

令和7年度
公立病院の経営に関する調査
結果報告書

令和8年3月
全国衛生部長会 調査研究部会

目 次

I 研究の概要	1
1 研究のねらい	3
2 謝辞	3
3 調査の概要	3
II 考察 及び まとめ	5
1 考察	7
(1) 自治体から関係機関への要望等	7
(2) 2024 年度の経営状況について	7
(3) KPC 分析について	7
2 調査結果を踏まえた提言	8
3 まとめ	8
III 自治体調査結果	9
1 自治体編 調査票	11
2 自由記載欄のとりまとめ	12
(1) 自治体から国への要望	12
(2) 自治体から公立病院への要望等	13
(3) 自治体から大学病院（医局）への要望等	14
(4) 自治体から地域の関係機関（医師会、民間病院等）への要望等	14
(5) 政令市から都道府県への要望等（政令市からの回答のみ）	15
参考 ワード・クラウドによる分析結果	16
IV 病院調査結果	19
1 病院編 調査票	21
2 経営状況の分析	22
(1) 病床当り公的支援額の平均値の推移について	22
(2) 公的支援が高額な公立病院について	22
(3) 調査に関する課題	23
3 KPC 分析	24
(1) 分析対象のスクリーニング	24
(2) KPC 分析でみた公的資金投入の効果と年次動向の可視化	25
(3) KPC 分析/PC 平面上における病院プロット（2019～2024 年度）	28
(4) 新規参加病院を含む 2024 年度データの単独解析と先の 2019 年度との比較	34
(5) KPC 分析研修会の企画について	37

参考 公立病院の経営問題に関する感想.....	38
参考資料 KPC 分析演習に係る研修について	39
調査研究部会名簿.....	42



I 研究の概要

1 研究のねらい

医療機関の経営が医師不足や物価高騰等の影響を受け悪化していることが問題になっており、特に地域における政策医療（不採算ではあるが地域で必要とされている医療）の拠点となる多くの公立病院においても経営問題が昨年度にも増して深刻化している。

本来、公立病院の役割は、政策医療を提供するなど、地域医療に係る「リスク・テイク」を引き受けることであり、これにより周辺地域内の民間医療機関等が対応できない医療提供が可能となる、あるいは、民間医療機関等の経営が安定化し地域の医療提供体制も安定化するといった効果が期待され、この機能に見合う一定の財政的支援等を自治体から受けている。

一方、その政策医療を提供するために自治体の財政的負担が増加することで、医療・介護・福祉といった衛生主管部局の所管する行政施策等の自由度が縮小する、あるいは失われてしまうことが懸念されている。

このため、全国衛生部長会として令和6年度に引き続き会員自治体（都道府県及び政令指定都市）が設置した公立病院の経営状態を把握するとともに、自治体からの関係機関等に対する意見・要望等について調査・分析を行った。併せて公立病院の経営分析手法の普及についても検討し公立病院の経営改善のための糸口を探ることとした。

2 謝 辞

本研究に対し、KPC 分析に関しご指導並びにご助言をいただいた一般社団法人社会福祉・医療事業の経営研究会代表理事の西田在賢先生、および、調査・分析作業に協力をいただいた静岡市保健福祉長寿局保健衛生医療課の職員の皆様に対しこの場をお借りして感謝を申し上げます。

3 調査の概要

調査期間	令和7年11月28日（金）～令和7年12月31日（水） ※調査期間後も可能な限り回収数に含めた
調査方法	メール配信・メール回収 ※自治体に自治体調査・病院調査の2種類を送信し、病院調査については、自治体から対象病院に回答を依頼した
対象及び対象数	自治体調査：47 都道府県と政令指定都市 20 市 合計 67 病院調査：47 都道府県と政令指定都市 20 市の自治体立及び医療法第31条に規定される開設者の病院合計 279 病院
有効回収数及び有効回収率	自治体調査：有効回収数 67 有効回収率 100.0% 病院調査：有効回収数 199 有効回収率 71.3%



II 考察 及び まとめ

1 考 察

(1) 自治体から関係機関への要望等

公立病院の経営に関して自治体からは国や病院、大学、地域の関連機関等に対する要望等を取りまとめた。

公立病院は地域医療の最後の砦だが、物価高騰・人件費上昇に診療報酬が追いつかず、全国的に経営危機にあり、自治体からは必要な支援等を国や大学等に求める一方で、公立病院に対しては人口減少や医療需要の変化に対応し、持続可能な医療体制を構築するため自治体の医療政策への協力を求めている。

(2) 2024 年度の経営状況について

病床当たり公的支援額で見ると、2024 年度は前年度比で 16%近いレベルで増加しており、より深刻な経営状態にあり自治体からの公的支援額も急増していることが伺われる。

(3) KPC 分析について

KPC 分析は管理会計の手法のひとつで、公立病院の経営の取り組みや自治体の公的資金の妥当性等を「見える化」し検討することを目的とするものである。また、費用の仕分けが統一的になされている限りにおいては、異なる性格の病院間や医療状況の異なる年度間においても経営状況を比較することが可能となる。

今回の分析結果では、過去 5 年間と比較し 2024 年度においては、人的コストへの公的支援が大きくなったこと、施設・設備投入がままならずにいる赤字病院群が増えたこと等が示唆された。

前回調査と比較し、管理会計の「仕分け」が財務会計の「仕訳け」とは異なるとの理解が進んだものと推察されたが、依然として管理会計の費用仕分けに不慣れな病院もあることから、KPC 分析の講習会をオンライン・ウェビナー方式で実施した。限られた時間的制約の中で実施したため座学に留まったが、学んだ仕分けの考え方を演習により実際のデータに適応して仕分けを理解するための研修も今後必要となる。

多くの公立病院はこれまでの経営改革を通じ平均的な民間病院の経営の水準には至っており、次の段階として公立病院ならではの経営力改善に視点を移すべきと考えられ、KPC 分析の利活用の普及についても更なる検討が求められる。

2 調査結果を踏まえた提言

以上を踏まえ、当調査研究部会としては、公立病院の経営が前回調査にも増して厳しさを増している状況等を踏まえ、全国衛生部長会として国及び会員自治体に対して昨年度に引き続き下記の対応を検討することを期待する。

なお、本調査は今回で一区切りとするが、自治体や病院が合理的な経営的到達目標を設定できるよう、国等において定期的に公立病院の経営実態について悉皆的に調査・分析を行い、その結果を公表することを求めたい。

- ① 国に対し、公立病院による政策医療が継続的に提供可能となるよう、
 - ・診療報酬による手当てが適宜適切になされること
 - ・自治体に対し必要な財政的支援を行うこと
 - ・医師・看護師等の人材確保に必要な施策の強化・充実
 - ・公立病院の実態に関する調査・分析を定期的に行い、結果を公表すること（新規）を要望する。
- ② 病院経営担当部局と医療政策担当部局間の連携の下、地域において担うべき政策医療の内容を病院に対し明示的に示すとともに医療計画に確実に記載する。
- ③ 公立病院に対し、②で示した政策医療を医療計画に沿って継続的に提供できるよう、必要となる支援を行う。一方、その他の一般医療については病院に対し経営努力を求める。
- ④ 病院経営に関する院内体制の構築を支援する。
- ⑤ 病院経営に関連する学術団体に自治体から支援要望があることを伝える。

なお、人口減少等による医療需要の変化については、2040年を見据えた新たな地域医療構想の策定が令和8年度から各地域で予定されていることから、その内容を踏まえた公立病院の在り方を検討する必要があることも付記しておく。

3 まとめ

公立病院の経営に関しては、病院全般の経営悪化要因に加え、政策医療等の不採算部門を抱えていることや職員が公務員としての性格を有すること等が固有の要因として以前から指摘されている。これらに対しては個別公立病院における工夫や対策、自治体や国からの各種支援等がなされてはいるが、これらの経営努力を上回る昨今のコロナ禍の後遺症ともいえる患者の受療行動の変化や診療報酬改定が対応できない急激な物価高騰などの影響により経営悪化問題がコロナ禍以前を上回って顕在化したものと考えられ、今回調査ではさらに状況が悪化したことが判明した。

全国衛生部長会及び会員自治体におかれては提言した内容を踏まえた対応を望みたい。



III 自治体調査結果

1 自治体編 調査票

全国衛生部長会 調査研究部会

【自治体編】 公立病院の経営に関する調査

- 回答の締切は **令和7年12月31日(水)です**
- 回答エクセルファイルの送付先は **publichospital@comon.jp**

↓ **ここから質問が始まります。**

問1 本件に関し照会先となる職員を記載してください。

※ 必ずしも、全ての質問への照会に対応いただけなくても、回答可能な方へつないでいただける方を1名記載ください。

自治体名	
氏名	
部局	
役職	
電話番号	
メールアドレス	

問2 公立病院の経営に関する要望意見をお教えください。

※文字は、記載内容のすべてがセル内に表示されなくても保存されています

それぞれ、回答者の属性を下記より選んで、要望意見を記入してください。

1. 衛生主管部局 2. 病院担当部局 3. 両部局で記入

※回答者の属性:プルダウン

<input type="checkbox"/>	1. 国への要望意見	
<input type="checkbox"/>	2. 所管している公立病院への要望意見	
<input type="checkbox"/>	3. 大学(医局を含む)への要望意見	
<input type="checkbox"/>	4. その他関係機関等への要望意見(医師会、非公立病院等)	
<input type="checkbox"/>	5. 【政令市のみへの質問】 都道府県への要望意見	

これで調査は終了です。ファイル名を下記のとおり書き換えていただき、ファイルを下記メールアドレス宛にお送りください。

- ファイル名 **j******* (*部分は全国地方公共団体コード)
- 回答エクセルファイルの送付先は **publichospital@comon.jp**

～ご協力いただき、ありがとうございました～

2 自由記載欄のとりまとめ

昨年度は公立病院側からの要望・意見等を自由記載の形で取りまとめたが、今年度は自治体側から国や公立病院、関係機関等への要望・意見等を自由記載の形で求めた。特に、公立病院を含む医療提供体制の整備については、医療法に基づき、地域医療計画や地域医療構想の策定等を通じ都道府県が一義的に権限を有し主体となって進めることになっていることから、政令市側から都道府県に対する要望・意見として回答を求め取りまとめを行ったものである。

また、衛生主管部局だけでなく公立病院を所管する部局からの意見がある場合も記載を求めた。寄せられた自由記載の文章については AI (Copilot) により整理した上で調査班において文言の修正や補足等を行っている。

(1) 自治体から国への要望等

1) 医療機関の経営悪化が全国的に深刻化

多くの自治体から公立病院が、物価高騰・人件費上昇・患者数減少(コロナ後の受診控え等)により、近年(R5~R7)で構造的な赤字に陥っている。「現行の診療報酬水準では病院運営上十分な収益を確保できていない」、「経営努力のみでは到底対応できない」との意見があった。

公定価格である診療報酬では価格転嫁ができず、特に政策医療(救急・周産期・小児・精神・離島医療など)を担う病院ほど高コスト体質で赤字が深刻である。

2) 診療報酬制度の抜本的見直しを求める声が圧倒的多数

ほぼ全ての自治体から共通して以下の要望があった。

①物価・賃金スライド制の導入

物価や賃金の上昇を自動的に診療報酬へ反映する仕組みを求める。2年に1度の改定では遅すぎ。随時改定・臨時改定を可能にすべき。

②診療報酬の大幅なプラス改定

特に入院基本料、政策医療分野、高度医療の評価引き上げを要望。「物価高騰・賃金上昇に適切に対応した臨時的な診療報酬改定が必要」との意見。

③地方財政措置・補助金の拡充を強く要望

診療報酬だけでは赤字を埋められないため、普通交付税・特別交付税・補助金の拡充を求める声が多数あった。「交付税措置額が実態に合わず、自治体の一般会計繰り出しが増大」との意見があった。

