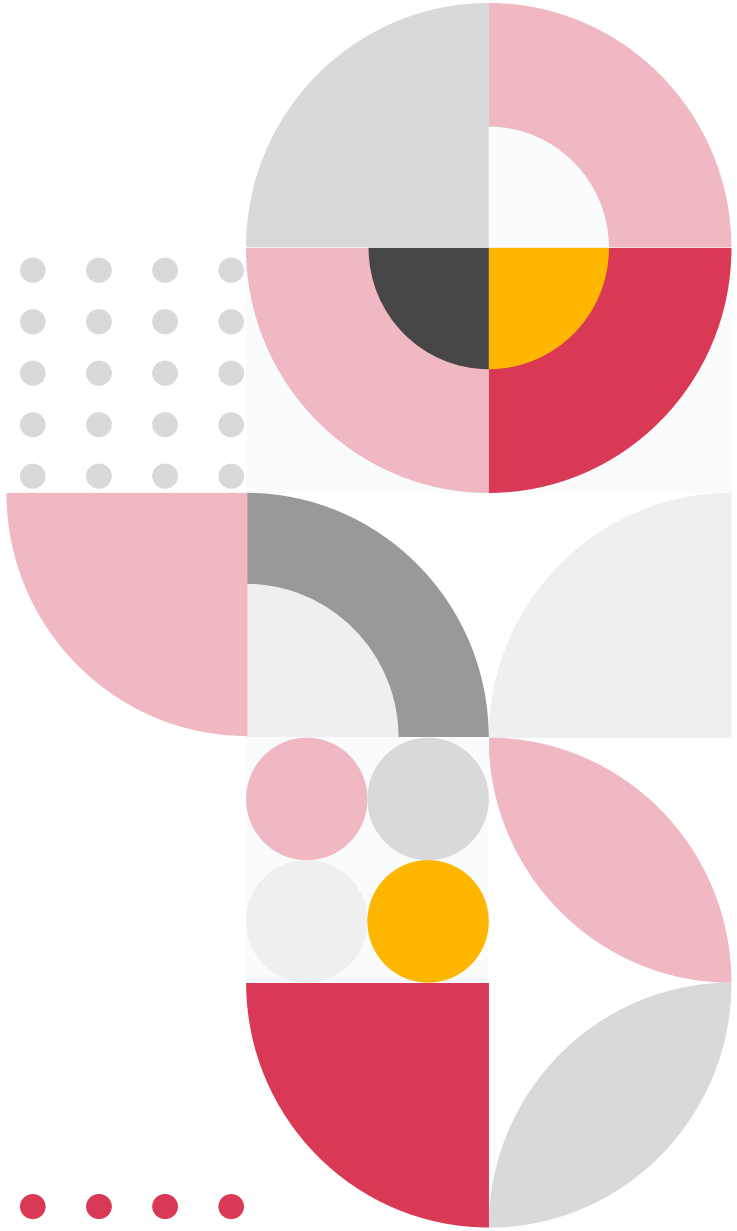
第2回　経営検証委員会資料

2026年10月7日



各経営検証委員会における主な報告内容

第1回は当院の経営状況および目指すべき将来像の方向性を整理。第2回で病床再編のシミュレーションを実施し、第3回では経営形態の見直しの方向性を検討する。第4回ではこれまでの総括と議論に時間を割く

第1回委員会　第2回委員会　第3回委員会　第4回委員会

a. 事業環境の整理と経営課題の特定	b. 自主再建の方向性と改善額の試算	c. 経営形態の見直しの方向性	d. 全体を通じた方向性検討
初期的分析 仕様書の内容に準じて初期的に分析（提案書の「Ⅰ 経営分析について」に掲載）	**単独病院での改善施策の立案** 外部環境分析／内部環境分析や院内ヒアリングを踏まえて、病床再編を主軸とした収支改善策を立案。病床再編は、急性期特化型・ケアミックス型・包括期特化型の3つのパターンを想定	**各経営形態の論点整理** メリット・デメリットや想定ハードルを整理（※一部、第2回委員会でも報告）	**追加の論点整理** 第3回までの経営検証委員会における議論で派生した追加論点や分析項目を整理し、取り纏める
院内ヒアリング（病院幹部層／事務局） プロジェクトの初期的に、現在の院内課題・実施中の施策・今後の方向性案等をヒアリング	**成行分析・病床再編シミュレーション** 成行分析に加え、3つの病床再編のシミュレーションを実施し、改善額見込みを算出。また、各パターンにおける増患施策等の蓋然性検証に加え、想定されるリスクについても整理する	**経営形態の見直し・連携の必要性検証** 自主再建での目標額（経常損失の解消）の到達が難しい場合に経営形態の見直しの要否・他院との連携要否を検証	**全体総括・全体を通した議論** これまで調査・分析した項目の取り纏めて総括し、全体を通じた今後の病院の方向性について関係者間で協議する
外部環境／内部環境分析 内部データ受領後、「初期的分析」にて未実施の外部環境分析／内部環境分析を実施		**外部事業者へのヒアリング** 外部事業者へのヒアリングを実施し、経営形態の見直しや連携の実現可能性・実施に向けたハードル・今後の論点を整理	

経営検証委員会向けた資料の作成・委員会の運営支援

目次

Ⅰ 第1回委員会の振り返り

Ⅱ 成行分析・病床再編シミュレーション

Ⅲ チャレンジシナリオの蓋然性とリスク

Ⅳ 各パターンの評価まとめ

Ⅴ その他の改善ポテンシャル

Ⅵ 第3回委員会の論点

Ⅰ

第1回委員会の振り返り

第1回経営検証委員会での報告内容

第1回経営検証委員会では、「院内ヒアリング」・「外部環境／内部環境分析」を踏まえて当院の経営状況および目指すべき将来像の方向性を整理した

第1回委員会　第2回委員会　第3回委員会　第4回委員会

a. 事業環境の整理と経営課題の特定

初期的分析
仕様書の内容に準じて初期的に分析（提案書の「Ⅰ経営分析について」に掲載）

院内ヒアリング（病院幹部層／事務局）
プロジェクトの初期的に、現在の院内課題・実施中の施策・今後の方向性案等をヒアリング

外部環境／内部環境分析
内部データ受領後、「初期的分析」にて未実施の外部環境分析／内部環境分析を実施

b. 自主再建の方向性と改善額の試算

単独病院での改善施策の立案
外部環境分析／内部環境分析や院内ヒアリングを踏まえて、病床再編を主軸とした収支改善策を立案。病床再編は、急性期特化型・ケアミックス型・包括期特化型の3つのパターンを想定

成行分析・病床再編シミュレーション
成行分析に加え、3つの病床再編のシミュレーションを実施し、改善額見込みを算出。また、各パターンにおける増患施策等の蓋然性検証に加え、想定されるリスクについても整理する

c. 経営形態の見直しの方向性

各経営形態の論点整理
メリット・デメリットや想定ハードルを整理（※一部、第2回委員会でも報告）

経営形態の見直し・連携の必要性検証
自主再建での目標額（経常損失の解消）の到達が難しい場合に経営形態の見直しの要否・他院との連携要否を検証

外部事業者へのヒアリング
外部事業者へのヒアリングを実施し、経営形態の見直しや連携の実現可能性・実施に向けたハードル・今後の論点を整理

d. 全体を通じた方向性検討

追加の論点整理
第3回までの経営検証委員会における議論で派生した追加論点や分析項目を整理し、取り纏める

全体総括・全体を通した議論
これまで調査・分析した項目の取り纏めて総括し、全体を通じた今後の病院の方向性について関係者間で協議する

経営検証委員会向けた資料の作成・委員会の運営支援

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		• 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 • 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、**周辺医療機関と比較しても稼働率は少し低い** • 稼働率が低い要因は、**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** • 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
医業費用	給与費	• 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 • 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**病床規模や患者数に対して医師の配置は過剰**といえる • 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**平均月額給与が高く**給与費増加の要因となっている
	材料費	• 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 • 一方、これらは乳がん等のがん診療に強みを持ち、**抗がん剤など高額薬剤を使用ことが材料費を押し上げている要因の一つ**と考えられる
	委託費	• 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、**診療機能に起因する構造的な要因の可能性**がある

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

将来需要推計	地域人口	• 貝塚市の**人口は2050年までに3割程度減少し**、6万人規模になる見込み • 一方、**高齢者人口は2035年頃から増加見込み**で、65歳未満の人口の減少幅が大きい
	入院需要	• 貝塚市の入院機能別の将来需要推計では、**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**する • 一方、**高度急性期・急性期需要は2050年までに16%程度減少**する
	急性期疾患	• 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 • 特に、**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**、将来的な患者数減少が見込まれる
	救急搬送	• 貝塚市の救急搬送件数の将来需要推計では、**2040年まで概ね横ばいで2045年以降減少する** • 65歳以上人口の増加に伴い**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する**
現在の患者流出入状況		• 貝塚市のDPC患者の約4割は市外に流出している • 特に、循環器・呼吸器・外傷・神経など**救急搬送の多い疾患が市外に流出している** • 泉州医療圏では、**消化器疾患の患者が最も多く流出しており、消化器の受入体制強化による増患余地は存在**する

院内ヒアリング_サマリ

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		• 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** • **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 • 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 • **看護師も多い**。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
改善の方向性	**入院料の選択**	• **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** • 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** • 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 • 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 • **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**
	稼働率向上	• **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 • **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 • 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
	費用削減	• **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** • 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 • 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

当院における検討の方向性

現在当院は「A.急性期特化型」を検討しているが、急性期機能と包括期機能を併せ持つ「B.ケアミックス型」や、急性期病棟を持たない「C.包括期特化型」も選択肢に含めて検討を進める

現在の立ち位置	検討の方向性	中長期の見通し
① 400床以上でICUなどを持ち、高度急性期～急性期病棟を主とする病院	高度急性期医療や小児・周産期などを提供する、地域における拠点病院としての地位の獲得	新たな地域医療構想における「急性期拠点病院」（1施設/ 20～30万人）として大規模な高度急性期病院に集約される「急性期拠点病院」
②200～300床前後で高齢者救急・地域急性期を担う、急性期中心の病院	A. 病棟運営や体制を最適化することで「急性期一般」を維持、もしくは急性期病院A・Bの獲得を狙う **「急性期特化型」**	
	B. 心臓・がんなどの高度急性期機能と、ニーズの高い高齢者救急の両方の機能を併せ持つ **「ケアミックス型」**	人口の減少が顕著な地域ではケアミックス病院に医療資源が集約される
	C.高齢者救急の応需体制は維持しつつ、急性期治療から在宅復帰までをワンストップで支える **「包括期特化型」**	在宅医療・介護サービスと連携した地域密着型の包括期病院として主に高齢者救急・在宅復帰支援を担当「200床未満の包括期」
③200床未満で在宅医療・介護連携・ポストアキュートを中心とし患者の生活を支える病院	従来の機能を最大限生かしながら、自院の役割を再定義	

資料：弊社Webサイト　これからの病院経営を考える「第32回 2026年度（令和8年度）診療報酬改定で複雑化する急性期病院の選択肢―急性期病院A・Bの新設と包括期入院料をどう選ぶか」より弊社作成

Ⅱ

成行分析・病床再編シミュレーション

シミュレーションのパターン

成行分析に加え、3つの病床再編シナリオに沿ってシミュレーションを実施

シミュレーションのパターン		シミュレーションのイメージ （現在の病棟構成：急性期4病棟、地ケア1病棟、HCU1病棟、緩和ケア1病棟）
成行分析		• 現在と同様の規模・患者像・病棟構成の上で、市場の需要変化や人事院勧告およびインフレ等を踏まえた収支変動を加味する • 救急患者の受入強化と非常勤医師削減が実現したパターンの改善効果も加味する
病床再編シナリオ	急性期特化型	• 地ケア病棟を無くし、急性期を5病棟とする • 急性期病院入院料の類上げに加え、急性期総合体制加算の算定により増収を図る • また、稼働率向上に向けて消化器患者の受入を強化する
	ケアミックス型	• 急性期病棟4病棟のうち1病棟を地域包括医療病棟とし、急性期（3病棟）＋地域包括医療（1病棟）＋地ケア病棟（1病棟）のケアミックスとする • 急性期病棟のみで稼働を埋めることが難しい場合に、比較的長期入院患者を受け入れやすい地域包括医療病棟を通じて延患者数の増加を図る
	包括期特化型	• 急性期病棟・HCUを無くし、地域包括医療病棟（1病棟）＋地ケア病棟（3病棟）とする • 入院料の類上げ及び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、人員数の適正化をすることで収支改善を図る

*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

各パターンにおけるシナリオごとのシミュレーション前提

現状の患者像のまま入院料のみ変更する「ベースシナリオ」と、収支改善に向けたチャレンジとそれに伴う入院料の類上げを図る「チャレンジシナリオ」の2ステップでシミュレーションを実施

	シミュレーションの前提／入院料（緩和ケア病棟を除く6病棟に着目）	
	①ベースシナリオ （現状の患者像のまま入院料のみ変更）	②チャレンジシナリオ （収支改善に向けたチャレンジとそれに伴う入院料類上げ）
成行分析	• 【入院料（現状）】 急性期B（4病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟）	• 【入院料】 急性期B（4病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟） • 年間救急搬送件数2,500件達成 • 非常勤医師109人のうち10人の削減 下記3つの病床再編パターンのチャレンジシナリオにも含める*1
急性期特化型	• 【入院料】 急性期B（5病棟）＋HCU（1病棟）	• 【入院料】 急性期A（5病棟）＋HCU（1病棟）＋急性期総合体制加算5 • 消化器の年間延入院患者数549人増加（過去の生産性と同水準）
ケアミックス型	• 【入院料*2】 急性期一般1（3病棟）＋地域包括医療2（1病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟）	• 【入院料*2】 急性期一般1（3病棟）＋地域包括医療2（1病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟） • ポストアキュートの実患者数が4人/月増加
包括期特化型	• 【入院料*3】 地域包括医療1（1病棟）＋地ケア2（3病棟）	• 【入院料*3】 地域包括医療1（1病棟）＋地ケア1（3病棟）＋包括期充実体制加算 • 199床へのダウンサイジングに伴う新規外来加算の算定 • 199床へのダウンサイジング（患者数および人員数の適正化）

*1：包括期特化型においては199床へのダウンサイジングを実施するため「年間救急搬送件数2,500件達成」は含めない
*2：急性期Bと地域包括医療病棟は併設不可のため急性期一般1を算定、*3：急性期とのケアミックスでなくなることから地域包括医療1が算定可能。地ケア病棟を複数病棟持つためHCUは併設不可

各パターンにおけるシナリオごとのシミュレーション前提

現状の患者像のまま入院料のみ変更する「ベースシナリオ」と、収支改善に向けたチャレンジとそれに伴う入院料の類上げを図る「チャレンジシナリオ」の2ステップでシミュレーションを実施

	シミュレーションの前提／入院料（緩和ケア病棟を除く6病棟に着目）	
	①ベースシナリオ （現状の患者像のまま入院料のみ変更）	②チャレンジシナリオ （収支改善に向けたチャレンジとそれに伴う入院料類上げ）
成行分析	• 【入院料（現状）】 急性期B（4病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟）	• 【入院料】 急性期B（4病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟） • 年間救急搬送件数2,500件達成 • 非常勤医師109人のうち10人の削減 （下記3つの病床再編パターンのチャレンジシナリオにも含める*1）
急性期特化型	• 【入院料】 急性期B（5病棟）＋HCU（1病棟）	• 【入院料】 急性期A（5病棟）＋HCU（1病棟）＋急性期総合体制加算5 • 消化器の年間延入院患者数549人増加（過去の生産性と同水準）
ケアミックス型	• 【入院料*2】 急性期一般1（3病棟）＋地域包括医療2（1病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟）	• 【入院料*2】 急性期一般1（3病棟）＋地域包括医療2（1病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟） • ポストアキュートの実患者数が4人/月増加
包括期特化型	• 【入院料*3】 地域包括医療1（1病棟）＋地ケア2（3病棟）	• 【入院料*3】 地域包括医療1（1病棟）＋地ケア1（3病棟）＋包括期充実体制加算 • 199床へのダウンサイジングに伴う新規外来加算の算定 • 199床へのダウンサイジング（患者数および人員数の適正化）

*1：包括期特化型においては199床へのダウンサイジングを実施するため「年間救急搬送件数2,500件達成」は含めない
*2：急性期Bと地域包括医療病棟は併設不可のため急性期一般1を算定、*3：急性期とのケアミックスでなくなることから地域包括医療1が算定可能。地ケア病棟を複数病棟持つためHCUは併設不可

成行分析前提（ベースシナリオ）

分類			シミュレーションの前提	
			令和8年度（令和9年度以降の基準）	令和9年度～令和12年度
医業収益	入院収益	患者数	• 4月～7月は実績 • 8月以降は6月～7月の前年同月比で増減	• 市場の入院機能別将来需要推計に応じて変動 （急性期：0.2%/年、包括期・慢性期：2.3%/年）
		入院単価	• 4月～7月は実績 • 8月以降は6月～7月の前年同月比で増減	• 直近3年の増減トレンド（2.3%/年）に応じて変動
	外来収益	患者数	• 4月～7月は実績 • 8月以降は6月～7月の前年同月比で増減	• 市場の外来需要推計（▲0.4%/年）に応じて変動
		外来単価	• 4月～7月は実績 • 8月以降は6月～7月の前年同月比で増減	• インフレ率（2.2%/年）に応じて変動
	その他医業収益		• 令和7年度実績横置き	• 同左
医業費用	給与費		• 病院試算を反映	• 直近3年の単価増減トレンド（4.3%/年）に応じて変動
	材料費		• 患者数の増減に連動させ、入外別の患者あたり材料費にインフレ率（2.2%/年）を加味し試算	• 同左
	委託費		• インフレ率（2.2%/年）を加味し試算	• 同左
	減価償却費		• 既存資産の償却予定を反映	• 既存資産の償却予定に新規の設備投資を加味
	その他医業費用		• 令和7年度実績横置き	• 同左
医業外収益			• 長期前受金戻入のみ病院試算を反映 • その他の項目は令和7年度実績横置き	• 同左
医業外費用			• 仕入消費税の雑損失のみ病院試算を反映 • その他の項目は令和7年度実績横置き	• 同左

