

公立病院改革の取組結果と 今後の課題について

令和 3 年 1 0 月
自治 財 政 局
準 公 営 企 業 室

(1)これまでの公立病院改革の取組結果と課題

これまでの公立病院改革の取組と課題(再編・ネットワーク化・地域医療構想)①

- 公立病院は、平成20年度以降、総務省のガイドラインを踏まえ、二回にわたり改革プランを策定し、地域医療構想を踏まえた役割の明確化、再編・ネットワーク化をはじめ、様々な経営改革に取り組んできた。

| | 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 |

- その結果、令和2年度の公立病院数及び病床数は、以下のとおり大きく減少。

| | ピーク時 (H14) | H20 | R2 | 増減率 (H20→R2) | 増減率 (H14→R2) |
|----------|---------------|---------|---------|-----------------|-----------------|
| 公立病院数 | 1,007 | 943 | 853 | ▲9.5% | ▲15.3% |
| 公立病院の病床数 | 239,921 | 228,280 | 203,882 | ▲10.7% | ▲15.0% |

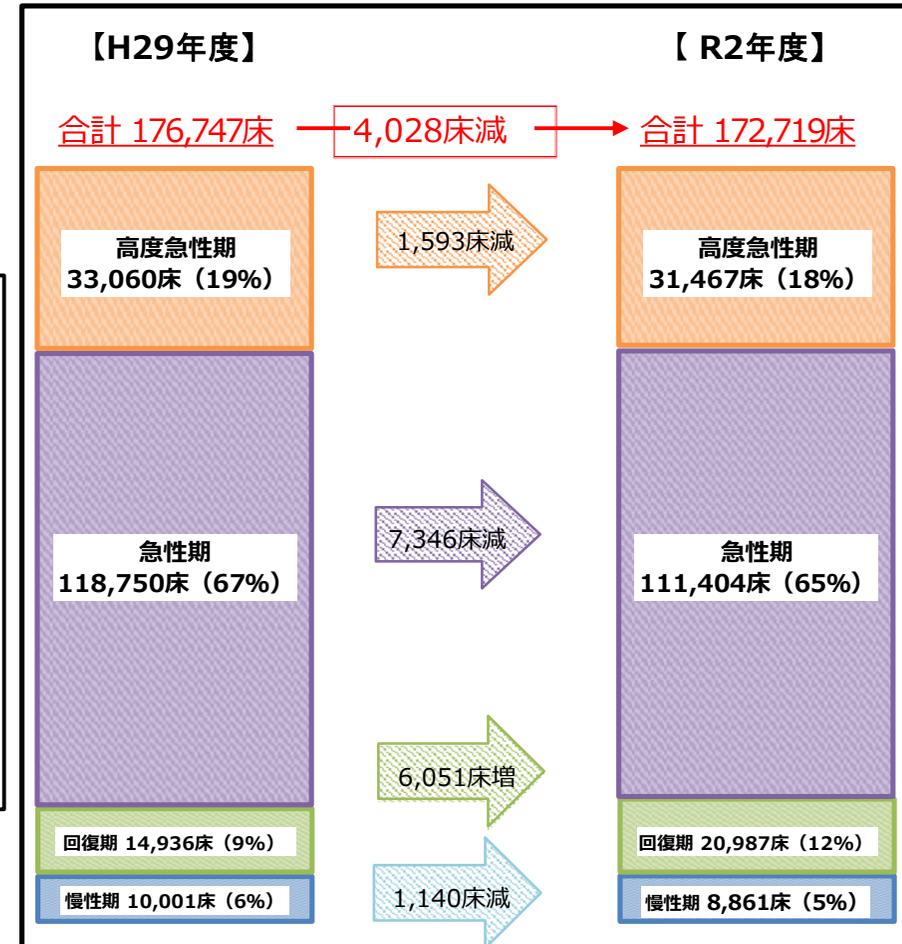
これまでの公立病院改革の取組と課題(再編・ネットワーク化・地域医療構想)②

- これまでの公・民の取組の結果、2020年病床機能報告における2025年の病床見込み数(119.8万床)は、地域医療構想における2025年の必要病床数(119.1万床)と遜色ない水準。
- 機能別病床数についても、全体として、地域医療構想の実現に沿った方向で病床機能の転換が進んでいる。

課題

- 2025年の必要量の達成に向けては、公立・民間合わせた全体として、急性期病床から回復期病床への大幅な転換が必要
- 公立病院についても、**機能分化・連携強化**を進めることで、全体として**医師確保**につなげ、**基幹病院の急性期機能を強化**するとともに、回復期病床ニーズに対応していくことが必要

公立病院の機能別病床数の推移(※)



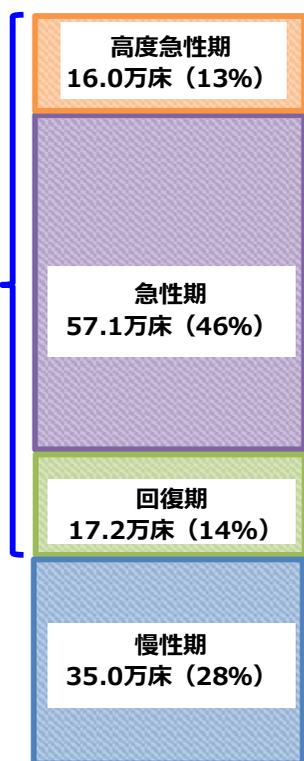
※出典:総務省が令和3年4月に行ったアンケート結果(新公立病院改革プランに記載のある全896病院を対象に調査し、うち850病院から回答)