主な具体的な要望内容としては以下の通り。

- ・病床割単価の引き上げ
- ・病院事業債(特別分)の継続・拡充
- ・建築単価上限(59万円/㎡)の大幅引き上げ
- ・地域医療介護総合確保基金の継続・重点配分
- ・精神科救急などの政策医療への財政支援強化

3) 消費税負担の抜本的見直し

医療機関は非課税のため、仕入れ時の消費税が控除されず実質的な消費税負担が経営を圧迫しており、「診療報酬での補填強化」や「ゼロ税率・課税転換など制度の抜本改革」を求める意見があった。

4) 電子カルテ等の医療 DX への財政支援

電子カルテ更新費用が 50 億円超など高額化しており、DX 推進に必要な補助金の上限・補助率引き上げを要望。「電子カルテ更新費用が大幅に増加し、財政負担が深刻」という意見があった。

5) 医師確保・研修制度への支援

「医師派遣に係る経費の交付税措置」、「臨床研修・専門研修の補助継続」、「奨学金制度への国の財政支援」、「医師偏在解消のための制度改善」を求める意見があった。

6) 新興感染症への備えと財政支援

コロナ対応で病院経営が悪化した経験から、感染症対応に対する中長期的な財政支援を求めるとの意見があった。

【国への要望等のまとめ】

公立・公的病院は地域医療の最後の砦だが、物価高騰・人件費上昇に診療報酬が追いつかず、全国的に経営危機にある。

そのため、

- ・ 診療報酬の抜本改革(物価・賃金スライド制)
- ・ 地方財政措置の大幅拡充
- ・ 政策医療への重点支援
- ・ 消費税・DX・建設費など構造的コストへの支援 など

を国に強く求めている。

(2) 自治体から公立病院への要望等

1) 公立病院の役割と現状の課題

公立病院は地域医療の最後の砦として、救急・周産期・小児医療などを担っている。しかし、慢性的な赤字や医師不足、設備の老朽化など深刻な問題を抱えている。COVID-19 対応で役割は再評価されたが、経営負担はさらに増大。

2) 経営改善の必要性

財政支援だけでは限界があり、経営改革・機能再編・効率化が不可欠。病床利用率の低下や医療需要の変化に合わせた見直しが求められる。

3) 地域医療構想との連動

地域ごとに必要な医療機能を整理し、病院同士の連携・統合・役割分担を進める。自治体と医療機関が協力し、データに基づく計画的な医療提供体制を構築する。

4) 経営改善の具体策

①機能分化・集約化による効率化

急性期と慢性期の役割を明確化し、重複投資を避ける

②収益改善

診療単価の適正化、稼働率向上、地域ニーズに合った診療科強化

③コスト管理

人件費の適正化、設備更新の計画的実施、共同調達

④人材確保と働き方改革

医師偏在への対応、タスクシフト、チーム医療の推進

5) 今後の方向性

持続可能な医療提供体制のためには、自治体・病院・地域住民が一体となった改革が必要。データ活用や経営の透明化を進め、地域に開かれた病院運営を目指す。

【公立病院への要望等のまとめ】

公立病院は地域医療の中心的役割を担う一方、慢性的な赤字や人材不足など深刻な課題を抱えている。人口減少や医療需要の変化に対応するため、病院の機能分化・連携強化・経営改善が急務であり、自治体と医療機関が協力して持続可能な医療体制を構築する必要がある。

(3) 自治体から大学病院（医局）への要望等

1) 現状の課題

一部診療科では医師不足により救急・入院患者の継続的受け入れが困難。大学から派遣された医師が短期間で育休や他院異動となるケースが多く、代替医師の確保が困難。公立病院では人材の余裕がなく、民間病院と異なり柔軟な人事対応が難しい。

2) 大学病院への期待と要望

「新たな地域医療構想」に基づき、大学病院や病院は広域的な診療支援・医師派遣・育成・卒後教育を担うべき。地域医療機関の医師が不足している場合、大学病院は人材面での連携強化が求められる。特定機能病院としての教育・研究・診療の三本柱を踏まえ、道義的責任と経営的役割を果たすことが期待される。

3) 精神科医療とセーフティネット機能

県立精神科病院の安定運営のため、大学医局による精神科医の育成機能強化と継続的な医師派遣が必要。

【大学病院への要望等のまとめ】

2040年頃までの高齢化・人口減少に対応するため、大学病院は地方自治体と連携し、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築に貢献することが求められる。

(4) 自治体から地域の関係機関（医師会、民間病院等）への要望等

1) 病院機能の分化と連携の推進

公立・公的・民間病院すべてにおいて、患者需要に応じた病床規模の適正化と機能分化が求められている。地域医療連携推進法人の設立などを通じて、医療機関間の役割分担と連携を強化する必要がある。

2) 医師会との協力と人材育成

地域医療を支えるため、医師会や関係機関との連携が不可欠。診療科の偏在や不足を踏まえ、病床数・機能・職員体制の見直しが求められている。小児科などでは医師確保が困難であり、休日夜間診療所など初期救急医療機関との連携が重要。

3) 医療提供体制の構築と調整

地域医療構想調整会議などを通じて、医療関係者間の役割分担と連携の在り方を議論し、体制を整備。医療人材や医療機器の共同購入による経営機能の向上も推進。

4) 医師確保と働き方改革

医師会と連携し、地域医療機関での医師確保に積極的に関与。チーム医療の推進や医師の負担軽減策を含む働き方改革が必要。DX(デジタルトランスフォーメーション)を活用し、医師業務の理解と病院の利便性向上を図る。

5) 非公立病院の役割と協力

人口減少による医療需要の変化に対応するため、非公立病院も病床規模や機能分化を検討。地域医療構想の実現に向けて、引き続き協力が求められる。

【地域の関係機関への要望等のまとめ】

地域医療を持続させるために、病院機能の分化・連携強化、医師会との協力、人材確保、働き方改革、そして非公立病院を含む地域全体での役割調整が必要である。

(5) 政令市から都道府県への要望等（政令市からの回答のみ）

1) 県が担うべき役割の強化

地域医療構想を進めるうえで、医療資源の配分や役割分担の調整に県が主体的に関与し、明確なイニシアティブを発揮することが求められている。公立・民間・公的病院を含む地域全体の医療提供体制を俯瞰し、調整役としての機能を強化する必要がある。

2) 公立病院の負担増と財政支援の必要性

公立病院は民間では担いにくい救急医療を担うため、設備投資が不可欠で費用負担が大きい。

物価高騰や人件費上昇、電子カルテ導入などで構造的に費用が増加しており、国と連携した継続的な支援が必要。特に、一定規模以上の救急患者を受け入れる病院が三次救急病院として加算を受けられる仕組みの整備が求められている。

3) 医師不足・医師偏在への対応

同一県内でも医師偏在が顕著であり、医師不足地域への適正配置の仕組みを構築する必要がある。医師確保計画の策定と、突発的な施策(緊急的な支援策)の実施が求められている。小児科など特定領域では特に医師不足が深刻で、地域医療の維持に直結する課題。

4) 物価高騰・食料費支援の継続性

現在の支援は一時的措置とされているが、医療機関の経営環境を考えると継続的な支援が不可欠とされている。

(参考) 管下の公立病院からの要望として記載されていた内容

- ・公立病院の安定運営を確保するための制度的支援。
- ・小児医療高度化支援事業補助金の要件緩和と補助額拡充。
- ・医師確保・医師偏在解消に向けた県の積極的な関与。

【政令市から都道府県への要望等のまとめ】

地域医療構想の実現に向けて都道府県がより強いリーダーシップを発揮し、以下のような構造的課題に取り組む必要性を強調している。

- ・医療資源の再配分
- ・医師確保と偏在是正
- ・公立病院の財政支援
- ・物価高騰への継続的対応

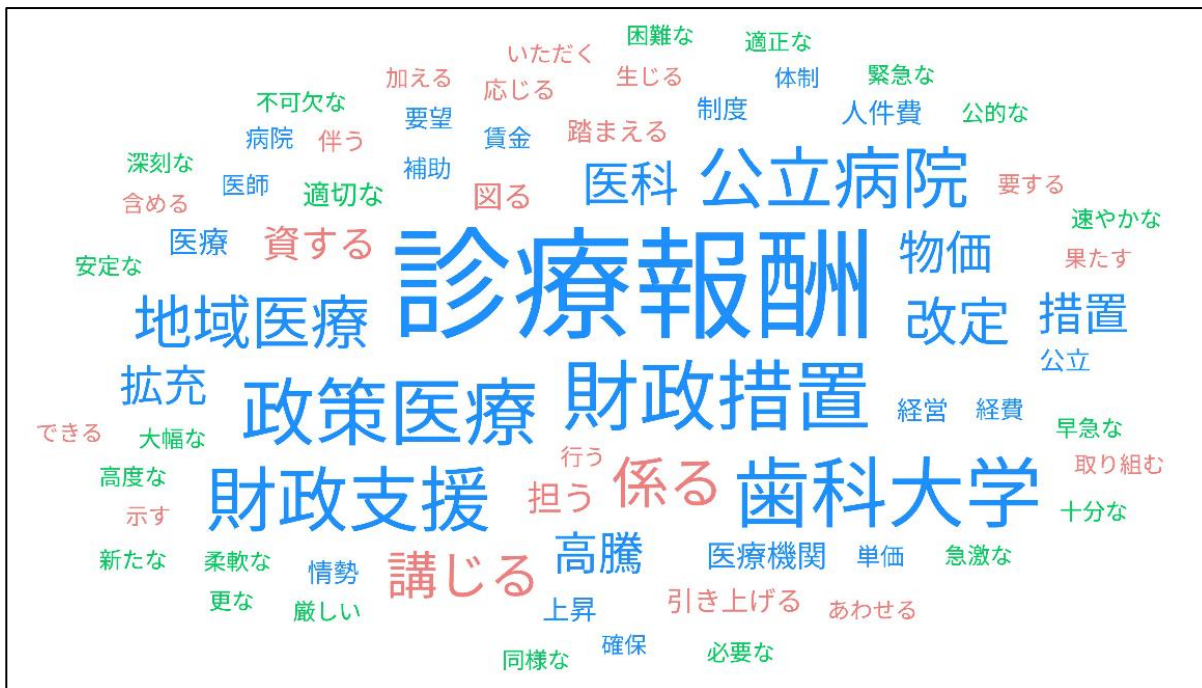
【参考】ワード・クラウドによる分析結果

自由記載の内容をAIにより取りまとめて文章化したが、文章化することで、それぞれの意見が回答者群の中でどの程度の重み（重要性）を持っているかについて把握することが困難となる。この点を補うため、寄せられた意見に記載された「ワード」の出現頻度等により重要性を直感的に把握できるよう「ワード・クラウド」分析を行った。より重みを持つワードについては大きな字体で示され、関連するワードは同じ色となるよう分析がなされている。