成行分析結果（ベースシナリオ）

足元の好調に伴い今年度は▲561百万円まで改善。5年後のR12は▲1,005百万円の着地見込み

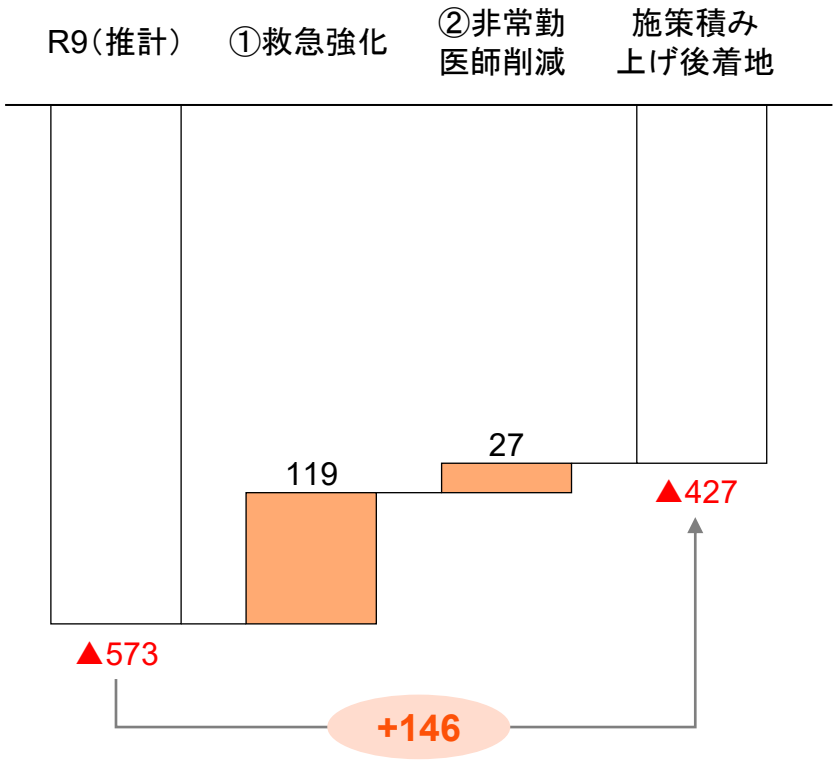
（単位：百万円）	R7	R8	R9	R10	R11	R12
	実績	実績+推計	推計	推計	推計	推計
入院収益	4,542	5,058	5,210	5,367	5,529	5,697
外来収益	2,813	3,010	3,063	3,117	3,172	3,228
その他医業収益	379	379	379	379	379	379
医業収益	**7,733**	**8,446**	**8,651**	**8,862**	**9,080**	**9,303**
給与費	4,767	4,991	5,206	5,431	5,666	5,911
材料費	2,185	2,340	2,393	2,448	2,504	2,562
経費（委託費）	824	842	861	880	899	919
経費（その他）	414	414	414	414	414	414
減価償却費	585	599	583	767	718	697
資産減耗費	36	36	36	36	36	36
研究研修費	22	22	22	22	22	22
医業費用	**8,833**	**9,244**	**9,516**	**9,998**	**10,259**	**10,561**
医業利益	**▲1,100**	**▲798**	**▲864**	**▲1,136**	**▲1,179**	**▲1,257**
医業外収益	692	682	876	787	873	727
医業外費用	445	445	585	489	467	475
経常損益	**▲853**	**▲561**	**▲573**	**▲838**	**▲774**	**▲1,005**
想定稼働率	78%	84%	84%	85%	85%	86%

成行分析（チャレンジシナリオ）の改善インパクト

救急強化により+119百万円、非常勤医師削減により+27百万円の改善効果が期待でき、施策の積み上げによりR9（推計）比で146百万円改善し、▲427百万円の着地見込み

成行分析（チャレンジシナリオ）の改善額見込み

単位：百万円



成行分析（チャレンジシナリオ）の試算前提

#	施策	チャレンジシナリオにおける試算前提（R9を基準として試算）
1	救急強化	• ベースシナリオ：2,040件→チャレンジシナリオ：2,500件 • 救急搬送1件あたりの限界利益 入院：575,498円、外来：23,662円で試算
2	非常勤医師削減	• ベースシナリオ：109人→チャレンジシナリオ：99人 • 非常勤医師1人あたりの年間給与費：267万円で試算

成行分析結果（チャレンジシナリオ）

R9以降に施策積み上げによる改善効果を反映。R12は▲859百万円の着地見込み

施策反映

（単位：百万円）	R7	R8	R9	R10	R11	R12
	実績	実績+推計	推計	推計	推計	推計
入院収益	4,542	5,058	5,323	5,480	5,642	5,810
外来収益	2,813	3,010	3,069	3,123	3,178	3,234
その他医業収益	379	379	379	379	379	379
医業収益	**7,733**	**8,446**	**8,770**	**8,981**	**9,199**	**9,422**
給与費	4,767	4,991	5,180	5,405	5,639	5,884
材料費	2,185	2,340	2,393	2,448	2,504	2,562
経費（委託費）	824	842	861	880	899	919
経費（その他）	414	414	414	414	414	414
減価償却費	585	599	583	767	718	697
資産減耗費	36	36	36	36	36	36
研究研修費	22	22	22	22	22	22
医業費用	**8,833**	**9,244**	**9,489**	**9,971**	**10,233**	**10,534**
医業利益	**▲1,100**	**▲798**	**▲719**	**▲990**	**▲1,034**	**▲1,112**
医業外収益	692	682	876	787	873	727
医業外費用	445	445	585	489	467	475
経常損益	**▲853**	**▲561**	**▲427**	**▲692**	**▲628**	**▲859**
想定稼働率	78%	84%	86%	87%	87%	88%

各パターンにおけるシナリオごとのシミュレーション前提

現状の患者像のまま入院料のみ変更する「ベースシナリオ」と、収支改善に向けたチャレンジとそれに伴う入院料の類上げを図る「チャレンジシナリオ」の2ステップでシミュレーションを実施

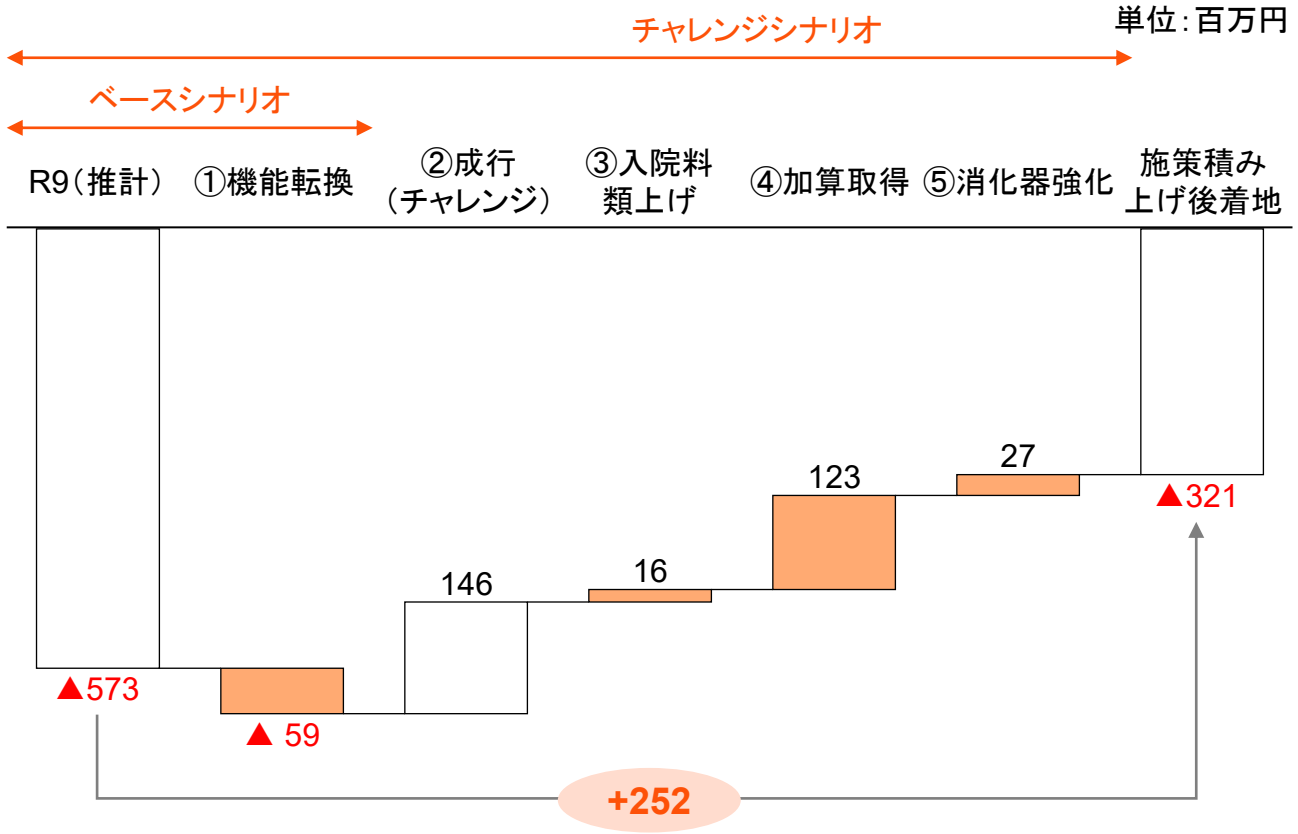
	シミュレーションの前提／入院料（緩和ケア病棟を除く6病棟に着目）	
	①ベースシナリオ （現状の患者像のまま入院料のみ変更）	②チャレンジシナリオ （収支改善に向けたチャレンジとそれに伴う入院料類上げ）
成行分析	• 【入院料（現状）】 急性期B（4病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟）	• 【入院料】 急性期B（4病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟） • 年間救急搬送件数2,500件達成 • 非常勤医師109人のうち10人の削減 下記3つの病床再編パターンのチャレンジシナリオにも含める*1
急性期特化型	• 【入院料】 急性期B（5病棟）＋HCU（1病棟）	• 【入院料】 急性期A（5病棟）＋HCU（1病棟）＋急性期総合体制加算5 • 消化器の年間延入院患者数549人増加（過去の生産性と同水準）
ケアミックス型	• 【入院料*2】 急性期一般1（3病棟）＋地域包括医療2（1病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟）	• 【入院料*2】 急性期一般1（3病棟）＋地域包括医療2（1病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟） • ポストアキュートの実患者数が4人/月増加
包括期特化型	• 【入院料*3】 地域包括医療1（1病棟）＋地ケア2（3病棟）	• 【入院料*3】 地域包括医療1（1病棟）＋地ケア1（3病棟）＋包括期充実体制加算 • 199床へのダウンサイジングに伴う新規外来加算の算定 • 199床へのダウンサイジング（患者数および人員数の適正化）

*1：包括期特化型においては199床へのダウンサイジングを実施するため「年間救急搬送件数2,500件達成」は含めない
*2：急性期Bと地域包括医療病棟は併設不可のため急性期一般1を算定、*3：急性期とのケアミックスでなくなることから地域包括医療1が算定可能。地ケア病棟を複数病棟持つためHCUは併設不可

急性期特化型の改善インパクト

ベースシナリオである地ケア病棟から急性期病棟への機能転換のみを反映すると▲59百万円であるものの、チャレンジシナリオの項目も含めると252百万円改善し、R9で▲321百万円の着地見込み

急性期特化型の改善額見込み



急性期特化型の試算前提

#	施策	試算前提(R9を基準として試算)
1	機能転換	• 地ケア1病棟を急性期病棟に転換 • 在院日数変わらず急性期病棟で入院し続けた場合を想定し試算
2	成行（チャレンジ）	• 救急強化と非常勤医師削減による効果
3	入院料類上げ	• 年間の救急搬送2,500件達成に伴って急性期Bから急性期Aへの類上げ
4	加算取得	• 急性期総合体制加算5を算定
5	消化器強化*1	• 消化器内科の延入院患者数が549人増加した場合を想定（過去の生産性水準） • 延入院患者数1人あたりの限界利益 消化器内科：43,249円で試算

*1：消化器内科はベースシナリオ：10,728人→チャレンジシナリオ：11,277人、外科はベースシナリオ：10,286人→チャレンジシナリオ：10,286人で試算。外科はR9ベースシナリオ時点で、2019年以降で最も高い時期よりも高い生産性の水準のため、チャレンジシナリオにおいて患者数の増加は見込んでいない。なお、消化器患者増加分についても入院料の類上げや加算の取得による効果を加味

急性期特化型結果（ベースシナリオ）

施策の積み上げが行われなかった場合、R12で▲1,065百万円まで赤字が拡大

（単位：百万円）	R7	R8	R9	R10	R11	R12
	実績	実績+推計	推計	推計	推計	推計
入院収益	4,542	5,058	5,151	5,308	5,470	5,638
外来収益	2,813	3,010	3,063	3,117	3,172	3,228
その他医業収益	379	379	379	379	379	379
医業収益	**7,733**	**8,446**	**8,592**	**8,803**	**9,020**	**9,244**
給与費	4,767	4,991	5,206	5,431	5,666	5,911
材料費	2,185	2,340	2,393	2,448	2,504	2,562
経費（委託費）	824	842	861	880	899	919
経費（その他）	414	414	414	414	414	414
減価償却費	585	599	583	767	718	697
資産減耗費	36	36	36	36	36	36
研究研修費	22	22	22	22	22	22
医業費用	**8,833**	**9,244**	**9,516**	**9,998**	**10,259**	**10,561**
医業利益	**▲1,100**	**▲798**	**▲924**	**▲1,195**	**▲1,239**	**▲1,317**
医業外収益	692	682	876	787	873	727
医業外費用	445	445	585	489	467	475
経常損益	**▲853**	**▲561**	**▲633**	**▲897**	**▲833**	**▲1,065**
想定稼働率	78%	84%	84%	85%	85%	86%

急性期特化型結果（チャレンジシナリオ）

施策の積み上げにより▲321百万円まで改善するも、その後収支は悪化しR12は▲753百万円着地見込み

施策反映

（単位：百万円）	R7	R8	R9	R10	R11	R12
	実績	実績+推計	推計	推計	推計	推計
入院収益	4,542	5,058	5,436	5,593	5,755	5,923
外来収益	2,813	3,010	3,069	3,123	3,178	3,234
その他医業収益	379	379	379	379	379	379
医業収益	**7,733**	**8,446**	**8,884**	**9,095**	**9,312**	**9,536**
給与費	4,767	4,991	5,180	5,405	5,639	5,884
材料費	2,185	2,340	2,400	2,454	2,511	2,568
経費（委託費）	824	842	861	880	899	919
経費（その他）	414	414	414	414	414	414
減価償却費	585	599	583	767	718	697
資産減耗費	36	36	36	36	36	36
研究研修費	22	22	22	22	22	22
医業費用	**8,833**	**9,244**	**9,495**	**9,978**	**10,239**	**10,541**
医業利益	**▲1,100**	**▲798**	**▲612**	**▲883**	**▲927**	**▲1,005**
医業外収益	692	682	876	787	873	727
医業外費用	445	445	585	489	467	475
経常損益	**▲853**	**▲561**	**▲321**	**▲585**	**▲521**	**▲753**
想定稼働率	78%	84%	87%	87%	88%	88%

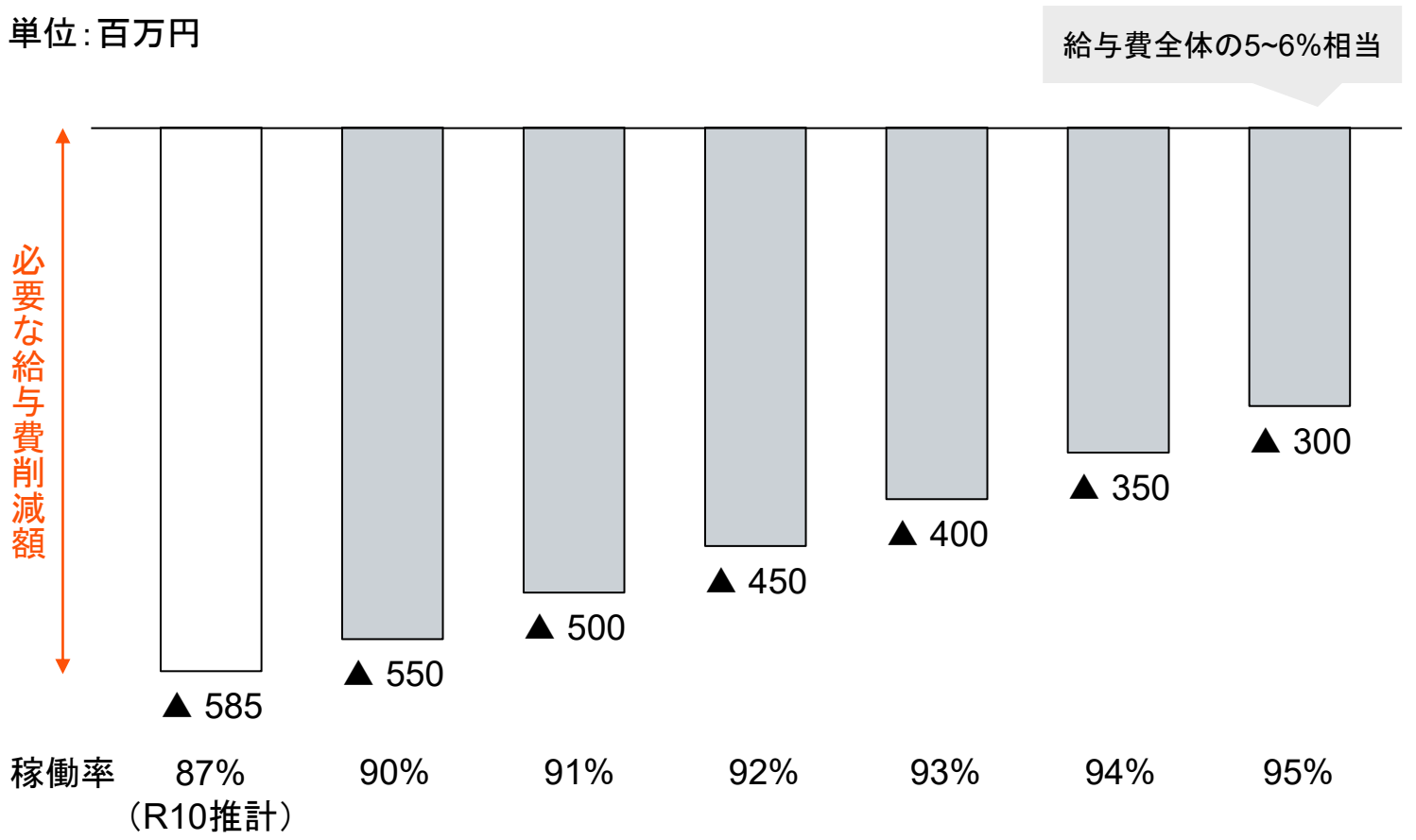
経常損失の解消のために必要な稼働率・給与費削減額

稼働率95%・給与費300百万円の削減が達成した場合に、経常損失の解消が可能

シミュレーションの前提

- 急性期特化型のチャレンジシナリオから、経常損失の解消に向けて必要な病床稼働率・および給費削減額を試算
- 設備投資の影響が反映されるR10（推計）を起点とし、各稼働率における経常損失額が必要な給与費削減額となる
- なお、収益項目・費用項目は成行分析と同様の試算前提とする（P14参照）

R10経常損失解消のために必要な稼働率・給与費削減額シミュレーション



各パターンにおけるシナリオごとのシミュレーション前提

現状の患者像のまま入院料のみ変更する「ベースシナリオ」と、収支改善に向けたチャレンジとそれに伴う入院料の類上げを図る「チャレンジシナリオ」の2ステップでシミュレーションを実施

