

2022.5.12自治労中央本部

公立病院経営強化ガイドライン について考える

—持続可能な医療提供のために何が必要か

城西大学経営学部

教授 伊関友伸

経歴

- 1987年埼玉県庁入庁
- 県民部県民総務課、川越土木事務所管理課、出納局出納総務課、総合政策部計画調整課、健康福祉部県立病院課、社会福祉課、県立精神保健総合センターに勤務
- 1995～6年度大和町企画財政課長(県派遣)
- 2004年4月から城西大学経営学部助教授
- 総務省「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会委員」(2008年度)
- 内閣府「公立病院改革の経済・財政効果に関する研究会委員」(2015年度)
- 総務省「地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会委員」(2016年度)
- 総務省「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委員」(2021年度)
- 研究テーマ: 行政学(行政評価、公的組織の变革、地域医療問題、自治体病院の経営变革)
- 博士(福祉経営: 日本福祉大学から授与)

アフターコロナ時代に向けた自治体病院経営のあり方がわかる！

新型コロナから 再生する 自治体病院

～成功事例から学ぶ経営改善ノウハウ～

城西大学経営学部教授
伊関友伸／著

A5判・定価2,970円(10%税込) 送料310円

【電子版】価格2,970円(10%税込)

※送料は2021年10月時点の料金です。

※電子版はぎょうせいオンラインショップ (<https://shop.gyousei.jp>) からご注文ください。

病院建物の老朽化

職員定数の抑制

病院における
導線・病床の確保

人材不足

自治体病院の抱える課題

この1冊で、これからの自治体病院・地域医療を
守るために必要なことがわかる

本書のポイント！

- ◆総務省・厚労省などの自治体病院に関する政策・今後の方向性を示しているので、今後の自治体病院経営を行う上で必要な最新情報がつかめます。
- ◆新型コロナウイルス蔓延に対して、積極的に患者を受け入れてきた自治体病院の現場での経験から今後の自治体病院が果たすべき役割、経営のあり方を示しています。
- ◆自治体病院経営改善のケーススタディとして、香川県三豊市立永康病院の事例を紹介！

人員削減による人材不足、病院の老朽化など自治体病院が抱える潜在的課題の解決に向けて参考となる1冊です。

掲載している
実践例(一部)

- ・病院建物老朽化に対して、どのようにローコストで改善を実現したか？
- ・大規模な職員採用が病院経営にどのような効果を生じさせたか？
- ・看護師増員等による経営改善効果は？

ぎょうせい

城西大学経営学部教授
伊関友伸 著

成功事例から学ぶ
経営改善ノウハウ

新型コロナから
再生する
自治体病院

ぎょうせい

本日は

- 「公立病院経営強化ガイドラインについて考えるー持続可能な医療提供のために何が必要か」というテーマで講演を行う

経営強化ガイドライン の公表

- 2022年3月29日、総務省自治財政局長は、全国の公立病院及び関係自治体に「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」を通知した

「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**。

経営強化に関する検討会 の設置

- 経営強化ガイドラインは、2021年10月6日に設置された「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経営強化に関する検討会」における議論により策定された

「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 |

検討会の位置づけ

- 座長に堀場勇夫地方財政審議会会長（当時）が就任
- 総務省にとって、地方財政審議会に準じた重要な検討会となっている

2回のガイドライン
はどのようなもので
あったか

旧公立病院改革ガイドライン

- 平成19年12月に通知された1回目のガイドラインは、時代の影響を受け新自由主義的色彩が強いものであった
- 特に自治体病院役割は民間病院の補完であるという考えは、後の地域医療構想の再検証424病院の公表につながっている

公立病院改革ガイドライン（平成19年12月通知）の概要

公立病院改革の目的・必要性

官は民の補完

- 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確保
- その中で、公立病院が安定的に不採算医療や高度・先進医療などの重要な役割を担っていくことができるようにする

公立病院改革プランの策定

- 地方公共団体は、平成20年度内に公立病院改革プランを策定
（経営効率化は3年、再編・ネットワーク化、経営形態見直しは5年程度を標準）
- 当該病院の果たすべき役割及び一般会計負担の考え方を明記
- 改革の視点

3つの視点に立って、公立病院改革を推進

経営の効率化

➢ 経営指標の数値目標を自治体が独自に設定し、経費削減や収入確保へ努力

※ 黒字病院の割合
H20:29.7% ↗ H25:46.4%

再編・ネットワーク化

➢ 病院の統合や基幹病院と日常的な医療を行う病院とに再編する等の取組み

※ 統合・再編に取り組んでいる公立病院
65ケース、162病院

経営形態の見直し

➢ 民間的経営手法等を導入

※ H21～H25見直し実施 227病院
うち地方独立行政法人化 53病院
指定管理者制度の導入 16病院 等

公立病院改革プランの点検・評価・公表の状況

- ほぼ全ての公立病院において公立病院改革プランを策定
- 都道府県関係では37団体、市町村等関係では339団体、合計376団体（92.4%）が点検・評価を実施済み又は実施を予定
※公立病院改革プランの対象期間が平成25年度以降にわたるものについてのみ計上

旧公立病院改革ガイドライン

- 公立病院をはじめとする公的医療機関の果たすべき役割は、端的に言えば、地域において提供されることが必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することにある(同1頁)
- 特に民間医療機関が多く存在する都市部における公立病院については、果たすべき役割に照らして現実に果たしている機能を厳しく精査した上で、必要性が乏しくなっているものについては廃止・統合を検討していくべき(同2頁)

新公立病院改革ガイドライン

- 2015年3月31日に通知された2回目のガイドラインは、新たに「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」が内容となる
- 経営効率化を目指した旧ガイドラインを踏襲しつつ、医療提供の質向上の視点も盛り込まれる

現行の「新公立病院改革ガイドライン」概要 (平成27年3月31日付け総務省自治財政局長通知)

公立病院改革の目指すもの

- 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確保
- その中で、公立病院が安定的に不採算医療や高度・先進医療などの重要な役割を担っていくことができるようにする

主な項目

① 地方公共団体に対する新公立病院改革プラン策定の要請

- i) 策定時期 平成27年度又は平成28年度(地域医療構想の策定状況を踏まえつつ、できる限り早期に策定)
※ プラン策定後、医療介護総合確保推進法に基づく協議の場の合意事項と齟齬が生じた場合は、速やかにプランを修正
- ii) プランの期間 策定年度～令和2年度を標準
- iii) プランの内容 以下の4項目を内容とする

新 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

- ・ 将来の機能別の医療需要・必要病床数が示される地域医療構想と整合性のとれた形での当該公立病院の具体的な将来像を明確化
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割を明確化 等

再編・ネットワーク化

- ・ 病院間で機能の重複・競合が見られる病院、病床利用率が低水準の病院等、再編・ネットワーク化を引き続き推進(公的・民間病院との再編等を含む) 等

経営の効率化

- ・ 公立病院が担う役割を確保しつつ、黒字化を目指して、經常収支比率等の数値目標を設定し、経営を効率化
- ・ 医師等の人材確保・育成、経営人材の登用等に留意しつつ、経費削減・収入増加等の具体的な取組を明記 等

経営形態の見直し

- ・ 民間的経営手法導入等の観点から、地方独立行政法人化、指定管理者制度導入、地方公営企業法の全部適用、民間譲渡等経営形態の見直しを引き続き推進 等

② 都道府県の役割の強化

- ・ 都道府県は、医療介護総合確保推進法に基づき、地域医療提供体制の確保について、これまで以上の責任を有することから、地域医療構想の実現に向けた取組とも連携しつつ、再編・ネットワーク化等に積極的に参画
- ・ 管内の公立病院施設の新設・建替等に当たっての都道府県のチェック機能を強化

前ガイドラインのポイント①

- 国の進める社会保障・税一体改革に基づき、都道府県が策定する地域医療構想（ビジョン）のガイドラインを厚生労働省が検討していることを踏まえ
- 公立病院改革プランに「地域医療ビジョンを踏まえた役割の明確化」を新たに盛り込むことを求める

前ガイドラインのポイント②

- 病院の新設・建て替えに対して、現行では元利償還金の30%を地方交付税で措置
- 「再編・ネットワーク化」に伴う整備の場合には40%に引き上げる
- それ以外の老朽化による建て替えなどの場合は元利償還金の25%に引き下げ

新ガイドラインのポイント③

- 公立病院の運営費に係る地方交付税措置(病床当たり単価:H26年度707千円)に関して
- 算定基礎を従来の「許可病床数」から「稼働病床数」に見直す
- 病床利用率の悪い自治体病院の普通交付税が減額される

前ガイドラインのポイント④

- 財務指標一辺倒ではなく、医療の質向上を目指す目標設定の記述が盛り込まれる
- 救急患者数・手術件数・臨床研修医の受入件数・紹介率・逆紹介率・在宅復帰率など数値目標を設定することが例示された

新ガイドラインのポイント⑥

- 経営に関する指標としては、経常収支比率と医業収支比率のみ設定すべきとされた
- 旧ガイドラインにおいて示すことが求められた「職員給与費対医業収支比率」「病床利用率」は削除となった

- 収益向上策として、これまでの医薬品費、医療材料費等の経費節減に加え、医療の質の向上等による収入確保が盛り込まれた
- 収入確保に係る指標として、DPC機能評価係数など診療報酬に関する指標が示された

(附表1) 平成24年度に経営3指標(経常収支比率、職員給与費比率(対医業収益)、病床利用率)の目標値を設定した病院の達成状況

※上段:病院数、下段:割合

区 分	プランの目標値を設定した病院(A)	プランの目標を達成した病院(B)
経常収支比率	658	354
		B/A 53.8%
職員給与費比率 (対医業収益)	629	290
		B/A 46.1%
病床利用率	651	129
		B/A 19.8%

2013年3月公立病院改革プラン実施状況等の調査結果

経営強化ガイドライン の内容

「改革」から「経営強化」に

- 「改革」の名称が「経営強化」に変更された
- 自治体のプランも「改革プラン」から「経営強化プラン」に
- 今回、多くの自治体病院が新型コロナウイルスへの積極的な対応を行い国民の自治体病院への評価は確実に高まった
- 総務省として、地域の医療において自治体病院は必要であり、持続可能な医療提供体制を確保する見地から、「経営強化」の用語が使われたと考える

「改革」の言葉の意義

- 「改革」という言葉は、小泉純一郎内閣時代をピークとする新自由主義的な考えの強い時代に、象徴的に使われた言葉と考える
- 時代の変化に伴って組織は変化していく必要がある
- しかし、行きすぎると「改革」自体が目的となり、効率化やリストラ一辺倒になりやすくなる

計画期間

- 各地方自治体が策定する経営強化プランは、2022年度又は2023年度中の策定を求め
- プランの期間は、2027年度を標準とする

国の政策との関係

地域医療構想との関係

- 2021年12月の「第7回地域医療確保に関する国と地方の協議の場」で、厚生労働省は「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」と表明
- 2021年12月決定「新経済・財政再生計画 改革工程表2021」は、第8次医療計画(2024年度～)の策定作業と併せて、2022・2023年度において、民間医療機関を含め「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」とする
- 各経営強化プランは、当該自治体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られる

「地域医療構想の進め方について」(抄)

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

1. 基本的な考え方

今後、各都道府県において第8次医療計画(2024年度～2029年度)の策定作業が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

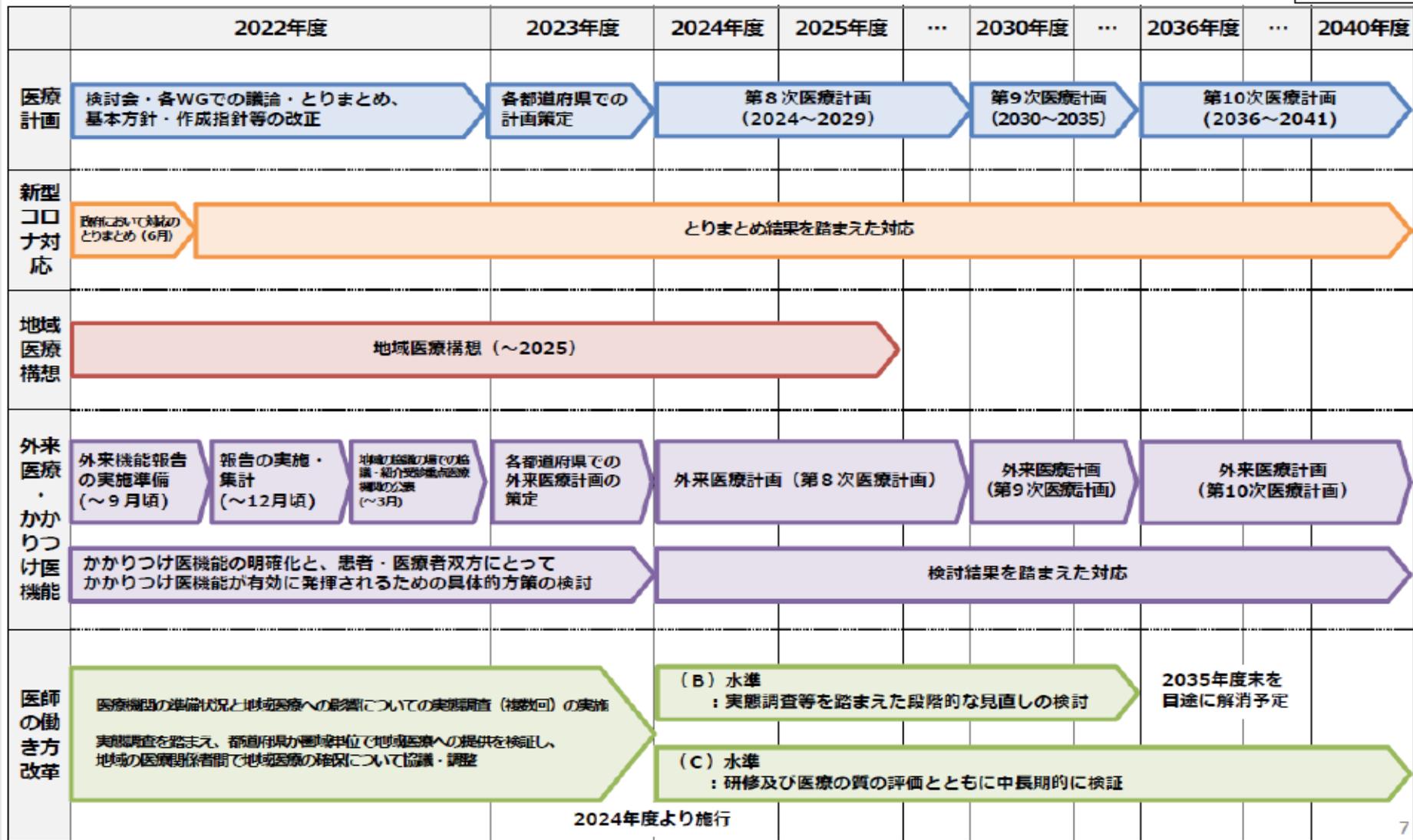
「人口100万人以上の構想区域における公立・公的医療機関等の具体的対応方針の検証等について」(令和3年7月1日付け医政発0701第27号厚生労働省医政局長通知)2(3)において、「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等、地域医療構想の実現に向けた今後の工程に関しては、新型コロナウイルス感染症への対応状況に配慮しつつ、各地域において地域医療構想調整会議を主催する都道府県等とも協議を行いながら、厚生労働省において改めて整理の上、お示しすることとしている。」としていたことについては、2022年度及び2023年度において、公立・公的・民間医療機関における対応方針の策定や検証・見直しを行うことと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

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。

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



7

17

経営強化プラン

策定期間2023年度まで
地域医療構想対応方針として位置づけ

標準期間2027年度

厚労省資料を改変

時代的に見て
経営強化ガイドライン
はどのような意義を
有するのか

本格的な少子高齢社会の到来

- これから日本は世界に例を見ない本格的な少子高齢化の時代を迎える
- 都市部を中心に激増する後期高齢者は、救急、入院、看取りの需要を増大させる
- 少子化による若年層の労働人口の減少は医療現場における深刻な人材不足をもたらす
- 今までどおりの医療提供のあり方では、持続可能な体制を確保することは難しい
- 今回の新型コロナウイルス感染症の蔓延による医療の逼迫は、将来の本格的な少子高齢社会の到来による医療提供体制の逼迫を先取りしたもの

バッファーとしての役割

- 将来の医療提供体制の危機において、公立病院の果たす役割は大きい
- 民間医療機関が病院数・病床の多くを占めるわが国においては、競争原理による医療提供体制が基本となり、すき間が生じやすい
- そのような中で、公立病院はバッファーとなり、医療提供体制のすき間を埋めていくことが求められる
- 新型コロナウイルス感染症における公立病院の活躍は、医療提供体制のすき間を埋める公立病院の持つポテンシャルが示されたもの

将来の危機に備える

- 将来の危機に対して、現状維持では危機を乗り越えることはできない
- 危機を見越して準備をするのが、公の税金が投入されている公立病院の責務
- 経営強化ガイドラインを踏まえ、全国の自治体病院が将来の危機に備えて医療提供体制を強化することに期待

経営強化の基本的な 考え方

経営強化の基本的な考え方①

- 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の確保を図り、その中で自治体病院が安定した経営の下で重要な役割を継続的に担っていく
- 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ていく
- 新興感染症の感染拡大時等の対応という視点も持つ

経営強化の基本的な考え方②

- 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
- 中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約し医師・看護師等を確保し、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する

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

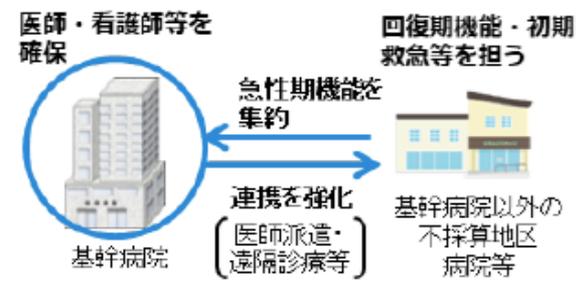
- 医師確保等を進めつつ、**限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するという視点を最も重視し**、新興感染症の感染拡大時等の対応という視点も持って、公立病院の経営を強化していくことが重要

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

経営強化プランの内容

I 役割・機能の最適化と連携の強化

- 役割・機能の最適化と連携の強化は、今回のガイドラインで最も重視されている項目である
- 自治体病院の様々な立地条件等を踏まえつつ、役割・機能の最適化と連携の強化について検討することを求める
- 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、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、③機能分化・連携強化、④医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標、⑤一般会計負担の考え方、⑥住民の理解のための取組について記載を行うことを求める

機能分化・連携強化

- 「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
- 変化に合わせて、病院事業債（特別分）の対象経費等が拡充されている

新興感染症への対応と 地域医療構想の理念は整合する

- ECMOや人工呼吸器などを使用した重症患者への治療は、高度急性期病床のある病院を中心に対応
- 中等症・軽症の患者は急性期病床や回復期病床を有する病院を中心に対応
- 感染の可能性のある患者は、かかりつけの診療所で診療や検査を行う

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行う必要がある。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。

公立病院経営強化プランの記載事項 ②

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

③ 機能分化・連携強化

【機能分化・連携強化の目的】

- 持続可能な地域医療提供体制を確保するためには、限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用することが必要である。
- そのためには、地域の中で各公立病院が担うべき役割や機能を改めて見直し、明確化・最適化した上で、病院間の連携を強化する「機能分化・連携強化」を進めることが必要である。

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

また、公立病院同士のみならず、公的病院、民間病院、診療所等との間も含め、必要な取組を検討すべきである。

【機能分化・連携強化に係る記載事項】

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

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

※ 上記ア)～オ)に該当する公立病院については、都道府県が特に積極的な助言や提案を行うことが期待される。

公立病院経営強化プランの記載事項 ③

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

④ 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標

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

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

⑤ 一般会計負担の考え方

- 公立病院は、地方公営企業又は公営企業型地方独立行政法人として運営される以上、独立採算を原則とすべきであるが、
- i) その性質上、当該病院の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費
 - ii) 当該病院の性質上、能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費

については、一般会計や設立団体等において負担するものとされている。

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

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

⑥ 住民の理解のための取組

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

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

病院の統合再編の必要性

- ガイドラインでは病院の統合再編という言葉は前面に立っていない
- しかし、都市部の急性期病院の統合再編による医療提供体制の拡大は、医師の働き方改革への対応や新興感染症への対応の視点からも、必要性は高まっている

厚生労働省の 病院統合再編政策

病床機能再編支援事業

- 2020年度、厚生労働省は新年度予算で新たに「病床機能再編支援事業」を創設
- 2021年4月成立の医療法において、支援事業は、地域医療介護総合確保基金の事業に法律として位置付けるとともに、事業経費の財源を全額国費負担とする

重点支援区域について

1 背景

経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）において、地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、**重点支援区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うこととされた。**

2 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、再編統合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再編統合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。**

3 選定対象

「重点支援区域」における事例としての対象は、**「複数医療機関の再編統合（※1）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（※2）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

※1「再編統合」には、地域の医療提供体制の現状や将来像を踏まえつつ、個々に医療機関の医療提供内容の見直しを行うため、

- ・医療の効率化の観点から、ダウンサイジングや、機能の分化・連携、集約化
- ・不足ない医療提供の観点から、機能転換・連携 等の選択肢が含まれる。

※2 厚生労働省が分析した急性期機能等について、「診療実績が特に少ない」（診療実績がない場合も含む。）が9領域全てとなっている、又は「類似かつ近接」（診療実績がない場合も含む。）が6領域（人口100万人以上の構想区域を除く。）全てとなっている公立・公的医療機関等

【優先して選定する事例】

以下の事例を有する区域については、再編統合を進める上で論点が多岐に渡ることが想定されるため、優先して「重点支援区域」に選定する。
なお、再検証対象医療機関が含まれる再編統合事例かどうかは、選定の優先順位に影響しない。

- ①複数設置主体による再編統合を検討する事例
- ②できる限り多数（少なくとも関係病院の総病床数10%以上）の病床数を削減する統廃合を検討する事例
- ③異なる大学病院等から医師派遣を受けている医療機関の再編統合を検討する事例
- ④人口規模や関係者の多さ等から、より困難が予想される事例

4 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、再編統合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令和2年度配分における優先配分
- ・新たな病床ダウンサイジング支援を一層手厚く実施

5 スケジュール等

重点支援区域申請は**随時募集**することとしており、**1月31日に1回目の重点支援区域（3県5区域）の選定を実施。**

【1回目に選定した重点支援区域】

- ・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）

1回目選定

宮城県:仙南区域(公立刈田総合病院、みやぎ県南中核病院)、石巻・登米・気仙沼区域(登米市立登米市民病院、登米市立米谷病院、登米市立豊里病院)

滋賀県:湖北区域(市立長浜病院、長浜市立湖北病院、長浜赤十字病院、セフィロト病院)

山口県:柳井区域(周防大島町立大島病院、周防大島町立東和病院、周防大島町立橘病院)、萩区域(萩市立萩市民病院、医療法人医誠会都志見病院)

2回目選定

北海道:南空知区域(岩見沢市立総合病院、北海道中央労災病院)、南檜山区域(北海道立江差病院、厚沢部町国民健康保険病院、乙部町国民健康保険病院、奥尻町国民健康保険病院、町立上ノ国診療所、上ノ国町立石崎診療所)

新潟県:県央区域(県立燕労災病院、新潟県厚生農業協同組合連合会三条総合病院、県立加茂病院、県立吉田病院、新潟県済生会三条病院)

兵庫県:阪神区域(市立伊丹病院、公立学校共済組合近畿中央病院)(市立川西病院、医療法人協和会協立病院)

岡山県:県南東部区域(玉野市民病院、玉野三井病院)

佐賀県:中部区域(多久市立病院、小城市民病院)

熊本県:天草区域(天草市立牛深市民病院、天草市立栖本病院、天草市立新和病院、天草市立河浦病院)

3回目選定

山形県:置賜区域(米沢市立病院、三友堂病院、三友堂リハビリテーションセンター)

岐阜県:東濃区域(土岐市立総合病院、岐阜県厚生農業協同組合連合会 東濃中部医療センター 東濃厚生病院)

4回目選定

上越構想区域(新潟県立中央病院、新潟県立柿崎病院、新潟県立妙高病院、上越地域医療センター病院、新潟労災病院、新潟県厚生農業協同組合連合会上越総合病院、新潟県厚生農業協同組合連合会けいなん総合病院、新潟県厚生農業協同組合連合会糸魚川総合病院)

佐渡構想区域(佐渡市立両津病院、佐渡市立相川病院、新潟県厚生農業協同組合連合会佐渡総合病院、新潟県厚生農業協同組合連合会南佐渡地域医療センター)

尾三構想区域(総合病院三原赤十字病院、三菱三原病院)

新たな病床機能の再編支援について

令和3年度要求額：事項要求
(令和2年度予算額：84億円)

- 中長期的な人口減少・高齢化の進行を見据えつつ、今般の新型コロナウイルス感染症への対応により顕在化した地域医療の課題への対応を含め、地域の実情に応じた質の高い効率的な医療提供体制を構築する必要がある。
- こうした中、地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の合意を踏まえて行う自主的な病床削減や病院の統合による病床廃止に取り組む際の財政支援を実施する。【補助スキーム：定額補助(国10/10)】
- 令和3年度以降においては、地域医療構想調整会議における議論の進捗等も踏まえつつ、消費税財源による「医療・介護の充実」とするための法改正を行い、これに基づき病床機能の再編支援を実施する。

「病床削減」に伴う財政支援

病床を削減した病院等（統合により廃止する場合も含む）に対し、削減病床1床あたり、病床稼働率に応じた額を交付

※病床削減後の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における稼働病床数の合計の90%以下となること

※許可病床から休床等を除いた稼働している病棟の病床の10%以上を削減する場合に対象

「病院統合」に伴う財政支援

【統合支援】 統合（廃止病院あり）を伴う病床削減を行う場合の
コストに充当するため、関係病院全体で廃止病床1床あたり、病床稼働率に応じた額を関係病院全体へ交付（配分は関係病院で調整）

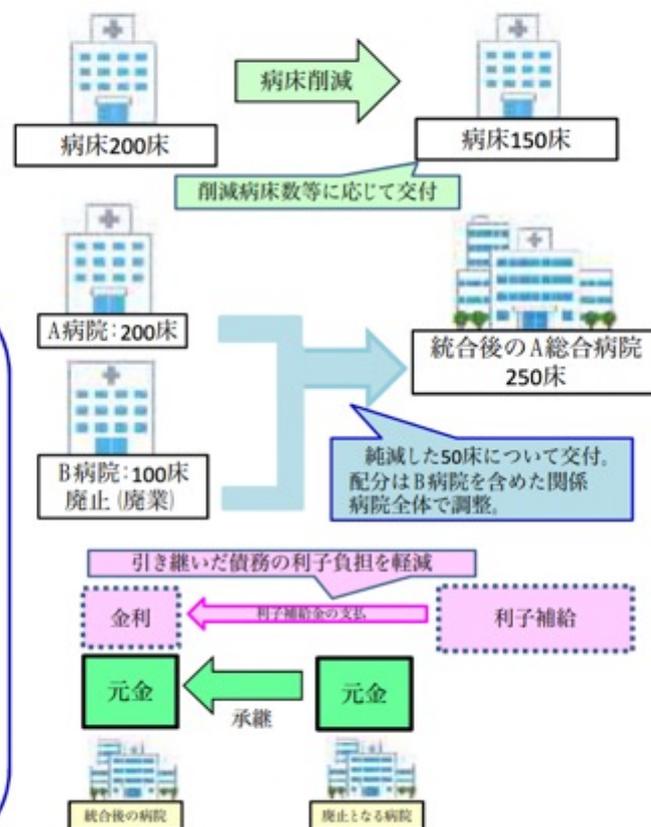
※重点支援区域のプロジェクトについては一層手厚く支援

※病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象

【利子補給】 統合（廃止病院あり）を伴う病床削減を行う場合において、廃止される病院の残債を統合後に残る病院に承継させる場合、当該引継債務に発生する利子について一定の上限を設けて統合後病院へ交付

※病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象

※承継に伴い当該引継ぎ債務を金融機関等からの融資に借り換えた場合に限る。



大型統合再編には 補助金額が少ない

- 2021年度の「病床機能再編支援事業」は「単独支援給付金支給事業」「統合支援給付金支給事業」「債務整理支援給付金支給事業」の3つの補助事業がメニュー化されているが補助金額が少ない
- 400～500床クラスの病院統合再編による新病院の誘因にはなりにくい

病床機能再編支援事業の補助単価

病床稼働率	減少する場合の1床当たりの単価
50%未満	1, 140千円
50%以上60%未満	1, 368千円
60%以上70%未満	1, 596千円
70%以上80%未満	1, 824千円
80%以上90%未満	2, 052千円
90%以上	2, 280千円

2021年5月28日厚生労働省医政局地域医療計画課令和3年度「病床機能再編支援事業」の事業募集について

総務省病院事業債特別分

- 実際の財政措置インセンティブは、総務省の病院事業債特別分（統合再編の場合40%の地方交付税措置、今回複数病院の相互の医療機能の見直しに伴う基幹病院の整備に対し拡充）が大きい
- 病床機能再編支援事業は統合再編の契機になるとは考える

統合再編で注意すべき点

- 注意すべきは、地域の医療体制の実情を踏まえた上で、データに基づいた丁寧な議論を行って進めること
- 結論ありきで無理やり進めると反対が起き、かえって統合再編が進まなくなる

地方の中小自治体病院
はどのように役割・機能
の最適化と連携の強化に
取り組むべきか

病院バージョンアップ

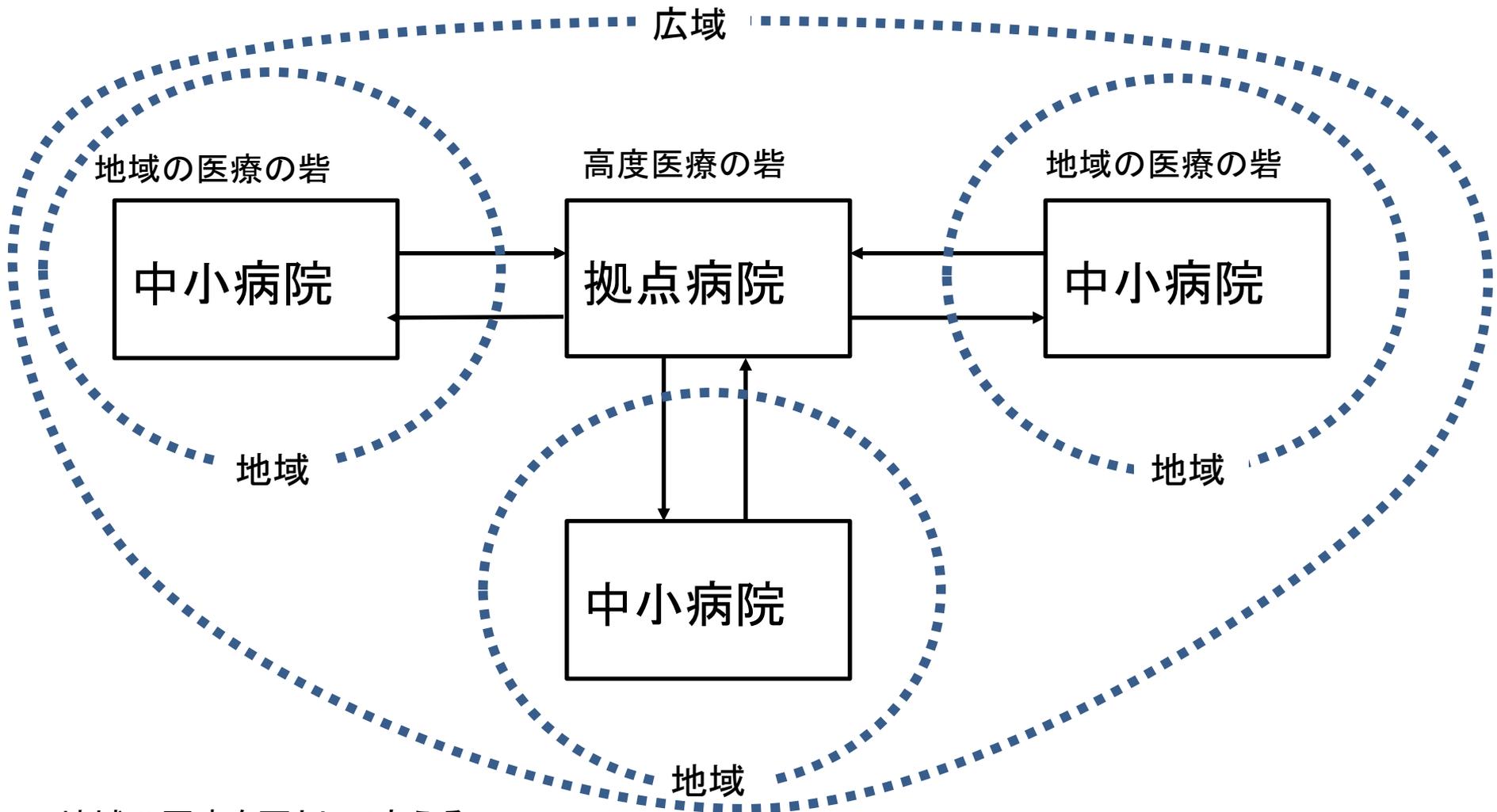
- 国は地方の中小病院の役割・機能の最適化については「ダウンサイズ」という言葉を簡単に使う
- 人口減少、働く場の不足、医療者の不足に苦しむ地方の病院がダウンサイズを強要されるのは納得がいかない
- 医療の地域格差をなくすため、医療提供の質を高める「バージョンアップ」であるべき

医療の「砦(とりで)」論

- 地域の存続を考えていくためには、単純に地方の中小病院を無くすのではなく、限られた医師数の中で医療提供機能を絞り、維持・機能向上させていくことが重要
- 講演者は、このような地方の病院を地域医療の「砦(とりで)」機能と呼んでいる
- 「砦」は、戦国時代の「砦」をイメージしている
- 拠点病院に医師を集め、広域における高度急性期機能を担う