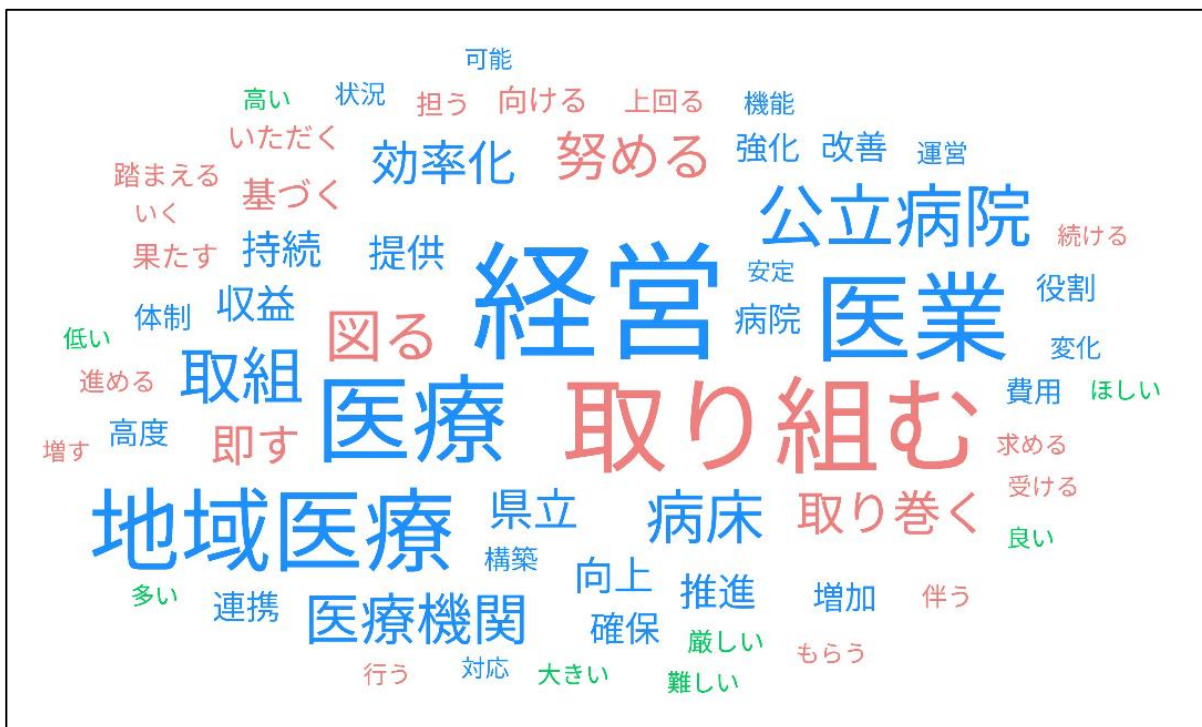
例えば、国への要望・意見においては、「財政措置」よりも「診療報酬」のフォントが大きく示されており、一時的な財政措置よりも恒久的な診療報酬による対応を求めている傾向がある。また、公立病院への要望・意見の分析結果をみると、「地域医療」よりも「経営」の字体が大きく示され「効率化」「持続」「取組」というワードも目立っていることから、「自治体は医療提供の継続のため地域医療への取り組みもさることながら、効率化を進めるなど経営改善を公立病院に対しより強く求めていることが伺われる。」との解釈もあり得る。

定量的な分析ではないが、自由記載の取りまとめの過程で失われた行間のニュアンスを補完するための参考とされたい。

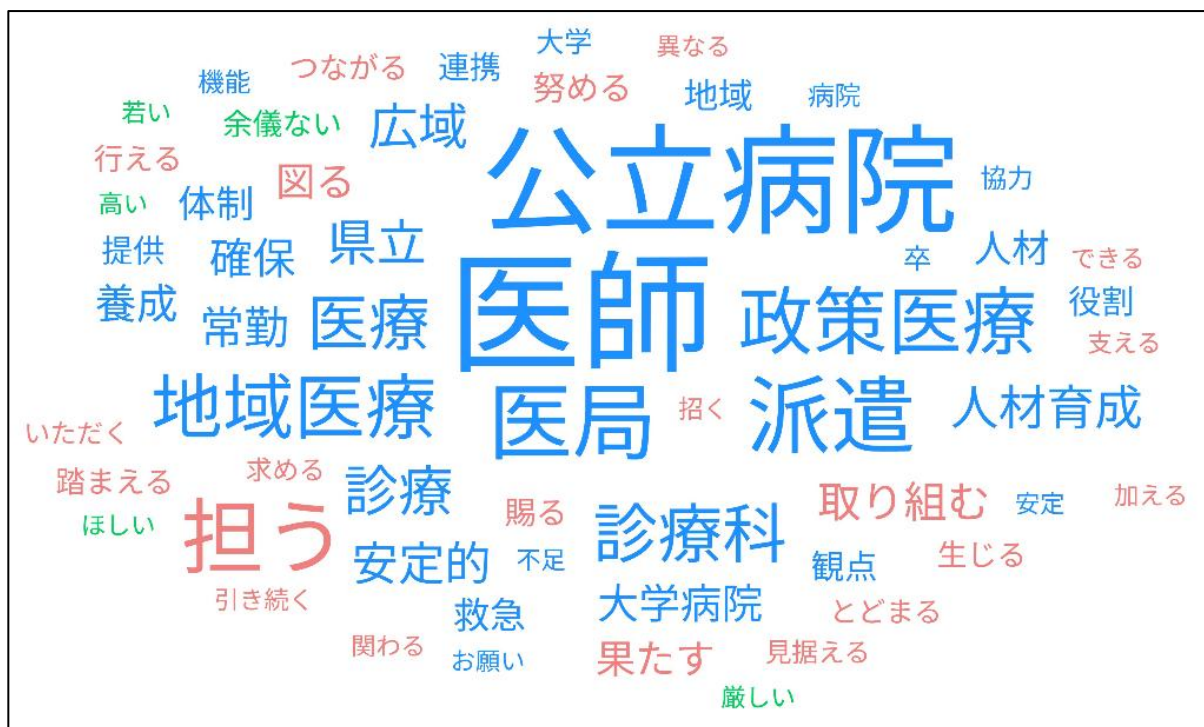
(1) 自治体から国への要望



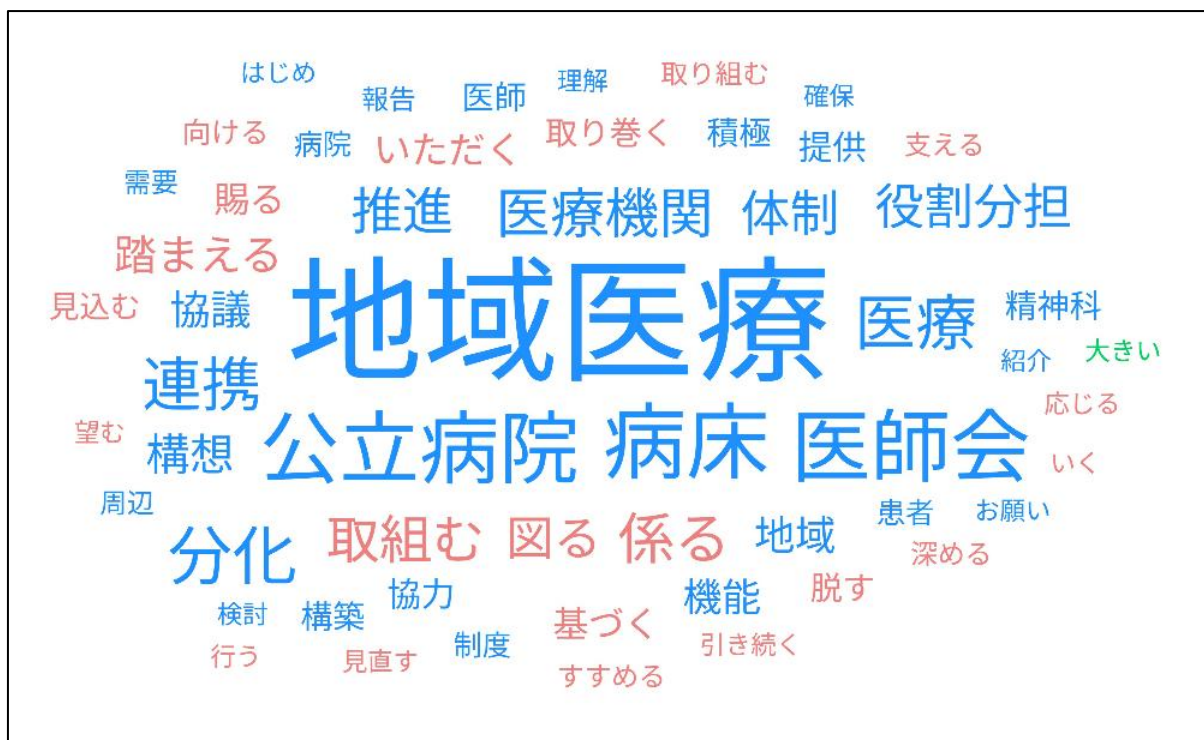
(2) 自治体から公立病院への要望等



(3) 自治体から大学病院（医局）への要望等



(4) 自治体から地域の関係機関（医師会、民間病院等）への要望等





IV 病院調査結果

1. 病院編 調査票

全国衛生部長会 調査研究部会
【病院編】 公立病院の経営に関する調査

- 回答の締切は **令和7年12月31日(水)です**
- 回答エクセルファイルの送付先 **publichospital@comon.jp**
- 回答方法とセル色の説明

	数字を 半角数字 で記載
	文字を記載、記載内容のすべてがセル内に表示されなくても、記載内容は保存されています

↓ここから質問が始まります。

問1 本件に関し照会先となる職員を記載してください。

※必ずしも、全ての質問への照会に対応しただけなくとも、回答可能な方へつないでいただける方を1名記載ください。

氏名	
部局	
役職	
電話番号	
メールアドレス	

問2 病院の所在地と病院名、医療機関コード番号(10桁)を記載してください。

所在地(都道府県)	
病院名	
医療機関コード番号(10桁)	

※半角数字で正しくご記入ください。

問3 以下の表の①～⑤、⑦～⑧に数値の記入をお願いします。

(デフォルトとして0.0が入っています)

⑥はプルダウンで回答をお願いします。

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦			⑧
	病院医療収益 【億円】	公的支援金 【億円】	医療原価相当 【億円】	人的コスト 【億円】	キャピタル的 コスト 【億円】	税引前利益 黒字(≧0) ・赤字(<)	医療費用	医療外費用	臨時費用	仕分け不能 金額
	医療収益と臨時収益の合計額 なお、公立病院の場合は繰入金金の公的支援金を除く。 ちなみに、このためのコロナ補助金は臨時収益に該当すると思われる。	公立病院における繰入金等の財政措置額	材料費、医療外費用(長期借入金支払い利息を除く)、委託費、控除対象外消費税等負担額、本部費配賦額などの経費の合計	人件費または給与費、研究研修費、退職給付費用の合計額	設備関係費、固定資産売却損益収入やその他の臨時費用(固定資産売却費、資産に係る控除対象外消費税等負担額、災害損失)、長期借入金支払い利息、固定資産税の合計額	各年度ごとに、黒字、赤字、不明をご回答ください。(プルダウン)				①～⑦のいずれにも仕分けができない金額等があれば、収入支出の合計額を記入ください。(支出が多ければマイナスで記入してください)
	※数値は小数点第2位を四捨五入して、 小数点第1位まで記入してください。						※数値は小数点第2位を四捨五入して、 小数点第1位まで記入してください。			
2024年度	0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円		0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円	0.0 億円

問4 別添の病院経営に関する講習会への出席者を1名ご登録ください。

氏名	
所属	
電話番号	
メールアドレス	

これで調査は終了です。ファイル名を下記のとおり書き換えていただき、ファイルを下記メールアドレス宛にお送りください。

- ファイル名 **h******* (*部分は10桁の医療機関コードを半角数字にしたもの)
- 回答エクセルファイルの送付先 **publichospital@comon.jp**

～ご協力いただき、ありがとうございました～

2. 経営状況の分析

(1) 病床当り公的支援額の平均値の推移について

病院から回答のあった公的支援（運営費負担金、補助金等）の総額を 2023 年度の許可病床数（全種別病床数の合計）で割った値を「病床当り公的支援額」とした。対象としたのは、前回の調査結果と併せて過去 6 年間の追跡が可能であった 165 病院である。