【参考】2020(令和2)年度病床機能報告について

- 病床機能報告は、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(平成26年法律第83号)により改正された「医療法」(昭和23年法律第205号)第30条の13に基づき実施。
 - 医療機関のそれぞれの病棟が担っている医療機能を把握し、その報告を基に、地域における医療機能の分化・連携を進めることが目的。
 - 各医療機関の病棟ごとに病床が担う医療機能(高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能)等を報告。(2020(令和2)年7月1日時点、2025(令和7)年7月1日時点)
- ⇒ これによって、医療機関における地域医療構想を踏まえた取組状況に関し、都道府県において個々の医療機関における従来の病床機能ごとの病床数の変遷や2025年に予定する病床機能ごとの病床数について把握可能。

【2018年度病床機能報告】

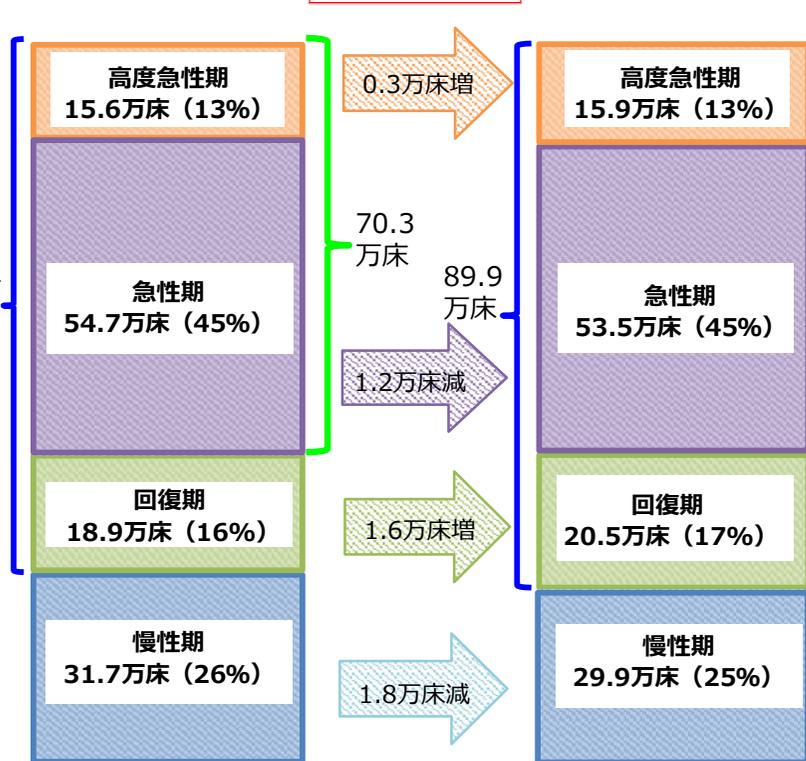
2018年
合計 125.3万床



【2020年度病床機能報告】

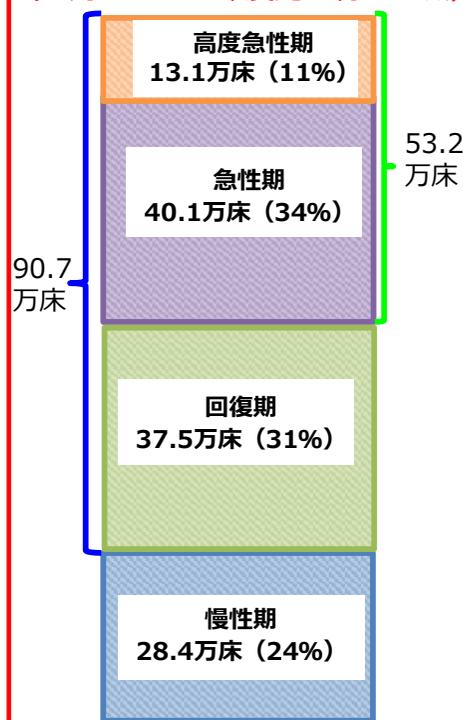
2020年
合計 120.9万床

2025年見込※
合計 119.8万床



【地域医療構想における2025年の病床の必要量】

合計 119.1万床
(※対2018年度比 約5%減)

