

全国の病院に占める公立病院の役割

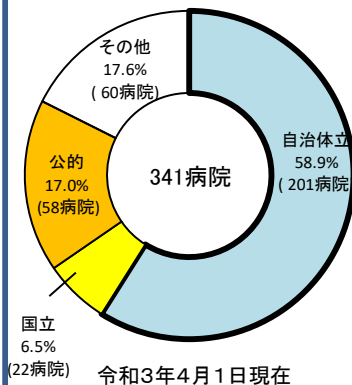
- 全国の病院に占める公立病院の割合は、病院数で約10%、病床数で約14%。
- 民間病院の立地が困難なへき地等における医療や、救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に係る医療、民間病院では限界のある高度・先進医療の多くを公立病院が担っている。

○全国の病院に占める公立病院の割合

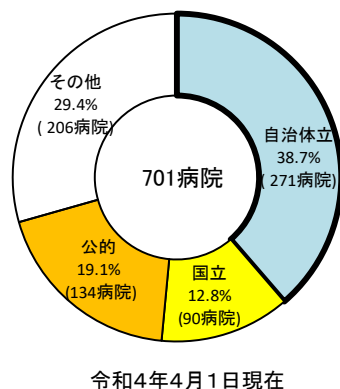
	病院数	病床数
全 体	8,182	1,496,856
公 立	849 (10.4%)	201,893 (13.5%)
国 立	316 (3.9%)	124,079 (8.3%)
公 的	345 (4.2%)	105,769 (7.1%)
そ の 他	6,672 (81.5%)	1,065,115 (71.2%)

※表は医療施設動態調査（令和4年3月末）（厚労省）より作成
 ※表の「公立病院」は、地方公営企業の病院及び公営企業型地方独立行政法人病院
 ※表の「公的病院」は、公立大学附属病院や日本赤十字社、済生会、厚生連等が開設・運営する病院

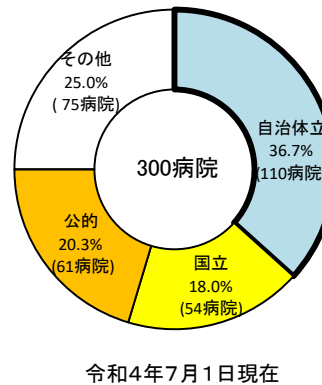
○自治体病院の役割
へき地医療拠点病院



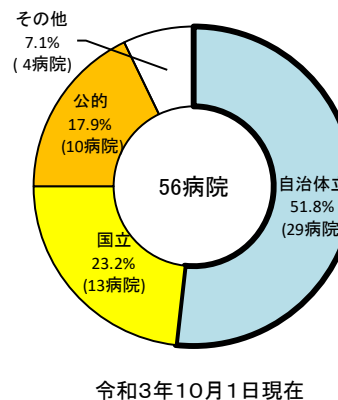
地域災害拠点病院



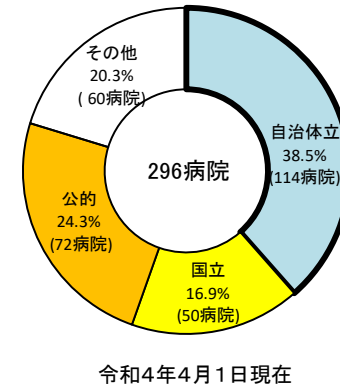
救命救急センター



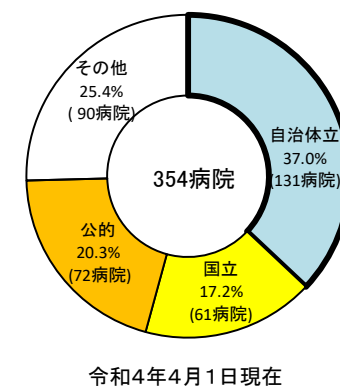
第一種感染症指定医療機関



地域周産期母子医療センター



地域がん診療連携拠点病院



（出典：厚労省調査より作成）

公立病院（地方独立行政法人を含む）の立地

- 公立病院の約65%は10万人未満市町村に、約31%は3万人未満市町村に所在

- へき地等を多く抱える都道府県ほど、全病床数に占める公立病院の病床数の割合が高い傾向にある

【所在市区町村人口区分別の公立病院数】

所在市区町村 の人口	病院数 ※地独法を含む	
合計	849	
23区及び指定都市	73	
30万人以上	63	
10万人～30万人	158	
5万人～10万人	171	全公立病院の 65.4%
3万人～5万人	122	
3万人未満	262	全公立病院の 30.9%

【公立病院の病床数の割合が高い都道府県】

都道府県名	割合 (%)	公立病院の病床数 ／全病床数
山形県	44.9	5,025／11,182
岩手県	41.7	5,304／12,727
青森県	38.2	5,120／13,386
富山県	31.6	4,017／12,694
滋賀県	31.5	3,822／12,151
山梨県	31.4	2,737／8,724
静岡県	30.7	9,349／30,406
和歌山県	30.3	3,418／11,280
岐阜県	30.2	4,911／16,275
島根県	29.9	2,347／7,857

※ 表の病院数は、令和3年度における地方公営企業の病院及び公営企業型地方独立行政法人病院（建設中の病院を除く。）

(参考) 東京都 8.3%
大阪府 11.3%

(出典: 令和3年度医療施設調査 (厚労省))

公立病院損益収支の状況

(単位:億円、%)

