

第2回（令和4年第1回）新市立病院建設運営特別委員会

日時：令和4年（2022年）2月4日（金）午前10時～

場所：本庁3階委員会室

次 第

1. 開会

2. 案件

第4回箕面市新市立病院整備審議会の審議内容について

3. その他

4. 閉会

資料1

新病院の機能・規模の検討について

前回までの議論のまとめ

新病院の機能に関する方向性

- 政策的医療のうち、救急医療、小児医療、災害医療、新興感染症等拡大時の医療について継続・充実させます。特に、救急医療については、市内唯一の二次救急病院として、「断らない救急」という方針のもと、取り組みを強化しています。周産期医療については、NICU（新生児集中治療室）は整備せず、医療圏域内の周産期母子医療センターである大阪大学医学部附属病院や市立豊中病院等と機能分担していきます。
- 一般医療については、5疾病を中心に幅広い疾患に対応するとともに、ロボット手術や内視鏡治療等の最先端医療、がんや生活習慣病への対応といった既存の強みと、将来の医療需要が合致する分野を重点強化します。

病床規模の検討における前提

- 新病院の規模を検討する上では、**急性期267床で運営するか、再編・ネットワーク化※を活用して増床を図る**ことが考えられます。
- 当院の特定病床（リハビリテーション病床50床）の取り扱いについて厚生労働省及び大阪府に確認したところ、現在当院で行っている回復期リハビリテーションは特定病床の要件に該当せず、新病院への移転時に申請することができません。**回復期リハビリテーション病床を確保する場合には、急性期267床から必要数を機能転換するか、再編・ネットワーク化を活用し病床を別途確保することになります**（※いずれの場合も、大阪府の医療・病床懇話会や保健医療協議会で医療圏域内の医療機関から合意を得る必要があります）。

診療科構成の検討

- 新病院において**急性期267床で運営した場合**の診療科構成の検討では、**診療体制の見直しによる「選択と集中」の観点**から、呼吸器内科の新設、眼科及び耳鼻咽喉科の外来診療への特化、産科の継続等についてご議論いただきました。
- 審議会委員からは、「400床規模の病院を望む」とのご意見があったほか、「当院が担う医療範囲や、他の医療機関との機能分担について、診療科ごとに整理する必要がある」、「大阪大学医学部と意見交換すべき」とのご意見もいただきました。



今回の審議会では、新病院の規模について議論を深めていくため、診療科ごとの医療範囲について大阪大学医学部の意見も踏まえ再度見直し、**急性期267床で運営した場合と、再編・ネットワーク化を活用して増床を図る場合**とで、それぞれどのようにめざす機能を実現していくかを検討します。その検討結果が基本構想の骨子となります。

※再編・ネットワーク化…近隣施設間での診療機能の再編や業務連携により、地域医療体制を構築すること。そのうち、複数病院の統合又は相互の医療機能の再編を行う場合、施設・設備の整備費用について普通交付税に係る特別措置がある。

新病院の役割・機能と規模の検討

病床規模に関わらず、共通の観点やめざすべき役割・機能を整理した上で、267床で運営した場合と、再編・ネットワーク化を活用して増床を図った場合とで、それぞれどのようにめざす役割・機能を実現していくかを検討していきます。次頁の「診療科構成と病床のイメージ」と合わせて新病院の方向性をご議論いただき、基本構想の骨子とします。

検討における 共通の観点	質面市民の命と健康の砦となる公立病院、広域性・公益性がある病院、地域医療の核となる病院、患者と医療従事者にとって魅力ある病院 として、新病院が担うべき役割・機能と病床規模を整理	
めざすべき 役割・機能	①高度かつ質の高い医療等の提供可能な病院… 新生物（がん）や脳血管疾患、心血管疾患など生活習慣病に対応 ②断らない救急を実践する病院…………… 市内唯一の二次救急告示病院として断らない救急を実践 ③広域災害時に注力する病院…………… 地域の災害医療拠点として対応 ④新興感染症にしっかりと対応する病院…………… 新興感染症患者の検査、治療（入院・外来）を感染初期から対応	
病床規模と 考え方	再編・ネットワーク化を活用しない場合	再編・ネットワーク化を活用する場合
	急性期267床 ○現状は317床での運営であるが、市単独で整備する場合、特定病床50床がなくなること急性期267床での運営となる（回復期病床を確保する場合は急性期267床から機能転換することとなる）	急性期300～350床を想定 （「参考資料1」 p.3参照） ○当院の診療内容が今後も変わらないと仮定した場合の入院患者数推計において、概ね10年以内に、267床のままで稼働率95%以上を維持しなければならない水準まで、患者数が増加する見通し ○地域医療構想で想定されている病床稼働率（78%）で考えた場合、入院患者数がピークを迎える2055年における必要病床数は339床になることから、今回の検討では、急性期300～350床を想定
役割・機能を実現するための 方向性	＜治療範囲の集中と他院連携＞ 現状と同様、対応が困難な疾患は他の医療機関と連携	＜総合的診療・自院完結範囲拡大＞ 現状よりも幅広い疾患を受け入れることが可能
診療科体制	診療体制の見直しが必要	診療科の新設など診療体制の強化が可能
回復期リハ 病床の確保	急性期病床を減らしてまで確保するかは要検討 ※確保した場合は、診療体制の更なる見直しや強化できる診療科が減る可能性大	急性期病床を少なくとも300床以上確保した上で、可能であれば回復期病床を別途確保する
収益性	いずれの場合も、収益の確保に向けた経営努力が必要	

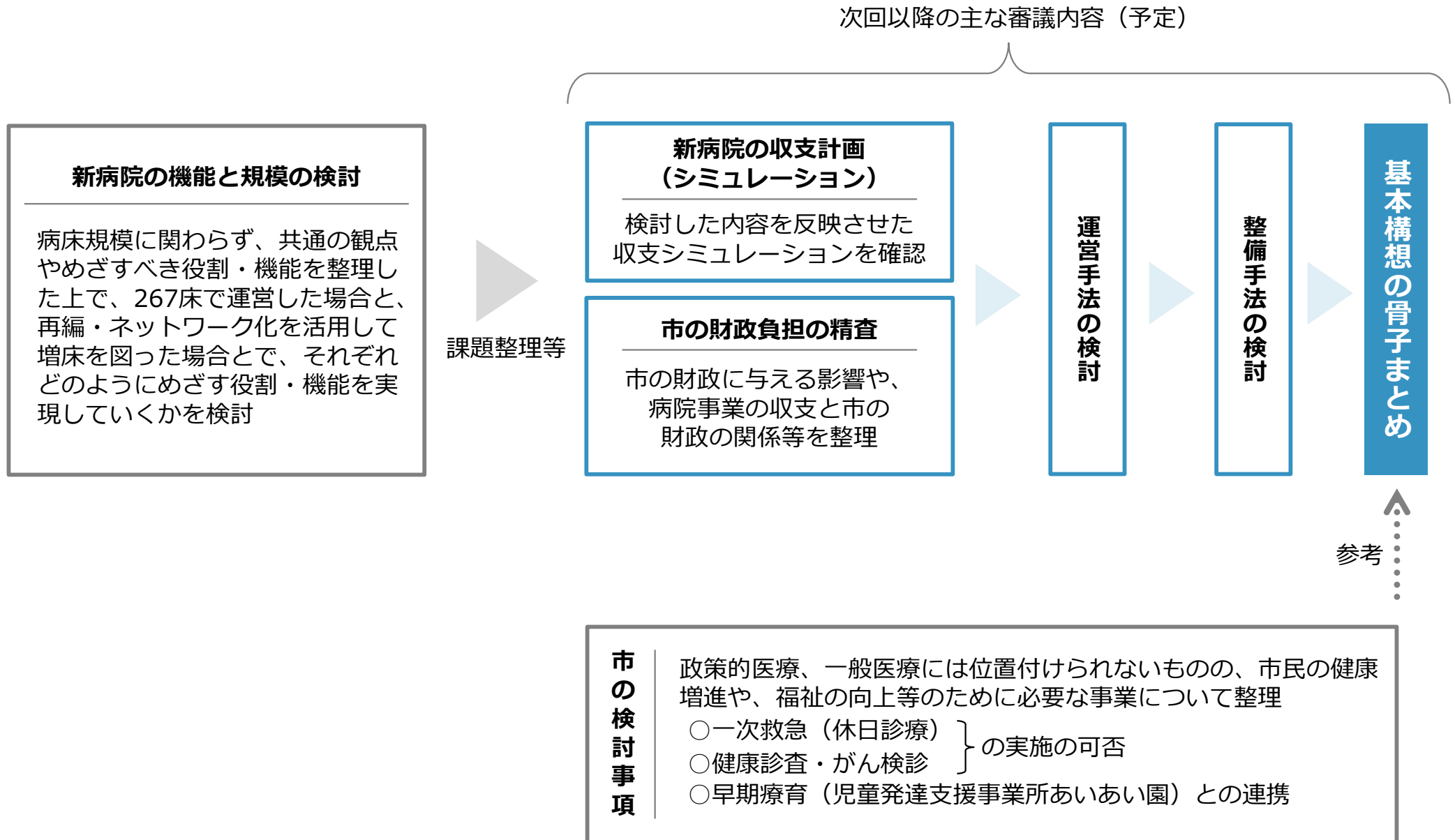
診療科構成と病床のイメージ

※充実…専門医の確保、最新機器の導入等により対応できる内容が増えること
 ※拡大…医師数の増などにより対応できる症例・患者数が増えること

		267床の新病院 ＜治療範囲の集中と他院連携＞	300～350床を想定した新病院 ＜総合的診療・自院完結範囲拡大＞
内科系診療科	内科／総合	継続	継続
	消化器内科		
	【胃・腸・膵】	継続・強化（充実）	継続・強化（充実・拡大）
	【肝臓（胆道）】	継続・強化（充実）	継続・強化（充実・拡大）
	糖尿病・内分泌代謝内科	継続・強化（充実）	継続・強化（充実・拡大）
	循環器内科	継続・強化（充実）	継続・強化（充実・拡大）
	血液内科	継続	継続・強化（充実）
	神経内科	継続	継続・強化（充実）
	呼吸器・免疫内科	新設	新設
	腎臓内科	—	新設
	心のクリニック(精神科)	継続	継続
	小児科	継続	継続
外科系診療科	外科／総合	継続	継続
	消化器外科		
	【上部消化管】	継続・強化（充実）	継続・強化（充実・拡大）
	【下部消化管】	継続・強化（充実）	継続・強化（充実・拡大）
	【肝・胆・膵】	継続・強化（充実）	継続・強化（充実・拡大）
	呼吸器外科	継続・強化（充実）	継続・強化（充実・拡大）
	乳腺・甲状腺外科	継続・強化（充実）	継続・強化（充実・拡大）
	整形外科	継続	継続・強化（充実）
	形成外科	継続	継続
	脳神経外科	継続	継続・強化（充実・拡大）
	皮膚科	継続	継続
	泌尿器科	継続・強化（充実）	継続・強化（充実・拡大）
	産婦人科		
	産科	要検討	要検討
	婦人科	継続・強化（充実）	継続・強化（充実・拡大）
	眼科	外来のみとするか要検討（外来日帰り手術は実施）	継続
	耳鼻咽喉科	外来のみとするか要検討	継続
支援系診療科	リハビリテーション科	継続（要検討）	継続（要検討）
	放射線科	継続	継続
	放射線治療科	要検討（設置する場合さらなる診療科の見直しが必要）	要検討
	病理診断科	継続	継続
	救急科（ER）	継続・強化（充実）	継続・強化（充実・拡大）
	麻酔科	継続	継続
共同診療部門	消化器（旧・胃腸）センター	継続設置	継続設置
	内視鏡センター	継続設置	継続設置
	外来治療センター	継続設置	継続設置
	脳卒中センター	—	新設について要検討
	循環器センター	—	
	糖尿病センター	継続設置	継続設置
	乳腺センター	新設について要検討	新設について要検討
病床	急性期	267床 （ICU・HCUの病床数は要検討） ※回復期の病床数により変化する可能性あり	267床+ α （ICU・HCUの病床数は要検討）
	ICU（集中治療室）		
	HCU（高度治療室）		
	SCU（脳卒中治療室）		
	CCU（冠疾患治療室）	—	要検討（確保できる可能性あり）
	回復期	要検討	
	総病床数	急性期267床（現状は317床。回復期病床を確保する場合は急性期267床から機能転換する）	急性期300～350床を想定 （+回復期病床確保の可能性あり）

次回以降の審議内容

本日の審議内容を受け課題整理等を行い、次回以降の審議会では下の流れで検討を進めます。



参考資料 1

(資料 1 「新病院の機能・規模の検討について」 関連)

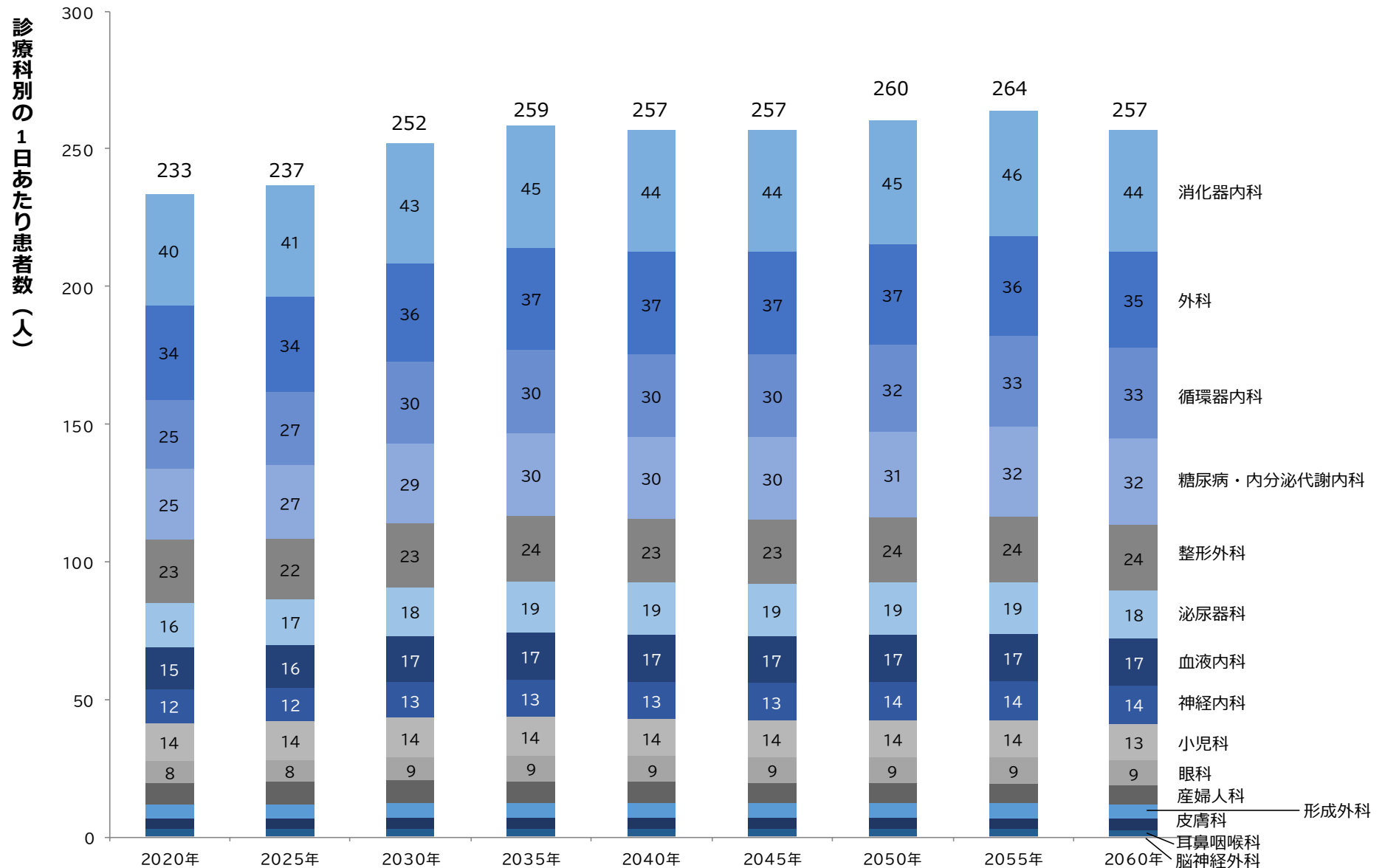
新病院の役割・機能と規模の検討にあたっての主な意見

(凡例：△…肯定的な意見、▼…否定的な意見、□いずれでもない意見)