- 中小病院は地域における医療の「砦」となり、立地する地域の医療を守る
- 中小病院は、拠点病院へ手術や重症の患者を送り、拠点病院からの療養が必要な患者を受け入れる
- 「砦」は1つだけあるのではなく、地理的条件の中で複数存在していた方が、面として地域全体の医療提供力(防御力)が上がる
- このような「砦」を面的にバランス良く配置することで、地域全体を守る

医療の「砦(とりで)」論



地域の医療を面として支える

- ・拠点病院に医師を集め、広域な範囲で高度な医療を行う、可能であれば医師を派遣する
- ・中小病院は、地域の医療を担い、拠点病院へ患者を送り、拠点病院からの患者を受け入れる

筆者作成

なぜ「砦」なのか？

- 地域医療構想424病院の再検証要請が典型で、地方の中小病院はリストラ・ダウンサイズの「対象」であった
- その目的は医療費の削減
- 「砦」は提供する医療を絞りつつ、地域医療の「主体」として医療提供を行う、面としての医療を守る
- 地方の病院の納得を得やすい議論

地域連携室

- 「地域連携室」は、「砦」機能の強化のための最重要部門
- 他の医療・介護施設との連携を強化し、診療所や介護施設からの患者受け入れ、拠点病院からの患者の積極的な受け入れ、地域住民への働きかけ等を通じ、地方の中小病院を地域の医療の「砦」機能を強化していく

精神医療

- 役割・機能の最適化と連携の強化の項目において、過去2回のガイドラインではなかった精神科医療についての記述がされた
- 精神障害者の地域移行が求められている
- うつ病・認知症・発達障害・依存症等の患者や高齢化に伴う身体合併症を有する精神障害者の増加等により精神医療のニーズが高まっている
- 総合的に必要な医療を受けられる体制を構築するため、多様な精神疾患の状態及び特性に応じた精神病床の機能分化、各種保健医療機関や福祉施設等との連携強化、長期入院者の退院支援等を進める必要

長期入院の退院促進

- 当該病院の果たすべき役割・機能に加え、経営強化プランの対象期間の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ことを求める
- 自治体病院の精神病床において、病床数が過大で、病床利用率を維持するため、長期入院患者の退院促進が進まないと見られる例も散見される
- 公立病院が率先して長期入院患者の退院促進を行い、病床数を減らし、生み出されたマンパワー等で児童思春期精神科医療などの社会的なニーズの高い分野に対応していくべき

A103 精神病棟入院基本料（1日につき）

1 10対1入院基本料	1,287点
2 13対1入院基本料	958点
3 15対1入院基本料	830点
4 18対1入院基本料	740点
5 20対1入院基本料	685点

今日の臨床サポート

https://clinicalsup.jp/jpoc/shinryou.aspx?File=ika_1_2_1%2Fa103.html

I009 精神科デイ・ケア（1日につき）

1 小規模なもの	590点
2 大規模なもの	700点

今日の臨床サポート

https://clinicalsup.jp/jpoc/shinryou.aspx?File=ika_2_8_1%2fi009.html&SearchTerm=%E7%97%87%E7%8A%B6%E3%83%BB%E7%96%BE%E6%82%A3&SearchText=%E3%82%AD%E3%83%BC%E3%83%AF%E3%83%BC%E3%83%89

Ⅱ 医師看護師確保と働き方改革

- 病院の役割・機能を果たすためには、医師・看護師等を確保するとともに、2024年度からの時間外労働規制に対応していくことが必要
- ①医師・看護師等の確保、②臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保、③医師の働き方改革への対応について改革プランに盛り込むことを求める

① 医師・看護師等の確保

- 職員採用の柔軟化、勤務環境の整備など医師・看護師等の医療従事者を確保するための取組を強化
- 基幹病院に中小規模の公立病院等への医師・看護師等の派遣を強化することを要望
- 中小規模の病院は、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
- 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

②臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保

- 地方の病院において、地方に関心を持つ医師を増やすため、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
- 臨床研修において1ヶ月以上行うこととされている地域医療研修について、臨床研修医を受け入れる都市部の公立病院において、不採算地区病院等への派遣を積極的に記載することを要請

- 不採算地区病院等においては、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
- 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 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。

初期研修地域医療実習への派遣

- ガイドラインでは、都市部の拠点病院から地方の中小病院への医師派遣を行うことを推奨
- 2024(令和6)年の医師の時間外労働規制の導入が間近に迫る中で、どれだけ医師の派遣が実現するか、不透明
- 現実的な医師派遣として、都市部の初期研修医地域医療実習の不採算地区等への派遣がある
- 医師数の少ない不採算地区などの地方の公立病院にとって一定の戦力になる
- 研修医にとっても幅広い業務に責任を持って携わる経験を積むことができ、地域医療の最前線を学ぶ機会となっている

不採算地区等への派遣に期待

- 現状は都市部にある公立病院において、実習を当該自治体の診療所などで行い、自治体内で完結させている病院も少なくない
- 税投入されている自治体病院の責任として、不採算地区等病院への研修派遣を積極的に行うことを期待
- 総務省は、不採算地区への地域医療研修の派遣を行った場合、受け入れ自治体が負担する経費（交通費・宿泊費等）について特別交付税措置の対象になることを、前述の財政措置の取扱い通知において明記している
- 特別交付税措置は、公立病院だけでなく、他の経営主体の病院からの研修医受け入れも対象になる

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2024(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

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

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

【原則】
1か月45時間
1年360時間

【時間外労働の上限】

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：医師登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

将来

(暫定特例水準の解消 (= 2035年度末を目標) 後)

将来に向けて縮減方向

年960時間／
月100時間（例外あり）
※いずれも休日労働含む

A

C-1 C-2

※この（原則）については医師も同様。

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

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

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）

※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）

【追加的健康確保措置】

※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。

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削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。

Ⅲ 経営形態の見直し

- 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
- 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

検討が必要な病院

- 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自治体病院
- 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自治体病院
- 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

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

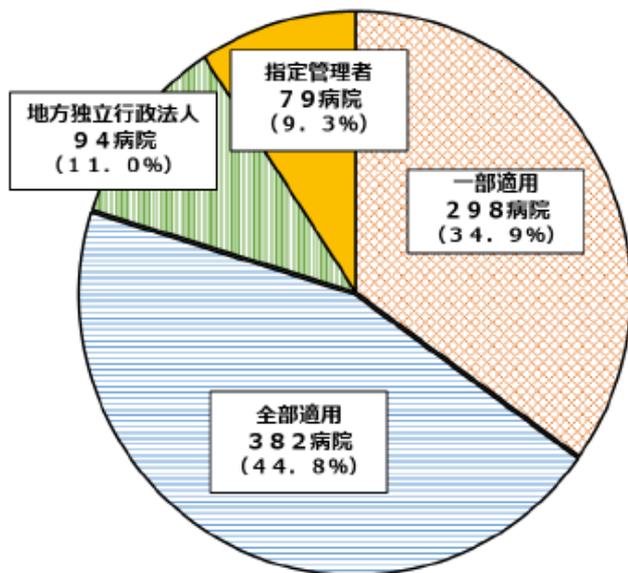
○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

- 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

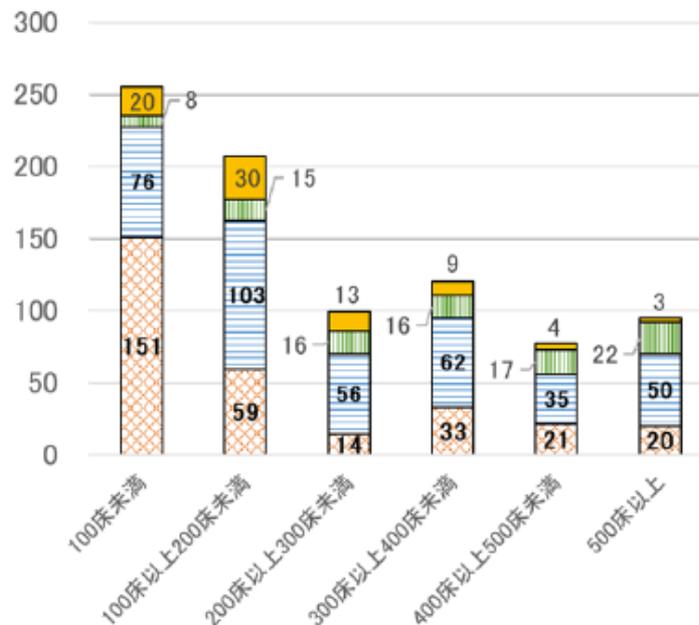
※ 上記に該当する公立病院については、機能分化・連携強化の必要性を含めて、都道府県が特に積極的な助言や提案を行うことが期待される。

<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。

地方独立行政法人

- 地方公共団体が直営で事業を実施する場合に比べ、例えば予算・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できるとやや踏み込んだ形で推奨

地方公営企業法全部適用

- 比較的取り組みやすい反面、経営の自由度拡大の範囲は、地方独立行政法人化に比べて限定的とし、事業管理者の実質的な権限と責任の明確化を図らなければ、民間的経営手法の導入が不徹底に終わる可能性がある指摘

指定管理者制度

- ①適切な指定管理者の選定に特に配慮すること
- ②提供されるべき医療の内容、委託料の水準等、指定管理者に係わる諸条件について事前に十分に協議し相互に確認しておくこと
- ③病院施設の適正な管理が確保されるよう、地方公共団体においても事業報告書の徴取、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医師・看護師等の理解を得ながら進める」は、医療職員の大量退職や行政職に職種変更する医療職員が相次いだ事例があることから、盛り込まれた

医療職員は貴重な人的財産

- 指定管理者制度への移行や民間譲渡は、職員が公務員としての身分を失ったり、一般職への職種転換を行ったり(一般職への職種転換による自治体本体の人件費増は見逃されがちな視点)、職員のライフデザインに大きく影響するので、慎重に行うべき
- 医療職員は地域の貴重な人的財産という視点が重要

IV 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

- 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として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う
- 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

公立病院経営強化プランの記載事項 ⑧

(4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

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

● 具体的には、

- 感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペース等の整備
- 感染拡大時における各医療機関の間での連携・役割分担の明確化
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保・育成
- 感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

を行っておく必要があることから、こうした取組の概要を記載する。

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

<参考> 医療計画への具体的な記載項目のイメージ（厚生労働省資料より）

◎医療計画への具体的な記載項目（イメージ）

【平時からの取組】

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

【感染拡大時の取組】

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

V 施設・設備の最適化①

- 新設・建替等が必要な場合、地域医療構想等との整合性を図った役割・機能や規模等を記載
- 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
- CM方式、設計段階から施工者が関与する方式（ECI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を活用

施設・設備の最適化②

- 新興感染症等の感染拡大時に当該病院が果たすべき役割・機能に必要な施設・設備を予め整備
- デジタル化への対応として、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
- 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情報セキュリティ対策を徹底する

(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

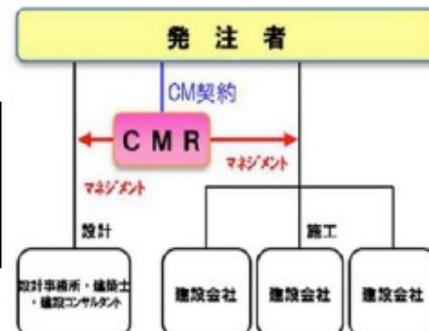
- 電子カルテ、マイナンバーカードの健康保険証利用（オンライン資格確認）、遠隔診療・オンライン診療、音声入力、その他各種情報システム等を活用し、医療の質の向上、医療情報の連携、働き方改革の推進と病院経営の効率化を推進することが重要であることから、そうした取組の概要を記載する。
- 特に、マイナンバーカードの健康保険証利用については、診療時における確実な本人確認と保険資格確認を可能とし、薬剤情報や特定健診情報等を提供することにより、医療保険事務の効率化や患者の利便性向上に資するものである。公立病院においては、その利用促進のため、患者への周知等に率先して取り組むことが求められることから、そうした取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。



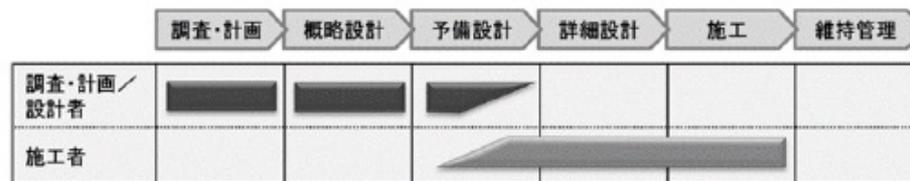
ECI方式

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）

病院の建替え

- 現場に入ると病院が老朽化しており、建替えの必要があるが財務状況や将来の経営環境を考え建替えに躊躇している公立病院も少なくない
- 病院の建物も古い建物では、感染症に対して十分対応できない
- ローコストを意識しつつ、個室化、陰圧対応、感染症外来設置、動線の考慮など、感染症に対応した病院とすべき
- 感染症の対応を考える場合、病院の改修では限界がある。建替えが可能なら移転新築することを検討すべき

個室化

- 個室は、新型コロナウイルスなどの新興感染症に対応できる、男女関係なく入院可能、認知症の患者の対応もしやすい、面会の時間が長くなる
- 自治体病院は個室料を取れるのが3割までなので、個室率は30%を上限とする思考を持ちやすかった
- 個室率を高めれば床面積が増え、建設費が増加する問題がある
- 全室個室で病床の稼働率を高め、収益を上げるという発想もあって良い

地方の中小病院

- 医師・看護師不足や建物の老朽化で患者が他の医療機関に流出、収益の悪化に苦しんでいるところも多い
- 先行きが不透明なことから建替えをためらい、縮小の道を歩んでいることも多い
- 古い病院では若い医師や看護師は勤務しない
- 職員のアメニティ環境向上が重要
- 地域の医療の「砦」である、地方の病院こそピカピカの病院とすべき

病床数

- 病床数については、現在の病床利用率が低い場合、建築コスト削減の観点から、一定程度病床を削減して個室化（できれば全室個室）と医療提供能力の向上を図るべき
- 過大な病床数を持っていても医療提供の質も収益も上がらない

不採算地区の 特別交付税

自治体病院への 特別交付税の拡大

- 総務省は自治体病院への支援としてへき地、小児・周産期、救急への特別交付税の支援を拡大している

不採算地区病院 の単価は年々上昇

- 不採算地区の病院の単価は年々上昇している

病院事業に係る主な地方交付税措置

1 普通交付税(令和2年度)

区分	算定額
病床割	735千円×稼働病床数
救急告示病院分	1,697千円×救急病床数+32,900千円
事業割	病院事業債の元利償還金の25% (元利償還金の1/2について、一般会計から繰出)

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

		単価 (元年度単価)	
①不採算地区病院	許可病床数 100床未満	第1種	1,312千円×稼働病床数+23,700千円 (1,549千円)
		第2種	875千円×稼働病床数+15,800千円 (1,033千円)
	許可病床数 100床以上150床未満	第1種	1,549千円×調整後病床数(※1) (1,549千円)
		第2種	1,033千円×調整後病床数(※1) (1,033千円)
②不採算地区中核病院	第1種	1,549千円×調整後病床数(※2) (-)	
	第2種	1,033千円×調整後病床数(※2) (-)	
③結核病床		1,633千円	(1,633千円)
④精神病床		1,523千円	(1,523千円)
⑤リハビリテーション専門病院病床		310千円	(310千円)
⑥周産期医療病床	第1種	6,500千円	(5,305千円)
	第2種	5,200千円	(4,245千円)
	第3種	3,435千円	(2,805千円)
	第4種	2,750千円	(2,243千円)
⑦小児医療病床		1,575千円	(1,267千円)
⑧感染症病床		4,251千円	(4,251千円)
⑨小児救急医療提供病院(1病院当たり)		11,375千円	(9,144千円)
⑩救命救急センター(1センター当たり)		192,700千円	(154,906千円)

(※1)調整後病床数…補正後許可病床数(100-(許可病床数-100)×2)と稼働病床数の低い方

(※2)調整後病床数…補正後許可病床数(100-(許可病床数-100)×1/4)と稼働病床数の低い方

不採算地区病院

- 第1種不採算地区病院-病床数が150床未満、直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上となる位置に所在している一般病院
- 第2種-病床数が150床未満、直近の国勢調査に基づき病院の半径5キロメートル以内の人口が3万人未満である一般病院(3万人以上10万人未満の場合、単価を逡減)

不採算地区病院は 原則許可病床150床未満

- 不採算地区病院の要件は、原則許可病床150床未満
- 許可病床が150床以上で、病床利用率が100床レベルであれば許可病床149床以下に減らすことも検討すべき

2020年中核的な公立病院に対する特別交付税措置の創設

- 不採算地区の財政措置の要件が150床未満であるため、150床を超える病院は財政措置の対象とはならなかった
- へき地等に立地し、二次救急患者の受け入れや災害の拠点となる中核的な自治体病院は病床数が150床を超えることが多く、不採算地区の財政措置の対象外となっていた
- 2020年度から財政措置が行われた



不採算地区の病院への交付税措置を考える

城西大学経営学部教授 伊関友伸

へき地の医療問題の歴史

自治体病院の使命の一つに、全国のあらゆる地域に医療提供施設が配置され、全ての国民がいつでもどこでも安心して医療を受けられることがある。交通の条件の悪いへき地における医療は、その典型である。競争原理を徹底することでは、条件の悪いへき地に医療を提供できない。

わが国の歴史を振り返ると、農山漁村地域での医療提供が問題化したのは、産業革命後の明治末期、大正期が始まりと考える（伊関友伸「自治体病院の歴史」三輪書店103ページ）。貧富の格差から住民が医療を受けることができず、特に結核と乳児死亡が社会問題とされた。農山漁村への医療提供が当時の内務省の政策課題の一つとされた。1938年に公布された「国民健康保険法」の目的の一つに、農山漁村への医療提供があった（同171ページ）。

戦後、相次いで国保直診病院・診療所が設

置され、農山漁村地域の住民の健康を守った（同232ページ）。地方における医師不足が深刻になったのは高度経済成長期以降で、1961年の国民皆保険の確立もあり、都市部に医師が勤務する傾向が強まった。そのため、医師不足から廃止や譲渡される地方の国保直診病院・診療所が相次いだ（同326ページ）。深刻化するへき地の医師不足に対して、1972年4月に自治医科大学が開設された（同410ページ）。新医師臨床研修制度を契機とした地方の医師不足に対応して、2007年度から医師部人学における地域枠制度が導入されたのは記憶に新しいところである。

不採算地区における特別交付税措置

現在のへき地等の病院を支える財政支援制度として、不採算地区における特別交付税措置がある。2019年度までは、病床数が150床未満であり、最寄りの一般病院までいたった。

このため、本年度から不採算地区の中核的な自治体病院に対する特別交付税措置が創設されることとなった。対象要件は、不採算地区に所在する100床以上500床未満の許可病床を有する自治体病院で、①都道府県の医療計画において二次か三次の救急医療機関として位置付けられていること、②へき地拠点病院または災害拠点病院の指定を受けていることが必要となる。

地方財政措置は、図1のように、現行の不採算地区の病院への財政措置を500床まで拡大することが想定されている。現行の不採算地区病院の措置も、一部拡充される予定である。財政措置を受けるためには、本年度内

移動距離が15km以上となる位置に所在している一般病院（第1種）と、直近の国勢調査に基づく当該病院半径5km以内の人口が3万人未満である一般病院（第2種）が対象となっている（第2種においては3万人以上10万人未満の場合は単価を減額）。表1は2018年度の不採算地区病院特別交付税措置単価である。第1種不採算地区病院が1床9398千円、第2種不採算地区病院が1床9393千円、2017年度に比べて104.4%増加している。20床から100床までは措置額が増加し、100床を最大にして150床までは措置額が減減するという制度設計になっている。

不採算地区の自治体病院への特別交付税措置は、総務省のへき地の病院の医療を支えるという方針の表れであると考えられる。2018年度の不採算地区病院は310病院で、一般病院744病院の41.7%を占めている。

なお、不採算地区にある病院は自治体病院だけではないので、総務省は不採算地区に立地する医療法31条に規定されている公的病院（赤十字・済生会・厚生連など）や社会医療法に策定が予定されている新しい「新公立病院改革ガイドライン」を踏まえ、さらなる改革プランの策定を行うことが必要とされている。新型コロナウイルスの変遷により、新しい改革ガイドラインの策定が進んでおらず、財政措置については不確定な部分もあるが、不採算地区の中核的な公立病院に対する財政措置を行う流れは変わらないと考える。

また、不採算地区に立地する中核的な公的病院や社会医療法人にも、特別交付税が措置されることとなる予定である。

タイトルの「アスクレピオスの杖」とは、ギリシア神話に登場する名医アスクレピオスの持つという蛇の杖（アスクレピオスの杖）で、医療・医師の象徴として世界的に広く用いられているシンボルマークである。

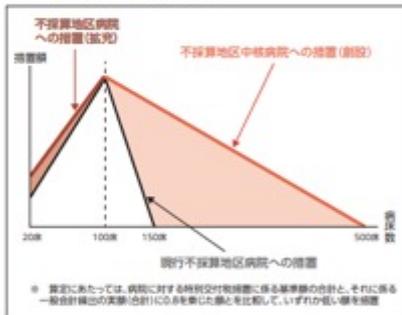
全国市長会「市政8月号」

表1 不採算地区病院特別交付税措置単価

	2018年度 単価(千円)	2017年度 単価(千円)	対前年比
第1種不採算地区病院	1408	1349	104.4%
第2種不採算地区病院	939	899	104.4%

総務省単価公表資料より作成

図1 不採算地区の中核的な公立病院に対する特別交付税措置の創設



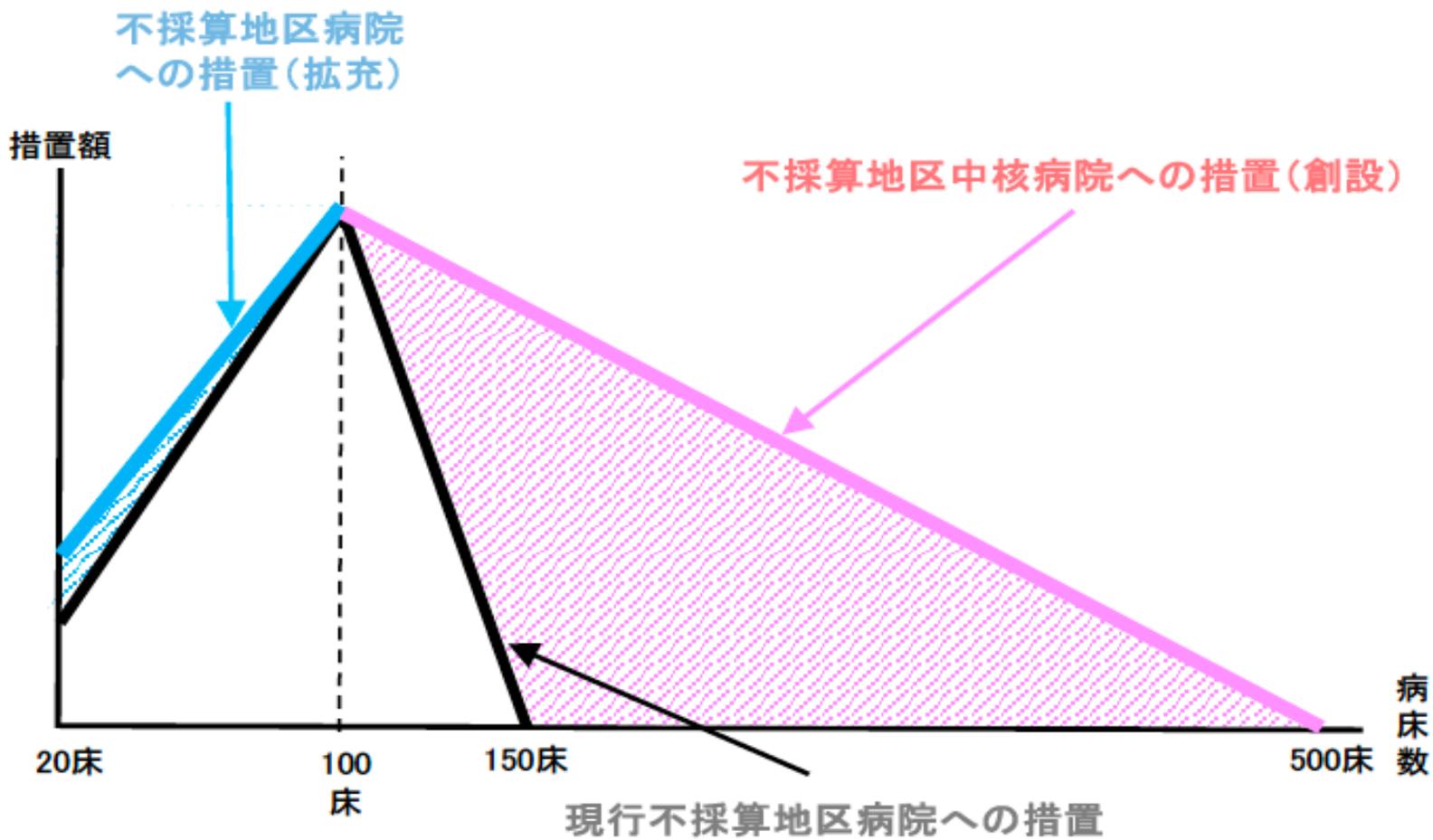
総務省単価公表資料より作成

筆者プロフィール

伊関友伸 (いせき ともし)

1987年埼玉県入庁、県民総務課、大根町企画財政課長、県立病院課、社会福祉課、精神保健総合センターなどを経て、2004年城西大学経営学部准教授、2011年4月同教授。研究テーマは、行政評価、自治体病院の経営、保健・医療・福祉のマネジメント。総務省公立病院に関する財政措置のあり方等検討委員会など、数多くの国・地方自治体の委員等を務める。著書に「まちに病院を」(岩波ブックレット)「自治体病院の歴史 住民医療の歩みとこれから」(三輪書店)などがある。

2020年度不採算地区の中核的な公立病院に対する特別交付税措置の創設



※ 算定にあたっては、病院に対する特別交付税措置に係る基準額の合計と、それに係る一般会計繰出の実額(合計)に0.8を乗じた額とを比較して、いずれか低い額を措置

不採算地区中核病院の特別交付税算定イメージ

【第1種】 1,549千円 × 調整後病床数

【第2種】 1,033千円 × 調整後病床数

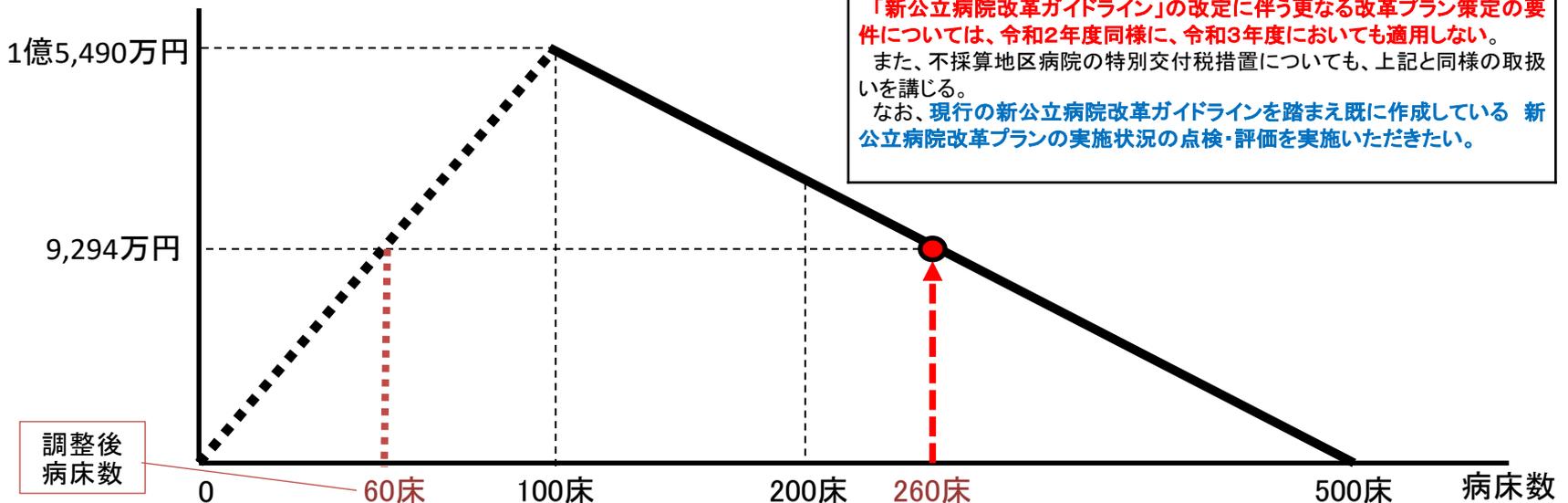
補正後許可病床数「 $100 - (\text{許可病床数} - 100) \times 1/4$ 」と稼働病床数とを比較して低い病床数で算定

- ※第1種 最寄りの一般病院までの移動距離が15km以上となる位置に所在する一般病院
 第2種 直近の国勢調査に基づく当該病院の半径5km以内の人口が3万人未満
 (3万人以上10万人未満の場合、単価を逡減)

適用要件	
規模	許可病床数100床以上500床未満
機能	次の①及び②を満たすこと ① 都道府県の医療計画において、二次救急医療機関又は三次救急医療機関として位置づけられていること ② へき地医療拠点病院又は災害拠点病院の指定を受けていること
<p>「新公立病院改革ガイドライン」の改定に伴う更なる改革プラン策定の要件については、令和2年度同様に、令和3年度においても適用しない。 また、不採算地区病院の特別交付税措置についても、上記と同様の取扱いを講じる。 なお、現行の新公立病院改革ガイドラインを踏まえ既に作成している新公立病院改革プランの実施状況の点検・評価を実施いただきたい。</p>	

(参考) イメージ図(第1種)

例 許可病床数260床(補正後許可病床数:60床)
 稼働病床数200床の場合



2021年不採算地区 特別交付税大幅増額

- 新型コロナウイルスの入院患者を受けていない地方の中小規模の病院の収益が悪化している
- 総務省は2021年度の不採算地区の特別交付税を大幅に増額している

経営条件の厳しい地域に所在する公立病院への財政措置の拡充(概要)

- 民間病院の立地が困難な経営条件の厳しい地域に所在する公立病院(不採算地区病院)は、今般のコロナ禍においても、地域唯一又は主要な病院として、平素の医療に加え、発熱外来の開設、PCR検査、行政部門と連携した住民の健康相談対応やワクチン接種の促進等に取り組んでいる。
- コロナ禍においても、病院機能を維持し、地域医療提供体制を確保するため、直近の不採算地区病院の実態を踏まえ、令和3年度について、不採算地区病院への自治体からの支援(繰出金)に係る特別交付税の基準額の見直しを行う。