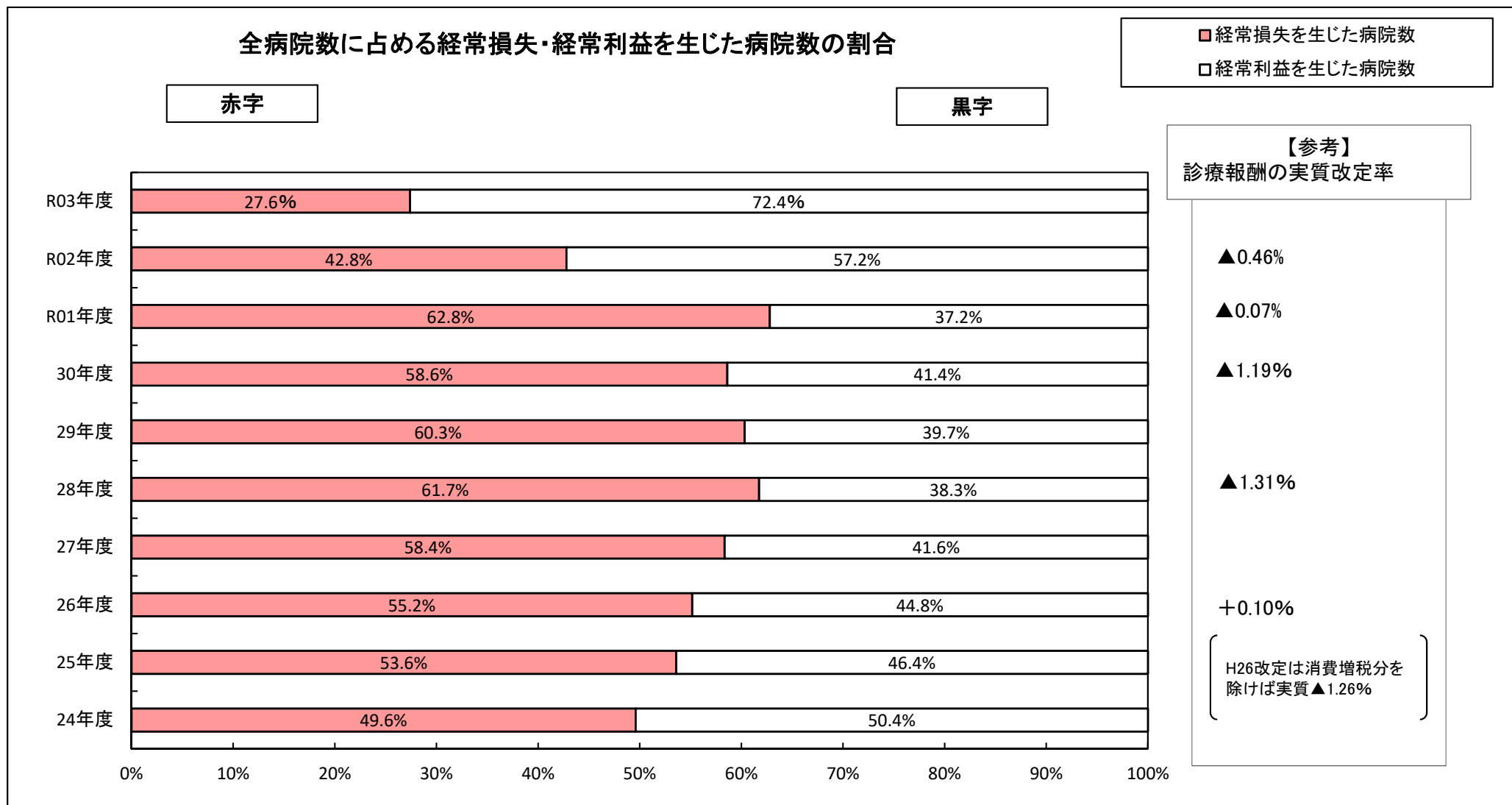
項目	年度	29	30	R1	2 (A)	3 (B)	$\frac{(B)-(A)}{(A)}$
総 収 益		50,013	51,016	52,070	55,285	58,401	5.6
(うち他会計繰入金)		6,082	6,203	6,302	6,493	6,384	△ 1.7
経 常 収 益		49,694	50,652	51,713	54,399	57,515	5.7
うち 医 業 収 益		43,657	44,487	45,526	44,360	46,676	5.2
うち 国庫(県)補助金		197	254	231	4,926	6,224	26.3
総 費 用		50,998	51,877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

出典:地方公営企業決算状況調査

(注1)公営企業型地方独立行政法人病院を含む。

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

公立病院経常収支の状況（黒字・赤字病院の割合）（地方独立行政法人を含む）



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

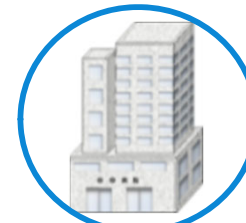
(6) 経営の効率化等

- ・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



基幹病院

急性期機能を集約

連携を強化

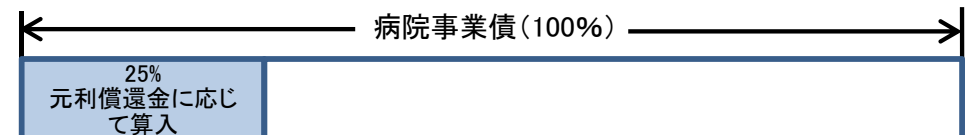
医師派遣・遠隔診療等



基幹病院以外の不採算地区病院等

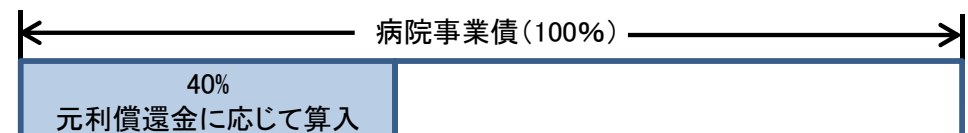
【病院事業債】

《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**。

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

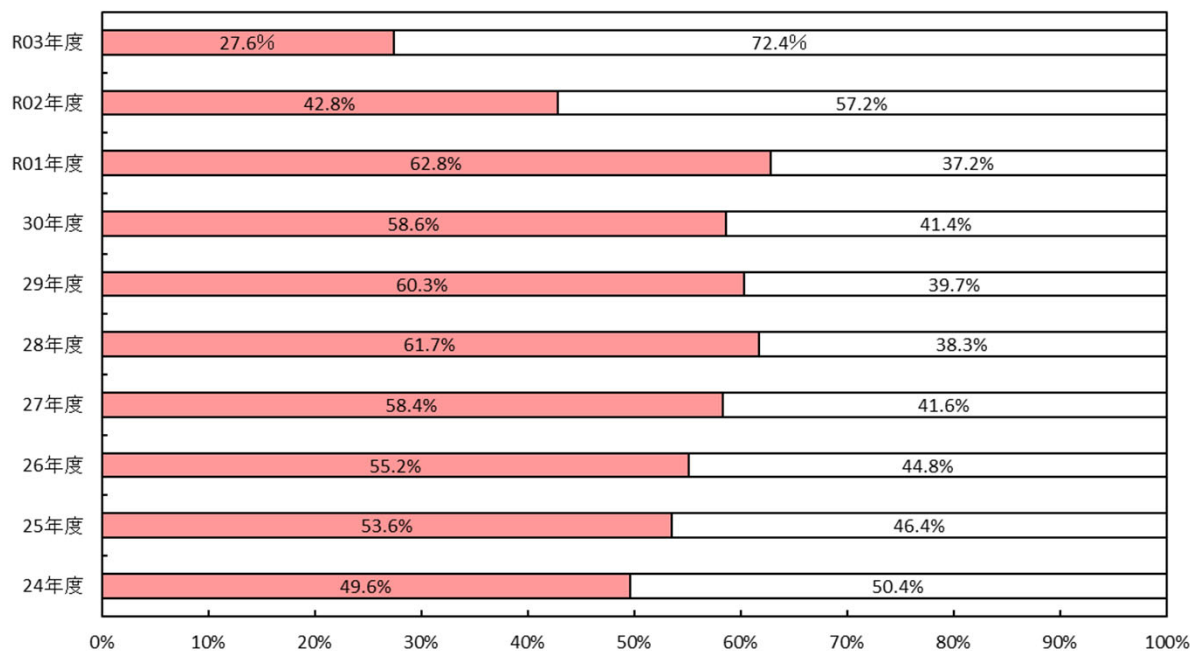
	H20～H26実績	H27～R2実績	合計	【参考】 実施中 (枠組合意)
再編・ネットワーク化 関連病院数	126公立病院	67公立病院	193公立病院	60公立病院

