

公立病院経営強化ガイドラインについて

令和4年12月16日

三重県議会 医療保健子ども福祉病院常任委員会

総務省 自治財政局 準公営企業室

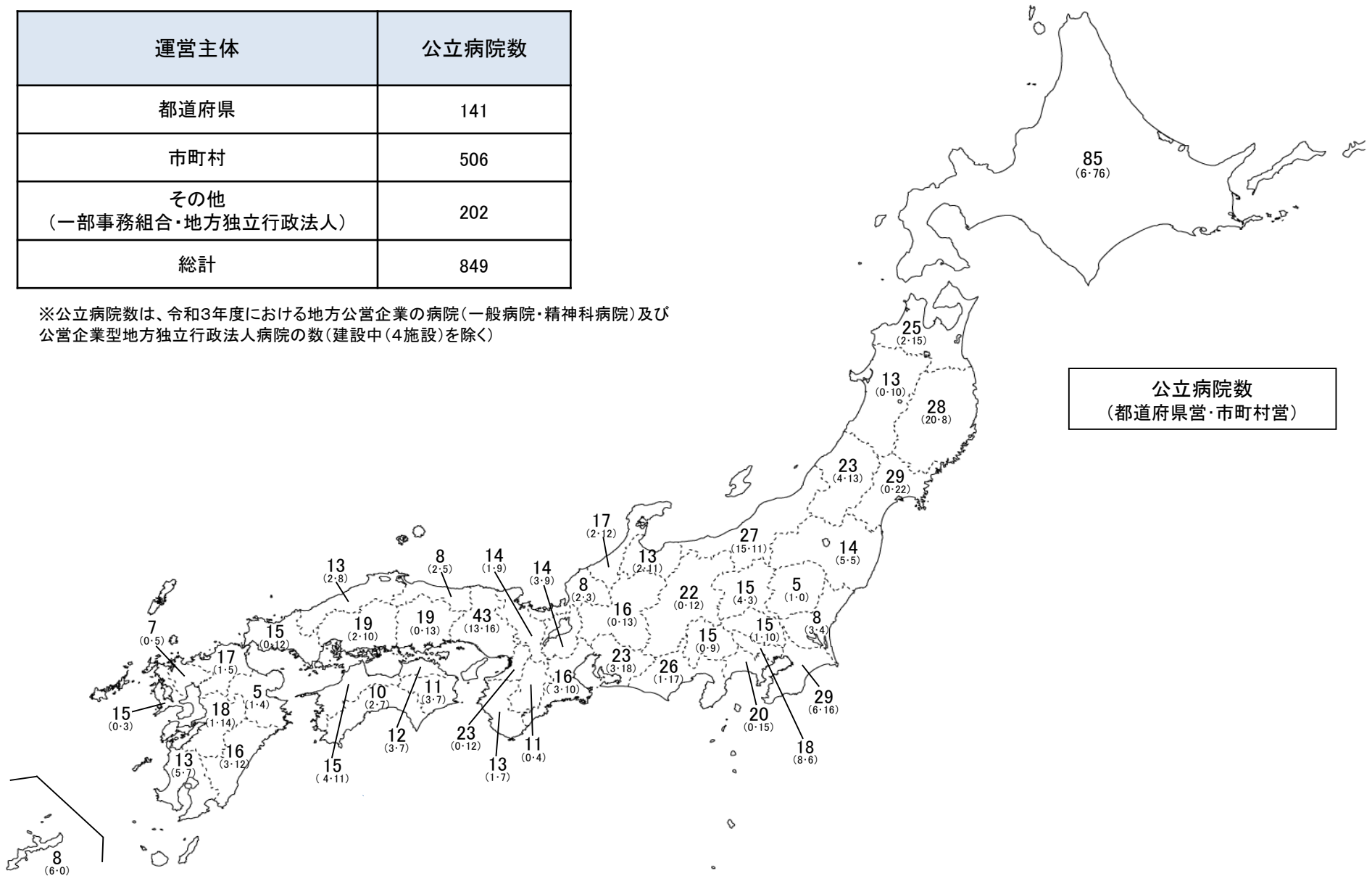
- ・第1 公立病院の現状
- ・第2 公立病院の地方財政措置
- ・第3 公立病院経営強化ガイドラインについて
 - 公立病院経営強化ガイドラインの概要
 - 3-1 地方公共団体における公立病院経営強化プランの策定
 - 3-2 都道府県の役割・責任の強化
 - 3-3 経営強化プランの策定・点検・評価・公表
 - 3-4 財政措置

第1 公立病院の現状

都道府県別の公立病院数の状況（令和3年度決算統計）

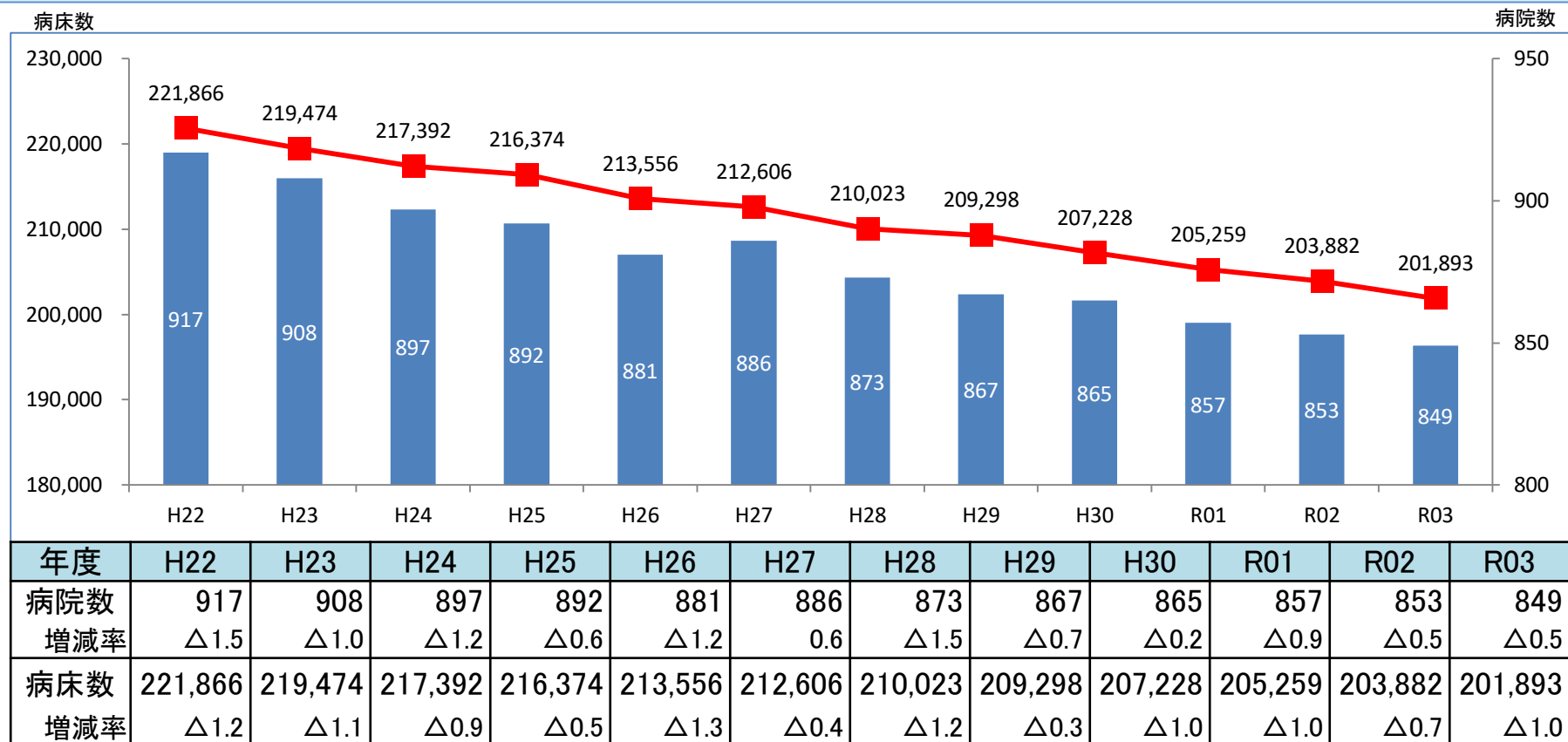
運営主体	公立病院数
都道府県	141
市町村	506
その他 (一部事務組合・地方独立行政法人)	202
総計	849

※公立病院数は、令和3年度における地方公営企業の病院（一般病院・精神科病院）及び公営企業型地方独立行政法人病院の数（建設中（4施設）を除く）



公立病院数と病床数の推移（地方独立行政法人を含む）

- 令和3年度の公立病院数及び病床数は、849病院、201,893床。
- 公立病院数が最多であった平成14年度と比較して、158病院（△15.7%）、38,028床（△15.9%）減少。また、旧ガイドラインを発出した平成19年度と比較して、108病院（△11.3%）、25,636床（△11.3%）減少。
- 令和3年度の一般・療養病床数は、平成20年度と比較して、全体で78,077床（△6.3%）減少しており、うち公立病院は20,760床（△9.5%）減少している。



※出典：地方公営企業決算状況調査、地方独立行政法人（病院事業）に関する決算状況調査、医療施設調査（厚生労働省）
 ※病院数は、建設中のものを除いている。

公立病院損益収支の状況

(単位:億円、%)

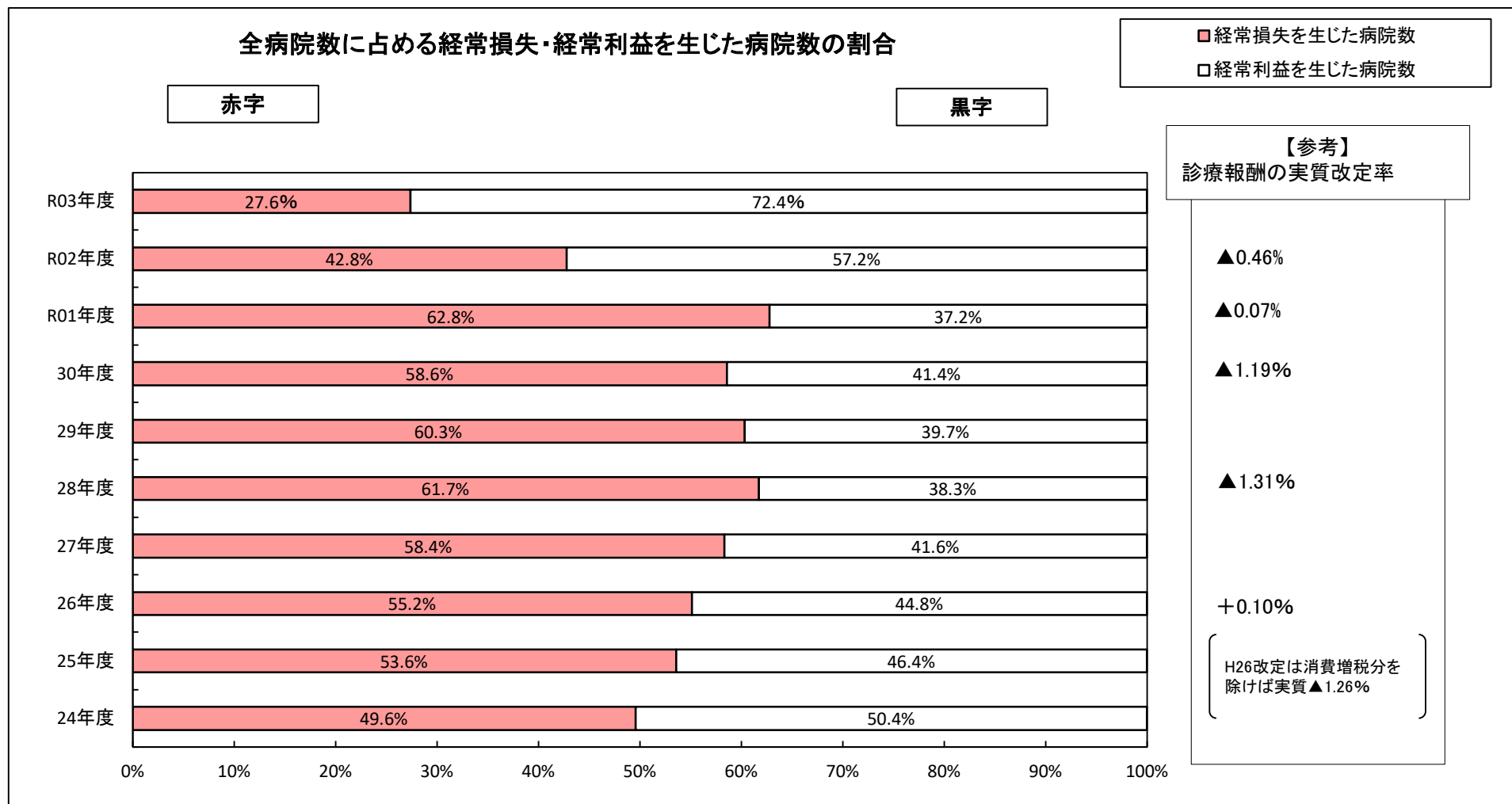
項目	年度	29	30	R1	2	3	(B)-(A)
							(A)
総 収 益		50,013	51,016	52,070	55,285	58,401	5.6
(うち他会計繰入金)		6,082	6,203	6,302	6,493	6,384	△ 1.7
経 常 収 益		49,694	50,652	51,713	54,399	57,515	5.7
うち 医 業 収 益		43,657	44,487	45,526	44,360	46,676	5.2
うち 国庫(県)補助金		197	254	231	4,926	6,224	26.3
総 費 用		50,998	51,877	53,054	53,919	55,105	2.2
経 常 費 用		50,461	51,337	52,693	53,149	54,259	2.1
うち 医 業 費 用		47,930	48,811	50,056	50,370	51,452	2.1
純 損 益		△ 985	△ 860	△ 984	1,366	3,296	141.2
経 常 損 益		△ 767	△ 685	△ 980	1,251	3,256	160.3
累 積 欠 損 金		19,005	19,498	19,908	19,062	16,682	△ 12.5
経 常 収 支 比 率		98.5	98.7	98.1	102.4	106.0	—
医 業 収 支 比 率		91.1	91.1	91.0	88.1	90.7	—
修 正 医 業 収 支 比 率		86.4	86.3	86.2	81.2	83.1	—

出典:地方公営企業決算状況調査

(注1)公営企業型地方独立行政法人病院を含む。

(注2)各項目の数値は表示単位未満を四捨五入しているため、差引数値等が一致しない場合がある。

公立病院経常収支の状況（黒字・赤字病院の割合） （地方独立行政法人を含む）



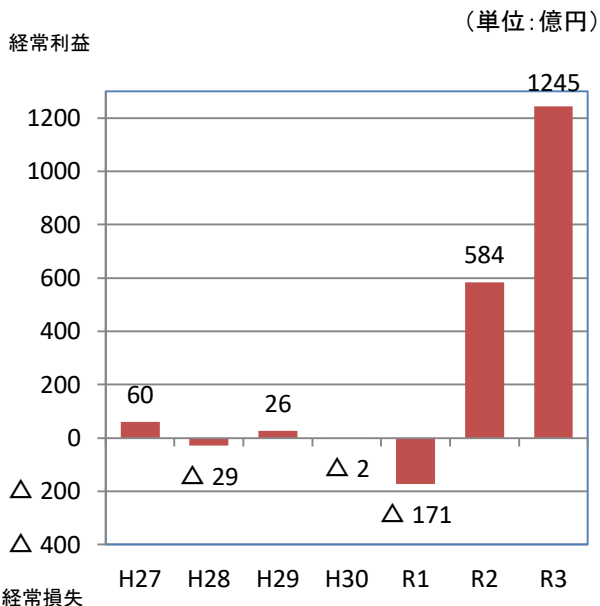
三重県内病院の状況

※R4.3.31時点

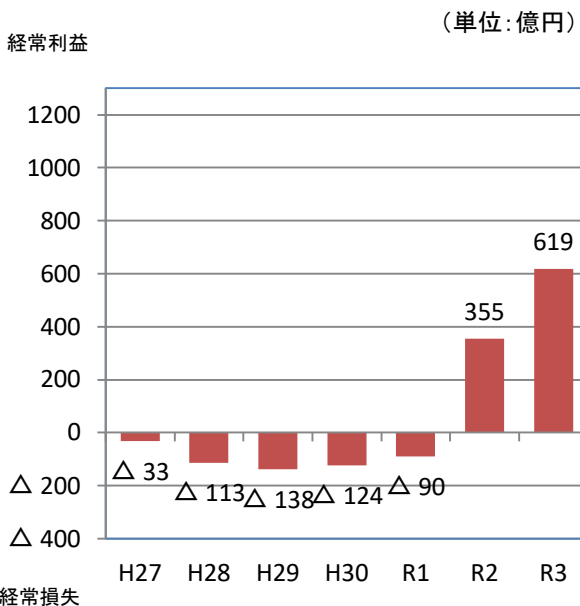
団体名	施設名	病床数 (床)	病床利用 率 (%)	経常損益 (百万円)	経常収支比率 (%)	修正医業 収支比率 (%)	職員給与費対 医業収益比率 (%)	1床あたり 医業収益 (千円)	1床あたり 医業費用 (千円)	不採算地区病院へ の該当	備考
三重県	こころの医療センター	348	54.6	879	126.9	53.8	113.8	5,414	9,045		
三重県	一志病院	82	40.5	156	117.0	72.4	74.3	8,846	10,925	1種	
三重県	志摩病院	336	50.0	▲69	93.1	0.8	0.0	429	2,759	1種(中核)	指定管理 (利用料金制)
四日市市	市立四日市病院	568	67.8	▲504	97.8	92.9	49.4	36,259	38,813		救急救命センター (30床)
伊勢市	市立伊勢総合病院	300	72.9	334	104.0	80.4	66.4	21,594	26,627	2種(中核)	
松阪市	松阪市民病院	328	71.7	1,413	112.9	92.1	49.7	28,660	31,082		
名張市	名張市立病院	200	66.4	656	112.7	83.0	66.2	21,260	23,717	2種(中核)	
尾鷲市	尾鷲総合病院	255	50.9	1,085	127.0	85.1	68.8	12,762	14,854	2種(中核)	
亀山市	市立医療センター	90	59.2	8	100.4	85.5	63.7	16,537	18,669	2種	
志摩市	国民健康保険 志摩 市民病院	77	74.6	23	101.8	75.8	83.9	12,950	16,105	2種	
伊賀市	伊賀市立上野総合 市民病院	281	60.6	394	108.5	92.4	56.2	15,059	15,486	2種(中核)	
玉城町	国保玉城病院	50	97.8	132	117.7	106.9	51.8	15,470	14,315	2種	
南伊勢町	町立南伊勢病院	50	82.1	15	101.4	73.5	65.8	16,780	20,913	1種	
紀南病院組合	紀南病院	244	59.3	480	109.7	77.0	73.9	13,572	17,130	1種(中核)	
地方独立行政法人三重 県立総合医療センター	総合医療センター	423	64.0	1,653	112.8	80.9	47.4	33,948	29,064		救急救命センター (30床)
地方独立行政法人桑名 市総合医療センター	桑名市総合医療セン ター	400	74.7	160	101.2	85.9	50.4	33,898	33,712		

