

## 具体的対応方針の現状

番号	医療機関名	具体的対応方針の変更予定※	変更内容
201	社会福祉法人恩賜財団 宮崎県済生会日向病院	あり	・ 第7次医療計画における役割から在宅を外す ・ 2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割から在宅を外す
202	椎葉村国民健康保険病院	なし	
203	美郷町国民健康保険西郷病院	なし	
204	医療法人誠和会 和田病院	あり	令和2年1月27日議決 令和4年度 計画→現状 急性期43床→30床、回復期80床→72床 慢性期40床→40床、休床0床→21床
205	医療法人杏林会 三股病院	なし	
206	医療法人慶城会 瀧井病院	なし	
207	社会医療法人泉和会 千代田病院	なし	
208	医療法人仁徳会 渡辺産婦人科	なし	
209	特定医療法人浩洋会 田中病院	—	令和3年8月26日議決(医療療養病床8床、介護療養病床42床)→(医療療養病床12床、介護療養院38床)38床を介護医療院へ変更
210	医療法人社団孝誠会 白石病院	あり	令和3年12月に予定どおり10床を介護医療院へ転換済
211	医療法人天生堂 天生堂医院	なし	
212	医療法人社団広和会 古賀内科胃腸科	なし	
213	医療法人社団康進会 大平整形外科内科医院	なし	
214	医療法人おざきメディカルアソシエイツ日向診療所尾崎眼科	なし	
215	稲原眼科医院	なし	
216	浦上内科外科医院	あり	令和4年12月5日に書面会議において承認済 19床→13床(6床減床)
217	医療法人洋承会 今給黎医院	あり	19床→17床
218	国民健康保険諸塚診療所	あり	令和4年12月1日付けで診療科から小児科を外した
219	美郷町国民健康保険南郷診療所	なし	

※令和4年11月15日照会に対する回答(実際は計画が変更されたのではなく、計画どおりに病床変更がなされている状況でも「あり」と回答いただいている)



資料 2

令和 5 年 7 月 1 8 日

日向入郷医療圏地域医療構想調整会議  
議長殿

〒 8 8 3 - 0 0 2 1  
宮崎県日向市財光寺 2 8 6 4 - 3  
医療法人洋承会 今給黎医院  
理事長 今給黎 承



### 病床機能の転換について

謹啓 時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

この度、当医院において別紙のおとり病床機能の転換を考えております。  
つきましては、日向入郷医療圏地域医療構想会議において、運営要項第 3 条第 1 項第 2 号  
の規定により、協議をお願い致します。

謹白

## 病床機能の転換について

医療機関名：医療法人洋承会 今給黎医院

### ○ 病床機能転換の概要

現在の病床機能（診療所全体）	転換後（診療所全体）（ 年度中予定）
急性期 19床	急性期 17床

### ○ 現在担っている病床機能の詳細（転換を行う病床について記載）

急性期	19床
休床中	0床
稼働率（急性期19床）	【令和3年度】約53.2%      【令和4年度】約56.7%
入院患者の状態	主に慢性心不全増悪や、肺炎・尿路感染症などの急性期治療を要している。 ここ数年、病床稼働率が減少している。

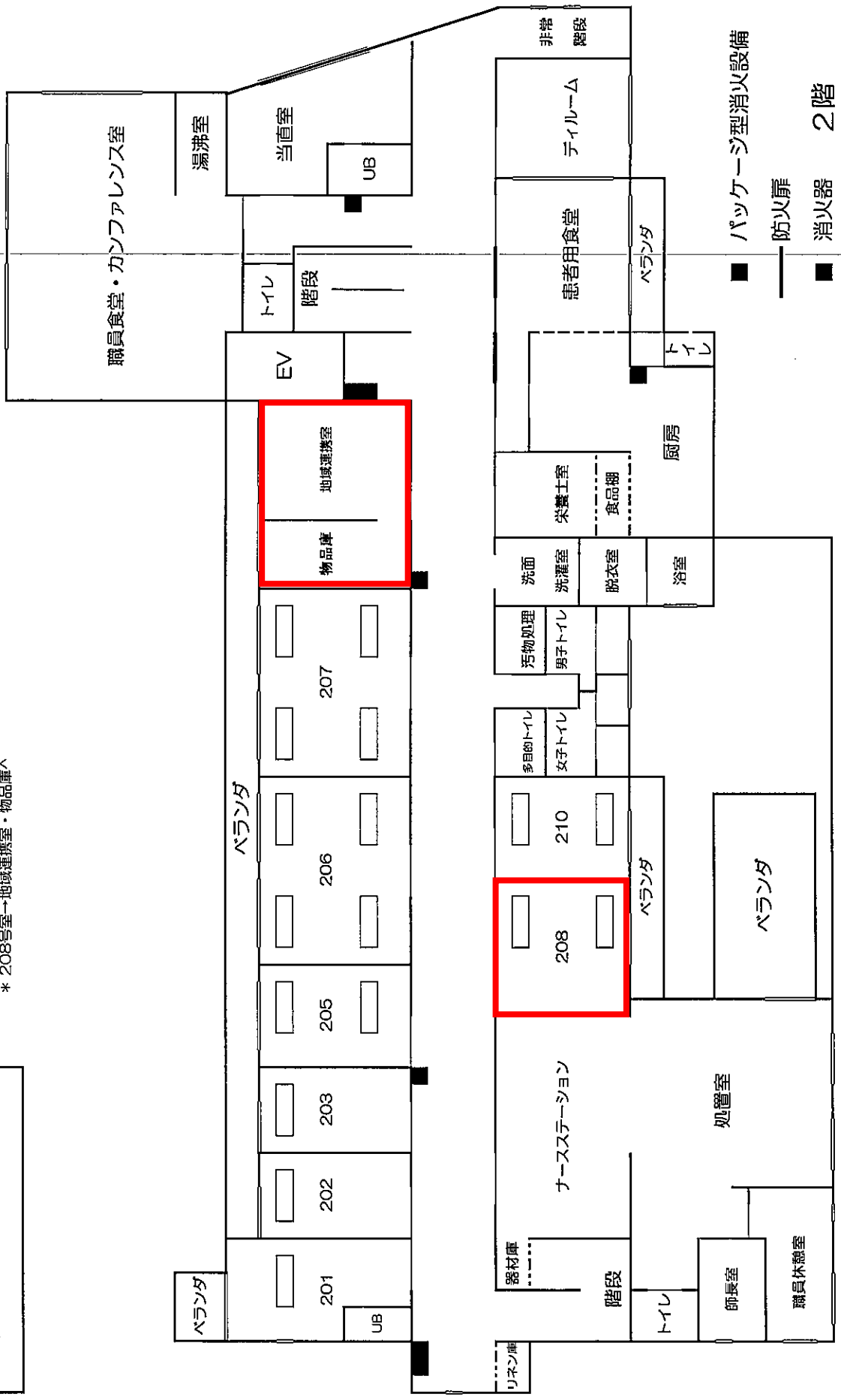
### ○ 転換後の詳細（転換を行う回復期病床について記載）

急性期	17床
休床中	0床
入院患者の状態	今後も、慢性心不全増悪の紹介入院等の増加が予想される。
地域医療において担う役割 ※医療機関全体として	病床を19床から17床に減少し、空いた病室を地域医療連携室として活用していきたいと考えている。

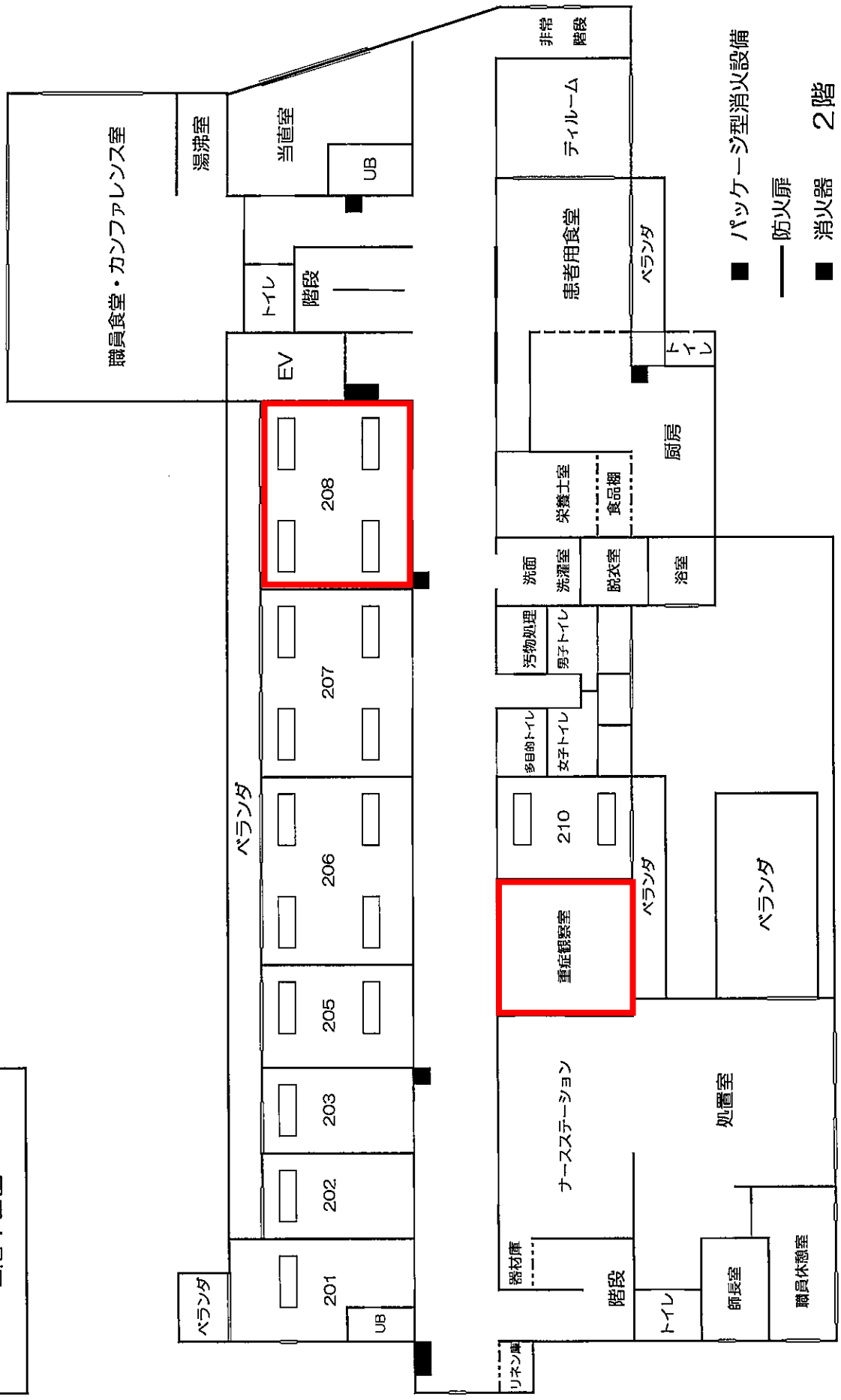
変更後

2階平面図 転換予定図

- \* 重症観察室→208号室へ
- \* 208号室→地域連携室・物品庫へ



2階平面図



## 制度概要

- 患者が医療機関を選択するに当たり、外来機能の情報十分得られず、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じていることから、紹介患者への外来を基本とする「**紹介受診重点医療機関**」を明確化し、**患者の流れの円滑化を図るもの**。（かかりつけ医機能を担う医療機関を受診し、必要に応じて紹介により紹介受診重点医療機関を受診する流れ。）
- 「紹介受診重点医療機関」の明確化に向けた協議については外来機能報告のデータを元に、**紹介受診重点外来の実施状況や「紹介受診重点医療機関」となる意向の有無及び基準の適否状況等を確認し、協議が整った医療機関を県が公表する。**