<参考2> 公立病院数及び病床数の比較

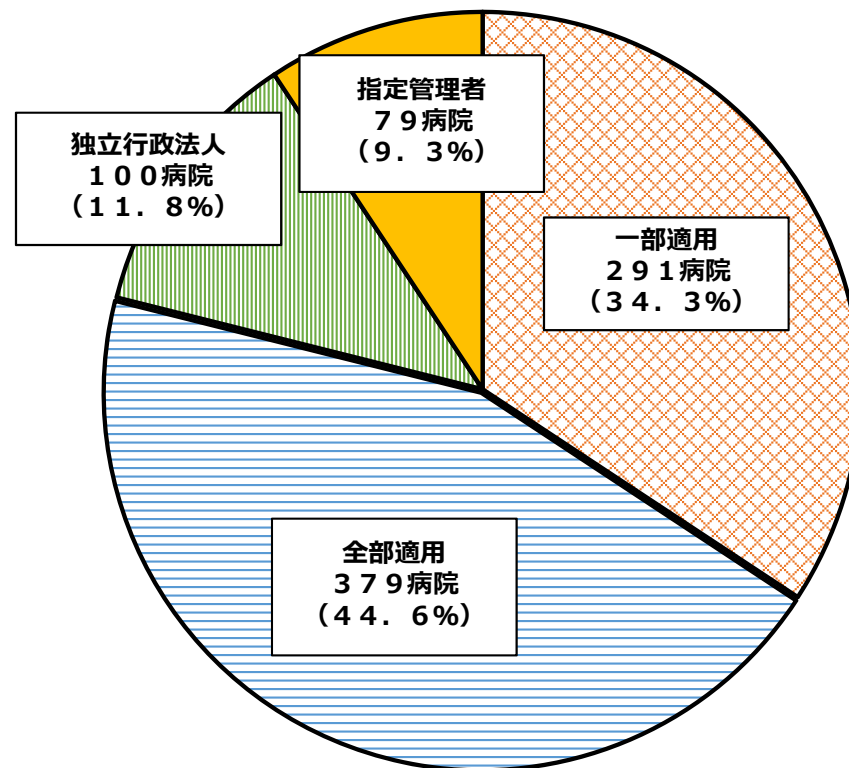
	H14 (ピーク時)	H20	R3	増減率 (H20→R3)	増減率 (H14→R3)
病院数	1,007	943	849	▲10.0%	▲15.7%
病床数	239,921	228,280	201,893	▲11.6%	▲15.9%

<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



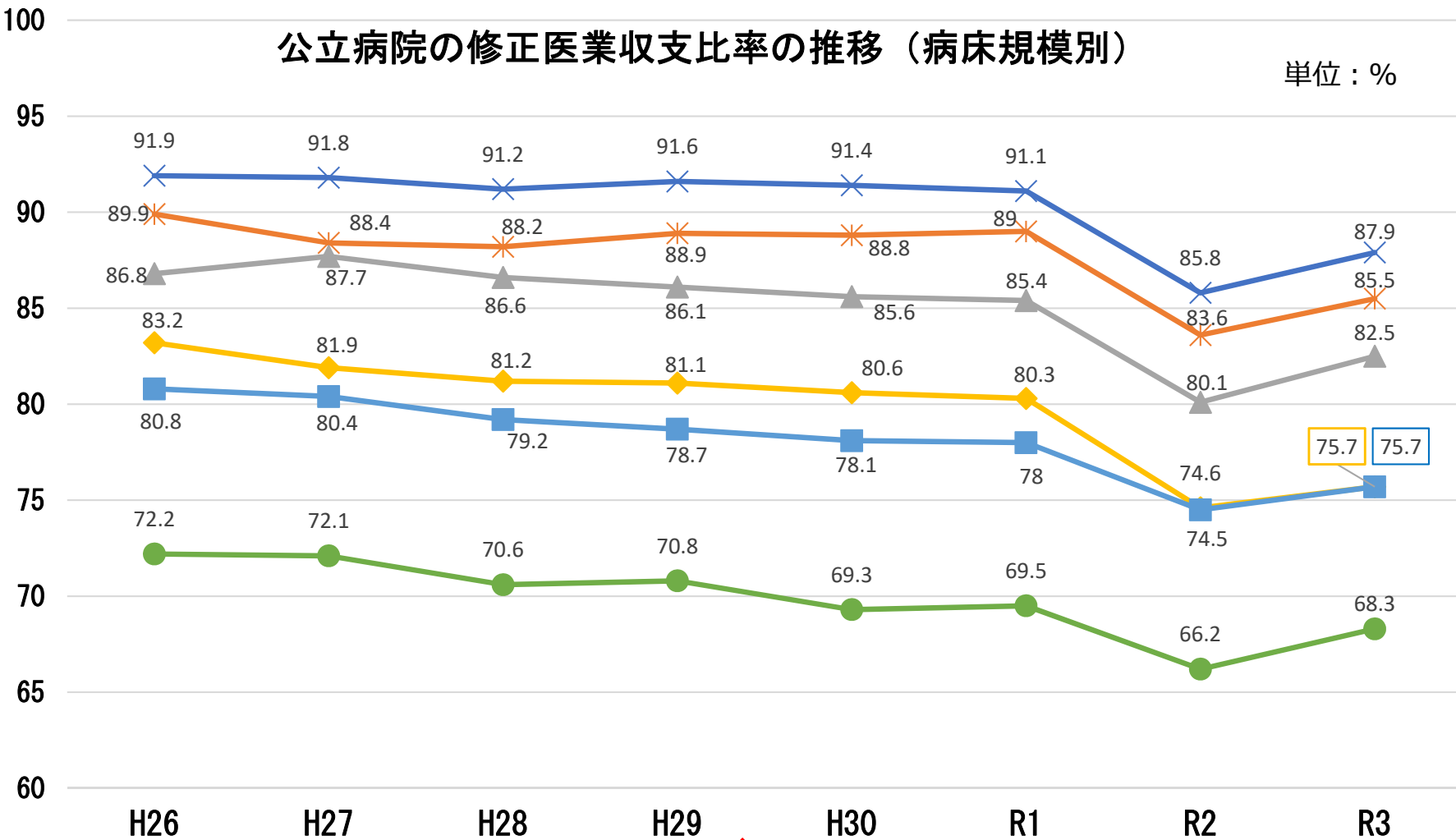
公立病院の経営状況 ②

○ 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：%

- 500床以上
- 400床以上500床未満
- 300床以上400床未満
- 200床以上300床未満
- 100床以上200床未満
- 100床未満



病床規模が小さくなるにつれ、修正医業収支比率が悪化している。

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

- 全国の病床数に占める公立病院の割合は約13%であるが、コロナ患者受入れのための確保病床数や人工呼吸器使用患者数に占める公立病院の割合は約3割となっており、コロナ対応において公立病院はその規模以上に重要な役割を果たしている。

