

2022.8.31 医療制度研究会

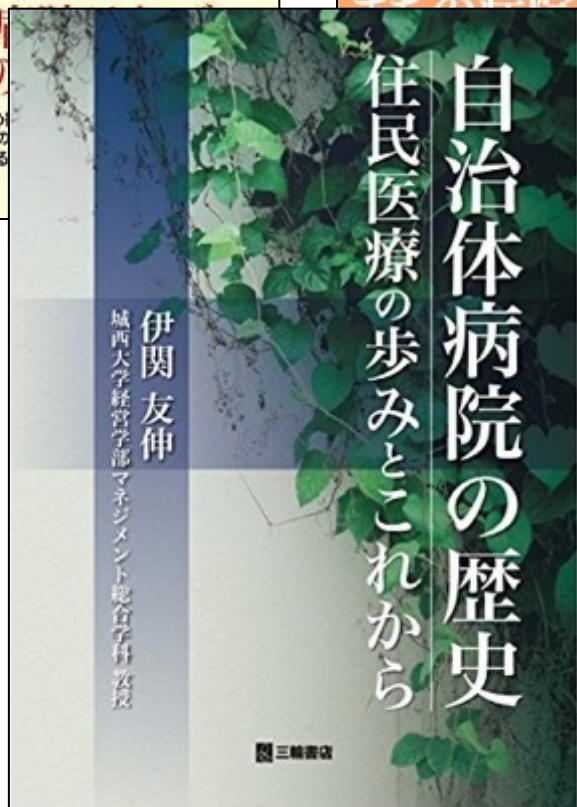
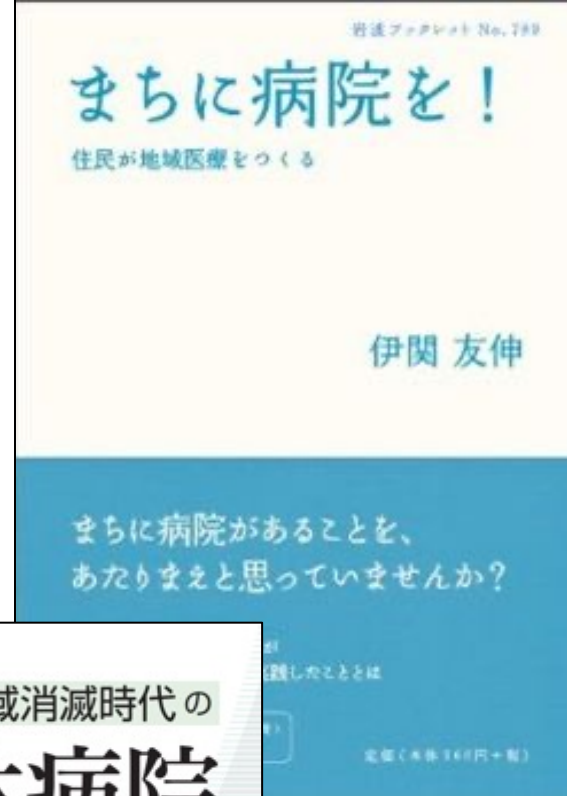
公立病院の未来 縮小か機能強化か

城西大学経営学部

教授 伊関友伸

経歴

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



アフターコロナ時代に向けた自治体病院経営のあり方がわかる！

新型コロナから 再生する 自治体病院

～成功事例から学ぶ経営改善ノウハウ～

城西大学経営学部教授
伊関友伸／著

A5判・定価 2,970円 (10%税込) 送料 310円

【電子版】価格 2,970円 (10%税込)

※送料は2021年10月時点の料金です。

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

病院建物の老朽化

職員定数の抑制

病院における
導線・病床の確保

人材不足

自治体病院の抱える課題

この1冊で、これからの自治体病院・地域医療を
守るために必要なことがわかる

本書のポイント！

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

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

掲載している
実践例 (一部)

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

ぎょうせい

城西大学経営学部教授
伊関友伸 著

成功事例から学ぶ
経営改善ノウハウ

新型コロナから
再生する
自治体病院

ぎょうせい

本日は

- 公立病院の未来、縮小か機能強化かというテーマで議論を行う

なお、講演者は公立病院について地方自治体が設立している行政組織という観点から「自治体病院」と表記している

自治体病院の
経営はどのように
なっているのか

そもそも自治体病院
が設置された地域、
立地、規模は様々
である

自治体病院の多くが 中小規模自治体に立地

- 全自治体病院のうち65.3%は人口10万人以下の自治体に立地
- 30.2%は人口3万人未満の自治体に立地している

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30%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	8 5 7	
23区及び指定都市	7 5	
30万人以上	6 4	
10万人～30万人	1 5 8	
5万人～10万人	1 7 8	全公立病院の 65.3%
3万人～5万人	1 2 3	
3万人未満	2 5 9	
		全公立病院の 30.2%

※ 表の病院数は、令和元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	45.1	5,089／11,283
岩手県	44.4	5,347／12,054
青森県	37.3	5,176／13,873
山梨県	31.4	2,745／8,750
島根県	31.2	2,620／8,385
富山県	30.9	4,110／13,320
滋賀県	30.8	3,822／12,404
岐阜県	29.7	4,988／16,809
和歌山県	29.5	3,428／11,610
静岡県	29.5	9,341／31,692

（参考）東京都 8.1%
大阪府 11.1%

（出典：令和元年度医療施設調査（厚労省））

病院数の割合で
10%の自治体病院
が多くの役割を担う

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。

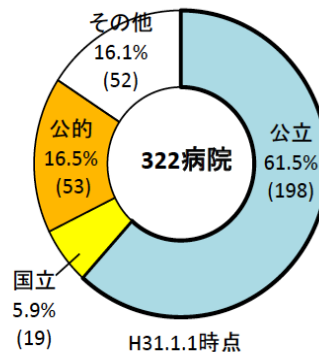
○全国の病院に占める
公立病院の割合

	病院数	病床数
全 体	8,273	1,522,377
公 立	857 (10.4%)	205,259 (13.5%)
国 立	322 (3.9%)	126,006 (8.3%)
公 的	344 (4.2%)	105,403 (6.9%)
そ の 他	6,750 (81.5%)	1,085,709 (71.3%)

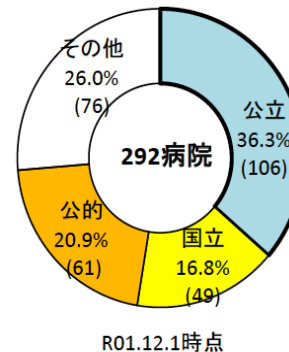
※表は医療施設動態調査（令和2年3月末）（厚労省）より作成
 ※表の「公立病院」は、地方公営企業の病院及び公営企業型地方独立行政法人病院
 ※表の「公的病院」は、公立大学附属病院や日本赤十字社、済生会、厚生連等が開設・運営する病院

○自治体病院の役割

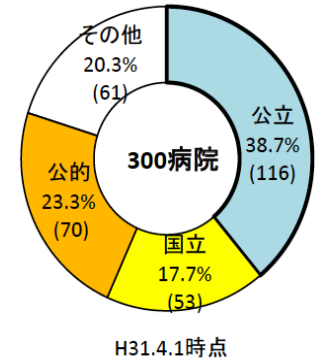
へき地医療拠点病院



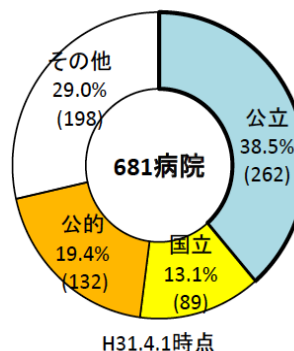
救命救急センター



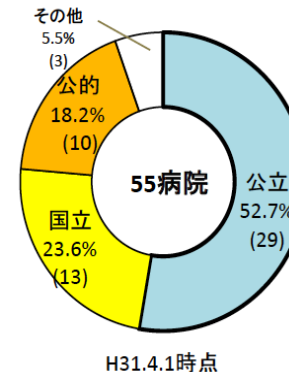
地域周産期母子医療センター



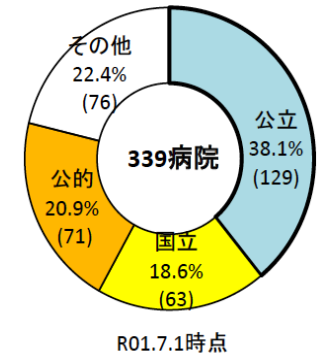
災害拠点病院



第一種感染症指定医療機関



地域がん診療連携拠点病院



(出典:厚労省調査より作成)

新型コロナウイルス と自治体病院

新型コロナの問題は
自治体病院の問題
である

感染症対策における 自治体病院

- 明治時代の感染症隔離機関であった歴史的経緯や感染症対策が行政の責務であることから感染症病床は自治体病院が多くを担っている

感染症医療機関の 病床と自治体病院

- 2019年4月現在の第一種感染症指定医療機関の病床の60%、第2種指定医療機関の感染症病床の68%は自治体病院の病床
- 実際、大規模病院を中心に新型コロナウイルスの患者を受け入れた

経営主体別感染症指定医療機関の病床数(2019年4月)

	病床数	大学	国立	自治体設置	公的	その他	自治体割合	国公立・公的割合
特定感染症指定医療機関	10	－	4	4	2	－	40.0%	100.0%
第一種感染症指定医療機関	103	24	4	62	13	－	60.1%	76.6%
第二種指定医療機関 感染症病床	1,758	41	106	1,197	275	139	68.0%	89.7%
第二種指定医療機関 結核病床	3,502	114	1,228	1,426	83	651	40.7%	78.1%
第二種指定医療機関 一般または精神病床	436	17	133	120	97	69	27.5%	80.2%

大学は公立大学除く、国立はJCHO・労災含む、自治体には公立大学含む、公的は自治体除く、その他に共済含む

自治体病院は
どのような形で
COVID-19感染症の
患者を受入れたか

2020年2月25日

新型コロナウイルス感染症に係る入院医療の提供体制の整備に関する
大臣書簡

拝啓

貴職におかれましては、地域医療の確保のために日々ご尽力されていることに、心より敬意を表します。

さて、新型コロナウイルス感染症に係る入院病床の確保については厚生労働省より関係通知が累次発出されていますが、最近の状況等を踏まえ、本日「新型コロナウイルス感染症対策本部」において、別添のとおり「新型コロナウイルス感染症対策の基本方針」がとりまとめられました。

この基本方針を踏まえ、各都道府県において、適切な入院医療の提供体制を整備していただくこととなりますが、公立病院を運営する市町村におかれましても、状況を的確に把握の上、感染症病床はもとより、それ以外の病床確保についても、その役割を適切に果たすよう、今後の患者の増加を見据えた適切な入院医療の体制整備に向けて、都道府県と連携し、積極的にご協力いただくようお願い申し上げます。

末筆ながら、貴職の御健康と益々の御活躍をお祈り申し上げます。

敬具

令和二年二月二十五日

総務大臣

高市早苗

市町村長（公立病院運営団体） 殿

総務省は自治体病院 に期待している

- 総務省は、感染症対策における自治体病院の役割を理解し、期待している

実際自治体病院は
新型コロナウイルス
に積極的に対応した

公立病院における新型コロナウイルス感染症への対応状況①

① 新型コロナ患者受入可能医療機関数(※)に占める公立病院数の割合は約27%。

※高度急性期・急性期病棟を有する受入可能医療機関

① 総数 … 1898 ② ①のうち公立 … 512 → ①/② = 約27%。

② 新型コロナ入院患者数に占める公立病院の割合は約32%。

① 総数 … 11446 ② ①のうち公立 … 3668 → ①/② = 約32%。

③ 人工呼吸器等使用新型コロナ入院患者数に占める公立病院の割合は約56%。

① 総数 … 564 ② ①のうち公立 … 315 → ①/② = 約56%。

(参考) 全国の病院数に占める公立病院の数は約10%

全国の病床数に占める公立病院の病床数は約13%

(注)①～③は厚生労働省資料に基づき作成。①は令和3年1月10日時点、②・③は令和3年1月6日時点。)参考は医療施設動態調査、地方公営企業決算統計より

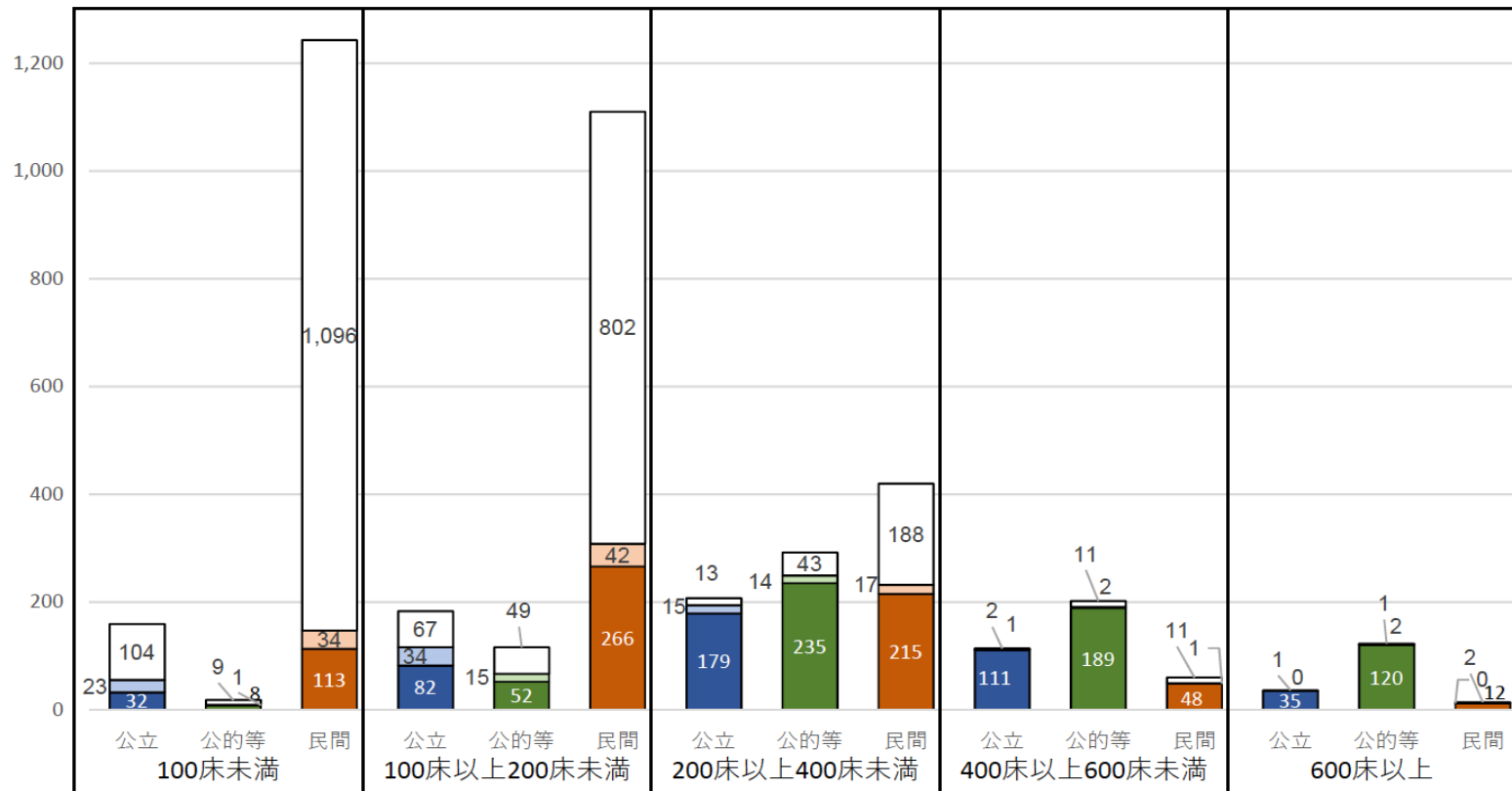
公立、公的等、民間別、病床規模別のコロナ患者受入可能医療機関

令和3年1月10日時点

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関（4,297医療機関）

(病院数)
1,400

公立、公的等、民間別、病床規模別のコロナ患者受入可能医療機関数



■ 受入実績あり(公立) ■ 受入実績あり(公的等) ■ 受入実績あり(民間)
 ■ 受入可能(公立) ■ 受入可能(公的等) ■ 受入可能(民間) □ 左記以外

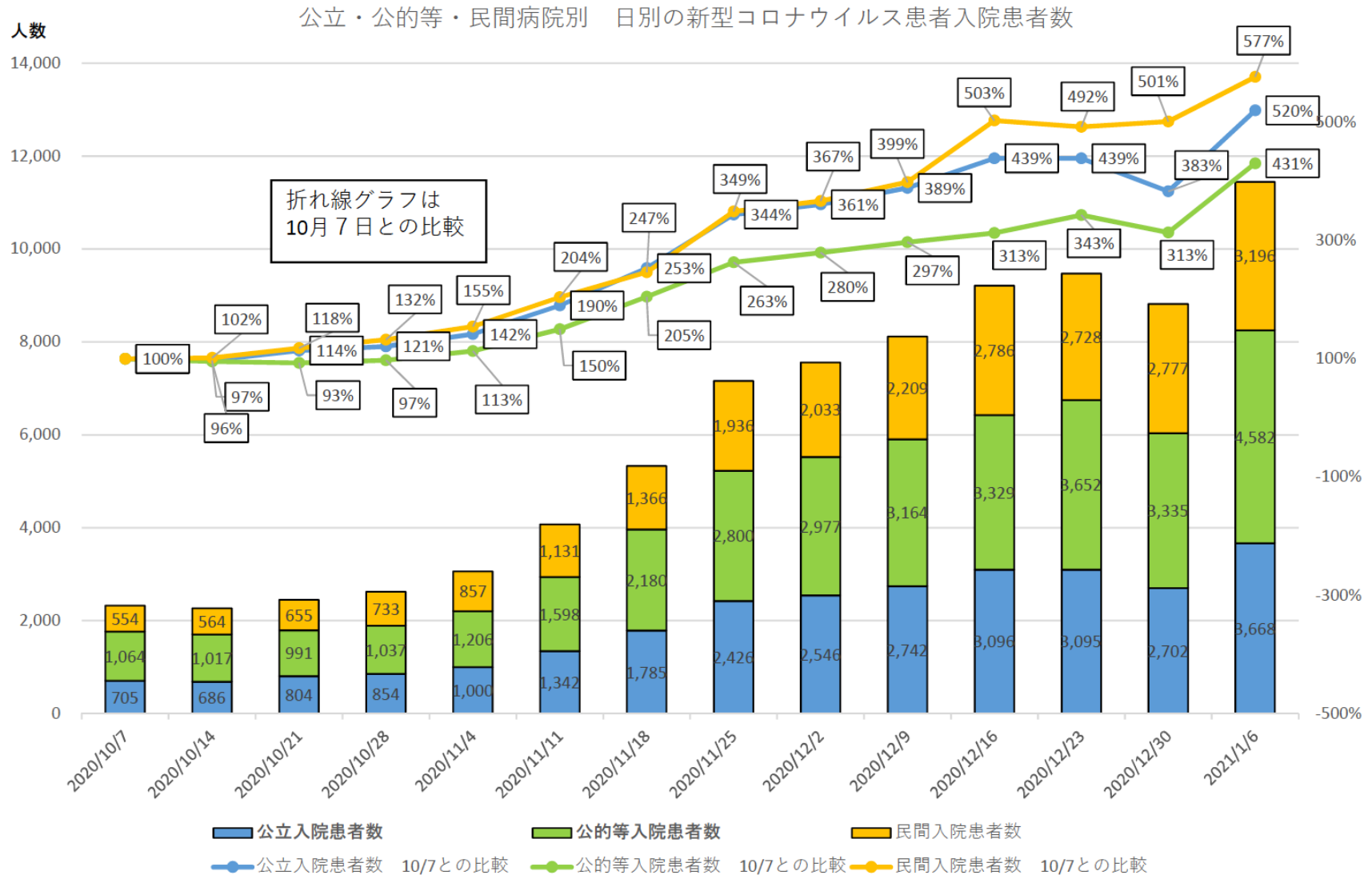
※ 新型コロナ患者受入可能医療機関 G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症患者の受入または受入可能（新型コロナウイルス感染症患者受入可能な病床を1床以上としたことがあった場合は有）と報告した医療機関

※ 新型コロナ患者受入医療機関 G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症患者の入院患者の受入実績が1人以上あった医療機関

※ 公立・・・新公立病院改革プラン策定対象病院 公的等・・・公的医療機関等2025プラン策定対象医療機関 民間・・・公立・公的等以外

※ 急性期病棟を有する医療機関 平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関

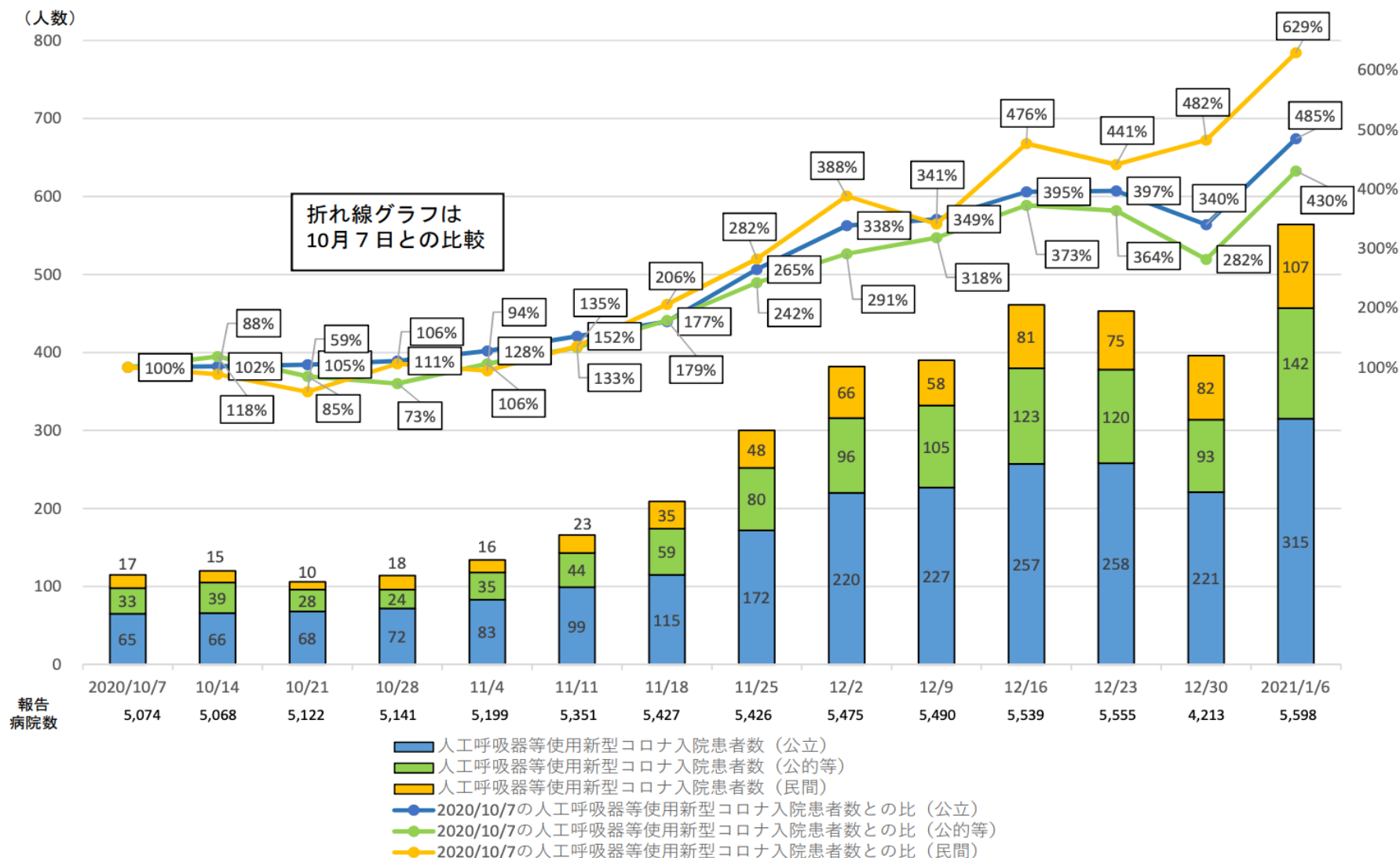
公立・公的等・民間病院別 日別の新型コロナウイルス患者入院患者数



※ 新型コロナ患者入院患者数 G-MISで報告のあった、新型コロナウイルス感染症患者の入院患者数

※ 公立・・・新公立病院改革プラン策定対象病院 公的等・・・公的医療機関等2025プラン策定対象医療機関 民間・・・公立・公的等以外

公立・公的等・民間別 人工呼吸器等使用新型コロナ入院患者数の推移



※ 人工呼吸器等使用新型コロナ入院患者数：G-MISで報告のあった当該日における新型コロナ患者で人工呼吸器またはECMOを使用した入院患者数の合計
 ※ 公立：新公立病院改革プラン策定対象病院 公的等：公的医療機関等2025プラン策定対象医療機関（民間の地域医療支援病院を含む） 民間：公立・公的等以外
 ※ 報告病院数：G-MISで報告のあった病院数（注：12月30日は休日のため報告病院数が少ないと考えられる。）

自治体病院は
地域において
積極的に
新型コロナ病床を
確保した

経営形態別新型コロナ確保病床数上位10位病院数

都道府県	人口（千人）	自治体	国立等	公的等	大学附属	医療法人等	最も病床数の多い病院	病床数
北海道	5,250	4	5	2	0	0	市立札幌病院・市立旭川病院	70
青森県	1,246	4	1	1	0	4	八戸赤十字病院	42
岩手県	1,227	8	0	2	2	0	盛岡赤十字病院	44
宮城県	2,306	5	1	1	2	1	東北大学病院	55
秋田県	966	4	1	4	0	1	県立循環器・脳脊髄センター	43
山形県	1,078	8	0	1	1	0	山形県立中央病院	47
福島県	1,846	3	0	2	0	5	いわき市医療センター	48
茨城県	2,860	1	1	4	2	2	水戸日赤・古河日赤	50
栃木県	1,934	0	1	3	1	5	国立栃木医療センター	54
群馬県	1,942	5	2	2	1	0	前橋赤十字病院	45
埼玉県	7,350	2	2	1	2	3	羽生総合病院	80
千葉県	6,259	3	0	0	4	4	国際医療福祉大学成田病院	71
東京都	13,921	10	1	0	0	0	都立多摩総合医療センター	245
神奈川県	9,198	4	1	1	3	1	横浜市長市民病院	72
新潟県	2,223	5	1	3	0	2	魚沼基幹病院	60
富山県	1,044	5	1	3	1	0	富山県立中央病院	70
石川県	1,138	6	1	3	0	0	国立金沢病院・金沢市立病院	28
福井県	768	4	1	2	1	2	福井総合病院	64
山梨県	811	6	0	1	1	2	県立中央病院・山梨大附属病院	60
長野県	2,049	7	1	2	0	1	松本市立病院	43
岐阜県	1,987	4	1	3	1	1	県立下呂温泉病院	62
静岡県	3,644	7	0	1	2	1	中東遠総合医療センター	45
愛知県	7,552	4	0	2	3	1	県立愛知病院	100
三重県	1,781	4	2	3	0	1	松阪市民病院	42

都道府県	人口（千人）	自治体	国立等	公的等	大学附属	医療法人等	最も病床数の多い病院	病床数
滋賀県	1,414	5	1	3	0	1	県立総合病院	36
京都府	2,583	2	2	1	0	6	宇治徳洲会病院	60
大阪府	8,809	7	1	0	0	2	八尾市立病院	107
兵庫県	5,466	9	1	1	0	2	県立加古川医療センター	100
奈良県	1,330	6	2	1	0	1	県立医科大学附属病院	80
和歌山県	925	6	3	1	0	0	県立医大紀北分院	74
鳥取県	556	3	3	2	1	1	県立厚生病院	47
島根県	674	4	2	1	1	2	島根大学医学部附属病院	44
岡山県	1,890	2	1	2	1	3	倉敷スイートホスピタル	50
広島県	2,804	5	2	2	1	0	県立広島病院	53
山口県	1,358	2	5	1	1	1	県立総合医療センター	49
徳島県	728	6	1	2	1	0	県立三好病院	46
香川県	956	6	2	1	1	0	三豊総合病院	41
愛媛県	1,339	4	1	1	1	3	県立中央病院	43
高知県	698	5	1	1	1	2	高知医療センター	50
福岡県	5,104	1	2	2	2	3	国立福岡東医療センター	56
佐賀県	815	2	4	2	1	1	佐賀県医療センター好生館	84
長崎県	1,327	7	2	0	1	0	長崎大学病院	51
熊本県	1,748	6	4	0	0	0	くまもと県北病院	56
大分県	1,135	4	1	2	1	2	済生会日田病院	51
宮崎県	1,073	3	2	0	0	4	延岡共立病院	34
鹿児島県	1,602	2	1	0	1	6	青雲会病院	32
沖縄県	1,453	4	0	0	1	5	県立宮古病院	47
自治体数		33	4	2	1	11	自治体31院、国立等3院、公的等5院、大学附属5院、医療法人等6院	
平均病院数		4.6	1.4	1.6	0.9	1.7		

厚生労働省の「新型コロナウイルス感染症対策に係る各医療機関内の病床の確保状況・使用率等の報告（2021年12月1日実績日）」における各都道府県における確保病床数について、病床数上位10位の病院を経営形態別に表にした

自治体病院には、自治体立医科大学附属病院含む。国立等にはJCHO、労災病院含む、公的等には共済組合立含む。病床数10位の病院がある場合すべてカウントしたので病院数が10を超える都道府県が存在する

自治体病院の
存在意義の1つは
初期の新型コロナ
患者を受入れた
ことにある

初期の新型コロナ 患者の受入

- 未知の感染症の患者を受ける恐怖
- 手探りの治療法
- 突然重症化、死亡する患者
- N95マスク、PPEなどの医療材料の不足
- 多くの病院が自治体病院の使命として積極的に患者を受け入れた

大阪府の新型コロナ初期の病床確保

- 大阪府の2019年4月現在の感染症指定病床78床(全て自治体病院)
- 3月13日吉村知事対策本部会議で78床の指定医療機関の病床を重症者向けに確保しながら、さらなる病床を用意することを指示
- 3月16日大阪府、府内の自治体病院に対して患者受入の説明会(自治体病院全体で3月末で100床、状況次第では4月末に100床追加確保したい)
- 3月25日知事記者会見「22日までに213床を確保、600床の確保を目指し補正予算化、最終的に1000床に」
- 4月1日再度大阪府が公立・公的病院への説明会(全病院で病棟単位の病床確保の依頼、4月10日までの運用開始要望)
- 4月7日市立総合医療センター集中治療室を新型コロナ専用とし、重症者の救急受入を停止
- 4月14日大阪市長十三市民病院を中等症以上の患者を受けけるコロナ専門病院とすることを表明

自治体病院は
具体的にどのように
新型コロナウイルス
に対応したか

全国自治体病院協議会 新型コロナウイルス感染症 対策に係る調査

- 第1波の終息後、会員病院に対し、3回にわたりアンケートを実施（第1回2020年3月24日～3月31日、第2回4月13～24日、第3回6月17日～30日）

新型コロナウイルス入院患者受入状況

【 種類・病床規模別 】		回答 病院数	受入病院		未受入病院		無回答	
全 体		471	219	46.5%	249	52.9%	3	0.6%
一般病院		446	216	48.4%	227	50.9%	3	0.7%
99床以下		108	12	11.1%	95	88.0%	1	0.9%
100床台		111	31	27.9%	78	70.3%	2	1.8%
200床台		50	28	56.0%	22	44.0%	0	0.0%
300床台		60	47	78.3%	13	21.7%	0	0.0%
400床台		46	34	73.9%	12	26.1%	0	0.0%
500床以上		71	64	90.1%	7	9.9%	0	0.0%
精神科病院		25	3	12.0%	22	88.0%	0	0.0%

新型コロナウイルス感染症疑い患者数(外来)

【種類・病床規模別】		回答 病院		疑い 患者数		PCR検査陰性		PCR検査せず		PCR検査結果待ち		不明	
		疑い患者がいる病院											
全	体	252	210 83.3%	6,107	4,320 70.7%	1,445 23.7%	36 0.6%	306 5.0%					
一般病院		244	209 85.7%	6,105	4,318 70.7%	1,445 23.7%	36 0.6%	306 5.0%					
99床以下		49	33 67.3%	341	129 37.8%	172 50.4%	0 0.0%	40 11.7%					
100床台		57	44 77.2%	888	546 61.5%	299 33.7%	6 0.7%	37 4.2%					
200床台		38	35 92.1%	640	463 72.3%	169 26.4%	0 0.0%	8 1.3%					
300床台		33	32 97.0%	1,508	1,079 71.6%	406 26.9%	15 1.0%	8 0.5%					
400床台		30	29 96.7%	1,134	991 87.4%	128 11.3%	8 0.7%	7 0.6%					
500床以上		37	36 97.3%	1,594	1,110 69.6%	271 17.0%	7 0.4%	206 12.9%					
精神科病院		8	1 12.5%	2	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%					

※ 疑いから陽性と認められた患者は本設問には計上していない

※ 無回答は除外している

新型コロナウイルス入院患者受入のための病棟閉鎖・削減の実施状況

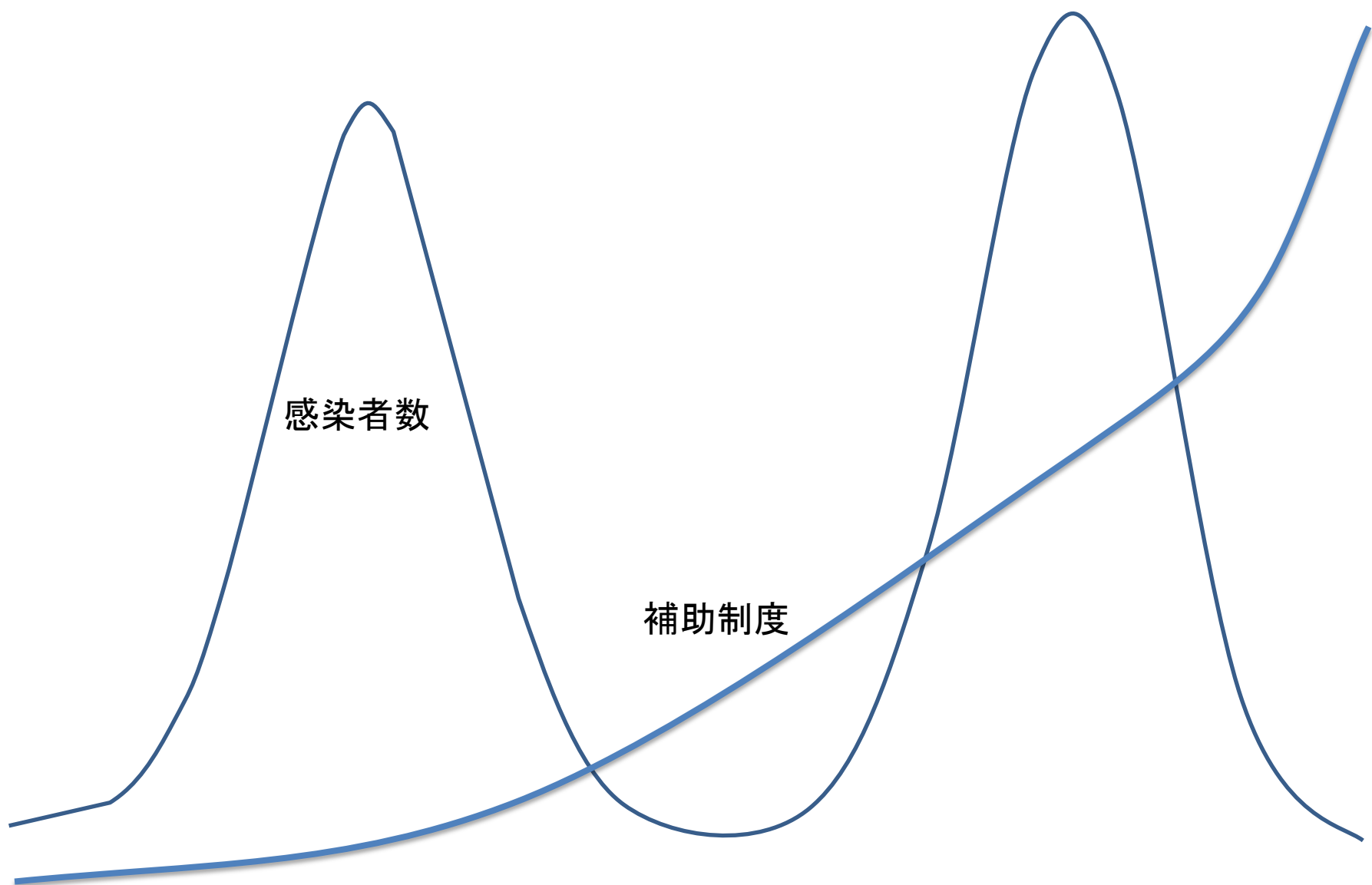
【 種類・病床規模別 】		回答 病院数	受入のため 病棟閉鎖・削減あり		受入準備のため 病棟閉鎖・削減あり		病棟閉鎖・削減 なし	
全 体	一般病院	465	141	30.3%	51	11.0%	273	58.7%
	99床以下	440	139	31.6%	49	11.1%	252	57.3%
	100床台	107	6	5.6%	3	2.8%	98	91.6%
	200床台	109	14	12.8%	16	14.7%	79	72.5%
	300床台	49	17	34.7%	9	18.4%	23	46.9%
	400床台	59	32	54.2%	6	10.2%	21	35.6%
	500床以上	46	22	47.8%	9	19.6%	15	32.6%
	精神科病院	70	48	68.6%	6	8.6%	16	22.9%
		25	2	8.0%	2	8.0%	21	84.0%

財源的に見た 新興感染症対応への 自治体病院と民間病院 の役割

自治体病院は新興感染症の
財政損失に地方財源を
組み合わせて対応できる

民間病院は新興感染症の
財政損失に補助金が
なければ対応が難しい

感染患者数と行政補助制度



筆者作成

新型コロナウイルス感染症に対応する医療機関等への支援策(主なもの)

一次補正(令和2年4月30日成立)【1,490億円】

(医療提供体制整備等の緊急対策)

- ① 新型コロナ緊急包括支援交付金の創設
- ② 診療報酬の特例的な対応(重症の新型コロナ患者への一定の診療の評価を2倍に引上げ等) ※4/24予備費
- ③ 福祉医療機構の優遇融資の拡充(以降、累次の対応)

二次補正(令和2年6月12日成立)【16,279億円】

(事態の長期化に対応した広範な対応)

- ① 新型コロナ緊急包括支援交付金の増額及び対象拡大
 - ・重点医療機関(新型コロナ患者専用の病院や病棟を設定する医療機関)の病床確保等
 - ・患者と接する医療従事者等への慰労金の支給
 - ・新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療機関の院内感染防止対策
 - ・医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援
- ② 診療報酬の特例的な対応(重症・中等症の新型コロナ患者への診療の評価の見直し(3倍に引上げ)等) ※5/26予備費

予備費(令和2年9月15日閣議決定)【11,979億円】

(コロナ受入病院への支援やインフルエンザ流行期への備え)

- ① 新型コロナ患者を受け入れる特定機能病院等の診療報酬・病床確保料の引上げ
- ② インフルエンザ流行期への備え 国による直接執行
 - ・インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援
 - ・インフルエンザ流行期に新型コロナ疑い患者を受け入れる救急医療機関等の支援
- ③ 医療資格者等の労災給付の上乗せを行う医療機関への補助 国による直接執行

三次補正(令和3年1月28日成立)【13,532億円】

(病床の確保や、小児科を含む地域の医療機関への支援)

- ① 診療報酬の特例的な対応による新型コロナからの回復患者の転院支援
- ② 重点医療機関への医師・看護師等派遣の支援強化(既存予算により対応)
 - ・医師:1時間7,550円→15,100円 / 医師以外の医療従事者:1時間2,760円→5,520円 / 業務調整員:1時間1,560円→3,120円
- ③ 診療報酬の特例的な対応による小児科等への支援
- ④ 診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援(診療・検査医療機関:100万円) 国による直接執行
- ⑤ 医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援 国による直接執行
 - ・病院・有床診療:25万円+5万円×許可病床数 / 無床診療:25万円 / 薬局・訪問看護ステーション・助産所:20万円
- ⑥ 新型コロナ緊急包括支援交付金の増額(病床や宿泊療養施設等の確保)

予備費(令和2年12月25日閣議決定)【2,693億円】

(感染拡大を踏まえた病床確保のための更なる緊急支援)

- 病床が逼迫した都道府県において、確保病床数(※)に応じ以下の金額を補助 国による直接執行 ※ 令和2年12月25日から令和3年5月11日までの最大確保病床数
- ・重症者病床数×1,500万円 / その他の患者又は疑い患者用病床数×450万円

- ✚ 緊急事態宣言が発令された都道府県においては、以下の金額を上乗せ(令和3年1月7日要綱改正)
- ・令和2年12月25日以降新たに割り当てられた確保病床数×450万円(緊急事態宣言が発令されていない都道府県も、新規割り当て病床は300万円を上乗せ)

上記の金額は、国や都道府県から直接執行する補助金の額を記載したものであり、診療報酬等で措置する額は含まれていない。

新型コロナウイルス
を踏まえた
これからの自治体病院
のあり方

病院統合再編の必要性

- 新型コロナウイルスの患者を受け入れたのは400～500床以上の病院が中心であった
- 感染症専門医の数や医師の集約化のメリットを考えれば、自治体・公的病院を統合・再編して機能向上を図ることは必要
- 特に、感染症の患者が発生しやすい都市部の病院において統合再編による規模拡大が必要

病院間の連携の必要性

- ただし、これまでは、中規模病院の病院を統合して拠点病院を作れば終わりと考えていた
- 拠点病院が感染により機能不全を起こした例が多数あった
- 拠点病院の一極集中ではなく、複数の拠点病院の整備や周辺病院との連携強化が必要

病院の建替えの必要性

- 病院の建物も古い建物では、感染症に対して十分対応できない
- ローコストを意識しつつ、医療提供の高度化や感染症に対応した病院とすべき
- 個室化、陰圧対応、感染症外来設置、動線の考慮など
- 今回の蔓延を踏まえて対応をすべき

病室の個室化

- 感染症対策で重要な視点は個室化
- 自治体病院の場合、個室料を取るのが3割までなので、個室率は30%を上限とする思考を持ちやすい
- 石川県の加賀市医療センター(300床)はオール個室、個室料を取らない