	シミュレーションの前提／入院料（緩和ケア病棟を除く6病棟に着目）	
	①ベースシナリオ （現状の患者像のまま入院料のみ変更）	②チャレンジシナリオ （収支改善に向けたチャレンジとそれに伴う入院料類上げ）
成行分析	• 【入院料（現状）】 急性期B（4病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟）	• 【入院料】 急性期B（4病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟） • 年間救急搬送件数2,500件達成 • 非常勤医師109人のうち10人の削減 下記3つの病床再編パターンのチャレンジシナリオにも含める*1
急性期特化型	• 【入院料】 急性期B（5病棟）＋HCU（1病棟）	• 【入院料】 急性期A（5病棟）＋HCU（1病棟）＋急性期総合体制加算5 • 消化器の年間延入院患者数549人増加（過去の生産性と同水準）
ケアミックス型	• 【入院料*2】 急性期一般1（3病棟）＋地域包括医療2（1病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟）	• 【入院料*2】 急性期一般1（3病棟）＋地域包括医療2（1病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟） • ポストアキュートの実患者数が4人/月増加
包括期特化型	• 【入院料*3】 地域包括医療1（1病棟）＋地ケア2（3病棟）	• 【入院料*3】 地域包括医療1（1病棟）＋地ケア1（3病棟）＋包括期充実体制加算 • 199床へのダウンサイジングに伴う新規外来加算の算定 • 199床へのダウンサイジング（患者数および人員数の適正化）

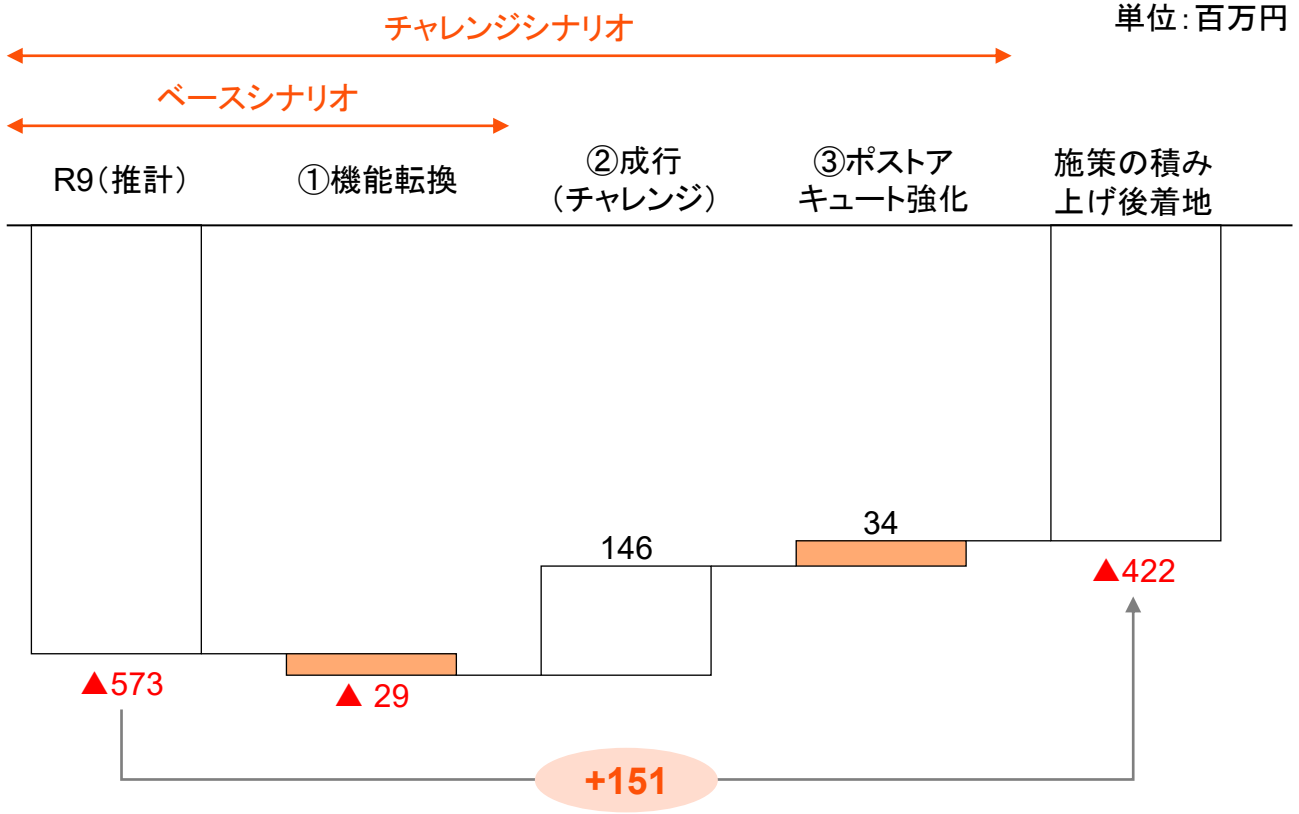
*1：包括期特化型においては199床へのダウンサイジングを実施するため「年間救急搬送件数2,500件達成」は含めない
*2：急性期Bと地域包括医療病棟は併設不可のため急性期一般1を算定、*3：急性期とのケアミックスでなくなることから地域包括医療1が算定可能。地ケア病棟を複数病棟持つためHCUは併設不可

ケアミックス型の改善インパクト

ベースシナリオである急性期病棟から地域包括医療病棟への機能転換のみを反映すると▲29百万円であるものの、チャレンジシナリオの項目も含めると151百万円改善し、R9で▲422百万円の着地見込み

ケアミックス型の改善額見込み

単位：百万円



ケアミックス型の試算前提

#	施策	試算前提(R9を基準として試算)
1	機能転換	• 急性期1病棟を地域包括医療病棟に転換 • なお、包括医療病棟の施設基準充足割合の高い疾患を対象に試算 • 急性期病院Bから急性期一般1へ類下げ
2	成行 （チャレンジ）	• 救急強化と非常勤医師削減による効果
3	ポストアキュート強化	• ポストアキュートの実患者数が4人/月増加した場合を想定（在院日数30日想定） • 実患者数1人あたりの限界利益：703,590円で試算

ケアミックス型結果（ベースシナリオ）

施策の積み上げが行われなかった場合、R12で▲1,034百万円まで赤字が拡大

（単位：百万円）	R7	R8	R9	R10	R11	R12
	実績	実績+推計	推計	推計	推計	推計
入院収益	4,542	5,058	5,181	5,339	5,501	5,668
外来収益	2,813	3,010	3,063	3,117	3,172	3,228
その他医業収益	379	379	379	379	379	379
医業収益	**7,733**	**8,446**	**8,623**	**8,834**	**9,051**	**9,275**
給与費	4,767	4,991	5,206	5,431	5,666	5,911
材料費	2,185	2,340	2,393	2,448	2,504	2,562
経費（委託費）	824	842	861	880	899	919
経費（その他）	414	414	414	414	414	414
減価償却費	585	599	583	767	718	697
資産減耗費	36	36	36	36	36	36
研究研修費	22	22	22	22	22	22
医業費用	**8,833**	**9,244**	**9,516**	**9,998**	**10,259**	**10,561**
医業利益	**▲1,100**	**▲798**	**▲893**	**▲1,164**	**▲1,208**	**▲1,286**
医業外収益	692	682	876	787	873	727
医業外費用	445	445	585	489	467	475
経常損益	**▲853**	**▲561**	**▲602**	**▲866**	**▲802**	**▲1,034**
想定稼働率	78%	84%	84%	85%	85%	86%

ケアミックス型結果（チャレンジシナリオ）

施策の積み上げにより▲422百万円まで改善するも、その後収支は悪化しR12は▲854百万円着地見込み

施策反映 →

（単位：百万円）	R7	R8	R9	R10	R11	R12
	実績	実績+推計	推計	推計	推計	推計
入院収益	4,542	5,058	5,339	5,496	5,659	5,826
外来収益	2,813	3,010	3,069	3,123	3,178	3,234
その他医業収益	379	379	379	379	379	379
医業収益	**7,733**	**8,446**	**8,787**	**8,998**	**9,215**	**9,439**
給与費	4,767	4,991	5,180	5,405	5,639	5,884
材料費	2,185	2,340	2,404	2,459	2,515	2,573
経費（委託費）	824	842	861	880	899	919
経費（その他）	414	414	414	414	414	414
減価償却費	585	599	583	767	718	697
資産減耗費	36	36	36	36	36	36
研究研修費	22	22	22	22	22	22
医業費用	**8,833**	**9,244**	**9,500**	**9,983**	**10,244**	**10,545**
医業利益	**▲1,100**	**▲798**	**▲713**	**▲985**	**▲1,029**	**▲1,106**
医業外収益	692	682	876	787	873	727
医業外費用	445	445	585	489	467	475
経常損益	**▲853**	**▲561**	**▲422**	**▲687**	**▲623**	**▲854**
想定稼働率	78%	84%	88%	88%	89%	89%

各パターンにおけるシナリオごとのシミュレーション前提

現状の患者像のまま入院料のみ変更する「ベースシナリオ」と、収支改善に向けたチャレンジとそれに伴う入院料の類上げを図る「チャレンジシナリオ」の2ステップでシミュレーションを実施

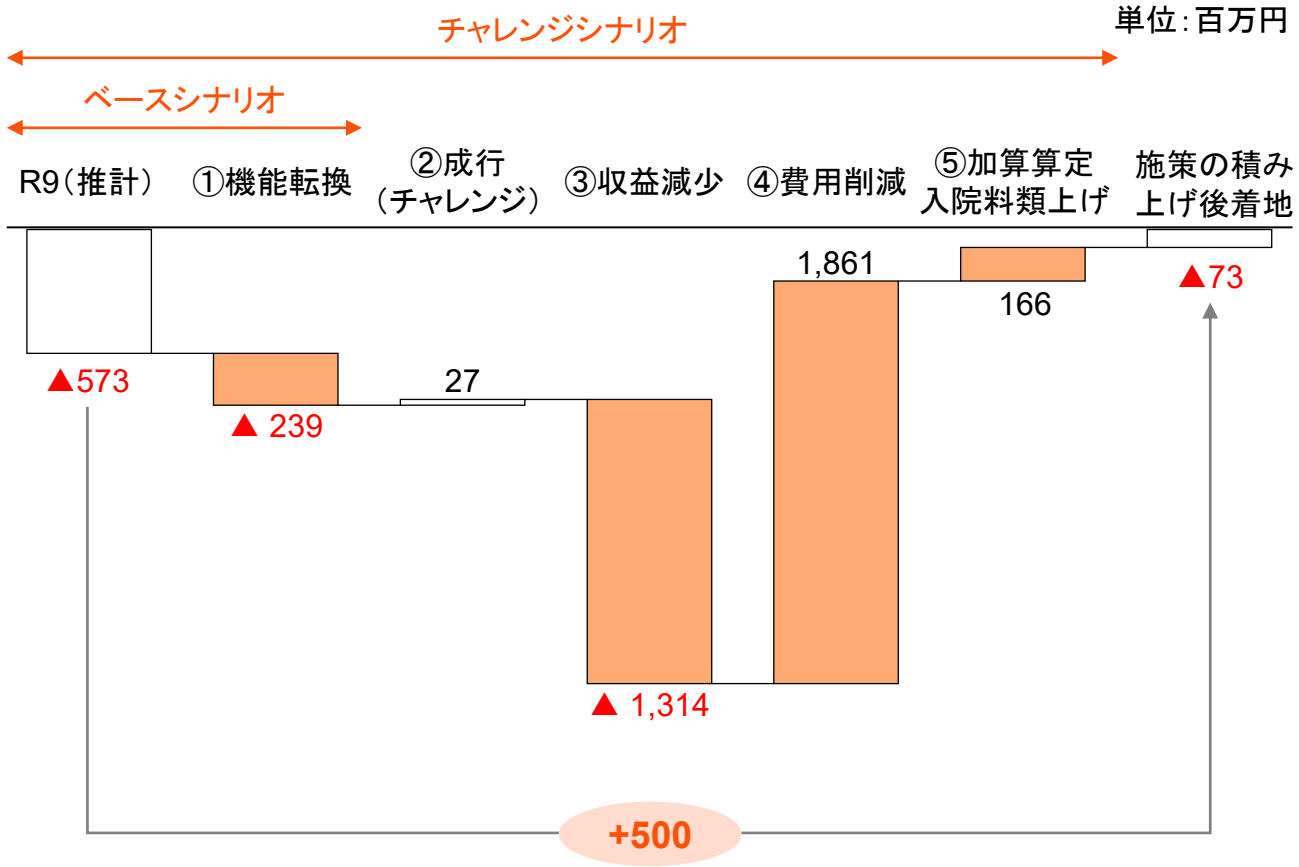
	シミュレーションの前提／入院料（緩和ケア病棟を除く6病棟に着目）	
	①ベースシナリオ （現状の患者像のまま入院料のみ変更）	②チャレンジシナリオ （収支改善に向けたチャレンジとそれに伴う入院料類上げ）
成行分析	• 【入院料（現状）】 急性期B（4病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟）	• 【入院料】 急性期B（4病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟） • 年間救急搬送件数2,500件達成 • 非常勤医師109人のうち10人の削減 下記3つの病床再編パターンのチャレンジシナリオにも含める*1
急性期特化型	• 【入院料】 急性期B（5病棟）＋HCU（1病棟）	• 【入院料】 急性期A（5病棟）＋HCU（1病棟）＋急性期総合体制加算5 • 消化器の年間延入院患者数549人増加（過去の生産性と同水準）
ケアミックス型	• 【入院料*2】 急性期一般1（3病棟）＋地域包括医療2（1病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟）	• 【入院料*2】 急性期一般1（3病棟）＋地域包括医療2（1病棟）＋地ケア2（1病棟）＋HCU（1病棟） • ポストアキュートの実患者数が4人/月増加
包括期特化型	• 【入院料*3】 地域包括医療1（1病棟）＋地ケア2（3病棟）	• 【入院料*3】 地域包括医療1（1病棟）＋地ケア1（3病棟）＋包括期充実体制加算 • 199床へのダウンサイジングに伴う新規外来加算の算定 • 199床へのダウンサイジング（患者数および人員数の適正化）

*1：包括期特化型においては199床へのダウンサイジングを実施するため「年間救急搬送件数2,500件達成」は含めない
*2：急性期Bと地域包括医療病棟は併設不可のため急性期一般1を算定、*3：急性期とのケアミックスでなくなることから地域包括医療1が算定可能。地ケア病棟を複数病棟持つためHCUは併設不可

包括期特化型の改善インパクト

ダウンサイジングに伴い大幅な収益減少と費用削減を伴う。ベースシナリオでは▲239百万円であるものの、チャレンジシナリオの項目も含めると500百万円改善し、R9で▲73百万円の着地見込み

包括期特化型の改善額見込み



包括期特化型の試算前提（詳細は次ページ）

#	施策	試算前提(R9を基準として試算)
1	機能転換	• 急性期1病棟を地域包括医療病棟に転換 • 急性期2病棟を地域包括ケア病棟に転換
2	成行（チャレンジ）	• 非常勤医師削減による効果
3	収益減少	• 199床90%を前提とした場合に必要な延入院患者12,158人の削減に伴う収益減少
4	費用削減	• 上記収益減少に伴う材料費の削減 • 199床90%を前提とした場合に必要な職員数156人の削減に伴う給与費削減
5	加算算定 入院料類上げ	• 包括期充実体制加算の算定 • ダウンサイジングに伴う新規外来加算の算定 • 地域包括ケア病棟入院料2から1への類上げ • 地域包括医療病棟入院料2から1への類上げ

包括期特化型の改善インパクト（詳細）

ベースシナリオでは▲239百万円であるものの、チャレンジシナリオの項目も含めると500百万円改善する

#	シナリオ	収支影響項目	詳細	改善額
①	ベースシナリオ	機能転換	• 急性期1病棟を地域包括医療病棟に転換	▲16百万円
			• 急性期2病棟を地域包括ケア病棟に転換	▲223百万円
合計（ベースシナリオ）				▲239百万円
②	チャレンジシナリオ	成行（チャレンジ）	• 非常勤医師10人削減による給与費削減	+27百万円
③		収益減少	• 延入院患者12,158人の削減に伴う入院収益減少	▲827百万円
			• 入院収益の減少割合相当の外来収益減少	▲486百万円
④		費用削減	• 延入院患者12,158人の削減に伴う材料費の削減	+380百万円
			• 職員数156人の削減に伴う給与費削減	+1,481百万円
⑤		加算の算定&入院料類上げ	• 地域包括ケア病棟入院料2から1への類上げ • 包括期充実体制加算の算定	+24百万円
			• 地域包括医療病棟入院料2から1への類上げ • 包括期充実体制加算の算定	+11百万円
			• ダウンサイジングに伴う新規外来加算の算定	+131百万円
合計（チャレンジシナリオ）				+500百万円

包括期特化型結果（ベースシナリオ）

施策の積み上げが行われなかった場合、R12で▲1,244百万円まで赤字が拡大

（単位：百万円）	R7	R8	R9	R10	R11	R12
	実績	実績+推計	推計	推計	推計	推計
入院収益	4,542	5,058	4,971	5,128	5,290	5,458
外来収益	2,813	3,010	3,063	3,117	3,172	3,228
その他医業収益	379	379	379	379	379	379
医業収益	**7,733**	**8,446**	**8,412**	**8,623**	**8,841**	**9,064**
給与費	4,767	4,991	5,206	5,431	5,666	5,911
材料費	2,185	2,340	2,393	2,448	2,504	2,562
経費（委託費）	824	842	861	880	899	919
経費（その他）	414	414	414	414	414	414
減価償却費	585	599	583	767	718	697
資産減耗費	36	36	36	36	36	36
研究研修費	22	22	22	22	22	22
医業費用	**8,833**	**9,244**	**9,516**	**9,998**	**10,259**	**10,561**
医業利益	**▲1,100**	**▲798**	**▲1,103**	**▲1,375**	**▲1,419**	**▲1,497**
医業外収益	692	682	876	787	873	727
医業外費用	445	445	585	489	467	475
経常損益	**▲853**	**▲561**	**▲812**	**▲1,077**	**▲1,013**	**▲1,244**
想定稼働率	78%	84%	84%	85%	85%	86%

包括期特化型結果（チャレンジシナリオ①）

199床へのダウンサイジングにより、R9で▲73百万円まで改善するも、R12は▲444百万円の着地見込み

施策反映 →

（単位：百万円）	R7	R8	R9	R10	R11	R12
	実績	実績+推計	推計	推計	推計	推計
入院収益	4,542	5,058	4,179	4,274	4,372	4,472
外来収益	2,813	3,010	2,707	2,767	2,827	2,890
その他医業収益	379	379	379	379	379	379
医業収益	**7,733**	**8,446**	**7,264**	**7,419**	**7,578**	**7,740**
給与費	4,767	4,991	3,699	3,859	4,026	4,199
材料費	2,185	2,340	2,013	2,057	2,103	2,149
経費（委託費）	824	842	861	880	899	919
経費（その他）	414	414	414	414	414	414
減価償却費	585	599	583	767	718	697
資産減耗費	36	36	36	36	36	36
研究研修費	22	22	22	22	22	22
医業費用	**8,833**	**9,244**	**7,628**	**8,035**	**8,217**	**8,436**
医業利益	**▲1,100**	**▲798**	**▲364**	**▲616**	**▲639**	**▲696**
医業外収益	692	682	876	787	873	727
医業外費用	445	445	585	489	467	475
経常損益	**▲853**	**▲561**	**▲73**	**▲318**	**▲234**	**▲444**
想定稼働率	78%	84%	90%	90%	90%	90%