規模別の公立病院の経常損益の状況（300床以上） （地方独立行政法人を含む）

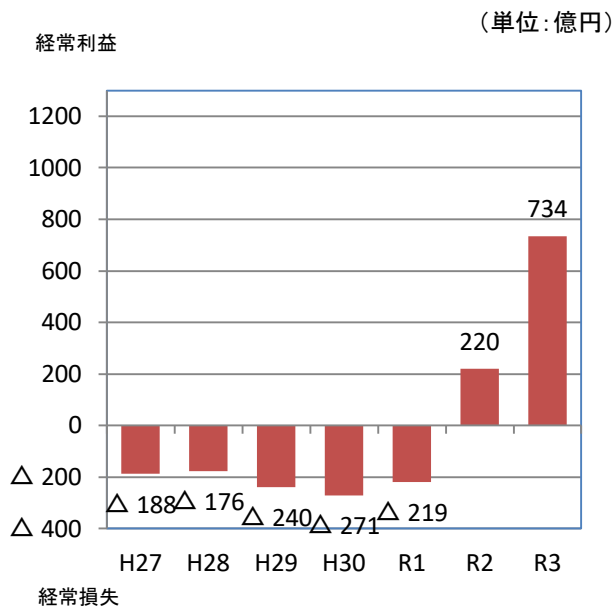
500床以上病院
（R3:92病院うち黒字病院は83病院）



400床以上500床未満病院
（R3:77病院うち黒字病院は63病院）



300床以上400床未満病院
（R3:120病院うち黒字病院は100病院）



経常収支比率 ※経常収益/経常費用×100
 （単位：％）

H29	H30	R1	R2	R3	増減
100.1	100.0	99.2	102.8	106.0	3.2

（単位：％）

H29	H30	R1	R2	R3	増減
98.7	99.0	98.9	103.7	106.3	2.6

（単位：％）

H29	H30	R1	R2	R3	増減
97.0	97.7	96.9	102.2	107.2	5.0

修正医業収支比率 ※他会計負担金を除く医業収益/医業費用×100
 （単位：％）

H29	H30	R1	R2	R3	増減
91.6	91.4	91.1	85.8	87.9	2.1

（単位：％）

H29	H30	R1	R2	R3	増減
88.9	88.8	89.0	83.6	85.5	1.9

（単位：％）

H29	H30	R1	R2	R3	増減
86.1	85.6	85.4	80.1	82.5	2.4

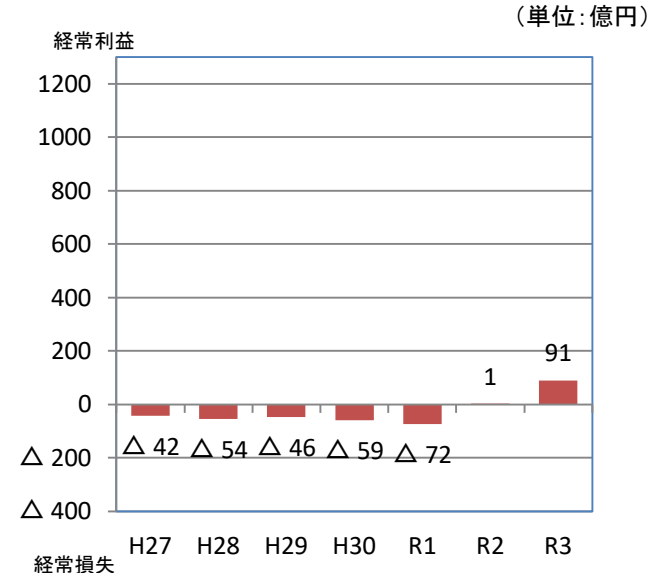
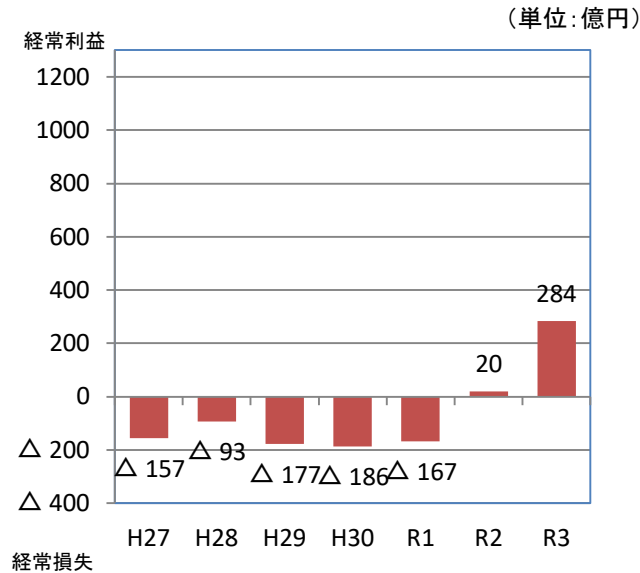
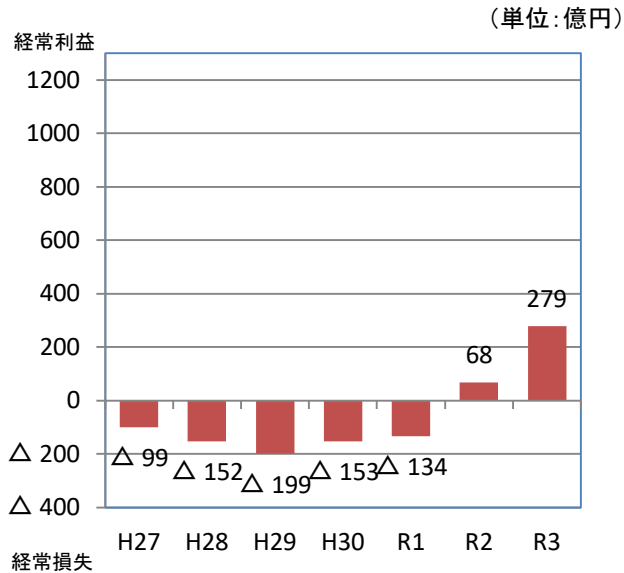
※建設中、想定企業会計の病院を除く

規模別の公立病院の経常損益の状況（300床未満）（地方独立行政法人を含む）

200床以上300床未満病院
(R3: 99病院のうち黒字病院は66病院)

100床以上200床未満病院
(R3: 203病院のうち黒字病院は138病院)

100床未満病院
(R3: 258病院のうち黒字病院は165病院)



経常収支比率

※経常収益/経常費用×100

(単位: %)

H29	H30	R1	R2	R3	増減
97.1	97.4	96.8	101.4	105.4	4.0

(単位: %)

H29	H30	R1	R2	R3	増減
96.5	96.9	96.6	100.4	105.2	4.8

(単位: %)

H29	H30	R1	R2	R3	増減
97.6	97.1	97.5	100.1	103.3	3.2

修正医業収支比率

※他会計負担金を除く医業収益/医業費用×100

(単位: %)

H29	H30	R1	R2	R3	増減
81.1	80.6	80.3	74.6	75.7	1.1

(単位: %)

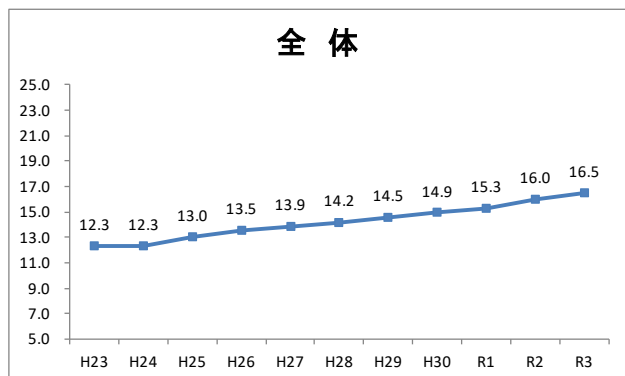
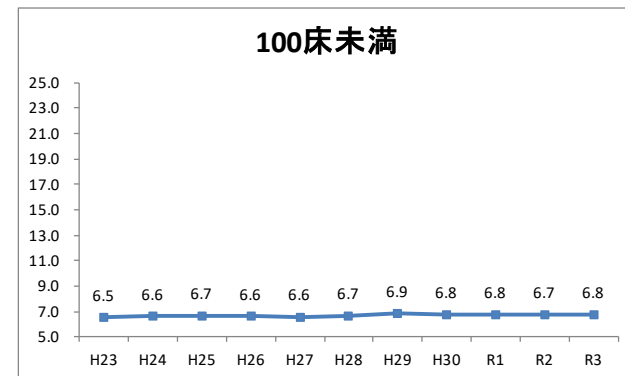
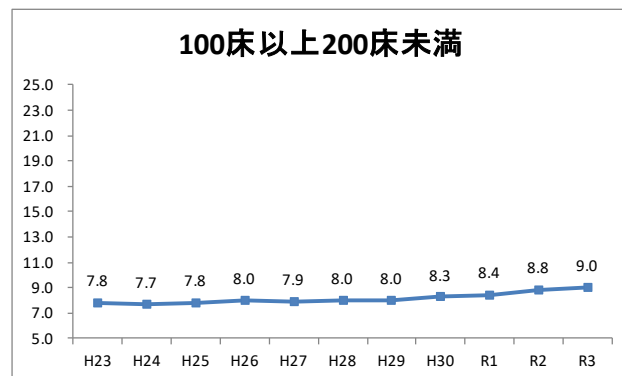
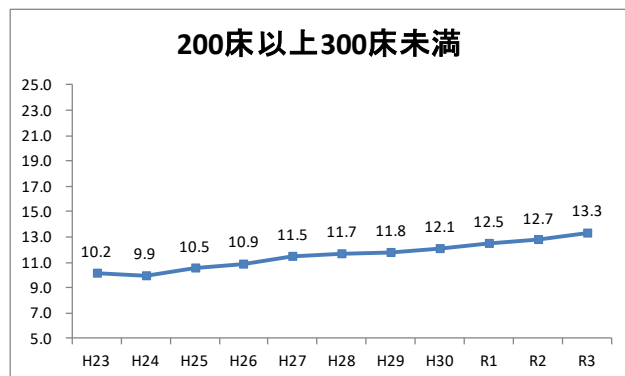
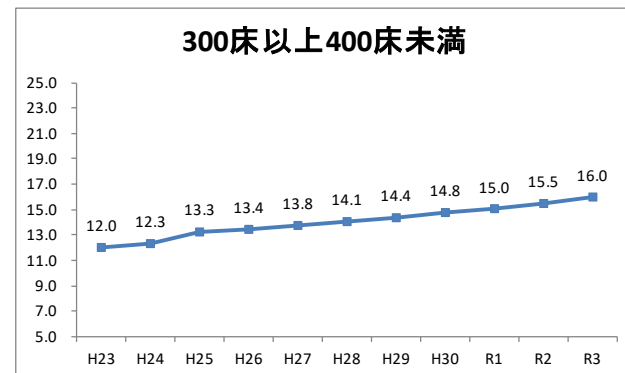
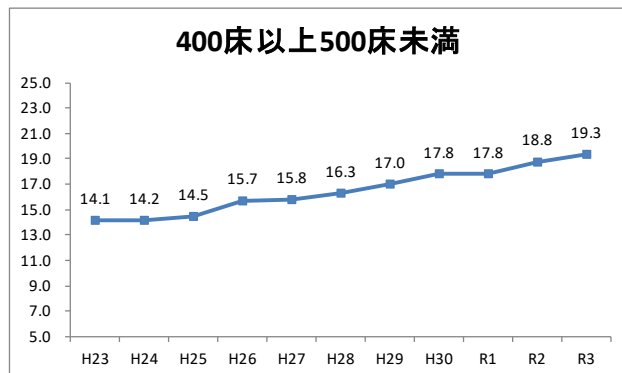
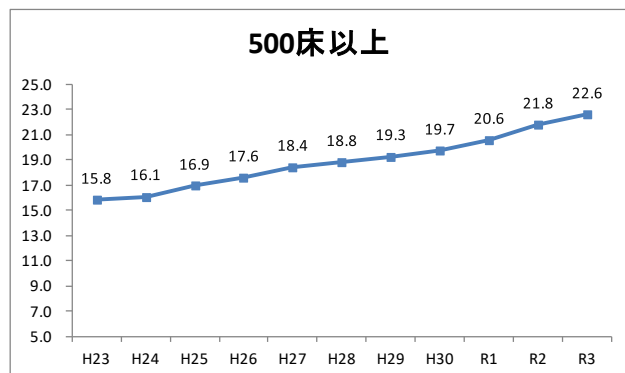
H29	H30	R1	R2	R3	増減
78.7	78.1	78.0	74.5	75.7	1.2

(単位: %)

H29	H30	R1	R2	R3	増減
70.8	69.3	69.5	66.2	68.3	2.1

※建設中、想定企業会計の病院を除く

公立病院の病床規模別常勤医師数（100床当たり）の推移（地方独立行政法人を含む）



※出典：地方公営企業決算状況調査
 地方独立行政法人（病院事業）に関する決算状況調査
 ※指定管理者制度導入病院を除く

第2 公立病院の地方財政措置

病院事業に対する一般会計の負担（一般会計繰出金）

公立病院の設置自治体

〔公立病院に係る公営企業会計〕

病院事業会計

○ 独立採算が原則

⇒ 主に診療収入（外来収益＋入院収益）で経営

○ 一般会計等が負担すべき経費

- ① 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 災害の復旧その他特別の理由により必要となる経費

【一般会計繰出金の根拠】

- ・地方公営企業法第17条の2
- ・地方公営企業法第17条の3
- ・地方公営企業法施行令第8条の5
- ・総務省の定める繰出基準（総務副大臣通知）

一般会計

〈繰出が認められる経費〉

- ① 民間医療機関の立地が困難な地域における医療の提供
 - ・ 離島・山間地等のへき地医療の確保
- ② 不採算・特殊部門に関わる医療の提供
 - ・ 救急医療の確保
 - ・ 小児医療、周産期医療
 - ・ 精神医療、結核医療、感染症医療 等
- ③ 地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
 - ・ 県立がんセンター、県立循環器病センター 等
- ④ 広域的な医師派遣の拠点機能の確保
 - ・ 医師及び看護師等の研究研修
 - ・ 医師派遣等の医師確保対策
- ⑤ その他の事業
 - ・ 看護師養成所、院内保育所の運営
 - ・ 集団検診等の保健衛生行政事務 等
- ⑥ 病院事業債元利償還金の一部

繰出金

※指定管理者制度導入病院・地方独立行政法人設置病院の場合も同等の措置。

地方交付税で措置

※ 経費の性格に応じて、普通交付税または特別交付税により措置。

病院事業に係る主な地方交付税措置

1 普通交付税(令和4年度)

区分	算定額
病床割	720千円×施設全体の最大使用病床数
救急告示病院分	1,697千円×救急病床数+32,900千円
精神病床(道府県分)	1,523千円×精神病床数
事業割	病院事業債の元利償還金の25%(元利償還金の1/2について、一般会計から繰出)

2 特別交付税(令和4年度) ※下記項目に応じて算定した合算額又は下記項目に対応する繰出見込額の合算額に0.8を乗じて得た額のうちのいずれか少ない額を措置。

			令和4年度単価(案)		(括弧書きはR3年度単価)
①不採算地区病院 (R2拡充) (R3拡充)	許可病床数 100床未満	第1種	1,706千円×最大使用病床数(※1)+30,810千円	(1,706千円×稼働病床数+30,810千円)	
		第2種	1,138千円×最大使用病床数(※1)+20,540千円	(1,138千円×稼働病床数+20,540千円)	
	許可病床数 100床以上150床未満	第1種	2,014千円×調整後病床数(※2)	(2,014千円×調整後病床数)	
		第2種	1,343千円×調整後病床数(※2)	(1,343千円×調整後病床数)	
②不採算地区中核病院 (R2創設)	第1種		1,549千円×調整後病床数(※3)	(1,549千円×調整後病床数)	
	第2種		1,033千円×調整後病床数(※3)	(1,033千円×調整後病床数)	
③結核病床			1,796千円	(1,633千円)	
④精神病床(市町村分)			1,523千円	(1,523千円)	
⑤リハビリテーション専門病院病床			341千円	(310千円)	
⑥周産期医療病床 (R2拡充)	第1種		6,500千円	(6,500千円)	
	第2種		5,200千円	(5,200千円)	
	第3種		3,435千円	(3,435千円)	
	第4種		2,750千円	(2,750千円)	
⑦小児医療病床(R2拡充)			1,575千円	(1,575千円)	
⑧感染症病床			4,251千円	(4,251千円)	
⑨小児救急医療提供病院(1病院当たり)(R2拡充)			11,375千円	(11,375千円)	
⑩救命救急センター(1センター当たり)(R2拡充)			192,700千円	(192,700千円)	

