

自治労資料2025第12号
2025年2月22日～23日
東京・T O C 有明
ウ ェ ブ 併 用



2025年度 地域医療セミナー レジュメ・資料集



全日本自治団体労働組合

目 次

スケジュール	3
I 全体会	
1. 本部提起	
「特徴的な情勢と課題」	
自治労本部 衛生医療評議会事務局長 平 山 春 樹	9
2. 講 演	
① 「新たな地域医療構想について」	
厚生労働省 医政局地域医療計画課 地域医療構想推進室長	
堤 雅 宣さん ...	37
② 「公立邑智病院における医療DXの取り組みについて」	
島根県公立邑智病院副院長（兼）事務部長、企画調整課長事務取扱	
日 高 武 英さん ...	60
3. 能登半島地震の報告	
「被災病院の経験と今後の対策」	
石川県本部 珠洲市職員組合（珠洲市総合病院） 菊 谷 祐 介さん ...	79
4. 国会レポート	
「衛生医療評議会に関連する活動報告」	
自治労協力国会議員 参議院議員 岸 まきこさん ...	105
II 看護師分科会「看護師あるあるから職場の課題を考えよう」	
1. 看護問題対策委員会活動報告	
衛生医療評議会 看護問題対策委員 松 川 誠 治さん ...	110
2. 看護問題対策委員会提起	
看護問題対策委員 柴 田 直 希さん ...	117
3. 講 演	
「労働基準監督署の役割と医療現場の課題」	
尾形メンタルサポート代表（元奈良労働基準監督署長） 尾 形 賢 一さん ...	123
4. グループワークの進め方	151
III 医療政策分科会「みんなで学ぼう、公立病院の経営改善」	
1. 講演・実習	
「公立病院の経営改善について」	
NPO法人病院経営支援機構理事長 合 谷 貴 史さん ...	156

Ⅳ コ・メディカル分科会「医療技術職の労働環境改善とキャリアアップ戦略」

1. コ・メディカル委員会提起

「医療技術職のポストの課題」

広島県本部 世羅中央病院労働組合 草井 昭 紀さん …… 210

「人員要求をするために」

千葉県本部 千葉市職員労働組合（千葉市立青葉病院） 藤崎 和 仁さん …… 216

「中途採用者の前歴換算について」

富山県本部 富山県職員労働組合（富山県立中央病院） 竹本 昌平さん …… 222

「病院給食調理員の現場課題と取り組み」

島根県本部 雲南市立病院職員労働組合 神田 治さん …… 233

2. グループワークの進め方 …… 241

Ⅴ 資料・その他

1. 「自治労本部・衛生医療評議会 各種アンケート結果について」 …… 245

2. 通知・記事等 …… 279

スケジュール

【第1日目（全体会）】 2025年2月22日（土） 13：00～17：45

12：30～13：00 受付開始・接続テスト

13：00～13：15 開会・あいさつ（小森議長、山崎副委員長）

13：15～13：50 特徴的な情勢と課題

衛生医療評議会事務局長 平 山 春 樹

13：50～15：00 講演「新たな地域医療構想について」

厚生労働省医政局地域医療計画課 地域医療構想推進室長 堤 雅 宣さん

15：00～15：15 休 憩

15：15～16：20 講演「公立邑智病院における医療DXの取り組みについて」

島根県公立邑智病院副院長（兼）事務部長、企画調整課長事務取扱

日 高 武 英さん

16：20～17：00 能登半島地震の報告「被災病院の経験と今後の対策」

石川県本部 珠洲市職員組合（珠洲市総合病院） 菊 谷 祐 介さん

17：00～17：30 国会レポート「衛生医療評議会に関連する活動報告」

自治労協力国会議員 参議院議員 岸 まきこさん

17：30～17：45 まとめ・休会

【第2日目（分科会）】 2025年2月23日（日） 9：30～13：00

◆ 看護師分科会「看護師あるあるから職場の課題を考えよう」

9：00～9：30 会場受付

9：30～9：35 開会・あいさつ

9：35～9：45 看護問題対策委員会活動報告

看護問題対策委員 松 川 誠 治さん

9：45～9：55 看護問題対策委員会提起

看護問題対策委員 柴 田 直 希さん

9：55～10：55 講演「労働基準監督署の役割と医療現場の課題」

尾形メンタルサポート代表（元奈良労働基準監督署長） 尾 形 賢 一さん

（休 憩）

11：05～12：15 グループワーク

12：15～12：50 グループワーク報告・質疑応答

12：50～13：00 まとめ・閉会

◆ 医療政策分科会「みんなで学ぼう、公立病院の経営改善」

9 : 00～9 : 30 会場受付

9 : 30～ 開会・挨拶

9 : 35 講演「公立病院の経営改善について」＋質疑

NPO法人病院経営支援機構理事長 合 谷 貴 史さん

(休 憩)

10 : 45 実習「公営企業年鑑の見方と活用」実習＋質疑

NPO法人病院経営支援機構理事長 合 谷 貴 史さん

12 : 45 講評・まとめ

13 : 00 閉 会

◆ コ・メディカル分科会「医療技術職の労働環境改善とキャリアアップ戦略」

9 : 00～9 : 30 会場受付

9 : 30～9 : 35 開会・あいさつ

9 : 35～11 : 05 コ・メディカル委員会提起

「医療技術職のポストの課題」

広島県本部 世羅中央病院労働組合 草 井 昭 紀さん

「人員要求をするために」

千葉県本部 千葉市職員労働組合（千葉市立青葉病院） 藤 崎 和 仁さん

「中途採用者の前歴換算について」

富山県本部 富山県職員労働組合（富山県立中央病院） 竹 本 昌 平さん

「病院給食調理員の現場課題と取り組み」

島根県本部 雲南市立病院職員労働組合 神 田 治さん

11 : 05～11 : 40 パネルディスカッションと質疑応答

(休 憩)

11 : 50～12 : 50 グループワーク

12 : 50～13 : 00 まとめ・閉会

オンライン参加にあたっての注意事項

1. 【重要】ミュート（マイクオフ）設定のお願い

参加者は質疑応答などを除いて、ミュート（マイクオフ）の設定でのご参加をお願いします。

2. 参加登録名について

参加者確認のため、Zoomの登録名は「県本部番号・県本部・苗字」で表示して下さい。
また、県本部の前に、下記の県番号の表記をお願いします。

例：29和歌山・小森

北海道	01	北海道		26	滋賀
東北	03	青森	近畿	27	京都
	04	岩手		28	奈良
	05	宮城		29	和歌山
	06	秋田		30	大阪
	07	山形		32	兵庫
	08	福島	中国	33	岡山
	09	新潟		34	広島
関東甲	10	群馬		35	鳥取
	11	栃木		36	島根
	12	茨城		37	山口
	13	埼玉	四国	38	香川
	14	東京		39	徳島
	15	千葉		40	愛媛
	16	神奈川		41	高知
北信	17	山梨	九州	42	福岡
	18	長野		43	佐賀
	19	富山		44	長崎
	20	石川		45	大分
東海	21	福井		46	宮崎
	22	静岡		47	熊本
	23	愛知		48	鹿児島
	24	岐阜		49	沖縄
	25	三重		60	社保労連

3. 接続確認について

セミナー当日は、全体会は12時30分頃よりZoomへの入室が可能となります。入室いただきましたら、①画像が見えるか、②音楽が聞こえているかを確認してください。不具合がある場合は、（当日専用連絡先）090-5400-6576 までお問い合わせ下さい。

4. 参加者アンケートについて

参加者アンケートへのご協力をお願いいたします。アンケートの入力時間を設けておりますので、スマートフォンやタブレットで下記のQRコードを読み取ってアンケートページへ進んでください。

【2月22日 全体会】



【2月23日 分科会】



I 全 体 会

1. 本 部 提 起

基調提起

2025 年度地域医療セミナー

テーマ「地域医療構想の現状と 2040 年にむけた今後の展望

～医療現場の労働環境改善を考える～」

<趣旨>

現在、日本の地域医療は人口減少や高齢化、医療人材の慢性的な不足、そして物価・人件費高騰によって厳しい病院経営に直面しています。また、2040 年を見据えた医療体制の再構築が求められる中で、医療現場における人員確保と人材育成、賃金・労働環境の改善が地域医療の持続可能性を支える上で重要となります。

このセミナーでは、「地域医療構想の現状と 2040 年にむけた今後の展望」をテーマに、医療現場の現状を共有するとともに、その課題を解決するための具体的な取り組みについて議論します。初日となる全体会では、地域医療構想の進展や公立病院における医療 DX 推進の状況、災害時における公立病院の役割について講演や報告をいただき、地域医療の現状と今後の課題について考えます。さらに、組織内国会議員からの活動報告を通じて、医療現場の課題について国の動きや国会議員の役割について共有します。

二日目の分科会では、看護師分科会とコ・メディカル分科会において、医療現場の抱える労働環境やキャリアアップの課題を掘り下げ、職場の人員確保や賃金・労働条件の改善にむけた具体策を議論します。医療政策分科会では、公立病院の経営改善にむけた知識を深めるために病院経営に関する指標を把握・分析できるようにします。

本セミナーを通じて、医療現場のすべての職種が連携し、地域医療の持続可能な発展にむけて具体的な行動を起こす契機とすることをめざします。人員確保や賃金・労働環境の改善の施策を共有し、病院経営も注視した上で、人員確保や労働環境の整備等、組合員が抱える課題解決にむけ、交渉力の底上げにつなげたいと考えます。

特徴的な情勢と課題

公立病院の経営状況について

総務省が9月27日に発表した「地方公営企業の2023年度決算概要」によると、公立病院事業は前年の1,996億円の黒字から一転し、2,055億円の赤字となりました。この赤字は4年ぶりで、その主な要因は、新型コロナ関連の補助金減少や人件費の高騰、患者数の減少とされています。また、過去10年間で経常損失（赤字）を計上した公立病院の割合は、新型コロナ関連補助金の終了後に急増し、最も少なかった2021年度の27.6%から、2023年度には70.4%に達しました。物価や人件費の高騰は続いており、2024年度の経営状況については2023年度を大きく上回る赤字額が見込まれています。

さらに、全国自治体病院協議会が12月12日に公表した「2024年上半期収支及び通期決算見込み調査」によると、上半期の経営状況は、回答のあった自治体病院の有効回答の合計では、経常収益は前年度に比べ1.1%増加したものの、経常費用は3.3%増加し、その結果、経常利益は46.4%減少しています。通期の決算見込みでは、経常収益は0.9%減少し、経常費用が3.7%増加し、経常利益は123.8%の大幅減となる見通しです。また、2024年度人事院勧告を踏まえた給与改定状況は、77%の自治体病院が給与改定を予定している一方で、16%は未定、3%は一部実施予定、4%は実施しない見込みとなっています。

地域医療を守るため、本部は引き続き、関係省庁・国会対策を行い、物価・人件費の高騰への対応や、不採算医療・政策医療への財政支援を強く求めていきます。

医療機関に関連する2024年度補正予算について

2024年度補正予算案が2024年12月17日に参院本会議で可決・成立しました。医療現場に関連する厚生労働省の予算として、「人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ」に1,311億円が計上されました。その内訳は以下の通りです。

1. 生産性向上・職場改善事業（828億円）

ベースアップ評価料を算定する医療機関を対象に、業務の効率化を目的とした支援が行われます。具体的には、ICT機器の導入やタスク・シフト/シェアの推進による業務効率の向上をはかるため、

- ・ 病院・有床診療所には病床1床あたり4万円
- ・ 診療所・訪問看護ステーションには1施設あたり18万円が交付

2. 医療需要の変化に対応した医療機関支援（428億円）

病床数の適正化を進める医療機関を対象に、病床削減の支援として1病床あたり410.4万円が交付

3. 産科・小児科医療確保事業（55億円）

出生数の減少や少子化の影響を受ける医療機関を支援し、地域の周産期・小児医療の提供体制の確保

内閣府の予算としては、重点支援地方交付金が1.1兆円計上されました。その内訳は以下のとおりです。

- ・ 低所得世帯支援枠：0.5兆円
- ・ 推奨事業メニュー：0.6兆円

医療機関に対する支援として、推奨事業メニューの「⑤医療・介護・保育施設、学校施設、公衆浴場等に対する物価高騰対策支援」が、昨年度に引き続き措置されました。

総務省の予算としては、12月17日の参議院総務委員会において、自治労組織内議員の岸まきこ参議院議員が、公立病院の経営が今年度非常に厳しいことを踏まえ、公立病院に対する交付税の基準額を物価・人件費の高騰を踏まえ、見直すべきと質問しました。これに対して総務省は、公立病院は独立採算が原則であるものの、2024年度補正予算で人事院勧告による引き上げによる影響分を計上し、特別交付税の単価を見直すと答弁がありました。単価見直し額や予算総額は2025年1月時点では公表されていませんが、特別交付税の単価見直しはこれまでにない対応となります。

こうした2024年度補正予算による医療機関への財政支援を踏まえ、自治労本部衛生医療評議会では、1月10日に開催された「2025年度第2回県本部労働条件担当者会議」において、医療現場の賃上げの取り組みについて提起しました。さらに、1月14日に各県本部に対し、取り組みに関する情報を発信（自治労情報2025第0005号）し要求書の提出と交渉を促しました。各単組は、この方針をもとに、医療現場の賃上げや処遇改善にむけ確定闘争の継続協議や春闘での取り組みを進める必要があります。

2025年度地方財政対策について

総務省は2024年12月27日に、「2025年度地方財政対策の概要」を公表しました。地方財政計画の規模は97兆100億円程度で、2024年度と比較して3兆3,700億円程度（約3.6%）増加となっています。

公立病院に対しては物価高騰対策として、公立病院の新設・建替等事業におけ

る 1 m²あたりの建築単価の上限を 52 万円から 59 万円に引き上げました。また、物価・人件費の高騰や患者減少により、資金不足に陥る公立病院が増加していることを踏まえ、資金不足の公立病院や、今後資金不足が見込まれる病院に対し、経営改善実行計画を策定し、収支改善に取り組む病院には、経営改善の効果額の範囲内で活用できる地方債（病院事業債（経営改善推進事業））を創設しました。さらに、総務省と厚生労働省の共同事業として、病院経営のトップ層を対象に、持続可能な経営に必要な知識を習得する研修（医療経営人材養成研修）を創設しました。

また、不採算地域やへき地における医療提供体制の確保のため、2021 年度から実施されている不採算地区病院等への特別交付税の基準額 30%引き上げを継続します。加えて、へき地医療を担う公的医療機関に対する地方団体の助成経費に係る特別交付税の対象に、へき地医療拠点病院等が行う訪問看護、遠隔医療に要する経費を追加しました。

公立病院の経営は、物価・人件費の高騰や患者減少によって非常に厳しさを増しています。資金不足の病院については、今回措置された地方債を活用し、対応することが求められます。また、現行の診療報酬は、現在の物価や人件費に見合った水準とは言えないため、自治労本部は次期診療報酬改定にむけ、必要な財源確保をめざし、省庁・国会対策を行っていきます。

診療報酬による賃上げの状況について

2024 年診療報酬改定で、医療現場の賃上げの措置としてベースアップ評価料の新設および初・再診料や入院基本料の引き上げが行われました。これを踏まえ、自治労本部衛生医療評議会は 3 月 27 日に人事院勧告と診療報酬による賃上げを切り分け対応する方針を発信し、各県本部・単組に対し、賃上げにむけた取り組みを促してきました。

1 月 6 日時点の集約では、ベースアップ評価料を算定している公立病院は、回答のあった 347 病院のうち 89%（310 病院）となっています。ベースアップ評価料を算定した病院の賃上げ方法として、人事院勧告とは切り分け実施した病院は 3%（11/316 病院）にとどまっています。

この背景には、人事院勧告の大幅な給与引き上げ勧告と病院経営の悪化に加え、厚生労働省の 2024 年 3 月 28 日に示された疑義解釈で「ベースアップ評価料による収入について、人事院勧告にともなう給与増加分にもちいても差し支えない」という通知が出されたことが影響しています。

ベースアップ評価料による賃上げ実施期限は、当初 2024 年 12 月末まででしたが、2025 年 3 月末まで延長されました。これを踏まえ、春闘期においてベースアップ評価料を未算定の医療機関は速やかに算定・賃上げの実施にむけた取

り組みを進める必要があります。また、人事院勧告の賃上げ分にベースアップ評価料の財源をすべて充てている医療機関については、人事院勧告を上回る賃上げの実施をめざし、粘り強く交渉を続けることが求められます。

医療従事者の労働環境に関するアンケート結果について

自治労衛生医療評議会は、医療従事者の労働環境等に関する課題を把握するため、2024年11月26日から2025年1月22日にかけてWEBアンケートを実施し、10,434人から回答を得ました。

始業前業務に関して、全体の71%（7,382人／10,371人）が「ある」と回答し、そのうち時間外労働として申請していたのは12%（961人／7,803人）でした。休憩時間については、すべて取得できたと回答したのは、全体の25%（2,606人／10,290人）で、取得できなかった休憩を時間外労働として申請しているのは18%（1,849人／10,119人）でした。また、全体の87%（9,065人／10,378人）は休憩を中断して業務にあたることがあると回答しています。勤務後の不払い残業に関しては、全体の48%（4,829人／10,158人）が「ある」と回答しています。また、現在の収入については、68%（7,010人／10,370人）が不満を持っていると答えています。パワーハラスメントについては、1年以内に21%（2,096人／10,075人）が自分が受けたと回答し、カスタマーハラスメントについては、26%（2,612人／10,084人）が自分が受けたと回答しています。仕事を辞めたいと思う割合は、昨年の79%から2ポイント減少し77%（7,895／10,308人）となりましたが依然として高い水準となっています。辞めたいと思う理由は、「業務が多忙」が最も多く、次いで、「賃金に不満」、「業務の責任が重い」、「人員不足」となっています。

これらの結果から、多くの医療従事者が労働環境に多くの課題を抱えていることが明らかになりました。衛生医療評議会では、この結果を重く受け止め、公立病院で働く医療従事者の労働環境改善に取り組む必要があります。また、単組においては、労働基準法の順守を徹底するとともに、業務と自己研鑽のあいまいな部分を明確にするなど、早急な対応が求められます。

入院時の食費20円引き上げについて

12月26日の厚生労働省の社会保障審議会・医療保険部会において、食材費等の高騰が続いていることを踏まえ、入院時の食費基準の見直しについて、原則自己負担で進めるが、低所得者には一定の配慮をすることで了承されました。以下の内容で2025年4月1日から見直しが実施されます。

改定の内容

食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額のうち食事の提供に係るものに

ついて、1食につき20円引き上げる。ただし、

- ・住民税非課税世帯に属する70歳以上の者であって、前年の公的年金収入が80万円以下等であるものについては据え置くこととし、
- ・その他の住民税非課税世帯に属する者については、1食につき10円引き上げることとする。

厚生労働省は12月27日、この見直しについて国民からの意見（パブリックコメント）を募集しました。自治労本部は、1月10日にパブリックコメントを提出し、入院時の食費の引き上げに賛成する一方で、現在の食料費高騰に加え、光熱費や人件費の高騰を踏まえると、1食あたり20円の引き上げでは不十分であることを指摘しました。また、人件費や委託費の高騰による影響も考慮し、引き上げ額のさらなる見直しを求めました。さらに、医療機関への財政支援に加え、食費の物価高騰による影響を適正な指標をもとに公定価格へ反映する仕組みの構築を提言しました。

新たな地域医療構想について

社会保障審議会医療部会は12月18日、新たな地域医療構想と医師偏在対策についてのとりまとめを了承しました。

新たな地域医療構想は、2025年を目標に病床の機能分化・連携を行う現行の地域医療構想から、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増加や現役世代の減少に直面する2040年頃を見据えた構想へと移行します。新たな地域医療構想では、「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制をめざしています。入院医療に加え、外来・在宅医療、介護との連携も含まれ、医療法上で医療計画の上位に位置付けられます。

また、従来の病床機能報告に加えて、新たに医療機関機能も報告を法制化します。医療機関機能は以下の5区分に分類されます。

- ・高齢者救急・地域急性期機能
- ・在宅医療等連携機能
- ・急性期拠点機能
- ・専門等機能
- ・医育及び広域診療機能

病床機能は現行の四区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を維持しますが、「回復期機能」を「包括期機能」に変更し、高齢者救急など幅広い需要に対応するとしています。

構想区域とその協議の場は、必要に応じて広域な観点での区域とし、在宅医療等は必要に応じて二次医療圏より狭い区域での議論が求められています。実情

に応じて市町村単位や保健所圏域等の区域を設定することが適当とされています。また、地域医療構想調整会議には、医療関係者、介護関係者、保険者、都道府県、市町村等の必要な関係者が議題に応じて参画して、地域の実情を踏まえながら実効性のある協議を実施することが重要とされています。

現行の地域医療構想では一般病床及び療養病床のみが対象であり、精神病床は含まれていませんでしたが、新たな地域医療構想では精神医療を位置付けるとし、今後具体的な内容を検討していきます。施行にあたっては、十分な準備期間を設けることとされています。

医師偏在対策について

医師偏在対策として、人口減少よりも医療機関の減少スピードが早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域（仮称）」に設定し、優先的・重点的に対策を進めます。都道府県は、医師確保計画の中で、この区域を対象とした「医師偏在是正プラン（仮称）」を策定し、以下の内容を定めます。

- ・ 重点区域
- ・ 支援対象医療機関
- ・ 必要な医師数
- ・ 医師偏在是正にむけた具体的な取り組み

経済的インセンティブとして、「重点医師偏在対策支援区域（仮称）」での医師確保を促進するため、以下の支援策を検討します。

- ・ 診療所の継承・開業・地域定着支援
- ・ 派遣医師・従事医師への手当増額
- ・ 医師の勤務・生活環境の改善
- ・ 派遣元医療機関への支援
- ・ 診療報酬による対応

規制的手法として、「外来医師過多区域」での新規開業希望者に対して、開業6カ月前に提供する予定の医療機能等の届出を求めることを医療法に規定します。その内容を踏まえ、都道府県は新規開業希望者に協議の場への参加を求め、地域で不足している医療機能の提供を要請します。要請に従わない医療機関には、以下の措置を行います。

- ・ 都道府県医療審議会での説明要求
- ・ 勧告の実施および必要に応じた公表
- ・ 保険医療機関の指定期間を6年から3年に短縮
- ・ 医療機能情報提供制度での報告・公表
- ・ 都道府県ホームページ等での公表（勧告に従わない医療機関名や理由）

- ・診療報酬の対応や補助金の不交付措置

さらに、保険医療機関には管理者を設け、一定期間保険診療に従事した経験を要件とします。また、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関を公的医療機関等にも拡充し、管理者要件としての勤務経験期間はこれまでの6カ月以上から1年以上に延長されます。医師偏在対策の効果を施行後5年を目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策が検討される予定です。

これら新たな地域医療構想や医師偏在対策に関する法改正は、2025年の通常国会で議論され、関連する医療法等の改正が進められる予定です。

組織強化・拡大にむけた取り組み

医療現場では慢性的な人員不足が続き、多忙な職場が増えています。業務の責任や業務量に対して賃金が見合わず、始業前業務（いわゆる前残業）や休憩の未取得、不払い残業などの課題も深刻です。こうした状況を改善し、働き続けられる環境を整備するためには、人員確保や労働環境の改善にむけた労働組合の役割が一層重要となります。

課題解決には、現場組合員の声を集め、それをもとに賃金・労働条件、職場環境改善など具体的な取り組みを進めることが不可欠です。また、組合の交渉力を強化するためには、組合組織率の向上が必要です。そのためには、組合の活動を組合員に理解してもらい、関心を持ってもらうための適切な情報発信が求められます。

衛生医療職場では、離職や人員不足により、新規採用者や中途採用者の割合が増加しています。新規採用者の100%組合加入をめざし、未加入者への粘り強い働きかけを行うことが重要です。さらに、既存の未加入者への対応や、高年齢層職員の組合加入促進、会計年度任用職員（非正規労働者）の組織化も重要な課題です。

組織拡大・強化には、労働組合の意義や活動を広く伝え、組合員の理解を深めることが不可欠です。「じちろう共済」や「マイカー共済」などの福利厚生制度を積極的に活用し、組合加入のメリットを明確に伝えます。組合未加入者に対しては、対話を重ねながら、全員が組合に加入できるよう働きかけていきます。

第27回参議院選挙における「岸まきこ」の勝利にむけた取り組み

自治労は第97回定期大会（2023年8月）で、2025年7月の第27回参議院選挙において、現参議院議員の「岸まきこ」さんを全国比例区から自治労組織内候補として擁立することを決定しています。岸まきこさんは、私たちの職場や現場

の声を、組織内議員を通じて政治の場に反映させ、さまざまな課題の改善につなげています。「岸まきこ」さん必勝の取り組みは、自治労の影響力を内外に示すとともに、医療現場の声を政治に反映させる重要な選挙であることを全体で再確認しなければなりません。

各単組は、各県本部の方針に基づいた取り組みを基本とし、全ての単組は推薦決定を行います。また、組合員への「岸まきこ」さんの周知には、衛生医療評議会作成のビラや衛生医療評議会と岸まきこ対談動画を活用し、一人最低 3 回の声掛けに取り組みます。組合員・公共サービスの現場の声を国政に届けることをめざし「岸まきこ」さんの必勝にむけ、自治労衛生医療評議会の総力をあげて取り組みを進めましょう。

最後に

地域に必要な医療を提供していくことは、公立病院の重要な使命です。その医療を提供するのは現場で働く医療従事者であり、人員確保が不可欠です。人員確保のためには、賃金・労働条件の改善、労働時間の適正化、教育・研修制度の充実、各種ハラスメント対策などが必要です。また、組合員一人ひとりが抱える課題に寄り添うことで組合への結集力が高まり、組合の組織力向上や現場の声の集約が課題解決に繋がります。地域医療の充実と、衛生医療職場で働く組合員が定年まで健康で働き続けられる職場をめざし、全国の自治労組合員が一丸となって取り組みましょう。

各県本部委員長様

全日本自治団体労働組合
中央執行委員長 石上 千博
(総合政治政策局 衛生医療評議会)

2024年度補正予算を踏まえた医療現場の賃上げの取り組みについて

連日のご健闘に心より敬意を表します。

さて、公立・公的病院については、コロナ渦以降の患者数の減少や、物価・人件費の高騰により、経営が急激に悪化しています。経営難を理由として人事院勧告を見送ったり、一部が未実施となっている病院も少なくありません。

こうした中、2024年度の補正予算において、医療機関に対する財政支援が措置されました。1月10日の「2025年度第2回県本部労働条件担当者会議」では、平山衛生医療評議会事務局長が「補正予算を踏まえた医療現場の賃上げの取り組み」について提起しました。この動画と資料について、ご案内いたします。

衛生医療評議会の方針に基づき、確定闘争の継続協議や春闘期に合わせ、医療現場のさらなる賃上げの取り組みを推進いただくようお願いします。

記

1. 「補正予算を踏まえた医療現場の賃上げについて」提起・動画
https://www.youtube.com/watch?v=_2kANc0yijI
2. 資料については添付をご参照ください。
3. 本件に関するお問い合わせ
自治労本部・衛生医療評議会（担当：平山、蓮見） TEL 03-3263-0622

 補正予算による賃上げの取り組みについて（衛生医療）.docx (application/vnd.openxmlformats-officedocument.wordprocessingml.document)

 労担会議衛生医療添付資料_.pdf (application/pdf)

 動画QRコード.docx (application/vnd.openxmlformats-officedocument.wordprocessingml.document)

以上

2024 年度補正予算を踏まえた医療現場の賃上げの取り組みについて

1. 背景

2024 年度、多くの公立病院が物価や人件費高騰、患者減少等により急激な経営悪化に直面している。2024 年診療報酬改定による賃上げ措置は、多くの公立病院で人事院勧告の引き上げ財源に充てられ医療従事者のさらなる賃上げにはつながっていない。また、一部の公立病院では経営難から人勧を見送りや一部未実施となった病院もある。

2024 年度補正予算で財政支援が措置され、ベースアップ評価料の実施期限が 3 月末まで延長されたことを踏まえ、医療現場のさらなる賃上げに取り組む必要がある。

2. 取り組み

- ①自治体単組と連携し、確定闘争の継続協議や春闘期に合わせて、医療現場の賃上げ等に関する要求書を提出し交渉する。
- ②自治体当局や病院当局に対して補正予算による財源を確認し、財源を得る。
- ③人事院勧告完全実施と診療報酬による取り組み方針をベースに、3 月末までに人勧を上回る賃上げや人員確保、職場環境改善を求める。

*補正予算による財政支援を単なる医療機関の赤字補填にさせないこと。

3. 要求項目について

要求書に以下の要求項目を盛り込む

・医療機関に関する 2024 年補正予算の財源総額を明らかにし、確実に医療機関に繰り入れを行うこと。その財源をもとに医療現場の賃上げ及び人員確保、職場環境改善を行うこと。

4. 具体的な取り組みの例

- ・人勧未実施や一部未実施の場合、完全実施
- ・人勧実施確認済の場合、診療報酬による財源を人勧に充てている場合は別途月額手当や国を上回る地域手当支給
- ・中堅層以上（賃上げ率が 2.5%未満や 3 級以上）の職員に対し月額手当支給
- ・夜勤手当をはじめとする各種特殊勤務手当の増額
- ・各種特殊勤務手当の新設
- ・生産効率向上のため、現場の意見をもとに ICT 関連機器導入
- ・タスク・シフト/シェアのため看護補助者や医師事務作業補助者の人員確保や処遇改善

*各病院単組の状況に応じた交渉を行う

5. 公立病院の経営状況と診療報酬による賃上げの現状について

1) 公立病院の経営状況について

2023 年度総務省資料 約 7 割が経常収支赤字

2024 年自治労サンプリング調査において、多くが 2023 年度を上回る経営悪化見通し

2) ベースアップ評価料の算定と賃上げの状況

- ・2025 年 1 月 6 日時点で、89%がベースアップ評価料を算定済
- ・人勧とは別で賃上げを実施したのはベースアップ評価料を算定した医療機関の 3 % (11 医療機関)

6. この間の衛生医療評議会の医療機関の財政や賃上げ課題に対する省庁国会对策

10 月 8 日：酒井 なつみ衆議院議員

11 月 4 日：岸 まきこ 参議院議員

11 月 7 日：鬼木 まこと 参議院議員

11 月 12 日：逢坂 誠二 衆議院議員

11 月 13 日：立憲民主党と国民民主党に予算要請

11 月 14 日：自治労本部と組織内国会議員 3 名による関係省庁との意見交換

11 月 25 日：総務省予算要請

12 月 3 日：長妻 昭 衆議院議員、中島 克仁 衆議院議員

12 月 13 日：厚生労働省予算要請

12 月 23 日：社民党に予算要請

*詳細は自治労 SNS 等参照

7. 2024 年度医療機関に関連する補正予算について

医療分野の生産性向上・職場環境改善等による更なる賃上げ等の支援

施策名：人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ

1) 厚生労働省補正予算について（資料参照）

① 生産性向上・職場環境整備等事業（828 億円）

⇒ICT 機器の導入による業務の効率化・タスク・シフト／シェアによる業務の効率化

施設要件：ベースアップ評価料算定医療機関

4 万円×病床数

例：400 床の病院の場合 $4 \text{ 万円} \times 400 \text{ 床} = 1,600 \text{ 万円}$

② 医療需要等の変化を踏まえた医療機関に対する支援（428 億円）

患者減少等により経営状況の急変に直面している医療機関への支援

⇒病床削減に対する財政支援

410.4 万円×病床数

例：50 床削減の場合 $410.4 \text{ 万円} \times 50 \text{ 床} = 2 \text{ 億 } 520 \text{ 万円}$

*通常 114 万（稼働率 50%未満）～228 万（稼働率 90%以上）

重点支援区域とモデル推進区域で統合による病床削減は通常分に 1.5 倍に上乗せ

③ 産科・小児科医療確保事業（55 億円）

・特に分娩取扱施設が少ない地域等における分娩取扱機能の維持のための取組を支援する

・地域の小児医療の拠点となる施設について、急激な患者数の減少等を踏まえた支援を行う

⇒支援額に関する詳細未

2) 重点支援地方交付金（内閣府）

- ・推奨事業メニュー⑤ 医療機関等の食材費やエネルギー高騰に対する支援

国への実施計画提出期限 2025 年 1 月 24 日（金）12:00【厳守】（全団体）

⇒県本部および単組は、都道府県や自治体に重点支援地方交付金の内容を確認する。推奨メニュー⑤が含まれていない場合や、公立病院が対象外となっている場合には、都道府県や自治体に対して申し入れを行う。

*参考：兵庫県の 2023 年度の例

（光熱費支援）病院・有床診療所

1 病床 20,000 円 400 床の病院の場合 20,000 円×400 床＝800 万円

（食材料費支援）入院時食事療養を実施している病院・有床診療所

1 病床 6,400 円 400 床の病院の場合 6,400 円×400 床＝256 万円

3) 総務省補正予算について

2024 年 12 月 17 日の岸まきこ総務委員会質疑（自治労情報 2024 第 0212 号参照）で総務省から「2024 年度補正予算案により地方公務員の給与改定に必要な経費を盛り込んで計上している。公立病院についても人勸を踏まえた影響額を計上している。これを踏まえ特別交付税の単価を引き上げる予定である」との答弁あり。

*公営企業は独立採算が原則で、これまで人勸引き上げに対しての財政措置はなし。

補足説明（総務省準公営企業室に確認）

- ・ 医療機関に関連する特別交付税の単価を引き上げる
- ・ 公立病院の経営形態は関係なく、独法や指定管理も対象
- ・ 人勸実施か未実施は関係ない
- ・ 全自治体に対して総務省準公営企業室が再調査 2024 年 12 月 23 日締め切り
- ・ 特別交付税の単価の引き上げ額や財源総額は実態を踏まえ調整中
- ・ 3 月交付の特別交付税に反映される

8. 交渉状況と結果の共有

(1) 現時点の状況を以下の Google フォームに入力する。進展や妥結した場合には再度入力する。入力は単組が直接を基本としますが、県本部が取りまとめて入力してもかまいません。



<https://forms.gle/Gpo3bbhgCvACUGJv7>

(2) Google フォームの結果については、以下のスプレッドシートでご確認ください。



<https://docs.google.com/spreadsheets/d/19jbLw7cgKtzyYx9laoJk6bjGi65U7Kbwz4zd9DAKJs/edit?usp=sharing>

全国の病院に占める公立病院の役割

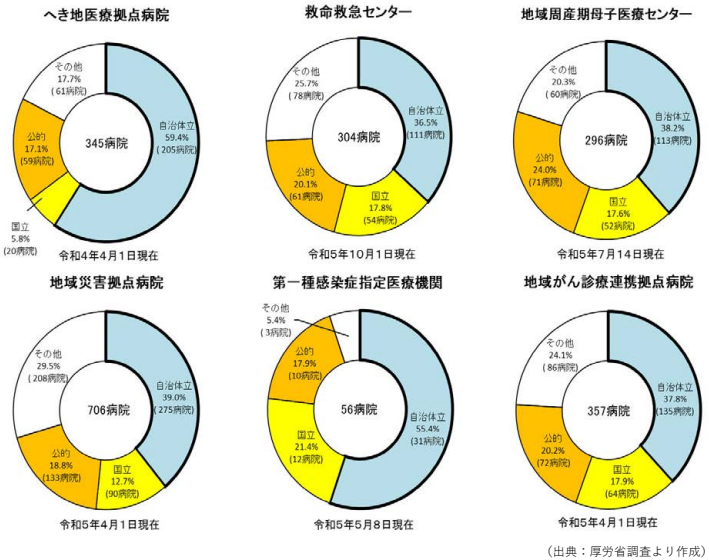
- 全国の病院に占める公立病院の割合は、病院数で約11%、病床数で約14%。
- 民間病院の立地が困難なへき地等における医療や、救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に係る医療、民間病院では限界のある高度・先進医療の多くを公立病院が担っている。

○全国の病院に占める公立病院の割合

	病院数	病床数
全 体	8,097	1,479,728
公 立	854	201,916
	(10.5%)	(13.6%)
国 立	316	122,859
	(3.9%)	(8.3%)
公 的	330	102,436
	(4.1%)	(6.9%)
そ の 他	6,597	1,052,517
	(81.5%)	(71.1%)

※表は医療施設動態調査（令和6年3月末）（厚労省）より作成
 ※表の「公立病院」は、地方公営企業の病院及び公営企業型地方独立行政法人病院
 ※表の「公的病院」は、公立大学附属病院や日本赤十字社、済生会、厚生連等が開設・運営する病院

○自治体病院の役割



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。

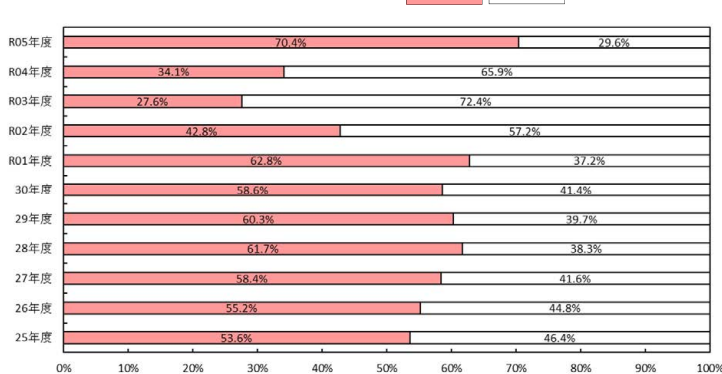
<参考1> これまでの公立病院改革における再編・ネットワーク化の実績

	H20～H26実績	H27～R3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	74公立病院	200公立病院	53公立病院

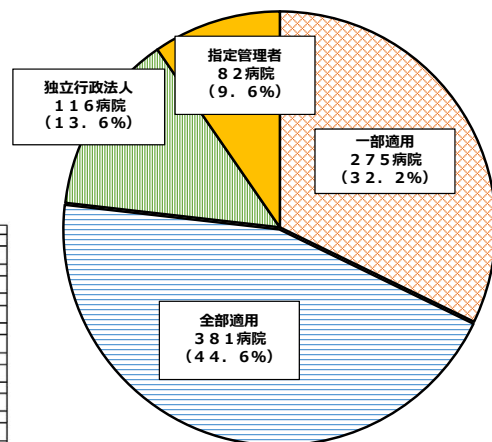
<参考2> 公立病院数及び病床数の比較

病院数	H14 (ピーク時)	H20	R5	増減率 (H20→R5)	増減率 (H14→R5)
病院数	1,007	943	854	▲9.4%	▲15.2%
病床数	239,921	228,280	201,916	▲11.5%	▲15.8%

<参考4> 経常損失を生じた公立病院数の割合

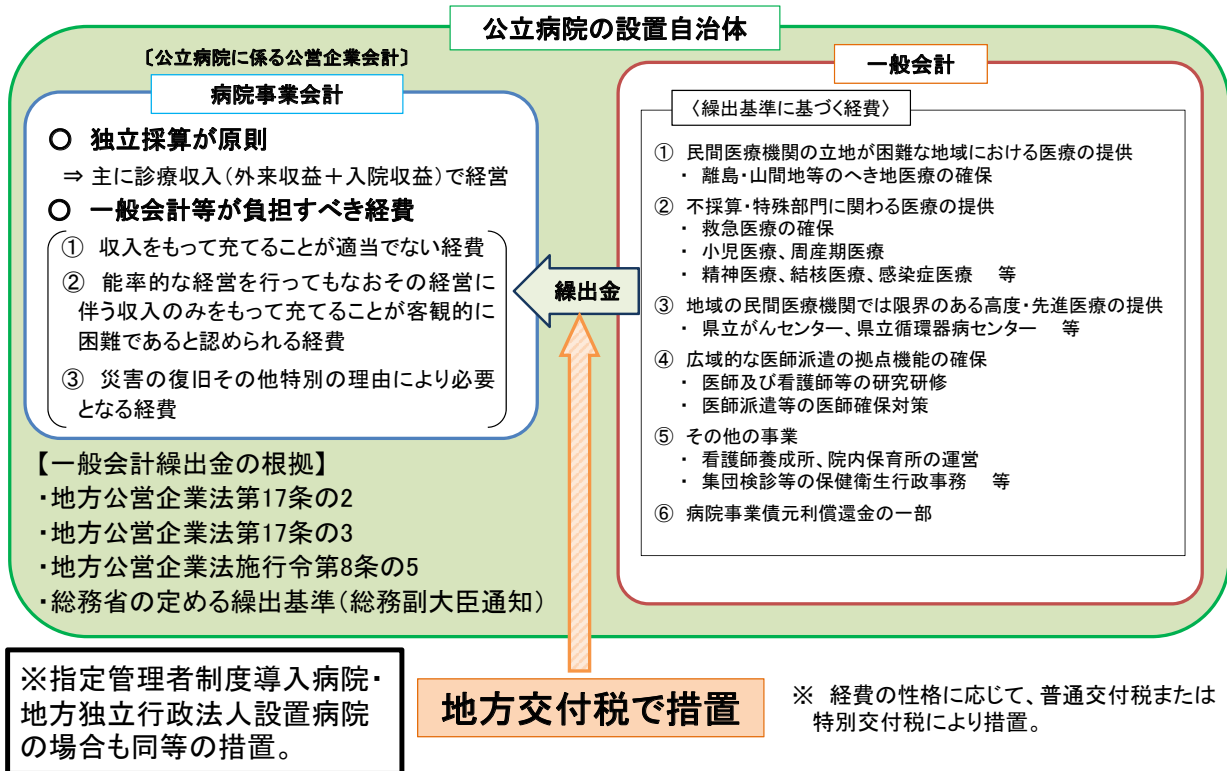


<参考3> 令和5年度末時点の経営形態の見直し状況



2

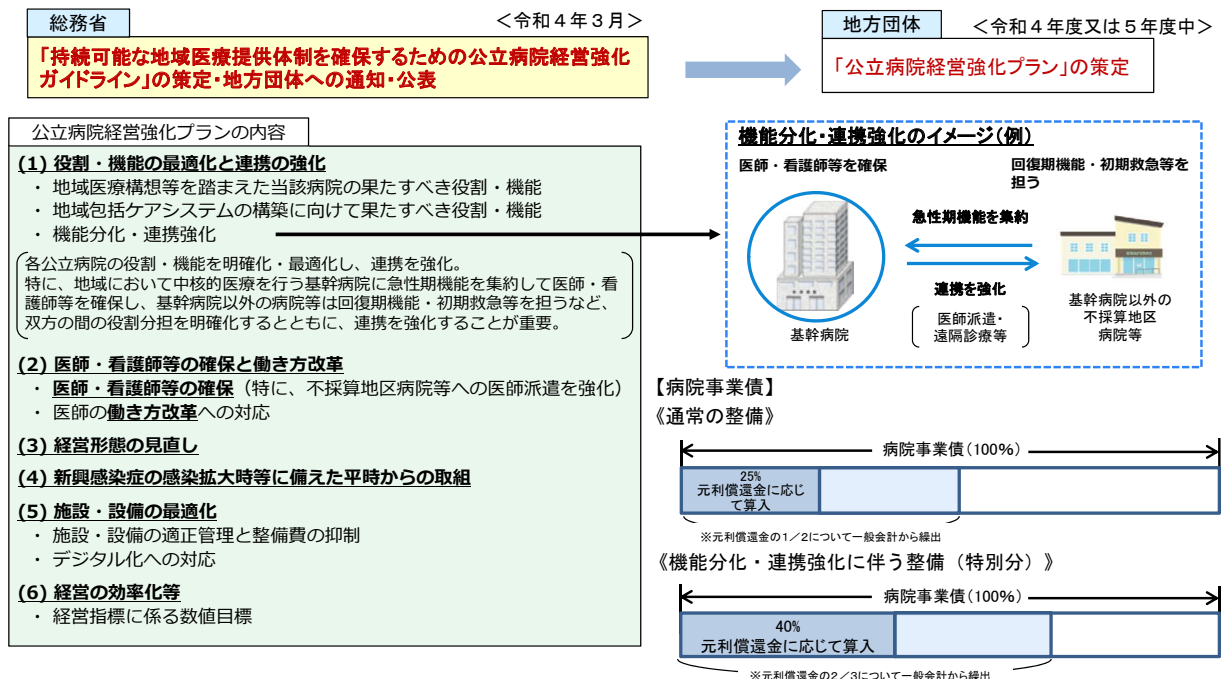
病院事業に対する一般会計の負担（一般会計繰出金）



3

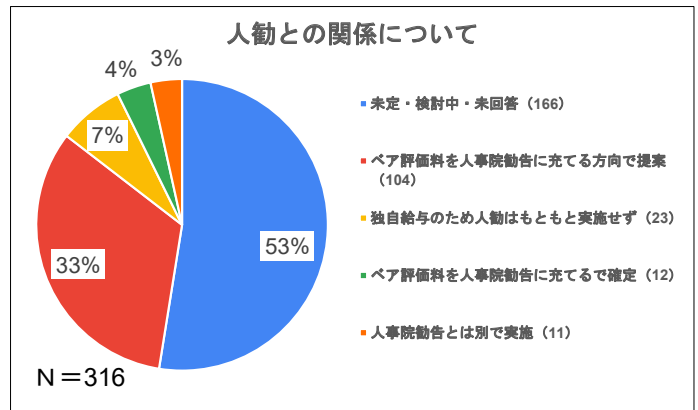
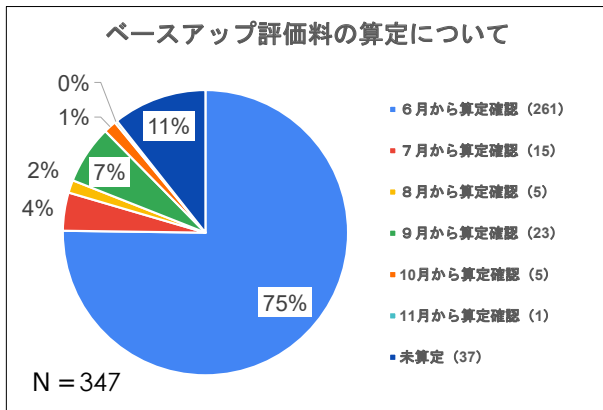
公立病院経営強化の推進

- 公立病院は、これまで再編・ネットワーク化、経営形態の見直しに取り組んできたが、依然として経営状況は厳しく、以下の課題に対応しながら地域医療提供体制を確保するためには、経営を強化していくことが重要。
- ・人口減少、少子高齢化に伴う医療需要の変化
 - ・医師・看護師等の不足
 - ・医師の時間外労働規制への対応
 - ・新興感染症への備え 等



4

ベースアップ評価料算定の状況（2025.1.6時点）



約89%がベースアップ評価料を算定

人勤とは別で賃上げ実施は3%
（11医療機関）

1

賃上げの例

- 広島県S病院（一部事務組合 全部適用）**
 対象：医師を除くすべての職員（事務職や訪問看護STと無床診療所含む）
 改善方法：月額手当
 改善額：正規職員とフルタイム 9,300円
 * 人事院勧告とは別途実施済
- 群馬県T地域医療企業団（2病院）（一部事務組合 全部適用）**
 対象：40才以上の医師以外の職員全員対象
 改善方法：月額手当
 改善額：10,000円
 * 人事院勧告とは別途実施済
- 愛媛県U市立病院（全部適用 3病院）**
 対象：医師以外の職員全員対象
 改善方法：月額手当
 改善額：看護師一般職10,000円、看護主任16,000円、看護視聴20,000円
 看護師以外10,000円
 * 人事院勧告とは別途実施済
- 福岡県K病院（独法）**
 対象：40歳以上の医師を除くすべての職員（事務職含む）
 改善方法：基本給を2.3%引き上げ
 * 人事院勧告とは別途実施済
- 兵庫県T市民病院（独法）**
 対象：医師以外の職員全員対象
 改善方法：月額手当
 改善額：11,000円
 * 人事院勧告とは別途実施済
- 兵庫県A市民病院（全部適用）**
 対象：医師と事務職を除くすべての職員
 改善方法：月額手当
 改善額：正規職員とフルタイム 10,000円
 * 人事院勧告とは別途実施済

2

令和6年度

補正予算案の主要施策集



【計数整理の結果、異同を生ずることがある。】

目次

I. 医療・介護・障害福祉分野の更なる質上げの支援等、医師偏在是正に向けた対策の推進

- 人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ 2
- 医療分野の生産性向上・職場環境改善等による更なる質上げ等の支援 3
- 医療需要等の変化を踏まえた医療機関に対する支援 4
- 出生数・患者数の減少等を踏まえた産科・小児科の支援 5
- 介護人材確保・職場環境改善等に向けた総合対策 6
- 介護分野の生産性向上・職場環境改善等による更なる質上げ等の支援 7
- 介護における介護テクノロジーの導入、協働化等の支援 8
- 訪問介護の提供体制の確保 12
- 障害福祉人材確保・職場環境改善等に向けた総合対策 15
- 障害福祉分野の生産性向上・職場環境改善等による更なる質上げ等の支援 16
- 障害福祉における介護テクノロジーの導入、協働化等の支援 17
- 障害者就労施設の経営改善等の支援 20
- 介護人材の確保、育成及び定着に向けた取組支援 23
- 医療・介護・障害福祉分野における食料料費・光熱水費等の支援 24
- 医師偏在是正に向けた医師不足地域の診療所の承継・開業の支援、リカレント教育の実施及び医師のマッチングの支援等 30

II. 持続的・構造的質上げに向けた支援等

- 最低賃金の引上げに対応する中小企業・小規模事業者向け生産性向上支援 36
- 生活衛生関係事業者の物価高等への対応に向けた価格転嫁等の取組支援や経営相談支援の実施 37
- フリーランスの就業環境の整備 38
- 育児休業取得時等の業務代替支援及び男性の育児休業取得促進に向けた取組支援の拡充 39
- シルバー人材センター会員の就業環境の整備に向けた取組の強化 40

III. 創業力強化に向けたイノベーションの推進、医薬品等の安定供給確保

- 創業エコシステム・創業クラスターの発展支援 42
- ファースト・イン・ヒューマン（F I H）試験実施体制の整備 44
- 国際共同治験のためのフットストップ窓口の設置 45
- AIを活用した創業に向けたプラットフォームの整備 46
- 後発医薬品の安定供給等に向けた産業構造改革 47
- バイオ後続品に係る製造施設整備の支援 48
- 足元の供給不安へ対応するための医薬品の増産体制整備に係る緊急支援 49
- 医療上必要不可欠な医薬品等の安定供給を図るための支援 50
- 抗がん剤の安定供給に向けた体制整備 55

- 血漿分画製剤の生産体制強化による国内自給、安定供給の確保支援 56
- 革新的医療機器の創出に向けた産業振興拠点の強化 57
- がん・難病の全ゲノム解析等の推進 58

IV. 医療・介護DX等の推進

- 全国医療情報プラットフォームや電子カルテ情報共有サービスの構築、電子処方箋の更なる全国的普及拡大等の促進 59
- 診療報酬改定DXの取組の推進 67
- マイナ保険証の利用促進に向けた取組 69
- 公費負担医療制度等のオンラインによる資格確認の取組 72
- 介護情報基盤の整備等に向けた取組の強化 74

V. 国際保健・次なる感染症に備えた対応等

- アジア諸国等における外国医療人材育成の促進等 78
- グローバル・ヘルス・イニシアティブ等への拠出を通じたユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）推進 80
- 次なる感染症への対応力強化に向けた体制強化 86

VI. 国民の安全・安心の確保

- 機能性表示食品等に係る健康被害への対応の強化等 92
- 女性の健康総合センターの体制の充実、相談支援体制の構築 93
- 臓器提供体制の強化のための医療機関への支援等 95
- 認知症の早期発見・早期介入実証プロジェクトの推進及び認知症施策推進計画の策定支援等 96
- 障害者の社会参加の推進等、共生社会の実現に向けた取組 99
- 居住支援を含む生活困窮者等の支援体制の整備及びNPO法人との連携強化等 104
- 地域におけるこども・若者等の自殺危機への対応強化、官民協働等による困難な問題を抱える女性への包括的な支援体制の強化 112
- 足元の企業倒産の増加に対する未払賃金立替払による対応 114
- 能登地域等に対する復旧・復興の支援、医療施設等の耐災害性強化等 115
- 能登地域の雇用と事業を下支えするための支援 129

参考（次頁以降の「②対策の柱との関係」について）

- I. 日本経済・地方経済の成長～全ての世代の現在・将来の賃金・所得を増やす～
- II. 物価高の克服～誰一人取り残されない成長型経済への移行に道筋をつける～
- III. 国民の安心・安全の確保～成長型経済への移行の礎を築く～

※「令和6年度厚生労働省補正予算案のポイント」における「I. 医療・介護・障害福祉分野の更なる質上げの支援等、医師偏在是正に向けた対策の推進」のうち、一部を分野別施策に組み替えて掲載している。

【○人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ】

施策名：人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ

令和6年度補正予算案 1,311億円

医政局医療経営支援課（内線2672）
医政局地域医療計画課
（内線2550,2665,8048）

① 施策の目的

効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関は、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に対して負担が生じるため、その支援を行う。
また、現下の物価高騰を含む経済状況の変化により、地域医療構想の推進や救急医療・周産期医療体制の確保のための施設整備等が困難となっている場合への対応を図る。
加えて、賃上げ等のための生産性向上の取組を支援し、医療人材の確保・定着を図る。

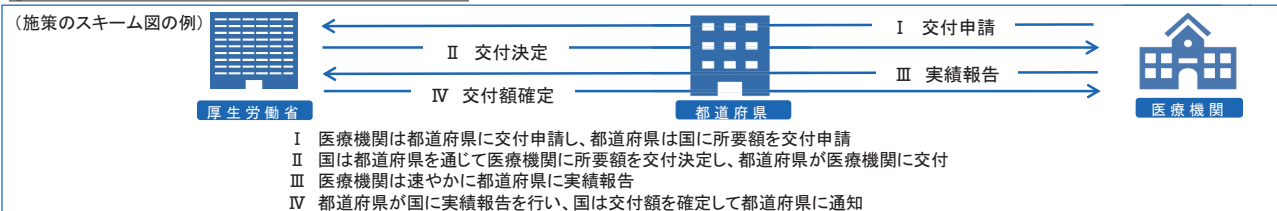
② 対策の柱との関係

I	II	III
○		○

③ 施策の概要

- 生産性向上・職場環境整備支援
 - ・ 生産性向上・職場環境整備等事業…設備導入や生産性向上の取組を進める医療機関等（ベースアップ評価料算定機関）を支援し、生産性向上・賃上げを図る
- 経営状況の急変等を踏まえた支援
 - ・ 医療需要等の変化を踏まえた医療機関に対する支援…患者減少等により経営状況の急変に直面している医療機関への支援を実施するとともに、現下の物価高騰を含む経済状況の変化により施設整備等が困難な病院等への支援
 - ・ 産科・小児科医療確保事業…急激な分娩減少などにより特に支援が必要な産科・小児科に対して支援を実施

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

足元の経営状況の急変等に直面している医療機関等へ必要な財政支援を行うことで、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組を加速するとともに、地域に必要な医療提供体制を確保する。

2

【○ 医療分野の生産性向上・職場環境改善等による更なる賃上げ等の支援】

施策名：人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ
（生産性向上・職場環境整備等事業）

令和6年度補正予算案 828億円

医政局医療経営支援課
（内線2672）

① 施策の目的

賃上げ等のための生産性向上の取組を支援し、医療人材の確保・定着を図る。

② 対策の柱との関係

I	II	III
○		

③ 施策の概要

生産性向上に資する設備導入等の取組を進める医療機関等（ベースアップ評価料算定機関に限る。）に対して経費相当分の給付金を支給し、生産性向上・職場環境整備等を図る。

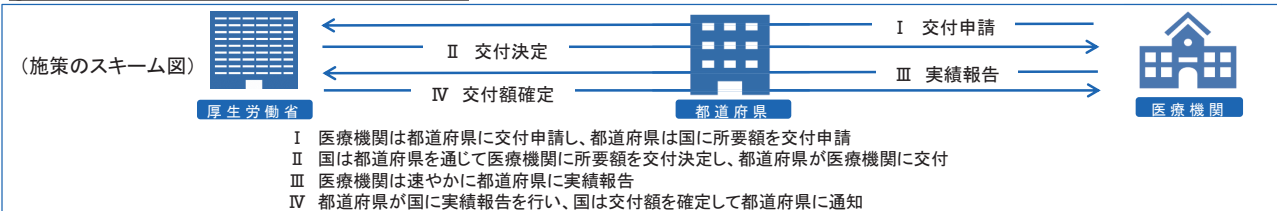
（交付額）病院・有床診療：4万円／病床数、診療所（医科・歯科）・訪問看護ステーション：18万円／施設（補助率10/10）

【生産性向上に資する取組のイメージ】

- ICT機器の導入による業務の効率化
 - ・ タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備等の導入 → 職員間の情報伝達の効率化（チーム医療の推進）
 - ・ 床ふきロボット、監視カメラ等の導入 → 清掃業務、院内監視業務等の効率化
- タスクシフト／シェアによる業務の効率化
 - ・ 医師事務作業補助者・看護補助者の配置 → 医師・看護師の業務効率化（診断書作成、病室内の環境整備や看護用品の整理等）

※ 新たに配置する際に必要な経費の他、既に雇用している職員の人件費に充てることが可能

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

医療機関等へ業務の生産性向上に資する財政支援を行うことで、職場内の生産性向上・環境整備等を図り、地域に必要な医療提供体制を確保する。

3

【〇医療需要等の変化を踏まえた医療機関に対する支援】

施策名：人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ
(医療需要等の変化を踏まえた医療機関に対する支援)

令和6年度補正予算案 428億円

医政局地域医療計画課(内線2550、2665)

① 施策の目的

- 効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関は、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に対して負担が生じるため、その支援を行う。
- また、現下の物価高騰を含む経済状況の変化により、地域医療構想の推進や救急医療・周産期医療体制の確保のための施設整備等が困難となっている場合への対応を図る。

② 対策の柱との関係

I	II	III
○		

③ 施策の概要

〇 患者減少等により経営状況の急変に直面している医療機関への支援

(概要) 医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関を対象とした経費相当分の給付金を支給する。

(交付額) 病院(一般・療養・精神)・有床診療所：4,104千円/床

〇 現下の物価高騰を含む経済状況の変化により施設整備等が困難な病院等への支援

(概要) 整備計画を進めており、国庫補助事業の交付対象となる医療機関等を対象として、施設整備を進めるために必要な給付金を支給する。

(交付額) (市場価格－補助事業単価) × 国負担分相当

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



I 医療機関は都道府県に交付申請する際に病床削減数又は補助対象病床数を申請し、都道府県が内容を適当と認めれば国に所要額を交付申請

II 国は都道府県に所要額を交付決定(補助率10/10)し、都道府県が医療機関に支給

III 都道府県が国に実績報告を行い、国は交付額を確定して都道府県に通知

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

足元の経営状況の急変等に直面している医療機関等へ必要な財政支援を行うことで、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組を加速するとともに、地域に必要な医療提供体制を確保する。

4

【〇出生数・患者数の減少等を踏まえた産科・小児科の支援】

施策名：人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ
(産科・小児科医療確保事業)

令和6年度補正予算案 55億円

医政局地域医療計画課
(内線8048)

① 施策の目的

地域でこどもを安心して生み育てることのできる周産期医療体制及び地域の小児医療体制を確保する

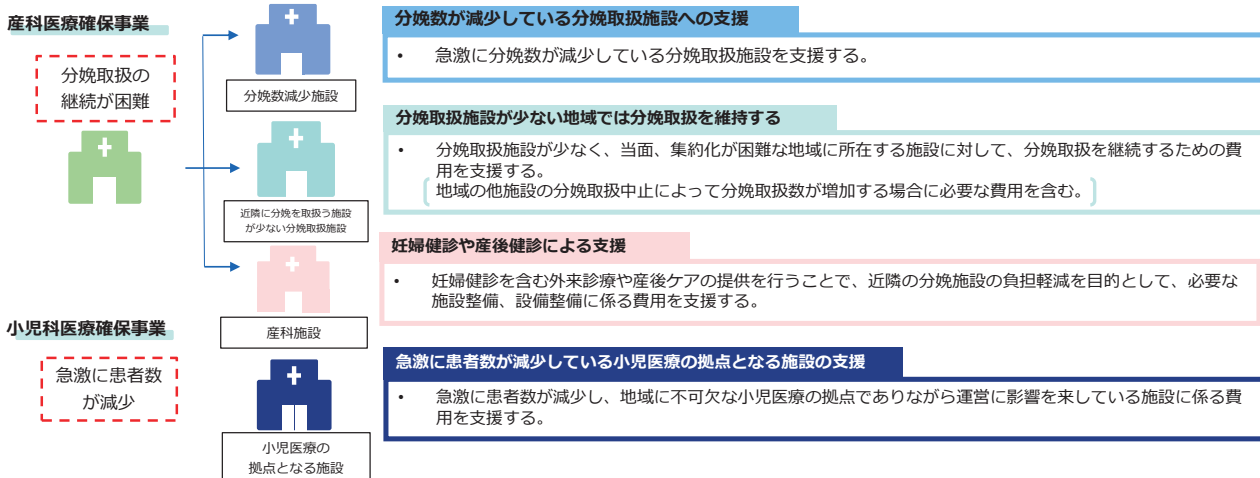
② 対策の柱との関係

I	II	III
○		○

③ 施策の概要

- 特に分娩取扱施設が少ない地域等における分娩取扱機能の維持のための取組を支援する
- 地域の小児医療の拠点となる施設について、急激な患者数の減少等を踏まえた支援を行う

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

出生数減少や少子化等の影響を受ける施設を支援することで、地域の周産期医療・小児医療の体制を確保する

5

重点支援地方交付金の追加

令和6年度補正予算案

エネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者や事業者に対し、地方公共団体が地域の実情に合わせて必要な支援をきめ細やかに実施できるよう、重点支援地方交付金を「低所得世帯支援枠」及び「推奨事業メニュー」実施のため追加する。

- 予算額 : 1. 1 兆円 (うち ①低所得世帯支援枠 0. 5 兆円、②推奨事業メニュー 0. 6 兆円)
 ※ この他、「給付金・定額減税一体措置(令和5年度経済対策)」に基づく給付金(0.6兆円)を措置。
- 対象事業 : ① (低所得世帯支援枠) 物価高騰の負担感が大きい低所得世帯への負担の軽減を図る事業。
 ② (推奨事業メニュー) エネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者や事業者に対し、支援を行う事業。効果的と考えられる推奨事業メニューを提示。(詳細は、2 頁参照)

推奨事業メニュー	
(生活者支援)	(事業者支援)
①エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う低所得世帯支援 ②エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う子育て世帯支援 ③消費下支え等を通じた生活者支援 ④省エネ家電等への買い換え促進による生活者支援	⑤医療・介護・保育施設、学校施設、公衆浴場等に対する物価高騰対策支援 ⑥農林水産業における物価高騰対策支援 ⑦中小企業等に対するエネルギー価格高騰対策支援 ⑧地域公共交通・物流や地域観光業等に対する支援

- 算定方法 : ① (低所得世帯支援枠) 住民税非課税世帯 1 世帯あたり 3 万円を基礎として算定 (市町村)
 住民税非課税世帯のうち、子育て世帯は子ども 1 人あたり 2 万円を加算
 ② (推奨事業メニュー) 人口、物価上昇率、財政力等を基礎として算定 (都道府県、市町村)

1

重点支援地方交付金

追加額 1. 1 兆円 (Ⅰ 及び Ⅱ の合計)

令和6年度補正予算案

Ⅰ. 低所得世帯支援枠 (0. 5 兆円)

- ・ 低所得世帯の食料品やエネルギー関係等の消費支出に対する物価高の影響のうち賃上げや年金物価スライド等で賄いきれない部分を概ねカバーできる水準として、住民税非課税世帯一世帯当たり3万円を目安として給付。
- ・ 住民税非課税世帯のうち、子育て世帯については世帯人数が多いことを考慮して、子ども一人当たり2万円を加算措置。

Ⅱ. 推奨事業メニュー (0. 6 兆円)

生活者支援	事業者支援
① エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う低所得世帯支援 低所得世帯を対象とした、電力・ガス(LPガスを含む)や灯油をはじめエネルギー・食料品価格等の物価高騰による負担を軽減するための支援 ※ 住民税非課税世帯に対しては上記Ⅰによる支援を行う。 ② エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う子育て世帯支援 物価高騰による小中学生の保護者の負担を軽減するための小中学校等における学校給食費等の支援 ※ 低所得のひとり親世帯への給付金等の支援や、こども食堂に対する負担軽減のための支援、ヤングケアラーに対する配食支援等も可能。 ③ 消費下支え等を通じた生活者支援 エネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者に対してプレミアム商品券や地域で活用できるマイナポイント等を発行して消費を下支えする取組やLPガス・灯油使用世帯への給付などの支援 ※ 物価高騰の影響を受けた、地域を犯罪から守る活動を行う生活者に対して、安全・安心な地域の構築に係る費用の負担軽減のための支援も可能 ④ 省エネ家電等への買い換え促進による生活者支援 家庭におけるエネルギー費用負担を軽減するための省エネ性能の高いエアコン・給湯器等への買い換えなどの支援	⑤ 医療・介護・保育施設、学校施設、公衆浴場等に対する物価高騰対策支援 医療機関、介護施設等、障害福祉サービス施設等、保育所等、学校施設、公衆浴場等に対する食料品価格の高騰分などの支援、エネルギー価格の高騰分などの支援(特別高圧で受電する施設への支援を含む) ⑥ 農林水産業における物価高騰対策支援 配合飼料の使用量低減の取組や飼料高騰等の影響を受ける酪農経営の負担軽減の支援、農林水産物の生産・調製・加工・貯蔵施設や土地改良区の農業水利施設の電気料金高騰に対する支援、化学肥料からの転換に向けた地域内資源の活用などの支援 ⑦ 中小企業等に対するエネルギー価格高騰対策支援 特別高圧での受電(ビル・工業団地・卸売市場のテナントを含む)、LPガスの使用や、街路灯等の維持を含め、エネルギー価格高騰の影響を受ける中小企業、商店街、自治会等の負担緩和や省エネの取組支援のほか、中小企業の賃上げ環境の整備などの支援 ⑧ 地域公共交通・物流や地域観光業等に対する支援 地域公共交通・物流事業者や地域観光事業者等のエネルギー価格高騰に対する影響緩和、省エネ対策、地域に不可欠な交通手段の確保、地域特性を踏まえた生産性向上に向けた取組などの支援

※1 地方公共団体が、上記の推奨事業メニューよりも更に効果があるものについては、実施計画に記載して申請可能。

※2 地方公共団体が運営する公営企業や直接住民の用に供する施設における活用や、地方公共団体発注の公共調達における労務費(実質的な賃上げにつながるもの)を含めた価格転嫁の円滑化のための活用も可能。また、地方公共団体における水道料金の減免にも活用可能。

2

各都道府県 総務部長
(各都道府県財政担当課、市区町村担当課、
都道府県立病院担当課扱い)

各都道府県 保健福祉部長
(各都道府県医療政策担当課扱い)

各指定都市 財政担当局長
(各指定都市財政担当課、市立病院担当課扱い)

各指定都市 保健福祉局長
(各指定都市医療政策担当課扱い)

関係一部事務組合管理者
(都道府県・指定都市が加入するもの)

関係広域連合の長
(都道府県・指定都市が加入するもの)

殿

総務省自治財政局準公営企業室長
(公 印 省 略)

令和6年度特別交付税(病院及びへき地医療)の基礎数値に係る
再調査について(照会)

「令和6年度補正予算(第1号)に伴う対応等について」(令和6年 11 月 29 日付け総務省自治財政局財政課事務連絡)で通知したとおり、令和6年度の地方交付税を増額交付することとしております。

このため、特別交付税の12月算定の対象としている「病院」分及び「へき地医療」分に関して、3月分の算定において改めて繰出金見込額等の調査を行い、地方公務員の給与改定を考慮した新たな単価による再算定を行った上で、12月算定分との差額を3月算定分において措置する予定としておりますので、基礎数値の再照会を下記のとおり実施します。

各都道府県市町村担当課におかれては、この旨を貴管内の関係市町村に周知徹底いただくようお願いします。

記

1 対象団体
全団体

2 提出様式等

- (1) 病 院 分: 様式1 令和6年度における繰出金等見込額に関する調
様式2 繰出金等見込額の増減理由に関する調
- (2) へき地医療分: 様式3 へき地医療拠点病院等が実施する巡回診療(都道府県分)
様式4 へき地医療拠点病院等が実施する応援医師、代診医師等の派遣事業(都道府県分)
様式5 へき地診療所等における応援医師、代診医師等の派遣要請事業(市町村分)
様式6 へき地医療拠点病院等又はへき地診療所等が行う訪問看護事業(都道府県分、市町村分)

3 提出方法等について

【期 日】令和6年 12 月 23 日(月)厳守

【提出方法】電子メール

【提出先】(1) 病 院 分:準公営企業室病院事業係 堀田

(2) へき地医療分:準公営企業室病院事業係 加賀美

※ 各都道府県市町村担当課は、管内の市町村(指定都市除く)、一部事務組合及び広域連合(都道府県・指定都市が加入するものを除く。)分を取りまとめの上、提出願います。

※ 本調査は特別交付税3月分の算定の基礎等とするものであるため、提出の遅延等がある場合は基礎数値算入対象外となりますので、御留意願います。

※ 該当のない調査票については、ファイル名の末尾に「該当なし」と付記した上で提出してください。(該当のない調査票も含めて、すべての調査票について提出が必要です。)

病院関係担当

準公営企業室病院事業係 堀田

電話:03-5253-5643 Mail:d.hotta@soumu.go.jp

へき地医療関係担当

準公営企業室病院事業係 加賀美

電話:03-5253-5643 Mail:y.kagami@soumu.go.jp

12 月 17 日、参議院総務委員会の岸まきこ参議院議員発言要旨

●会計年度任用職員の遡及改定所要額について

岸まきこ参議院議員：補正予算において、会計年度任用職員の遡及改定に関わる額はいくらか。また、どのような根拠に基づき所要額を算定したのか。

総務省・大沢自治財政局長：会計年度任用職員の給与改定所要額については、1,000 億程度と見込んだところ。所要額については、調査により把握した 2023 年度における会計年度任用職員の給与の支給実績をもとに、2024 年人事院勧告を踏まえつつ、遡及改定の実施率を反映して積算をした。

●公立・公的医療機関の各種交付金単価見直しについて

岸まきこ参議院議員：公立病院の経営が厳しく、診療報酬改定を待ってられない状況である。物価・人件費高騰にともない、公立病院に関する各種交付税単価を引き上げていただけないか。

総務省・大沢自治財政局長：公立病院は公営企業であり独立採算が原則である。一方で、不採算医療など、能率的な経営を行ってもなお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経費については、一般会計が負担することが認められている。

今回の補正予算案により地方公務員の給与改定に必要な経費を盛り込んで計上している。公立病院についても人勸を踏まえた影響額を計上している。これを踏まえ特別交付税の単価を引き上げる予定である。

また、厚生労働省の補正予算で緊急的な支援パッケージとして 1,311 億円が計上されている。内閣府の重点支援地方交付金 6,000 億円を活用し支援を行うことが可能である。

病院事業に係る主な地方交付税措置

1 普通交付税(令和5年度)

区分	算定額
病床割	720千円×施設全体の最大使用病床数
救急告示病院分	1,697千円×救急病床数+32,900千円
精神病床(道府県分)	1,523千円×精神病床数
救命救急センター(道府県分)	192,700千円×救命救急センター数
事業割	病院事業債の元利償還金の25%(元利償還金の1/2について、一般会計から繰出) (病院事業債(特別分)は、元利償還金の40%(元利償還金の2/3について、一般会計から繰出))

2 特別交付税(令和5年度) ※下記項目に応じて算定した合算額又は下記項目に対応する繰出見込額の合算額に0.8を乗じて得た額のうちいずれか少ない額を措置。

			令和5年度単価	(括弧書きはR4年度単価)
① 不採算地区病院	許可病床数 100床未満	第1種	1,706千円×最大使用病床数(※1)+30,810千円	(1,706千円×最大使用病床数+30,810千円)
		第2種	1,138千円×最大使用病床数(※1)+20,540千円	(1,138千円×最大使用病床数+20,540千円)
	許可病床数 100床以上150床未満	第1種	2,014千円×調整後病床数(※2)	(2,014千円×調整後病床数)
		第2種	1,343千円×調整後病床数(※2)	(1,343千円×調整後病床数)
② 不採算地区中核病院	第1種		1,549千円×調整後病床数(※3)	(1,549千円×調整後病床数)
	第2種		1,033千円×調整後病床数(※3)	(1,033千円×調整後病床数)
③ 結核病床(1床当たり)			1,976千円	(1,796千円)
④ 精神病床(1床当たり)(市町村分)			1,523千円	(1,523千円)
⑤ リハビリテーション専門病院病床(1床当たり)			375千円	(341千円)
⑥ 周産期医療病床 (1床当たり)	第1種		6,500千円	(6,500千円)
	第2種		5,200千円	(5,200千円)
	第3種		3,435千円	(3,435千円)
	第4種		2,750千円	(2,750千円)
⑦ 小児医療病床(1床当たり)			1,575千円	(1,575千円)
⑧ 感染症病床(1床当たり)			4,251千円	(4,251千円)
⑨ 小児救急医療提供病院(1病院当たり)			11,375千円	(11,375千円)
⑩ 救命救急センター(1センター当たり)(市町村分)			182,102千円	(192,700千円)

