

# 公立病院の現状と課題、経営強化プランの 取組状況について



総務省

令和5年6月6日  
自治財政局  
準公営企業室

# 公立病院経営強化の推進

○ 公立病院は、これまで再編・ネットワーク化、経営形態の見直しに取り組んできたが、依然として経営状況は厳しく、以下の課題に対応しながら地域医療提供体制を確保するためには、経営を強化していくことが重要。

- ・人口減少、少子高齢化に伴う医療需要の変化
- ・医師・看護師等の不足
- ・医師の時間外労働規制への対応
- ・新興感染症への備え 等

総務省

<令和4年3月>

「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」の策定・地方団体への通知・公表

地方団体

<令和4年度又は5年度中>

「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

## 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

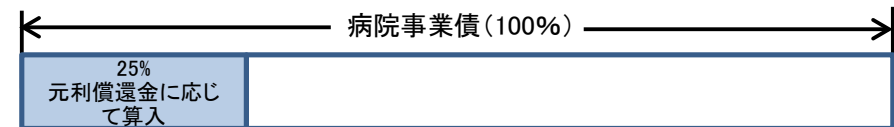
医師派遣・遠隔診療等

基幹病院

基幹病院以外の  
不採算地区  
病院等

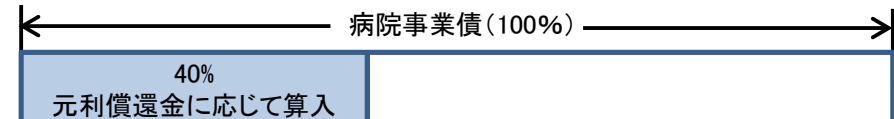
## 【病院事業債】

### 《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

# 「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**。

# 各地方公共団体に策定を求める「公立病院経営強化プラン」の主なポイント

## 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

## ポイント

- 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」が加わることも踏まえ、**新たに記載事項に追加**。

#### 【平時からの取組の具体例】

- ・ 感染拡大時に活用しやすい病床等の整備
- ・ 各医療機関の間での連携・役割分担の明確化
- ・ 専門人材の確保・育成

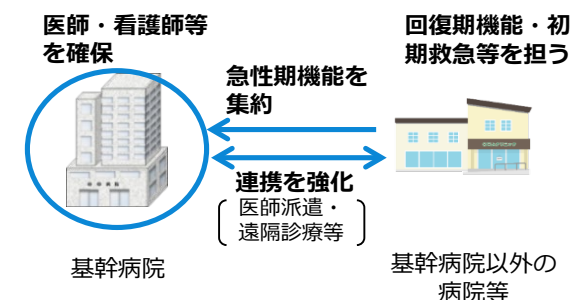
## ポイント

- 前ガイドラインでは「改革」プランという名称だが、**持続可能な地域医療提供体制の確保のための「経営強化」に主眼**を置き、「経営強化」プランとした。

## ポイント

- 前ガイドラインの「再編・ネットワーク化」に代わる記載事項。「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連携強化に主眼**。

#### 機能分化・連携強化のイメージ（例）



## ポイント

- **医師・看護師等の不足**に加え、**医師の時間外労働規制への対応**も迫られることも踏まえ、**新たに記載事項に追加**。

#### 【具体的な記載事項】

- ・ 基幹病院から中小病院等への積極的な医師・看護師等の派遣
- ・ 若手医師の確保に向けたスキルアップを図るための環境整備（研修プログラムの充実、指導医の確保等）
- ・ 医師の時間外労働の縮減の取組（タスクシフト／シェア、ICT活用等）



# 第1 公立病院経営強化の必要性

---

# 第1 公立病院経営強化の必要性

## 1 公立病院の経営状況

- 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。
- 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。

## 2 新型コロナウイルス感染症対応における公立病院の役割と課題

- 公立病院は、新型コロナウイルス感染症への対応において、積極的な病床確保と入院患者の受入れをはじめ、発熱外来の設置やPCR検査、ワクチン接種等で中核的な役割を果たしており、感染症拡大時に公立病院の果たす役割の重要性が改めて認識された。
- 一方、感染拡大が進む中で、医療提供体制に特に多大な負荷がかかった地域においては、各病院の機能分化・連携強化等を通じた役割分担の明確化・最適化や医師・看護師等の確保の取組を平時からより一層進めておく必要性が浮き彫りとなった。

## 3 国の医療政策の動向と公立病院の課題

- 地域医療構想については、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、都道府県による医師確保計画の策定や医学部における地域枠等の設定・拡充など、令和18年を目標年として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。

## 4 公立病院経営強化の基本的な考え方

- 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。
- そのためには、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」を進め、中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約し医師・看護師等を確保するとともに、基幹病院から不採算地区病院をはじめとする基幹病院以外の病院への医師・看護師等の派遣等の連携を強化していくことが重要である。

# 公立病院の経営状況 ①

○ 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。

## <参考1> これまでの公立病院改革における再編・ネットワーク化の実績

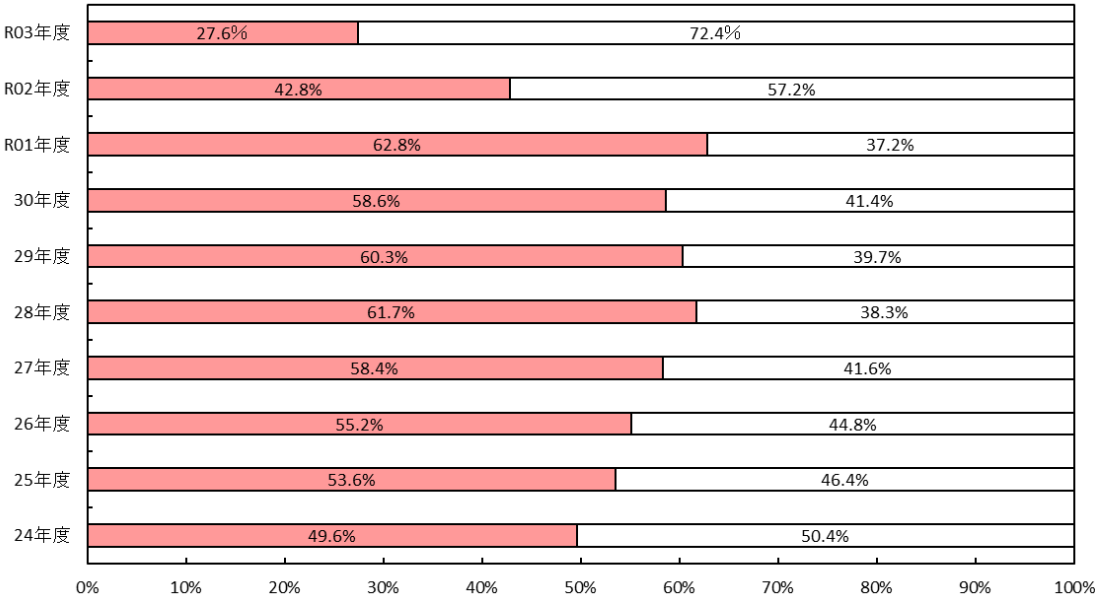
|                     | H20～H26実績 | H27～R2実績 | 合計      | 【参考】<br>実施中<br>(梓組合意) |
|---------------------|-----------|----------|---------|-----------------------|
| 再編・ネットワーク化<br>関連病院数 | 126公立病院   | 67公立病院   | 193公立病院 | 60公立病院                |

## <参考2> 公立病院数及び病床数の比較

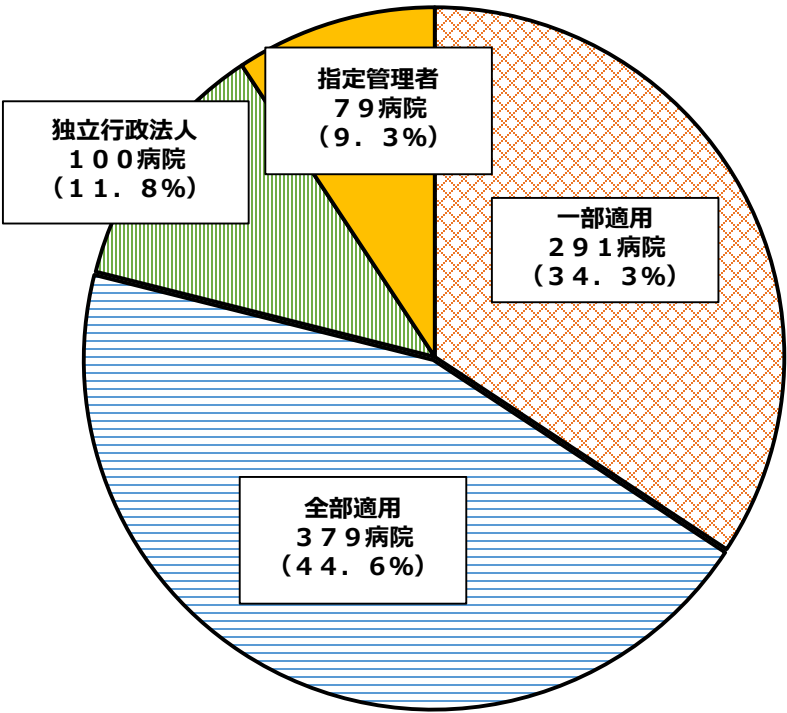
| 病院数 | H14<br>(ピーク時) | H20     | R3      | 増減率<br>(H20→R3) | 増減率<br>(H14→R3) |
|-----|---------------|---------|---------|-----------------|-----------------|
| 病院数 | 1,007         | 943     | 849     | ▲10.0%          | ▲15.7%          |
| 病床数 | 239,921       | 228,280 | 201,893 | ▲11.6%          | ▲15.9%          |

## <参考4> 経常損失を生じた公立病院数の割合

赤字 黒字



## <参考3> 令和3年度末時点の経営形態の見直し状況

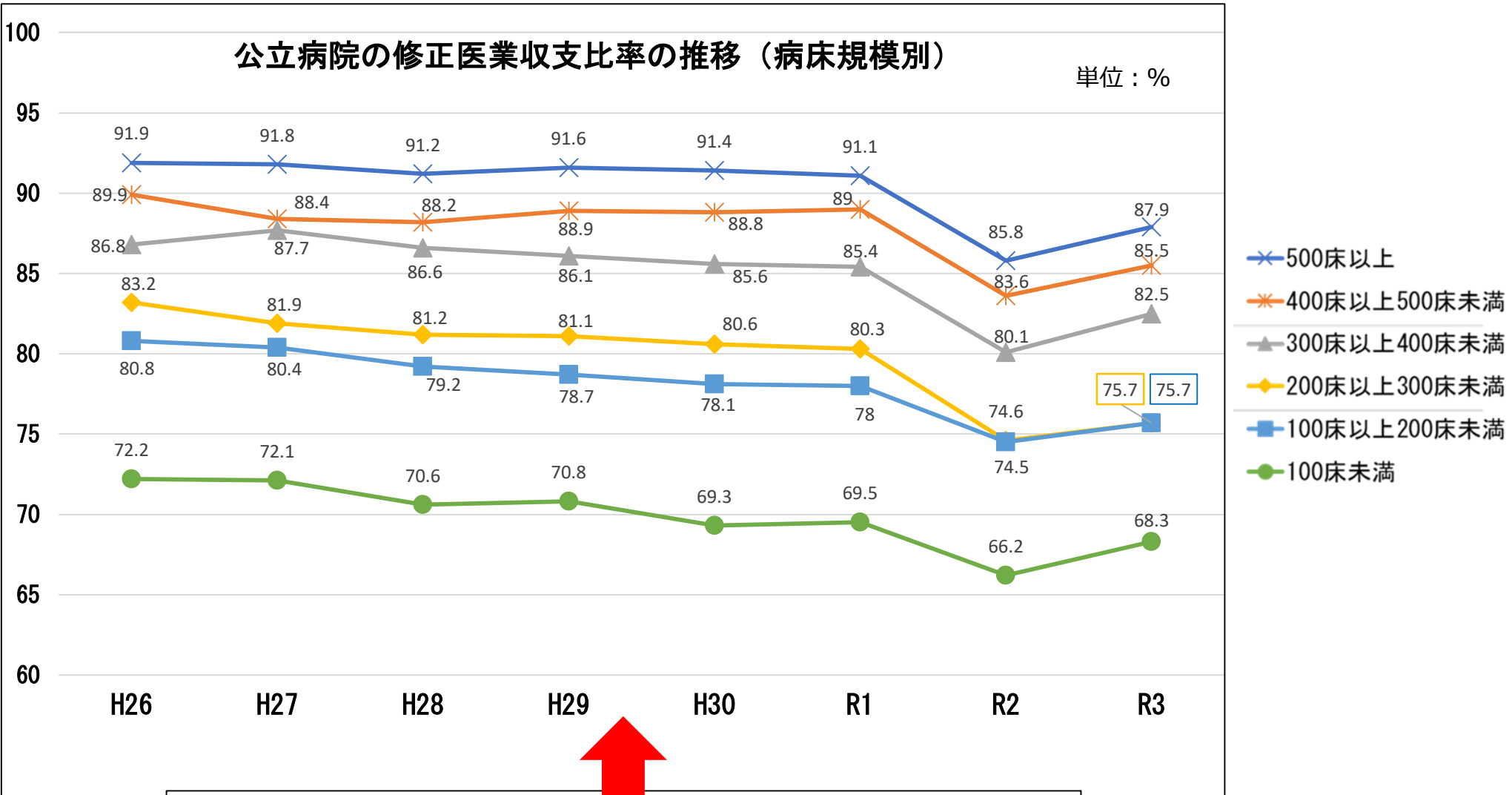


## 公立病院の経営状況 ②

○ 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：％

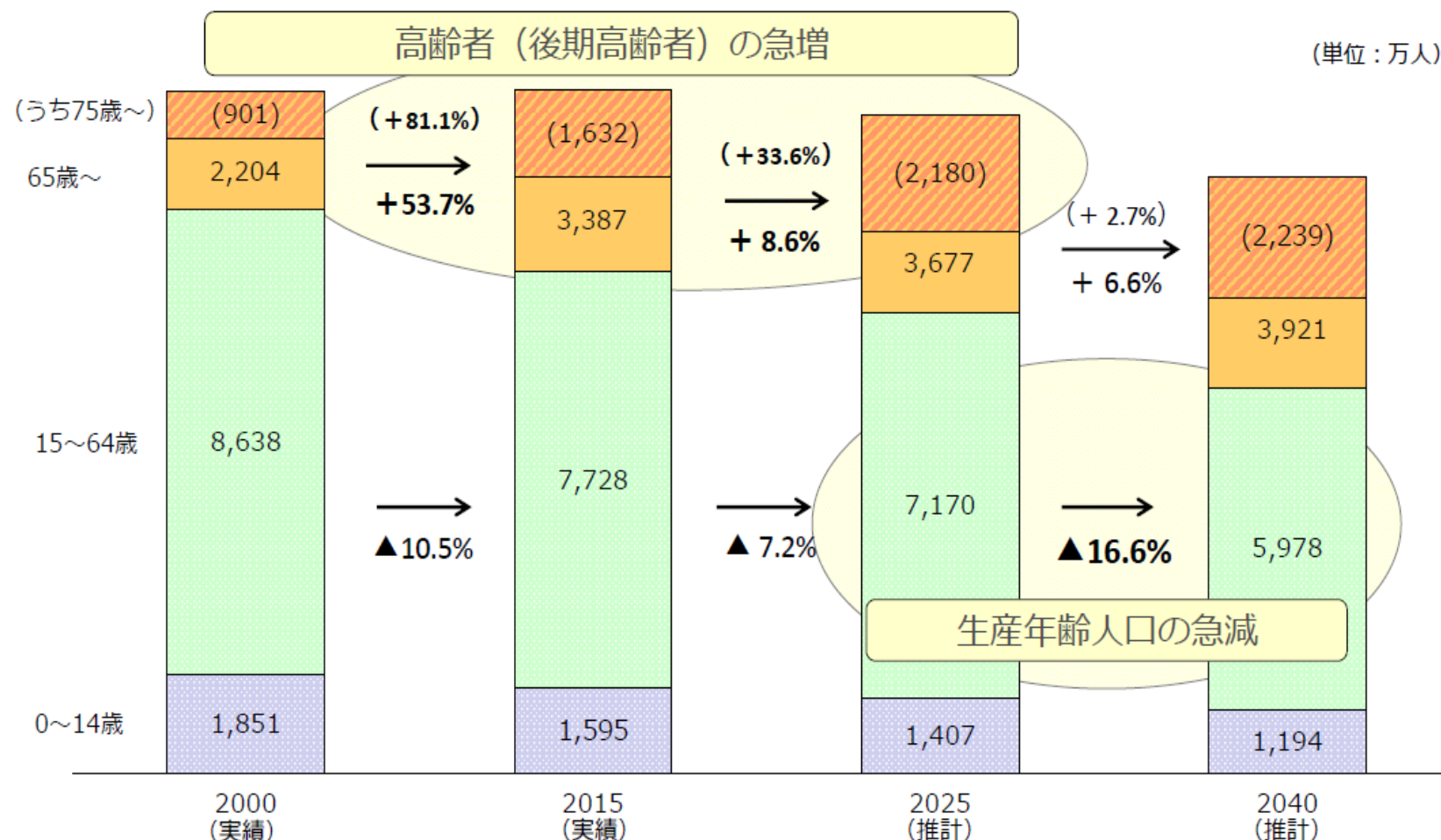


病床規模が小さくなるにつれ、修正医業収支比率が悪化している。

## 人口動態② 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

- 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

### 【人口構造の変化】

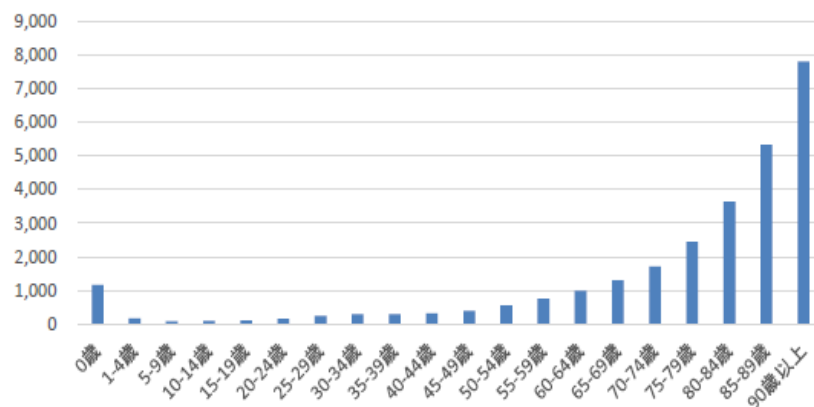




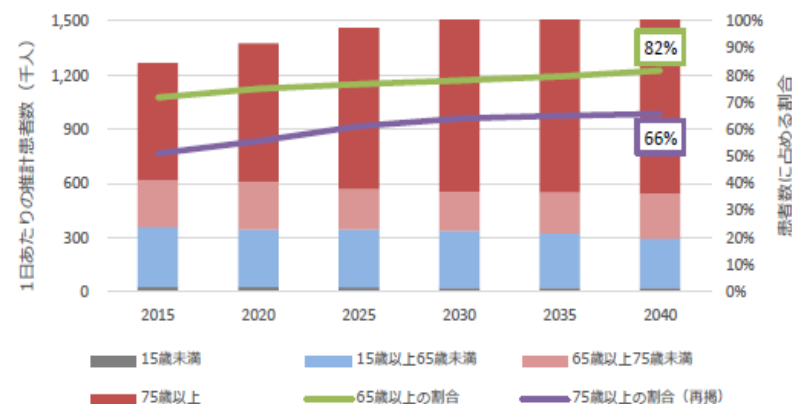
## 医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに90の医療圏が、また2035年までには261の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

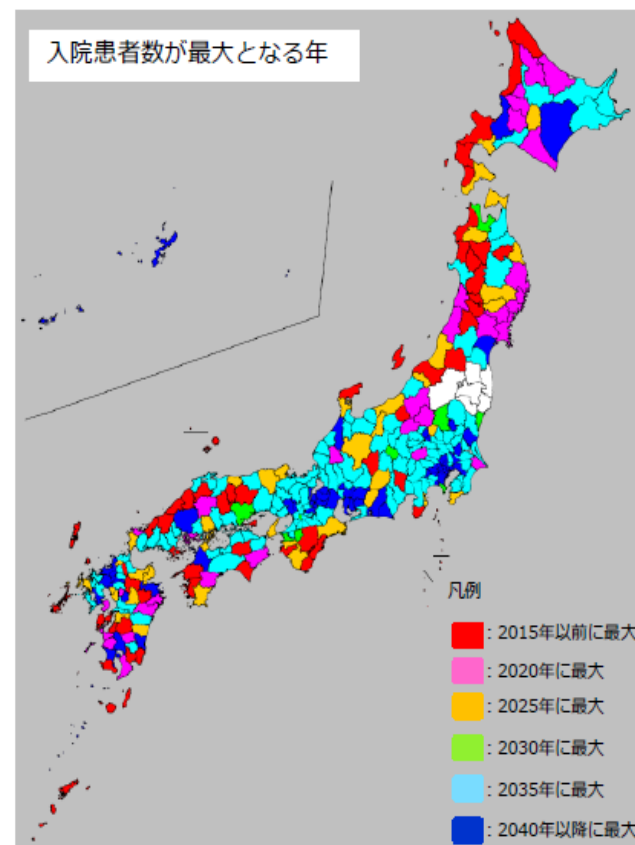
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」

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30（2018）年推計）」

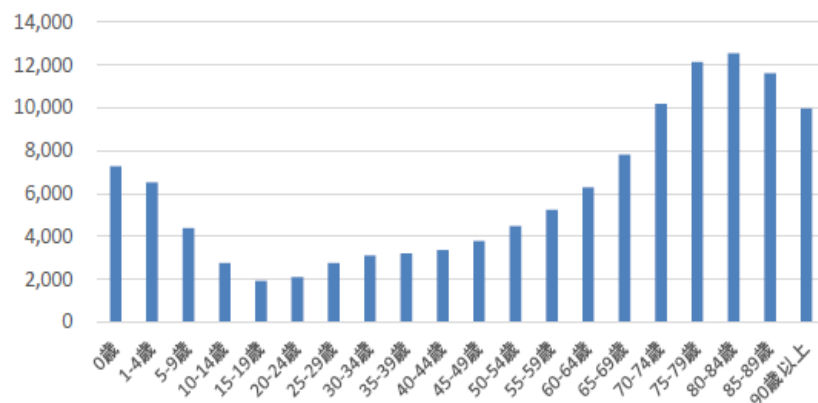
※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の2次医療圏を除く329の2次医療圏について集計。

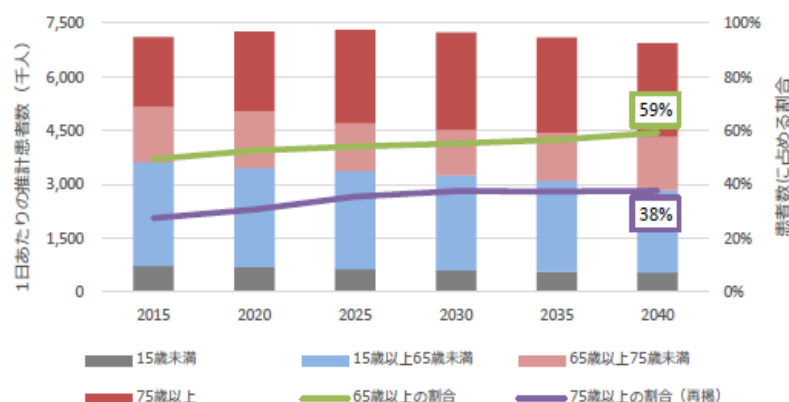
## 医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに217の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

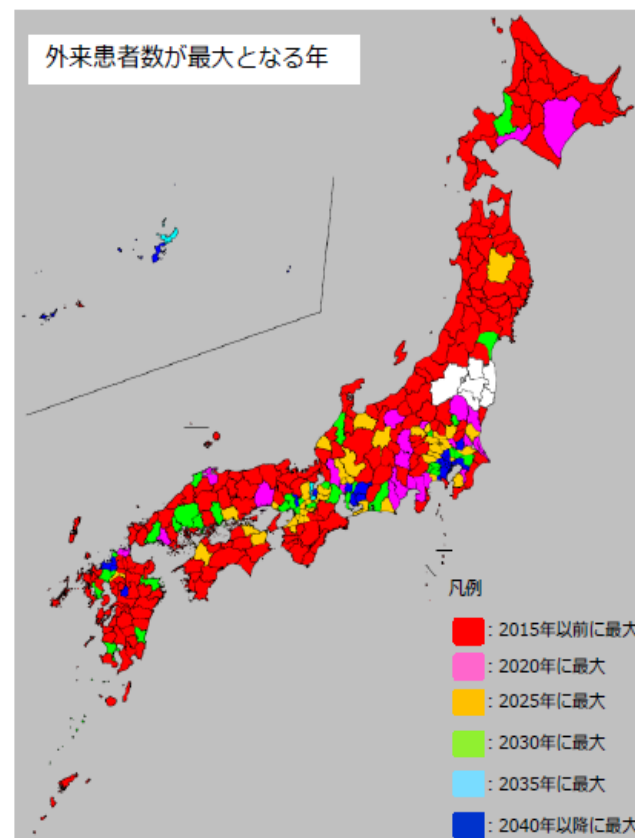
外来受療率（人口10万対）



外来患者数推計



外来患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院－外来×性・年齢階級×都道府県別」  
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30（2018）年推計）」