	267床の新病院	現状と同規模以上400床未満の新病院
診療科体制	○診療体制の見直しが必要 (院内の主な意見) △入院期間の短縮や地域包括ケアシステムにより将来需要は賄える △コンパクトな病院で十分 △総合病院としての最低限の診療科の確保 △対応困難な疾患については、他院連携により対応 △現状でも十分な機能を有する診療科もある ▼需要の少ない診療科は撤退 ▼産科は要検討、眼科と耳鼻咽喉科の外来特化（眼科の外来日帰り手術は実施） ▼多くの科が「強化」となっているが、現状と同じ病床で診療体制の見直しをするだけで、どこまで強化できるのか疑問 ▼循環器内科をはじめ既存の診療科の強化ができるのか ▼急性期患者の将来需要に応えきれない可能性が大 ▼267床規模の総合病院では採算性の確保が困難 ▼呼吸器内科などの新設や診療科の充実が難しい（医師確保が困難） ▼救急については、診療体制の見直しにより、病床が空いていても断らざるを得ない患者が増える可能性が大 □「断らない救急」を実践するためには呼吸器内科は絶対必要。他科でも1人医師の診療科では受け入れできない	○診療科の新設など診療体制の強化が可能 (院内の主な意見) △総合病院としての診療科の充実が図れる △呼吸器内科、腎臓内科の新設を検討できる △将来需要を見据えて、既存診療科の充実が図れる △自院で治療完結できる疾患の範囲が多くなる △診療科の新設等により「断らない救急」が実践できる △眼科と耳鼻咽喉科の外来特化をしなくてもよい。産科については、要検討 △人口増を反映した急性期患者の将来需要に応えられる △採算性の向上が十分期待できる △急性期病床の増床により症例の増加が期待でき、医師の確保が期待できる ▼診療科を充実して集患できるか不安 ▼医師の確保が本当にできるか疑問 ▼地域的に急性期病院が多いなか、患者の取り扱いになる可能性がある（相当の宣伝が必要） □現状より二次救急の対応範囲は拡大するが、「断らない救急」を実践するためには呼吸器内科は絶対必要。他科でも1人医師の診療科では受け入れできない
	(大阪大学医学部との意見交換の概要) ・産科…増床したとしても医師の派遣が難しく、派遣先を集約化する方向。出産は阪大病院、母子保健は箕面市という役割分担が望ましい ・眼科…阪大病院内に「アイセンター」を設置予定。近隣公立病院との役割分担は必要。入院は阪大病院、外来は箕面市立病院という役割分担を期待したい ・耳鼻咽喉科…外来に特化した場合、急性喉頭蓋炎など生命に関わる疾患や、突発性難聴患者など急症の患者の入院受入先を確保できなくなるリスクが生じる ・その他 * 現状より多くの症例が確保できるなら、更なる医師の増員に前向き * 立地条件が良くなることから、機能分担し、長く経過を見て欲しい患者を箕面市立病院に送る前提で、医師派遣を検討 * 立地条件が良くなることから、医師を増員して教育診療を充実させたい * 需要があり、集患も期待できることから、医師を増員したい * 一定の診療体制・規模が確保できるなら、チームとして2～3人の医師派遣を検討 * 規模が小さい（症例が少ない）ほど医師の確保が課題となる可能性大	
回復期リハの確保	○急性期病床を減らして確保すべきか要検討 (院内の主な意見) ・急性期病床は、最低限267床必要	○急性期病床を300～350床確保したうえで、更に病床の確保ができるなら、急性期病床併設の回復期病床を確保したほうが良い (院内の主な意見) △患者、その家族にとって、転院の負担がなく、かつ、急性期の主治医とリハ医による共観は安心である △急性期病床と併存することによりベッドコントロールしやすい △収益性の向上が期待できる
	(大阪大学医学部との意見交換の概要) ・急性期併設の利点を生かし、術後のリハに期待。小児リハにも期待 ・今後心臓リハが必要な患者が増加することから、急性期に併設されるリハは魅力。医師派遣充実にも協力可能 ・急性期併設により、リハビリテーション医の教育研修機関として活用できることから、医師の派遣も検討 ・立地条件が良く、急性期に併設された回復期リハは魅力	
その他	○収益性については両論あり (院内の主な意見) △入院期間の短縮などにより、増床しなくても患者数の増加に対応でき、全室個室化により、稼働数もあげられ、収益性の向上は可能 ▼黒字転換できるのか疑問（できるなら、これまでに黒字化できているはず） ○再編・ネットワーク化は活用しない	○収益性については両論あり (院内の主な意見) △増床によって診療科の強化充実と医師の確保ができ、267床よりは収益性が向上する △回復期リハ併設により更に収益性の向上が望める ▼（現状の体制のまま）増床しても集患が難しく収益性の確保ができるか疑問 ○再編・ネットワーク化の必要あり (院内の主な意見) ▼今後建て替え等を検討している医療機関や、廃院を予定している医療機関との再編・ネットワーク化が必要

当院の診療科別患者推計（入院患者数）

当院DPCデータと豊能医療圏入院患者推計から、当院の診療体制や患者構成、地域シェア、疾患別の罹患率が現状のまま推移したと仮定し、診療科別に1日あたりの入院患者数を推計しました。全診療科合計では、2055年がピーク（1日あたり264人）と予測されます。

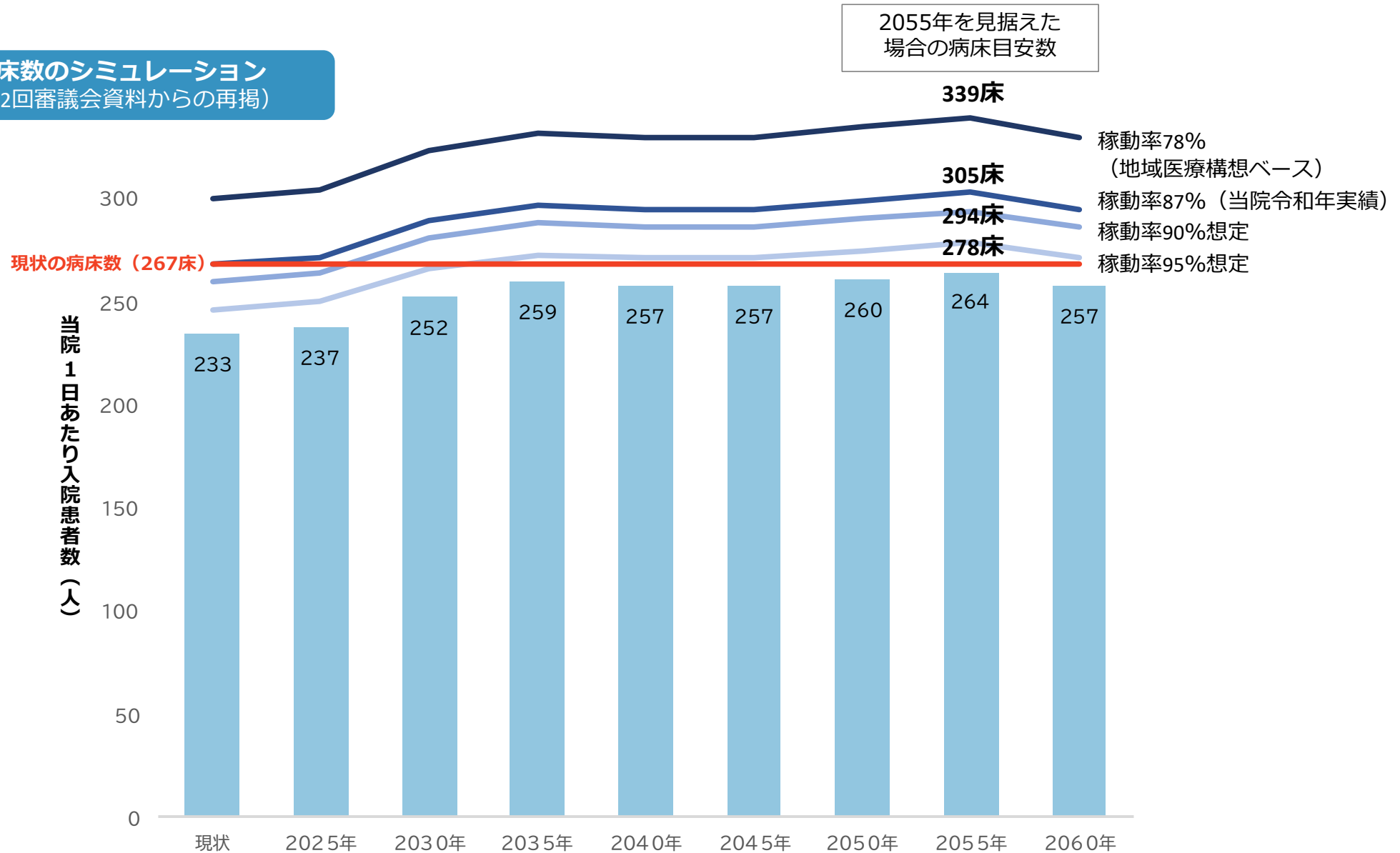


※当院DPCデータ（2019年4月～2020年2月）と豊能医療圏入院患者推計を基に、平均在院日数が現状と同等程度と想定した場合の1日あたり入院患者数を推計し診療科別に集計。

病床数の考え方

当院の診療内容や疾患別の罹患率等が今後も変わらないと仮定した場合の入院患者数推計において、概ね10年以内に、267床のままでは稼働率95%以上を維持しなければならない水準まで患者数が増加し、向こう30年はその状況が続く見通しです。

病床数のシミュレーション (第2回審議会資料からの再掲)



2025年の必要病床数

地域医療構想では、将来人口推計をもとに2025年（令和7年）に必要な病床数を、医療機能ごとに推計しています。豊能医療圏の各医療機関から報告された2025年の予定病床数と、医療需要から導いた必要病床数を比較すると下表のとおりとなり、回復期病床が大きく不足する状況です。

病床機能	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休床等 (無回答含む)	合計
報告病床数 (令和2年7月現在)	1,745	3,877	1,121	2,138	147	9,028
2025年 必要病床数 (A)	1,436	4,044	3,577	2,421	0	11,478
2025年 予定病床数 (B) (令和2年7月時点での予定)	1,737	3,825	1,133	2,189	54	8,938
過不足 (B-A)	301	△219	△2,444	△232	54	△2,540

不足

<参考>

	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休床等	合計
箕面市立病院 (現在)	13	254	50	0	0	317

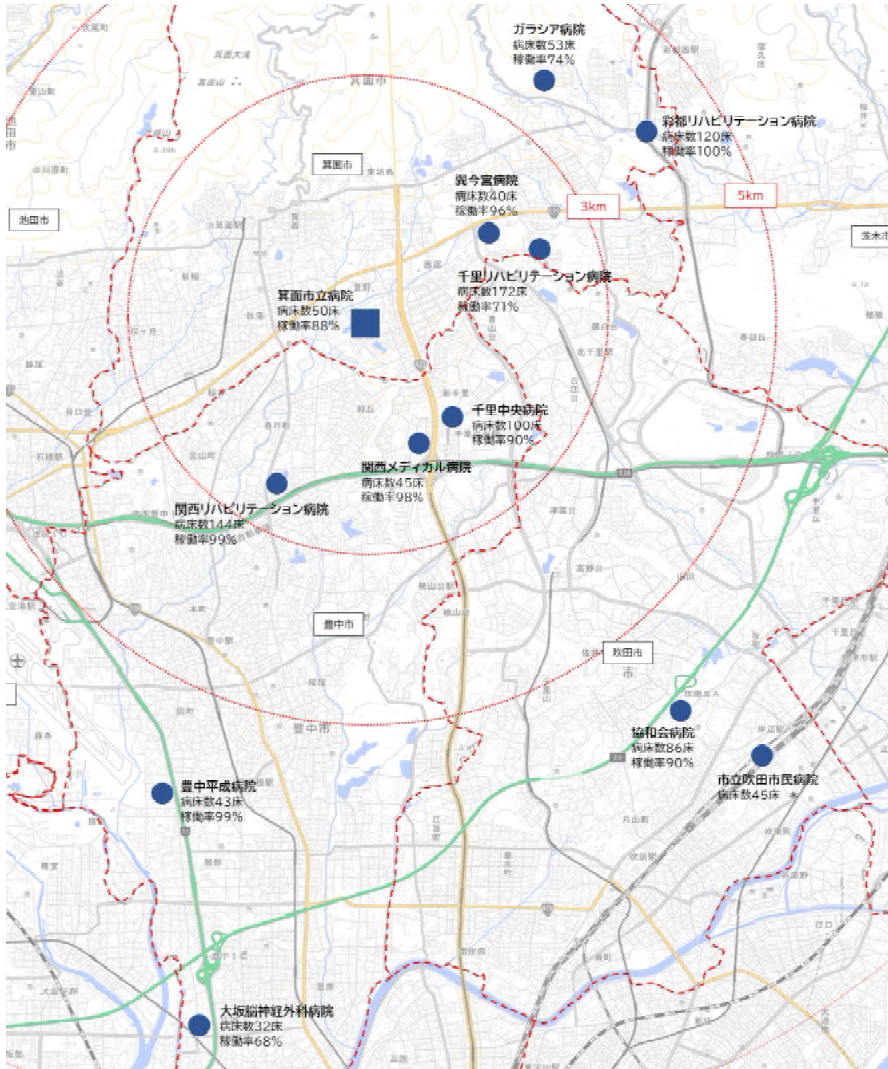
豊能医療圏の回復期リハの状況

第2回審議会
資料再掲

豊能医療圏での回復期リハ病床の整備状況と患者の受療動向、将来の患者需要予測について整理しました。

豊能医療圏内の整備状況

- ・豊能医療圏全体で930床の回復期リハ病床が整備されています。
- ・そのうち箕面市内に435床（47%）、当院の半径3km圏内に551床（59%）、5km圏内に724床（78%）が集中しています。