（※1）最大使用病床数…病床機能報告で報告する前年度4月1日から3月31日までの施設全体の一般病床及び療養病床の最大使用病床数

（※2）調整後病床数…補正後許可病床数（100－（許可病床数－100）×2）と最大使用病床数の低い方

（※3）調整後病床数…補正後許可病床数（100－（許可病床数－100）×1/4）と最大使用病床数の低い方

(※1) 最大使用病床数…病床機能報告で報告する前年度4月1日から3月31日までの施設全体の一般病床及び療養病床の最大使用病床数

(※2) 調整後病床数…補正後許可病床数(100-(許可病床数-100)×2)と最大使用病床数の低い方

(※3) 調整後病床数…補正後許可病床数(100-(許可病床数-100)×1/4)と最大使用病床数の低い方

【動画のご案内】

**2024 年度補正予算を踏まえた医療現場の賃上げの
取り組みについて**

1 月 10 日開催「2025 年度第 2 回県本部労働条件担当国会議」における平山衛生医療評議会事務局長の提起の動画です。



2. 講演

新たな地域医療構想について

厚生労働省 医政局地域医療計画課
地域医療構想推進室長 堤 雅宣
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

目 次

1. 地域医療構想
2. 2040年の医療提供体制
3. 新たな地域医療構想

1. 地域医療構想

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

3

令和6年3月29日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

地域医療構想について

- 地域医療構想は、**中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化**を見据え、**医療機関の機能分化・連携**を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするもの。
- ① 都道府県において、各構想区域における**2025年の医療需要と「病床数の必要量」**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**。
- ② 各医療機関から都道府県に対し、現在の病床機能と今後の方向性等を「**病床機能報告**」により報告。
- ③ 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。
- ④ 都道府県は「**地域医療介護総合確保基金**」を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援。さらに、自主的な取組だけでは進まない場合、「**医療法に定められている権限の行使を含めた役割**」を適切に発揮することで、地域医療構想の実現を図る。

4

地域医療構想推進のための支援について

地域の実情に応じた地域医療構想の取組を推進するため、様々な支援を行っている。

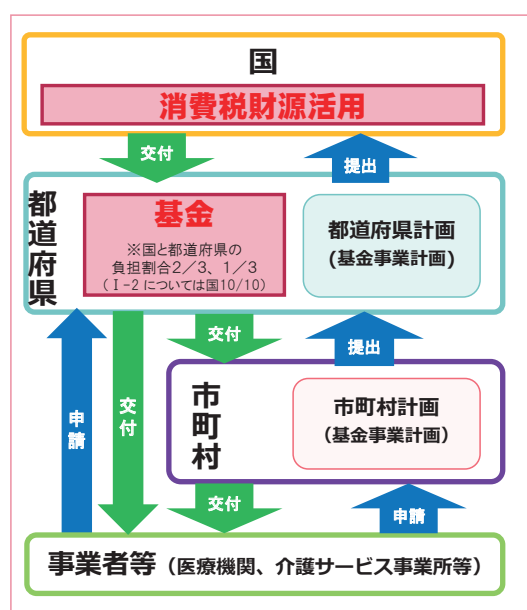
地域医療介護総合確保基金 (I-1)	地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する経費を支援 ・再編統合に伴い必要となる施設・設備整備費 ・再編統合と一体的に行う宿舎・院内保育所の施設整備費 ・急性期病床から回復期病床等への転換に要する建設費用 等
地域医療介護総合確保基金 (I-2)	・病床数の減少を伴う病床機能再編をした医療機関に対し、減少する病床数に応じた支援 ・統合に伴い病床数を減少する場合のコストに充当するための支援 ・統合に伴って引き継がれる残債を、より長期の債務に借り換える際の利払い費の支援
重点支援区域	複数医療機関の再編を伴う病床の機能分化・連携に取り組む（検討している）医療機関に対して、直接的な助言、集中的な支援を行う。 ・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 等 ・地域医療介護総合確保基金の優先配分 等
再編検討区域	複数医療機関の再編について、その検討段階から、相談、事例紹介、調査・分析等を通じて、実現までの支援を行う。
モデル推進区域	医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる区域に対し、国がアウトリーチの伴走支援を行う。
地域医療提供体制データ 分析チーム構築支援事業	都道府県を対象に、大学病院等の有識者や医療関係団体等で構成されるデータ分析体制の構築等に要する経費を補助
その他税制優遇措置	・再編計画の認定に基づく地域医療構想実現に向けた税制上の優遇措置 医療介護総合確保法に規定する認定再編計画に基づく医療機関の再編に伴い取得した一定の不動産に係る登録免許税、不動産取得税を軽減する特例措置 ・独立行政法人福祉医療機構による地域医療構想に係る優遇融資 医療介護総合確保法に規定する認定再編計画の実行に伴う資産等の取得に必要な資金に関して、融資条件を優遇 ・病床再編等の促進のための特別償却制度 地域医療構想の実現のため、民間病院等が地域医療構想調整会議において合意された具体的対応方針に基づき病床の再編等を行った場合に取得する建物等について、特別償却が可能

5

地域医療介護総合確保基金

令和6年度予算:公費で1,553億円
(医療分 1,029億円、介護分 524億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- 基金に関する基本的事項
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- 都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項
 - 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間（原則1年間） / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
 - 国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

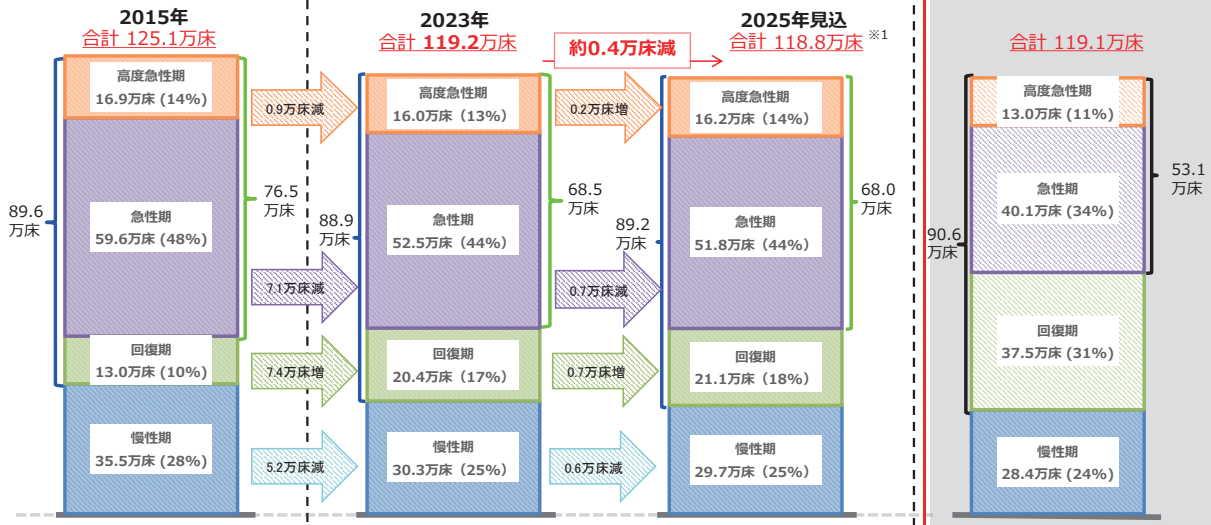
6

2023年度病床機能報告について

2015年度病床機能報告 (各医療機関が病床単位で報告)※6

2023年度病床機能報告 (各医療機関が病床単位で報告)※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点))※4 ※6



出典:2023年度病床機能報告

※1:2023年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2:対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告:13,863/14,538(95.4%)、2023年度病床機能報告:12,173/12,352(98.6%)

※3:端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4:平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5:高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(※):18,423床(参考:2022年度病床機能報告:18,399床)

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

※6:病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

7

2025年に向けた地域医療構想の更なる推進

第14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
(一部)
令和6年3月13日(改)

- 地域医療構想のPDCAサイクルを通じた取組を更に推進するため、令和6年3月28日付で通知を発出し、2025年に向けて各年度に国・都道府県・医療機関が取り組む事項を明確化するとともに、国による積極的な支援を実施。

※ その際、令和4年通知に記載のとおり、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。

2025年に向けた取組の通知内容(令和6年3月28日)

1. 2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項の明確化

- 国において推進区域(仮称)・モデル推進区域(仮称)を設定してアウトリーチの伴走支援を実施、都道府県において推進区域の調整会議で協議を行い区域対応方針の策定・推進、医療機関において区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し等の取組を行い、構想区域での課題解決に向けた取組の推進を図る。

※ 病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる推進区域(仮称)を都道府県あたり1~2か所設定。当該推進区域(仮称)のうち全国に10~20か所程度のモデル推進区域(仮称)を設定。なお、設定方法等については、追って通知。

- 引き続き、構想区域ごとの年度目標の設定、地域医療構想の進捗状況の検証、当該進捗状況の検証を踏まえた必要な対応等を行う。

2. 国による積極的な支援

①地域別の病床機能等の見える化

- 都道府県別・構想区域別に、病床機能報告上の病床数と必要量、医療機関の診療実績等を見る化
- これらのデータを有効に活用して、地域医療構想調整会議の分析・議論の活性化につなげる

②都道府県の取組の好事例の周知

- 地域医療構想の実現に向けた都道府県の取組の好事例を周知

③医療機関の機能転換・再編等の好事例の周知

- 医療機関の機能転換・再編等の事例について、構想区域の規模、機能転換・再編等の背景や内容等を整理して周知

④基金等の支援策の周知

- 地域医療介護総合確保基金やデータ分析体制構築支援等の支援策の活用方法について、都道府県・医療機関向けリーフレットを作成

⑤都道府県等の取組のチェックリスト

- 地域医療構想策定ガイドラインや関連通知等で示してきた地域医療構想の進め方について、都道府県等の取組のチェックリストを作成。都道府県等において、これまでの取組状況を振り返り、今後、必要な取組を実施。

⑥モデル推進区域(仮称)におけるアウトリーチの伴走支援

- データ分析等の技術的支援や地域医療介護総合確保基金の優先配分等の財政的支援を活用して、モデル推進区域(仮称)においてアウトリーチの伴走支援を実施

8

モデル推進区域について（案）

第15回地域医療構想及び医師確保
計画に関するワーキンググループ
資料3
(一部
改)
令和6年7月10日

モデル推進区域の設定

- モデル推進区域について、都道府県との調整を踏まえ、推進区域の中から、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性、地域医療構想の実現に向けた取組状況等を総合的に勘案して、以下のとおり設定する。
※以下の都道府県以外について、引き続き調整を行う。

【10月10日時点】

- | | |
|--------------------|---------------|
| ▪ 北海道【中空知】 | ▪ 三重県【松阪】 |
| ▪ 秋田県【大館・鹿角・能代・山本】 | ▪ 滋賀県【湖北】 |
| ▪ 山形県【庄内】 | ▪ 京都府【丹後】 |
| ▪ 栃木県【宇都宮】 | ▪ 山口県【宇部・小野田】 |
| ▪ 群馬県【伊勢崎・藤岡】 | ▪ 高知県【中央】 |
| ▪ 石川県【能登北部】 | ▪ 長崎県【長崎】 |
| ▪ 山梨県【峡南】 | |

伴走支援の内容

○技術的支援

（下線は従来の重点支援区域における技術的支援では実施していない新たな支援策）

- ・ 地域の医療事情に関するデータ提供・分析
- ・ 構想区域からの依頼に基づき議論の場・講演会、住民説明会などへの国職員の出席
- ・ 関係者との議論を行う際の資料作成支援
- ・ 関係者の協議の場の設定
- ・ 都道府県コンシェルジュ（ワンストップ窓口）の設置
- ・ 区域対応方針（※）の作成支援
- ・ 構想区域内の課題の把握
- ・ 分析結果を踏まえた取組に関する支援
- ・ 地域の枠組みを超えた構想区域や都道府県間の意見交換会の設定
- ・ 定量的基準の導入に関する支援 等

（※）「地域医療構想の進め方について」（令和5年3月31日付け医政地発 0331 第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）において示した、構想区域の今後対応すべき具体的な課題を明確化した上で、当該課題を解決するために年度毎に策定する工程表を含む。

○財政的支援

モデル推進区域が属する都道府県に対しては、重点支援区域への支援と同様に、地域医療介護総合確保基金について、事業区分Ⅱ・Ⅳの優先配分を行うほか、個別医療機関の再編統合を実施する場合における上乗せの財政支援を行う。

- ※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量の計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。
- ※ 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。

9

2. 2040年の医療提供体制

10

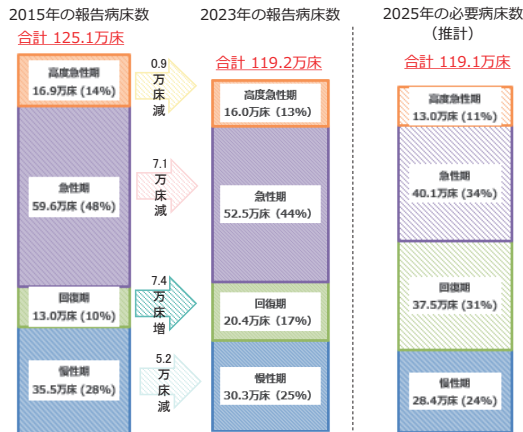
これまでの主な議論（新たな地域医療構想の基本的な方向性（案））

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。このため、約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

＜全国の報告病床数と必要病床数＞



新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ

2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。こうした中、限られた医療資源で、増加する高齢者救急・在宅医療需要等に対応するため、**病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）に着目し、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進。**

＜新たな地域医療構想における基本的な方向性＞

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

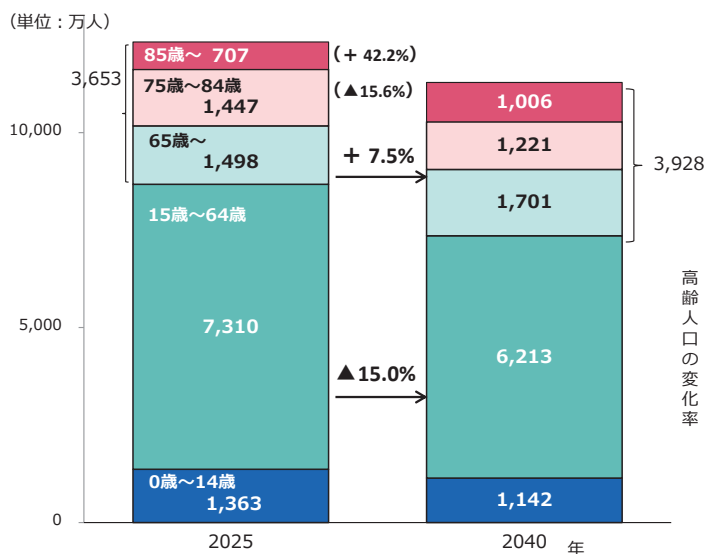
※ 都道府県において、令和8年度（2026年度）に新たな地域医療構想を策定し、令和9年度（2027年度）から取組を開始することを想定

11

2040年の人口構成について

- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとに見ると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

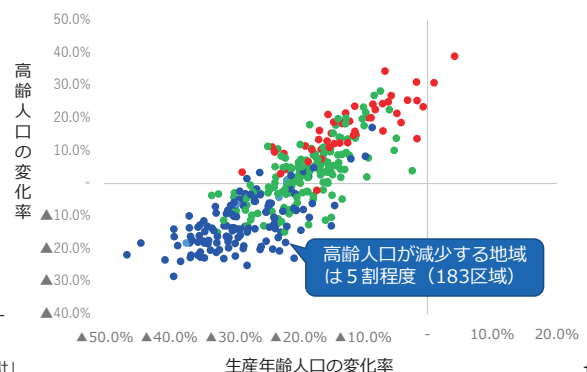
＜人口構造の変化＞



＜2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
過疎地域型：上記以外



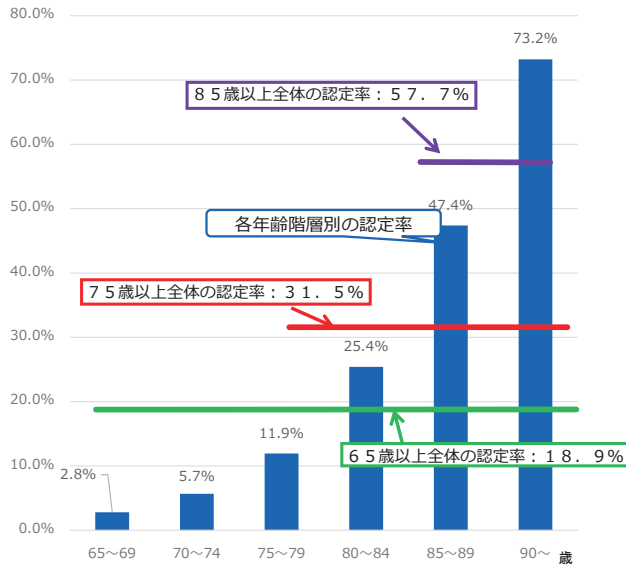
（出典）総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

12

医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

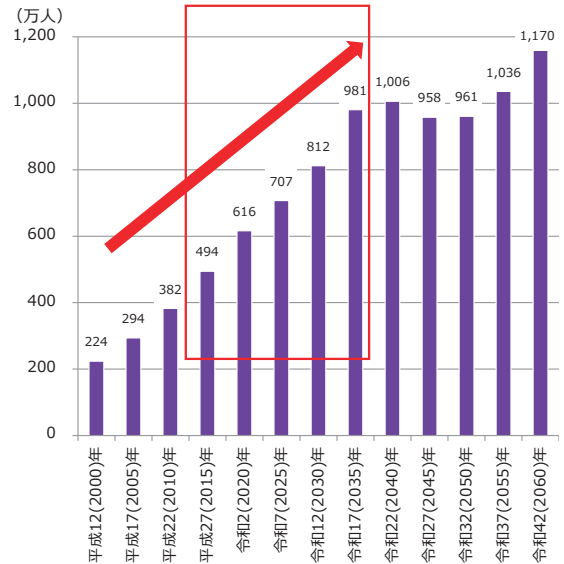
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022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



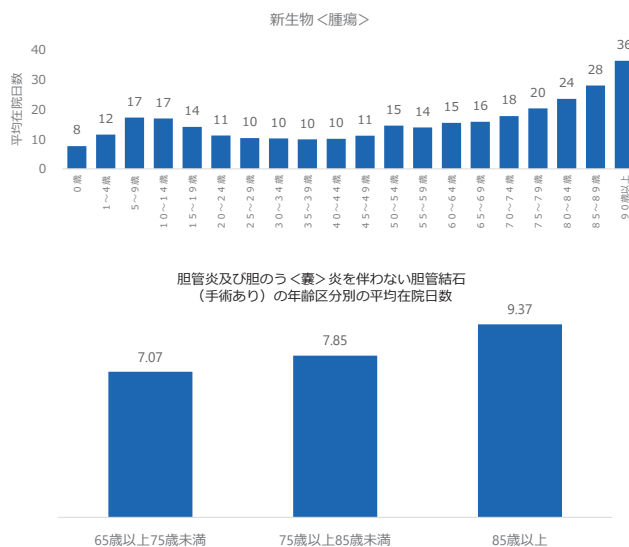
（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5(2023)年4月推計）出生中位（死亡中位）推計

2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）13

高齢者の退院に向けた課題

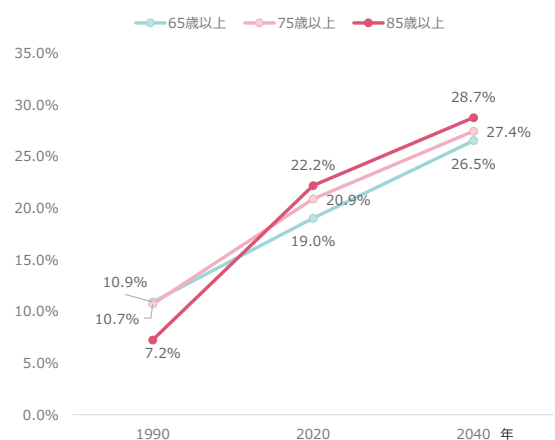
- ・ 高齢になるほど、同じ疾患でも在院日数が長くなる傾向にある。
- ・ 疾病によるADL低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の要因も考えられる。高齢者の単独世帯の割合は2040年に向けて更に増加する見込み。

＜退院患者の平均在院日数＞



資料出所：厚生労働省「患者調査」（2020年）

年齢階級別人口に占める単独世帯の割合（高齢者）

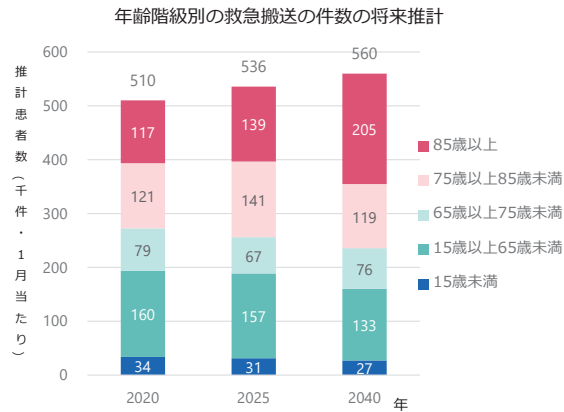


資料出所：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2023年推計）、「日本の世帯数の将来推計」（2024年推計）、「人口統計資料集」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成
※単独世帯の割合は、単独世帯数を総人口で除したもの。

2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

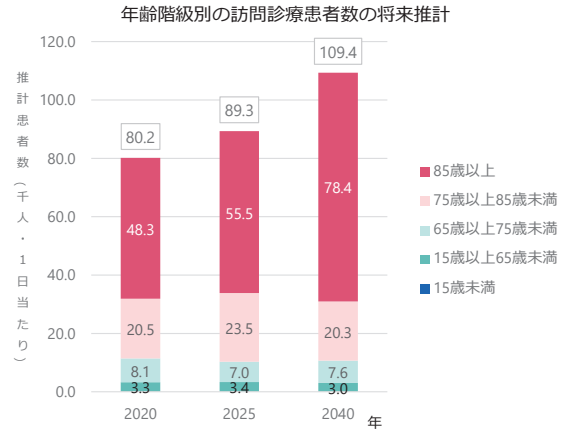
救急搬送の増加



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

在宅医療需要の増加



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

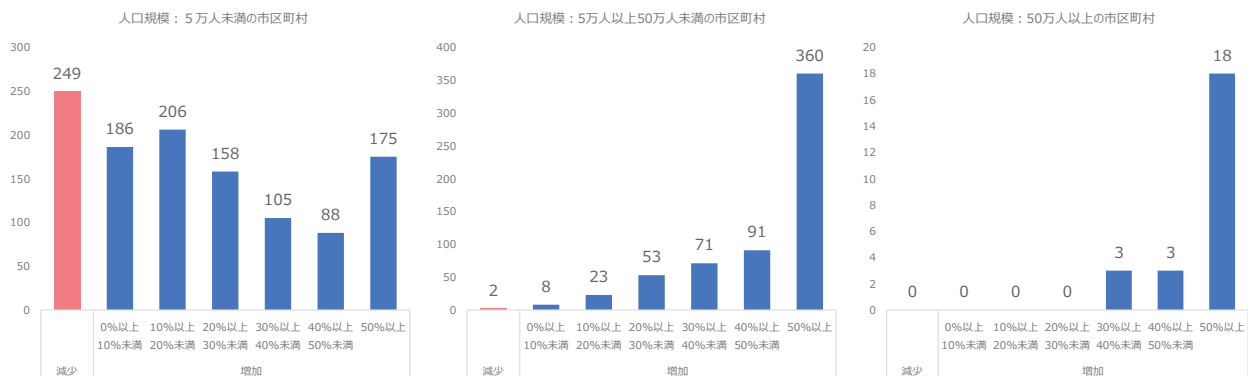
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）
総務省「人口推計」（2017年）
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」
を基に地域医療計画課において推計。

15

地域別にみた訪問診療需要の変化の状況

- 2020年から2040年にかけて、人口規模5万人未満の一部の市区町村等を除き、多くの市区町村で訪問診療の需要は増加する見込み。特に、人口規模5万人以上50万人未満、50万人以上の市区町村では、多数の市区町村で訪問診療の需要が50%以上増加する見込み。

2020年から2040年への訪問診療需要の変化率別市区町村数（人口規模別）



資料出所：厚生労働省医政局地域医療計画課において、2019年度NDB及び総務省「住民基本台帳人口」(2020年1月)を用いて構想区域別の訪問診療受療率を作成し、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」(2019年推計)に適用して作成。

※東京都特別区及び政令市については、各区を一つの市区町村とみなして集計

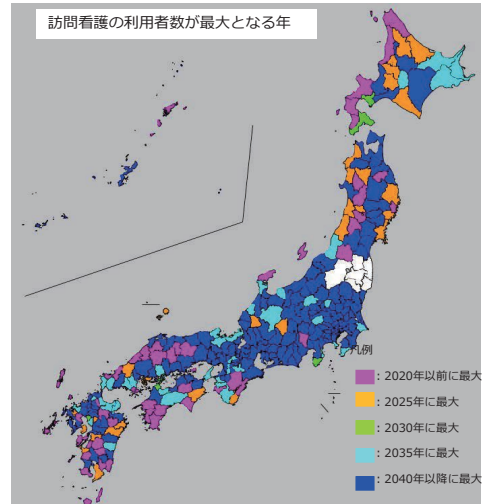
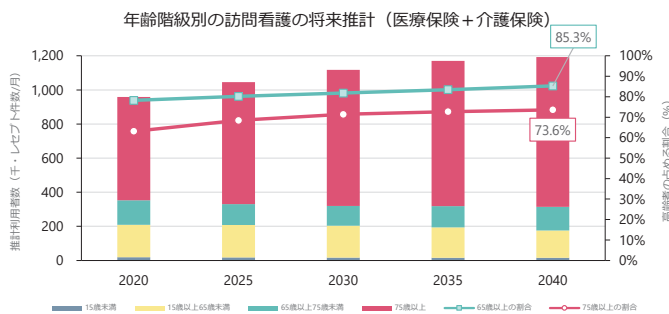
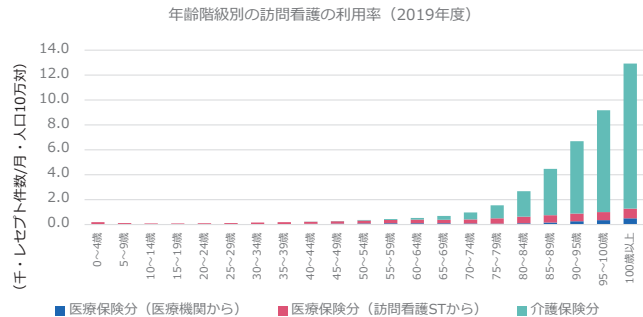
16

訪問看護の必要量について

第4回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令和4年7月20日

資料
改

- 訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- 訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることが見込まれる。
- 訪問看護の利用者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏（198の医療圏）において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。

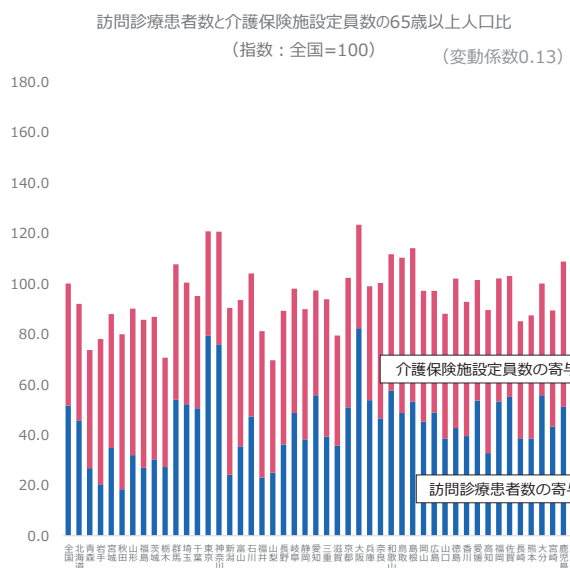
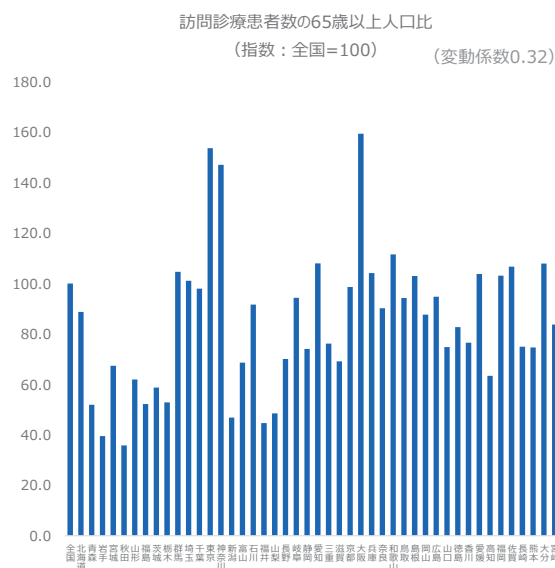


17

令和6年11月8日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

訪問診療患者数の地域差、訪問診療患者数と介護保険施設定員数の地域差

在宅医療と介護保険施設は患者像が重複する場合があります、地域の資源に応じてサービス提供が行われている。訪問診療患者数に係る地域差については、介護保険施設定員数と合わせると地域差は縮小する。



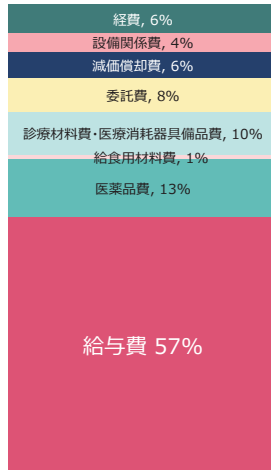
資料出所：NDBデータ（2022年10月分）、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（2022年）及び総務省「住民基本台帳人口」（2023年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。
※ 訪問診療患者数については、65歳以上の者に限る。
※ 介護保険施設定員数については、介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院の定員数の合計。

18

病院の経営状況について

一般病院において、医業・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このような中、一般病院等の医業利益率は低下している。

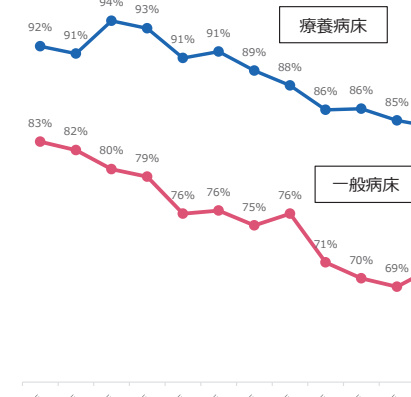
一般病院の費用構造



医業・介護収益に占める比率

資料出所：医療経済実態調査（令和5年調査）

病床利用率の推移

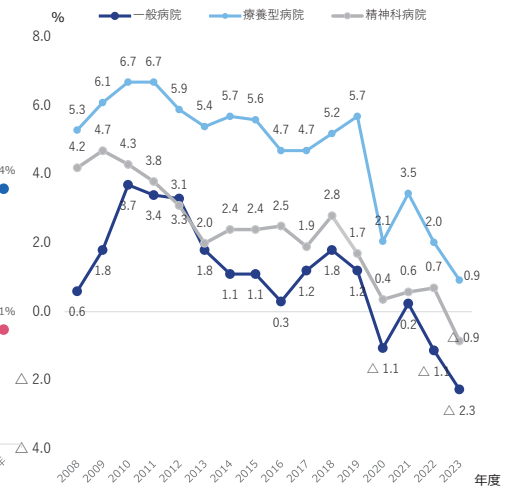


資料出所：厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過型旧療養型病床群の総称である。
 ※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過型旧その他の病床（経過型旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注）2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

病院の医業利益率の推移



注1）コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているものの、一部の病院では医業収益内や特別利益に計上している。そのため、医業利益率については、一部の補助金収益が含まれている点に留意されたい。
 注2）コロナ対応の増し経費等は医業費用として計上される一方、注1のとおり補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

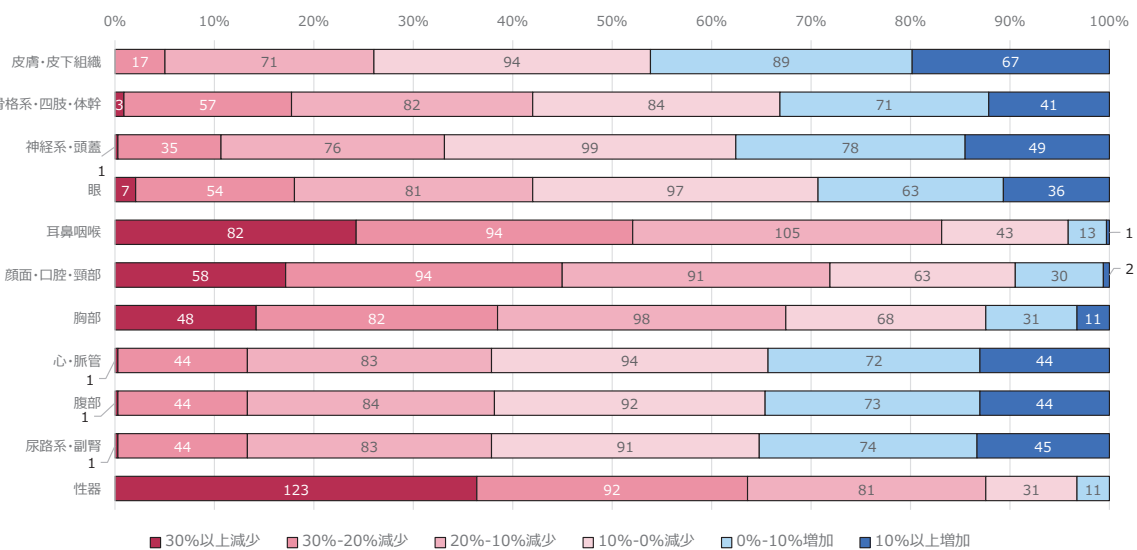
出典：「2023年度 病院の経営状況（速報値）とりまとめ」（令和6年11月）WAM Research Reportより

19

2040年における診療領域別の手術件数の変化について

多くの医療資源を要する医療について、2020年から2040年にかけて、全ての診療領域において、半数以上の構想区域で手術件数が少なくなる。

2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）

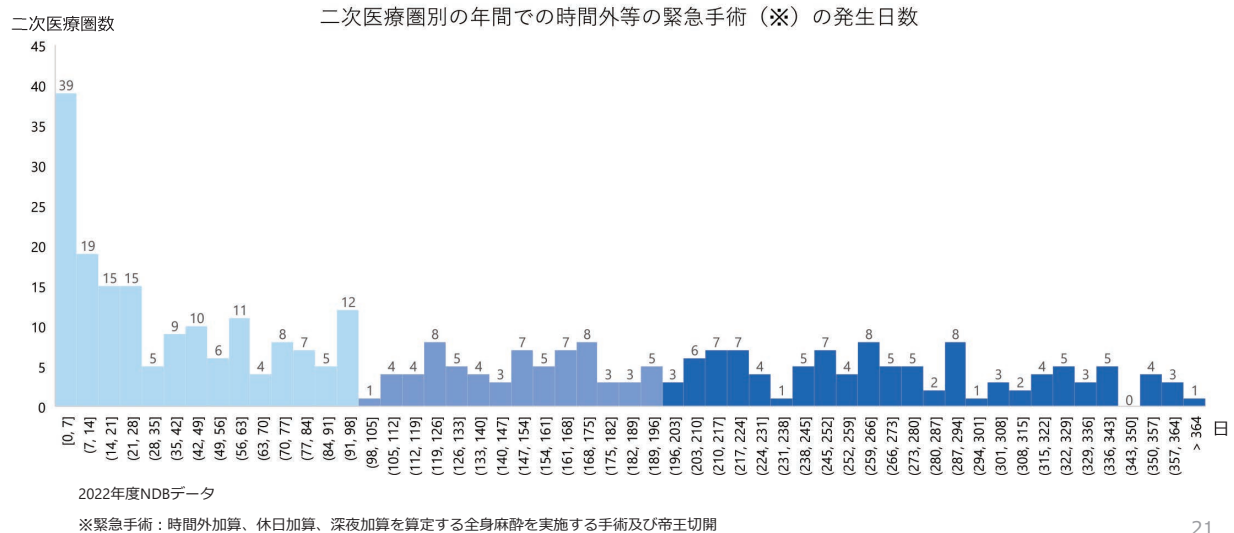


資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。
 ※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいないことに留意が必要。

20

24時間緊急手術を実施するために必要な体制について

- 緊急手術を24時間体制で実施するためには、手術の主たる診療科、救急部門、麻酔科に関わる医師・看護師のほか、血液検査や画像検査等の検査部門、薬剤部門等、様々な人員が必要となる。
- 二次医療圏毎に年間における夜間や休日等の緊急手術（※）を実施する日数は、360日以上実施する医療圏は3、300日以上は31、200日以上は102、100日以下の医療圏は165であった。



21

医療機関あたりの症例数と医療の質について

様々な手術において、症例の多い医療機関ほど死亡リスクが低い傾向があることが知られている。

胃や大腸、肺等のがんに対する手術について、症例数の少ない医療機関において死亡リスクが高い傾向が見られた。

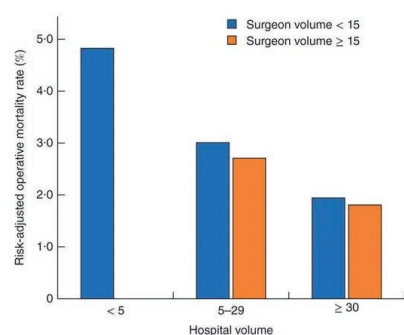
食道切除術について、症例数の多い医療機関では術後・30日死亡率が症例数の少ない施設と比べて低い傾向が見られた。

手術種類毎の医療機関の症例数規模と死亡リスク

	Stomach		Colorectum		Lung		Breast		Uterus	
	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI
Crude HR										
High	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Medium	1.17	0.93-1.47	1.08	0.93-1.25	1.17	0.83-1.65	1.18	0.98-1.42	0.97	0.82-1.15
Low	1.39	1.11-1.73	1.20	1.04-1.39	1.11	0.81-1.52	1.29	1.06-1.56	1.15	1.05-1.24
Very low	2.29	1.81-2.91	1.76	1.49-2.07	1.70	1.23-2.36	1.75	1.43-2.12	1.19	1.00-1.41

Okawa et al. Hospital volume and postoperative 5-year survival for five different cancer sites: A population-based study in Japan. *Cancer Science*. 2020

食道切除術の症例数規模と死亡率の関係



Nishigori et al. Impact of hospital volume on risk-adjusted mortality following oesophagectomy in Japan. *Br J Surg*. 2016

22

高齢者の急性期における疾病の特徴

85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症 2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少（症）	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸＜結腸＞のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
コロナウイルス感染症 2019, ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物＜腫瘍＞, 乳房上外側4分の1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫, 部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい＜鼠径＞ヘルニア, 閉塞及び癒＜瘻＞を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞, 上葉, 気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
15 51%

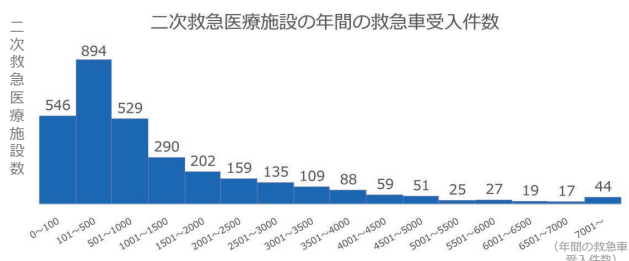
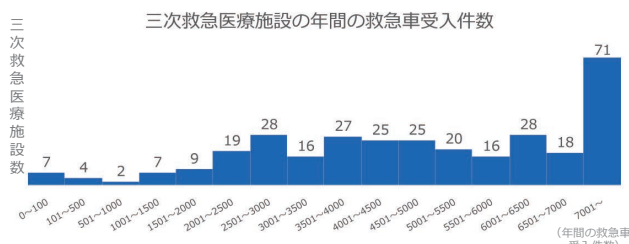
15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
30 28%

注 傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

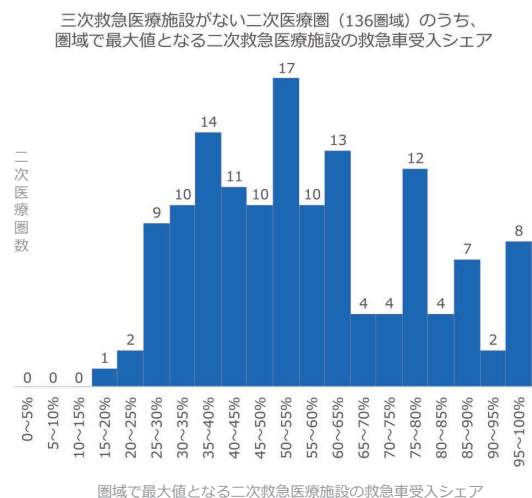
23

二次救急医療施設について

- 三次救急医療施設の半数は年間5,000件以上の救急車を受け入れている。二次救急医療施設においては、年間5,000件以上の救急車を受け入れる医療機関が132存在する。他方、半数近い二次救急医療施設で救急車の受入件数が500件未満である。
- 三次救急医療施設のない二次医療圏のうち半数以上の医療圏で、圏域の5割以上の救急車受入シェアを占める二次救急医療施設が存在する。



資料出所：令和5年度病床機能報告
救命救急センター設置状況一覧（令和6年8月1日時点）



※ 救急車受入シェア：当該医療機関の救急車受入台数/同医療機関の所在する二次医療圏における全医療機関の救急車受入台数の合計

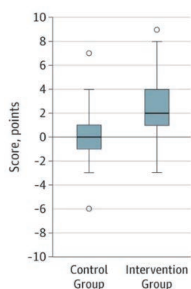
24

高齢者における早期退院や早期リハビリテーションの重要性

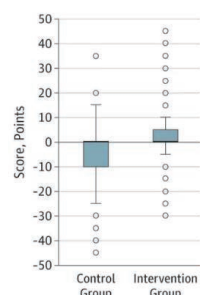
- 早期退院及び退院後の適切なリハビリテーション提供がADLの維持向上に寄与することが知られている。
- 高齢者救急については、入院早期からのリハビリ介入や、早期の退院後に治療や生活を支えるためのリハビリ等を提供できる体制が重要。

超高齢者（平均87歳）に対して、週末も含む連続した5-7日、20分＊2回/日のリハビリ介入で身体機能やQOLレベル等が改善

Change in Short Physical Performance Battery



Change in Barthel index



Velilla et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2019

高齢者に対する早期の退院と適切な通所等のリハビリテーション提供により通常の入院でのケアと比較して退院後のADL維持向上に寄与

Table 4. Health outcomes at 3 and 12 months

Scale (range: worst to best score)	Mean difference at 3 months (95% CI)	Difference: % of scale range at 3 months		Mean difference at 12 months (95% CI)	Difference: % of scale range at 12 months	
		Intervention worse	Intervention better		Intervention worse	Intervention better
Barthel (0-20)	1.2 (0.4 to 1.9)			0.2 (0.7 to 1.1)		
Extended ADL total (0-66)	3.1 (0.1 to 6.3)			3.0 (0.4 to 6.5)		
Extended ADL sub-sections:						
Mobility (0-18)	0.3 (0.8 to 1.4)			0.3 (-0.9 to 1.4)		
Kitchen (0-15)	1.2 (0.2 to 2.3)			0.7 (0.4 to 1.8)		
Domestic (0-15)	1.1 (0.2 to 2.0)			1.4 (0.4 to 2.4)		
Leisure (0-18)	0.5 (0.3 to 1.3)			0.6 (0.3 to 1.5)		
Europeid (0.59-1)	0.07 (0.01 to 0.14)			0.02 (0.06 to 0.09)		
GHQ - patient (36-0)	2.4 (4.1 to 0.7)			1.9 (3.5 to 0.4)		
GHQ - carer (36-0)	2.0 (3.8 to 0.1)			1.1 (3.7 to 1.5)		

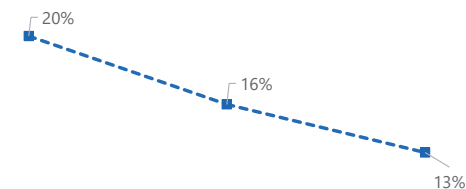
Cunliffe et al. Sooner and healthier: a randomised controlled trial and interview study of an early discharge rehabilitation service for older people. *Age Ageing.* 2004

25

療養病床に係る入院患者における医療区分1の患者の割合について

療養病床については、医療区分2・3（医師及び看護師により常時監視・管理の実施が必要な状態や筋ジストロフィー、肺炎、尿路感染症等）に該当しない患者について、介護施設等への移行等が進んでいる。

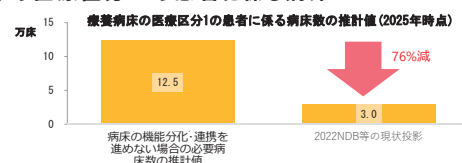
療養病床入院料のうち医療区分1の患者の割合



療養病床入院基本料等の算定件数のうち、医療区分1及び特別入院基本料の占める割合

資料出所：NDBオープンデータ（2014、2018及び2022年度）

② 療養病床の医療区分1の患者に係る病床



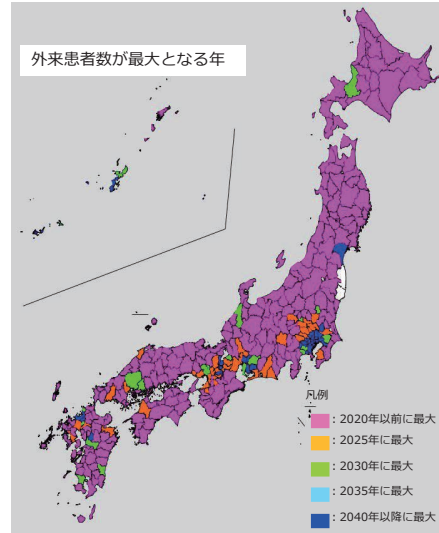
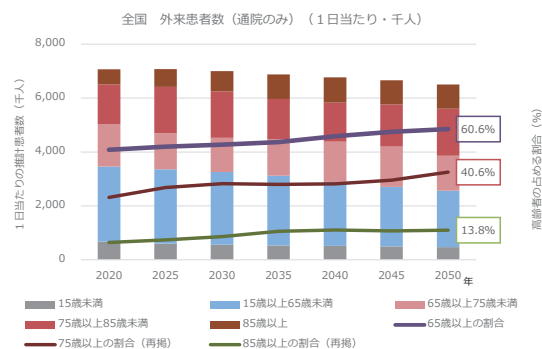
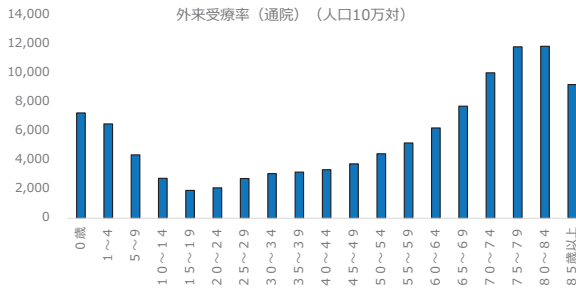
<医療区分>

	疾患・状態	医療処置
医療区分3	・スモン ・医師・看護師により常時監視・管理を実施している状態	24時間持続点滴、人工呼吸器使用、ドレーン法、胸腔腔洗浄 等
医療区分2	筋ジストロフィー、多発性硬化症、パーキンソン病関連疾患、脊髄損傷（頸髄損傷）、肺炎、尿路感染症 等	透析、発熱・嘔吐を伴う場合の経腸栄養、気管切開・気管内挿管ケア、頻回の血糖検査 等
医療区分1	区分2・3に該当しない者	

26

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、2050年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに224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。



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
 ※ 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。
 ※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く328の二次医療圏について集計。
 ※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、往診等を含まない。

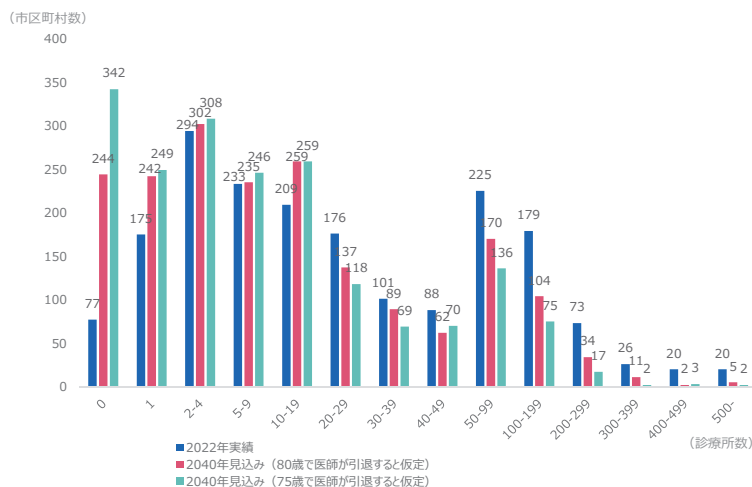
27

市区町村における診療所数と2040年の見込み

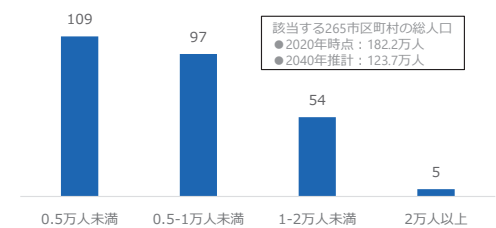
診療所医師が80歳で引退し、承継がなく、当該市区町村に新規開業がないと仮定した場合、2040年においては、診療所がない市区町村数は170程度増加する見込み。

※ 75歳で引退すると仮定した場合は270程度増加する見込み。

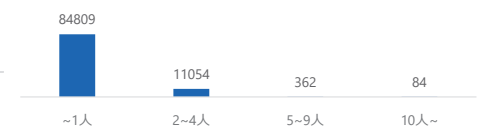
■ 市区町村別診療所数の見込み（2022年実績、2040年見込み）



■ 2040年に診療所なくなる可能性がある市区町村数（人口規模別）※75歳で診療所医師が引退すると仮定



■（参考）常勤医師数別の無床診療所数



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）、厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）を特別集計。

※ 市区町村別診療所数の見込みについては、医師届出票による主従事市区町村の診療所医師数＝診療所数、診療所医師が80歳又は75歳で引退し、承継がなく、新規開業がないと仮定
 ※ 人口規模は2020年国勢調査結果、2040年推計人口は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」に基づくものである。

なお、福島県浜通り地域（13市町村）においては、市町村別の2040年人口が推計されていないため、2040年推計における総人口の集計からは除外している。

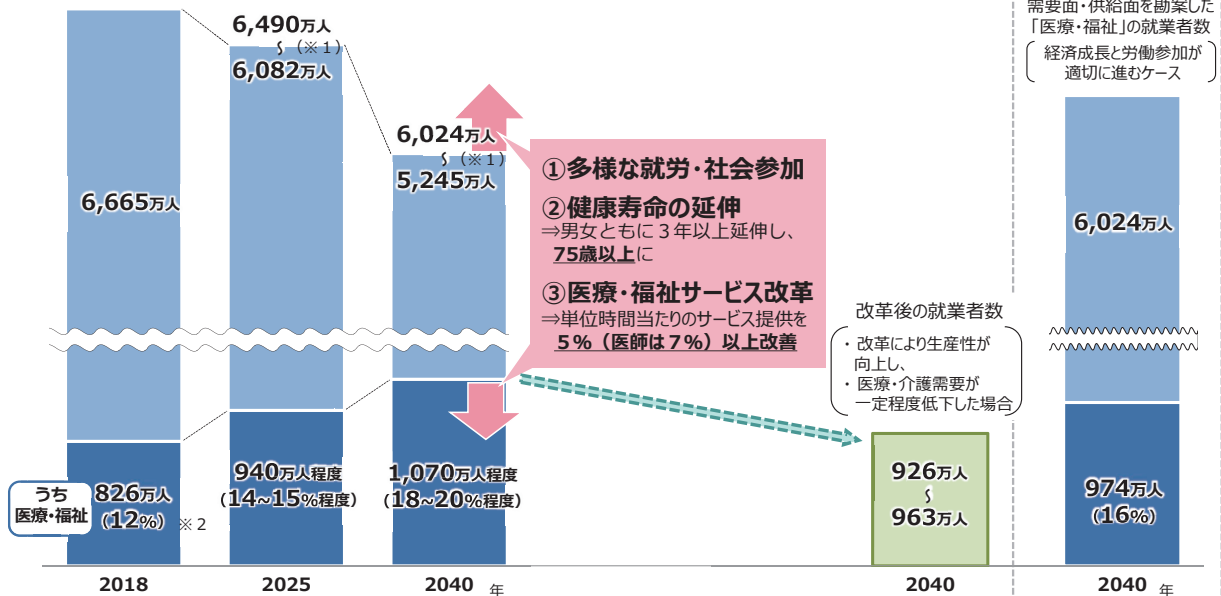
28

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

令和4年3月4日第8次医療計画等に関する検討会資料1（一部改）

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

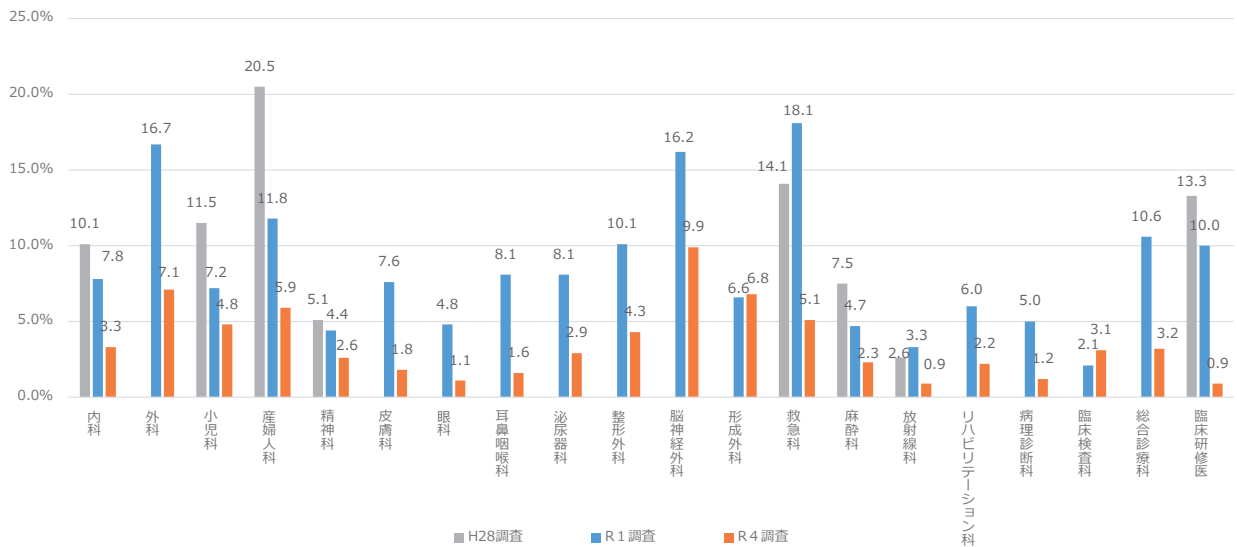
※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

29

診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

○ H28調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合を診療科別に集計した。

□ 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。



※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。

※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較不可な診療科がある。

※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。

※ 宿日直の待機時間は労働時間から除外した（労働時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。

※ R1調査、R4調査では宿日直許可を取得していることがわかっていない医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。

※ R1調査ではさらに診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

※ 「時間外・休日労働時間が年1,860時間超」は週78時間45分超勤務と換算した。

30

現行の地域医療構想における構想区域について

- ・ 現行の地域医療構想において、構想区域は、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定することとしている。構想区域の設定に当たって、都道府県において、現行の二次医療圏を原則として、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討することとしている。

構想区域

339 構想区域（令和6年4月現在）

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定

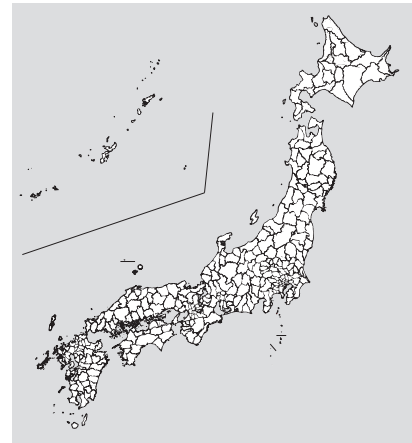
※ 地域医療構想策定ガイドライン（平成27年3月31日）抜粋

- ・ 構想区域の設定に当たっては、現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討する必要がある。
- ・ 地域医療構想は平成37年（2025年）のあるべき医療提供体制を目指すものであるが、設定した構想区域が現行の医療計画（多くの都道府県で平成25年度（2013年度）～平成29年度（2017年度））における二次医療圏と異なっている場合は、平成36年（2024年）3月が終期となる平成30年度（2018年度）からの次期医療計画の策定において、最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが適当である。

二次医療圏

330 医療圏（令和6年4月現在）

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定



※令和4年9月時点の二次医療圏（335医療圏）数の図であり、構想区域（339区域）の数とは一致しない。

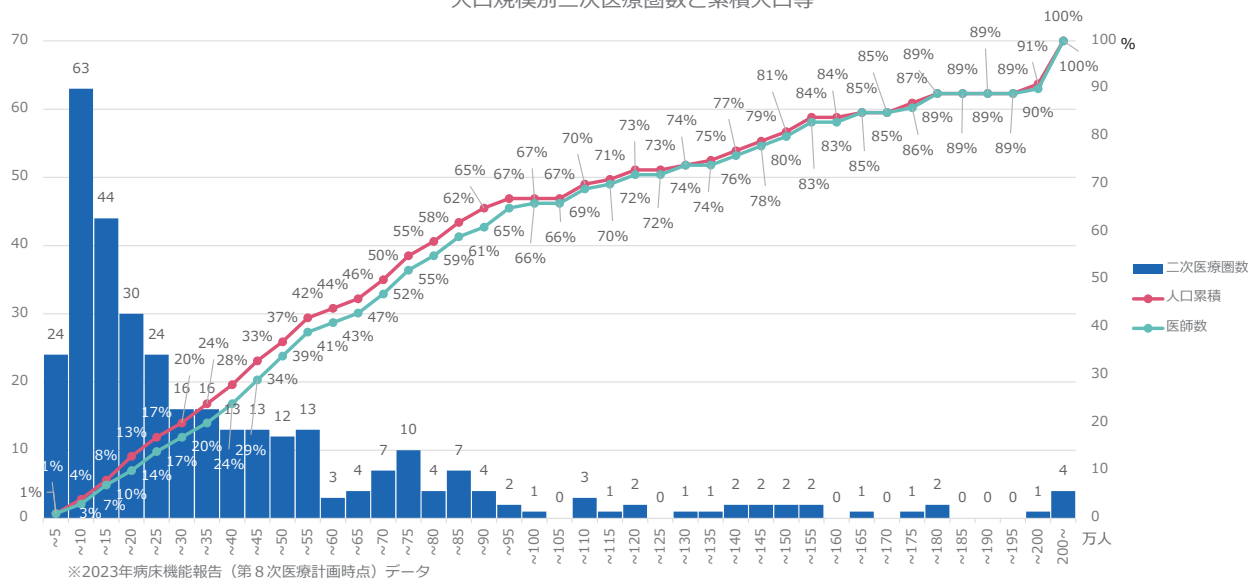
31

二次医療圏の医療資源等について

第13回新たな地域医療構想等に関する検討会
令和6年12月3日
資料1

- ・ 二次医療圏ごとに人口規模はさまざまであり、中央値は20万人程度、20万人未満の二次医療圏は161、100万人以上の二次医療圏は25ある。
- ・ 100万人以上の二次医療圏においては、全人口の33%、医師数の34%を占める。

人口規模別二次医療圏数と累積人口等

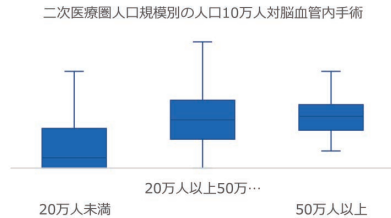


32

人口規模別の区域ごとの課題の例

人口規模の大小等の地域毎に課題が異なり、それぞれの特性に応じた医療提供体制の確保が必要となる。

■人口規模の小さな区域での課題の例

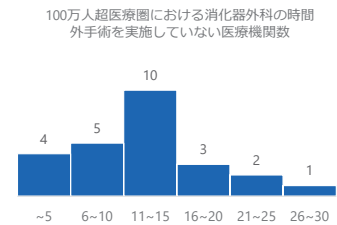


資料出所：令和5年度病床機能報告

- ・ 医師等の医療資源の絶対数が少なく、実施可能な医療が他の地域と比べて少ない場合がある。一部の診療行為については、実施がない二次医療圏も存在する。
- ・ 隣接区域も人口規模の小さな区域である場合や、離島や山間部等でアクセスに課題がある場合がある。

⇒ 例えば、区域全体の医療資源の範囲で、必要な連携・再編・集約化を行い、確保する医療内容の検討、隣接区域や必要に応じて都道府県を越えた連携体制の構築の検討等が必要。

■人口規模の大きな区域での課題の例



資料出所：NDB（2022年）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

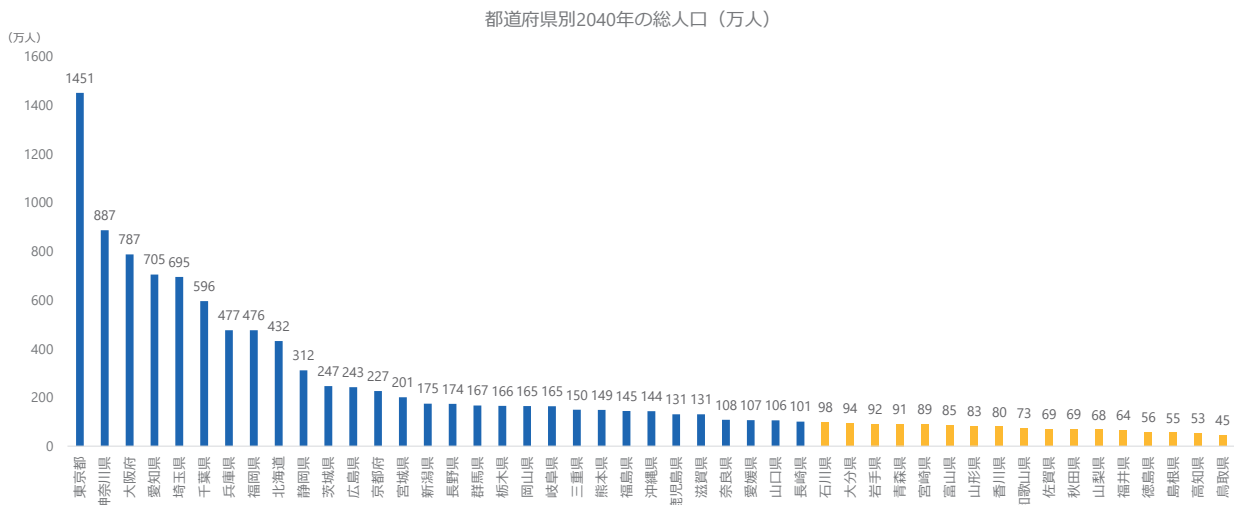
- ・ 医師等の医療資源は多いが、医療機関の特性も多様で、時間外手術を実施しない医療機関が一定数存在し、地域内でも時間外の対応を行う一部医療機関の医師等の働き方に負担が生じる場合がある。
- ・ 隣接区域も人口規模が大きく、医療資源が多い場合がある。

⇒ 例えば、医療需要に応じて、救急受入等に関する役割分担を検討し、必要な連携・再編・集約化を行い、医師等の働き方が適切に確保され、質の高い医療を効率的に提供する体制の検討等が必要。

33

広域な観点の圏域

三次医療圏については、基本的に都道府県単位で整備してきた。2040年には17県が人口100万人未満となる見込み。

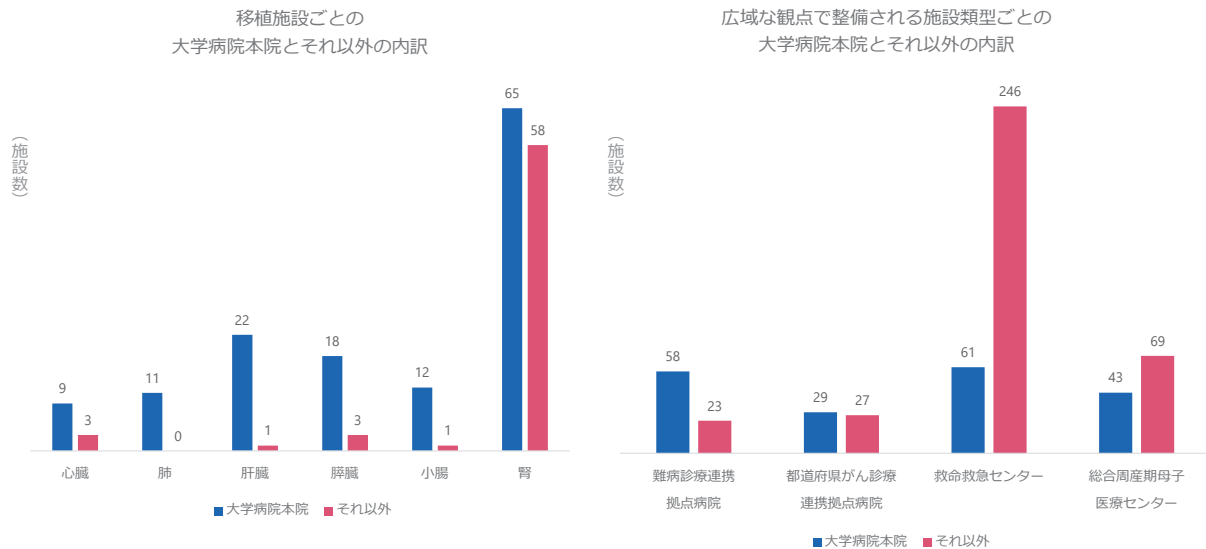


資料出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」

34

広域な観点で整備すべき診療機能について

広域な観点で整備すべき診療機能のうち、一部の臓器の移植医療等については、都道府県をこえて整備されている場合がある。



資料出所：公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク

※ 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

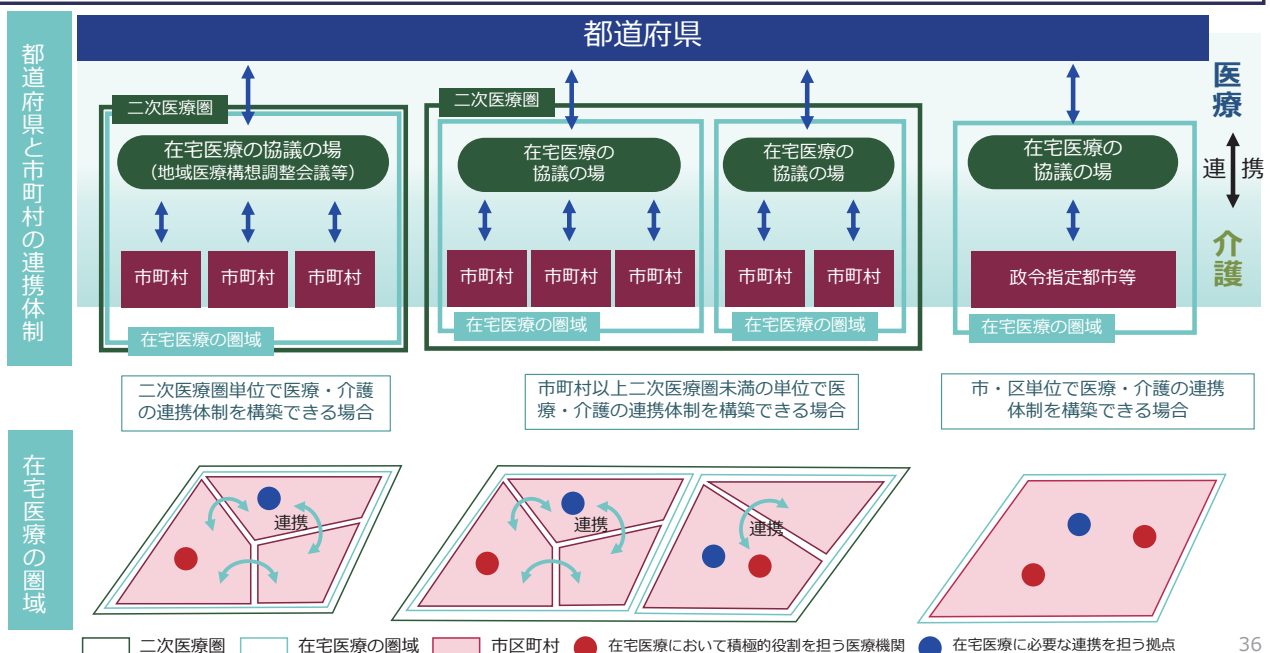
35

在宅医療の圏域の設定単位の考え方

令和6年11月8日第11回新たな地域医療構想等に関する検討会資料

第6回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令和4年9月28日 資料

- 在宅医療の圏域は、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の配置状況や、地域包括ケアシステムの観点も踏まえた上で、医療資源の整備状況や介護との連携の在り方が地域によって大きく変わることを見据え、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。



36

3. 新たな地域医療構想

37

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告（医療機関から都道府県への報告）
 - ・構想区域ごと（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）、広域な観点（医療及び広域診療機能）で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議（議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議）

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保（実態に合わない報告見直しの求め）
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国（厚労大臣）の責務・支援を明確化（目指す方向性・データ等提供）
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

38

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が必要

広域な観点の医療機関機能

- 医療及び広域診療機能
 - ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点で求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
- このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

39

病床機能について（案）

- ・ 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- ・ 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	・ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	・ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	・ 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 ・ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	・ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

40

新たな地域医療構想における構想区域について

- 新たな地域医療構想においては、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等も含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るものとして位置づける。このため、構想区域について、**二次医療圏を基本としたこれまでの構想区域**のほか、**広域な観点**が求められる診療や医療従事者の育成等を検討するための**広域な区域**、在宅医療等についてきめ細かく対応するための**より狭い区域**を設定して取組を推進する。
- 区域全体の医療資源に応じて確保する医療や、区域内で確保が困難な医療に関する隣接区域等との連携のあり方等の具体的な運用については、2025年度に策定予定の新たな地域医療構想に関するガイドラインの作成段階で検討する。

基本となる構想区域

- 高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能の医療機関機能を整備
- 二次医療圏（330程度）を基本として、人口が20万人未満の区域や、100万人以上の区域で医療提供体制上の課題がある場合には必要に応じて構想区域の見直しを行う

広域な区域

- 大学病院や、その他急性期の拠点となる医療機関による広域な観点で確保すべき医師の派遣や診療、人材育成を議論するための区域を設定。
- 都道府県単位（必要に応じて三次医療圏）で設定

より狭い区域

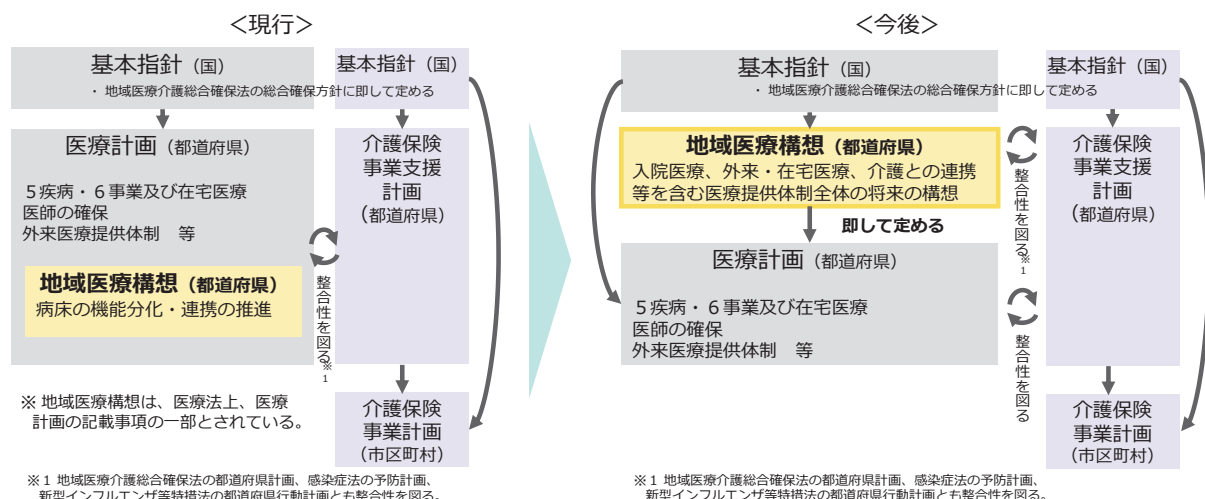
- 在宅医療等については地域の医療及び介護資源等の実情に応じて、より狭い区域を設定
- 医療計画の在宅医療の圏域の設定は、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定

