

2025年11月10日全員協議会資料

『笠岡市新病院建設事業にかかる
経営コンサルティング業務』
実施報告書
〈要約版〉

医療総研株式会社

I. 収支計画シミュレーションの検証

本報告書は、貴院作成の以下の収支計画シミュレーションおよびその積算根拠などを基に、入院収入、外来収入、費用項目などを中心に、その妥当性を検証することを目的に作成しています。

新病院 収支計画シミュレーション(貴院作成)

区分	年 度	2027 年度	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	10年目
			2028 年度	2029 年度	2030 年度	2031 年度	2032 年度	2033 年度	2034 年度	2035 年度	2036 年度	2037 年度
収益	(1) 医業収益(ア)	1,667,572	1,757,378	1,763,766	1,771,238	1,776,653	1,780,885	1,785,199	1,801,461	1,798,267	1,809,111	1,809,111
	入院収益	1,099,554	1,106,200	1,106,200	1,115,934	1,118,992	1,125,754	1,125,754	1,135,661	1,138,773	1,145,655	1,145,655
	外来収益	390,670	466,707	472,492	470,814	472,759	471,031	474,957	481,116	475,177	479,358	479,358
	(2) 医業外収益(イ)	429,048	539,916	664,296	662,226	670,797	689,794	563,413	566,756	584,696	584,698	584,696
費用	(3) 特別利益(ウ)	1,688	1,688	1,688	1,688	1,688	1,688	1,688	1,688	1,688	1,688	1,688
	総収益(ア)+(イ)+(ウ)(A)	2,098,308	2,298,982	2,429,750	2,435,152	2,449,139	2,472,367	2,350,301	2,369,905	2,384,651	2,395,497	2,395,494
	(1) 医業費用(エ)	1,807,809	2,215,106	2,113,246	2,166,204	2,121,140	2,172,701	2,085,948	2,064,951	2,092,909	2,109,230	2,125,099
	給与費	1,199,175	1,268,465	1,170,804	1,225,358	1,178,112	1,230,142	1,246,252	1,268,373	1,280,153	1,292,051	1,304,068
	材料費	232,708	245,620	246,523	247,781	248,563	249,349	249,962	252,471	252,029	253,757	253,757
	(2) 医業外費用(オ)	130,913	177,220	180,842	184,664	182,172	179,202	175,918	173,483	172,382	169,420	166,162
	(3) 特別損失(カ)	14,135	14,135	14,135	14,135	14,135	14,135	14,135	14,135	14,135	14,135	14,135
	総費用(エ)+(オ)+(カ)(B)	1,952,857	2,406,461	2,308,223	2,365,003	2,317,447	2,366,038	2,276,001	2,252,568	2,279,426	2,292,785	2,305,396
当期純利益(A)+(B)(D)		145,451	-107,479	121,527	70,148	131,692	106,329	74,299	117,337	105,225	102,712	90,098
当期経常損益{(ア)+(イ)}-{(エ)+(オ)}		157,898	-95,032	133,974	82,595	144,139	118,776	86,747	129,784	117,672	115,159	102,545

I. 収支計画シミュレーションの検証

1. 医業収益

1-1. 入院収益

項目			算定基礎	
【3条】 収益的収支	医業 収益	入院収益	一般病床	単価 R6全期実績:40,000円(在院日数14日まで)稼働率80.5% 診療報酬は前年度から隔年0.88%増額 R9～病床稼働率 80.0% 39床
			地域包括ケア病床	単価 R6全期実績:34,400円(在院日数40日まで)稼働率91.9% 診療報酬は前年度から隔年0.88%増額 R9～病床稼働率 90.0% 48床
			療養病床	単価 R6全期実績:21,400円(在院日数制限なし)稼働率97.4% 診療報酬は前年度から隔年0.88%増額 R9～病床稼働率 95.0% 12床
	医業外 収益	外来収益	全診療科平均	単価 R6全期実績:10,528円1日あたり患者数152人 診療報酬は前年度から隔年0.88%増額 R10～1日当たり患者数 180人
		市補助金 ・負担金		国の総出基準に基づく算定 ※企業債元利償還金 国の総出基準 利息金額の2/3(回復期病床割合)1/2(回復期以外)
		国・県補助金		救急勤務医支援事業など
		長期前受金 戻入		長期前受金収益化 (国補助金*1/3+4条総入額(減価償却費上限で算定))※R9～
	特別 利益	その他 医業外収益	島診療所・アイランド 自販など	R6実績額
		過年度 損益修正益		R6実績額
医業 費用	給与費	給料・手当等	◆基本設定※R6は決算書(案) ①前年度から1.0%増額(人勘ベースアップ分含む) ②看護師5名分増額(3,000万円)※看護配置基準	
		賞与引当金	給与費対割合(R6実績額8.7%)により算定※R6は決算書(案)	
		退職給付費	人事課算資料(退職給付引当金)※R6は決算書(案)	
	材料費		医業収益対割合により算定:前年度から0.4%増額 R6医業収益対割合:薬品費11.8%、診療材料費2.5%, 給食材料費1.9%、医療消耗品費0.2%	
		経費	前年度から1.1%増額、新病院開院年のみ面積割で減額	
	減価償却費		計算方法:定額法 償却年数:法定耐用年数 (建物本体39年、設備15年、医療機器等5年)	
		資産減耗費	令和6年度実績固定、固定資産除却費は設定なし	
	研究研修費			

出所：貴病院提供資料

報告書およびサマリーで記載した項目

報告書およびサマリー内の該当する章内で記載した項目

I. 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-1. 入院収益

入院収益の直近の動向

- 2023年度と2025年度(4-7月実績)を比較すると、収益性が低下していることがうかがえます。
- 特に急性期病棟における新入院患者数と患者単価が大きく減少傾向にあります。

	2022年度	2022年度 (コロナ除 <)	2023年度 A	2024年度	2025年度 B	差異 B-A
入院収入	千円／月	101,261	84,321	91,405	82,514	-26,392
延べ患者数	人／月	3,035	2,873	2,928	2,806	-695
1日患者数	人／日	99.8	94.4	96.0	92.3	-22.8
稼働率	%	—	95.4%	97.0%	93.2%	-23.0%
新入院患者数	人／月	87.1	69.8	83.5	65.3	-28.0
患者単価	円／人	33,369	29,354	31,216	29,402	-2,098