## 資料3

### 「紹介受診重点外来」

#### 1 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来

（例：手術入院に関する術前の説明・検査や術後のフォローアップのための外来等）

#### 2 高額等の医療機器・設備を必要とする外来

（例：外来化学療法、外来放射線治療、CT撮影等）

#### 3 特定の領域に特化した機能を有する外来

（例：紹介患者に対する外来等）

### 「紹介受診重点外来に関する基準」

#### 初診基準

**初診の外来件数のうち「紹介受診重点外来」の件数の占める割合：40%以上**

#### 再診基準

**再診の外来件数のうち「紹介受診重点外来」の件数の占める割合：25%以上**

※初診基準、再診基準の両方を満たす必要がある。

### 「紹介受診重点医療機関」に係る診療報酬上の取扱い

#### 1 紹介状なしで受診する場合の定額負担の徴収（一般病床200床以上に限る）

特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）に加えて定額負担徴収の対象となる。

※患者への周知期間等を考慮し、新たに紹介受診重点医療機関となつてから6か月の経過措置あり。

#### 2 紹介受診重点医療機関入院診療加算の算定（一般病床200床以上に限る）

紹介受診重点医療機関入院診療加算（800点：入院初日）について算定が可能となる。

※地域医療支援病院入院診療加算との同時算定不可。そのほか特定機能病院入院基本料等を算定する場合は算定不可。

#### 3 連携強化診療情報提供料の算定（全ての紹介受診重点医療機関）

紹介受診重点医療機関において、200床未満の医療機関から紹介された患者の診療情報を提供した場合について算定が可能となる。（150点：月1回）

※旧：診療情報提供料（Ⅲ）の算定要件及び対象患者が変更となったもの。

#### 【定額負担の額】

初診	医科:7000円	歯科:5000円
再診	医科:3000円	歯科:1900円

## 1. 外来医療の課題

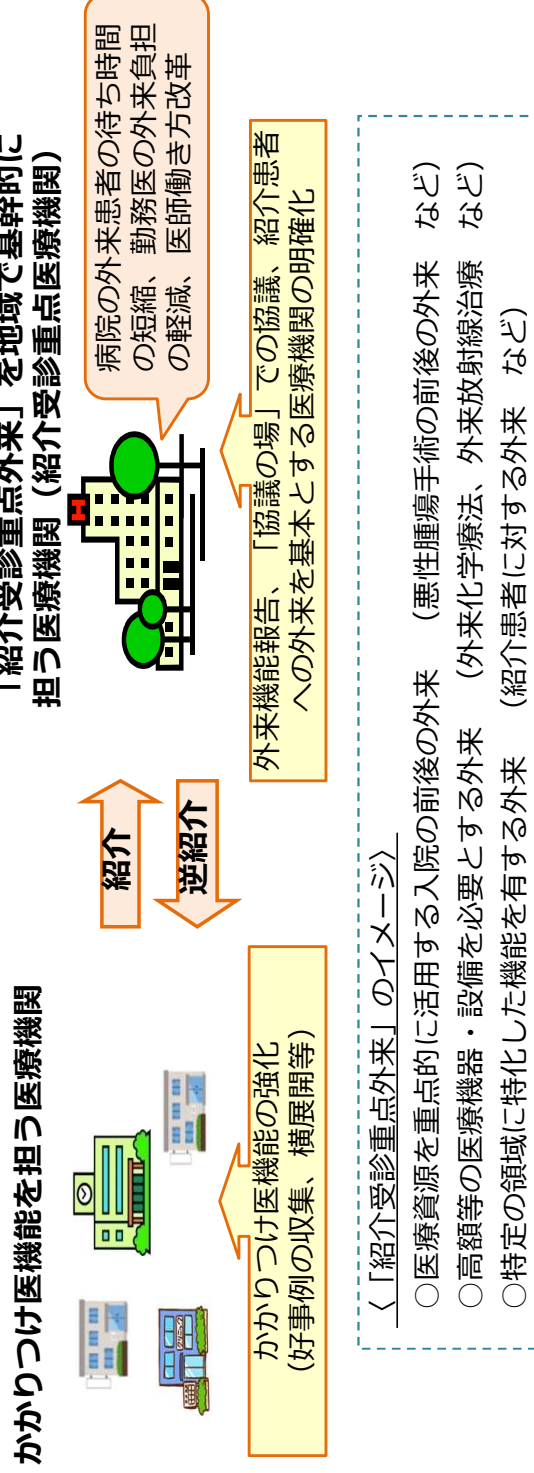
- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

## 別紙 1

## 2. 改革の方向性

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
  - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。
  - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
 → ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「紹介受診重点外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化
  - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、協議の場で確認することにより決定

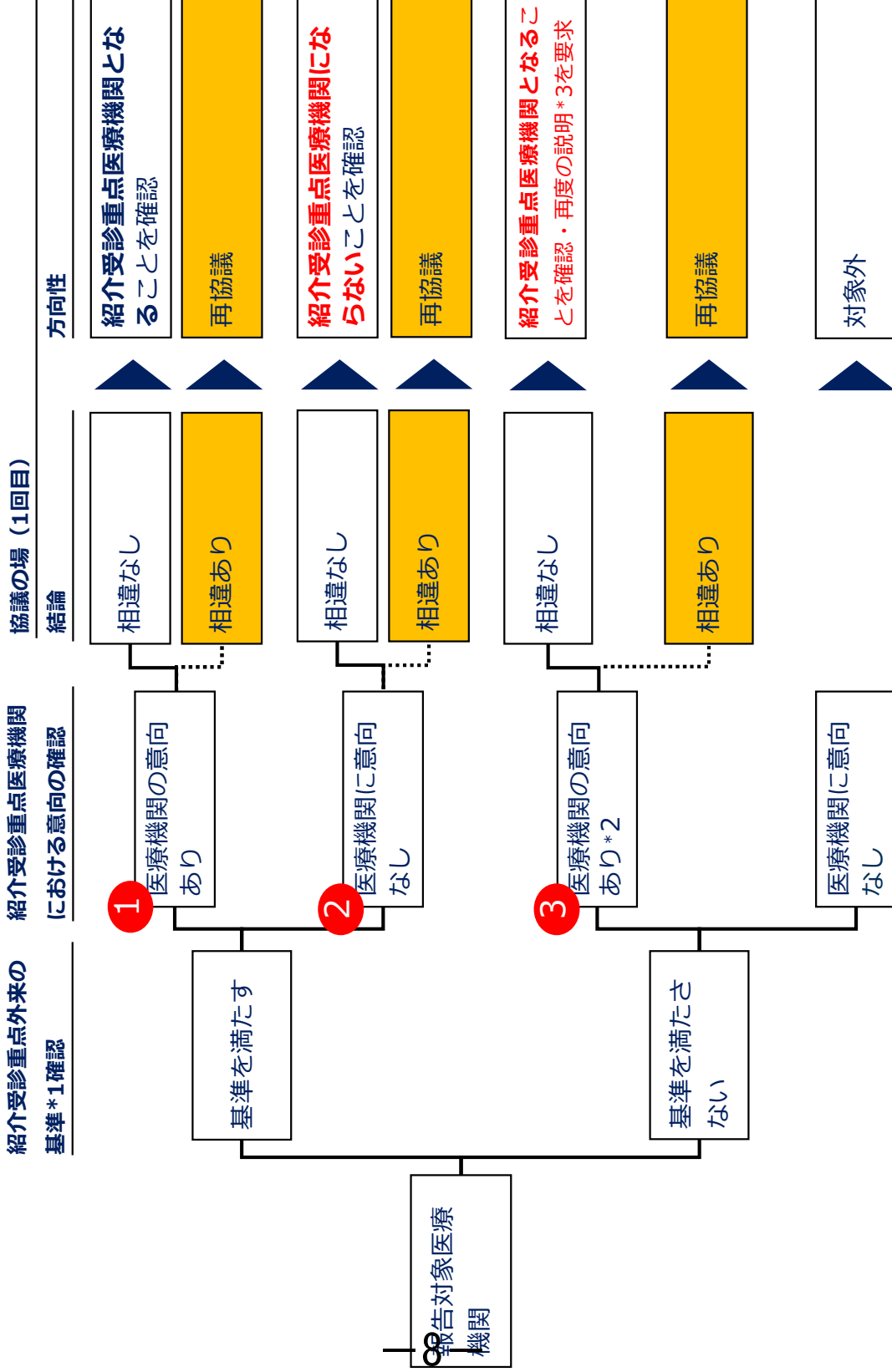
患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



# 協議フローについて

協議の場での再協議が求められる

## 別紙3



\*1 紹介受診重点外来の基準：  
 ・初診基準：40%以上（初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）  
 ・再診基準：25%以上（再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）  
 \*2 紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上を参考の水準とする。  
 \*3 基準の達成に向けたスケジュール等を書面又は口頭で説明を求め、その内容を公表する。

(参考) 「外来機能報告等に関するガイドライン」



## 紹介受診重点医療機関について

### 1 経緯

令和5年4月28日医療法関係許認可事務等説明会の2説明事項(7)「外来機能報告等の概要について」の説明において、紹介受診重点医療機関を担う意向の医療機関については、協議の場である地域医療構想調整会議を対面で開催すること。

また、会議において、重点外来基準に合致しているか、もし合致しなければ、担う意向の医療機関に対し基準達成に向けたスケジュール等を書面又は口頭で説明を求め、その内容は公表するという説明を受けた。

令和5年5月26日付け24060-1264県医療政策課長からの文書において、日向入郷医療圏では、次の2医療機関が厚生労働省に対する外来機能報告において意向がある旨の通知を受けた。

- ① 椎葉村国民健康保険病院
- ② 美郷町国民健康保険西郷病院

### 2 検討

所内で2医療機関の紹介受診重点医療機関を担う意向について検討したが、重点外来基準及び紹介・逆紹介の状況が基準の具体的水準である数値と乖離している。

また、2医療機関は中山間地域に設置され、転院の際には遠隔地への転出となり患者の身体的・経済的負担が大きくなる。

そのため、特に重篤な症状や専門的治療を要しない限り地域内で治療を継続することを望まれてかつ医療機関もそのニーズに応えてきている。

これらのことから、2医療機関ともかかり付け医療機関の役割を担っているのが実情である。

よって、2医療機関に担う意向の有無について再確認することとした。

### 3 確認の結果

#### (1) 椎葉村国民健康保険病院

○ 厚生労働省が調査された外来機能報告においては、意向ありと回答はしたが、重点外来基準等の基準に達しないことや医療機関の地域内の役割を考慮して、希望しないこととする。(令和5年5月30日担当者に確認)

#### (2) 美郷町国民健康保険西郷病院

○ 椎葉村国民健康保険病院と同様の理由より希望しない。(令和5年5月30日田原事務長に確認)

### 4 報告

令和5年5月30日医療政策課医務・計画担当の担当者に電話にて確認結果を報告。

2医療機関とも意向なしであることから、本件は地域医療構想調整会議の議題とすることを要しないとの回答を得た。

# 第8次医療計画の策定について (二次医療圏について)

令和5年7月

宮崎県福祉保健部医療政策課

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。

## 計画期間

- 6年間（現在の7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。中間年で必要な見直しを実施。）  
→ 第8次医療計画の期間は2024年度～2029年度。

## 記載事項(主なもの)

### ○ 医療圏の設定、基準病床数

### ○ 地域医療構想

- ・ 2025年の地域の医療需要と将来の病床数の必要量等を推計

### ○ 医師の確保に関する事項(医師確保計画)

- ・ 地域ごとの目標医師数の達成に向けた施策

### ○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項(外来医療計画)

- ・ 地域で不足する外来医療機能の分析とその対策 等

### ○ 5疾病・6事業及び在宅医療に関する事項

#### ○ 5疾病

- ・ がん
- ・ 脳卒中
- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患
- ・ 糖尿病
- ・ 精神疾患

#### ○ 6事業

- ・ へき地の医療
- ・ 救急医療
- ・ 小児医療(小児救急含む)
- ・ 周産期医療
- ・ 災害時における医療
- ・ 新興感染症等の感染拡大時における医療

#### ○ 在宅医療

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状の把握、課題の抽出、数値目標の設定、具体的な施策等を策定。進捗状況等を評価し、見直し(PDCAサイクルの推進)。

# 第8次宮崎県医療計画の策定スケジュール等(予定)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
医療審議会	↔ 第1回 (策定方針・スケジュール)			↔ 第2回 (計画部会の状況報告)						↔ 第3回 (答申)		
医療計画部会		↔ 第1回 (策定方針・スケジュール)			↔ 第2回 (骨子案)		↔ 第3回 (素案)		↔ 第4回 (最終案)			
地域医療構想調整会議				↔ 各構想区域の現状把握								
その他		↔ 団体・市町村へ意見照会						↔ パブリックコメント 団体・市町村へ意見照会			↔ 県議会議決	

