



新たな地域医療構想等に関する検討会（第5回）
令和6年5月31日（金）

第5回新たな地域医療構想等に関する検討会	資料2
令和6年5月31日	

自治体病院の現状と地域医療構想

公益社団法人 全国自治体病院協議会
会長 小熊 豊

本日の内容

I. 自治体病院の現状

II. 地域医療構想をめぐる課題

1. 新たな地域医療構想
2. かかりつけ医機能

III. 今後の展望

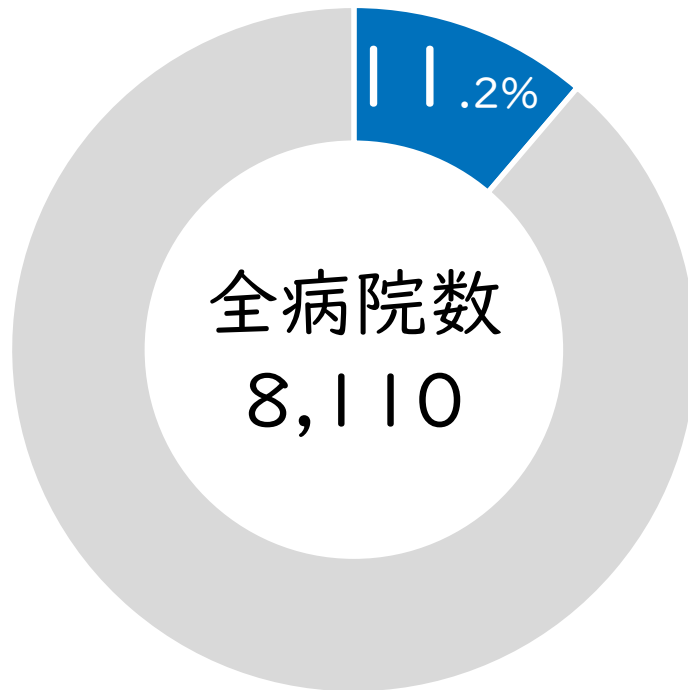
【参考資料】

公立病院経営強化プラン

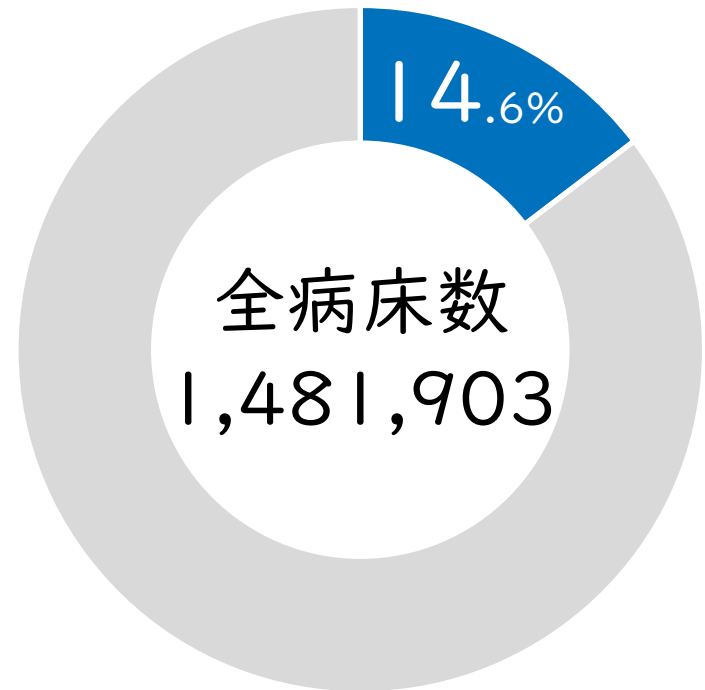
I. 自治体病院の現状

全国の病院に占める自治体病院の割合

911 病院



216,814 床



公立・公的病院の機能

- ① 高度急性期や急性期機能
- ② 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
- ③ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
- ④ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
- ⑤ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能 など

出典：厚生労働省「第19回 地域医療構想に関するWG」
配布資料より抜粋

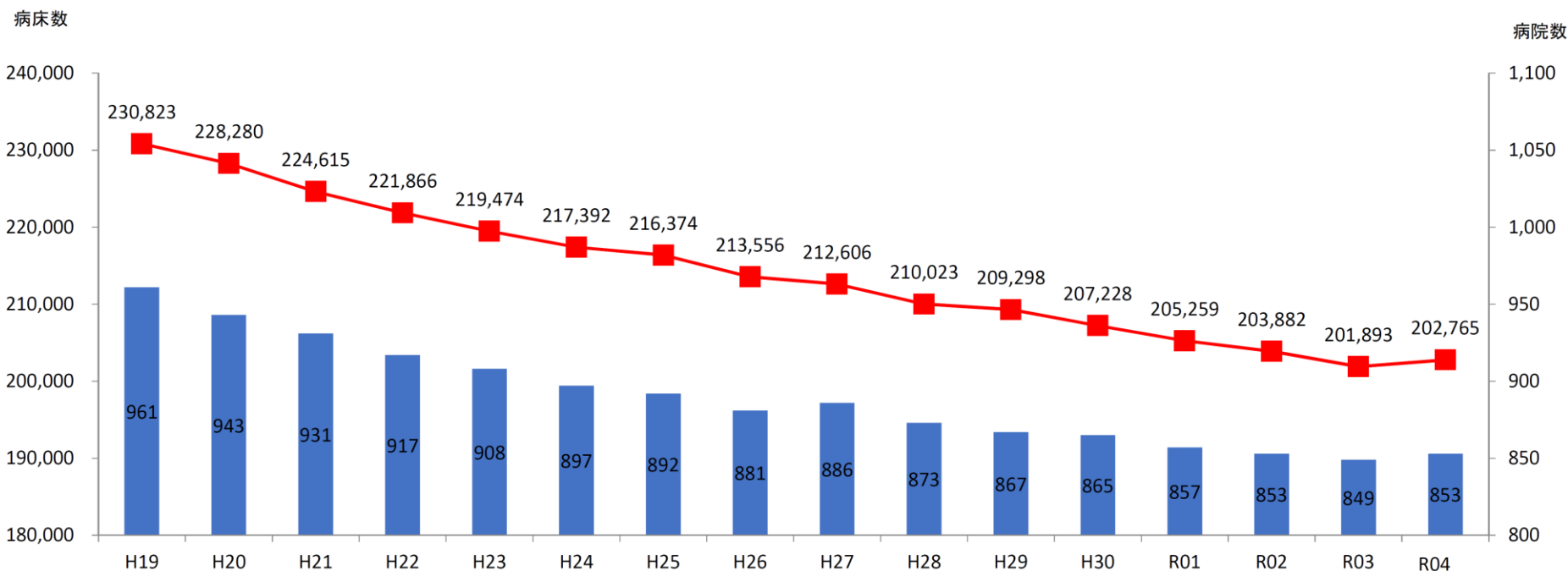
公立病院等で
なければ担えない
医療機能への重点化

一般医療

①～⑤の機能は、山に例えるならば、山の頂上ないしは、崩れ落ちそうな急峻な領域となり、裾野となる一般医療なくしては、山＝医療として成り立たず、不採算医療、政策医療など施行できる状況にはない。経営的にも今以上の悪化につながる。

