

令和7年度

地域医療環境等及び市立病院機能等検討業務報告書
(概要版)

<担当課>
健康推進部健康づくり課

目次

はじめに	P.2
1.事業環境(地域医療環境等)の現状と 市立病院の役割・機能及び経営状況	P.6
1-1.地域医療環境等の現状	P.7
1-2.地域医療環境等の将来予測	P.18
1-3.市立病院に求められる役割・機能	P.26
1-4.市立病院の経営状況	P.28
2.市立病院に求められる役割・機能を果たして いくための選択肢(特徴等)	P.44
3.新年度の検討体制・スケジュール	P.60
4.経営上の個別検討課題に関するサマリ	P.66

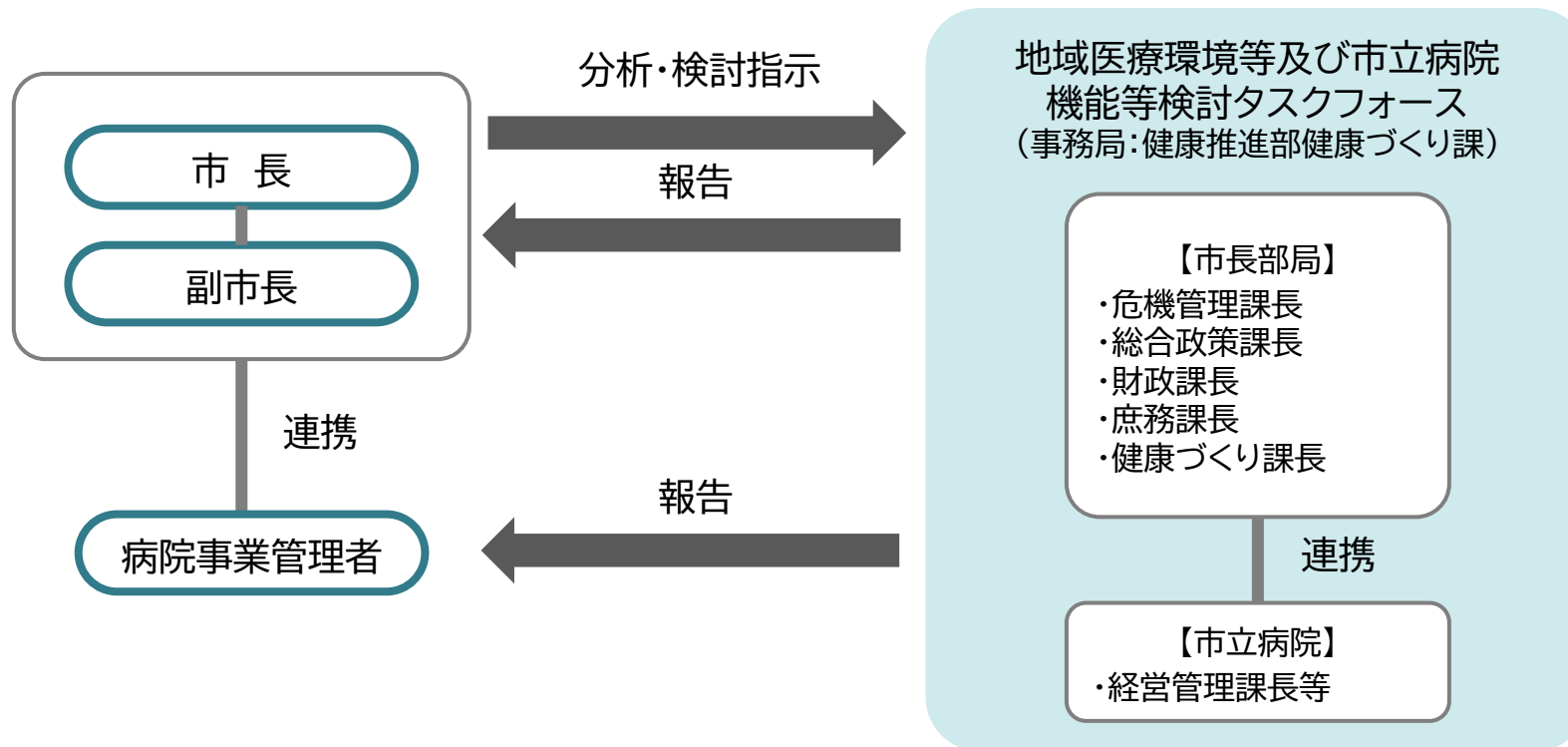
はじめに

はじめに

- 草加市立病院(以下、「市立病院」という。)は『市民のいのちと健康を守り、地域医療の中核を担うことを使命とします』を基本理念に掲げ、人口25万人の草加市における唯一の総合病院として、地域医療の中核を担っています。
- 昨今の医療機関を取り巻く環境は厳しく、全国の公立病院のおよそ9割が赤字に陥っています。そのような事業環境の変化を受け、市立病院の資金繰りも急激に悪化しています。
- 本資料は、事業環境(地域医療環境等)の現状や将来予測を踏まえ、市立病院の現在直面する課題や、その解決可能性を精査しつつ、将来的に市立病院が果たすべき役割・機能と、市の財政状況も踏まえつつ、持続可能な経営に向けて今後詳細に検討すべき選択肢を示すとともに、令和8年度以降の詳細な検討に向けた体制やロードマップを提案するものです。
- 本資料は、デスクトップリサーチに基づく調査分析に加え、病院を取り巻くステークホルダーからの意見聴取内容を考慮したうえで、「地域医療環境等及び市立病院機能等検討タスクフォース(以下TF)」メンバーの見解を踏まえて作成しています。なお、意見聴取させて頂いたステークホルダーは以下のとおりです。
 - ✓ 市立病院(事業管理者、病院長、事務部長、看護部長、看護副部長、地域医療連携相談室)
 - ✓ 一般社団法人草加八潮医師会(会長)
 - ✓ 草加八潮消防組合(救急隊等)

地域医療環境等及び市立病院機能等検討における検討体制

健康推進部健康づくり課が事務局となり、「地域医療環境等及び市立病院機能等検討タスクフォース」を組成し、議論を実施



検討タスクフォースの実施スケジュールと討議内容

回	実施日	主な討議内容
①	令和7年 12月11日(木)	・タスクフォースでの検討内容 ・顔合わせ(検討に至った経緯、地域医療環境等分析結果の共有) ・選択肢検討に向けた視点の整理
②	令和8年 1月22日(木)	・市立病院が取りうる経営形態の可能性 ・市立病院が担うべき役割の検討
③	2月9日(月)	・市立病院の経営課題及び解決策の検討 ・ネットワーク化、再編統合に関する検討 ・中間報告に向けた現時点での選択肢検討状況の取りまとめ
④	3月9日(月)	・次年度に詳細を検討する選択肢の整理 ・次年度の検討体制に関する意見交換
⑤	3月19日(木)	・次年度の検討体制とりまとめ - 検討体制組成の目的 - 参加者の役割 - 進め方(スケジュールを含む)

1

事業環境（地域医療環境等）
の現状と市立病院の役割・機能
及び経営状況

1

1-1

地域医療環境等の現状

地域医療環境等の現状に係るサマリ

- ・東部(南)保健医療圏(以下、「当医療圏」)において、市立病院は地域において必要とされるほぼすべての診療科をカバーし、幅広い領域で入院患者を受け入れ、シェアも高い。二次救急医療機関として救急受入のシェアが約3割と最多であり、当医療圏において急性期機能の中核を担っていることは明らかである。
- ・一方で、アクセス可能な市立病院を中心とした半径10km圏まで視野を広げると、300床以上の大規模で地域医療支援病院や救急救命センターなどの一定の機能をもつ医療機関が他に8つ存在している。このことは、市民にとっての選択肢があることを示しており、越谷以北を含む東部保健医療圏で見ると流入はわずかで患者の1割以上が圏外へ流出する傾向にある。
- ・しかしながら緊急性が高い疾患や継続的・長期的な通院を余儀なくされる疾患に対する対応等、市立病院の存在が市民の安全安心や利便性の確保につながっていることも考慮する必要がある。
- ・当医療圏は、人口当たりの急性期病床が少ない地域である一方、急性期病床の利用率にさらなる改善の余地がある。外来・入院患者の住所地分析から、市立病院の実質的な医療圏と見做せる草加市と八潮市からの集患を一層強化していく必要がある。

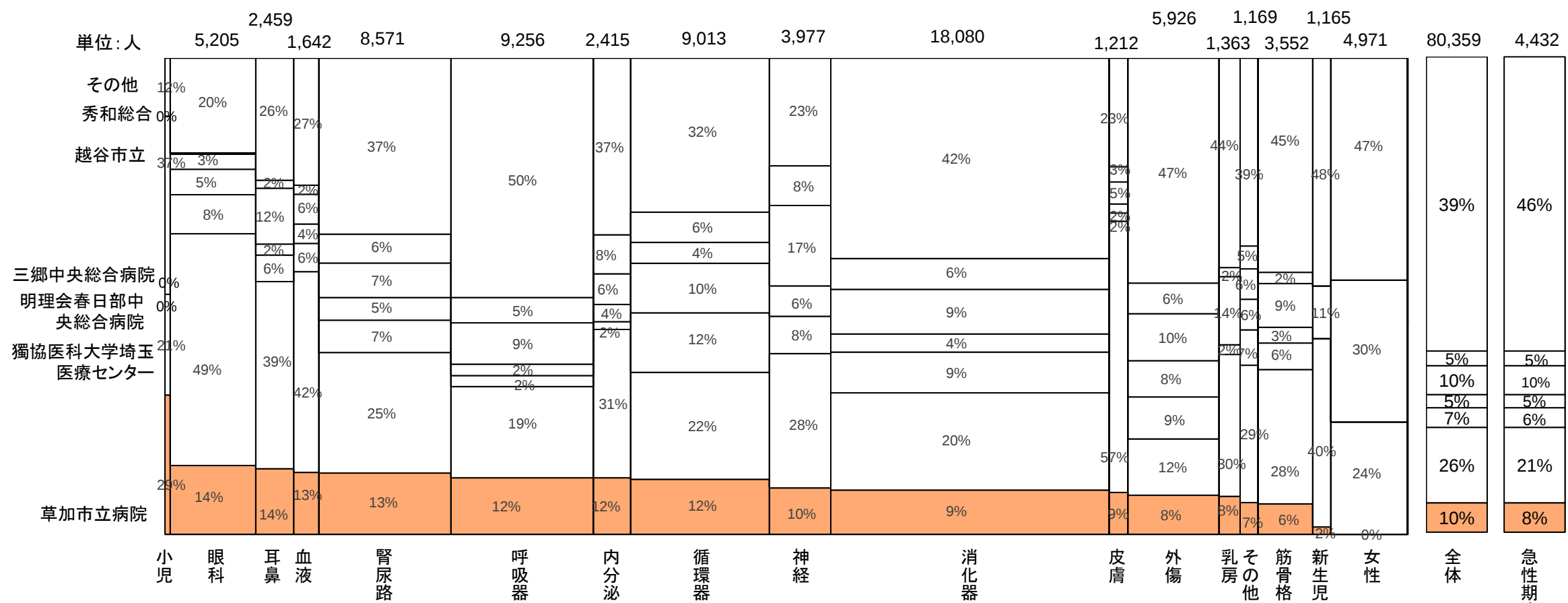
東部(南)保健医療圏 周辺病院のプロファイル

東部(南)保健医療圏において市立病院は多くの診療科をカバー。

病院名	病床数	病床数(内訳)					標榜診療科																											
							内科系										外科系							その他										
		高度急	急	回	慢	休棟中等	内	呼	循	内分糖	神	血	腎	代	消	外	整	形	脳	呼	心	泌	婦	救	麻	リハ	皮	耳	産	小	精	歯	眼	病理
草加市立病院	372	12	360			8	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	休	✓	✓	✓	
メディカルトピア草加病院	80		80				✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓					✓	✓			✓								
二宮病院	60		60				✓									✓	✓																	
鳳永病院	50			50			✓									✓	✓		✓							✓	✓				✓			
埼玉草加病院	36		36				✓			✓			✓				✓	✓	✓			✓												
草加松原リハビリテーション病院	50			50																						✓								
埼玉回生病院	311			34	277		✓		✓		✓										✓					✓					✓			
八潮中央総合病院	250		186	50	14		✓				✓					✓	✓	✓	✓			✓	✓		✓			✓		✓		✓		
広瀬病院	60	未報告						✓	✓	✓	✓					✓	✓					✓				✓								
三郷中央総合病院	289	8	223	58			✓		✓		✓		✓			✓	✓		✓		✓	✓			✓	✓	✓	✓					✓	
埼玉みさと総合リハビリテーション病院	175			175			✓				✓															✓								
みさと健和病院	282	10	162	90	20		✓	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓	
三愛会総合病院	274	50	192		32		✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓		
みさと協立病院	102				102	18	✓				✓															✓					✓			
永井マザーズホスピタル	35		35															✓					✓		✓				✓	✓			✓	
吉川中央総合病院	272		130	54	88		✓			✓								✓	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓		✓			✓	

東部保健医療圏における入院患者MDC別シェア

急性期病床数は当医療圏の8%である一方、全疾患の入院シェアは10%を占めている。診療科別のシェアから見ても、幅広い領域でバランスよく患者を受け入れている。



出典：厚生労働省 DPC退院患者調査病床機能報告（令和6年度）、急性期病床数には高度急性期・急性期を含む
その他は春日部厚生病院、越谷誠和病院、吉川中央総合病院、八潮中央総合病院、みさと健和病院、埼玉草加病院、三愛会総合病院、春日部市立医療センター、東都春日部病院、春日部嬉泉病院、レイクタウン整形外科病院、埼玉東部循環器病院、明日佳埼玉あすか松伏病院、庄和中央病院、十全病院、梅原病院、南越谷病院、市川胃腸科外科病院、メディカルトピア草加病院

救急車受入状況

市立病院は、東部(南)保健医療圏において最多の約30%の救急車を受け入れている。

東部(南)保健医療圏における二次救急当番の状況(R4年度)

#	施設名称	所在地	年間救急 当番日数 ^{*1}	当番日数 シェア	救急車等の 受入件数 ^{*1}	受入件数 シェア
1	草加市立病院	草加市	24	17.6%	4,850	28.7%
2	三郷中央総合病院	三郷市	24	17.6%	2,721	16.1%
3	三愛会総合病院	三郷市	24	17.6%	2,701	16.0%
4	八潮中央総合病院	八潮市	13	9.5%	2,401	14.2%
5	吉川中央総合病院	吉川市	24	17.6%	2,150	12.7%
6	みさと健和病院	三郷市	25	18.4%	1,934	11.4%
7	メディカルトピア草加病院	草加市	2	1.5%	143	0.8%
合計			136	100%	16,900	100%

- ✓ 救急医療は平日日中以外の夜間、土日は受入が困難になるケースが多く、地域の患者を守る観点から「責任を持って救急患者を受ける」という意味合いで、輪番制を敷いている地域がほとんど(≒輪番日の搬送要請に関しては原則受けなければならない)。
- ✓ 救急受入は輪番日以外が大部分ではあるものの、地域の当番日数シェアを踏まえると、市立病院は受入件数の地域シェア30%を占めており、地域の二次救急医療を十分に支えているように見える。

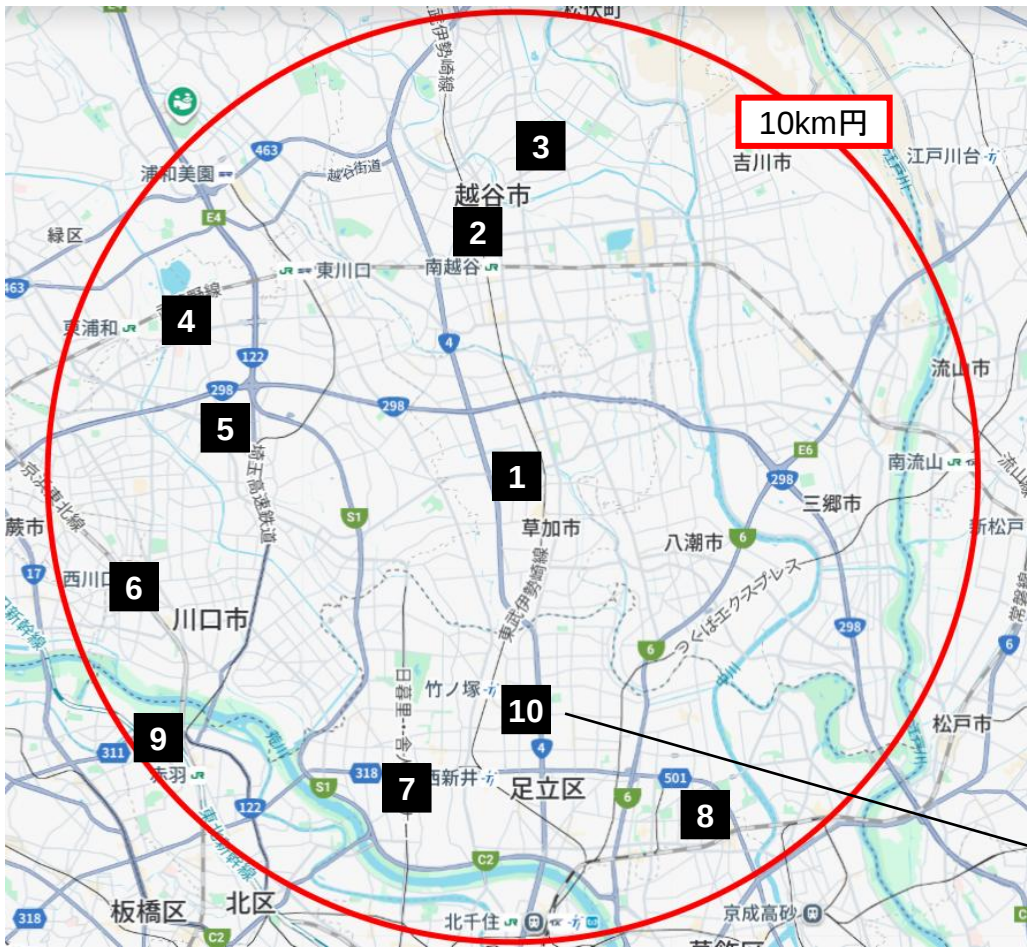
(1/30 医師会長インタビュー)
医師会長の認識も同上。市立病院の救急受入は役割に見合った対応を実施しており、二次救急患者の受入も以前に比べて改善しているとの評価

^{*1}:ドクターカーやドクターヘリも含む

出典:厚生労働省「R4年度救急医療提供体制の現況調べ」

周辺医療機関の位置関係（急性期医療機関、300床以上）

地域の医療環境を考える際は保健医療圏とともにアクセスや利便性を踏まえる必要がある。市立病院の半径10km圏内には300床以上の急性期医療機関が9病院存在しており、市民にとっての選択肢があるという視点からは一定の競争環境にある。



#	医療機関名
1	草加市立病院
2	獨協医科大学埼玉医療センター
3	越谷市立病院
4	埼玉協同病院
5	川口市立医療センター
6	済生会 川口総合病院
7	東京女子医科大学付属足立医療センター
8	東京都立東部地域病院
9	東京北医療センター

足立区竹ノ塚に苑田第一病院（急性期221床）、第二病院（地域包括ケア40床）があるが、第一病院は老朽化に伴い2026年秋に新病院開院予定（350床）であり、患者獲得の勢いが強まる（足立区および近隣自治体の救急／周産期小児医療強化予定）

周辺医療機関の規模・稼働状況・医療機能(300床以上)

地域医療支援病院や救命救急センター、周産期母子医療センター等の機能を持つ規模の大きい病院が近隣に存在(病床利用率は交通事故、労災等の自費診療患者は除かれている点に留意)。

