

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

第1 公立病院経営強化の必要性

1 公立病院の経営状況

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、多くの公立病院において、経営状況の悪化や医師不足等のために、医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっていたことから、「公立病院改革ガイドライン」(平成19年12月24日付け総務省自治財政局長通知)及び「新公立病院改革ガイドライン」(平成27年3月31日付け総務省自治財政局長通知。以下「新改革ガイドライン」という。)を策定し、病院事業を設置する地方公共団体に対し、公立病院改革プラン及び新公立病院改革プランの策定を要請してきたところである。

これまで各地方公共団体において、再編・ネットワーク化や経営形態の見直しなど、病院事業の経営改革の取組が行われてきた(資料1)が、依然として、医師・看護師等の不足、人口減少や少子高齢化の急速な進展に伴う医療需要の変化、医療の高度化といった経営環境の急激な変化等を背景とする厳しい環境が続いており、持続可能な経営を確保しきれない病院も多いのが実態である。中でも不採算地区病院をはじめとする中小規模の病院においては、医師・看護師等の確保が進んでおらず、特に厳しい状況に置かれているため、経営強化の取組により、持続可能な地域医療提供体制を確保していく必要がある。

2 新型コロナウイルス感染症対応における公立病院の役割と課題

公立病院は、新型コロナウイルス感染症への対応において、積極的な病床確保と入院患者の受入れをはじめ、発熱外来の設置やPCR検査、ワクチン接種等で中核的な役割を果たしているところであり、感染症拡大時に公立病院の果たす役割の重要性が改めて認識された。

また、今般の感染症対応において、①機能分化・連携強化の取組により、新たに基幹病院として整備された公立病院からは、急性期機能が集約され、ICU等が増加するとともに、医師・看護師等の確保が進み、重症患者の受入れ等に効果を発揮した、②経営形態の見直しにより、地方独立行政法人化した公立病院からは、柔軟な人事・給与制度を通じ医師・看護師等の確保が進み、入院患者の受入れやワクチン接種の拡大といった対応の円滑化につながった、などの報告が寄せられている。

一方、感染拡大が進む中で、医療提供体制に特に多大な負荷がかかった地域においては、重症患者の受入病院、中等症・軽症患者の受入病院、周囲への感染リスクの低い回復期の患者の受入病院などに役割分担をし、患者の状態の変化に応じて転院させる等の対応が必要となったところであり、各病院の機能分化・連携強化等を通

じた役割分担の明確化・最適化や医師・看護師等の確保の取組を平時からより一層進めておく必要性が浮き彫りとなった。

3 国の医療政策の動向と公立病院の課題

国においては、今後も人口減少や少子高齢化が続く中、各地域において将来の医療需要を見据えつつ、新興感染症等や大規模災害などの緊急事態が発生した際にも機動的・弾力的に対応できるよう、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制を整備するため、地域医療構想や地域包括ケアシステム、医師の働き方改革や偏在対策といった各種施策を一体的に推進している。

地域医療構想については、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(平成26年法律第83号)により、都道府県が令和7年(2025年)の医療需要と病床の必要量を推計し、その実現に向けて取り組むこととされたところであり、各都道府県において取組が進められている。令和3年12月10日に開催された第7回地域医療確保に関する国と地方の協議の場においては、厚生労働省から、「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」との表明がなされた。これを踏まえ、新経済・財政再生計画 改革工程表 2021(令和3年12月23日経済財政諮問会議決定)では、各都道府県における第8次医療計画(令和6年度～令和11年度)の策定作業と併せて、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・見直しを求める」こととされたところであり、公立病院にもその対応が求められている。

医師の働き方改革については、「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」(平成30年法律第71号)により、時間外労働規制が医師にも原則として適用されることとなった。その後、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」(令和3年法律第49号)により、令和6年度から適用が開始されることとされた。医師の労働環境の改善は重要な課題であるが、現在でも医師不足に直面している公立病院にとって、多くの医師の時間外労働時間が短縮されることで、さらに厳しい状況となることが見込まれ、対策は喫緊の課題である。

医師偏在対策については、「医療法及び医師法の一部を改正する法律」(平成30年法律第79号)により、都道府県が医師確保計画を策定し、医学部における地域枠等の設定・拡充を行うなど、令和18年を目標年として様々な取組を進めることとされた。引き続き、国において構造的な対策を講じていくとともに、各都道府県においても、医師の偏在解消に向けた取組が求められる。

また、新興感染症等への対応については、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」により、第8次医療計画から「新興感染症等の感染拡大時における医療」が記載事項に追加されることも踏まえ、公立病院においても、感染拡大時に備えた平時からの取組を進める必要がある。

公立病院の経営強化は、こうした医療政策の動向を十分に踏まえながら進めていく必要がある。

4 公立病院経営強化の基本的な考え方

今後の公立病院経営強化の目指すところは、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、その中で公立病院が安定した経営の下でべき地医療・不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を継続的に担っていくことができるようにすることにある。

前述した公立病院が直面する様々な課題のほとんどは、医師・看護師等の不足・偏在や人口減少・少子高齢化に伴う医療需要の変化に起因するものである。これらの課題に対応し、持続可能な地域医療提供体制を確保するためには、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・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である。特に、機能分化・連携強化を通じて、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である。その際、公立病院間の連携のみならず、公的病院、民間病院との連携のほか、かかりつけ医機能を担っている診療所等との連携強化も重要である。

その上で、個々の公立病院の経営が持続可能となり、明確化・最適化した役割・機能を発揮し続けることが可能となるよう、経営強化の取組を進めていくことが必要である。

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、下記により公立病院経営強化プラン(以下「経営強化プラン」という。)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。

また、関係地方公共団体において、新改革ガイドラインによる新公立病院改革プランに基づき、再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に取り組んでいる場合であって

も、現在の取組状況や成果を検証するとともに、地域医療構想の実現や地域包括ケアシステムの構築の推進を図る観点も踏まえつつ、更なる経営強化のための取組について検討すべきであることから、経営強化プランを策定するものとする。

既に、自主的に新改革ガイドラインによる新公立病院改革プランの改定を行っている場合又は地方独立行政法人が地方独立行政法人法(平成15年法律第118号)に基づき中期計画を策定している場合には、本ガイドラインにおいて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ものである。

なお、「「経営戦略」の改定推進について」(令和4年1月25日付け総務省自治財政局公営企業課長、公営企業経営室長、準公営企業室長通知)に基づく経営戦略の改定の要請については、病院事業にあつては経営強化プランの策定をもって経営戦略の改定と取り扱うものとする。

1 経営強化プランの策定期間

公立病院が医師不足等による厳しい経営状況に直面する中、令和6年度から医師の時間外労働規制が開始されることで、さらに厳しい状況が見込まれるとともに、今般の新型コロナウイルス感染症対応では、感染拡大時に備えた平時からの取組の重要性が浮き彫りとなったところであり、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。

さらに今後、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。

以上のことを踏まえ、経営強化プランは令和4年度又は令和5年度中に策定するものとする。

2 経営強化プランの対象期間

経営強化プランは、策定年度あるいはその次年度から令和9年度までの期間を対象として策定することを標準とする。

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には、個々の公立病院が地域医療構想等を踏まえて、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・最適化することが重要である。その上で、当該役割・機能を果たすために必要となる医師・看護師等の確保と働き方改革、経営形態の見直し、新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組、施設・設備の最適化、経営の効率化等に取り組むことで、病院経営を強化することが必要である。

したがって、関係地方公共団体が策定する経営強化プランには、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

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。さらに基幹病院へのアクセス等により、二次医療圏や県域を越えて患者の流出入が生じている場合もあるなど、公立病院の置かれている状況は様々である。

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ウイルス感染症対応の経験などを踏まえて、地域の医療提供体制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)及び経営強化プランの対象期間の最終年度における当該公立病院の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、地域医療構想の対象外とされている精神医療についても、精神障害者の地域移行が求められていること、うつ病・認知症・発達障害・依存症等の患者や高齢化に伴う身体合併症を有する精神障害者の増加等により精神医療のニーズが高まっていることなどを踏まえ、総合的に必要な医療を受けられる体制を構築するため、多様な精神疾患の状態及び特性に応じた精神病床の機能分化、各種保健医療機関や福祉施設等との連携強化、長期入院者の退院支援等を進めることが重要である。そうした点を踏まえ、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、経営強化プランの対象期間の最終年度における当該公立病院の病床数や、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

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(平成元年法律第 64 号)においては、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を目的の一つに掲げており、「地域医療構想策定ガイドライン」(平成 29 年 3 月 31 日付け厚生労働省医政局長通知)においては、地域医療構想の中で将来の在宅医療の必要量を示すこととされているなど、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。

また、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」(平成 29 年法律第 52 号)により、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応を目的として、要介護者に対し、「長期療養のための医療」と「日常生活上の介護」を一体的に提供する「介護医療院」の制度が創設された。

こうした動きも踏まえ、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、例えば、緊急時における後方病床の確保や人材育成など在宅医療に関する当該公立病院の役割・機能を示す、住民の健康づくりの強化に当たっての具体的な役割・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。

③ 機能分化・連携強化

1) 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、連携を強化することが重要である。その際、連携強化の具体的な取組としては、(2)①に述べるように、基幹病院に確保された医師・看護師等の基幹病院以外の病院等への派遣を強化することが重要である。また、地域においてかかりつけ医機能を担っている診療所等との連携強化も重要であり、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。

これまで新改革ガイドライン等に基づき、機能分化・連携強化に取り組んだ公立病院においては、基幹病院に急性期機能を集約した結果、基幹病院における医師等の確保が進み、関係病院全体として医師等が大幅に増加した事例が多く見られる。また、基幹病院以外の病院においても、急性期機能を担う病

床を地域包括ケア病棟などの回復期機能を担う病床等に転換した結果、病床利用率や収支が改善した事例が多く見られる。このような取組を行った公立病院からは、新型コロナウイルス感染症への対応力の強化にもつながったとの報告も寄せられている。平成 27 年度から令和2年度までの間に実施済み又は実施中の機能分化・連携強化の事例は資料2のとおりである。

なお、上記①、②の検討を行うに当たっては、当該公立病院が現在担っている役割・機能を前提とするのではなく、他の病院等との役割分担と連携強化を進めることにより、地域全体として必要な医療提供体制を最大限効率的に確保するという視点を踏まえる必要がある。

2) 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、予定される公立病院等の機能分化・連携強化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。

なお、既に機能分化・連携強化に取り組んでいる場合であっても、現在の取組状況や成果を検証するとともに、持続可能な地域医療提供体制を確保する観点から、更なる取組の必要性について検討する。

特に、以下の公立病院については、今般の経営強化プランの策定のタイミングを捉え、地域の実情を踏まえつつ十分な検討を行い、必要な機能分化・連携強化の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、機能分化・連携強化に当たっては、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(昭和22年法律第67号)第252条の2第1項に規定する連携協約(以下「連携協約」という。)の締結、医療法第70条の5第1項に規定する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。

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ものである。一方、地方公営企業法(昭和 27 年法律第 292 号)又は地方独立行政法人法上、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。したがって、上記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 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。多くの地域においては、各々の病院があらゆる機能を持つとしても、医師・看護師等を確保できないばかりか、適切な勤務環境を確保できず、結果的に地域全体として適切な医療を提供できないこと、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。

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

上記(1)で定めた当該病院の役割・機能を果たすためには、医師・看護師等を確保するとともに、令和6年度から時間外労働規制が開始される医師の働き方改革に

適切に対応していくことが必要となることから、そうした取組について記載する。

① 医師・看護師等の確保

当該病院の果たすべき役割・機能に的確に対応した人員配置となるよう医師・看護師等の医療従事者を確保することは、持続可能な地域医療の確保、医療の質の向上、新興感染症の感染拡大時等の対応等、公立病院の機能強化を図る上で極めて重要である。

各公立病院においては、国における医師偏在対策や都道府県が策定する医師確保計画を踏まえ、地域医療支援センターや地域医療介護総合確保基金等を通じた取組、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、医師・看護師等の医療従事者を確保するための取組を強化すべきであり、そうした取組の概要を記載する。