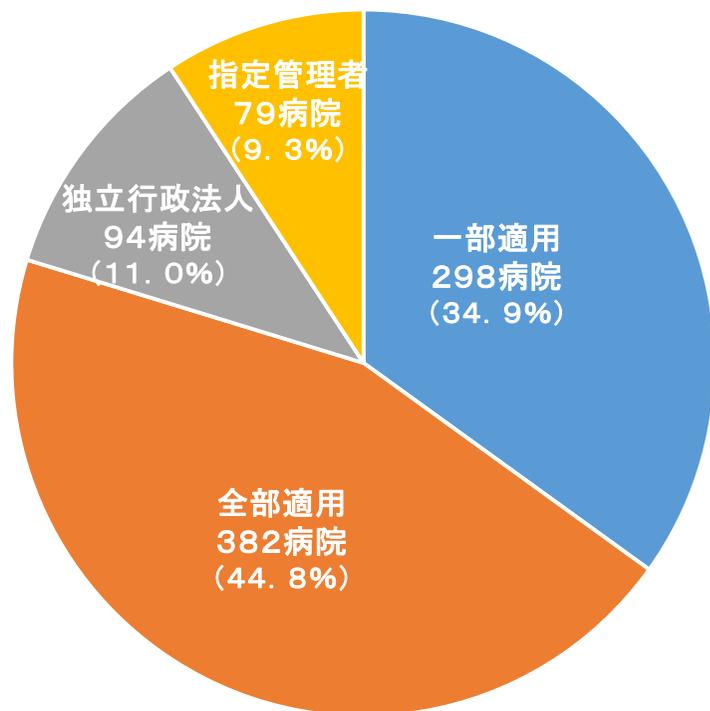


※ 2018年度病床機能報告における2025年見込の病床数は合計122.2万床。

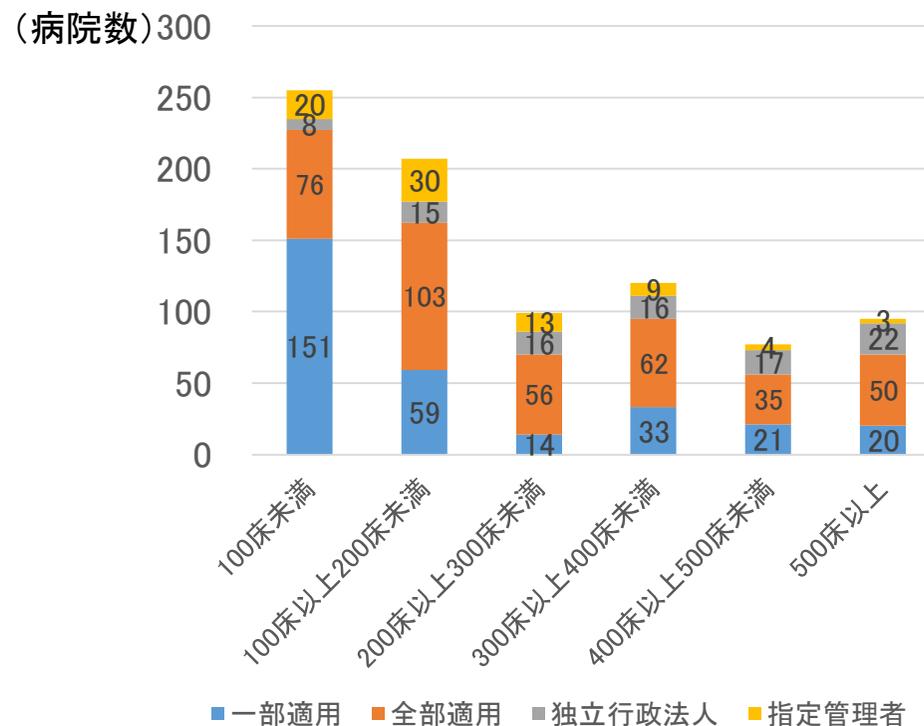
これまでの公立病院改革の取組と課題(経営形態の見直し)①

○ 経営形態の見直しについては、令和2年度時点で、94病院が独法化、79病院が指定管理に移行しており、全部適用の382病院を含め、計555病院(65.1%)がマネジメントの強化等に取り組んでいる。

■ 公立病院の経営形態(全体)

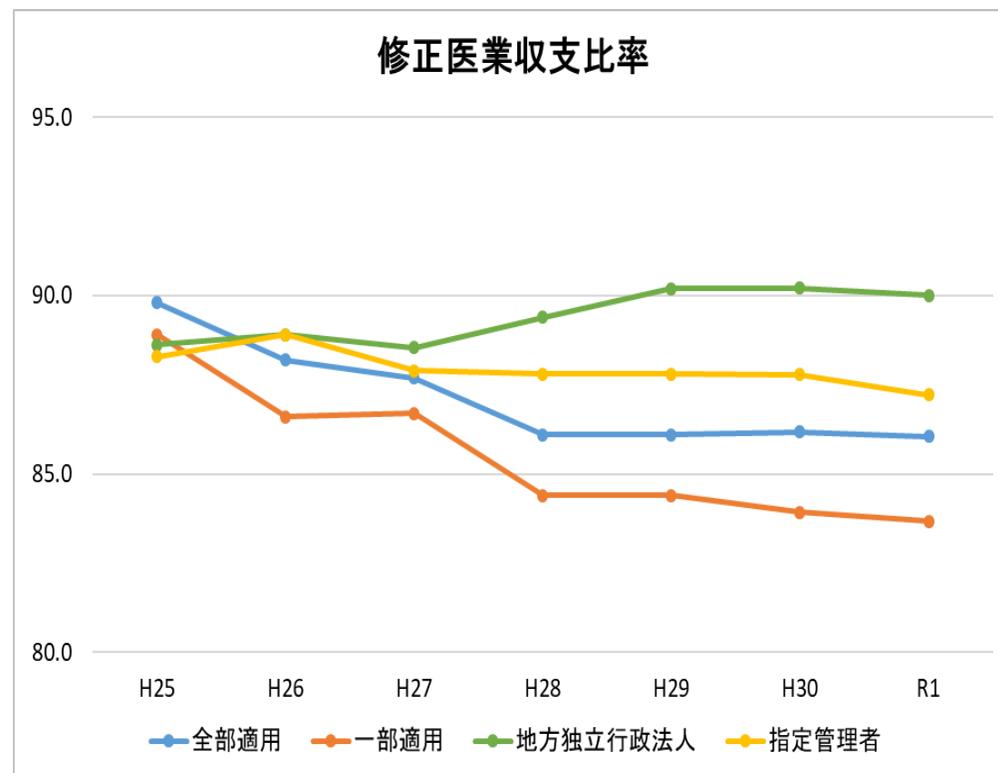
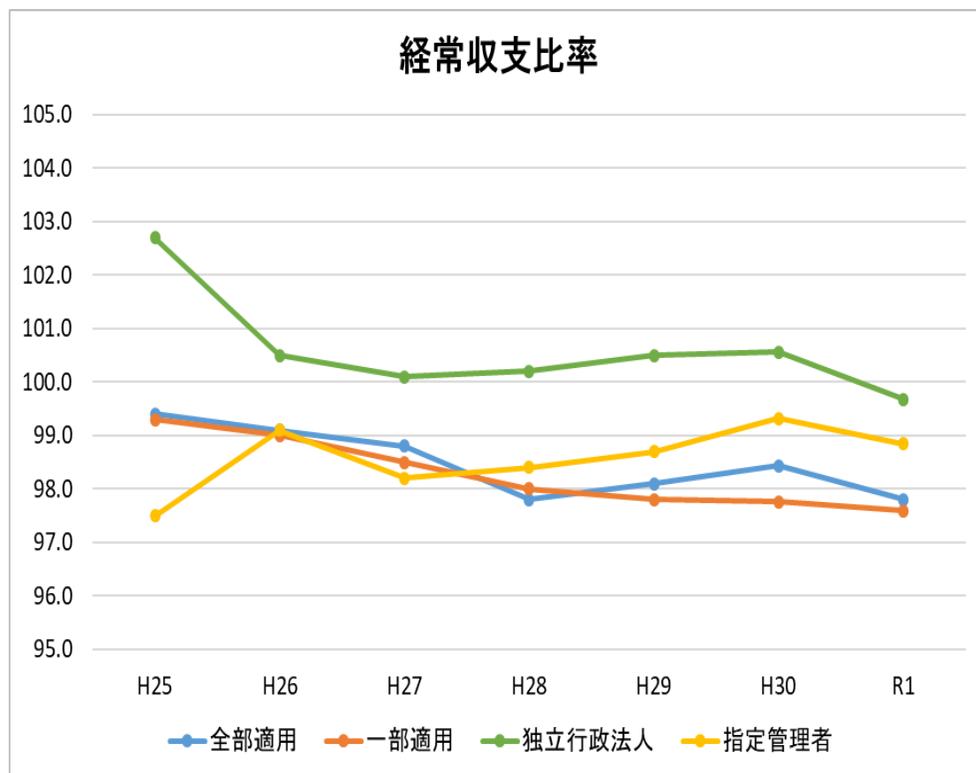


