

資料 No.7

<令和 7 年度地域包括医療・ケア研修会>

—令和 8 年 1 月 18 日(土)／2 日目—12:30～13:40

## 講演Ⅳ

# 総合診療科と整形外科の共同診療が 病院経営に及ぼす影響 —地域に最適化した病院経営の実装—

### ■講師

兵庫県：野瀬病院事務長

西島 聡志 氏

### ■司会

国診協 地域医療・学術委員会委員

長野県：飯綱町立飯綱病院長

伊藤 一人

## 総合診療科と整形外科の共同診療が病院経営に及ぼす影響 -地域に最適化した病院経営の実装-

兵庫県：野瀬病院事務長

西島 聡志

神戸市長田区（高齢化率約 35%）に位置する民間小規模病院（医療法人社団十善会 野瀬病院／90 床：一般 30 床〔10:1・入院料 4〕、地域包括ケア 60 床〔入院料 1〕）では、整形外科入院患者の高齢化に加え、併存疾患（multimorbidity）や認知症・せん妄、独居・老老世帯といった生活背景の影響が大きく、骨折治療だけでは退院につながりにくい症例が増えていました。従前は整形外科主治医が診療の多くを担い、内科的課題や社会的調整は後追いになりやすく、在院日数の長期化、地域包括ケア病棟での 60 日超入院、病床回転の停滞が現場負担と経営指標の双方に影響していました。

当院では 2023 年 9 月に整形老年診療科を設立し、総合診療医が高齢整形外科入院患者の全身管理・退院支援を担い、整形外科は専門領域に専念する「コマネジメント（共同診療）」を導入しました。主治医交代ではなく、専門性を尊重しながら診療責任を分担・共有する考え方とし、節目 IC の再設計、日次のベッドコントロール会議の見直し、日次データ（入院料・在院日数・リハ介入等）の可視化と多職種共有を組み合わせ、質を落とさず“回転を設計”する運用へ移行しました。

導入効果は制度改定等の影響をできるだけ排除するため期別（1 期：2022/9-2023/8、2 期：2023/9-2024/8、3 期：2024/9-2025/8）で、経営結果は会計年度（4 月～3 月）（FY2025 は途中集計を含む）で評価し、平均在院日数、60 日超（実人数・延日数）、在宅復帰率、病床稼働率、売上・費用構造等を用いて、診療の変化が経営にどのように波及したかを整理します。あわせて、経営判断を感覚ではなく可能な範囲でデータで確認する姿勢として、入院単価の内訳分析（EF ファイル等）や、採用に伴う人材紹介委託費の抑制など、持続可能性を高めるための実務上の工夫も少し紹介します。加えて、TSC（地域連携室）を軸に、経営陣の方針と現場の実情をつなぎながら運用を定着させた過程を共有し、コマネジメントの有効性と限界（地域性・病床構成・多職種連携・日常運用の積み重ねの重要性）を踏まえ、当院の経験が各病院での今後の取り組みにおいて、少しでも検討の材料や参考になれば幸いです。



# 総合診療科と整形外科の共同診療が 病院経営に及ぼす影響

## — 地域に最適化した病院経営の実装 —

医療法人社団 十善会 野瀬病院  
事務部長 西島 聡志

発表に関連し、開示すべきCOIはありません

# 本日の構成

- ① 当院の地域と病院特性
- ② 従前の診療体制と課題
- ③ コマネジメント導入の背景
- ④ 1期→2期→3期の変化（診療の視点）
- ⑤ 病院経営への影響（会計年度の視点）
- ⑥ 組織・運用
- ⑦ まとめ

## 当院の地域特性

**所在地：神戸市長田区**

**神戸市内で最も高齢化率が高い地域＝高齢化率：約35%**

→ 全国平均（約29%）を大きく上回る

都市部でありながら、高齢化が先行

**高齢独居・老老世帯・生活保護が多い**

**整形外科入院が多く、高齢者の全身管理が重要な地域**

※ 都市部における“日本の10年先”を実装している地域

# 病院概要

名称	医療法人社団 十善会 野瀬病院
所在地	神戸市長田区二葉町 5 -1-36
創立	1933年
診療科	整形外科、外科、循環器内科、 内科、泌尿器科、形成外科、 腎臓内科（人工透析）、 麻酔科、リハビリテーション科
病床数	90床 * 急性期一般 30床、地域包括ケア 60床
職員数	188名 *非常勤職員を含む