その際、病院の役割や規模に応じた記載することが望ましい内容は、以下のとおりである。

1) 基幹病院

公立病院には、過疎地域等における一般医療、不採算・特殊部門に関わる医療、高度・先進医療、広域的な医師派遣の拠点機能など、地域全体の医療提供体制の確保に関し積極的な役割を果たすことが期待されるものであり、その役割・機能に対応した地方財政措置が講じられている。地域において中核的医療を行う基幹病院は、こうした役割・機能のうち主に高度・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。また、新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種への対応においては、都道府県立病院等が多数の医師・看護師等を派遣しており、こうしたことを契機に、中小規模の公立病院等への医師・看護師等の派遣を強化することが重要である。

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。

② 臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保

上記①の方策の1つとして、医師不足に直面する地方の公立病院においては、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、多施設合同カンファレンスへの参加を可能とするICT環境の整備など、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。

なお、こうした取組により若手医師等が不在となる際に、他の病院等から代替医師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。また、多施設合同カンファレンスを可能とするICT環境の整備についても、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。

また、臨床研修において1ヶ月以上行うこととされている地域医療研修については、不採算地区病院等で実施することにより、幅広い業務に責任を持って携わる経験を積むことができ、地域医療の最前線を学ぶ機会とな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、臨床研修医を受け入れる都市部の公立病院においては、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。

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となる情報システム等の整備を行う場合は、病院事業債（特別分）の対象となるので、参考にされたい。

また、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。

(3) 経営形態の見直し

① 経営形態の見直しに係る記載事項

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。

なお、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。

特に、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や、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においては、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。

② 経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項

経営形態の見直しに関し、考えられる選択肢並びにその利点及び留意事項は次のとおりである。なお、各経営形態の公立病院の経営状況は資料1のとおりである。

1) 地方独立行政法人化（非公務員型）

非公務員型の地方独立行政法人化は、地方独立行政法人法の規定に基づき、地方独立行政法人を設立し、経営を譲渡するものである。地方公共団体と別の法人格を有する経営主体に経営が委ねられることにより、地方公共団体が直営で事業を実施する場合に比べ、例えば予算・財務・契約、職員定数・人事・給与などの面でより自律的・弾力的な経営が可能となり、権限と責任の明確化に資することが期待される。ただし、この場合、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、人事面・財務面での自律性が向上し、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、今後の大きな課題である医師・看護師等の確保や働き方改革にも有効と考えられることにも留意すべきである。

また、地方独立行政法人化により、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。

なお、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

地方公営企業法の全部適用は、同法第2条第3項の規定により、病院事業に対し、財務規定等のみならず、同法の規定の全部を適用するものである。これにより、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ものである。

ただし、地方公営企業法の全部適用については、比較的取り組みやすい反面、経営の自由度拡大の範囲は、地方独立行政法人化に比べて限定的であり、また、制度運用上、事業管理者の実質的な権限と責任の明確化を図らなければ、民間的経営手法の導入が不徹底に終わる可能性がある。

このため、同法の全部適用によって所期の効果が達成されない場合には、地方独立行政法人化など、更なる経営形態の見直しに向け直ちに取り組むことが適当である。

3) 指定管理者制度の導入

指定管理者制度は、地方自治法第244条の2第3項の規定により、法人その他の団体であって当該普通地方公共団体が指定するものに、公の施設の管理を行わせる制度であり、民間の医療法人等（日本赤十字社等の公的医療機関、大学病院、社会医療法人等を含む。）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ものである。

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提供されるべき医療の内容、委託料の水準等、指定管理者に係る諸条件について事前に十分に協議し相互に確認しておくこと、③病院施設の適正な管理が確保されるよう、地方公共団体においても事業報告書の徴取、実地の調査等を通じて、管理の実態を把握し、必要な指示を行うこと、④医師・看護師等の理解を得ながら進めること、等が求められる。

4) 事業形態の見直し

当該公立病院が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、当該役割・機能を将来にわたって持続可能なものとする観点から、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。

なお、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譲渡先との十分な協議が必要である。

(4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

第1の2で述べたとおり、今般の新型コロナウイルス感染症対応では、上記(1)、(2)及び(3)の取組の必要性が浮き彫りとなったところであり、各公立病院は、新興感染症等の感染拡大時に備え、こうした取組を平時からより一層進めておく必要がある。

それに加え、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、公立病院は、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、新興感染症等の感染拡大時については、広く一般の医療連携体制にも大きな影響が及ぶため、発生後速やかに対応できるよう予め準備を進めておくことが重要である点が災害医療とも類似しており、新興感染症等の感染拡大時に備えて平時から役割分担の明確化や対応方針の共有等を行っておくことは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。

(5) 施設・設備の最適化

上記(1)で定めた当該病院の役割・機能を果たすため、必要となる施設・設備の最適化について記載する。

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。また、上記(1)により役割・機能を見直すに当たっては、病院施設の改修が必要となる場合もある。

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、下記(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。その際、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。また、CM方式¹、設計段階から施工者が関与する方式（ECI方式）²、設計施工一括発注方式³などの設計段階等において民間事業者等の専門的な知見を活用する新たな手法を活用することも考えられる。あわせて、新興感染症等の感染拡大時に当該病院が果たすべき役割・機能に必要な施設・設備を予め整備しておく必要性についても、新設・建替等に当たっては特に検討が必要である。

病院施設・設備の整備に際しては、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ことも重要であり、こうした観点から民間事業者のノウハウの活用を図る手法であるPPP/PFIを活用することも考えられる。その際、同方式の採用に当たっては、あらかじめ公・民間で適切なリスク負担のルールを定めること等に留意する必要がある。

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（オンライン資格確認）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とともに、医療において扱われる健康情報は極めてプライバシーに機微な情報であるため、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。

また、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、情報

¹ 対象事業のうち工事監督業務等に係る発注関係事務の一部又は全部を民間に委託する方式。監督職員が監督経験の少ない工事において、高度な技術力を要する判断・意思決定を行う必要がある場合に、CMR（Construction Manager の略で、監督職員・請負者以外の第三者として、監督業務の一部を補完する技術者チームを指す。）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。Construction Management の略。

² 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。Early Contractor Involvement の略。

³ 構造物の構造形式や主要諸元も含めた設計を、施工と一括して発注する方式。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。

セキュリティ対策の実施状況に係る点検や技術的支援等について協力を求めることも検討すべきである。

(6) 経営の効率化等

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。

このため、経営指標について、資料3及び資料4に掲げる全国の公立病院、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⁴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。

なお、指定管理者制度導入団体にあつては、指定管理者への財政支出の水準や、指定管理者から関係地方公共団体に提出された運営計画等をもって、数値目標や具体的取組に代えることも可能である。

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〇%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

⁴ 修正医業収支比率＝(入院収益＋外来収益＋その他医業収益)÷医業費用

※ 医業収益から他会計負担金、運営費負担金等を除いたもの(修正医業収益)を用いて算出した医業収支比率。

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。

このため経営強化プランにおいては、公立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。

なお、その際、一つの経営主体が複数の病院を持ち、その複数の病院が機能を補完しながら一体的に運営していると認められる場合には、複数の病院を合わせて経常黒字化の数値目標をつくることのできることにする。

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。参考までに、新改革ガイドラインに基づく取組例は資料1のとおりである。

また、経営の効率化に当たっては、特に以下の点に留意すべきである。

1) 役割・機能に的確に対応した体制の整備

当該病院の果たすべき役割・機能に的確に対応した施設基準・人員配置となるよう体制整備（例えば、地域包括ケア病棟への転換及びその基準に対応した看護師の配置、非稼働病床の廃止・機能転換など）を行うことにより医療の質の向上や効率化を図るとともに、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、公益社団法人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、(3)の経営形態の見直し等を通じて経営の自律性を高めることと併せて、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（外部からの登用も含む。）すべきである。

また、当該病院の果たすべき役割・機能に対応した所要の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、医療に関する制度やノウハウ、医療行為の解釈等に精通した専門の事務職員を確保・育成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地域の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コンサルタントやアドバイザーの活用により、経営改善に成功した事例が多くあることを踏まえ、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⁵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

上記取組の実施を前提として、経営強化プラン対象期間中の各年度の収支計画及び各年度における目標数値の見通し等を記載する。

なお、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、経営強化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。

第3 都道府県の役割・責任の強化

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。

都道府県は、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、下記3で述べるような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

⁵ 総務省と公益社団法人地域医療振興協会が連携して、へき地等に所在する中小規模の公立病院に対し、経営面及び診療面からの支援を一体的に行う事業。当該事業においては、指定管理者制度を含む経営形態の見直し等についても相談可能とされている。

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。

また、医師確保の取組については、都道府県の策定する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。

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。

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（各事例の詳細は、資料5のとおり）。

- 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。

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。

第4 経営強化プランの策定・点検・評価・公表

1 策定プロセス

公立病院の経営のあり方は、住民の福祉に直接関わるとともに、地方公共団体の財政運営にも関わる重要事項であるため、経営強化プランは、病院事業担当部局のみで策定するのではなく、一般会計の企画・財政担当部局や医療政策担当部局を含め、地方公共団体全体を通じて関係部局が連携して策定することが望ましい。また、当事者である病院職員はもとより、関係する他の地方公共団体（都道府県立病院等にあつては所在地域の市町村、市町村等の病院にあつては都道府県を含む。）、医師派遣元の大学や病院等、連携関係にある医療機関や地域の医師会等の関係者との意見交換を丁寧に行うとともに、その他の学識経験者や専門家等の知見も活用することが望ましい。

経営強化プラン策定後に議会、住民の理解を得るだけでなく、策定の各段階においても適宜、適切な説明を行い、十分な理解を得るように努めるべきである。

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

2 経営強化プランの点検・評価・公表

関係地方公共団体は、経営強化プランの実施状況について概ね年1回以上点検・評価を行い、その結果を公表するものとする。評価の過程においては、例えば有識者や地域住民等の参加を得て設置した委員会等に諮問するなどにより、評価の客観性を確保する必要がある。

この場合、この委員会等においては単に財務内容の改善に係る数値目標の達成状況のみならず、例えば、当該病院の医師・看護師等の参加を求めて、公立病院として期待される役割・機能の発揮の状況等についても併せて評価、検証することが望ましい。

3 積極的な情報開示

関係地方公共団体は、前項の点検・評価・公表に際し、立地条件や病床規模が類似した他の公立病院や民間病院等における状況等を併せて明らかにするなど、当該公立病院の現状について住民が理解・評価しやすいよう、積極的な情報開示に努めるものとする。また、前項の有識者等による委員会等の審議状況などについても報道

機関に積極的に公開するなど、住民の関心をできる限り高める工夫を凝らすことが必要である。

4 経営強化プランの改定

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

5 総務省における取組

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

第5 財政措置

総務省は、関係地方公共団体における公立病院の経営強化が円滑に進められるよう、都道府県が上記第3の1のとおり地域医療構想等との整合性を確認した経営強化プランに基づく取組を実施することに伴い必要となる経費（原則として令和4年度から令和9年度までの間に生じるものを対象とする）について、次のとおり財政上の措置を講ずることとする。なお、財政措置に係る詳細については、別途通知する。

(1) 経営強化プランの策定等に係る措置

令和4年度及び令和5年度における経営強化プランの策定並びにその後の実施状況の点検・評価等に要する経費を地方交付税により措置する。

(2) 機能分化・連携強化に伴う施設・設備の整備等に係る措置

公立病院の機能分化・連携強化に伴う施設・設備の整備等に要する経費について、病院事業債（特別分）を充当することとし、その対象経費等を以下のとおり拡充する。

① 病院の整備費全体を対象経費とする要件の見直し

複数の病院を統合する場合のほか、複数病院の相互の医療機能を見直す場合で、かつ、基幹病院が医師派遣の増加等の支援を強化し、救急医療等の地域において必要とされる不採算地区病院の機能を維持する場合（経営主体を統合する場合には統合に係る協定書等、経営主体の統合を伴わない場合には連携協約等において、その旨が明示される場合に限る。）に、新たな基幹病院の整備費全体を対象経費とする。

② システム関係の対象経費の拡充

経営統合に伴うシステム統合をする場合のほか、関係病院等間の医療情報の共有や医師等の働き方改革に必要となる情報システム等の整備費を対象経費に追加する。

なお、新改革ガイドラインに基づく再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備等の継続分については、従前の例によるが、要件に該当する場合には新たな財政措置に移行することも可能とする。

(3) 医師派遣等に係る措置

医師派遣等に係る特別交付税措置については、看護師等医療従事者の派遣や、診療所への派遣を対象に追加し、派遣元に対する措置を拡充する。

これまでの公立病院改革の取組状況(再編・ネットワーク化、地域医療構想)

