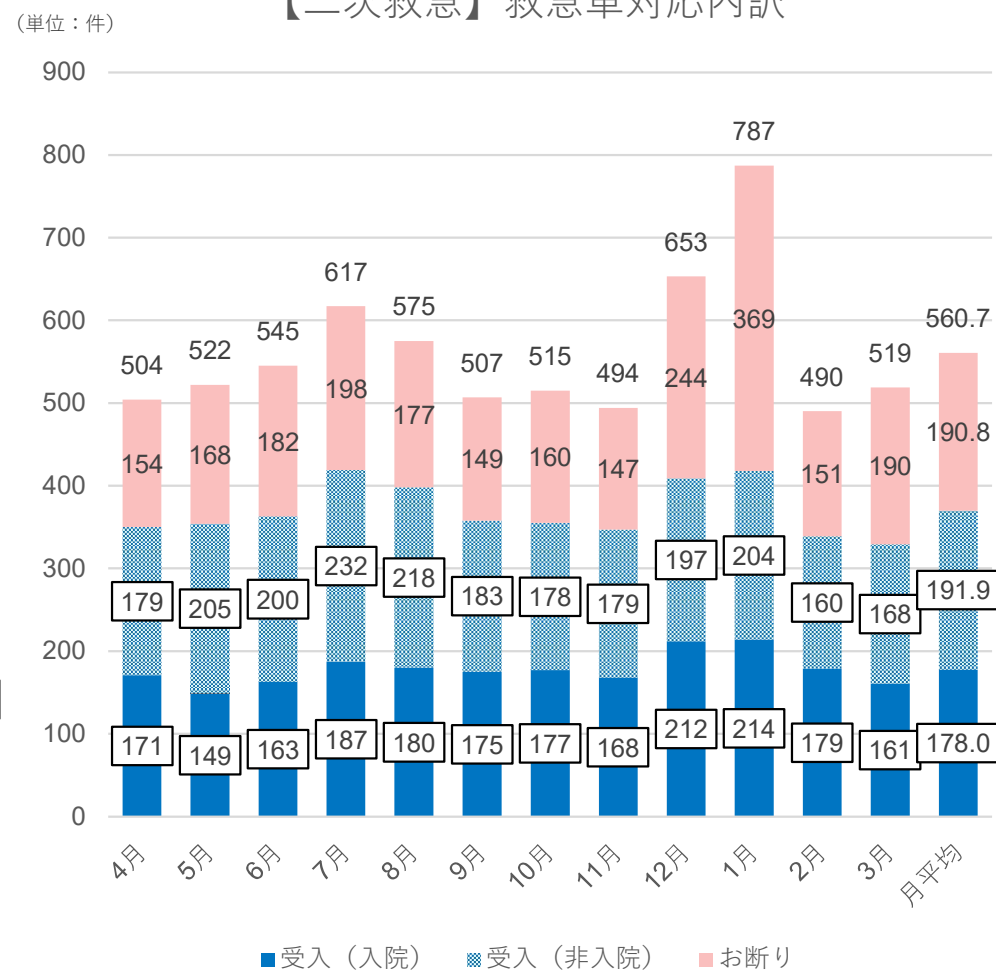
### 救急の応需改善余地は二次救急に集中

R6年度の要請件数は三次救急と二次救急の合計で8,886件であり、そのうち断りは2,609件である。その内訳は三次救急が320件（12.3%）、二次救急が2,289件（87.7%）であり、大部分を二次救急の断りが占めるという状況である。三次救急については市内からの要請は100%応需している状況。遠方からの要請は応需困難症例が多いため、改善は困難を伴うことが想定される。空床を充足させる場合には、二次救急の応需率向上が取り組みの中心となると推察される。

【三次救急】 救急車対応内訳



【二次救急】 救急車対応内訳



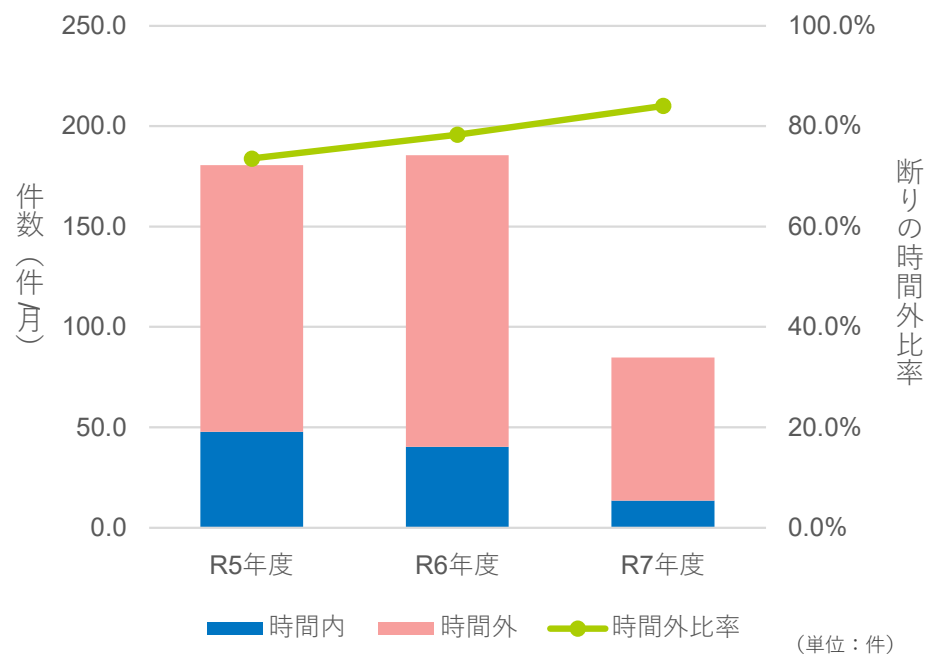
出所：総合医療センター提供資料を基に弊社作成

## ▶ 5-1-2 救急分析\_二次救急断り理由

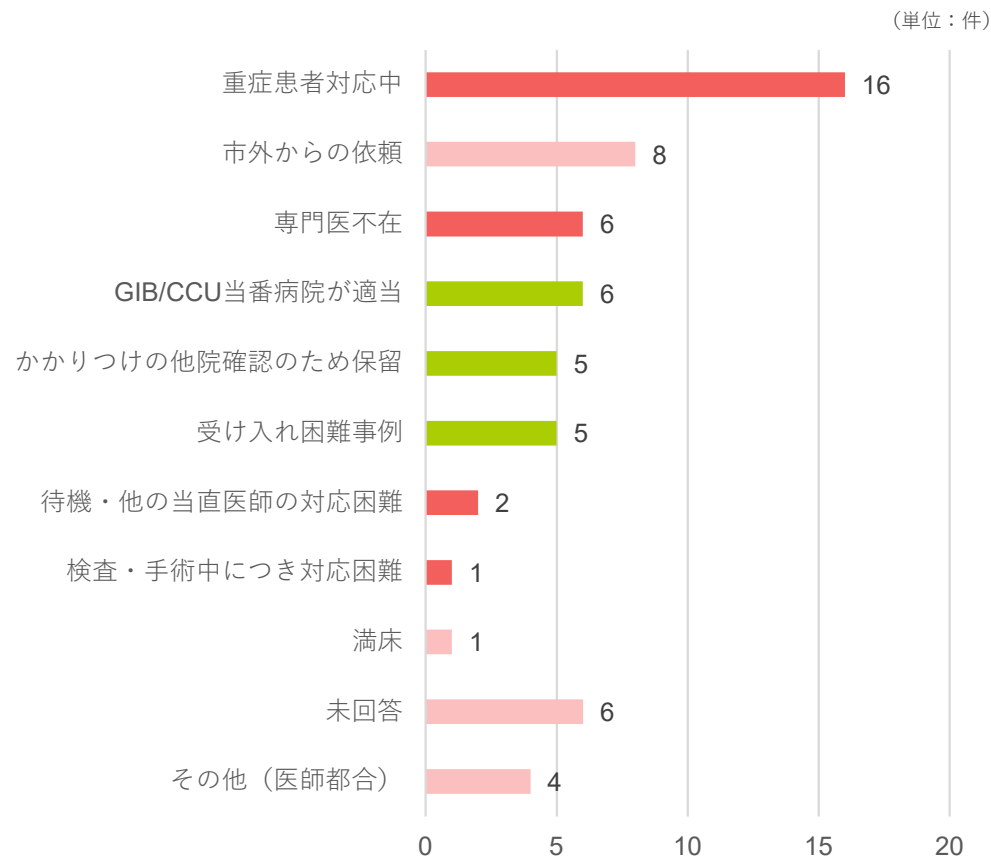
### 二次救急の応需は改善が見られるが、断りは時間外に集中しており体制的制約が示唆される。

二次救急の断り件数は2025年度に大幅な改善が見られる一方で、発生している断りに占める時間外の断りの比率は上昇傾向にある。時間外における二次救急の断り理由については、重症患者対応中、専門医不在、他医師の対応困難など、体制的制約（マンパワー不足）に貴院する断りが多い。そのほかの断りについては当番病院やかかりつけ病院での対応推奨、受け入れ困難事例など、改善を行うことは難しい内容である。したがって、マンパワー不足を解消しなければ、二次救急のさらなる応需率向上は困難と推察される。

【二次救急】時間帯別の断り件数・断りの時間外比率



【二次救急・時間外】断り理由内訳 (R7.2.17~R7.3.2)



※上図において、濃赤は体制的制約、緑は改善困難な断り

## ▶ 5-1-2 救急分析\_入院機能における救急医療の立ち位置

### 入院患者数及び収入に占める救急患者の割合は非常に大きく、救急医療の維持は必須

R5年度におけるICU/HCU及び一般病棟の患者数及び収入等を入院経路別に比較した場合、実患者数の50.5%が緊急入院であり、そのうちの5割強（入院全体の26.7%）が救急車からの入院である。延患者数（稼働）ベースでは、全体の71%が緊急入院であり、うち6割弱（入院全体の40.8%）が救急車からの入院となっている。さらに収入ベースでは、全体の62.4%が緊急入院であり、うち6割強（入院全体の38.6%）が救急車からの入院となっている。1日単価では予定患者より大幅に低いものの、平均入院日数が予定入院の2倍以上あることもあり、1名单価では、緊急入院は予定入院の1.6倍程度、救急車からの入院は予定入院の1.9倍程度である。入院収入全体の38.6%以上が救急医療の実施によりもたらされている現状を加味すると、救急医療の維持は必須と考えられる。

入院経路	実患者数	構成比	延患者数	1日平均患者数	構成比	入院収入	構成比	1名单価	1日単価	平均入院日数
	(名)	(%)	(名)	(名)	(%)	(百万円)	(%)	(円)	(円)	(日)
緊急入院	3,915	50.5	85,749	234.3	71.0	5,348	62.4	1,365,966	62,365	21.9
うち救急車	2,067	26.7	49,312	134.7	40.8	3,310	38.6	1,601,422	67,126	23.9
予定入院	3,836	49.5	34,989	95.6	29.0	3,226	37.6	841,021	92,205	9.1
合計	7,751	100	120,738	330	100	8,574	100	1,106,169	71,013	15.6