【1月あたり入院収入】
 ▷ 急性期:▲9,700千円
 ▷ 地ケア:▲11,800千円
 ▷ 療養:▲5,000千円

【1日あたり患者数】
 ▷ 急性期:▲3.9人
 ▷ 地ケア:▲11.5人
 ▷ 療養:▲7.4人

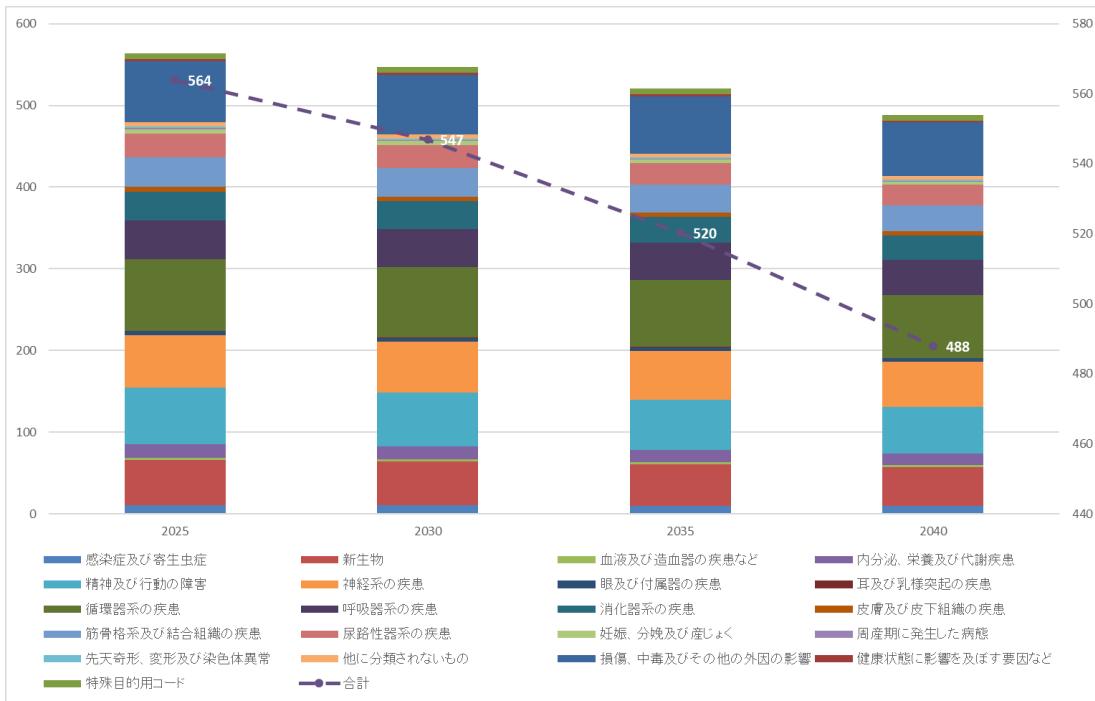
【1月あたり新入院患者
数】
 ▷ 急性期:▲28.5人

【患者単価】
 ▷ 急性期:▲7,422円

I. 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-1. 入院収益

笠岡市における将来入院患者数の推計

- 笠岡市の男女5歳階級別将来推計人口に、岡山県の受療率(年齢階級・性・傷病大分類別の入院)を掛け合わせて、将来推計入院患者数を推計したものになります。

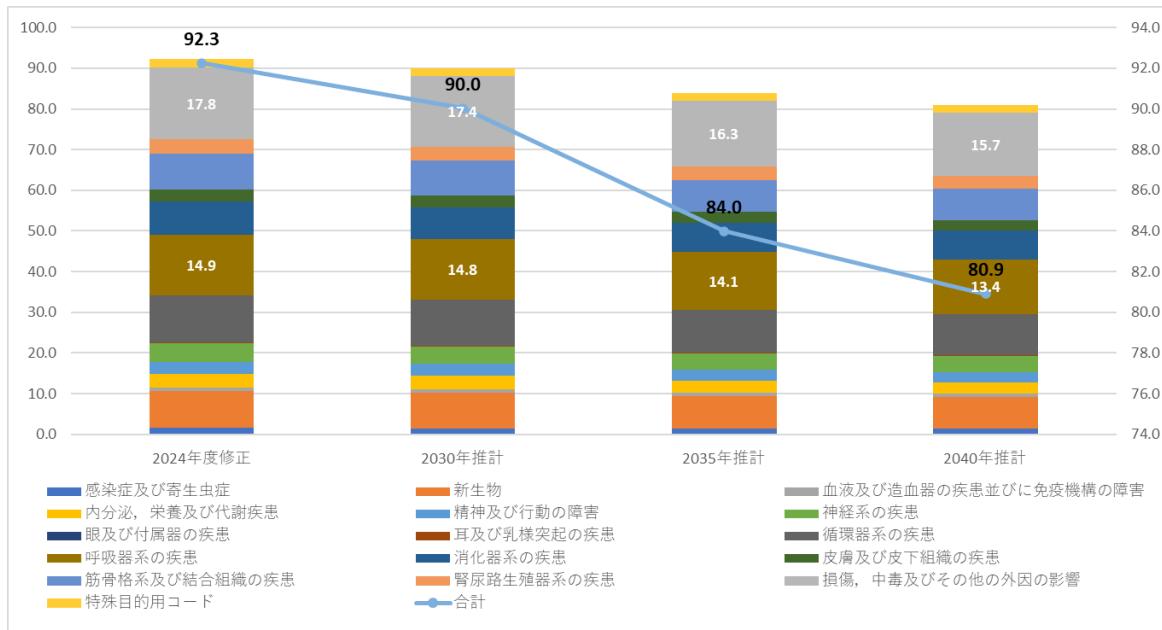


- 2025年→2030年: ▲17人/日(3%減)
- 2025年→2035年: ▲44人/日(8%減)
- 2025年→2040年: ▲76人/日(13%減)

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-1. 入院収益

貴院における将来推計入院患者数(患者調査の受療率をつかった単純推計)

- ICD10別の将来推計患者数の減少割合を貴院の2024年度実績(92.3人/日)に乗じて算出した、貴院における将来推計患者数を推計したものになります。



- 2025年→2030年: ▲2.2人/日(2%減)
- 2025年→2035年: ▲8.3人/日(9%減)
- 2025年→2040年: ▲11.4人/日(12%減)

→ 笠岡市の将来推計患者数と同程度の割合で

減少していくことがわかります。

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-1. 入院収益

入院収入シミュレーションの検証－内容把握

病棟	病床数	項目	設定根拠	2021年度 (365)	2022年度 (365)	2023年度 (366)	2024年度 (365)	2025年度 (365)	2026年度 (365)	2027年度 (366)	
一般病棟	26床	(a)収入額	(c) × (d) × 年間日数	321,142千円	308,154千円	328,976千円	305,578千円	305,578千円	308,267千円	460,788千円	
		(b)病床稼働率 (%)		90.0%	89.7%	87.3%	80.5%	80.5%	80.5%	80.0%	
	34床	(c) 1日当り患者数 (人)	病床数 × (b)	23人	23.3人	22.7人	20.9人	20.9人	31.2人		
		(d) 1日当り診療収益 (円)		37,600円	36,200円	39,600円	40,000円	40,000円	40,352円	40,352円	
地域包括ケア病棟	34床	(a)収入額	(c) × (d) × 年間日数	365,577千円	398,882千円	423,459千円	392,325千円	395,777千円	548,692千円		
		(b)病床稼働率 (%)		90.0%	97.4%	96.4%	91.9%	91.9%	91.9%	90.0%	
	39床	(c) 1日当り患者数 (人)	病床数 × (b)	30.5人	33.1人	32.8人	31.2人	31.2人	43.2人		
		(d) 1日当り診療収益 (円)		33,000円	33,000円	35,300円	34,400円	34,400円	34,703円	34,703円	
療養病棟	39床	(a)収入額	(c) × (d) × 年間日数	278,010千円	290,966千円	308,375千円	296,709千円	296,709千円	299,320千円	90,075千円	
		(b)病床稼働率 (%)		90.0%	97.8%	98.2%	97.4%	97.4%	97.4%	95.0%	
	99床	(c) 1日当り患者数 (人)	病床数 × (b)	35.1人	38.1人	38.3人	38.1人	38.1人	114人		
		(d) 1日当り診療収益 (円)		21,700円	20,900円	22,000円	21,400円	21,400円	21,588円	21,588円	
病棟全体		入院収入額の合計 (千円)		967,728	998,002	1,060,811	994,611	994,611	1,003,364	1,099,554	
		1日当り患者数合計 (人)		89.1人	94.6人	93.8人	90.2人	90.2人	90.2人	85.8人	
		1日当り診療収益 (円)		29,757円	28,909円	30,909円	30,223円	30,223円	30,489円	30,505円	
		病院全体病床稼働率 (%)		90.0%	95.5%	94.7%	91.1%	91.1%	91.1%	86.7%	

病棟	病床数	項目	設定根拠	2028年度 (365)	2029年度 (365)	2030年度 (366)	2031年度 (366)	2032年度 (365)	2033年度 (365)	2034年度 (365)	
一般病棟	26床	(a)収入額	(c) × (d) × 年間日数	463,572千円	463,572千円	467,652千円	468,933千円	471,767千円	475,919千円		
		(b)病床稼働率 (%)		80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	
	34床	(c) 1日当り患者数 (人)	病床数 × (b)	31.2人	31.2人	31.2人	31.2人	31.2人	31.2人		
		(d) 1日当り診療収益 (円)		40,707円	40,707円	41,065円	41,065円	41,427円	41,427円	41,791円	
地域包括ケア病棟	34床	(a)収入額	(c) × (d) × 年間日数	552,008千円	552,008千円	556,865千円	558,391千円	561,766千円	566,709千円		
		(b)病床稼働率 (%)		90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	
	39床	(c) 1日当り患者数 (人)	病床数 × (b)	43.2人	43.2人	43.2人	43.2人	43.2人	43.2人		
		(d) 1日当り診療収益 (円)		35,008円	35,008円	35,316円	35,316円	35,627円	35,940円		
療養病棟	39床	(a)収入額	(c) × (d) × 年間日数	90,619千円	90,619千円	91,417千円	91,667千円	92,221千円	93,033千円		
		(b)病床稼働率 (%)		95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	
	99床	(c) 1日当り患者数 (人)	病床数 × (b)	11.4人	11.4人	11.4人	11.4人	11.4人	11.4人		
		(d) 1日当り診療収益 (円)		21,778円	21,778円	21,970円	21,970円	22,163円	22,358円		
病棟全体		入院収入額の合計 (千円)		1,106,200	1,106,200	1,115,934	1,118,992	1,125,754	1,125,754	1,135,661	
		1日当り患者数合計 (人)		85.8人	85.8人	85.8人	85.8人	85.8人	85.8人		
		1日当り診療収益 (円)		35,323円	35,323円	35,633円	35,633円	35,947円	35,947円	36,263円	
		病院全体病床稼働率 (%)		86.7%	86.7%	86.7%	86.7%	86.7%	86.7%	86.7%	

一般病棟:

単価 2024年実績:40,000円(在院日数14日まで)

稼働率80.5%

診療報酬は前年度から隔年0.88%増額

2027年～病床稼働率 80.0% 39床

地域包括ケア病棟:

単価 2024年実績:34,400円(在院日数40日まで)

稼働率91.9%

診療報酬は前年度から隔年0.88%増額

2027年～病床稼働率 90.0% 48床

療養病棟:

単価 2024年期実績:21,400円(在院日数制限なし)