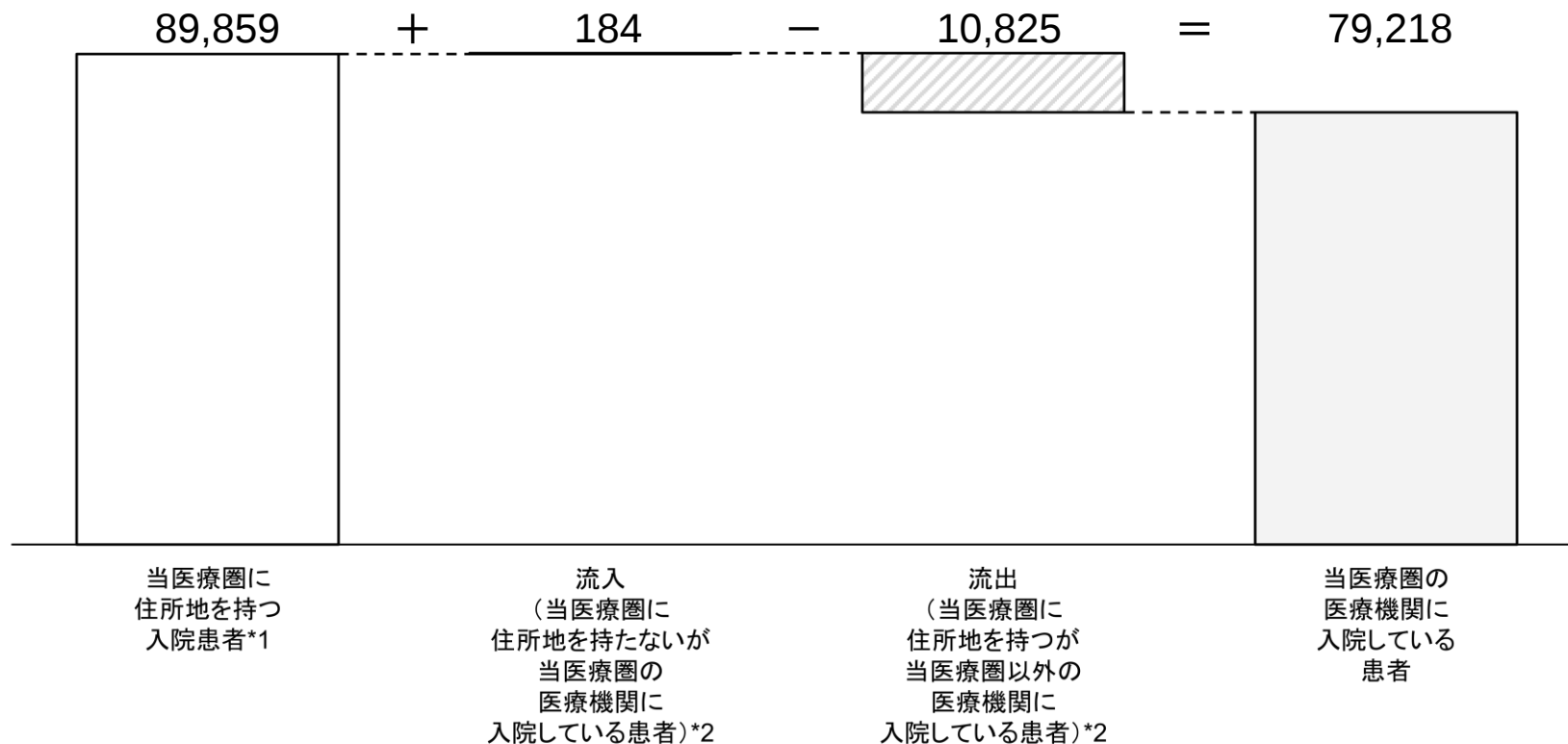
#	医療機関名	病床数	病床数内訳				病床利用率(%)	医療機能				
			高度急性期	急性期	回復期	慢性期		救命救急センター	災害拠点病院	周産期母子医療センター	地域医療支援病院	がん診療連携拠点病院
1	草加市立病院	372	12	360	0	0	62.4		●			
2	獨協医科大学埼玉医療センター	923	165	758	0	0	71.5	●	●	●	●	●
3	越谷市立病院	481	6	475	0	0	65.2					
4	埼玉協同病院	377	8	319	50	0	69.5					
5	川口市立医療センター	510	130	380	0	0	70.8	●	●	●	●	●
6	済生会 川口総合病院	424	26	398	0	0	72.2		●	●	●	●
7	東京女子医科大学付属足立医療センター	450	450	0	0	0	61.2	●	●	●	●	●
8	東京都立東部地域病院	314	6	308	0	0	51.9		●		●	
9	東京北医療センター	351	26	325	0	0	81.8		●		●	

出典:厚生労働省「R6年度病床機能報告」、埼玉県「埼玉県地域保健医療計画(R6~R11年度)」、各医療機関HP、厚生労働省「救命救急センター設置状況一覧」「災害拠点病院一覧」「周産期母子医療センター一覧」「地域医療支援病院一覧」「がん診療連携拠点病院等一覧」

DPC患者の患者住所地別流出入

東部保健医療圏への流入はわずかで、1割以上が他医療圏に流出。

東部保健医療圏への患者住所地別患者流出入状況
(2023年度:人)



医療圏外からの流入はわずかで、流出過多である。

*1: 厚生労働省「R5年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について(医療圏別MDC別患者数)

*2: 厚生労働省「R5年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について(施設別MDC比率)

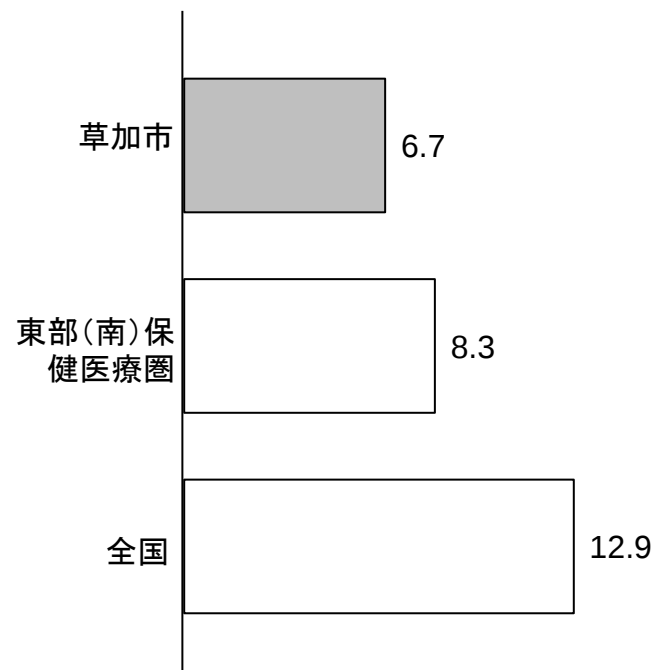
出典: 厚生労働省「R5年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」

病床機能別の病床供給状況

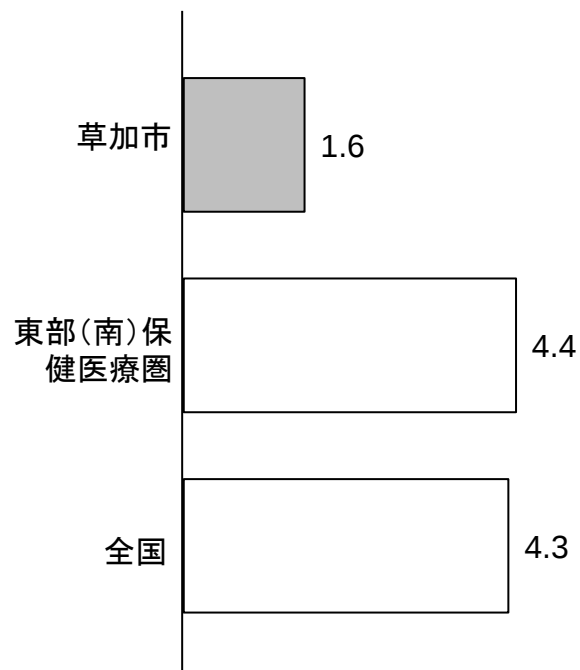
65歳以上人口あたり病床そのものが全国と比べると少なく、相対的に病床過少地域と言える。

65歳以上人口千人当たり病床数^{*1}

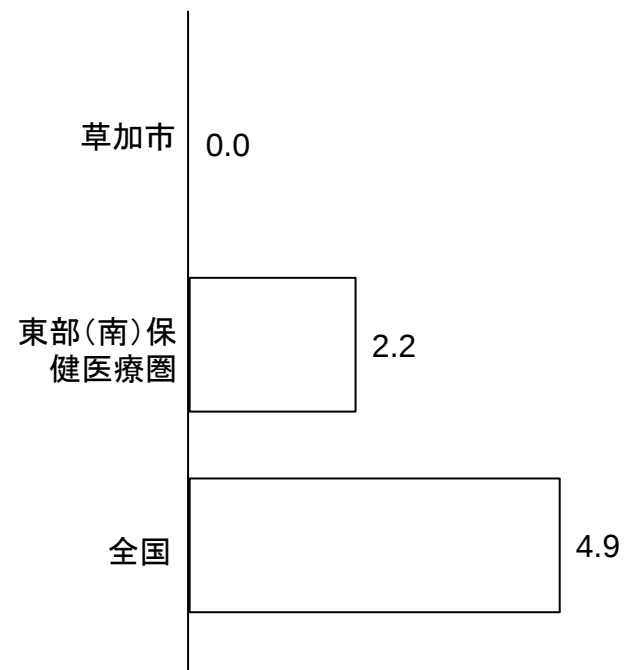
急性期



回復期(回復期リハ・地域包括ケア)



慢性期



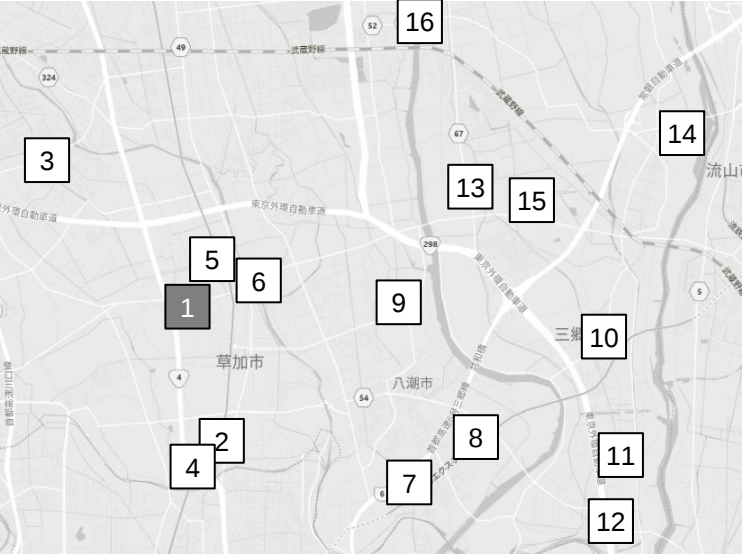
^{*1}: 病床機能報告による「届出を行っている病床数(該当する入院基本料・特定入院料)」のうち、急性期は急性期一般入院料、回復期は地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料・回復期リハビリテーション病棟入院料、慢性期は療養病棟入院料を届け出ている病床数及び「住民基本台帳に基づく、人口、人口動態及び世帯数」(R7年1月1日時点)を基に算出

出典: 厚生労働省「R5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」(R7年1月1日時点)

東部(南)保健医療圏 医療機関の規模・稼働状況

市立病院は本医療圏で病床数・救急受入数ともに最大の医療機関。高度急性期・急性期病床の利用率には、さらなる改善の余地がある。

東部(南)保健医療圏における病院位置情報



※患者像が同じ病棟は合算して計算
出典：厚生労働省「R5年度病床機能報告」

東部(南)保健医療圏における病院/機能別の病床利用率(病床数:利用率)/救急受入数

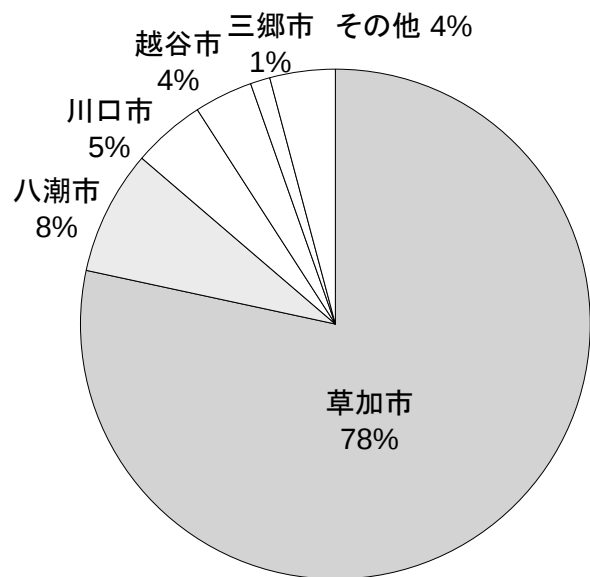
#	医療機関名	病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	救急受入数/月
1	草加市立病院	372	12床:53%	360床:60%	-	-	423
2	メディカルトピア草加病院	80		80床:64%			0
3	二宮病院	60		60床:52%			0
4	鳳永病院	50			50床:98%		0
5	埼玉草加病院	36		36床:61%			0
6	草加松原リハビリテーション病院	50			50床:89%		0
7	埼玉回生病院	311			34床:74%	277床:88%	0
8	八潮中央総合病院	250		186床:82%	50床:88%	14床:73%	236
9	広瀬病院	60		60床:61%			0
10	三郷中央総合病院	289	8床:81%	223床:78%		58床:98%	266
11	埼玉みさと総合リハビリテーション病院	175			175床:90%		0
12	みさと健和病院	282	10床:45%	162床:66%	90床:91%	20床:67%	174
13	三愛会総合病院	274		196床:61%		78床:75%	293
14	みさと協立病院	102			102床:76%		0
15	永井マザーズホスピタル	35		35床:70%			0
16	吉川中央総合病院	272		130床:76%	54床:79%	88床:84%	190

※(病床利用率は交通事故、労災等の自費診療患者は除かれている点に留意)

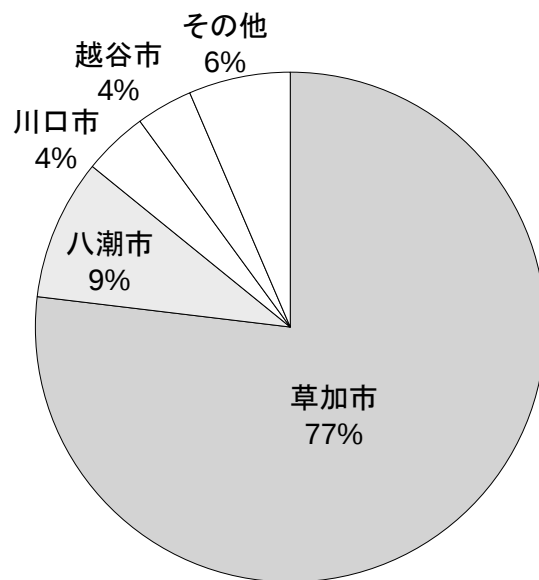
市立病院の実質医療圏

市立病院における外来・入院患者の86%が草加市と八潮市の在住者であり、実質的な医療圏と見做せる。

市立病院外来患者 住所地割合
(2024年4~12月)*¹
(n=14,058人)



市立病院入院患者 住所地割合
(2024年度)*²
(n=6,742人)



市立病院へ通院している入院・外来患者のうち、草加市在住者が概ね4分の3を占めている。

八潮市在住者と合わせると入院・外来とも86%であり、実質的な医療圏は草加市と八潮市(の一部)といえる。

草加市と八潮市からの集患を一層強化していく必要がある。

*1: 延患者数で集計

*2: 実患者数で集計

出典: 院内データ(R7年度地域別外来患者数(4月-12月)、様式1)

1

1－2

地域医療環境等の将来予測

地域医療環境等の将来予測に係るサマリ

・2050年の当医療圏の人口推計は2025年比1.5%の微減にとどまる一方、後期高齢者人口は24%の大幅な増加が見込まれる。この結果、急性期・回復期・慢性期の全医療需要が増加し、急性期は2025年比12%の増加と予測。また、介護需要も同様に2040年までに28%増加することが予想されることから、全国的にみても、医療市場という観点では伸びる地域。

・2040年頃には65歳以上の高齢者人口がピークを迎えることから、国も「新たな地域医療構想」の方針として、医療機関の役割分担の明確化を掲げている。

・この方針に基づく医療機関の役割分担の一つとして、概ね人口20万人から30万人当たり1か所程度、「急性期拠点機能」が求められている。

・2026年度診療報酬改定において、大学病院や三次救急病院など、新たな地域医療構想で「急性期拠点機能」を担う病院を明確化する。小児医療など採算がとりにくいものの地域に不可欠である「総合的診療機能」が評価の柱となり、「地域最後の砦として幅広い急性期需要に応える病院」がより高く評価される仕組みに変わる。この再編により、地域内での「高度急性期」と「一般急性期」、または現在の回復期を再編した「包括期」の役割分担が加速すると想定される。

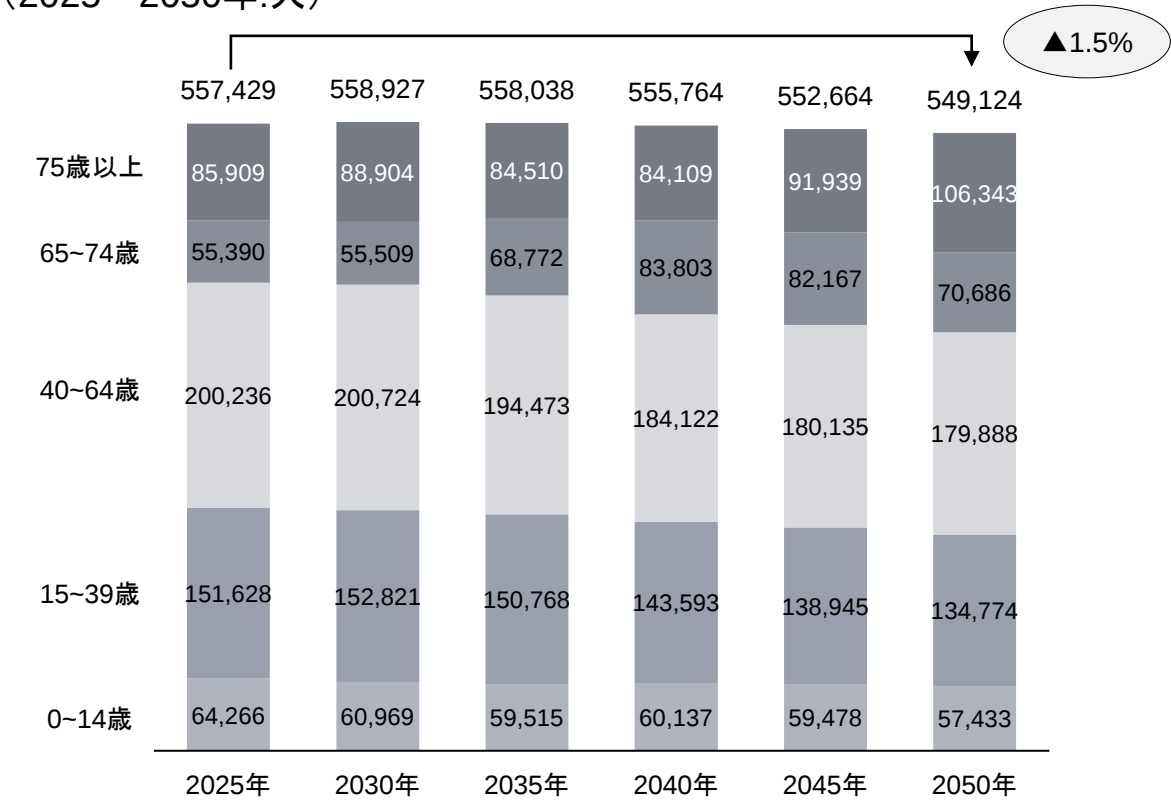
・経営戦略上非常に大きなインパクトを与えるのが、地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟とのケアミックスが大きく制限されることである。これまでは、病床利用率や施設基準を維持するため、地域包括ケア病棟とのケアミックス運用が有効な経営手段であったが、ケアミックス運用では、収益性の高い上位加算が獲得できなくなることから、病院は「純粋な急性期として生き残るか、それとも急性期の基準を下げケアミックスとするか、包括期へ完全に舵を切るか」という選択を迫られることになる想定される。

・市立病院は、救急車受け入れ件数や全身麻酔手術件数等の実績から、診療報酬において収益性の高い上位加算を獲得できる「高度急性期」の基準を十分満たすことが想定され、また、当医療圏において「急性期拠点機能」を担える病院が他にないことを前提に、将来的な役割、機能を検討していく必要がある。なお、当医療圏における回復期等の需要増という課題には、民間病院を中心とした病床再編の動向や後方連携を行う施設の状況を注視していく必要がある。