2024 年度は前年度比で 16%を越えるレベルで増加しており、より深刻な経営状態を反映し病院の運営を支える公的支援も増額を求められたことが伺われる。

表 1 病床当り公的支援額の平均値の推移

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	
病床当り支援額	464.9	476.9	473.7	483.9	485.4	563.4	(万円/床)
対2019年度比	NA	102.6%	101.9%	104.1%	104.4%	121.2%	
対前年度比	NA	102.6%	99.3%	102.1%	100.3%	116.4%	

対象：2019年度～2024年度まで比較可能だった165病院

※ 病床は全許可病床

(2) 公的支援が高額な公立病院について

2024 年度に病床当りの公的支援額が 1 病床当り 1000 万円を超えた病院を表 2 に示す。

表 2 2024 年度に 1 病床当り公的支援額が 1000 万円を超えた公立病院

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	特記事項
医療機関 1	700	733	700	733	700	3,067	特殊事項
医療機関 2	2,767	2,100	3,033	2,733	2,733	2,867	救命
医療機関 3	2,158	2,373	2,411	2,241	2,171	2,165	小児
医療機関 4	946	929	929	918	929	1,957	循環器
医療機関 5	1,600	1,625	1,605	1,605	1,655	1,745	小児
医療機関 6	1,275	1,263	1,125	1,138	1,263	1,550	リハ
医療機関 7	1,028	1,200	1,288	1,274	1,321	1,540	小児
医療機関 8	1,440	1,376	1,417	1,440	1,385	1,440	小児
医療機関 9	980	987	1,073	1,127	1,087	1,293	小児
医療機関 10	1,235	1,198	1,086	1,282	1,357	1,283	小児
医療機関 11	566	610	699	735	831	1,250	再編予定
医療機関 12	1,140	1,140	1,211	1,140	1,140	1,176	小児
医療機関 13	1,145	1,043	1,102	1,118	1,201	1,164	神経
医療機関 14	975	1,050	1,142	1,267	1,083	1,125	附属
医療機関 15	705	695	400	486	867	1,038	神経

(万円/床)

対象：2019年度～2024年度まで比較可能だった165病院

※ 病床は全許可病床

2024 年度に 1000 万円を超えるのは医療機関 11 を除き、特定の政策医療分野の専門医療機関であった。なお、医療機関 1 については病院の特定を避けるため「特殊事情」としたが、公的支援を受ける政策的理由として妥当なものと考えられるものである。なお、医療機関 11 について当該病院の HP で確認したところ、一般総合病院であったが統合再編が予定されていることが判明した。

一般総合病院については、900 万円台に 2 病院、800 万円台に 3 病院であったが、これらの内、4 病院については 2024 年度に急激に支援額が増加した結果として、これらの金額に達したものであった。

(3) 調査に関する課題

赤字解消を公立病院に求める際には、不採算であっても地域において政策医療を提供するという機能を有するという視点が必要であるが、一方で、公的支援については適正な範囲となることを求めることは当然といえる。闇雲に赤字の解消を病院に要求するだけでなく、「適正な範囲」とは何かという一定の合理的なゴール設定が求められ、少なくとも自治体側には「相場感」を持つことが求められる。

例えば高度な政策医療を担う割合が高い病院には公的支援が多く必要といった配慮が求められるなど、単に金額の多寡だけではなく病院の機能や立地条件等を考慮する必要がある。前回の調査では公立病院の類型化を試み各カテゴリー内の病院の平均的な公的支援の状況等を分析したが、今回は回答数が減少したため、前回調査との連続性が確保できず年次推移等の比較検討が困難なこと、カテゴリー内の病院が少なくなり信頼性が確保できないこと等から実施していない。

本調査の結果については各医療機関からの任意回答によるアンケート調査のため、以下の留意すべき点がある。

1) 回答率の低下

調査票の準備や周知のための時間が少なかったこと等から回答率が 8% 近く低下した。また、診療報酬改定時期が近かったこと、物価高騰等への対応に追われていたこともあり任意のアンケートに答える余裕も無かったことが理由として考えられる。回答の無かった病院には地域の基幹的病院も含まれているため、分析結果が現場の実態をどの程度正確に反映しているかについては注意が必要と考えられる。

2) 算定に許可病床数を用いたこと

病床当り公的支援額の算定には前回調査で回答のあった 2024 年度の許可病床数とした。本来的には調査年度毎に休眠病床を除いた稼働病床とする方がより支援の実態に近い値を得ることができるものと考えられるものの有効回答数を確保するため回答者の負荷等に配慮せざるを得なかった。

3) 病床の種類による影響

急性期、回復期、地域包括、療養型、精神、結核等といった病床の性格も考慮する必要があると考えられるが、今回の解析では時間的制約等もあり分析が及んでいない。

4) 公的支援額について

公的支援として実際に病院に対して支払われた金額を用いたが、必ずしも当該年度に発生した収支差の全額が支払われていないケースもあると考えられ、いくつかの病院では本来補填が必要とされる金額に比較して過小評価となっている可能性がある。

これらの課題を解決するためには、国等において定期的に公立病院の経営実態についての調査・分析を悉皆的に実施し、その結果を自治体や病院が利用できるよう公表することが望ましい。

3. KPC 分析の結果

(1) 分析対象のスクリーニング

今回の調査でデータ提出したのは198病院であったが、提出されたデータを整理確認したところ、同一病院から重複して提出されているのが1件あった。また、昨年度調査に参加していたが2019～2023年度データは提出せず、2024年度分のみデータを提出した7病院や今回から新規参加の9病院があり、結果、2019～2024年度の6年分のデータが揃うのは181病院であった。

それら181病院の2019年度データについて下記の検算X(%)を行った。

$$X(\%) = \{ \text{総費用(医業費用+医業外費用+臨時費用)} \\ - \{ \text{変動費(医療原価相当)+固定費(人的コスト+キャピタルコスト)} \} \div \text{総費用}$$

そして、次の条件でスクリーニングすると48病院が除外された。

- ・ X > 5%、つまり固定費と変動費の仕分けや、人的コストとキャピタルコストの仕分けができずに残す費用がかなり多い。
- ・ X < -0.5%、つまり固定費と変動費の仕分けや、人的コストとキャピタルコストの仕分けでダブルカウントが少なくない。

これにより今回調査でデータ提出した198病院中、2019～24年度のデータが揃い、費用仕分け検算で妥当とみられるのは133病院であった。

ちなみに前回調査ではデータ提出した221病院のうち、2019年度データの検算によってKPC分析で使えたのは138病院(62.4%)であったが、今回は198病院のうち133件(73.5%)に対してKPC分析を行えることになり、分析に有効な病院データは割合にして11ポイント増えた。

これは後に説明するように、管理会計の手法であるKPC分析における「費用仕分け」が財務会計の「費用仕訳け」と異なる由の理解が昨年度よりも進んだものと推察される。

※KPC分析の特徴について

今回の分析対象となった病院のKPC分析においては、2(3)で指摘したような病床稼働率や休眠病床の数、急性期や回復期の割合等の影響を考慮する必要がないものと考えられる。

すなわち、KPC分析において変動費と固定費の仕分けや、固定費を構成する人的費用と施設・設備等のキャピタル的費用の仕分けが統一的になされている限りにおいては、人的費用の指標Pとキャピタル的費用の指標Cのバランスの違いと解釈でき、異なる性格の病院間や医療状況の異なる年度間においても経営状況を比較することが可能となることがこの分析の特徴の一つといえる。

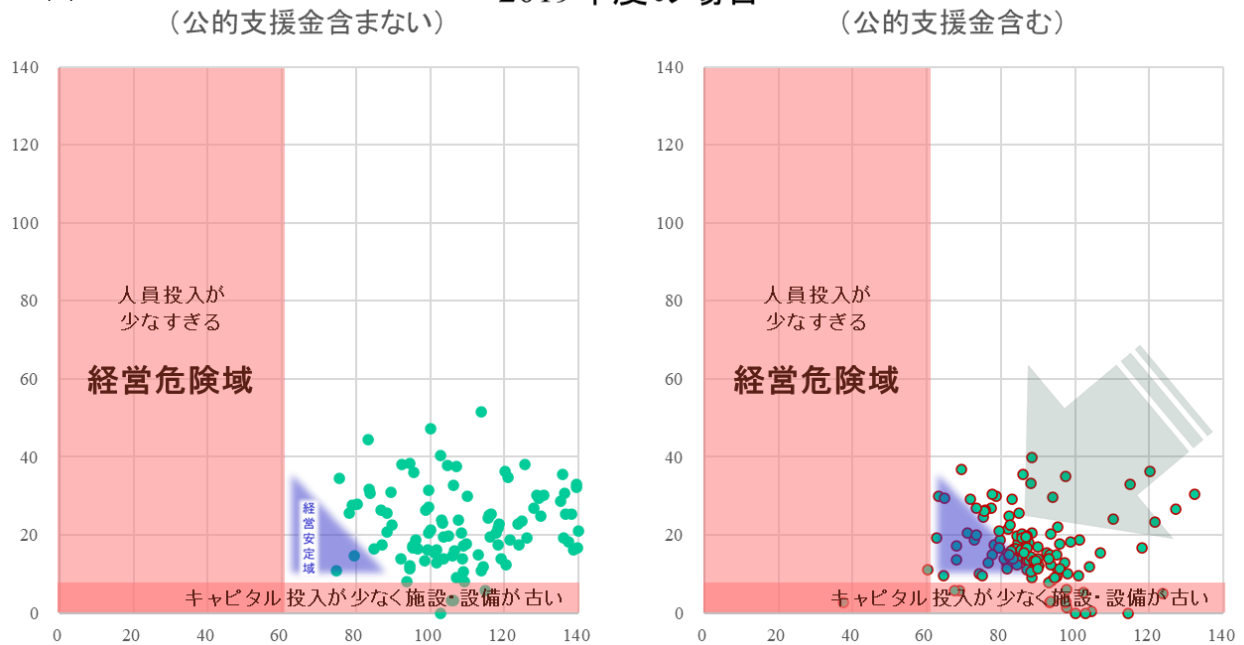
(2) KPC 分析でみた公的資金投入の効果と年次動向の可視化

1) 公的資金投入効果の可視化

2019～2024 年度のデータが揃い、費用仕分け検算で妥当とみられる 133 病院について、2019 年度データにおける公的支援の有無による PC 平面上での病院プロットの様子をみると、いずれの病院も公的資金投入により経営安定域へ向かう様子が確認できる。