※「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。

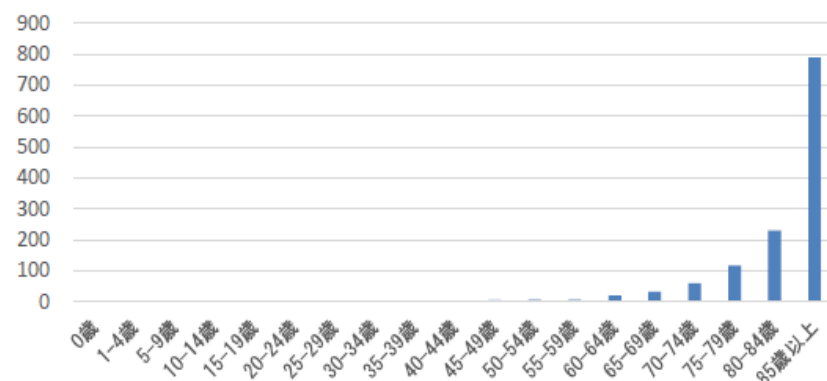
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

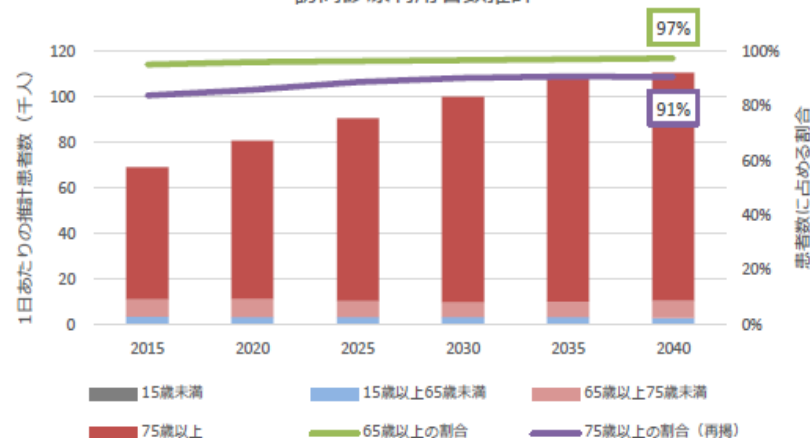
# 医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

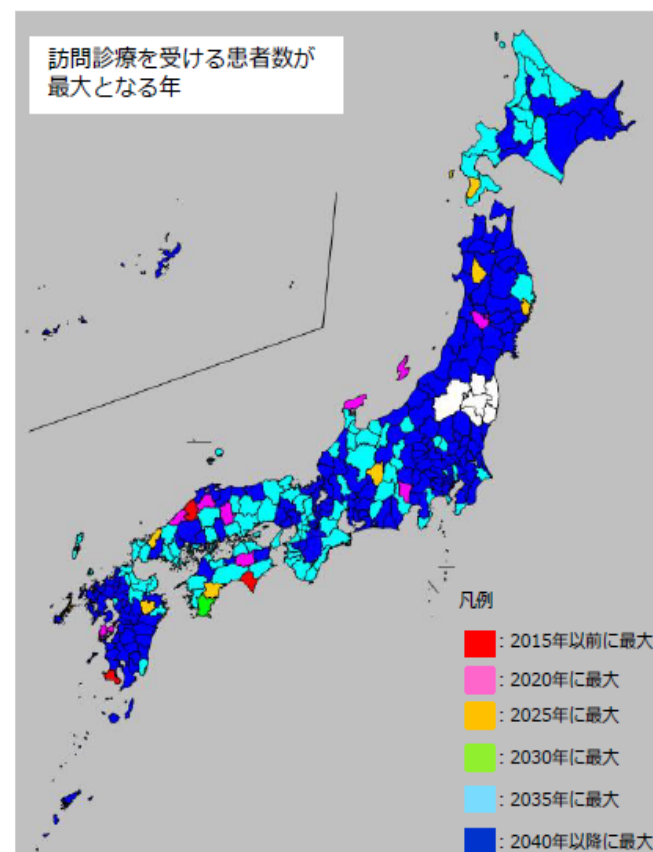
訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種類・入院・外来の種類別」

「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種類・外来の種類×性・年齢階級×都道府県別」

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30（2018）年推計）」

※ 病院、一般診療所を対象に集計。

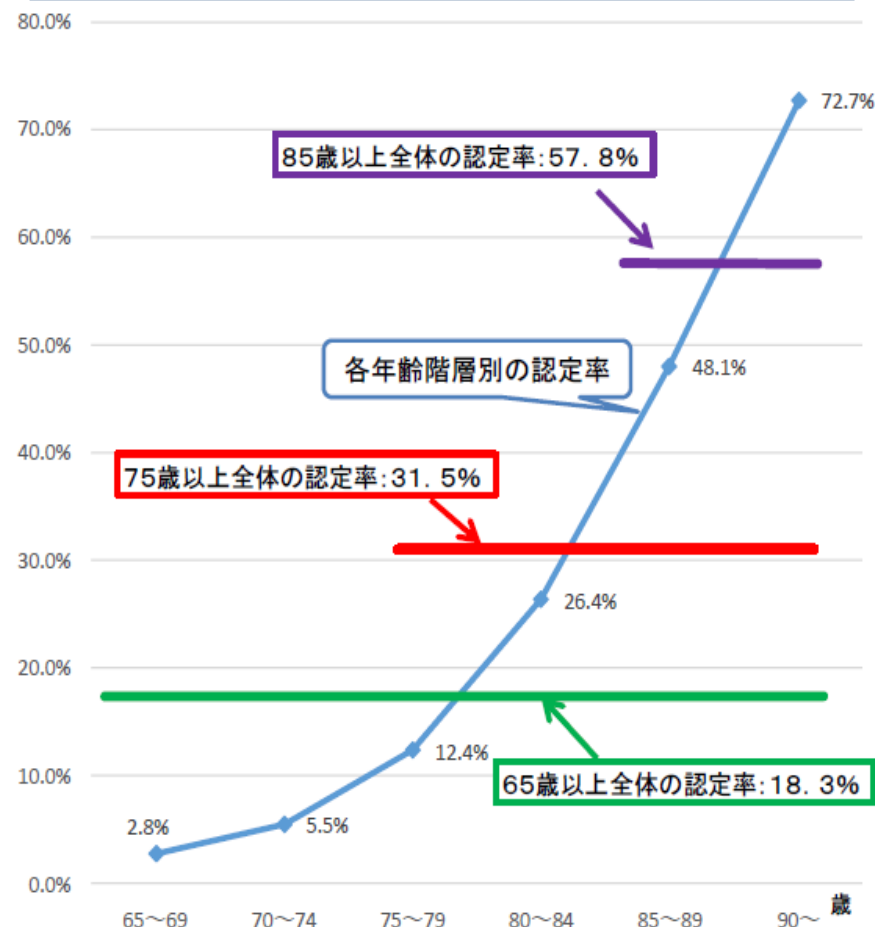
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

# 医療需要の変化⑤ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

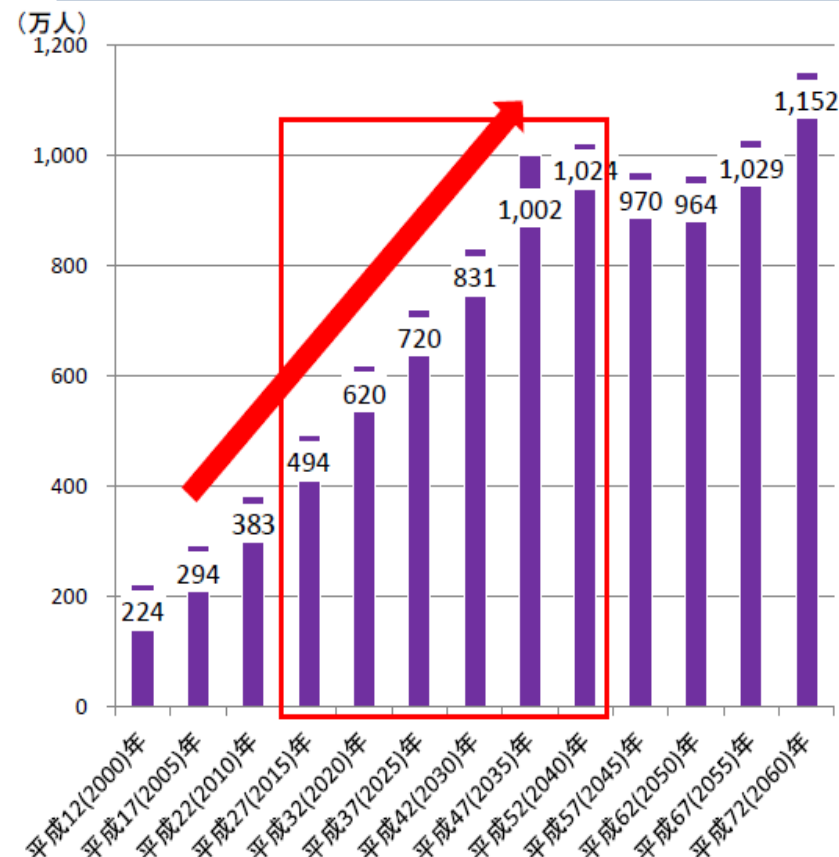
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

## 年齢階級別の要介護認定率



出典: 2020年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2020年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

## 85歳以上の人口の推移



出典: 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計  
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

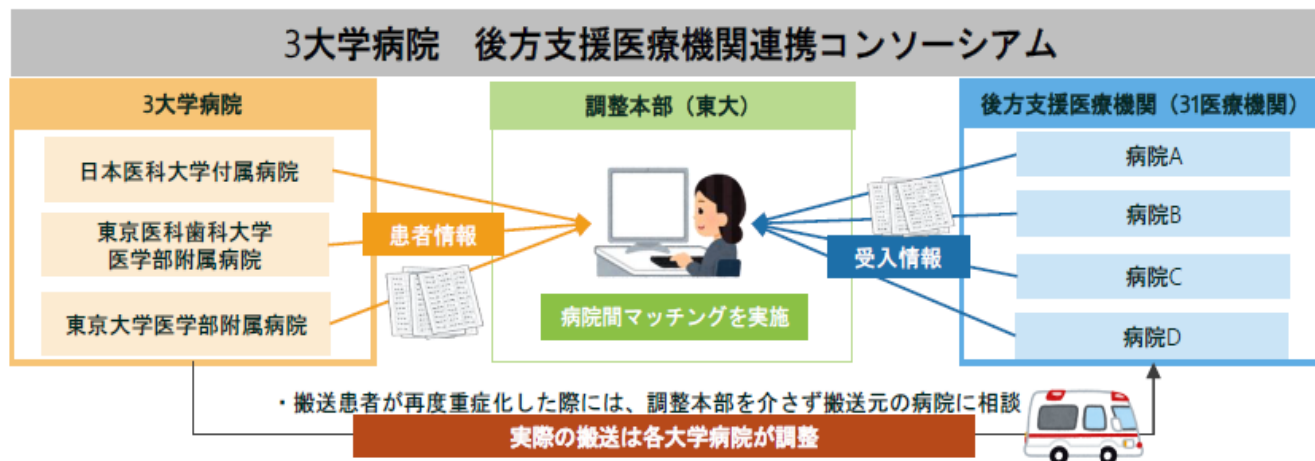


- 感染拡大時の医療の提供に当たり、特定機能病院・大学病院等において重症者、公立・公的病院や専門病院など地域の中核病院において中等症患者、その他の医療機関において軽症患者の対応を行いつつ連携を行うなど、医療機関の機能分化と相互連携が重要であるという指摘や、後方病床の確保が重要であるという指摘があった。

【第5回第8次医療計画等に関する検討会（令和3年11月11日） 東京大学医学部附属病院提出資料より】



医療機関の機能分化と相互連携を推進する医療提供体制の構築



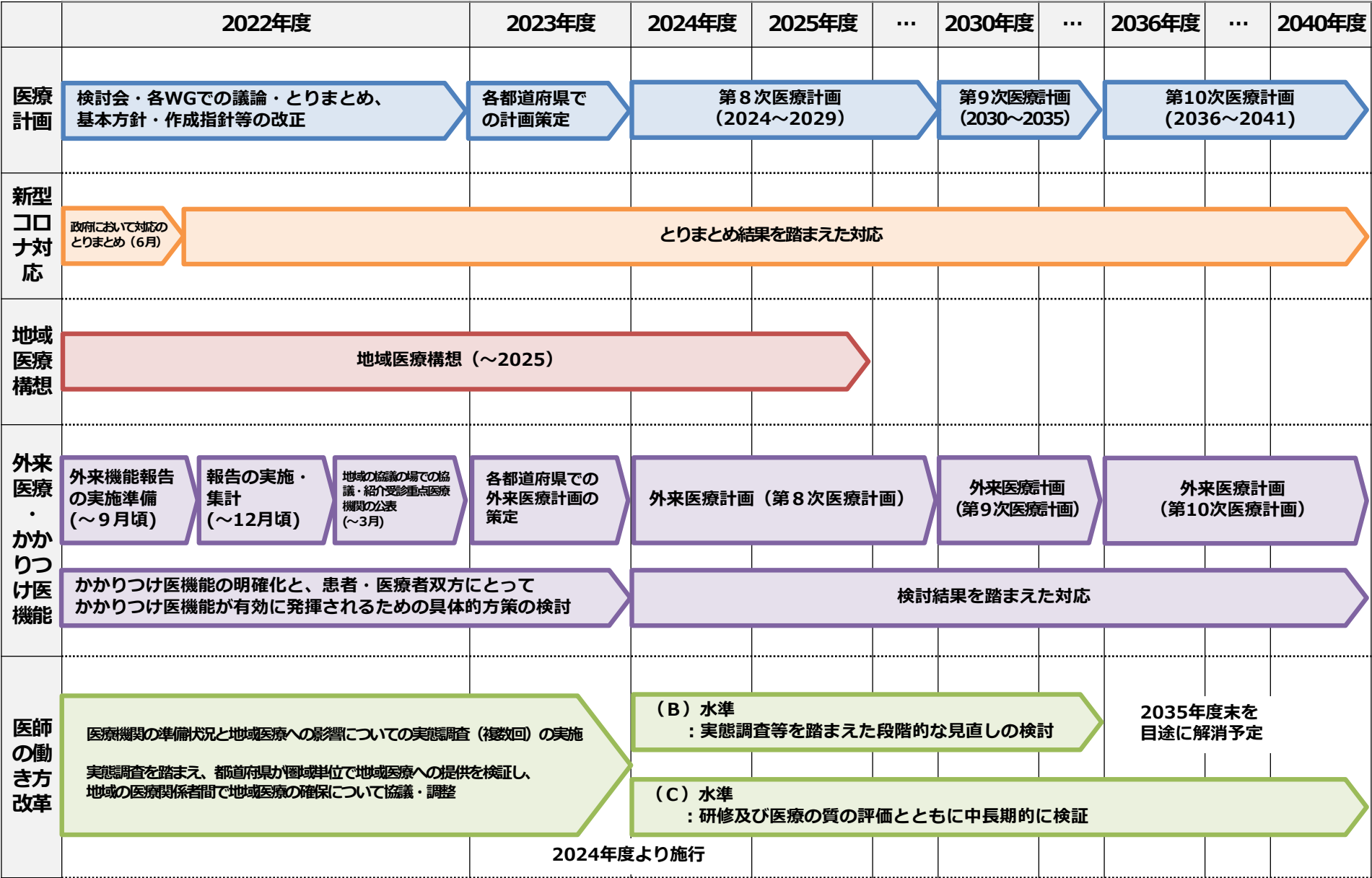


## 国の医療政策の動向と公立病院の課題

- 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。

# 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8次医療計画のポイント①

令和5年3月 厚生労働省  
「全国医政関係主管課長会議」資料

### 全体について

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大により浮き彫りとなった地域医療の様々な課題に対応するとともに、人口構造の変化への対応を図る。
- 令和3年の医療法改正により新たな事業として新興感染症への対応に関する事項を追加（当該事項の詳細については昨年の法改正を踏まえ、現在検討中）。
- 第7次計画期間中に追加した「医師確保計画」「外来医療計画」（計画期間はいずれも3年間）についてもそれぞれのガイドラインに基づき第8次医療計画の策定と併せて見直しを行う。その際、二次医療圏の設定について先行して議論を行う。

### 5 疾病・6 事業及び在宅医療について

- 地域の現状や課題に即した施策の検討においてロジックモデル等のツールを活用する。
- 新興感染症の発生・まん延時や災害時等においても必要な医療が提供できる体制の整備を進める。
  - 【がん】がん医療の均てん化に加え、拠点病院等の役割分担と連携による地域の実情に応じた集約化を推進する。
  - 【脳卒中】適切な病院前救護やデジタル技術を活用した急性期診療体制の構築、回復期や維持期・生活期の医療体制の強化に取り組む。
  - 【心血管疾患】回復期及び慢性期の診療体制の強化やデジタル技術の活用等による、急性期から一貫した診療体制の整備に取り組む。
  - 【糖尿病】発症予防、糖尿病及び合併症の治療・重症化予防のそれぞれのステージに重点を置いて取り組むための体制構築を進める。
  - 【精神疾患】患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制整備を一層推進する。
  - 【救急】増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。
  - 【災害】災害拠点病院等における豪雨災害の被害を軽減するため、地域における浸水対策を進める。
  - 【へき地】医師の確保に配慮するとともに、オンライン診療を含む遠隔医療を活用。※改正離島振興法の内容にも留意。
  - 【周産期・小児】保健・福祉分野とも連携し、ハイリスク妊産婦への対応や、医療的ケア児への支援にかかる体制整備を進める。
  - 【在宅医療】「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定するとともに、各職種の機能・役割についても明確化する。また、在宅医療に係る医療機関等に対し災害時におけるBCPの策定を支援する。



## 第8次医療計画のポイント②

### 地域医療構想について

- これまでの基本的な枠組み（病症の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、毎年度、対応方針の策定率を目標としたPDCAサイクル通じて地域医療構想を推進することとし、策定率と地域医療構想調整会議における資料や議事録など協議の実施状況について公表を行う等、着実に取組を推進。

※2025年以降の地域医療構想の取組のあり方については、2023～2024年度にかけて、中長期的課題について整理し、検討予定。

### 外来医療について

- 外来機能報告により得られたデータを活用し、紹介受診重点医療機関となる医療機関を明確化するとともに、地域の外来医療の提供状況について把握し、今後の地域の人口動態・外来患者推計等も踏まえ外来医療提供体制のあり方について検討を行う。

### 医療従事者の確保について

- 2024年4月に医師の時間外・休日労働の上限規制が施行されることを踏まえ、医療機関における医師の働き方改革に関する取組の推進、地域医療構想に関する取組と連動させ、医師確保の取組を推進。
- 医師確保計画の策定において基礎となる、医師偏在指標について精緻化等を実施。
- 地域医療介護総合確保基金を積極的に活用し、病院と歯科診療所の連携、歯科専門職の確保、薬剤師（特に病院）の確保を進める。
- 特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の養成と確保を推進する。

### 医療の安全の確保等について

- 医療事故調査制度運用の要である病院等の管理者の理解をより深めるため、研修の受講を推進する。
- 相談対応の質の向上を図る観点から、医療安全支援センターの相談職員の研修の受講を推進する。

### その他の事項

- 地域医療支援病院について、医療計画の見直しの際に必要な応じて責務の追加・見直しを検討するとともに、整備目標を定める際には医療計画における新興感染症への対応に関する事項との連携にも留意する。
- 医療計画の内容のうち、必要な情報についてはわかりやすい形で周知を行い、住民の理解・協力を得られるよう努める。

# 公立病院経営強化の基本的な考え方(イメージ)

## 地域全体で目指す姿

- 公・民の適切な役割分担の下、地域において**必要な医療提供体制を持続可能な形で確保**
- そのために、公立病院がへき地医療・不採算医療、高度・先進医療等の重要な役割を継続的に担うことができるよう経営を強化

## 地域医療の主な課題

- <供給側> 医師・看護師等の不足・偏在、働き方改革への対応 等
- <需要側> 新興感染症の感染拡大時等への対応  
人口減少・少子高齢化に伴う医療需要の変化への対応 等

公立病院を取り巻く環境は、今後ますます厳しくなることが見込まれ、経営強化の取組は急務

## 公立病院経営強化の視点

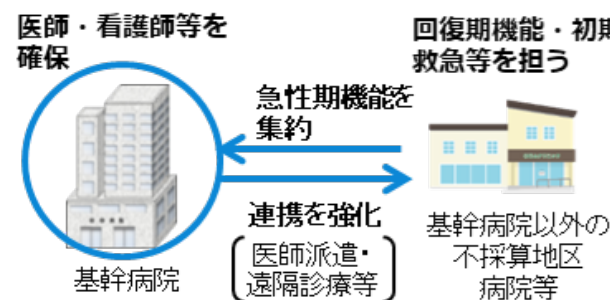
- 医師確保等を進めつつ、限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するという視点を最も重視し、新興感染症の感染拡大時等の対応という視点も持って、公立病院の経営を強化していくことが重要

## 公立病院経営強化の主な手法

### ①複数病院間の広域的な取組

- 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」を進めていくことが必要
- 特に、中核的医療を行う**基幹病院に急性期機能を集約し医師・看護師等を確保**するとともに、基幹病院から**不採算地区病院をはじめとする基幹病院以外の病院への医師・看護師等の派遣等の連携を強化**していくことが重要

### 機能分化・連携強化のイメージ(例)



※公的病院、民間病院、診療所等との取組も重要

### ②個々の公立病院の取組

- 地域医療構想や今般の新型コロナ対応の経験等を踏まえ、当該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、その役割・機能を継続的に発揮することが可能となるよう、経営強化のための様々な取組を総合的に進めていくことが必要

### ③都道府県の役割・責任の強化

- 上記の取組が進むよう、地域医療提供体制の確保に大きな役割・責任を有しており、医療資源が充実した基幹病院等を開設する都道府県が、関係部局で連携し、必要な機能分化・連携強化の取組を積極的に助言・提案するなど、役割・責任を強化することが必要



## 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

---

## 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

- 病院事業を設置する地方公共団体は、経営強化プランを策定し、病院事業の経営強化に総合的に取り組むものとする。
- 公立病院を巡る状況は、その立地条件や医療機能などにより様々であり、経営強化に係るプランの内容は一律のものとはなり得ないことから、各地方公共団体が、各々の地域と公立病院が置かれた実情を踏まえつつ、本ガイドラインを参考に経営強化プランを策定し、これを主体的に実施することが期待される。
- 経営強化プランは、「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）により、当該公立病院の地域医療構想に係る具体的対応方針として位置付けることとされていることも踏まえ、地域医療構想と整合的であることが求められる。

※ プランの策定主体は、公立病院ではなく、当該病院を設置する地方公共団体である。

### 1 経営強化プランの策定期間

- 地域に必要な医療提供体制を確保するためには、病院間の機能分化・連携強化、医師・看護師等の確保、働き方改革の推進等の公立病院の経営強化のための取組が急務となっている。
- 各都道府県において第8次医療計画の策定作業が進められ、その作業と併せて、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・見直しを行うこととされているため、地域において各病院が担う役割・機能を早期に調整・確定させていく必要がある。
- 以上を踏まえ、令和4年度又は令和5年度中に策定するものとする。

※ 既に前ガイドラインに基づくプランの改定を行っている場合や地方独立行政法人が中期計画を策定している場合は、上記の期間中に、本ガイドラインで要請している事項のうち不足している部分を追加又は別途策定することで足りる。

### 2 経営強化プランの対象期間

- 策定年度又はその次年度から令和9年度までの期間を標準とする。

※ プランの対象期間は5年間程度とすることを求めており、単年度計画などをもって代えることは適当でない。

### 3 経営強化プランの内容

- 持続可能な地域医療提供体制を確保するため、概ね次の各事項を記載するものとする。

|                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| (1) 役割・機能の最適化と連携の強化  | (4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組 |
| (2) 医師・看護師等の確保と働き方改革 | (5) 施設・設備の最適化               |
| (3) 経営形態の見直し         | (6) 経営の効率化等                 |

# 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

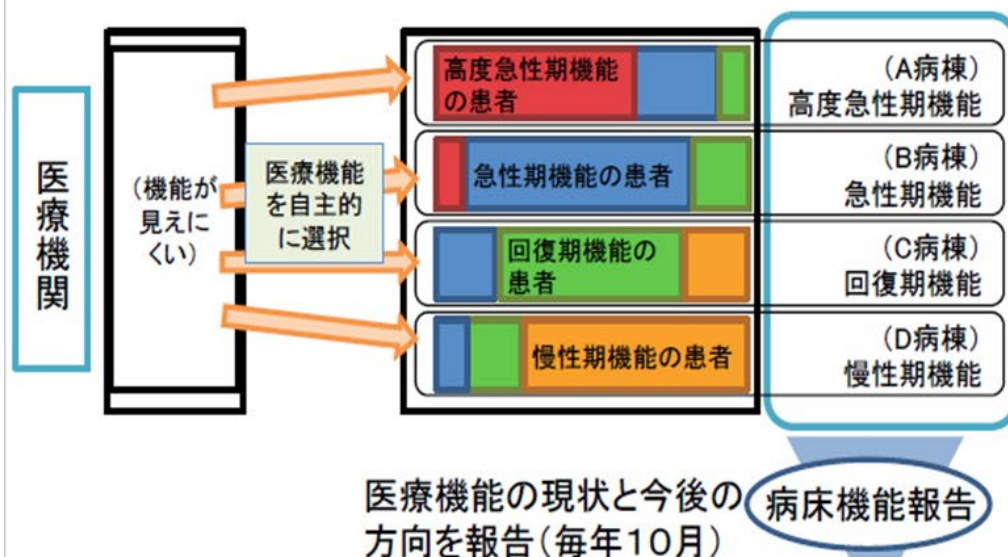
- 各公立病院は、地域医療構想や今般の新型コロナ対応の経験などを踏まえて、地域において果たすべき役割・機能を改めて見直し、明確化・最適化することが必要である。このため、地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能について記載する。
- その際、当該公立病院の将来の病床機能のあり方は、構想区域における病床の機能区分ごとの将来の必要病床数と整合性のとれた形でなければならない。このため、地域医療構想における推計年である令和7年（2025年）及びプラン最終年度における機能ごとの病床数や、病床機能の見直しを行う場合はその概要を記載する。
- また、精神医療についても、当該病院の果たすべき役割・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