※部会等の状況によって開催時期・回数の変動あり

## ○宮崎県医療審議会医療計画部会名簿

※敬称略

宮崎県医師会副会長	山村 善教	宮崎県医師会常任理事	金丸 吉昌
宮崎県医師会常任理事	石川 智信	宮崎県歯科医師会常務理事	佐野 裕一
宮崎県薬剤師会副会長	榎園 勝	宮崎県看護協会常務理事	又木 真由美
宮崎大学医学部附属病院教授	海北 幸一	独立行政法人国立病院機構宮崎東病院長	伊井 敏彦
全日本病院協会宮崎県支部副支部長	飯田 正幸	全国自治体病院協議会宮崎県支部副支部長	金丸 吉昌 (再掲)
宮崎県市長会代表	十屋 幸平	宮崎県町村会代表	佐藤 貢
宮崎県保険者協議会会長	仁田脇 七郎		

# 二次医療圏について

## 【二次医療圏とは】

- 主として病院および診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として設定する圏域
- 高度又は特殊な医療を除く 入院医療を主体とした一般の医療需要に対応するための圏域
- 地理的条件などの自然条件および日常生活の充足状況、交通事情等の社会的条件も考慮

高度又は特殊な医療とは（令和5年3月31日厚生労働省医政局長通知より）  
（例）

- ① 臓器移植等の先進的技術を必要とする医療
- ② 高圧酸素療法等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
- ③ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
- ④ 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療

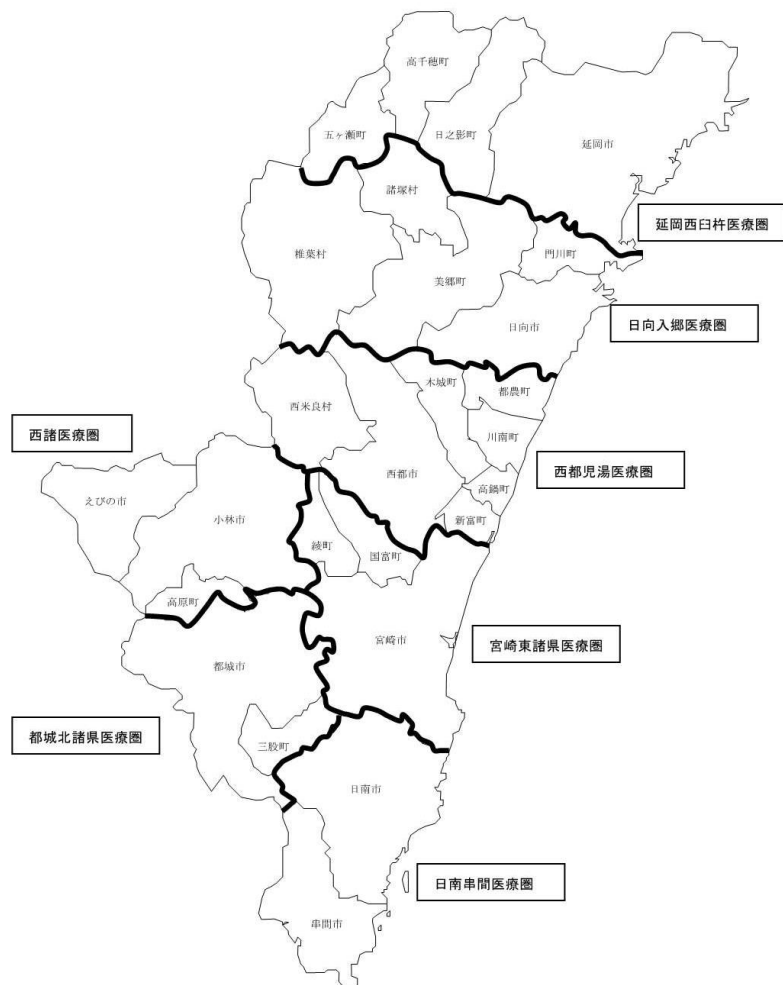
→ 三次医療圏として本県全域を設定

# 宮崎県における二次医療圏の状況

宮崎県内の二次医療圏は以下の図のとおり

このほか、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏にこだわらず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定することとされており、本県では右図のとおり設定している。

宮崎県の二次医療圏域図



第7次宮崎県医療計画における  
5疾病・5事業及び在宅医療の圏域

疾病・事業等	圏域
がん	4圏域 (県北、県央、県南、県西)
脳卒中	二次医療圏と同じ
心血管疾患	4圏域 (県北、県央、県南、県西)
糖尿病	二次医療圏と同じ
精神疾患	3医療圏
へき地医療	
救急医療	二次医療圏と同じ
小児医療	4医療圏 (県北、県央、県南、県西)
周産期医療	4医療圏 (県北、県央、県南、県西)
災害医療	二次医療圏と同じ
在宅医療	二次医療圏と同じ
新興感染症	新たに設定

# 県内二次医療圏の流入割の比較

## 二次医療圏の見直しについて(国の作成指針より)

- 入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討する。
- 特に、人口規模が20万人未満であり、かつ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合(以下「流入患者割合」という。)が20%未満、推計流出入院患者割合(以下「流出患者割合」という。)が20%以上となっている圏域については、設定の見直しについて検討することが必要。

### 【第7次医療計画策定時】

各二次医療圏の人口及び流入割合

医療圏	人口	流入患者割合	流出患者割合
延岡西臼杵	145,747人	7.4%	18.9%
日向入郷	89,971人	9.6%	27.6%
宮崎東諸県	428,089人	23.8%	6.0%
西都児湯	101,901人	14.3%	37.1%
日南串間	72,869人	14.4%	14.6%
都城北諸県	190,433人	18.6%	19.0%
西諸	75,059人	9.6%	26.0%

出典:総務省「2015年国勢調査」、医療薬務課「2016年度宮崎県入院患者実態調査」

### 【今回(第8次医療計画策定)】

各二次医療圏の人口及び流入割合

医療圏	人口	流入患者割合	流出患者割合
延岡西臼杵	137,143人	10.5%	17.5%
日向入郷	85,823人	8.7%	32.4%
宮崎東諸県	426,671人	22.7%	4.8%
西都児湯	96,091人	16.0%	37.2%
日南串間	67,670人	4.8%	13.8%
都城北諸県	186,231人	19.0%	18.9%
西諸	69,947人	12.3%	23.3%

出典:総務省「2020年国勢調査」、医療政策課「令和4年度宮崎県入院患者実態調査」



日向入郷、西都児湯、西諸が見直し検討対象

# 第8次宮崎県医療計画における二次医療圏の設定について

## 検討

- 1 見直し基準に該当する日向入郷、西都児湯、西諸の各医療圏は、一定数の入院患者流出はあるものの通勤・通学は80%以上が各医療圏内で行われている。（医療圏内で生活されている人が多い）
- 2 最も入院患者が流出している西都児湯（宮崎東諸県への流出）については、約半数（48.44%）が新生物〈腫瘍〉と循環器系の疾病に対する治療を受けるために二次医療圏を越えて入院している。  
→「がん」「脳卒中」「心血管疾患」の個別の医療圏設定の妥当性については今後検討が必要
- 3 二次医療圏は、病院および診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として設定する圏域であり、入院医療を主体とした一般の医療需要に対応するための圏域として、交通事情等の社会的条件も考慮して設定することとされている。
  - (1) 患者流入が多い地域との統合は、さらなる患者の流出を助長させ、それに伴い医師や医療機関などの医療資源の流出が進むことも懸念される。
  - (2) より広域で二次医療圏を設定した場合、地域によっては医療機関へのアクセスが遠くなり、住民への負担が生じるほか、身近な地域で必要な時に適切な医療を受けられなくなってしまう懸念が考えられる。  
例：西都児湯と宮崎東諸県を統合した場合 → 西都児湯の医療機関が宮崎市中心部へ移転  
(西米良村役場～県立宮崎病院までの所要時間 車で約1時間30分)
- 4 県内関係団体・市町村への意見照会の結果、概ね、**現行の二次医療圏を維持すべき**との意見であった。  
高鍋町、新富町から「在宅医療」、宮崎東児湯消防組合消防本部から「救急医療」の課題等を念頭に置いて、二次医療圏を見直すべきとの意見も出されている。
- 5 国の作成指針で「地域医療構想の構想区域に二次医療圏を合わせることが適当である」と示されている。  
→地域医療構想の構想区域や現行の保健所設置区域等を考慮した圏域の設定が必要。  
※ 2025年を見据えた地域医療構想の実現に向けて各地域において医療機能の分化・連携の取組を推進している。

## 案

上記のとおり、生活圏との一体性やそれぞれの地域において地域医療構想の取り組みが進められている現状及び関係市町村等の意見を聴取した結果を踏まえ、第8次医療計画では、**現行の7医療圏を維持する**こととし、計画期間内において体制の整備ができるよう地元市町村や関係団体等と連携して取り組んでいく。

(5疾病・6事業及び在宅医療に関する個別の圏域設定については、地域の医療資源等の実情を勘案しながら柔軟に検討する。)



# 公立病院の現状と課題、経営強化プランの 取組状況について



令和 5 年 6 月 6 日  
自治 財 政 局 室  
準 公 営 企 業 室

# 公立病院経営強化の推進

○ 公立病院は、これまで再編・ネットワーク化、経営形態の見直しに取り組んできたが、依然として経営状況は厳しく、以下の課題に対応しながら地域医療提供体制を確保するためには、経営を強化していくことが重要。

- ・人口減少、少子高齢化に伴う医療需要の変化
- ・医師・看護師等の不足
- ・医師の時間外労働規制への対応
- ・新興感染症への備え 等

総務省

<令和4年3月>

「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」の策定・地方団体への通知・公表

地方団体

<令和4年度又は5年度中>

「公立病院経営強化プラン」の策定

## 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

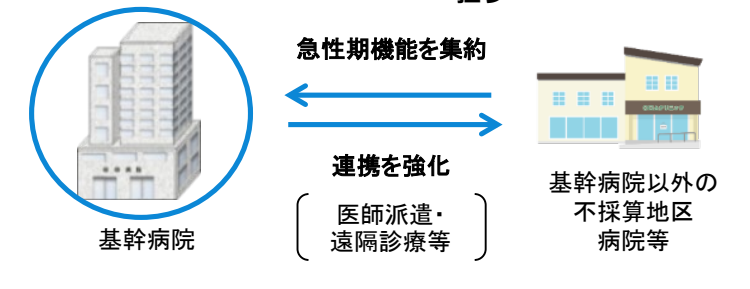
### (6) 経営の効率化等

- ・経営指標に係る数値目標

## 機能分化・連携強化のイメージ(例)

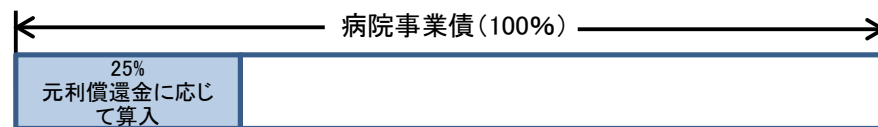
医師・看護師等を確保

回復期機能・初期救急等を担う



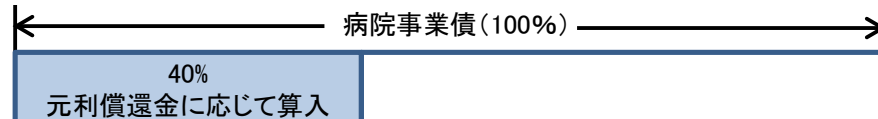
## 【病院事業債】

### 《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

### 《機能分化・連携強化に伴う整備（特別分）》



※元利償還金の2/3について一般会計から繰出

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

(令和4年3月29日付け総務省自治財政局長通知)