● 全国の病床数に占める公立病院の病床数は約13%

1. 各都道府県の保健・医療提供体制確保計画の新型コロナウイルス感染症患者向けの病床数

	① 全病院の平均総数	② うち公立病院	③ 公立病院のシェア②/①
最大確保病床数	44,093	12,989	29%
即応病床数	33,881	9,669	29%

※最大確保病床数:コロナ患者の受入要請があれば患者受入を行うこととして都道府県と調整済みの、ピーク時の最大病床数

※即応病床数:都道府県が定める現時点でのフェーズにおいて、都道府県からの要請に応じてコロナ患者を受け入れることとして都道府県病床確保計画に定められている病床数

2. 人工呼吸器等使用コロナ入院患者数

	① 全病院の総数	② うち公立病院	③ 公立病院のシェア②/①
人工呼吸器等 使用入院患者数	7,145	2,010	28%

(注) 1. は、「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」(厚生労働省)における、令和3年12月1日～令和5年5月3日の各実績日時点における平均の病床数。

2. は、厚生労働省よりG-MIS(医療機関等情報支援システム)のデータ提供を受け、令和3年2月～令和5年4月の月末時点の期間合計の患者数。

(参考)は医療施設動態調査、地方公営企業決算統計より。

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

改正感染症法における医療機関の役割

改正感染症法(令和6年4月施行)の概要

規定	公的医療機関等	特定機能病院 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 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 （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 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 （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 （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

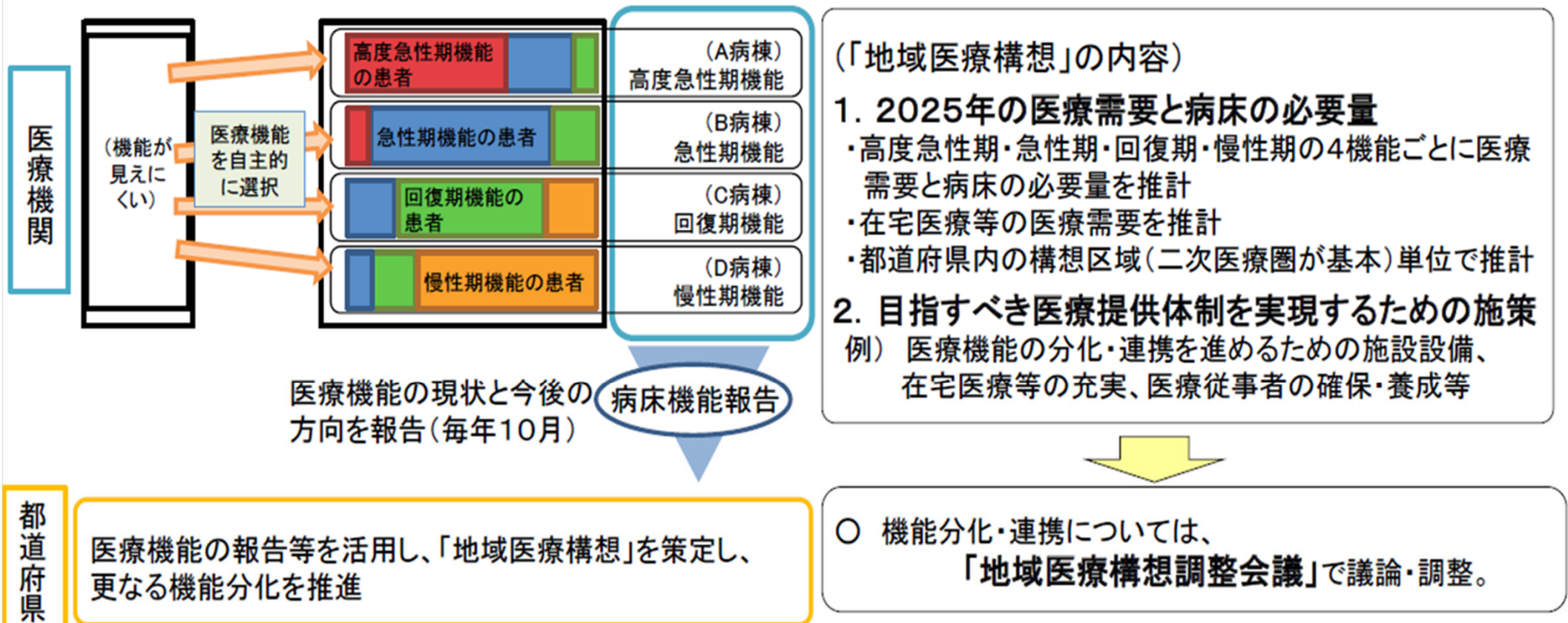
医療提供体制改革に係る今後のスケジュール

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

	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	...	2030年度	...	2036年度	...	2040年度
医療計画	検討会・各WGでの議論・とりまとめ、基本方針・作成指針等の改正		各都道府県での計画策定	第8次医療計画 (2024~2029)		第9次医療計画 (2030~2035)		第10次医療計画 (2036~2041)		
新型コロナ対応	政府において対応のとりまとめ (6月)	とりまとめ結果を踏まえた対応								
地域医療構想	地域医療構想 (~2025)									
外来医療・かかりつけ医機能	外来機能報告の実施準備 (~9月頃)	報告の実施・集計 (~12月頃)	地域の協議の場での協議・紹介受診拠点医療機関の公表 (~3月)	各都道府県での外来医療計画の策定	外来医療計画 (第8次医療計画)		外来医療計画 (第9次医療計画)		外来医療計画 (第10次医療計画)	
	かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策の検討				検討結果を踏まえた対応					
医師の働き方改革	医療機関の準備状況と地域医療への影響についての実態調査 (複数回) の実施			(B) 水準 : 実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討			2035年度末を目途に解消予定			
	実態調査を踏まえ、都道府県か圏域単位で地域医療への提供を検証し、地域の医療関係者間で地域医療の確保について協議・調整			(C) 水準 : 研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証						
	2024年度より施行									