## 「地域医療構想」の内容

### 1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

### 2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等



都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

- 機能分化・連携については、「**地域医療構想調整会議**」で議論・調整。



# 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

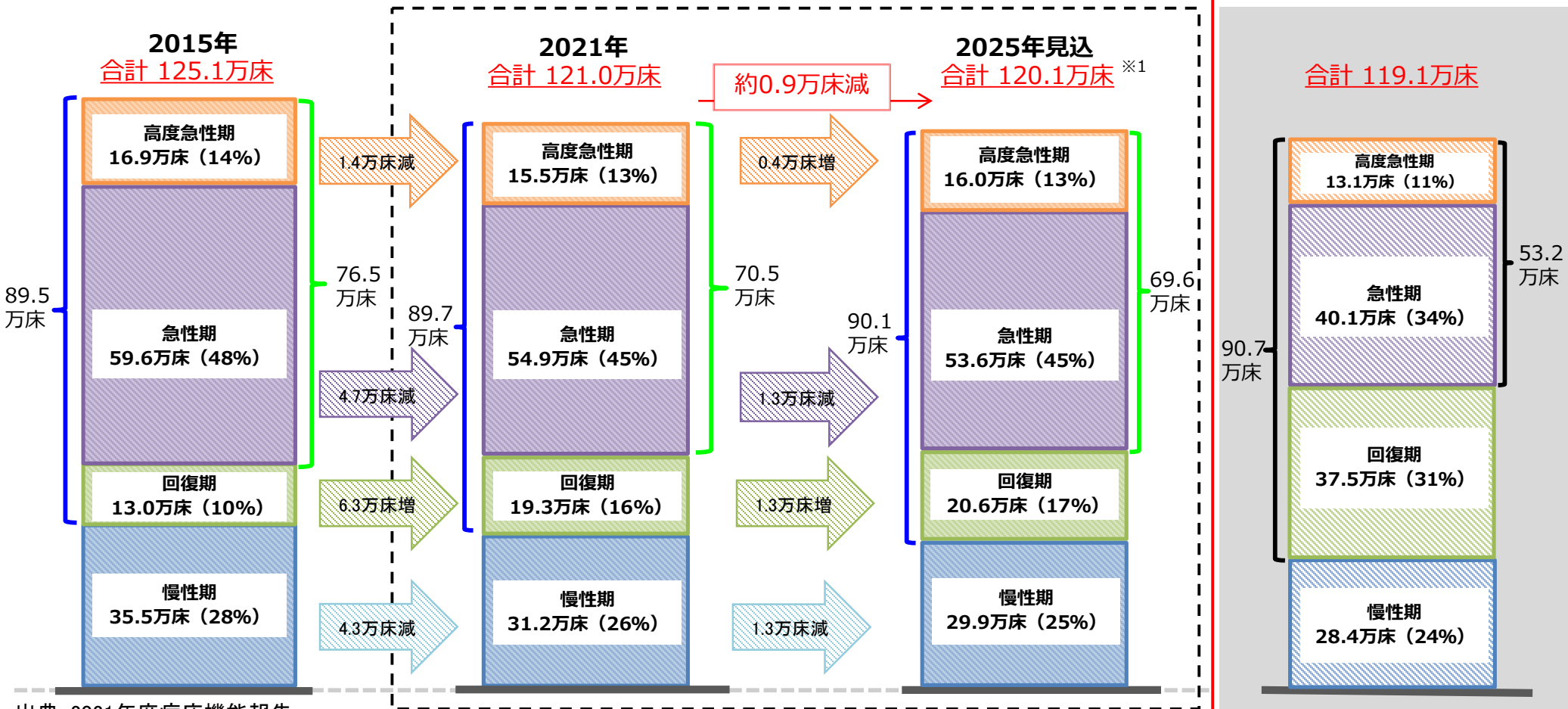
## 2015年度病床機能報告

(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。



# 重点支援区域について

厚生労働省資料  
※一部総務省加工

## 1 基本的な考え方

- 都道府県は、当該区域の地域医療構想調整会議において、重点支援区域申請を行う旨合意を得た上で、「重点支援区域」に申請を行うものとする。
- 「重点支援区域」は、都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定する。なお、選定は複数回行うこととする。
- 重点支援区域の申請または選定自体が、医療機能再編等の方向性を決めるものではない上、重点支援区域に選定された後も医療機能再編等の結論については、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであることに留意が必要。

## 2 選定対象・募集時期

- 対象となるのは、「複数医療機関の医療機能再編等事例」とし、以下①②の事例も対象となり得る。
  - ① 再検証対象医療機関（※）が対象となっていない再編統合事例
  - ② 複数区域にまたがる再編統合事例

## 3 支援内容

- 重点支援区域に対する国による**技術的・財政的支援**は以下を予定。

### 【技術的支援】（※）

- ・地域の医療提供体制や、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析
- ・関係者との意見調整の場の開催 等

### 【財政的支援】

- ・地域医療介護総合確保基金の優先配分
- ・病床機能の再編支援を一層手厚く実施

※ 今般の新型コロナへの対応を踏まえ、地域における今後の感染症対応を見据えた医療提供体制の構築に向けた検討に資するよう、国の検討会等における議論の状況について情報提供を行う。

## 4 重点支援区域設定の要否

- 今後、全ての都道府県に対して重点支援区域の申請の意向の有無を聴取。

## 5 選定区域

- これまでに以下の**13道県19区域**の重点支援区域を選定。

### 【1回目（令和2年1月31日）選定】

- ・宮城県（仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域）
- ・滋賀県（湖北区域）
- ・山口県（柳井区域、萩区域）

### 【2回目（令和2年8月25日）選定】

- ・北海道（南空知区域、南檜山区域）
- ・新潟県（県央区域）
- ・兵庫県（阪神区域）
- ・岡山県（県南東部区域）
- ・佐賀県（中部区域）
- ・熊本県（天草区域）

### 【3回目（令和3年1月22日）選定】

- ・山形県（置賜区域）
- ・岐阜県（東濃区域）

### 【4回目（令和3年12月3日）選定】

- ・新潟県（上越区域、佐渡区域）
- ・広島県（尾三区域）

### 【5回目（令和4年4月27日）選定】

- ・山口県（下関区域）

### 【6回目（令和5年3月24日）選定】

- ・青森県（青森区域）

# 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策定状況、機能分化・連携強化の検討状況

## 調査結果

### ① 公立病院経営強化プラン策定状況

- プランの策定作業着手については、公立病院の94%が令和4年度から経営強化プランの策定に着手している。策定予定年度については、令和5年度までの策定が85%であるものの、**検討中の病院が14%**ある。

| 公立<br>病院数 | 策定作業着手年度         |              |  |                | 策定(予定)年度         |                |                |                |
|-----------|------------------|--------------|--|----------------|------------------|----------------|----------------|----------------|
|           | 令和4年度<br>(着手済含む) | 令和5年度        | うち令和3年度に新<br>プランを策定し、そ<br>れに基づき取組を実<br>施中の病院 | その他<br>(廃止予定等) | 令和4年度<br>(策定済含む) | 令和5年度          | 検討中            | その他<br>(廃止予定等) |
| 853       | 799<br>(93.7%)   | 50<br>(5.9%) | 22<br>(2.6%)                                 | 4<br>(0.5%)    | 220<br>(25.8%)   | 506<br>(59.3%) | 123<br>(14.4%) | 4<br>(0.5%)    |

85%

### ② 機能分化・連携強化の検討状況

- 機能分化・連携強化について、**既に関係病院間で取組について合意済みの病院は15%あり、「検討中」を含めると33%に達する一方、「今後検討」が55%と最も多く、取組の検討が遅れている。また、12%の病院が「検討予定なし」「その他」としている。**

| 公立<br>病院数 | 機能分化・連携強化の検討状況 |               |              |                |              |              |
|-----------|----------------|---------------|--------------|----------------|--------------|--------------|
|           | 関係病院間で<br>合意済み | 関係病院間で<br>検討中 | 自病院で<br>検討中  | 今後検討           | 検討予定なし       | その他          |
| 853       | 127<br>(14.9%) | 96<br>(11.3%) | 60<br>(7.0%) | 472<br>(55.3%) | 61<br>(7.2%) | 37<br>(4.3%) |

33%

12%

# 公立病院の経営改革について

医療

- 公立病院については、新型コロナ発生以来、国からのコロナ補助金もあり、大幅に収支が改善しているが、依然として自治体からの巨額の補助（「繰出金」）にも依存している状況。
- まずは地域の先頭にとって地域医療構想と統合的な医療提供体制を実現するために、地域の他の病院との連携・再編を進めるべき。
- 「公立病院経営強化プラン」を令和5年度中に策定することとされているが、策定予定年度を「検討中」としている公立病院が1割存在。また、特に重要である病院の機能分化・連携強化について「検討予定なし」等や「今後検討」が7割に上る状況であり、検討を加速化すべき。
- なお、公立病院の経営改善に当たり、収入増がメインとなるケースが多いが、それは地域の医療費の増加につながり、地域の医療費適正化の取組と齟齬を来しかねない。例えば、薬剤・医療材料等の共同購入、委託業務の効率化、人件費の抑制など費用面からの具体的取組を進めるべき。

## ◆自治体から公立病院への補助（「繰出金」）と各公立病院の収支状況

(億円)

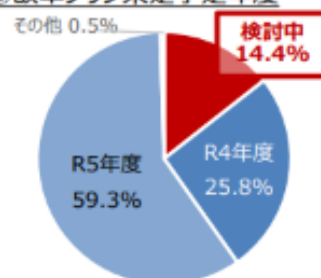
| 項目                | 年度 | 2016             | 2017           | 2018           | 2019           | 2020             | 2021           |
|-------------------|----|------------------|----------------|----------------|----------------|------------------|----------------|
| 繰出額<br>(うち基準外繰出額) |    | 7,924<br>(1,013) | 8,083<br>(945) | 8,266<br>(892) | 8,269<br>(920) | 8,494<br>(1,011) | 8,411<br>(949) |
| 収支                |    | ▲1,020           | ▲985           | ▲860           | ▲984           | 1,366            | 3,296          |

(出所)総務省「地方公営企業決算状況調査」

(注1)地方独立行政法人(病院事業)を含む。(注2)収支は、総収益から総費用を差し引いた額。

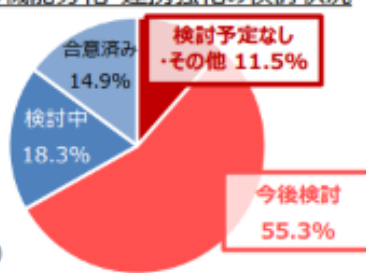
## ◆各公立病院の「改革プラン」策定状況

### ①改革プラン策定予定年度



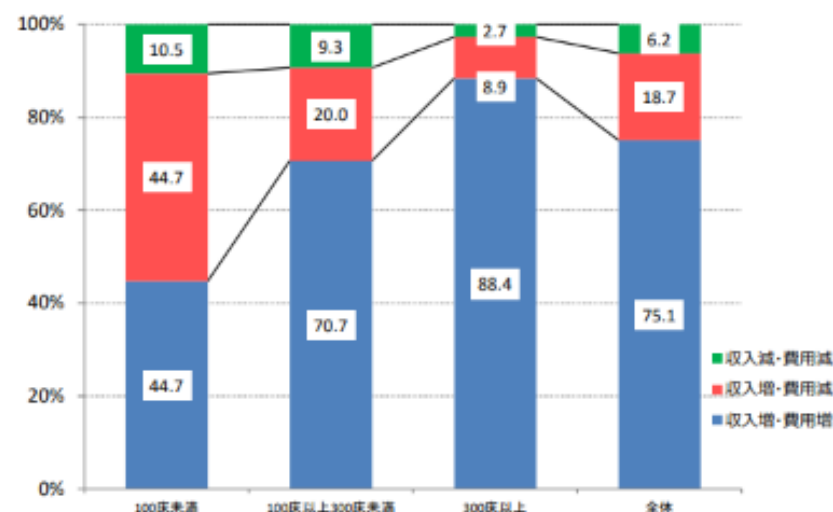
n=853 (公立病院)

### ②機能分化・連携強化の検討状況



(出所)総務省「公立病院経営強化プラン策定状況等について」をもとに作成。(注)2022年7月末時点。

## ◆前「改革プラン」(2007年策定)前後における収支改善要因



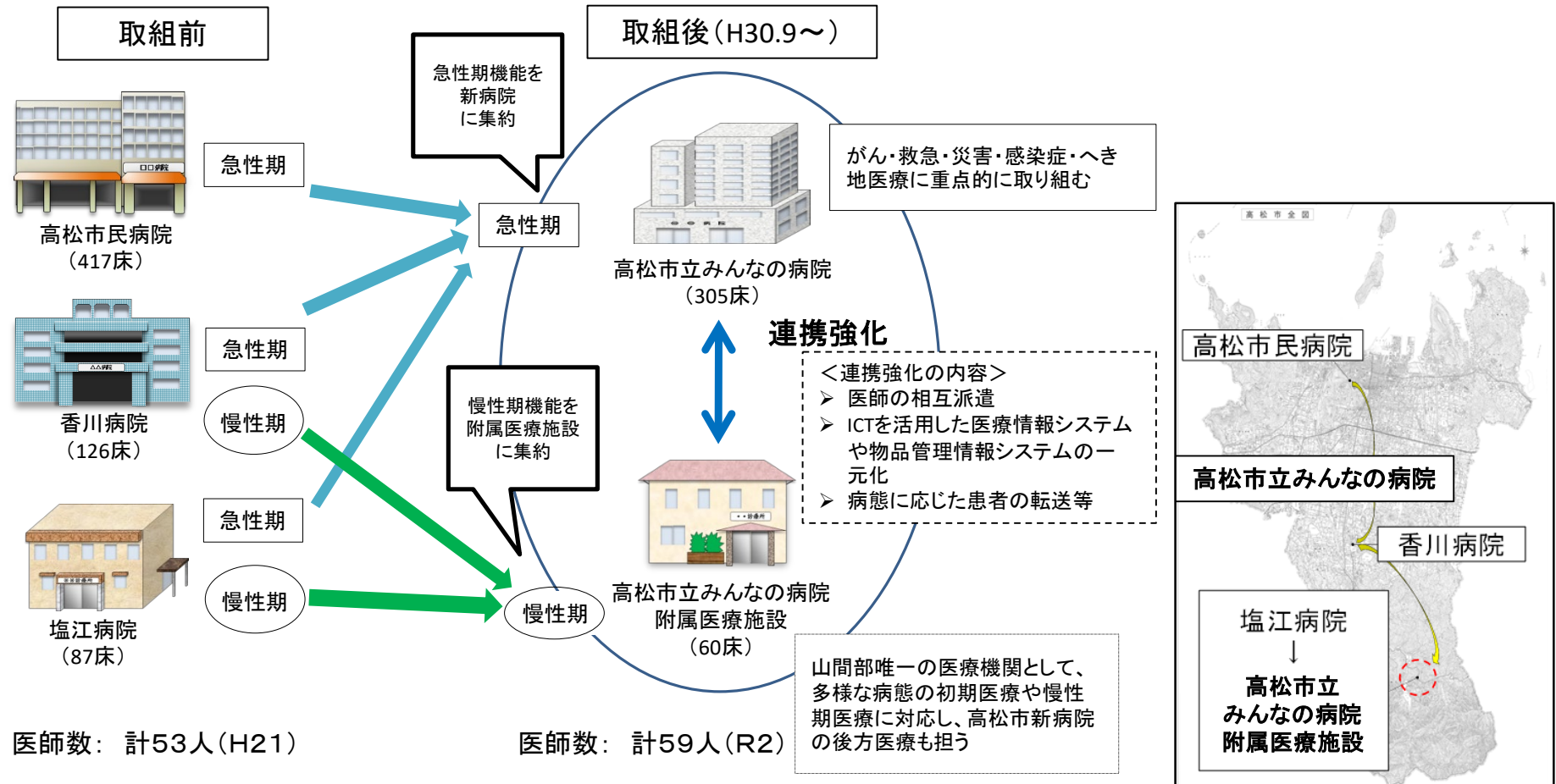
2008年度決算から2013年度において医療収支比率が5%以上改善した病院(地方独立行政法人及び指定管理者制度導入病院を除く)

(出所)総務省「公立病院経営改革事例集」(2016年3月)

# 機能分化・連携強化の事例（同一市町村内の取組）

## 香川県高松市の取組

- 高松市民病院と香川病院を移転統合して「高松市立みんなの病院」を建設し、塩江病院をその附属医療施設とする再編
- 「高松市立みんなの病院」：高松市医療全体の最適化を目指すリーディングホスピタルとして地域の医療水準の向上を図る
- 「附属医療施設」：山間部唯一の医療機関として多様な病態の初期医療等に対応するとともに、「高松市立みんなの病院」の後方支援病院としての機能も担う

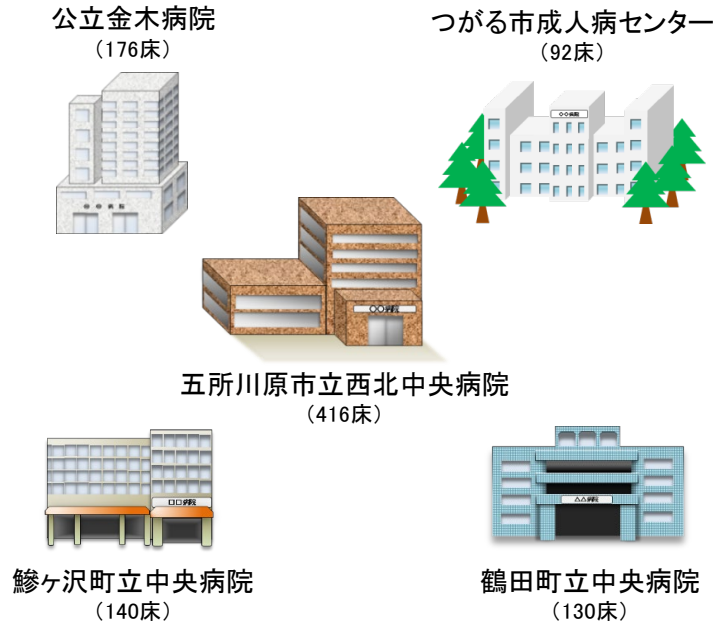




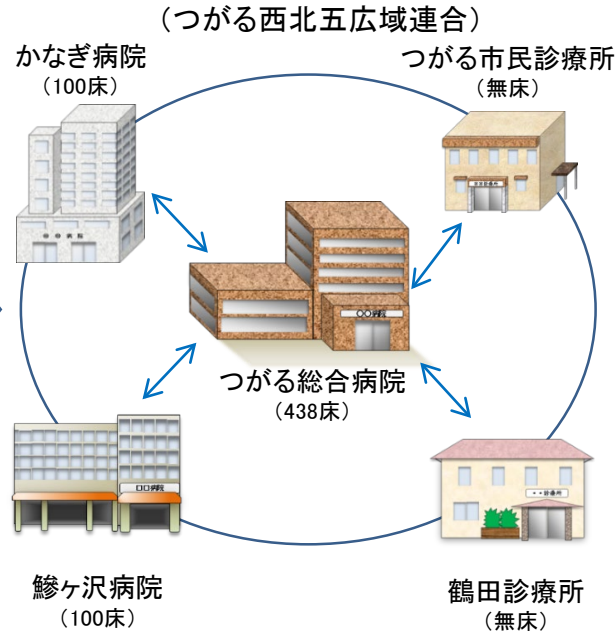
# 機能分化・連携強化の事例（複数の市町村間の取組）

## 青森県西北五医療圏の取組

### 取組前



### 取組後 (H26.4～)

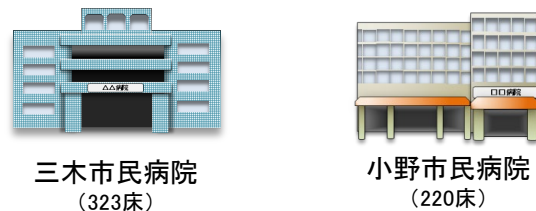


#### <取組による主な効果>

- ・ 広域連合内の医師数が増加するとともに、中核病院の診療科が充実。  
医師数：50人(H23) → 61人(H26)  
診療科：16 → 21診療科
- ・ 関係医療機関において患者情報を共有し、切れ目ない医療提供を実現。

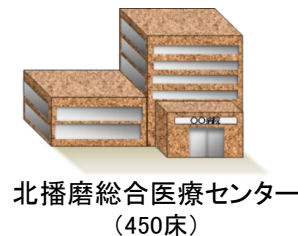
## 兵庫県三木市・小野市の取組

### 取組前



### 取組後 (H25.10～)

(北播磨総合医療センター企業団)



#### <取組による主な効果>

- ・ 医師数が増加し、診療科が充実。  
医師数：62人(H24) → 88人(H25)  
診療科：21 → 33診療科
- ・ 休止・縮小していた分娩や小児救急を開始・拡充するなど、必要とされる地域医療を確保。

# 機能分化・連携強化の事例（市町村と都道府県との取組）

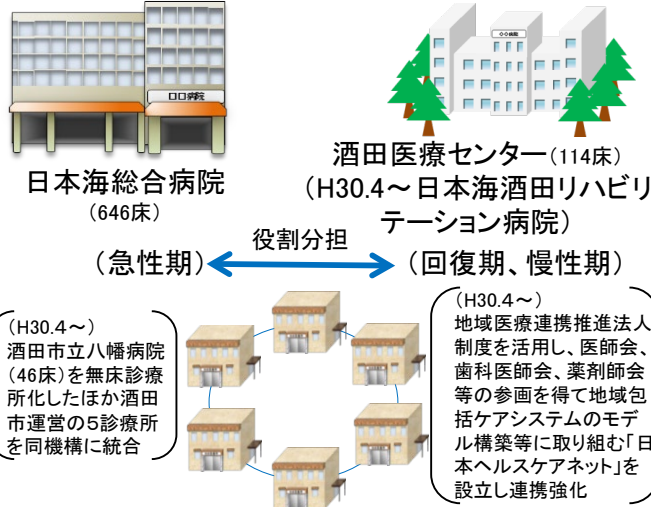
## 山形県・酒田市の取組

### 取組後（H20.4～）

#### 取組前



（地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構（H20.4～））



#### <取組による主な効果>

〈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〉

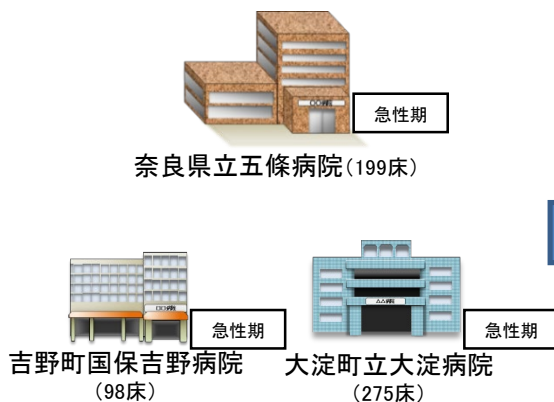
- ・療養病床への移行（7科→2科）、回復期リハビリテーション機能の強化により、回復期・慢性期に対応