個室のメリット

- 新型コロナウイルス、インフルエンザなどの感染症に対応できる
- 男女関係なく入院可能
- 認知症の患者の対応もしやすい
- 家族の付き添いが可能
- お見舞いの時間が長くなる

自治体病院の
財務状況は
どのように
なっているのか

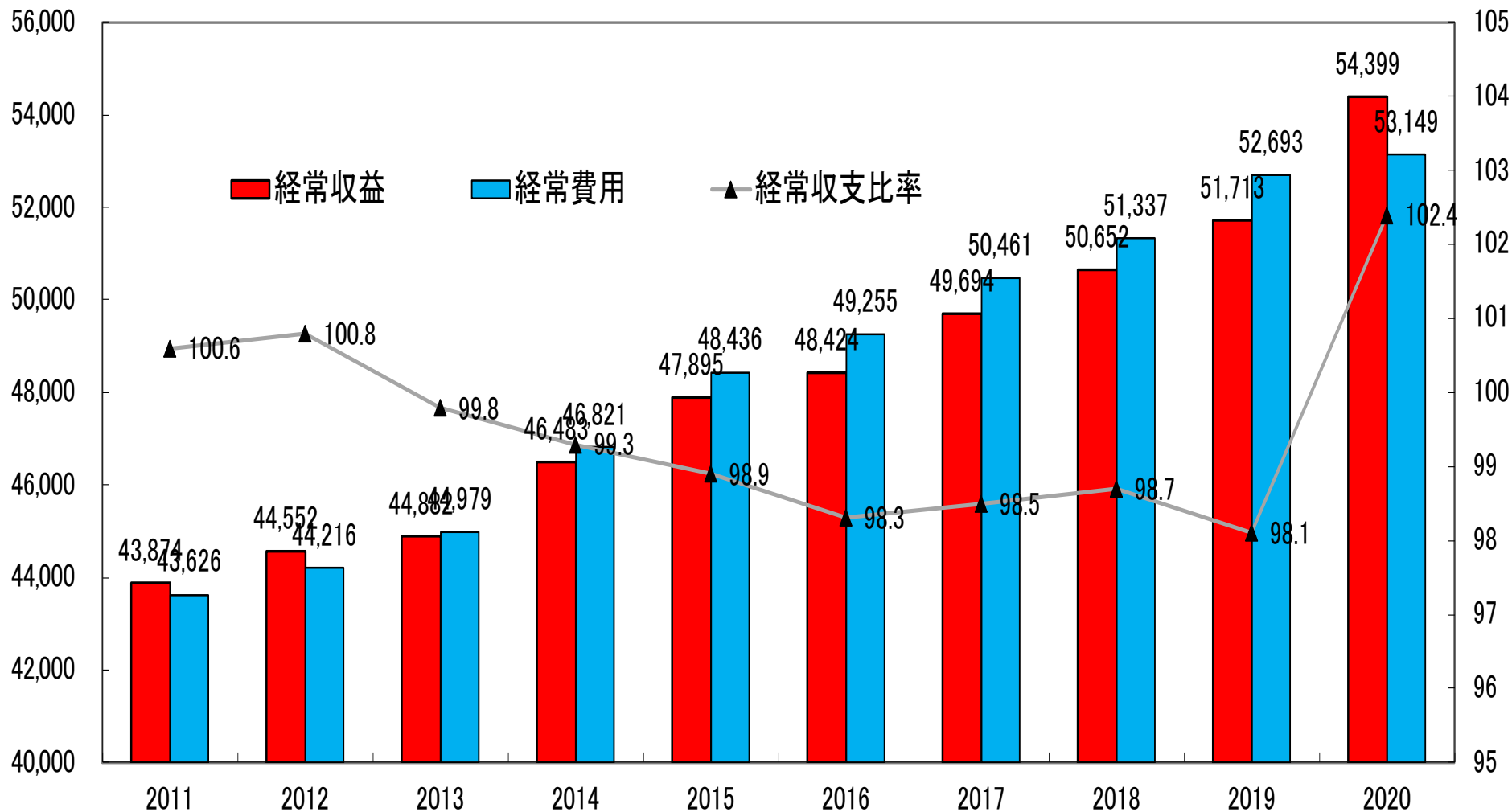
自治体病院の収支

- 全体の繰入金は約8,200億円、その一定額は地方交付税措置されている
- 交通の条件の悪い町村、病床数の少ない病院を中心に医業収益は悪化の傾向にあった
- 2020年度は新型コロナの患者受入補助金で経常収支は大幅改善

自治体病院經常収益・支出（繰入金・補助金含む）

億円

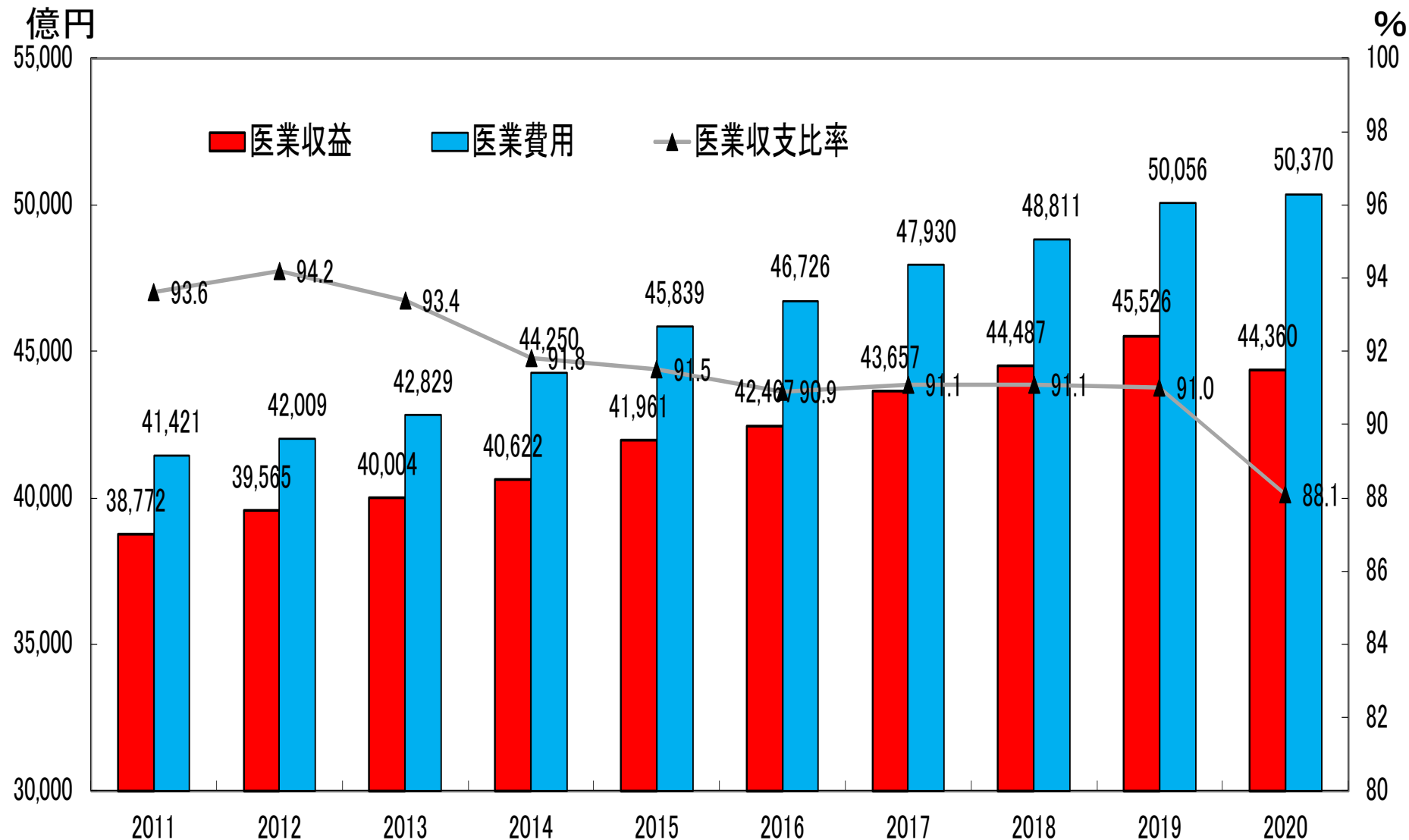
%



地方独立行政法人含む

持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化に関する検討会第1回資料

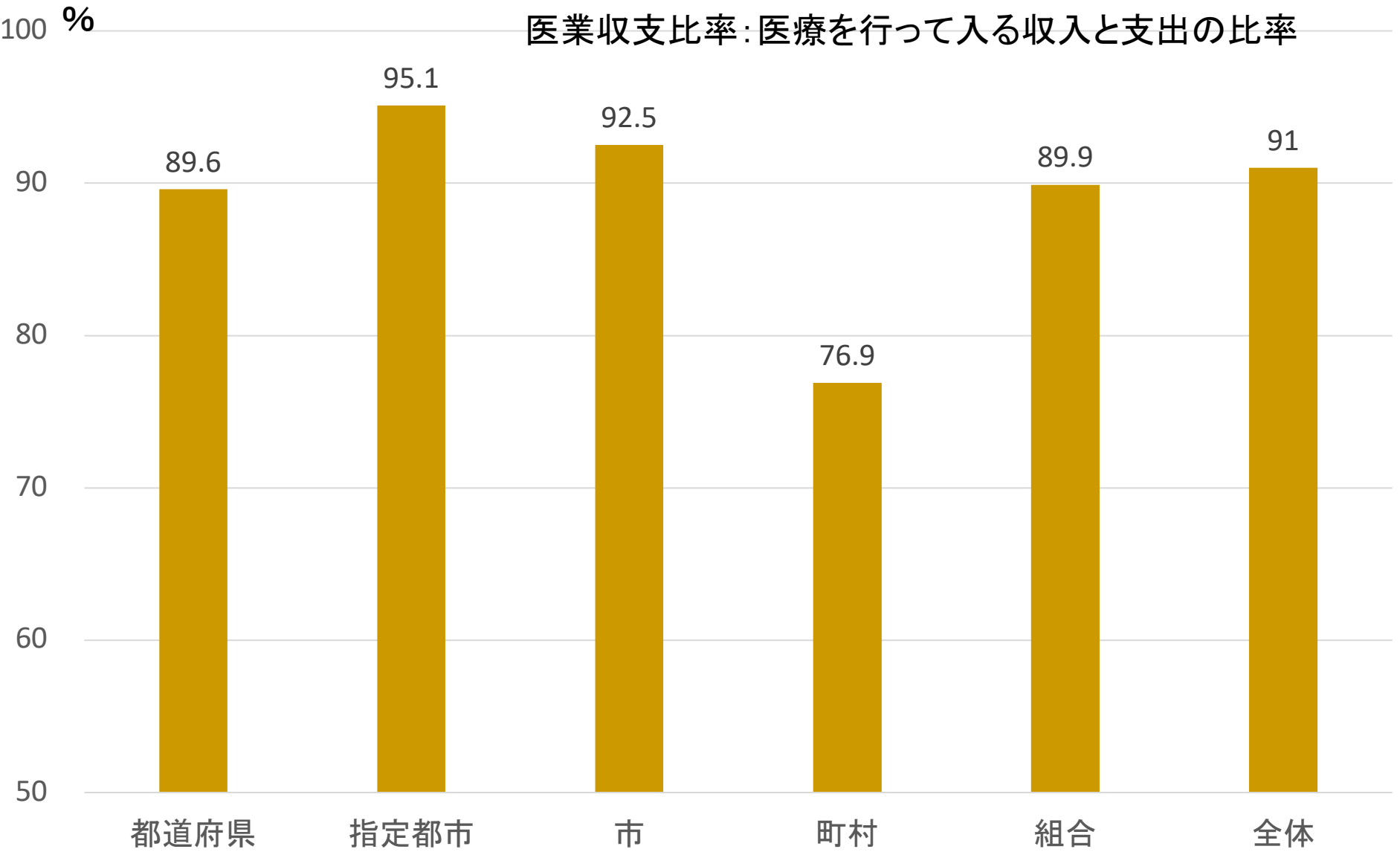
自治体病院医業収益・支出（繰入金・補助金除く）



地方独立行政法人含む

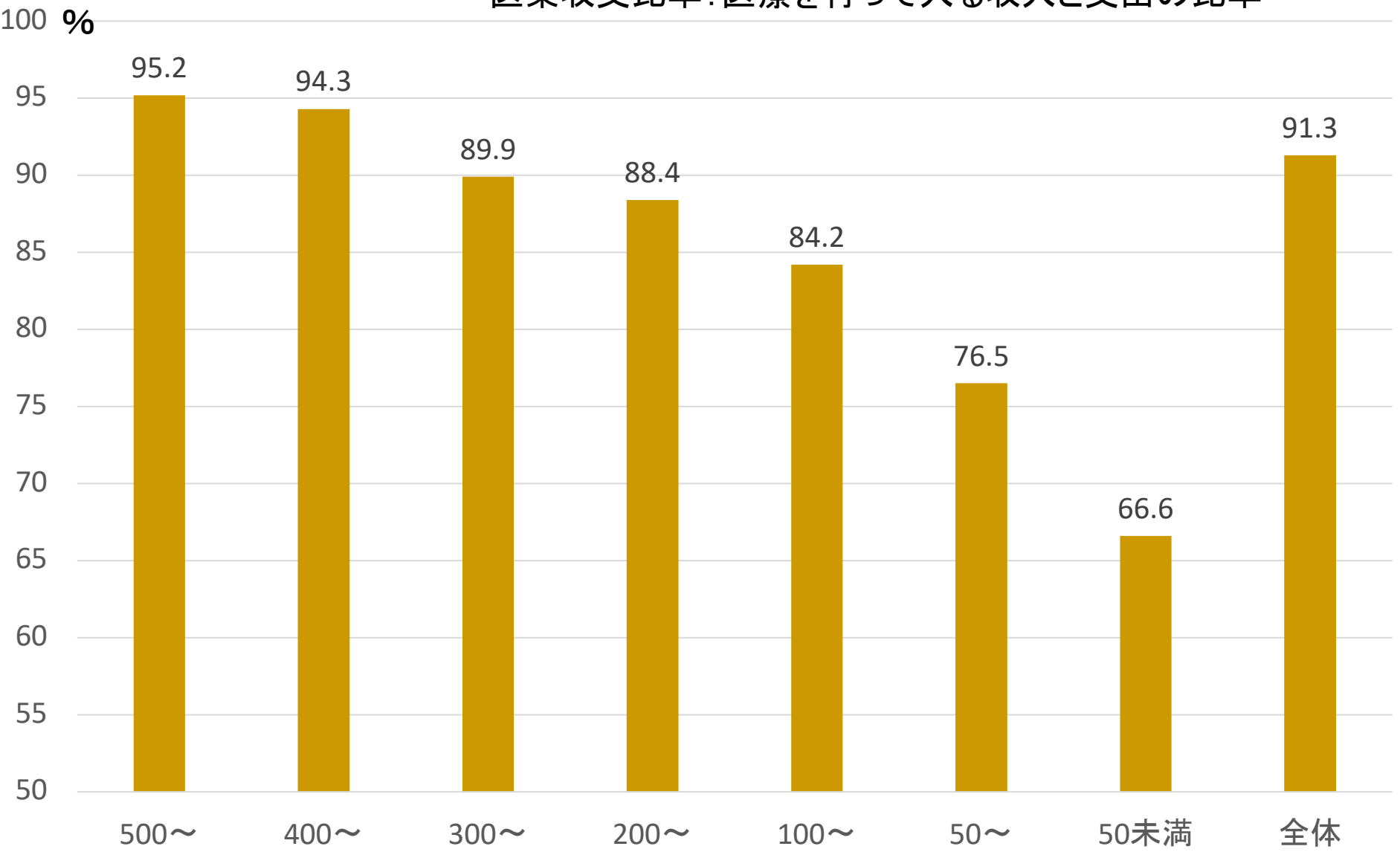
持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化に関する検討会第1回資料

経営主体別医業収支比率



病床規模別の医業収支比率

医業収支比率: 医療を行って入る収入と支出の比率



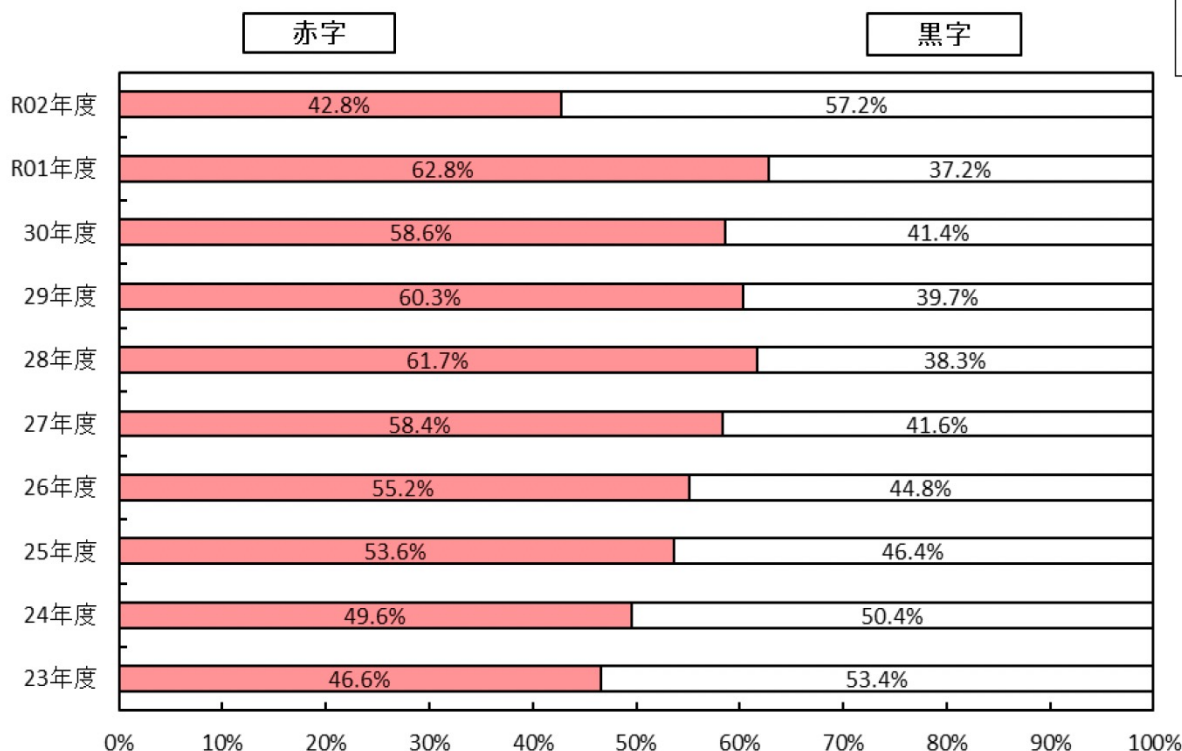
2020年度収益大幅改善

- 2020年度は、新型コロナウイルスの患者を受入れた病院は、診療報酬、コロナ補助金で経常収支は大幅改善
- 2021年度もコロナ補助金による収益改善傾向は続くと思われる

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）

決算状況調査

全病院数に占める経常損失・経常利益を生じた病院数の割合（独法含む）



■ 経常損失を生じた病院数
□ 経常利益を生じた病院数

【参考】
診療報酬の改定率

+0.55%

▲1.31%

+0.10%

〔H26改定は消費増
税分を除けば実質
▲1.26%
+0.004%〕

+0.19%

【赤字・黒字病院数の推移】（建設中を除く）

	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R01	R02	R02-R01増減率
黒字病院	485	452	414	395	369	334	344	358	319	488	53.0%
赤字病院	423	445	478	486	517	539	523	507	538	365	▲32.2%
計	908	897	892	881	886	873	867	865	857	853	▲0.5%

規模別の公立病院の経営状況（300床以上）（地方独立行政法人を含む）

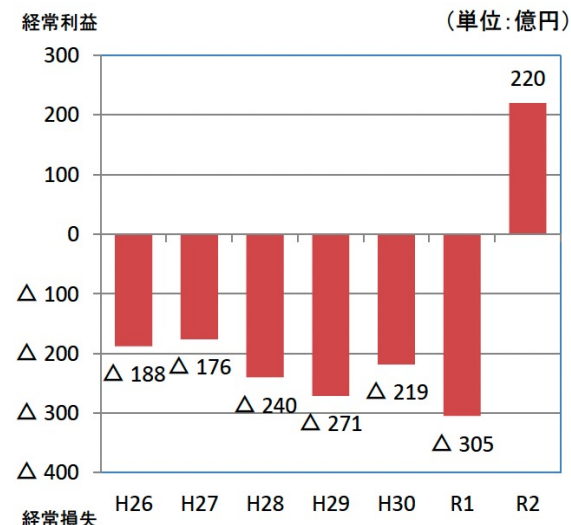
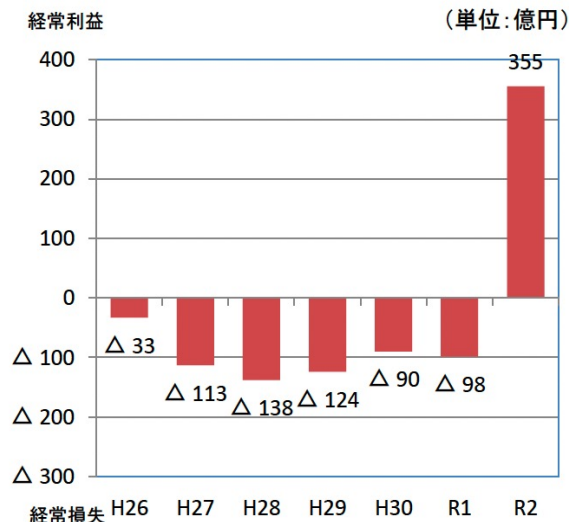
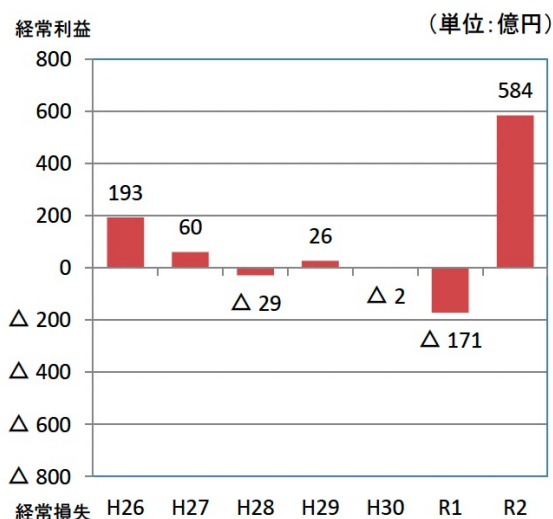
決算状況調査

500床以上病院
(R2:95病院うち黒字病院は71病院)

400床以上500床未満病院
(R2:77病院うち黒字病院は53病院)

300床以上400床未満病院
(R2:120病院うち黒字病院は76病院)

経常損益



経常収支比率

※経常収益/経常費用×100

(単位: %)

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

(単位: %)

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

(単位: %)

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

医業収支比率

※医業収益/医業費用×100

(単位: %)

H28	H29	H30	R1	R2	増減
95.5	95.1	95.2	94.9	86.9	-8.0

(単位: %)

H28	H29	H30	R1	R2	増減
93.4	93.0	94.0	93.9	85.0	-8.9

(単位: %)

H28	H29	H30	R1	R2	増減
92.1	91.0	90.5	89.7	82.5	-7.2

※建設中、想定企業会計の病院を除く

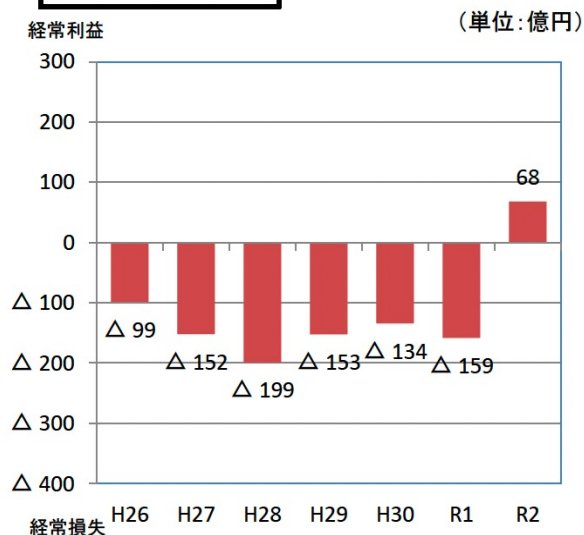
規模別の公立病院の経営状況（300床未満）（地方独立行政法人を含む）

決算状況調査

200床以上300床未満病院

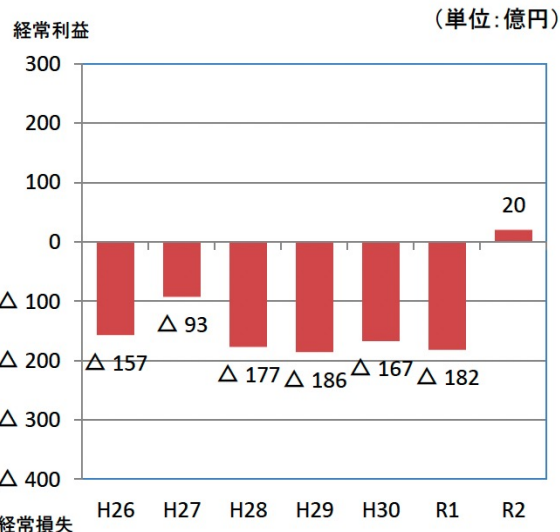
（R2: 99病院のうち黒字病院は57病院）

経常損益



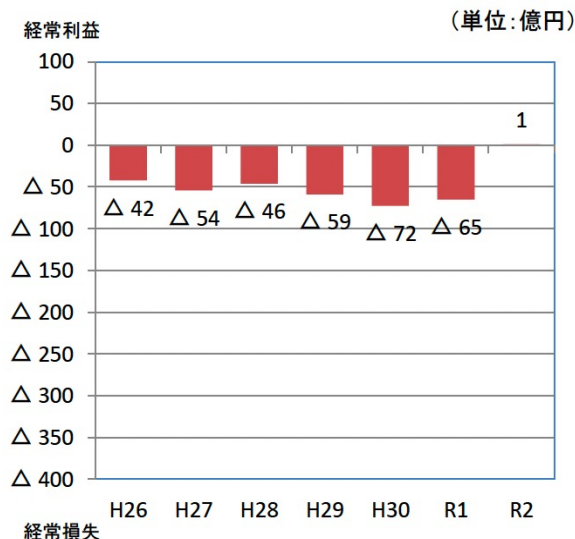
100床以上200床未満病院

（R2: 207病院のうち黒字病院は108病院）



100床未満病院

（R2: 255病院のうち黒字病院は123病院）



経常収支比率

※経常収益/経常費用×100

（単位：％）

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

（単位：％）

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

（単位：％）

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

医業収支比率

※医業収益/医業費用×100

（単位：％）

H28	H29	H30	R1	R2	増減
88.7	87.9	87.7	87.5	76.7	-10.8

（単位：％）

H28	H29	H30	R1	R2	増減
85.5	84.5	83.6	83.7	78.9	-4.8

（単位：％）

H28	H29	H30	R1	R2	増減
77.2	75.4	74.1	74.1	70.6	-3.5

※建設中、想定企業会計の病院を除く

自治体病院・国立病院の 内部留保は国民の財産

- 自治体病院・国立病院は内部留保した現金を自分たちのために使うことができない
- 将来の医療提供体制の充実のための資金となる
- 国民の財産というべきもの
- 批判は全く見当外れ

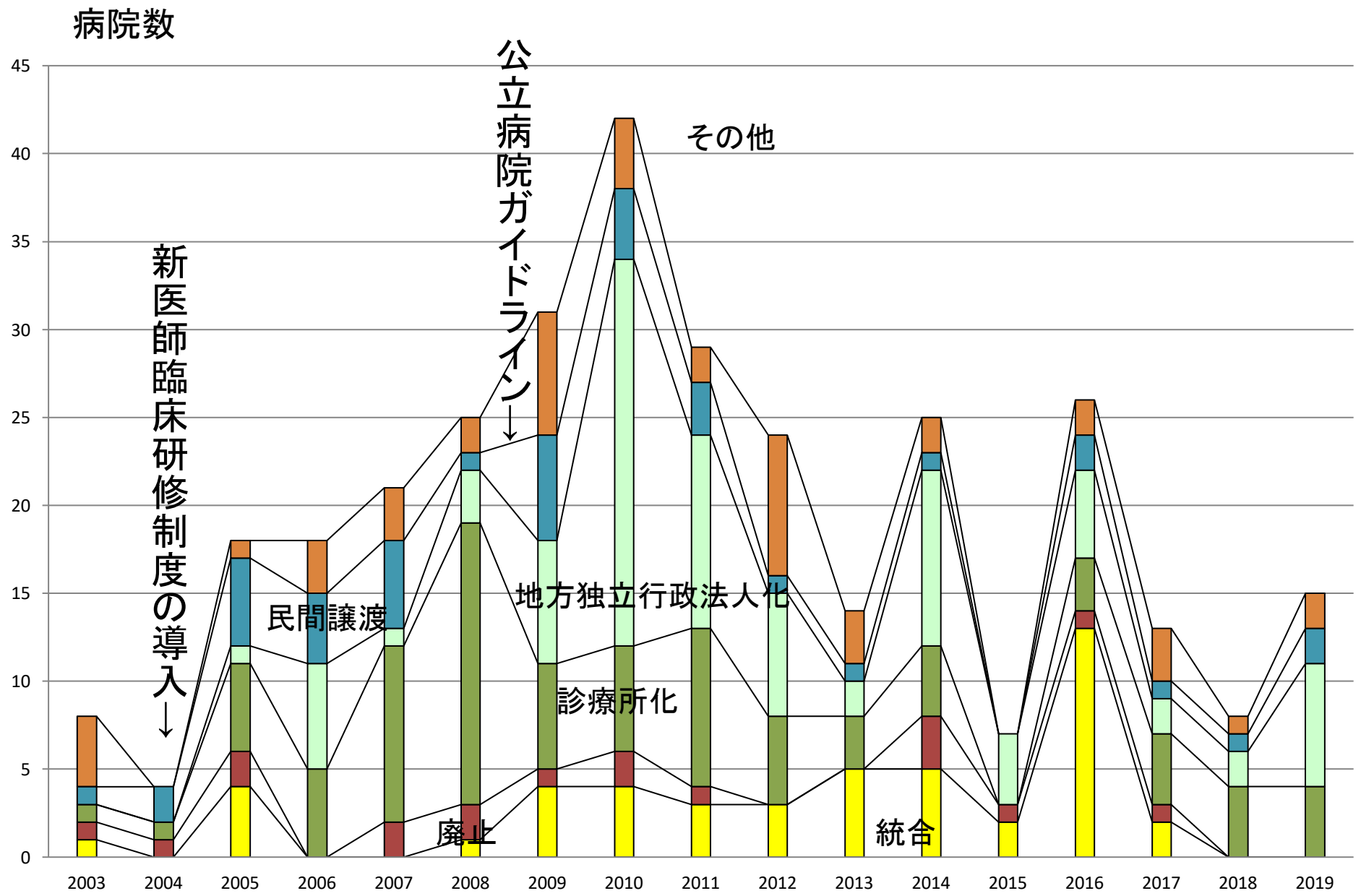
そもそも巨額の補助金は

- 後述の民間病院中心の医療提供体制中心のわが国の病院政策において新型コロナ病床を確保するために使ったお金
- 自治体病院・国立病院の病床が多ければこれほどの補助金は必要がなかったと考える

進む経営形態の変更

- 地方独立行政法人化、指定管理者制度導入、地方公営企業法全部適用、民間譲渡、診療所化など経営形態を変更する自治体病院が相次ぐ

地方公営企業法適用自治体病院の減少の内訳



国の政策と 自治体病院

厚生労働省の 地域医療構想

地域医療構想
公的病院等424病院
再検証要請

公立・公的424病院「再編必要」 地方、 200床以下多く 厚労省リスト公表

毎日新聞2019年9月26日

- 過剰とされる病院のベッド（病床）数を削減するため、厚生労働省は26日、再編・統合を促す予定の公立・公的424病院のリストを公表した
- 自治体が経営する中小病院が多く、手術などの診療実績が少ないことから「再編・統合の議論が特に必要」と判断した
- 今後1年以内に再編・統合の結論を出すよう要請するが、身近な病院を残したい地域住民や自治体の反発も予想される

9月公表の当日

- 厚生労働省医政局とほとんどつきあいがなく、公表される病院名はまったく分からなかった
- 報道関係者から数が多いそうだという情報は得ていた

NHKニュースウオッチ9に 録画出演

- 公表当日、香川県三豊市で仕事をしていた
- NHKから電話があり、録画でコメントがほしいという話になった
- 羽田に着いて渋谷のNHKで録画をした

次々と支援している病院 から連絡が入る

- NHKに向かう途中、次々と支援している病院から再検証対象になったという連絡をいただいた
- 頑張っており、対象としてはいけないと考える病院が大量に公表されていた

病院職員の皆さんの 気持ちを考える

- 選定された病院職員の皆さんの不安、働く誇りを傷つけられた感情を考えると公表に対して納得ができなかった
- また、コメントすることの重要性を感じ、とても緊張した

報道されたコメント

- (対象病院の)数が多すぎる。事前に予告等もないままにやるので各病院で働く人や患者に不安を与える可能性が高い。
- 『あの病院は危ない』と風評被害さえも起きかねない。
- 病院の統合再編の議論は地域住民をまき込みながら行う必要がある。
- 統合や再編の必要性が高い地域もあるのでそういうところはちゃんと進める。丁寧な議論が必要である。
- やらない決断があって良い。地域が主体的に考えるべき。

北海道対象病院(都道府県最多54病院)

北海道社会事業協会函館病院、木古内町国保病院、国立病院
機構函館病院、市立函館南茅部病院、函館赤十字病院、函館市
医師会病院、森町国保病院、松前町立松前病院、厚沢部町国保
病院、奥尻町国保病院、長万部町立病院、八雲町熊石国保病院、
せたな町立国保病院、今金町国保病院、北海道社会事業協会
岩内病院、国保由仁町立病院、市立三笠総合病院、国保町立南
幌病院、国保月形町立病院、市立美唄病院、栗山赤十字病院、
市立芦別病院、北海道社会事業協会洞爺病院、JCHO登別病院、
白老町立国保病院、日高町立門別国保病院、新ひだか町立三
石国保病院、新ひだか町立静内病院、市立旭川病院、国保町立
和寒病院、厚生連美深厚生病院、町立下川病院、上富良野町立
病院、猿払村国保病院、豊富町国保病院、利尻島国保中央病院、
中頓別町国保病院、斜里町国保病院、小清水赤十字病院、厚生
連常呂厚生病院、滝上町国保病院、雄武町国保病院、興部町国
保病院、広尾町国保病院、鹿追町国保病院、公立芽室病院、本
別町国保病院、十勝いけだ地域医療センター、清水赤十字病院、
町立厚岸病院、厚生連摩周厚生病院、標茶町立病院、標津町国
保標津病院、町立別海病院

東北地域対象病院

青森県

国保板柳中央病院、黒石市国保黒石病院、町立大鰐病院、国保おいらせ病院、国保南部町医療センター、国保五戸総合病院、三戸町国保三戸中央病院、青森市立浪岡病院、平内町国保平内中央病院、つがる西北五広域連合かなぎ病院

岩手県

国立病院機構盛岡病院、盛岡市立病院、岩手県立東和病院、岩手県立江刺病院、奥州市国保まごころ病院、奥州市総合水沢病院、一関市国保藤沢病院、洋野町国保種市病院、岩手県立一戸病院、岩手県立軽米病院

宮城県

蔵王町国保蔵王病院、丸森町国保丸森病院、JCHO仙台南病院、国立病院機構仙台西多賀病院、国立病院機構宮城病院、塩竈市立病院、宮城県立循環器・呼吸器病センター、栗原市立若柳病院、大崎市民病院岩出山分院、公立加美病院、栗原市立栗駒病院、大崎市民病院鳴子温泉分院、美里町立南郷病院、涌谷町国保病院、石巻市立牡鹿病院、登米市立米谷病院、登米市立豊里病院、石巻市立病院、南三陸病院

秋田県

大館市立扇田病院、JCHO秋田病院、湖東厚生病院、市立大森病院、羽後町立羽後病院

山形県

天童市民病院、朝日町立病院、山形県立河北病院、寒河江市立病院、町立真室川病院、公立高畠病院、酒田市立八幡病院

福島県

済生会福島総合病院、済生会川俣病院、JCHO二本松病院、三春町立三春病院、公立岩瀬病院、厚生連鹿島厚生病院、厚生連高田厚生病院、厚生連坂下厚生総合病院

関東地域対象病院

茨城県

笠間市立病院、小美玉市医療センター、KKR水府病院、村立東海病院、国立病院機構霞ヶ浦医療センター、筑西市民病院

栃木県

JCHOうつのみや病院、国立病院機構宇都宮病院

群馬県

群馬県済生会前橋病院、一般社団法人伊勢崎佐波医師会病院、公立碓氷病院、下仁田厚生病院

埼玉県

蕨市立病院、JCHO埼玉北部医療センター、北里大学メディカルセンター、東松山市立市民病院、東松山医師会病院、所沢市市民医療センター、国立病院機構東埼玉病院

千葉県

千葉県千葉リハビリテーションセンター、国立病院機構千葉東病院、JCHO千葉病院、千葉市立青葉病院、銚子市立病院、国保多古中央病院、東陽病院、南房総市立富山国保病院、鴨川市立国保病院、国保直営君津中央病院大佐和分院

東京都

KKR九段坂病院、東京都台東区立台東病院、東京都済生会中央病院、東京大学医科学研究所附属病院、東京都済生会向島病院、JCHO東京城東病院、奥多摩町国保奥多摩病院、国立病院機構村山医療センター、東京都立神経病院、国保町立八丈病院

神奈川県

川崎市立井田病院、三浦市立病院、横須賀市立市民病院、済生会平塚病院、秦野赤十字病院、国立病院機構神奈川病院、相模原赤十字病院、東芝林間病院、済生会神奈川県病院、済生会若草病院

中部・北陸地域対象病院

新潟県

新潟県立坂町病院、新潟県立リウマチセンター、厚生連新潟医療センター、国立病院機構西新潟中央病院、豊栄病院、あがの市民病院、新潟県立吉田病院、三条総合病院、新潟県立加茂病院、見附市立病院、

国立病院機構新潟病院、厚生連小千谷総合病院、魚沼市立小出病院、南魚沼市立ゆきぐに大和病院、町立湯沢病院、新潟県立松代病院、新潟県立妙高病院、上越地域医療センター病院、労働者健康福祉機構新潟労災病院、新潟県立柿崎病院、厚生連けいなん総合病院、佐渡市立両津病院

富山県

あさひ総合病院、厚生連滑川病院、富山県リハビリテーション・こども支援センター、かみいち総合病院、JCHO高岡ふしき病院

石川県

国保能美市立病院、KKR北陸病院、公立つるぎ病院、JCHO金沢病院、津幡町国保直営河北中央病院、町立富来病院、町立宝達志水病院

福井県

国立病院機構あわら病院、坂井市立三国病院、越前町国保織田病院、JCHO若狭高浜病院

山梨県

JCHO山梨病院、北杜市立塩川病院、韮崎市国保韮崎市立病院、北杜市立甲陽病院、山梨市立牧丘病院、甲州市立勝沼病院、一部事務組合立飯富病院

長野県

川西赤十字病院、佐久穂町立千曲病院、厚生連佐久総合病院小海分院、東御市民病院、国保依田窪病院、厚生連リハビリテーションセンター鹿教湯病院、厚生連下伊那厚生病院、下伊那赤十字病院、国立病院機構まつもと医療センター松本病院、国立病院機構まつもと医療センター中信松本病院、安曇野赤十字病院、飯綱町立飯綱病院、長野県立総合リハビリテーションセンター、信越病院、飯山赤十字病院

東海地域対象病院

静岡県

厚生連リハビリテーション中伊豆温泉病院、伊豆赤十字病院、共立蒲原総合病院、国立病院機構静岡てんかん・神経医療センター、厚生連清水厚生病院、厚生連静岡厚生病院、JCHO桜ヶ丘病院、菊川市立総合病院、市立御前崎総合病院、公立森町病院、浜松赤十字病院、市立湖西病院、厚生連遠州病院、労働者健康福祉機構浜松労災病院

岐阜県

岐阜県厚生連岐北厚生病院、羽島市民病院、厚生連西美濃厚生病院、国保白鳥病院、国保坂下病院、多治見市民病院、市立恵那病院、厚生連東濃厚生病院、国保飛騨市民病院

愛知県

津島市民病院、あま市民病院、一宮市立木曾川市民病院、愛知県心身障害者コロニー中央病院、みよし市民病院、碧南市民病院、中日病院、国立病院機構東名古屋病院、ブラザー記念病院

三重県

桑名南医療センター、厚生連菰野厚生病院、亀山市立医療センター、厚生連大台厚生病院、済生会明和病院、町立南伊勢病院、市立伊勢総合病院

近畿地域対象病院

滋賀県

JCHO滋賀病院、大津赤十字志賀病院、守山市民病院、東近江市立能登川病院、長浜市立湖北病院

京都府

市立福知山市民病院大江分院、舞鶴赤十字病院、国保京丹波町病院、国立病院機構宇多野病院

大阪府

大阪市立弘済院付属病院、高槻赤十字病院、社会医療法人仙養会北摂総合病院、市立柏原病院、市立藤井寺市民病院、富田林病院、大阪府済生会新泉南病院、和泉市立病院、社会医療法人生長会阪南市民病院、健康保険組合連合会大阪中央病院

兵庫県

兵庫県立リハビリテーション中央病院、KKR六甲病院、高砂市民病院、明石市立市民病院、多可赤十字病院、加東市民病院、出石医療センター、公立香住病院、日高医療センター、公立村岡病院、柏原赤十字病院、国立病院機構兵庫中央病院、兵庫県立姫路循環器病センター、相生市民病院、たつの市民病院

奈良県

済生会奈良病院、済生会中和病院、奈良県総合リハビリテーションセンター、済生会御所病院、南和広域医療企業団吉野病院

和歌山県

海南医療センター、国保野上厚生総合病院、済生会和歌山病院、国保すさみ病院、那智勝浦町立温泉病院

中国地域対象病院

鳥取県

岩美町国保岩美病院、日南町国保日南病院、鳥取県済生会境港総合病院、南部町国保西伯病院

島根県

国立病院機構松江医療センター、JCHO玉造病院、出雲市立総合医療センター、津和野共存病院

岡山県

備前市国保市立備前病院、岡山市久米南町組合立国保福渡病院、玉野市立玉野市民病院、せのお病院、備前市国保市立吉永病院、労働者健康安全機構吉備高原医療リハビリテーションセンター、瀬戸内市立瀬戸内市民病院、赤磐医師会病院、笠岡市立市民病院、矢掛町国保病院、国立病院機構南岡山医療センター、井原市立井原市民病院、鏡野町国保病院