41

令和6年12月3日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理（案）

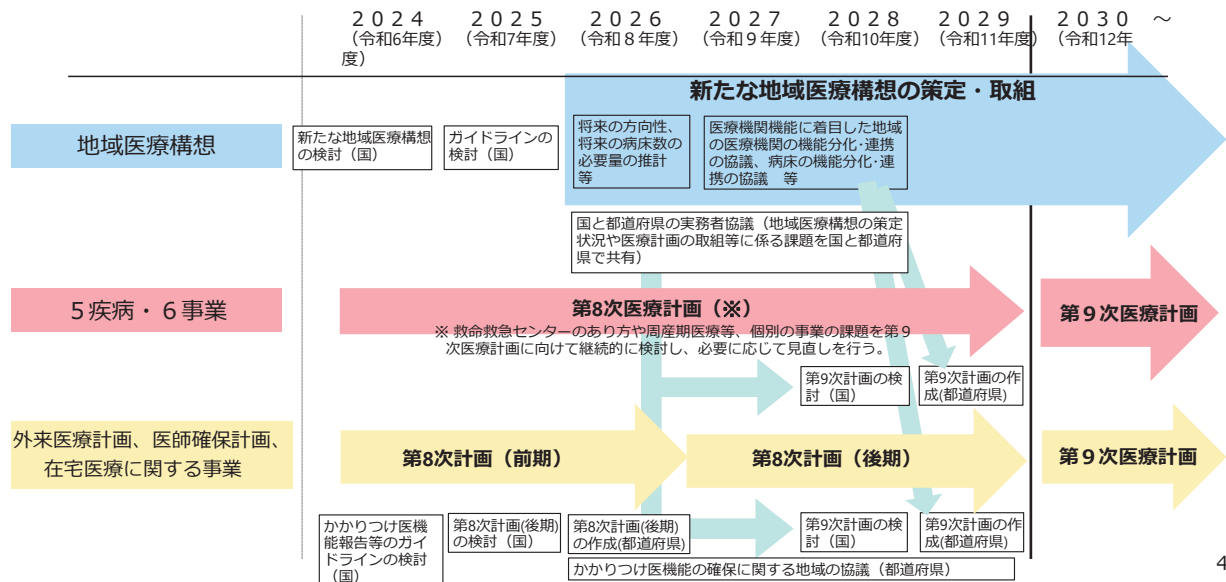
- 新たな地域医療構想について、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等も含めた医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を行っており、地域医療構想と医療計画の関係の整理を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想について、医療計画の記載事項の一つではなく、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性を定めるとともに、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、病床の機能分化・連携等を定めるものとする。新たな地域医療構想においても、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図る。
 - 医療計画について、地域医療構想の6年間（一部3年間）の実行計画として、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業及び在宅医療、医師確保、外来医療等に関する具体的な取組を定めるものとする。



42

新たな地域医療構想と医療計画の進め方（案）

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



43

新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム 取りまとめ概要

新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 以下の観点から、新たな地域医療構想に精神医療を位置付けることが適当。
 - 新たな地域医療構想においては、2040年頃を見据え、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を進めている。
 - 地域の医療提供体制全体の中には、精神医療も含めて考えることが適当
 - 新たな地域医療構想において精神医療を位置付けることにより、以下の意義が考えられる。
 - ・ 2040年頃の精神病床数の必要量を推計 → 中長期的な精神医療の需要に基づく精神医療体制の推進
 - ・ 病床機能報告の対象に精神病床を追加 → データに基づく協議・検討が可能
 - ・ 精神医療に関する協議の場の開催や一般医療に関する協議の場への精神医療関係者の参画
 - 身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする患者への対応等における精神医療と一般医療との連携等の推進
 - ・ 地域医療構想の実現に向けた財政支援、都道府県の権限行使 → 精神病床等の適正化・機能分化の推進
- 新たな地域医療構想に精神医療を位置付けた場合の具体的な内容※は、法律改正後に施行に向けて、必要な関係者で議論する必要がある、精神医療に係る施行には十分な期間を設けることが必要。

※ 病床数の必要量の推計方法、精神病床の機能区分、病床機能報告の報告事項、精神医療の構想区域・協議の場の範囲・参加者、精神科医療機関の医療機関機能等

44

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（概要）①

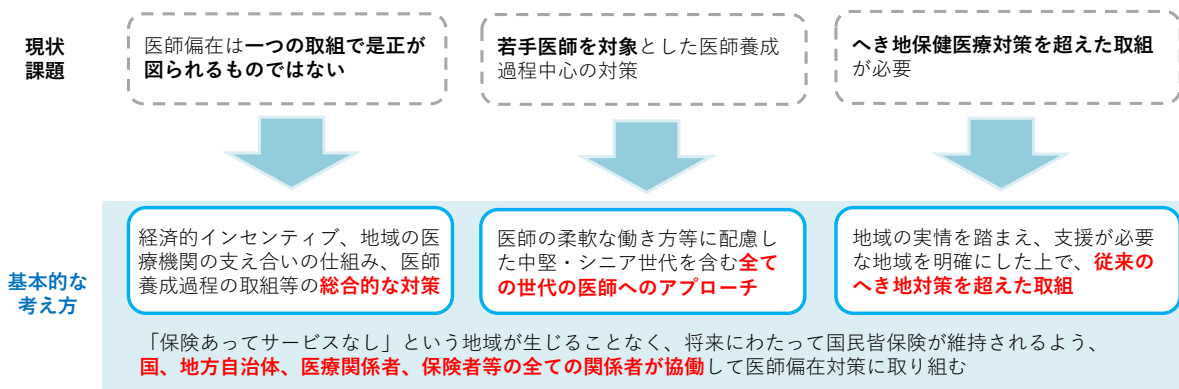
令和6年12月25日
厚生労働省 公表資料

- 地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域に必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改正を含め必要な対応に取り組み、**実効性のある総合的な医師偏在対策**を推進する。

- **総合的な医師偏在対策について、医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針に位置付ける。**

※ 医師偏在対策は、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応、オンライン診療の推進等と一体的に取り組む。

【基本的な考え方】



- ・ 医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討
- ・ 医師確保計画により3年間のPDCAサイクルに沿った取組を推進

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（概要）②

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】



自治労衛生医療評議会
地域医療セミナー（TOC有明）
令和7年2月22日（土）

公立邑智病院における 医療DXの取り組みについて

おおち 邑智郡公立病院組合 公立邑智病院
副院長（兼）事務部長、企画調整課長事務取扱 日高武英

- ・全自病協：中小病院の経営を考える事務プロジェクトチーム委員長
- ・総務省：「地方公共団体の経営・財務マネジメント強化事業」アドバイザー



OHCHI MUNICIPAL HOSPITAL

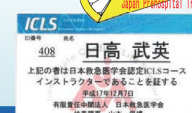
略歴（消防から病院へ）

- ・昭和59年4月 江津市外7町村消防組合採用 消防吏員拝命
- ・平成8年4月 救急救命九州研修所（ELSTA九州3期）へ派遣（救急救命士免許登録）
- ・平成14年4月 江津消防署救急救助係主任・兼本部警防課救急救助係主任
- ・平成19年4月（2007年）邑智郡公立病院組合採用 公立邑智病院事務長拝命
 - ・平成31年～ 全国自治体病院協議会「中小病院の経営を考える事務プロジェクトチーム委員長」
- ・令和3年4月 公立邑智病院 副院長・兼事務部長（企画調整課長事務取扱）
 - ・令和3年4月～ 総務省「地方公共団体の経営・財務マネジメント強化事業」アドバイザー就任

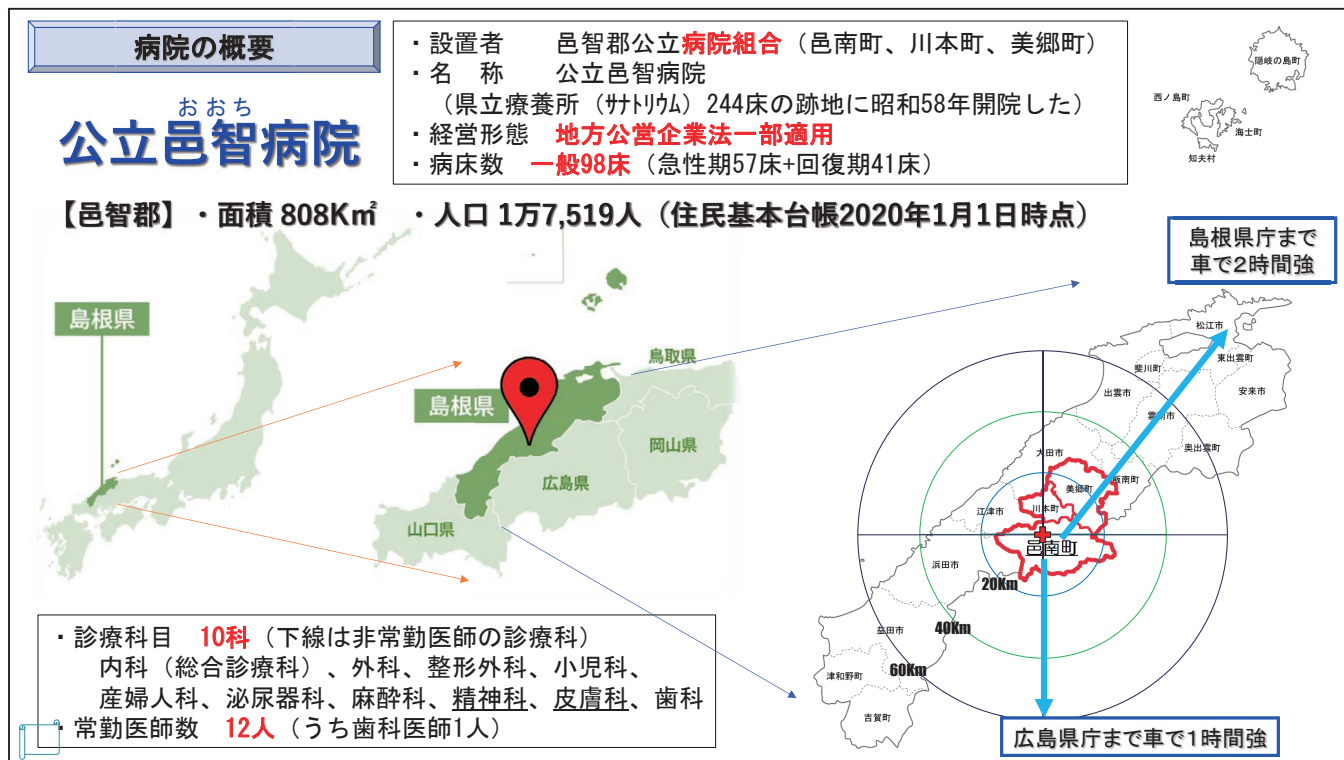
消防で23年勤務



病院で17年勤務



OHCHI MUNICIPAL HOSPITAL



地域の概要

- ・面積 808Km²
- ・人口 1万7,519人（住民基本台帳2020年1月1日時点）

- ・山陰と山陽を結ぶ高速道路の中心に位置している。
- ・半径30km以内に救急病院は存在しない。

デパートなし。駅なし。・・・暮らしあり。

OHCHI MUNICIPAL HOSPITAL

自治体病院の経営状況

令和6年9月6日
中国四国ブロック会議

総務省自治財政局
準公営企業室
「公立病院の現状と課題
等について」から 引用

新型コロナウイルス感染症
補助金で経営改善

自治体と協力して、
経常黒字を達成する
ことが必要とされ
ている。

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。

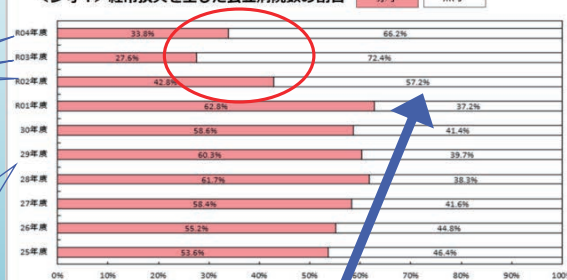
<参考1> これまでの公立病院改革における再編・ネットワーク化の実績

	H20～H26実績	H27～R2実績	合計	【参考】 実施中 (枠組含意)
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

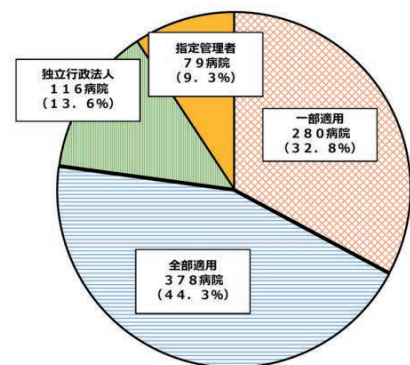
<参考2> 公立病院数及び病床数の比較

	H14 (ピーク時)	H20	R4	増減率 (H20→R4)	増減率 (H14→R4)
病院数	1,007	943	853	▲9.5%	▲15.3%
病床数	239,921	228,280	202,765	▲11.2%	▲15.5%

<参考4> 経常損失を生じた公立病院数の割合



<参考3> 令和4年度末時点の経営形態の見直し状況

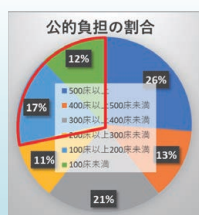
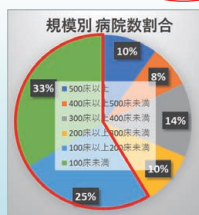


OHCHI MUNICIPAL HOSPITAL

公的負担

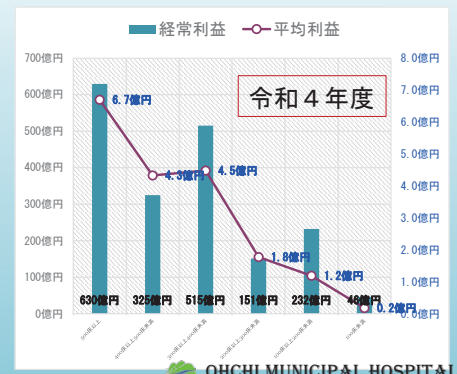
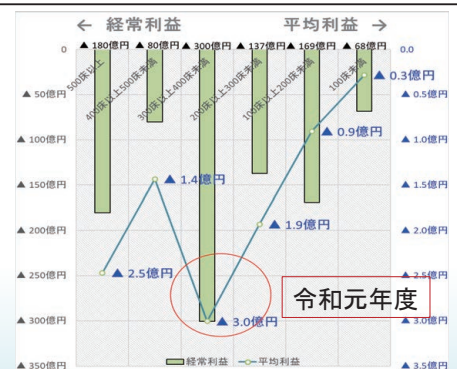
総務省、令和元年度地方公営企業年鑑から
(精神科病院、建設中及び想定企業会計の病院を除く)

規模別	病院数	経常利益	平均利益	経常収 支比率	他会計繰 入金比率	他会計 繰入額	平均 繰入額	繰入+損益	平均 公的負担
500床以上	73	▲180億円	▲2.5億円	98.8%	8.9%	1,315億円	18.0億円	1,496億円	20.5億円
400床以上500床未満	56	▲80億円	▲1.4億円	98.8%	9.9%	667億円	11.9億円	747億円	13.3億円
300床以上400床未満	100	▲300億円	▲3.0億円	96.4%	11.5%	923億円	9.2億円	1,223億円	12.2億円
200床以上300床未満	71	▲137億円	▲1.9億円	96.2%	13.4%	471億円	6.6億円	608億円	8.6億円
100床以上200床未満	187	▲169億円	▲0.9億円	96.5%	16.7%	774億円	4.1億円	943億円	5.0億円
100床未満	244	▲68億円	▲0.3億円	96.9%	29.2%	624億円	2.6億円	693億円	2.8億円
一般病院計	731	▲935億円	▲1.3億円	97.7%	11.9%	4,775億円	6.5億円	5,710億円	7.8億円



総務省、令和4年度地方公営企業年鑑から (精神科病院、建設中及び想定企業会計の病院を除く)

規模別	病院数	経常利益	平均利益	経常収 支比率	他会計繰 入金比率	他会計 繰入額	平均 繰入額	繰入+損益	平均 公的負担
500床以上	94	630億円	6.7億円	102.9%	8.0%	1,786億円	19.0億円	1,157億円	12.3億円
400床以上500床未満	75	325億円	4.3億円	103.3%	9.3%	960億円	12.8億円	635億円	8.5億円
300床以上400床未満	115	515億円	4.5億円	104.9%	10.2%	1,140億円	9.9億円	625億円	5.4億円
200床以上300床未満	85	151億円	1.8億円	102.9%	13.1%	695億円	8.2億円	545億円	6.4億円
100床以上200床未満	195	232億円	1.2億円	104.2%	15.1%	870億円	4.5億円	638億円	3.3億円
100床未満	256	46億円	0.2億円	101.6%	27.3%	696億円	2.7億円	650億円	2.5億円
一般病院計	820	1,899億円	2.3億円	103.4%	10.7%	6,149億円	7.5億円	4,250億円	5.2億円



OHCHI MUNICIPAL HOSPITAL

自治体病院の経営状況②

報道資料



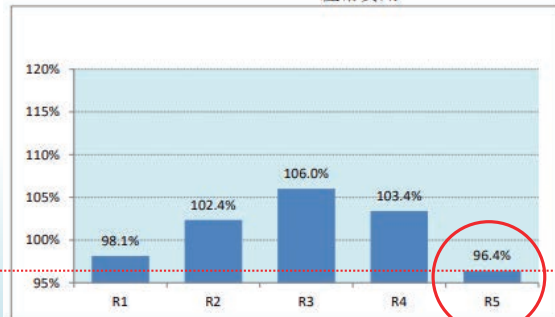
令和5年度地方公営企業等決算の概要

から引用

令和5年度の決算は
令和元年度より悪かったようです

病院事業

$$\text{経常収支比率 (\%)} = \frac{\text{経常収益}}{\text{経常費用}} \times 100$$



病院事業の経営状況（総収支額）の推移

(単位: 億円、%)

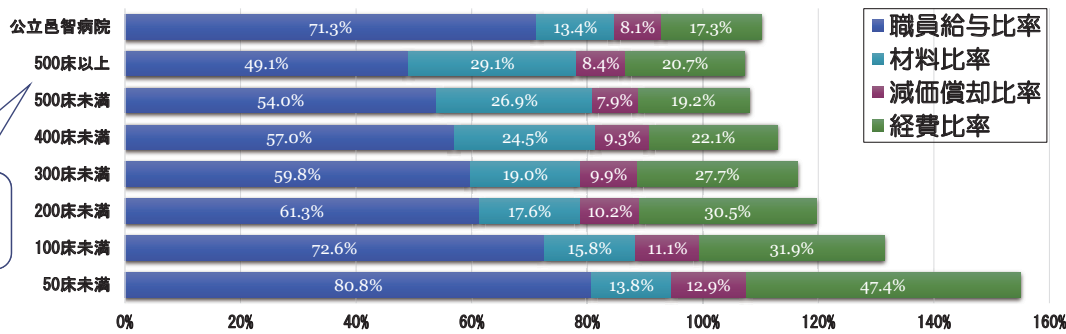
事業	年度	R1 (A)	R2	R3	R4 (B)	R5 (C)	対前年度比較		対R1年度比較	
							増減額	増減率	増減額	増減率
							(C)-(B)	((C)-(B)) / (B)	(C)-(A)	((C)-(A)) / (A)
病院		△ 984	1,366	3,296	1,996	△ 2,055	△ 4,052	△ 203.0	△ 1,071	△ 108.8
うち法適用		△ 934	944	2,408	1,444	△ 1,461	△ 2,905	△ 201.2	△ 527	△ 56.4
うち公営企業型地方独立行政法人		△ 50	422	888	552	△ 594	△ 1,147	△ 207.6	△ 544	△ 1,080.7

OHCHI MUNICIPAL HOSPITAL

病院規模別の収支と財務

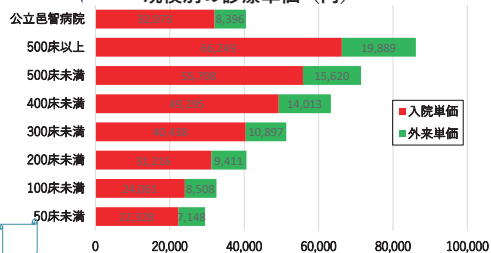
引用: 総務省 令和元年度 病院事業決算状況・病院経営分析比較表

規模別の主な費用比率（費用÷医業収益）

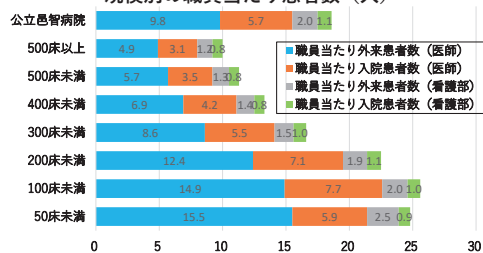


規模が大きいと、
診療単価が高い分
材料比率も高くなる。

規模別の診療単価 (円)



規模別の職員当たり患者数 (人)



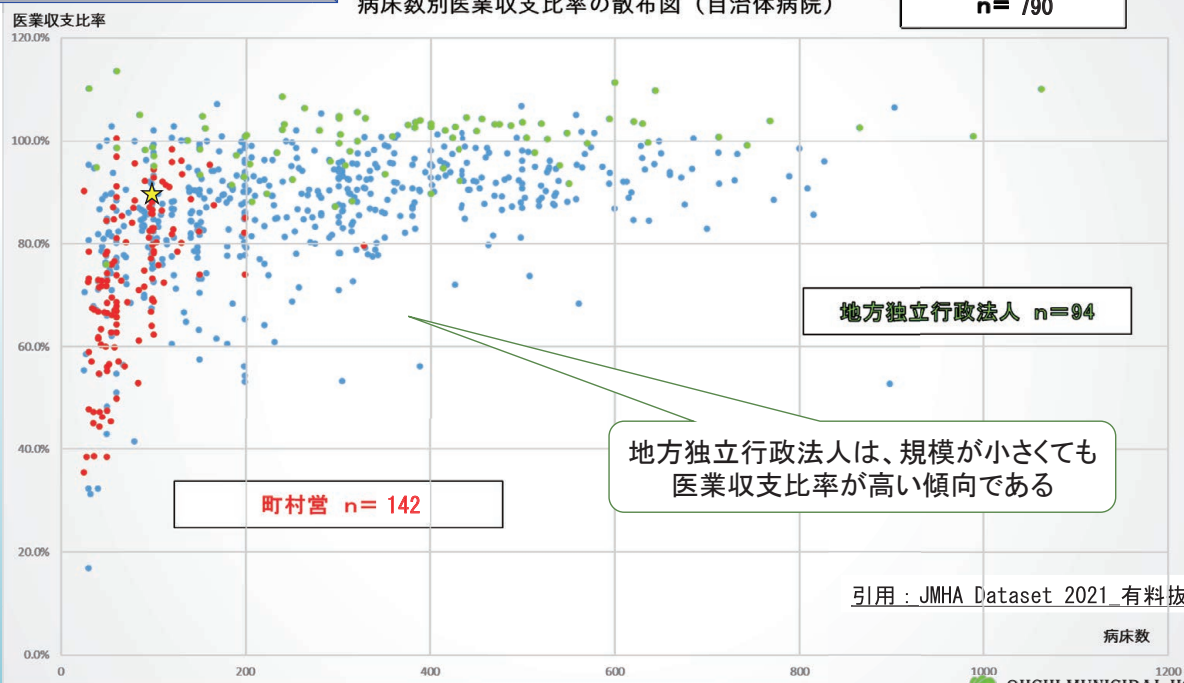
規模が大きいと、
医療従事者一人当たり
の患者数が少ない。

OHCHI MUNICIPAL HOSPITAL

経営形態別医業収支比率

病床数別医業収支比率の散布図（自治体病院）

n = 790

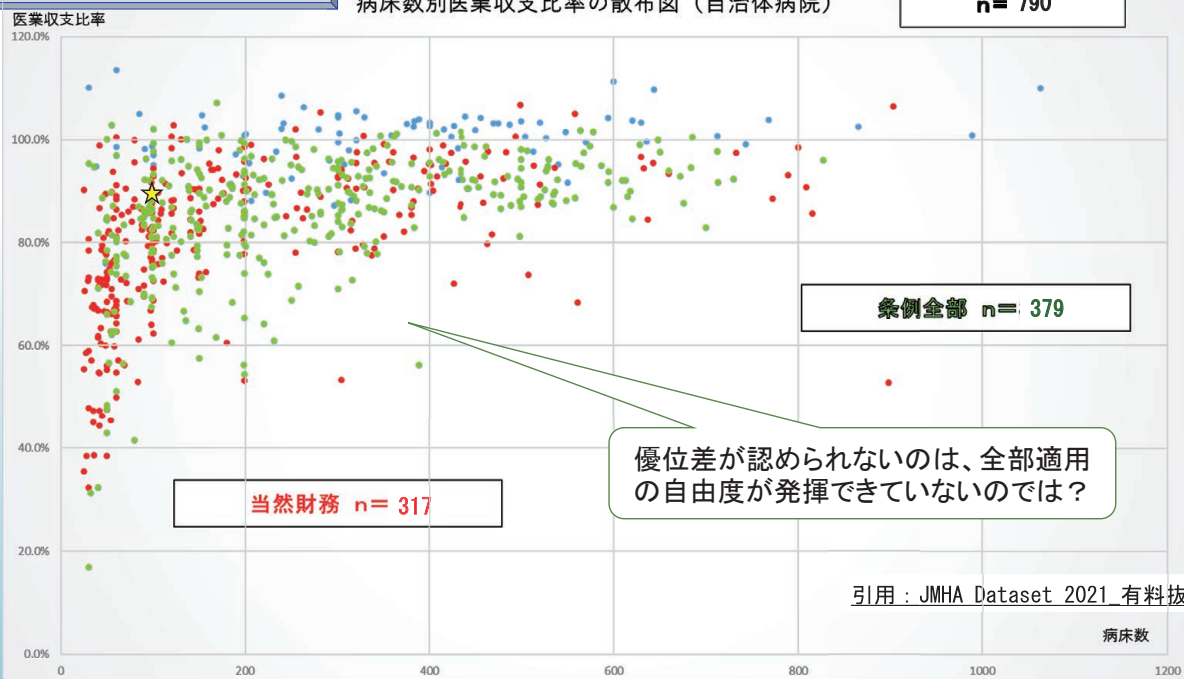


OHCHI MUNICIPAL HOSPITAL

経営形態別医業収支比率②

病床数別医業収支比率の散布図（自治体病院）

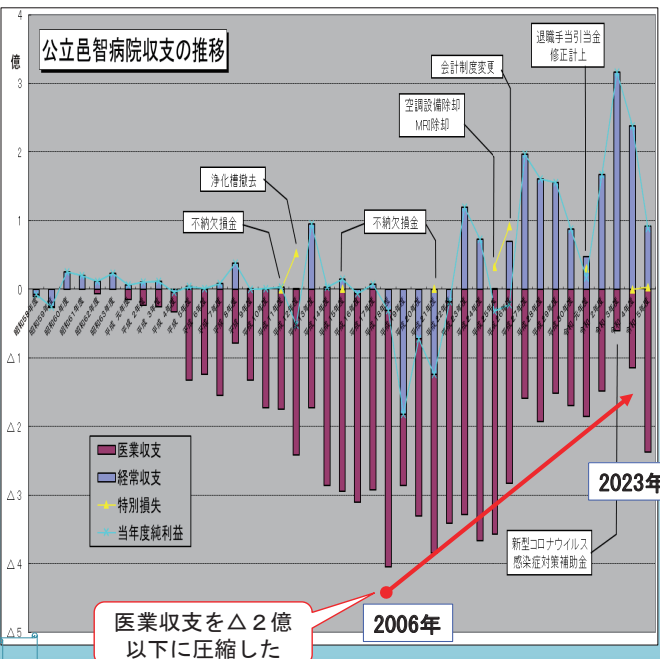
n = 790



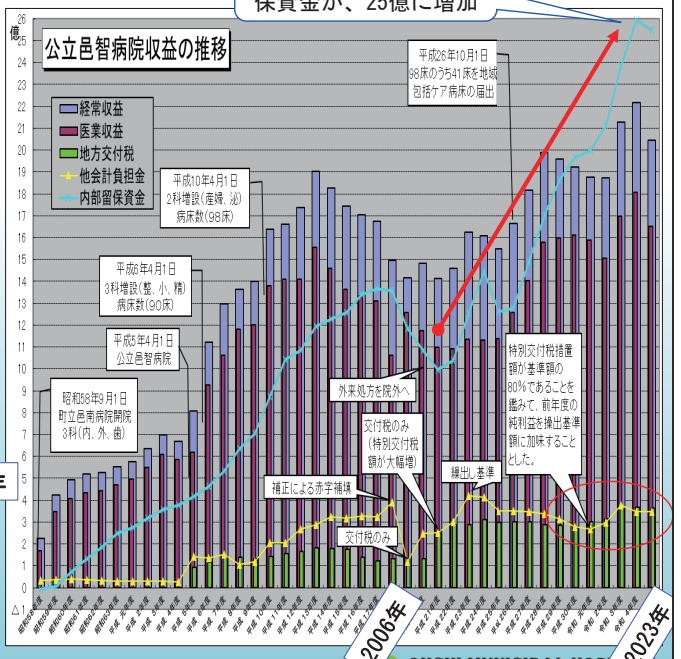
OHCHI MUNICIPAL HOSPITAL

公立邑智病院の再生

公立邑智病院収支の推移



公立邑智病院収益の推移



自立プロジェクト(時間当たり付加価値について)

$$\frac{\text{収益 (収入 - 経費)}}{\text{時間 (総労働時間)}} = \text{時間当たり付加価値}$$

【時間当たり付加価値を増加させる要因】

- ① 収入増加
- ② 経費削減
- ③ 人員削減 ⇒
 - ・ 他部門を手伝う
 - ・ 残業を減らす
 - ・ 休暇を取得する

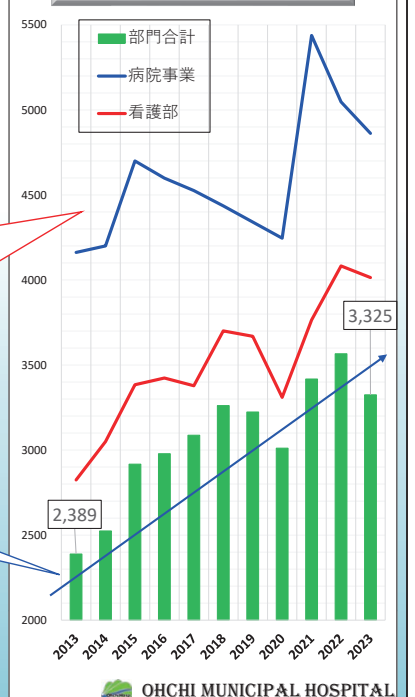
【成功のカギ】

- ・ 医療職へは診療のやりがいを作ること。
- ・ 事務職員のマネジメント能力と熱意。

自部門の時間当たり付加価値を意識することは、病院経営を良くすることである。

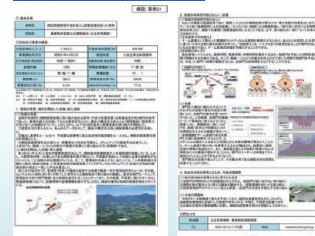
11年間の取り組みで時間当たり付加価値を、約1,000円増加することができた

時間当たり付加価値の推移 (円)



自立プロジェクト(公立邑智病院が実践している管理会計)の参考文献

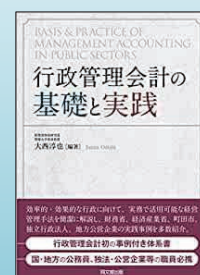
- 1) 総務省ホームページ：地方公営企業の抜本的な改革等に係る先進・優良事例集.
https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/kouei/jirei.html.
 病院：事例31「病院原価管理手法を導入し経営改善を図った事例」公立邑智病院.
https://www.soumu.go.jp/main_content/000803824.pdf, 783-784, 2022更新.



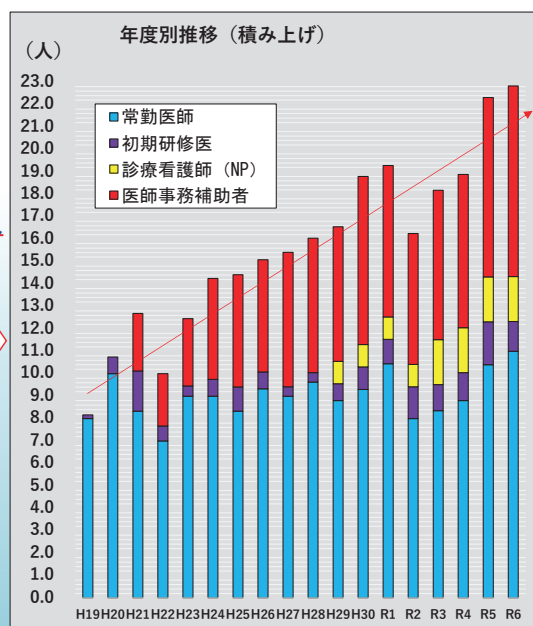
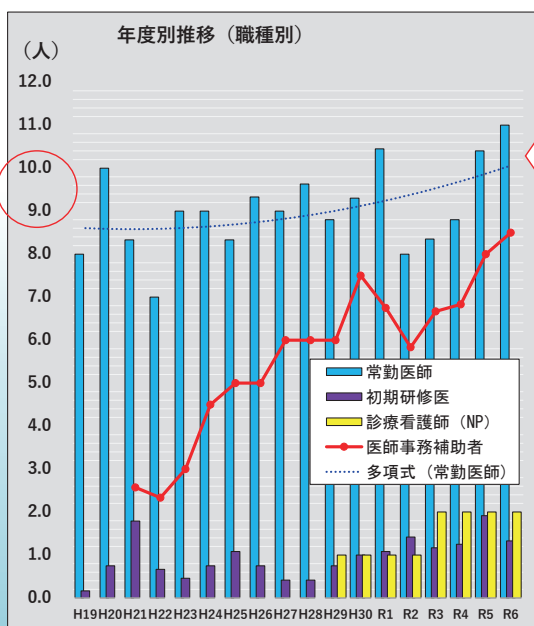
- 2) 日高武英：先進事例紹介.
 病院原価管理の実践. 公営企業, 53(12), 62-68, 2022.



- 3) 関谷浩行・日高武英：「公立中小病院における管理会計の導入と実践-事務長を中心に-」
 大西淳也（編著）『行政管理会計の基礎と実践』同文館出版. 273-306, 2020.



公立邑智病院の医師、研修医、NP、医師事務補助者数の推移



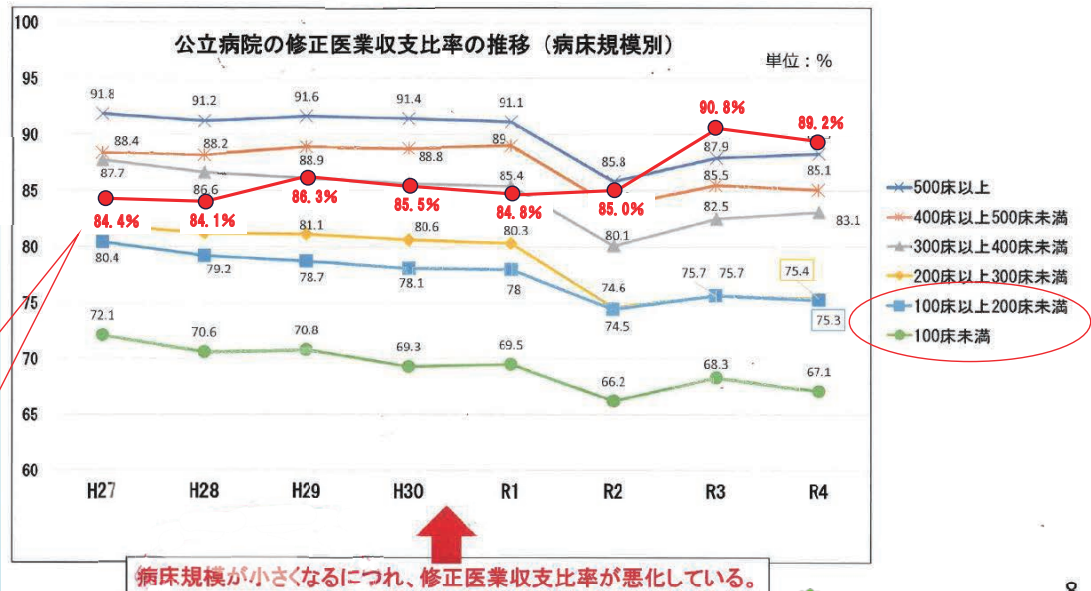
修正医業収支比率について

1 公立病院の経営状況 ③

令和6年9月6日
中国四国ブロック会議

総務省自治財政局
準公営企業室
「公立病院の現状と課題等について」
から引用

○ 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。



公立邑智病院
の修正医業収
支比率の推移。

近年は、85%
前後で推移し
ている。

自治体立病院の問題点とされる意見

- ① 病院を取り巻く諸条件の変化に、機動的、弾力的に対応できていない場合があること。
- ② 職員給与が公務員給与制度の枠組みの中で決定されること等からその水準が民間より高い場合が多いこと。
- ③ 看護単位のととり方など職員配置の工夫が十分でないこと。
- ④ 自主料金である室料差額なども自治体病院の性格上低く抑えられている場合が多いこと。
- ⑤ 事業管理者や事務局には、医療制度・実務等の専門的な知識や経営能力が求められるが、短期間での人事異動サイクルなどから、知識・能力の蓄積が課題。
- ⑥ 公金による支援を受けながら医療サービスの質や採算性の向上といった改革意欲をより向上させるため、全職員の意識改革が課題。
- ⑦ 「経営効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」、「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」。

資料

- ①～④：地方公営企業の概要 平成23年9月 財団法人地方財務協会
- ⑤～⑥：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報告書 平成29年12月 総務省自治財政局準公営企業室
- ⑦：新公立病院改革ガイドライン 平成27年3月31日 総務省自治財政局長通知

全国自治体病院協議会「中小病院の経営を考える事務プロジェクトチーム」の事業

事務部門の活性化・質の向上

(事務職員の業務が病院経営に
大きなインパクトを与える)

2024年3月 第2版発行

編集後記

事務長経験者が語る「中小病院経営のヒント」初版を2020年3月に刊行して、早いもので4年が経過しました。その間、新型コロナウイルス感染症の蔓延により窮乏な生活スタイルを余儀なくされましたが、多くの自治体病院においては、地域における感染症対策の脅威として機転を利かせ、改めて地域医療における存在感が発揮できたのではないのでしょうか。しかしながら、医療行政を取り巻く環境は少子高齢化による人口減少社会においてはますます厳しくなっており、2024年4月から医師の働き方改革の新制度が施行されることや、コロナ禍では支援を受けた国の補助制度も終了することから、自治体病院各々が自立した経営を求められていることも認識しなければなりません。

このような中、自治体病院に示された経営強化ガイドラインでは、経営者に与える影響が大きい事務部門の強化が求められています。私たちが「中小病院の経営を考える事務プロジェクトチーム」は、自治体病院へ実践経験のノウハウを伝えることを目的としており、その手段の一つが事務長ハンドブックとなります。この度、第2版としてブラッシュアップした改訂版をリリースしますが、初版と同じく先陣献書であることから、必ずしも表現方法が統一されているとは言えません。拝読されて、お気づきの点や不明な点がありましたら是非とも事務局までご連絡下さい、次回改訂時の参考にさせていただきます。

このハンドブックが事務長のヒントとなり、少しでも病院経営に寄与できましたら幸いです。

公益社団法人 全国自治体病院協議会
中小病院の経営を考える事務プロジェクトチーム 委員長 日高武英

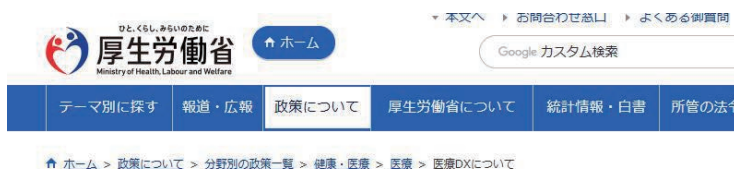


事務長経験者が語る「中小病院経営のヒント」
2020年3月 初版発行
2024年3月 第2版発行
発行：公益社団法人 全国自治体病院協議会
〒102-8506 東京都千代田区千代田2丁目7番5号砂分館本館
電話 03 (3261) 8555 https://www.janai.or.jp
印刷／製本 株式会社丸善工業社



- ① 地方公務員としての経験が長い。
- ② 一般会計（予算主義）の経験が長い。
- ③ 現金主義（単式簿記）の経験が長い。
- ④ 業務遂行は関係法令や前例による。
(医療機関は資格業務、EBMを重んじる。)
- ⑤ 役割として住民の福祉の増進を図る。
(収益業務ではない。)
- ⑥ 固定資産は購入時の原資の裏付けが重要。
(減価償却の概念が薄い。)
- ⑦ 職員の処遇は年功序列を基本とし格差が出にくい。
(医療界は給与格差が大きい。)
- ⑧ 病院事務は行政組織の一部としての認識。
- ⑨ 数年で異動する（異動できる）職場歴が長い。

次なる取り組み（医療現場のDX事業）



医療DXについて



引用：厚生労働省HP（2025年1月アクセス）

デジタル社会形成基本法が令和5年6月16日に施行され、医療機関においても Digital Transformation（デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える）ことが求められている。

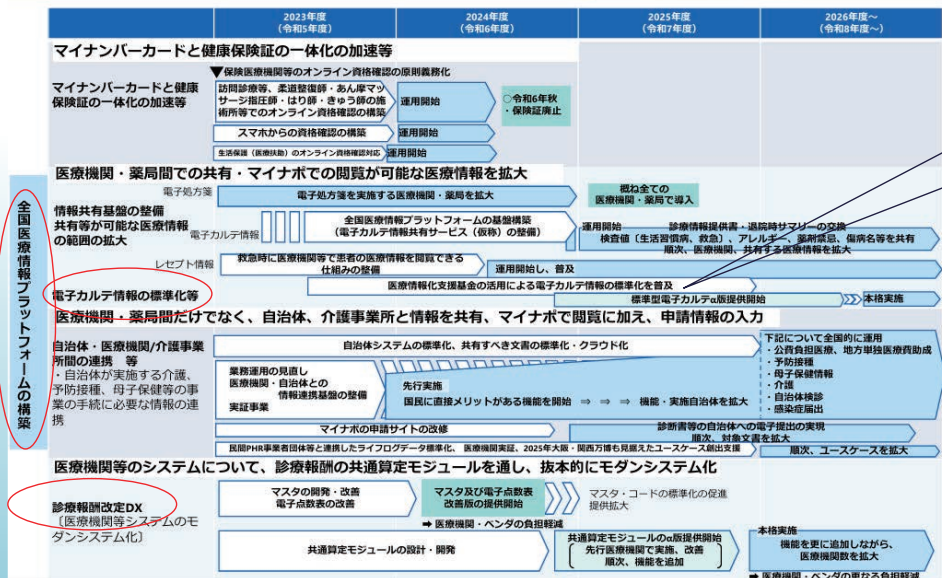
医療DXはマイナンバーカードを活用した「医療情報の共有」が骨格であるが、医療従事者の勤務環境をDXで改善することにより働きやすい環境が整備され、「医療の質」が向上すれば患者の満足度も向上すると考える。

公立邑智病院は2022年から本館棟の建て替えを中心に全館改修工事を行っており、可能な限りデジタル化を推進することで、地域に必要な医療体制の維持に取り組んでいる。

医療DXの推進に関する工程表

(令和5年6月2日医療DX推進本部決定)

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕



FHIR

特徴

- Web技術(HTTP)で一箇所に集約されているデータ交換方法を採用
- XML、JSON形式等のデータフォーマットでシステム間でデータをやり取り
- 医療機関間でデータ交換が容易、システム間で連携が容易
- スケーラブル(PHRAプリミティブ)から多様なデータに拡張可能
- 医療分野特有のベンダー固有な拡張性があり、開発者が多い、柔軟な拡張方法と拡張性で特徴づけられる
- 日本銀行FHIRの標準化を促す、医療ベンダーの開発を促す必要がある

医療DX実現にむけた3本柱

引用：厚生労働省HP (2025年1月アクセス)

全国医療情報プラットフォーム

全国医療情報プラットフォームの全体像 (イメージ)

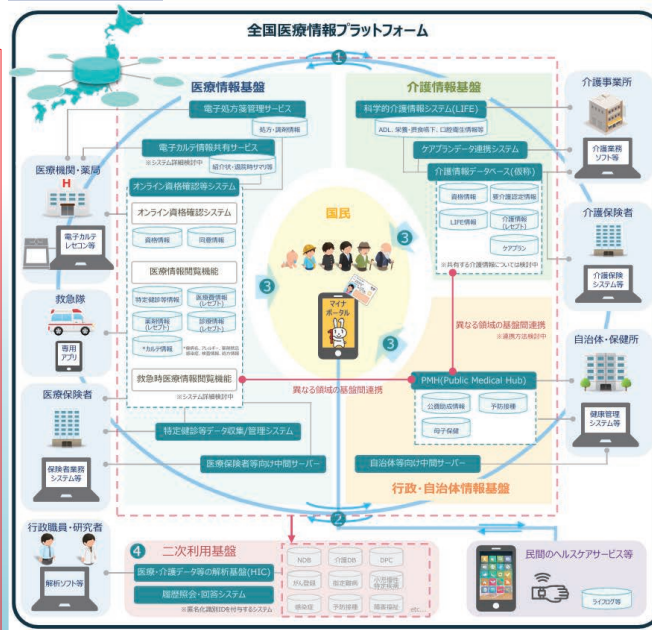
第4回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム (令和5年8月30日) 資料2-3 一部改定

令和6年度診療報酬改定

(1) マイナ保険証を中心とした医療DXの推進

(2) 脳卒中に対する情報通信機器を用いた遠隔連携の推進

(3) 情報通信機器を用いた診療の推進



「医療DXのユースケース・メリット例」

- 救急・医療・介護現場の切れ目のない情報共有**
 - 救急・医療・介護現場の切れ目のない情報共有
 - 救急・医療・介護現場の切れ目のない情報共有
- 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減**
 - 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減
 - 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減
- 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート**
 - 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート
 - 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート
- 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用**
 - 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用
 - 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

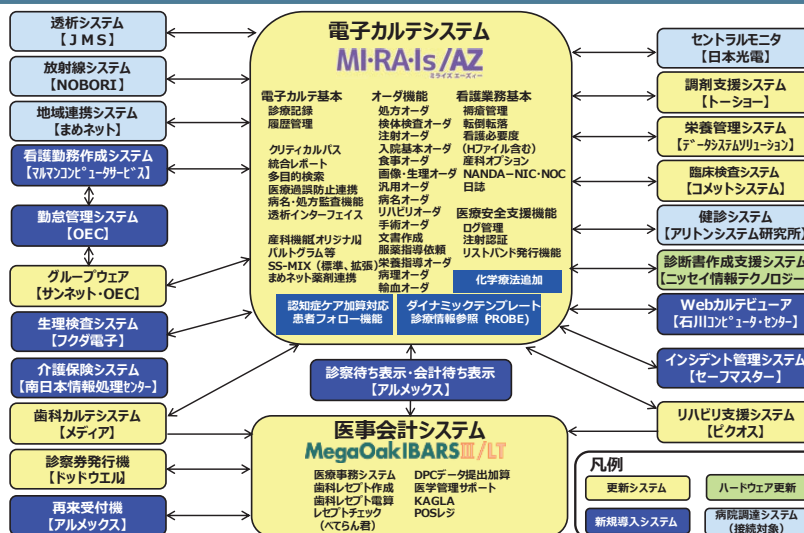
引用：厚生労働省HP (2025年1月アクセス)

DXで改善

医療機器

ネットワーク
システム

給与経理システム

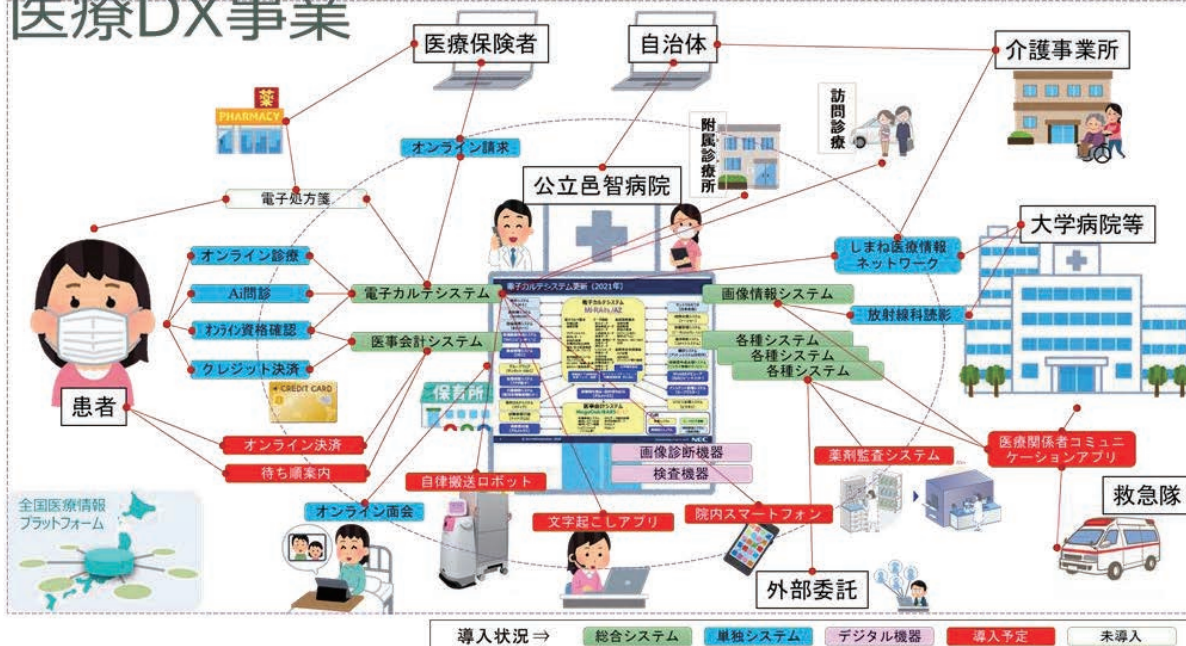


院内物流 对策

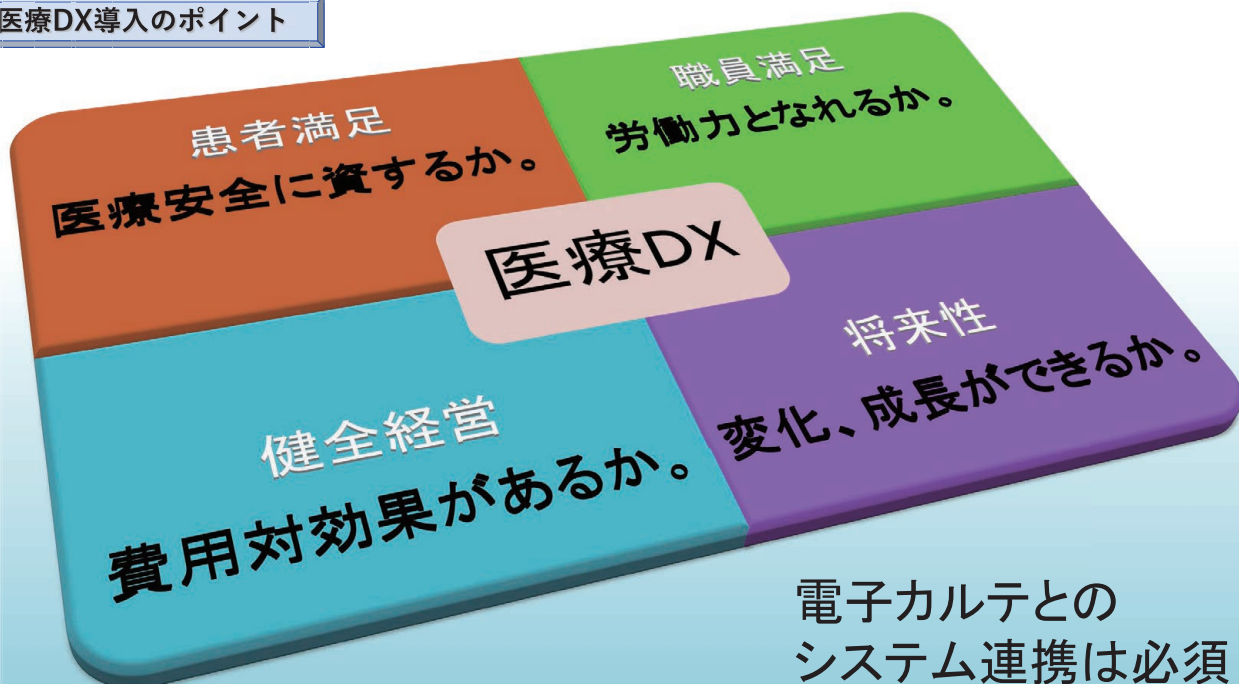
待ち時間
対策

情報共有
対策

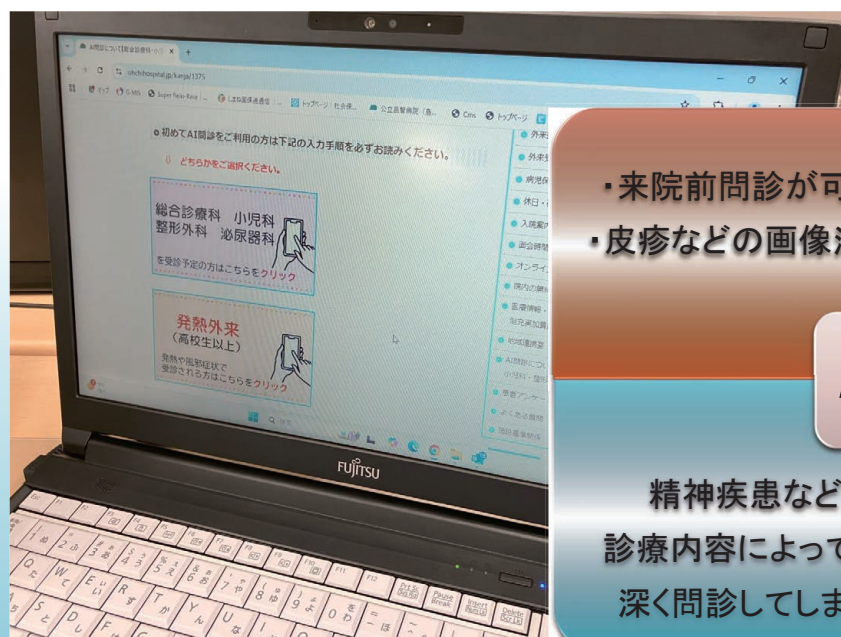
医療DX事業



医療DX導入のポイント



Ai問診



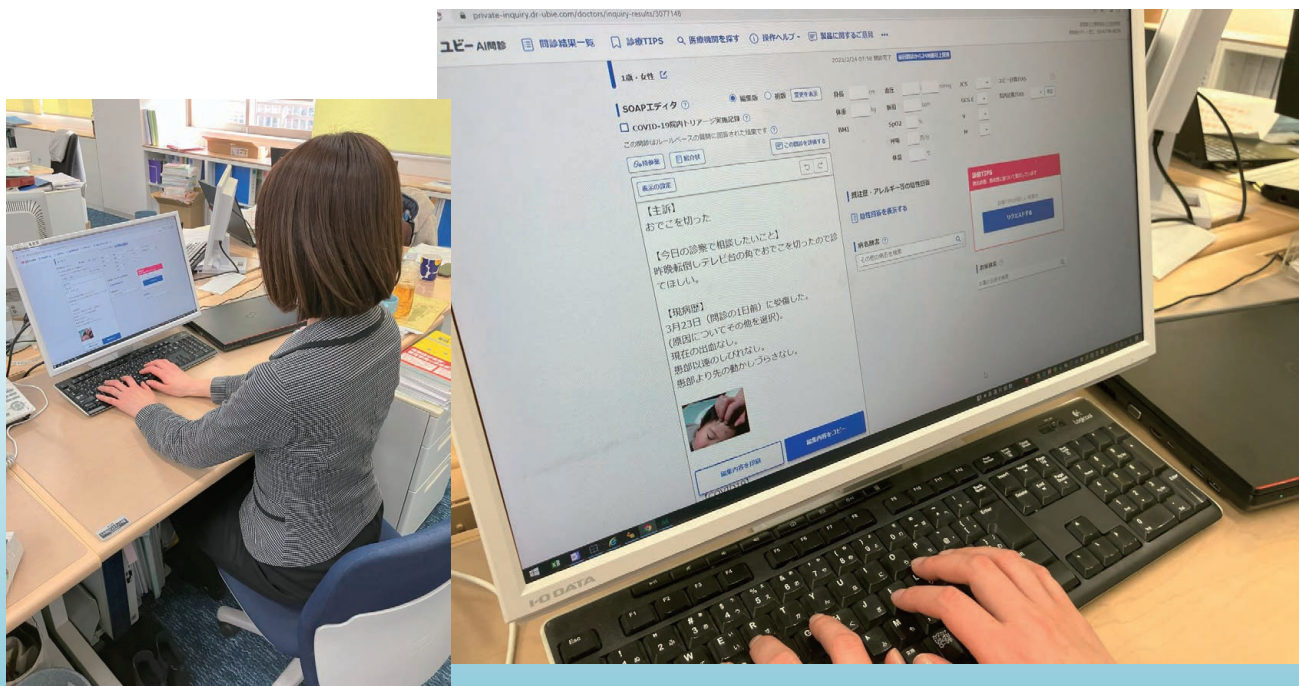
- ・来院前問診が可能
- ・皮疹などの画像添付

- ・労働時間削減
- ・転記業務削減

Ai問診

精神疾患など
診療内容によっては
深く問診してしまう

他のアプリとの連携



搬送ロボット



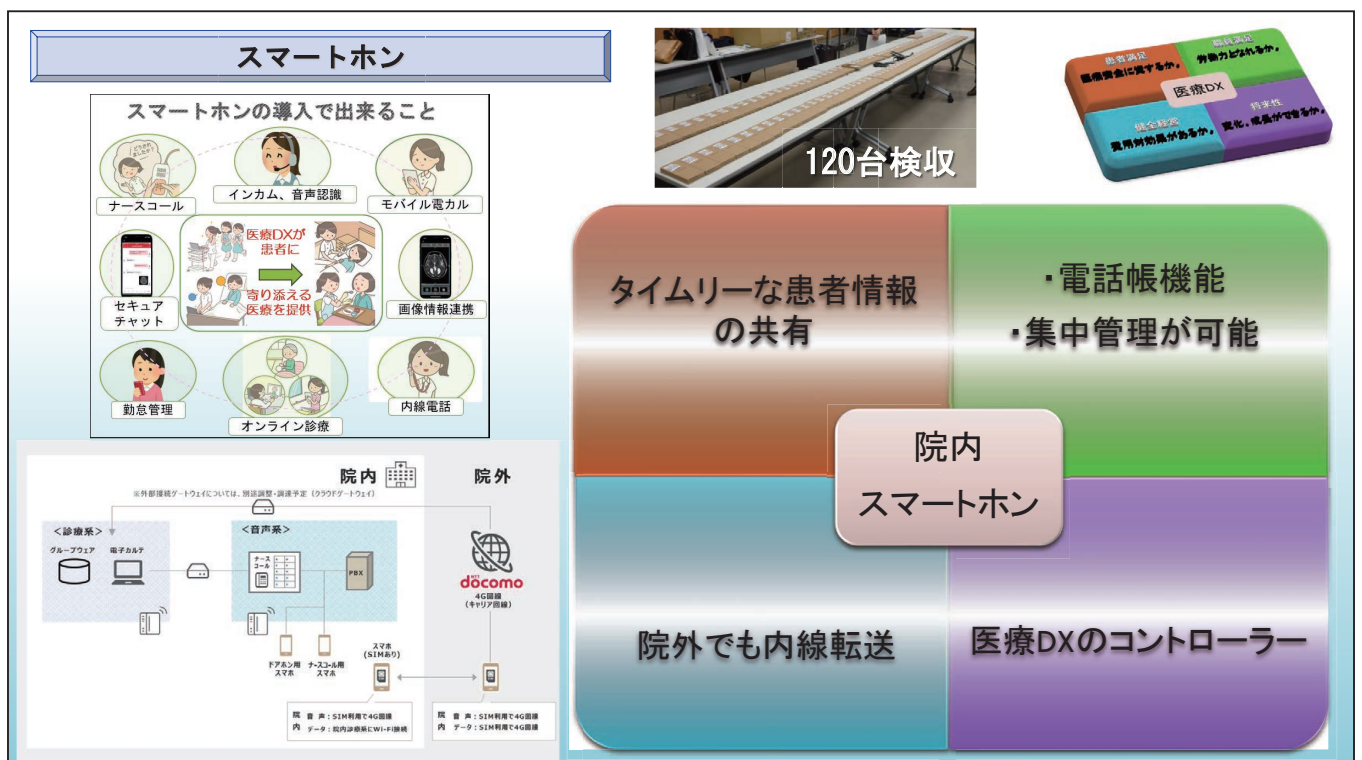
- ・買い物サービス
- ・内蔵されたビデオカメラによる防犯機能

- ・労働時間削減
- ・重量物の搬送
- ・効率よく置配

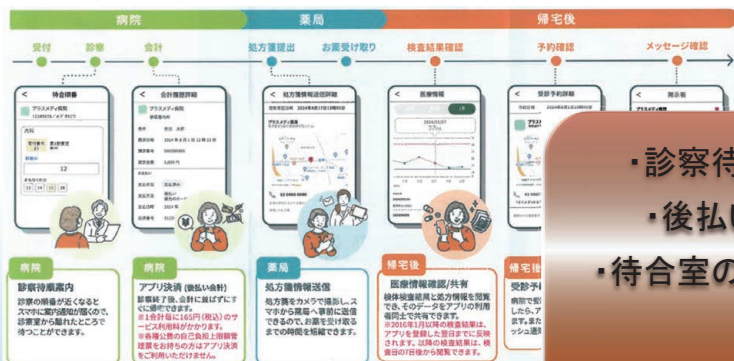
搬送
ロボット

建物のレイアウトによつては従来型のシステムに劣る

搬送場所の変更がプログラム修正で可能



通院支援アプリ



- ・診察待順案内
- ・後払い会計
- ・待合室の密集回避

・情報提供

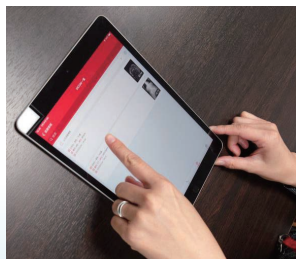
通院支援
アプリ

ベンダーフリー

・オンライン診療



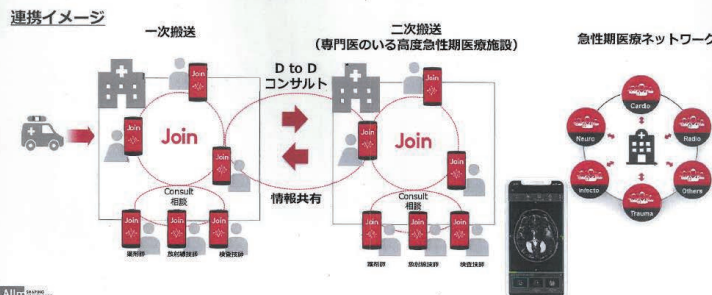
コミュニケーションアプリ



急性期医療連携体制を構築

- ・早期一次診断と、専門医との画像共有によって迅速・効率的な治療が可能に
- ・医療ICTを用いた医療連携体制を構築

連携イメージ



患者情報を消防・二次
救急・高次救急病院と
共有することが可能

操作性が良い

コミュニケー
ションアプリ

薬事認証
秘匿性が高い



救急隊からの疾病者・現場状況 リアルタイム共有

救急トリアージ重症度判定
現場写真や動画
傷病者情報データ送信

救急車内情報 LIVE配信

ネットワークカメラ
生体モニター

リアルタイム共有

リアルタイム確認

施設間連携

医用画像をJoinで共有・電話他相談
画像確認・対応指示
2次搬送

院内連携

Join
チャット版

連携ハブ端末

済生会江津総合病院 公立邑智病院

浜田医療センター

家族のスマホへ 情報を転送



デジタル田園都市国家構想交付金

内閣府 地方創生推進室
内閣官房 デジタル田園都市国家構想実現会議事務局
デジタル庁

(令和5年度補正予算分) 採択 (R6.3.29)

引用: 内閣府HP (2025年1月アクセス)

事業概要【公立邑智病院におけるDX化推進事業】

自治体名	邑智郡公立病院組合公立邑智病院	人口	16,574人	事業費	34,649千円
事業概要	当院は郡内唯一の救急告示病院であり、圏域の住民すべてに安心・安全な医療を提供する必要がある。今回、病院の建て替えに合わせ、可能な限りデジタル化を進めていくことで、限られた医療資源の地方であっても、住民が質の高い医療を受けられる環境整備を目的とする。				
具体サービス	【通院患者の待ち時間解消等に資するサービス】 ⇒通院支援アプリの導入 ・診察待機案内 ・後払い決済 ・処方箋情報送信 ・医療情報確認 【ロボットを活用した院内買物・見守りサービス】 ⇒自律搬送ロボットの導入 ・院内での買い物代行 ・患者の転倒や徘徊、離院を防止 事業の全体像 				
主なKPI	【アウトカム指標（活動指標）】 ①通院支援アプリのダウンロード累計数 ②通院支援アプリ内での後払い決済件数 ③ロボットを活用した買い物代行件数 【アウトカム指標（成果指標）】 ①通院支援アプリ満足度調査 ②医療DX化推進に向けた患者満足度調査				



事業概要【急性期医療ICT連携ネットワークサービス】

自治体名	島根県江津市	人口	38,162人(1市3町)	事業費	46,680千円
事業概要	搬送患者の情報を消滅、地域基幹病院で連携することにより、迅速かつ的確な搬送先選定〜治療対応を目指す。また、高度医療機関と医師対医師の医用画像を用いたコンサルトにより受け入れ先救急病院での対応が難しいと判断された場合、二次搬送時には、患者情報を事前に共有することで迅速な受け入れ〜より高度な治療対応を目指す。				
具体サービス	【救急搬送患者情報連携サービス】 医療情報コミュニケーションアプリをベースに12誘導心電図、救急車内情報をLive配信し、搬送先医療機関と情報を共有。 【医療情報共有コミュニケーションサービス】 医療情報コミュニケーションアプリをベースに救急隊からの搬送患者情報をもとに早期診断し適切な治療を実現。病院間連携では医用画像による医師同士のコンサルトや3次救急所属の専門医による診断による適切な治療指示や2次搬送体制を構築。 【傷病者情報連携サービス】 医療情報コミュニケーションアプリをベースに救急隊が現場で入力する傷病者の詳細情報、ドリアーアプリによる重症度を搬送先選定時、決定後に医療機関と共有。 事業の全体像 				
主なKPI	【アウトカム指標（活動指標）】 ①救急搬送患者情報連携サービスの利用件数 ②医療情報共有コミュニケーションサービスの利用件数 ③傷病者情報連携サービスの利用件数 【アウトカム指標（成果指標）】 ①救急隊が救急現場に滞在する時間 ②救急搬送体制の効率化及び質の改善を実感した救急隊員の割合 ③救急医療体制の効率化及び質の改善を実感した医師の割合				

公立邑智病院が再生できた要因を聞かれます！

病院を我が家のように考え、助け合い、教え合うことで、
効率が高く、質の高い病院運営を行うことができました、
経営は良くなり、働きやすい職場は人も集まってきます、
「全員参加型の病院づくり」です。

盆地に広がる雲海

OHCHI MUNICIPAL HOSPITAL

3. 能登半島地震の報告

自治労本部・衛生医療評議会
2025年度地域医療セミナー

2024年1月1日能登半島地震 被災病院の経験と今後の対策

～能登半島地震を経験し学んだこと～

珠洲市総合病院 菊谷祐介

2025年2月22日



御礼

2024年1月1日に発生した能登半島地震では、多くの方々にご支援いただき、本当にありがとうございました。

現地で活動していただいた方々、多くの搬送患者を受け入れていただいた病院関係者の方々に、心から御礼を申し上げます。



震災初期に当院で活動していただいた方々からのメッセージ！
今も院内に掲示しており、勇気付けてもらっています。

本日の内容

1. 珠洲市と珠洲市総合病院の紹介・被災状況
2. 大規模広域搬送
3. 院内の受援体制
4. 被災地の医療職の苦悩
5. 災害時の職員への支援
6. 当院の問題点と今後の対策

自己紹介

- ・ 菊谷 祐介 （41歳）
- ・ 看護師 19年目
- ・ 手術室・中材業務（外来部門の補助）
- ・ 日本DMAT隊員
- ・ 職員組合活動4年

〈私生活〉

- ・ 三人の子の父親
- ・ お祭り好き

〈地震による自宅状況〉

- ・ 自宅は一部損壊
水道、浄化槽使用不可→改修済み
自宅裏の海沿いの道路には津波が押し寄せた
- ・ 実家は全壊
昨年11月に公費解体終了



珠洲市と珠洲市総合病院の 紹介・被災状況

珠洲市の紹介



「東京大学大学院 医学系研究科 国際保健専攻」ホームページ引用

- 石川県能登半島の最先端
- 世帯数
5,473世帯 (2025年1月1日現在)
- 人口
11,374人 (2025年1月1日現在)
- 高齢化率
52.28% (2025年1月1日現在)
- アクセス
金沢地域から車で約2時間30分
(のと里山海道 + 珠洲道路経由)

**のと里山海道は、奥能登と加賀・金沢
方面をつなぐパイプライン！**

珠洲市の紹介



鯉のぼりフェスティバル



見附島



キリコ祭り



奥能登芸術祭

「珠洲市ホームページ」より引用

珠洲市の被災状況

2024年1月1日 16時10分
珠洲市が震源
震度6強 (M7.6)
16時22分 大津波警報発表



死者 151名（うち災害関連死 54名）
負傷者 249名
住宅被害 5,583棟（半壊以上の家屋3,833棟：68.7%）

石川県ホームページ「令和6年能登半島地震による人的・建物被害の状況について
第186報 令和7年1月28日14時00分現在」より

震災前後の世帯数・人口の変化

	震災前 (2023年11月30日)	震災後 (2024年11月30日)	減少数	減少率
世帯数（棟）	5,857	5,489	368	6.3%
人口（人）	12,610	11,441	1,169	9.3%

「広報すず1月号（2024年）」
「広報すず1月号（2025年）」より

珠洲市総合病院の概要

能登半島最北端 市内唯一の総合病院



病院パンフレット写真より引用

- 診療科：13科
内科、外科、小児科、耳鼻咽喉科、整形外科、脳神経外科、精神科、産婦人科、泌尿器科、皮膚科、眼科、放射線科、リハビリテーション科
- 病床（一般・地域包括・結核）
- 診療所：2施設

	2023年1～3月（震災前）	2024年1～3月（震災後）
職員数	258名（2024年1月1日時点）	222名（2024年4月1日時点）
実稼働病棟数	3病棟 /163床（2024年1月1日時点）	2病棟 /114床（2024年4月1日時点）
平均在院日数	18日	11日
病床利用率	57.2%	21.5%
外来患者数	27,499人	13,750人
入院患者数	8,385人	3,183人

珠洲市総合病院の概要

役割

- 市民の心の支えとなる地域の中核病院として、二次救急から在宅療養支援まで“切れ目のない医療”を提供する
- 安心と信頼の地域医療を目指し、いたわりの心で市民の健康と命を守る
- 災害時には災害拠点病院として傷病者の受け入れを行う

災害拠点病院

災害時における初期救急医療体制の充実強化を図るための医療機関

- 24時間いつでも災害に対する緊急対応ができ、被災地域内の傷病者の受け入れ・搬出が可能な体制を持つ
- 災害時に被災地からの傷病者の受け入れ拠点になる
- **DMAT**を保有し、災害時には被災地での活動を行う
- 救命救急センターもしくは第二次救急医療機関である
- 定期的な訓練を実施し、災害時に地域の医療機関への支援を行う体制が整っている
- ヘリコプターに同乗する医師を派遣できることが望ましい
- 十分な医療設備や医療体制、情報収集システムと、ヘリポート、緊急車両、自己完結型で医療チームを派遣できる資器材を備えている

DMAT（災害派遣医療チーム）

- **D**isaster **M**edical **A**ssistance **T**eam
- 「災害急性期に活動できる機動性を持ったトレーニングを受けた医療チーム」と定義されている

平成13年度厚生科学特別研究「日本における災害時派遣医療チーム(DMAT)の標準化に関する研究」報告書より

- 医師1名、看護師2名、業務調整員（薬剤師・放射線技師など）1名の計4名を基本構成
- 災害発生直後の急性期（概ね48時間以内）に活動を開始し、被災地の医療体制を確立する
- 被災地域で発生した多くの傷病者を被災地域外の適切な医療機関に搬送する

発災直後の院内状況

項 目	内 容
安全管理	建物の損壊一部のみ 入院患者、勤務職員に怪我なし
ライフライン	水：× 電気：×（非常電源は使用可）エレベーター：× 食料：患者、スタッフ分含め備蓄3日分
通信・伝達	固定電話・PHS：○ 携帯電話：△ 電子カルテ：○
技術部門	放射線科：一般撮影・CT可 検査科：検査機器× 薬局：調剤機器× 栄養科：厨房内使用×
診療部門	救急外来：○ 各科外来：× 透析：× 手術：× 内視鏡：×

院内被災状況



医局



ナースステーション



患者ベッドサイド



救急外来



給水支援



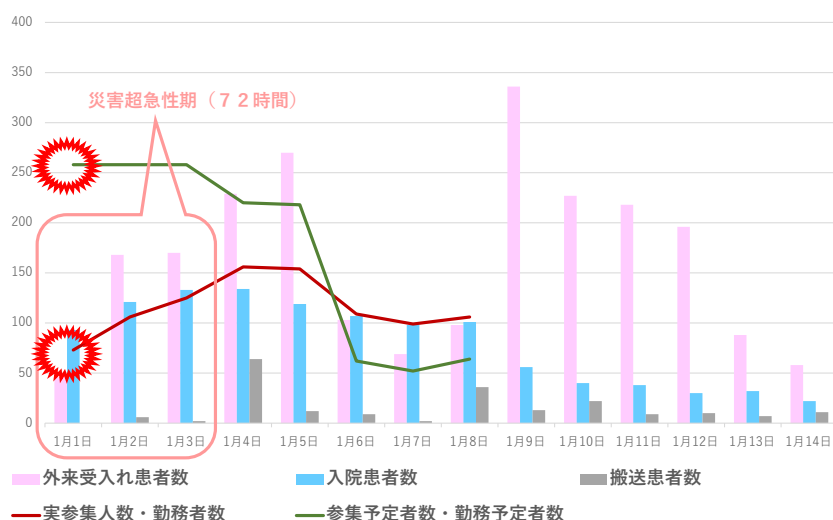
手動ラップ式簡易トイレ

当院は津波警報時の一時避難場所

- 津波警報発令により近隣の避難者が1階フロアに多数（約70名）避難してきた
- 救急外来では地震発生直後より次々と外傷患者が来院した
- 救急受診患者と避難者で1階フロアが混乱した
- 津波警報解除後も帰宅困難者がいたが、1月3日に病院機能維持のため近隣の避難所に移動してもらった



地震後の患者数 職員数



入院患者数
 12/31 83名→1/3 134名まで増加
 全職員258名のうち
 震災当日の勤務者：30名
 当日参集職員：約30名

何とか病院機能を維持していたが・・・

- 発災後、救急受診患者の増加に伴い入院患者も増加
- 職員数の不足（看護師、調理員、医療事務（ニチイ学館含む））
- ライフライン等の状況（断水、食料不足）



キャパオーバー！
十分な医療が提供できない

- 入院患者の転院搬送
- 透析患者の全員搬送
- 病院機能の縮小
(3病棟→2病棟体制 外来ブース縮小 処方日数制限)

あるリハビリ職員の発災直後の経験談

当日登院できたりハビリスタッフは**1人**だけ

- 黒（治療困難群）エリアの管理
- 遺体の搬送
- エンゼルケアの補助
- 警察官、検察官の対応
- 患者の院内移送の補助（エレベーター停止による人力での入院）
- 避難者への声かけ、受診誘導



訓練とは違う**想定外の役割**も行なわなくてはいけない
自分が何ができるのかを**考えて行動**しなくてはいけない

大規模広域搬送

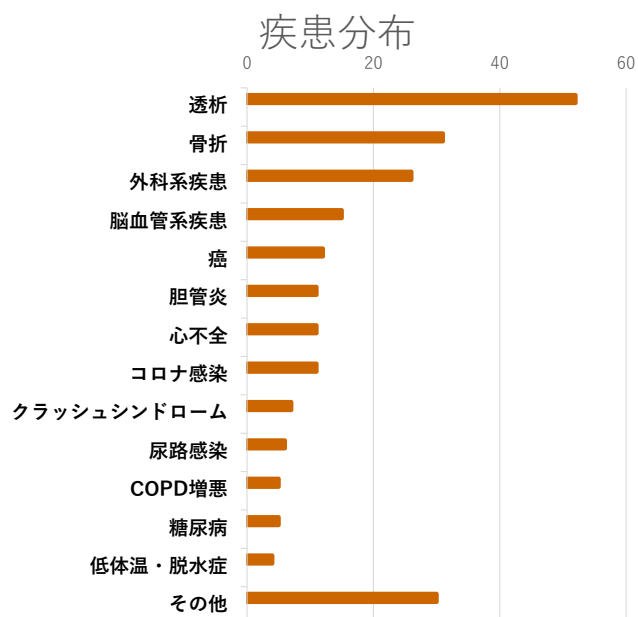
患者搬送の推移（1/1～1/31）



搬送患者の概要・疾患分布

年齢	人数（人）
20歳代	1
30歳代	2
40歳代	15
50歳代	11
60歳代	30
70歳代	71
80歳代	73
90歳代	41
100歳代	2

搬送部署	人数（人）
病棟	180
救急・外来	14
透析室	52



震災直後ののと里山海道



「石川県ホームページ」より引用

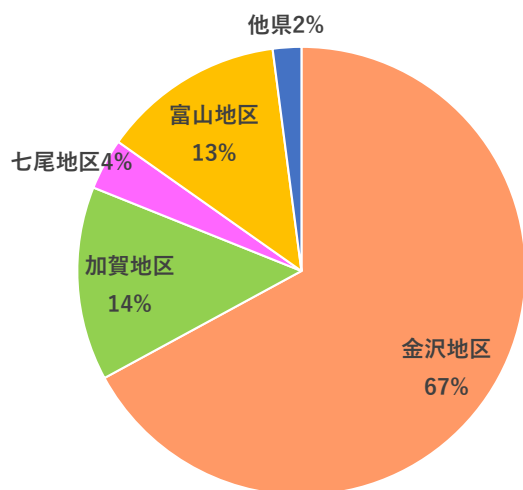
のと里山海道は崩壊し、
通行は不可！

一般道も渋滞！

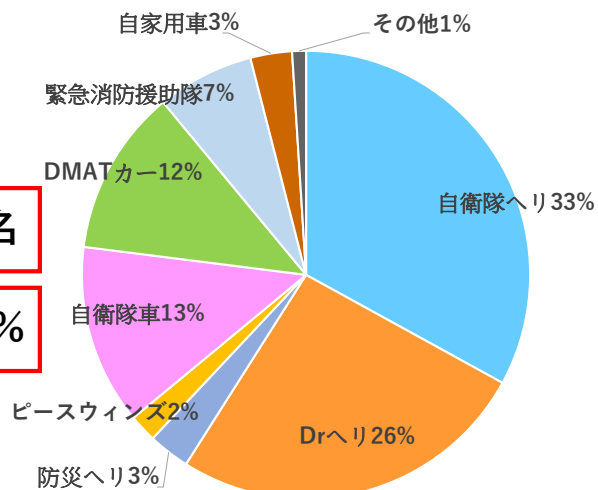
陸路での患者搬送は
困難！！

空路！！

搬送先（1/1～3/1）



搬送手段（1/1～3/1）



計246名

空路64%

患者搬送準備

- 搬送患者リストの作成し優先順位の決定（院内災害対策本部に提出）
- 必要な書類の準備（患者データベース、紹介状、画像データ、検査データ、医療搬送カルテなど）
- 患者の荷物をまとめる
- 家族への連絡・説明（搬送について、病衣等の返却について 等）

普段の業務に加えて・・・

人員不足と混乱の中、全患者の搬送準備を行った

ヘリコプターの到着時間により急に決まる搬送時間

患者と荷物を取り違えないか不安

搬送物品に不足がないか不安

通信障害により家族に連絡がつかない

透析患者の搬送状況（1月2日～4日で全患者搬送）

- **透析室看護師 7 名**で**患者52名分**の搬送準備をしなくてははいけなかった
- 石川県災害対策本部、石川県透析連絡協議会、受援DMAT、院内本部との連絡、調整に追われた
- スタッフ不足と混乱で県本部からの情報を受援DMATに伝達できていなかった
- 患者や患者家族からの問い合わせが多数きて対応に追われた
- 患者の優先順位の決定、搬送リスト作成
- 搬送時間が急に決まり、搬送準備をしながら患者全員に連絡しなくてははいけなかった（通信障害でなかなか連絡が取れない患者もいた）
- 搬送車がなかなか来ず、搬送順番も待たされ怒る患者や家族の対応に追われた
- 道路状況が悪く、搬送が中止になり途中で戻ってきた

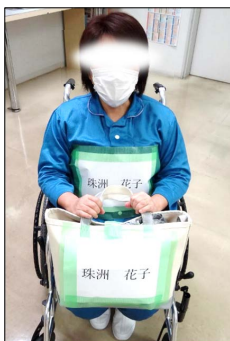
患者搬送

- スタッフ不足
- タイムプレッシャー
- 間違えてはいけないという不安
- 混乱で他機関との連携が円滑にいかない



不安と焦りの中での患者搬送となった

搬送時の誤認対策・準備の実際



《患者と荷物に氏名を大きく貼る》

意識障害や認知症などで意志表示が困難な患者でも氏名が分かるようにした。

事前にベッドサイドに貼って準備をすることで時間短縮につなげた。

《搬送用チェックシート》

シートで確認する事で、準備がどこまで出来ているのか情報共有でき、準備の抜けが減少した。搬送経験の少ないスタッフでも確認しやすくなった。

患者搬送前チェックシート

☐ 患者氏名

☐ 性別

☐ 紹介状 ☐ 搬送カルテ ☐ CD-R ☐ あり ☐ なし

☐ 看護データベース（1・2枚目）両面コピー

☐ 氏名記載の用紙

☐ 荷物の整理 ☐ 荷物に名前を書く

☐ 搬送後の家族への連絡

*白板の「搬送後の家族への連絡について」参照
(家族に連絡がとれなかった場合、白板に名前を記載)

共有→2階→2階東医療リハビリ

その他の工夫として・・・

- ・全入院患者は搬送を前提として予定がなくても
あらかじめ紹介状や搬送カルテCD-Rを作成した
- ・入院しても患者の情報が少なく新たにサマリーを準備する時間もなかったため、搬送先の病院には大変申し分けなかったが、**データベースをサマリーの代用として準備した**
- ・搬送後家族への説明が看護師によってバラツキが出ないように**説明する内容をリスト化した**

搬送支援

- ・DMAT・緊急消防援助隊
病棟までの迎え
搬送ゲートまでの送り出し
ランデブーポイントまでの送り出し
- ・リハビリテーション科職員
DMAT・緊急消防援助隊の誘導係
患者と搬送書類のダブルチェック



協働の精神！

沢山のスタッフに助けてもらい、心の支えとなりました！

院内の受援体制

支援を受けるに当たり、当初は・・・

- 人員不足で目の前のことに精一杯で支援団体に何を依頼すれば良いか分からなかった
- 当院の問題点を抽出し、情報共有できなかった
- 支援団体との連絡、調整を行う担当が決まっていなかった
(お互いに誰に情報を確認すればよいかわからない)

特に急性期は・・・

- 院内での情報共有が難しく、混乱した
- 大規模搬送するための支援団体との
情報共有がうまくいかなかった

受援体制の確立

- 指揮命令系統図を明確化
- 院内の問題点を1日2回の全体会議（支援団体代表も参加）で明確化
- その都度、本部内で受け入れ対応を協議した（支援団体の役割の割り振りなど）
→8月の本部立ち上げ訓練時に「受援統括」を確立
- 支援団体の待機場所の確保
- 搬送統括の役割を明確化

受援側DMATの活動内容

- 上席者が不足する中で、院内災害対策本部の立ち上げ
- 発災直後から救急外来や透析室と連携し情報収集
- 石川県災害対策本部の医師との情報共有
- 当院医師と相談し搬送順位付け
- 救急外来での患者受け入れに関するルール、業務調整員業務を明確化し、掲示
- 院内組織図、コンタクトリストの作成
- EMIS（広域災害救急医療情報システム）の入力、院内の被害状況の情報発信
- 石川県DMATのグループLINEの送信

外部からすぐに情報をあげるようにとプレッシャーがあったが、人員不足でなかなか発信できなかった

被災地の医療職の苦悩

災害拠点病院

災害時における初期救急医療体制の充実強化を図るための医療機関

- 24時間いつでも災害に対する緊急対応ができ、被災地域内の傷病者の受け入れ・搬出が可能な体制を持つ
- 災害時に被災地からの傷病者の受け入れ拠点になる
- DMATを保有し、災害時には被災地での活動を行う
- 救命救急センターもしくは第二次救急医療機関である
- 定期的な訓練を実施し、災害時に地域の医療機関への支援を行う体制が整っている
- ヘリコプターに同乗する医師を派遣できることが望ましい
- 十分な医療設備や医療体制、情報収集システムと、ヘリポート、緊急車両、自己完結型で医療チームを派遣できる資器材を備えている

病院職員も被災者ではあるが...