稼働率97.4%

診療報酬は前年度から隔年0.88%増額

2027年～病床稼働率 95.0% 12床



I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-1. 入院収益

入院収入シミュレーションの検証のポイント

① シミュレーションの基準としての**2024年度実績の患者数および患者単価の妥当性**

→2025年度の収益性が低下傾向にある中で、2024年度実績を基準として問題ないか。

② **2027年度以降の病棟編成後における患者数および患者単価の検証**

→急性期病棟は14日以内、地域包括ケア病棟は40日以内という前提の実現可能性はどうか。

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-1. 入院収益

検証ポイント①

シミュレーションの基準としての2024年度実績の患者数および患者単価の妥当性

- 2024年度(6-1月)と2025年度(4-7月)の実績比較

	2024年 A	2025年 B	差異 B-A
入院収入	千円／月	84,206	65,012
延べ患者数	人／月	2,839	2,233
1日患者数	人／日	92.7	73.2
稼働率	%	93.6%	73.9%
新入院患者数	人／月	68.9	55.5
患者単価	円／人	29,661	29,118

→2024年度と2025年度実績の乖離が大きいといえます。

＜経路別新入院患者数＞

入院経路	2024年度 6-1月 A	2025年度 4-6月 B	差異 B-A
救急車	13.9	12.3	-1.5
紹介	10.6	8.0	-2.6
上記以外	43.6	29.7	-14.0
不明	0.8	4.3	3.6
合計	68.9	54.3	-14.5

*2025年度実績については、7月は不明(=未退院)が多いため除外。

懸念事項①：急性期病棟の患者単価の乖離が大きい(下図)

	3階急性期		
	2024年	2025年	差異
診察料等	811	709	-103
処方	631	322	-309
注射	3,292	1,417	-1,875
処置	711	873	162
手術	552	26	-527
検査	3,141	2,712	-429
画像	1,416	1,239	-177
その他	3,471	4,559	1,088
入院料	23,437	22,474	-964
食事	1,562	1,713	151
合計	39,026	36,044	-2,982

懸念事項②：新入院患者数が減少傾向(左図)

患者数については、新しい診療体制が機能し、回復することも想定されますが、現状は▲14.5人。

特に、救急車と紹介以外の経路の入院(おそらく外来からの入院)の減少幅が大きくなっています。

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-1. 入院収益

検証ポイント②

2027年度以降の病棟編成後における患者数および患者単価の検証

- 急性期病棟について

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
入院収入 A 千円/年	305,578	305,578	308,267	460,788	463,572	463,572	467,652	468,933	471,767	471,767	475,919
在院患者延数 B 人/年	7,639	7,639	7,639	11,419	11,388	11,388	11,388	11,419	11,388	11,388	11,388
1日あたり在院患者数 人/日	20.9	20.9	20.9	31.2	31.2	31.2	31.2	31.2	31.2	31.2	31.2
患者単価 A/B 円/日	40,000	40,000	40,352	40,352	40,707	40,707	41,065	41,065	41,427	41,427	41,791

*

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
入院収入 C 千円/年	305,578	305,578	308,267	460,788	463,572	463,572	467,652	468,933	471,767	471,767	475,919
入院患者延数 D 人/年	7,983	7,983	7,983	11,933	11,901	11,901	11,901	11,933	11,901	11,901	11,901
1日あたり入院患者数 人/日	21.9	21.9	21.9	32.6	32.6	32.6	32.6	32.6	32.6	32.6	32.6
患者単価 C/D 円/日	38,276	38,276	38,613	38,613	38,953	38,953	39,296	39,296	39,642	39,642	39,991

* 貴院作成シミュレーションでは、在院患者延数(24時時点の患者数)をもとに作成されています。当社のシミュレーション上、こちらを入院延べ患者数(退院患者数も含む)に換算したうえで、比較を行っております。最終的な入院収益には変更はございません(以降の②地域包括ケア病棟および③療養病棟も同様)。

□ 貴院作成シミュレーションの前提(2027年度以降を抜粋)

- 2027年度以降の患者数は、**39床のうち80%(83.6%)稼働**に設定。
- 2027年度以降の患者単価は、**2024年度の在院日数14日以内の患者単価40,000円(38,276円)**をベースに改定時に0.88%増加。

※()内の数値は、退院患者を含む患者数で換算した数値

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-1. 入院収益

検証ポイント②

2027年度以降の病棟編成後における患者数および患者単価の検証

● 急性期病棟について(続き)

急性期病棟における入院経過日別の患者数および患者単価を示したものです。

貴院作成のシミュレーションの前提における14日以内の患者数および患者単価は、以下のとおりとなっています。

2024年(6月-3月)実績

患者数:15.1人/日(▲17.5人)／患者単価:41,253円(+2,640円)

2025年(4月-7月)実績

患者数:13.1人/日(▲19.5人)／患者単価:39,608円(+994円)

* ()内は、シミュレーションの2027年度数値(患者数32.6人/患者単価38,613円)との差異



14日以内の患者で病床を埋めることができれば、患者単価は計画を上回ることが想定される。

急性期病棟で14日以内の患者数を1日あたり17.5～19.5人増加させるためには、
新入院患者数を1月あたり約40人増加させることが必要となります。

(簡易試算:17.5人×30日÷14日=38人／19.5人×30日÷14日=42人)

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-1. 入院収益

検証ポイント②

2027年度以降の病棟編成後における患者数および患者単価の検証

- 急性期病棟について(続き)

患者単価については、現状の診療行為を患者が増加した場合においても維持していることが前提となります。特にリハビリテーションについては、現状の急性期病棟における実施単位数(リハビリ対象患者1人あたり1.81単位)を維持していくためには、セラピスト数の増員(配置転換もしくは採用)が必要と想定されます。

リハビリ単位数の増加必要数:(32.6人-19.7人) × 介入率84.7% × 1.81単位=20単位
→ここから増員が必要な人員数は、2人程度と試算されます。

- 地域包括ケア病棟および療養病棟についても同様に検証しました(詳細は省略)。

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-1. 入院収益

検証のまとめ

以下に、貴院作成の収支計画シミュレーションに関する検証結果について、まとめました。

病棟	患者数		患者単価	
	実現性	コメント	実現性	コメント
急性期病棟	△	<ul style="list-style-type: none"> 14日以内の患者で計画病床稼働を実現するには、<u>月40人程度の新規入院増</u>が必要 	△	<ul style="list-style-type: none"> 「14日以内の患者のみで病床を稼働させるにはベッドコントロール機能の強化が必要 現状のリハビリ提供単位数(1.81単位、介入率84.7%)を維持するにはセラピスト約2名の増員が必要
地域病棟包括化	△	<ul style="list-style-type: none"> <u>40日以内の患者のみで計画病床稼働を実現するには、ベッドコントロールおよび退院支援機能の強化が必要。</u> 特に、療養病棟が減床するため、MSW等の強化が必要。 	○	<ul style="list-style-type: none"> <u>40日以内の患者のみで計画病床稼働を実現できれば、患者単価の実現可能性は高い。</u>
療養病棟	◎	<ul style="list-style-type: none"> 計画病床稼働は、病床を減床するため、<u>達成可能率は高い</u>と想定される。 	◎	<ul style="list-style-type: none"> 計画の患者単価は、<u>2025年度実績と同水準</u>のためクリア可能。 減床により医療区分割合やリハビリ提供が向上し、患者単価は向上する可能性あり。

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-1. 入院収益

計画実現に向けた課題および経営改善施策の提言

【計画実現に向けた課題】

- 新入院患者数の増加:1月あたり約40人
 - 施策案:前方病院への定期訪問による情報収集、紹介患者の送迎サービスの実施、外来経由入院の受け入れ状況の精査
- ベッドコントロール機能の強化:急性期は14日以内、地域包括ケアは40日以内
 - 院内ルールの設定など(退院や退院日などを誰がどのように決めるかなど)
- 退院支援機能の整備
 - 入院時からの介入、退院先の開拓、MSWの増員など
- セラピスト数の確保
 - 新規採用、配置などの見直しなど

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-1. 入院収益

計画実現に向けた課題および経営改善施策の提言

【経営改善施策の提言】

- リハビリ提供体制のさらなる強化に向けた取組み
 - 案：急性期病棟は2.5単位、療養病棟は2単位を目標に
 - 患者単価が急性期は41,208円(+2,595)、療養病棟は22,612円(+1,151円)
 - 急性期病棟2.5単位実施には、セラピスト数3~4名の増員(採用or配置転換)が必要
- 看護補助者配置加算(160点)の算定：看護補助者の採用もしくは配置検討
- 更なる入院料アップへの取組み
 - 急性期入院料の基準アップ(入院料6→4)：必要度の向上
 - 地域包括医療病棟入院料の算定に向けた検討

