

公立病院を取り巻く現状と 県立総合病院の安定経営に向けて

2026.8.7

参考人

社会医療法人 大島病院
事務長 村田 庄司

公立病院を取り巻く現状と県立総合病院の安定経営に向けて

参考人の経歴

年 月	勤 務 場 所 及 び 役 職
昭和 4 6 年 4 月	滋賀県八日市市消防本部 消防士
昭和 4 8 年 2 月	国立八日市病院 事務職員 以降転勤 近畿地方医務局（現在 近畿厚生局）、国立循環器病センター、 国立泉北病院、国立京都病院、国立北潟病院
平成 5 年 4 月	近畿地方医務局 地方経営・監査指導官、総務課長補佐 （平成 7 年 1 月 兵庫県南部地震現地対策本部に勤務）
平成 1 2 年 4 月	厚生省保険医療局（現在 厚生労働省医政局） 調査官
平成 1 5 年 4 月	独立行政法人 国立病院機構 の事務部長として 南和歌山医療センター、京都医療センター、大阪医療センター
平成 2 3 年 1 0 月	以降 民間病院 事務部長として 大阪警察病院、医学研究所北野病院、第一東和会病院
平成 2 9 年 5 月	地方独立行政法人 奈良県立病院機構 法人本部理事、 奈良県総合医療センター院長補佐・事務部長、奈良看護大学校事務長
令和 8 年 4 月	社会医療法人 弘仁会 大島病院 理事・事務長
〃	（総務省認証）地方公共団体病院事業 経営・財務アドバイザー

公立病院を取り巻く現状と県立総合病院の安定経営に向けて

本日、お伝えする内容

◎病院の収益構造と診療報酬額の病院へのながれ

1 公立病院を取り巻く現状

(1)県総合病院の運営について

①医療提供体制、組織と人員、費用（コスト）、意識

②経営状況【損益計算書、損益分岐点、収益関係（病床稼働、診療収入、コスト削減）、その他

(2)精神医療センターの運営について

①診療収入他

2 今後の病院運営

①国の方針や現状

②新たな戦術

3 病院の安定経営について・・・5つの選択

①県が管理運営の継続

②他の組織と統合運営

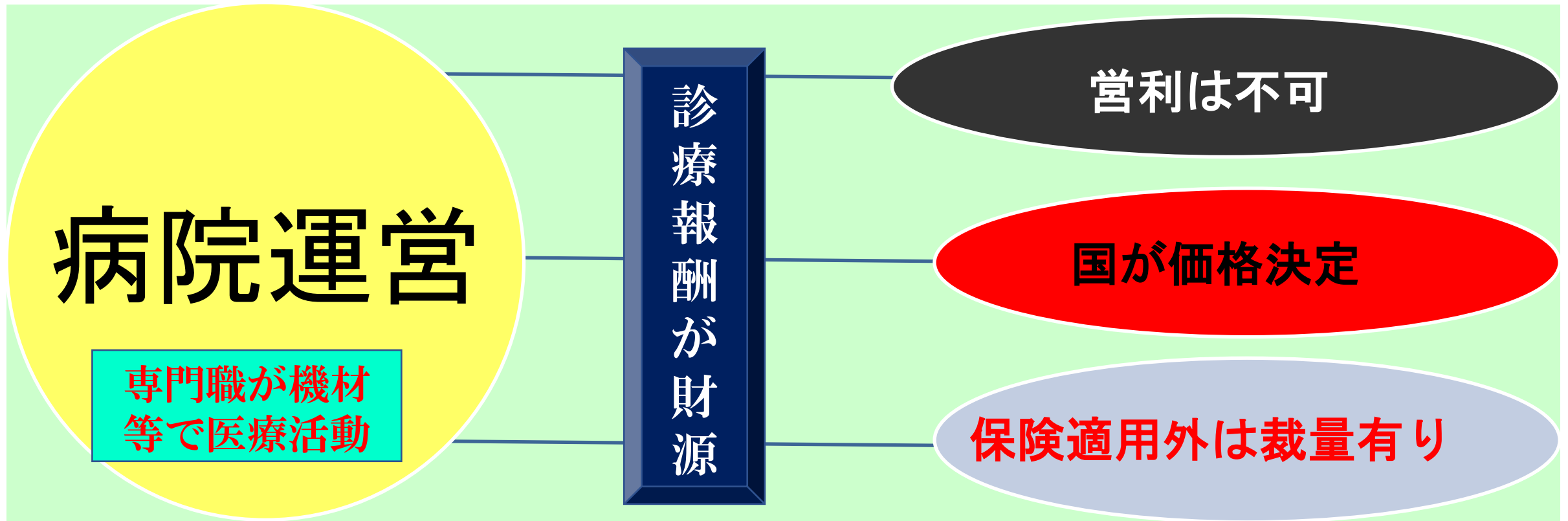
③地方独立行政法人化

④指定管理方式

⑤地域医療連携推進法人

※情報収集（データ）のうえ、スケジュールを定め方針決定

病院の収益構造



収 入 ①診療報酬（保険収入、患者の自己負担）②補助金等運営費交付金
③その他（ドック健診などの自費、手数料等）
支 出 ①人件費 ②材料費 ③経費 ④減価償却費（損益計算上）

診療報酬額の病院への流れ（お金の流れ）

4月(1ヶ月)の診療費

レセプトと
診療意見書

5月に診療報酬請求

審査機関

- ・支払基金
- ・国保連合会
- ・労災・他

保険者に
請求

保険者
(共済組合)
(協会けんぽ)
(・・・組合)
(・・・市町村)

6月支払い

診察時に自己負担額
支払い

滋賀県立総合病院



公立病院を取り巻く現状と県立総合病院の安定経営に向けて

1 公立病院を取り巻く現状

(1)経営が大変厳しい ⇒ その要因は

- ①コロナ禍後、医療情勢が変化 ⇒ 受診者減少、医療体制強化の増員
- ②働き方改革による人件費増加 ⇒ 勤務時間の管理徹底、交替勤務制による増員
- ③医療材料費の高騰 ⇒ 診療収入で賄えない、償還不可材料が高騰
- ④診療収入と費用のバランスが崩壊 ⇒ 診療報酬がマイナス改訂(本年僅か改善)
- ⑤政策医療（収益に見合わない医療）の負担が大きい
- ⑥公務員、準公務員意識がある

(2)医療従事者確保が困難 ⇒ その要因は

- ①労働内容の割に報酬が低い ⇒ 処遇が低い、魅力が無い
- ②生産年齢層の者が減少 ⇒ 医療DXT化でもヒトの手が必要

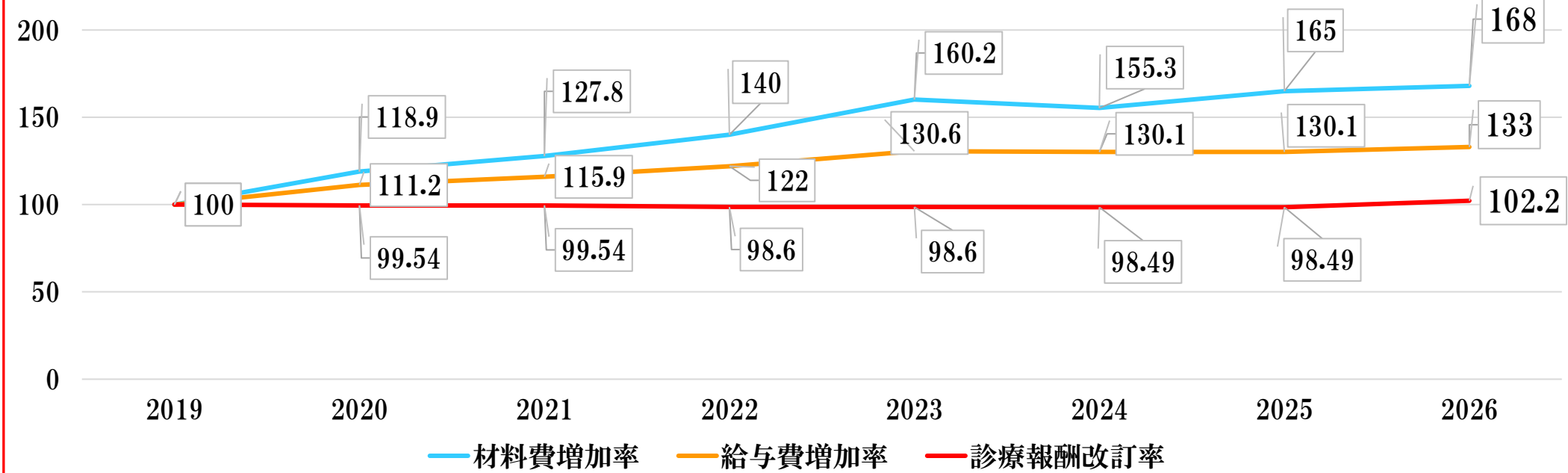
(3)医療と介護・在宅診療の分化・診療継続連携推進が遅い

- ①地域医療構想後の連携が進まない ⇒ 連携は一部のみ

(病床機能の分化は、すれども患者の診療継続連携が出来ていない)