【不採算地区病院設置自治体】



不採算地区病院の運営に要する経費に係る一般会計繰出金

【不採算地区病院】



特別交付税措置額 = 一般会計繰出金 × 0.8

<病床数に応じた基準額あり>

(第1種) 当該病院から最寄りの病院までの移動距離が15km以上

(第2種) 当該病院の半径5km以内の人口が10万人未満

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

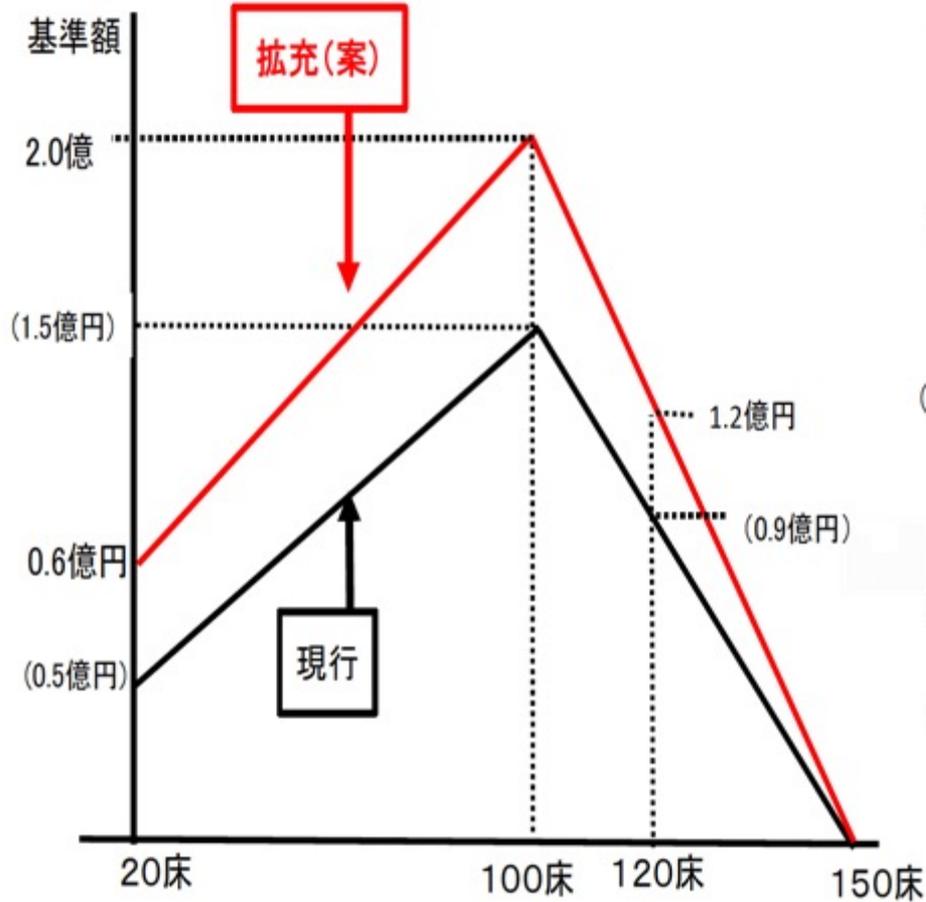
<厚生連、日赤等の公的病院等も同様の措置を講じる>

2021年5月28日総務省「不採算地区病院等に対する財政措置の拡充について」

1. 不採算地区病院等に対する令和3年度の特別交付税措置の1床あたりの基準額単価の引き上げ

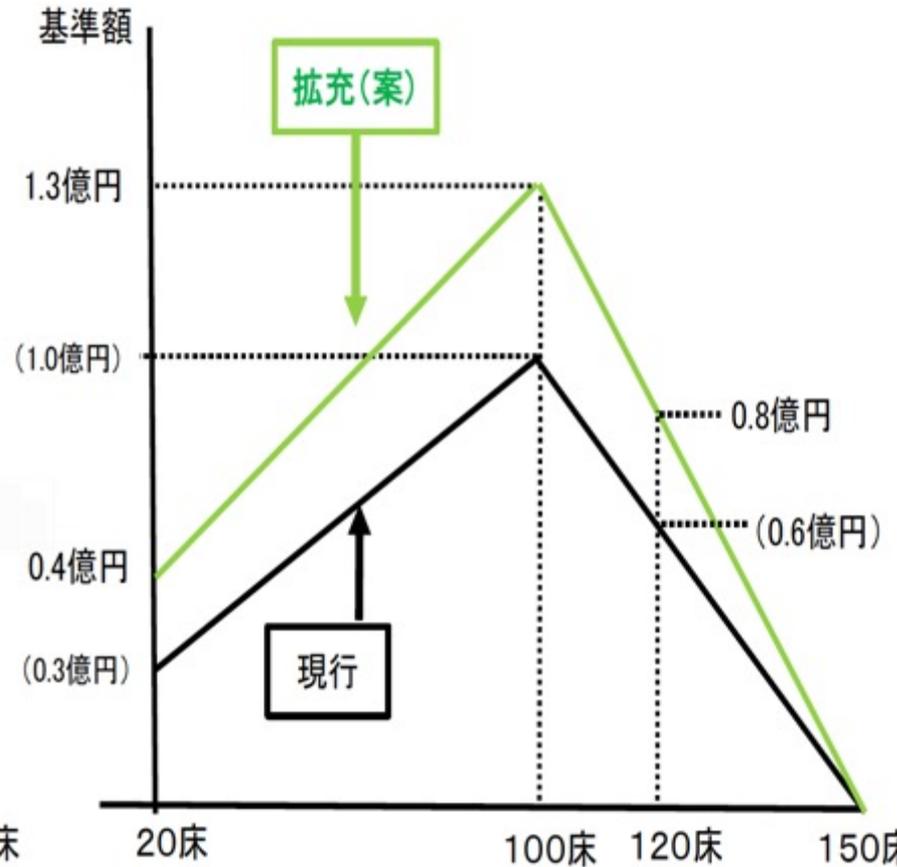
区 分		令和2年度	令和3年度(案)
不採算地区病院(注1) 【許可病床100床未満】	第1種	1,312千円 定額23,700千円	1,706千円 定額30,810千円
	第2種	875千円 定額15,800千円	1,138千円 定額20,540千円
不採算地区病院(注1) 【許可病床100床以上 150床未満】	第1種	1,549千円	2,014千円
	第2種	1,033千円	1,343千円
不採算地区有床診療所(注2)	第1種	2,497千円	3,246千円
	第2種	1,665千円	2,165千円

1種の算定イメージ



(第1種) 当該病院から最寄りの一般病院までの移動距離が15km以上

2種の算定イメージ



(第2種) 病院の半径5km以内の人口が10万人未満(3万人以上の場合は割落とし)

2021年5月28日総務省「不採算地区病院等に対する財政措置の拡充について」

病床150床以上の病院

- 二次救急だけで、へき地医療拠点病院、災害拠点病院の指定を受けていない場合、不採算地区病院・不採算地区中核病院の指定を受けていない
- 149床に減らすか、へき地拠点・災害拠点の指定を受けるべき
- 建物が古くて災害拠点の指定を受けていない場合もある

病院事業決算状況(令和2年度)

都道府県名
北海道

※特殊診療機能欄 ド…人間ドック 透…人工透析 I…ICU・CCU 未…NICU
 ※指定病院の状況欄 救…救急告示病院 臨…臨床研修病院 が…がん診療連携拠点病院
 地…地域医療支援病院 特…特定機能病院 輪…病院群輪番制病院

市町村・組合名	芽室町		
病院名	国保芽室病院		
施設及び業務概況等			
法適用区分	当然財務	特殊診療機能	ド透 調
病院区分	一般病院	不採算地区病院	非該当
建物面積	11,497 m ²	不採算地区中核病院	非該当
診療科数	9	指定病院の状況	救臨
許可公営企業		看護配置	10:1
DPC対象病院	-	経営形態	直営
		類似区分	100床以上～200床未満

病床利用率・平均在院日数			
区分	病床数	令和2年度	令和元年度
一般	150	50.7	54.8
療養	-	-	-
結核	-	-	-
精神	-	-	-
感染症	-	-	-
計	150	50.7	54.8
平均在院日数(一般病床のみ)		15.3	15.1

病院事業決算状況(令和2年度)

都道府県名
富山県

※特殊診療機能欄 ド…人間ドック 透…人工透析 I…ICU・CCU 未…NICU
 ※指定病院の状況欄 救…救急告示病院 臨…臨床研修病院 が…がん診療連携拠点病院
 地…地域医療支援病院 特…特定機能病院 輪…病院群輪番制病院

市町村・組合名	朝日町		
病院名	あさひ総合病院		
施設及び業務概況等			
法適用区分	当然財務	特殊診療機能	ド透 調
病院区分	一般病院	不採算地区病院	第2種該当
建物面積	17,503 m ²	不採算地区中核病院	
診療科数	15	指定病院の状況	救臨 輪
許可公営企業		看護配置	10:1
DPC対象病院	-	経営形態	直営
		類似区分	100床以上～200床未満

病床利用率・平均在院日数			
区分	病床数	令和2年度	令和元年度
一般	109	82.6	92.0
療養	-	-	-
結核	-	-	-
精神	-	-	-
感染症	-	-	-
計	109	82.6	92.0
平均在院日数(一般病床のみ)		13.0	13.1

病院事業決算状況(令和2年度)

都道府県名
北海道

市町村・組合名
中標津町

病院名
中標津病院

施設及び業務概況等

法適用区分	条例全部	特殊診療機能	ド透 未訓
病院区分	一般病院	不採算地区病院	
建物面積	16,710 ㎡	不採算地区中核病院	第1種該当
診療科数	14	指定病院の状況	救 へ災 輸
許可公営企業	許可	看護配置	10:1
DPC対象病院	-	経営形態	直営
		類似区分	100床以上~200床未満

※特殊診療機能欄 ド…人間ドック 透…人工透析 I…ICU・CCU 未…NICU
 ※指定病院の状況欄 救…救急告示病院 臨…臨床研修病院 が…がん診療連携拠点病院
 地…地域医療支援病院 特…特定機能病院 輸…病院群輪番制病院

病床利用率・平均在院日数

区分	病床数	令和2年度	令和元年度
一般	173	52.8	45.3
療養	-	-	-
結核	-	-	-
精神	-	-	-
感染症	-	-	-
計	173	50.5	41.9
平均在院日数(一般病床のみ)		13.2	11.1

病院事業決算状況(令和2年度)

都道府県名
[]

市町村・組合名
[]

病院名
[]

施設及び業務概況等

法適用区分	条例全部	特殊診療機能	ド透 未訓
病院区分	一般病院	不採算地区病院	非該当
建物面積	17,999 ㎡	不採算地区中核病院	非該当
診療科数	27	指定病院の状況	救臨 感 輸
許可公営企業		看護配置	7:1
DPC対象病院	対象	経営形態	直営
		類似区分	100床以上~200床未満

※特殊診療機能欄 ド…人間ドック 透…人工透析 I…ICU・CCU 未…NICU
 ※指定病院の状況欄 救…救急告示病院 臨…臨床研修病院 が…がん診療連携拠点病院
 地…地域医療支援病院 特…特定機能病院 輸…病院群輪番制病院

病床利用率・平均在院日数

区分	病床数	令和2年度	令和元年度
一般	193	70.5	87.8
療養	-	-	-
結核	-	-	-
精神	-	-	-
感染症	6	14.9	3.1
計	199	68.8	85.3
平均在院日数(一般病床のみ)		15.8	16.4

地方公営企業年鑑にも表示されている

項目	団体名	北海道	北海道	北海道	北海道	北海道	北海道
	病院名	赤平市	士別市	名寄市	根室市	松前町	八雲町
経理区分	病院名	あかびら市立病院	士別市立病院	総合病院	根室病院	松前病院	八雲総合病院
(1) 施設及び業務概況に関する調							
1. 事業開始年月日		S.25.8.10	S.24.4.1	S.12.11.24	S.32.8.1	H.2.11.1	S.32.10.3
2. 法適用年月日		S.39.4.1	S.39.4.1	S.39.4.1	S.39.4.1	H.2.11.1	S.41.4.1
3. 法適用区分		2	1	1	1	1	2
4. 管理者		2	1	1	1	1	2
(1) 管理者の情報		-	1	1	1	1	-
5. 指定管理者制度		無	無	無	無	無	無
6. 施設							
(1) 病院区分		1	1	1	1	1	1
(2) 病床数							
ア. 一般病床		60	60	300	131	100	183
イ. 療養病床		60	88	-	-	-	40
ウ. 結核病床		-	-	-	-	-	-
エ. 精神病床		-	-	55	-	-	100
オ. 感染症病床		-	-	4	4	-	4
カ. 計		120	148	359	135	100	327
(3) 病院の立地条件		2	1	4	13	1	3

病院の立地条件

1: 不採算地区病院第1種、2: 不採算地区病院第2種 3: 不採算地区中核病院第1種、4: 不採算地区中核病院第2種、5: 不採算地区病院及び不採算地区中核病院以外の病院

建設費への
過疎債の充当

自治体病院過疎債充当

- 過疎地に立地した病院は、病院建物・医療機器の整備に過疎債を充当可能（充当率50%）
- 過疎債を充当しつつ、ローコストで早期に病院を建築するという考えもあって良い

過疎地に関する法律

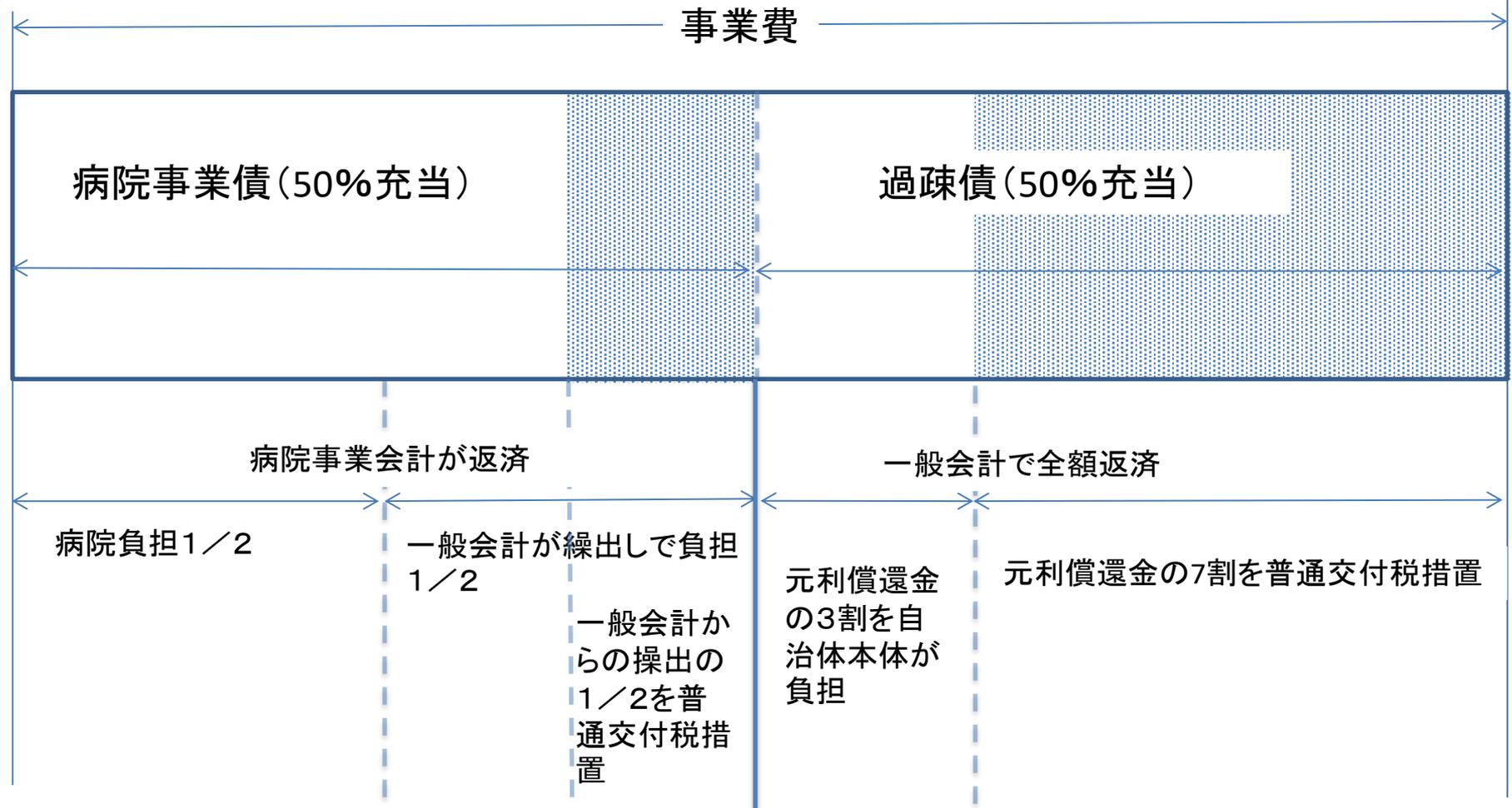
- 昭和45年に最初の過疎法である「過疎地域対策緊急措置法」が10年の時限立法として制定
- 令和3年4月1日に第5次となる「過疎地域持続的発展の支援に関する特別措置法」が施行

過疎対策事業債

- 過疎地域における施設整備や地域医療の確保、集落の維持・活性化等に必要経費について「過疎対策事業債」を財源とすることができる
- 将来の財政負担を軽減するため、元利償還金の7割が後年度に交付税措置される
- 市町村は残りの3割を負担すればよい