公立・公的病院の機能は
一律ではなく、地域々々によって果たす役割が異なる

公立病院数と病床数の推移（地方独立行政法人を含む）



※出典：地方公営企業決算状況調査、地方独立行政法人（病院事業）に関する決算状況調査、医療施設調査（厚生労働省）
 ※病院数は、建設中のものを除いている。

公立病院（地方独立行政法人を含む）の立地

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

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

【所在市区町村人口区分別の公立病院数】

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

※ 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））

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

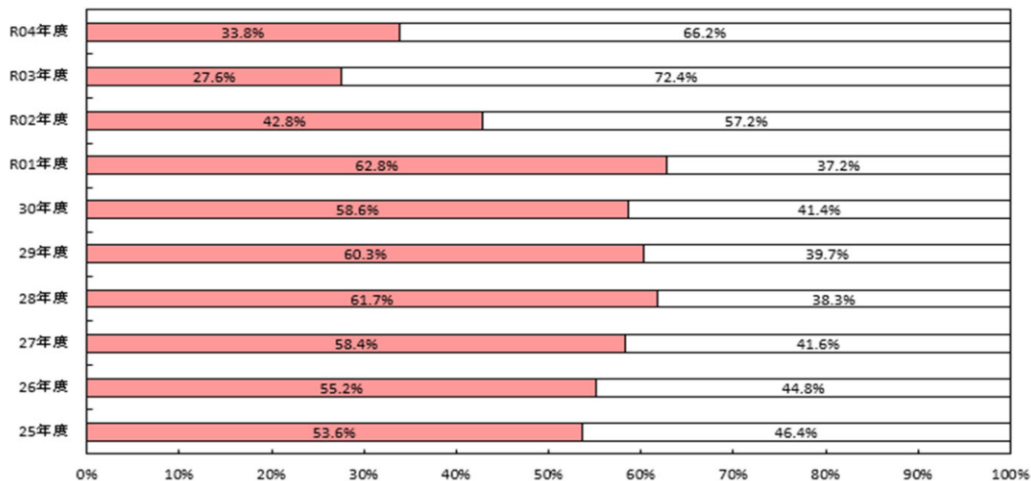
	H20～H26実績	H27～R2実績	合計	【参考】 実施中 (枠組合意)
再編・ネットワーク化 関連病院数	126公立病院	67公立病院	193公立病院	60公立病院

<参考2> 公立病院数及び病床数の比較

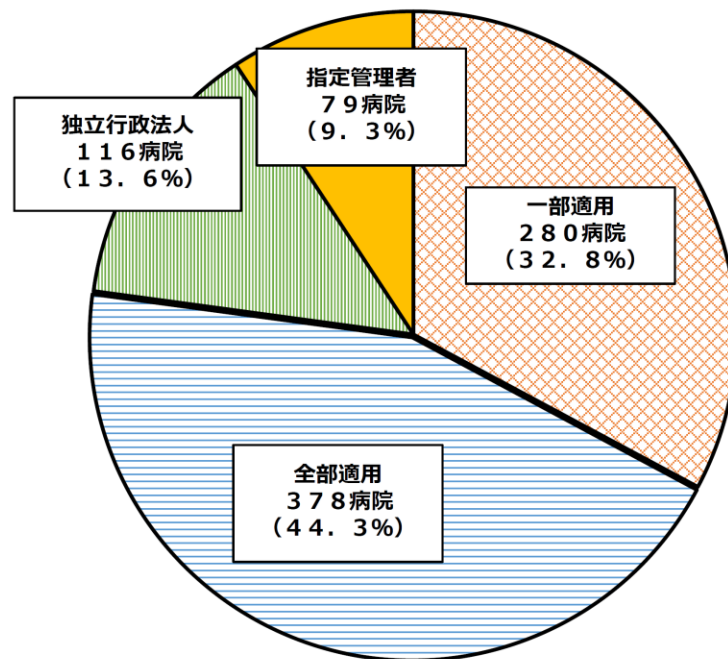
病院数	H14 (ピーク時)	H20	R4	増減率 (H20→R4)	増減率 (H14→R4)
病院数	1,007	943	853	▲9.5%	▲15.3%
病床数	239,921	228,280	202,765	▲11.2%	▲15.5%