赤字の要因

費用増加率と診療報酬改訂率の比較



診療報酬改訂が低く、物価高騰、人件費の増にリンクしていない

収益と費用の差が益々拡大している

年度・区分	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
材料費増加率	100	118.9	127.8	140	160.2	155.3	165	168
給与費増加率	100	111.2	115.9	122	130.6	130.1	130.1	133
診療報酬改訂率	100	99.54	99.54	98.6	98.6	98.49	98.49	102.2
(医療本体)	0	0.55		0.43		0.88		3.09
(薬価)	0	-0.99		-1.35		-0.97		-0.86
(材料)	0	-0.02		-0.02		-0.02		-0.01
(計)	0	-0.46		-0.94		-0.11		2.2

滋賀県立総合病院の現状（公表されているデータからの視点）

(1) 医療提供体制

①使命・任務

- ・救急の受入
- ・要望、期待に対応(多くの専門診療科など)

②地域医療連携

- ・最後の砦（どのような患者も受けて当たり前）

先読みと
事前対策

(2) 組織と人員

①役職と業務内容

- ・役職が多い
- ・業務委託、コンサルの活用が多い

②人材確保の仕組み、人材育成プランがない(看護師以外の職種)

(3) 費用（コスト）

①公立病院価格から下がらない

(4) 意識

①誰かがやってくれる

1 経営状況（7年度決算の収支から）

(1) 損益計算書

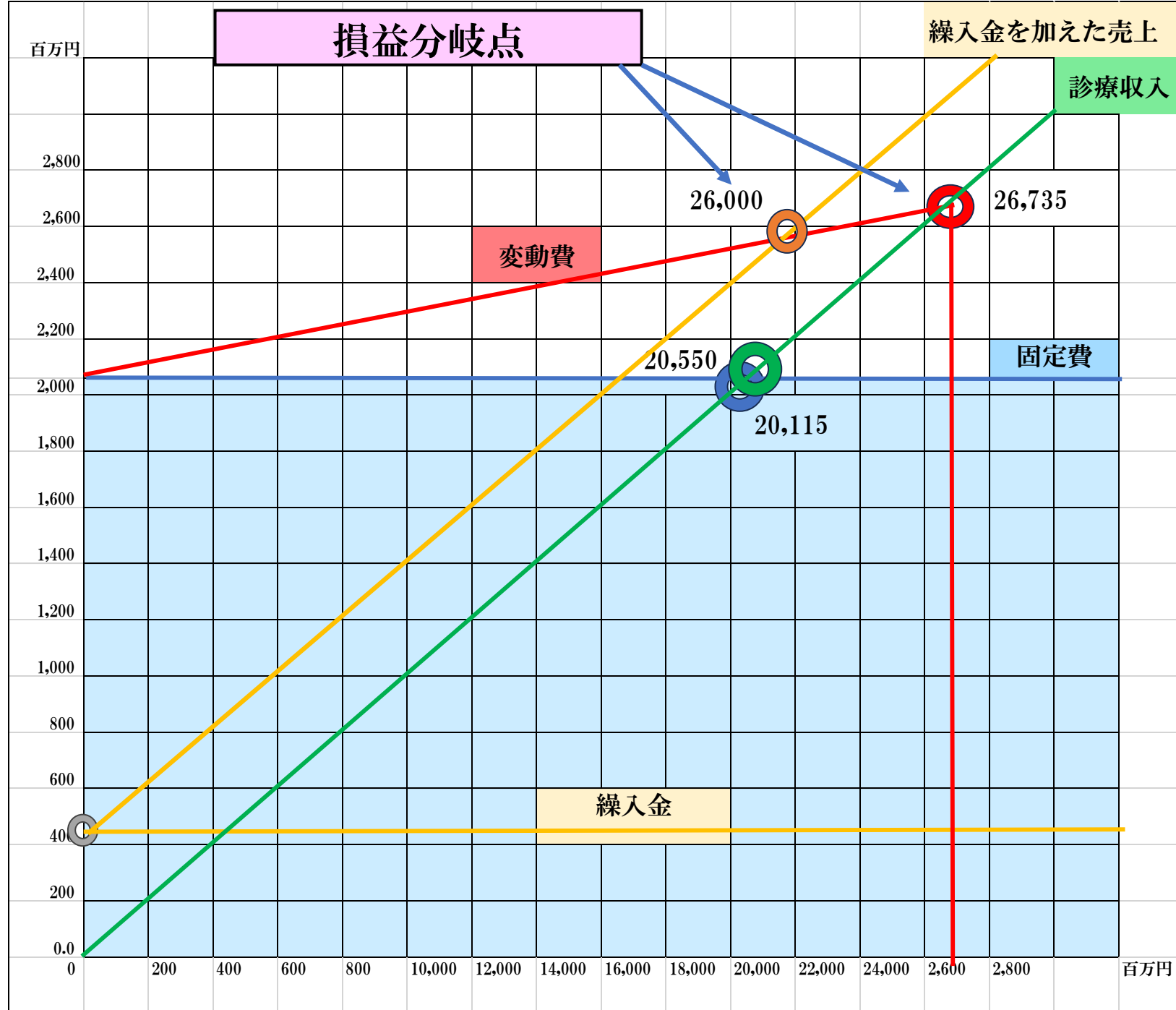
事業収益	24,710		
医業収益	20,550	医業収入率	
入院収益	13,087	63.7	
外来収益	6,497	31.6	
その他	2,034		
医業外収益	3,926		
附帯事業収益	234		
一般会計負担金	4,211	17.0	補填割合

事業費用	26,735	
材料費	6,620	医業比率
変動費 計	6,620	32.2
給与費	11,964	58.2
委託費	2,216	10.8
設備関係費	254	1.2
経費	3,561	17.3
減価償却費	2,029	9.9
教育研修費	91	0.4
固定費 計	20,115	97.9
純損益	△ 2,025	92.43

100円の収入を確保するのに108.5円の費用負担となっている

経常収支率

滋賀県立総合病院の現状



黒字経営にするには

1. 医業収益を26,735百万円の確保が必要

2. 現在の繰入金(42億円)を更に54億円追加が必要

3. 変動費（材料費等）の削減を行い、かつ、診療収益の増加が必要

滋賀県立総合病院の現状と対策（直近の検討と対策）

1.収益関係

(1)病床稼働（R 7 年度決算から）

①稼働率67.3%

⇒病床数588床に対し約400床が稼働(188床が空床)

※稼働が低すぎるため運用病床(3つの病棟)を減じて、

人件費を削減する

※小児科病床の季節的変動を女性病床に利用する

※在院日数の短縮により病床回転が速く、

必要病床数の見直しが必要(スリム化)

※新規入院患者数が少なく運用病床に空床が生じている

※入退院ベットコントロールが必要

（効率的病床の運用が必要）

年度・事項	7 年度	6 年度	増減(7-6)
入院延べ患者数	155,782	159,164	-3,382
病床稼働率(率)	67.3	68.7	-1.4
外来患者数	258,950	254,568	4,382



滋賀県立総合病院の現状と対策（直近の検討と対策）

(2)入院一日当たり診療収入

①入院 84,009円

- ・手術増加（何が）可能なら増進させる

②DPCⅡの期間内に入院期間を収める

- ・疾患ごとの退院コントロールを進める

③施設基準の上位取得を見直す

年度・事項	7年度	6年度	増減(7-6)
入院単価	84,009	83,016	993
外来単価	25,088	24,012	1,076

(3)外来一日当り診療収入

①外来 25,088円

- ・救急患者の増 ⇒ 入院率(救急からの入院数を50%以上とする)
- ・がん化学療法（想定）⇒ 抗がん剤の低額購入により薬価との差益を増加させる

②外来に係るマンパワーと入院とのバランスが必要

- ・外来の負担が大きいと入院パワーに影響する

(4)新たな対応

①訪問診療、訪問看護のニーズ増加に対応する体制を構築すること

高齢化により、在宅医療が増大する（往診、看取りなど自病院なのか連携で対応するかの整理）

滋賀県立総合病院の現状と対策（直近の検討と対策）

2.コスト削減

(1)組織の見直し（役職者）・・・人件費削減

①総長(病院事業庁長と兼務)、副院長、院長補佐、特命院長補佐の必要性が不明確

- ・ 病院長は、病院運営の管理者の位置づけ、総長は複数機関の総括者の位置づけで、総合病院と精神医療センターの両方を統括する立場であれば総長は必要です
- ・ 副院長、院長補佐、特命院長補佐は兼務で可能です。

※ 滋賀県病院事業庁組織規程では
(総合病院の職およびその職務)

第11条 総合病院に総長、病院長、副院長、院長補佐および会計年度任用職員([第7項](#)に規定する者を除く。[第6項](#)において同じ。)を置く。

2 総合病院の総長は、総合病院の事務を掌理し、所属職員を指揮監督する。

3 総合病院の病院長は、総長の命を受け、総合病院の局、室、科、部およびセンターの事務を掌理する。

4 総合病院の副院長は、病院長を助け、科、部およびセンターの事務を整理する。

5 総合病院の院長補佐は、病院長を助け、病院長が指定する事務を整理する。

6 総合病院の会計年度任用職員は、総長が指定する業務に従事する。

7 [次の表](#)の左欄に掲げる総合病院の組織にそれぞれ当該中欄に掲げる職を置き、その職にある者は、それぞれ上司の命を受けて当該右欄に掲げる職務を行うものとする。

(精神医療センターの職およびその職務)