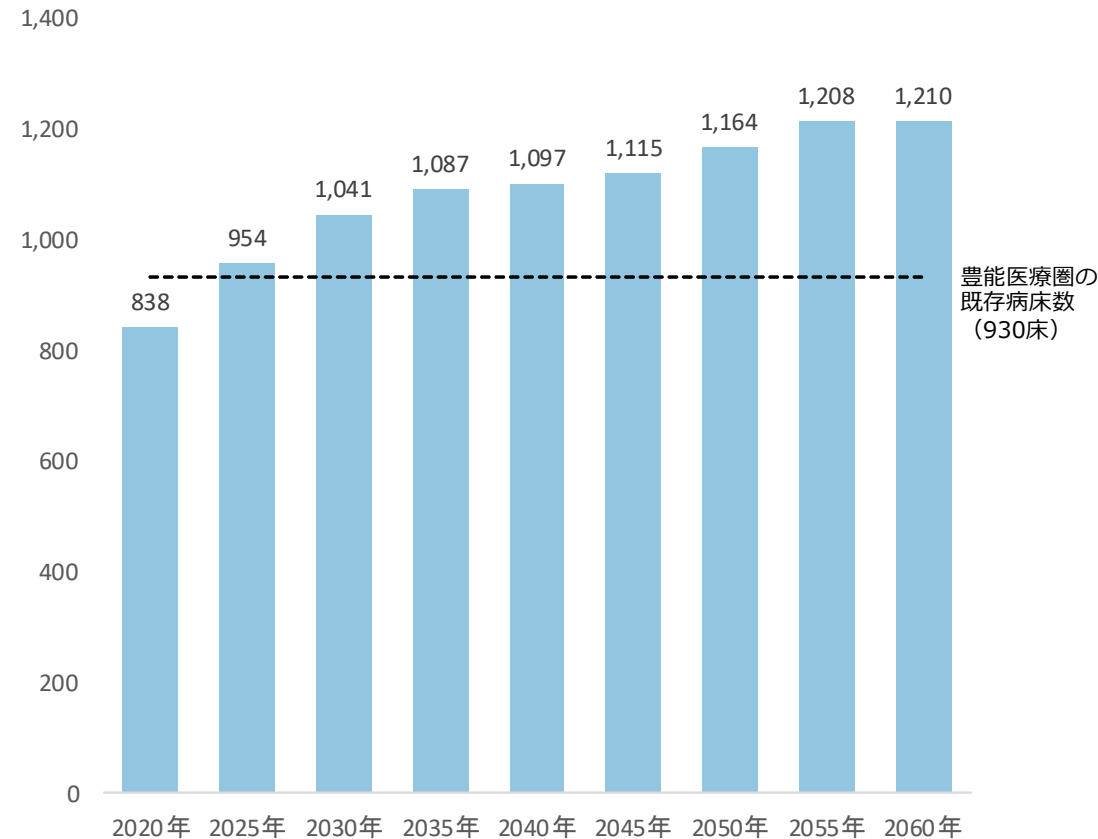


※稼働率は、平成30年度病床機能報告から集計。
※市立吹田市民病院は同報告後に回復期リハ病棟を開設したため稼働率データなし。
※「地域包括ケアシステム」の考え方では、急性期を経過した患者は、在宅復帰に向けて身近なところで集中的なリハビリを受けることが望まれている。

医療圏内の需要予測

- ・豊能医療圏は、他医療圏からの流入が流出より多くなっています。（他医療圏からの流入2,135人／年、他医療圏への流出1,774人／年）
* NDBデータ（平成28年度国保・後期高齢者レセプトデータ）（大阪府ホームページ）集計データより
- ・今後も現状程度の流入流出が継続すると仮定し、人口推計に基づき医療圏内の患者数を推計すると以下のとおりで、需要としては今後も継続して増加することが予測されます。（1日あたりの患者数：最大1,210人）

【1日あたりの患者発生数の将来予測】



※厚生労働省発表「第5回NDBオープンデータ（平成30年度レセプトデータ）」による回復期リハ病棟入院料算定数データと、患者の流入流出の状況、豊能医療圏患者推計、平成30年度病床機能報告から算出。

参考資料2

(市立病院経営改善策関連)

【添付資料】

- 第4次箕面市立病院改革プラン策定に向けた経営改善策の検討報告書
- 第三者評価
 - * 第三者評価委員からの主な評価
 - * 最終評価総括表
 - * 最終評価一覧表



地域医療支援病院 がん診療拠点病院
箕面市立病院
Minoh City Hospital

第四次箕面市立病院改革プラン策定に向けた 経営改善策の検討報告書

令和3年8月31日

箕面市立病院

経営改善額の考え方

- 今後の病院経営において、**単年度赤字を出さない**ことを原則とする。
- 過去最大の赤字額を鑑み、**9億円※の赤字を解消**するために、確実に実現可能で継続性が担保される経営改善策を実行する。
- これらの経営改善策について、令和4年度（2022年度）～令和6年度（2024年度）の3か年で取り組み、令和7年度（2025年度）から黒字経営を実現する。※早期に着手できるものについては、令和3年度（2021年度）から取り組む。
- 令和7年度（2025年度）以降、赤字が生じた場合は、**業績連動賞与で対応**（p.8（2）参照）することで、一過性の取組とすることなく、**継続的な収支均衡を担保する**。

※経営改善目標額9億円の設定の考え方

12億円	—	3億円	=	9億円
過去最大の赤字額 令和元年度（2019年度）決算		病院事業に係る 普通交付税算入額相当額		赤字解消目標額

* なお、今後の市一般会計からの繰入については、別途協議の上決定

これまでの検討体制・経過

- **病院長をトップとする「医療の質向上・経営改善委員会」**を新たに設置し、さらにその下部組織として経営改善案の実現可能性の見極めや、効果額の積上げなどを行う**3つのプロジェクトチーム**（収益向上・コスト削減・人事給与改革）を設置。
- 令和3年4月 院内職員からの改善提案を募集→429件の提案あり（重複含む）
- 同年5月以降 「医療の質向上・経営改善委員会」を9回開催し、各プロジェクトチームからの検討結果を精査。
- 「救急車や開業医からの救急要請を断らない」取り組みについて、同委員会において実施を即断し、5月26日から運用開始。取り組み開始から2か月で、ひと月の救急車受入件数は185件から304件に、救急車からの入院件数は44件から92件に増加。そのほかにも、18件の取り組みについて、本報告書提出時点において既に着手済。
- 同年8月27日 院内最高意志決定機関である「経営会議」において、すべての経営改善策を決定。
- 同年8月31日 本報告書を市長に提出。

院外からの視点を踏まえた検討

- 今回の経営改善策が、過去3次に及ぶ病院改革プランのように“絵に描いた餅”にならないよう、院内の視点だけでなく、外部からの視点も取り入れた。昨年から「新病院整備検討支援業務」を委託している「シップヘルスケアリサーチ&コンサルティング（株）」へ、新病院収支シミュレーション検討の過程において、当院で検討している経営改善策案について確認を依頼し、各取組の実施に向けた留意点について助言を受けた。その総論は次のとおりであり、それらの内容も考慮した上で、今回の経営改善策の完成に至ったものである。

【経営改善策の立案及び実行段階での留意事項】

職員からのボトムアップにより様々な改善提案がなされたところであるが、取組の立案・実行にあたっては、以下のとおり「全体最適」の観点に留意が必要。

①新たな投資・人員確保に対する考え方

- ・ 取り組みにあたって追加人員や投資が必要な場合は、それらのコストを織り込んだうえで、効果額を試算する。
- ・ また、実行にあたっては、追加人員や投資を行わなくても、現有の人材・資源を活用できないかを第一に検討する。

②機会損失の観点

- ・ 患者数の増加を図るものについて、その結果、例えば診療単価の高い患者の機会損失が生じないようにするなど、取組開始後には「全体最適」を踏まえた運用に留意する。
- ・ 患者数の増加を図るものについて、その結果、病床稼働率がどうなるか確認する。一般に、病床稼働率95%を越える場合、救急の受入れが困難になるなど、現実的な問題が生じることが想定されるため、より一層、ベッドコントロールの工夫が必要になる。

③その他

- ・ 患者数の増加を図るものについては、過去の実績等から需要を確実に見極め、過剰に患者数を見込んでいないか確認する。
- ・ 患者サービスが大幅に低下することがないよう留意する。

今後の進捗管理体制

経営改善策の実行にあたっては、常に進捗管理を行う必要があることはもちろんのこと、時にはトップダウンで指揮命令、軌道修正を行わなくてはならないこともある。そのための体制として、病院事業管理者、病院長、副院長、医局長、看護局長、事務局長、病院経営室長等で構成する**企画委員会**において、**具体的かつ効果的な目標設定と徹底した進捗管理**を行う。

経営改善の取り組み件数及び効果額の内訳

- 経営改善の取り組み総数は131件である。このうち、確実に効果額が積算できる65件を積み上げると、目標9億円に対し、9.12億円の経営改善が可能となる。
- 効果額が積算できない66件についても、取り組むことで一定の経営改善が見込まれるため、実施していく。
- 全取り組みを収益向上、コスト削減、人事給与改革に分類すると表のとおりである。ただし、このうち約1.55億円分については、給与制度・定員管理の見直しに係る内容であり、本報告書提出時点では、職員組合と協議中の事項である。

件数まとめ

	取組総数 (件)		
	効果額の 積算が可能	効果額未定だが 成果が見込める	
収益向上	84	33	51
コスト削減	39	24	15
人事給与改革	8	8	0
計	131	65	66

効果額まとめ

目標額 **900**百万円

合計 **912**百万円 + α (効果額未定だが成果が見込める取り組み)

収益向上
533.8

コスト削減
161.7

人事給与改革
216.5

給与制度・定員管理の
見直し分の約155百万円
については、
職員組合と協議中

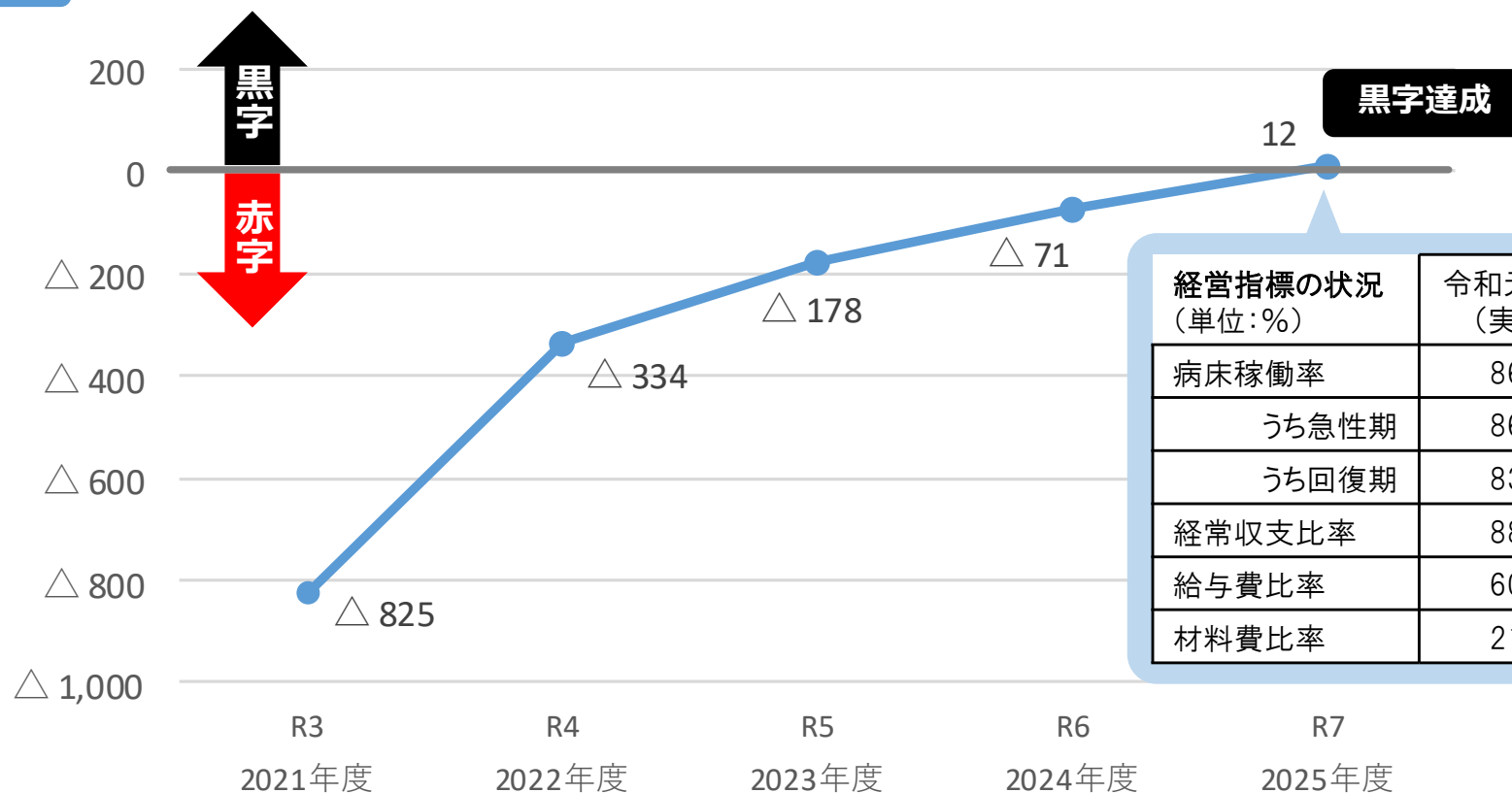
効果額の年次推移

	効果額(百万円)				
	R3 2021年度	R4 2022年度	R5 2023年度	R6 2024年度	R7 2025年度
収益向上	39.9	342.3	436.2	495.2	533.8
コスト削減	34.9	120.5	146.6	161.7	161.7
人事給与改革	0.2	102.9	139.1	171.6	216.5
計	75.1	565.7	721.8	828.5	912.0

+ α (効果額未定だが成果が見込める取り組み)

赤字額の推移予測

※仮に令和元年度（2019年度）と同程度の経営状況が継続した場合



取り組みの具体例（収益向上）

○ 効果額が10百万円以上のものを抽出すると次のとおり。全ての取り組みの詳細は別紙参照。

項目		内容	年間効果額 (百万円)
1	救急からの入院患者増による入院収益の増加	・救急車を断らない運用を行うことで、救急搬送件数を増やし、救急からの入院患者を増やす。	179.54
2	加算の取得	・看護補助者を増員（採用）することにより、次の加算を取得する。 看護職員夜間配置加算（12:1）、急性期看護補助体制加算（夜間看護体制） 急性期看護補助体制加算（夜間100:1）、医師事務作業補助体制加算（20:1）	100.61
3	金曜日手術の件数の増加	・金曜日午後に新たに設ける全身麻酔の手術枠を活用し、大腿骨手術2件・腹腔鏡ヘルニア手術2件／月を行う（年間48件の手術増）。	49.85
4	整形外科の手術件数の増加	・木曜日午前を新たに整形外科の手術枠とし、年間50件手術数を増加させる。	42.88
5	神経内科医師の充実による入院患者の増加	・神経内科医の充実により、急性期入院患者数を11.7人／日から15人／日に増加させる。	38.75
6	回復期リハビリテーション病棟の入院患者の確保	・他院からの脳血管疾患等の集患に努めることなどにより、回復期病棟の入院患者数を昨年の41.6人／日から5人増やし、46.6人／日に増加させる（稼働率10%向上）。	17.09
7	带状疱疹等の入院患者の増加	・带状疱疹と膿皮症について救急からの入院適応の条件を見直して、入院患者を増やす。	13.42
8	救急医療管理加算の算定率の増加	・救急医療管理加算1を確実に算定する。	13.12
9	内視鏡検査枠の増設	・上部下部内視鏡の検査枠を、1日あたり各2枠追加する。	13.06
10	外来の内視鏡的大腸ポリープ切除術の一部を1泊入院に変更	・現在内視鏡的大腸ポリープ切除術は外来で施行しているが、抗血栓薬を止める必要のある場合や、術後の出血や穿孔などのリスクがある場合は基本的に1泊入院とする。	12.31

取り組みの具体例（コスト削減）

○ 効果額が10百万円以上のものを抽出すると次のとおり。全ての取り組みの詳細は別紙参照。

項目		内容	年間効果額 (百万円)
1	ベンチマーク手法等を取り入れた契約金額の見直し		86.50
2	より安価な後発医薬品の採用	・現在、後発医薬品選定の際、AG※があれば無条件に切替えを決定しているが、AGは一般的に値引率が悪いいため、AGであることをもって無条件に採用するのではなく、最終的な選定評価点の合計や競合見積りで採用を決定する。 ※AG: オーソライズド・ジェネリックの略称で、先発医薬品を製造する製薬会社の許諾を得て後発医薬品メーカーが製造するジェネリック医薬品のこと。一般のジェネリック医薬品が先発医薬品と有効成分が同じであることに対し、オーソライズド・ジェネリックは、有効成分に加え、原薬、添加物、製造方法も含め先発薬品とほぼ同一の医薬品となっている。	22.00