## 第1 公立病院経営強化の必要性

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

## 第2 地方公共団体における公立病院経営強化プランの策定

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

### 公立病院経営強化プランの内容

#### (1) 役割・機能の最適化と連携の強化

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

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

#### (2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

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

#### (3) 経営形態の見直し

#### (4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

#### (5) 施設・設備の最適化

- ・ 施設・設備の適正管理と整備費の抑制
- ・ デジタル化への対応

#### (6) 経営の効率化等

- ・ 経営指標に係る数値目標

## 第3 都道府県の役割・責任の強化

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

## 第4 経営強化プランの策定・点検・評価・公表

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

## 第5 財政措置

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

# 各地方公共団体に策定を求める「公立病院経営強化プラン」の主なポイント

## 公立病院経営強化プランの内容

### (1) 役割・機能の最適化と連携の強化

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

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

### (2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

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

### (3) 経営形態の見直し

### (4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

### (5) 施設・設備の最適化

- ・ 施設・設備の適正管理と整備費の抑制
- ・ デジタル化への対応

### (6) 経営の効率化等

- ・ 経営指標に係る数値目標

## ポイント

- 第8次医療計画の記載事項として「新興感染症等の感染拡大時の医療」が加わることも踏まえ、**新たに記載事項に追加**。

### 【平時からの取組の具体例】

- ・ 感染拡大時に活用しやすい病床等の整備
- ・ 各医療機関の間での連携・役割分担の明確化
- ・ 専門人材の確保・育成 等

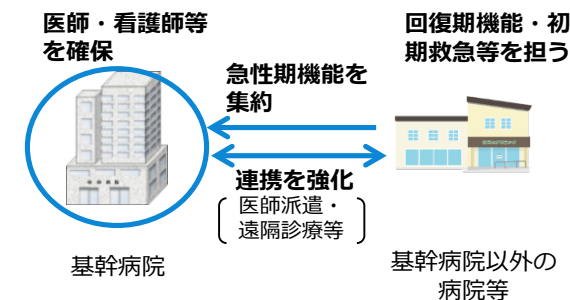
## ポイント

- 前ガイドラインでは「改革」プランという名称だが、**持続可能な地域医療提供体制の確保のための「経営強化」に主眼**を置き、「経営強化」プランとした。

## ポイント

- 前ガイドラインの「再編・ネットワーク化」に代わる記載事項。「再編・ネットワーク化」と比べ、**病院や経営主体の統合よりも、病院間の役割分担と連携強化に主眼**。

### 機能分化・連携強化のイメージ（例）



## ポイント

- **医師・看護師等の不足**に加え、**医師の時間外労働規制への対応**も迫られることも踏まえ、**新たに記載事項に追加**。

### 【具体的な記載事項】

- ・ 基幹病院から中小病院等への積極的な医師・看護師等の派遣
- ・ 若手医師の確保に向けたスキルアップを図るための環境整備（研修プログラムの充実、指導医の確保等）
- ・ 医師の時間外労働の縮減の取組（タスクシフト/シェア、ICT活用等）

## 第2 地方公共団体における 公立病院経営強化プランの策定

---

## 第2 地方公共団体における公立病院経営強化プランの策定

- 病院事業を設置する地方公共団体は、経営強化プランを策定し、病院事業の経営強化に総合的に取り組むものとする。
- 公立病院を巡る状況は、その立地条件や医療機能などにより様々であり、経営強化に係るプランの内容は一律のものとはなり得ないことから、各地方公共団体が、各々の地域と公立病院が置かれた実情を踏まえつつ、本ガイドラインを参考に経営強化プランを策定し、これを主体的に実施することが期待される。
- 経営強化プランは、「地域医療構想の進め方について」（令和4年3月24日付け厚生労働省医政局長通知）により、当該公立病院の地域医療構想に係る具体的対応方針として位置付けることとされていることも踏まえ、地域医療構想と整合的であることが求められる。

※ プランの策定主体は、公立病院ではなく、当該病院を設置する地方公共団体である。

### 1 経営強化プランの策定期期

- 地域に必要な医療提供体制を確保するためには、病院間の機能分化・連携強化、医師・看護師等の確保、働き方改革の推進等の公立病院の経営強化のための取組が急務となっている。
- 各都道府県において第8次医療計画の策定作業が進められ、その作業と併せて、令和4年度及び令和5年度において、地域医療構想に係る各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行うこととされているため、地域において各病院が担う役割・機能を早期に調整・確定させていく必要がある。
- 以上を踏まえ、令和4年度又は令和5年度中に策定するものとする。

※ 既に前ガイドラインに基づくプランの改定を行っている場合や地方独立行政法人が中期計画を策定している場合は、上記の期間中に、本ガイドラインで要請している事項のうち不足している部分を追加又は別途策定することで足りる。

### 2 経営強化プランの対象期間

- 策定年度又はその次年度から令和9年度までの期間を標準とする。

※ プランの対象期間は5年間程度とすることを求めており、単年度計画などをもって代えることは適当でない。

### 3 経営強化プランの内容

- 持続可能な地域医療提供体制を確保するため、概ね次の各事項を記載するものとする。

- |                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| (1) 役割・機能の最適化と連携の強化  | (4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組 |
| (2) 医師・看護師等の確保と働き方改革 | (5) 施設・設備の最適化               |
| (3) 経営形態の見直し         | (6) 経営の効率化等                 |

# 公立病院経営強化プランの記載事項 ①

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

## (1) 役割・機能の最適化と連携の強化

○ 公立病院は、地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしているが、公立病院に期待される主な役割・機能を具体的に例示すれば、

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

などが挙げられる。

○ また、公立病院の中でも、他の病院が複数立地する人口密集地に所在し、役割・機能の分担が課題となっている場合もあれば、人口が少ない中山間地に所在し、当該公立病院が唯一又は中心的な役割を果たしており、救急医療の維持や医師・看護師等の確保が深刻な課題となっている場合もあるなど、状況は様々である。

○ したがって、立地条件等を踏まえつつ、以下のような観点から役割・機能の最適化と連携の強化について検討すべきである。

### ① 地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能

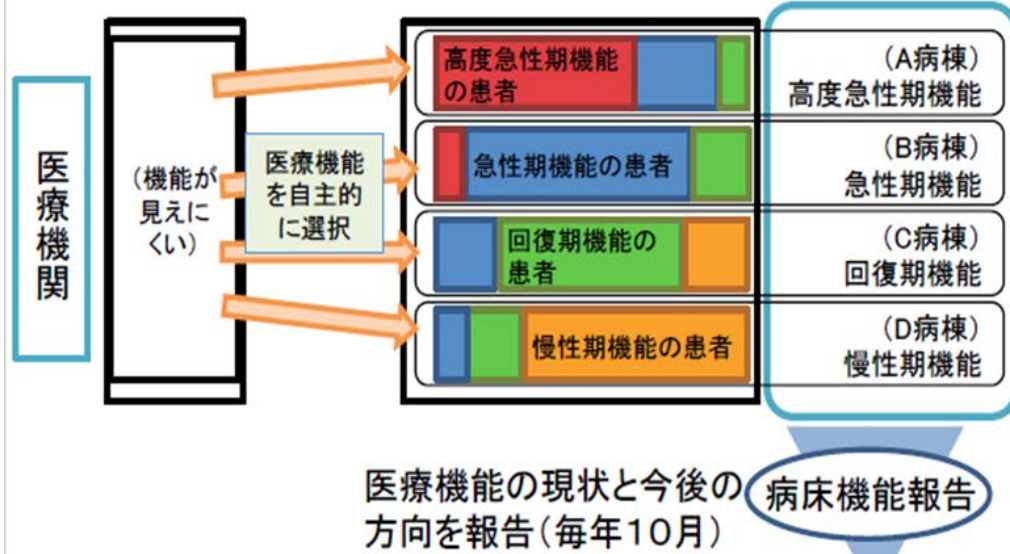
- 各公立病院は、地域医療構想や今般の新型コロナ対応の経験などを踏まえて、地域において果たすべき役割・機能を改めて見直し、明確化・最適化することが必要である。このため、地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能について記載する。
- その際、当該公立病院の将来の病床機能のあり方は、構想区域における病床の機能区分ごとの将来の必要病床数と整合性のとれた形でなければならない。このため、地域医療構想における推計年である令和7年（2025年）及びプラン最終年度における機能ごとの病床数や、病床機能の見直しを行う場合はその概要を記載する。
- また、精神医療についても、当該病院の果たすべき役割・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

### ② 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能

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

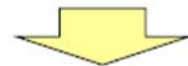
# 地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。  
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



## 「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量
  - ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
  - ・在宅医療等の医療需要を推計
  - ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計
2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等



都道府県  
医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

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



# 2021年度病床機能報告について

令和4年6月16日 厚生労働省  
「第5回地域医療構想及び医師確保計画  
に関するワーキンググループ」資料2

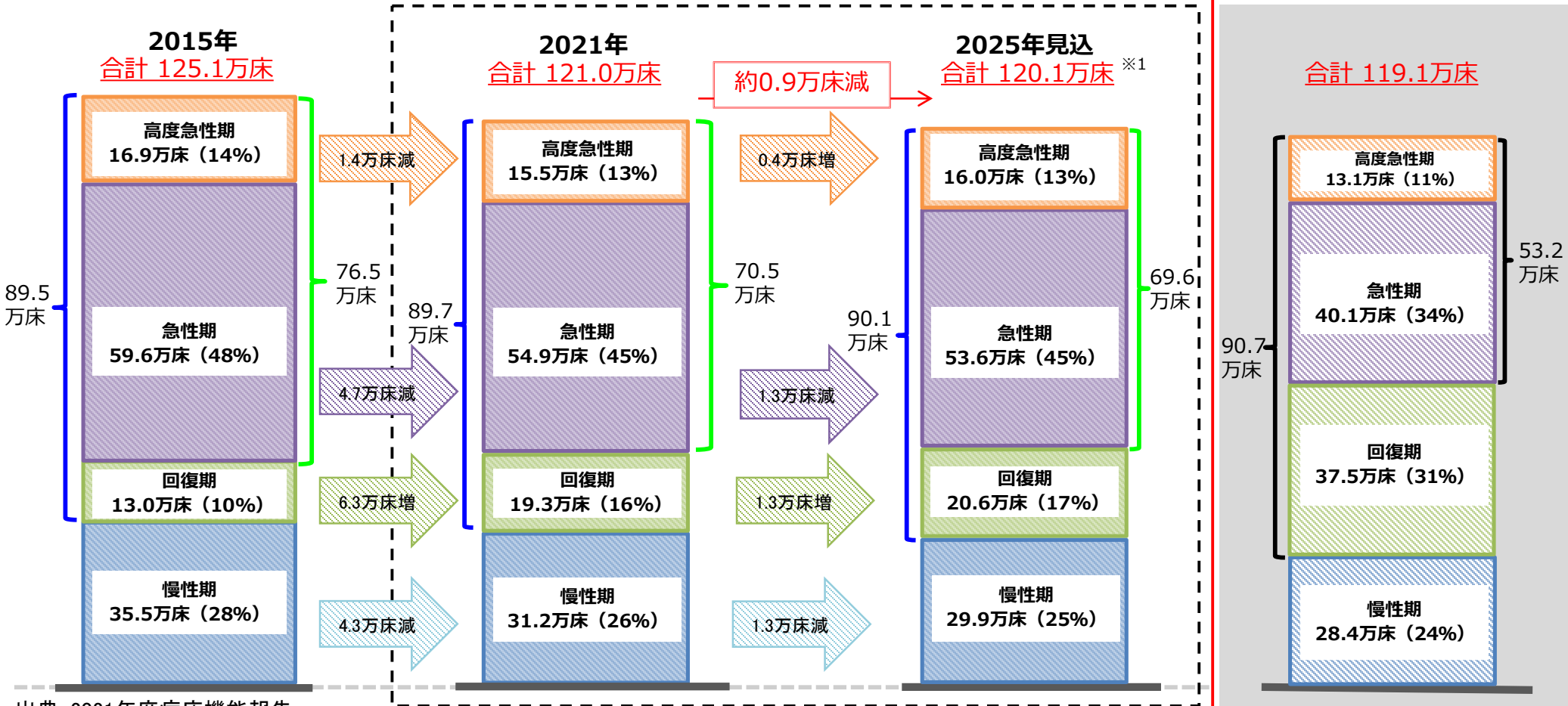
## 2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

## 2021年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

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



出典: 2021年度病床機能報告

※1: 2021年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

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

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2021年度病床機能報告: 12,484/12,891(96.8%))

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

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

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(\*): 19,645床(参考 2020年度病床機能報告: 18,482床)

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

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

## 1 基本的な考え方

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

## 2 選定対象・募集時期

- 対象となるのは、「複数医療機関の医療機能再編等事例」とし、以下①②の事例も対象となり得る。
  - ① 再検証対象医療機関（※）が対象となっていない再編統合事例
  - ② 複数区域にまたがる再編統合事例

## 3 支援内容

- 重点支援区域に対する国による**技術的・財政的支援**は以下を予定。

### 【技術的支援】（※）

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

### 【財政的支援】

- ・地域医療介護総合確保基金の優先配分
- ・病床機能の再編支援を一層手厚く実施

※ 今般の新型コロナへの対応を踏まえ、地域における今後の感染症対応を見据えた医療提供体制の構築に向けた検討に資するよう、国の検討会等における議論の状況について情報提供を行う。