<参考4> 経常損失を生じた公立病院数の割合

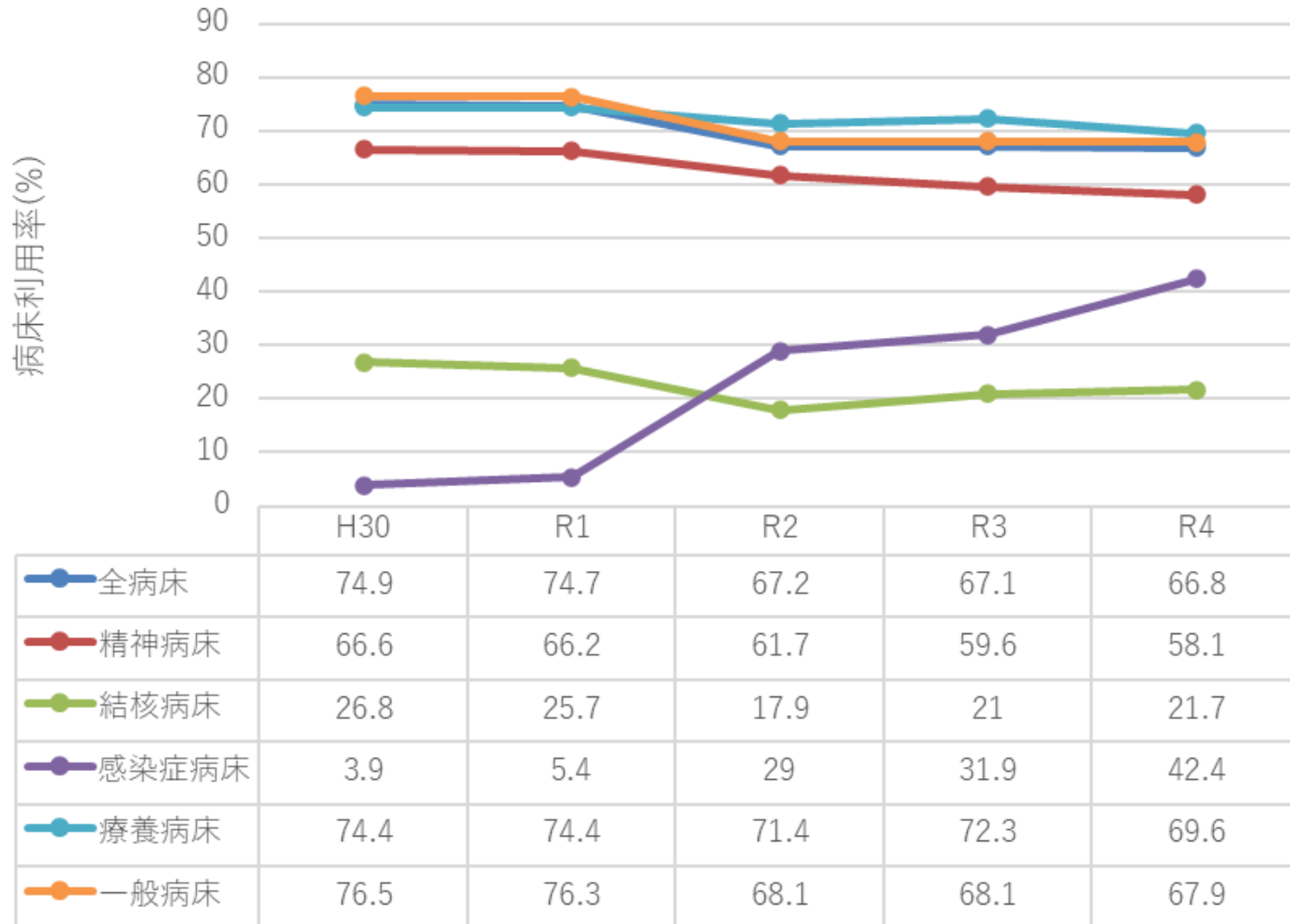
赤字 黒字



<参考3> 令和4年度末時点の経営形態の見直し状況



公立病院の病床利用率の推移（病床種別）

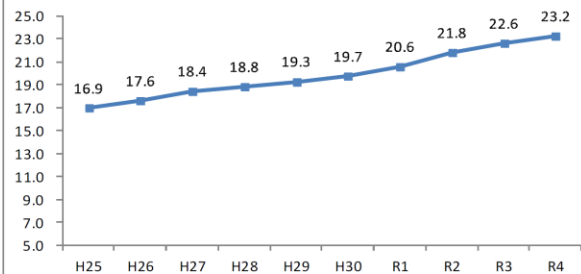


出所) 令和4年度地方公営企業年鑑

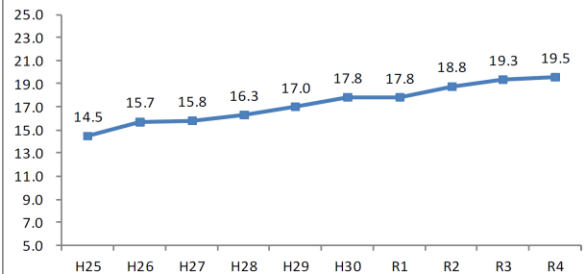
注) 令和4年4月1日から令和4年6月30日の東京都立病院を含む。

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

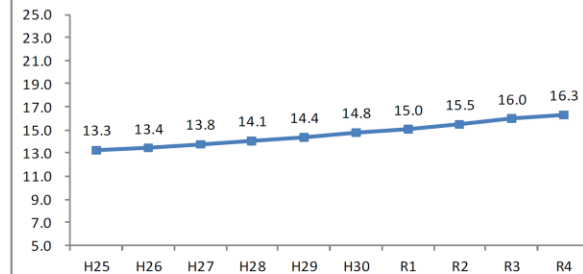
500床以上



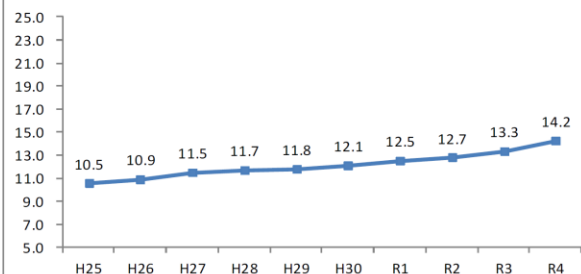
400床以上500床未満



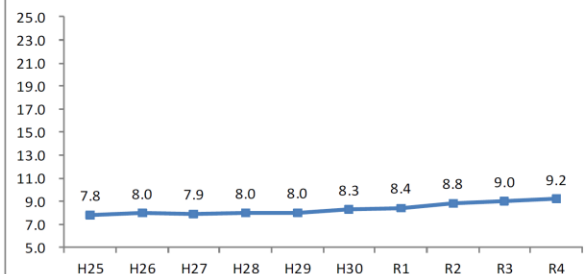
300床以上400床未満



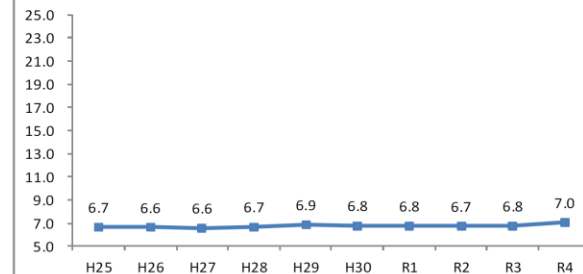
200床以上300床未満



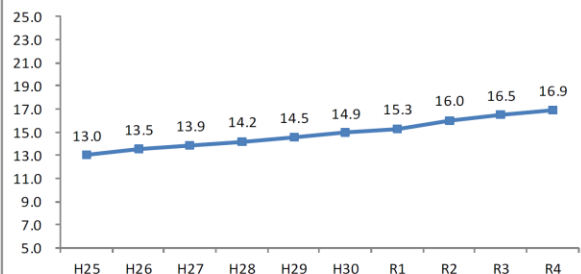
100床以上200床未満



100床未満



全体

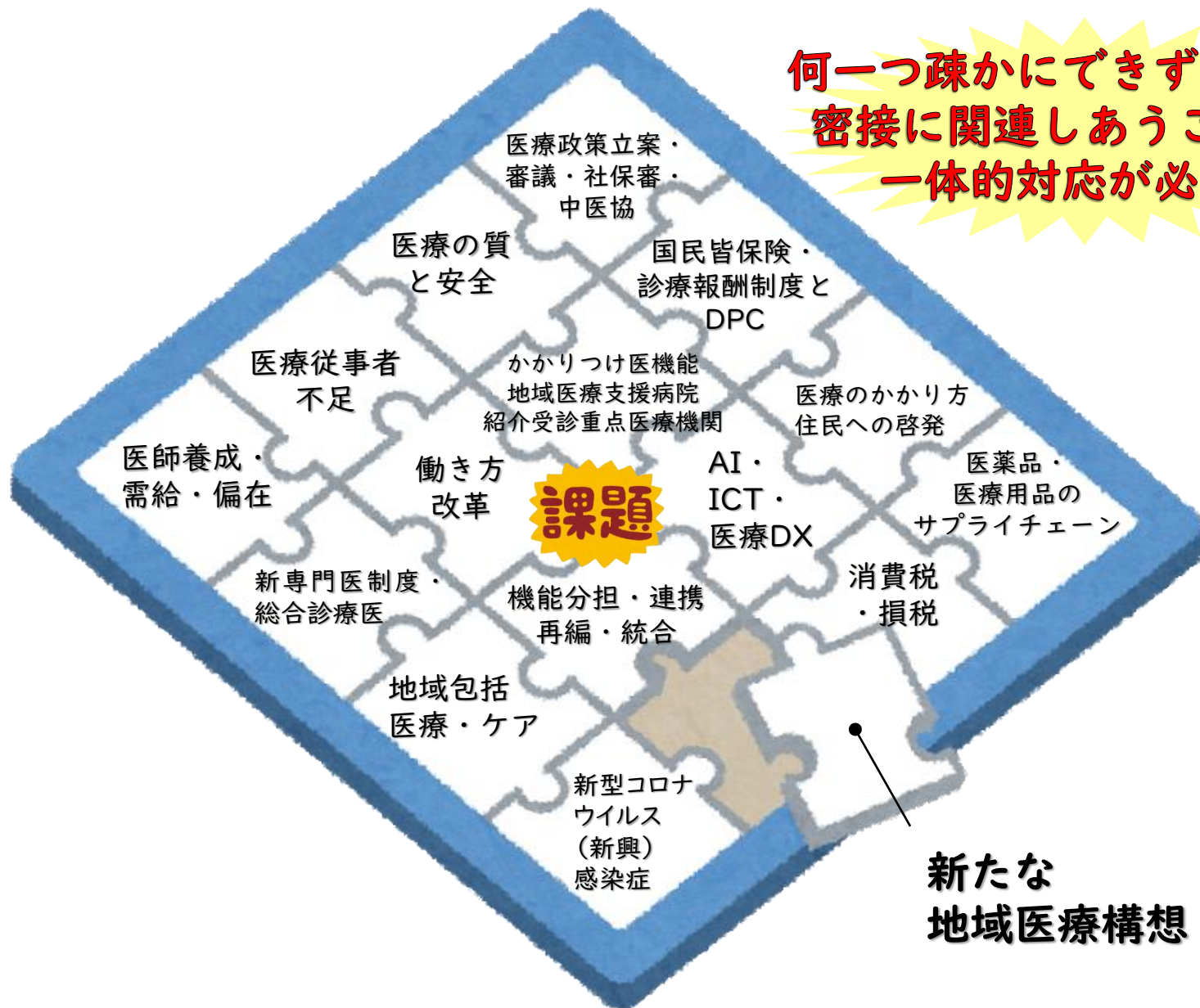


※出典：地方公営企業決算状況調査
 地方独立行政法人（病院事業）に関する決算状況調査
 ※指定管理者制度導入病院を除く

Ⅱ. 地域医療構想をめぐる課題

医療界を取りまく課題等

何一つ疎かにできず、互いに
密接に関連しあうことから
一体的対応が必要！



ポストコロナ時代の持続可能な医療提供体制構築と健康づくり推進に向けた提言（全国知事会、令和4年7月29日）

