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に関する検討会

資料４

岩手県立病院における現状と課題

令和８年10月29日
岩手県立病院等事業管理者
岩手県医療局長　吉田　陽悦

概　要

1　岩手県立病院の概要

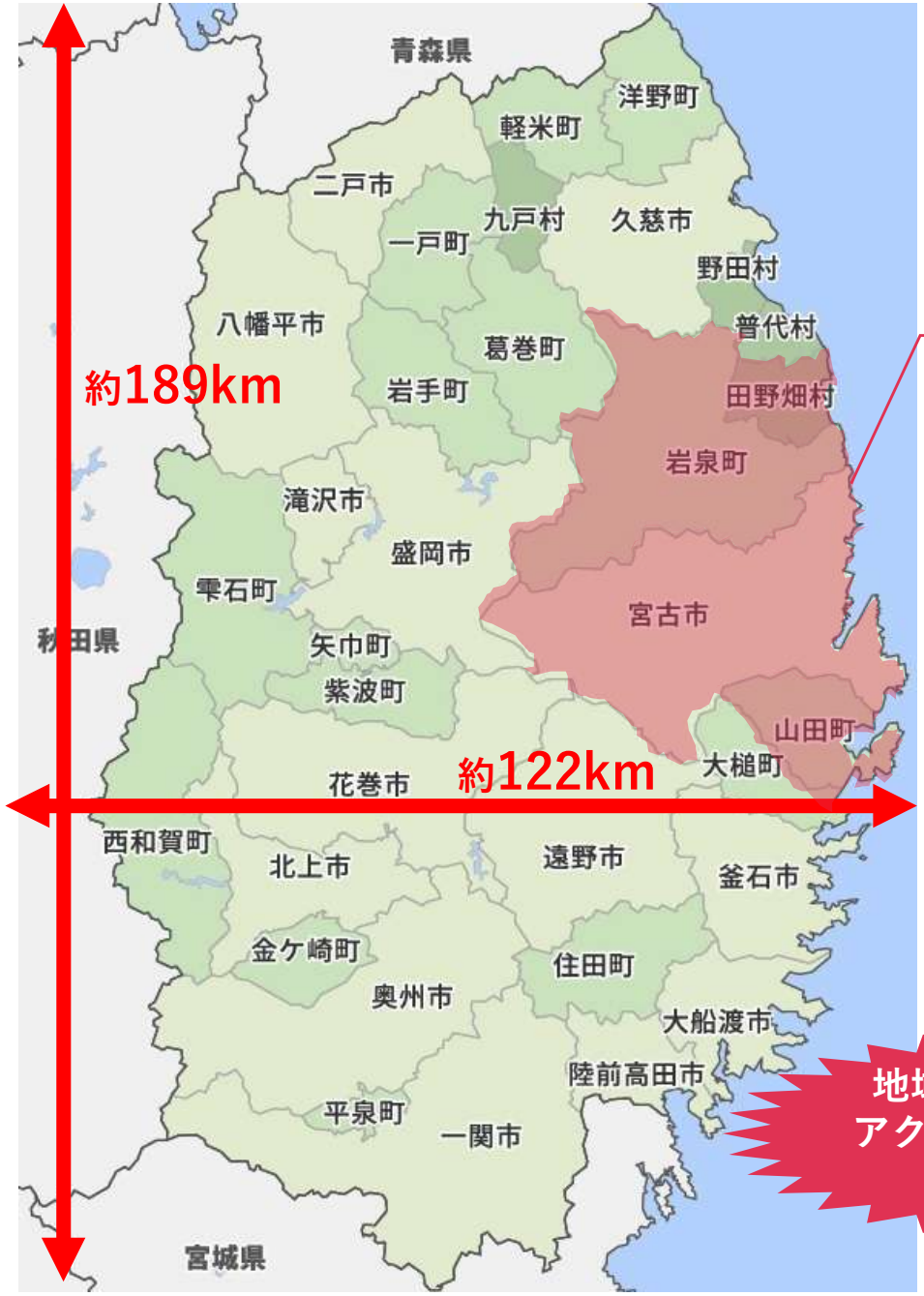
2　岩手県立病院が直面する課題

3　公立病院の持続可能な経営に必要となる地方財政措置

- 公立病院の施設整備
- 公立病院の不採算部門への支援
- 医療・介護連携
- 医療ＤＸへの対応
- 給与改定への対応
- 同一自治体間の医師等派遣
- 県立診療所の状況
- 控除対象外消費税の補塡

1　岩手県立病院の概要

岩手県の医療に係る地勢について



◯ **総面積　約15,275ｋ㎡**

※ 埼玉県＋千葉県＋東京都＋神奈川県の合計(13,565ｋ㎡)より広い

◯ **市町村数　33市町村**（14市・15町・4村）

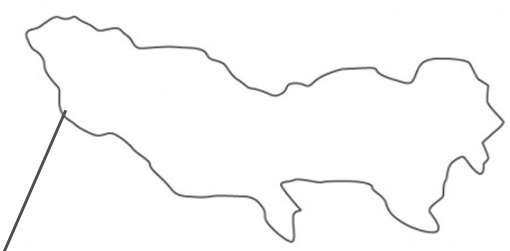
◯ **人口　1,110,584人（令和8年9月1日現在）**

※ 高齢化率(65歳以上の人口）35.4%
(全国第７位、出典：内閣府令和８年版高齢社会白書)

宮古二次医療圏：面積2,672km2に、医師は 94人（県全体：2,563人）

人口10万人対……136.4人

１キロ四方当たりの医師数……**0.035**人



東京都：面積2,187km2に、医師は 4万5,951人

人口10万人対……324.1人

１キロ四方当たりの医師数……**21.011**人

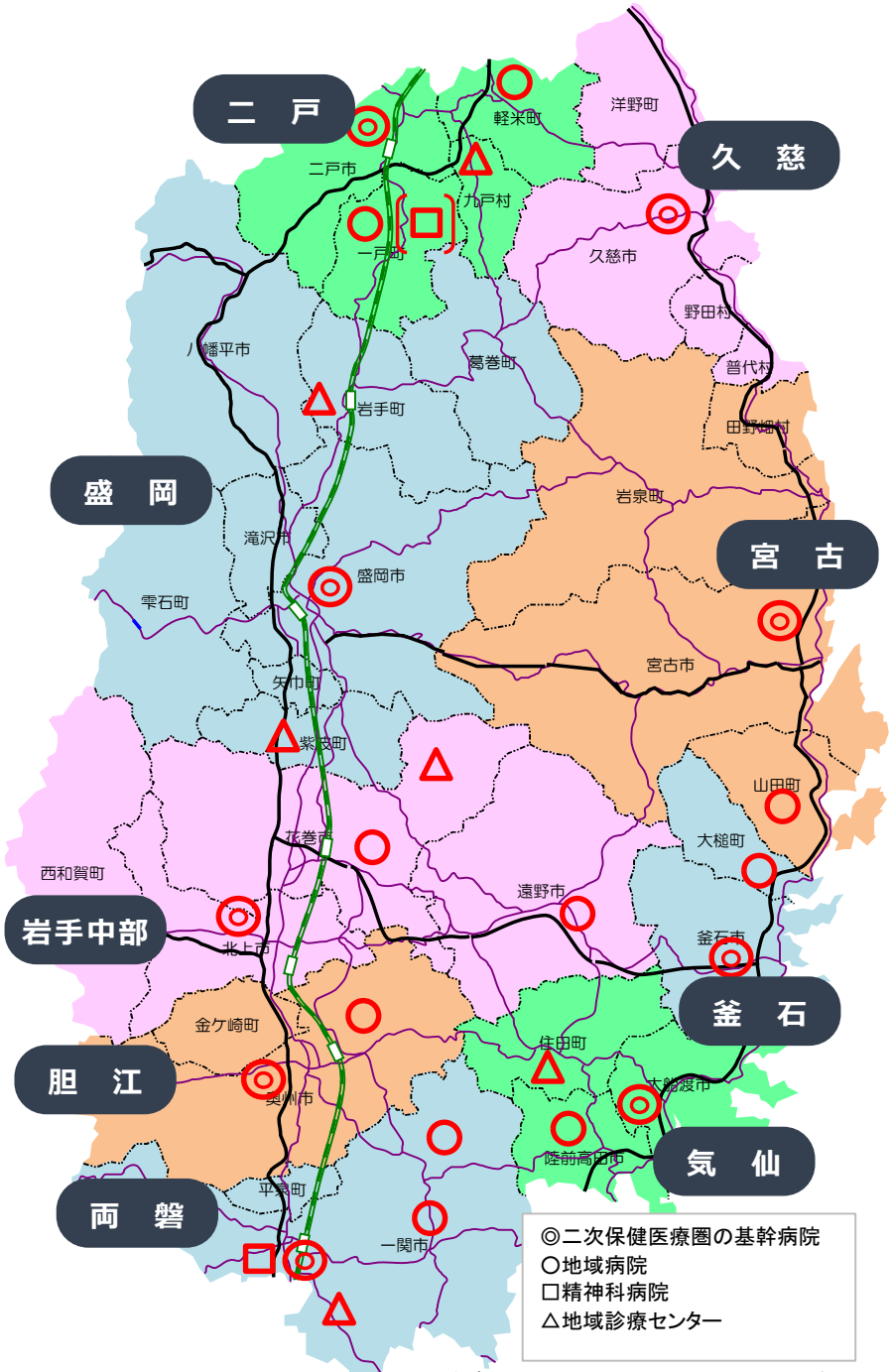
地域の中核病院へのアクセスに２時間近く要する地域も

県立中央病院と100㎞程度離れている県立病院間の時間・距離

	時間	距離
久慈	2ｈ	130km
二戸	1ｈ25m	90km
宮古	1ｈ30m	90km
釜石	1ｈ40m	110km
大船渡	2ｈ	120km
磐井	1ｈ30m	100km

※ 高速自動車道等を活用した場合の主な時間と距離

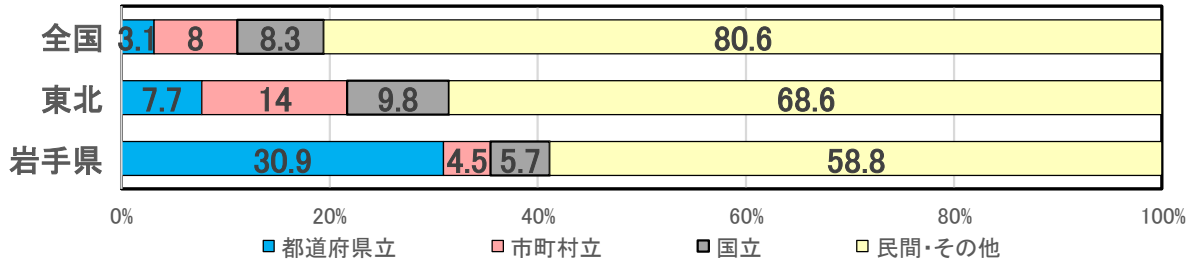
岩手県立病院の役割



※ 紫波地域診療センターはR8.3.31をもって廃止

- 県立病院として**全国随一の病院数・病床数**
  - **・20病院５地域診療センター**
  - ・稼働病床数　**4,143床**（うち精神508床）　（R8.4.1現在）

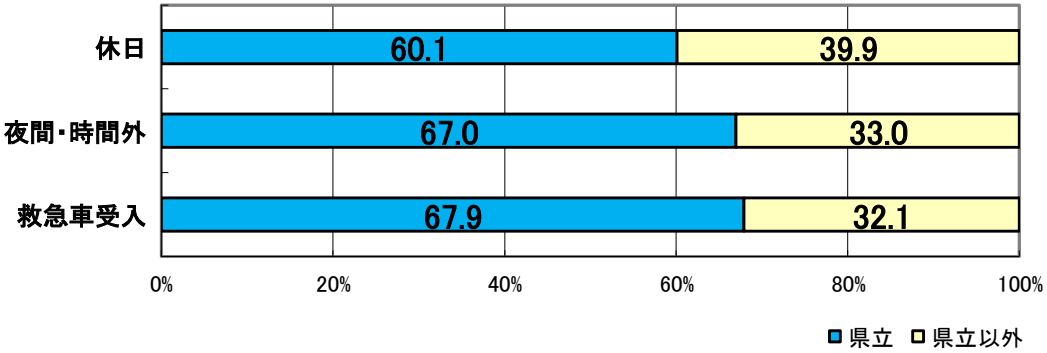
【県全体の病床数に占める県立病院の割合】　（R6医療施設調査）



- 県保健医療計画で９つの保健医療圏を設定し、全ての医療圏に**二次、三次救急**や**圏域の急性期機能**を担う**基幹病院**を設置

- 盛岡市に**中央病院**を設置し、**岩手医大**とともに、**全県のセンター機能**を担う
  - ・盛岡、二戸以外の**７圏域は医師不足地域**
  - ・医師が不足する地域の**公立・公的病院に医師を派遣**

【県全体の救急受入に占める県立病院の割合】　（R6病床機能報告）



- 新型コロナ等の対応では、**県立病院ネットワーク**をいかし、**限られた医療資源を最大限効率的に活用**して、中心的な役割を果たす（県内の確保病床の６～７割を担う）

岩手県医療局の歴史

年　度	事　項	病院数
昭和５年～　1930	気仙郡矢作村で住民が組合を組織し、会費を出しあって組合診療所を開設 →この運動が全県下に広がったが、経営上の課題から順次統合され、最終的には全県下を対象とする岩手県医薬購買販売利用組合連合会が設立	
昭和６年～　1931	無医地区解消に向けて県が２病院11診療所を整備	
昭和18年～　1943	国民医療法（当時）に基づき日本医療団が７病院12診療所を整備	
昭和25年度　1950	上記病院群を県営で一体経営するため、医療局を設置（岩手県県立病院等条例制定）	25病院
昭和26年度　1951	千厩地方病院廃止、藤沢病院開設、職員組合結成	25病院
昭和27年度　1952	紫波病院、長坂病院開設	27病院
昭和29年度　1954	北陽病院、沼宮内病院、南光病院開設、地方公営企業法一部適用	30病院
昭和32年度　1957	花泉病院開設	31病院
昭和34年度　1959	宮古地方病院、宮古共済病院を合併し、宮古病院開設	30病院
昭和35年度　1960	**地方公営企業法全部適用**、職員組合→労働組合	
昭和43年度　1968	藤沢病院、長坂病院廃止	28病院
昭和46年度　1971	県立久慈病院と久慈市立中央病院を統合し、県立久慈病院を設置	
平成12年度　2000	一戸病院、北陽病院を統合し一戸病院開設	27病院
平成18年度　2006	紫波病院、花泉病院を有床診療所化	25病院
平成19年度　2007	大迫病院、九戸病院を有床診療所化、**県立釜石病院に市立釜石病院を統合**	23病院
平成20年度　2008	住田病院を有床診療所化	22病院
平成21年度　2009	**花巻厚生、北上病院を合併し、中部病院を開設**　**５有床診療所を無床診療所化**	21病院
平成23年度　2001	沼宮内病院を無床診療所化	20病院
令和7年度　2025	**紫波地域診療センターを廃止**	

20病院の一体経営による強み

○岩手県では、**採算性や人材確保の面から市町村単体による病院設置が困難**で、他県では**市町村が担うような医療**についても**県立病院が担い、県民福祉の増進**のため最も重要な社会基盤を**県が直接県民に提供**
○**20病院の一体経営により、人口が集積している地域の黒字病院が、人口が少ない地域の赤字病院の経営を支え、全体で収支均衡**を図り、**「県下にあまねく良質な医療の均てん」という「創業の精神」を具現化**
○例えば、**コロナ禍において、県立病院ネットワークが中心となり役割分担**を行い、**入院患者のうち約６割（多くの圏域で約8割）を県立病院が受け入れ**、県民から求められる期待に応えた

20病院における一体経営

（単位：億円）

		R7		R1		R7-R1
		経常損益	計	経常損益	計	
基幹（急性期）	中央	6.1	▲ 10.3	18.3	21.0	▲ 31.3
	大船渡	▲ 6.7		▲ 2.9		
	釜石	▲ 6.9		▲ 2.6		
	宮古	▲ 0.2		2.0		
	胆沢	1.9		6.2		
	磐井	4.0		1.1		
	久慈	▲ 4.0		▲ 2.6		
	中部	5.6		7.6		
	二戸	▲ 10.1		▲ 6.2		
地域（回復期）	遠野	▲ 2.0	▲ 15.2	▲ 4.0	▲ 17.8	2.6
	高田	▲ 1.2		▲ 0.0		
	江刺	▲ 1.3		▲ 0.9		
	千厩	▲ 1.7		▲ 0.6		
	一戸	▲ 3.3		▲ 5.5		
	大槌	▲ 2.1		▲ 0.5		
	山田	0.4		▲ 0.9		
	軽米	▲ 1.2		▲ 1.0		
	大東	▲ 0.9		▲ 1.4		
	東和	▲ 0.0		▲ 1.6		
	南光	▲ 1.8		▲ 1.5		
合計		▲ 25.5	▲ 25.5	3.2	3.2	▲ 28.7

基幹病院の黒字で地域病院を支え県立病院全体で黒字化

県立病院のコロナ患者の受入れ状況

医療圏	R2～4 総数	R2～4 うち県立病院	県立病院対応割合
盛岡	22,095	1,355	県立中央と岩手医大は重症者に対応 6.1%
岩手中部	11,592	9,171	79.1%
胆江	11,300	5,890	52.1%
両磐	10,340	10,340	100.0%
気仙	3,185	3,185	100.0%
釜石	1,190	1,190	100.0%
宮古	3,928	3,928	100.0%
久慈	2,967	2,492	84.0%
二戸	2,406	2,406	100.0%
計	69,003	39,957	57.9%

収支均衡していたR1までは、黒字病院で地域病院の赤字をカバー。近年は経費増等に診療報酬が追い付いておらず、基幹病院での収益減が影響し、全体で赤字化

20病院の一体経営による強み

○**人材の確保**の面では、**昭和40年から奨学金による医師養成に取り組み**、奨学金養成医師の配置調整等により、**医師が不足する地域の医療を確保**
○看護師等の医療従事者確保については、**病院単体で採用するのではなく、県立病院全体で確保**し、**医療従事者確保が困難な地域の病院にローテート等により配置**

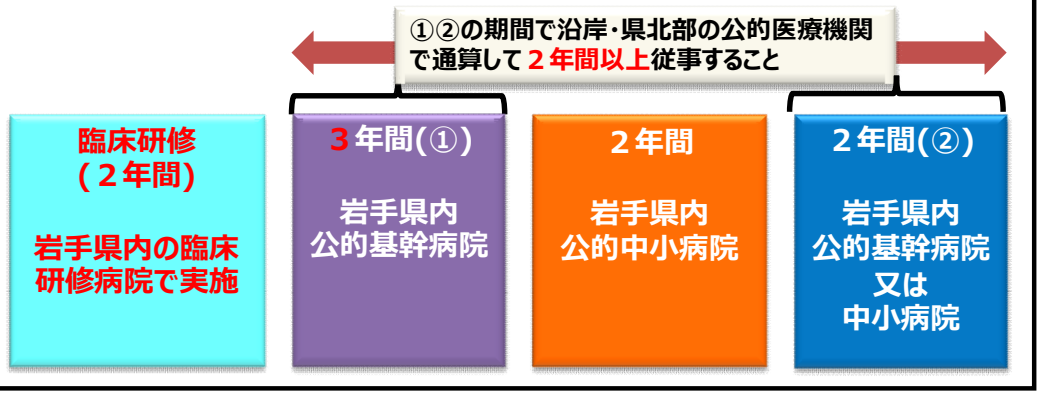
奨学金による医師養成・配置調整の状況

昭和25年：医療局奨学資金貸付制度開始
昭和40年：奨学資金貸付条例制定
昭和62年：国庫補助廃止に伴う新規貸付け中止
平成９年：貸付け再開

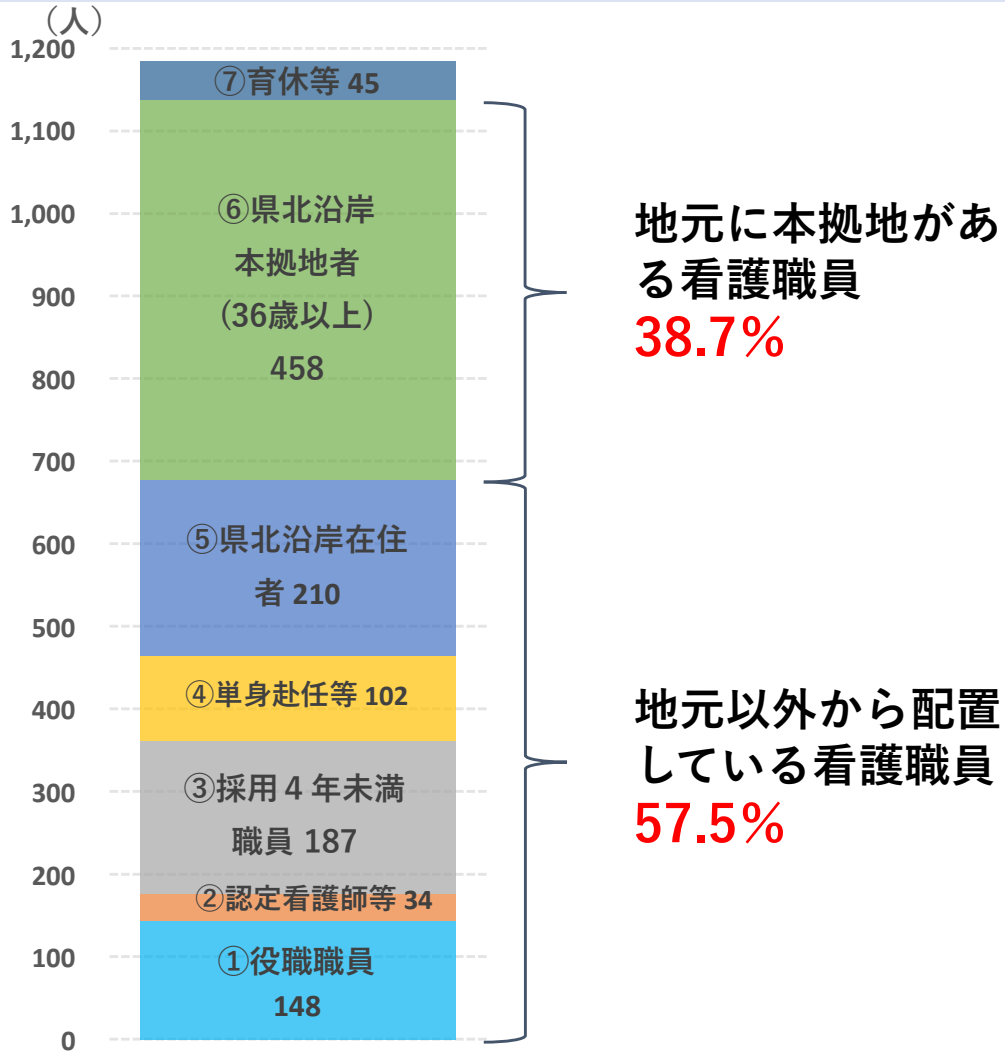
地域と市町村枠を含めて全体で1,057人

制度開始から延べ５５４名に貸付けを実施

【県医師奨学資金の対象者の配置基本ルール】



県北沿岸部の看護職員のローテーション状況



20病院の一体経営による強み

○20病院と本庁が一同に会する**全病院長会議**や**各部門長会議**を**４半期に１回開催（年４回）**し、課題共有と意見交換
○DXの導入等、経営上の新たな課題への対応は、**パイロット病院での試行**のもと改善点を洗い出して各病院に展開
○**本庁**は、**長年病院の医事・総務部門を経験している事務職員**のほか、知事部局との交流人事により、**医療政策**部門、**財政**部門、**IT**部門に精通した職員、**建築・電気職**等の営繕関係職員を配置し、**現場感覚を持ったプロ集団で組織**

