

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について



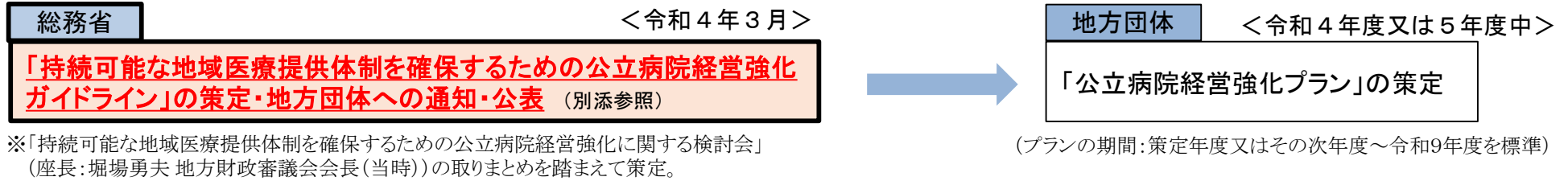
総務省

令和4年4月20日
自治財政局室
準公営企業室

公立病院経営強化の推進について

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

1. 公立病院経営強化ガイドラインについて



2. 公立病院経営強化に係る地方財政措置における対応

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

(1) 機能分化・連携強化の推進に係る病院事業債(特別分)の拡充・延長

① 病院の整備費全体を対象経費とする要件の見直し

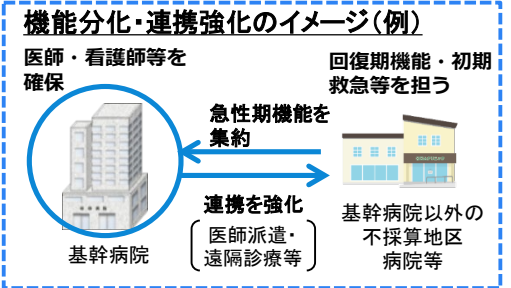
複数の病院を統合する場合のほか、基幹病院が不採算地区病院への支援を強化し、その機能を維持する場合も対象に追加

② システム関係の対象経費の拡充

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

(2) 医師派遣等に係る特別交付税措置の拡充

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



(参考) 公立病院改革の経緯

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

「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」の概要

(令和4年3月29日付け総務省自治財政局長通知)

第1 公立病院経営強化の必要性

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

第2 地方公共団体における公立病院経営強化プランの策定

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

公立病院経営強化プランの内容

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

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

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

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

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

(3) 経営形態の見直し

(4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

(5) 施設・設備の最適化

- ・ 施設・設備の適正管理と整備費の抑制
- ・ デジタル化への対応

(6) 経営の効率化等

- ・ 経営指標に係る数値目標

第3 都道府県の役割・責任の強化

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

第4 経営強化プランの策定・点検・評価・公表

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

第5 財政措置

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

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 等

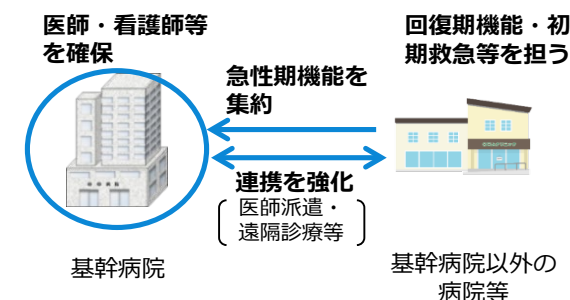
ポイント

- 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）

「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に関する検討会」について

1. 開催趣旨

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おり、新型コロナウイルス感染症への対応においては、その重要性が改めて認識されたところである。

一方、公立病院は、「新公立病院改革ガイドライン」(平成27年3月31日付け自治財政局長通知)を踏まえ、令和2年度までを標準対象期間とする新公立病院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や再編・ネットワーク化などの様々な経営改革に取り組んできたが、依然として、医師不足等による厳しい経営状況が続いている。今般の感染症対応では、感染症拡大時に備えた平時からの取組の重要性が浮き彫りにされた。

また、地方財政審議会からは、「各地方自治体における公立病院改革に関するこれまでの取組を検証するとともに、厚生労働省における感染症への対応を踏まえた地域医療構想の考え方等も勘案しながら、感染症への対応の視点も含めた持続可能な地域医療提供体制の確保に向けた取組を進めるための方策を検討すべき」(令和3年5月21日「感染症を乗り越えて活力ある地域社会を実現するための地方税財政改革についての意見」との意見が示されている。

このような状況を踏まえ、感染症対応の視点も含めた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に対する新たなガイドラインや地方財政措置について検討するため、検討会を開催する。

2. 構成員

- | | | | |
|---------|------------------|----------|------------------------|
| ・ 堀場 勇夫 | 青山学院大学名誉教授(座長) | ・ 星野 菜穂子 | 地方財政審議会委員 |
| ・ 伊関 友伸 | 城西大学経営学部教授 | ・ 望月 泉 | 岩手県八幡平市病院事業管理者 |
| ・ 小池 創一 | 自治医科大学教授 | ・ 八木 聡 | 兵庫県病院局病院事業副管理者 |
| ・ 辻 琢也 | 一橋大学国際・公共政策研究部教授 | ・ 和田 頼知 | 公認会計士 |
| ・ 沼尾 波子 | 東洋大学国際学部教授 | (オブザーバー | 鷲見 学 厚生労働省医政局地域医療計画課長) |

3. 開催実績

- | | | | |
|------------------|------------------|------------------|----------------------|
| ・第1回: 令和3年10月6日 | ・第2回: 令和3年10月27日 | ・第3回: 令和3年11月17日 | ・第4回: 令和3年12月6日 |
| | | | ※ 令和3年12月10日 中間とりまとめ |
| ・第5回: 令和3年12月15日 | ・第6回: 令和4年1月24日 | ・第7回: 令和4年2月21日 | ・第8回(最終): 令和4年3月16日 |
| | | | ※ 令和4年3月28日 最終とりまとめ |

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。

1 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。

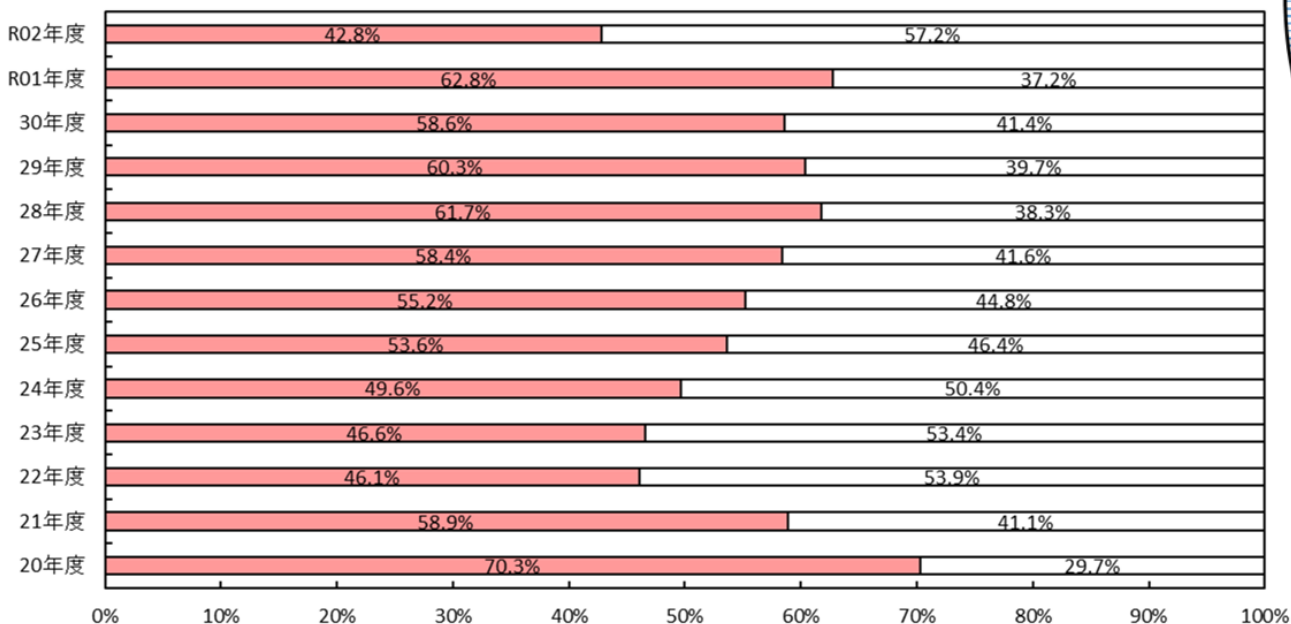
<参考1> これまでの公立病院改革における再編・ネットワーク化の実績

	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

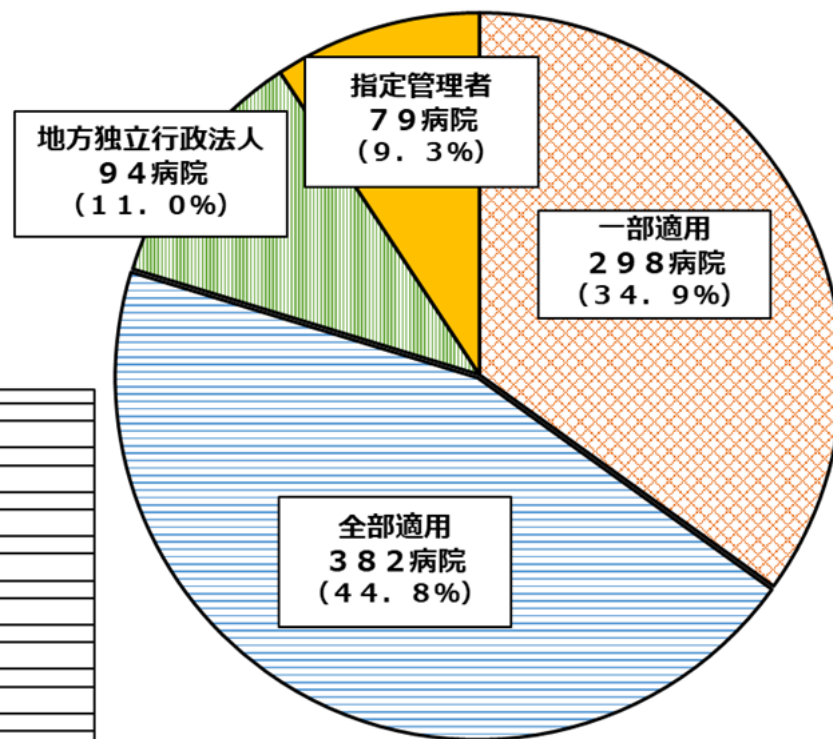
<参考2> 公立病院数及び病床数の比較

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

<参考4> 経常損失を生じた公立病院数の割合



<参考3> 令和2年度末時点の経営形態の見直し状況

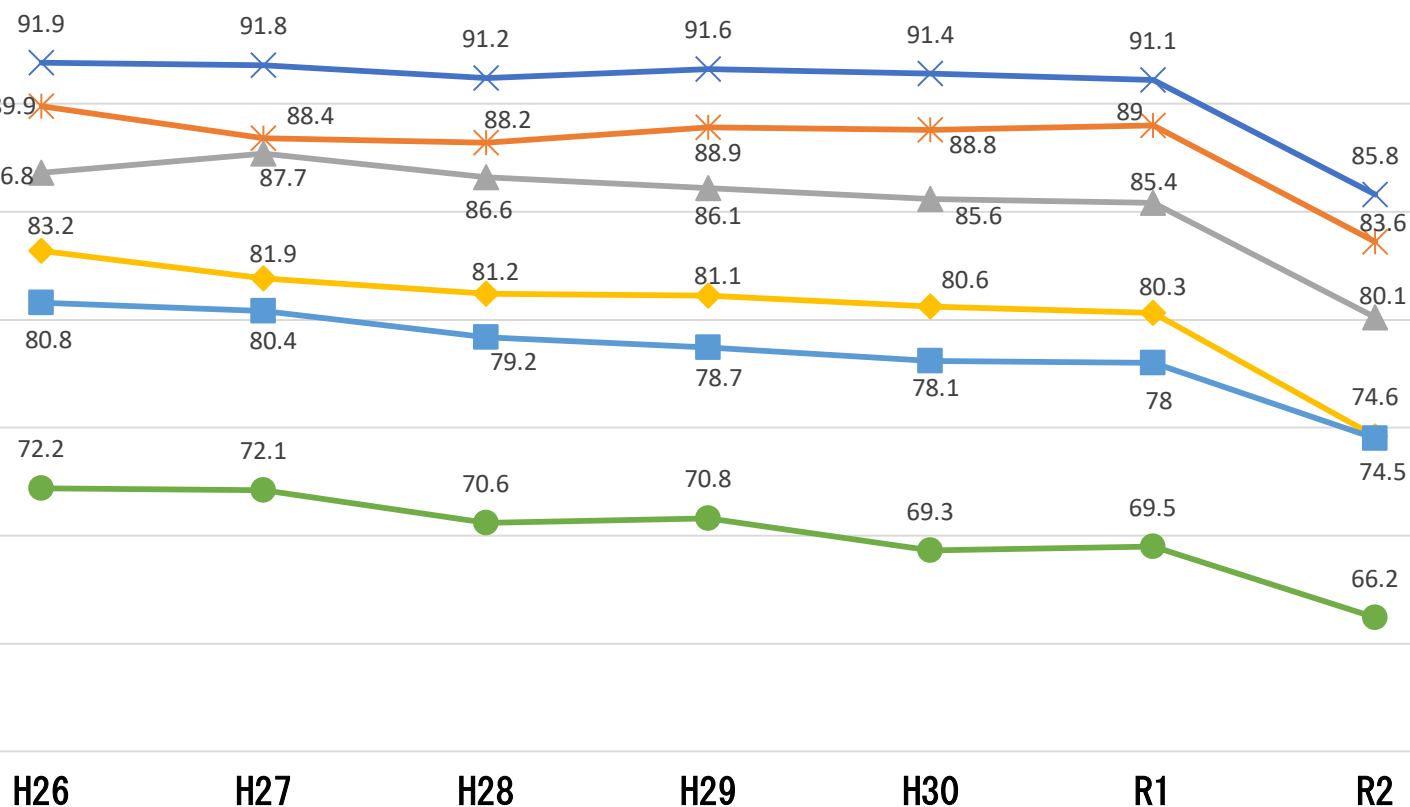


1 公立病院の経営状況 ②

○ 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）

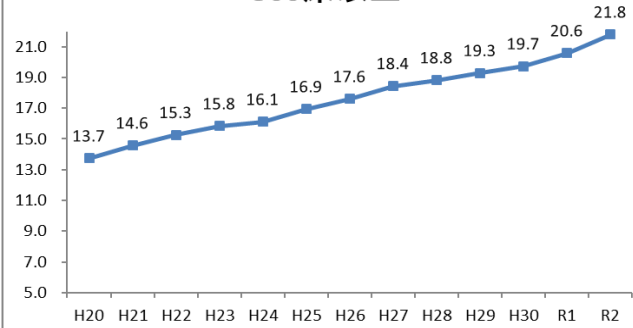
単位：%



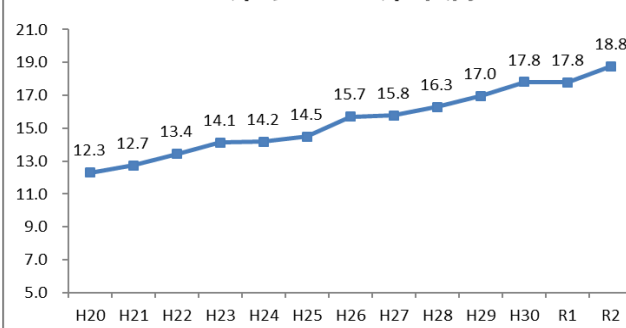
病床規模が小さくなるにつれ、修正医業収支比率が悪化している。

【参考】公立病院の病床規模別常勤医師数(100床当たり)の推移

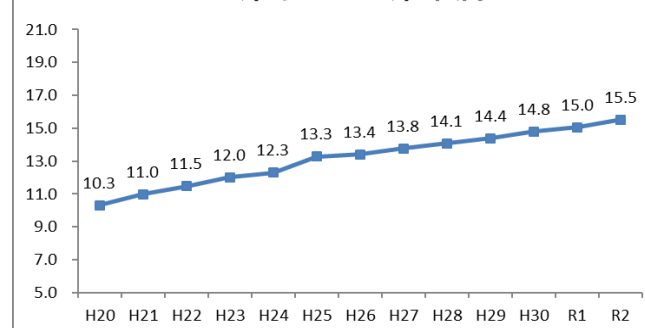
500床以上



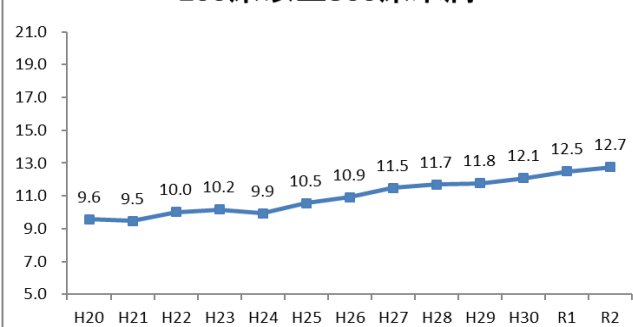
400床以上500床未満



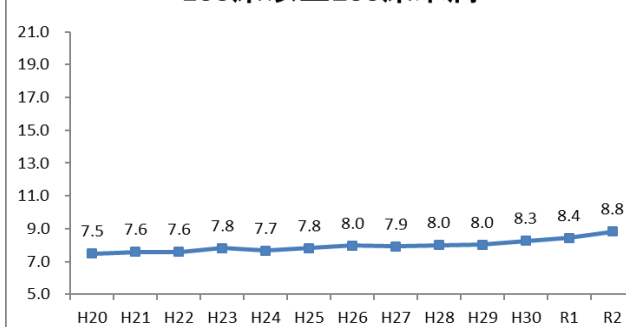
300床以上400床未満



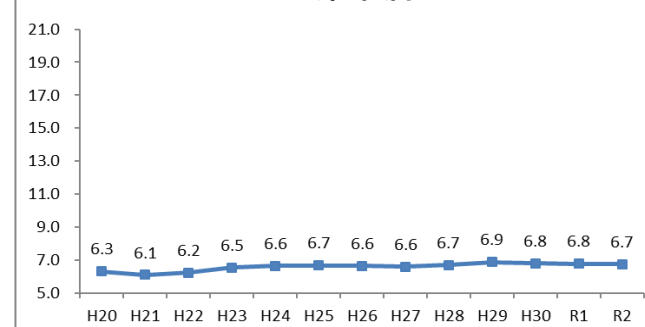
200床以上300床未満



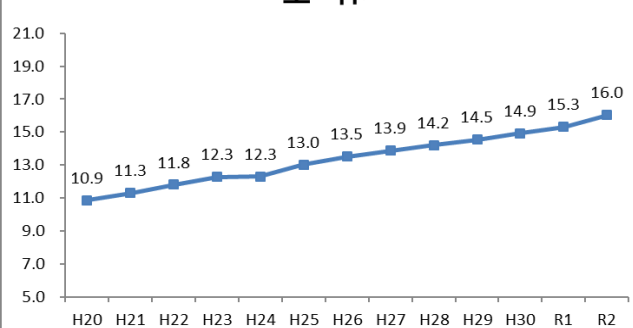
100床以上200床未満



100床未満



全体



200床未満の中小病院(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 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。

<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 各都道府県の保健・医療提供体制確保計画に位置づけられた即応病床数（令和4年1月14日時点）

(1) 総数 … 37,588

(2) (1)のうち公立病院 … 11,952 → **公立病院のシェア(2)/(1) = 約32%**

(参考) 全国の病床数に占める
公立病院の病床数 **約14%**

	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	3,857	90	55,183	98%	44	7%
400～499床以下	68	2,058	72	31,873	94%	30	6%
300～399床以下	109	2,485	113	37,579	96%	23	7%
200～299床以下	86	1,429	95	23,197	91%	17	6%
100～199床以下	150	1,647	206	30,548	73%	11	5%
20～99床以下	77	476	254	16,013	30%	6	3%
合計	578	11,952	830	194,393	70%	21	6%

② 人工呼吸器等使用新型コロナ入院患者数(人)（令和3年1月6日時点）

(1) 総数 … 564

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

(注)①は「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査」(厚生労働省・令和4年1月14日時点)に基づき作成。

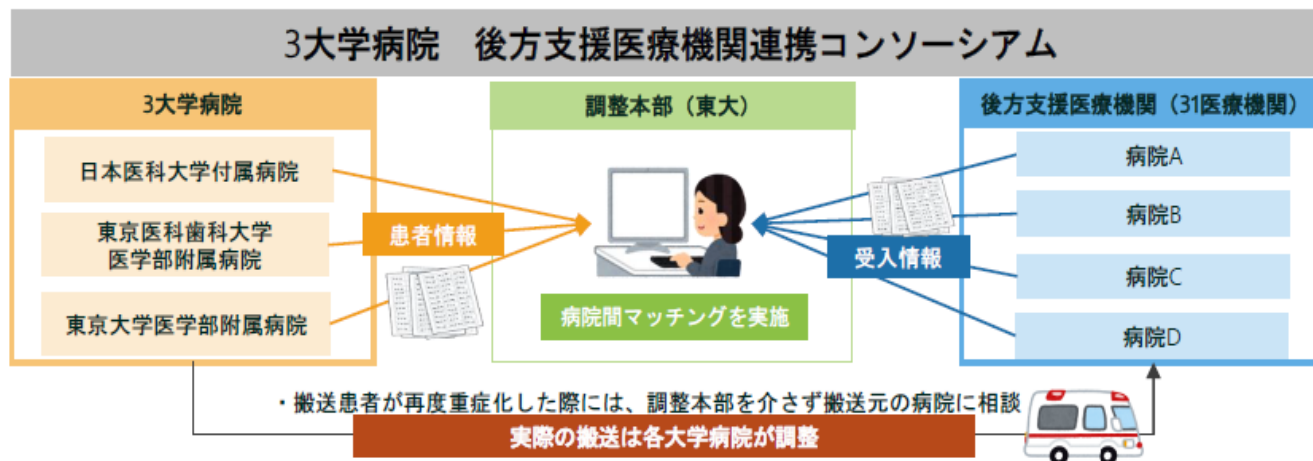
②は厚生労働省資料「医療機関の新型コロナウイルス感染症患者の受入状況等について(補足資料)」(令和3年1月6日時点)に基づき作成。

- 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



第4回第8次医療計画等に関する検討会
(令和3年11月5日)
福井県提出資料

役割分担に基づく入院調整

- 1つの医療機関において重症者と軽症者をともに受け入れることで医療資源が分散し、重症者増加への対応が困難。
- 病院長会議において重症患者を受け入れる重点医療機関を明確にし、他の重点医療機関は中等症・軽症患者の受入れを担うよう役割分担を明確化。
- 入院コーディネートセンターでは、各医療機関の役割分担に基づき、患者の容体や各医療機関の受入状況を確認した上で県内の入院・転院調整を一元的に実施。

病院間の連携

(重点医療機関)

- 軽症患者受入れ医療機関において患者が重症化した場合、重症患者受入れ医療機関に搬送。
- 重症患者の増加に対応し受入れ体制を拡充する必要があるため、重症患者受入れ医療機関においてそれまでに収容していた軽症者・回復患者を他医療機関へ転院。

(後方支援病院)