### 令和8年度報酬改定は救急医療を高く評価

令和8年度診療報酬改定は公的医療保険制度の中で、単なる点数調整にとどまらず、医療提供体制そのものの維持・評価を強化する方向性が明確に打ち出されました。厚生労働省の基本方針では、人口減少・高齢化と医療機関経営の悪化が進む中で、24時間365日の救急医療体制や地域包括ケアを含む提供体制の持続可能性を評価・支援する重要性が議論されています。特に救急医療は、人員・設備を固定的に確保し続ける必要があり、従来の実施件数ベースでは評価しきれない体制維持の努力が制度側でも重視され始めています。改定論点整理では、救急外来の応需体制や地域内シェアといった新たな評価指標の導入が検討されており、救急医療を担う病院機能の価値が診療報酬上で一層高く評価される方向にあります。これにより、救急医療体制の維持が病院の経営基盤の安定にも寄与する仕組みづくりが進むと期待されています。

### 令和8年度診療報酬改定において救急を評価する項目例

- 救急搬送の受入件数を要件とした入院基本料の新設
- 重症度、医療・看護必要度における、救急等に係る内科的治療項目の評価、救急搬送受入件数等に応じた加算の追加
- ICU及びHCUの施設基準への救急受入要件の追加
- 医療機関別係数の基礎係数における、救急受入要件の追加
- 救急外来医療を24時間提供する保険医療機関の評価の新設

出所：総合医療センター提供資料を基に弊社作成

脚注：R5年度退院患者数のうち、入院時年齢が15歳以上でICU/HCU及び一般病棟（産科病棟含む、小児周産期病棟除く）を利用した患者のみ。

自費及び他保険（労災、自賠）、歯科等は集計対象外

## ▶ 5-1-2 救急分析\_まとめ

救急の断りを最小限にすることにより病床の充足を目指すことは困難

### 【前提条件の整理】

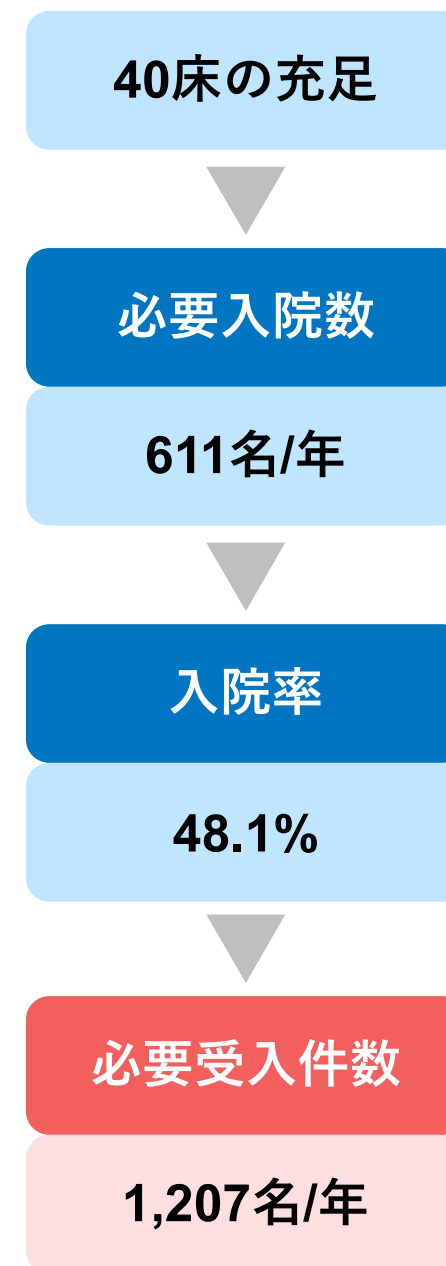
- 恒常的に発生している約50床の空床のうち、紹介患者で充足可能な病床は限定的である
- 仮に紹介患者で10床を充足した場合、残り40床は救急搬送からの入院で補う必要がある
- 本分析では、救急搬送からの入院患者の平均在院日数を23.9日、入院率を48.1%と仮定した

### 【必要水準の試算結果】

- 上記前提に基づくと、40床を恒常的に埋めるには年間611名の新規入院患者増が必要となる
- 入院率48.1%を前提とした場合、救急受入件数としては年間約1,270件の増加が求められる
- 月次換算では、毎月約100件超の救急受入改善が必要となる水準である

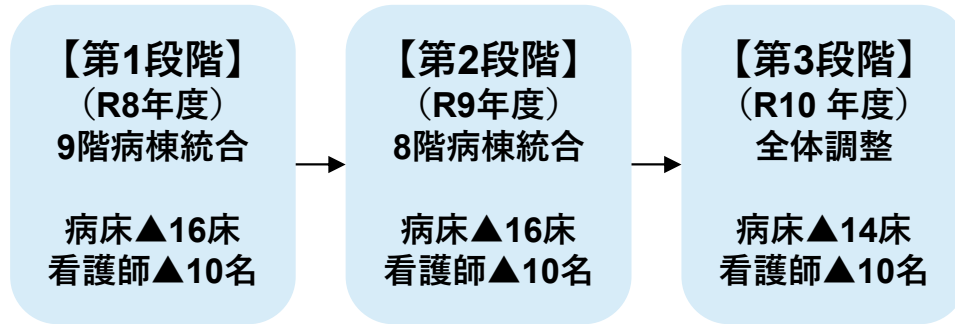
### 【実現性・持続性の評価】

- 数値上は不可能ではないものの、現状の救急断り理由は体制的制約に起因するものが多い
- 医師確保が容易でない中での応需拡大は、現場負担増や医局からの医師引き上げを招く恐れがある
- 以上より、救急応需率向上のみで病床充足を図る方針は、持続性観点から現実的ではない



### ▶ 5-1-3 適正化の方針\_まとめ

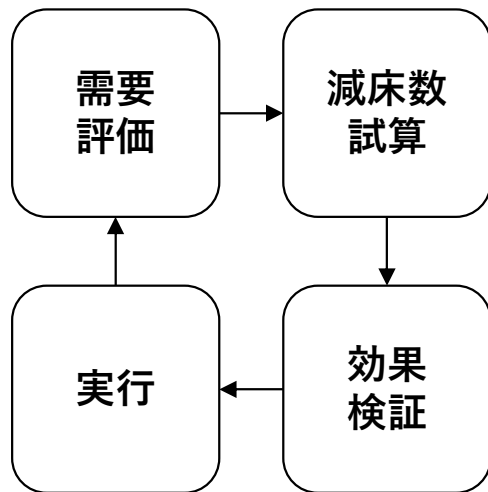
病床適正化の主目的は、人員配置の最適化を通じた収支構造の改善にある。病床削減の実行性及び人員削減効果の確実性を重視した結果、段階的な病棟統合を行うプランAが最も現実的かつ実効性の高い選択肢であると判断し、弊社としてはプランAを推奨する。



病床削減にあたっては、複数の実施パターンが考えられるが、単なる病床数の削減ではなく、**人員削減を確実に実現できるかどうか**が最も重要な評価軸となる。

各プランを比較した結果、病棟単位での集約が可能なプランAは、他プランと比べて運営の複雑性が低く、人員削減を段階的かつ確実に実行できる点で優位性が高い。

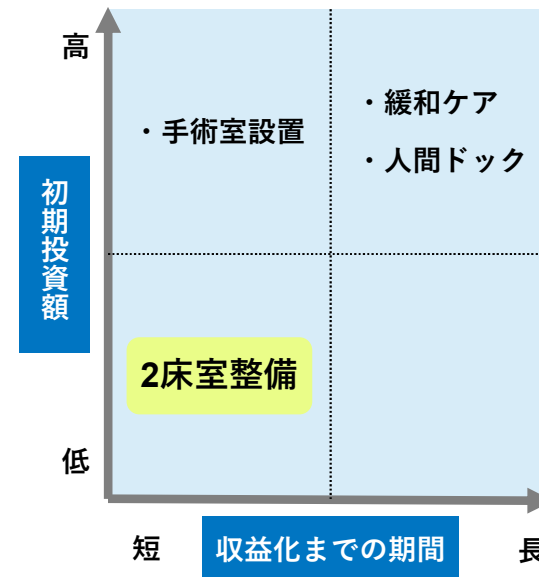
#### 過剰な減床を防ぐための意思決定フロー



病床削減は人件費削減効果が見込まれる一方、稼働率や単価次第では収益悪化を招く可能性がある。

将来需要の評価と効果検証を繰り返しながら、人件費削減効果と減益影響のバランスを踏まえて減床幅を調整する。

#### 空床の活用方法



病床削減により発生する空床については、初期投資額と収益化までの期間の観点から活用策を整理した。その結果、**低投資、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。**

## ▶ 5-1-3 適正化の方針\_病床削減プランの選択

病床削減のプランとして、以下の3パターンが現状の総合医療センターにおける候補となっている。

### • プランA

**9階及び8階をどちらも1病棟化し、5人夜勤化を実施する**

第1段階として令和7年度に東病棟（46床）と9西病棟（29床）を1病棟化して59床とし、16床の病床削減及び10名の看護師配置数削減を実施する。第2段階として、8東病棟（40床）及び8西病棟（36床）を1病棟化して60床とし、16床の病床削減及び10名の看護師配置数削減を実施する。第3段階として9階病棟以外の7病棟から2床ずつを病床削減し、看護師配置を合計で10名分削減する。

【第1段階】  
(R8年度)

9階病棟統合

病床▲16床  
看護師▲10名

【第2段階】  
(R9年度)

8階病棟統合

病床▲16床  
看護師▲10名

【第3段階】  
(R10年度)

全体調整

病床▲14床  
看護師▲10名

### • プランB

**10病棟体制を維持し、看護師数を全体的に削減する**

第1段階、第2段階、第3段階において、複数病棟よりまんべんなく病床を削減し、合計では令和8年度に16床、令和9年度に16床、令和10年度に14床をそれぞれ削減。看護師配置数についてはプランAと同等の看護師配置数削減となるように実施する。

【第1段階】  
(R8年度)

各病棟から削減

病床▲16床  
看護師▲10名

【第2段階】  
(R9年度)

各病棟から削減

病床▲16床  
看護師▲10名

【第3段階】  
(R10年度)

各病棟から削減

病床▲14床  
看護師▲10名

### • プランC

**3段階目に削減病床を1病棟に集約し、9東病棟を完全閉鎖**

第1段階、第2段階はプランBと同等の削減を実施する。その後、第3段階で9東病棟の病床数を各病棟に振り分けることにより、9東病棟以外の病棟は第1段階の削減実施前の病床数へ戻す。結果として9東病棟は完全閉鎖となる。看護師配置についてはプランA, Bと同等の削減となるように調整する。

【第1段階】  
(R8年度)

各病棟から削減

病床▲16床  
看護師▲10名

【第2段階】  
(R9年度)

各病棟から削減

病床▲16床  
看護師▲10名

【第3段階】  
(R10年度)