広島県

北広島町豊平病院、KKR吉島病院、広島市医師会運営・安芸市民病院、国立病院機構広島西医療センター、広島県済生会済生会呉病院、呉市医師会病院、KKR呉共済病院忠海分院、日立造船健康保険組合因島総合病院、三原赤十字病院、三原市医師会病院、府中市民病院、府中北市民病院、総合病院庄原赤十字病院

山口県

岩国市立錦中央病院、岩国市立美和病院、岩国市医療センター医師会病院、光市立大和総合病院、周南市立新南陽市民病院、徳山医師会病院、光市立光総合病院、厚生連小郡第一総合病院、国立病院機構山口宇部医療センター、美祢市立美東病院、美祢市立病院、山陽小野田市民病院、小野田赤十字病院、下関市立豊田中央病院

四国・九州地域対象病院

徳島県

国立病院機構東徳島医療センター、徳島県鳴門病院、阿波病院、阿南医師会中央病院、海陽町国保海南病院、国保勝浦病院

香川県

さぬき市民病院、国立病院機構高松医療センター、香川県済生会病院、厚生連滝宮総合病院

愛媛県

西条市立周桑病院、国立病院機構愛媛医療センター、鬼北町立北宇和病院、宇和島市立吉田病院、愛媛県立南宇和病院、宇和島市立津島病院

高知県

JA高知病院、佐川町立高北国保病院、JCHO高知西病院、いの町立国保仁淀病院、土佐市立土佐市民病院

福岡県

福岡県立粕屋新光園、宗像医師会病院、嶋田病院、国立病院機構大牟田病院、飯塚市立病院、嘉麻赤十字病院、飯塚嘉穂病院、労働者健康安全機構総合せき損センター、地方独法川崎町立病院、中間市立病院、遠賀中間医師会おんが病院、北九州市立総合療育センター、芦屋中央病院

佐賀県

小城市民病院、多久市立病院、国立病院機構東佐賀病院、JCHO伊万里松浦病院、町立太良病院

長崎県

日本赤十字社長崎原爆病院、国保平戸市民病院、地方独法北松中央病院、平戸市立生月病院、市立大村市民病院、日本赤十字社長崎原爆諫早病院、長崎県富江病院

熊本県

国保宇城市民病院、国立病院機構熊本南病院、小国公立病院、天草市立牛深市民病院、熊本市医師会熊本地域医療センター、熊本市立植木病院、熊本市立熊本市民病院

大分県

杵築市立山香病院、臼杵市医師会立コスモス病院、竹田医師会病院

宮崎県

JCHO宮崎江南病院、国立病院機構宮崎東病院、五ヶ瀬町国保病院、日南市立中部病院、えびの市立病院、都農町国保病院、国立病院機構宮崎病院

鹿児島県

済生会鹿児島病院、鹿児島市医師会病院、鹿児島厚生連病院、鹿児島赤十字病院、枕崎市立病院、南さつま市立坊津病院、肝付町立病院、公立種子島病院

背景にある 自治体病院批判

いつの間にか
地域医療構想の課題が
自治体・公的病院の
統合再編になった

地域医療構想調整会議における議論の状況

以下は、平成29年度末(平成30年3月末)までの議論の状況について、全341構想区域の状況をまとめたもの。

現状分析に関する取組の状況

▶調整会議の開催状況について

4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	計
79回 (74区域)	284回 (230区域)	370回 (260区域)	334回 (238区域)	1,067回

▶調整会議以外の取組(意見交換会等)

4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	計
23回 (20区域)	88回 (54区域)	55回 (41区域)	62回 (50区域)	228回

▶平成28年度病床機能報告が未報告の医療機関に関する状況把握

未報告医療機関数(区域数)	455施設(151区域)
うち未報告医療機関の在り方について議論した構想区域	33区域／151区域

▶非稼働病棟に関する状況把握

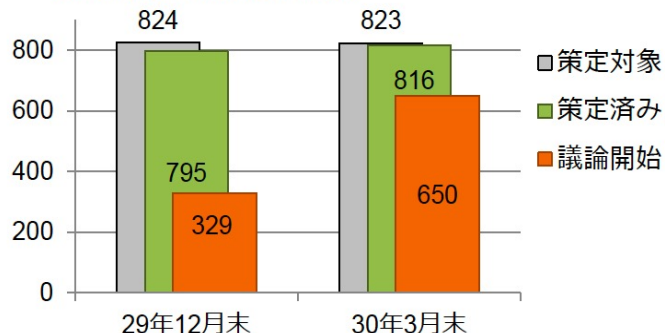
非稼働病棟を有する医療機関数(区域数)	1,158施設(285区域)
うち非稼働病棟の在り方について議論した構想区域	66区域／285区域

具体的な医療機関名を挙げた議論の状況

▶公立病院について

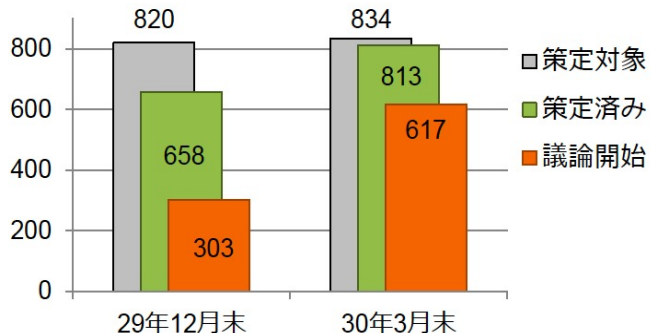
- ・対象病院は823病院(注)
- ・新改革プランを策定した病院は、816病院
- ・調整会議で議論を開始した病院は、650病院

(注)一般病床及び療養病床を有しない精神科病院や、既に廃止している病院等は除外した。



▶公的医療機関等2025プラン対象医療機関について

- ・対象病院は834病院
- ・公的医療機関等2025プランを策定した病院は813病院
- ・調整会議で議論を開始した病院は、617病院



(参考)

その他の医療機関について

(担うべき役割や機能を大きく変更する病院等)

・今後の事業計画を策定した病院は264病院

・調整会議で議論を開始した病院は46病院

青森県の地域医療構想調整会議における検討内容について

医療法に定める地域医療構想調整会議の開催

地域医療構想の記載内容(病床機能の分化・連携の推進)

- 構想区域内における医療機関の役割分担の明確化、連携体制の強化による、効率的・効果的な医療提供体制を構築
- 自治体病院等の機能再編成を推進

調整会議(津軽構想区域)での議論

- 新たな中核病院の整備による医療資源の集約を通じて、救急医療体制の確保と充実、急性期医療、専門医療の対応力向上
- その他の医療機関については、病床稼働率等の状況を踏まえた、病床規模の見直し及び回復期・慢性期機能へ転換

→ **基本的な方向性について、関係者間で合意。今後、具体策について議論を深化。**

新たな中核病院の整備による自治体病院等機能再編成のイメージ

<津軽構想区域>

新たな中核病院



- ・ 国立病院機構弘前病院 (342床)
- ・ 弘前市立病院(250床)

統合し、新たな中核病院 (440~450床) を整備

- ・ 救命救急センター
- ・ 臨床研修指定病院
- ・ 地域災害拠点病院
- ・ 地域周産期母子医療センター
- ・ 地域医療支援病院 等

黒石病院 (機能分化、病床削減)



回復期機能へ

- ・ 黒石病院(257床)
- ・ 大鰐病院(60床)
- ・ 板柳中央病院(87床)
- ・ その他の中小病院

病床規模の縮小や
回復期・慢性期機能へ転換

板柳中央病院 (機能分化)



回復期、慢性期機能へ

大鰐病院 (機能転換、病床削減)



慢性期機能、老健等へ

新経済・財政再生計画改革工程表2018

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取組
【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革 【指標①】 医療費・介護費の適正化 【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減 【指標③】 年齢調整後の一人当たり介護費の地域差縮減 【指標④】 医療・福祉サービスの生産性（※1）の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量 【指標⑤】 医療・福祉サービスの質（※2）の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度	○地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合【2025年度に100%】 ○介護療養病床の第7期介護保険事業計画に沿ったサービス量進捗状況と、第8期計画期初に見込まれる期末時点でのサービス減量【2020年度末に100%】	○地域医療構想調整会議において具体的対応方針について合意に至った医療施設の病床の割合【2019年度末までに50%】 ○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院のうち、地域医療構想調整会議において具体的方針について合意に至った医療施設の病床の割合【2018年度末までに100%】 ○地域医療構想調整会議において公立・公的病院等の非稼働病床の対応方針について合意に至った割合【2018年度末までに100%】 ○地域医療構想調整会議において具体的対応方針について合意に至った医療施設の病床の割合【2019年度末までに50%】 ○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院のうち、地域医療構想調整会議において具体的対応方針について合意に至った医療施設の病床の割合【2018年度末までに100%】 ○地域医療構想調整会議において公立・公的病院等の非稼働病床の対応方針について合意に至った割合【2018年度末までに100%】 ○在宅医療を行う医療機関数【増加】	26 i. 地域医療構想の実現（個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針について検討） 26 ii. 地域医療構想の実現（公立・公的医療機関について民間医療機関では担うことができない機能に重点化するよう再編・統合の議論を進める） 26 iv. 地域医療構想の実現（病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討） 34. 大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の推進

全国の病院現場から
批判を受ける

病院再編で意見交換開始＝「撤回を」と 不満噴出－厚労省20191024時事通信

- 高齢化社会を見据えた地域医療構想をめぐる厚生労働省と自治体、病院関係者らの意見交換会の初会合が17日、福岡市内で開催された。
- 同省が再編統合が必要な424の公立・公的病院名を公表したことに対し、出席者からは「医師確保の足かせになった」「撤回を」などと不満が噴出した。
- 会合の冒頭、橋本岳厚労副大臣は病院名の公表について「皆さまにご不安、ご心配を招いてしまった。反省しなければならない」と陳謝。
- その上で、同省の担当者が、今後の医療体制の見直しに際し「必ずしも医療機関の統廃合を決めるものではない。方向性を機械的に決めるものでもない」と理解を求めた。

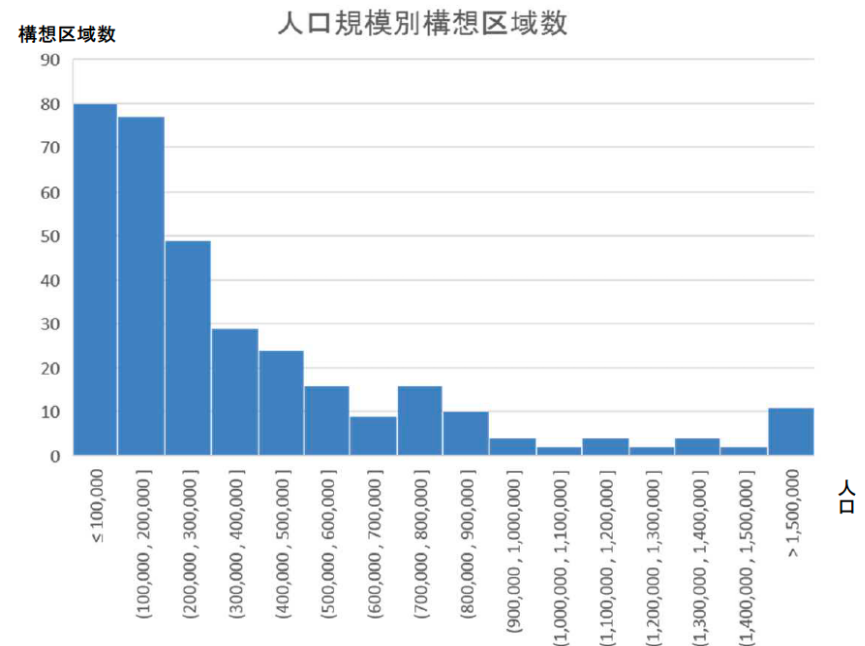
424病院は
どのようにして
選ばれたのか？

まず人口規模を考慮

診療実績データの分析における人口規模の考慮の必要性について

- 各医療機関が所在する構想区域の人口規模によって、診療実績が影響を受ける。
- そのため、人口規模が近い構想区域に所在する医療機関を一つのグループとして捉え、そのなかで診療実績の比較を行うこととする。（構想区域を人口規模によって数個のグループに区分して検討する。）
- 人口規模の分類に当たっては、政令市（50万人以上）や中核市（20万人以上）の基準などを参考にしつつ、人口規模ごとの診療実績のデータも加味し、
 - ・ 人口100万人以上の構想区域
 - ・ 人口50万人以上100万人未満の構想区域
 - ・ 人口20万人以上50万人未満の構想区域
 - ・ 人口10万人以上20万人未満の構想区域
 - ・ 人口10万人未満の構想区域の5つに分類してはどうか。

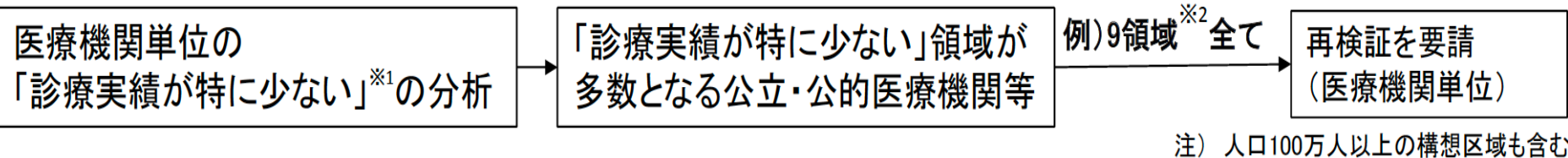
	10万人未満	10万人以上 20万人未満	20万人以上 50万人未満	50万人以上 100万人未満	100万人 以上
構想区域 数	80	77	102	55	25



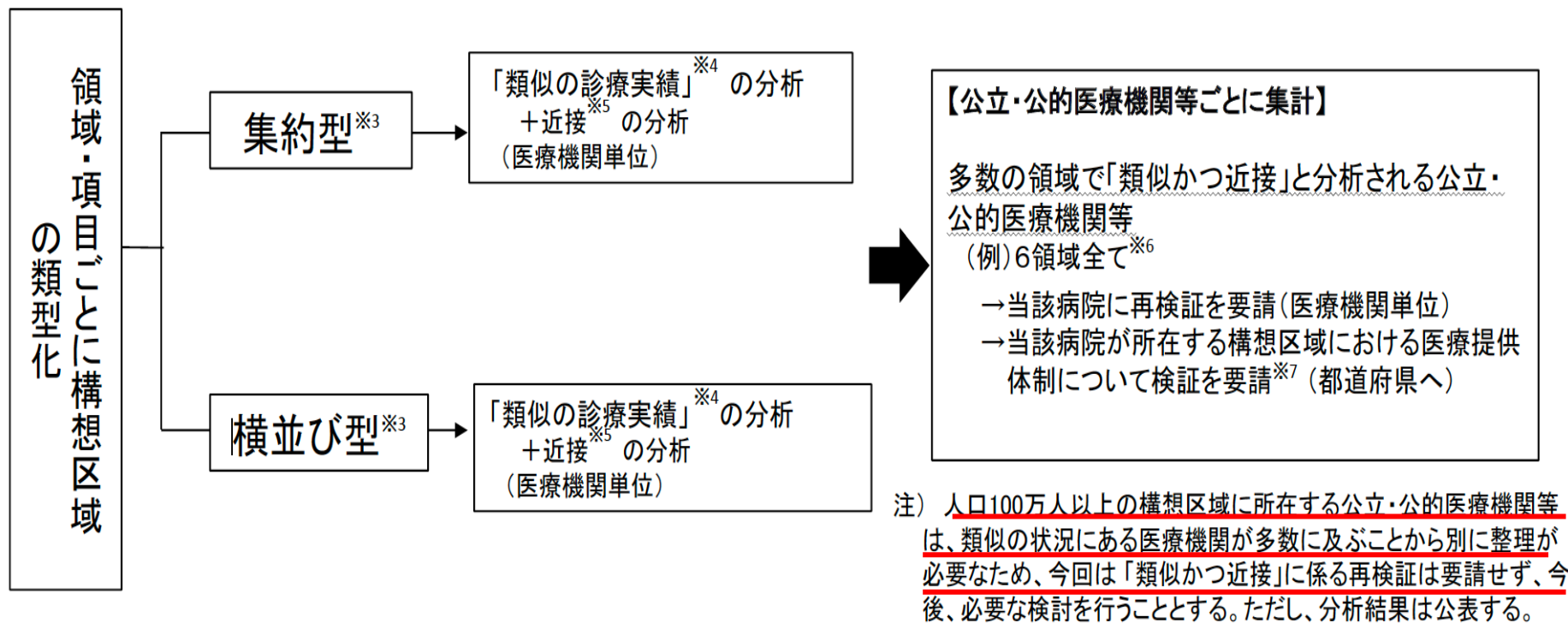
十勝構想区域人口約33万人

診療実績の分析と再検証の要請の流れ（イメージ）（案）について

A) 「診療実績が特に少ない」の分析（がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能の9領域）



B) 「類似かつ近接」の分析（がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期の6領域）



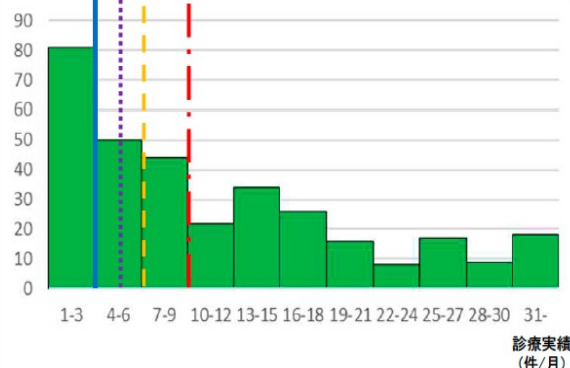
A「各分析項目について、診療実績が特に少ない」とは

- 人口区分ごとに、各項目の診療実績について、一定の水準を設け、その水準に満たない項目について、「特に診療実績が少ない」こととする
- その基準については、横断的に相対的な基準を設定することとし、当該基準については、各項目の診療実績の分布等を踏まえ、人口区分によらず、下位33.3パーセンタイル値とする

人口20万人以上50万人未満の構想区域における診療実績に関するヒストグラム

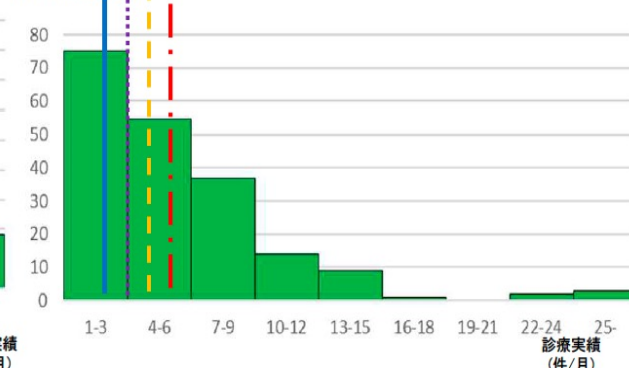
医療機関数

消化器悪性腫瘍手術



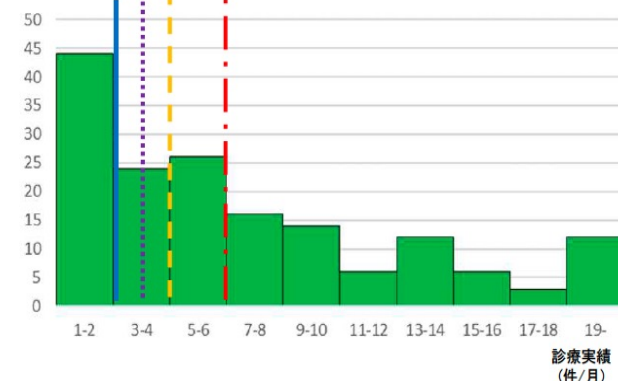
医療機関数

心筋梗塞等に対する急性期心臓カテーテル手術



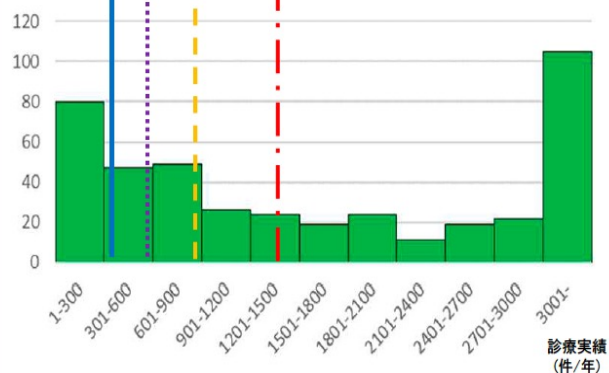
医療機関数

脳卒中合計



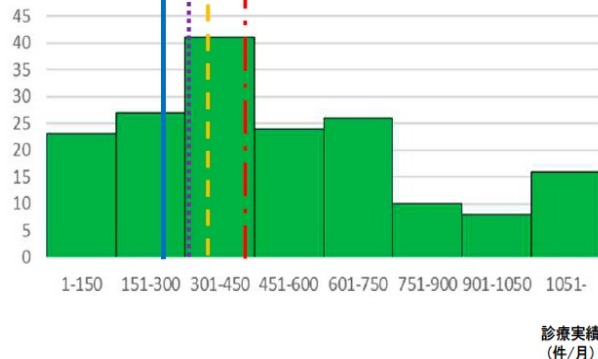
医療機関数

救急車の受入台数



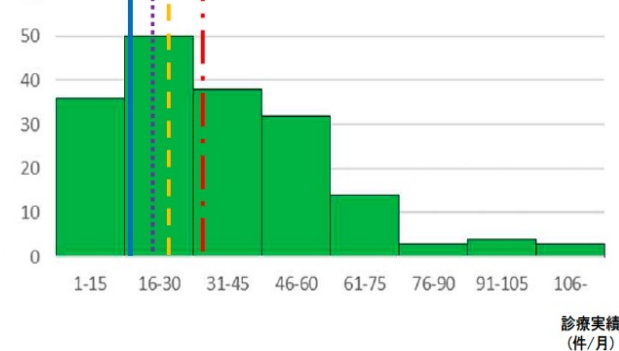
医療機関数

小児入院管理料・新生児集中治療室管理料等



医療機関数

分娩件数



B「各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している」とは

「類似の実績」の考え方について②

〔構想区域の類型化の手順〕

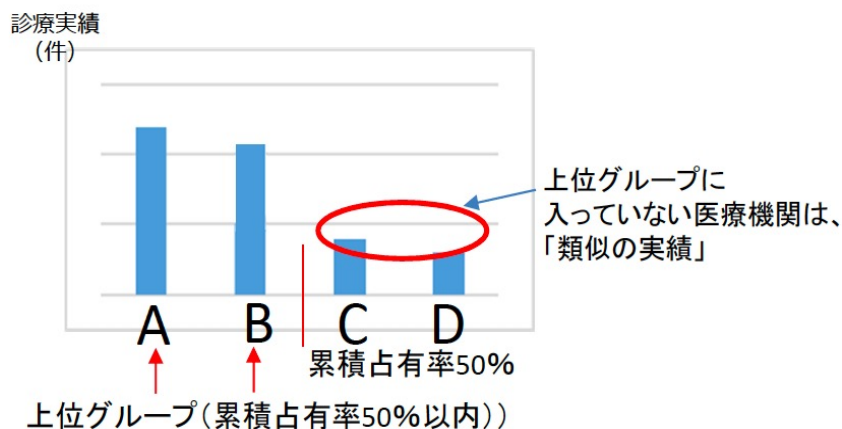
- ① 診療実績が上位50% (累積占有率50%) 以内に入っている医療機関を上位グループとする。
- ② 上位グループの中で占有率が最低位の医療機関の実績と、下位グループのうち占有率が最高位である医療機関の実績とを比較し、上位グループと下位グループで明らかに差がある場合を「集約型」、一定の差がない場合を「横並び型」とする。

集約型における「類似の実績」の基本的考え方:

- ① 実績上位グループに入っていない医療機関(C,D)については、「類似の実績」と考える。
- ② 上位グループと下位グループで明らかな差がある。

集約型

単独もしくは少数の医療機関が当該構想区域の診療実績の大部分を担っている場合

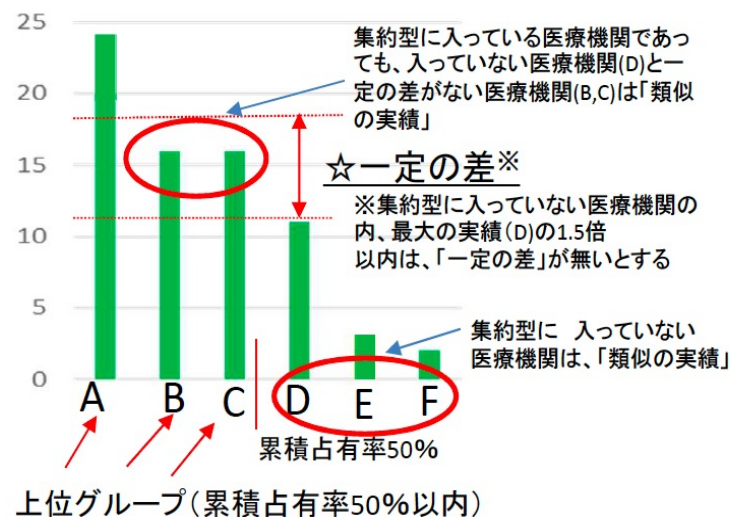


横並び型における「類似の実績」の基本的考え方:

- ① 上位グループに入っていない医療機関(D,E,F)については、「類似の実績」と考える。
- ② 上位グループに入っている医療機関であっても、入っていない医療機関と「一定の差」がない医療機関(B,C)は「類似の実績」とする。
この場合の「一定の差」については、集約型に入っていない医療機関のうち、最大の実績(D)の1.5倍以内であるか否かによって判断する。

横並び型

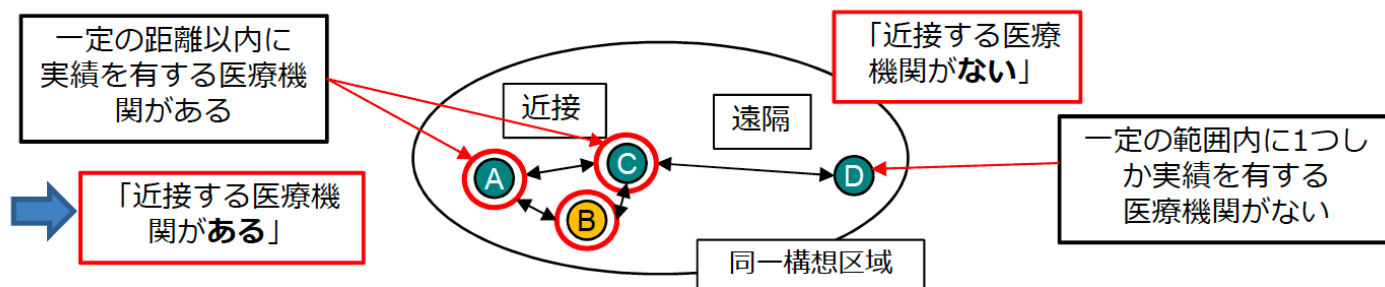
上位グループの中に
下位と差がない医療機関がある場合



所在地が近接していることについての分析

②「お互いの所在地が近接している」の分析について

- 各領域・分析項目について、ある医療機関から見た際に、一定の距離内に診療実績を有する※¹他の医療機関がない場合は、「近接している医療機関がない」と考えることとする。（逆の場合を「近接する医療機関がある」とする。）
- この際、距離の検討にあたっては、公共交通機関の状況が各構想区域で異なることや、夜間や救急搬送の所要時間を考慮する観点から、自動車での移動時間※²を用いてはどうか。



※¹ 「診療実績が特に少ない」医療機関の場合を除く

- この様な状況も踏まえて、「近接」については、「自動車での移動時間が20分以内の距離（※²）」と定義することとする。

(A)(B)の対象病院

- (A)9領域の全てで「特に診療実績が少ない」(構想区域の人口規模を問わない)277病院(うちAのみ該当117病院、Bも該当160病院)
- (B)6領域で、診療実績が「類似かつ近接」(人口100万人以上の構想区域は対象外)307病院(うちBのみ該当147病院、Aも該当160病院)

[illegible]

再検証要請の問題点

- 全国一律で急性期病院の診療実績下位33%で線をひいたため、へき地の中小病院が数多く対象とされた
- 全国一律で自動車20分の距離が適応され、積雪や山間地などの事情を考慮していない
- 病院に予告なく行われたため、病院職員や住民・患者に不安を与えた
- 再検証期間が1年間と短い

地方中小自治体病院 をなくしても

- そもそも医師数が少なく、医師の集約化（働き方改革）につながらない
- 医療費の節減にもつながらない

統合再編が必要な 病院はある

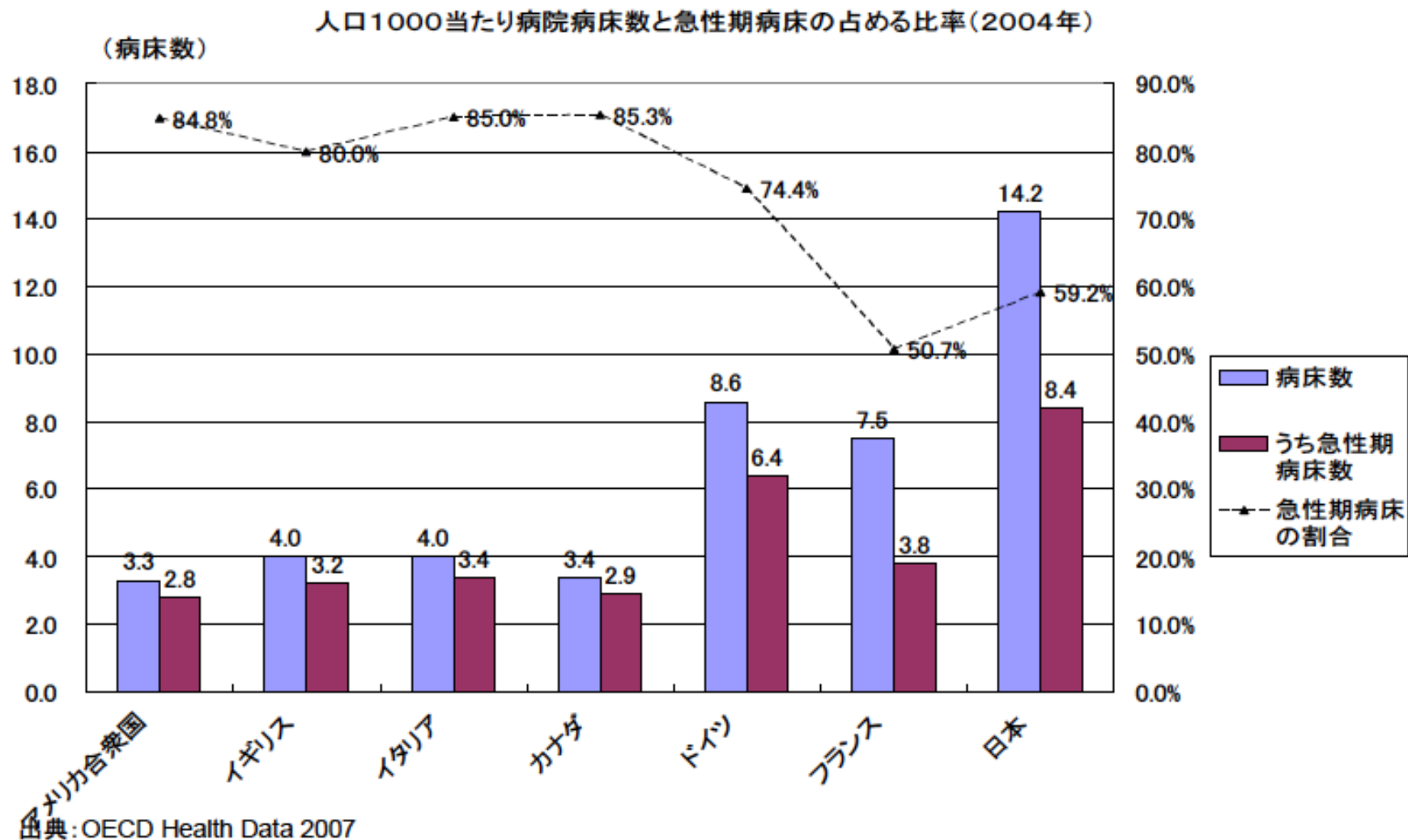
- 都市部の病院では、統合して病院の規模を大きくして医師が集まり、救急などの対応力を強化することは必要な場合がある
- 地方部でも近くに複数の病院が近接する場合、統合の必要がある場合がある
- 病院統合が必要と思われる病院が入っていない問題もある

自治体病院・公的病院は
本当に不要なのか？

世界的に見て多い 日本の病床数

- 世界的に見て日本の病床数は多い
- 過大な病床数に医師・看護師が分散配置されている
- 結果として診療の密度が低く、平均在院日数が長くなっている

○ 病床数で見ると、約1.7～4倍強の数となっている。



G7諸国の病床当たり病院職員数、平均在院日数、退院数の国際比較について

- 病床当たりの医師数、看護職員数、病院職員数は、日本は他のG7諸国に比較して少ない状況にある。
- 平均在院日数及び外来診察回数では、日本は、外来診療の頻度が高く、かつ入院期間が長い状況となっている。

2004年	100床当たり医師数	100床当たり看護職員数	100床当たり病院職員数（常勤換算）	人口1000人当たり病床数（2005年）	急性期1病床当たりの年間退院数	平均在院日数（急性期）	人口1人当たり外来診察回数
アメリカ合衆国	73.3	237.9	491.3	3.2	43.2	5.6	3.8
イギリス	57.5	227.7	—	3.9	74.1	6.6	5.3
イタリア	103.9	166.4	306.7	—	46.5	6.8	—
カナダ	62.0	286.6	379.3	—	30.2	7.3	6.0
ドイツ	39.5	113.0	127.0	8.5	31.5	8.7	7.0
フランス	44.9	100.1	—	7.5	70.5	5.5	6.6
日本	14.3	63.2	91.6	14.1	12.6	20.2	13.8

出典：OECD Health Data 2007

注1：アメリカ合衆国の看護職員数は、2002年の数字を用いている。

注2：日本の年間退院数は、2005年の数字を用いている

日本の過大な病床数は
なぜ生まれたのか



自治体病院の歴史 住民医療の歩みとこれから

伊関 友伸

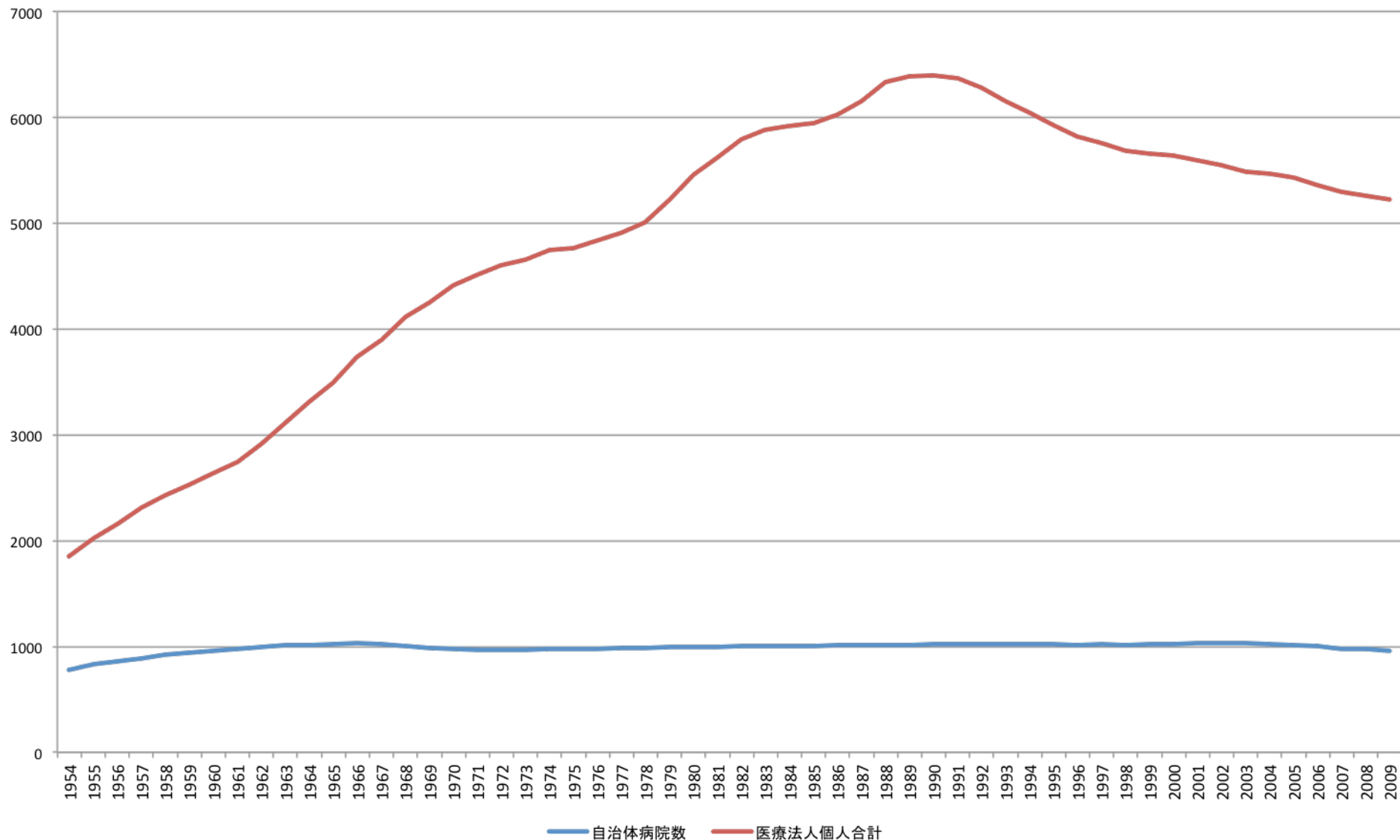
城西大学経営学部マネジメント総合学科教授

 三輪書店

公的病院の病床規制

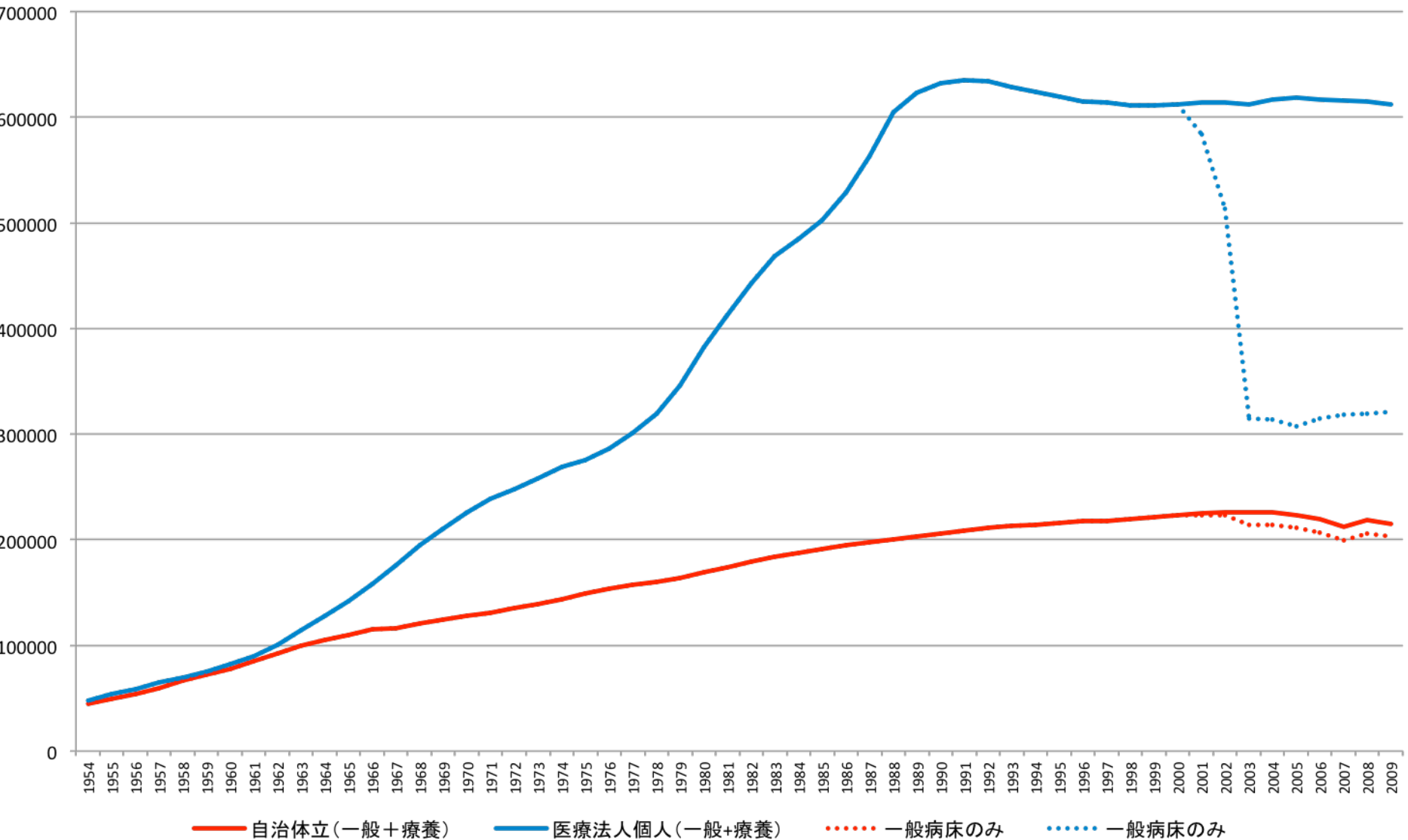
- 昭和37年「公的性格を有する病院の開設等を規制し医療機関の地域的偏在を防止するとともにその計画的整備を図ることを目的とする医療法の一部改正法案」が議員提出法案として可決成立
- 法律は、自治体病院を含む公的病院の病床を規制するものであった
- 私的病院は、開業医が病院を新たに開設し、病院の規模を拡大するという形で増加