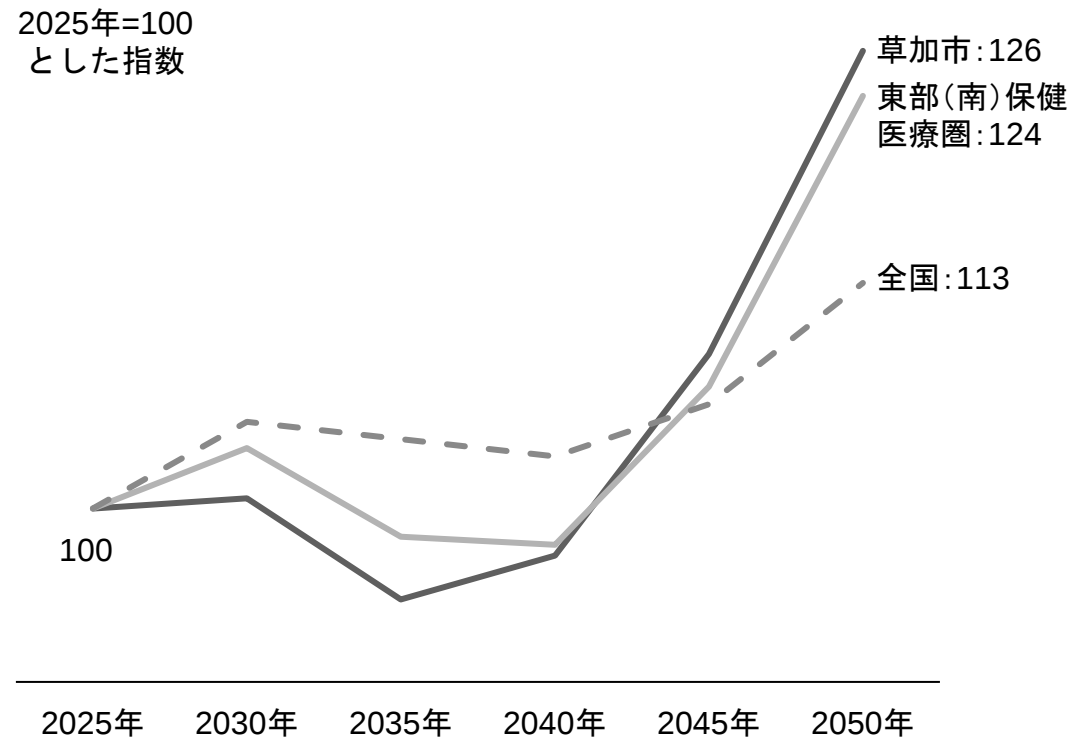
東部(南)保健医療圏の年齢階級別将来人口推計

東部(南)保健医療圏の人口は2050年までに1.5%の微減にとどまる。一方、後期高齢者人口は大幅な増加傾向となる見込み。

東部(南)保健医療圏の年齢階級別将来人口推計
(2025～2050年:人)



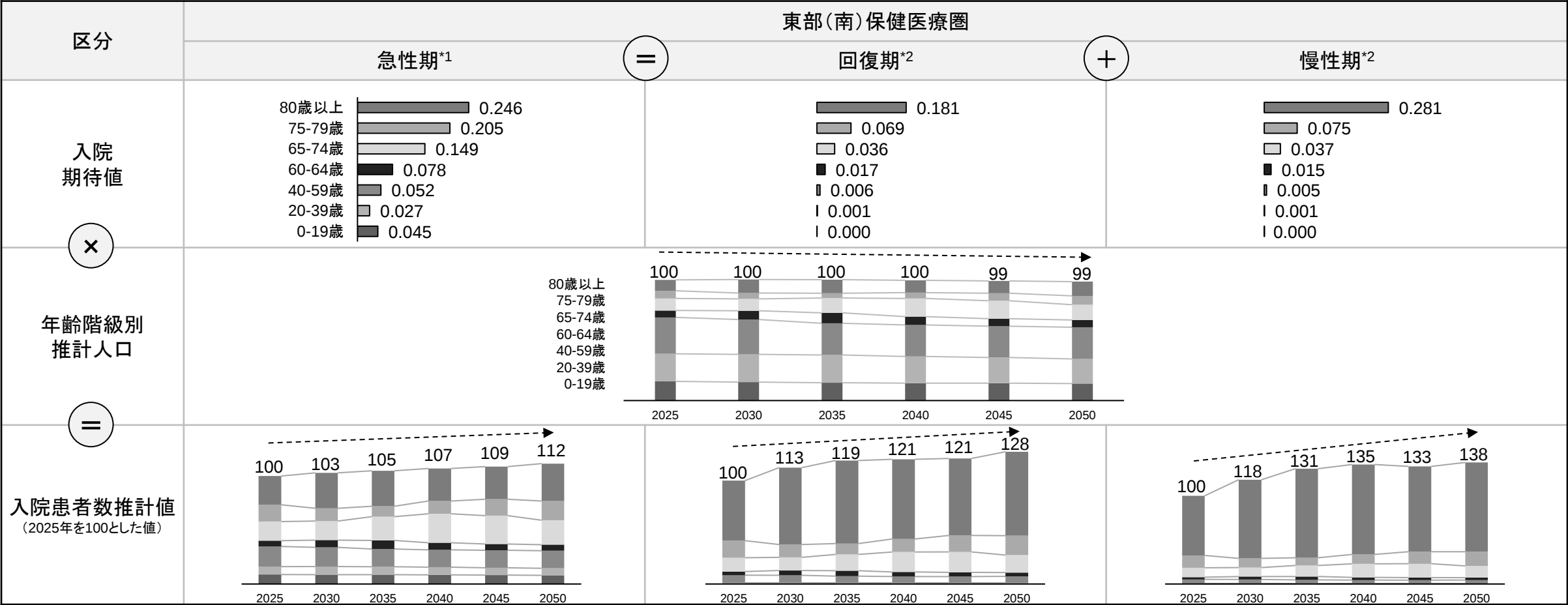
後期高齢者人口(75歳以上)の変化
(2025～2050年)



※高齢者人口は75歳以上の高齢者人口と定義。全国の推計人口は出生中位(死亡中位)推計を使用
※東部(南)保健医療圏とは、埼玉県内の草加市、三郷市、八潮市、吉川市を含む
出典: 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(R2年国勢調査を基に推計)」

医療需要の将来推計(入院需要/機能別/東部(南)保健医療圏)

急性期・回復期・慢性期の全医療需要が増加。



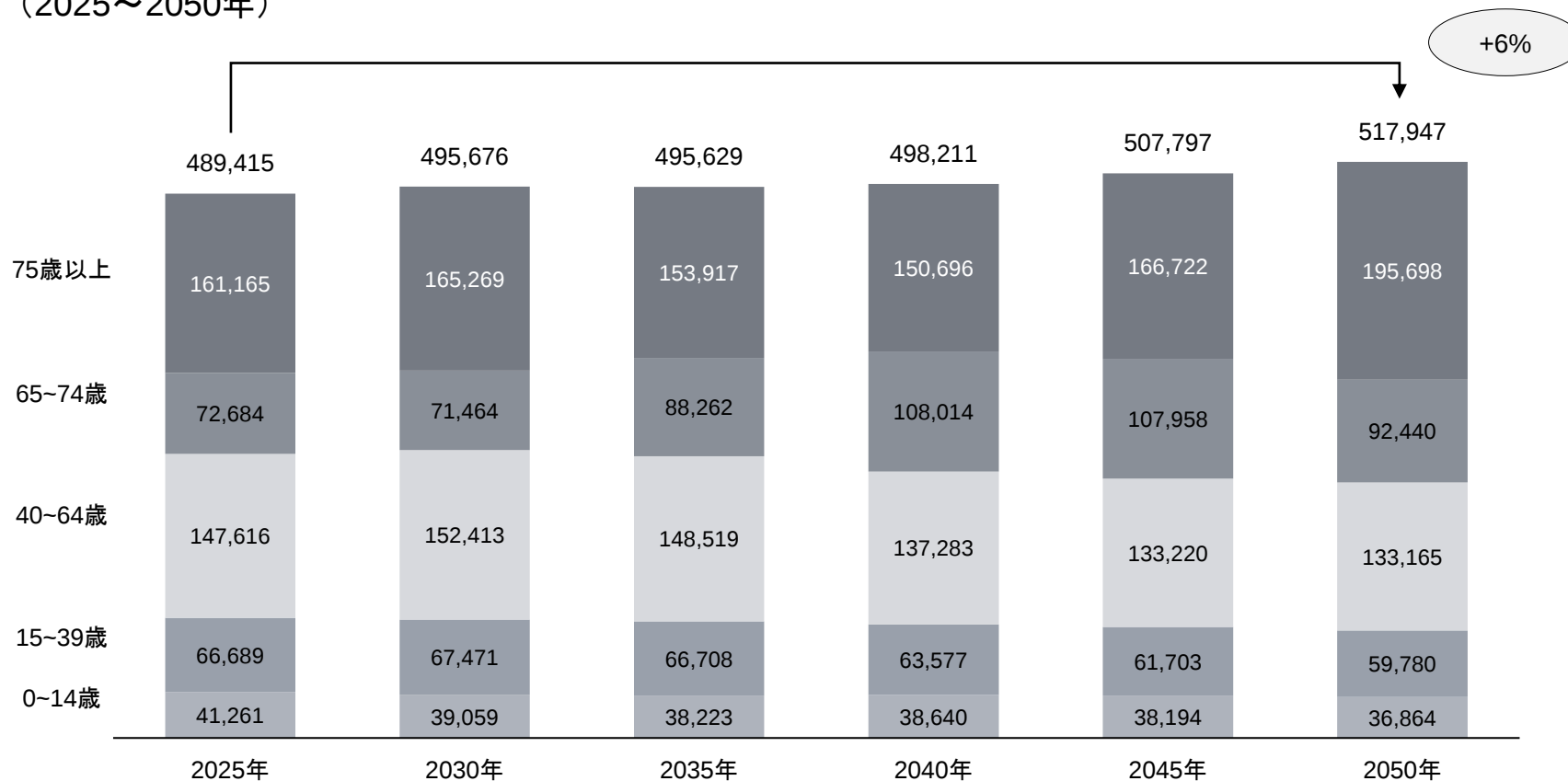
*1:急性期は、DPC評価分科会が作成する急性期病院の疾病別年齢別診療行為件数(年齢別)をR6年の全国年齢別人口で除して算出
*2:社会医療診療行為別統計における年齢別の診療行為回数(年齢別)をR6年の全国年齢別人口で除して算出(回復期は地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料を使用、慢性期は療養病棟入院料、精神は精神病棟入院基本料を使用)
出典:総務省「住民基本台帳に基づく、人口、人口動態及び世帯数」(R6年1月1日時点)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口 R5(2023)年推計」、「診療報酬専門組織DPC評価分科会」(R5年度)、厚生労働省「社会医療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」(R5年審査分)

21

医療需要の将来推計(外来/東部(南)保健医療圏)

外来受診頻度が高い高齢者人口の増加により、2050年までに約6%増加する見通し。

東部(南)保健医療圏外来受診者数の将来推計*1
(2025~2050年)

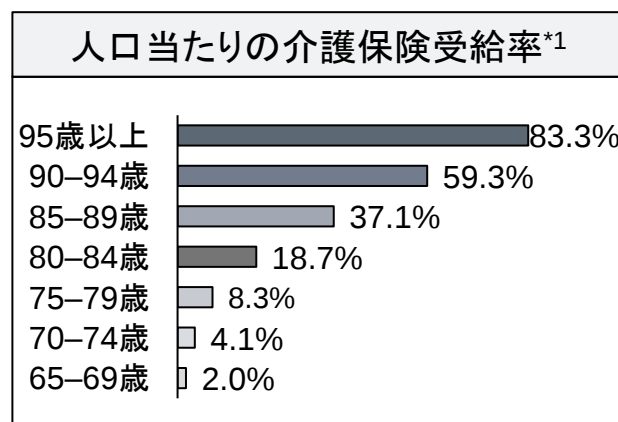


*1: 2023年の全国年齢別「初・再診」回数をR6年の全国年齢別人口で除して1人当たりの「初・再診」回数を算出し、医療圏の将来推計人口と掛け合わせて作成

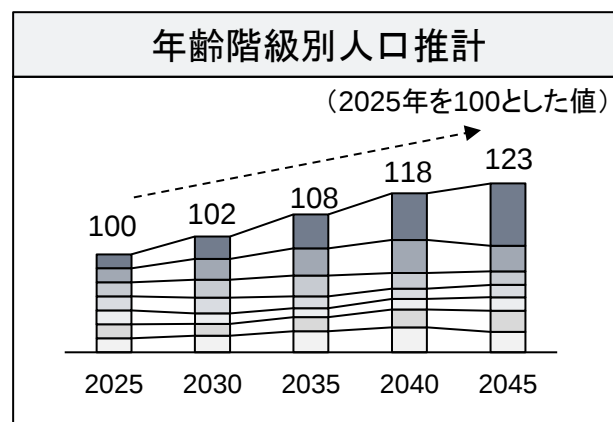
出典: 総務省「住民基本台帳に基づく、人口、人口動態及び世帯数」(R6年1月1日時点)、厚生労働省「社会医療診療行為別統計医科診療(入院外)件数・診療実日数・回数・点数」(R4年6月審査分)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(R2年国勢調査を基に推計)

介護需要の将来推計

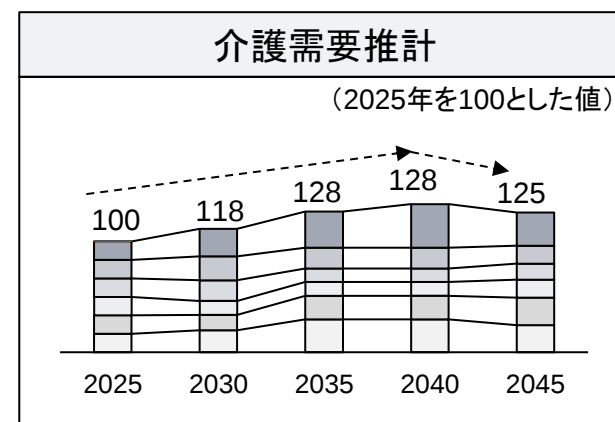
東部(南)保健医療圏の介護需要は2040年頃まで増加傾向にあり、今よりも約28%増加する。



×



=



^{*1}: 介護給付費等実態統計報告(R6年11月審査分)の年齢階級別受給者数をR6年10月の全国の年齢別人口で除して算出

出典: 厚生労働省「介護給付費等実態統計報告」(R2年10月審査分)、国勢調査(R2年)、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(R5年3月推計)」

新たな地域医療構想の動向

地域の実情に応じて、医療機関の役割分担を明確化することが出発点。草加市の人口規模、周辺環境を踏まえると市立病院にはこれからも急性期拠点機能を担うことが期待される。

「新たな地域医療構想」の方針

- 医療機関機能の明確化と連携・再編・集約化の推進
 - 個々の医療機関が担うべき役割を明確にし、その機能に応じた連携・再編・集約化を推進。
- 外来医療・在宅医療・介護連携の強化
 - 2040年頃には65歳以上の高齢者人口がピークを迎え、医療と介護の複合ニーズが増大することが予測されている。外来医療・在宅医療・介護連携が新たな地域医療構想の主要な柱。
- 医療提供体制を支える人材確保とDX推進
 - 医療従事者の確保は、人口減少が加速する中で喫緊の課題。医療従事者の働き方改革を進めるとともに、医療DXやタスクシフト・シェアの推進により、医療現場の生産性向上と効率化を図る。これにより、地域で不可欠な医療機能を維持し、質の高い医療提供体制を持続的に確保することを目指す。

求められる機能

機能名	求められる具体的な機能や体制
急性期拠点機能	・ 救急医療の提供 ・ 手術等の医療資源を多く要する診療の幅広い総合的な提供 ・ 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設 ・ <u>1～複数を確保することとされているが、概ね人口20万人から30万人当たり1か所程度</u>
高齢者救急・地域急性期機能	・ 高齢者に多い疾患の受入、入院早期からのリハ提供 ・ 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ・ 高齢者施設等との平時からの協力体制
在宅医療等連携機能	・ 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ・ 地域との連携機能、訪問看護ステーション等の支援 ・ <u>高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制</u>
専門等機能	・ 特定の診療科に特化した手術等を提供 ・ 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ・ <u>集中的な回復期リハビリテーション</u> ・ 高齢者等の中長期にわたる入院医療

2026年度診療報酬改定で複雑化する入院料の選択肢 市立病院(急性期病院)への影響

「急性期拠点機能」を担う病院の明確化

- 高度な急性期医療を24時間体制で提供し、多数の診療科を有して複雑な手術や救急対応を包括的に行う「**総合的診療機能**」が評価の柱になる。
- 急性期、回復期、慢性期などの病床を複数併せ持つ**ケアミックス**が大きく制限され、ケアミックス運用では収益性の高い上位加算が獲得できなくなる。

高度急性期 (純粋な急性期)	一般急性期 (ケアミックス)	包括期 (地域包括ケアの受け皿)
- 高度な救急医療体制 - 幅広い急性期需要に対応	- 急性期を縮小して維持 - 一部病棟を「地域包括医療病棟」へ転換	急性期経過後の在宅復帰に向けた医療やリハビリテーション等を提供

- ▶ 地域における「高度急性期」「一般急性期」「包括期(回復期)」に役割分担が加速。
- ▶ 「純粋な急性期として生き残るか、それとも急性期の基準を下げケアミックスとするか、包括期へ完全に舵を切るか」という選択を迫られることになる想定。

今回の診療報酬改定により、高度な急性期医療を提供する病院が高く評価され、収益性の高い上位加算が獲得しやすくなる。

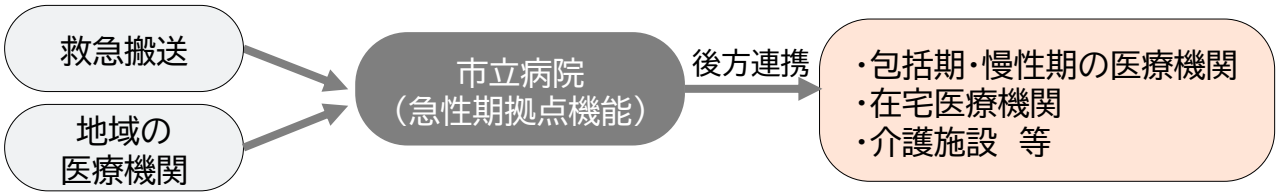
算定可能な 上位加算	急性期総合体制加算1～5 ※1が最も収益性が高い	急性期総合体制加算5
実績要件	- 救急搬送受入 2,000件以上/年 - 全身麻酔手術 1,200件以上/年	- 救急搬送受入 1,500件以上/年 - 救急搬送受入 500件以上/年 - 全身麻酔手術 500件以上/年
ケアミックス の制限	地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟のいずれの届出もしていない	地域包括医療病棟の届出を行っていない
	急性期病院A	急性期病院B

市立病院への影響

- 急性期病院Aの基準は満たしている
- 救急搬送受入 4,000件以上/年
 - 全身麻酔手術 1,800件以上/年 等
- ▶ 急性期病院Aになることで、急性期拠点機能を担う病院としての立場を確立し、地域の中核病院としてのブランド化を図ることができる。

地域医療の役割分担イメージ

市▶地域を主導し、症例集約化と、後方連携を行う施設(介護分野含む)との役割分担を進めていく



1

1－3

市立病院に求められる役割・機能

市立病院に求められる役割・機能に係るサマリ

一層の地域連携の強化を図りながら、市立病院には引き続き急性期拠点機能を担うことが求められる。

- ・本市の人口推移、高齢化の進展、国の政策の方向性を踏まえると、地域医療環境を維持する観点から、概ね人口20万人から30万人程度に一か所必要とされる「急性期拠点機能」を将来にわたり担うことが求められる。
- ・その役割を適切に担うためにも、市として地域の医療機関等との役割分担の明確化と介護分野を含めた連携の強化に、より一層注力していく必要がある。