第12条 精神医療センターに病院長および次長を置く。

2 精神医療センターの病院長は、精神医療センターの事務を掌理し、所属職員を指揮監督する。

3 精神医療センターの次長は、病院長を助け、精神医療センターの事務のうち病院長が指定する事務を整理する。

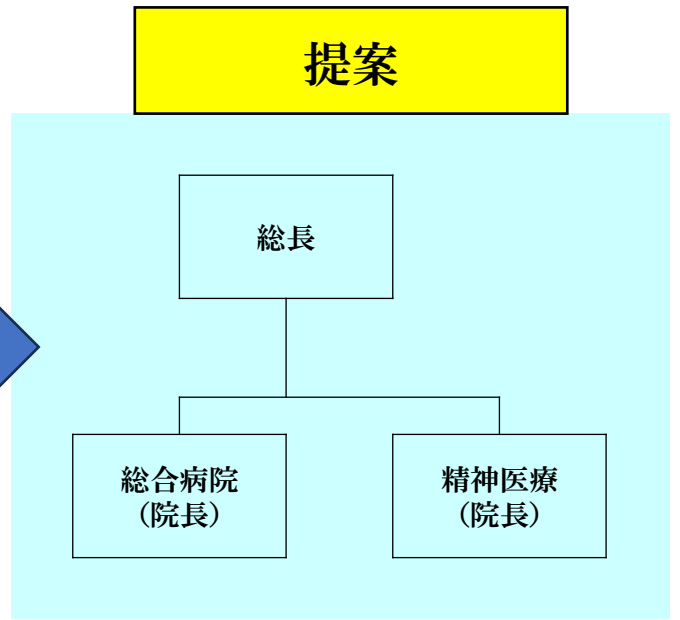
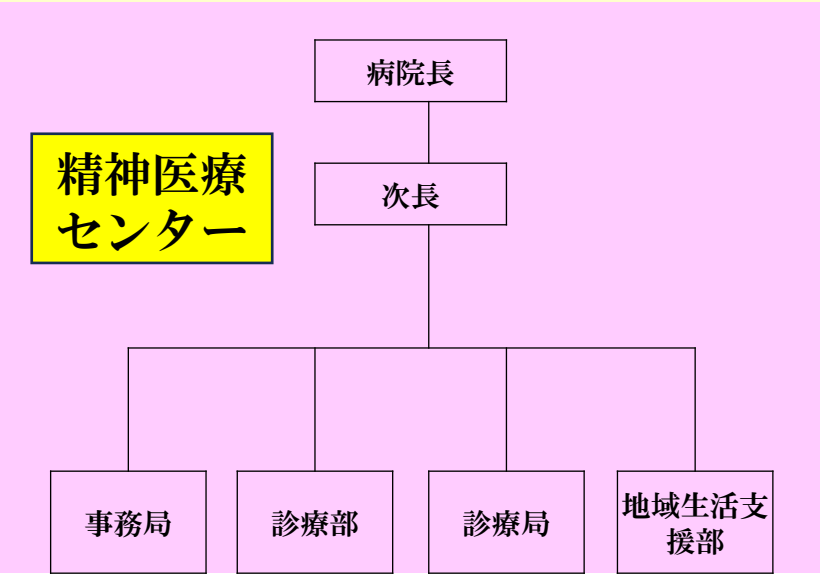
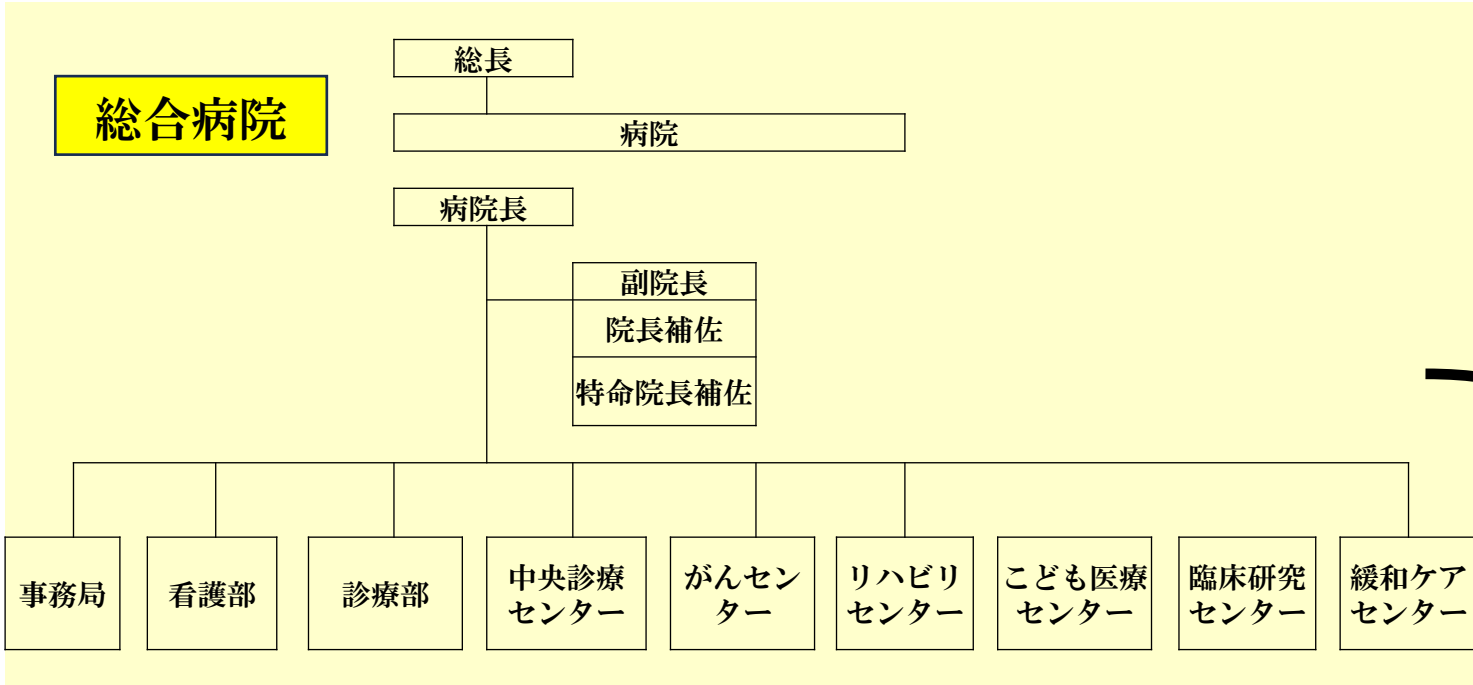
4 必要があるときは、精神医療センターに副院長または院長補佐を置く。

5 精神医療センターの副院長は、病院長を助け、精神医療センターの事務を整理する。

6 精神医療センターの院長補佐は、病院長を助け、病院長が指定する事務を整理する。

7 [次の表](#)の左欄に掲げる精神医療センターの組織にそれぞれ当該中欄に掲げる職を置き、その職にある者は、それぞれ上司の命を受けて当該右欄に掲げる職務を行うものとする。

現在の組織図と提案組織図



総長は、複数の組織体の総括管理者の位置づけ

滋賀県立総合病院の現状と対策（直近の検討と対策）

(2)費用削減

①医薬品費・診療材料費削減のためのコンサルタントは必要としない

- ・ 自病院職員による価格低減策と価格交渉が必要（コンサル費用削減）
- ・ 価格低減の成功報酬を負担し、真に有効なのか

②診療科別原価計算の必要性

- ・ 原価計算明確になっても当該診療科の停止、廃止が可能か
- ・ 詳細な計算の必要ない、診療科別収益と診療科医師の人件費で明確化

(3)大学との共同購入

①大学と総合病院との双方の安価価格での購入は、困難であり、民間や公的を含めた全国組織の共同購入を推奨する

NHA（日本ホスピタルアライアンス）

滋賀県立総合病院の現状と対策（直近の検討と対策）

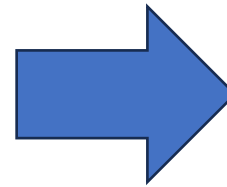
3.その他

(1)診療科の見直し

（ 現 在 ）

■ 診療項目

血液内科、腫瘍内科、糖尿病・内分泌内科、老年内科
免疫内科、脳神経内科、循環器内科、腎臓内科
消化器内科、呼吸器内科、総合内科、小児科、外科
乳腺外科、整形外科、形成外科、脳神経外科
呼吸器外科、心臓血管外科、精神科、泌尿器科
産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、皮膚科、麻酔科
放射線診断科、放射線治療科、救急科、緩和ケア科
リハビリテーション科、歯科口腔外科、病理診断科



患者数と収益から地域医療機関
との診療科統合が必要

全てのニーズに応じるには限界があ
り、見直す時期が到来している

滋賀県立総合病院の現状と対策（直近の検討と対策）

（2）患者の移動改善が必要



- 駐車場から本館正面玄関まで距離が遠い
- 駐車場から本館東入口が近いが、開放に時間制限
- 雨天もあり、屋根付き通路が必要
（要 検討）

精神医療センターの現状と対策（直近の検討と対策）

年度・事項	7年度	6年度	増減(7-6)
入院延べ患者数	30,991	32,999	-2,008
病床稼働率(率)	69.0	73.5	-4.5
外来患者数	21,304	21,936	-632