項目		算定基礎	
【3条】 収益的収支	医業 収益	一般病床	単価 R6全期実績:40,000円(在院日数14日まで)稼働率80.5% 診療報酬は前年度から隔年0.88%増額 R9～病床稼働率 80.0% 39床
		地域包括ケア病床	単価 R6全期実績:34,400円(在院日数40日まで)稼働率91.9% 診療報酬は前年度から隔年0.88%増額 R9～病床稼働率 90.0% 48床
		療養病床	単価 R6全期実績:21,400円(在院日数制限なし)稼働率97.4% 診療報酬は前年度から隔年0.88%増額 R9～病床稼働率 95.0% 12床
	医業外収 益	外来収益	単価 R6全期実績:10,528円1日あたり患者数152人 診療報酬は前年度から隔年0.88%増額 R10～1日当り患者数 180人
		市補助金 ・負担金	国の繰出基準に基づく算定 ※企業債元利償還金 国の繰出基準 利息金額の2/3(回復期病床割合)1/2(回復期以外)
	その他の 医業外収益	国・県補助金	救急勤務医支援事業など
		長期前受金 戻入	長期前受金収益化 (国補助金*1/39+4条繰入額(減価償却費上限で算定))※R9～
		島診療所・アイランド 自販など	R6実績額
	特別 利益	過年度 損益修正益	R6実績額
医業 費用	給与費	給料・手当等	◆基本設定※R6は決算書(案) ①前年度から1.0%増額(人勤ペースアップ分含む) ②看護師5名分増額(3,000万円)※看護配置基準
		賞与引当金	給与費対割合(R5実績額8.7%)により算定※R6は決算書(案)
		退職給付費	人事課積算資料(退職給付引当金)※R6は決算書(案)
	材料費		医業収益対割合により算定:前年度から0.4%増額 R6医業収益対割合:薬品費11.8%, 診療材料費2.5%, 給食材料費1.9%, 医療消耗品費0.2%
		経費	前年度から1.1%増額、新病院開院年のみ面積割で減額
	減価償却費		計算方法:定額法 償却年数:法定耐用年数 (建物本体39年, 設備15年, 医療機器等5年)
		資産減耗費	令和6年度実績固定、固定資産除却費は設定なし
	研究研修費		

出所：貴病院提供資料

報告書およびサマリーで記載した項目

報告書およびサマリー内の該当する章内で記載した項目

I. 収支計画シミュレーションの検証

1. 医業収益

1-2. 外来収益

本章「外来収益」の記載内容

1. 貴院作成「外来収益計画の算定基礎」に関する検証
2. 外来診療収益分析(過去実績の分析)
 - ・外来患者単価/日および外来診療実績/年のベンチマーク比較
3. 外来患者数の将来推計
 - ・笠岡市内の外来患者総数の将来推計
 - ・笠岡市民病院の外来患者数の想定シェア推移
4. 経営課題の抽出と改善施策の提案

I. 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-2. 外来収益

1. 外来収益の算定基礎に関する検証

貴院が作成した収益シミュレーションの前提条件である「直近の診療報酬の伸び率を参考に試算した結果、

「外来診療収益は0.88%増額」は、昨今の「診療報酬改定の推移」や以下に記載した「医療政策動向・マクロ経済環境動向など」の見地から、概ね妥当な結果であると考えます。

【検証のポイント】

・国が志向する医療政策の視点

「地域医療構想の推進」「医師偏在対策の強化」「医療DXの推進」などの整合性
増加する在宅医療需要への対応

医療の質・医療従事者の確保

・マクロ経済環境の視点

原材料価格高騰などによる消費者物価指数の上昇

ベースアップ評価料など賃上げへの環境整備

I. 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-2. 外来収益

2. 外来診療収益分析(過去実績の分析とベンチマーク比較)

【外来診療収益 実績推移とベンチマークとの照合】

笠岡市民病院 外来収益 2024年度 実績値	同 外来収益 2023年度 実績値	同 外来収益 2022年度 実績値	同 外来収益 2021年度 実績値			試算① 笠岡市民病院 外来患者数 2024年度実績値 × 「年間外来収益額」 ベンチマーク (A) 20~99床 (A) × (C) 単位：円	試算② 笠岡市民病院 外来患者数 2024年度実績値 × 「年間外来収益額」 ベンチマーク (B) 100~199床 (B) × (C) 単位：円
				笠岡市民病院 外来収益 2024年度 実績値	同 外来収益 2023年度 実績値		
388,862,000	405,154,000	410,562,000	398,708,000	296,200,793	408,267,271		

外来患者数実績（人／日）	152	160.7	176	174
外来患者単価（円／人／日）	10,528	9,887	9,184	9,021
外来患者数実績（対2021年比）	87.4%	92.4%	101.1%	100%
外来患者単価（対2021年比）	116.7%	109.6%	101.8%	100%
外来診療日数（日／年）	243	255	254	254

注) 表中の試算①②の金額は、笠岡市民病院の2024年度年間外来診療患者数に
ベンチマークの外来診療単価（①は20～99床、②は100～199床）を掛けた試算結果

出所：笠岡市民病院提供データを基に当社作成

- ・2021年度から2024年度の外来診療単価/人/日は、毎年着実に増加で推移
- ・2021年度から2024年度までの**貴院の外来診療収益額／年**は、1日あたりの外来診療収益および**市町村組合立の病院のベンチマーク「20～99床」**より30%程度高く、**ベンチマーク「100～199床」**と比較し、概ね同等の水準に位置

- ・ベンチマーク対象の市町村・組合病院（20床～99床、100床から199床）で**外来診療収益額／人／日**が比較的高い**内科患者数**が
貴院の外来患者数の約4割を占める
→病院全体の**外来収益額**の確保に寄与

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-2. 外来収益

3-1. 外来患者数の将来推計

笠岡市人口	国勢調査	将来推計人口						
年齢階層	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	対2020年比
年少人口（0～14歳）	4,566	3,791	3,071	2,647	2,335	2,039	1,733	45.7%
生産年齢人口1（15～39歳）	9,248	8,094	7,152	6,143	5,147	4,376	3,735	46.1%
生産年齢人口2（40～64歳）	14,620	13,279	11,960	10,605	8,952	7,890	6,901	52.0%
高齢者人口（65歳以上）	17,654	17,241	16,546	15,808	15,328	14,142	12,988	75.3%
後期高齢者人口（75歳以上）	9,907	10,583	10,580	10,266	9,674	9,091	8,920	84.3%
総人口	46,088	42,405	38,729	35,203	31,762	28,447	25,357	59.8%

出所：国立社会保障・人口問題研究所 2023年12月推計

医療需要予測	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
笠岡市	100	97	92	87	81	75	69
全国平均（参考）	100	102	102	101	101	100	99

出所：地域医療情報システムJ-map 日本医師会

	(2021年実績)	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	対2025年比
笠岡市民病院外来患者数予測	174	152	180	180	180	180	180	118.4%

出所：笠岡市提供資料（R070707笠岡市病院建設の事業費）⑧医業収入設定

1日あたりの外来患者数

1日あたり患者数は、
2024年～2027年が152人、
新病院本格的稼働後の2028年～2050年が
180人と試算

左記図表で示した2025年から2050年の
将来推計人口（笠岡市）によると、

総人口が59.8%

高齢者（65歳以上）人口が75.3%

地域医療情報システム・医療需要予測では
笠岡市の2050年の医療需要は
対2025年比69%と大きく減少見込み

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-2. 外来収益

3-2. 笠岡市民病院の外来患者数の想定シェア推移

笠岡市内全体の推計外来患者数に対する笠岡市民病院の推計外来患者患者数の予想シェア推移

	2020年			2025年			2030年		
	患者数 (人/日)	笠岡市民病院 外来患者数 (人/日)	構成比 (%)	患者数 (人/日)	笠岡市民病院 外来患者数 (人/日)	構成比 (%)	患者数 (人/日)	笠岡市民病院 外来患者数 (人/日)	構成比 (%)
推計患者数 総計	2,685	データなし	-	2,536	152	6.0%	2,374	180	7.6%
2035年									
	患者数 (人/日)	笠岡市民病院 外来患者数 (人/日)	構成比 (%)	患者数 (人/日)	笠岡市民病院 外来患者数 (人/日)	構成比 (%)	患者数 (人/日)	笠岡市民病院 外来患者数 (人/日)	構成比 (%)
推計患者数 総計	2,204	180	8.2%	2,037	180	8.8%	1,850	180	9.7%

出所：「都道府県・市区町村別の男女・年齢（5歳）階級別将来推計人口-『日本の地域別将来推計人口』（令和5（2023）年推計）、国立社会保障・

人口問題研究所」及び「2023年 患者調査 - 受療率（人口10万対）、厚生労働省」より算出

表中の各年度の笠岡市民病院の外来患者数は病院提供資料より抜粋

2025年時点（推計）では、笠岡市内の外来患者数全体は2,536人、その内、貴院の外来患者数（試算値）は152人でシェア6.0%と推定

以後、貴院の外来患者数が笠岡市新病院基本計画どおりに180人/日で推移と仮定すると、貴院の外来患者数シェアは、2045年に9.7%となる見込み

⇒対2025年比で増分するシェアの数値（%）としては3.7pt分の上昇、シェア割合（%値）としては約1.5倍と大きな上昇と想定

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-2. 外来収益

4. 笠岡市民病院の経営課題の抽出と改善施策の提案

(1) 視点1 安定的な患者確保

=人口減少に伴う将来の病院外来患者数の減少幅を最小限に抑えるための具体策

上記の具体策実現に貢献する考え方「コミュニティホスピタル志向」の推進

コミュニティホスピタルとは...(一般社団法人コミュニティホスピタル協会)