1

1-4

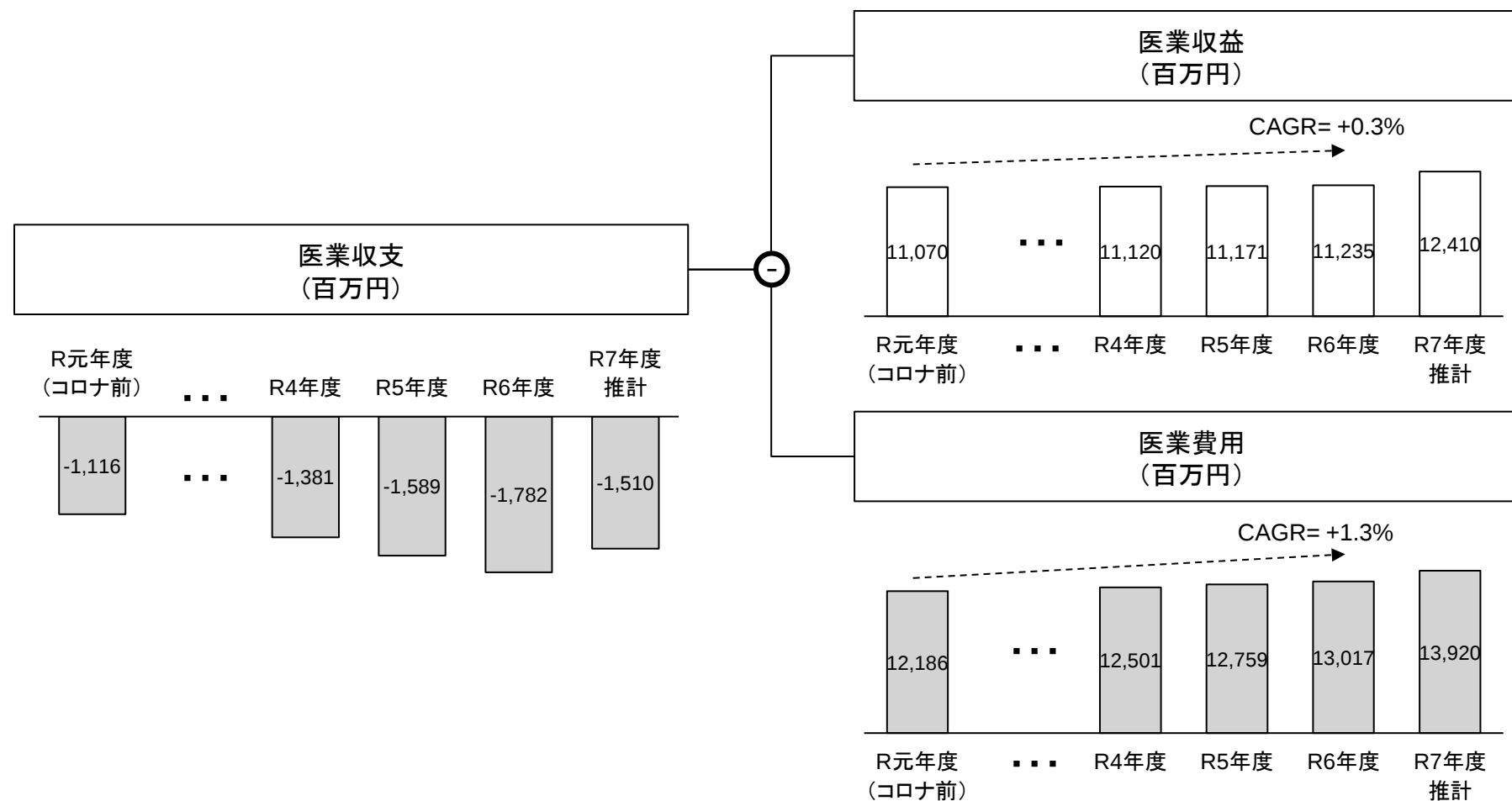
市立病院の経営状況

市立病院の経営状況に係るサマリ

- ・ここ数年の市立病院の経営状況は、医業収益は増加傾向にあるものの、医業費用の伸びが上回っており、その結果、収支と資金繰りがともに悪化している。
- ・収益面の改善のカギを握るのは入院収益であるが、入院実患者数および平均在院日数ともに改善傾向にある。この結果病床利用率も、令和4年度の64.6%から令和7年度は76.5%まで改善する見込み。
- ・紹介受診重点医療機関に移行したことで紹介件数が増加している。逆紹介の増加にも併せて取り組むなど地域連携のさらなる強化を図っていくことが収益改善に直結する。
- ・病床利用率は現在の施設・運営体制を前提に簡易的な感度分析を行うと、登録病床数に対して83%程度（稼働可能病床数をベースにすると90%程度）が最大値の目安となり、令和6年度決算値と比較すると約10億円程度の収支改善効果が期待できると予測。83%という水準は、令和7年度見込みをベースにすると、救急車受入を1日1台弱、紹介患者の受入を1日14人程度増加させるインパクトであり、施策を講じることで実現可能と見込まれる。
- ・費用の抑制については給与費、経費、委託費等のベンチマーク比較を行った結果、委託費、薬剤費比率、医療材料費比率についてはやや高いものの乖離幅は小さい。改善幅は大きくないと思慮されるが、さらなる改善について引き続き取り組んでいく必要はある。なお、給与費については、他院よりも低い、医師は低く、看護師・医療技術員、事務は高い。看護師は平均年齢が高い構造的課題がある。
- ・なお、令和8年度の当初予算における一般会計からの繰出金については、総務省の基準に基づき、市長部局と市立病院の間で令和8年度の繰出基準について整理したものである。

経年比較での医業収支状況

医業収益自体は僅かに伸びているものの、それを上回る費用増が収支を悪化させている。



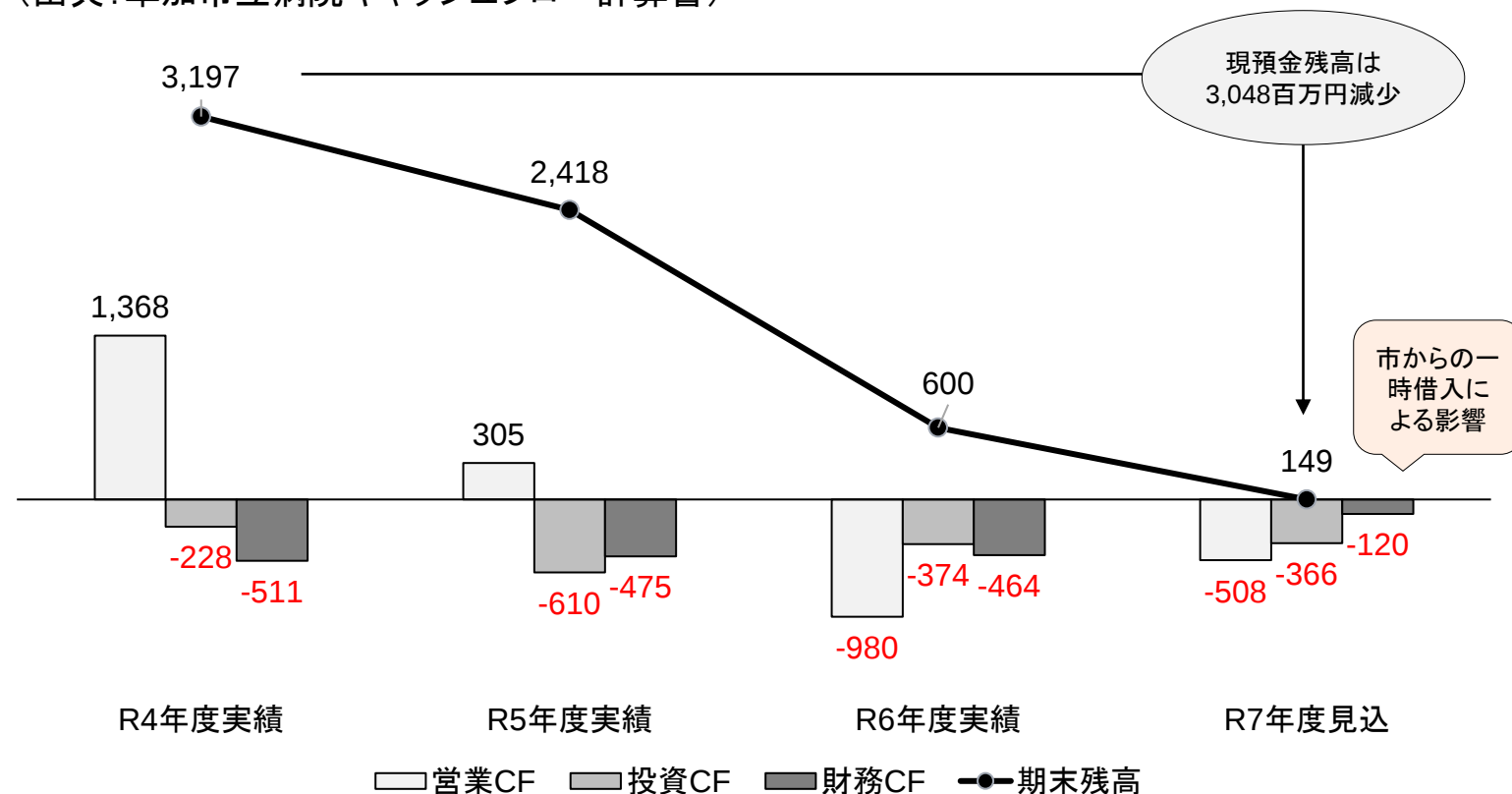
医業収支の悪化は、収益の伸びを上回る費用の伸びが要因(具体的には人件費と水道光熱費・委託費用等の増)。

キャッシュフロー推移と資金ショートの可能性

営業CFの大幅な減少に伴い現預金残高は枯渇。市からの一時借入や繰出金増額補正により運転資金を確保している状況。

キャッシュフロー推移

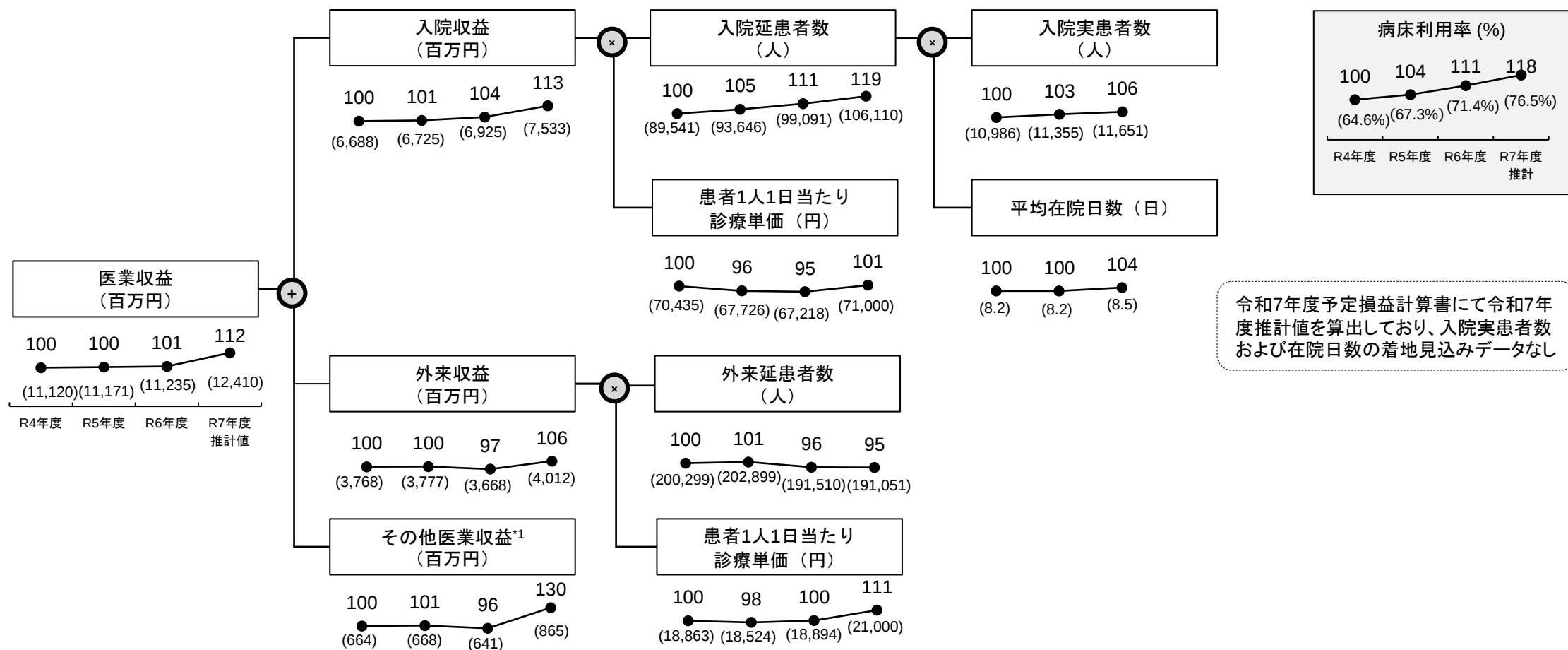
(出典:草加市立病院キャッシュフロー計算書)



- ✓ 人事院勧告による人件費増、インフレ基調による材料費増等によりコストが増大した一方、収入が伸び悩んでいることにより営業キャッシュフローが大幅に減少(全国的に同様の傾向)。
- ✓ 運転資金確保のために、令和7年度に以下を実施。
 - 令和7年12月議会で4億円程度の繰出金の増額補正(当初17億円)
 - 令和7年12月に10億円の一時借入
 - 令和8年3月に7億円返済
 - 令和8年4月に3億円返済予定(令和8年度の繰出金入金後)
- ✓ 上述の影響から、現状は大型設備投資計画も立てられない状況。

医業収支構造の経年変化(入院収益、外来収益の単価・延患者数別)

入院実患者数は伸びており、病床利用率も回復傾向。

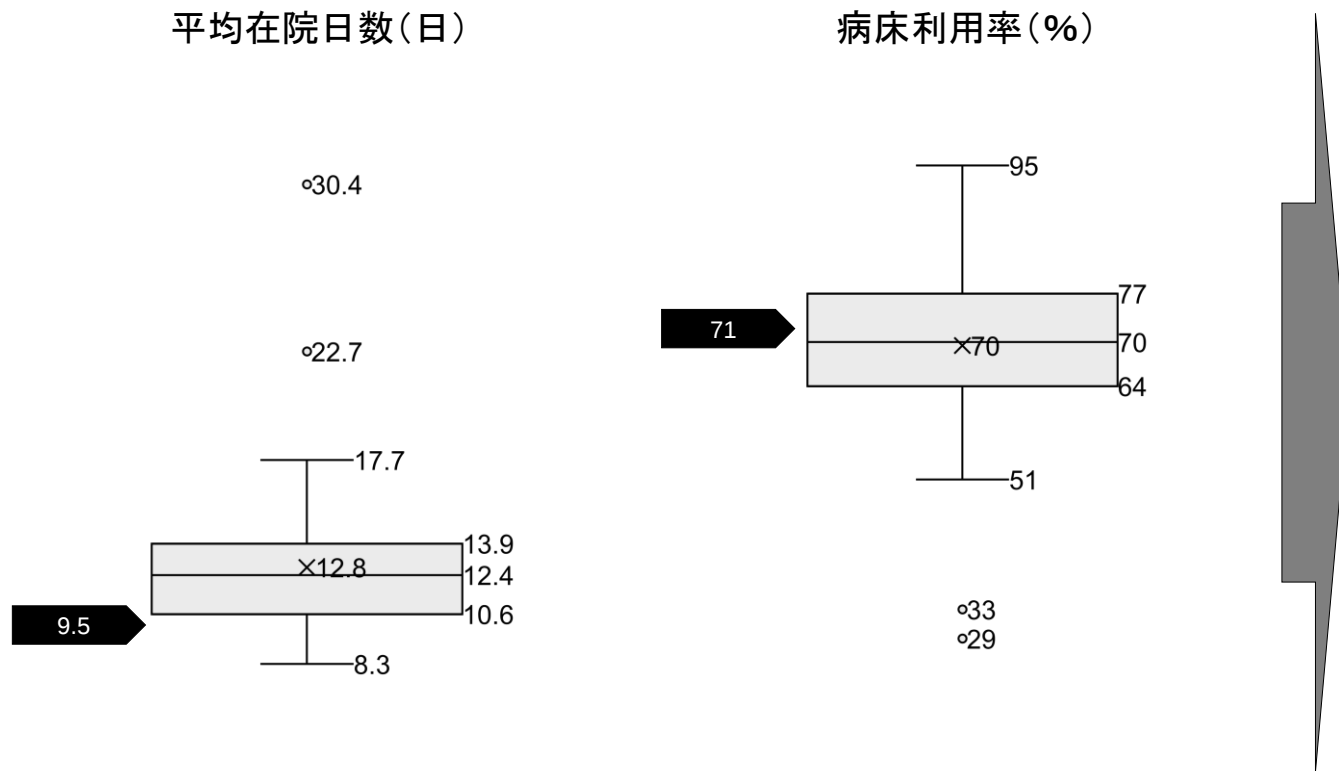


令和7年度予定損益計算書にて令和7年度推計値を算出しており、入院実患者数および在院日数の着地見込みデータなし

他院と比較した延患者数における経営改善余地は？

平均在院日数は短く、病床利用率は70%程度（現時点ではさらに増加中）。集患による入院患者数増、在院日数適正化による延患者数の増加の余地は存在。

延患者数に対する経営指標



病床利用率は70%程度（現時点ではさらに増加中）、機能的に休床せざるを得ない病床を含めても受け入れ余地はある状況。

平均在院日数は他院より短く在院日数適正化による延患者数の増加の余地は存在。

在院日数の延長余地はあるのか

患者の状況に応じ、DPCⅡ 期間満了に向けた退院調整を行うことで、最大で年間6,500日、1日単価35,000円とすると最大約2.2億円の改善効果がある。

DPCⅡ 期間未満退院患者の満了までの日数上位10疾患における在院日数の調整余地

#	DPC	疾患名	症例数 /年	期間Ⅱ	平均在 院日数	差	期間Ⅱ 満了 までの残日数
1	010060xx99x40x	脳梗塞	44	16	11.9	-4.1	182
2	03001xxx99x3xx	頭頸部悪性腫瘍	10	27	8.9	-18.1	181
3	110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症	49	12	8.4	-3.6	174
4	0400802499x0xx	肺炎等(市中肺炎かつ75歳以上)	41	15	10.9	-4.1	169
5	060340xx03x00x	胆管(肝内外)結石、胆管炎	53	8	5.2	-2.8	147
6	060035xx0100xx	結腸(虫垂を含む。)の悪性腫瘍	36	14	10.7	-3.3	118
7	050130xx9900x0	心不全	24	16	11.4	-4.6	110
8	080010xxxx0xxx	膿皮症	27	12	8.2	-3.8	103
9	050210xx97000x	徐脈性不整脈	22	9	5.9	-3.1	69
10	010060xx99x20x	脳梗塞	15	16	11.5	-4.5	67
全数(219疾患)							6,500

期間Ⅱは全国の平均在院日数をもとに設定。

市立病院では期間Ⅱ未満での早期退院が年間延べ6,500日発生しており、仮に期間Ⅱの1日単価が35,000円とすると約2.2億円の改善効果。

集患により高稼働が実現される場合はこのままでよいが、それまでは可能な範囲で期間Ⅱを目指したベッドコントロールを行いたい。

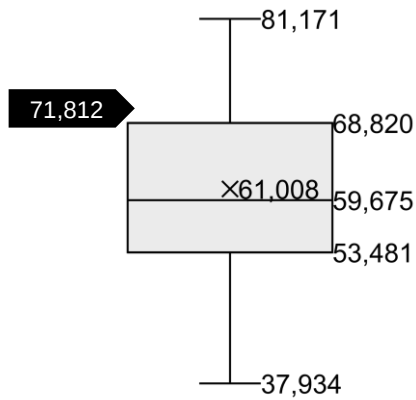
出典:院内データ(様式1・Dファイル)死亡退院患者は除外

他院と比較した入院1日単価における経営改善余地は？

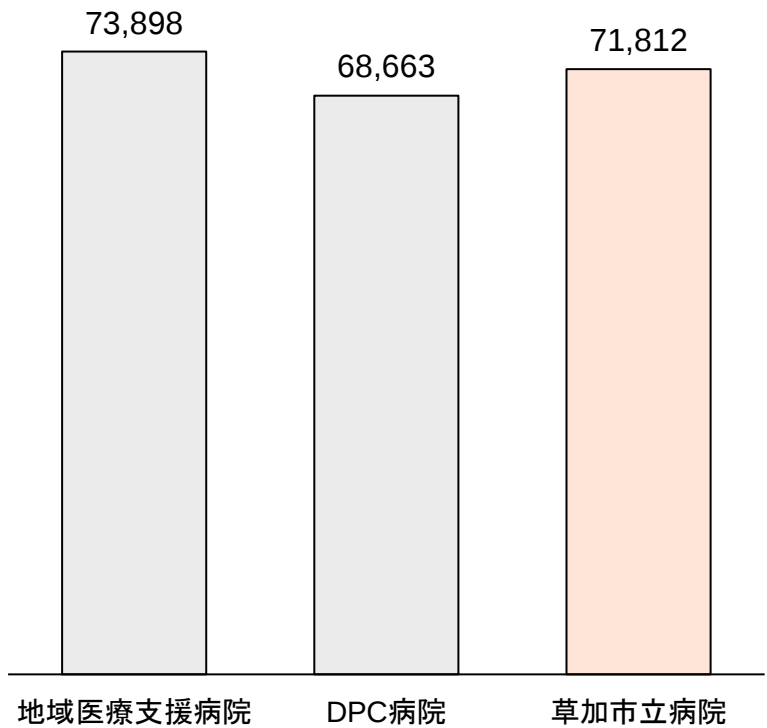
当院の単価は同規模病院の中では高く、地域医療支援病院の1日単価に並んでおり、改善の余地は小さい。