自治体病院と民間病院の数



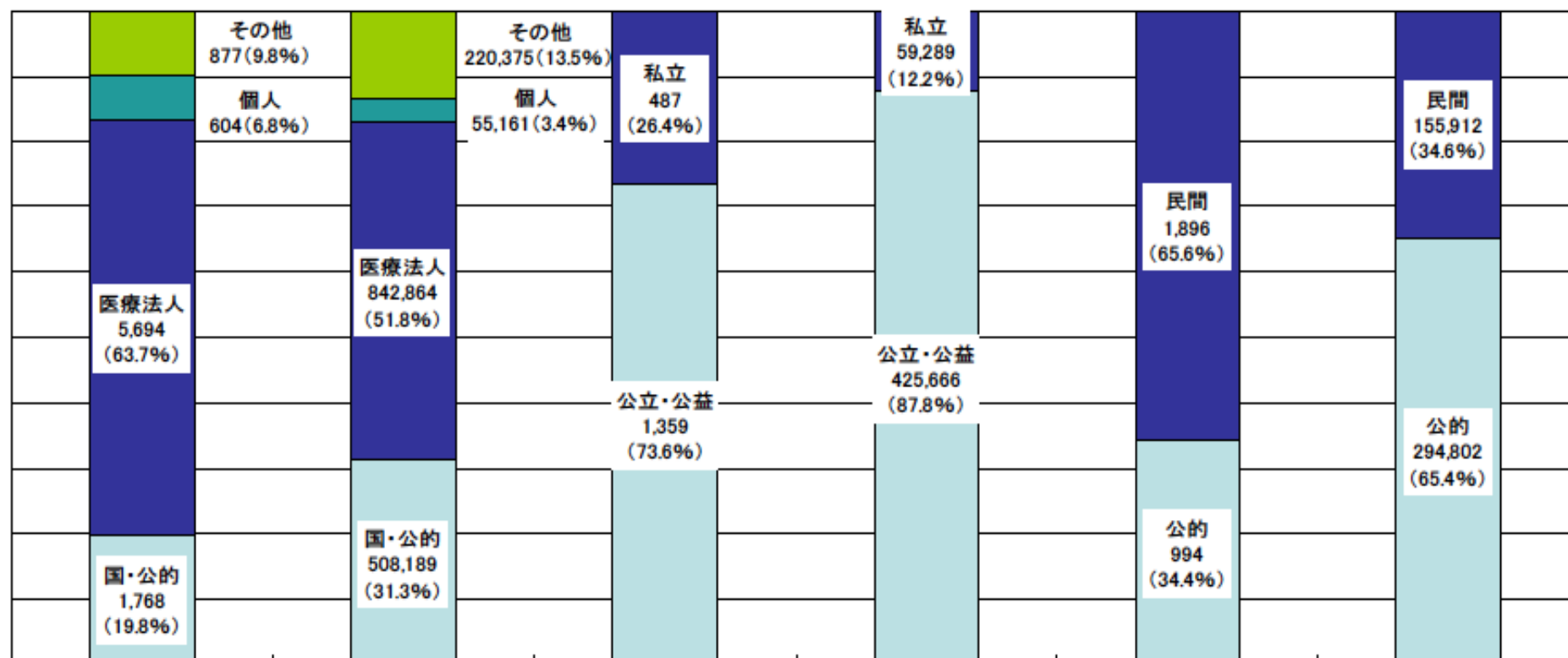
厚生労働省「医療施設調査」より作成

自治体病院と民間病院の病床数



厚生労働省「医療施設調査」より作成

- 我が国では、個人及び民間医療機関(医療法人)が病院数で6,298と70.5%、病床数で898,025と55.2%を占めており、日本の医療の中核を担っている。
- しかしながら、施設数と病床数のシェアの違いからわかるように中小病院が多い。
- 大規模病院においては、公的病院が多い。
- 独・仏では、公的セクターが大きな割合を占めている。



日本(施設数)

日本(病床数)

ドイツ(施設数)

ドイツ(病床数)

フランス(施設数)

フランス(病床数)

注: 日本の「国・公的」は、国立、公立、日赤、済生会、共済組合等。「その他」は、医療法人、学校法人、社会福祉法人等。

ドイツの「公益」とは教会系等の社会奉仕団体。フランスの「公的」は公立病院。

(出所)平成18年医療施設調査(厚生労働省統計情報部)。フランス医療関連データ集【2007年版】、ドイツ医療関連データ集【2007年版】(医療経済研究機構)

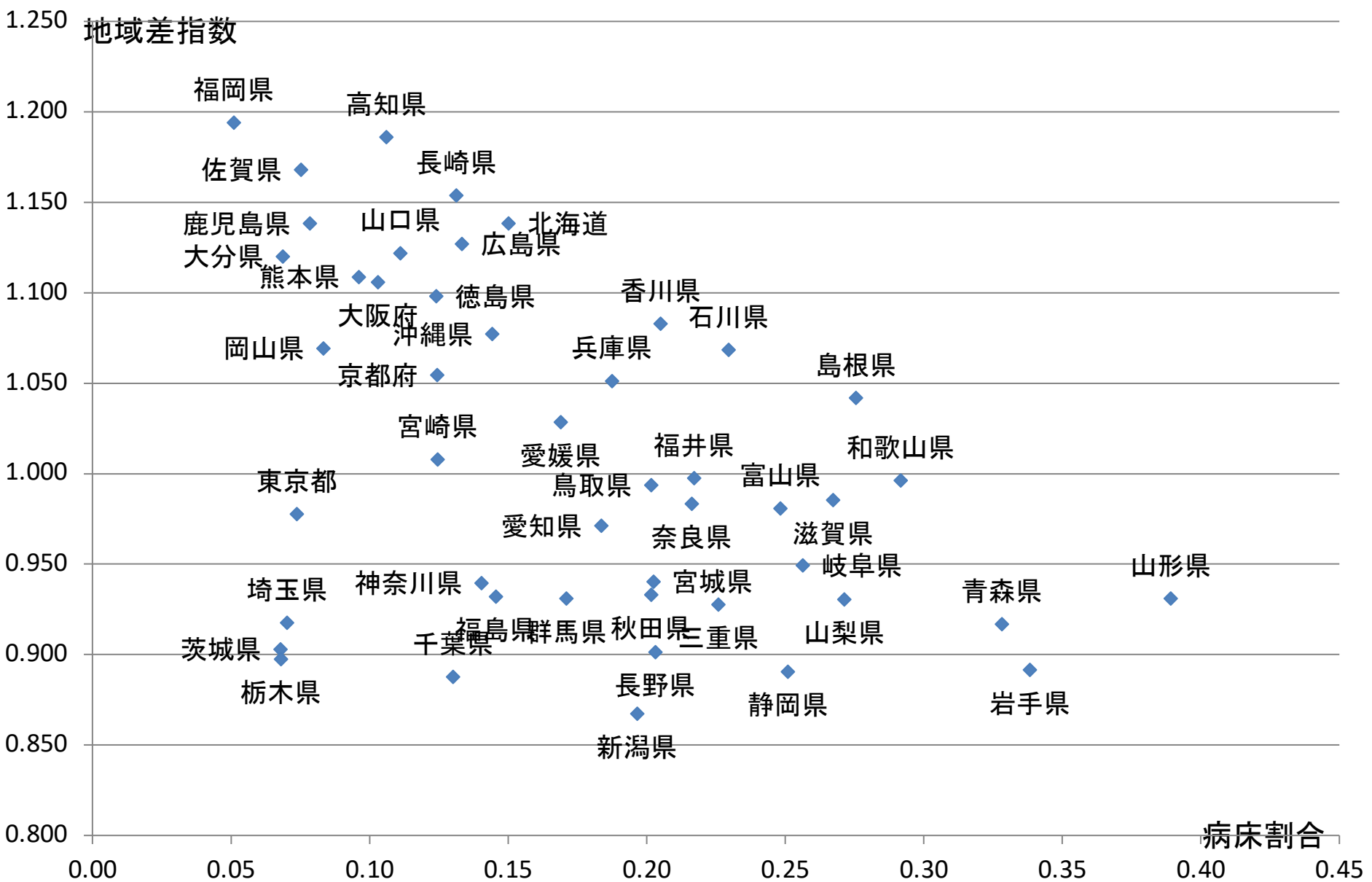
公的病院の病床規制 政策の結果

- 世界的に見ても日本は民間病院の割合の高い国となった

医療費地域差指数 と自治体病院

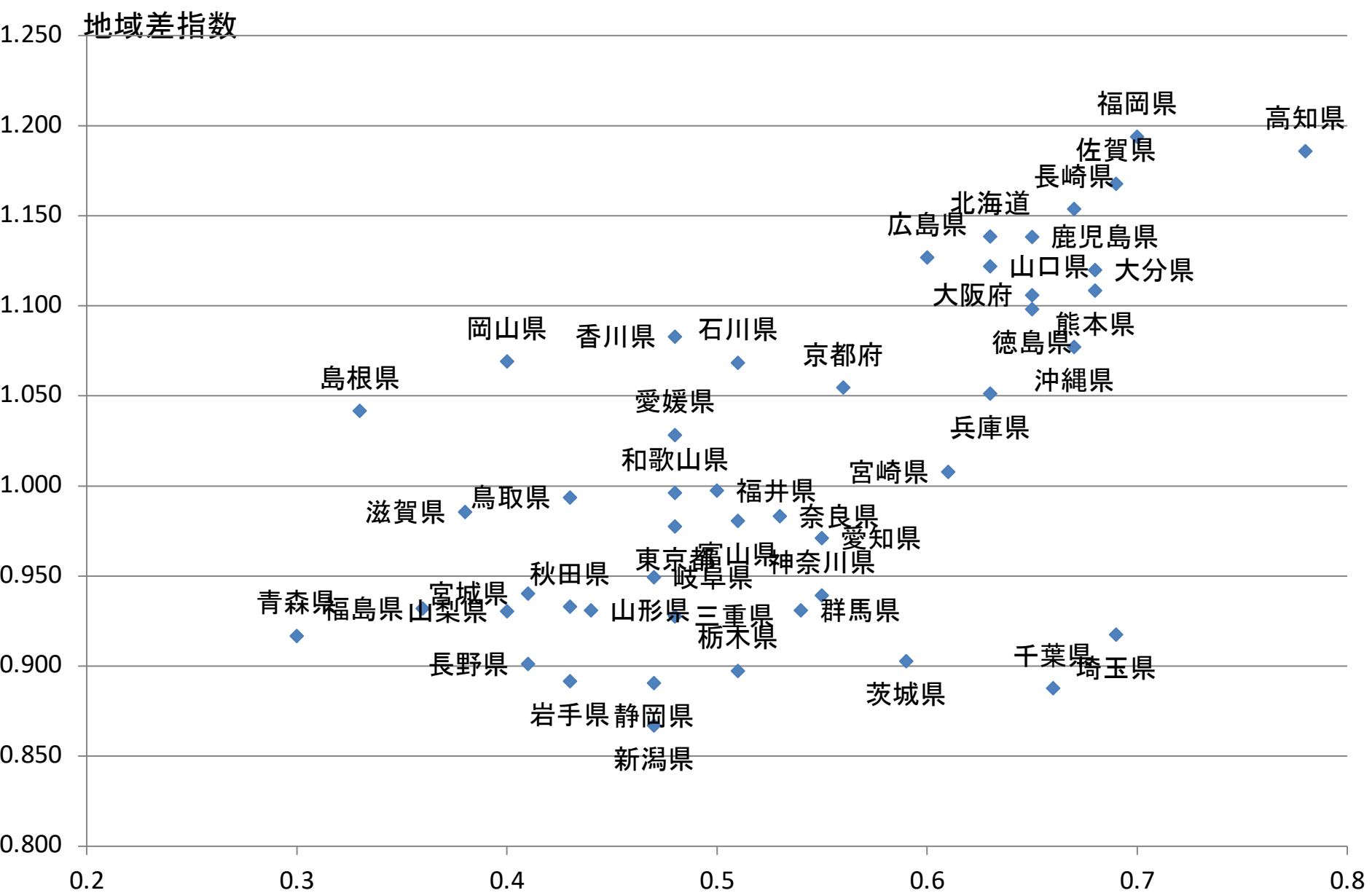
- 自治体病院の病床数の割合の高い都道府県の医療費の地域差指数は低い傾向がある
- 民間病院の病床数の割合の高い都道府県は地域差指数は高い傾向がある

自治体病院病床割合・地域差指数相関図 相関係数-0.46



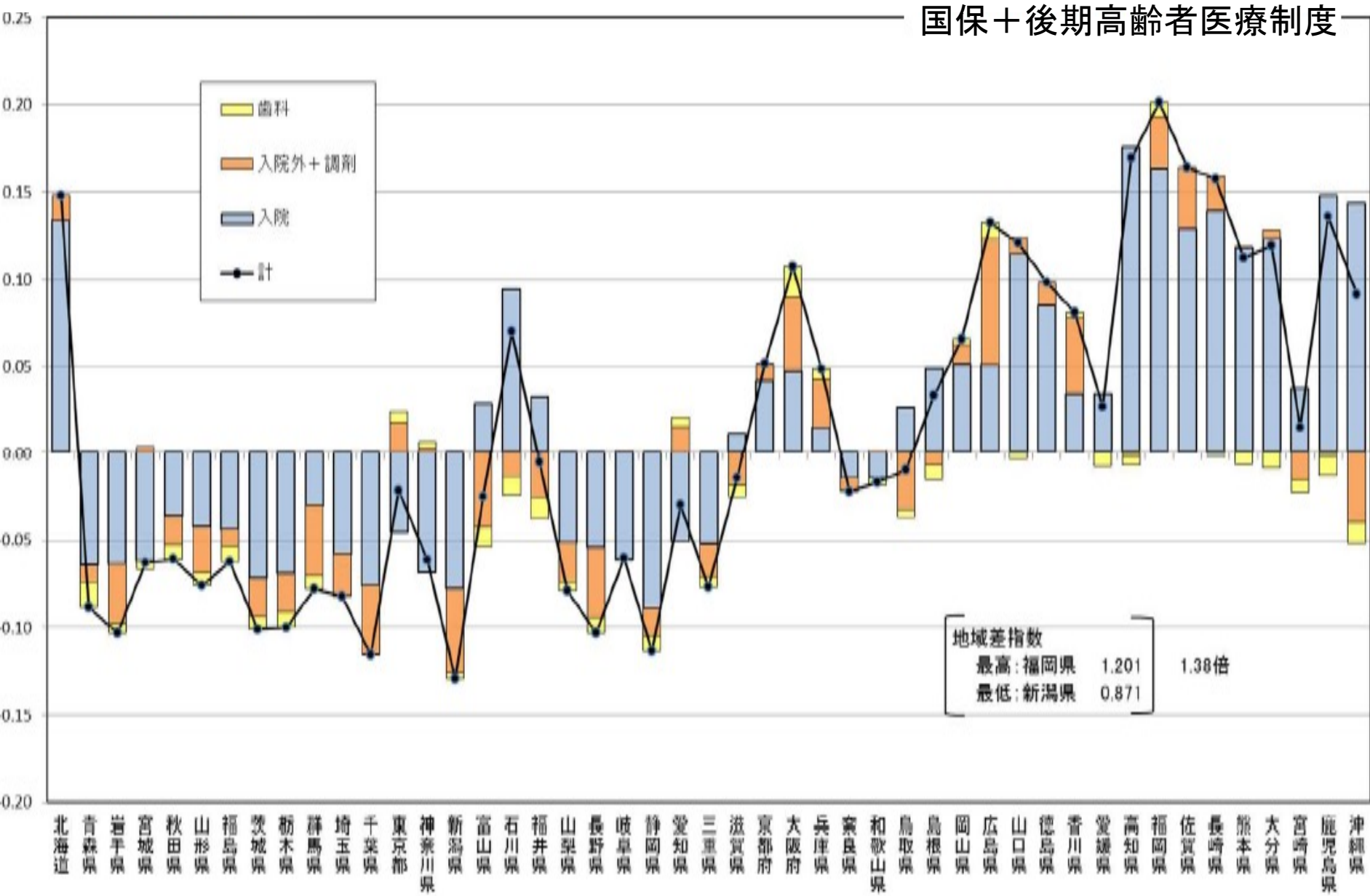
2015年医療施設(動態)調査・医療費の地域差分析データより作成

医療法人病床割合・地域差指数相関図 相関係数0.61



都道府県別地域差指数に対する寄与度

国保＋後期高齢者医療制度



熊本県内自治体地域差指数

自治体名	地域差指数	うち入院	自治体名	地域差指数	うち入院
熊本県	1.11	1.26	小国町	0.94	1.04
熊本市	1.13	1.31	産山村	0.9	1.04
八代市	1.06	1.17	高森町	0.98	1.1
人吉市	1.08	1.2	西原村	1.19	1.47
荒尾市	1.22	1.41	南阿蘇村	1.08	1.3
水俣市	1.26	1.41	御船町	1.08	1.25
玉名市	1.11	1.25	嘉島町	1.22	1.43
山鹿市	1.03	1.16	益城町	1.1	1.28
菊池市	1.05	1.15	甲佐町	1.14	1.3
宇土市	1.1	1.2	山都町	1.05	1.25
上天草市	1.22	1.39	氷川町	1.03	1.12
宇城市	1.1	1.2	芦北町	1.22	1.37
阿蘇市	1.14	1.34	津奈木町	1.23	1.38
天草市	1.15	1.38	錦町	1.06	1.1
合志市	1.12	1.29	多良木町	0.9	0.89
美里町	1.17	1.41	湯前町	0.9	0.88
玉東町	0.98	1.13	水上村	0.93	0.96
南関町	1.09	1.33	相良村	0.95	0.96
長洲町	1.12	1.24	五木村	0.97	1.07
和水町	0.99	1.06	山江村	1.1	1.16
大津町	1.09	1.26	球磨村	1.05	1.17
菊陽町	1.05	1.19	あさぎり町	0.96	0.93
南小国町	0.87	0.93	苓北町	1.03	1.22

2015年医療費の地域差分析データより作成

無秩序な民間病院設
置のツケを
自治体病院が払う
必要はない

公的病院を縮小し
医療費を抑制する
という議論には
根拠はないとも
思われる

新型コロナウイルスと 地域医療構想

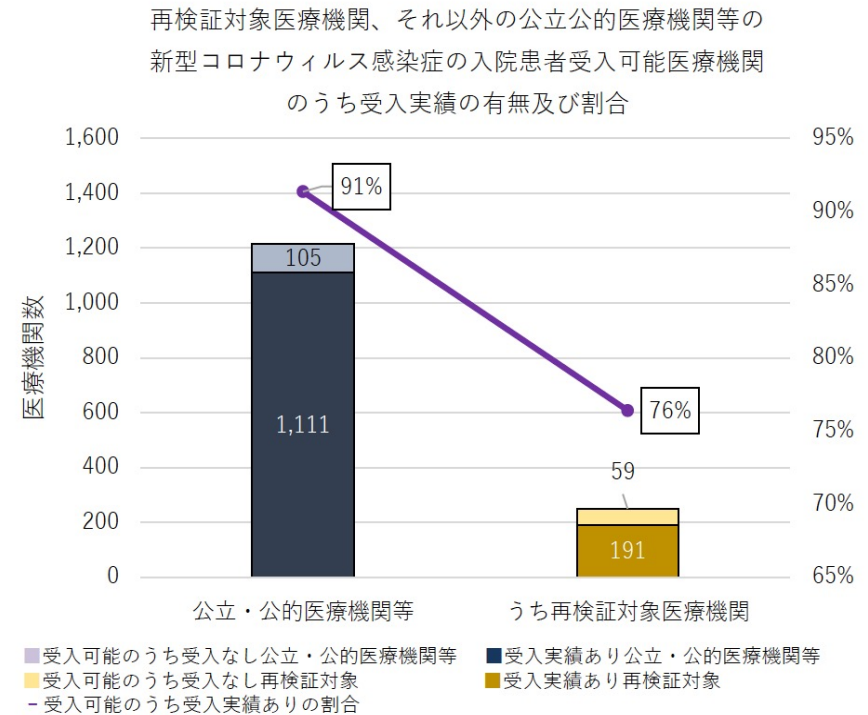
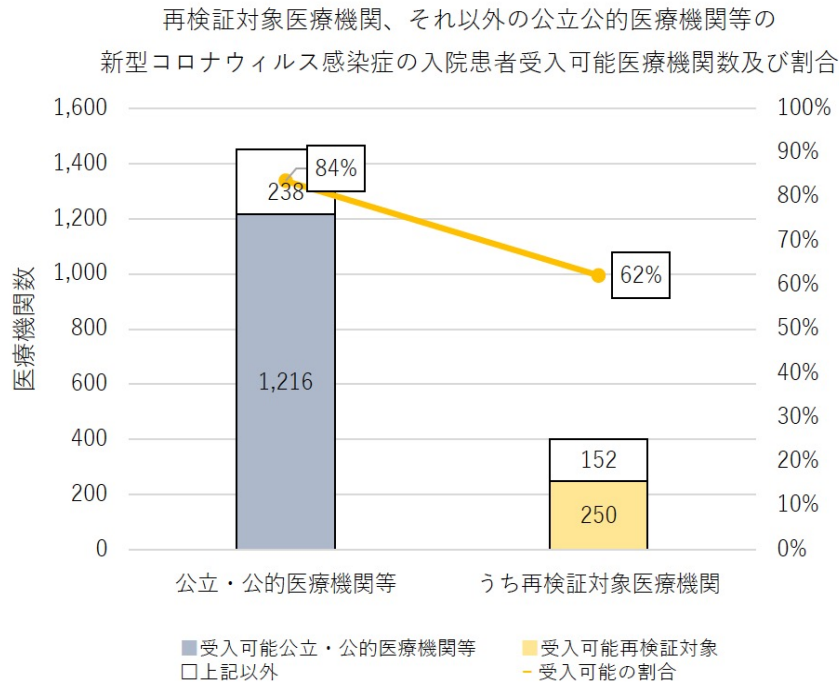
- これまでの地域医療構想
の議論で感染症の議論は
なかった

再検証要請病院の
相当数が
新型コロナウイルスの
患者を受けた

再検証対象医療機関の新型コロナウイルス感染症の入院患者 受入可能医療機関及び受入実績の有無について

○ 再検証対象医療機関のうち62%、それ以外の公立公的医療機関等のうち84%が新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入可能であった。

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する公立・公的医療機関等（1,454医療機関）
再検証対象医療機関：436機関※（うちG-MISで報告のあるものは402機関）



※ 受入可能：G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入可能な病床が1床以上であると報告したことがある医療機関。または、G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことがある医療機関
※ 受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことがある医療機関
※ 受入可能のうち受入実績なし：G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入可能な病床が1床以上であると報告したことがある医療機関のうち1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告していない医療機関
※ 急性期病棟を有する医療機関：平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を持つ病棟を有すると報告された医療機関【高度急性期・急性期病棟だけではなく、回復期・慢性期の機能も持つ病棟を有すると報告した医療機関も含む】（平成30年度病床機能報告）n=4,548病院
※ 公立：新公立病院改革プラン策定対象病院（平成30年度病床機能報告）n=699医療機関 ※ 公的等：公的医療機関等2025プラン策定対象医療機関【民間の地域医療支援病院を含む】（平成30年度病床機能報告）n=751医療機関
民間：公立・公的等以外（平成30年度病床機能報告）n=2,847医療機関
※ 再検証対象医療機関数：2020年12月25日に確定した値

424病院の再検証要請は
意味を失ったと考える

国の地域医療構想や 地域医療調整会議 の議論の問題点

自治体病院の統合再編 は地方自治の問題

- 地域医療構想は国の医療政策である
- しかし具体的な自治体病院の統合再編の問題になれば地方自治の問題になる
- 自治体病院の運営は、地方自治体の自治事務である
- 厚労省医政局はこのことを全く理解していない
- 中央集権で、一方的な数字一つで地方が動くと考えている

地域医療構想調整会議

- 国の法律による、医療の専門家の集まる会議である
- 地方自治上において、自治体病院に関して政治的な決定をする権限は存在しない
- 医療の専門家の意見は尊重すべきではある
- しかし地方自治上で判断すべき要因は医療提供の視点だけではない

自治体病院の 統合再編をする場合

- 対象となる病院が立地する地方自治体（首長）が設置する検討会議での議論が必要
- 多様な視点で議論する必要から、調整会議の医療者とは別な委員が選任されることとなる（重なる場合もある）
- 最終的には自治体の設置する会議の結論を地方議会が審議して議決を行う

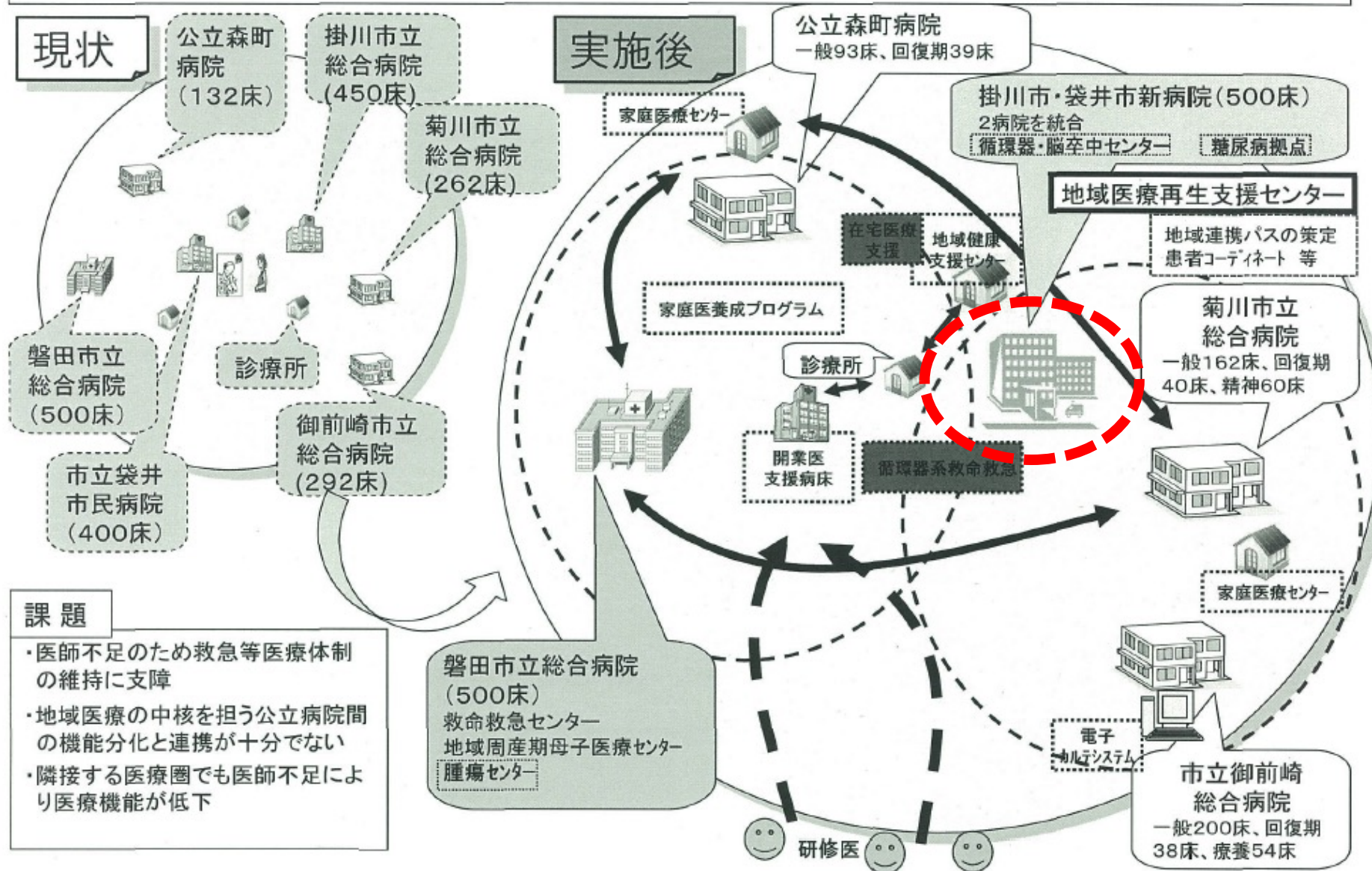
自治体の手上げ方式 が適当であった

- 地方分権を踏まえれば、国が一方的に統合再編対象をあげるのではなく、手厚い財源措置を前提に自治体の手を上げさせた方が統合再編が進むと考える

地域医療再生基金で 成功事例がある

- 麻生内閣時のリーマンショックの経済対策である地域医療再生基金は都市部の自治体病院の病院統合再編において後押しになった
- 統合された病院は今回の新型コロナウイルスの蔓延で多数の患者を受けている

静岡県地域医療再生計画(中東遠医療圏:病院再編・医療機能の分担・連携体制整備)



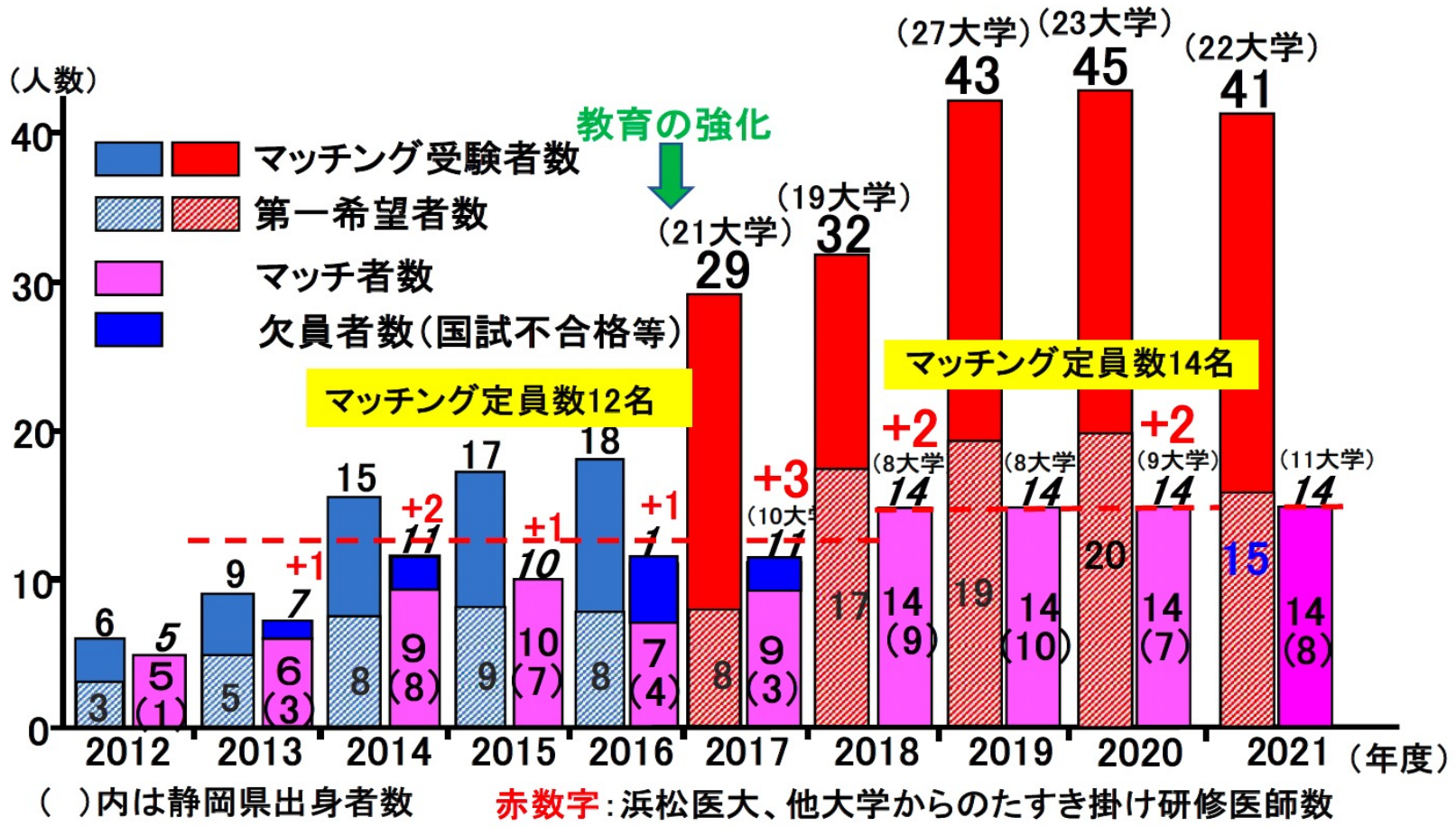
中東遠医療圏における課題を解決する方策

1 課題を解決する方策

- ① 課題 : 病院勤務医等の医師不足は深刻で(県下最低)あり、救急等医療体制の維持に困難を生じている。
目標 : 地域の病院等で一次・初期救急医療等を担う『家庭医』を養成するとともに、魅力ある研修プログラムを構築し、幅広い地域から医師が集る環境を整える。
対策 : 医師確保対策(8.4億円)
ミシガン大学等の協力を得て、磐田市立総合病院、菊川市立総合病院、公立森町病院が連携し、それぞれの特性を生かした研修プログラムを構築。新たに整備する家庭医療センターにおいて、家庭医療の実践研修を行う。(毎年4～6名程度の研修医を募集)
- ② 課題 : 地域医療の中核を担ってきた6ヶ所の公立病院は、勤務医が減少し診療体制の維持に困難が生じている。また、隣接する医療圏でも医師不足により医療機能が低下しており、救急搬送先の確保に支障が生じる可能性が高い。
目標 : 掛川市立総合病院と袋井市立袋井市民病院を統合し、2基幹病院と3地域・後方支援病院に再編する。あわせて基幹病院の機能の分担と充実により圏域内の医療提供体制の強化を図る。
対策 : (1)掛川市・袋井市新病院への循環器・脳卒中センター及び糖尿病診療拠点整備(9.3億円)
(2)磐田市立総合病院への腫瘍センター整備(2.2億円)
(1)は、圏域内東部地域の循環器系救命救急医療拠点及び圏域内の循環器系、糖尿病の専門医療拠点を整備するものである。
(2)は、圏域のがん診療体制強化のためがん診療連携拠点病院の機能充実を図るものである。

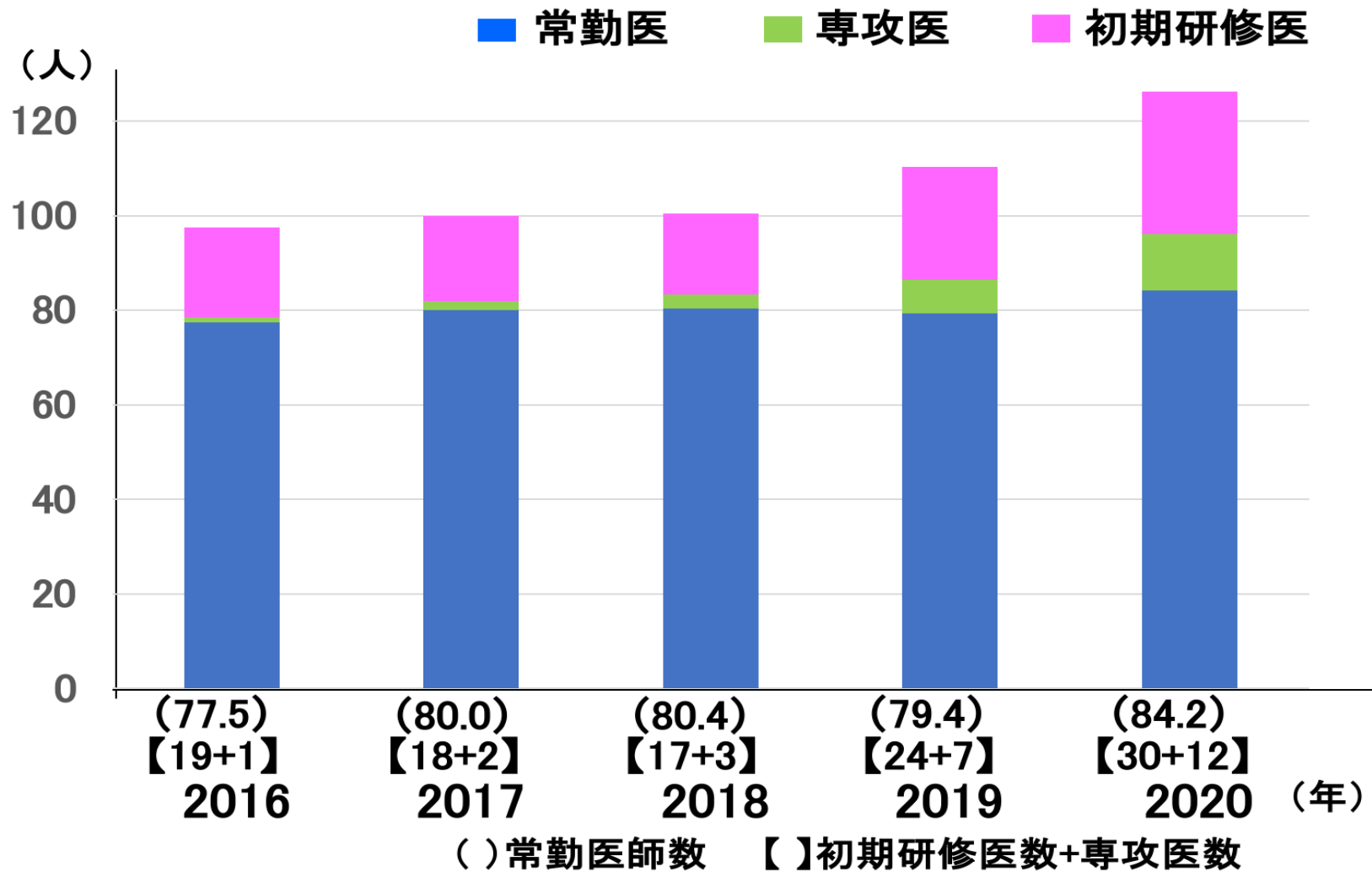


中東遠総合医療センターを希望する初期研修医数



2019年度は43名(27大学)、第一希望者19名でフルマッチ！
2020年度も45名(23大学)、第一希望者20名と過去最多でフルマッチ！
3年連続フルマッチ、全員国試合格！2021年度も14名フルマッチ！

中東遠総合医療センターの医師数の推移



5

常勤医数に変化はないが、専攻医、研修医は増加している。

経営形態別新型コロナ確保病床数上位10位病院数

都道府県	人口（千人）	自治体	国立等	公的等	大学附属	医療法人等	最も病床数の多い病院	病床数
北海道	5,250	4	5	2	0	0	市立札幌病院・市立旭川病院	70
青森県	1,246	4	1	1	0	4	八戸赤十字病院	42
岩手県	1,227	8	0	2	2	0	盛岡赤十字病院	44
宮城県	2,306	5	1	1	2	1	東北大学病院	55
秋田県	966	4	1	4	0	1	県立循環器・脳脊髄センター	43
山形県	1,078	8	0	1	1	0	山形県立中央病院	47
福島県	1,846	3	0	2	0	5	いわき市医療センター	48
茨城県	2,860	1	1	4	2	2	水戸日赤・古河日赤	50
栃木県	1,934	0	1	3	1	5	国立栃木医療センター	54
群馬県	1,942	5	2	2	1	0	前橋赤十字病院	45
埼玉県	7,350	2	2	1	2	3	羽生総合病院	80
千葉県	6,259	3	0	0	4	4	国際医療福祉大学成田病院	71
東京都	13,921	10	1	0	0	0	都立多摩総合医療センター	245
神奈川県	9,198	4	1	1	3	1	横浜市長市民病院	72
新潟県	2,223	5	1	3	0	2	魚沼基幹病院	60
富山県	1,044	5	1	3	1	0	富山県立中央病院	70
石川県	1,138	6	1	3	0	0	国立金沢病院・金沢市立病院	28
福井県	768	4	1	2	1	2	福井総合病院	64
山梨県	811	6	0	1	1	2	県立中央病院・山梨大附属病院	60
長野県	2,049	7	1	2	0	1	松本市立病院	43
岐阜県	1,987	4	1	3	1	1	県立下呂温泉病院	62
静岡県	3,644	7	0	1	2	1	中東遠総合医療センター	45
愛知県	7,552	4	0	2	3	1	県立愛知病院	100
三重県	1,781	4	2	3	0	1	松阪市民病院	42

成功事例を横展開 すべきであった

- 成功事例が一定数あるのに、全く違う中央集権的手法を使うことは理解不能である

重点支援区域

- 2020年1月31日、厚生労働省は地域医療構想における重点支援区域制度を公表し、対象地域を選定している
- 事実上の手上げ方式である
- 再検証要請424病院が対象となっているわけではない

重点支援区域について

1 背景

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

2 基本的な考え方

- 都道府県は、**当該区域の地域医療構想調整会議において、重点支援区域申請を行う旨合意を得た上で**、「重点支援区域」に申請を行うものとする。
- 「重点支援区域」は、**都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定する**。なお、**選定は複数回行う**こととする。
- 重点支援区域の申請または選定自体が、再編統合の方向性を決めるものではない上、**重点支援区域に選定された後も再編統合等の結論については、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであることに留意**が必要。

3 選定対象

「重点支援区域」における事例としての対象は、**「複数医療機関の再編統合（※1）事例」**とし、以下①②の事例も対象となり得る。

- ①再検証対象医療機関（※2）が対象となっていない再編統合事例
- ②複数区域にまたがる再編統合事例

※1「再編統合」には、地域の医療提供体制の現状や将来像を踏まえつつ、個々に医療機関の医療提供内容の見直しを行うため、
・医療の効率化の観点から、ダウンサイジングや、機能の分化・連携、集約化
・不足ない医療提供の観点から、機能転換・連携 等の選択肢が含まれる。

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

【優先して選定する事例】

以下の事例を有する区域については、再編統合を進める上で論点が多岐に渡ることが想定されるため、優先して「重点支援区域」に選定する。

なお、**再検証対象医療機関が含まれる再編統合事例かどうかは、選定の優先順位に影響しない。**

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

4 支援内容

重点支援区域に対する国による**技術的・財政的支援**は以下を予定。

【技術的支援】

- ・地域の医療提供体制や、再編統合を検討する医療機関に関するデータ分析
- ・関係者との意見調整の場の開催 等

【財政的支援】

- ・地域医療介護総合確保基金の令和2年度配分における優先配分
- ・新たな病床ダウンサイジング支援を一層手厚く実施

5 スケジュール等

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

【1回目に選定した重点支援区域】

- ・宮城県（仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域）
- ・滋賀県（湖北区域）
- ・山口県（柳井区域、萩区域）

1回目選定

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

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

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

2回目選定

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

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

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

岡山県:県南東部区域(玉野市民病院、玉野三井病院)