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。

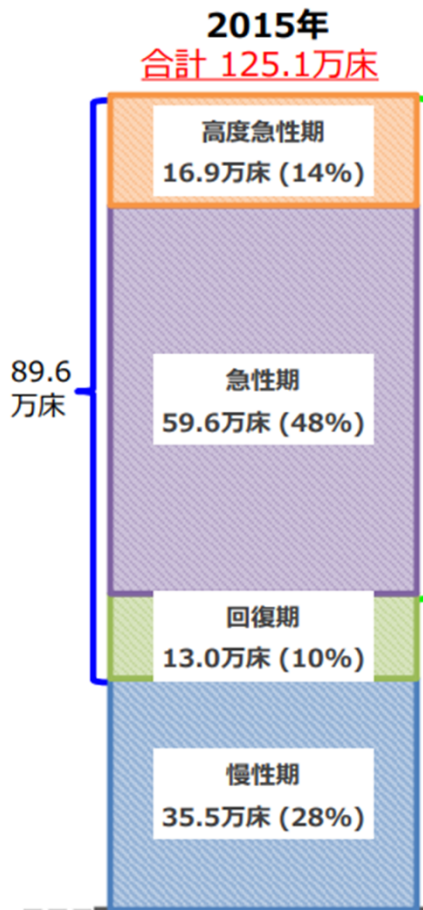


2022年度病床機能報告について

速報値

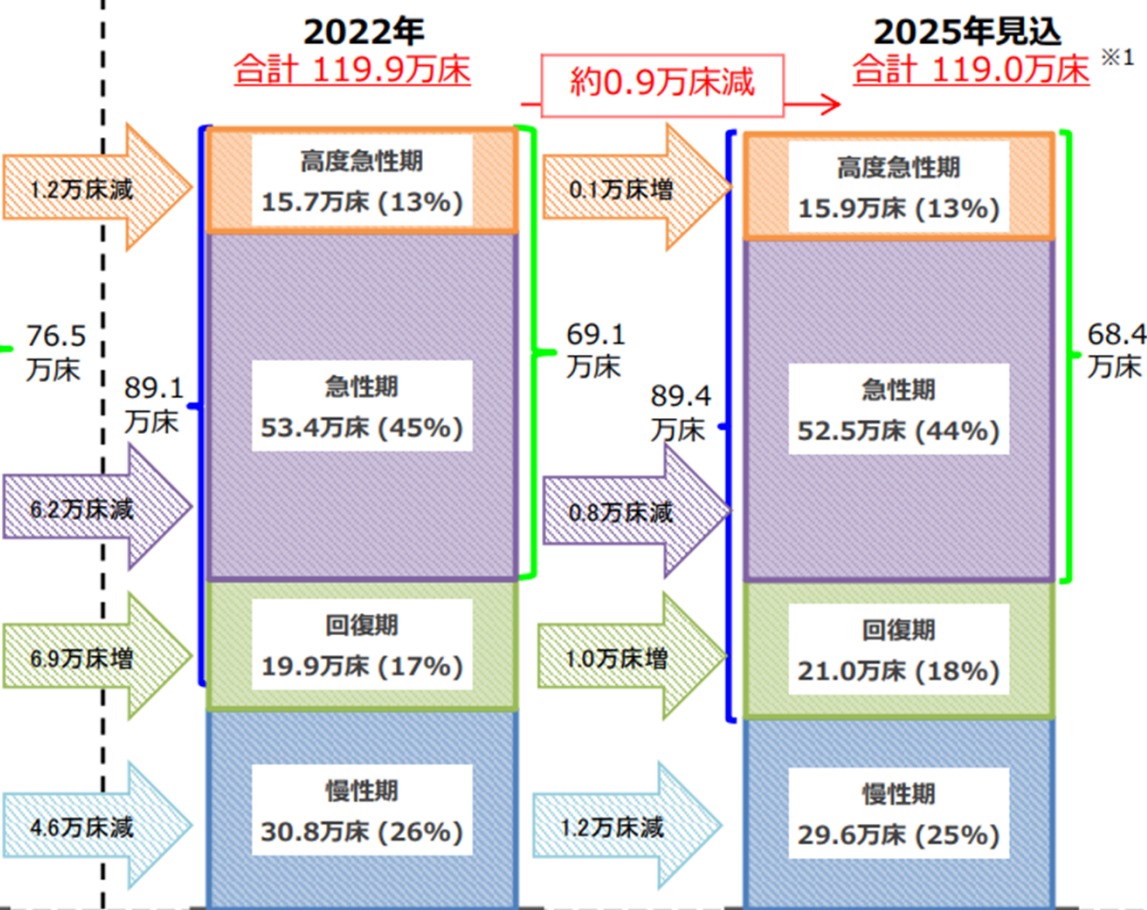
2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6



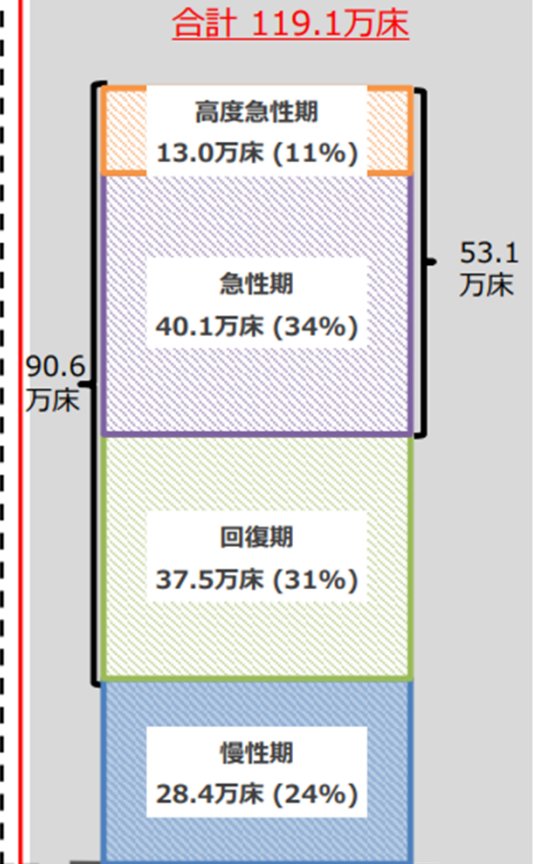
2022年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6



2025年見込
合計 119.0万床 ※1

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:2022年度病床機能報告

※1:2022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:13,885/14,538(95.5%)、2022年度病床機能報告:12,188/12,602(96.7%)

※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(*) :19,065床(参考 2021年度病床機能報告:19,645床)