過疎債の普通交付税措置

地方交付税措置分



統合再編を組み合わせた場合病院事業債の交付税措置が40%になる

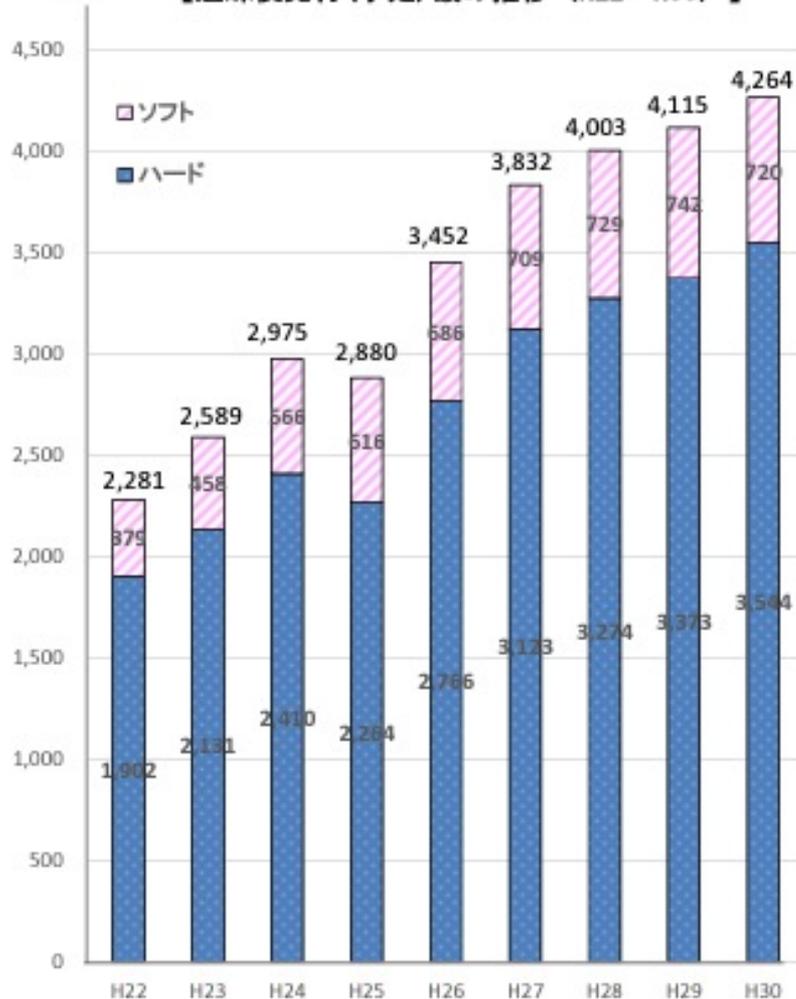
講演者作成

過疎対策事業債の発行状況

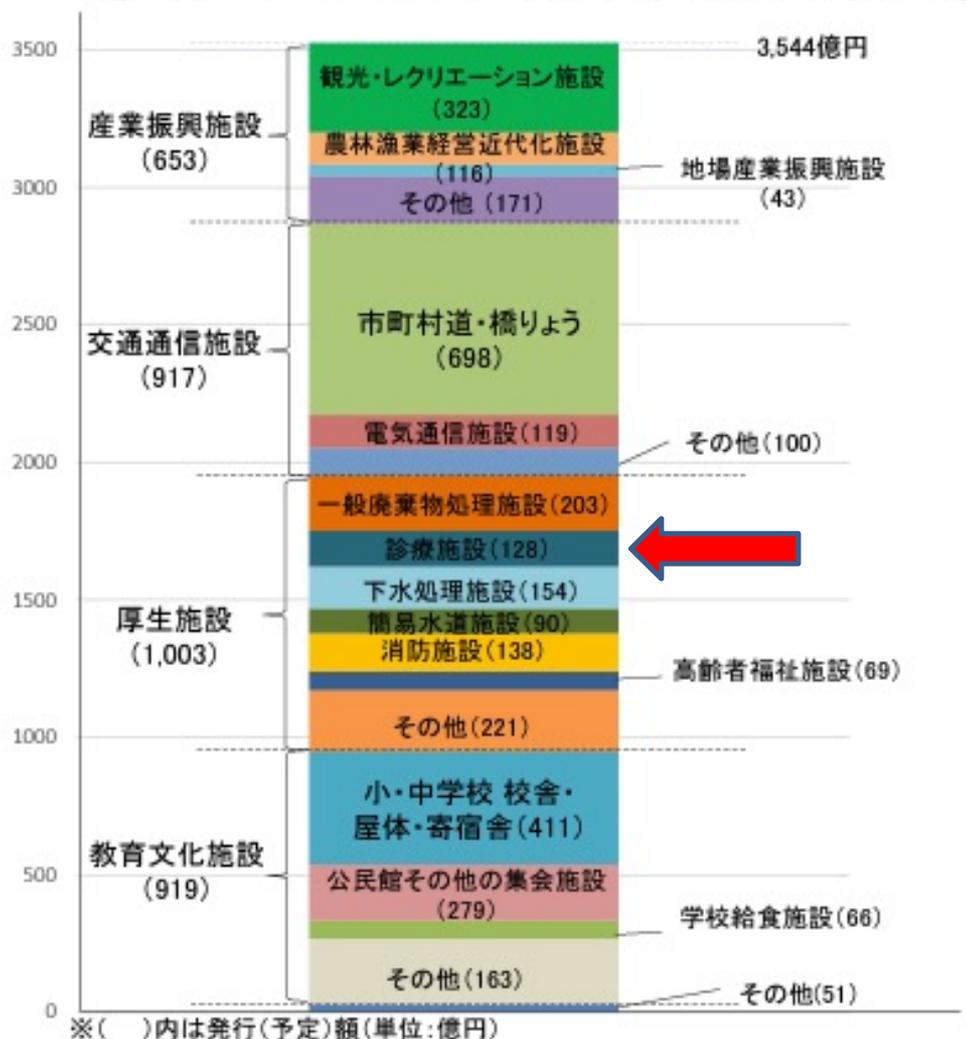
○過疎債発行(予定)額は、ハード分、ソフト分ともおおむね毎年度増加している。

○過疎債(ハード分)は、道路、小中学校校舎等、観光・レクリエーション施設、公民館その他集会施設の順で活用されている。

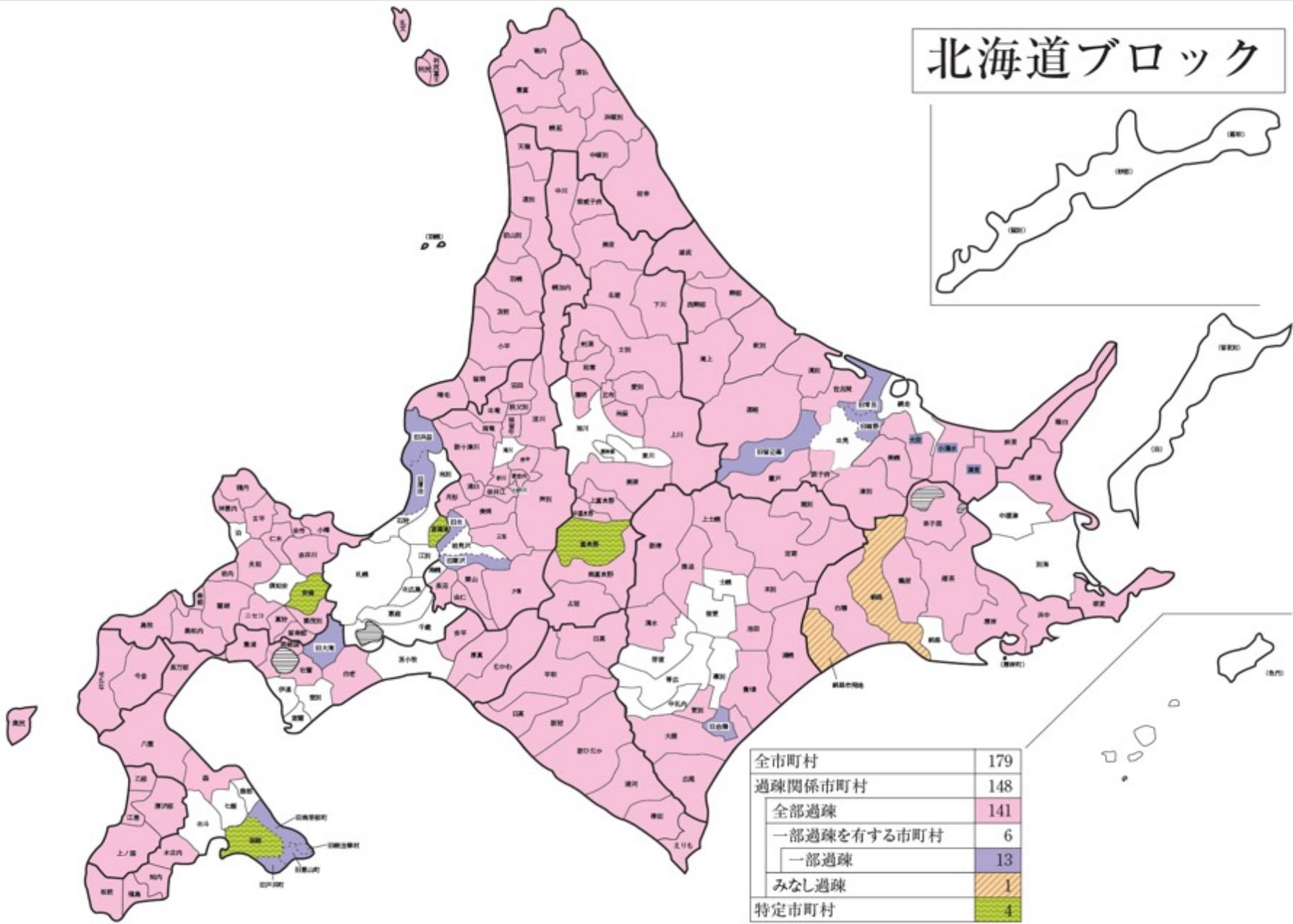
【過疎債発行(予定)額の推移 (H22~H30)】



【過疎債(ハード分)の平成30年度発行(予定)額内訳(事業別)】

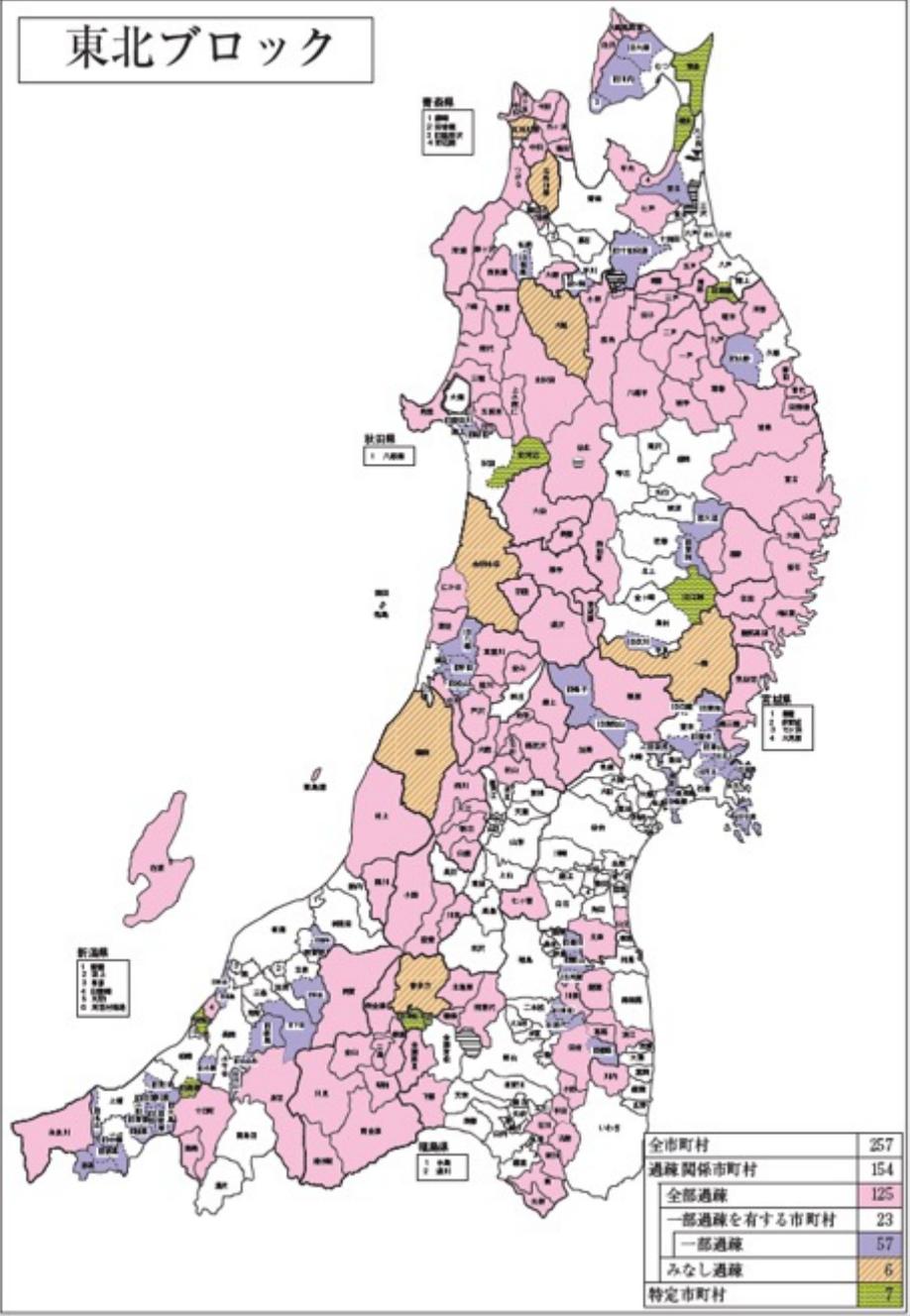


北海道ブロック

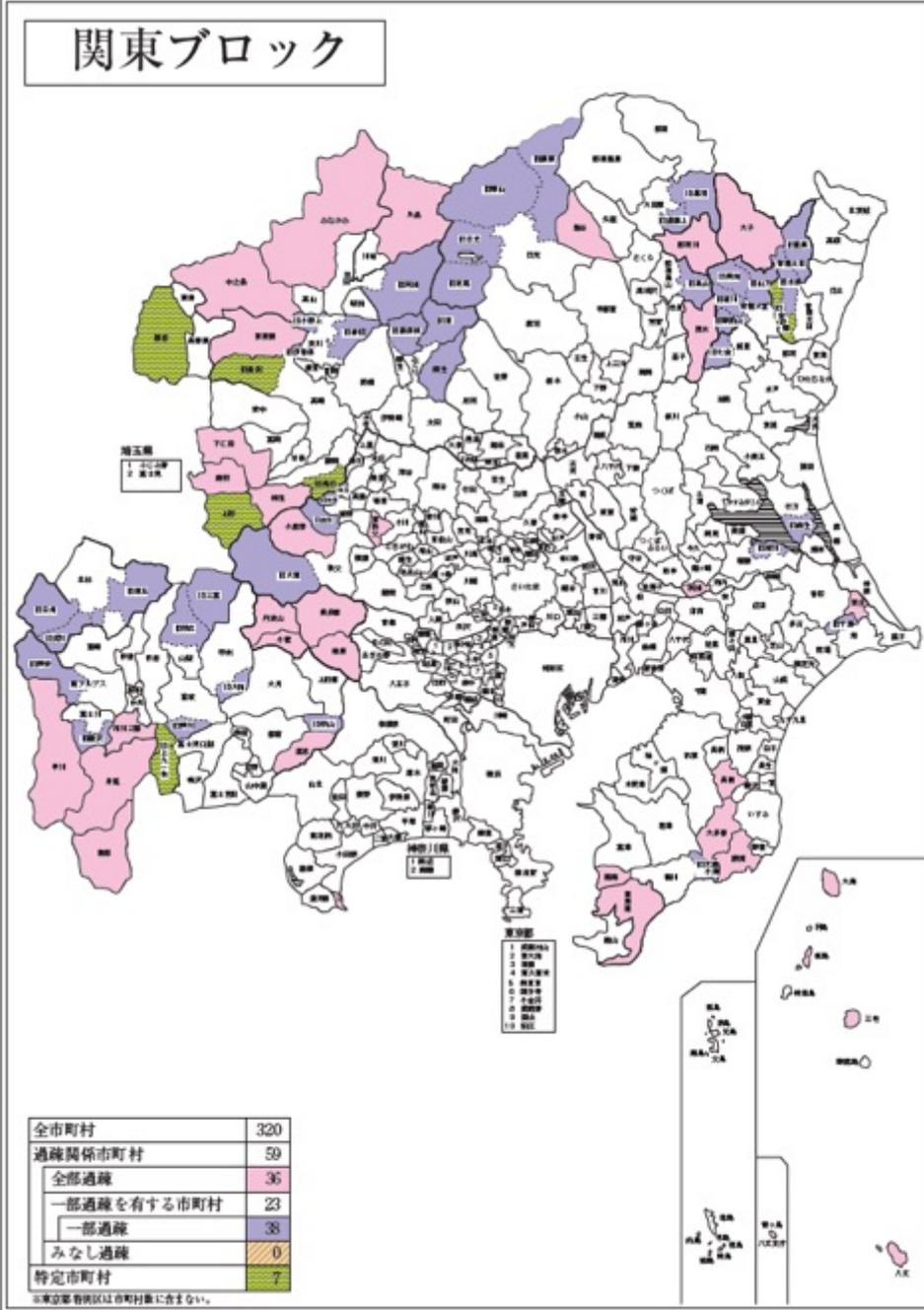


総務省自治行政局過疎対策室「過疎関係市町村都道府県別分布図令和3年4月」

東北ブロック

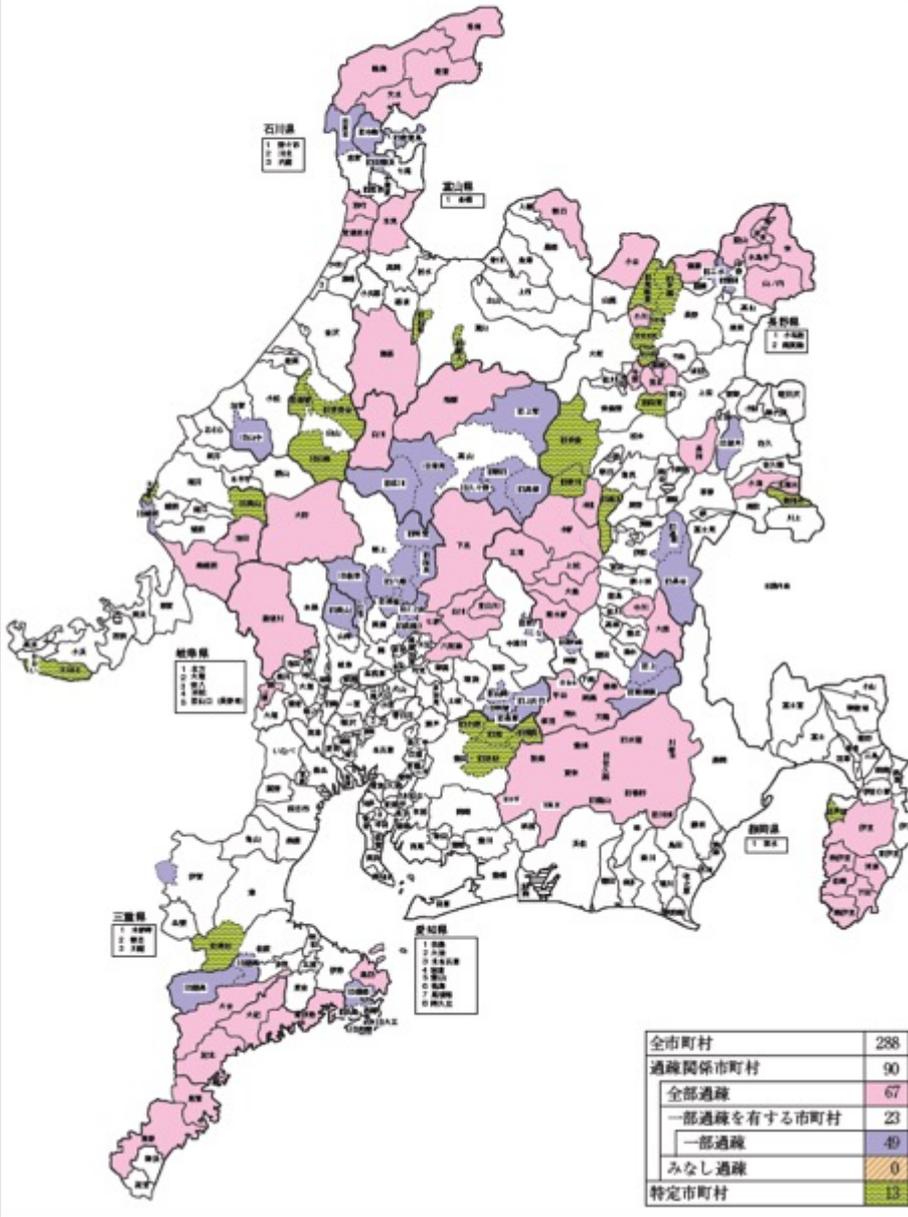


関東ブロック

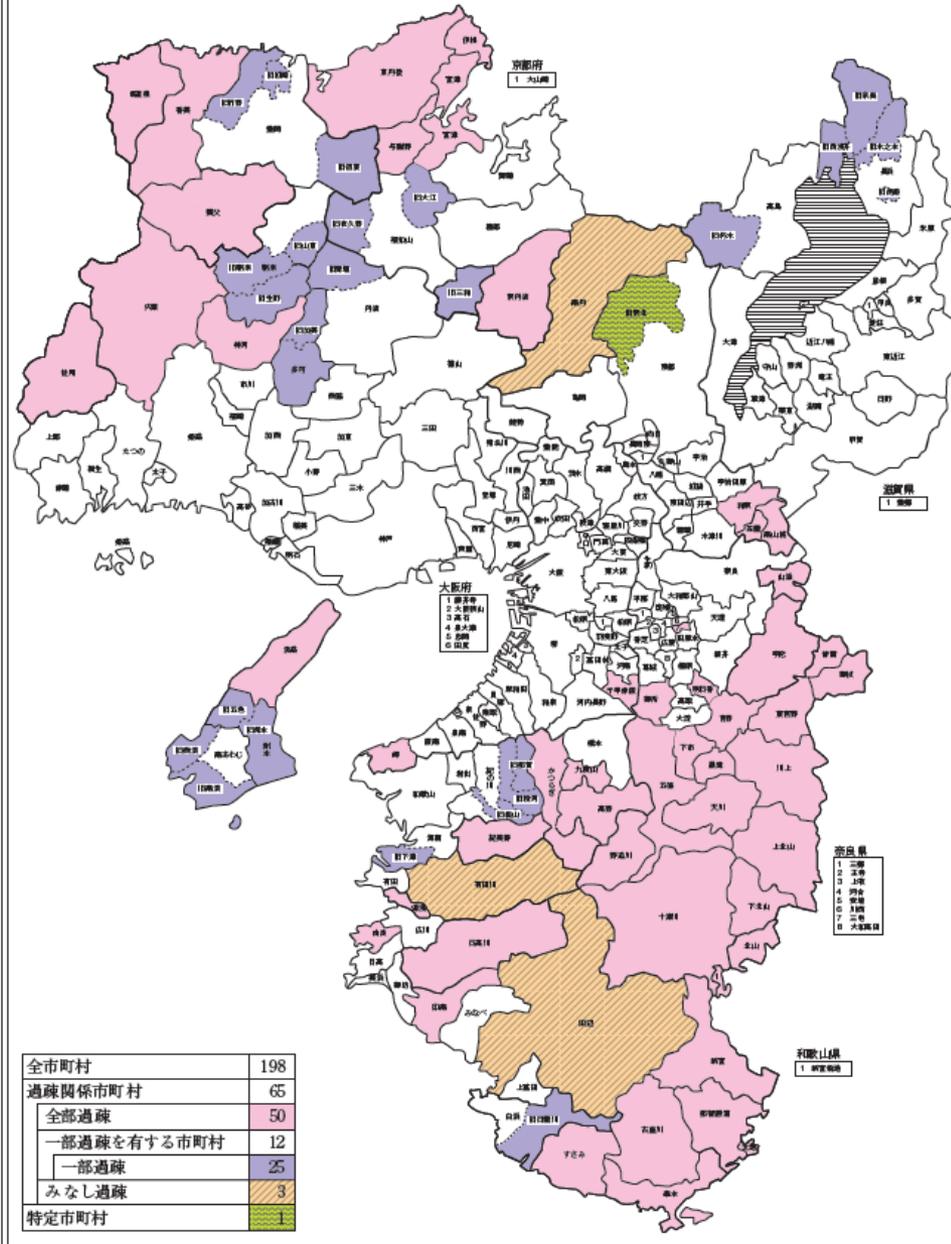


総務省自治行政局過疎対策室「過疎関係市町村都道府県別分布図令和3年4月」

東海・北陸ブロック

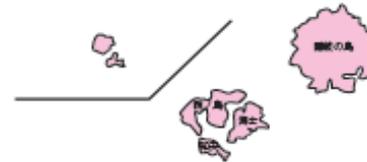


近畿ブロック

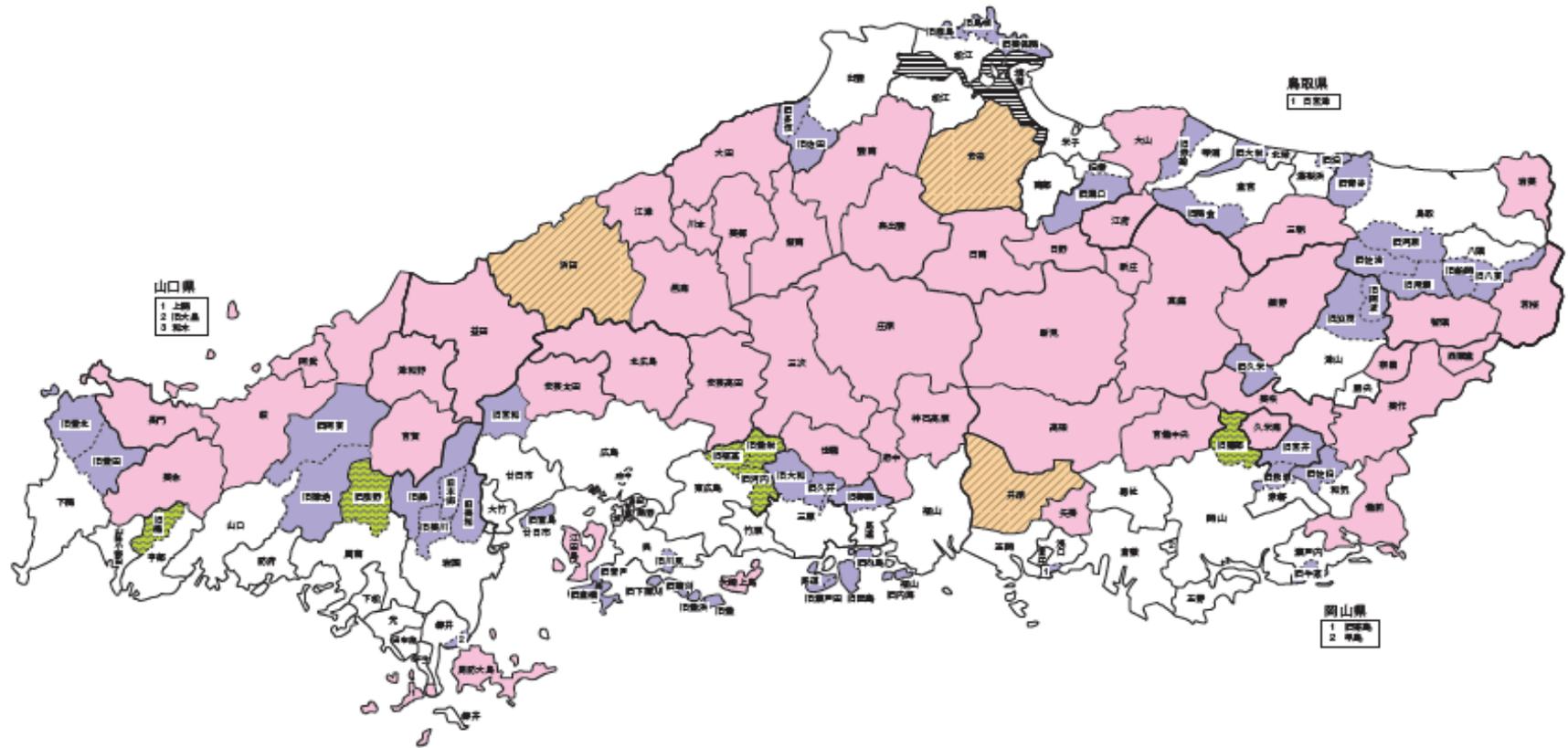


総務省自治行政局過疎対策室「過疎関係市町村都道府県別分布図令和3年4月」

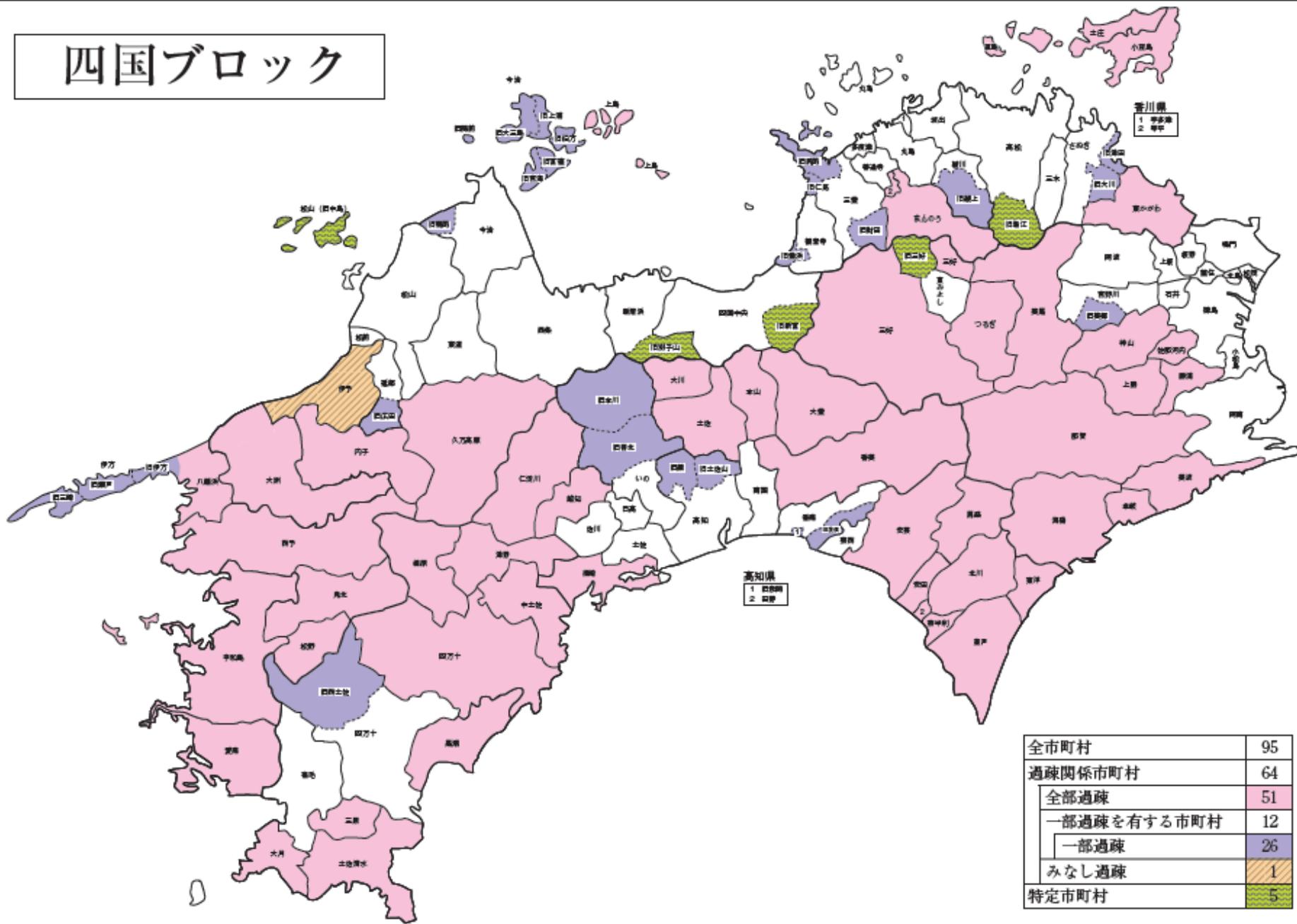
中国ブロック



全市町村	107
過疎関係市町村	77
全部過疎	52
一部過疎を有する市町村	22
一部過疎	49
みなし過疎	3
特定市町村	5



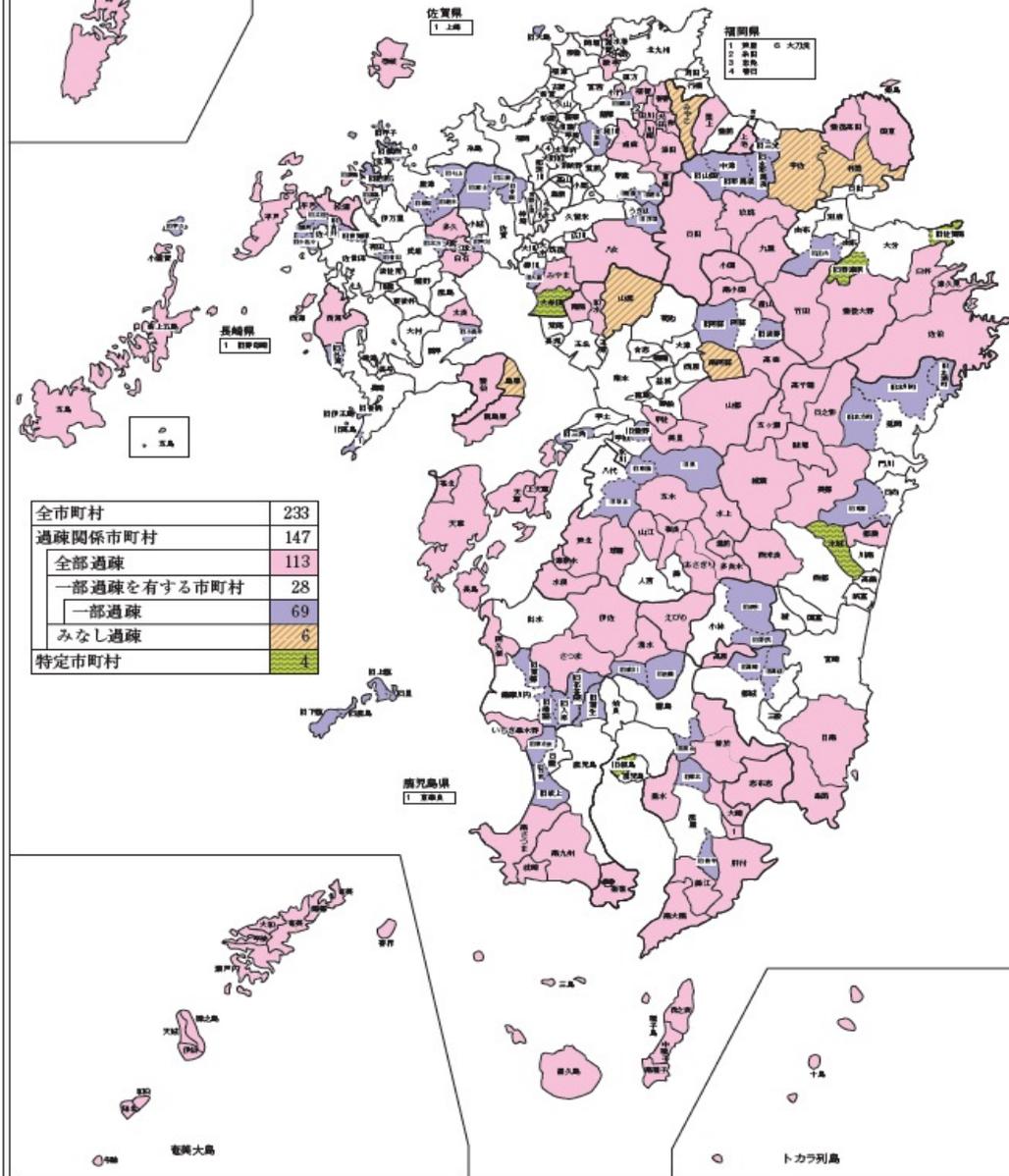
四国ブロック



全市町村	95
過疎関係市町村	64
全部過疎	51
一部過疎を有する市町村	12
一部過疎	26
みなし過疎	1
特定市町村	5

総務省自治行政局過疎対策室「過疎関係市町村都道府県別分布図令和3年4月」

九州ブロック



総務省自治行政局過疎対策室「過疎関係市町村都道府県別分布図令和3年4月」

新たな過疎対策に向けて～ 過疎地域の持続的な発展の実現～（要旨）

（令和2年4月17日 過疎問題懇談会（座長：宮口侗迪早稲田大学名誉教授）提言）

1 検討の経緯

- 現行の過疎法の期限（令和3年3月末）を踏まえ、平成29年度から、19回の会合と8回の現地視察を実施。
- 新たな過疎対策の理念、目標、施策の視点、対象地域のあり方、支援制度のあり方等について提言。

2 過疎対策の成果と課題（例示）

＜現在の過疎地域＞817市町村（全市町村の48%）、人口は全国比9%、面積は全国比60%

- これまでの過疎対策は、産業の振興、交通・情報通信等の施設整備、地域医療・教育の機会の確保等に一定の成果。
- 一方、人口減少の加速、公共交通手段の確保、医療・福祉分野の担い手の確保、集落の維持・活性化等が課題。

3 過疎地域を取り巻く環境の変化

(1) 厳しい環境の見通し

- ① 人口減少社会の到来、東京一極集中と過疎地域の人口減少の加速
- ② 担い手不足の深刻化
- ③ 公共施設等の老朽化・統廃合等
- ④ 農地、森林、住まい等の管理

(2) 過疎地域の課題の克服に向けた新たな潮流

① 過疎対策の理念や過疎地域の価値・役割の背景となる新たな動き

- ・SDGsの理念の広がり（SDGsの持続可能性、多様性、包摂性等の考え方は、過疎対策の理論的基礎に）
- ・農地・森林に関する新たな法律の制定（農業の有する多面的機能の発揮の促進に関する法律等）

② 過疎地域の課題を解決するための新たな取組

- ・過疎地域の特性を生かした学校教育の展開（小規模校での取組、高等学校の魅力化等）
- ・新しい人の流れと人と地域のつながりの創出（田園回帰の潮流、関係人口の創出等）
- ・しごとづくりの新たな展開（サテライトオフィス、農林漁業と観光業などの多業化等）
- ・集落づくりのための新しい組織とネットワーク（地域運営組織や集落ネットワーク圏の形成）
- ・Society5.0の可能性（過疎地域の条件不利性の改善への期待）

③ 過疎対策を推進するための新たな手法

- ・目標設定とフォローアップ（人口目標や地域の戦略の設定を通じ、社会増を実現した市町村の存在）
- ・市町村間の広域連携と都道府県による補完（これらの取組を進める地域の存在）
- ・規制の見直し（貨客混載制度の創設など、過疎地域の実情を踏まえた規制の見直し）

4 今後の過疎対策のあり方・方向性(つづき)

(3) 過疎対策の対象地域のあり方

- ・これまでの過疎対策の担い手や過疎地域の単位から、新たな過疎対策においても、過疎地域は、市町村を単位とすることが適当。
(過疎対策を実施する上では、平成の合併前の旧市町村や小学校区など市町村よりも小さな単位で施策を展開することも有効)
- ・過疎地域の要件は、現行過疎法と同様に、人口要件及び財政力要件を設けることが適当。
(人口減少率の判定期間の起算点を見直す必要性、人口密度を用いることの賛否、要件に該当しなくなる市町村による経過的な過疎対策の実施の必要性についての意見あり)
- ・平成の合併による合併市町村について、財政力に留意しつつ、人口減少が著しい旧市町村単位での取組を支援する仕組みも検討する必要。

(4) 支援制度のあり方

① 市町村計画

- ・将来人口の推計、目標の設定、フォローアップなど市町村計画の内容を充実・強化し、実質性を向上させることが重要。
- ・市町村より小さな単位での目標設定等も有効。

② 国庫補助等

施策の視点(4(2)③)に沿って、以下の各分野の施策を推進することが重要。施策の推進に当たっては、関係者間の連携や優良事例の情報共有を促す取組も重要。

- ・地域、住民、学校の連携による人材の育成(地域づくり担い手育成、高校魅力化、遠隔教育等)
- ・人の流れと人と地域のつながりの創出(地域おこし協力隊制度や特定地域づくり事業協同組合制度の活用、関係人口創出・拡大等)
- ・集落の維持・活性化(集落支援員、集落ネットワーク形成等)
- ・情報通信基盤の整備(5G基地局や光ファイバ等の整備)
- ・産業振興(地域資源を生かした仕事づくり、革新的技術の活用等)
- ・医療の確保(医療人材の確保、遠隔医療等)
- ・公共交通の確保(モビリティやデマンドカー運行支援等)

③ 過疎対策事業債

- ・ハード・ソフト両面に活用できる過疎対策の中心的な支援制度。
- ・市町村計画の目標達成に資することを明確化することが重要。
- ・ソフト事業は、医療・交通等の体制構築や人材育成など中長期的な地域の資産・財産となり得る事業への充当が望ましい。

④ 規制の見直し

- ・過疎地域の実態に即した見直しを促していくことが重要。

⑤ 税制措置

- ・若者の働く場の確保、地域産業の振興といった視点を踏まえ、税制措置を充実することが重要。

⑥ 金融措置

- ・日本政策金融公庫等による低利融資を充実することが重要。

⑦ 市町村間の広域連携と都道府県による補完

- ・定住自立圏等の市町村間の広域連携と、代行制度等の都道府県による補完を、地域の実情に応じて対応することが重要。
(地方制度調査会の議論を踏まえて検討)

35床の病院を
過疎債を充当
して建設した
場合の返済額

病院建設費のシミュレーション

- 35床全室個室(差額ベッド代取らず)
- 1床5000万円(消費税込み、敷地整備費込み、土地代別、目標は4000万円を目指す)
- 建設費17億5000万円(目標であれば14億円)
- 医療機器、備品3.5億円
- 合計整備費約21億円(全て起債:過疎債50%、企業債50%)
- 過疎債は工事を2年に分けて分割支出
- 過疎債約10.5億円(交付税措置率70%)、企業債約10.5億円(交付税措置率25%)

交付税措置を除いた実負担

- 過疎債分(町実負担30%分)約3.15億円
- (30年分割とすれば年1,050万円返済)-一般会計で返済
- 企業債分(町と病院が75%分を折半)約7.9億円(30年分割とすれば年2,633万円返済)
- 自治体負担約3.95億円(年1316万円)-病院会計に繰り出し
- 病院負担が約3.95億円(年1316万円)-病院が病院会計で返済(病院収益で返済)
- 自治体負担合計約7.1億円(過疎債分約3.15億円、企業債分約3.95億円)
- 自治体は30年分割とすれば年2,366万円(うち過疎債年1,050万円:一般会計で返済、企業債年1,316万円:町負担分として病院会計に繰り出し)を返済
- 病院負担約3.95億円(30年分割とすれば年1,316万円返済)

VI 経営の効率化等

- 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
- 経営指標について、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
- 特に、経常収支比率及び修正医業収支比率については必ず目標を設定する

- 経常収支比率は、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、維持
- 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
- 修正医業収支比率は、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、修正医業収支の改善に向けた取組を進める
- 繰入金ゼロの修正医業収支比率100%を目指すものではないことに注意

(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。

役割・機能に的確に対応した体制の整備

- 果たすべき役割・機能に的確に対応した施設基準・人員配置（例えば、地域包括ケア病棟への転換及びその基準に対応した看護師の配置、非稼働病床の廃止・機能転換など）
- 診療報酬を的確に取得する
- 規模・機能が類似する自治体病院と診療報酬加算の取得状況を比較することが有効

職員雇用の重要性

- 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と指摘

職員人件費

- 現在の診療報酬体系では、医師や看護師、その他医療スタッフの配置をすることにより、入院基本料が上がり、医療加算が認められ、収入増が図られるという形を取る
- 職員を雇用すれば収益が上がり、収益でさらなる投資が可能になる
- しかし、自治体関係者(特に人事担当)はこのことを理解せず、「職員数は少なければ少ないほど良い」という地方自治体の「常識」(医療の世界では「非常識」)にとらわれている

- 病院経営を考えない人員配置の抑制は、結果として、収益の伸びを抑えることになる
- 地方独立行政法人化は、職員定数の枠から外れ、職員採用を弾力化できることが最大のメリット
- 人手がいなければ新型コロナウイルスなどの新興感染症に対応できない
- 非常時への対応の観点からある程度の余裕を持った人員配置が必要
- 医療人材不足に悩む地方の中小病院で、医師以外の医療職員に対し、初任給調整手当を創設し、人材の確保に成功している病院も存在
- 若い医療職員が勤務しない病院に将来はない

マネジメントや事務局体制の強化

- 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、そうした人材を登用（外部からの登用も含む）
- 事務職員について、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、医療に関する制度やノウハウ、医療行為の解釈等に精通した専門の事務職員を確保・育成

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コンサルタントやアドバイザーの活用により、経営改善に成功した事例が多くある
- 外部人材の活用についても、積極的に検討すべき

(6) 経営の効率化等

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

③ 目標達成に向けた具体的な取組

- **数値目標の達成に向けて**、民間的経営手法の導入、事業規模・事業形態の見直し、収入増加・確保対策、経費削減・抑制対策などについて、**具体的にどのような取組をどの時期に行うこととするかを記載**する。

※ 1) 役割・機能に的確に対応した体制の整備

当該病院の役割・機能に対応した施設基準・人員配置となるよう体制整備（地域包括ケア病棟への転換、非稼働病床の廃止・機能転換など）を行うとともに、当該役割・機能に対応する診療報酬を的確に取得することにより、経営の強化を図るべきである。その際、全国自治体病院協議会等が提供しているデータベースも活用しながら規模・機能が類似する公立病院と診療報酬加算の取得状況を比較することが有効である。

病院事業においては、単なる人件費の抑制・削減では収益改善につながらず、むしろ積極的に医師・看護師等を確保することで収益改善につながるケースがあることにも留意すべきである。

※ 2) マネジメントや事務局体制の強化

病院マネジメントを強化するため、経営形態の見直し等と併せて、病院長をはじめとする幹部職員が病院事業の経営強化に強い意識を持ち、経営感覚を有することが重要であり、そうした人材を登用（外部登用も含む。）すべきである。

また、当該病院の役割・機能に対応した診療報酬や補助金等の獲得、病床の効率的な使用、医療機器・材料・医薬品等の効率的な調達等、事務職員の業務が経営に大きなインパクトを与えることを踏まえ、外部人材の活用、プロパー専門職員の採用、専門性をもった職員を育成する研修や人事管理等の仕組みの構築等を通じ、事務局体制を強化することが重要である。

このほか、いわゆる「地域連携室」等の部門を積極的に強化して他の医療機関との連携を強化し、紹介患者の増加や転院先となる後方支援病院の確保、医療情報の連携等を通じた医療の質の向上を図ることなども有効である。

※ 3) 外部アドバイザーの活用

中小規模の公立病院を含め、民間病院等の経営や診療報酬制度に精通した外部アドバイザー等の活用により、経営改善に成功した事例が多くあることを踏まえ、そのような外部人材の活用についても、積極的に検討すべきである。その際、総務省と地方公共団体金融機構の共同事業である経営・財務マネジメント強化事業や、公立病院医療提供体制確保支援事業を活用することも有効である。

④ 経営強化プラン対象期間中の各年度の収支計画等

- プランに記載した各種取組の実施を前提として、対象期間中の各年度の収支計画及び各年度における目標数値の見通し等を記載する

※ 収支計画は、診療報酬の改定等の経営環境の変化により影響を受けるため、プラン策定後においても、こうした状況変化を踏まえ必要な見直しを行うことが適当である。

※ 新型コロナウイルス感染症の影響については、各団体・各病院における予算への反映方法等を踏まえて、各団体において適切に判断していただきたい。なお、上記のとおり、プラン策定後においても、状況変化を踏まえた必要な見直しを行うことが適当である。

都道府県の役割・責任の強化

- 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
- 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

管内自治体病院の施設の新設建替等に当たっての助言

- 当該病院の役割・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
- 病床利用率が低水準な病院や、今後の人口減少が特に厳しいと見込まれる過疎地域等の病院にあっては、収支見通し等について慎重な検討が必要

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

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

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

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

2 管内公立病院の施設の新設・建替等に当たっての助言

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

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

都道府県立病院等の役割

- 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がある
- 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

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



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

<令和2年度派遣実績>

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

※上記以外の病院を含め、計8県立病院から市町村立病院等へ医師派遣を実施

都道府県庁内における部局間の連携

- 市町村・一部事務組合・地方独立行政法人の公立病院に対して、市町村担当部局（総務部局が多い）と、医療政策担当部局や都道府県病院事業担当部局が、それぞれ市町村への助言や調整を行っていくことになる
- ガイドラインでは、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とする

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。

経営強化プランの策定

- 経営強化プランは、病院事業担当部局のみで策定するのではなく、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
- 当事者である病院職員はもとより、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
- 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

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
- 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

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努めるべきである。
- 策定した経営強化プランは、病院職員や関係部局をはじめ、地方公共団体内部での情報や方針の共有を徹底すべきである。あわせて、速やかに公表し、住民に対して周知するものとする。

2 経営強化プランの点検・評価・公表

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

3 積極的な情報開示

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

4 経営強化プランの改定

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

5 総務省における取組

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

財政措置

- 従来からの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、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に、新たな基幹病院の整備費全体を対象経費とする
- 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

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。

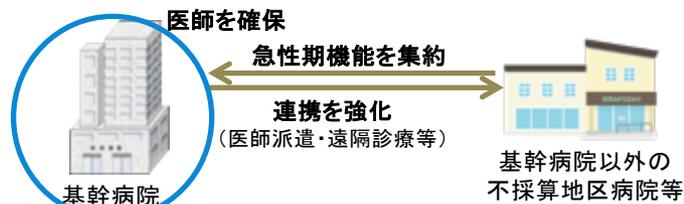
公立病院経営強化に係る地方財政措置等における対応

各公立病院に策定を求める
プランのポイント

【ポイント①】機能分化・連携強化の推進

- ・地域の中で各公立病院が担うべき役割や機能を明確化・最適化（特に、基幹病院に急性期機能を集約し、**医師を確保**した上で、それ以外の不採算地区病院等との**連携を強化**）

機能分化・連携強化のイメージ



※中核的医療を行い、
医師派遣の拠点機能を有する

※基幹病院から医師派遣等様々な支援
を受けつつ日常的な医療確保を行う

【ポイント②】医師・看護師等の確保、働き方改革

- ・不採算地区病院等への**医師・看護師等の派遣**の強化
- ・**働き方改革**の推進

【ポイント③】経営形態の見直し

- ・柔軟な人事・給与制度を通じて医師等の確保につながる**経営形態の見直し**を引き続き推進

【ポイント④】新興感染症に備えた平時からの対応

- ・方向性①～③に沿った取組の徹底
- ・**感染拡大時に転用しやすい施設・設備の整備**

地方財政措置等における対応

- 「機能分化・連携強化」に伴う施設・設備の整備に係る**病院事業債(特別分)**(交付税措置率40%。通常分は25%)の延長・拡充

- ・病院数の減に関する要件の見直し

複数病院の統合(**病院減が原則**)の場合のほか、**基幹病院が医師派遣の増加等の支援を強化**し、救急医療など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**する場合にも、**新たな基幹病院の整備費全体を対象経費**とする

- ・システム関係経費の拡充
(経営統合に伴うシステム統合のほか、医療情報の連携等を対象に追加)

- 医師派遣等に係る**特別交付税措置**の拡充

- ・看護師等医療従事者の派遣、診療所への派遣を対象に追加
- ・派遣元に対する措置の拡充(繰出額に対する措置の割合を0.6→0.8に引上げ)

- 先進事例の横展開

- 専門アドバイザーの派遣による助言

- ※新興感染症に備えた平時からの対応に関する政府の方針と併せて検討

【その他の措置】実態を踏まえた単価の改定等

- ・不採算地区病院への繰出金に係る**特別交付税措置の基準額の見直し(30%引上げ)**を、令和4年度も継続
- ・地方交付税措置の対象となる**建築単価の上限の見直し(36万円/㎡→40万円/㎡)**

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

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

対象要件

以下のいずれかに該当すること。

A. 複数病院の統合

○関係する病院が1以上減となること。

B. 複数病院の相互の医療機能の見直し

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

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

対象経費

A・B
共通

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

機能分化・連携強化のイメージ(例)