入院患者の1日あたり医療費

同規模病院との比較



地域医療支援病院・他DPC病院との比較



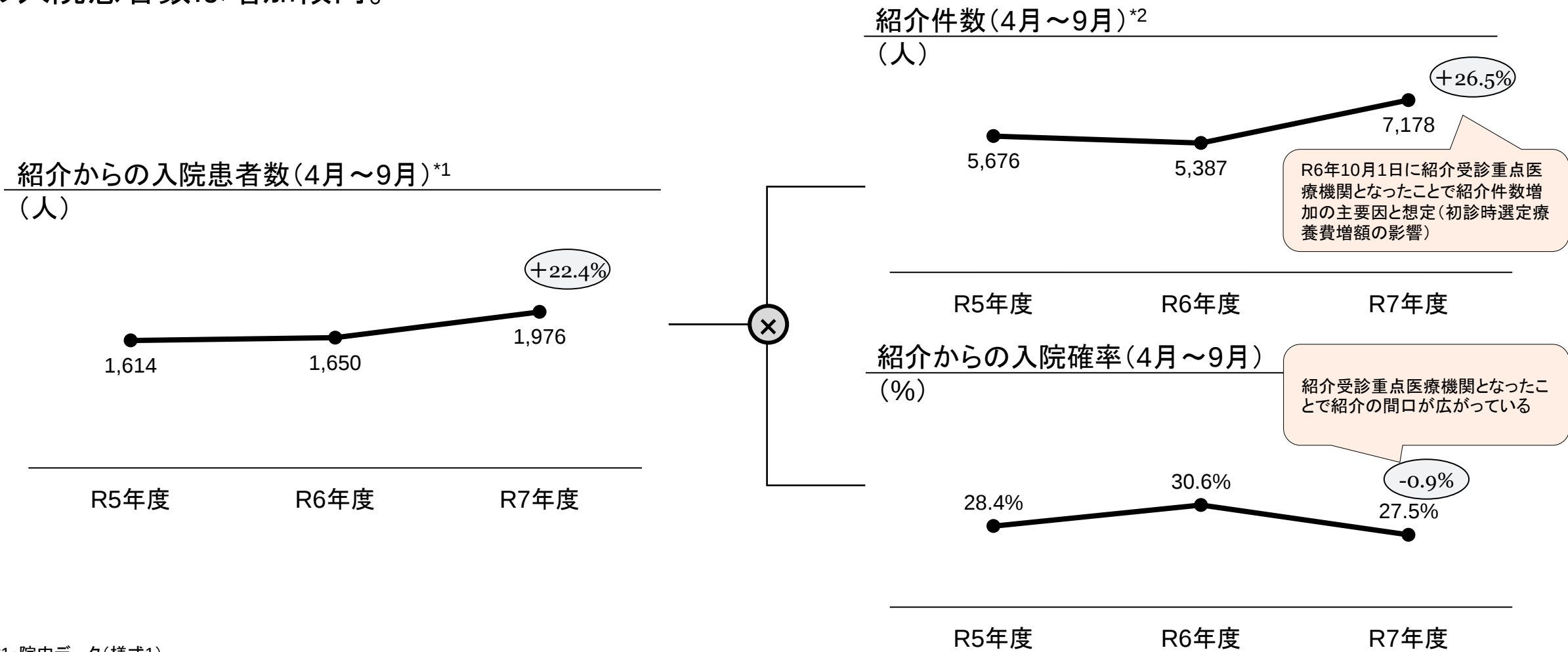
当院の1日あたり入院単価は同規模病院と同水準であり、単価が低いわけではないため、大幅な改善余地があるわけではないと考えられる。

入院単価を構成する要素を分解すると以下の①～⑤の観点で検討できる。

- ①入院料変更による増収余地
- ②基礎係数を上げる余地
- ③機能評価係数Ⅰを上げる余地
- ④機能評価係数Ⅱを上げる余地
- ⑤出来高部分の増加余地

紹介からの入院患者数・入院確率の変化

紹介受診重点医療機関となったことで、紹介件数が増加した。入院確率はやや低下したものの、紹介からの入院患者数は増加傾向。

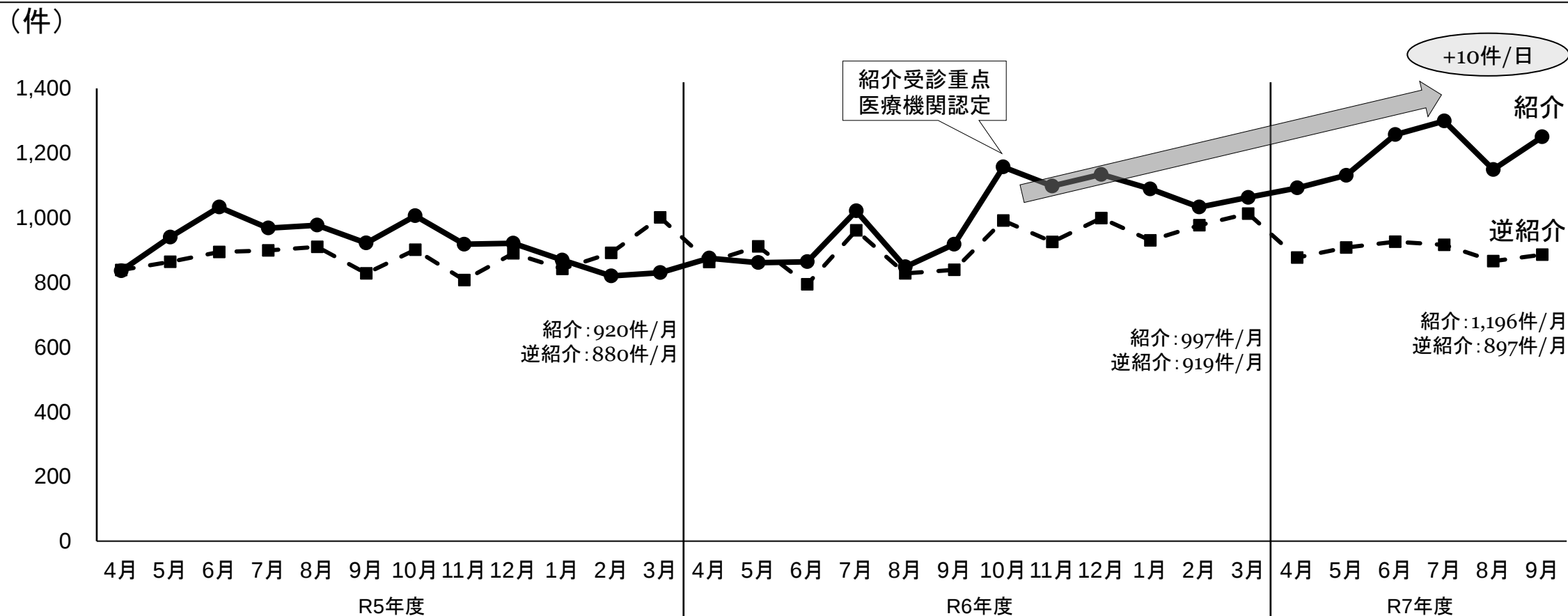


*1: 院内データ(様式1)
*2: 院内データ(診療科別診療実績データ: 地域連携)

紹介・逆紹介件数の経年変化

紹介受診重点医療機関をきっかけに市立病院への紹介件数は10件/日増加。一方で逆紹介件数は伸びず差が発生しており、紹介・逆紹介件数の差は極力なくしたい。

紹介・逆紹介件数の推移



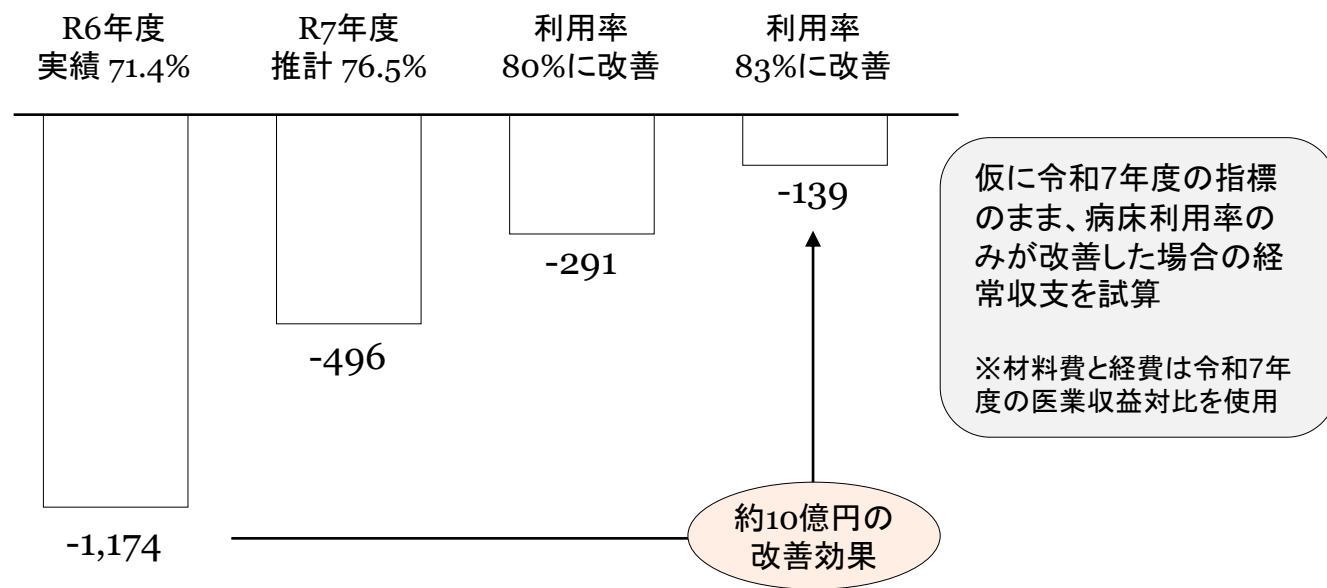
病床利用率が改善した場合の改善インパクト

令和7年度は入院患者の増加から利用率は76.5%まで改善見込み。仮に病床利用率が83%まで改善した場合、経常赤字は1.4億円程度まで圧縮される可能性。まずは集患施策にリソースを振り向けるべきように見える。

簡易的な感度分析に基づく経常収支^{*1}

(R7年度予定損益計算書を基に試算)

(単位: 百万円)



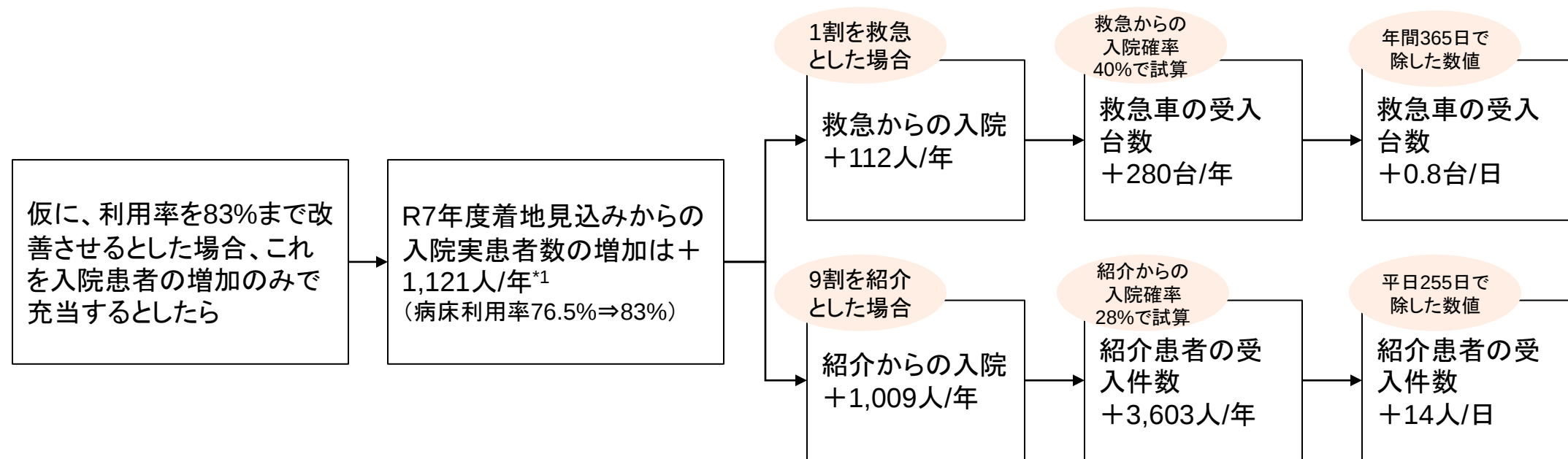
市立病院の現運営体制を考慮すると、病床利用率は稼働病床に対し、年平均で90%程度が限界と考えられる。制約により実際の稼働可能病床数は357床であることから、357床の約90%、許可病床数380床に換算すると83%が改善の最大値となり、その場合の経常収支は令和6年度実績に比して約10億円改善する。

^{*1}: R7年度推計の病床利用率が上昇した場合の入院患者数にR7年度単価を乗じて入院収益を試算、材料費および経費はR7年度の当該費用対医業収益率を乗じて試算、それ以外の費目は横置きと仮定して経常収支を試算

出典: 令和7年度予定損益計算書

難易度はどの程度なのか？まず、利用率83%まで改善させた場合

入院患者増加施策のみで改善するとなると、入院実患者数を年間1,100人程度増やす必要がある。これは、1日あたり紹介経由の受診患者を今よりも+14人、救急車受入台数を+0.8台増やすことを意味する。



簡単な数値ではないが、不可能な数字ではないように思える。
集患施策以外の施策も合わせて実施する必要があるが、まずはどうやって患者を集めるか、
どう実現するかを検討することが重要と思慮。

*1: 平均在院日数はR6年度実績を使用して試算

医業費用のベンチマーク比較(1日入院患者数200~250人の病院) 1/2

給与費はベンチマーク病院群よりも低い水準。経費は平均程度だが、そのうち委託費はやや高い可能性。
ただし、ベンチマーク病院群との乖離幅が大きいわけではない。

給与費(100床あたり)

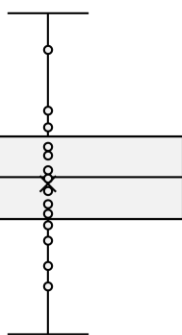
(千円)

3,000,000

2,000,000

1,000,000

0



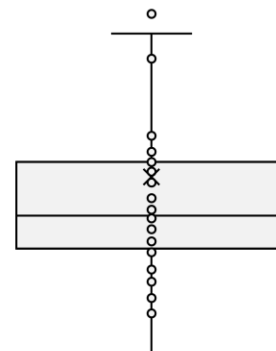
経費(100床あたり)

(千円)

1,600,000

800,000

0



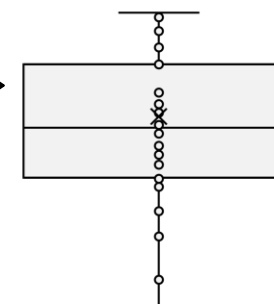
委託費(100床あたり)

(千円)

1,000,000

500,000

0



医業費用のベンチマーク比較(1日入院患者数200~250人の病院) 2/2

薬剤費比率と医療材料費比率は、ベンチマーク病院群よりもやや高い水準であるが、乖離幅が大きいわけではない。

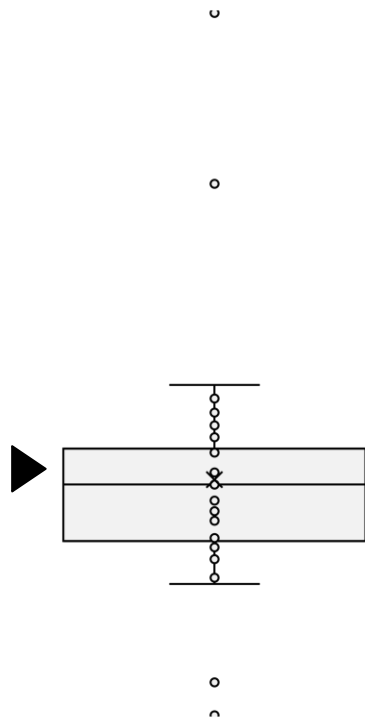
薬剤費比率(対医業収益)

(%)

40%

20%

0%



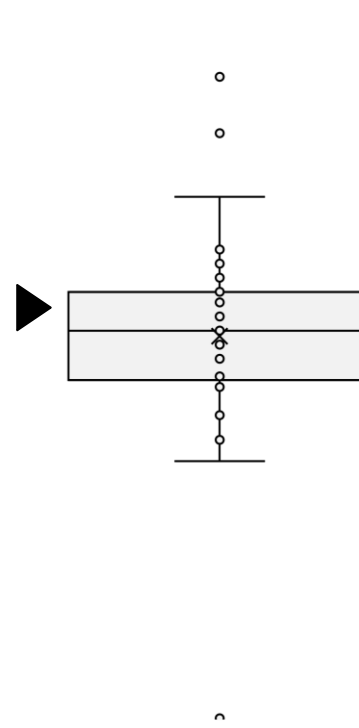
医療材料費比率(対医業収益)

(%)

20%

10%

0%



- ✓ 材料費に関しては、日本ホスピタルアライアンスの共同購買を通じて、コスト抑制の努力を行っている。(2025年4月現在、全国345の急性期病院が参画)
- ✓ 一方で、昨今は公立病院においても、SPD業者(院内物品管理業者)による一括購買も広がっている。SPD業者が、年間購入額をコミットして、購買業務も委託することで、病院側としては、購買業務からの解放と材料費の抑制が期待できる。ただし、医師の嗜好による購買は基本的に不可。
- ✓ 市立病院においても、導入検討自体は進めても良いのではないかな。

職種別の月額給与とベンチマーク比較

ベンチマーク病院と比較し、医師の月額給与は低いが、看護師・医療技術員・事務は高い。看護師はベンチマーク病院と比較し高齢化が進んでいることも要因。

職種		BM病院(①)	当院(②)	差(②-①)
医師	基本給	574,598	516,415	-58,183
	手当	815,951	633,107	-182,844
	月額給与計	1,390,549	1,149,521	-241,028
	平均年齢	44	40	-4
	平均経験年数	13	14	+1
看護師	基本給	302,573	347,640	+45,067
	手当	199,060	251,282	+52,222
	月額給与計	501,633	598,922	+97,289
	平均年齢	40	45	+5
	平均経験年数	15	20	+5

職種		BM病院(①)	当院(②)	差(②-①)
医療技術員	基本給	304,801	335,224	+30,423
	手当	179,354	208,895	+29,541
	月額給与計	484,155	544,119	+59,964
	平均年齢	40	39	-1
	平均経験年数	14	17	+3
事務	基本給	321,832	351,565	+29,733
	手当	185,919	190,585	+4,666
	月額給与計	507,751	542,151	+34,400
	平均年齢	46	47	+1
	平均経験年数	11	12	+1

令和8年度草加市の病院事業における繰出基準に基づく繰出金額内訳

繰出金の多寡は「市民に提供する医療機能の幅」による部分が多い。(千円)

#	繰出金項目	繰出金算定基準の概要	R8年度基準額	割合
1	救急医療	医師待機や病床確保のための費用－収益	703,592	33%
2	高度医療	高度医療の実施に必要な費用－収益	347,249	16%
3	建設改良(企業債元金)	借入資金元本の返還金の一部	317,051	15%
4	小児医療	病床確保のための費用－収益	280,482	13%
5	基礎年金拠出金公的負担(※病院事業問わず)	地方公営企業職員の基礎年金拠出金に係る公的負担	181,236	9%
6	リハビリテーション医療	リハ医療の実施に要する費用－収益	90,459	4%
7	建設改良(企業債利子)	企業債利子に関する費用の一部	48,171	2%
8	児童手当(※病院事業問わず)	地方公営企業職員に係る児童手当	39,144	2%
9	院内保育所運営	病院内保育所の運営費用－収益	38,621	2%
10	共済追加費用負担	年金財政維持のための費用	26,814	1%
11	経営基盤強化(研究研修)	医師等の研究研修費用の2分の1	19,968	1%
12	建設改良(工事及び備品)	備品等に関する費用の一部	18,255	1%
13	保健衛生行政事務	集団検診、医療相談等に要する費用－収益	0	0%
14	公立病院改革の推進経費	経営強化プラン関連費用	0	0%
15	周産期医療	病床確保のための費用－収益	0	0%
16	へき地医療	巡回診療等の費用－収益	0	0%
17	結核医療	病床確保のための費用－収益	0	0%
18	精神医療	病床確保のための費用－収益	0	0%
19	感染症医療	病床確保のための費用－収益	0	0%
20	不採算地区中核病院機能維持	運営費用－収益	0	0%
21	不採算地区病院運営	運営費用－収益	0	0%
22	公立病院附属診療所	運営費用－収益	0	0%
合計			2,111,042	100%

本市においては、総務省通知に基づき、令和7年度に市長部局および市立病院が協議をして整理し、繰出対象事業を定め、事業ごとに積算を行い、年度ごとに繰出基準額を算定している。