年度・事項	7年度	6年度	増減(7-6)
入院単価	28,653	28,056	597
外来単価	7,707	8,452	-745

1 診療収入等

(1)入院患者数は、前年より減、診療単価は増加するも5千7百万円の減となっている

①精神と一般疾患合併症の患者の受入推進が必要（精神救急の受入など）

②稼働率が低下傾向であり、病床の公立的運営が必要

(2)外来患者数、診療単価も減となり、前年より2千百万円の収益減となっている

①総合病院との患者の連携推進が必要

・精神合併症患者の診療など

②近隣病院の精神科疾患患者の受入推進が必要

国の対策は（病院への対応）

地域医療構想の実現プロセス

1. まず、医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。都道府県は、**地域医療介護総合確保基金を活用**。
2. 地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた**都道府県知事の役割**を適切に発揮。

STEP1 地域における役割分担の明確化と将来の方向性の共有を「地域医療構想調整会議」で協議

個々の病院の再編に向け、各都道府県での「**地域医療構想調整会議**」での協議を促進。

- ① 救急医療や小児、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図る
- ② その他の医療機関について、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえた役割の明確化を図る

STEP2「地域医療介護総合確保基金」により支援

都道府県は、「**地域医療介護総合確保基金**」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。

- ・病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

将来の方向性を踏まえた、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

【医療法に定められている都道府県の権限】

- ① **地域で既に過剰**になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、**転換の中止の命令**（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）
- ② 協議が調わない等の場合に、地域で**不足している医療機能を担うよう指示**（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）
- ③ 病院の開設等の許可申請があった場合に、地域で不足している医療機能を担うよう、開設等の許可に条件を付与
- ④ 稼働していない病床の削減を命令（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）

※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

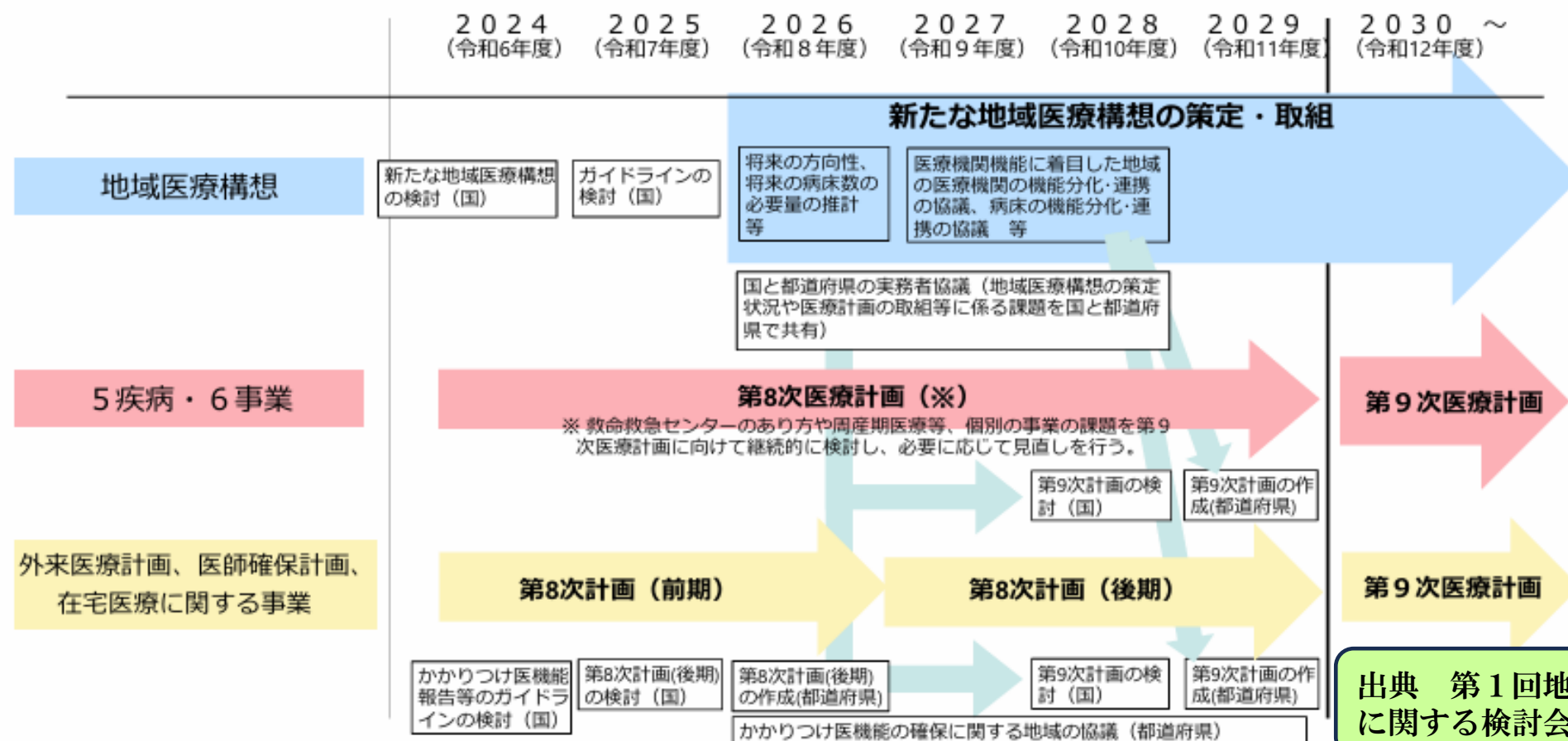
※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。 16

- 1 地域毎の高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計して個々の医療機関の方向性を調整
- 2 急性期から回復期・慢性期への患者の流れの策は、下り搬送として診療報酬で誘導
- 3 病院の機能分化の先の継続診療連携となる在宅医療等の繋ぎの政策は都道府県の役割
- 4 診療継続連携（急性期⇒回復期・慢性期⇒在宅医療への連携推進は、各病院任せ
- 5 地域医療連携推進法人、連携協議会は、地域ごとに必要

出典：厚生労働省

地域医療構想と医療計画

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



※将来の方向性と必要病床数の推計

- ①新地域医療構想は、医療機関の機能分化・連携の協議
- ②病床の機能分化・連携の協議
- ③第9次医療計画にリンクさせる

出典 第1回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

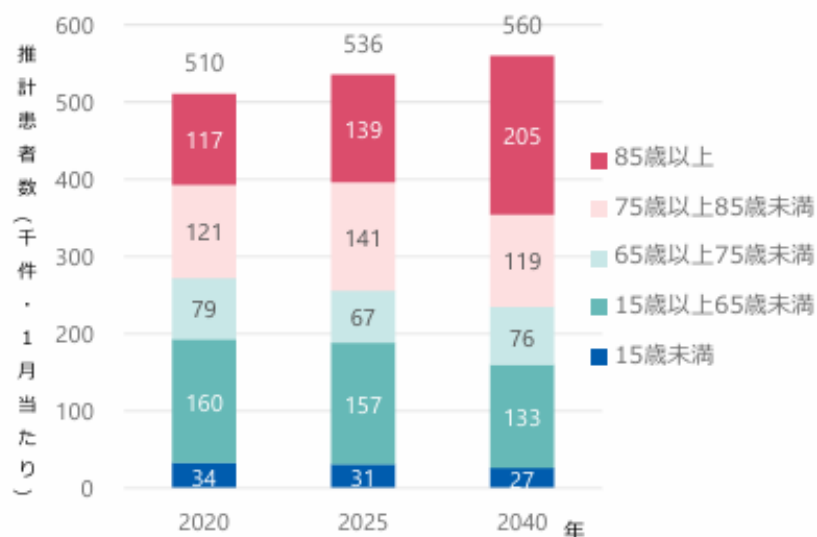
厚生労働省としては

2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

救急搬送の増加

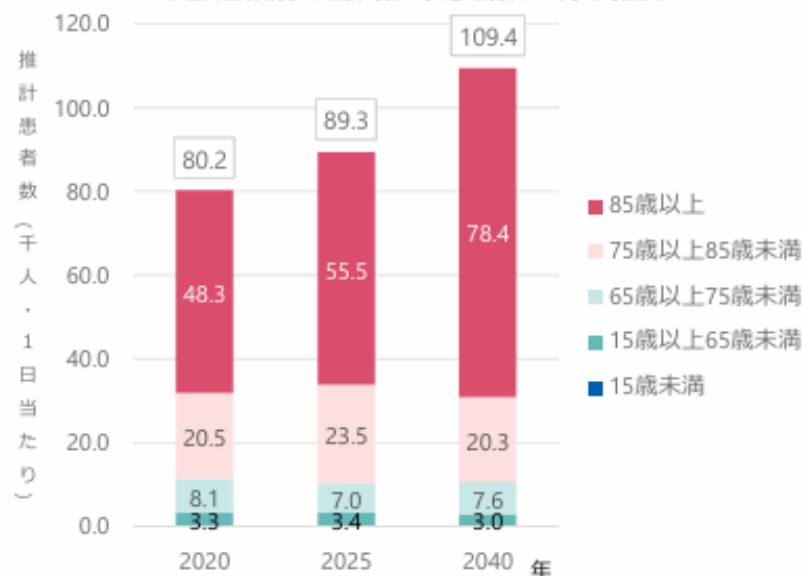
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