- これまでの公立病院改革における再編・ネットワーク化の実績

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

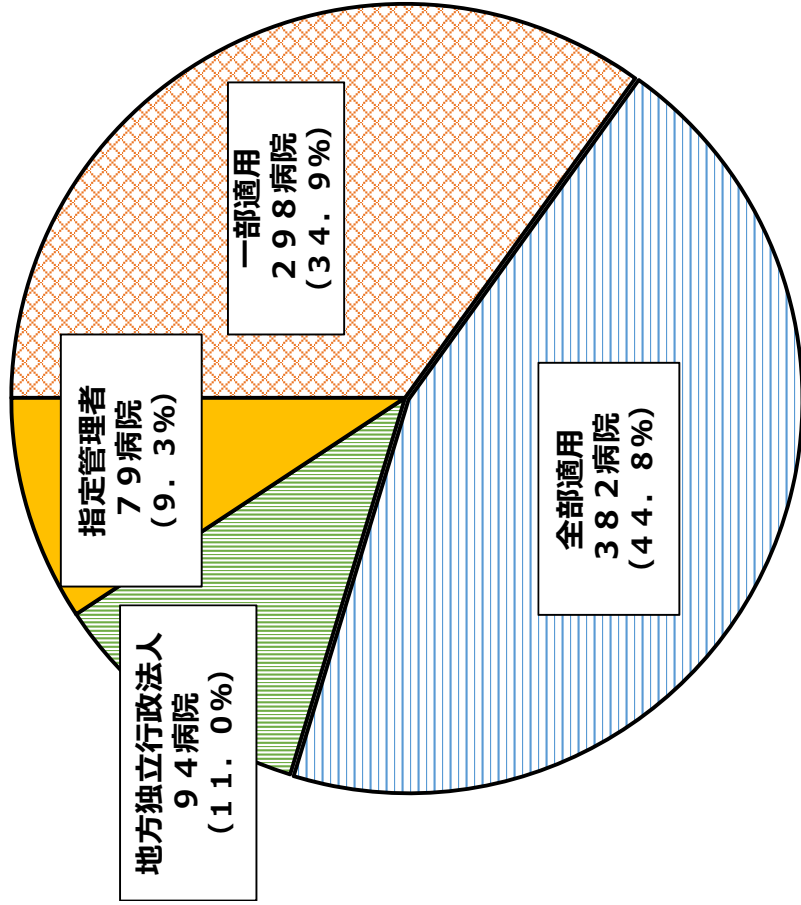
- 公立病院数及び病床数の比較

	H14 (ピーク時)	H20	R2	増減率 (H20→R2)	増減率 (H14→R2)
病院数	1,007	943	853	▲9.5%	▲15.3%
病床数	239,921	228,280	203,882	▲10.7%	▲15.0%

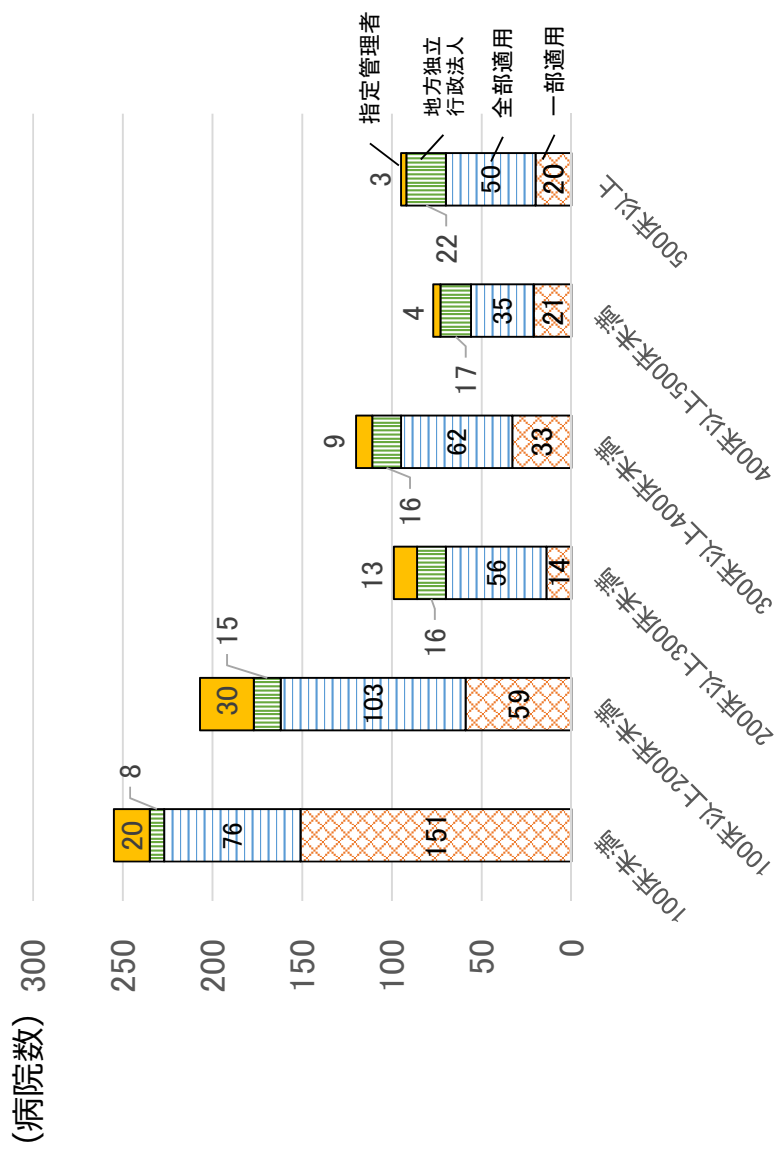
これまでの公立病院改革の取組状況(経営形態の見直し①)

○ 令和2年度末時点の経営形態の見直し状況

■ 公立病院の経営形態 (全体)



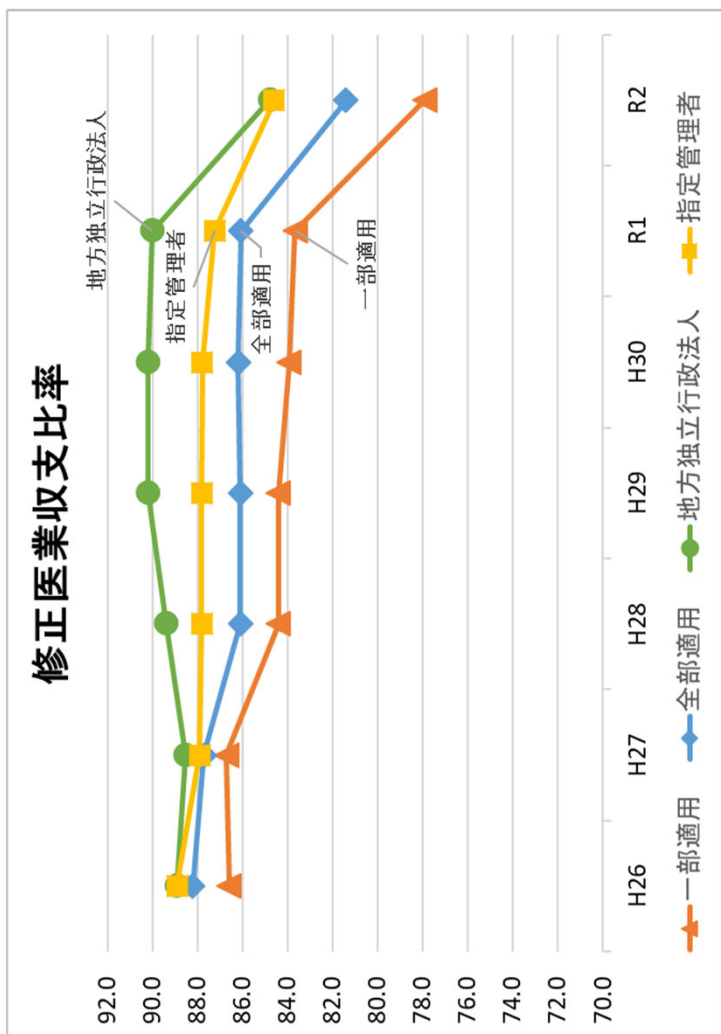
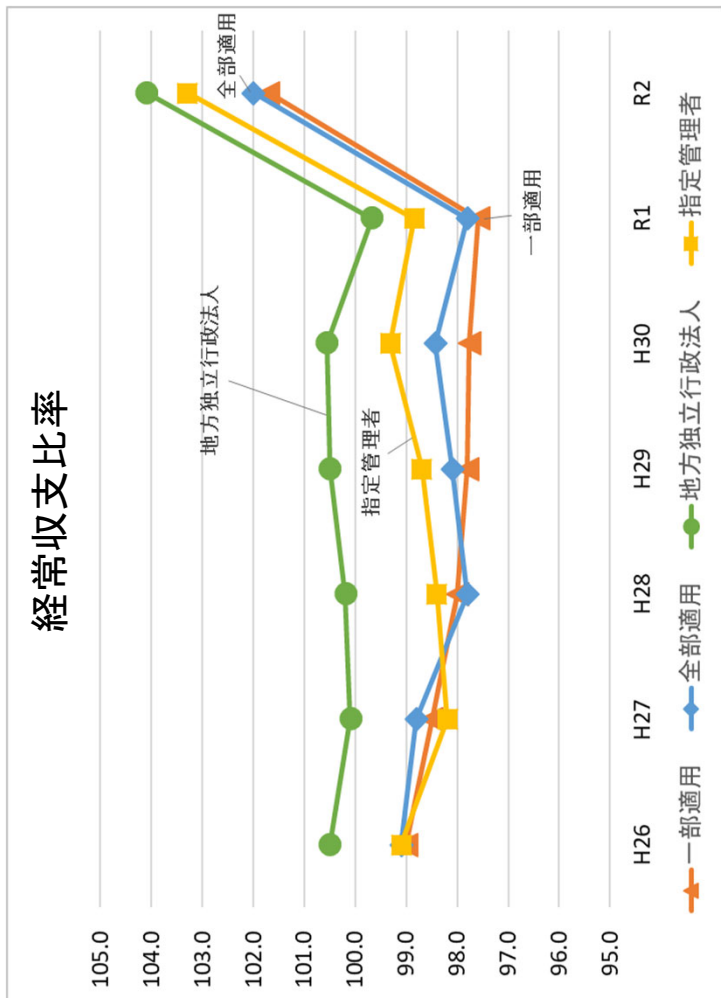
■ 公立病院の経営形態 (病床規模別)



これまでの公立病院改革の取組状況(経営形態の見直し②)

○ 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

※経常収支比率：医業費用、医業外費用に対する医業収益、医業外収益の割合を表し、通常の病院活動による収益状況を表す指標。

※修正医業収支比率：医業活動から生じる医業費用に対する他会計負担金等を除いた医業収益の割合を表す指標。

これまでの公立病院改革の取組状況(経営形態の見直し③)

- 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。

これまでの公立病院改革の取組状況(経営の効率化①)