(※1)最大使用病床数…病床機能報告で報告する前年度4月1日から3月31日までの施設全体の一般病床又は療養病床の最大使用病床数

(※2)調整後病床数…補正後許可病床数(100-(許可病床数-100)×2)と最大使用病床数の低い方

(※3)調整後病床数…補正後許可病床数(100-(許可病床数-100)×1/4)と最大使用病床数の低い方

経営条件の厳しい地域に所在する公立病院への財政措置の拡充【R4継続】

- 民間病院の立地が困難な経営条件の厳しい地域に所在する公立病院(不採算地区病院)は、今般のコロナ禍においても、地域唯一又は主要な病院として、平素の医療に加え、発熱外来の開設、PCR検査、行政部門と連携した住民の健康相談対応やワクチン接種の促進等に取り組んでいる。
- コロナ禍においても、病院機能を維持し、地域医療提供体制を確保するため、直近の不採算地区病院の実態を踏まえ、令和3年度に行った不採算地区病院への特別交付税の基準額引上げ(30%)を令和4年度も継続することとする。

【不採算地区病院設置自治体】



不採算地区病院の運営に要する経費に係る一般会計繰出金

【不採算地区病院】



$$\text{特別交付税措置額} = \text{一般会計繰出金} \times 0.8$$

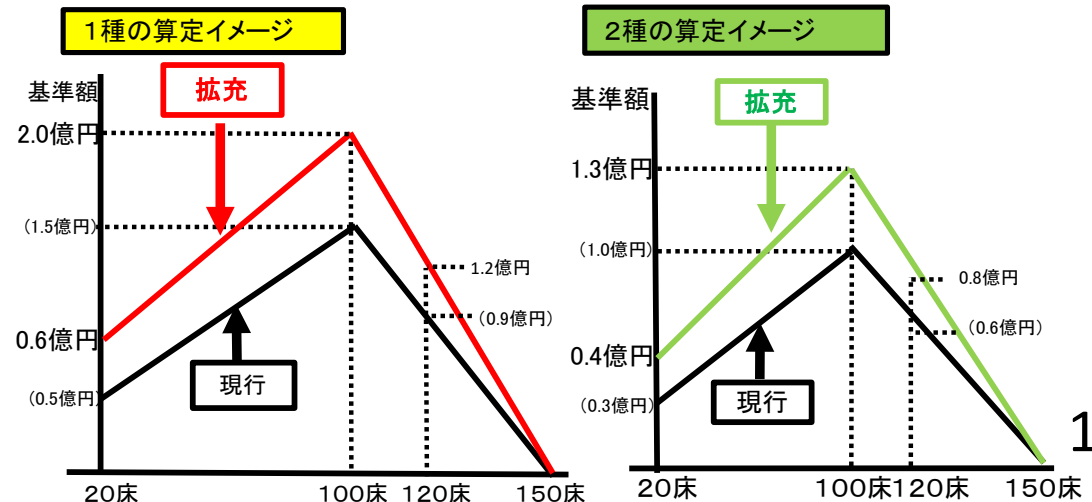
＜病床数に応じた基準額あり＞

- (第1種) 当該病院から最寄りの病院までの移動距離が15km以上
- (第2種) 当該病院の半径5km以内の人口が10万人未満
※人口3万人以上の場合は基準額を逡減

不採算地区病院について想定されるコストアップ
に対応する観点から、基準額を**30%**引き上げ

＜厚生連、日赤等の公的病院等も同様の措置を講じる＞

※都道府県が地域医療構想等との整合性を確認した経営強化プランの策定が要件(令和5年度までは策定作業への着手で可)



病院事業債の概要

【対象経費】

病院、診療所その他の医療施設、職員宿舎及び看護師宿舎の建設改良費等、医療又は看護のために必要な機械器具の整備費等並びに用途廃止施設の処分に要する経費

【事業債のスキーム】

《通常の整備》



※ 元利償還金の1/2について一般会計から繰出

《機能分化・連携強化に伴う整備(特別分)》



※ 元利償還金の2/3について一般会計から繰出

- ※ 建設改良費等については、建物の建築単価が1㎡当たり40万円以下の部分に相当する額に係る病院事業債(病院事業債(特別分)を含む)の元利償還金について普通交付税措置を行う。
- ※ 公立病院の新設・建替等については、地域の医療提供体制の確保に大きな役割・責任を有する都道府県の十分な検討を踏まえて、適当と認められるものに対し普通交付税措置を行う。
- ※ 用途廃止施設の処分に要する経費については普通交付税措置なし(既存建物を撤去しなければ、施設の増改築ができない場合を除く)。

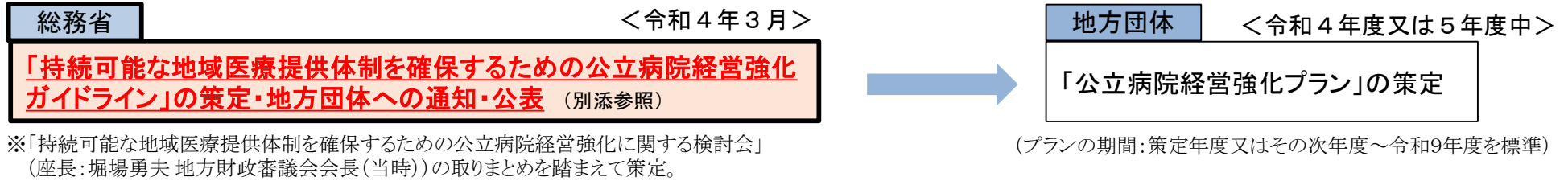
第3 公立病院経営強化ガイドラインについて

公立病院経営強化ガイドラインの概要

公立病院経営強化の推進について

- 公立病院が医師不足等による厳しい経営状況に直面する中、地域に必要な医療提供体制を確保するため、機能分化・連携強化、医師・看護師確保等による公立病院の経営強化を推進。

1. 公立病院経営強化ガイドラインについて



2. 公立病院経営強化に係る地方財政措置における対応

地方団体が「公立病院経営強化プラン」に基づき公立病院の経営強化に取り組めるよう、地方財政措置を拡充・延長

(1) 機能分化・連携強化の推進に係る病院事業債(特別分)の拡充・延長

① 病院の整備費全体を対象経費とする要件の見直し

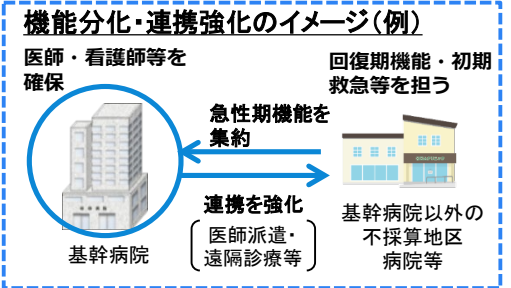
複数の病院を統合する場合のほか、基幹病院が不採算地区病院への支援を強化し、その機能を維持する場合も対象に追加

② システム関係の対象経費の拡充

経営統合に伴うシステム統合をする場合のほか、医療情報の連携のための電子カルテシステムの統一等をする場合も対象経費に追加

(2) 医師派遣等に係る特別交付税措置の拡充

- ・ 看護師等の医療従事者の派遣、診療所への派遣を追加
- ・ 派遣元病院に対する措置を拡充(繰出額に対する措置の割合 0.6→0.8)



(参考) 公立病院改革の経緯

H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
旧公立病院改革ガイドライン(H19年12月)						新公立病院改革ガイドライン(H27年3月)									
プラン策定						プラン策定									
プラン対象期間						プラン対象期間									
地方財政措置						地方財政措置									
						延長									
						暫定延長									

「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」の概要

(令和4年3月29日付け総務省自治財政局長通知)

第1 公立病院経営強化の必要性

- 公立病院は、これまで再編・ネットワーク化、経営形態の見直しなどに取り組んできたが、**医師・看護師等の不足**、人口減少・少子高齢化に伴う医療需要の変化等により、依然として、**持続可能な経営を確保しきれない病院も多いのが実態**。
- また、コロナ対応に公立病院が中核的な役割を果たし、**感染症拡大時の対応における公立病院の果たす役割**の重要性が改めて認識されるとともに、病院間の役割分担の明確化・最適化や医師・看護師等の確保などの取組を平時から進めておく必要性が浮き彫りとなった。
- 今後、**医師の時間外労働規制への対応**も迫られるなど、さらに厳しい状況が見込まれる。
- 持続可能な地域医療提供体制を確保するため、**限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するという視点を最も重視し、新興感染症の感染拡大時等の対応という視点も持って、公立病院の経営を強化していくことが重要**。

第2 地方公共団体における公立病院経営強化プランの策定

- 策定期間 令和4年度又は令和5年度中に策定
- プランの期間 策定年度又はその次年度～令和9年度を標準
- プランの内容 **持続可能な地域医療提供体制を確保**するため、地域の実情を踏まえつつ、必要な**経営強化の取組**を記載

公立病院経営強化プランの内容

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

- ・ 地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能
- ・ **機能分化・連携強化**

各公立病院の役割・機能を明確化・最適化し、連携を強化。特に、地域において中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約して医師・看護師等を確保し、基幹病院以外の病院等は回復期機能・初期救急等を担うなど、双方の間の役割分担を明確化するとともに、連携を強化することが重要。

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

- ・ **医師・看護師等の確保**（特に、不採算地区病院等への医師派遣を強化）
- ・ 医師の**働き方改革**への対応

(3) 経営形態の見直し

(4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

(5) 施設・設備の最適化

- ・ 施設・設備の適正管理と整備費の抑制
- ・ デジタル化への対応

(6) 経営の効率化等

- ・ 経営指標に係る数値目標

第3 都道府県の役割・責任の強化

- 都道府県が、市町村のプラン策定や公立病院の施設の新設・建替等にあたり、地域医療構想との整合性等について積極的に助言。
- 医療資源が比較的充実した**都道府県立病院等が、中小規模の公立病院等との連携・支援を強化**していくことが重要。

第4 経営強化プランの策定・点検・評価・公表

- 病院事業担当部局だけでなく、企画・財政担当部局や医療政策担当部局など関係部局が連携して策定。関係者と丁寧に意見交換するとともに、策定段階から議会、住民に適切に説明。
- 概ね年1回以上点検・評価を行い、その結果を公表するとともに、必要に応じ、プランを改定。

第5 財政措置

- **機能分化・連携強化**に伴う施設整備等に係る病院事業債（特別分）や**医師派遣**に係る特別交付税措置を**拡充**。

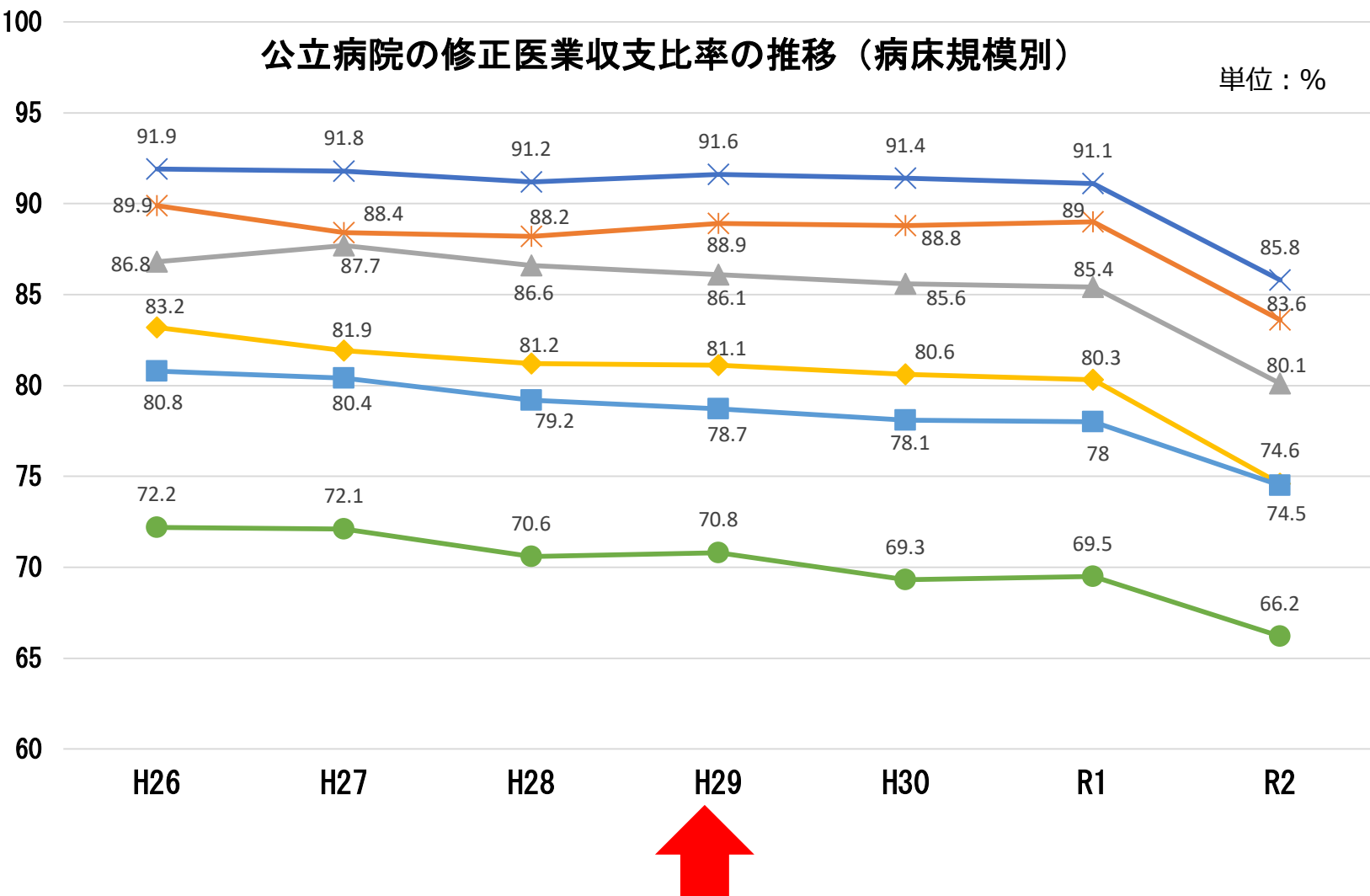
公立病院の経営状況

○ 中でも不採算地区病院をはじめとする中小規模の病院においては、医師・看護師等の確保が進んでおらず、特に厳しい状況に置かれているため、**経営強化の取組により、持続可能な地域医療提供体制を確保していく必要がある。**

公立病院の修正医業収支比率の推移（病床規模別）

単位：%

- ✕ 500床以上
- ✕ 400床以上500床未満
- ▲ 300床以上400床未満
- ◆ 200床以上300床未満
- 100床以上200床未満
- 100床未満



病床規模が小さくなるにつれ、修正医業収支比率が悪化している。

国の医療政策の動向と公立病院の課題

- 国においては、今後も人口減少や少子高齢化が続く中、各地域において**将来の医療需要**を見据えつつ、**新興感染症等**や大規模災害などの緊急事態が発生した際にも機動的・弾力的に対応できるよう、**質が高く効率的で持続可能な医療提供体制を整備**するため、**地域医療構想**や**地域包括ケアシステム**、**医師の働き方改革**や**偏在対策**といった各種施策を一体的に推進している。
- **地域医療構想**については、都道府県が令和7年（2025年）の医療需要と病床の必要量を推計し、その実現に向けた取組が進められている。
令和3年12月10日に開催された「第7回地域医療確保に関する国と地方の協議の場」においては、厚生労働省から、**「地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるもの」**との表明がなされた。
これを踏まえ、新経済・財政再生計画 改革工程表2021（令和3年12月23日経済財政諮問会議決定）では、**各都道府県における第8次医療計画（令和6年度～令和11年度）の策定作業と併せて、令和4年度及び令和5年度において、「地域医療構想に係る各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを求める」こととされた**ところであり、公立病院にもその対応が求められている。
- **医師の働き方改革**については、**医師の時間外労働規制が令和6年度から開始**される。医師の労働環境の改善は重要な課題であるが、**現在でも医師不足に直面している公立病院にとって、さらに厳しい状況となることが見込まれ、対策は喫緊の課題**である。
- **医師偏在対策**については、都道府県が医師確保計画を策定し、医学部における地域枠等の設定・拡充を行うなど、**令和18年を目標年**として様々な取組が進められている。**引き続き、国において構造的な対策を講じていく**とともに、各都道府県においても、医師の偏在解消に向けた取組が求められる。
- **新興感染症等への対応**については、**第8次医療計画から「新興感染症等の感染拡大時における医療」が記載事項に追加**されることも踏まえ、公立病院においても、**感染拡大時に備えた平時からの取組を進める必要**がある。

「地域医療構想の進め方について」（抄）

（令和4年3月24日付け医政発第0324第6号 各都道府県知事宛て 厚生労働省医政局長通知）

1. 基本的な考え方

今後、各都道府県において第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業が2023年度までかけて進められる際には、各地域で記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けた検討や病床の機能分化・連携に関する議論等を行っていただく必要があるため、その作業と併せて、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行う。