岩手県医療局

経営委員会

目的：経営計画の策定、経営計画に基づく重点取組事項の進捗状況等について、外部有識者の意見・提言を得ること
開催：年2回程度
構成員：医療、市町村、社会福祉、経営の各分野の有識者

全病院長会議：
全病院長、局長、次長、本庁室課長等が出席し、収支計画の進捗状況や諸課題等を協議（四半期に1回開催）

各部門長会議：
各病院部門（事務、看護、薬剤等）の長、局長、次長、本庁関係室課長等が出席し、各部門の業務の諸課題等を協議（年2回開催）

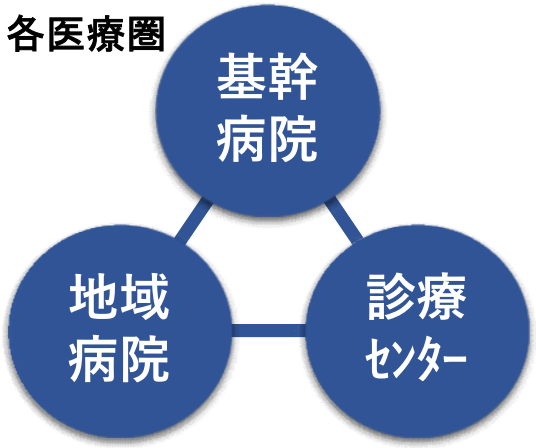
本　庁

課長会議：局長、次長、本庁室課長等が参加し、各病院の患者数や収支の状況の共有、取組事項の進捗管理等を行う。（毎週月曜日開催）

室課	主な所掌事務	経営改善に関する主な取組
経営管理課	予算・決算、経理、経営計画	経営（収支）状況の分析・管理
職員課	人事管理、組織定数、給与	職員配置、人件費の管理、職員の働き方
医事企画課	収益確保、医事統計、DX	患者数・収益の分析、診療報酬の適正算定、DX推進
業務支援課	一括購入、費用分析、医療相談	費用比較・分析、職種ごとの業務調査・改善
医師支援推進室	医師確保、医師の働き方	働き方

県立病院

各医療圏



管理会議等：院長、事務局長、総看護師長等、部門の長が参加する会議の場等で経営状況の共有や課題を協議

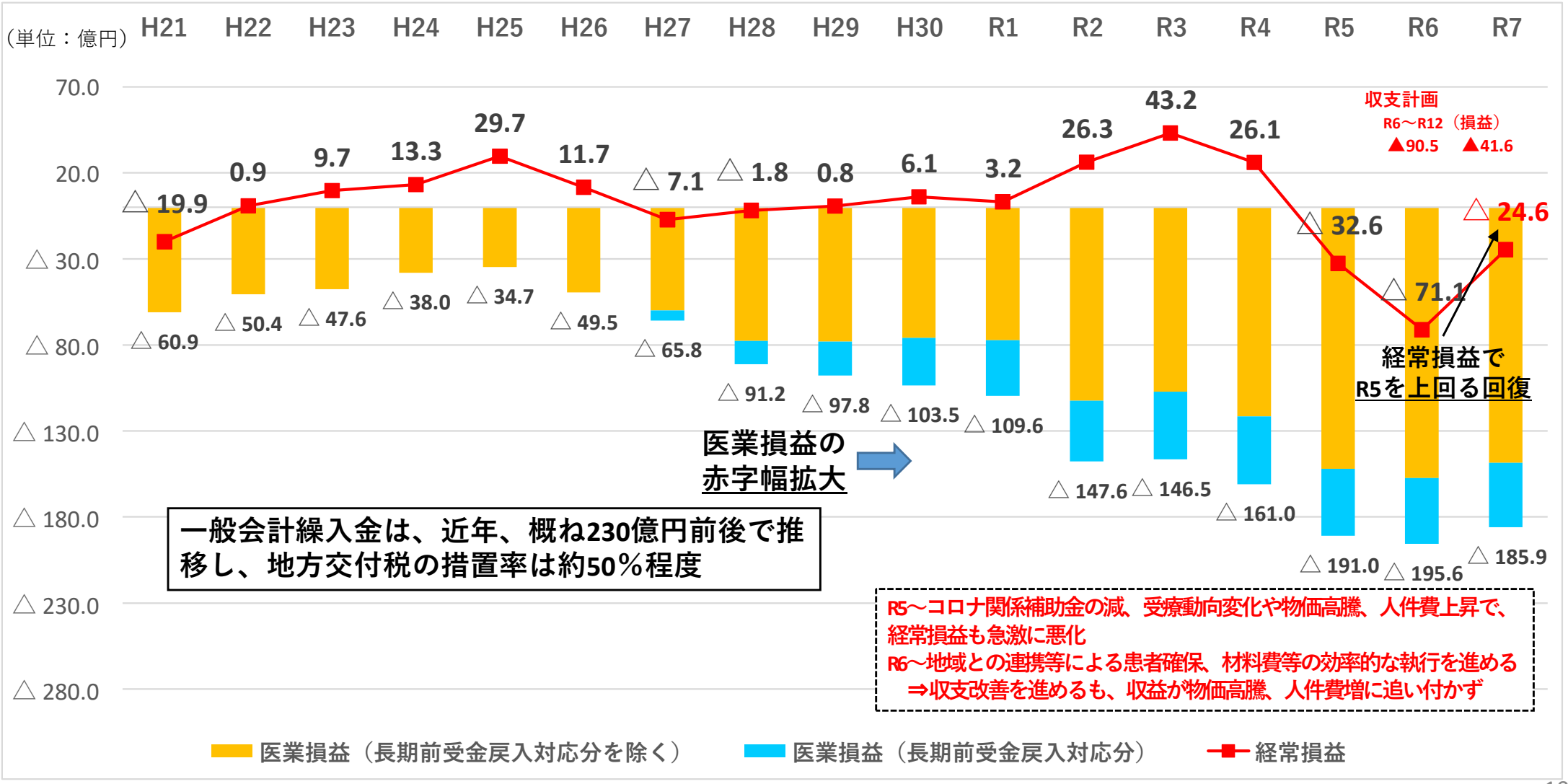
室課（事務局）	所掌事務
医事経営課	経営分析（主に収益）
地域医療福祉連携室	地域連携（紹介・逆紹介）
診療情報管理室	診療情報の管理分析
総務課	経営分析（主に費用）

病院運営協議会

目的：県立病院の現状と課題等について、市町村、医療・福祉関係団体等関係者へ説明し、意見交換
開催：二次医療圏ごとに年１回開催　　構成員：圏域内市町村長、医療、福祉等の団体の長、県議ほか、各圏域で選定

近年の経営状況の推移

○コロナ禍前は、**経常損益が概ね均衡**
○R2～4は、**コロナで医業損益が大幅に悪化も、経常損益ではコロナ関係補助金**により、**一時的に黒字を計上**
○R5以降、**コロナ関係補助金の減少**に加え、**受療動向変化**や**物価高騰、人件費上昇**で、**経常損益も急激悪化**
○**経営改善の取組を本格化**させるも、**R6は経常損益で▲71.1億円と過去最大の赤字**
○R7は**経営改善の取組の効果発現**や**国の賃上げ・物価上昇に対する支援**により、**▲24.6億まで改善**



一般会計繰入金の推移

○**一般会計繰入金**は、**地方財政計画で定める繰出基準**に沿って**あらかじめ算定した額**を繰り入れ
○コロナ交付金や重点支援地方交付金等の特定財源を用いたものを除いた一般会計繰入金は、**近年220億円～230億円で推移**
○一方、**地方交付税で措置される割合は下降傾向**で、**県財政上の負担が増加**

○一般会計繰入金

《根拠》地方公営企業法§17条の2

①性質上伴う収入をもって充てることが適当でない経費

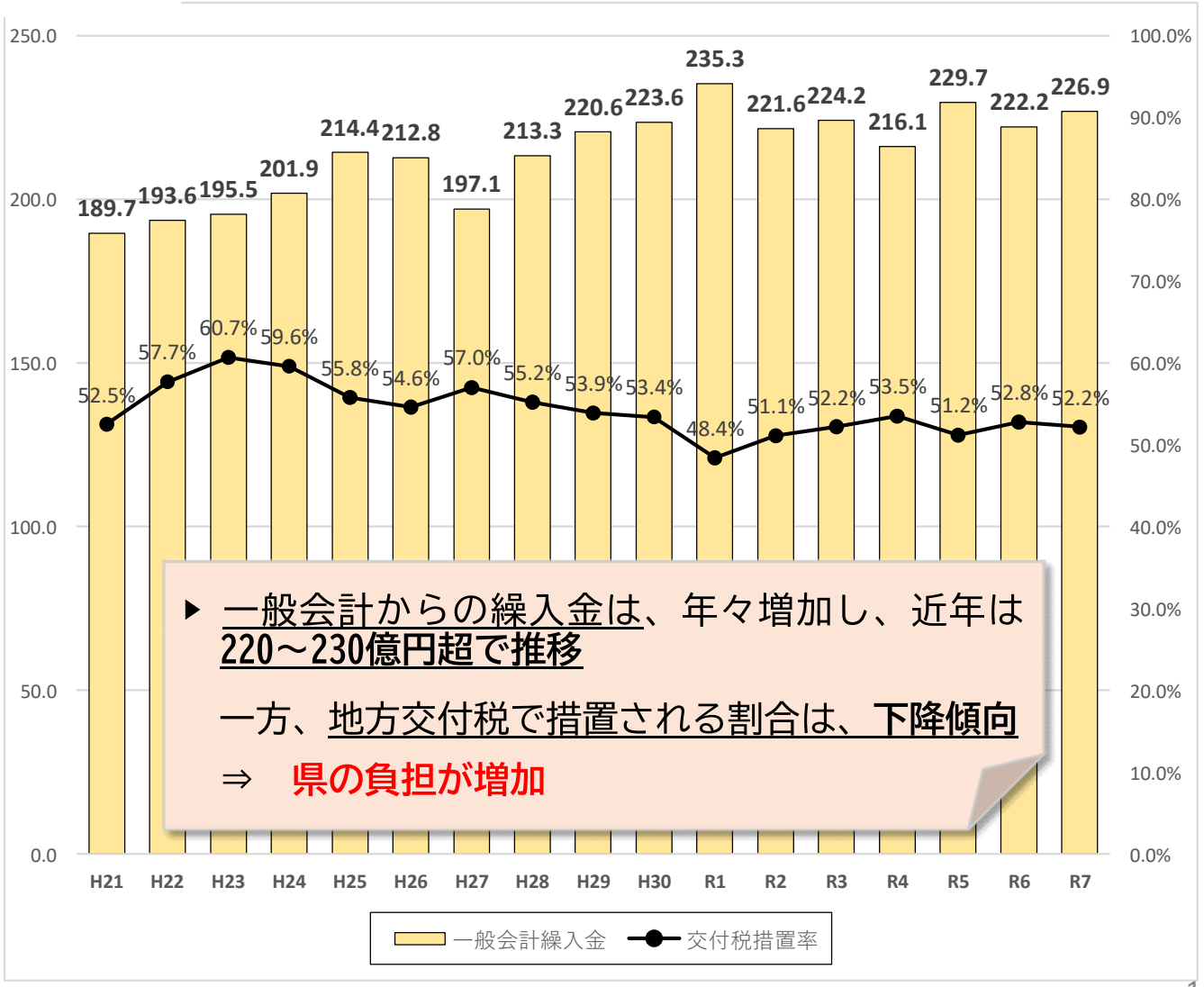
②能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費

③災害の復旧　等

《根拠》経費の例（総務省基準）

・民間医療機関の立地が困難な地域における医療提供（へき地医療）
・不採算・特殊部門（高度医療、救急・小児・周産期、精神、感染症、結核）
・広域的な医師派遣
・院内保育所設置
・高度医療機械、施設の整備費

（単位：億円））



令和７年度決算の概要

○R7決算は、**総収益1,207.1億円**に対し、**総費用1,231.7億円**で、**差引24.6億円の純損失**
○R6決算から、**医業損益**は**9.7億円**、**純損益**は**48.4億円の改善**
○病院別では、純損益・経常損益共に、**20病院中、５病院が黒字、15病院が赤字**（R6：２病院が黒字、18病院が赤字）

1　令和７年度患者数・損益

単位：患者数（人）、決算額（億円）

		令和７年度 A	令和６年度 B	増減 C＝A－B	増減率 C／B
患者数	入院患者数	1,113,923	1,092,813	21,110	1.9%
	外来患者数	1,619,229	1,658,902	△ 39,673	△ 2.4%
決算	収　益 a	1,207.1	1,150.1	57.0	5.0%
	うち入院収益	633.9	607.1	26.9	4.4%
	うち外来収益	291.2	296.6	△ 5.4	△ 1.8%
	うち医業外収益	223.2	187.0	36.2	19.4%
	うち特別利益 d	0.0	0.0	0.0	－
	費　用 b	1,231.7	1,223.1	8.5	0.7%
	うち医業費用	1,169.8	1,158.8	11.0	1.0%
	うち医業外費用	61.9	62.4	△ 0.6	△ 0.9%
	うち特別損失 e	0.0	1.9	△ 1.9	皆減
	経常損益(a-d)-(b-e)	△ 24.6	△ 71.1	46.5	65.4%
	純損益 c=a-b	△ 24.6	△ 73.0	48.4	66.3%

2　収益の状況

入院収益に加え、補助金等の医業外収益の増加により、R6と比較して**57億円（5.0%）の増加**

(1)　入院収益

救急や地域の医療機関との連携強化等による新入院患者の積極的な受入れや、ＩＣＵや地域包括ケア病床等、高度・専門的な治療等を行う病床の効率的な活用等による単価の増加により**26.9億円（4.4%）の増加**

(2)　外来収益

逆紹介の推進等による患者数の減少に伴い、**5.4億円（2.4%）の減少**

(3)　医業外収益

国の経済対策（医療・介護等支援パッケージ等）の増加等により**36.2億円（19.4%）の増加**

3　費用の状況

材料費・経費等が減少した一方、給与費の増加により、R6と比較して**8.5億円（0.7%）の増加**

(1)　医業費用

院外処方の推進や薬品・診療材料の使用節減等の取組により、材料費が**2.6億円**、エネルギーの消費量削減や委託業務の見直し等による経費の効率的な執行により、経費が**0.9億円それぞれ減少**したものの、給与改定等により、給与費が**14.3億円増加**し、医業費用全体で**11.0億円（1.0%）の増加**

令和７年度の入院患者数の状況

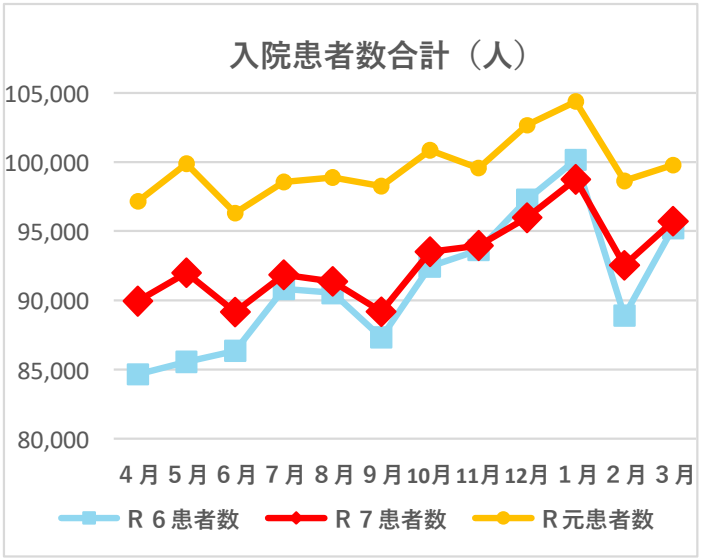
○地域の医療機関と連携した**新規入院患者の積極的な受入れ**や、地域包括ケア病床を活用した**レスパイト入院の実施**等により、**年間を通じて入院患者数が増加**
○**病床利用率は77.2%。R6の74.7%を2.5ポイント上回る状況**
○コロナ５類移行後の**病棟休止（６病棟）**により、病床利用率は収支均衡していたR1の75.3%を1.9ポイント上回る状況

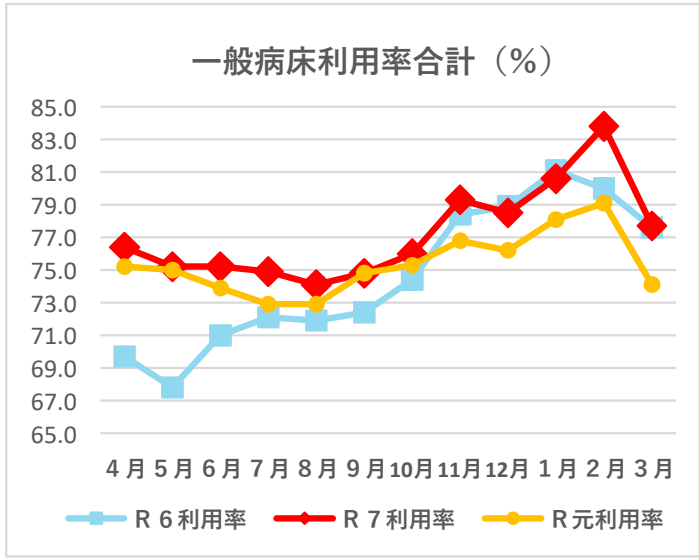
入院患者数の状況

（単位：人）

	病院名	R元 年間患者数 ①	R６ 年間患者数 ⑤	R7 年間患者数 ⑦	R7 対R１同期比 (⑦-①)	R7 対R６同期比 (⑦-③)	
基幹病院	中央	210,492	184,885	195,992	△ 14,500	**11,107**	中央
	大船渡	94,858	82,105	83,820	△ 11,038	**1,715**	大船
	釜石	64,764	47,246	50,029	△ 14,735	**2,783**	釜石
	宮古	80,856	71,302	73,194	△ 7,662	**1,892**	宮古
	胆沢	101,524	97,781	101,352	△ 172	**3,571**	胆沢
	磐井	89,657	87,939	92,368	2,711	**4,429**	磐井
	久慈	71,049	66,762	69,841	△ 1,208	**3,079**	久慈
	中部	120,956	127,176	126,654	5,698	**△ 522**	中部
	二戸	58,881	60,076	59,265	384	**△ 811**	二戸
小計		893,037	825,272	852,515	△ 40,522	**27,243**	基幹
地域病院	遠野	29,311	26,904	23,620	△ 5,691	**△ 3,284**	遠野
	高田	10,112	12,266	11,495	1,383	**△ 771**	高田
	江刺	24,946	16,740	17,175	△ 7,771	**435**	江刺
	千厩	36,468	29,068	28,673	△ 7,795	**△ 395**	千厩
	一戸	57,293	52,654	52,304	△ 4,989	**△ 350**	一戸
	大槌	10,360	7,968	8,802	△ 1,558	**834**	大槌
	山田	8,044	8,959	10,195	2,151	**1,236**	山田
	軽米	24,906	26,364	26,520	1,614	**156**	軽米
	大東	5,213	5,512	5,445	232	**△ 67**	大東
	東和	19,163	19,120	19,348	185	**228**	東和
	南光	76,049	61,986	57,831	△ 18,218	**△ 4,155**	南光
小計		301,865	267,541	261,408	△ 40,457	**△ 6,133**	地域
合計		1,194,902	1,092,813	1,113,923	△ 80,979	**21,110**	合計

入院患者数・病床利用率の推移（月別）





病床利用率・経常損益の推移

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
病床利用率（%）	75.3	69.0	69.0	68.5	68.7	74.6	77.2
経常損益（億円）	3.2	26.3	43.2	26.1	▲32.6	▲71.1	▲24.6

令和７年度決算の分析

○**病床利用率はコロナ禍前の水準を上回っている**が、**R7決算**は**△24.6億円と巨額の赤字**を計上
（コロナ禍前の令和元年度は、**病床利用率75.3%で収支均衡**）
○**施設基準の新規取得**等により**診療単価を向上**させ、**医業収益**は、**コロナ禍前と比較し58億円増加**させているものの、
給与費、材料費、経費等の医業費用が134億円増加

□**対令和元年度収支比較**　　**５８億円**　　（単位：百万円）

科目	令和元年度	令和７年度	増減
医業収益	92,558	98,391	5,833
医業外収益	17,036	22,319	5,283
収益合計 （うち一般会計負担金）	109,594 (15,564)	120,710 (18,523)	11,116 2,959
医業費用	103,521	116,981	13,460
医業外費用	5,753	6,185	432
費用合計	109,274	123,166	13,892
経常損益	320	△ 2,456	△ 2,776
医業損益	△ 10,963	△ 18,590	△ 7,627