✓救急医療、高度医療、小児医療等、地域医療環境や政策的な必要性から提供している医療に係る繰出金が全体の6割強を占めている。

✓院内保育所運営についても、医師看護師等の人材確保の観点からの必要性が認められる。

✓医療提供体制を維持していく観点からは、建設改良(施設・設備投資)を今後計画的に進めていくことが求められる。

出典:総務省「R7年度の地方公営企業繰出金について(通知)」を基に作成

2

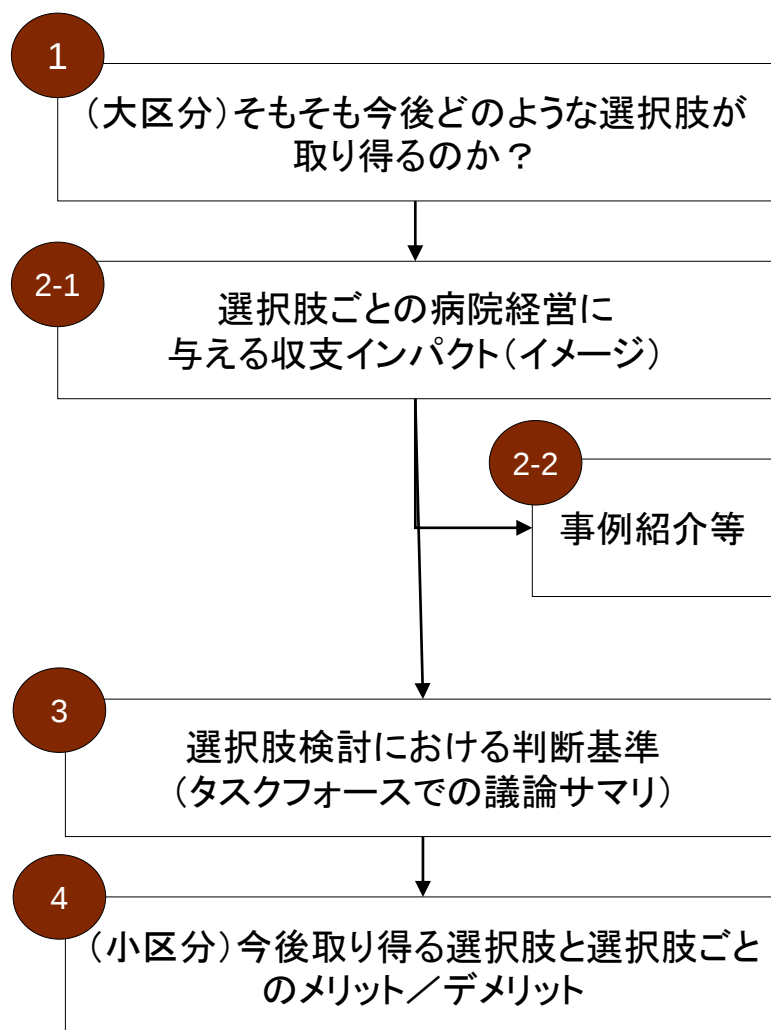
市立病院に求められる
役割・機能を果たして
いくための選択肢（特
徴等）

市立病院に求められる役割・機能を果たしていくための選択肢（特徴等）に係るサマリ

- ・選択肢の検討にあたり、TFにおいては「一般会計の財政事情」「草加市民の医療提供体制の確保」が重要な視点として挙げられた。
- ・さまざまな選択肢について、TFで洗い出した結果、市立病院が単独で取り組むことができるものとして、現在の経営体制を前提とし、全体的な集患の強化、特定領域の強化ないし縮小を挙げた。また、民間手法を取り入れた柔軟な経営が可能な経営形態への変更を選択肢として挙げた。さらに、他院とともに取り組むものとして、ネットワーク化や再編統合を挙げた。
- ・現在の経営体制を前提とした選択肢について、収支や繰出金へのインパクトを簡易的に試算すると、全体的な集患の強化（病床利用率の改善）の効果が最も高く、収支で5億円程度の改善（繰出金は1.7億円程度の圧縮）の効果が見込まれる。特定領域の強化ではがん診療を挙げ、収支で1.8億円程度の改善（繰出金は0.2億円程度の圧縮）の効果、特定領域の縮小では繰出金の対象である政策医療のうち、小児入院を例として試算したが、収支の改善および繰出金の圧縮の効果はそれぞれ0.6億円程度であった。複数の選択肢を組み合わせていく必要があると推察される。
- ・経営形態の変更（独立行政法人化、指定管理者、民間譲渡）については、市民サービスの向上や繰出金の削減、診療科の充実などの効果が上がった事例もある。いずれも国の医療政策の変化、それぞれの地域の医療提供環境や実際の引き受け手の存在の有無等に左右される選択肢であり、詳細な検討にあたっては、これらの前提条件を具体的に情報収集しながら実現可能性を見極めていく必要がある。
- ・ネットワーク化については、市立病院において共同購買等すでに実施している連携もある。詳細な検討に当たっては、周辺の医療機関・自治体等との情報交換によりその他の連携に係る実現可能性を見極めていく必要がある。実質的な医療圏における分担等について、どのような働きかけが有効か検討していく必要がある。
- ・再編統合については、周辺自治体も含め現在その機運はないが、建て替え時などにおける将来的な選択肢として、周辺の医療機関・自治体等との情報交換を行っていく必要がある。

選択肢ごとの検討結果サマリに関する資料構成

タスクフォースでの討議を踏まえ、本編資料においては大きく4つの論点で取り纏めている。

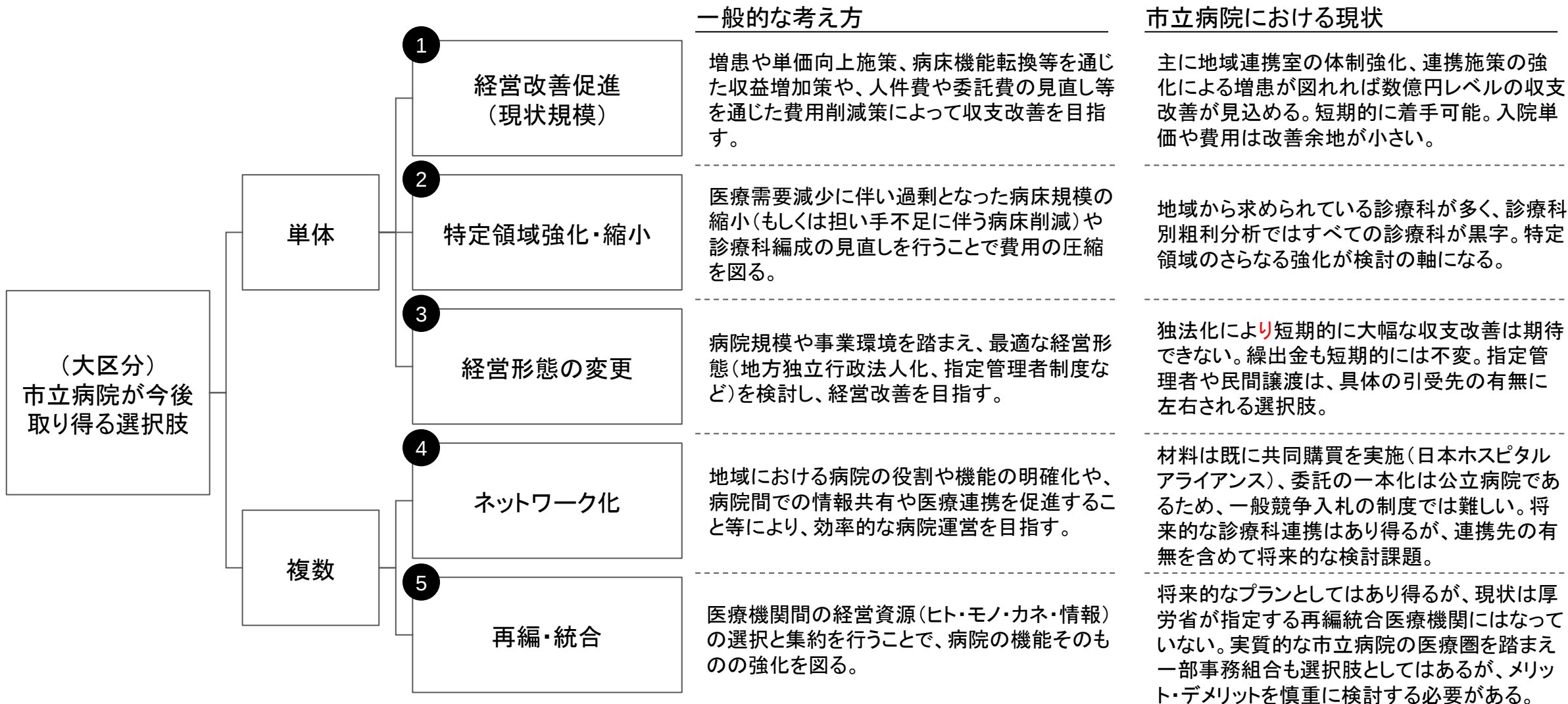


取り纏めの視点

- ✓ 公立病院の役割機能を踏まえた検討において、大きな方向性として、どのような選択肢があるのか、市立病院に当てはめた場合、どのような状況と言えるのかを整理する。
- ✓ 選択肢ごとに病院経営や繰出金に与える収支インパクトはどの程度なのかを整理する(※収支シミュレーションではなく、選択肢ごとの定量的な概算インパクトを示したもの)。
- ✓ 相手方との交渉次第など、再現性の高い前提条件が必要で上記がそぐわない選択肢(地方独立行政法人化、指定管理者への移行、民間譲渡)については、他病院事例を整理する。
- ✓ また、ネットワーク化・再編統合については市立病院の実情に即した見解を整理する。
- ✓ 次年度以降の選択肢詳細検討時における判断基準の参考として、タスクフォースで重要と討議した視点を整理する。
- ✓ 選択肢を細分化したうえで選択肢ごとのメリット／デメリットを整理する。

(大区分)そもそも、今後どのような選択肢が取り得るのか？

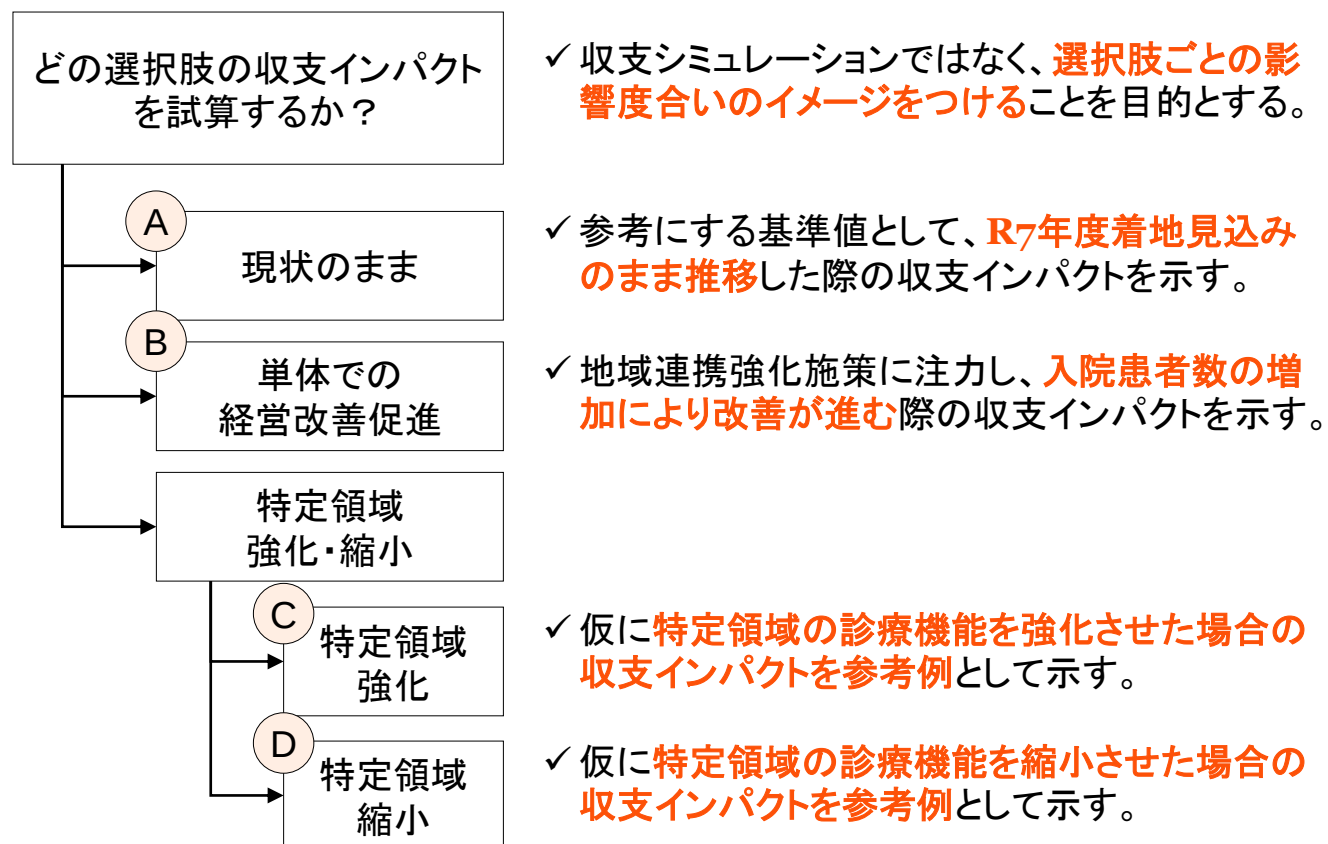
単体で進める考え方と複数プレイヤーで進める考え方に区分され、大きく5つの方向性が取り得る。



選択肢ごとの病院経営に与える収支インパクト(イメージ)の考え方

あくまで選択肢ごとの影響度合いのイメージをつけることが目的。

収支インパクト(イメージ)算出にあたっての基本的考え方



A~Dのパターンでの収支インパクトを試算する。C/Dの特定領域強化／縮小の例示選定における考え方は次頁参照。

特定領域強化／縮小の例示における考え方

あくまで選択肢ごとの影響度合いのイメージをつけることが目的であり、特定領域の強化や縮小を議論しているものではない。

(C) 特定領域「強化」の考え方

- 特定領域強化(がん領域の強化を例示する)
 - 地域の急性期病院である市立病院はがん治療の地域拠点としての役割が求められている。
 - 抗がん剤治療は数ヶ月～数年にわたり繰り返し通院 が必要であり、地域の病院でがん治療を受けられることが、治療の継続率を高める。
 - がん専門病院では「がん以外の病気」への対応が手薄になりがちであり、複数の病気を持つ高齢患者ほど、総合力のある地域病院が適している。
 - がん治療は 診療報酬が比較的高い分野であり、手術、化学療法、放射線治療など複数の収益の柱ができる。安定した収益があるからこそ、救急や小児科など不採算でも地域に必要な医療を維持できる。
 - **市立病院は総合病院として各種診療にあたっており、がん関連も幅広く対応し大学病院と同等レベルの質を保有。リニアック、緩和病棟を保有し、検査、手術、化学療法、放射線治療、緩和ケアとがん診療の一連の流れをカバーできる体制。令和8年度より埼玉県がん診療指定病院に認定。**
 - がん診療が強化できる体制を整えることで、患者数増加と診療単価の向上に期待できる。ゆえに、今後取りうる選択肢の一つとしてがん診療を強化した際の影響度合いを試算する。

(D) 特定領域「縮小」の考え方

- 特定領域縮小(小児入院医療の縮小を例とする)
 - 東部(南)保健医療圏は他地域と比較して病床数の少ない地域であり、市立病院の半径5kmに病院がなく都市部の中では医療アクセスへの利便性は決して高くはない地域。
 - 市立病院の診療科別粗利分析ではほぼすべての診療科が黒字化。赤字となっているのは産科と精神科のみだが、外来対応のみで赤字幅は小さく、収支への影響は小さい(注:粗利分析は収益－材料費－医師人件費であり、減価償却費やその他医療従事者の給与費等は含まれていない点に留意)。
 - **あくまで市の財政の観点から繰出金の減少につながるものを例として挙げるという前提で、繰出金基準額算定対象となっている救急、高度医療、リハビリ、小児医療の中から、可能性は低いものの小児科の入院機能縮小を例に影響を試算する。(市民の利便性は悪化するため、都内を含む市外での入院で代替することが必要)。**
 - なお、厚生労働省は小児医療で県をまたいだ広域連携を促している。少子化や専門医不足で需給両面から医療の維持が難しくなりつつあるため、都道府県単位を原則としてきた体制整備を転換した。令和8年3月末～4月頃に専門家会議が議論のまとめを公表する予定。

収支インパクト(イメージ)算出にあたっては、あくまで選択肢ごとの変動幅を確認することが目的であるため、「令和7年度着地見込み」を基準とし、取り組みから5年間の変動幅を指数で表す。令和7年度国補正予算、令和8年度診療報酬改定、令和8年以降の人事院勧告、物価上昇の影響は除外している。

 : 選択肢により特に異なる部分

			(A)現状まま	(B)単体での経営改善促進	(C)特定領域強化(がん診療)	(D)特定領域縮小(小児入院医療)
前提			R7年度着地見込みのまま推移した際の収支インパクトを示す	地域連携強化施策に注力し、入院患者数の増加により改善が進む際の収支インパクトを示す	仮にがん診療機能を強化させた場合の収支インパクトを参考例として示す	仮に小児入院領域の診療機能を縮小させた場合の収支インパクトを参考例として示す
収益	入院	単価	R7年度着地見込みから横ばい	(A)案と同数値	がん患者の全国急性期病院平均単価93,956円*3として、5年後にR7年度入院延患者数の1割が新規がん患者に置き換わるとした時の加重平均単価73,045円に逡増していくと仮定して設定	意思決定から1年後に小児科のR7年度入院収益推計332百万円*を減少 *:R7年4月~10月実績を年換算
		患者数	R7年度着地見込みから横ばい	初年度より逡増し、5年で病床利用率83%に到達と仮定*1	(A)案と同数値(患者数は変わらずとして、内訳としての患者ミックスが変更されると仮定)	
	外来	単価	R7年度着地見込みから横ばい	初診の紹介患者増加、逆紹介促進を前提に每期0.5%微増と仮定*2	(A)案と同数値	(A)案と同数値(小児外来は継続)
		患者数	R7年度着地見込みから横ばい	(A)案と同数値	(A)案と同数値	(A)案と同数値(小児外来は継続)
	その他		R7年度着地見込みから横ばい	(A)案と同数値	(A)案と同数値	(A)案と同数値
費用	材料費		R7年度の医業収益対材料費比率×各年度医業収益	R7年度の医業収益対材料費比率×各年度医業収益	R7年度の医業収益対材料費比率×各年度医業収益	R7年度の医業収益対材料費比率×各年度医業収益
	人件費		R7年度着地見込みから横ばい	(A)案と同数値	(A)案と同数値	意思決定1年後に小児常勤医師3名減、1病棟分看護師26名減と仮定。採用抑制で301百万円減*4
	経費		R7年度着地見込みから横ばい	(A)案に加え、委託費の見直しを行い、2年目以降は3百万円程度の抑制を見込む	(A)案と同数値	R7年度着地見込みと同数値(※小児病棟閉鎖の経緯インパクトは僅少と仮定)
	減価償却費		R7年度着地見込みから横ばい	(A)案と同数値	(A)案と同数値	(A)案と同数値
	資産減耗費		R7年度着地見込みから横ばい	(A)案と同数値	(A)案と同数値	(A)案と同数値
	研究研修費		R7年度着地見込みから横ばい	(A)案と同数値	(A)案と同数値	(A)案と同数値
繰出金基準額			R7年度着地見込に基づく積算と同数値	収支の変動に連動	収支の変動に連動	R7年度見込みに基づく小児病床確保の繰出金が拠出されないと仮定*5

*1: 設改修等を伴わない現状の稼働最大値(休床を除いた状態での病床利用率90%に相当)。
*2: 紹介患者は検査が必要になるため相対的に外来単価は高くなり、開業医でも診ることが出来る逆紹介対象患者は相対的に外来単価が低い(3,000円未満)。そのため、当該施策を進めて行くと外来単価の上昇が見込まれる。
*3: 全日本病院協会アウトカム事業における2025年第1四半期実績における会員病院(DPC病院)の悪性腫瘍患者の1日あたり医療費の平均値を使用。
*4: 外来継続を前提に常勤医8名→5名(▲3名)として、平均給与1,500万円を乗じて試算、病棟看護師236人を前提に1病棟分の看護師(▲26名)として、平均給与735万円を乗じて試算(令和6年度 総務省経営実績比較表)。
*5: 令和7年度見込における小児病床確保のための「費用-収益」の金額。

各選択肢における収支インパクト(イメージ)

(B) 単体での経営改善促進のインパクトが大きいですが、複数の選択肢を並行的に着手することも検討したい。

選択肢		現在 (R7着地見込)	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	検討・事前 準備期間*2	5年目 収支 改善額
(A)現状まま	医業 収支							-	-
	繰出基準	2,090					2,090(±0)		
(B)単体での 経営改善促進 (増患)	医業 収支							直ちに 着手可能	508 百万円
	繰出基準	2,090					1,922(-168)		
(C)特定領域 強化 (がん診療) (例示)	医業 収支							直ちに着手可能 だが、病院全体 での機運醸成必 要。がんに強い 医師のリクルート は継続実施(年 単位)	176 百万円
	繰出基準	2,090					2,074(-16)		
(D)特定領域 縮小 (小児入院医療) (例示)	医業 収支							意思決定に1年、 移行(周知、患者 移送等)に1年と して、3年目より 効果発現	59 百万円
	繰出基準	2,090					2,031(-59)		

選択肢において、繰出基準に影響を与えるのは、対象の医療(救急、高度医療・小児医療・リハビリ)の動向となる。

繰出額の決定には、営業CF(約6億円のマイナス)、投資CF(約4億円のマイナス)の現状から、CF対策としての色彩も加わっている。

このため、現在取り組んでいることも含めて、複数の選択肢を同時並行的に強化することや投資のさらなる精査も検討したい。そのうえで診療報酬改定や物価動向等を踏まえ、CFの動向については注視していく必要がある。