# CHAPTER 1

## 当法人について

### 野瀬まごころ診療所

● 透析センター ● 通所リハビリ

サービス付き高齢者向け住宅

### やっぱりここ

訪問介護ステーション  
ゆかり



### 野瀬病院



居宅介護支援事業所  
つながり



訪問看護ステーション  
つながり



## CHAPTER 1

### 当院の特徴



### 入院患者の平均年齢 84.9歳



長田区 **48%**

その他区 40%  
神戸市外 8%  
兵庫県外 4%



整形外科 **72%**

循環器内科 17%  
泌尿器科 8%  
形成外科 2%

手術件数 **672件**

人工関節置換術 132件  
観血的骨接合術 110件  
経皮的椎体形成術 65件  
その他 365件



# 高齢整形外科患者の特徴



複数の内科的併存疾患  
multimorbidity

社会的な問題

例) 老老介護、高齢独居、生活保護など



整形外科入院患者は、  
**整形外科医が主治医**として担当

# 従前の診療体制

### 整形外科医 1日のスケジュール

09:00

外来診療

12:00

手術

病棟業務

17:00

外来診療

18:30

病棟業務



病棟業務に遅れが生じる

内科的問題はコンサルテーションで対応

主な併存疾患

- 高血圧
- 糖尿病
- 慢性心不全
- 慢性腎臓病
- 認知症

主な合併症

- せん妄
- 感染症



多職種へのケア負担が増加  
入院日数が増加

# 現場で顕在化していた問題

- 入院初期からの全身管理・退院支援が十分に介入できてない
- 情報共有や調整が後追いになりやすい
- 多職種の負担が増大
- 病床の回転が滞りやすい

⇒ 個人の能力の問題ではなく、仕組みとして改善の余地があった

# 経営的な視点での課題

- 平均在院日数が長期化しやすい
- 入院単価が伸びにくい
- 病床稼働率が安定しにくい
- 次の患者を十分に受け入れられない状況

⇒ 診療上の課題が、そのまま経営指標に影響していた

# 中長期的な経営上の課題

- 医師・看護師・多職種の負担が増え続ける
- 病棟運営が属人的になりやすい
- 病床の回転が個々の調整力に依存
- 現行体制のままでは持続可能性に不安

⇒ 一時的な対応ではなく、体制そのものの見直しが必要

# コマネジメント導入の発想

## コマネジメント導入に関して



理想とはしていたが、意図して設計した取り組みではなかった  
外部からの偶然の縁がきっかけ  
総合診療医の関与が一つの転機  
現場の課題と自然に重なった

「計画」ではなく、「流れの中で形になった」取り組み

# 整形老年診療科（当院独自）



## コマネジメント導入

総合診療医を中心に、  
循環器内科医と麻酔科医でチームを形成

## ‘23年9月 整形老年診療科 設立

入院患者を対象に“整形老年診療科”を設立

## ケアモデル導入 \*

患者の診療責任・権利を専門科医と分担

\*Clin Geriatr Med 2014;30:183-9

# 整形外科×総合診療科の親和性

整形外科：手術・運動器疾患の専門性

×

総合診療科：全身管理・併存疾患対応

+

多職種連携：退院支援・社会的調整

⇒ 対立ではなく、役割分担による補完関係



# 整形外科医

創部処置

併存疾患対応

合併症対応

骨粗鬆症治療

手術説明

栄養療法

画像検査

リハビリ指示

服薬調整

退院調整

# 整形外科医

手術説明

創部処置

リハビリ指示

画像検査

骨粗鬆症治療

# 整形老年診療科医

合併症対応

併存疾患対応

服薬調整

栄養療法

退院調整

# コマネジメントとは



## コマネジメントとは

内科的ジェネラリストが患者の診療のうち内科部分を受け持ち、専門科と診療の権利や責任を共有するケアモデル

\* Clin Geriatr Med 2014;30:183-9.