ポストコロナ時代の医療提供体制構築

踏まえた今後の必要病床数の考え方を示す、地域の実情に応じた柔軟な対応とするよう訴えている。

知事会提言

対応方針策定や地域合意柔軟に

第8次医療計画に盛り込む「新興感染症等の感染拡大時における医療」について、基本方針や指針は地域における議論に必要な時間を考慮し早期に示す、新興感染症対策や災害時医療を提供する医療機関に係る平

必要な医師が十分に確保されるまで医学部臨時定員増を延長する▼医師不足が顕著な地域や医学部定員が少ない地域における学部新設や、地域で不足する診療科に対応する地域枠として全国の別枠制度を創設する▼医師の偏在解消のために県境を越えた地域枠を多数設けている大学の恒久定員を減員しない▼産科をはじめとした医師の診療

また、新型コロナウイルスの新たな変異株の感染急拡大に対する緊急建議を決議した。

全国知事会は、ポストコロナ時代の持続可能な医療提供体制構築と健康づくり推進に向けた提言を行った。地域医療構想の実現に向けた「病床機能の分化連携」では、新型コロナウイルス感染症対策の検証から、2023年度末までの対応方針策定や地域合意は厳しいとして、診療実績等のデータを都道府県に提供し、新興感染症等の発生も

時からの人的・財政的負担（人材確保、施設・設備整備、災害等対応時における補償の充実等）を国が負担するよう明記。「医療人材の確保」では、▼医師需給推計を再度検証する▼大学が主体的に地域と連携して医師の育成及び医師不足の地域・診療科への医師派遣に取り組みよ、国が責任を持って指導や制度改正を講じる▼地域に

科・地域偏在の解消に、各都道府県が参画できる仕組み導入検討」を求めた。「医師の働き方改革」では、▼各病院が宿日直許可を取得できるよう、実態や課題を把握した上で必要な支援▼都道府県や医師会に対し、説明会や意見交換会の場を設けるなど、迅速な情報提供や十分な協議▼「連携B水準」の実効性が担保される