- ・2病院間の役割分担と、人員配置の弾力化により、医師数の増加等を実現。

医師数：105人（H19）→ 167人（R3）

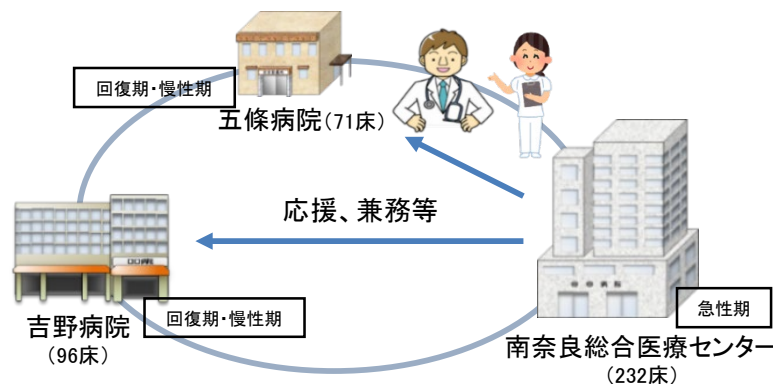
## 奈良県南和地域の取組

#### 取組前



#### 取組後（H28.4～）

南和広域医療企業団（1市3町8村及び県で構成）



#### <取組による主な効果>

- ・新設した南奈良総合医療センターに急性期機能を集約し、他の2病院の急性期機能を回復期・慢性期に転換することで、切れ目のない医療提供体制を構築

・医師数：45人（H27）→ 66人（R3）

- ・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

- ・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

# 機能分化・連携強化の事例（市町村と公的病院等との取組）

| 都道府県名 | 団体名  | 再編前   | 再編後   |
|-------|--|---|---|
| 群馬県   | 概要：渋川市立渋川総合病院と国立病院機構西群馬病院を統合・再編し、新たな国立病院機構渋川総合医療センターを整備した。   |   |   |
|       | 渋川市  | （平成22年度）<br>渋川市立渋川総合病院（154床）<br>国立病院機構西群馬病院（380床）   | （平成28年度）<br>国立病院機構渋川総合センター（450床）  |
| 岐阜県   | 概要：令和3年度に土岐市と瑞浪市で東濃中部病院事務組合を設立。土岐市立総合病院と瑞浪市に所在する東濃厚生病院（JA岐阜厚生連）の医療機能を統合し、400床程度の新病院の整備を検討。統合までの間はJA岐阜厚生連を指定管理者として経営統合する予定である。                      |   |   |
|       | 土岐市<br>瑞浪市   | （令和元年度）<br>土岐市立総合病院（350床）<br>（厚生連）東濃厚生病院（270床）  | （令和7年度予定）<br>（東濃中部病院事務組合）<br>新病院（400床程度）<br>※JA岐阜厚生連を指定管理者として運営予定   |
| 三重県   | 概要：大台町立報徳病院を診療所化し、病床を（厚生連）大台厚生病院に移行した。   |   |   |
|       | 大台町  | （平成25年度）<br>（厚生連）大台厚生病院（95床）<br>大台町立報徳病院（30床）   | （平成27年度）<br>（厚生連）大台厚生病院（110床）<br>大台町立報徳診療所（無床）  |
|       | 概要：平成30年4月より守山市立守山市民病院は滋賀県済生会を指定管理者とし、令和2年度に近隣の3次救急指定病院である（済生会）滋賀県病院等の高度急性期病院との機能分化を図り、圏域内に不足する回復期機能を担うため、守山市立守山市民病院にリハビリテーションセンター等を備えた回復期機能を強化した。 |   |   |
|       | 守山市  | （令和元年度）<br>守山市民病院（199床（うち、急性期111床））<br>（済生会）滋賀県病院（393床）   | （令和2年度）<br>守山市民病院（199床（うち、急性期51床、回復期100床））<br>（済生会）滋賀県病院（393床）  |
| 京都府   | 概要：圏域内の4つの公的病院が有する特徴的な機能の充実・高度化を図り、互いの連携を強化していくとともに病床の見直しを行った。舞鶴市民病院については、（日赤）舞鶴赤十字病院の隣接地に移転し、連携を強化した。   |   |   |
|       | 舞鶴市  | （平成24年度）<br>国立病院機構舞鶴医療センター（339床）<br>国家公務員共済組合連合会舞鶴共済病院（320床）<br>（日赤）舞鶴赤十字病院（198床）<br>舞鶴市立舞鶴市民病院（198床） | （平成27年度）<br>国立病院機構舞鶴医療センター（280床）<br>国家公務員共済組合連合会舞鶴共済病院（310床）<br>（日赤）舞鶴赤十字病院（198床）<br>舞鶴市立舞鶴市民病院（100床）               |
| 兵庫県   | 概要：伊丹市立伊丹病院と公立学校共済組合近畿中央病院の2つの急性期医療を担う基幹病院を統合し、令和7年度に市を经营主体とする新病院を整備し、圏域内で不足する高度急性期医療を提供できる医療提供体制を構築する予定である。                                       |   |   |
|       | 伊丹市  | （令和元年度）<br>伊丹市立伊丹病院（414床）<br>公立学校共済組合近畿中央病院（445床）   | （令和7年度予定）<br>伊丹市立伊丹総合医療センター（仮称）（602床）   |
| 広島県   | 概要：広島市立安佐市民病院の建替えに伴い、救命救急機能や高度専門医療の充実強化を図るとともに、新設する安佐医師会病院に回復期機能を集約させるなど、圏域の公立・公的病院の機能分化と連携（ネットワーク）を進める予定である。                                      |   |   |
|       | 広島県<br>広島市<br>安芸高田市<br>安芸太田町<br>北広島町   | （令和元年度）<br>広島市立安佐市民病院（527床）<br>（厚生連）吉田総合病院（340床）<br>安芸太田町立安芸太田病院（149床）<br>北広島町立豊平病院（44床）              | （令和5年度予定）<br>広島市立北部医療センター安佐市民病院（434床）<br>安佐医師会病院（102床）<br>（厚生連）吉田総合病院（255床）<br>安芸太田町立安芸太田病院（149床）<br>北広島町立豊平診療所（無床） |

# 機能分化・連携強化の事例（市町村と民間病院との取組）

| 都道府県名 | 団体名        | 再編前   | 再編後  |
|-------|------------|---|--|
| 山形県   |            | 概要：米沢市立病院と（一財）三友堂病院の機能分化・医療連携を推進するため、同一敷地内に一体的な建物として両病院を建設し、令和5年度に、同時開院する予定。地域医療連携推進法人の枠組みの中で両病院の連携を進める予定である。米沢市立病院は、地方独立行政法人化も検討している。（一財）三友堂リハビリテーションセンターは、（一財）三友堂病院に集約化する予定である。                                 |  |
|       | 米沢市        | （令和元年度）<br>米沢市立病院（322床）<br>（一財）三友堂病院（187床）<br>（一財）三友堂リハビリテーションセンター（120床）  | （令和5年度予定）<br>米沢市立病院（263床）<br>（一財）三友堂病院（199床）   |
| 茨城県   |            | 概要：筑西市立筑西市民病院、筑西市と桜川市で構成する県西総合病院組合の県西総合病院、医療法人山王病院の3つの病院を統合・再編し、2つの新病院を設立して医療機能を統合・再編した。  |  |
|       | 筑西市<br>桜川市 | （平成28年度）<br>筑西市立筑西市民病院（173床）<br>県西総合病院（299床）<br>医療法人山王病院（79床）   | （平成30年度）<br>（地独）茨城県西部医療機構 ※筑西市が設置<br>茨城県西部メディカルセンター（250床）<br>桜川市立さくらがわ地域医療センター（128床）<br>※医療法人隆仁会（旧山王病院運営）が指定管理者として運営 |
| 大阪府   |            | 概要：泉大津市立病院と社会医療法人生長会府中病院の高度急性期・急性期機能を統合した新市立病院を令和6年度中に開院（運営は指定管理）するとともに、現市立病院は周産期医療と小児医療に、府中病院は回復期医療と地域包括ケアの機能にそれぞれ特化する予定である。また、これらの医療機関の機能統合、再編・ネットワーク化を円滑に進めるとともに、再編後における緊密な連携強化を図るため、地域医療連携推進法人を令和3年度に設立予定である。 |  |
|       | 泉大津市       | （令和元年度）<br>泉大津市立病院（230床）<br>医療法人生長会・府中病院（380床）  | （令和6年度予定）<br>泉大津急性期メディカルセンター（300床）<br>泉大津市立周産期小児医療センター（82床）<br>社会医療法人生長会・府中病院（167床）                                  |
| 兵庫県   |            | 概要：平成23年度に加古川市立病院と神鋼加古川病院（株式会社立）との間で経営統合及び地方独立行政法人化。平成28年度に2病院を統合し、新病院を整備した。  |  |
|       | 加古川市       | （平成21年度）<br>加古川市立加古川市民病院（411床）<br>（株）神鋼加古川病院（198床）  | （平成23年度）<br>（地独）加古川市民病院機構<br>加古川西市民病院（405床）<br>加古川東市民病院（198床）  |
|       |            |   | （平成28年度）<br>（地独）加古川市民病院機構<br>加古川中央病院（600床）   |
| 兵庫県   |            | 概要：神河町立公立神崎総合病院、宍粟市立公立宍粟総合病院、姫路聖マリア病院の3つの病院における機能分担による病床削減、共同購入の実施、医師の相互派遣や医療情報の共有などの連携を推進した。   |  |
|       | 神河町        | （平成28年度）<br>神河町立公立神崎総合病院（155床）<br>宍粟市立公立宍粟総合病院（205床）<br>医療法人姫路聖マリア病院（354床）  | （令和元年度）<br>神河町立公立神崎総合病院（140床）<br>宍粟市立公立宍粟総合病院（205床）<br>医療法人姫路聖マリア病院（354床）  |
| 兵庫県   |            | 概要：川西市立市立川西病院と医療法人協和会協立病院について、令和4年度に新病院に統合・再編を行った。なお、平成31年4月から、川西市立市立川西病院は、医療法人協和会を指定管理者として運営している。  |  |
|       | 川西市        | （令和元年度）<br>川西市立市立川西病院（250床）<br>医療法人協和会協立病院（313床）  | （令和4年度）<br>川西市立総合医療センター（405床）  |
| 岡山県   |            | 概要：地域の医療連携の拠点として安定的かつ持続的な医療の提供を行っていくため、令和3年度に地方独立行政法人玉野医療センターを設立し、玉野市立玉野市民病院（公立）と（株）玉野三井病院（民間）の経営を統合した上で、令和6年度に新病院を整備する予定である。   |  |
|       | 玉野市        | （令和元年度）<br>玉野市立玉野市民病院（199床）<br>（株）玉野三井病院（110床）  | （令和3年度）<br>（地独）玉野医療センター<br>玉野市民病院（199床）<br>玉野三井病院（110床）  |
|       |            |   | （令和6年度予定）<br>（地独）玉野医療センター<br>新病院（190床）   |



# 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。



# 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。

# 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 I C T 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。

## (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な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](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。

- 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     |
|------------------------|----------------------------------|-----------|-------------|
| <b>A</b> （一般労働者と同程度）   | <b>960時間</b>                     | <b>義務</b> | <b>努力義務</b> |
| <b>連携B</b> （医師を派遣する病院） | <b>1,860時間</b><br>※2035年度末を目標に終了 |           | <b>義務</b>   |
| <b>B</b> （救急医療等）       |                                  |           |             |
| <b>C-1</b> （臨床・専門研修）   | <b>1,860時間</b>                   |           |             |
| <b>C-2</b> （高度技能の修得研修） |                                  |           |             |

#### 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)



# 医師の時間外労働規制について

## 一般則

【時間外労働の上限】

(例外)  
・年720時間  
・複数月平均80時間  
(休日労働含む)  
・月100時間未満  
(休日労働含む)  
年間6か月まで

(原則)  
1か月45時間  
1年360時間

2024年4月～

年1,860時間／  
月100時間未満（例外あり）  
※いずれも休日労働含む  
⇒将来に向けて縮減方向

年960時間／  
月100時間未満（例外あり）  
※いずれも休日労働含む

**A：診療従事勤務  
医に2024年度以降  
適用される水準**

**連携B**  
例水準  
(医療機関を指定)

**B**  
地域医療確保暫定特

**C-1**  
集中的技能向上水準  
(医療機関を指定)

**C-2**

C-1：臨床研修医・専攻医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用  
※本人がプログラムを選択  
C-2：医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用  
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

将来  
(暫定特例水準の解消（＝  
2035年度末を目標）後）

将来に向けて  
縮減方向

年960時間／  
月100時間（例外あり）  
※いずれも休日労働含む

**A**

**C-1**

**C-2**

※この（原則）については医師も同様。

※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

## 月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

【追加的健康確保措置】

勤務間インターバルの確保

①24時間以内に9時間  
②46時間以内に18時間  
のいずれか  
及び代償休息のセット  
(努力義務)

※実際に定める36協定の上限  
時間数が一般則を超えない  
場合を除く。

勤務間インター  
バルの確保

①24時間以内に  
9時間  
②46時間以内に  
18時間  
のいずれか  
及び代償休息の  
セット（義務）

勤務間インターバルの確保

①24時間以内に9時間  
②46時間以内に18時間  
のいずれか  
及び代償休息のセット（義務）

注)臨床研修医については連続勤務時間制限を  
強化・徹底する観点から、勤務間インター  
バルは、  
①24時間以内に9時間  
②48時間以内に24時間  
のいずれかとなる。

<A水準>

勤務間インターバルの確保

①24時間以内に9時間  
②46時間以内に18時間  
のいずれか

及び代償休息のセット（努力義務）

<C水準>

上記A水準の勤務間インターバル及び  
代償休息のセット（義務）

注)臨床研修医の勤務間インターバルは、  
①24時間以内に9時間  
②48時間以内に24時間  
のいずれかとなる。

※実際に定める36協定の上限時間数が  
一般則を超えない場合を除く。

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。



# 医師の働き方改革に向けた取組状況(労働時間の把握状況)

## 調査結果

### ④ 医師の働き方改革に向けた取組状況 ～労働時間の把握状況について～

- 医師の自病院での労働時間の把握状況については、74%の病院が把握済みであるが、26%の病院は把握できていない状況である。

医師の自病院での労働時間の把握状況

|        | 把握済            | 令和4年度中に<br>把握予定 | 令和5年度に<br>ずれこむ予定 | その他          |
|--------|----------------|-----------------|------------------|--------------|
| 853病院中 | 628<br>(73.6%) | 147<br>(17.2%)  | 42<br>(4.9%)     | 36<br>(4.2%) |

26%

- 副業・兼業先も含めた労働時間については51%の病院が把握しており、49%の病院は把握していない状況である。

自病院の医師の副業・兼業先も含めた労働時間の把握状況

|        | 把握済            | 令和4年度中に<br>把握予定 | 令和5年度に<br>ずれこむ予定 | その他           |
|--------|----------------|-----------------|------------------|---------------|
| 853病院中 | 436<br>(51.1%) | 228<br>(26.7%)  | 104<br>(12.2%)   | 85<br>(10.0%) |

49%

# 医師の働き方改革に向けた取組状況(時間外労働の状況)

## 調査結果

### ④ 医師の働き方改革に向けた取組状況 ～時間外労働の状況について～

- 時間外労働の上限である年960時間を超える医師がいる病院は、自病院のみで36%である。副業・兼業先を含めると37%であるが、「その他」の回答が多く、年960時間を超えて勤務している医師はより多い可能性がある。

令和3年の医師の時間外・休日労働時間の状況

|        | 自病院のみ                |                                      |                      |                   |
|--------|----------------------|--------------------------------------|----------------------|-------------------|
|        | 年1860時間超の<br>医師がいる病院 | 年960時間～1860時間の<br>医師がいる病院<br>(左記を除く) | 年960時間以下の<br>医師のみの病院 | その他<br>(把握していない等) |
| 853病院中 | 36<br>(4.2%)         | 274<br>(32.1%)                       | 487<br>(57.1%)       | 56<br>(6.6%)      |

36%

|        | 副業・兼業先を含め            |                                      |                      |                   |
|--------|----------------------|--------------------------------------|----------------------|-------------------|
|        | 年1860時間超の<br>医師がいる病院 | 年960時間～1860時間の<br>医師がいる病院<br>(左記を除く) | 年960時間以下の<br>医師のみの病院 | その他<br>(把握していない等) |
| 853病院中 | 37<br>(4.3%)         | 279<br>(32.7%)                       | 295<br>(34.6%)       | 242<br>(28.4%)    |

37%

# 医師の働き方改革に向けた取組状況(特例水準)

## 調査結果

### ④ 医師の働き方改革に向けた取組状況 ～特例水準について～

- 特例水準については、各水準の要件に該当する（該当するか検討中も含む）病院は36%であり、62%の病院は、特例水準の要件に該当しないと回答している。
- 特例水準の取得要件に該当する（該当するか検討中も含む）病院のうち、51%の病院が特例水準を取得するかどうか検討中としている。

#### ○特例水準の申請・指定状況

| 該当病院<br>(実数)             | 特例水準(要件)       | 要件該当する<br>(該当するか検討中も含む) | うち     |        |       |
|--------------------------|----------------|-------------------------|--------|--------|-------|
|                          |                |                         | 取得意向あり | 取得意向なし | 検討中   |
| 853病院中<br>308病院<br>(36%) | 連携B(医師を派遣する病院) | 109                     | 26     | 11     | 72    |
|                          | B(救急医療等)       | 271                     | 131    | 27     | 113   |
|                          | C-1(臨床・専門研修)   | 122                     | 46     | 15     | 61    |
|                          | C-2(高度技能の修得研修) | 61                      | 11     | 8      | 42    |
|                          | 合計             | 延べ563                   | 延べ214  | 延べ61   | 延べ288 |

※531病院(62%)が特例水準の要件に該当しないと回答。

288/563≒51%

※特例水準:上記の連携B、B、C-1、C-2水準を満たせば、年1860時間以内の時間外労働が認められる。

# 医師の働き方改革に向けた取組状況(宿日直許可)

## 調査結果

### ④ 医師の働き方改革に向けた取組状況

#### ～宿日直許可について～

- 宿日直許可の取得状況については、38%が取得済であるが、47%が取得意向はあるものの取得していない状況である。また、宿日直許可の取得意向がある病院のうち、申請済は3%と少なく、令和5年度までに申請予定が51%と最も多い一方、42%が検討中となっている。

※宿日直許可を取得していない場合、宿日直の時間全てが「時間外労働」にカウントされ、時間外労働時間の増加の大きな要因となる。

#### ○宿日直許可の取得・申請状況

|            | a<br>取得したい<br>すべての診療<br>科・時間帯で<br>取得済 | b<br>取得したい<br>診療科・時間帯<br>のうち一部で<br>取得済 | c<br>取得したいが<br>全く取得してい<br>ない | d<br>取得意思なし  | 未回答          |
|------------|---------------------------------------|--|------------------------------|--------------|--------------|
| 853<br>病院中 | 323<br>(37.9%)                        | 82<br>(9.6%)                           | 401<br>(47.0%)               | 33<br>(3.9%) | 14<br>(1.6%) |

#### ○上記b、c(計483病院)のうち、宿日直許可の申請状況

|            | 申請済          | 令和5年度まで<br>に申請予定 | 検討中            | 申請予定<br>なし  | その他          |
|------------|--------------|------------------|----------------|-------------|--------------|
| 483<br>病院中 | 12<br>(2.5%) | 245<br>(50.7%)   | 202<br>(41.8%) | 8<br>(1.7%) | 16<br>(3.3%) |



# 公立病院経営強化プランの記載事項 ⑥

## (3) 経営形態の見直し

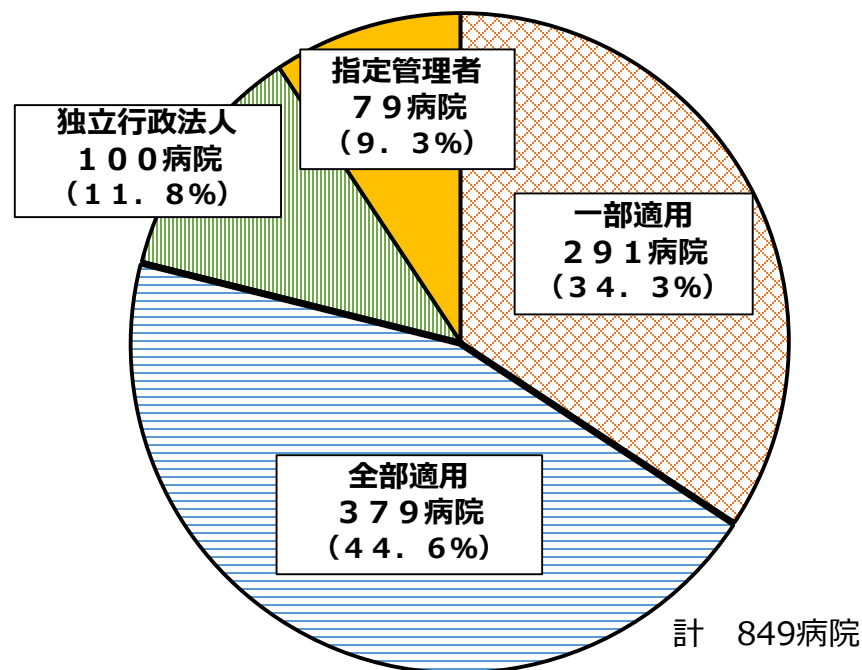
○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

- 当該病院の規模や置かれた環境といった地域の実情を踏まえ、**経営の強化に向けた最適な経営形態を検討し、経営形態の見直しが必要となる場合は、新経営形態への移行の概要（移行スケジュールを含む。）を記載**する。
- ※ **既に経営形態の見直しを行った場合には、その成果を検証するとともに、更なる見直しの必要性について検討**する。
- ※ **以下に該当する場合は、**今般の経営強化プランの策定のタイミングを捉え、経営改善に資する経営形態の見直しについて、**地域の実情を踏まえつつ、十分な検討を行うべき**である。
  - ・医師等の不足により、必要な医療機能を維持していくことが困難な公立病院
  - ・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

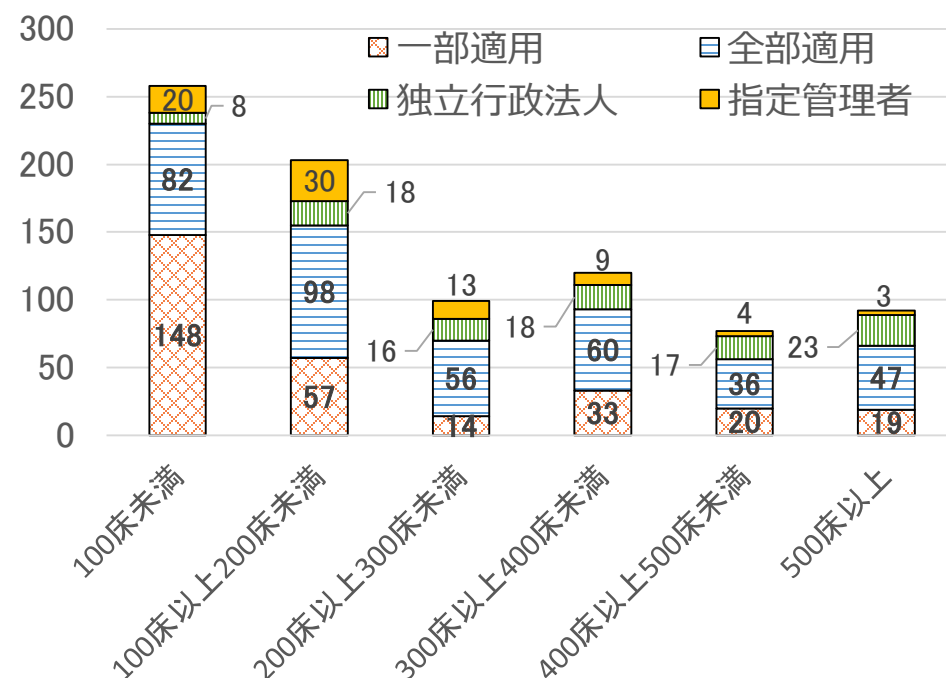
※ 上記に該当する公立病院については、機能分化・連携強化の必要性を含めて、都道府県が特に積極的な助言や提案を行うことが期待される。

## <参考> 令和3年度末時点の経営形態の見直し状況

■ 公立病院の経営形態（全体）



(病院数) ■ 公立病院の経営形態（病床規模別）



## (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。

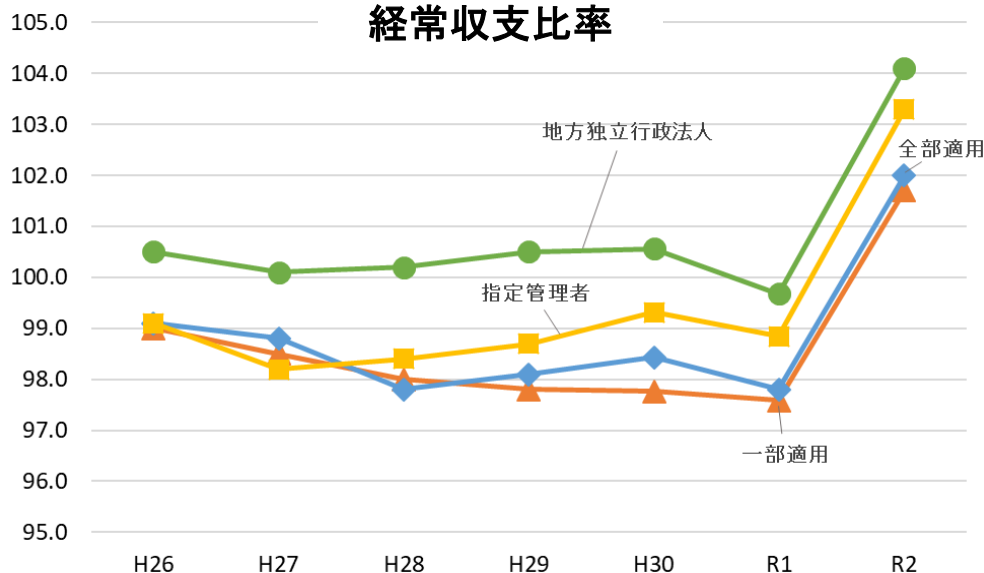
民間譲渡に当たっては、当該病院が担っている不採算・特殊部門等の医療について、譲渡後相当期間の継続を求めるなど、地域医療提供体制の確保の面から譲渡条件等について十分な協議が必要である。