○ 経営の効率化の数値目標達成に向けた取組例

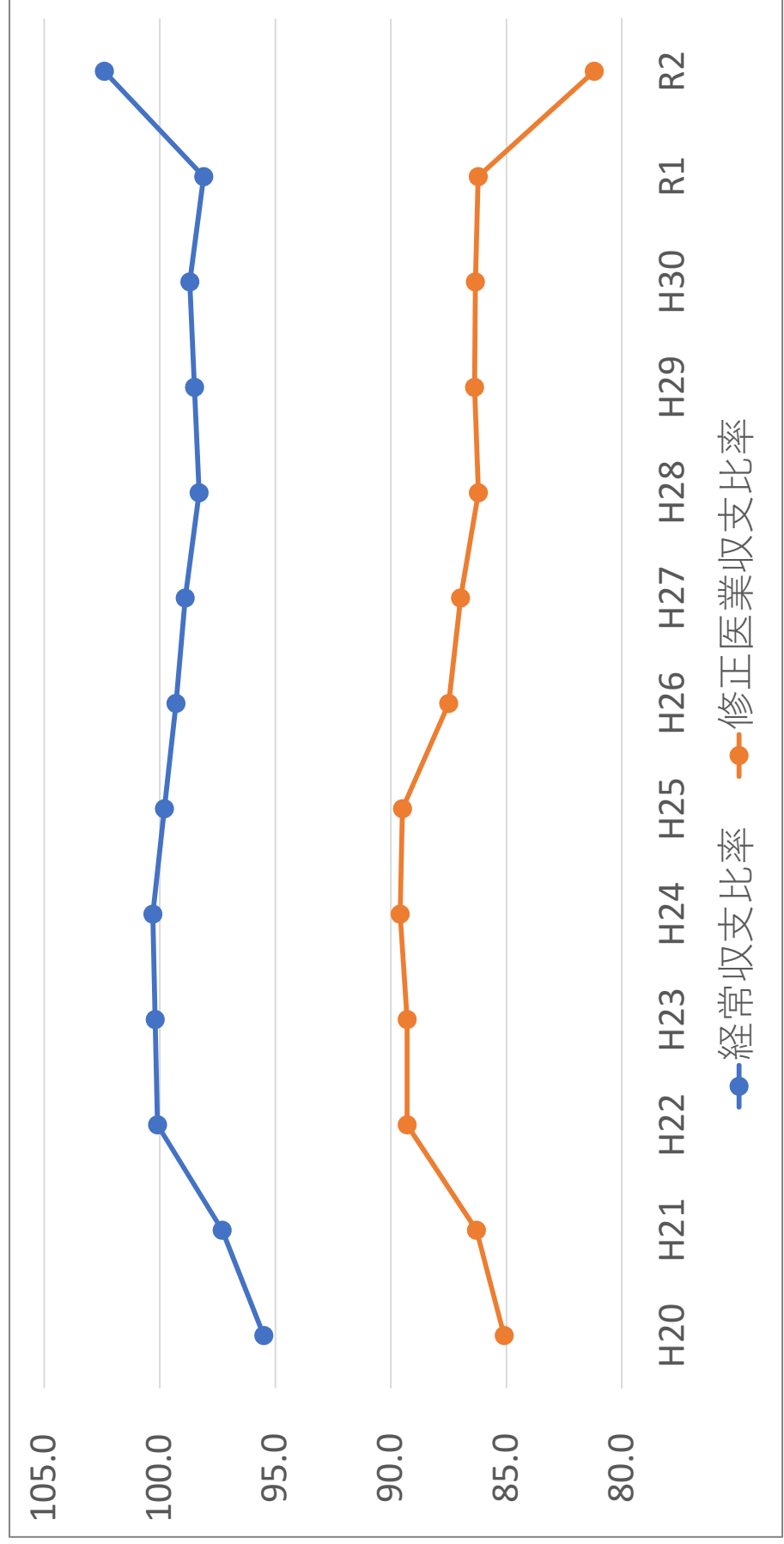
	取組内容
1	医師、看護師等の医療従事者の確保
2	患者サービスの向上
3	紹介率・逆紹介率の向上
4	診療報酬の請求漏れ・施設基準の届出漏れの点検
5	職員の経営意識向上のための会議・研修等の実施
6	委託業務の効率化
7	未収金の管理強化
8	医療機能・診療科の見直しによる診療報酬の確保・費用の適正化
9	競争入札の導入
10	施設・設備整備費等の抑制
11	薬剤、医療材料等の共同購入
12	長期契約の導入

※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)において、令和元年度決算が経常黒字の313病院のうち、3割以上の病院が選択した項目を取組病院が多い順に並べたもの(複数回答可)

これまでの公立病院改革の取組状況(経営の効率化②)

○ 経常収支比率と修正医業収支比率の推移 (平成20年度～令和2年度)

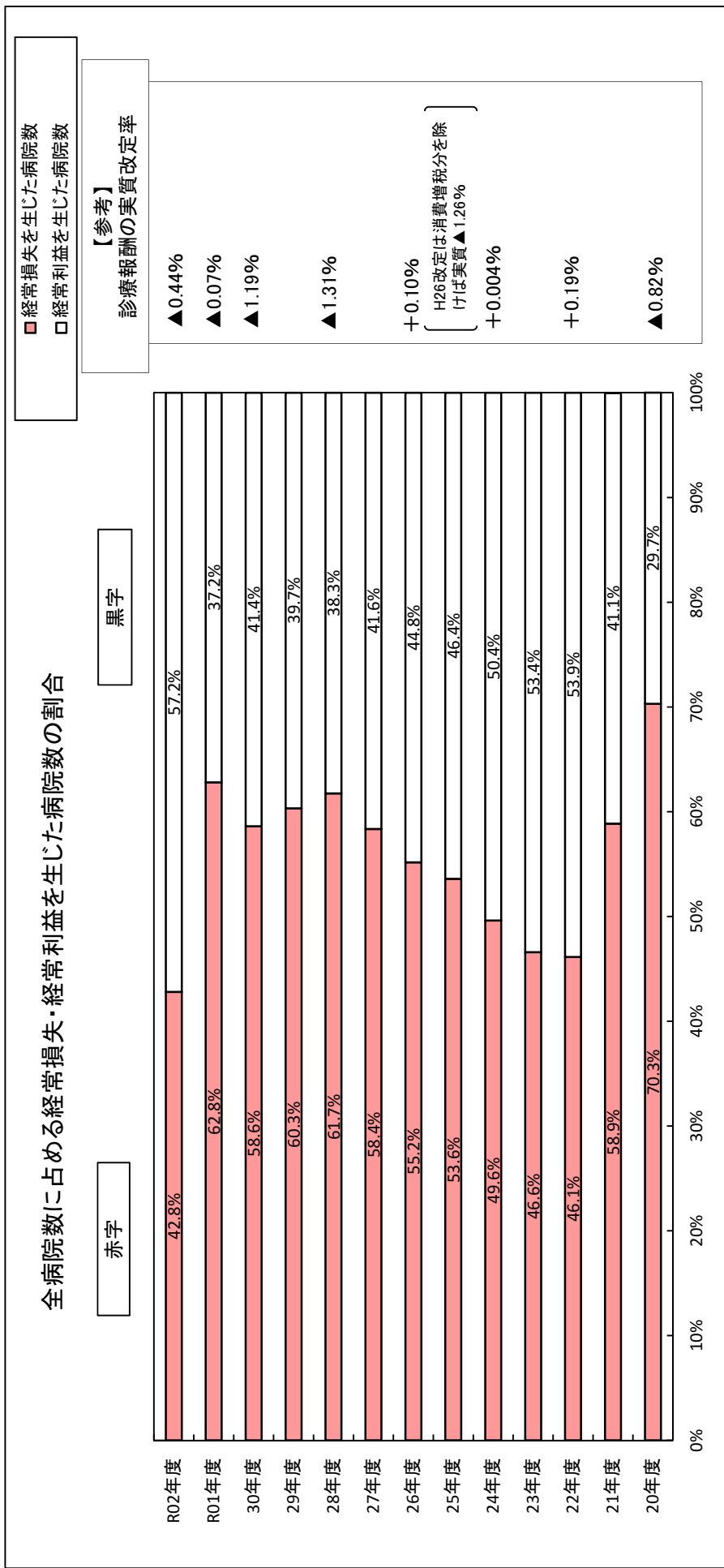
単位：%



※平成24年度以前は地方独立行政法人を含まない値

	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
経常収支比率	95.5	97.3	100.1	100.2	100.3	99.8	99.3	98.9	98.3	98.5	98.7	98.1	102.4
修正医業収支比率	85.1	86.3	89.3	89.3	89.6	89.5	87.5	87.0	86.2	86.4	86.3	86.2	81.2

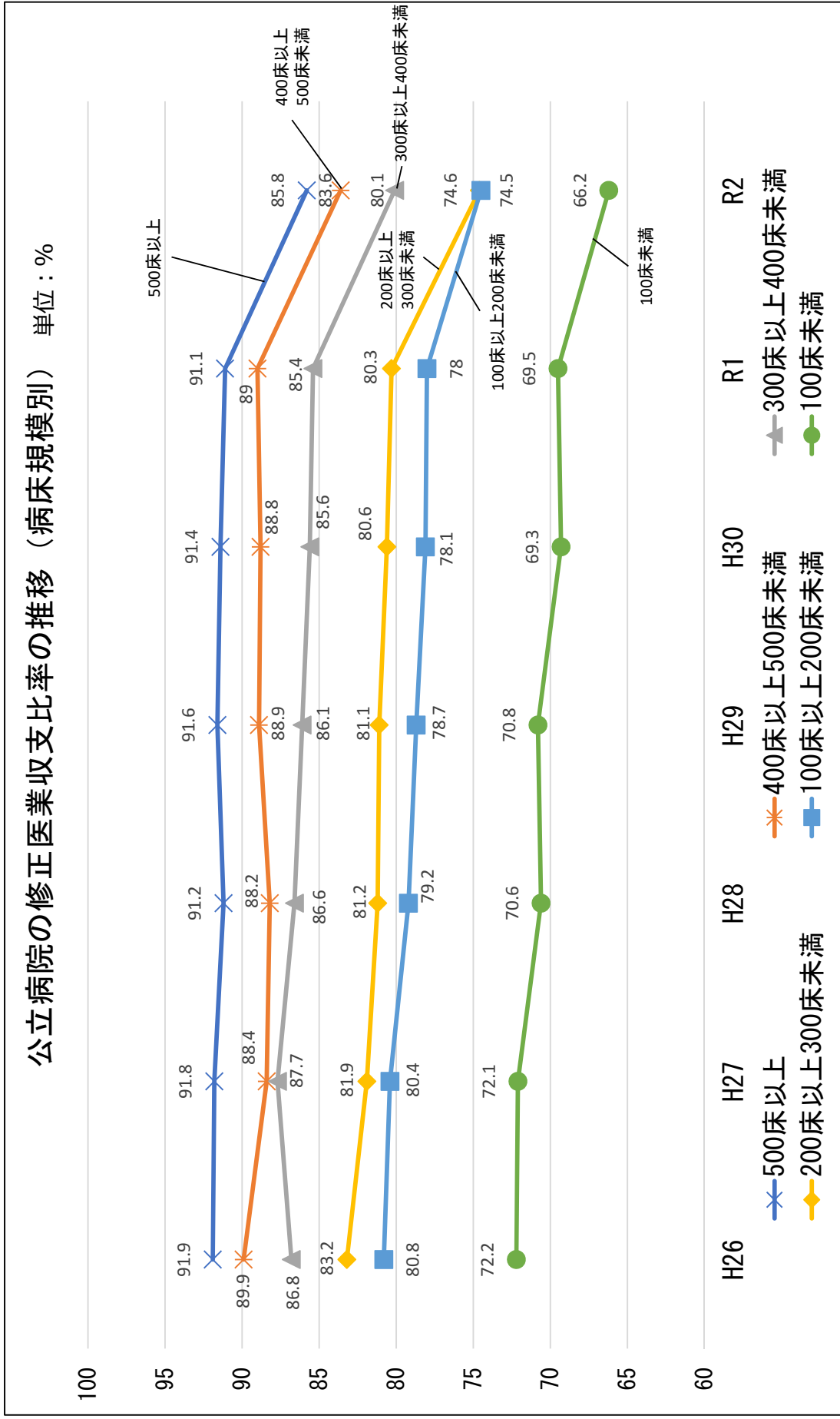
これまでの公立病院改革の取組状況(経営の効率化③)