削減病床を  
9東に集約

病床▲14床  
看護師▲10名

▶ 5-1-3 適正化の方針\_プランA

区分	病棟	R7年度			第1段階 R8年度				第2段階 R9年度				第3段階 R10年度			
		病床数		看護師	病床数		看護師		病床数		看護師		病床数		看護師	
		許可	内科	夜勤	稼働	削減	配置	削減	稼働	削減	配置	削減	稼働	削減	配置	削減
一般 病棟	9東	46床	24人	3人	59床	▲16床	38人	▲10人	59床	-	38人	-	59床	-	36人	▲2人
	9西	29床	24人	3人												
	8東	40床	24人	3人	40床	-	24人	-	60床	▲16床	38人	▲10人	58床	▲2床	36人	▲2人
	8西	36床	24人	3人	36床	-	24人	-								
	7東	40床	24人	3人	40床	-	24人	-	40床	-	24人	-	38床	▲2床	23人	▲1人
	7西	40床	24人	3人	40床	-	24人	-	40床	-	24人	-	38床	▲2床	23人	▲1人
	6東	42床	24人	3人	42床	-	24人	-	42床	-	24人	-	40床	▲2床	23人	▲1人
	6西	40床	24人	3人	40床	-	24人	-	40床	-	24人	-	38床	▲2床	23人	▲1人
	5東	42床	24人	3人	42床	-	24人	-	42床	-	24人	-	40床	▲2床	23人	▲1人
	5西	42床	24人	3人	42床	-	24人	-	42床	-	24人	-	40床	▲2床	23人	▲1人
合計		397床	240人	30人	381床	▲16床	230人	▲10人	365床	▲16床	220人	▲10人	351床	▲14床	210人	▲10人
		(累積削減数)			▲16床		▲10人		▲32床		▲20人		▲46床		▲30人	

※看護師数は施設基準上の必要人数の目安（師長等含まず）

### ▶ 5-1-3 適正化の方針\_プランB

区分	病棟	R7年度			第1段階 R8年度				第2段階 R9年度				第3段階 R10年度			
		病床数	看護師		病床数		看護師		病床数		看護師		病床数		看護師	
		許可	内科	夜勤	稼働	削減	配置	削減	稼働	削減	配置	削減	稼働	削減	配置	削減
一般病棟	9東	46床	24人	3人	42床	▲4床	23人	▲1人	38床	▲4床	22人	▲1人	36床	▲2床	21人	▲1人
	9西	29床	24人	3人	29床	—	23人	▲1人	29床	+0床	22人	▲1人	29床	+0床	21人	▲1人
	8東	40床	24人	3人	40床	—	23人	▲1人	38床	▲2床	22人	▲1人	36床	▲2床	21人	▲1人
	8西	36床	24人	3人	36床	—	23人	▲1人	36床	+0床	22人	▲1人	36床	+0床	21人	▲1人
	7東	40床	24人	3人	38床	▲2床	23人	▲1人	38床	+0床	22人	▲1人	36床	▲2床	21人	▲1人
	7西	40床	24人	3人	38床	▲2床	23人	▲1人	36床	▲2床	22人	▲1人	34床	▲2床	21人	▲1人
	6東	42床	24人	3人	40床	▲2床	23人	▲1人	38床	▲2床	22人	▲1人	36床	▲2床	21人	▲1人
	6西	40床	24人	3人	38床	▲2床	23人	▲1人	36床	▲2床	22人	▲1人	36床	+0床	21人	▲1人
	5東	42床	24人	3人	40床	▲2床	23人	▲1人	38床	▲2床	22人	▲1人	36床	▲2床	21人	▲1人
	5西	42床	24人	3人	40床	▲2床	23人	▲1人	38床	▲2床	22人	▲1人	36床	▲2床	21人	▲1人
合計		397床	240人	30人	381床	▲16床	230人	▲10人	365床	▲16床	220人	▲10人	351床	▲14床	210人	▲10人
		(累積削減数)			▲16床		▲10人		▲32床		▲20人		▲46床		▲30人	

※看護師数は施設基準上の必要人数の目安（師長等含まず）

### ▶ 5-1-3 適正化の方針\_プランC

区分	病棟	R7年度			第1段階 R8年度				第2段階 R9年度				第3段階 R10年度			
		病床数		看護師	病床数		看護師		病床数		看護師		病床数		看護師	
		許可	内科	夜勤	稼働	削減	配置	削減	稼働	削減	配置	削減	稼働	削減	配置	削減
一般病棟	9東	46床	24人	3人	42床	▲4床	23人	▲1人	38床	▲4床	22人	▲1人	0床	▲38床	0人	▲22人
	9西	29床	24人	3人	29床	—	23人	▲1人	29床	+0床	22人	▲1人	29床	+0床	23人	+1人
	8東	40床	24人	3人	40床	—	23人	▲1人	38床	▲2床	22人	▲1人	40床	+2床	23人	+1人
	8西	36床	24人	3人	36床	—	23人	▲1人	36床	+0床	22人	▲1人	36床	+0床	23人	+1人
	7東	40床	24人	3人	38床	▲2床	23人	▲1人	38床	+0床	22人	▲1人	40床	+2床	23人	+1人
	7西	40床	24人	3人	38床	▲2床	23人	▲1人	36床	▲2床	22人	▲1人	40床	+4床	23人	+1人
	6東	42床	24人	3人	40床	▲2床	23人	▲1人	38床	▲2床	22人	▲1人	42床	+4床	24人	+2人
	6西	40床	24人	3人	38床	▲2床	23人	▲1人	36床	▲2床	22人	▲1人	40床	+4床	23人	+1人
	5東	42床	24人	3人	40床	▲2床	23人	▲1人	38床	▲2床	22人	▲1人	42床	+4床	24人	+2人
	5西	42床	24人	3人	40床	▲2床	23人	▲1人	38床	▲2床	22人	▲1人	42床	+4床	24人	+2人
合計		397床	240人	30人	381床	▲16床	230人	▲10人	365床	▲16床	220人	▲10人	351床	▲14床	210人	▲10人
		(累積削減数)			▲16床		▲10人		▲32床		▲20人		▲46床		▲30人	

※看護師数は施設基準上の必要人数の目安（師長等含まず）

### ▶ 5-1-3 適正化の方針\_病床削減のプラン選択

#### 病床削減を実施するにあたっては、弊社はプランAを推奨する。

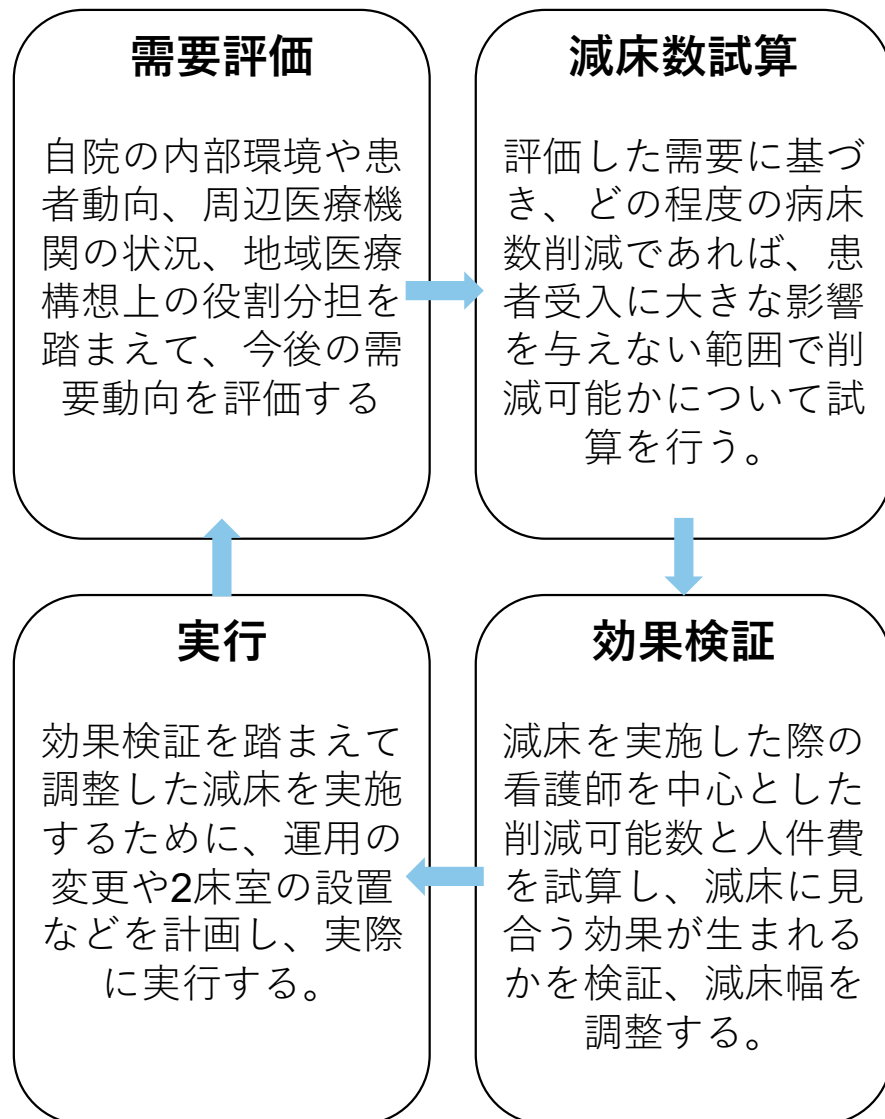
病床削減の最大の目標は付随した人員配置数の削減である。プランAは病床削減の実行容易性、増収可能性等の観点でプランB、プランCに劣るが、人員削減の実行性が最も高いと推察されるため、プランAを弊社としては推奨する。

	プランA	プランB	プランC
人員削減実効性	高	低	中
	第2段階までの影響範囲が統合する病棟のみであり、運用の刷新により人員削減が実行しやすいと推察する。病棟統合により夜勤配置定数の減少のメリットもある。	病棟運用に大きな変更がないため、現場にとっては単純な人員削減、負担増ととらえられる可能性が高く、実行に困難が伴うと考えられる。	第3段階においては病棟閉鎖による人員配置削減が見込めるが、第2段階まではプランBと同様であり、実行に困難が伴うと考えられる。
病床削減の実行容易性	低	高	中
	同一階に位置するものの、現状別の病棟として運用されている病棟の運用統合が必要となるため、慎重な検討が必要となる。	現状の運用に変更が生じることは無く、最大病床数と看護師配置数に変更となるだけのため、運用変更の負荷は少ないと考えられる。	第2段階まではプランBと同様に運用変更の負荷は少ないと考えられ、第3段階では病棟ごと閉鎖を行うため患者の割り振りなどを新たに検討する必要がある。
増収可能性	中	高	中
	病床削減により生じるスペースを活用し、2床室を設けることができる。ただし第2段階までは、2床室は9階及び8階のみへの設置となる。	各病棟から万遍なく病床を削減するため、2床室を9階から5階まで満遍なく設置することが可能であり、運用上のメリットが大きい。	第2段階まではプランBと同様に各階に万遍なく2床室を設置できるが、第3段階で2床室を全て4床室に戻す必要がある。

### ▶ 5-1-3 適正化の方針\_過剰な減床への対策

病床削減を実施するにあたっては、以下のような意思決定フローが必要。

#### 過剰な減床を避ける意思決定フロー



#### 例) 過剰な減床を避ける検証

病床10床を削減した場合、看護配置7対1、1日3交代制を前提として削減可能な看護師数は以下の通り試算される。

$$(10床 \div 7) \times 365日 \times 3勤務帯 \div 1,564勤務$$

(小数点以下切り捨て)