包括期特化型結果（チャレンジシナリオ②_稼働率95%達成）

稼働率95%を前提とした場合、R9で182百万円の経常黒字が達成になる

施策反映

（単位：百万円）	R7	R8	R9	R10	R11	R12
	実績	実績+推計	推計	推計	推計	推計
入院収益	4,542	5,058	4,418	4,519	4,622	4,728
外来収益	2,813	3,010	2,854	2,917	2,981	3,047
その他医業収益	379	379	379	379	379	379
医業収益	**7,733**	**8,446**	**7,651**	**7,814**	**7,982**	**8,153**
給与費	4,767	4,991	3,715	3,876	4,043	4,218
材料費	2,185	2,340	2,128	2,175	2,223	2,272
経費（委託費）	824	842	861	880	899	919
経費（その他）	414	414	414	414	414	414
減価償却費	585	599	583	767	718	697
資産減耗費	36	36	36	36	36	36
研究研修費	22	22	22	22	22	22
医業費用	**8,833**	**9,244**	**7,760**	**8,170**	**8,355**	**8,578**
医業利益	**▲1,100**	**▲798**	**▲109**	**▲355**	**▲373**	**▲425**
医業外収益	692	682	876	787	873	727
医業外費用	445	445	585	489	467	475
経常損益	**▲853**	**▲561**	**182**	**▲58**	**32**	**▲173**
想定稼働率	78%	84%	95%	95%	95%	95%

ダウンサイジングに向けた必要人員削減数

199床へのダウンサイジングに向けて156人の人員削減が必要

推計の方法とベンチマーク病院の選定基準

- #1医師～#9事務員・クラークは、ベンチマーク病院の人員数に沿って削減
- ベンチマーク病院*1は、①関西圏・②10対1看護配置・③高度急性期病院のような重症集中治療中心の病院ではないの3点により選定
- #10その他職員は、下記の延入院患者数の減少割合（16%）に応じて削減
- なお、199床・稼働率90%を前提とした場合における年間延入院患者数の必要削減数は12,158人（R9年間延入院患者数（推計）の16%）

#	職種	常勤換算職員数（人）		
		当院	ベンチマーク病院*1	削減数
1	医師	74.6	56.7	17.9
2	看護職員	260	176.1	83.9
3	療法士	8.6	27.3	0
4	薬剤師	14.7	9.6	5.1
5	診療放射線技師	15.5	8	7.5
6	臨床検査技師	19.3	13.6	5.7
7	臨床工学技士	2.5	7	0
8	管理栄養士	5	3.6	1.4
9	事務員・クラーク	79.4	51.9	27.5
10	その他職員*2	44.5	-	7.1
合計		524.1	353.8	156.1

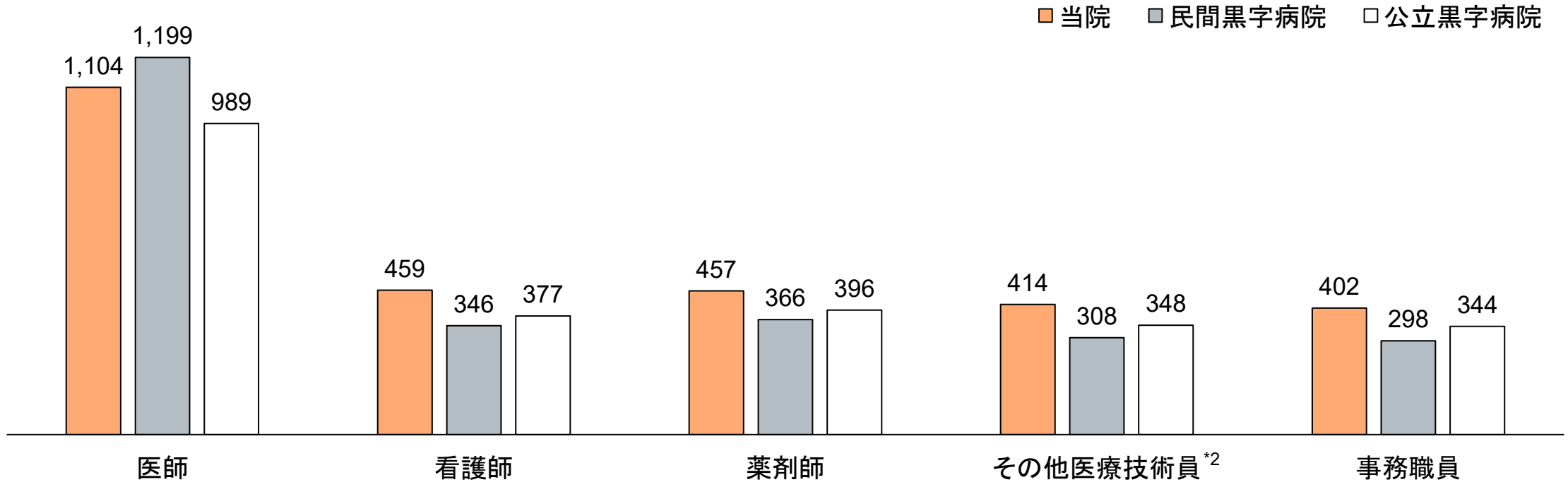
*1：京都保健会　京都民医連中央病院、東住吉森本病院、*2：臨床心理士・医学物理士・助産師・調理員・CRC・MSW・MAなど
資料：厚生労働省　病床機能報告（令和7年度）、総務省「公営企業年鑑（令和6年度）」、内部資料「R7_個人別人件費データ」・「人員推移表」

（再掲）職種別平均月額給与_黒字病院比較

民間/公立の黒字病院と比較すると、医師の給与は平均程度だが、看護師・薬剤師・その他医療技術員・事務職員の給与は高い

常勤職員1人あたり平均月額給与*1比較 （千円）

（民間黒字病院（n=44）、公立黒字病院（n=16））



*1：令和7年6月単月データ、賞与は除く
*2：診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、管理栄養士
資料：一般社団法人全国公私病院連盟「病院経営実態調査報告（令和7年度）」

（再掲）職種別平均月額給与と平均年齢_全国公立病院比較

全国の公立病院と比較すると、看護師・事務職員・医療技術員の平均月額給与は高い。要因の一つとして、平均年齢が高いことが挙げられる

	当院の常勤職員数（人）	平均月額給与（円）			平均年齢（歳）		
		当院（①）	全国公立病院平均（②）	差分（①-②）	当院（③）	全国公立病院平均（④）	差分（③-④）
医師	54	1,392,790	1,443,245	-50,455	47.6	43.4	4.2
看護師	194	574,837	520,334	54,503	45.9	41.3	4.6
事務職員	21	560,881	534,494	26,387	48.1	46.8	1.3
医療技術員	45	574,286	505,560	68,726	48.6	41.2	7.4
その他職員	12	649,229	443,051	206,178	50.1	51.9	-1.8
全職員	326	709,938	626,125	83,813	47.3	43.5	3.8

資料：総務省「病院事業決算状況・病院経営比較表（令和6年）」

各パターンの経常損益比較

各パターンの累計損失は包括期特化型のチャレンジシナリオが最も小さい

チャレンジシナリオ施策反映 →

	（単位：百万円）	R8	R9	R10	R11	R12	累計損失（R9~R12）
		実績＋推計	推計	推計	推計	推計	－
ベースシナリオ	成行分析	▲561	▲573	▲838	▲774	▲1,005	▲3,190
	急性期特化型	▲561	▲633	▲897	▲833	▲1,065	▲3,428
	ケアミックス型	▲561	▲602	▲866	▲802	▲1,034	▲3,304
	包括期特化型	▲561	▲812	▲1,077	▲1,013	▲1,244	▲4,146
チャレンジシナリオ	成行分析	▲561	▲427	▲692	▲628	▲859	▲2,606
	急性期特化型	▲561	▲321	▲585	▲521	▲753	▲2,180
	ケアミックス型	▲561	▲422	▲687	▲623	▲854	▲2,586
	包括期特化型	▲561	▲73	▲318	▲234	▲444	▲1,069

Ⅲ

チャレンジシナリオの蓋然性とリスク

チャレンジシナリオの蓋然性検証

各病床再編パターンにおける4つのチャレンジシナリオに対する蓋然性を検証する

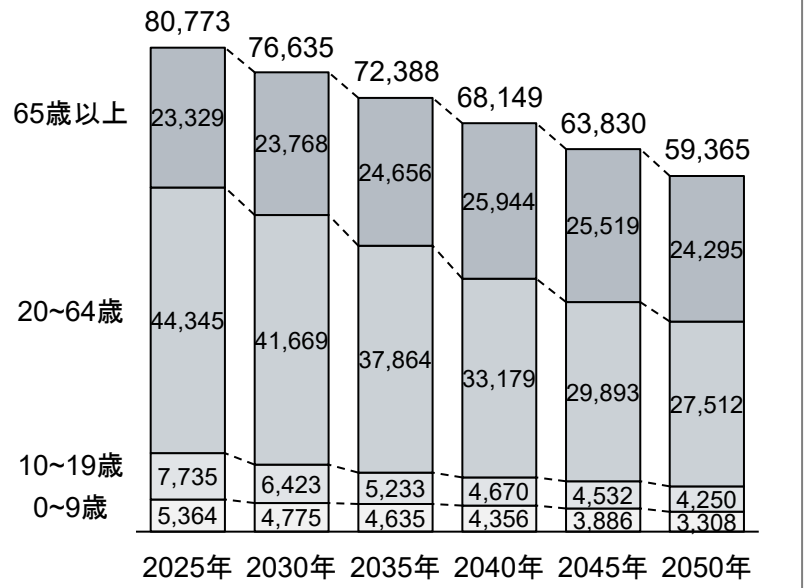
〇：関与あり

チャレンジシナリオ	急性期特化型	ケアミックス型	包括期特化型
年間の救急搬送件数2,500件	〇	〇	-
消化器の年間延入院患者数549人増加	〇	-	-
ポストアキュートの実患者数が4人/月増加	-	〇	-
ダウンサイジングによる延入院患者12,158人の流出	-	-	〇

（貝塚市）救急搬送件数の将来需要推計

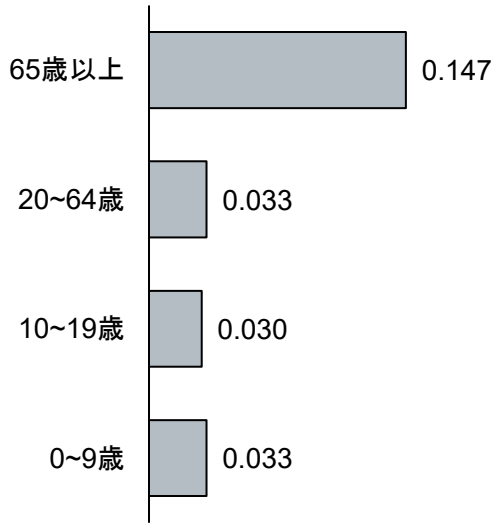
2040年までは、高齢者人口の増加に伴い高齢者救急は増加する一方、65歳未満人口の減少によって全体としてはほぼ横ばい。2045年以降は減少する

年齢階級別推計人口（人）



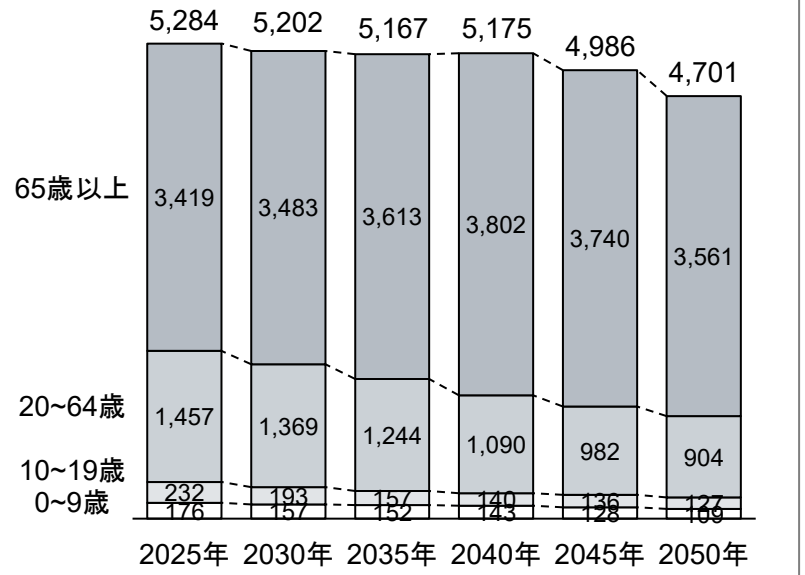
×

年齢階級別救急搬送期待値*1



＝

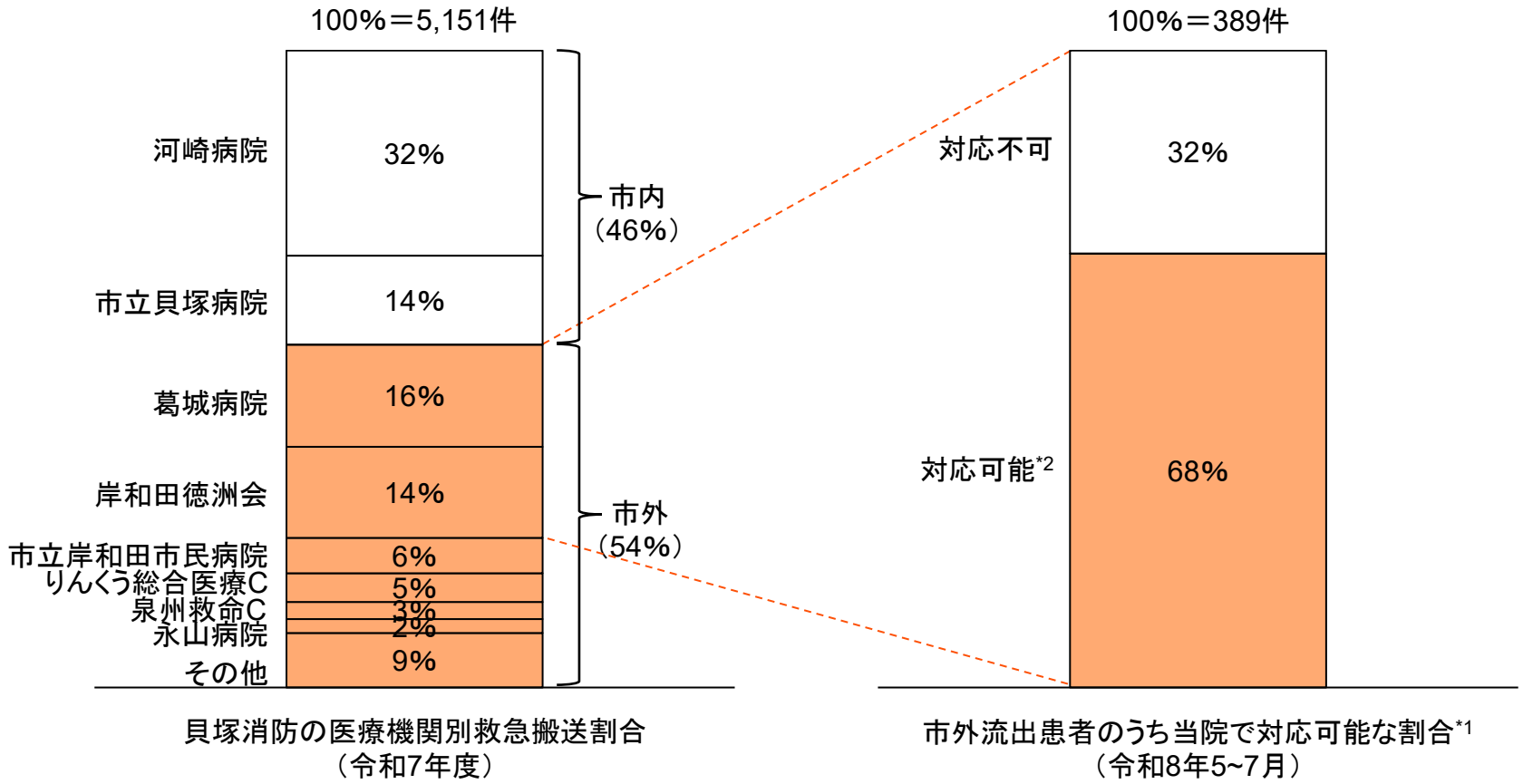
救急搬送件数の将来推計（件）



*1：貝塚市の年齢階級別救急搬送件数を貝塚市年齢階級別人口で除して算出
資料：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年推計（令和2年国勢調査を基に推計）」、貝塚市消防本部「消防年報（令和7年版）」

（貝塚消防）市外搬送割合とそのうち当院で対応可能な割合

令和7年度時点では、半数以上の救急患者が市外の病院に搬送されていたが、そのうち約7割は当院でも対応可能な疾患であることから、救急搬送件数増加の蓋然性（ポテンシャル）は高いと思料



*1：葛城病院と岸和田徳洲会病院に搬送された患者が対象
*2：対応可能な疾患は（件数降順）、頭痛、体液量減少症、眼瞼及び眼球周囲部の開放創、橈骨遠位端骨折；閉鎖性、転子貫通骨折；閉鎖性、脳梗塞，詳細不明、頭部の詳細不明の損傷、頭部打撲など
資料：内部資料「貝塚市消防医療機関別搬送件数（2025年度）、各医療機関搬送データ」