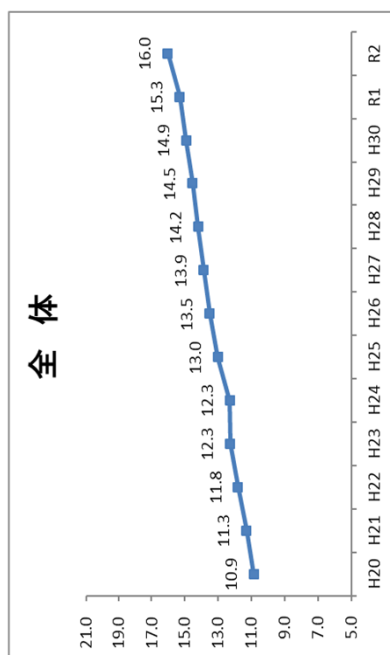
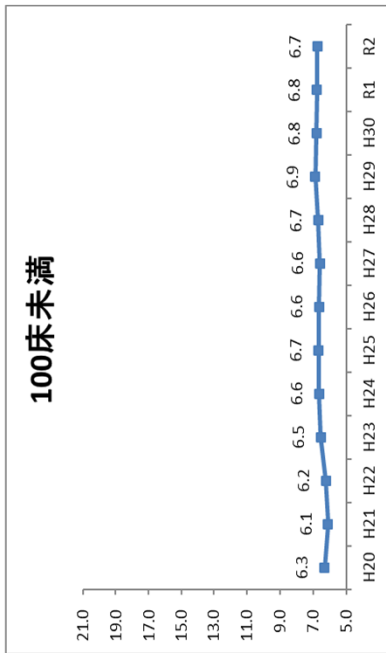
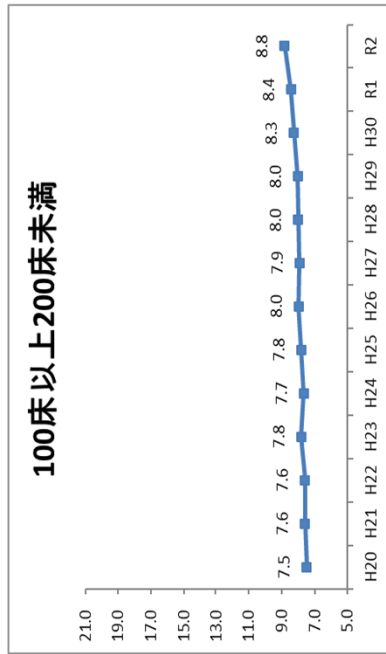
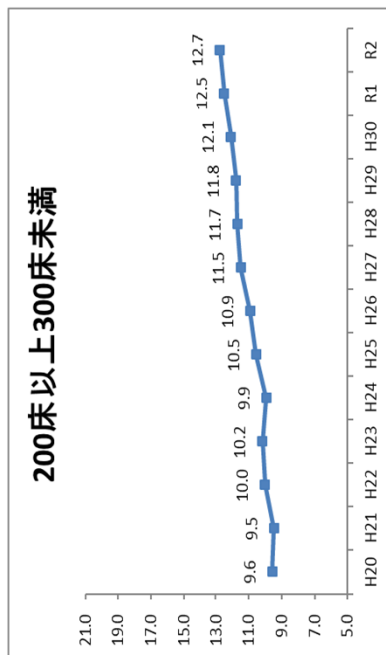
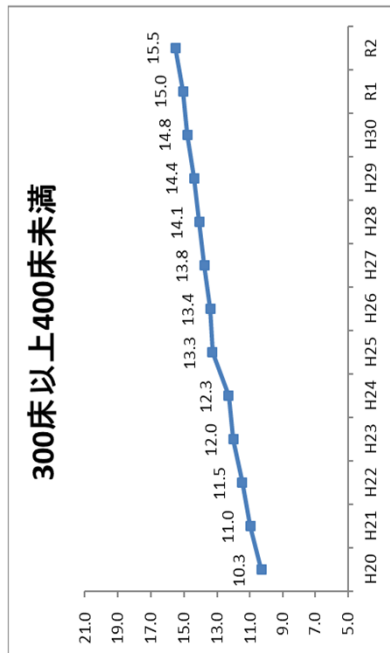
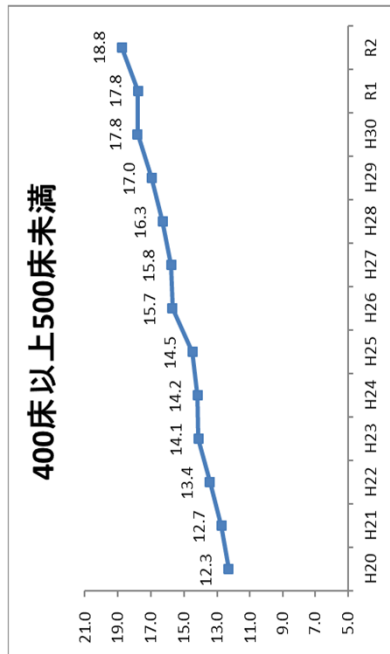
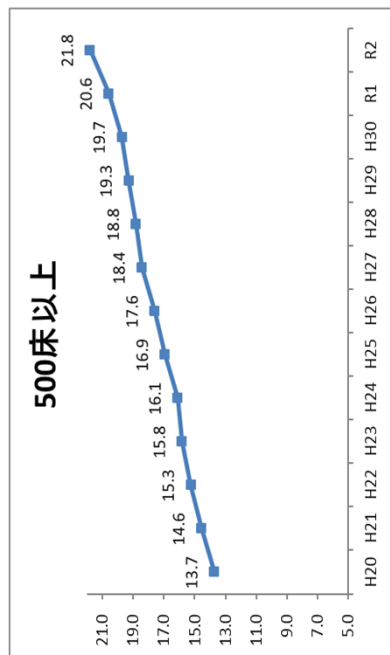
【赤字・黒字病院数の推移】(建設中を除く)

	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R01	R02	R02-R01増減
黒字病院	663	548	494	485	452	414	395	369	334	344	358	319	488	53.0%
赤字病院	280	383	423	423	445	478	486	517	539	523	507	538	365	▲32.2%
計	943	931	917	908	897	892	881	886	873	867	865	857	853	▲0.5%

これまでの公立病院改革の取組状況(経営の効率化④)



【参考】公立病院の病床規模別常勤医師数(100床当たり)の推移



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

平成27年度から令和2年度までの間に実施済み又は実施中の再編・ネットワーク化の事例

都道府県名	団体名	再編前	再編後
青森県		<p>概要：津軽地域において、弘前市立病院と国立病院機構弘前病院の機能を統合し、新病院を整備するとともに、黒石市国保黒石病院、大鰐町立大鰐病院、板柳町立国保板柳中央病院について病床規模の見直しや回復期・慢性期機能への転換により機能分化を進める予定である。</p>	
	弘前市 黒石市 大鰐町 板柳町	<p>(令和元年度) 弘前市立病院(250床) 国立病院機構弘前病院(342床) 黒石市国保黒石病院(257床) 大鰐町立大鰐病院(30床)※H31.2 30床削減 板柳町立国保板柳中央病院(80床)※H30.10 7床削減</p>	<p>(令和4年度予定) 国立病院機構弘前総合医療センター(仮称)(442床) 黒石市国保黒石病院(257床) 大鰐町立大鰐病院(19床)※有床診療所へ転換 板柳町立国保板柳中央病院(80床)</p>
青森県		<p>概要：2市4町で構成するつがる西北五広域連合にて、平成24年度に5病院の経営を統合した上で、平成26年度までに新たにつがる総合病院を整備するとともに、その他の病院の病床機能を順次再編した。令和7年度までに、更なる病床機能の見直しにより機能分化を進める予定である。</p>	
	五所川原市 つがる市 鱒ヶ沢町 深浦町 鶴田町 中泊町	<p>(平成20年度) 五所川原市立西北中央病院(416床) 公立金木病院(176床) 鱒ヶ沢町立中央病院(140床) つがる市成人病センター(92床) 鶴田町立中央病院(130床)</p>	<p>(平成26年度) つがる西北五広域連合 つがる総合病院(438床) かなぎ病院(100床) 鱒ヶ沢病院(100床) つがる市民診療所(無床) 鶴田診療所(無床)</p>
宮城県		<p>概要：東日本大震災により被災した市内2病院を統合し、新病院を整備した。(平成24年3月策定「石巻市立病院復興基本計画」に基づく再編事例)</p>	
	石巻市	<p>(平成22年度) 石巻市立病院(206床) 石巻市立雄勝病院(40床)</p>	<p>(平成28年度) 石巻市立病院(180床) 石巻市立雄勝診療所(無床)</p>
	宮城県 栗原市	<p>(平成28年度) 宮城県立循環器・呼吸器病センター(140床) 栗原市立栗原中央病院(300床)</p>	<p>(令和元年度) 栗原市立栗原中央病院(329床)</p>
大崎市		<p>概要：大崎市民病院(平成26年6月)及び同岩出山分院(平成24年3月)の移転新築に伴い、機能分化(大崎市民病院を高度医療・急性期医療を担う圏域の拠点病院として整備、同岩出山分院の初期・二次救急機能を強化)を実施した。段階的に、病床数見直しや回復期・慢性期機能への更なる機能分化を進める予定である。</p>	
	大崎市	<p>(平成20年度) 大崎市民病院(466床) 大崎市民病院鳴子温泉分院(170床) 大崎市民病院岩出山分院(95床) 大崎市民病院鹿島台分院(70床)</p>	<p>(平成30年度) 大崎市民病院(500床) 大崎市民病院鳴子温泉分院(80床) 大崎市民病院岩出山分院(40床) 大崎市民病院鹿島台分院(58床)</p>
秋田県	秋田県	<p>(平成26年度) 秋田県立脳血管研究センター(126床) (一財)秋田県成人病医療センター(127床)</p>	<p>(平成30年度) 秋田県立循環器・脳脊髄センター(184床) ※(一財)秋田県成人病医療センターは平成27年3月末廃止</p>
山形県		<p>概要：平成20年度に、山形県立日本海病院と酒田市立酒田病院を統合・再編し、地方独立行政法人化した。平成30年度に、酒田市立八幡病院を無床診療所に転換し、他の酒田市運営の5診療所とあわせて山形県・酒田市病院機構に統合し、日本海総合病院を中心に機能分化・ネットワーク化を実施した。</p>	
	山形県 酒田市	<p>(平成19年度) 山形県立日本海病院(528床) 酒田市立酒田病院(400床)</p> <p>(平成20年度) ((地独)山形県・酒田市病院機構) 日本海総合病院(525床) 酒田医療センター(235床)</p> <p>(平成23年度) ((地独)山形県・酒田市病院機構) 日本海総合病院(646床) 日本海総合病院 酒田医療センター(114床)</p>	<p>(平成29年度) ((地独)山形県・酒田市病院機構) 日本海総合病院(646床) 日本海総合病院 酒田医療センター(114床) 酒田市立八幡病院(46床)</p>

