

# 第1回 市立貝塚病院経営検証委員会資料 (概要版)

2026年8月12日



# 当院の経営状況\_サマリ

平均在院日数が短いうえ救急搬送件数が少ないことが稼働率が低い要因だが、直近救急受入は改善傾向。  
医師は「職員数」・看護師は「給与水準」に改善余地あり。材料費・委託費も高いが構造的な要因の可能性

|      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医業収益 |     | <ul style="list-style-type: none"><li>直近3年間では、入院収益・外来収益共に増加傾向で、特に入院収益の伸びが大きい</li><li>直近3年間では、病床稼働率も増加傾向だが、約78%と伸びしろもあり、<u>周辺医療機関と比較しても稼働率は少し低い</u></li><li>稼働率が低い要因は、<u>平均在院日数が短いうえ、救急搬送からの入院件数が周辺医療機関と比較しても低い</u></li><li>一方、土日の二次救急を開始したことや重症初期対応医療機関として受入を開始したことにより、2026年6~7月における救急搬送件数は前年同月比で1.5~2倍程度に増加している</li></ul> |
| 医業費用 | 給与費 | <ul style="list-style-type: none"><li>病床あたりの給与費は民間黒字病院や同規模公立病院より高い</li><li>職種別にみると、医師は病床あたり職員数が類似病院の平均を大きく上回るうえ、医師1人あたり入院延患者数が少ないことから、現在の<u>病床規模や患者数に対して医師の配置は過剰</u>といえる</li><li>看護師は病床あたりの職員数は類似病院と比較し平均程度だが、職員の平均年齢が高いこともあり<u>平均月額給与が高く給与費増加の要因</u>となっている</li></ul>                                                      |
|      | 材料費 | <ul style="list-style-type: none"><li>病床あたりの材料費および医業収益対材料比率は民間黒字病院や同規模公立病院よりも高い</li><li>一方、これらは乳がん等のがん診療に強みを持ち、<u>抗がん剤など高額薬剤を使用することが材料費を押し上げている要因の一つ</u>と考えられる</li></ul>                                                                                                                                                   |
|      | 委託費 | <ul style="list-style-type: none"><li>病床あたりの委託費は同規模公立病院と比較し高いものの、材料費と同様、がん診療に伴う検査委託費や放射線装置の保守委託費の増加など、<u>診療機能に起因する構造的な要因の可能性</u>がある</li></ul>                                                                                                                                                                              |

# 今後地域から求められる医療\_サマリ

入院機能別には包括期・慢性期の需要は増加し、急性期需要は減少する。救急搬送需要は横ばいだが、現状救急疾患の多くが市外に流出しているため、救急受入の強化が求められる

|                |           |                                                                                                                                                                                                |
|----------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 将来<br>需要<br>推計 | 地域<br>人口  | <ul style="list-style-type: none"><li>貝塚市の人口は<u>2050年までに3割程度減少</u>し、6万人規模になる見込み</li><li>一方、<u>高齢者人口は2035年頃から増加見込み</u>で、65歳未満の人口の減少幅が大きい</li></ul>                                              |
|                | 入院<br>需要  | <ul style="list-style-type: none"><li>貝塚市の入院機能別の将来需要推計では、<u>高齢者に多い包括期・慢性期需要は2050年までに20%程度増加</u>する</li><li>一方、<u>高度急性期・急性期需要は2050年までに16%程度減少</u>する</li></ul>                                    |
|                | 急性期<br>疾患 | <ul style="list-style-type: none"><li>貝塚市の疾患別の急性期将来需要推計では、2040年までに全ての疾患で横ばいから減少する</li><li>特に、<u>当院の強みである乳房や女性生殖系疾患の減少幅が大きく</u>、将来的な患者数減少が見込まれる</li></ul>                                       |
|                | 救急<br>搬送  | <ul style="list-style-type: none"><li>貝塚市の救急搬送件数の将来需要推計では、<u>2040年まで概ね横ばいで2045年以降減少</u>する</li><li>65歳以上人口の増加に伴い<u>高齢者救急は増加するものの、65歳未満の救急搬送件数が減少</u>する</li></ul>                                |
| 現在の患者<br>流出入状況 |           | <ul style="list-style-type: none"><li>貝塚市のDPC患者の約4割は市外に流出している</li><li>特に、循環器・呼吸器・外傷・神経など<u>救急搬送の多い疾患が市外に流出している</u></li><li>泉州医療圏では、<u>消化器疾患の患者が最も多く流出しており</u>、消化器の受入体制強化による増患余地は存在する</li></ul> |