# 多職種連携を前提とした設計

問題

医師だけでは成立しない

対策

看護部・MSW・リハビリ・薬剤・医事・事務が関与

→ 連携は「個の頑張り」ではなく「仕組み」で回す

コマネジメントを日常業務として機能させるための前提条件

# 評価軸の宣言

前半：コマネジメント導入の効果（期別）

→ 1期・2期・3期（9月～8月）

後半：病院経営としての結果（会計年度）

→ 2023・2024・2025年度（4月～3月）

－コマネジメントは手段、病院経営は結果－

## 入院・退院の流れ

### 入院受入れ

- 手術・急性期管理
- リハビリ・全身管理
- 退院支援
- 退院・在宅復帰

どこで流れが滞りやすいか

- 病床が「動く」仕組みづくりが必要

# 数値で確認する観点

## 数値で確認する観点

- 平均在院日数：適正化できているか
- 60日超入院（地域包括ケア病棟）：長期化が抑制されているか
- 病床稼働率：受入れと回転が両立しているか

→ 数値は目的ではなく、改善状況を確認するための指標

## 平均在院日数（一般病棟）

平均在院日数	1期	2期	3期
一般病棟	19.3日	15.6日	15.0日

※ 期平均（12か月平均）



# 平均在院日数（地域包括ケア病棟）

平均在院日数	1期	2期	3期
地域包括ケア病棟	30.1日	31.4日	27.7日

※ 期平均（12か月平均）

## 60日超 実人数（地域包括ケア病棟）

60日超 実人数	1期	2期	3期
地域包括ケア病棟	172名	41名	22名

※ 期內合算（12か月合算）

## 60日超 延べ日数（地域包括ケア病棟）

60日超 延べ日数	1期	2期	3期
地域包括ケア病棟	1,695日	332日	241日

※ 期內合算（12か月合算）

# 在宅復帰率（地域包括ケア病棟）

在宅復帰率	1期	2期	3期
地域包括ケア病棟	84.1%	80.9%	87.1%

※ 施設基準定義に基づき算出  
※ 期平均（12か月平均）

### ここまでの整理（診療評価）

- 全身管理・退院支援の前倒しが進んだ
- 60日超の長期入院が大きく減少
- 在院日数は病棟機能に即して適正化
- 在宅復帰率は維持・向上

⇒ 診療の質を保ちながら、流れが整理されてきた

# 1 期→2 期→3 期：課題解決のプロセス

1 期

導入前

→ 課題が顕在化していた時期

2 期

導入・試行期

→ 改善が見え始めた一方で、新たな課題が明確になった時期

3 期

再設計・調整期

→ 課題を踏まえ、体制と運用を見直している段階

→ 改善は一足飛びではなく、課題と調整の積み重ね

※ 1期：2022/9–2023/8・2期：2023/9–2024/8・3期：2024/9–2025/8

### 1 期（導入前）：本質的課題

- 高齢患者に対する全身管理・多職種介入が後手になりやすい
- 整形外科的治療が終わっても退院調整が進みにくい
- 長期化 → 入院単価の低下 → 現場負担の増大