## 4 重点支援区域設定の要否

- 今後、全ての都道府県に対して重点支援区域の申請の意向の有無を聴取。

## 5 選定区域

- これまでに以下の**13道県19区域**の重点支援区域を選定。

### 【1回目（令和2年1月31日）選定】

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

### 【2回目（令和2年8月25日）選定】

- ・北海道（南空知区域、南檜山区域）
- ・新潟県（県央区域）
- ・兵庫県（阪神区域）
- ・岡山県（県南東部区域）
- ・佐賀県（中部区域）
- ・熊本県（天草区域）

### 【3回目（令和3年1月22日）選定】

- ・山形県（置賜区域）
- ・岐阜県（東濃区域）

### 【4回目（令和3年12月3日）選定】

- ・新潟県（上越区域、佐渡区域）
- ・広島県（尾三区域）

### 【5回目（令和4年4月27日）選定】

- ・山口県（下関区域）

### 【6回目（令和5年3月24日）選定】

- ・青森県（青森区域）

# 公立病院経営強化プランの記載事項 ②

## (1) 役割・機能の最適化と連携の強化

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

### ③ 機能分化・連携強化

#### 【機能分化・連携強化の目的】

- 持続可能な地域医療提供体制を確保するためには、限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用することが必要である。
- そのためには、地域の中で各公立病院が担うべき役割や機能を改めて見直し、明確化・最適化した上で、病院間の連携を強化する「機能分化・連携強化」を進めることが必要である。  
特に、地域において中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約して医師・看護師等を確保し、基幹病院以外の病院等は回復期機能・初期救急等を担うなど、双方の間の役割分担を明確化するとともに、医師・看護師等の派遣などの連携を強化することが重要である。  
また、公立病院同士のみならず、公的病院、民間病院、診療所等との間も含め、必要な取組を検討すべきである。

#### 【機能分化・連携強化に係る記載事項】

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

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

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

# 公立病院経営強化プラン策定状況、機能分化・連携強化の検討状況

## 調査結果

### ① 公立病院経営強化プラン策定状況

- プランの策定作業着手については、公立病院の94%が令和4年度から経営強化プランの策定に着手している。策定予定年度については、令和5年度までの策定が85%であるものの、**検討中の病院が14%**ある。

公立病院数	策定作業着手年度				策定(予定)年度			
	令和4年度 (着手済含む)	令和5年度	うち令和3年度に新 プランを策定し、そ れに基づき取組を実 施中の病院	その他 (廃止予定等)	令和4年度 (策定済含む)	令和5年度	検討中	その他 (廃止予定等)
853	799 (93.7%)	50 (5.9%)	22 (2.6%)	4 (0.5%)	220 (25.8%)	506 (59.3%)	123 (14.4%)	4 (0.5%)

85%

### ② 機能分化・連携強化の検討状況

- 機能分化・連携強化について、**既に関係病院間で取組について合意済みの病院は15%**あり、「**検討中**」を含めると**33%**に達する一方、「**今後検討**」が**55%**と最も多く、取組の検討が遅れている。また、**12%**の病院が「**検討予定なし**」「**その他**」としている。

公立病院数	機能分化・連携強化の検討状況					
	関係病院間で 合意済み	関係病院間で 検討中	自病院で 検討中	今後検討	検討予定なし	その他
853	127 (14.9%)	96 (11.3%)	60 (7.0%)	472 (55.3%)	61 (7.2%)	37 (4.3%)

33%

12%

# 公立病院経営強化プランの記載事項 ③

## (1) 役割・機能の最適化と連携の強化

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

### ④ 医療機能や医療の質、連携の強化等に係る数値目標

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

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

### ⑤ 一般会計負担の考え方

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

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

については、**一般会計や設立団体等において負担**するものとされている。

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

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

### ⑥ 住民の理解のための取組

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

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

# 病院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
- ③ 災害の復旧その他特別の理由により必要となる経費

#### 【一般会計繰出金の根拠】

- ・地方公営企業法第17条の2
- ・地方公営企業法第17条の3
- ・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。

# 公立病院経営強化プランの記載事項 ④

## (2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

### ① 医師・看護師等の確保

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

#### 1) 基幹病院

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

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

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

#### 2) 不採算地区病院をはじめとする中小規模の病院

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

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

### ② 臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保

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

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

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

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

# 公立病院経営強化プランの記載事項 ⑤

## (2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

### ③ 医師の働き方改革への対応

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

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

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

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

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

厚生労働省のHPには、令和4年4月から、医療機関の宿日直許可申請に関する**相談窓口**が設けられており、医療機関向けの解説資料も掲載されているので、参考にされたい ([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_24880.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_24880.html))。

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

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



- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種の特長を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

## 現状

### 【医師の長時間労働】

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働

特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

### 【労務管理が不十分】

36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

### 【業務が医師に集中】

患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

## 目指す姿

**労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する**



**全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする**



**質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供**

## 対策

### 長時間労働を生む構造的な問題への取組

#### 医療施設の**最適配置**の推進

(地域医療構想・外来機能の明確化)

#### 地域間・診療科間の**医師偏在の是正**

#### 国民の理解と協力に基づく**適切な受診**の推進

### 医療機関内での医師の働き方改革の推進

#### 適切な**労務管理**の推進

#### **タスクシフト/シェア**の推進

(業務範囲の拡大・明確化)

一部、法改正で対応

#### <行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革（講習会等）
- ・医師への周知啓発 等

### 時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用 (2024.4～) **法改正で対応**

#### 地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成

評価センターが評価

都道府県知事が指定

医療機関が計画に基づく取組を実施

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保	
<b>A</b> (一般労働者と同程度)	<b>960時間</b>	<b>義務</b>	努力義務	
<b>連携B</b> (医師を派遣する病院)	<b>1,860時間</b> ※2035年度末を目標に終了		<b>義務</b>	<b>義務</b>
<b>B</b> (救急医療等)				
<b>C-1</b> (臨床・専門研修)				
<b>C-2</b> (高度技能の修得研修)	<b>1,860時間</b>			

#### 医師の健康確保

##### 面接指導

健康状態を医師がチェック

##### 休息時間の確保

連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制 (または代償休息)

# 医師の時間外労働規制について

## 一般則

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

(原則)  
1か月45時間  
1年360時間

## 2024年4月～

- 年1,860時間 / 月100時間未満 (例外あり) ※いずれも休日労働含む
- 年1,860時間 / 月100時間未満 (例外あり) ※いずれも休日労働含む ⇒将来に向けて縮減方向

年960時間 / 月100時間未満 (例外あり) ※いずれも休日労働含む

**A : 診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準**

連携B  
例水準  
(医療機関を指定)

B  
地域医療確保暫定特

C-1  
集中的技能向上水準  
(医療機関を指定)

C-2

C-1 : 臨床研修医・専攻医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用  
※本人がプログラムを選択  
C-2 : 医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用  
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

将来  
(暫定特例水準の解消 (= 2035年度末を目標) 後)

将来に向けて縮減方向

年960時間 / 月100時間 (例外あり) ※いずれも休日労働含む

A

C-1

C-2

※この(原則)については医師も同様。

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

## 月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

【追加的健康確保措置】

勤務間インターバルの確保  
(①24時間以内に9時間  
②46時間以内に18時間  
のいずれか)  
及び代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

勤務間インターバルの確保  
(①24時間以内に9時間  
②46時間以内に18時間  
のいずれか)  
及び代償休息のセット (義務)

勤務間インターバルの確保  
(①24時間以内に9時間  
②46時間以内に18時間  
のいずれか)  
及び代償休息のセット (義務)

注)臨床研修医については連続勤務時間制限を強化・徹底する観点から、勤務間インターバルは、  
①24時間以内に9時間  
②48時間以内に24時間  
のいずれかとなる。

<A水準>  
勤務間インターバルの確保  
(①24時間以内に9時間  
②46時間以内に18時間  
のいずれか)  
及び代償休息のセット (努力義務)  
<C水準>  
上記A水準の勤務間インターバル及び代償休息のセット (義務)  
注) 臨床研修医の勤務間インターバルは、  
①24時間以内に9時間  
②48時間以内に24時間  
のいずれかとなる。

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

# 公立病院経営強化プランの記載事項 ⑥

## (3) 経営形態の見直し

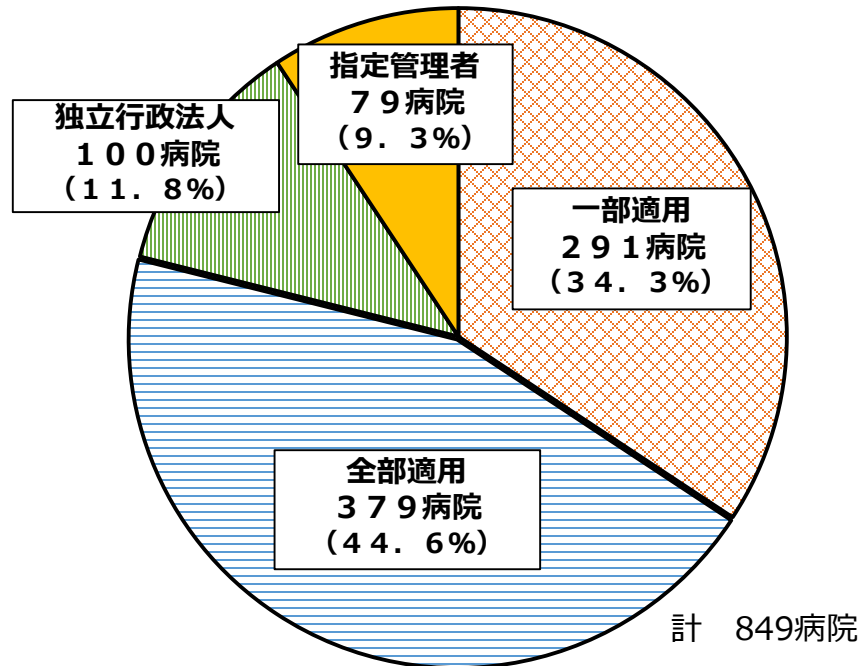
○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

- 当該病院の規模や置かれた環境といった地域の実情を踏まえ、**経営の強化に向けた最適な経営形態を検討し、経営形態の見直しが必要となる場合は、新経営形態への移行の概要（移行スケジュールを含む。）を記載する。**
- ※ **既に経営形態の見直しを行った場合には、その成果を検証するとともに、更なる見直しの必要性について検討する。**
- ※ **以下に該当する場合は、今般の経営強化プランの策定のタイミングを捉え、経営改善に資する経営形態の見直しについて、地域の実情を踏まえつつ、十分な検討を行うべきである。**
  - ・ 医師等の不足により、必要な医療機能を維持していくことが困難な公立病院
  - ・ 経営強化プラン対象期間中に経常黒字化する数値目標の設定が著しく困難な公立病院

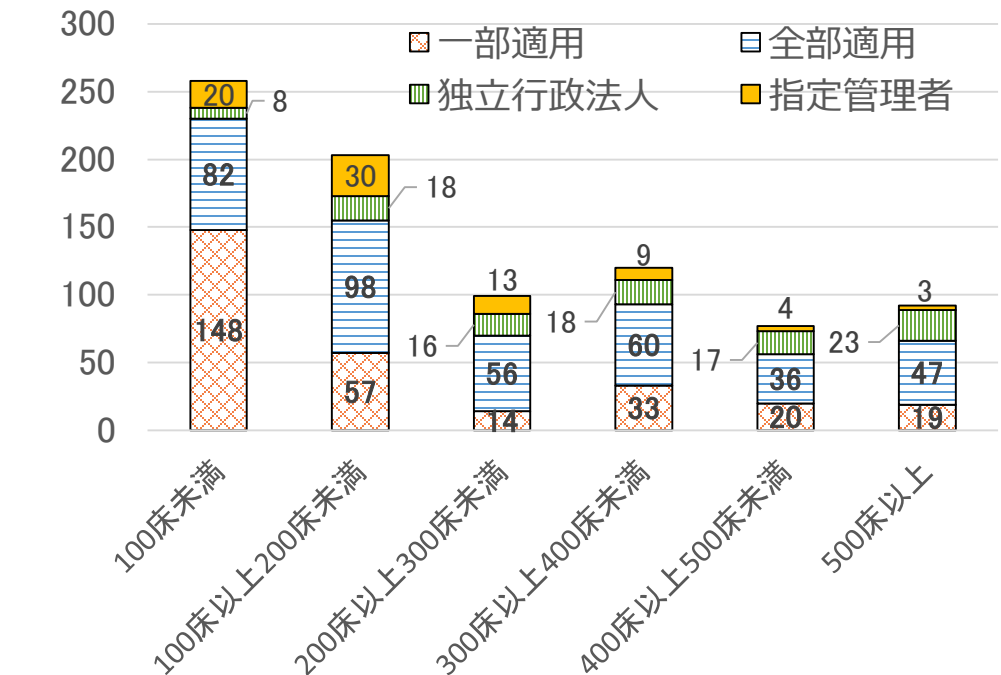
※ 上記に該当する公立病院については、機能分化・連携強化の必要性を含めて、都道府県が特に積極的な助言や提案を行うことが期待される。