# 【参考】公立病院の経営形態別の経営状況等

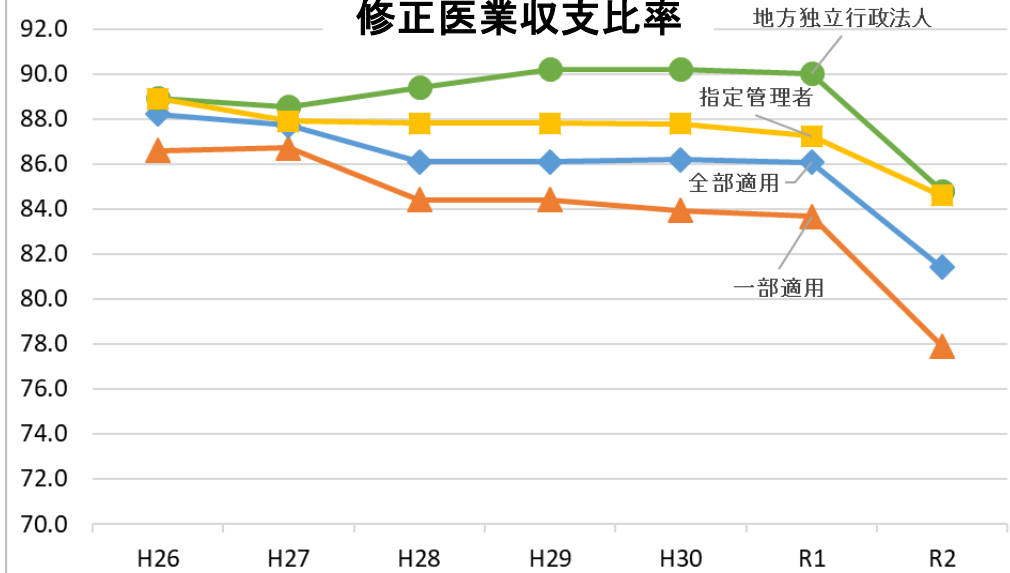
○ 経営形態別の経営状況（平成26年度～令和2年度）

単位：%

## 経常収支比率



## 修正医業収支比率



○ 経営形態の見直しにより効果があったと回答した病院の割合

| 見直し後の経営形態 | 回答数<br>(a) | 経営の自主性     |         | 経営の効率性     |          |
|-----------|------------|------------|---------|------------|----------|
|           |            | 効果あり回答数(b) | 割合(b/a) | 効果あり回答数(c) | 割合 (c/a) |
| 全部適用      | 70         | 66         | 94.3%   | 64         | 91.4%    |
| 地方独立行政法人  | 57         | 57         | 100%    | 54         | 94.7%    |
| 指定管理者制度   | 35         | 30         | 85.7%   | 35         | 100%     |

※公立病院897病院に対して行った「新公立病院改革プラン等の取組状況調査」（令和3年3月末時点）における、経営形態の見直しを実施済みの病院の回答。

## (4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

○ 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



## 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律（令和4年法律第96号）の概要

## 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】

※赤下線は総務省において追加

## (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【検疫法等】

- 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。

## 施行期日

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）

# 感染症法改正案における医療機関の役割

## 感染症法改正案の概要

| 規定  |  | 公的医療機関等 | 特定機能病院<br>地域医療支援病院 | その他の医療機関 |
|---|--|---------|--------------------|----------|
| 医療提供の義務等（第36条の2）                                  |  | ○       | ○                  | ×        |
|   | 上記を講じていない場合の<br>都道府県知事の指示・勧告（第36条の4第1項第1号）         | 指示      | 勧告                 | —        |
|   | 上記医療提供の実施状況の報告を求めること<br>（第36条の5第1項第1号）             | ○       | ○                  | —        |
| 協定の締結等（第36条の3）                                    |  | 任意      | 任意                 | 任意       |
|   | 上記協定に基づく措置を講じていない場合の<br>都道府県知事の指示・勧告（第36条の4第1項第2号） | 指示      | 勧告                 | 勧告       |
|   | 上記協定に基づく措置の実施状況の報告を求めること<br>（第36条の5第1項第2号）         | ○       | ○                  | ○        |
| 医療提供を担う医療機関の設置に係る国、都道府県からの補助<br>（第60条第3項、第62条第3項） |  | ○       | ○                  | ○        |

※「公的医療機関等」：公立医療機関、公的医療機関、民間医療機関のうち健康保険組合等が設立する医療機関、国立病院機構、労働者健康安全機構、国が開設する医療機関等

※「特定機能病院」：高度の医療を提供する能力を有する病院として厚生労働大臣が承認した病院（大学病院を中心に87病院が指定）

※「地域医療支援病院」：紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を行い、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る病院として、都道府県知事が個別に承認した病院（685病院が指定）

※ 既存の第1種、第2種感染症指定医療機関の設置及び運営に対する補助は指定医療機関一律に対象としており、医療機関の種別より差はない。

○義務付けられる医療（第36条の2）の主な内容

- ・患者を入院させ、必要な医療を提供すること
- ・感染症にかかっていると疑われる者の診療を行うこと
- ・外出自粛患者の健康状態の報告を求めること 等

○協定（第36条の3）の主な内容

- ・第36条の2のうち当該医療機関が講ずべき医療提供の内容
- ・個人防護具の備蓄の実施の有無
- ・その他協定実施に必要な事項 等

# 公立病院経営強化プランの記載事項 ⑨

## (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に述べる収支見通しにも、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。

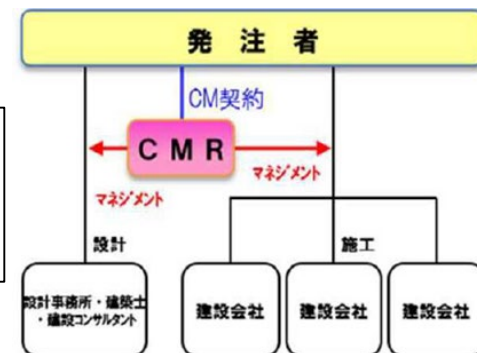


# 【参考】 公立病院の新設・建替等における整備費の抑制手法について

## 発注者における体制確保を図る方式

### CM方式

コンストラクションマネージャー（CMR）が、技術的な中立性を保ちつつ発注者の側に立って、設計・発注・施工の各段階において、設計の検討や工事発注方式の検討、工程管理、品質管理、コスト管理などの各種のマネジメント業務の全部又は一部を行う方式。CMRが適切な助言・提案・資料作成等を実施することで発注者を補完できる効果などが期待される。

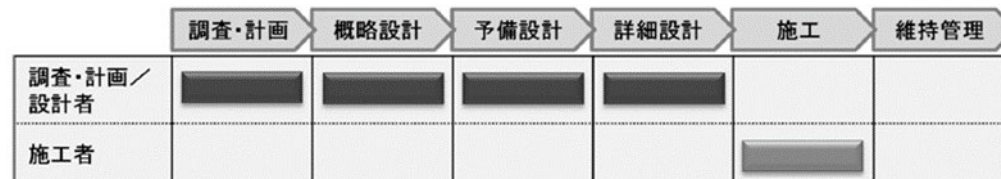


※CM方式とECI方式等の契約方式は併用可能

## 事業プロセスの対象範囲に応じた契約方式

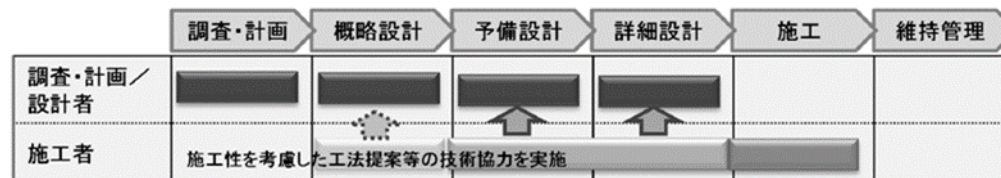
### 通常の発注方式

別途実施された設計に基づいて確定した工事の仕様により、その施工のみを発注する方式。



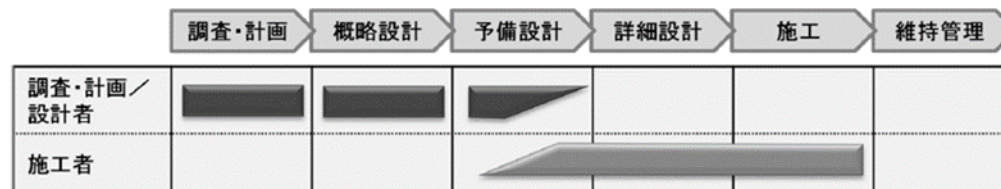
### ECI方式

設計段階から施工者が関与することで、発注時に詳細仕様の確定が困難な事業に対応する方式。設計段階で種々の代替案の検討が可能となる効果や、施工段階における施工性等の面からの設計変更発生リスクの減少といった効果などが期待される。



### 設計・施工一括発注方式

構造物の構造形式や主要諸元も含めた設計を、施工と一括して発注する方式。デザインビルド方式とも呼ばれる。施工者のノウハウを反映した現場条件に適した設計、施工者の固有技術を活用した合理的な設計が可能となる効果や、設計と施工を分離して発注した場合に比べて発注業務が軽減される効果などが期待される。



【図出典】国土交通省「公共工事の入札契約方式の適用に関するガイドライン」（令和4年3月改正）

## 公立病院における活用事例

CM方式（通常発注方式） 島田市立総合医療センター（R3年開院）※国土交通省「CM方式活用事例集」掲載事例

CM方式・ECI方式の併用 下呂市立金山病院（H24年開院）、三豊市立みとよ市民病院（R4年開院）

設計・施工一括発注方式 松戸市立総合医療センター（H29年開院）、川西市立総合医療センター※CM方式併用（R4年開院）



# コンストラクション・マネジメント(CM)方式の活用効果の例

## 【500床規模の基幹病院において、CM方式を採用し、当初のスケジュールを維持したまま建設事業費を削減した例】

- 平成25年度に基本構想完成。当初予定の建設事業費は、185億円。
- 平成28年度に基本設計が終了。建設事業費の見込が、316億円に増加（予定から131億円増）。
- 平成29年度にコンストラクション・マネジメント方式を導入。  
⇒ コンストラクション・マネージャー（CMR）より、コスト抑制策の立案や、発注方式の提案などについてアドバイスを受け、当初のスケジュールを維持しつつ、46億円のコスト削減を実現。
- 令和4年1月：新病院開院

### 【自治体が目指す方向性】

#### 中核病院にふさわしい病院建物の実現

- 中核病院にふさわしい病院機能とすることを最優先とする
- 診療環境や療養環境に加え、スタッフの労働環境にも配慮した病院の実現

### 【自治体の目標を踏まえたCMRの取組の方向性】

#### 高い防災性と医療環境を有した病院建築の実現

- 基本的な防災機能は変更しない
- 同規模、同機能な病院のデータから基本設計の内容を比較評価し、分析

### 【目標の達成】

#### 中核病院にふさわしい医療環境と高い防災性の実現

- 中核病院にふさわしい、高度医療環境を有した病院建築を実現
- 高い防災性と浸水対策を実現
- 充実した診療空間、労働環境を実現

#### 事業費の削減

- CMRは、事業費46億円の削減と、建設費は225億円とする目標を設定

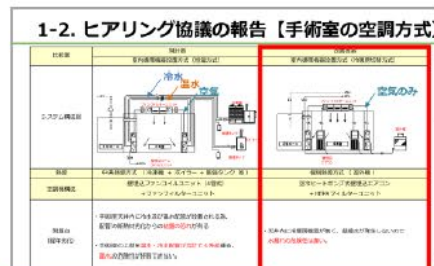
#### ライフサイクルコストを考慮した46億円のコスト削減

- 基本設計の内容を精査し、医療機能を保持したまま縮小可能な部分を抽出し、面積の削減を目指す
- ライフサイクルコストの削減を目指す

#### 46億円のコスト削減の実現と更なる予備費の確保を実現

- 46億円のコスト削減を実現
- 新型コロナ対応に伴う施設整備の追加、療養環境の向上に伴う変更などにより、7.3億円の追加工事が発生したが、当初予算から約8千万円の予備費を残して竣工

### <CMRの助言内容の例>



|      | 代表構成員 | 第2構成員 | 第3構成員 |
|------|-------|-------|-------|
| 建築主体 | 全国    | 所在県   | 所在県   |
| 建設電気 | 全国    | 近隣県   | 所在県   |
| 建設空調 | 全国    | 所在県   | 所在県   |
| 建設管  | 全国    | 近隣県   | 所在県   |
| 昇降機  | 全国    |       |       |
| ES事業 | 全国    |       |       |



病院部門面積 ベンチマークとの比較検証

病院特有設備の変更提案：手術室空調方式

地域経済の活性化

既存病院・新病院配置

（図は、当該CMの受注企業提供資料より（一部総務省で加工））

# 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)について

## ○ オンライン資格確認の導入により、

- ・ 医療機関・薬局の窓口で、患者の直近の資格情報等が確認でき、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による事務コストが削減できる。
- ・ マイナンバーカードを用いた本人確認を行うことにより、医療機関や薬局において特定健診等の情報や診療／薬剤情報等を閲覧ができるようになり、より良い医療を受けられる環境となる。

## ○ オンライン資格確認は、令和5年4月から医療機関及び薬局において原則義務化。

※令和4年12月23日の中医協答申において、やむを得ない事情(①令和5年2月までにベンダーと契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の保険医療機関、薬局(システム整備中)、②オン資に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されていない保険医療機関、薬局(ネットワーク環境事情)、③訪問診療のみを提供する保険医療機関、④改築工事中、臨時施設の保険医療機関、薬局、⑤廃止、休止に関する計画を定めている保険医療機関、薬局、⑥その他特に困難な事情がある保険医療機関・薬局)がある保険医療機関・薬局は、期限付きの経過措置を受けることとなった。

## 【公立病院の運用状況等】

(令和5年1月1日時点)

|                        |   |            |            |
|------------------------|---|------------|------------|
| ① 公立病院総数(一般行政病院含む)     | … | 878        | } 合計 99.8% |
| ② 令和5年1月1日時点開始済みの病院    | … | 841(95.8%) |            |
| ③ 令和5年4月1日までに運用開始予定の病院 | … | 35(4.0%)   |            |

原則義務化となる令和5年4月1日には概ね全ての公立病院で運用開始済みとなる見込み。あわせて、公立診療所も、導入に向けた速やかな対応が必要。

(参考) 民間病院等を含めた全病院での運用開始施設数(令和5年1月8日時点)

4,349施設／8,186施設(53.1%)

## (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通し等を記載する
- ※ 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。



# 令和5年度「地方公共団体の経営・財務マネジメント強化事業」

- 人口減少が進展する一方で、インフラ資産の大規模な更新時期を迎える中、財政・経営状況やストック情報等を的確に把握し、「見える化」した上で、中長期的な見通しに基づく持続的な財政運営・経営を行う必要性が高まっている
- しかしながら、地方公共団体においては、人材不足等のため、こうした経営・財務マネジメントに係る「知識・ノウハウ」が不足し、小規模市町村を中心に公営企業会計の適用やストックマネジメント等の取組が遅れている団体もあるところ



**地方公共団体の経営・財務マネジメントを強化し、財政運営の質の向上を図るため、総務省と地方公共団体金融機構の共同事業として、団体の状況や要請に応じてアドバイザーを派遣**

## 事業概要

### (1) アドバイザーを派遣する支援分野

- 公営企業・第三セクター等の経営改革
  - ・ DX・GXの取組
  - ・ 経営戦略の改定・経営改善
  - ・ 公立病院経営強化プランの策定及び経営強化の取組
  - ・ 上下水道の広域化等
  - ・ 第三セクターの経営健全化
- 公営企業会計の適用
- 地方公会計の整備・活用
- 公共施設等総合管理計画の見直し・実行（公共施設マネジメント）
- 地方公共団体のDX
- 首長・管理者向けトップセミナー

### (2) 支援の方法

個別市区町村に継続的に派遣（各都道府県市区町村担当課等と連携して事業を実施）

都道府県に派遣

| 課題対応アドバイス事業   | 課題達成支援事業  | 啓発・研修事業                             |
|---|---|-------------------------------------|
| 市区町村・公営企業が直面する課題に対して、当該課題の克服等、財政運営・経営の改善に向けたアドバイスを必要とする場合に団体の要請に応じて派遣 | 上記の支援分野の実施に当たり、知識・ノウハウが不足するために達成が困難な市区町村・公営企業に、技術的・専門的な支援を行うために派遣 | 都道府県が市区町村・公営企業の啓発のため支援分野の研修を行う場合に派遣 |

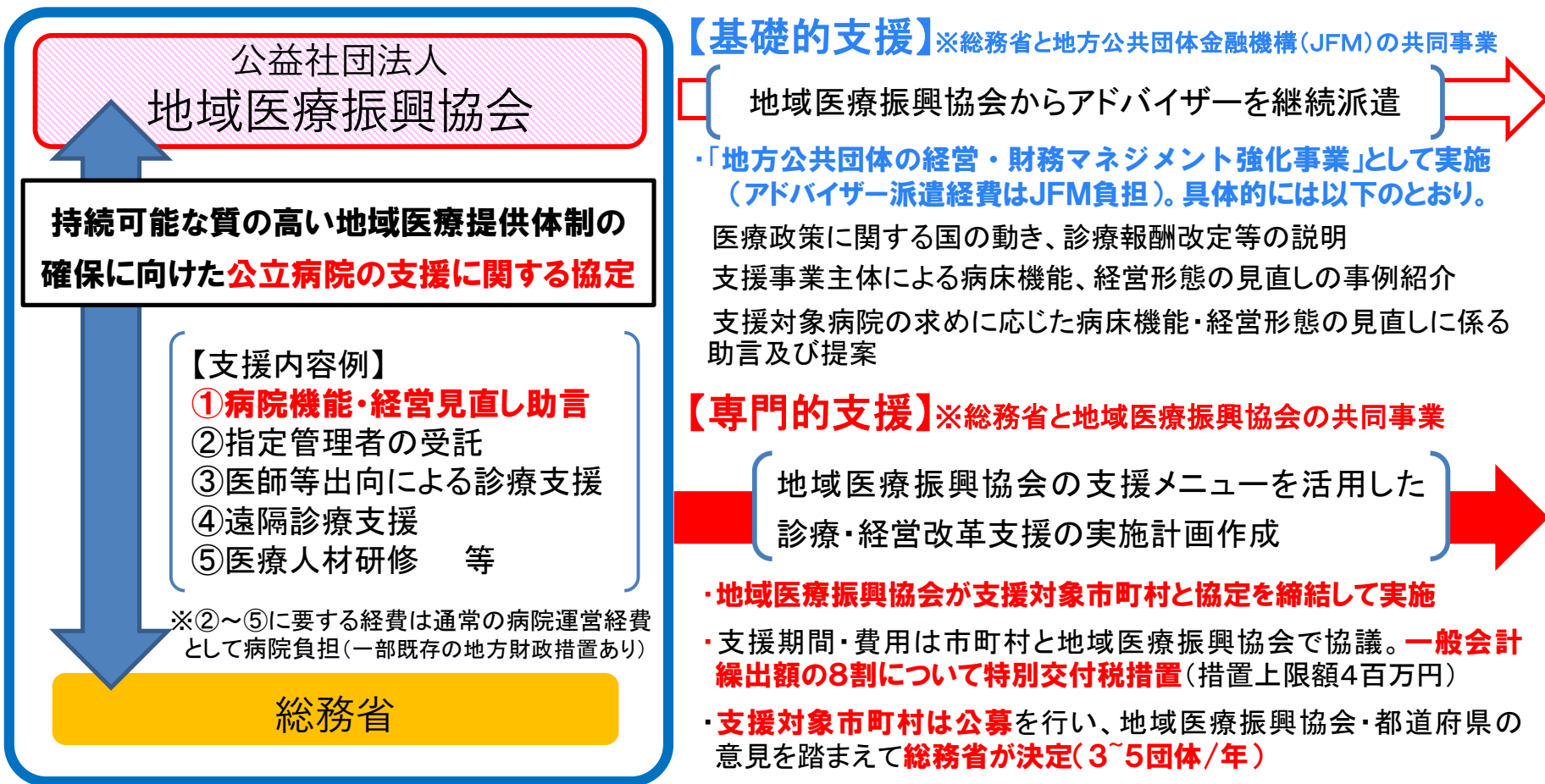
※アドバイザーの派遣経費（謝金、旅費）は、地方公共団体金融機構が負担

### (3) 事業規模

- 約6億円（約1,400団体・公営企業への派遣を想定）



# 公立病院医療提供体制確保支援事業【R3創設】



病床機能転換等を検討する  
中小規模市町村立病院

へき地等に所在する三百床  
未満程度の病院を想定

- 市町村は病床機能転換等の検討状況に応じて**基礎的支援・専門的支援**を選択して応募
- 支援対象病院が「**実施計画の執行**」も希望する場合は**地域医療振興協会**による**指定管理**等も相談可能

## <R3実績>

基礎的支援：南魚沼市民病院(新潟県南魚沼市)、国保備前病院(岡山県備前市)

専門的支援：有田市民病院(和歌山県有田市)

## <R4実績>

専門的支援：有田市民病院(和歌山県有田市)(継続)

基礎的支援：小竹町立病院(福岡県小竹町)

## 第3 都道府県の役割・責任の強化

---

### 第3 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っては、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。

## 第3 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。

# 公立病院経営強化に係る都道府県の実施状況

## 調査結果

### ③ 都道府県庁の実施状況

- 公立病院への調査に加えて、都道府県に対して公立病院経営強化に係る実施状況について調査を実施した。
- 都道府県内（市町村担当課、医療政策担当課、県立病院担当課）の連携状況については、41都道府県が連携している。今回の調査を機に連携を深化させた都道府県もあった。
- 経営強化プランの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については、39都道府県が設けておらず、うち、13都道府県は検討中としている。
- 市町村のプラン策定に係る助言の実施状況については、35都道府県が実施している又は実施予定ありとしている一方、12都道府県は検討中としている。
- 都道府県立病院等と中小規模の病院・診療所との連携・支援の状況については、26都道府県が連携・支援を行っているが、17都道府県が検討中としており、その他を含む21都道府県については連携・支援が行われていない。

#### ○都道府県庁の実施状況

（単位：都道府県）

| 都道府県庁内における<br>部局間の連携 |            |     | 策定段階から地域医療構想調整会議の<br>意見を聴く機会を設けるかどうか |             |     | 市町村のプラン策定に係る<br>助言の実施状況 |            |     | 都道府県立病院等における、<br>不採算地区病院をはじめとする<br>中小規模の公立病院・診療所との<br>連携・支援の対応方針 |                       |     |     |
|----------------------|------------|-----|--------------------------------------|-------------|-----|-------------------------|------------|-----|--|-----------------------|-----|-----|
| 連携<br>している           | 連携予定<br>あり | 検討中 | 設けている                                | 設ける予定<br>あり | 検討中 | 実施<br>している              | 実施予定<br>あり | 検討中 | 連携・支援を<br>強化予定   | 現在の連携・<br>支援を継続<br>予定 | 検討中 | その他 |
| 41                   | 6          | 0   | 8                                    | 26          | 13  | 17                      | 18         | 12  | 10   | 16                    | 17  | 4   |
|                      |            |     | 39                                   |             |     | 35                      |            |     | 26   |                       | 21  |     |



# 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【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。**

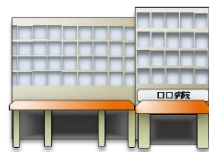
・**県の基幹病院と地域の基幹病院等との連携推進。**

## <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<br>（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<br>（つがる西北五広域連合）      | 内科                                       | 5日／月    |
|        | 野辺地病院<br>（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<br>（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   |

# 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】

再編前



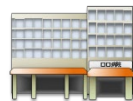
山形県立  
日本海病院  
(528床)



酒田市立酒田病院  
(400床)

再編後

(地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構 (H20.4~))

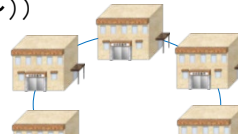


日本海総合病院  
(646床)  
急性期

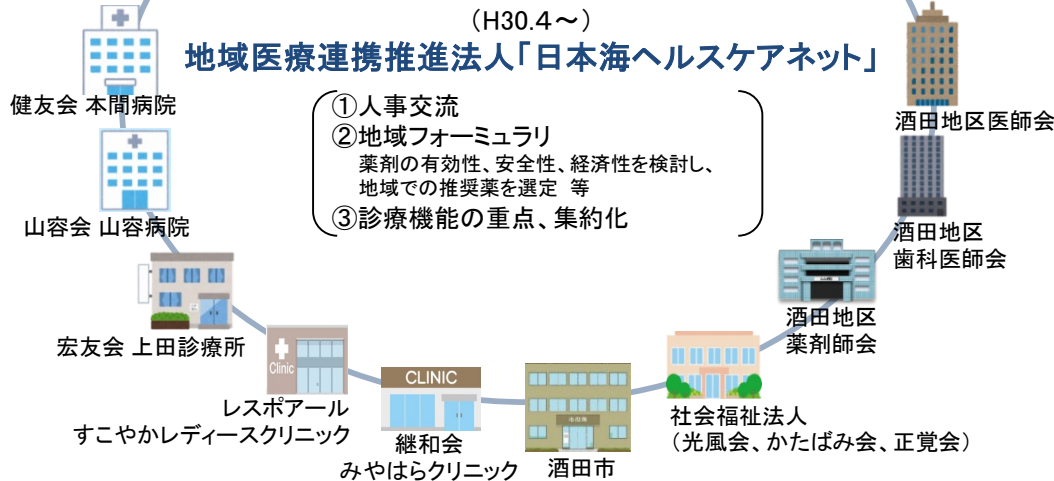
役割分担



酒田医療センター(114床)  
(H30.4~日本海酒田  
リハビリテーション病院)  
回復期・慢性期



(H30.4~)  
酒田市立八幡病院(46床)  
を無床診療所化したほか  
酒田市運営の5診療所を  
同機構に統合



## ＜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）→170名（R4））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3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   | 9日／月    |
|         | 宏友会（医療法人）          | 看護師 | 透析室、訪問看護      | 60日／月   |
| 本間病院    | 日本海総合病院(地独法山形酒田)   | 看護師 | 老健            | 60日／月   |
|         |                    | 医師  | 外科、循環器内科、放射線科 | 12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  | 臨床工学技士        | 1日／月    |
|         |                    | 医師  | 宿日直           | 11日／月   |