総合診療を軸に超急性期以外のすべての医療、リハビリ、栄養管理、介護などのケアをワンストップで提供する病院です。

病気だけを診る医療ではなく、患者さんの人生に寄り添い、「治し、支える医療」をワンストップで提供します。

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-2. 外来収益

コミュニティホスピタルの具体像、区分・内容・期待効果

コミュニティホスピタルの具体像

- 01** 総合診療を中心とし、地域住民の健康管理や救急医療をはじめとする必要な医療を提供できる病院。
- 02** 充実した在宅医療体制を有し、地域の医療・介護・福祉機関と協力して地域包括ケアシステムの構築に貢献する病院。
- 03** 地域医療に関わる人材が体系的に学び成長できる環境を整え、人々が集い交流する地域に開かれた病院。

出所:「在宅医療カレッジ」
コミュニティホスピタルで地域密着型の中小病院を創る

「コミュニティホスピタルの区分内容と期待効果」

区分	内容	期待される効果
① 病床機能再編	回復期・包括ケア病棟 中心への転換	収益安定化 人件費抑制
② 連携・ICT整備	地域連携室の機能強化 + 情報共有基盤	患者紹介増加 在宅連携強化
③ 地域開放化	健診・予防事業拡充 交流拠点化	住民からの支持拡大 外来収益増加

出所：当社作成

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-2. 外来収益

笠岡市民病院 『基本理念』～笠岡市新病院基本計画より～

～市民の皆様から世代を超えて永続的に
愛され親しまれ信頼される病院に～

- ・ 市民病院は、地域の皆様の生命と健康を守るために貢献します
- ・ 市民病院は、患者様の人権を尊重し、患者様のための開かれた医療を行います
- ・ 市民病院は、地域の中核病院として、安全で質の高い医療の提供に努めます

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-2. 外来収益

コミュニティホスピタルモデル実現を通じた 笠岡市民病院の目指す病院像(案)

1. ミッション: 存在意義、目的(案)

- ・笠岡市民が「安心して暮らし続けられる街」を医療の力で支えます。
- ・人口減少・高齢化が進む中でも、誰もが身近な場所で必要な医療・介護・支援を受けられるよう、地域の最後のよりどころとして持続可能な医療体制を構築します。

2. ビジョン: 目指す姿(案)

- ・“小規模でも存在価値のある病院”として、地域包括ケアの中核を担います。
- ・急性期から在宅まで切れ目なく支える「地域完結型医療」を実現します。(超急性期対象外)
- ・医療・介護・行政・住民が協働できる病院モデルを確立します。
- ・住民の健康・生活・安心を一体的に守る地域共創型の病院経営を実現します。

3. バリュー: 行動指針・価値基準(案)

項目	内容
----	----

共創(Co-Creation) : 医療・介護・行政・住民とともに地域の健康を創ります。

継続(Continuity) : 笠岡市民の疾病治療から生活支援まで、切れ目なく支援します。

誠実(Integrity) : 公的医療機関としての責任を果たし、透明で誠実な経営を行います。

柔軟(Flexibility) : 地域の変化に合わせ、機能と人材を機動的に再編します。

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-2. 外来収益

笠岡市民病院の経営課題の抽出と改善施策の提案

(1) 視点1 安定的な患者確保

=人口減少に伴い予測される将来の病院外来患者数の減少幅を最小限に抑えるための具体策

①『笠岡市立市民病院 総合内科・総合診療科の将来展望シナリオ』

・基本方針

【総合内科・総合診療科医を院内で養成する際の「前段階」としての行動】

貴院からの退院患者の内、急変が少ないと予想される患者を対象に
訪問診療・在宅診療を行い、対象患者を拡大します

【総合内科・総合診療科医師の段階的確保】

複数の専門医を一度に確保することは実現可能性が低いと考えられます

⇒岡山大学医学部総合内科学 「総合診療医学寄附講座」の関係者などから

1名の(常勤)専門医を核として総合内科・総合診療科医外来を立ち上げます

⇒その後は院内での育成を主軸とする現実的な人材確保策を採用します

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-2. 外来収益

笠岡市民病院の経営課題の抽出と改善施策の提案

【スタッフ役割のシフト】

将来の人口減少に伴い、外来患者数の維持が困難になることを前提に、医師・スタッフの役割は、外来診療をメインに以下の機能の割合を高めていきます

①病院・診療所との連携強化

- ・総合内科・総合診療科の存在を地域に周知し、連携の基盤を築くことに焦点を当てます
- ・地域の病院・診療所からの紹介を積極的に受け入れ、治療後は速やかに逆紹介する仕組み作りを徹底します(次頁図表参照)

②健診データ活用による予防医療強化

③医療提供者としての役割の転換と進化～ヘルスケアマネジメントへの拡大～

④少数精鋭のチーム医療体制の構築

- ・医師の人数が限られるため、看護師や多職種スタッフが高度なスキルを持つ「少数精鋭のチーム」を構築し、一人ひとりの患者に丁寧かつ総合的なケアを提供します
- ・看護師やスタッフのスキルアップだけでなく、このチームで指導する医師・看護師の新たな能力開発への寄与も期待できます⇒継続雇用や採用にも好影響を与えます

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-2. 外来収益

笠岡市民病院への紹介患者数

	病院目標数 月平均	2025年4-8月度合計 (5か月分)	2025年度 月平均	2024年度合計	2024年度 月平均
紹介入院患者数	40	46	9.2	181	15.1
紹介外来患者数	80	122	24.4	356	29.7

紹介入院患者、紹介外来患者ともに2025年度は減少傾向
目標への進捗率は、入院23%・外来30%(2025年度4-8月度)

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-2. 外来収益

笠岡市民病院の経営課題の抽出と改善施策の提案

まとめ(1) 視点1 安定的な患者確保

=人口減少に伴い予測される将来の病院外来患者数の減少幅を最小限に抑えるための具体策

- ・笠岡市の著しい人口減少と医師確保の現実を直視した上で、総合内科・総合診療科を効果的に運用することが持続可能のための最も現実的なシナリオです
- ・外来患者数の維持自体を目標とするのではなく、医師やスタッフの役割を柔軟に変化させ、地域全体に貢献します
- ・多角的な活動へとシフトすることで、貴院が将来にわたって地域医療を支え続けることができる可能性が一層高まると考えられます

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-2. 外来収益

笠岡市民病院の経営課題の抽出と改善施策の提案

まとめ(1)視点2-A: 安定的な患者確保=将来、減少が予測される患者数の最小化のための具体策
『地域医療連携の基盤構築と推進』(笠岡市内、周辺地域)

各医療機関との連携を強化し、笠岡市立市民病院が地域医療の要となることを目指します

課題1. 笠岡市内の医療機関との連携

対応策

・疾患ごとの「地域連携パス」を共同で作成

患者の転院をさらに促進すると共に治療からリハビリ、在宅復帰までを一貫して支援

・医師会や笠岡第一病院や笠岡中央病院との協力強化

市内の開業医と、定期的な情報交換会など顔の見える関係構築をさらに推進

治療が安定した患者を積極的に診療所へ逆紹介⇒地域全体での医療資源を効率利用

・診療所医師の高齢化に伴う診療所数そのものの減少への対応

笠岡市民のプライマリーケアの受診体制の構築をかかりつけ医と共に着手

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-2. 外来収益

笠岡市民病院の経営課題の抽出と改善施策の提案

(1) 視点2-A:『地域医療連携の基盤構築と推進』(笠岡市内、周辺地域)