■ 公立病院の経営形態(病床規模別)



これまでの公立病院改革の取組と課題(経営形態の見直し)②

- 経営形態別の経営状況を見ると、一部適用の病院よりも、それ以外の経営形態(特に独法)の経営状況が良好。独法化は、医療従事者の確保、事務職員の専門性の向上といった、人材確保の面でもメリットが大きい。



課題

- 経営形態の見直し(特に独法化)は、経営の安定化や人材確保の面で経営基盤強化につながるが、200床以上の病院の22.5%が一部適用のままとなっているなど、更なる経営形態の見直しの余地あり

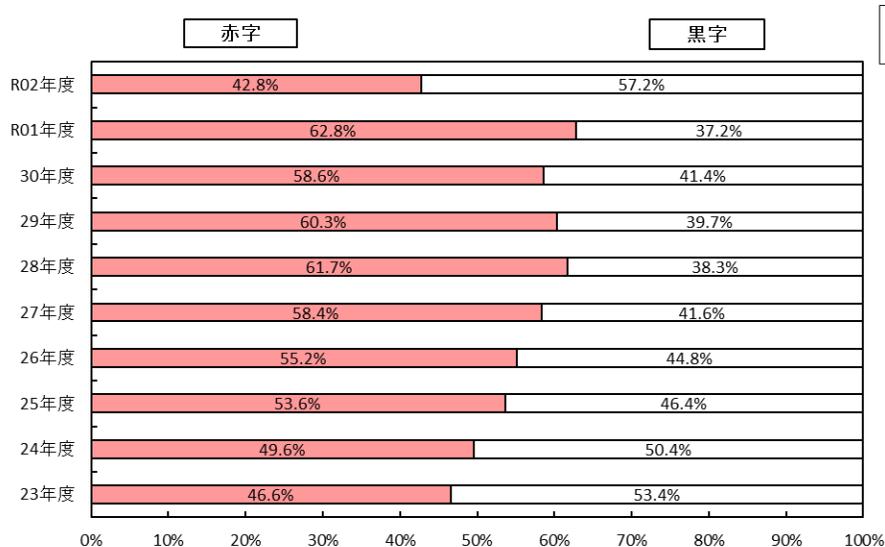
これまでの公立病院改革の取組と課題(経営の効率化)

- 経営の効率化については、医師等の確保・育成、薬剤・医療材料等の共同購入、医療機能・診療科の見直しによる診療報酬の確保・費用の適正化、人件費や施設・設備整備費の抑制など様々な取組を実施してきた。

課題

- 医師・看護師の不足などにより、依然として多くの公立病院で経常赤字が継続
- 中でも不採算地区病院がその多くを占める中小病院は、医師確保がネックとなって医業収支が改善できず、厳しい経営状況

全病院数に占める経常損失・経常利益を生じた病院数の割合(独法含む)



■ 経常損失を生じた病院数
□ 経常利益を生じた病院数

【参考】
診療報酬の改定率

+0.55%

▲1.31%

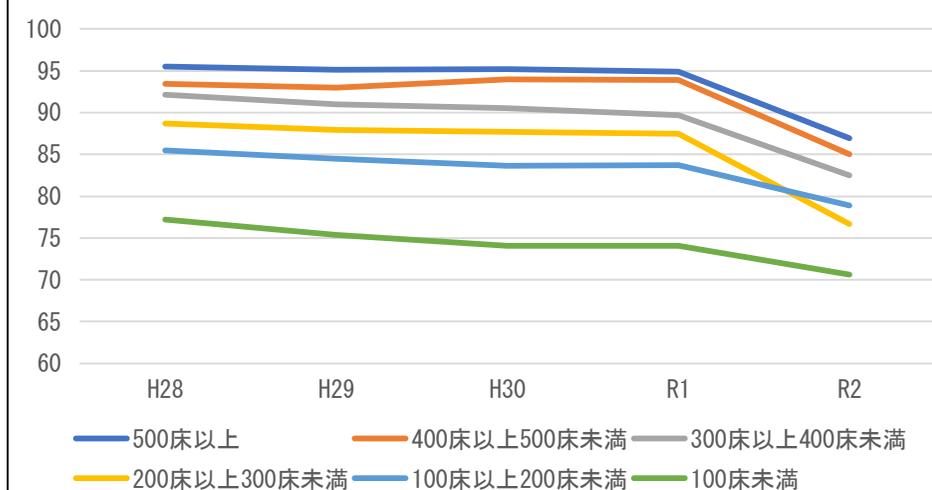
+0.10%

(H26改定は消費増
税分を除けば実質
▲1.26%)