### <参考> 令和3年度末時点の経営形態の見直し状況

■ 公立病院の経営形態（全体）



■ 公立病院の経営形態（病床規模別）



## (3) 経営形態の見直し

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

### 経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項

#### ※ 1) 地方独立行政法人化（非公務員型）

予算・財務・契約、職員定数・人事・給与などの面でより自律的・弾力的な経営が可能となり、権限と責任の明確化に資することが期待される。ただし、設立団体からの職員派遣は段階的に縮減を図る等、実質的な自律性の確保に配慮することが適当である。

これまで実際に地方独立行政法人化した病院において、医師・看護師等の確保等の面で高い効果を上げているケースが多いことや、多くの国立病院も独立行政法人化し、医師・看護師等の確保に効果を上げていることから、**医師・看護師等の確保や働き方改革にも有効**と考えられる。

また、柔軟な勤務制度や専門性を考慮した給与制度等を通じて人材を確保・育成しておくことや、職員定数・人事面での自律性を活かした機動的な人員配置を可能とすることは、**新興感染症の感染拡大時等において公立病院が役割を果たす上でも効果を発揮**するものと考えられる。

現在一部事務組合方式により設置されている病院で、構成団体間の意見集約と事業体としての意思決定の迅速・的確性の確保に課題を有している場合にも、地方独立行政法人方式への移行について積極的に検討すべきである。

#### ※ 2) 地方公営企業法の全部適用

事業管理者に対し、人事・予算等に係る権限が付与され、**より自律的な経営が可能**となることが期待される。

ただし、比較的取り組みやすい反面、**経営の自由度拡大の範囲は限定的**であることから、所期の効果が達成されない場合には、地方独立行政法人化など、更なる経営形態の見直しに向け直ちにに取り組むことが適当である。

#### ※ 3) 指定管理者制度の導入

民間の医療法人や公的医療機関等を指定管理者として指定することで、**民間的な経営手法の導入が期待**される。

本制度の導入が所期の効果を上げるためには、①適切な指定管理者の選定に特に配慮すること、②提供する医療の内容、委託料の水準等の諸条件について事前に十分に協議・確認しておくこと、③適正な管理が確保されるよう、事業報告書の徴取、実地の調査等を通じて、管理の実態を把握し、必要な指示を行うこと、④医師・看護師等の理解を得ながら進めること等が求められる。

#### ※ 4) 事業形態の見直し

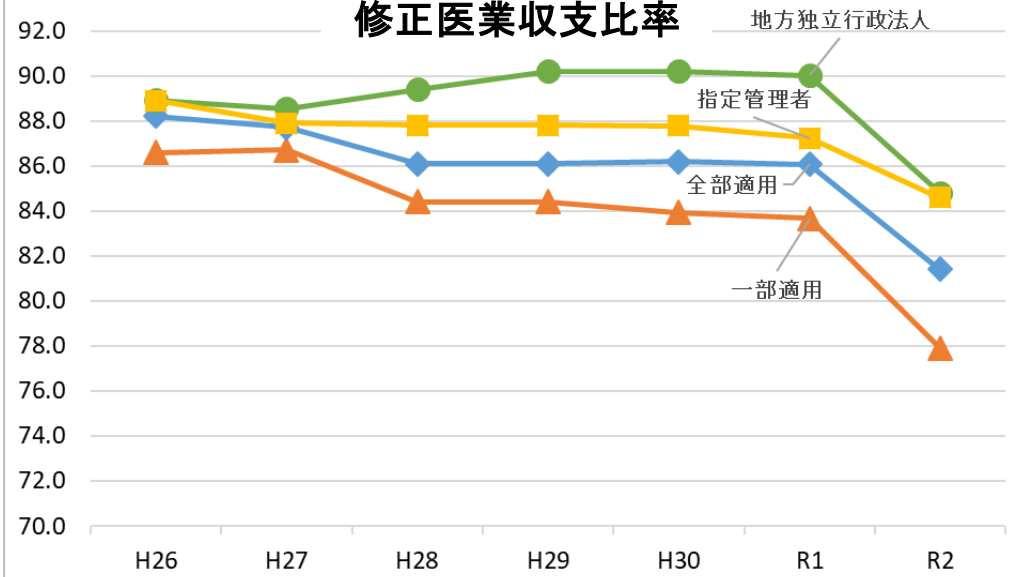
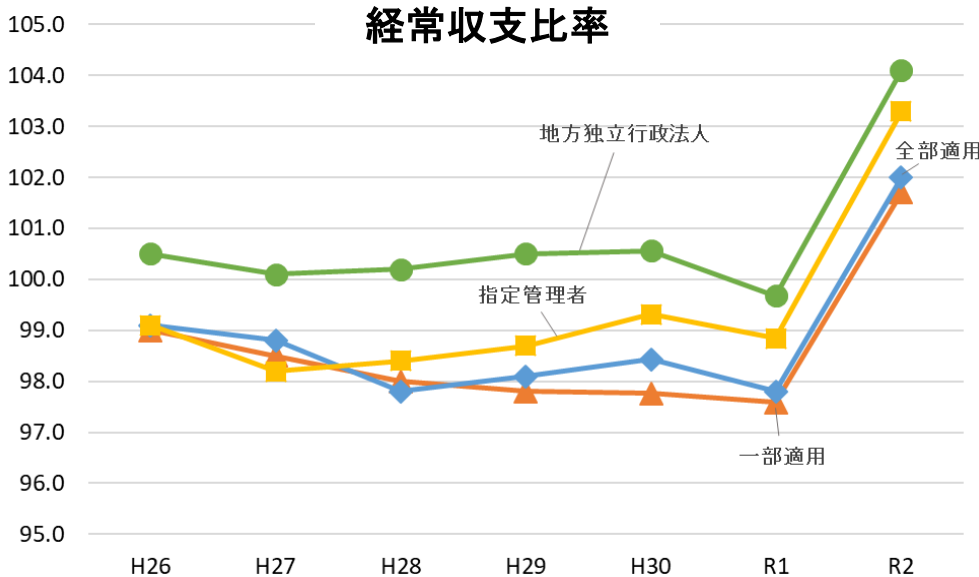
地域において果たすべき役割・機能を改めて見直した結果、民間譲渡又は診療所、介護医療院、介護老人保健施設などへの転換がより有効である場合には、当該見直しの概要を記載する。

民間譲渡に当たっては、当該病院が担っている不採算・特殊部門等の医療について、譲渡後相当期間の継続を求めるなど、地域医療提供体制の確保の面から譲渡条件等について十分な協議が必要である。

# 【参考】公立病院の経営形態別の経営状況等

## ○ 経営形態別の経営状況（平成26年度～令和2年度）

単位：%



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

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

## ○ 経営形態の見直しにより効果があったと回答した病院の割合

見直し後の経営形態	回答数 (a)	経営の自主性		経営の効率性	
		効果あり回答数(b)	割合(b/a)	効果あり回答数(c)	割合(c/a)
全部適用	70	66	94.3%	64	91.4%
地方独立行政法人	57	57	100%	54	94.7%
指定管理者制度	35	30	85.7%	35	100%

※公立病院897病院に対して行った「新公立病院改革プラン等の取組状況調査」（令和3年3月末時点）における、経営形態の見直しを実施済みの病院の回答。

## (4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

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

- 具体的には、
    - ・ 感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペース等の整備
    - ・ 感染拡大時における各医療機関の間での連携・役割分担の明確化
    - ・ 感染拡大時を想定した専門人材の確保・育成
    - ・ 感染防護具等の備蓄
    - ・ 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等
- を行っておく必要があることから、こうした取組の概要を記載する。

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

<参考> 医療計画への具体的な記載項目のイメージ（厚生労働省資料より）

### ◎ 医療計画への具体的な記載項目（イメージ）

#### 【平時からの取組】

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

#### 【感染拡大時の取組】

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

## 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律（令和4年法律第96号）の概要

## 改正の趣旨

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、国又は都道府県及び関係機関の連携協力による病床、外来医療及び医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置を講ずる。

## 改正の概要

## 1. 感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等【感染症法、地域保健法、健康保険法、医療法等】

※赤下線は総務省において追加

## (1) 感染症対応の医療機関による確実な医療の提供

- ① 都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県等と医療機関等の間で、病床、発熱外来、自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む）への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化する。加えて、公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供を義務付ける。あわせて、保険医療機関等は感染症医療の実施に協力するものとする。また、都道府県等は医療関係団体に協力要請できることとする。
- ② 初動対応等を行う協定締結医療機関について流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置（流行初期医療確保措置）を導入する（その費用については、公費とともに、保険としても負担）。また、協定履行状況の公表や、協定に沿った対応をしない医療機関等への指示・公表等を行うことができることとする。

## (2) 自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保

- ① 自宅療養者等への健康観察の医療機関等への委託を法定化する。健康観察や食事の提供等の生活支援について、都道府県が市町村に協力を求めることとし、都道府県と市町村間の情報共有を進めることとする。さらに、宿泊施設の確保のための協定を締結することとする。
- ② 外来・在宅医療について、患者の自己負担分を公費が負担する仕組み（公費負担医療）を創設する。

## (3) 医療人材派遣等の調整の仕組みの整備

- 医療人材について、国による広域派遣の仕組みやDMAT等の養成・登録の仕組み等を整備する。

## (4) 保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化

- 都道府県と保健所設置市・特別区その他関係者で構成する連携協議会を創設するとともに、緊急時の入院勧告措置について都道府県知事の指示権限を創設する。保健所業務を支援する保健師等の専門家（IHEAT）や専門的な調査研究、試験検査等のための体制（地方衛生研究所等）の整備等を法定化する。

## (5) 情報基盤の整備

- 医療機関の発生届等の電磁的方法による入力を努力義務化（一部医療機関は義務化）し、レセプト情報等との連結分析・第三者提供の仕組みを整備する。

## (6) 物資の確保

- 医薬品、医療機器、個人防護具等の確保のため、緊急時に国から事業者へ生産要請・指示、必要な支援等を行う仕組みを整備する。

## (7) 費用負担

- 医療機関等との協定実施のために都道府県等が支弁する費用は国がその3/4を補助する等、新たに創設する事務に関し都道府県等で生じる費用は国が法律に基づきその一定割合を適切に負担することとする。

## 2. 機動的なワクチン接種に関する体制の整備等【予防接種法、特措法等】

- ① 国から都道府県・市町村に指示する新たな臨時接種類型や損失補償契約を締結できる仕組み、個人番号カードで接種対象者を確認する仕組み等を導入する。
- ② 感染症発生・まん延時に厚生労働大臣及び都道府県知事の要請により医師・看護師等以外の一部の者が検体採取やワクチン接種を行う仕組みを整備する。

## 3. 水際対策の実効性の確保【検疫法等】

- 検疫所長が、入国者に対し、居宅等での待機を指示し、待機状況について報告を求める（罰則付き）ことができることとする。等

このほか、医療法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法第6条の5第4項の規定等について所要の規定の整備を行う。

## 施行期日

# 感染症法改正案における医療機関の役割

## 感染症法改正案の概要

規定	公的医療機関等	特定機能病院 地域医療支援病院	その他の医療機関
医療提供の義務等（第36条の2）	○	○	×
上記を講じていない場合の 都道府県知事の指示・勧告（第36条の4第1項第1号）	指示	勧告	—
上記医療提供の実施状況の報告を求めること （第36条の5第1項第1号）	○	○	—
協定の締結等（第36条の3）	任意	任意	任意
上記協定に基づく措置を講じていない場合の 都道府県知事の指示・勧告（第36条の4第1項第2号）	指示	勧告	勧告
上記協定に基づく措置の実施状況の報告を求めること （第36条の5第1項第2号）	○	○	○
医療提供を担う医療機関の設置に係る国、都道府県からの補助 （第60条第3項、第62条第3項）	○	○	○