出典 厚生労働省
2040年頃の医療を
とりまく状況と
課題

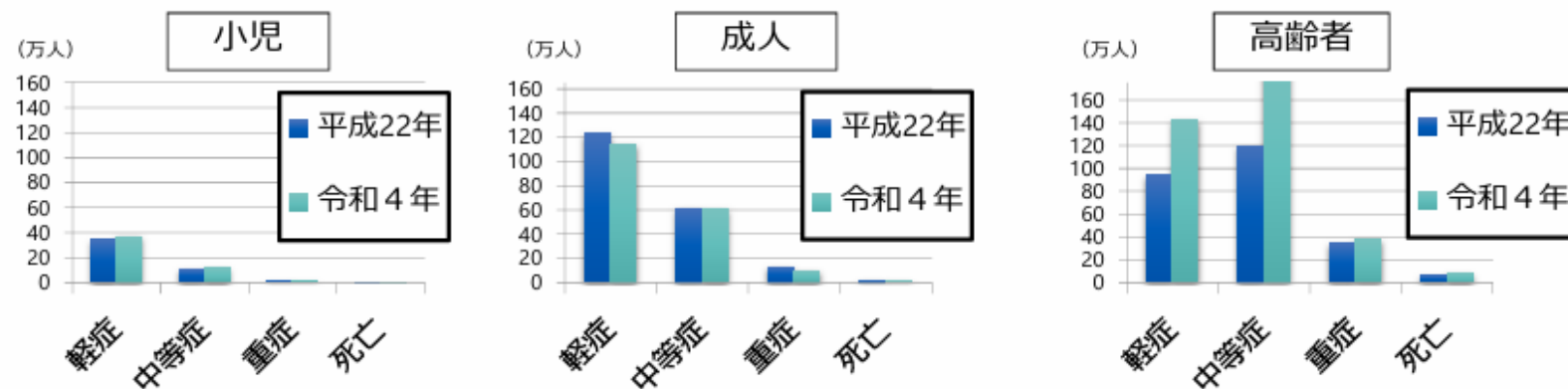
資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年推計）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

出典：厚生労働省「老老調査」（2017年）
総務省「人口推計」（2017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（2023年推計）」
を基に地域医療計画において推計。

厚生労働省としては

2010年と2022年の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の軽症・中等症の救急搬送が増加している。



2010年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、**初診時における医師の診断**に基づき、分類する。

死亡：初診時において死亡が確認されたもの
 重症（長期入院）：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
 中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの
 軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの

令和5年度「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータ（第32及び38表）をもとに分析。総人口については、「救急・救助の現況」に準じ令和2年国勢調査人口を記載

2022年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人 -0.03万人 ▲33%	1.3万人 -0.3万人 ▲19%	7.8万人 +1.9万人 +32%
重症 (長期入院)	0.8万人 -0.3万人 ▲27%	9.6万人 -3.1万人 ▲24%	37.7万人 +3.7万人 +11%
中等症 (入院診療)	11.4万人 +1.2万人 +12%	60.8万人 -0.4万人 ▲1%	198.0万人 +78.2万人 +65%
軽症 (外来診療)	36.9万人 +2.8万人 +8%	114.5万人 -8.3万人 ▲7%	142.7万人 +48.8万人 +52%
総人口	1826.2万人 -223.4万人 ▲11%	6961.6万人 -846.1万人 ▲11%	3533.6万人 +585.2万人 +20%

出典 厚生労働省
 2040年頃の医療を
 とりまく状況と
 課題

厚生労働省としては

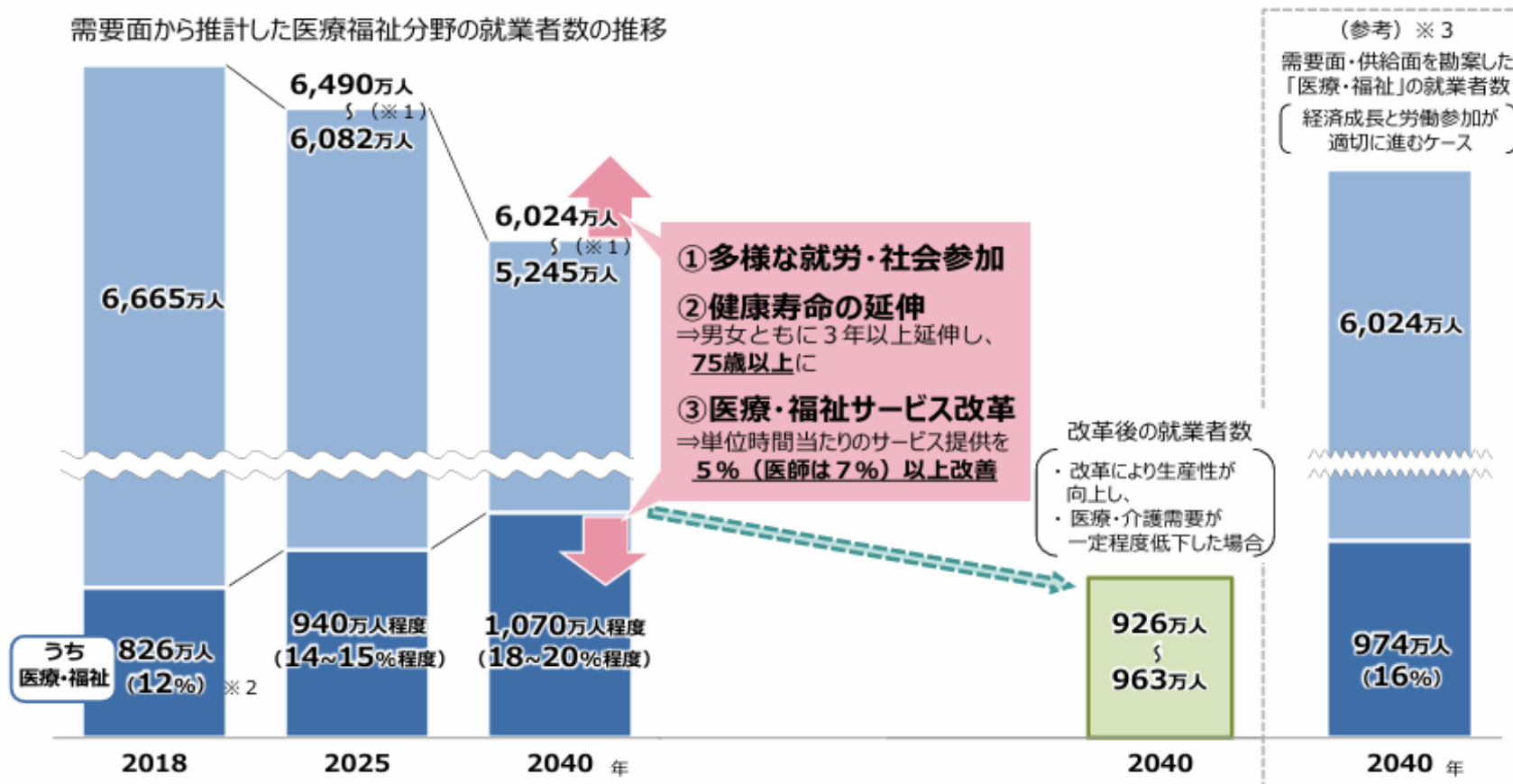
令和6年3月29日新たな地域医療構想等に関する検討会資料（一部改）

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

令和4年3月4日 第8次医療計画等に関する検討会 資料1（一部改）

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

出典 厚生労働省
2040年頃の医療を
とりまく状況と
課題

今後の病院運営(経営) 新たな戦術⇒スマート経営

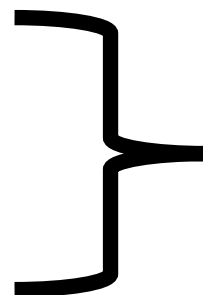
◎ 対応 ⇒ 古い考え方や手法に捉われず新たな戦術をとる。

1)経営分析 (指標…データ分析)

- ①患者数 ②診療単価 ③病床稼働率 ④平均在院日数等の指標の可視化
- ②人の配置(労働力・人工)と人件費 (費用対効果)
- ③+ α の分析・・・何を視点に、何が一番ポイント
- ④誰もが理解できる目標 (それは何か) ⇒ 簡単な数値
- ⑤実績に基づき一番収支バランスがベスト⇒そのベストは何がポイントか
- ⑥診療機能によりベストバランスは異なる