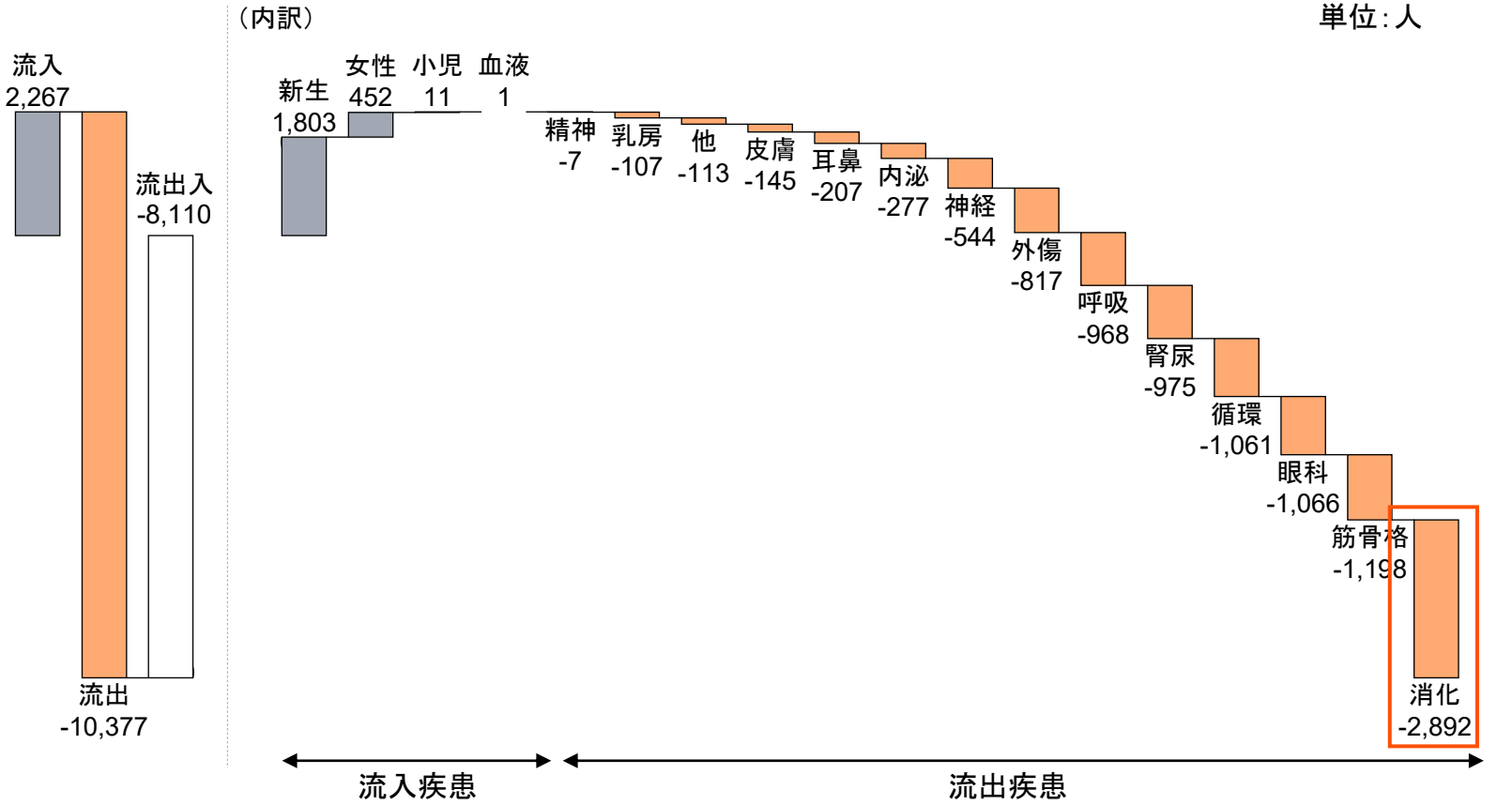
（泉州医療圏）MDC2桁疾患別の患者流出入状況

泉州医療圏では、消化器疾患の患者における流出超過の傾向が強い

推計の方法と前提条件

- 退院患者調査を用いて、全国の発症率と市の年齢階級別人口から想定発症患者数を算出（①）
- DPC退院患者調査の市内医療機関の実患者数を算出（②）
- ①と②の差分から市別・疾患別に患者の流入／流出を算出（③）
- ③を泉州医療圏単位に積み上げて、MDC2桁別の患者流出入を推計
- なお、退院患者調査の特性上、各病院の実績人数が10人未満の疾患は0人として反映されるため、「実績人数：0人」と算出される疾患はエラー値として除外
- また、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に転棟した患者は含まれない

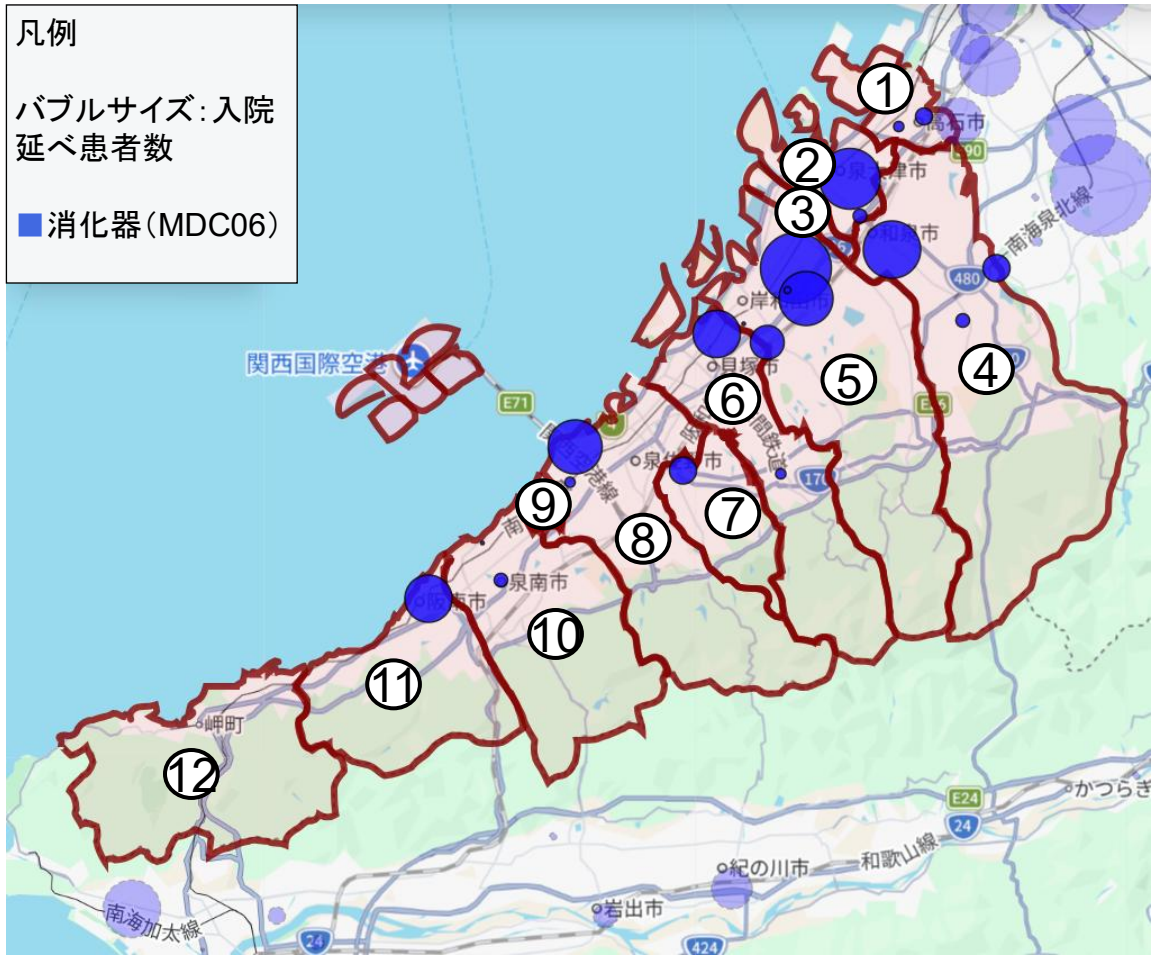
患者流出入状況



資料：厚生労働省「令和6年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」」を基に弊社分析

（泉州医療圏）地域別の消化器疾患流出入状況

泉州医療圏の北と南からの流出が多く、圏外への流出が一定程度あると考えられる



#	市町村	流出入数
1	高石市	-896
2	泉大津市	651
3	忠岡町	-359
4	和泉市	-1,281
5	岸和田市	645
6	貝塚市	290
7	熊取町	-472
8	泉佐野市	104
9	田尻町	-167
10	泉南市	-1,108
11	阪南市	80
12	岬町	-380
合計		-2,892

北部

南部

資料：厚生労働省　病床機能報告（令和7年度）、Google mapを使用

（泉州医療圏）DPC6桁+手術有無別の消化器疾患流出状況

医療圏外に流出していることが想定される消化器疾患の多くは腫瘍系疾患が占めている

推計の方法と前提条件

- 全国の疾患別受療率と泉州医療圏の人口を用いて、医療圏内における疾患別患者数を推計（①）
- 泉州医療圏内の各病院における疾患別診療実績の合計を算出（②）
- ①と②の差分によりDPC6桁＋手術有無別の流出人数を推計
- なお、退院患者調査の特性上、各病院の実績人数が10人未満の疾患は0人として反映されるため、「実績人数：0人」と算出される疾患はエラー値として除外
- また、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に転棟した患者は含まれない

□ 腫瘍系疾患

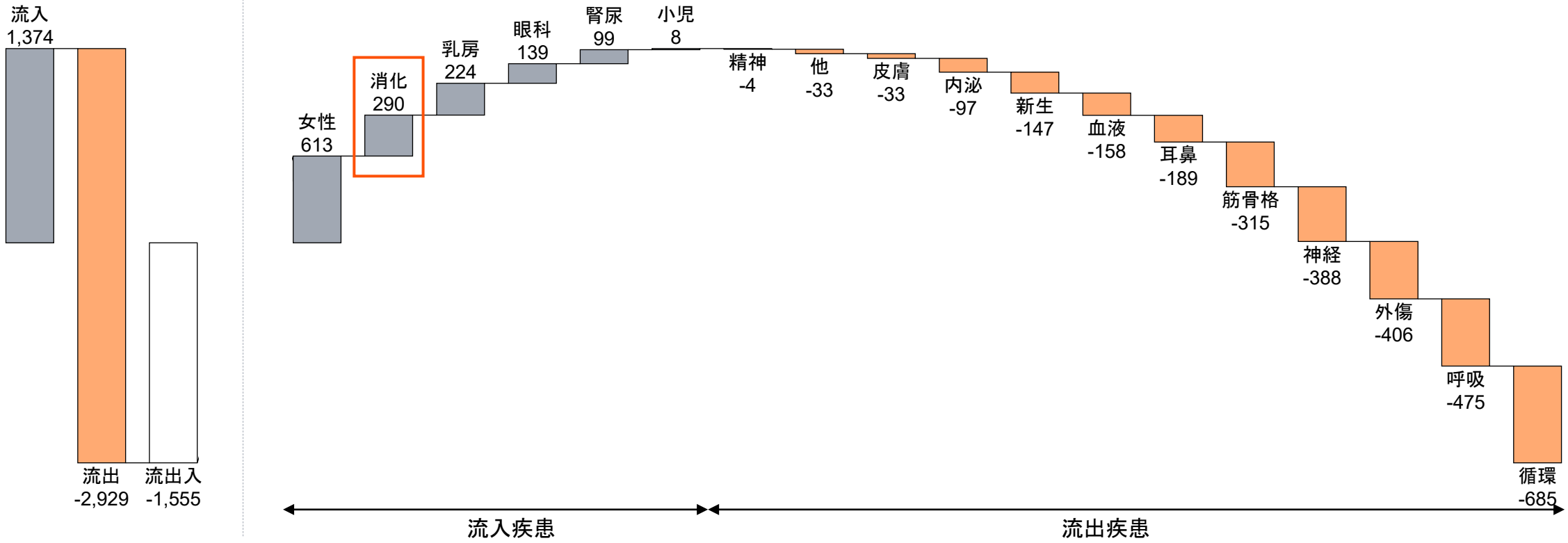
DPC6桁+手術有無別の消化器疾患*1	推計人数*2（①）	実績人数*3（②）	流出人数（②-①）
膵臓、脾臓の腫瘍　手術なし	513	282	-231
結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍　手術なし	500	275	-225
膵臓、脾臓の腫瘍　手術あり	387	174	-213
直腸肛門（直腸S状部から肛門）の悪性腫瘍　手術なし	317	148	-169
直腸肛門（直腸S状部から肛門）の悪性腫瘍　手術あり	464	315	-149
胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍　手術あり	226	85	-141
食道の悪性腫瘍（頸部を含む。）　手術あり	225	94	-131
肝・肝内胆管の悪性腫瘍（続発性を含む。）　手術あり	411	290	-121
虫垂炎　手術なし	174	68	-106
結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍　手術あり	833	729	-104
胃の悪性腫瘍　手術なし	322	229	-93
肝・肝内胆管の悪性腫瘍（続発性を含む。）　手術なし	276	186	-90
食道の悪性腫瘍（頸部を含む。）　手術なし	301	223	-78
胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍　手術なし	101	33	-68
食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾患）　手術あり	215	150	-65
その他	9,998	9,860	-138
合計	15,949	13,141	-2,808

*1：流出人数のTOP15まで抜粋
*2：疾患別全国受療率×泉州医療圏人口で推計
*3：退院患者調査で報告されている泉州医療圏内の各病院における診療実績の合計値
資料：総務省「住民基本台帳に基づく、人口、人口動態及び世帯数」（令和8年1月1日時点）、厚労省「退院患者調査」（令和6年度）

消化器の年間延入院患者数549人増加

（貝塚市）MDC2桁疾患別の患者流出入状況

全体としては流出傾向の疾患が大半だが、消化器疾患は流入超過の状況



資料：厚生労働省「令和6年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」」を基に弊社分析

（貝塚市）DPC6桁+手術有無別の消化器疾患流出入状況

貝塚市内から流出している消化器患者を獲得するだけでも必要な患者増を一定程度確保可能。貝塚市で消化器疾患が流入傾向にある背景には小腸大腸の良性疾患による流入の影響が大きいことが挙げられる

流出傾向疾患

DPC6桁+手術有無別の消化器疾患*1	推計*2 (①)	実績*3 (②)	流出入 (②-①)
胃の悪性腫瘍　手術あり	66	30	-36
結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍　手術あり	79	43	-36
膵臓、脾臓の腫瘍　手術なし	48	28	-20
胆嚢炎等　手術あり	52	34	-18
結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍　手術なし	47	30	-17
胆管（肝内外）結石、胆管炎　手術あり	95	78	-17
直腸肛門（直腸S状部から肛門）の悪性腫瘍　手術なし	30	15	-15
直腸肛門（直腸S状部から肛門）の悪性腫瘍　手術あり	44	29	-15
食道の悪性腫瘍（頸部を含む。）　手術なし	28	14	-14
胃の悪性腫瘍　手術なし	30	16	-14
鼠径ヘルニア（15歳未満）　手術あり	71	61	-10
穿孔又は膿瘍を伴わない憩室性疾患　手術なし	32	22	-10
ヘルニアの記載のない腸閉塞　手術あり	21	11	-10
ヘルニアの記載のない腸閉塞　手術なし	51	42	-9
膵臓、脾臓の腫瘍　手術あり	37	28	-9

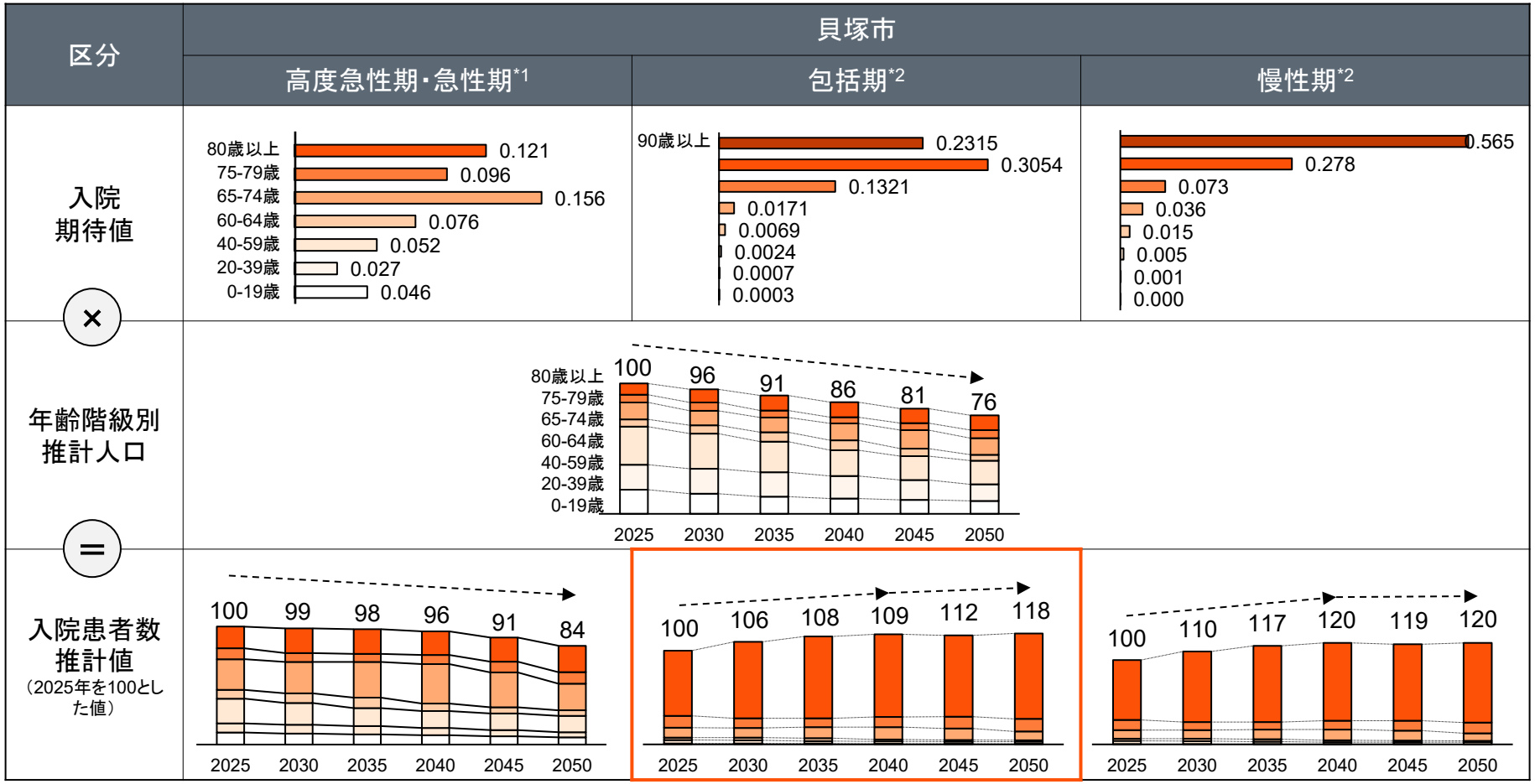
流入傾向疾患

DPC6桁+手術有無別の消化器疾患*1	推計*2 (①)	実績*3 (②)	流出入 (②-①)
小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。）　手術あり	151	626	475
小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。）　手術なし	7	207	200
慢性肝炎（慢性C型肝炎を除く。）　手術なし	5	39	34
小腸の悪性腫瘍、腹膜の悪性腫瘍　手術なし	7	24	17
胆嚢疾患（胆嚢結石など）　手術あり	22	39	17
潰瘍性大腸炎　手術なし	7	21	14
潰瘍性大腸炎　手術あり	2	10	8
肝・肝内胆管の悪性腫瘍（続発性を含む。）　手術あり	39	47	8
肝硬変（胆汁性肝硬変を含む。）　手術なし	13	20	7
肝・肝内胆管の悪性腫瘍（続発性を含む。）　手術なし	26	30	4
肝硬変（胆汁性肝硬変を含む。）　手術あり	17	20	3
閉塞、壊疽のない腹腔のヘルニア　手術あり	14	17	3
虚血性腸炎　手術なし	19	21	2
その他の消化器等の障害　手術なし	9	10	1

*1：流出入人数のTOP15まで抜粋、*2：疾患別全国受療率×貝塚市人口で推計、*3：退院患者調査で報告されている貝塚市内の各病院における診療実績の合計値
資料：総務省「住民基本台帳に基づく、人口、人口動態及び世帯数」（令和8年1月1日時点）、厚労省「退院患者調査」（令和6年度）