- ※「公的医療機関等」：公立医療機関、公的医療機関、民間医療機関のうち健康保険組合等が設立する医療機関、国立病院機構、労働者健康安全機構、国が開設する医療機関等
- ※「特定機能病院」：高度の医療を提供する能力を有する病院として厚生労働大臣が承認した病院（大学病院を中心に87病院が指定）
- ※「地域医療支援病院」：紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を行い、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る病院として、都道府県知事が個別に承認した病院（685病院が指定）
- ※ 既存の第1種、第2種感染症指定医療機関の設置及び運営に対する補助は指定医療機関一律に対象としており、医療機関の種別より差はない。

### ○義務付けられる医療（第36条の2）の主な内容

- ・患者を入院させ、必要な医療を提供すること
- ・感染症にかかっていると疑われる者の診療を行うこと
- ・外出自粛患者の健康状態の報告を求めること 等

### ○協定（第36条の3）の主な内容

- ・第36条の2のうち当該医療機関が講ずべき医療提供の内容
- ・個人防護具の備蓄の実施の有無
- ・その他協定実施に必要な事項 等



# 公立病院経営強化プランの記載事項 ⑨

## (5) 施設・設備の最適化

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

### ① 施設・設備の適正管理と整備費の抑制

- 各公立病院は、厳しい経営状況が続く中で、**今後、人口減少や少子高齢化の急速な進展に伴い医療需要が変化していくことを踏まえ、長期的な視点をもって、病院施設や設備の長寿命化や更新などを計画的に行う**ことにより、財政負担を軽減・平準化するとともに、投資と財源の均衡を図ることが必要である。
- このため、**経営強化プランの計画期間内における施設・設備に係る主な投資（病院施設に係る新設・建替・大規模改修、高額な医療機器の導入等）**について、長寿命化・平準化や当該病院の果たすべき役割・機能の観点から**必要性や適正な規模等について十分に検討を行った上で、その概要を記載**する。その際、(6)④に述べる**収支見直しにも、反映させる**ことが必要である。
- 既存施設の長寿命化等の対策を適切に講じた上で、なお**新設・建替等が必要となる場合には、地域医療構想等との整合性を図った当該公立病院の役割・機能や規模等を記載**する。
- ※ 引き続き**建築単価の抑制**を図るとともに、**整備面積の精査等による整備費の抑制**に取り組むべきである。その際、発注関係事務の一部又は全部を民間に委託する**CM（Construction Management）方式**、設計段階から施工者が関与する**E C I（Early Contractor Involvement）方式**、**設計施工一括発注方式**などの設計段階等において民間事業者等の専門的な知見を活用する新たな手法の活用や、整備費のみならず供用開始後の維持管理費の抑制を図る観点から**PPP/PFI**を活用することも考えられる。
- ※ **新興感染症等の感染拡大時に必要な施設・設備を予め整備**する必要性についても、新設・建替等に当たっては特に検討が必要である。
- ※ **新設・建替等を予定している公立病院については、機能分化・連携強化の必要性、適切な規模、地域医療構想との整合性などを含め、都道府県が特に積極的な助言や提案を行うことが期待される。**

### ② デジタル化への対応

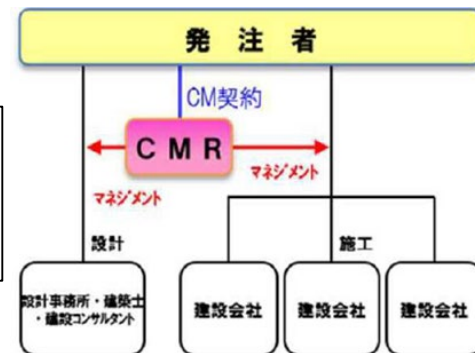
- **電子カルテ、マイナンバーカードの健康保険証利用（オンライン資格確認）、遠隔診療・オンライン診療、音声入力、その他各種情報システム等**を活用し、医療の質の向上、医療情報の連携、働き方改革の推進と病院経営の効率化を推進することが重要であることから、**そうした取組の概要を記載**する。
- 特に、**マイナンバーカードの健康保険証利用**については、診療時における確実な本人確認と保険資格確認を可能とし、薬剤情報や特定健診情報等を提供することにより、**医療保険事務の効率化や患者の利便性向上に資する**ものである。公立病院においては、その利用促進のため、**患者への周知等に率先して取り組む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

# 【参考】 公立病院の新設・建替等における整備費の抑制手法について

## 発注者における体制確保を図る方式

### CM方式

コンストラクションマネージャー（CMR）が、技術的な中立性を保ちつつ発注者の側に立って、設計・発注・施工の各段階において、設計の検討や工事発注方式の検討、工程管理、品質管理、コスト管理などの各種のマネジメント業務の全部又は一部を行う方式。CMRが適切な助言・提案・資料作成等を実施することで発注者を補完できる効果などが期待される。

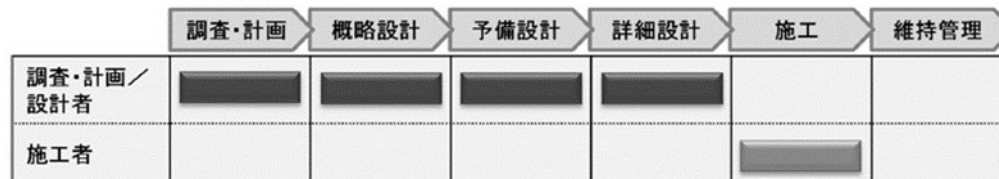


※CM方式とECI方式等の契約方式は併用可能

## 事業プロセスの対象範囲に応じた契約方式

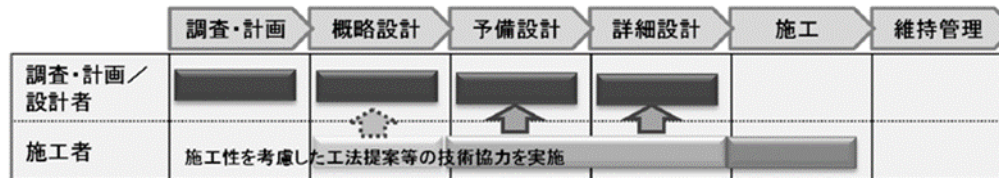
### 通常の発注方式

別途実施された設計に基づいて確定した工事の仕様により、その施工のみを発注する方式。



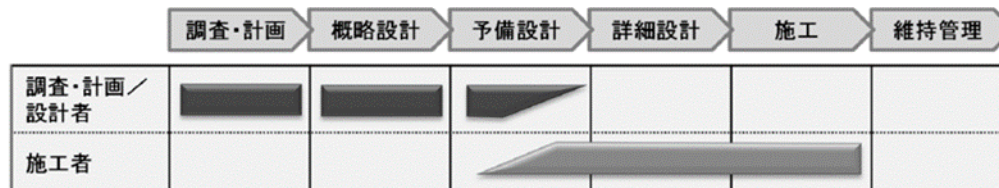
### ECI方式

設計段階から施工者が関与することで、発注時に詳細仕様の確定が困難な事業に対応する方式。設計段階で種々の代替案の検討が可能となる効果や、施工段階における施工性等の面からの設計変更発生リスクの減少といった効果などが期待される。



### 設計・施工一括発注方式

建造物の構造形式や主要諸元も含めた設計を、施工と一括して発注する方式。デザインビルド方式とも呼ばれる。施工者のノウハウを反映した現場条件に適した設計、施工者の固有技術を活用した合理的な設計が可能となる効果や、設計と施工を分離して発注した場合に比べて発注業務が軽減される効果などが期待される。



【図出典】国土交通省「公共工事の入札契約方式の適用に関するガイドライン」（令和4年3月改正）

## 公立病院における活用事例

- CM方式（通常発注方式） 島田市立総合医療センター（R3年開院）※国土交通省「CM方式活用事例集」掲載事例
- CM方式・ECI方式の併用 下呂市立金山病院（H24年開院）、三豊市立みとよ市民病院（R4年開院）
- 設計・施工一括発注方式 松戸市立総合医療センター（H29年開院）、川西市立総合医療センター※CM方式併用（R4年開院）

# コンストラクション・マネジメント(CM)方式の活用効果の例

## 【500床規模の基幹病院において、CM方式を採用し、当初のスケジュールを維持したまま建設事業費を削減した例】

- 平成25年度に基本構想完成。当初予定の建設事業費は、185億円。
- 平成28年度に基本設計が終了。建設事業費の見込が、316億円に増加（予定から131億円増）。
- 平成29年度にコンストラクション・マネジメント方式を導入。  
⇒ コンストラクション・マネージャー（CMR）より、コスト抑制策の立案や、発注方式の提案などについてアドバイスを受け、当初のスケジュールを維持しつつ、46億円のコスト削減を実現。
- 令和4年1月：新病院開院

### 【自治体が目指す方向性】

#### 中核病院にふさわしい病院建物の実現

- 中核病院にふさわしい病院機能とすることを最優先とする
- 診療環境や療養環境に加え、スタッフの労働環境にも配慮した病院の実現

### 【自治体の目標を踏まえたCMRの取組の方向性】

#### 高い防災性と医療環境を有した病院建築の実現

- 基本的な防災機能は変更しない
- 同規模、同機能な病院のデータから基本設計の内容を比較評価し、分析

### 【目標の達成】

#### 中核病院にふさわしい医療環境と高い防災性の実現

- 中核病院にふさわしい、高度医療環境を有した病院建築を実現
- 高い防災性と浸水対策を実現
- 充実した診療空間、労働環境を実現

#### 事業費の削減

- CMRは、事業費46億円の削減と、建設費は225億円とする目標を設定

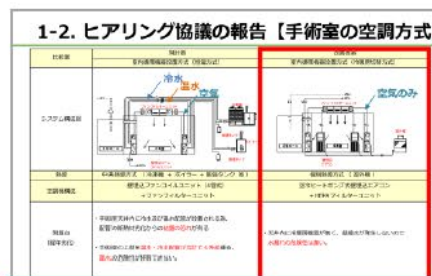
#### ライフサイクルコストを考慮した46億円のコスト削減

- 基本設計の内容を精査し、医療機能を保持したまま縮小可能な部分を抽出し、面積の削減を目指す
- ライフサイクルコストの削減を目指す

#### 46億円のコスト削減の実現と更なる予備費の確保を実現

- 46億円のコスト削減を実現
- 新型コロナ対応に伴う施設整備の追加、療養環境の向上に伴う変更などにより、7.3億円の追加工事が発生したが、当初予算から約8千万円の予備費を残して竣工

### <CMRの助言内容の例>



	代表構成員	第2構成員	第3構成員
建築主体	全国	所在県	所在県
建設電気	全国	近隣県	所在県
建設空調	全国	所在県	所在県
建設管	全国	近隣県	所在県
昇降機	全国		
ES事業	全国		



病院部門面積 ベンチマークとの比較検証

病院特有設備の変更提案：手術室空調方式

地域経済の活性化

既存病院・新病院配置

(図は、当該CMの受注企業提供資料より（一部総務省で加工）)

# マイナンバーカードの健康保険証利用(オンライン資格確認)について

- オンライン資格確認の導入により、
  - ・ 医療機関・薬局の窓口で、患者の直近の資格情報等が確認でき、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による事務コストが削減できる。
  - ・ マイナンバーカードを用いた本人確認を行うことにより、医療機関や薬局において特定健診等の情報や診療／薬剤情報等を閲覧ができるようになり、より良い医療を受けられる環境となる。
- オンライン資格確認は、**令和5年4月から医療機関及び薬局において原則義務化。**

※令和4年12月23日の中医協答申において、**やむを得ない事情**(①令和5年2月までにベンダーと契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の保険医療機関、薬局(システム整備中)、②オン資に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されていない保険医療機関、薬局(ネットワーク環境事情)、③訪問診療のみを提供する保険医療機関、④改築工事中、臨時施設の保険医療機関、薬局、⑤廃止、休止に関する計画を定めている保険医療機関、薬局、⑥その他特に困難な事情がある保険医療機関・薬局)がある**保険医療機関・薬局は、期限付きの経過措置を受けることとなった。**