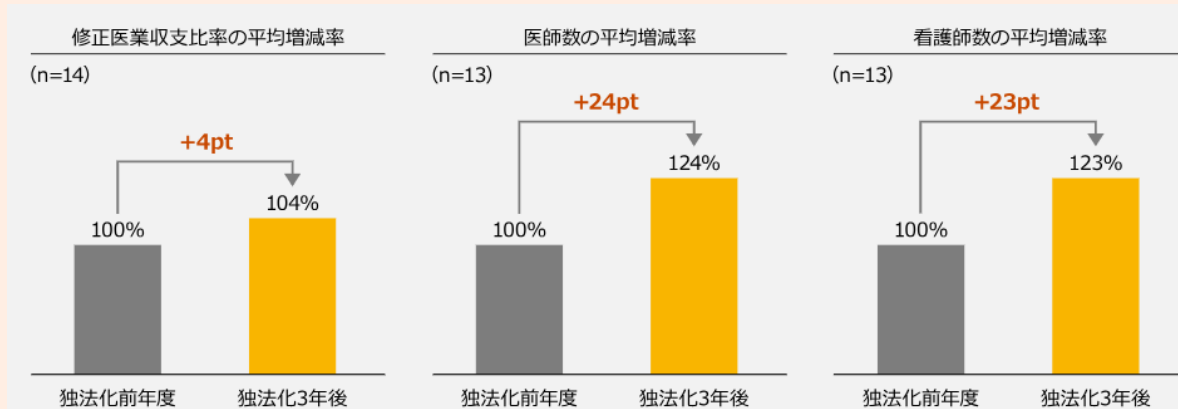
2-2の事例については、1-3で記載した市立病院に求められる役割・機能に必ずしも合致するものではないが、経営形態の変更等により、それまでより柔軟な運営・医療提供体制が実現できる可能性をイメージいただくために掲載するものである。

2-2

地方独立行政法人化に関する参考事例

地方独立行政法人化前後の各指標比較

(新型コロナウイルス感染症拡大期間を除く設立3年比較。県立病院を除く市立病院の地方独立行政法人のみが対象)



地方独立行政法人化前年度と3年後の各指標を比較すると、修正医業収支比率は4pt、医師数は24pt、看護師数は23pt平均で増加している。公立病院の事業環境の変化も影響していることから、経営形態の変更による純粋な効果とは言い切れないものの、地方独立行政法人化による人材獲得力の向上が収支改善につながっていることが期待される。ただし、最も重要なのは、地方独立行政法人化するだけで収支改善や人材獲得力の向上が期待できるのではなく、むしろ、地方独立行政法人化を契機として、意識改革を図り、経営努力を重ね、さまざまな取り組みを積極的に行うことで初めて改善されていくことを認識するという点にある。

出典：総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」を基に作成。医師数、看護師数はデータ欠損の1病院を除く。

桑名市総合医療センター(平成21年に地独化 400床)



● 給与体系見直し

独立行政法人化前の市民病院職員の給与は、市の給与規定に従っていたが、平成21年10月からは、国立病院機構規程を基本とし、市民病院の条例も参考に独自の規程を構築した。基本給の下がる職員には一定期間の現給保障を実施し、賞与及び昇給評価について人事評価結果制度を導入した。退職規程は、年功序列型から役割等給を重視するポイント制を導入した。

出典：総務省「地方公営企業の抜本的な改革等に係る先進・優良事例集」を基に作成

岡山市立市民病院(平成26年に地独化 400床)



● 柔軟な人員配置と職員採用

当法人でもそのメリットを十分に活用できていると考えている。ただし、あくまでもこれらは病院を運営していく上でのツールであり、うまく使いこなせないと大きなメリットとはなり得ない。事務のプロパー化については、新卒卒、社会人卒、病院経験者卒、管理職卒、年度途中からの採用等幅広い採用卒、採用方法を実施した。

出典：総務省「地方公営企業の抜本的な改革等に係る先進・優良事例集」を基に作成

指定管理者制度移行に関する参考事例

指定管理者制度移行自治体に関する直近調査

(SD:2025年5月29日付 毎日新聞社によるアンケート調査)

指定管理者制度への移行後に、病院機能の変更や規模の見直し、外部環境変化等も考えられるため、純粋な指定管理者制度移行による影響だけではない点には留意が必要

21

医業収支が好転した病院数

17

医業収支が悪化した病院数

24

医師数が増加した病院数

7

医師数が減少した病院数

26

繰出金が減った自治体数

13

繰出金が増えた自治体数

28

看護師数が増加した病院数

10

看護師数が減少した病院数

2

1人あたり人件費が総じて上がった病院数

17

1人あたり人件費が総じて下がった病院数

11

稼働病床数が増加した病院数

11

稼働病床数が減少した病院数

出典: 2025年5月29日付 毎日新聞社によるアンケート調査 (Facitva にて抽出)

設問ごとに回答していない病院、変化なしの病院は上記数値に含めていない。何らか調査回答の自治体数は54

和泉市立総合医療センター(平成26年に徳洲会が指定管理者 307床)



出典: 徳洲会新聞

- 新病院を経て4年で黒字化
主な施策は以下
 - 全職員のベクトルの一致
 - 幹部会、医局会、診療部長会の開催頻度を増やし、経営指標を開示することによる危機感・一体感の醸成
 - 新病院効果による職員数・患者数の増加
 - 救急診療の再開、診療科の増設
 - グループのスケールメリットを生かしたコスト削減

氷見市民病院(平成20年に金沢医科大学が指定管理者 250床)



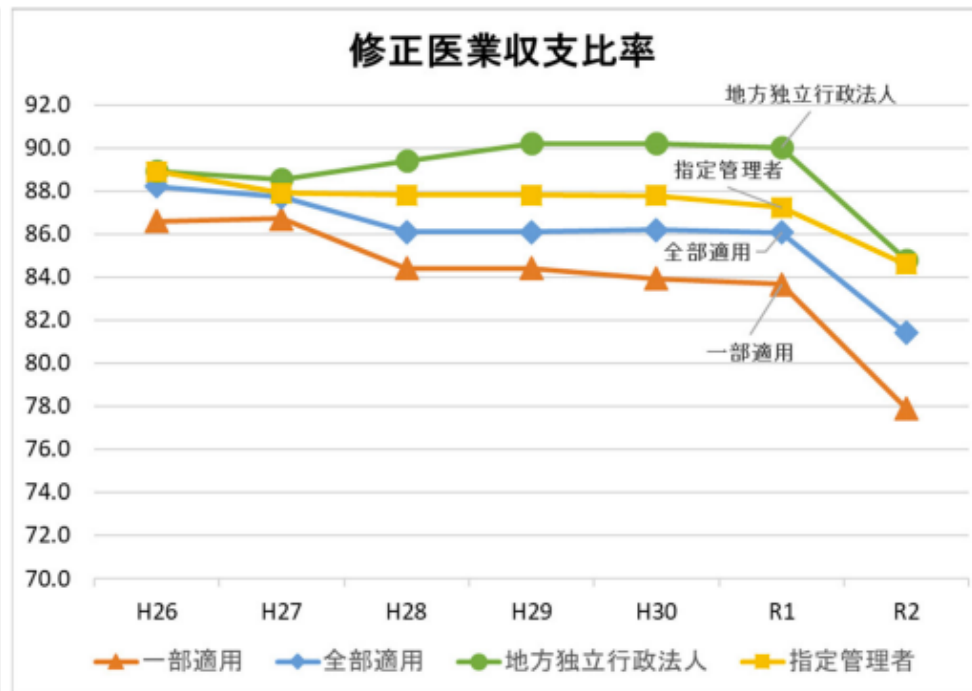
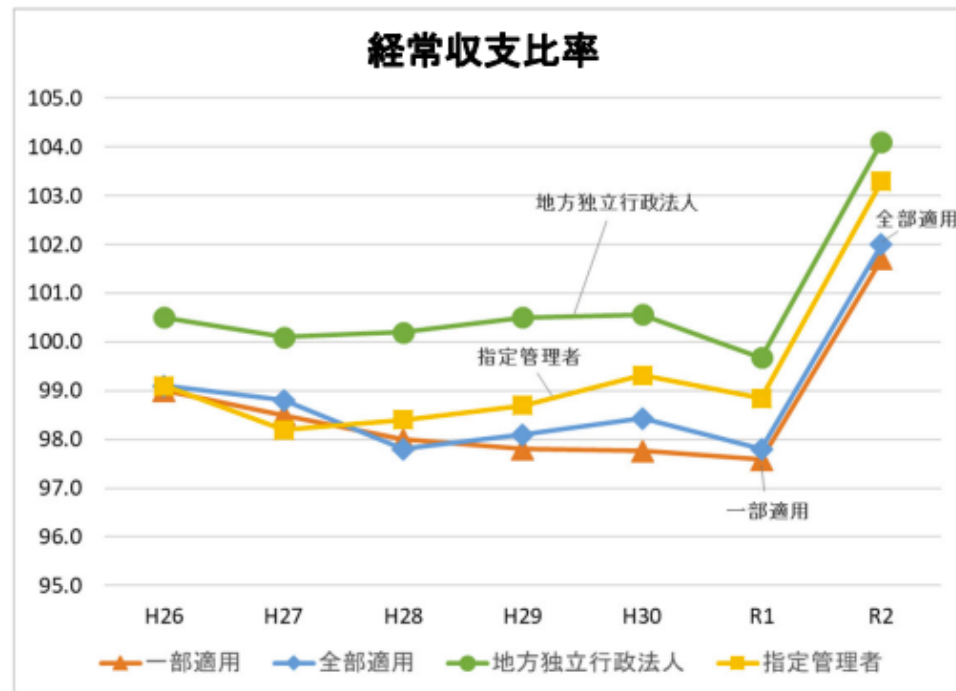
出典: 病院ホームページ

- 主な効果は以下
 - 医師、看護師の確保が図られた
 - 病院が存続し、市民医療の充実が図られた
 - 職員の再就職の場が確保できた
 - 新病院の建設が実現(建設費は基本的に指定管理者と折半)
 - 民間の経営ノウハウにより、自主自立の病院経営が行われている(市から指定管理者に交付する政策的医療等交付金は、交付税算入額の範囲内)

(参考)環境も規模も異なるので一概には言えないが、経営形態別に経営状況(平成26年度～令和2年度)を見ると、指定管理者制度は地方独立行政法人に次いで良好

○ 経営形態別の経営状況 (平成26年度～令和2年度)

単位：%



	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
一部適用	99.0	98.5	98.0	97.8	97.8	97.6	101.7
全部適用	99.1	98.8	97.8	98.1	98.4	97.8	102.0
地方独立行政法人	100.5	100.1	100.2	100.5	100.6	99.7	104.1
指定管理者	99.1	98.2	98.4	98.7	99.3	98.8	103.3

	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
一部適用	86.6	86.7	84.4	84.4	83.9	83.7	77.9
全部適用	88.2	87.7	86.1	86.1	86.2	86.1	81.4
地方独立行政法人	88.9	88.5	89.4	90.2	90.2	90.0	84.8
指定管理者	88.9	87.9	87.8	87.8	87.8	87.2	84.6

※経常収支比率：医業費用、医業外費用に対する医業収益、医業外収益の割合を表し、通常の病院活動による収益状況を示す指標。

※修正医業収支比率：医業活動から生じる医業費用に対する他会計負担金等を除いた医業収益の割合を表す指標。

民間譲渡に関する参考事例

志木市立市民病院(平成26年に医療法人社団武蔵野会※TMGグループに移譲 100床)



● 背景

医師の退職、小児医療中心による赤字運営、広域にまたがる医療に対する1市による財政負担(年間5億円超)。100床のうち45床が小児科病棟を占めており、黒字化が不可能に近い状況

● 募集要件／費用負担

- 指定管理期間は1年とし、期間終了後は経営形態を民間委譲に転換
- 病院の用地は、新病院開院後は有償貸与または売却
- 病院施設は、H26.7以降は無償譲渡。医療機器及び備品類は無償譲渡
- 病院建設費用の2分の1に相当する額(上限10億円)を負担し、原則20年で分割交付。病院棟及び総合健診センター棟の解体事業に係る費用は予算額の範囲で市が負担

● 移譲後の変化

- 移譲前には毎年発生していた運営赤字補填が解消
- 病院周辺には、同じTMGの「新座志木中央総合病院」、「朝霞中央総合病院」といった300床以上の病院や、「TMG宗岡訪問看護ステーション」など、多くのグループ病院、施設があり、グループのスケールメリットを生かした運営を実施
- 移譲前の小児医療中心から急性期(60床)＋回復期リハ(40床)に転向

出典: 柏市健康福祉審議会市立病院事業検討専門分科会資料、病院webサイトを基に作成

大阪市立北市民病院(平成22年に社会福祉法人大阪暁明館に移譲 462床)



● 背景

大阪市の市民病院事業(4病院運営)は、中核となる総合医療センターを除くと医師不足等の影響もあり厳しい経営状態。医師不足による診療科の縮小や施設の老朽化等により地域に必要な医療の提供機能が低下していたが、施設を再整備する余力はない状態であった

● 募集要件／費用負担

- 移譲先の選定は公募(一般競争入札)で実施
- 主な募集条件は、安定的かつ継続的に地域医療の確保を図ることができること、北民病院で提供している内科・小児科医療に加え、外科系を含めた総合的診療機能を有している医療機関が望ましいなど

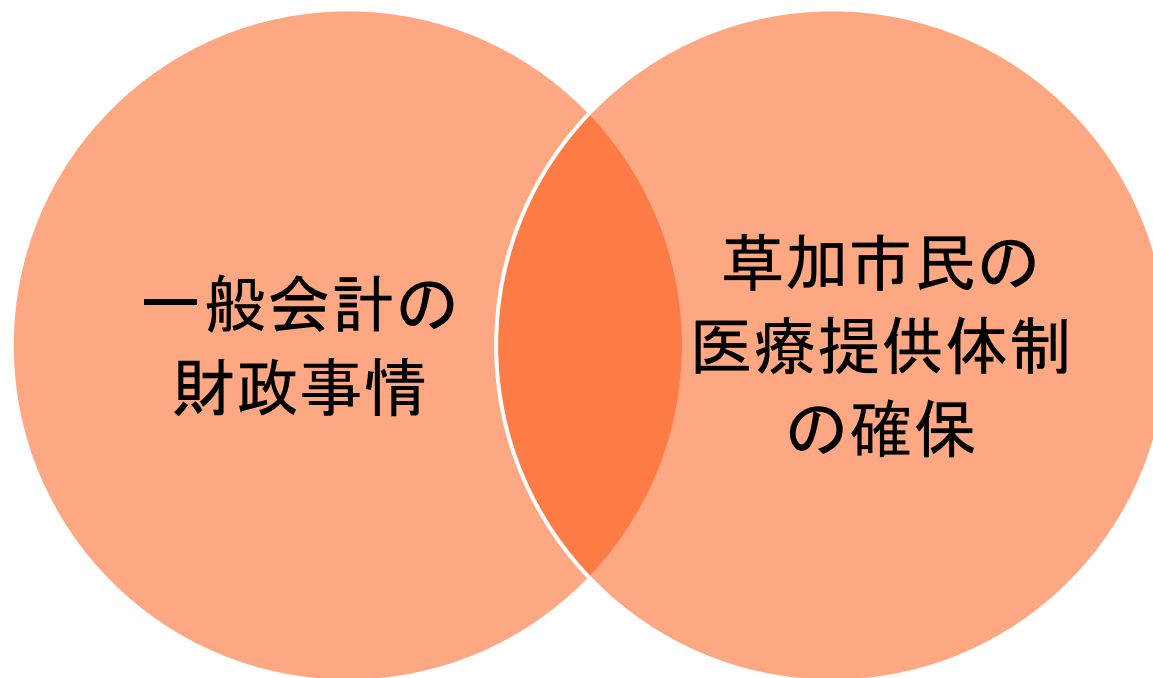
● 移譲後の変化

- 民間移譲により毎年7～9億円程度の一般会計繰出金を解消。また、跡地の土地の貸付により年間1.5億円程度の賃料収入を確保
- 北市民病院の移譲を受けた大阪暁明館病院は、北市民病院を取り壊し、跡地に既存病床に移譲された150床を加え482床の新病院を開院
- 地域に必要な医療を提供するため、既存の診療科の充実化を図るとともに、小児科・産婦人科・血液内科・皮膚科・耳鼻咽喉科などを新設し、地域医療に貢献
- 医師数も増加(北市民病院時17名→62名)

出典: 厚生労働省(再編事例)を基に作成

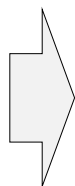
これまでの調査結果及びタスクフォースでの議論を踏まえると、選択肢の検討において特に重要な判断基準は「一般会計の財政事情」「草加市民の医療提供体制の確保」といえる。

- ✓ 医療事業を聖域として、無尽蔵に支出が可能なわけではない。
- ✓ 医療事業への支出負担増により他事業が縮小・廃止せざるを得ない状態は防がなければならない(≡市全体の地盤沈下は防がなければならない)。



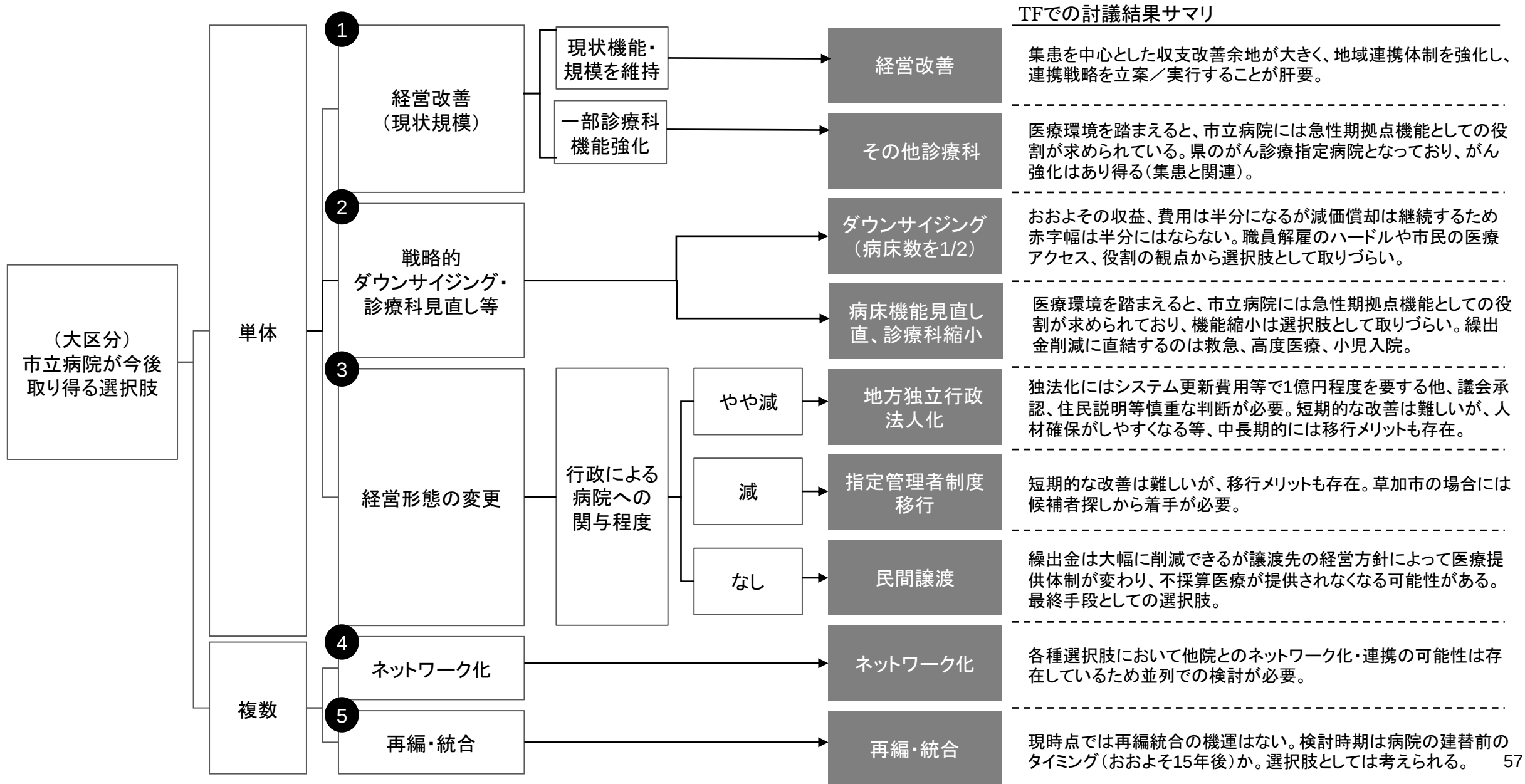
市立病院の役割機能検討において特に重要な視点

- ✓ 草加市民における急性期医療サービスの最後の砦が市立病院。
- ✓ 全国や周辺自治体と比べても人口当たり病床数が少ない地域(過疎市域における公立病院とは状況が異なる)。
- ✓ 周辺5kmには急性期患者の受皿となる急性期病院が不足。
- ✓ 医療提供体制の縮小は、これからの草加市の活性化に与える負の影響が大きい。



選択肢の検討における重要な視点として「一般会計の財政事情」「草加市民の医療提供体制の確保」が挙げられた。その他、ステークホルダーとして影響の大きい「市」「市民」「医療従事者」の視点でメリット／デメリットを取り纏めることとした。

