資料１

総務省ヒアリング



2026年10月16日

八幡平市病院事業管理者・統括院長
岩手県立病院名誉院長　全国自治体病院協議会長
望月　泉

本日の内容

1．公立病院の現状と経営強化プラン
2．新たな地域医療構想と公立病院経営強化プランの関係について
3．持続可能な地域医療提供体制のあり方とその確保方策

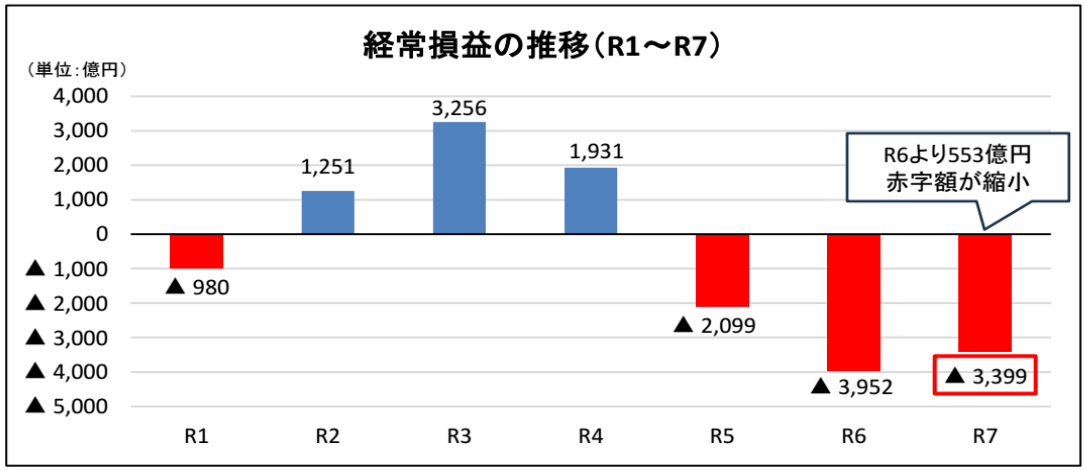


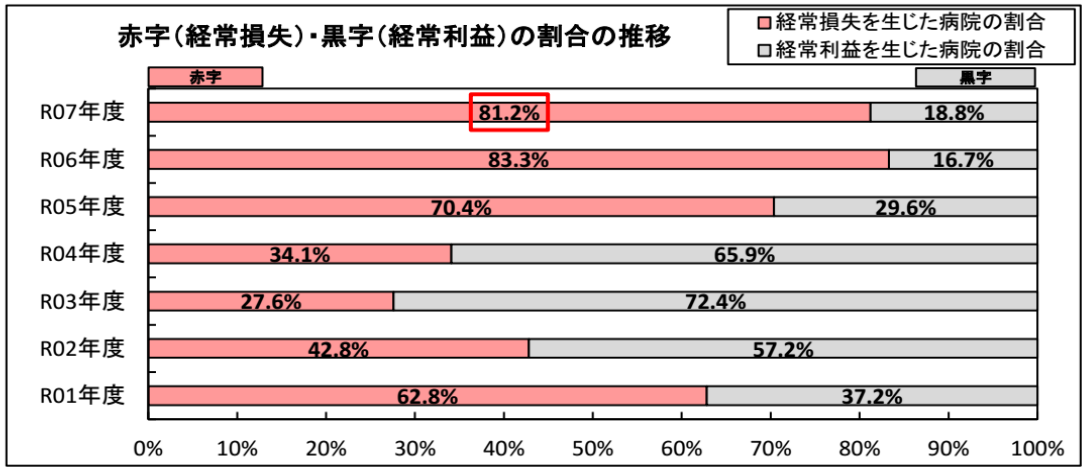
１．公立病院の現状と経営強化プラン

公立病院の令和7年度決算の状況

令　和　8　年　9　月
自治財政局準公営企業室

○　令和7年度決算において、全体の経常収支は国庫補助金の増加（＋808億円）や他会計繰入金の増加（＋594億円）等により▲3,399億円となり、過去最大の赤字を計上した前年度より赤字額は縮小したものの、医業収支は医業費用の増加により悪化（▲904億円）し、依然として厳しい経営状況が続いている（経常赤字病院の割合は81.2%であり、前年度とほぼ同水準）。

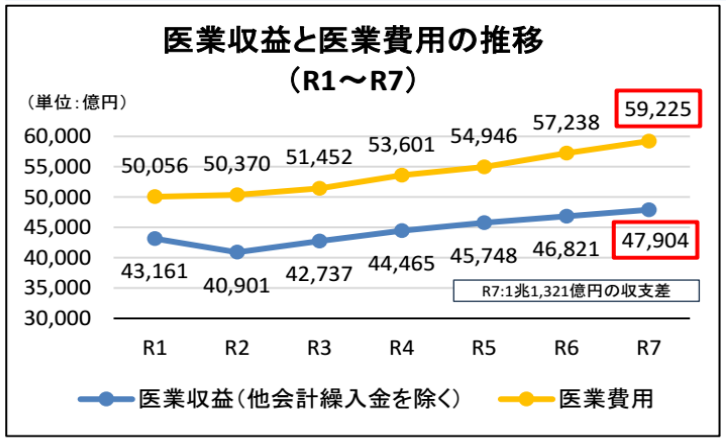


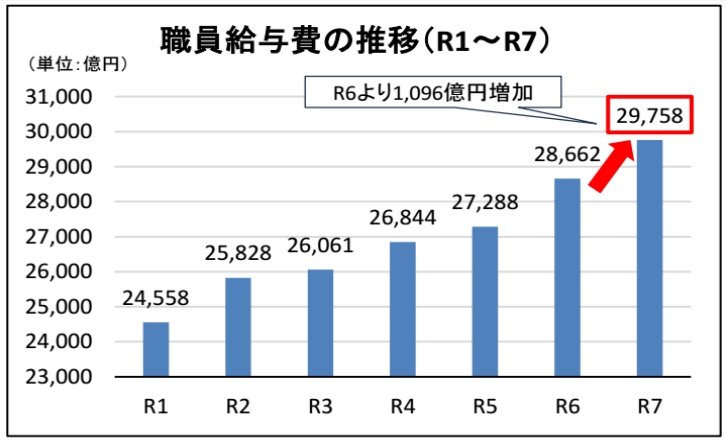


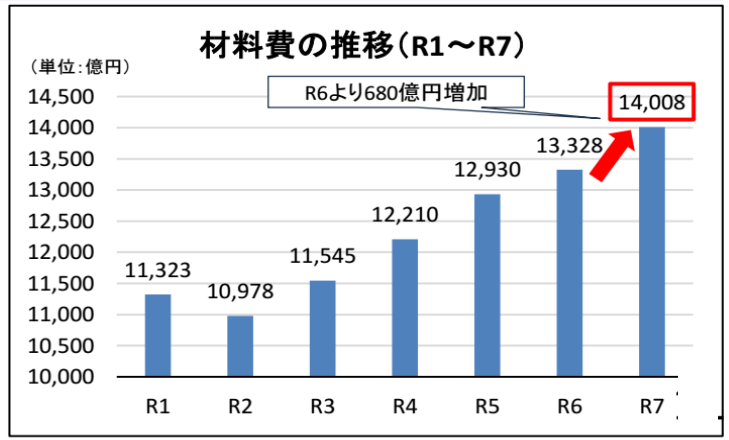
【経常赤字病院数】 R7：683/841　R6：703/844　【経常黒字病院数】 R7:158/841　R6:141/844