爆発的な感染拡大を見せるB A・5系統等に対し、現在の基本的対応方針ではは確な対応が困難として、その特徴を早期に明らかにし、政府として現場で取るべき対策について新たな方針を示す、まん延防止等重点措置の適用に至らない場合でも財政措置を含めて強力な支援を行う仕組みを整えるよう提起。高齢者施設や学校等を含め

- 1 地域の実情を踏まえた医療提供体制の構築
- 2 医療人材の確保、医師の働き方改革
- 3 健康長寿社会の実現に向けた、生涯にわたる健康づくりの推進
 - (1) 生活習慣病予防対策の更なる推進について
 - (2) 地域包括ケアシステムの深化について

人口ビジョン2100 – 安定的で、成長力のある「8000万人国家」へ –

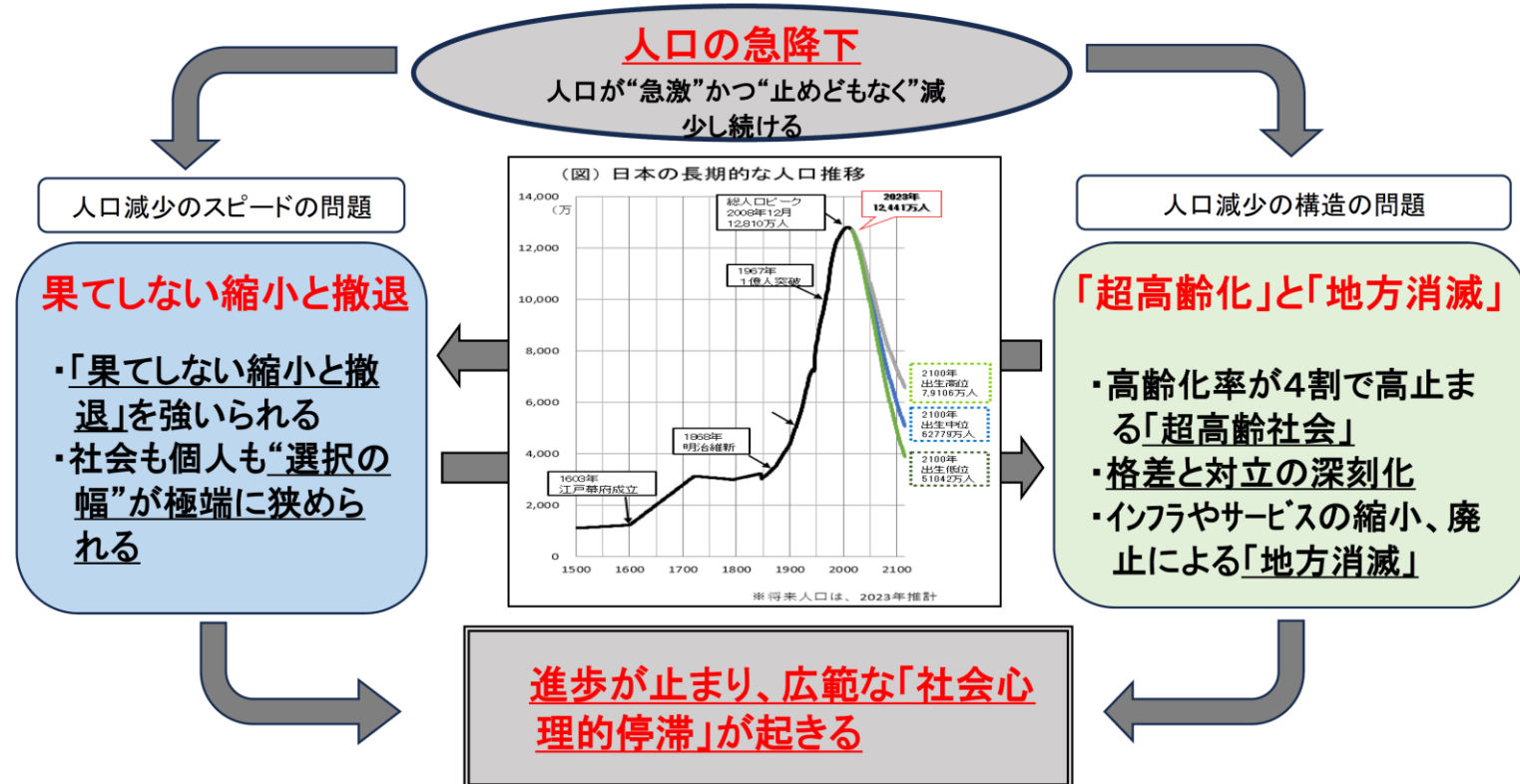
II. 三つの基本的課題

1. 国民の意識の共有

人口減少をもたらす「重大な事態」

- ・まず人口減少によって将来どのような重大な事態が起き得るのかを、国民が正確に理解することが重要。国民の間で意識を共有することに最優先で取り組むべき。

「人口急降下」による縮小と停滞のスパイラル



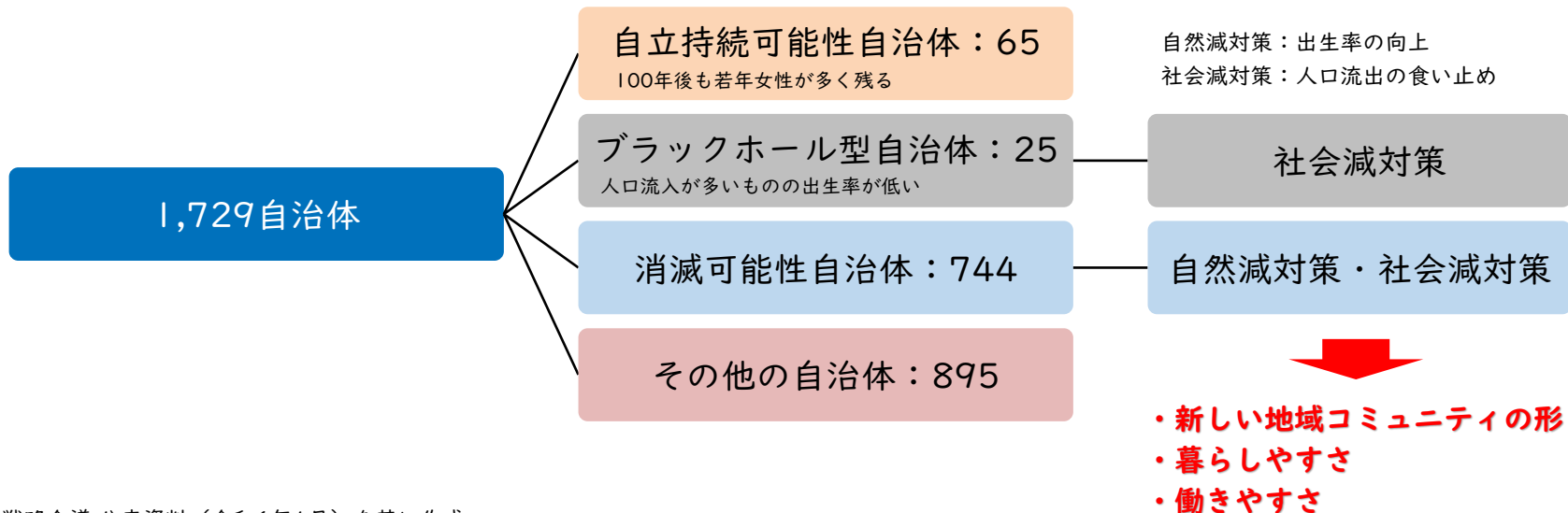
令和6年・地方自治体「持続可能性」分析レポート

- 新たな地域別将来推計人口から分かる自治体の実情と課題 -

組織名	日本創生会議	人口戦略会議
公表	2014年	2024年
期間	2010～40年	2020～50年
消滅可能性自治体 [※]	896	744 全体の40%超

見かけ上は、150程度の減少となっているが、人口戦略会議は外国人住民の増加が要因で少子化自体には歯止めがかかっていないとみている

※ 30年間で20～39歳の女性が半減以下となる自治体は「消滅可能性」があるとしている



Ⅰ.地域医療構想（2025年まで）／新たな地域医療構想（2040年を見据えて）①

従来の地域医療構想

病院・病床の
削減・整備



地域病院機能の
分化・連携



新たな地域医療構想

- 地域ごと（日常診療圏～2次医療圏）の医療・介護の実情・将来予測に基づく新たな構想
- 地域の病々・病診連携、医療・介護連携
外来、在宅、訪問診療、高齢者救急対応、
かかりつけ医機能の活用
- 医療DXの活用
クラウドネイティブ化、HL7 FHIR、