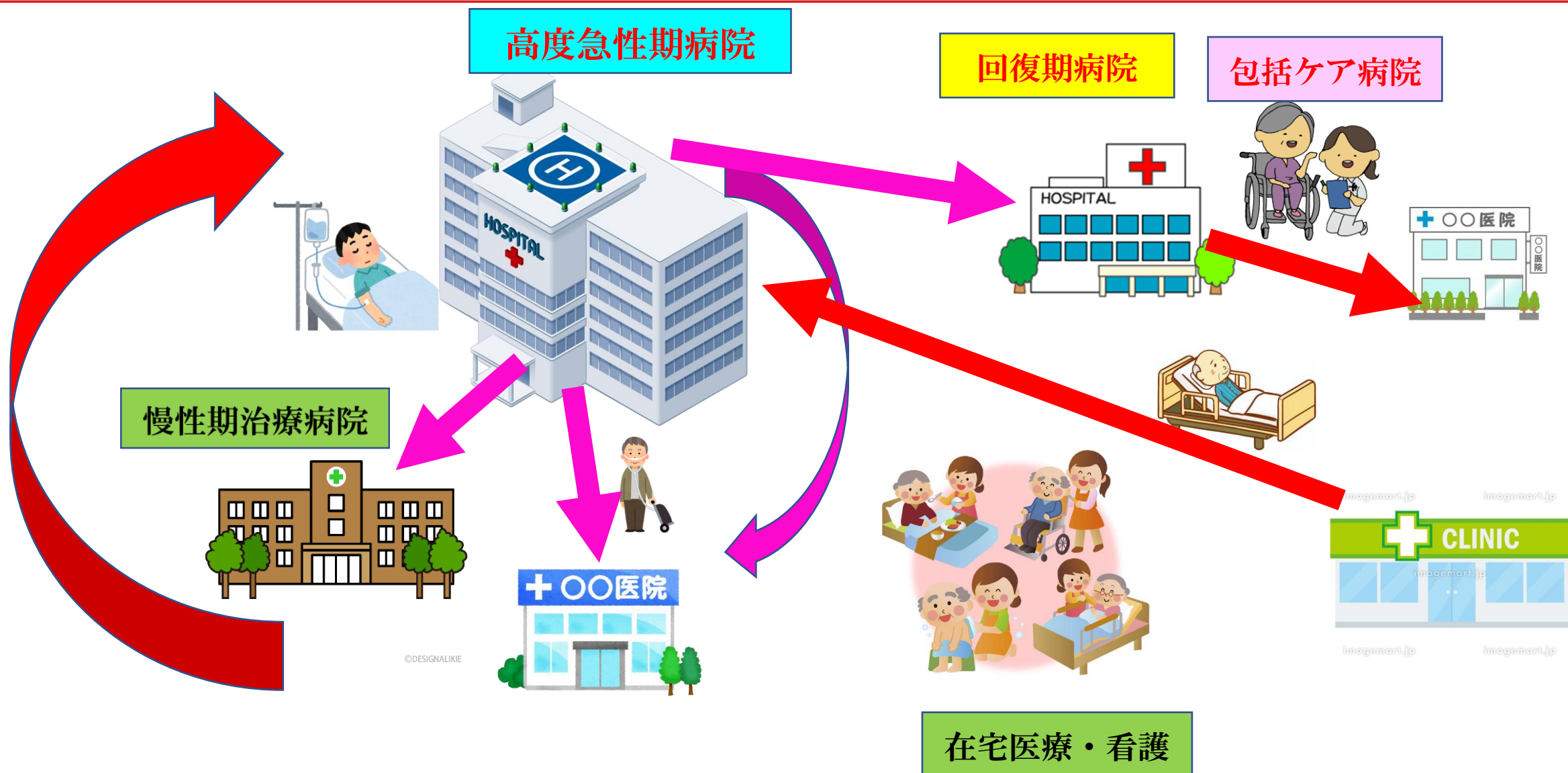
2)収益

- ①単価×患者数を増加させる
- ②回転数を上げる
- ③リピートを増やす



患者の循環サイクルが必要

患者の循環サイクルを仕掛ける



患者の循環サイクルを仕掛ける

3) 患者の連携診療による循環サイクル 各施設が役割分担して連携推進

① 診療科及び機能分担

(棲み分け、紹介・逆紹介の強化)

② 転院・移送調整

③ 継続診療のルール

⇒ 協議会等設置

- ・ 患者情報の共有

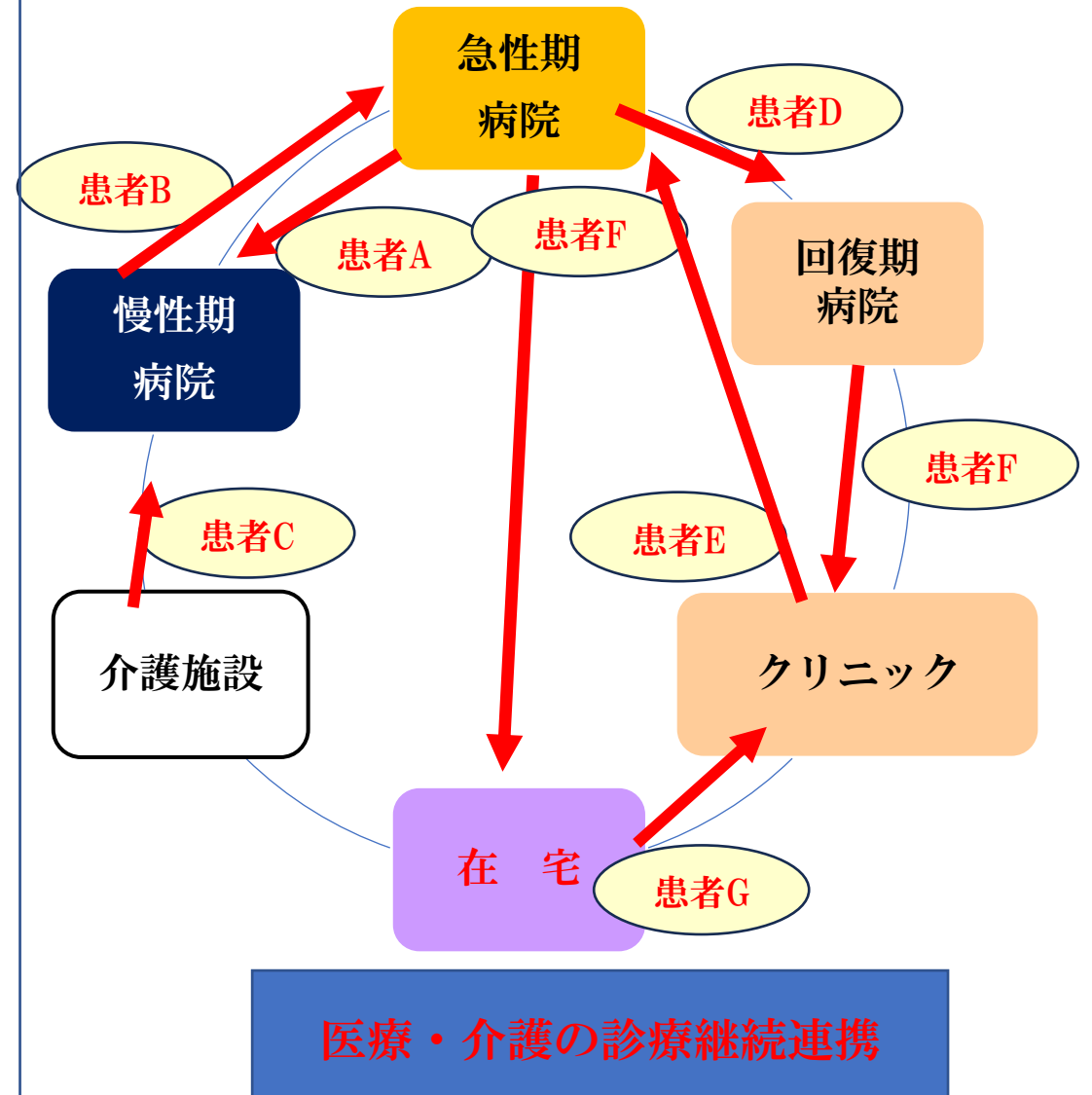
- ・ 医療者の知識・技術の研修等

④ 新たな連携医療・継続医療（存続医療）

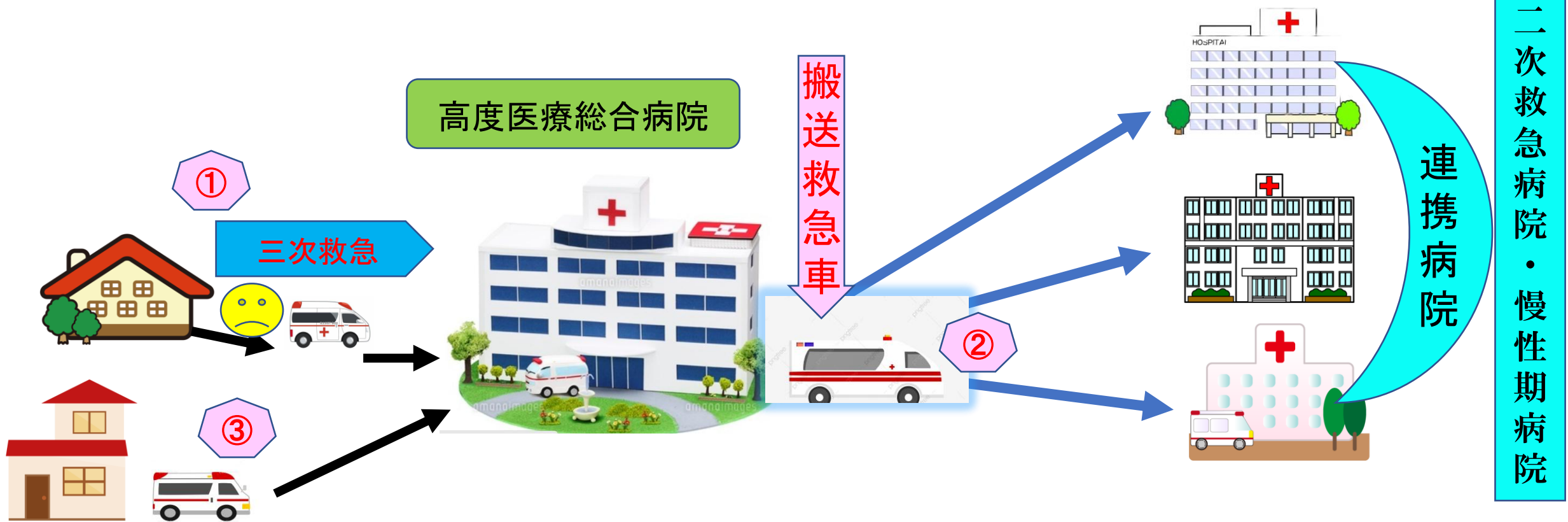
- ・ 地域医療連携推進法人化

- ・ 病院の統合

(病床の有効活用、診療機能の強化)