医師・看護師等を確保



基幹病院

回復期機能・初期救急等を担う



基幹病院以外の不採算地区病院等

急性期機能を集約

連携を強化

〔医師派遣・遠隔診療等〕

病院事業債(特別分)の対象:元利償還金の40%を普通交付税措置



「不採算地区病院の医療機能を維持」の要件について

- 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、過疎地等に所在し、医師等の確保が特に困難である不採算地区病院の医療機能を維持・確保するためには、不採算地区病院において医療機能の見直しを行うとともに、医療資源が充実した基幹病院との連携を強化することが必要。
- このため、「B. 複数病院の相互の医療機能の見直し」であっても、基幹病院が医師派遣の相当程度の増加及び遠隔診療等の支援を強化し、救急医療等の地域において必要とされる不採算地区病院の機能を維持する場合であって、その旨を明記した統合協定書、連携協約等を議会の議決等を経て公表する場合に、基幹病院の整備費全体を病院事業債(特別分)の対象とする。

1. 「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」とは

→ 地域において必要とされる機能は地域の実情によって様々であるため、下記3. の統合協定書、連携協約等において具体的に明記。

2. 「機能を維持する」とは

→ 以下のいずれかが可能となる場合又はこれらに類する場合とする。

- ① 不足する診療科目又は救急医療等の病院機能の新設・再開
- ② 休止に直面している診療科目又は救急医療等の病院機能の維持
- ③ 機能見直しに伴い対応が困難となる診療科目又は救急医療等の病院機能の維持

3. 「統合協定書、連携協約等を議会の議決等を経て公表」とは

→ 経営主体を統合する場合は統合協定書等、経営主体の統合を伴わない場合は地方自治法第252条の2に基づく連携協約等の締結により、基幹病院が行う支援の内容や維持される不採算地区病院の医療機能等について、関係自治体間で合意した内容を、議会の議決又は議会への報告を経て、住民に公表。

→ 統合協定書、連携協約等には、上記1の医療機能維持のための具体的な支援内容を記載することが必要。その際、医師派遣回数相当程度の増加を盛り込むことが必要。「相当程度」とは、上記医療機能の維持のため不足する医師を補完する程度を指す。

「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。

事例

どのように地方の中小病院
で地域医療の「砦」を
確保するか

あさひ総合病院
バージョンアップ

あさひ総合病院

バージョンアップ

- これまでの4病棟199床を2病棟109床となり90床減らす
- 病床を減らすが職員を雇用し、職員に余裕をもたらす
- 医療提供の質を上げる
- 「高齢者医療の先進モデル」となる病院を目指す

職員の雇用

富山大学附属病院 地域医療支援学講座

- 2019年4月から富山大学附属病院への寄附講座を設置
- 寄附金は年間2300万円で、期間は2019年度から2021年度までの3年間（2022年度から3年延長）
- 客員教授1名、客員助教1名が2名の内科系医師が常勤で派遣される
- 2022年度から寄附講座外で内科医1名派遣され内科医5名体制に

朝日町寄附講座「朝日・地域医療支援学講座」の設置について

目的

- あさひ総合病院で不足する診療分野の診療を富山大学附属病院の医師が担うことにより、地域医療の充実に貢献する。
- 地域医療を通して、将来に向けた地域包括ケアを担う医療人材を育成する。
- 富山大学附属病院とあさひ総合病院の間で、病院機能の分化を踏まえた患者の紹介・逆紹介の円滑化を図る。



- 寄附期間 2019年度から2021年度までの3年間
- 寄附金額 23,000千円(年間)
- 寄附講座教員 山田 徹 客員教授、渡辺 一海 客員助教

看護師雇用確保

- 就学資金貸与制度を金額を月10万円に倍増し、対象を全国に拡充
- 看護師の初任給調整手当を創設
- 職員住宅を整備

朝日町看護学生修学資金貸与制度のご案内

朝日町では、看護師を確保し地域医療の充実を図るため、看護師を志し卒業後にあさひ総合病院で看護師業務に従事しようとする方を対象に、修学資金を貸与します。



貸与を受けることができる方

1. 心身強健で修学成績が優秀な方
2. 性行が善良である方
3. 在学する養成施設の長の推薦がある方

貸与額

月額10万円

貸与期間

修学資金の貸与を受けるに至った月から在学している養成施設又は修士課程の正規の修学期間を修了する月までの間。

貸与利息

利息は付けません。

返還の免除

次の項目に該当する場合は、修学資金の返還を免除します。

1. 修学資金の貸与を受けた間が3年以上の場合は、あさひ総合病院において3年間看護職員として業務に従事したとき。
2. 修学資金の貸与を受けた間が3年未満の場合は、あさひ総合病院において2年間看護職員として業務に従事したとき。
3. 1, 2の看護職員として業務に従事した期間中に業務に起因する心身の故障のため看護職員として業務を継続することができなくなったとき等。

あさひ総合病院HPより

あさひ総合病院看護師初任給調整手当

資格免許取得経過期間	月額
1年未満	20,000円
1年以上2年未満	18,000円
2年以上3年未満	16,000円
3年以上4年未満	14,000円
4年以上5年未満	12,000円
5年以上6年未満	10,000円
6年以上7年未満	8,000円
7年以上8年未満	6,000円
8年以上9年未満	4,000円
9年以上10年未満	2,000円

職員住宅



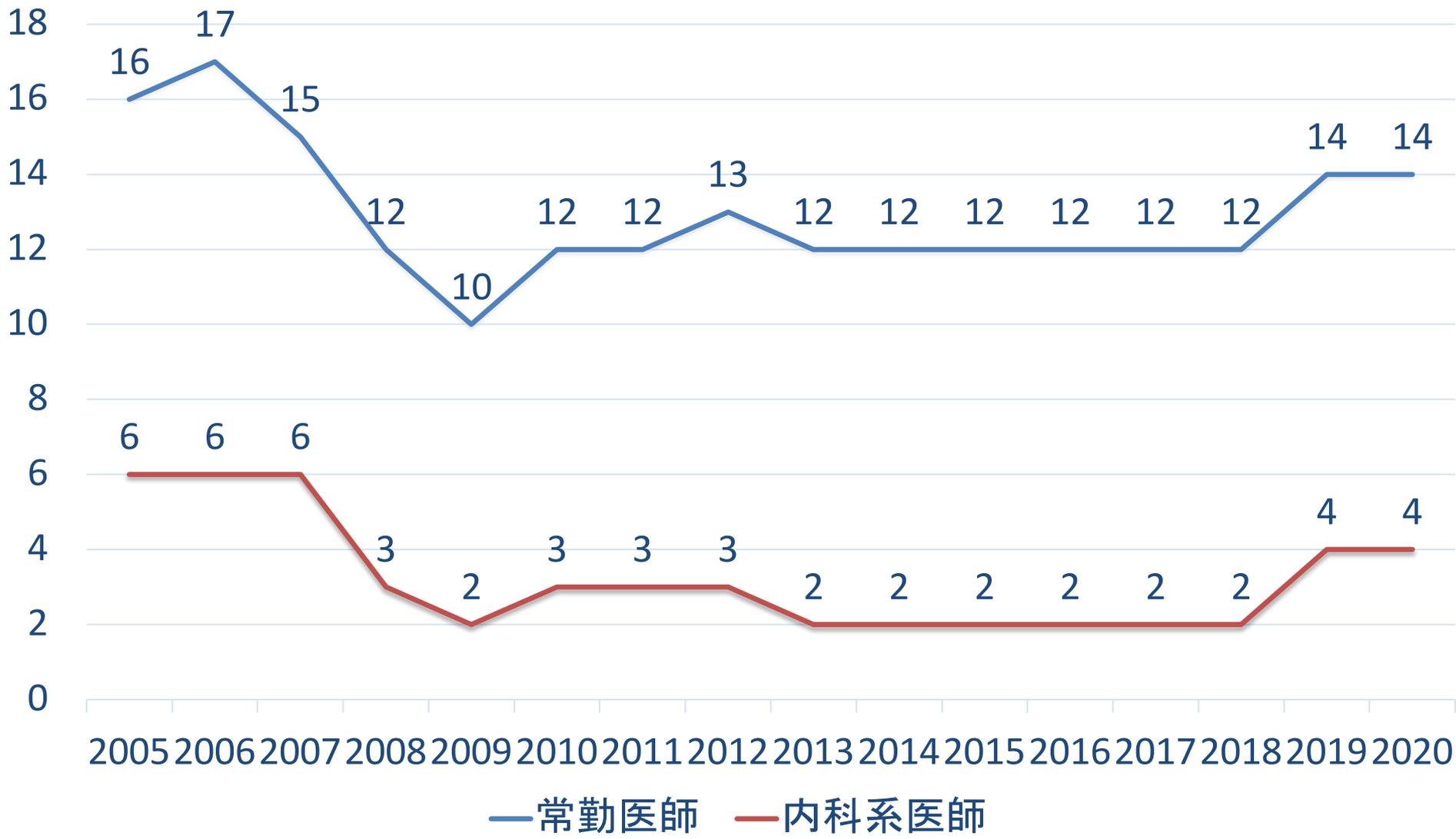
院内保育

開園時間	通常保育（土曜日、日曜日、祝祭日）・・・8:00～18:00 夜間保育（火曜日、木曜日）・・・16:00～翌日10:00 延長保育あり（前後ともに）
定員	8名
対象	あさひ総合病院等の職員が保護者である乳幼児 年齢・・・生後6ヶ月～小学校就学前まで
スタッフ	保育士2名
保険料	通常保育・・・1,000円/回 夜間保育・・・1,000円/回

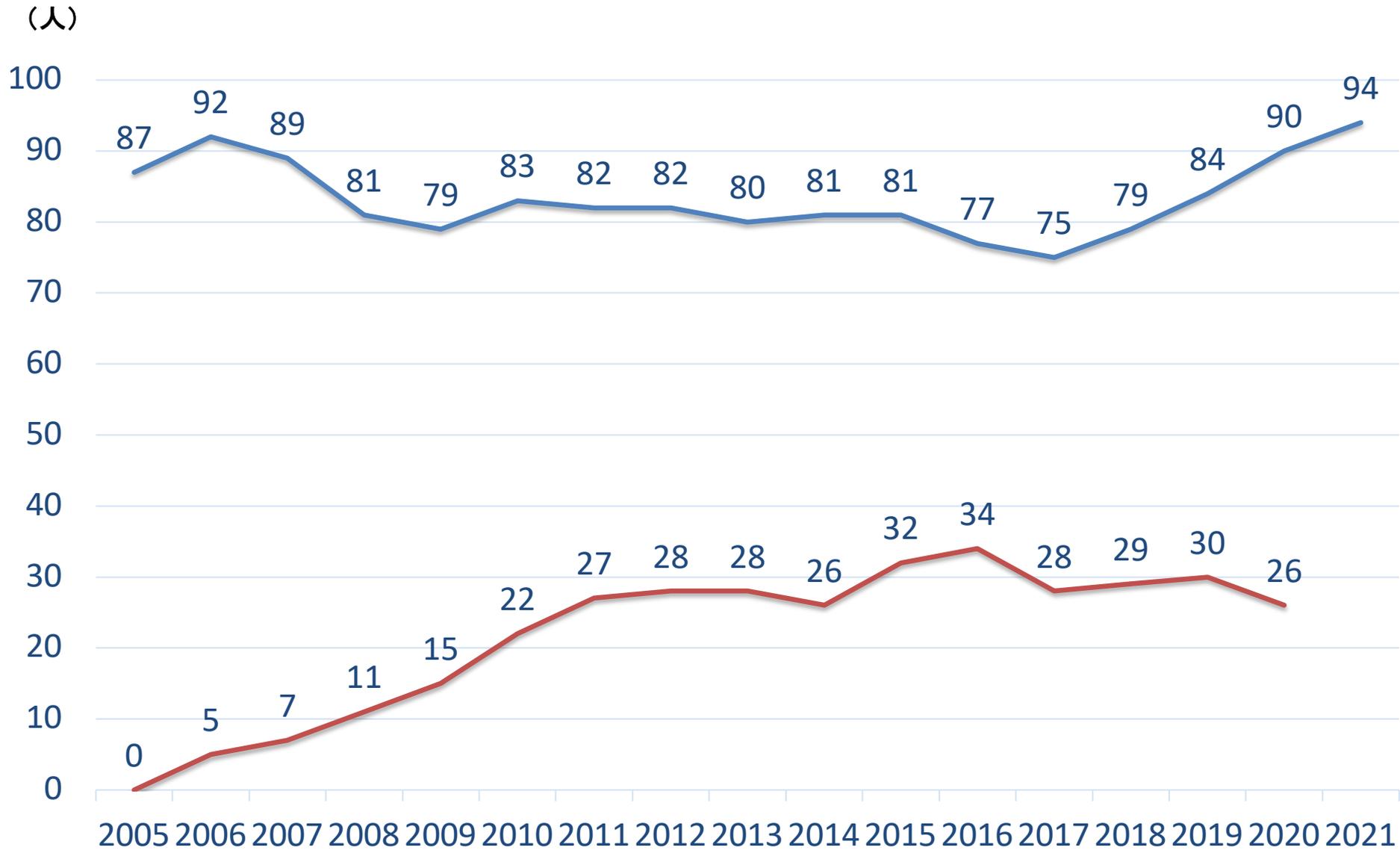


常勤医師数の推移(嘱託職員含む)

(人)



看護師数(正職員・嘱託、臨時職員)の推移



— 正職員 — 嘱託・臨時

看護師及び介護福祉士の夜勤状況の推移

年度	夜勤人数及び回数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
H29	夜勤職員実人数①	54	56	57	56	59	57	58	58	60	61	61	59	696
	（正職）	48	50	51	50	53	52	53	53	55	56	56	54	631
	（臨時）	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5	65
	合計夜勤回数②	420	436	424	434	434	420	438	426	439	434	392	434	5131
	（正職）	388	405	394	404	409	398	413	401	416	412	371	410	4821
	（臨時）	32	31	30	30	25	22	25	25	23	22	21	24	310
	平均夜勤回数②/①	7.8	7.8	7.4	7.8	7.4	7.4	7.6	7.3	7.3	7.1	6.4	7.4	7.4
	月10回以上職員数	16	20	15	20	15	12	16	12	15	18	5	19	183
（正職）	12	15	10	16	12	10	13	8	12	14	3	15	140	
（臨時）	4	5	5	4	3	2	3	4	3	4	2	4	43	
H30	夜勤職員実人数①	59	58	56	52	61	60	60	57	59	61	59	59	701
	（正職）	54	53	51	51	60	59	59	56	58	59	57	57	674
	（臨時）	5	5	5	1	1	1	1	1	1	2	2	2	27
	合計夜勤回数②	421	434	418	388	396	365	373	360	373	372	336	372	4608
	（正職）	396	408	392	384	389	361	366	352	364	360	324	358	4454
	（臨時）	25	26	26	4	7	4	7	8	9	12	12	14	154
	平均夜勤回数②/①	7.1	7.5	7.5	7.5	6.5	6.1	6.2	6.3	6.3	6.1	5.7	6.3	6.6
	月10回以上職員数	11	13	11	5	10	1	3	1	0	1	0	0	56
（正職）	7	9	7	5	10	1	3	1	0	1	0	0	44	
（臨時）	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	
R1	夜勤職員実人数①	57	56	56	60	60	59							348
	（正職）	55	54	54	58	58	58							337
	（臨時）	2	2	2	2	2	1							11
	合計夜勤回数②	361	372	362	380	388	360							2223
	（正職）	348	358	346	364	373	354							2143
	（臨時）	13	14	16	16	15	6							80
	平均夜勤回数②/①	6.3	6.6	6.4	6.3	6.4	6.1							6.4
	月10回以上職員数	0	3	2	0	1	1							7
（正職）	0.0	3	2	0	1	1							7	
（臨時）	0	0	0	0	0	0							0	

特定行為看護師が 2名誕生予定

- ・看護師の増加により研修に行く余裕が生まれ、看護師2名が特定行為研修の資格取得の予定

①2021年3月末取得者1名

- ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与に関連
- ・創傷管理関連

②2021年4月～受講予定者1名

- ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与に関連
- ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連

新型コロナ対応

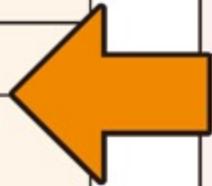
- 内科医が増え、看護師が大幅に増えたことで新型コロナの患者入院、ワクチン接種への対応ができた
- 余裕のあるマンパワーであったことが危機時における的確な対応につながった

病棟の再編

病棟の再編

病院改修後の予定

3階	会議室、研修室、図書室、 職員食堂、休憩室、仮眠室、倉庫等
4階病棟	一般病棟 56床
5階病棟	※地域包括ケア病棟 53床
6階	地域医療推進センター <ul style="list-style-type: none"> ・※在宅支援ステーション (在宅介護支援センター機能) ・※認知症支援センター ・※ロコモステーション ・通所リハビリセンター ・ボランティアセンター ・地域医療推進室
病床数	109床
その他	化学療法室 (1階) 情報管理室 (2階)



現在の病棟

3階病棟	一般病棟	48床
4階病棟	一般病棟	54床
5階病棟		49床 休床中
6階病棟	回復期リハビリ病棟	48床
合計		199床 (うち結核病床5床)

病院改修工事

- 総事業費 4億9755万円
- 企業債 2億2430万円
- 過疎債 2億2410万円
- 富山県医療介護総合確保基金
4728万円

改修後：3階 職員食堂



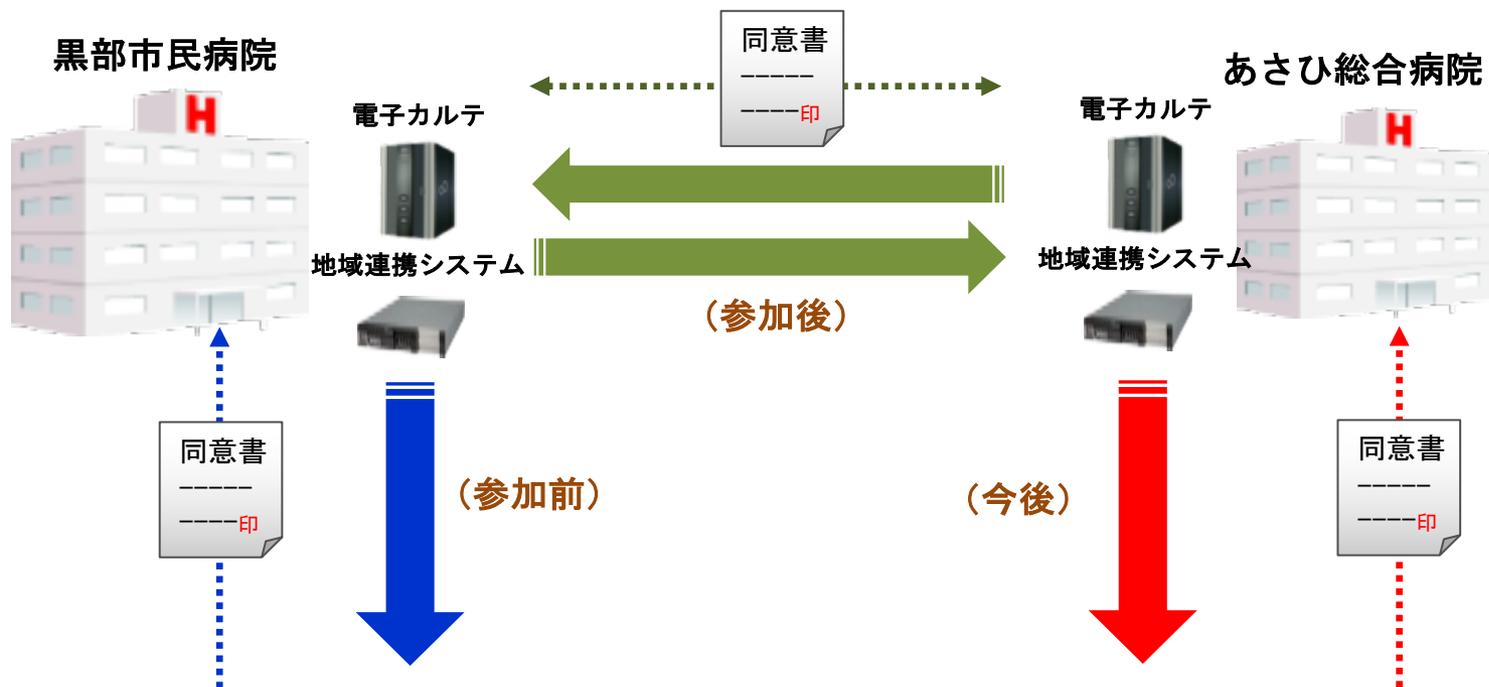
改修後：3階 女子更衣・休憩室（休憩室）



改修後：3階 女子更衣・休憩室（パウダーコーナー）



◆扇状地ネットへの参加(2018.12.25)



新川地域の病院・診療所、薬局、訪問看護・介護施設

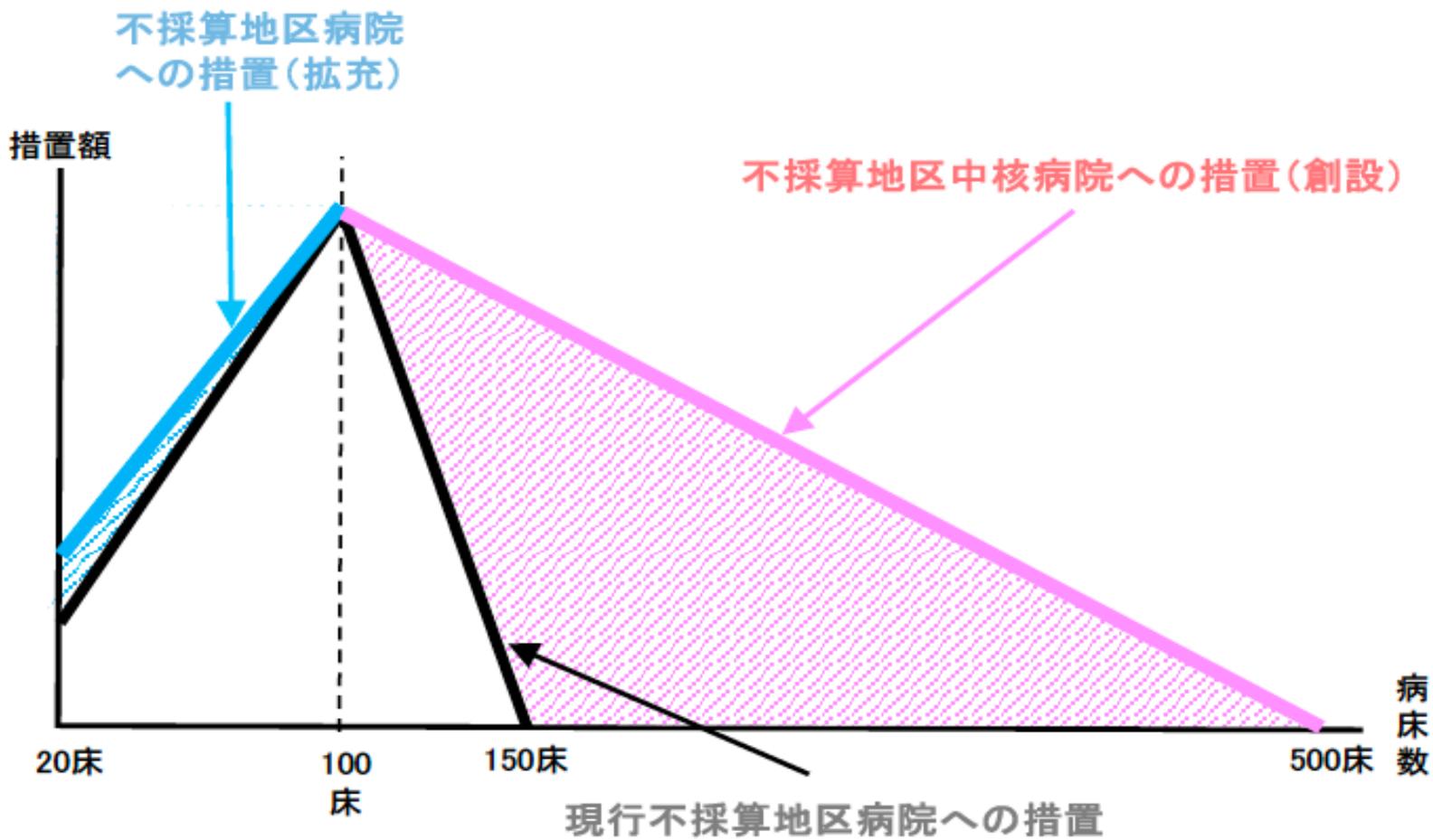


あさひ総合病院資料

病床削減で
第2種不採算地区病院
となる

さらに病床削減による普通
交付税の1／2交付もある

2020年度不採算地区の中核的な公立病院に対する特別交付税措置の創設



※ 算定にあたっては、病院に対する特別交付税措置に係る基準額の合計と、それに係る一般会計繰出の実額(合計)に0.8を乗じた額とを比較して、いずれか低い額を措置

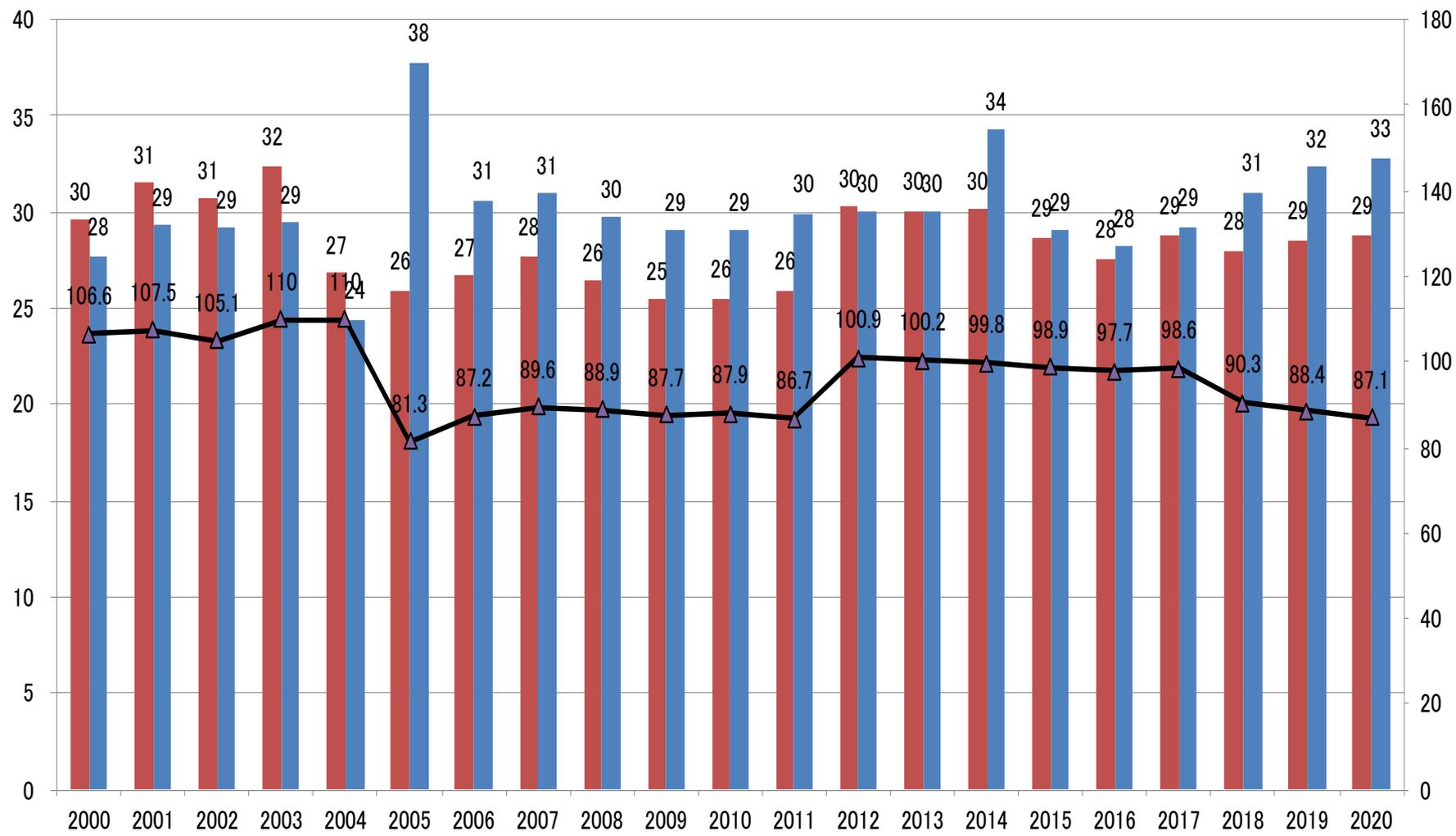
あさひ総合病院の 経営状況

(地方公営企業年鑑による)

経常収支比率(繰入金込み)

%

億円



■ 総収益

■ 総費用

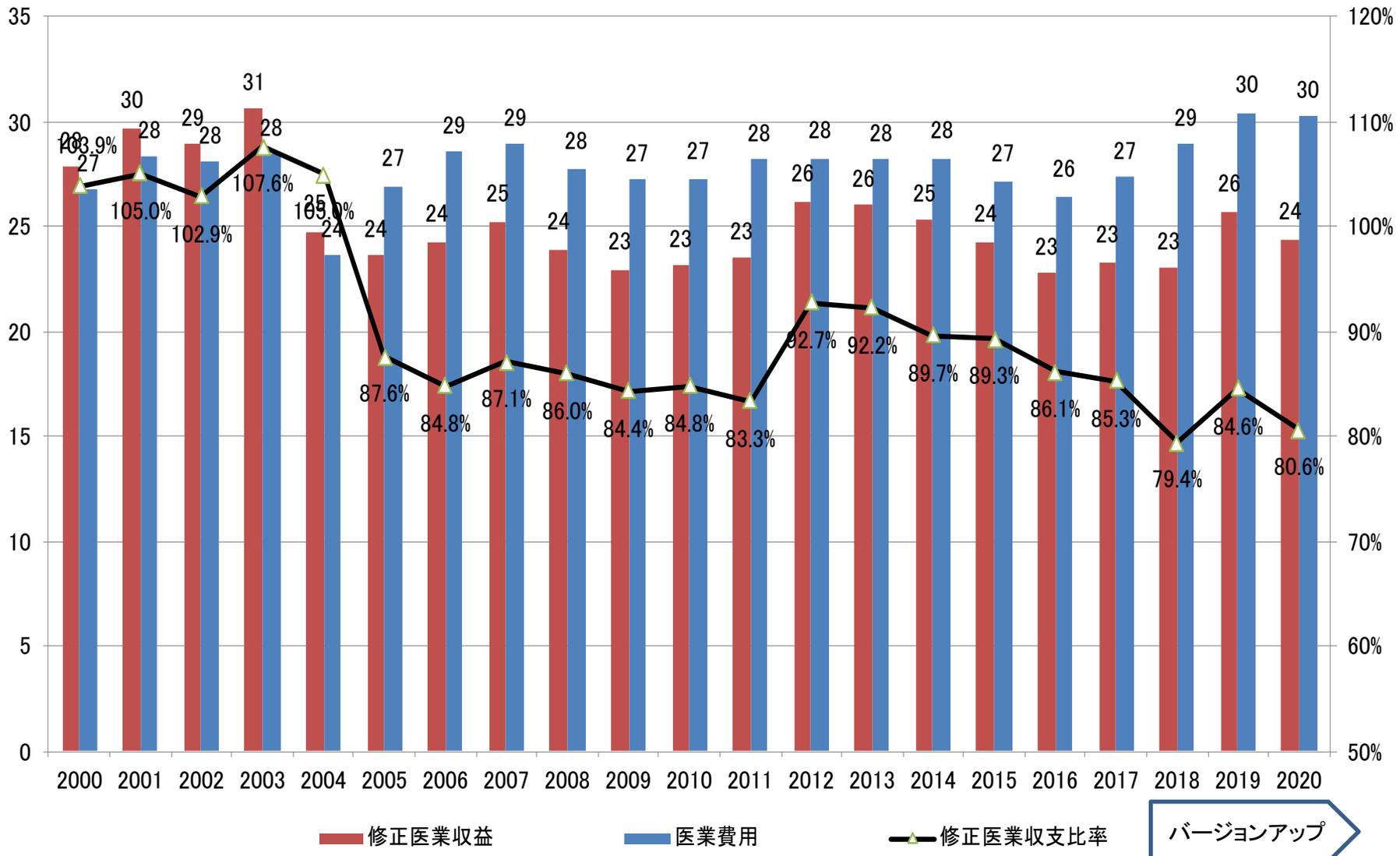
—▲— 経常収支比率

バージョンアップ

地方公営企業年鑑により作成

修正医業収支比率(繰入金抜き)