○ 加えて、新たに組織横断型のプロジェクトチーム「コストバスターズ」を設置し、定期的な院内巡回や多職種・他部署との情報交換により、無駄なコストを見つけて、削減策の検討、目標数値の設定、実行の確認を行っていく。

<コストバスターズ体制>

○リーダー：病院管理室長

○メンバー：医師（医務局）、看護師（看護局）、薬剤師（薬剤部）、臨床検査技師（検査部）、臨床工学技士（臨床工学部）、診療放射線技師（放射線部）、管理栄養士（栄養部）、診療情報管理士（医療事務室・診療情報管理室）、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士（リハビリテーションセンター）、事務（病院管理室）

○対象

材料費（薬品、診療材料、給食材料、器械器具等）

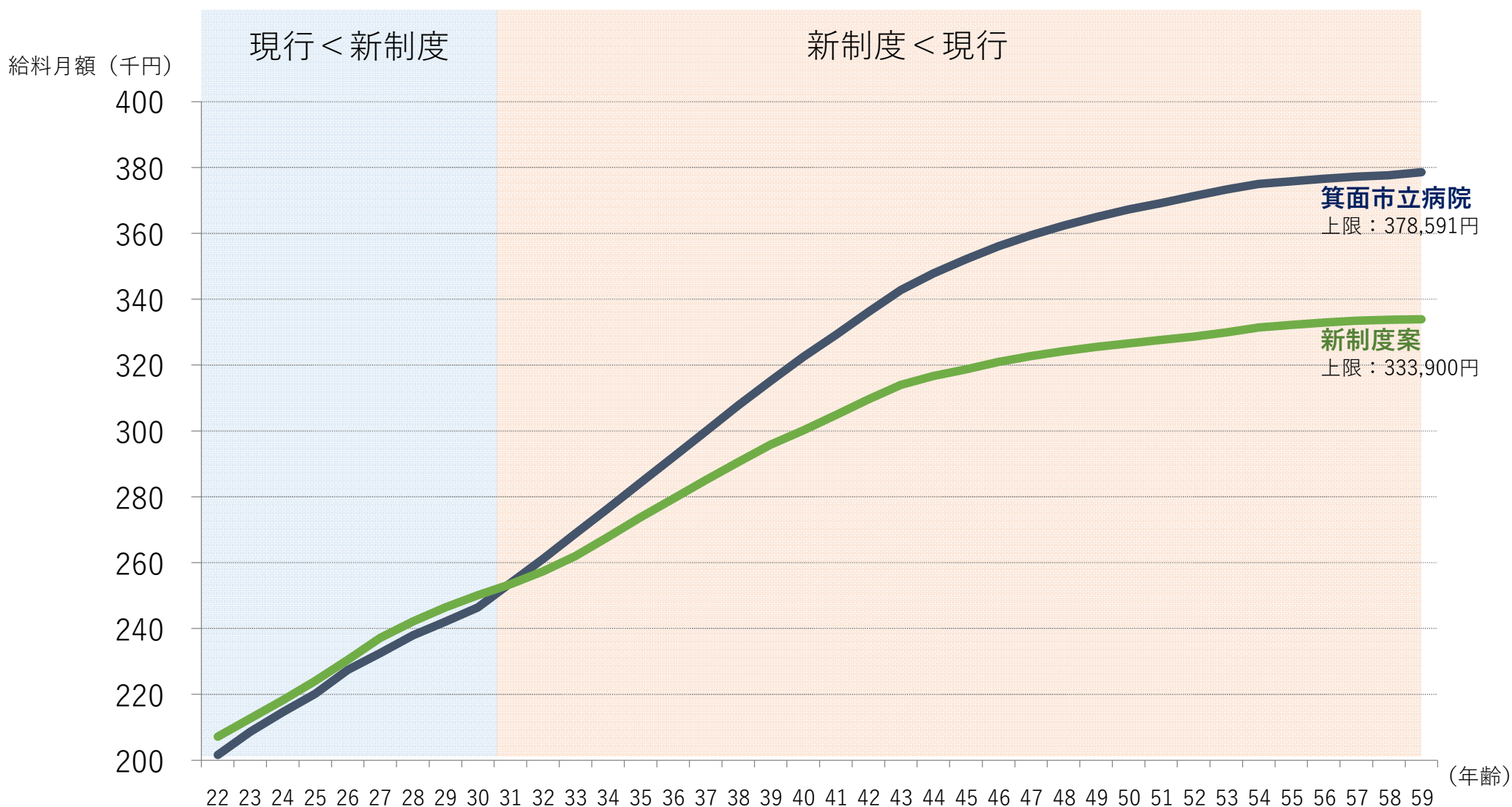
経 費（日用品、事務用品、事務機器、光熱水費、修繕、賃貸借、委託業務等）

取り組みの具体例（人事給与制度の見直し案 ※組合協議中）

将来的な人件費の増大を回避し、持続可能な経営を目指すため、公務員型の人事給与制度を見直し、業績に連動した人事給与制度を構築する。

（１）基本給の見直し

- ・ 国立病院機構の水準を参考に新給料表を作成し、昇給ラインを見直す。
- ・ 現在の基本給が新制度を上回る在職者は、段階的に引き下げ、新制度へ移行する。



(2) 賞与制度の見直し

業績に応じて賞与額を増減

※上半期業績を12月賞与に、下半期業績を6月賞与に反映

(3) 人事考課制度の見直し

評価方法を見直し、処遇（昇給、賞与）へ反映

(4) 職員数の見直し

退職者不補充を前提に、職種毎に削減数を設定

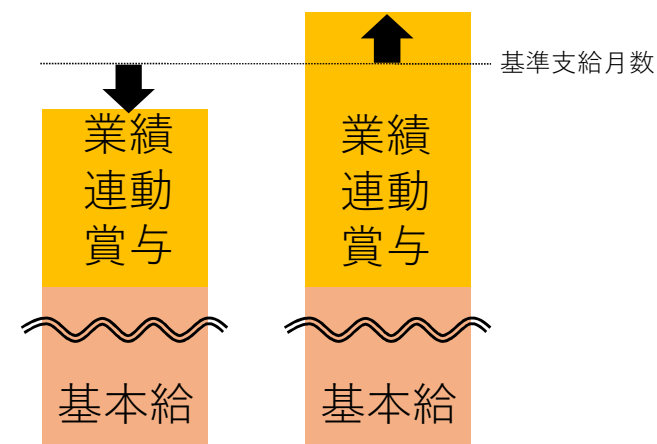
医師▲4人 医療技術職▲2人 事務職▲3人

削減効果額 ▲97百万円 ※令和7年度時

業績連動賞与のイメージ

赤字の場合

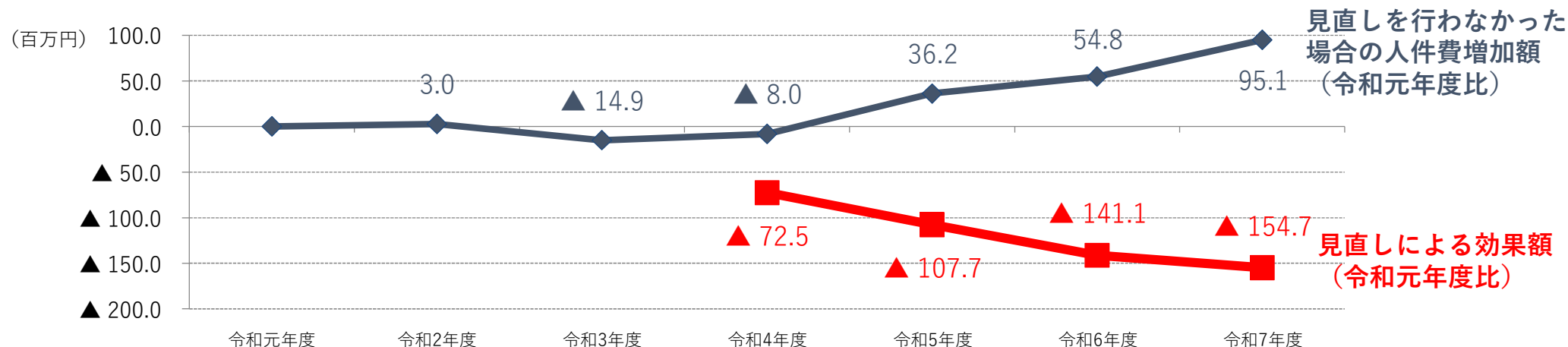
黒字の場合



○見直し効果額（令和元年度比）※（4）職員数見直しによる削減額を含む

（単位：百万円）

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
見直しを行わなかった場合の 人件費増加額(令和元年度比)(A)	0.0	3.0	▲ 14.9	▲ 8.0	36.2	54.8	95.1
見直しに よる効果額	職員数見直し			▲ 14.6	▲ 58.0	▲ 79.9	▲ 97.5
	基本給見直し			▲ 57.9	▲ 49.7	▲ 61.2	▲ 57.3
	合計(B)			▲ 72.5	▲ 107.7	▲ 141.1	▲ 154.7
(参考) 実質的な人件費抑制額(-A+B)				▲ 64.5	▲ 143.9	▲ 195.9	▲ 249.8



取り組みの具体例（その他の人事給与改革）

○ P.7～8の内容を除き、効果額が10百万円以上のものを抽出すると次のとおり。全ての取り組みの詳細は別紙参照。

項目		内容	年間効果額 (百万円)
1	医事業務委託の直営化	・医事業務は、現在は入院業務のみ直営であるが、外来も含め完全に直営化する。	31.32
2	時間外勤務の削減	○医師の当直明け勤務の削減 ・医師の時間外勤務ルールを見直し、当直明けの勤務を原則禁止とし、やむを得ない場合でも午前中には退勤することを徹底する。 ・医師業務に専念できるよう医師事務作業補助職を、施設基準が最大となる人数分まで拡大配置する。 ○医師以外の時間外勤務削減 ・各部門で時間外削減計画を策定し、時間外勤務を1割削減する。	26.86

第三者評価委員からの主な評価

委員	主な評価
馬場委員	○ 救急は本来、不採算分野であり、だからこそ5事業の1つとして、自治体病院に税金繰り入れの根拠の1つとなっている部分。二次救急の多くの病院が、救急受け入れ増加を目指しているが、多くの病院で必ずしも成功していないのが実情。 ○ 救急受け入れは、担当医に多くのストレスを与える。これを打開するためには、頼れるリーダーの存在と、受け入れの工夫が必要だが、これは、なかなか難しいこと。 ○ 実際に給与が減った職員の不満がモチベーション低下とならないようにするのは結構大変。 ○ 各部門の人達の努力しようとする熱意は本物だと思う。反面、利益を得ようとする余り、公的病院の姿勢としては如何なものかと思われる部分も若干見受けられた。 ○ 職員のモチベーションを高めることは病院経営では非常に大事。一部の項目においては、利益は増えるものの、モチベーション低下につながらないか不安を感じさせるものがあった。職員のやる気を引き出す方策は別途、考える必要がある。 ○ 今回の提案がすべて○の評価であっても、金額的には目標の80%いければ上等。これは不確定要素があることの他に、各項目をすべて実施すると、全体としてのひずみが出るため。 ○ 現在の診療報酬の仕組みでは、急性期医療単体での黒字経営は、民間でも困難。民間では通常、得意分野に特化し、スケールメリットで利益を出す。自治体病院は市民のニーズに応えなければならず、スケールメリットのない診療科を多く抱えざるを得ない。それは、自治体病院の市民に対するサービスを考えると、避けられない宿命のようなもの。ある程度の税金投入は、自治体病院の使命を考えるとやむを得ないし、市民の理解を得ることも可能なのではないか。 ○ スケールメリットを考えれば、病床数はもう少し多い方が経営しやすい。中小民間病院との合併により、国の財政措置を受けることも可能であれば、良い方法だ。

福島委員	○ 改善内容そのものに対して、大きな評価をしたいと考える。具体的な内容の実効性の有無の問題はあるが、この様な評価項目を内部の委員会がリーダーシップを取って作成した事、その過程においてすでに大きな実績・実力が醸成されたものとする。 ○ 地域医療構想の実現（令和 7 年まで）、医師・医療従事者の働き方改革（令和 6 年度より実施）、実効性のある医師偏在対策（令和 18 年）の 3 項目が重要で「三位一体改革」と言われている。この、国の施策に基づき院内のこれらの取り組みを再構築することも今後必要である。 ○ 経営においては、損益計算書（PL）のみでなく、むしろ貸借対照表（BS）が重要。貸借対照表上の目標を設定することも今後考えるべき。
酒井委員	○ これまで十分な成果が出なかった項目については実現性が高いとは言えないが、職員の意識改善を含め、収益向上に向けた効果は一定程度期待できそう。 ○ 民間病院の水準を意識した改善項目が多数認められ、努力次第で大きな成果が見込まれる可能性もあると思われる。他方で、職員の意識改革、それを促す制度設計などこれからも継続して取り組めるように、これまでの経過が芳しくなかったことも含めて、長期的に取り組む必要。 ○ 時間外勤務などこれまで十分な効果を上げられなかった項目については引き続き、課題として検討が必要。

最終評価総括表

(単位：百万円)

	評価	評価額への 反映率 (%)	馬場委員			福島委員			酒井委員			3委員の平均
			項目数	効果額	評価額 ※括弧内は効果額に対する割合	項目数	効果額	評価額 ※括弧内は効果額に対する割合	項目数	効果額	評価額 ※括弧内は効果額に対する割合	評価額 ※括弧内は効果額に対する割合
収益向上	○	100	16	185.71	185.71	29	511.33	511.33	14	210.19	210.19	302.41
	○△	75	8	140.67	105.50	4	22.44	16.83	10	269.85	202.39	108.24
	△	50	7	192.63	96.32	0	0.00	0.00	7	35.04	17.52	37.95
	×△	25	1	13.12	3.28	0	0.00	0.00	1	1.60	0.40	1.23
	×	0	1	1.64	0.00	0	0.00	0.00	1	17.09	0.00	0.00
	小計		33	533.77	390.81 (73.2%)	33	533.77	528.16 (98.9%)	33	533.77	430.50 (80.7%)	449.82 (84.3%)
コスト削減	○	100	18	61.57	61.57	24	161.72	161.72	16	28.20	28.20	83.83
	○△	75	4	98.90	74.18	0	0.00	0.00	5	123.07	92.30	55.49
	△	50	1	0.25	0.13	0	0.00	0.00	1	8.00	4.00	1.38
	×△	25	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00
	×	0	1	1.00	0.00	0	0.00	0.00	2	2.45	0.00	0.00
	小計		24	161.72	135.87 (84.0%)	24	161.72	161.72 (100.0%)	24	161.72	124.50 (77.0%)	140.70 (87.0%)
人給改革	○	100	5	60.89	60.89	4	3.64	3.64	4	3.64	3.64	22.72
	○△	75	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	3	186.04	139.53	46.51
	△	50	2	128.79	64.40	2	58.18	29.09	1	26.86	13.43	35.64
	×△	25	1	26.86	6.72	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	2.24
	×	0	0	0.00	0.00	2	154.72	0.00	0	0.00	0.00	0.00
	小計		8	216.54	132.00 (61.0%)	8	216.54	32.73 (15.1%)	8	216.54	156.60 (72.3%)	107.11 (49.5%)
合計	○	100	39	308.17	308.17	57	676.69	676.69	34	242.03	242.03	408.96
	○△	75	12	239.57	179.68	4	22.44	16.83	18	578.96	434.22	210.24
	△	50	10	321.67	160.84	2	58.18	29.09	9	69.90	34.95	74.96
	×△	25	2	39.98	10.00	0	0.00	0.00	1	1.60	0.40	3.47
	×	0	2	2.64	0.00	2	154.72	0.00	3	19.54	0.00	0.00
	合計		65	912.03	658.68 (72.2%)	65	912.03	722.61 (79.2%)	65	912.03	711.60 (78.0%)	697.63 (76.5%)