佐賀県:中部区域(多久市立病院、小城市民病院)

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

3回目選定

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

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

4回目選定

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

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

尾三構想区域(総合病院三原赤十字病院、三菱三原病院)

5回目選定

下関構想区域(独立行政法人国立病院機構関門医療センター、独立行政法人地域医療機能推進機構下関医療センター、社会福祉法人恩賜財団済生会支部山口県済生会下関総合病院、地方独立行政法人下関市立市民病院)

病床機能再編支援事業

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

新たな病床機能の再編支援について

令和3年度要求額：事項要求
(令和2年度予算額：84億円)

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

「病床削減」に伴う財政支援

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

- ※病床削減後の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における稼働病床数の合計の90%以下となること
- ※許可病床から休床等を除いた稼働している病棟の病床の10%以上を削減する場合に対象

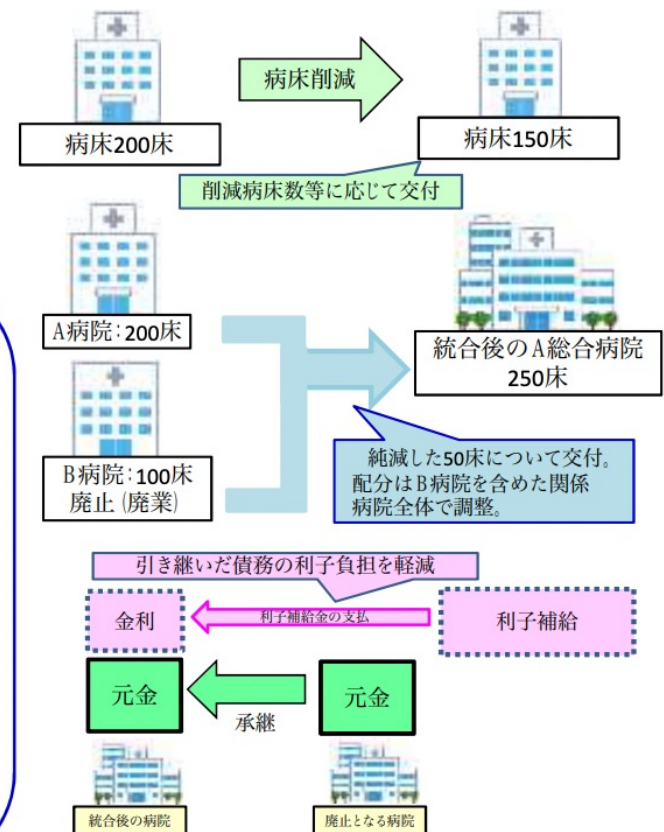
「病院統合」に伴う財政支援

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

- ※重点支援区域のプロジェクトについては一層手厚く支援
- ※病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象

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

- ※病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象
- ※承継に伴い当該引継ぎ債務を金融機関等からの融資に借り換えた場合に限り。



大型統合再編には 補助金額が少ない

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

病床機能再編支援事業の補助単価

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

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

新興感染症への対応と 地域医療構想の理念は整合する

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

新型コロナウイルスを踏まえた 地域医療構想の議論の必要性

- 地域の医療機関がその役割を明確化し、連携して新型コロナウイルスなどの新興感染症の患者に対応することが重要
- 新型コロナウイルスの経験を踏まえ、地域医療構想を通じて新興感染症への対応を議論することが必要

総務省の

自治体病院政策

総務省はへき地の
自治体病院を支える
姿勢を明確に示す

自治体病院の 地方交付税制度 を理解する

繰出金への地方交付税措置

- 自治体病院は独立採算が原則
- しかし①収入を以て充てることが適当でない経費と②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以て充てることが困難な経費は一般会計からの操出が認められている
- 一般会計からの繰出金に対して地方交付税措置が認められている

経常収支の黒字

- 総務省は一般会計繰入金を入れた後の経常収支での黒字を重視している
- 必要なら一般会計の繰入金を入れることは必要という立場
- 税金投入ゼロを奨めているわけではない

病院事業に対する一般会計の負担（一般会計繰出金）

公立病院の設置自治体

〔公立病院に係る公営企業会計〕

病院事業会計

○ 独立採算が原則

⇒ 主に診療収入（外来収益＋入院収益）で経営

○ 一般会計等が負担すべき経費

- ① 収入をもって充てることが適当でない経費
- ② 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

【一般会計繰出金の根拠】

- ・地方公営企業法第17条の2第2項
- ・地方公営企業法施行令第8条の5
- ・総務省の定める繰出基準（総務副大臣通知）

一般会計

〈繰出が認められる経費〉

- ① 民間医療機関の立地が困難な地域における医療の提供
 - ・ 離島・山間地等のへき地医療の確保
- ② 不採算・特殊部門に関わる医療の提供
 - ・ 救急医療の確保
 - ・ 小児医療、周産期医療
 - ・ 精神医療、結核医療、感染症医療 等
- ③ 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
 - ・ 県立がんセンター、県立循環器病センター 等
- ④ 広域的な医師派遣の拠点機能の確保
 - ・ 医師及び看護師等の研究研修
 - ・ 医師派遣等の医師確保対策
- ⑤ その他の事業
 - ・ 看護師養成所、院内保育所の運営
 - ・ 集団検診等の保健衛生行政事務 等
- ⑥ 病院事業債元利償還金の一部

繰出金

※指定管理者制度導入病院・地方独立行政法人設置病院の場合も同等の措置。

地方交付税で措置

※ 経費の性格に応じて、普通交付税または特別交付税により措置。

総務省準公営企業室「公立病院改革等に対する地方財政措置について」

病院事業に係る主な地方交付税措置

1 普通交付税(令和2年度)

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

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

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

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

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

総務省準公営企業室「公立病院改革等に対する地方財政措置について」

普通交付税

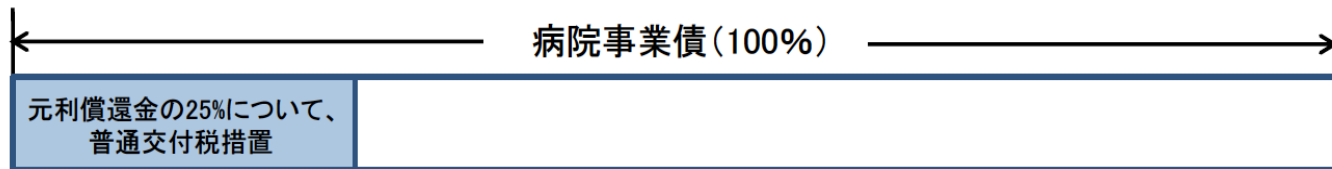
- 病床割として稼働病床1床当たり73.5万円(令和2年度)
- 稼働病床の数を上げることが必要
- 救急告示についても措置
- 病院事業債(企業債)の25%(統合再編は40%)が措置される

病院事業債の概要

【対象経費】

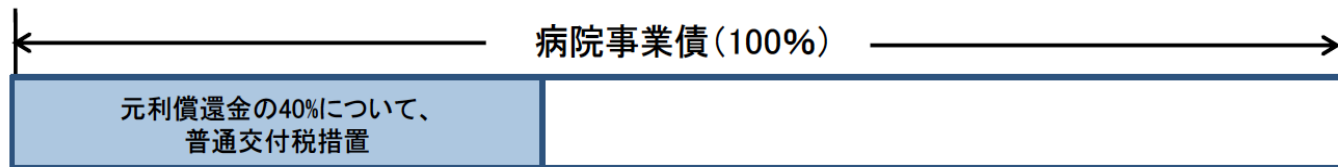
- ① 病院、診療所その他の医療施設、職員宿舎及び看護師宿舎の建設改良費等
- ② 医療又は看護のために必要な機械器具の整備費等
- ③ 用途廃止施設の処分に要する経費

《通常の整備》



※ 元利償還金の1/2について一般会計から繰出

《再編・ネットワーク化に伴う整備(特別分)》



※ 元利償還金の2/3について一般会計から繰出

総務省準公営企業室「公立病院改革等に対する地方財政措置について」

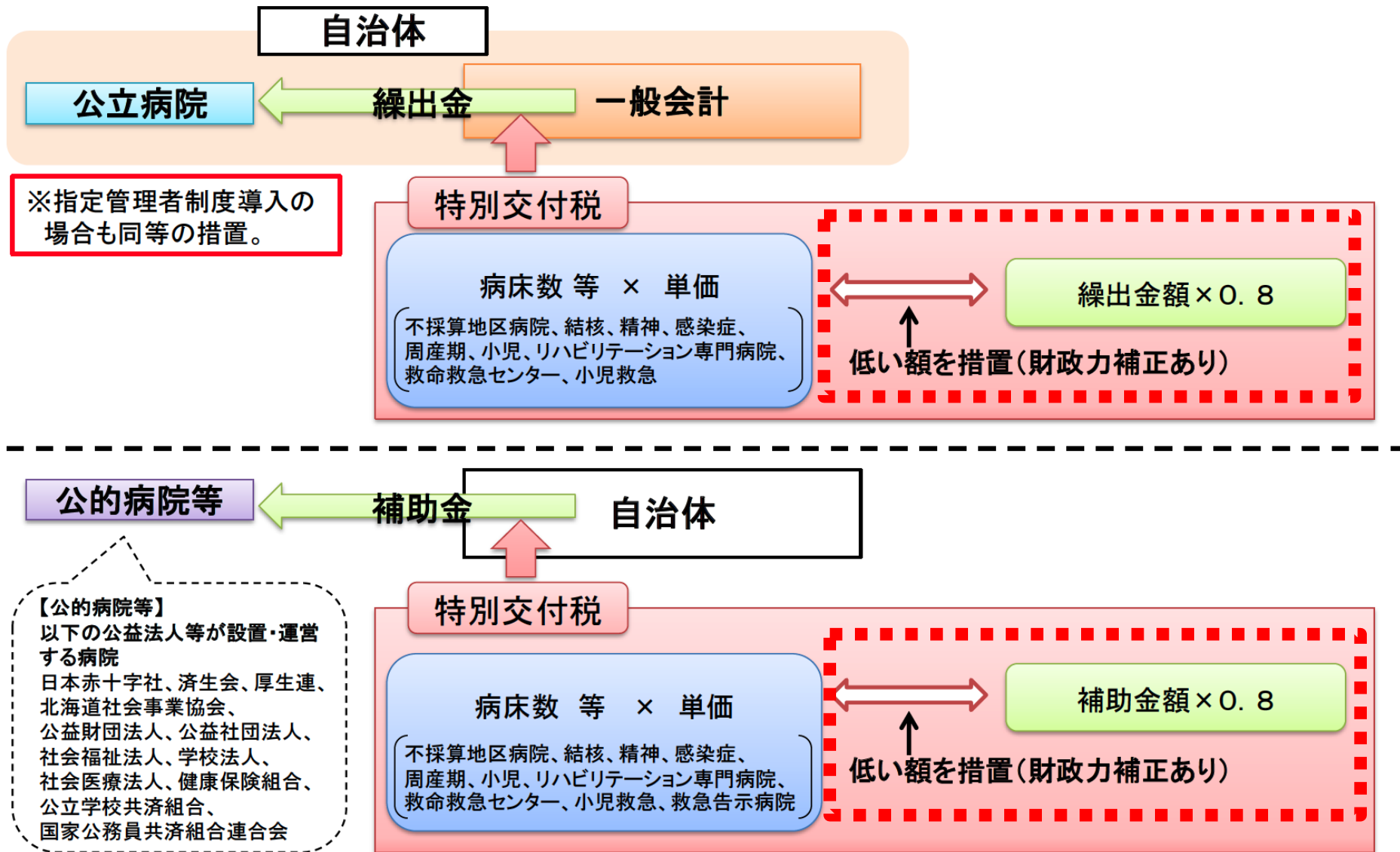
特別交付税

- 不採算地区病院・周産期・小児医療病床・感染症病床・小児救急医療提供病院・救命救急センターなどには特別交付税が措置される

特別交付税には 実際に繰入れが必要

- 総務省は基準を超えた繰入れを問題としている
- その一方、必要な繰入れをしない過少繰り入れも問題としている

公立病院及び公的病院等に対する特別交付税措置について



自治体病院への 特別交付税の拡大

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

総務省公立病院に関する 財政措置のあり方検討会

- 総務省が2008年7月設置
- 縁あって講演者も委員となる
- 検討会では、相次ぐ自治体病院の崩壊を受け、地域医療を守るためには必要な財政支援を行うべきという議論が多く出された

- 同年11月に報告書が出される
- 「必要な医療を効率的に提供するため、公立病院改革推進の視点も必要」という意見に加え
- 「地域医療の確保の観点から、過疎地における医療、産科・小児科・救急医療に関する財政措置は充実の方向で対処すべき」
- 「各地方公共団体においては、所定の経費負担区分ルールに従い、一般会計等から適切な繰入が必要」
- などの意見が盛り込まれる

地方交付税の財政基準額の増額

1. 過疎地に関する財政措置の充実

「不採算地区病院」の特別交付税措置について、要件緩和し、充実(80 億円程度)

区 分	現 行	改 正 案		
要 件	<u>100 床未満かつ市町村区域内唯一の一般病院等</u>	<u>150 床未満</u> (100 床超の病院は措置額逦減方式)		
措置額	<u>単価 680 千円×病床数</u> (平 ²⁰ ・市町村分)	種 別	単価改定の目途	要 件 等
		第 1 種	おおむね 8 割程度増	直近の一般病院まで 15km以上
		第 2 種	おおむね 2 割程度増	非「人口集中地区」所在

平成20年12月26日公立病院に関する財政措置の改正要綱について

2. 産科、小児科、救急医療等に関する財政措置の充実

(1) 普通交付税措置の充実

医師確保対策、救急医療の充実等のため、普通交付税措置を充実(600億円程度)

(2) 市町村分特別交付税措置の充実

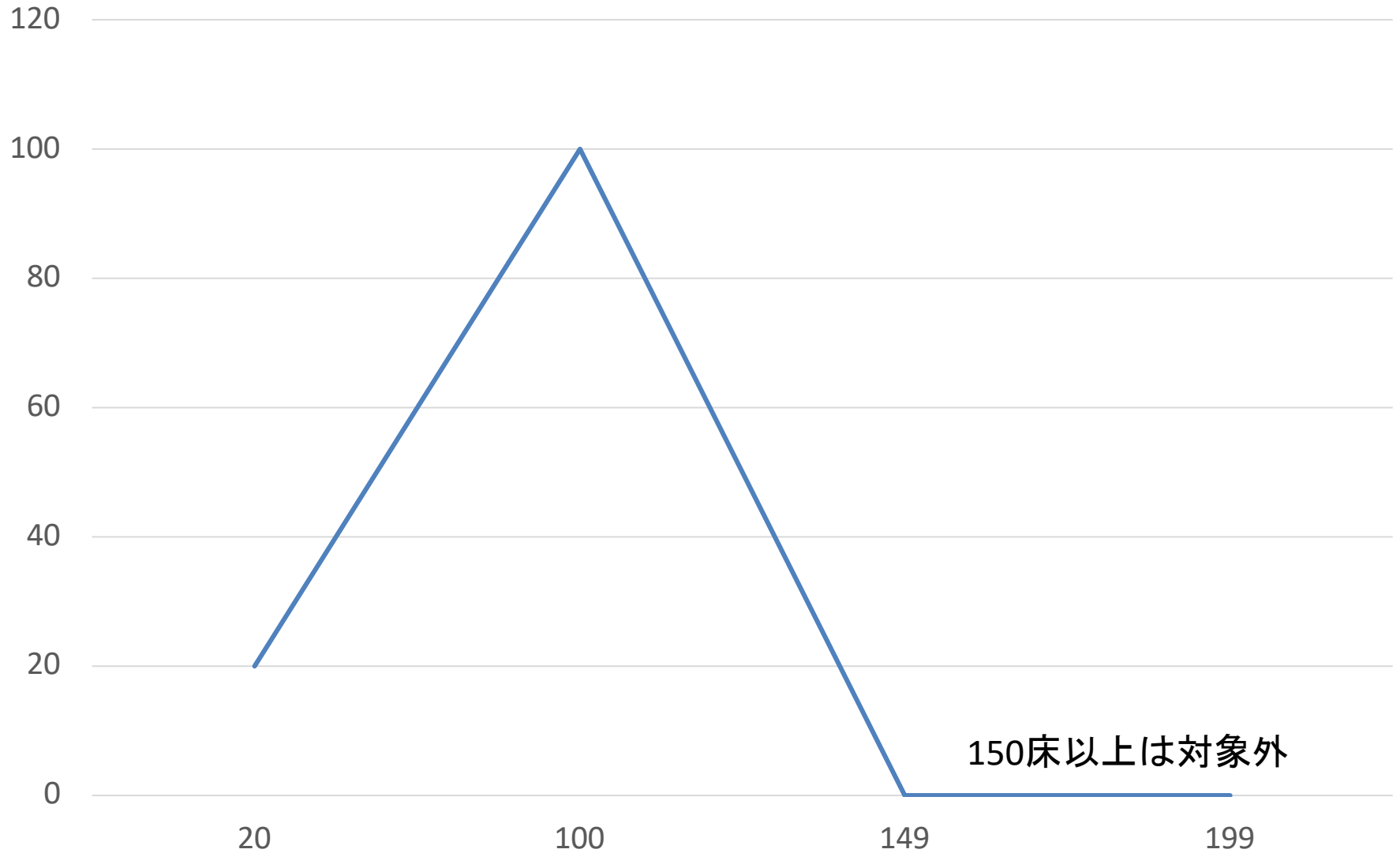
区 分	現行措置単価等(平②)	単価改定の目途
周産期医療病床	2, 4 3 8 千円	おおむね5割程度増
小児医療病床	9 5 8 千円	おおむね4割程度増
救急医療施設 (規模に応じ措置)	救命救急センター	救急告示病院分は普通交付税措置に移行するとともに、普通交付税分とあわせた措置総額がおおむね5割程度増となるよう各単価を改定
	救急告示病院	
	小児救急医療提供病院	

平成20年12月26日公立病院に関する財政措置の改正要綱について

不採算地区病院

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

不採算地区病院の措置率



150床以上は対象外

不採算地区病院 の単価は年々上昇

- 不採算地区の病院の単価は年々上昇している

病院事業に係る主な地方交付税措置

1 普通交付税(令和2年度)

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

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

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

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

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

2021年不採算地区 特別交付税大幅増額

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

経営条件の厳しい地域に所在する公立病院への財政措置の拡充(概要)

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

【不採算地区病院設置自治体】



不採算地区病院の運営に要する経費に係る一般会計繰出金

【不採算地区病院】



特別交付税措置額＝一般会計繰出金×0.8

＜病床数に応じた基準額あり＞

(第1種) 当該病院から最寄りの病院までの移動距離が15km以上

(第2種) 当該病院の半径5km以内の人口が10万人未満

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

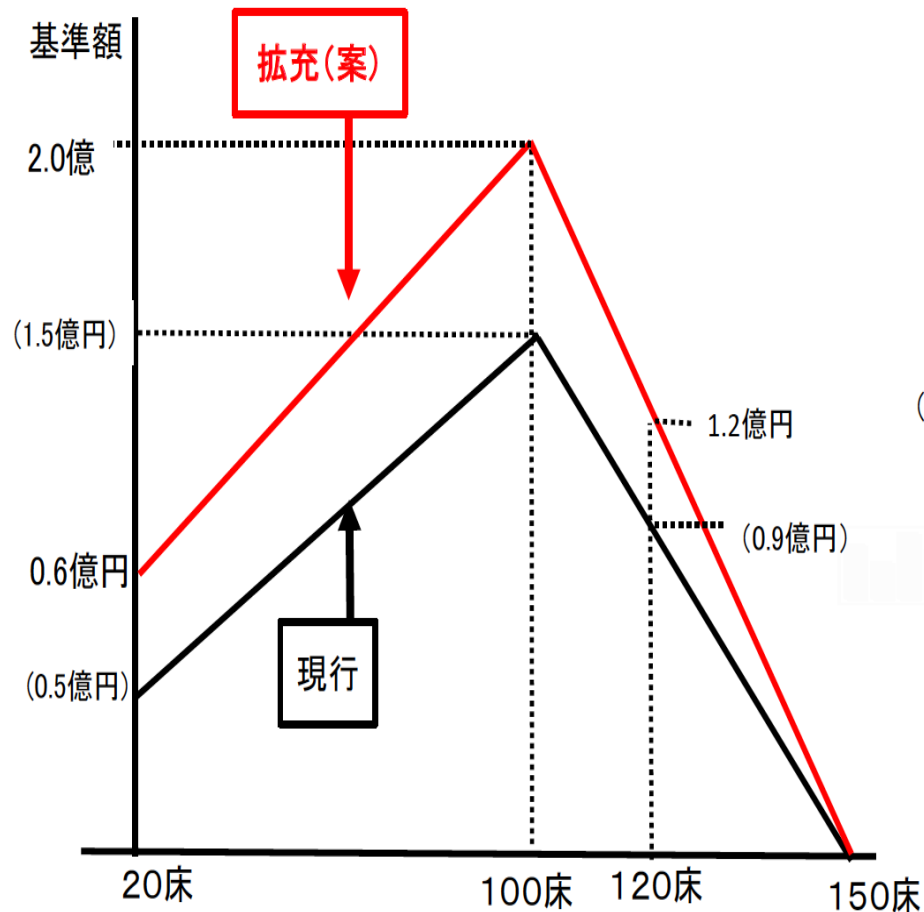
＜厚生連、日赤等の公的病院等も同様の措置を講じる＞

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

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

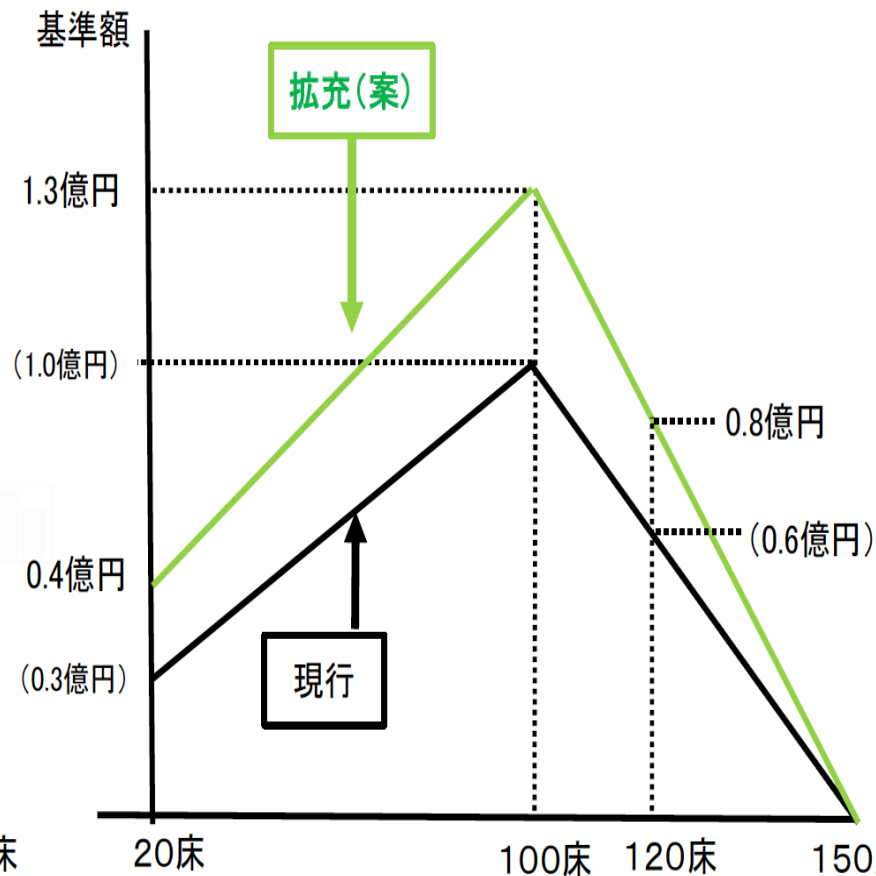
区 分		令和2年度	令和3年度（案）
不採算地区病院（注1） 【許可病床100床未満】	第1種	1,312 千円 定額 23,700 千円	1,706 千円 定額 30,810 千円
	第2種	875 千円 定額 15,800 千円	1,138 千円 定額 20,540 千円
不採算地区病院（注1） 【許可病床100床以上 150床未満】	第1種	1,549 千円	2,014 千円
	第2種	1,033 千円	1,343 千円
不採算地区有床診療所（注2）	第1種	2,497 千円	3,246 千円
	第2種	1,665 千円	2,165 千円

1種の算定イメージ



(第1種) 当該病院から最寄りの一般病院までの移動距離が15km以上

2種の算定イメージ



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

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

2020年中核的な公立病院に対する特別交付税措置の創設

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

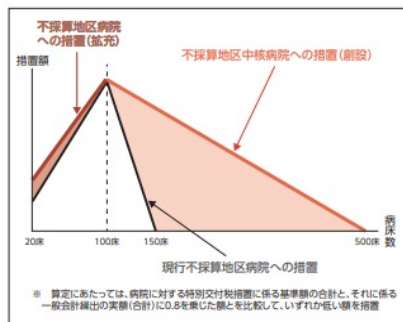
全国市長会「市政8月号」

表1 不採算地区病院特別交付税措置単価

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

総務省半官営企業室資料より作成

図1 不採算地区の中核的な公立病院に対する
特別交付税措置の創設



筆者プロフィール

伊関友伸 (いせき ともし)

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

へき地等に立地する自治体病院にとって、非常に有利な不採算地区病院への特別交付税措置であるが、課題もあった。財政措置の要件が150床未満であるため、1500床を超える病院は財政措置の対象とはならない。へき地等に立地していても、二次救急患者の受け入れや災害発生時の拠点となる中核的な自治体病院は病床数が1500床を超えることが多く、不採算地区の財政措置の対象外となっ

不採算地区中核病院への 特別交付税措置の創設

人に対して、地方自治体が助成した額に対して特別交付税措置を行っている。

戦後、相次いで国保直診病院・診療所が設

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

徹底的なことは、条件の悪いへき地に医療を提供できない。



へき地の医療問題の歴史

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

不採算地区の病院への交付税措置を考える

城西大学経営学部教授 伊関友伸

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

不採算地区における 特別交付税措置

現在のへき地等の病院を支える財政支援制度として、不採算地区における特別交付税措置がある。2019年度までは、病床数が1500床未満であり、最寄りの一般病院まで

ていた。

このため、本年度から不採算地区の中核的な自治体病院に対する特別交付税措置が創設されることとなった。対象要件は、不採算地区に所在する1000床以上5000床未満の許可病床を有する自治体病院で、①都道府県の医療計画において二次か三次の救急医療機関として位置付けられていること、②へき地拠点病院または災害拠点病院の指定を受けていることが必要となる。

地方財政措置は、図1のように、現在の不採算地区の病院への財政措置を5000床まで拡大することが想定されている。現在の不採算地区病院の措置も、一部拡充される予定である。財政措置を受けるためには、本年度内

移動距離が15km以上となる位置に所在している一般病院(第1種)と、直近の国勢調査に基づく当該病院半径5km以内の人口が3万人未満である一般病院(第2種)が対象となっていた(第2種においては3万人以上10万人未満の場合は単価を減額)。表1は2018年度の不採算地区病院特別交付税措置単価である。第1種不採算地区病院が1床1408千円、第2種不採算地区病院が1床939千円であり、2017年度に比べて104.4%増加している。20床から1000床までは措置額が増加し、1000床を最大にして1500床までは措置額が削減するという制度設計になっている。

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

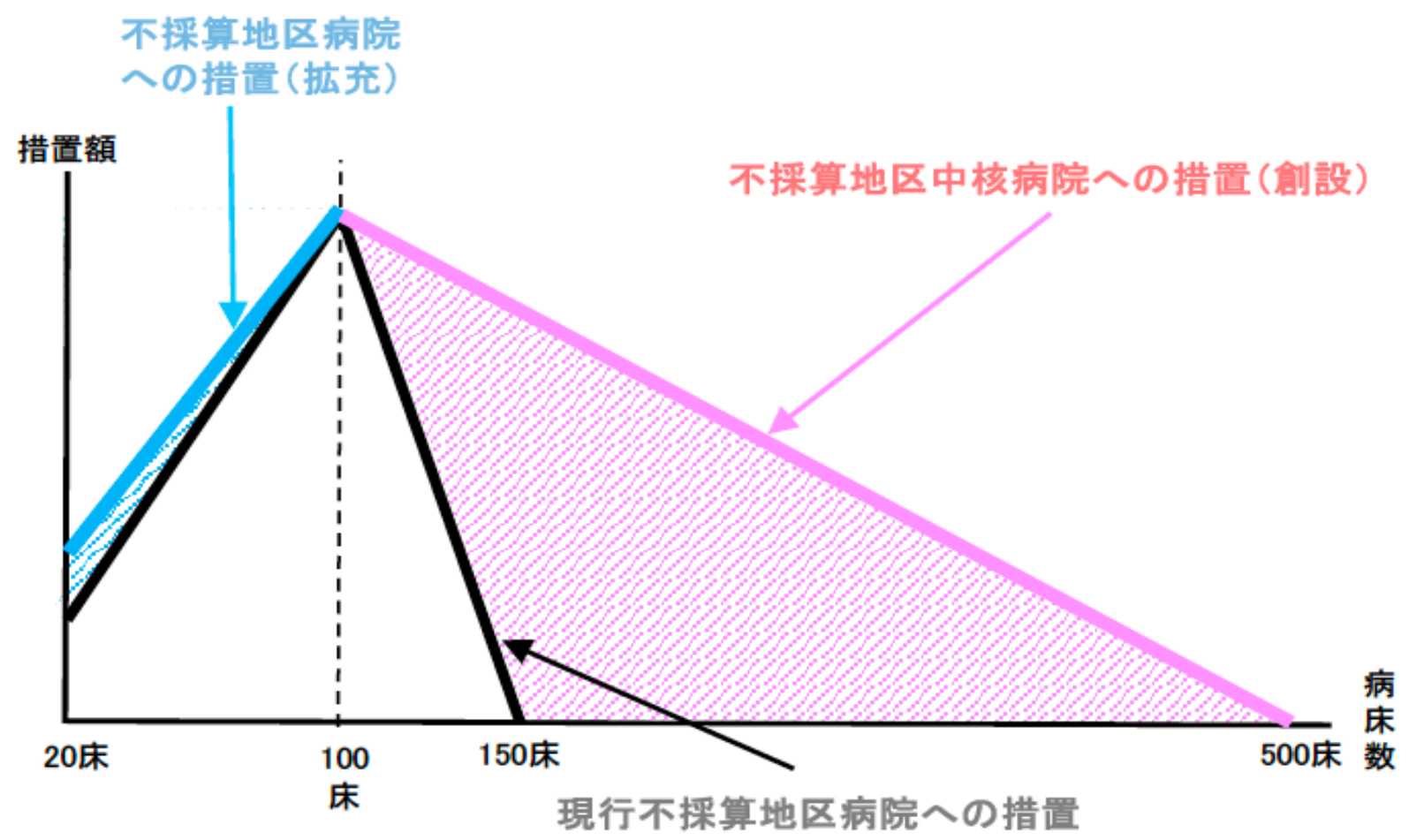
なお、不採算地区にある病院は自治体病院だけではないので、総務省は不採算地区に立地する医療法31条に規定されている公的病院(赤十字・済生会・厚生連など)や社会医療法

に策定が予定されている新しい「新公立病院改革ガイドライン」を踏まえ、さらなる改革プランの策定を行うことが必要とされている。新型コロナウイルスの蔓延により、新しい改革ガイドラインの策定が進んでおらず、財政措置については不確定な部分もあるが、不採算地区の中核的な公立病院に対する財政措置を行う流れは変わらないと考える。

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

タイトルの「アスクレピオスの杖」とは、ギリシア神話に登場する名医アスクレピオスの持っていた蛇トラスヘヒの巻きついた杖。医療・医師の象徴として世界的に広く用いられているシンボルマークである。

2020年度不採算地区の中核的な公立病院に対する 特別交付税措置の創設



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

不採算地区中核病院の特別交付税算定イメージ

【第1種】 1,549千円 × 調整後病床数

【第2種】 1,033千円 × 調整後病床数

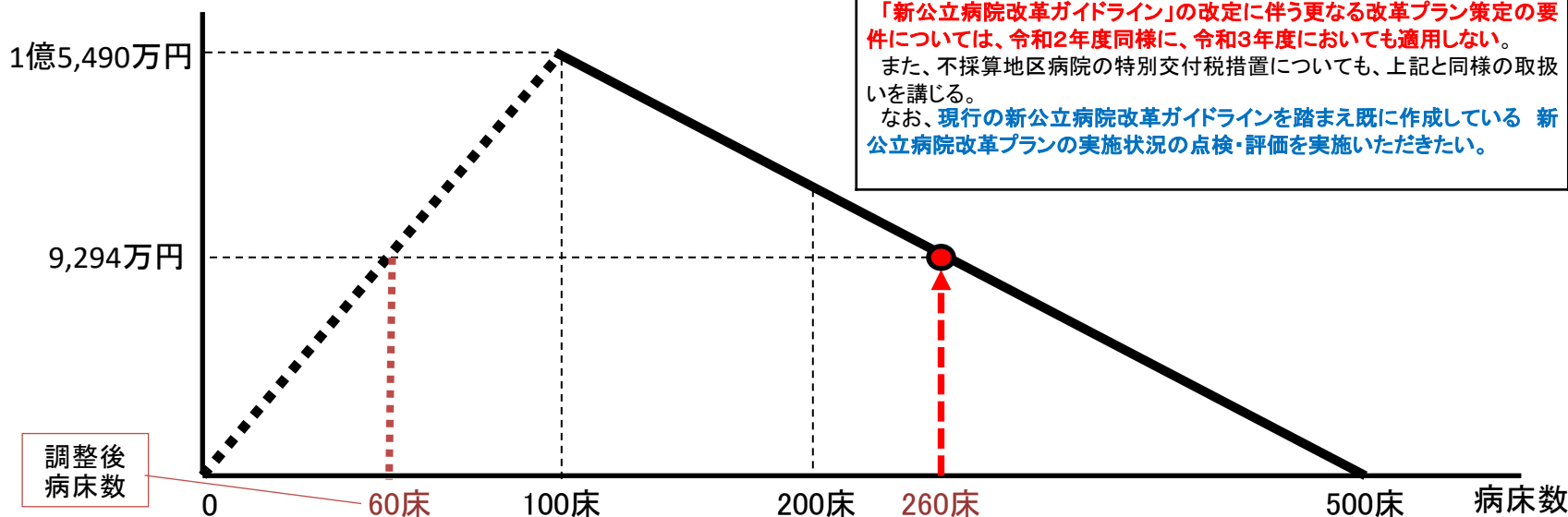
補正後許可病床数「 $100 - (\text{許可病床数} - 100) \times 1/4$ 」と稼働病床数とを比較して低い病床数で算定

※第1種 最寄りの一般病院までの移動距離が15km以上となる
位置に所在する一般病院

第2種 直近の国勢調査に基づく当該病院の半径5km以内の
人口が3万人未満
(3万人以上10万人未満の場合、単価を逓減)

(参考) イメージ図(第1種)

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



令和2年12月8日

令和2年度特別交付税の12月交付額の決定

総務省は、令和2年度特別交付税の12月交付額として2,839億円を交付することとしました。

1 交付額

(単位：億円、%)

区 分	令和2年度	令和元年度	増減額	増減率
道府県分	755	913	▲158	▲17.3
市町村分	2,084	2,286	▲202	▲8.8
合 計	2,839	3,199	▲360	▲11.3

※ 端数処理により、合計と内訳は一致しない場合がある。

2 主な算定項目

- (1) 災害関連（令和2年7月豪雨等） 386億円
- (2) 地域医療の確保（公立病院等） 1,003億円
- (3) 公営企業の経営基盤強化（上下水道等） 230億円
- (4) 消防・救急 145億円
- (5) その他普通交付税の算定によっては捕捉しがたい特別の財政需要

3 日 程

令和2年12月8日（火）交付決定、閣議報告

令和2年12月9日（水）現金交付

(参 考) 特別交付税総額

令和2年度総額 9,957億円

令和元年度総額 10,658億円

※令和元年度は、補正予算において950億円を増額

連絡先

自治財政局財政課 清水、土屋、廣邊

代 表 03 - 5253 - 5111

直 通 03 - 5253 - 5613

F A X 03 - 5253 - 5615

1 交付額

(単位：億円、%)

区 分	令和2年度	令和元年度	増減額	増減率
道府県分	755	913	▲158	▲17.3
市町村分	2,084	2,286	▲202	▲8.8
合 計	2,839	3,199	▲360	▲11.3

※ 端数処理により、合計と内訳は一致しない場合がある。

2 主な算定項目

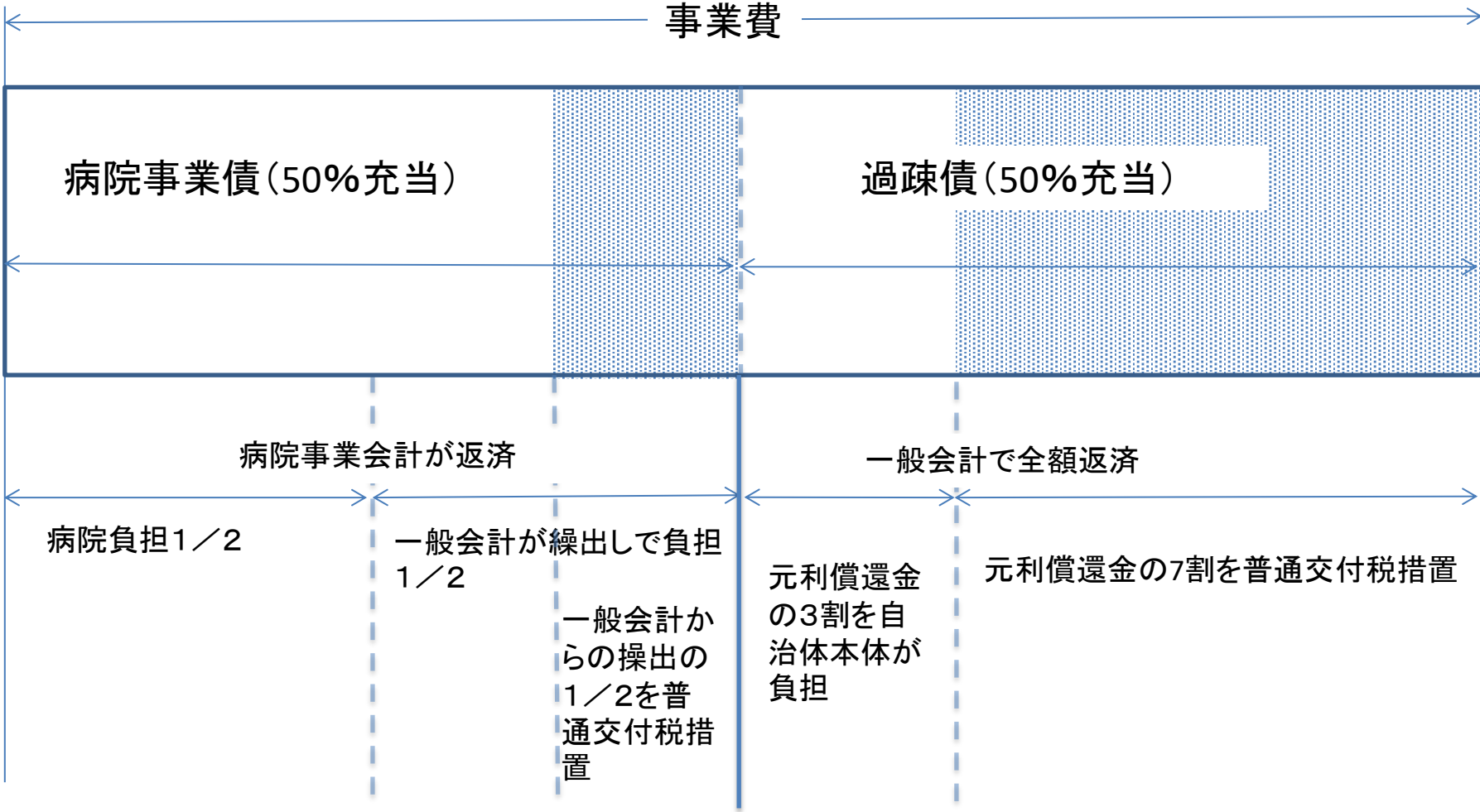
- | | |
|-----------------------------------|----------|
| (1) 災害関連（令和2年7月豪雨等） | 386 億円 |
| (2) 地域医療の確保（公立病院等） | 1,003 億円 |
| (3) 公営企業の経営基盤強化（上下水道等） | 230 億円 |
| (4) 消防・救急 | 145 億円 |
| (5) その他普通交付税の算定によっては捕捉しがたい特別の財政需要 | |

自治体病院過疎債充当

- 過疎地に立地した病院は、病院建物・医療機器の整備に過疎債を充当可能（充当率50%）
- 過疎債は自治体本体が返済するので、病院財政には影響しない
- 自治体本体の過疎債の元利償還の70%が普通交付税措置される

過疎債の普通交付税措置

地方交付税措置分



統合再編を組み合わせた場合病院事業債の交付税措置が40%になる

講演者作成

不採算地区特別交付税の
趣旨が自治体に伝わって
いない問題

総務省「公立病院 経営強化ガイドライン」

- 2022年3月29日、総務省自治財政局長は、全国の公立病院及び関係自治体に「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドラインについて」を通知した

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

(令和4年3月29日付け総務省自治財政局長通知)

第1 公立病院経営強化の必要性

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

第2 地方公共団体における公立病院経営強化プランの策定

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

公立病院経営強化プランの内容

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

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

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

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

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

(3) 経営形態の見直し

(4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

(5) 施設・設備の最適化

- ・ 施設・設備の適正管理と整備費の抑制
- ・ デジタル化への対応

(6) 経営の効率化等

- ・ 経営指標に係る数値目標

第3 都道府県の役割・責任の強化

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

第4 経営強化プランの策定・点検・評価・公表

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

第5 財政措置

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

経営強化に関する検討会 の設置

- 経営強化ガイドラインは、2021年10月6日に設置された「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化に関する検討会」における議論により策定された

「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化に関する検討会」について

1. 開催趣旨

公立病院は、地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしており、新型コロナウイルス感染症への対応においては、その重要性が改めて認識されたところである。

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

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

このような状況を踏まえ、感染症対応の視点も含めた持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院に対する新たなガイドラインや地方財政措置について検討するため、検討会を開催する。