億円



バージョンアップ

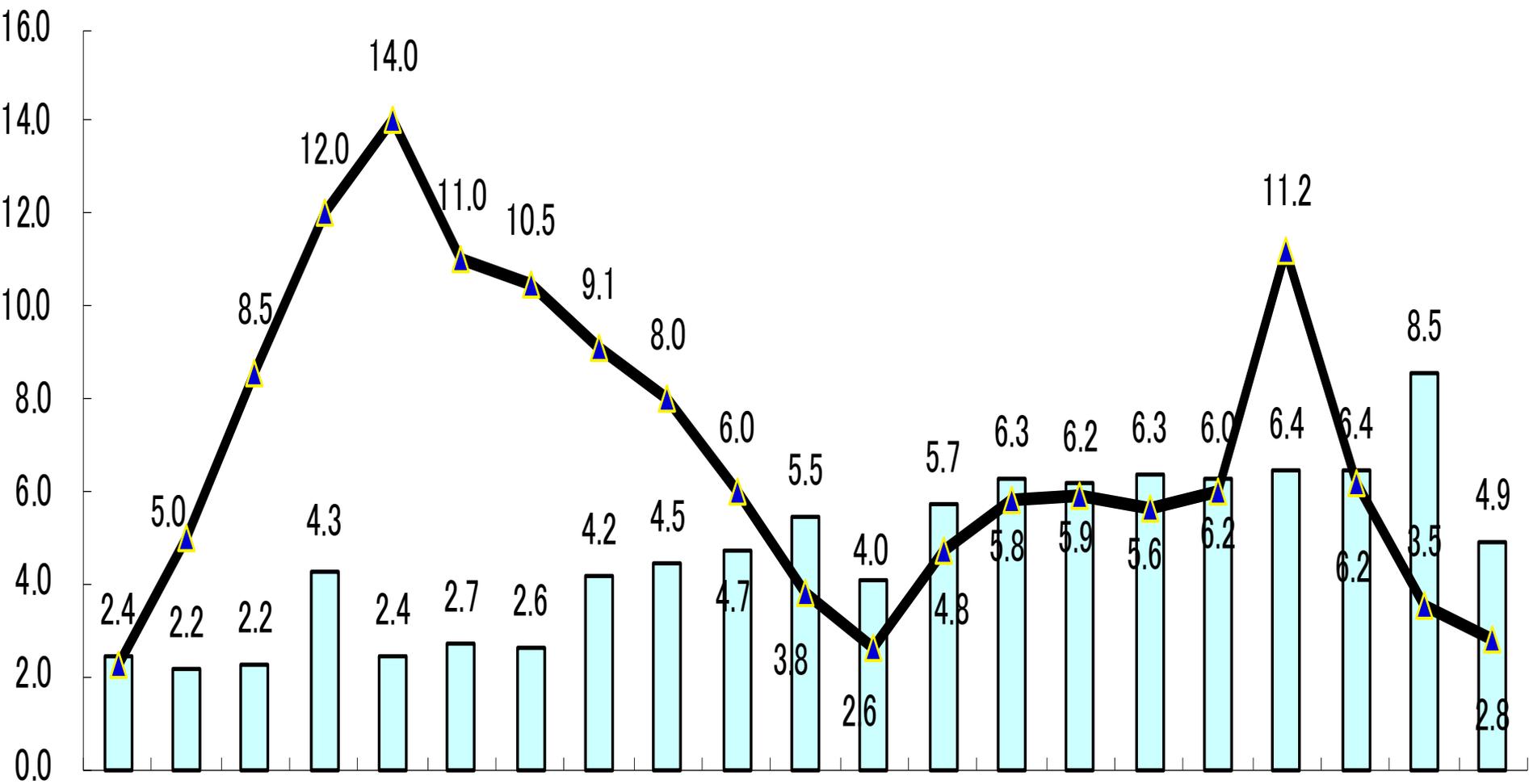
地方公営企業年鑑により作成

経常収支・修正医業収支比率 は悪化傾向

- 後述の一般会計繰入金大幅削減により経常収支比率は悪化の傾向にある
- 修正医業収支比率も悪化の傾向

手持現金・繰入金の推移

億円

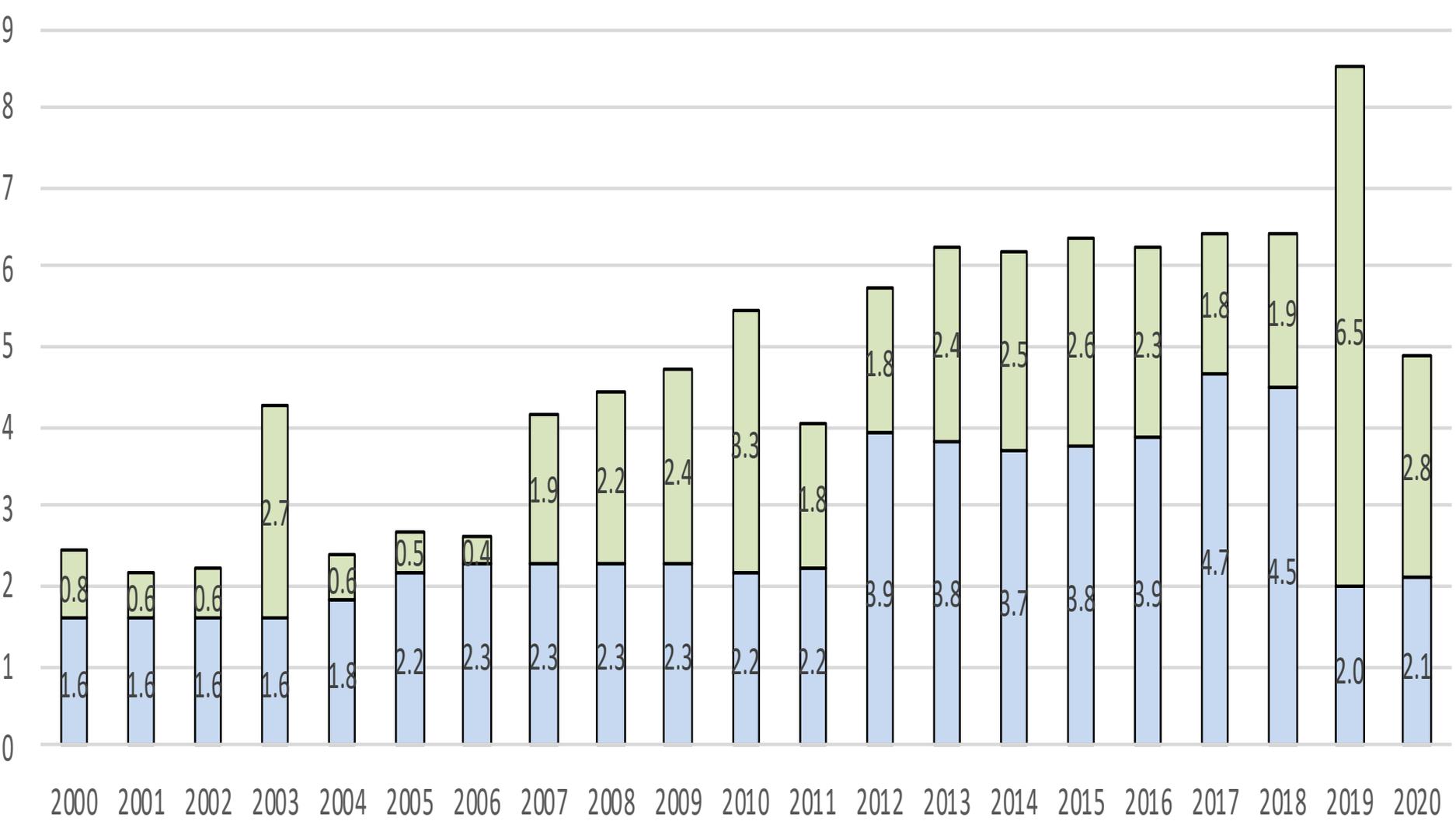


バージョンアップ

地方公営企業年鑑により作成

3条・4条繰入金の推移

億円



■ 3条繰入金 ■ 4条繰入金

バージョンアップ

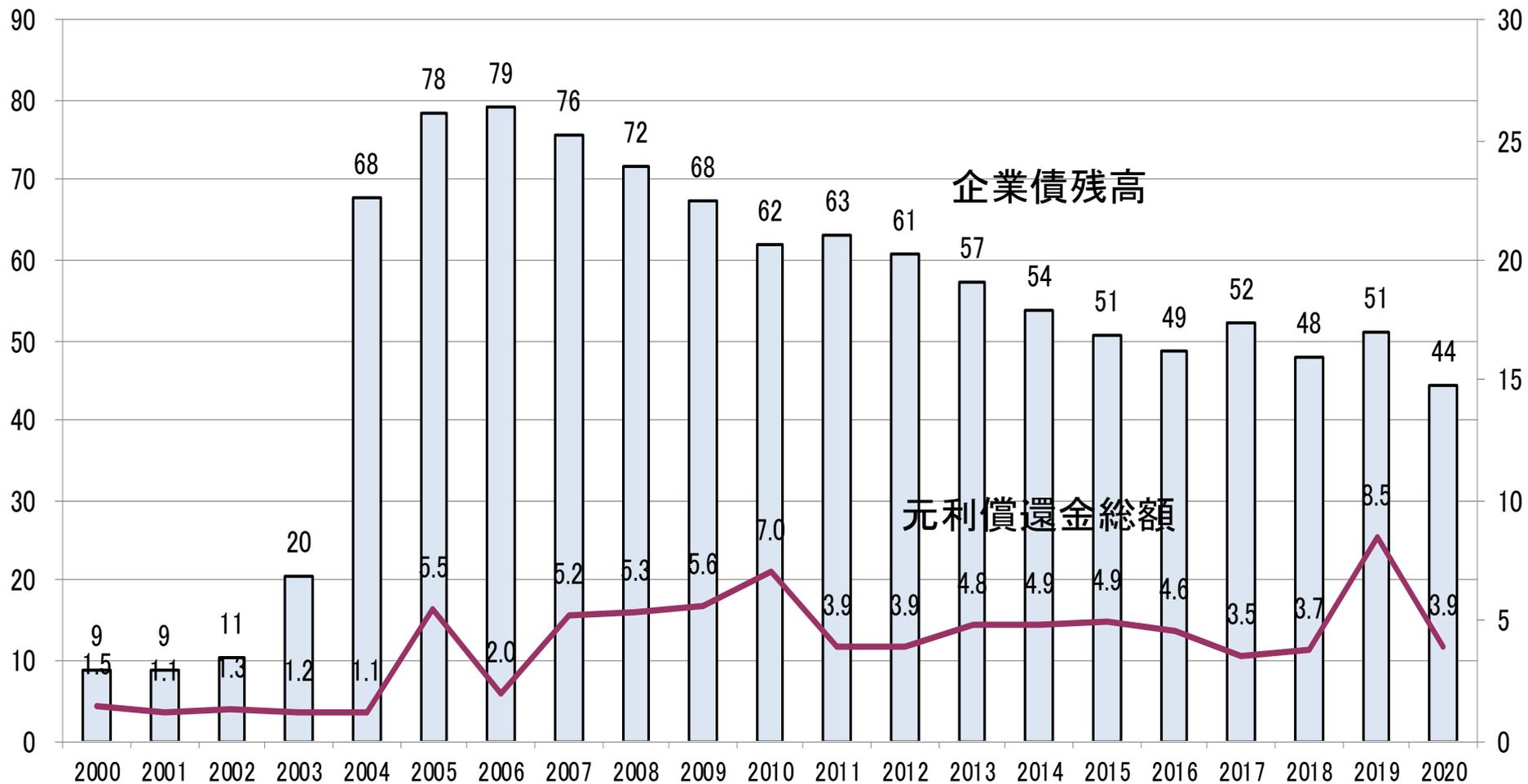
地方公営企業年鑑により作成

2019年以降3条繰入金が 大幅削減されている

- 普通交付税＋不採算地区の特別交付税総額3億程度を大幅に下回る可能性のあるレベルまで削減
- そのために手持ち現金が2億円程度に減少
- 結果として病院財務は不安定化した
- 2018年度以前に前倒しで繰入金を増やしたことに対する削減という
- 病院経営を考えない削減は問題である

企業債残高の推移

億円



バージョンアップ

地方公営企業年鑑により作成

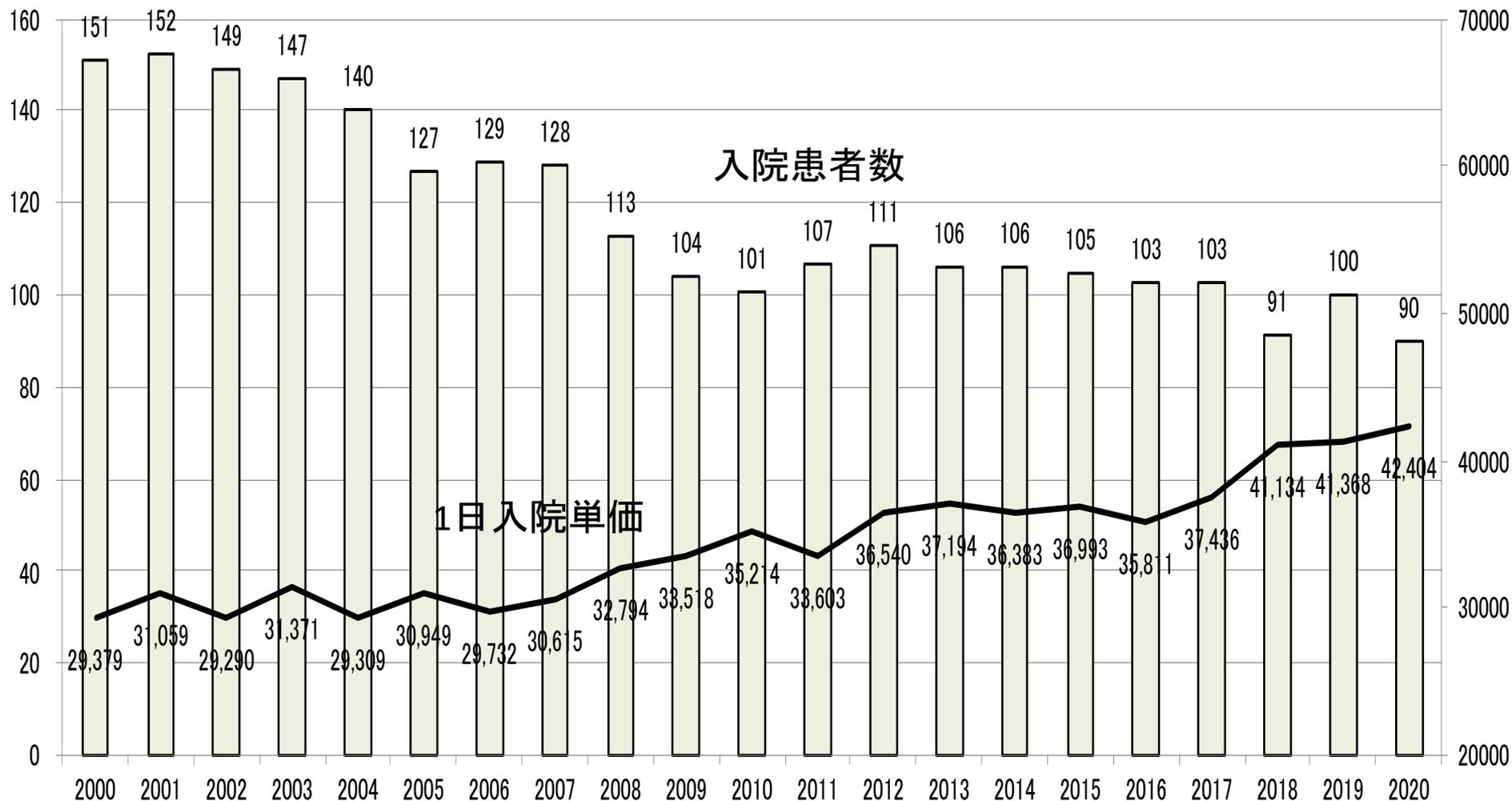
企業債残高は大幅に減少

- 2019年度に企業債を前倒しで8.5億円返済
- 2006年度に79億円あった企業債残高が2020年度末には44億円に

入院患者数・1日入院単価の推移

人

円



バージョンアップ

地方公営企業年鑑により作成

入院患者数・病床利用率の推移

人

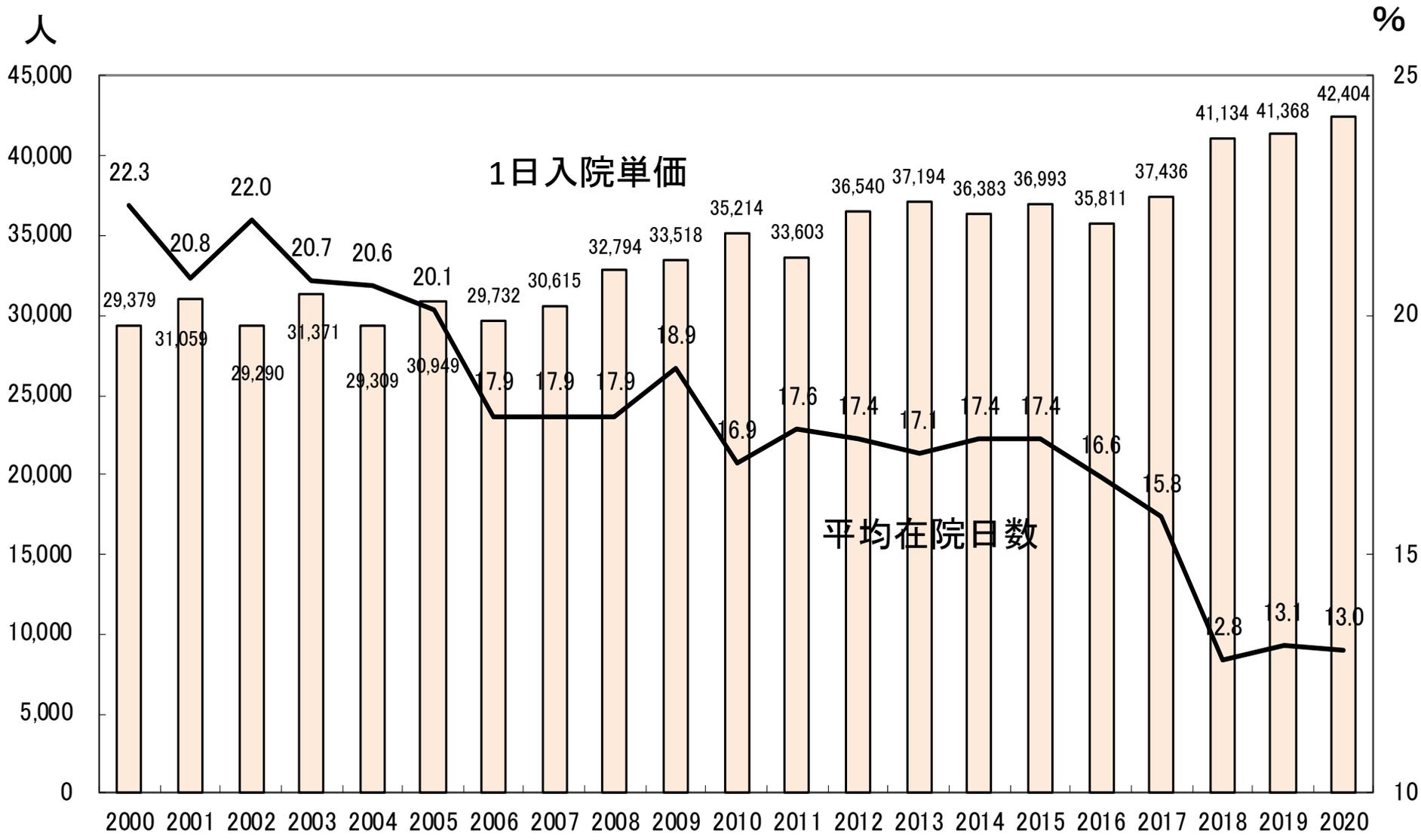
%



バージョンアップ

地方公営企業年鑑により作成

1日入院単価・平均在院日数の推移



バージョンアップ

地方公営企業年鑑により作成

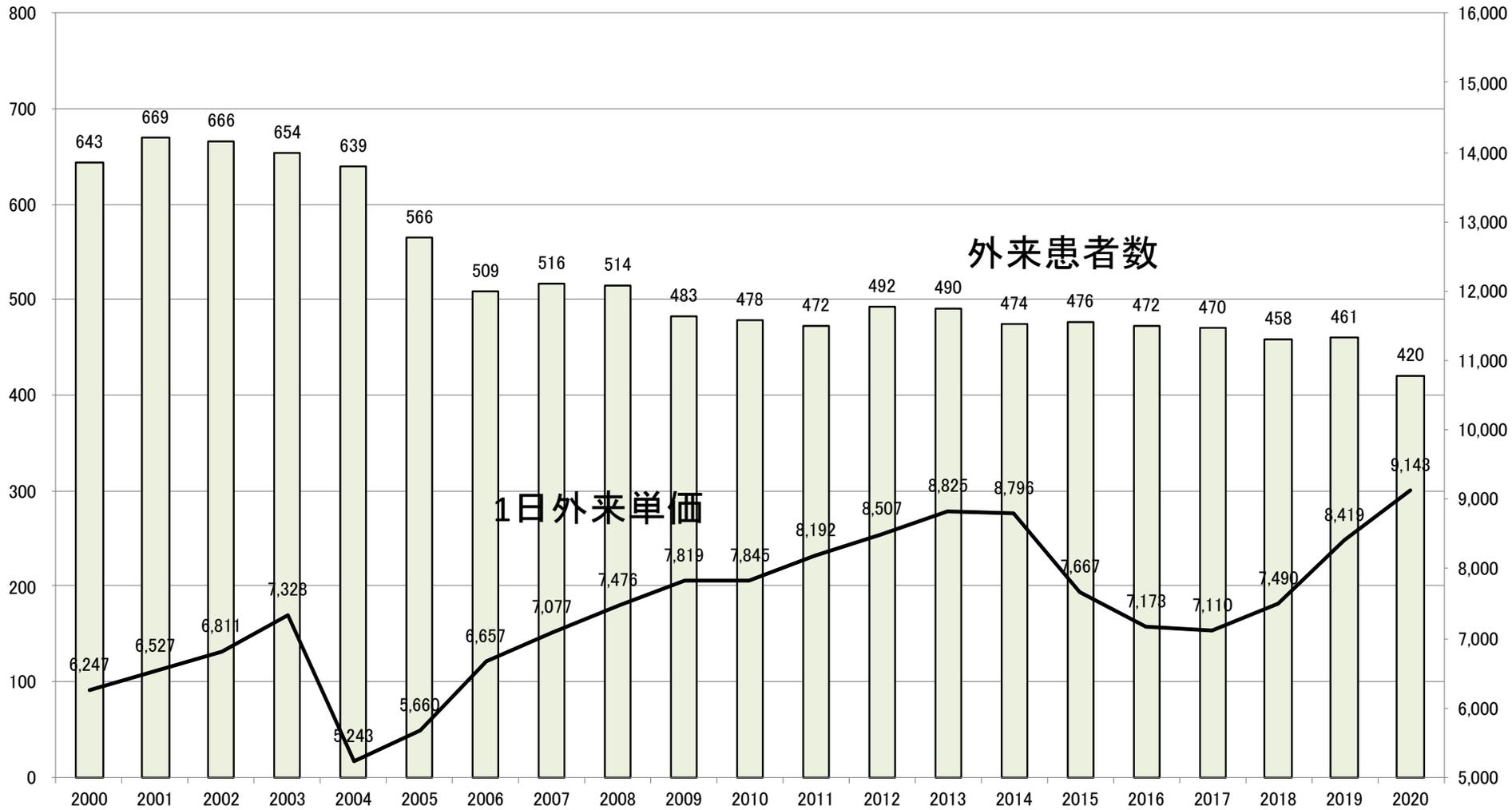
入院患者数

- 病床を減らしても2019年度の入院患者数は100名とバージョンアップ前とほとんど変わらず
- 入院単価は2017年度の37,436円から2020年度の42,404円に増加
- 平均在院日数は2017年度15.8日から2020年度の13.1日に縮減

外来患者数・1日外来単価の推移

人

%



バージョンアップ

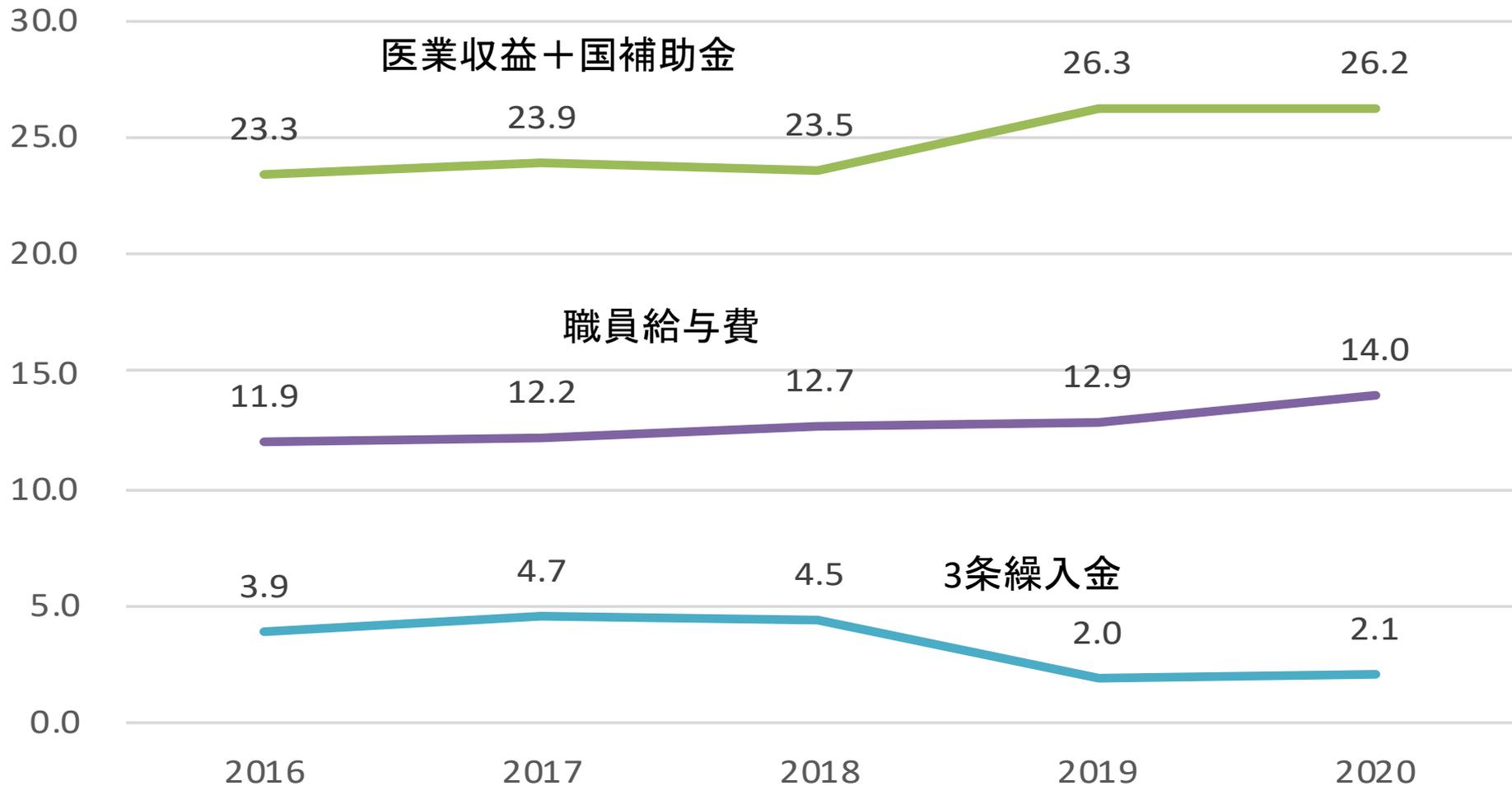
地方公営企業年鑑により作成

外来患者数

- 新型コロナウイルスの影響で2020年度は減少したものの外来患者数は460名程度で安定
- 内科医増員で訪問診療を行ったことにより外来単価は急激に増加している

医業収益＋国補助金・職員給与費・3条繰入金の推移

億



バージョンアップ

地方公営企業年鑑により作成

医業収益＋国補助金・職員 給与費・3条繰入金

- 職員給与費はバージョンアップ前の2016年度から2020年度には2.1億円増加
- 医業収益＋国補助金（2020年度のみ1.2億円）は2016年度から2020年度に2.9億円増加
- 3条繰出し金は2016年度から2020年度に1.8億円減少

バージョンアップの財務評価

- 医業収益の増加額で人員増加の職員給与費の増額を上回っている
- 病床数削減による不採算地区特別交付税の交付額を考えれば収入は大幅に増加した
- 病床削減による普通交付税の交付(5年間1/2)もある
- 地方交付税制度を理解せず、病院の財務を破壊する朝日町財政課は問題
- 少なくとも交付税総額プラス1億円程度は病院経営の安定性、職員雇用の経済効果から繰出しを行うべき

医療提供の質向上

- 内科医増員、看護師増員により医療提供の質は確実に向上した
- 医療提供の質向上により入院・外来単価は大幅に増加している
- 新型コロナにより減少した入院患者をいかに元に戻すかが課題

あさひ総合病院の
バージョンアップは
地方自治体病院の
経営強化のモデル
である

三豊市立みとよ市民病院 バージョンアップ

三豊市立永康病院

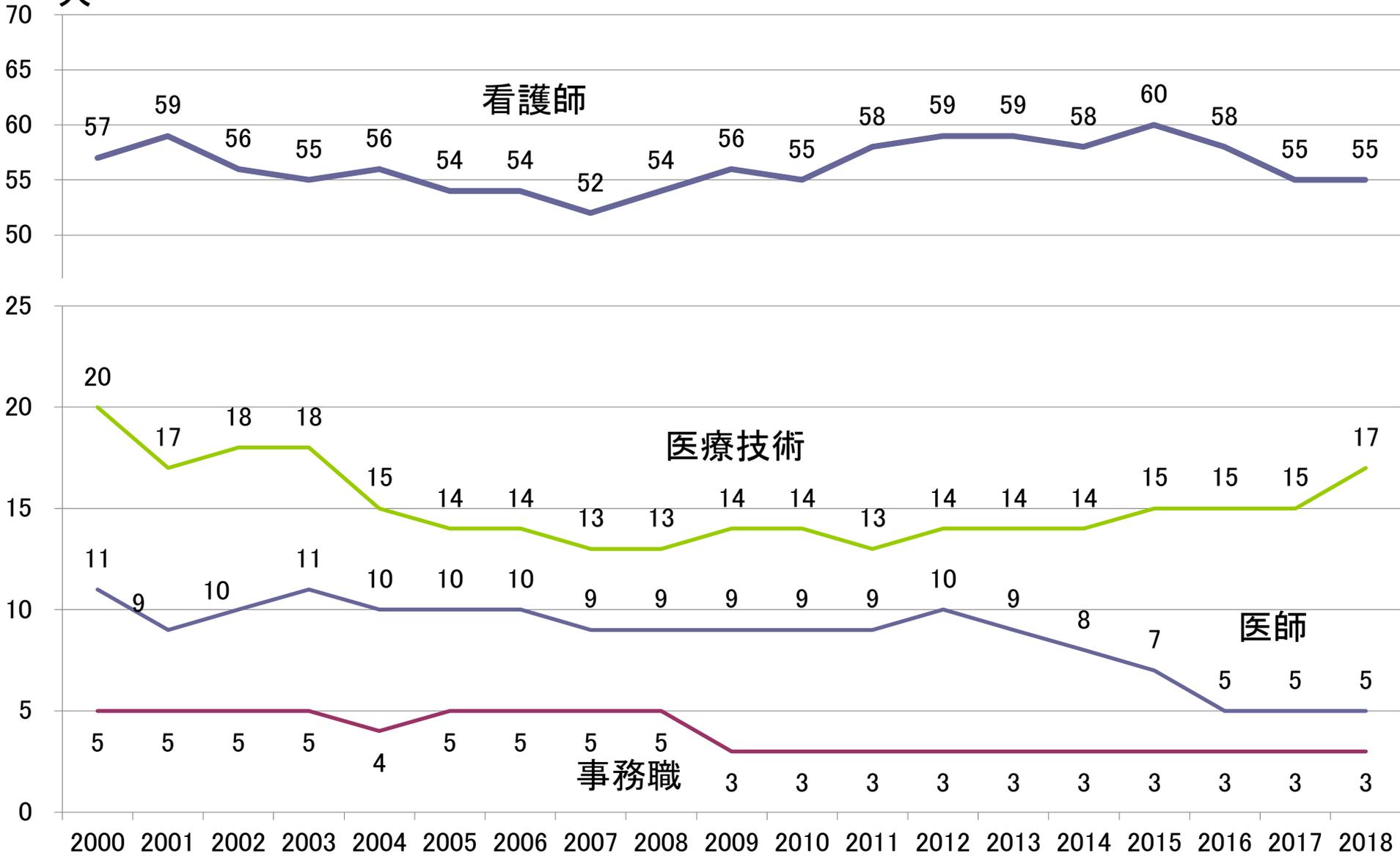
- 香川県詫間町立国保永康病院が2006年1月に市町村合併により三豊市立永康病院となる
- 病床数 199床（一般92床、療養48床、精神59床）