図 1

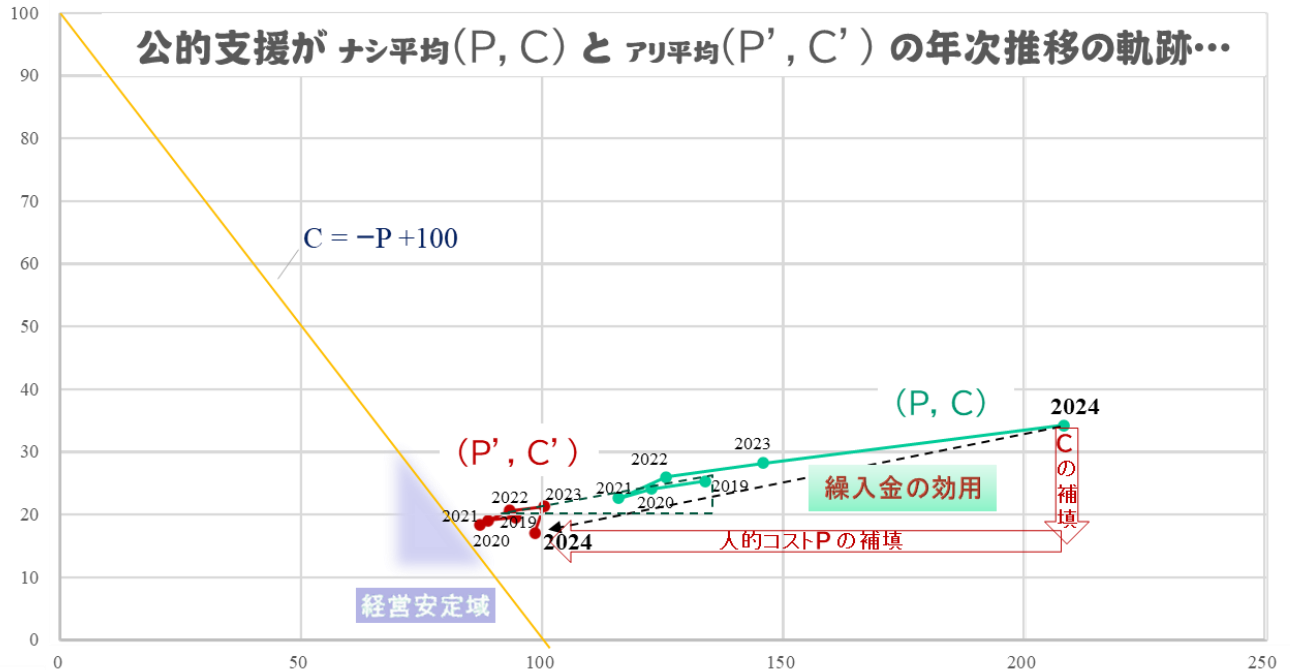
2019年度の場合



2) 公的資金投入効果の年次動向の可視化

次に各年度における133病院のP値とC値のそれぞれの平均値について、公的資金が無い場合の(P, C)点と公的資金が有る場合の(P', C')点を算出し、いずれの年度も(P, C)点が経営安定域そばの(P', C')点へと移動する様子がわかる。すなわち、公的支援金(繰入金や補助金等)の効用が公立病院の経営を安定させていることが確認できる。そして年度を追って(P, C)点を観察すると2022、2023、そして2024年度と経営安定域から遠ざかり、そのため公的支援(Pの人的コスト補填とCの施設・設備等のキャピタル的コスト補填)が大きくなる様子が観察できる。とくに近年は人的コストへの公的支援がかなり大きくなっている様子が可視化できる。

図2



3) その他解析の試み

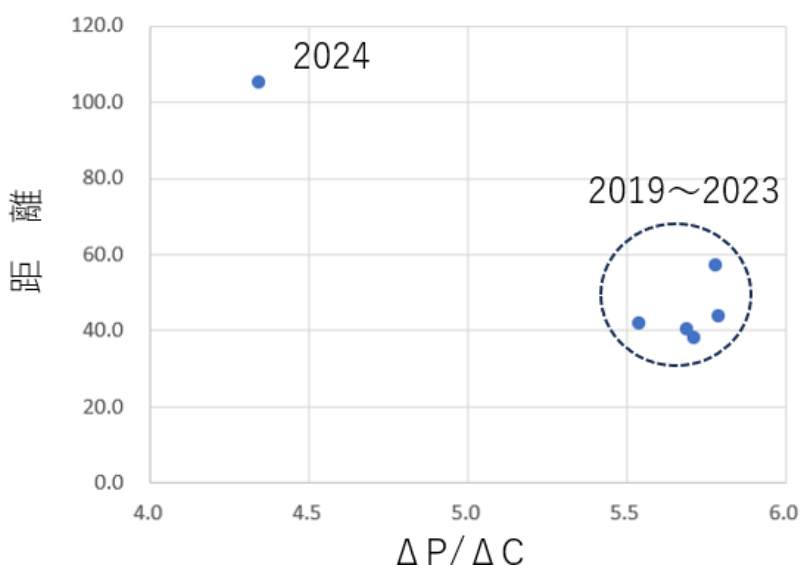
(P,C)点と(P',C')点の差から、人的コストの補填 ΔP と資本的コストの補填 ΔC 、 ΔP と ΔC の比 ($\Delta P/\Delta C$) および(P,C)と(P',C')の「距離」を算定し年次推移を図表に示す。

各年度の $\Delta P/\Delta C$ と距離を平面上にプロットすると2024年度は2019~2023年度と比較し、距離は約2倍となり、 $\Delta P/\Delta C$ は大きく減少していることが分かる。距離が2倍となったことは、過去4年に比較し2024年度においては経営安定化のために2倍近い繰入金の効果(=投入)が求められたことを示唆するものと考えられる。

また、同様に過去4年に比較して $\Delta P/\Delta C$ が減少したのは、繰入金による効果においては人的コストよりも資本的コストの影響が相対的に大きくなった。つまり2024年度においては資本的コストに係る負担が増加したことが伺われる。すなわち、施設の新築、設備更新や建替え、修繕等に要する経費が高騰した影響が伺われる結果と考えられる。

図3 (P,C)と(P',C')の比較の年次推移

	ΔP	ΔC	$\Delta P/\Delta C$	距離
2019年度	43.4	7.5	5.8	44.1
2020年度	39.7	7.0	5.7	40.3
2021年度	37.6	6.6	5.7	38.1
2022年度	41.3	7.5	5.5	41.9
2023年度	56.4	9.8	5.8	57.2
2024年度	102.5	23.6	4.3	105.2



(3) KPC 分析/PC 平面上における病院プロット (2019~2024 年度)

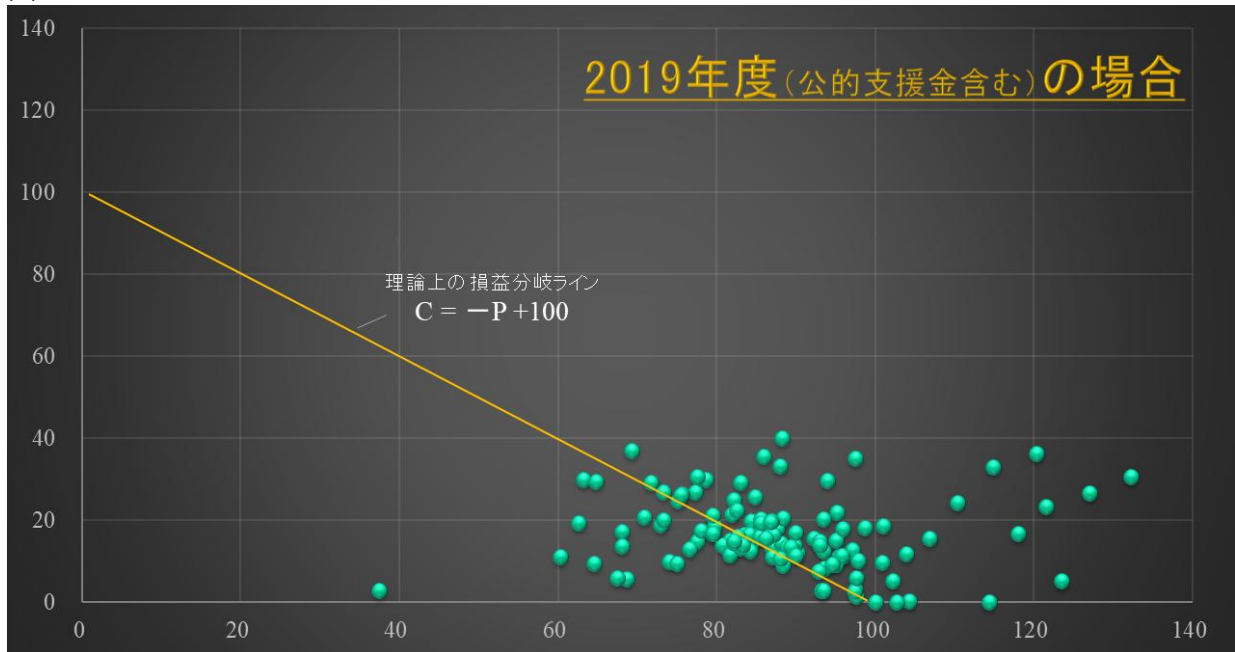
1) 2019 年度データの解析

2019~24 年度のデータが揃い、かつ、費用仕分け検算 X を通った 133 病院に対して、実際の収支を反映する「公的支援を含む場合」について KPC 分析を適用した。

①全病院のプロット

まずは 133 病院全部について PC 平面上に展開して、理論上の損益分岐ライン $C=-P+100$ との位置関係を確認した。

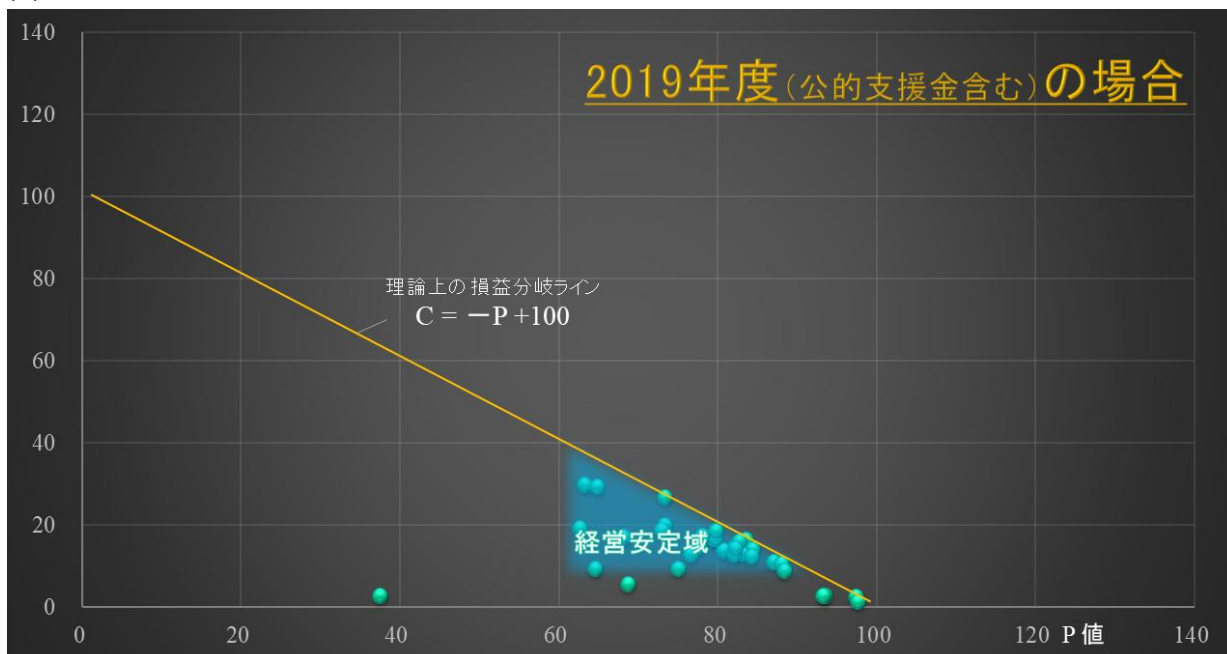
図 4



②黒字病院について

対象となる 133 病院について収支検算(=総収入-総費用)で黒字の 33 病院(24.8%)は PC 平面上で総てが理論上の損益分岐ライン $C = -P + 100$ の内側に揃った。ただし、後の④に説明するように経営安定の想定域から外れる病院は医師等のスタッフ不足や施設設備更新などで経営課題が示唆される。