経営改善項目一覧表（収益向上）

項番	項 目	内 容	継続して実施するための工夫	開始 時期	達成 時期	効果額（百万円）					年間効果額の積算根拠		馬場委員評価		福島委員評価		酒井委員評価	
						R 3 年度 (2121)	R 4 年度 (2022)	R 5 年度 (2023)	R 6 年度 (2024)	R 7 年度 (2025)			評価	意見	評価	意見	評価	意見
1	救急からの入院患者増による入院収益の増加	・救急車を断らない運用を行うことで、救急搬送件数を増やし、救急からの入院患者を増やす。	・検証体制を構築	R3	R6	0.00	107.72	143.63	161.59	179.54	・ QI同規模病院の25I ^o -センチル値である78%の応需率を確保する。 ・ 救急要請数はH28年度～H30年度平均で5250人。 ・ 救急搬送患者の入院割合は2病棟閉鎖している状態で33.2%であったので、病棟閉鎖の影響がなくなったときを35%と想定する。 ・ 救急搬送で入院増（収益改善 項番 3、 4 に含まれる大腿骨折症患者を省く） 422人×600,396＝253,367,112円(a) ・ 救急搬送でERを受診し帰宅等の患者増（入院増との差分） 130人×23,963円＝3,115.190円(b) (a＋b) ×0.7（変動経費を除く）＝179,537,611円 【目標】 ・ ERからの入院患者数9人/日（R元年度実績は7.7人/日）	一次評価	△	当直医の能力に大きく依存するので、ここまで見込めるかどうかは疑問です。	△	①本項目の検討は「部分最適比」の観点のみから検討されており、他部署との関連の考慮が行われていない。 ②病棟閉鎖の影響がなくなる時期が明示されていない。 ③従って開始時期はR3である。	△	過去の取り組みからして実現性が高いとは評価できない。
												二次評価	△	頑張ってください	○	実現の為に取り組みを強化している事が理解出来た。ご活躍を祈念しています。	○△	実績を考慮した。
2	加算の取得	・看護補助者を増員（採用）することにより、次の加算を取得する。 ・看護職員夜間配置加算（12：1） ・急性期看護補助体制加算（夜間看護体制） ・急性期看護補助体制加算（夜間100：1） ・医師事務作業補助体制加算（20：1）	・加算条件の定期的な確認	R3	R5	10.06	80.49	90.55	100.61	100.61	・ R元年度データーによる試算 ・看護職員夜間配置加算（12：1）50,473,686円 ・急性期看護補助体制加算（夜間看護体制）28,950,944円 ・急性期看護補助体制加算（夜間100：1）48,188,085円 ・看護補助者人件費（2名分）2,700万/年追加（時間給1,940円、74,446円/日で試算） 増収額127,612,715円－27,000,000円＝100,612,715円	一次評価	○	十分看護職員がいるのに、加算が取れていなかったとの理解で○としました。通常は、もう少し人件費増を伴うことが多いと思います。	△	看護補助者の採用日の明示がなされていない。	○	
												二次評価	○		○		○	
3	金曜日手術の件数の増加	・金曜日午後に新たに設ける全身麻酔の手術枠を活用し、大腿骨手術2件・腹腔鏡ヘルニア手術2件／月を行う（年間48件の手術増）。	・定期的な確認	R3	R6	0.00	24.92	39.87	44.86	49.85	・手術と入院料を加味して、大腿骨 2,425.554円/件、腹腔鏡ヘルニア541,536円/件。 ・各月2件実施可能。 (2,425,554円+541,536円)×2件×12ヶ月×0.7（変動経費除く）＝49,847,112円	一次評価	△	対象の患者の確保ができれば、可能だと思います。	○	実現は可能であるが、マーケティングの診療圏の設定と疾病別推定患者数統計より件数を精査すべきである。	○	
												二次評価	○△		○	全てに共通する事であるが、診療圏を設定し、その診療圏内の推定患者数統計をベースに置いた企画がなされれば、さらに発展が可能かもしれない。	○	
4	整形外科の手術件数の増加	・木曜日午前を新たに整形外科の手術枠とし、年間50件手術数を増加させる。	・定期的な確認 ・中央手術部運営委員会にて稼働状況の確認を行う	R3	R6	4.29	30.02	34.30	38.59	42.88	・手術数50件増。内、大腿骨折40%、残りは前腕で試算。 [(大腿骨2,425,554円×20件)+(前腕424,678円×30件)] ×0.7（変動経費除く）＝42,875,994円	一次評価	△	対象の患者の確保ができれば、可能だと思います。	○	実現は可能であるが、手術室の割振り、医師・看護師などの担当割の資料が無いために実施可能か不安的な要素がある。	△	過去の取り組みからして実現性が高いとは評価できない。
												二次評価	○△		○		○△	過去実績を考慮した。
5	神経内科医師の充実による入院患者の増加	・神経内科医の充実により、急性期入院患者数を11.7人/日から15人/日に増加させる。	・神経内科医の確保	R4	R6	0.00	19.38	27.13	34.88	38.75	・急性期病棟患者を15名まで増加させることから、延べ患者数は、 (15-11.7人)×365日＝1,210人 ・神経内科の診療単価45,753円 45,753円×1,210人×0.7（変動経費除く）＝38,752,791円	一次評価	○	神経内科入院患者の確保は可能と思います。医師が負担増に耐えられるかどうかは鍵と思います。	△	来年度の異動の時期が来ているが、神経内科医の確保について大学医局と協議が終了しているかの記述が無いため。評価が出来ない。	△	過去の取り組みからして実現性が高いとは評価できない。
												二次評価	○		○		○△	過去実績を考慮した。
6	回復期リハビリテーション病棟の入院患者の確保向上）。	・他院からの脳血管疾患等の集患に努めることなどにより、回復期病棟の入院患者数を昨年の41.6人/日から5人増やし、46.6人/日に増加させる（稼働率10%向上）。	・稼働率の定期的な確認 ・院外からの入院患者を増やす	R3	R6	1.71	8.55	11.96	13.67	17.09	・回復期病棟の診療単価38,336円/人日 ・稼働率を10%向上させると、延べ入院患者数は5床×365日＝1825人。うち、収益向上 項番3、4による重複を除くと637人増。 637人×38,336円（一人当たり増収額）×0.7（変動経費除く）＝17,094,022円	一次評価	○	理論的には可能ですし、患者確保も可能だと思います。ただし、公的病院の役割としては疑問を感じます。	△	他院からの集患方法が明記されていないので、評価が出来ない。この記述は単なる希望的観測に過ぎない。	×	過去の取り組みからして実現性があると
												二次評価	○		○△	内容的にはよりわかりやすくなった事はとても評価できるが、数字の根拠が明確ではない。	×	は評価できない。

項番	項 目	内 容	継続して実施するための工夫	開始 時期	達成 時期	効果額（百万円）					年間効果額の積算根拠		馬場委員評価		福島委員評価		酒井委員評価	
						R 3 年度 (2121)	R 4 年度 (2022)	R 5 年度 (2023)	R 6 年度 (2024)	R 7 年度 (2025)			評価	意見	評価	意見	評価	意見
7	带状疱疹等の入院患者の増加	・带状疱疹と膿皮症について救急からの入院適応の条件を見直して、入院患者を増やす。	・ERへの周知と定期的な確認	R3	R6	1.34	9.39	10.74	12.08	13.42	・带状疱疹と膿皮症の診療報酬の平均値で試算 399,357円×48人×0.7（変動経費除く）＝ 13,418,395円	一次評価	△	患者確保と皮膚科、女性医師のキャパシティーに疑問を感じます。	×	带状疱疹等の入院に関しての院内の手術入院受け入れ病棟、そして診療圏内の推定患者数が明確でない。	△	過去の取り組みからして実現性が高いとは評価できない。
													二次評価	○△	医師のキャパシティーについては納得しました	○		△
8	救急医療管理加算の算定率の増加	・救急医療管理加算 1 を確実に算定する。	・定期的な確認	R3	R4	13.12	11.81	13.12	13.12	13.12	・R2年度から積極的に救医1を算定するようにしたところ、R元年度と比較して、平均で算定率が約10%向上した。 ・R元年度の救急症例について、診断群分類6桁ごとに、救医1の算定率をR2年度実績に置き換えて試算すると、増収額は13,122,006円となる。	一次評価	×	すでに救医1の割合が高く、これ以上は査定減となる可能性が高いと思います。	○	R2の実績から可能であると考える。	○	
													二次評価	×△	やり過ぎないように気を付けてください	○		○
9	内視鏡検査枠の増設	・上部下部内視鏡の検査枠を、1日あたり各 2 枠追加する。	・定期的な確認。問題があれば、内視鏡PT、ヒアリング等で対策を検討する。	R3	R5	0.00	6.53	10.44	13.06	13.06	・1検査あたり収入…上部:20,467円、下部:22,009円。 ・検査実施率…90%。 (20,467円+22,009円)×2枠×244日×90%×0.7（変動経費除く）＝13,058,821円	一次評価	△	患者確保次第です。	△	工夫の欄に「問題があれば」との記述がある。実務に当たっての問題点はやってみたいと分からないのでしょうか？	△	過去の取り組みからして実現性が高いとは評価できない。
													二次評価	○△		○	△	
10	外来の内視鏡的大腸ポリープ切除術の一部を1泊入院に変更	・現在内視鏡的大腸ポリープ切除術は外来で施行しているが、抗血栓薬を止める必要がある場合や、術後の出血や穿孔などのリスクがある場合は基本的に1泊入院とする。	・定期的な確認。問題があれば、内視鏡PT、ヒアリング等で対策を検討する。	R3	R6	2.46	9.85	11.08	11.69	12.31	・対象患者数270人 ・入院収益と外来収益の差額65,131円/人 270人×65,131円/人×0.7（変動経費除く）＝12,309,759円	一次評価	△	条件を満たす症例が、270人もいるとは思われません。不必要な入院を増やすこととなれば、患者利益に反します。	○	病床の確保についての協議が行われたという事が前提の評価である。「全体最適比」の観点が必要である。	○	
													二次評価	○△	きっちり絞りこみをしてください	○	○	
11	ヘルニア手術の腹腔鏡への術式変更	ヘルニア手術について、脊椎麻酔で実施していたものについて、安全性を高めるため、約8割を全身麻酔の腹腔鏡手術で実施する	・定期的な確認	R3	R5	0.00	7.83	8.81	9.79	9.79	・ヘルニア手術の在院日数、医療費原価 開腹(片側):3.7日、198,925円 腹腔鏡:4.1日、424,594円 ・腹腔鏡への移行件数62件 (424,594円-198,925円)×62件×0.7（変動経費除く）＝9,794,035円	一次評価	○	理論上は可能です。	○	R3の実施は0であるが、何故か？説明が必要。	○	
													二次評価	○		○	○	
12	手術室等での材料費の削減	・セルセイバー、自動縫合器、超音波凝固装置等の診療報酬加算対象の機器について、使用状況の見直しを行い、使用量を削減する。 ・手術中の材料ロスの削減を図る。 ・使用材料のメーカー切り替え等による見直しを行う。	・手術室運営委員会にて定期的な確認。	R3	R5	1.50	3.76	6.01	7.51	7.51	・診療報酬加算対象機器の見直し（削減額） セルセイバー：1,987,140 自動縫合器加算：326,200 超音波凝固装置加算：2,194,800 ・物品ロスの削減目標：400,000 ・使用材料の見直しによるコスト削減：2,600,000 合計7,508,140円	一次評価	△	メーカー切替は、目標通りの削減が見込まれる。その他は不確実。	○	担当者全ての合意が前提。	○	
													二次評価	○△	現場では算定できないが、使用せざるを得ないというケースもあると思います	○	○	
13	文書料の変更	・近隣病院の状況を調査の上、文書類を見直す	・規程の改正	R4	R4	0.00	4.60	6.13	6.13	6.13	・R元年度実績から ・1,000円値上げ文書6,005件＝6,005,000円（税抜） ・1,250円値上げ文書合計99件＝123,750円（税抜） 【合計】6,128,750円	一次評価	○	妥当だと思いますが、市民の反発には注意して下さい。	○	R3よりなぜ実施しないのか？ （規程の改訂は議会の承認は不要のはず）	○	
													二次評価	○		○	○	
14	リスクの高い外来化学療法患者の入院治療の実施	・化学療法について、これまで外来で治療していた患者の内、「初回導入時」「高齢者（80歳以上）」「血糖値が高い、腎機能が悪い」等のリスクの高い患者については、入院治療を行う。	・化学療法を行う診療科医師への説明と協力依頼 ・診療報酬改定時に入院又は外来治療とするか速やかな分析と周知を行う	R3	R5	1.22	4.28	4.90	6.12	6.12	・入院移行見込みプロトコル（入院推奨期間の総収入額-外来収入額）×移行可能症例数/年で算出 ・対象患者41名 8,739,346円×0.7（変動経費除く）＝6,117,542円	一次評価	○	可能とは思いますが、化学療法担当医のモチベーションダウンに気をつけてください。	△	「医師への協力依頼」とあるが、経営方針としての実施のはず。「医師の同意」までは実行の評価は出来ない。	△	新しい取り組みで実現性が高いとは評価できない。
													二次評価	○		○	△	