⇒ 個人の努力ではなく、体制として高齢患者に最適化できていなかった

# 2期（導入・試行期）：改善と新たな課題

### 【改善】

- 全身状態を保ったまま退院できる患者が増加
- 退院支援が早期から動くようになった
- 入院単価の改善傾向

### 【新たに見えた課題】

- 在院日数の短縮が先行
- 受入れ・回転の設計が追いつかず稼働率が一時的に低下

⇒ 改善と課題が同時に顕在化した時期



### 3 期（再設計／調整期）：質と量の両立に向けて

- 多職種連携の強化
- IC体制の再設計（節目ICの運用）
- ベッドコントロール会議の再設計（日次・短時間）
- 日次データの可視化と共有

⇒ 在院日数を延ばすのではなく、「回転を設計」する取り組み

# IC体制の再設計（役割分担）

入院時IC ： 整形外科主治医が担当

（疾患・手術・整形外科的治療方針）

入院後の節目IC →： 概ね「入院後 2 週」を目安

※ただし時期は固定せず、患者状態・背景に応じて個別設定

以降の継続的なIC ： 整形老年診療科医が中心

（退院先の方角性・退院時期・リハビリの進捗状況）

※整形外科的事項は整形外科医が随時対応

⇒ 主治医交代ではなく、専門性に応じて診療責任を分担・共有

# 多職種連携の実装（ICと現場の連動）

確認

ICで共有した方針を、病棟運用へ即時反映

対応

看護部・MSW・リハビリ・薬剤が同じ方向を向く  
個人対応ではなく、チームとして対応できる前提を作る

コマネジメントを日常業務として機能させるための前提条件

# 診療評価パートのまとめ（1期→2期→3期）

- ① 質の改善（全身管理・退院支援の前倒し）により、早期退院と単価向上が進んだ
- ② 一方で2期は、受入れ・回転設計が追いつかず稼働率の課題が顕在化
- ③ 3期は、IC・多職種連携・運用（BC会議等）を再設計し「質と回転」の両立を目指している