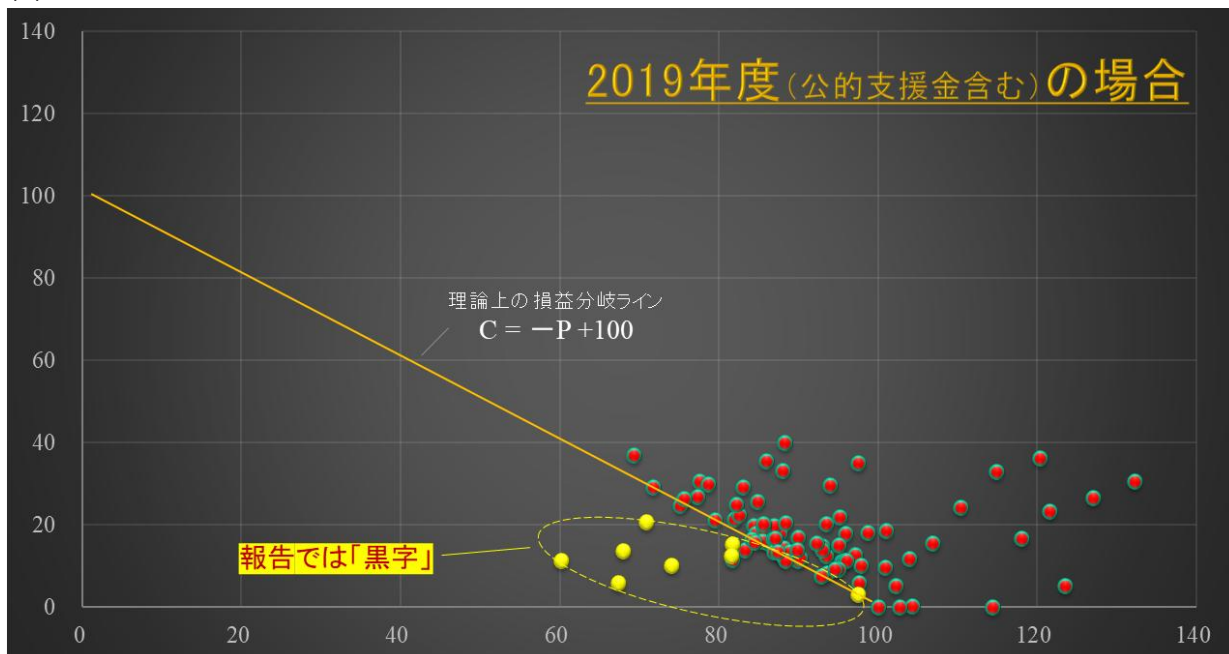
図 5



③赤字病院について

対象となる 133 病院について、収支検算(=総収入-総費用)で赤字の 100 病院(75.2%)をプロットすると、損益分岐点ライン $C = -P + 100$ の内側にも現れる病院がある。それら病院を同定して調べると収支報告は黒字となっており、おそらく収入や費用の計上あるいは収支報告に課題があると考えられる。

図 6

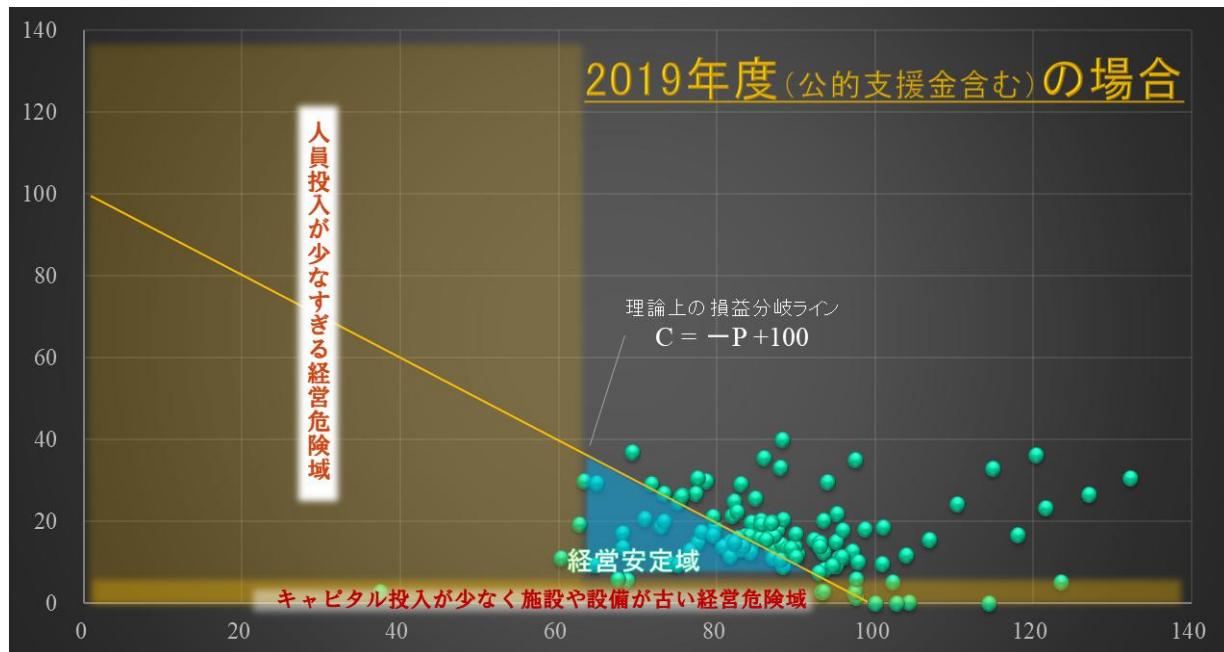


④病院経営の可視化

PC 平面上における黒字・赤字の病院プロットの意味合いを理解したうえで 2019 年度の分析対象とした 133 病院の全プロット図に推定される経営安定域と経営危険域とを重ねて視覚化したのが下図である。

データを提出した病院は、自院の 2019 年度の公的支援を含む場合の(P 値, C 値)の位置を図表上で確かめることで、自院の経営状況を客観的に確認ができる。

図 7

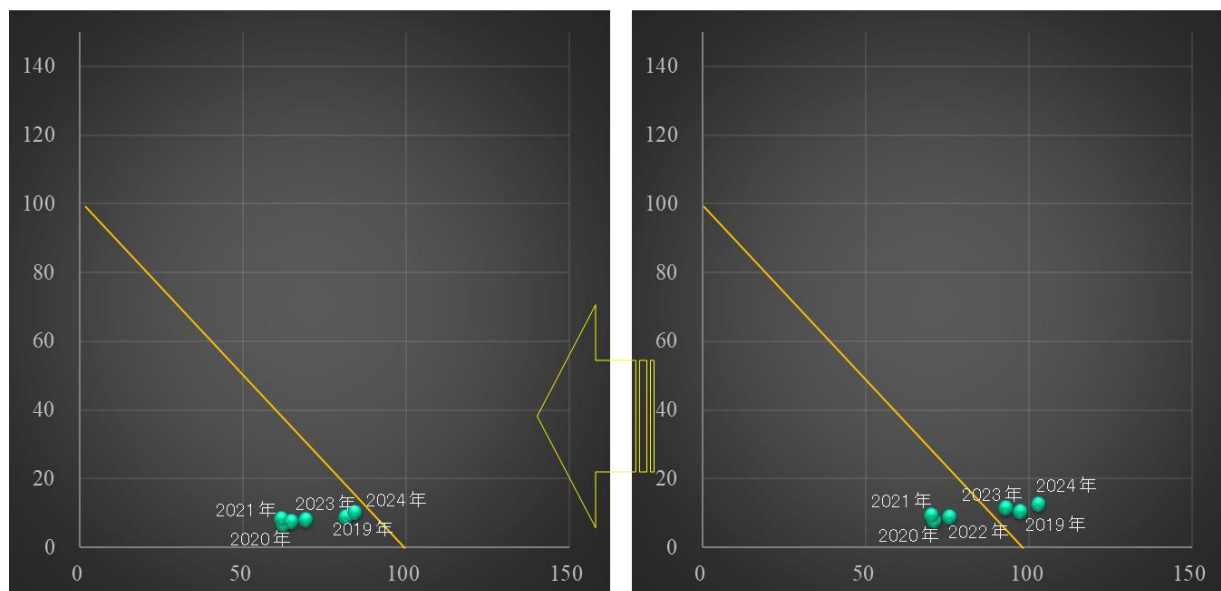


⑤公立病院経営の取り組みの可視化

公立病院は、自院の2019～2024年度の公的支援を含む(P値, C値)をPC平面上にプロットし、年次を追って軌跡を辿れば、自院が経営安定域に向かっているか、あるいは離れていつているのか、あるいは外れた位置のまましているのかなどの客観的な考察と説明ができる。すなわち、経営努力の如何を視える化できる。そのようなことから病院の経営改善努力や今後の経営計画を開設者自治体に諮り、病院の持続につなげられる。

下図は、ある自治体※の公立病院Aの2019～2024年度の6年間における公的支援有り(右図)と無し(左図)の(P値, C値)のプロットである。繰入金によって総て経営安定域に入っているが、2023, 2024年度と続けてP値が大きくなっていることから繰入金を人的投入に費やしている一方でC値が低いままであることから施設・設備への投入が控えられたままであることが伺われる。

図8 ■病院Aの2019～2024年度の経営取組みの可視化■
 (公的支援を含む) (公的支援を含まない)



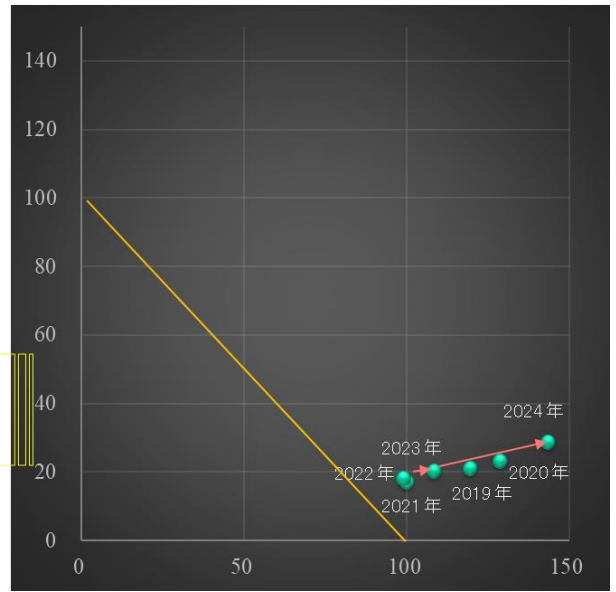
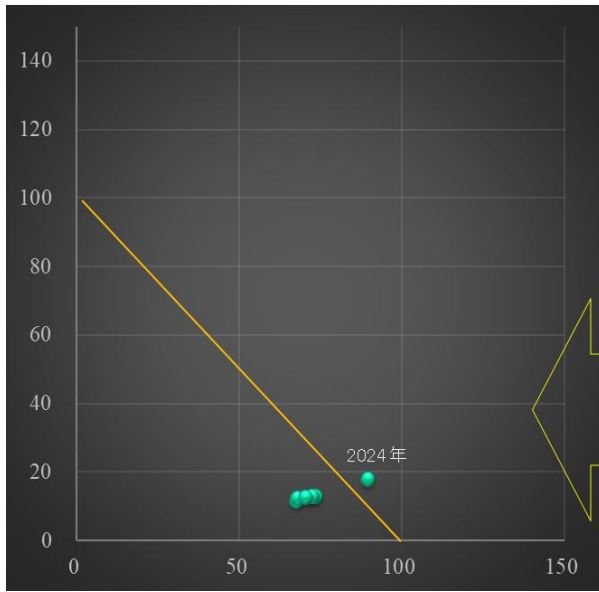
ちなみに同じ自治体の別の公立病院Bについては、下図のように公的支援が無しでみたとき、2021、2022年度に一旦は収支改善したものの、2023年度から再び収支が悪化して2024年度には公的支援があっても赤字状態に陥った。なお、病院Bでは2026年度より経営改善の取り組みを一層強化するとの報道がなされている。(※本分析結果については当該自治体の了承を得て記載)