その際、各都道府県においては、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により病床の機能分化・連携等の重要性が改めて認識されたことを十分に考慮する。

また、2024年度より医師の時間外労働の上限規制が適用され、2035年度末に暫定特例水準を解消することとされており、各医療機関において上限規制を遵守しながら、同時に地域の医療提供体制の維持・確保を行うためには、医療機関内の取組に加え、各構想区域における地域医療構想の実現に向けた病床機能の分化・連携の取組など、地域全体での質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の確保を図る取組を進めることが重要であることに十分留意する。

なお、地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものである。

2. 具体的な取組

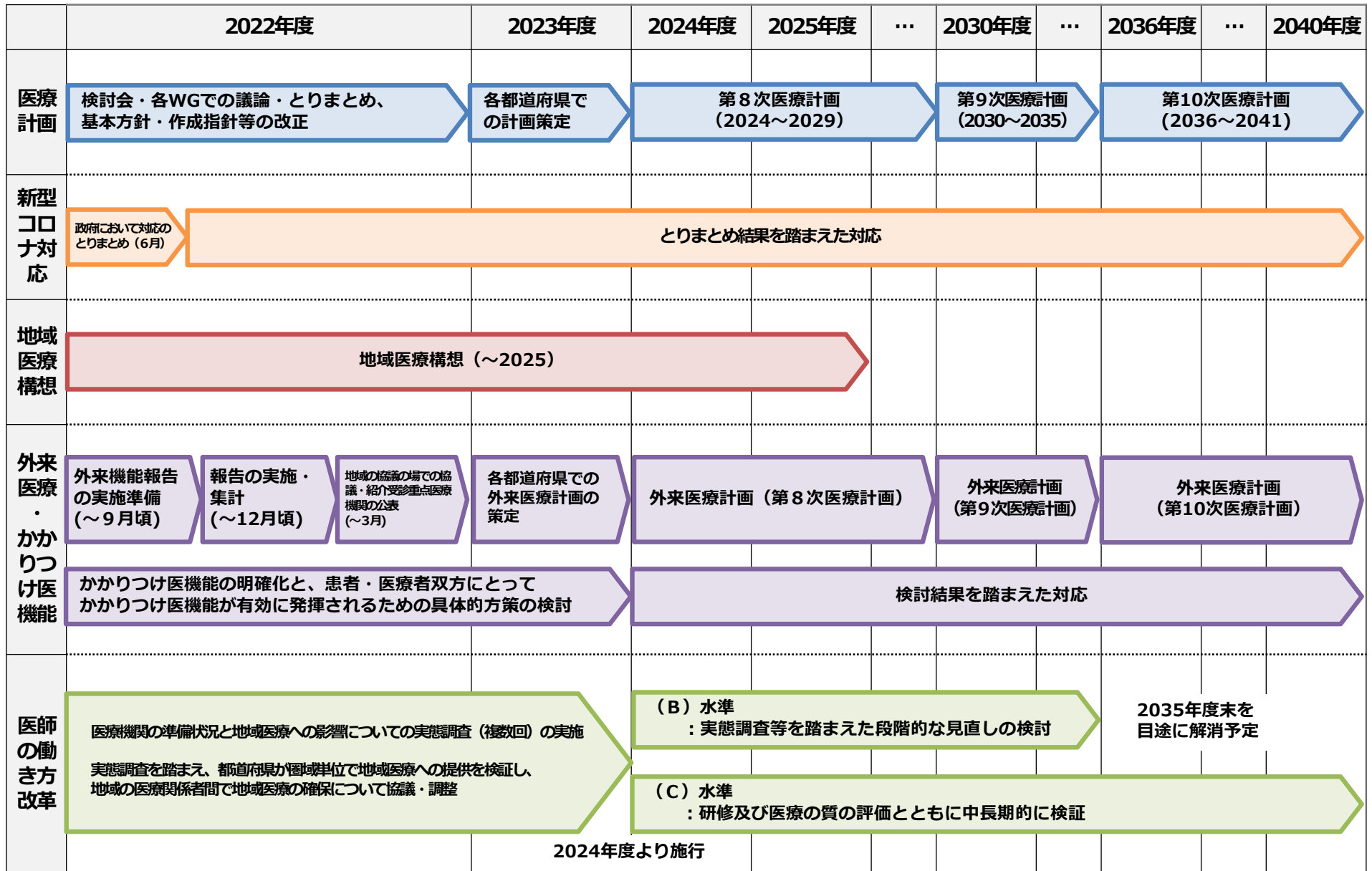
「人口100万人以上の構想区域における公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」（令和3年7月1日付け医政発0701第27号厚生労働省医政局長通知）2.(3)において、「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等、地域医療構想の実現に向けた今後の工程に関しては、新型コロナウイルス感染症への対応状況に配慮しつつ、各地域において地域医療構想調整会議を主催する都道府県等とも協議を行いながら、厚生労働省において改めて整理の上、お示しすることとしている。」としていたことについては、2022年度及び2023年度において、公立・公的・民間医療機関における対応方針の策定や検証・見直しを行うこととする。

このうち公立病院については、病院事業を設置する地方公共団体は、2021年度末までに総務省において策定する予定の「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」を踏まえ、病院ごとに「公立病院経営強化プラン」を具体的対応方針として策定した上で、地域医療構想調整会議において協議する。

また、民間医療機関を含め、議論の活性化を図るため、必要に応じて以下の観点も参照するとともに、重点支援区域の選定によるデータ分析等の技術的支援なども併せて活用し、議論を行う。

医療提供体制改革に係る今後のスケジュール

令和4年3月4日
第7回第8次医療計画に
関する検討会 資料1



第3 - 1 地方公共団体における 公立病院経営強化プランの策定

公立病院経営強化プランの記載事項 ①

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

○ 公立病院は、地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしているが、公立病院に期待される主な役割・機能を具体的に例示すれば、

- ①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地域等における一般医療の提供
- ②救急・小児・周産期・災害・感染症・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
- ③県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
- ④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

などが挙げられる。

○ また、公立病院の中でも、他の病院が複数立地する人口密集地に所在し、役割・機能の分担が課題となっている場合もあれば、人口が少ない中山間地に所在し、当該公立病院が唯一又は中心的な役割を果たしており、救急医療の維持や医師・看護師等の確保が深刻な課題となっている場合もあるなど、状況は様々である。

○ したがって、**立地条件等を踏まえつつ、以下のような観点から役割・機能の最適化と連携の強化について検討すべき**である。

① 地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能

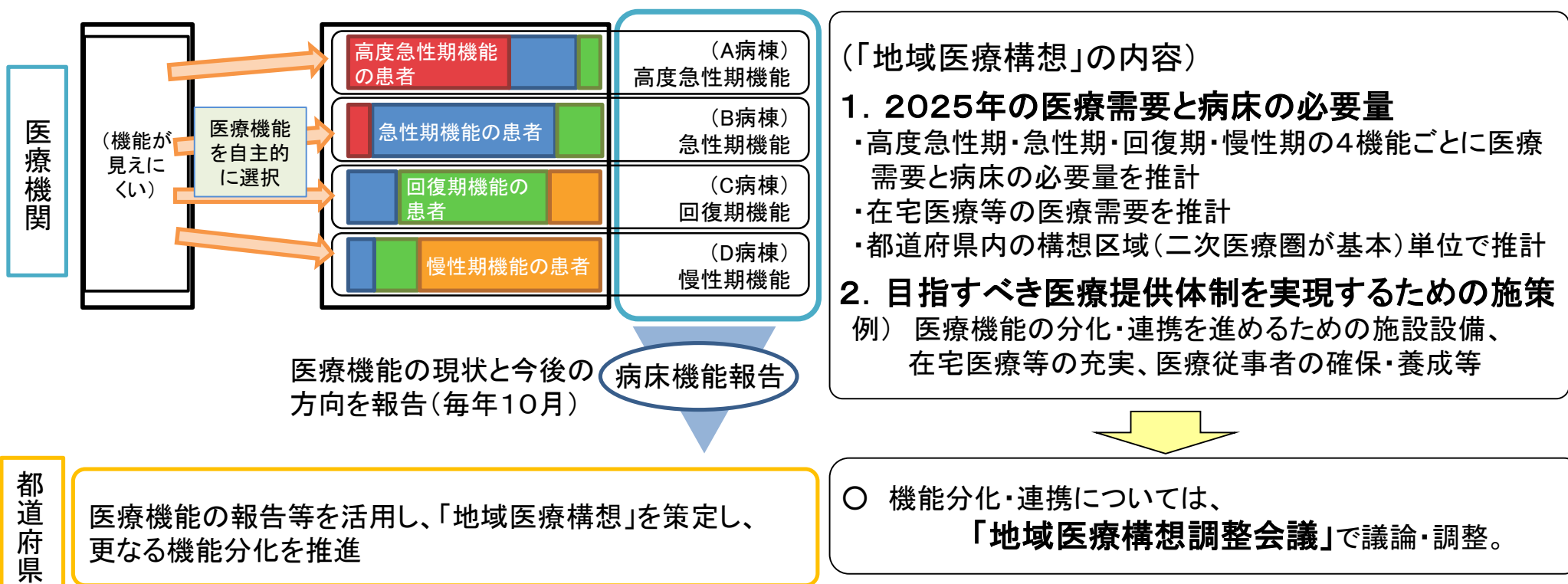
- 各公立病院は、地域医療構想や今般の新型コロナ対応の経験などを踏まえて、地域において果たすべき役割・機能を改めて見直し、明確化・最適化することが必要である。このため、**地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能について記載**する。
- その際、当該公立病院の将来の病床機能のあり方は、構想区域における病床の機能区分ごとの将来の必要病床数と整合性のとれた形でなければならない。このため、**地域医療構想における推計年である令和7年（2025年）及びプラン最終年度における機能ごとの病床数や、病床機能の見直しを行う場合はその概要を記載**する。
- また、**精神医療についても、当該病院の果たすべき役割・機能に加え、プラン最終年度における病床数や、病床数等の見直しを行う場合はその概要を記載**する。

② 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能

- 地域医療提供体制の確保と地域包括ケアシステムは密接に結びついていることを踏まえ、**地域包括ケアシステムの構築に向けて当該公立病院が果たすべき役割・機能について記載**する。
- その際、介護保険事業との整合性を確保しつつ、在宅医療や住民の健康づくりに関する役割・機能を示す、病棟の一部を介護医療院に転換するなど、**病院の規模や特性等に応じた役割・機能の明確化・最適化について記載**することが望ましい。

地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
 その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



2021年度病床機能報告について

令和4年6月16日 厚生労働省
「第5回地域医療構想及び医師確保計画
に関するワーキンググループ」資料2

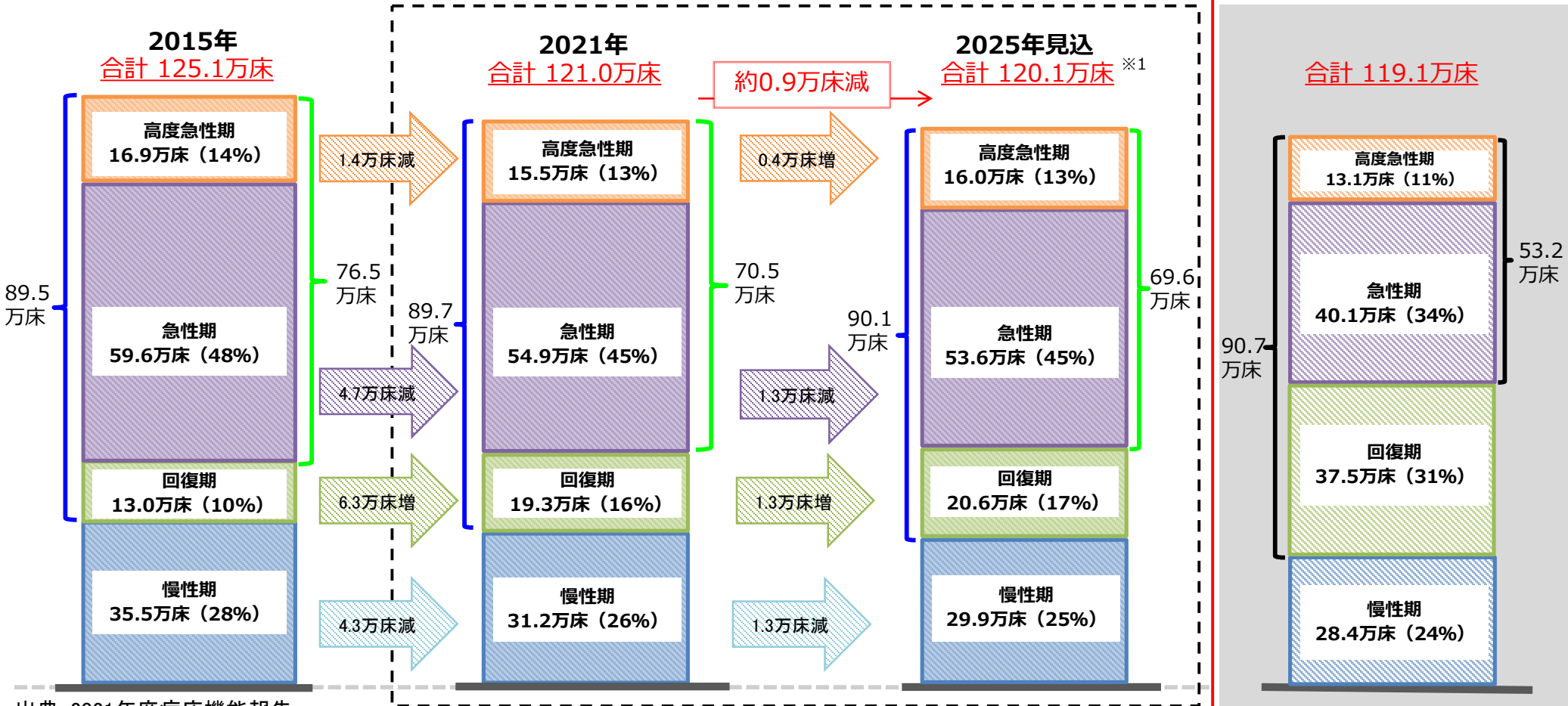
2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

2021年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医
療需要に基づく推計(平成28年度末時点)) ※4 ※6



出典: 2021年度病床機能報告

※1: 2021年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2021年度病床機能報告: 12,484/12,891(96.8%))

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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(平成25年(2013年)3月中位推計)」等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 19,645床(参考 2020年度病床機能報告: 18,482床)

*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

公立病院経営強化プランの記載事項 ②

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

③ 機能分化・連携強化

【機能分化・連携強化の目的】

- 持続可能な地域医療提供体制を確保するためには、限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用することが必要である。
- そのためには、地域の中で各公立病院が担うべき役割や機能を改めて見直し、明確化・最適化した上で、病院間の連携を強化する「機能分化・連携強化」を進めることが必要である。
特に、地域において中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約して医師・看護師等を確保し、基幹病院以外の病院等は回復期機能・初期救急等を担うなど、双方の間の役割分担を明確化するとともに、医師・看護師等の派遣などの連携を強化することが重要である。
また、公立病院同士のみならず、公的病院、民間病院、診療所等との間も含め、必要な取組を検討すべきである。

【機能分化・連携強化に係る記載事項】

- 過疎地域等を含め、地域全体で持続可能な地域医療提供体制を確保するために必要な機能分化・連携強化の取組について検討し、機能分化・連携強化が必要となる場合には、予定される取組の概要と当該公立病院が講じる具体的な措置について記載する。
- 特に、以下の公立病院については、地域の実情を踏まえつつ十分な検討を行い、必要な取組について記載する。
 - ア) 新設・建替等を予定する公立病院
 - イ) 病床利用率が特に低水準な公立病院（令和元年度まで過去3年間連続して70%未満）
 - ウ) 経営強化プラン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
 - エ) 地域医療構想や今般の新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、病院間の役割分担と連携強化を検討することが必要である公立病院
 - オ) 医師・看護師等の不足により、必要な医療機能を維持していくことが困難な公立病院
- また、公立病院同士のみならず、公的病院、民間病院等との組合せや、地方自治法上の連携協約の締結、地域医療連携推進法人制度の活用など経営統合以外の手法も含め、地域の実情に応じた最適な手法を検討し、記載することが望ましい。

※ 「機能分化・連携強化」は、前ガイドラインの「再編・ネットワーク化」と比べ、病院や経営主体の統合よりも、病院間の役割分担と医師派遣等による連携強化に主眼を置いた概念であり、その変化に合わせて、病院事業債（特別分）の対象経費等を拡充している。

※ 上記ア)～オ)に該当する公立病院については、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。

公立病院経営強化プランの記載事項 ③

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

④ 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標

● 当該公立病院が、その果たすべき役割に沿った、**質の高い医療機能を十分に発揮するとともに、地域において他の病院等との連携を強化しているかを検証する観点**から、以下の例示や公益社団法人全国自治体病院協議会が医療の質の評価・公表等推進事業により公表する指標の例などを踏まえ、**適切な数値目標を設定**する。

- | | |
|----------------|--|
| 1) 医療機能に係るもの | 地域救急貢献率、手術件数、訪問診療・看護件数、リハビリ件数、地域分娩貢献率 など |
| 2) 医療の質に係るもの | 患者満足度、在宅復帰率、クリニカルパス使用率 など |
| 3) 連携の強化等に係るもの | 医師派遣等件数、紹介率・逆紹介率 など |
| 4) その他 | 臨床研修医の受入件数、地域医療研修の受入件数、健康・医療相談件数 など |

⑤ 一般会計負担の考え方

○ 公立病院は、地方公営企業又は公営企業型地方独立行政法人として運営される以上、独立採算を原則とすべきであるが、

- i) その性質上、当該病院の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費
- ii) 当該病院の性質上、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