2. 構成員

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

3. 開催実績

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

検討会の位置づけ

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

2回のガイドライン
はどのようなもので
あったか

旧公立病院改革ガイドライン

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

公立病院改革ガイドライン（平成19年12月通知）の概要

公立病院改革の目的・必要性

- 公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制を確保
- その中で、公立病院が安定的に不採算医療や高度・先進医療などの重要な役割を担っていくことができるようにする

官は民の補完

公立病院改革プランの策定

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

3つの視点に立って、公立病院改革を推進

経営の効率化

➤ 経営指標の数値目標を自治体が独自に設定し、経費削減や収入確保へ努力

※ 黒字病院の割合
H20:29.7% ➡ H25:46.4%

再編・ネットワーク化

➤ 病院の統合や基幹病院と日常的な医療を行う病院とに再編する等の取組み

※ 統合・再編に取り組んでいる公立病院
65ケース、162病院

経営形態の見直し

➤ 民間的経営手法等を導入

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

公立病院改革プランの点検・評価・公表の状況

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

旧公立病院改革ガイドライン

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

新公立病院改革ガイドライン

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

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

公立病院改革の目指すもの

- 公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制を確保
- その中で、公立病院が安定的に不採算医療や高度・先進医療などの重要な役割を担っていくことができるようにする

主な項目

① 地方公共団体に対する新公立病院改革プラン策定の要請

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

① 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

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

再編・ネットワーク化

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

経営の効率化

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

経営形態の見直し

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

② 都道府県の役割の強化

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

前ガイドラインのポイント①

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

前ガイドラインのポイント②

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

前ガイドラインのポイント③

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

新ガイドラインのポイント④

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

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

※上段:病院数、下段:割合

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

2013年3月公立病院改革プラン実施状況等の調査結果

経営強化ガイドライン の内容

「改革」から「経営強化」に

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

「改革」の言葉の意義

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

計画期間

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

国の政策との関係

地域医療構想との関係

- 2021年 12月の「第7回地域医療確保に関する国と地方の協議の場」で、厚生労働省は「地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるもの」と表明
- 2021年 12月 決定「新経済・財政再生計画 改革工程表 2021」は、第8次医療計画(2024年度～)の策定作業と併せて、2022・2023年度において、民間医療機関を含め「地域医療構想に係る各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを求める」とする
- 各経営強化プランは、当該自治体病院の地域医療構想に係る具体的対応方針として位置付けられる

「地域医療構想の進め方について」(抄)

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

1. 基本的な考え方

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

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

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

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

2. 具体的な取組

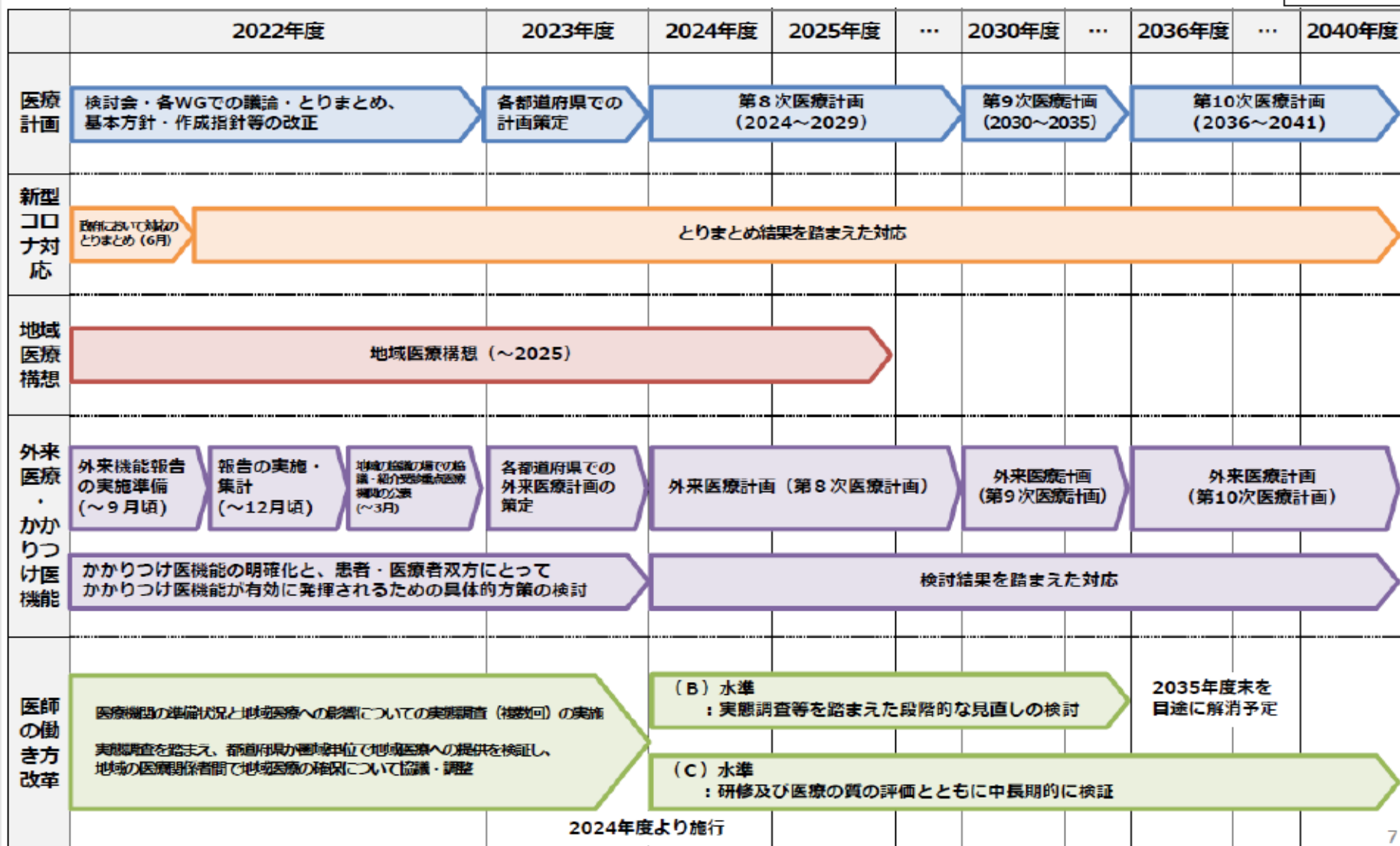
「人口100万人以上の構想区域における公立・公的医療機関等の具体的対応方針の検証等について」(令和3年7月1日付け医政発0701第27号厚生労働省医政局長通知)2(3)において、「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等、地域医療構想の実現に向けた今後の工程に関しては、新型コロナウイルス感染症への対応状況に配慮しつつ、各地域において地域医療構想調整会議を主催する都道府県等とも協議を行いながら、厚生労働省において改めて整理の上、お示しすることとしている。」としていたことについては、2022年度及び2023年度において、公立・公的・民間医療機関における対応方針の策定や検証・見直しを行うことと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

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

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

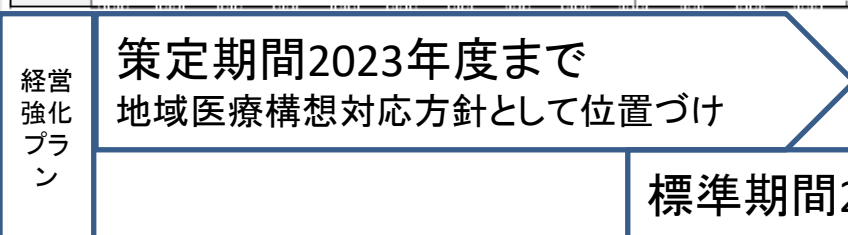
医療提供体制改革に係る今後のスケジュール

令和4年3月4日
第7回第8次医療計画に
関する検討会 資料1



7

17



標準期間2027年度

厚労省資料を改変

経営強化の基本的な 考え方

経営強化の基本的な考え方①

- 公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図り、その中で自治体病院が安定した経営の下で重要な役割を継続的に担っていく
- 医師確保等を進めつつ、限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するという視点を最も重視していく
- 新興感染症の感染拡大時等の対応という視点も持つ

経営強化の基本的な考え方②

- 各公立病院が担うべき役割・機能を改めて見直し、明確化・最適化した上で、病院間の連携を強化する「機能分化・連携強化」を進めていくことが必要
- 中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約し医師・看護師等を確保し、基幹病院から不採算地区病院をはじめとする基幹病院以外の病院への医師・看護師等の派遣等の連携を強化する

4 公立病院経営強化の基本的な考え方(イメージ)

地域全体で目指す姿

- 公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制を持続可能な形で確保
- そのために、公立病院がへき地医療・不採算医療、高度・先進医療等の重要な役割を継続的に担うことができるよう経営を強化

地域医療の主な課題

- <供給側> 医師・看護師等の不足・偏在、働き方改革への対応 等
- <需要側> 新興感染症の感染拡大時等への対応
人口減少・少子高齢化に伴う医療需要の変化への対応 等

公立病院を取り巻く環境は、今後ますます厳しくなることが見込まれ、経営強化の取組は急務

公立病院経営強化の視点

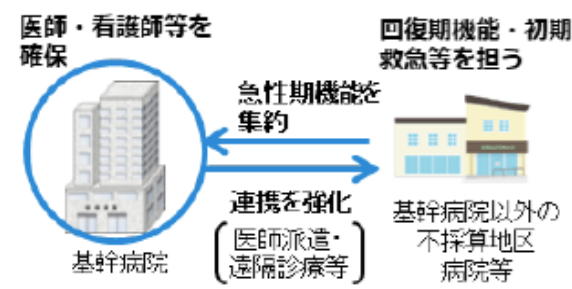
- 医師確保等を進めつつ、限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するという視点を最も重視し、新興感染症の感染拡大時等の対応という視点も持って、公立病院の経営を強化していくことが重要

公立病院経営強化の主な手法

①複数病院間の広域的な取組

- 地域の中で各公立病院が担うべき役割・機能を改めて見直し、明確化・最適化した上で、病院間の連携を強化する「機能分化・連携強化」を進めていくことが必要
- 特に、中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約し医師・看護師等を確保するとともに、基幹病院から不採算地区病院をはじめとする基幹病院以外の病院への医師・看護師等の派遣等の連携を強化していくことが重要

機能分化・連携強化のイメージ(例)



※公的病院、民間病院、診療所等との取組も重要

②個々の公立病院の取組

- 地域医療構想や今般の新型コロナ対応の経験等を踏まえ、当該病院が担うべき役割・機能を改めて見直し、明確化・最適化した上で、その役割・機能を継続的に発揮することが可能となるよう、経営強化のための様々な取組を総合的に進めていくことが必要

③都道府県の役割・責任の強化

- 上記の取組が進むよう、地域医療提供体制の確保に大きな役割・責任を有しており、医療資源が充実した基幹病院等を開設する都道府県が、関係部局で連携し、必要な機能分化・連携強化の取組を積極的に助言・提案するなど、役割・責任を強化することが必要

機能分化・連携強化

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

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

地方の中小病院の モデル事例が少ない

- 2つの旧ガイドラインでは経営効率化が最も求められた
- 医師不足に悩む地方の中小病院が目指すべきモデルが示されていなかった
- 都市部の統合病院事例では成功例が数多くあるが、地方の中小病院の成功モデル例が少ない、ないしは共有されていなかった

病院バージョンアップ

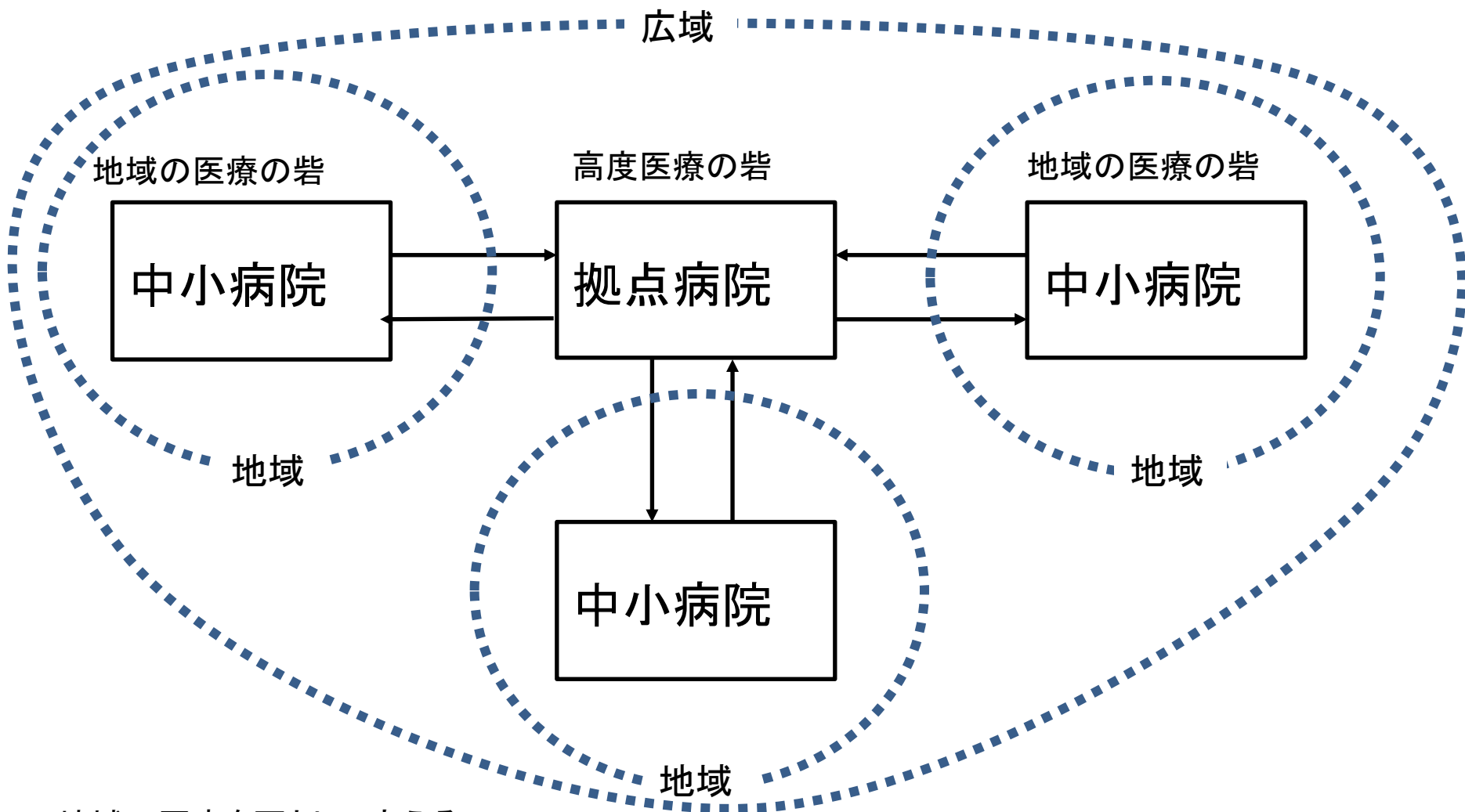
- 国は地方の中小病院の役割・機能の最適化については「ダウンサイズ」という言葉を簡単に使う
- 人口減少、働く場の不足、医療者の不足に苦しむ地方の病院がダウンサイズを強要されるのは納得がいかない
- 医療の地域格差をなくすため、医療提供の質を高める「バージョンアップ」であるべき

医療の「砦（とりで）」論

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

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

医療の「砦(とりで)」論



地域の医療を面として支える

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

筆者作成

なぜ「砦」なのか？

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

拠点病院と地域中小病院

- 拠点病院は家庭からの入院が多く、家庭や地域の病院への退院が多い
- 地域の中小病院は家庭のほか介護施設からの入院が多く、死亡退院が一定数ある
- 地域の中小病院がなくなると高齢者が亡くなる場所がなくなる

時代的に見て
経営強化ガイドライン
はどのような意義を
有するのか

本格的な少子高齢社会の到来

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

バッファーとしての役割

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

将来の危機に備える

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

講演者の関わった 病院再生の事例

事例から探る地域医療再生のカギ……③

地方独立行政法人 加古川市民病院機構の病院統合

伊関友伸 城西大学経営学部マネジメント総合学科

何が問題だったのか

加古川市民病院の医療崩壊

兵庫県加古川市(人口26万人)にある旧・加古川市民病院(405床;現・加古川西市民病院)は、小児・周産期医療に強みを持つ病院で、市西部を中心に地域の医療を支えている病院である。同院は、1999(平成11)年に、一般会計繰入金を除いた修正医業収支比率92%、9.4億円の一般会計繰入金を入れても手持ち現金は1,089万円しかなく、一時借入金3.6億円、他会計借入金3.5億円を抱えるなど非常に厳しい経営状態が続いていた。

その後、職員一体となって経営改善を進め、医師数が1999(平成11)年の38名から2005(平成17)年には64名まで増えたこともあって収益は急改善し、同年の修正医業収支比率は98%に達した。一時借入金・他会計借入金を解消し、手持ち現金は2007(平成19)年度には36.8億円まで増加。一般会計繰入金も7.6億円に縮減した。

しかし、2004(平成16)年の新しい医師臨床研修制度の導入を契機とした全国的な医師不足の影響を受け、2005(平成17)年に14名在籍していた常勤内科医が2009(平成21)年7月には1名まで減少。内科の入院・外来の診療が制限され、総合病院としての継続が

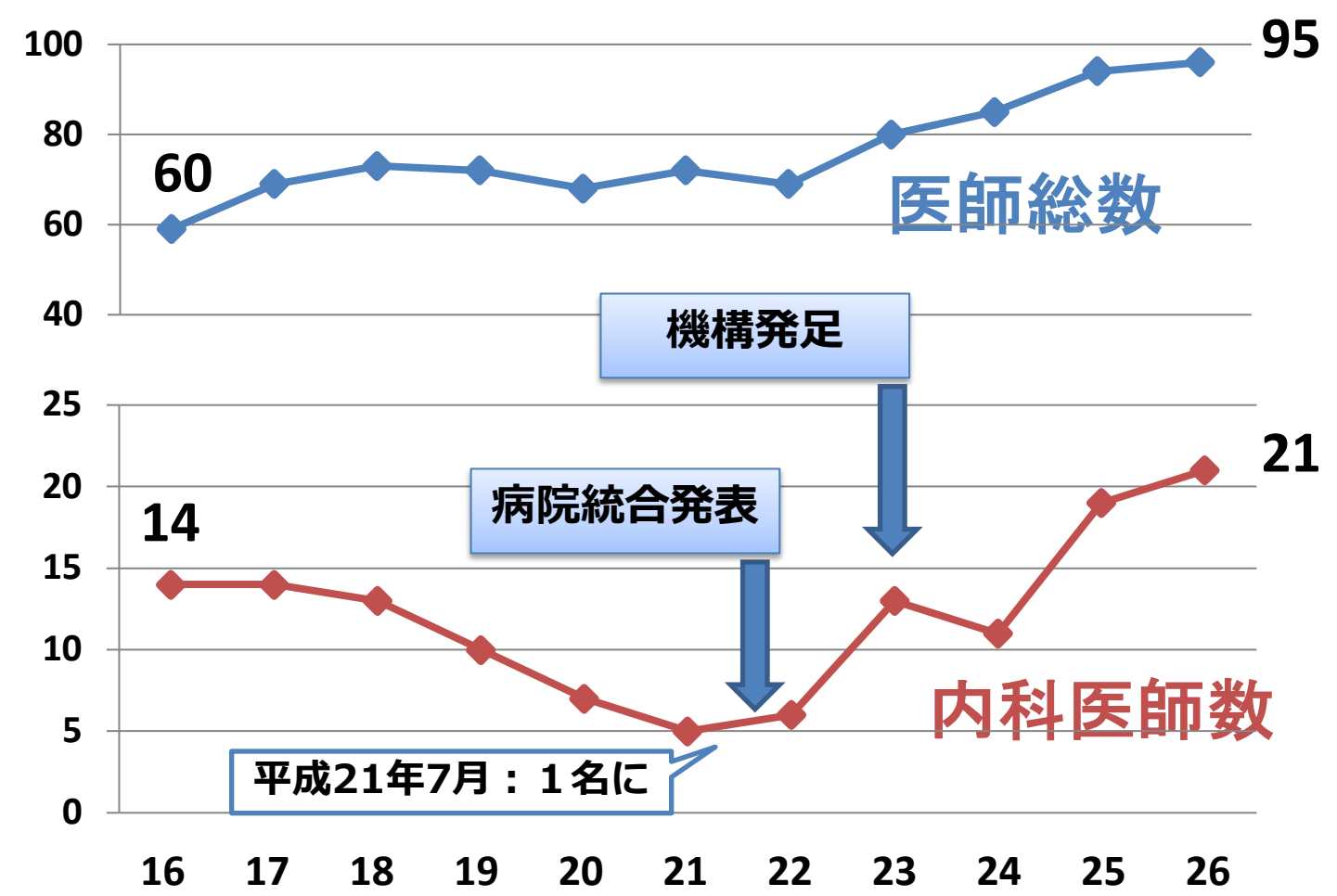
困難な状態に追い込まれる。内科医師の大量退職により入院外来収益も急激に減少、図1のように2006(平成18)年度の84.8億円から2009(平成21)年度の71.6億円と約16%減少する。手持ちの現金も2007(平成19)年度の36.8億円から2009(平成21)年度には20.1億円に急減する。

このままでは病院経営が破たんするという危機を抱いた加古川市は、医師を派遣している神戸大学から同地域の病院集約を要請されていたこともあり、同年夏に同じ市内にある旧・神鋼加古川病院(198床;現・加古川東市民病院)を運営する株式会社神戸製鋼所に病院の経営統合を打診する。旧・神鋼加古川病院は、循環器内科を中心に内科医が16名在籍し、地域の心臓血管センターとして24時間365日の救急医療体制をとっていたが、神戸製鋼所関係者の受診は約5%で、企業の福利厚生を主な目的とした病院というよりは地域の病院となっていた。198床という病床数も、さらなる医療の充実を目指すには少なく、病床の規模の拡大が必要と考えていた。最終的には、神戸製鋼所も病院の経営統合を決断。2011(平成23)年4月に地方独立行政法人を設立して2つの病院を統合し、2017(平成29)年を目標に600床規模の新病院を建設することが合意された。2つの病院の統合に関しては、地元の神戸大学医学部も全面的に支援を表明する。

兵庫県加古川市2病院統合

- 旧加古川市民病院(405床)は、2005年に14名在籍していた常勤内科医が2009年7月に1名まで減少
- 内科の入院・外来の診療が制限され、病院存続の危機に直面
- 加古川市は旧・神鋼加古川病院(198床)を経営する株式会社神戸製鋼所に病院の経営統合を打診

加古川西市民病院（旧市民病院） 医師数推移



地方独立行政法人 加古川市民病院機構の設立

- 2011年4月地方独立行政法人加古川市民病院機構が発足
- 加古川市民病院は加古川西市民病院、神鋼加古川病院は加古川東病院となる

加古川のケースでも

- 統合に反対する住民の運動が起きる
- 経営統合に医療現場の責任者として大きな役割を果たした旧・神鋼加古川病院の病院長（後に機構理事長）は心労のあまり感染性大動脈炎にかかり「いつ死んでもおかしくない」と診断される状況に追い込まれた

公開の場での議論

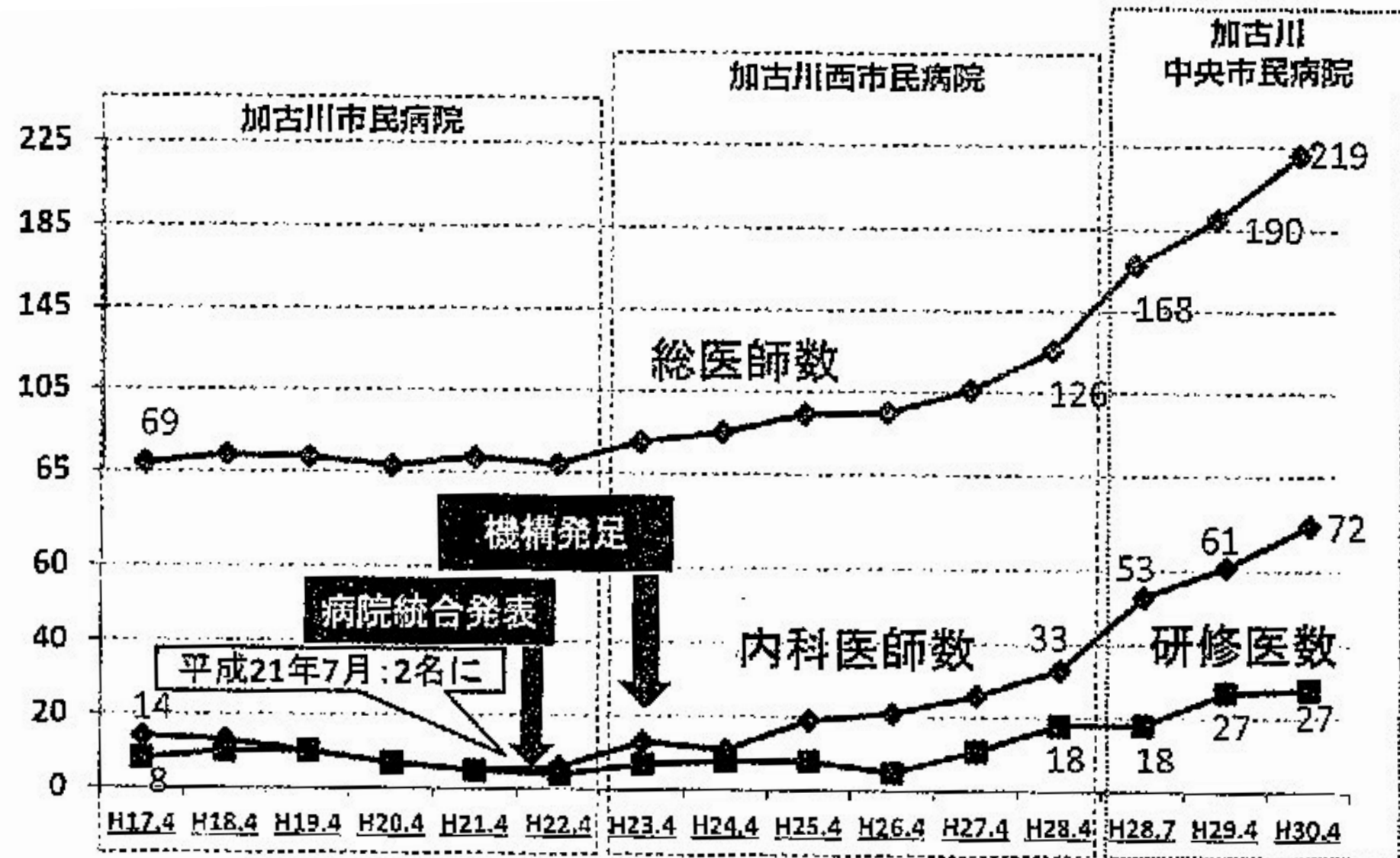
- 講演者は2病院の統合を考える
2回のシンポジウムで司会をつとめた
- 統合新病院に反対される住民の方にも意見を述べてもらう一方、
機構理事長に医療現場の現状を話していただいた

統合新病院オープン

- 2016年7月、統合新病院である加古川中央市民病院が新築移転しオープン
- 病床数600床、31診療科
- 消化器センター・心臓血管センター・こどもセンター・周産母子センター・がん集中的治療センターの5大センターにより高度専門医療を実践

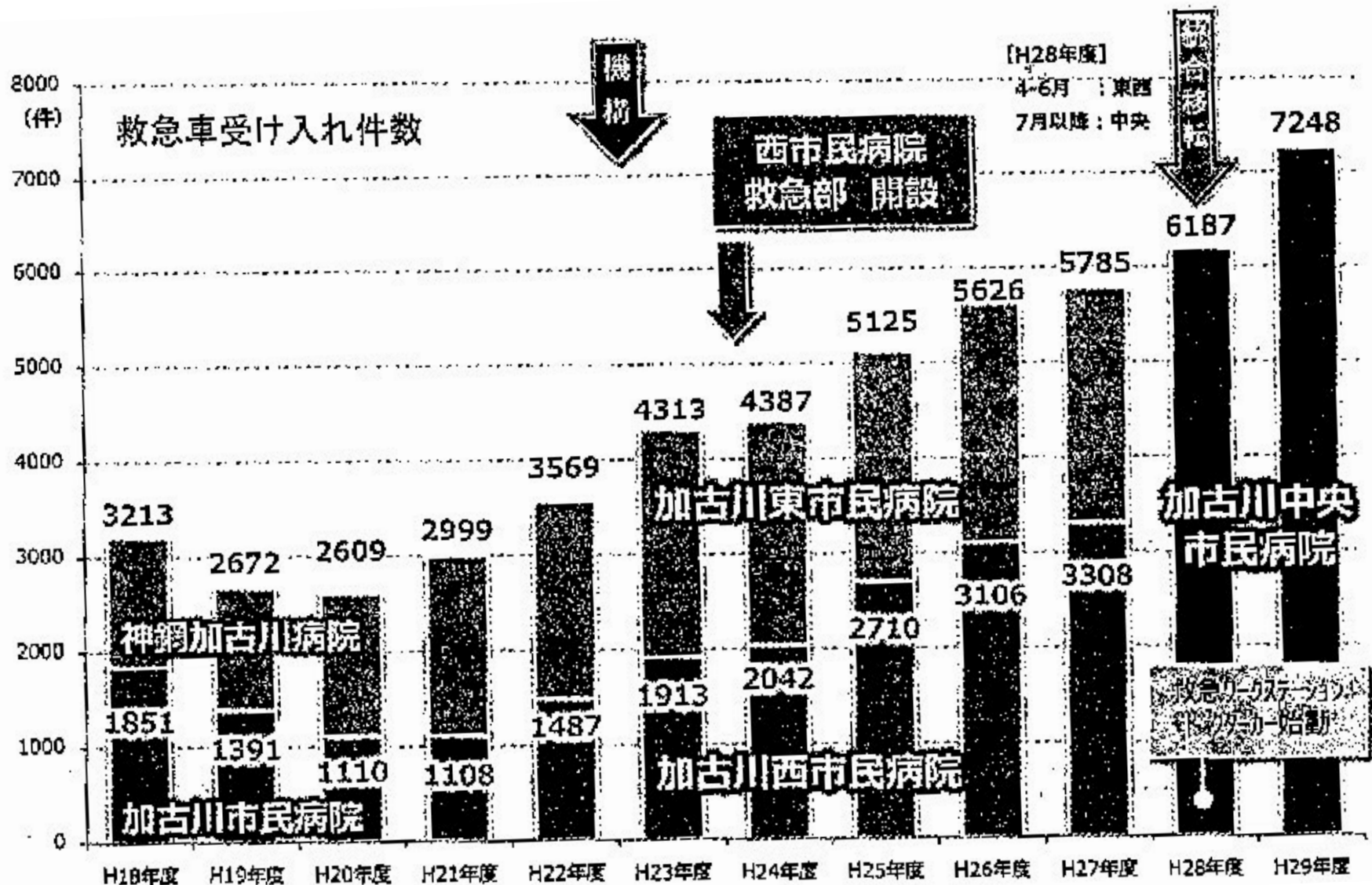


医師数の推移



公営企業2018年9月号「地方独立行政法人加古川市民病院機構の取り組み」より

救急搬送受入件数の推移



加賀市2病院の病院統合

伊関友伸 城西大学経営学部マネジメント総合学科

何が問題だったのか

①医師不足に苦しむ2つの市立病院

石川県加賀市は人口約6万8千人。2005年10月、旧加賀市・旧山中町の2つの自治体が合併し、新加賀市となった。新加賀市は、自治体合併により2つの自治体病院を運営することとなった。一つは旧加賀市の大聖寺地区にある加賀市民病院(226床)である。1880(明治13)年3月に設けられた金沢病院大聖寺出張所を発祥とし、石川県大聖寺病院、郡立江沼病院、公立加賀中央病院など、運営主体と名称を変えながら医療を提供してきた病院である。

もう一つの病院は、旧山中町にある山中温泉医療センター(199床)である。1941年に山中海軍病院として開設され、1945年に国立山中病院となった後、2003年に旧山中町への移管とともに山中温泉医療センターとなった。地域医療振興協会を指定管理者として運営が行われてきた。

2つの病院の統合が計画されたきっかけは医師不足問題である。加賀市立の2病院においても2004年度の新医師臨床研修制度を契機として医師不足が起きる。加賀市民病院では、2003年度に27名在籍していた常勤医師が2006年度には23名に減少し、同年7月に産婦人科の休診、2007年4月に時間外の専門外の受診制

限、2008年1月に小児科の休診に追い込まれた。また、山中温泉医療センターも、2003年度に14名在籍していた常勤医師が2008年度には9名に減少。同年4月には産婦人科が休診となる。

医師不足により、2008年には手術を要する入院患者の約半数が市外に流出、2010年の救急患者の1/4は市外に搬送されていた。病院建物も老朽化しており、加賀市民病院の手術室や検査室のある診療棟は1982年度に、山中温泉医療センターのほとんどの病棟は1960～1980年代に建設されている。また、2013年3月に、山中温泉医療センターの地域医療振興協会による指定管理の更新期限が迫っており、更新の方針について決定する必要があった。

何が問題だったのか

②地域医療再生基金を利用した病院再編

2006年5月、加賀市は「地域医療審議会」を設置。2007年4月、審議会は「加賀市における病院事業のあり方に関する答申書」を提言する。提言では「将来的には、加賀市における地域医療の安定的確保のために、二次救急医療を担い、医療設備の充実した新病院を建設する以外に、根本的な問題解決の方法はないと思わ

加賀市医療センター（300床）

- 旧加賀市民病院（226床）と旧山中温泉医療センター（199床）を統合した病院
- 国の地域医療再生基金（14.7億円）と耐震化補助金（~~12.87~~^{12.8}億円）の助成を受けて、JR加賀温泉駅前に新たに土地を取得して新病院を建設
- 統合について地元住民の合意を得ずに決定
- 反対運動を生み、病院統合を決定した市長は選挙で落選

検証委員会の設置

- 新市長は、2013年12月に「統合新病院建設計画検証委員会（委員長北川正恭早稲田大学教授（当時））」を設置
- 毎回50人を超える傍聴者の中で、6回にわたりデータに基づいた議論を行う
- 市民が3分間自由に発言することのできる「市民の声を聴く会」も開催
- 最終的に病院建設を継続することが市の財政や医療提供の上で最適であるという報告書がまとめられた

加賀市医療センター(300床)



統合の効果

- 最悪期の医師数は旧加賀市民23名（2006年）、旧山中9名（2008年）だった
- 加賀市医療センターでは2018年4月で40名となっている
- 内科は9名から12名に
- 学生、初期研修医に人気の病院となった

2019年4月現在の医師数

- 常勤医師 42名
- 初期研修医(基幹) 2名
- 初期研修医(たすき) 3名
- 合計 47名
- 2019年度から基幹型初期研修医を採用したがフルマッチであった
- 研修医が来るようになってから院内講演会、研修会の開催が格段に増えたという

かが交流プラザさくら

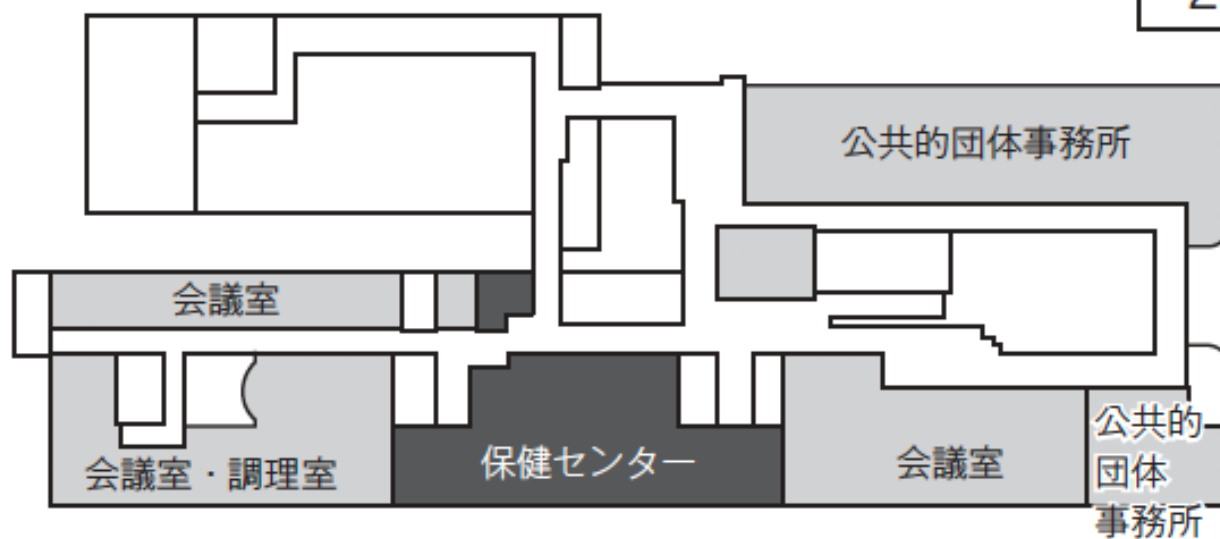
- 旧加賀市民病院の建物を「まちなかの賑わい創出の拠点」として再整備
- 2017年4月に「かが交流プラザさくら」がオープン
- 1階が多目的に活用できる「エントランスホール」、市民の健康増進を図る「市保健センター」、高齢者の生きがい及び福祉の増進を図るための「市シルバーワークプラザ」

- 妊娠期から子育て期までの切れ目のない支援を行う市子育て応援ステーション「かがっこネット」などが入居
- 2階は各種団体の活動のための会議室や調理室、公益事業を行う公共的団体の事務所が置かれた
- 4階は、金沢市内の学校法人の分校として外国人向け日本語学科が開設された

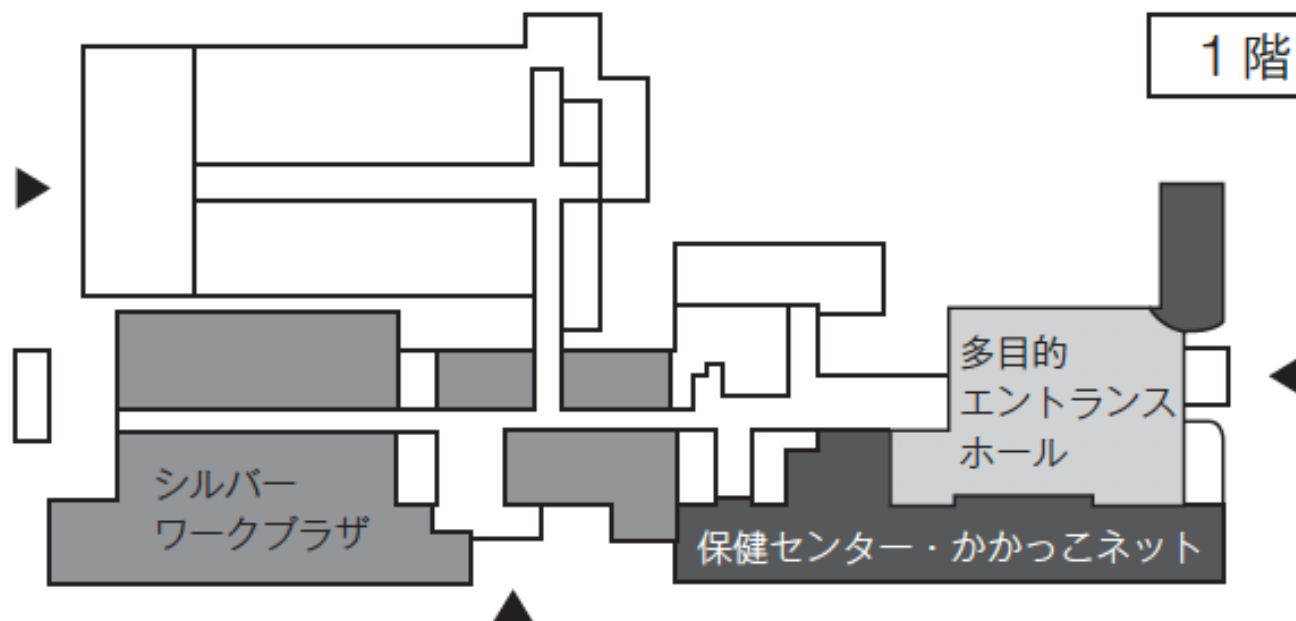


かが交流プラザさくら

2 階



1 階



あさひ総合病院
バージョンアップ

あさひ総合病院 バージョンアップ

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

職員の雇用

富山大学附属病院 地域医療支援学講座

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

朝日町寄附講座「朝日・地域医療支援学講座」の設置について

目的

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



富山大学附属病院



寄附講座の設置

朝日・地域医療支援学講座
(朝日町寄附講座)

医師の派遣

学生・研修医の派遣



朝日町



あさひ総合病院

富山大学附属病院
地域医療支援サテライトセンター
(あさひ総合病院内)