１３４億円

（費用増加１３４億円の内訳）

給与費 ＋７９.３億円
・給与改定による月例給、特別給の引上げ
・働き方改革に係る職員増

材料費 ＋２１.０億円
・物価高騰による薬品、診療材料の値上り
・高額薬剤（抗がん剤等）の使用増

経費　＋２３.２億円
・最低賃金の上昇による委託料増
・電気料、燃料費等の値上げ

➢ **診療報酬改定等により医業収益は増加。一方、費用増加がこれを大きく上回る状況で、結果、収支均衡していた令和元年度との比較では、医業損益が大幅に悪化**

患者数、病床利用率（一般）の状況　　（人、%）

	R１	R２	R３	R４	R５	R６	R７
入院患者数	1,194,902	1,089,600	1,089,223	1,071,448	1,063,124	1,092,813	1,113,923
対前年度比	－	△ 105,302	△ 377	△ 17,775	△ 8,324	29,689	21,110
病床利用率	75.3	69.0	69.0	68.5	68.7	74.6	77.2

令和８年度の収支見込み

○診療報酬改定で、医業収益の多くを占める**入院収益の単価**は、**昨年度から3,000円程度上昇**し、**60,000円程度見込む**
○R8当初予算で見込んだ入院患者増（2.4万人増）を加味した単純な試算では、**入院収益は49億円程度の増収**
○医業費用は経営努力で前年度比16.1億増にとどめるも、なお**25億円程度の赤字を見込まざるを得ない**
○近年、大幅な給与改定が続いており、**Ｒ８も給与費の増加**を想定
○**不採算医療を行う公立病院の収支は引き続き厳しく、必要な支援と地財措置の強化**が不可欠

	Ｒ７決算【ア】	R8試算【イ】	差引【イ－ア】	摘要（R8試算の考え方）
入院患者数（人）	1,113,923	1,137,917	23,994	R7から＋2.4万人増　※ R8当初予算を元にした患者数見込み
			（単位：億）	
1　医業収益　a	983.9	1,038.7	54.8	
うち入院収益	633.9	683.2	49.3	改定により診療単価が＋3,132円で入院単価が60,043円に上昇（56,911円（R7決算単価)+3,132円（改定＋影響）） ×113万人（患者数）
うち外来収益	291.1	294.9	3.7	
2　医業外収益	223.2	184.8	▲ 38.4	Ｒ７国補正予算による支援減（対策パッケージ▲17億、県独自支援▲20億）
収益合計 A	1,207.1	1,223.5	16.4	救急、小児、周産期繰入金の１床当たり単価が9％程度引上げ（Ｒ８地方財政対策）
1　医業費用　b	1,211.3	1,225.8	14.4	
うち給与費	654.0	655.0	1.0	試算に当たり、未確定の給与改定は考慮していない
うち材料費	291.7	299.1	7.5	薬品、診療材料等の廉価購入を進め、前年度同等程度に圧縮
うち経費	180.3	186.5	6.2	エネルギー消費量の削減等により、前年度同等程度に圧縮
2　医業外費用	20.4	21.0	0.7	
費用合計 B	1,231.7	1,247.8	16.1	
医業損益 b-a	▲ 227.4	▲ 187.1	40.3	診療単価・患者増により、医業損益は大幅に改善
差引損益 B-A	▲ 24.6	▲ 24.3	0.2	医業収益を54.8億円改善してもなお、24.3億円の赤字

経営改善の取組（収益確保）

○危機的な経営状況を踏まえ、**経営改善に向けて急務となる事項**をピックアップし、**病院と本庁が一丸となって早急に取組を実施**

取組項目		概　要
1	**新入院患者の確保**	
	①地域の医療機関等との連携	・地域の医療機関、介護施設等の**訪問** ・**顔の見える関係**を構築し、スムーズな**紹介患者の受入れ**につなげる
	②症状が安定した患者の逆紹介の推進	・単価が低い患者を**地域の医療機関に逆紹介** ・新患の**診療時間**や**病棟業務時間を確保**
	③救急患者の積極的な受入れ	・消防との**症例検討会**の実施 ・不応需事例の検討と改善
	④地ケア病床（棟）の活用	・**レスパイト入院**等の積極的な受入れ
2	**診療単価の向上**	
	①新規、上位施設基準の積極的な取得	・報酬改定に対応した**局内プロジェクトチーム**の設置 ・取得可能な**施設基準を病院に提案** ・**地域医療体制確保加算、外科医療確保特別加算**についても取得
	②特定入院料病床の稼働率、算定率向上	・**ＩＣＵ、ＨＣＵ、ＥＲ**等の積極的な活用、算定率向上
	③ＡＩ、ＲＰＡ等の活用	・**ＡＩ、ＲＰＡ**を活用した**算定漏れチェック**等
3	**患者のＱＯＬ向上を意識した丁寧な指導**	
	①各種指導、リハの積極的提供	・算定に係る具体的な**目標設定**と達成に向けた業務改善 ・**パスへの指導の組込み**

経営改善の取組（費用適正化）

○持続可能な医療提供のために**費用の適正化**、**特に給与費対医業収益比率の改善**に全力をあげて取り組む

取組項目		概　要
1	**職員数・給与費削減**	
	①看護部門	・病棟削減による整理、病院の機能分化による**人員整理** ・コロナ５類移行後、**６病棟を休止**し、更なる休止を検討
	②事務管理部門	・正規職員及び会計年度任用職員の**人員整理**（本庁、病院） ・ＡＩによる**退院サマリ作成**等に伴う医療クラークの整理
2	**材料費の削減**	
	①院外調剤の徹底	・**院外調剤を再度徹底**し、薬品費を削減
	②後発医薬品の使用徹底	
	③材料統一による価格交渉等	・使用材料を統一し、**ボリュームディスカウント**を図る
	④診療材料の廃棄ロス削減	・有効期限等を定期的に確認し、**適正在庫数量**に見直し
3	**委託、保守等の削減**	
	①委託事業の見直し	・**清掃や食器洗浄等でロボット等を活用**し、委託範囲の削減 ・委託業務の**仕様を見直し**、委託料を削減 ・**逆ざや**となっている検査委託の見直し
	②電気料金、使用料の見直し	・入札による**電気料金**の削減、ＬＥＤ化工事による**使用料の削減**
4	**その他**	
	①赤字パスの見直し	・**ＤＰＣ分析に基づくパスの見直し**

具体的な取組①

○**コロナ禍**で高度・専門医療の提供体制を確保するために行った「**入院制限**」の**イメージが払拭されておらず、連携医療機関から中央病院への紹介**や**救急搬送**のハードルが上がっている状況
⇒**連携医療機関への訪問、消防との症例検討会**の再開、**救急搬送不応需事例の要因分析**等

経営改善ニュース　No.24

発行日　令和７年11月28日
発行部署　経営改善推進委員会

【今回の取組み紹介】取組担当者：診療部・経営改善PJ

【取組】復活！開業医訪問～秋田市編～

前号に引き続き、乳腺･内分泌外科の開業医訪問～秋田市編～の様子をお届けします！
どんな先生とどんなお話ができたのでしょうか？どうぞご覧ください！



訪問で使う診療科紹介のリーフレット



医師の写真やコメントを入れ、顔の見える関係を構築!!

具体的な取組②

○職員の**働き方改革**を進めつつ、**労働生産性を向上**させる必要
⇒単価向上の取組　ER等の特定入院料算定病床の稼働率の向上（特定入院料における増収＋1.1億円）
⇒**AI・RPA、IoT等の積極的な活用**　RPAによる診療報酬の算定漏れチェック

取組事項

○特定入院料を算定する病床運用の**「見える化」**

・**重症管理が必要な患者**は①ER → ②ICU → ③HCU の順に点数の高い順に優先に活用
・特に**ER・ICU**は**常に**算定対象患者で**満床運用**を目指す
・一般病棟の患者でも治療が難しい場合はHCUを活用

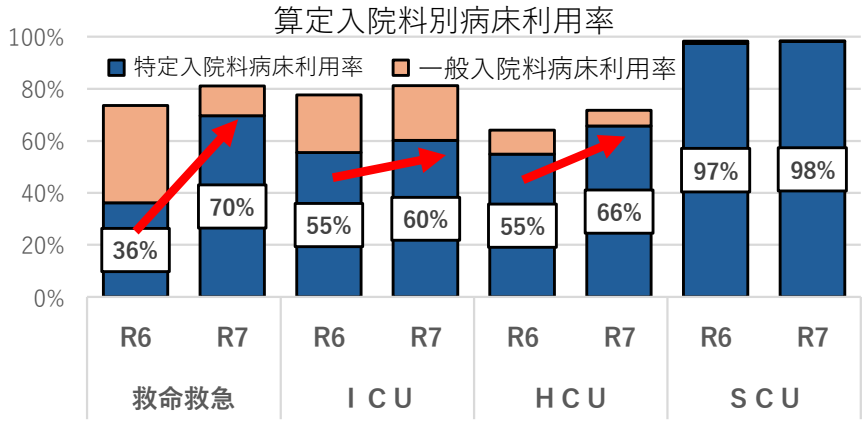
入院料の額・算定期間早見表

入院日数		救命救急	ＩＣＵ	ＨＣＵ	ＳＣＵ
点数（包括）	１～３日	94,140円	70,360円	50,350円	41,910円
	４～７日	84,380円			
	８～14日	70,800円	54,530円		
	15～21日			52,930円	
算定対象 ※医師が必要と認めた場合に算定		大手術を必要とする場合	大手術後		脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 ※発症後14日以内
		意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全（心筋梗塞含む）、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病）、広範囲熱傷、救急蘇生後、その他外傷、破傷風等で重傷な状態			

○診療部門を含め、職員が早見表を共有の上、重症管理が必要な患者に対し**ER・ICU・HCUを積極的に活用**
○**病棟入棟時**に**患者の重症度を確認**し、算定要件を満たしている場合は確実に入院料を算定

結果

○特定入院料における増収　**＋111,887千円**



○**特定入院料に関する情報の共有・周知**を通じて、病棟看護師長の理解が深まり、**部署間の連携と情報共有が円滑化**

その他にも

○**RPAによる算定漏れチェック**
（副傷病名）
（公営企業先進・優良事例集参照）
○**お掃除ロボットの導入**



（愛称：ちまき）

具体的な取組③

○**職員の意識改革**
　「**経営改善なくして果たせる使命はない**」「**経営改善は、自分たちがやりたい、やってあげたい医療のため**」
○**経営改善ニュースを発行**して、**経営改善プロジェクトの進捗状況**等について**職員に共有**
○**改善が必要な事項**については、**客観的に数字で伝える**よう見せ方を工夫

経営改善ニュース（第１号）R６.８.７

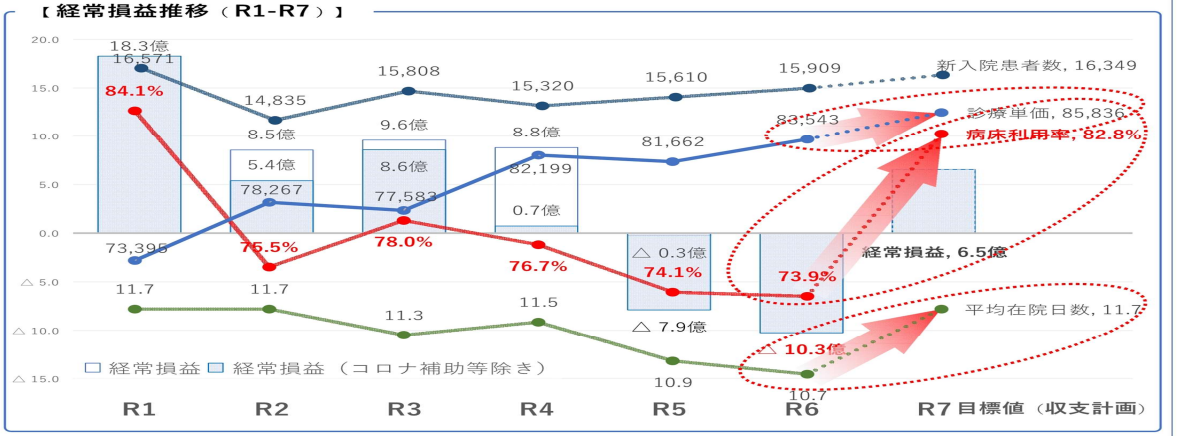


R８.4末現在36号まで発行

Ｖ字回復を目指して力を合わせよう

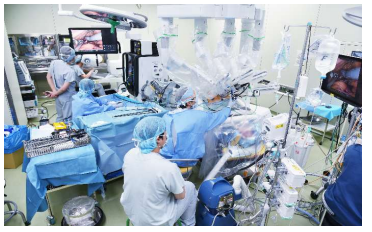
○**令和６年度決算が公表**され**当院**は**約10億円の赤字**という厳しい結果となりました。
（県立病院全体では約71億円の赤字）
○当院の収支は**令和元年度と比較**すると、**約28億円悪化**しています。
○今年度は収支を**V字回復**させ、**6.5億円の黒字を達成**すべく、次の３点を軸に**収支改善**に取り組んでいきます。

病床利用率の向上　**新規入院患者の獲得**　**診療単価のアップ**



中央病院の役割を果たすための投資

○経営改善を進めつつ、**高度・専門医療の提供**といった**病院の役割**を果たすための**投資も着実に実施**
○Ｒ８.１から**ダ・ヴィンチを本格稼働**
○将来的な**内視鏡手術用支援機器加算**の取得に向けた取組を加速

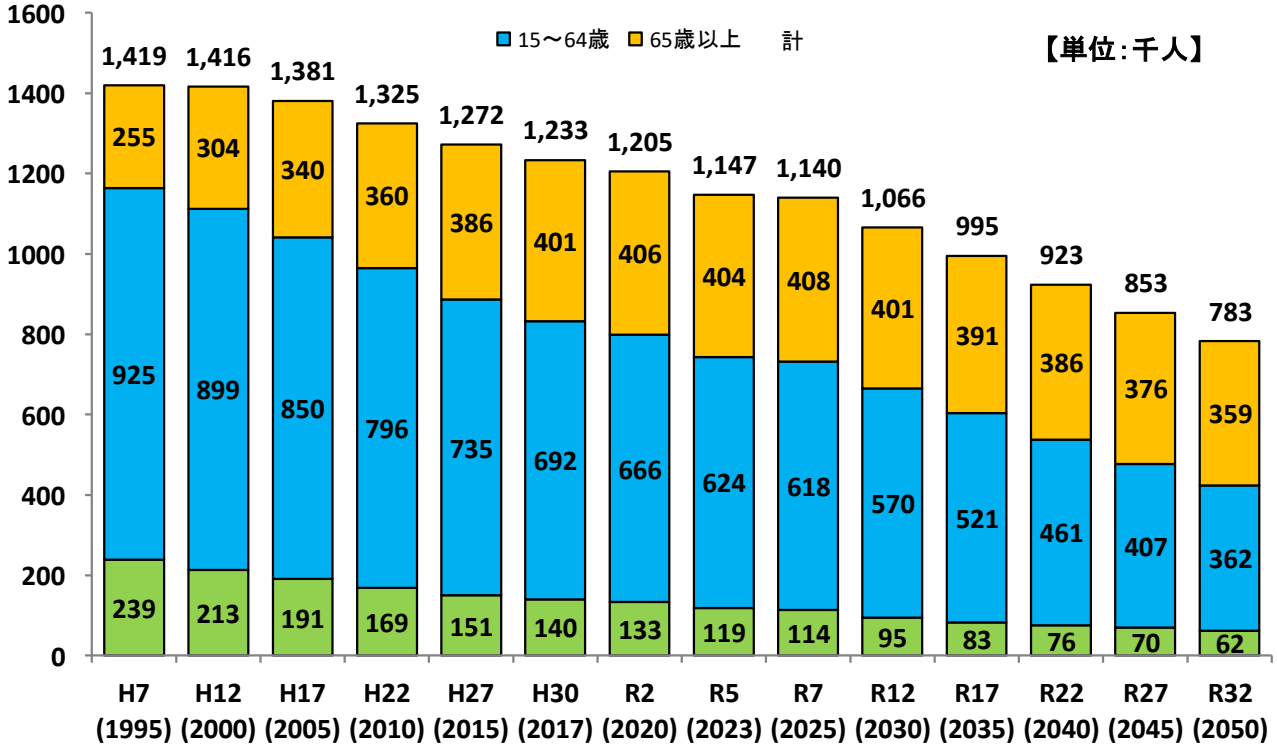

手術支援ロボット

2 岩手県立病院が直面する課題

県立病院を取り巻く環境（医療需要と医療人材確保）

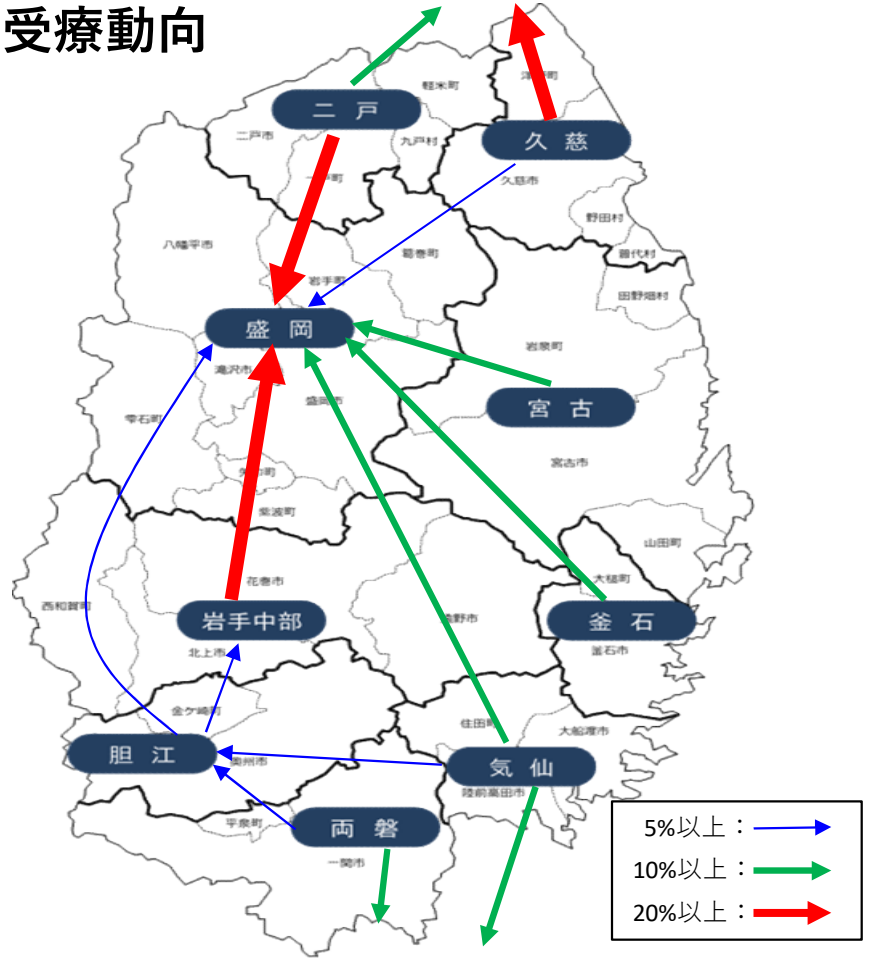
○国立社会保障・人口問題研究所の推計（令和５年）では、当面の間、**受療率の高い高齢者人口**が**概ね横ばい**にとどまる一方、**生産年齢人口が急激に減少**することが見込まれる
○地域別にみると、**沿岸県北部で年少・生産年齢人口の減少が著しく、さらに高齢者人口も減少**しているため、**医療需要が全体として縮小局面**に入っている
○**中部・二戸**では、**２割以上**の患者が**盛岡で受療。久慈**では**２割以上**が**県外**（八戸）**で受療。復興道路等の整備**により、患者の移動、搬送はより**広域化**

県内人口推計



資料：岩手県　人口移動報告年報／国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」（令和５（2023）年推計）

受療動向



資料：令和元年度入院受療動向調査　岩手県健康国保課調べ
※　国民健康保険+後期高齢者医療制度+全国健康保険協会（協会けんぽ）全レセプトの取り込みデータ

岩手県立病院等の経営計画（2025-2030）の基本方向

医療の**高度・専門化**や、**人口減少等による医療需要の変化**に**的確に対応**し、**地域医療を確保**しながら、**持続可能な医療提供体制を構築**するため、**県立病院間の機能分化と連携強化を一層推進**

≪医療の高度・専門化≫
- 患者を中心に各領域の専門医による**チーム医療**が進展
- 限られた**医療資源の分散**は、県全体として**医療の質の低下**を招きかねない状況

≪人口減少等による医療需要の変化≫
- **人口減少、高速交通網の整備等**による**医療需要の変化**

≪医療従事者の不足≫
- 医師の**絶対数の不足**と**地域・診療科偏在**
- 薬剤師、看護師等の**医療従事者の不足**

≪医師の働き方改革≫
- Ｒ６～**医師の時間外労働規制**の開始

①県民に、**県内**で**高度・専門医療**を**安定的に提供**できる体制を確保

- **整備された高速交通網をフル活用**
- **医療機能を一定程度集約し、症例数・手術数を集める【ハイボリューム化】**
- **専門人材確保、高度医療器械の重点整備**

②民間病院が立地しにくい地域では、**県立病院**が、**身近な医療**を**継続的に提供**

- **中核病院での高度手術の後は、地域の病院に治療の場を移し、患者の居住地により近い場で医療を受けられるよう、連携を強化**
- **初期救急、回復期、リハビリ機能の強化等**

県立病院を取り巻く環境（保健医療計画）

○**岩手県保健医療計画**（2024-2029）では、**医療の高度・専門化**や**デジタル化の推進、道路環境の整備、患者の受療動向**等を踏まえ、県民に提供する**高度・専門的な医療のさらなる質の向上、持続的な医療提供体制を確保**するため、**疾病・事業別医療圏**を設定
○既存の**周産期、精神科救急**のほか、**がん、脳卒中、心血管疾患**について、**新たに疾病・事業別医療圏**を設定