# **第4 経営強化プランの策定・点検・評価・公表**

## **第5 財政措置**

---

## 第4 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。

## 第5 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り。）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。



# 持続可能な地域医療提供体制の確保に向けた地方財政措置の拡充(令和5年度)

## 1 建築単価の見直し

公立病院の新設・建替等に対する**地方交付税措置の対象となる建築単価の上限を、最近の資材費高騰等の状況を踏まえ、40万円／㎡から47万円／㎡へ引き上げる**こととし、令和4年度の病院事業債から適用。

## 2 不採算地区病院等に対する特別交付税基準額引き上げの継続

不採算地区病院等について、コロナ禍においても病院機能を維持するために令和3年度に講じられた**特別交付税措置の基準額引き上げ(30%)措置を、令和5年度においても継続**。(公的病院等についても準じた措置を講ずる。)

## 3 公的病院等への財政措置の拡充

持続可能な地域医療提供体制を確保するため、地域医療構想や医師の働き方改革等へ対応しながら過疎地域等に必要な不採算・特殊医療を担う公的病院等の運営経費に対する地方公共団体の助成について、以下のとおり地方財政措置を拡充。

### ① 公的病院等の医師・看護師等の派遣受入経費に係る特別交付税措置

医師・看護師等の確保が特に困難である、**過疎地域等に所在する又は救急医療を担う公的病院等の医師・看護師等派遣の受入に要する経費**に対する地方公共団体からの助成について、**新たに特別交付税により措置**(地方公共団体からの助成金額×0.6)。

### ② 公的医療機関等が運営する無床診療所の運営経費に係る特別交付税措置

**過疎地域等に所在する公的医療機関等が運営する無床診療所の運営経費**に対する地方公共団体からの助成について、**新たに特別交付税により措置**(地方公共団体からの助成金額×0.8と710万円のいずれか小さい額)。

※地域医療構想を踏まえ役割・機能の見直しを行うなど、一定の要件を満たす公的病院等を措置の対象とする。

※公的病院等は以下の公的医療機関等が開設した病院・診療所を指す。

1. 日本赤十字社、2. 済生会、3. 北海道社会事業協会、4. 厚生連、5. 国民健康保険団体連合会、6. 普通国民健康保険組合、7. 公益社団法人、8. 公益財団法人、9. 社会福祉法人(済生会を除く。)、10. 学校法人、11. 社会医療法人、12. 健康保険組合、13. 国家公務員共済組合連合会、14. 公立学校共済組合

# 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【R5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5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】



特別交付税措置額＝一般会計繰出金×0.8

＜病床数に応じた基準額あり＞

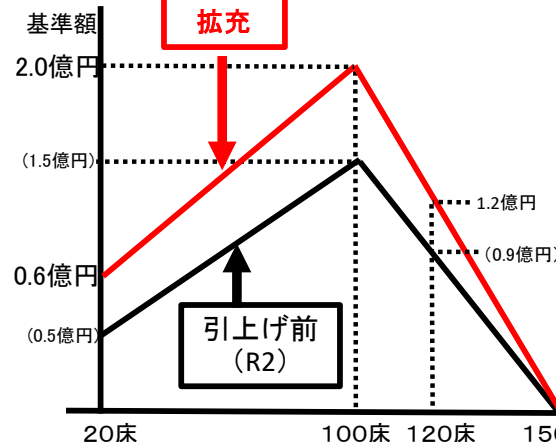
- (第1種) 当該病院から最寄りの病院までの移動距離が15km以上
- (第2種) 当該病院の半径5km以内の人口が10万人未満  
※人口3万人以上の場合は基準額を減

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

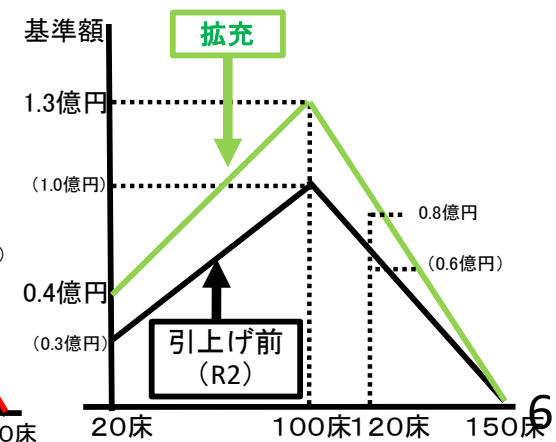
＜厚生連、日赤等の公的病院等も同様の措置を講じる＞

※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)

### 1種の算定イメージ



### 2種の算定イメージ



# 医師・看護師派遣等に係る地方財政措置【R4・R5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。
- 令和5年度から、派遣を受け入れる医療機関の対象に、過疎地域等に所在する又は救急医療を担う公的病院等を追加。

## 派遣する医療機関

### ○対象医療機関

公立病院、一般行政病院、公立診療所又は公的病院等※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

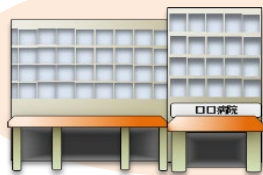
- ・ 派遣期間中に支出する医師、看護師等の職員給与費相当額
- ・ 派遣により看護師等が不足する期間に新たに雇用する非常勤看護師等の人件費

### ○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（同一経営主体間）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

※ 青下線はR4拡充部分、赤下線はR5拡充部分

公立病院、一般行政病院、公立診療所又は公的病院等※

※ 派遣元の医療機関の種類は問わない

※ 対象となる公的病院等（①②両方の要件を満たすこと）

①「公的医療機関等2025プラン」を策定していること※

② 不採算地区病院の立地要件を満たすこと

又は

初期救急医療機関、二次救急医療機関又は三次救急医療機関であること

※診療所は、地域医療構想を踏まえて役割・機能の見直しに伴い診療所化したものであって、医療計画において5疾病6事業の対応医療機関として位置づけられていること

### ○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（公的病院等は、地方団体からの助成額×0.6）

## 医師・看護師等が不足している医療機関



# 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となる情報システム等**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%)



# 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)<br>(病院事業債(特別分)は、元利償還金の40%(元利償還金の2/3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いずれか少ない額を措置。

|                                |                       |     | 令和4年度単価   |             | (括弧書きはR3年度単価)   |
|--------------------------------|-----------------------|-----|---|-------------|---|
| ① 不採算地区病院<br>(R2拡充)<br>(R3拡充)  | 許可病床数<br>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×最大使用病床数+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×最大使用病床数+20,540千円) |             |   |
|                                | 許可病床数<br>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<br>(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床当たり)                  |                       |     | 1,796千円   | (1,633千円)   | (※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 |
| ④ 精神病床(1床当たり)(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(1床当たり)       |                       |     | 341千円   | (310千円)     |   |
| ⑥ 周産期医療病床<br>(1床当たり)<br>(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(1床当たり)(R2拡充)          |                       |     | 1,575千円   | (1,575千円)   | (※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              |
| ⑧ 感染症病床(1床当たり)                 |                       |     | 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) |   |

7

(※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



## 第6 公立病院の決算

---

# 公立病院損益収支の状況

(単位:億円、%)

| 項目 \ 年度         | 29     | 30     | R1     | 2<br>(A) | 3<br>(B) | (B)－(A)<br>(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。

## 新型コロナウイルス感染症患者受入れのための 病床確保事業等の実施状況等（随時）

厚生労働省、47都道府県、496医療機関

### 検査の 背景

- ✓ 厚生労働省は、令和2年度から、都道府県に対して**病床確保事業に係る交付金**(新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)) を交付、都道府県は、**コロナ患者等の受入れのために病床を確保した医療機関**に対して**交付金を原資とした補助金(病床確保補助金)**を交付 等
- ✓ 交付金の対象となる病床は、①コロナ患者等を入院させるために確保した病床(確保病床)のうち空床となっている病床と②コロナ患者等を受け入れるために休止した病床(休止病床)
- ✓ 交付金の交付額は、**1日1床当たりの病床確保料上限額**(医療機関の種別、病床区分(例えば確保病床はICU、HCU、その他の病床)ごとに定められている額)に、**コロナ患者等を受け入れるために空床や休止病床としていた延べ病床数を乗ずる**などして算定

### 検査の 状況

- ✓ 2、3両年度に実施された病床確保事業等を対象として、厚生労働本省、47都道府県及び**496医療機関**(全3,483医療機関の14.2%)を検査
- ✓ **確保病床の病床利用率が50%を下回っていた医療機関**に対して**アンケート調査を実施**したところ、①既に入院しているコロナ患者等の対応に看護師等の稼働が割かれるなどして人数が不足し、入院受入要請のあったコロナ患者等の受入れが困難になっていた状況や、②確保病床数には、**看護師等の人数を増員できた場合に受入可能となる病床が含まれていたが、実際は想定していた人数を確保できなかったため、都道府県調整本部等からのコロナ患者等の入院受入要請を断っていた**と回答した医療機関が見受けられた
- ✓ 都道府県の多くは、病床確保料上限額をそのまま使用して病床確保補助金の交付額を算定している状況であったことなどから、各医療機関における実際の入院患者に係る**診療報酬額と病床確保料上限額とを比較**したところ、**医療機関によって大きな差が生じており、医療機関によって、機会損失を上回る額の交付を受けることとなったり、十分な補填となっていなかったりする結果となっていた** 等

### 所見

- ✓ 交付金交付要綱等において、交付金は、当該確保病床の運用に必要な看護師等の人員が確保できているなど**実際に入院受入体制が整っている確保病床を交付対象とする**ものであることを明確に定めるとともに、医療機関において、確保病床の運用に必要な看護師等の確保が困難になった場合には、**都道府県と当該医療機関との間で病床確保補助金等の交付対象となる確保病床数を適宜調整する**よう、都道府県に対して指導すること
- ✓ **病床確保料上限額の設定等が適切であるか改めて検証し、その検証結果を踏まえて、確保病床に係る病床確保料については入院コロナ患者等の診療報酬額を、休止病床に係る病床確保料については休止前入院患者の診療報酬額を、それぞれ参考にするなどして、病床確保料上限額の設定を見直したり、医療機関の医療提供体制等の実態を踏まえた交付金の交付額の算定方法を検討したりして、交付金の交付額の算定の在り方を検討すること**

# 新型コロナウイルス感染症患者受入れのための 病床確保事業等の実施状況等（随時）

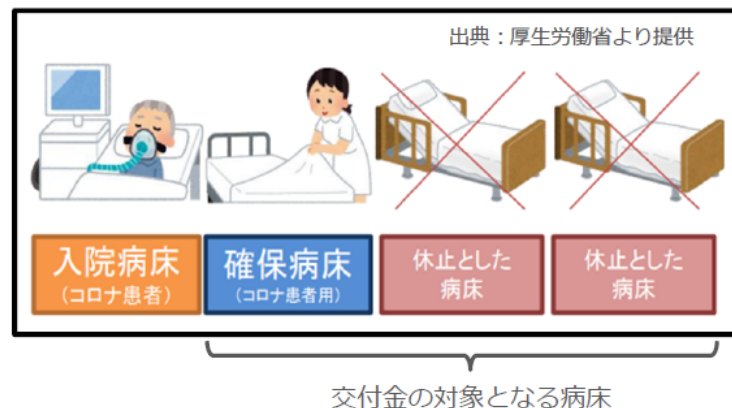
厚生労働省、47都道府県、496医療機関

## 検査の背景 病床確保事業等の概要

**病床確保事業** ○病床確保料等を対象として都道府県に対して**交付金**を交付、都道府県は医療機関に対して病床確保補助金を交付

(交付金の対象となる病床)

- ① コロナ患者等を入院させるために**確保した病床（確保病床）**  
のうち空床となっている病床
- ② コロナ患者等を**受け入れるために休止した病床（休止病床）**



(交付金の交付額の算定方法)

- ・厚生労働大臣が必要と認めた額(基準額)と対象経費の実支出額とを比較するなどして算定
- ・基準額の算定に当たっては、**1日1床当たりの病床確保料上限額**にコロナ患者等を受け入れるために空床や休止病床としていた延べ病床数を乗ずるなどして算定
- ・病床確保料上限額は**医療機関の種別、病床区分ごとに定められている**

※ 医療機関の種別は重点医療機関等の4種別、

病床区分は確保病床については3区分、休止病床については4区分

重点医療機関の確保病床に係る病床確保料上限額 (単位：円/日・床)

| 病床区分 |        | 重点医療機関  |         |
|------|--------|---------|---------|
|      |        | 特定機能病院等 | 一般病院    |
| 確保病床 | ICU    | 436,000 | 301,000 |
|      | HCU    | 211,000 | 211,000 |
|      | その他の病床 | 74,000  | 71,000  |

## 緊急支援事業

○コロナ患者等の対応を行う医療従事者の人件費等を対象として、医療機関に対して新型コロナウイルス感染症患者等入院受入医療機関緊急支援事業補助金（**受入補助金**）を直接交付

- ・確保した病床数に応じて算定した額を交付。受入補助金の算定対象となる病床は、交付金の交付対象にもなる

## 検査の状況 令和2、3両年度の交付状況をみると・・・

交付金    計3,477医療機関(純計)、 3兆1029億円 (うち検査対象 計496医療機関、 1兆2834億円)  
 受入補助金    計2,248医療機関(純計(注1))、 2818億円 (    同    計471医療機関(注2)、 1223億円)  
 (注1)このうち2,242医療機関は交付金の3,477医療機関と重複    (注2)全て交付金の496医療機関と重複



## 新型コロナウイルス感染症患者受入れのための 病床確保事業等の実施状況等（随時）

厚生労働省、47都道府県、496医療機関

### 検査の状況 医療機関における確保病床の状況等

- ・全国における確保病床の平均病床使用率は、2回目の緊急事態宣言の期間中等で入院患者数が最も多かった令和3年1月、同年8月及び4年2月の各時点でみると50%台
- ・検査対象とした496医療機関においても病床利用率の平均では50%以上となっていたが、医療機関によって大きな差がある状況

### 各月の確保病床の病床利用率が50%を下回っていた医療機関に対してその理由等に係るアンケート調査を実施

確保病床の病床利用率が50%を下回った理由として、入院受入要請を断ったことがあると回答した医療機関（注）における断った理由（複数選択可）

（注）3年1月55医療機関、同年8月42医療機関、4年2月53医療機関

| 入院受入要請を断った理由   | 調査対象年月        |              |               |
|--|---------------|--------------|---------------|
|  | 3年1月          | 3年8月         | 4年2月          |
|  | 回答数<br>(割合)   | 回答数<br>(割合)  | 回答数<br>(割合)   |
| 既入院しているコロナ患者等の中に、トイレや食事の介助等の日常生活援助の必要度が高い者が多く、対応する看護師等の人数が足りなくなったため            | 11<br>(14.1%) | 8<br>(13.1%) | 11<br>(15.9%) |
| 重度のコロナ患者を当初想定していたよりも多く受け入れることにより、対応する医師、看護師等の人数が足りなくなったため                      | 9<br>(11.5%)  | 8<br>(13.1%) | 3<br>(4.3%)   |
| 確保病床数には、コロナ患者等を担当する医師、看護師等の人数を増員できた場合に受入可能となる病床が含まれていたが、実際は想定していた人数を確保できなかったため | 3<br>(3.8%)   | 6<br>(9.8%)  | 1<br>(1.4%)   |
| 計（回答数）   | 78<br>(100%)  | 61<br>(100%) | 69<br>(100%)  |

既入院しているコロナ患者等の対応に看護師等の稼働が割かれるなどして人数が不足し、入院受入要請のあったコロナ患者等の受入れが困難になっていた状況

回答した8医療機関(1医療機関は各月とも該当)における状況を見たところ…  
⇒いずれの医療機関も、確保病床数と実際に受入れが可能であった確保病床数との間に差あり

（1医療機関の3年8月の例）

確保病床数：78

うち実際に入院受入れが可能であった確保病床数：41

個々の医療機関についてみれば、コロナ患者等の入院受入要請があった時点において当該要請を断ったことについてはやむを得なかった事情があったと思料されたが、看護師等の不足により実際にはコロナ患者等を入院させることができなかった病床に対しても病床確保補助金等が交付されていることになる。

### 所見

交付金交付要綱等において、交付金は、当該確保病床の運用に必要な看護師等の人員が確保できているなど実際に入院受入体制が整っている確保病床を交付対象とするものであることを明確に定めるとともに、医療機関において、確保病床の運用に必要な看護師等の確保が困難になった場合には、都道府県と当該医療機関との間で病床確保補助金等の交付対象となる確保病床数を適宜調整するよう、都道府県に対して指導すること



## 新型コロナウイルス感染症患者受入れのための 病床確保事業等の実施状況等（随時）

厚生労働省、47都道府県、496医療機関

### 検査の状況 病床確保事業における病床確保料等の状況

(病床確保料上限額に係る厚生労働省の考え方)

設けた趣旨・・・確保病床が空床となったことなどにより得られなくなった診療報酬に係る機会損失を補填する必要あり

設定方法・・・重症のコロナ患者等又は一般患者の入院料等に係る診療報酬の点数を積算するなど  
(都道府県による医療機関への交付額の算定方法)

その多くは、**病床確保料上限額をそのまま使用**して交付額を算定



検査対象のうち重点医療機関426医療機関における入院コロナ患者1人1日当たりの**実際の診療報酬額と病床確保料上限額とを比較**

全体では・・・

- ・特定機能病院等のICU区分、HCU区分及び一般病院のHCU区分では診療報酬額が病床確保料上限額を下回る(△63,444円～△73,789円) (右図①②⑤参照)
- ・残りの区分では診療報酬額が病床確保料上限額を上回る(1,778円～62,821円) (右図③④⑥参照)

医療機関ごとでは・・・

(例:右図①の**特定機能病院等のICU区分(124医療機関)**で分析)

・診療報酬額が病床確保料上限額を下回っていた医療機関は**74医療機関(全体の59.6%)**

⇒ 最も差が大きい医療機関では△294,028円

・診療報酬額が病床確保料上限額を上回っていた医療機関は**50医療機関(同40.3%)** ⇒ 最も差が大きい医療機関では252,980円

426医療機関における診療報酬額と病床確保料上限額との比較(令和3年1月分及び同年8月分)

| 区 分            |             |                 | 医療<br>機関数 | 病棟数<br><br>(棟) | コロナ患者の診療実績 |                               | 病床確保料<br>上限額(b)<br>(円/日) | 差額<br>(c)=(a)-(b)<br>(円/日) |   |
|----------------|-------------|-----------------|-----------|----------------|------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|---|
|                |             |                 |           |                | 実人数<br>(人) | 1人1日当たりの<br>診療報酬額(a)<br>(円/日) |                          |                            |   |
| 重点<br>医療<br>機関 | 特定機能<br>病院等 | I C U           | 124       | 170            | 3,075      | 369,130                       | 436,000                  | △ 66,870                   | ① |
|                |             | H C U           | 68        | 82             | 1,915      | 147,556                       | 211,000                  | △ 63,444                   | ② |
|                |             | I C U ・ H C U以外 | 137       | 210            | 7,561      | 85,862                        | 74,000                   | 11,862                     | ③ |
|                | 一般病院        | I C U           | 33        | 36             | 265        | 363,821                       | 301,000                  | 62,821                     | ④ |
|                |             | H C U           | 48        | 64             | 1,971      | 137,211                       | 211,000                  | △ 73,789                   | ⑤ |
|                |             | I C U ・ H C U以外 | 216       | 283            | 12,359     | 72,778                        | 71,000                   | 1,778                      | ⑥ |

医療機関によって大きな差が生じており、医療機関によって、機会損失を上回る額の交付を受けることとなったり、十分な補填となっていなかったりする結果。原因としては医療機関が満たす施設基準(医療提供体制)、患者の重症度、治療内容の違いなどによる

**所見** 病床確保料上限額の設定等が適切であるか改めて検証し、その検証結果を踏まえて、確保病床に係る病床確保料については入院コロナ患者等の診療報酬額を、休止病床に係る病床確保料については休止前入院患者の診療報酬額を、それぞれ参考にするなどして、病床確保料上限額の設定を見直したり、医療機関の医療提供体制等の実態を踏まえた交付金の交付額の算定方法を検討したりして、交付金の交付額の算定の在り方を検討すること

# 医療機関の経営状況の見える化

- 国公立病院等は、民間に比べて高い病床確保率であったが、一方で病床確保のための補助金受給により、2020年度以降経営状況が大きく改善。成果とコストのバランスが適正であったか検証を行い、将来の感染症危機対応に活かすべき。
- 医療機構系の独立行政法人は、財務規律が緩まぬよう引き続き経営改善・強化に取り組むとともに、法令に基づき余剰資金は国庫返納すべき。構造的な赤字体質である公立病院は、「公立病院経営強化ガイドライン」に沿った改革を加速すべき。

図12 国公立病院等のコロナ病床確保状況(2021年度末)  
～国公立病院等は、民間医療機関に比べて高い病床確保率～

| (単位:床)        | 総病床数<br>(A) | 確保病床<br>数(B) | 割合<br>(B/A) |
|---------------|-------------|--------------|-------------|
| (独)国立病院機構     | 47,013      | 2,681        | 5.7%        |
| (独)地域医療機能推進機構 | 14,957      | 1,145        | 7.7%        |
| 公立病院          | 188,959     | 9,982        | 5.3%        |
| 民間医療機関等       | 637,020     | 29,863       | 4.7%        |

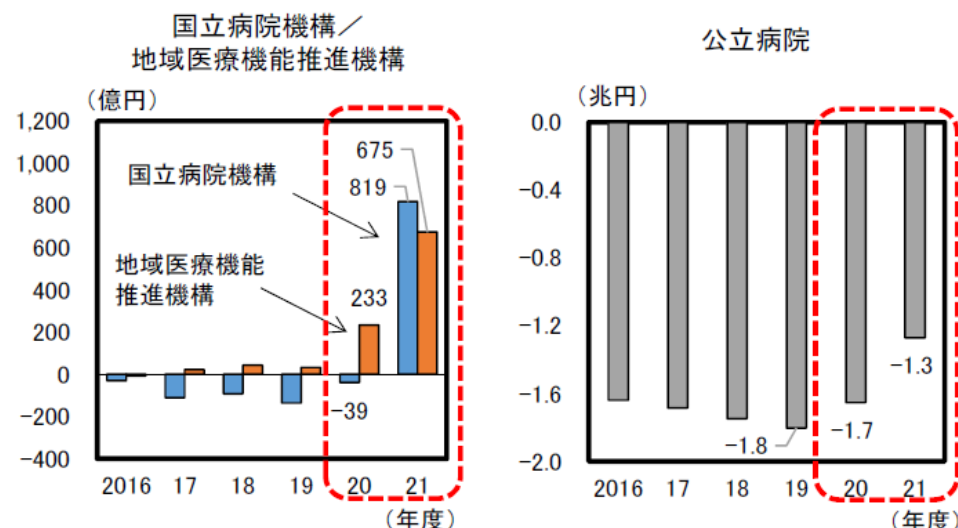
図13 国公立病院等の経営状況

～2021年度には補助金以外の収入がコロナ前を回復するも、補助金の受給は継続。その下で経常損益は大きく改善～

(億円)

| 機構         | 区分           | 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 |
|------------|--------------|--------|--------|--------|
| 国立病院機構     | 経常収益         | 10,202 | 10,755 | 11,486 |
|            | 補助金以外        | 10,148 | 9,710  | 10,190 |
|            | 補助金          | 54     | 1,045  | 1,296  |
|            | 経常損益         | 23     | 576    | 908    |
| 地域医療機能推進機構 | 経常収益         | 3,755  | 3,937  | 4,354  |
|            | 補助金以外        | 3,742  | 3,615  | 3,785  |
|            | 補助金          | 12     | 322    | 569    |
|            | 経常損益         | 42     | 213    | 480    |
| 公立病院       | 経常収益         | 51,713 | 54,399 | 57,515 |
|            | 医業収益         | 45,526 | 44,360 | 46,676 |
|            | 医業収益以外(含補助金) | 6,187  | 10,039 | 10,839 |
|            | 経常損益         | ▲980   | 1,251  | 3,256  |

図14 国公立病院等の積立金／繰越欠損金の状況  
～独法二法人は巨額の積立金が発生、公立病院は欠損金が縮減～



(参考)「独立行政法人国立病院機構法」の積立金の処分に係る規定

※独立行政法人地域医療機能推進機構法にも同様の記載

第十七条 機構は、…中期目標の期間の最後の事業年度に係る…整理を行った後、…積立金があるときは、その額に相当する金額のうち厚生労働大臣の承認を受けた金額を、…当該次の中期目標の期間における…業務の財源に充てることができる。

2 機構は、前項に規定する積立金の額に相当する金額から同項の規定による承認を受けた金額を控除してなお残余があるときは、その残余の額を国庫に納付しなければならない。

(備考) 1. 図10は、厚生労働省①「医療施設動態調査」、②「両用状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査」、③「新型コロナウイルス感染症対策に係る各医療機関内の病床の確保状況・使用率等の報告」により作成。総病床数は、感染症病床と一般病床の合計、2021年10月時点。公立病院は、都道府県・市町村・地方独立行政法人の病院のみ計上。確保病床数は、国公立病院等は2022年4月6日時点のもの(資料③)。民間医療機関等は総数(資料②)と国公立病院等との差分。

2. 図11、12は、国立病院機構及び地域医療機能推進機構の財務諸表、総務省資料等により作成。

## 参考

---

# 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う 医療提供体制及び公費支援の見直し等について(ポイント)

参考資料

※ 本資料は、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」(令和5年3月10日  
新型コロナウイルス感染症対策本部決定)について、補足資料も加えつつポイントをまとめたものである。

## ○新型コロナウイルス感染症は、5月8日から5類感染症に

**新型インフルエンザ等感染症**

入院措置などの行政の強い関与  
限られた医療機関による特別な対応

**5 類 感 染 症**

幅広い医療機関による自律的な通常の対応  
行政は医療機関支援などの役割に

医療提供体制

幅広い医療機関で新型コロナウイルス感染症の患者が受診できる医療体制に向けて、必要となる感染対策や準備を講じつつ国民の安心を確保しながら段階的に移行

特別対応から通常対応への考え方の転換

5/8

感染拡大?