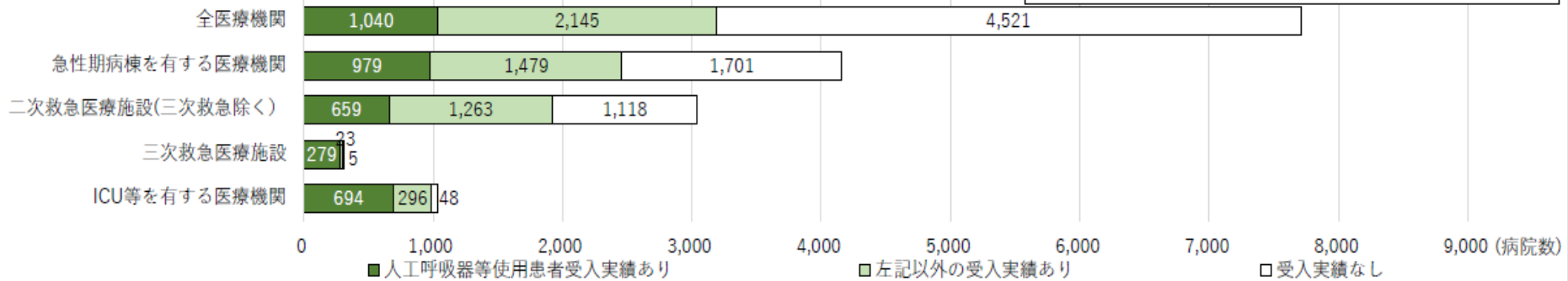
- 退院基準を満たしたコロナ回復患者を受け入れる後方支援医療機関を確保（県医師会と連携し県内病院・有床診療所へ協力依頼し39医療機関を設定）。
- 後方支援医療機関リスト作成し、入院医療機関などで共有。各医療機関において回復患者の転院を調整。転院が円滑に進まない場合、入院コーディネートセンターにおいて調整しコロナ病床確保。

医療機関の機能別の新型コロナウイルス入院患者受入実績の有無について（令和3年11月末時点）

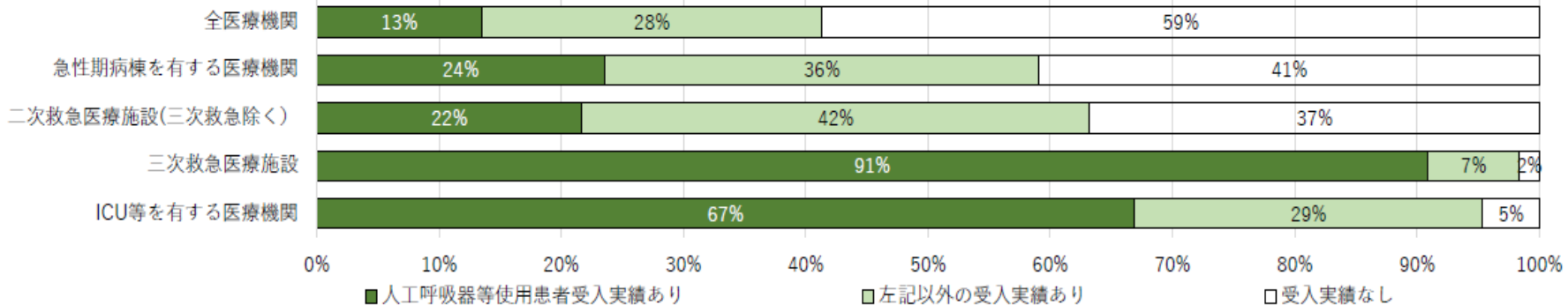
○ 急性期病棟を有する医療機関のうち59%、二次救急医療施設（三次救急除く）のうち63%、三次救急医療施設のうち98%、ICU等を有する医療機関のうち95%が、新型コロナウイルス入院患者の受入実績あり医療機関であった。

対象医療機関：
G-MISで報告のあった全医療機関（7,706医療機関）
うち急性期病棟を有する医療機関（4,159医療機関、報告率97%）
二次救急医療施設（三次救急除く）（3,040医療機関、報告率98%）
三次救急医療施設（307医療機関、報告率100%）
ICU等を有する医療機関（1,038医療機関、報告率99%）

医療機関の機能別の新型コロナウイルス感染症の入院患者受入実績の有無



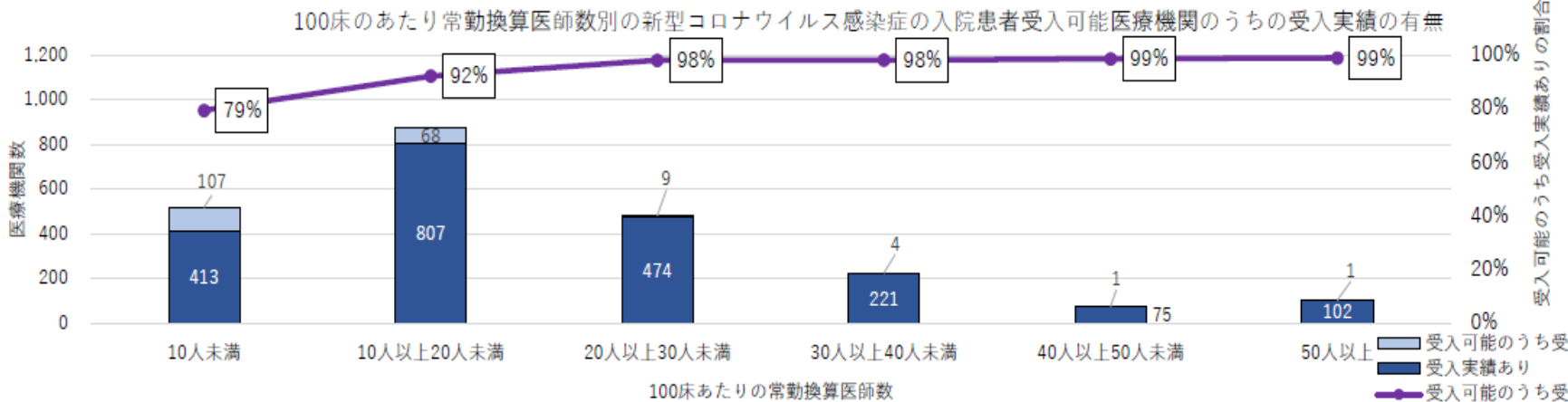
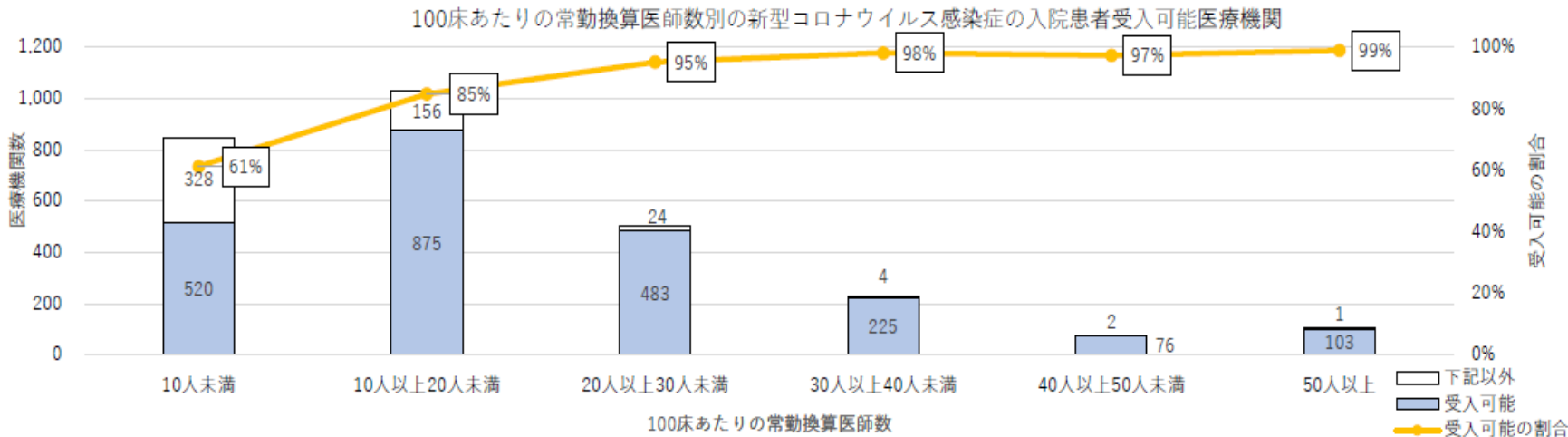
医療機関の機能別の新型コロナウイルス感染症の入院患者受入実績の有無の割合



※ 人工呼吸器等使用患者受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス患者であって人工呼吸器またはECMOを使用した患者を受け入れていると報告したことがある受入医療機関（令和3年11月30日時点）
 ※ 左記以外の受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことがある医療機関のうち「人工呼吸器等使用患者受入実績あり」でないもの（令和3年11月30日時点）
 ※ 急性期病棟を有する医療機関：高度急性期・急性期の機能を持つ病棟を有すると報告された医療機関【高度急性期・急性期病棟だけではなく、回復期・慢性期の機能も持つ病棟を有すると報告した医療機関も含む】（令和2年度病床機能報告）n=4,265病院
 ※ 二次救急医療施設：三次救急医療施設でないものであって、「救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関」として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画の内容等を勘案して必要と認定したもの。（令和2年度病床機能報告）n=3,097医療機関
 ※ 三次救急医療施設：重篤な救急患者の医療を確保することを目的として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画等にもとづき救命救急センターとして指定した医療機関として報告された医療機関（令和2年度病床機能報告）n=307医療機関
 ※ ICU等を有する医療機関：救命救急入院科1～4、特定集中治療室管理科1～4、総合周産期特定集中治療室管理科（母体・胎児）・（新生児）、新生児特定集中治療室管理科1・2、小児特定集中治療室管理科、ハイケアユニット入院医療管理科1・2、脳卒中ケアユニット入院医療管理科、新生児治療回復入院医療管理科のいずれかを算定した実績がある医療機関（令和2年度病床機能報告）n=1,042医療機関
 ※ 小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある

○ 100床あたり常勤換算医師数が多い医療機関ほど、新型コロナウイルス感染症の入院患者受入可能医療機関の割合は大きくなる傾向。

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関から、100床未満の医療機関を除外した医療機関（2,797医療機関）



※ 受入可能：G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入可能な病床が1床以上であると報告したことがある医療機関。または、G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことがある医療機関（令和3年11月30日時点）

※ 受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことがある医療機関（令和3年11月30日時点）

※ 受入可能のうち受入実績なし：G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入可能な病床が1床以上であると報告したことがある医療機関のうち1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告していない医療機関（令和3年11月30日時点）

※ 急性期病棟を有する医療機関：高度急性期・急性期の機能を持つ病棟を有すると報告された医療機関〔高度急性期・急性期病棟だけではなく、回復期・慢性期の機能も持つ病棟を有すると報告した医療機関も含む〕（令和2年度病床機能報告）n=4,265病院

※ 常勤換算医師数、病床数（一般病床・療養病床の許可病床）：令和2年度病床機能報告にて報告された内容を引用

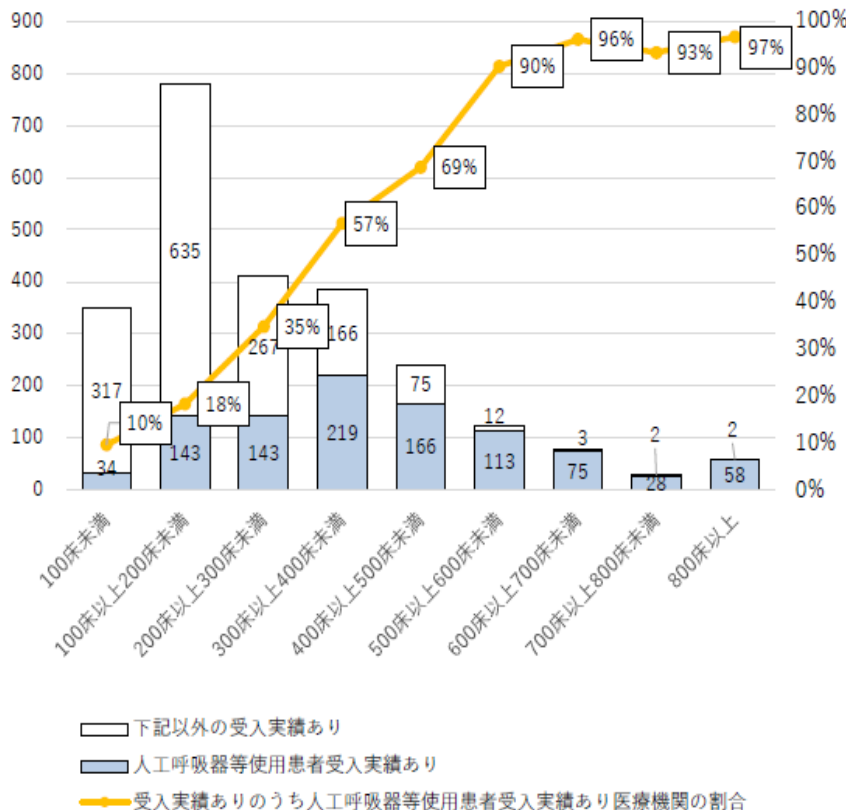
※ 医師数を未報告等の理由により0人と報告されている医療機関については分析対象外としている（令和2年度病床機能報告）

病床規模別の新型コロナウイルス感染症の入院患者受入実績あり 医療機関のうち人工呼吸器等使用患者受入実績あり医療機関の割合（令和3年11月末時点）

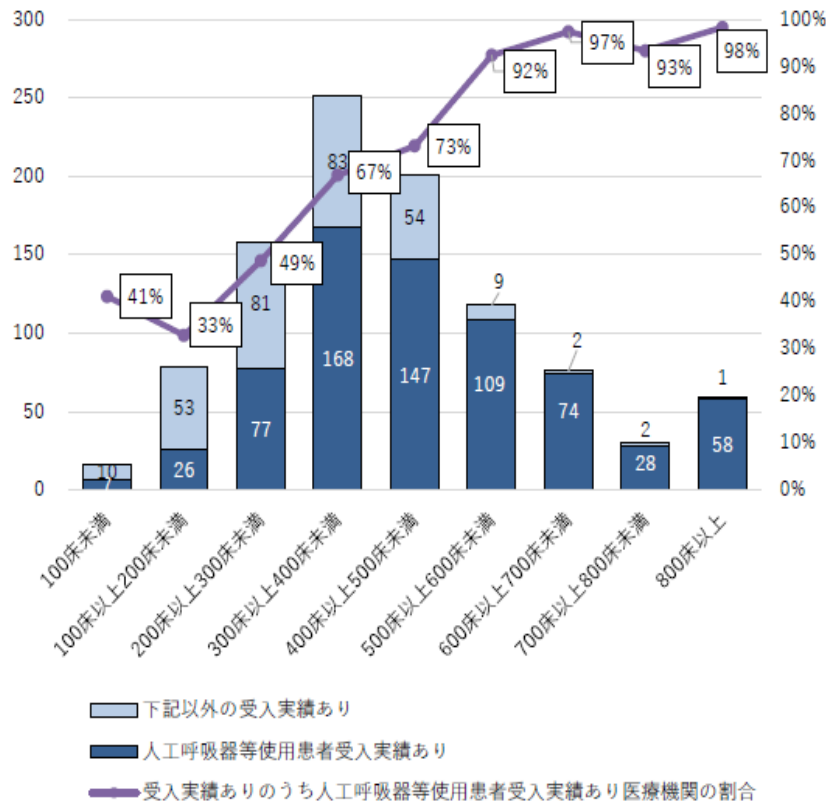
○ 病床規模が大きいほど人工呼吸器等使用患者受入実績あり医療機関の割合が大きい。

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関（4,159医療機関）

病床規模別の新型コロナウイルス感染症の入院患者受入実績あり
医療機関のうち人工呼吸器等使用患者受入実績あり医療機関



病床規模別の新型コロナウイルス感染症の入院患者
受入実績あり医療機関のうちICU等を有する医療機関



※ 受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことがある医療機関（令和3年11月30日時点）
 ※ 下記以外の受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことがある医療機関のうち「人工呼吸器等使用患者受入実績あり」でないもの（令和3年11月30日時点）
 ※ 人工呼吸器等使用患者受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナ患者であって人工呼吸器またはECMOを使用した患者を受け入れていると報告したことがある受入医療機関（令和3年11月30日時点）
 ※ 急性期病棟を有する医療機関：高度急性期・急性期の機能を持つ病棟を有すると報告された医療機関【高度急性期・急性期病棟だけでなく、回復期・慢性期の機能も持つ病棟を有すると報告した医療機関も含む】（令和2年度病床機能報告）n=4,265病院
 ※ ICU等を有する医療機関：救命救急入院料1～4、特定集中治療室管理料1～4、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）・（新生児）、新生児特定集中治療室管理料1・2、小児特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料1・2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児治療回復室入院
 ※ 病床規模：令和2年度病床機能報告における一般病床及び療養病床の許可病床数

3 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

	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・紹介受診重点医療 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、都道府県が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									

○ 今後の検討・取組に当たっては、「1. 新型コロナ対応に関する課題」に対応するとともに、超高齢化・人口急減といった「2. 2040年を見据えた人口構造の変化への対応」が求められるのではないか。

1. 新型コロナ対応に関する課題

- ・人材面を始めとした高度急性期対応
- ・地域医療を面として支える医療機関等の役割分担・連携（情報共有を含む）
- ・チーム・グループによる対応など外来・在宅医療の強化
- ・デジタル化・見える化への対応

など

2. 2040年を見据えた人口構造の変化への対応

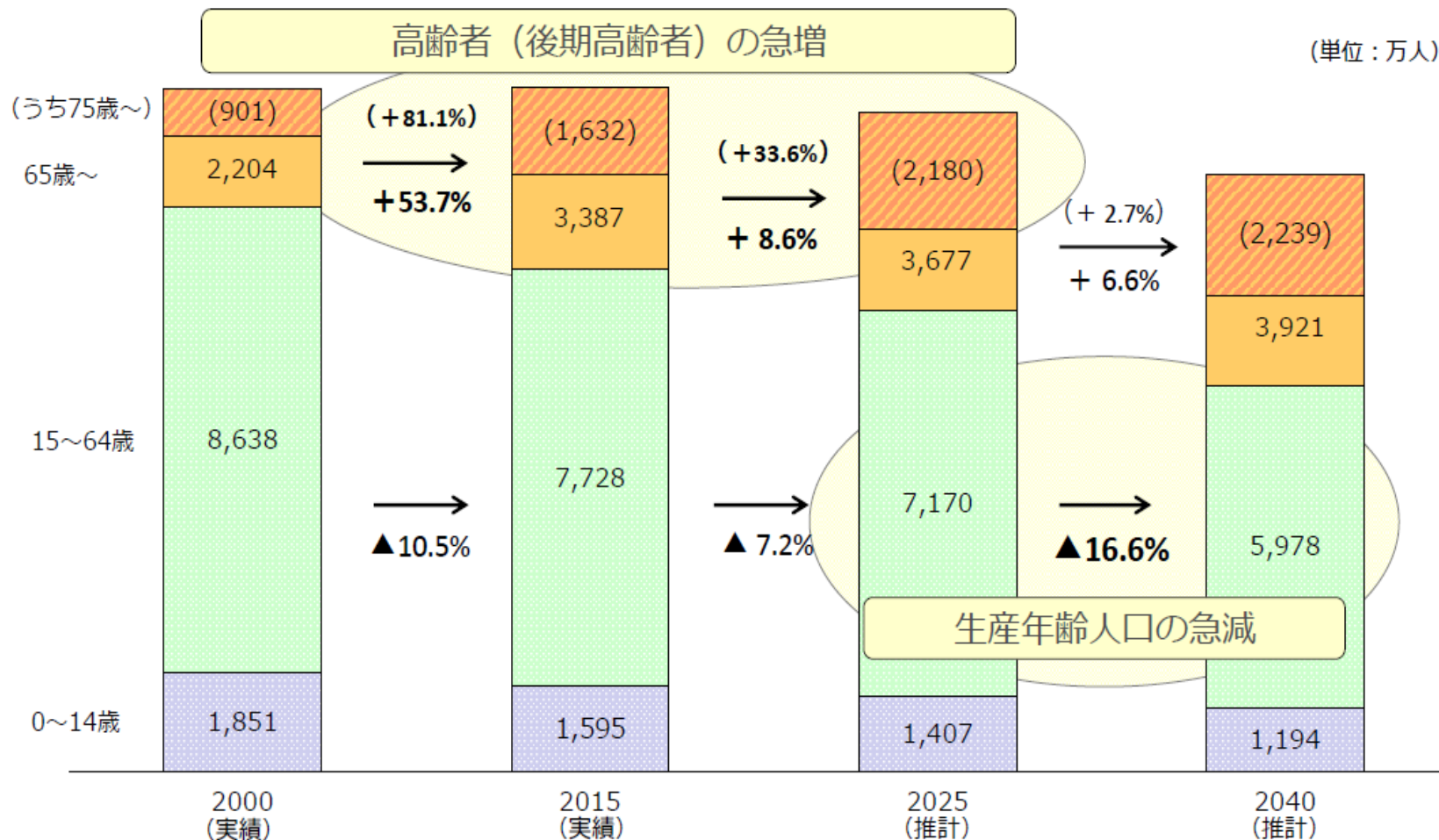
- ・生産年齢人口の減少に対応するマンパワーの確保
- ・人口減少地域における医療機能の維持・確保や医師の働き方改革に伴う対応
- ・超高齢化・人口急減による入院・外来医療ニーズの変化
- ・医療介護複合ニーズ・看取りニーズの増加（特に都市部）

など

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】

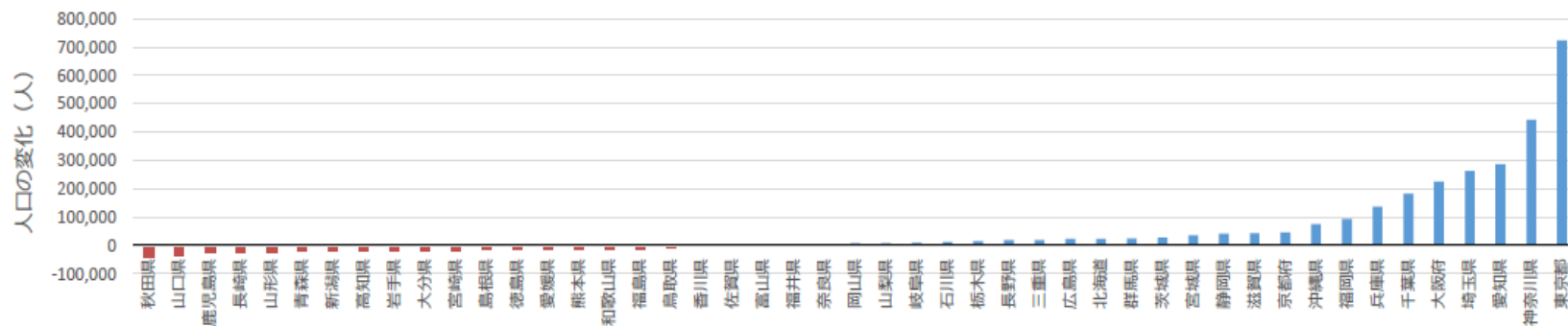


(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

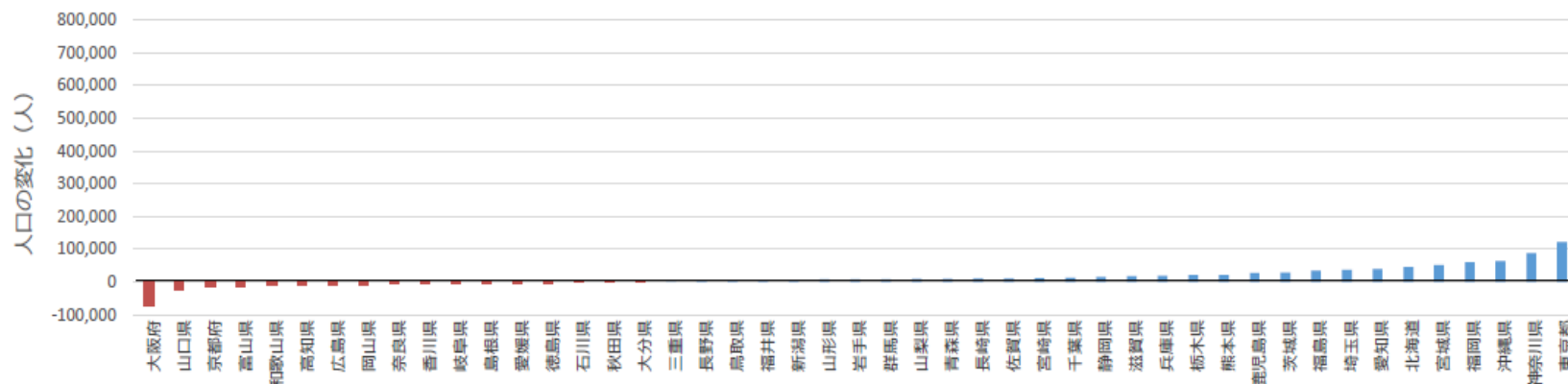
人口動態③ 65歳以上人口は急増してきたが、今後は減少する都道府県が発生する

- 都道府県単位で見ると、2025年から2040年にかけて、65歳以上人口が減少する都道府県が発生する(計21県)。他方、引き続き増加する都道府県は計26都道府県で、特に東京都・神奈川県をはじめとする都市部では増加数が多い。
- また、75歳以上人口で見ると、減少する都道府県は計17府県で、大阪府は減少数が多い。一方で、75歳以上人口が引き続き増加する都道府県は計30県だが、増加数は緩やかとなる。