ICTの共通化、相互支援体制、救急対応
サイバーセキュリティ
- 医師、医療・介護従事者の確保、養成

1.地域医療構想（2025年まで）／新たな地域医療構想（2040年を見据えて）②

新たな地域医療構想：2040年を見据えて

○ 在宅、介護、在宅医療、医療・介護連携の検討

→ 医療圏の見直し（日常生活圏→2次医療圏）、地域ごとの病院・診療所、介護施設等の役割・連携体制

○ 地域ごとの医療・介護の現状、2025～2040年以降の需要に即した最適な対応策を検討

→ 最新情報の適切な活用、必要機能・需要の定量的明確化、資源の有効活用

→ 就労人口減、高齢者増、医師不足、医療・介護従事者不足、5疾病6事業ごとに適合した体制の構築

→ 医療・介護従事者の確保対策（偏在対策、専門医・総合医等養成のあり方）

○ 診療所、公・民の様々な病院、介護関係、行政（医療と介護分野）

→ かかりつけ医機能、働き方等

→ 機能分化・連携・支援体制

→ 高齢者救急、夜間・休日の対応

→ 医療・介護DXの活用



○ 目標・計画・実現に向けた体制強化

→ 新たな日常診療圏の設定

→ 地域ごとの最新・最適な診療情報、介護情報の活用

→ イニシアティブを発揮する中心的進行役の設置（都道府県、市町村？）

→ 余裕ある医療・介護体制、専門職の育成・派遣体制・連携体制、DX活用

新たな地域医療構想のあり方 - 地域医療への最適解を目指して -

- 信頼性の高い最新データに基づいた地域の医療・介護体制（現状、将来）
- 地理的条件、各医療圏の人口動態に基づく医療・介護需要の把握
- 2次医療圏の見直し
- 日常診療圏や疾患ごとに圏域を広域化・集約化、5疾病・6事業ごとの圏域の設定 など
- 行政との関係
- 余裕のある病床機能、外来、介護連携 など

公立・公的・民間の関係なく “地域医療が最もうまくいくか” という視点での検討が必要

地方における医療の現状・課題

診療所



- 医師の高齢化、後継者不足による閉院
→ 診療所数、機能の減少
→ かかりつけ医機能発揮困難
- 医療従事者の確保困難



1次医療、初期救急対応不足、連携・介護支援体制不足

病院



- 医師の不足、偏在、特定領域専門医の不足、総合医不足、医療従事者不足
- 病院機能の集中、統廃合
分化・連携、逆紹介] 困難
- マルチモビディティ高齢者
→ 1つの病院で全疾患診療を希望