項番	項 目	内 容	継続して実施するための工夫	開始 時期	達成 時期	効果額（百万円）					年間効果額の積算根拠		馬場委員評価		福島委員評価		酒井委員評価	
						R 3 年度 (2121)	R 4 年度 (2022)	R 5 年度 (2023)	R 6 年度 (2024)	R 7 年度 (2025)			評価	意見	評価	意見	評価	意見
15	土曜・日曜・祝日退院の増加による増収	・看護師配置を見直し、患者・家族が土・日・祝日の退院を希望された場合は、対応可能とすることによる増収	・定期的な確認	R3	R6	0.00	3.05	4.27	4.88	6.10	・金曜日退院で1日入院を延長希望の患者見込み 26名/月（3E,ICU、コロナを除外） ・入院期間Ⅰ，Ⅱを対象外とし退院日の基本的な入院収入を計算すると、27,947円 2,7947円×312人×0.7（変動経費除く）＝6,103,625円	一次評価	×	これは絶対にやってはいけません。厚生労働省もDPCデータで監視しています。	×	①患者さんにとっての利点、視点が不明確。 ②実施のための人件費などの費用増加についての考察がない。 ③全体最適比の観点がない。	○	
													△	患者利益になれば結構だと思います。反面、職員負担は増えるので気をつけてください	○		○	
16	形成外科準緊急手術の大学との連携による件数の増加	・顔面骨折などの準緊急手術について、阪大病院との連携を密にして受け入れを行う。	・定期的な確認	R3	R5	0.48	1.67	1.91	2.39	2.39	・頬骨、眼窩骨折の入院は3年間の平均で1例当たり在院日数8.1日、療費681500円 ・連携による紹介患者5名 5名/年×681,500円×0.7（変動経費除く）＝2,385,250円	一次評価	○	阪大病院次第です。	△	①阪大との協議について具体的な内容が不明。 ②推定患者数の調査が無い。 上記の理由により評価が出来ない。	△	新しい取り組みで実現性が高いとは評価できない。
													○		○△	「阪大で手術枠がない場合」という前提条件付きであるため、予測数字になるが、実施は可能と考える。	○△	大学と協議済みで確度が高いことが明らかとなったため
17	リエゾン精神医療の充実	・新規共観患者枠を1日3人から5人に増やし、リエゾン精神医療の充実を図る。 ・当院ERより入院した患者でせん妄を併発しそうな患者や精神疾患の既往のある患者に対し、3日以内に院内紹介することで、精神疾患診療体制加算2を算定する	・定期的な確認	R3	R6	0.22	0.56	1.34	2.01	2.23	・救急搬送された、70歳以上または認知症含む精神疾患のある患者：697人 ・上記の内、入院後3日以内の入院精神療法（150点）算定済患者：49人 (3,300円×697人/年)-(49人×1,500円)=2,226,600円	一次評価	△	対象患者は、697人よりかなり少ないと思われます。	△	推定患者数の調査が無いので評価が出来ない。	△	過去の取り組みからして実現性が高いとは評価できない。
													△		○△	断らない救急の実施とともに対象患者数は増加するものと思われる。リエゾンはとても重要な役割を果たすものと思われる。医師のみでなく、看護師やソーシャルワーカーなども加えてチームで活動することも重要と考える。	○△	実績を考慮した。
18	脳外科外来の診察日の追加（火曜日）	・火曜日の脳外科外来枠を新たに開設し、外来患者の獲得を図る。	・開始すれば、継続性は問題なし。	R3	R6	0.22	0.66	1.54	1.76	2.20	・R元年担当医師1曜日あたり305名診察 ・脳外科外来収入10815000円 ・医師診察総数1045人 ・1診察数あたり単価10,300円 10300円×305人×0.7（変動経費除く）＝2,199,050円	一次評価	△	患者確保できるかどうか疑問です。	○	新たに開催することとあるが、現在の実施状況不明。	△	新しい取り組みで実現性が高いとは評価できない。
													△		○		○	実績を考慮した。
19	小児科の検査計画の見直しによる検査入院体制の変更	・下垂体疾患の精査などの内分泌学的検査の検査入院について、検査計画を2回の入院に分けて、1回目の入院(2泊3日)は、1日目：栄養指導、2日目、3日目：負荷試験を行い、1週間以上あけて、2回目の入院(1泊2日)は、MRI検査を行い、検査入院体制の充実を図る。	・定期的な確認	R3	R3	1.64	1.64	1.64	1.64	1.64	・2泊3日の検査入院を 2泊3日と1泊2日の2回に分けて実施することで、117,350円の差が生じる。 ・対象患者は年間20人程度 117,350円×20人×0.7（変動経費除く）＝1,642,900円	一次評価	×	患者利益に反しますし、このような計画的分割入院はDPCの盲点をつく脱法行為で、指導対象となる可能性があります。	○	実施は可能であるが患者さんの為に役に立つのか不明。親の負担が増すのではないかな？	△	新しい取り組みで実現性が高いとは評価できない。
													×		○		○△	実績を考慮した。
20	精神科外来診療での検査の充実	・継続受診の患者に対して、病態の変化をより的確に捉えるため、積極的に血液検査や心電図検査を行う。 ・また認知症患者や精神疾患で認知症併発が疑われる患者に対して、積極的に画像検査（頭部MRI検査、脳血流シンチ、心筋シンチ）を行い、診断の精度向上を図る。	・定期的な確認	R3	R4	0.05	0.14	0.16	1.60	1.60	・血液検査40件増(67点/件) ・心電図40件増(130点/件) ・頭部MRI30件増(1,920点/件) ・脳血流シンチ15件増(6,442点/件) ・心筋シンチ10件増(6,594点/件) 合計2,280,500円×0.7（変動経費除く）＝1,596,350円	一次評価	○	モラルハザードにならない範囲でお願いします。	△	部分最適比の考えなので、検査部門が受入可能かの検討がなされていない。この様なケースは全体最適比の検討が必要。	×	過去の取り組みからして実現性があるとは評価できない。
													○		○		×△	実績を考慮した。
21	全診療科での入院時支援加算と入退院支援加算獲得	・H30年度から入院サポートセンターの運用を診療科を限定して開始したが、入院決定時の患者家族への説明及び情報収集により、入院後早期に退院支援に取りかかることができるため、R3年度から対象患者を順次拡大しながら、最終的には算定対象の予定入院患者全てに対応し、入院時支援加算230点と入退院支援加算600点の徴収が確実にできるようにする。	・入院サポートセンターの全面運用	R3	R6	0.27	0.93	1.06	1.20	1.33	・入院時支援加算230点 ・算定実績ベース】 R3年4-5月 134件 R3年度 804件(見込み) R元年度 224件 (804件-224件)×2,300円＝1,334,000円増	一次評価	△	予定入院患者に一律算定はおかしいと思います。	○	部分最適比の考えなので、検査部門が受入可能かの検討がなされていない。この様なケースは全体最適比の検討が必要。実施に必要な人員は現状のままでいけるのかの考察が無い。	△	過去の取り組みからして実現性が高いとは評価できない。
													○△	ある程度、納得しました	○		○△	実績を考慮した。

項番	項 目	内 容	継続して実施するための工夫	開始 時期	達成 時期	効果額（百万円）					年間効果額の積算根拠		馬場委員評価		福島委員評価		酒井委員評価	
						R 3 年度 (2121)	R 4 年度 (2022)	R 5 年度 (2023)	R 6 年度 (2024)	R 7 年度 (2025)			評価	意見	評価	意見	評価	意見
22	糖尿病患者及びB型・C型肝炎患者に対する腹部エコー検査の促進	・糖尿病患者の肝癌が増加していることから、糖尿病・内分泌代謝内科でフォロー中の患者の定期的（年に1-2回）な腹部エコー検査を実施する。 ・開業医において、B型・C型肝炎患者で定期検査が行われていないために進行した肝癌の状態で紹介されてくることが多いため、開業医に啓蒙して、腹部エコー検査の依頼を促す。	・開業医への啓発と定期的な確認	R3	R4	0.33	1.00	1.11	1.11	1.11	・糖尿病の病名で糖尿病内科の継続受診：748人 ・昨年度腹部エコーした人を除くと：614人 ・対象者(約半数)：300人 ・検査手技料5,300円 5,300円/人×300人×0.7（変動経費除く）＝1,113,000円	一次評価	△	糖尿病内科医の負担増が懸念されます。保険医療での定期検査は、査定につながる可能性があります。	△	①部分最適比の考えなので、検査部門が受入可能かの検討がなされていない。このようなケースは全体最適比の検討が必要。 ②エコーのスタッフは余裕があるのか疑問。増員の必要はないのか？ このままでは評価が出来ない。	△	新しい取り組みで実現性が高いとは評価できない。
												二次評価	△		○		△	
23	神経内科の外来収益の増加	・かかりつけ医との役割分担を推進するため、外来再診患者は原則、神経内科でなければ診療困難な疾患、特定疾患、てんかんなどとし、その他の患者は検査など実施後、速やかにかかりつけ医の逆紹介する。 ・パーキンソン病、パーキンソン症候群患者など R I 検査の対象となる患者には積極的に R I 検査を実施する。	・定期的な確認	R3	R5	0.31	0.82	0.92	1.03	1.03	○ S P E C T 検査 ・手技合計：2470点（24,700円） ・造影剤： ダットシンチ：ダットスキャン1筒57,684円 MIBGシンチ：ミオMIBG-・I123注射液111MB q 44,544円 脳血流：パーヒューザミン注167MB q 43,353円 →造影剤平均：48,527円 （24,700円+48,527円）*20件×0.7（変動経費除く）＝1,025,178円/年増収見込	一次評価	△	造影剤の仕入れコストが高いため、変動経費率はもっと高いと思います。	△	①部分最適比の考えなので、検査部門が受入可能かの検討がなされていない。このようなケースは全体最適比の検討が必要。 ②検査スタッフに余裕があるのか疑問。増員の必要はないのか？	△	過去の取り組みからして実現性が高いとは評価できない。
												二次評価	△		○		△	
24	妊婦検診費用の見直し	・妊婦検診自費エコーの検査費用を、900円値上げする。	・改正すれば継続性は問題なし	R3	R3	0.51	1.02	1.02	1.02	1.02	・自費エコーの金額見直し900円増（妊婦検診の公費負担額に見直す） ・R元年度実施件数1,133件 900円×1,133件＝1,019,700円	一次評価	○	市民の反発には注意して下さい。	○	値上げのみであるので実施は可能である。	○	
												二次評価	○		○		○	
25	入退院支援加算・介護連携指導料・退院時共同指導料の確実な算定	・ケアマネジャー来院時に介護連携指導料の算定、訪問看護師来院時に退院時共同指導料算定、ケアマネジャー・訪問看護・往診医など来院時には介護連携指導書又は退院時共同指導書を取得出来るよう積極的な介入を実施する。 ・新型コロナウイルス感染症患者についても対象となる場合は算定する。	・定期的な確認	R3	R6	0.00	0.37	0.51	0.66	0.73	・退院時共同指導料2の増 36件×4,000円/件＝144,000円 ・多機関共同指導加算の増 24件×20,000円/件＝480,000円 ・保険医共同指導加算の増 36件×3,000円/件＝108,000円 合計732,000 円増収	一次評価	○	推進して下さい。	△	R 3 の実施が 0 である。何が問題であるかが不明。	△	過去の取り組みからして実現性が高いとは評価できない。
												二次評価	○		○△		○△	確度が高いことが明らかとなったため
26	時間外選定療養費の算定	・時間外療養費として5,500円を徴収する。 ・これは、軽症者の救急受診を抑制するために、緊急やむを得ない場合以外での時間外の受診に対して、病院独自で費用を徴収できる制度。 ・初診料加算金は時間外では徴収できないため、紹介状を持参しない場合は、時間外に受診した方が診療費の自己負担額が安くなるという逆転現象を防ぐもの。	・規程の改正	R4	R5	0.00	0.38	0.57	0.63	0.63	・R元年度対象者（334人×5,000円）1,670,000円－ R元年度対象者診療報酬時間外加算1,041,300円 ＝628,700円/年	一次評価	○	市民の反発には注意して下さい。	○	何故R 3 の実施をしないのか？一連の規程の一括改訂が可能で無いのか。	○	
												二次評価	○		○		○	
27	エンゼルケアの料金見直し	・当院のエンゼルケアは、クーリング・詰め物廃止・クレンジングや洗髪の実施など、エビデンスに基づいてケアの見直しを実施している。 ・また、ご本人らしさに合わせたケアをすることにより家族のグリーフケアにも繋げている。 ・上記ことから、エンゼルケアの質の向上を実践しており、実際のコストを考慮し料金の見直しを行う。（現在当院のエンゼルケア代は6000円だが、実際のコストは9,518円）	・規程の改正	R4	R4	0.00	0.36	0.48	0.48	0.48	・10,000円に変更予定。（4,000円増） ・年間見込み120件 120件×4000円＝480.000円	一次評価	○	妥当だと思います。	○	実施可能であるとは考えるが、微妙な問題があるので慎重に実行すべきである。	○	
												二次評価	○		○	実施は可能であるが、このような項目で値上げしているという事を議会などの質疑で取り上げられたときの答弁もあらかじめ準備すべきであるとする。コストからだけで納得できる答弁ができるか否か。	○	
28	救急診療科でのエコー実施	・腹痛を主訴に来院した患者に対し、診断の精度向上を図るため、基本的にERで全例腹部エコーを実施する。心不全には心エコーを実施する。外傷であればFAST施行する。	・定期的な確認	R3	R6	0.04	0.13	0.34	0.38	0.42	・対象疾患患者228名 ・安全係数を0.5とする 5,300円×228人×0.5×0.7（変動経費除く）＝422,940円	一次評価	△	結構なことですが、職員の負担が大きくなり、もう少し件数は少なくなる可能性があります。	△	可能か否かの判断はエコーを誰が実施するのか？の記述が必要。その体制が不明。全例実施は疑問。	○	
												二次評価	△		○		○	

項番	項 目	内 容	継続して実施するための工夫	開始 時期	達成 時期	効果額（百万円）					年間効果額の積算根拠		馬場委員評価		福島委員評価		酒井委員評価	
						R 3 年度 (2121)	R 4 年度 (2022)	R 5 年度 (2023)	R 6 年度 (2024)	R 7 年度 (2025)			評価	意見	評価	意見	評価	意見
29	静脈血栓予防管理料(保険点数350点)の内科領域への適用	・ 静脈血栓予防管理料は手術対象者に算定しているが、肺血栓塞栓症の発症リスクを下げるため、医療安全マニュアルを整備し、COVID-19患者も含め、内科領域へ拡充する。	・ 定期的な確認	R3	R5	0.00	0.16	0.28	0.31	0.31	・ 認定看護師に状況を確認し、対象は年間100件増となる。 3,050円×100件/年＝305,000円増	一次評価	△	静脈血栓予防管理料は、レセプトの減点対象になりやすいです。	○	R3の実施は何故行われないのか？疑問である。	△	過去の取り組みからして実現性が高いとは評価できない。
												二次評価	○△	ある程度、納得しました	○		○△	実績を考慮した。
30	緩和ケア外来開設による外来緩和ケア管理料の算定	・ がん性疼痛の症状緩和目的に麻薬を投与している入院中の患者以外の悪性腫瘍、後天性免疫不全、末期の心不全の患者のうち、疼痛・倦怠感・呼吸困難などの身体症状または不安・抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、症状緩和に係わるチーム（緩和ケアチーム）による診療を行うため、新たに緩和ケア外来を開設し、外来緩和ケア管理料を算定する。	・ 定期的な確認	R3	R5	0.05	0.15	0.17	0.21	0.21	・ R3年10月から緩和ケア外来開設予定。 ・ 2枠/週で実施予定。担当医師の手術予定次第では変更の可能性あり。 ・ 概ね6～8件/月を想定。 72件（6枠×12カ月）×290点＝208,800円/年	一次評価	○	推進して下さい。	○	担当医（特に麻酔科医）の確保は大丈夫か？	△	新しい取り組みで実現性が高いとは評価できない。
												二次評価	○		○	本医師の就任中は実行は可能と考えるが、異動の可能性は無いかなどの不安もある。	△	
31	外来がん患者在宅連携指導料の算定	・ 外来で化学療法または緩和ケアを実施している進行がんの患者で、在宅での緩和ケアに移行が見込まれる者について、外来がん患者在宅連携指導料を算定する。	・ 定期的な確認	R3	R3	0.07	0.09	0.09	0.09	0.09	・ 1ヶ月に3件程度。 ・ 従来は診療情報提供料（250点）で算定していたが、500点の算定が可能のため、1件あたり250点増収。 2,500円×3件/月×12ヶ月＝90,000円	一次評価	○	なかなか大変と思いますが、良い事なので頑張ってください。	○	現状の患者数の反映で、新たな価値創造でないのでも可能でないか。	△	過去の取り組みからして実現性が高いとは評価できない。
												二次評価	○		○		△	
32	リンパ浮腫ケア外来の診療報酬算定対象外患者への自費料金の設定	・ 悪性腫瘍の病状進行により鼠径部・骨盤部もしくは腋窩部リンパ節転移でリンパ浮腫を発症している患者については、診療報酬を算定できないため、対応を希望する患者については、自費として5000円（40分）料金設定をする。	・ 定期的な確認	R3	R4	0.02	0.04	0.05	0.05	0.05	・ 自費料金の設定：5,000円 ・ 件数見込み：9件 5,000円×9件＝45,000円	一次評価	○	妥当です。	○	現状の患者数の反映で、新たな価値創造でないのでも可能でないか。	△	新しい取り組みで実現性が高いとは評価できない。
												二次評価	○		○		○△	実績を考慮した。
33	リハビリセラピストによる心理検査料の算定	・ D285「認知機能検査その他の心理検査」について、算定内容としてMMSE※のようにリハビリセラピストが日常的に臨床評価として行っているものがあるので、確実に算定する。 ※MMSE：ミニメンタルステート検査の略で、「精神状態短時間検査」と呼ばれる認知症のスクリーニング検査	・ 定期的な確認	R3	R5	0.00	0.02	0.02	0.02	0.02	・ D P C、回復期リハでは包括される項目であるが、回復期非該当であれば出来高算定できる。 ・ リコンディショニング目的に入院された患者に心理検査をするとして、 R元年度4人×（（発達及び知能検査3極めて複雑450点×1）+（1操作が容易80点×2））＝24,400円/年	一次評価	○	可能と思います。	○	現状の算定の反映なので実施は可能である。但し、R3は何故実施しないのか疑問である。	○	
												二次評価	○		○		○	
				（効果額総計）		39.91	342.32	436.15	495.17	533.77								