+0.004%

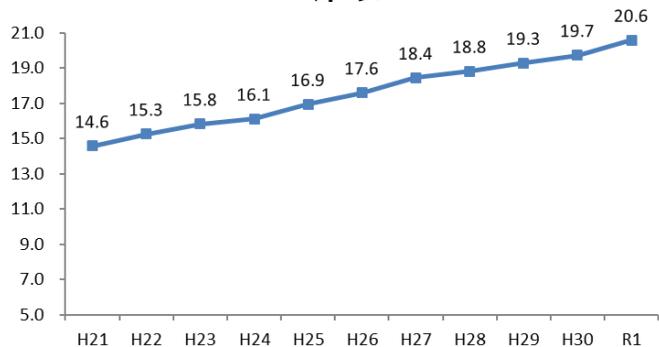
+0.19%

公立病院の医業収支比率の推移(病床規模別)

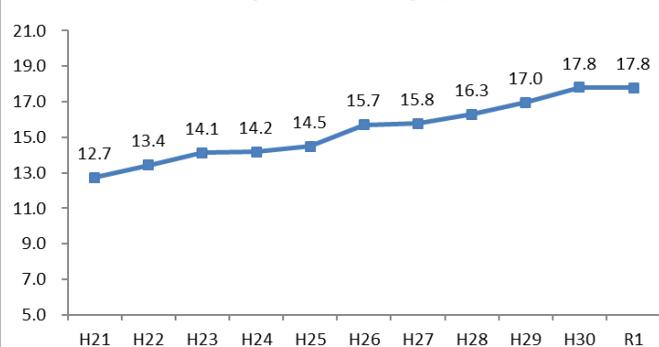


公立病院の病床規模別常勤医師数（100床あたり）の推移（地方独立行政法人を含む）

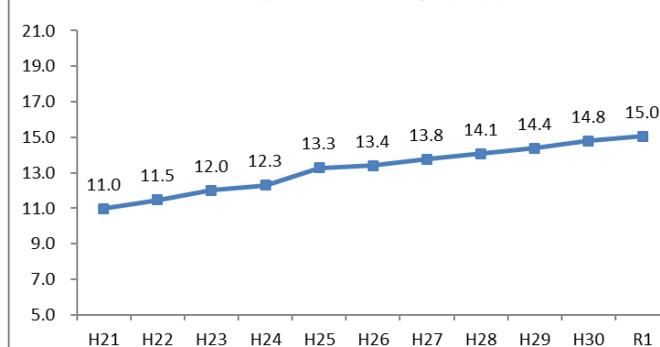
500床以上



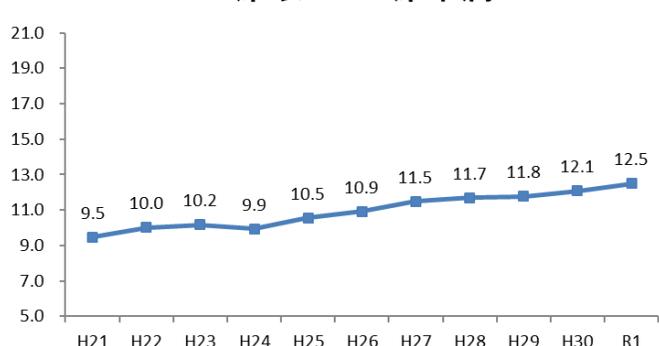
400床以上500床未満



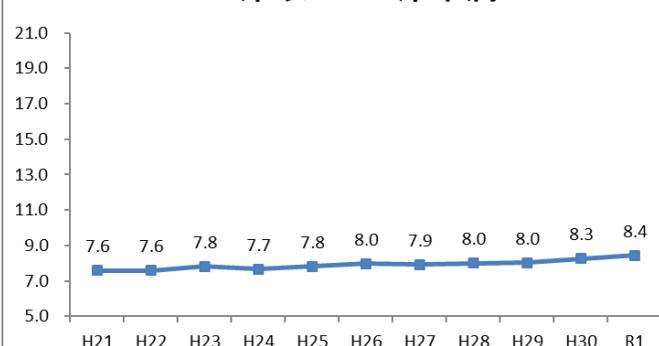
300床以上400床未満



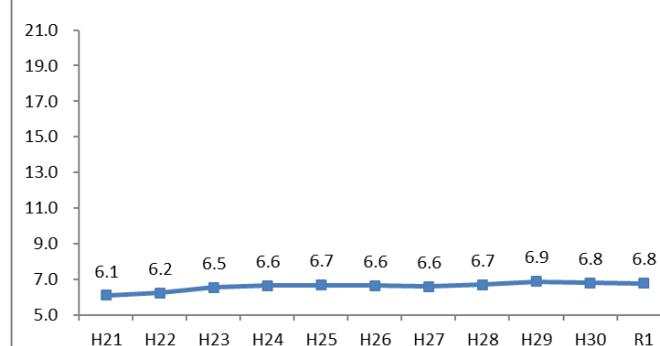
200床以上300床未満



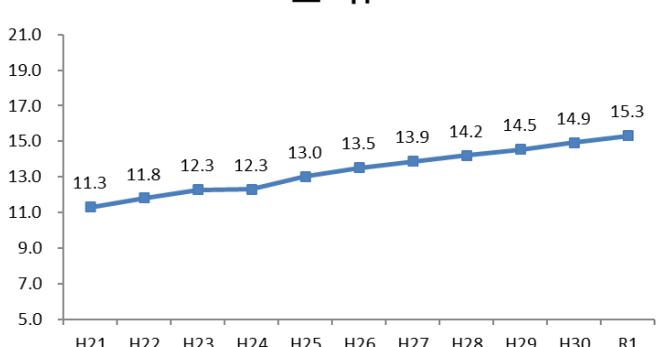
100床以上200床未満



100床未満



全体



200床未満の病院（そのほとんどは不採算地区病院）において、
医師確保が進んでいない

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

(2) 現行ガイドライン以降の新たな課題

今般のコロナ対応に公立病院が果たした役割と課題①

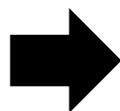
- 公立病院は、今般の新型コロナ対応において、感染患者の受入、発熱外来の設置、PCR検査、ワクチン接種といった中核的な役割を果たしており、その重要性が改めて認識された。
- 一方、日本の医療提供体制全体の課題として、医師等の医療資源の急性期医療への重点配置が進んでいないため、病床の逼迫や医療崩壊といわれる事態が生じたが、地域医療構想の取組が進んでいけば、このような事態は避けられたのではないかといった指摘がなされている。
- 実際に、公立病院においても、基幹病院とサテライト病院の機能分化・連携強化を行ったことで、基幹病院の機能強化と医師・看護師等の確保・集約が進み、新型コロナ対応において大きな効果を発揮したとの報告がある。

【事例】兵庫県

(平成21年度)

県立尼崎病院(500床)

県立塚口病院(400床)



(平成27年度)

県立尼崎総合医療センター(730床)

(ICU整備・マンパワー確保がコロナ対応に力を発揮)

今般のコロナ対応に公立病院が果たした役割と課題②

- また、地方独立行政法人に移行した公立病院においては、柔軟な勤務制度や専門性を考慮した給与制度等を通じた人材の確保・育成、組織・定数のルールに縛られない機動的な人員配置により、新型コロナへの対応力の強化につながったとの報告がある。
- このほか、個々の公立病院において、感染症拡大時に転用できるような施設・設備(例:動線分離、個室化、陰圧化、転用しやすいスペースの確保など)を、平時から整備しておくことが重要。

課題

- 医療法改正により、令和6年度より開始される第8次医療計画から、新興感染症等の感染拡大時の医療が位置付けられることとされており、今後の地域医療提供体制を確保する上では、**感染拡大時に備えた平時からの取組**が重要な課題
- 具体的な平時からの取組としては、以下が挙げられる