都道府県名	団体名	再編前	再編後
山形県		概要：米沢市立病院と（一財）三友堂病院の機能分化・医療連携を推進するため、同一敷地内に一体的な建物として両病院を建設し、令和5年度に、同時開院する予定。地域医療連携推進法人の枠組みの中で両病院の連携を進める予定である。米沢市立病院は、地方独立行政法人化も検討している。（一財）三友堂リハビリテーションセンターは、（一財）三友堂病院に集約化する予定である。	
	米沢市	(令和元年度) 米沢市立病院 (322床) (一財) 三友堂病院 (187床) (一財) 三友堂リハビリテーションセンター (120床)	→ (令和5年度予定) 米沢市立病院 (263床) (一財) 三友堂病院 (199床)
山形県		概要：基幹病院である公立置賜総合病院の病床規模を適正化するとともに、サテライト医療施設である公立置賜南陽病院を改築し、回復期機能を強化する。またサテライト医療施設である公立置賜長井病院の精神病床を、基幹病院に集約化し、基幹病院におけるリエゾン機能を強化する。公立置賜長井病院は改築に合わせて地域医療連携・在宅医療機能を強化する予定である（山形県、長井市、南陽市、川西町、飯豊町で置賜広域病院企業団を設立。）。	
	山形県 長井市 南陽市 川西町 飯豊町	(令和元年度) (置賜広域病院企業団) 公立置賜総合病院 (520床 (うち一般470床・精神46床)) ※H30.7一般病床26床を精神病床に転換 公立置賜南陽病院 (50床 (うち一般50床)) 公立置賜長井病院 (50床 (うち一般50床)) ※H30.3精神科病床60床削減	→ (令和4年度) (置賜広域病院企業団) 公立置賜総合病院 (496床 (うち一般446床・精神46床)) 公立置賜南陽病院 (50床 (うち一般50床)) 公立置賜長井病院 (50床 (うち一般50床)) ※新病院R4開院予定
福島県		概要：地域完結型の医療提供体制の構築を目指すため、南相馬市立小高病院の病床機能の一部を南相馬市立総合病院に移転することで南相馬市立総合病院を増床するとともに、南相馬市立小高病院は診療所化し在宅医療や遠隔診療等を推進するなど機能分担を行った。	
	南相馬市	(平成28年度) 南相馬市立総合病院 (230床) 南相馬市立小高病院 (99床)	→ (令和元年度) 南相馬市立総合病院 (300床) 南相馬市立総合病院附属小高診療所 (無床)
茨城県		概要：筑西市立筑西市民病院、筑西市と桜川市で構成する県西総合病院組合の県西総合病院、医療法人山王病院の3つの病院を統合・再編し、2つの新病院を設立して医療機能を統合・再編した。	
	筑西市 桜川市	(平成28年度) 筑西市立筑西市民病院 (173床) 県西総合病院 (299床) 医療法人山王病院 (79床)	→ (平成30年度) (地独) 茨城県西部医療機構 ※筑西市が設置 茨城県西部メディカルセンター (250床) 桜川市立さくらがわ地域医療センター (128床) ※医療法人隆仁会 (旧山王病院運営) が指定管理者として運営
群馬県		概要：渋川市立渋川総合病院と国立病院機構西群馬病院を統合・再編し、新たな国立病院機構渋川総合医療センターを整備した。	
	渋川市	(平成22年度) 渋川市立渋川総合病院 (154床) 国立病院機構西群馬病院 (380床)	→ (平成28年度) 国立病院機構渋川総合センター (450床)
千葉県		概要：身体・精神合併症患者等の受入体制の向上や災害時の包括的な医療提供体制の強化などを図るため、施設の老朽化・狭隘化が進む千葉県救急医療センターと千葉県精神科医療センターを統合し、令和5年度に千葉県総合救急災害医療センター（仮称）を開院する予定である。	
	千葉県	(令和元年度) 千葉県救急医療センター (100床) 千葉県精神科医療センター (50床)	→ (令和5年度) 千葉県総合救急災害医療センター（仮称） (150床)
新潟県		概要：新潟県立小出病院、新潟県立六日町病院、南魚沼市立ゆきぐに大和病院及び魚沼市立堀之内病院を統合・再編し、新たに新潟県立魚沼基幹病院、魚沼市立小出病院及び南魚沼市立南魚沼市民病院を整備したほか、病床規模等の見直しを行った。	
	新潟県 魚沼市 南魚沼市	(平成21年度) 新潟県立小出病院 (383床) 新潟県立六日町病院 (199床) 南魚沼市立ゆきぐに大和病院 (199床) 魚沼市立堀之内病院 (84床)	→ (平成27年度) 新潟県立魚沼基幹病院 (454床) 魚沼市立小出病院 (90床) 南魚沼市立南魚沼市民病院 (140床) 南魚沼市立ゆきぐに大和病院 (40床) 魚沼市立堀之内病院 (50床)
新潟県		概要：独立行政法人労働者健康福祉機構燕労災病院を県立化（H30.4に県へ移譲）した上で、（厚生連）三条総合病院と統合するとともに、公立・公的5病院（新潟県立燕労災病院、（厚生連）三条総合病院、新潟県立加茂病院、新潟県立吉田病院、（済生会）三条病院）の急性期機能を集約し、新潟県立県央基幹病院を整備する予定である。	
	新潟県	(令和元年度) 新潟県立燕労災病院 (300床) (厚生連) 三条総合病院 (199床)	→ (令和5年度予定) 新潟県立県央基幹病院 (400床) ※運営は指定管理（新潟県済生会）
富山県		概要：富山県立高志リハビリテーション病院、高志学園（病院）、高志通園センター（診療所）を統合・再編して、新たに富山県立富山県リハビリテーション病院・こども支援センターを整備するとともに、公営企業化した。	
	富山県	(平成24年度) 富山県立高志リハビリテーション病院 (150床) 富山県立高志学園 (76床) 富山県立高志通園センター (無床)	→ (平成27年度) 富山県立富山県リハビリテーション病院・こども支援センター (202床)
石川県		概要：加賀市立加賀市民病院と加賀市立山中温泉医療センターを統合し、新たに加賀市立加賀市医療センターを整備して医療資源を集約化した。	
	加賀市	(平成23年度) 加賀市立加賀市民病院 (226床) 加賀市立山中温泉医療センター (199床)	→ (平成28年度) 加賀市立加賀市医療センター (300床)

都道府県名	団体名	再編前	再編後
長野県	概要：岡谷市立岡谷病院と岡谷市立健康保険岡谷塩嶺病院の施設集約を段階的に進め、平成27年度に岡谷市立岡谷市民病院を整備し、施設を統合した。		
	岡谷市	(平成24年度) 岡谷病院 (264床) 健康保険岡谷塩嶺病院 (53床)	→ (平成27年度) 岡谷市民病院 (295床)
長野県	概要：松本市立国民健康保険会田病院の無床診療所化及び松本市立病院の病床削減と併せて機能分担を進めた。また、松本市立病院については令和8年度中の開院を目標として移転建替を進めている。		
	松本市	(平成29年度) 松本市立病院 (215床) 松本市立国保会田病院 (31床)	→ (平成30年度) 松本市立病院 (199床) ※H30.10に病床数削減 ※R4に基本設計に着手、R8年度中の開院を予定 松本市立四賀の里クリニック (無床) ※H30.4に診療所化
岐阜県	概要：中津川市立国民健康保険坂下病院の急性期・回復期機能を中津川市立中津川市民病院に集約するとともに、中津川市立国民健康保険坂下病院の一部を介護老人保健施設に転換することなどにより、病床見直しを行い機能分化を進めた。		
	中津川市	(平成29年度) 中津川市民病院 (360床) 国民健康保険坂下病院 (199床)	→ (令和元年度) 中津川市民病院 (360床) 中津川市国民健康保険坂下診療所 (19床) ※国民健康保険坂下病院の一部を介護老人保健施設に転換
岐阜県	概要：令和3年度に土岐市と瑞浪市で東濃中部病院事務組合を設立。土岐市立総合病院と瑞浪市に所在する東濃厚生病院 (JA岐阜厚生連) の医療機能を統合し、400床程度の新病院の整備を検討。統合までの間はJA岐阜厚生連を指定管理者として経営統合する予定である。		
	土岐市 瑞浪市	(令和元年度) 土岐市立総合病院 (350床) (厚生連) 東濃厚生病院 (270床)	→ (令和7年度予定) (東濃中部病院事務組合) 新病院 (400床程度) ※JA岐阜厚生連を指定管理者として運営予定
愛知県	概要：平成22年度に東海市と知多市で西知多医療構成組合を設立し、両市の病院事業を統合した。平成27年度に東海市民病院、東海市民病院分院、知多市民病院の3病院を統合し、公立西知多総合病院を整備した。		
	東海市 知多市	(平成21年度) 東海市立東海市民病院 (199床) 東海市立東海市民病院分院 (154床) 知多市立知多市民病院 (300床)	→ (平成22年度) (西知多医療厚生組合) 東海市民病院 (199床) 東海市民病院分院 (154床) 知多市民病院 (300床)
愛知県	概要：愛知県がんセンター愛知病院の経営を平成31年4月に岡崎市に移管するとともに、病床規模等の見直しを行った。		
	愛知県 岡崎市	(平成30年度) 愛知県がんセンター愛知病院 (276床) 岡崎市立岡崎市民病院 (715床)	→ (令和元年度) 岡崎市立愛知病院 (151床) 岡崎市立岡崎市民病院 (715床)
愛知県	概要：半田市と常滑市では、令和7年4月を目標に、地方独立行政法人知多半島総合医療機構 (仮称) を共同で設立し、病院経営を統合するとともに、病床規模等の見直しを行う予定である。		
	半田市 常滑市	(令和元年度) 半田市立半田病院 (499床) 常滑市立常滑市民病院 (267床)	→ (令和7年度予定) ((地独) 知多半島総合医療機構 (仮称)) 半田病院 (416床) 常滑市民病院 (266床)
三重県	概要：大台町立報徳病院を診療所化し、病床を (厚生連) 大台厚生病院に移行した。		
	大台町	(平成25年度) (厚生連) 大台厚生病院 (95床) 大台町立報徳病院 (30床)	→ (平成27年度) (厚生連) 大台厚生病院 (110床) 大台町立報徳診療所 (無床)
三重県	概要：平成21年10月に地方独立行政法人を設立するとともに医療法人和心会平田循環器病院を統合し、桑名市民病院の分院に再編した。平成24年4月には、医療法人山本総合病院と統合し、市民病院を桑名西医療センター、市民病院分院を桑名南医療センター、旧山本総合病院を桑名東医療センターとした。平成30年4月に3つの病院を統合・再編し、新たに桑名市総合医療センターを整備した。		
	桑名市	(平成20年度) 桑名市立桑名市民病院 (234床) 医療法人和心会平田循環器病院 (79床) 医療法人山本総合病院 (349床)	→ (平成24年度) ((地独) 桑名市総合医療センター) 桑名西医療センター (234床) 桑名南医療センター (79床) 桑名東医療センター (349床)
			→ (平成30年度) ((地独) 桑名市総合医療センター) 桑名市総合医療センター (400床)

都道府県名	団体名	再編前	再編後
滋賀県		概要：滋賀県立総合病院と滋賀県立小児保健医療センターを統合し、より効果的かつ効率的な診療・看護体制の構築を図る。令和6年度に既存施設のまま統合した上で、令和10年度に小児保健医療センターを総合病院の敷地内に移転建替する予定である。	
	滋賀県	(令和元年度) 滋賀県立総合病院 (535床) 滋賀県立小児保健医療センター (100床)	(令和6年度予定) 滋賀県立総合病院 (635床) → (令和10年度予定) 一部病棟移転建替え 滋賀県立総合病院 (603床)
滋賀県		概要：平成30年4月より守山市立守山市民病院は滋賀県済生会を指定管理者とし、令和2年度に近隣の3次救急指定病院である(済生会)滋賀県病院等の高度急性期病院との機能分化を図り、圏域内に不足する回復期機能を担うため、守山市立守山市民病院にリハビリテーションセンター等を備えた回復期機能を強化した。	
	守山市	(令和元年度) 守山市民病院 (199床 (うち、急性期111床)) (済生会) 滋賀県病院 (393床)	(令和2年度) 守山市民病院 (199床 (うち、急性期51床、回復期100床)) (済生会) 滋賀県病院 (393床)
京都府		概要：圏域内の4つの公的病院が有する特徴的な機能の充実・高度化を図り、互いの連携を強化していくとともに病床の見直しを行った。舞鶴市民病院については(日赤)舞鶴赤十字病院の隣接地に移転し、連携を強化した。	
	舞鶴市	(平成24年度) 国立病院機構舞鶴医療センター (339床) 国家公務員共済組合連合会舞鶴共済病院 (320床) (日赤) 舞鶴赤十字病院 (198床) 舞鶴市立舞鶴市民病院 (198床)	(平成27年度) 国立病院機構舞鶴医療センター (280床) 国家公務員共済組合連合会舞鶴共済病院 (310床) (日赤) 舞鶴赤十字病院 (198床) 舞鶴市立舞鶴市民病院 (100床)
大阪府		概要：大阪府、大阪市、大阪府立病院機構、大阪市民病院機構が共同で、急性期・総合医療センターの機能の一部と大阪市立住吉市民病院の機能を統合した大阪府共同住吉母子医療センターを急性期・総合医療センター敷地内に整備した。大阪市民立住吉市民病院は平成30年3月末で閉院し、大阪府共同住吉母子医療センターは平成30年4月から供用開始した。	
	大阪府 大阪市	(平成24年度) (地独) 大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター (768床) 大阪市民立住吉市民病院 (198床)	(平成30年度) (地独) 大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター (865床) (うち大阪府共同住吉母子医療センター (125床))
		概要：泉大津市立病院と社会医療法人人生長会府中病院の高度急性期・急性期機能を統合した新市立病院を令和6年度中に開院(運営は指定管理)するとともに、現市立病院は周産期医療と小児医療に、府中病院は回復期医療と地域包括ケアの機能にそれぞれ特化する予定である。また、これらの医療機関の機能統合、再編・ネットワーク化を円滑に進めるとともに、再編後における緊密な連携強化を図るため、地域医療連携推進法人を令和3年度に設立予定である。	
	泉大津市	(令和元年度) 泉大津市立病院 (230床) 医療法人人生長会・府中病院 (380床)	(令和6年度予定) 新泉大津市立病院(仮称) (300床) 市立小児・周産期センター(仮称) (82床) 医療法人人生長会・府中病院 (167床)
兵庫県		概要：兵庫県立尼崎病院と兵庫県立塚口病院を統合・再編し、新病院を整備した。	
	兵庫県	(平成21年度) 兵庫県立尼崎病院 (500床) 兵庫県立塚口病院 (400床)	(平成27年度) 兵庫県立尼崎総合医療センター (730床)
		概要：兵庫県立柏原病院と(日赤)柏原赤十字病院を統合・再編し、新病院を整備した。	
	兵庫県	(平成27年度) 兵庫県立柏原病院 (303床) (日赤) 柏原赤十字病院 (99床)	(令和元年度) 兵庫県立丹波医療センター (320床)
		概要：兵庫県立姫路循環器病センターと社会医療法人製鉄記念広島病院について、令和4年度に県を经营主体とする新病院に統合・再編する予定である。	
	兵庫県	(令和元年度) 兵庫県立姫路循環器病センター (330床) 医療法人製鉄記念広島病院 (392床)	(令和4年度予定) 兵庫県立はりま姫路総合医療センター (736床)
		概要：兵庫県立西宮病院と西宮市立中央病院について、令和7年度に県を经营主体とする新病院に統合・再編する予定である。	
兵庫県 西宮市	(令和元年度) 兵庫県立西宮病院 (400床) 西宮市立中央病院 (257床)	(令和7年度予定) 兵庫県立西宮総合医療センター(仮称) (552床)	
	概要：平成23年度に加古川市立病院と神鋼加古川病院(株式会社立)との間で経営統合及び地方独立行政法人化。平成28年度に2病院を統合し、新病院を整備した。		
加古川市	(平成21年度) 加古川市立加古川市民病院 (411床) (株)神鋼加古川病院 (198床)	(平成23年度) (地独)加古川市民病院機構 加古川西市民病院 (405床) 加古川東市民病院 (198床)	(平成28年度) (地独)加古川市民病院機構 加古川中央病院 (600床)
	概要：伊丹市立伊丹病院と公立学校共済組合近畿中央病院の2つの急性期医療を担う基幹病院を統合し、令和7年度に市を经营主体とする新病院を整備し、圏域内で不足する高度急性期医療を提供できる医療提供体制を構築する予定である。		
伊丹市	(令和元年度) 伊丹市立伊丹病院 (414床) 公立学校共済組合近畿中央病院 (445床)	(令和7年度予定) 伊丹市立伊丹総合医療センター(仮称) (602床)	
	概要：神河町立公立神崎総合病院、宍粟市立公立宍粟総合病院、姫路聖マリア病院の3つの病院における機能分担による病床削減、共同購入の実施、医師の相互派遣や医療情報の共有などの連携を推進した。		
神河町	(平成28年度) 神河町立公立神崎総合病院 (155床) 宍粟市立公立宍粟総合病院 (205床) 医療法人姫路聖マリア病院 (354床)	(令和元年度) 神河町立公立神崎総合病院 (140床) 宍粟市立公立宍粟総合病院 (205床) 医療法人姫路聖マリア病院 (354床)	