課題2. 広域の医療機関との連携

対応策

・福山市や井原市など**広域の病院と高度専門医療の連携ルートを強化**

　笠岡市内の病院で対応が難しい重症患者を迅速に紹介

　⇒治療後は貴院総合内科・総合診療科が窓口となり、地域でのケアを継続

・上記の実現後、**広域の病院とも「地域医療情報ネットワーク」を構築**

　⇒連携の効率化を図り、患者情報をシームレスに共有できる体制を目指す

課題3. 連携の進化と役割の転換

対応策

・総合内科・総合診療科医による**在宅医療の支援、地域診療所への医師派遣、人間ドックや健診データに基づいた予防医療への関与を強化**

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-2. 外来収益

笠岡市民病院の経営課題の抽出と改善施策の提案

(1) 視点2-B:「情報システムを活用した地域医療連携の進め方」

最も合理的な策は「クラウド型医療情報共有サービス(1)」と考えられます

理由:①費用が比較的抑えられつつ、将来的な発展性が高いと考えられます

:②中核病院と医師会を軸にした実運用に耐えられる可能性が高いと言えます

:③医療情報交換の標準規格(HL7 FHIR等)対応で、将来の広域連携や行政連携への発展可能性が期待できます

並行して、「ケアキャビネットと地域医療連携情報システムを活用した地域連携強化策」にも取り組みます

「地域医療連携促進のための情報システム候補比較」

項目	クラウド型医療情報共有サービス(1)	セキュアメール・アプリ(2)	簡易Webポータル・地域内共通アクセス型(3)
発展性	◎(標準規格次第で拡張可)	△(限定的)	○(設計次第)
初期費用	10~50万円程度／施設	無料～数万円	数十万円程度～
維持費用	1～5万円程度／月	1,000～5,000円程度／月	数万円程度～／月
導入難易度	低～中	低	中
費用対効果	◎(中コスト・高効果)	○(低コスト・限定効果)	△(高コスト・高効果だが過大)
人的資源	○(中核病院にICT担当必須)	◎(最小限で可)	△(専門人材確保が必須)
期待効果	◎(医療費削減、診療効率化) 患者情報共有、紹介の円滑化	△(紹介・逆紹介に限定) 簡単な連絡、情報交換	◎(包括ケアまで可能) 検査・薬歴の共有、紹介の円滑化 コスト・調整負担
留意点	セキュリティ対策・標準化 個人情報保護、全施設参加必要	誤送信対策・情報蓄積性 法規制、記録保存	情報管理、容量管理 セキュリティ対策
キーパーソン	病院CIO + 医師会リーダー	医師会事務局	自治体 + 病院CIO

出所:当社作成

I 収支計画シミュレーションの検証／1. 医業収益／1-2. 外来収益

経営課題の抽出と改善施策の提案のまとめ

- 外来患者数目標180人/日への確保には、
継続的な自助努力と効果的・効率的な医療連携が不可欠です
⇒外来患者数目標達成のための活動目標を設定し、進捗を問います
(報告書には各項目ごとに1期5年の具体策を記載しています)
- コミュニティホスピタル志向の推進
 - 総合内科・総合診療科医の育成・常勤医師確保、在宅医療の強化
- 地域医療連携の充実
 - 地域連携室の充実、特にMSW(医療ソーシャルワーカー)現体制1人から2人へ増員し、総合内科・総合診療科外来医師・看護師・事務と協働
 - 医師会・周辺医療機関とのさらなる連携強化(患者紹介、逆紹介の推進)と患者アクセス確保

I. 収支計画シミュレーションの検証

2. 医業費用

1. 経費分析

項目		算定基礎	
【3条】 収益的収支	医業 収益	一般病床	単価 R6全期実績:40,000円(在院日数14日まで)稼働率80.5% 診療報酬は前年度から隔年0.88%増額 R9～病床稼働率 80.0% 39床
		地域包括ケア病床	単価 R6全期実績:34,400円(在院日数40日まで)稼働率91.9% 診療報酬は前年度から隔年0.88%増額 R9～病床稼働率 90.0% 48床
		療養病床	単価 R6全期実績:21,400円(在院日数制限なし)稼働率97.4% 診療報酬は前年度から隔年0.88%増額 R9～病床稼働率 95.0% 12床
	外来収益	全診療科平均	単価 R6全期実績:10,528円1日あたり患者数152人 診療報酬は前年度から隔年0.88%増額 R10～1日当たり患者数 180人
	医業外収 益	市補助金 ・負担金	国の繰出基準に基づく算定 ※企業債元利償還金 国の繰出基準 利息金額の2/3(回復期病床割合)1/2(回復期以外)
		国・県補助金	救急勤務医支援事業など
		長期前受金 戻入	長期前受金収益化 (国補助金*1/39+4条繰入額(減価償却費上限で算定))※R9～
		その他 医業外収益	島診療所・アイランド 自販など R6実績額
	特別 利益	過年度 損益修正益	R6実績額
	医業 費用	給与費	◆基本設定※R6は決算書(案) ①前年度から1.0%増額(人勤ベースアップ分含む) ②看護師5名分増額(3,000万円)※看護配置基準
		賞与引当金	給与費対割合(R6実績額8.7%)により算定※R6は決算書(案)
		退職給付費	人事課積算資料(退職給付引当金)※R6は決算書(案)
		材料費	医業収益対割合により算定:前年度から0.4%増額 R6医業収益対割合:薬品費11.8%, 診療材料費2.5%, 給食材料費1.9%, 医療消耗品費0.2%
		経費	前年度から1.1%増額、新病院開院年のみ面積割で減額
		減価償却費	計算方法: 定額法 償却年数: 法定耐用年数 (建物本体39年, 設備15年, 医療機器等5年)
		資産減耗費	令和6年度実績固定、固定資産除却費は設定なし
		研究研修費	

出所：貴病院提供資料

報告書およびサマリーで記載した項目

報告書およびサマリー内の該当する章内で記載した項目

I. 収支計画シミュレーションの検証／2. 医業費用／1. 経費分析

1 納入料

・新病院建設に関する収支計画の積算資料の算定基礎「納入料」

◆基本設定※R6は決算書(案)では、

- ①前年度から1.0%増額(人勧ベースアップ分含む)
- ②看護師5名分増額(3,000万円)※看護配置基準

・昨今の賃上げの取り組みは今後も続くと考えられますが、職員の退職と新規採用による

職員の入れ替えを行っていき、納入料の上昇を年間1%に抑えていくという考え方は妥当と考えられます

・病棟編成による看護職員の増員(看護師5名分の増額3,000万円は折り込み済み)には、

3病棟体制の場合:1日あたりの配置人員が-7.5人不足(雇用ベースでは12人)

2病棟体制の場合:1日あたりの配置人員が-3.5人不足(雇用ベースでは6人)

となり、これらの人件費増に対応していく必要があります。※ 46、47頁参照

・セラピストの増員(収益向上に直結)、MSW(社会福祉士)の増員(連携強化による患者増)等も、収益改善に密接に関係します。

⇒ 費用対効果をにらみながら別途の検討が望まれます。

I. 収支計画シミュレーションの検証／2. 医業費用／1. 経費分析

2 材料費(薬品費、診療材料費、給食材料費、医療消耗品費)

「検証視点」

- ・薬価改定(2年ごと)の影響が反映されているか
- ・新病院稼働後の新薬・高額薬剤の導入見込みやジェネリック使用率の想定が現実的か
- ・診療報酬の出来高変動と材料費の伸びが整合しているか
- ・人口減少・患者数推計に基づいて調整されているか

「検証コメント」

- ・**薬価改定の影響が一律にマイナス2%で設定されているが、新病院稼働後の増減が想定される薬剤のシェア変動が反映されていません。**
追加検証を行う必要があると考えます。
- ・診療材料費は患者数推計に連動させており、過大評価のリスクは低いと考えられます。

I. 収支計画シミュレーションの検証／2. 医業費用／1. 経費分析

3 経費(福利厚生費～雑費まで)

「検証視点」

- ・インフレ率や水道光熱費の上昇見込みが妥当か
- ・業務委託料・人材派遣費の想定が人件費抑制方針と矛盾していないか
- ・修繕費・賃借料が将来の施設更新計画と整合しているか
- ・同規模病院との比較で過小または过大がないか
- ・医療従事者確保のために必要な戦略的な福利厚生策を検討しているか
- ・将来の外来患者数を維持確保するために必要な病院アクセス費用を確保しているか

「検証コメント」

- ・光熱水費は直近5年の平均増加率を下回る前提となっており、資源エネルギー価格　高騰リスクを考慮し、上昇度合いを織り込むことを推奨します。
- ・今後、医療従事者・病院事務職員共の労働環境改善のため、あるいは採用に伴う他の医療機関との競合優位性確保のために、院内保育所設置または運営支援など育児関連の対応を含めた福利厚生の充実が必要とされると考えられます。
- ・新病院稼働後に180人/日の外来患者を安定的に確保するため⇒病院と市内の主な駅や買物スポットなどを結ぶコミュニティバスの運行などを市と検討しておく必要があります。

I. 収支計画シミュレーションの検証／2. 医業費用／1. 経費分析

4 減価償却費

「検証視点」

- ・建替え・大型設備更新の計画と一致しているか
- ・医療機器の耐用年数と更新サイクルが正しく反映されているか
- ・固定資産の除却損の発生リスクを適切に見込んでいるか

「検証コメント」

- ・MRI更新時期を2028年度に想定していますが、実際の機器耐用年数からみると前倒しの可能性があるとも考えられます。
貴院内での検討状況と整合性は取れていますでしょうか。
- ・建物減価償却費は耐用年数に基づき算定されており、計画との整合性は高いと考えられます。
- ・今後、原材料価格・人件費の持続的な上昇が予想される中で、新病院の建築関係費用が上昇する可能性と、それに伴う減価償却費の上昇を考慮する必要があると考えられます。

I. 収支計画シミュレーションの検証／2. 医業費用／1. 経費分析

5 研究研修費

「検証視点」

- ・学会参加や人材育成方針と整合しているか
- ・外部助成金や補助金の可能性を加味しているか
- ・経営逼迫時に最初に削減されやすいが、中長期的な人材確保戦略に照らして妥当か