縮小サイクルによる 病院消滅の危機

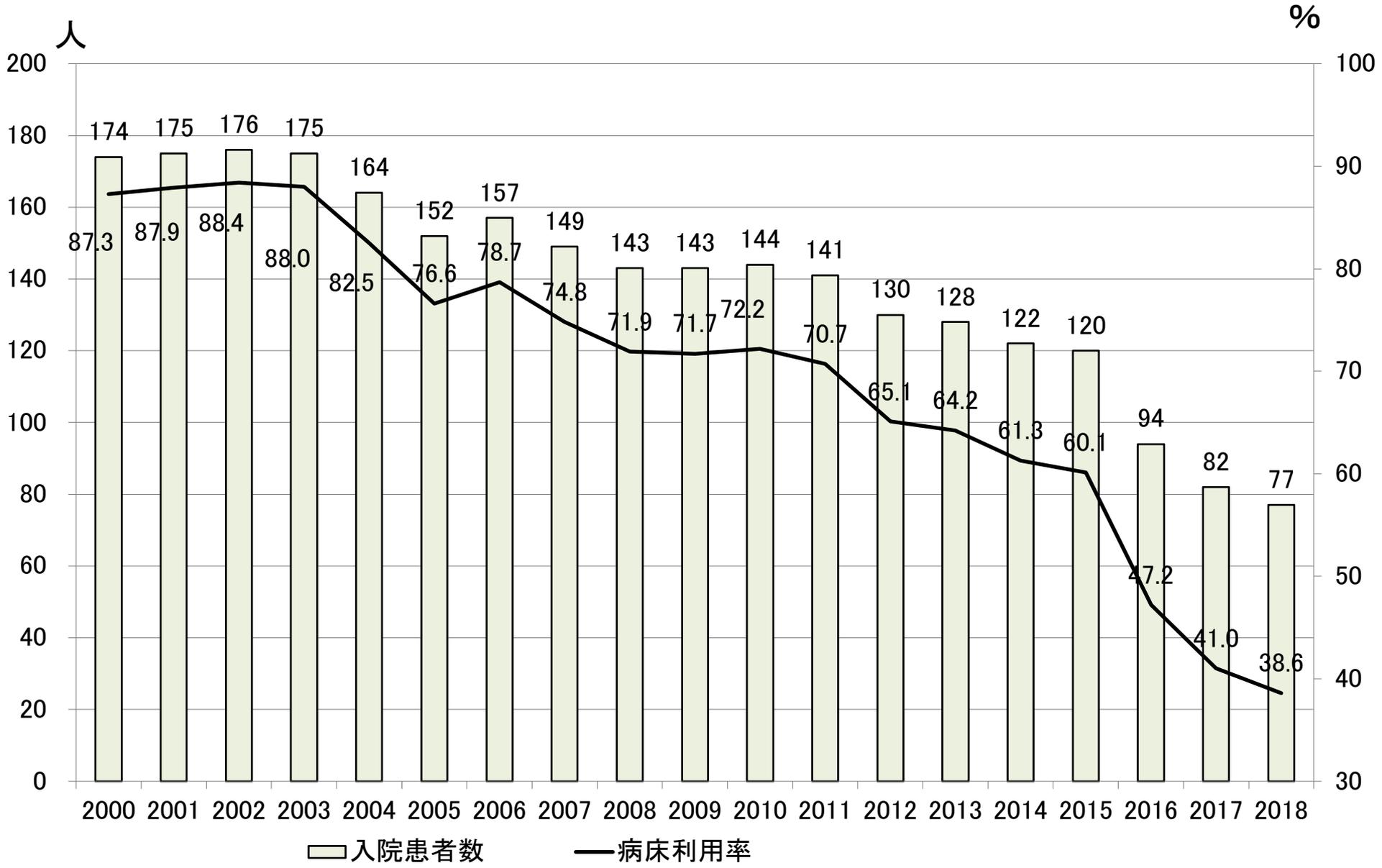
- 病院建物が老朽化して建替えを迫られる
- かつて永康病院の経営は「安かろう悪かろう」で収益は良かった
- 医師退職で一気に問題が顕在化、入院患者の減少、収益悪化など存続の危機に直面する

市立永康病院職員数の推移

人

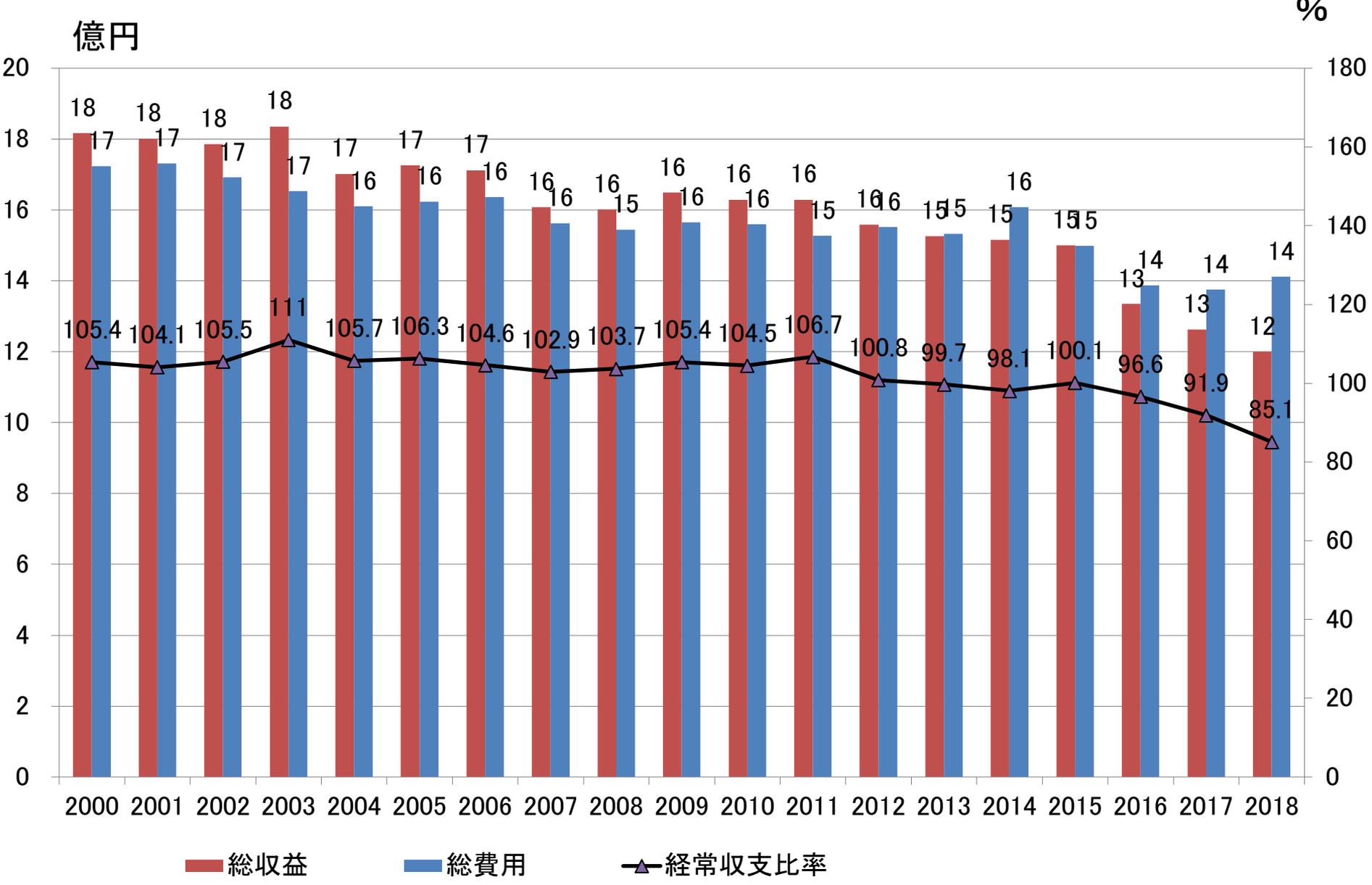


入院患者数・病床利用率



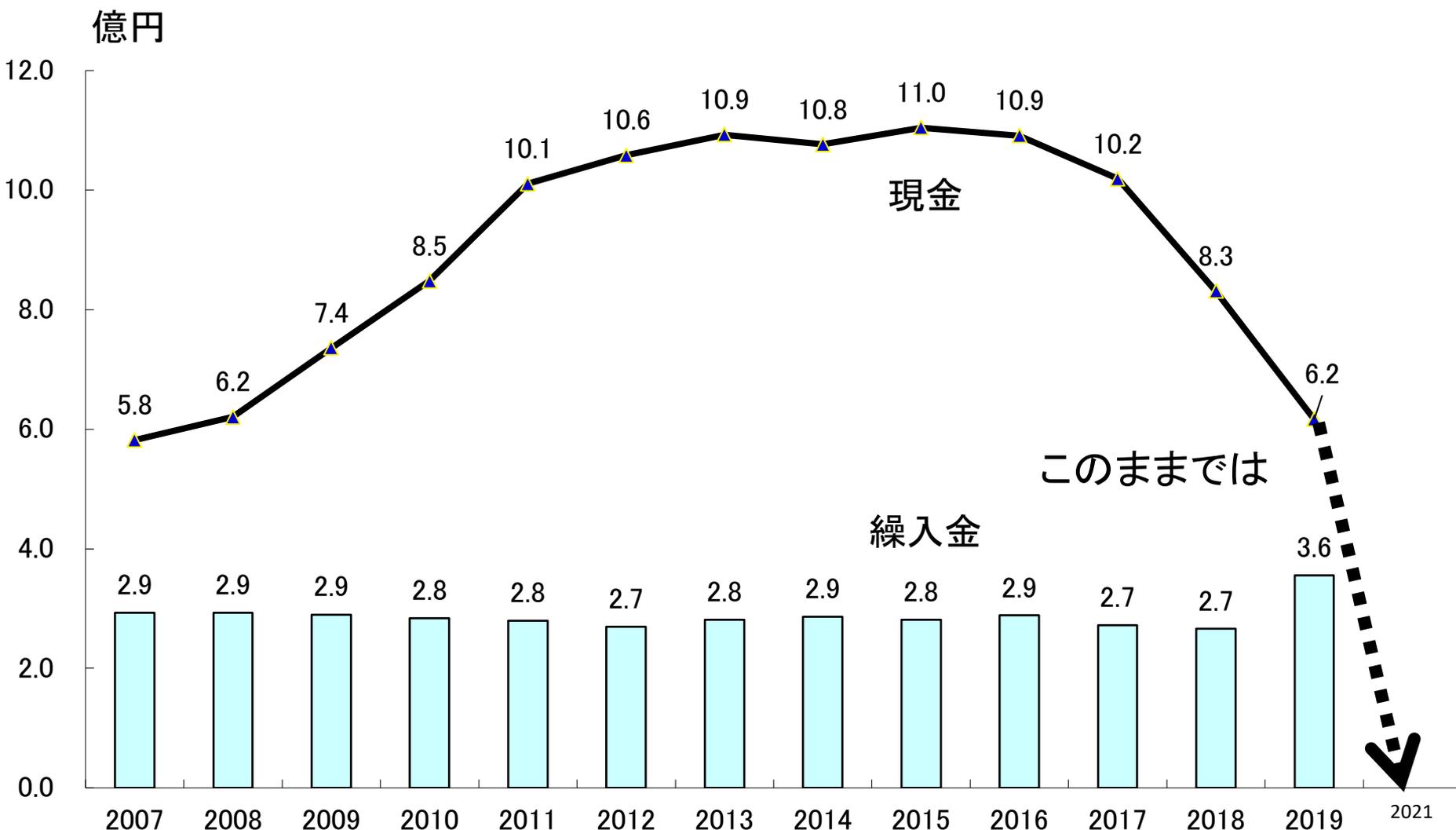
地方公営企業年鑑により作成

市立永康病院の経常収支比率(繰入金込み)



地方公営企業年鑑により作成

図表5 手持ち現金・繰入金の推移



地方公営企業年鑑及び病院データにより作成

三豊市新病院の病棟再編

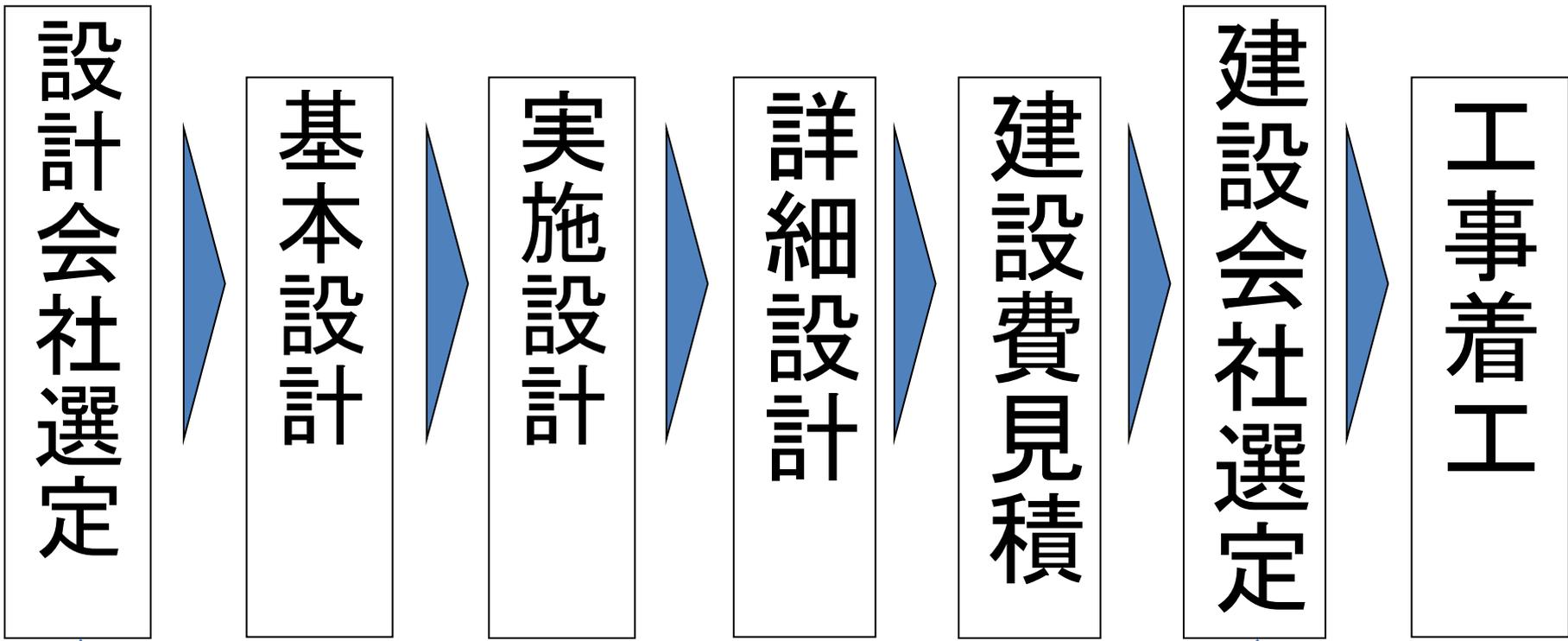
	現在	新病院
一般病棟	92	46
療養病棟	48	46
精神病棟	59	30
合計	199	122

移転前一般病棟内に地域包括病床28床を設置予定
最終的には一般病棟を全て地域包括ケア病棟にする予定

ECI方式を提案

- 建設コストの縮減のため、ECI方式で建設を行うことを提案した
- 早期(Early)に施工者(Contractor)が設計に関与(Involvement)する方式
- 新国立競技場の建設でも採用

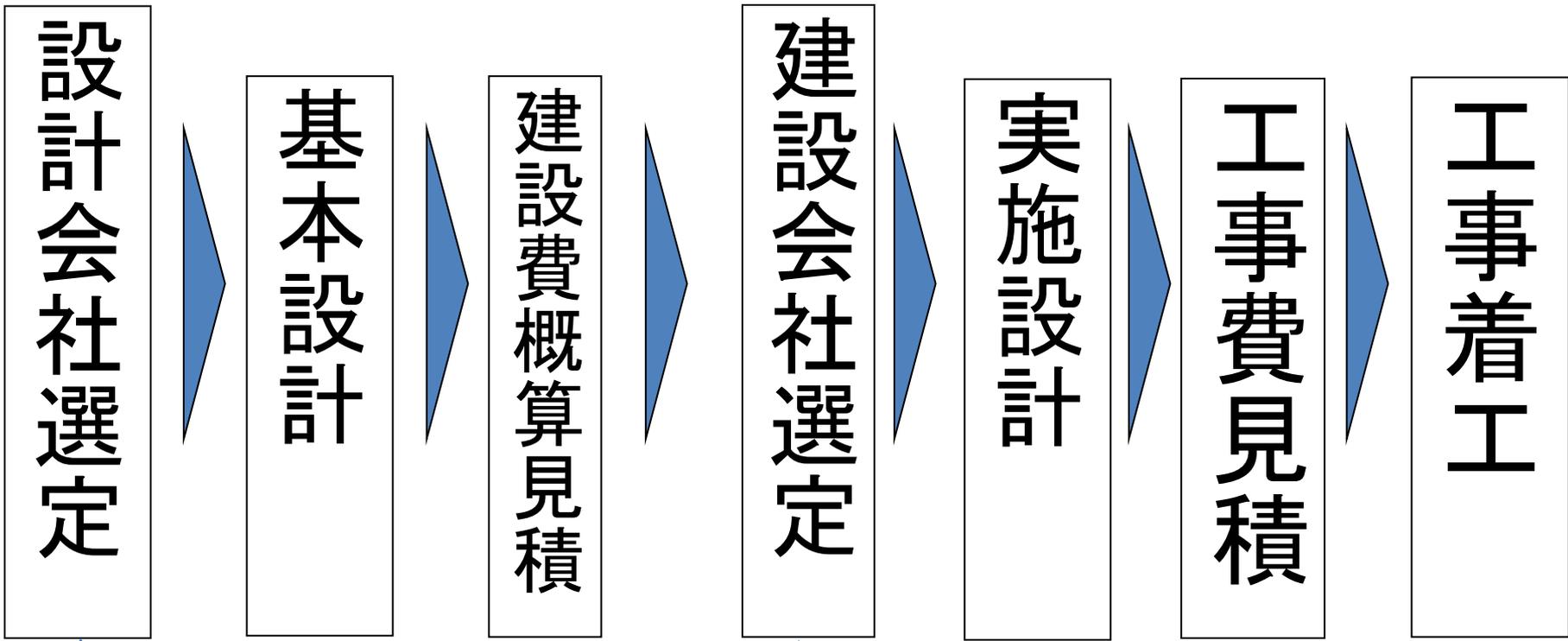
通常の官庁発注



↑
指名競争入札

↑
指名競争入札

ECI方式



↑
プロポーザル

↑
プロポーザル

建設会社の協力を得て設計会社が設計

建設と経営支援の NPOを入れる

- 建設支援には、ローコスト建築を行うNPOにコンストラクションマネージャー（CM）になってもらった
- 同時に、経営支援についても対話を中心とした経営再建をしているNPOに入ってもらった

公開プロポーザル

- 2019年5月25日の公開プロポーザルには4社の応募があった
- まず、CMを行うNPOから技術的な質問
- 講演者が設計者の人間性を確認する質問
- 最後に病院職員を中心とした委員から追加質問
- 審査委員が単純に採点したものを委員会に諮り決定

基本的に個室

- 個室は個室料を取らない
- 個室化により患者の人気を集め集患を図る
- 男女の配慮不要、感染症への対応可能、家族の付き添い可能、気遣いなくお見舞いできるメリット

稼働病床の効率化

- 122床で個室率90%（12床のみICU的利用で多床室）病床利用率95%で1日入院患者116人
- 個室化により病床利用率を上げ、稼働病床の効率化を図る

問題はトイレの配置

- 設計で最大の問題となっているのがトイレの配置の問題
- 廊下側に作ると通路はデッドスペースになる
- 窓側に作ると面積は有効利用できるが窓は小さくなる



施工予定者
選考プロポーザル

建設工事請負業務委託者選定に係る公募型プロポーザル

- 2019年12月22日に行われる
- 奇跡的に6社から応募があった
- 四国では病院建築の案件が少なかった、シンプルで建築しやすい設計が評価されたなどが要因と考える

選考は基本設計と同様

- 議会からの指摘があり、講演者が委員長となった
- NPOメンバーが技術的な質問
- 伊関が人物についての質問
- 審査委員が補足質問
- 審査委員が単純に採点したものを委員会に諮り決定

6社とも全員優秀な 現場代理人を配置

- 最終的にはその中でも最も人間性に優れ、優秀と思われる現場代理人を配置したT社が第一優先順位会社となった

最終的に40億円以内 の建設費で収まる

- 交渉の結果40億円以内（消費税抜き）での発注で合意した
- さらにT社はプロポーザルでは、地元貢献策として市内企業に12億円（30%）の提案をしている

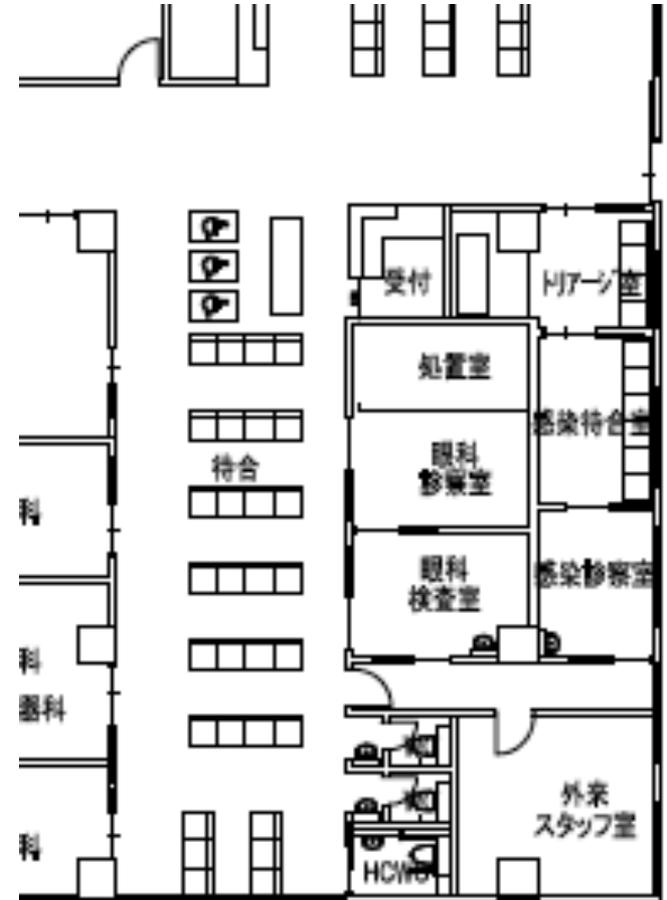
1床3278万円

- オール個室122床で40億円（消費税抜き）であれば1床3278万円
- 1床4000万円、1床5000万円という建築が相次ぐ自治体病院の中では胸をはれるローコスト建築である

感染症対策

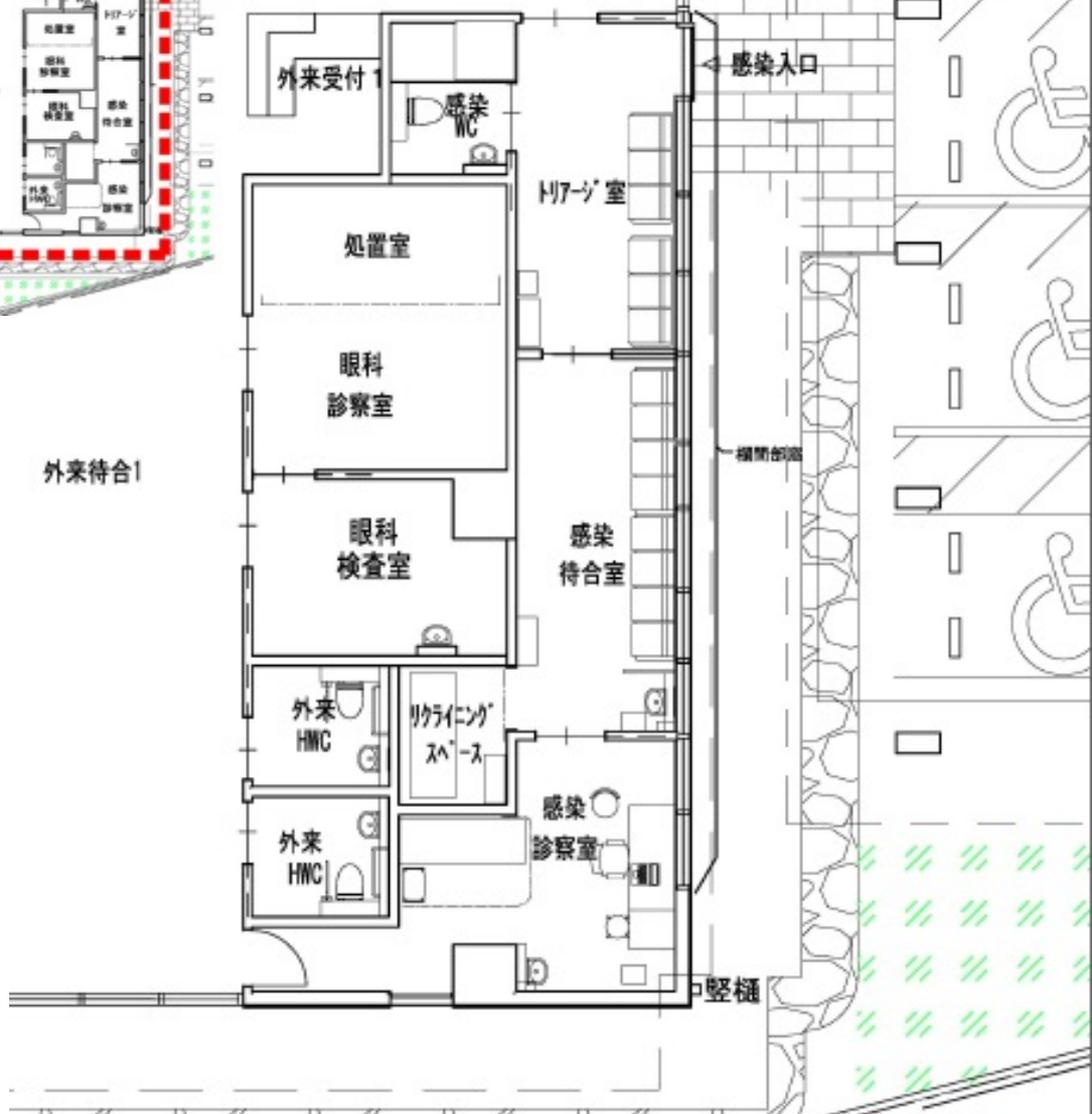
- 感染症対策の視点で、新病院をチェックすると感染症外来に不備があった
- 感染症の入口がない、待合が狭い、トイレがない
- 外来診察室は陰圧化したい
- せっきかく個室化をしたので陰圧室をつくりたい

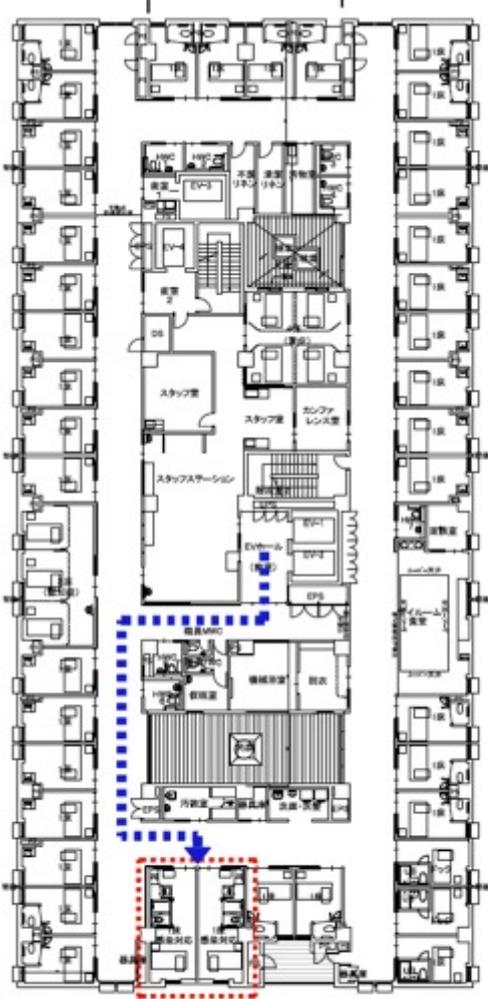
当初プラン



感染症の入口がない
待合が狭い
トイレがない(外来のトイレを使うことになる)

新プラン





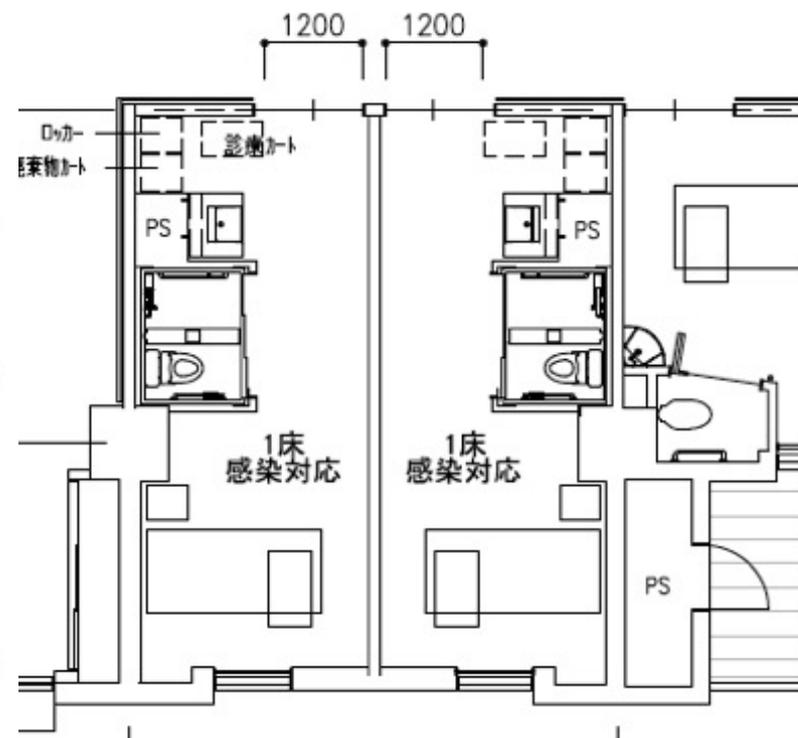
3階平面図 S=1:300

(一般病棟)



5階平面図 S=1:300

(精神科病棟)

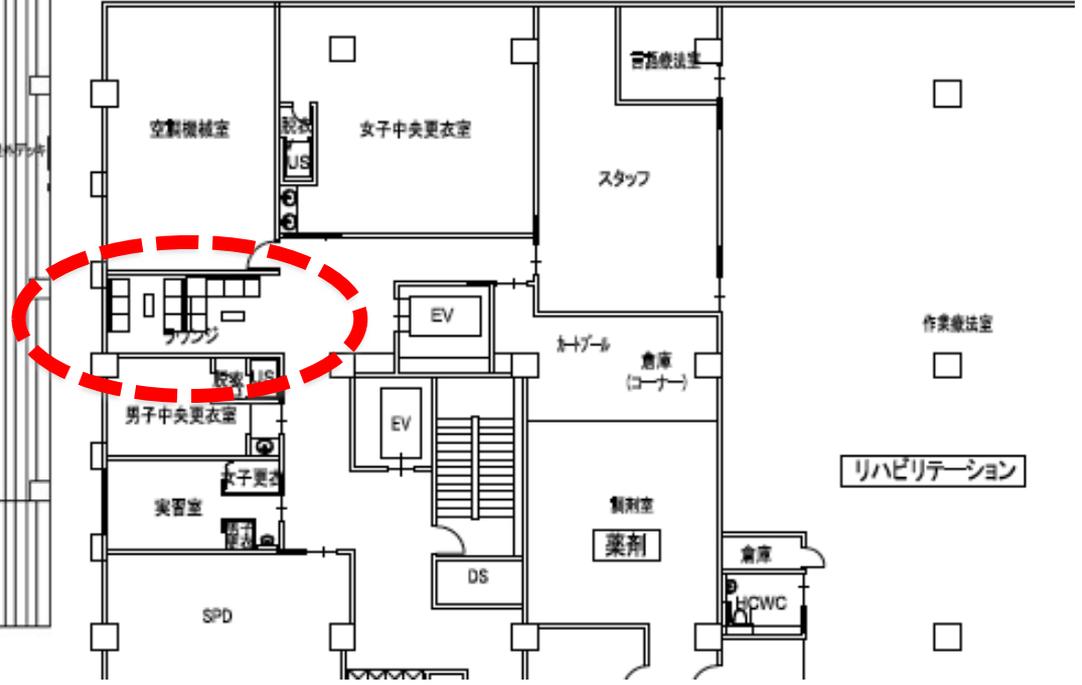
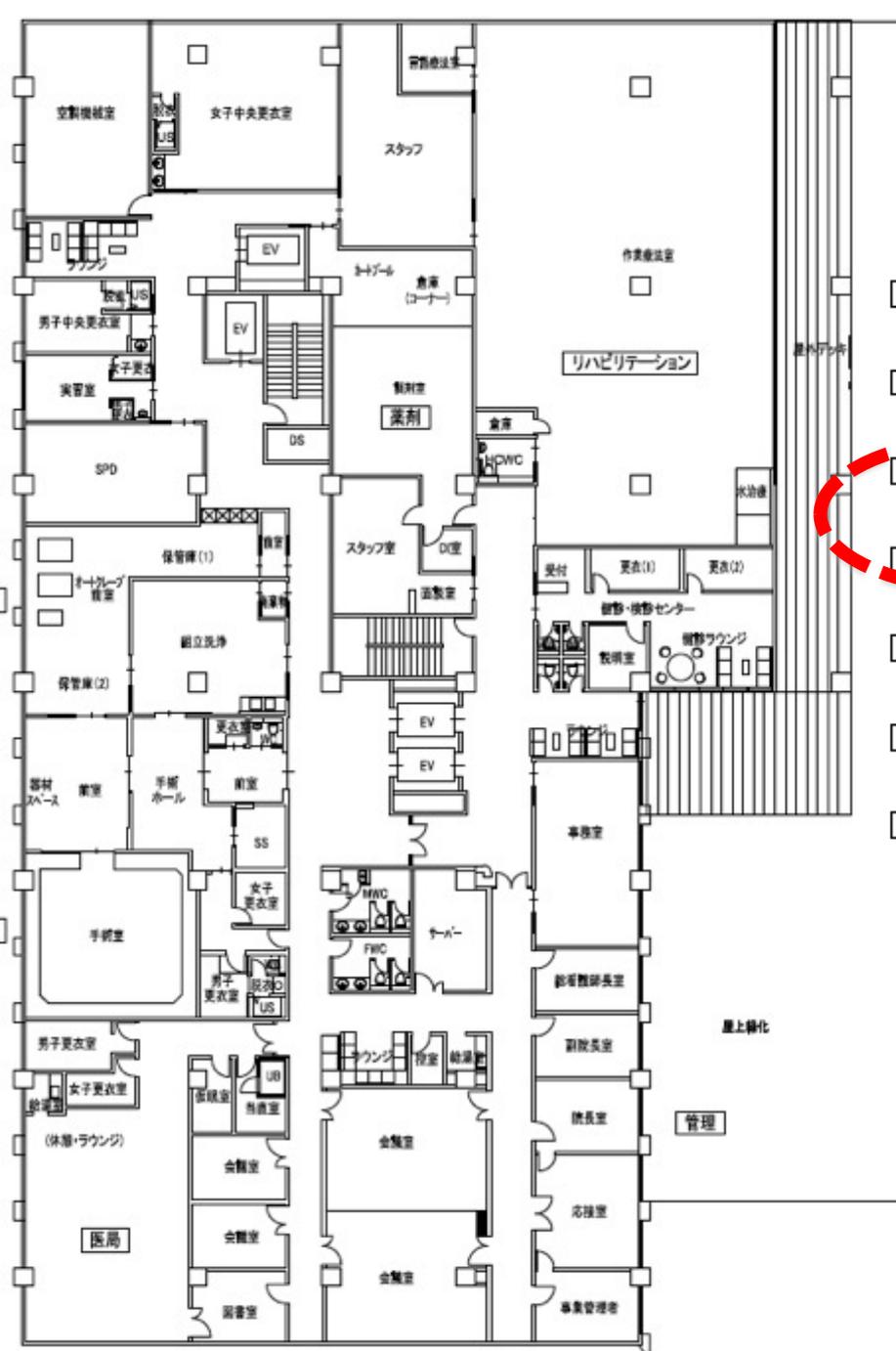