都道府県名	団体名	再編前	再編後
兵庫県	概要：川西市立市立川西病院と医療法人協会協立病院について、令和4年度に新病院に統合・再編する予定である。なお、平成31年4月から、川西市立市立川西病院は、医療法人協会を指定管理者として運営している。		
	川西市	(令和元年度) 川西市立市立川西病院 (250床) 医療法人協会協立病院 (313床)	(令和4年度予定) 川西市立総合医療センター (405床)
	概要：平成27年度に、公立豊岡病院に但馬こうのとり周産期医療センターを新たに整備し、但馬のハイリスク患者を受け入れるハード整備と、但馬地域全体で産婦人科医師確保を行い、産科医療を安定的に確保できる体制を強化した。		
	豊岡市 朝来市 養父市 香美町	(平成24年度) (公立豊岡病院組合) ※豊岡市と朝来市で構成 公立豊岡病院 (500床) 日高医療センター (100床) (公立八鹿病院組合) ※養父市と香美町で構成 公立八鹿病院 (420床)	(平成27年度) (公立豊岡病院組合) 公立豊岡病院 (498床) (うち但馬こうのとり周産期医療センター56床) 日高医療センター (99床) (公立八鹿病院組合) 公立八鹿病院 (420床)
	概要：公立朝来梁瀬医療センターと朝来和田山医療センターを統合して、平成28年度に新病院を開院した。		
	豊岡市 朝来市	(平成24年度) (公立豊岡病院組合) 公立朝来梁瀬医療センター (50床) 朝来和田山医療センター (139床)	(平成28年度) (公立豊岡病院組合) 公立朝来医療センター (150床)
奈良県	概要：令和5年度に、基幹病院である豊岡病院への急性期医療の更なる集約化と基幹病院以外の医療施設（日高医療センター・出石医療センター）の回復期医療への転換・充実を図る予定である。		
	豊岡市 朝来市	(令和元年度) (公立豊岡病院組合) 公立豊岡病院組合 (518床) 公立日高医療センター (99床) 公立豊岡病院出石医療センター (55床)	(令和5年度予定) (公立豊岡病院組合) 公立豊岡病院組合 (528床) 公立日高医療センター (43床) 公立豊岡病院出石医療センター (55床)
	概要：平成28年度に県南和地域の3つの公立救急病院を再編し、新設する南奈良総合医療センターに急性期機能を集約し、吉野病院及び五條病院の急性期機能を回復期・慢性期に転換するとともに、1市3町8村及び奈良県で構成する南和広域医療企業団を設立し、経営を統合した。		
奈良県 五條市 吉野町 大淀町 下市町 黒滝村 天川村 野迫川村 十津川村 下北山村 上北山村 川上村 東吉野村	(平成23年度) 奈良県立五條病院 (199床) 吉野町立国民健康保険吉野病院 (99床) 大淀町立大淀病院 (275床)	(平成28年度) (南和広域医療企業団) 南奈良総合医療センター (232床) 吉野病院 (96床) 五條病院 (90床)	
鳥取県	概要：鳥取県立中央病院と鳥取赤十字病院について、県立中央病院の新築建替に併せて病床機能を再編し、機能分化を進めた。		
鳥取県	(平成27年度) 鳥取県立中央病院 (431床) (日赤) 鳥取赤十字病院 (438床)	(平成30年度) 鳥取県立中央病院 (518床) (日赤) 鳥取赤十字病院 (350床)	
広島県	概要：広島市立安佐市民病院の建替えに伴い、救命救急機能や高度専門医療の充実強化を図るとともに、新設する安佐医師会病院（仮称）に回復期機能を集約させるなど、圏域の公立・公的病院の機能分化と連携（ネットワーク）を進める予定である。		
	広島県 広島市 安芸高田市 安芸太田町 北広島町	(令和元年度) 広島市立安佐市民病院 (527床) (厚生連) 吉田総合病院 (340床) 安芸太田町立安芸太田病院 (149床) 北広島町立豊平病院 (44床)	(令和4年度予定) 広島市立北部医療センター安佐市民病院 (434床) 安佐医師会病院（仮称） (102床) (厚生連) 吉田総合病院 (311床) 安芸太田町立安芸太田病院 (149床) 北広島町立豊平診療所（無床）
岡山県	概要：地域の医療連携の拠点として安定的かつ持続的な医療の提供を行っていくため、令和3年度に地方独立行政法人玉野医療センターを設立し、玉野市立玉野市民病院（公立）と（株）玉野三井病院（民間）の経営を統合した上で、令和6年度に新病院を整備する予定である。		
	玉野市	(令和元年度) 玉野市立玉野市民病院 (199床) (株) 玉野三井病院 (110床)	(令和3年度) (地独) 玉野医療センター 玉野市民病院 (199床) 玉野三井病院 (110床)
山口県	概要：周防大島町立の大島病院、東和病院及び橋病院について、東和病院の減床、橋病院の有床診療所化、診療科の見直し等の再編を実施した。		
	周防大島町	(令和元年度) 周防大島町立大島病院 (99床) 周防大島町立東和病院 (114床) 周防大島町立橋病院 (36床)	(令和2年度) 周防大島町立大島病院 (99床) 周防大島町立東和病院 (99床) ※15床減床 周防大島町立橋医院 (19床) ※有床診療所へ転換
徳島県	概要：災害時の医療機能維持、病床数の適正化を図るため、救急告示病院であった町立日和佐病院と町立由岐病院を統合・再編し、平成27年度に新病院を、平成29年度に新診療所を整備した。		
	美波町	(平成24年度) 美波町立国民健康保険日和佐病院 (30床) 美波町立国民健康保険由岐病院 (50床)	(平成29年度) 美波町立国民健康保険美波病院 (50床) 美波町立美波町医療保健センター（無床）

都道府県名	団体名	再編前	再編後
		概要：土庄町と小豆島町で小豆島中央病院企業団を設立し、新たに小豆島中央病院を整備するとともに、土庄中央病院及び内海病院は診療所化した。	
	土庄町 小豆島町	(平成23年度) 土庄町立土庄中央病院 (126床) 小豆島町立内海病院 (196床)	(平成28年度) (小豆島中央病院企業団) 小豆島中央病院 (234床) 小豆島中央病院土庄診療所 (無床) 小豆島中央病院内海診療所 (無床)
		概要：高松市立高松市民病院と高松市立香川病院を移転統合し、急性期機能を集約させた高松市立みんなの病院を平成30年9月に開院。また、山間部唯一の医療機関である高松市立高松市民病院塩江分院は、みんなの病院の附属医療施設として、多様な病態の初期医療への対応のほか、在宅療養を支援する新施設（無床診療所）として、令和8年度に開所する予定であり、病床機能の統合・分化を段階的に進めている。	
香川県	高松市	(平成21年度) 高松市立高松市民病院 (417床) 高松市立香川病院 (126床) 高松市立塩江病院 (87床) (平成22年度) 高松市立高松市民病院 (417床) 高松市立高松市民病院附属香川診療所 (無床) 高松市立高松市民病院塩江分院 (87床)	(平成30年度) 高松市立みんなの病院 (305床) 高松市立高松市民病院塩江分院 (87床) (令和8年度予定) 高松市立みんなの病院 (305床) 附属医療施設 (無床) ※新施設 (診療所) の開所
		概要：西予市立西予市民病院に休日・夜間の二次救急機能を集約するとともに、西予市立野村病院では一般病床数を減床、西予市立西予市民病院では療養病床から一般病床の一部を転換し、回復期病床、または地域包括ケア病床等に機能分化を進める予定である。また、療養病床については、介護医療院への転換等についても検討している。そのほか、市内開業医との連携や両市立病院、3次救急医療機関と連携を強化するため、令和2年度末に地域医療(診療)連携システムの構築を行った。	
愛媛県	西予市	(平成29年度) 西予市立西予市民病院 (154床) 西予市立野村病院 (109床)	(令和4年度予定) 西予市立西予市民病院 (154床) 西予市立野村病院 (70床)
		概要：令和3年度に小城市と多久市で多久小城医療組合を設立した上で、小城市立小城市市民病院と多久市立病院を統合し、令和7年度に新病院を開院する予定である。	
佐賀県	小城市 多久市	(令和2年度) 小城市立小城市市民病院 (99床) 多久市立病院 (105床)	(令和7年度予定) (多久小城医療組合) 新病院 (140床程度)
		概要：平成21年4月に長崎県と島原地域、五島地域及び対馬地域の5市1町が「長崎県病院企業団」を設立し、長崎県と長崎県離島医療圏組合の病院事業を統合した。平成27年度に対馬いづはら病院と中对馬病院を統合し、新たに對馬病院を開院するなど、医療提供体制の見直しを行った。	
長崎県	長崎県 島原市 南島原市 雲仙市 五島市 新上五島町 対馬市	(平成20年度) 【長崎県】 長崎県立精神医療センター (141床) 長崎県立島原病院 (254床) 【長崎県離島医療圏組合】 五島中央病院 (304床) 上五島病院 (186床) 対馬いづはら病院 (199床) 中对馬病院 (139床) 上対馬病院 (84床) 富江病院 (55床) 奈留病院 (54床) 有川病院 (50床) 奈良尾病院 (60床)	(平成27年度) 長崎県病院企業団 精神医療センター (139床、精神科基幹病院) 【基幹病院】 島原病院 (254床) 五島中央病院 (304床) 上五島病院 (186床) 対馬病院 (275床) 【地域病院】 上対馬病院 (60床) 富江病院 (55床) 奈留医療センター (19床) 有川医療センター (無床) 奈良尾医療センター (無床)
		概要：地方独立行政法人長崎市立病院機構を設立した上で、長崎市立市民病院と長崎市立成人病センターを統合し、新たに長崎みなとメディカルセンター市民病院を整備した。長崎市立野母崎病院は診療所化、長崎市立琴海病院は民間譲渡した。	
	長崎市	(平成21年度) 長崎市立市民病院 (414床) 長崎市立病院成人病センター (176床) 長崎市立野母崎病院 (65床) 長崎市立琴海病院 (61床)	(平成28年度) (地独) 長崎市立病院機構 長崎みなとメディカルセンター市民病院 (513床) 野母崎診療所 (無床)
		概要：平成29年度に公立玉名中央病院を地方独立行政法人化し、平成30年度に公立玉名中央病院と一般社団法人玉名郡市医師会の玉名地域保健医療センターが経営統合を行い、令和2年度 (R3.3.1~) に2つの病院を統合し、新病院「くまもと県北病院」を開院した。	
熊本県	玉名市 玉東町	(平成28年度) (公立玉名中央病院企業団) 公立玉名中央病院 (302床) 玉名地域保健医療センター (150床)	(平成30年度) (地独) くまもと県北病院機構 公立玉名中央病院 (302床) 玉名地域保健医療センター (150床) (令和2年度) (地独) くまもと県北病院機構 くまもと県北病院 (402床)
		概要：令和2年7月、沖縄県、北部12市町村及び北部地区医師会は、沖縄県立北部病院と北部地区医師会病院を統合し、新たに公立沖縄北部医療センターを整備することに合意した。公立沖縄北部医療センターは、北部医療圏で唯一の高度急性期及び急性期医療を担う病院となる予定である。	
沖縄県	沖縄県	(令和2年度) 沖縄県立県立北部病院 (327床) (公社) 北部地区医師会病院 (236床)	(令和10年度予定) 公立沖縄北部医療センター (450床 ※協議中) ※県及び北部12市町村が設置する一部事務組合が設置者 ※県及び北部12市町村等が設立する財団法人の指定管理