 - ① **各病院の機能分化と連携強化**を通じた感染拡大時の役割分担の明確化
 - ② **独法化等の経営形態の見直し**を通じた人材の確保や機動性の確保
 - ③ **感染症拡大時に転用しやすい施設・設備の整備**

【参考】公立病院における新型コロナウイルス感染症への対応状況①

① 各都道府県の病床・宿泊療養施設確保計画に位置づけられた即応病床数

(1) 総数 … 35, 196

(2) (1)のうち公立病院 … 11, 130 → 公立病院のシェア(2)／(1) = 約32%

② 人工呼吸器等使用新型コロナ入院患者数(人)

(1) 総数 … 564

(2) (1)のうち公立 … 315 → 公立病院のシェア(2)／(1) = 約56%

(参考) 全国の病床数に占める公立病院の病床数は約**13%**

(注)①は「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査」(厚生労働省・令和3年6月16日時点)に基づき作成。

②は「医療機関の新型コロナウイルス感染症患者の受入状況等について(補足資料)の公立・公的等・民間別 人工呼吸器等使用新型コロナ入院患者数の推移、(令和3年1月6日時点)」に基づき作成。

参考は医療施設動態調査、地方公営企業決算統計より。

【参考】公立病院における新型コロナウイルス感染症への対応状況②

(都道府県病床・宿泊療養施設確保計画における公立病院の取組状況)

- ・ 計画対象公立病院は総公立病院の**2／3**程度。ただし、**300床以上規模の公立病院では9割超**。
- ・ 1公立病院あたりの**平均即応病床数は21**床。許可病床に占める即応病床の割合＝**転換率は6%**。
- ・ 病床規模が小さくなるほど転換率は低下。**99床以下規模の公立病院の転換率は200床規模の半分程度**。

| | ① | ② | ③ | ④ | ①／③ | ②／① | ②／④ |
|------------|---------------------------|---------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|
| 公立病院の病床規模 | 都道府県 病床確保計画 対象公立病院数 | ①の公立病院 最終フェーズ 即応病床数 | 公立病院総数 | ③の公立病院 許可病床数 | 計画対象 公立病院の割合 | 1病院あたり 即応病床数 | 即応病床への 転換率 |
| 500床以上 | 88 | 3,741 | 90 | 55,140 | 98% | 43 | 7% |
| 400～499床以下 | 65 | 1,936 | 70 | 31,056 | 93% | 30 | 6% |
| 300～399床以下 | 105 | 2,310 | 113 | 37,498 | 93% | 22 | 6% |
| 200～299床以下 | 82 | 1,326 | 93 | 22,820 | 88% | 16 | 6% |
| 100～199床以下 | 137 | 1,350 | 206 | 30,659 | 67% | 10 | 4% |
| 20～99床以下 | 63 | 467 | 248 | 15,676 | 25% | 7 | 3% |
| 合計 | 540 | 11,130 | 820 | 192,849 | 66% | 21 | 6% |