がん（５圏域）

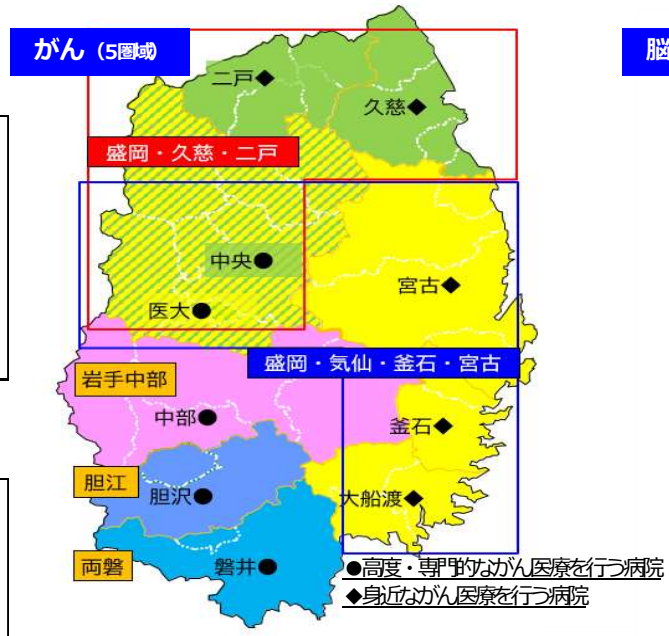
○ **がん拠点病院とがん診療病院のグループ化**などを踏まえ設定
○ 以下の役割分担
- **身近ながん医療（地域密着） ※二次保健医療圏単位（診療病院など）**
  ⇒検診や手術又は薬物療法による標準的治療、緩和ケア、在宅療養支援 など
- **高度・専門的ながん医療（広域化） ※疾病・事業別医療圏単位（拠点病院）**
  ⇒高機能の医療器械（ロボット、高精度なリニアック等）等を活用した集学的治療の実施 など

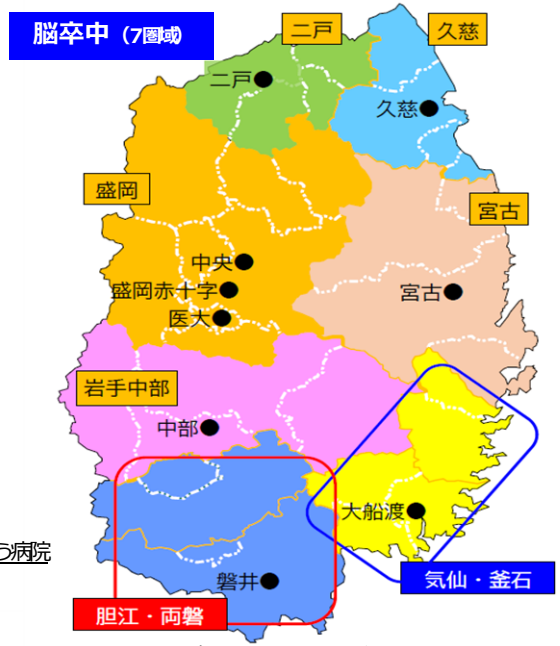
脳卒中（７圏域）

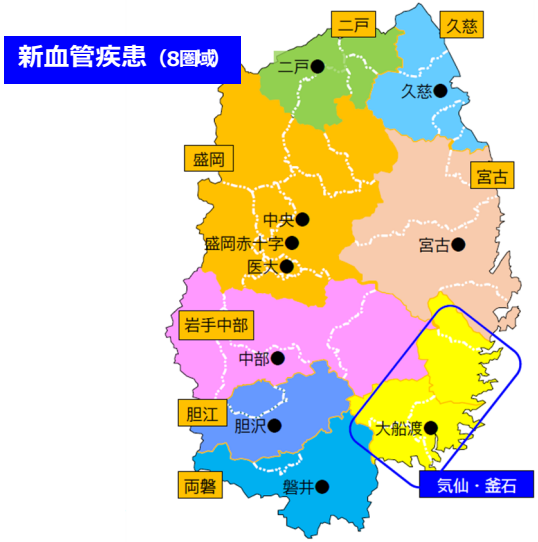
○ **既に実施されている気仙・釜石圏域の医療連携体制や、今後実施を予定している胆江・両磐圏域の医療連携体制の変更**を踏まえ設定
○ 以下の役割分担
- **身近な脳卒中医療（地域密着） ※二次保健医療圏単位**
  ⇒軽度の脳梗塞への初期治療としての薬物治療、回復期リハビリ など
- **高度・専門的な脳卒中医療（広域化） ※疾病・事業別医療圏単位**
  ⇒脳梗塞に有効なT-PA療法や緊急の外科的治療　など

心血管疾患（８圏域）

○ **既に実施されている気仙・釜石圏域の医療連携体制**を踏まえ設定
○ 以下の役割分担
- **身近な心血管疾患医療（地域密着） ※二次保健医療圏単位**
  ⇒軽度の心疾患への初期治療としての薬物治療、回復期リハビリ など
- **高度・専門的な心血管疾患医療（広域化） ※疾病・事業別医療圏単位**
  ⇒狭窄した心臓の冠動脈を拡張するPCI治療、大動脈解離への緊急外科的治療 など







≪各病院の機能分化・連携強化について≫

○**基幹病院**、**地域病院**について、**対象となる地域の人口の状況**等を踏まえ、**必要となる機能**を整理
○**疾病・事業別医療圏**を踏まえ、**整備された高速交通網をフル活用**して、**県内で高度・専門医療を安定的に提供できる体制**を確保しつつ、民間医療機関が立地しにくい地域等の初期救急や回復期医療等、**身近な医療を継続して提供する体制の両立**を図る

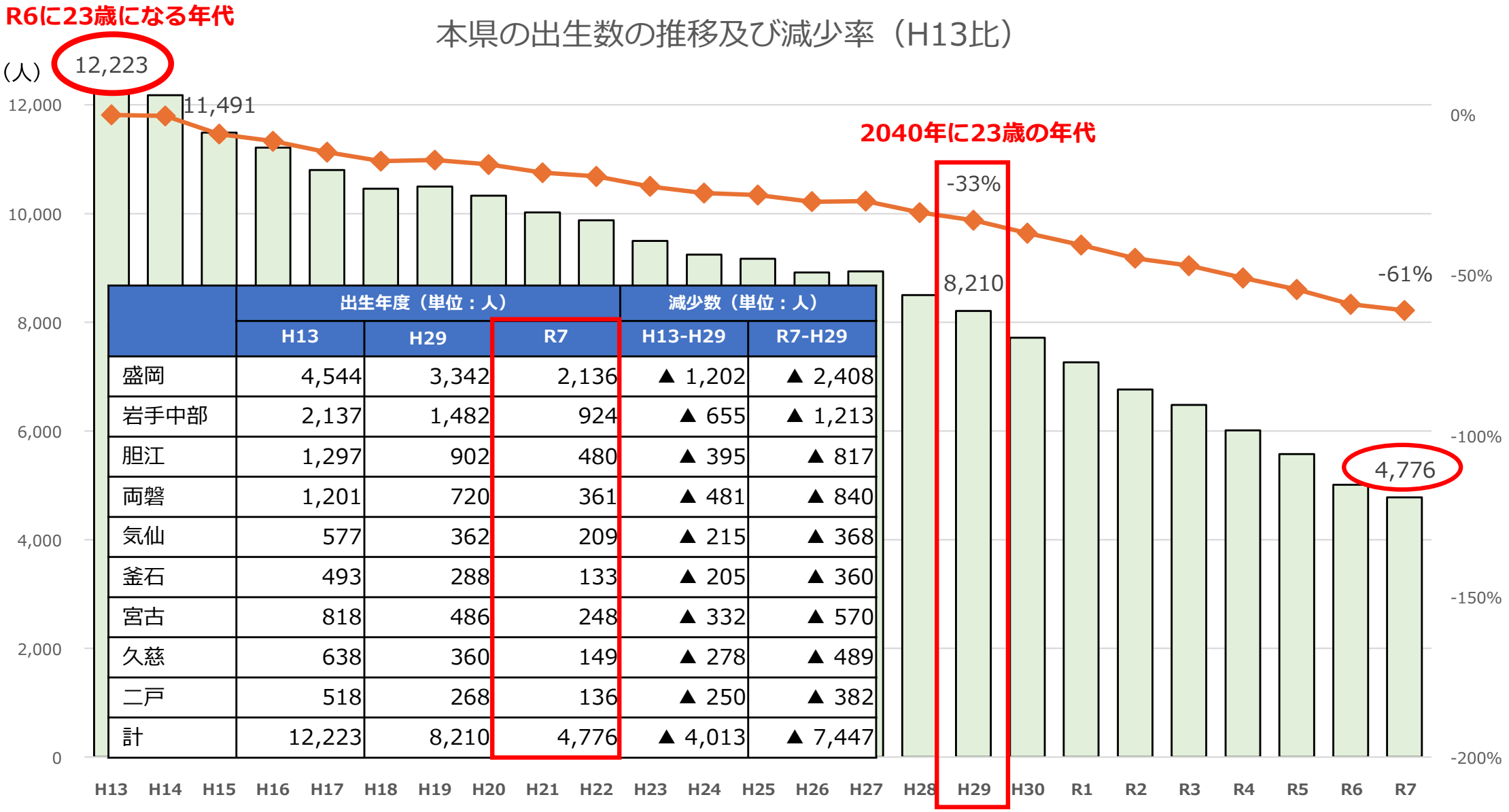
	区分	対象人口	機能分化・連携強化の方向性	病院等
基幹病院（高度・専門医療）	センター	120万人	県全域のセンター機能	中央
	機能集約・強化	10万人以上	現在の医師の体制等の強み・特徴を生かし、ハイボリュームセンターとしての機能と役割を果たしていくため、がん医療等における高度・専門機能を集約・強化	中部、 胆沢、 磐井、 大船渡
	ケアミックス・連携強化	4～5万人	カバーエリアの広さや、地域の医療資源の状況から必要となる幅広い機能（ケアミックス：高度・専門医療～身近な医療）を他の基幹病院と連携して対応	釜石、宮古、 久慈、 二戸
地域病院（地域医療）	準広域	3～4万人	地理・人口に応じた基幹病院と地域病院の中間機能	遠野、千厩
	地域密着	1～2万人	地域包括ケア病床により入院に対応しながら、かかりつけ、在宅医療等の身近な医療を提供	東和、江刺、大東、高田、大槌、山田、一戸、軽米、
精神科病院			精神医療	南光、一戸、大船渡
地域診療センター			地域のプライマリケア機能	沼宮内、紫波、大迫、花泉、住田、九戸

※センター、機能集約・強化型の病院に、高度・専門的な手術機能等を集約し、症例数の確保を進めながら、状況を分析し、基幹病院の統合整備等、更なる施設整備の検討を進める。

生産年齢人口の減少

R8.9.9令和８年度第１回
岩手県医療審議会資料

○2040年に新卒者の23歳を迎える年代は8,210人であり、Ｒ６の同年代（H13生まれ：12,223人）**と比較して約３割減少**

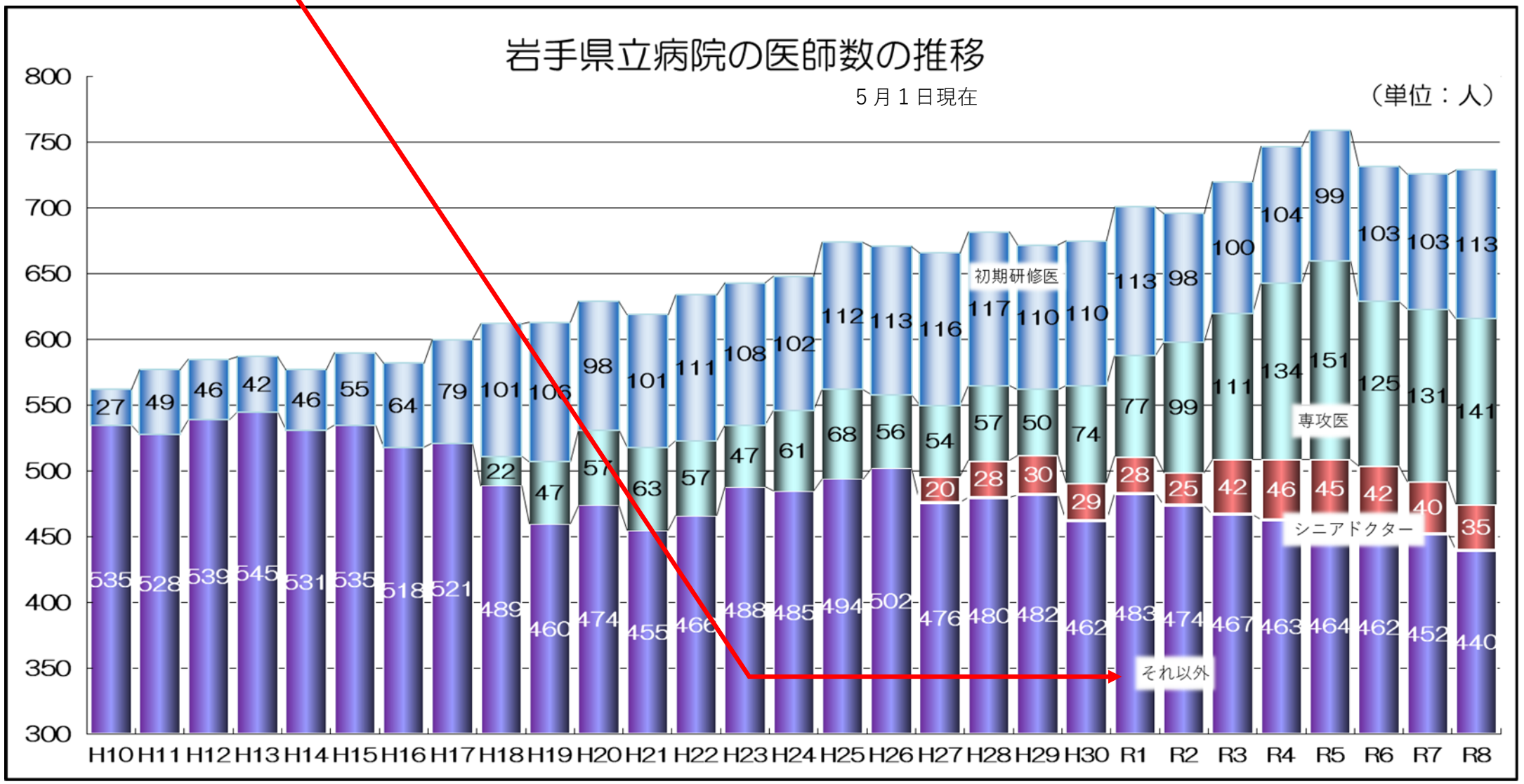


	出生年度（単位：人）			減少数（単位：人）	
	H13	H29	R7	H13-H29	R7-H29
盛岡	4,544	3,342	2,136	▲ 1,202	▲ 2,408
岩手中部	2,137	1,482	924	▲ 655	▲ 1,213
胆江	1,297	902	480	▲ 395	▲ 817
両磐	1,201	720	361	▲ 481	▲ 840
気仙	577	362	209	▲ 215	▲ 368
釜石	493	288	133	▲ 205	▲ 360
宮古	818	486	248	▲ 332	▲ 570
久慈	638	360	149	▲ 278	▲ 489
二戸	518	268	136	▲ 250	▲ 382
計	12,223	8,210	4,776	▲ 4,013	▲ 7,447

※出典：岩手県人口移動報告年報

医師の確保

○県立病院では**平成10年代に医師不足が深刻化**し、**６病院の無床化**等を実施
○その後、**医師の奨学金養成の取組拡大**等や、**東日本大震災津波による被災地支援**等で**医師数は一定程度回復**
○コロナ禍のもと、**令和５年度にピーク**を迎えたが、その後、**医師数が伸び悩み**
○特に**40代～50代の中堅医師層が増加しておらず、近年、減少傾向に戻りつつある**



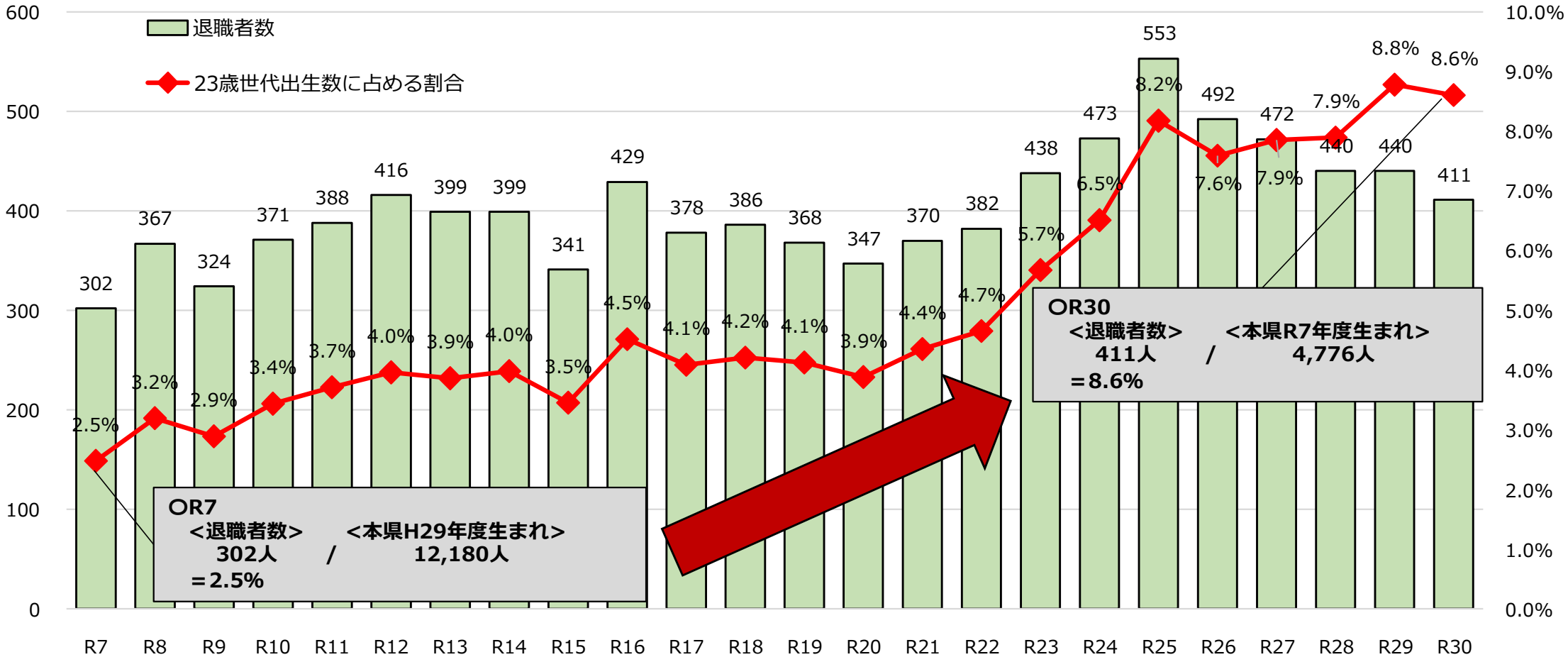
看護師の確保（県全体の状況）

R8.9.9令和８年度第１回
岩手県医療審議会資料

○現在の看護師の年齢構成から、65歳で退職すると仮定した場合、退職者数は令和22年度以降、400人を超える水準で推移する見込み

○一方で、**本県の出生数は大幅に減少**しており、**退職者**をその年度に23歳になる本県生まれ世代（**新卒者**）**で補うと仮定**した場合、**新卒者に占める看護師の割合を大幅に引き上げる必要**

→　**現状**は**同じ世代のうち2.5%（40人に1人）の割合**が、令和30年度には、**概ね10人に１人が看護師にならないと現状の体制が維持できない**

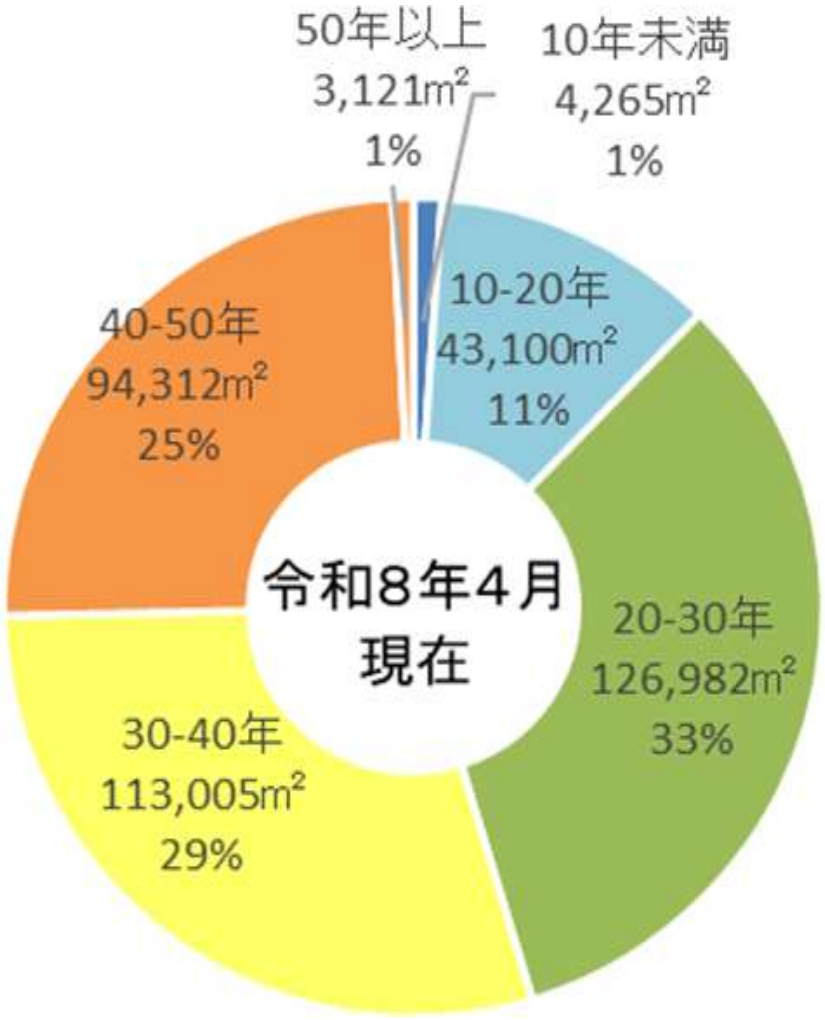


※厚生労働省「R6衛生行政報告例」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」

施設の老朽化

○県立病院の施設は、**経過年数が30年以上のものが54%**であり、今後、**2040年までの間に、多くの施設が更新が必要**なタイミングを迎える
○電気、空調、給排水等は**定期的な維持修繕**が必要であり、**建設業の人手不足**とともに、**入札不調等の件数が増加**
○現下の経営状況では、**可能な限り先送りして対応**しているが、**限界がある状況**