【主な要因】

○　医業収益（他会計繰入金を除く）は増加しているものの、医業費用のうち、特に職員給与費の増加（＋1,096億円）と材料費の増加（＋680億円）により、医業収支が悪化している。







○前回のガイドラインからの外部環境の変化：

1）各地方自治体が策定する経営強化プランは、2022年度又は2023年度中の策定が求められ、2027年度までの期間が標準とされていた。当時はデフレが20年以上続いており、デフレからインフレ（人件費・材料費、建築費高騰等）への対応が想定されていなかった。

2）医業収益は増加しているものの医業費用、とくに職員給与費の増加、材料費、光熱費などの増加により医業収支が悪化している。多くの公立病院は人事院・人事委員会勧告に準拠して、職員給与を4月に遡及して増額しているが、診療報酬のベースアップ評価料とリンクはしておらず、病院負担が大きい。公務員の賃上げ原資は、各自治体が交付税措置を受け行うものであるが、病院においては診療報酬のベースアップ評価料が原資となる。現状、人事院・人事委員会勧告に見合うだけの診療報酬は確保されておらず、病院の負担が大きい。

令和8年 人事院勧告・報告の概要

公務員を元気に 国民を幸せに
人事院
National Personnel Authority

● 職員の給与の改定（勧告・報告）

高水準のベースアップ 【令和8年4月実施】

民間給与の状況を反映し、令和7年並みの高水準［官民較差：15,056円（3.51%）］

※令和8年4月分の民間給与を調査して比較

- 業務遂行において重要な役割を担っている中堅層以上の職員について令和７年を上回る改定
  ※ 行政職俸給表（一）の平均改定率は、3.3%（モデル試算した定期昇給分を加えると月収で約4.9%の給与改善）

  民間の動向や人材確保の重要性を踏まえ、初任給を引上げ（総合職・一般職ともに9,500円の引上げ）

- 民間の再雇用者の状況を踏まえ、再任用職員の月例給を改善（行政職俸給表（一）の平均改定率8.5%）

転勤に伴う経済的な負担の軽減等に関する手当

- **転居に関する手当の新設** 【令和9年4月実施】
  転居を伴う転勤を行った職員を広く対象とする手当を新設（距離区分に応じて手当額を設定）

  例 東京から大阪に異動する場合の手当額（年額） 約22万円［単身赴任者は約49万円］
  ※単身赴任者には別途、二重生活の生計費を補助する基礎額（年間36万円）を支給

- **広域異動手当の支給割合の引上げ** 【令和8年4月実施】
  広域的な異動に対する給与上のインセンティブ向上のため支給割合を引上げ（距離区分に応じ、5%・10%→8%・16%）

ボーナスの引上げ

年間 4.65月 → 4.70月（期末手当及び勤勉手当に均等に配分）【令和8年4月実施】※直近1年間の民間の支給状況を調査して比較

- **特定任期付職員の勤勉手当の見直し** 【令和9年4月実施】
  高い成績率を適用可能とすることで高度の専門性を有する人材の給与水準を確保（最高で年間約3,380万円）

- 経常収支赤字病院が684/841（81．2％）と大多数だが、黒字病院は158/841（18．8％）あることになる。地方独立行政法人病院は他の経営形態よりも黒字病院の割合が高い。また、一部適用・全部適用の病院の中には基準外繰入により見かけ状黒字になっている病院も散見される。地独法病院は人事院・人事委員会勧告を必ずしも順守する必要はない。
- 経営形態の見直しで指定管理者制度の導入について、民間的な経営手法の導入が期待されるとある。しかし不採算医療や政策医療の安定的かつ継続的な提供を損なうおそれがあるデメリットもしっかり書かないと誤解を与える。また、非公務員となり職員給与を下げるにあたり、その差額分を5年間にわたり自治体が負担しているケースもある。

公立病院経営強化プランの記載事項 ⑦

(3) 経営形態の見直し

○：考え方　●：プラン記載事項　※：留意事項

経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項

※ 1) 地方独立行政法人化（非公務員型）

予算・財務・契約、職員定数・人事・給与などの面でより自律的・弾力的な経営が可能となり、権限と責任の明確化に資することが期待される。ただし、設立団体からの職員派遣は段階的に縮減を図る等、実質的な自律性の確保に配慮することが適当である。

これまで実際に地方独立行政法人化した病院において、医師・看護師等の確保等の面で高い効果を上げているケースが多いことや、多くの国立病院も独立行政法人化し、医師・看護師等の確保に効果を上げていることから、**医師・看護師等の確保や働き方改革にも有効**と考えられる。

また、柔軟な勤務制度や専門性を考慮した給与制度等を通じて人材を確保・育成しておくことや、職員定数・人事面での自律性を活かした機動的な人員配置を可能とすることは、**新興感染症の感染拡大時等において公立病院が役割を果たす上でも効果を発揮**するものと考えられる。

現在一部事務組合方式により設置されている病院で、構成団体間の意見集約と事業体としての意思決定の迅速・的確性の確保に課題を有している場合にも、地方独立行政法人方式への移行について積極的に検討すべきである。

※ 2) 地方公営企業法の全部適用

事業管理者に対し、人事・予算等に係る権限が付与され、**より自律的な経営が可能**となることが期待される。

ただし、比較的取り組みやすい反面、**経営の自由度拡大の範囲は限定的**であることから、所期の効果が達成されない場合には、地方独立行政法人化など、更なる経営形態の見直しに向け直ちに取り組むことが適当である。

