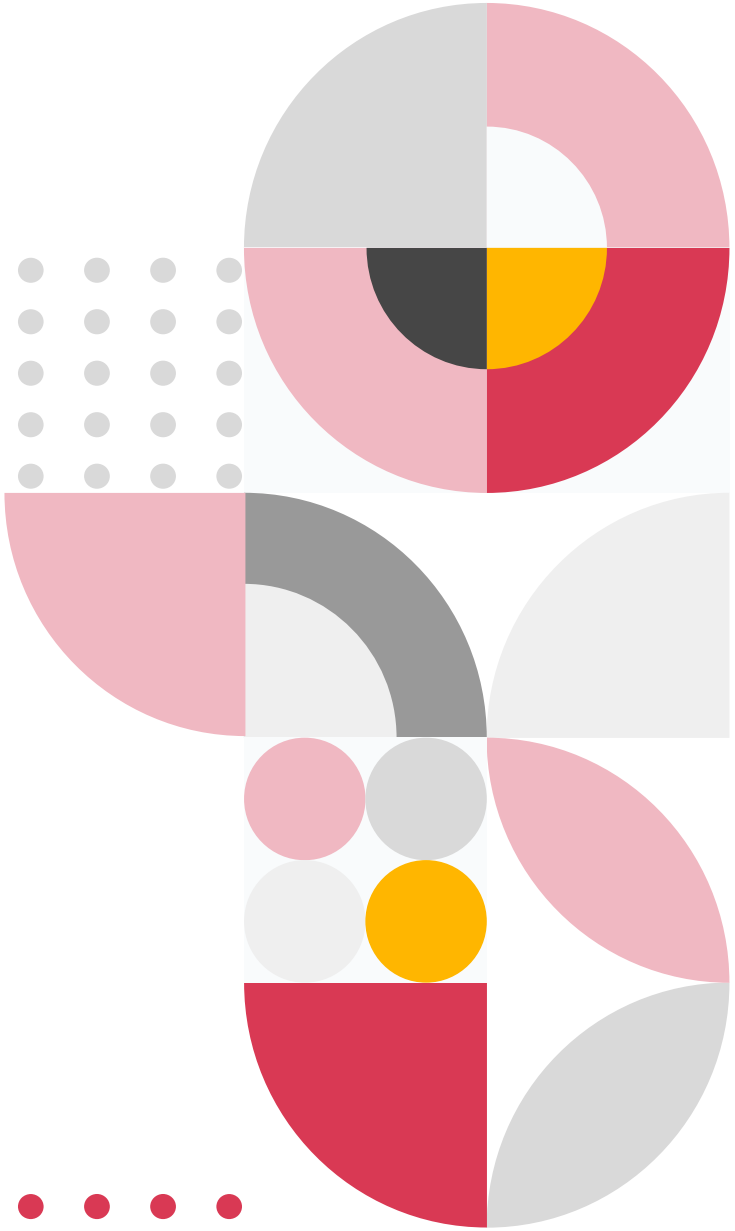
第2回　経営検証委員会資料(概要版)