県立病院の経過年数別延床面積



建替えを進めている釜石病院



（昭和52年整備）

≪想定する主な機能等≫

○二次救急医療機関として、**交通外傷等への対応や救急患者の初期治療**等を実施

○**周産期、脳卒中、心血管疾患**等における**高度・専門医療**は、**大船渡病院と連携して対応**

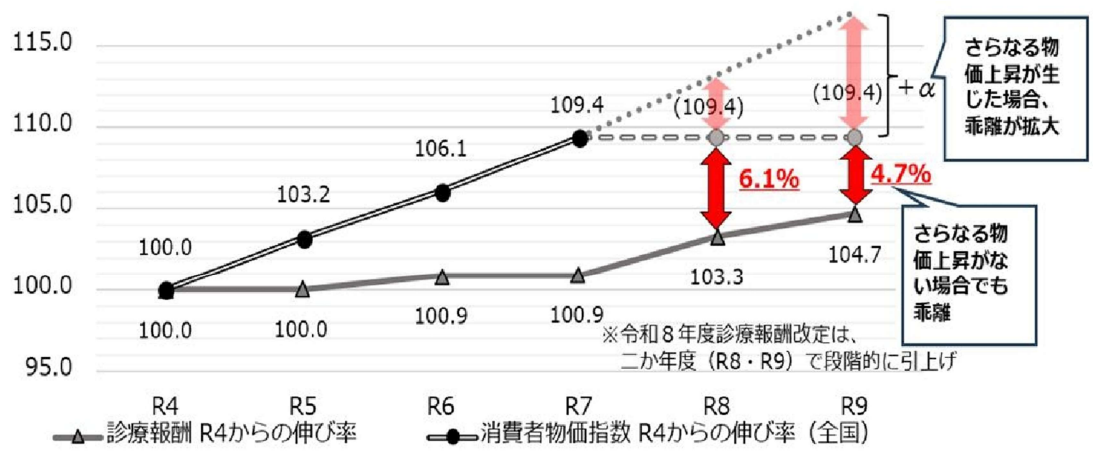
○**がん**は、**検診や手術、薬物療法による標準的な治療**や、**緩和ケア、在宅療養支援**等を中心に対応。

○リニアック等の**高度医療器械**は、**大船渡病院に集約**

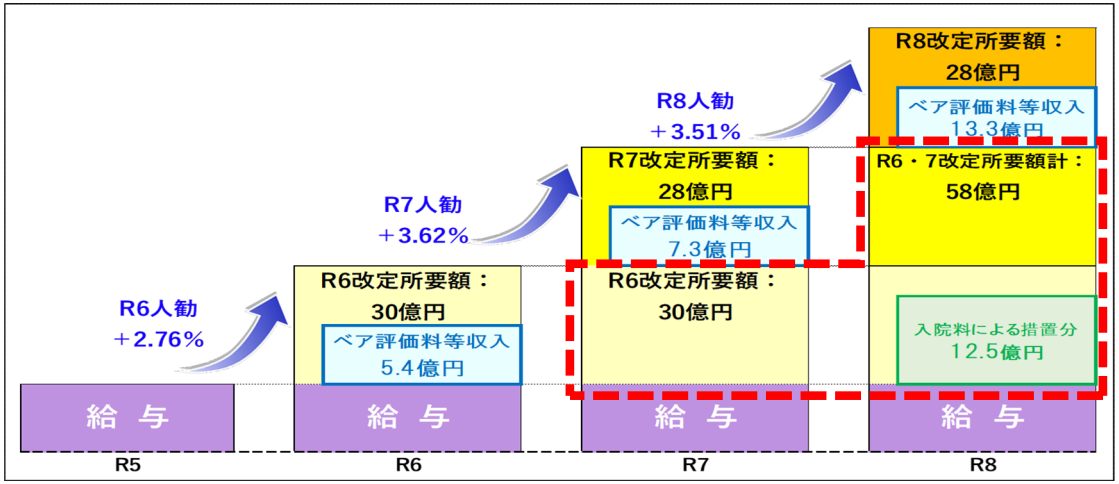
賃上げ・物価高騰による経営逼迫

○**賃上げ、物価高騰**等により、**給与費、材料費、委託料等の増加**は今後も継続する見込みで、Ｒ８診療報酬改定により**一定の手当がなされたものの、依然として厳しい状況**
○特に薬品費は、**抗がん剤や難病治療薬の使用料・費用**は増加する一方、**診療報酬では薬品購入費のみが手当**され、手術等の治療に比べ、**粗利が確保できなくなっている**状況
○**人口減少等による患者数の減**も、不採算地区医療や政策医療の**収支悪化に拍車**をかけている

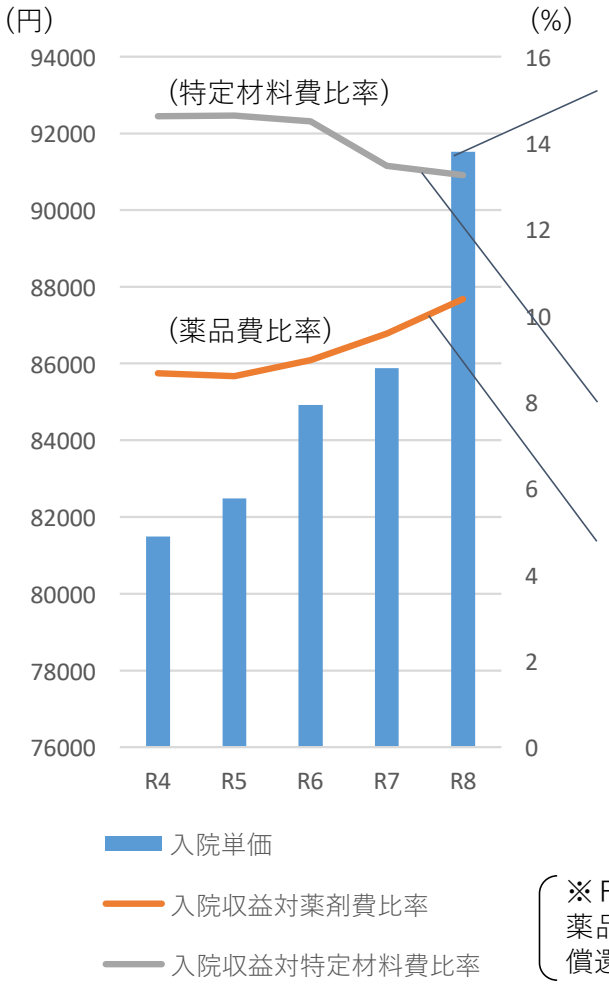
R4を100としたときの診療報酬と消費者物価指数の伸び率



賃上げの状況とベア評価料のギャップ



中央病院入院単価・材料費比率の条項



単価はＲ7は経営改善、Ｒ8は診療報酬改定でＵＰ（特にＲ8は5,000円以上ＵＰ）

単価上昇により入院収益対特定材料費比率は低下

一方、**単価がＵＰしているにもかかわらず、入院収益対薬品費比率は、Ｒ7及びＲ8も上昇**

※Ｒ8単価は4月～8月、薬品費及び特定材料費は償還価格ベース

3　公立病院の持続可能な経営に必要となる地方財政措置

1. 公立病院の施設整備
2. 公立病院の不採算部門への支援
3. 医療・介護連携
4. 医療ＤＸへの対応
5. 給与改定への対応
6. 同一自治体間の医師等派遣
7. 県立診療所の状況
8. 控除対象外消費税の補塡

公立病院の施設整備について

○**病院事業債における建築単価の上限**は、**大幅に引き上げられた**（**R8～850千円/㎡**）が、建設業の人手不足や資材高騰等により、**実勢単価の伸び**は大きい
○直近の事例では、新潟県立吉田病院で901千円/㎡となっており、今後、**更に引上げ**が必要

【病院事業債における負担割合】

実施主体	病院事業債・通常分（100%）	
県	一般会計からの繰出（50%）	**病院事業会計負担**（50%）
	普通交付税措置（25%）	

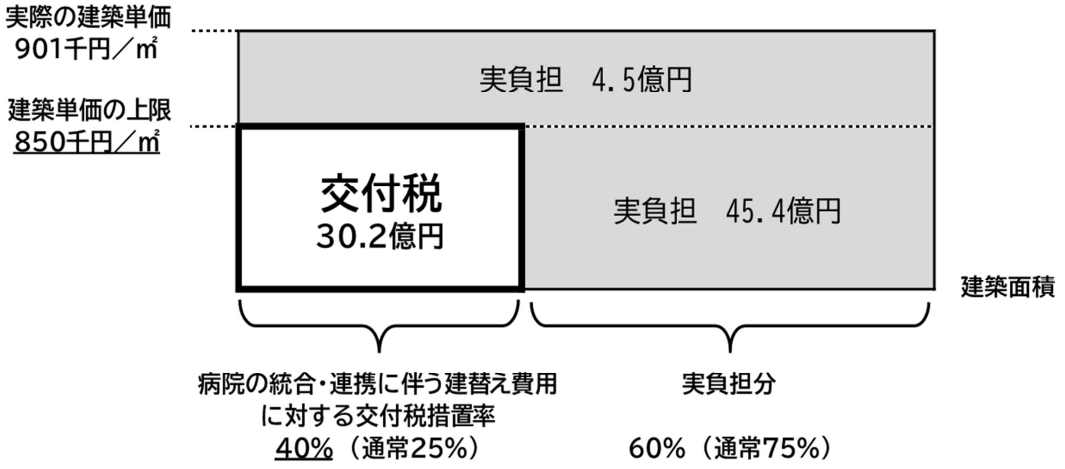
【建築単価の上限額の推移】

年　度	上限額
R4	400千円/㎡
R5	470千円/㎡
R6	520千円/㎡
R7	590千円/㎡
R8	850千円/㎡

【全国の公立病院の事例】

○**新潟県立吉田病院改築事業**
- **建築面積**　8,895.5㎡　**病床数**　110床
- **構造**　地上５階／Ｓ（鉄骨）造（耐震構造）
- **整備時期**　Ｒ７～Ｒ９
- **総事業費**　80.1億円

※ 事業費は当初契約時点であり、物価上昇に係る変更契約等で事業費は増加する見込み



公立病院の施設整備について

○複数病院の統合等を行う場合、**病院事業会計負担が1/3に縮減**
○現行の地域医療構想に基づき**機能の見直し等を行ってきた病院が老朽化**し、**建替えが必要**となった場合、見直しの時期にかかわらず、**機能分化・連携強化に伴う整備に準じる支援**が妥当
○**現下の経営状況**の中、**新たな地域医療構想への対応を強力に促進**するためには、時限的であれ、**更なる負担の縮減**が必要（病院事業会計の負担を1/4程度に）

【病院事業債における負担割合】

実施主体	病院事業債・通常分（100%）	
県	一般会計からの繰出（50%） うち普通交付税措置（25%）	病院事業会計負担 （50%）

	病院事業債　機能分化・連携強化に伴う整備（100%）	
県	一般会計からの繰出（2/3） うち普通交付税措置（40%）	病院事業会計負担 （1/3）

【岩手県立釜石病院の事例】

○**人口減少**や**復興道路**の完成等を踏まえ、R3ごろから、**一部の急性期医療**を**隣接する県立大船渡病院**（距離35km）に**集約**

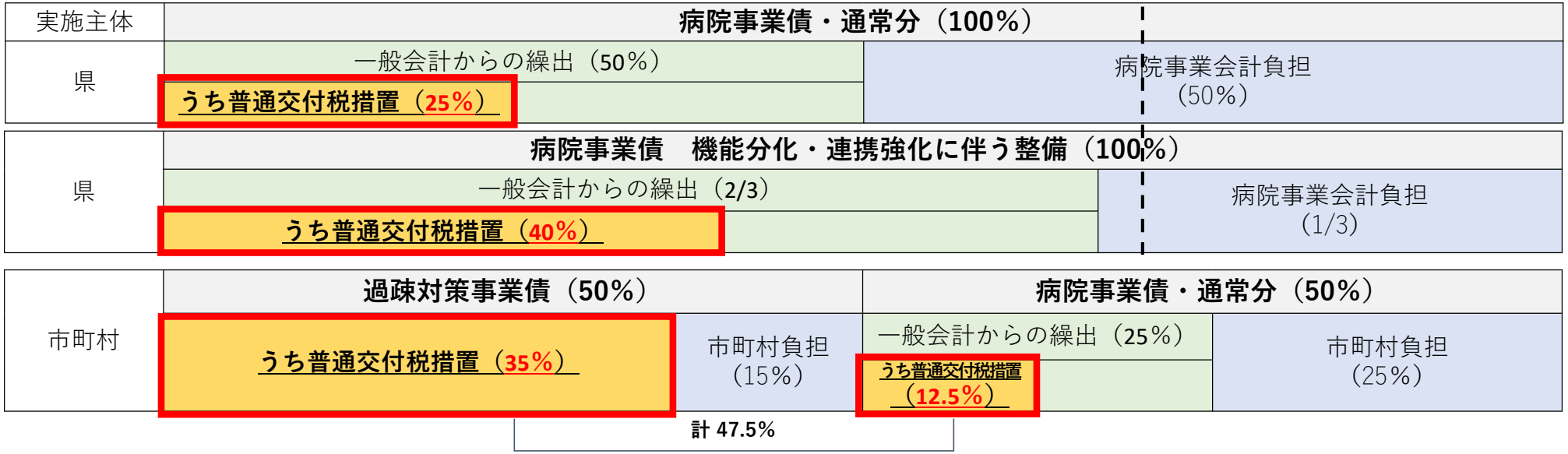
○R5に病床数を**272→180床に縮小**

○S52年整備であり、老朽化の状況を踏まえ、**R8～建替に向けた基本設計を実施**

年	釜石・大船渡間の主な機能見直し
H31	釜石・大船渡間の復興道路が開通
R3	脳血管疾患の救急治療を大船渡病院に集約
	心筋梗塞・ＰＣＩ治療を大船渡病院に集約
	分娩の取扱いを大船渡病院に集約
R8	リニアックを大船渡病院に集約
今後	急性期を回復期に転換し回リハを実施（予定）

公立病院の施設整備について

○地方部では、医療の高度・専門化の進展や人口減少による医療需要の変化等から、採算性や人材確保といった面から民間や市町村立の医療機関を維持することが困難で、都道府県立病院の役割の重要性が増加
○過疎地域を含む複数の市町村にまたがる区域で、新たな地域医療構想のもと、**本来市町村が担うべき機能を、都道府県立病院が担わざるを得ない場合**にその建物整備について、**市町村のみが活用できる過疎債と同等の要件での地方財政措置が必要**



◆ **病院事業債（通常分）**

実施主体：県　　充当率：100%　元利償還金に対する普通交付税措置率：25%

◆ **病院事業債（機能分化・連携強化に伴う整備）**

実施主体：県　　充当率：100%　元利償還金に対する普通交付税措置率：40%

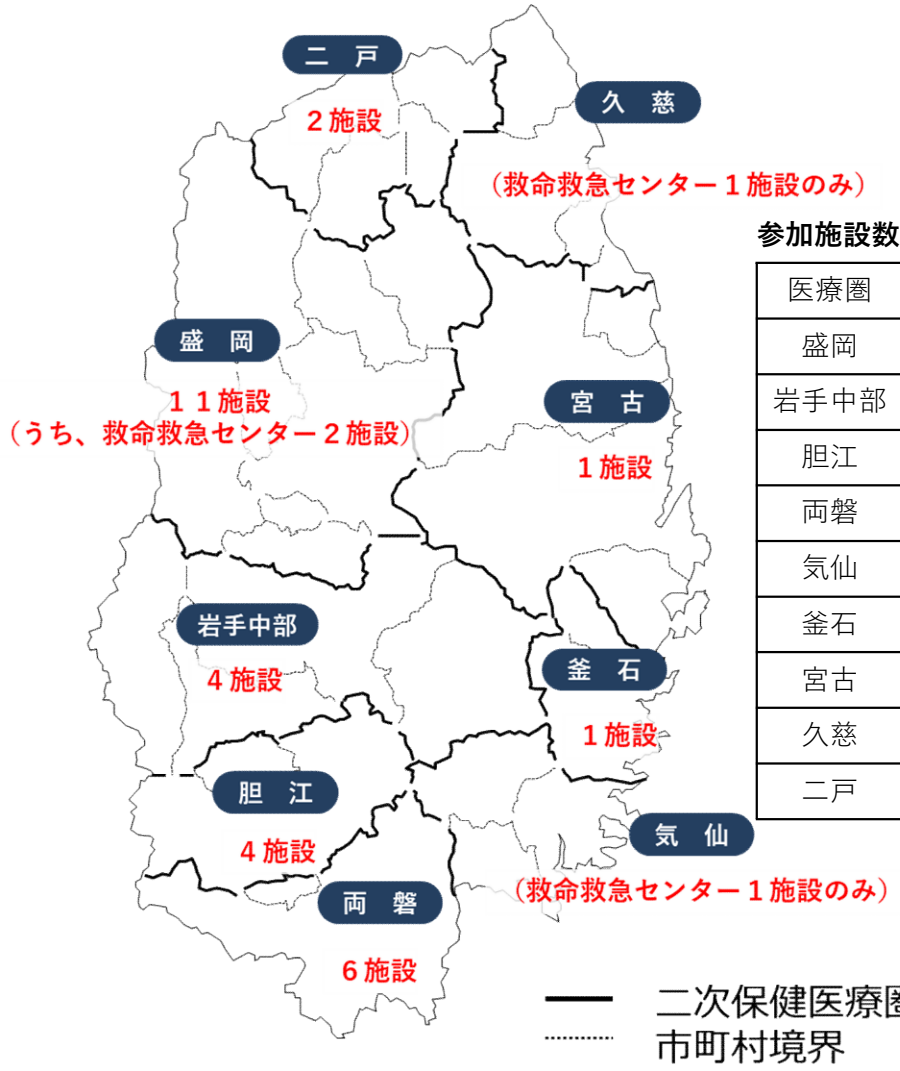
◆ **過疎対策事業債**

実施主体：市町村　充当率：100%　元利償還金に対する普通交付税措置率：70%

公立病院の不採算部門に対する支援について

○岩手県における**二次保健医療圏ごとの病院群輪番制参加医療機関**は、内陸部４圏域は比較的参加機関が多いものの、人口が少なく、民間病院が少ない**沿岸部、内陸北部においては当番病院が県立病院のみ**
○**救急搬送の受入れが増加**し、今後も高齢化の進展に伴い、**高齢者救急の件数増加が見込まれる**ほか、**救急患者が減少**しても、**移動距離１時間を超える地域が増加**するため、**更なる集約は実質的に困難**

救急医療体制（Ｒ７病院群輪番制参加施設）

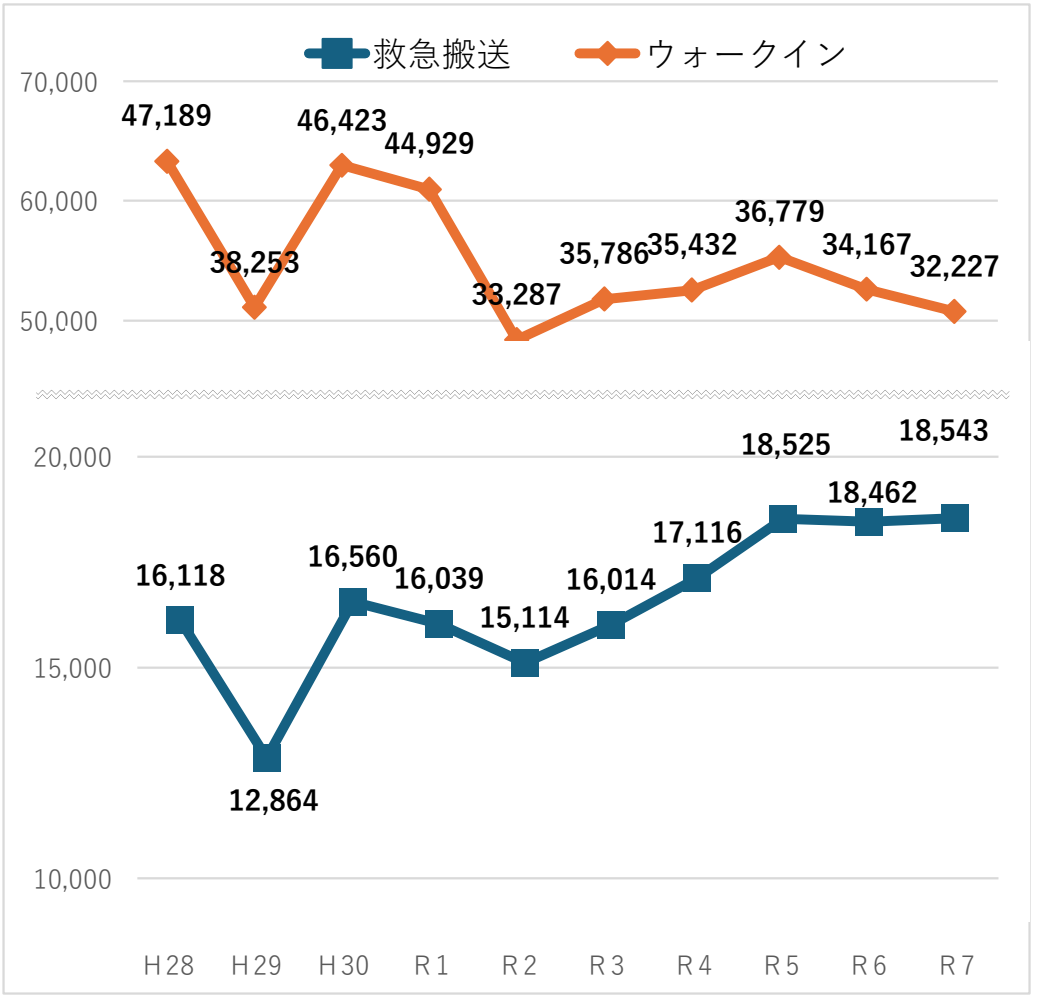


参加施設数の比較

医療圏	H28	R7	差
盛岡	12	11	△1
岩手中部	5	4	△1
胆江	4	4	0
両磐	8	6	△2
気仙	2	0	△2
釜石	2	1	△1
宮古	1	1	0
久慈	1	0	△1
二戸	3	2	△1