（貝塚市）機能別入院医療需要の将来推計

包括期の入院医療需要は2050年までに18%増加する見込み

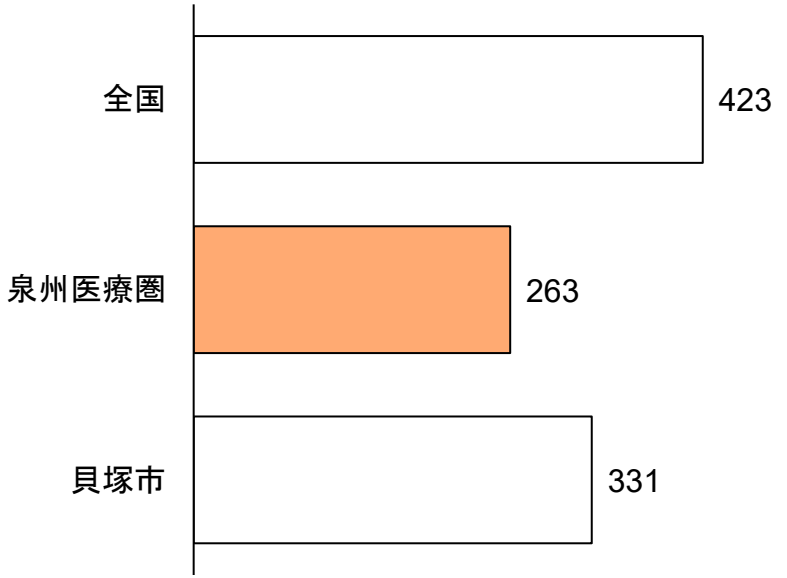


*1：急性期は、DPC評価分科会が作成する急性期病院の疾病別年齢別診療行為件数（年齢別）を令和7年の全国年齢別人口で除して算出
*2：社会医療診療行為別統計における年齢別の診療行為回数（年齢別）を令和7年の全国年齢別人口で除して算出。包括期は地域包括ケア病棟入院料、慢性期は療養病棟入院料を使用。75歳上急性期需要の半分を包括期需要として算出
資料：総務省「住民基本台帳に基づく、人口、人口動態及び世帯数」（令和7年1月1日時点）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口 令和5(2023)年推計」、診療報酬専門組織DPC評価分科会」（令和5年度）、厚生労働省「社会医療診療行為別統計医科診療（入院）件数・診療実日数・実施件数・回数・点数」（令和6年審査分）

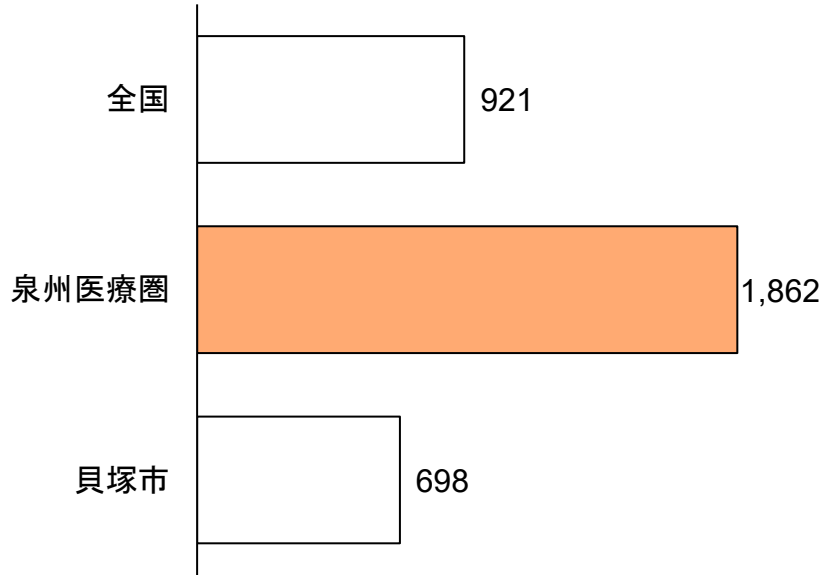
75歳以上人口あたりの機能別病床数（全国 vs 泉州医療圏 vs 貝塚市）

泉州医療圏は全国と比べて地ケア病床が少なく、療養病床が多い傾向にあるため、包括期相当の患者の一部を療養病床で受けている可能性がある

地ケア病床数（75歳以上人口10万人当たり）



療養病床数（75歳以上人口10万人当たり）



資料：厚生労働省「令和7年度病床機能報告」、総務省「住民基本台帳に基づく、人口、人口動態及び世帯数」（令和7年1月1日時点）

（半径5km圏内）包括期・慢性期病床の稼働率

周辺施設における包括期・慢性期病床の稼働率は高く、当院がポストアキュート機能を新たに担う余地がある可能性が示唆される



□ 80%以上

#	施設名	包括期（地ケア病棟）			慢性期（療養病棟）		
		入院料	病床数	稼働率	入院料	病床数	稼働率
1	泉佐野優人会病院	ー			入院料1	228床	98.7%
2	小南記念病院	ー			入院料2	224床	41.4%
3	寺田萬寿病院	入院料2	25床	67.2%	入院料1	153床	84.2%
4	藤井病院*1	ー			入院料1	155床	24.9%
5	岸和田平成病院	ー			入院料1	104床	99.5%
6	天の川病院	ー			入院料1	91床	91.2%
7	東佐野病院	入院料2	32床	94.9%	入院料1	47床	95.4%
8	久米田外科整形外科病院	ー			入院料1	60床	76.9%
9	泉南藤井病院	ー			入院料1	60床	92.2%
10	市立貝塚病院	入院料2	45床	71.3%	ー		
11	貝塚記念病院	ー			入院料1	33床	93.5%
12	高橋病院	ー			入院料1	27床	85.3%

*1：2026年7月から地域包括医療病棟開始
資料：厚生労働省　病床機能報告（令和7年度）、Google mapを使用

ダウンサイジングによる延入院患者約1.2万人の流出

（泉州医療圏）周辺医療機関の患者受入余力

市立岸和田市民病院・泉大津急性期メディカルC・岸和田徳洲会にて急性期患者の受入が可能と思料

□ 受入余力ありと想定される病院

#	名称[*1]	病床数（降順）	高度急・急性期（病床割合%）	回リハ	地ケア	慢性期・緩和	入院延患者数/月	病床稼働率	高度急・急性期	その他	急性期病床受入余力/年[*2]
1	徳洲会　岸和田徳洲会病院	400	400（100%）	-	-	-	10,321	84.8%	84.8%	-	288人
2	市立岸和田市民病院	400	380（95%）	-	-	20	8,351	69.6%	70.9%	45.7%	19,932人
3	りんくう総合医療C	378	378（100%）	-	-	-	10,468	92.3%	92.3%	-	-
4	大阪母子医療C	363	363（100%）	-	-	-	9,267	85.1%	85.1%	-	-
5	和泉市立総合医療C	307	307（100%）	-	-	-	9,314	101.1%	101.1%	-	-
6	泉大津急性期メディカルC	300	300（100%）	-	-	-	7,496	82.6%	82.6%	-	2,616人
7	大植会　葛城病院	243	153（63%）	90	-	-	6,999	96.0%	96.0%	96.0%	-
8	生長会　阪南市民病院	185	143（77%）	42	-	-	4,843	87.3%	85.1%	94.5%	-

*1：病院の機能・規模が当院と大きく異ならないよう、高度急性期・急性期病床の病床割合が40%以上で、かつ当院の50%以上の病床数を有する病院が対象
*2：入院延患者数と急性期病床稼働率を用いて、急性期病床稼働率が85%に達した場合の入院延患者数を算出し、年間の受入余力を算出
資料：厚生労働省「病床機能報告（令和7年度）」を用いて弊社分析

各パターンで想定されるその他リスク

いずれのパターンにおいてもチャレンジシナリオ達成にあたっては、いくつかのその他リスクが存在する

病床再編パターン	想定されるその他リスク（※あくまで考え得る可能性を列挙）
急性期特化型	• 現在、救急受入の多くは非常勤の救急医に依存しており、退職によって救急搬送が減少する • 大学医局からスキルの高い医師が派遣されず消化器の受入体制が強化できない • 2028年診療報酬改定で急性期病院A・Bの厳格化により入院料の維持ができない
ケアミックス型	• 現在、救急受入の多くは非常勤の救急医に依存しており、退職によって救急搬送が減少する • 2028年診療報酬改定でケアミックスの厳格化により入院料の維持ができない • 包括期の病床を増やすことによる地域からの反対や医局からの医師派遣が削減される可能性あり
包括期特化型	• DPC病院でなくなることにより、強みである乳がん等の患者が減少する（ブランド毀損） • DPC病院でなくなることにより、既存職員の一部が退職してしまう可能性あり • 包括期の病床を増やすことによる地域からの反対や医局からの医師派遣が削減される可能性あり • ダウンサイジングに伴い職員の大幅な整理が必要になる • その他、ダウンサイジングに伴う様々なリスク（住民・議会・職員からの合意形成が得られない、移行に一定時間を要し、その過程で一過性の収支悪化が生じる）

Ⅳ

各パターンの評価まとめ

病床再編パターン別の評価まとめ

今後の方向性としては、一定の経常損失を受け入れ急性期特化型を目指すか、その他のリスクを受け入れて経常損失解消の可能性を残す包括期特化型を目指すかのいずれかになると思料

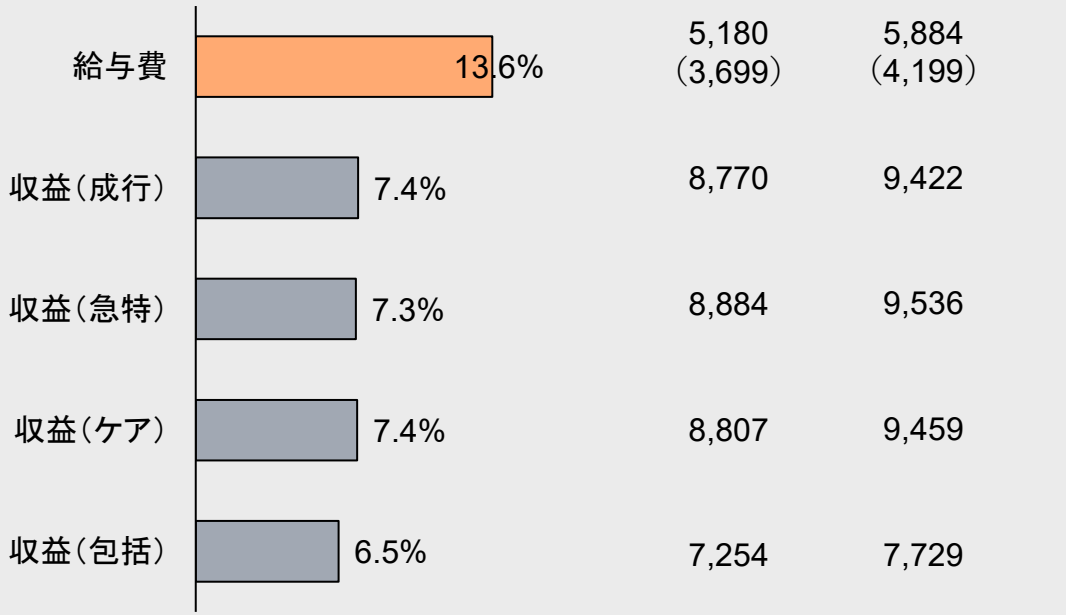
さらなる収支改善の余地
稼働率95%達成時：+182

評価項目		急性期特化型	ケアミックス型	包括期特化型
収益性（単位：百万円）		× （R9推計：▲321）	× （R9推計：▲422）	△ （R9推計：▲73）
蓋然性	年間の救急搬送件数2,500件	○	○	-
	消化器の年間延入院患者数549人増加	○	-	-
	ポストアキュートの実患者数が4人/月増加	-	○	-
	ダウンサイジングによる延入院患者約1.2万人の流出	-	-	○
その他のリスク（制度、規制等）		△ ・救急が非常勤医に依存 ・消化器体制強化のリスク	△ ・救急が非常勤医に依存 ・地域からの反対懸念	× ・地域からの反対懸念 ・大規模な人員削減が必要
総合評価		○	△	○

中期的な赤字拡大要因

いずれのシナリオにおいても収益の伸び率を給与費の伸び率が上回っているため、中期的には給与費単価の増加を抑える経営形態の見直し等の検討が必須

（単位：百万円）



以下の前提条件に基づき収益・給与費を試算した結果、全てのパターンで給与費の伸び率が収益の伸び率を上回る見込み

<u>収益</u>

- 各シナリオごとに以下を加味
  - ✓ 市場増加
  - ✓ 消化器/救急/ポストアキュートの強化
  - ✓ 類上げ・加算
  - ✓ ダウンサイジングなど

<u>費用（給与費）</u>

- 過去の実績から4.3%増

V

その他の改善ポテンシャル

診療科別の改善ポテンシャルの評価軸

診療科別に増患余地・受入余力・収益性の3軸から改善ポテンシャルを評価

1 増患余地

- 人口推計を基にMDC2桁疾患別の将来需要推計を算出し、診療科ごとに集計することで、「市場成長性」を評価
- 貝塚市におけるMDC2桁疾患別の流出入数を算出し、診療科ごとに集計することで、「シェア拡大の余地」を評価

2 受入余力

- 診療科別に2019年以降最も生産性（医師1人あたり患者数）の良い時期と2025年の生産性を比較し、患者受入の余力を評価

3 収益性

- 診療科別の入院限界利益単価から増患による改善効果を評価

診療科別の増患余地（市場成長性）比較_DPC患者将来需要推計

女性・小児系以外の診療科では横ばいから微増の見込み

診療科*1	（A）現状（2025年）	（B）将来（2030年）	C=B-A 増減数	C/A 成長率
整形外科	18	19	1	6%
内科	63	65	2	3%
眼科	31	32	1	3%
泌尿器科	59	60	1	2%
消化器内科	54	55	1	2%
皮膚科	6	6	0	0%
神経内科	2	2	0	0%
消化器外科	90	90	0	0%
乳腺外科	27	26	-1	-4%
産婦人科	91	86	-5	-6%
小児科	3	3	0	-6%
形成外科	15	14	-1	-7%
合計	444	444	0	0%

当院対応可能疾患における成長率の高い順

*1：当院で対応可能なMDC2桁別疾患を診療科対応表に沿って集計（次々ページ参照）。なお、乳腺外科は乳房の疾患、形成外科は乳房の疾患のうち手術有のみをカウント
資料：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年推計）、厚生労働省 DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」（令和6年度）

診療科別の増患余地（シェア拡大の余地）比較_貝塚市の流出入状況

整形外科および内科は患者流出が大きく、今後のシェア拡大の余地が大きい診療科と考えられる

□ 流出傾向

診療科*1	推計*2（①）	実績*3（②）	流出入（②-①）
内科	824	502	-322
整形外科	313	103	-210
神経内科	108	17	-91
皮膚科	21	11	-10
小児科	0	0	0
眼科	249	345	96
形成外科	77	175	98
消化器内科	439	599	160
泌尿器科	447	627	180
乳腺外科	105	313	208
消化器外科	825	1,114	289
産婦人科	219	1,044	825
総合診療科	―	―	―
緩和ケア内科	―	―	―
合計	3,550	4,675	1,125

当院対応可能疾患における流出の多い順

*1：当院で対応可能なMDC2桁別疾患を診療科対応表に沿って集計（P47参照）
*2：疾患別全国受療率×貝塚市人口で推計
*3：退院患者調査で報告されている貝塚市内の各病院における診療実績の合計値
資料：総務省「住民基本台帳に基づく、人口、人口動態及び世帯数」（令和8年1月1日時点）、厚労省「退院患者調査」（令和6年度）

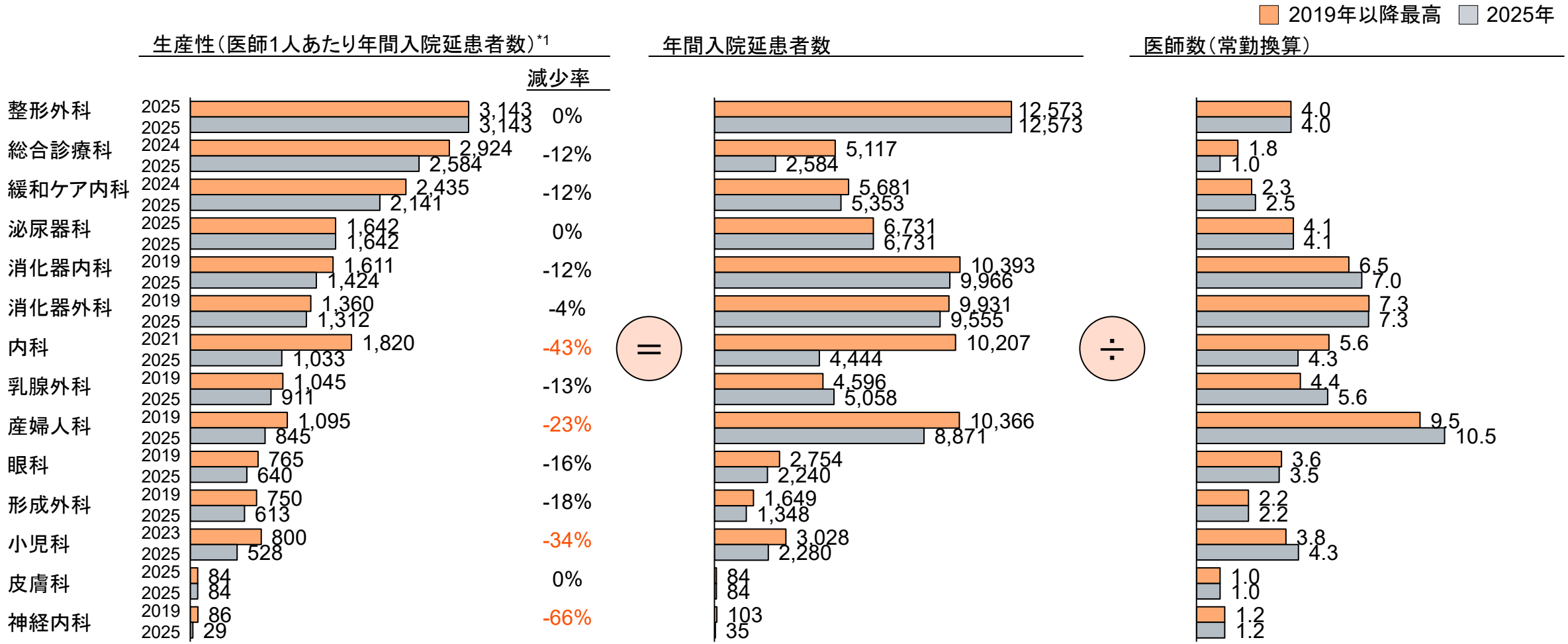
（参考）診療科とMDC2桁別疾患の対応表

診療科	対応疾患（MDC2桁）
整形外科	外傷・熱傷・中毒、筋骨格系疾患
総合診療科	ー
緩和ケア内科	ー
泌尿器科	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
消化器内科	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患（手術なし）
消化器外科	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患（手術あり）
内科	呼吸器系疾患、循環器系疾患、内分泌・栄養・代謝に関する疾患、血液・造血器・免疫臓器の疾患、その他*1
乳腺外科	乳房の疾患
産婦人科	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
眼科	眼科系疾患
形成外科	乳房の疾患（手術あり）
小児科	小児疾患
皮膚科	皮膚・皮下組織の疾患
神経内科	神経系疾患（手術なし）