# 病院経営の結果を会計年度で評価

FY2023

2023年04月 ～ 2024年03月（12ヵ月）

FY2024

2024年04月 ～ 2025年03月（12ヵ月）

FY2025

2025年04月 ～ 2025年11月（8ヵ月）

※途中集計（参考）

診療の変化（期別）とは別に、経営としての結果は会計年度（4月～3月）で評価

## 経営を見る視点（私見）

| 稼働率を土台に、単価とコストで収支を整える

「稼働率 × 単価 × コスト」の掛け算で考える

数値は目的ではなく、改善状況を確認するための材料

## 病床稼働率（合計）

病床稼働率	1期	2期	3期
病院合計	91.4%	89.7%	91.6%

※ 期平均（12か月平均）

# なぜ稼働率が重要なのか

- 病床が回っているか（受入れ余力）
- 地域の需要に応えられているか
- 診療・運用・経営の結果が集約された指標

⇒ 下がるときは、どこかで流れが滞っているサイン



# 2 期に稼働率が低下した理由（整理）

- 全身状態を保ったまま早期退院が可能に（質改善が先行）
- 在院日数短縮・単価向上が先行
- 受入れ・回転の設計が追いつかず稼働率が一時低下

⇒ ネガティブではなく、改善の“副作用”として捉え、次の設計課題に

### 3 期で稼働率が回復・安定した理由

- 在院日数を延ばすのではなく“回転を設計”
- 多職種連携とベッドコントロール会議の再設計
- 日次データの可視化とTSC中心の調整

⇒ 質を落とさず稼働率を回復・安定させることを狙い、運用を組み直し