経営改善項目一覧表（コスト削減）

項番	項 目	内 容	継続して実施するための工夫	開始 時期	達成 時期	効果額（百万円）					年間効果額の積算根拠		馬場委員評価		福島委員評価		酒井委員評価	
						R 3 年度 (2121)	R 4 年度 (2022)	R 5 年度 (2023)	R 6 年度 (2024)	R 7 年度 (2025)			評価	意見	評価	意見	評価	意見
1	ベンチマーク手法等を取り入れた契約金額の見直し		・契約更新時に、業務内容や人員配置、労務単価等が適正か確認し、過剰な仕様とならないようにする。	R3	R4	15.13	67.04	86.50	86.50	86.50		一次評価	△	ある程度の効果は期待できると思いますが、経済効果は、もう少し少ないのではと思います。	△		△	過去の取り組みからして実現性が高いとは評価できない。
													二次評価	○△	やはり計算通りにはいかない可能性があります	○		○△ 確度が高いことが明らかとなったため
2	より安価な後発医薬品の採用	・現在、後発医薬品選定の際、AG※があれば無条件に切替えを決定しているが、AGは一般的に値引率が悪い ため、AGであることをもって無条件に採用するのではなく、最終的な選定評価点の合計や競合見積りで採用を決定する。 ※AG：オーソライズド・ジェネリックの略称で、先発医薬品を製造する製薬会社の許諾を得て後発医薬品メーカーが製造するジェネリック医薬品のこと。一般のジェネリック医薬品が先発医薬品と有効成分が同じであることに對し、オーソライズド・ジェネリックは、有効成分に加え、原薬、添加物、製造方法も含め先発薬品とほぼ同一の医薬品となっている。	・採用済後発医薬品の変更も含め、薬事委員会にて審議。	R3	R5	5.00	10.00	15.00	22.00	22.00	・R2年度の全採用薬のうち、AGではない後発品に切替えることによる効果額（試算）は43百万円。後発品メーカーの供給不安等を考慮し、達成率50%と見積もって43百万円×0.5＝21.5百万円	一次評価	○	妥当です。	○		△	過去の取り組みからして実現性が高いとは評価できない。
													二次評価	○		○	○△	確度が高いことが明らかとなったため
3	院内不潔用手袋を安価版に変更	・院内不潔用手袋（ニトリルグローブ）を、より安価なハイブリッドグローブに変更する。	・変更し違和感が生じない環境整備を行なう。	R3	R3	4.85	9.70	9.70	9.70	9.70	・現状（年間使用量） (a)ニトリルグローブ 1,907,000枚×@15.2円＝28,986千円 (b)プラスチックグローブ 1,165,500枚×@4円＝4,662千円 ・削減額 (a)の70%を安価なニトリルグローブに変更 1,907,000枚×0.7×@9.5円＝12,681千円 (a)の10%をプラスチックグローブに変更 1,907,000枚×0.1×@4円＝763千円 (a)の残り 1,907,000枚×0.2×@15.2円＝5,797千円 ・削減効果 12,681千円＋763千円＋5,797千円－28,986千円＝▲9,745千円	一次評価	○	妥当です。	○		△	過去の取り組みからして実現性が高いとは評価できない。
													二次評価	○		○	○△	確度が高いことが明らかとなったため
4	薬剤や物品の共同購入の拡大	・薬剤や物品の共同購入の品目を拡大する。	・契約により実施するため、継続性に問題なし。	R3	R5	0.50	1.50	1.50	8.00	8.00	(R3～R5は診療材料のみ・診療材料一括調達管理委託業者の提案ベース) R3 診療材料0.5百万円 R4～5 診療材料1.5百万円 R6 診療材料1.5百万円 医薬品6.5百万円（民間共同購入組織の見積り）	一次評価	○	妥当です。	○	見積の実行を前提として評価。	△	過去の取り組みからして実現性が高いとは評価できない。
													二次評価	○		○	△	
5	医療機器購入方法の見直し	・医療機器の購入申請時に、複数機種で申請をあげる方法に変更する。 ・医療機器の購入申請時は、収益の見込み額だけではなく、過去の収益（検査・手技料等）も記載してもらい、過大な見込みとなっていないかチェックする。	・備品・材料委員会として方針を決定し、病院として業者に周知が必要。 ・申請機器による診療報酬の見込みについて、より詳しく検証できるように、過去データの記載を求めるなど、申請書のフォーマットを変更する。	R3	R3	2.60	5.20	5.20	5.20	5.20		一次評価	△	医師、医局の意向を無視できない場合もあると思います。	○		○	
													二次評価	○△	ある程度、納得しました	○		○

項番	項 目	内 容	継続して実施するための工夫	開始 時期	達成 時期	効果額（百万円）					年間効果額の積算根拠		馬場委員評価		福島委員評価		酒井委員評価		
						R 3 年度 (2121)	R 4 年度 (2022)	R 5 年度 (2023)	R 6 年度 (2024)	R 7 年度 (2025)			評価	意見	評価	意見	評価	意見	
6	低価格眼内レンズの優先 使用	・白内障手術に際し年間1000枚程度の眼内レンズを使用している。 ・眼内レンズ購入費用はレンズの種類により差があるため、今後発売されるレンズも含め、より安価なものを診療材料一括調達管理業者とも相談の上、優先使用することで、コスト削減をはかる。	・医師の異動時にも、コストを考慮した材料選定を行なう。	R3	R3	2.50	5.00	5.00	5.00	5.00			一次評価	○	医師の異動時には、後任医師の考え次第ですが。	△	診療材料一括調管理業者との相談のみでは詳細不明。評価が出来ない。	○	
													二次評価	○		○		○	
7	同種同効薬の整理	・採用医薬品の同種同効薬一覧（適応性、ある一定期間の処方量データなどを含む）を作成して、関係診療科に配布し、採用品目数を減らす。	・削減品目数の目標設定を行なったうえで、定期的に薬事委員会で審議する。	R3	R3	0.00	5.00	5.00	5.00	5.00			一次評価	△	ここまでの経済効果はないと思います。	△	本項目が薬事委員会の承認案件が明確で無いために評価が出来ない。	○	
													二次評価	○△	ある程度、納得しました	○		○	
8	PB（プライベートブランド）の消耗品及び安価な（後発）医療材料の導入	・診療材料や消耗品について、より安価な同種同効品（後発材料、リユース品等）に切り替える。 ・同種同効品を整理し、同一物品の購入数を増加させて納入単価を下げる。	・切り替えだけではなく、新規採用時にもPBや安価な製品を検討する。	R3	R3	0.12	4.80	4.80	4.80	4.80			一次評価	○	可能と思います。	△	本項目が診療材料委員会の承認案件が明確で無いために評価が出来ない。	△	過去の取り組みからして実現性が高いとは評価できない。
													二次評価	○		○		○△	確度が高いことが明らかとなったため
9	一部の医薬品の院内処方 化の検討	・現在院外処方している医薬品の一部を院内処方にする。	・薬事委員会で検討	R3	R5	0.20	1.20	2.00	2.80	2.80	・患者1人あたり処方回数：4.6回／年 ・新規患者数：4人／年 ・利益：4.35万円／回 ○年間利益 ・R3：2人×4.6回×0.5×4.35万円＝20.01万円 ・R4：6人×4.6回×4.35万円＝120.06万円 ・R5：10人×4.6回×4.35万円＝200.1万円 ・R6：14人×4.6回×4.35万円＝280.14万円		一次評価	○	特定の薬剤の薬価差益が、4.35万円なのだと思いますが、具体的には何でしょうか？ R4には薬価引き下げがあるので、R4以降は不透明です。本来収益向上のカテゴリーだと思います。	△	実行は不可能ではないが、院内処方にする場合のコストへの考察が行われていない為評価が困難である。	○	
													二次評価	○		○		○	
10	エアコンの夜間停止	・現在、手術室では24時間エアコンを運転している。 ・超緊急手術の可能性ある帝王切開の準備がされている部屋以外は運転を停止する。	・マニュアルを整備し、スタッフの異動により運用が変わらないようにする。	R3	R3	1.10	2.20	2.20	2.20	2.20	・手術室B～D室のいずれかを超緊急手術用として確保し、他は夜間12時間空調停止した場合、@503円×12h×365日≒220万円削減		一次評価	○	ただし、試算が正しいかどうかはよく分かりません。	○		○	
													二次評価	○		○		○	
11	電気代の削減	・5Sのような活動で、節電・節約について話し合い、巡回して職員の節電、節約の意識を高める活動を行うことで、照明やエアコンの付けっぱなしをなくすなど、徹底した光熱水費削減を実施する。 （2007の手術室エアコンの夜間停止との重複はなし）	・ポスターのPR内容を定期的に変更するなど、マンネリ化しない取り組みが必要 ・コスト削減状況を見える化するなど、取り組み実績を評価する。 ・各部署毎の定期的（毎月）な使用量を院内に周知する。 ・対前年同月比や前月比などの比較を示すことで、コスト意識を高める。 ・5Sワーキングのように、各部署でコスト削減推進員（コストバスターズ）を置き、改善活動報告を行なう。	R3	R5	0.00	0.70	1.50	2.20	2.20	・令和2年度年間使用料（電気）114,004,516円 消灯の徹底による削減：0.6% パソコン節電による削減：0.4% エアコンの適正使用による削減：1.0% ・年間削減額 114,004,516円×2.0%＝2,280千円 * その他の削減効果は積算困難		一次評価	△	目標通りにいけばいいですね。	○		×	過去の取り組みからして実現性があるとは評価できない。
													二次評価	○△	ある程度、納得しました	○		×	

項番	項 目	内 容	継続して実施するための工夫	開始 時期	達成 時期	効果額（百万円）					年間効果額の積算根拠		馬場委員評価		福島委員評価		酒井委員評価	
						R 3 年度 (2121)	R 4 年度 (2022)	R 5 年度 (2023)	R 6 年度 (2024)	R 7 年度 (2025)			評価	意見	評価	意見	評価	意見
12	医師検食体制の見直し	・現在、医師検食として平日の朝・夕食、土日祝の朝・昼・夕食を実施しているが、同時に管理栄養士の検食も実施（土日祝の朝・昼・夕食を除く全食）しているため、医師検食を土日祝の朝・昼・夕食のみとする。	・特になし。	R3	R3	1.00	2.10	2.10	2.10	2.10	○現状（当直食及びスタッフ検食） ・平日 朝・夕：各7食 昼：1食 ・土日祝 朝・昼・夕：各10食 ○変更（当直食及びスタッフ検食を廃止） ・平日 無し ・土日祝 朝・昼・夕：各1食 ○削減効果 ・平日 （（朝食225円＋夕食354円）×7食＋昼食366円）×245日＝1,082,655円 ・土日祝 （朝食225円＋昼食366円＋夕食354円）×9食×120日＝1,020,600円 ・計2,103,255円	一次評価	○	医師のモチベーション低下につながらないようにして下さい。	○	実現可能ではあるが、管理栄養士のみでなく医師の検食によるダブルチェックが望ましい。	○	
												二次評価	○		○		○	
13	腹腔鏡手術で使用する自動縫合器やポート等のメーカーの統一	・腹腔鏡手術で使用する自動縫合器やポートを一社に統一することによりコストを削減する	・医師の異動に伴うデバイス変更を最小限とする。	R3	R3	0.50	1.50	1.50	1.50	1.50		一次評価	○	妥当でしょう。	△	公的な機関の規程では競合による入札が原則であるはず。最初から一社に統一することはその趣旨からはずれている。	○	
												二次評価	○		○		○	
14	測定試薬の見直し	・測定試薬を安価なものに見直す	・検査機器更新時に、試薬の価格や汎用性の有無も確認する。	R3	R3	0.60	1.20	1.20	1.20	1.20	(R元年購入実績による試算ベース) ・キャリブレーター・コントロール生化学項目・免疫項目▲72万円 ・試薬生化学項目・免疫項目▲56万円 合計▲120万円 令和3年8月より新試薬で運用開始	一次評価	○	妥当です。	○		○	
												二次評価	○		○		○	
15	薬剤費の削減	・手術室で使用するもの以外の抗菌薬について、パック製剤からバイアル製剤に変更する。	・特になし。	R3	R3	0.25	1.00	1.00	1.00	1.00		一次評価	×	この程度の効果のために、看護部の負担を増やすのは反対です。	○		○	
												二次評価	×	やはり、やめたほうが良いと思います	○		○	
16	看護師に配給しているナースシューズの廃止	・年1回のナースシューズの支給を廃止することでコスト削減につなげる。	・組合協議が整えば、継続性に問題なし。	R3	R3	0.00	0.88	0.88	0.88	0.88	・R2年度単価×購入実績 ナースシューズ(a) 2,475円×148人＝366,300円 ナースシューズ(b) 2,640円×197人＝520,080円 ・ナースシューズの支給廃止による削減額 a+b＝886,380円	一次評価	△	組合協議次第です。	△	組合協議の結果が不明なため評価が出来ない。	○	
												二次評価	○		○		○	