※最終フェーズにおける即応病床数は厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査」（令和3年6月16日現在）より。

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

※公立病院とは、地方公共団体が開設する地方公営企業法を適用する自治体病院、公営企業型地方独立行政法人が運営する病院。

医師不足・医師の働き方改革への対応①

- 国においては、地域医療構想、医師偏在是正、働き方改革を一体的に推進している。
- 医師の働き方改革を進めるにあたっては、医師確保が重要。十分な医師を確保できない病院においては、令和6年度からの時間外労働規制に対応できないおそれ。
- 特に中小の公立病院において医師不足は課題。時間外労働規制の導入に伴い、ますます医師不足が深刻化し、病院機能の維持が困難となる可能性あり。
- 2036年(令和18年)を目標年とする医師の偏在是正が進めば医師の労働時間の短縮が期待されるが、時間外労働規制の開始は令和6年度に迫っている。働き方改革にも早急に取り組み、医師の労働時間を短縮する必要。
- 逆に、働き方改革を進めなければ医師確保も進まず、医師確保と働き方改革は相互に密接に関連。
- 高齢化が進む中、幅広い分野に精通する総合診療医を採用することで、医師不足対策やコロナ専用病床の迅速な設置につながった事例が報告されており、病院における研修等を強化することも重要。

課題

- 令和6年度から導入される医師の時間外労働規制への対応が喫緊の課題
- 医師の働き方改革への対応のためにも、医師不足への対処が喫緊の課題

2040年を展望した医療提供体制の改革について（イメージ）

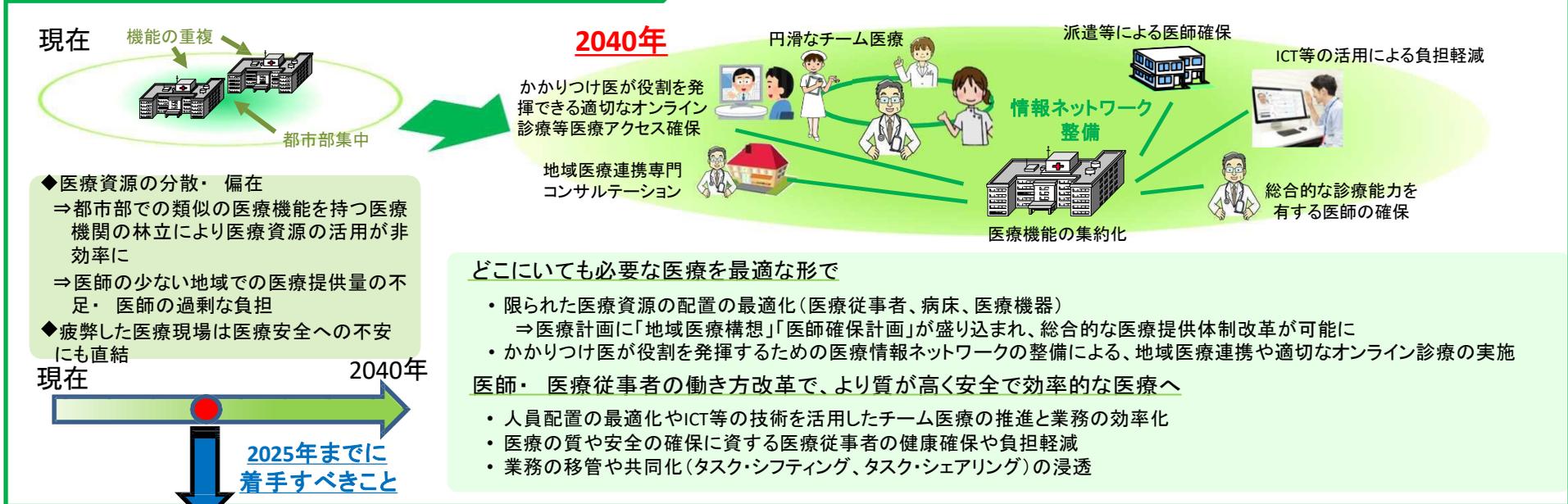
平成31年4月24日

第66回社会保障審議会医療部会

資料1-1

- 医療提供体制の改革については2025年を目指した地域医療構想の実現等に取り組んでいるが、2025年以降も少子高齢化の進展が見込まれ、さらに人口減に伴う医療人材の不足、医療従事者の働き方改革といった新たな課題への対応も必要。
- 2040年の医療提供体制の展望を見据えた対応を整理し、地域医療構想の実現等だけでなく、医師・医療従事者の働き方改革の推進、実効性のある医師偏在対策の着実な推進が必要。

2040年の医療提供体制（医療ニーズに応じたヒト、モノの配置）



2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

地域医療構想の実現等

- ①全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ②合意形成された具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる対策
- ③かかりつけ医が役割を發揮するための医療情報ネットワークの構築や適切なオンライン診療等を推進するための適切なルール整備等

三位一体で推進

医師・医療従事者の働き方改革の推進

- ①医師の労働時間管理の徹底
- ②医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、業務の移管や共同化（タスク・シフティングやタスク・シェアリング）、ICT等の技術を活用した効率化
- ③医師偏在対策による地域における医療従事者等の確保（地域偏在と診療科偏在の是正）
- ④地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進（これを推進するための医療情報の整理・共有化を含む）⇒地域医療構想の実現