図9

■病院Bの2019～2024年度の経営取組みの可視化■

(公的支援を含む)

(公的支援を含まない)



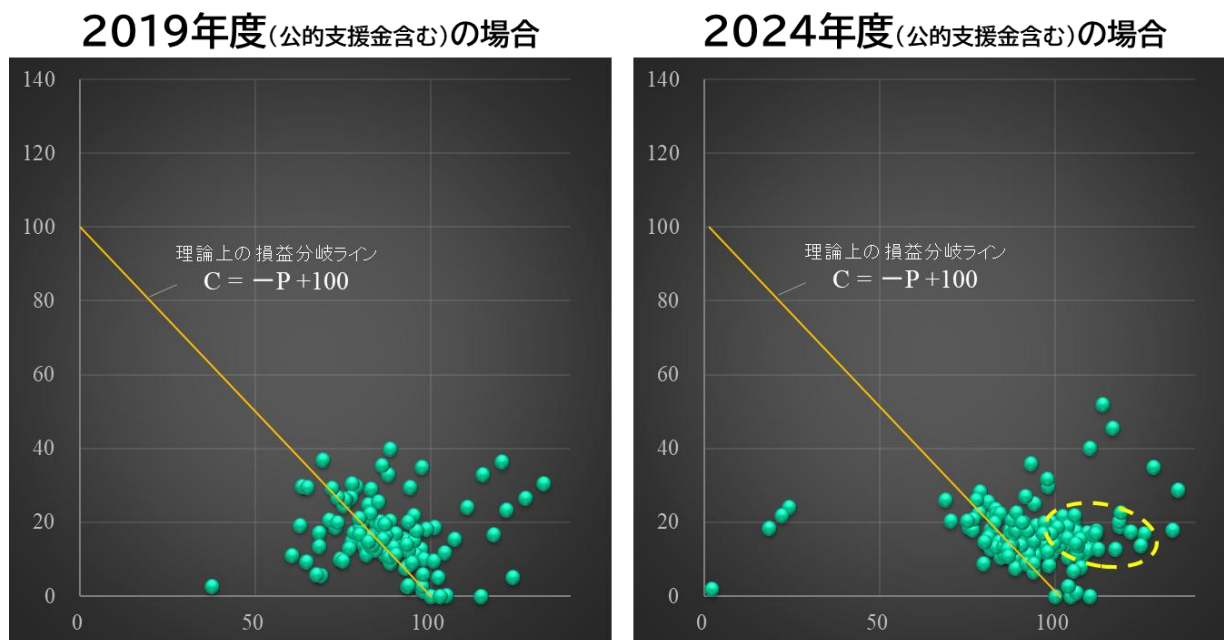
(4) 新規参加病院を含む 2024 年度データの単独解析と先の 2019 年度との比較

今 2025 年度調査から新たにデータ提出に加わった病院があり、それらは 2024 年度データのみ提出であった。そこで、今調査データを受け付けた 198 病院の 2024 年度データを確認したところ、データ提出を 2 度行った 1 病院とデータが不完全な 11 病院を除外した。そして残る 186 病院について、先の 2019 年度解析と同様に検算 X によるスクリーニングを行い、49 病院が除外した結果、費用仕分けが妥当とみられる 137 病院(73.7%)について KPC 分析を行うこととなった。

①2024 年度単独と先の 2019 年度との比較

PC 平面上の病院プロットの様子を見ると、2019 年と比べて 2024 年は損益分岐ラインから離れたところに集団がある(点線で囲った箇所)。ここは公的支援金を投入しても収支がとれず、赤字幅が大きい病院の集団であるが、P 値が大きく、C 値が小さいエリアであることから人的費用が大きい一方で、施設・設備投入がままならずにいる赤字病院群が増えたとみられる。

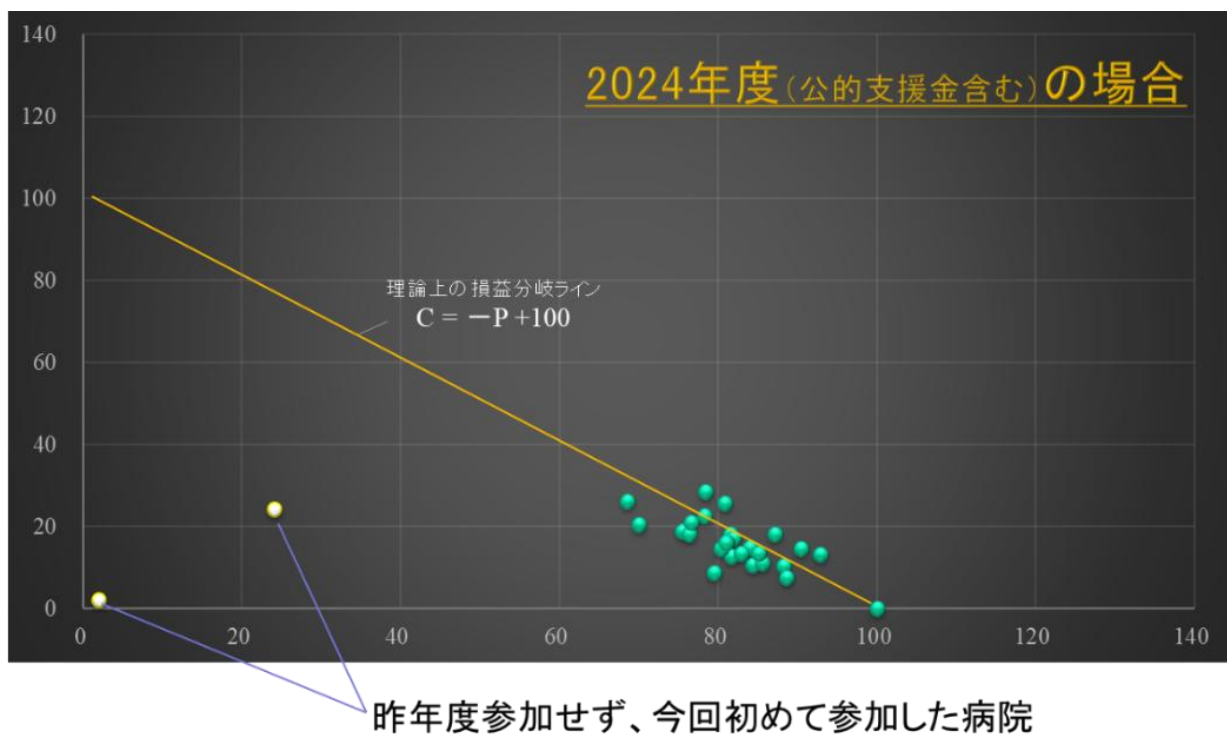
図 10



②2024 年度単独解析の黒字病院について

公的支援を含んで収支検算が黒字となる 28 病院(20.4%)はすべて税引前利益が黒字と報告しているが、理論上の損益分岐ライン $C = -P + 100$ を少し超えるところにプロットされる病院が幾つか現れた。但し、それらの病院はいずれも損益分岐ライン付近に沿って並んでいることも確認された。おそらく費用仕分けや収益の計上に何らかの課題があると伺える。なお、今回初めて参加した 2 病院は黒字とはいえ経営安定域からかなり外れており、管理会計の費用仕分けの理解が進んでいないことが推察された。

図 11

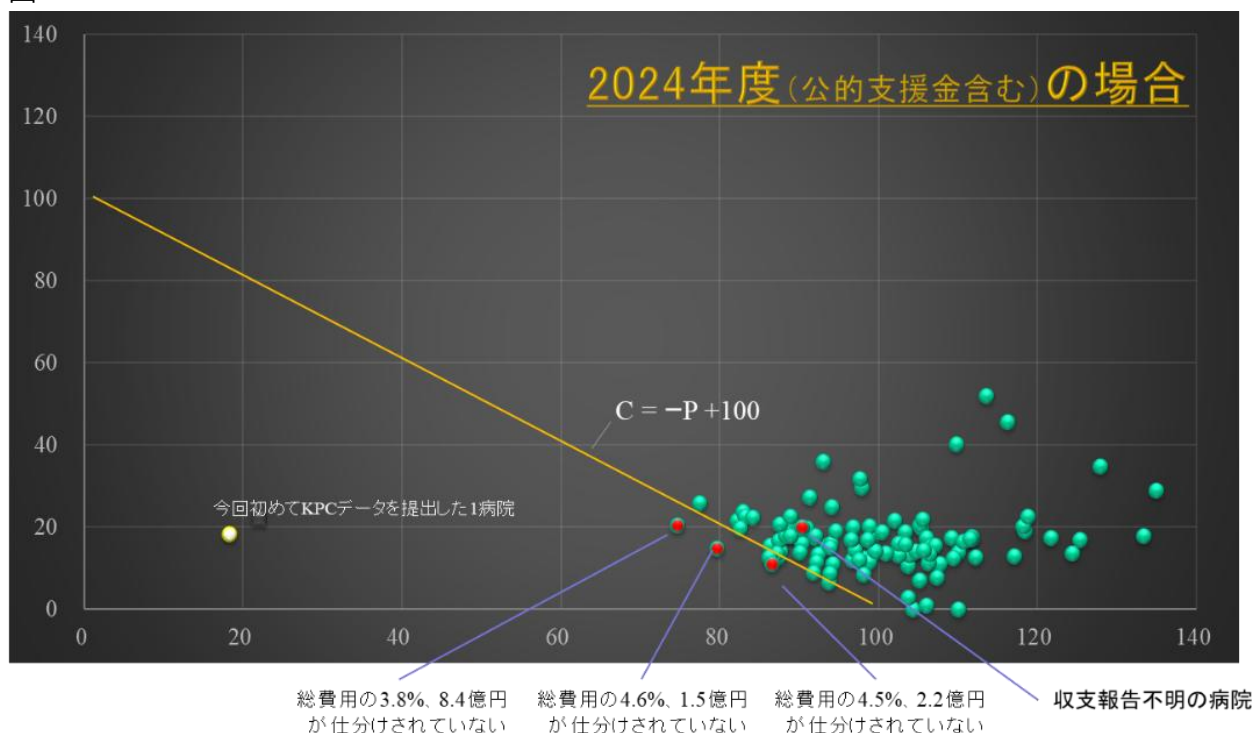


③2024 年度単独解析の赤字病院について

公的支援を含んで収支検算が赤字となった 109 病院(但し、報告不明の 1 病院を含む)は、やはり税引前利益が赤字と報告しているが、理論上の損益分岐ライン $C = -P + 100$ の内側にプロットされる病院が幾つか現れた。そこで、該当する病院を調べると、いずれもが費用の「仕分け不能な金額」が大きく、総費用に対する割合も小さくないことが分かった。

なお、かなり外れた位置に現れた 2 病院は今回初めて KPC 分析のデータを提出した病院と確認され、やはり、管理会計の費用仕分けに不慣れが理由と推察された。

図 12



(5) KPC 分析研修会の企画について

あらためて整理すると、病院 KPC 分析は近似的な損益分岐点分析を行う管理会計手法である。この分析では、病院の経営努力を視える化して、病院を持続するための経営施策を検討することができるので、公立病院の場合は、この手法を導入して病院開設自治体に経営改善策を諮ることができる。

このように KPC 分析は他の公立病院の経営の様子と比較して自院の経営取り組みの様子を説明するために使えるが、管理会計における費用や収益の計上等の「仕分け」は、財務会計の「仕訳け」とは異なるという点について、国内の多くの病院では不慣れなため KPC 分析を試みる当初は混乱することが多々ある。