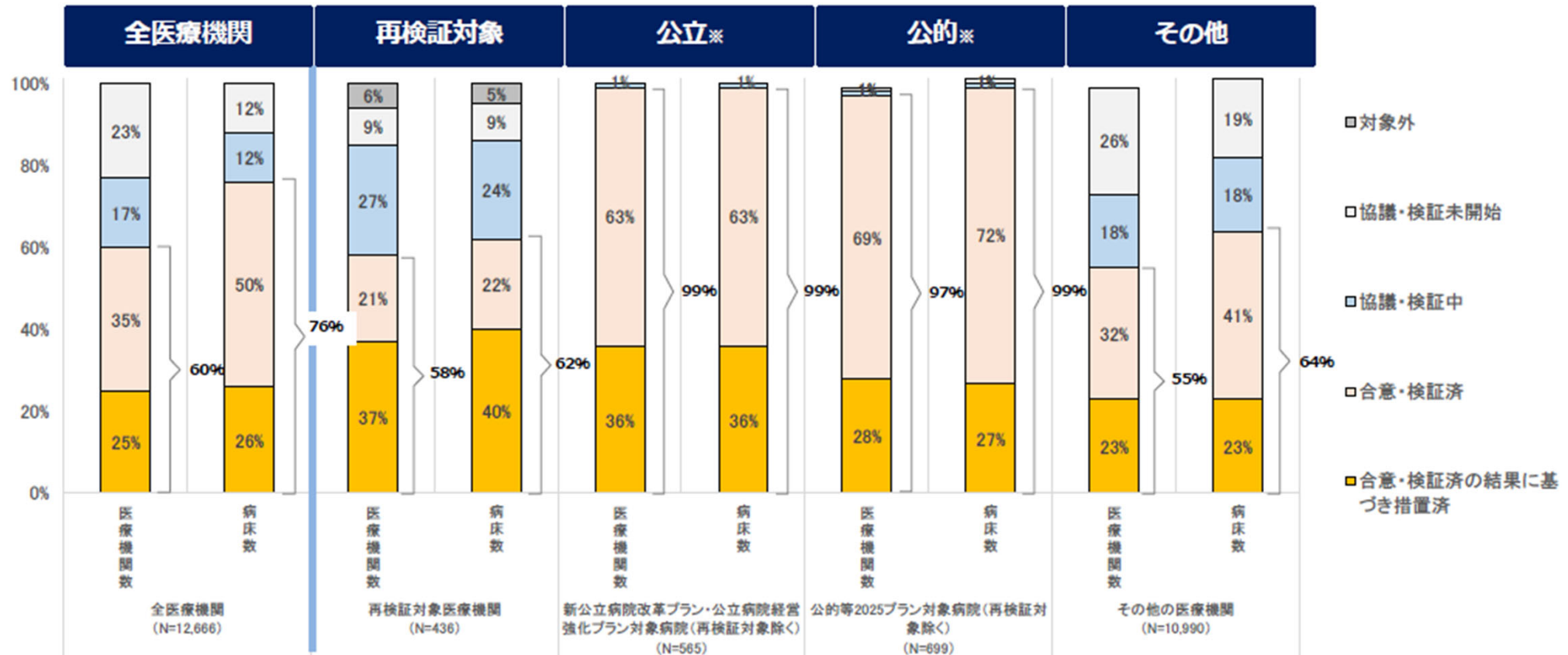
*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6:病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのはなく、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。

地域医療構想調整会議における対応方針の検討状況（令和5年3月時点）

- 全ての医療機関の対応方針の措置済を含む「合意・検証済」の割合は医療機関単位で60%、病床単位で76%となっている。
- 再検証対象医療機関の対応方針の措置済を含む「検証済」の割合は医療機関単位で58%、病床単位で62%となっている。
- 再検証対象医療機関を除く新公立病院改革プラン・公立病院経営強化プラン対象病院の対応方針の措置済を含む「合意済」の割合は医療機関単位で99%、病床単位で99%となっている。
- 再検証対象医療機関を除く公的等2025プラン対象病院の対応方針の措置済を含む「合意済」の割合は医療機関単位で97%、病床単位で99%となっている。
- その他の医療機関の対応方針の措置済を含む「合意済」の割合は医療機関単位で55%、病床単位で64%となっている。

医療機関の区分別にみた対応方針の協議状況



※公立、公的及び公立・公的以外には、再検証対象を含まない。

※医療機関には有床診療所を含む。

※再検証対象医療機関の「対象外」には既に病床を有さなくなった医療機関も含まれるため一律に全医療機関の合計に計上していない。医政局地域医療計画課調べ（一部精査中）

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

現状

【医師の長時間労働】

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

特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

【労務管理が不十分】

36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

【業務が医師に集中】

患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿

労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する



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

質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

医療施設の最適配置の推進

(地域医療構想・外来機能の明確化)

地域間・診療科間の医師偏在の是正

国民の理解と協力に基づく適切な受診の推進

医療機関内での医師の働き方改革の推進

適切な労務管理の推進

タスクシフト/シェアの推進

(業務範囲の拡大・明確化)

一部、法改正で対応

<行政による支援>

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

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

地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成
評価センターが評価
都道府県知事が指定
医療機関が計画に基づく取組を実施

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

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)

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

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

背景

- 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

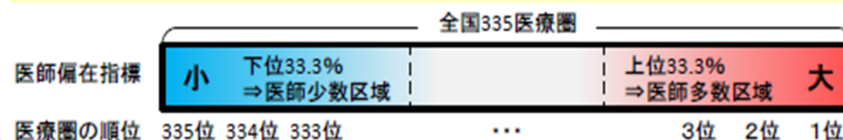
医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- 患者の流出入等
- へき地等の地理的条件
- 医師の性別・年齢分布
- 医師偏在の種類（区域、診療科、入院/外来）



医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- （例）
- 短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
 - 中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする等

確保すべき医師の数の目標

（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

- （例）
- 大学医学部の地域枠を15人増員する
 - 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う 等

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し(PDCAサイクルの実施)

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

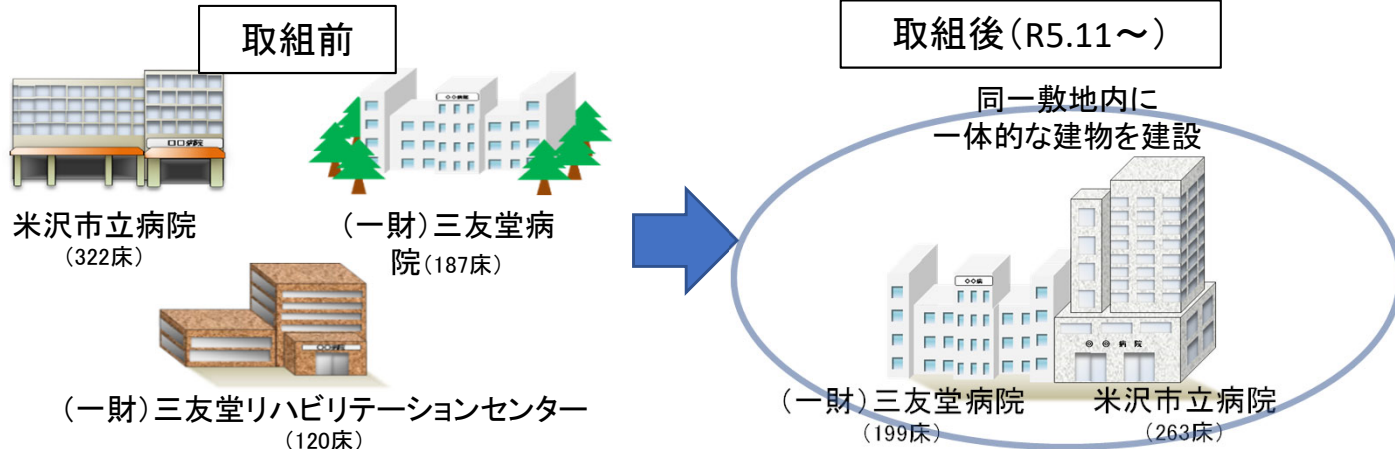
*2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