「検証コメント」

- ・研究研修費は固定額で据え置きとなっていますが、総合診療科をはじめとする専門医取得支援の計画などを踏まえると不足リスクがあると考えられます。
- ・研修費を医師数に応じてスライドさせており、規模感としては適切であると思われます。

I. 収支計画シミュレーションの検証／2. 医業費用／1. 経費分析

6～7 全体的な評価の切り口とまとめ

「全体的な評価」

- ・過去実績との比較(過去5年の推移と照合)
- ・業界ベンチマーク(同規模病院との比較)
- ・政策・制度改定リスク(診療報酬改定、薬価改定、最低賃金上昇)
- ・人口動態・患者数予測との整合性
- ・感度分析(インフレ率・患者数が想定より増減した場合の影響)

「経費検証のまとめ」

病院の将来収益予測の「経費試算の検証・評価」は、

①制度・市場の外部環境、②内部の実績・計画、③長期的な整合性の3つの視点でチェックすることが重要です。経費の上昇率の設定根拠は、実務的には「どの公的指標に連動させるか」を決め、院内ルールとして維持する方法が再現性の高い対応策と言えます。

I. 収支計画シミュレーションの検証／2. 医業費用／1. 経費分析

8 「経営改善のための戦略的アプローチ」

【コスト構造の可視化】

病院経営は、まず自院のコスト構造を正確に把握することから始めることが重要です。

可能な領域からABC分析(重点分析)や原価計算を導入することで、診療科別や治療プロセス別にコストの高い領域を特定し、改善の焦点を絞ることが可能になります。

【調達の最適化】

医薬品費や診療材料費は、変動費の中で大きな割合を占めます。地域レベルでのフォーミュラリ*の形成や複数の医療機関の連携による共同購入を行うことで、貴院が単独で調達する場合よりもボリュームディスカウントによるコスト削減が期待できます。

*地域フォーミュラリとは、「地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に

加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている地域における

医薬品集及びその使用方針」

出所：厚生労働省厚生局

【医療材料などの選定プロセスの可視化・標準化】

貴院内で使用する医薬品や医療材料の選定基準を明確にし、多職種が参加する委員会を設置して可視化・標準化を図ることも有効です。品質、安全性、コストを総合的に評価する体制を整えることで、コストの重複発生を防ぎ、効率的な経営を実現することができます。

II. 職員効率の検証

- 1. 医療法上の人員配置標準**
- 2. 全職員のベンチマークとの比較**
- 3. 全病棟における看護要員の配置状況**
- 4. その他**

II 職員効率検証／1. 医療法上の人員配置標準

医療法上の人員配置標準との比較

- 2025年4月～7月の実績患者数と医療法上の人員配置標準との比較では、
医師、薬剤師、看護職員、看護補助者、栄養士とも人員配置標準を大きく上回っています。
- 2027年度の目標患者数との比較においても、医師の余裕が少なくなるものの、人員配置標準を大きく上回っています。

医療法上の 人員配置標準 との比較 (2025年4月～ 7月実績)	区分	常勤	非常勤		常勤換算合計 A	配置標準数 B	差 A-B
		人員数	人員数	常勤換算値			
		医師	4	-	5.6	9.6	5.3
薬剤師	4	0	0	0	4.0	1.1	2.9
看護職員	48	7	3.9	51.9	17.4	34.5	
看護補助者	4	5	2.3	6.3	3.7	2.6	
栄養士	2	0	0	2.0	1.0	1.0	

医療法上の 人員配置標準 との比較 (2027年 目標患者数)	区分	常勤	非常勤		常勤換算合計 A	配置標準数 B	差 A-B
		人員数	人員数	常勤換算値			
		医師	4	-	5.6	9.6	9.4
薬剤師	4	0	0	0	4.0	2.0	2.0
看護職員	48	7	3.9	51.9	33.7	18.3	
看護補助者	4	5	2.3	6.3	2.9	3.5	
栄養士	2	0	0	2.0	1.0	1.0	

区分	医療法上の人員配置標準
医師	一般病床16:1、療養病床48:1、 外来(耳鼻科、眼科以外)40:1、外来(耳鼻科、眼科)80:1
薬剤師	一般病床70:1、療養病床150:1、外来:取扱処方箋の数75:1
看護職員	一般病床3:1、療養病床4:1、外来30:1
看護補助者	療養病床4:1
栄養士	病床数100以上の病院に1人

II. 職員効率検証／2. 全職員のベンチマークとの比較

市町村・組合立の一般病院(100~199床)との比較

	当院(2025年4月実績)				当院(99床)の100床あたり人員数 $D = C / 0.99$	ベンチマーク			
	常勤 A	非常勤	非常勤 (常勤換算) B	合計 (常勤換算) C = A + B		標準 E (100~199床)	差異 $F = D - E$	差異の実数 $F \times 0.99$	職員数比率 D / E
医員	医師(管理者含む)	6	1	0.6	6.6	6.7	10.9	-4.2	-4.2
	小計	6	1	0.6	6.6	6.7	10.9	-4.2	-4.2
看護部門	看護師	47	6	3.3	50.3	50.8	59.1	-8.3	-8.2
	准看護師	1	1	0.6	1.6	1.6	3.7	-2.1	-2.1
	看護補助者	8	10	5.0	13.0	13.1	15.2	-2.1	-2.0
	小計	56	17	8.9	64.9	65.6	78.0	-12.4	-12.3
医療技術員	薬剤師	4	0	0	4.0	4.0	3.1	0.9	0.9
	診療放射線技師	3	2	1.7	4.7	4.7	3.4	1.3	1.3
	臨床検査技師	7	0	0	7.0	7.1	4.5	2.6	2.5
	理学療法士	9	0	0	9.0	9.1	7.9	1.2	1.2
	作業療法士	5	0	0	5.0	5.1	4.4	0.7	0.6
	言語聴覚士	1	0	0	1.0	1.0	1.6	-0.6	-0.6
	臨床工学技士	1	0	0	1.0	1.0	2.3	-1.3	-1.3
	歯科衛生士	1	1	0.9	1.9	1.9	0.4	1.5	1.5
	管理栄養士・栄養士	2	0	0	2.0	2.0	1.9	0.1	0.1
	小計	33	3	2.6	35.6	36.0	29.5	6.5	6.4
事務員	事務員	18	14	10.3	28.3	28.6	16.4	12.2	12.1
	社会福祉士	1	0	0	1.0	1.0	2.0	-1.0	-1.0
	小計	19	14	10.3	29.3	29.6	18.4	11.2	11.1
合計		114	35	22.4	136.4	137.8	136.8	1.0	1.0
101%									

- 総職員数では同等の水準です。
- 医師が6割、看護要員が8割強の水準です。
- コメディカルは実数の差として1人～2人多いものの、差は縮まっています。尚、理学療法士、作業療法士の水準はベンチマークを若干上回っていますが、言語聴覚士は半分の水準です。
- 事務職員が多いものの社会福祉士は半分の水準となっています。

II 職員効率検証／2. 全職員のベンチマークとの比較

医療法人立の一般病院(100~199床)との比較

	当院(2025年4月実績)				当院(99床)の100床あたり人員数 $D = C / 0.99$	ベンチマーク				
	常勤 A	非常勤	非常勤 (常勤換算) B	合計 (常勤換算) C = A + B		標準 E (100~199床)	差異 $F = D - E$	差異の実数 $F \times 0.99$	職員数比率 D / E	
医員	医師(管理者含む)	6	1	0.6	6.6	6.7	10.2	-3.5	-3.5	65%
	小計	6	1	0.6	6.6	6.7	10.2	-3.5	-3.5	65%
看護部門	看護師	47	6	3.3	50.3	50.8	55.1	-4.3	-4.2	92%
	准看護師	1	1	0.6	1.6	1.6	4.9	-3.3	-3.3	33%
	看護補助者	8	10	5.0	13.0	13.1	21.3	-8.2	-8.1	62%
	小計	56	17	8.9	64.9	65.6	81.3	-15.7	-15.6	81%
医療技術員	薬剤師	4	0	0	4.0	4.0	3.5	0.5	0.5	115%
	診療放射線技師	3	2	1.7	4.7	4.7	3.7	1.0	1.0	128%
	臨床検査技師	7	0	0	7.0	7.1	4.2	2.9	2.8	168%
	理学療法士	9	0	0	9.0	9.1	13.6	-4.5	-4.5	67%
	作業療法士	5	0	0	5.0	5.1	7.0	-1.9	-1.9	72%
	言語聴覚士	1	0	0	1.0	1.0	3.0	-2.0	-2.0	34%
	臨床工学技士	1	0	0	1.0	1.0	0.9	0.1	0.1	112%
	歯科衛生士	1	1	0.9	1.9	1.9	0.3	1.6	1.6	640%
	管理栄養士・栄養士	2	0	0	2.0	2.0	2.1	-0.1	-0.1	96%
	小計	33	3	2.6	35.6	36.0	38.3	-2.3	-2.3	94%
事務員	事務員	18	14	10.3	28.3	28.6	20.5	8.1	8.0	139%
	社会福祉士	1	0	0	1.0	1.0	2.1	-1.1	-1.1	48%
	小計	19	14	10.3	29.3	29.6	22.6	7.0	6.9	131%
合計		114	35	22.4	136.4	137.8	152.4	-14.6	-14.5	90%