## 稼働率についての前提（当院の考え方）

無理に入院を増やすことはしない

適正な患者を、適正なタイミングで、適正な病棟へ

質と経営の両立が前提

**※ 改善しても低稼働が続く場合は、地域ニーズや病床編成の再検討も必要**

### 病院売上高（年度）

売上高	FY2023	FY2024	FY2025
病院合計	1,880百万	1,907百万	1,319百万

※ 年度合計（12か月合計）  
※FY2025は4-11月で途中集計（参考）

## 入院単価の位置づけ

■ 単価向上は必要（質の担保と両立）

ただし単価“だけ”では病院経営は成立しない

「稼働率 × 単価 × コスト」の掛け算で考える

## データ分析の一例（入院単価の内訳）

EFファイルから、入院単価の内訳を可視化

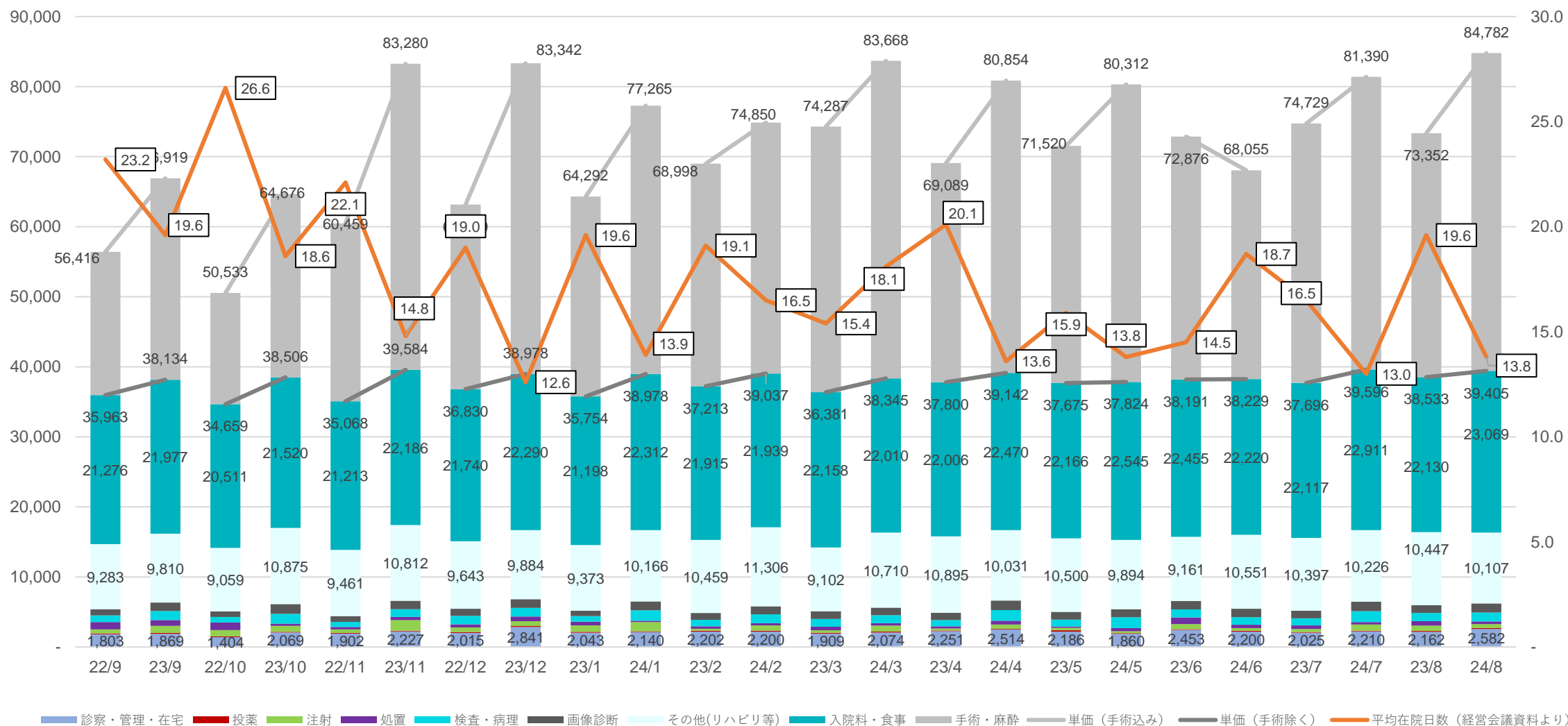
経営判断を感覚ではなく、できるだけデータで確認

※ 売上や単価の増減だけでなく、何が増減の要因になっているかを

内訳で確認することが、経営判断の精度を上げる一助になる（私見）

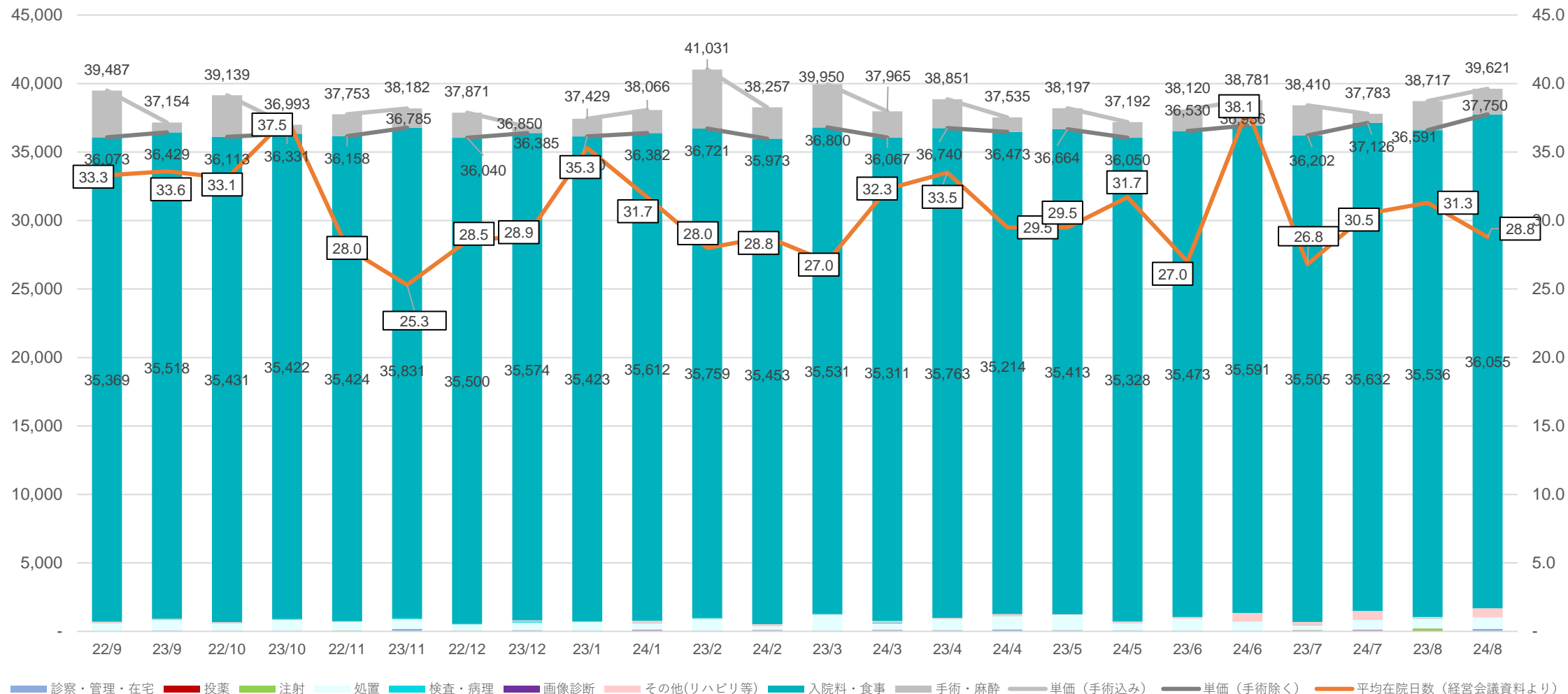
# 一般病棟

急性期\_単価前年度比較（EFファイルベース）



# 地域包括ケア病棟

地ケア\_単価前年度比較（EFファイルベース）





# 病院収支の考え方

## 費用・経費の考え方（全体像）

- 売上と同時に、費用・経費を見る
- 短期的な増減よりも、持続可能性を重視
- すべてを削るのではなく「見直せる部分」に優先順位をつける
- 診療の質を落とさないことが大前提