2025年から2040年にかけての65歳以上の人口の動態



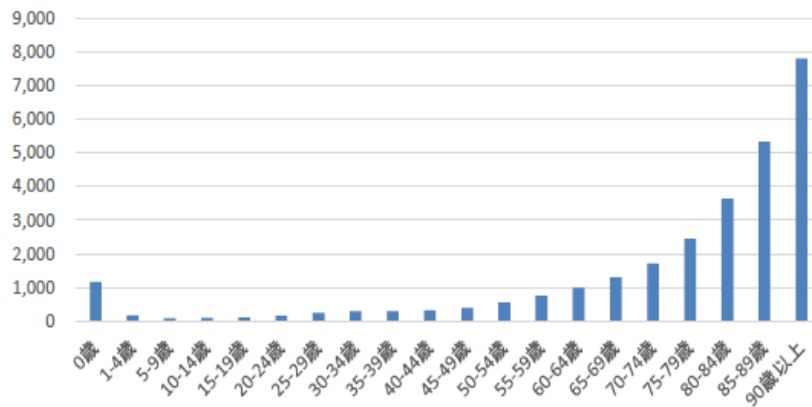
2025年から2040年にかけての75歳以上人口の動態 (再掲)



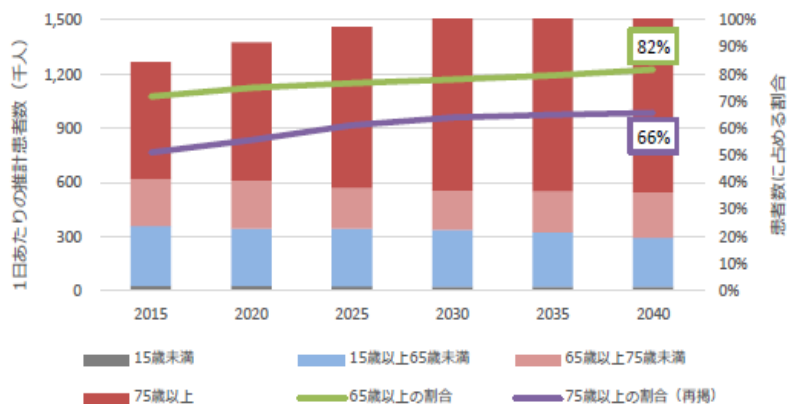
医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

- 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。

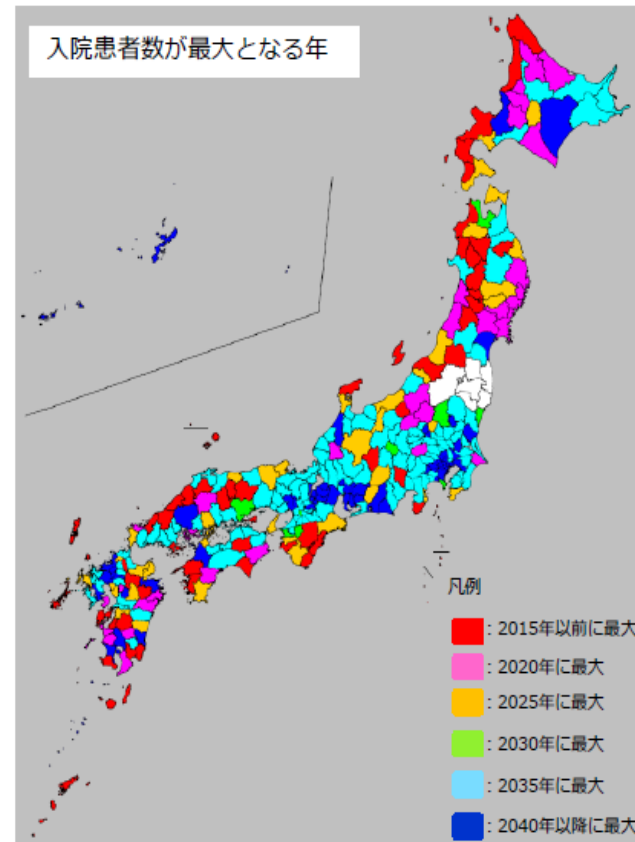
入院受療率（人口10万対）



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）」

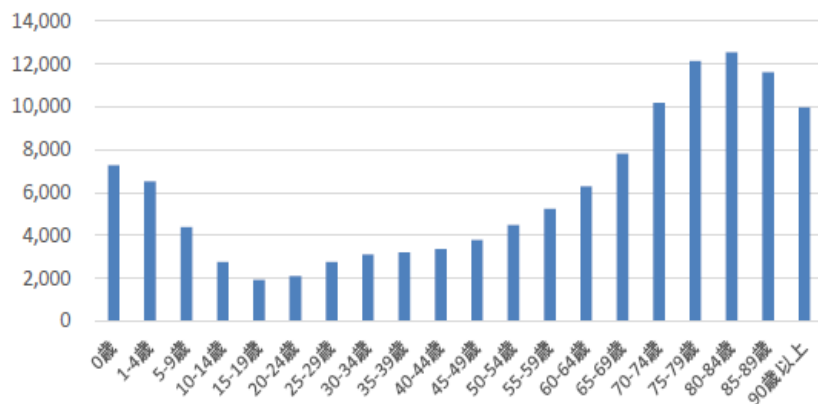
※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 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。 18

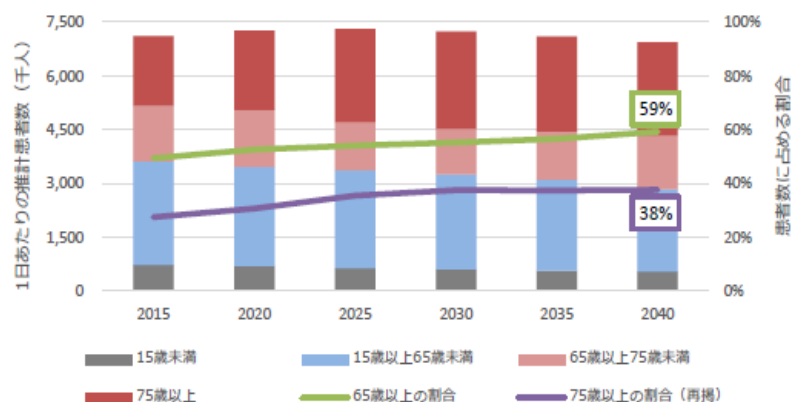
医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 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。

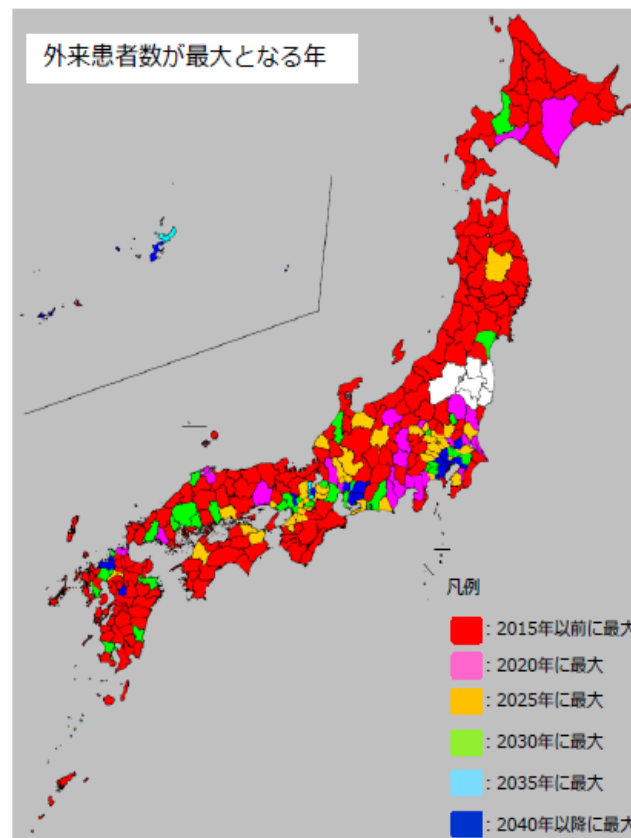
外来受療率（人口10万対）



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。

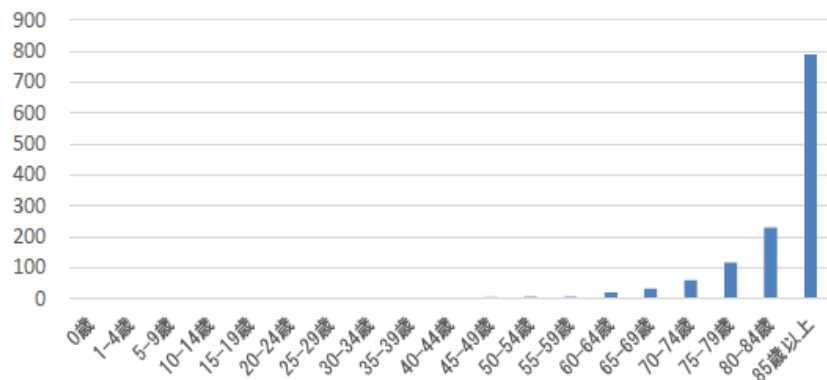
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 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。

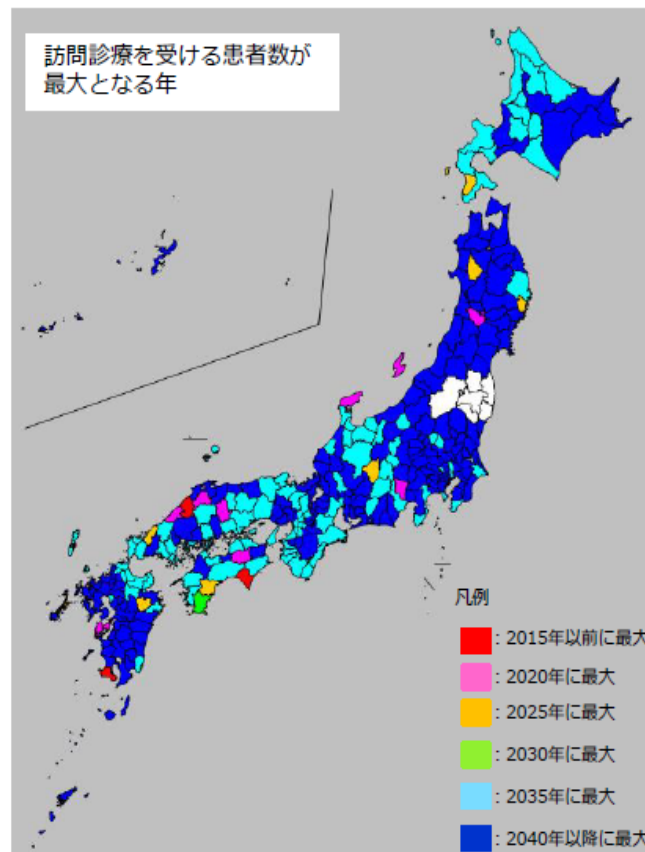
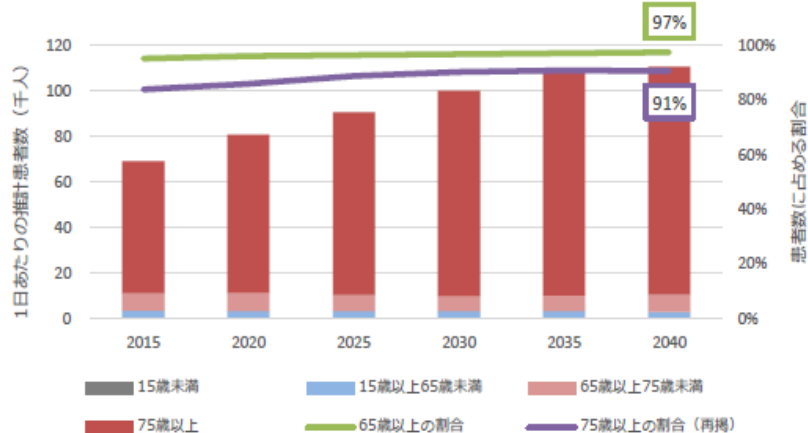
医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 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



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）」

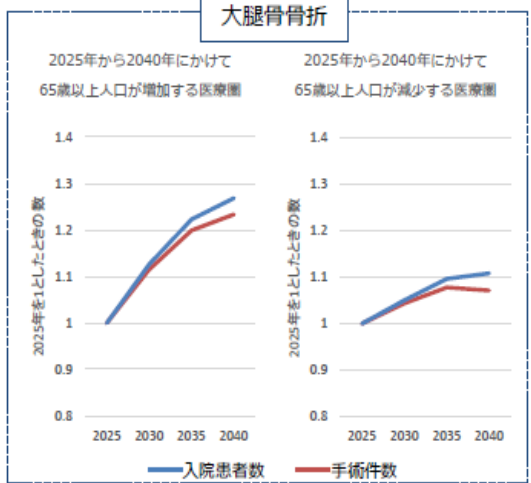
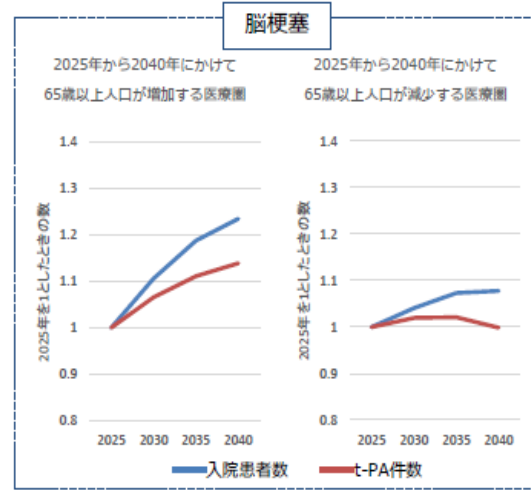
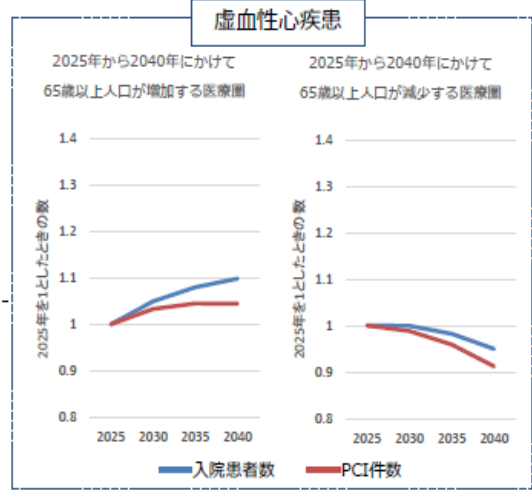
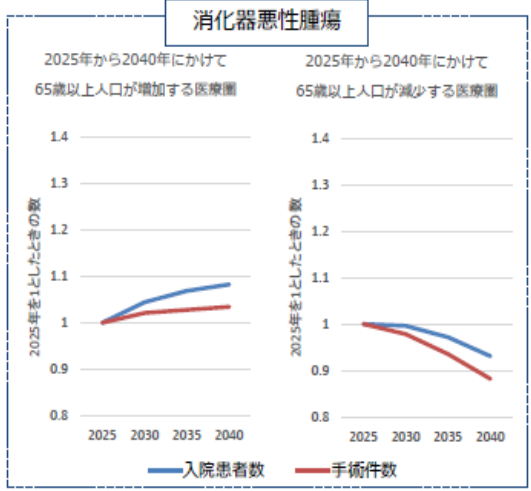
※ 病院、一般診療所を対象に集計。

※ 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④ 超高齢化・人口急減で、急性期の医療ニーズが大きく変化する

- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が増加する2次医療圏(132の医療圏)では、急性期の医療需要が引き続き増加することが見込まれるが、がん・虚血性心疾患・脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は大幅な増加が見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が減少する2次医療圏(197の医療圏)では、がん・虚血性心疾患の入院患者数の減少が見込まれる。脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は増加が見込まれる。



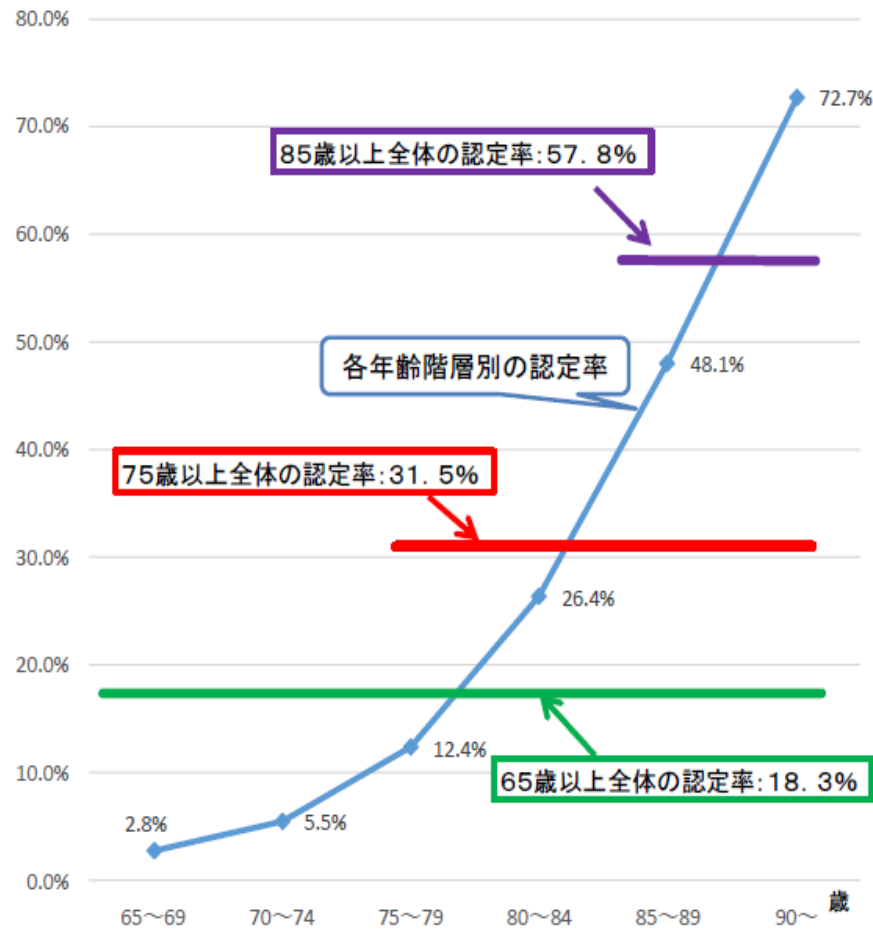
出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）（2019年度分、医政局において集計）
 患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
 総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和2年1月1日現在）」

- ※ 入院患者数は、各疾患の都道府県ごとの入院受療率に二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。
- ※ 手術件数・PCI件数・t-PA件数は、NDBの集計（下記定義による）による実績値から、令和2年1月1日時点での住基人口を用いて都道府県ごとの受療率を算出し、二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。
- ※ 消化器悪性腫瘍の手術件数とは、消化管及び肝胆膵等にかかる悪性腫瘍手術の算定回数の合計である。
- ※ 虚血性心疾患のPCI件数とは、「経皮的冠動脈形成術」「経皮的冠動脈ステント留置術」等の算定回数の合計である。
- ※ 脳梗塞のt-PA（アルテプラゼによる血栓溶解療法）件数とは、「超急性期脳卒中加算」の算定回数の合計である。
- ※ 大腿骨骨折の手術件数とは、「人工骨頭挿入術（股）」の算定回数の合計である。
- ※ 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推計。

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

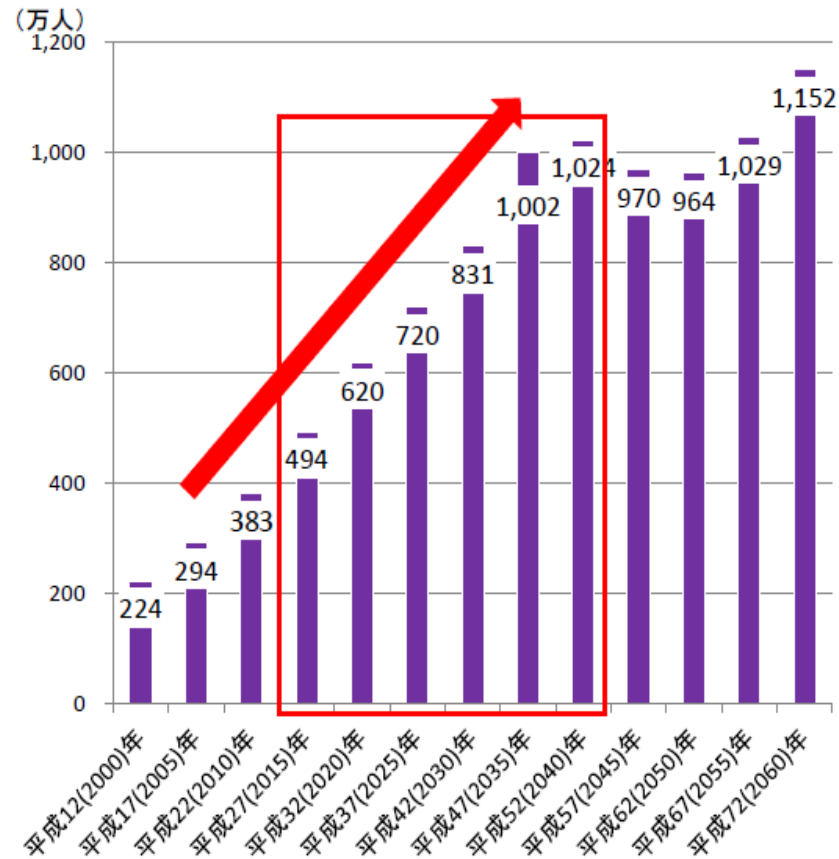
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

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)

4 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

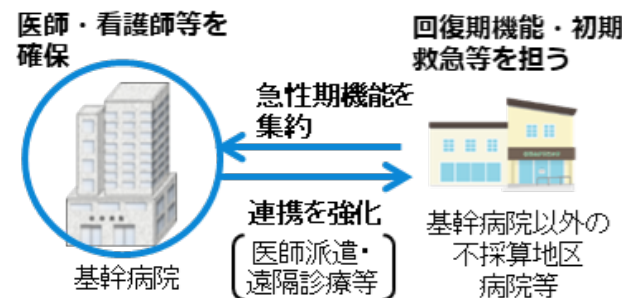
- 医師確保等を進めつつ、限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するという視点を最も重視し、新興感染症の感染拡大時等の対応という視点も持って、公立病院の経営を強化していくことが重要

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期

- 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 |

「地域医療構想の進め方について」(抄)

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

1. 基本的な考え方

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

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

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

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

2. 具体的な取組

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

このうち公立病院については、病院事業を設置する地方公共団体は、2021年度末までに総務省において策定する予定の「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」を踏まえ、病院ごとに「公立病院経営強化プラン」を具体的対応方針として策定した上で、地域医療構想調整会議において協議する。