については、**一般会計や設立団体等において負担**するものとされている。

● ①・②で明らかにした当該公立病院の果たすべき役割・機能に対応する形で、**一般会計等が負担すべき経費の範囲についての考え方及びその算定基準（繰出基準）を記載**する。

※ (6) ②に記載のとおり、本ガイドラインでは、一般会計等からの繰出し後の経常収支を対象期間中に黒字化する目標設定を求めているため、これまで経常黒字化ができていない公立病院については、地方公営企業繰出金通知等を参考としつつ、一般会計等でどこまで負担し、当該病院にどこまで「能率的な経営」を求めるのか、改めて検討する必要がある。

⑥ 住民の理解のための取組

○ **公立病院が担う役割・機能を見直す場合**には、病院事業を設置する地方公共団体が**住民に対して丁寧な説明を行い、住民の理解を得ながら進める**ようにしなければならない。

● 地域医療提供体制を将来にわたって持続可能なものとするに当たって、当該病院の経営を強化するためには見直しが必要であることを十分に説明することが求められることから、そうした**住民の理解のための取組の概要を記載**する。

公立病院経営強化プランの記載事項 ④

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

① 医師・看護師等の確保

- 国の医師偏在対策や都道府県の医師確保計画を踏まえ、地域医療支援センター等を通じた取組、医師・看護師等の派遣や派遣受入、職員採用の柔軟化、勤務環境の整備などの取組を強化すべきであり、そうした取組の概要を記載する。

1) 基幹病院

地域において中核的医療を行う基幹病院は、高度・先進医療等を担うため、症例数が多く、指導医や医療設備等も充実しており、比較的医師・看護師等を確保しやすい。

そのため、基幹病院は、今回拡充する地方財政措置も活用して、医師・看護師等を適切に確保した上で、医師・看護師等の不足に直面する中小病院等に積極的に医師・看護師等を派遣することにより、地域全体で協力・連携して医療提供体制を確保していくことが強く求められることから、そうした取組を記載することが望ましい。

また、同じ定住自立圏や連携中枢都市圏の中に中小規模の病院が所在する場合には、当該中小規模の病院と積極的に協力・連携して、圏域全体の医療提供体制を確保していくことが期待されることから、そうした取組を記載することが望ましい。

2) 不採算地区病院をはじめとする中小規模の病院

自ら医師・看護師等を確保するための最大限の努力をした上で、なお単独での確保が困難で医師・看護師等の派遣を受けることが必要な場合には、役割・機能の明確化・最適化と派遣元病院との連携強化を図るとともに、派遣された医師・看護師等の受入れ環境を整備することが重要であることから、そうした取組を記載することが望ましい。

※ 医師・看護師等の確保が特に困難な公立病院については、機能分化・連携強化の必要性を含めて、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。

② 臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保

- 地方に関心を持つ医師を増やすことにも資する、臨床研修医、専攻医、地域枠医師等の若手医師の確保に取り組むことが重要である。そのためには、研修プログラムの充実、指導医の確保、学会・大学（研究室）等への訪問機会の確保など、若手医師のスキルアップを図るための環境整備にも注力すべきであり、そうした取組の概要を記載する。

※ 若手医師等が不在となる際に代替医師の派遣を受ける経費は、医師派遣等に係る特別交付税措置の対象となる。また、多施設合同カンファレンスを可能とするICT環境の整備を機能分化・連携強化に併せて行う場合は、病院事業債（特別分）の対象となる。

- 臨床研修医が1ヶ月以上行う地域医療研修については、不採算地区病院等で実施することにより、地域医療の最前線を学ぶ機会となることが期待されるとともに、地域の医師不足対策にも資することから、不採算地区病院等への派遣を積極的に記載することが望ましい。

※ 不採算地区病院をはじめとする中小規模の病院においては、地域医療研修に係る旅費（交通費・宿泊費等）を負担した場合、医師派遣等に係る特別交付税措置の対象となるため、当該措置も活用し、その受入れを積極的に働きかけることが望ましい。

公立病院経営強化プランの記載事項 ⑤

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

③ 医師の働き方改革への対応

● 医師の時間外労働規制が開始される令和6年度に向け、**適切な労務管理の推進、タスクシフト/シェアの推進、ICTの活用、地域の医師会や診療所等との連携（例えば、夜勤等を地域の医師が輪番で担当）などにより、医師の時間外労働の縮減を図ることが必要**であることから、**そうした取組の概要を記載**する。

● その際、**看護師のほか、薬剤師、臨床検査技師、医療事務作業補助者等のコメディカルの確保・育成も、質の高い医療提供体制の確保に加え、医師の負担軽減のためのタスクシフト/シェアの担い手の確保という観点からも重要**である。これらの医療従事者が知識・技能を習得するための研修等への参加等により不足となる期間に、他の病院等から医療従事者の派遣を受ける経費については、医師派遣等に係る特別交付税措置の対象となるため、当該措置も活用し、**積極的な研修派遣に取り組むとともに、管理者をはじめとする医療従事者全体の意識改革・啓発に取り組むことが必要**であることから、**そうした取組を記載**することが望ましい。

※ ICTの活用については、複数の病院による機能分化・連携強化に併せて、**医師等の働き方改革に必要となる情報システム等の整備を行う場合は、病院事業債（特別分）の対象**となる。

※ 救急医療をはじめとする地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、都道府県による**特例水準医療機関の指定**を受けようとする場合には、医師労働時間短縮計画の作成、当該計画に基づく取組と定期的な計画の見直し、特例水準適用者への追加的健康確保措置等を適切に行う必要があることに留意すべきである。

※ 医師の時間外労働規制への対応においては、上記のほか、**宿日直許可の取得が重要**であるとされている。

厚生労働省のHPには、令和4年4月から、医療機関の宿日直許可申請に関する**相談窓口**が設けられており、医療機関向けの解説資料も掲載されているので、参考にされたい (https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_24880.html)。

(参考) 厚生労働省資料「医療機関における宿日直許可 ～申請の前に～」より抜粋

- 一部の診療科のみ、一部の職種のみ、一部の時間帯のみの許可を申請することもできます。
- 申請をするかどうか迷った場合など、都道府県の医療勤務環境改善支援センターに相談することができます。
なお、相談時に得た情報は支援のために使用するものであり、取締り目的で使用されません。
- 宿日直許可を得ずに行う宿日直は通常の労働時間として取扱う必要があります。
- 許可を得た宿日直業務中に通常の労働が発生した場合には、労働時間として取扱うことが必要です。

2024年4月に向けたスケジュール

医師についての時間外労働の上限規制の適用開始（改正労働基準法の施行）

2021年度

2022年度

2023年度

2024年度

時短計画案の作成

都道府県の指定を受けようとする場合は、第三者評価を受審する前までに作成

※時間外労働が年960時間を超えている医師がいる医療機関は、時短計画を作成し取り組むよう努め、その時短計画に基づく取組（PDCA）に対して都道府県が支援

連携B水準

B水準

C-1水準

C-2水準

医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価

労働時間実績や時短の取組状況进行评估

※第三者評価に関する規定は2022年4月施行

都道府県による特例水準医療機関の指定 （医療機関からの申請）

地域医療への影響等を踏まえた都道府県の判断

※都道府県の指定に関する事前準備規定は2022年4月施行

C-1水準

臨床研修・専門研修プログラムにおける時間外労働時間数の明示

※開始年限は、臨床研修部会等において検討

C-2水準

審査組織による医療機関の個別審査

特定の高度な技能の教育研修環境を審査

※審査組織における審査に関する規定は2022年4月施行

時間外労働が年960時間以下の医師のみの医療機関は都道府県の指定不要

特例水準の指定を受けた医療機関

- 時短計画に基づく取組み
- 特例水準適用者への追加的健康確保措置
- 定期的な時短計画の見直し、評価受審

連携B水準

B水準

C-1水準

C-2水準

※一医療機関は一つ又は複数の水準の指定
※特例水準は、指定の対象となった業務に従事する医師に適用される。

労務管理の一層の適正化・タスクシフト／シェアの推進の取組み

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

現状

【医師の長時間労働】

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働

特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

【労務管理が不十分】

36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

【業務が医師に集中】

患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿

労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する



全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする



質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

医療施設の**最適配置**の推進

(地域医療構想・外来機能の明確化)

地域間・診療科間の**医師偏在の是正**

国民の理解と協力に基づく**適切な受診**の推進

医療機関内での医師の働き方改革の推進

適切な**労務管理**の推進

タスクシフト/シェアの推進

(業務範囲の拡大・明確化)

一部、法改正で対応

<行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革(講習会等)
- ・医師への周知啓発等

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用 (2024.4～) **法改正で対応**

地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成

評価センターが評価

都道府県知事が指定

医療機関が計画に基づく取組を実施

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保	
A (一般労働者と同程度)	960時間	義務	努力義務	
連携B (医師を派遣する病院)	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了		義務	義務
B (救急医療等)				
C-1 (臨床・専門研修)				
C-2 (高度技能の修得研修)	1,860時間			

医師の健康確保

面接指導

健康状態を医師がチェック

休息時間の確保

連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制(または代償休息)

(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慮すること、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。

(4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

○ 公立病院は、上記(1)～(3)の取組に加え、第8次医療計画の記載事項として「新興感染症等の感染拡大時の医療」が盛り込まれることも踏まえ、平時から、新興感染症等の感染拡大時の対応に必要な機能を備えておくことが必要となる。

- 具体的には、
 - ・ 感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペース等の整備
 - ・ 感染拡大時における各医療機関の間での連携・役割分担の明確化
 - ・ 感染拡大時を想定した専門人材の確保・育成
 - ・ 感染防護具等の備蓄
 - ・ 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等
- を行っておく必要があることから、こうした取組の概要を記載する。

※ こうした平時からの取組は、小児・周産期・精神など、様々な診療科において必要となる。また、災害などの大規模な健康危機への対応にも資するものと考えられる。

<参考> 医療計画への具体的な記載項目のイメージ（厚生労働省資料より）

◎ 医療計画への具体的な記載項目（イメージ）

【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保（感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備）
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等（感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等）
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関の間での連携・役割分担（感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間での応援職員派遣等） 等

公立病院における新型コロナウイルス感染症への対応状況①

① 各都道府県の病床・宿泊療養施設確保計画に位置づけられた即応病床数

(1) 総数 … 46,095

(2) (1)のうち公立病院 … 13,584 → 公立病院のシェア(2)／(1) = 約29%

② 人工呼吸器等使用新型コロナ入院患者数(人)

(1) 総数 … 295

(2) (1)のうち公立 … 89 → 公立病院のシェア(2)／(1) = 約30%

(参考) 全国の病床数に占める公立病院の病床数は約**13%**

(注)①は「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査」(厚生労働省・令和4年10月21日時点)に基づき作成。

②は「新型コロナウイルス感染症患者の受入状況」(厚生労働省・令和4年8月31日時点)に基づき作成。

参考は医療施設動態調査、地方公営企業決算統計より。

「公立病院」とは、地方公営企業法が適用される病院及び公営企業型地方独立行政法人が運営する病院をいう。

公立病院における新型コロナウイルス感染症への対応状況②

(都道府県病床・宿泊療養施設確保計画における公立病院の取組状況)

- ・ 計画対象公立病院は**総公立病院の8割程度**。ただし、**200床以上規模の公立病院では9割超**。
- ・ 1公立病院あたりの**平均即応病床数は20床**。許可病床に占める即応病床の割合＝**転換率は6%**。
- ・ 病床規模が小さくなるほど転換率は低下。**99床以下規模の公立病院の転換率は200床規模の半分程度**。

①

②

③

④

①／③

②／①

②／④

公立病院の病床規模	① 都道府県 病床確保計画 対象公立病院数	② ①の公立病院 最終フェーズ 即応病床数	③ 公立病院総数	④ ③の公立病院 許可病床数
500床以上	91	3,993	92	57,049
499～400床以下	74	2,331	77	34,005
399～300床以下	116	2,805	120	40,088
299～200床以下	91	1,660	99	24,070
199～100床以下	165	1,681	203	30,317
99～20床以下	109	608	258	16,364
合計	646	13,078	849	201,893

①／③ 計画対象 公立病院の割合	②／① 1病院あたり 即応病床数	②／④ 即応病床への 転換率
99%	44	7%
96%	32	7%
97%	24	7%
92%	18	7%
81%	10	6%
42%	6	4%
76%	20	6%

※最終フェーズにおける即応病床数は厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査」(令和4年10月21日現在)より

※病小規模は、令和3年度の許可病床数(令和3年度地方公営企業決算状況調査)。

改正の趣旨

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、国又は都道府県及び関係機関の連携協力による病床、外来医療及び医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等【感染症法、地域保健法、健康保険法、医療法等】

(1) 感染症対応の医療機関による確実な医療の提供

- ① 都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県等と医療機関等の間で、病床、発熱外来、自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む）への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化する。加えて、公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供を義務付ける。あわせて、保険医療機関等は感染症医療の実施に協力するものとする。また、都道府県等は医療関係団体に協力要請できることとする。
- ② 初動対応等を行う協定締結医療機関について流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置(流行初期医療確保措置)を導入する(その費用については、公費とともに、保険としても負担)。また、協定履行状況の公表や、協定に沿った対応をしない医療機関等への指示・公表等を行うことができることとする。

(2) 自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保

- ① 自宅療養者等への健康観察の医療機関等への委託を法定化する。健康観察や食事の提供等の生活支援について、都道府県が市町村に協力を求めることとし、都道府県と市町村間の情報共有を進めることとする。さらに、宿泊施設の確保のための協定を締結することとする。
- ② 外来・在宅医療について、患者の自己負担分を公費が負担する仕組み（公費負担医療）を創設する。

(3) 医療人材派遣等の調整の仕組みの整備

- 医療人材について、国による広域派遣の仕組みやDMAT等の養成・登録の仕組み等を整備する。

(4) 保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化

- 都道府県と保健所設置市・特別区その他関係者で構成する連携協議会を創設するとともに、緊急時の入院勧告措置について都道府県知事の指示権限を創設する。保健所業務を支援する保健師等の専門家（IHEAT）や専門的な調査研究、試験検査等のための体制（地方衛生研究所等）の整備等を法定化する。

(5) 情報基盤の整備

- 医療機関の発生届等の電磁的方法による入力を努力義務化(一部医療機関は義務化)し、レセプト情報等との連結分析・第三者提供の仕組みを整備する。

(6) 物資の確保

- 医薬品、医療機器、個人防護具等の確保のため、緊急時に国から事業者へ生産要請・指示、必要な支援等を行う枠組みを整備する。

(7) 費用負担

- 医療機関等との協定実施のために都道府県等が支弁する費用は国がその3/4を補助する等、新たに創設する事務に関し都道府県等で生じる費用は国が法律に基づきその一定割合を適切に負担することとする。

2. 機動的なワクチン接種に関する体制の整備等【予防接種法、特措法等】

- ① 国から都道府県・市町村に指示する新たな臨時接種類型や損失補償契約を締結できる枠組み、個人番号カードで接種対象者を確認する仕組み等を導入する。
- ② 感染症発生・まん延時に厚生労働大臣及び都道府県知事の要請により医師・看護師等以外の一部の者が検体採取やワクチン接種を行う枠組みを整備する。

3. 水際対策の実効性の確保【検査法等】

- 検疫所長が、入国者に対し、居宅等での待機を指示し、待機状況について報告を求める(罰則付き)ことができることとする。等

このほか、医療法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法第6条の5第4項の規定等について所要の規定の整備を行う。

改正の概要

令和6年4月1日（ただし、1の(4)及び2の①の一部は公布日、1の(4)及び(5)の一部は令和5年4月1日、1の(2)の①の一部及び3は公布日から10日を経過した日等）

公立病院経営強化プランの記載事項 ⑧

(5) 施設・設備の最適化

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

① 施設・設備の適正管理と整備費の抑制

- 各公立病院は、厳しい経営状況が続く中で、**今後、人口減少や少子高齢化の急速な進展に伴い医療需要が変化していくことを踏まえ、長期的な視点をもって、病院施設や設備の長寿命化や更新などを計画的に行う**ことにより、財政負担を軽減・平準化するとともに、投資と財源の均衡を図ることが必要である。
- このため、**経営強化プランの計画期間内における施設・設備に係る主な投資（病院施設に係る新設・建替・大規模改修、高額な医療機器の導入等）**について、長寿命化・平準化や当該病院の果たすべき役割・機能の観点から**必要性や適正な規模等について十分に検討を行った上で、その概要を記載**する。その際、(6)④に述べる**収支見直しにも、反映させる**ことが必要である。
- 既存施設の長寿命化等の対策を適切に講じた上で、なお**新設・建替等が必要となる場合には、地域医療構想等との整合性を図った当該公立病院の役割・機能や規模等を記載**する。
- ※ 引き続き**建築単価の抑制**を図るとともに、**整備面積の精査等による整備費の抑制**に取り組むべきである。その際、発注関係事務の一部又は全部を民間に委託する**CM（Construction Management）方式**、設計段階から施工者が関与する**E C I（Early Contractor Involvement）方式**、**設計施工一括発注方式**などの設計段階等において民間事業者等の専門的な知見を活用する新たな手法の活用や、整備費のみならず供用開始後の維持管理費の抑制を図る観点から**PPP/PFI**を活用することも考えられる。
- ※ **新興感染症等の感染拡大時に必要な施設・設備を予め整備**する必要性についても、新設・建替等に当たっては特に検討が必要である。
- ※ **新設・建替等を予定している公立病院については、機能分化・連携強化の必要性、適切な規模、地域医療構想との整合性などを含め、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。**