診療継続連携の実例(救急医療ネットワーク例示)

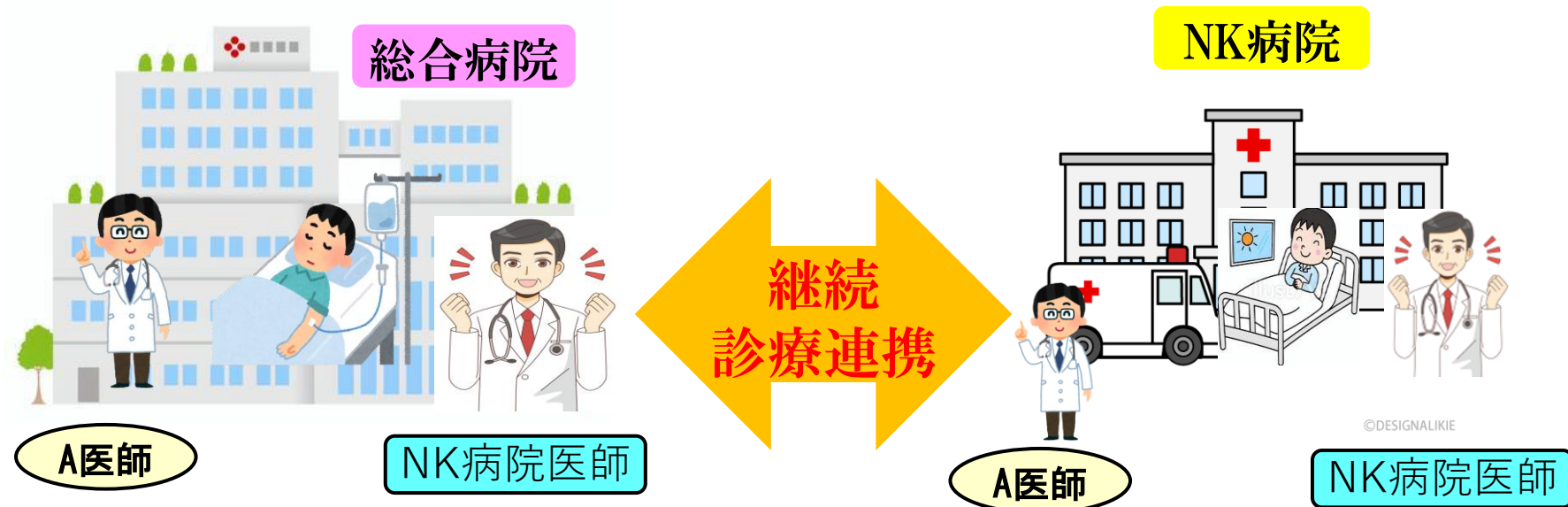


高度医療（救命救急）を受けた患者さんが一命をとりとめ回復されると、総合病院と連携する病院に転院いただき、次の救命を必要とする患者さんの受入れ可能となる救急医療ネットワーク。近隣病院がネットワークに加入し、連携を図ることが重要。（①→②→③）

医療機関の診療継続連携（例示）

◎総合病院で、心臓血管外科手術を実施、一定の回復となれば連携病院へ転院してリハビリ等の治療を継続する

- ①双方の医師が、病院を訪問し患者と面談して継続診療を実施
術前、術後、退院後の継続治療、定期検査によるフォローなど
- ②診療機能分担が図られ、次の患者に対しての手術が迅速に実施可能。



県立総合病院の安定経営に向けて

1. 今後の安定経営の検討

(1) 現状の県立運営

- ① 繰入金の増額により運営（赤字補填）⇒ 先行き継続可能か
- ② 病院運営に必要な専門職の人材確保対策が必要⇒ 看護学校との連携など

(2) 地方独立行政法人への移行による運営

- ① 知事、議会の理解と承認が必要
- ② 移行にかかる様々な調整が必要(職員の退職金の清算整理方法など)

(3) 指定管理方式による運営

- ① 知事、議会の理解と承認が必要
- ② 管理運営を受託する者の選定が必要

(4) 他の組織(設置)病院との統合運営

- ① 相当の時間を要する

(5) 地域医療連携推進法人による運営・・・組織的には大きな変化はない

県立総合病院の安定経営に向けて

1 現状の県立病院として運営を継続する

①収益確保の抜本的見直しが必要

- ・診療科見直し⇒費用対効果の観点からの整理(廃止、統合、連携)
- ・入院経路分析⇒地域性、救急・外来・紹介データによる戦略

②人件費の減

- ・組織・人員配置体制の見直し、効率的業務処理、医療DX(RPAなど)の活用

③コスト削減

- ・材料、薬剤の購入 ⇒ 新たな競争契約を活用する(プロポーザル方式など)
(契約が継続か継続不可になる競争が必要)

④委託業務の見直し

- ・業務委託の人工の検証 (必要人員の確認と検証)
- ・業者コンサルタントは、活用しない

県立総合病院の安定経営に向けて

2 地方独立行政法人としての運営

法的制度等

地方独立行政法人法による通則から

(1)目的

公共上(病院・研究所など)確実に実施され、必要な事業で、民間では出来ない
虞があるものを効率的・効果的に行う事を目的とする

☆効果

- ①経営の責任と権限が明白になる
- ②機動性、弾力性が向上する(理事会マター)
- ③地方自治法・地方公務員法などの縛り、首長・議会の事前関与・統制が
極小化される
- ④理事長の自己責任が徹底される

(2) 自主性及び主体的について

①設立団体(県等)による職員定数の制約なく医療制度改革など迅速に対応した人材確保が可能

※増員は、独法本部の管理運営状況により判断される

②業務実績に応じた独自の給与制度、予算科目や年度に縛られない契約や予算運用が可能となる

※以上により機動的に運営できる

③設立団体(県等)が担う政策医療を行うも独法法人自体による自主性を持って主体的に行うことが可能

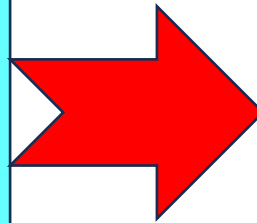
※運営責任は地方独法に有る

県立総合病院の安定経営に向けて

(3) 地方独立行政法人のメリット・効果

※自主的、主体的に実施すること可能

- 1 優秀な人材の確保
 - 2 処遇(給与規定)は独法で規程
 - 3 医療提供は、中期計画で定める
 - ・PDCAサイクルによる改善
 - ・年次目標と計画により推進
- ◎結果は、外部評価委員会で確認
- 4 予算執行の弾力化
 - ・単年度予算に縛られない
 - ・コスト削減(契約の弾力化)



- 1 良質な医療の提供
 - ・高度医療(がんゲノム等)
- 2 地域医療の貢献
 - ・医師の派遣
 - ・救急医療
- 3 経営形態
 - ・職員の帰属意識高揚
 - ・収支相償

地方独法と指定管理について

3 指定管理方式による運営

(1)建物を活用し、病院運営を委託する（設置者は県）

①三方良しの観点から比較する

三方	地方独法	指定管理
患者(買い手)	設立団体が担う政策医療を提供する	①設立団体が担う政策医療は、それなりの資金提供に応じ提供する
職員(売り手)	①準公務員と同様に全体の奉仕者との理念実現の活動 ②処遇継続には比較的影響が少ない	①民間と同様に経営的観点から地域への貢献活動 ②労働条件が大きく変更となり、労使交渉による調整が必要
地域(世間)	地域と共に活動	経営的観点から地域と共に活動

地方独法と指定管理について

区 分	地方独法	指定管理
経 営	①不採算医療も実施することとなり、収支に影響が生じる ②マイナー診療科は、収益悪化となり地域での診療科集約が必要 ③収支改善策等は、法人理事会で迅速に実施可能	①不採算医療及び指定管理契約以外は、別途補助金等を負担することになる ②不採算医療は、極力担わない運営となる（がん治療の高額薬品費の負担等） ③指定管理の委託組織により判断され、迅速さはない
協議会	①自治体病院協議会と地方独法病院協議会の両方に加入可能となる	①指定管理の委託組織内での活動となる
情報共有	①協議会による情報共有、人材育成ができる（地方独法病院事務責任者会議など）	①指定管理の委託組織内での活動となる