- 総職員数で9割の水準です。
- 医師が6割強、看護要員が8割の水準です。
看護要員の内訳では、
看護師が9割、准看護師が3割、
看護補助者が6割の水準です。
- コメディカルは職種によって異なりますが、
理学療法士、作業療法士は7割前後、
言語聴覚士は3割の水準に止まっています。
- 事務職員は多いものの
社会福祉士は半分の水準となっています。

II 職員効率検証／3. 全病棟における看護要員の配置状況

2025年7月現在の看護要員の配置状況

- 病棟全体では、看護職員27.5人、看護補助者15.8人、看護要員合計43.3人が配置されています。
- 診療報酬上の必要数としては、看護職員22.0人、看護補助者10.0人、看護要員合計32.0人が必要となります。
- 看護職員+5.5人、看護補助者+5.8人、看護要員合計+11.3人の大きな余裕があり、
診療報酬上の施設基準は守っています。

現状 (2025年7月)	患者数	平均1日あたり配置数(2025年7月様式9データ)					
		看護師	准看護師	看護職計	補助者	看護要員計	備考
一般病棟	50	18.3	0.0	18.3	8.1	26.4	急性期看護補助体制加算 50:1
地域包括ケア病床							看護職員配置加算 50:1
療養病棟	37	9.2	0.0	9.2	7.7	16.9	
合計 ①	87	27.5	0.0	27.5	15.8	43.3	

必要数 (2025年7月)	患者数	診療報酬上の1日あたり配置必要数					
		看護師	准看護師	看護職計	補助者	看護要員計	備考
一般病棟	50	11.0	4.0	15.0	3.0	18.0	急性期看護補助体制加算 50:1
地域包括ケア病床							看護職員配置加算 50:1
療養病棟	37	2.0	5.0	7.0	7.0	14.0	注1
合計 ②	87	13.0	9.0	22.0	10.0	32.0	

差	患者数	配置数と必要数の差					
		看護師	准看護師	看護職計	補助者	看護要員計	備考
合計 ①-②	0	14.5	-9.0	5.5	5.8	11.3	

注1： 診療報酬上の1日あたり配置必要数では、療養病棟は2人夜勤体制(看護職員1人、看護補助者1人)を維持するために、
看護職員7人、看護補助者7人の配置が必要となります。

II. 職員効率検証／3. 全病棟における看護要員の配置状況

新病院(3病棟体制)の看護要員の配置状況

現状 (2025年7月)	患者数	平均1日あたり配置数(2025年7月様式9データ)					
		看護師	准看護師	看護職計	補助者	看護要員計	備考
一般病棟	50	18.3	0.0	18.3	8.1	26.4	急性期看護補助体制加算 50:1
地域包括ケア病床							看護職員配置加算 50:1
療養病棟	37	9.2	0.0	9.2	7.7	16.9	
合計 ①	87	27.5	0.0	27.5	15.8	43.3	

必要数 (2027年度目標)	患者数	診療報酬上の1日あたり配置必要数					
		看護師	准看護師	看護職計	補助者	看護要員計	備考
一般病棟	32	10.0	4.0	14.0	2.0	16.0	注1、注2
地域包括ケア病棟	44	11.0	3.0	14.0	6.0	20.0	注1
療養病棟	12	2.0	5.0	7.0	7.0	14.0	注2
合計 ②	88	23.0	12.0	35.0	15.0	50.0	

差	患者数	現状配置数と必要数の差					
		看護師	准看護師	看護職計	補助者	看護要員計	備考
合計 ①-②	-1	4.5	-12.0	-7.5	0.8	-6.7	

2027年度目標患者数	病床数	稼働率	1日患者数
一般病棟	39	80%	32
地域包括ケア病棟	48	90%	44
療養病棟	12	95%	12
合計	99		88

注1: 2027年変更後の加算取得

一般病棟: 急性期看護補助体制加算 50:1

地域包括ケア病棟: 看護職員配置加算 50:1

地域包括ケア病棟: 看護補助体制充実加算1(25:1)

注2: 2人夜勤体制維持のための人員配置

一般病棟: 看護職員14人

療養病棟(病棟全体): 看護職員7人、看護補助者7人

- 目標患者数に必要な診療報酬上の配置数は、夜勤2人体制を考慮に入れると、一般病棟:

看護職員14.0人、看護補助者 2.0人

地域包括ケア病棟:

看護職員14.0人、看護補助者 6.0人

療養病棟:

看護職員 7.0人、看護補助者 7.0人

合計:

看護職員35.0人、看護補助者15.0人が必要となります。

(地域包括ケア病棟では、看護補助体制充実加算1(25:1)を追加して算定)

- **看護職員が-7.5人の大きな不足、看護補助者が0.8人の余裕となり、看護要員合計では-6.7人の大きな不足となりますので、看護職員12人程度の採用が必要です。**

II. 職員効率検証／3. 全病棟における看護要員の配置状況

新病院(2病棟体制)の看護要員の配置状況

現状 (2025年7月)	患者数	平均1日あたり配置数(2025年7月様式9データ)					
		看護師	准看護師	看護職計	補助者	看護要員計	備考
一般病棟	50	18.3	0.0	18.3	8.1	26.4	急性期看護補助体制加算 50:1
地域包括ケア病床							看護職員配置加算 50:1
療養病棟	37	9.2	0.0	9.2	7.7	16.9	
合計 ①	87	27.5	0.0	27.5	15.8	43.3	

必要数 (2027年度目標)	患者数	診療報酬上の1日あたり配置必要数					
		看護師	准看護師	看護職計	補助者	看護要員計	備考
一般病棟	32	10.0	4.0	14.0	2.0	16.0	注1、注2
地域包括ケア病床	44	13.0	4.0	17.0	9.0	26.0	注1
療養病棟	12						注2
合計 ②	88	23.0	8.0	31.0	11.0	42.0	

差	患者数	現状配置数と必要数の差					
		看護師	准看護師	看護職計	補助者	看護要員計	備考
合計 ①-②	-1	4.5	-8.0	-3.5	4.8	1.3	

2027年度目標患者数	病床数	稼働率	1日患者数
一般病棟	39	80%	32
地域包括ケア病床	48	90%	44
療養病棟	12	95%	12
合計	99		88

注1: 2027年変更後の加算取得

一般病棟: 急性期看護補助体制加算 50:1

地域包括ケア病床: 看護職員配置加算 50:1*

地域包括ケア病床: 看護補助者配置加算(25:1)*

* 療養病棟全体で看護補助者9人配置ならば

そのまままで算定可能(厚生省に確認済)

注2: 2人夜勤体制維持のための人員配置

一般病棟: 看護職員14人

療養病棟(病棟全体): 看護職員7人、看護補助者7人

- 2病棟体制は当社の試算です。
- 目標患者数に必要な診療報酬上の配置数は、夜勤2人体制を考慮に入れると、一般病棟:
看護職員14.0人、看護補助者 2.0人
療養病棟:
看護職員17.0人、看護補助者 9.0人
合計:
看護職員31.0人、看護補助者11.0人が必要となります。
- 看護職員配置では-3.5人の不足、
看護補助者配置では4.8人の余裕となり、
このため、雇用ベースで**看護職員6人程度の雇用が必要**となります(すでに、5人分の人事費は計画に織込み済)。
- **療養病棟全体の看護補助者数(9.0人)**
で、地域包括ケア病床の看護補助者配置加算(25:1)も新たに算定できます(これにより**年間26百万円の収益増を見込めます**)。

II 職員効率検証／4. その他

その他

- 2024年度の有給休暇取得率は全体で34.5%と低いと考えられます。
特に看護部の病棟部門では、20%台と全体よりも低くなっています。
管理監督職が率先して有給休暇を取得し、職員の取得率を上げていくことが必要です。
- 看護部は40歳代、50歳代の職員が多くなっており、看護師の採用を積極的に継続し、年代別構成を変えていく必要があります。
緊急時には紹介事業者に依頼するものの、多くの病院が自院のホームページを活用する方向に動いています。
他病院の取り組みを参考に、自院の強みをアピールしていく必要があります。
- 看護補助者については、全国的に採用難が続いており、特定技能外国人を採用している病院も多くなってきています。
特定技能外国人の採用も考えていく必要があります。
- 診療体制の強化には、医師(総合診療科医)、看護師に加えて、リハビリ職員(セラピスト)、MSW(社会福祉士)等の採用を進めていく必要があります。
本来的には、新卒者を採用して自院で臨床経験を積ませ、医療人としてのスキルを上げていくことが望ましいと考えます。
そのためには、専門学校からの実習生の受け入れ、病院見学会の実施などを積極的に企画し、専門学校との密接な関係を構築していく必要があります。