※ 3) 指定管理者制度の導入

民間の医療法人や公的医療機関等を指定管理者として指定することで、**民間的な経営手法の導入が期待**される。

本制度の導入が所期の効果を上げるためには、①適切な指定管理者の選定に特に配意すること、②提供する医療の内容、委託料の水準等の諸条件について事前に十分に協議・確認しておくこと、③適正な管理が確保されるよう、事業報告書の徴取、実地の調査等を通じて、管理の実態を把握し、必要な指示を行うこと、④医師・看護師等の理解を得ながら進めること等が求められる。

※ 4) 事業形態の見直し

地域において果たすべき役割・機能を改めて見直した結果、民間譲渡又は診療所、介護医療院、介護老人保健施設などへの転換がより有効である場合には、当該見直しの概要を記載する。

民間譲渡に当たっては、当該病院が担っている不採算・特殊部門等の医療について、譲渡後相当期間の継続を求めるなど、地域医療提供体制の確保の面から譲渡条件等について十分な協議が必要である。

各経営形態のメリット・デメリット

経営形態	分類	メリット	デメリット
一部適用	公営型	○ 政策医療や不採算医療を比較的確保しやすい	× 経営の責任者は設立団体の長であり、行政の予算制度や職員定数の制約を受ける
全部適用	公営型	○ 事業管理者に予算・人事権等の権限が付与され、より自律的な経営が可能	× 事業管理者の実質的な権限と責任の明確化を図らなければ、不徹底に終わる
指定管理	公設民営型	○ 民間ノウハウを活用	× 不採算医療や政策医療の安定的かつ継続的な提供を損なうおそれ
民間譲渡	民営型	○ 経営自由度が最も高い	× 採算性の観点から事業の撤退・縮小のおそれ
地方独立行政法人（非公務員型）	その他	○ 予算・財務・契約、職員定数・人事などの面でより自律的・弾力的な経営が可能	× 移行・設立時の負担（債務超過の解消、退職給付引当金計上など）が大きい

出典）総務省「地域医療の確保と公立病院の推進に関する調査研究会」（平成29年12月）を講演者が一部補足又は簡略化して作成

公立病院経営強化プランの記載事項 ⑩

・経常収支比率及び修正医業収支比率に係る目標

● このため、当該病院が担っている不採算医療等を提供する役割・機能を確保しつつ、対象期間中に経常黒字（経常収支比率が100％以上）化する数値目標を定めるべきである。その上で、修正医業収支比率についても、所定の繰出が行われれば経常黒字が達成できる水準となるように数値目標を定め、その達成に向け、本業である修正医業収支の改善に向けた取組を進めるべきである。

● 仮に対象期間中に経常黒字化する数値目標の設定が著しく困難な場合には、経常黒字化を目指す時期及びその道筋を記載する。

⇒ (1)③の機能分化・連携強化及び(3)経営形態の見直しにおいて、特に十分な検討を行うよう求めている。

※一律に経常収支に黒字化を求めることには限界がある

公立病院経営強化プランの記載事項 ⑩

（6） 経営の効率化等

○：考え方　●：プラン記載事項　※：留意事項

① 経営指標に係る数値目標

○　経営の効率化は、地域の医療提供体制を確保し、良質な医療を継続的に提供していくためには、避けて通れないものであり、医療の質の向上等による収入確保や医薬品費、医療材料費等の経費節減に積極的に取り組むことが重要である。

●　経営指標について、全国の公立病院、民間病院等の状況も参考にしつつ、原則として、個々の病院単位を基本として経営強化プラン対象期間末時点における数値目標を定める。この場合、**経常収支比率及び修正医業収支比率については、下記②に述べる点を踏まえて必ず数値目標を設定**するとともに、自らの経営上の課題を十分に分析し、**以下の例示も踏まえ、課題解決の手段としてふさわしい数値目標を定める**こととする。

1)　収支改善に係るもの：経常収支比率、医業収支比率、修正医業収支比率、不良債務比率、資金不足比率、累積欠損金比率　など
2)　収入確保に係るもの：１日当たり入院・外来患者数、入院・外来患者１人１日当たり診療収入、医師（看護師）１人当たり入院・外来診療収入、病床利用率、平均在院日数、ＤＰＣ機能評価係数など診療報酬に関する指標　など
3)　経費削減に係るもの：材料費・薬品費・委託費・職員給与費・減価償却費などの対修正医業収益比率、医薬材料費の一括購入による○%削減、100床当たり職員数、後発医薬品の使用割合　など
4)　経営の安定性に係るもの：医師・看護師・その他医療従事者数、純資産の額、現金保有残高、企業債残高　など

② 経常収支比率及び修正医業収支比率に係る目標

○　公立病院が、地域の医療提供体制の中で、適切に役割・機能を果たし良質な医療を提供していくためには、一般会計等から所定の繰出が行われれば「経常黒字」となる水準を早期に達成し、これを維持することにより、持続可能な経営を実現する必要がある。

●　このため、当該病院が担っている不採算医療等を提供する役割・機能を確保しつつ、**対象期間中に経常黒字（経常収支比率が100%以上）化する数値目標を定める**べきである。その上で、**修正医業収支比率についても、所定の繰出が行われれば経常黒字が達成できる水準となるように数値目標を定め**、その達成に向け、本業である修正医業収支の改善に向けた取組を進めるべきである。

●　**仮に対象期間中に経常黒字化する数値目標の設定が著しく困難な場合には、経常黒字化を目指す時期及びその道筋を記載**する。
⇒　⑴③の機能分化・連携強化及び⑶経営形態の見直しにおいて、特に十分な検討を行うよう求めている。

※　前ガイドラインでは「医業収支比率」の目標設定を求めていたが、本ガイドラインでは、地方独立行政法人に対する運営費交付金等が算入されず、本業の収支をより的確に把握可能な「修正医業収支比率」の目標設定を求めている。

※　対象期間中に経常黒字化する数値目標の設定が著しく困難な公立病院については、機能分化・連携強化や経営形態の見直しの必要性を含めて、都道府県が特に積極的な助言や提案を行うことが期待される。
なお、「著しく困難な場合」とは、機能分化・連携強化や経営形態の見直しを含め、効果が期待されるあらゆる対策に総合的に取り組むこととした上で、なお対象期間中に経常黒字化する数値目標の設定が困難である場合を想定している。