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

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

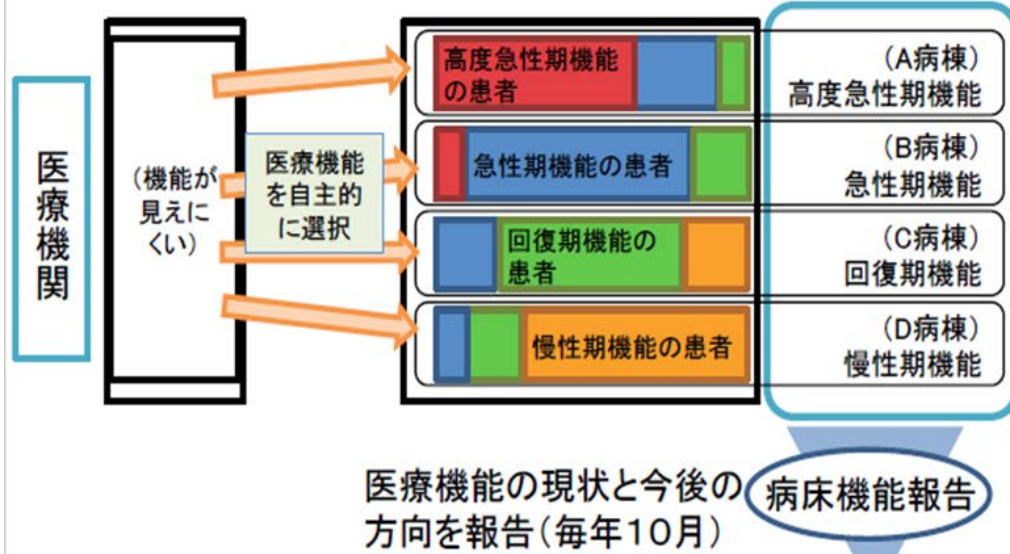
- 各公立病院は、地域医療構想や今般の新型コロナ対応の経験などを踏まえて、地域において果たすべき役割・機能を改めて見直し、明確化・最適化することが必要である。このため、**地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能について記載**する。
- その際、当該公立病院の将来の病床機能のあり方は、構想区域における病床の機能区分ごとの将来の必要病床数と整合性のとれた形でなければならない。このため、**地域医療構想における推計年である令和7年（2025年）及びプラン最終年度における機能ごとの病床数や、病床機能の見直しを行う場合はその概要を記載**する。
- また、**精神医療についても、当該病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

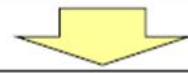
地域医療構想について

- 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

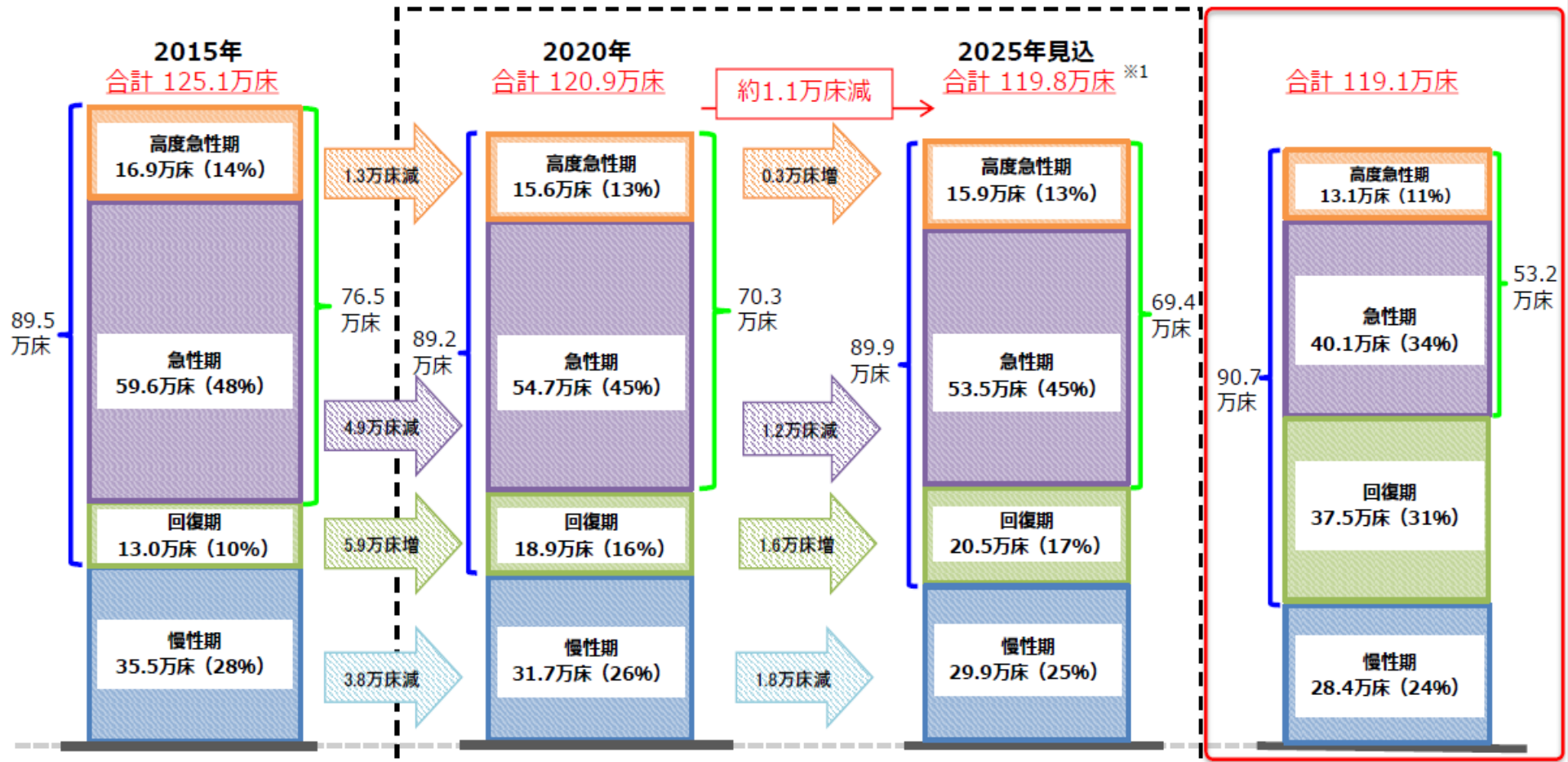
- 機能分化・連携については、「**地域医療構想調整会議**」で議論・調整。

2020年度病床機能報告について

地域医療構想における ※4
2025年の病床の必要量
(平成28年度末時点の推計)

2015年度病床機能報告

2020年度病床機能報告



出典: 2020年度病床機能報告

※1: 2020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年病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2020年病床機能報告: 12,635/13,137(96.2%)

※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: ICU及びHCUの病床数(*): 18,482床(参考 2019年度病床機能報告: 18,253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

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12道県17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、南樺山区域）
- ・ 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】

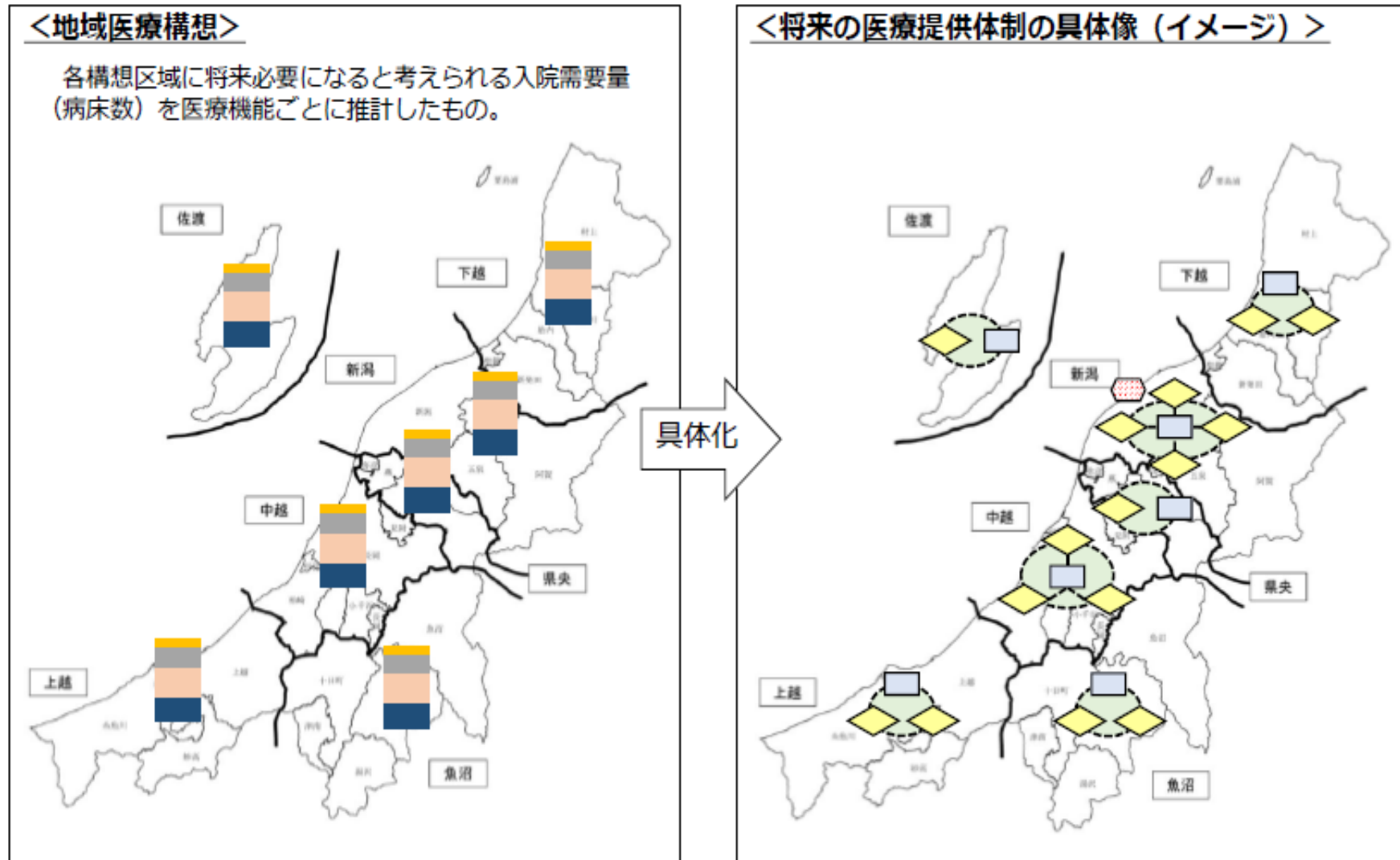
- ・ 山形県（置賜区域）
- ・ 岐阜県（東濃区域）

【4回目（令和3年12月3日）に選定した重点支援区域】

- ・ 新潟県（上越区域、佐渡区域）
- ・ 広島県（尾三区域）

- 地域医療構想の策定により将来必要になると考えられる入院需要量(病床数)は示したものの、医師の働き方改革への対応も視野に入れ、持続可能な入院医療体制の確保に向けて、具体的な体制像を検討する必要があるとの指摘があった。

【第2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(令和3年12月3日) 新潟県提出資料より】



地域で高度な医療を支える柱となる病院と地域包括ケアシステムを支える医療機関の役割分担

○ 具体的な体制像の検討に当たって、医療ニーズの変化と医師の働き方改革の両方に対応しながら、医療の質を確保・向上していくためには、「地域で高度な医療を支える柱となる病院」と「地域包括ケアシステムを支える医療機関」との役割分担による体制づくりが重要との指摘があった。

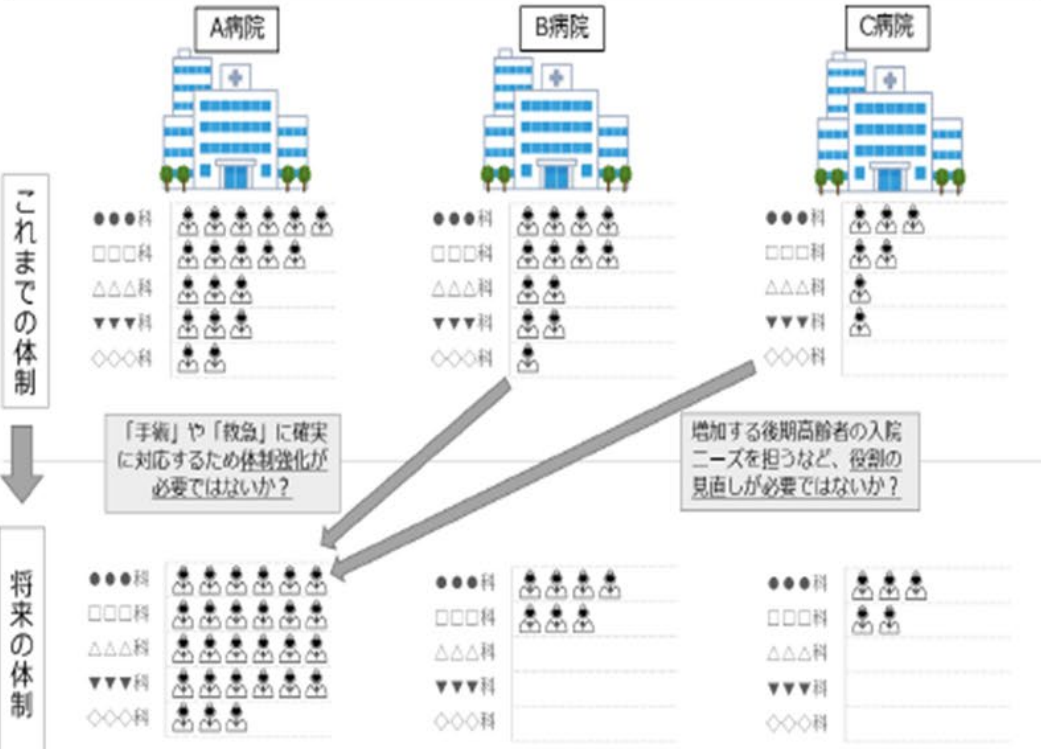
【第2回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ(令和3年12月3日) 新潟県提出資料より】

	各病院の役割の基本的なイメージ	
	地域で高度な医療を支える柱となる病院	地域包括ケアシステムを支える医療機関
		救急拠点型 地域密着型
脳卒中・急性心筋梗塞等の高度・専門的な治療、手術機能	↑	
重症患者の救急受入れ機能		
休日・夜間の救急受入れ機能	↓	↑
サブアキュート機能（軽・中等症患者の救急受入れ機能）		↑
在宅医療の後方支援機能（かかりつけ患者の救急受入れ機能等）		↑
ポストアキュート機能（長期急性期患者や回復期患者の受入れ、治療機能）		↓

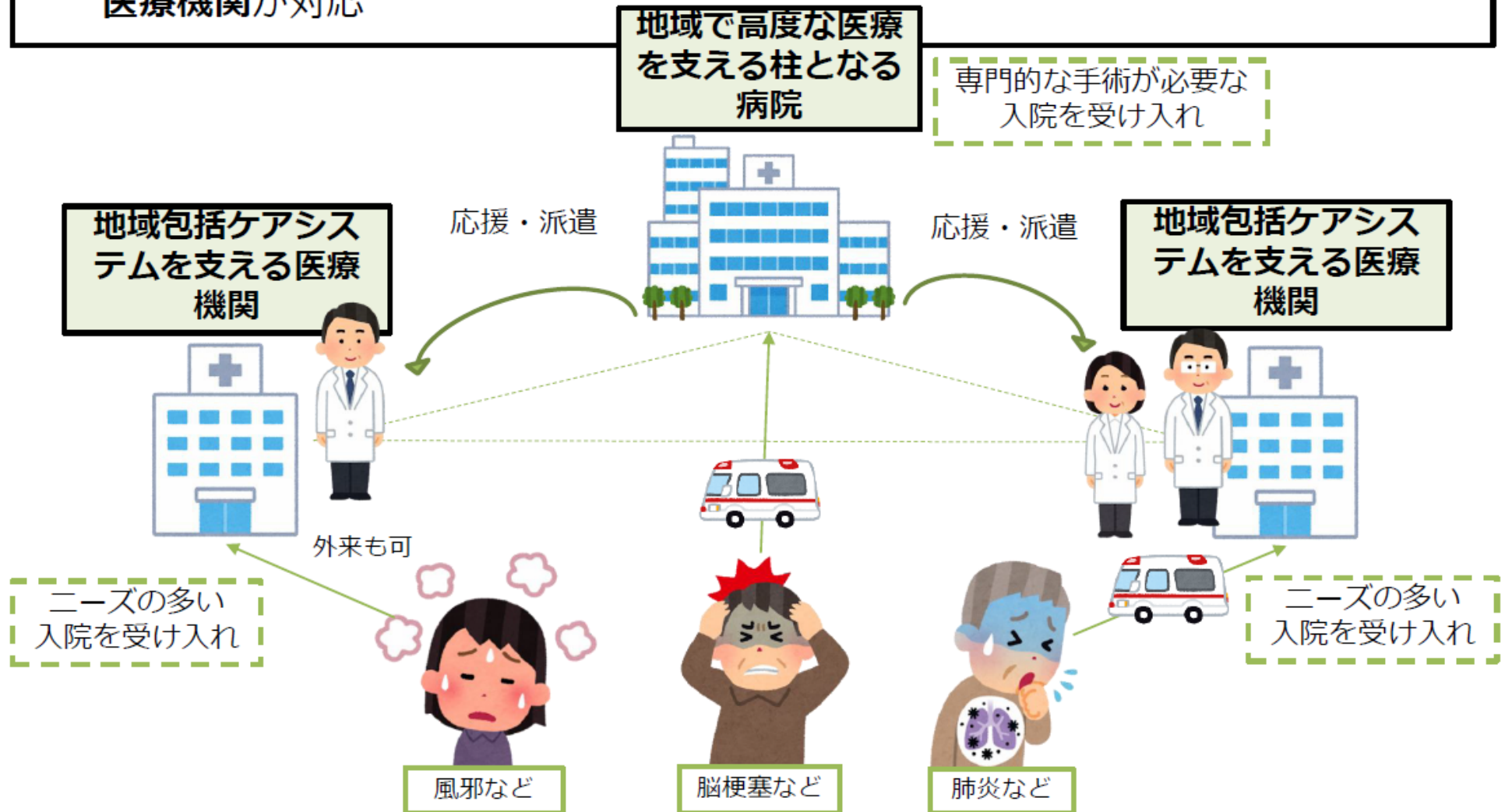
※ 上記以外の機能の役割分担については、別途検討する必要がある。

地域医療構想の必要性を踏まえた整理

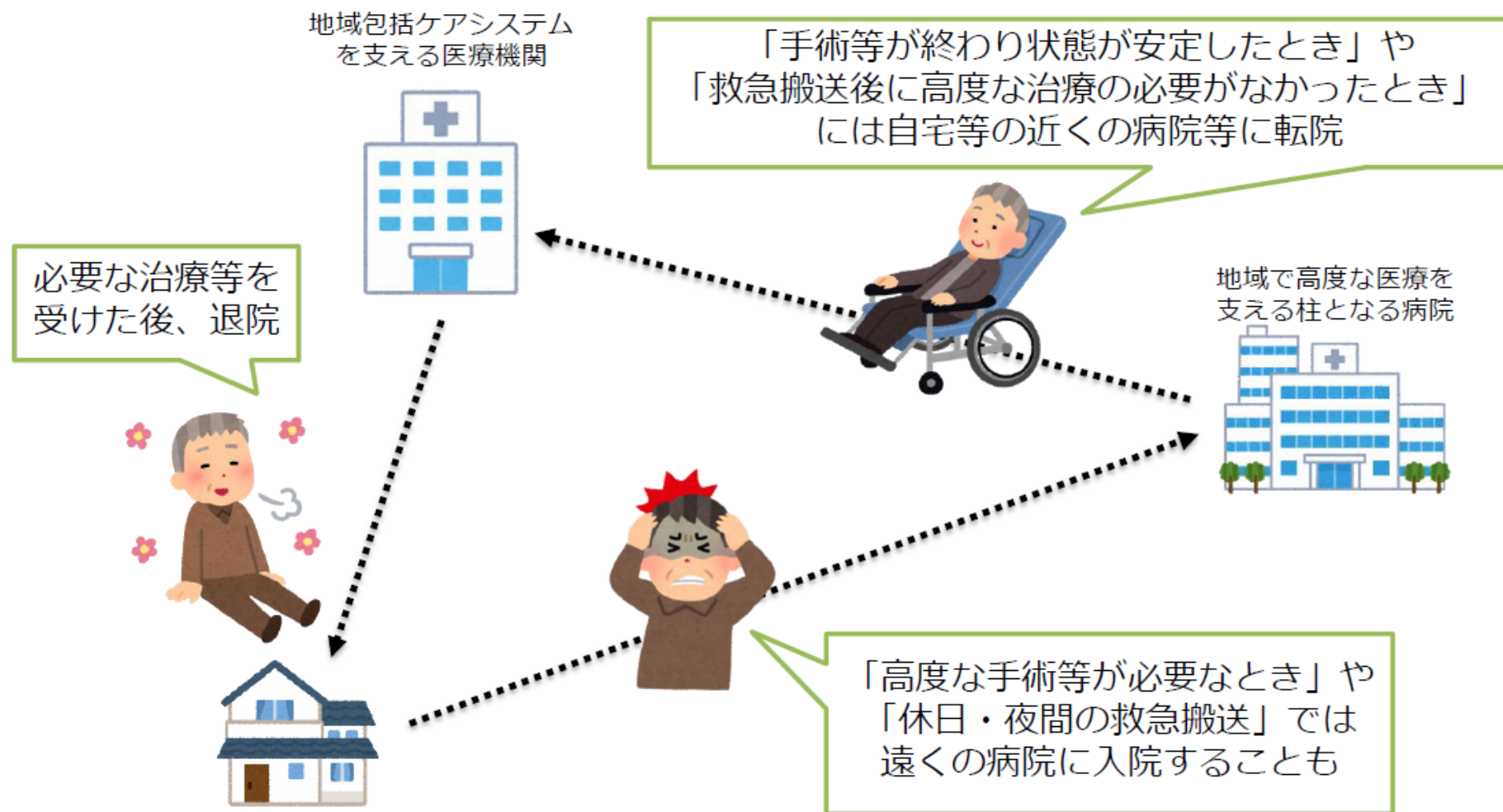
- 圏域ごとに特定の病院に医師等を集約し、「手術」や「救急」に確実に対応
- それ以外の病院では、役割を見直す



- 「地域で高度な医療を支える柱となる病院」の体制が強化され、専門的な手術や救急で入院が必要になった時に、構想区域内で質の高い医療を提供
- ニーズの多い入院（後期高齢者等）については、地域包括ケアシステムを支える医療機関が対応



- 患者の状態に応じて、**必要な医療**を受けられる体制
- ひとつの病院で入院を完結するのではなく、**地域全体で患者を支える体制**



病床機能再編に当たっての課題

- 地域包括ケア病棟に代表される「地域包括ケアシステムを支える医療機関」においては、軽症急性期や急性期経過後の受け入れ・退院支援、在宅医療機能などを中心に担うことが想定される。病床機能の再編に当たって、急性期から回復期への機能転換においては、地域包括ケア病棟のような在宅復帰に向けた医療の確立、看護職のスキルの適応、急性期偏重の意識改革などの課題があるとの指摘があった。

【第2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(令和3年12月3日) 新潟県提出資料より】

急性期から回復期への機能転換における課題

1. 在宅復帰 に向けたケア 等の確立

- ・ **いわゆる地域包括ケア入院料**を算定するような「在宅復帰に向けた医療」を提供するモデルが未確立
- ・ 看護配置を13：1に縮小した上で、様々な状態の早期の急性期患者を他病院（特に設置主体が異なる場合）から受け取り、在宅復帰させるまでの一連のプロセス標準化が課題

2. 看護職の スキル適応

- ・ 上記課題に**看護職スキル**を対応させる必要がある
（後期高齢者中心に「在宅復帰に向けた医療」である回復期医療を提供することは、急性期とは違った意味で看護的に手がかかる）

3. 急性期偏 重の医療従事 者意識改革

- ・ 急性期機能を掲げることが医師確保や経営の上で有利という認識が未だみられる。
- ・ 一方、県内には在宅復帰に向けた医療を中心に据えた上で医師確保に成功したり、安定的な経営を行っている事例あり、事例やノウハウの横展開を更に図る必要がある