# 院内ヒアリング結果

急性期特化の機能を担う方向で検討。短期では救急の受入強化・中期では消化器患者の受入強化により稼働率向上を目指す。人件費適正化に向けて、非常勤医師や定年退職後の医師数の見直しも必要と認識

|        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 院内課題   |        | <ul style="list-style-type: none"><li>当院は紹介からの入院が多い一方、救急搬送からの入院が少ない</li><li>医師が多い。一部の診療科では、体制と比較して受け入れている患者数が少ない</li><li>下り搬送や救急等の受入にあたって、内科系の体制に課題を感じている</li><li>看護師は多い。HCU・地ケア・緩和ケア病棟は過剰な配置になっている。特に、地域包括ケア病棟は7:1の配置で運用している</li></ul>                                                                                                                             |
| 改善の方向性 | 入院料の選択 | <ul style="list-style-type: none"><li>地域包括ケア病棟を急性期病棟に転換して急性期総合体制加算5を算定したい</li><li>救急車の搬送件数が年間2,000件を超えれば、急性期Bから急性期Aへの類上げも目指す</li><li>地域包括ケア病棟を無くし、全病棟急性期とする場合でも、看護必要度等の施設基準は充足可能な見込み</li><li>一方、急性期患者のみで稼働を埋めることができるのかや、急性期後のステップダウンの病床がなくなることへの懸念はある</li><li>包括期シフトについては、医局からの医師派遣の縮小や地域からの反対が懸念。また、強みである乳がん等の患者が減少する可能性を懸念</li></ul>                              |
|        | 稼働率向上  | <ul style="list-style-type: none"><li>短期的には、救急の受入強化が必要。土日の二次救急開始や、重症初期対応医療機関としての受入を開始したことで、足元の救急搬送件数は前年同月比で1.5倍以上になっており、この勢いが続けば来年には急性期Aへの類上げも可能</li><li>中期的には、消化器を当院の核となる診療科にすること。りんくう総合医療Cは循環器と脳神経、岸和田市民病院は呼吸器が強みであるため、当院は消化器患者（消化器がんや吐下血等）の受入を強化したい。そのために、スキルの高い医師の確保に向け大学医局に働きかけている</li><li>看護師の受入体制の観点からは、稼働率の年間平均で85%・季節変動を加味して90%くらいまで患者が増えても対応できる</li></ul> |
|        | 費用削減   | <ul style="list-style-type: none"><li>病床規模の縮小（ダウンサイジング）は今のところ考えていない</li><li>人件費適正化に向けては、非常勤医師や定年退職後再雇用の医師の見直しを検討したい</li><li>材料費は他院と比較しても高くない。委託費も単年契約に変更するなどの取組は既に実施しており、削減余地は少ない</li></ul>                                                                                                                                                                         |

# 目指すべき将来像を検討する上で解くべき論点

シナリオパターンに応じて改善額や増患余地、その他リスクの論点が存在する。シミュレーションに加えて、共通項目である費用削減の余地に関する論点についても検証を進める

| 分類            | シナリオパターン       | 想定されるイメージ／入院料（緩和ケア病棟を除く5病棟に着目）                                                                                                                                                                                  | 解くべき論点                                                                                                                                                      |
|---------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 病床再編のシミュレーション | 全体             | -                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>各シナリオでどの程度の収支改善が可能か（ただし、実現難易度を踏まえて検討対象は要確認）</li> </ul>                                                               |
|               | 急性期特化型         | <ul style="list-style-type: none"> <li>現在の診療機能は維持した上で、救急搬送と消化器患者の受入強化により稼働を埋める。地ケア病棟が無くなることで、在院日数短縮による入院延患者数の減少が想定されるため、その分の患者受入が必要</li> <li>急性期A(5病棟)、若しくは急性期B(5病棟)+急性期総合体制加算5</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>年間救急搬送件数2,000件を突破できるか</li> <li>目標額から逆算した必要な稼働率を埋めるためには、どの程度の消化器患者の受入拡大が必要か</li> <li>受入強化する消化器患者の具体的な疾患は何か</li> </ul> |
|               | ケアミックス型        | <ul style="list-style-type: none"> <li>現在の診療機能を維持した上で、収益最大化を目指し病床構成を再編する。包括期病棟は今後需要増加が見込まれる高齢者救急患者やポストアキュートの患者で稼働を埋める</li> <li>急性期一般1(2~3病棟)+地域包括医療/地域包括ケア(2~3病棟)</li> </ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>ポストアキュートやサブアキュートの増患余地はあるか</li> <li>急性期病棟と包括期病棟の最適な病棟構成は</li> </ul>                                                   |
|               | 包括期特化型         | <ul style="list-style-type: none"> <li>入院料の類上げや加算の取得が可能になる199床へのダウンサイジング*1と共に人員の適正化をした上で、今後需要増加が見込まれる高齢者救急患者やポストアキュートの患者で稼働を埋める。基本的に現在の診療機能は維持するが、がん診療については要検討</li> <li>地域包括医療/地域包括ケア(4病棟などダウンサイジング)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ポストアキュートやサブアキュートの増患余地はあるか</li> <li>目標額達成のためにはどの程度の人員削減が必要か</li> </ul>                                                |
| その他リスク        | ケアミックス型/包括期特化型 | -                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>定性的なリスクとしてどのような事項が考え得るか（医局からの医師派遣縮小・地域からの反対など）</li> </ul>                                                            |
| 費用削減          |                |                                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>給与費抑制に向けて収益性の低い診療科はどこか（原価計算）</li> <li>委託費や材料費の削減余地はあるか</li> </ul>                                                    |

\*1：200床未満にすることで地域包括ケア病棟入院料1への入院料類上げ、包括期充実体制加算の取得が可能