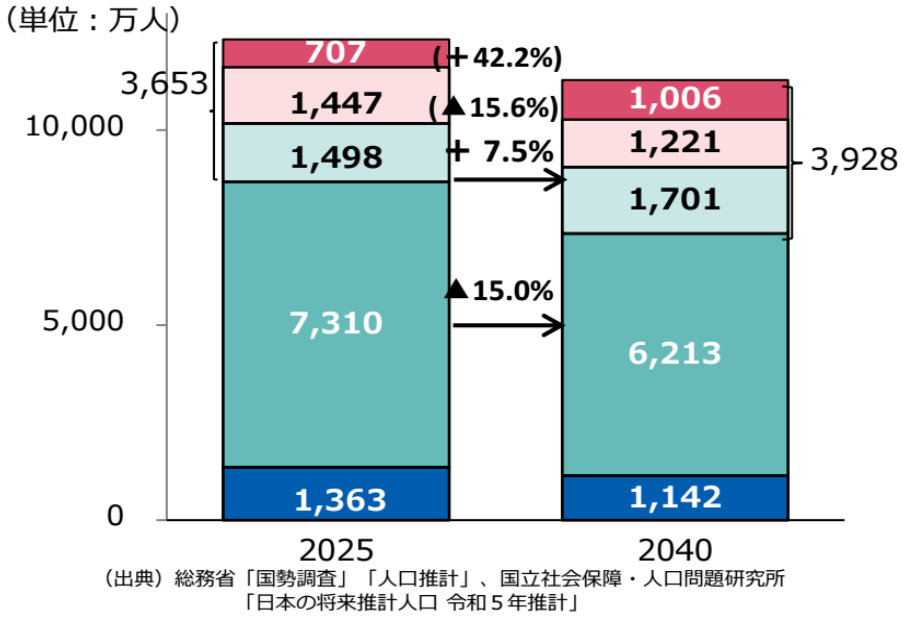
２．新たな地域医療構想と公立病院経営強化プランの関係について

- 地域医療構想とは、医療法に基づき都道府県が策定するもので、各地域で必要な医療提供体制の将来像と医療機関の役割分担を定めた構想。
- 2040年は、地域によって様相は異なるが団塊ジュニア世代が75歳以上に達し、さらに85歳以上の超高齢者人口が全国的にピークを迎える年である。同時に、少子化の加速によって医療や介護を支える生産年齢人口が減少する年でもある。
- 従来の地域医療構想（2025年目標）が「病床の機能分化・適正化」を中心としていたのに対し、新たな地域医療構想策定ガイドラインは、2040年をターゲットに据え、入院だけでなく、外来・在宅・介護連携・人材確保までを含む地域における医療提供体制全体の一体改革へと進化した。あらたに病院全体の役割を示す5つの「医療機関機能」という考え方が新設された。
- 手術件数や救急受入数、患者の流出入といった自院の診療データを分析、2040年の地域医療の中で自院がどのような機能を提供すべきかを見据えた、「中長期の経営ビジョン＝公立病院経営強化プラン」（公立病院）の策定に着手する必要がある。

２０４０年に向けた課題

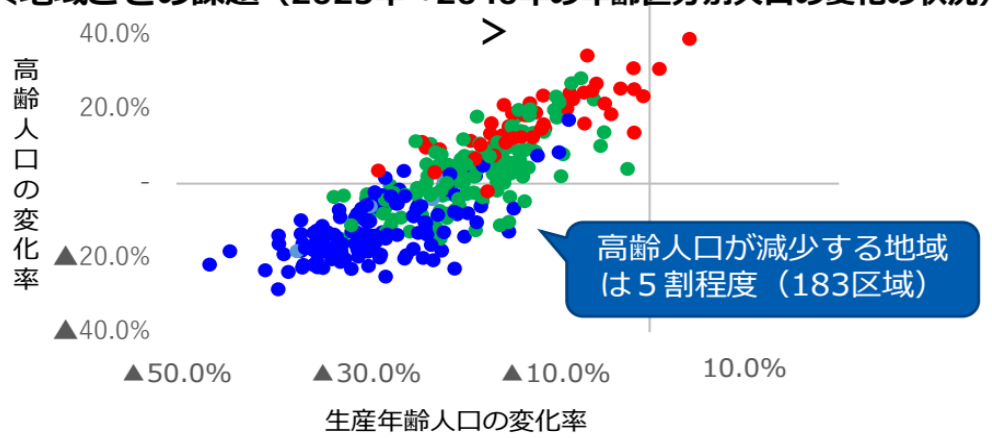
- ガイドラインにおいては、日本全体としての高齢化や生産年齢人口の減少等の課題や、地域ごとの異なる課題を踏まえながら、整理していく必要がある。