看護師1名の年間勤務帯を225勤務帯と仮定すると、10床削減に伴う削減可能な看護師数は以下の通り。

$$1,564勤務 \div 225勤務帯/名 \div 6.9名$$

(小数点第2位以下切り捨て)

看護師1名の人件費(法定福利費込み)を8,500千円と仮定すると、10床の病床数削減による人件費削減効果は以下の通り。

$$6.9名 \times 8,500千円 = 58,650千円$$

一方で、病床10床を削減した場合の減益影響は、対象の病床が年間を通して90%稼働、平均単価を一般病棟の平均単価43,991円~62,192円(※)、材料費比率が28%、その他の費用は変動しない(72%が限界利益相当となる)と仮定すると、

(高単価想定)

$$10床 \times 365日 \times 90\% \times 62,192円 \times 72\% = 147,097千円$$

(低単価想定)

$$10床 \times 365日 \times 90\% \times 43,991円 \times 72\% = 104,047千円$$

※43,991円は病院政策課試算の医療資源投入量が最小の患者(手術なしの肺炎等)の単価、62,192円は、一般病棟平均単価。

となり、人件費削減効果を上回ってしまう。

人件費削減効果と減益影響が均衡する病床の稼働率は以下の通り試算される。

(高単価想定)

$$58,650千円 \div (10床 \times 365日 \times 62,192円 \times 72\%) = 35.9\%$$

(低単価想定)

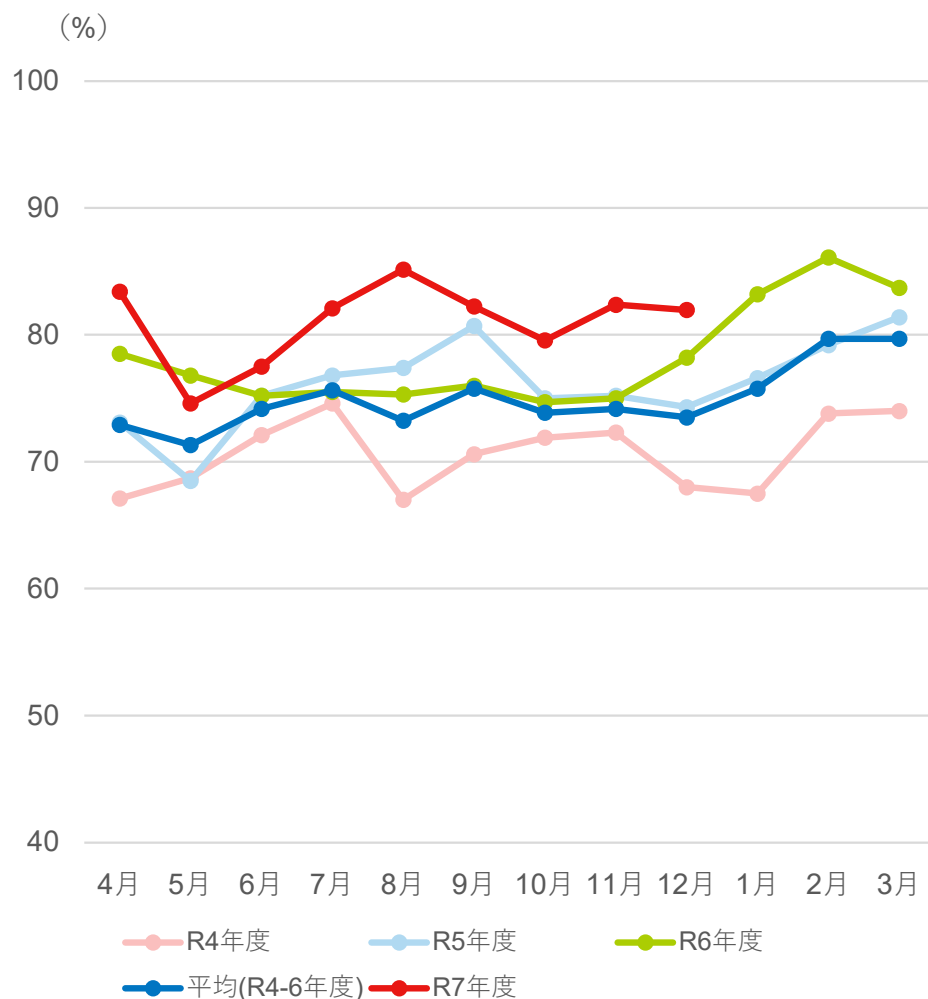
$$58,650千円 \div (10床 \times 365日 \times 43,991円 \times 72\%) = 50.7\%$$

### ▶ 5-1-3 適正化の方針\_季節での稼働平準化

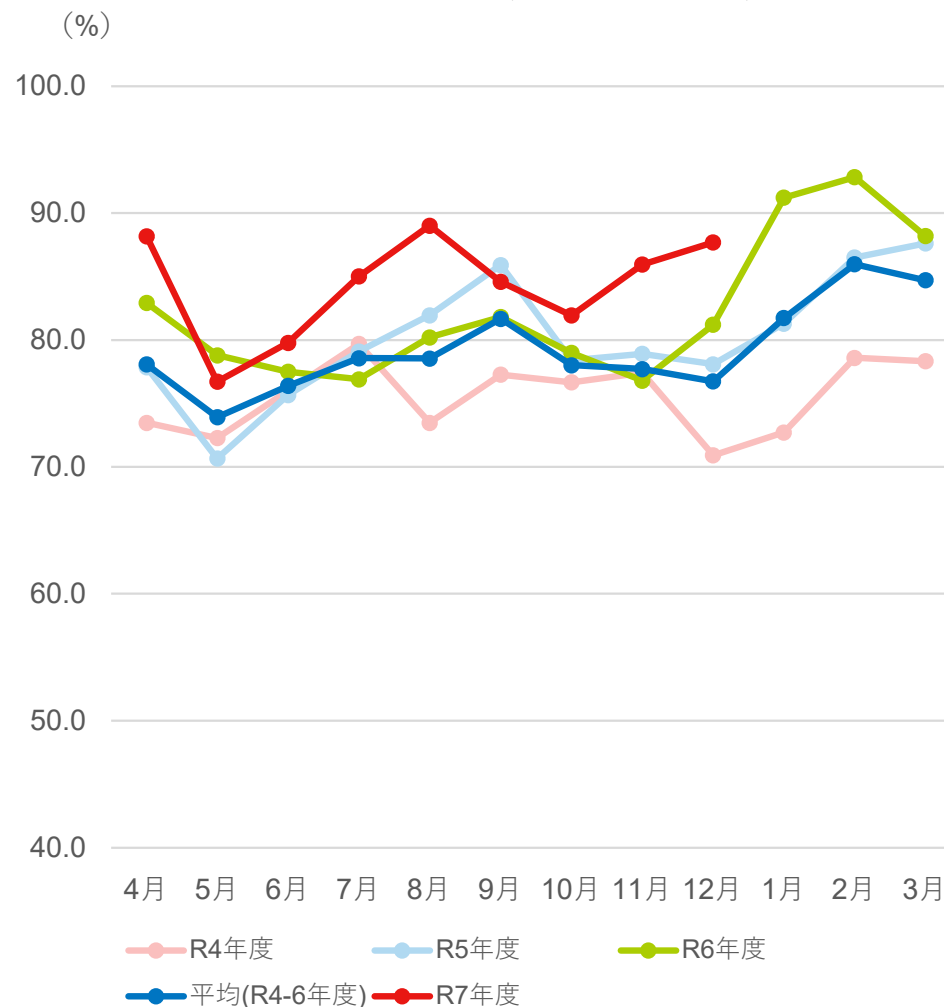
#### 季節変動により高稼働時のみしか稼働しない病床を減らすことが望ましい

既述の議論も踏まえ、十分に稼働している病床については、削減するよりも稼働を維持するほうが総合医療センターにとって望ましい。下図から読み取れるように、総合医療センターにおいては5月や10~12月にかけて稼働が低下する傾向がみられる。当該期間の稼働を向上する施策を実施することで、高稼働時のみしか稼働しない病床を減らすことで、病院の収益増加につなげることが望ましい。

病院全体稼働率（600床ベース）



一般病棟稼働率（397床ベース）



### ▶ 5-1-3 適正化の方針\_季節での稼働平準化

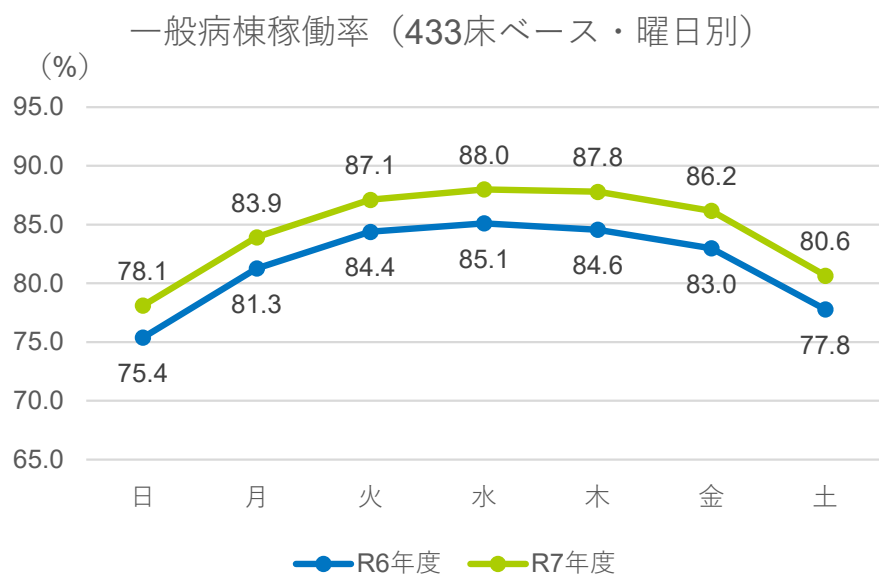
季節での稼働変動を平準化するために、以下のような取り組みが想定される。

取り組み	概要
<b>入院患者減少を見越した 集患活動の強化</b>	<p>前ページの稼働推移グラフから、総合医療センターにおいてはR6年度以前、春先および秋～初冬にかけて病床稼働率が低下する傾向が確認されている。このような季節性のある稼働変動は、突発的な要因ではなく一定の再現性を持つため、事前に対策を講じることが可能である。</p> <p>具体的には、稼働が低下しやすい時期、もしくはその直前のタイミングにおいて、地域医療機関への情報提供や診療内容の再周知、紹介患者の受け入れ体制強化など、計画的な集患活動を実施することが有効と考えられる。これにより、稼働低下の影響を緩和し、年間を通じた安定的な病床運用につなげることが期待される。</p>
<b>稼働減少時における、 紹介応需率向上の徹底</b>	<p>総合医療センターの医療機関専用ダイヤルの対応状況に関する調査結果を見ると、紹介依頼そのものを断るケースは多くない一方で、医療圏外からの紹介、県外からの紹介といった理由による断りが一定数存在していることが確認されている。これらは必ずしも医療提供能力の限界によるものではなく、運用ルールや判断基準の見直しによって改善余地のある断りである可能性が高い。特に、病床稼働が低下している時期においては、紹介元や地域にとらわれず、受け入れ可能性を最大限検討する姿勢を院内で共有し、応需率を意識的に高めることが重要である。こうした対応は短期的な稼働改善だけでなく、将来的な紹介関係の強化にも寄与すると考えられる。</p>
<b>稼働減少時における、 在院日数短縮だけでなく 患者及び患者家族への価値提供</b>	<p>高度急性期病院においては、医療の質や効率性の観点から、在院日数の短縮が重要な指標として位置づけられることが多い。一方で、患者および患者家族の視点に立つと、必ずしも「短期間での退院」だけが価値とは限らない。例えば、病状や治療方針について十分な説明を受けられること不安が解消されるまで継続して診てもらえる安心感家族を含めた丁寧なケアや支援といった要素に価値を感じるケースも少なくない。稼働が減少している局面においては、単に在院日数を短縮することだけを目的とするのではなく、患者の意向や状況に応じた多様な価値提供のあり方を検討することが重要である。このような視点を持つことは、患者満足度の向上のみならず、病院の評価や信頼性向上にもつながると考えられる。</p>