市民のために勤めなくては
いけない!!

発災時勤務中もしくは登院した職員

- 多くの職員が登院できず、現場も混乱していたため2～3日は帰宅できなかった
- 短時間の休憩を交代で取りながら災害対応を行っていた
- 通信障害や災害対応で余裕がなく、家族と連絡が取れない
- 家族の安否がわからない不安
- 登院するにあたり、家族からの理解が得られにくい
- 食料不足の不安
- 衛生面の確保ができず不安
- 市内のクリニックは全て閉鎖していたため、患者は全て当院で対応しなくてははいけなかった

病院以外でも職員は医療活動を行っていた

- 震度5以上は全員参集と決められていたが、道路状況の悪さや家族の介護のため、参集することができなかった
- 震災後避難所に生活していた職員（特に看護師）は、避難所でも医療的活動を求められた
- 避難所でDMATや自衛隊と避難者のケアに携わった
- 孤立集落にいた職員は、搬送できない重症患者もみていた

病院に行きたくても、それぞれの事情で行けなかった後にDMAT等と共に避難所でチーム活動を行った職員は、**勤務と認められた**

災害時の職員への支援

災害時の職員への支援

- 職員が参集したら、初日からの勤務者は順番に休憩または一旦帰宅
- 災害特別休暇（7日間）を全職員に適応
- 避難所で運営に携わった職員を勤務として認めた（自己申告）
- 2024年1月～2025年3月まで手当（2万円／人）を給付
- 病院敷地内に病院職員とその家族を対象とした仮設住宅を県が設置
- 自宅を失った職員などのために休床病棟を宿泊場所として提供
- 備蓄や支援物資の食料を職員に提供
- 職員の思いや生活状況確認のため院内アンケートを実施
- 病院長から全職員に向けて慰労のメッセージが送られた

当院の問題点と今後の対策

発災後からの院内の動向

1月1日	陸路、空路搬送が不可のため搬送適応患者も一旦入院へ	2月(1ヶ月後)	外来診療開始
1月2日	他院への転院搬送を開始 DMAT到着 診療支援 搬送支援開始 さくら総合病院(愛知県)救護班到着 診療支援開始 職員の人員不足(看護師、薬剤師、調理員、事務職員) 電気が復旧		DAMTの病院支援が終了 手術一部再開 内視鏡一部再開 調理員ボランティア支援が終了
1月3日	院内全体会議を開催 DMAT院内支援指揮所を立ち上げ 院内避難者に指定避難所に移動するよう呼びかけ	3月(2ヶ月後)	通水開始(3月9日～) 薬剤師支援が終了 透析再開(3月25日～) 院内全体会議終了 看護師支援が終了
1月5日	エレベーター点検・復旧 避難者の指定避難所への誘導終了	4月(3ヶ月後)	第1回医療機能復旧委員会開催
1月6日	外部からの看護師支援開始	5月(4ヶ月後)	ささえ愛センターと協力し活動開始
1月10日	外部からの薬剤師支援開始	11月(10ヵ月後)	大谷診療所再開 折戸巡回診療開始
1月11日	3病棟から2病棟体制へ		
1月19日	目標病床を20床とし搬送調整を継続		
1月31日	調理員ボランティア支援が開始		

今回の震災による当院での問題点

- ・人員不足での対応が求められた
- ・訓練想定外の災害規模
- ・支援団体との協力体制の構築、情報共有がうまくいかなかった
- ・行政、地域福祉施設等との情報共有を早期に密に行えなかった
- ・業務外でも避難所で運営や医療活動を求められた
- ・収益の激減
- ・退職者が続く状況での将来的な病院機能の維持

対策①

- 少人数でも災害対応ができる体制の構築
 - ・ 上席者不在でも本部機能を展開できるようにアクションカードを見直した
 - ・ 上席者不在の本部立ち上げ訓練の実施
 - ・ 避難者と受診者が混在しないようなトリアージエリアの見直し
- 他職種との協働
- 指揮命令系統図の明確化
- 情報ルートの一元化
- 日頃からの訓練による動きの確認、職員の意識付け
- 搬送時のルールの明確化、情報共有

アクションカード

元々アクションカードはあったが、今回の災害には内容が不十分だった

新たな指揮命令系統図にそって役割を追加し、全てのアクションカードの内容を見直した

院内災害対策本部長	
アクションカード	
活動場所	対策本部
業務内容	外来・入院患者、職員の安全、建物設備の被災状況の確認 市災害対策本部、支援団体と情報を共有する
担当	院長・副院長・医局長・連絡室長・総務長・いなければ上席者
役割及び活動内容	☐ 本部立ち上げ、本部設置(配置図、裏面)→ロジスティック中心に本部担当者に指示 ☐ 付箋を使って各エリア、各部門に人員配置→エリア設置待機状態 ☐ エリア設置の指示→多数傷病者が運び込まれることが予想された段階で ☐ 一次初期行動チェックリスト(職員の安否、入院患者の安否と食事提供の可否を確認) ☐ 以降二次初期行動チェックリストは院内情報収集統括者に集めて集計 ☐ インフラ・設備担当者を確認 電気、水道、ガス、エレベーター、電子カルテ ☐ 透析患者安否確認、透析可能か確認、診療統括者に以後の対応を指示 ☐ 在宅酸素患者安否確認、診療統括者に以後の対応を指示 ☐ 訪問患者安否確認、診療統括者に以後の対応を指示 ☐ 避難者の誘導整理 滞留してしまった場合スペースの確保、食事提供、撤収計画
多数傷病者の受け入れ開始後	
	☐ 傷病者集計、経時記録 ロジスティックに指示 ☐ 入院手配 診療統括を通して入院部門統括に指示 ☐ 手術手配 診療統括を通して中材部門を立ち上げその統括に指示 ☐ 移送手配 本部長が受け入れ病院を調整、移送手段(DMATに依頼) ☐ DMAT受け入れ 当院DMATに指示 ☐ 市の対策本部と連携 ☐ 保健医療福祉調整本部との連携 ☐ メディア対応 本部長、副本部長、事務局長 ☐ 院内情報の共有のため、「本部会議」を定期開催する。 ☐ 通常診療の宣言 ☐ 通常診療に戻すようロジスティック(情報伝達・連絡係)に指示する。

対策②

- 十分な備蓄（5日分の食料、簡易トイレなど）の確保
- 行政、福祉施設、民間病院との連携が必要
- 避難所で運営に関わった職員への理解と対応

**災害が起きてから対策しても遅い！
日頃からの体制作り、心構えなどの準備が重要！**

現在の状況

復興に向けて



のと里山海道



公費解体



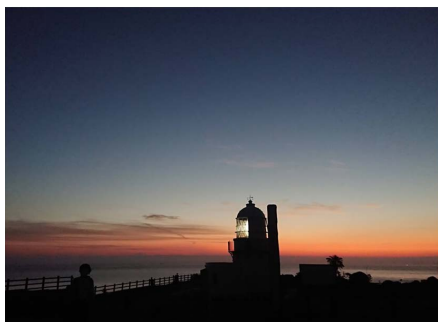
本部立ち上げ訓練



新エリアでのトリアージ訓練

ご静聴ありがとうございました

珠洲市総合病院は
地域住民に安全で安心できる
医療を提供できるように
今後も取り組んでいきます！



珠洲市ホームページより引用

4. 国会レポート

参議院議員 岸まきこ（自治労組織内／立憲民主党）活動報告

▼ 自治労衛生医療評議会看護問題対策 PT の要望



- ・医療機関の物価高騰に対する財政支援
- ・へき地や離島における医療人材の確保
- ・診療報酬による賃上げの徹底と継続、さらなる引き上げ など

▼ 省庁（総務省・厚生労働省）要請行動

逢坂誠二衆議院議員、鬼木まこと参議院議員と私の自治労組織内議員合同で省庁ヒアリングを行いました。（自治労の平山衛生医療局長、比田井強化拡大局長、蓮見書記同席）



自治体病院においては、2022 年度決算で約 3 割、2023 年度決算で約 7 割が赤字という状況です。このままでは地域医療が崩壊しかねず、診療報酬や交付税措置など対策を求めています。



▼ 総務委員会で公的・公立病院問題を質疑

12 月 17 日、参議院総務委員会で公立・公的病院の財政赤字問題を取り上げ、地域医療の確立に向けての財源確保を要求しました。物価および人件費高騰に伴う交付税各種単価の引き上げと、公立病院の建て替えに伴う病院事業債の見直しの必要性を訴えています。

▼ 「保険証復活法案」（マイナ保険証併用法案）を提出

立憲民主党は 1 月 28 日、「保険証復活法案」（マイナ保険証併用法案）を衆院に提出しました。マイナ保険証をめぐっては保険証利用時に資格確認ができない事案が多発するなど、国民や医療機関、福祉施設等にも様々なトラブルや大きな混乱をもたらし、いまだに不安の声が多く上がっています。国民皆保険制度のもと、誰もが必要な時に医療を受けられる体制を堅持するためにも保険証は重要です。



Ⅱ 看護師分科会

◆ 看護師分科会

テーマ「看護師あるあるから職場の課題を考えよう」

<趣旨>

2019年4月に働き方改革関連法が施行されて以降、時間外労働の上限規制、年5日の年次有給休暇の取得義務化、同一労働同一賃金の取り組みが国をあげて行われてきました。2024年4月からは医師にも時間外労働の上限規制が適用されるなど、近年、医療現場でも医師や看護師をはじめとする医療従事者の働き方改革が強く求められる状況にあります。とくに医療人材の確保が困難な状況下で、看護師が直面する労働条件の厳しさが指摘されています。

日本看護協会が2021年に発表した「就業継続が可能な看護職の働き方の提案」によれば、長時間労働や前残業、持ち帰り業務、夜勤負担、未払い残業の常態化、ハラスメント、評価の不公平さなど、多くの課題が浮き彫りになっています。これらの問題により、看護師は仕事のコントロール感を失い、モチベーションの低下や離職のリスクが高まっています。

本分科会では、「看護師あるあるから職場の課題を考えよう」をテーマに、看護師が日々感じている「あるある」を起点として、現場の課題を掘り下げていきます。

上記の課題に対して、看護問題対策委員会からの提起と元労働基準監督署長の講演を基にグループワークを行い、医療現場の実態を共有し、持続可能で安心して働ける環境づくりにむけた方策を考えていきます。参加者の経験や意見を共有し、新たな視点や解決策を見出す場とすることで労働環境改善にむけた運動につなげます。

<スケジュール>

9：00～9：30 会場受付

9：30～9：35 開会・あいさつ

9：35～9：45 看護問題対策委員会活動報告

看護問題対策委員 松川 誠 治さん

9：45～9：55 看護問題対策委員会提起

看護問題対策委員 柴田 直 希さん

9：55～10：55 講演「労働基準監督署の役割と医療現場の課題」

尾形メンタルサポート代表（元奈良労働基準監督署長）

尾形 賢 一さん

（休憩）

11：05～12：15 グループワーク

12：15～12：50 グループワーク報告・質疑応答

12：50～13：00 まとめ・閉会

看護問題対策委員会 活動報告

2025年度地域医療セミナー看護師分科会
2025年2月23日

看護問題対策委員 松川 誠治

タスク・シフト/シェア推進に伴う看護現場の 課題への取り組み

- ①全国の医療現場のタスク・シフト/シェアの実態と処遇の把握を目的にアンケート調査を実施

⇒ 課題を明確化

- ②地域医療セミナー看護師分科会(2月24日)を開催(※右下の写真)

⇒ タスク・シフト/シェアにどう取り組むか、業務の効率化と医療の質向上に何が必要かをディスカッションした

- ③アンケート結果と分科会の意見等を踏まえ、看護師に特化した「タスク・シフト/シェアのモデル要求書」を作成した

タスク・シフト/シェアに関するモデル要求書 (自治労情報2024第0144号2024年7月25日)

タスク・シフト/シェア モデル要求書

2024年〇月〇日

〇〇〇病院 〇〇〇科

〇〇〇看護部 〇〇〇科

執行委員長 〇〇〇

タスク・シフト/シェアに関する要求書

2024年4月より医師の時間外労働の上限規制が導入されました。これにより、長年従事してきた看護業務の業務量を削減するため、医師の働き方改革に伴うタスク・シフト/シェアの推進がより一層求められます。

医療現場では、医師の業務を看護部や薬剤科をはじめとした医療従事者へ移すことが検討されています。一方で、看護部においては多岐にわたる業務を担っており、業務量の増加が懸念されています。このような状況下でタスク・シフト/シェアが実施されれば、看護業務の負担が軽減され、業務の効率化が図れることが期待されます。

このため、看護現場で働く看護職員の労働環境、労働条件について、以下の通り要求します。各職に於ける業務は、適時に業務を、看護職員の業務に引き継ぎ、業務の効率化を図ることを目指します。

タスク・シフト/シェアに関する要求書

1. タスク・シフト/シェアを実施するにあたり、看護職の業務内容及び業務量、時間外労働の負担等について正確な現状把握と分析を行うこと。また、適切な人員確保や業務量の軽減、効率化等により労働環境の改善を行うこと。

2. タスク・シフト/シェアについては看護職の業務範囲と責任の所在を明確にし、院内規定等の職場基準を行った上で実施すること。また、何らかの医療事故が発生した場合は、関係当事者がその責任を負うこと。

3. 医療の安全を確保するため、タスク・シフト/シェアに必要な研修機会を十分に確保すること。また、その研修については業務課外とし、研修に必要な費用は発着も含めて負担が負担すること。

4. 特定看護部や診療看護部等の責任に負った処遇改善を行うこと。また、看護部を受け入れる側となる看護補助等々の定数をめざし、正規職員化を含む処遇改善に準拠に取り組むこと。

5. 業務の効率化を図るために医療ITやICT導入の推進を行い、業務軽減策に取り組むこと。また、システム導入等に必要とする予算確保に努めること。



人員確保・離職防止の課題に対する労働法制強化(労働条件改善)への取り組み

①衛生医療評議会が実施した全国アンケートのデータ・意見の精査、国の施策等の確認を行った

②第4回レベルアップ講座(6月30日)を開催

⇒ 適切な労働時間の把握が行えていない。不適切な労務管理が横行し、労働基準法に則した管理が行えていない為にサービス残業となっている。多忙で十分な休憩や休息・休暇が取れていない。ハラスメントや人間関係の悪化等でストレス過多となっているなど、現場はこれまで以上に厳しい労働環境となっており、離職に拍車を掛けている実態があることを共有した。

⇒ パネルディスカッションでは医療現場の課題や悩みに答え、課題解決への手法をアドバイスを行った

③課題を整理し、国会議員への要望書を作成

⇒ 岸まきこ参議院議員との意見交換を行った(11月4日)

岸まきこ参議院議員との意見交換・要望書手交

岸参議院議員への要望書

新型コロナウイルスのパンデミックにおいて、公立病院は中心的役割を果たしました。しかし、政府からの財政支援が終了し、物価高騰による費用増加も重なり、公立病院の経営は非常に厳しい状況にあります。また、地方の医療機関では人材不足が深刻化し、特にへき地・離島では医療人材の確保が難しい状況です。

看護士の働き方や処遇に関しては、2023年10月26日に「看護士等確保基本指針」の改定が行われましたが、労働環境の改善にむけた取り組みには法的拘束力が欠けており、依然として多くの医療現場で労働基準法違反が問題となっています。不払い残業や休日の自己研鑽と称した研修など、自己犠牲により成り立つ働き方を行っている現状は大きな課題です。また、医療従事者へのカスタマーハラスメントの問題も深刻で、早急な対策が必要です。

公立病院は地域医療の中核であり、地域住民にとって最後の砦です。以下に、私たちが要望する内容を記載いたします。現在の厳しい経済状況や医療現場の課題に対応するため、本要望書の内容を精査し、関係省庁に対して必要な働きかけをお願い申し上げます。

1. 医療機関に対して、物価高騰に対する財政支援
2. へき地・離島における医療人材の確保のために、財政支援
3. 診療報酬による賃上げが確実に行われるよう国はさらなる周知と、賃上げの継続とさらなる引き上げ
4. 医療現場での労働基準法違反を解消するため、国として適切な監督を強化
5. 中途採用者の前歴換算の上限が設定されている医療機関の改善
6. カスタマーハラスメントに対する国の指針の策定



レベルアップ講座 おさらい

組合役員のためのお悩み相談



前半テーマ（4つ） 後半テーマ（3つ）

- | | |
|---------|----------------------|
| ①離職防止 | ⑤交渉の悩み |
| ②人員確保 | ⑥人材育成
（役員が育たないこと） |
| ③超勤 | ⑦組合加入促進について |
| ④ハラスメント | |

①離職防止

- 「穴の開いたバケツに水を注いでも同じことの繰り返し」
- 退職離職の原因分析
- 夜勤負担が大きくなる
- 病棟閉鎖を実施するくらいの対策
- 収益よりも看護師の働き方
- 当局にアンケートをさせて離職の要因を探索している
- 退職理由の一つ、
看護師長が若い職員にサービス残業をさせる。時間外がつけられない。



②人員確保

- 採用時期を早めて競合他施設よりも早く人員を確保する
- 長崎は看護師にインセンティブ
初任給調整手当2万円、（薬剤師は6万5000円）
- 学校に足を運んで採用を促すことが必要
- 非正規職員の募集は、ハローワークに募集を出しているだけのところは、ネット時代にそぐわない
- 看護師の試験負担を少なくしている



③超勤

- 患者搬送の行きかえりとも拘束されている実態については超勤対応すべき、指揮命令下にある実態
- 業務仕分け表を作成、超勤ハンドブックを刊行
- 出退勤システムで客観的なデータが残ることで、若手に限らずベテランもつけないということがなくなってきた
- 交渉での回答ではサービス残業はダメという当局回答はいつも
- 回答に沿って看護部通知を出させる



③超勤 その2

- 始業前、休憩してしない分、時間外
- 実際の運用はどうなっているかは別としても、当局に超勤についての回答通知を発信させることは必要
- 「労働時間とは」を社労士に説明会を実施させた
- 医療職共通の課題としては、8時半から開院、8時半出勤は業務実態に合わない
- 前残業して、休憩しないで業務を早く終わらせたい意識を見直してもらう必要もある



④ハラスメント

- 加害者、被害者が組合員
- 役員としてどう対応したらいいか
- 組合として単独で対応することはない
- 病院ハラスメント委員会として対応も考慮
- 話を聞いてあげること、当局へつないでいいか確認
- 証拠の押さえ方を指導できたりもできる



⑤交渉の悩み

- 要求は簡単に通らない。解決しない。交渉を続けること、
- 春闘秋闘、要求も回答も変わらないことも多い。半歩進めば良いほう。
- 待機の課題。待機の手当はないが、交渉内容を負担軽減（回数が少なくなるよう）にシフトして交渉し実現。
- 沖縄では暴風域作業手当、他の地域の手当も知ったうえで交渉しても良い。
- 待機手当2,000円から4,000円に改善。

職場の意見を吸い上げて一位団結した意見として交渉に臨むことが大事。

- 自治労での情報、当局は知らないことが多い。情報活用して交渉
- 静岡、手術室に行くと夜勤手当がないので行きたくない。日額特殊勤務手当1,500円。3万円くらいつくようになった。手術室看護師の声を届けた。

⑥人材育成（役員が育たないこと）

- 成功体験、達成感
- 交渉にあってよかった、変えれた、変えるきっかけを作った
- 後任指名制度に切り替えた
- セミナーに参加、たのしんでもらいながら、迎え入れる
- 交友関係やつながり

⑦組合加入促進について

- 加入しようとする看護師長ににらまれる
- 執行委員長やっていると出世できないと師長に言われた、当局にそんなことないと言わせた
- 不当介入としての対応

パネラーから役員のみなさんへのメッセージ

- 怒りは活動の源
- 相談は門戸を広げて信頼を得て。
- 役に立っている実感も持ちながら
自分の経験知識もひろがる
役員としてのモチベーションとしてもらいたい
- 組合の基盤は職場
そこから運動を積み上げていく
知識や広がりはあるが、気負いすぎない自然体で
- 役員だからといって、何もかもわかることではない、気軽に役員としてやっていくことも必要



看護問題対策委員会提起

看護問題対策委員会 柴田直希



みなさん看護師続けていけそうですか？

よく職場にこんな声が聞こえてきます

- 人が辞めていくし確保できない
- 病気休暇で人手不足、次は私が倒れたい・・・
- 会議・セミナー・研修・委員会・ワーキング何が違うの？そもそも多すぎませんか？
- なぜか休みが重なるから希望が取れない
- これって看護師のお仕事ですか？ってことが多いですね
- 申し訳ございません。ばかり口癖になってません？
- ハラスメント・・・耐える時代は終わってるんです。立ち上がりましょう。
- 私たちは限界突破サバイバー

長時間労働・残業

- 出勤→ルーティーン(雑務)を全てを済ませて臨む申し送り
- 始業時間前より始まるセレモニー(カンファレンス)
- 始業開始前からの情報収集が当然という伝統はいつまでするのか
- 昼休憩時間は病棟の中で拘束されてませんか
- 自分の仕事が終わっても帰れません。「手伝え」って聞こえてきませんか
- 時間外に研修参加→自己研鑽??
- **■**ラーニング、課題は家でやるって宿題ですか？

夜勤に関すること

- 残酷な夜勤のシフト・・・近所の人から夜職と勘違いされがちなこと
- 眠いのになに**PC**と患者と向き合う時間が永遠に感じる
- 休憩中・仮眠中の友達(**PHS**)は必要なのか
- 夜勤明けは眠くても帰れという圧力
- 仮眠室・当直室・休憩室が人数分欲しくありません？
- 夜勤の手当と患者の命を預かる仕事は妥当ですか？

タスクシフトシェアって

- 医師・コメディカルから一方的に仕事を押し付けられてませんか？
- でも、看護師の仕事は・・・受け取ってくれませんか？？誰か・・・
- 業務を委譲・移行できたとしても、仕事が増えていませんか？？なあぜ？？
- 仕事・責任のマシマシ・・・お金は？
- 看護師って仕事を持ってくる作るのが得意！！それでいいんでしょうか？

ハラスメントに苦しんでませんか

- 私たち医療職はハラスメントが多い業種と言われています。しかし、あまり対応がないのが現状です
- ハラスメントの種類ってかなりあります。
- パワハラ、セクハラ、カスハラ、モラハラ、マタハラ、ジェンハラ、レイハラ、リモハラ、テクハラ、アルハラ、リスハラ、スモハラ、スメハラ……
- ネットではハラスメントは**40**とか**50**とも紹介されていますが、今日は代表的な3ハラスメントについて少し紹介します

セクハラ編

- 異性の医師からの飲み会や衣服の強要
- 飲み会では必ず医者横に座らされるし触れる
- 「送迎するよ」そのタクシーは危険
- 患者さんから指名される。「もっと触ってほしい」身体的ケアについてを特に求められる
- 男性じゃなくて女性看護師(逆も)に変えてください
- 「かわいいね」「彼氏・旦那はいるの」などの言葉
- 連絡先を聞く(個人交渉失敗時は速やかに撤退しないと、ハラスメントに)

パワハラ編

- 上の立場・役職の人からの仕事の強要・休憩などの必要以上の干渉
- お願いという名の脅迫を受けていませんか？
- 「これだから、新人は」「学ぶ身分だから時間外はつけるな」と必要以上の叱責や強要
- スタッフの前での公開処刑
- 陰でヒソヒソ、誰かしらの噂話
- 「この日休むの？チームのこと考えてる？」などの言葉

カスハラ編

- 「待ち時間が長い、すぐに医者を呼べ」「病院だから夜中でも対応しろ」などの過剰な要求
- 「看護師だからできて当たり前」「ベテランの人をお願いします」などの言葉
- 検査、薬などの指定・カスタム強要。
- 「注射失敗したらSNSに投稿するからね」「動画撮ってもいいですか？」
- SNSでの晒しあげ、掲示板での炎上、歪んだ社会的制裁
- 家族からの電話対応、不要不急な上に怒られたことはありません？
- 患者・家族の怒りは基本看護師に。サンドバックより殴られてませんか？

「当たり前」から「改善」へ

- 「昔はそんなの当たり前」 私たちがその意識を持つと危険かもしれません。
- 何かに耐え続けるというのは必ず限界が来る。破滅につながります。
- みんなが我慢するのではなく、仕組みを変えることが大事だと思いますし、それができるのが労働組合です。
- 職場の声を活かしながら、少しでも職場改善できるように考えていきましょう。

みなさん、色々な経験があり共感できることも多いと思います

講義を聞いて、職場の課題についてみんなで話し合い改善に繋げましょう

労働基準監督署の役割と 医療現場の課題

尾形メンタルサポート 尾形 賢一



本日の内容

- 労働基準監督官とは
- 労働基準監督署について
- 監督指導業務について
- 申告処理業務について
- 司法業務について
- 長時間労働がもたらす弊害
- 長時間労働抑制のための労働基準監督署の指導
- 最近の法改正の動き
- 宿日直許可基準
- 個別労働紛争解決制度について

労働基準監督官とは



労働基準監督官とは

労働基準監督官は、労働基準関係法令に基づいて、事業場（工場や事務所など）に立ち入り、法に定める労働条件や安全衛生の基準を事業主に守っていただくよう、必要な指導を行い、労働条件の確保・向上と働く人の安全や健康の確保を図ります。また、不幸にして労働災害に遭われた方に対する労災補償の業務を行います。

各企業が労働基準関係法令の理解を深め、適正な労働条件の定着を図っていくことができるよう努めています。



労働基準監督官の権限

◆ 適正な調査を行うため、予告なく事業場に立ち入ることとされています。

ILO 第81号条約第12条第1項

「正当な証明書を所持する労働監督官は、次の権限を有する。

(a) 監督を受ける事業場に、昼夜いつでも、自由に且つ予告なしに立ち入ること。」

◆ 調査のため、事業場の帳簿書類を確認したり、従業員などに尋問したりすることができます。

労働基準法第101条第1項等

「労働基準監督官は、事業場、寄宿舍その他の附属建設物に臨検し、帳簿及び書類の提出を求め、又は使用者若しくは労働者に対して尋問を行うことができる。」

◆ 立ち入りや調査を拒んだり、妨げたりした者は、労働基準法により処罰される場合があります。

労働基準法第120条

「次の各号の一に該当する者は、三十万円以下の罰金に処する。

四 第一百一条の規定による労働基準監督官（中略）の臨検を拒み、妨げ、若しくは忌避し、その尋問に対して陳述をせず、若しくは虚偽の陳述をし、帳簿書類の提出をせず、又は虚偽の記載をした帳簿書類の提出をした者」

労働基準監督署について



組織構成

厚生労働省
労働基準局



奈良労働局

都道府県労働局
労働基準部

47都道府
県に1箇所
ずつ



奈良労働基準監督署

労働基準監督署

全国
321署

労働基準監督署



奈良労働基準監督署



葛城労働基準監督署



桜井労働基準監督署



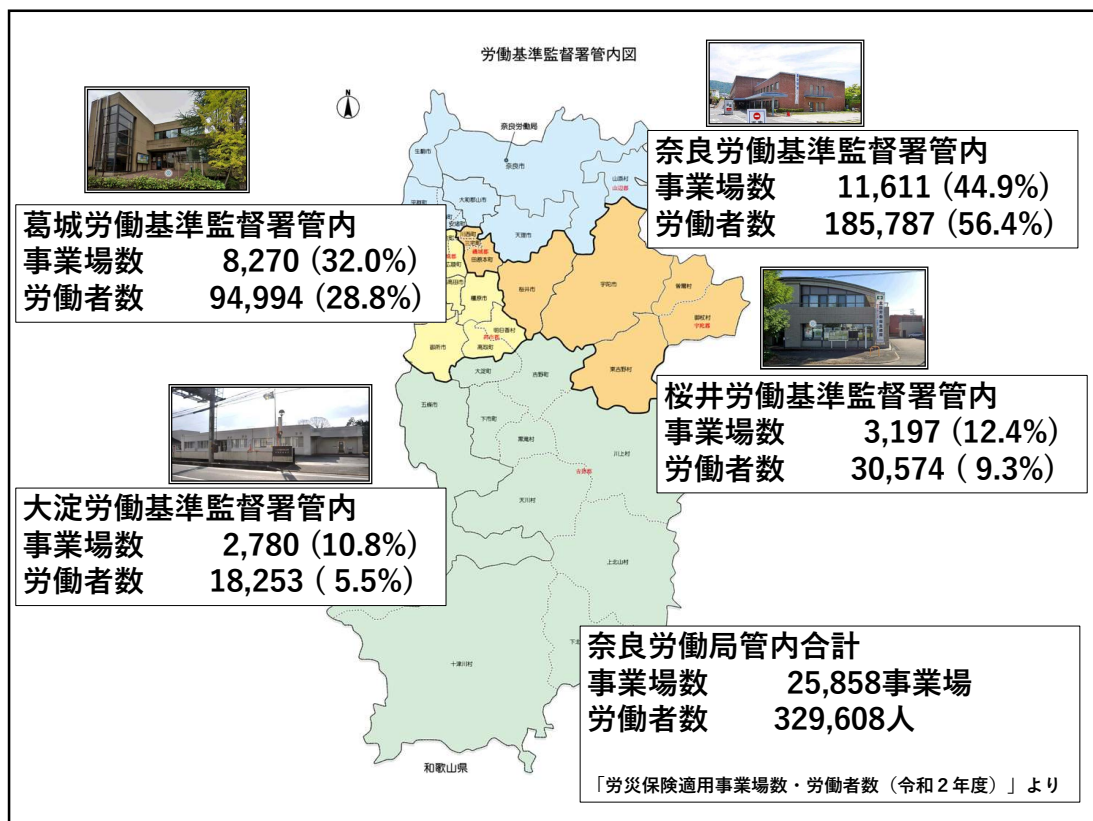
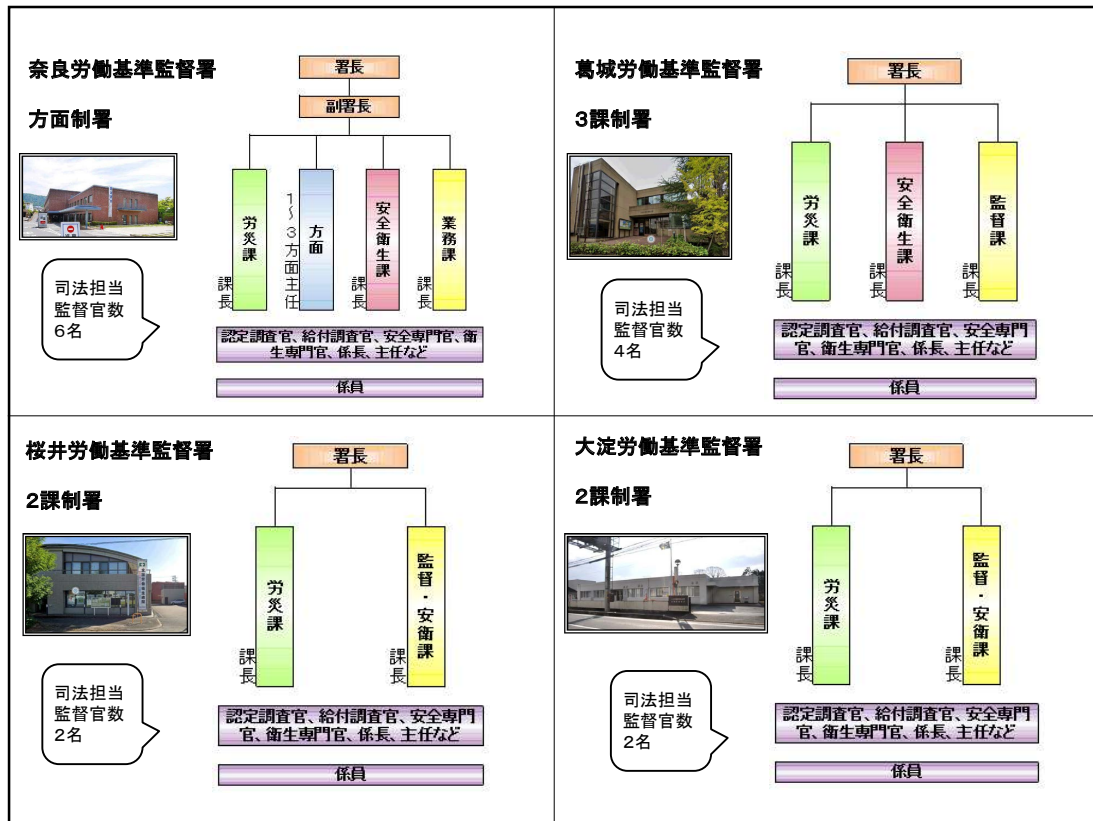
大淀労働基準監督署

労働基準監督署は、全国に321署あり、労働基準法、労働安全衛生法などの法令に基づき、労働者の労働条件の確保、職場の安全や健康の確保を図るための取り組みを行っています。

また、労働者が仕事や通勤中に病気やケガをされた場合の治療費用や、療養のために仕事を休み、賃金が支払われない場合の補償などの、労災保険の給付を行っています。



窓口対応



監督指導業務について



監督指導業務

労働基準法、労働安全衛生法などの法律に基づき、定期的にあるいは働く人からの情報を契機として、事業場に立ち入るなどにより、機械・設備や帳簿などを検査して、関係労働者の労働条件について調査を行います。法違反が認められた場合には、事業主などに対しその是正を指導するほか、危険性の高い機械・設備などについては、その場で使用停止などを命ずる行政処分を行うこともあります。

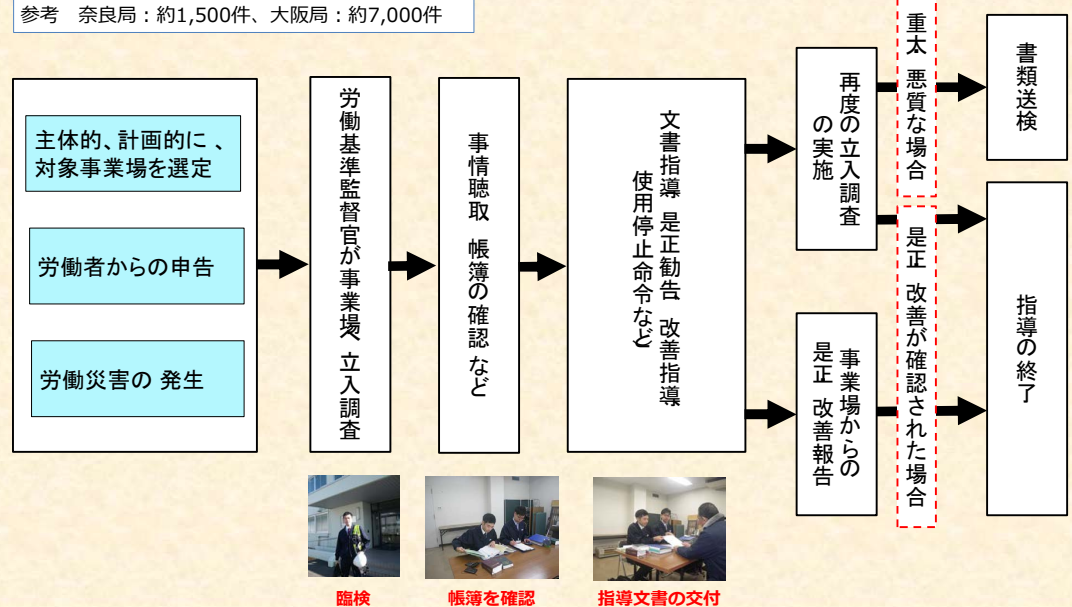
監督指導は、法違反等を是正していただくことが目的ですので、是正を確認すれば、監督指導は終了となります。



監督指導業務

定期監督(主体的、計画的に実施する監督指導)は、令和4年で14万2,611件実施し、そのうち約70%の事業場において何らかの労働基準関係法令違反が認められました。
これらの法違反のほとんどは、労働基準監督官の指導等によって是正されています。

参考 奈良局：約1,500件、大阪局：約7,000件



監督指導業務

行政指導文書の種類

是正勧告書

労働基準監督署による立ち入り調査の結果、労働基準法などの違反の事実があった場合に、労働基準監督官がその指導内容を書面にして交付するもの



指導票

労働基準監督署が調査を行い、法違反以外の事項について指導を行う必要がある場合に交付する書類



使用停止等命令書

危険性の高い機械・設備などに対して、その場で機械などの使用停止・変更や作業の停止等を命ずる行政処分を行う際に事業主に交付するもの。



監督指導業務

「定期監督等」違反状況 トップ10（令和4年度）

1位	労働安全衛生法66条～66条の6（健康診断）	29,974件
2位	労働安全衛生法20～25条（安全基準）	27,041件
3位	労働基準法32条（労働時間）	22,305件
4位	労働基準法37条（割増賃金）	20,554件
5位	労働基準法39条（年次有給休暇）	14,264件
6位	労働基準法15条（労働条件の明示）	13,853件
7位	労働基準法108条（賃金台帳）	12,254件
8位	労働基準法施行規則24条の7条（年次有給休暇管理簿）	11,264件
9位	労働基準法89条（就業規則）	9,546件
10位	労働安全衛生66条の8の3（時間把握）	8,837件

Topic
監督指導による賃金不払残業の是正結果
(令和3年度)
※1企業100万円以上遡及是正させたもの

(1)是正企業数
1,069企業
(2)対象労働者数
6万4,968人
(3)支払われた割増賃金合計額
65億781万円

更新日：2024年9月14日

最大で年間364時間超えも 磐田市立総合病院で職員が基準
を越す時間外労働 労基が是正勧告＝静岡・磐田市

シェア ツイート LINEで送る



労使協定を超える時間外労働や割増賃金の未払いがあったとして、静岡県磐田市の磐田市立総合病院が2023年7月に労働基準監督署から是正勧告を受けていたことが分かりました。

磐田市立総合病院は、労使協定で医師以外の職員の時間外労働の上限を年間720時間以内と定めています。

労働基準監督署が2022年度を対象に調査したところ、臨床検査技師、看護師、事務職員の計5人が労使協定で定めた上限を超えて時間外労働をしていたことが確認されました。5人はいずれも新型コロナウイルスの対応に当たっていて、臨床検査技師の1人は年間の時間外労働の上限を364時間超えていたということです。

また、これとは別に事務職員27人について、2023年3月から6月までの4か月間、実際の出勤の記録と残業申請に大きな違いがあることが確認されました。

病院は2023年7月に労働基準監督署から「是正勧告」を受け、是正勧告から2か月後に是正報告書を提出し、27人の事務職員には時間外労働手当計約300万円を支払ったということです。

病院の担当者は取材に対し「この1年間、労基の指導に基づいて適切な労務管理に努めてまいりました。引き続き取り組みたい」と話しています。

宮城・大崎市民病院 残業代計10億円支払わず労働基準監督署からは
正勧告

8/5 (月) 18:15 宮城県



10億円未払い

医師や看護師らに残業代計10億円を支払っていなかったとして、宮城県の大崎市民病院が労働基準監督署からは正勧告を受けたことが分かりました。病院はこのうち約2億3000万円は支給しましたが、残りが大きすぎるなどとして8億円ほどは払っていません。

大崎市民病院は2023年2月、古川労働基準監督署から労働基準法に基づく是正勧告を受けました。

病院によりますと、医師や看護師ら約1100人の時間外手当を算出する際、基礎賃金に本来は必要だった一部の手当を含めずに計算していました。

国家公務員の制度に準じたということですが、労働基準監督署からは2020年3月にさかのぼって再計算し不足額を支給するよう勧告を受けました。時間外勤務の申請が無い時間帯に仕事をした記録も見つかり、こちらも不足額を払うよう求められました。

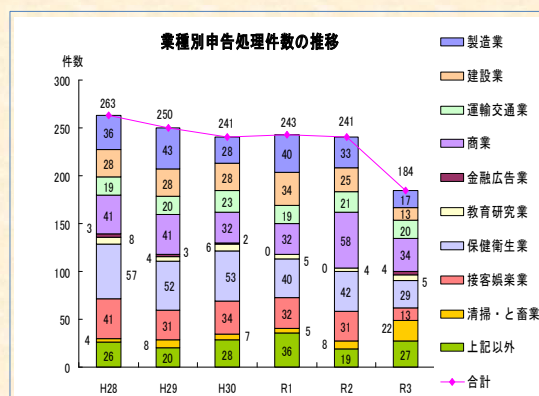
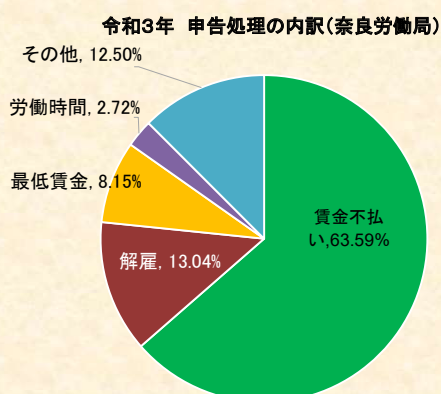
未払い分は計10億5000万円です、病院はこのうち約2億3000万円は支給しましたが、それ以外は支払っていません。

申告処理業務について

申告処理業務

労働者は、労働基準関係法令違反がある場合には、労働基準監督官に行政指導を求めること（申告）ができます（労働基準法第 104 条等）。

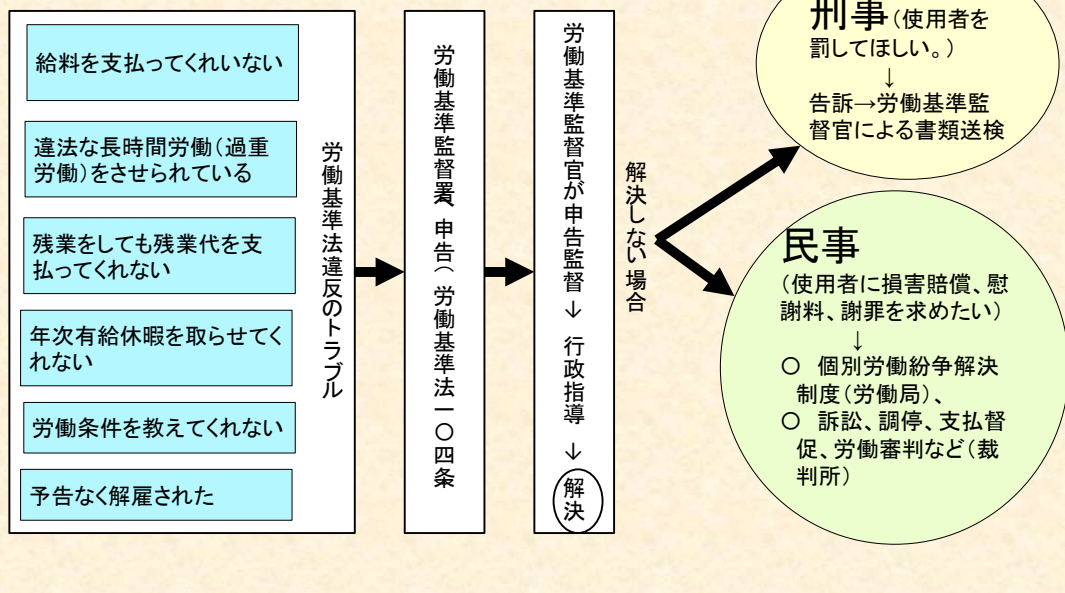
これを契機として、労働基準監督官が事業場に臨検するほか、事業主などに来署を求め、直接、事情を聴取するなどの方法により事実関係の確認を行い、その結果、法違反が認められた場合には、是正を図るよう監督指導を行います。



申告処理業務

申告受理件数は、令和4年で約1万9,937件にのぼり、その内訳は、賃金不払に関するものが最も多く、次に解雇に関するものとなっています。

参考 奈良局：約240件、大阪局：約2,700件



司法業務について



司法警察業務

送検件数 全国 783件（令和4年）

監督指導の結果、是正勧告を受けた法違反を是正しない場合や重大な労働災害を発生させた場合など、重大・悪質な事案については、司法警察官として、刑事訴訟法に基づき、取り調べなどの任意捜査や、捜索・差押え、逮捕などの強制捜査を行い、検察庁に送検します。



捜索・差し押さえ



証拠品の分析



取調べ



検察庁への送検



違法残業で病院送検 過労自殺の労災認定も 西宮労基署

2024.01.15 【労働新聞 ニュース】

list f Bt 保存 印刷 中 大



兵庫・西宮労働基準監督署（高石康子署長）は、医師1人を36協定で定めた限度時間を超えて働かせたとして、公益財団法人甲南会（兵庫県神戸市）と同法人の代表理事および労務管理担当者の計1法人2人を労働基準法第32条（労働時間）違反の疑いで神戸地検に書類送検した。同医師は同法人の運営する医療センターに勤務していたが、令和4年5月に自殺している。遺族の告訴を端緒に違反が発覚した。

同法人は同年4月に、月113時間56分の時間外労働を行わせた疑い。…

国立病院機構など合計6件を書類送検 宮崎労働局・平成30年司法処分状況

2019.07.08 【監督指導動向】

list f Bt 保存 印刷 中 大



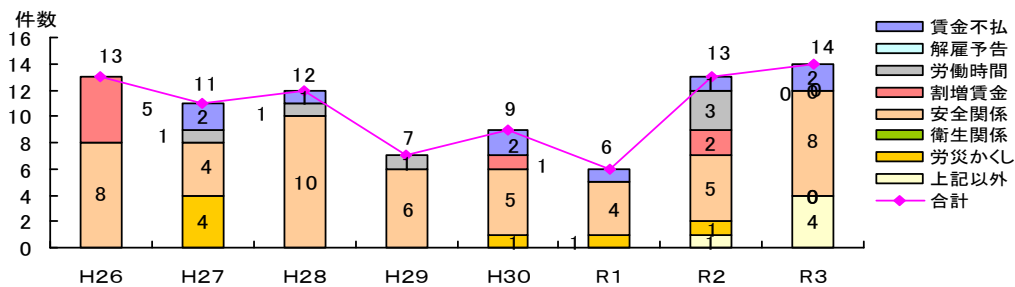
宮崎労働局は、平成30年に実施した司法処分の実績を公表した。労働基準法関係で3件、労働安全衛生法関係で3件の合計6件を書類送検している。

労基法関係では、7月に都城労基署が、独立行政法人国立病院機構と同機構の都城医療センターの事務部門の管理者を書類送検している（＝関連記事）。3カ月120時間とする時間外・休日労働に関する労使協定（36協定）の上限を超えて、違法な残業を行っていた。

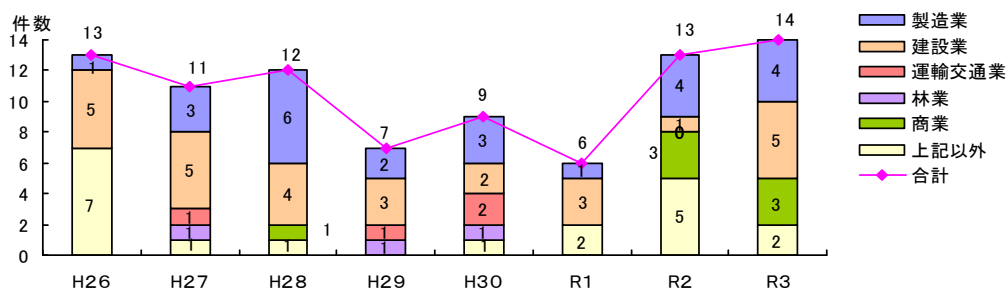
司法警察業務

参考 奈良局：約11件、大阪局：約80件

違反項目別司法処分件数の推移



業種別司法処分件数の推移



送検される対象者とは

送検対象となるのは

- (1) 実行行為者
法令上の措置をとる権限・義務がある者（事業者又は事業者から権限を委譲された者）。
- (2) 共犯（教唆、幫助）
ある実行行為者に、法違反を命じて実際に行わせた者。
- (3) 事業主
両罰規定対象者。法人であれば法人そのもの、個人事業主であれば、その人。

捜査とは？

刑事訴訟法

第189条 第2項

司法警察職員は、犯罪があると思料するときは、**犯人**及び**証拠**を捜査するものとする。



つまり、司法警察員の仕事は、身柄の拘束と証拠の収集ですが、労働基準監督官の場合、身柄の拘束までする事案は少ない。

従って、**証拠の収集**に集中する。



証拠には、**物、調書、照会に対し回答のあったもの**等がある。

奈良労働局における平成25年から令和2年までの司法処分件数の上位4条文(労基法関係)

最賃法4条	14件	奈良県最低賃金額以上の賃金を支払わなかったもの
労基法第24条 最賃法4条	9件	定期賃金の全額または一部を支払わなかったものの不払い
労基法37条	8件	割増賃金の不払い
労基法第32条	7件	違法な時間外労働(長時間労働など)

※ 労基法:労働基準法、最賃法:最低賃金法

長時間労働がもたらす弊害

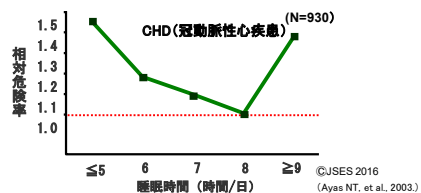


比較的早期に現れる、短期的なリスク

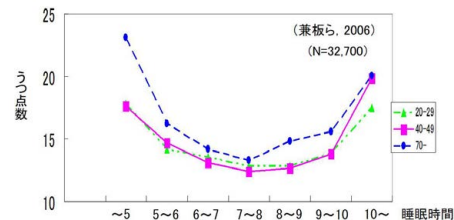
- メンタル不調に陥り、休職、離職、自殺が起こる
- 脳疾患、心疾患により過労死が発生する



睡眠時間と心臓疾患のリスク（米国）



睡眠時間とうつの関係



脳・心臓疾患の請求、決定及び支給決定件数の推移

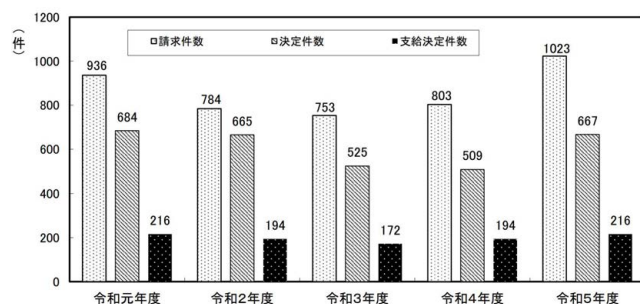


表1-2-1 脳・心臓疾患の請求件数の多い職種(中分類の上位15職種)

職種(大分類)	職種(中分類)	令和5年度 請求件数
1 医療従事者	医療従事者	171 (1)
2 サービス系(主に介護・福祉系)	その他のサービス系	53 (1)
3 建設業	総合工事業	58 (1)
4 製造業、卸売・サービス業	卸売業	53 (1)
5 運輸業、通信業	公共運輸・社会福祉・介護事業	51 (1)
6 医療従事者	医療従事者	46 (1)
7 医療従事者	医療従事者	41 (1)
8 建設業	建設工事(建築工事等)	34 (1)
9 製造業、小売業	その他の小売業	34 (1)
10 建設業	建設工事	30 (1)
11 製造業、小売業	製造業・小売業	22 (1)
12 製造業、小売業	製造業・小売業	21 (1)
13 製造業、卸売・サービス業	卸売業	18 (1)
14 製造業、卸売・サービス業	卸売業	16 (1)
15 製造業	食品製造業	15 (1)
16 製造業、小売業	食品製造業	15 (1)
17 製造業、小売業	食品製造業	15 (1)

精神障害の請求、決定及び支給決定件数の推移

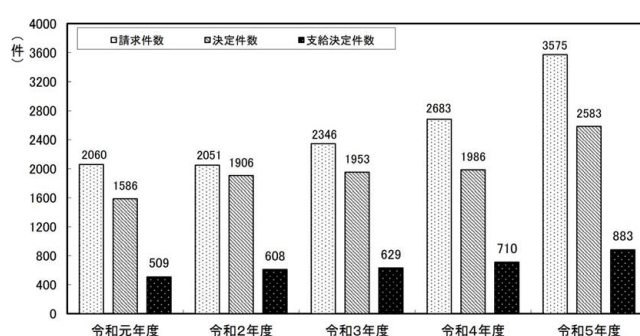
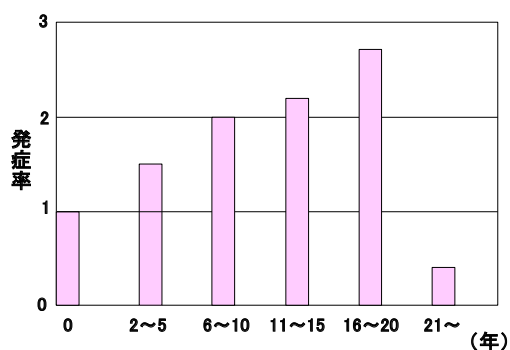


表2-3-1 精神障害の請求件数の多い職種(中分類の上位15職種)

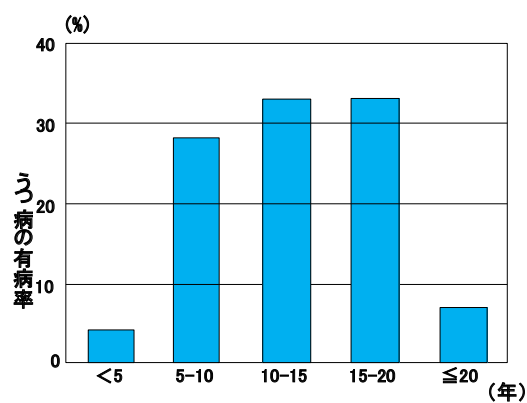
職種(大分類)	職種(中分類)	令和5年度 請求件数
1 事務従事者	一般事務従事者	562 (30)
2 専門的・技術的職業従事者	保健師・助産師・看護師	224 (10)
3 サービス系職業従事者	介護サービス職業従事者	209 (14)
4 販売従事者	商品販売従事者	182 (12)
5 専門的・技術的職業従事者	社会福祉専門職業従事者	167 (10)
6 販売従事者	営業販売従事者	166 (10)
7 製造・建設・運輸・通信・情報・サービス業	自動車運転従事者	152 (12)
8 サービス系職業従事者	接客・待合従事者	122 (10)
9 生産工程従事者	製品製造・加工工程従事者(金属製品を除く)	114 (10)
10 運輸・通信・情報・サービス業	運輸従事者	93 (10)
11 サービス系職業従事者	その他のサービス系職業従事者	90 (10)
12 専門的・技術的職業従事者	建築・土木・測量技術者	85 (10)
13 専門的・技術的職業従事者	情報処理・通信技術者	83 (10)
14 サービス系職業従事者	飲食・接客従事者	83 (10)
15 事務従事者	営業・販売事務従事者	78 (10)

注：1 職種については、日本標準職業分類(2015)に基づいており、
2 ()内は全職種合計、内訳は、
3 ()内は全職種合計、内訳は、

交代制勤務の疾病リスク



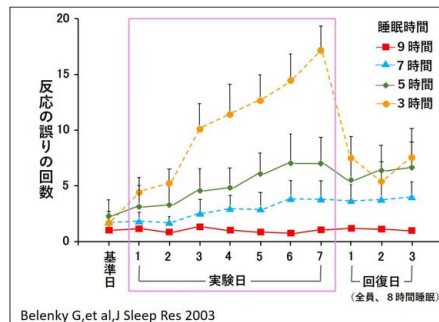
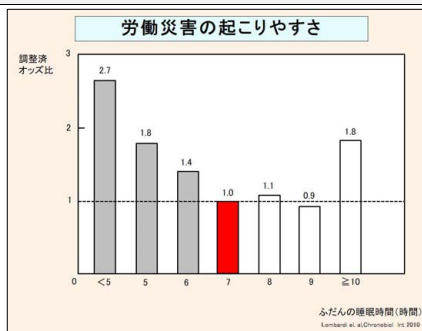
交代勤務歴と虚血性心臓病の発症リスク
(Knutsson et al., 1986より改変)



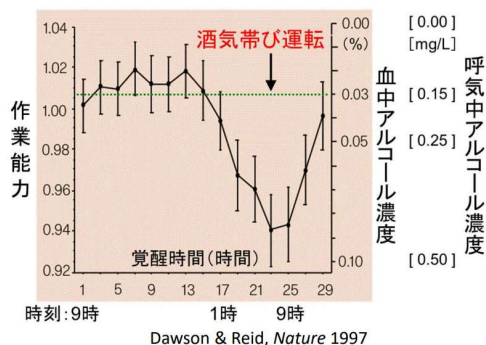
交代勤務歴とうつ病の有病率
(Scott et al., 1997より改変)

比較的早期に現れる、短期的なリスク

○ 労働災害発生や医療事故のリスクが大きくなる



アメリカの研究では、7日間睡眠不足が続くと、その後3日間8時間の睡眠を続けても十分に疲労は回復しないことが示されています。この実験結果は、睡眠不足が続いて蓄積されると、疲労回復は難しくなることを示しています。



認知・精神運動作業能力は、17時間覚醒で血中アルコール濃度0.05%の時と同程度に低下(0.03%で酒気帯び運転)、24時間覚醒で、血中アルコール濃度0.1%の時と同程度に低下(およそビール大瓶1本飲用に相当)

■ 看護師の疲労度調査

A総合病院の病棟77名、外来26名、手術室8名、看護部2名の計113名の看護師を対象に、15分間を1メモリとした行動記録表を4週間にわたり検討した。疲労度スコア算出には、解析ソフトCircadian Alertness Simulation¹⁾を使用した。疲労度スコア0～30未満が「安全領域(緑)」、30以上60未満が「要注意領域(黄色)」、60以上100を「危険領域(赤)」としている。その結果、

- ・ 3交替勤務している看護師の約半数が、疲労度31以上の要注意領域であった(図1)。
- ・ 睡眠時間と疲労度には負の相関を認めた(図2)。つまり、睡眠時間が短くなると疲労度が増加することになる。
- ・ 夜勤勤務の出勤前の仮眠、勤務中の仮眠をとることが、注意力低下を防止していた。
- ・ 夜勤勤務中の仮眠の取り方が、疲労度に大きな影響を与えていた。

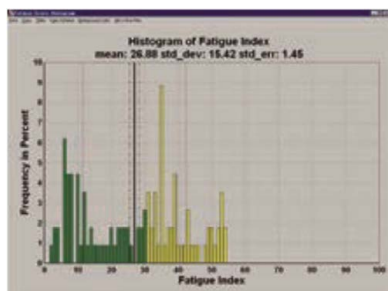


図1 全看護師113名の疲労度分布

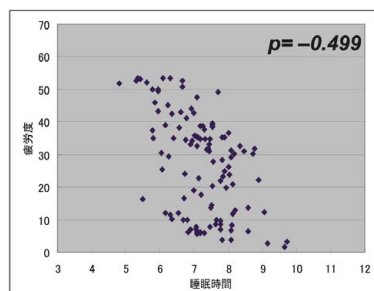
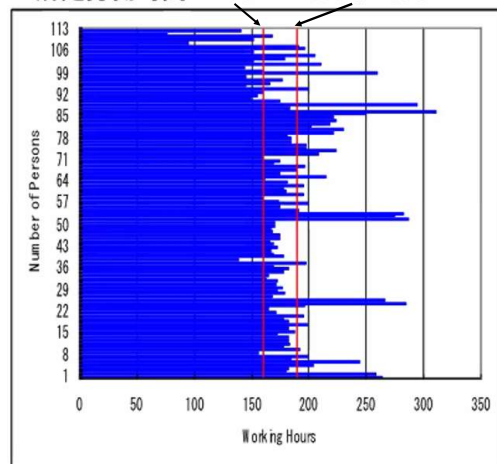


図2 睡眠時間と疲労度の関係

1) 解析ソフトCircadian Alertness Simulation
眠気と注意力(Alertness)の関係をマーチン・ムーアード教授が数学的にモデル化したものを、ソフトウェアとして開発。睡眠/覚醒の行動パターンを入力するとその人の注意力の変化をシミュレーションすることができる。また、睡眠時間や注意力の状態から疲労度を算出、集団全体の疲労度分布も算出が可能。