＜日本全体の課題（人口構造の変化）＞



（出典）総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和５年推計」

＜地域ごとの課題（2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況）＞



大都市型

医療需要
- ○ 地域の人口：横ばい
- ○ 高齢者人口：増
- ○ 在宅医療需要：増
- ○ 外来医療需要：横ばい

生産年齢人口
- ○ 一部の地域で増
- ○ 多くは０～30%程度減

課題
- ○ 増加する高齢者救急・在宅医療の受け皿の整備　等

地方都市型

医療需要
- ○ 地域の人口：減
- ○ 高齢者人口：増
- ○ 在宅医療需要：増
- ○ 外来医療需要：減

生産年齢人口
- ○ ０～40%程度減

課題
- ○ 支え手の減少に対応できる提供体制の構築 等

人口の少ない地域

医療需要
- ○ 地域の人口：減
- ○ 高齢者人口：減
- ○ 在宅医療需要：増～減
- ○ 外来医療需要：減

生産年齢人口
- ○ 10～50%程度程度減

課題
- ○ 地域の実情に応じた必要な医療機能の維持 等

※地域毎に状況は異なるものの、大きな方向性について記載

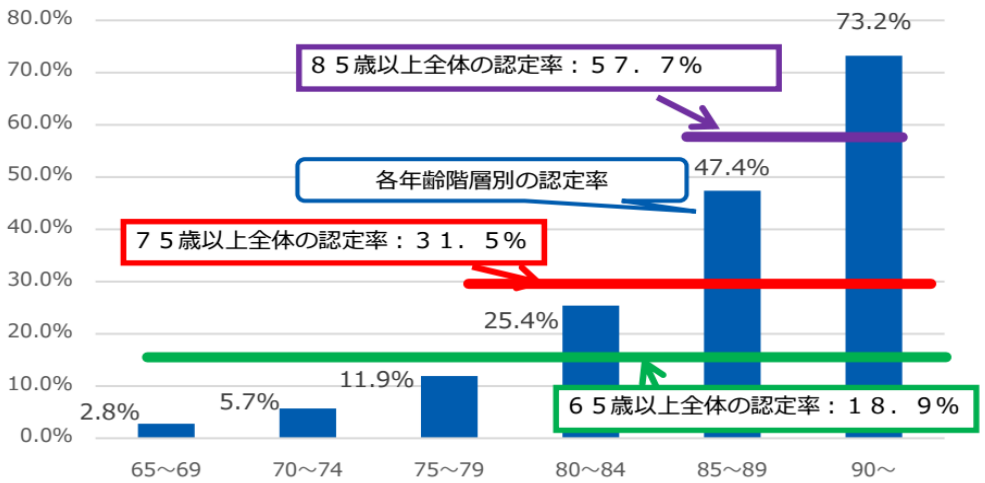
2040年頃に向けた医療の課題①

Ⅰ．将来の人口構造の変化と求められる医療需要①

○ 人口は、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加見込み。

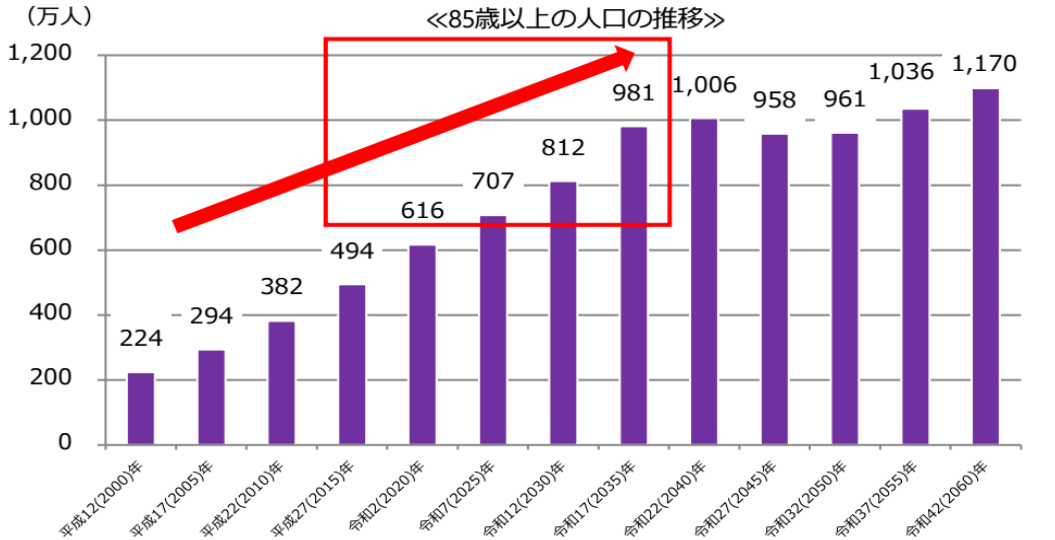
○ 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者の増加に伴い、85歳以上を中心に高齢者の救急搬送は増加、在宅医療の需要も増加。

≪年齢階級別の要介護認定率≫



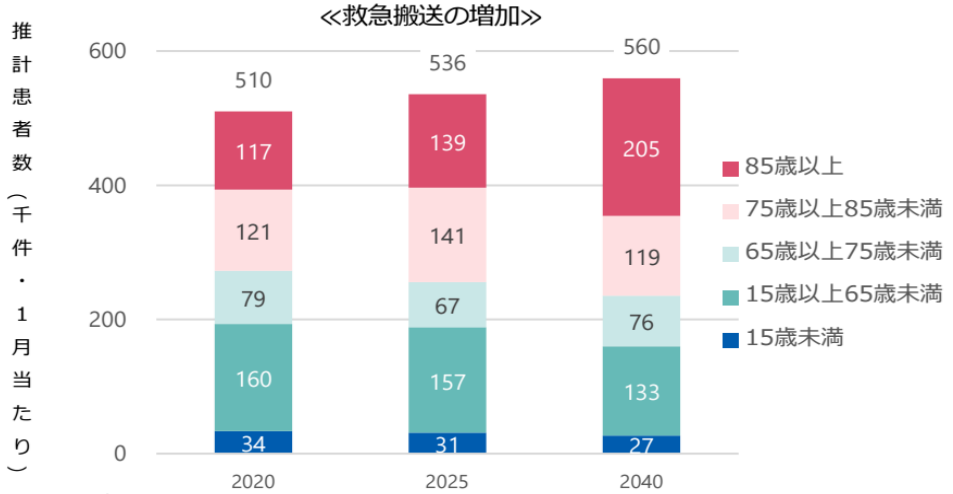
出典：2022年９月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月１日人口から作成

≪85歳以上の人口の推移≫



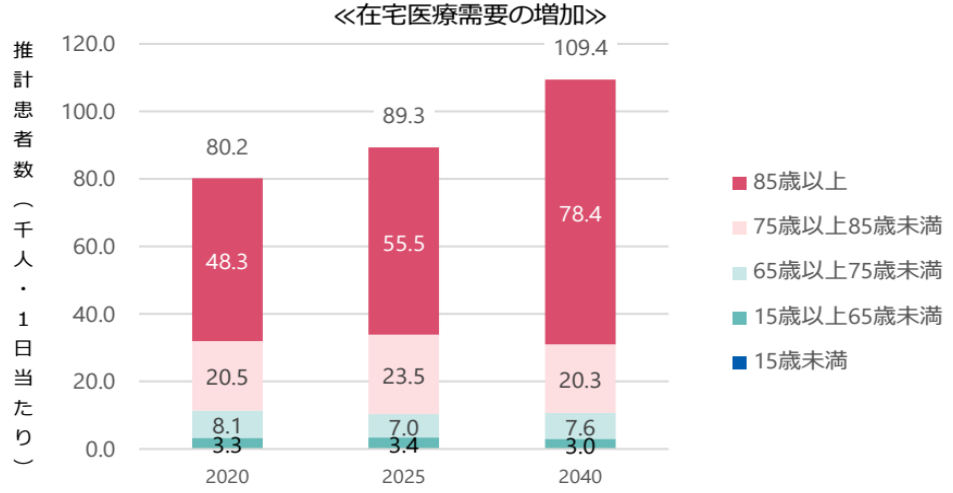
（資料）国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和５年４月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」

≪救急搬送の増加≫



資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）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