## ▶ 5-1-3 適正化の方針\_曜日ごとの稼働平準化

### 季節変動により高稼働時のみしか稼働しない病床を減らすことが望ましい

既述の議論も踏まえ、十分に稼働している病床については、削減するよりも稼働を維持するほうが総合医療センターにとって望ましい。下図から読み取れるように、総合医療センターにおいては5月や10～12月にかけて稼働が低下する傾向がみられる。当該期間の稼働を向上する施策を実施することで、高稼働時のみしか稼働しない病床を減らすことで、病院の収益増加につなげることが望ましい。



(単位：%)

	日	月	火	水	木	金	土
R6年度	75.4	81.3	84.4	85.1	84.6	83.0	77.8
R7年度	78.1	83.9	87.1	88.0	87.8	86.2	80.6

### (取り組みの具体例)

#### 土日における患者への介入頻度増加

家族による送り迎えが要因となる場合もあるが、多くの病院では土日にリハビリや各種指導の実施が減るため、患者に対する介入が少なくなり、結果として土日の退院を希望されるという場合がある。土日における患者への介入を増やすことにより、希望する患者は土日に退院することなく在院し、曜日の稼働の平準化につながる可能性がある。

#### 月曜日の手術増加による土日入院の促進等

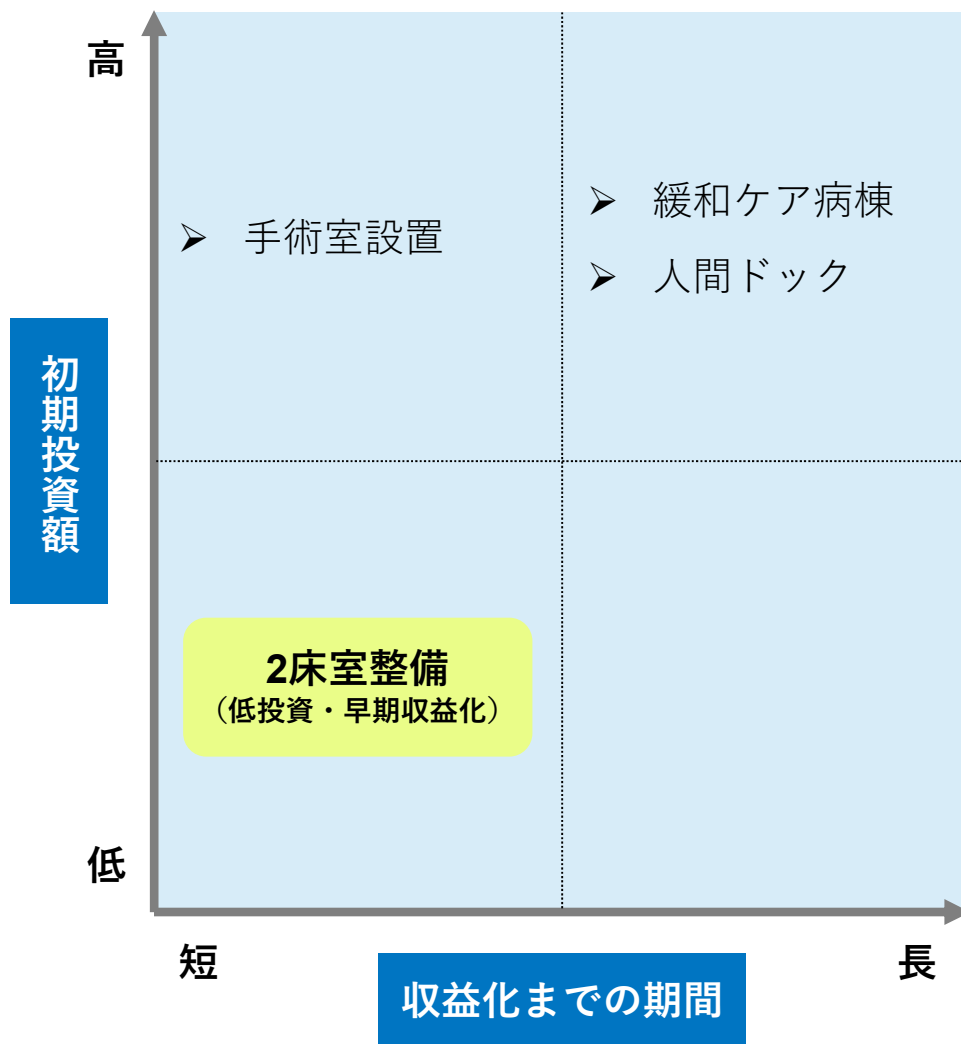
総合医療センターにおける手術室稼働は月曜日のみ60%を割って推移している。医師配置等の問題も考えられるが、月曜日の手術件数及び稼働の増加は土曜日又は日曜日の入院に繋がり、結果として曜日による稼働の平準化につながるものと考えられる。

(単位：%)

	月	火	水	木	金
定時内	57.8	65.9	68.1	64.0	65.8
17時時点	21.7	26.6	36.8	31.9	38.2
18時時点	10.0	12.5	16.7	15.3	16.2

### ▶ 5-1-3 適正化の方針\_空床の活用方法

初期投資、収益化までの期間の観点で、当面の空床の活用方法は2床室が好ましいと思料。



病床削減により発生する空床の活用策について、初期投資額および収益化までの期間という2つの観点から整理・比較を行った。その結果、2床室整備は、初期投資を抑制しつつ、比較的短期間で収益化が可能な施策として位置づけられ、他の活用策と比較して優位性が高いと評価できる。

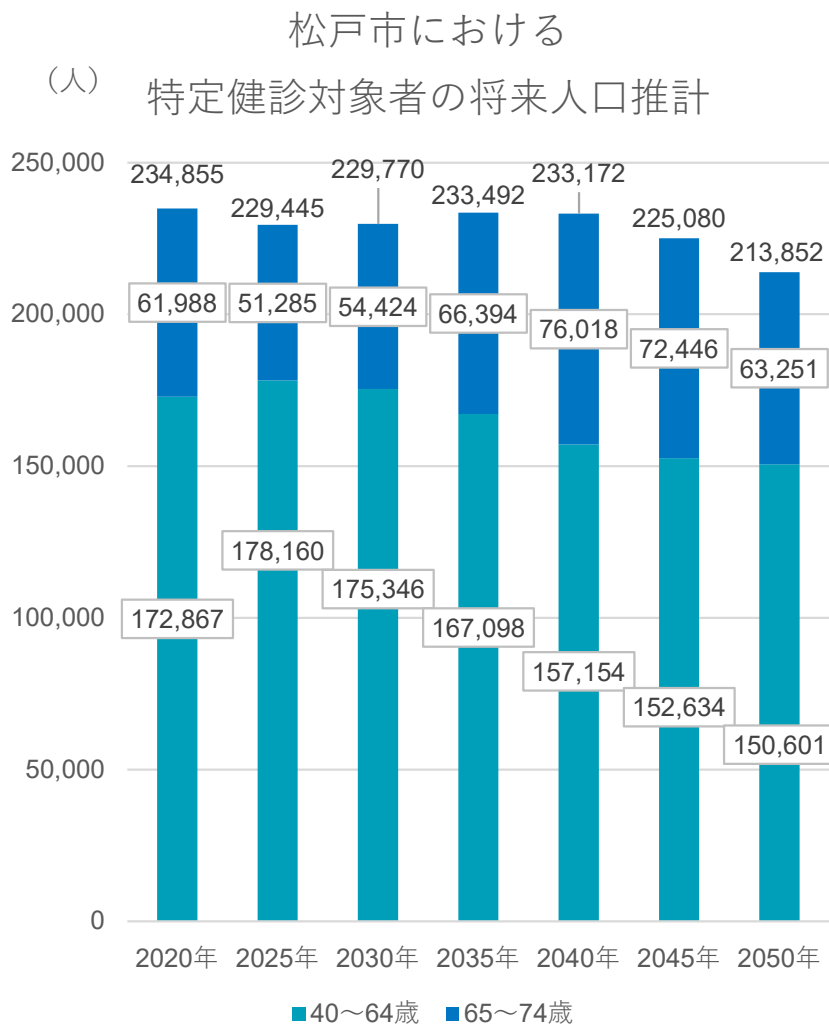
具体的には、緩和ケア病棟の新設、手術室の増設、人間ドック機能の導入といった施策は、いずれも病室の大規模改修や専用設備・医療機器の新規導入を前提とするため、初期投資額が大きく、投資回収までに一定の期間を要する。また、導入後の稼働状況や需要動向に不確実性が残ることから、短期的な空床活用策としての実行可能性は限定的である。

一方、2床室整備については、間仕切り設置等を中心とした簡易な改修工事により対応が可能であり、大規模な設備投資を伴わない。このため、初期投資額を低水準に抑えながら、差額ベッド代収入による早期の収益確保が見込まれる施策である。病院および設置主体である市の財務状況を踏まえた場合、当面の空床活用策として、現実性と投資効率の両面から最も適した選択肢であると整理される。

## ▶ 5-1-3 適正化の方針\_空床の活用方法

### 短期的には既存機能での施策に注力することが望ましいが、中長期的には健診等での活用は検討可能

既述の通り直近での投資については2床室の活用など収益への貢献までの期間が短く、設備投資も少ない施策が好ましいと考えられるが、松戸市における健康診断（特に特定健診）の対象患者数は2045年程度まで一定程度維持される。また、実施率は厚生労働省の定める目標から大きく乖離しており、中長期的な受診者獲得の余地は大きいと考えられる。事業化は経営改善の進捗を踏まえて中長期で再検討することが好ましいと考える。



### 松戸市における特定健診受診率及び目標値

項目	単位	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
対象者数 ※1	(人)	71,540	69,061	68,334	65,668	61,337
受診者数 ※1	(人)	25,989	24,987	20,642	22,728	21,372
受診率	(%)	36.3	36.2	30.2	34.6	34.8
目標数値（松戸市）	(%)	45.0	50.0	52.0	36.0	38.0
差分	(pt)	-8.7	-13.8	-21.8	-1.4	-3.2
目標数値（国）※1	(%)	60.0				
差分	(pt)	-23.7	-23.8	-29.8	-25.4	-25.2
実績（千葉県）※2	(%)	55.9	56.9	52	55.8	56.8
差分	(pt)	-19.6	-20.7	-21.8	-21.2	-22.0
実績（国）※2	(%)	54.4	55.3	53.1	56.2	57.8
差分	(pt)	-18.1	-19.1	-22.9	-21.6	-23.0