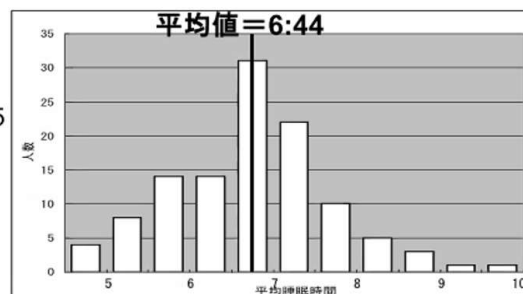
勤務時間と睡眠時間

所定労働時間=160 平均勤務時間=187.85



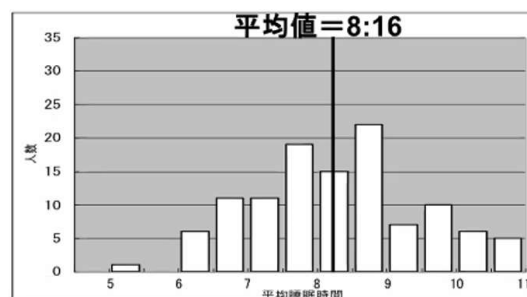
勤務日の睡眠時間

平均値=6:44



休日の睡眠時間

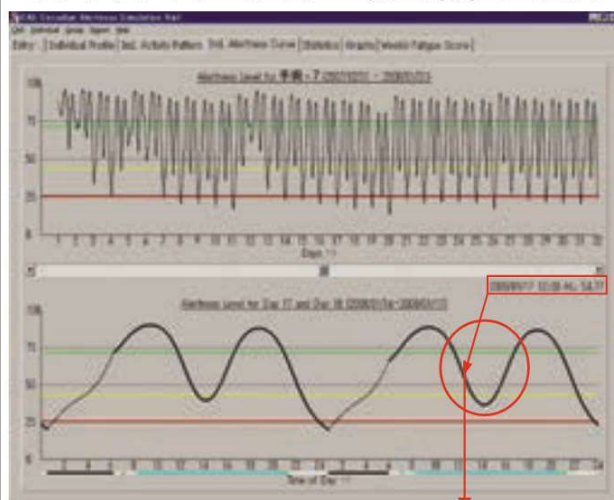
平均値=8:16



- ・勤務中のインシデントは、眠気による注意力の下降期の時間帯に発生していた(図3)。

インシデントレベル : 3 発生時刻 : 12:30

平均疲労スコア : 25.39



Alertness Level : 54.77

図3 睡眠不足によるインシデント発生

3 日前の睡眠時間 : 4:45

2 日前の勤務時間 : 16:00

2 日前の睡眠時間 : 5:00

前日の勤務時間 : 16:00

前日の睡眠時間 : 5:15

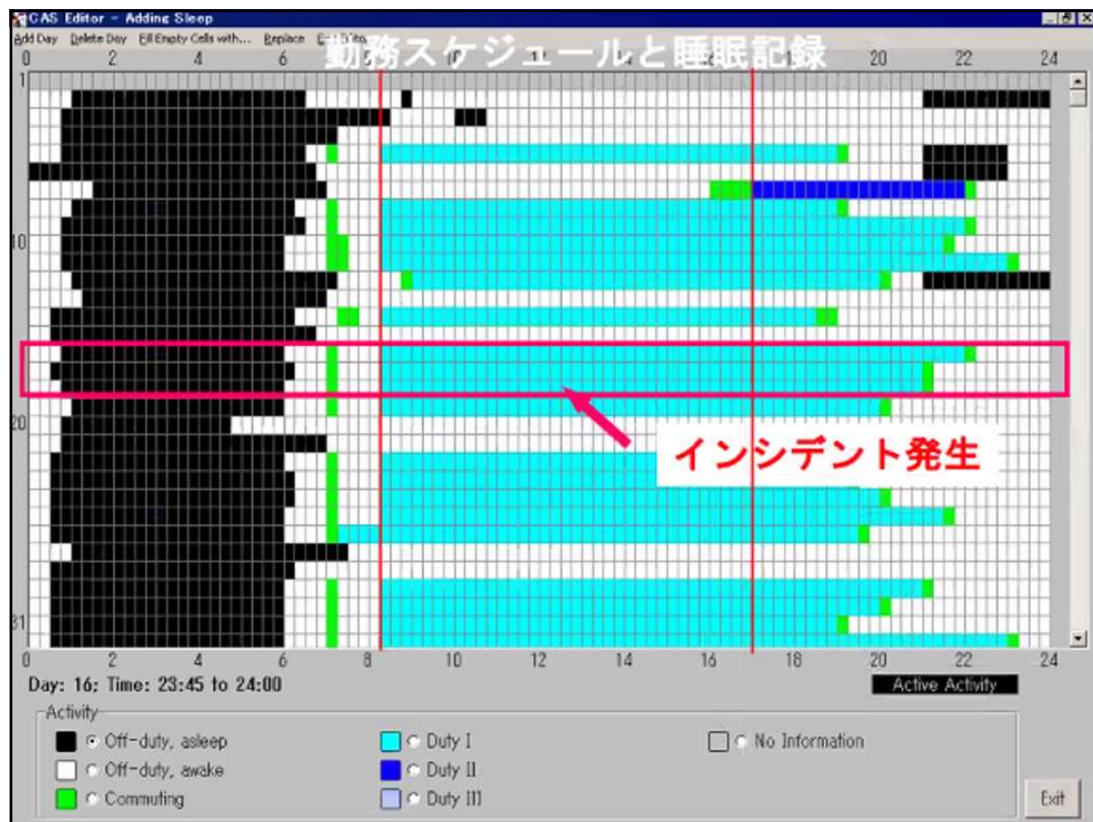
当日の勤務時間 : 14:30

勤務日の睡眠時間 : 5時間37分

勤務時間 : 249時間15分

休日の睡眠時間 : 7時間00分

資料出所: 中部大学生命健康科学研究所睡眠教育 活動報告書睡眠教育 活動報告書2004~2019→P24~25



長時間労働抑制のための
労働基準監督署の指導



早朝・夜間臨検

早朝・夜間臨検は、時間外労働を示す客観的な資料がないときに
行われる！

早朝・夜間臨検については、サービス残業撲滅のため、労働基準
監督署の強い姿勢を示すとともに、サービス残業を労働基準監督
官が現認することで、恒常的に行われているサービス残業を認めさ
せることにつながる。

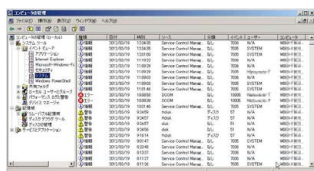
労働基準監督署



労働時間関連周辺資料

臨検監督で調べる労働時間関連周辺資料

- ・ パソコンの「イベント ログ」
- ・ 金庫開閉記録簿
- ・ 鍵の受け渡し簿
- ・ 営業日報
- ・ ファックス送信履歴
- ・ 駐車場のレシート
- ・ 警備記録
- ・ ガソリンスタンドのレシート
- ・ 社用車記録簿
- ・ 会議室の使用簿
- ・ 面会簿



デジタル・フォレンジックによる調査



平成14年任官
東京労働局 三田労働基準監督署
第四方面主任監督官

西田 幸弘 YUKIHIRO NISHIDA

あらゆる手段を駆使して
事実を明らかに。
粘り強さが
新たな突破口を開く。

今は、証拠物となる労働時間や賃金の記録が、紙ではなく、パソコンやサーバー内にある電子データの時代です。犯罪の立証のための電子データの解析技術や手続を「デジタル・フォレンジック」と呼びますが、データの復元や抽出には、専門的な知識や技術が要求されます。

労働基準監督官は法律を扱う仕事ですが、法学専攻の方だけでなく、IT、建設、化学などの様々な知識、人生経験あるいは趣味など、誰もが各々自分の得意分野を活かして活躍できる仕事です。



◎盗み調べ



◎証拠調べ

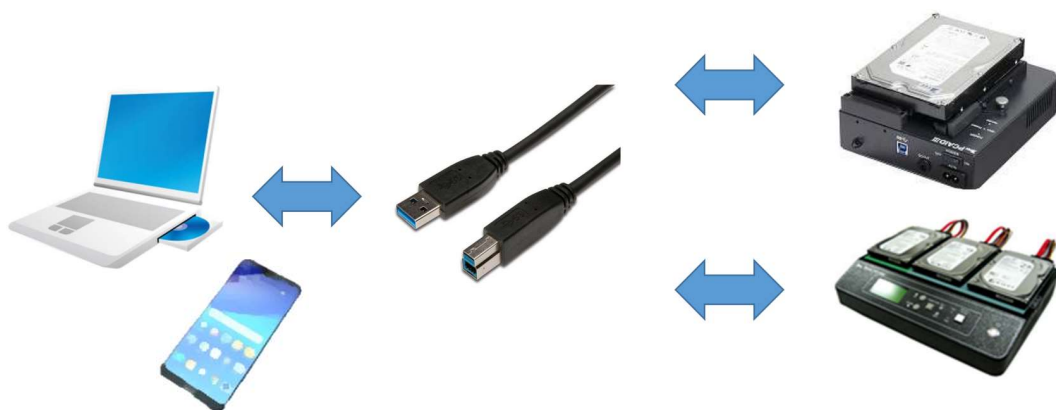
デジタル・フォレンジック：
電子機器に蓄積されたデ
ジタルデータを取得・調
査・解析・証拠化する手
法を言う。



パソコンやスマートフォン
に保存された労働時間
に関する**データの改ざん・
削除**といったケースでも
対応できるよう、必要が
あれば**復元も行い**、調
査・解析して、従業員の
実際の稼働状況を証拠
化する。

デジタル・フォレンジックによる調査

パソコンの他、スマートフォンにも対応



デジタルフォレンジック機器を活用した送検事例は、令和4年で10件を超える！

最近の法改正の動き



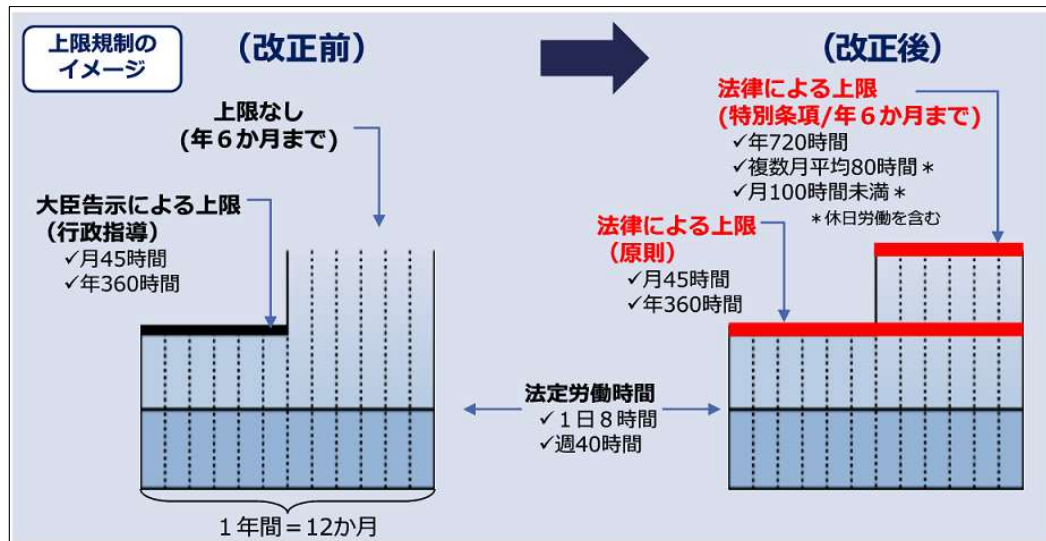
働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律 (医療機関への適用関係)

項目名	規制の概要	中小企業規模※	それ以外
時間外労働の 上限規制	原則として月45時間、年360 時間等とする罰則付きの上 限規制を導入する 医師は2024.4.1から適用。医師は上限水準も別途定める	医師を除き 2020.4.1から適用	医師を除き 2019.4.1から適用
割増賃金率	月60時間を超える時間外労働に 係る割増賃金率を50% 以上とする	2023.4.1から適用	(既に適用あり)
年次有給休暇	10日以上有給休暇が 付与される労働者に対し、 5日について、毎年時季指 定して与えなければなら ない(労働者が時季指定したり計 画的付与したものは除く)	2019.4.1から適用	

※医療業における“中小企業”の基準

⇒企業単位でみて i) 資本金の額又は出資の総額が5千万円以下又は ii) 常時使用する労働者の数が100人以下(なお、持分なし医療法人や社会福祉法人等の「資本金」や「出資金」がない法人格の場合は、法人全体の常時使用する労働者の数のみで判断する)

時間外労働の上限規制



労働時間の判断基準について

労働時間の判断基準

労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン (平成29年1月20日策定)

- 労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間のことをいい、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たる。そのため、次のアからウのような時間は、労働時間として扱わなければならない。
 - ア 使用者の指示により、就業を命じられた業務に必要な準備行為(着用を義務付けられた所定の服装への着替え等)や業務終了後の業務に関連した後始末(清掃等)を事業場内において行った時間
 - イ 使用者の指示があった場合には即時に業務に従事することを求められており、労働から離れることが保障されていない状態で待機等している時間(いわゆる「手待時間」)
 - ウ 参加することが業務上義務づけられている研修・教育訓練の受講や、使用者の指示により業務に必要な学習等を行っていた時間
- ただし、これら以外の時間についても、使用者の指揮命令下に置かれていると評価される時間については労働時間として扱うこと。
- なお、労働時間に該当するか否かは、労働契約、就業規則、労働協約等の定めにかんがらず、労働者の行為が使用者の指揮命令下に置かれたものと評価することができるか否かにより客観的に定まるものである。また、客観的に見て使用者の指揮命令下に置かれていると評価されるかどうかは、労働者の行為が使用者から義務づけられ、又はこれを余儀なくされていた等の状況の有無等から、個別具体的に判断されるものである。

宿日直許可基準

通達：令和元年7月1日付け基発0701第8号「医師、看護師等の宿日直許可基準について」



一般的な宿日直許可の基準

断続的な宿直又は日直勤務の許可基準（昭和22年9月13日 発基17号、昭和63年3月14日 基発150号）

一 勤務の態様

- イ 常態として、ほとんど労働をする必要がない勤務のみを認めるものであり、定時巡視、緊急の文書又は電話の収受、非常事態に備えての待機等を目的とするものに限って許可するものであること。
- ロ 原則として、通常の労働の継続は許可しないこと。したがって、始業又は終業時刻に密着した時間帯に、顧客からの電話の収受又は盗難・火災防止を行うものについては、許可しないものであること。

二 宿日直手当（略）

【医師、看護師等の宿日直手当】

病院における医師、看護婦のように、賃金額に著しい差のある職種の者が、それぞれ責任度又は職務内容を異にする宿日直をする場合においては、1回の宿日直手当の最低額は宿日直につくことの予定されているすべての医師ごと又は看護婦ごとにそれぞれ計算した1人1日平均額の3分の1とすること。（昭和33年2月13日基発90号）

一般的な宿日直許可の基準

断続的な宿直又は日直勤務の許可基準(昭和22年9月13日 発基17号、昭和63年3月14日 基発150号)

三 宿日直の回数

許可の対象となる宿直又は日直の勤務回数については、宿直勤務については週一回、日直勤務については月一回を限度とすること。ただし、当該事業場に勤務する18歳以上の者で法律上宿直又は日直を行いうるすべての者に宿直又は日直をさせてもなお不足でありかつ勤務の労働密度が薄い場合には、宿直又は日直業務の実態に応じて、週一回を超える宿直、月一回を超える日直についても許可して差し支えないこと。

四 その他

宿直業務については、相当の睡眠設備の設置を条件とするものであること

医師等の宿日直許可基準

医師、看護師等の宿日直許可基準について(令和元年7月1日付け基発0701第8号)

例えば
8:30 17:30 翌8:30

日勤帯 (所定 内労働 時間)	当直帯 (15時間程度)
--------------------------	-----------------

様々な実態

- ・ ほとんど実働がない、いわゆる「寝当直」
- ・ 救命救急センター等、ほぼ一晩中実働である
- ・ その中間

- (原則の考え方) 指示があった場合には即時に業務に従事することを求められている場合は、手待時間として労働時間。
- (特例) 労働密度がまばらであり、労働時間規制を適用しなくとも必ずしも労働者保護に欠けることのない一定の断続的労働⇒労働基準監督署長の許可を受けた場合に労働時間規制を適用除外。
- 許可に当たっては、①一般的許可基準(昭和22年発出)と、②医師、看護師に係る許可基準(令和元年7月発出)により判断。②において、許可対象となる「特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務」を例示した。

- ・ 医師等の宿日直勤務については、前記の一般的な許可基準に関して、より具体的な判断基準が示されており、以下の全てを満たす場合には、許可を与えるよう取り扱うこととされている。

- ① 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。(通常の勤務時間が終了していたとしても、通常の勤務態様が継続している間は宿日直の許可の対象にならない。)

医師等の宿日直許可基準

医師、看護師等の宿日直許可基準について(令和元年7月1日付け基発0701第8号)

- ② 宿日直中に従事する業務は、前述の一般の宿直業務以外には、特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること。例えば以下の業務等をいう。
- ・ 医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等(軽度の処置を含む。以下同じ。)や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
 - ・ 医師が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間(例えば非輪番日など)において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
 - ・ 看護職員が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間(例えば非輪番日など)において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等を行うことや、医師に対する報告を行うこと
 - ・ 看護職員が、病室の定時巡回、患者の状態の変動の医師への報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温を行うこと

医師等の宿日直許可基準

医師、看護師等の宿日直許可基準について(令和元年7月1日付け基発0701第8号)

- ③ 宿直の場合は、夜間に十分睡眠がとり得ること。
- ④ 上記以外に、一般の宿日直許可の際の条件を満たしていること。

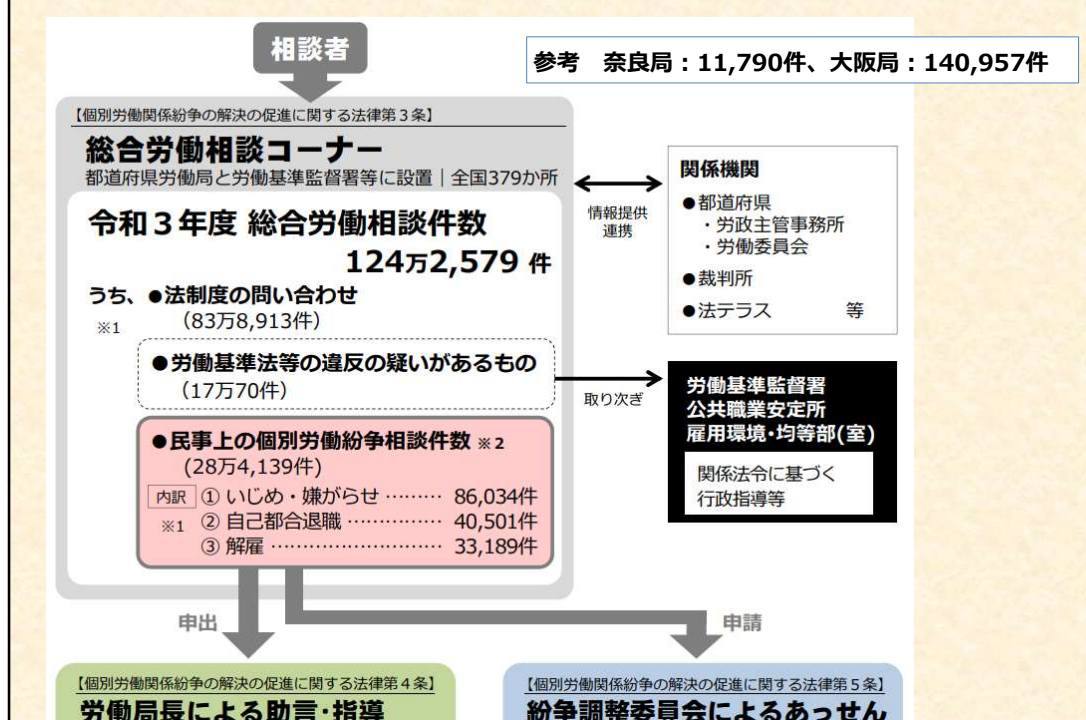
- 宿日直中に通常勤務と同態様の業務が生じてしまう場合
- ・ 宿日直中に、通常と同態様の業務(例えば突発的な事故による応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等への対応など)がまれにあり得るとしても、一般的には、常態としてほとんど労働することがない勤務と認められれば、宿日直の許可は可能である(宿直の場合には、夜間に十分な睡眠が取り得るものであることも必要。)
 - ・ なお、許可を受けた宿日直中に、「通常と同態様の業務」をまれに行った場合、その時間については、本来の賃金(割増賃金が必要な場合は割増賃金も)を支払う必要がある。

※ 宿日直の許可は、所属診療科、職種、時間帯、業務の種類等を限って得ることも可能(深夜の時間帯のみ、病棟宿日直業務のみも可能)

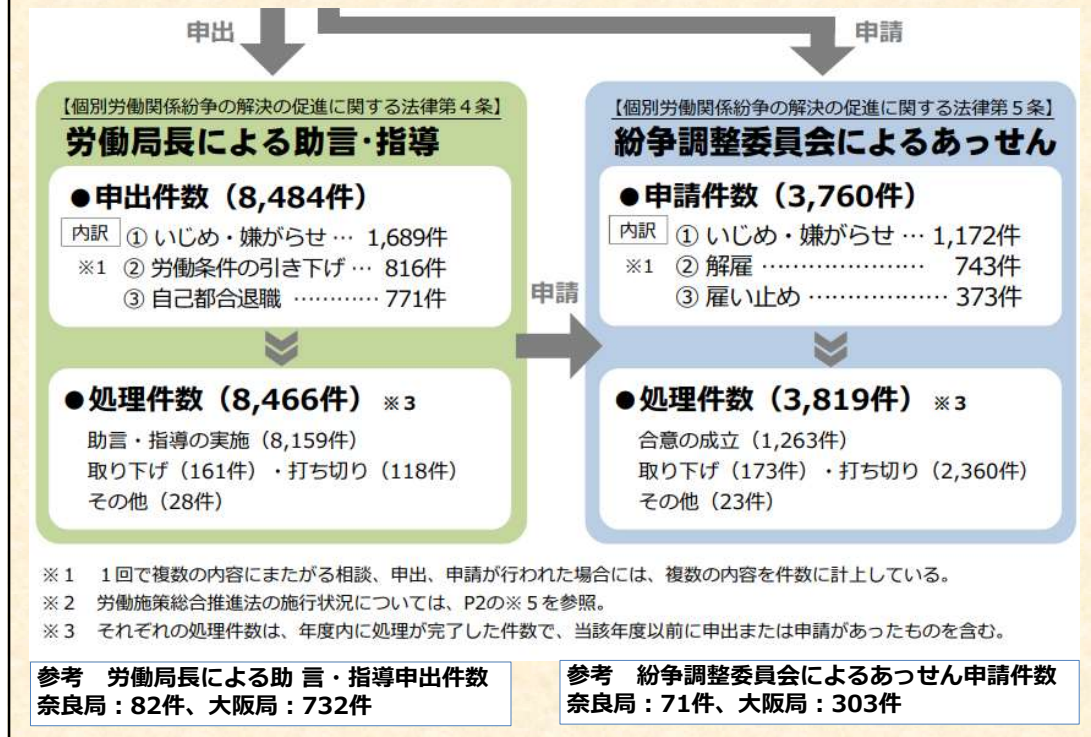
個別労働紛争解決制度について



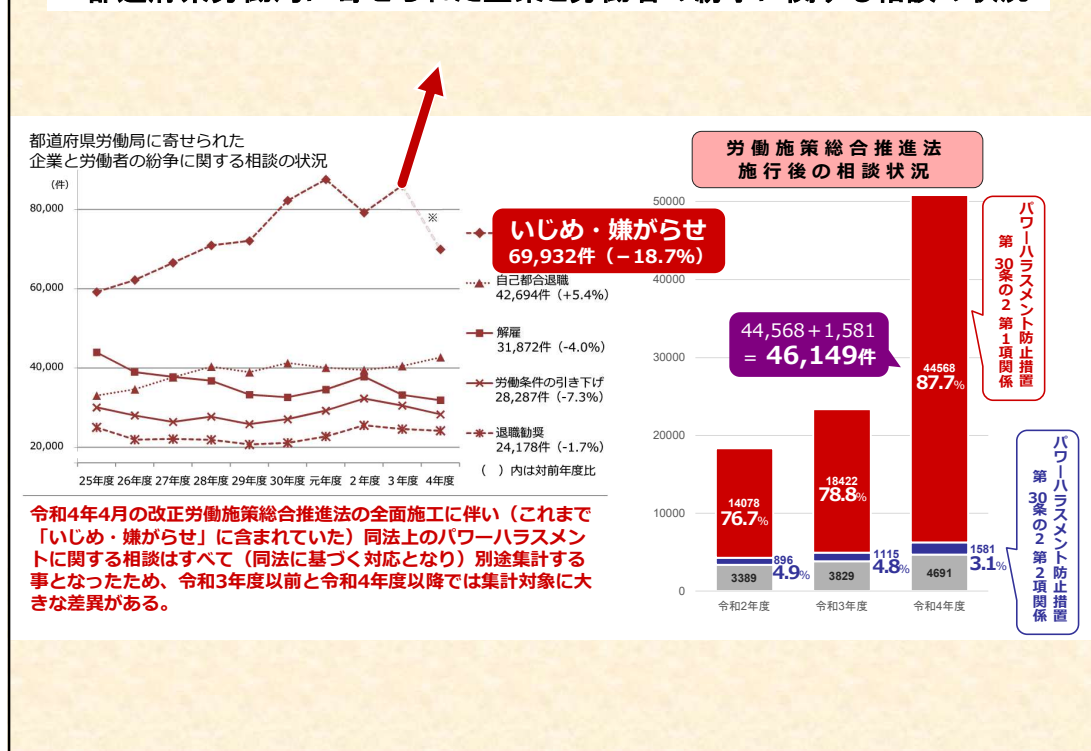
令和3年度個別労働紛争解決制度の施行状況



令和3年度個別労働紛争解決制度の施行状況



都道府県労働局に寄せられた企業と労働者の紛争に関する相談の状況



参考 奈良労働局

助言・指導の例

事例	いじめ・嫌がらせに関する助言・指導
事案の概要	申出人は正社員として勤務していたところ、職場の同僚から「やめてしまえ」「異動させてやる」といった発言をされたため、部門長に相談したが、対応をしてもらえず、解決への道筋が見えない状況であった。 申出人は、今後とも働き続けたいと考えていたため、職場環境の改善を求めたいとして、助言・指導を申し出たもの。
助言・指導の内容・結果	○ 現場の責任者に対し、いじめ・嫌がらせに係る事案を放置した場合に労働契約法に基づく労働者の職場環境配慮義務（安全配慮義務）に違反するおそれがあることから、早急に実態を把握の上、必要に応じ対策を講じる必要がある旨を助言した。 ○ 助言に基づき、実態調査及び申出人との話し合いが行われることとなり、申出人に意向に沿った解決方法が模索されることとなった。

参考 広島労働局

事例7 いじめ・嫌がらせ

嫌がらせを放置したことに対する謝罪要求をめぐる事例 -事業主からの申請-

■申請の概要

労働者より職場内でのいじめ・嫌がらせを放置したことに対する謝罪を求められたが、社内での事実確認でもそのような事実は確認されず、話し合いの場を何度か設けたものの平行線のまま終わったことから、紛争解決を図るべく、事業主があっせんを申請した。

■結果

和解金を事業主が労働者に支払うことで合意した。

■ポイント

いじめ・嫌がらせの存在そのものについて当事者間に争いがあり、また、あっせんの当初まで両者が感情的に対立していた事案。あっせんの途中から双方とも冷静さをとり戻し、お互いに譲歩した和解金額で合意した。

看護師分科会：グループワークの進め方について

1. 役割分担を決める

書記（報告）（お名前 ）

【役割】 議論の内容を記録し、本部衛生医療評議会に提出する

司会進行（お名前 ）

【役割】 司会は「グループワークの流れ」に沿って、進行を行う。参加者全員に発言してもらうよう配慮する。

2. グループワークの流れ

1 周目：イントロダクション

- ・ 自己紹介（名前、単組、職種、組合役職など）
- ・ 本日の感想など一言（どんな内容でも可）

2 周目：「医療現場の看護師あるある（課題）を出してみよう」

- ・ 参加者同士の職場の実態や経験などを共有する

3 周日以降：「課題の対策を自由に考えてみよう（できる・できないはひとまずおいて）」

- ・ 看護師あるある（課題）の解決策を話し合う
- ・ 安心して働き続けることができる環境をつくるためには何が必要か？
- ・ 本日の講義や提起を受けて単組や職場で取り組みたいこと
- ・ その他

グループワーク終了後

書記の方はグループ報告をお願いします（3 グループ程度）。

Ⅲ 医療政策分科会

◆ 医療政策分科会

テーマ「みんなで学ぼう、公立病院の経営改善」

<趣旨>

現在、全国のさまざまな職場で人件費の増加、物価高騰、エネルギー価格の上昇といった厳しい状況が続いています。この影響を受け、多くの公立病院が経営悪化の危機に直面し、黒字から赤字へと転じる事例も増えています。このような経営状況の悪化は、地域医療の基盤を揺るがし、地域住民や病院で働く私たちに深刻な影響を及ぼします。こうした課題に対処するためには、経営者だけでなく、現場で働く職員一人ひとりが病院経営に関する基本的な知識を持つことが重要です。職員が経営を理解し、課題解決にむけて経営陣と協力することは、健全な病院運営への第一歩となります。

本セミナーでは、公営企業年鑑のデータを活用し、全国の公立病院の経営状況やその背景にある課題を把握する手法を学びます。また、総務省により策定を求められた「公立病院経営強化プラン」の内容についても理解を深め、経営改善にむけた具体的な方針や施策を検討します。本セミナーを通じて、参加者が公立病院の経営課題を共有し、それらを乗り越えるための実践的な知識を習得することをめざします。そして、病院経営の改善にむけて「みんなで取り組む」姿勢を育む機会としたいと考えています。

<スケジュール>

9 : 00～9 : 30	会場受付
9 : 30～	開会・挨拶
9 : 35	講演「公立病院の経営改善について」＋質疑 NPO法人病院経営支援機構理事長 合 谷 貴 史さん
(休憩)	
10 : 45	実習「公営企業年鑑の見方と活用」実習＋質疑 NPO法人病院経営支援機構理事長 合 谷 貴 史さん
12 : 45	講評・まとめ
13 : 00	閉会

公立病院の経営改善について ～厳しい時代をどう進むべきか～

2025年2月23日(日)
NPO法人病院経営支援機構
合谷貴史

ともに汗をかきます。 NPO法人病院経営支援機構
<http://www.hms.or.jp>

ご挨拶

今年度もお世話になります。

2023年度の公立病院が70%経常収支で赤字と発表がありました。

2024年度の決算見込みはさらに厳しいモノが予想されます。そして2025年度の予算は、もったもった厳しいですし、到達できない目標数値を掲げている（掲げざるを得ない？）病院もあるように聞きます。人件費カット、経営形態見直しという声が強まる、先行することを懸念も致します。

一方、そうならない対策を練らなければなりません。本日の研修宜しくお願い致します！

自己紹介：合谷貴史



出身：福岡県北九州市八幡西区

高校：福岡県立東筑高校

大学：東京理科大学薬学部

職歴：伊藤忠商事株式会社 入社

有限会社ドゥーダ 設立

NPO法人病院経営支援機構 設立

- * 2009～2015年度 沖縄県立病院経営アドバイザー
- * 2020～2022年度 沖縄県立病院経営評価委員
- * 2021～2024年度 総務省公営企業アドバイザー（病院事業）
- * 2022年度 公立芽室病院経営形態検討委員
- * 2022～2024年度 南相馬市5病院の会ファシリテーター

2

ともに汗をかきます。 NPO法人病院経営支援機構
<http://www.hms.or.jp>

ご挨拶



NPO法人病院経営支援機構

設立：2009年5月

理事長：合谷貴史

副理事長：田邊 元院長（高松赤十字病院）

理事：加藤 名誉院長（成田赤十字病院）

：三石 院長（東京かつしか赤十字母子医療センター）

【ポリシー】

- ・ Doサルタント
- ・ 経営＝医療の質＋財務
- ・ プロセス最重視（実践できる施策！）
- ・ **ともに汗をかきます！**

3

ともに汗をかきます。 NPO法人病院経営支援機構
<http://www.hms.or.jp>

1. 公立病院の役割と存在
2. 押さえておきたい財務知識
3. 経営改善の施策
4. 最近のトピックス
5. 自院の現状を把握する
6. 地方公営企業年鑑の活用してみる！
7. これからへの備え

地方公営企業の経営原則

自治体病院も地方公営企業の一つ

地方公営企業：地方公共団体が、地域住民の福祉の増進を目的として、直接経営する事業

地方公営企業法

経営の基本原則

地方公営企業は、常に企業としての経済性を発揮するとともに、その本来の目的である公共の福祉を増進するように運営されなければならない。（法第3条）

公共性

公共の福祉の増進を図る

両立

経済性

独立採算制を基本とする運営

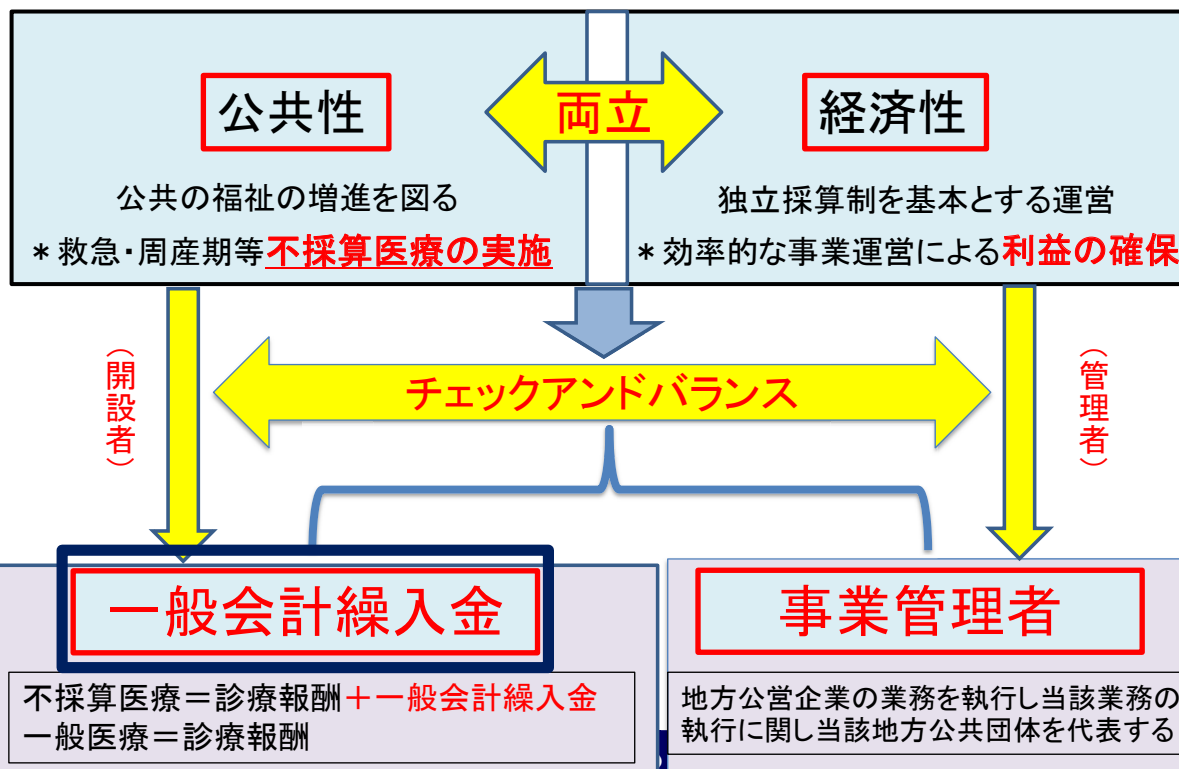
* 救急・周産期等不採算医療の実施

* 効率的な事業運営による利益の確保

二つの原則を同時に達成する！

地方公営企業法の仕組み

医療の質と経営の持続性



<http://www.hms.or.jp>

全国の病院に占める公立病院の役割

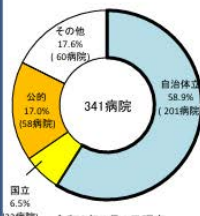
- 全国の病院に占める公立病院の割合は、病院数で約10%、病床数で約14%。
- 民間病院の立地が困難なへき地等における医療や、救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に係る医療、民間病院では限界のある高度・先進医療の多くを公立病院が担っている。

○全国の病院に占める公立病院の割合

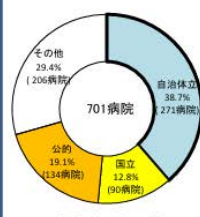
	病院数	病床数
全 体	8,182	1,496,856
公 立	849 (10.4%)	201,893 (13.5%)
国 立	316 (3.9%)	124,079 (8.3%)
公 的	345 (4.2%)	105,769 (7.1%)
そ の 他	6,672 (81.5%)	1,065,115 (71.2%)

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

○自治体病院の役割
へき地医療拠点病院



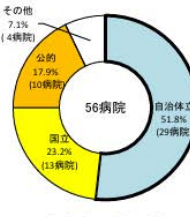
地域災害拠点病院



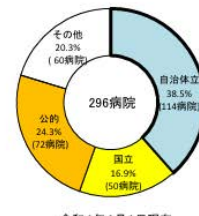
救命救急センター



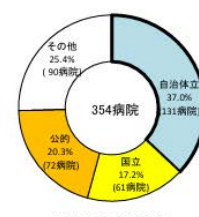
第一種感染症指定医療機関



地域周産期母子医療センター



地域がん診療連携拠点病院



(出典：厚労省調査より作成)

公立病院（地方独立行政法人を含む）の立地

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

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

【所在市区町村人口区分別の公立病院数】

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

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

【公立病院の病床数の割合が高い都道府県】

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

（参考）東京都 8.3%
大阪府 11.3%

（出典：令和3年度医療施設調査（厚労省））

2

<http://www.hms.or.jp>

公立病院損益収支の状況

（単位：億円、%）

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

出典：地方公営企業決算状況調査

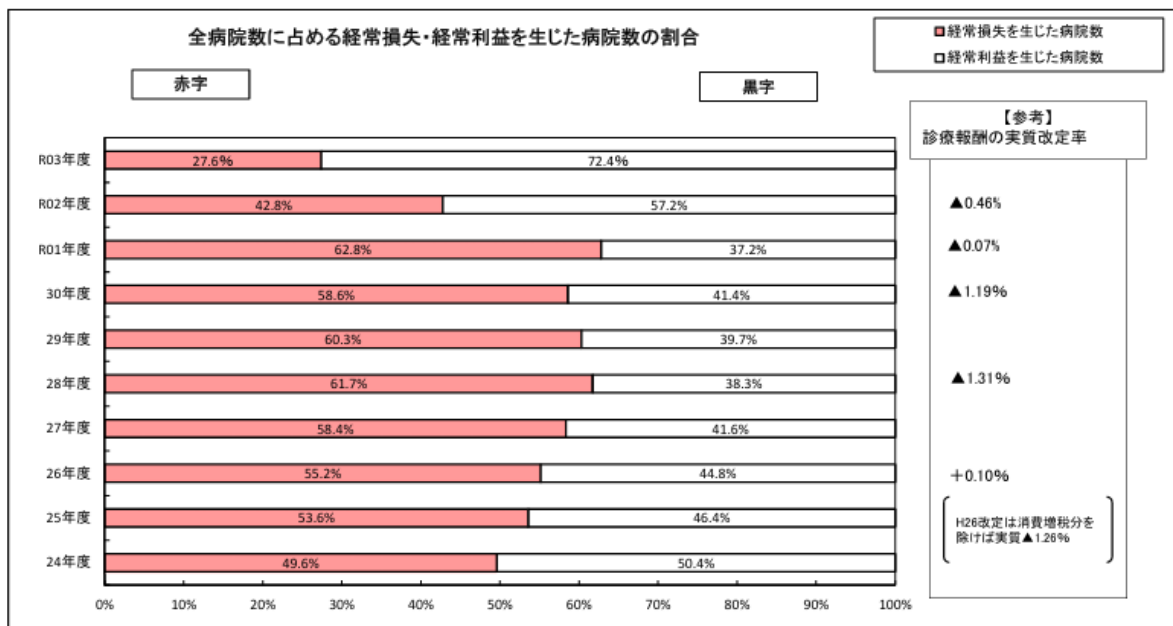
（注1）公営企業型地方独立行政法人病院を含む。

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

3

<http://www.hms.or.jp>

公立病院経常収支の状況（黒字・赤字病院の割合）（地方独立行政法人を含む）



4

10

<http://www.hms.or.jp>

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。

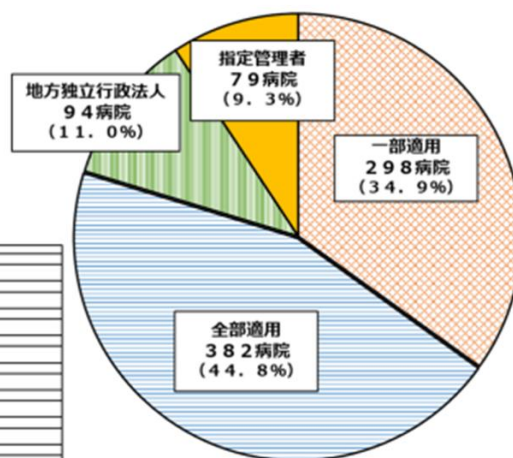
＜参考1＞これまでの公立病院改革における再編・ネットワーク化の実績

	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

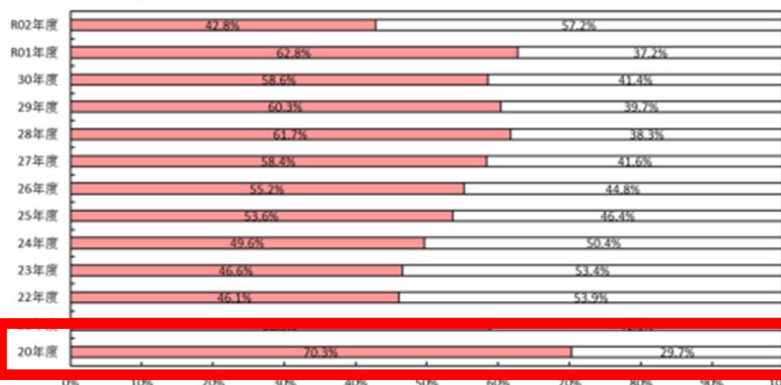
＜参考2＞公立病院数及び病床数の比較

	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3＞令和2年度末時点の経営形態の見直し状況



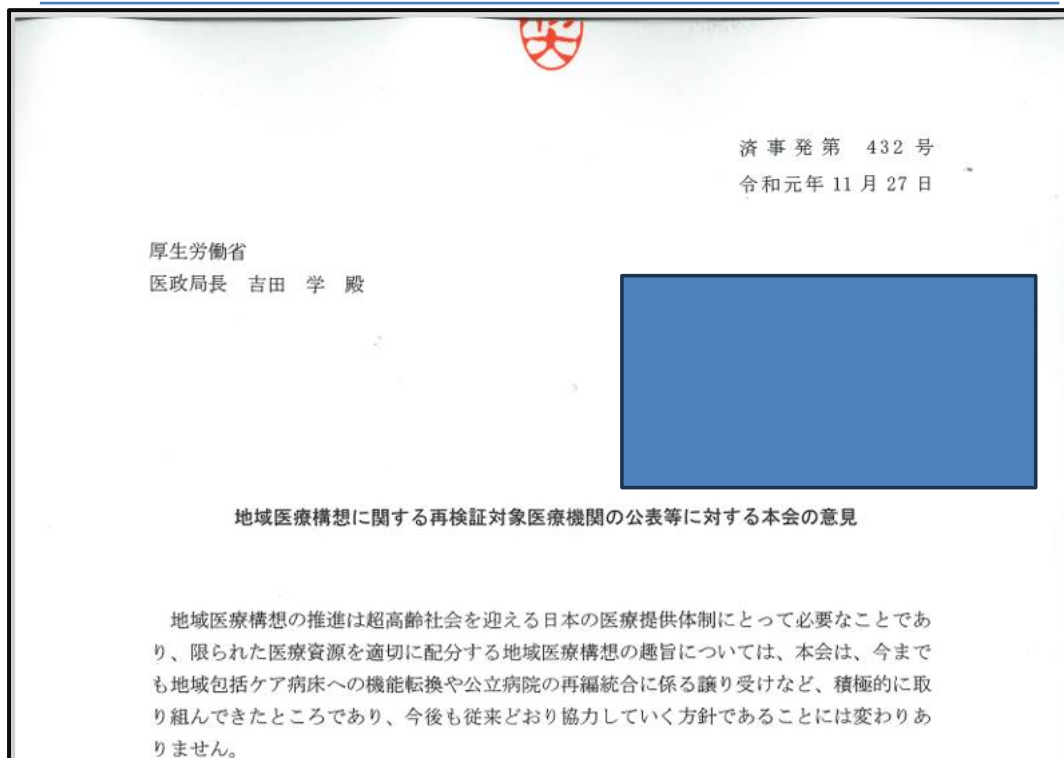
＜参考4＞経常損失を生じた公立病院数の割合



11

<http://www.hms.or.jp>

424病院発表後



12

ともに汗をかきます。 NPO法人病院経営支援機構
<http://www.hms.or.jp>

424病院発表後

自治体病院がない自治体で奮闘する
公的病院、医師会病院は一般会計負
担金が適応されません。

自治体病院として**経済性**はより強く
求められることになると思います。

13

ともに汗をかきます。 NPO法人病院経営支援機構
<http://www.hms.or.jp>

1. 公立病院の役割と存在
- 2. 押さえておきたい財務知識**
3. 経営改善の施策
4. 最近のトピックス
5. 自院の現状を把握する
6. 地方公営企業年鑑の活用してみる！
7. これからへの備え

- ✓ 医業収支
- ✓ 経常収支
- ✓ 給与費比率
- ✓ 材料費比率
- ✓ 委託費比率
- ✓ 一般会計繰入金
- ✓ 基準繰入、基準外繰入

✓ 医業収支

医業収益－医業費用＝医業収支

医業収益＝患者数×患者1人あたり単価

医業費用＝固定費＋変動費

*** 医業＝本業**

*** 収益＝会社に入るお金≠売上**

*** 公的・民間病院は、黒字化目標**

✓ 経常収支

経常収益－経常費用＝経常収支

経常収益＝医業収益＋医業外収益

経常費用＝医業費用＋医業外費用

*** 医業外＝本業外**

*** 自治体病院は、黒字化目標**

→担う不採算医療、公共医療の補填

✓ 医業収支比率

✓ 経常収支比率

Q. 100%が必達なのはどっち？

Q. それはなぜ？

$$\text{経常収支比率(\%)} = \frac{\text{経常収益}}{\text{経常費用}} \times 100$$

✓ 給与費比率

$$\text{給与費比率(\%)} = \frac{\text{給与費}}{\text{医業収益}} \times 100$$

＊規模、機能、立地によって差異あり

＊委託費も考慮したい

＊出張医などの計上先は？

＊給与ベースの高い低いとは別議論

✓ 材料費比率

$$\text{材料費比率(\%)} = \frac{\text{材料費}}{\text{医業収益}} \times 100$$

- * 規模、機能、立地によって差異あり
- * 診療科によって差異あり
- * 比率と購入価格は必ずしも比例しない
- * 自治体病院価格を自ら生み出す？

✓ 委託費比率

$$\text{委託費比率(\%)} = \frac{\text{委託費}}{\text{医業収益}} \times 100$$

- * 人的サービスを考慮したい
- * 規模、機能、立地によって差異あり
- * 自治体病院としての制限も考慮

一般会計繰入金

地方公営企業として運営される公立病院は、自らの経営による受益者からの収入をもってサービスを提供するための経費に充てることが原則（独立採算の原則）

一般会計繰入金

1. 経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費
2. いかに能率的な経営によっても事業の採算性を求めることが客観的に困難なものと認められる経費
3. 災害復旧その他特別な理由により必要がある経費

✓ 基準繰入、基準外繰入

**基準繰入：計算式により算出
＝担う医療に対する補填**

基準外繰入：赤字補填的

基準繰入で経常収支黒字になる！

基準外繰入はゼロへ！

乱暴な言い方かもしれませんが

**公認会計士や税理士のように財務諸表
が読める必要はありません。**

ポイントを押さえればOKです。

健康診断と似ていると思います。

**データはデータ。そこから問診して深
堀していきますよね。**

**そして“診断→治療→フォローアップ”
となります。**

病院経営において

✓ 診断（課題抽出）

- ・ マネジメント、ガバナンス
- ・ 財務&様々な指標&医療の質
- ・ 人口動態、地域医療構想と現状

当事者が過去を振り返り、解決策を創造していくのが理想。そこを自前でやるか、コンサルを活用するかとなる。活用の仕方が問題！

✓ 治療（課題解決へ）

- ・ マネジメント
- ・ 収支改善の様々なテーマ
- ・ 意識改革

コンサルは
職員の声を聞いているか？
本音を聞き出せているか？
引き出しと経験を持っているか？

本日の流れ

1. 公立病院の役割と存在
2. 押さえておきたい財務知識
- 3. 経営改善の施策**
4. 最近のトピックス
5. 自院の現状を把握する
6. 地方公営企業年鑑の活用してみる！
7. これからへの備え

1. 病床稼働率向上と維持

- * 院外＋院内向け多岐に渡る

2. 診療報酬算定、施設基準取得

- * 単価を少しでも上げる

3. 看護師確保・定着・育成

- * 地域によっては診療技術系
- * 医師確保は医局頼みで良いか？

4. 病棟再編（看護師不足、単価増）

- * 地域医療構想は地域で議論

5. コスト削減

期限切れ対策、適正使用
＝家庭と同じ！

- * 値上げ防止、価格引き下げ
自治体価格を作らない意識＆努力

6. 首長、行政との会話

- * 日頃からのコミュニケーション
医療に関する知識と土台作り

7. 接遇向上（ハラスメント対策含む）

- * 経営改善、離職防止と直結

8. 閾値を上げる！意識を変える！

- * 対象は職員だけにあらず
院長、幹部へ（時に行政、議員）

9. 広報力強化

- * 重要だが軽視されがちな
- * コメディカル活用のチャンス！

「危機意識が足りない！」
具体的に何を指す？
足りないのはどこ？

✓ キーワード

- ・ 原点回帰！と創造！
- ・ やると決めたやる！
- ・ 魂込めて本気でやる！
- ・ 仲間を作る努力をする！
 - * 増えなくても良い覚悟
- ・ 期限を決める！

1. 公立病院の役割と存在
2. 押さえておきたい財務知識
3. 経営改善の施策
- 4. 最近のトピックス**
5. 自院の現状を把握する
6. 地方公営企業年鑑の活用してみる！
7. これからへの備え

1. 病床稼働率向上と維持
2. 看護師確保・定着・
4. 病棟再編（看護師不

産婦人科、小児科がある病院は、分けて話しをした方が、効率良い議論ができる

特に病床稼働率は高いレベルを維持しておきたい。許可病床ではなく稼働病床に対する率が1日あたりの入院患者数が伝わりやすい。

入院基本料維持<病床稼働率

コロナ禍2021年5月の高齢者の受療行動

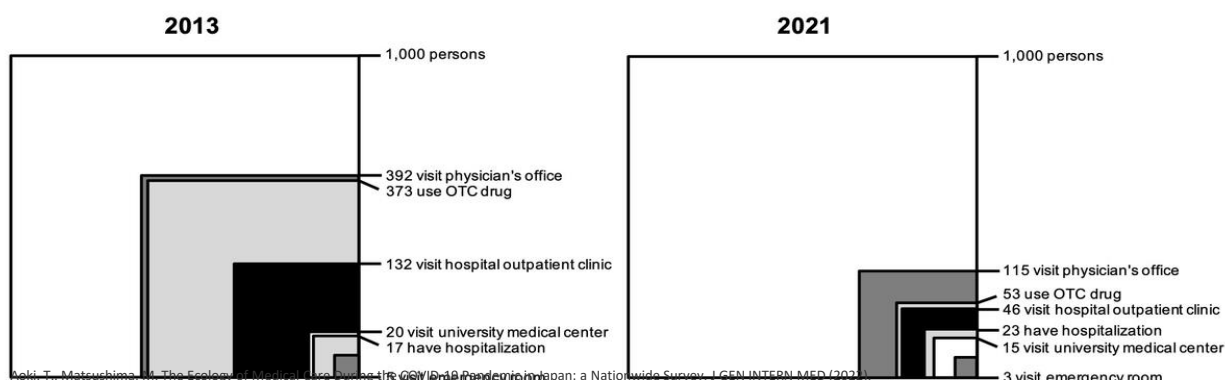


Figure 2 Comparison of health care utilization among elderly (≥ 65 years old) between the previous study in 2013¹⁵ and the present study in 2021.

コロナで患者は減少しているが、今はどうでしょうか？

地域により違いはありますし、在院日数短縮の影響も考慮しなければなりません・・・

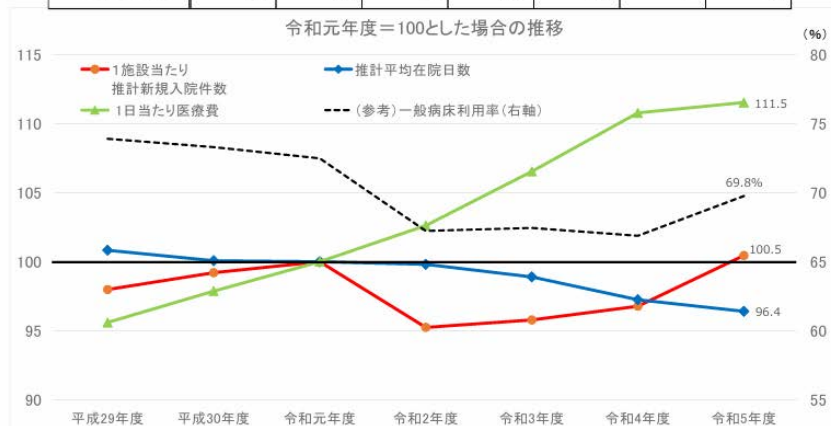
ともに汗をかきます。 NPO法人病院経営支援機構
<http://www.hms.or.jp>

入院医療費の要因分解

- 推計新規入院件数は、コロナで落ち込んだが、令和5年度になってコロナ前の水準を取り戻した。
- 推計平均在院日数は、コロナ以前から短縮傾向にあるが、コロナ後はさらに短縮が進んだ。一方で1日当たり医療費は増加傾向にあり、「入院日数の減と1日当たり単価の増」という構造はコロナ後も継続している。

■ 病院1施設当たり入院医療費の伸び率推移

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1施設当たり入院医療費	3.0	2.9	2.9	▲ 2.4	3.5	3.3	3.6
1施設当たり推計新規入院件数	1.8	1.2	0.8	▲ 4.8	0.6	1.0	3.8
推計平均在院日数	▲ 0.8	▲ 0.8	▲ 0.1	▲ 0.2	▲ 0.9	▲ 1.7	▲ 0.9
1日当たり医療費	1.9	2.4	2.2	2.6	3.8	4.0	0.7



※一般病床利用率の年度平均値は、厚生労働省「病院報告」における毎月の病床利用率を用いた。

即効性を期待する施策です。

本来、推進すべき施策（基本、王道）をシッカリ推進することが大事であることを前提にお聞き下さい。

1. 在院日数最適化
2. 救急搬送患者の入院率向上
3. 来ている患者を断わらない
4. 安心ベッド確保の基準決め
5. ベッドコントロールの確認と徹底
6. サポートチーム
7. 患者受入事例検証会
8. 診療部他科紹介
9. 入院患者受入基準の柔軟対応

- 10. ワンクッション機能
- 11. 同行ラウンド他（入院患者増）
- 12. クリニック、病院訪問
- 13. 同行ラウンド（退院促進）
- 14. 幹部病棟ラウンド

15. 職員へメッセージ

1. 在院日数最適化

- 入院期間Ⅰ以内→入院期間Ⅱギリギリまで
- 患者、家族から要望があるまでは、病院から積極的な退院、転院を働き掛けない
例：週末なら子供が迎えに来れる
在宅に不安あり、リハもう少し！
- 退院決定：医師、退院日決定：看護師
 - a) 看護師から患者へ
 - b) 看護師と調整し医師から患者へ
- 転院、退院を急かさない（看護師）
- まとめて退院＆入院をしない（医師）

2. 救急搬送患者の入院率向上

- 救急車で搬送されてきた患者は原則入院
→トラブル回避、医療安全面も考慮
- 受入指針（基準）を整備→次頁
→病床稼働率によって変動（例：85%）
- 当直医師の入院判断を尊重
→診断力の差を問わない
- 総合診療医がいる場合は、負担が集中しない
ように他の医師の協力が必要
ま主治医とするなど取り決める
- 「この程度なら帰れる」「入院するほどでは
ない」などは禁句

40

ともに汗をかきます。 NPO法人病院経営支援機構
<http://www.hms.or.jp>

救急受入れ指針（ある病院）

1. 方針

2. 入院適応の対象患者

- 救急搬送患者で入院可否の判断に迷う場合は入院で対応
- 本人や家族の希望がある場合
- 発熱などの感染症状で抗菌薬点滴を実施する場合
- 脱水で補液を 500ml/日以上投与する場合

針

3. 注意点

患者・家族の意向を優先すること。

当然、無理な引き止め行動を行う必要はないものであること。

- 圧迫骨折等の急性腰痛症
- 軽度頭部外傷
- 急性アルコール中毒の場合
- 救急外来で 2 時間以上過ごすことが予想される場合

- 救急外来で 2 時間以上過ごすことが予想される場合

3. 注意点

患者・家族の意向を優先すること。

当然、無理な引き止め行動を行う必要はないものであること。

41

NPO法人病院経営支援機構
<http://www.hms.or.jp>

3. 来ている患者を断らない

クリニック訪問で新規患者獲得目指すより、病院受診希望しているが“何かしらの理由”でお断りしている患者を1人で多く受け入れる方が即効性高い。

- “何かしらの理由”を外来、地連、救急で洗い出し1つずつ検証していく
 - * この“何かしら”を深堀する
- 地域連携室に院長権限を移譲
 - 地連が受けたら診療部内で担当科を探す
 - * 「うちの科ではない」
で地連に投げ返すのはNG

4. 安心ベッド確保の基準決め

病床稼働率向上の協議をする際、方向性は同じでも安心ベッドの考え方が違うケースあり。

- ・ 予定入院、救急入院の見込み
- ・ スタッフの疲弊やモチベーション
- ・ 病床稼働率の閾値に差がある
- 「翌日分まで」
- 「確保は不要」
- 「翌日分 + 来るかもしれない救急分」
- 上記 + 看護師への配慮

5. ベッドコントロールの確認と徹底

ベッドコントロールについて問い合わせると「上手くいっている」vs「上手くいっていないから困っている」や「医師の協力があればもっとうまくいく」vs「看護師のローカルルールがある」など看護師と医師とでギャップがあるケースあり

- ベッドコントロールのルール（原則）を確認
- ルール（原則）を診療部、看護部で徹底
- ルールからずれたケースを協議する
- 入院決定しているが救急外来から病棟へ上がるまでかなりの時間を要するケースを協議する
- 医師は「まとめて退院」「まとめて入院」がないように協力する

5. ベッドコントロールの確認と徹底

病床稼働率が低くても高くても課題となる言葉は同じ

「奥の部屋しか空いていないので・・・」

「他の病棟では駄目ですか？」

「そういう患者を受けるとなかなか退院できずに困るんですよね」

「明後日、入院多いので、空けておきたいんですよね」

「さっき1人受けたばかりですけど・・・」

6. サポートチーム

内科から入院患者を増やしていくことは出来るが内科医の受け持ち患者が多く、内科医だけでは限界がある場合、一定の条件で主治医をサポートチームへ変更し、サポートチームで患者を診る

- ・施設への転院待ちの患者
- ・急性期は脱したが諸事情で自宅に戻れない患者
よう診療科同士で協力できることを推進
- ・レスパイト入院
- 〇階病棟4人部屋×2をサポートチーム病室へ
- サポートチームから要請があれば内科は快くコンサルトを受ける
- レスパイトは主治医でもサポートチームへ

7. 患者受入事例検討会

- 残念ながら不応需となった事例について
診療部 & 看護部合同で検討会を行う
 - a) 当院で受けるべき症例と思われるがお断りとなった事例
 - b) 受入れに時間を要した結果、他院へ流れた事例

効果は高いが事前準備と普段からのコミュニケーションが必要

8. 診療部他科紹介

医師が懇親、懇談する機会が減り気軽に相談したりコンサルトする機会が減り、院内に専門医がいることを知らずに他院へ送ってしまうケースが発生している

●医局会にて診療科紹介を行う

- ・ 1科 5 ～ 7 分程度
- ・ 専門分野
- ・ 最後は「気軽に紹介下さい」

9. 入院患者受入基準の柔軟対応

●病床稼働率が低い場合

→開業医からの入院依頼は原則入院
入院可否の判断に迷う場合は入院
患者・家族が希望する場合は入院

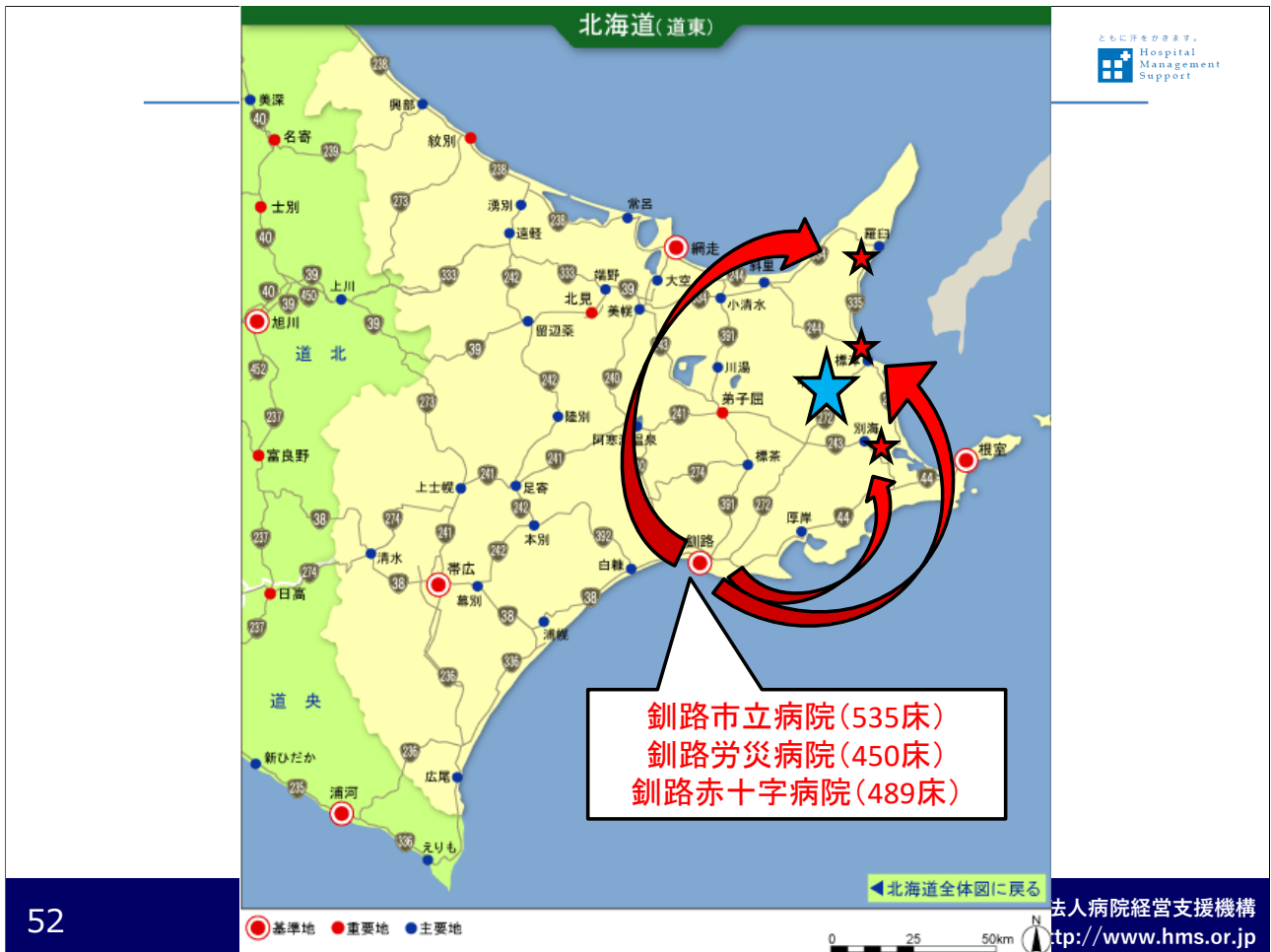
例) 救命救急センターを持つ病院：
病床稼働率低い場合：2次、3次救急全て
高い場合：3次へシフト

10. ワンクッション機能

地域包括ケア病棟を有する場合

- 近隣市町村の病院へダイレクトに返すことが難しい患者を高度急性期病院からワンクッションで受け入れる
 - 在宅医療を展開しているクリニックへ急性期病院から戻す前に例えば糖尿病の教育入院をワンクッションで受けれる
 - レスパイト入院を受入れる
- ＊ 計画的、スポット的の2つの施策





52



53

11. 同行ラウンド他（入院患者増）

高度急性期病院、急性期病院で救急車を多く受け入れる高度急性期病院、急性期病院へアプローチ（直接、患者を確認する）

- 受入れ増を図りたい疾患の診療科医師と朝、病棟ラウンドに同行する
- 逆紹介希望する患者を確認し、即日判定会議を行い受入れ可否伝え受け入れる
- 朝の患者振り分けカンファレンスに参加する

12. 病院＆クリニック訪問

地域連携において重要な施策だが、即効性に繋がるケースあり

- 350床→クリニック（競合病院の近く）
→近隣急性期の対応に不満
- 270床→クリニック（近隣＆紹介No.1）
→懇意だからこそその盲点
- 400床→200床（外科標榜も常勤医1名）
→具体的症例について協議
手術ナシ圧迫骨折受入れへ

13. 同行ラウンド（退院促進）

回復リハ病棟、地域包括ケア病棟を有する病院
へアプローチ（直接患者を確認頂く）

- 後方連携策としてパイプを太くしたい、リハビリの評価が高い病院のMSW若しくはセラピストに朝、病棟ラウンドに同行して頂く
- 受入れ頂きたい患者を伝え、持ち帰って判定会議後、受入れに応じて転院へ
- 第1, 3週はA病院、第2, 4週はB病院と2病院と推進したり、4病院と合同でやったりやり方は様々

14. 幹部病棟ラウンド

退院促進の視点で、院長・副院長らで病棟ラウンドを実施。幹部が状況把握しておくことで病床稼働率が高い場合、主治医へ退院日を早める依頼しやすい環境を作っておく

例) 外科系病棟：外科副院長
内科系病棟：内科副院長
小児科病棟：小児科副院長
集中系：院長

- 10. ワンクッション機能
- 11. 同行ラウンド他（入院患者増）
- 12. クリニック、病院訪問
- 13. 同行ラウンド（退院促進）
- 14. 幹部病棟ラウンド

15. 職員へメッセージ

在院日数の最適化、患者・家族に寄り添う
転院・退院調整、と言っても「黒字にする
為に、無理やり在院日数伸ばすのはおかし
い！」と職員が受け取ってしまっては、マ
ネジメントへ影響していく。

「以前はこういう患者入院させてなかった
のに」とモチベーションもさげたくない。
しかし、病院を存続させていくための経済
性向上（黒字化）も職員には理解して欲し
い。

“在院日数の最適化、患者・家族に寄り添う転院・退院調整を！”、“救急患者を積極的に入院させろ！”と言っても

「黒字にする為に、無理やり在院日数伸ばすのはおかしい！」

「真っ当な経営改善ではない！」

「以前はこういう患者入院させてなかった」

「現場の疲弊を理解しているのか？」

「患者を増やせと言う前に、職員を増やして欲しい！」

“経常収支黒字を目指す”“経営危機”“このままだとキャッシュがなくなる”“経営形態変更する”と言っても

「ピンとこない」

「経営は幹部の問題」

「若手には医療に専念させたい！」

「そんなこと言うと離職が増える！」

「自治体病院が潰れるわけがない」

「自治体が助けてくれる」

『経営のために患者の入院を長びかせるのはおかしい』

入院期間、退院日は診療上ほとんど絶対的指標がありません。もちろん全ての患者さんの在院日数を伸ばそうとしているわけではなく、患者さんのご希望を勘案してのことですので、早く自宅退院したい患者さん、早く受け入れたいご家族の場合は早く退院していただいて良いでしょう。

しかし、家族または患者本人が少しでも「まだ入院したい」と希望している場合や、転院や介護施設への入所（転所）に関しては、退院日は医師と患者・家族と相談し、調整をしながら決定して良いです。これは「必要の無い入院」をさせていることにはあたりません。自宅や転院先での介護・看護を当院で行って、その報酬を当院がもらうというだけのことです。

自宅に戻る場合でも退院後の生活や介護が大変な場合はもうしばらく病院で過ごす方が本人・家族にとって望ましいことも多々あります。現状ではそういうケースも「もう治療の必要が無いから」という大義名分で退院させてしまっているのではないのでしょうか。この先、高齢者の患者さんはさらに増加していきます。患者に寄り添った対応とは何かを今一度、考える機会にしてください。

当然「こういう患者さんは今まで当院で診なくてよかったのに」という不満が出てくると思います。ベッドがいっぱいで新規入院患者を待たせているような状況であれば別ですが、常に空床を抱えている現状では『今まで通り』ではだめなのです。

プロジェクト推進の中で、各診療科の医師にもご理解していただき、ご協力していただけることになったことなので、看護部もご協力をお願いします。

62

<http://www.hms.or.jp>

『どんなに頑張っても黒字になんかならないから 意味がないんじゃないか』

そう感じている人もいると思います。

たしかに今は非常に苦しい時期ですが、いつか転機が訪れて（泌尿器科や眼科の固定医が見つかるとか、地域病院の統廃合が行われてより安定した補助が受けられるとか）楽になる日が来るかもしれません。でも、その時すでに病院が無くなってしまっていたらどうしようもないのです。その日まで我々は生き延びなければなりません。何もしなければ数年で潰れてしまう状況です。

黒字にならなくてもいいけれど（なってくれたらもっといいけれど）、少しでも赤字を減らして、病気に苦しむ町民のため、病院で働く職員のため、1日でも長く病院を存続させる。これは、そのためのプロジェクトです。簡単なことではありませんが、力を合わせて頑張りましょう。ご協力をお願いします。

院長室の扉は開けています！

職員の皆様の協力なくしては、経営安定化は達成できません。共に頑張りましょう！意見やアイデアがあれば、いつでも病院長室へ来てください！！

*** 扉が開いているときは遠慮なくどうぞ！**

幹部が中心となって経営改善推進していきます。また、全職員が一丸となって取り組んでいくことが大事です！

私が先頭に立って走ることは約束します！

患者増えて・・・？

黒字になるほど
患者がいるとは思えない

集患って、患者
を奪い合うこと？



医師増が見込め
ない中で、患者
増は現実的か？

人口が減るのに
患者が増える？

医師が増えても看
護師がいない。看
護助手も来ない

患者を選択する のではなく、患者 に選んで頂く！

進めつつです。

ともに汗をかきます。 NPO法人病院経営支援機構
<http://www.hms.or.jp>

★即効性を期待する施策

ご紹介したのは、あくまでも
即効性を期待する施策です。

本来、推進すべき施策（基本、王道）をしっかりと推進することが大事です。即効性のある施策で継続すべきものはありますが、恒常化しない方がよい施策もありますこと注意下さい。

1. 公共性と経済性
2. 24時間365日
3. プロフェッショナル（有資格者が多い）
4. 診療報酬、DPCなど料金設定
5. 就職と就社
6. 電気ガス水道 vs 病院
7. 研修医制度＆ラダー＆学会など教育
8. 医師の絶対的存在
9. 自治体病院だと事務職員ローテーション

1. 公立病院の役割と存在
2. 押さえておきたい財務知識
3. 経営改善の施策
4. 最近のトピックス
5. 自院の現状を把握する
6. 地方公営企業年鑑の活用してみる！
7. これからへの備え

普段は、どういう情報で自院の財務状態、病院指標を把握していますか？

- A. 月次数値（決算、指標）**
- B. 対予算比数値（単月、累計）**
- C. 同月数値（単月、累計）**

自院の把握は出来るが他院との比較が難しい・・・

1. 公立病院の役割と存在
2. 押さえておきたい財務知識
3. 経営改善の施策
4. 最近のトピックス
5. 自院の現状を把握する
- 6. 地方公営企業年鑑の活用してみる！**
7. これからへの備え

病院事業決算状況(令和4年度)		都道府県名
市町村・組合名 松本市		長野県
病院名	松本市立病院	
施設及び業務概要等		
法適用区分	条例全部	特殊診療機能 不適用
施設区分	一般病院	不適用地区中核病院 非該当
建物面積	17,999㎡	診療科目数 27
診療科目数	27	指定病院の状況 救急 感 染
許可公営企業	対象	看護 配置 7:1
DPC対象病院	対象	施設区分 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・未熟児室 訓…運動機能訓練室 ガ…ガン(放射線) 診療	
※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 感…感染症指定医療機関 へ…へき地医療拠点病院 災…災害拠点病院	
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			
区分	病床数	令和4年度	令和3年度
一般	193	70.8	72.4
療養	-	-	-
結核	-	-	-
精神	-	-	-
感染症	6	3.0	12.3
平均在院日数(一般病床のみ)	199	68.8	70.6
		15.5	15.8

区分	決算額	費用	全国平均	類似平均
総収益	5,707,156			
1 経常収益	5,707,156			
(1) 医療収益	4,433,981			
(うち修正医療収益)	4,333,981			
(1) 入院収益	2,248,277			
(2) 外来収益	1,729,099			
(3) 経営運営増対値収益	3,977,376			
(4) 運営権者更新投資収益	-			
(5) その他医療収益	460,735			
(うち他会計負担金)	104,130			
(2) 医療外収益	1,269,045			
(うち国・都道府県補助金)	774,210			
(うち他会計補助・負担金)	238,367			
(うち長期前受金戻入)	178,170			
(うち資本債戻入収益)	-			
(3) 特別利益	-			
(うち他会計繰入金)	-			
総費用	5,236,842			
2 経常費用	5,236,842			
(1) 職員給与	5,049,292			
(2) 材料費	3,145,148	70.9	59.4	67.0
(うち医薬品費)	876,653	19.8	26.1	18.2
(うち医薬品以外の医薬材料費)	475,781	10.7	14.0	8.3
(3) 減価償却費	363,615	8.2	11.8	9.4
(4) 研究開発費	290,468	6.5	9.7	10.2
(うち委託料)	726,017	16.4	22.1	28.8
(5) 研究開発費	380,394	8.6	11.7	13.2
(6) 資産減耗費	1,242	-37.2	-	-
(2) 医療外費用	185,979	8.3	-	-
(うち支払利息)	21,702	0.5	1.0	1.1
(3) 特別損失	1,571	-	-	-
損益	471,885			
損益	470,314			
経常収支比率	109.0		103.3	104.5
医療収支比率	87.9		85.5	80.1
修正医療収支比率	85.8		82.8	76.0
入院収益対経常収益比率	6.0		11.1	15.0
外来収益対経常収益比率	7.7		14.1	20.8
他会計繰入金対経常収益比率	6.0		11.0	15.1
実収収益対経常費用比率	102.5		91.9	88.8

備考
「類似平均」については類似区分(一般病院の500床以上、同400床以上500床未満、同300床以上400床未満、同200床以上300床未満、同100床以上200床未満、同50床以上100床未満、同50床未満、結核病院、精神科病院、建設中)に基づき算出している。