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。

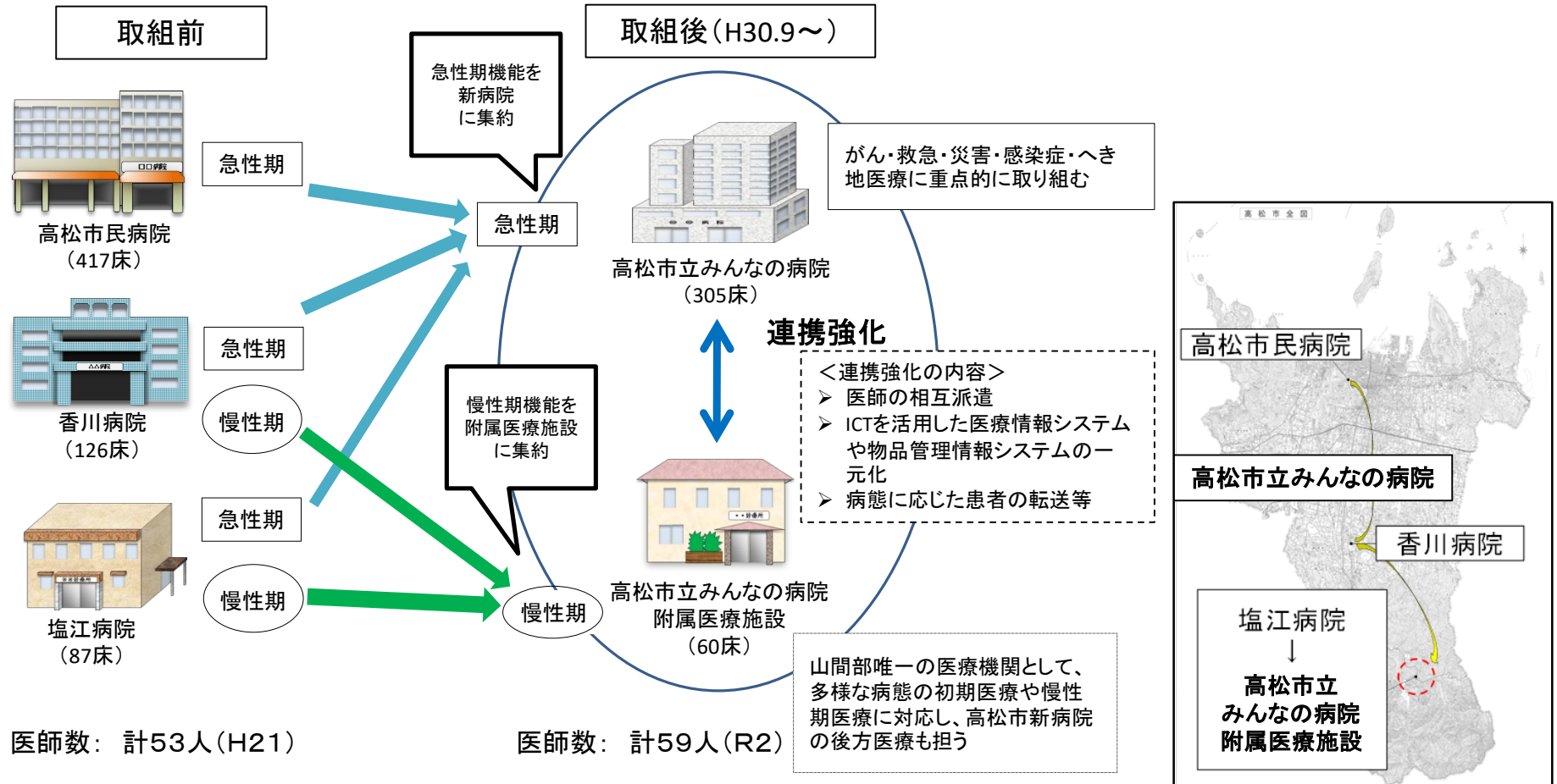
※ 「機能分化・連携強化」は、前ガイドラインの「再編・ネットワーク化」と比べ、病院や経営主体の統合よりも、病院間の役割分担と医師派遣等による連携強化に主眼を置いた概念であり、その変化に合わせて、病院事業債（特別分）の対象経費等を拡充している。

※ 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。

機能分化・連携強化の事例①（同一市町村内の取組）

香川県高松市の取組

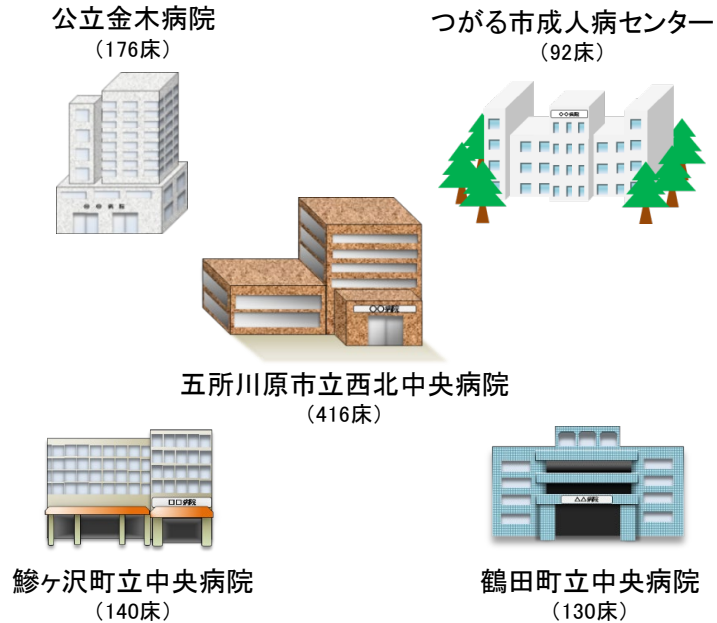
- 高松市民病院と香川病院を移転統合して「高松市立みんなの病院」を建設し、塩江病院をその附属医療施設とする再編
 「高松市立みんなの病院」: 高松市医療全体の最適化を目指すリーディングホスピタルとして地域の医療水準の向上を図る
 「附属医療施設」: 山間部唯一の医療機関として多様な病態の初期医療等に対応するとともに、「高松市立みんなの病院」の後方支援病院としての機能も担う



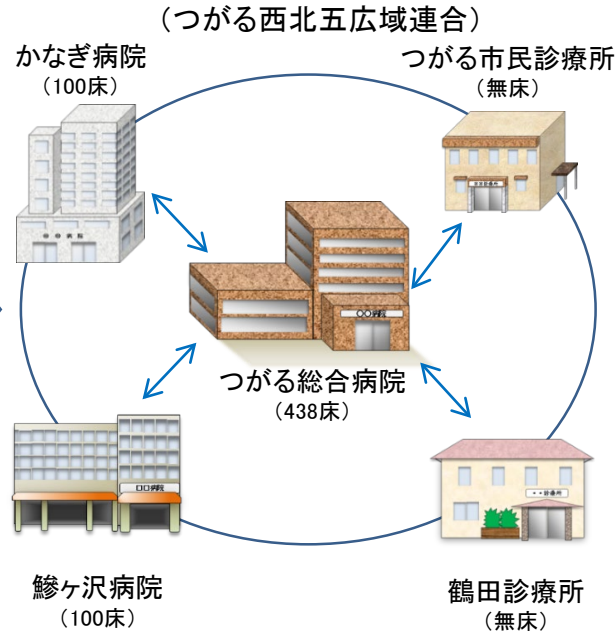
機能分化・連携強化の事例②（複数の市町村間の取組）

青森県西北五医療圏の取組

取組前



取組後(H26.4～)

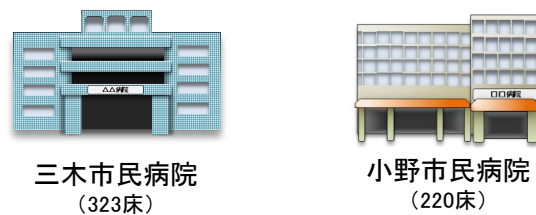


<取組による主な効果>

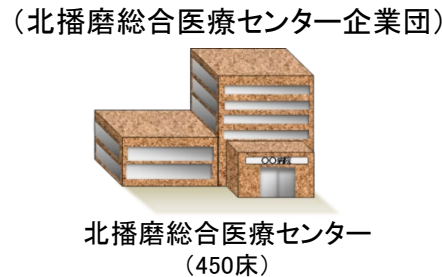
- ・広域連合内の医師数が増加するとともに、中核病院の診療科が充実。
医師数：50人(H23)→61人(H26)
診療科：16→21診療科
- ・関係医療機関において患者情報を共有し、切れ目ない医療提供を実現。

兵庫県三木市・小野市の取組

取組前



取組後(H25.10～)

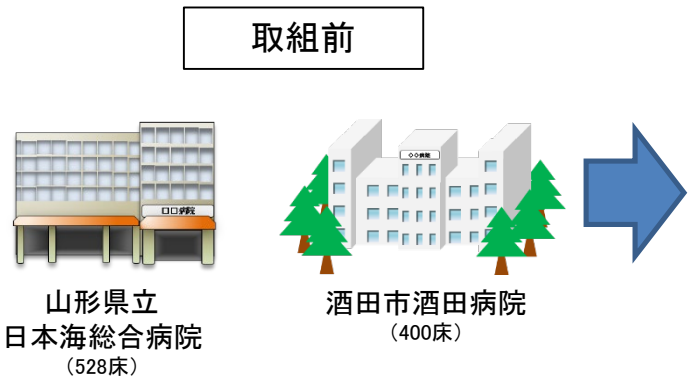


<取組による主な効果>

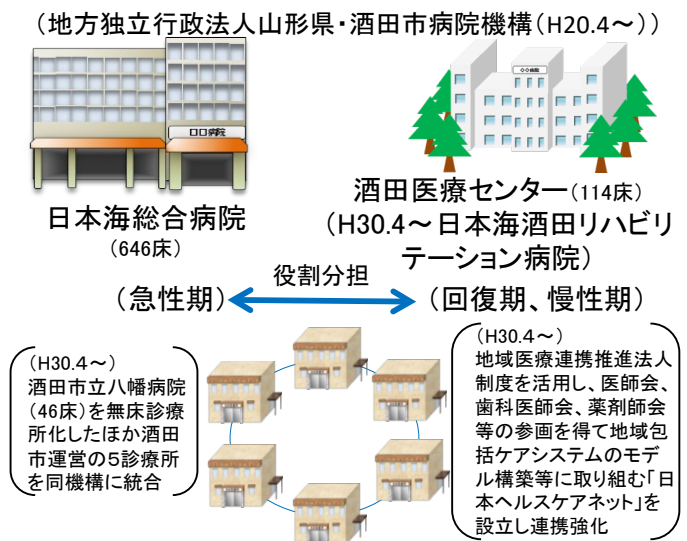
- ・医師数が増加し、診療科が充実。
医師数：62人(H24)→88人(H25)
診療科：21→33診療科
- ・休止・縮小していた分娩や小児救急を開始・拡充するなど、必要とされる地域医療を確保。

機能分化・連携強化の事例③（市町村と都道府県との取組）

山形県・酒田市の取組

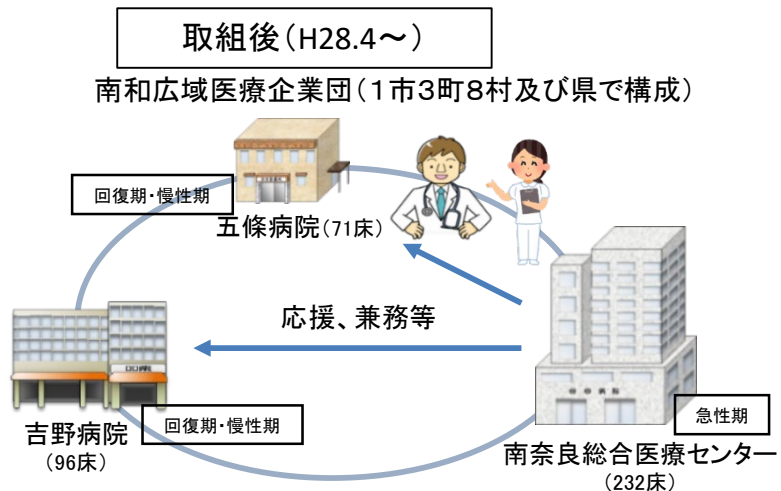
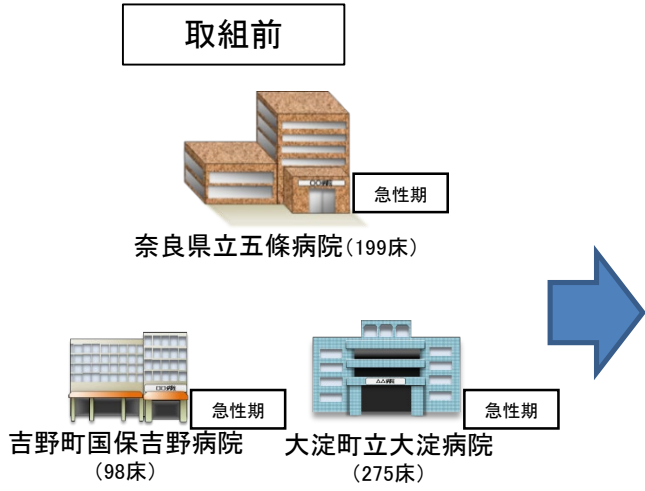


取組後(H20.4～)



- ＜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④（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) 渋川市立渋川総合病院 (154床) 国立病院機構西群馬病院 (380床)	(平成28年度) 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 瑞浪市	(令和元年度) 土岐市立総合病院 (350床) (厚生連) 東濃厚生病院 (270床)	(令和7年度予定) (東濃中部病院事務組合) 新病院 (400床程度) ※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) (厚生連) 大台厚生病院 (95床) 大台町立報徳病院 (30床)	(平成27年度) (厚生連) 大台厚生病院 (110床) 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) 守山市民病院 (199床 (うち、急性期111床)) (済生会) 滋賀県病院 (393床)	(令和2年度) 守山市民病院 (199床 (うち、急性期51床、回復期100床)) (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) 国立病院機構舞鶴医療センター (339床) 国家公務員共済組合連合会舞鶴共済病院 (320床) (日赤) 舞鶴赤十字病院 (198床) 舞鶴市立舞鶴市民病院 (198床)	(平成27年度) 国立病院機構舞鶴医療センター (280床) 国家公務員共済組合連合会舞鶴共済病院 (310床) (日赤) 舞鶴赤十字病院 (198床) 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) 伊丹市立伊丹病院 (414床) 公立学校共済組合近畿中央病院 (445床)	(令和7年度予定) 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（仮称）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 広島市 安芸高田市 安芸太田町 北広島町	(令和元年度) 広島市立安佐市民病院 (527床) (厚生連) 吉田総合病院 (340床) 安芸太田町立安芸太田病院 (149床) 北広島町立豊平病院 (44床)	(令和4年度予定) 広島市立北部医療センター安佐市民病院 (434床) 安佐医師会病院 (仮称) (102床) (厚生連) 吉田総合病院 (311床) 安芸太田町立安芸太田病院 (149床) 北広島町立豊平診療所 (無床)

機能分化・連携強化の事例⑤（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） 米沢市立病院（322床） （一財）三友堂病院（187床） （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） 米沢市立病院（263床） （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 桜川市	（平成28年度） 筑西市立筑西市民病院（173床） 県西総合病院（299床） 医療法人山王病院（79床）	（平成30年度） （（地独）茨城県西部医療機構）※筑西市が設置 茨城県西部メディカルセンター（250床） 桜川市立さくらがわ地域医療センター（128床） ※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） 泉大津市立病院（230床） 医療法人生長会・府中病院（380床）	（令和6年度予定） 新泉大津市立病院（仮称）（300床） 市立小児・周産期センター（仮称）（82床） 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）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） 加古川市立加古川市民病院（411床） （株）神鋼加古川病院（198床）	（平成23年度） （（地独）加古川市民病院機構） 加古川西市民病院（405床） 加古川東市民病院（198床）
			（平成28年度） （（地独）加古川市民病院機構） 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） 神河町立公立神崎総合病院（155床） 宍粟市立公立宍粟総合病院（205床） 医療法人姫路聖マリア病院（354床）	（令和元年度） 神河町立公立神崎総合病院（140床） 宍粟市立公立宍粟総合病院（205床） 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・再編する予定である。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） 川西市立市立川西病院（250床） 医療法人協和会協立病院（313床）	（令和4年度予定） 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） 玉野市立玉野市民病院（199床） （株）玉野三井病院（110床）	（令和3年度） （（地独）玉野医療センター） 玉野市民病院（199床） 玉野三井病院（110床）
			（令和6年度予定） （（地独）玉野医療センター） 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。

公立病院経営強化プランの記載事項 ④

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

① 医師・看護師等の確保

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

1) 基幹病院

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

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

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

2) 不採算地区病院をはじめとする中小規模の病院

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

※ 医師・看護師等の確保が特に困難な公立病院については、機能分化・連携強化の必要性を含めて、都道府県が特に積極的な助言や提案を行うことが期待される。

② 臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保

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

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

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

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

公立病院経営強化プランの記載事項 ⑤

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

③ 医師の働き方改革への対応

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

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

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

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

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

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

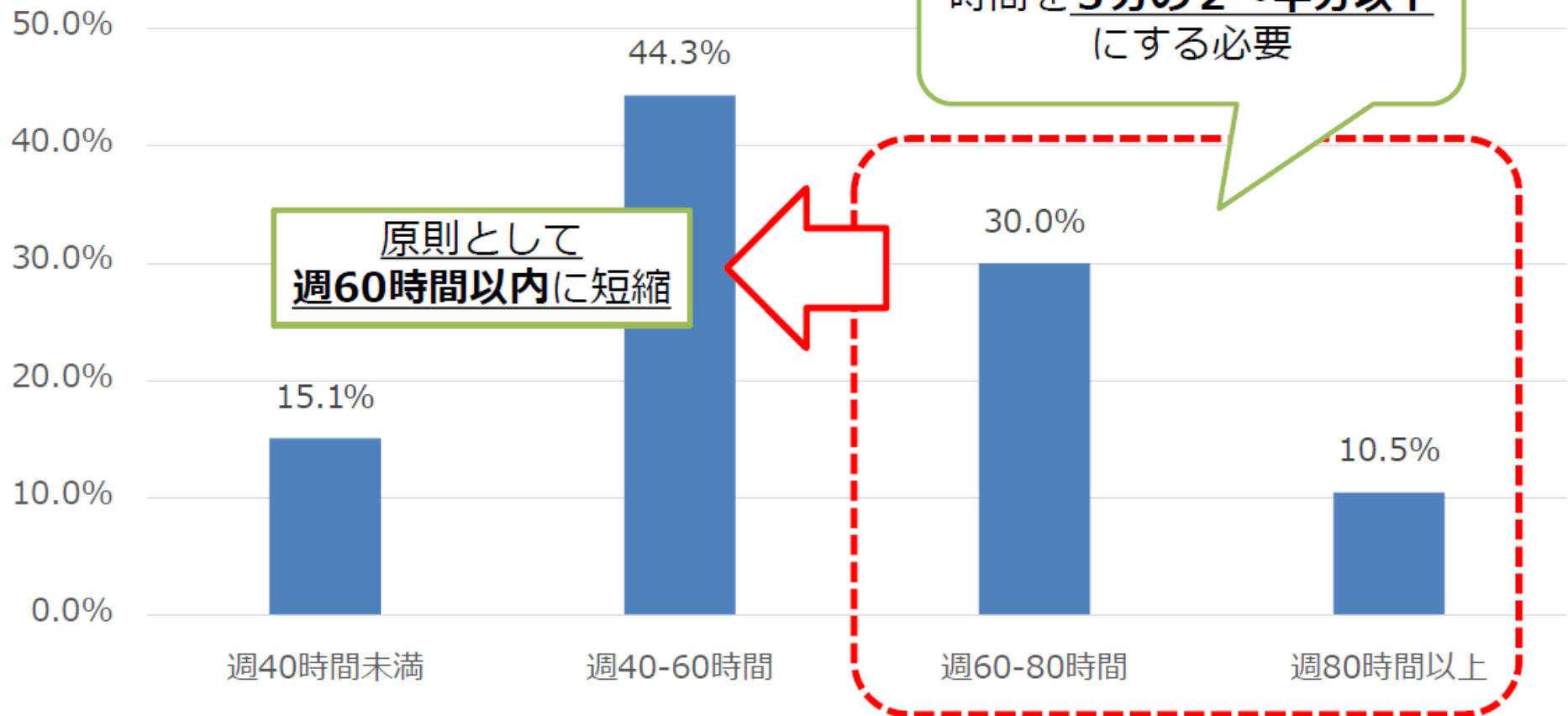
(参考) 厚生労働省資料「医療機関における宿日直許可 ～申請の前に～」より抜粋

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

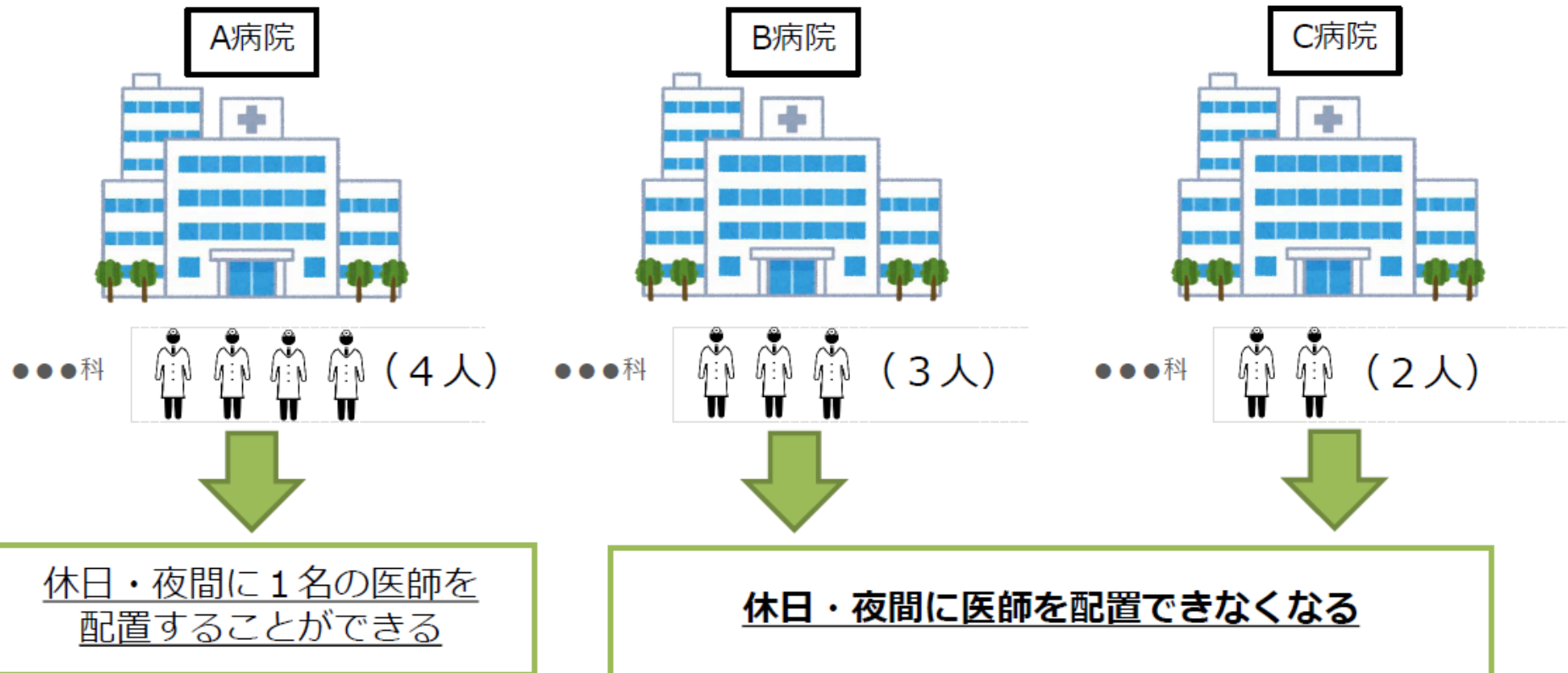
- 医師の長時間労働を抜本的に解消するため、2024年度以降、時間外労働の上限を原則：年間960時間（週の労働時間：60時間）以内へ