不足している分野の診療

地域包括ケアを担う人材育成

患者紹介の円滑化

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

朝日町資料

看護師雇用確保

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

朝日町看護学生修学資金貸与制度のご案内

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



貸与を受けることができる方

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

貸与額

月額 10 万円

貸与期間

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

貸与利息

利息は付けません。

返還の免除

次の項目に該当する場合は、修学資金の返還を免除します。

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

あさひ総合病院HPより

あさひ総合病院看護師初任給調整手当

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

職員住宅



院内保育

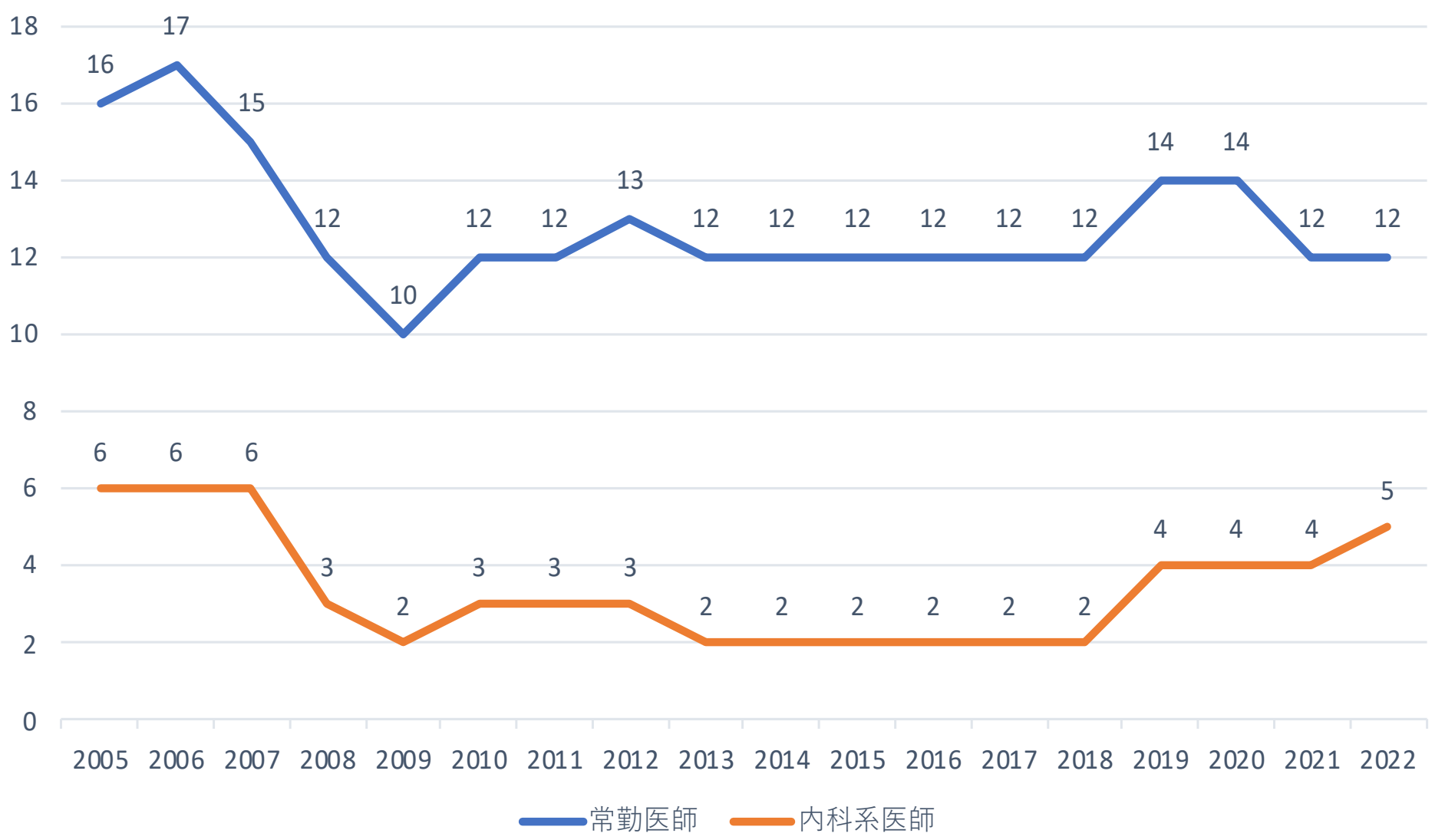
開園時間	通常保育（土曜日、日曜日、祝祭日）・・・8:00～18:00 夜間保育（火曜日、木曜日）・・・16:00～翌日10:00 延長保育あり（前後ともに）
定員	8名
対象	あさひ総合病院等の職員が保護者である乳幼児 年齢・・・生後6ヶ月～小学校就学前まで
スタッフ	保育士2名
保険料	通常保育・・・1,000円/回 夜間保育・・・1,000円/回



あさひ総合病院HPより

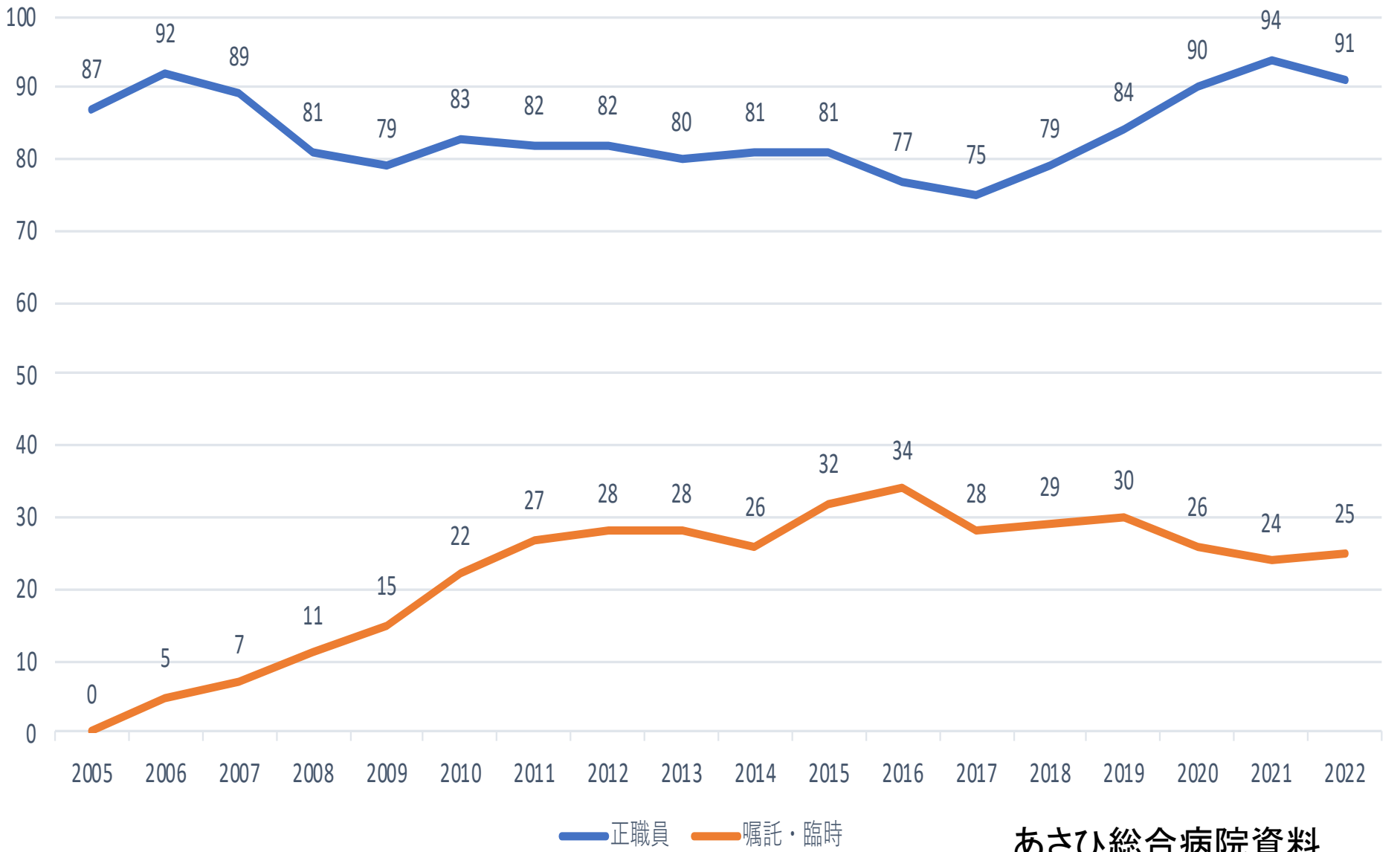
常勤医師数の推移(嘱託職員含む)

(人)



看護師数(正職員・嘱託、臨時職員)の推移

(人)



看護師及び介護福祉士の夜勤状況の推移

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

特定行為看護師が 2名誕生

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

①2021年3月末取得者1名

- ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与に関連
- ・創傷管理関連

②2022年3月末取得者1名

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

新型コロナ対応

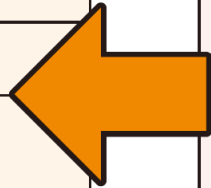
- 内科医が増え、看護師が大幅に増えたことで新型コロナの患者入院、ワクチン接種への対応ができた
- 余裕のあるマンパワーであったことが危機時における的確な対応につながった

病棟の再編

病棟の再編

病院改修後の予定

3階	会議室、研修室、図書室、 職員食堂、休憩室、仮眠室、倉庫等
4階病棟	一般病棟 56床
5階病棟	※地域包括ケア病棟 53床
6階	地域医療推進センター ・※在宅支援ステーション (在宅介護支援センター機能) ・※認知症支援センター ・※ロコモステーション ・通所リハビリセンター ・ボランティアセンター ・地域医療推進室
病床数	109床
その他	化学療法室 (1階) 情報管理室 (2階)



現在の病棟

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

あさひ総合病院資料

病院改修工事

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

改修後：3階 職員食堂



改修後：3階 女子仮眠室



改修後：3階 女子更衣・休憩室（休憩室）



改修後：3階 女子更衣・休憩室（パウダーコーナー）

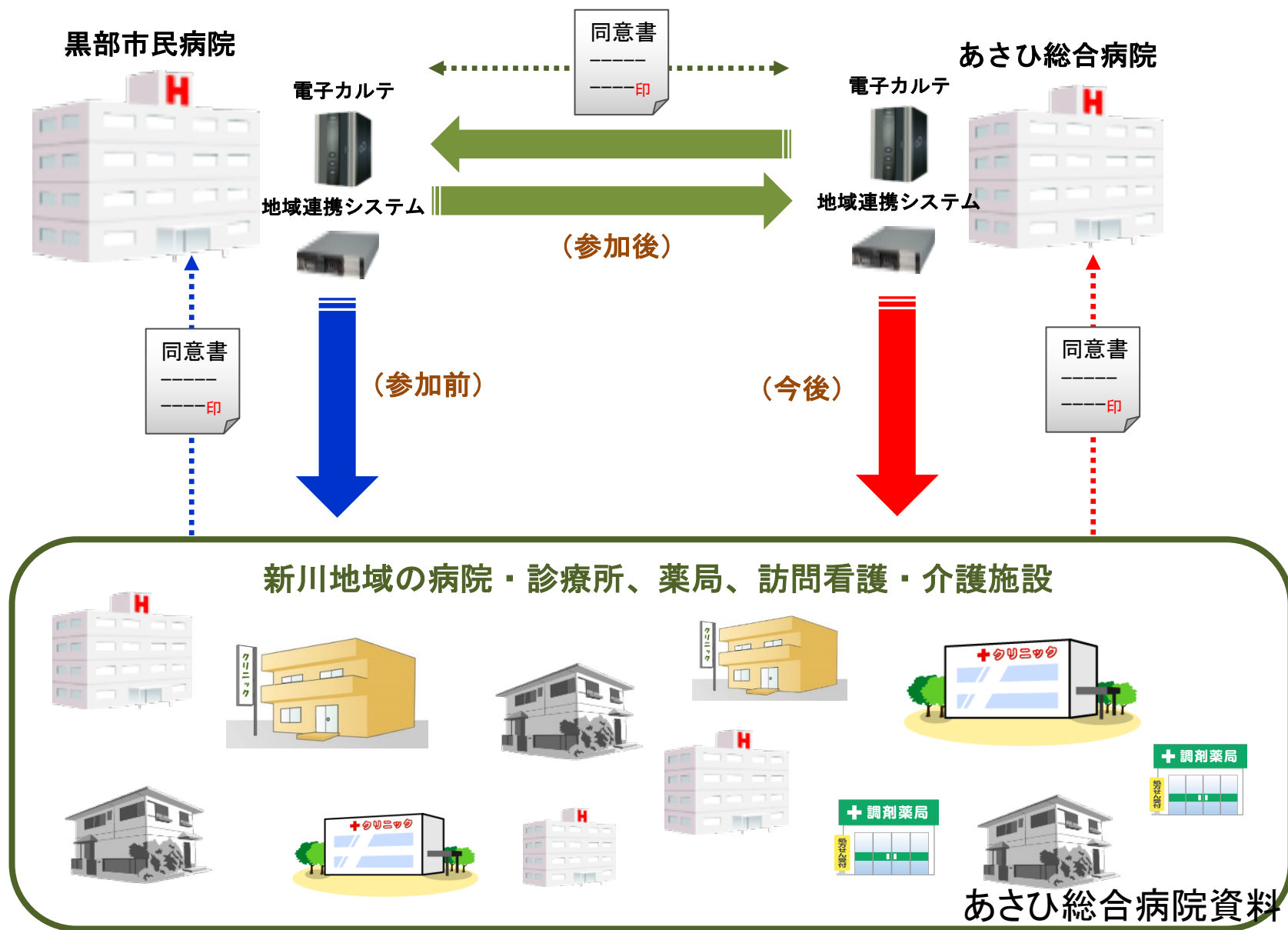




毎日、認知症認定看護師による認知症デイケアを実施

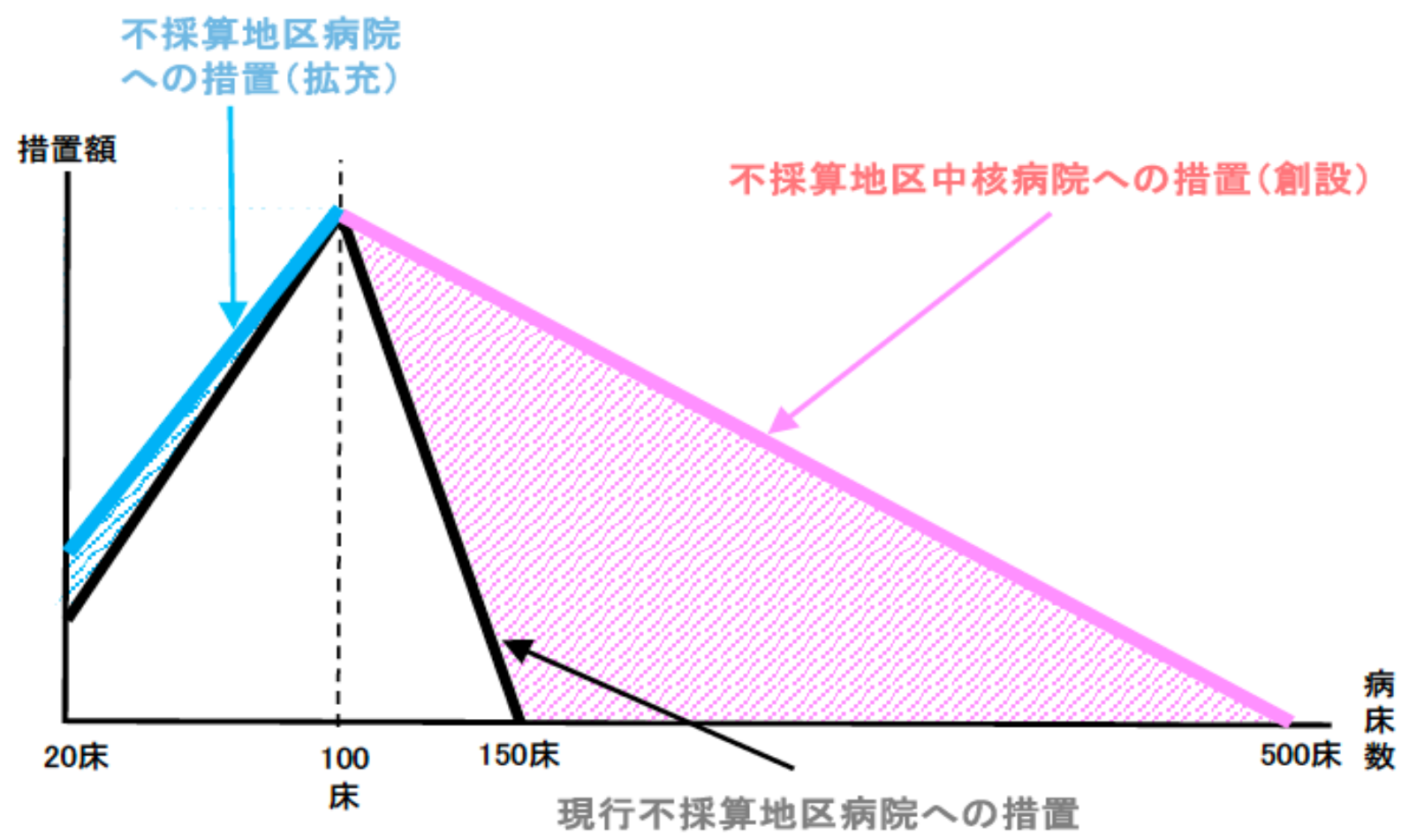


◆扇状地ネットへの参加(2018.12.25)



病床削減で
第2種不採算地区病院
となる
さらに病床削減により5年間
普通交付税の1／2交付も
ある

2020年度不採算地区の中核的な公立病院に対する 特別交付税措置の創設



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

三豊市立みとよ市民病院 バージョンアップ

新型コロナウイルスから 再生する 自治体病院

〜成功事例から学ぶ
経営改善ノウハウ〜

城西大学経営学部教授
伊関友伸 著

ぎょうせい

三豊市立永康病院

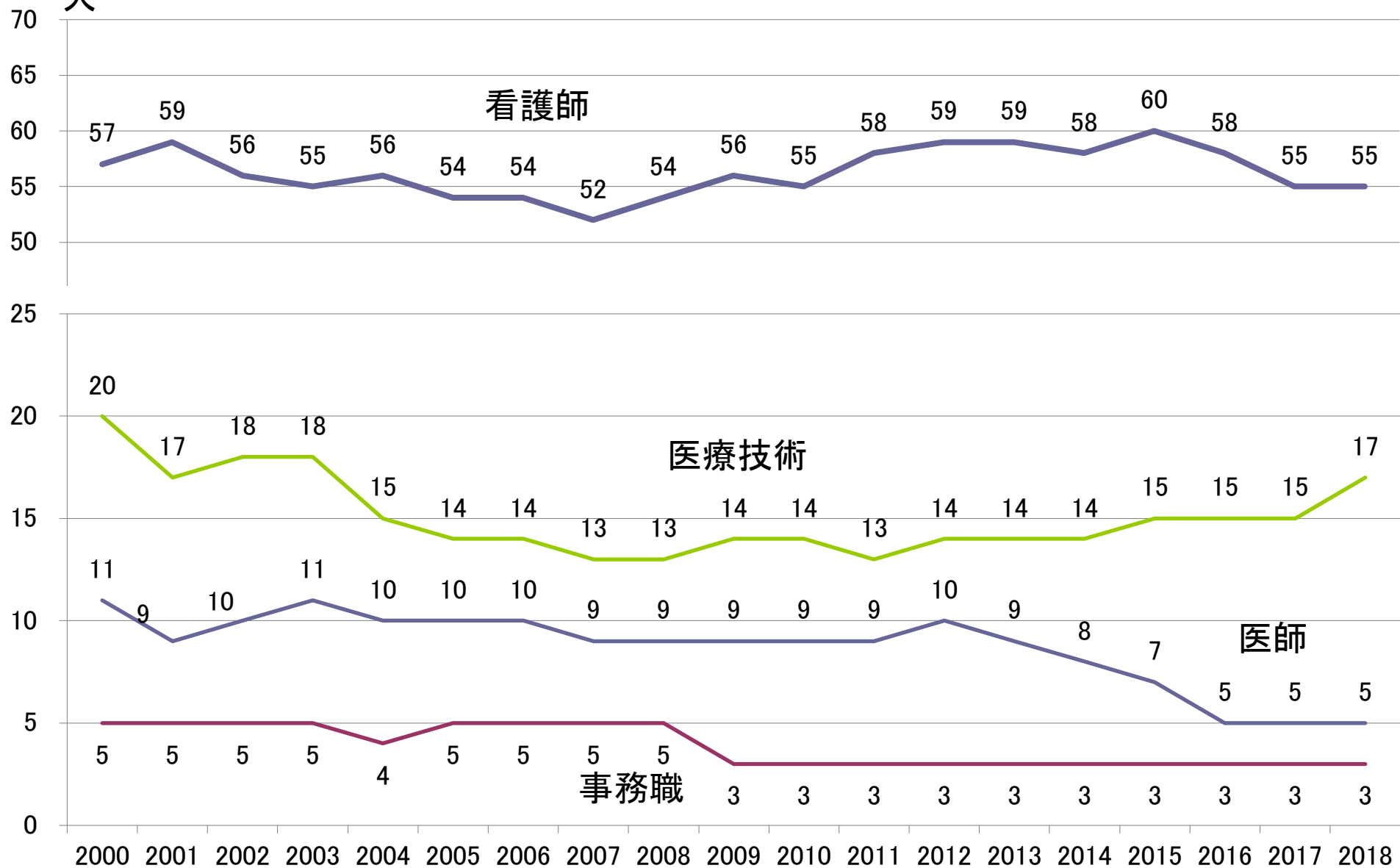
- 香川県詫間町立国保永康病院が2006年1月に市町村合併により三豊市立永康病院となる
- 病床数 199床（一般92床、療養48床、精神59床）

縮小サイクルによる 病院消滅の危機

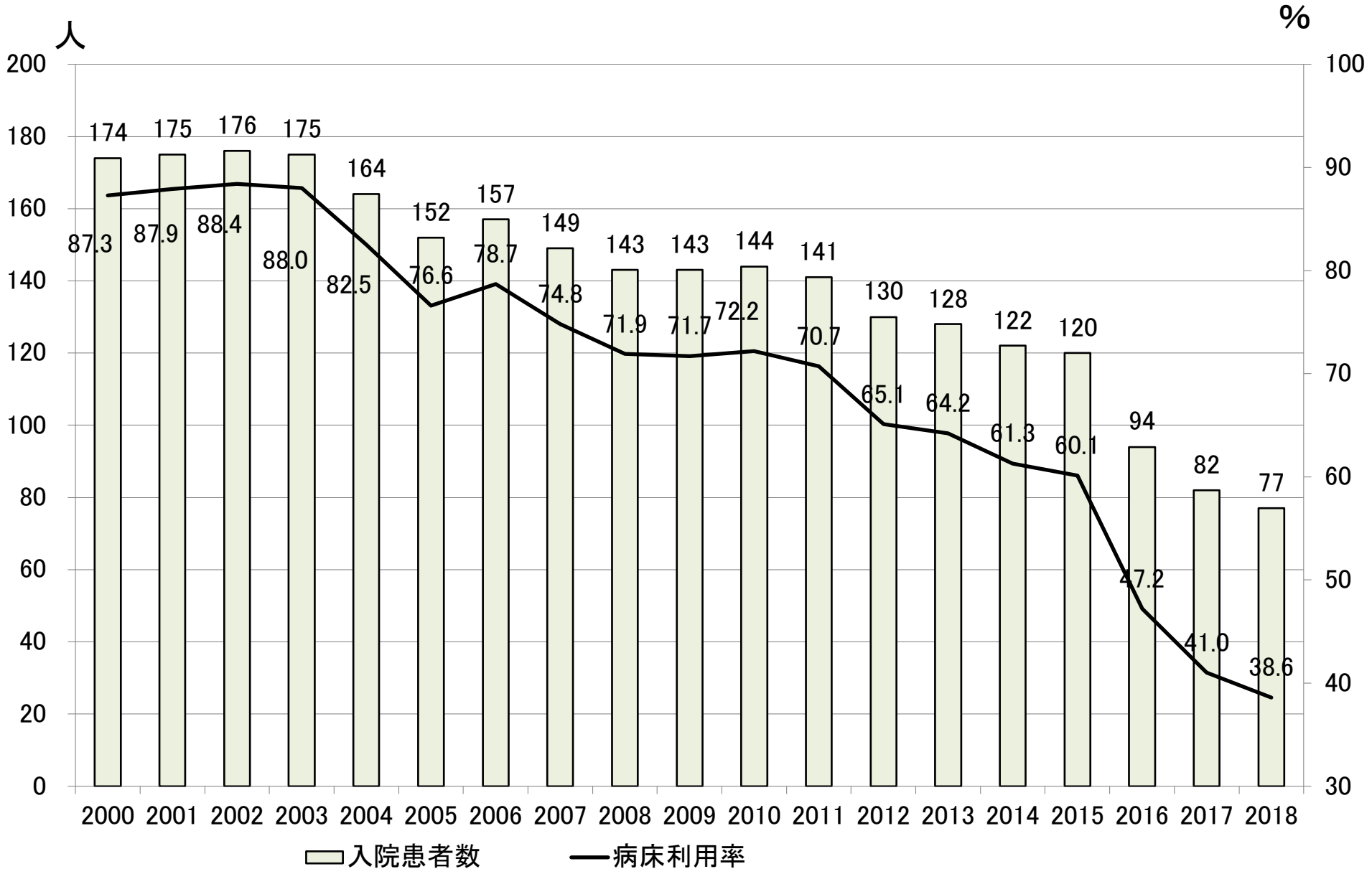
- 病院建物が老朽化して建替えを迫られる
- かつて永康病院の経営は「安かろう悪かろう」で収益は良かった
- 医師退職で一気に問題が顕在化、入院患者の減少、収益悪化など存続の危機に直面する

市立永康病院職員数の推移

人

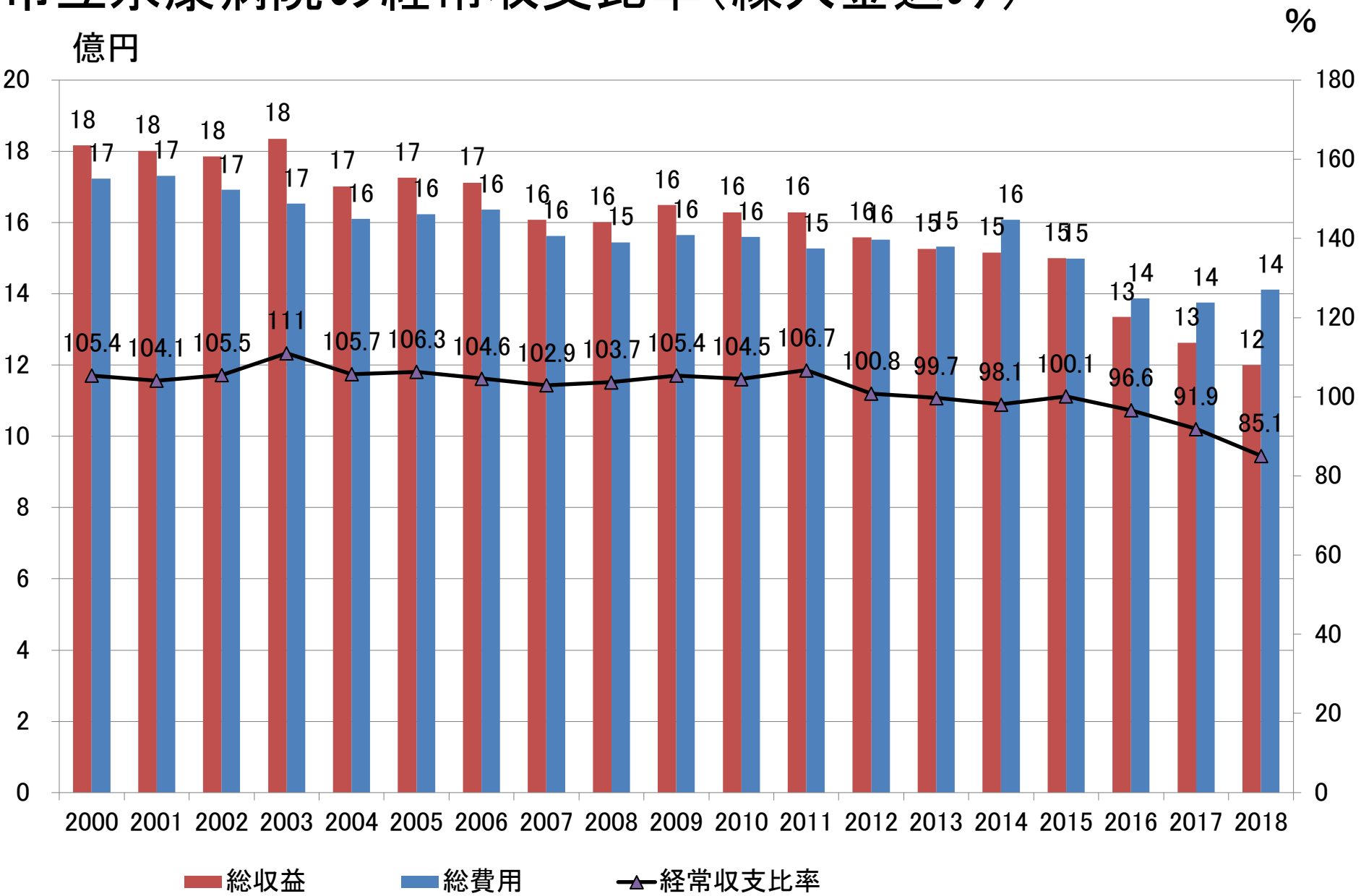


入院患者数・病床利用率

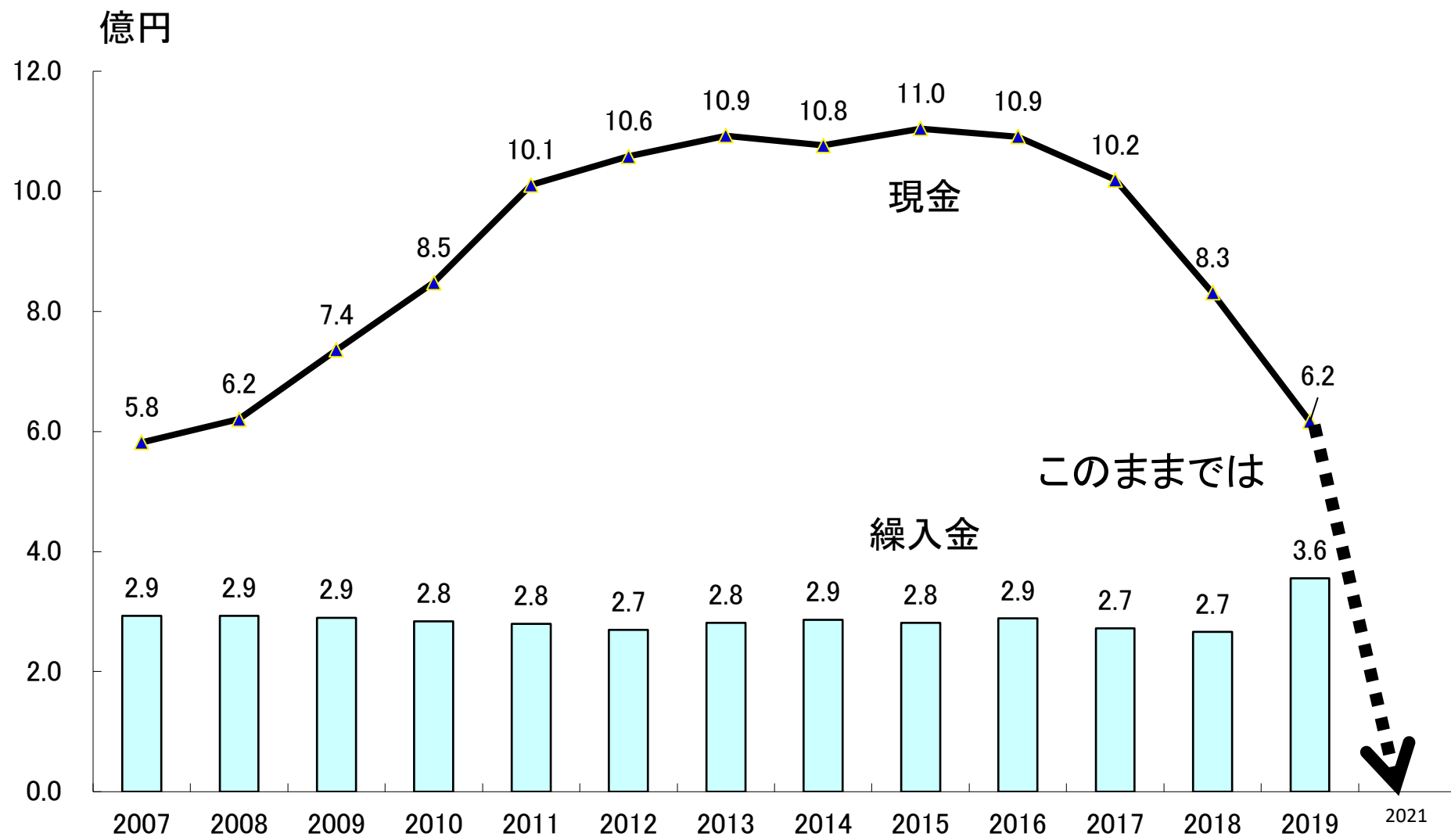


地方公営企業年鑑により作成

市立永康病院の経常収支比率(繰入金込み)



図表5 手持ち現金・繰入金の推移



三豊市新病院の病棟再編

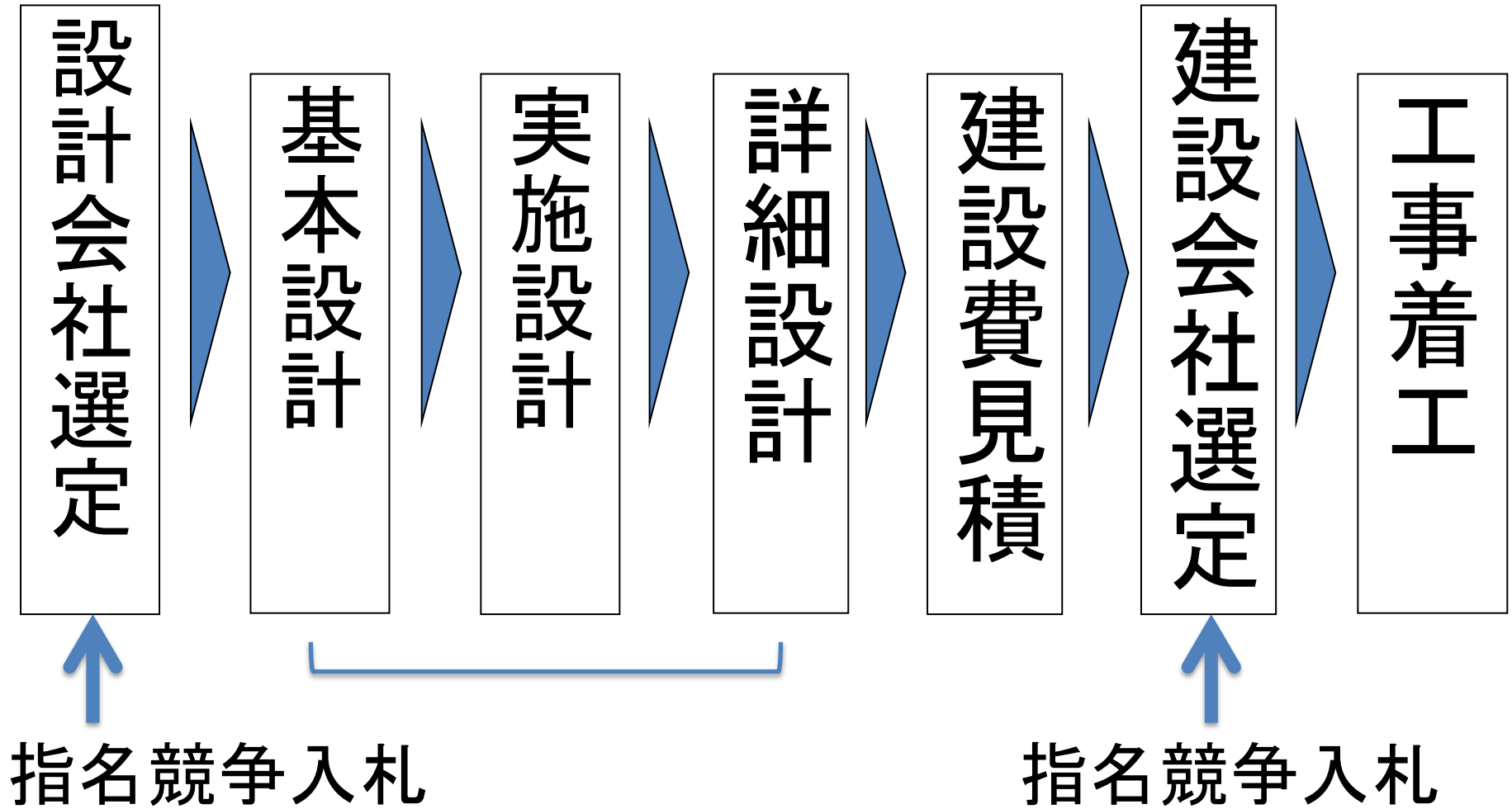
	現在	新病院
一般病棟	92	46
療養病棟	48	46
精神病棟	59	30
合計	199	122

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

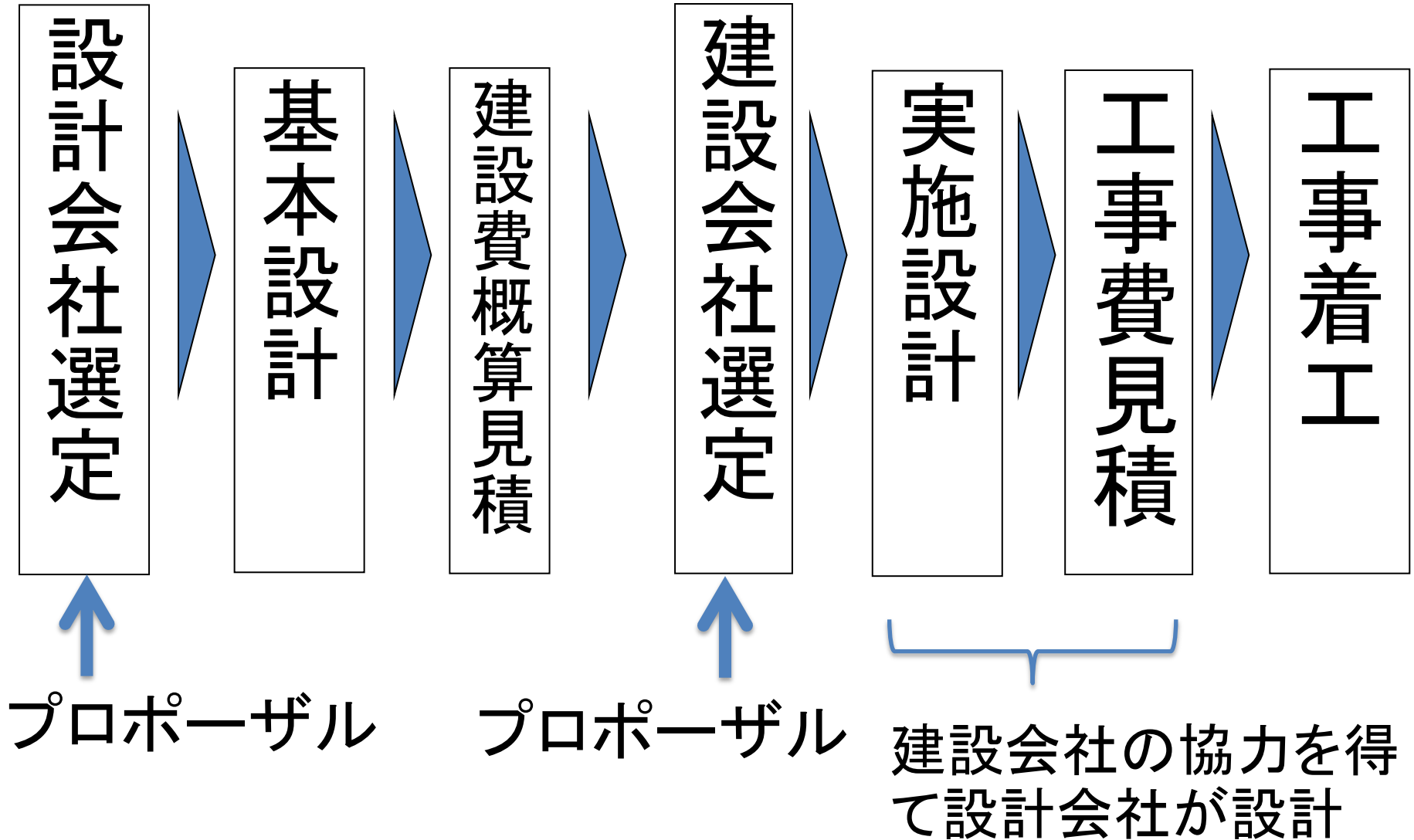
ECI方式を提案

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

通常の官庁発注



ECI方式



建設と経営支援の NPOを入れる

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

公開プロポーザル

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

基本的に個室

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

稼働病床の効率化

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

問題はトイレの配置

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



施工予定者
選考プロポーザル

建設工事請負業務委託者選定に係る公募型プロポーザル

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

選考は基本設計と同様

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

6社とも全員優秀な 現場代理人を配置

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

最終的に40億円以内 の建設費で収まる

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

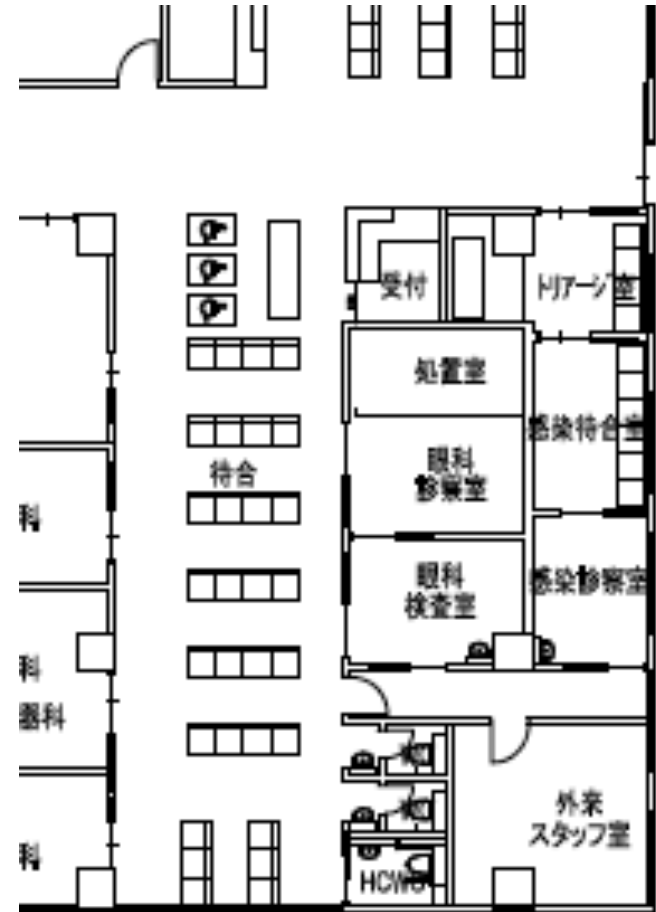
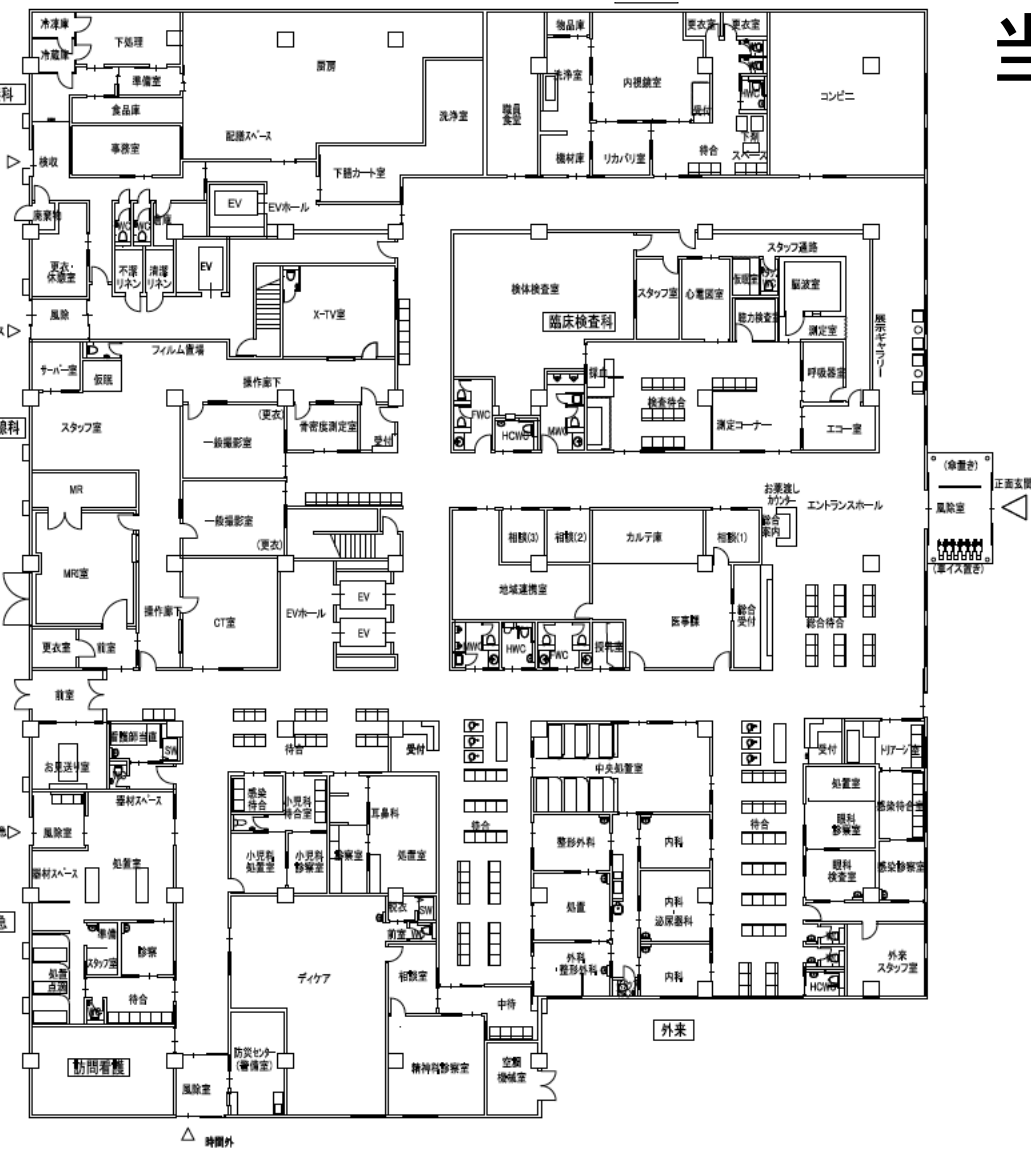
1床3278万円