2026年10月7日



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

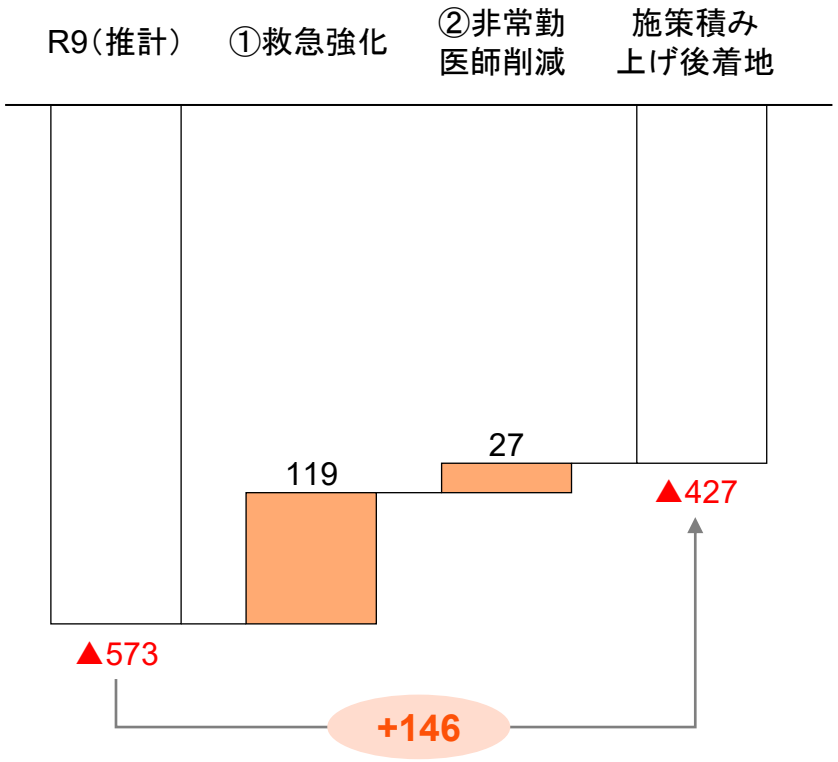
（単位：百万円）	R7	R8	R9	R10	R11	R12
	実績	実績+推計	推計	推計	推計	推計
入院収益	4,542	5,058	5,210	5,367	5,529	5,697
外来収益	2,813	3,010	3,063	3,117	3,172	3,228
その他医業収益	379	379	379	379	379	379
医業収益	**7,733**	**8,446**	**8,651**	**8,862**	**9,080**	**9,303**
給与費	4,767	4,991	5,206	5,431	5,666	5,911
材料費	2,185	2,340	2,393	2,448	2,504	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