≪在宅医療需要の増加≫



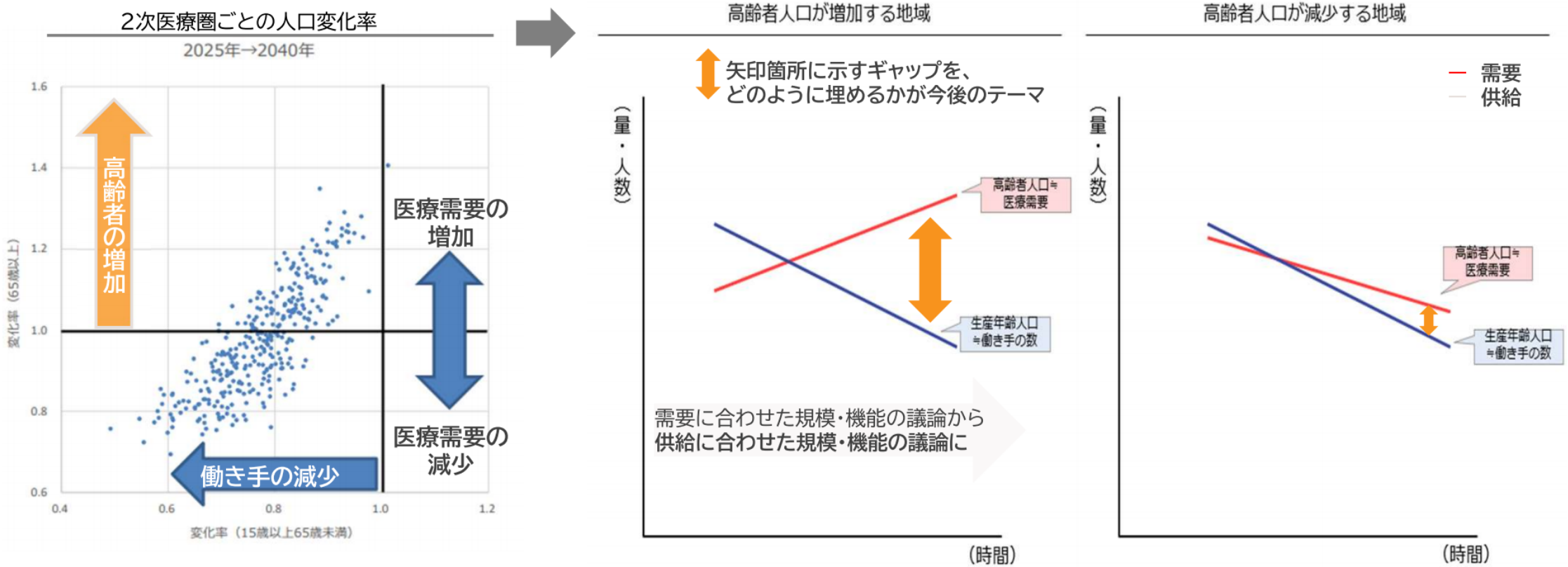
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）総務省「人口推計」（2017年）
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に推計

前回改定からの背景：人口動態予測から見る需給予測（医療の場合）

現在の地域医療構想は需要に焦点があたっているが、今後は供給体制の観点が重要に

基本的に日本全国で生産年齢人口は減少
- ほぼ全ての医療圏で働き手は減少する。
- 高齢者人口は増加する地域と、減少する地域がある。

成り行きに任せると
- 高齢者人口（増）・生産年齢人口（減）の地域では、需給が逆転し差が拡大。
- 高齢者人口（減）・生産年齢人口（現）の地域では、需要の縮小・需給の逆転が同時発生。



2次医療圏ごとの人口変化率は令和4年度第1回 医療政策研修会　第1回地域医療構想アドバイザー会議　資料1より引用　※一部加工あり

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ（地域医療構想策定ガイドライン骨子）の概要

地域医療構想が目指す方向性

- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できるよう、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら医療提供体制を構築する

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- 医療機関機能を踏まえ、急性期の医療需要や、手術や救急搬送における医療機関ごとの役割分担等について地域ごとに協議

高齢者救急の受入体制の整備

- 救急の実施基準において、高齢者救急の考え方を位置付け
- 入院早期からのリハビリテーション等の提供の推進

外来・在宅医療

外来医療提供体制の維持

- 診療所の減少が進む中、地域の病院を中心に提供体制を構築
- へき地や診療所の数が限られている地域等において、D to P with Nを含むオンライン診療の活用を推進

在宅医療の受け皿の整備

- 在宅医療、介護施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- 医歯薬連携の推進
- D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により受け皿を整備

介護との連携

医療と介護のニーズを有する者への対応の推進

- 地域医療構想における市町村と介護関係者の役割を明確化
- 慢性期の医療需要について、在宅医療等とあわせた体制整備
- 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- 都道府県単位で、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議
- 看護師等の将来の人材確保の方向性を反映

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位等を踏まえ、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の提供体制の確保の取組を推進

急性期拠点機能

- 構想区域毎に、人口20万～30万に１つを目安に確保
- 手術等の急性期医療を集約して提供
- 新興感染症等への対応
- 地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング

在宅医療等連携機能

- 地域での在宅医療の提供
- 他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した 24 時間の対応や入院対応を実施

高齢者救急・地域急性期機能

- 誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受入
- 高齢者を中心に入院早期からのリハビリテーションを提供
- 大都市等においては頻度の多い手術を提供

専門等機能

- 集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

医育及び広域診療機能（大学病院本院）

- 都道府県と連携した人的協力
- 症例数が少ない医療などの広域な観点での診療
- 地域で多様な症例に対応する人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

これまでの地域医療構想の取組に加え、病床機能について回復期を包括期とするとともに、必要病床数について新たな地域医療構想の取組を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