一般病床2床に陰圧機能を設置

アメニティスペース

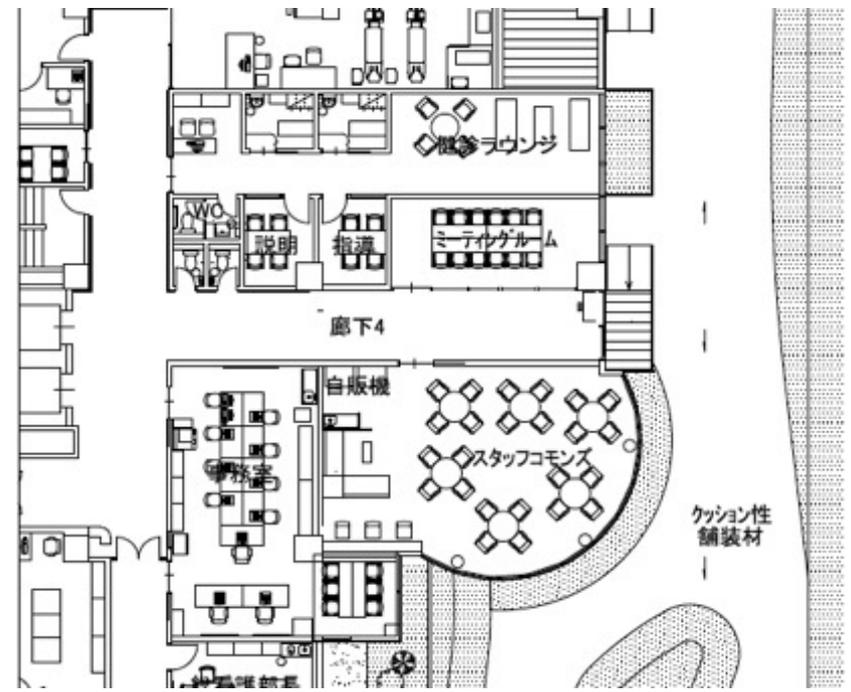
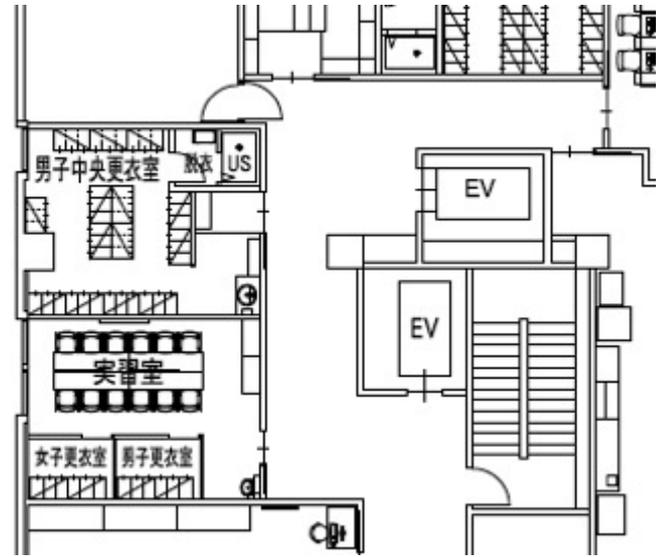
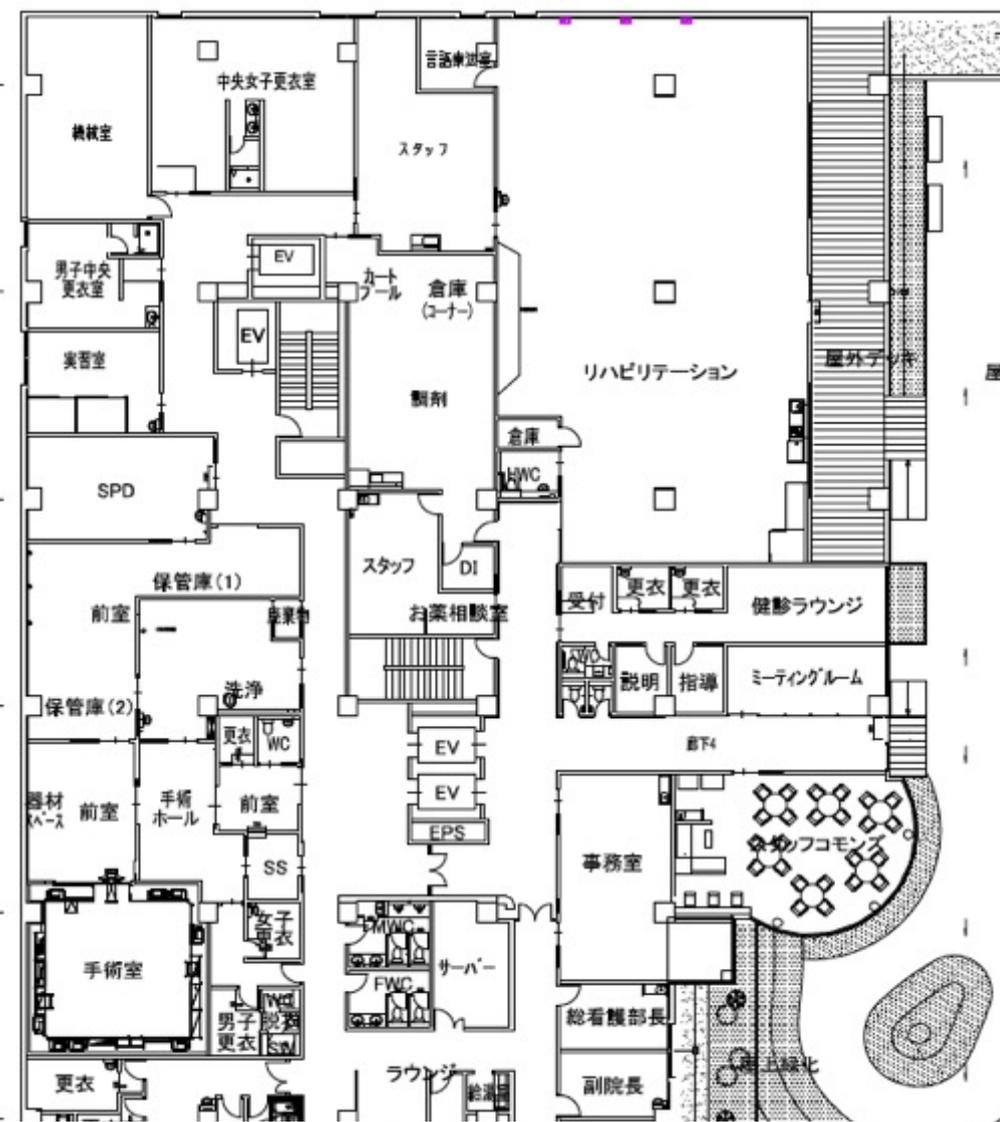
- 建設コストの抑制で職員のアメニティスペースは最小のものとなっていた
- 職員が勤務しないと収益は良くなならない。
- 建設費が抑制できたので、アメニティスペースの見直しを行った

当初プラン



非常に狭いラウンジ
男子更衣室・実習室も狭い

新プラン



職員休憩室をつくる
 住民も使えるミーティングルームをつくる
 男子更衣室・学生実習室のスペース増
 事務スペースの増

クッション性舗装材

2022年5月1日

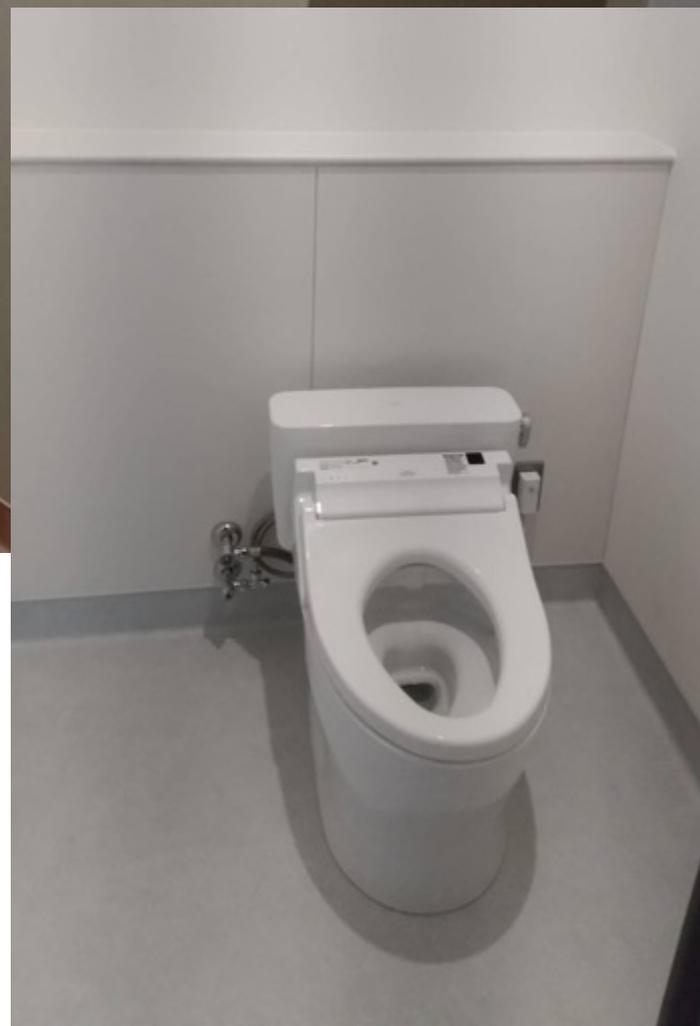
病院移転、入院開始

5月9日外来開始











病院の経営改革

- 病院の建替えと同時並行で病院の経営改革を強力に進めた
- 特に、人事課との激烈な議論の上、大幅な職員採用を行った

職種・年齢別 職員数

H28.11.1現在

職種	年齢													計
	～20歳	21～25歳	26～30歳	31～35歳	36～40歳	41～45歳	46～50歳	51～55歳	56～60歳	61～65歳	66～70歳	71歳～		
医師				1			2(1)		3		1(1)		7(2)	
薬剤師			1		2		1						4	
放射線技師					1			1(1)	2				4(1)	
検査技師		1		1					3(1)				5(1)	
理学療法士		1				1		1					3	
作業療法士					1								1	
精神保健福祉士				1(1)									1(1)	
栄養士				1(1)	1(1)								2(2)	
看護師		2	1	8	13(1)	6	9(2)	14(3)	14(5)	1(1)	1(1)		69(13)	
准看護師					1(1)			2(1)	3(2)				6(4)	
看護補助員	1(1)			1(1)		1(1)	2(2)	4(4)	4(2)	5(5)	5(5)	1(1)	24(22)	
事務職員					3(3)	2(2)		1	4(2)				10(7)	
その他								1	1		1(1)		3(1)	
計	1(1)	4	2	13(3)	22(6)	10(3)	14(5)	24(9)	34(12)	6(6)	8(8)	1(1)	139(54)	

※うち()内は臨時職員数

職種・年齢別 職員数(正規職員のみ)

平成28年4月1日現在

職種	年齢																										計
	21~ 25歳	26~ 30歳	31~ 35歳	36~ 39歳	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60		
医師		1										1								2	1					5	
薬剤師		1	1	1								1														4	
放射線技師				1																1	1					3	
検査技師	1		1																			1	1			4	
理学療法士	1						1								1											3	
作業療法士				1																						1	
精神保健福祉士																										0	
栄養士																										0	
看護師	2	2	8	10	3	2	1		1	2	3			1	3	1	3	1	1	5	3	2	1	1		56	
准看護師																	1				1					2	
看護補助員																					1		1			2	
事務職員																	1				1			1		3	
ポイラー技師																			1			1				2	
計	4	4	10	13	3	2	2	0	1	2	3	1	1	1	4	1	4	3	1	8	8	4	3	2	0	85	



平成32年度末までに退職

市立永康病院の職員採用状況

	2020年4月	2020年10月	2021年4月	合計
看護師	10	3	7	20
理学療法士	1			1
放射線技師		1		1
精神科作業療法士	1			1
精神保健福祉士		1		1
介護福祉士	2		1	3
歯科衛生士	1			1
管理栄養士	1			1
診療情報管理士	2			2
言語聴覚士			1	1
医療専門職事務				
メディカルソーシャルワーカー			1	1
合計	18	5	10	33

2019年3月の採用は看護師3名のみ

市立永康病院資料により作成

香川県内自治体病院事務職員数

	病床数	事務職員数	平均年齢	医師数
県立中央病院	533	56	46	131
県立丸亀病院	215	18	49	8
県立白鳥病院	150	12	47	15
高松市立みんなの病院	305	38	42	51
高松市立塩江分院	87	4	54	4
坂出市立病院	194	13	43	31
さぬき市民病院	179	18	44	30
三豊市立永康病院	199	3	54	5
綾川町国保陶病院	63	3	50	8
三豊総合病院	482	78	38	82
小豆島中央病院	234	21	40	20

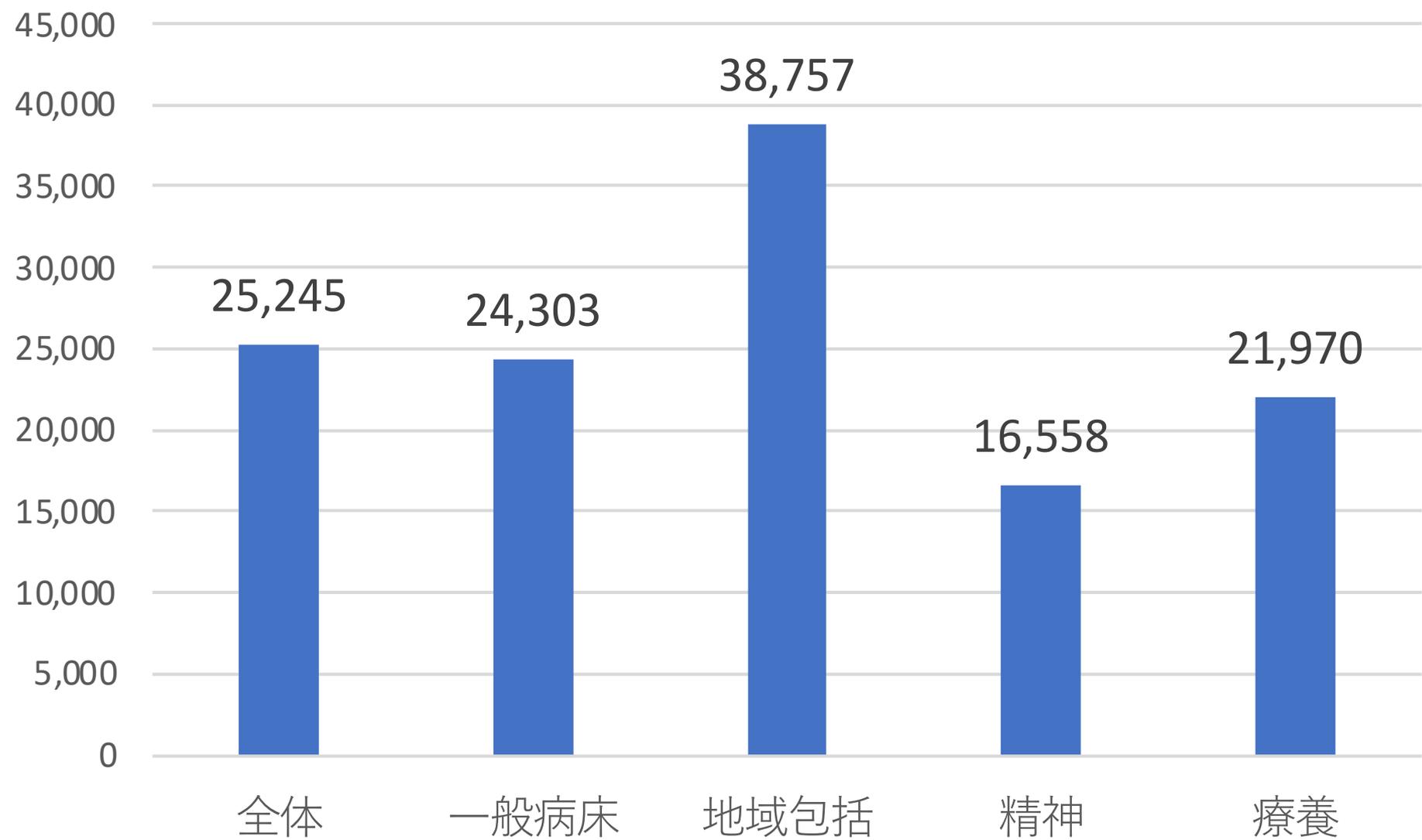
2018年度地方公営企業年鑑より作成

2021年度は大幅な 経営改善を実現

- 20名の看護師の増員により、病棟の看護師の患者受け入れ力が高まり、病床の利用率は改善の傾向にある
- 精神病床は長期入院者の退院促進と精神科ディケアの準備を行う
- 地域包括ケア病床の導入で大幅な収益増加を実現した

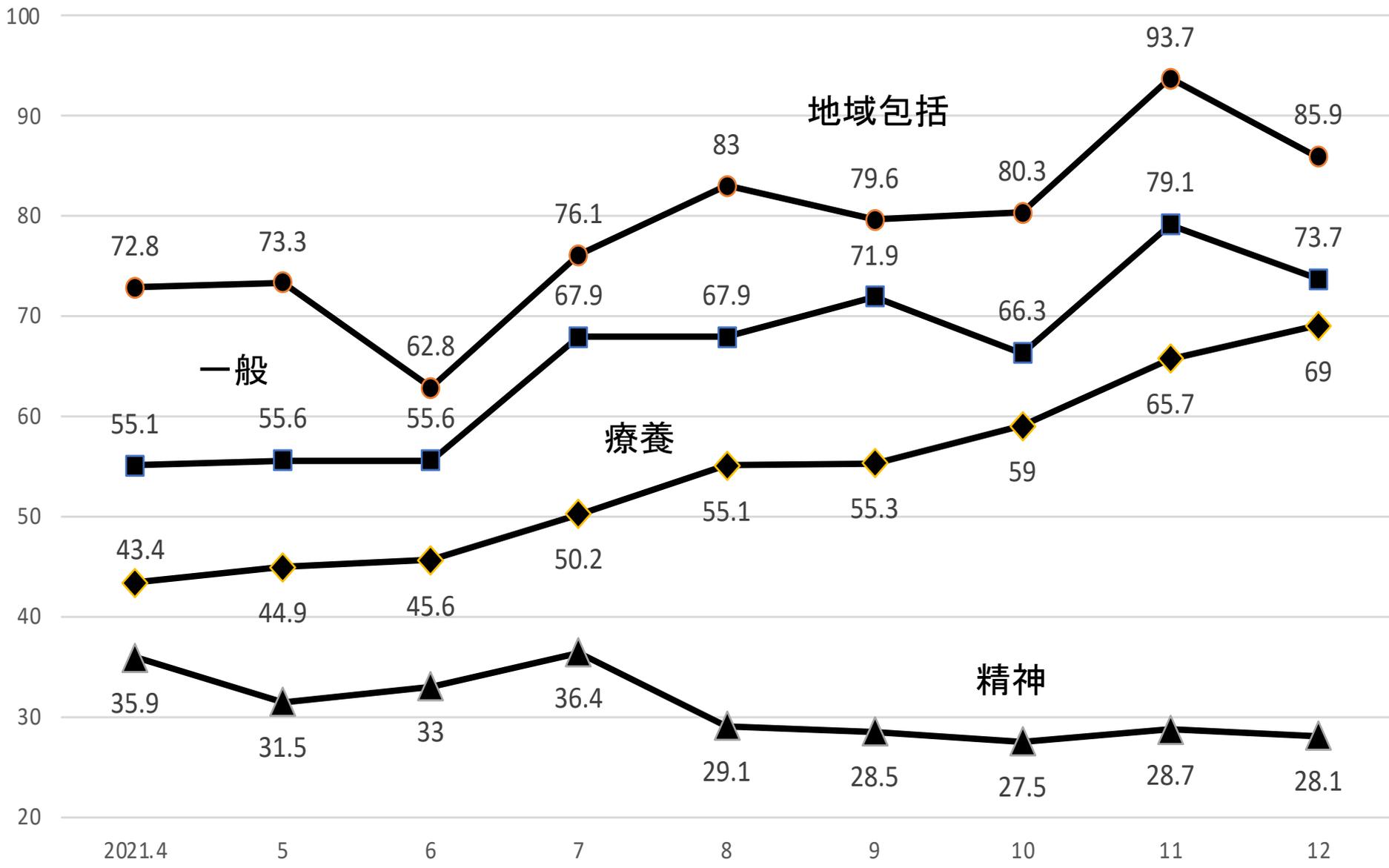
各病棟の入院単価

単位：円

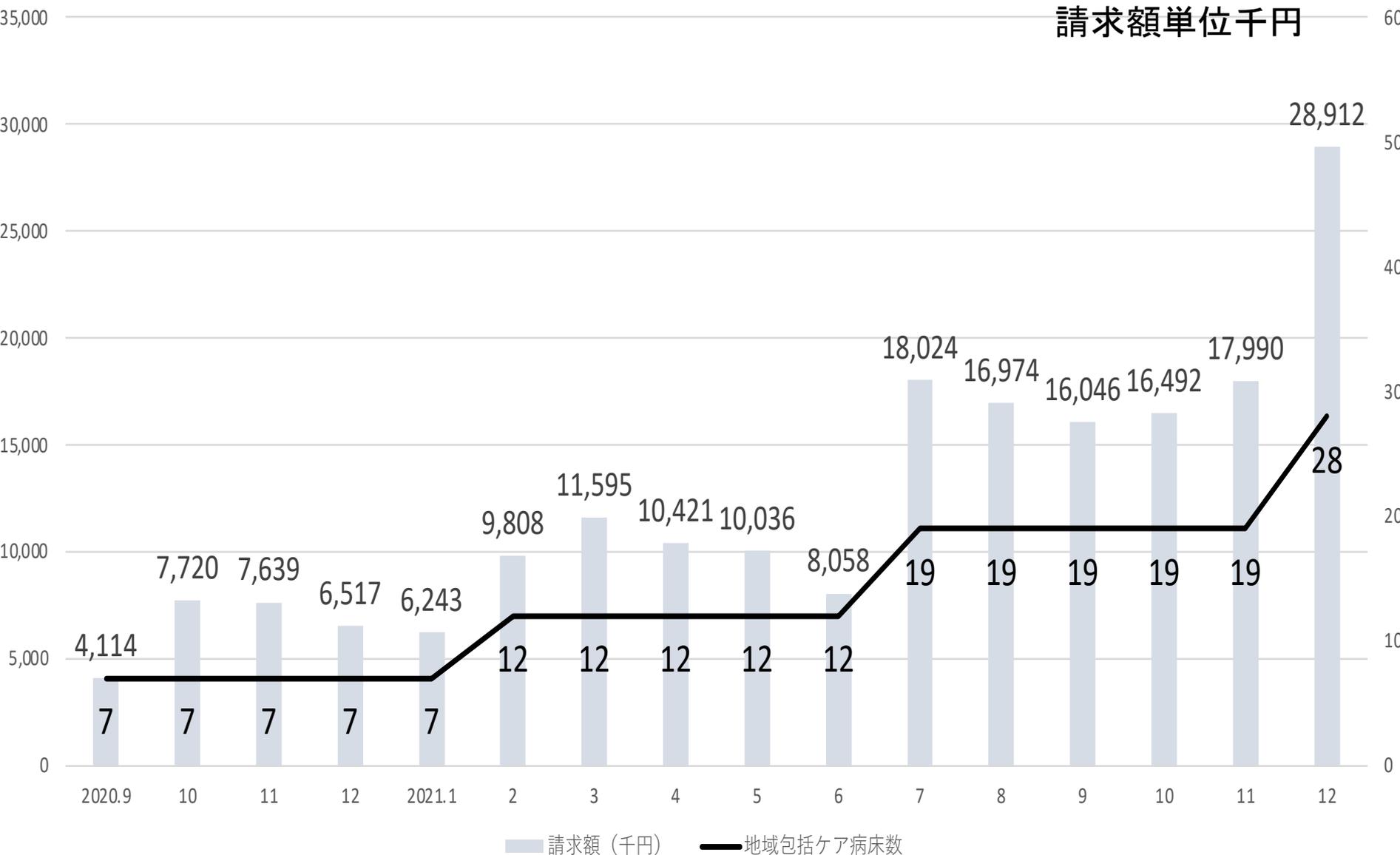


各病棟の利用率の推移

単位：%



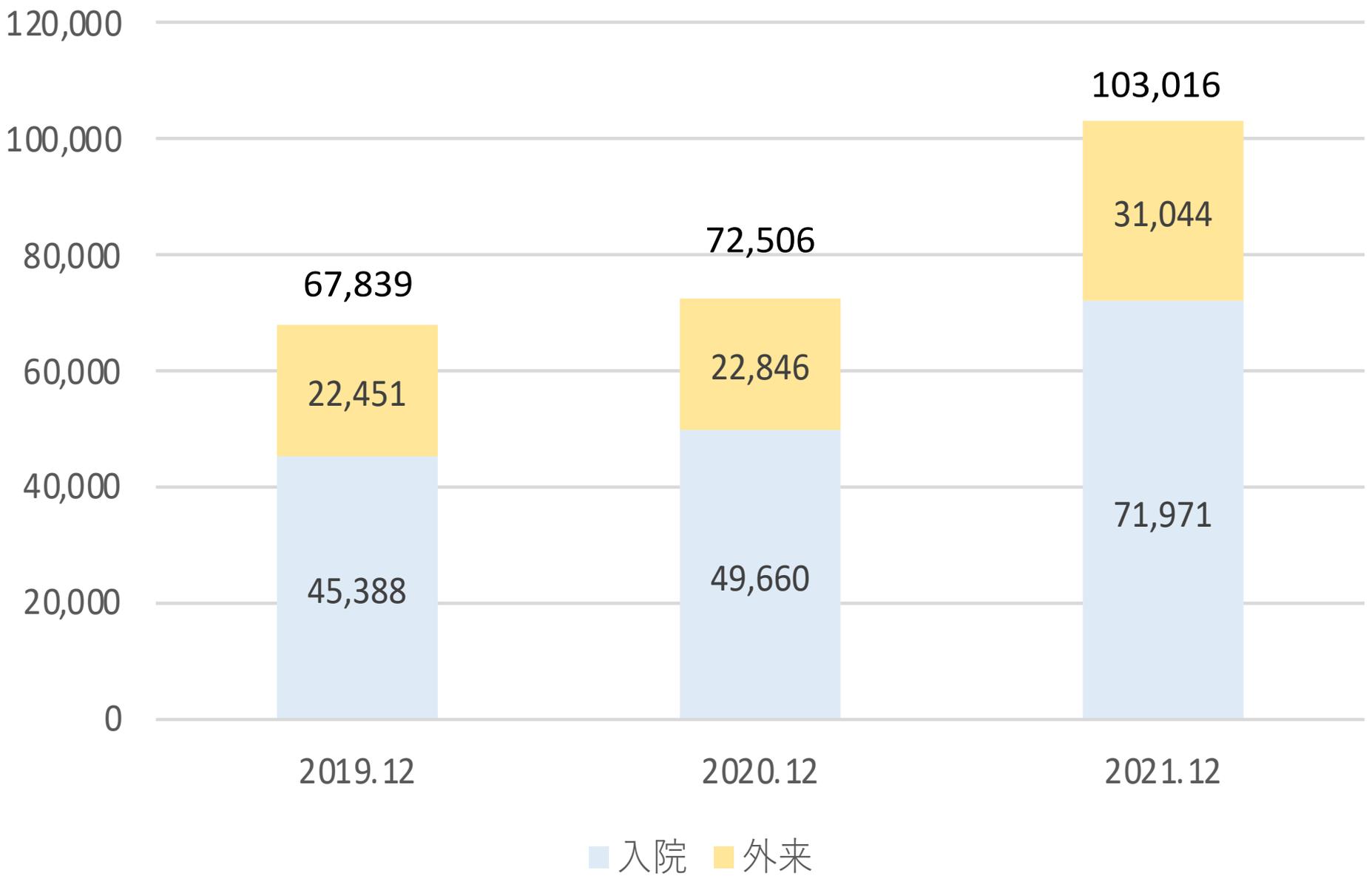
地位包括ケア病床の病床数の請求額推移



市立永康病院資料により作成

過去3年間の12月の入院・外来調定額

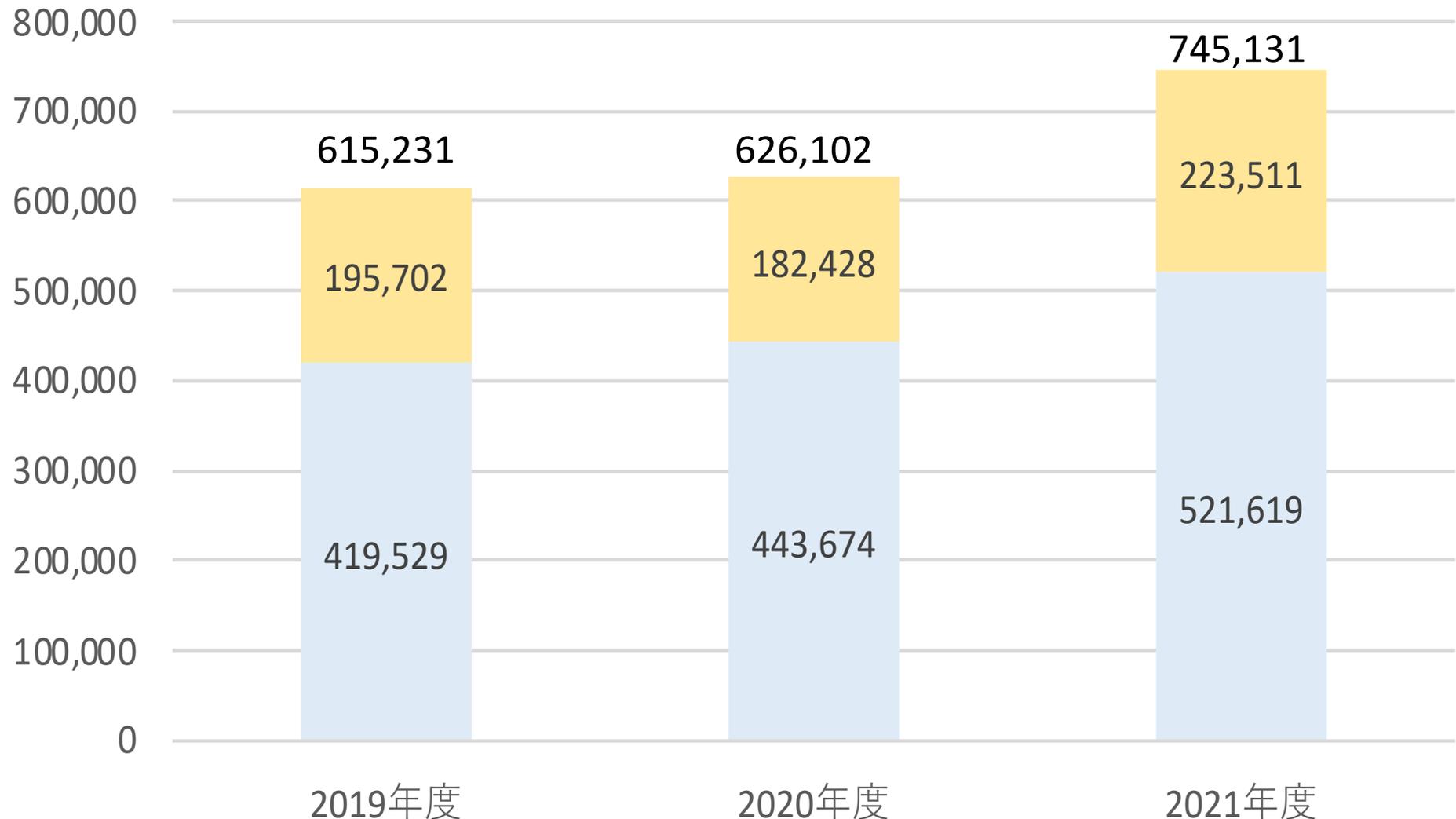
単位:千円



市立永康病院資料により作成

過去3年間の4-12月の入院・外来調定額

単位:千円



■ 入院 ■ 外来

市立永康病院資料により作成

正念場の自治体病院

- アフターコロナの時代、自治体病院は、将来の本格的少子高齢化に対応した経営強化が求められている