※例外的に年間1860時間以内まで認められる場合あり

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



- 医師が4人以上いない診療科では、**2024年度以降**、休日・夜間（時間外）の診療体制（＝救急体制）**を確保することができなくなる**



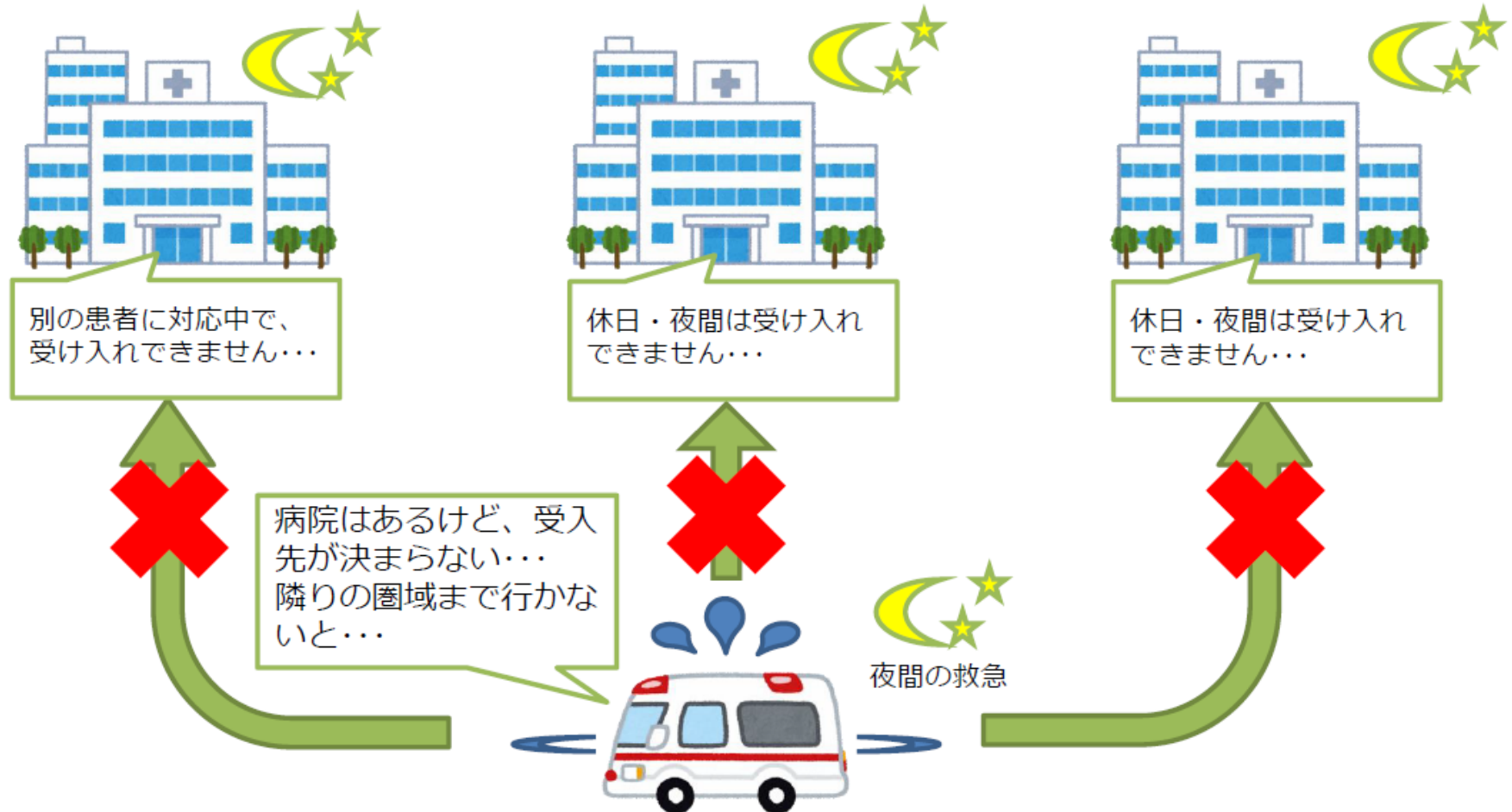
※ただし、4名の医師がそれぞれ年間1860時間（月155時間）程度の時間外勤務に従事することが必要

それでも
激務！

（さらなる集約化も必要？）

○ 人的資源（医師等）が分散し、救急車の受け入れ縮小・困難となるおそれ

(※病院や病床が近くにたくさんあっても、それが機能していなければ意味がありません)

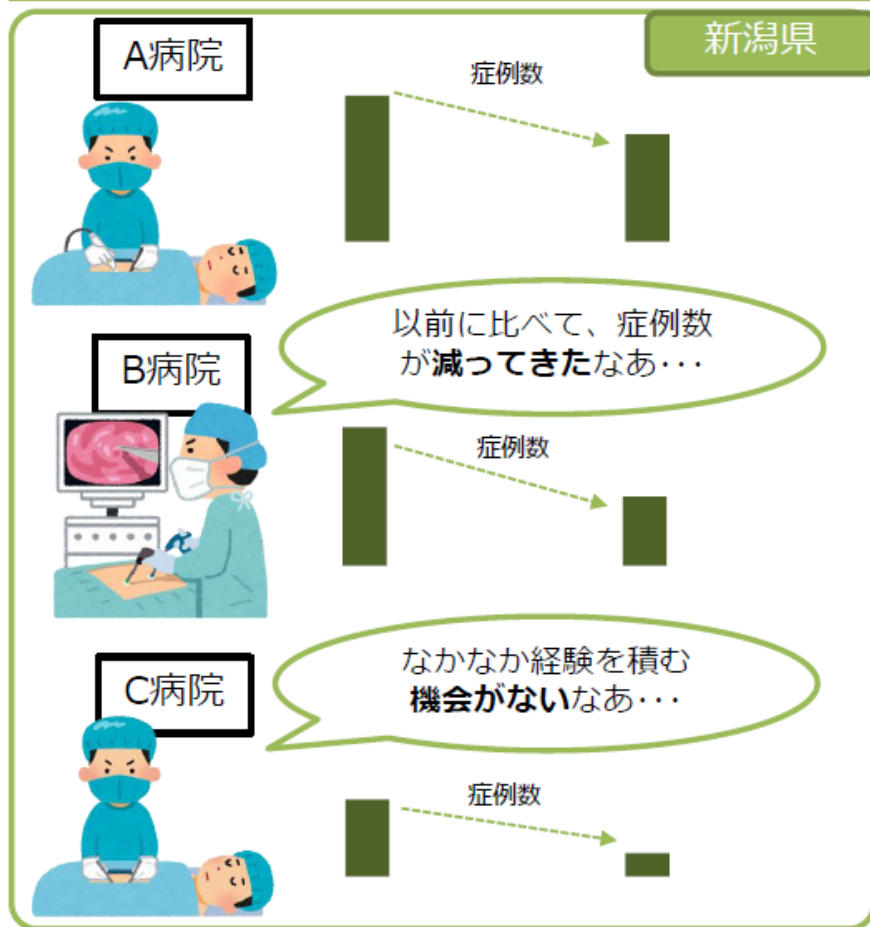


いずれの病院でも必要十分な医療提供（特に救急医療）ができなくなるおそれ...

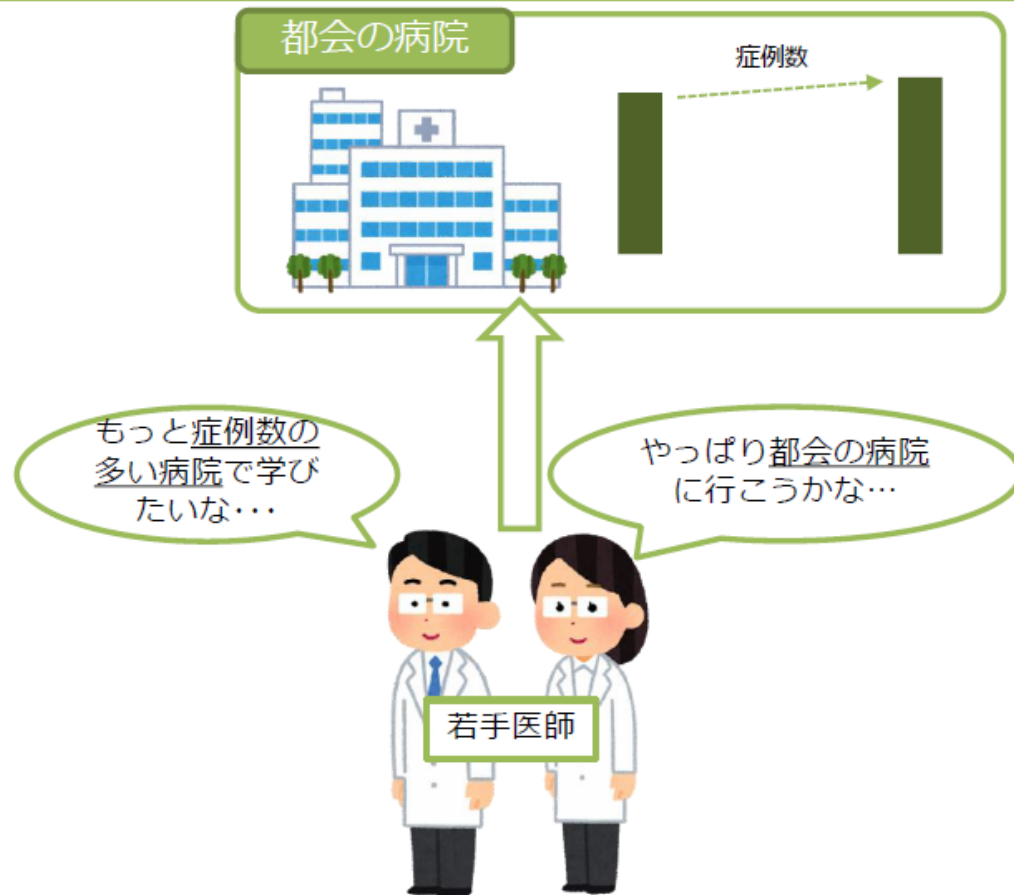
○ 高度・専門的な治療の対象患者は減少 → それぞれの病院の症例数（手術等）が減少

⇒① 医療の質低下

⇒② 若手医師にとっての研修先や勤務先としての魅力が低下し、若い医師が集まりにくくなる



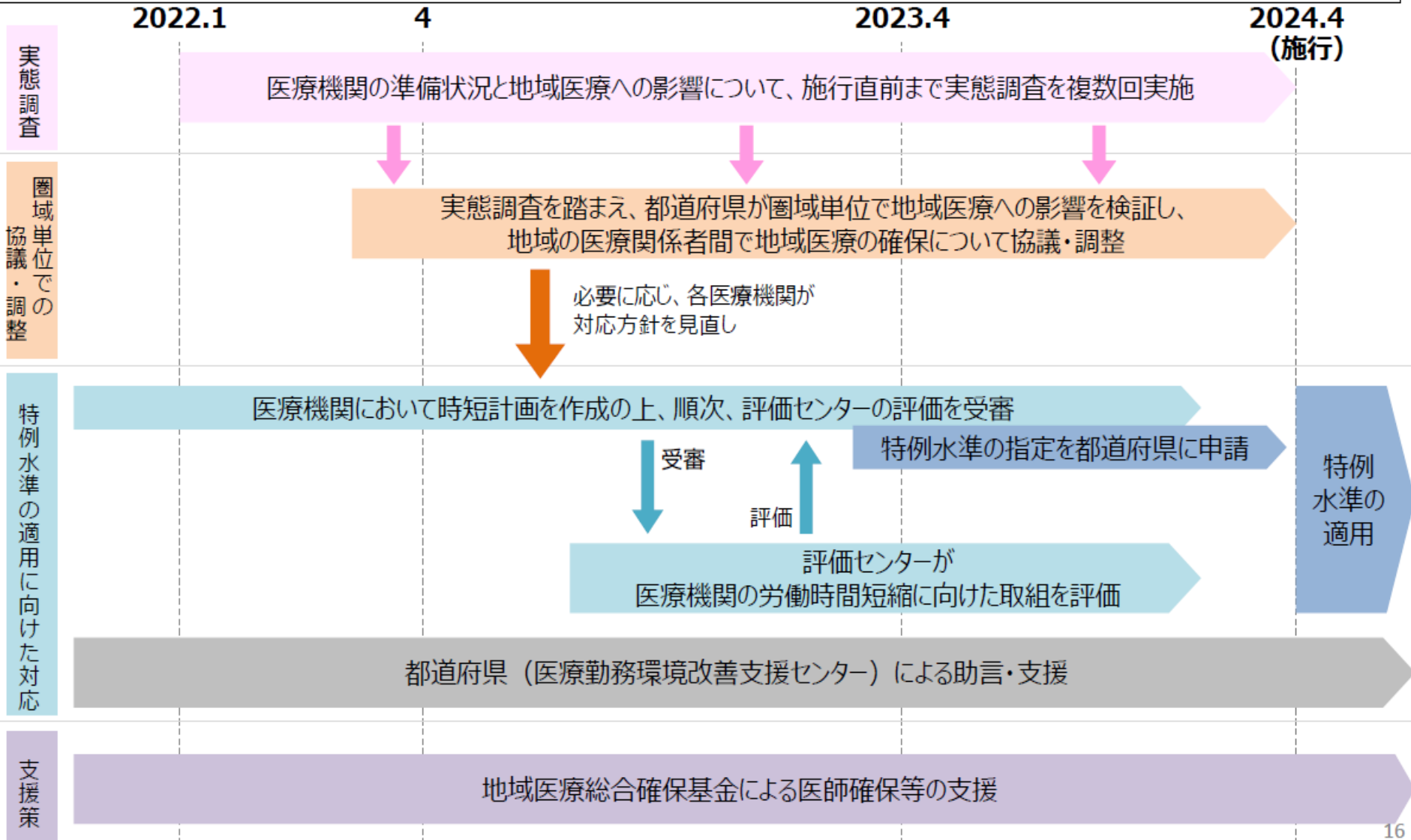
医療の質低下



若手医師流出

マンパワー③ 働き方改革への対応と地域医療の確保の両立が必要となる

- 2024年度からの上限規制の適用開始に向け、円滑な実施を確保するとともに、必要な地域医療に影響が出ることのないよう、国・都道府県の責任の下で進捗を管理していく。
- 特に、大学病院など、救急等の機能を担ったり、地域医療の確保のため医師を派遣している医療機関が、2024年度までに確実に必要な特例水準の指定を受けられ、かつ、地域医療が守られるよう、施行直前まで、その準備状況と地域医療への影響についての実態調査を実施するとともに、都道府県が圏域単位で協議・調整を行うなど、必要な支援を集中的に実施していく。



医師の働き方改革

- 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**

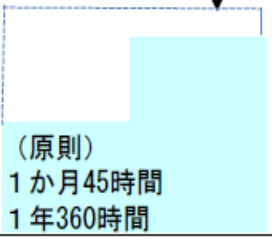
地域医療等の確保	医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保	医師の健康確保
医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成 評価センターが評価 都道府県知事が指定 医療機関が計画に基づく取組を実施	A (一般労働者と同程度)	960時間	義務	努力義務	面接指導 健康状態を医師がチェック 休息時間の確保 連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制(または代償休息)
	連携B (医師を派遣する病院)	1,860時間			
	B (救急医療等)	※2035年度末を目標に終了			
	C-1 (臨床・専門研修)	1,860時間			
	C-2 (高度技能の修得研修)				

医師の時間外労働規制について

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

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

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)

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

将来に向けて縮減方向

※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

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。

【追加的健康確保措置】

医師養成課程における取組

【大学医学部】

- 中長期的な観点から、医師の需要・供給推計に基づき、**全国の医師養成数**を検討
- **地域枠**（特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠）の医学部における活用方針を検討

【臨床研修】

- 全国の研修希望者に対する**募集定員の倍率を縮小**するとともに、都道府県別に、**臨床研修医の採用枠の上限数**を設定
- その際、都市部や複数医学部を有する地域について、上限数を圧縮するとともに、医師少数地域に配慮した定員設定を行い、**地域偏在を是正**

【専門研修】

- 日本専門医機構において、将来の必要医師数の推計を踏まえた都道府県別・診療科別の**専攻医の採用上限数（シーリング）を設定**することで、**地域・診療科偏在を是正**（産科・小児科等の特に確保が必要な診療科や、地域枠医師等についてはシーリング対象外）

各都道府県の取組

【医師確保計画】

- 医師偏在指標により医師偏在の状況を把握
計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を設定

<具体的な施策>

● 大学と連携した地域枠の設定

● 地域医療対策協議会・地域医療支援センター

- ・ 地域医療対策協議会は、**医師確保対策の方針**（医師養成、医師の派遣調整等）について協議
- ・ 地域医療支援センターは、**地域医療対策協議会の協議結果に基づき、医師確保対策の事務**（医師派遣事務、派遣される医師のキャリア支援・負担軽減等）を実施

● キャリア形成プログラム（地域枠医師等）

- ・ 「**医師不足地域の医師確保**」と「**派遣される医師の能力開発・向上**」の両立を目的としたプログラム

● 認定医師制度の活用

- ・ **医師少数区域等に一定期間勤務した医師を厚労大臣が認定する制度を活用し、医師不足地域の医師を確保**

医師の働き方改革

地域の医療を支えている勤務医が、安心して働き続けられる環境を整備することが重要であることから、都道府県・医療勤務環境改善支援センター等による医療機関への支援を通じて、適切な労務管理や労働時間短縮などの医師の働き方改革を推進。具体的には、

- 地域医療の確保のためにやむを得ず長時間労働を行う医師について、医療機関における医師の労働時間短縮計画の作成や健康確保措置等を通じて、労働時間短縮及び健康確保を推進
- 出産・育児・介護などのライフイベントを経験する医師が、仕事と家庭を両立できるよう勤務環境の改善を推進

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

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

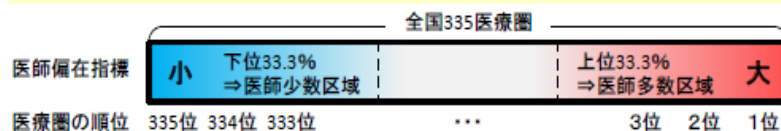
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

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
- ・ 医師偏在の種別（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。

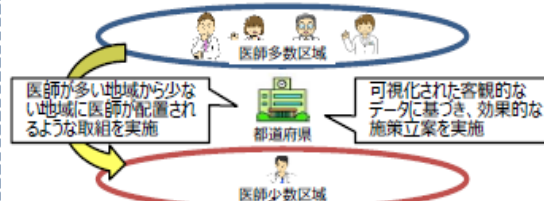
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
 - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う 等

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



・長期的には医師供給が需要を上回ると考えられるが、地域偏在や診療科偏在に引き続き対応する必要があることから、医師養成過程の様々な段階で医師の地域偏在・診療科偏在対策を進めている。

医師養成課程

6年

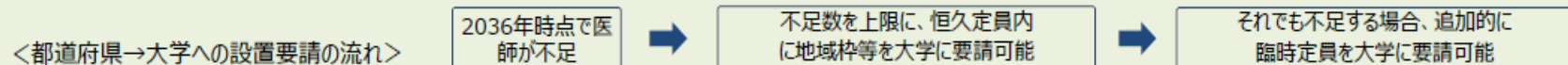
学部教育

大学医学部 - 地域枠の設定 (地域・診療科偏在対策)

医師需給分科会

■ 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される（一部例外あり）

● 将来的に医師供給量過剰とならないように、令和5年（2023年）からの地域枠に係る医学部定員の設定・奨学金貸与について検討中



2年

臨床研修

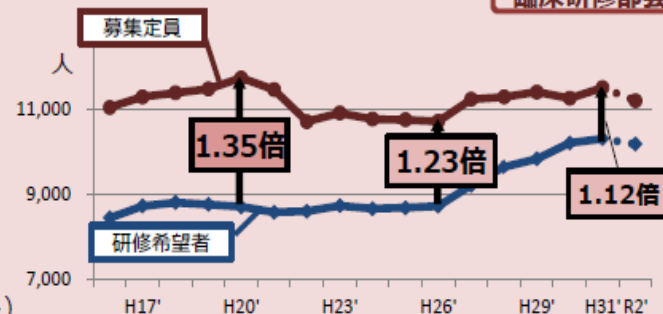
臨床研修 - 臨床研修制度における地域偏在対策

臨床研修部会

■ 都道府県別採用枠上限数の設定
 ■ 全国の研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小

● 医師少数区域へ配慮した都道府県ごとの定員設定方法への変更
 ● 地域医療重点プログラムの新設（2022年～）

※臨床研修病院の指定、募集定員の設定権限を都道府県へ移譲する（2020年4月～）



3年以上

専門研修

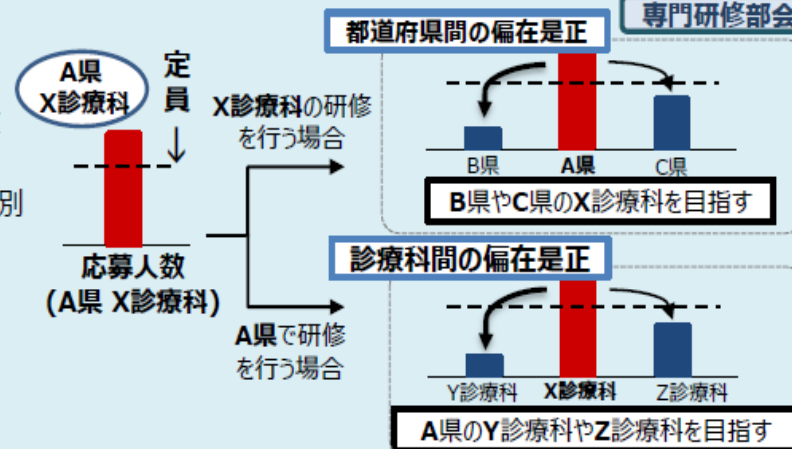
専門研修 - 専門医制度における地域・診療科偏在対策

専門研修部会

■ 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別採用上限数を設定（シーリング）

※5大都市を対象としたシーリング→厚生労働省が算出した都道府県別・診療科別必要医師数に基づいたシーリングへ変更されている（2020年度研修～）

● 医師法の規定により、都道府県の意見を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に意見・要請を実施
 ● 2022年度に向けては、日本専門医機構において検討中



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

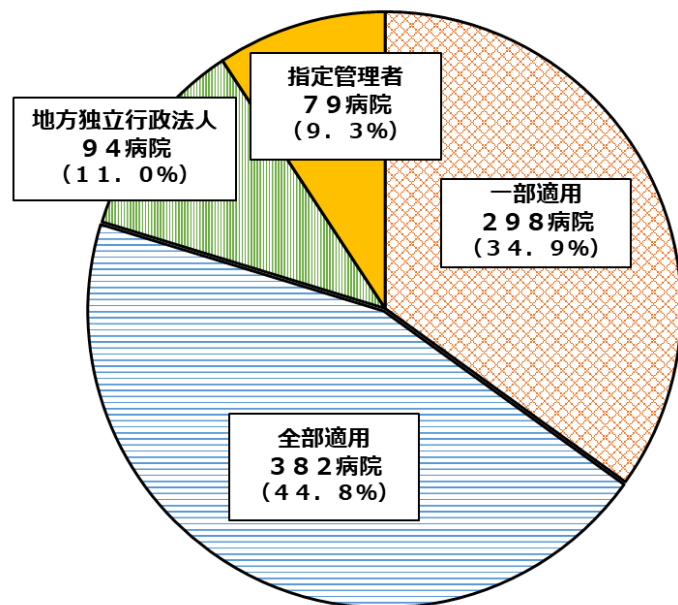
○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