都道府県による医師の配置調整のイメージ



県立病院等における機能分化・連携強化の事例

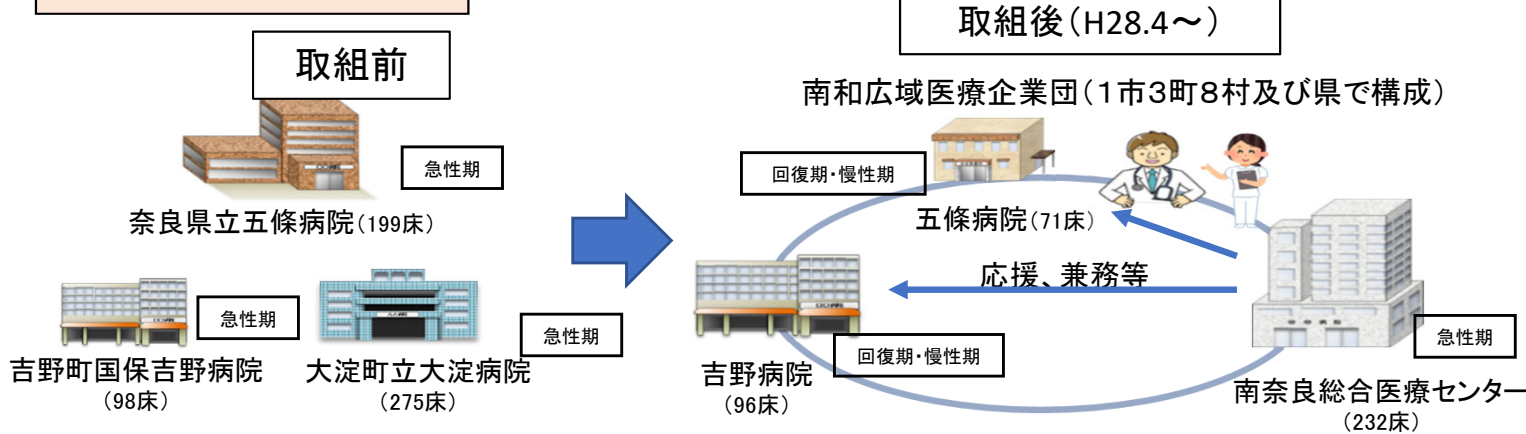
山形県米沢市の取組



<取組による主な効果>

- 機能分化・医療連携を行い、急性期を担う米沢市立病院と回復期・慢性期を担う(一財)三友堂病院を**同一敷地内に一体的な建物として両病院を建設**し、安心して生活できる医療環境を提供。
※ 令和5年度に、同時開院予定。
- 米沢市と(一財)三友堂病院とで地域医療連携推進法人を設立。その中で両病院の連携を進める予定。
- (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予定。

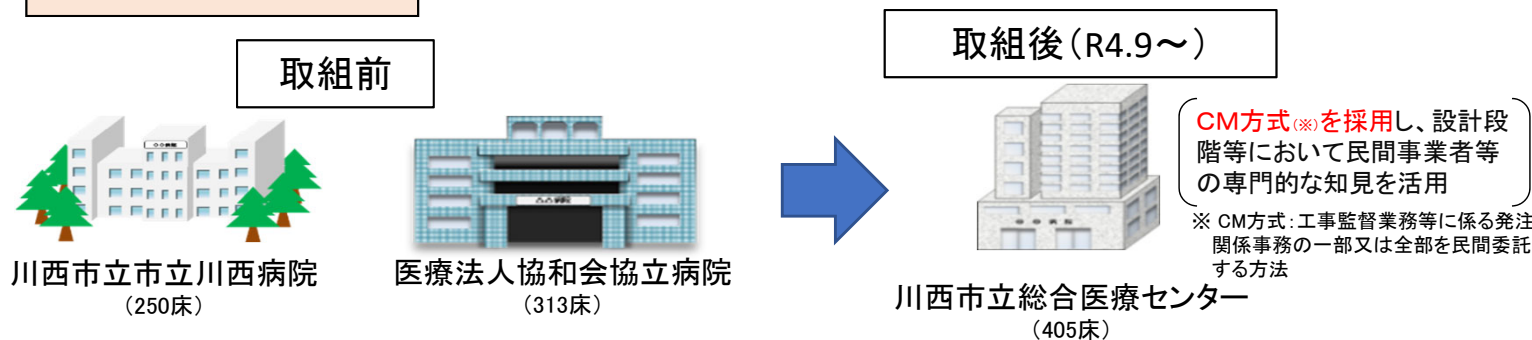
奈良県南和地域の取組



<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。
- 病院再編に伴い、県内体育大学の協力の下、基幹病院への指導医をはじめ専門医の派遣を確保。
※ 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。

兵庫県川西市の取組



<取組による主な効果>

- 市立川西病院と医療法人協和会協立病院について、地域の医療機能分化・連携を進めるため、令和4年度の新病院への統合に合わせ、急性期病床を削減し、不足している高度急性期病床及び回復期病床の充実化を実施。
- 高度急性期機能を新たに担ったことにより、救急車の市内搬送率の向上など医療機能の充実が図られた。また、機能の充実に合わせて医師を確保。
※ 医師数: 74人(統合前) → 83人(R5)
- 新病院は医療法人協和会を指定管理者として運営。

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策定状況

調査結果

公立病院経営強化プラン策定状況

- 第1回調査（令和4年7月末時点）では策定予定年度を令和5年度までとした病院が85.1%（726病院）あり、検討中とした病院が14.4%（123病院）あった。
- 第2回調査（令和5年3月末時点）では、すべての公立病院（849病院）で令和4年度中に策定済又は令和5年度に策定予定となっている。

※第1回調査

公立病院数	策定(予定)年度			
	令和4年度 (策定済含む)	令和5年度	検討中	その他 (廃止予定等)
853	220 (25.8%)	506 (59.3%)	123 (14.4%)	4 (0.5%)

85.1%

※第2回調査

公立病院数	策定(予定)年度		
	令和4年度 策定済	令和5年度 策定予定	令和6年度以降 策定予定
849	140 (16.5%)	709 (83.5%)	0 (0.0%)

100%

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

機能分化・連携強化の検討状況

- 第1回調査（令和4年7月末時点）では、機能分化・連携強化について「関係病院間で合意済」・「関係病院間で検討中」・「自病院で検討中」とした病院は**33.2%（283病院）**であった。
- 第2回調査（令和5年3月末時点）では、策定済病院のうち機能分化・連携強化に関する記載のある病院、未策定病院のうち「関係病院間で合意済」・「関係病院間で検討中」・「自病院で検討中」とした病院は、合わせて**66.4%（564病院）**であった。

※第1回調査

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

33.2%

※第2回調査

公立病院数	策定済病院(140病院)			未策定病院(709病院)				
	機能分化・連携強化の記載あり	機能分化・連携強化の記載なし	関係病院間で合意済	関係病院間で検討中	自病院で検討中	今後検討	検討予定なし(※)	その他
849	135 (15.9%)	5 (0.6%)	112 (13.2%)	122 (14.4%)	195 (23.0%)	237 (27.9%)	32 (3.8%)	11 (1.3%)