② デジタル化への対応

- **電子カルテ、マイナンバーカードの健康保険証利用（オンライン資格確認）、遠隔診療・オンライン診療、音声入力、その他各種情報システム等**を活用し、医療の質の向上、医療情報の連携、働き方改革の推進と病院経営の効率化を推進することが重要であることから、**そうした取組の概要を記載**する。
- 特に、**マイナンバーカードの健康保険証利用**については、診療時における確実な本人確認と保険資格確認を可能とし、薬剤情報や特定健診情報等を提供することにより、**医療保険事務の効率化や患者の利便性向上に資する**ものである。公立病院においては、その利用促進のため、**患者への周知等に率先して取り組むことが求められる**ことから、**そうした取組の概要を記載**する。
- ※ デジタル化に当たっては、近年、病院がサイバー攻撃の標的とされる事例が増加していることから、厚生労働省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を踏まえ、情報セキュリティ対策を徹底するよう留意すべきである。
- ※ 必要に応じて、当該地方公共団体の情報政策担当部局に対して、技術的支援等の協力を求めることも検討すべきである。
- ※ 上記ガイドラインは、令和4年3月31日に第5.2版が策定され、「ランサムウェアによる攻撃への対応としてのバックアップのあり方等の対策を示す」などの所要の改定が行われているので、適切に対応する必要がある。

公立病院経営強化プランの記載事項 ⑨

(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。
⇒ (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。

※ 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、本業の収支をよりの確に把握可能な「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。

(6) 経営の効率化等

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

③ 目標達成に向けた具体的な取組

- **数値目標の達成に向けて**、民間的経営手法の導入、事業規模・事業形態の見直し、収入増加・確保対策、経費削減・抑制対策などについて、**具体的にどのような取組をどの時期に行うこととするかを記載**する。
- ※ **1) 役割・機能に的確に対応した体制の整備**
当該病院の役割・機能に対応した施設基準・人員配置となるよう体制整備（地域包括ケア病棟への転換、非稼働病床の廃止・機能転換など）を行うとともに、当該役割・機能に対応する診療報酬を的確に取得することにより、経営の強化を図るべきである。その際、全国自治体病院協議会等が提供しているデータベースも活用しながら規模・機能が類似する公立病院と診療報酬加算の取得状況を比較することが有効である。
病院事業においては、単なる人件費の抑制・削減では収益改善につながらず、むしろ積極的に医師・看護師等を確保することで収益改善につながるケースがあることにも留意すべきである。
- ※ **2) マネジメントや事務局体制の強化**
病院マネジメントを強化するため、経営形態の見直し等と併せて、病院長をはじめとする幹部職員が病院事業の経営強化に強い意識を持ち、経営感覚を有することが重要であり、そうした人材を登用（外部登用も含む。）すべきである。
また、当該病院の役割・機能に対応した診療報酬や補助金等の獲得、病床の効率的な使用、医療機器・材料・医薬品等の効率的な調達等、事務職員の業務が経営に大きなインパクトを与えることを踏まえ、外部人材の活用、プロパー専門職員の採用、専門性をもった職員を育成する研修や人事管理等の仕組みの構築等を通じ、事務局体制を強化することが重要である。
このほか、いわゆる「地域連携室」等の部門を積極的に強化して他の医療機関との連携を強化し、紹介患者の増加や転院先となる後方支援病院の確保、医療情報の連携等を通じた医療の質の向上を図ることなども有効である。
- ※ **3) 外部アドバイザーの活用**
中小規模の公立病院を含め、民間病院等の経営や診療報酬制度に精通した外部アドバイザー等の活用により、経営改善に成功した事例が多くあることを踏まえ、そのような外部人材の活用についても、積極的に検討すべきである。その際、総務省と地方公共団体金融機構の共同事業である経営・財務マネジメント強化事業や、公立病院医療提供体制確保支援事業を活用することも有効である。

④ 経営強化プラン対象期間中の各年度の収支計画等

- プランに記載した各種取組の実施を前提として、対象期間中の各年度の収支計画及び各年度における目標数値の見直し等を記載する
- ※ 収支計画は、診療報酬の改定等の経営環境の変化により影響を受けるため、プラン策定後においても、こうした状況変化を踏まえ必要な見直しを行うことが適当である。
- ※ 新型コロナウイルス感染症の影響については、各団体・各病院における予算への反映方法等を踏まえて、各団体において適切に判断していただきたい。なお、上記のとおり、プラン策定後においても、状況変化を踏まえた必要な見直しを行うことが適当である。

第3 - 2 都道府県の役割・責任の強化

都道府県の役割・責任の強化 ①

1 市町村の経営強化プラン策定に当たっての助言

- 都道府県は、医療法に基づき、地域医療構想や医師確保計画等を策定するとともに、これを実現するための措置（地域医療構想調整会議の設置、協議が調わない場合の要請・指示・命令等、基金による財政支援等）を講じることができることとされており、持続可能な地域医療提供体制を確保していく上で、大きな役割・責任を有している。
- 市町村等が経営強化プランを策定するに当たり、策定段階から地域医療構想調整会議の意見を聴く機会を設けることなどを通じて地域医療構想や医師確保計画等との整合性を確認するとともに、これまで以上に経営強化プランの内容について積極的に助言すべきである。
- 特に、機能分化・連携強化の取組については、複数の市町村が関係する取組や、都道府県と市町村との取組、公的病院や民間病院等との取組も考えられることから、必要な機能分化・連携強化の取組が経営強化プランに盛り込まれるよう、積極的に助言すべきである。
- 医師確保の取組は、医師確保計画や当該計画に基づく取組と密接に関連するものであることから、都道府県立病院等をはじめとする基幹病院から不採算地区病院等への医師派遣の強化等を含め、医師確保計画の充実を図っていくことが重要である。

※ 「地域医療構想の進め方について」（令和4年3月24日付け厚生労働省医政局長通知）においては、「公立病院については、病院事業を設置する地方公共団体は、2021年度末までに総務省において策定する予定の『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』を踏まえ、病院ごとに『公立病院経営強化プラン』を具体的対応方針として策定した上で、地域医療構想調整会議において協議する。」とされている。

このため、経営強化プランのうち「役割・機能の最適化と連携の強化」などの地域医療構想に関わる部分については、策定後のみならず、策定段階から地域医療構想調整会議を活用して関係者の意見を聴くなど、丁寧な合意形成に努めるべきである。

※ 本ガイドラインにおいては、都道府県に対し、都道府県を含む各地方公共団体が策定した経営強化プランと、地域医療構想や医師確保計画等との整合性を確認するよう求めており、当該確認がなされたプランに基づく取組に対して財政措置を講じることとしている。

2 管内公立病院の施設の新設・建替等に当たっての助言

- 病院施設の新設・建替等が一度行われれば、その後の医療需要等の経営環境の変化や病院機能の見直しに柔軟に対応することが困難になるケースも想定されることから、収支状況の点検に加え、地域の医療提供体制のあり方の観点からも、しっかりとした検討を行うことが必要である。
- そのため、都道府県は、自らが設置する病院施設に加え、管内市町村等の病院施設の新設・建替等に当たっては、持続可能な地域医療提供体制の確保の観点から、当該公立病院の役割・機能、必要な機能分化・連携強化の取組、適切な規模、医師・看護師等の確保方策、収支見通し等について、地域医療構想等との整合性を含めて十分に検討し、積極的に助言すべきである。
- その際、病床利用率が低水準な病院や、今後の人口減少が特に厳しいと見込まれる過疎地域等の病院にあつては、収支見通し等について慎重な検討が必要であることから、都道府県が特に積極的に助言することが期待される。

※ 公立病院の新設・建替等については、これまで同様、地域医療構想との整合性に係る都道府県の意見に基づき適当と認められるものに係る病院事業債の元利償還金について地方交付税措置を講じることとしている。

都道府県の役割・責任の強化 ②

3 都道府県立病院等の役割

- **市町村の中小規模の病院の経営を強化する観点からは、都道府県立病院等（都道府県が参画する一部事務組合、広域連合又は地方独立行政法人の病院を含む。以下同じ。）の果たす役割は大きい。**こうした都道府県立病院等が、過疎地域や離島を含めた地域における医師・看護師等の確保に重要な役割を果たしているケースとして、以下の事例がある。
 - 1) 県立中央病院や県が参画する機能分化・連携強化により整備された基幹病院から過疎地域等の中小病院に医師を派遣する事例
 - 2) 県と離島に所在する市町村とで組織する広域連合や一部事務組合が運営する病院を起点とし、離島の病院や町村立の診療所に医師を派遣する事例
 - 3) 県と市町村とで構成する地方独立行政法人が、地域医療連携推進法人制度も活用し、関係病院等間で医師・看護師等を相互に派遣する事例
- 今後、人口減少や医師・看護師等の不足により過疎地域等の病院経営がますます厳しくなる中で、持続可能な地域医療提供体制を確保していくためには、こうした事例も参考にしつつ、**比較的医療資源が充実し、経営基盤も安定した都道府県立病院等が、不採算地区病院をはじめとする中小規模の公立病院・診療所との連携・支援を強化していくことが重要**である。

※ 都道府県立病院等は、持続可能な地域医療提供体制を確保していく上で大きな役割・責任を有している都道府県が設置する病院であることから、当該病院が属する地域全体の医療提供体制の確保や地域医療構想の実現のために、不採算地区病院をはじめとする中小規模の公立病院との機能分化・連携強化や医師・看護師等の派遣などに積極的に取り組むことが期待される。
なお、その際には、今般拡充した財政措置（本ガイドライン第5(2)(3)及び財政通知に記載）の活用が可能である。

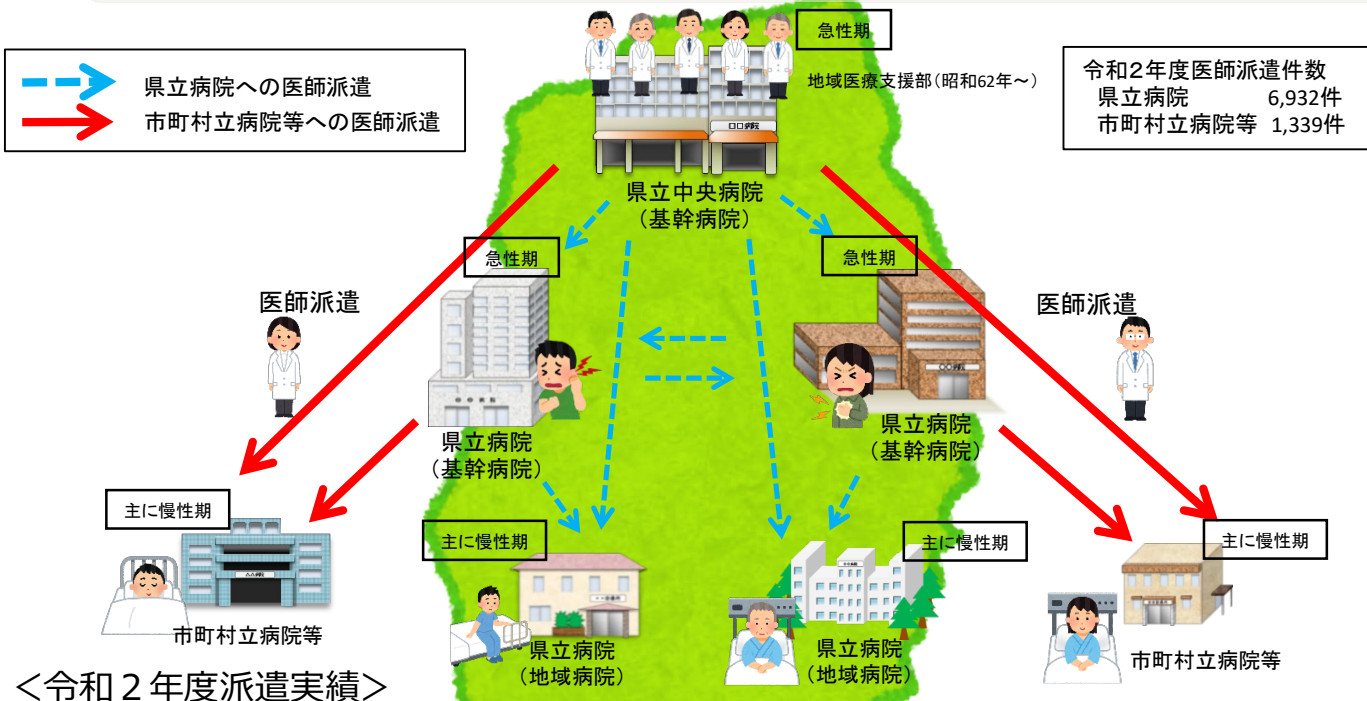
4 都道府県庁内における部局間の連携

- 上記1から3までのような助言等を都道府県が適切かつ効果的に実施していくためには、市町村の行財政運営や公営企業の経営について助言する立場にあり、市町村執行部とも意思疎通を図る機会の多い**市町村担当部局と、医療政策担当部局や病院事業担当部局が連携・協力して、市町村への助言や調整を行っていくことが重要**である。

※ 都道府県の関係部局においては、以下を踏まえ、連携・協力して市町村への助言や調整を行っていくことが期待される。

- ・本ガイドライン（総務省自治財政局長通知）の宛先は、「各都道府県知事（各都道府県財政担当課、市町村担当課、都道府県立病院担当課、医療政策担当課扱い）」としていること。
- ・厚生労働省から各都道府県知事宛てに発出された「地域医療構想の進め方について」（令和4年3月24日付け同省医政局長通知）においては、「2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行う。」「公立病院については、（中略）病院ごとに『公立病院経営強化プラン』を具体的対応方針として策定した上で、地域医療構想調整会議において協議する。」とされていること。

1) 県立病院等の基幹病院から過疎地等の中小病院に医師を派遣する事例①【岩手県】



<主な取組・効果>

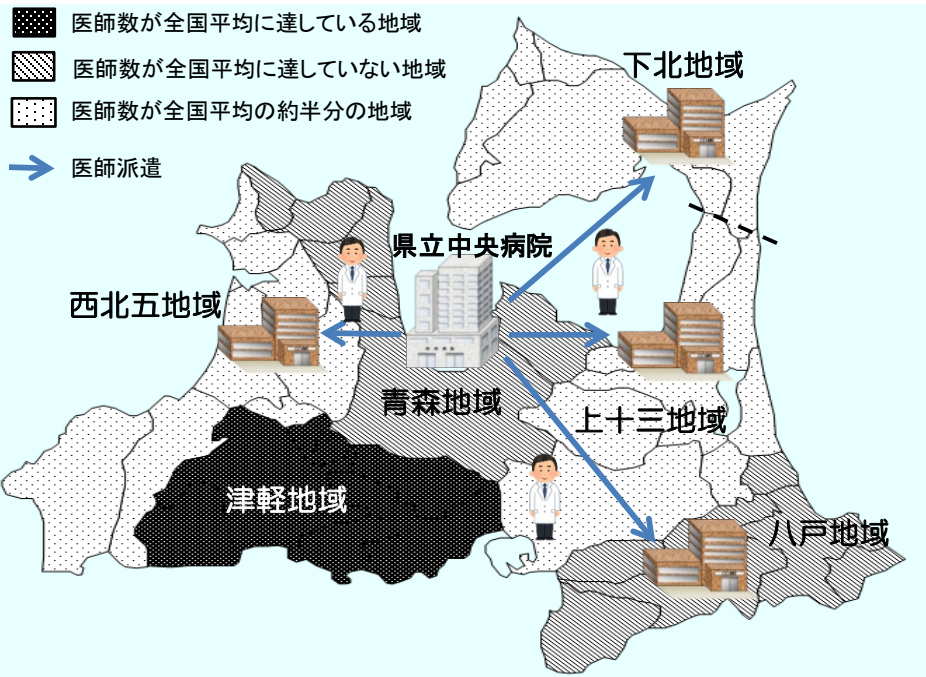
- ・県立病院等（基幹病院）から医師不足が著しい地域の病院に医師を派遣することで**地域医療提供体制を維持・確保**
- ・派遣元病院と派遣先病院の**地域連携の推進が図られることにより、地域の機能分化・連携強化に寄与**
- ・急性期から慢性期まで幅広く診療に従事することにより、**応援医師の経験値及び能力が向上**

<令和2年度派遣実績>

主な派遣元病院	主な派遣先病院（設立団体）	主な派遣診療科目	延派遣日数／月
県立中央病院	国保葛巻病院（葛巻町）	小児科、血液内科、整形外科	25日／月
	八幡平市立病院（八幡平市）	内科、循環器内科、血液内科、神経内科	25日／月
	西和賀さわうち病院（西和賀町）	外科	2日／月
	安代診療所（八幡平市）	内科	2日／月
県立中部病院	西和賀さわうち病院（西和賀町）	内科	19日／月
	金ヶ崎診療所（金ヶ崎町）	整形外科	5日／月
	北上済生会病院（社会福祉法人）	循環器内科	5日／月
県立胆沢病院	国保まごころ病院（奥州市）	内科、外科	10日／月
	衣川診療所（奥州市）	内科	4日／月
	総合水沢病院（奥州市）	内科	4日／月
県立宮古病院	済生会岩泉病院（社会福祉法人）	内科	6日／月

※上記以外の病院を含め、計8県立病院から市町村立病院等へ医師派遣を実施

1) 県立病院等の基幹病院から過疎地等の中小病院に医師を派遣する事例②【青森県】



人口10万人対医療施設従事医師数
 (平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査)
 ※出典：青森県保健医療計画（平成30年4月策定）

二次保健医療圏	人口10万対医師数
津軽地域	293.1人
八戸地域	183.0人
青森地域	211.3人
西北五地域	122.9人
上十三地域	124.4人
下北地域	143.2人
(参考)全国平均	240.1人