→ 経営判断は「売上 × コスト構造」で考える

# 費用・経費で注視している点

材料費：適正化（無駄を作らない）

人件費：適正な人員配置と業務設計

経費：外部依存（人材紹介料等）の抑制

## 人材紹介委託費の推移（年度）

支出額	FY2023	FY2024	FY2025
病院合計	1,437万円	350万円	128万円

※ 採用に伴う紹介会社への委託費用  
 ※FY2025は4-11月の途中集計（参考）

## 人材紹介料削減に向けた工夫（概要）

- 採用導線の見直し（紹介会社依存の低減）
- 現場と採用情報の共有（ミスマッチ低減）
- 定着を意識した運用・風土づくり（看護部長・師長等と連携）

⇒ 小規模病院でも費用削減と採用upに繋がる取組みは可能

## 医業収支の推移（3年間・PL）

FY2023

FY2024

FY2025

当日の資料に限り3年分の医業収支（PL）の推移を開示予定

※ FY2025は2025/4-11の途中集計（参考）

# 病院経営として見えてきたこと

- コマネジメントは経営改善の一要素
- 稼働率が経営の土台
- 単価は病床機能に即して捉える
- 費用・経費は構造として向き合う
- 診療・運用・経営は切り離せない

→ **地域に合わせた 全体設計が重要**

# なぜ当院で機能しているのか（組織・運用）

仕組みだけでなく、組織としての共通理解と実行

経営陣の方針と、現場の思いや実情を丁寧につなぐ

TSC（地域連携室）を軸に、情報と意思決定を回す体制

⇒ コマネジメントの仕組み＋誰がどのように運用するかが重要

# 経営陣の共通理解が土台

- 理事長・病院長だけでなく、経営陣が同じ方向を向く
- 看護部長・診療技術部長・事務部長が方針を理解
- 各部門が「自分の言葉」で現場に伝える

⇒ 経営陣が翻訳者となって現場に浸透させる



# トップダウンではなく、現場と一緒に動かす

- 入院受入れ・稼働率の重要性を現場と共有
- 現場が“自分ごと化”できるよう対話を重視
- 納得感のある運用を優先

⇒ とにかく現場の“負担感”と“実情”を理解し、進めることが重要

## トータルサポートセンター（地域連携室）の役割

地域連携室をTSCとして再定義（ハブ機能）

医師・看護部・診療技術部との連携・情報共有を推進

ベッドコントロールをTSC中心に運用

※ TSCが院内の中核となり、情報の非対称性を減らし、迅速な意思決定を

# ベッドコントロール会議

## ベッドコントロール会議は病院運営の“要”

- 属人化させない
- 短時間でも必ず決める
- データと多職種の視点で判断する

## ベッドコントロール会議の位置づけ

- 病床を“埋める”会議ではない
- 入退院・転棟を多職種で最適化する意思決定の場
- コマネジメントを日常業務として回す中枢

# ベッドコントロール会議の再設計

### 設定

毎日（月～金）10時～／約10分

参加者を拡大し、形骸化を防ぐ。短時間でも必ず集まる・必ず決める

### 参加

TSC：センター長・入院前方看護師・MSW

病棟：師長・主任・当日リーダー

リハビリ：主任・リーダー

薬剤科：主任／医事課：課長・入院担当

部長：看護部長・診療技術部長・事務部長

※今後：病院長・整形老年診療科を中心とした医師の参加を検討

# ベッドコントロール会議で共有している内容

- TSC：昨日・本日の稼働率と今後の見通し
- 前方看護師：転院・入院相談の状況
- リハビリ：リハビリの進捗・特筆事項
- 薬剤：持参薬・処方の特筆事項
- 病棟：患者状態の特筆事項
- 医事：入院期間・入院単価の状況