*1：その他には、手術・処置等の合併症、上記に分類されない悪性腫瘍等が含まれる

診療科別の受入余力比較_2019年以降最高 vs 2025年

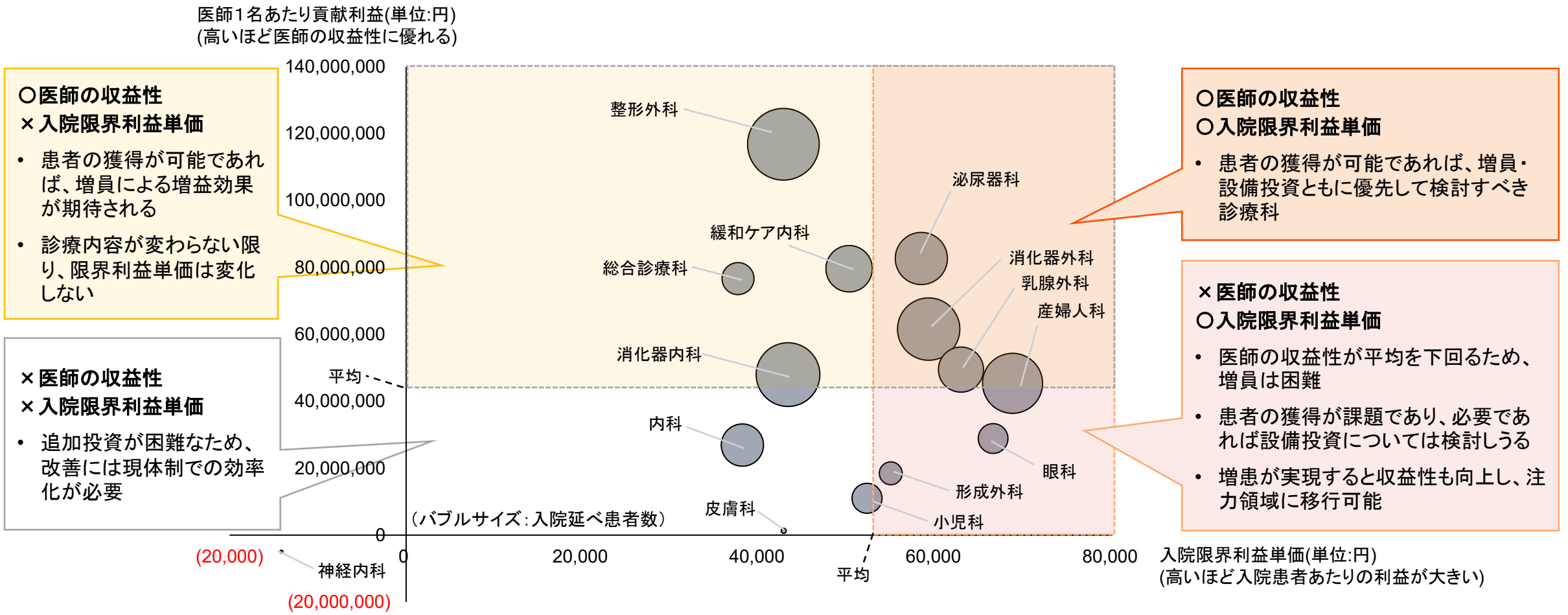
内科・産婦人科・小児科・神経内科の生産性減少割合が高く、患者の受入余力は大きい。一方、整形外科・泌尿器科・皮膚科は2019年以降では直近2025年が最も生産性が高く、患者の受入余力は小さいと思料



*1：診療科別に直近2025年と2019~2025年の間で最も生産性の高かった年度を比較。並び順は上から2025年生産性降順
資料：内部資料（「入院延患者数・新規入院患者数・平均在院日数（診療科別）」、「R1-7_診療科別常勤換算医師数」）

診療科別の収益性比較

泌尿器科・消化器外科・乳腺外科・産婦人科は収益性が高く、増患・増員による効果が高い



資料:内部資料(「原価計算データ-令和7年度」、「入院延患者数・新規入院患者数・平均在院日数(診療科別)」、「R1-7_診療科別常勤換算医師数」)

診療科別の改善ポテンシャルまとめ

他科と比較すると、消化器外科・眼科・内科・消化器内科の改善ポテンシャルが大きい

診療科	増患余地		受入余力[*3]	収益性[*4]	改善ポテンシャル[*5]	
	市場成長性[*1]	シェア拡大の余地[*2]				
消化器外科	○	△	○	○	○	増患余地と受入余力の両方を満たし、改善ポテンシャルが存在
眼科	○	△	○	○		
内科	○	○	○	△		
消化器内科	○	△	○	△		
整形外科	○	○	△	△	△	増患余地はあるものの、受入余力に乏しく改善ポテンシャルは限定的
皮膚科	○	○	△	△		
泌尿器科	○	△	△	○		
乳腺外科	△	△	○	○		受入余力はあるものの、需要が減少するため、改善にはより広域な診療圏が必要
産婦人科	△	△	○	○		
形成外科	△	△	○	○		
小児科	△	△	○	△		
総合診療科	-	-	○	△	-	市場性の定量評価が困難または収益性に乏しい
緩和ケア内科	-	-	○	△		
神経内科	○	○	○	×		

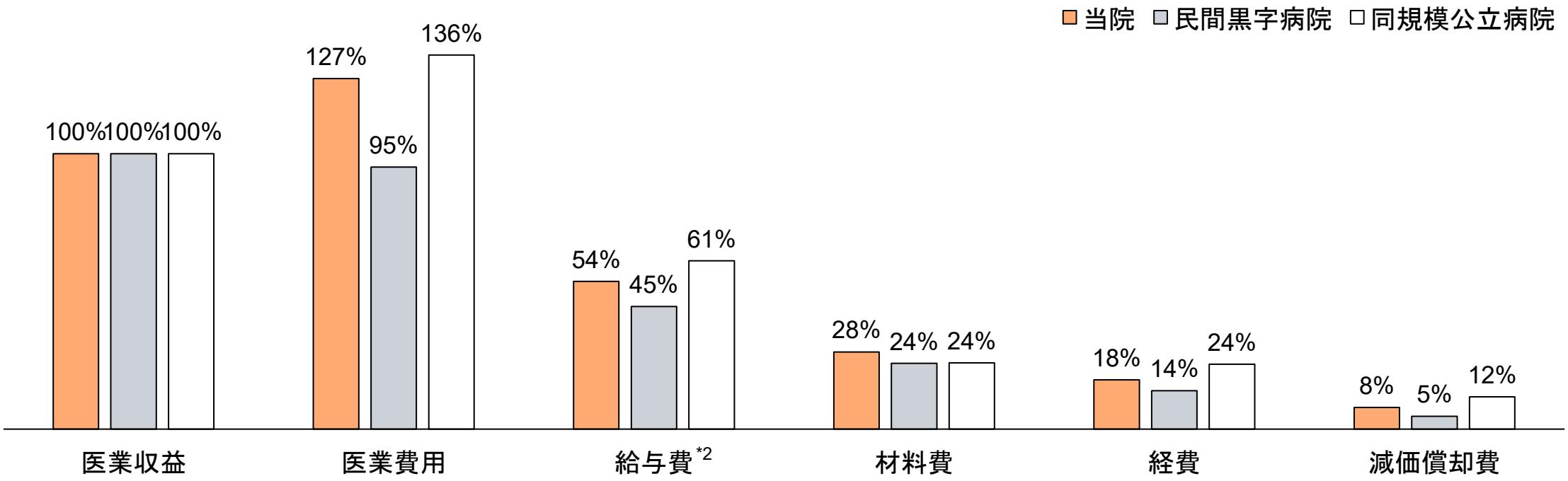
*1：2025年から2030年にかけて患者数が横ばいまたは増加の見込みとなっている診療科は、今後市場成長の余地があると判断
*2：当院で対応可能な疾患のうち市外へ流出している疾患と対応する診療科は、シェア拡大の余地があると判断
*3： 2019年以降最も良い時期と比較し直近2025年の生産性（医師一人当たり患者数）が減少している診療科は、今後生産性向上に伴う患者受入の余力があると判断
*4：入院患者1人当たりの限界利益が当院平均以上である診療科は、収益性が高いと判断
*5：増患余地・受入余力・収益性の3軸を総合的に勘案し、今後の患者増加等による経営改善ポテンシャルを評価

（再掲）医業費用比率比較_民間黒字病院・同規模公立病院

給与費・経費・減価償却費比率は民間黒字病院よりは高いものの、同規模公立病院よりは低い。材料費は民間黒字病院・同規模公立病院いずれよりも高い

医業収益100対医業費用比率比較[*1]　（百万円）

（民間黒字病院（n=44）、200~299床の公立病院（n=31））



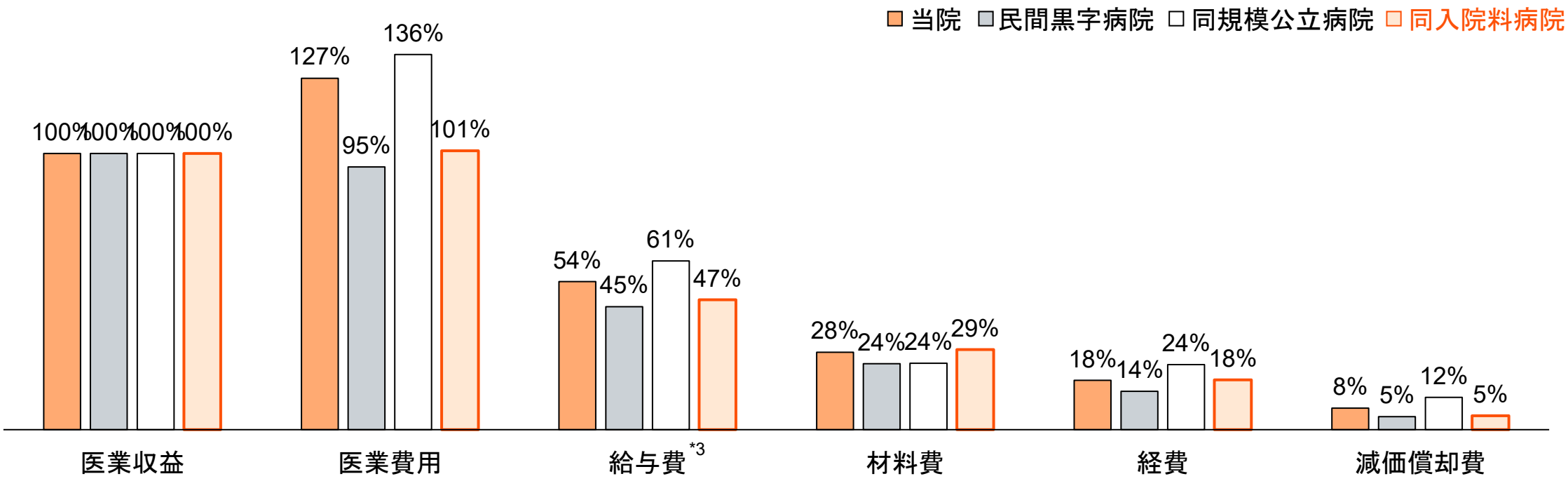
*1：令和7年6月単月データ
*2：（常勤職員・非常勤職員の月額基本給与）+（常勤職員・非常勤職員の年額賞与/12）により算出。退職給付費用や法定福利費は含まない
資料：一般社団法人全国公私病院連盟「病院経営実態調査報告（令和7年度）」

材料費の削減ポテンシャル_医業費用比率比較（同入院料病院追加）

材料費は民間黒字病院・同規模公立病院のいずれよりも高いが、同入院基本料病院と比較すると高いとは言えない水準であり、削減ポテンシャルは少ないと思料

医業収益100対医業費用比率比較[*1]　（百万円）

（民間黒字病院（n=44）、200~299床の公立病院（n=31）、一般病床の急性期一般入院料1が80%以上の病院[*2]（n=160））



*1：令和7年6月単月データ　*2：平均病床数295.7床

*3（常勤職員・非常勤職員の月額基本給与）+（常勤職員・非常勤職員の年額賞与/12）により算出。退職給付費用や法定福利費は含まない

資料：一般社団法人全国公私病院連盟「病院経営実態調査報告（令和7年度）」、独立行政法人福祉医療機構「経営分析参考指標　病院編（令和6年度）」

委託費の削減ポテンシャル

委託金額の大きい項目（一千万円以上）および医療機器保守関連の項目について削減余地を確認。各項目一定程度削減余地はあるが、合計でも一千万円程度の削減に留まる

#	委託項目	残高（円）	金額シェア	コメント	削減余地の限度
1	医事関連業務	150,098,200	18.2%	• 特になし。ただしオンライン資格確認実装後に体制の見直しが行われたかどうかは要検証	未知数
2	施設管理業務委託料	105,010,440	12.7%	• 分離発注による参入障壁低減の検討余地あり • 清掃業務について、救急外来と直接接していない2階階部分で週6回清掃の箇所が存在。削減検討余地あり • 同、B1および3階の事務室や職員更衣室について、頻度を週3回程度に見直す余地あり • 警備については体制図、シフト表が添付されていないため検証困難だが、休日を中心に配置人数の圧縮余地は要検討	～数百万円規模
3	医療検査委託料	68,829,203	8.4%	• 規模に対して高いが、ゲノム検査等高額検査の影響と考えられる。定期的に受託者選定・相見積もりが必要	未知数
4	医療情報S維持管理運営	22,200,000	2.7%	• シフト時間21時までの配置が過剰である可能性あり。日中のみの対応として夜間等はオンコール・リモート対応とするなど常駐時間の圧縮余地あり(その場合、2交代制の必要がなくなる可能性あり)	～数百万円規模
5	寝具及び病衣供給業務委託	13,283,100	1.6%	• 第1条第3項第1号及び同第2号にて寝具の数量が249組+9組と固定されており、空床時も課金されている可能性あり • 上記仮定において病床稼働率85%を前提にすると、年間約80万円程度削減可能な可能性がある	～数十万円規模
6	医療廃棄物処理	13,582,130	1.6%	• 感染性廃棄物の容器容量が50l固定のため、容器サイズが過剰な箇所が存在すると思料。部分的に小サイズの容器に切り替えることで容器代の削減余地が存在。仮に1/3の年間5,000箱で100円/箱の削減が可能な場合、年間50万円程度の削減となる	～数十万円規模
7	空調設備等一括保守	16,875,000	2.0%	• タンク類の点検など#2と一部重複の可能性あり、要確認 • 設備保守契約として#2と集約可能か要検証	～数十万円規模
8	磁気共鳴断層撮影装置 MAGNETOM Symphony	12,039,600	1.5%	• 過去の故障率等踏まえてフルメンテの要否検討余地あり	～数百万円規模
9	マルチスライスCT装置	11,634,000	1.4%	• 過去の故障率等踏まえてフルメンテの要否検討余地あり	～数百万円規模
10	デジタルマンモグラフィーS保守(FUJI)	4,044,000	0.5%	• Plan Sへの切り替え可否について検討余地あり	～数百万円規模
11	骨塩定量測定装置保守	885,000	0.1%	• 緊急性等踏まえて必要性要検証。故障時対応に切り替えられないか	885,000
12	マンモトーム保守	500,000	0.1%	• 緊急性等踏まえて必要性要検証。故障時対応に切り替えられないか	500,000
合計					～一千万円程度

VI

第3回委員会の論点

第3回経営検証委員会での報告内容

第3回経営検証委員会では、経営形態の見直しを通じて見込まれる効果やリスクを整理した上で、外部事業者へのヒアリングにより連携の実現可能性およびハードルを明らかにする想定

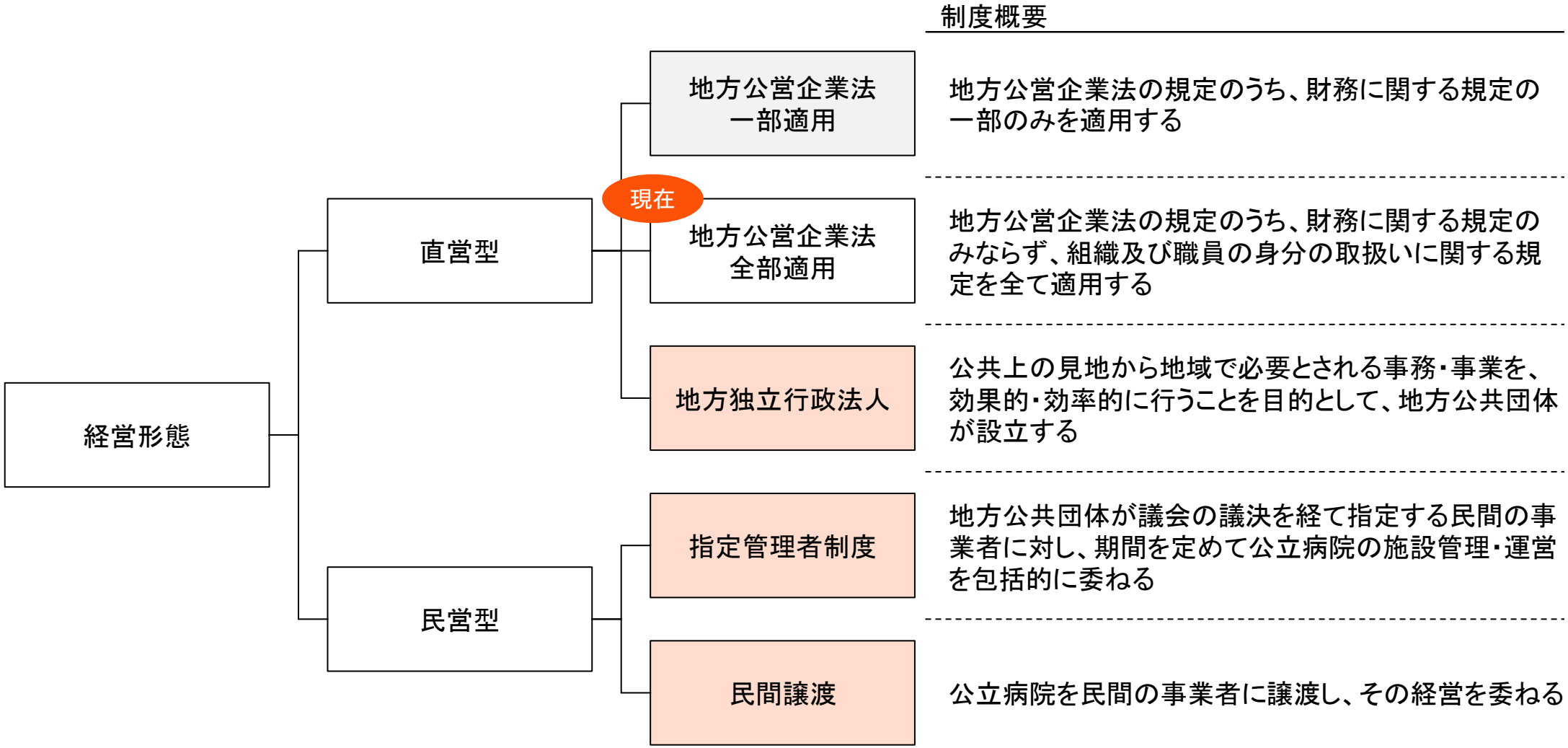
第1回委員会　第2回委員会　第3回委員会　第4回委員会

a. 事業環境の整理と経営課題の特定	b. 自主再建の方向性と改善額の試算	c. 経営形態の見直しの方向性	d. 全体を通じた方向性検討
初期的分析 仕様書の内容に準じて初期的に分析（提案書の「Ⅰ 経営分析について」に掲載）	**単独病院での改善施策の立案** 外部環境分析／内部環境分析や院内ヒアリングを踏まえて、病床再編を主軸とした収支改善策を立案。病床再編は、急性期特化型・ケアミックス型・包括期特化型の3つのパターンを想定	**各経営形態の論点整理** メリット・デメリットや想定ハードルを整理（※一部、第2回委員会でも報告）	**追加の論点整理** 第3回までの経営検証委員会における議論で派生した追加論点や分析項目を整理し、取り纏める
院内ヒアリング（病院幹部層／事務局） プロジェクトの初期的に、現在の院内課題・実施中の施策・今後の方向性案等をヒアリング	**成行分析・病床再編シミュレーション** 成行分析に加え、3つの病床再編のシミュレーションを実施し、改善額見込みを算出。また、各パターンにおける増患施策等の蓋然性検証に加え、想定されるリスクについても整理する	**経営形態の見直し・連携の必要性検証** 自主再建での目標額（経常損失の解消）の到達が難しい場合に経営形態の見直しの要否・他院との連携要否を検証	**全体総括・全体を通した議論** これまで調査・分析した項目の取り纏めて総括し、全体を通じた今後の病院の方向性について関係者間で協議する
外部環境／内部環境分析 内部データ受領後、「初期的分析」にて未実施の外部環境分析／内部環境分析を実施		**外部事業者へのヒアリング** 外部事業者へのヒアリングを実施し、経営形態の見直しや連携の実現可能性・実施に向けたハードル・今後の論点を整理	