○第二次救急医療機関（基幹病院）※における救急受診患者の推移（６施設）

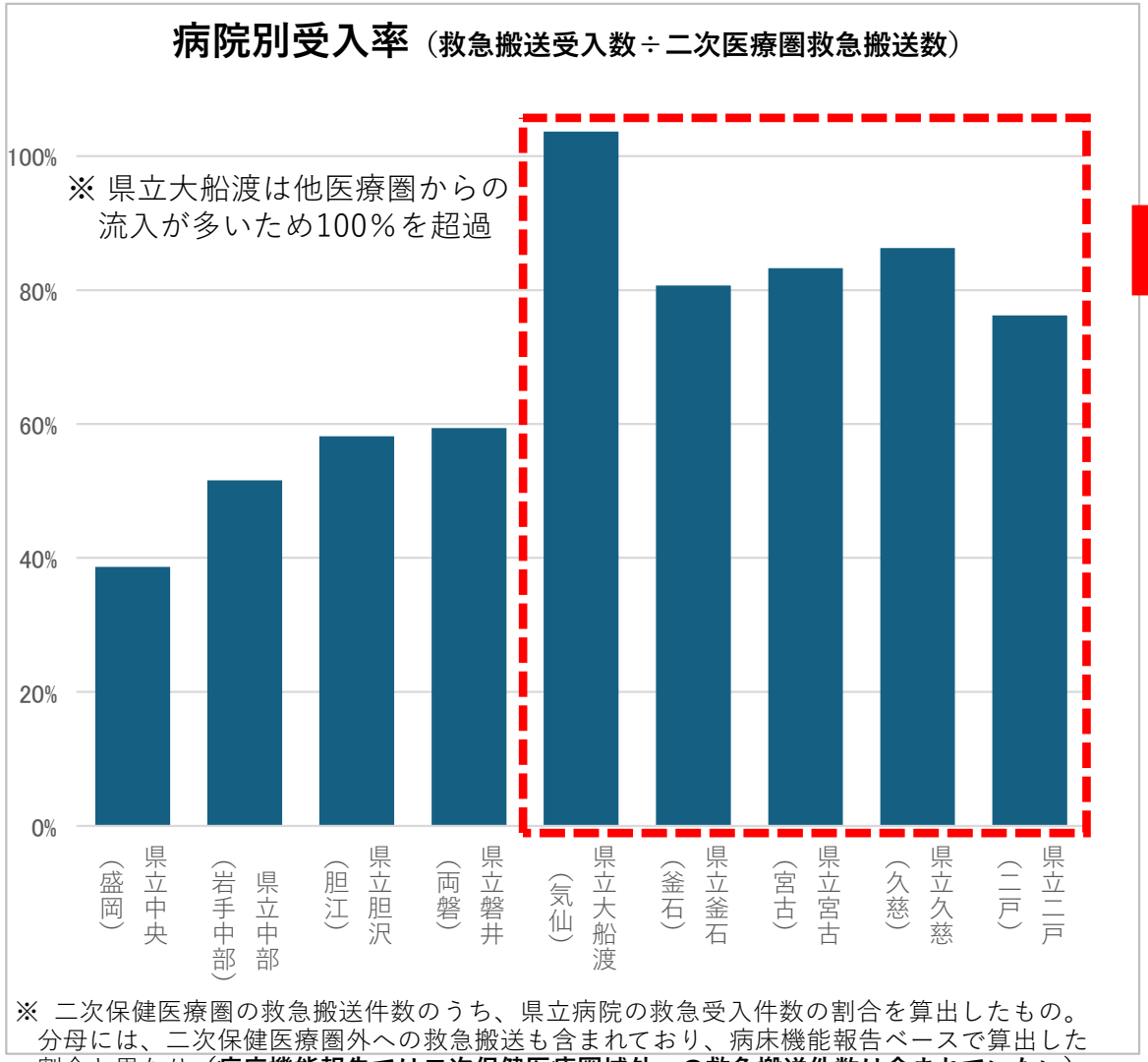
※救命救急センター（中央、大船渡、久慈）を除く。



公立病院の不採算部門に対する支援について

○二次保健医療圏によっては、県立病院が救急医療を担う唯一の病院である。
○採算性の面から民間医療機関による提供が困難な医療を担う「地域に不可欠な病院」であり、医療機能の維持が必要

基幹病院における救急搬送受入状況（令和6年実績）



※ 二次保健医療圏の救急搬送件数のうち、県立病院の救急受入件数の割合を算出したもの。分母には、二次保健医療圏外への救急搬送も含まれており、病床機能報告ベースで算出した割合と異なり（**病床機能報告では二次保健医療圏域外への救急搬送件数は含まれていない**）、病床機能報告で算出した割合よりも低くなる。

・ **沿岸部、内陸北部**においては、救急搬送を受け入れる病院は、県立病院を除いてない。
・ 令和６年は**県立病院が救急搬送の約80％を受け入れ**ている。

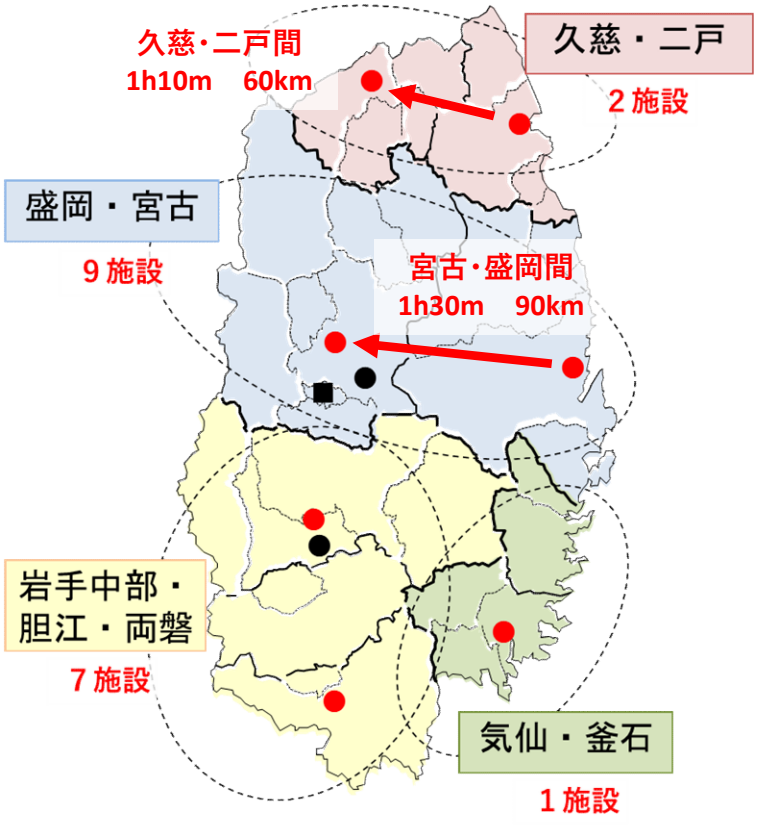
採算性の面から民間医療機関による提供が困難な医療を担う「地域に不可欠な病院」であり、医療機能の維持が必要

公立病院の不採算部門に対する支援について

○岩手県では、県立病院が各圏域における周産期母子医療センターとして分娩を取り扱っている状況
○**県内出生数自体がH28年から大幅に減少**（▲42％）しており、**県立病院で取り扱った分娩件数も1,989件**（▲54％）**減少**
○**周産期医療体制**は、分娩数が減少しているものの**既に広範囲をカバー**しているため**集約は困難**

周産期医療圏（R７分娩取扱医療機関）

【凡例】■　総合周産期母子医療センター
●　地域周産期母子医療センター（赤字：県立病院）



分娩取扱医療機関比較（病院）

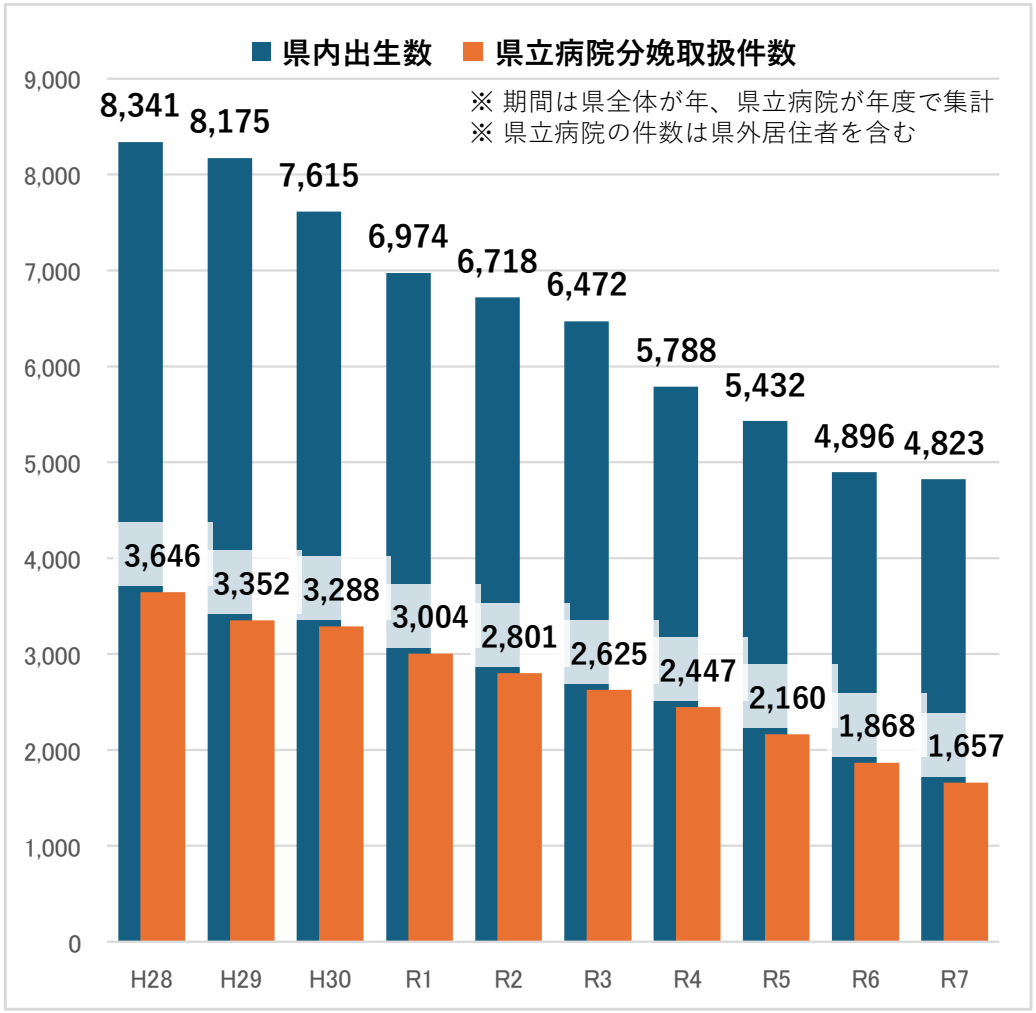
医療圏	H28	R7	差
盛岡	3	3	0
宮古	1	1	0
岩手中部	2	2	0
胆江	0	0	0
両磐	2	1	△1
気仙	1	1	0
釜石	1	0	△1
久慈	1	1	0
二戸	1	1	0

分娩取扱医療機関比較（診療所）

医療圏	H28	R7	差
盛岡	11	5	△6
宮古	2	0	△2
岩手中部	3	2	△1
胆江	5	0	△5
両磐	3	2	△1
気仙	0	0	0
釜石	0	0	0
久慈	1	0	△1
二戸	1	0	△1

次の理由から４つの周産期医療圏を設定
①分娩取扱医療機関の妊産婦人口に対するカバー率は８割程度と概ね圏域内で診療が完結
②概ね１時間以内に周産期母子医療センター等に移動可能

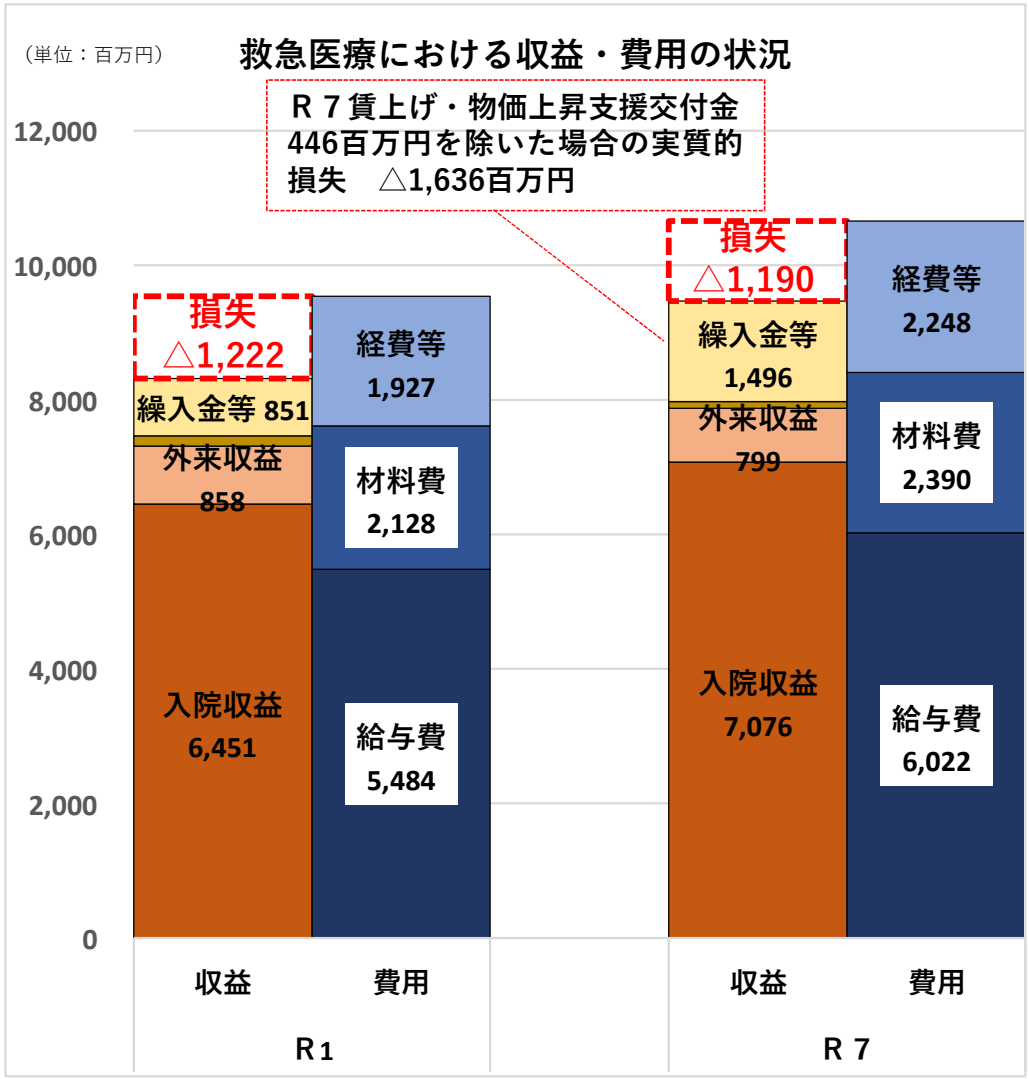
○県内出生数及び地域母子周産期センターの分娩取扱件数（県立7施設）



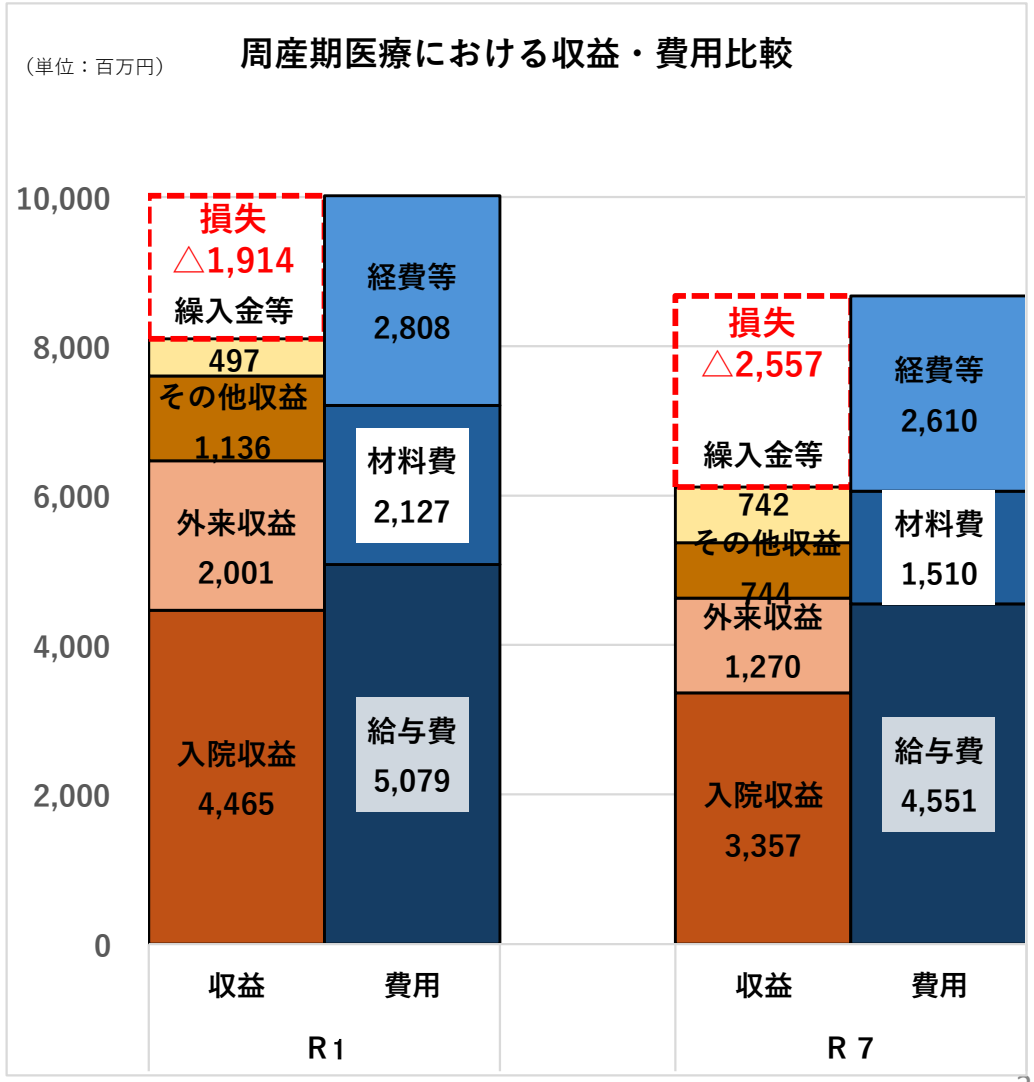
不採算医療の収支差の拡大（救急・周産期）

○一般会計繰入れ等を受けて行っている**不採算医療**は、以前から単体では赤字部門であり、これまで**病院全体の医業収益でカバーしてきたが、物価高騰、人件費上昇等により、その構造は限界を迎えている**状況
○**各施設で**医師、看護師、助産師、コメディカル等の**宿日直・待機体制を維持するための多くの人員が必要**であり、**収益で賄えない規模が年々拡大**

救急医療 Ｒ７収支　△1,190百万円



周産期医療 Ｒ７収支　△2,557百万円



医療・介護連携について

○R８診療報酬改定では、**自宅等退院患者割合（在宅復帰率）**が**アウトカム要件として強化**
○**新たな地域医療構想**では、「**治し支える医療**」の必要性から、入院医療と外来医療に加え、**在宅医療の確保が重要**とされた
○現地域医療構想とあわせて、H26に創設された**地域包括ケア病棟入院料**は、H30から**算定要件として在宅医療の実施が必要**

【施設基準の要件とされる在宅復帰率】

施設基準	在宅復帰率
急性期病院Ａ一般入院料	80.0%
地域包括医療病棟入院料	80.0%
地域包括ケア病棟入院料	72.5%
回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ入院料	70.0%

※在宅とは、自宅、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、介護医療院等を指す

在宅復帰率の確保には、地域の在宅医療の充実が不可欠

【岩手県立病院の在宅医療の実施状況】

	病院	実施状況 R7 100件以上：○ 100件未満：△	在宅療養後方支援病院	在宅医療において積極的役割を担う医療機関（医療計画）
地域病院	遠野		●	
	東和	●	●	●
	江刺	●	●	●
	千厩		●	
	大東		●	
	高田	●	●	●
	大槌		●	
	山田	▲		
	一戸	●	●	
	軽米	▲	●	
基幹病院	大船渡		●	
	久慈	▲	●	
	釜石		●	
	二戸	●	●	●

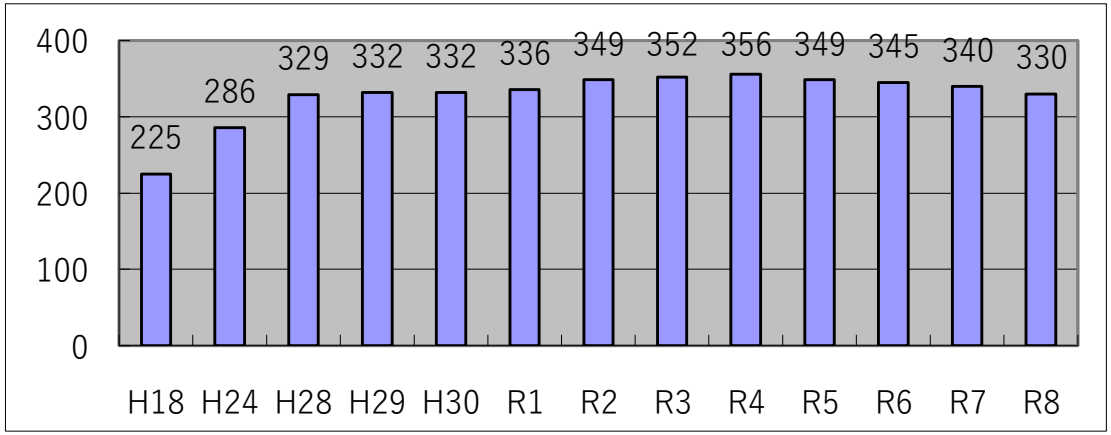
本来市町村が担うべき在宅医療を県立病院が担っている状況

さらに急性期医療を担う基幹病院が在宅医療まで担う状況

医療・介護連携について

○岩手県においては、在宅生活において前提となる**訪問介護事業所数**は**減少**に転じている
　（市町村における訪問介護事業所の状況　１か所のみ：**８町村**、**２～３箇所：８市町村**）
○介護人材は、**R22までに県全体で5,987人不足**することが見込まれ、**介護提供体制も厳しさを増す**
○県内は**単独高齢者世帯が15％を超え**、特に**医療資源が少ない沿岸県北部で比率が高い**
○地域包括ケアの理念のもと、**地域包括医療病棟**、**地域包括ケア病棟**、**療養病棟**等は、在宅復帰した高齢者を**在宅医療等で支える**ことを前提とするが、**介護提供体制や家族の状況**等から、人口が減少する地域で、**在宅復帰が困難な事例**が多く、**上位施設基準取得の障害**となっている
○このような地域の実情について、**診療報酬上の特例措置**や**地方財政措置の検討**が必要