- 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

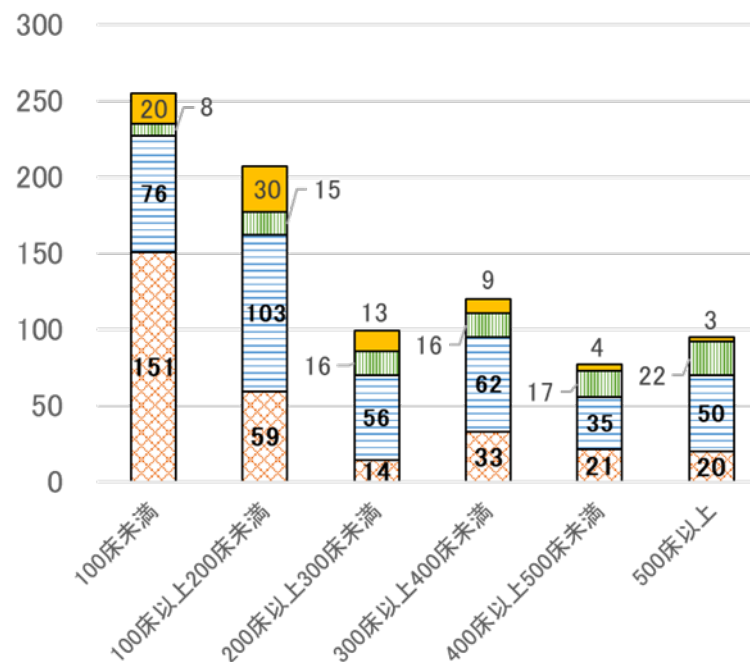
※ 上記に該当する公立病院については、機能分化・連携強化の必要性を含めて、都道府県が特に積極的な助言や提案を行うことが期待される。

<参考> 令和2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）



■ 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

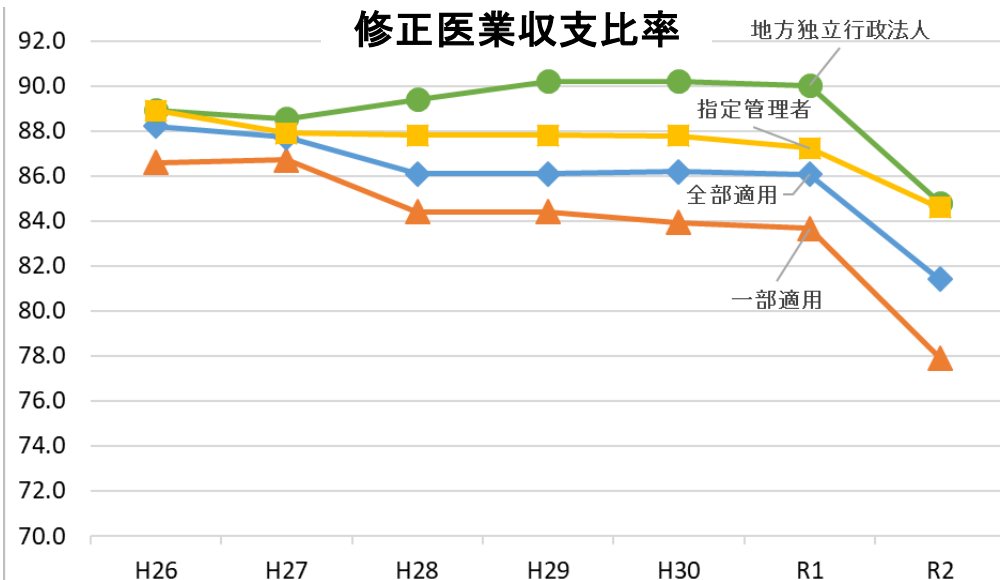
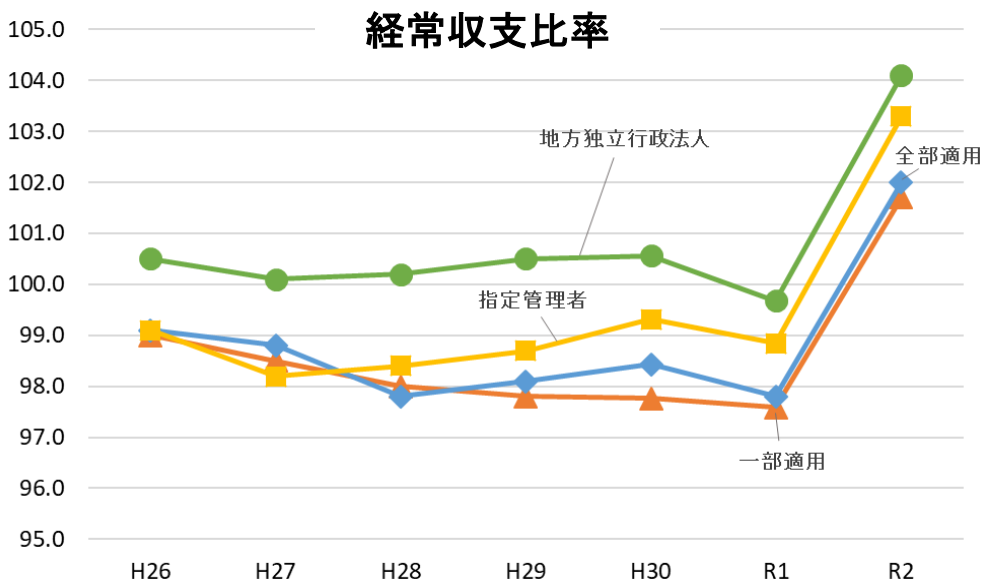
地域において果たすべき役割・機能を改めて見直した結果、民間譲渡又は診療所、介護医療院、介護老人保健施設などへの転換がより有効である場合には、当該見直しの概要を記載する。

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：%



	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
一部適用	99.0	98.5	98.0	97.8	97.8	97.6	101.7
全部適用	99.1	98.8	97.8	98.1	98.4	97.8	102.0
地方独立行政法人	100.5	100.1	100.2	100.5	100.6	99.7	104.1
指定管理者	99.1	98.2	98.4	98.7	99.3	98.8	103.3

	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
一部適用	86.6	86.7	84.4	84.4	83.9	83.7	77.9
全部適用	88.2	87.7	86.1	86.1	86.2	86.1	81.4
地方独立行政法人	88.9	88.5	89.4	90.2	90.2	90.0	84.8
指定管理者	88.9	87.9	87.8	87.8	87.8	87.2	84.6

○ 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 (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

○ 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

新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けて

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

○新興感染症等の感染拡大時における体制確保（医療法改正（医療計画の記載事項追加））

新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方については、令和2年10月から12月にかけて、「医療計画の見直し等に関する検討会」や同検討会の「地域医療構想ワーキンググループ」において、計8回にわたり議論を行い、報告書(※)がとりまとめられた。

※「新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方（令和2年12月15日）」

- 新興感染症等の感染拡大時には、新興感染症等以外の通常医療の提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要

一般の新型コロナ対応の知見や課題を踏まえ、新興感染症等の感染拡大時に、病床の確保等、必要な対策が機動的に講じられるよう、令和3年医療法改正により、令和6年度からの第8次医療計画から「医療計画」の記載事項に新興感染症等の対応を追加。

※ 令和4年度中に、厚生労働省において、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県において、令和5年度中に医療計画を策定。

◎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

今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大時の受入体制（イメージ）

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28回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年11月5日) 資料6 (一部改)

○ 新型コロナの病床確保に当たっては、感染状況に応じて、新型コロナ以外の通常医療の稼働病床を一時的に休止し、感染防止のためのゾーニングの実施やマンパワー配置の工夫により、新型コロナ病床に転用するとともに、臨時の医療施設等を活用することで対応が行われた。

平時

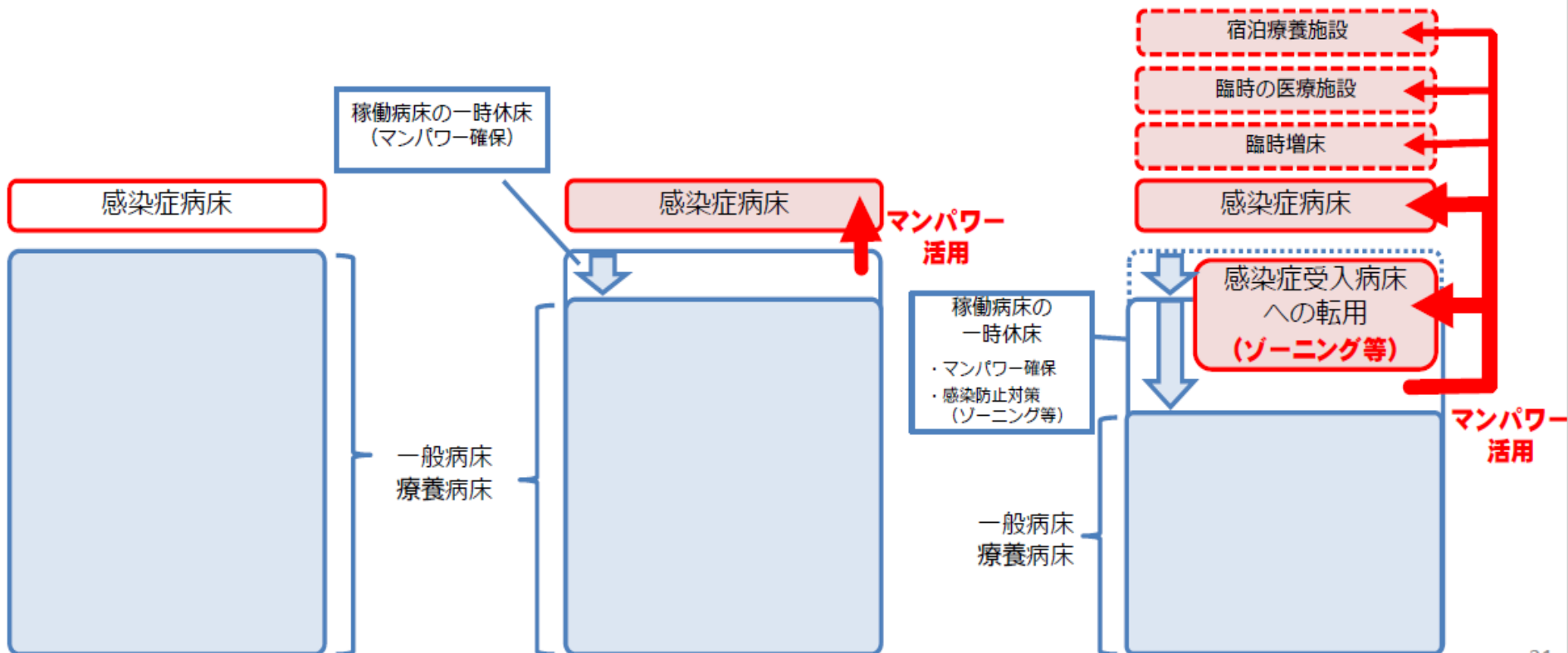


感染症発生初期の対応



感染拡大時の対応

(感染症に係る短期的な医療需要への対応)



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**収支見直しにも、反映させる**ことが必要である。
- 既存施設の長寿命化等の対策を適切に講じた上で、なお**新設・建替等が必要となる場合には、地域医療構想等との整合性を図った当該公立病院の役割・機能や規模等を記載**する。
- ※ 引き続き**建築単価の抑制**を図るとともに、**整備面積の精査等による整備費の抑制**に取り組むべきである。その際、発注関係事務の一部又は全部を民間に委託する**CM（Construction Management）方式**、設計段階から施工者が関与する**E C I（Early Contractor Involvement）方式**、**設計施工一括発注方式**などの設計段階等において民間事業者等の専門的な知見を活用する新たな手法の活用や、整備費のみならず供用開始後の維持管理費の抑制を図る観点から**PPP/PFI**を活用することも考えられる。
- ※ **新興感染症等の感染拡大時に必要な施設・設備を予め整備**する必要性についても、新設・建替等に当たっては特に検討が必要である。
- ※ **新設・建替等を予定している公立病院については、機能分化・連携強化の必要性、適切な規模、地域医療構想との整合性などを含め、都道府県が特に積極的な助言や提案を行うことが期待される。**

② デジタル化への対応

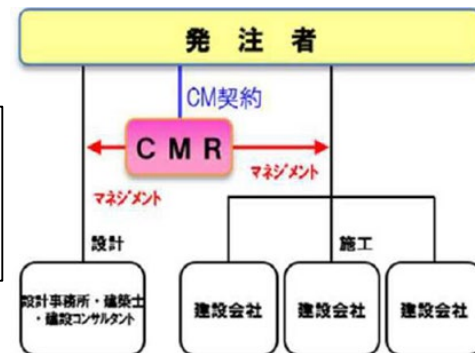
- **電子カルテ、マイナンバーカードの健康保険証利用（オンライン資格確認）、遠隔診療・オンライン診療、音声入力、その他各種情報システム等**を活用し、医療の質の向上、医療情報の連携、働き方改革の推進と病院経営の効率化を推進することが重要であることから、**そうした取組の概要を記載**する。
- 特に、**マイナンバーカードの健康保険証利用**については、診療時における確実な本人確認と保険資格確認を可能とし、薬剤情報や特定健診情報等を提供することにより、**医療保険事務の効率化や患者の利便性向上に資する**ものである。公立病院においては、その利用促進のため、**患者への周知等に率先して取り組む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

【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。

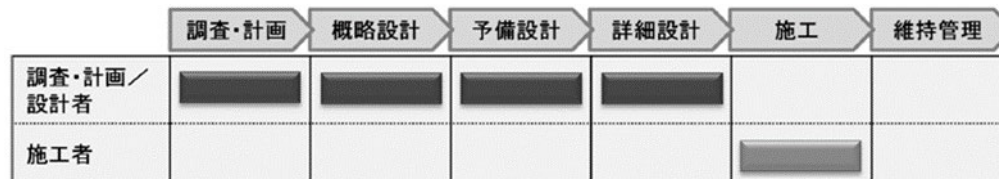


※CM方式とECI方式等の契約方式は併用可能

事業プロセスの対象範囲に応じた契約方式

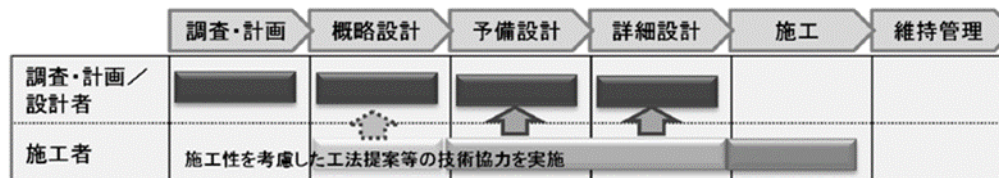
通常の発注方式

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。



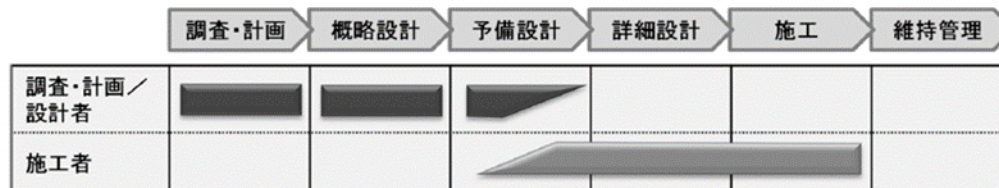
ECI方式

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年開院予定）
- 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年開院予定）

(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。

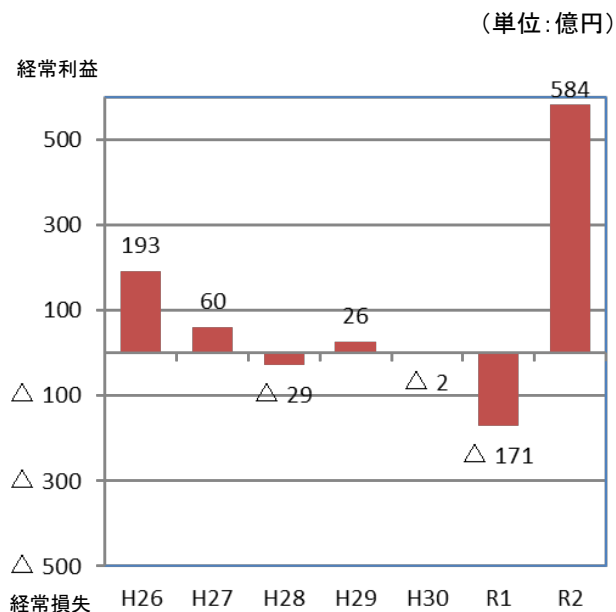
※ 前ガイドラインでは「医業収支比率」の目標設定を求めていたが、本ガイドラインでは、地方独立行政法人に対する運営費交付金等が算入されず、本業の収支をよりの確に把握可能な「修正医業収支比率」の目標設定を求めている。

※ **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。**

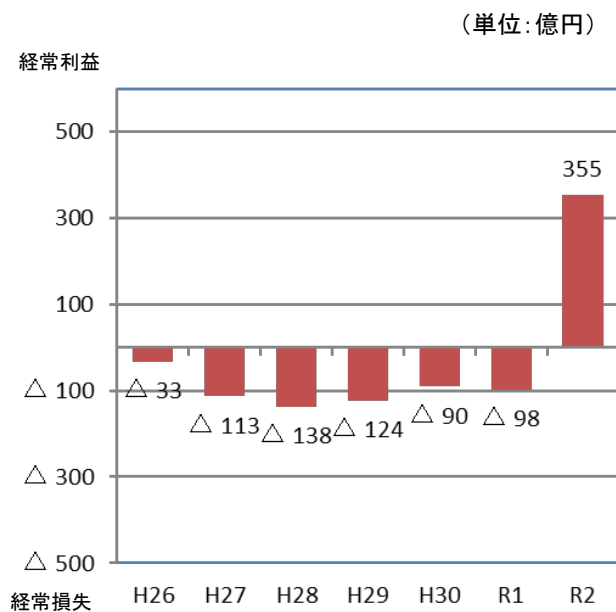
なお、「著しく困難な場合」とは、機能分化・連携強化や経営形態の見直しを含め、効果が期待されるあらゆる対策に総合的に取り組むこととした上で、なお対象期間中に経常黒字化する数値目標の設定が困難である場合を想定している。

公立病院の経常損益の状況（300床以上）（地方独立行政法人を含む）

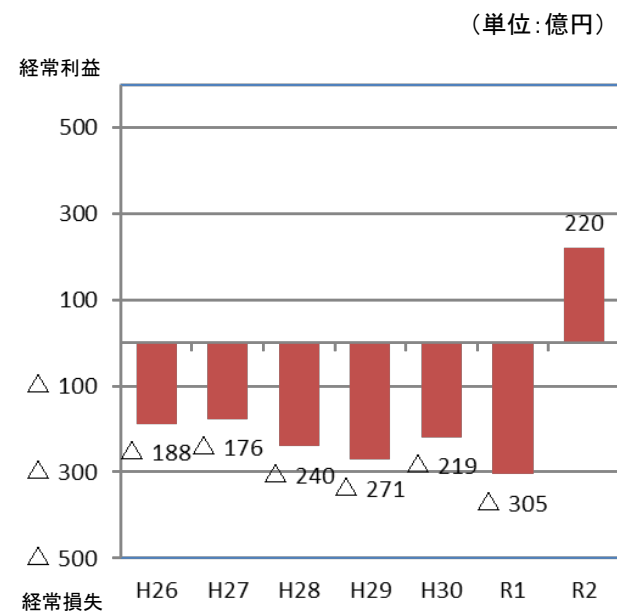
500床以上病院
(R2:95病院うち黒字病院は71病院)



400床以上500床未満病院
(R2:77病院うち黒字病院は53病院)



300床以上400床未満病院
(R2:120病院うち黒字病院は76病院)



経常収支比率

※経常収益/経常費用×100
(単位:%)

H28	H29	H30	R1	R2	増減
99.8	100.1	100.0	99.2	102.8	3.6

(単位:%)

H28	H29	H30	R1	R2	増減
98.5	98.7	99.0	98.9	103.7	4.8

(単位:%)

H28	H29	H30	R1	R2	増減
97.2	97.0	97.7	96.9	102.2	5.3

修正医業収支比率

※他会計負担金を除く医業収益/医業費用×100
(単位:%)

H28	H29	H30	R1	R2	増減
91.2	91.6	91.4	91.1	85.8	-5.3

(単位:%)

H28	H29	H30	R1	R2	増減
88.2	88.9	88.8	89.0	83.6	-5.4

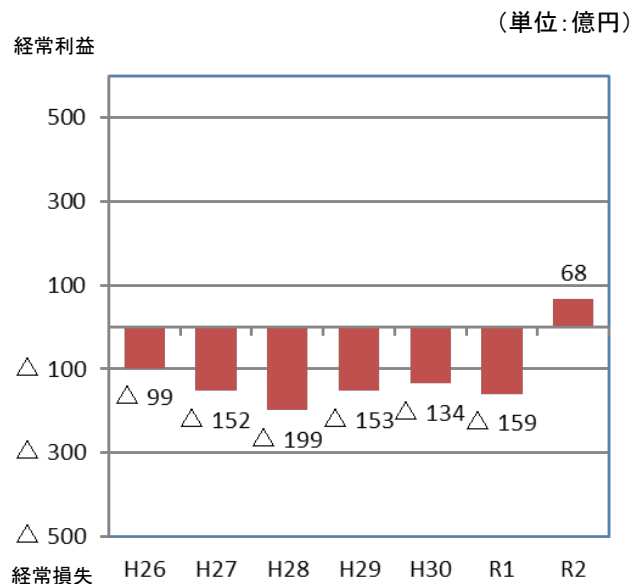
(単位:%)

H28	H29	H30	R1	R2	増減
86.6	86.1	85.6	85.4	80.1	-5.3

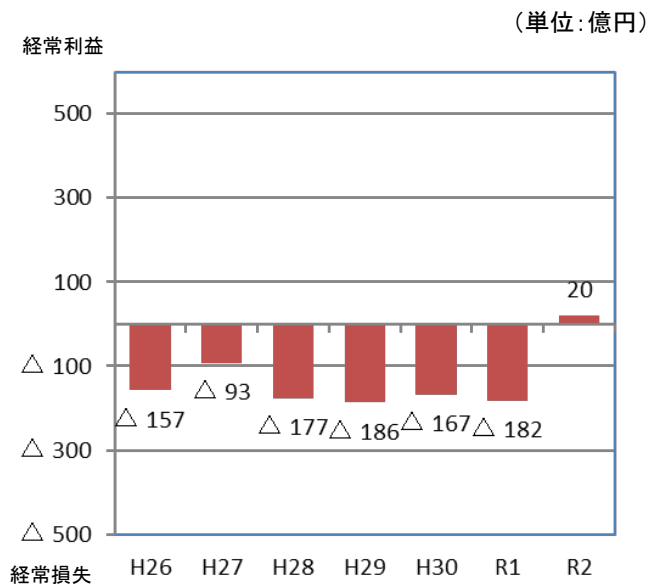
※建設中、想定企業会計の病院を除く

公立病院の経常損益の状況（300床未満）（地方独立行政法人を含む）

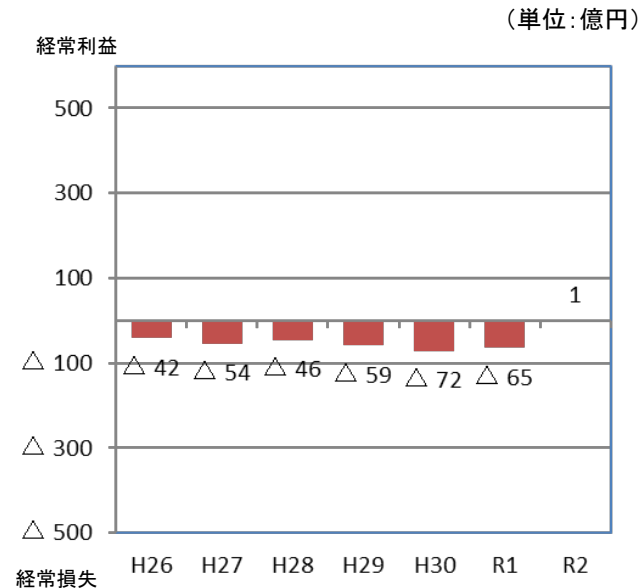
200床以上300床未満病院
(R2: 99病院のうち黒字病院は57病院)



100床以上200床未満病院
(R2: 207病院のうち黒字病院は108病院)



100床未満病院
(R2: 255病院のうち黒字病院は123病院)



経常収支比率

※経常収益/経常費用 × 100
(単位: %)

H28	H29	H30	R1	R2	増減
96.2	97.1	97.4	96.8	101.4	4.6

(単位: %)

H28	H29	H30	R1	R2	増減
96.6	96.5	96.9	96.6	100.4	3.8

(単位: %)