※1 当該実績値及び目標数値は市町村国保における目標数値

※2 当該実績数値は保険者別ではなく該当地域の合計数値

- 松戸市において、特定健診の対象者となる40～74歳の人口は2025年が229,445人に対し、2045年では225,080人と、4.2%程度の減少に留まる。
- 40～64歳の人口は2025年から減少基調となる一方で、65～74歳人口は2030年から2040年にかけて増加に転じる。
- 松戸市における受診率は国の目標数値を25%程度下回り、県や国の実績も20%前後下回っている。

## ▶ 5-2 人件費の抑制\_人員数

### 人員数削減については、運用の効率化などによる削減努力が必須となる

看護要員の人員数については病床数の削減により最大30名の削減が可能と試算されているが、収支シミュレーション上は更に33名の看護師人員削減が盛り込まれている。また、看護師以外の職種についてもそれぞれ削減が盛り込まれている。医師、医療技術職、事務職については様式9のような人員定数の目安となる数値がほぼないため、運用の効率化により現状の業務を維持しながら人員数を削減する努力が必要となる。

No.	職種	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R15-R7
		(2025年)	(2026年)	(2027年)	(2028年)	(2029年)	(2030年)	(2031年)	(2032年)	(2033年)	
1	医師	163	159	156	154	153	153	153	153	153	-10
2	医療技術職	226	209	209	206	206	200	198	193	186	-40
3	看護職	666	623	613	603	603	603	603	603	603	-63
4	事務職	75	70	68	68	68	68	68	68	68	-7
5	その他	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0
	合計	1,135	1,066	1,051	1,036	1,035	1,029	1,027	1,022	1,015	-120

施策例	
看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>記録のテンプレート作成による看護記録業務圧縮</li> <li>各種記録の必要性の見直し</li> <li>電子カルテと紙資料の重複記載がないかの見直し</li> <li>主要検査、看護指示、コスト入力などのテンプレート作成</li> <li>カンファレンス参加人員数の見直し、時間短縮</li> <li>各種業務の自動化支援機器導入（検体搬送機など）</li> </ul>
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> <li>各種業務の自動化支援機器導入（一包化、一包化薬剤鑑査、返却薬剤仕分け）</li> <li>補助職員へのタスクシフト（ピッキング、医薬品・物品管理）</li> </ul>
診療放射線技師	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査説明動画の活用による説明時間短縮、負担軽減</li> <li>撮像後の画像処理時間の短縮</li> </ul>
事務	<ul style="list-style-type: none"> <li>ダッシュボード、RPA等の導入による、まとめ資料作成等の負担軽減</li> <li>各職種との業務分担の明確化、文書化</li> <li>事務業務の洗い出し、標準作業手順書（SOP）の作成</li> </ul>

## ▶ 5-2 人件費の抑制\_人事院勧告への対応

### 賃上げについては、人事院勧告の求める水準から乖離し、病院独自の運用が必要と推察。

総合医療センターの収入に対する給与費比率は70%程度と非常に高く、長期的には給与費比率の適正化が必要となると考えられる。総合医療センターのシミュレーションにおいては、入院単価の上昇がR8年度以降5%とされており、給与費の上昇率を上回ることにより結果として給与費比率が下がっていく試算となっている。しかし、現行のベースアップ評価料は算定した診療報酬を全額ベースアップに使用することを求めており、給与費の上昇率を病院自身でコントロールできないという側面がある。そのため、現行の試算を成り立たせるためには、シミュレーション上で想定したほどの単価上昇がない場合には人事院勧告の求める昇給率からの乖離、給料表の見直しによる昇給率の調整等の改革が必要となると推測される。

令和7年度の昇給に関しては、人事院勧告の求める昇給率を適用した場合、目標とする現金預金残高20億円の維持は困難でありR14年度には現金預金が不足する想定となるため、適用は困難と推察する。

### R7年度に人勧を実施した場合の収支シミュレーション

	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度	R12年度	R13年度	R14年度	R15年度
医業収益	19,142	19,476	20,600	21,504	22,057	22,671	23,520	24,327	25,300	26,119	27,155
入院収益	12,962	13,387	14,267	15,035	15,489	16,076	16,801	17,606	18,503	19,346	20,281
（稼働病床数）	545	562	568	559	541	526	519	519	519	519	519
（一日平均患者数）	457	469	489	489	484	481	480	480	480	480	480
（病床稼働率）	83.9%	83.5%	86.1%	87.5%	89.5%	91.4%	92.5%	92.5%	92.5%	92.5%	92.5%
（診療単価）	77,556	78,233	79,935	84,235	87,435	91,565	95,895	100,488	105,322	110,425	115,758
外来収益	5,601	5,487	5,699	5,795	5,894	5,921	6,045	6,047	6,123	6,099	6,200
（一日平均患者数）	1,062	1,075	1,050	1,050	1,050	1,050	1,050	1,050	1,050	1,050	1,050
（診療単価）	21,703	21,012	22,428	22,900	23,100	23,300	23,500	23,700	23,900	24,100	24,300
その他医業収益	348	366	392	419	419	419	419	419	419	419	419
一般会計繰入金	231	237	242	255	255	255	255	255	255	255	255
医業費用	22,440	24,390	25,228	25,497	25,278	25,701	25,686	26,543	26,939	28,039	28,836
給与費	11,971	13,781	14,215	14,374	13,996	14,206	13,952	14,514	14,398	15,020	15,275
材料費	5,537	5,538	5,921	5,938	6,039	6,167	6,369	6,527	6,739	6,891	7,123
経費	2,839	3,053	3,092	3,289	3,402	3,494	3,621	3,742	3,888	4,011	4,166
減価償却費	2,012	1,944	1,920	1,817	1,771	1,764	1,674	1,690	1,843	2,047	2,202
資産減耗費	21	6	10	10	10	10	10	10	10	10	10
研究研修費	61	68	70	69	60	60	60	60	60	60	60
医業損益	▲3,298	▲4,914	▲4,628	▲3,993	▲3,221	▲3,030	▲2,166	▲2,216	▲1,639	▲1,920	▲1,681
医業外収益	1,188	1,950	2,424	3,102	3,113	3,170	2,132	2,123	2,139	2,014	1,975
医業外費用	1,126	1,175	1,211	1,270	1,255	1,285	1,320	1,362	1,412	1,502	1,594
経常損益	▲3,254	▲4,121	▲3,393	▲2,175	▲1,377	▲1,159	▲1,368	▲1,469	▲925	▲1,422	▲1,314
資本的収入	1,133	1,500	2,054	1,083	1,676	1,182	1,889	2,013	4,009	3,879	1,426
資本的支出	2,067	2,149	2,289	2,274	2,696	2,342	3,086	3,155	5,127	5,129	2,762
差し引き不足額	▲934	▲649	▲235	▲1,191	▲1,020	▲1,160	▲1,197	▲1,142	▲1,119	▲1,250	▲1,337
簡易キャッシュフロー	▲1,854	▲2,459	▲1,299	▲1,139	▲416	▲157	▲783	▲813	▲93	▲517	▲341
現金預金残高	6,752	4,882	3,583	2,444	2,029	1,871	1,089	276	183	▲334	▲675
一般会計繰入金合計	2,771	2,566	2,500	4,000	4,003	4,010	3,009	3,009	3,009	3,010	3,009

## ▶ 5-3 経営形態の見直し\_経営形態の比較\_公立病院が選択可能な経営形態

### 公立病院が選択可能な経営形態は以下の5形態

	経営形態	概要
(1)	地方公営企業法の一部適用	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 病院事業に地方公営企業法の財務規定のみを適用</li> <li>• 管理者は任意設置で、多くは市長等が兼務</li> <li>• 職員は地方公務員法の適用を受ける公務員</li> </ul>
(2)	地方公営企業法の全部適用（現行）	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 財務規定に加え、組織・人事規定も適用</li> <li>• 事業管理者を必置し、一定の人事権・予算執行権を付与</li> <li>• 職員は公営企業職員としての公務員身分</li> <li>• 経営の自由度は一部適用より高いが、議会承認や条例制定が必要な事項が多い</li> </ul>
(3)	地方独立行政法人（非公務員型）	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 地方公共団体が100%出資する別法人格を設立</li> <li>• 理事長が経営権を持ち、中期目標（通常4年）に基づく自律的運営</li> <li>• 職員は非公務員（労働基準法等の適用）</li> <li>• 人事・給与・予算について高い自由度</li> </ul>
(4)	指定管理者制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 民間事業者等に病院運営を委託</li> <li>• 施設所有権は自治体、運営は受託法人</li> <li>• 指定期間は通常3～5年で更新が必要</li> </ul>
(5)	民間譲渡	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 病院施設と運営を完全に民間に移管</li> <li>• 自治体の関与は基本的になし</li> </ul>

## ▶ 5-3 経営形態の見直し\_経営形態の比較\_メリット・デメリット比較（ガバナンス）

ガバナンスに対するメリット・デメリットは以下の通り

大項目	小項目	全部適用（現行）	地方独立行政法人	指定管理者制度	民間譲渡
ガ バ ナ ン ス	概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>4層構造 市長 →事業管理者 →管理局長 →病院長</li> <li>重要意思決定は議会議決、条例制定が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3層構造 市長 →理事会 →病院長</li> <li>重要意思決定は理事会で実施可能（議会議決済みの中期計画範囲内）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2層構造 受託法人本部 →病院長</li> <li>重要意思決定を法人判断で推進可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1～2層構造</li> <li>重要意思決定を法人判断で推進可能</li> </ul>
	メリット	<ul style="list-style-type: none"> <li>自治体直営で公共性が最大限担保される</li> <li>議会を経た公正な運営が可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>意思決定が比較的早い</li> <li>経営責任が理事長に明確化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>意思決定が迅速</li> <li>民間ノウハウの活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>民間による最も機動的な意思決定</li> <li>民間ノウハウの活用</li> </ul>
	デメリット	<ul style="list-style-type: none"> <li>多階層による意思決定速度の低下と責任の分散</li> <li>議決を要する事項の意思決定に時間を要する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自治体からの独立により、直接的コントロールは限定的</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>更新期限あり（3～5年）</li> <li>自治体の直接関与が薄まる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>協議等可能だが、自治体の関与は希薄</li> </ul>

## ▶ 5-3 経営形態の見直し\_経営形態の比較\_メリット・デメリット比較（政策医療の継続性）

政策医療の継続性に対するメリット・デメリットは以下の通り

大項目	小項目	全部適用（現行）	地方独立行政法人	指定管理者制度	民間譲渡
政策医療の継続性	概要	自治体直営で最も確実	中期目標（議会議決必須）で義務化可能	協定で義務化可能	譲渡先の判断に依存
	メリット	<ul style="list-style-type: none"> <li>継続性を最も確実に担保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>議会議決を経た中期目標、中期計画により担保可能</li> <li>評価委員会が達成状況監視</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>協定により一定の担保が可能</li> </ul>	特になし
	デメリット	特になし	<ul style="list-style-type: none"> <li>中期目標の範囲内での対応</li> <li>全部適用より関与は限定的</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>協定内容により、受託法人不在、受託法人撤退の可能性</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>協議等可能だが、継続性の担保なし</li> <li>収益重視で不採算医療縮小のリスク</li> </ul>