区分	決算額	費用	全国平均	類似平均
総収益	5,707,156			
1 経常収益	5,707,156			
(1) 医療収益	4,433,981			
(うち修正医療収益)	4,333,981			
(1) 入院収益	2,248,277			
(2) 外来収益	1,729,099			
(3) 経営運営増対値収益	3,977,376			
(4) 運営権者更新投資収益	-			
(5) その他医療収益	460,735			
(うち他会計負担金)	104,130			
(2) 医療外収益	1,269,045			
(うち国・都道府県補助金)	774,210			
(うち他会計補助・負担金)	238,367			
(うち長期前受金戻入)	178,170			
(うち資本債戻入収益)	-			
(3) 特別利益	-			
(うち他会計繰入金)	-			
総費用	5,236,842			
2 経常費用	5,236,842			
(1) 職員給与	5,049,292			
(2) 材料費	3,145,148	70.9	59.4	67.0
(うち医薬品費)	876,653	19.8	26.1	18.2
(うち医薬品以外の医薬材料費)	475,781	10.7	14.0	8.3
(3) 減価償却費	363,615	8.2	11.8	9.4
(4) 研究開発費	290,468	6.5	9.7	10.2
(うち委託料)	726,017	16.4	22.1	28.8
(5) 研究開発費	380,394	8.6	11.7	13.2
(6) 資産減耗費	1,242	-37.2	-	-
(2) 医療外費用	185,979	8.3	-	-
(うち支払利息)	21,702	0.5	1.0	1.1
(3) 特別損失	1,571	-	-	-
損益	471,885			
損益	470,314			
経常収支比率	109.0		103.3	104.5
医療収支比率	87.9		85.5	80.1
修正医療収支比率	85.8		82.8	76.0
入院収益対経常収益比率	6.0		11.1	15.0
外来収益対経常収益比率	7.7		14.1	20.8
他会計繰入金対経常収益比率	6.0		11.0	15.1
実収収益対経常費用比率	102.5		91.9	88.8

区分	決算額	費用	全国平均	類似平均
総収益	5,707,156			
1 経常収益	5,707,156			
(1) 医療収益	4,433,981			
(うち修正医療収益)	4,333,981			
(1) 入院収益	2,248,277			
(2) 外来収益	1,729,099			
(3) 経営運営増対値収益	3,977,376			
(4) 運営権者更新投資収益	-			
(5) その他医療収益	460,735			
(うち他会計負担金)	104,130			
(2) 医療外収益	1,269,045			
(うち国・都道府県補助金)	774,210			
(うち他会計補助・負担金)	238,367			
(うち長期前受金戻入)	178,170			
(うち資本債戻入収益)	-			
(3) 特別利益	-			
(うち他会計繰入金)	-			
総費用	5,236,842			
2 経常費用	5,236,842			
(1) 職員給与	5,049,292			
(2) 材料費	3,145,148	70.9	59.4	67.0
(うち医薬品費)	876,653	19.8	26.1	18.2
(うち医薬品以外の医薬材料費)	475,781	10.7	14.0	8.3
(3) 減価償却費	363,615	8.2	11.8	9.4
(4) 研究開発費	290,468	6.5	9.7	10.2
(うち委託料)	726,017	16.4	22.1	28.8
(5) 研究開発費	380,394	8.6	11.7	13.2
(6) 資産減耗費	1,242	-37.2	-	-
(2) 医療外費用	185,979	8.3	-	-
(うち支払利息)	21,702	0.5	1.0	1.1
(3) 特別損失	1,571	-	-	-
損益	471,885			
損益	470,314			
経常収支比率	109.0		103.3	104.5
医療収支比率	87.9		85.5	80.1
修正医療収支比率	85.8		82.8	76.0
入院収益対経常収益比率	6.0		11.1	15.0
外来収益対経常収益比率	7.7		14.1	20.8
他会計繰入金対経常収益比率	6.0		11.0	15.1
実収収益対経常費用比率	102.5		91.9	88.8

区分	決算額	費用	全国平均	類似平均
総収益	5,707,156			
1 経常収益	5,707,156			
(1) 医療収益	4,433,981			
(うち修正医療収益)	4,333,981			
(1) 入院収益	2,248,277			
(2) 外来収益	1,729,099			
(3) 経営運営増対値収益	3,977,376			
(4) 運営権者更新投資収益	-			
(5) その他医療収益	460,735			
(うち他会計負担金)	104,130			
(2) 医療外収益	1,269,045			
(うち国・都道府県補助金)	774,210			
(うち他会計補助・負担金)	238,367			
(うち長期前受金戻入)	178,170			
(うち資本債戻入収益)	-			
(3) 特別利益	-			
(うち他会計繰入金)	-			
総費用	5,236,842			
2 経常費用	5,236,842			
(1) 職員給与	5,049,292			
(2) 材料費	3,145,148	70.9	59.4	67.0
(うち医薬品費)	876,653	19.8	26.1	18.2
(うち医薬品以外の医薬材料費)	475,781	10.7	14.0	8.3
(3) 減価償却費	363,615	8.2	11.8	9.4
(4) 研究開発費	290,468	6.5	9.7	10.2
(うち委託料)	726,017	16.4	22.1	28.8
(5) 研究開発費	380,394	8.6	11.7	13.2
(6) 資産減耗費	1,242	-37.2	-	-
(2) 医療外費用	185,979	8.3	-	-
(うち支払利息)	21,702	0.5	1.0	1.1
(3) 特別損失	1,571	-	-	-
損益	471,885			
損益	470,314			
経常収支比率	109.0		103.3	104.5
医療収支比率	87.9		85.5	80.1
修正医療収支比率	85.8		82.8	76.0
入院収益対経常収益比率	6.0		11.1	15.0
外来収益対経常収益比率	7.7		14.1	20.8
他会計繰入金対経常収益比率	6.0		11.0	15.1
実収収益対経常費用比率	102.5		91.9	88.8

区分	決算額	費用	全国平均	類似平均
総収益	5,707,156			
1 経常収益	5,707,156			
(1) 医療収益	4,433,981			
(うち修正医療収益)	4,333,981			
(1) 入院収益	2,248,277			
(2) 外来収益	1,729,099			
(3) 経営運営増対値収益	3,977,376			
(4) 運営権者更新投資収益	-			
(5) その他医療収益	460,735			
(うち他会計負担金)	104,130			
(2) 医療外収益	1,269,045			
(うち国・都道府県補助金)	774,210			
(うち他会計補助・負担金)	238,367			
(うち長期前受金戻入)	178,170			
(うち資本債戻入収益)	-			
(3) 特別利益	-			
(うち他会計繰入金)	-			
総費用	5,236,842			
2 経常費用	5,236,842			
(1) 職員給与	5,049,292			
(2) 材料費	3,145,148	70.9	59.4	67.0
(うち医薬品費)	876,653	19.8	26.1	18.2
(うち医薬品以外の医薬材料費)	475,781	10.7	14.0	8.3
(3) 減価償却費	363,615	8.2	11.8	9.4
(4) 研究開発費	290,468	6.5	9.7	10.2
(うち委託料)	726,017	16.4	22.1	28.8
(5) 研究開発費	380,394	8.6	11.7	13.2
(6) 資産減耗費	1,242	-37.2	-	-
(2) 医療外費用	185,979	8.3	-	-
(うち支払利息)	21,702	0.5	1.0	1.1
(3) 特別損失	1,571	-	-	-
損益	471,885			
損益	470,314			
経常収支比率	109.0		103.3	104.5
医療収支比率	87.9		85.5	80.1
修正医療収支比率	85.8		82.8	76.0
入院収益対経常収益比率	6.0		11.1	15.0
外来収益対経常収益比率	7.7		14.1	20.8
他会計繰入金対経常収益比率	6.0		11.0	15.1
実収収益対経常費用比率	102.5		91.9	88.8

区分	決算額	費用	全国平均	類似平均
総収益	5,707,156			
1 経常収益	5,707,156			
(1) 医療収益	4,433,981			
(うち修正医療収益)	4,333,981			
(1) 入院収益	2,248,277			
(2) 外来収益	1,729,099			
(3) 経営運営増対値収益	3,977,376			
(4) 運営権者更新投資収益	-			
(5) その他医療収益	460,735			
(うち他会計負担金)	104,130			
(2) 医療外収益	1,269,045			
(うち国・都道府県補助金)	774,210			
(うち他会計補助・負担金)	238,367			
(うち長期前受金戻入)	178,170			
(うち資本債戻入収益)	-			
(3) 特別利益	-			
(うち他会計繰入金)	-			
総費用	5,236,842			
2 経常費用	5,236,842			
(1) 職員給与	5,049,292			
(2) 材料費	3,145,148	70.9	59.4	67.0
(うち医薬品費)	876,653	19.8	26.1	18.2
(うち医薬品以外の医薬材料費)	475,781	10.7	14.0	8.3
(3) 減価償却費	363,615	8.2	11.8	9.4
(4) 研究開発費	290,468	6.5	9.7	10.2
(うち委託料)	726,017	16.4	22.1	28.8
(5) 研究開発費	380,394	8.6	11.7	13.2
(6) 資産減耗費	1,242	-37.2	-	-
(2) 医療外費用	185,979	8.3	-	-
(うち支払利息)	21,702	0.5	1.0	1.1
(3) 特別損失	1,571	-	-	-
損益	471,885			
損益	470,314			
経常収支比率	109.0		103.3	104.5
医療収支比率	87.9		85.5	80.1
修正医療収支比率	85.8		82.8	76.0
入院収益対経常収益比率	6.0		11.1	15.0
外来収益対経常収益比率	7.7		14.1	20.8
他会計繰入金対経常収益比率	6.0		11.0	15.1
実収収益対経常費用比率	102.5		91.9	88.8

区分	決算額
----	-----

記載内容を見ていく

病院経営比較表（令和４年度）				都道府県名 長野県	
市町村・組合名		松本市			
病 院 名		松本市立病院			
施 設 及		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 m ²	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 輪		
許 可 公 営 企 業		看 護 配 置	7 : 1		
D P C 対 象 病 院	対象	経 営 形 態	直営		
		類 似 区 分	100床以上～200床未満		

ともに汗をかきます。 ⁷⁴ NPO法人病院経営支援機構
<http://www.hms.or.jp>

[illegible]

記載内容を見ていく

病床利用率・平均在院日数 (%・日)						
区分	病床数	令和4年度	全国平均	類似平均	令和3年度	令和2年度
一般	193	70.8	67.3	62.0	72.4	70.5
療養	-	-	69.1	74.5	-	-
結核	-	-	19.9	15.8	-	-
精神	-	-	54.9	56.0	-	-
感染症	6	3.0	37.8	47.9	12.3	14.9
計	199	68.8	66.1	63.3	70.6	68.8
平均在院日数(一般病床のみ)		15.5	18.4	19.2	13.7	15.8

ともに汗をかきます。 NPO法人病院経営支援機構
http://www.hms.or.jp

病院経営比較表(令和4年度)				都道府県名 長野県	
市町村・組合名	松本市	松本市立病院	松本市立病院	※特殊診療機能欄	ド…人間ドック 透…人工透析 I…ICU・CCU 未…NICU・未熟児室 訓…運動機能訓練室 ガ…ガン(放射線)診療
病院区分	一般病院	一般病院	一般病院	※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 感…感染症指定医療機関 ハ…へき地医療拠点病院 災…災害拠点病院
施設区分	条例全部	特殊診療機能	ド透未調等	※地域医療支援病院	特…特定機能病院 輪…病院群輪番制病院
法適用区分	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		
診療科目数	27	指定病院の状況	救急 感 輪		
許可公営企業	有 無 備 考	77:1			
DPC対象病院	対象	経営形態	協賛		
		類似区分	100床以上～200床未満		

区 分		令和4年度	令和3年度	令和2年度
総収入		5,707,156	5,655,931	5,384,281
1 医療収入		4,438,111	4,325,524	3,935,263
(うち修正医療収益)		4,333,981	4,205,059	3,847,131
(1) 入院収入		2,248,277	2,251,938	2,060,143
(2) 外来収入		1,729,099	1,570,395	1,441,286
診療収入		3,977,376	3,822,243	3,501,441
(3) 継続医療費対価収益		-	-	-
(4) 運営権者更新投資収益		-	-	-
(5) その他医療収益		460,735	503,281	423,827
(うち他会計負担金)		184,120	120,465	88,132
2 医療外収入		1,269,045	1,330,407	1,434,295
(うち国・都道府県補助金)		774,210	780,694	845,935
(うち他会計補助金・負担金)		238,367	302,999	346,750
(うち長期前受金戻入)		178,170	167,904	156,457
(うち資本費繰入金)		-	-	-
3 特別利益		-	-	-
(うち他会計繰入金)		-	-	-
総費用		5,236,842	5,101,148	5,107,143
1 医療費用		5,049,252	4,929,433	4,923,750
(1) 職員給与		3,145,148	3,147,490	3,261,079
(2) 材料費		876,653	742,353	674,621
(うち薬品費)		475,781	350,545	351,167
(うち薬品費以外の医療材料費)		363,615	353,519	286,104
(3) 減価償却費		290,468	288,923	273,232
(4) 研究費		726,017	729,143	684,723
(うち委託料)		380,394	396,226	371,996
(5) 研究研修費		9,764	9,547	8,617
(6) 資産減損費用		1,242	1,977	21,978
2 医療外費用		185,979	171,715	166,233
(うち委託料)		21,102	24,933	28,084
3 特別損失		1,571	-	16,860
損益純額		471,885	554,783	279,275
損益純率		470,314	554,783	277,138
経常収支比率		109.0	103.3	102.5
医療収支比率		87.9	85.5	79.9
修正医療収支比率		85.8	82.8	78.1
他会計繰入金対経常収益比率		6.0	11.1	7.5
他会計繰入金対医療収益比率		7.7	14.1	9.8
他会計繰入金対診療収入比率		6.0	11.0	7.5
実収収益対経常費用比率		102.5	91.9	88.8

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員	-	-	-
全職員	275	275	275

区 分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
医師	30	30	30
看護師	143	143	143
薬剤師	32	32	32
医療技術員	70	70	70
その他職員			

Hospital
Management
Support

職員 1 人 1 日 当 た り 診 療 収 入 (円・%)		
区 分	医 師	看 護 部 門
令 和 4 年 度	262,446	58,681
全 国 平 均	288,214	64,425
類 似 平 均	313,066	51,381
対 前 年 度 伸 率	0.7	9.1
令 和 3 年 度	260,726	53,808
対 前 年 度 伸 率	16.8	17.0
令 和 2 年 度	223,207	45,980

78

区 分	入 院	外 来	外来入院患者比率
令和 4 年度	137	441	214.7
全 国 平 均	144	368	175.0
概 似 平 均	95	260	190.4
対前年度伸率	-2.8	12.2	
令和 3 年度	141	393	185.2
対前年度伸率	2.9	5.9	
令和 2 年度	137	371	180.6

患者1人1日当たり診療枚数(円・%)			
区分	入院	外来	集計
令和4年度	45,020	16,125	-
全国平均	59,162	16,870	-
対前年度増減率	40,856	11,684	-
令和3年度	2,6	2,6	-
令和3年度	43,892	16,527	-
対前年度増減率	6,5	3,7	-
令和2年度	41,225	15,967	-
職員1人1日当たり診療枚数(円・%)			
区分	医師	看護部門	
令和4年度	262,446	68,681	-
全国平均	288,214	51,387	-
対前年度増減率	313,046	51,387	-
令和3年度	0,7	9,1	-
令和3年度	260,726	53,808	-
対前年度増減率	16,8	17,0	-
令和2年度	223,207	45,980	-
薬品使用枚数(%)			
区分	全国平均	類似平均	
投薬	-	107,3	109,4
注射	-	107,3	109,4
計	-	110,0	110,9
職員1人1日当たり患者数(A)			
区分	入院	外来	集計
医師	3,3	3,2	4,9
外来	7,1	5,7	9,8
入院	0,7	0,7	0,8
看護部門	1,6	1,3	1,6
外来	1,6	1,3	1,6
100床当たり所屬職員数(A)			
区分	全国平均	類似平均	
医師	15,1	15,6	9,4
看護	71,9	78,2	60,4
准看護	8,9	8,9	14,8
事務職員	16,1	9,3	10,0
医療技術員	25,2	24,3	25,1
その他職員	2,6	2,6	3,4
全職員	138,2	139,9	109,5
負債金不足等の状況			
固定負債金不足率(%)	-	-	-
健全化法上の資金不足額(円)	-	-	-
健全化法上の資金不足比率(%)	-	-	-
地財法上の資金不足額(円)	-	-	-
地財法上の資金不足比率(%)	-	-	-

区分（一般病院の500床以上、母国400床以上500床未満、100床以上300床未満、100床以下200床未満、500床以上1000床未満、科別病棟、診療中）に基づき算出している。

(注) 医療機関間の診療費は、医療関係者間で賄合し、「診療報酬」に含めず、患者負担金（財源上の資金不償還）、は、特別会計支出として処理している。

② 医療機関間の診療費のうちその割合を費したもので、医療収支の医療費用に占める割合を示す。

③ 医療機関間の診療費のうちその割合を費したものと医療外収益からのみで合計して、医療収支対経常費用比率となる。

④ 医療費用に占める割合を示す。

⑤ 「職員1人1日当たりの診療収入」「職員1人1日当たり患者数」について「全平均」として「類似平均」を算出する際、

平均給与、平均年齢

区分	常勤職員数(人)	平均給与月額(円)		平均年齢(歳)		
		当該病院	全国平均	当該病院	全国平均	類似平均
医師	30	1,514,850	1,408,809	49.7	43.2	47.3
看護師	143	540,675	493,829	45.2	40.9	44.2
准看護師	-	-	472,478	66.0	53.9	55.2
事務職員	32	576,479	513,860	48.1	46.3	46.9
医療技術員	70	470,571	482,389	39.6	41.1	42.5
その他職員	-	-	396,933	57.9	50.7	50.8
全職員	275	631,116	599,648	46.1	42.9	45.6

ともに汗をかきます。


 病院経営支援機構
<http://www.hms.or.jp>

病院経営比較表(令和4年度)				都道府県名 長野県		※特殊診療機能 ※指定診療の状況欄 ド…人間ドック 透…人工透析 I…ICU・CCU 未…NICU・未熟児室 訓…運動機能訓練室 ガ…ガン(放射線)診療 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 感…感染症指定医療機関 ハ…へき地医療拠点病院 災…災害拠点病院											
市町村・組合名		松本市立病院		松本市立病院		松本市立病院		松本市立病院		松本市立病院		松本市立病院		松本市立病院		松本市立病院	
施設区分		総合病院		総合病院		総合病院		総合病院		総合病院		総合病院		総合病院		総合病院	
病床数		17,999		17,999		17,999		17,999		17,999		17,999		17,999		17,999	
診療科目数		27		27		27		27		27		27		27		27	
許可公営企業		有		有		有		有		有		有		有		有	
DPC対象病院		対象		対象		対象		対象		対象		対象		対象		対象	
類似区分		類似区分		類似区分		類似区分		類似区分		類似区分		類似区分		類似区分		類似区分	

一般会計繰入金

他会計からの繰入状況(千円)		
区分	基準額	実繰入額
収益勘定繰入	510,616	342,497
資本勘定繰入	182,749	185,499
計	693,365	527,996

ともに汗をかきます。


 病院経営支援機構
<http://www.hms.or.jp>

病院経営比較表(令和4年度)			都道府県名		※特設診療機能欄		ド…人間ドック 透…人工透析 I…ICU・CCU 未…NICU・未熟児室 訓…運動機能訓練室 ガ…ガン(放射線)診療	
市町村・組合名			長野県		※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 感…感染症指定医療機関 ハ…へき地医療拠点病院 災…災害拠点病院	
病院名			松本市立病院		地域医療支援機構 特…特定機能病院 輪…病院群輪制病院			
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	
DPC対象病院			対象		類似区分		100床以上～200床未満	
施設区分			総合病院		病床数		平均在院日数	
病床数			17,999		77:1		199	
診療科目数			27		有線配線		68.8	

給与費比率、材料費比率

区 分	令和4年度	対前年度増減率	費用		
			医業収益	全国平均	類似平均
総費用	5,236,842	2.7			
1 医業費用	5,049,292	2.4			
(1) 職員給与費	3,145,148	-0.1	70.9	59.4	67.0
(2) 材料費	876,653	18.1	19.8	26.1	18.2
(うち薬品費)	475,781	35.7	10.7	14.0	8.3
(うち薬品費以外の医薬材料費)	363,615	2.9	8.2	11.8	9.4
(3) 減価償却費	290,468	0.5	6.5	8.7	10.2
(4) 経費	726,017	-1.8	16.4	22.1	28.8
(うち委託料)	380,394	-4.0	8.6	11.7	13.2
(5) 研究研修費	9,764	2.3			
(6) 資産減耗費	1,242	-37.2			
2 医業外費用	185,979	8.3			
(うち支払利息)	21,702	-13.0	0.5	1.0	1.1

ともに汗をかきます。



NPO法人病院経営支援機構
http://www.hms.or.jp

グループワーク

ここからはグループワークへ移ります。
ワークと言っても頭の体操ですので、
経営分析担当になったつもりで、仮説
を立てて下さい！

自分なりのロジックを組み立てて下さい！

いろんなアプローチがあるので不正解
というものはありませんので。

ケース1

給与費率が80%を超えている！他院と比較しても高すぎる！給与カットか指定管理にして給費を下げないといけなのでは！？

ケース2

自院の一般会計繰入金是他院と比べて低いのか高いのか分からない！

入院患者数、入院単価は経営強化プランの計画を達成している。外来単価が達成できていないので、外来単価を上げる施策を推進せよ！

繰入金を満額入れているのに経常収支赤字はけしからん！経営努力が足りない。公務員だから危機意識が足りない。危機意識を出すために、給与カットしなければならない！

**同規模・同機能の黒字病院と比較して
どこが違うのだろうか？どこに余地が
あるのか？**

**病床稼働率90%超で▲5億円近い予算
編成になること自体がおかしいですよ
ね。収益はアッパーまで上げ、費用縮
減も努力をしてもこの予算です。**

**そうすると「給与が民間と比較して高
い」という声がでてきます。**

**ディフェンスの施策はどういうもの
があるのでしょうか？**

1. 公立病院の役割と存在
2. 押さえておきたい財務知識
3. 経営改善の施策
4. 最近のトピックス
5. 自院の現状を把握する
6. 地方公営企業年鑑の活用してみる！
- 7. これからへの備え**

- ✓ 高い病床稼働率を維持する
- ✓ 病床稼働率が増加傾向にする
- ✓ 住民からの批判指摘の声を少なくする
 - = 感謝の声が多い
 - = 患者を断わるという指摘が少ない
 - = 住民との接点が多い
- ✓ **行政（同志）、議会（住民の代表）と普段からのコミュニケーションが取れる関係**

病院経営の事情を伝える
病院で働く職員の想いを伝える
医療現場を伝える（正しく、事実を）
議員（住民の代表）と交流を深める

行政の想いを知る、理解する
議員（住民の代表）の意見を聞く
地域ニーズを確認する、理解する

**用事がある時だけ話す関係ではなく、日頃からの
コミュニケーションが大事。
医療者と患者の関係もそうではないでしょうか？**

- ✓ ただ反対、まずは反対
- ✓ 歩み寄りがない（権利の主張のみ）
- ✓ 「そこは知りません」「聞いてません」
- ✓ 病院批判で終始
- ✓ 抽象的な批判で対策提示がない
- ✓ 「潰れないでしょ」「潰せないでしょ」
- ✓ 自分が定年までは安泰

- ✓ 立ち位置確認やデータ分析にコンサル入れる
より改善でコンサル入れて欲しい
- ✓ 経営改善をどう実施するかが重要！
ここで具体的な施策を提示できると強い！
 - ・ 集患、診療報酬、コスト削減、**広報**
必要あれば事務と協働する姿勢を伝える
- ✓ 高い病床稼働率を維持する意識の浸透
- ✓ 住民から“在って良かった”を思われる病院に
する為の住民向け施策提言
- ✓ 「協働でやりましょう！」



研修、お疲れ様でした。

疑問質問などあれば遠慮なく連絡下さい。
都合合えばオンラインによる個別質疑応答
も対応致します。

合谷貴史（ごうやたかし）

携帯：090-8463-2177

mail：gohya@hms.or.jp

IV コ・メディカル分科会

◆ コ・メディカル分科会

テーマ「医療技術職の労働環境改善とキャリアアップ戦略」

<趣旨>

医療現場において、コ・メディカル（医療技術職）は医療の質と安全を支える重要な役割を担っています。しかし、賃金の課題や人員確保が難しいなどさまざまな問題があり、医療技術職の処遇改善が求められています。また病院給食は業務委託が進んでいますが、再度直営にしている病院もあります。

本分科会では、医療技術職の労働環境改善とキャリアアップに焦点を当て、現場が抱える課題とその解決策について議論します。医療技術職のポスト確保や人員増加、中途採用者の待遇改善などについて議論します。とくに、ポストの確保や人員要求の具体的な手法、前歴換算に関する課題など、医療技術職が直面する現実的な問題を取り上げ、その解決にむけたアイデアを共有します。また、病院給食は業務委託されている病院が多く、直営で運営している病院から直営の意義について考えていきます。

また、グループワークを通じて、参加者同士が意見を交換し、労働環境改善にむけた新たな提案や行動計画を共に考えます。本セミナーでは、医療技術職がより良い職場で働き続けられるよう、今後の賃金改善やキャリアアップ、人員確保にむけた具体的な取り組みにつながることをめざします。

<スケジュール>

9：00～9：30 会場受付

9：30～9：35 開会・あいさつ

9：35～11：05 コ・メディカル委員会提起

「医療技術職のポストの課題」

広島県本部 世羅中央病院労働組合 草井 昭 紀さん

「人員要求をするために」

千葉県本部 千葉市職員労働組合

（千葉市立青葉病院） 藤崎 和 仁さん

「中途採用者の前歴換算について」

富山県本部 富山県職員労働組合

（富山県立中央病院） 竹本 昌平さん

「病院給食調理員の現場課題と取り組み」

島根県本部 雲南市立病院職員労働組合 神田 治さん

11：05～11：40 パネルディスカッションと質疑応答

（休憩）

11：50～12：50 グループワーク

12：50～13：00 まとめ・閉会

医療技術職のポストの課題

衛生医療評議会 コ・メディカル分科会

2025年2月23日



自治労衛生医療評議会
副議長 草井 昭紀

地方公務員における給与

- ・ 地方公務員法第24条 第1項

職員の給与は、その職務と責任に応ずるものでなければならない。

→職務給の原則

基本的に職責が高い方が給与が高い
職務職階制

地方公務員における給与

地方公務員の職務の級の構成について（行政職給料表（一））

	地方公務員		【参考】国家公務員			
	都道府県（本庁）	市町村	本省	管区機関	府県単位機関	地方出先機関
10級			課長（特に重要）	管区長（重要）		
9級	部長		課長（重要）	管区長 部長（特に重要）		
8級	次長		室長（困難）	部長（重要）	機関の長（困難）	
7級	総括課長		室長	課長（特に困難）	機関の長	
6級	課長	（部長）	課長補佐（困難）	課長	課長（困難）	機関の長（困難）
5級	総括課長補佐	総括課長	課長補佐	課長補佐（困難）	課長	機関の長 課長（困難）
4級	課長補佐	課長	係長（困難）	課長補佐 係長（困難）	係長（特に困難）	課長
3級	係長	係長	係長 主任（困難）	係長 主任（困難）	係長 主任（困難）	係長（相当困難） 主任（困難）
2級	係員（特に高度）	係員（特に高度）	主任 係員（特に高度）	主任 係員（特に高度）	主任 係員（特に高度）	主任 係員（特に高度）
1級	係員	係員	係員	係員	係員	係員

3

地方公務員における給与

病院における級別標準職務表の例

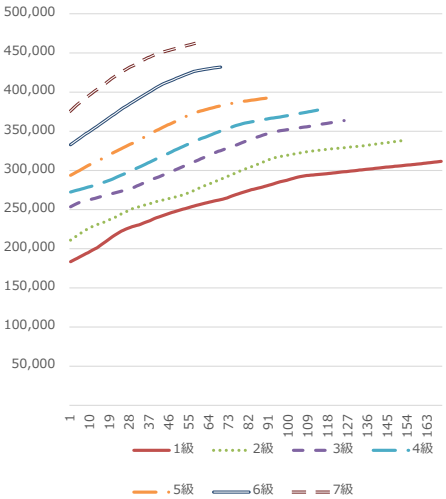
区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級
医師職 （医療職(1)）	医員	医長 医員	診療部長 医局長 健診部長 主任部長 部長	院長 副院長		
技術部 （医療職(2)）	技師（士）	薬剤師 主任技師（士）	主任薬剤師 高度な知識又は経 験を必要とする業 務を行う主任技師 （士）	主任薬剤師長 技師（士）長 専門員	次長 室長 科長 課長 専門員	部長
看護部 （医療職(3)）	准看護師	看護師 主任准看護師	副主任看護師 高度な知識又は経 験を必要とする業 務を行う看護師	看護副師長 主任看護師 専門員	看護副部長 看護師長 室長 専門員	副院長 施設長 看護部長
事務局 （行政職(1)）	主事	主任主事	主任	係長 主査	次長 事務長 課長 主幹	事務局長
その他 （行政職(1)）	調理師 看護補助者	主任調理師 主任看護補助者	主任調理師長 主任看護補助者長			

4

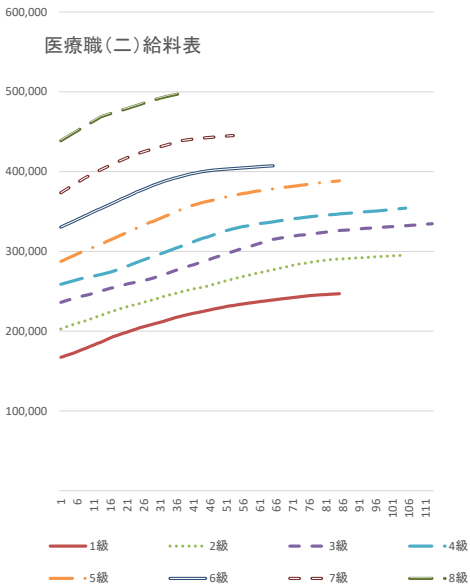
地方公務員における給与

人事院による医療職の給料表

医療職（三）給料表



医療職（二）給料表



5

地方公務員における給与

昇格と直近上位

- 昇格（役職定年時の降格）する場合はそれぞれの給料表ごとに、どこに張り付けられるか決められている。 →昇格時号給対応表（医療職(2)の例）

昇格した日の前日に受けていた号給	昇格後の号給				
	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級
1	1	1	1	1	1
	～略～				
54	29	38	42	35	34
55	30	39	43	36	35
56	30	40	44	36	35
57	31	41	45	37	35
58	31	42	46	37	36
59	32	43	47	38	36
60	32	44	48	38	36
61	33	45	49	39	37
62	33	46	50	39	37
63	34	47	51	40	38
64	34	48	52	40	38
65	35	49	53	41	39
66	35	50	54	41	39
67	36	51	55	41	40
68	36	52	56	42	40
69	37	53	57	42	40
70	37	53	58	42	40
71	38	54	59	43	40
72	38	54	60	43	41
73	39	55	61	43	41
	～略～				

6

地方公務員における給与

例) 昇格と直近上位

医療職(2) 4月に4級（係長級）

へ昇格

3-67 320,500円

→3-71 323,100円（昇格がない場合）

較差 2,600円

昇格前の号給	昇格後の号給				
	2級	3級	4級	5級	6級
～略～					
66	35	50	54	41	39
67	36	52	56	42	40
68	36	52	56	42	40

職務 の級	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級
号 俸	俸給月額	俸給月額	俸給月額	俸給月額	俸給月額	俸給月額
53	247,700	276,700	306,900	332,500	374,500	408,300
54	248,000	277,400	308,000	333,500	375,300	408,600
55	248,300	278,100	309,100	334,500	376,200	408,900
56	248,600	278,800	310,200	335,400	377,000	409,200
57	248,900	279,500	311,200	335,900	377,500	409,400
58	249,200	280,200	312,200	336,800	378,300	409,700
59	249,500	280,900	313,200	337,500	379,100	410,000
60	249,800	281,500	314,200	338,400	379,900	410,300
61	250,100	282,100	315,200	339,100	380,300	410,500
62	250,400	282,800	316,200	339,400	381,000	410,800
63	250,700	283,500	317,200	339,900	381,700	411,100
64	251,000	284,100	318,100	340,500	382,300	411,400
65	251,300	284,700	319,000	341,100	382,700	411,600
66	251,600	285,400	319,800	341,800	383,200	
67	251,900	286,100	320,500	342,500	383,800	
68	252,200	286,700	321,200	343,100	384,400	
69	252,500	287,300	321,800	343,800	384,800	
70	252,800	288,000	322,500	344,300	385,300	
71	253,100	288,700	323,100	344,900	385,800	
72	253,300	289,300	323,700	345,500	386,300	

4-60 338,400円

較差 17,900円

7

地方公務員における給与

昇格と直近上位

例)

医療職(2) 4月に4級に直近上位で昇級

職務 の級	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級
41	241,800	267,600	294,000	319,300	362,500	402,500
42	242,400	268,400	295,000	320,600	363,600	403,300
43	243,000	269,200	296,000	321,900	364,800	404,100
44	243,500	270,000	297,000	323,100	365,900	404,900
45	244,000	270,700	298,000	324,000	366,900	405,300
46	244,600	271,500	299,200	325,200	367,700	405,900
47	245,100	272,300	300,300	326,400	368,700	406,400
48	245,500	273,100	301,400	327,600	369,800	406,800
49	245,900	273,800	302,500	328,700	370,800	407,200
50	246,400	274,600	303,600	329,700	371,800	407,400
51	246,900	275,300	304,700	330,700	372,800	407,700
52	247,400	276,000	305,800	331,600	373,700	408,000
53	247,700	276,700	306,900	332,500	374,500	408,300
54	248,000	277,400	308,000	333,500	375,300	408,600
55	248,300	278,100	309,100	334,500	376,200	408,900
56	248,600	278,800	310,200	335,400	377,000	409,200
57	248,900	279,500	311,200	335,900	377,500	409,400
58	249,200	280,200	312,200	336,800	378,300	409,700
59	249,500	280,900	313,200	337,500	379,100	410,000
60	249,800	281,500	314,200	338,400	379,900	410,300

61	250,100	282,100	315,200	339,100	380,300	410,500
62	250,400	282,800	316,200	339,400	381,000	410,800
63	250,700	283,500	317,200	339,900	381,700	411,100
64	251,000	284,100	318,100	340,500	382,300	411,400
65	251,300	284,700	319,000	341,100	382,700	411,600
66	251,600	285,400	319,800	341,800	383,200	
67	251,900	286,100	320,500	342,500	383,800	
68	252,200	286,700	321,200	343,100	384,400	

3-67 320,500円→4-43 321,900円

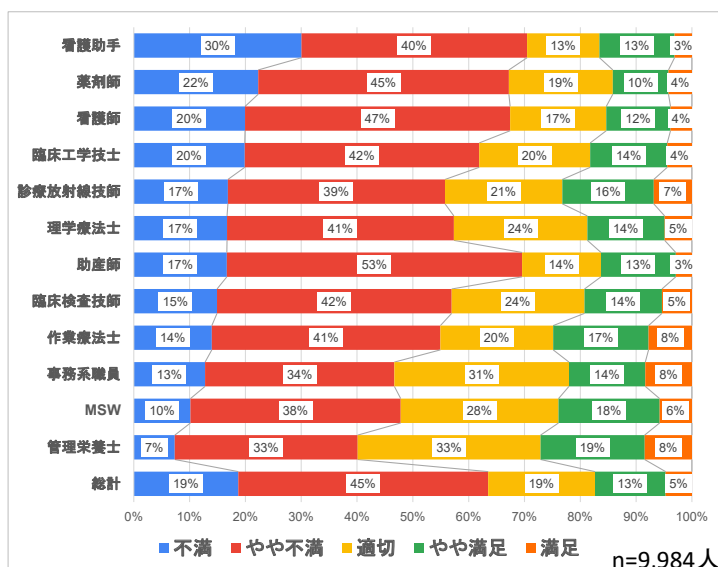
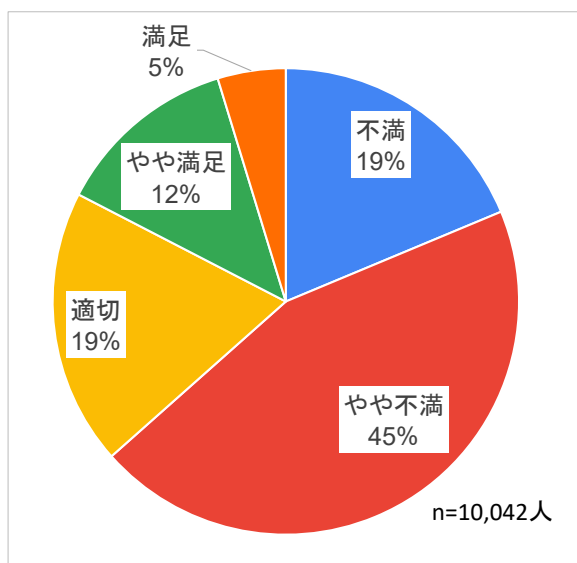
4-47 326,400円

較差 5,900円

8

現在の収入に満足しているか？（100人以上回答のあった職種）

＊2024年度衛生医療評議会調査結果



収入について、全体では不満（不満、やや不満の合計）は**64%**、
職種別では、**看護補助者と助産師が70%**と最も多く、次いで**薬剤師と看護師が67%**

地方公務員における給与

人事評価の活用

（任用の根本基準）

第十五条 職員の任用は、この法律の定めるところにより、受験成績、**人事評価**その他の能力の実証に基づいて行わなければならない。

（平二六法三四・一部改正）

（定義）

第十五条の二 この法律において、**次の各号**に掲げる用語の意義は、**当該各号**に定めるところによる。

一 採用 職員以外の者を職員の職に任命すること（臨時的任用を除く。）をいう。

二 昇任 職員をその職員が現に任命されている職より上位の職制上の段階に属する職員の職に任命することをいう。

三 降任 職員をその職員が現に任命されている職より下位の職制上の段階に属する職員の職に任命することをいう。

四 転任 職員をその職員が現に任命されている職以外の職員の職に任命することであつて**前二号**に定めるものに該当しないものをいう。

五 標準職務遂行能力 職制上の段階の標準的な職（職員の職に限る。以下同じ。）の職務を遂行する上で発揮することが求められる能力として任命権者が定めるものをいう。

人事評価制度の運用を組合からも提言！！！！

ポストを増やす方法

- ・組織を増やす
→部や課を新たに創設
新たな施策・新たな取り組み・新たな業務
- ・役職を増やす
→課長級は増えないが、今ある業務を細分化し、それぞれの業務に責任をつけることによってポストを増やす

11

まとめ

- ・公務員制度上、多くの職場で人事院規則及び人事院勧告を尊重するため、独自の給料表を活用することは難しい。従って、いかに早く上の級へ渡れるかが課題となる。
- ・昇格時の運用がどのようなになっているかそれぞれの単組で確認を。
- ・在級年数の短縮のために人事評価は活用可能。うまく利用すること。
- ・新たな施策や取り組みの時はポストを増やすチャンス！！
- ・現在の業務の棚卸しも検討を。

12

人員要求をするために

職員を増員させるための基礎知識を学ぼう

衛生医療評議会 コ・メディカル分科会
2025年2月23日

自治労衛生医療評議会
常任幹事 藤崎 和仁

公立病院における職員数

- 病院職員は、その設置自治体の職員定数に含まれる場合がある。
(但し、自治体の条例や規則によって異なる)

1. 病院職員を含めた全職員が定数管理

病院職員数は定数内で決めるため、増員が不可能な場合がある。

2. 法令等によって、配置基準が定められている職員を除外

病院職員数は行政職職員とは別に定める。

メリット::病院定数内で職員を配置でき、行政職とは別に職員数を決定

2 次に掲げる職員は、定数外とすることができる。

千葉市における職員定数

区分	定数
市長の事務部局の職員(下水道事業に従事する職員を除く。)	4,490人
下水道事業に従事する職員	152人
議会の事務部局の職員	33人
選挙管理委員会の事務部局の職員	10人
農業委員会の事務部局の職員	21人
監査委員の事務部局の職員	19人
人事委員会の事務部局の職員	12人
教育委員会の事務部局及び教育委員会の所管に属する学校その他の教育機関の職員	5,377人
消防職員	946人
水道局の職員	22人
病院局の職員	1,240人
合計	12,322人

病院局の職員定数の改正

病院局の職員の定数1,125人に115人を加え、1,240人に改める。

<115人の内訳>

ア 新病院に向けた高齢者医療の充実、青葉病院における成人精神病棟の再開等に必要な医師の増員 +25人程度

イ 新病院に向けた病床数の増等に必要な看護職員の増員 +70人程度

ウ 夜勤の導入・拡充、地域連携強化等に必要な医療技術員等の増員 +20人程度

施行期日

2024年4月1日

医療施設別、病床区分別の人員配置標準について

	病 床 区 分	職 種							
		医 師	歯科医師 (歯科、矯正歯科、 小児歯科、歯科口腔 外科の入院患者を 有する場合)	薬剤師	看護師及び 准看護師	看護 補助者	栄養士	診療放射線技 師、事務員そ の他従業員	理学療法士 作業療法士
一般病院	一般	16 : 1	16 : 1	70 : 1	3 : 1	—	病床数 100 以上の病院 に 1 人	適当数	適当数
	療養	48 : 1	16 : 1	150 : 1	4 : 1 (注1)	4 : 1 (注1)			
	外来	40 : 1 (注2)	病院の実状に応 じて必要と認め られる数	取扱処方せ んの数 75 : 1	30 : 1	—			
特定機能病 院	入院 (病床区分 による区別 はなし)	すべて (歯科、矯正歯科、 小児歯科、歯科口腔 外科を除く) の入院患者	歯科、矯正歯科、 小児歯科、歯科 口腔外科の入院 患者	すべての入 院患者	すべての入 院患者	—	管理栄養 士 1 人	適当数	—
		8 : 1	8 : 1	30 : 1	2 : 1				
	外来	20 : 1	病院の実状に応 じて必要と認め られる数	調剤数 80 : 1 (標準)	30 : 1				
療養病床を有 する診療所		1 人	—	—	4 : 1 (注1)	4 : 1 (注1)	—	適当数(事務 員その他の 従業員)	—

(注1) 療養病床の再編成に伴い省令改正。2012年3月31日までは、従来の標準である「6 : 1」が認められている。
(注2) 耳鼻咽喉科、眼科に係る一般病院の医師配置標準は、80 : 1である。

人員配置をすることによって診療報酬が得られる職種

- 病棟配置薬剤師
- 感染制御チーム(ICT): 医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師
- 抗菌薬適正使用支援チーム(AST): 医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師
- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算: 理学療法士・作業療法士もしくは言語聴覚士・管理栄養士
- 医師事務作業(医療クランク)
- 診療録管理体制加算: 年間の退院患者数2,000名ごとに1名以上の専任の常勤診療記録管理者

業務量による必要人員の算定

●作業量(工数)による算定

➤一つの作業にかかる時間を算定する

① レントゲン一般撮影で患者1人にかかる時間など

② 1人の職員がその検査や作業に携わる時間など

積算した時間を正規勤務時間で除した数値が必要人数

➤リハビリ:単位が決まっているので、1日に受け持ちできる患者とリハビリを必要とする患者の割合から職員数を算定

勤務環境からの算定

1. 職場内での全時間外勤務を積算して年間の ※標準勤務時間と比較

※標準勤務時間

年間の勤務日数(週休日・休日・年休20日・特別休暇の日数をすべて除いた勤務日数)×1日の正規勤務時間
【特別休暇は6日を消化として計算】

標準勤務時間とは

年間の勤務日数 約220日

1日の勤務時間 7.75時間

$220 \times 7.45 = 1705$ 時間

2. 日当直体制から勤務体制への移行

現状の職員数の全勤務日数と365日3交代勤務としたときの必要人数から積算

例:職員18名で勤務体制へ移行したとき

- ・年間の総労働日数 220日
 - ・3交代で必要な人数(夜勤・休日日勤は1人体制)
 $(18人 \times 248日) + 365日 + 117日 = 4946人$
 - ・ $4949 \div 220 = 22.5$
- 3交代に必要な人員は23人で5名の増員が必要

業務を委託から直営化することによる増員

- 委託しない方が病院にとってメリットがあることを示す。
 - ① 業務内容の変更が比較的容易
 - ② 委託費に対する消費税がかからない
 - ③ 病院職員が直接指示を行えない
 - ④ 流動的な人員配置が可能
- 人件費は増加するが、委託費減と直営化メリットをアピールすることが重要

職場の増員を要求する際には、以下のステップが有効

現状の把握と分析: 現在の状況を具体的に把握し、具体的なデータや事例を集めましょう。たとえば、業務量が増加している、既存のスタッフが過労状態にある、業務効率が低下しているなどの証拠を集めることが重要です。

具体的な提案: 増員が必要な理由を具体的に説明し、その結果として期待される効果（例：業務の効率化、品質の向上、従業員の健康維持など）を明示します。また、必要とする人数や役割についても具体的に提案します。

影響の明示: 増員が実現しない場合のリスクや影響についても説明します。例えば、従業員の離職率が上がる、顧客サービスの質が低下する、業務が滞るなどの具体例を挙げます。

協議の場を設ける: 経営陣との話し合いの場を設け、対話を重ねることが重要です。経営陣の意見や懸念を聞きながら、建設的な議論を進めることで、理解と協力を得ることができます。

中途採用者の前歴換算について



自治労富山県本部
富山県立中央病院 竹本昌平



前歴換算とは??

- ・公務員の「職歴加算(前歴加算)」中途採用で公務員になった際に、採用前の経歴が給与に反映される制度

公立病院における看護師の前歴換算の例

- ・ 看護師として働いていた期間は100%前歴換算する
 - * 他資格や民間経験は、前歴換算しない。
 - 病院によっては、クリニックの前歴は減算。
- ・ 看護師として働いていた期間の5年間(10年間)は、100%前歴換算し、6年目以降は、80%換算
- ・ 看護師として働いていた期間の5年間(10年間)は、100%前歴換算し、6年目以降は、66.7%(2/3)換算
- ・ 看護師として働いていた期間の5年間(10年間)のみ100%換算

前歴換算が不十分な場合の課題

- ・ 優秀な経験者を採用できない
- ・ 処遇に納得いかず、早期離職の可能性

公務員の経験年数換算(前歴換算) (人事員規則より)

経歴		換算率
国家公務員、地方公務員又は旧公共企業体、政府関係機関若しくは外国政府の職員としての在職期間	職員として同種の職務に従事した期間	100／100
	職員の職務とその種類が類似する職務に従事した期間	100／100以下
	その他の期間	80／100以下(部内の他の職員との均衡を著しく失う場合は、100／100以下)
民間における企業体、団体等の職員としての在職期間	職員としての職務にその経験が直接役立つと認められる職務に従事した期間	100／100以下
	その他の期間	80／100以下
学校又は学校に準ずる教育機関における在学期間(正規の修学年数内の期間に限る。)		100／100以下
その他の期間	教育、医療に関する職務等特殊の知識、技術又は経験を必要とする職務に従事した期間で、その職務についての経験が職員としての職務に直接役立つと認められるもの	100／100以下
	技能、労務等の職務に従事した期間で、その職務についての経験が職員としての職務に役立つと認められるもの	50／100以下(部内の他の職員との均衡を著しく失う場合は、80／100以下)
	その他の期間	25／100以下(部内の他の職員との均衡を著しく失う場合及び教育職俸給表の適用を受ける職員に適用する場合は、50／100以下)

公務員の経験年数の調整について

①原則として、調整の対象となる経験年数の月数については12月で除す
(100%換算)

②ただし、5年を超える経験年数の月数については18月で除す
(12カ月／18カ月となり2／3で扱う 66.7%換算)

例:11年勤務者 5年(100%)＋6年(2／3)＝9年
前歴換算は9年となる

③経験が直接役に立つと認められる場合は全ての期間を100%換算できる

人事院から中途採用者の柔軟な運用について 通知(2022.9.12)

令和4年9月12日

民間企業等からの採用時の給与決定及び職員の昇格の柔軟な運用（概要）

趣旨

- ・民間企業等から職員を採用するに当たっては、採用される者の専門性や業績等を適切に評価し民間経験を十分に考慮して給与を決定する必要
- ・採用後の職員の処遇については、昇格に必要な在級期間の短縮を含め、職員的能力・実績に応じて柔軟に給与を決定することも可能
- このことを踏まえた民間企業等からの採用時の給与決定及び職員の昇格の柔軟な運用を今般の通知として明記

汎用的なスキルを
活用した職務も
100%換算可能

I 民間企業等からの採用時の給与決定

1	民間における企業体、団体等の職員としての在職期間	「職員としての職務にその経験が直接役立つと認められる職務」について、各府省固有の所掌分野に限らず、各府省共通の職務に役立つ汎用的なスキル（説明能力、調整能力、企画能力等）を活用して従事していた職務であっても、民間企業等での在職期間を原則100/100で換算可能
2	経験者試験採用者等の職務の級及び号俸の決定	号俸決定の際に考慮する「その者の能力等」には、民間企業等での実績も当然含まれることから、当該実績に対する社会における一般的な評価額、前職の給与等を考慮することが可能
3	特定任期付職員に係る号俸決定等	採用される者の専門性の程度や業務の困難・重要度に応じて弾力的に号俸決定を行うことが可能であり、その際、民間企業等での実績に対する社会における一般的な評価額、前職の給与等を考慮採用後特に顕著な業績を挙げたと認められる職員には、特定任期付職員業績手当を支給可能

在級期間や昇格の
短縮も可能

II 職員の昇格の柔軟な運用

1	在級期間（※）の短縮	勤務成績が特に良好であるときは、50%まで短縮したに在級期間で昇格が可能。その際、直近の人事評価の結果が最上位である等の要件を満たさない場合でも、それに相当する人事評価の結果に表れにくい勤務実績等を考慮することが可能
2	最短昇格期間の適用	民間企業等を含めた経験が十分にあるなど、在級期間表の在級期間によることが適当でない場合には、昇格時点の経験年数が最短昇格期間（在級期間を合算した期間。勤務成績が特に良好であれば合算期間を50%まで短縮可）を満たせば在級1年で昇格可能
3	本府省の課長及び室長等への昇格	本府省の課長及び室長等へ就けば、在級期間にかかわらず職務に応じた級に昇格が可能であり、2級以上上位の職務の級に決定することも可能

※ 在級期間：昇格に必要な昇格前の級の在職期間

人事院

学歴年数調整表(人事院規則より)

学歴区分 (甲)	学歴免許等の区分 基準学歴区分				学歴区分(乙)												
	大学卒	短大卒	高校卒	中学卒	博士課程 修了(大学 6年後の ものに 限る。)	博士課程 修了	修士課程 修了	専門職学 位課程修 了	大学6年 卒	大学専攻 科卒	大学4年 卒	短大3年 卒	短大2年 卒	短大1年 卒	高校専攻 科卒	高校3年 卒	高校2年 卒
博士課程修了	+5年	+6.5年	+9年	+9年	-1年		+3年	+3年	+3年	+4年	+5年	+6年	+6.5年	+8年	+8年	+9年	+10年
修士課程修了	+2年	+3.5年	+6年	+6年	-4年	-3年				+1年	+2年	+3年	+3.5年	+5年	+5年	+6年	+7年
専門職学位課程修了	+2年	+3.5年	+6年	+6年	-4年	-3年				+1年	+2年	+3年	+3.5年	+5年	+5年	+6年	+7年
大学6年卒	+2年	+3.5年	+6年	+6年	-4年	-3年				+1年	+2年	+3年	+3.5年	+5年	+5年	+6年	+7年
大学専攻科卒	+1年	+2.5年	+5年	+5年	-5年	-4年	-1年	-1年	-1年		+1年	+2年	+2.5年	+4年	+4年	+5年	+6年
大学4年卒		+1.5年	+4年	+4年	-6年	-5年	-2年	-2年	-2年	-1年		+1年	+1.5年	+3年	+3年	+4年	+5年
短大3年卒	-1年	+0.5年	+3年	+3年	-7年	-6年	-3年	-3年	-3年	-2年	-1年		+0.5年	+2年	+2年	+3年	+4年
短大2年卒	-2年	-0.5年	+2年	+2年	-8年	-7年	-4年	-4年	-4年	-3年	-2年	-1年	-0.5年	+1年	+1年	+2年	+3年
短大1年卒	-3年	-1.5年	+1年	+1年	-9年	-8年	-5年	-5年	-5年	-4年	-3年	-2年	-1.5年			+1年	+2年
高校専攻科卒	-3年	-1.5年	+1年	+1年	-9年	-8年	-5年	-5年	-5年	-4年	-3年	-2年	-1.5年			+1年	+2年
高校3年卒	-4年	-2.5年			-10年	-9年	-6年	-6年	-6年	-5年	-4年	-3年	-2.5年	-1年	-1年		+1年
高校2年卒	-5年	-3.5年	-1年	-1年	-11年	-10年	-7年	-7年	-7年	-6年	-5年	-4年	-3.5年	-2年	-2年	-1年	
中学卒	-7年	-5.5年	-3年	-3年	-13年	-12年	-9年	-9年	-9年	-8年	-7年	-6年	-5.5年	-4年	-4年	-3年	-2年

中途採用者の前歴換算 (富山県)

経験の種類	職員の職務との関係	換算率	備 考
国家公務員 地方公務員 旧公共企業体 政府関係機関 外国政府職員 としての在職期間	職務の種類が類似しているもの	10割以下	
	その他のもの	8割以下	部内の他の職員との均衡を著しく失う場合はこの限りでない
民間における企業体、 団体等の職員としての 在職期間	直接関係があると認められるもの	10割以下	
	その他のもの	8割以下	

中途採用者の前歴換算例 (富山県、2021年4月現在)

行政職 大卒の場合

前歴の職種	前歴年数	換算率	前歴換算率	足される号級
他県庁	15年(180月)	10割	①180月÷12月=15年×4号(+60号)	60号(1-89号、246,100円)
民間会社	15年(180月)	8割	①180月×0.8(8割)=144月 ※ 1未満切り上げ ②84月÷12月=7年×4号(+28号) ③(144月-84月)÷15月=4年×4号(16号) ※端数、①未満は4段階で加算反映	44号(1-73号、235,300円)

計算方法: 前歴に応じて、換算率を乗じ月数を算出。84か月(7年)を超える月数は15か月で割り、4を乗じて号級になおす(15月につき4号として計算)。

※換算率10割の経験年数については、全期間12月につき4号として計算。

※2022年4月1日～1級40号を超える格付けについて二級格付けとした(2021秋)

※中途採用者の初任給は、試験区分を問わず、必要な経験年数(31歳以上)を満たす新規採用者に対し、採用時3級相当に格付け(2023秋)

前歴換算に必要な書類は？

- ・前職の在籍証明書(人事課)・・・用紙は、転職先の指定が多い。
- ・民間で会社の倒産で証明書が発行されない場合は、自己で作成した証明書や証明書を補足できる書類の提出
- ・前職が会社員以外で前歴換算を受けるには、教育機関在籍(卒業証明書)、個人事業主(自己作成した在籍証明書や申告内容を補足できる書類)
- ・在籍証明書等の書類を提出できない場合は、前歴換算を受けられないことがある。

Q&A① 在職期間1年未満の場合はどうなる？

- ・取り扱いは、各自治体によって異なる。
- ・全期間を計算に参入する場合が多い。
- ・在職9か月以上あれば端数を切り上げるケースあり。
- ・換算率を乗じた後の年数については切捨てになるケースが多い点に注意。

Q&A②

アルバイト・パート経験も職歴加算に入る？

- ・アルバイトやパートの経験も職歴加算に含まれるケースが多い。
- ・ただし、1週間の勤務時間や継続した勤務期間に条件を設ける自治体もある。(フルタイムに限る)
- ・対応は、各自治体によって異なる。

Q&A③

職歴加算は退職金にも影響する？

- ・職歴加算は給与に影響を及ぼすものであり、**退職金には影響しません。**
- ・退職金を決定する主な要素は「**退職理由**」「**退職時の給与**」「**勤続年数**」です。

看護師の前歴換算について (その1)

- ・ 経験加算の仕組みにおいて、カギを握るのは「臨床経験年数」。
- ・ 経験年数は「資格」「雇用形態」「事業所形態」を、それぞれ指数で表し計算することが多い。

〔例〕正看護師歴5年の経験年数を計算。

- ・ 総合病院で5年間、常勤として働いていた場合

病院経験年数5年 × 常勤勤務指数1.0 × 病院勤務指数1.0 = 経験年数5年

- ・ 総合病院で2年、クリニックで3年、ともに常勤として働いていた場合

病院経験年数2年 × 常勤勤務指数1.0 × 病院勤務指数1.0 + クリニック経験年数3年 × 常勤勤務指数1.0 × クリニック勤務指数0.5 = 経験年数3.5年

看護師の前歴換算について (その2)

転職先の施設形態によって変わる場合

〔例〕 総合病院で5年、クリニックで3年、常勤として勤務していた正看護師が、総合病院に転職する場合

- ・ 総合病院の経験はそのまま5年 + クリニックの経験は1/2の1.5年で、経験年数6.5年として加算

〔例〕 総合病院で5年、クリニックで3年、常勤として勤務していた正看護師が、

クリニックに転職する場合

- ・ 総合病院の経験はそのまま5年 + クリニックの経験もそのまま3年で、経験年数8年として加算

看護師の前歴換算について (その3)

- ・経験年数がいかに長くても、加算対象にならないケース。
〔例〕准看護師歴12年、正看護師歴3年の人が総合病院に転職する場合、准看護師の経験は0とみなし、正看護師3年分の経験加算のみ
- ・正看護師であっても、常勤ではなく派遣で働いていた年数分は、経験として加算しないケースあり。

看護師の前歴換算について (その4)

〔例〕助産師12年、正看護師歴3年の人が総合病院に転職する場合、助産師の経験は0とみなし、正看護師歴3年分の経験加算のみ

- ・国家資格取得した期間しか前歴換算しない。
- ・ダブルライセンスも主たる業務のみ前歴換算。
- ・前歴は5年まで100%、それ以上は80%換算となることも・・・

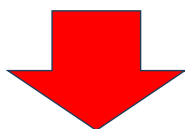
まとめ①

- ・民間企業やほかの公官庁で働いていた場合、前職の経験が転職後の給与に反映される。
- ・多くのケースでは、前職の在職期間と同様の期間を公務員として働いた場合の給与水準となる。
- ・詳しい加算率は各自治体によっても変動するため、自身の都道府県・市町村の情報を正しく理解しましょう。

まとめ②

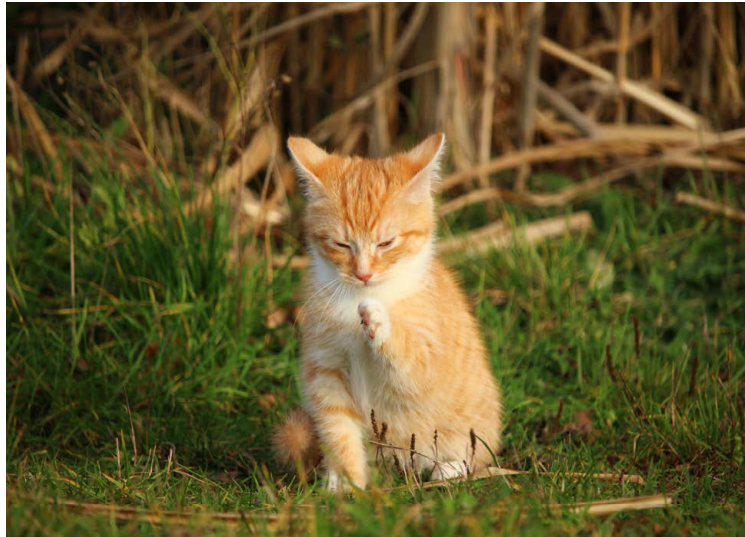
【組合としての取り組み】

- ①現状把握として自院の中途採用者の前歴換算について確認する。
- ②近隣の医療機関（県内の自治体病院）の状況を把握する。
- ③前歴をしっかりと反映させる。



課題があれば改善を求めていく。

ご清聴ありがとうございました



病院給食調理員の現場課題と取り組み

自治労島根県本部

雲南市立病院職員労働組合

神田 治 1

- 許可病床281床
(一般病床・地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟・医療療養病棟)
- 急性期～回復期・慢性期～退院後の在宅医療を提供
- 圏域内唯一の小児・周産期医療に対応
- 第二種感染症指定医療機関

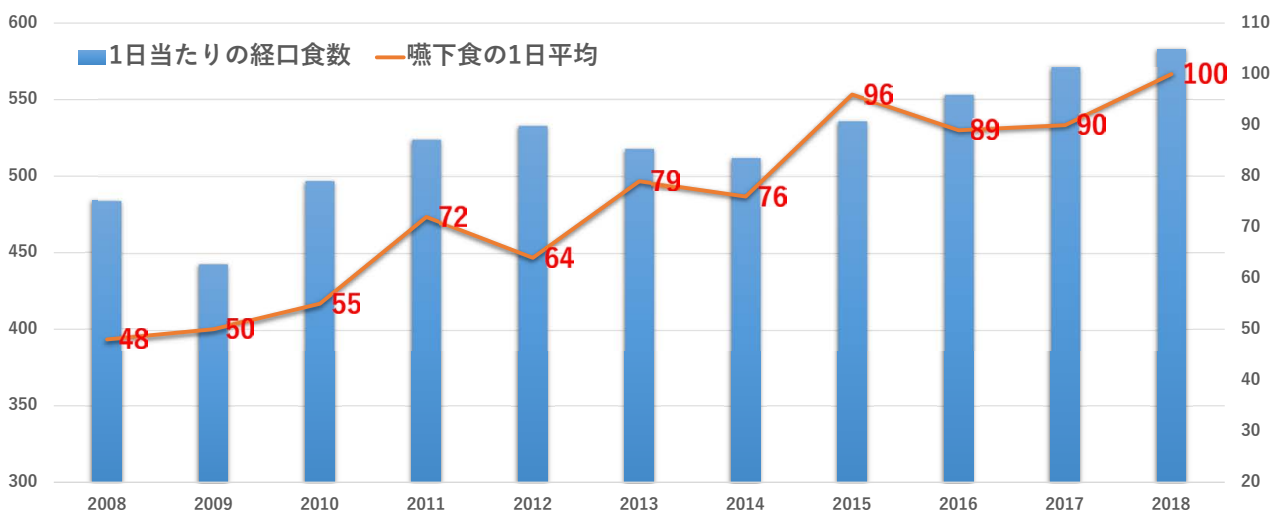
当院の食事



「とろみつき」「一口大」などさらに詳細に対応している。

- 献立 24種類
- 食種 188種類
- 1日平均 196食提供
- 1日の平均個別対応件数 19件
- 1日の平均アレルギー対応件数 11件

1日当たりの経口食数と嚥下食数の推移



安全な食事を提供するための取り組み

●救急医療管理加算用紙（嚥下部分）

チェック	判断基準	対応
なし	若年で明らかに障害無し 入院直後から、見守りで常食 摂取可能と主治医が判断するもの	直近の食事から提供可能だが、常食・軟菜食のみ
疑いあり	高齢者 JCS 10～300 嚥下障害を起こす現病歴・既往歴 ☐ 呼吸状態不良 ☒ BMI低下・筋力低下 ☐ むせる ☐ 食事介助・見守りが必要 ☐ 食事形態の配慮が必要 ☐ 臼歯の咬合が無い（義歯含む）	経口摂取の場合 病棟で水飲みテスト後、いずれかの食事形態を提供 ソフト食（とろみつき）or ミキサー食or プリン食
不明	判断がつかない	

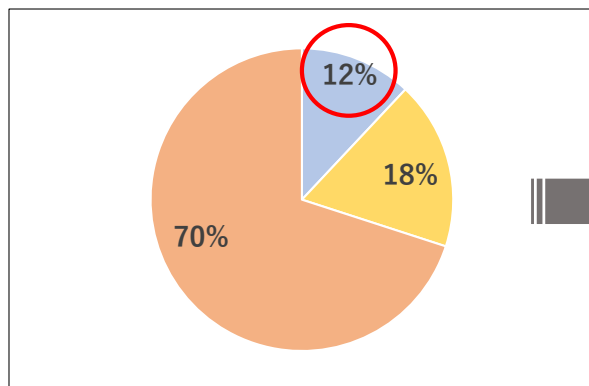
嚥下食

嚥下食のオーダーが激増
業務が多忙・複雑化

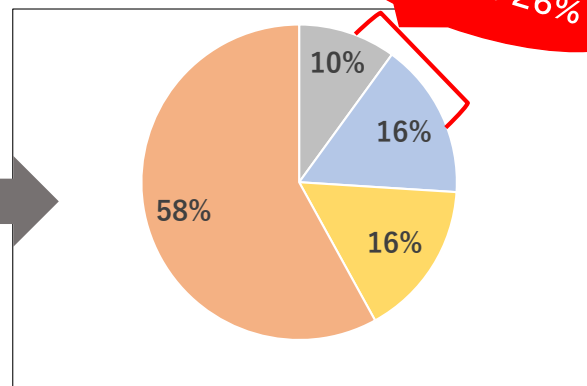
（一部省略して記載）

調理師の現状（経験年数の比較）

2010年度



2018年度



5年未満が26%

■ 1年未満 ■ 5年未満 ■ 10年未満 ■ 10年以上

病院給食の変遷①

診療報酬のマイナス改定、薬価の減少等により、
病院経営が厳しい状況

→経費削減を目的に病院給食のほとんどが委託化

病院給食の変遷②

ここ数年、委託費の増加・品質や味に満足できない・予算の節約→再度直営化

委託会社が人員を確保出来ず解約を申し込まれるケースもあり

委託側と施設側の目的や考え方の違い

評価＝給料につながる
いかに献立を工夫するか

目標の違い

給食委託会社

施設側

利益を出す

給食の質を向上



質の向上
栄養状態の改善、治療の下支え

安く仕入れる
事が出来る

旬の野菜・果物が収穫して
すぐに食べられる



地域の雇用を
守る

安易に委託化しないことは、
公立病院としての使命感

顔が
見え

エネルギー
にもやさしい

ことい
知識が高まる

(参考) 入院時の食費の基準の見直し

入院時の食費の基準の見直し

- 食材費等が高騰していること等を踏まえ、**入院時の食費の基準を引き上げる。**
- ※ 令和6年6月1日施行。令和6年3月までは重点支援地方交付金により対応。令和6年4月・5月については地域医療介護総合確保基金により対応。
- 今回改定による影響、食費等の動向等を把握し、検証を行う。

約25年ぶりに30円/食の引き上げ

	現行		改定後
総額	640円	+30円	670円
自己負担			
一般所得者の場合	460円	+30円	490円
住民税非課税世帯の場合	210円	+20円	230円
住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の場合	100円	+10円	110円

厚生労働省 令和6年度診療報酬改定「入院時の食費」より抜粋

(参考) 入院時の食費の基準の見直し

入院時の食費の基準の見直し

- 食材費等が高騰していること等を踏まえ、**入院時の食費の基準を引き上げる。**
- ※ 令和6年6月1日施行。令和6年3月までは重点支援地方交付金により対応。令和6年4月・5月については地域医療介護総合確保基金により対応。
- 今回改定による影響、食費等の動向等を把握し、検証を行う。

	現行		改定後
総額	640円	+30円	670円
自己負担			
一般所得者の場合	460円	+30円	490円
住民税非課税世帯の場合	210円	+20円	230円
住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の場合	100円	+10円	110円

2025年度より
更に20円/食引き上げ690円に

厚生労働省 令和6年度診療報酬改定「入院時の食費」より抜粋

7年度予算案の診療報酬上の対応

入院時の食費基準の見直し(23.8億円)			
	総額	自己負担	保険給付
H18年4月	640円 (1日あたり1920円)	260円	380円
H18年4月		360円	280円
H30年4月		460円	180円
R6年6月	670円	490円	180円
R7年4月(予定)	690円	510円	180円

令和7年1月10日国保新聞参考

まとめ

高齢化、窒息防止のため嚥下食は増加している。

病院調理師には、高度な技術が必要とされるようになった。

経験年数を重ねることにより技術の習得が必要。

調理師は単純労働者ではない。

現在は委託化から再度直営に戻す流れ。

給食の質を向上し治療を下支えする責任がある。

直営運営をする事は、地域の雇用を守る事でもあり公立病院としての使命感。

物価高騰や食事の質を確保するため、入院時の食費引き上げが行われている。



ご清聴ありがとうございました

<Ⅳ－２>

コ・メディカル分科会：グループワークの進め方

1. 役割分担を決める

※各グループの冒頭の進行はファシリテーターが務めます。

(1) 司会【 】

※司会は、グループワークの流れに沿って、進行を行う。

参加者全員に意見を出してもらうように配慮する。

(2) 記録【 】

※記録は、議論の内容を箇条書きにしてまとめ、幹事へ提出する。

(3) 発表【 】

※発表は、要点をまとめて司会者の指定する時間内に発表を行う。

2. グループワークの流れ

(1) 1週目：自己紹介（名前、単組、職種、組合役職等）と感想

自己紹介と本日の提起・パネルディスカッションについての感想等、一言（どんな内容でも可）

(2) 2週目：提起・パネルディスカッションを通じて、自分たちや単組での課題を出しましょう。

例)

- ①あなたの職場の給料は適正と感じていますか？またポストの数は足りていますか？
- ②昇格昇給の基準を労使で確認していますか？
- ③中途採用者の前歴換算について、どのように取り扱われているか知っていますか？
中途採用者の方の年収が下がったため退職されたなどありませんか？
- ④人員は足りていますか？足りていないとき人員要求していますか？どんな理由で足りていませんか？
- ⑤調理職場は直営ですか？委託ですか？委託の場合、困ったことなどありませんか？
- ⑥他施設に聞きたいことがありますか？
- ⑦ここが変だよ！！！！という職場の謎ルールはありませんか？

(3) 3週目：それに対する対策を考えてみましょう。

自分たちの単組での取り組みや、こうしたらいいのではと言った提案など。
実現可能かどうかは関係なく意見を出し合いましょう！！

3. 発表

発表者の方はグループ報告をお願いします（3グループ程度）。

V 資料・その他

< V - 1 - ① >

2025 年度医療現場で働く組合員へのアンケート調査結果

調査の経緯と目的

医療現場では、人員不足や業務多忙により厳しい労働環境は続いています。また、日ごろから時間外労働や休憩時間について法律に則した対応がとられていないという実態が続いています。医療機関で働く組合員の労働環境の実態を調べるため、WEB アンケートを実施しました。

概要

調査対象：公立・公的医療機関で勤務する組合員

調査期間：2024 年 11 月 26 日～2025 年 1 月 22 日

調査方法：WEB アンケート（Google フォーム）

回答状況：47 都道府県 10,434 人

＊無回答は除外し集計しています。

自由記載の回答は多数のため、集計結果は公表していません。

目次

1. 都道府県名入力してください	3
2. 雇用形態を選択してください。	4
3. 性別を教えてください	4
4. 年代を選択してください	4
5. 職種を選択してください	5
6. 現在の、あなたの職場の人員配置は、業務量に対して適切な人員配置ですか？	5
7. 2024年1月以降、時間外労働が一番多かった月の時間数を教えてください	6
8. 2024年1月以降、時間外勤務が一番多かったのは何月ですか？	6
9. 日常的に始業前業務（前残業）はありますか？	7
10. 始業前業務（前残業）があった場合、始業前業務（前残業）を時間外労働として申請していますか？	7
11. 2024年11月の勤務で、時間外労働として申請していない始業前業務（前残業）の合計は何時間ですか？	8
12. 2024年11月の勤務で、取得できなかった休憩時間の合計は何時間ですか？	8
13. 休憩を中断して、業務にあたることはありますか？	10
14. 休憩がすべて取得できなかった場合、取得できなかった時間を時間外労働として申請していますか？	10
15. 2024年11月の通常勤務後で不払い残業の合計は何時間ですか？	10
16. 超過勤務を時間外労働として申請できない理由はなんですか？	11
17. 時間外労働は何分から申請していますか？	12
18. 前残業、休憩が取れない、不払い残業について、職場の状況やご意見、改善に向け取り組んでいることがあれば教えてください。	12
19. 現在の収入に満足していますか？	12
20. 前の設問で、「不満」・「やや不満」と回答された方にお尋ねします。その理由を以下の選択肢から該当するものすべて選択してください。	13
21. 現在の収入について、ご意見があれば教えてください	13
22. 2024年1月以降、パワハラを受けたことはありますか？	13
23. パワハラについてどのようなものがありましたか？	13
24. 2024年1月以降、患者および患者家族から迷惑行為や悪質なクレーム（カスタマーハラスメント）を受けたことがありましたか？	14
25. 迷惑行為や悪質クレームを「受けている」と「自分はないが、職場で受けた人がいる」と答えた方にお尋ねします。どのようなものでしたか？	14
26. 迷惑行為や悪質クレームについてどのようなものがありましたか？（実際にあったことを可能な範囲で教えてください）	14
27. 2024年1月以降で、ご自身にうつ的な症状はありましたか？	15
28. うつ的な症状が「ある」と回答された方にお聞きします。どのような症状でしたか？	15
29. 現在の職場を辞めたいと思っていますか？	15

30. 辞めたいと思うと答えた方にお尋ねします。辞めたいと思う理由は何ですか? ... 16
31. 昨年度よりも仕事を辞めたいと思うことが増えましたか? 16
32. 昨年度よりも辞めたいと思うと答えた方にお尋ねします。その理由は何ですか? . 17
33. 職場を辞めたいと思うその理由について、補足があれば教えてください 17
34. その他、現場で困っていることがあれば教えてください 17