夏

検証

感染拡大?

冬

検証

R6.4/1

R5.3月  
上旬

位置づけ変更

新たな体系に向けた取組

冬の感染拡大に先立って  
重点的な取り組みを行う

暫定的な診療報酬措置

診療報酬  
介護報酬  
同時改定

新たな診療報酬体系

対応する医療機関の維持・拡大を促す。

⇒

外来：4.2万 → 最大6.4万  
入院：約3千 → 全病院約8千

入院・外来の医療費

急激な負担増が生じないように、入院・外来の医療費の自己負担分に係る一定の公費支援について、期限を区切って継続



## 位置づけ変更に伴う医療提供体制の見直し（外来・入院・入院調整）

|      | 現行            | 位置づけ変更後             | 具体的な措置など   |
|------|---------------|---------------------|--|
| 外来   | 約4.2万の医療機関    | 最大6.4万の医療機関での対応を目指す | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 感染対策について効率的な対応へ見直し</li> <li>➤ 設備整備や個人防護具の確保などの支援</li> <li>➤ 応招義務の整理（コロナへのり患又はその疑いのみを理由とした診療拒否は「正当な事由」に該当しないことを明確化）</li> </ul> <p>⇒ 診療の手引き等を含め分かりやすい啓発資料を作成し、医療機関に周知<br/>定期的に対応医療機関数を把握・進捗管理しながら、維持・拡大</p> <p>※医療機関名の公表は当面継続（冬の感染拡大に先立って対応を検討）<br/>※重症化リスクの低い者の自己検査・自宅療養（含む自己検査キット・解熱鎮痛剤常備）、受診相談センター等の取組は継続</p>  |
| 入院   | 約3,000の医療機関   | 約8,200の全病院での対応を目指す  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 上記の外来と同様の取組に加え、4月中に、各都道府県で9月末までの「移行計画」を策定し、新たな医療機関による受入を促進 <ul style="list-style-type: none"> <li>① 確保病床を有していた重点医療機関等（約3,000） <p>⇒ 重症・中等症Ⅱ患者への重点化を目指す</p> </li> <li>② これまで受入れ経験のある重点医療機関等以外の医療機関（約2,000） <p>⇒ 軽症・中等症Ⅰ患者の受入を積極的に促す</p> <p>特に、高齢者を中心に、「地域包括ケア病棟」等での受入を推進</p> </li> <li>③ これまで受入れ経験のない医療機関 ⇒ 受入を促す</li> </ul> </li> </ul> <p>※廃止となる臨時の医療施設（新型インフルエンザ特別措置法）のうち必要なものはその機能を当面存続</p> |
| 入院調整 | 都道府県保健所設置市特別区 | 原則、医療機関間による調整       | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 病床状況の共有のためのG-MISなどITの活用推進</li> <li>➤ 円滑な移行のため、当面、行政による調整の枠組みを残す(病床ひっ迫時等に支援)</li> <li>➤ まずは軽症・中等症Ⅰ患者から医療機関間の調整を進め、秋以降、重症者・中等症Ⅱ患者の医療機関間の調整を進める</li> <li>➤ 妊産婦、小児、透析患者は、都道府県における既存の調整の枠組みに移行</li> </ul>  |



# 診療報酬の取扱い（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し①）

- 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴い、令和5年5月8日以降、以下の考え方の下、診療報酬上の特例について見直しを行う。
- また、冬の感染拡大に先立ち、今夏までの医療提供体制の状況等を検証しながら必要な見直しを行う。その上で、令和6年度診療報酬改定において、恒常的な感染症対応への見直しを行う。

| 対応の方向性・考え方 |   | 現行措置（主なもの）  | 位置づけ変更後（令和5年5月8日～）   |                   |
|------------|---|---|--|-------------------|
| 外来         | 空間分離・時間分離に必要な人員、PPE等の感染対策を引き続き評価<br>その上で受入患者を限定しないことを評価する仕組みへ             | <b>300点</b><br>【院内の感染対策が要件】                                   | ① <b>300点</b> 【対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形で8月末までに移行】又は、<br>② <b>147点</b> 【①に該当せず、院内感染対策を実施】 | 医療体制の状況等を検証しながら判断 |
|            | 届出の簡略化などの状況変化を踏まえて見直し<br>位置付け変更に伴い、医療機関が実施する入院調整等を評価                      | <b>250点</b> （3月は147点）<br>【発熱外来の標榜・公表が要件】                      | —<br>（R5.3月末に終了）   |                   |
|            |   | <b>950点</b><br>【初診含めコロナ患者への診療】<br>※コロナブリーブ投与時の特例（3倍）あり        | <b>147点</b><br>【初診時含めコロナ患者への療養指導（注）】<br>※コロナブリーブ投与時の特例（3倍）は終了<br><br>（注）家庭内の感染防止策や、重症化した場合の対応等の指導      |                   |
| 在宅         | 緊急往診は、重症化率の変化に伴う必要性の低下を踏まえて見直し<br>介護保険施設等での療養を支援する観点から同施設等に対する緊急往診は引き続き評価 | <b>2,850点</b><br>【緊急の往診】                                      | <b>950点/回</b><br>【コロナ患者の入院調整を行った場合】  |                   |
|            |   |   | <b>950点</b><br>【緊急の往診】<br>※介護保険施設等への緊急往診に限り2,850点を継続   |                   |
|            | 往診時等の感染対策を引き続き評価  | <b>950点</b><br>【介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】 | <b>950点</b><br>【介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】  |                   |
|            |   | <b>300点</b><br>【コロナ疑い/確定患者への往診】                               | （引き続き評価）   |                   |

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

## 診療報酬の取扱い(新型コロナの診療報酬上の特例の見直し②)

| 対応の方向性         |  | 現行措置(主なもの)   | 位置づけ変更後(令和5年5月8日～)   |                   |
|----------------|--|--|--|-------------------|
| 入院             | 入院患者の重症化率低下、看護補助者の参画等による業務・人員配置の効率化等を踏まえて見直し | ①重症患者<br><u>ICU等の入院料:3倍</u><br>(+8,448～+32,634点/日)                       | ①重症患者<br><u>ICU等の入院料:1.5倍</u><br>(+2,112～+8,157点/日)  | 医療体制の状況等を検証しながら判断 |
|                |  | ②中等症患者等<br><u>救急医療管理加算:4～6倍</u><br>(3,800～5,700点/日)                      | ②中等症患者等(急性期病棟等)<br><u>救急医療管理加算:2～3倍</u><br>(1,900～2,850点/日)<br>※ 介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟(例:地域包括ケア病棟等)が受け入れる場合は加算(+950点/日) |                   |
|                | 介護業務の増大等を踏まえ、急性期病棟以外での要介護者の受入れを評価            | コロナ回復患者を受け入れた場合<br><u>750点/日</u><br>(さらに+1,900点は30日目まで、その後、+950点は90日目まで) | コロナ回復患者を受け入れた場合<br><u>750点/日</u><br>(60日目まで。さらに14日目までは+950点)   |                   |
|                |  |  |  |                   |
| 必要な感染対策を引き続き評価 |  | <u>250～1,000点/日</u><br>(感染対策を講じた診療)                                      | (引き続き評価)   |                   |
|                |  | <u>300点/日</u><br>(個室での管理)  | (引き続き評価)   |                   |
|                |  | <u>250点/日</u><br>(必要な感染予防策を講じた上でリハビリテーションを実施)                            | (引き続き評価)   |                   |
| 歯科             | コロナ患者への歯科治療を引き続き評価                           | <u>298点</u><br>(治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施)                               | (引き続き評価)   |                   |
| 調剤             | コロナ患者への服薬指導等を引き続き評価                          | <u>訪問対面500点、電話等200点</u><br>(自宅・宿泊療養患者に薬剤を届けた上での訪問対面/電話等による服薬指導の特例)       | (引き続き評価)<br>※自宅・介護保険施設等への対応を評価<br><br>※薬局におけるコロナ治療薬の交付は服薬管理指導料:2倍(+59点又は+45点)  |                   |

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

## 病床確保料の見直し

- ① 病床確保料の補助単価（上限）は、これまで診療報酬の引き上げに合わせた見直しを行ってきたところ、今般、診療報酬特例の見直しに連動して見直し（半額）を行う（当面、9月末まで継続）。
- ② また、休止病床の補助上限数については、コロナ入院医療における人員配置等の変化など実態を踏まえて見直しを行う。

### ①補助単価（上限）の見直し

| 病床区分       | 重点医療機関                           |                                  | 一般の医療機関            |
|------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------|
|            | (特定機能病院等)                        | (一般病院)                           |                    |
| I C U      | 補助上限額<br>436,000円/日 → 218,000円/日 | 補助上限額<br>301,000円/日 → 151,000円/日 | 補助上限額<br>97,000円/日 |
| H C U (※1) | 補助上限額<br>211,000円/日 → 106,000円/日 | 補助上限額<br>211,000円/日 → 106,000円/日 | 補助上限額<br>41,000円/日 |
| その他病床      | 補助上限額<br>74,000円/日 → 37,000円/日   | 補助上限額<br>71,000円/日 → 36,000円/日   | 補助上限額<br>16,000円/日 |

(※1) 一般の医療機関においては、重症者・中等症者病床

### ②休止病床の補助上限数の見直し

- 休止病床の補助上限数について、即応病床（※2）**1床あたり休床1床に見直す**（現在2床が上限）。

（※2）その他病床の場合（特別な事情がある場合の経過措置あり）。ICU・HCU病床の場合は2床を上限に見直す（現行4床を上限）。



## 高齢者施設等における対応

入院が必要な高齢者は、適切かつ確実に入院できる体制を確保しつつ、施設における感染対策の徹底、医療機関との連携強化、療養体制の確保、退院患者の受け入れ促進等を進める。

|            | 位置づけ変更後（現行の各種施策・措置を当面継続）  |
|------------|---|
| 感染対策       | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 感染対策の徹底、希望者に対する新型コロナワクチンの接種</li> <li>➤ 高齢者施設における陽性者が発生した場合の周囲の者への検査や従事者への集中的検査</li> </ul>                  |
| 医療機関との連携強化 | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 高齢者施設で新型コロナウイルス感染症患者等が発生した場合における相談、往診、入院調整等を行う医療機関の事前の確保</li> <li>➤ 高齢者施設へ看護職員を派遣する派遣元医療機関等への補助</li> </ul> |
| 療養体制の確保    | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 施設内療養を行う施設等への支援の実施（医療機関との連携体制を確保している等の要件を満たす高齢者施設）</li> <li>➤ 緊急時の人材確保や施設の消毒・清掃に要する費用等の補助</li> </ul>       |
| 退院患者受入促進   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 退院患者の受入促進のための介護報酬上の特例</li> </ul>   |

# 患者等に対する公費支援の取扱い

|       | 現行   | 位置づけ変更後  | 具体的な措置など  |
|-------|--|--|---|
| 外来医療費 | <ul style="list-style-type: none"> <li>行政による患者の外出自粛要請</li> <li>外来医療費の自己負担分を公費支援</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>患者の外出自粛は求められない</li> <li>高額な治療薬の費用を公費支援</li> <li>その他は自己負担</li> </ul> | <p>➤ 新型コロナ治療薬※<sup>1</sup>の費用は、急激な負担増を避けるため、公費支援を一定期間※<sup>2</sup>継続</p> <p>※<sup>1</sup> 経口薬（ラゲプリオ・パキロピッド、ソコーバ）、点滴薬（ベクルリー）、中和抗体薬（ロナプリーブ、ゼビュディ、エバジェルド）</p> <p>※<sup>2</sup> 夏の感染拡大への対応としてまずは9月末まで措置し、その後の本措置の取扱いについては、他の疾病とのバランスに加え、国の在庫の活用や薬価の状況も踏まえて冬の感染拡大に向けた対応を検討</p> |
| 入院医療費 | <ul style="list-style-type: none"> <li>行政による入院措置・勧告</li> <li>入院医療費の自己負担分を公費支援</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>行政による入院措置・勧告はなくなる</li> <li>入院医療費の一部を公費支援</li> </ul>                 | <p>➤ 新型コロナ治療のための入院医療費は、急激な負担増を避けるため、一定期間※、高額療養費の自己負担限度額から、2万円を減額（2万円未満の場合はその額）</p> <p>※ 夏の感染拡大への対応としてまずは9月末までの措置とする。その後については、感染状況等や他の疾患との公平性も考慮しつつ、その必要性を踏まえて取扱いを検討</p>   |
| 検査    | <ul style="list-style-type: none"> <li>患者を発見・隔離するため、有症状者等の検査費用を公費支援</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>検査費用の公費支援は終了</li> <li>※高齢者施設等のクラスター対策は支援継続</li> </ul>               | <p>➤ 検査キットの普及や他疾患との公平性を踏まえ、公費負担は終了（自己負担）</p> <p>➤ 重症化リスクが高い者が多い医療機関、高齢者施設等での陽性者発生時の周囲の者への検査や従事者の集中的検査は行政検査として継続</p>   |

※これまで自治体が設置していた健康フォローアップセンターや宿泊療養施設については、患者の発生届や外出自粛要請がなくなるため終了するが、救急・外来・病床への影響を緩和するため、受診相談・体調急変時の相談機能や高齢者・妊婦の療養のための宿泊療養施設については、期限を区切って継続。



## (参考) 患者等に対する公費支援の取扱い

### 【位置づけ変更後(5/8～)の医療費のイメージ】

#### ○外来医療費

|                 | 現在(～5/7) |        | 5/8～         |              | (参考) 新型コロナ治療薬の支援がない場合 |              |
|-----------------|----------|--------|--------------|--------------|-----------------------|--------------|
|                 | コロナ      | インフル   | コロナ(※1・2)    | インフル(※1)     | コロナ                   | インフル         |
| 75歳以上<br>(1割負担) | 860円     | 1,170円 | 1,240～1,390円 | 1,330～1,480円 | 10,670～10,820円        | 1,330～1,480円 |
| 70歳未満<br>(3割負担) | 2,590円   | 3,510円 | 3,710～4,170円 | 3,990～4,450円 | 32,010～32,470円        | 3,990～4,450円 |

【前提】5/8以降は、初診料等に含まれるコロナ特例について、院内感染対策を引き続き評価しつつ、届出の簡略化といった事務負担軽減等に伴い見直し。新型コロナはカロナール・ラゲブリオ、インフルはカロナール・タミフルを処方するものとして計算

※1 陽性判明前の検査料等・コロナ陽性判明後の医療費について5/8以降は自己負担が発生

※2 コロナ治療薬の自己負担分は公費で補助

#### ○入院医療費

| 75歳以上                     | 現在(～5/7)     |                     | 5/8～                 |                     | (参考) 新型コロナの補助がない場合   |                     |
|---------------------------|--------------|---------------------|----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
|                           | コロナ<br>(食事代) | インフル<br>(食事代)       | コロナ<br>(食事代)         | インフル<br>(食事代)       | コロナ<br>(食事代)         | インフル<br>(食事代)       |
| 住民税非課税<br>(所得が一定以下) (17%) | 0円<br>(0円)   | 15,000円<br>(1,800円) | 0円<br>(3,000円)       | 15,000円<br>(1,800円) | 15,000円<br>(3,000円)  | 15,000円<br>(1,800円) |
| 住民税非課税 (24%)              | 0円<br>(0円)   | 24,000円<br>(3,780円) | 4,600円<br>(6,300円)   | 24,000円<br>(3,780円) | 24,600円<br>(6,300円)  | 24,000円<br>(3,780円) |
| ～年収約383万 (52%)            | 0円<br>(0円)   | 24,000円<br>(8,280円) | 37,600円<br>(13,800円) | 24,000円<br>(8,280円) | 57,600円<br>(13,800円) | 24,000円<br>(8,280円) |

【前提】5/8以降は、重症・中等症患者等の特例措置について、業務・人員配置の効率化が図られている実態等を踏まえ見直し(4～6倍→2～3倍など)を実施。新型コロナは中等症で10日間、インフルは6日間入院したものとして計算

## 病原性が大きく異なる変異株が生じた場合の対応

○新型コロナの感染症法上の位置づけを変更した後に、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなど、科学的な前提が異なる状況になれば、ただちに必要な対応を講じる。

➤ 具体的には、科学的知見や専門家の意見等を踏まえ、感染症法上の入院勧告等の各種措置が必要になるかどうかも含めて速やかに検討し、必要があると認められれば、新型コロナウイルス感染症の発生時と同様に、この新たな変異株を、まずは感染症法上の「指定感染症」に位置づけることにより（政令で措置）、一時的に対策を強化する。

➤ 指定感染症に位置付けたうえで、病状の程度が重篤で、全国的かつ急速なまん延のおそれがあると認められる場合には、厚生労働大臣から総理への報告を行い、新型インフル特措法に基づく政府対策本部及び都道府県対策本部を設置する。

※新たな変異株の特性等によっては、ただちに「新型インフルエンザ等感染症」に位置づけることもあり得る。

➤ 政府対策本部においては、基本的対処方針を定め、その中で、行動制限の要否を含めた感染対策について決定することとなる。

➤ 加えて、新たな変異株の特性なども踏まえ、これまでの対応の知見等も活用しつつ、必要な方が適切な医療にアクセスできるよう、各都道府県と連携し、病床や外来医療体制の確保を行っていく。

## ようやく進み始めたコロナ特例からの「正常化」

医療

- 財審において繰り返しご指摘いただいた、コロナ特例からの「正常化」については、最後に医療分野の特例が大きく残っている状態。
- 今般（5月8日～）、感染症法上の分類が季節性インフルエンザと同じく「5類」とされたことに伴い、3年にわたって続いてきた診療報酬の特例的な上乘せ、病床確保料、ワクチン接種支援などが縮減されることとなった。
- 疾病の類型が変更されたことを踏まえ、予定されている経過的な取り扱いを経て、早急に特例を解消する必要。

### ◆歴史の転換点における財政運営（2022年5月25日）財政制度等審議会（抄）

#### （4）新型コロナにおける財政措置について

財政支出の効果について当審議会でたびたび議論になったものが、令和2年度（2020年度）以来の新型コロナの中での財政支出である。（中略）これまで医療提供体制等の強化のために主なもので16兆円程度の国費による支援が行われてきた結果として、地域医療の確保に当然に責任を果たすべき国公立病院で、コロナ前から一転し、好調な決算となっている事実は指摘しておかなければならない。これなどは、病床確保料などの財政支援の在り方についての問題の所在を示唆するものである。

（中略）

現在も、こうした新型コロナ対応の予算の執行は続いている。新型コロナウイルス感染症対策予備費によるものも含めこれらの予算が多額の支出に見合う成果を挙げられたのか、検証を続け、「正常化」に向けた今後の政策対応や、将来の危機対応にいかしていくべきである。



## この3年間の医療関係の特例的な支援

医療

○ この3年間、病床確保料、ワクチン接種支援に加えて、感染防止対策、ワクチン接種・検査の費用など医療提供体制のために主なもので21兆円程度の国費による支援が行われている。

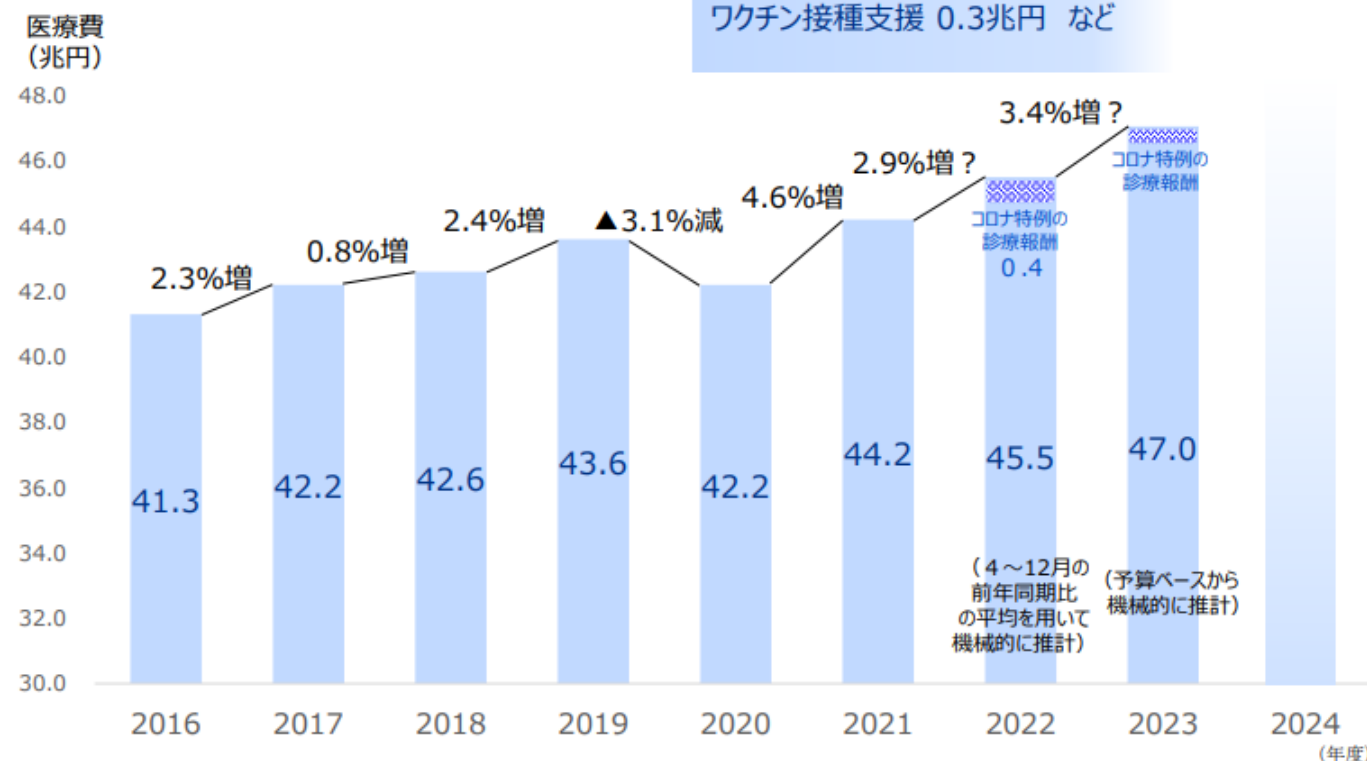
- 病床確保料 : 5.0兆円(1床当たり1日最大43.6万円)〈実績見込み〉
- ワクチン接種支援 : 0.3兆円(週100回以上接種した場合の上乗せ支援等)〈実績見込み〉
  
- 病床確保のための緊急支援 : 0.3兆円(上記の病床確保料に加えて1床増やすごとに最大1,950万円の支援)
- 診療報酬特例 : 0.1兆円(新型コロナウイルス感染症の入院患者の特例的評価等)
- 医療従事者への慰労金支給 : 0.3兆円(医療従事者や職員に対し、最大20万円を慰労金として支給)
- 感染拡大防止支援
- その他緊急包括支援交付金 : 4.0兆円(医療機関・薬局において、感染防止対策等に要する費用の補助)
- ワクチン接種 : 3.0兆円(接種負担金(1回2,070円等)、接種体制確保補助金(会場費用、医師等の謝金等)等)
- 検査費用 : 0.9兆円(PCR等の行政検査、一定の高齢者・妊産婦等への検査等)
  
- 治療薬の確保 : 1.3兆円
- ワクチン購入・流通経費 : 2.9兆円
- ワクチンの開発・生産支援等 : 1.3兆円(ワクチン生産体制支援、研究開発支援、治験実施支援等)
- 検疫体制強化 : 0.4兆円
- 医療用物資・システム整備等 : 1.2兆円(医療用マスク・人工呼吸器の購入、物資の買い上げ等)