66.4%

(※) 既に機能分化・連携強化を実施している病院や、精神科等単科である病院が多い。

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）①

調査結果

医師の働き方改革に向けた取組状況 ～自病院での労働時間の把握状況について～

○第1回調査（令和4年7月末時点）では、医師の自病院での労働時間の把握状況については、73.6%（628病院）が把握済みであり、26.4%は把握できていない状況であった。第2回調査（令和5年3月末時点）では、86.8%（737病院）が把握済みと回答しているが、依然として13.2%（112病院）は把握できていないため、引き続き令和5年度中の把握に向けた対応を促す必要がある。

※第1回調査

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

26.4%

※第2回調査

	把握済	令和5年度に把握予定(※)	その他
849病院中	737 (86.8%)	88 (10.4%)	24 (2.8%)

13.2%

(※) 明らかにA水準に収まる見込みであるため把握が遅れている病院がある。

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）②

調査結果

医師の働き方改革に向けた取組状況 ～副業・兼業先を含めた労働時間の把握状況について～

○第1回調査（令和4年7月末時点）では、医師の副業・兼業先も含めた労働時間については、51.1%(436病院)が把握済みであり、48.9%（417病院）は把握できていない状況であった。第2回調査（令和5年3月末時点）では64.2%（545病院）が把握済みと回答しているが、依然として35.8%（304病院）は把握できていないため、引き続き令和5年度中の把握に向けた対応を促す必要がある。

※第1回調査

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

48.9%

※第2回調査

	把握済	令和5年度に把握予定	その他
849病院中	545 (64.2%)	236 (27.8%)	68 (8.0%)

35.8%

医師の働き方改革に向けた取組状況（特例水準）

調査結果

医師の働き方改革に向けた取組状況 ～特例水準について～

- 特例水準に該当しないと回答した病院については、62.3%（531病院）から71.1%（604病院）に増加しており、特例水準の要否の検討が進んでいる。しかし、特例水準の取得について検討中と回答している病院が一定数あることから、引き続き、取組を促す必要がある。

特例水準の申請・指定状況（第1回調査）※令和4年7月末時点 ※14病院は無回答等

該当病院 (実数)	特例水準(要件)	要件該当する (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 308病院	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

※62.3%（531病院）が特例水準の要件に該当しないと回答

288/563≒51.2%

特例水準の申請・指定状況（第2回調査）※令和5年3月末時点 ※5病院は無回答等

該当病院 (実数)	特例水準(要件)	要件該当する (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
849病院中 240病院	連携B(医師を派遣する病院)	57	12	15	30
	B(救急医療等)	227	125	43	59
	C-1(臨床・専門研修)	95	40	22	33
	C-2(高度技能の修得研修)	35	5	9	21
	合計	延べ414	延べ182	延べ89	延べ143

※71.1%（604病院）が特例水準の要件に該当しないと回答

143/414≒34.5%

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

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～

- 第1回調査（令和4年7月末時点）では宿日直許可の取得状況については、**37.9%（323病院）**が取得済であるが**47.0%（401病院）**が取得意向はあるものの取得していない状況であり、取得意向がある病院のうち申請済は**2.5%（12病院）**と少なく、令和5年度までに申請予定が**50.7%（245病院）**と最も多かった。
- 第2回調査（令和5年3月末時点）では、**43.6%（370病院）**が取得済であり第1回調査時からそれほど増加していないが、申請済の割合が**2.5%（12病院）**から**19.7%（91病院）**に増加していることから、各病院において検討が進められていることが伺える。また、その際、検討中と回答した病院が**41.8%（202病院）**から**29.2%（135病院）**に減少した。

※第1回調査

○宿日直許可の取得・申請状況

	a 取得したいすべての診療科・時間帯で取得済	b 取得したい診療科・時間帯のうち一部で取得済	c 取得したいが全く取得していない	d 取得意向なし	無回答
853病院中	323 (37.9%)	82 (9.6%)	401 (47.0%)	33 (3.9%)	14 (1.6%)

※第2回調査

○宿日直許可の取得・申請状況

	a 取得したいすべての診療科・時間帯で取得済	b 取得したい診療科・時間帯のうち一部で取得済	c 取得したいが全く取得していない	d 取得意向なし	無回答
849病院中	370 (43.6%)	127 (15.0%)	336 (39.6%)	16 (1.9%)	0 (0.0%)



○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年度までに申請予定	検討中	申請予定なし	その他
483病院中	12 (2.5%)	245 (50.7%)	202 (41.8%)	8 (1.7%)	16 (3.3%)

○上記b、c（計463病院）のうち、宿日直許可の申請状況

	申請済	令和5年度に申請予定	検討中	その他
463病院中	91 (19.7%)	237 (51.2%)	135 (29.2%)	0 (0.0%)



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つては、収支見通し等について慎重な検討が必要であることから、都道府県が特に積極的に助言することが期待される。

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

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が多い**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取組状況

調査結果

都道府県庁の取組状況

- 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取組状況について調査を実施した。
- 第1回調査（令和4年7月末時点）では都道府県庁内（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、**87.2%（41団体）が連携**していたが、第2回調査（令和5年3月末時点）では**93.6%（44団体）に増加**した。
- 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設けている団体は**17.0%（8団体）から61.7%（29団体）に増加**した。なお、検討中と回答した団体は**27.7%（13団体）から10.6%（5団体）に減少**した。
- 都道府県の市町村が策定するプランに係る助言の実施状況については、実施している又は実施予定ありとする団体は**74.5%（35団体）から97.9%（46団体）に増加**した。

※第1回調査

都道府県庁内における部局間の連携			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かどうか			市町村のプラン策定に係る助言の実施状況		
連携している	連携予定あり	検討中	設けている	設ける予定あり	検討中	実施している	実施予定あり	検討中
41 (87.2%)	6 (12.8%)	0 (0.0%)	8 (17.0%)	26 (55.3%)	13 (27.7%)	17 (36.2%)	18 (38.3%)	12 (25.5%)

(単位：団体)

74.5%

※第2回調査

都道府県庁内における部局間の連携			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かどうか			市町村のプラン策定に係る助言の実施状況		
連携している	連携予定あり	検討中	設けている	設ける予定あり	検討中	実施している	実施予定あり	検討中
44 (93.6%)	3 (6.4%)	0 (0.0%)	29 (61.7%)	13 (27.7%)	5 (10.6%)	37 (78.7%)	9 (19.1%)	1 (2.1%)

97.9%

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る。）に、新たな基幹病院の整備費全体を対象経費とする。
 - ② システム関係の対象経費の拡充
経営統合に伴うシステム統合をする場合のほか、関係病院等間の医療情報の共有や医師等の働き方改革に必要な情報システム等の整備費を対象経費に追加する。
- ※ なお、新改革ガイドラインに基づく再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備等の継続分については、従前の例によるが、要件に該当する場合には新たな財政措置に移行することも可能とする。

3 医師派遣等に係る措置

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