＜主な取組・効果＞

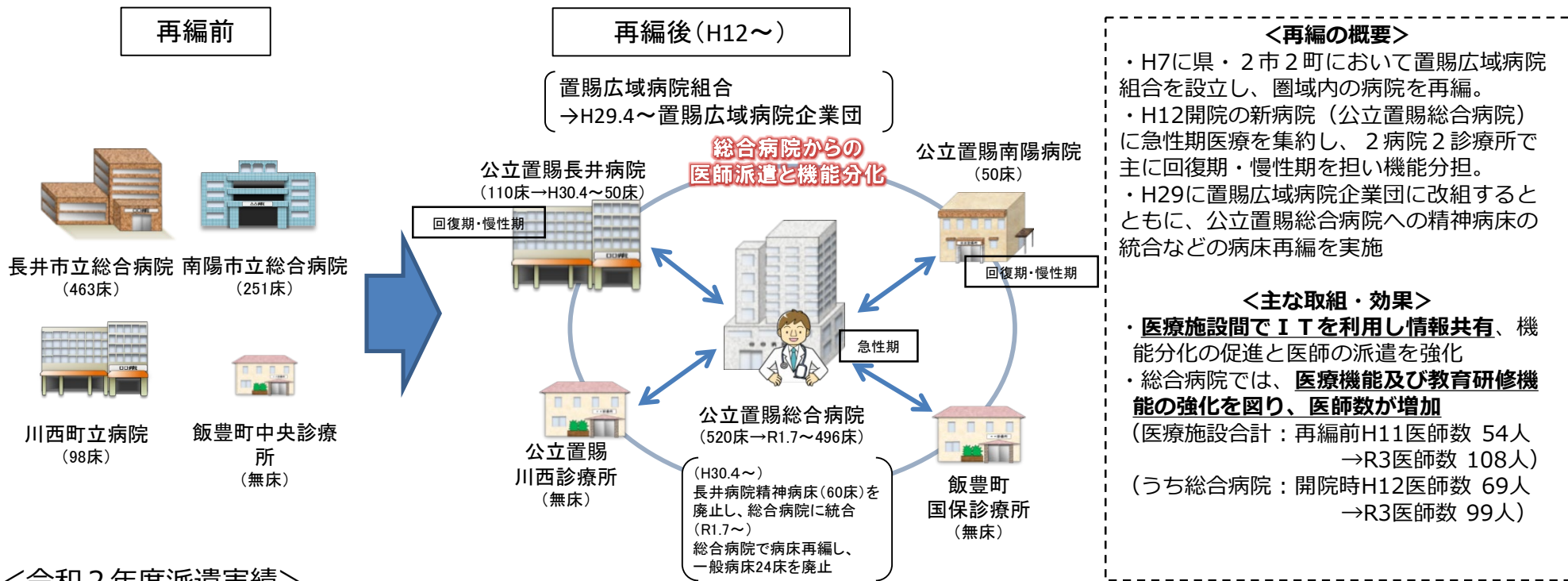
- ・県立中央病院から医師不足が著しい地域の自治体病院に医師を派遣することで、**地域医療提供体制を維持・確保。**
- ・**県の基幹病院と地域の基幹病院等との連携推進。**

＜令和2年度派遣実績＞

派遣元病院	派遣先病院（設立団体）	派遣診療科目	延派遣日数／月
県立中央病院	三戸中央病院（三戸町）	総合診療科	2日／月
	平内中央病院（平内町）	内科、眼科、整形外科、もの忘れ外来	12日／月
	つがる総合病院 （つがる西北五広域連合）	救急外来、呼吸器内科	7日／月
	鱒ヶ沢病院 （つがる西北五広域連合）	内科	5日／月
	野辺地病院 （北部上北広域事務組合）	循環器科、脳神経外科	10日／月
	むつ総合病院 （一部事務組合下北医療センター）	リウマチ膠原病科、呼吸器内科、放射線科、皮膚科、健診保健科、歯科口腔外科、病理部	15日／月

1) 県立病院等の基幹病院から過疎地等の中小病院に医師を派遣する事例③

【置賜広域病院企業団(山形県)】

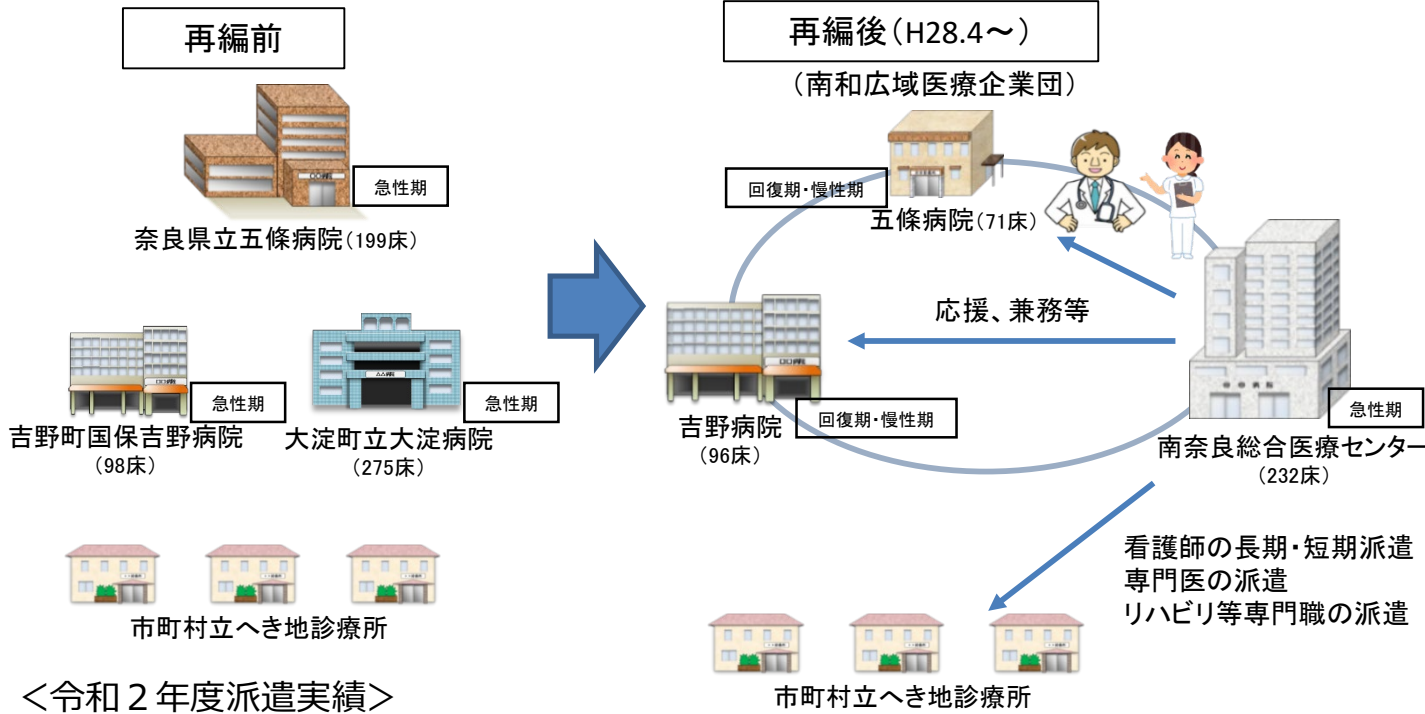


<令和2年度派遣実績>

派遣元病院	派遣先病院 (設立団体)	派遣診療科目	延派遣日数/月
公立置賜総合病院	長井病院 (企業団)	内科、人工透析、精神科、外科、整形外科、総合診療科	84日/月
	南陽病院 (企業団)	内科、消化器内科、循環器内科、整形外科、形成外科、眼科、精神科、総合診療科	66日/月
	川西診療所 (企業団)	内科、外科、整形外科	6日/月
	飯豊町国保診療所 (飯豊町)	内科、総合診療科、内視鏡	25日/月
	飯豊町国保診療所 附属中津川診療所 (飯豊町)	内科	5日/月

1) 県立病院等の基幹病院から過疎地等の中小病院に医師を派遣する事例④

【南和広域医療企業団(奈良県)】



＜再編の概要＞

- ・H28に県南和地域の3つの公立救急病院を再編し、新設する南奈良総合医療センターに急性期機能を集約し、吉野病院及び五條病院の急性期機能を回復期・慢性期に転換した上で、1市3町8村及び県で構成する南和広域医療企業団に経営主体を統合。
- ・南奈良総合医療センターから不採算地区病院やへき地診療所への医師の応援・派遣を強化

＜主な取組・効果＞

- ・急性期から慢性期まで**切れ目のない医療提供体制を構築**
- ・H27医師数45人→R3医師数66人に増加
- ・**救急搬送受入体制の強化や病床利用率の向上等**、医療機能の強化
- ・**へき地診療所との連携強化**（医療情報ネットワークで結び、検査結果の相互利用等に活用）

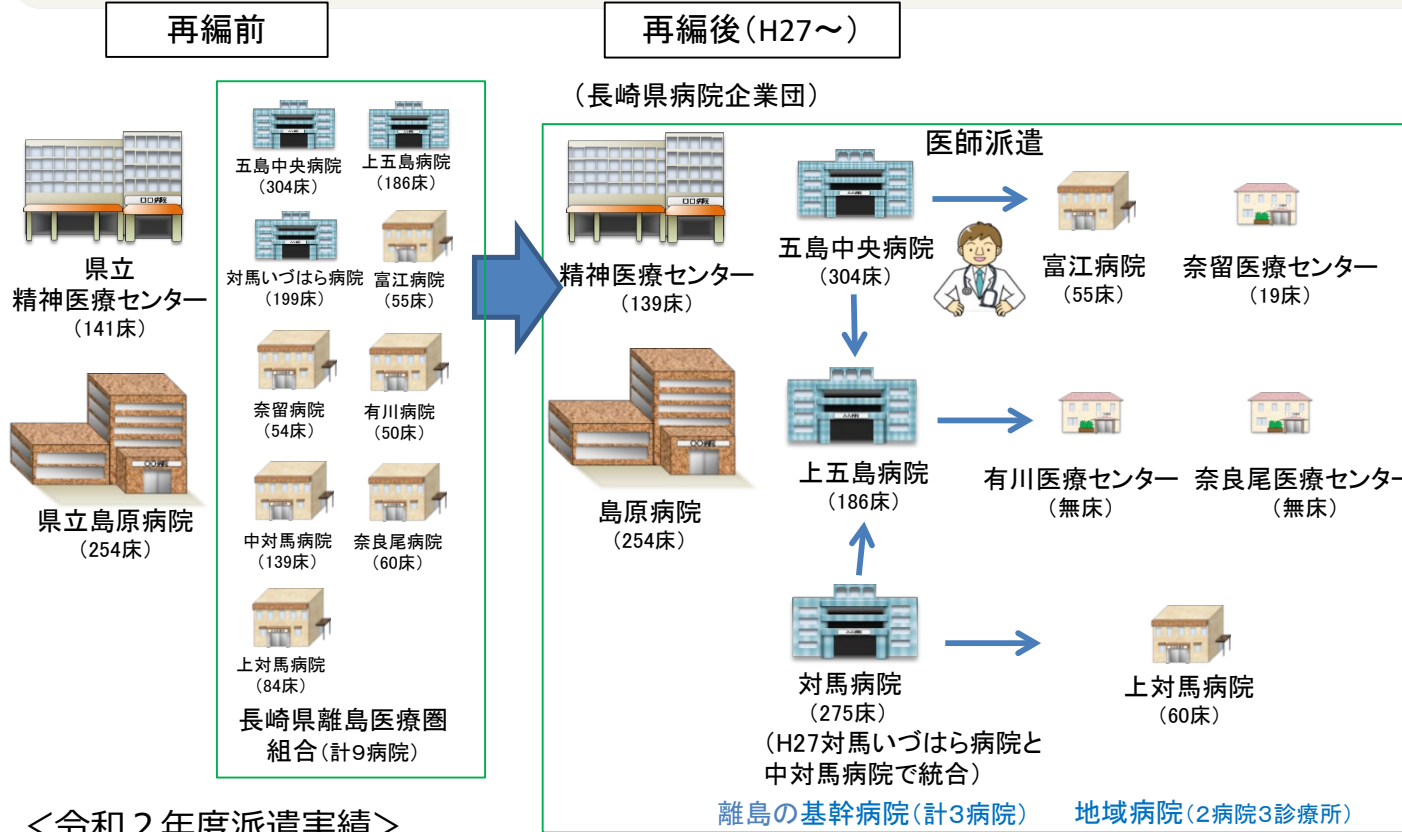
⇒**3病院と9つのへき地診療所で電子カルテの共有**を行うことで、**救急医療時の患者情報の把握等、最適な医療につなぐ**ことができている

＜令和2年度派遣実績＞

派遣元病院	派遣先病院（設立団体）	派遣診療科目	延派遣日数／月
南奈良総合医療センター	吉野病院（企業団）	内科、整形外科	16日／月
	五條病院（企業団）	内科、整形外科、皮膚科	50日／月
南奈良総合医療センター	五條市立大塔診療所（五條市）	内科	12日／月
	野迫川村国保診療所（野迫川村）	内科	12日／月
	十津川村国保上野地診療所（十津川村）	整形外科	1日／月
	十津川村国保小原診療所（十津川村）	整形外科	1日／月
	下北山村国保診療所（下北山村）	内科	1日／月
	川上村国保川上診療所（川上村）ほか	内科	2日／月

2) 県・離島市町村で構成する広域連合等の病院から離島病院等への医師派遣事例①

【長崎県病院企業団】



<再編の概要>

- ・H21に県と長崎県離島医療圏組合（5市1町）が「長崎県病院企業団」を設立。以降、各離島地域毎の基幹病院に機能を集約し、基幹病院から中小病院・診療所へ医師派遣。
- ・H27に対馬いづはら病院と中対馬病院を統合し、新たに対馬病院を整備

<主な取組・効果>

長崎県病院企業団の設立により、ガバナンス体制の強化と、一体的運営を推進

〈具体的取組〉

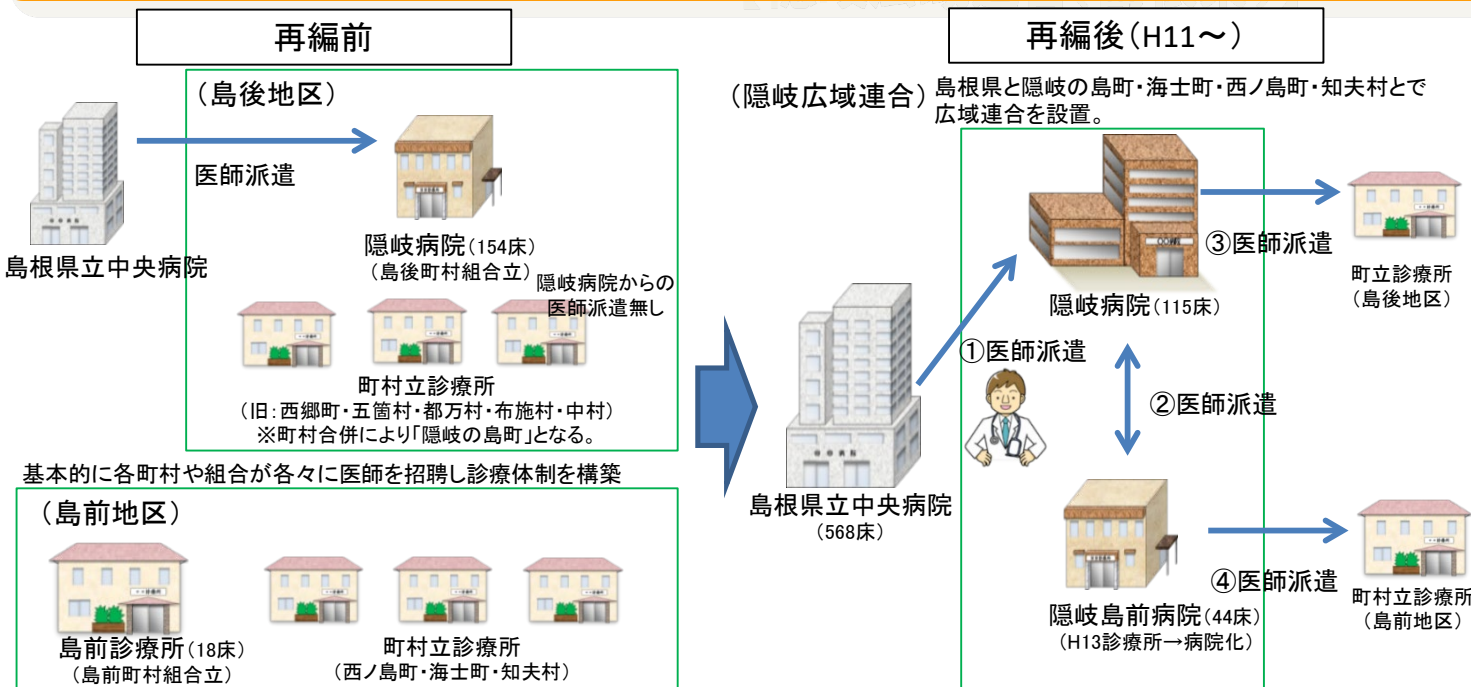
- ・医薬品の共同購入を実施
- ・基幹病院と附属診療所で電子カルテを共有することにより、地域一体での診療を実施
- ・離島の基幹病院にDPCを導入
- ・地域枠の拡充等により医師数は増加
H20.4 132名⇒R3.4 148名
- ・離島病院を対象とした修学資金貸与事業
- ・都市部の大規模病院と企業団で派遣協定書を締結し、離島病院に看護師を派遣する事業による看護師確保
- ・認定看護師、診療看護師の育成