公立病院を取り巻く現状と県立総合病院の安定経営に向けて

4 病院統合

(1) 目的、必要事由を明確に設定すること

①なぜ、統合が必要なのか ⇒

将来予測から医療需要を踏まえて

②時期を明確に ⇒

今なのか、今、取り組むベストな時期

③統合の結果、具体的にどう変化するのか

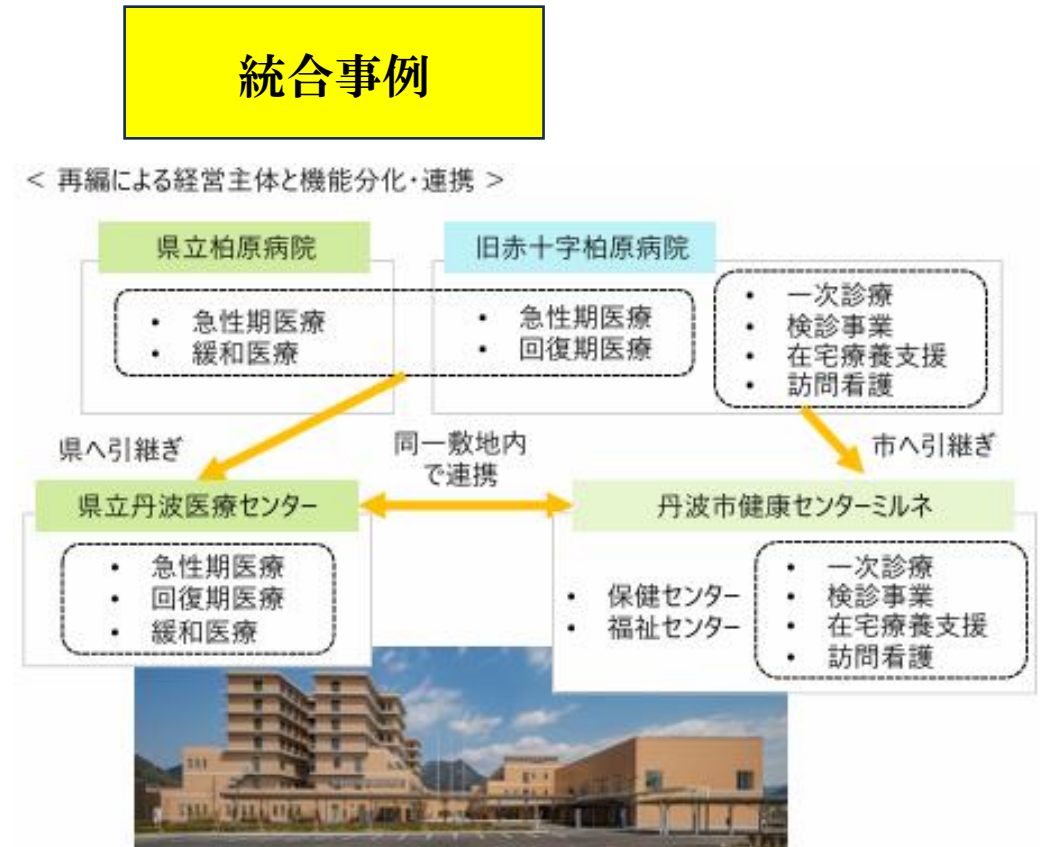
④誰が、どのように進めるのか ⇒

具体的計画を明確にする

(2) 関係者とのすり合わせ

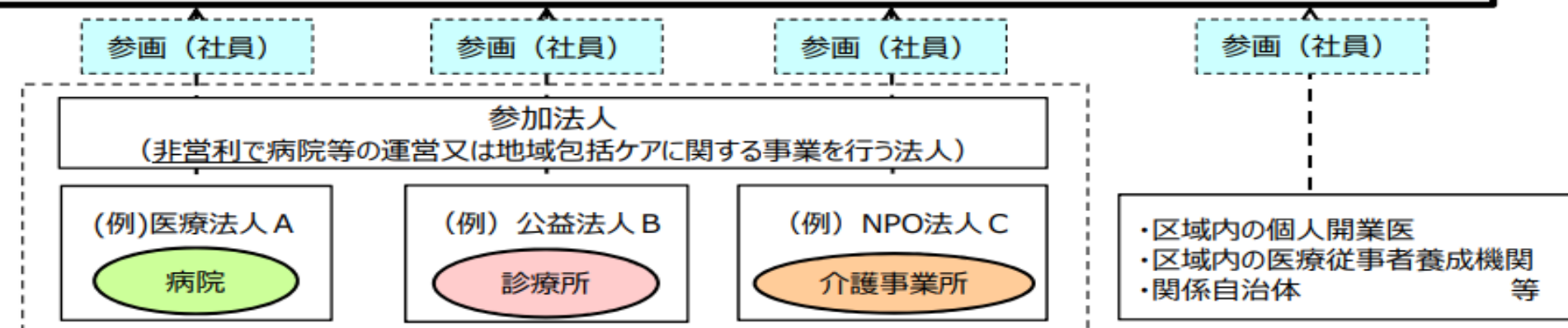
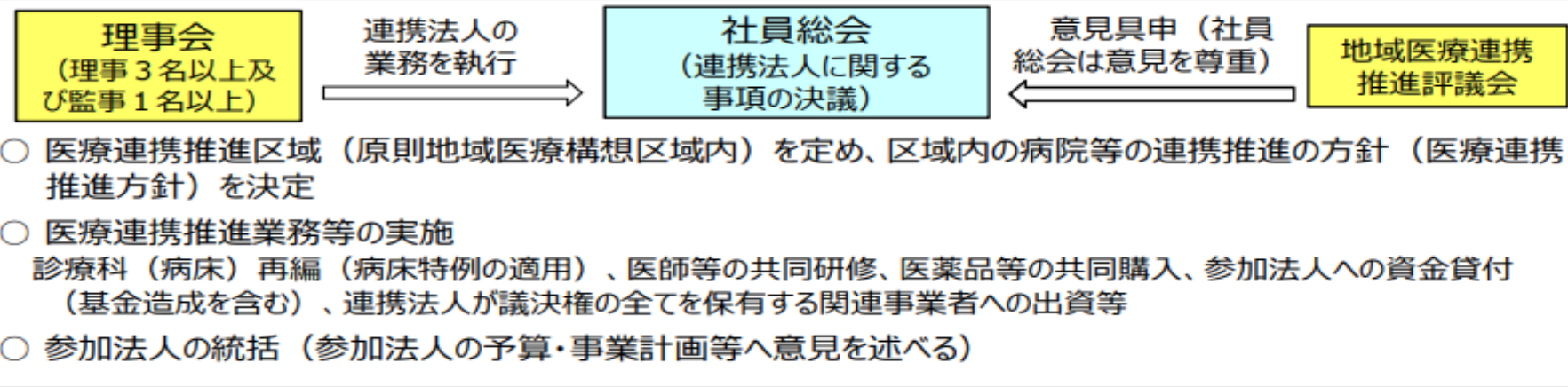
①水面下で双方が条件と課題を抽出し、調整してまとめる

②基本構想（診療機能、場所、時期）



- ・医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢としての、新たな法人の認定制度
- ・複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保

地域医療連携推進法人



- 一般社団法人のうち、地域における医療機関等相互間の機能分担や業務の連携を推進することを主たる目的とする法人として、医療法に定められた基準を満たすものを都道府県知事が認定 (認定基準の例)
 - ・ 病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院のいずれかを運営する法人が 2 以上参加すること
 - ・ 医師会、患者団体その他で構成される地域医療連携推進評議会を法人内に置いていること
 - ・ 参加法人が重要事項を決定するに当たっては、地域医療連携推進法人に意見を求めることを定款で定めていること

地域医療連携推進法人について

1.目的

- (1) 地域医療機関相互間の診療機能分担と連携を図り、質の高い医療を効率的に提供すること。
- (2) 連携推進医療機関の経営改善に大きな効果を導き出すこと。
- (3) 連携推進の医療機関が、「協創」し、医療から地域の「町づくり」に繋げていくこと。

2.連携推進医療機関について

- ・公立、民間の医療機関で構成する(クリニック、介護施設も可能)

3.法人化メリット

- (1)高度急性期、急性期、回復・慢性期医療など各病院の診療機能を発揮し、シームレスな医療が展開できる
 - ①法人内の病院間で、病床の付け替えが可能
 - ②今まで以上の顔の見える関係が構築される
 - ③各病院の専門性が発揮される
 - ④患者のメリットなど3方良しになる
- (2)人事交流や研修など柔軟に行える
 - ①診療科の連携により働き方改革にかかる対応策が推進する
 - ②業務処理の効率化、処理能力の向上に繋がる
- (3)医薬品など資材等の共同購入が可能となる
 - ①経費削減効果が見込める
 - ②共同利用が促進される

公立病院を取り巻く現状と県立総合病院の安定経営に向けて

◎まとめ

1 現状

- ・公的病院の使命（ニーズ）に応えるため一生懸命に活動をされるも収支は赤字

2 安定経営に向けて

- (1) 先ずは、収支改善策を進める
 - ①患者確保対策(効率的病床運営)
 - ②診療単価の増加策
 - ③コスト削減策
 - ④先を見据えた体制（訪問診療など）
 - ⑤真に必要な診療内容の見直し（必要性和収支の観点からの整理、地域調整）
- (2) 今後の運営形態の検討が必要
 - ①県立として運営管理（繰入金が増加傾向）
 - ②地方独立行政法人に移行（自主的、主体的運営、政策医療分の補填必要）
 - ③指定管理制度の活用（担う者の選定、政策医療分の補助必要）
 - ④地域医療連携推進法人として運営（地域医療機関との連携強化運営）

3 検討 スケジュールを定め情報(データ)収集のうえ方針決定が必要

公立病院を取り巻く現状と県立総合病院の安定経営に向けて

(メモ)