県内の訪問介護事業所数（4/1現在）



岩手県長寿社会課とりまとめ

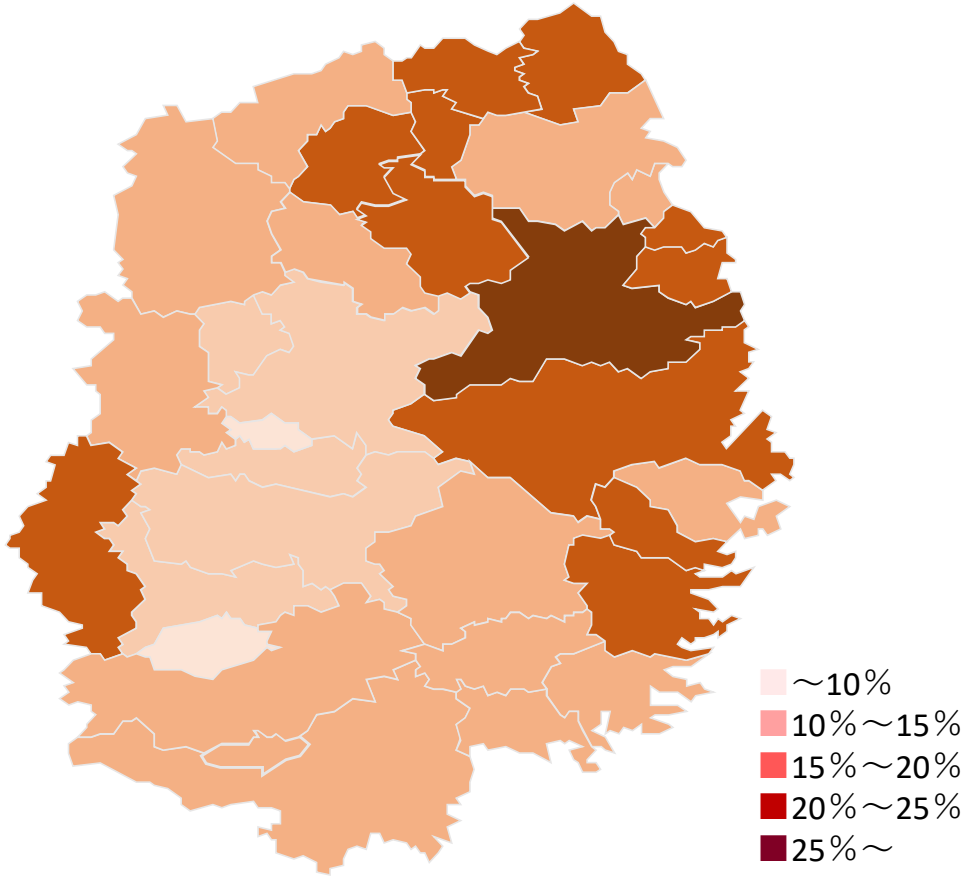
県内の介護人材の需給推計

介護職員数　推計結果　（単位：人）

	介護職員数（需要推計）	介護職員数（供給推計）	介護職員数（需要と供給の差）
令和４（2022）年	24,466	24,466	0
令和８（2026）年	26,052	23,822	2,230
令和12（2030）年	26,110	23,025	3,085
令和17（2035）年	26,421	21,865	4,556
令和22（2040）年	26,477	20,490	5,987

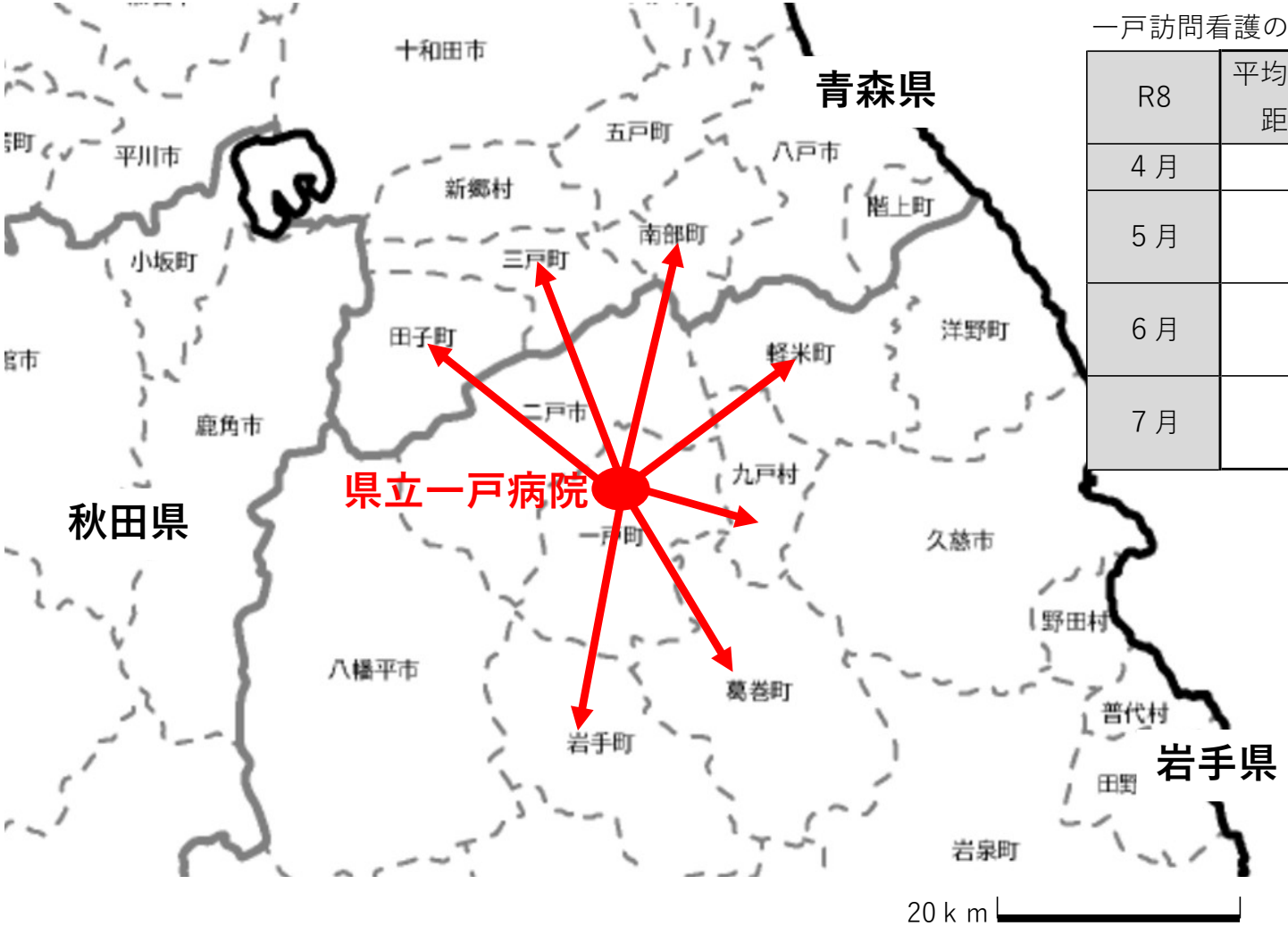
岩手県いきいきプラン（2024-2026）

県内の単独高齢者世帯の状況（2025国勢調査）



医療・介護連携について

○広大な県土を有する岩手県においては、**人口密度が低く、在宅医療の移動距離が極めて大きな負担**
○県北部の**一戸病院**（一般科＋精神科）で**訪問診療及び訪問看護を積極的**に実施しているが、**１回当たりの移動距離が平均で36ｋｍ**
○**青森県南部の三戸町、田子町、南部町**まで実施しており、場合によっては**１回当たりの移動距離が100ｋｍを超える**場合も
○近年、診療報酬上の評価は充実しているが、**人口が少ない地域における在宅医療は不採算医療**であるのが実態



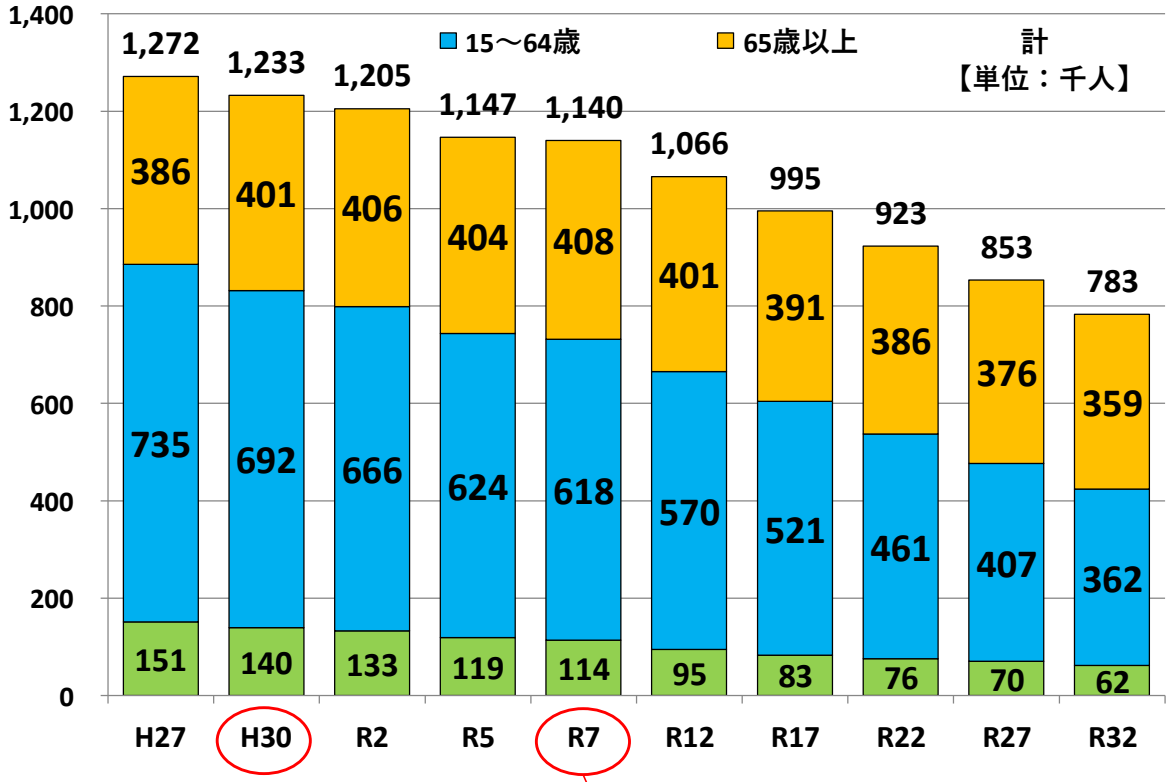
一戸訪問看護の１回あたりの平均移動距離

R8	平均移動距離	主な遠距離地域
４月	35.5	田子町76km、南部町+三戸町104km
５月	39.1	田子町69km、南部町+三戸町+田子町120km、田子町75km
６月	36.7	田子町80km、三戸町78km、三戸町90km、三戸町+田子町87km、田子町82km
７月	33.7	三戸町+南部町99km、田子町81km、田子町85km

医療DXへの対応について

○岩手県では、医療の担い手となる**生産年齢人口は急激に減少**することが明らかであり、**従来型の「人」へのタスクシフト手法は限界**を迎える
○「**少ない人数でも業務が回る仕組み作り・業務改革**」による**医療現場の労働生産性の向上**が重要
○今後も良質な医療を提供し続けるためには、**DXを推進していく必要**がある

県内人口推計



資料：岩手県　人口移動報告年報／国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」（令和５（2023）年推計）

前回計画策定時（平成30年）と比較すると、**年少及び生産年齢人口の減少**が続いている。**高齢者人口は、おおむね横ばい**

岩手県の年別出生数

	年度	出生数	対H15比	対H15差
15年前新卒	S63	15,332	133.4%	33.4%
10年前新卒	H5	13,495	117.4%	17.4%
5年前新卒	H10	12,699	110.5%	10.5%
R8年度新卒(22歳)	H15	11,491	100.0%	
	H16	11,215	97.6%	
	H17	10,800	94.0%	
	H18	10,457	91.0%	
	H19	10,501	91.4%	
5年後新卒	H20	10,332	89.9%	-10.1%
	H21	10,020	87.2%	
	H22	9,879	86.0%	
	H23	9,497	82.6%	
	H24	9,246	80.5%	
10年後新卒	H25	9,171	79.8%	-20.2%
	H26	8,918	77.6%	
	H27	8,938	77.8%	
	H28	8,502	74.0%	
	H29	8,210	71.4%	
15年後新卒	H30	7,719	67.2%	-32.8%
	R1	7,265	63.2%	
	R2	6,764	58.9%	
	R3	6,481	56.4%	
	R4	6,011	52.3%	
20年後新卒	R5	5,575	48.5%	-51.5%
	R6	5,011	43.6%	
	R7	4,776	41.6%	

岩手県毎月人口推計より作成

42

医療DXへの対応について

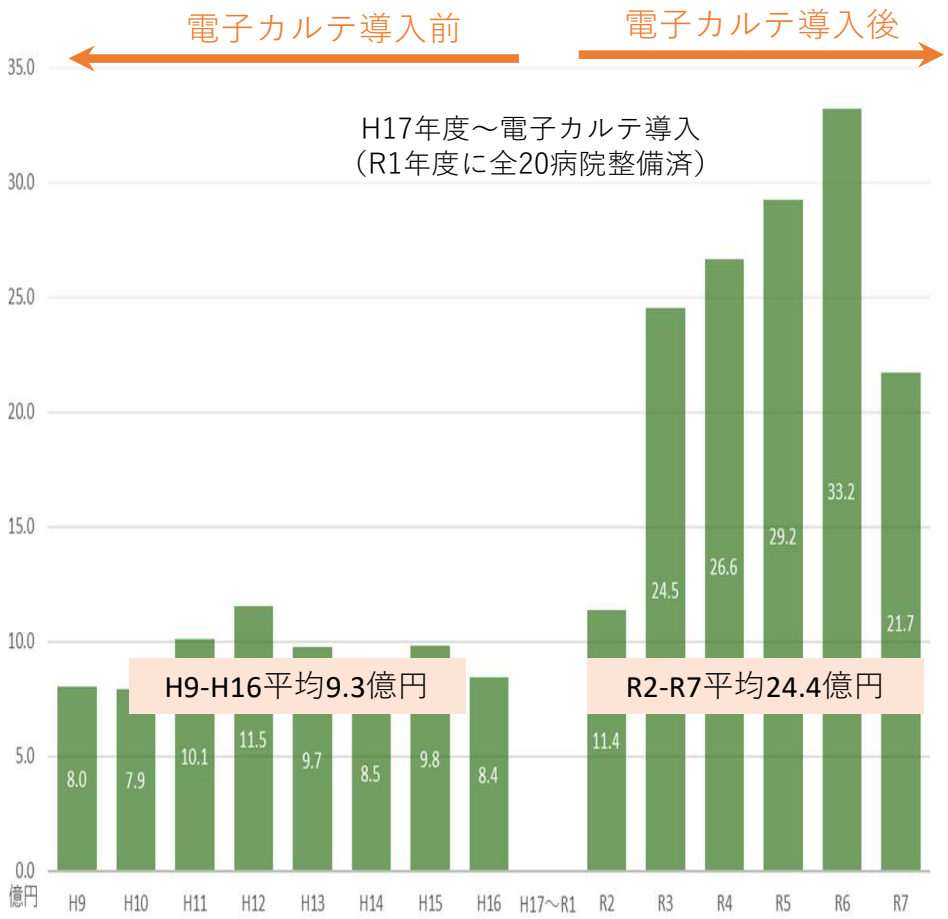
区分	項　目	概　要
A	対人業務	
	⑴ 患者向け説明動画アプリ	・４月～中央病院に先行導入し評価 ・８月～５病院(大船渡、宮古、磐井、久慈、中部)へ拡大導入予定
	⑵ オンライン診療	・県立病院間診療応援、岩手医大医師による県立病院診療応援を重点に実施 ・医大-久慈間で運用開始(6/9:脳神経外科)、医大の実施診療科・病院の拡大要望に併せて調整
	⑷ AI画像診断補助ソフト	・６月２病院(胆沢、江刺)でデモ実施 ・８月に医療用設備整備委員会へデモ評価を報告、メーカー選考、最終的な導入の可否について協議予定
B	書類作成（ＡＩ×ＲＰＡ）	
	⑴ 生成ＡＩによる文書作成支援	・議事録作成支援機能をR8.6から全病院へ展開 ・退院サマリ・看護サマリ作成支援機能をR8.7から全病院へ順次展開予定 ・各支援機能を年度内をめどに全病院へ展開し、質・機能等改善を継続して実施 ・リハビリ、服薬指導、栄養指導サマリ等各職種業務へ拡大して取組予定
	⑵ ＲＰＡ活用	・請求漏れチェック等の単純作業にPRAを活用。順次取組業務・範囲を拡大 ・実務者向け操作方法等のサポートミーティングを定例(週１)開催
	⑶ 勤務表自動作成ツール	・中央、釜石でデモ評価実施 ・R9年度導入に向けて検討中
	⑸ 電子申請システム活用	・知事部局が整備している電子申請システムを活用し、各種職員の総務手続を電子化
C	単純労務（ロボット等）	
	⑴ 調剤鑑査・薬品在庫管理	・調剤鑑査　システム未導入病院(6病院)へ年度内に導入 ・薬品在庫　R9システム更新での対応を検討中
	⑵ ロボット食器洗浄機	・中央病院への導入に向けた入札準備中(10月入札)
	⑶ 業務用清掃ロボット	・R7までに18病院へ導入。R8以降効率的な運用の確立に向けて運用調整等実施
D	ＤＸを進める基盤整備	
	⑴ 院内スマホ	・試行導入に向けた工事等の実施、必要機能の明確化、運用ポリシー等の策定
	⑵ ＤＷＨ導入	・収益改善や業務効率化を効果的・効率的に進めるために必要な集計・分析を行うための各種データ抽出基盤 ・各種統計業務の電子化のほか、ベッドコントロールや経営強化に向けた各種データ分析への活用を期待 ・R8.7までに未導入12病院中10病院へ整備済。残り江刺(R8.10)、東和(R8.11)電カル更新時に併せて導入予定
	⑶ 人材育成	・局主催研修、各職種業務検討委員会等で研修実施。職員ひとり一人が自分事として取組む意識付けが重要 ・事務職でエバンジェリスト(伝道師)制度を試行し、主事級５名をエバンジェリストに任命 病院現場における業務効率化に向けた効果的な活用手法の検討・実践し、病院現場への導入推進を目指す ※エバンジェリスト：新技術やツールの便利さを自らの実践を通して周囲にわかりやすく伝える(伝達する)役

医療DXへの対応について

○DXの推進のためには、**電子カルテ**と、**電子カルテに連動した院内スマホの導入**が不可欠
○**電子カルテ**は紙カルテに比べて**２～３倍程度の費用が発生**し、ベンダーの保守終了に伴い**７年程度で更新**が必要
○**院内スマホ**は現在導入準備を進めているが、従前の**PHSに比べ、端末の導入・維持費用が高額**で導入が進まない
○医療現場の**労働生産性の向上は急務**であり、**これらに係る費用について支援が必要**

【電子カルテの導入・更新費用の推移】

- 紙カルテ運用時：**年間約10億円**
- 電子カルテ運用時：**年間20億～30億円**



【院内スマホの導入費用】

○中部病院（434床）の例：R9導入予定、**341台**
222,661千円（工事費152,900千円、端末費69,761千円）

○端末費用

	PHS	スマホ（汎用型）	スマホ（高機能型）
端末使用年数	12年	6年	6年
12年総額	66,000円	290,000円	434,000円
本体価格	50,000円×1台	90,000円×2回	211,000円×2回
電池交換	8,000円×2回（4年に1回）	55,000円×2回（3年に1回）	6,000円×2回（3年に1回）