## 【公立病院の運用状況等】

(令和5年1月1日時点)

① 公立病院総数(一般行政病院含む)	…	878	} 合計 99.8%
② 令和5年1月1日時点開始済みの病院	…	841 (95.8%)	
③ 令和5年4月1日までに運用開始予定の病院	…	35 (4.0%)	

**原則義務化となる令和5年4月1日には概ね全ての公立病院で運用開始済みとなる見込み。あわせて、公立診療所も、導入に向けた速やかな対応が必要。**

(参考) 民間病院等を含めた全病院での運用開始施設数(令和5年1月8日時点)

4,349施設／8,186施設(53.1%)

## (6) 経営の効率化等

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

### ① 経営指標に係る数値目標

- 経営の効率化は、地域の医療提供体制を確保し、良質な医療を継続的に提供していくためには、避けて通れないものであり、医療の質の向上等による収入確保や医薬品費、医療材料費等の経費節減に積極的に取り組むことが重要である。
- 経営指標について、全国の公立病院、民間病院等の状況も参考にしつつ、原則として、個々の病院単位を基本として経営強化プラン対象期間末時点における数値目標を定める。この場合、**経常収支比率及び修正医業収支比率については、下記②に述べる点を踏まえて必ず数値目標を設定**するとともに、自らの経営上の課題を十分に分析し、**以下の例示も踏まえ、課題解決の手段としてふさわしい数値目標を定める**こととする。
  - 1) 収支改善に係るもの：経常収支比率、医業収支比率、修正医業収支比率、不良債務比率、資金不足比率、累積欠損金比率 など
  - 2) 収入確保に係るもの：1日当たり入院・外来患者数、入院・外来患者1人1日当たり診療収入、医師（看護師）1人当たり入院・外来診療収入、病床利用率、平均在院日数、DPC機能評価係数など診療報酬に関する指標 など
  - 3) 経費削減に係るもの：材料費・薬品費・委託費・職員給与費・減価償却費などの対修正医業収益比率、医薬材料費の一括購入による○%削減、100床当たり職員数、後発医薬品の使用割合 など
  - 4) 経営の安定性に係るもの：医師・看護師・その他医療従事者数、純資産の額、現金保有残高、企業債残高 など

### ② 経常収支比率及び修正医業収支比率に係る目標

- 公立病院が、地域の医療提供体制の中で、適切に役割・機能を果たし良質な医療を提供していくためには、一般会計等から所定の繰出が行われれば「経常黒字」となる水準を早期に達成し、これを維持することにより、持続可能な経営を実現する必要がある。
- このため、当該病院が担っている不採算医療等を提供する役割・機能を確保しつつ、**対象期間中に経常黒字（経常収支比率が100%以上）化する数値目標を定める**べきである。その上で、**修正医業収支比率についても、所定の繰出が行われれば経常黒字が達成できる水準となるように数値目標を定め**、その達成に向け、本業である修正医業収支の改善に向けた取組を進めるべきである。
- **仮に対象期間中に経常黒字化する数値目標の設定が著しく困難な場合には、経常黒字化を目指す時期及びその道筋を記載**する。
  - ⇒ (1)③の機能分化・連携強化及び(3)経営形態の見直しにおいて、特に十分な検討を行うよう求めている。

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

※ **対象期間中に経常黒字化する数値目標の設定が著しく困難な公立病院については、機能分化・連携強化や経営形態の見直しの必要性を含めて、都道府県が特に積極的な助言や提案を行うことが期待される。**

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

## (6) 経営の効率化等

○：考え方 ●：プラン記載事項 ※：留意事項

### ③ 目標達成に向けた具体的な取組

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

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

病院事業においては、単なる人件費の抑制・削減では収益改善につながらず、むしろ積極的に医師・看護師等を確保することで収益改善につながるケースがあることにも留意すべきである。
- ※ **2) マネジメントや事務局体制の強化**

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

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

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

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

### ④ 経営強化プラン対象期間中の各年度の収支計画等

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

# 令和5年度「地方公共団体の経営・財務マネジメント強化事業」

- 人口減少が進展する一方で、インフラ資産の大規模な更新時期を迎える中、財政・経営状況やストック情報等を的確に把握し、「見える化」した上で、中長期的な見通しに基づく持続的な財政運営・経営を行う必要性が高まっている
- しかしながら、地方公共団体においては、人材不足等のため、こうした経営・財務マネジメントに係る「知識・ノウハウ」が不足し、小規模市町村を中心に公営企業会計の適用やストックマネジメント等の取組が遅れている団体もあるところ

➡ **地方公共団体の経営・財務マネジメントを強化し、財政運営の質の向上を図るため、総務省と地方公共団体金融機構の共同事業として、団体の状況や要請に応じてアドバイザーを派遣**

## 事業概要

### (1) アドバイザーを派遣する支援分野

- 公営企業・第三セクター等の経営改革
  - ・ DX・GXの取組
  - ・ 経営戦略の改定・経営改善
  - ・ 公立病院経営強化プランの策定及び経営強化の取組
  - ・ 上下水道の広域化等
  - ・ 第三セクターの経営健全化
- 公営企業会計の適用
- 地方公会計の整備・活用
- 公共施設等総合管理計画の見直し・実行（公共施設マネジメント）
- 地方公共団体のDX
- 首長・管理者向けトップセミナー

### (2) 支援の方法

個別市区町村に継続的に派遣（各都道府県市区町村担当課等と連携して事業を実施）

都道府県に派遣

課題対応アドバイス事業	課題達成支援事業	啓発・研修事業
市区町村・公営企業が直面する課題に対して、当該課題の克服等、財政運営・経営の改善に向けたアドバイスを必要とする場合に団体の要請に応じて派遣	上記の支援分野の実施に当たり、知識・ノウハウが不足するために達成が困難な市区町村・公営企業に、技術的・専門的な支援を行うために派遣	都道府県が市区町村・公営企業の啓発のため支援分野の研修を行う場合に派遣

※アドバイザーの派遣経費（謝金、旅費）は、地方公共団体金融機構が負担

### (3) 事業規模

- 約6億円（約1,400団体・公営企業への派遣を想定）

# 公立病院医療提供体制確保支援事業【R3創設】

公益社団法人  
地域医療振興協会

持続可能な質の高い地域医療提供体制の  
確保に向けた**公立病院の支援に関する協定**

## 【支援内容例】

- ①病院機能・経営見直し助言
- ②指定管理者の受託
- ③医師等出向による診療支援
- ④遠隔診療支援
- ⑤医療人材研修 等

※②～⑤に要する経費は通常の病院運営経費として病院負担(一部既存の地方財政措置あり)

総務省

## 【基礎的支援】※総務省と地方公共団体金融機構(JFM)の共同事業

地域医療振興協会からアドバイザーを継続派遣

- ・「地方公共団体の経営・財務マネジメント強化事業」として実施(アドバイザー派遣経費はJFM負担)。具体的には以下のとおり。

医療政策に関する国の動き、診療報酬改定等の説明  
支援事業主体による病床機能、経営形態の見直しの事例紹介  
支援対象病院の求めに応じた病床機能・経営形態の見直しに係る助言及び提案

## 【専門的支援】※総務省と地域医療振興協会の共同事業

地域医療振興協会の支援メニューを活用した  
診療・経営改革支援の実施計画作成

- ・地域医療振興協会が支援対象市町村と協定を締結して実施
- ・支援期間・費用は市町村と地域医療振興協会にて協議。**一般会計繰出額の8割について特別交付税措置**(措置上限額4百万円)
- ・支援対象市町村は**公募**を行い、地域医療振興協会・都道府県の意見を踏まえて**総務省が決定(3~5団体/年)**

病床機能転換等を検討する  
中小規模市町村立病院

へき地等に所在する三百床未満程度の病院を想定

- ・市町村は病床機能転換等の検討状況に応じて**基礎的支援・専門的支援を選択して応募**
- ・支援対象病院が「**実施計画の執行**」も希望する場合は**地域医療振興協会による指定管理等も相談可能**

### <R3実績>

基礎的支援：南魚沼市民病院(新潟県南魚沼市)、国保備前病院(岡山県備前市)

専門的支援：有田市民病院(和歌山県有田市)

### <R4実績>

専門的支援：有田市民病院(和歌山県有田市)(継続)

基礎的支援：小竹町立病院(福岡県小竹町)



## 第3 都道府県の役割・責任の強化

---

### 第3 都道府県の役割・責任の強化 ①

#### 1 市町村の経営強化プラン策定に当たっての助言

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

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

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

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

#### 2 管内公立病院の施設の新設・建替等に当たっての助言

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

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

## 第3 都道府県の役割・責任の強化 ②

### 3 都道府県立病院等の役割

- **市町村の中小規模の病院の経営を強化する観点からは、都道府県立病院等（都道府県が参画する一部事務組合、広域連合又は地方独立行政法人の病院を含む。以下同じ。）の果たす役割は大きい。**こうした都道府県立病院等が、過疎地域や離島を含めた地域における医師・看護師等の確保に重要な役割を果たしているケースとして、以下の事例がある。
  - 1) 県立中央病院や県が参画する機能分化・連携強化により整備された基幹病院から過疎地域等の中小病院に医師を派遣する事例
  - 2) 県と離島に所在する市町村とで組織する広域連合や一部事務組合が運営する病院を起点とし、離島の病院や町村立の診療所に医師を派遣する事例
  - 3) 県と市町村とで構成する地方独立行政法人が、地域医療連携推進法人制度も活用し、関係病院等間で医師・看護師等を相互に派遣する事例
- 今後、人口減少や医師・看護師等の不足により過疎地域等の病院経営がますます厳しくなる中で、持続可能な地域医療提供体制を確保していくためには、こうした事例も参考にしつつ、**比較的医療資源が充実し、経営基盤も安定した都道府県立病院等が、不採算地区病院をはじめとする中小規模の公立病院・診療所との連携・支援を強化していくことが重要**である。

※ 都道府県立病院等は、持続可能な地域医療提供体制を確保していく上で大きな役割・責任を有している都道府県が設置する病院であることから、当該病院が属する地域全体の医療提供体制の確保や地域医療構想の実現のために、不採算地区病院をはじめとする中小規模の公立病院との機能分化・連携強化や医師・看護師等の派遣などに積極的に取り組むことが期待される。

なお、その際には、今般拡充した財政措置（本ガイドライン第5(2)(3)及び財政通知に記載）の活用が可能である。

### 4 都道府県庁内における部局間の連携

- 上記1から3までのような助言等を都道府県が適切かつ効果的に実施していくためには、市町村の行財政運営や公営企業の経営について助言する立場にあり、市町村執行部とも意思疎通を図る機会の多い**市町村担当部局と、医療政策担当部局や病院事業担当部局が連携・協力して、市町村への助言や調整を行っていくことが重要**である。

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

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

# 公立病院経営強化に係る都道府県の実施状況

## 調査結果

### ③ 都道府県庁の実施状況

- 公立病院への調査に加えて、都道府県に対して公立病院経営強化に係る実施状況について調査を実施した。
- **都道府県内**（市町村担当課、医療政策担当課、県立病院担当課）の**連携状況**については、**41都道府県が連携している**。今回の調査を機に連携を深化させた都道府県もあった。
- **経営強化プランの策定段階から地域医療構想調整会議の意見を聴く機会を**については、**39都道府県が設けておらず**、うち、**13都道府県は検討中**としている。
- **市町村のプラン策定に係る助言の実施状況**については、**35都道府県が実施している**又は**実施予定あり**としている一方、**12都道府県は検討中**としている。
- **都道府県立病院等と中小規模の病院・診療所との連携・支援の状況**については、**26都道府県が連携・支援を行っている**が、**17都道府県が検討中**としており、その他を含む**21都道府県**については**連携・支援が行われていない**。

#### ○都道府県庁の実施状況

（単位：都道府県）

都道府県庁内における 部局間の連携			策定段階から地域医療構想調整会議の 意見を聴く機会を設けるかどうか			市町村のプラン策定に係る 助言の実施状況			都道府県立病院等における、 不採算地区病院をはじめとする 中小規模の公立病院・診療所との 連携・支援の対応方針			
連携 している	連携予定 あり	検討中	設けている	設ける予定 あり	検討中	実施 している	実施予定 あり	検討中	連携・支援を 強化予定	現在の連携・ 支援を継続 予定	検討中	その他
41	6	0	8	26	13	17	18	12	10	16	17	4
			39			35			26		21	