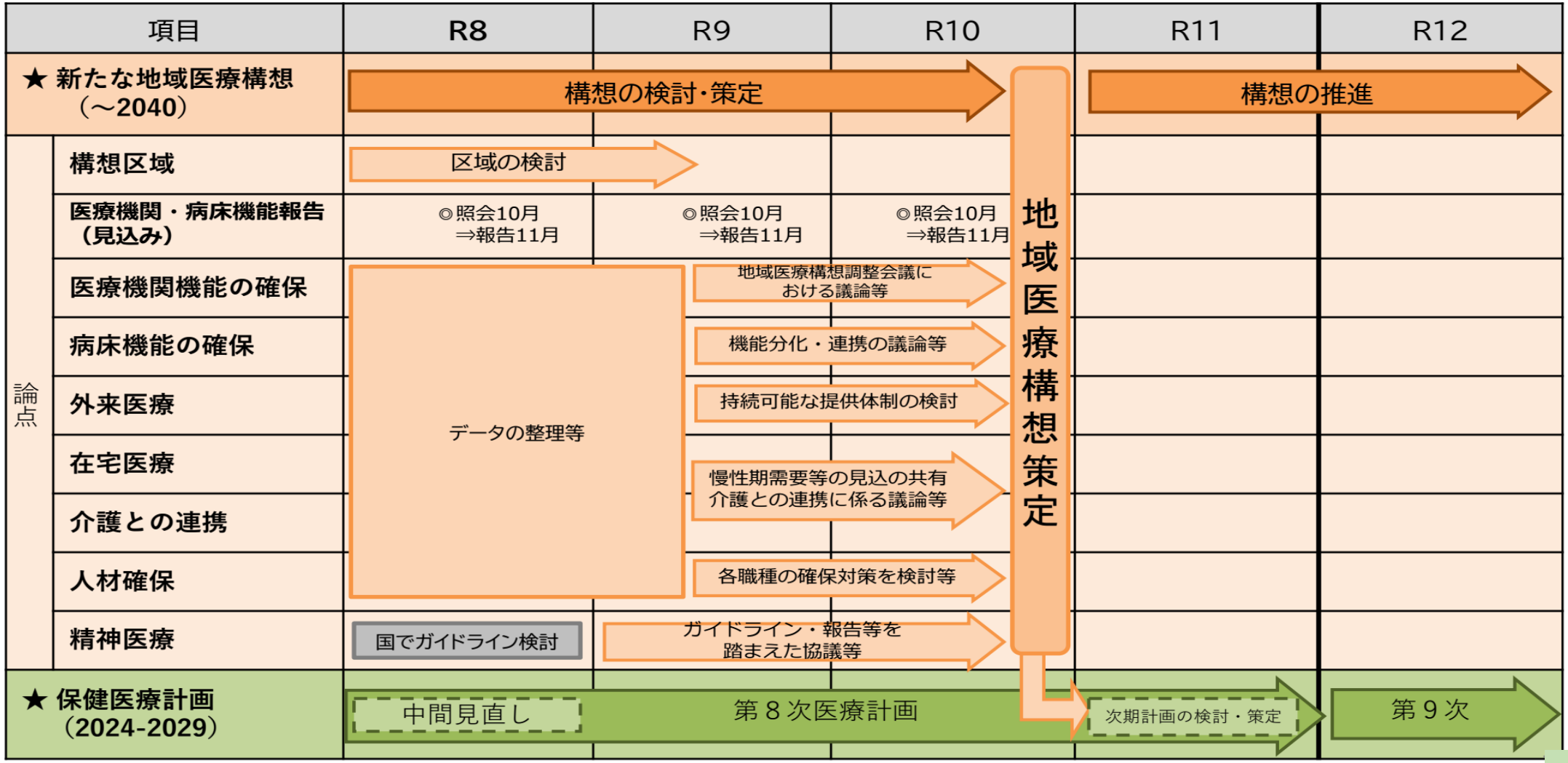
※令和８年３月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめより作成
※なお、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、 2026年度（令和８年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進める

スケジュール　～主な論点ごとのスケジュール～

○　令和８年度は、**構想の前提となる構想区域について検討を進め、区域の決定後、各論点に係る取組の方向性について本格的な議論を行っていく。**

○　なお、**構想区域については、国の方針を踏まえ、令和11年度に策定予定の次期保健医療計画における二次保健医療圏へ反映する予定。**

<国の想定スケジュール>



構想区域の役割について

- 構想区域については、①医療提供体制構築のため、②必要病床数運用のための、大きく２つの役割がある。
- それぞれ、医療提供体制構築のため、急性期拠点機能等が確保・維持できる単位であるか、必要病床数の議論等が可能な単位であるか等について、区域の人口や医療機関数、患者の流出入等を踏まえ、適切な規模で設定する必要がある。

構想区域の役割

① 医療機関の連携・再編・集約化など、医療提供体制構築のための議論

- 区域内に所在する病院等が急性期、高齢者救急等について議論する単位
- 特に、急性期拠点機能の確保に係る議論のため、緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、急性期拠点機能を確保・維持できるよう設定し、地域での議論や取組を推進できる必要

⇒人口20～30万人以上を目安としながら検討する必要

② 必要病床数の運用

- 入院医療の需要が減少することも踏まえながら、2040年に必要な病床数を確保するために設定する単位
- 特に、機能別に適切な病床数が確保できるよう、都道府県が適切に、調整会議や医療審議会での議論の進行や法令上の権限行使ができる必要

⇒都道府県が区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

○ 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。

○ 構想区域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。

構想区域ごとの医療機関機能

	具体的な内容
高齢者救急・地域急性期機能	• 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する
急性期拠点機能	• 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 人口20～30万人に１つを目安として、構想区域ごとに確保すべき医療機関数を設定。
在宅医療等連携機能	• 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 在宅医療の提供を行う、又は主として在宅医療の後方支援を担う等、地域ごとに求められる役割を検討し報告。また、地域の実情に応じ、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能と併せて報告することも可能。
専門等機能	• 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 ※ 有床診療所について、高齢者救急の受入や在宅医療の提供・後方支援を積極的に担っている場合、それぞれ高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能を報告することも考えられる。