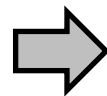


地域の中核病院での診療、機能分化、連携困難
紹介・逆紹介困難
かかりつけ医、主治医機能の維持

療養・介護

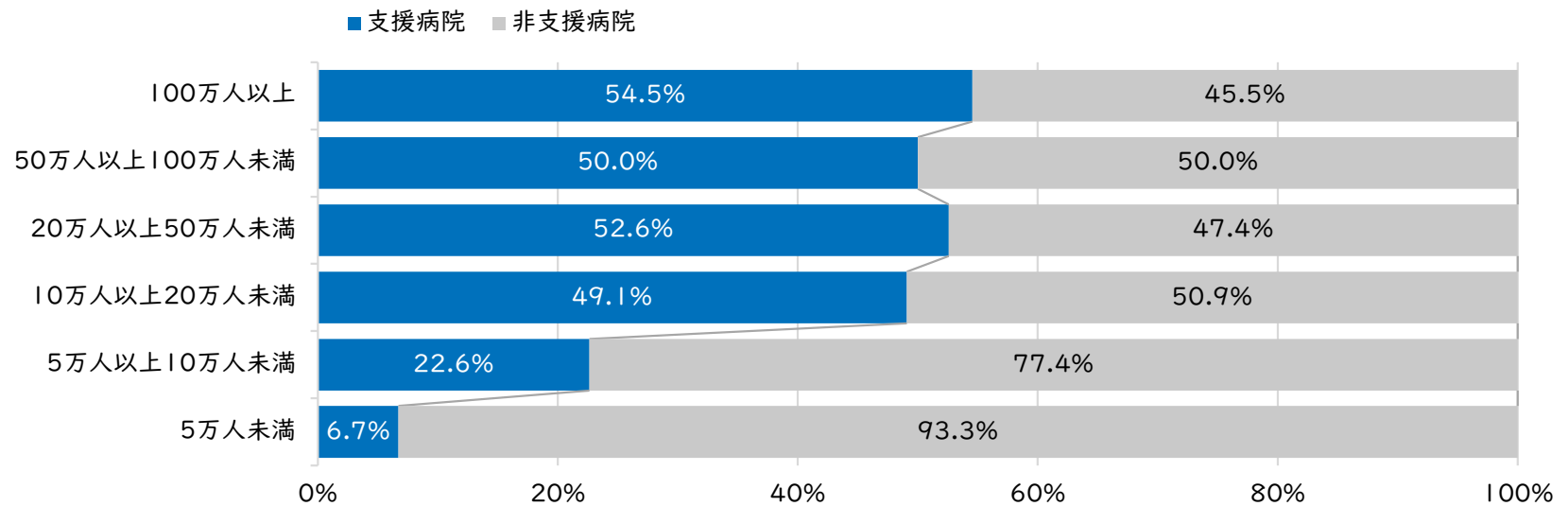


- 患者減少、医師・スタッフ不足、病院の減少
→ 小規模、療養病院化
- 介護施設不足・人材不足



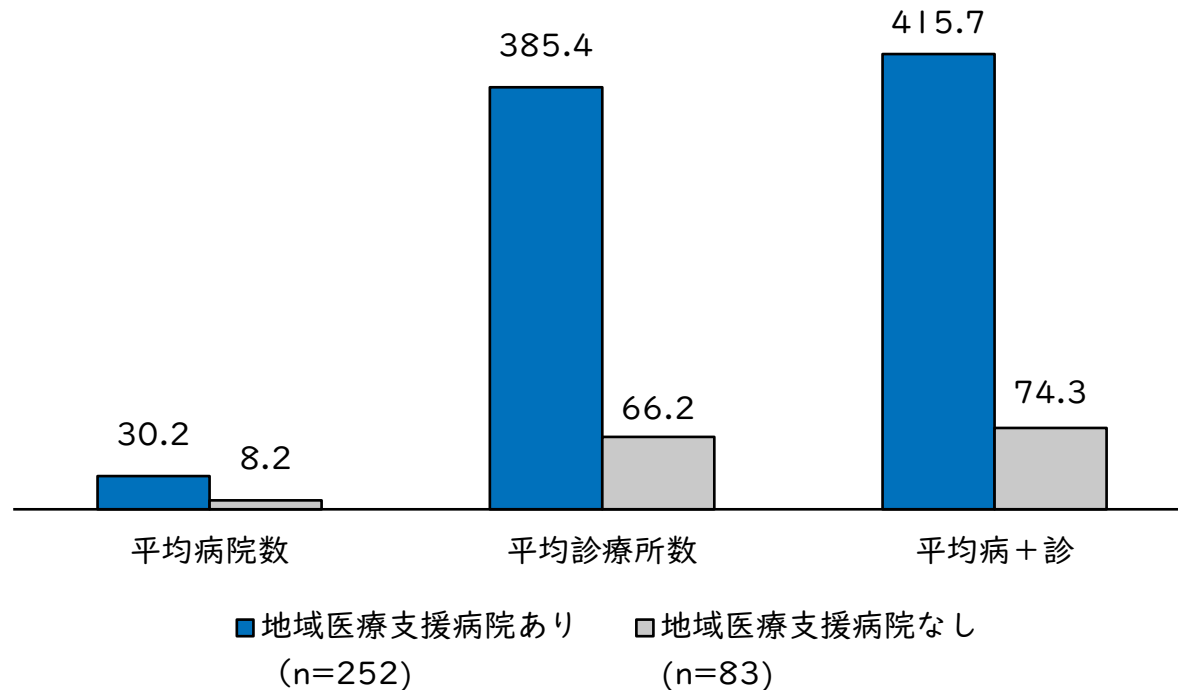
施設不足、人材不足、支援体制不備、情報共有・活用不足

所在地人口規模別で見た公立病院内での地域医療支援病院の割合



【人口規模】	総数		
	支援病院	非支援病院	
総数	224	637	861
100万人以上	30	25	55
50万人以上100万人未満	18	18	36
20万人以上50万人未満	61	55	116
10万人以上20万人未満	53	55	108
5万人以上10万人未満	36	123	159
5万人未満	26	361	387

地域医療支援病院の有無で見た二次医療圏内の病院数・診療所数



【参考】	地域医療支援病院あり (n=252)	地域医療支援病院なし (n=83)
二次医療圏 平均人口 (人)	473,566	93,446

地域医療支援病院の指定を取得できない（取得しない）理由

注：地域医療支援病院の指定なしとした場合のみ回答

（複数回答可）

【病床規模別】	回答 病院数	紹介率・逆紹介率 が足りない		救急医療の提供が 不足		建物、設備、機器等 を地域の医師などが 共同利用できる体制 が未整備		地域の医療従事者に 対して研修を行うこ とができない (行っていない)	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	45	37	82.2	13	28.9	12	26.7	12	26.7
200床台	17	14	82.4	7	41.2	6	35.3	6	35.3
300床台	18	17	94.4	3	16.7	4	22.2	4	22.2
400床台	8	6	75.0	3	37.5	2	25.0	2	25.0
500床以上	2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

※ 500床以上で回答のあった2病院については特定機能病院に指定されている

紹介率・逆紹介率が足りない理由

注：指定を取得できない理由で紹介率・逆紹介率が足りないと回答した場合のみ回答

(複数回答可)

【病床規模別】	回答 病院数	地域周辺に紹介を受ける、あるいは逆紹介依頼可能な医療機関が少なく、自院がかかりつけ医機能を担っている		患者が紹介状を持たずに受診することが多い、あるいは転院を望まないケースが多い		圏域内または近隣に既に地域医療支援病院があり、そのような役割を担っていない		その他	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	37	21	56.8	26	70.3	11	29.7	4	10.8
200床台	14	9	64.3	10	71.4	5	35.7	2	14.3
300床台	17	9	52.9	10	58.8	4	23.5	1	5.9
400床台	6	3	50.0	6	100.0	2	33.3	1	16.7
500床以上	0	0	—	0	—	0	—	0	—

【その他の内容】

- ・ 高齢者が多く、疾患が多岐にわたっている患者さんが多いため、患者さん自身が、疾患ごとに異なるクリニックにかかるのではなく、1つの病院で済ませたいとの希望が多い。
- ・ 公立病院としての役割は担っているが、近隣に地域医療支援病院がある。
- ・ コロナ開始前は、紹介率・逆紹介率の要件のクリアに向けて、病院全体で取り組み、申請を挙げられる状況にまで到達したが、令和2年4月にコロナ専門病院となったことで、一時期、全ての外来診療ならびに急性期入院を休止したことで、特に紹介患者は激減となった。