経営検証委員会向けた資料の作成・委員会の運営支援

市立貝塚病院が取り得る経営形態の選択肢

直営型の地方独立行政法人の他、民営型の指定管理者制度や民間譲渡の選択肢がある



各経営形態のメリット・デメリット

経営形態それぞれメリット・デメリットは異なる。政策医療や不採算医療の維持や職員の処遇等の観点も踏まえたうえで慎重に検討を進める必要がある

分類	経営形態		メリット	デメリット（留意点）
直営型	地方公営企業法	一部適用	• 職員は公務員としての身分が保証される • 政策医療や不採算医療を比較的確保しやすい	• 経営の責任者は設立団体の長（市長など）であり、病院長に経営権限が付与されないため、行政の予算制度や職員定数の制約を受け、柔軟で効率的な病院運営を行うことが難しい
		全部適用	• 職員は公務員としての身分が保証される • 政策医療や不採算医療を比較的確保しやすい • 予算や人事などの権限が病院事業管理者に委ねられるため、一部適用と比較し効率的かつ自律的な病院運営が期待できる	• 一部適用と比較し経営の自由度は高くなるが、一部適用と同様に職員定数の制約を受ける • 制度上独自で設定可能な職員給与において、多くの病院で職員給与条例に準拠しており、実態として一部適用と大きく差がない
	地方独立行政法人（非公務員型）		• 法人に経営権が委ねられるため、多様な雇用形態や給与体系の見直しなど自律的な病院運営が可能になる • 地方公共団体が指示した中期目標に基づき事業を行うため、政策医療や不採算医療も維持されることが多い	• 地方独立行政法人化後に業務量が増える場合がある • 地方独立行政法人化に伴う新システムの導入や評価委員会の運営に関するコストが発生する • 財産的基礎の確保のため、設立時点で総資産額が総負債額を上回る必要があることに留意が必要
民営型	指定管理者制度		• 民間事業者などのノウハウを幅広く活用し、サービスの向上と効率的な管理運営が期待できるうえ、民間事業者の給与水準に合わせることが多く、給与費が削減されるケースも多い • 主に、医療資源が限られており、より効率的な運営が求められる中小規模の病院において導入の効果は大きい	• 指定管理者と職員の間で新たな雇用契約を締結する必要があるなど、職員の処遇に関する調整が課題となる • 労働負荷が上がることなどにより職員が退職する場合がある • 委託時に病院の機能や役割について指定することはできるが、応募者確保の観点から条件を緩和せざるを得ないケースも多い
	民間譲渡		• 柔軟な経営戦略の立案と実行が可能となり、他の経営形態と比較して最も自由度が高く、効率的な経営が期待できる • 民間事業者の給与水準に合わせるため、給与費が削減されるケースも多い	• 民間事業者と職員の間で新たな雇用契約を締結する必要があるなど、職員の処遇に関する調整が課題となる • 利益追求を優先した場合、政策医療や不採算医療を確保できる保証はない

Appendix

成行分析前提（ベースシナリオ）

4~7月基準Ver

分類			シミュレーションの前提	
			令和8年度（令和9年度以降の基準）	令和9年度～令和12年度
医業収益	入院収益	患者数	• 4月～7月は実績 • 8月以降は4月～7月の前年同月比で増減	• 市場の入院機能別将来需要推計に応じて変動（急性期：0.2%/年、包括期・慢性期：2.3%/年）
		入院単価	• 4月～7月は実績 • 8月以降は6月～7月の前年同月比で増減	• 直近3年の増減トレンド（2.3%/年）に応じて変動
	外来収益	患者数	• 4月～7月は実績 • 8月以降は4月～7月の前年同月比で増減	• 市場の外来需要推計（▲0.4%/年）に応じて変動
		外来単価	• 4月～7月は実績 • 8月以降は6月～7月の前年同月比で増減	• インフレ率（2.2%/年）に応じて変動
	その他医業収益		• 令和7年度実績横置き	• 同左
医業費用	給与費		• 病院試算を反映	• 直近3年の単価増減トレンド（4.3%/年）に応じて変動
	材料費		• 患者数の増減に連動させ、入外別の患者あたり材料費にインフレ率（2.2%/年）を加味し試算	• 同左
	委託費		• インフレ率（2.2%/年）を加味し試算	• 同左
	減価償却費		• 既存資産の償却予定を反映	• 既存資産の償却予定に新規の設備投資を加味
	その他医業費用		• 令和7年度実績横置き	• 同左
医業外収益			• 長期前受金戻入のみ病院試算を反映 • その他の項目は令和7年度実績横置き	• 同左
医業外費用			• 仕入消費税の雑損失のみ病院試算を反映 • その他の項目は令和7年度実績横置き	• 同左

成行分析結果（ベースシナリオ）

4~7月基準Ver

収益の増加を上回るペースで費用が増加するため、5年後の令和12年度は▲1,353百万円の着地見込み

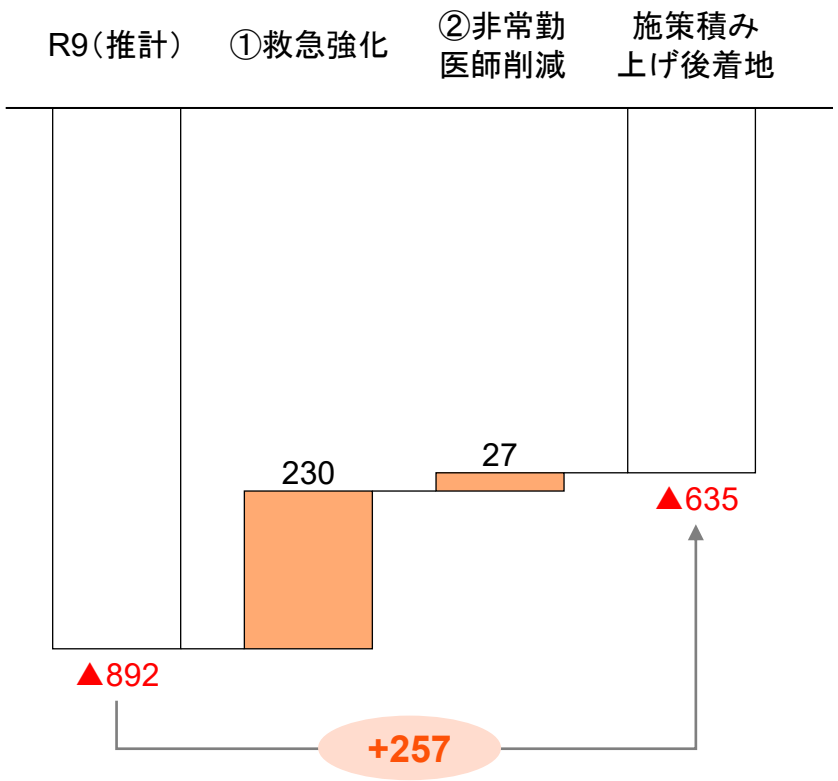
（単位：百万円）	R7	R8	R9	R10	R11	R12
	実績	実績+推計	推計	推計	推計	推計
入院収益	4,542	4,732	4,874	5,021	5,172	5,329
外来収益	2,813	2,921	2,973	3,025	3,079	3,133
その他医業収益	379	379	379	379	379	379
医業収益	**7,733**	**8,032**	**8,225**	**8,424**	**8,629**	**8,840**
給与費	4,767	4,991	5,206	5,431	5,666	5,911
材料費	2,185	2,235	2,286	2,338	2,391	2,446
経費（委託費）	824	842	861	880	899	919
経費（その他）	414	414	414	414	414	414
減価償却費	585	599	583	767	718	697
資産減耗費	36	36	36	36	36	36
研究研修費	22	22	22	22	22	22
医業費用	**8,833**	**9,139**	**9,408**	**9,888**	**10,146**	**10,445**
医業利益	**▲1,100**	**▲1,107**	**▲1,183**	**▲1,464**	**▲1,517**	**▲1,605**
医業外収益	692	682	876	787	873	727
医業外費用	445	445	585	489	467	475
経常損益	**▲853**	**▲871**	**▲892**	**▲1,166**	**▲1,112**	**▲1,353**

成行分析（チャレンジシナリオ）の改善インパクト

4~7月基準Ver

救急強化により+230百万円、非常勤医師削減により+27百万円の改善効果が期待でき、施策の積み上げにより令和9年度（推計）比で257百万円改善し、▲635百万円の着地見込み

成行分析（チャレンジシナリオ）の改善額見込み



成行分析（チャレンジシナリオ）の試算前提

#	施策	チャレンジシナリオにおける試算前提（R9を基準として試算）
1	救急強化	• ベースシナリオ：1,612件→チャレンジシナリオ：2,500件 • 救急搬送1件あたりの限界利益 入院：575,498円、外来：23,662円で試算
2	非常勤医師削減	• ベースシナリオ：109人→チャレンジシナリオ：99人 • 非常勤医師1人あたりの年間給与費：267万円で試算

成行分析結果（チャレンジシナリオ）

4~7月基準Ver

令和9年度以降に施策積み上げによる改善効果を反映。令和12年度は▲1,096百万円の着地見込み

施策反映

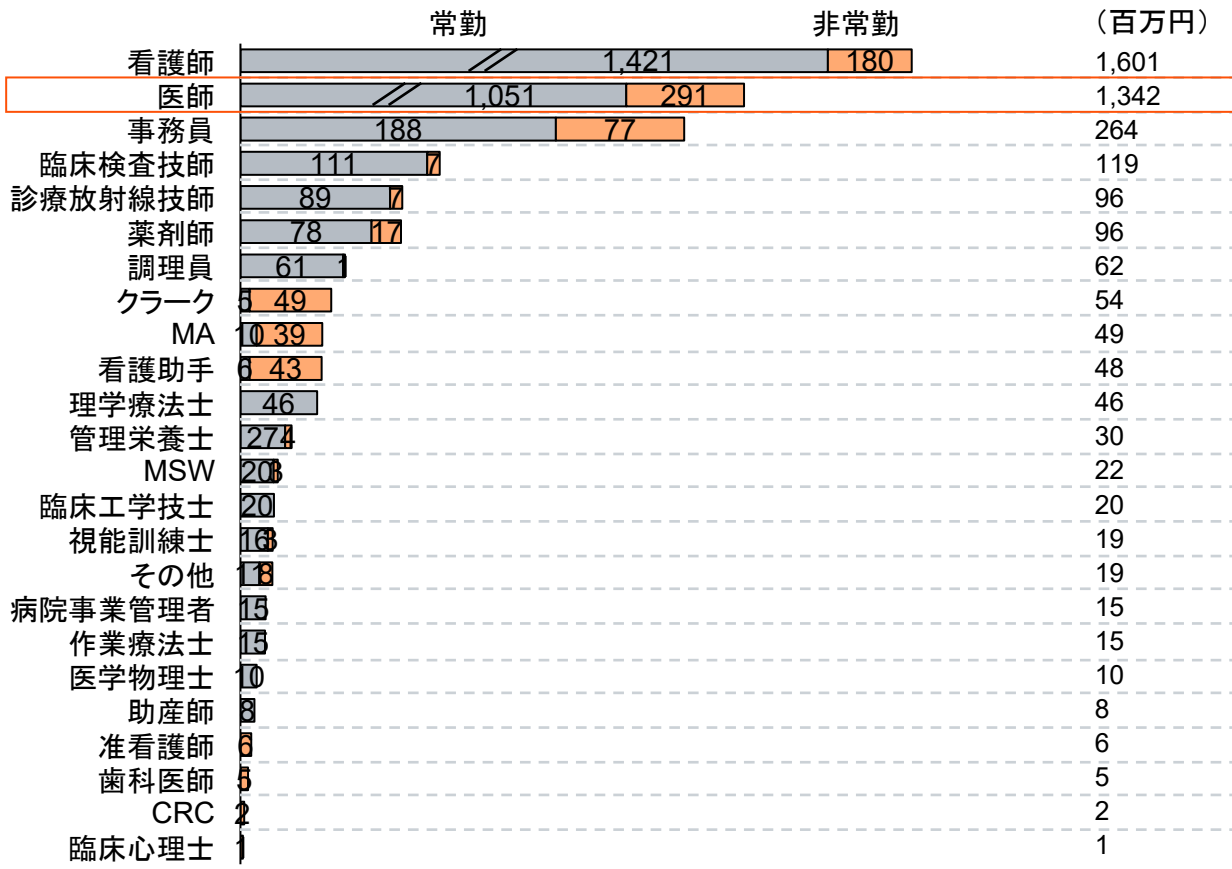
（単位：百万円）	R7	R8	R9	R10	R11	R12
	実績	実績+推計	推計	推計	推計	推計
入院収益	4,542	4,732	5,117	5,263	5,415	5,571
外来収益	2,813	2,921	2,987	3,039	3,093	3,147
その他医業収益	379	379	379	379	379	379
医業収益	**7,733**	**8,032**	**8,482**	**8,681**	**8,886**	**9,097**
給与費	4,767	4,991	5,180	5,405	5,639	5,884
材料費	2,185	2,235	2,312	2,365	2,418	2,473
経費（委託費）	824	842	861	880	899	919
経費（その他）	414	414	414	414	414	414
減価償却費	585	599	583	767	718	697
資産減耗費	36	36	36	36	36	36
研究研修費	22	22	22	22	22	22
医業費用	**8,833**	**9,139**	**9,408**	**9,888**	**10,146**	**10,445**
医業利益	**▲1,100**	**▲1,107**	**▲926**	**▲1,207**	**▲1,260**	**▲1,348**
医業外収益	692	682	876	787	873	727
医業外費用	445	445	585	489	467	475
経常損益	**▲853**	**▲871**	**▲635**	**▲909**	**▲855**	**▲1,096**

（参考）職種別非常勤職員の給与割合と給与単価

非常勤医師の給与割合は医師全体の2割程度を占めており、1人あたり年間給与費は267万円程度

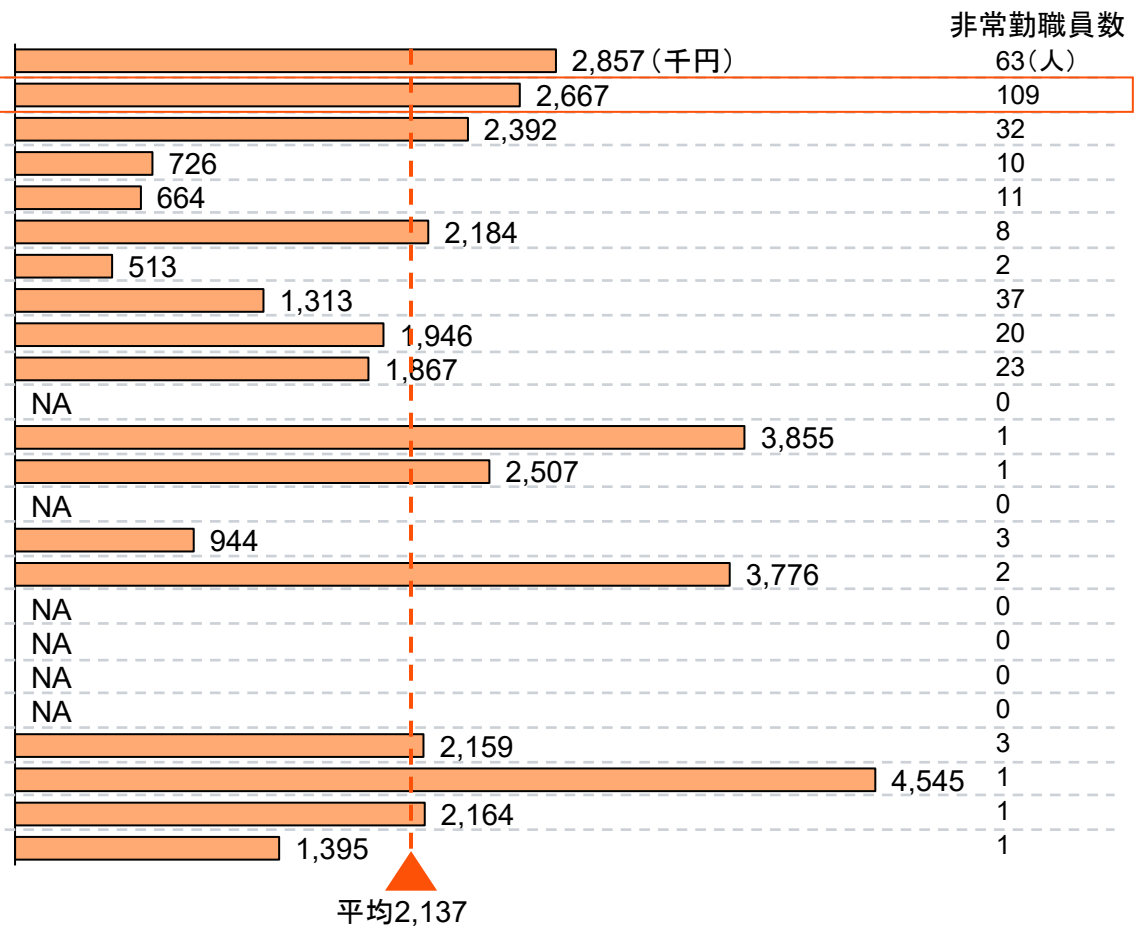
職種別×勤務形態別の給与費割合（給与費降順）*1

（2025年度、n=731人）



職種別非常勤職員1人あたり年間給与

（2025年度、n=328人）



*1：役員は常勤に含む
資料：内部資料（「R7_個人別人件費データ」）

Memo

Thank you