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

感染症対策

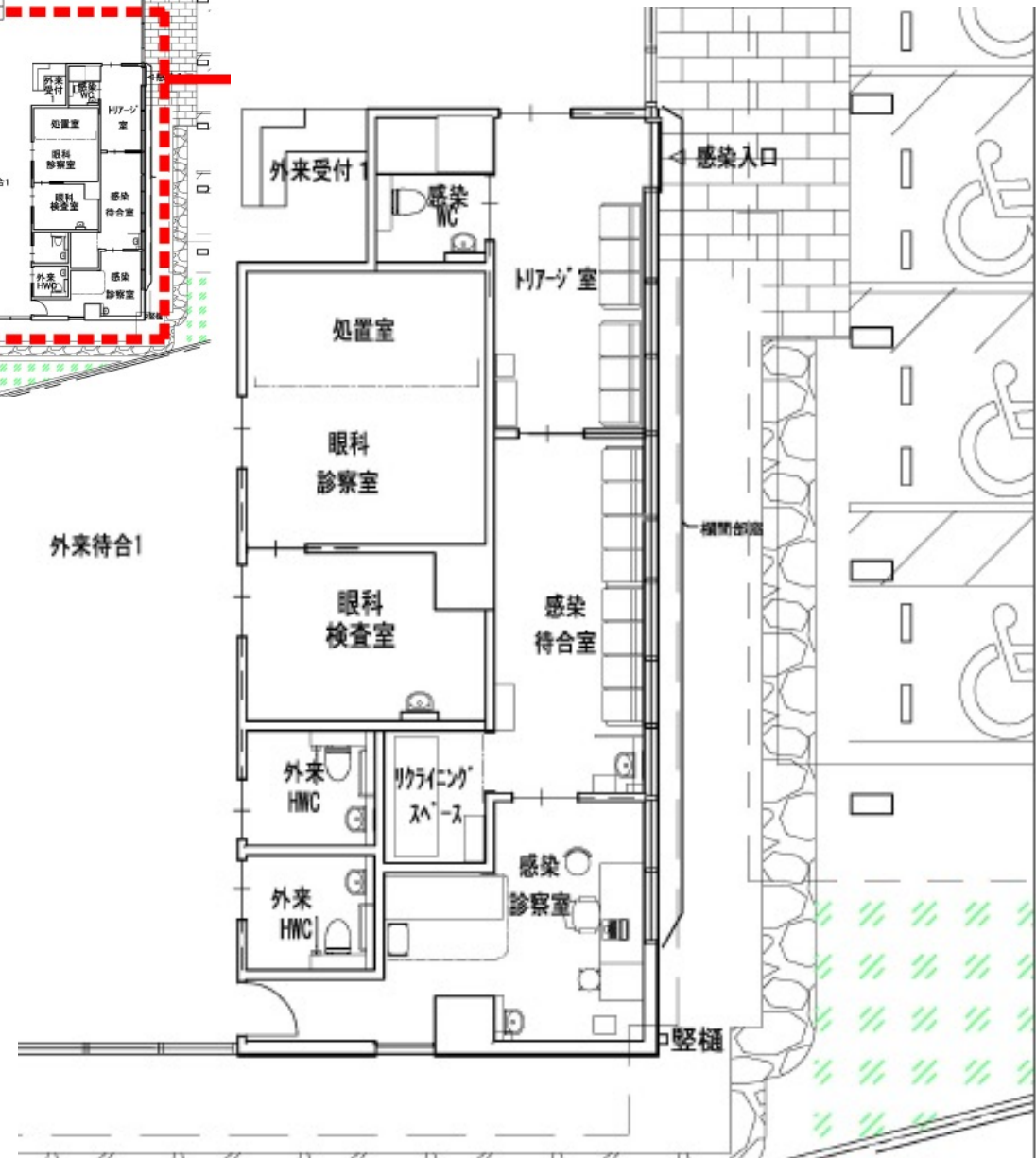
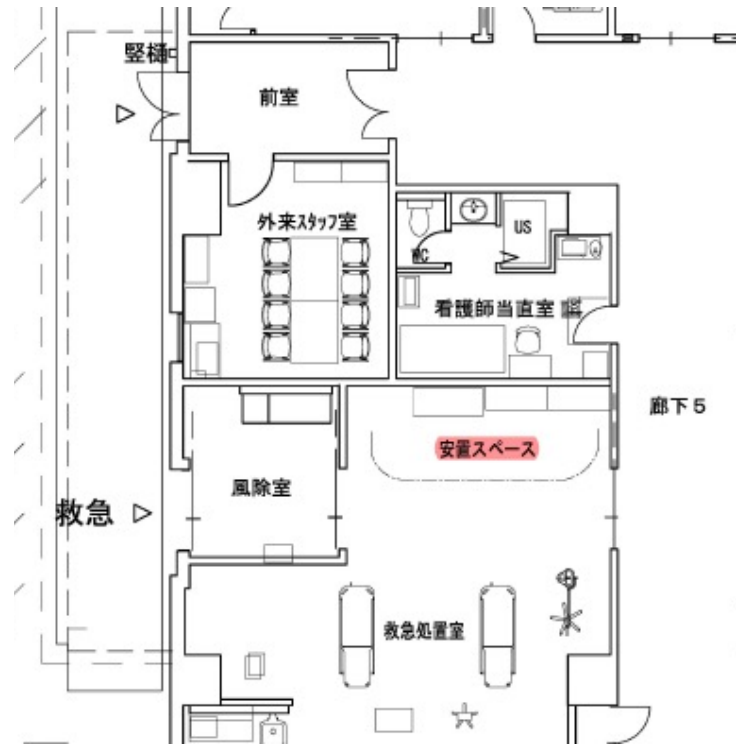
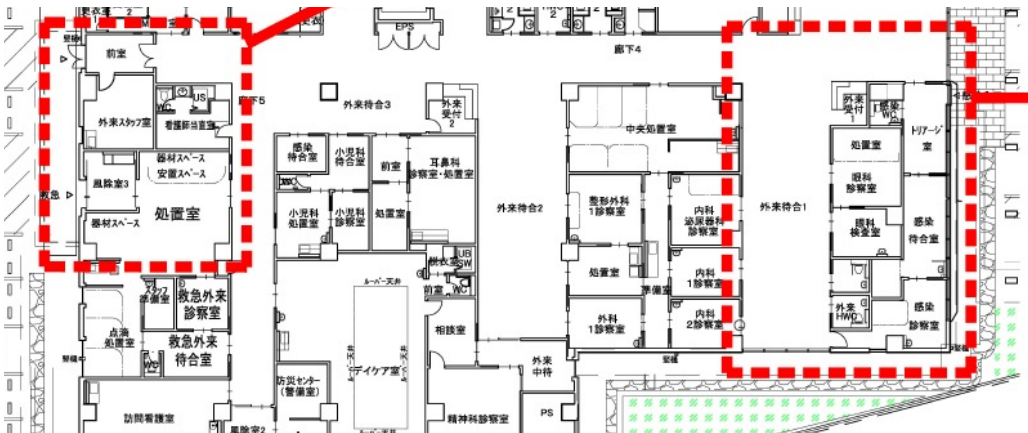
- 感染症対策の視点で、新病院をチェックすると感染症外来に不備があった
- 感染症の入口がない、待合が狭い、トイレがない
- 外来診察室は陰圧化したい
- せっきかく個室化をしたので陰圧室をつくりたい

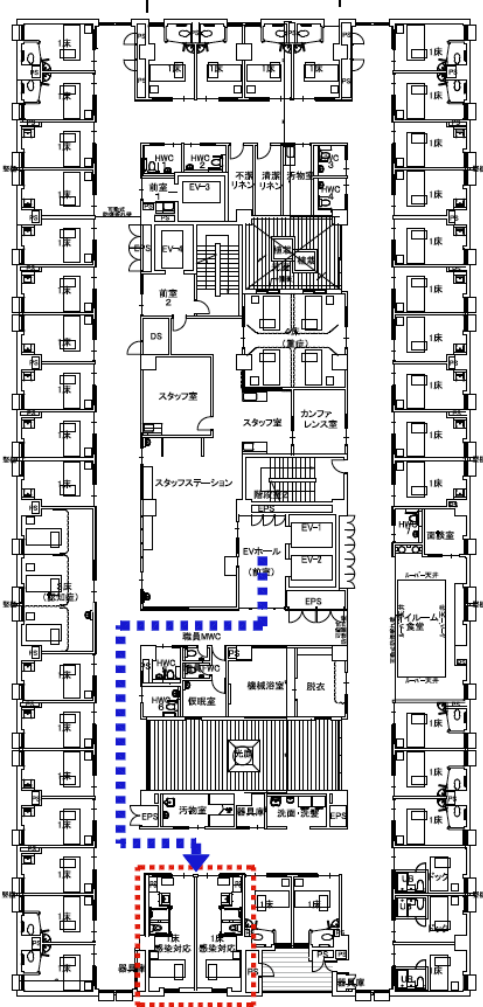
当初プラン



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

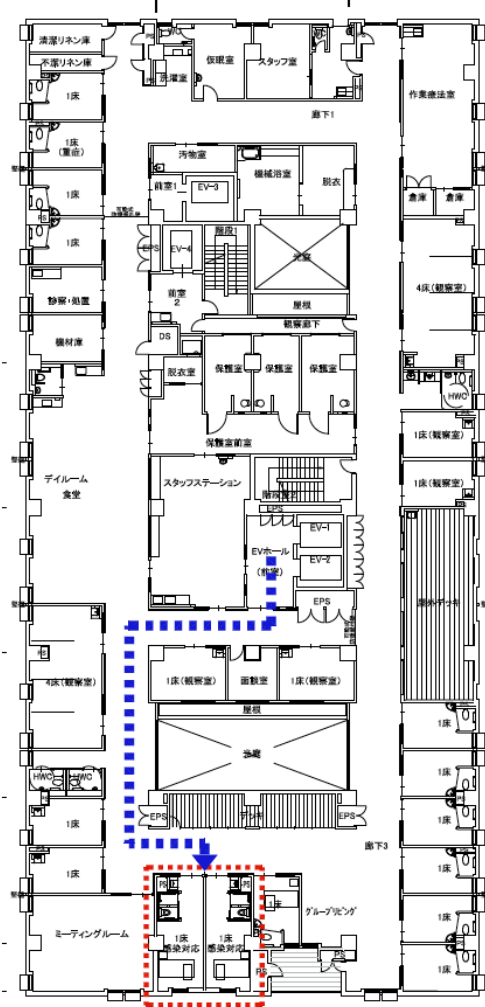
新プラン





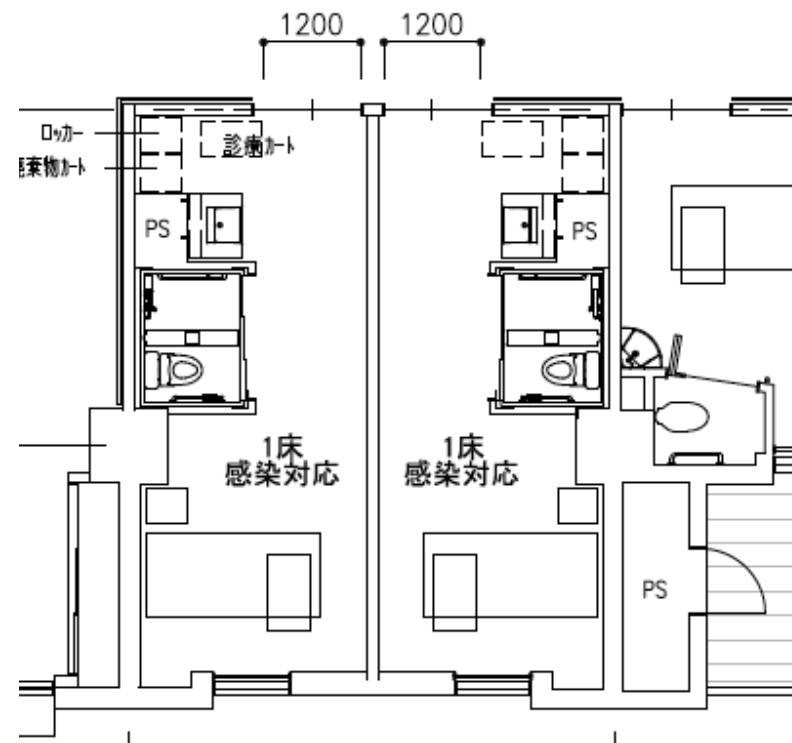
3階平面図 S=1:300

(一般病棟)



5階平面図 S=1:300

(精神科病棟)

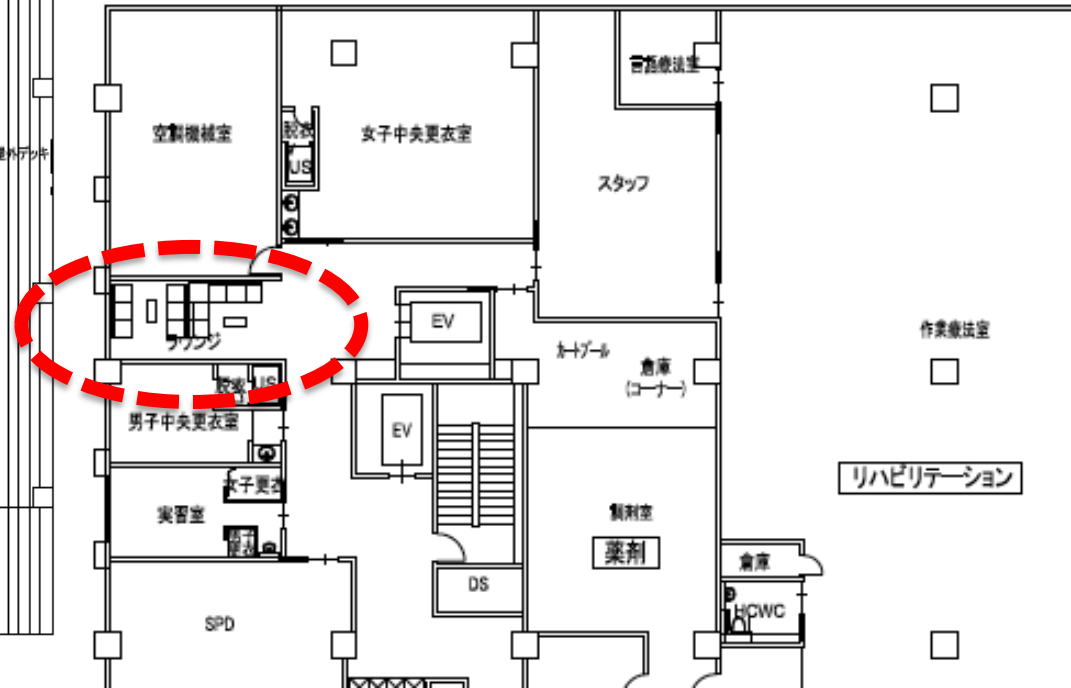
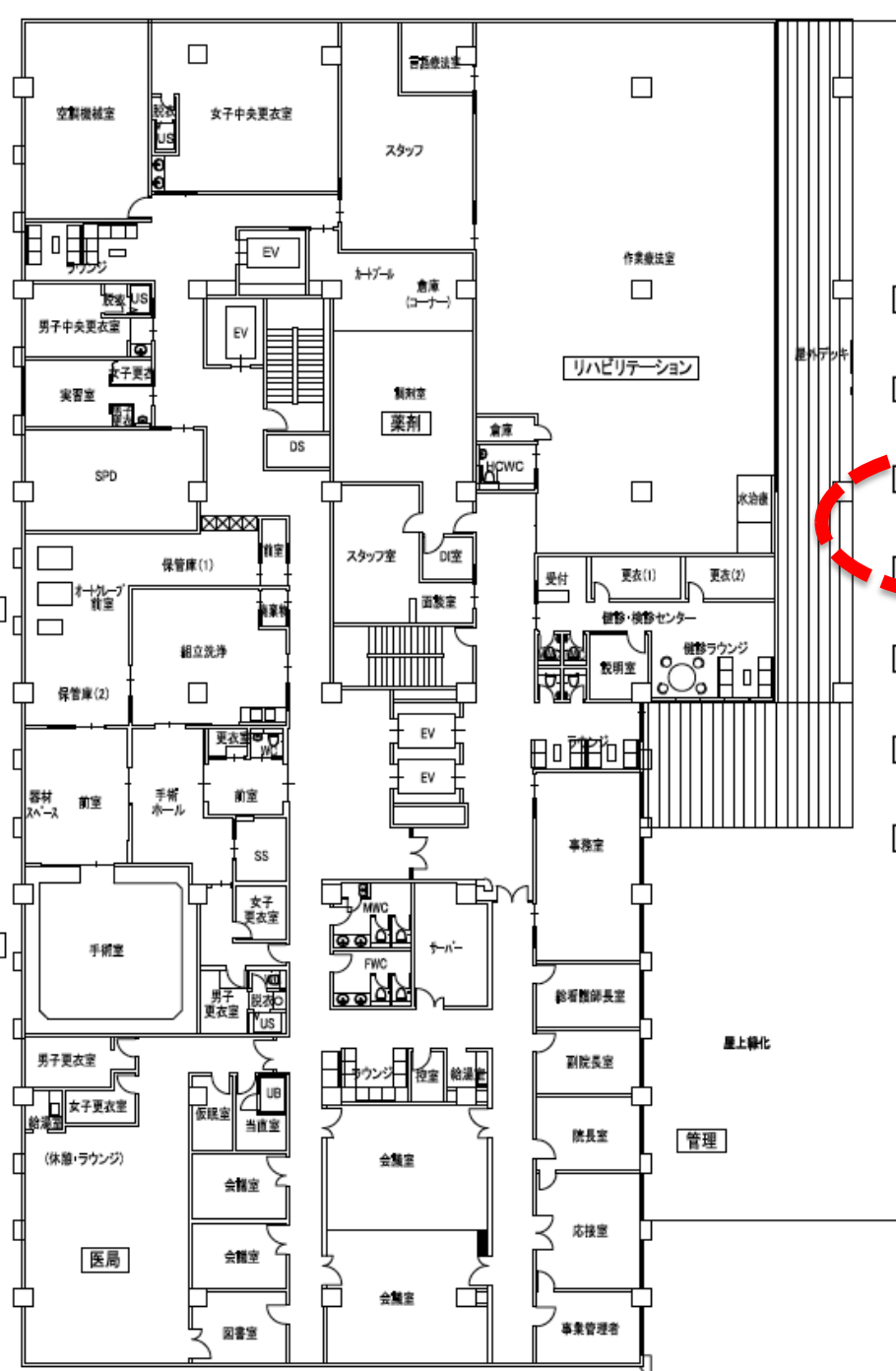


一般病床2床に陰圧機能を設置

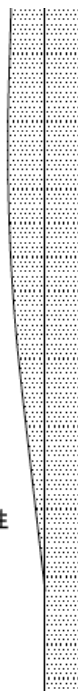
アメニティスペース

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

当初プラン



非常に狭いラウンジ
男子更衣室・実習生室も狭い



2022年5月1日

病院移転、入院開始

5月9日外来開始









病院の経営改革

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

職種・年齢別 職員数

H28.11.1現在

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

※うち()内は臨時職員数

職種・年齢別 職員数(正規職員のみ)

平成28年4月1日現在

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

職員数 8名	職員数 7名 (医師以外)	職員数 13名	職員数 22名 (医師以外)
--------	------------------	---------	-------------------

平成32年度末までに退職

市立永康病院の職員採用状況

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

2019年3月の採用は看護師3名のみ

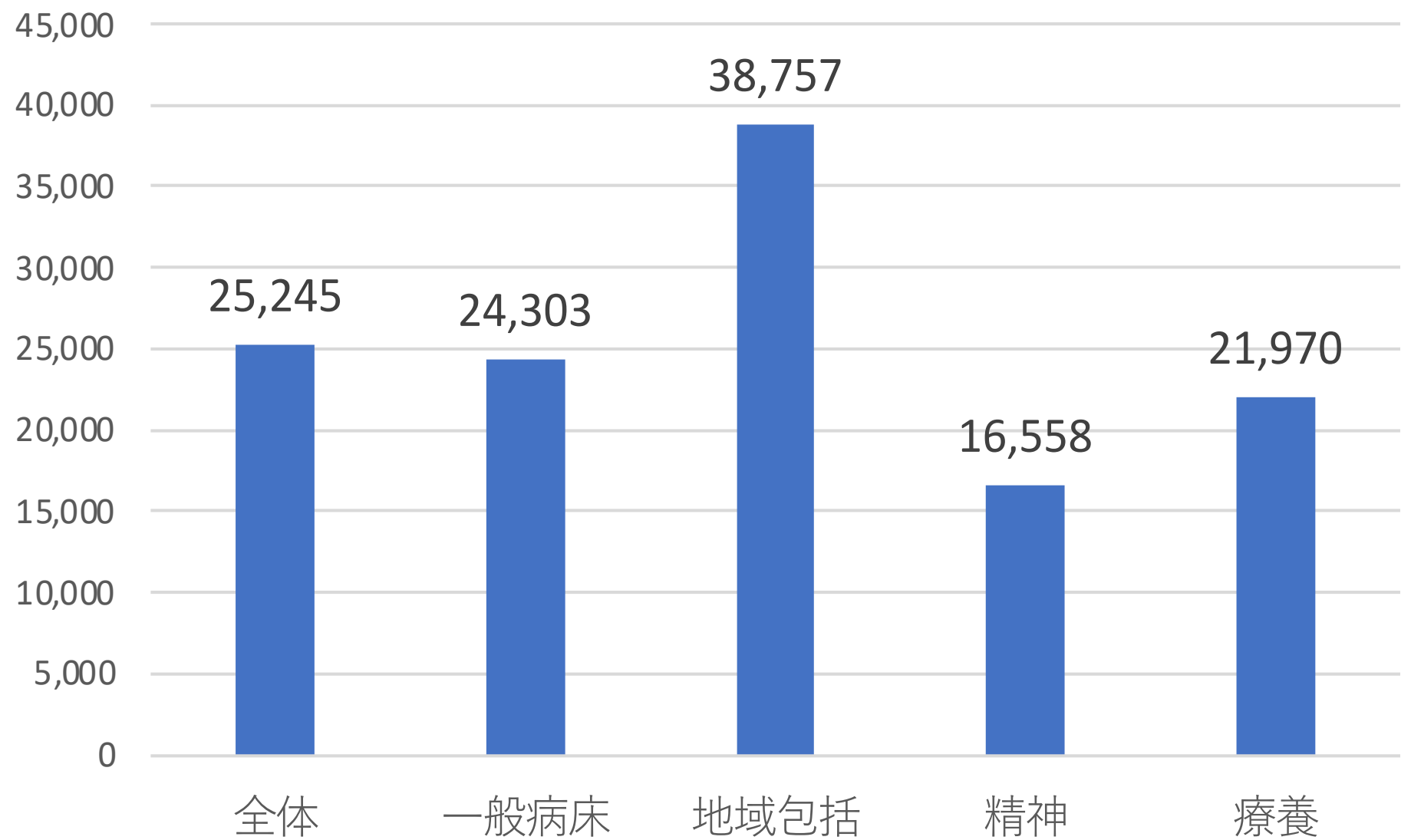
市立永康病院資料により作成

2021年度は大幅な 経営改善を実現

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

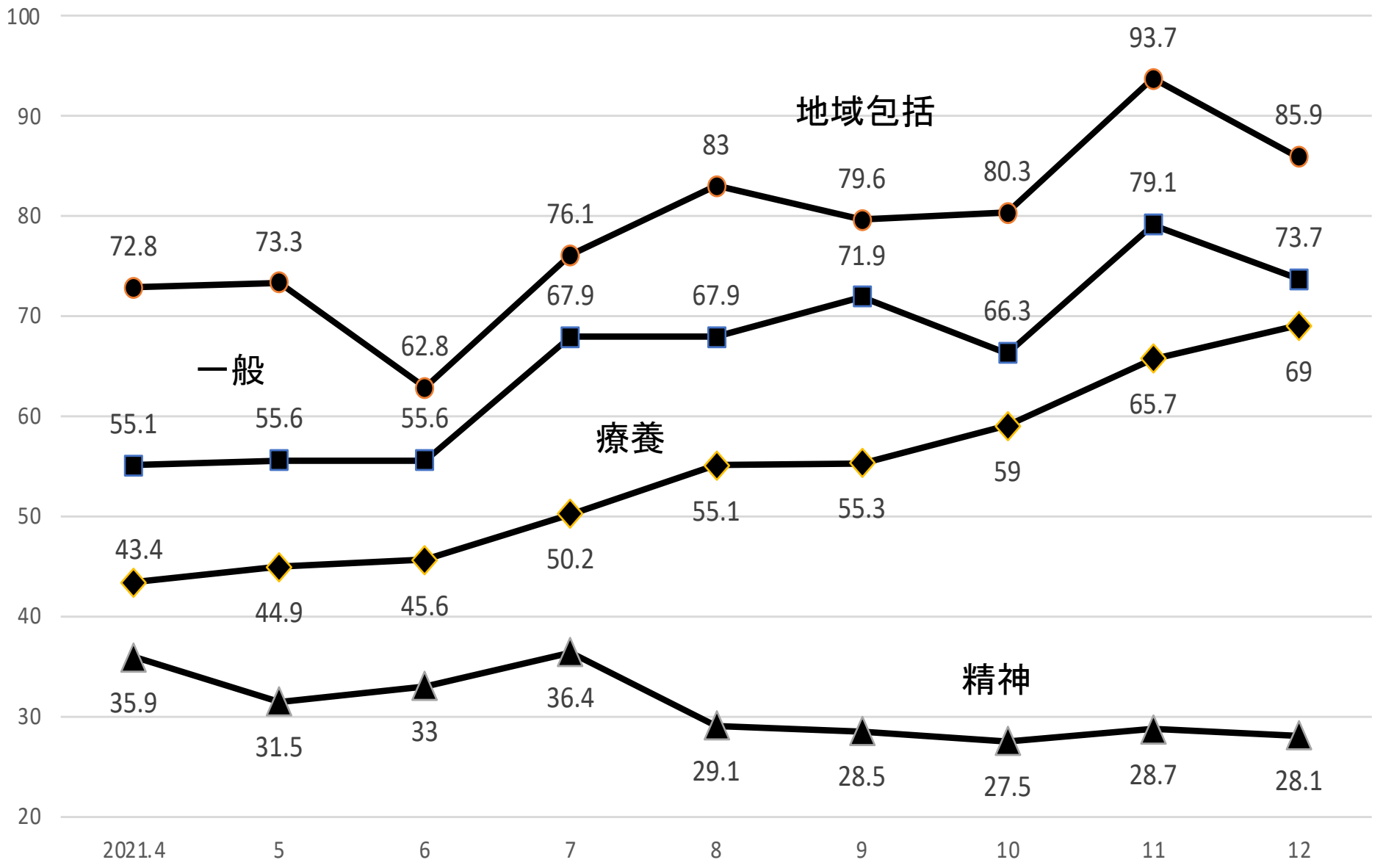
各病棟の入院単価

単位：円

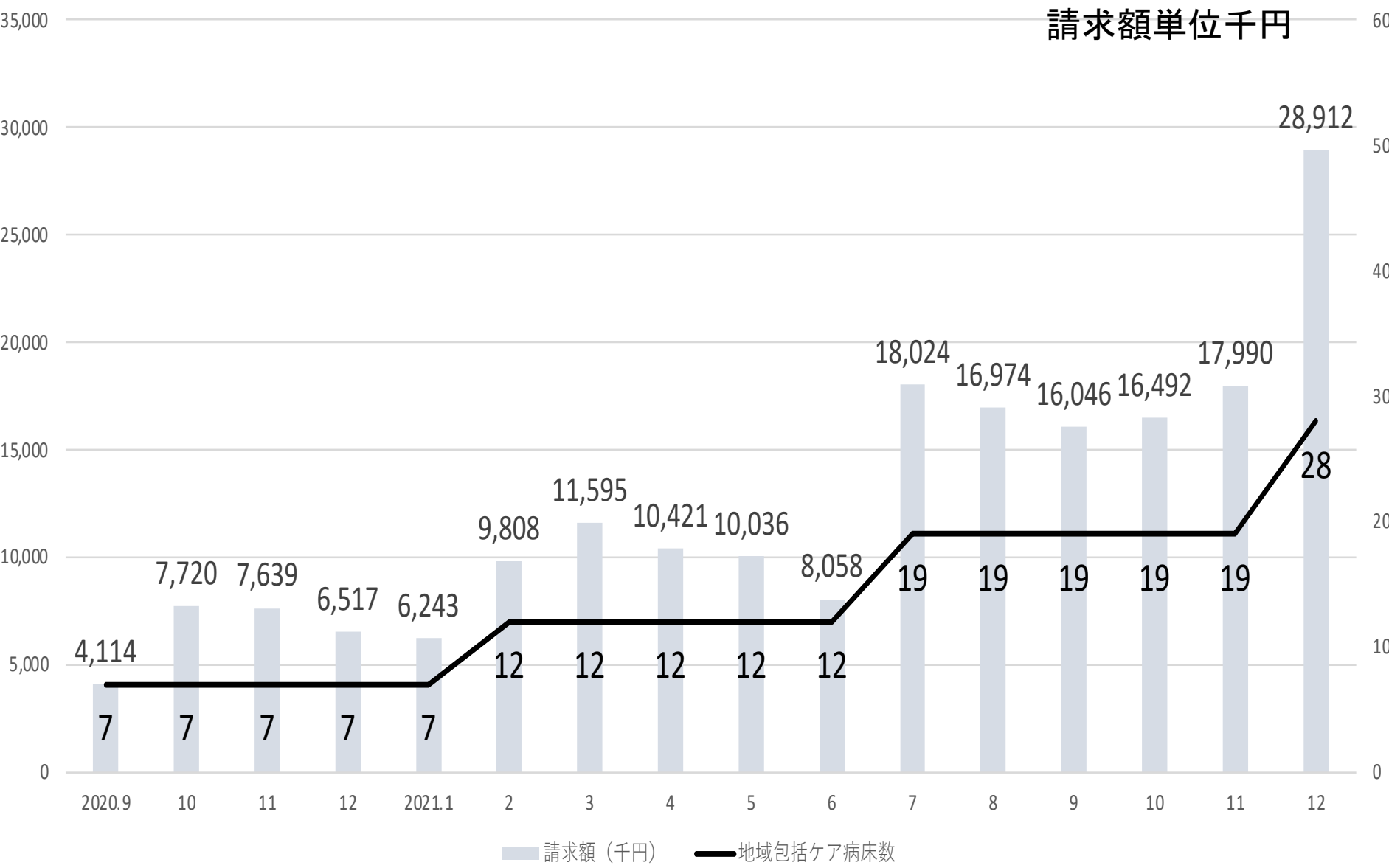


各病棟の利用率の推移

単位：％

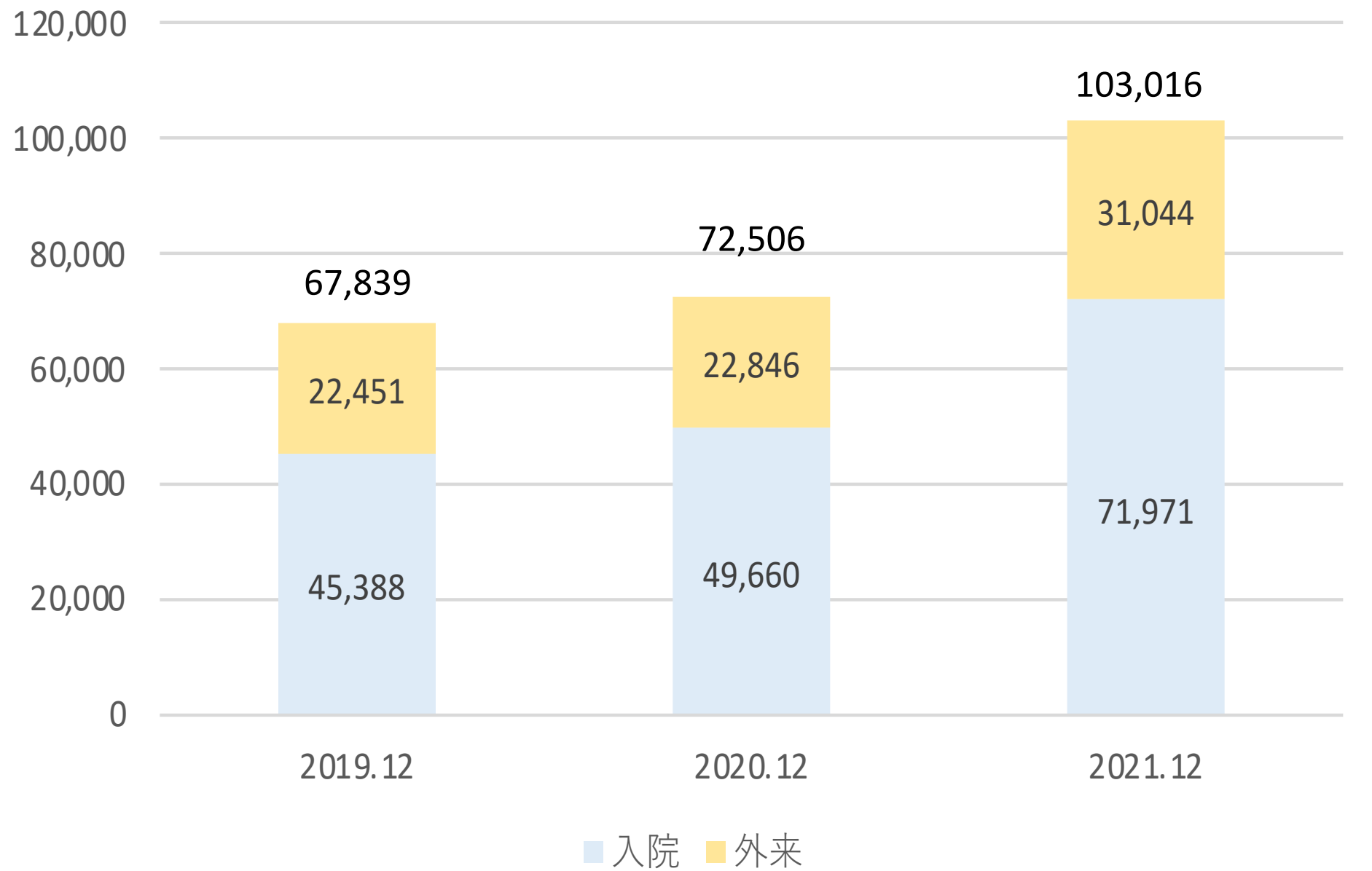


地位包括ケア病床の病床数の請求額推移



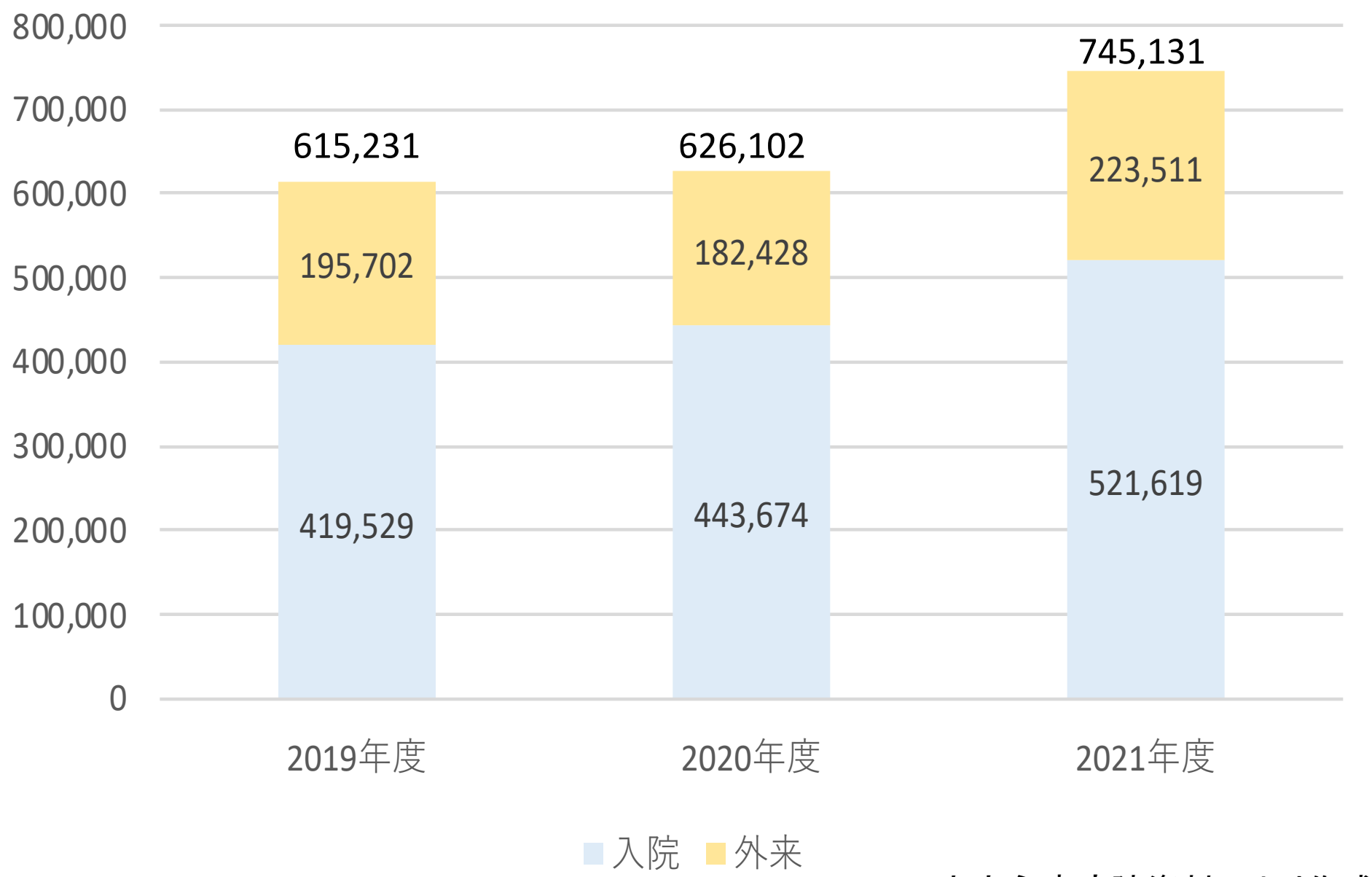
過去3年間の12月の入院・外来調定額

単位:千円



過去3年間の4-12月の入院・外来調定額

単位:千円



2022年7月病床状況

病床数	3階病棟（46床）	4階病棟（46床）	5階病棟（30床）	合計
種別	地域包括・一般	療養	こころ	
7月1日	38	32	13	83
7月2日	40	32	14	86
7月3日	41	32	14	87
7月4日	43	33	15	91
7月5日	45	33	15	93
7月6日	44	33	15	92
7月7日	44	33	15	92
7月8日	44	33	16	93
7月9日	41	34	16	91
7月10日	39	34	16	89
7月11日	42	35	16	93
7月12日	45	35	16	96
7月13日	43	36	19	98
7月14日	42	36	19	97
7月15日	42	35	16	93
7月16日	40	35	16	91
7月17日	43	35	16	94
7月18日	43	35	16	94
7月19日	44	36	16	96
7月20日	45	36	17	98
7月21日	46	36	17	99
7月22日	41	37	18	96
7月23日	41	37	18	96
7月24日	41	37	18	96
7月25日	40	36	18	94

参加者の皆さんの
今後のご活躍に
期待しております