→ 共有後、当日の入棟先・転棟を相談の上で決定

# CHAPTER 6

## ベッドコントロール会議で使用する日次資料

2025 野瀬病院 ベッドコントロール									
患者	一般								
診療科	0								
退院	(空点)								
患者氏名	病室	2025/12/29	2025/12/30	2025/12/31	2026/1/1	2026/1/2	2026/1/3	2026/1/4	計
408号室	40,710	36,680	36,690	37,220	36,680	36,200	36,200	16	
410号室	36,430	36,690	37,310	37,140	36,690	37,690	36,680	14	
405号室	36,530	36,680	36,750		36,680	37,110	36,680	13	
406号室				36,680					
408号室	32,090	36,720	31,240	36,720	31,240	28,800	27,300	32	
405号室	46,120	32,980	30,200	36,130	30,130	36,130	36,130	29	
406号室	35,730	32,480	28,700	28,700	28,700	28,700	28,700	19	
407号室	45,200	33,420	28,100	31,200	30,430	36,200	36,200	29	
4F治療室	52,530	48,640	37,810	36,680	36,680	37,110	36,680	9	
410号室	50,280	37,270	34,450	36,200	36,680	37,200	37,200	12	
405号室	37,930	32,980	30,200	36,200	36,200	36,200	36,200	29	
412号室	34,000	36,240	30,200	36,200	30,200	36,200	36,200	24	
406号室	36,570	36,680	36,680	37,200	32,900	36,200	36,200	17	
406号室	41,330	36,680	36,780	29,030	21,380	36,680	36,680	14	
411号室	44,270	36,130	30,130	23,830	30,130	36,130	36,130	21	
408号室	27,820	27,560	27,820	28,360	27,820	27,820	27,360	45	
401号室	43,830	36,430	36,430	36,430	36,430	36,430	36,430	13	

2025 野瀬病院 リハビリ									
患者	一般								
診療科	0								
退院	(空点)								
患者氏名	病室	2025/12/29	2025/12/30	2025/12/31	2026/1/1	2026/1/2	2026/1/3	2026/1/4	計
408号室	15,930	15,930	15,930	15,930	15,930	13,230	13,230		
410号室	8,280	15,930	15,930	15,930	15,930	15,930	15,930		
405号室	8,280	15,930	15,930		15,930	15,930	15,930		
406号室				15,930					
408号室	13,230	13,230	13,230	13,230	13,230	13,230	11,730		
405号室	15,930	15,930	13,230	13,230	13,230	13,230	13,230		
406号室	11,730	11,730	11,730	11,730	11,730	11,730	11,730		
407号室	13,380	15,930	11,130	13,230	13,230	13,230	13,230		
4F治療室	15,930	15,930	15,930	15,930	15,930	15,930	15,930		
410号室	15,930	15,930	13,380	15,930	15,930	15,930	15,930		
405号室	13,380	15,930	13,230	13,230	13,230	13,230	13,230		
412号室	13,230	13,230	13,230	13,230	13,230	13,230	13,230		
406号室	13,380	15,930	15,930	15,930	15,930	13,230	13,230		
406号室	15,930	15,930	15,930	8,280	8,280	15,930	15,930		
411号室	15,930	13,230	13,230	6,930	13,230	13,230	13,230		
408号室	11,730	11,730	11,730	11,730	11,730	11,730	11,730		
401号室	15,930	15,930	15,930	15,930	15,930	15,930	15,930		

全入院患者の前日情報を

- ・入院料（日当点）
- ・在院日数
- ・リハビリ介入等

病棟別に一覧表に出力

医療情報管理課が毎日作成

同じ資料を見ながら多職種で判断

# 私見：病院経営で大切にしていること

- 売上高の増収と同時に、費用・経費を丁寧に見ること
- 売上だけに依存しない、収支バランスの取れた構造
- 事務方は必要な調整役を引き受けつつ、収支バランスを整える

# まとめ

- | 当院においては、コマネジメントが重要な役割を果たした
- | 一方で、コマネジメントのみで成果が得られたわけではない
- | 地域特性、病床構成、多職種連携、日常運用の積み重ねが不可欠
- | 私見として、稼働率は病院経営を支える最も重要な基盤
- | 本講演が、各病院における検討の一助となれば幸いである



目の前の患者さんを幸せにする



医療法人社団 十善会

## 講師略歴

西島 聡志(にしじま さとし)

兵庫県:医療法人社団十善会 野瀬病院 事務部長

### ◆職歴

2015年9月 医療法人社団十善会 野瀬病院 入職  
配属先:野瀬トータルサポートセンター(地域連携室)  
2020年4月 野瀬病院 事務長代理 着任  
2023年4月 野瀬病院 事務部長 着任  
現在に至る