## 最近の医療費の動向

医療

- 新型コロナ初年度である2020年度は患者数の減少等により医療費（＝医療機関の収入）は一時的に落ち込んだが、それ以降は、コロナ前を上回るペースで医療費は増大。
- これに加えて、この3年間、巨額の国費（補助金等）が医療機関に交付されており、病床確保料、ワクチン接種支援だけでも過去3年間で5兆円に上ると見込まれる。

### ◆医療費の動向



### ◆医療費の伸び率 (対前年同期比、%)

|          | 総計   | うち病院 | うち診療所 |
|----------|------|------|-------|
| 2022年 4月 | +0.7 | +0.3 | +3.2  |
| 5月       | +5.4 | +5.5 | +7.1  |
| 6月       | +3.7 | +4.4 | +4.3  |
| 7月       | +2.7 | +1.0 | +10.0 |
| 8月       | +3.1 | ▲1.8 | +15.4 |
| 9月       | +3.4 | +1.5 | +9.2  |
| 10月      | +2.6 | +2.7 | +5.4  |
| 11月      | +2.8 | +1.3 | +8.5  |
| 12月      | +2.0 | ▲1.6 | +12.4 |
| 4～12月    | +2.9 | +1.4 | +8.4  |

(注1) 医療費について、2021年度までは厚生労働省「医療費の動向」の概算医療費。2022年度は厚生労働省「医療費の動向」の概算医療費(4～12月の対前年同期比)を用いて機械的に推計。2023年度は国民医療費(予算ベース)を2020年度の国民医療費と概算医療費の割合を基に概算医療費ベースに推計。  
(注2) 病床確保料及びワクチン接種支援について、2021年度までは都道府県の執行実績又は国の支出済額。2022年度は決算確定前のため2021年度の金額と同額を見込んでいます。

(注) 「総計」には医科・歯科・保険薬局・訪問看護ステーションが含まれる。「病院」及び「診療所」はそれぞれ医科のみ。  
(出所) 厚生労働省「医療費の動向」



## 直近の医療機関の財務状況

医療

## ◆「医療経済実態調査」によるこれまでの病院・診療所の収益率

| 年(度) | 一般病院<br>(医療法人) | 一般診療所<br>(医療法人) |
|------|----------------|-----------------|
| 2015 | 2.1%           | 6.8%            |
| 2016 | 1.8%           | 6.2%            |
| 2017 | 2.6%           | 6.1%            |
| 2018 | 2.8%           | 6.0%            |
| 2019 | 1.8%           | 6.5%            |

(出所) 厚生労働省「医療経済実態調査」

(注1) 上記調査は2年に1回(西暦の奇数年)実施され、その前年度と前々年度の経営状況を調査しているが、調査回ごとに対象の医療機関が異なるため、異なる調査回の間での比較は困難。より精緻な分析を行うため、全医療法人が提出する事業報告書等のデータベース化等の対応が今後必要。

(注2) 「一般病院」は国公立病院等を除く。

(注3) 上記の収益率は、全体の収益(医業・介護収益)のうち損益差額が占める割合。

## ◆一般病院(医療法人)の直近の経営状況(一施設あたり)〈東京都〉

|                   | 2020年度 | 2021年度             |
|-------------------|--------|--------------------|
| 事業収益              | 49.7億円 | 53.1億円             |
| 事業費用              | 48.3億円 | 50.2億円             |
| 事業利益              | 1.4億円  | 2.9億円              |
| 経常利益              | 1.5億円  | 3.3億円              |
| 純資産<br>(増加額)      | 24.4億円 | 27.1億円<br>(+2.7億円) |
| 経常利益/事業費用         | 3.2%   | 6.6%               |
| 純資産の増加が事業費用に占める割合 | —      | 5.4%               |

(注) n=126施設

(出所) 武蔵野大学国際総合研究所 松山幸弘研究主幹による東京都の医療法人の事業報告書等の集計データ

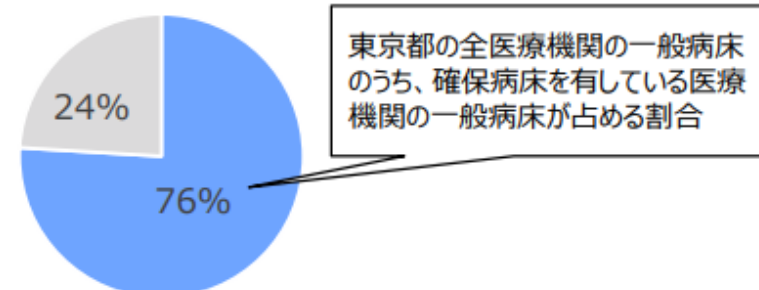
## ◆「病院経営定期調査」によるコロナ前後の病院の経常利益率

| 年度   | 病院の経常利益率<br>※国公立病院等を含む | コロナ関連緊急包括支援事業<br>補助金<br>(一般病床100床あたり平均) |
|------|------------------------|---|
| 2018 | ▲0.6%                  | —                                       |
| 2019 | ▲0.6%                  | —                                       |
| 2020 | 3.7%                   | 2.3億円                                   |
| 2021 | 7.5%                   | 2.9億円                                   |

(注) 病院の経常利益率: n=211施設、コロナ関連緊急包括支援事業補助金: n=461施設

(出所) (公社) 全日本病院協会等「2022年度病院経営定期調査」資料を基に作成

## ◆コロナ受入れ病院の病床数



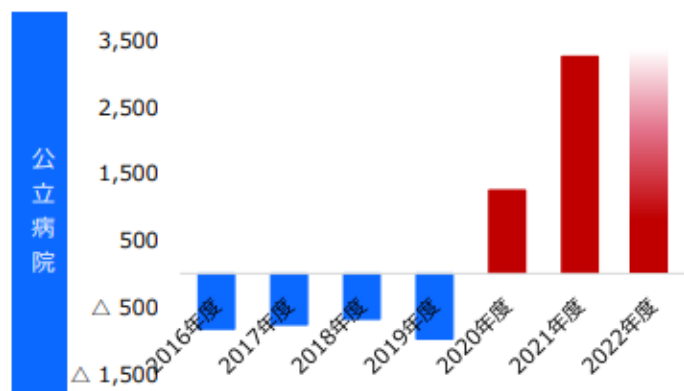
(出所) G-MIS「新型コロナウイルス感染症対策に係る各医療機関内の病床の確保状況・使用率等の報告」、(一財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構資料を基に作成

## 公立病院等の状況

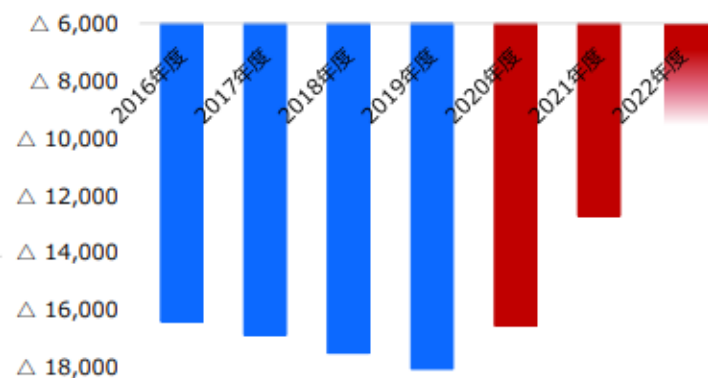
医療

(単位: 億円)

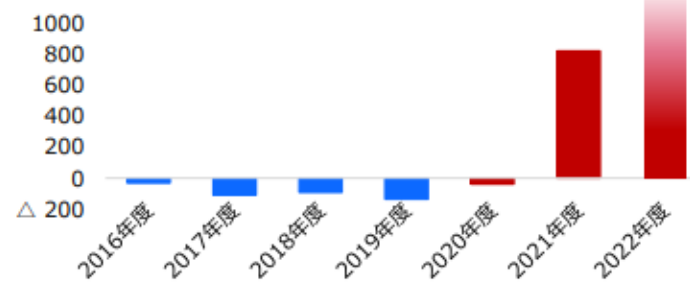
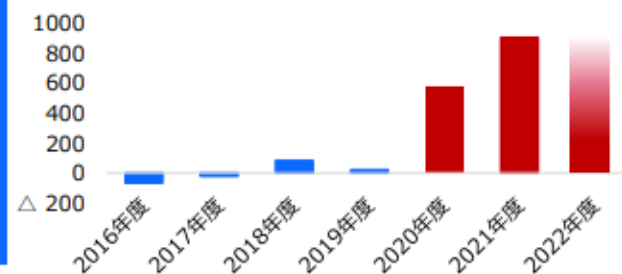
経常損益



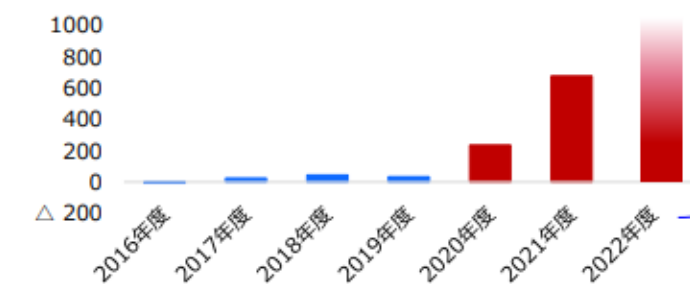
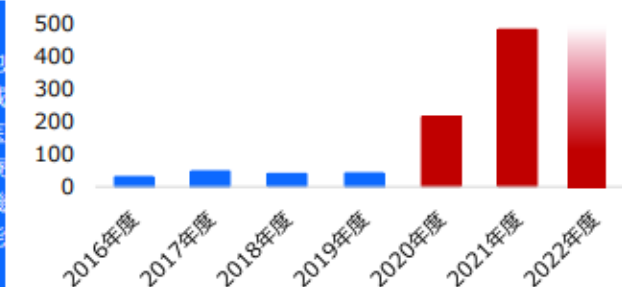
利益剰余金(積立金)/繰越欠損金



国立病院機構



地域推進医療機構機能

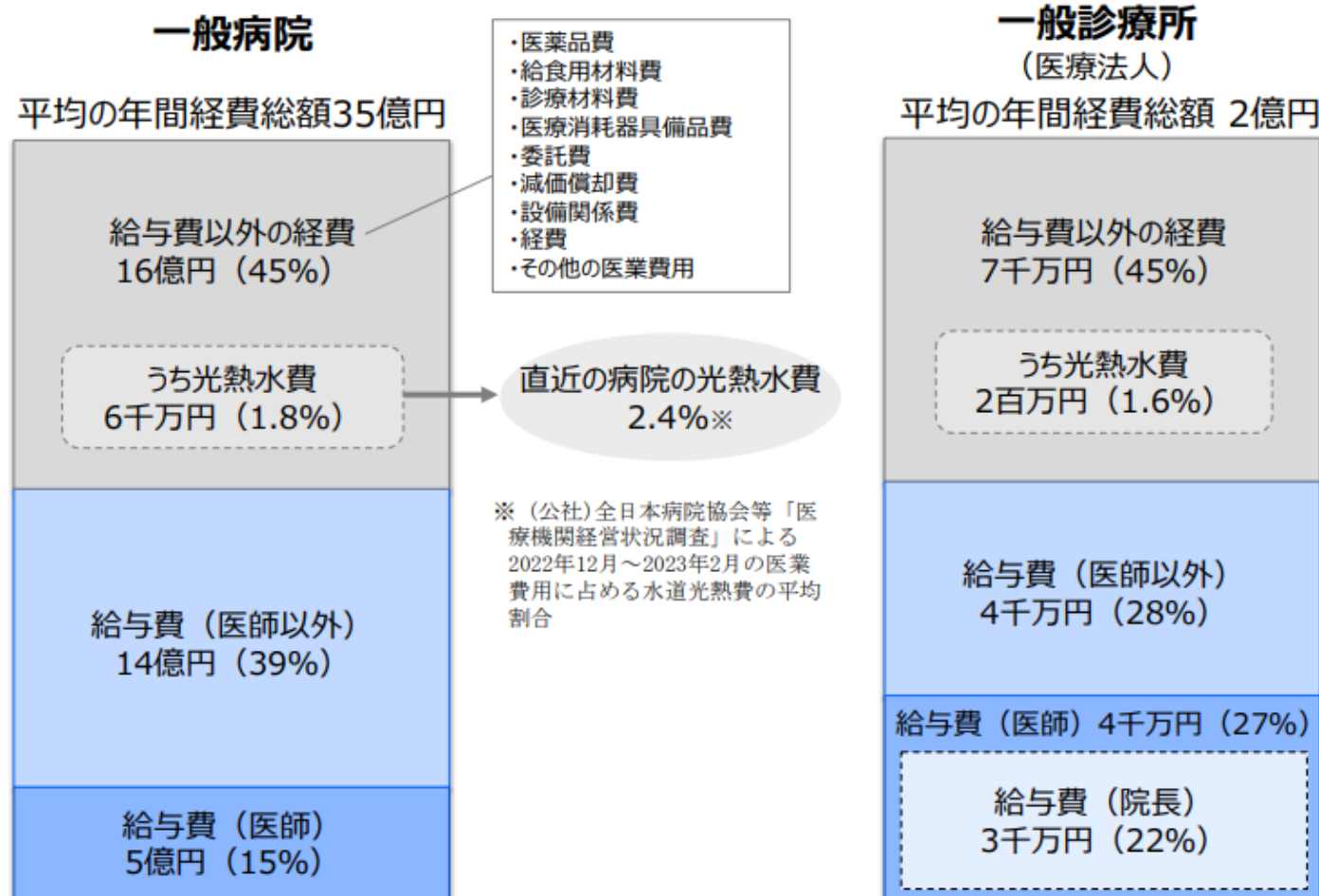


積立金や収支の状況を  
みて、病床確保料の範  
囲内で、防衛財源に拠  
出予定(法案国会審  
議中)

(出所) 各法人財務諸表、総務省「地方公営企業決算状況調査」

# 病院・診療所の経費構造

医療



(注1) カッコ書きは経費全体に占める割合。

(注2) 一般病院の給与費(医師)には、病院長の給与費も含まれる。

(注3) 給与費には、職員の給与・賞与のほか、退職金、法定福利費が含まれている。また、厚生労働省「第23回医療経済実態調査報告」2020年(度)の「職種別常勤職員1人平均給料年(度)額等」では、一般診療所(医療法人)の院長に係る平均給料年(度)額及び賞与の合計は2,730万円とされている。

(出所) 各経費(光熱水費及び給与費の内訳を除く)については厚生労働省「第23回医療経済実態調査報告」2020年(度)。一般病院の光熱水費は(公社)全日本病院協会等「医療機関経営状況調査」の2021年12月～2022年2月の医業費用に占める水道光熱費の平均割合、一般診療所の光熱水費は厚生労働省「2020(令和2)年産業連関構造調査(医療業・社会福祉事業等投入調査)」の調査対象事業の経費に占める水道光熱費の割合を基に算出。給与費の内訳については、内閣官房「公的価格評価検討委員会」(2022年11月22日)資料における人件費(賞与を除く)の職種間の配分状況に基づき推計。

# 今後の高齢化による医療費の増

医療

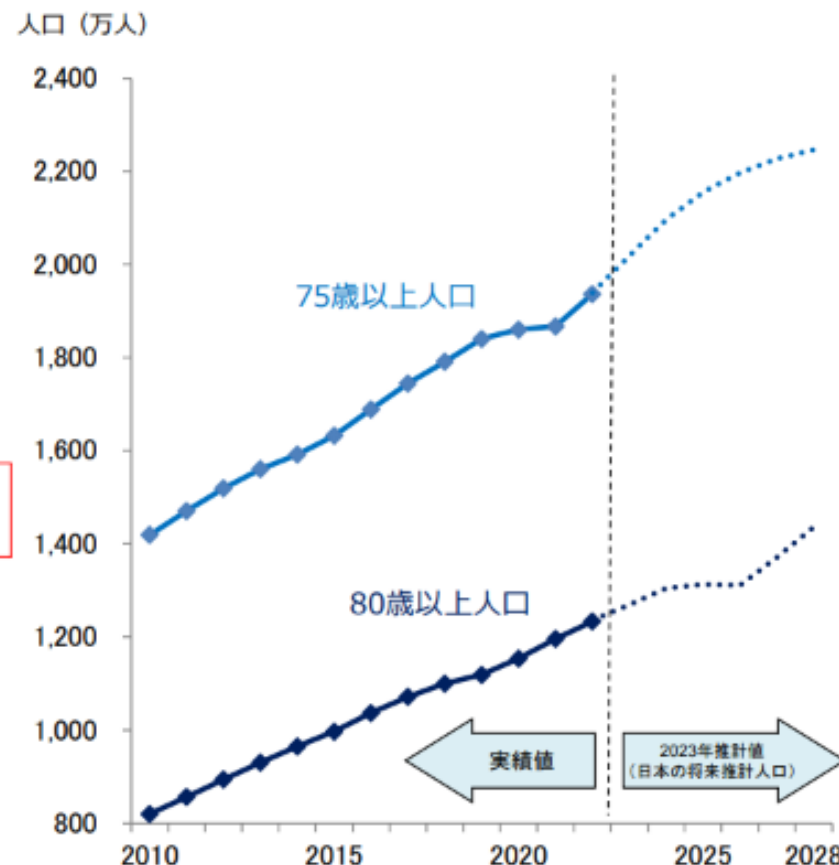
- これまで医療費は、高齢化や医療の高度化などにより、毎年2～3%増加している。今後も75歳以上人口の増加をはじめ、高齢化が続くことから、医療費の増加が見込まれる。

## ◆これまでの医療費の伸び率

|      | 医療費の<br>伸び率 | 診療報酬改定等 | 残差(①-②)<br>・高齢化・人口の影響<br>・医療の高度化<br>・制度改正 等 |
|------|-------------|---------|---|
|      | ①           | ②       |   |
| 2010 | 3.9%        | 0.19%   | 3.7%  |
| 2011 | 3.1%        |         | 3.1%  |
| 2012 | 1.6%        | 0.004%  | 1.6%  |
| 2013 | 2.2%        |         | 2.2%  |
| 2014 | 1.9%        | 0.1%    | 1.8%  |
| 2015 | 3.8%        |         | 3.8%  |
| 2016 | -0.5%       | -1.33%  | 0.8%  |
| 2017 | 2.2%        |         | 2.2%  |
| 2018 | 0.8%        | -1.19%  | 2.0%  |
| 2019 | 2.3%        | -0.07%  | 2.4%  |
| 2020 | -3.2%       | -0.46%  | -2.7%                                       |
| 2021 | 4.6%        | -0.9%   | 5.5%  |

平均毎年  
2.4%増

## ◆75歳以上人口・80歳以上人口の推移・見通し



(出典) 2022年までは総務省「人口推計」(各年10月1日現在)等  
2023年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2023年推計)」(出生中位(死亡中位))

※「診療報酬改定等」は、診療報酬改定のほかに薬価改定を含む



# 病床確保料の見直し(1)

医療

- 我が国ではコロナ発生以来3年間にわたり、コロナ病床確保のインセンティブとして、総額約5兆円の病床確保料が各病院に交付されている。
- 本年5月から新型コロナが感染症法上、季節性インフルエンザと同じ5類に分類変更となったことを受けて、病床確保料の単価を半額に見直している。本年9月末までに行政による入院調整と病床確保の枠組みからの移行を行うことになっており、早急な取り組みが求められる。

## ◆病床確保料の概要

<重点医療機関(特定機能病院等)>

| 病床の種別    | 病床確保料      |       |
|----------|------------|-------|
| I C U 病床 | 436,000円/日 | ← 12倍 |
| H C U 病床 | 211,000円/日 | ← 6倍  |
| その他病床    | 74,000円/日  | ← 2倍  |

<5月8日以降>

※診療報酬の見直しに連動して単価を半額に見直し  
※9月末までを目途とした措置

| 病床の種別    | 病床確保料      |
|----------|------------|
| I C U 病床 | 218,000円/日 |
| H C U 病床 | 106,000円/日 |
| その他病床    | 37,000円/日  |

<平時の入院診療収益(病床1床当たり)>

|                 | 令和元年度     |
|-----------------|-----------|
| 年間入院診療収益(売上)    | 1,313万円   |
| 1日当たり入院診療収益(売上) | 35,974円/日 |

(出所) 厚生労働省「第23回 医療経済実態調査」  
(注) 一般病院の全体の計数。

<都道府県から医療機関への病床確保料の交付実績>

| 2020年度 | 2021年度 | 2022年度(見込額) | 合計  |
|--------|--------|-------------|-----|
| 1.1兆円  | 1.9兆円  | 1.9兆円       | 5兆円 |

(注) 病床確保料の交付実績について、2021年度までは都道府県の執行実績。2022年度は決算確定前のため2021年度と同額を見込んでいる。

## ◆事務連絡「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」抄 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症対策推進本部(2023年3月17日)

(2) 移行計画の記載内容について

…冬の感染拡大に先立ち重点的に取組を進めるという「移行計画」の狙いから、10月以降は、病床確保の要請をせず、入院調整を医療機関間で行う体制に移行することを想定し、そうした体制に移行するための計画としていただきたい。9月末までの間は、病床確保の仕組みは残るものの、…これまで、確保病床外であっても対応できる能力を有する医療機関の増加を図る取組を進めていただいていた結果、…直近では、コロナ確保病床外での入院受入れは全体の約3分の1を占めるに至っている実態を踏まえ、今後は、より一層、病床確保によらずにコロナの入院患者の受入れが行われるように取組を進めていただくことが必要になる。



# 病床確保料の見直し(2)

医療

- 病床確保料については、特に新型コロナ発生当初、一定の病床確保のため必要な対策だったと考えられる。一方で、金額の水準や一般医療へのしわ寄せをはじめ問題を指摘され続けてきたが、一旦こうした特例を導入すると、見直しはなかなか進まなかった。

■ 毎日新聞 2022年5月10日

## 見えない予算：コロナ病床、民間鈍く 3兆円、公的病院は潤う

(中略) 巨額の公費をばらまいた結果、コロナ患者を積極的に受け入れた公的病院の経営が著しく改善するという結果も招いた。特に全国853ある公立病院は2019年度決算では980億円の経常赤字だったが、20年度決算で1,251億円の経常黒字に転じた。140病院を運営する国立病院機構は23億円から576億円に、57病院を抱える地域医療機能推進機構も42億円から213億円に経常黒字を大きく伸ばす結果となった。

■ 日本経済新聞 2022年10月14日

## 「第7波 一般医療への影響、検証を」愛知県病院協会会長

一 入院治療でも一般医療への影響はありましたか。

「コロナは医療機関の病床を占有してしまう。一般医療にしわ寄せが来てしまった。本来なら脳卒中や心筋梗塞の患者が入院治療を受けられたはずなのに、コロナ病床を設けるとできなくなる。地域医療として大きな問題で、影響を検証しなければならない」

## ◆ 令和5年度予算の編成等に関する建議(2022年11月29日) 財政制度等審議会 抄

そうした中でも、1日当たり最大40万円を上回る病床確保料は、平時の診療収益に比べて2倍から12倍を支払っている計算になる。新型コロナのための空床確保が通常医療を圧迫しているとの指摘も見られ、通常診療との公平性も考えれば、制度の在り方や支援額の水準について、更なる見直しが必要と考えられる。

## ◆ 病床確保料の見直しの経緯

### ■ 2022年10月1日 病床確保料の見直し

医療機関の収入額(診療収入額と病床確保料の合計額)がコロナ流行前の診療収入額の1.1倍を超える場合、当該医療機関のコロナ病床利用率が一定水準に満たないときに限り、病床確保料を調整する措置(1.1倍を超える分を調整)を導入。  
(即応病床利用率が50%以上の医療機関はこの調整措置の対象外。)

### ■ 2022年10月25日 全国知事会資料(国との意見交換会)抄

1. 即応病床利用率については、当該地域の平均的な病床利用率と比較して相当程度低い値その他都道府県の認める値と50%を比較し、低い数値を採用するなど柔軟な対応を可能とすること。
2. 医療機関は年度計画を立てコロナ患者受入れ体制を整えている中、年度途中の大幅な制度改正により病床確保料が減額となった場合、医療従事者の解雇、処遇改善の打切り、業務に関する様々な契約変更などが必要になり、経営に大きな影響を与えるため、経過措置期間を設けること。

### ■ 2022年11月21日 10月の見直し内容の変更

以下のA〜ウについては、都道府県知事の判断で病床確保料の調整対象としないことができる。  
ア 周産期、小児、透析、精神の4診療科  
イ 地域のコロナ病床確保に中核的な役割を果たす基幹的医療機関、構造上の事情により病床単位でコロナ病床を確保・運用する医療機関、都道府県知事がそれらに類する特段の事情があると認める医療機関  
ウ 令和4年10月1日(都道府県知事の判断により令和4年11月1日からの病床確保料を調整することとした場合は、令和4年11月1日とする。)から令和5年3月31日までの即応病床利用率が50%以上の医療機関

### ■ 2023年2月8日 全国知事会・日本医師会 共同声明 抄

幅広い医療機関における入院患者の受け入れ体制が整備されるまでには一定の期間を要することから、当該体制が整うまではそれぞれの地域において必要な医療を提供することができるよう、急激に減らすことなく十分な数の病床を確保することとし、病床確保料等をはじめとした病床の確保のための支援を継続すること。

### ■ 2023年3月10日 5類移行後の病床確保料の見直しを通知

### ■ 2023年3月28日 新型コロナ緊急包括支援交付金7,365億円を含む 予備費使用決定