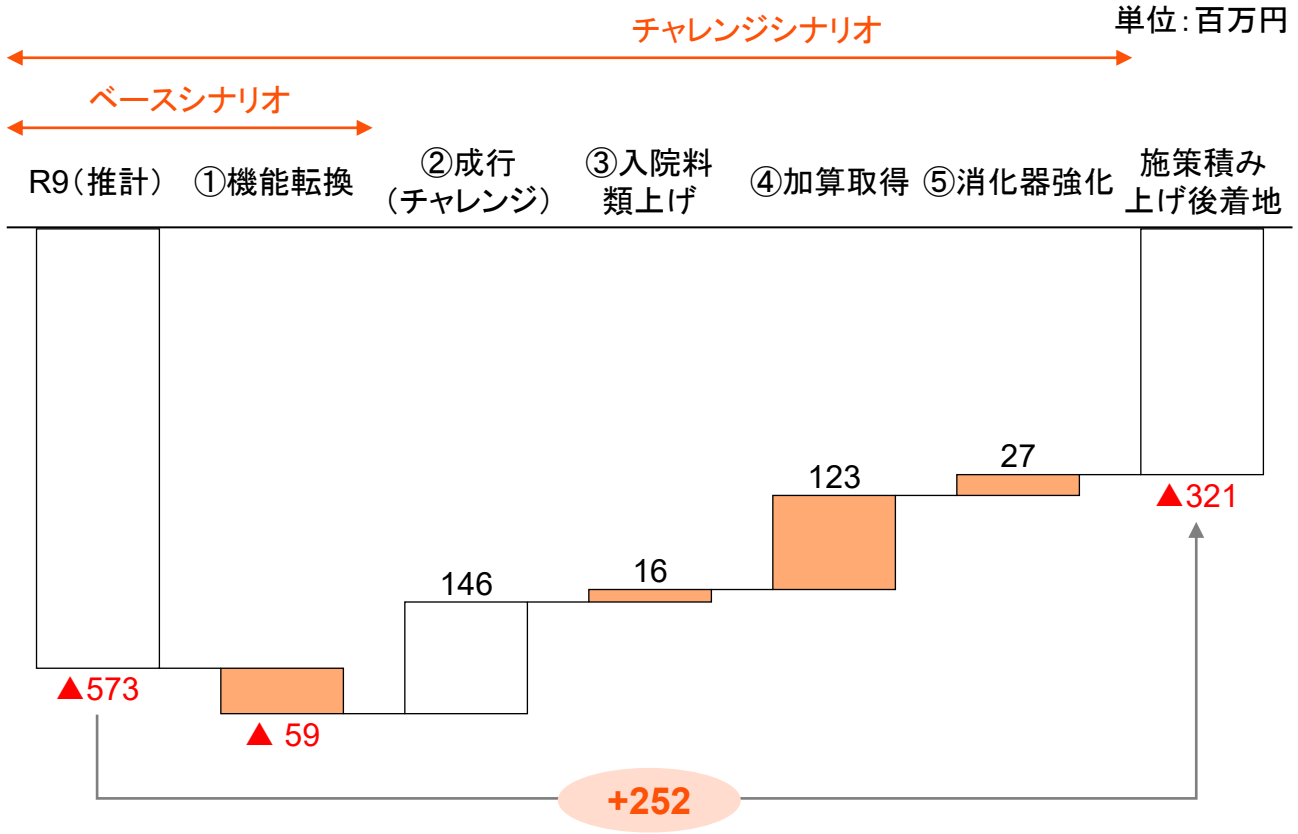
施策反映

（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%

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（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%