そこで、今回の調査にあたって、KPC 分析の講習会をオンライン・ウェビナー方式で企画した。

なお、この企画を実施したところ、病院個別からの申込みではなく、自治体の病院局や地方独立行政法人の病院機構本部の担当者が自治体や機構に属する複数の病院の参加を申込みがあった。その結果、今回の KPC 分析オンライン講習会には 54 病院(担当者 50 人)から受講申込みがあった。そして、研修会終了後に 19 病院から確認のためのデータ再提出があったが、いずれの病院も先に提出したデータの数値と変わらなかった。そのようなことから再提出のなかった 35 病院もおそらくデータ数値の変更がなかったものと推察される。

ちなみに、2024 年度単独解析の黒字病院(図 11)と赤字病院(図 12)のそれぞれに現れた異常値の 3 病院を調べたところ、いずれも研修会に参加していないことが確認された。

今調査ではスケジュールの都合で、KPC 分析オンライン講習会(1 月 19 日[月]14:00~15:30 実施)は、病院からのデータ提出期限(12 月中旬)の後で参加申込みを受付け、年明けに開催する段取りとなった。このように KPC 分析講習会は限られた時間的制約の中で実施したため、オンラインの座学に留まった。

本来であれば、座学で学んだ仕分けの考え方を演習により実際のデータに適応して仕分けを理解するための研修も必要となる。

この機会にわかったが、ある自治体では 1 人の担当者が複数の KPC 分析を担うのは統一的理解をもって費用仕分けを行うという点で良い方策だと考える。そしてこのような担当者を養成するためには医療経営人材養成プログラムの受講が推奨される。また、それとは別に院長はじめ副院長、看護部長、事務部長等の病院幹部に向けた経営意識を身につける Executive コース(短期)の受講も勧められる。

たとえば、県立広島大学 HBMS 地域経営研究センターが取り組んだ病院経営人材養成プログラムでは、KPC 分析の履修に 3 コマ(100 分/コマ)を用意するが、とくに第 3 コマの KPC 分析演習(オンラインで実施)の効果が大きいことを確認している。参考までに 2023 年度に県立広島大学地域経営研究センターが実施した「公的病院幹部を対象とした医療経営人材養成プログラム」の中の KPC 分析履修の内容を参考資料として収載する。

なお、本資料の著作権は全て同研究センターに帰属するため、無断での転載や研修での利用等は禁止されている旨、注意されたい。

公立病院の経営問題に関する感想

— 「公立病院の経営に関する調査分析」のKPC分析を終えて —

一般財団法人 社会福祉・医療事業の経営研究会
代表理事 西田在賢

2007年度に始まる公立病院改革当初の公立病院改革ガイドラインが推奨した「民間病院の経営に倣って」費用管理や未収金回収、そして診療報酬の取りこぼしをなくすといった努力が続けられ、昨今では公立病院も民間病院と変わらない努めぶりだと思う。

しかしながら病院全体をみると、公・民を問わず多くの病院は経営力が未熟で、個々における経営努力の方向性がわからず、経営収支の改善はもっぱら公定価格である診療報酬の改定に依存している姿は今も変わらない。

公立病院の場合、民間病院との役割に違いがあることは明らかであり、開設者である自治体、そしてまた議会や地域住民に向けた病院経営持続の説明が不可欠であることから、いわゆる財務会計だけでなく、経営管理を説明する管理会計の能力が求められるという点が民間病院の経営と違ってくる。

ちなみに日本は欧米から近代経営の概念の多くを取り入れたが、管理会計 management accounting の概念については、病院に限らず一般企業でも十分に浸透していないとみられる。要するに、財務会計 financial accounting が事業者の財務の説明であるように、管理会計は事業者の経営管理を説明するものであり、説明の対象は前者が事業組織外部の者たちであるのに対して、後者は事業組織内部の者たちである。

それゆえ、オーナーの医師・経営者で始まる民間病院はもともと管理会計への関心は薄く、国の診療報酬改定に関わる財務会計だけにこだわってきたのが今の姿である。

一方、公立病院の場合は、組織内部である開設者自治体（また広くは地域住民）へ向けた経営努力の説明が本来不可欠なものであったが、公立病院改革着手後 20 年が過ぎようとする昨今までそのような理解が進まずにいる。

今回の調査研究で紹介している KPC 分析は、いわゆる管理会計の手法のひとつで、公立病院それぞれが取り組んできた経営、つまり、各年度におけるヒトへの資金投入や施設・設備等への資金投入の様子を視覚化して開設者自治体に説明するものである。そして、そのような経営取組みが妥当かどうか、あるいは当の自治体の繰出し金が適切であるかどうかを検討することを可能とするものである。

先にも触れたが、公・民を問わず多くの病院は経営力がいまだ未熟であるとはいえ、公立病院はこれまでの経営改革を通じて平均的な民間病院の経営の水準には至っており、次は公立病院ならではの経営力改善に視点を移すべきときであろう。

管理会計は外部に開示する義務がないとはいえ、自治体病院という共通の存在意義を持つ公立病院間で共通の理解と了解をもって KPC 分析に臨めば、互いに病院経営持続性を高める管理能力の向上につながられるものと思う。

KPC 分析演習に係る研修について

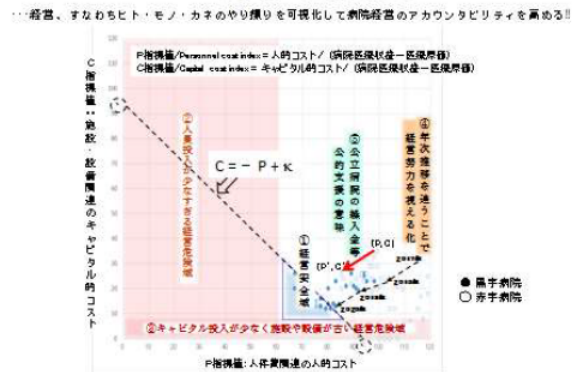
HBMS地域医療経営研究センター
公的病院幹部を対象とした医療経営人材養成プログラム編

KPC分析演習の準備

- 当センターが用意する記入用紙を配布しますので本講座に参加する病院の皆さまは…
- 匿名で2018から2022年度まで5年間のデータを記入して来月12月1日(金)までに当センター hbpms-office@pu-hiroshima.ac.jp に宛ててメール添付で送ってください。
- 財務諸表からだけでは該当する数値がわからない場合がありますので、御院の財務担当者にご相談してください。なお、今回の演習はKPC分析の経験が目的ですので、精密な数字や細かい数値は必要ありません。
ご不明な点がありましたら、当センターまでお問い合わせください。
- 当センターでデータを受け取りましたら、病院(匿名)の経営努力の見える化のためにPC平面上にデータを展開します。
- そして来月12月16日第2限「演習：病院経営努力の見える化を図るKPC分析」で、他院(匿名)と見比べできるように分析に参加する全病院のデータを一つのPC平面にプロットしたものを準備します。そこで、皆さんはこのときに設けるグループセッションを通じてKPC分析の理解を進めていただきたいと思います。

公立病院の場合、報告される黒字・赤字は収益に繰入金を含むのでフィードバックシートのPC平面には(P,C)と(P',C')をプロットする

KPC分析の概念図



□□□□□□ 病院のKPC分析データ票

※公立病院の場合、報告される黒字・赤字は収益に繰入金を含みますので、フィードバックシートのPC平面にはP, Cをプロットします。
後日の確認に備えて自院名を英数字6桁で記しておいてください

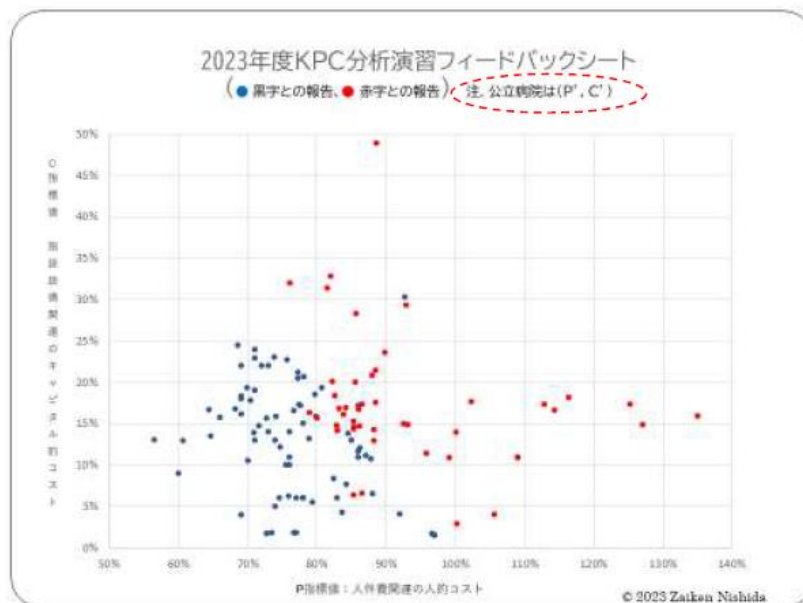
	病院医療収益 (億円) ※①参照	公的支援金 (億円) ※②参照	医療原価相当 (億円) ※③参照	人的コスト (億円) ※④参照	キャピタルコスト (億円) ※⑤参照	【参考】 税引前利益 率P (C)・K (%)	P値 = (P-①)÷② (%)	C値 = (C-⑤)÷⑥ (%)	K値 = P値+C	P'値 = (P'+①)÷② (%)	C'値 = (C'+⑤)÷⑥ (%)	K'値 = P'値+C'値
2017年度						黒字 or 赤字						
2018年度						黒字 or 赤字						
2019年度						黒字 or 赤字						
2020年度						黒字 or 赤字						
2021年度						黒字 or 赤字						

● 数値は小数点第2位を四捨五入して、小数点第1位までを記入してください。
※① 医療収益と臨時収益の合計額。なお、公立病院の場合は繰入金等の公的支援金を除く。ちなみに、このたびのコロナ補助金は臨時収益に該当すると考える。
※② 公立病院における繰入金等の財政措置額
※③ 材料費、医薬外費用(長期繰入金支払い利息を除く)、委託費、控除対象外消費税等負担額、本部費配賦額などの経費の合計額
※④ 人件費または給与費、研究研修費、退職給付費用の合計額
※⑤ 設備関係費、固定資産売却損益収支やその他の臨時費用(固定資産売却損、資産に係る控除対象外消費税等負担額、災害損失)、長期繰入金支払い利息、固定資産税の合計額

公立病院ではP, C'を追加計算して下さい

(演習1) 自院のプロット箇所に印をつけ、年次ともどのように変化しているかを確認してください。(5分)

公立病院は(P', C')点の軌跡を追ってください



© 2023 Zaiken Nishida

(演習2) グループに分かれ、できればポーカークフェイスでK点分析のデータ収集や分析結果について意見や感想を交わし、グループとしての考えを集約して下さい。(20分)そして、このあとで発表していただきます。



全国衛生部長会
令和7年度 公立病院の経営に関する調査研究部会 名簿

	役割	氏名	所属
調査研究部会	会長	田中 一成	静岡市保健福祉長寿局理事兼保健所長
	会員	守川 義信	青森県健康医療福祉部長
		野原 勝	岩手県企画理事兼保健福祉部長
		岩佐 景一郎	栃木県保健福祉部長
		谷口 栄作	島根県医療統括監
		河野 英明	愛媛県保健福祉部医療政策監
	オブザーバー	山本 光昭	社会保険診療報酬支払基金理事
		浅沼 一成	国立保健医療科学院長
	参考人	家保 英隆	高知県理事(保健医療担当)
	アドバイザー	西田 在賢	一般財団法人社会福祉・医療事業の経営研究会代表理事

令和8年3月31日現在

令和7年度 公立病院の経営に関する調査
結果報告書

発行日 令和8年3月

編集・発行 全国衛生部長会

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-29-8

TEL 03-3352-4281

FAX 03-3352-4605

Email buchokai@jpha.or.jp