## ▶ 5-3 経営形態の見直し\_経営形態の比較\_メリット・デメリット比較（人事・雇用制度）

人事・雇用制度に対するメリット・デメリットは以下の通り

大項目	小項目	全部適用（現行）	地方独立行政法人	指定管理者制度	民間譲渡
人事・雇用制度	概要	公務員（終身雇用原則）	非公務員（労働基準法適用）	民間職員	民間職員
	メリット	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員の公務員身分が保証される</li> <li>職員にとって雇用安定性が大きい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>中期計画内での採用の自由度あり</li> <li>市場価格での給与設定が可能</li> <li>柔軟で多様な雇用形態を導入可能</li> <li>プロパー化によるノウハウ蓄積</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>柔軟な人事制度運用が可能</li> <li>市場価格での給与設定可能</li> <li>柔軟で多様な雇用形態導入可能</li> <li>プロパー化によるノウハウ蓄積</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>最も柔軟な制度運用が可能</li> <li>市場価格での給与設定可能</li> <li>柔軟で多様な雇用形態導入可能</li> <li>プロパー化によるノウハウ蓄積</li> </ul>
	デメリット	<ul style="list-style-type: none"> <li>定数制約により機動的な人材確保が困難</li> <li>給与が市場価格と乖離しやすい</li> <li>事務職定期異動によるノウハウ不蓄積</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>移行時に公務員身分喪失への抵抗が生じやすい</li> <li>移行時の既存職員の離職リスク</li> <li>労使交渉複雑化</li> <li>プロパー職員の採用に時間を要す</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>雇用継続の保証がなく、職員の不安が大きい</li> <li>移行時の大量離職リスク</li> <li>処遇悪化の懸念</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>雇用継続の保証がなく、職員の不安が大きい</li> <li>移行時の大量離職リスク</li> <li>大幅な処遇変更リスク</li> </ul>

## ▶ 5-3 経営形態の見直し\_経営形態の比較\_メリット・デメリット比較（財政面）

財政面に対するメリット・デメリットは以下の通り

大項目	小項目	全部適用（現行）	地方独立行政法人	指定管理者制度	民間譲渡
財政面	概要	自治体負担	自治体負担	自治体・民間負担	民間負担
	メリット	<ul style="list-style-type: none"> <li>地方公営企業法に基づき、一般会計からの繰入れが可能</li> <li>公営企業として財政的支援を受けやすい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地方独立行政法人法に基づき、地方公営企業に準じた一般会計からの繰入れが可能</li> <li>全部適用と比較して柔軟・迅速な運営により、経営効率化による運営コスト削減の可能性</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>指定管理料による財政負担の明確化</li> <li>民間ノウハウを活用した経営効率化による運営コスト削減の可能性</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自治体の財政負担は基本的になく公費負担が大幅に減少</li> <li>譲渡収入の可能性</li> </ul>
	デメリット	<ul style="list-style-type: none"> <li>柔軟・迅速な運営は行いにくく、経営改善効果が限定的な場合がある</li> <li>労務管理の負担が増加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>法人設立、会計基準移行に伴う初期費用の発生</li> <li>役員報酬・監査報酬等のランニングコストが新たに発生</li> <li>移行時の現給保証負担が生じうる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>移行時の退職金負担が大きい</li> <li>政策医療実施に係る一般会計からの財政措置が必要</li> <li>施設整備費用は基本的に地方公共団体が負担</li> <li>指定管理者負担金の設定が必要な場合あり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>移行時の退職金負担が大きい</li> <li>譲渡後も政策医療実施に係る財政措置を求められる可能性</li> <li>一般会計からの繰入れは基本的になし</li> </ul>

## ▶ 5-3 経営形態の見直し\_各形態へ移行する際に注意すべき法令等

各経営形態に移行する際に注意すべき法令等には以下のようなものがある

経営形態	課題	法令等	条文
地方独立行政法人	職員の身分変更 (公務員→非公務員)	地方独立行政法人法	第7条（設立）、第47条（職員の身分）
	財務負担（退職手当引当金）	地方独立行政法人法	第33条（企業会計原則）
	債務超過の解消	地方独立行政法人法	第66条の2（権利義務の承継等）
	市職員の出向に関する取扱い	公益的法人等への一般職 の地方公務員の派遣等 に関する法律	第3条（職員派遣の期間）
指定管理者制度	契約期間の制約	地方自治法	第244条の2 (公の施設の設置、管理及び廃止)
		指定管理者制度導入・運 用に係るガイドライン	(1) ア 指定管理期間の検討
	政策医療継続性	指定管理者制度導入・運 用に係るガイドライン	(3) 協定の締結
民間譲渡	職員の身分変更 (公務員→非公務員)	地方公務員法	第5節 分限及び懲戒

## ▶ 5-3 経営形態の見直し\_各形態へ移行する際に注意すべき法令等

前ページにおいて記載した内容について、注意すべき内容を一部抜粋

法令等	内容
地方独立行政法人法 (企業会計原則)	地方独立行政法人法の第66条第2項において、地方独立行政法人が設立団体の有する権利または義務を承継した際に <u>債務超過状態となった場合、設立団体は差額を出資することが定められている。</u>
地方独立行政法人法 (権利義務の承継等)	地方独立行政法人法の第33条より、独立行政法人の会計は原則として企業会計原則による。職員数が300名を超える場合は退職給付引当金を原則法で算定する必要があり、 <u>簡便法を用いている場合には引当金が大幅に増加し、貸借対照表における負債が大幅に増加する可能性がある。</u>
公益的法人等への一般職の地方公務員の派遣等に関する法律	第3条において、職員派遣の期間は3年と定められている（一定の条件を満たすことで5年まで延長可能）。そのため、 <u>プロパー職員の比率を高めることが安定した運営に必須となる。</u>
地方自治法	指定管理者制度について、第244条の2の第5項において、期間を定めて行う旨が定められている。千葉県における指定管理者制度導入・運用に係るガイドラインでは、指定の期間は3～5年を原則とする旨が定められており、定期的な更新が必要となることが想定される。

## ▶ 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）及び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続く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り拡大す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続い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

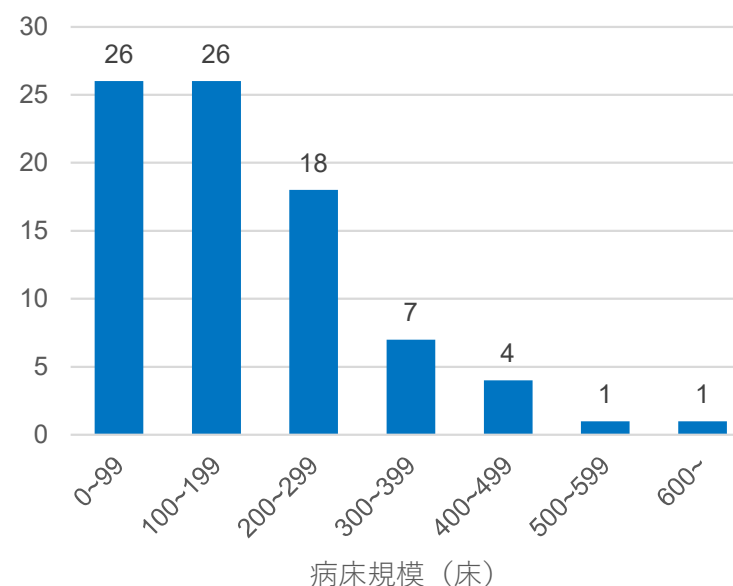
指定管理者制度への移行に際しては、退職金の支払い、債務の繰上償還、職員給与差額の補填等により、初期費用として95～115億円規模の財政負担が生じると見込まれる。一方で、受託法人が確保できた場合には、移行後の市の財政負担は政策医療継続に対する指定管理料に限定され、指定管理料の水準次第では、現状の一般繰入金よりも負担が軽減する可能性がある。

#### 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100～120億円規模、契約条件次第で負担が増減

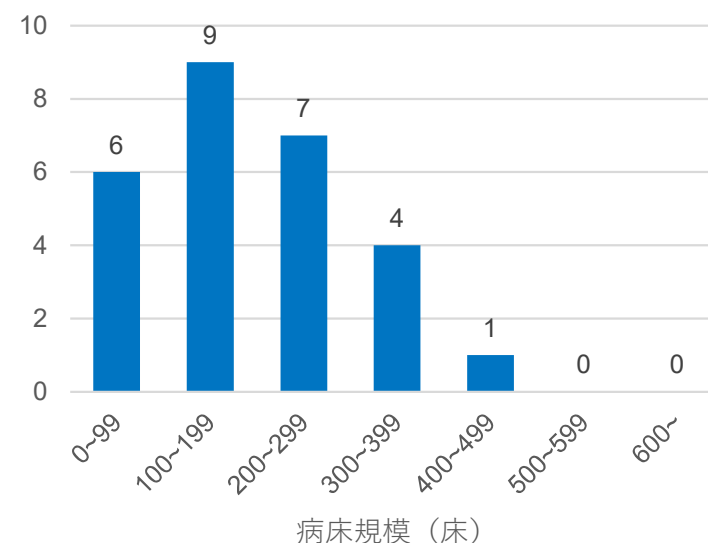
民間譲渡に際しては、現行職員の退職に伴う退職金の支払い、職員給与差額の補填、各種手続やシステム対応等により、指定管理者制度と同程度となる100～120億円規模の初期費用負担が生じる可能性がある。一方で、土地建物を有償で譲渡し、建物に係る負債を譲渡先が負担するなどの条件で契約できた場合には、市の財政負担が大きく改善する可能性がある。ただし、契約条件が不利な場合には、建物に係る負債の繰上償還や簿価との差損が発生するなど、追加的な財政負担が生じる点にも留意が必要である。

#### 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



## ▶ 5-3 経営形態の見直し\_費用試算\_地方独立行政法人\_移行に伴う費用の全体像

地方独立行政法人への移行に要する費用は、75～120億円と試算。移行時の債務超過解消のための出資金負担が非常に大きい。

地方独立行政法人への移行時に必要となる費用は、大きく分けて①制度設計・移行準備、②人事・労務制度移行、③会計・業務システム移行、④資産・負債等の整理である。このうち、最も大きな費用となるのは④資産・負債等の整理の中でも、債務超過解消に必要な出資である。地方独立行政法人へ移行する際には、企業会計原則に従った会計基準の適用が求められる。それに伴い、退職給付金引当額は簡便法ではなく原則法で算定することとなる。原則法へ移行すると、現状の退職給付金引当額が46億円であるのに対し、69～92億円程度の引当が必要となる見込みである。したがって、引当の不足額は23～46億円となる。さらに、令和9年度の間評価後、令和12～13年度に移行することを想定した場合の債務超過額見込（43～51億円）を合わせると、債務超過解消に必要な出資は66～97億円となる。