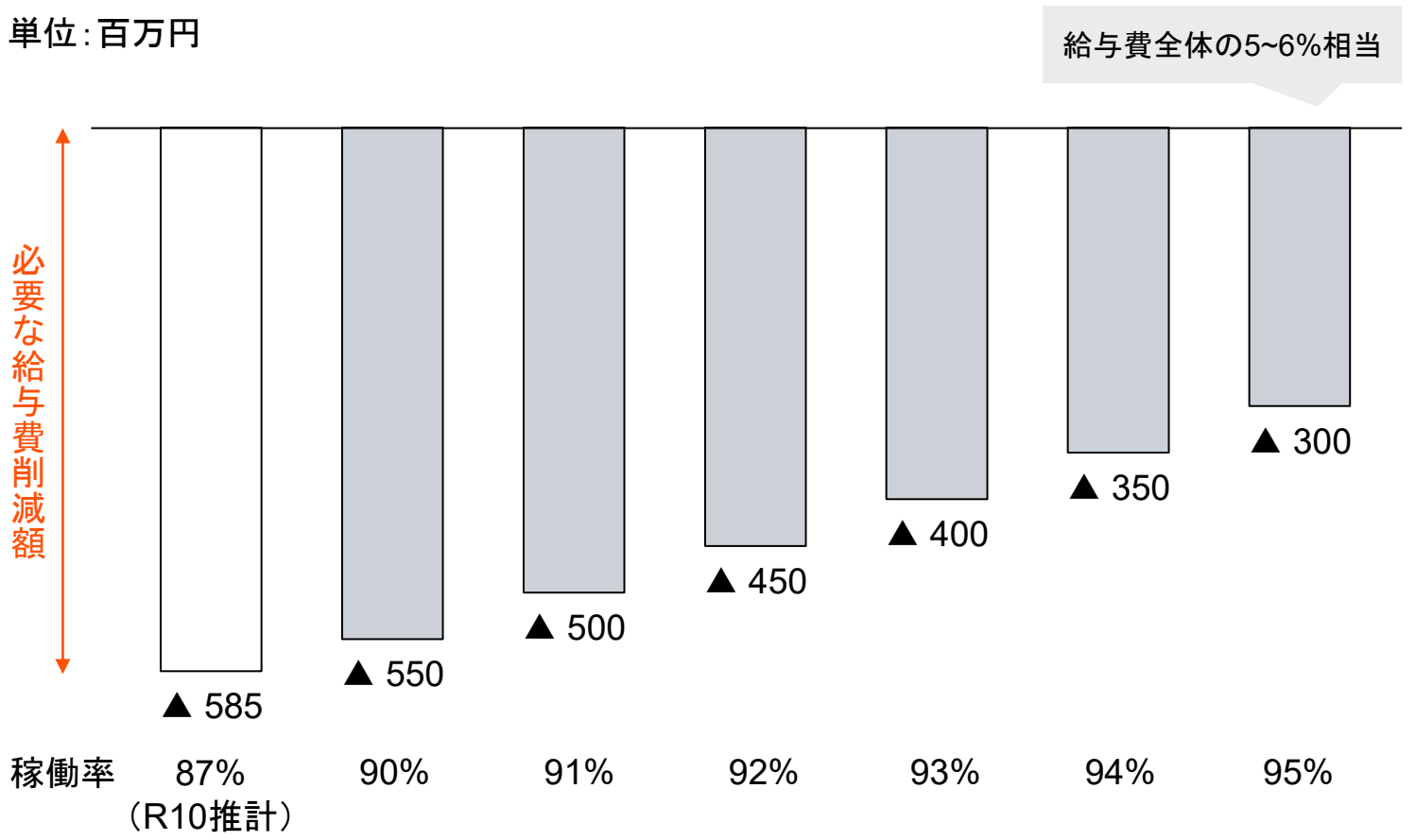
経常損失の解消のために必要な稼働率・給与費削減額

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

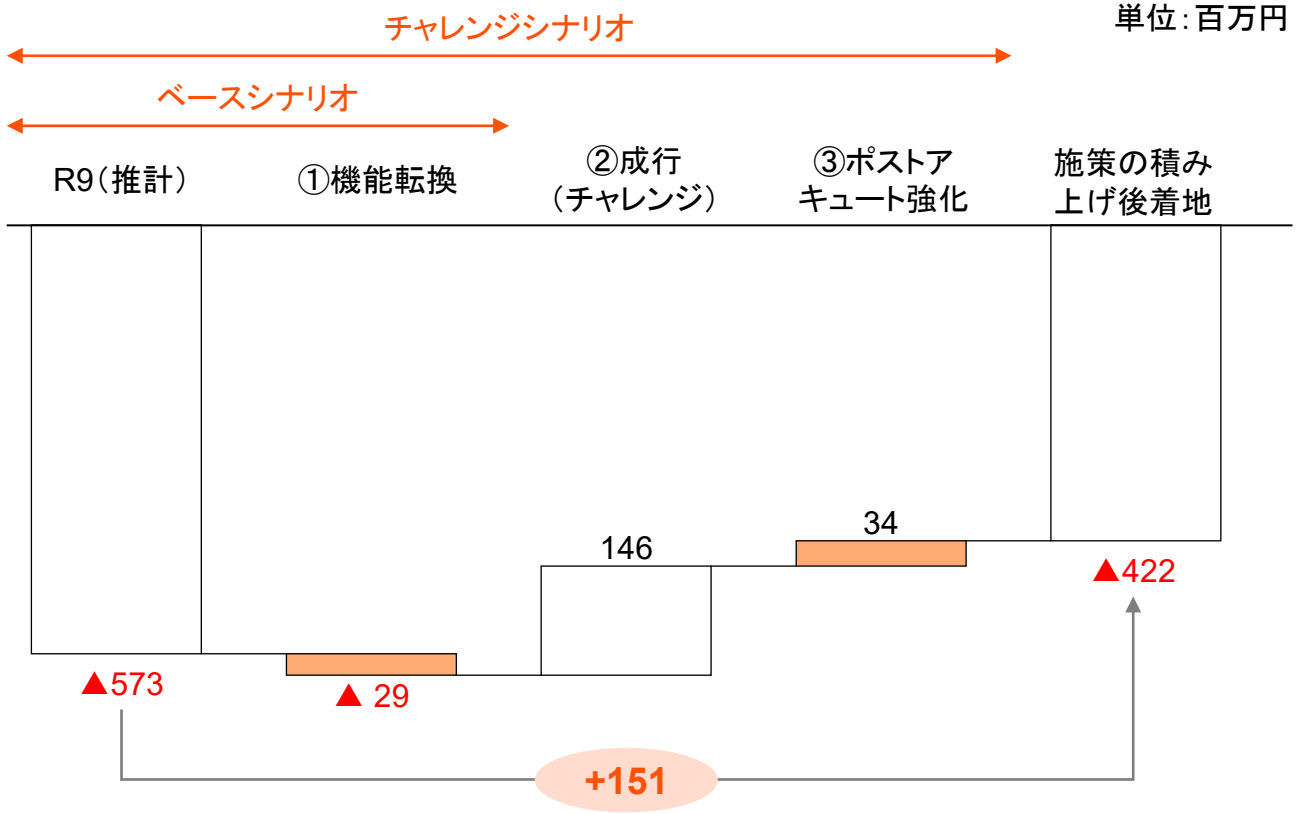


ケアミックス型の改善インパクト

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（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