<令和2年度派遣実績>

派遣元病院	派遣先病院（設立団体）	派遣診療科目	延派遣日数／月
五島中央病院	上五島病院 (企業団（以下同じ）)	放射線科	1日／月
上五島病院	有川医療センター	整形外科、外科、総合診療科、総合外来、夜間診療	24日／月
	奈良尾医療センター	整形外科、外科、総合診療科	21日／月
対馬病院	上五島病院	外科	1日／月
	上対馬病院	耳鼻咽喉科、精神科、眼科、泌尿器科、内科、整形外科、婦人科、外科、脳神経内科、小児科	27日／月

2) 県・離島市町村で構成する広域連合等の病院から離島病院等への医師派遣事例②

【隠岐広域連合(島根県)】



<再編の概要>

・H11に県と隠岐の島町、海士町、西ノ島町、知夫村で構成する隠岐広域連合を設立し、隠岐病院と島前診療所（H13に病院化）の経営主体を統合するとともに、県が新たに病院運営に参画

<主な取組・効果>

島根県立中央病院から隠岐病院へ医師を派遣し、隠岐病院から病院・診療所等へ医師を派遣

①島根県立中央病院→隠岐病院
 ・隠岐病院の医師数の増加（H11医師数18人→R3医師数22人）により、医師の負担軽減にもつながる**弾力的な診療体制を確立**

・外科派遣に伴う**手術件数の増加、高難度手術へのサポート体制の確立**、手術から入院、退院までの**島内完結型医療提供の実現**

②隠岐病院⇔隠岐島前病院（相互派遣）

・**領域別専門診療科の確保**（産婦人科、整形外科、神経内科）

③隠岐病院→町立診療所（島後地区）

・**へき地小規模診療所の医師確保、医師の学会・研修会への機会確保**

・**患者の紹介、逆紹介の推進**
 ・隠岐病院設置の**高度医療機器**（CT、MRI等）の**共同利用、各種検査受託の推進**

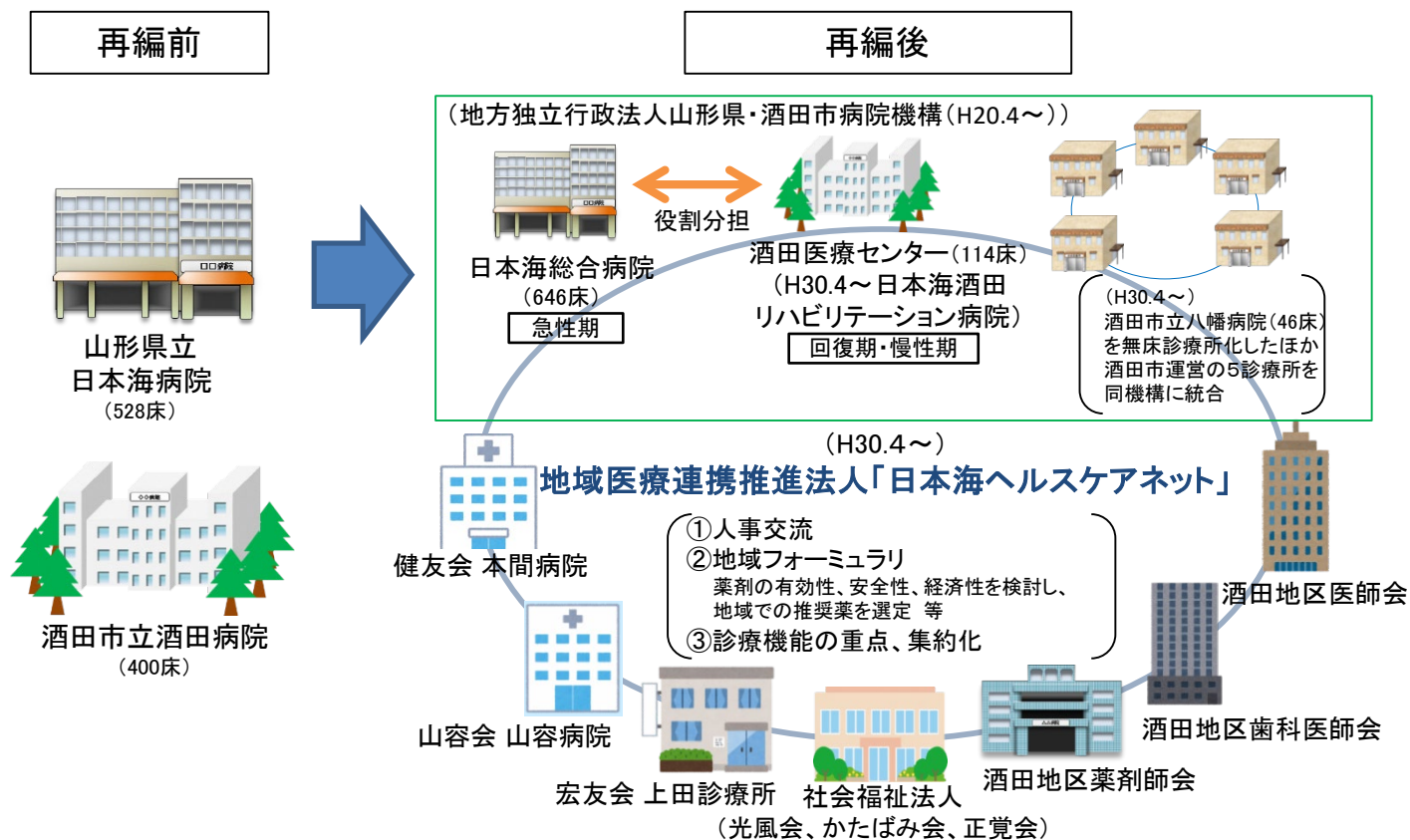
④隠岐島前病院→町立診療所（島前地区）

・**へき地小規模診療所の医師確保、医師の学会・研修会への参加機会確保**

<令和2年度派遣実績>

派遣元病院	派遣先病院（設立団体）	派遣診療科目	延派遣日数/月
①島根県立中央病院	隠岐病院（広域連合）	外科、総合診療科	6日/月
②隠岐病院 隠岐島前病院	隠岐島前病院（広域連合） 隠岐病院（広域連合）	産婦人科、整形外科 神経内科	3日/月 2日/月
③隠岐病院	五箇診療所（隠岐の島町）	総合診療科	22日/月
	中村歯科診療所（隠岐の島町）	歯科口腔外科	5日/月
	都万歯科診療所（隠岐の島町）	歯科口腔外科	10日/月
	五箇歯科診療所（隠岐の島町）	歯科口腔外科	14日/月
④隠岐島前病院	浦郷診療所（西ノ島町）	総合診療科	12日/月
	三度診療所（西ノ島町）	総合診療科	4日/月
	知夫診療所（知夫村）	総合診療科	8日/月

3) 地域医療連携推進法人制度を活用した連携強化事例【山形県・酒田市病院機構】



<再編の概要>

- ・H20に県立病院と市立病院が統合して地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構を設立。日本海総合病院で急性期、酒田医療センターで回復期・慢性期を担当し役割分担。
- ・H30に地独法を含めた地域医療連携推進法人を設立。

<主な取組・効果>

<日本海総合病院>

- ・酒田医療センターから診療科を移行して、急性期病院として集約を図り、**手術件数の増加、平均在院日数の短縮を実現。**

<日本海酒田リハビリテーション病院>

- ・療養病床への移行（7科→2科）、回復期リハビリテーション機能の強化により、**回復期・慢性期に対応**
- ・2病院間の役割分担と、人員配置の弾力化により、**医師数の増加**（105名（H19）→167名（R3））等を実現。
- ・日本海ヘルスケアネットの人事交流事業により、①派遣先では増員による**新たな施設基準の取得**、②**過重な勤務シフトの緩和**、③**経験の異なる職員と仕事することによるスキルアップ**等の効果

<令和2年度派遣実績>

派遣元	派遣先 (設立団体)	職種	派遣診療科目等	延派遣日数/月
日本海総合病院	本間病院 (医療法人)	医師	内科、整形外科、宿日直	13日/月
		看護師	透析室、訪問看護	61日/月
	宏友会 (医療法人)	看護師	診療所、老健	65日/月
本間病院	日本海総合病院(地独法山形酒田)	医師	外科、循環器内科	22日/月
酒田地区医師会	日本海酒田リハ病院 (地独法山形酒田)	医師	宿日直	13日/月
宏友会	八幡クリニック (地独法山形酒田)	看護師	訪問看護	22日/月

- 第3 - 3 経営強化プランの策定・点検・評価・公表**
 - 第3 - 4 財政措置**
-

経営強化プランの策定・点検・評価・公表

1 策定プロセス

- 経営強化プランは、病院事業担当部局のみではなく、一般会計の企画・財政担当部局や医療政策担当部局を含め、地方公共団体全体を通じて関係部局が連携して策定することが望ましい。また、当事者である病院職員はもとより、関係する他の地方公共団体、医師派遣元の大学や病院等、連携関係にある医療機関や地域の医師会等の関係者との意見交換を丁寧に行うとともに、その他の学識経験者や専門家等の知見も活用することが望ましい。
- 経営強化プラン策定後に議会、住民の理解を得るだけでなく、策定の各段階においても適宜、適切な説明を行い、十分な理解を得るように努めるべきである。
- 策定した経営強化プランは、病院職員や関係部局をはじめ、地方公共団体内部での情報や方針の共有を徹底すべきである。あわせて、速やかに公表し、住民に対して周知するものとする。

2 経営強化プランの点検・評価・公表

- 関係地方公共団体は、経営強化プランの実施状況について概ね年1回以上点検・評価を行い、その結果を公表するものとする。評価の過程においては、例えば有識者や地域住民等の参加を得て設置した委員会等に諮問するなどにより、評価の客観性を確保する必要がある。
- この場合、この委員会等においては単に財務内容の改善に係る数値目標の達成状況のみならず、例えば、当該病院の医師・看護師等の参加を求めて、公立病院として期待される役割・機能の発揮の状況等についても併せて評価、検証することが望ましい。

3 積極的な情報開示

- 関係地方公共団体は、前項の点検・評価・公表に際し、立地条件や病床規模が類似した他の公立病院や民間病院等における状況等を併せて明らかにするなど、当該公立病院の現状について住民が理解・評価しやすいよう、積極的な情報開示に努めるものとする。また、前項の有識者等による委員会等の審議状況などについても報道機関に積極的に公開するなど、住民の関心をできる限り高める工夫を凝らすことが必要である。

4 経営強化プランの改定

- 関係地方公共団体は、上記2の点検・評価等の結果、経営強化プランに掲げた数値目標の達成が著しく困難である場合や、経営強化プラン策定後に第8次医療計画の策定や地域医療構想の改定等により地域医療構想等と齟齬が生じた場合などには、抜本的な見直しを含め経営強化プランの改定を速やかに行うべきである。

5 総務省における取組

- 総務省は関係地方公共団体の協力を得て、経営強化プランの策定状況及び実施状況を概ね年1回以上全国調査し、その結果を公表する。

財政措置

- 関係地方公共団体における公立病院の経営強化が円滑に進められるよう、**都道府県が地域医療構想等との整合性を確認した経営強化プランに基づく取組を実施することに伴い必要となる経費**（原則として令和4年度から令和9年度までの間に生じるものを対象とする）について、次のとおり**財政上の措置を講じる**こととする。

1 経営強化プランの策定等に係る措置

- 令和4年度及び令和5年度における経営強化プランの策定並びにその後の実施状況の点検・評価等に要する経費を地方交付税により措置する。

2 機能分化・連携強化に伴う施設・設備の整備等に係る措置

- 公立病院の機能分化・連携強化に伴う施設・設備の整備等に要する経費について、病院事業債（特別分）を充当することとし、その対象経費等を以下のとおり拡充する。
 - ① 病院の整備費全体を対象経費とする要件の見直し
複数の病院を統合する場合のほか、複数病院の相互の医療機能を見直す場合で、かつ、基幹病院が医師派遣の増加等の支援を強化し、救急医療等の地域において必要とされる不採算地区病院の機能を維持する場合（経営主体を統合する場合には統合に係る協定書等、経営主体の統合を伴わない場合には連携協約等において、その旨が明示される場合に限る。）に、新たな基幹病院の整備費全体を対象経費とする。
 - ② システム関係の対象経費の拡充
経営統合に伴うシステム統合をする場合のほか、関係病院等間の医療情報の共有や医師等の働き方改革に必要な情報システム等の整備費を対象経費に追加する。
- ※ なお、新改革ガイドラインに基づく再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備等の継続分については、従前の例によるが、要件に該当する場合には新たな財政措置に移行することも可能とする。

3 医師派遣等に係る措置

- 医師派遣等に係る特別交付税措置については、看護師等医療従事者の派遣や、診療所への派遣を対象に追加し、派遣元に対する措置を拡充する。

機能分化・連携強化に伴う施設・設備の整備に係る病院事業債(特別分)【R4拡充】

- 医師不足や人口減少に伴う医療需要の変化に対応し、持続可能な地域医療提供体制を確保するためには、地域の中で各公立病院が担うべき役割・機能を改めて見直し、明確化・最適化した上で、病院間の連携を強化する「機能分化・連携強化」が必要。
- 公立病院経営強化プランに基づき、原則として令和9年度までに行われる公立病院の機能分化・連携強化に係る施設・設備の整備について、病院事業債(特別分)を措置。

対象要件

以下のいずれかに該当すること。

A. 複数病院の統合

○関係する病院が1以上減となること。

B. 複数病院の相互の医療機能の見直し

○関係病院等間において、地域医療構想に沿って、以下に掲げる全ての取組が行われること。

- ア 基幹病院への急性期機能の集約
- イ 基幹病院以外の病院等の急性期から回復期等への機能転換等
- ウ 基幹病院から基幹病院以外の病院等への医師派遣の増加、遠隔診療等の支援
- エ 基幹病院以外の病院等による基幹病院の術後患者等の受入体制の構築
- オ 医療情報の共有等による医療提供の連携体制の構築

対象経費

A
・
B
共通

- ①関係病院等間のネットワーク形成のための患者搬送車、遠隔医療機器等の整備
- ②経営主体の統合に伴う情報システムの統合、**関係病院等間の医療情報の共有や医師等の働き方改革に必要な情報システム**等の整備
- ③機能分化・連携強化後の基幹病院に新たに整備される高度・救急医療施設、医師の研修又は派遣の拠点機能を有する施設、これらの施設に設置される医療機器等の整備
- ④機能分化・連携強化後の基幹病院以外の既存施設の改修、医療機器等の整備
- ⑤複数病院の統合に伴う病院の整備
- ⑥**複数病院の相互の医療機能の見直しに伴う基幹病院の整備**
基幹病院が医師派遣の相当程度の増加及び遠隔診療等の支援を強化し、救急医療等の地域において必要とされる不採算地区病院の機能を維持する場合であって、その旨を明記した統合協定書、連携協約等を議会の議決等を経て公表する場合に限る。

機能分化・連携強化のイメージ(例)

医師・看護師等
を確保

回復期機能・初期
救急等を担う



急性期機能を集約

連携を強化

(医師派遣・
遠隔診療等)

基幹病院

基幹病院以外の
不採算地区病院等

病院事業債(特別分)の対象:元利償還金の40%を普通交付税措置

病院事業債(100%)

元利償還金の40%に交付税措置
(繰出2/3 × 60% = 40%)

(参考)通常の病院事業債のスキーム

元利償還金の25%に交付税措置
(繰出1/2 × 50% = 25%)

医師・看護師派遣等に係る地方財政措置【R4拡充】

- 限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するため、基幹病院等からの医療従事者の確保が困難である過疎地域等の公立病院・診療所に対する医師・看護師等の派遣に係る経費に対して特別交付税を措置。
- 医療従事者の働き方改革にも対応するため、令和4年度から、看護師、薬剤師、技師等の医療従事者の派遣、公立診療所への派遣を追加するとともに、医師・看護師等を派遣する医療機関に対する措置を拡充。

※ 赤字下線はR4拡充部分

派遣する医療機関

○対象医療機関

公立病院、一般行政病院又は公立診療所からの要請を受けて、医師、看護師等を派遣する医療機関

※ 大学附属医療機関、国及び国関係機関が開設する医療機関を除く

○対象経費

下記の経費への繰出金又は助成金に対して特別交付税措置

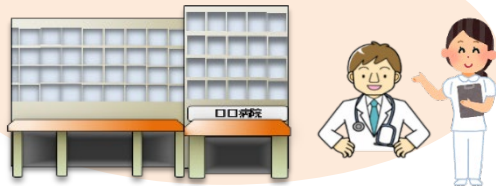
- ・ 派遣期間中に支出する医師、看護師等の職員給与費相当額
- ・ 派遣により看護師等が不足する期間に新たに雇用する非常勤看護師等の人件費

○算定方法

基準額（単価×派遣日数）と

一般会計繰出額×0.8（R3年度までは0.6）のどちらか少ない額

基幹病院等



医師・看護師等を派遣
※同一自治体間の派遣
は対象外

派遣を受け入れる医療機関

○対象医療機関

公立病院、一般行政病院又は公立診療所

※ 派遣元の医療機関の種類は問わない

○対象経費

医師・看護師等の派遣を受けることにより生じる経費（旅費、派遣元医療機関への負担金）への繰出金に対して特別交付税措置

※ 報酬、賃金、手当等の労働の対価として支払った経費は対象外

通常の医師等の派遣に加え、下記の場合も対象とする。

- 研修参加により医師等が不足する期間の派遣受入れ経費
- 臨床研修医の地域医療研修の受入れに係る旅費

○算定方法

一般会計繰出額×0.6

医師・看護師等が不足している公立病院・診療所