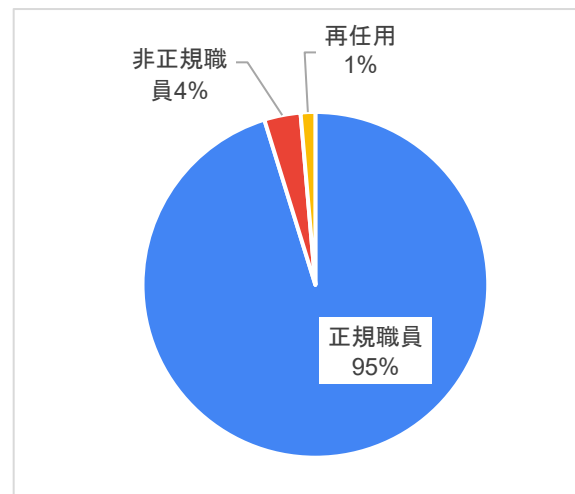
1. 都道府県名入力してください

No	都道府県	n	%
1	静岡	1196	11.5%
2	岐阜	819	7.8%
3	島根	513	4.9%
4	新潟	502	4.8%
5	富山	496	4.8%
6	広島	469	4.5%
7	兵庫	403	3.9%
8	滋賀	403	3.9%
9	北海道	402	3.9%
10	宮城	350	3.4%
11	宮崎	332	3.2%
12	大分	321	3.1%
13	石川	319	3.1%
14	山形	300	2.9%
15	長野	288	2.8%
16	徳島	268	2.6%
17	群馬	256	2.5%
18	福岡	238	2.3%
19	茨城	229	2.2%
20	香川	229	2.2%
21	山口	222	2.1%
22	栃木	219	2.1%
23	三重	214	2.1%
24	愛知	169	1.6%

No	都道府県	n	%
25	鹿児島	140	1.3%
26	山梨	135	1.3%
27	福井	128	1.2%
28	和歌山	113	1.1%
29	沖縄	93	0.9%
30	高知	93	0.9%
31	神奈川	68	0.7%
32	長崎	65	0.6%
33	岡山	52	0.5%
34	大阪	51	0.5%
35	東京	44	0.4%
36	佐賀	42	0.4%
37	鳥取	42	0.4%
38	秋田	41	0.4%
39	熊本	37	0.4%
40	福島	34	0.3%
41	千葉	29	0.3%
42	奈良	24	0.2%
43	岩手	24	0.2%
44	青森	11	0.1%
45	埼玉	6	0.1%
46	京都	3	0.0%
47	愛媛	2	0.0%
	総計	10434	100.0%

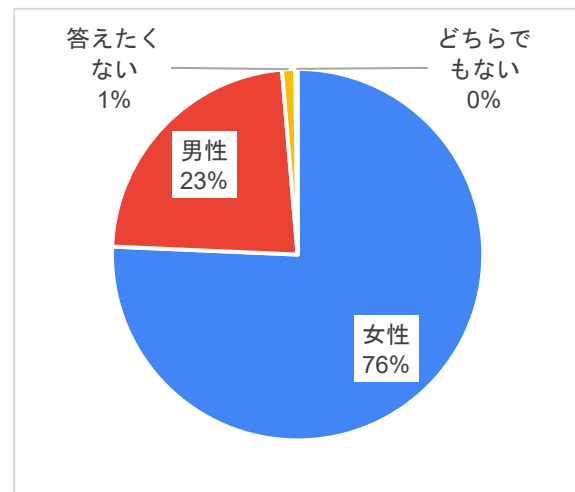
2. 雇用形態を選択してください。

雇用形態	n	%
正規職員	9937	95.2%
非正規職員（会計年度任用職員、パート・アルバイト）	354	3.4%
再任用（再雇用）職員	143	1.4%
総計	10434	100.0%



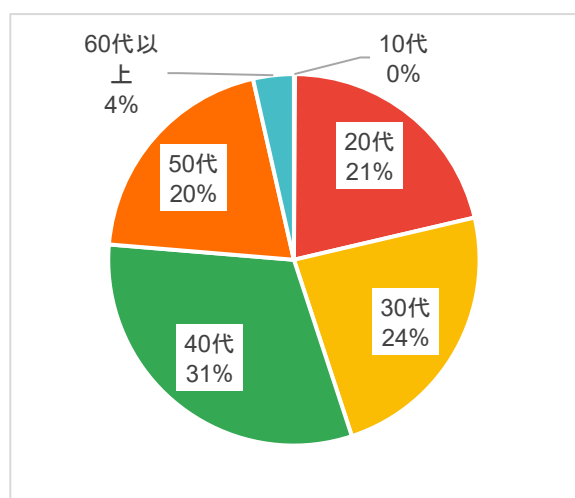
3. 性別を教えてください

性別	n	%
女性	7898	75.7%
男性	2396	23.0%
答えたくない	119	1.1%
どちらでもない	21	0.2%
総計	10434	100.0%



4. 年代を選択してください

年代	n	%
10代	10	0.1%
20代	2217	21.2%
30代	2462	23.6%
40代	3275	31.4%
50代	2101	20.1%
60代以上	369	3.5%
総計	10434	100.0%



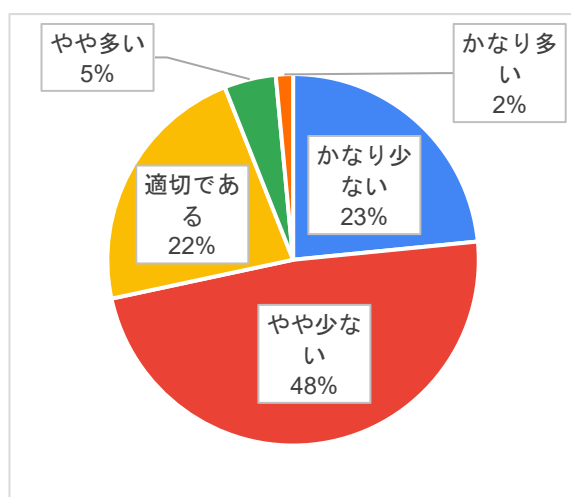
5. 職種を選択してください

番号	職種	n	%
1	看護師	6388	61.3%
2	臨床検査技師	526	5.1%
3	事務系職員	486	4.7%
4	理学療法士	415	4.0%
5	薬剤師	376	3.6%
6	診療放射線技師	374	3.6%
7	助産師	247	2.4%
8	作業療法士	237	2.3%
9	臨床工学技士	185	1.8%
10	看護助手	180	1.7%
11	管理栄養士	176	1.7%
12	医療ソーシャルワーカー（MSW）	135	1.3%
13	言語聴覚士	95	0.9%
14	介護福祉士	88	0.8%
15	診療情報管理士	61	0.6%
16	給食調理員	59	0.6%

番号	職種	n	%
17	医師事務補助者	54	0.5%
18	公認心理師	53	0.5%
19	視能訓練士	47	0.5%
20	准看護師	46	0.4%
21	精神保健福祉士（PSW）	42	0.4%
22	歯科衛生士	41	0.4%
23	医師	26	0.2%
24	教員	24	0.2%
25	保健師	20	0.2%
26	施設管理	15	0.1%
27	ケアマネジャー	7	0.1%
28	栄養士	7	0.1%
29	研究職	2	0.0%
30	歯科技工士	2	0.0%
31	歯科医師	1	0.0%
	総計	10415	100.0%

6. 現在の、あなたの職場の人員配置は、業務量に対して適切な人員配置ですか？

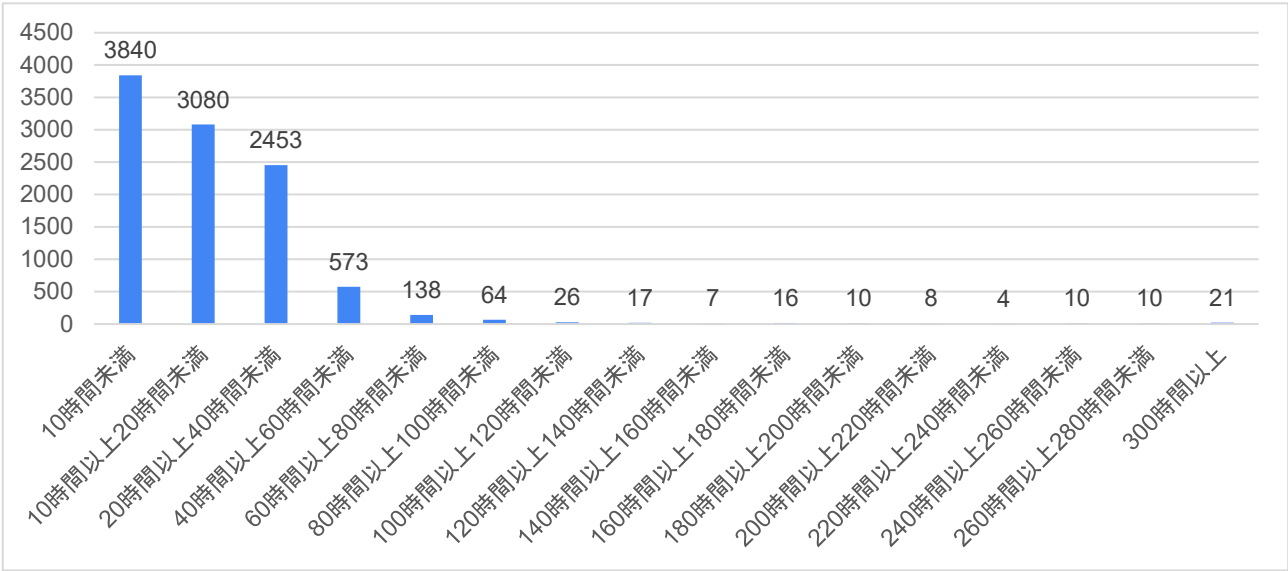
	n	%
かなり少ない	2438	23.4%
やや少ない	5019	48.2%
適切である	2327	22.4%
やや多い	468	4.5%
かなり多い	156	1.5%
総計	10408	100.0%



7. 2024 年 1 月以降、時間外労働が一番多かった月の時間数を教えてください

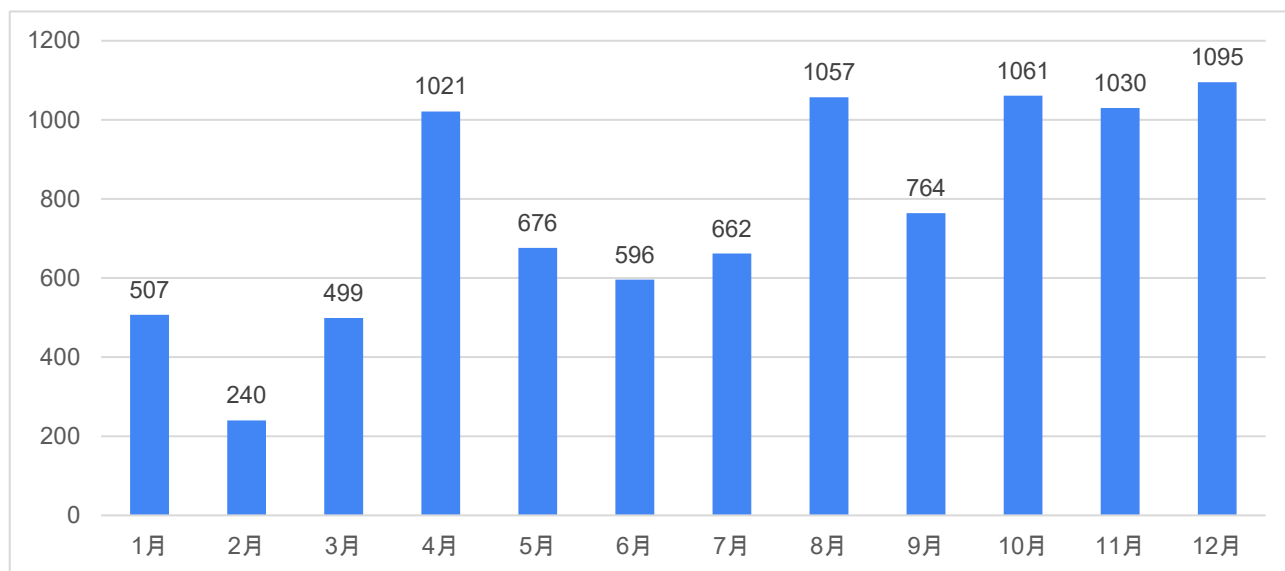
	n	%
10 時間未満	3840	37.4%
10 時間以上 20 時間未満	3080	30.0%
20 時間以上 40 時間未満	2453	23.9%
40 時間以上 60 時間未満	573	5.6%
60 時間以上 80 時間未満	138	1.3%
80 時間以上 100 時間未満	64	0.6%
100 時間以上 120 時間未満	26	0.3%
120 時間以上 140 時間未満	17	0.2%
140 時間以上 160 時間未満	7	0.1%

	n	%
160 時間以上 180 時間未満	16	0.2%
180 時間以上 200 時間未満	10	0.1%
200 時間以上 220 時間未満	8	0.1%
220 時間以上 240 時間未満	4	0.0%
240 時間以上 260 時間未満	10	0.1%
260 時間以上 280 時間未満	10	0.1%
300 時間以上	21	0.2%
総計	10277	100.0%



8. 2024 年 1 月以降、時間外勤務が一番多かったのは何月ですか？

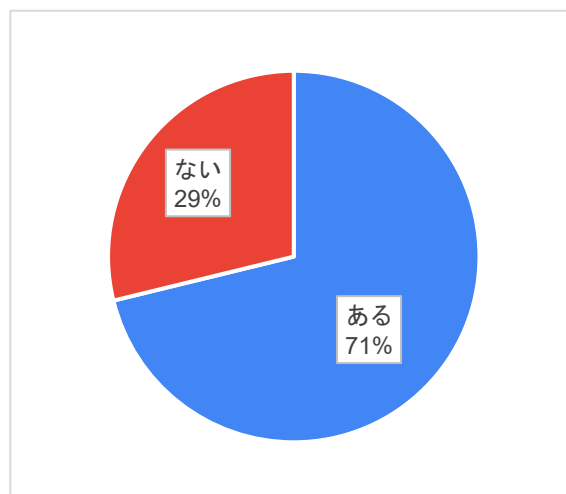
月	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	総計
n	507	240	499	1021	676	596	662	1057	764	1061	1030	1095	9208
%	5.5%	2.6%	5.4%	11.1%	7.3%	6.5%	7.2%	11.5%	8.3%	11.5%	11.2%	11.9%	100.0%



9. 日常的に始業前業務（前残業）はありますか？

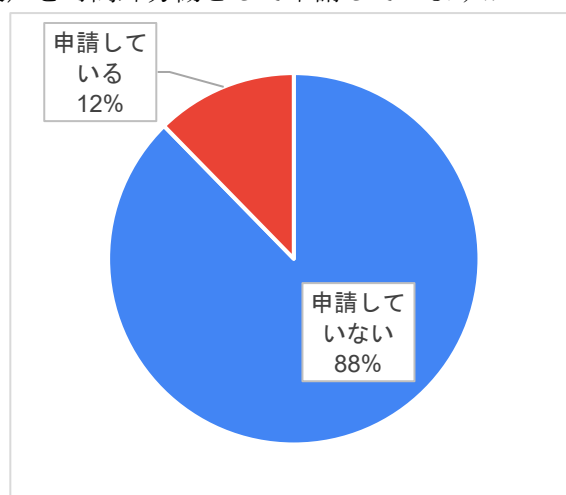
＊始業前業務（前残業）：始業前に行う業務に必要な準備、情報収集、着替え、機械の立ち上げや日常点検が該当します。

	n	%
ある	7382	71.2%
ない	2989	28.8%
総計	10371	100.0%



10. 始業前業務（前残業）があった場合、始業前業務（前残業）を時間外労働として申請していますか？

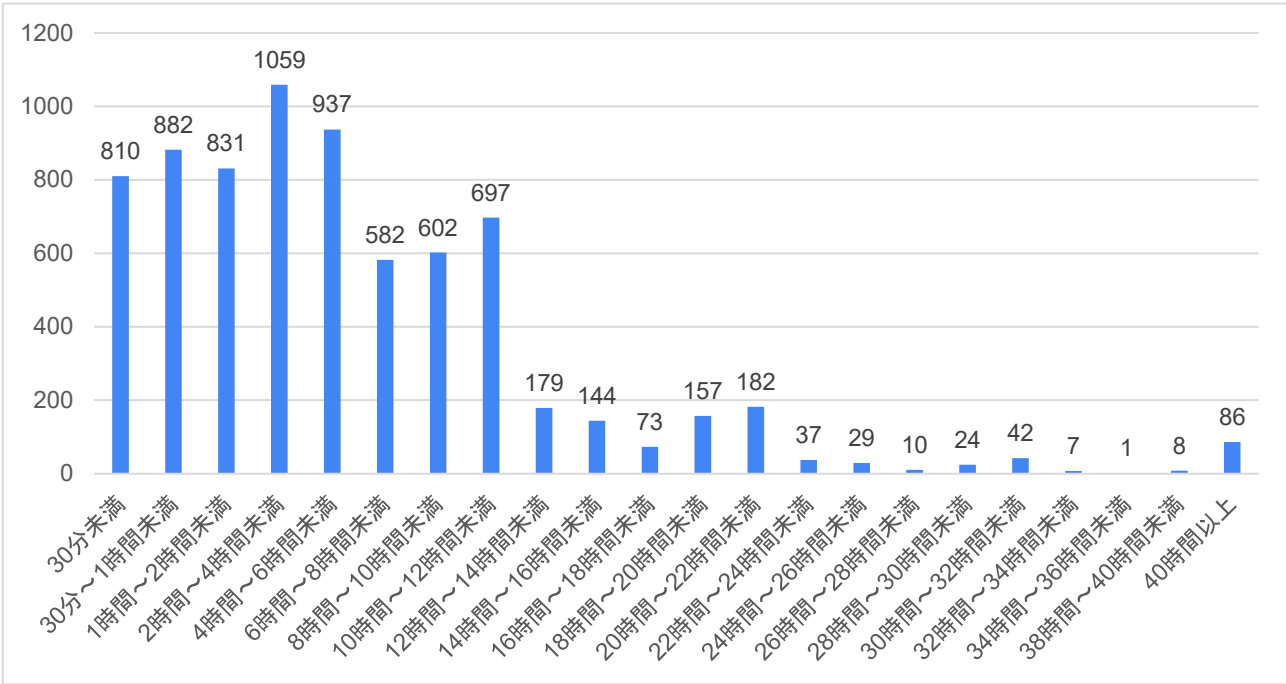
	n	%
申請していない	6842	87.7%
申請している	961	12.3%
総計	7803	100.0%



11. 2024 年 11 月の勤務で、時間外労働として申請していない始業前業務（前残業）の合計は何時間ですか？
（未申請のほか、申請して認められなかった時間も含む）

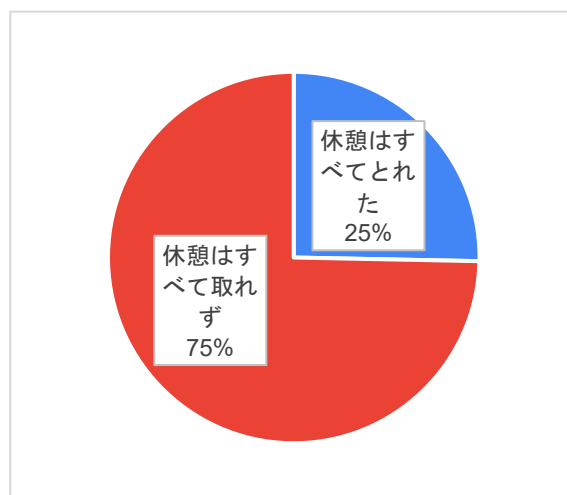
	n	%
30 分未満	810	11.0%
30 分～1 時間未満	882	12.0%
1 時間～2 時間未満	831	11.3%
2 時間～4 時間未満	1059	14.4%
4 時間～6 時間未満	937	12.7%
6 時間～8 時間未満	582	7.9%
8 時間～10 時間未満	602	8.2%
10 時間～12 時間未満	697	9.4%
12 時間～14 時間未満	179	2.4%
14 時間～16 時間未満	144	2.0%
16 時間～18 時間未満	73	1.0%
18 時間～20 時間未満	157	2.1%

	n	%
20 時間～22 時間未満	182	2.5%
22 時間～24 時間未満	37	0.5%
24 時間～26 時間未満	29	0.4%
26 時間～28 時間未満	10	0.1%
28 時間～30 時間未満	24	0.3%
30 時間～32 時間未満	42	0.6%
32 時間～34 時間未満	7	0.1%
34 時間～36 時間未満	1	0.0%
38 時間～40 時間未満	8	0.1%
40 時間以上	86	1.2%
総計	7379	100.0%



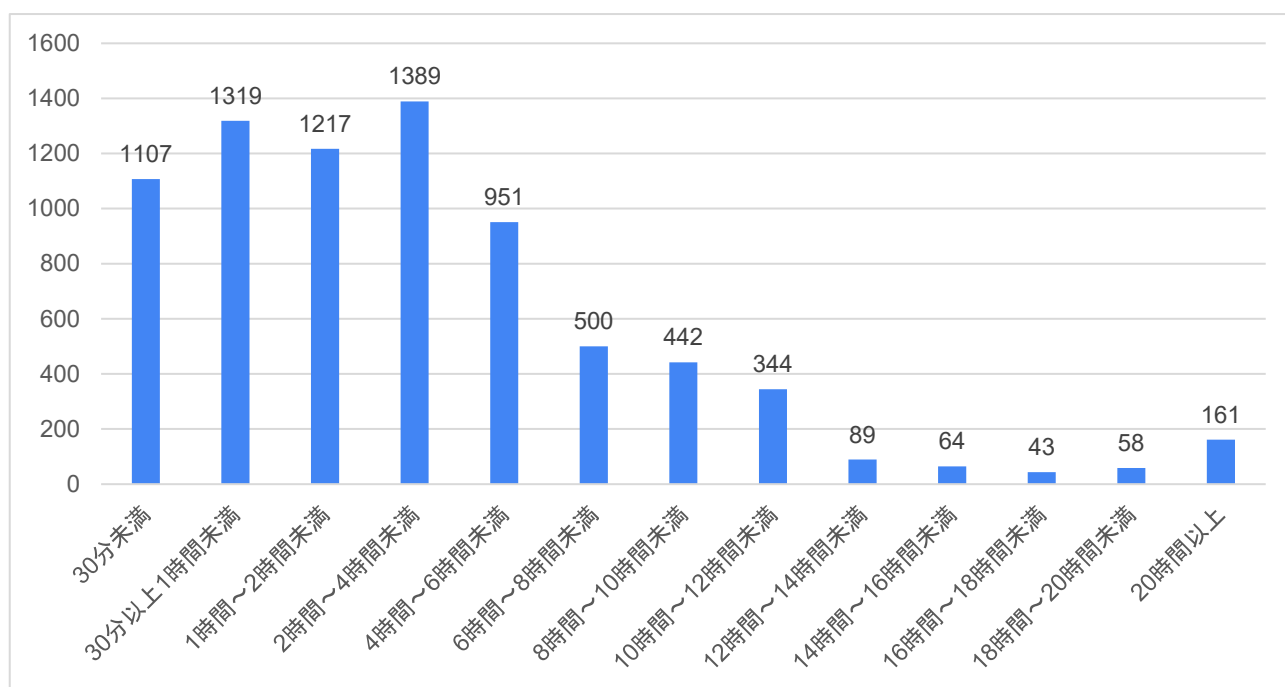
12. 2024 年 11 月の勤務で、取得できなかった休憩時間の合計は何時間ですか？
*休憩とは、労働者が休息のために労働から完全に解放されることを保障されている時間のことです。
電話番やいつでも業務あたれるよう待機している時間（手待ち時間）は休憩にはあたりません。

	n	%
休憩はすべてとれた	2606	25.3%
休憩はすべて取れず	7684	74.7%
総計	10290	100.0%



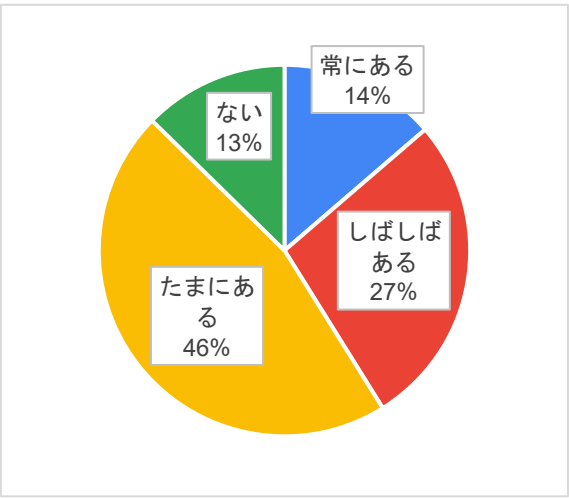
	n	%
30 分未満	1107	14.4%
30 分以上 1 時間未満	1319	17.2%
1 時間～2 時間未満	1217	15.8%
2 時間～4 時間未満	1389	18.1%
4 時間～6 時間未満	951	12.4%
6 時間～8 時間未満	500	6.5%
8 時間～10 時間未満	442	5.8%

	n	%
10 時間～12 時間未満	344	4.5%
12 時間～14 時間未満	89	1.2%
14 時間～16 時間未満	64	0.8%
16 時間～18 時間未満	43	0.6%
18 時間～20 時間未満	58	0.8%
20 時間以上	161	2.1%
総計	7684	100.0%



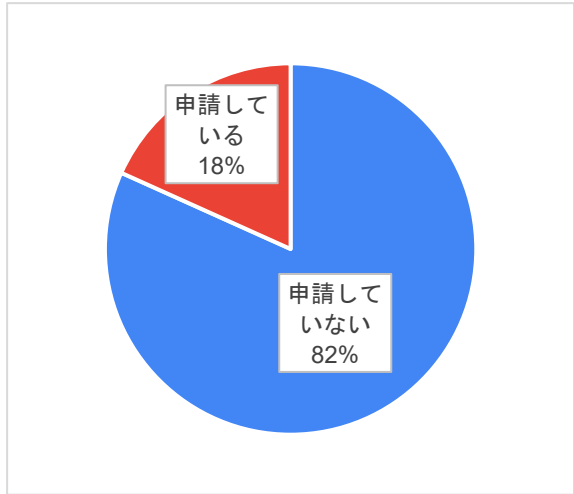
13. 休憩を中断して、業務にあたることはありますか？

	n	%
常にある	1421	13.7%
しばしばある	2847	27.4%
たまにある	4797	46.2%
ない	1313	12.7%
総計	10378	100.0%



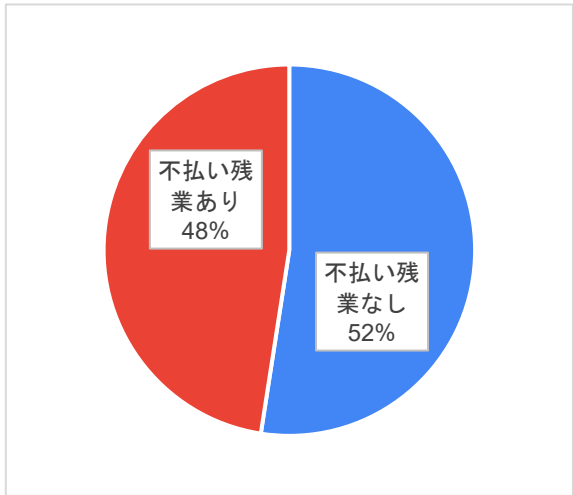
14. 休憩がすべて取得できなかった場合、取得できなかった時間を時間外労働として申請していますか？

	n	%
申請していない	8270	81.7%
申請している	1849	18.3%
総計	10119	100.0%



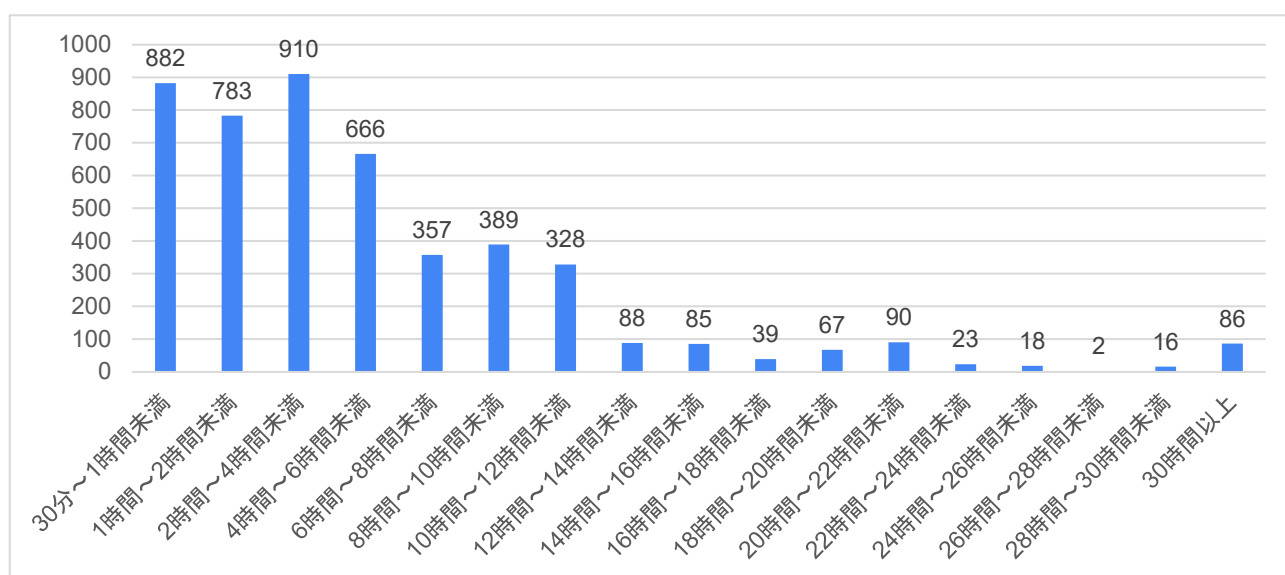
15. 2024 年 11 月の通常勤務後で不払い残業の合計は何時間ですか？
（ 未申請のほか、申請して認められなかった時間含む ）

	n	%
不払い残業なし	5329	52.5%
不払い残業あり	4829	47.5%
合計	10158	100.0%



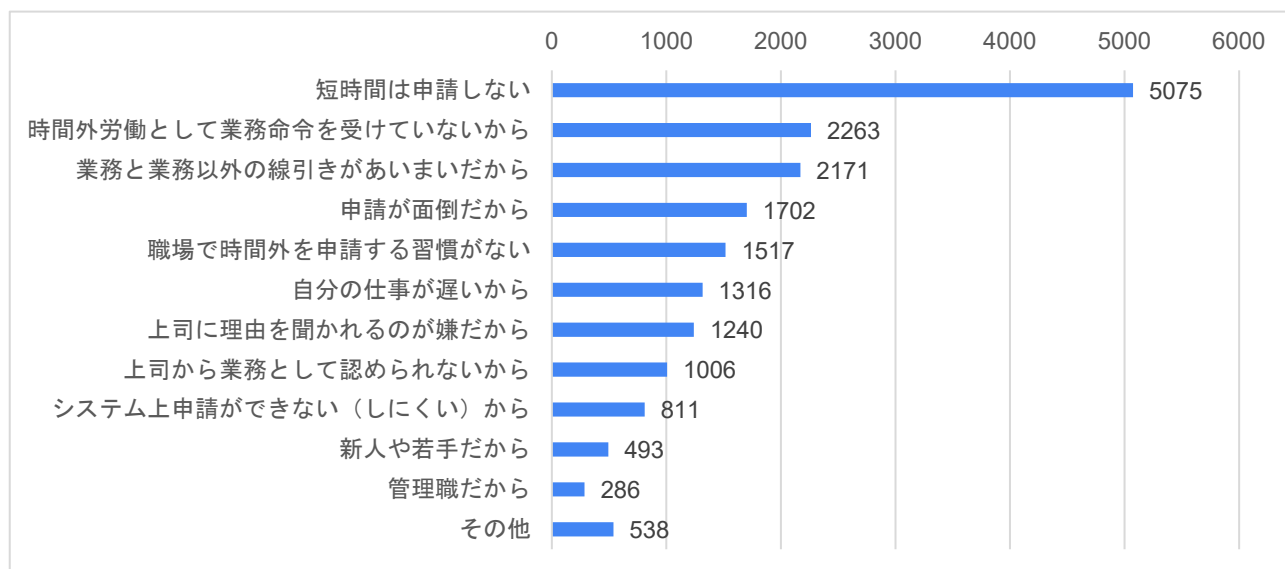
	n	%
30分～1時間未満	882	18.3%
1時間～2時間未満	783	16.2%
2時間～4時間未満	910	18.8%
4時間～6時間未満	666	13.8%
6時間～8時間未満	357	7.4%
8時間～10時間未満	389	8.1%
10時間～12時間未満	328	6.8%
12時間～14時間未満	88	1.8%
14時間～16時間未満	85	1.8%

	n	%
16時間～18時間未満	39	0.8%
18時間～20時間未満	67	1.4%
20時間～22時間未満	90	1.9%
22時間～24時間未満	23	0.5%
24時間～26時間未満	18	0.4%
26時間～28時間未満	2	0.0%
28時間～30時間未満	16	0.3%
30時間以上	86	1.8%
総計	4829	100.0%



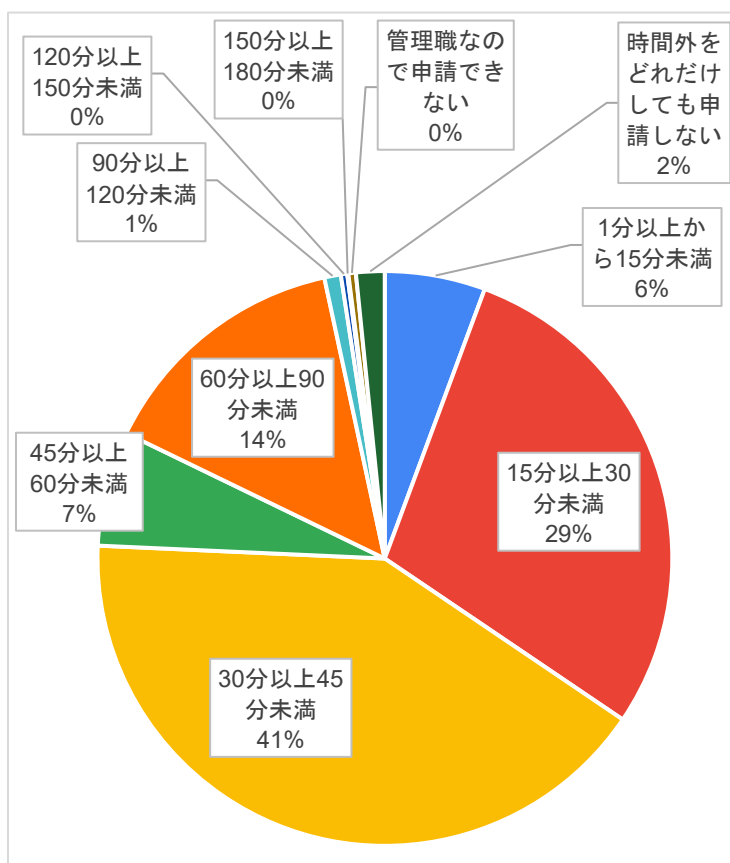
16. 超過勤務を時間外労働として申請できない理由はなんですか？

該当するもの全て選択してください。



17. 時間外労働は何分から申請していますか？

	n	%
1 分以上 15 分未満	581	5.7%
15 分以上 30 分未満	2963	28.8%
30 分以上 45 分未満	4240	41.2%
45 分以上 60 分未満	665	6.5%
60 分以上 90 分未満	1485	14.4%
90 分以上 120 分未満	95	0.9%
120 分以上 150 分未満	37	0.4%
150 分以上 180 分未満	6	0.1%
管理職なので申請できない	43	0.4%
時間外をどれだけしても申請しない	166	1.6%
総計	10281	100.0%

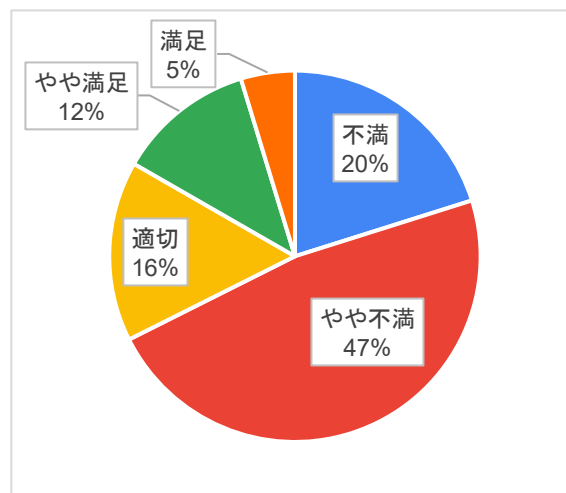


18. 前残業、休憩が取れない、不払い残業について、職場の状況やご意見、改善に向け取り組んでいることがあれば教えてください。

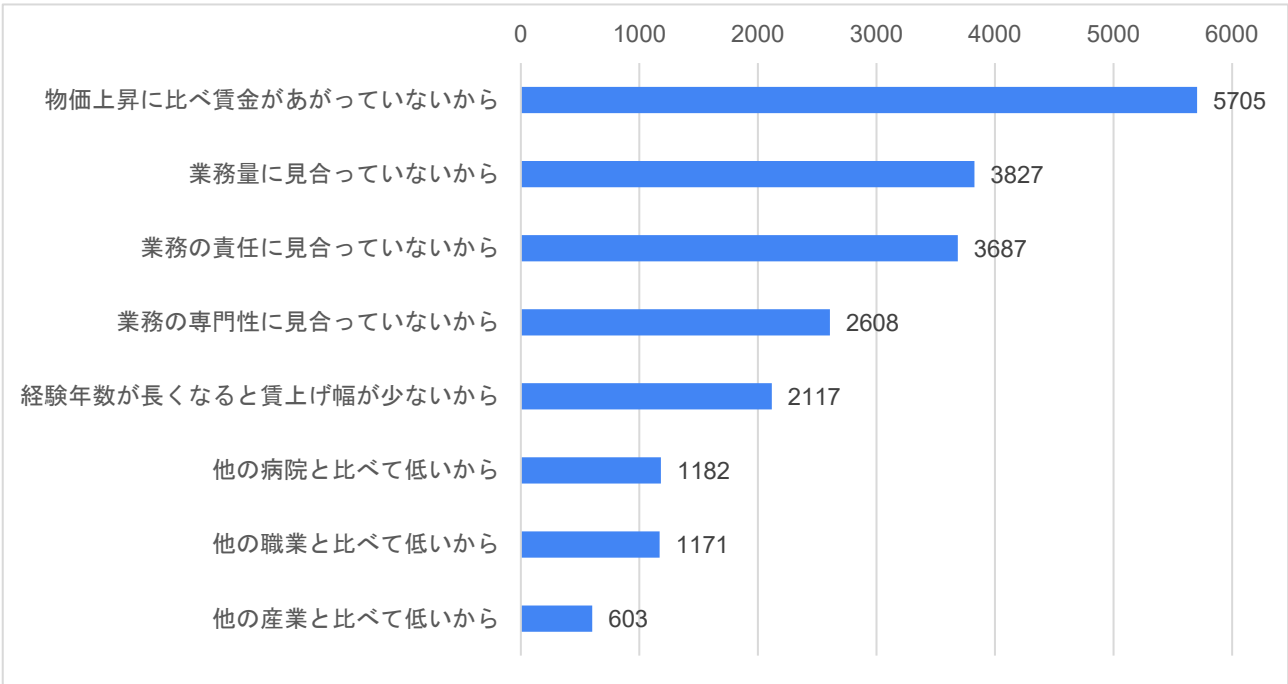
回答数 1,836 件（自由記載）

19. 現在の収入に満足していますか？

	n	%
不満	2088	20.1%
やや不満	4922	47.5%
適切	1628	15.7%
やや満足	1245	12.0%
満足	487	4.7%
総計	10370	100.0%



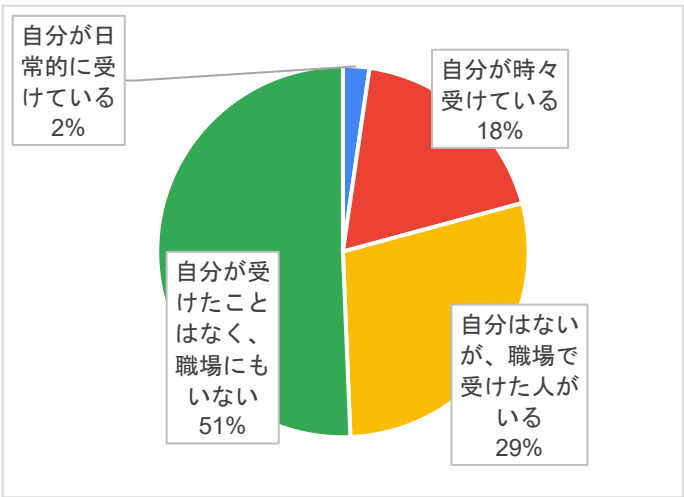
20. 前の設問で、「不満」・「やや不満」と回答された方にお尋ねします。その理由を以下の選択肢から該当するものすべて選択してください。



21. 現在の収入について、ご意見があれば教えてください
回答数 1,439 件（自由記載）

22. 2024 年 1 月以降、 パワハラを受けたことはありますか？

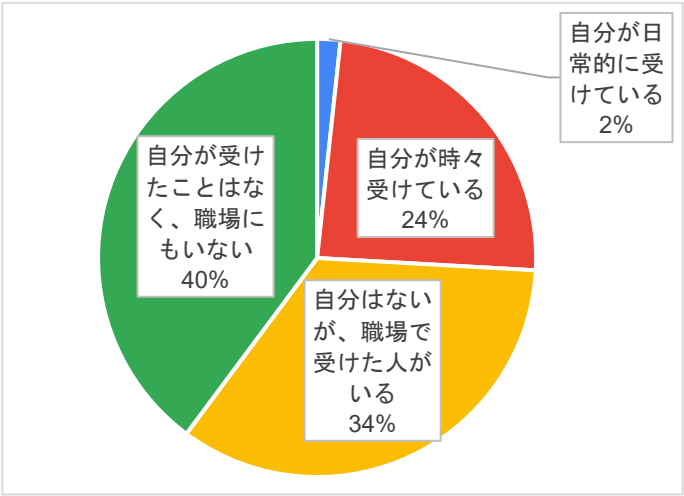
	n	%
自分が日常的に受けている	231	2.3%
自分が時々受けている	1865	18.5%
自分はないが、職場で受けた人がある	2876	28.5%
自分が受けたことはなく、職場にもいない	5103	50.7%
総計	10075	100.0%



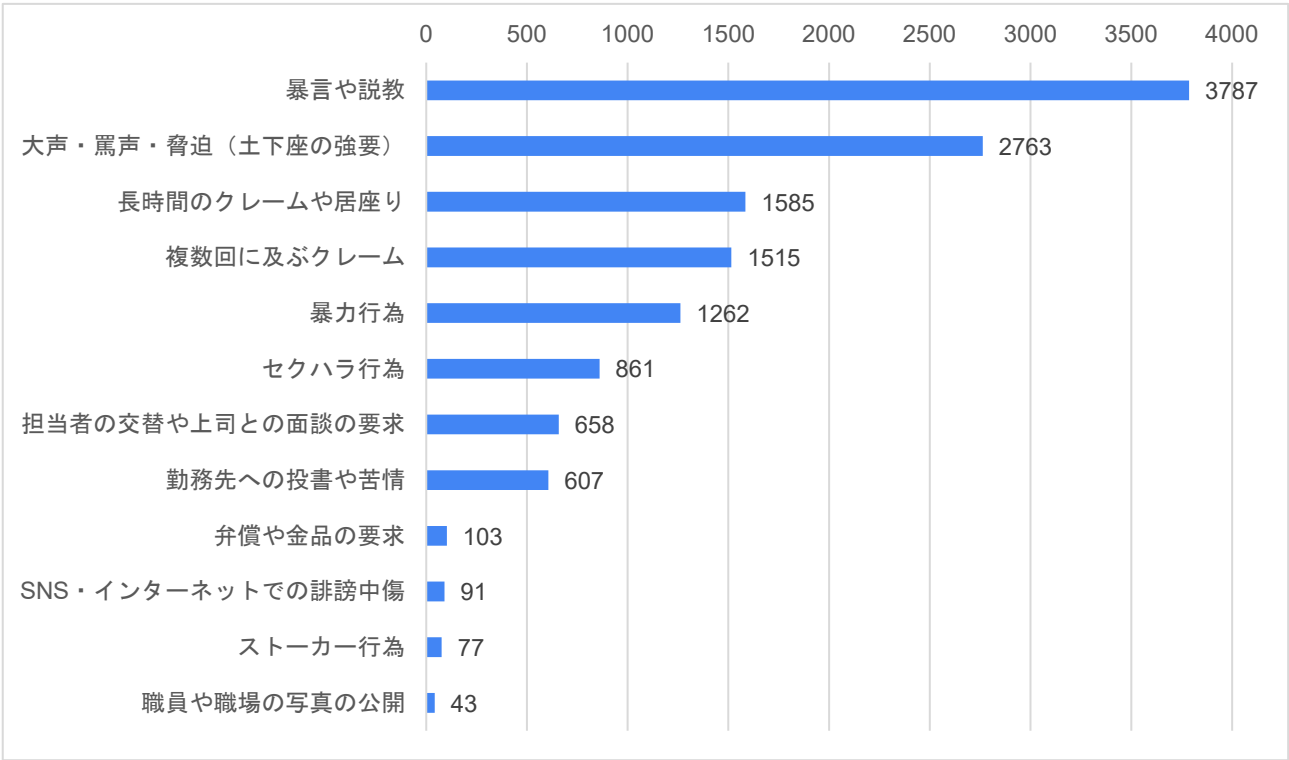
23. パワハラについてどのようなものがありましたか？
（パワハラを「受けている」と「自分はないが、職場で受けた人がある」と答えた方にお尋ねします。 実際にあったことを可能な範囲で教えてください。）
回答数 2,559 件（自由記載）

24. 2024 年 1 月以降, 患者および患者家族から迷惑行為や悪質なクレーム（カスタマーハラスメント）を受けたことがありますか？

	n	%
自分が日常的に受けている	172	1.7%
自分が時々受けている	2440	24.2%
自分はないが、職場で受けた人がある	3457	34.3%
自分が受けたことはなく、職場にもいない	4015	39.8%
総計	10084	100.0%



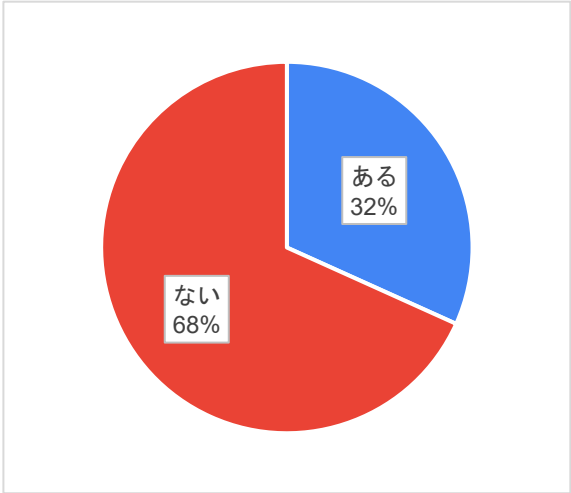
25. 迷惑行為や悪質クレームを「受けている」と「自分はないが、職場で受けた人がある」と答えた方にお尋ねします。どのようなものでしたか？
（上位に該当するものを 3 つまで選択してください）



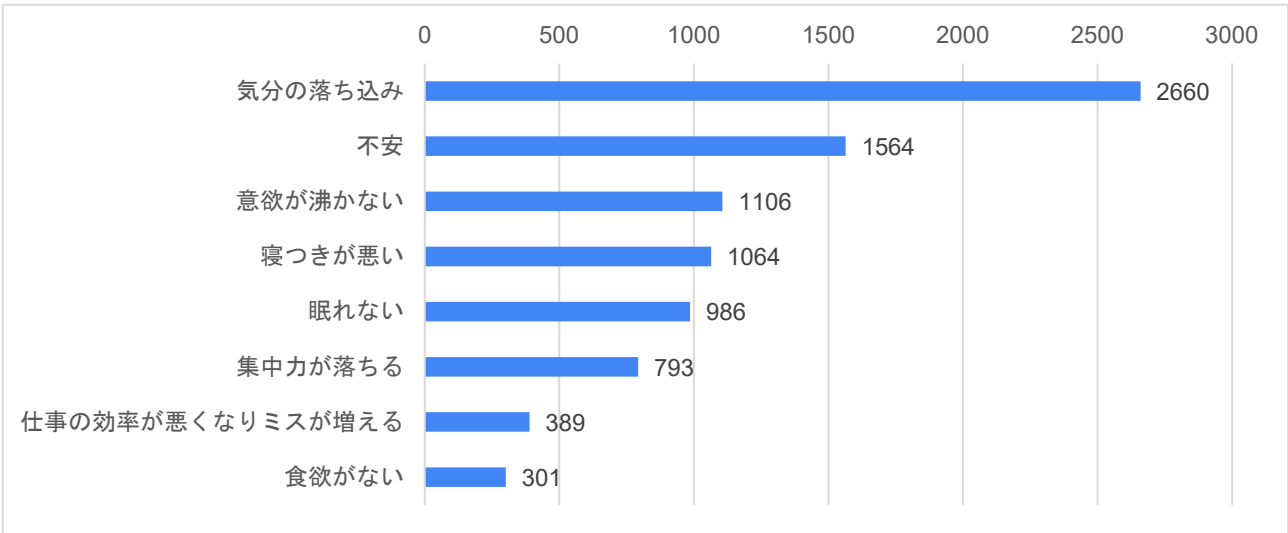
26. 迷惑行為や悪質クレーム についてどのようなものがありましたか？
（実際にあったことを可能な範囲で教えてください）
回答数 1, 546 件（自由記載）

27. 2024 年 1 月以降で、ご自身にうつ的な症状はありましたか？

	n	%
ある	3268	31.8%
ない	7024	68.2%
総計	10292	100.0%

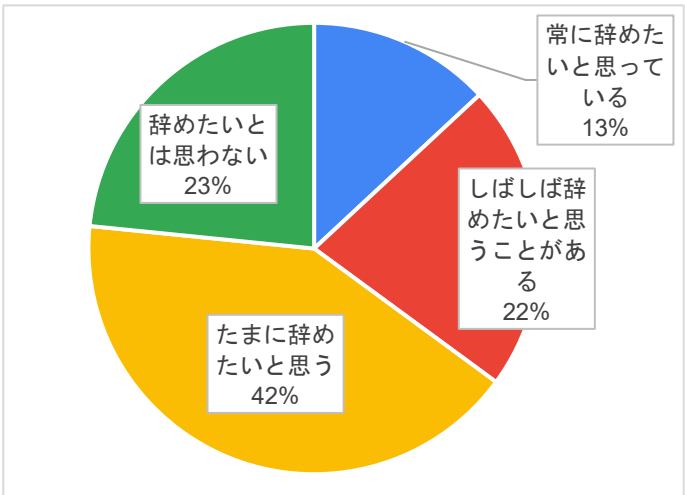


28. うつ的な症状が「ある」と回答された方にお聞きします。どのような症状でしたか？
（3 つまで選択してください）

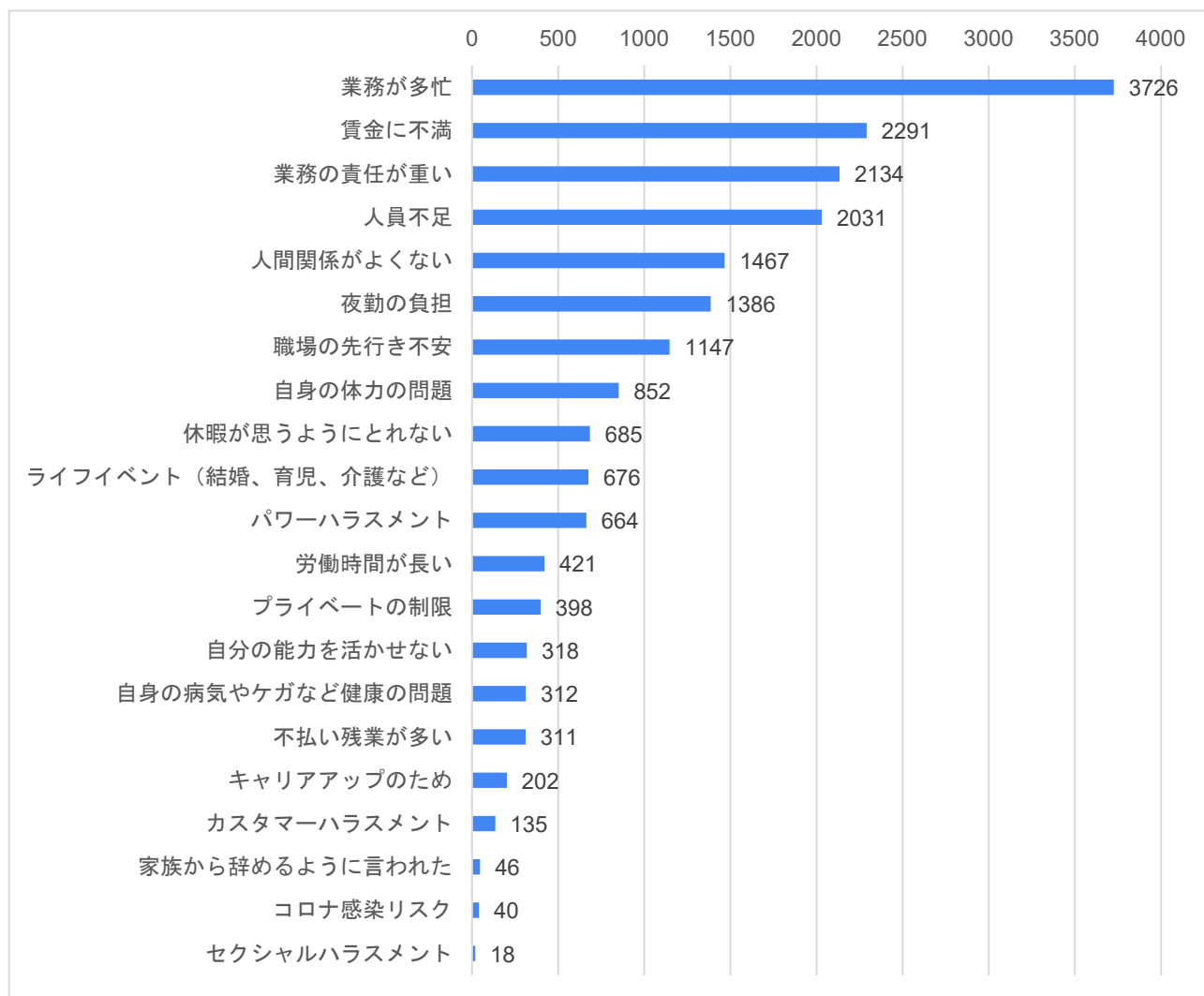


29. 現在の職場を辞めたいと思っていますか？

	n	%
常に辞めたいと思っている	1349	13.1%
しばしば辞めたいと思うことがある	2267	22.0%
たまに辞めたいと思う	4279	41.5%
辞めたいとは思わない	2413	23.4%
総計	10308	100.0%

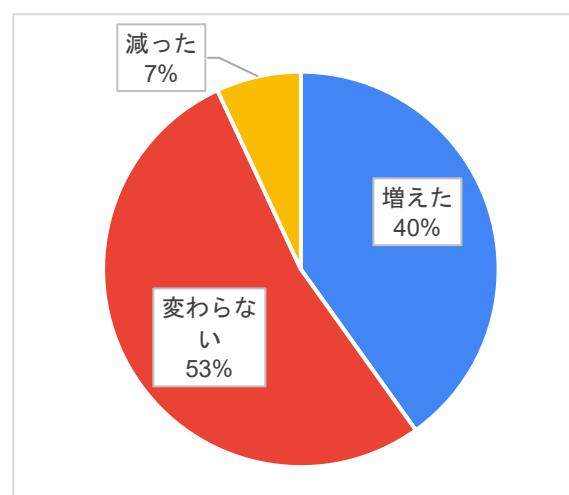


30. 辞めたいと思うと答えた方にお尋ねします。辞めたいと思う理由は何ですか？
 (該当するものを3つまで選択してください)



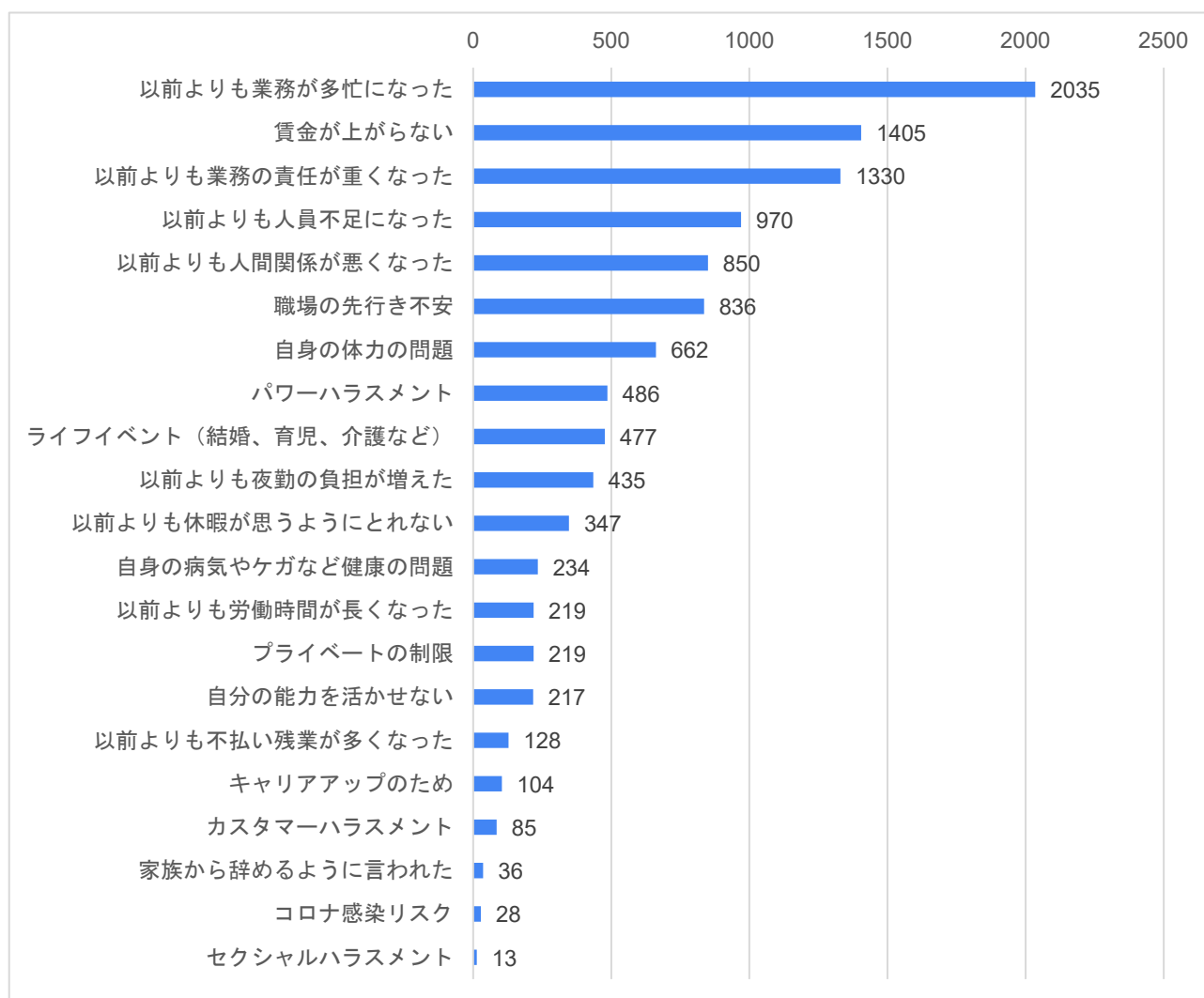
31. 昨年度よりも仕事を辞めたいと思うことが増えましたか？
 (採用後1年未満の方は「今年度採用」を選択してください)

	n	%
増えた	3825	40.1%
変わらない	5046	52.9%
減った	662	6.9%
総計	9533	100.0%



32. 昨年度よりも辞めたいと思うと答えた方にお尋ねします。その理由は何ですか？

(該当するものを3つまで選択してください、「減った」「今年度採用」の方は回答不要です)



33. 職場を辞めたいと思うその理由について、補足があれば教えてください

回答数 1,506 件（自由記載）

34. その他、現場で困っていることがあれば教えてください

回答数 1,518 件（自由記載）

< V - 1 - ② >

2025 年度衛生保健衛生職場で働く組合員へのアンケート調査結果

調査の経緯と目的

保健衛生施設では、人員不足や業務多忙により厳しい労働環境は続いています。また、日ごろから時間外労働や休憩時間について法律に則した対応がとられていないという実態が続いています。保健衛生施設で働く組合員の労働環境の実態を調べるため、WEB アンケートを実施しました。

概要

調査対象：保健衛生施設（保健所、保健センター、地方衛生研究所）で勤務する組合員

調査期間：2024 年 11 月 26 日～2025 年 1 月 22 日

調査方法：WEB アンケート（Google フォーム）

回答状況：39 都道府県 1,288 人

＊無回答は除外し集計しています。

自由記載の回答は多数のため、集計結果は公表していません。

目次

1. 都道府県名入力してください	3
2. 雇用形態を選択してください	4
3. 性別を教えてください	4
4. 年代を選択してください	4
5. 職場について教えてください	5
6. 職種を選択してください	5
7. 現在の、あなたの職場の人員配置は、業務量に対して適切な人員配置ですか？	5
8. 2024年1月以降、時間外労働が一番多かった月の時間数を教えてください	6
9. 2024年1月以降、時間外勤務が一番多かったのは何月ですか？	6
10. 日常的に始業前業務（前残業）はありますか？	7
11. 始業前業務（前残業）を時間外労働として申請していますか？	7
12. 2024年11月の勤務で、時間外労働として申請していない始業前業務（前残業）の合計は何時間ですか？	8
13. 2024年11月の勤務で、取得できなかった休憩時間の合計は何時間ですか？	8
14. 休憩を中断して、業務にあたることはありますか？	10
15. 休憩がすべて取得できなかった場合、取得できなかった時間を時間外労働として申請していますか？	10
16. 2024年11月の通常勤務後で不払い残業の合計は何時間ですか？	10
17. 超過勤務を時間外労働として申請できない理由はなんですか？	11
18. 時間外労働は何分から申請していますか？	12
19. 前残業、休憩が取れない、不払い残業について、職場の状況やご意見、改善に向け取り組んでいることがあれば教えてください。	12
20. 現在の収入に満足していますか？	12
21. 前の設問で、「不満」・「やや不満」と回答された方にお尋ねします。その理由を以下の選択肢から該当するものすべて選択してください。	13
22. 現在の収入について、ご意見があれば教えてください	13
23. 2024年1月以降、パワハラを受けたことはありますか？	13
24. パワハラについて、実際にあったことを可能な範囲で教えてください。	13
25. 迷惑行為や悪質クレームを「受けている」と「自分はないが、職場で受けた人がいる」と答えた方にお尋ねします。どのようなものでしたか？	14
26. 迷惑行為や悪質クレームについてどのようなものがありましたか？（実際にあったことを可能な範囲で教えてください）	14
27. 2024年1月以降で、ご自身にうつ的な症状はありましたか？	15
28. 「ある」と回答された方にお聞きします。どのような症状でしたか？	15
29. 現在の職場を辞めたいと思っていますか？	15
30. 辞めたいと思うと答えた方にお尋ねします。辞めたいと思う理由は何ですか？	16
31. 昨年度よりも仕事を辞めたいと思うことが増えましたか？	16

32. 昨年度よりも辞めたいと思う場合、その理由は何ですか？ 17
33. 職場を辞めたいと思うその理由について、補足があれば教えてください 17
34. その他、現場で困っていることがあれば教えてください。 17

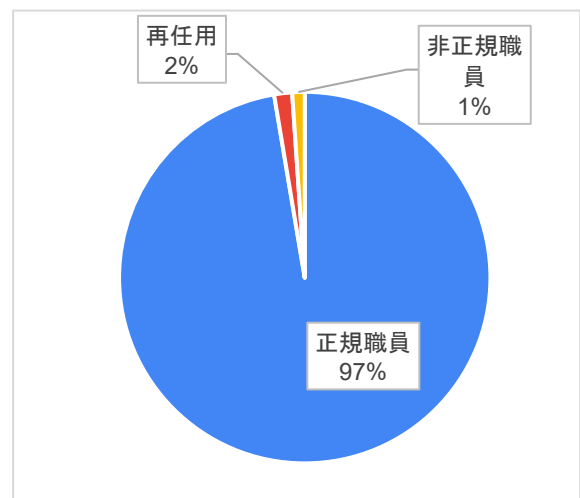
1. 都道府県名入力してください

番号	都道府県名	n	%
1	鹿児島	122	9.5%
2	徳島	113	8.8%
3	岐阜	111	8.6%
4	香川	106	8.2%
5	北海道	89	6.9%
6	島根	87	6.8%
7	山梨	69	5.4%
8	佐賀	54	4.2%
9	山口	52	4.0%
10	石川	44	3.4%
11	福島	44	3.4%
12	広島	44	3.4%
13	富山	34	2.6%
14	愛知	33	2.6%
15	岩手	31	2.4%
16	三重	30	2.3%
17	宮城	28	2.2%
18	和歌山	27	2.1%
19	沖縄	24	1.9%
20	山形	23	1.8%

番号	都道府県名	n	%
21	京都	22	1.7%
22	兵庫	21	1.6%
23	熊本	20	1.6%
24	長崎	17	1.3%
25	秋田	13	1.0%
26	埼玉	10	0.8%
27	愛媛	3	0.2%
28	東京	3	0.2%
29	新潟	2	0.2%
30	高知	2	0.2%
31	大阪	2	0.2%
32	千葉	1	0.1%
33	静岡	1	0.1%
34	青森	1	0.1%
35	奈良	1	0.1%
36	群馬	1	0.1%
37	長野	1	0.1%
38	福岡	1	0.1%
39	栃木	1	0.1%
	総計	1288	100.0%

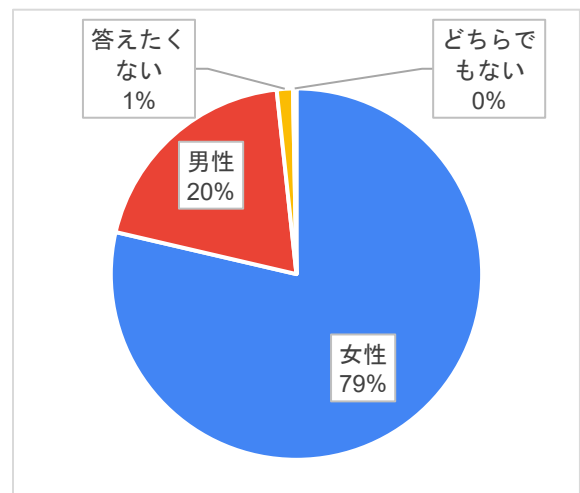
2. 雇用形態を選択してください

	n	%
正規職員	1254	97.4%
再任用（再雇用）職員	20	1.6%
非正規職員（会計年度任用職員、パート・アルバイト）	14	1.1%
総計	1288	100.0%



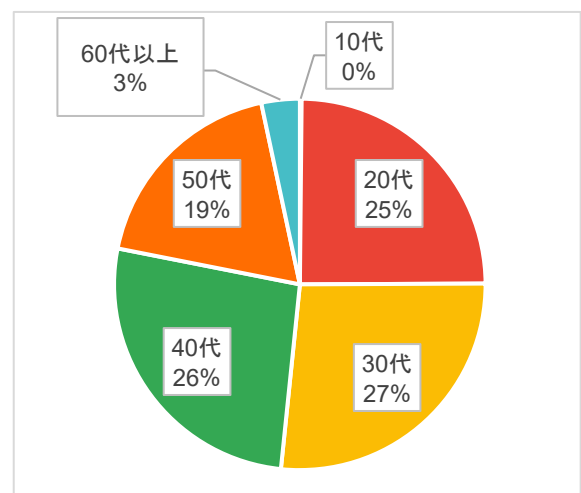
3. 性別を教えてください

性別	n	%
女性	1013	78.6%
男性	253	19.6%
答えたくない	18	1.4%
どちらでもない	4	0.3%
総計	1288	100.0%



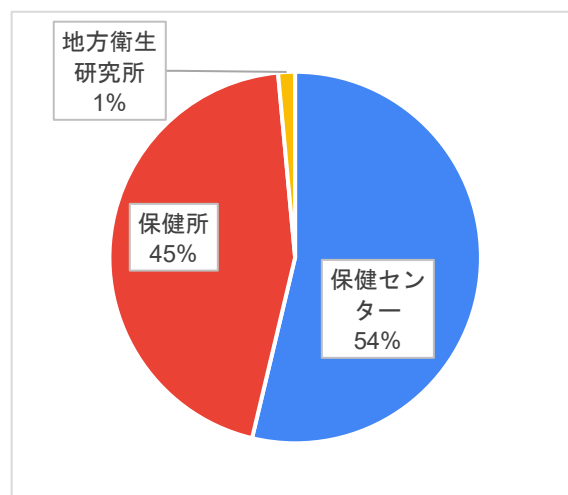
4. 年代を選択してください

年代	n	%
10代	2	0.2%
20代	319	24.8%
30代	344	26.7%
40代	341	26.5%
50代	239	18.6%
60代以上	43	3.3%
総計	1288	100.0%



5. 職場について教えてください

職場	n	%
保健センター	692	53.7%
保健所	577	44.8%
地方衛生研究所	19	1.5%
総計	1288	100.0%



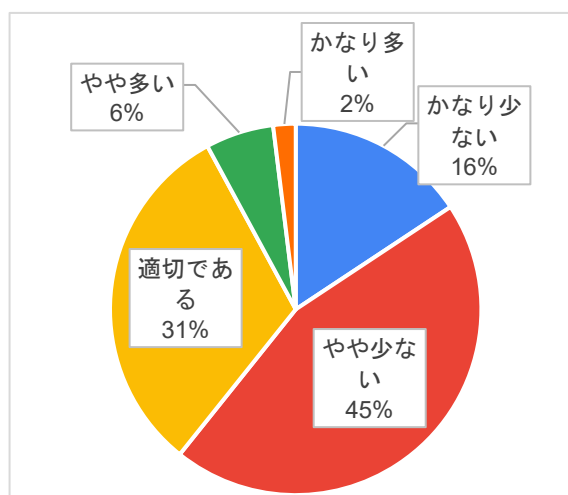
6. 職種を選択してください

職種	n	%
保健師	739	57.5%
事務系職員	200	15.6%
管理栄養士	89	6.9%
薬剤師	71	5.5%
獣医師	70	5.4%
臨床検査技師	27	2.1%
農芸化学	19	1.5%
看護師	14	1.1%
歯科衛生士	10	0.8%
精神保健福祉士 (PSW)	9	0.7%
栄養士	8	0.6%
ケアマネジャー	5	0.4%

職種	n	%
施設管理	4	0.3%
医師	4	0.3%
診療放射線技師	4	0.3%
研究職	3	0.2%
理学療法士	3	0.2%
助産師	2	0.2%
臨床工学技士	1	0.1%
介護福祉士	1	0.1%
教員	1	0.1%
医療ソーシャルワーカー (MSW)	1	0.1%
公認心理師	1	0.1%
総計	1286	100.0%

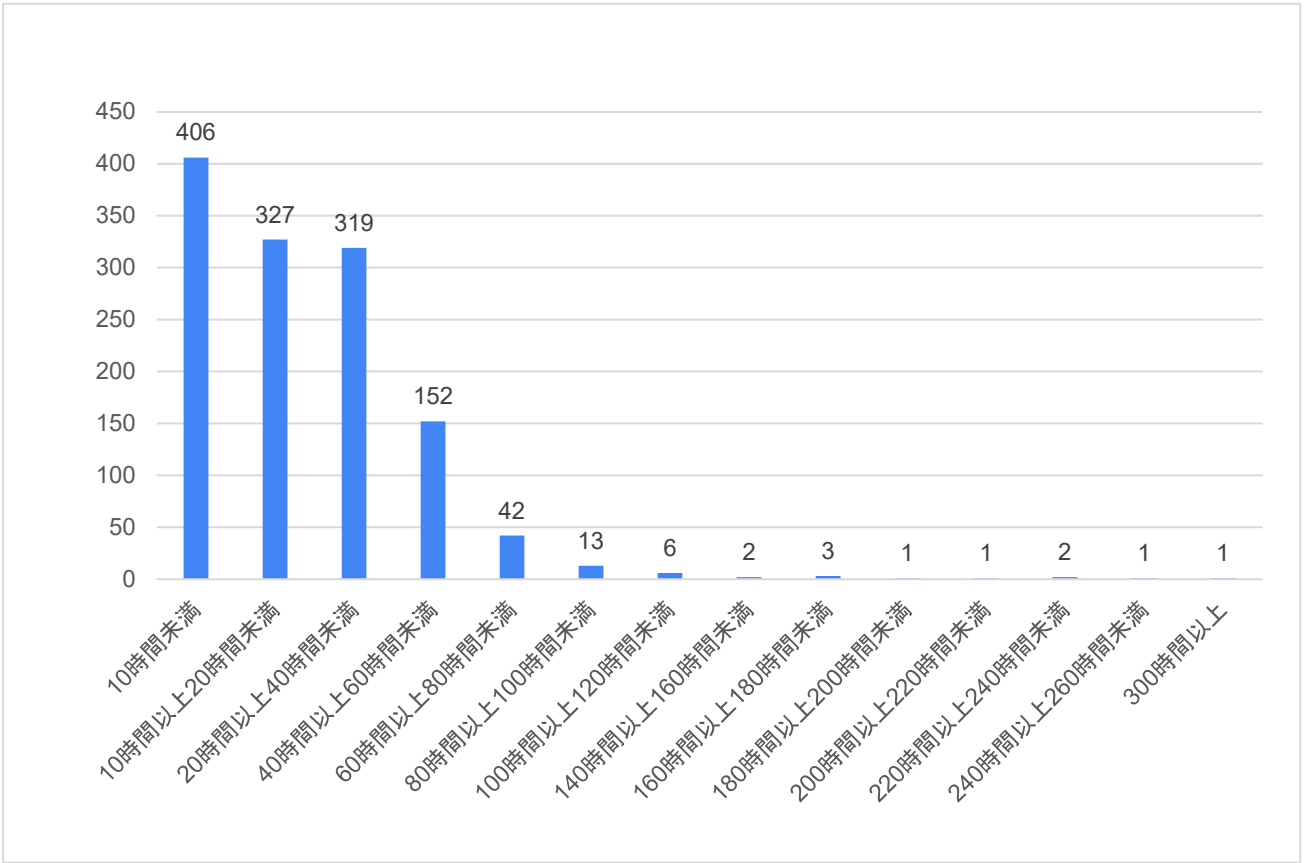
7. 現在の、あなたの職場の人員配置は、業務量に対して適切な人員配置ですか？

	n	%
かなり少ない	201	15.7%
やや少ない	577	45.0%
適切である	402	31.4%
やや多い	76	5.9%
かなり多い	25	2.0%
総計	1281	100.0%