H28	H29	H30	R1	R2	増減
98.1	97.6	97.1	97.5	100.1	2.6

修正医業収支比率

※他会計負担金を除く医業収益/医業費用 × 100
(単位: %)

H28	H29	H30	R1	R2	増減
81.2	81.1	80.6	80.3	74.6	-5.7

(単位: %)

H28	H29	H30	R1	R2	増減
79.2	78.7	78.1	78.0	74.5	-3.5

(単位: %)

H28	H29	H30	R1	R2	増減
70.6	70.8	69.3	69.5	66.2	-3.3

※建設中、想定企業会計の病院を除く

(6) 経営の効率化等

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

③ 目標達成に向けた具体的な取組

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

④ 経営強化プラン対象期間中の各年度の収支計画等

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

【参考】新改革プランにおける経営効率化の取組例

○ 経営の効率化の数値目標達成に向けた取組例

	取組内容
1	医師、看護師等の医療従事者の確保
2	患者サービスの向上
3	紹介率・逆紹介率の向上
4	診療報酬の請求漏れ・施設基準の届出漏れの点検
5	職員の経営意識向上のための会議・研修等の実施
6	委託業務の効率化
7	未収金の管理強化
8	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
9	競争入札の導入
10	施設・設備整備費等の抑制
11	薬剤、医療材料等の共同購入
12	長期契約の導入

※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）において、令和元年度決算が経常黒字の313病院のうち、3割以上の病院が選択した項目を取組病院が多い順に並べたもの（複数回答可）

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。

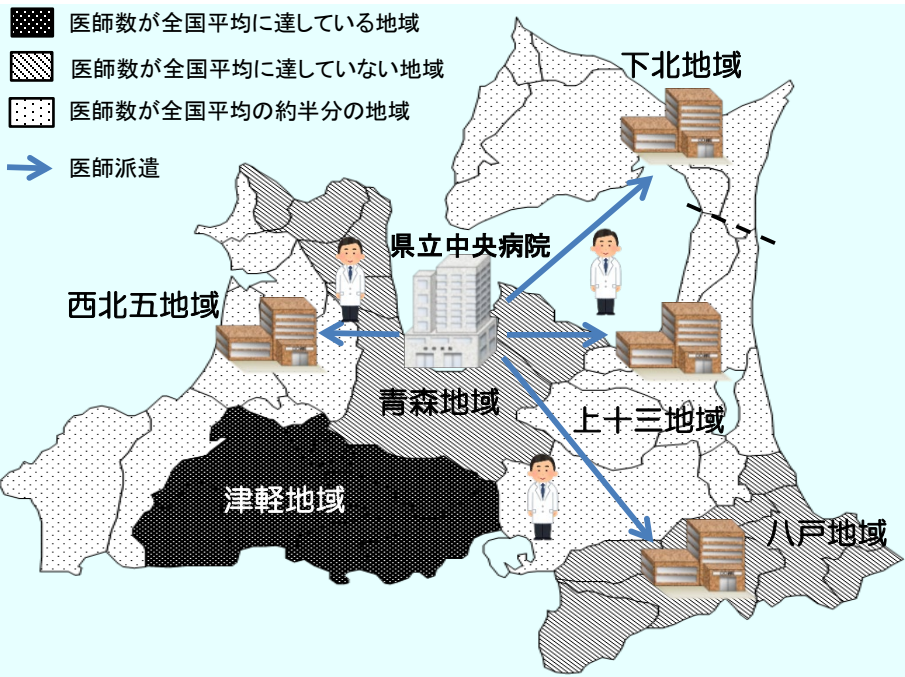
4 都道府県庁内における部局間の連携

- 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の多い**市町村担当部局と、医療政策担当部局や病院事業担当部局が連携・協力して、市町村への助言や調整を行っていくことが重要**である。

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

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

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



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

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

＜主な取組・効果＞

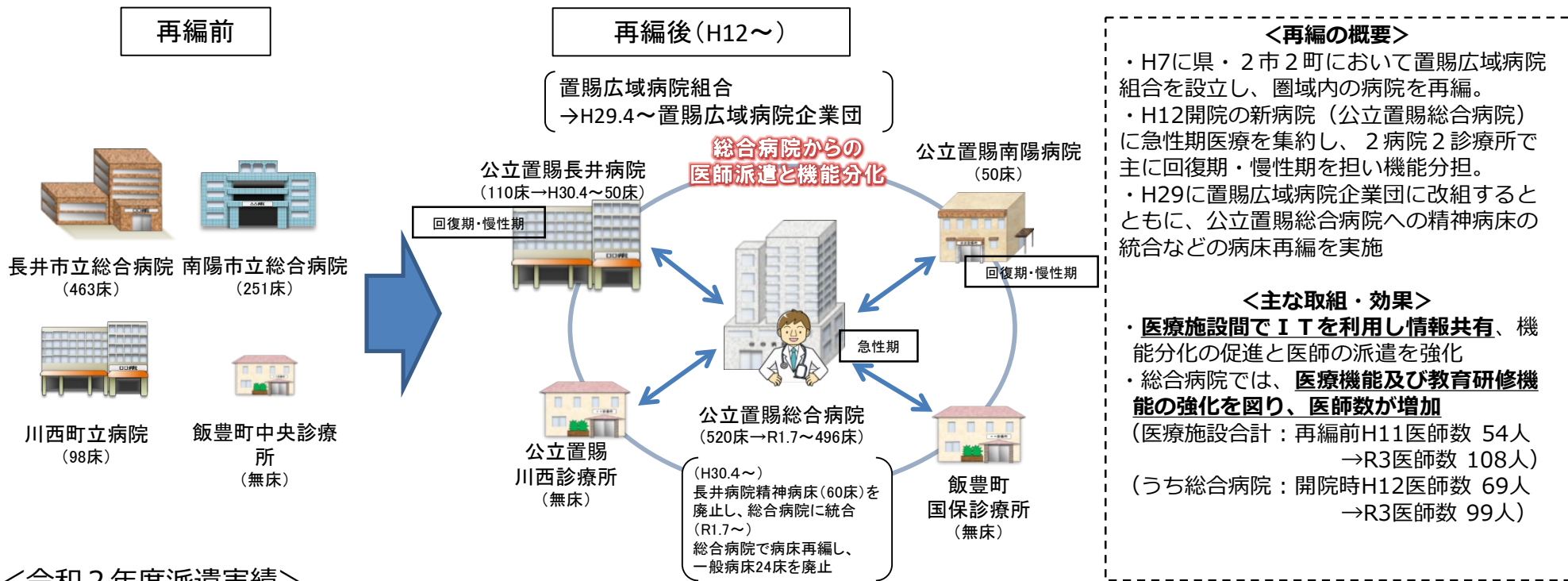
- ・ 県立中央病院から医師不足が著しい地域の自治体病院に医師を派遣することで、**地域医療提供体制を維持・確保。**
- ・ **県の基幹病院と地域の基幹病院等との連携推進。**

＜令和2年度派遣実績＞

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

1) 県立病院等の基幹病院から過疎地等の中小病院に医師を派遣する事例③

【置賜広域病院企業団(山形県)】

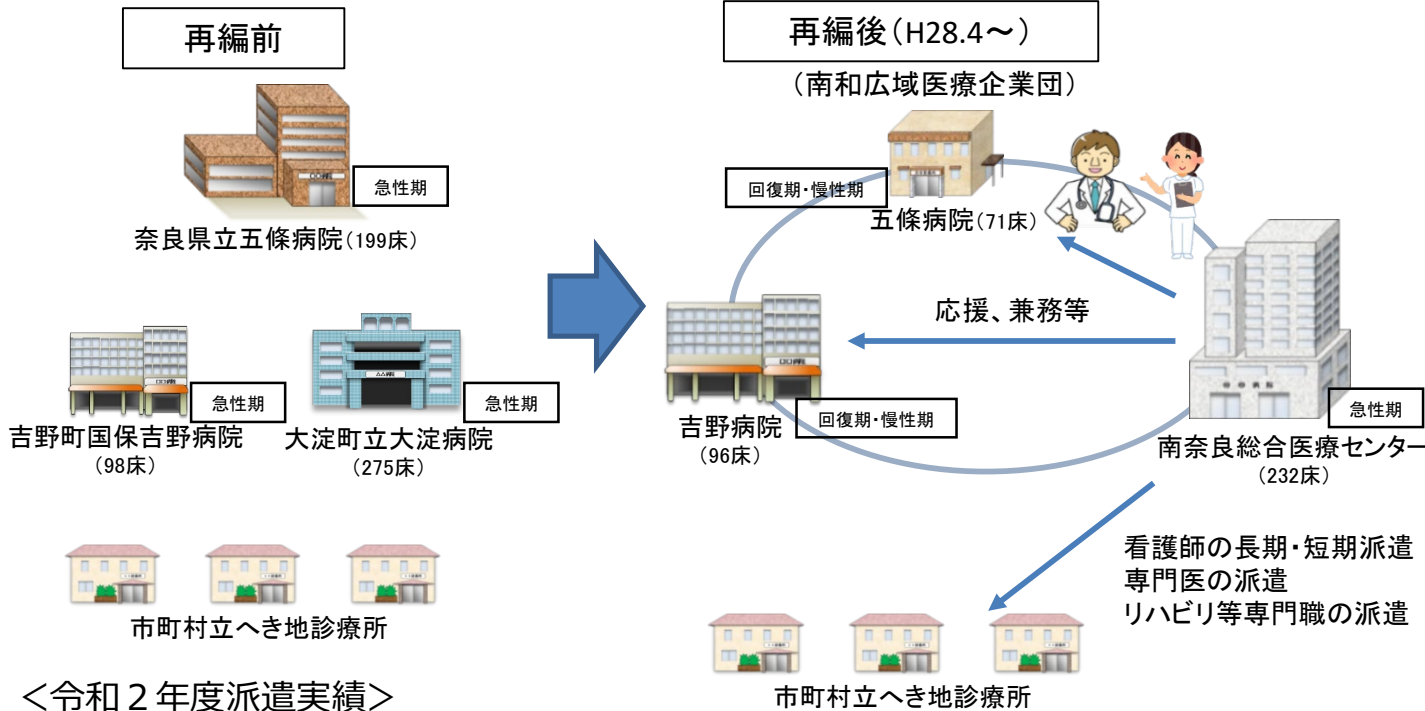


<令和2年度派遣実績>

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

1) 県立病院等の基幹病院から過疎地等の中小病院に医師を派遣する事例④

【南和広域医療企業団(奈良県)】



＜再編の概要＞

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

＜主な取組・効果＞

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

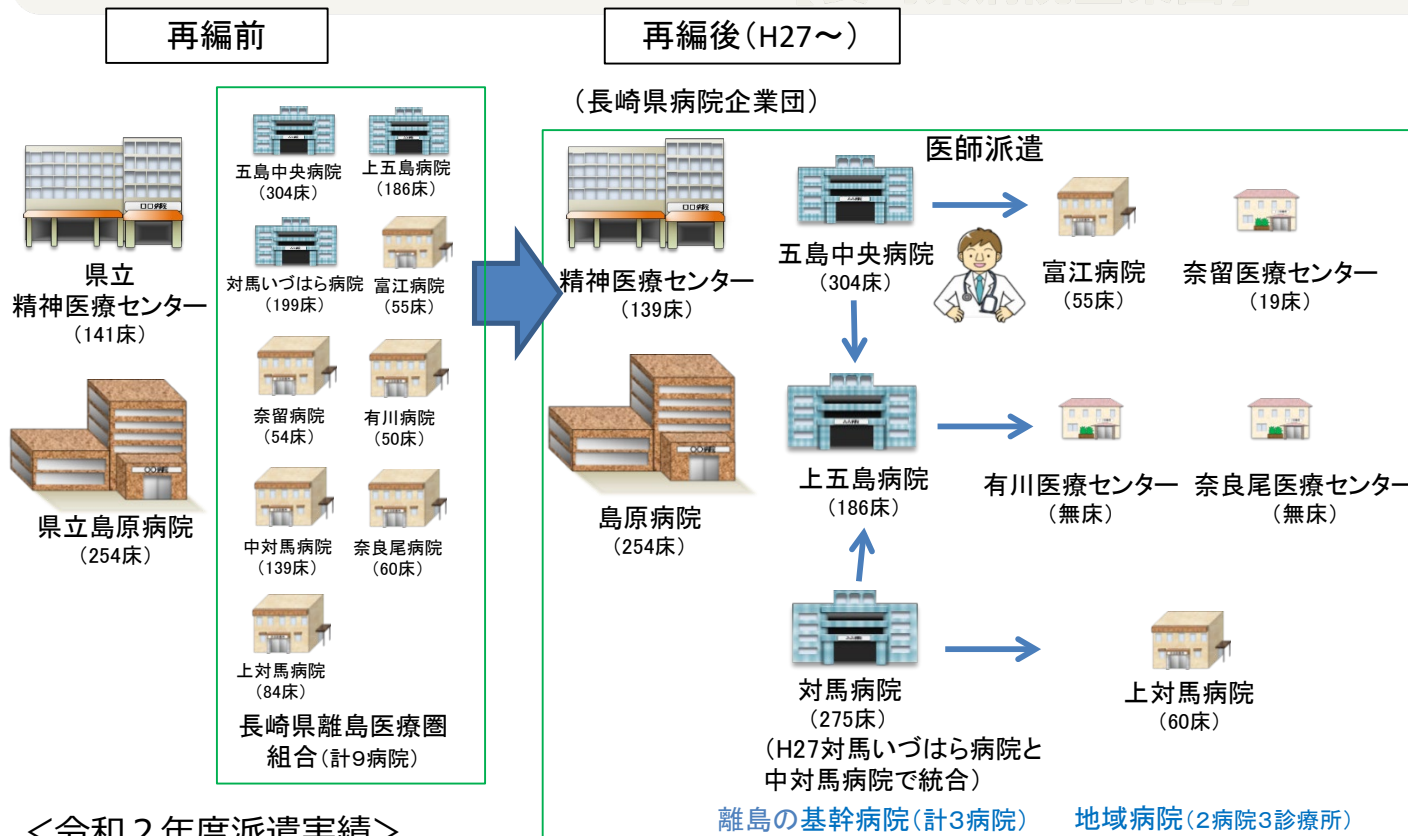
⇒ **3病院と9つのへき地診療所で電子カルテの共有**を行うことで、**救急医療時の患者情報の把握等、最適な医療につなぐ**ことができている

＜令和2年度派遣実績＞

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

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

【長崎県病院企業団】



<再編の概要>

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

<主な取組・効果>

長崎県病院企業団の設立により、ガバナンス体制の強化と、一体的運営を推進

〈具体的取組〉

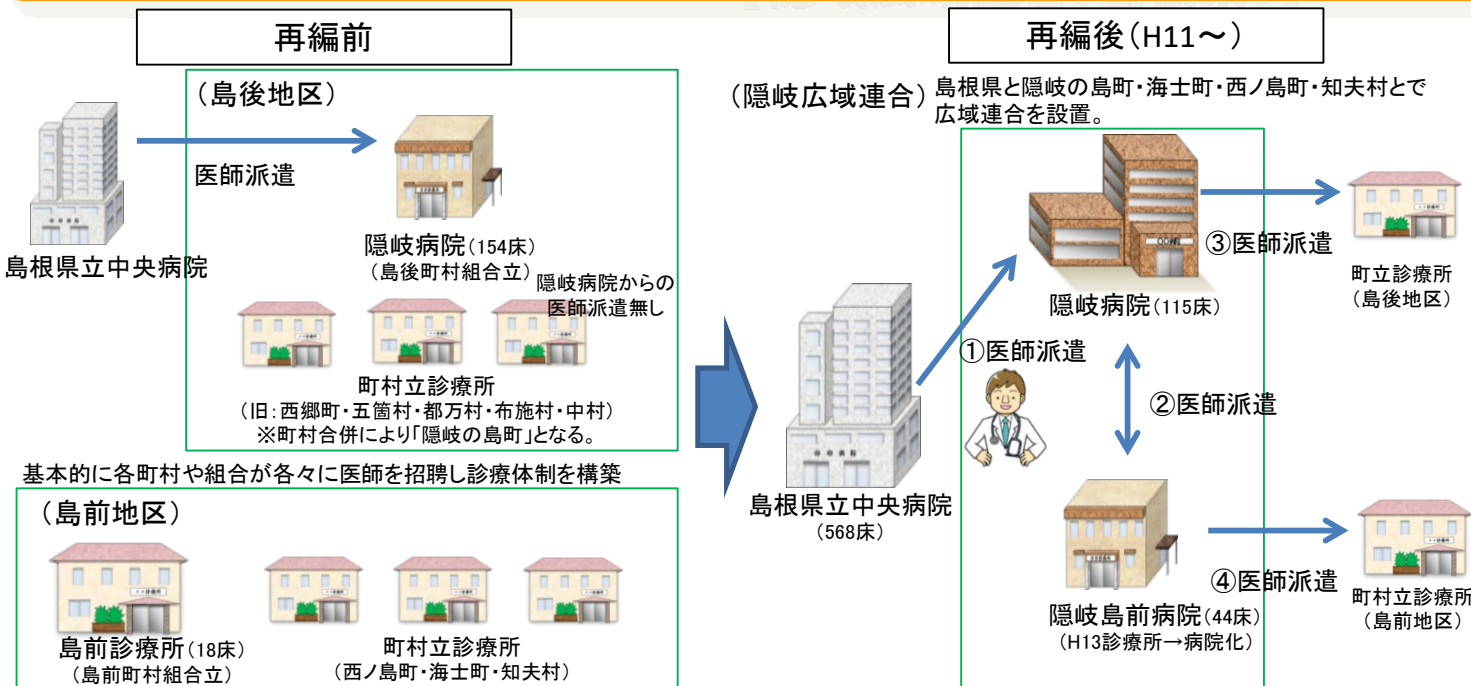
- ・医薬品の共同購入を実施
- ・基幹病院と附属診療所で電子カルテを共有することにより、地域一体での診療を実施
- ・離島の基幹病院にDPCを導入
- ・地域枠の拡充等により医師数は増加
H20.4 132名⇒R3.4 148名
- ・離島病院を対象とした修学資金貸与事業
- ・都市部の大規模病院と企業団で派遣協定書を締結し、離島病院に看護師を派遣する事業による看護師確保
- ・認定看護師、診療看護師の育成

<令和2年度派遣実績>

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

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

【隠岐広域連合(島根県)】



<再編の概要>

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

<主な取組・効果>

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

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

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

②隠岐病院⇔隠岐島前病院(相互派遣)

・**領域別専門診療科の確保**(産婦人科、整形外科、神経内科)

③隠岐病院→町立診療所(島後地区)

・**へき地小規模診療所の医師確保、医師の学会・研修会への機会確保**

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

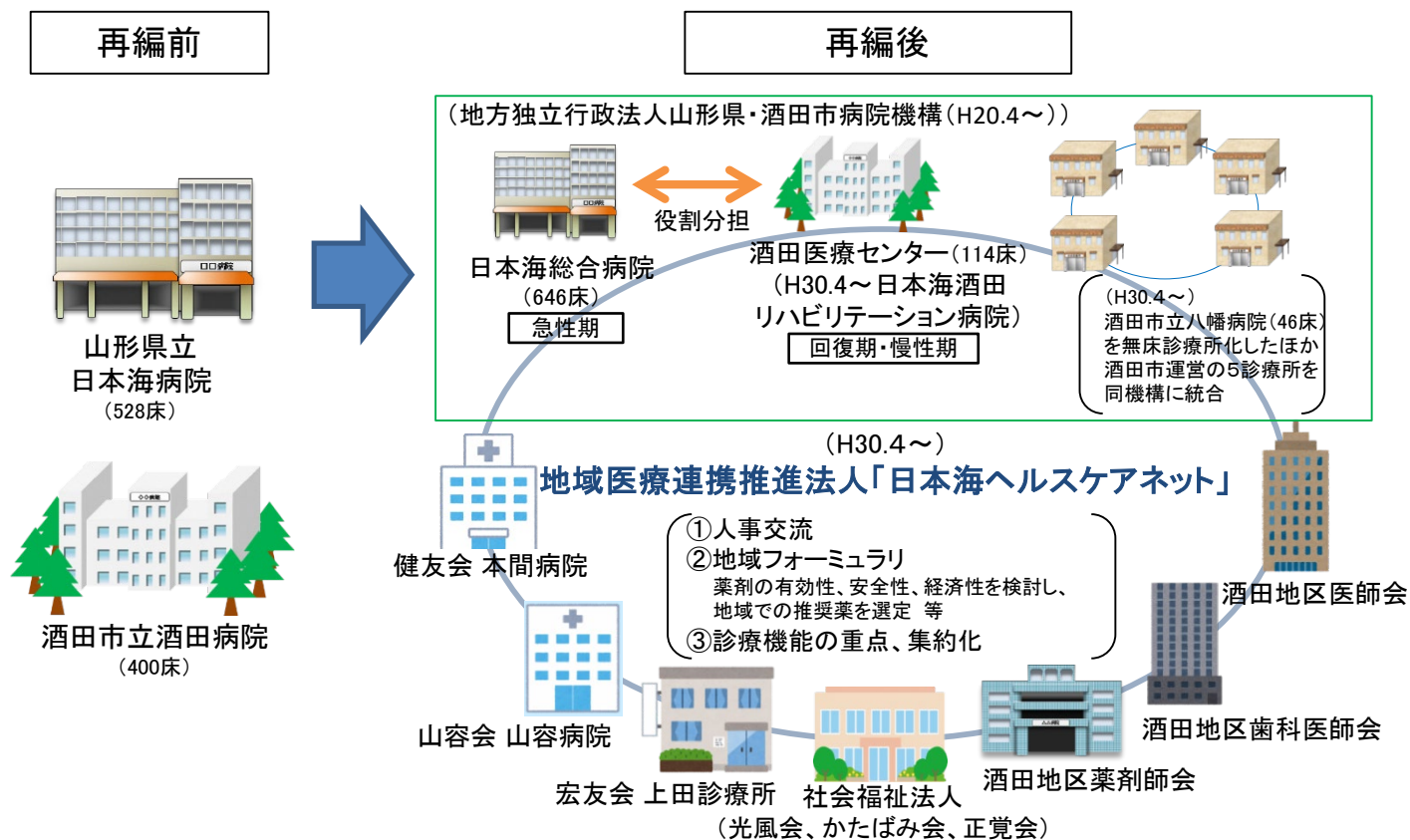
④隠岐島前病院→町立診療所(島前地区)

・**へき地小規模診療所の医師確保、医師の学会・研修会への参加機会確保**

<令和2年度派遣実績>

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

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



<再編の概要>

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

<主な取組・効果>

<日本海総合病院>

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

<日本海酒田リハビリテーション病院>

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

<令和2年度派遣実績>

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

第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。

経営強化プラン策定状況等の 調査・ヒアリングについて

「公立病院経営強化プラン」策定状況等の調査・ヒアリング等について

1. 策定状況等調査

①主な調査内容

＜病院事業を設置する地方公共団体向け＞

- ・プランの策定方式、策定予定時期、作業着手の有無、検討体制、検討状況
- ・**機能分化・連携強化、経営形態の見直しの検討が特に必要な病院**における取組予定、検討状況
- ・基幹病院、都道府県立病院等における中小病院等への医師派遣等の連携・支援の取組予定、検討状況

＜都道府県向け＞

- ・関係部局の連携体制
- ・市町村のプラン策定に当たっての助言方針
- ・管内公立病院の新設・建替等に当たっての助言方針
- ・都道府県立病院等と不採算地区病院等との連携強化に対する取組方針

②実施時期

四半期ごとに実施予定（第1回調査は、6月末回答締切り予定）

③結果の取扱い

個別団体の回答は公表しない。ただし、都道府県ごとの集計結果等の公表はありうる。

2. 都道府県ヒアリング

- ・第1回調査結果を踏まえた市町村に対する助言方針や取組方針について、8月から9月頃を目途に、ヒアリングを実施予定。

※原則としてオンラインで実施予定。

3. Q&A作成

- ・地方公共団体からの問合せが多い事項等に関するQ&Aを作成し、その後も適宜更新を行う。

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

※これらの要件への該当の有無については、都道府県の意見を確認する。