今後どのような選択肢が取り得るのか？TF討議結果サマリ



選択肢ごとのメリット・デメリットのまとめ

選択肢			最大のメリット	デメリット(≡懸念点)
単体	経営改善	現状規模	✓ 短期的な着手が可能であり、着手時期が早いほど収支改善効果が発現しやすい。5年で5億円程度の収支改善効果が期待でき、繰出金も圧縮できる。 ✓ 少なくとも現状の医療提供体制を守ることが可能。	✓ 収支改善の軸は入院患者増であり、そのためには地域連携室の体制充実が大前提。連携室のキーパーソンは人事ローテーションの対象となっており、行政の人員配置に対する協力が不可欠。 ✓ そのうえで、行政／院内一丸で地域連携強化機運を醸成することが肝要。
		特定領域強化(例 がん)	若干ではあるが、収支の改善、繰出金の抑制等の経営改善効果が期待できる「がんに強い病院」との病院評価が高まる可能性がある。	✓ 収支改善の軸は入院患者増であり、そのためには地域連携室の体制充実が大前提。連携室のキーパーソンは人事ローテーションの対象となっており、行政の人員配置に対する協力が不可欠。 ✓ そのうえで、行政／院内一丸で地域連携強化機運を醸成することが肝要。
		特定領域縮小(例 小児入院)	✓ 若干ではあるが、収支の改善、繰出金の抑制等の経営改善効果が期待できる。	✓ 市立病院は他の都市部の公立病院以上に地域の急性期医療を担っており、地域住民に不便を強いることになる(≡住民理解等に労力を要する)。 ✓ 市の政策(少子化対策、人口増対策等)との不整合が懸念される。
	経営形態変更	地方独立行政法人化	✓ 経営のスピードは確実に早くできるため、医療環境変化への対応は確実にしやすくなる。草加市が指示する中期目標に基づく事業が行える。 - 給与設計の柔軟性(医師の兼業も法人内ルール次第。人事院勧告も参考にする必要はあるが、独自の体系を整備可能)。 - 定数縛りを受けない(地域連携室など強化したい部門の人員配置を強化可能)。 - 経営判断の迅速化(中期計画以外に議会承認不要。法人内の理事会承認で経営判断可能)。	✓ 地独化＝適切な財政負担ではない。地独化後も安定的な医療提供のため繰出金と同様の趣旨の運営費負担金が発生(地方独立行政法人法 第85条)。 ✓ 民間病院に近い人材採用、給与設計、機動的な経営判断が可能になるため、そのメリットを活かすための経営判断が肝となる。 ✓ 行政職とは別に採用・育成を進めるため、法人で採用・教育強化の仕組みがないと人が育たない。 ✓ 地独移行タスクは、組織設計からシステム導入まで多岐にわたるため、通常2年程度の期間をかけて移行する(短期的には移行コストが1億円程度発生する)。 ✓ 住民理解等に労力を要する。
		指定管理者制度移行	✓ 民間事業者のノウハウ活用により、効率的な管理運営が期待できる。 ✓ 民間譲渡との違いは、協定により市が要望する医療体制確保が可能。	✓ 指定管理＝適切な財政負担ではない。職員処遇調整が難航(現給補償有無、その負担先など)。 ✓ 経営能力が十分な指定管理者とのマッチングができるか不透明。
		民間譲渡	✓ 病院事業への繰出金が削減可能。 ✓ 民間事業者のノウハウ活用により、効率的な管理運営が期待できる。	✓ 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がない(≡住民理解等に労力を要する)。これを回避するため経営の安定、または政策医療の継続等の目的から補助金が発生する可能性(協議による)。
	複数	ネットワーク化	✓ 市立病院の事業環境等を踏まえると、ネットワーク化は、他の選択肢と並行して取り組むもの。	
		再編・統合	✓ 医療従事者の集約化により医療提供体制が効率化されることで収支改善につながる可能性。再編統合後の経営権によっては経営形態変更に記載したメリットも享受。	✓ 施設数が減るためアクセスは不便になる。また、再編統合により必ずしも経営が改善するわけではない。再編統合後の経営権によっては経営形態変更に記載したデメリットを被る可能性もある。

選択肢ごとのステークホルダーに与える影響

選択肢		収支・繰出金への影響(利用率83%時)	市への影響	市民への影響	医療従事者への影響
単体	現状規模	- 収支改善5億円程度 - 繰出金圧縮1.7億円程度(同)	- 本質的には地域連携強化が必須であり、連携室配置要員は人事ローテーションにおける重要考慮事項。 - 行政一体での集患や啓発が重要。	医療機能の縮小に比べると、相対的には好影響(≡現状からは大きな影響なし)。	医療機能の縮小に比べると、相対的には好影響(≡給与に手を付けなければ大きな影響なし)。
	経営改善 特定領域強化(がん)	- 収支改善1.8億円程度 - 繰出金圧縮0.2億円程度	- 本質的には地域連携強化が必須であり、連携室配置要員は人事ローテーションにおける重要考慮事項。 - 行政一体での集患や啓発が重要。	- 医療機能の縮小に比べると、相対的には好影響(≡現状からは大きな影響なし)。 ・病院評価向上の可能性。	医療機能の縮小に比べると、相対的には好影響(≡給与に手を付けなければ大きな影響なし)。
	特定領域縮小(小児入院)	- 収支改善0.6億円程度 - 繰出金圧縮0.6億円程度	市の政策との不整合。	- 受診・入院できない市民が増加し近隣医療機関の選択を余儀なくされる(市民の医療アクセスは悪化)。 - 救急受け入れ可能な件数が減少し緊急時の対応が遅れる可能性。	退職調整が必要になる(配置転換を望まない場合や新規採用抑制以上に減少させる場合)。
	経営形態変更 地方独立行政法人化	- 経営効率化による削減可能性はある - 財務・人事給与システム更新、コンサル費用等で1億円程度のコスト要。 - 全国平均では経営は改善傾向。	- 経営形態変更に伴う手続きが煩雑(在り方検討、移行チーム組成、議会承認、住民理解)。 - これまでよりも関与減少。	公立病院としての役割は果たされるため安心感は維持(中期経営計画は議会承認必要)。	公務員の身分を失う、人件費が下がる可能性を憂慮して移行時に退職者が生じる可能性。
	指定管理者制度移行	- 短期的にはほぼ変わらない。中長期的には指定管理者との交渉次第。 - 全国的には経営は改善傾向。	指定管理者の管理監督責任。	医療へのアクセスの利便性が低下し市民が安定的な医療を受けられない可能性(指定管理の場合は協定で調整可能)。	公務員としての身分が失われることで一定の退職者が生じる見込み(ただし、採用活動が活発になる可能性もあるが管理者や譲渡先次第)。
	民間譲渡	繰出金は消失するが経営の安定、政策医療の継続のため一定の補助金が発生する可能性(交渉次第)。	市が期待する医療が実施されない可能性もあり、市民や議会の反発が大きいため、相当な準備や調整が必要。	一方で、民間的経営手法により経営改善により、より良質な医療が提供される可能性もある(共に管理者や譲渡先次第)。	中長期的には職員給与が低下する場合が多い。
複数	ネットワーク化	短期的な影響を及ぼすものはないが、長期的観点で余地を探るべき。	連携先の自治体や病院関係者との調整が発生。	診療科によっては医療アクセスの利便性が落ちるが撤退/譲渡ほどではない。	所属する診療科・統合となると退職や異動が必要となる可能性。
	再編・統合	現時点では再編統合の機運はない。検討時期は病院の建替前のタイミング(おおよそ15年後)か。選択肢としては考えられる。集約化の方向性を前提とすると、市民アクセスは不便になるが、地域医療の継続性の観点からはプラスに働く。			

3

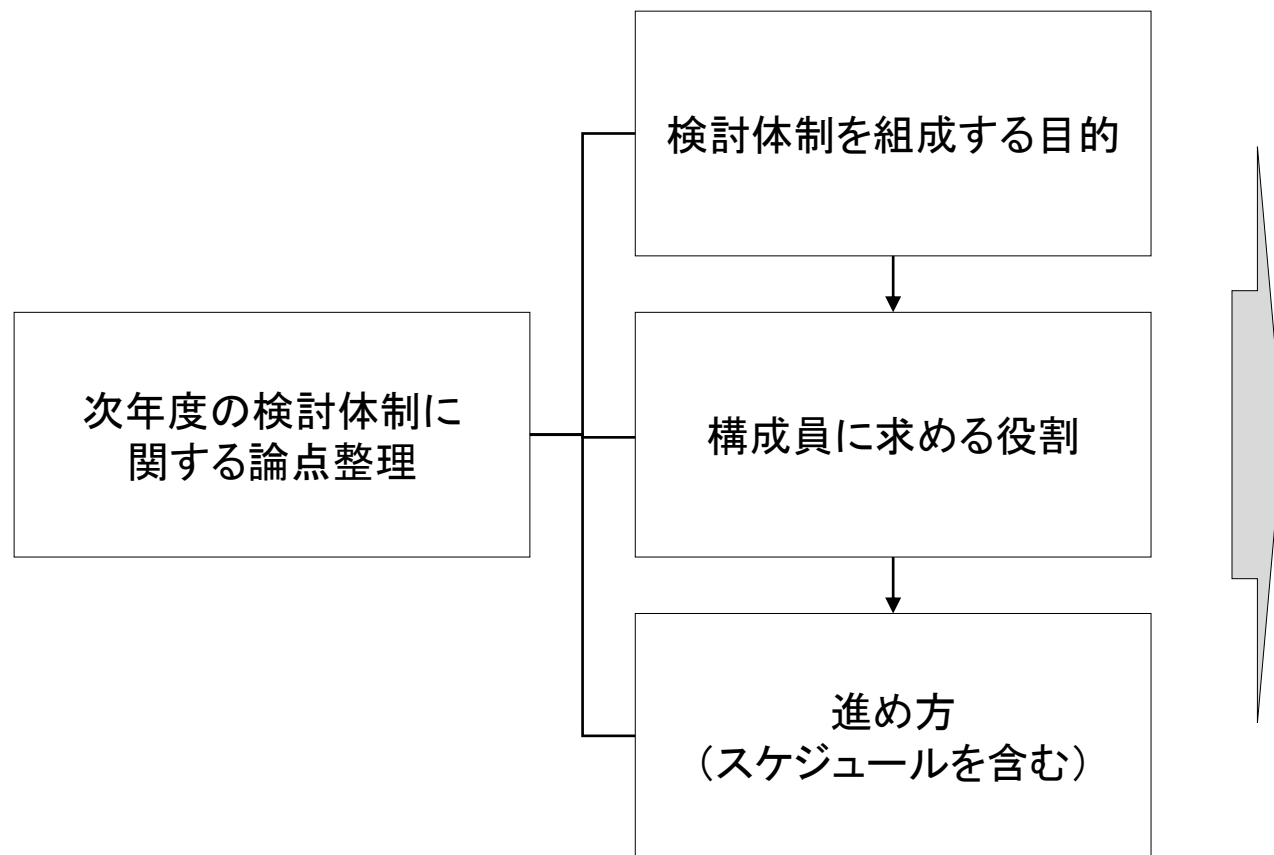
新年度の検討体制・
スケジュール

新年度の検討体制・スケジュールに係るサマリ

- ・令和8年度は、今回の報告書をもとに、様々な立場や知見に基づく詳細な検討を加えるため、外部の有識者等で構成される組織を立ち上げる。なお、率直な意見交換の場とするため「協議会」形式とする。
- ・「協議会」は医療や経営の実情、地域医療政策、利用者などの立場や知見を有した方、当医療圈に関わる行政関係者などで構成することを想定する（議論のポイントを整理するために、分科会の設置も検討したい）。
- ・事例共有による議論の活性化や構成員の知識共有につながるよう、ゲストスピーカーの招聘も検討する。
- ・会議スケジュールについては、年度内の意見取りまとめを目指し、7回程度の会議を開催し検討を深めていく。なお、市の政策決定の参考とするため、中間とりまとめの実施も検討する。
- ・TFは、「協議会」の事務局として引き続き機能する。
- ・なお、詳細な検討にあたり、「選択肢毎の実現可能性」の精査も必要であり、「協議会」での検討に資するよう情報収集も併せて行っていくことも重要である。

次年度の検討体制に関する論点整理

今後の組成に向けた検討・判断材料に資するよう、3つの論点に関して、タスクフォースメンバーで討議を行い、その意見を集約する形で整理した。



次年度の検討体制に関しては、今年度のタスクフォース内部で決定するのではなく、市において今後の組成に向けた検討・判断材料に資するよう、左記3つの論点に関して、タスクフォースメンバーで討議を行い、その意見を集約することとした。

次年度検討体制に関するタスクフォースでの意見

「組成の目的」を明確化したうえで、「構成員に求める役割」「進め方」を決めることが重要であると討議された。柔軟かつ自由活発な議論をするため「協議会」という名称が推奨された。

	検討体制組成の目的	構成員に求める役割	進め方 (スケジュール含む)
TFメンバーからの意見	✓ まずは市立病院の経営基盤を盤石なものとするための意見を頂くことが目的となるのではないか。 ✓ ただし、既存の病院運営審議会と異なる目的で組成が必要。 ✓ 地域医療に求められる役割を市立病院がどこまで担う必要があるのか、担うことが難しいことに関しては、それが地域医療に与える影響を市民や行政関係者に理解してもらうようなことも含めてフラットな議論が必要ではないか。	✓ 地域の医療に理解がある方は必須であろう。 ✓ 市民代表の方にも入っていただきたい。医療の現状を理解してもらう機会にもなるのではないか。 ✓ 医療圏全体の議論をするならば、草加市に閉じず、八潮や三郷の行政関係者の参画も検討しても良いのではないか。 ✓ フラットな立場で学識経験者も必要。 ✓ ゲストスピーカーによる話題提供により、幅広い議論につなげることも有効。	✓ 平場でゼロベースで議論しても生産性のある議論をするのは難しい。議論を活性化するために、たたきも必要。 ✓ タスクフォースは、次年度も開催される想定。 ✓ 形式にとらわれず柔軟かつ自由な議論をするため名称も委員会ではなく、「協議会」としてはどうか。その場合、傍聴はなし。 ✓ コアメンバーで議論のたたきを作ることも有効ではないか。

地域に求められる医療を明確にし、その上で適正な繰出金の拠出と安定的な地域医療提供体制のバランスを取りながらどのような選択肢をとるべきか、幅広い視点からのご意見をいただく。

- 地域医療の実情から視点(医師会、保健所等)
- 経営に関する視点(商工会議所等)
- 利用者としての市民の視点(地域団体の代表等)
- 地域医療政策からの視点(学識有識者等)
- 医療圏全体からの視点(行政関係者)
- 議論活性化(ゲストスピーカー) 等

「協議会」という形で発足させる。コアメンバー(分科会)でのたたきづくりも検討したい。

新年度の協議会に向けて

選択肢の中には、その実現可能性を踏まえた詳細な議論が必要なものがあることや、フラットなかつ活発な議論を展開するための協議会のあり方や工夫を予め検討しておくことが重要であると思慮。

1. 選択肢における相手方意向の確認

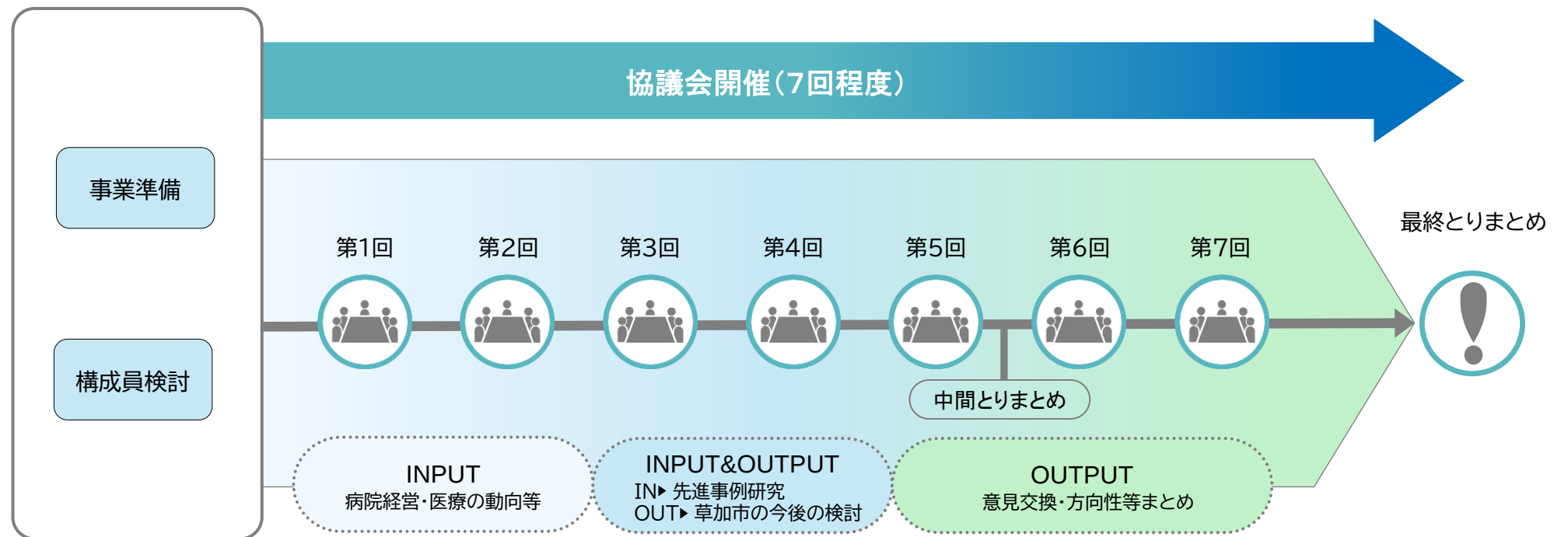
- 指定管理者制度への移行や民間譲渡の可能性検討において、そもそも候補者となり得るのか、興味を示す事業者が存在するのか、いる場合にはどのような条件が必要になりそうか等のサウンディング（※より詳細な議論を行う前に、そもそも興味を示す候補者がいない or 極めて限定的であるケースなのか、協議会への情報提供のために事前に具体的な前提条件整理が必要）。
- 越谷市立病院との連携可能性
 - ✓ 建替を検討するタイミングであり、連携の可能性等に係る意見交換が必要。
- 八潮市等との連携可能性
 - ✓ 医療圏の自治体等との地域医療提供体制の維持及び市立病院事業に対する意見交換。

2. 新年度の協議会に向けて

- 協議会開催目的とゴールの明確化（協議会の建て付けを含む）
- 協議会委員に求める役割の明確化及び協議会メンバー構成
- 進め方とスケジュールの明確化
- 上記議論を活性化するための工夫の検討

想定スケジュール

事業準備や構成員の検討を進め、年度内のとりまとめに向けて7回程度の協議会会議を開催する。



4

経営上の個別検討課題

経営上の個別検討課題に関するサマリ <産科再開>

- 市場環境として、今後周産期領域は縮小していく状況にある。また、埼玉東部(南)保健医療圏の分娩は主にクリニックが担っており、現行の診療体制で地域の分娩需要を概ね確保している状況にあり、東部保健医療圏全体でみると、地域の周産期医療の供給体制は十分確保できている。
- また、東部保健医療圏は民間の供給体制が充足しているだけでなく、それぞれが患者獲得のために鎬を削っている地域。昨今ニーズが高まっている無痛分娩に対応している施設も多く、当院が産科を再開したとて、患者を集めることも容易ではない地域のように見える。ただ単に産科を再開するだけでは患者が集まらず、人件費負担が病院財政を圧迫する可能性が高い。
- また、産科の本格的な再開となると、24時間での診療体制が求められ、新たに医師が7~8人、助産師を20~30人程度確保しなければならない。医局からこの人数の医師を捻出することはほぼ不可能といえる(1~2人病院に供給するだけでも難易度が高い。他病院から産婦人科医を引き抜いて市立病院に充当しなければならない)。大学医局からの医師派遣(特に若手~中堅医師)は症例数の多い医療機関が人気があり(研修後の定着要因にもなる)、そういった医療機関に派遣されることが多いが、前述の環境から大学医局に選ばれるには事業環境的に難しい状況と推察。助産師の確保も看護師等と同様、難易度が高い。
- (1)市立病院が産科を再開する意義、妥当性を医局に納得させることの難しさ、(2)産科再開に基づく人員確保の難しさ、(3)患者獲得の難しさ、を踏まえると、産科再開の検討理由につき、それを別の観点で実現ないし支援する方向での検討も必要である。
- 産科再開以外の市民の出産・子育て支援に係る選択肢も挙げておく。例えば、体制の増強や需給の見極めは必要となるが、市立病院が不妊治療のフォロー(東京科学大のリプロダクションセンターとの連携など)や産後ケアなど、特定の分野に限って取り組むことや、別途市が少子化対策を目的とした施策に取り組むといった選択肢が考えられる。市全体の施策の方向性をにらみながら多角的な検討が必要である。

令和8年3月31日

草加市 健康推進部 健康づくり課 発行