### 地方独立行政法人移行に伴う概算初期費用

区分	主たる内容	概算費用レンジ
① 制度設計・移行準備	基本計画・実施計画等策定   法務・制度設計   ガバナンス設計   許認可・指定・届け出洗い出し   準備室運営	1.8～3.2 億円
② 人事・労務制度移行	身分切替・雇用条件決定   退職手当・退職給費の調整等人事制度再構築   社保・労保/福利厚生切替   労使協議・人材確保	1.7～3.2 億円
③ 会計・業務システム移行	会計制度移行   財務会計及びERP・固定資産・出納/資金管理に関するシステムの導入又は改修   医事・レセプト設定変更   人事給与・勤怠・購買及び物品管理等のシステム改修・移行   切替運用（並行稼動・リハーサル等）	4.0～8.0 億円
④ 資産・負債等整理	承継財産の評価、台帳整備・棚卸   債務債権の締め・引当   借入金・リース等承継及び条件交渉   契約承継・保険切替・潜在債務対応   債務超過解消の出資	66.9～99.4 億円
⑤ 経営安定化・運営支援	人材確保・体制再編   経営改善伴走・施策実装   収益連続性の安定化   ガバナンス運用コスト	2.0～4.1 億円
小計		76.6～117.9 億円

## ▶ 5-3 経営形態の見直し\_費用試算\_指定管理者\_移行に伴う費用の全体像

指定管理者制度への移行に要する費用は、95～115億円と試算。雇用契約先の変更に伴う退職給付及び給与差額補填の負担が非常に大きい。指定管理料の水準については変動幅が大きい。

指定管理者制度への移行に伴う概算初期費用のうち最も大きな費用となるのは、②人事・労務制度移行のなかでも、退職給付及び給与差額補填である。退職給付の総額は45～47億円、雇用移管に伴う給与差額補填は50～55億円（差額補填は5年間での支払い前提）を想定。なお、指定管理者制度では開設者は自治体のままであるため、独法化のような債務超過解消のための出資は原則として不要となる一方、人事・労務面の整理（退職給付および雇用移管補償）が費用の中心となる。契約次第ではあるものの一般的に建物や設備の修繕及び更新は市の負担となる。

三次救急や小児周産期医療を提供している病院における指定管理料の水準として、みなと赤十字病院においては総額で3億円/年程度、浜松医療センターでは10～30億円/年となっており、協定書の内容により水準にばらつきがある。交渉次第で大きく変動しうるものである。

### 指定管理者制度への移行に伴う概算初期費用

区分	主たる内容	概算費用レンジ
①制度設計・移行準備	基本方針・実施計画・各様式等策定   交渉・法務及び会計スキーム設計   公募・選定プロセス整備	1.1～2.7億円
②人事・労務制度移行	身分切替・雇用条件決定、説明対応   退職給付   雇用移管に伴う補償	95.3～102.8億円
③会計・業務システム移行	システム権限分離・データ連携・帳票改修   管理会計及びレポーティング整備	1.0～2.8億円
④資産・負債等整理	契約整理・台帳整備	0.2～0.6億円
⑤契約管理・モニタリング	移行後運営支援   モニタリングコスト	0.7～2.4億円
小計		98.3～111.3 億円

#### 【参考1】指定管理料の金額例

（みなと赤十字病院・令和7年度）

項目	金額
(1)小児救急医療交付金	40,000,000円
(2)二次救急医療交付金	18,042,000円
(3)周産期救急医療交付金	2,240,000円
(4)アレルギー疾患医療交付金	216,211,000円
(5)精神科合併症医療交付金	11,154,000円

#### 【参考2】指定管理料の金額例

（浜松医療センター）

項目	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度
救急医療等に対する交付金	2,743,407,910円	1,807,898,148円	1,060,729,400円	861,248,200円

## ▶ 5-3 経営形態の見直し\_費用試算\_民間譲渡\_移行に伴う費用の全体像

民間譲渡に要する費用は、100～120億円と試算。指定管理者制度と同様、雇用契約先の変更に伴う退職給付及び給与差額補填の負担が非常に大きい。

民間譲渡に伴う概算初期費用は、添付表のとおり大きく分けて①制度設計・移行準備、②人事・労務制度移行、③会計・業務システム移行、④資産・負債等整理の4区分で整理され、小計は100.2～120.2億円となる。最も費用負担が大きくなるのは、②人事・労務制度移行のなかでも、退職給付及び給与差額補填である。退職給付の総額は45～47億円、雇用移管に伴う給与差額補填は50～55億円（差額補填は5年間での支払い前提）を想定する。なお、民間譲渡の場合、市の最終的な財政負担は譲渡条件次第で大きく変動する。具体的には、建物を含む資産をいくらかで譲渡するか（無償・低廉譲渡か、時価相当の対価を得られるか）によって、資産売却収入の有無だけでなく、将来の修繕・更新投資（CAPEX）を市が負担し続けるか否かが左右される。また、負債の引受条件も重要であり、既存借入金やリース、未払金等をどこまで買い手に引き受けさせるか、あるいは譲渡前に市側で整理（債務の切り離し・損失処理）するかによって、移行時点で必要となる整理資金が大きく変わる。加えて、救急や周産期など政策医療の維持を譲渡条件に組み込む場合、運営委託費や補助、赤字補填、設備更新支援などの追加負担が発生し得る。さらに、譲渡後の運営リスクに対する表明保証・補償、価格調整、Transition Service Agreement (TSA) 期間の設定等、契約条項の置き方次第で市の潜在負担（将来支出）が増減するため、初期費用の試算とは別に、譲渡条件に応じた財政影響（単年度・複数年、確定債務・偶発債務を含む）の精査が必要となる。

### 民間譲渡に伴う概算初期費用

区分	主たる内容	概算費用レンジ
①制度設計・移行準備	譲渡スキーム設計・移行準備   M&A及び譲渡アドバイザー（FA）費用   公募・競争手続きコスト	2.2～5.7億円
②人事・労務制度移行	身分切替・雇用条件決定、説明対応   退職給付   雇用移管に伴う補填	95～103億円
③会計・業務システム移行	民間側システムへの移行準備   TSA及びクロージング後の二重運用コスト	1.3～5.6億円
④資産・負債等整理	資産評価、棚卸、債権債務締め、契約/保険整理、潜在債務対応 買い手DDの受入対応 譲渡契約関連	1.4～5.8億円
小計		100.2～120.2 億円

## ▶ 5-3 経営形態の見直し\_費用試算\_各経営形態における主要項目比較表

収入・費用項目	地方独立行政法人	指定管理者制度	民間譲渡
移行に伴う収入	×	×	△
	移行に伴う収入はない	移行に伴う収入はない	交渉次第ではあるが、土地・建物の譲渡（売却）益が生じる可能性あり。
給与差額補填	<b>多くの場合必要</b>		
	条件次第だが、多くの場合複数年にわたり差額補填を実施する例が多い。		
退職金	<b>出資（66～97億円）</b>	<b>給付（45～47億円）</b>	<b>給付（45～47億円）</b>
	退職給付は不要であるが、会計基準が変更されることにより新たに引当金の積み増しが必要となる。実際の金銭の動きはないものの、債務超過解消のためには新規出資が必要となる場合がある。	職員は退職扱いとなるため、退職給付が必要となる。	職員は退職扱いとなるため、退職給付が必要となる。
移行前の企業債に対する償還	<b>実質的に法人負担の例あり</b>	<b>基本的に自治体（一部指定管理者）</b>	<b>基本的に自治体</b>
	債務者は自治体のままであるが、移行前地方債償還債務として自治体に対する債務を負わせ、実質的に企業債の償還を法人が負担する例がある。	企業債の元金・利息の返済義務は基本的に自治体に残るが、契約により利息相当等の一部を指定管理者が負担する事例もあり。	企業債の債務者は自治体のままであるが、予定通り償還を続ける場合と、当然繰上償還の設定、担保や用途条件により譲渡時に繰上償還が必要となる場合がある。企業債を民間が引き受けることは困難。
システム移行	<b>4.0～8.0億円</b>	<b>1.0～2.8億円</b>	<b>1.3～5.6億円</b>
	独法会計への全面移行に伴いERP新規導入・大規模改修が必要となり、3形態中最も高額。	システム刷新は不要で権限分離・帳票改修と管理会計基盤整備が中心のため、最も低コスト。	民間側システムへの全面移行に加え、TSA期間中の二重運用コストが発生し、費用変動幅が最大。
政策医療維持	<b>全適と大きな変化なし</b>	<b>指定管理料（金額は交渉次第）</b>	<b>補助金（金額は交渉次第）</b>
	不採算（赤字）の補填については、運営費負担金として市が負担。基本的には一般会計からの繰出金と同じ趣旨となる。	指定管理料として、救急医療や小児周産期といった政策医療の実施に対して交付。金額については協定交渉により変動。	政策医療維持への対価として補助金交付を実施する場合もある。器楽については交渉により変動。

## ▶ 5-4 組織運用の課題とあるべき方向性の提言

### 概要

実行体制の観点から、組織における事務機能統括の明確化、適切な権限委譲や評価制度の推進が望ましい

#### 現運用体制の課題

##### 1. 組織内への意思決定の流れの再検証

- 病院事業の意思決定は、経営会議での審議に加え、経営準備会議での事前議論や、複雑案件における事前説明・意見交換・意向確認等、段階的なプロセスにより運用されている。
- 一方で、最終的な方針説明の場において、意思決定者から、方針の意図・優先順位・判断の根拠が「熱量を込めて」十分に発信されていない場面が見受けられ、結果として、組織内へ浸透しにくい点が課題です。

##### 2. 病院組織内における事務機能の統括（事務局長不在）

- 病院事務機能の司令塔が市の管理機能に統合されているため、病院事務部門における課題解決へ十分な資源を投下しにくい環境にあります。結果としてスピード・優先順位付けに影響する可能性があります。
- 前項との共通課題として、背景には人事異動・役割交代が限定的である事があげられ、業務が属人化されている可能性が高く透明性・再現性の観点で改善余地があります。

##### 3. 診療側と経営側の接続（現場実装の強化）

- 経営課題に対して現場職員の参画が不十分であり、仕組みによる後押しが不十分なため、経営課題への参画、活動の推進は個人の努力に依存しやすい面があります、継続性の観点で改善余地があります。また経営感覚に優れた職員育成も遅れている傾向があります。

#### 組織運用のあるべき方向性

##### 1. 事務機能の統括と実行管理の強化

- 病院内の事務機能を統括し、部門横断の調整・進捗管理・標準化・説明責任を担う中核（事務局長機能）を明確にすることで、施策の実行力を高めます。

##### 2. 機能別「副院長」への権限移譲

- 日常運営は“領域別の実質責任者”として副院長が判断・調整できるよう、担当範囲と判断権限（専決／即時判断／病院長報告の基準）を明確化することが望まれます。例：①診療統括（診療科運営・ベッド/人員配置・診療報酬最適化）②医療安全・質（インシデント初動・事故対応）③経営（収益/投資/人件費の統制）④教育・研究（研修・研究推進）

##### 3. 医師の経営参画を“仕組み”として後押し

- 経営目標と現場の行動がつながるよう、役割期待（経営責任の範囲）を明確にし、成果が適切に評価される仕組み（例：医師インセンティブ制度）を整備することで、主体的な参画を促します。その際、チーム医療の特性や運用の実効性を踏まえ、インセンティブは個人への直接配分に限定せず、医局（診療科）単位で配分し、医局内での活用（人材育成・研究・診療体制強化等）につなげる設計が望まれます。