【生産性向上に係る国の支援】

○**医療分野における業務効率化・職場環境改善支援事業**
（R７補正予算）

・必要経費×4/5（国2/3、都道府県1/3）
※１施設当たり上限0.8億円

・全国200億円

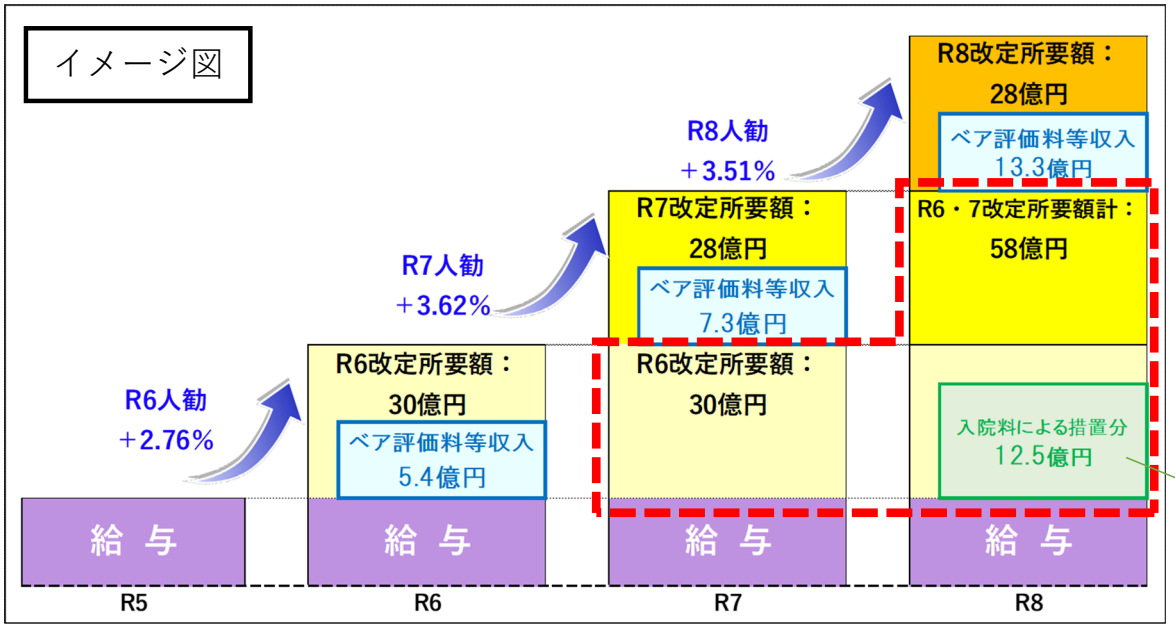
○**岩手県内における活用希望額　24.1億円**
○**採択額　3.2億円**

給与改定への対応について

○他産業に比べ**医療従事者の賃上げは緩やか**で、**人材流出を防ぐ**観点からも**人勧に沿った給与改定は不可欠**
○岩手県では、**給与改定影響額**は**R6年度30億円、R7年度は28億円**であり、２年連続で過去に例のない規模
○**財源として想定されるベースアップ評価料（R6.7～、診療報酬）では一部しかまかなえない**
　⇒原則**当該年度の給与増分に対するものに限られ**、**過去の上昇分は既往の収入で賄う**もの
○**R7の段階で**２年間の給与増により累計で**約45億円の累計不足**が生じ、**R８以降もこの不足額は解消されていない**

区　　分	R6	R7	R8（見込み）
給与改定所要額	30億1,300万円	28億600万円	28億円
ベア評価料等収入	5億4,000万円	7億3,100万円	13億2,500万円
単年度収支不足（財源不足）	▲24億7,300万円	▲20億7,500万円	▲14億7,500万円
累計収支不足	▲24億7,300万円	▲45億4,800万円	※２　▲60億2,300万円
補助金（※1）・ベア分追加入院料等	ー	３億6,800万円	12億5,300万円

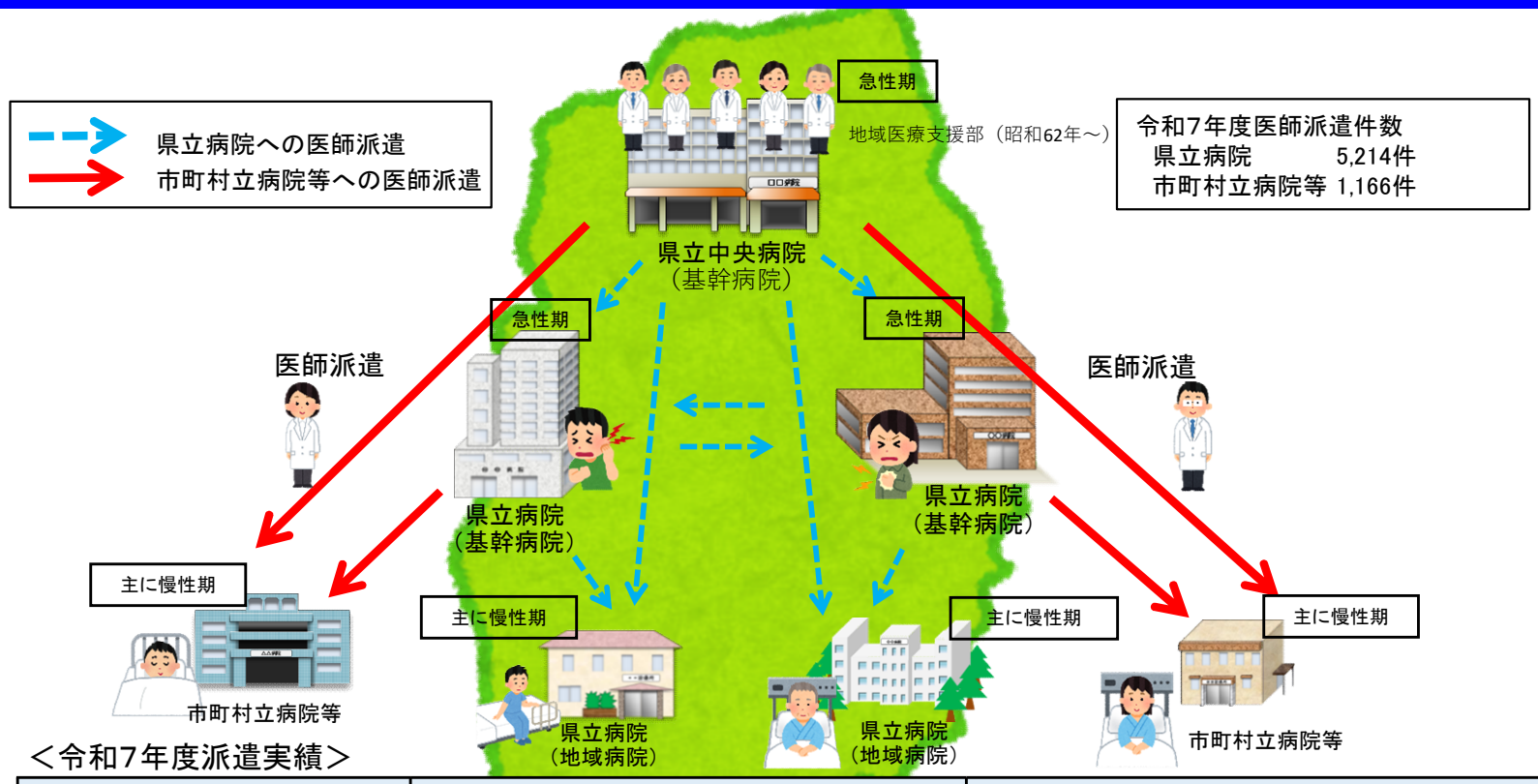
※１　（厚生労働省）　医療機関等経営改善・従事者処遇改善等緊急支援補助金
　２　R８診療報酬改定により、**R９ベア評価料はR８におけるベアの状況も加味されることとなった**



単年度の収支不足はベア評価料等収入の増で縮小傾向にあるものの、過年度の給与改定による増加分の不足額は解消されていない

R８診療報酬改定で「R７年度以前から継続的に賃上げを実施した保険医療機関には、入院料の評価に、R６年度以降のベースアップ評価料に相当する部分が含まれる」こととされた措置分の粗い試算

基幹病院から過疎地等の中小病院への医師の派遣



＜主な取組・効果＞

・県立病院等（基幹病院）から医師不足が著しい地域の病院に医師を派遣することで**地域医療提供体制を維持・確保**

・派遣元病院と派遣先病院の**地域連携の推進が図られることにより、地域の機能分化・連携強化に寄与**

・急性期から慢性期まで幅広く診療に従事することにより、**応援医師の経験値及び能力が向上**

＜令和7年度派遣実績＞

主な派遣元病院	派遣先病院（県立病院）	主な派遣診療科目等	派遣件数／月
県立中央病院	沼宮内地域医療センター（岩手町） 県立胆沢病院（奥州市） 県立一戸病院（一戸町） 県立遠野病院（遠野市）	糖尿病・内分泌内科、小児科、皮膚科 小児科、脳神経外科 内科 腎臓・リウマチ科、血液内科、脳神経外科	20件／月 14日／月 12日／月 11日／月
県立二戸病院	県立一戸病院（一戸町） 九戸地域診療センター（九戸町）	消化器内科、脳神経内科 整形外科	18日／月 12日／月
県立胆沢病院	県立江刺病院（奥州市） 県立中部病院（北上市）	呼吸器内科、精神科、腎臓内科、整形外科 血管外科、精神科	16日／月 4日／月
県立大船渡病院	県立高田病院（陸前高田市） 住田地域診療センター（住田町）	循環器内科、整形外科、泌尿器科 小児科、泌尿器科	7日／月 7日／月

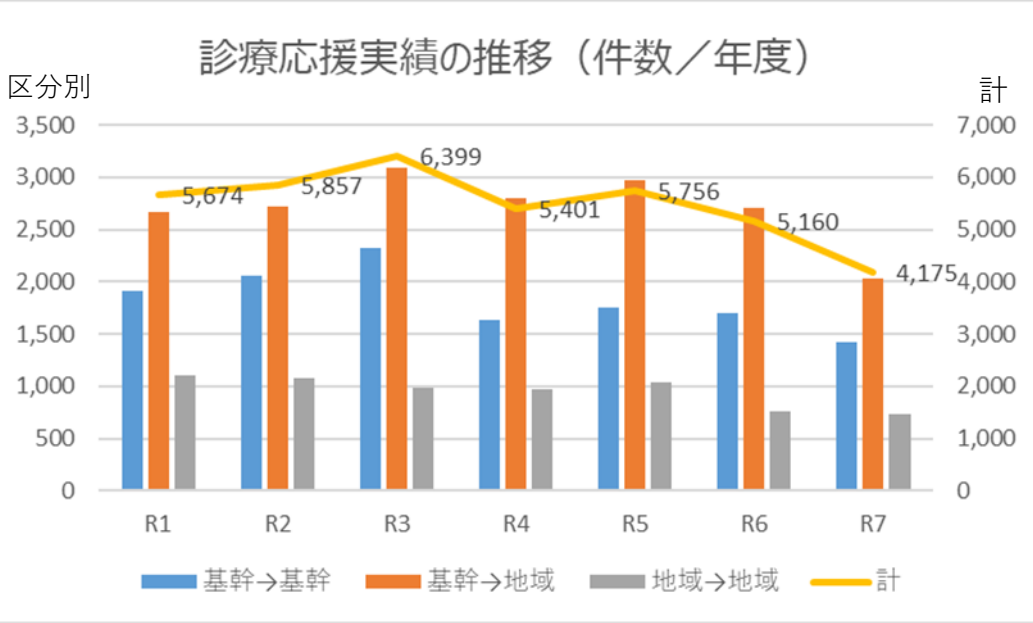
※上記以外の病院を含め、計６県立病院から市町村立病院等へ医師派遣を実施

同一自治体間の医師派遣について

○岩手県は**全国でも特に深刻な医師不足の状況**にあり、**地域の医療提供体制の確保の役割が県立病院に集中**せざるを得ず、**条件不利地域**においても**必要な医療を安定的に提供**するため、**県立病院間での医師派遣は必須**
○**令和７年度**における**県立病院間の診療応援実績**は、**４，１７５件**にも上っている
○**旅費等で約１８百万円**、**診療機会の損失による診療収入の減少額で約４億７千万円**と**多額の経費が発生**

県立病院間の診療応援実績（R7）

区分（応援した病院）	診療応援件数
基幹病院→基幹病院	1,416
基幹病院→地域病院	2,025
地域病院→地域病院	734
計	4,175



県立病院間の診療応援に係る経費等（R7）

経費	費用（千円）
診療応援手当	94,908
タクシー借上料	79,642
旅費交通費	17,934
計	192,484
診療機会の損失※	470,893

※ 移動時間×医師１人１時間当たり診療収入

○ **新たな地域医療構想**に基づく対応が進む中で、**複数病院の経営統合・機能再編**は避けられない
○ **生産年齢人口の減少**に伴い、**医療従事者の確保**はますます**困難**になることから、**機能を集約した病院において医療従事者を確保**し、**より住民に身近な医療を提供する医療機関への派遣といった岩手県の取組の普及**が想定される

同一自治体間の医師派遣について

○**他団体が設置する医療機関から医師等の派遣**を受け入れる経費に要する財政需要は**特別交付税により措置**されているものの、**同一地方公共団体が設置する医療機関から派遣**を受け入れる経費に要する財政需要については**何ら財政措置がなされていない**

【医師派遣に係る地方財政措置の整理表】

⇒ **同一地方公共団体が設置する医療機関**（例：県立病院間）における**医師派遣は全て措置対象外**

類型	へき地保健医療事業実施計画に基づき実施する事業に係る医師派遣		左記以外の医師派遣	
	へき地診療所への派遣に係る特交措置（※1）	過疎地域等特定診療所への派遣に係る特交措置（※2）	派遣元病院への特交措置	派遣先病院への特交措置
措置内容	➢ 計画に基づき当該年度に実施される巡回診療事業に係る巡回診療実施日数に**５５，０００**円を乗じて得た額 ➢ 計画に基づき当該年度に実施されるへき地診療所等の応援医師及び代診医師の派遣事業に係る派遣日数に**４３，０００**円を乗じて得た額 （この他、訪問看護事業等に対する措置あり。）		下記経費に充てるため、一般会計が負担した額に**0.8**を乗じた額又は医師等の派遣日数に単価（※3）を乗じて得た額のいずれか少ない額 ➢ 派遣期間中の給与費相当額（派遣に伴う手当除く） ➢ 医師以外の看護師等の医療従事者が派遣により不足する期間に、新たに雇用する非常勤の看護師等の人件費	下記経費に充てるため、一般会計が負担した額に**0.6**を乗じた額 ➢ 派遣される医師等に係る旅費（交通費、宿泊費等） ➢ 派遣元機関へ支払う負担金（派遣元医療機関における逸失利益（派遣される医師の診療が可能であれば得られたであろう利益）等を想定【「公立病院経営強化ガイドライン等Q&A」Q6】）（※4）

【措置対象外】
○ 派遣期間中も派遣前と同一の設置者が給与費を支給するため、派遣に伴うかかり増し経費はない。
○ 同一団体設置医療機関間の派遣の場合、派遣される看護師等の代替職員を任用する実態はない。

※1 無医地区及び無医地区に準じる地区又は無歯科医地区及び無歯科医地区に準じる地区に整備された診療所
※2 過疎地域等における住民の眼科、耳鼻いんこう科又は歯科の特定の診療科を確保することを目的として整備された診療所
※3 医師：50,000円/日、医師以外：38,000円/日
※4 報酬、賃金、手当等の労働の対価として支払われた経費及び地域医療研修に係るものを除く

【措置対象としていただきたい】
○ **交通費等の旅費**が、派遣に伴うかかり増し経費として発生することは、同一団体設置医療機関間の派遣の場合も同様である。
○ また、負担金相当分として、**派遣に伴う診療機会損失に係る財政需要**も発生している。

県立診療所の状況について

○公立診療所について、**市町村立は普通交付税措置がある**一方、**都道府県立については措置がなされていない。**
○交通事情や医療資源の恵まれない地域において初期医療等の役割を担う**機能については、市町村立診療所と何ら変わりない。**

●市町村立診療所への交付税措置額

７,１００千円（１診療所当たり）

●都道府県立病院診療所数

２２診療所（３県）

●岩手県における診療所の決算状況（令和７年度）

１億３千万円の赤字

都道府県立診療所への交付税措置はない

- **地域医療確保の観点**から、市町村が財政上の都合等から診療所を設置できない場合、**市町村に代わって県が設置運営している場合**もある
- 岩手県では、**公立病院経営強化ガイドライン**において、**機能分化・連携強化の必要性**が述べられていることも踏まえ、県立病院ネットワークの中での基幹病院と診療所の機能分化・連携強化を推進している

都道府県立診療所設置団体（カッコは診療所数）
岩手県（５）、新潟県（１）、沖縄県（１６）
⇒ **新たな地域医療構想に係る取組の中において、都道府県立の診療所の開設件数が増加していくことも考えられる。**

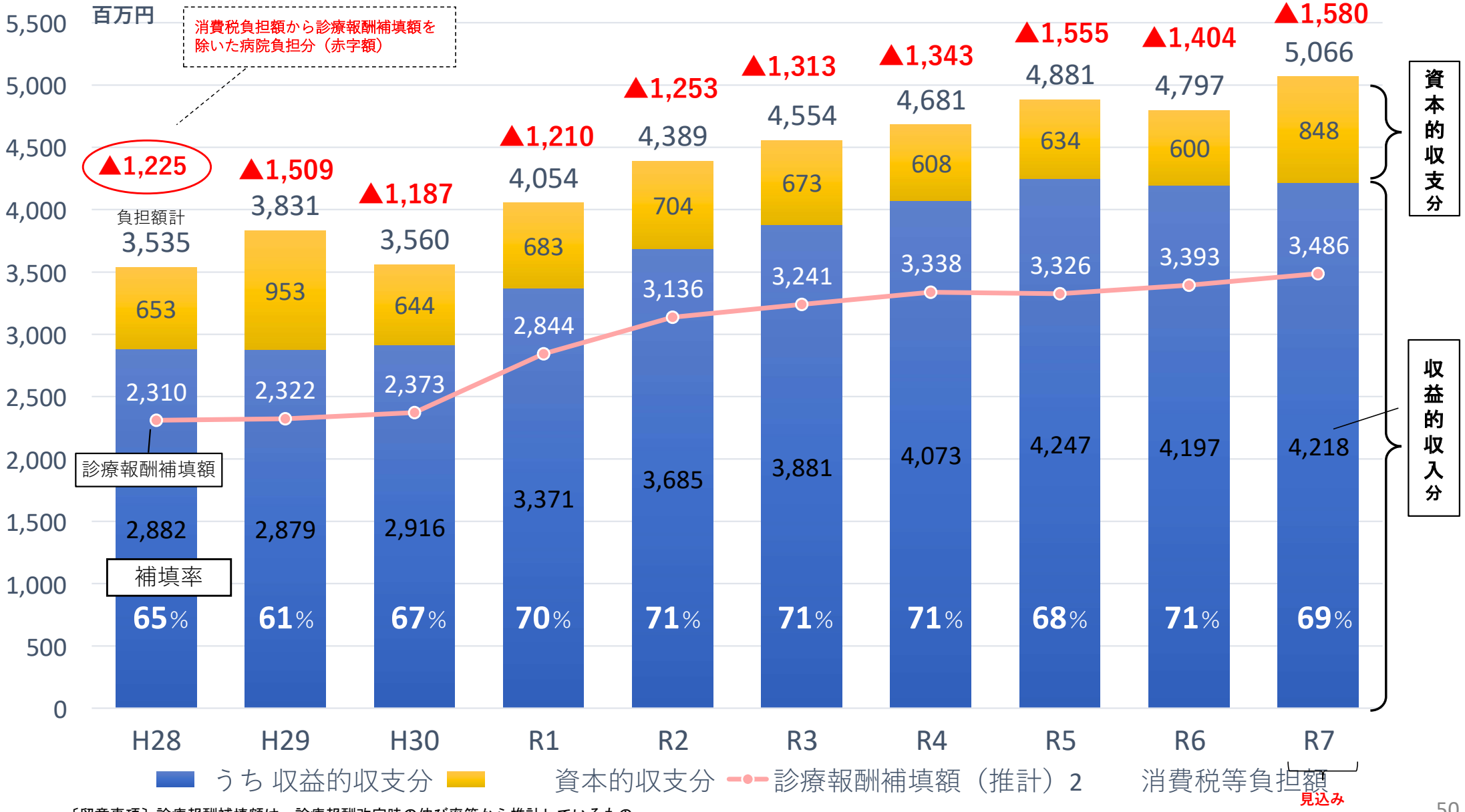
・岩手県立附属診療所の差引損益の内訳

（千円）

	沼宮内地域診療センター	花泉地域診療センター	大迫地域診療センター	住田地域診療センター	九戸地域診療センター	紫波地域診療センター（R8廃止）
収益	232,008	108,223	193,528	171,230	134,868	128,427
費用	243,473	140,936	214,509	198,148	160,620	137,471
差引損益	△ 11,465	△ 32,713	△ 20,981	△ 26,918	△ 25,752	△ 9,044

控除対象外消費税の補填について

○県立病院では、**医療機器や医療材料等を購入する際に負担した消費税を患者に転嫁できない**ため、**負担（損税）が生じている**（H28：約12.2億円 → R６：約14.0億円、＋14.6%）
○**補填率は、６～７割に満たない**ものであり、全額が措置されるべき



〔留意事項〕診療報酬補填額は、診療報酬改定時の伸び率等から推計しているもの。

控除対象外消費税の補塡について

R7.11.28 厚生労働省診療報酬調査専門組織医療機関等における消費税負担に関する分科会（第2回）資料

○**控除対象外消費税の補塡状況**は、開設主体別に見た場合、**不採算医療等を担う公立病院の補塡率が低い**

診調組　税－１
５．１２．６

令和７年度　補てん状況把握結果③　【一般病院：開設主体別】

（１施設・１年間当たり）

令和６年度	一般病院全体	医療法人	国立	公立	国公立除く
報酬上乗せ分（A）	43,912千円	29,905千円	84,146千円	71,274千円	46,529千円
５%相当負担額（B）	41,636千円	25,292千円	77,621千円	85,648千円	40,916千円
補てん差額（A－B）	2,276千円	4,613千円	6,525千円	▲ 14,374千円	5,613千円
補てん率（A/B）	105.5%	118.2%	108.4%	83.2%	113.7%
医業・介護収益（C）	3,347,729千円	2,171,650千円	6,251,532千円	5,829,678千円	3,457,431千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A－B)/C)	0.07%	0.21%	0.10%	▲0.25%	0.16%
集計施設数	(580)	288	22	126	432
平均病床数	(186)	139	274	224	170

令和５年度	一般病院全体	医療法人	国立	公立	国公立除く
報酬上乗せ分（A）	43,002千円	29,109千円	82,093千円	70,564千円	45,720千円
５%相当負担額（B）	40,551千円	24,731千円	73,713千円	83,392千円	39,959千円
補てん差額（A－B）	2,451千円	4,378千円	8,380千円	▲ 12,828千円	5,762千円
補てん率（A/B）	106.0%	117.7%	111.4%	84.6%	114.4%
医業・介護収益（C）	3,274,942千円	2,131,540千円	6,060,813千円	5,669,780千円	3,382,048千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A－B)/C)	0.07%	0.21%	0.14%	▲0.23%	0.17%
集計施設数	(581)	288	22	126	433
平均病床数	(186)	138	274	224	170

※　一般病院全体の値は、施設種別ごとの施設数により加重平均を行ったもの。