2. かかりつけ医機能

○ かかりつけ医、かかりつけ医機能：定義と制度整備

○ 医療提供体制とシステム改革

- フリーアクセス、国民の理解
- プロフェッショナルオートノミー、働き方改革
- 医療の分担と連携、地域医療構想、
地域包括ケアシステム ⇔ 地方圏域と都市圏域の医療体制の違い
- 夜間・休日・救急体制：初期救急医療機関としての役割、グループ診療システム
- 在宅医療と介護連携体制、在宅療養支援診療所／病院
- 医療DXの推進と活用
- かかりつけ医の認定・教育・養成システム
- 評価・推進システム ⇔ 認定制度？ 診療報酬差異導入？



Ⅲ. 今後の展望

今後の展望①

- 大都市圏を除き少子高齢化、人口減が進み、地域縮小の流れが止まらず、地域間格差が拡大するこれからの地域医療にあっては、自治体病院は再編・統合、経営形態の見直し、経営の効率化、機能分担と連携体制の確立が必要となる。
- 疾病構造の変化、医療ニーズの変化に対応した自院の役割の明確化、地域に適合した医療提供体制の構築が求められ、効率的運営、財政の健全化、働き方改革、様々な人材の確保が必須となり、医療DXの活用が不可欠となる。
- 感染症のパンデミック期には、感染症に対応可能な病院施設、医療機能に加え、教育された専門的人員の配置や、地域内の機能分担、連携体制の確保、情報の瞬時の把握や活用が不可欠。

今後の展望②

- 総務省からは持続可能な地域医療体制を確保するために、公立病院経営強化ガイドラインの策定、公立病院の機能分化と連携、基幹病院への急性期機能の集約と医師・看護師等の確保、その他の病院は地域密着型病院として回復期、初期救急を担い、両者間での連携強化、人材派遣の実施が求められている。
- 今後、効率的で機能的、持続可能な地域医療を提供するには、住民、行政、公私病院団体、関係者が一体となって、地域の実情に即したかかりつけ医機能、地域包括ケアシステムと在宅医療・介護システムを推進し、機能分担と連携システムを確立する必要がある。
- 精神科医療については、抜本的な改革を行い、一般医療と一体的に施行する体制整備が必要。

今後の高齢者医療のあり方①

- 地域に必要とされ、地域の現状、今後に適する医療・介護体制の構築。
- 地域医療構想に基づく医療機能の集約化と機能分担、連携体制の推進（集中すべき高度急性期大規模病院と、地域密着型の救急・一般病院、回復期、慢性期病院、在宅医療、診療所、介護、療養施設等の役割、連携のあり方）。
- 高齢者の尊厳に配慮し、マルチモビリティ、QOL、ACPや患者・家族の思いを尊重した医療・介護の展開（地域包括ケアシステム、かかりつけ医機能の強化・活用）。
- 在支診や在支病、地域密着型病院、地域包括ケア病棟（室）等の機能を高め、医療機関同士や介護施設間との実のある相互支援・連携体制の確立。

今後の高齢者医療のあり方②

- 同一組織により急性期から回復期、慢性期、在宅医療まで総合的に取り組み、介護、老人保健施設等も一体的、複合的に展開する方式の拡大。
- 行政や医療機関、消防、支援センター、居宅、介護、療養施設等を繋ぐ地域に密着した一元的情報の共有システムと円滑な利活用体制（地域内の空き病床や疾患別受入れ可能人数、要支援内容等の把握、対応システム等）。
- 地域の中で人材の確保、育成・教育に務め、経済活動の分野でも役割を發揮して、地域の活性化に貢献。
- 物価高騰、人材確保、処遇改善、医療DXや他の事業推進に係る財源の確保と、診療報酬、介護報酬制度に規定される基準をクリアーする施設整備（時には取得できない項目もあるが、地域に必要なものは継続）。

などが、これからの高齢者医療に向けては避けて通れない課題として挙げられよう。まさしく人・物・金・情報・技術・体制の効果的、効率的活用が、持続可能な高齢者医療・介護システムを堅持するために必要と考えられる。

參考資料

公立病院経営強化プランの記載事項 ①

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

- 公立病院は、地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしているが、公立病院に期待される主な役割・機能を具体的に例示すれば、
 - ①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地域等における一般医療の提供
 - ②救急・小児・周産期・災害・感染症・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
 - ③県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
 - ④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能などが挙げられる。
- また、公立病院の中でも、他の病院が複数立地する人口密集地に所在し、役割・機能の分担が課題となっている場合もあれば、人口が少ない中山間地に所在し、当該公立病院が唯一又は中心的な役割を果たしており、救急医療の維持や医師・看護師等の確保が深刻な課題となっている場合もあるなど、状況は様々である。
- したがって、**立地条件等を踏まえつつ、以下のような観点から役割・機能の最適化と連携の強化について検討すべき**である。

① 地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能

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

② 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能

- 地域医療提供体制の確保と地域包括ケアシステムは密接に結びついていることを踏まえ、**地域包括ケアシステムの構築に向けて当該公立病院が果たすべき役割・機能について記載**する。
- その際、介護保険事業との整合性を確保しつつ、在宅医療や住民の健康づくりに関する役割・機能を示す、病棟の一部を介護医療院に転換するなど、**病院の規模や特性等に応じた役割・機能の明確化・最適化について記載**することが望ましい。

公立病院経営強化プランの記載事項 ②

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

③ 機能分化・連携強化

【機能分化・連携強化の目的】

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

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

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

【機能分化・連携強化に係る記載事項】

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

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

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

公立病院経営強化プランの記載事項 ③

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

④ 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標

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

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

⑤ 一般会計負担の考え方

○ 公立病院は、地方公営企業又は公営企業型地方独立行政法人として運営される以上、独立採算を原則とすべきであるが、

- i) その性質上、当該病院の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費
- ii) 当該病院の性質上、能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費

については、**一般会計や設立団体等において負担**するものとされている。

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

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

⑥ 住民の理解のための取組

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

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

公立病院経営強化プランの記載事項 ④

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

① 医師・看護師等の確保

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

1) 基幹病院

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

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

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

2) 不採算地区病院をはじめとする中小規模の病院

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

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

② 臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保

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

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

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

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