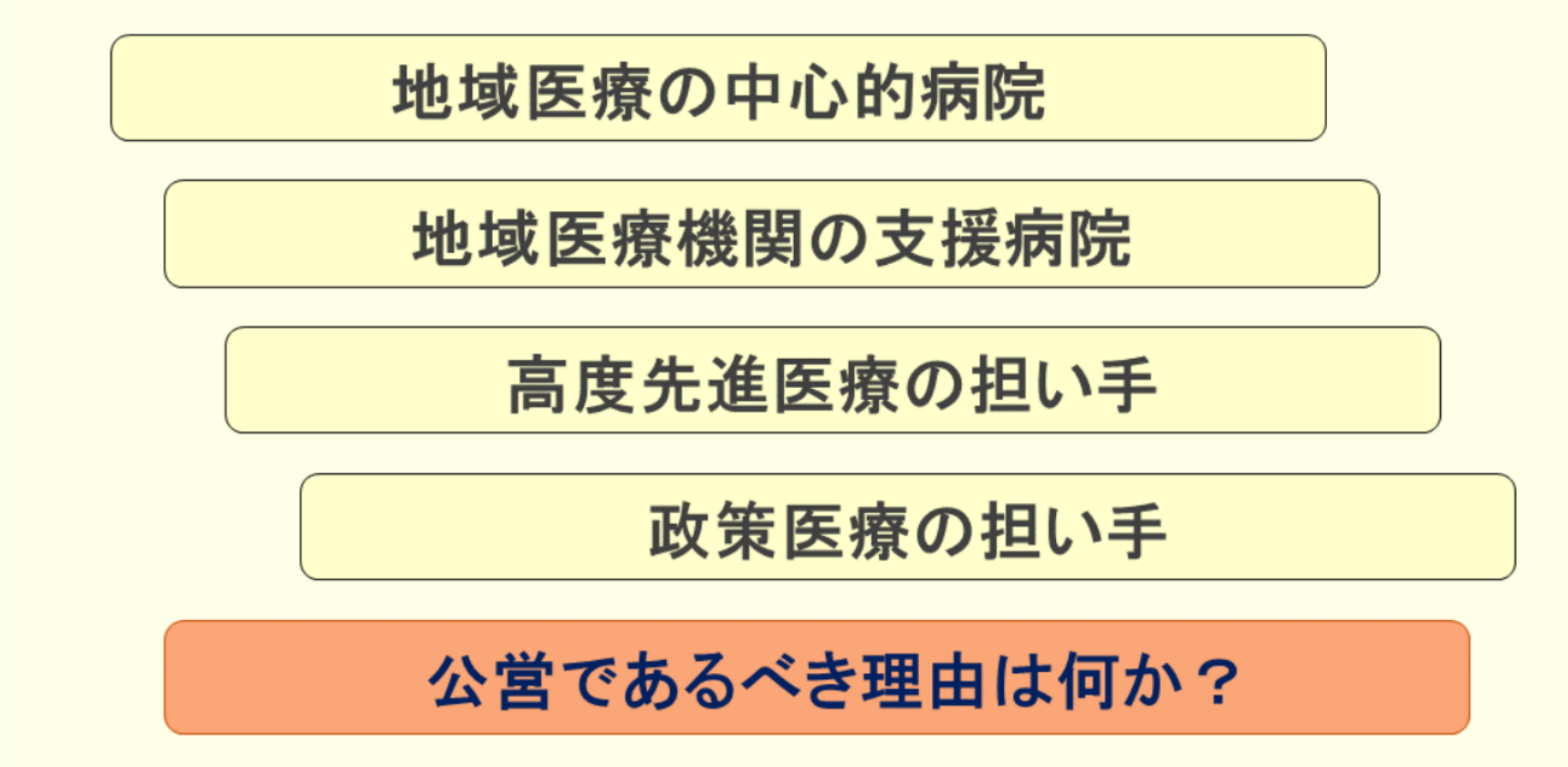
※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点での医療機関機能

医育及び広域診療機能	• 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。 ※ 大学病院本院は、医育及び広域診療機能のみを報告し、構想区域ごとの医療機関機能については報告しない。また、大学病院本院以外の医療機関について、医育及び広域診療機能を報告することはしない。

３．持続可能な地域医療提供体制のあり方とその確保方策

公立病院への期待と批判



公立病院への期待として、「地域医療の中心」、「地域医療の最後の砦」、「地域医療機関の支援」、「高度先進医療の担い手」というようなことが挙げられる。特に、政策医療については公的使命にかなっているとも言える。
一方で、「累積債務」や「赤字経営」に対する批判があり、公営であるべき理由は何かという、公立病院としての存在理由に関わる疑問も提起されることもある。

生き残れる公立病院とは？

地域住民が必要とする病院

地域になくてはならない病院

医療の質と経営の質―
Double Winnerを目指して

目指す方向

① 経営の効率化

数値目標を定め、収入確保や経営節減に取り組む
診療報酬改定への対応、加算の取得、職員の意識改革
病床機能の最適化、ダウンサイジング

② 経営形態の見直し

病床規模や事業環境を踏まえ最適な経営形態を見直す
地方公営企業法の全部適用　診療所化／介護施設化
地方独立行政法人　指定管理者制度等

③ 機能分化・連携強化

各公立病院が担う役割や機能を見直し、明確化・最適化した上で病院間で連携を強化する。再編・統合、
ネットワーク化　地域医療連携推進法人の構築

出典）総務省「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」（令和4年3月）を講演者が一部補足又は簡略化して作成

地域医療連携推進法人制度の概要

※制度改正後（令和６年４月１日以降）
下線部分が改正箇所

・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、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

理事会
（理事３名以上及び監事１名以上）

連携法人の業務を執行

社員総会
（連携法人に関する事項の決議）

意見具申（社員総会は意見を尊重）

地域医療連携推進評議会

認定・監督

都道府県知事

意見具申

都道府県医療審議会

○ 医療連携推進区域（原則地域医療構想区域内）を定め、区域内の病院等の連携推進の方針（医療連携推進方針）を決定

○ 医療連携推進業務等の実施
診療科（病床）再編（病床特例の適用）、医師等の共同研修、医薬品等の共同購入、
参加法人等への資金貸付（基金造成を含む）、連携法人が議決権の全てを保有する関連事業者への出資　等
※参加法人等に個人が参加できる場合は貸付･出資は不可

○ 参加法人等の統括（参加法人等の予算･事業計画等へ意見を述べる）
※参加法人等に個人が参加できる場合は予算、借入等は除外できる

参画（社員）　参画（社員）　参画（社員）　参画（社員）　参画（社員）

参加法人等
（**非営利で**病院等の運営又は地域包括ケアに関する事業を行う法人又は個人）

(例)医療法人Ａ	（例）公益法人Ｂ	（例）NPO法人Ｃ	（例）個人病院
病院	診療所	介護事業所	病院

・区域内の個人開業医
・区域内の医療従事者養成機関
・関係自治体　等

令和8年7月1日現在
66の地域連携推進法人

○ 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又は個人が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
- 参加法人等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

公立病院の経営強化に関する検討会　課題と検討事項

○前回のガイドラインからの外部環境の変化

- デフレからインフレ（人件費・材料費、建築費等）への対応
- コロナ感染症後の患者減・病床利用率減がコロナ前に戻らない
- 自然災害が各地で頻発（自治体病院が災害拠点の中心病院）
- 急激な人口減少と医療従事者（看護師等）の不足

○検討事項

- コンサルタント丸投げの計画策定にとどまっていないか
- ガイドラインが職員に浸透していないのではないか
- 一律に経常収支に黒字化を求めることには限界がある
- 地域医療構想調整会議は機能しているのか（調整弁の自治体病院）
- 患者数増、利用率アップの目標数値設定は医療圏の患者の食い合い

病院長の心得

- 職員満足度が向上しなければ患者満足度は上がらない。
- 教育・研修は運営の柱である。
- （定年）退職時に、忙しかったけれど楽しく勤務できて幸せであったと思える病院を目指す。
- 職員が自病院を愛して、motivation高く楽しく働ける病院を目指す。
- 公立病院の矜持：今後人口が減少しようとも、地域に真に求められる存在意義（＝病院必要度）を高めることが公立病院の使命である認識。