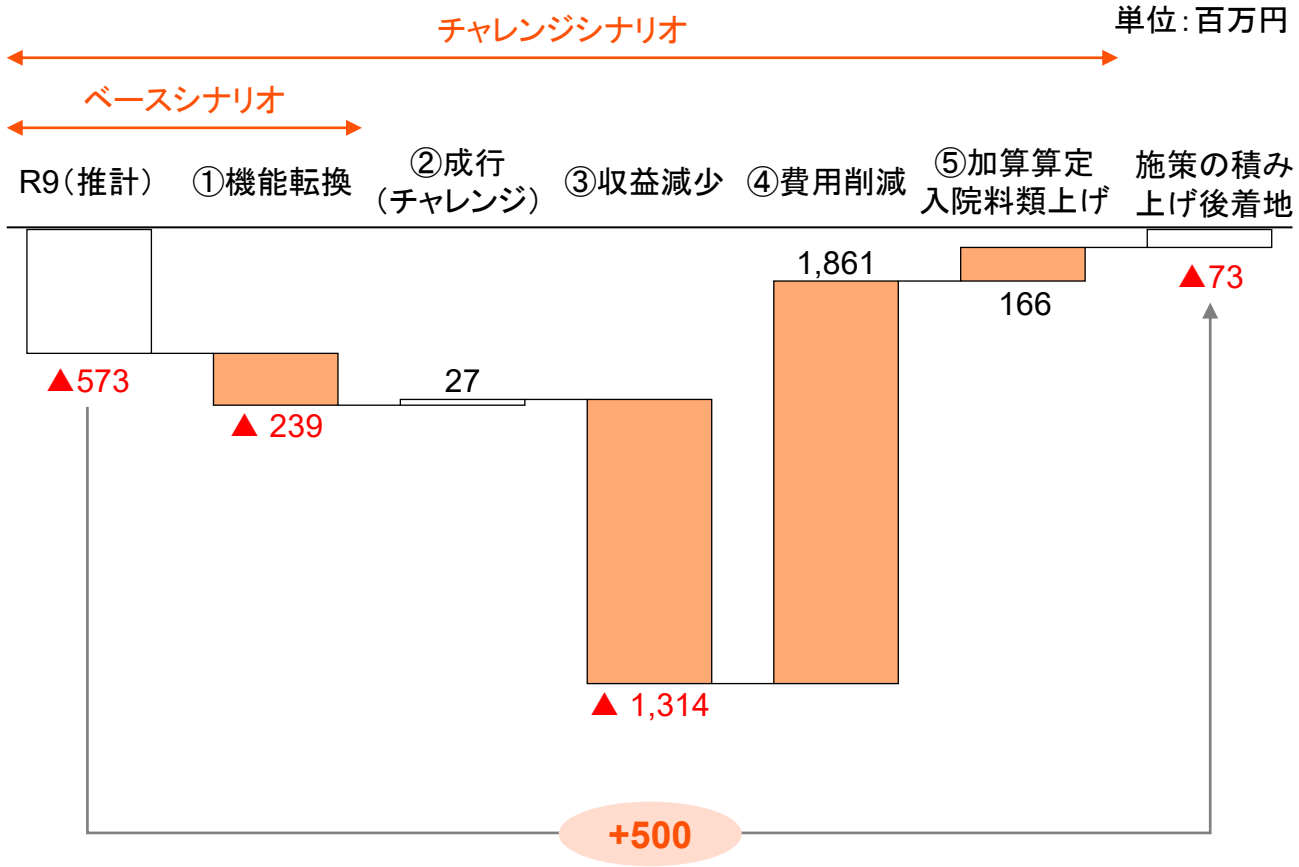
施策反映

（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%

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%

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

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		○	△	○

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

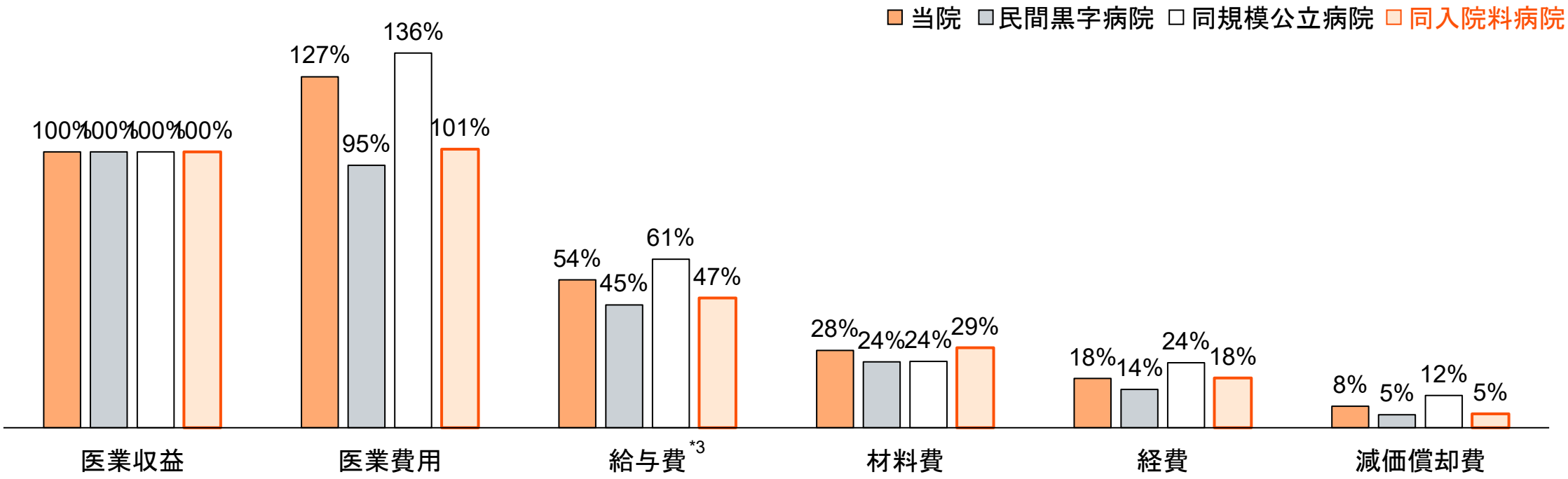
病床再編パターン	想定されるその他リスク（※あくまで考え得る可能性を列挙）
急性期特化型	• 現在、救急受入の多くは非常勤の救急医に依存しており、退職によって救急搬送が減少する • 大学医局からスキルの高い医師が派遣されず消化器の受入体制が強化できない • 2028年診療報酬改定で急性期病院A・Bの厳格化により入院料の維持ができない
ケアミックス型	• 現在、救急受入の多くは非常勤の救急医に依存しており、退職によって救急搬送が減少する • 2028年診療報酬改定でケアミックスの厳格化により入院料の維持ができない • 包括期の病床を増やすことによる地域からの反対や医局からの医師派遣が削減される可能性あり
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）

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

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