実効性のある医師偏在対策の着実な推進

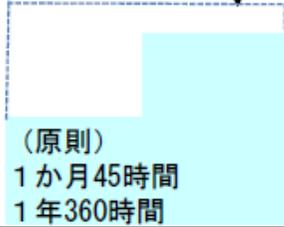
- ①地域医療構想や2040年の医療提供体制の展望と整合した医師偏在対策の施行
 - ・医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
 - ・将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
 - ・地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を都道府県ごとに算出
- ②総合的な診療能力を有する医師の確保等のプライマリ・ケアへの対応

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



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
- 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
(医療機関を指定)

C-1
集中的技能向上水準
(医療機関を指定)

C-2
集中的技能向上水準
(医療機関を指定)

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



※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】

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・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。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※臨床研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・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。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

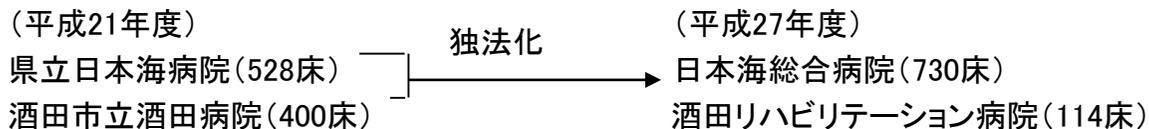
※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

医師不足・医師の働き方改革への対応②

【機能分化・連携強化との関係】

- 機能分化・連携強化によって、基幹病院を明確化・機能強化するなどして医師を確保し、そこから連携先の病院に医師を派遣することで、全体として医師確保につなげる事例もある。

【事例】山形県・酒田市病院機構



両病院の医師数
112人(H19)→167人(R3)

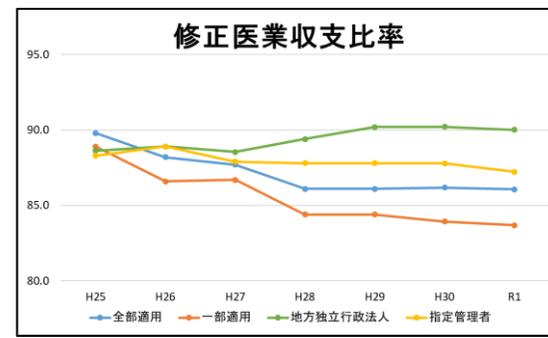
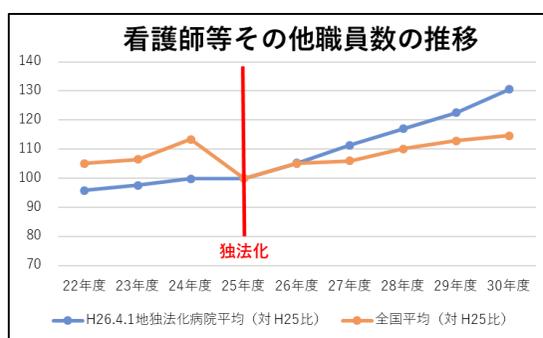
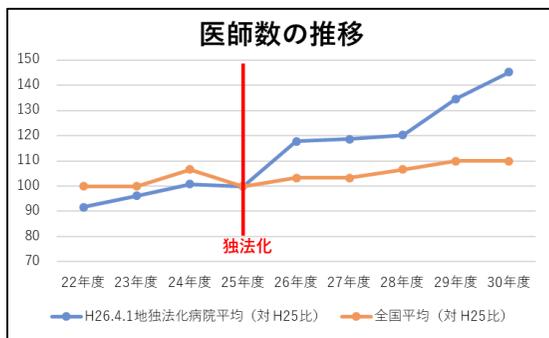
【事例】長崎県病院企業団

- ・ 県と離島の市町村とで構成する企業団(一部事務組合)の病院から、単独では医師確保が困難な離島の市町立診療所に医師を応援派遣。

【地方独立行政法人化との関係】

- 地方独立行政法人移行後、予算、定員、給与制度の裁量が広がり、医師、看護師、専門事務職員等の確保が可能となり、病院収益の改善につながる事例が多い。

【事例】地方独立行政法人化病院における職員数の推移(移行後5年間)及び修正医業収支比率の推移



- ・ 医師、看護師等その他職員のいずれも地方独立行政法人化後に全国平均を上回る比率で増加し、修正医業収支比率も他の経営形態より高い水準で推移。

医師不足・医師の働き方改革への対応③

地方独立行政法人に移行した公立病院に対する全国地方独立行政法人病院協議会アンケート結果

| 人材確保の事例と成果（平成29年実施アンケート） | 回答率 |
|---------------------------------------|-------|
| 柔軟な人員確保や配置ができ、医療体制の強化、安定が図られた | 50.0% |
| 医師、看護師、その他専門職員の増員を図り、診療機能が充実した | 27.1% |
| 専門知識をもった事務職員の採用やプロパー化等で、経営・事務部門が強化された | 14.6% |
| 独自の組織・職制が構築できた成果（平成29年実施アンケート） | 回答率 |
| センターや部署の新設等、独自の組織再編を行った | 27.1% |
| 新たな人事（評価）制度の構築や、多様な勤務形態を導入した | 16.7% |
| 機動的な組織構築が可能となり、環境の変化に迅速に対応できるようになった | 14.6% |
| 独自の人事・給与体制の構築事例（平成29年実施アンケート） | 回答率 |
| 給与体系・各種手当の見直し、または新設をした | 62.5% |
| 新たな人事（評価）制度を導入した | 29.2% |
| 研修支援制度等を充実させた | 16.7% |
| 職員数の増減について（平成26年実施アンケート） | 回答率 |
| 増加した | 86.2% |
| 減少した | 12.1% |
| 変わらない | 1.7% |

課題

- 働き方改革への対応のためにも、機能分化・連携強化や地方独立行政法人化等により、**医師・看護師等確保を進める必要**