項番	項 目	内 容	継続して実施するための工夫	開始 時期	達成 時期	効果額（百万円）					年間効果額の積算根拠		馬場委員評価		福島委員評価		酒井委員評価	
						R 3 年度 (2121)	R 4 年度 (2022)	R 5 年度 (2023)	R 6 年度 (2024)	R 7 年度 (2025)			評価	意見	評価	意見	評価	意見
17	妊産婦食の見直し等	・妊産婦食のメニューや食材を見直す。 ・家族会食を廃止して、「お祝い膳」を提供する。 ・ノベルティーを変更する。	・特になし。	R3	R5	0.32	0.64	0.64	0.72	0.72	・妊産婦食見直し (11,099円/1分娩入院－7,820円/1分娩入院)×100 分娩 入院/年＝327,900円/年…(a) ・家族会食の廃止 3,124円/1分娩入院×100分娩入院/年＝312,400円/年 …(b) ・ノベルティーの変更 おくるみセット（@3,878円）の在庫が無くなった時 点でベビーマクセット等（@3,050円）、より安価な 代替品に変更 （@3,878円－@3,050円）×100分娩入院/年＝ 82,800円…(c) ・削減効果 R3： ((a)+(b)) ÷ 2 = .320,150円/年 R4～R5： (a)+(b)＝640,300円/年 R6： (a)+(b)+(c)＝723,100円/年	一次評価	△	利用者のデメリットになる変更は、評判 を落とします。	○		○	
18	ニフプラス溶解ボトルの 費用負担の変更	・大腸ファイバー検査を受診する患者に対し、ニフ ラス溶解ボトルを支給している。 ・現在、病院の費用で支給しているが、今後、患者費 用に移行することで、コスト削減を行う。	・特になし。	R3	R3	0.10	0.49	0.49	0.49	0.49	・ニフプラス溶解ボトル購入実績 R1年度 490,600円 (R2年度 171,600円) ・病院負担から患者負担に移行することで、R1年度購 入実績相当額が削減可能 * R3年度の削減額は、R2年度実績の1/2とする。	一次評価	○	妥当です。	○	患者負担に移行するのであれば、何種類 かの用意を行い患者の選択に幅を持たせ る事が必要でないか？	○	
19	薬剤や診療材料のロスの 削減、在庫管理の見直し	・期限ロスが多くなる使用頻度の低い薬剤・診療材料 について、在庫管理の徹底により、期限ロスを防止す る。	・新規採用時に採用済みの類似品 が無いかどうかの確認し、品目の 増加を抑える。	R3	R3	0.13	0.25	0.25	0.25	0.25	・医薬品 消費期限切れ 1,503,555円/年（H30～R2） ・常駐の診療材料一括調達管理業者の補助業務の一環 で、期限切れ間近の医薬品のリストアップを月1回 行っているが、より精度をあげることで、期限切れに よる廃棄を減らす。 ・効果額 1,503,555円×0.7(注射薬の購入比率)（内服薬、外用 薬の流用は難しい）×0.25〔削減率〕（注射薬も流用 が難しい場合があるため）＝約250,000円 ・材料については試算困難。	一次評価	△	そう簡単ではありません。	○	加えて、高額のがん剤の購入単位を最 小単位とする。特に月次を跨った購入に ついては「経理上の」コストアップにな るので厳重注意が必要、	×	過去の取り組みからして実現性があると は評価できない。
20	テープ類の使用方法の見 直し	・優肌絆やマイクロボアなどの高価なテープ類の使用 を適正化する。 ・優肌絆は半分をサージカルテープに切り替える。	・各部署毎の定期的（毎月）な使 用量を院内に周知する。 ・対前年同月比や前月比などの比 較を示すことで、コスト意識を高 める。 ・5Sワーキングのように、各部 署でコスト削減推進員（コストバ スターズ）を置き、改善活動報告 を行なう。	R3	R3	0.05	0.07	0.07	0.07	0.07	(a)サージカルテープ：32.08円/巻 (b)優肌絆：79.17円/巻 ・使用量：2,808巻 ・使用量の半分がサージカルテープの代用として使用 している場合：1,404巻 (b)-(a)：47.11円 ・削減額：47.11円×1,404巻=66,142円	一次評価	○	妥当です。	○		△	過去の取り組みからして実現性が高いと は評価できない。
21	車椅子や歩行器等のレン タル物品の購入への切り 換え	・病院保有の車椅子や歩行器の数が十分でなく、回復 期病棟患者を中心に必要であれば業者からレンタルを している。 ・レンタルから購入に切り替えれば、毎年発生するレ ンタル料を削減できる。	・入院患者の実情に合わせて購入 器材を整備し、使用頻度の少ない 器材のみをレンタルする。	R3	R5	0.00	0.00	0.00	0.06	0.06	・使用頻度が少ない特殊な歩行器や車椅子はレンタル の方が安価なため、使用頻度が多い歩行器のみ購入に 切り替える。 歩行器レンタル費 ▲6.5万円（4台分） （R4～R5年度は購入費と相殺のため効果額計上せ ず）	一次評価	○	妥当です。	○	加えて「寄贈」を受け付ける為に、積極 的にホームページなどでアピールする。 HPなどで公示すれば寄贈者が出る可能性 が高い。	○	
22	内視鏡生検ホルマリン液 の複数回使用	・現在、内視鏡生検組織は生検用の容器に入れ、その 容器を25mlホルマリンビンに入れており、内視鏡生検 組織の大きさに比べて大量のホルマリン液を使用して いるが、ホルマリンビンを複数回使用することでコス トを削減する。	・特になし。	R3	R3	0.00	0.03	0.03	0.03	0.03	・UI中性緩衝ホルマリン10% 25mL入容器：19,780 円（400個入）・・・単価49.4円／個 ・内視鏡生検の年間使用量：1500個 ・年間使用額：1500×49.4＝74,100円 ・2回に1回ホルマリンを交換することによる削減額： 74,100÷2＝37,050円	一次評価	○	妥当です。	○		○	

項番	項 目	内 容	継続して実施するための工夫	開始 時期	達成 時期	効果額（百万円）					年間効果額の積算根拠		馬場委員評価		福島委員評価		酒井委員評価	
						R 3 年度 (2121)	R 4 年度 (2022)	R 5 年度 (2023)	R 6 年度 (2024)	R 7 年度 (2025)			評価	意見	評価	意見	評価	意見
23	ホルマリンビンのコスト削減	・現在、8m l のホルマリンビンは10本毎に容器に入っているが、容器無しなら安価で購入できるので、容器無しで購入する。	・特になし。	R3	R3	0.00	0.01	0.01	0.01	0.01	・ホルマリンビン（8m l 、容器付）：17,020円（400個入） ・ホルマリンビン（8m l 、容器なし）：15,640円（400個入り） 17,020円－15,640円＝1,380円 ・年間使用量（4,000個：10箱） 1,380円×10箱＝13,800円削減 （R3年度は購入済みのため、効果額は無し。）	一次評価	○	妥当です。	○		○	
												二次評価	○		○		○	
24	内視鏡EMRホルマリン液の複数回使用	・現在、E M R（内視鏡的粘膜切除術）の生検組織は8mlホルマリンビンに入れているが、残余検体が無くコンタミネーションの影響が少ないと思われるホルマリンビンについて、複数回使用することでコストを削減する。	・特になし。	R3	R3	0.00	0.01	0.01	0.01	0.01	・UI中性緩衝ホルマリン10% 8mL入容器：15,640円（400個入）・・・単価39.1円／個 ・内視鏡生検の年間使用量：330個 ・年間使用額：330×39.1＝12,903円 ・2回に1回ホルマリンを交換することによる削減額：12,903÷2＝6,451円	一次評価	○	妥当です。	○		○	
												二次評価	○		○		○	
				（効果額総計）		34.95	120.52	146.58	161.72	161.72								

経営改善項目一覧表（人事給与改革）

項番	項 目	内 容	継続して実施するための工夫	開始 時期	達成 時期	効果額（百万円）					年間効果額の積算根拠		馬場委員評価		福島委員評価		酒井委員評価	
						R 3 年度 (2121)	R 4 年度 (2022)	R 5 年度 (2023)	R 6 年度 (2024)	R 7 年度 (2025)			評価	意見	評価	意見	評価	意見
1	職員数の見直し	【組合協議中】 ・退職不補充を前提に、職種毎に削減数を設定。 (医師4人、医業技術職3人、事務職3名)	・職種ごとの定数管理の徹底	R4	R6	0.00	14.60	58.00	79.90	97.47		一次評価	×	定数管理は当然ですが、職員を減らして成功した病院経営は見たことがありません。	△	組合との協議が必要であると思われるので、協議が終了して同意を得ていることが評価の条件となる。本文にはその事への記述が無いので評価が出来ない。	△	過去の取り組みからして実現性が高いとは評価できない。
												二次評価	△	適正化を行うことは理解しました。しかし、職員数削減には配慮に配慮を重ねて下さい	×	職員の人数を削減した業務上の影響への考察がなされていない。単なる数字合わせの改善案は評価の対象にはできない。本案はいわゆる「確証バイアス」考え方に近いと言える。組合との合意内容も全面合意か否かも不明である。しかも「医師の働き方改革」の実施への考察が不明である。	○△	確度が高いことが明らかとなったため
2	人事給与制度の見直し	【組合協議中】 ○基本給の見直し ・国立病院機構の水準を参考に新給与表を作成し、昇給ラインを見直す。 ・現在の基本給が新制度を上回る在職者は、段階的に引き下げ、新制度へ移行する。 ○賞与制度の見直し ・業績に応じて賞与額を増減。 ○人事考課制度の見直し ・評価方法を見直し、処遇（昇給、賞与）へ反映。	・規程改正により継続性は問題なし。	R4	R6	0.00	57.86	49.68	61.22	57.25	・国立病院機構の給料表をベースに効果額を積算。	一次評価	○	組合との交渉次第ですが…	△	組合との協議が必要であると思われるので、協議が終了して同意を得ていることが評価の条件となる。本文にはその事への記述が無いので評価が出来ない。	△	過去の取り組みからして実現性が高いとは評価できない。
												二次評価	○		×	現在国の方針として進められている「医師の働き方改革」との整合性が不明。また、賞与を業績に応じて増減するためには、予めその基準などが決められている必要があり、この内容では実行は困難である。	○△	確度が高いことが明らかとなったため
3	医事業務委託の直営化	・医事業務は、現在は入院業務のみ直営であるが、外来も含め完全に直営化する。	・移行計画の策定と定期的な進捗管理	R4	R6	0.00	0.00	0.00	0.00	31.32		一次評価	△	医事課業務の直営化は大賛成ですが、委託費と人件費の差額がこのようなとなると考え難いです。	○	当該委託会社との契約に問題がないことが条件である。	△	新しい取り組みであって実現性が高いとは評価できない。
												二次評価	△		△	医事業務に付随する業務内容についての考察が不明である。（例 レセプトの精度管理）また、入院業務と異なり、外来業務を直営化する場合の業務の濃淡に応じた新規採用と給与への反映が可能であるか疑義がある。	○△	確度が高いことが明らかとなったため
4	時間外勤務の削減	○医師の当直明け勤務の削減 ・医師の時間外勤務ルールを見直し、当直明けの勤務を原則禁止とし、やむを得ない場合でも午前中には退勤することを徹底する。 ・医師業務に専念できるよう医師事務作業補助職を、施設基準が最大となる人数分まで拡大配置する。 ○医師以外の時間外勤務削減 ・各部門で時間外削減計画を策定し、時間外勤務を1割削減する。	・医師の当直明け勤務の削減については医局でルールを徹底するとともに、医師事務作業補助者を増員してタスクシフトを行うなどの環境整備を図る ・医師以外の職員の時間外削減計画については、定期的な確認を行う。	R4	R6	0.00	26.77	27.77	26.86	26.86	○医師の当直明けの勤務の削減 5,208時間分 16,869,000円 ○医師事務作業補助職の充実 ・医師事務作業補助職体制加算 1「30対1」から「15対1」への引き上げに伴う増収 30,078,761円(a) ・医師事務作業補助職の採用に係る人件費 1人あたり人件費2,672千円×11人＝29,392,000円/年(b) (a)-(b)＝686,761円 ○時間外勤務1割削減 9,300,000円	一次評価	×	医師の超過勤務削減は重要ですが、人件費削減を目標にすると失敗します。	△	医師事務作業補助職の拡大配置以外は具体的な実行法が明確ではなく、部分最適比となっている。 他部門との連携や影響が不明確である。	△	過去の取り組みからして実現性が高いとは評価できない。
												二次評価	×△	医師の所得減はモチベーション低下につながります	△	「医師の働き方改革」との関係、及び「宿日直許可」を受けているか？等により対応に幅が出てくるので、もう少し詳細に記述が必要。システム改修やRPA等へのコストへの考察も不明。	△	
5	実習受入謝礼金の見直し	・学生実習受入れに係る謝礼金の単価について、近隣病院の状況を参考にして、実習生1人1日あたりの単価を改定する。	・各学校と契約を締結して受入れるため、継続性は問題なし	R4	R4	0.00	3.28	3.28	3.28	3.28	○実習受入単価の見直し ・看護局1,500円→2,000円、増収額1,606,500円 ・薬剤部6,000円→7,000円、増収額440,000円 ・検査部1,500円→2,000円、増収額79,000円 ・リハビリテーションセンター3,000円→5,000円、増収額964,000円 ・医療事務1,000円→2,300円、増収額104,000円 増収額合計 3,283,500円	一次評価	△	医療人の養成も公的病院の大事な使命と思います。可能と思いますが、あまり感心しません。	○		○	
												二次評価	○		○		○	
6	3階西病棟の2交替制勤務の導入	・3階西病棟の勤務について、3交替制から2交替制に変更することで、公共交通機関が運行している時間帯に通勤できるようにする。	・労働組合と協定を締結して実施するため、継続性は問題なし	R3	R3	0.10	0.20	0.20	0.20	0.20	・3階西病棟職員の準夜勤務明け、深夜勤務入りのタクシー代負担額 200,000円/年	一次評価	○	妥当です。	△	組合との協定締結の結果が出ていないので評価が出来ない。	○	
												二次評価	○		○		○	
7	非常勤医師の給与明細書のペーパーレス化	・非常勤医師の給与明細書について、郵送を廃止し、常勤職員と同様に、電子カルテ端末上からの画面確認とすることで、郵送費を削減するとともに、郵送作業の手間を省く。	・R3年7月から、実施済みであり、特に問題は生じていないことから、継続性は問題なし	R3	R3	0.05	0.08	0.08	0.08	0.08	・月80人×（A4用紙255円/500枚＋郵送84円）×12ヶ月 ＝81,130円≒0.08	一次評価	○	妥当です。	○		○	
												二次評価	○		○		○	

項番	項 目	内 容	継続して実施するための工夫	開始 時期	達成 時期	効果額（百万円）					年間効果額の積算根拠		馬場委員評価		福島委員評価		酒井委員評価	
						R 3 年度 (2121)	R 4 年度 (2022)	R 5 年度 (2023)	R 6 年度 (2024)	R 7 年度 (2025)			評価	意見	評価	意見	評価	意見
8	「栄養サポートチーム専門療法士」実地修練の修練費用の見直し	・当院は日本臨床栄養代謝学会「栄養サポートチーム専門療法士」実地修練認定教育施設として、実地修練者を受け入れている。 ・参加者から徴収する修練費用について、他病院の状況を参考にして、現行の25,000円/人から30,000円/人に改定する。	・院内決裁により、R3年9月開催の実地修練から改定したことから、継続性は問題なし。	R3	R3	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	・参加人数は、これまでの実績で15～30名を受け入れており、効果額は15名で試算 15人×（30,000円-25,000円）＝75,000円	一次評価	○	可能と思います。	○		○	
												二次評価	○		○		○	
						（効果額累計）	0.23	102.87	139.09	171.62	216.54							

再編・ネットワーク化について

令和4年1月29日(土)第4回箕面市新市立病院整備審議会
追加資料

- 再編・ネットワーク化とは、国が推し進めている施策で、複数病院での診療機能の再編や業務連携により、地域医療体制を構築することです。
- この制度を活用することにより、診療機能の再編統合や病床規模の適正化、拠点の再配置等が可能となり、地域の医療資源の有効活用につながります。
- なお、再編・ネットワーク化を活用して経営主体の統合を行う場合には、その整備費に対して特別な財政措置を受けることができます。

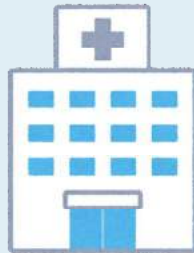
現状のままで移転

現病院
317床

新病院
267床



特定病床の
制度変更により
50床減少



再編・ネットワーク化の活用

現病院
317床

新病院
267床 + α



民間病院等
との経営統合
により増床が
可能



民間病院
等の病床
を市立病
院へ

(参考) 公立病院の整備に係る地方財政措置

再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備に係る地方財政措置

新公立病院改革プランに基づき行われる公立病院等の再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備について、病院事業債(特別分)を措置(令和2年度までの措置)。

① 複数病院の統合

- 関係する複数病院が、統合により1以上減となることが原則。
- 経営主体も統合されていること。



原則として整備費全額が対象

② 相互の医療機能の再編

- 機能分担による病床規模又は診療科目の見直しを伴うことが必要。
- 経営主体が統合されていること。



再編に係る経費のみが対象

〔対象経費の例: 遠隔医療機器、情報システムの統合整備費、高度医療施設、高度医療機器など〕

※ただし、経営主体の統合を伴わない場合でも、以下に掲げる全ての取組が行われていれば再編に係る経費を対象とする。

- ・機能分担による病床規模又は診療科目の見直し
- ・共同購入等による医薬品、診療材料等の効率的調達
- ・医師の相互派遣による協力体制の構築
- ・医療情報の共有等による医療提供の連携体制の構築



病院事業債の特別分の対象: 元利償還金の40%を普通交付税措置〈特別分〉