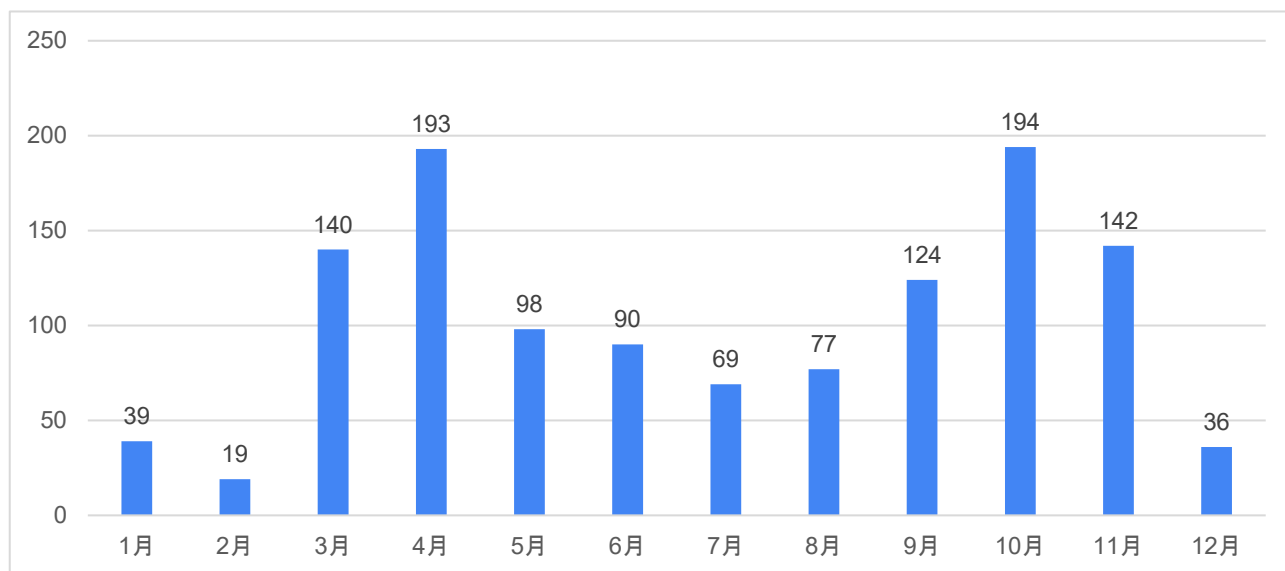
8. 2024 年 1 月以降、時間外労働が一番多かった月の時間数を教えてください

	n	%		n	%
10 時間未満	406	31.8%	160 時間以上 180 時間未満	3	0.2%
10 時間以上 20 時間未満	327	25.6%	180 時間以上 200 時間未満	1	0.1%
20 時間以上 40 時間未満	319	25.0%	200 時間以上 220 時間未満	1	0.1%
40 時間以上 60 時間未満	152	11.9%	220 時間以上 240 時間未満	2	0.2%
60 時間以上 80 時間未満	42	3.3%	240 時間以上 260 時間未満	1	0.1%
80 時間以上 100 時間未満	13	1.0%	300 時間以上	1	0.1%
100 時間以上 120 時間未満	6	0.5%	総計	1276	100.0%
140 時間以上 160 時間未満	2	0.2%			



9. 2024 年 1 月以降、時間外勤務が一番多かったのは何月ですか？

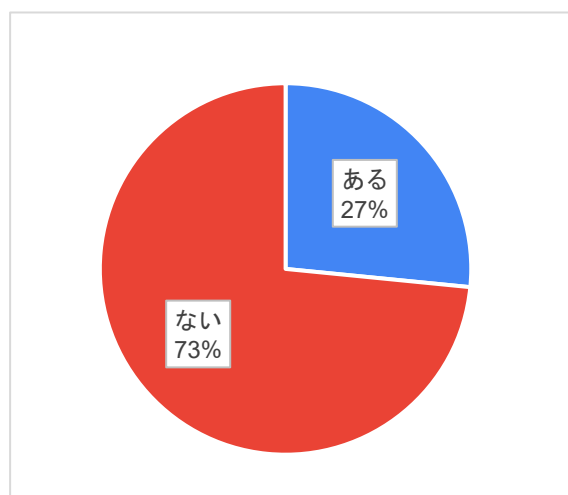
	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	総計
n	39	19	140	193	98	90	69	77	124	194	142	36	1221
%	3.2%	1.6%	11.5%	15.8%	8.0%	7.4%	5.7%	6.3%	10.2%	15.9%	11.6%	2.9%	100.0%



10. 日常的に始業前業務（前残業）はありますか？

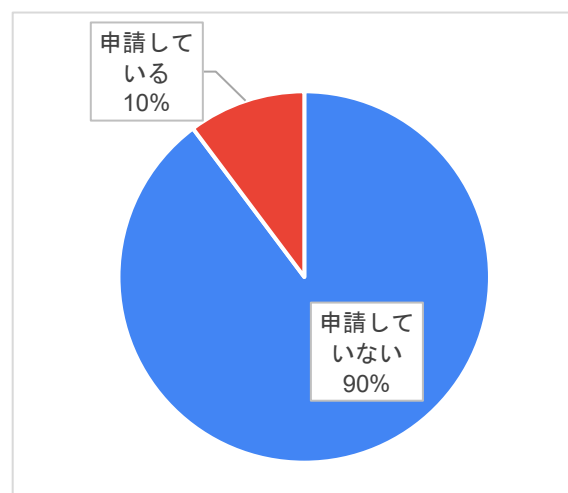
＊始業前業務（前残業）：始業前に行う業務に必要な準備、情報収集、着替え、機械の立ち上げや日常点検が該当します。

	n	%
ある	340	26.6%
ない	940	73.4%
総計	1280	100.0%



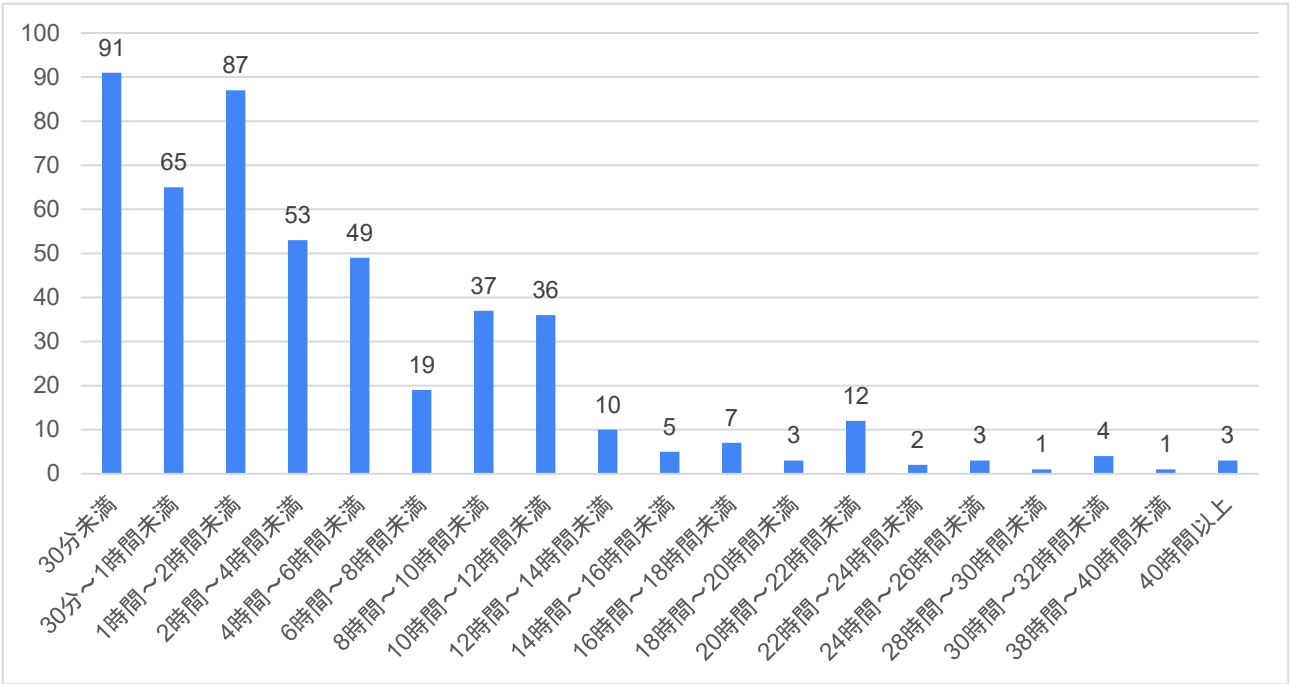
11. 始業前業務（前残業）を時間外労働として申請していますか？

	n	%
申請していない	386	89.8%
申請している	44	10.2%
総計	430	100.0%



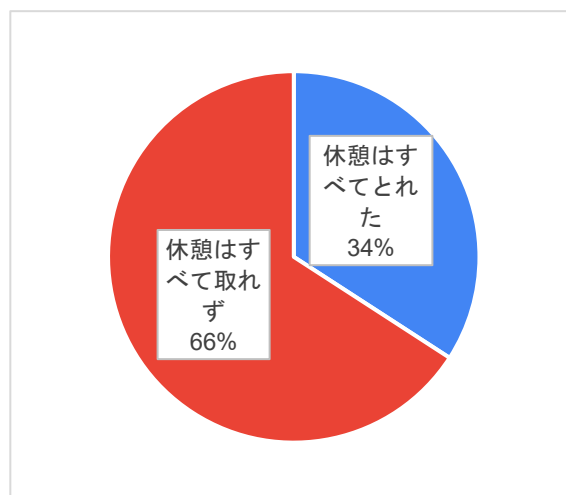
12. 2024 年 11 月の勤務で、時間外労働として申請していない始業前業務（前残業）の合計は何時間ですか？
（未申請のほか、申請して認められなかった時間も含む）

	n	%		n	%
30 分未満	91	18.6%	16 時間～18 時間未満	7	1.4%
30 分～1 時間未満	65	13.3%	18 時間～20 時間未満	3	0.6%
1 時間～2 時間未満	87	17.8%	20 時間～22 時間未満	12	2.5%
2 時間～4 時間未満	53	10.9%	22 時間～24 時間未満	2	0.4%
4 時間～6 時間未満	49	10.0%	24 時間～26 時間未満	3	0.6%
6 時間～8 時間未満	19	3.9%	28 時間～30 時間未満	1	0.2%
8 時間～10 時間未満	37	7.6%	30 時間～32 時間未満	4	0.8%
10 時間～12 時間未満	36	7.4%	38 時間～40 時間未満	1	0.2%
12 時間～14 時間未満	10	2.0%	40 時間以上	3	0.6%
14 時間～16 時間未満	5	1.0%	総計	488	100.0%



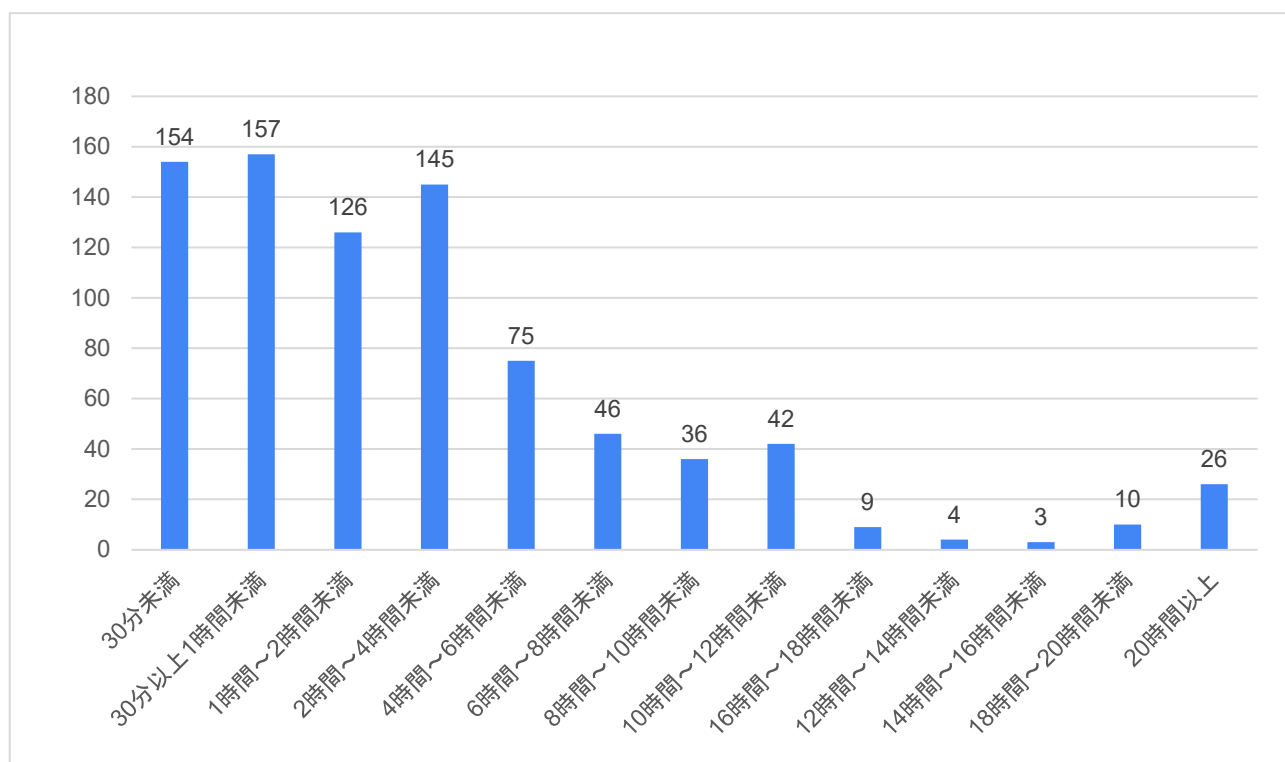
13. 2024 年 11 月の勤務で、取得できなかった休憩時間の合計は何時間ですか？
＊休憩とは、労働者が休息のために労働から完全に解放されることを保障されている時間のことです。電話番やいつでも業務あたれるよう待機している時間（手待ち時間）は休憩にはあたりません。

	n	%
休憩はすべてとれた	432	34.2%
休憩はすべて取れず	833	65.8%
総計	1265	100.0%



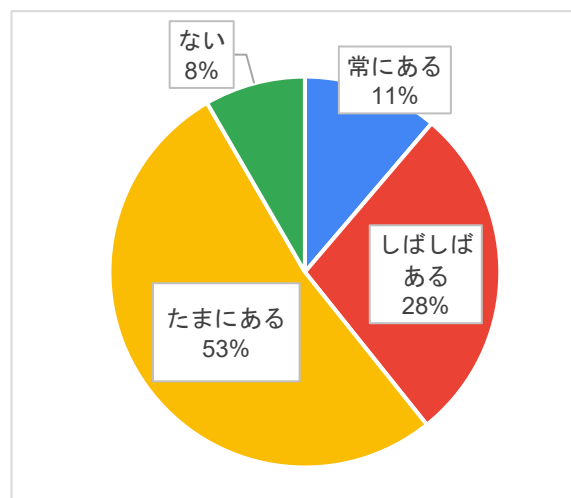
	n	%
30分未満	154	18.5%
30分以上1時間未満	157	18.8%
1時間～2時間未満	126	15.1%
2時間～4時間未満	145	17.4%
4時間～6時間未満	75	9.0%
6時間～8時間未満	46	5.5%
8時間～10時間未満	36	4.3%

	n	%
10時間～12時間未満	42	5.0%
16時間～18時間未満	9	1.1%
12時間～14時間未満	4	0.5%
14時間～16時間未満	3	0.4%
18時間～20時間未満	10	1.2%
20時間以上	26	3.1%
総計	833	100.0%



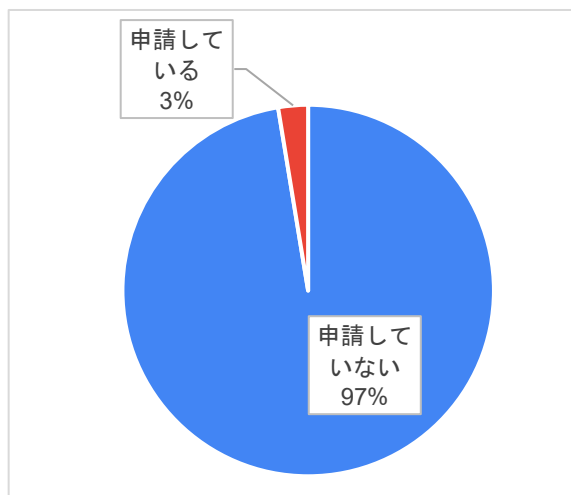
14. 休憩を中断して、業務にあたることはありますか？

	n	%
常にある	144	11.2%
しばしばある	359	28.0%
たまにある	671	52.4%
ない	107	8.4%
総計	1281	100.0%



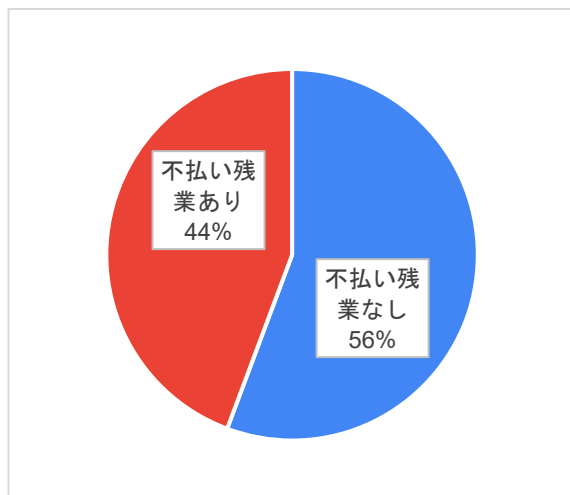
15. 休憩がすべて取得できなかった場合、取得できなかった時間を時間外労働として申請していますか？

	n	%
申請していない	1204	97.4%
申請している	32	2.6%
総計	1236	100.0%



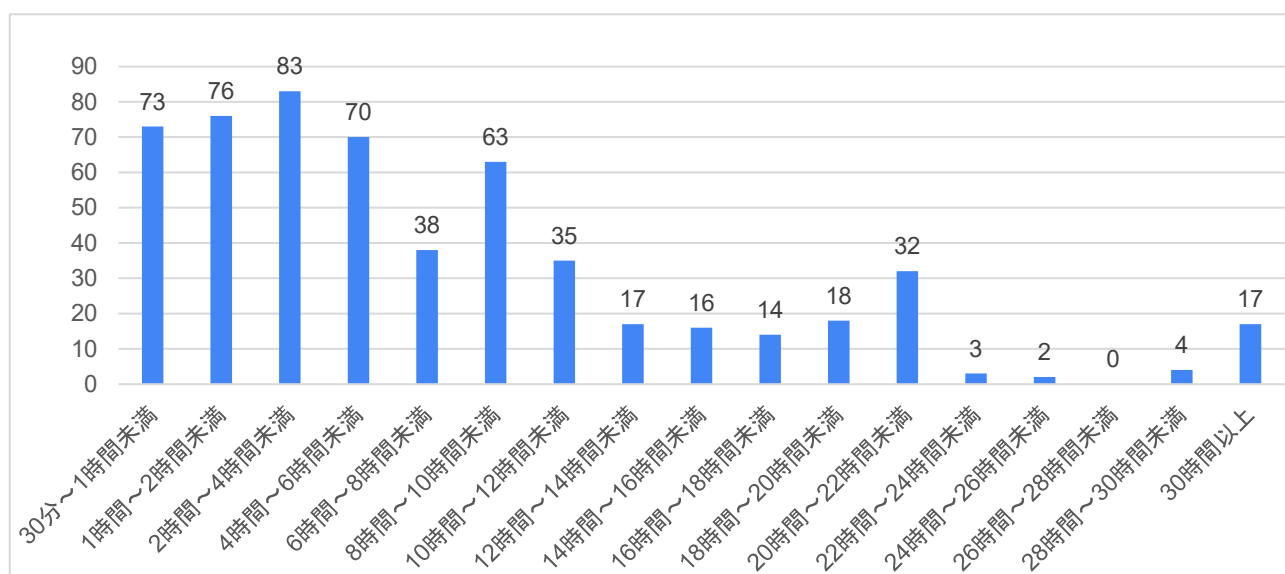
16. 2024 年 11 月の通常勤務後で不払い残業の合計は何時間ですか？
(未申請のほか、申請して認められなかった時間含む)

	n	%
不払い残業なし	705	55.7%
不払い残業あり	561	44.3%
総計	1266	100.0%

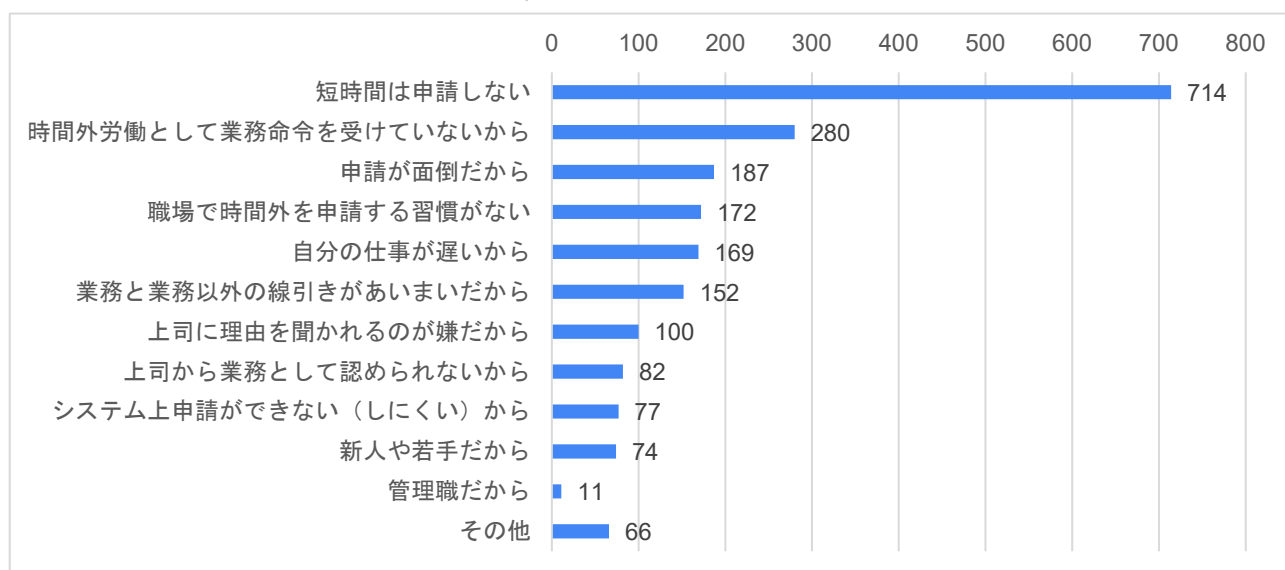


	n	%
30分～1時間未満	73	13.0%
1時間～2時間未満	76	13.5%
2時間～4時間未満	83	14.8%
4時間～6時間未満	70	12.5%
6時間～8時間未満	38	6.8%
8時間～10時間未満	63	11.2%
10時間～12時間未満	35	6.2%
12時間～14時間未満	17	3.0%
14時間～16時間未満	16	2.9%

	n	%
16時間～18時間未満	14	2.5%
18時間～20時間未満	18	3.2%
20時間～22時間未満	32	5.7%
22時間～24時間未満	3	0.5%
24時間～26時間未満	2	0.4%
26時間～28時間未満	0	0.0%
28時間～30時間未満	4	0.7%
30時間以上	17	3.0%
総計	471	84.0%

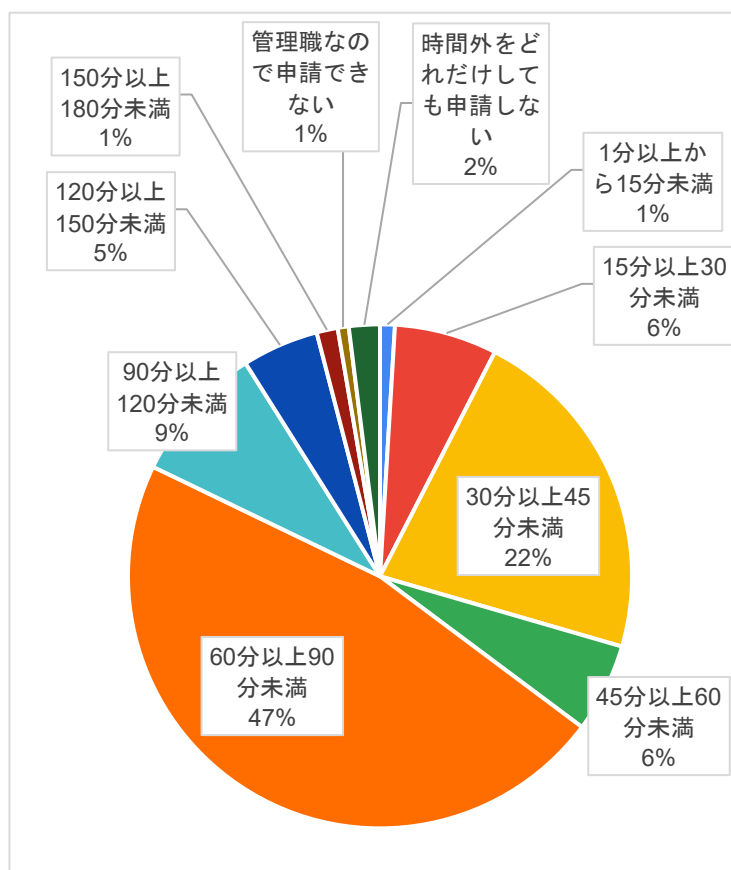


17. 超過勤務を時間外労働として申請できない理由はなんですか？
該当するもの全て選択してください。



18. 時間外労働は何分から申請していますか？

	n	%
1 分以上から 15 分未満	12	1.0%
15 分以上 30 分未満	83	6.6%
30 分以上 45 分未満	277	22.0%
45 分以上 60 分未満	72	5.7%
60 分以上 90 分未満	592	46.9%
90 分以上 120 分未満	112	8.9%
120 分以上 150 分未満	62	4.9%
150 分以上 180 分未満	17	1.3%
管理職なので申請できない	9	0.7%
時間外をどれだけしても申請しない	25	2.0%
総計	1261	100.0%

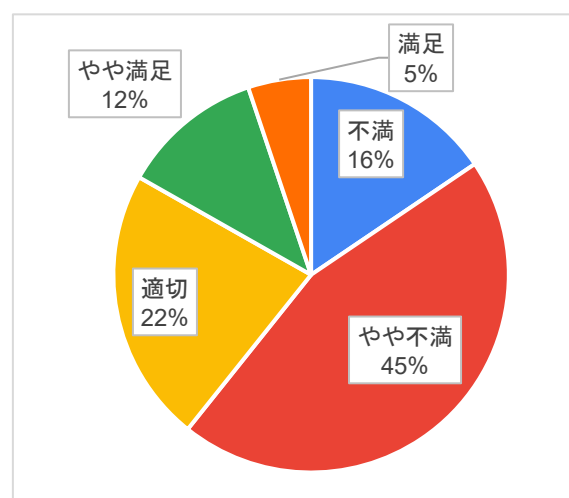


19. 前残業、休憩が取れない、不払い残業について、職場の状況やご意見、改善に向け取り組んでいることがあれば教えてください。

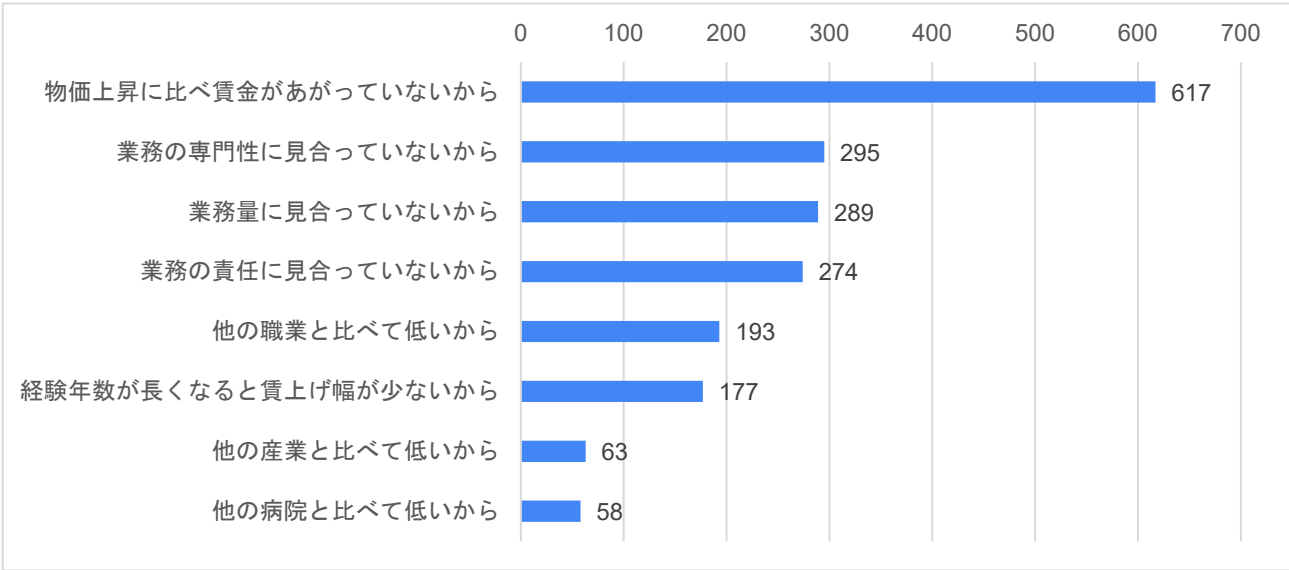
回答数 154 件（自由記載）

20. 現在の収入に満足していますか？

	n	%
不満	199	15.5%
やや不満	579	45.2%
適切	288	22.5%
やや満足	149	11.6%
満足	66	5.2%
総計	1281	100.0%



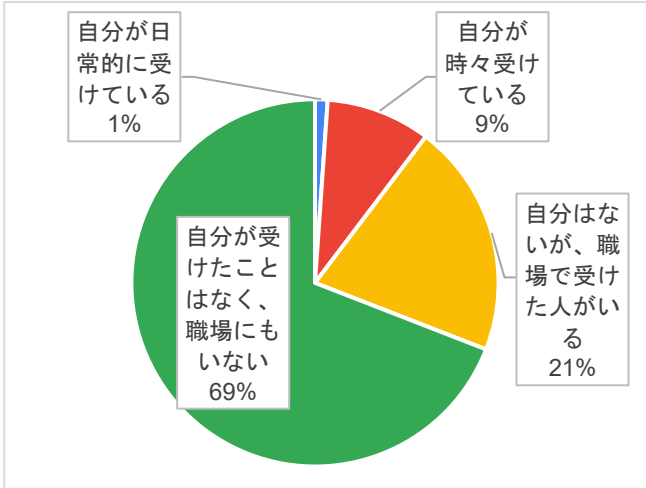
21. 前の設問で、「不満」・「やや不満」と回答された方にお尋ねします。その理由を以下の選択肢から該当するものすべて選択してください。



22. 現在の収入について、ご意見があれば教えてください
 回答数 142 件（自由記載）

23. 2024 年 1 月以降、 パワハラを受けたことはありますか？

	n	%
自分が日常的に受けている	14	1.1%
自分が時々受けている	116	9.2%
自分はないが、職場で受けた人がある	259	20.6%
自分が受けたことはなく、職場にもいない	870	69.1%
総計	1259	100.0%

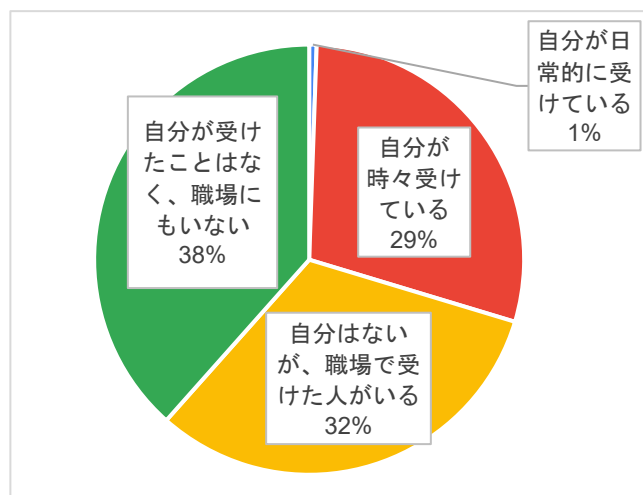


24. パワハラについて、実際にあったことを可能な範囲で教えてください。
 回答数 200 件（自由記載）

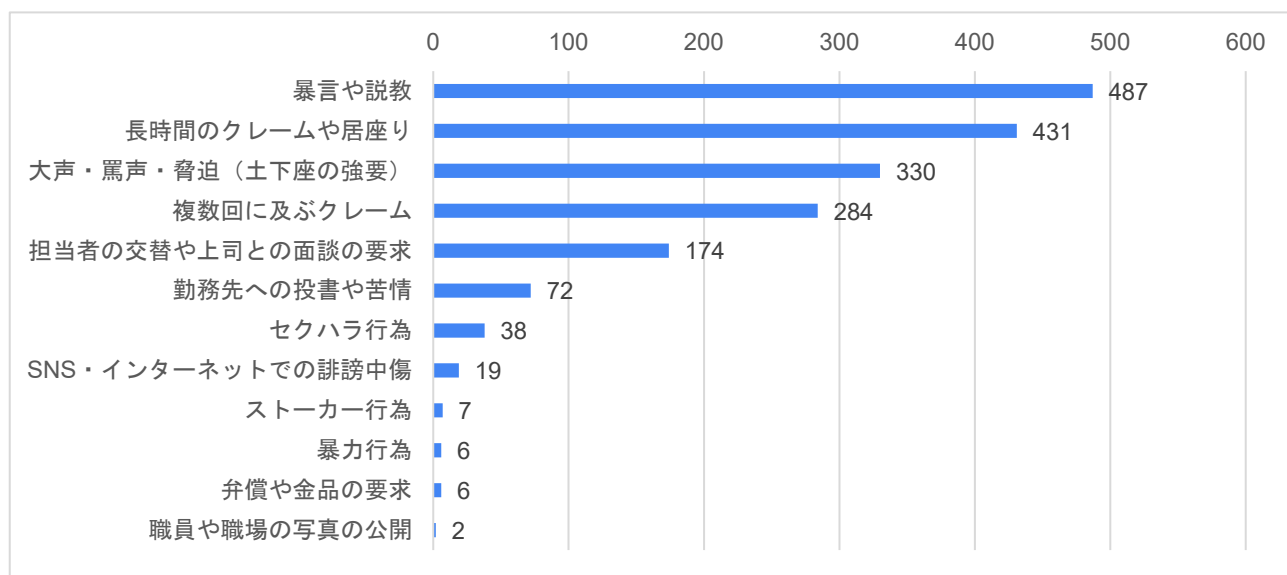
2024 年 1 月以降, カスタマーハラスメントを受けたことがありましたか？

＊カスタマーハラスメント（患者および患者家族から迷惑行為や悪質なクレーム）

	n	%
自分が日常的に受けている	7	0.6%
自分が時々受けている	365	29.1%
自分はないが、職場で受けた人がある	400	31.9%
自分が受けたことはなく、職場にもいない	482	38.4%
総計	1254	100.0%



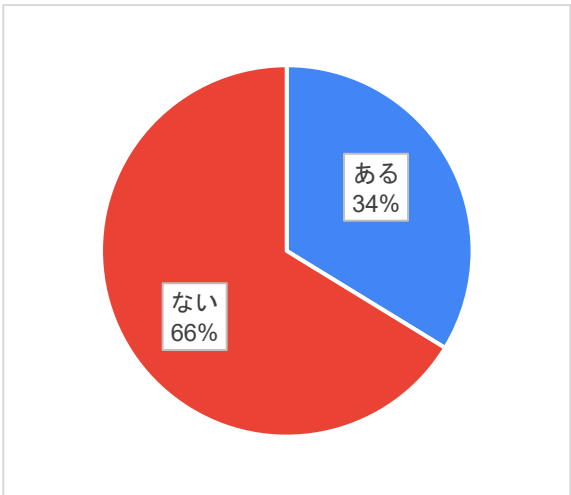
25. 迷惑行為や悪質クレームを「受けている」と「自分はないが、職場で受けた人がある」と答えた方にお尋ねします。どのようなものでしたか？
（上位に該当するものを 3 つまで選択してください）



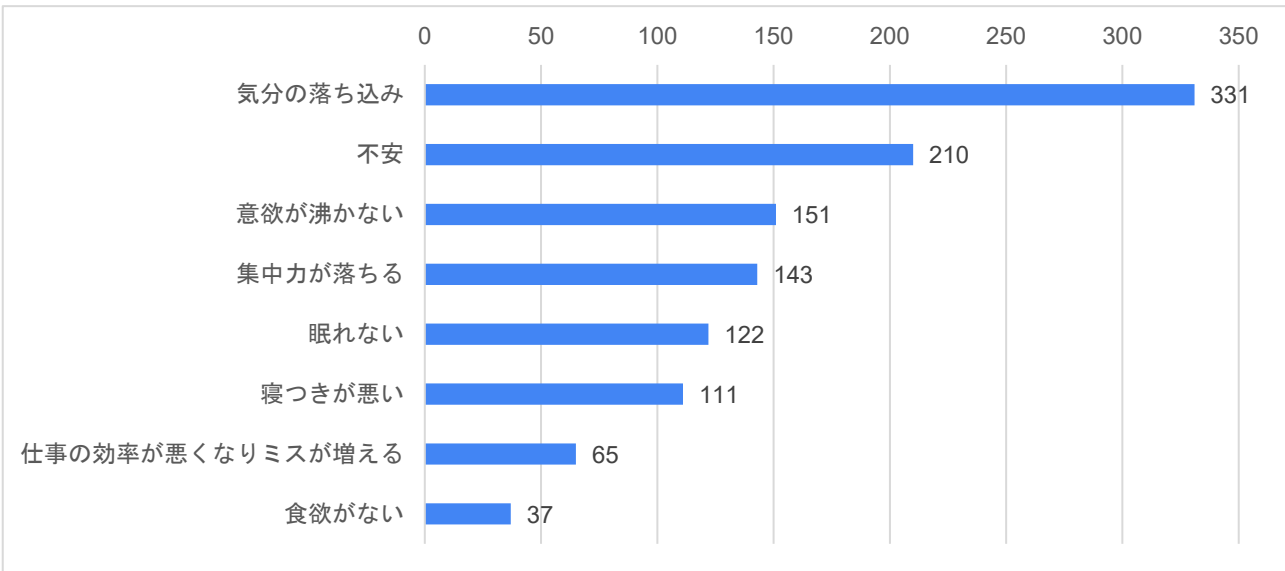
26. 迷惑行為や悪質クレーム についてどのようなものがありましたか？
（実際にあったことを可能な範囲で教えてください）
回答数 210 件（自由記載）

27. 2024 年 1 月以降で、ご自身にうつ的な症状はありましたか？

	n	%
ある	431	33.8%
ない	846	66.2%
総計	1277	100.0%

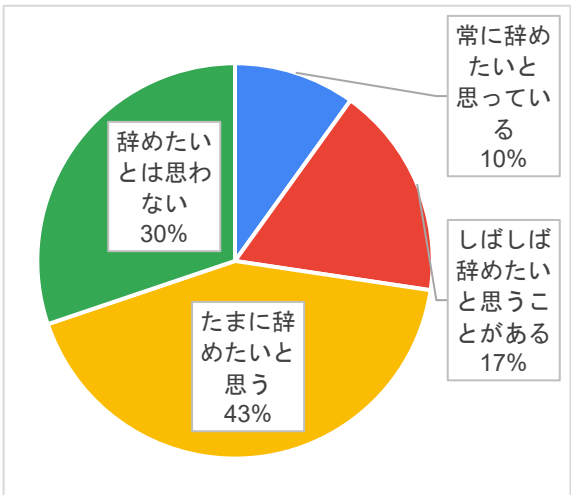


28. 「ある」と回答された方にお聞きます。どのような症状でしたか？
(3 つまで選択してください)

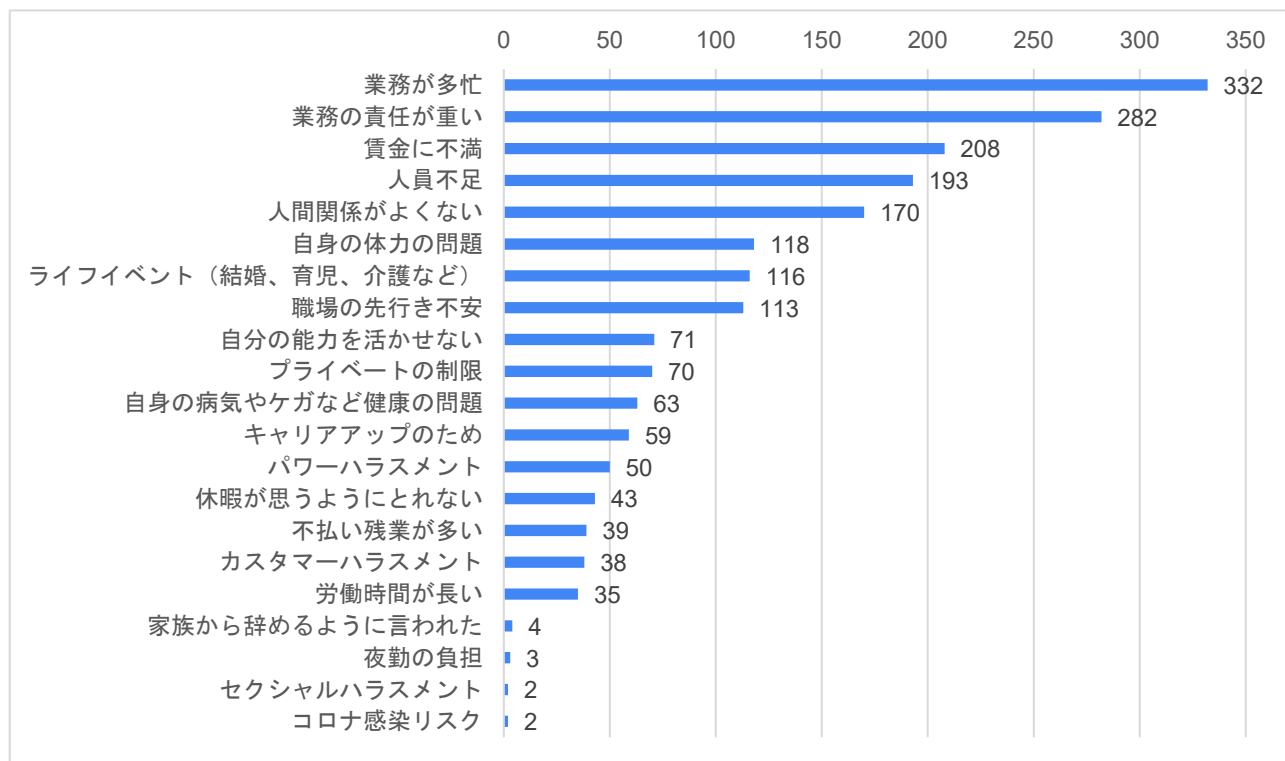


29. 現在の職場を辞めたいと思っていますか？

	n	%
常に辞めたいと思っている	127	9.9%
しばしば辞めたいと思うことがある	223	17.4%
たまに辞めたいと思う	543	42.5%
辞めたいとは思わない	386	30.2%
総計	1279	100.0%

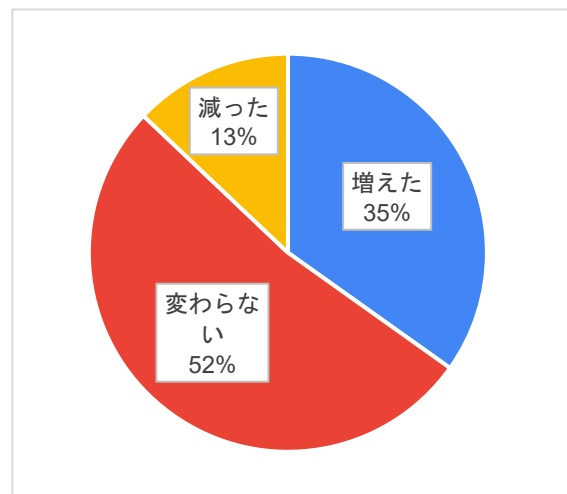


30. 辞めたいと思うと答えた方にお尋ねします。辞めたいと思う理由は何ですか？
 (該当するものを3つまで選択してください)

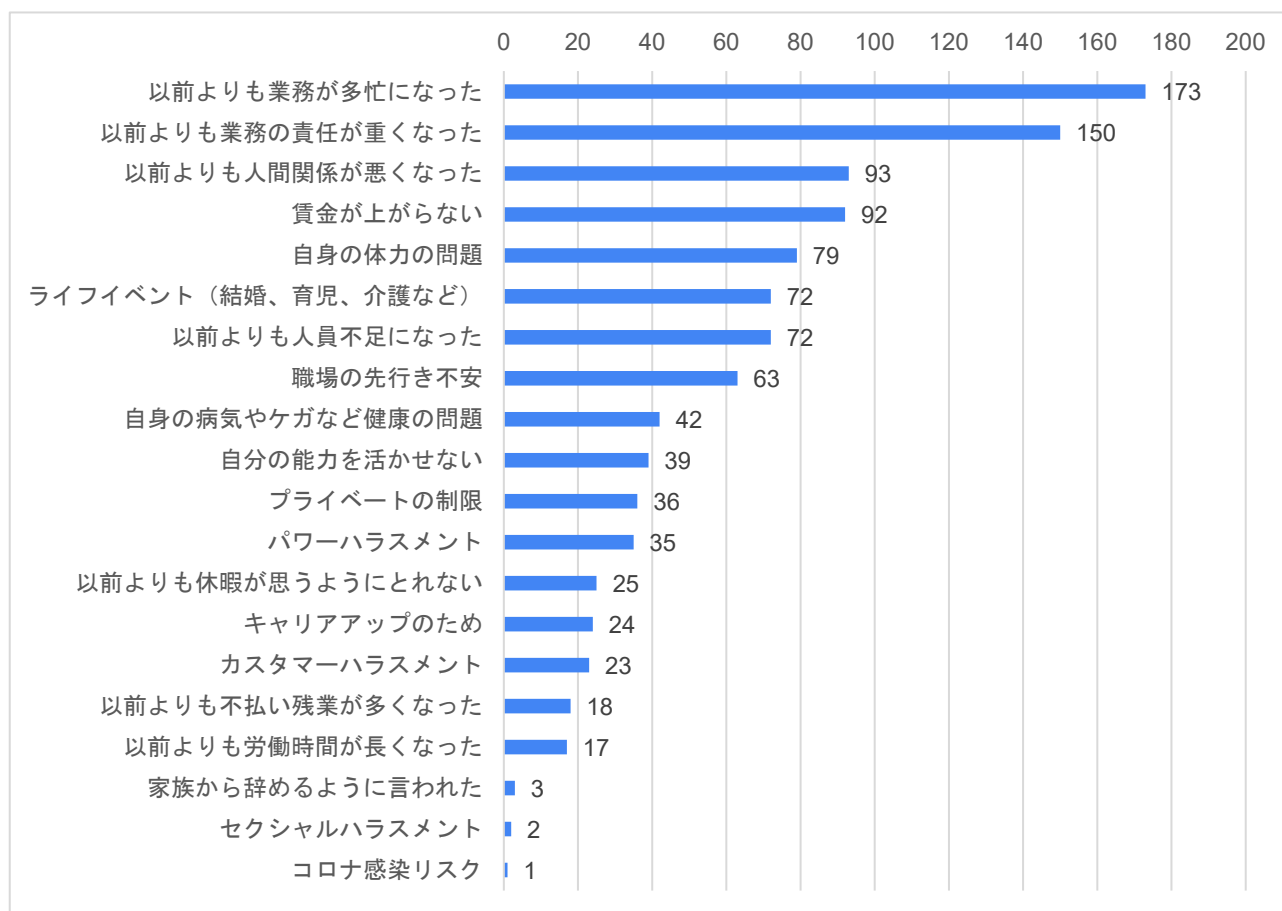


31. 昨年度よりも仕事を辞めたいと思うことが増えましたか？

	n	%
増えた	407	34.8%
変わらない	610	52.2%
減った	151	12.9%
総計	1168	100.0%



32. 昨年度よりも辞めたいと思う場合、その理由は何ですか？
 (該当するものを3つまで選択してください、)



33. 職場を辞めたいと思うその理由について、補足があれば教えてください
 回答数 138 件（自由記載）

34. その他、現場で困っていることがあれば教えてください。
 回答数 130 件（自由記載）

会員病院の 2024 年上半期収支及び通期決算見込み調査結果のお知らせ

2024 年 12 月 12 日

公益社団法人全国自治体病院協議会（以下「当協議会」）は、全国の会員病院を対象に、2024 年上半期（4 月～9 月）の収支及び通期決算見込みについて緊急調査を実施しました。その結果を以下の通りご報告いたします。

調査概要

- **調査目的**：会員病院の経営状況を把握し、国等へ支援の働きかけを行うため。
- **調査期間**：2024 年 10 月 28 日～12 月 4 日
- **調査対象**：会員病院 846 施設
- **回答数**：297 施設（回答率：35%）

調査結果の概要

1. 上半期（2024 年 4 月～9 月）の収支

回答数 297 病院のうち、上半期収支に関する有効回答を得られたのは 224 病院（全体の 75%）となり、有効回答数の病床規模別の内訳は以下の通りです。

- **200 床未満**：78 病院（34.8%）
- **200 床以上 399 床以下**：72 病院（32.1%）
- **400 床以上**：74 病院（33.0%）

(1) 対前年収益状況（有効回答の合計）

- ① **医業収益**：+ 176 億円（前年同期比 1.8%増加）
- ② **医業費用**：+ 352 億円（前年同期比 3.5%増加）
- ③ **医業利益**：- 175 億円（前年同期比 44.4%減少）
- ④ **医業収支比率**：94.5%（前年同期比 1.5%減少）

-
- ⑤ **経常収益**：+ 117 億円（前年同期比 1.1%増加）
 - ⑥ **経常費用**：+ 340 億円（前年同期比 3.3%増加）
 - ⑦ **経常利益**：- 223 億円（前年同期比 76.4%減少）
 - ⑧ **経常収支比率**：100.7%（前年同期比 2.2%減少）

(2) 病床規模別の医業収支比率の平均

- ① 200 床未満：85.8%（前年同期比 2.0%減少）
- ② 200 床以上 399 床以下：90.3%（前年同期比 1.7%減少）
- ③ 400 床以上：97.1%（前年同期比 1.5%減少）

2. 通期（2024 年）の決算見込み

回答数 297 病院のうち、通期決算見込みに関する有効回答を得られたのは 112 病院（全体の 38%）となり、有効回答数の病床規模別の内訳は以下の通りです。

- 200 床未満：34 病院（30.4%）
- 200 床以上 399 床以下：40 病院（35.7%）
- 400 床以上：38 病院（33.9%）

(1) 対前年収益決算見込み（有効回答の合計）

- ① 医業収益：+ 26 億円（前年同期比 0.3%増加）
- ② 医業費用：+ 572 億円（前年同期比 5.2%増加）
- ③ 医業利益：- 546 億円（前年同期比 47.8%減少）
- ④ 医業収支比率：85.5%（前年同期比 4.2%減少）

-
- ⑤ 経常収益：- 97 億円（前年同期比 0.9%減少）
 - ⑥ 経常費用：+ 425 億円（前年同期比 3.7%増加）
 - ⑦ 経常利益：- 523 億円（前年同期比 123.8%減少）
 - ⑧ 経常収支比率：92.2%（前年同期比 4.2%減少）

(2) 病床規模別の医業収支比率の平均

- ① 200 床未満：73.1%（前年同期比 3.1%減少）
- ② 200 床以上 399 床以下：81.6%（前年同期比 4.9%減少）
- ③ 400 床以上：88.7%（前年同期比 4.0%減少）

※ 上半期収支及び通期決算見込みの適切な利用に関する説明、その他特記事項

上半期収支や通期決算見込みは、現在入手可能な情報や合理的な判断に基づいております。実際の業績は様々な要因（季節的な要因や特定の時期に集中する収益・費用が存在）や今後の事業環境の変化により異なる可能性があります。

分析結果（コメント）

1. 令和 6 年度人事院勧告を踏まえた給与改定状況

令和 6 年度人事院勧告を踏まえた給与改定状況について有効回答を得られた 286 病院のうち 221

病院（全体の 77%）が給与改定を実施する見込みである一方、実施しない見込みの病院（地方独立行政法人病院）が 4%あります。

また、令和 6 年度人事院勧告を踏まえた給与改定における所要額及び不足額について有効回答を得られた 120 病院について、ベースアップ評価料をはじめとした賃上げ・基本料等の引き上げに係る「増収見込額」から「給与改定所要額の試算」を差し引いた試算額をみると、1 病院当たり平均 1 億 1,700 千万円の不足であり、病床規模別では 200 床未満が約 3,500 万円、200 床以上 399 床以下が約 9,400 万円、400 床以上が約 2 億 2,500 万円不足する結果となりました。

2. 令和 6 年度上半期までの経営状況

会員病院の経営は厳しい状況にあり、経営状況について様々な課題が報告されています。特に人件費と材料費の増加が影響し、医業収益が増加しても、それを上回る医業費用の上昇によって経営が悪化しています。新型コロナウイルスの分類変更に伴う医業収益の減少や物価高騰が経営に負の影響を与えており、収益改善が難しい状況です。

3. 令和 6 年度の経営改善策

医療を取り巻く環境が厳しさを増す一方、会員病院では、経営状況を改善するために多様な取り組みが進められています。患者単価を向上させる取組のほか、人員採用の強化や外部委託費用の見直しによるコスト削減策、効率的な病床運用や稼働率の向上、平均在院日数の適正化、訪問診療の強化といった収益向上策が実施されています。

4. 国への要望等

国への要望として、現在の診療報酬が物価高騰や人口減少の影響を十分にカバーできていないため、さらなる見直しを求める声が多く挙げられました。また、自治体病院が持続可能な医療を提供できるよう、物価高騰対策の継続・拡充やさらなる財政措置を望んでいます。

お問い合わせ先

公益社団法人全国自治体病院協議会 経営調査部

担当者：松本・五十嵐

TEL：03-3261-8568

Email：keiei@jmha.or.jp

URL：https://www.jmha.or.jp

NEWS

会長の望月氏が危機感「来年まで現状の診療報酬の水準が続くと、倒産する病院も出てくるのではないか」

全国自治体病院協議会が緊急調査、2024年度上半期の医業損益の赤字は1.4倍に拡大

2024/12/20

満武 里奈＝日経ヘルスケア

全国自治体病院協議会が会員病院を対象に実施した緊急調査で2024年上半期（4月～9月）の有効回答を得た会員病院の医業損益の合計は569億円の赤字で、前年同期の394億円の赤字から1.4倍に赤字幅が広がる見込みであることが分かった。医業収益（収入）は前年同期比で1.8%増加した一方、医業費用が同3.5%増えたことによるもの。2024年12月12日の記者会見で報告した。会長の望月泉氏は、「来年まで現状の診療報酬の水準が続くと、かなり大変なことが起きるのではないか。倒産する病院も出てくるのではないかと思う」と危機感を示した。



会見で説明する会長の望月泉氏

今回の調査は、会員病院の経営状況を把握し、国などへ支援の働きかけを行うことを目的にしている。調査期間は2024年10月28日～12月4日。調査対象となる会員病院846施設のうち、回答したのは297施設（回答率：35%）。有効回答は224病院だった。224病院のうち、200床未満は78病院（34.8%）、200床以上399床以下は72病院（32.1%）、400床以上は74病院（33.0%）だった。なお、通期（2024年）の決算見込みに関する有効回答数は112病院。200床未満は34病院（30.4%）、200床以上399床以下が40病院（35.7%）、400床以上が38病院（33.9%）。

同調査は有効回答を得た会員病院の医業収益や医業費用、医業利益の合計から対前年の収益状況などを調査するもの。2024年度上半期の医業収益の合計は9730億円と前年同期比で176億円増（1.8%増）となったが、医業費用は計1兆299億円と同352億円増加

（3.5％増）した（図1）。医業損益は569億円の赤字で、前年同期で175億円悪化した。医業収支比率は前年同期比1.5％減の94.5％と赤字体質はさらに進んだ形となった。一方、経常利益の合計は2024年度上半期で69億円と黒字だったものの、前年同期の292億円から76.4％減少した。

病床規模別の1病院当たりの平均医業利益は、200床未満が対前年で2300万円減、200床以上399床以下が7000万円減、400床以上は1億4500万円減だった。また、平均医業収支比率は、200床未満が85.8％（前年同期比2.0％減）、200床以上399床以下が90.3％（同1.7％減）、400床以上は97.1％（同1.5％減）だった。



図1 2024年度上半期収支（医業収益と医業費用）
（全国自治体病院協議会会見資料より抜粋）

2024年通期見込みは、有効回答を得た会員病院の合計で医業収益は計9963億円と前年比26億円増（0.3％増）、医業費用が計1兆1654億円と同572億円増（5.2％増）で、医業損益は1690億円の赤字と前年度の1144億円の赤字から546億円悪化する見込みだ。医業収支比率は前年同期比4.2％減の85.5％となる（図2）。

病床規模別の1病院当たりの平均医業利益は、200床未満では対前年で8400万円減、200床以上399床以下が4億9700万円減、400床以上は8億3900万円減の見込みとなる。病

床規模別の平均医業収支比率見込みは、200床未満が73.1%（前年同期比3.1%減）、200床以上399床以下が81.6%（同4.9%減）、400床以上が88.7%（同4.0%減）となる。



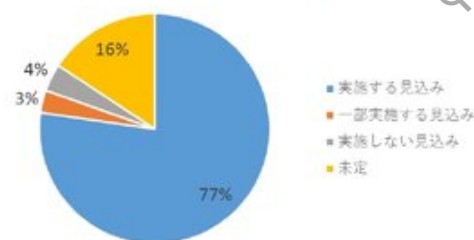
図2 2024年度通期見込み（医業収益と医業費用）
（全国自治体病院協議会会見資料より抜粋）

給与改定状況、77%が人事院勧告を踏まえた改定見込み

全国自治体病院協議会は、2024年度人事院勧告を踏まえた給与改定状況についても調査。有効回答を得られた286病院のうち221病院（77%）が給与改定を実施する見込みであることを同日の会見で報告した。一方で、「一部実施する見込み」が3%、「未定」が16%だったほか、「実施しない見込み」の病院（地方独立行政法人病院）が4%あった（図3）。

2024年度人事院勧告を踏まえた給与改定における所要額と不足額について、有効回答を得られた120病院を対象に調べたところ、1病院当たり平均1億1700万円不足することも分かった。病床規模別では200床未満が約3500万円、200床以上399床以下が約9400万円、400床以上が約2億2500万円不足していた。

令和6年度人事院勧告を踏まえた給与改定状況



令和6年度給与改定所要額の試算と不足額の試算

1病院当たり平均	平均 / 所要額	平均 / 不足額
200床未満	51百万円	35百万円
200床以上399床以下	140百万円	94百万円
400床以上	331百万円	225百万円
総計	173,370	117,110

図3 給与改定状況と経営状況など
(全国自治体病院協議会会見資料より抜粋)

こうした結果から全国自治体病院協議会では、「現在の診療報酬が物価高騰や人口減少の影響を十分にカバーできていないため、さらなる見直しを求める声が多く挙げられた」という。国に対しては、自治体病院が持続可能な医療を提供できるよう、物価高騰対策の継続・拡充やさらなる財政措置を望んでいるという。

会長の望月泉氏は、「今回の人事院勧告を踏まえてそのまま対応すると、給与を4.5～5%上げる状況。給与を引き上げたくても病院の経営状況があまりに厳しく、『未定』という病院も結構出ているのだと思う」と話した。また、こうした経営難の中で、「病院によっては病床利用率が低下し、在院日数を引き延ばすよう指示が出ている病院もあるやに聞いており、そうした指示はあまり好ましくないと思っている」と苦言を呈した。

令和7年度地方財政対策の概要

総務省自治財政局
令和6年12月27日

【I 令和7年度の地方財政の姿】

1 通常収支分

(1) 地方財政計画の規模	97兆 100億円程度	(⑥93兆6,388億円、+3兆3,700億円程度、	+3.6%程度)
(2) 地方一般歳出	81兆2,800億円程度	(⑥78兆4,568億円、+2兆8,200億円程度、	+3.6%程度)
(3) 一般財源総額(交付団体ベース)	63兆7,714億円	(⑥62兆7,180億円、+1兆 535億円、	+1.7%)
※ 不交付団体を含めた一般財源総額	67兆 5,414億円	(⑥ 65兆 6,980億円、+ 1兆 8,435億円、	+ 2.8%)
(4) 地方交付税の総額	18兆9,574億円	(⑥18兆6,671億円、+2,904億円、	+1.6%)
(5) 地方税及び地方譲与税	48兆4,154億円	(⑥45兆4,622億円、+2兆9,532億円、	+6.5%)
(6) 地方特例交付金等	1,936億円	(⑥ 1兆1,320億円、▲9,384億円、	▲82.9%)
(7) 臨時財政対策債	0円	(⑥ 4,544億円、▲4,544億円、	皆減)
(8) 財源不足額	1兆 929億円	(⑥ 1兆8,132億円、▲7,203億円、	▲39.7%)

2 東日本大震災分

(1) 復旧・復興事業				
① 震災復興特別交付税	871億円	(⑥ 904億円、	▲33億円、	▲3.7%)
② 規模	2,700億円程度	(⑥ 2,631億円、	+70億円程度、	+2.6%程度)
(2) 全国防災事業				
規模	218億円	(⑥ 250億円、	▲32億円、	▲12.8%)

1

令和7年度地方財政対策の概要(通常収支分)⑤

8 持続可能な地域社会の実現に向けた地方創生の取組 …P18～P20参照

- 地方への人の流れの創出・拡大を加速するため、二地域居住・関係人口、大学等と連携した地域課題解決に係る特別交付税措置を創設するとともに、「地域活性化起業人」「地域おこし協力隊」に係る特別交付税措置を拡充
- 行政サービス等の持続性を確保するため、過疎地に所在する郵便局に窓口事務を委託する市町村について、当該郵便局等に対して行政サービス、住民生活支援サービスを委託する際の初期経費に係る特別交付税措置を創設
- 地域のニーズや時代の変化に対応した高校教育を推進するため、公立高校と産業界等が連携した人材育成の取組に対して特別交付税措置を創設

9 地方公務員の給与改定等に要する地方財源の確保

- 令和6年人事委員会勧告に伴う給与改定に要する経費について、所要額を計上
 - ・ 給与改定に要する経費(地方負担分) 7,700億円程度
 - うち会計年度任用職員分 1,450億円程度
- 教職調整額の率の引上げに伴う令和7年度の地方負担(113億円)について、全額地方財政計画の歳出に所要額を計上し、必要な財源を確保(→P21参照)
- 令和7年度の給与改定に備え、一般行政経費(単独)に「給与改善費(仮称)」「(2,000億円)を計上

10 物価高への対応 …P22参照

- 自治体施設の光熱費や、サービス・施設管理等の委託料の増加を踏まえ、一般行政経費(単独)に1,000億円(前年度比+300億円)を計上
- 資材価格等の高騰による建設事業費の上昇を踏まえ、公立病院の新設・建替等事業(病院事業債)と津波浸水想定区域からの庁舎移転事業(緊急防災・減災事業債)における建築単価の上限を引上げ

6

物価高への対応

- 学校、福祉施設、図書館、文化施設など自治体施設の光熱費の高騰や、ごみ収集、学校給食など自治体のサービス・施設管理等の委託料の増加を踏まえ、一般行政経費(単独)に1,000億円を計上(前年度比+300億円)
- 資材価格等の高騰による建設事業費の上昇を踏まえ、公立病院の新設・建替等事業(病院事業債)と津波浸水想定区域からの庁舎移転事業(緊急防災・減災事業債)における建築単価の上限を引上げ

1. 自治体施設の光熱費・施設管理等の委託料の増加への対応

- ① 学校、福祉施設、図書館、文化施設など自治体施設の光熱費の高騰に対応するため、一般行政経費(単独)に400億円を計上(前年度同額)
- ② ごみ収集、学校給食など自治体のサービス・施設管理等の委託料の増加を踏まえ、一般行政経費(単独)に600億円を計上(前年度比+300億円) ※ 普通交付税の単位費用措置を3%程度引上げ

2. 公立病院・庁舎の建築単価の引上げ

- 資材価格等の高騰による建設事業費の上昇を踏まえ、以下のとおり対応する
- ① 病院事業債:公立病院の新設・建替等事業における1㎡当たりの建築単価の上限を引上げ(52.0万円⇒59.0万円)
- ② 緊急防災・減災事業債:津波浸水想定区域からの庁舎移転事業における1㎡当たりの建築単価の上限を引上げ(46.8万円⇒50.1万円)
- ※ いずれも令和6年度事業債から新単価を適用

22

地域医療提供体制の確保

- 地域医療提供体制を確保するため、新たな資金繰り支援等、以下の取組を行う

1. 病院事業の経営改善の促進と資金繰り支援

- ① 資金不足が生じている病院事業※1であって、経営改善実行計画を策定し収支改善に取り組む公立病院に対して、経営改善の効果額の範囲内※2で活用できる資金手当のための地方債(病院事業債(経営改善推進事業))※3を創設

※1 当年度又は翌年度に資金不足額が生じる見込みの病院事業を含む

※2 資金不足(見込)額と経営改善効果額のいずれか小さい額が上限

※3 発行期間は令和7年度～令和9年度

【経営改善の取組例】

- 病床の縮小、病床機能の見直し
- 医薬品の共同購入、医療機器の共同利用
- 地域の医療機関と連携した紹介患者の増加
- 病院の統合・連携、経営形態の見直し

<公立病院の状況>

	R4	R5
公立病院数	853病院	854病院
赤字病院の割合 ^{注1}	34%	70%
赤字合計額 ^{注1}	639億円	2,448億円
資金不足 ^{注2} が生じている病院事業数	27事業 (41病院)	38事業 (54病院)

注1 経常収支 注2 地方財政法に定める資金不足額

- ② 総務省と厚生労働省の共同事業として、病院経営に携わるトップ層の経営マネジメント力を向上させ、経営改善を図ることにより持続可能な病院経営を行うために必要な知識を習得するための研修(医療経営人材養成研修)を創設

2. 不採算地域やへき地における医療提供体制の確保

- ① 不採算地区病院については、依然として厳しい経営状況が続いているため、令和3年度から実施している不採算地区病院等への特別交付税措置の基準額引上げ(30%)を継続※4

※4 日本赤十字社、恩賜財団済生会、JA厚生連等の公的病院等にも同様の措置を講じる

- ② へき地医療を担う公的病院等に対する地方団体の助成経費に係る特別交付税措置の対象に、へき地医療拠点病院等が行う訪問看護、遠隔医療に要する経費を追加

23

ハラスメント防止にむけて「自治労本部トップメッセージ」

自治労運動に関わる、あらゆる場所・時間でのハラスメント行為の一掃をめざし、自治労本部中央執行委員長として、次のとおり、行動することを宣言します。

1. 自治労は、パワーハラスメント、セクシャルハラスメント（性自認・性的指向に基づくハラスメントを含む）、妊娠・出産や育児・介護休業等に関するマタニティーハラスメント、パタニティハラスメント、カスタマーハラスメントなど、相手の人格や尊厳を侵害し、精神的・身体的な苦痛を与える行為など、あらゆるハラスメント行為を許しません。
2. 教育・研修などを通じて、ハラスメント防止の啓発に取り組み、ハラスメント行為を許さない組織風土をめざします。
3. とくに、組合員が日々働く職場や、組合活動の拠点となる組合書記局（組合事務所）でのハラスメント行為、ハラスメントと思われる行為を黙認しません。
4. この宣言は、自治労組合員のみならず、自治労運動に関係する全ての方々を対象とします。また、自治労運動に関わる、あらゆる場所・時間での行為を対象とします。

2023年11月27日

全日本自治団体労働組合
中央執行委員長 石 上 千 博

自治労本部主催会議・集会のハラスメント防止にむけた対応

自治労本部は、「トップメッセージ」（2023年11月27日中央執行委員会確認）において、自治労運動に関係するすべての方々を対象に、「自治労運動に関わる、あらゆる時間・場所でのハラスメントを一掃する」と宣言しました。

こうした宣言を確認したにも拘わらず、自治労本部主催の会議・集会において、県本部・単組参加者の間で、複数回、ハラスメント行為（疑いも含む）を受けたとの訴えを受けています。

ハラスメント撲滅を掲げる自治労は、一般の企業・団体以上にハラスメント防止の責任を負っています。

自治労本部は、これらの責任を自覚し、組合員が会議・集会に安心、安全に参加いただくため、主催者として以下の通り対応をはかります。

ご理解とご協力をお願いします。

1. 酒宴をともなう懇親会について

過去に発生した事案では、酒宴をともなう懇親会に参加し、泥酔状態となった参加者から、不必要な身体接触や性的言動を受けたとする事案が発生しています。

これ以上、深刻な被害を発生させないため、自治労本部としては、酒宴をともなう懇親会を全面的な禁止とすべき状況にあると認識しています。

しかし、自治労本部主催の会議・集会においては、組合員相互の交流機会も重要であることから、参加者に対して、最低限の措置として本部主催または私的な懇親会も含め、酒宴をともなう会は一次会のみとし、二次会の禁止を求めます。

酒宴をともなう一次会を開催する場合であっても、組合員相互の貴重な交流機会ととらえ、節度をもった行動をよろしくお願いします。

2. 本会議・集会で、ハラスメント行為（疑いを含む）の訴えを受けた際の自治労本部の対応について

① 安全、安心な会議・集会の場を提供するため、主催者として状況把握のために聞き取りを行います。

② 本部が聞き取った内容について、希望に応じて、本部から行為者（疑いを含む）、行為者が所属する県本部・単組に通知することができます。

③ 状況把握で聞き取った内容は、プライバシー保護に留意しつつ、会議・集会担当の自治労本部役職員、集会等を所管する自治労本部責任者、自治労本部ハラスメント対策委員会事務局、行為者が所属する県本部責任者（委員長・書記長）に限定し、共有します。

④ 状況把握の聞き取りを行い、主催者として、集会の運営に支障をきたす行為と判断する場合、または、被害者の心身の安全確保が必要と判断する場合は、行為者に途中退席を求めます。

⑤ 不適切な行為と判断された場合であっても、行為者の人事上の処分（懲戒等）は、所属先の県本部・単組が行うものであり、本部が行うことはできません。

2024年11月25日

全日本自治団体労働組合
中央執行委員長 石 上 千 博

参议院議員(自治労組織内)

岸まきこ



ご視聴、いいね♡
チャンネル登録、
よろしくお願いします！

衛生医療評議会キャラクター
「めでいかりす」



YouTube【きしまきちゃんねる】

～私たちの声を国会へ～

衛生医療評議会×岸まきこクロストーク ダイジェスト (3分53秒)



動画の本編については、追ってご案内します。



【LINE公式アカウント】
リリースしました！

友だち登録 をおねがいします



参议院議員(自治労組織内)

岸まきこ



YouTube【きしまきちゃんねる】

～私たちの声を国会へ～



衛生医療評議会×岸まきこ

衛生医療評議会の課題

■「もっとも多かった月の労働時間は？」 (5分50秒)



■「職場を辞めたいと思いますか？」 (4分18秒)



■「現在の収入に満足していますか？」 (5分12秒)



参議院議員(自治労組織内)

岸まきこ



YouTube【きしまきちゃんねる】

～私たちの声を国会へ～



衛生医療評議会×岸まきこ

医療従事者の労働条件と地域医療の持続可能性

■「労働時間の整備」 (4分32秒)



■「公立・公的病院の再編・統合/医療DXの推進」 (5分43秒)



■「夜間労働への配慮、介護・育児者への支援と人材補充」 (5分48秒)



参議院議員(自治労組織内)

岸まきこ



YouTube【きしまきちゃんねる】

～私たちの声を国会へ～



衛生医療評議会×岸まきこ

保健所における保健師の現場課題

■「市町村保健師の課題」 (4分32秒)



■「保健所で働く保健師の課題」 (7分13秒)



じちろう ネット

自治労 HP
フェイスブック
ツイッターも
続々更新中！

じちろうネット
の紹介動画は
コチラ↓



自治労情報にいつでもアクセス可能！

『じちろうネット』では、自治労本部が作成した
集会、セミナー、方針にかかる資料などを掲載しています。
また教宣用の素材提供なども行っています。

お申し込みは県本部まで！





You Tube

▶ チャンネル登録 &
高評価👍を
お願いします！

きしまきちゃんねる

参議院議員

岸まきこ

ここだけの情報も
発信中！