○ 経営効率化にかかる目標数値例
 (主な経営指標にかかる全国平均値の状況:令和元年度)

		経常収支 比率	医業収支 比率	職員給与と費 対医業収益	材料費対 医業収益	うち薬品費 対医業収益	減価償却費 対医業収益	委託料対 医業収益	病床利用率		
									計	うち 一般	うち 療養
計	民間病院	99.0%	98.8%	55.4%	22.6%	11.8%	5.2%	6.7%	80.1%	—	—
	公的病院(自治体以外)	98.9%	98.3%	51.4%	28.7%	18.3%	6.2%	6.7%	75.6%	—	—
	公立病院(黒字病院)	102.1%	95.7%	49.9%	25.8%	14.4%	7.3%	9.9%	78.0%	79.6%	78.8%
	公立病院(上位1/2)	104.2%	98.5%	49.0%	24.4%	13.6%	6.8%	10.1%	77.5%	78.4%	80.0%
	公立病院(一般病院全体)	98.1%	91.4%	53.3%	25.2%	13.5%	8.3%	10.5%	75.0%	76.3%	74.3%
500床以上	民間病院	98.1%	98.2%	52.1%	26.5%	14.8%	5.9%	6.7%	79.9%	—	—
	公的病院(自治体以外)	99.4%	98.6%	47.6%	33.3%	21.6%	6.4%	6.6%	79.2%	—	—
	公立病院(黒字病院)	101.9%	97.6%	45.3%	30.1%	17.3%	7.4%	10.2%	80.0%	82.7%	—
	公立病院(上位1/2)	103.4%	100.1%	45.7%	27.8%	15.2%	6.8%	11.0%	79.8%	81.7%	—
	公立病院(一般病院全体)	99.2%	95.2%	47.6%	29.2%	15.9%	8.1%	10.7%	79.8%	82.1%	58.2%
400床以上 500床未満	民間病院	96.6%	96.1%	54.9%	26.0%	13.7%	4.9%	7.5%	71.4%	—	—
	公的病院(自治体以外)	100.4%	100.1%	50.8%	27.7%	17.0%	6.1%	6.6%	74.5%	—	—
	公立病院(黒字病院)	101.6%	97.7%	51.0%	26.4%	14.4%	6.8%	9.0%	81.0%	82.8%	85.2%
	公立病院(上位1/2)	102.7%	99.4%	49.1%	27.9%	16.3%	6.7%	8.4%	82.0%	83.7%	85.2%
	公立病院(一般病院全体)	98.9%	94.3%	52.7%	26.4%	14.2%	7.5%	9.2%	77.0%	78.4%	87.8%
300床以上 400床未満	民間病院	98.7%	98.5%	54.8%	23.7%	11.0%	4.9%	7.2%	81.8%	—	—
	公的病院(自治体以外)	95.8%	95.6%	55.6%	24.9%	15.8%	6.1%	6.9%	71.2%	—	—
	公立病院(黒字病院)	102.2%	96.8%	52.8%	24.2%	13.1%	6.8%	9.0%	78.6%	79.6%	88.6%
	公立病院(上位1/2)	103.9%	98.4%	51.4%	23.5%	12.9%	6.7%	9.0%	79.2%	79.5%	84.7%
	公立病院(一般病院全体)	96.8%	89.9%	56.4%	24.0%	12.5%	8.6%	10.7%	74.4%	75.7%	66.4%
200床以上 300床未満	民間病院	99.1%	98.8%	56.4%	21.6%	10.4%	5.1%	6.1%	80.4%	—	—
	公的病院(自治体以外)	97.9%	97.6%	56.0%	23.8%	15.2%	6.1%	6.6%	75.5%	—	—
	公立病院(黒字病院)	101.9%	94.8%	50.0%	18.1%	9.5%	8.0%	10.3%	75.8%	75.1%	94.2%
	公立病院(上位1/2)	103.7%	101.0%	46.6%	16.7%	8.1%	7.6%	9.2%	72.2%	71.0%	92.8%
	公立病院(一般病院全体)	96.7%	88.7%	57.6%	19.2%	9.5%	9.0%	10.5%	72.9%	73.2%	85.5%
100床以上 200床未満	民間病院	101.4%	101.2%	60.0%	14.8%	8.1%	5.4%	7.0%	81.4%	—	—
	公的病院(自治体以外)	96.6%	96.3%	60.3%	19.9%	13.1%	6.1%	7.7%	74.3%	—	—
	公立病院(黒字病院)	102.9%	89.8%	59.2%	15.8%	7.9%	7.7%	10.3%	75.5%	75.0%	80.4%
	公立病院(上位1/2)	104.8%	91.6%	61.2%	15.6%	6.9%	7.0%	9.9%	74.7%	73.0%	83.2%
	公立病院(一般病院全体)	96.5%	84.2%	61.2%	17.0%	8.5%	9.2%	11.1%	70.4%	69.7%	77.8%
50床以上 100床未満	民間病院	98.2%	96.9%	60.3%	17.5%	8.9%	4.3%	6.7%	80.2%	—	—
	公的病院(自治体以外)	87.4%	87.4%	78.0%	8.0%	4.9%	6.7%	8.1%	75.3%	—	—
	公立病院(黒字病院)	103.9%	82.4%	68.1%	14.6%	8.7%	8.3%	11.1%	69.1%	69.0%	71.9%
	公立病院(上位1/2)	106.7%	88.6%	63.4%	13.0%	7.3%	8.1%	10.0%	72.3%	73.6%	73.4%
	公立病院(一般病院全体)	97.6%	76.5%	72.1%	15.7%	9.5%	10.1%	12.7%	66.1%	66.0%	67.3%
50床未満	民間病院	98.2%	96.9%	60.3%	17.5%	8.9%	4.3%	6.7%	80.2%	—	—
	公的病院(自治体以外)	87.4%	87.4%	78.0%	8.0%	4.9%	6.7%	8.1%	75.3%	—	—
	公立病院(黒字病院)	104.3%	65.2%	67.9%	16.2%	9.4%	13.0%	16.9%	64.1%	64.3%	63.1%
	公立病院(上位1/2)	107.4%	71.8%	57.1%	18.4%	10.7%	13.7%	16.4%	64.5%	65.5%	60.3%
	公立病院(一般病院全体)	96.9%	66.3%	77.6%	14.6%	8.5%	11.9%	15.7%	61.4%	60.9%	67.0%

- (注)
- 「民間病院」の数値は、全国公私病院連盟による「病院経営実態調査報告」(令和元年6月調査)及び「病院経営分析調査報告」(令和元年6月調査)に基づく平均値である。
 - 「公立病院」の数値は、総務省による「令和元年度地方公営企業決算状況調査」に基づく平均値である。
 - 「公立病院(上位1/2)」は、各病床規模区分の公立病院において経常収支比率が上位1/2にある病院の平均値である。
 - 民間病院の「500床以上」は、全国公私病院連盟調査における「500～599床」、「600～699床」及び「700床以上」各階級の集計数値の単純平均、「50床以上100床未満」と「50床未満」は、それぞれ全国公私病院連盟調査における「99床以下」で集計した数値である。
 - 民間病院等の数値については、注1に記載の調査報告以外にも、たとえば「医療経済実態調査(医療機関等調査)報告」(中央社会保険医療審議会)など種々あるので参考とされたい。
 - 「減価償却費対医業収益」及び「委託料対医業収益」は指定管理者制度を導入している病院を除いて算出している。

○ 経営効率化に係る目標数値例(不採算地区病院分)
(主な経営指標にかかる全国平均値の状況:令和元年度)

		経常収 支比率	医業収 支比率	職員給 与費対 医業収 益比率	材料費 対医業 収益比 率	うち薬品 費対医 業収益 比率	減価償 却費対 医業収 益比率	委託料 対医業 収益比 率	病床利用率		
									計	うち 一般	うち 療養
計	公立病院(黒字病院)	103.3%	82.1%	66.9%	15.3%	8.4%	8.3%	11.3%	71.9%	72.0%	73.3%
	公立病院(上位1/2)	105.6%	86.9%	63.8%	14.3%	7.1%	8.1%	10.5%	74.1%	74.7%	75.2%
	公立病院(一般病院全体)	97.3%	77.2%	70.5%	15.8%	8.7%	10.2%	12.6%	68.2%	67.8%	71.2%
100床以上 150床未満	公立病院(黒字病院)	102.7%	86.9%	63.4%	16.2%	8.0%	7.8%	10.8%	78.2%	78.8%	77.6%
	公立病院(上位1/2)	104.6%	88.5%	62.1%	16.9%	7.2%	7.7%	11.0%	77.1%	76.5%	79.9%
	公立病院(一般病院全体)	97.1%	81.9%	65.2%	16.7%	8.8%	9.5%	11.9%	73.7%	73.1%	78.3%
50床以上 100床未満	公立病院(黒字病院)	103.8%	81.9%	68.5%	14.7%	8.7%	8.3%	11.1%	68.6%	68.5%	71.5%
	公立病院(上位1/2)	106.4%	87.8%	63.9%	13.1%	7.1%	8.1%	9.9%	71.2%	72.4%	72.8%
	公立病院(一般病院全体)	97.7%	76.2%	72.3%	15.4%	9.0%	10.4%	12.9%	65.6%	65.6%	66.8%
50床未満	公立病院(黒字病院)	103.4%	65.5%	74.9%	13.7%	8.2%	11.2%	15.7%	64.7%	65.0%	63.1%
	公立病院(上位1/2)	106.1%	71.3%	63.4%	13.5%	8.2%	10.5%	14.8%	64.7%	65.9%	60.3%
	公立病院(一般病院全体)	96.0%	65.6%	83.0%	13.0%	7.4%	11.5%	15.1%	61.2%	60.7%	67.0%

(注)

- 公立病院は、地方公営企業として運営する病院及び公営企業型地方独立行政法人が運営する病院である。
- 不採算地区病院とは、その有する病床数が主として一般病床又は療養病床である病院のうち主として理学療法又は作業療法を行う病院以外の病院及び当該病院の施設が主として児童福祉施設である病院以外の病院(以下「一般病院」という。)で、以下の要件を満たすものをいう(第2種については平成27年度以降の要件)。
 - 病床数が150床未満であり、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であること(第1種該当)。
 - 病床数が150床未満であり、直近の国勢調査に基づく、当該公立病院の半径5km内人口が原則として10万人未満の一般病院であること(第2種該当)。
- 「公立病院(上位1/2)」は、各病床規模区分の公立病院において経常収支比率が上位1/2にある病院の平均値である。
- 「減価償却費対医業収益」及び「委託料対医業収益」は指定管理者制度を導入している病院を除いて算出している。
- 本表は、「令和元年度地方公営企業決算状況調査」の対象病院で、注2の要件に該当する病院の集計である。

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



＜主な取組・効果＞

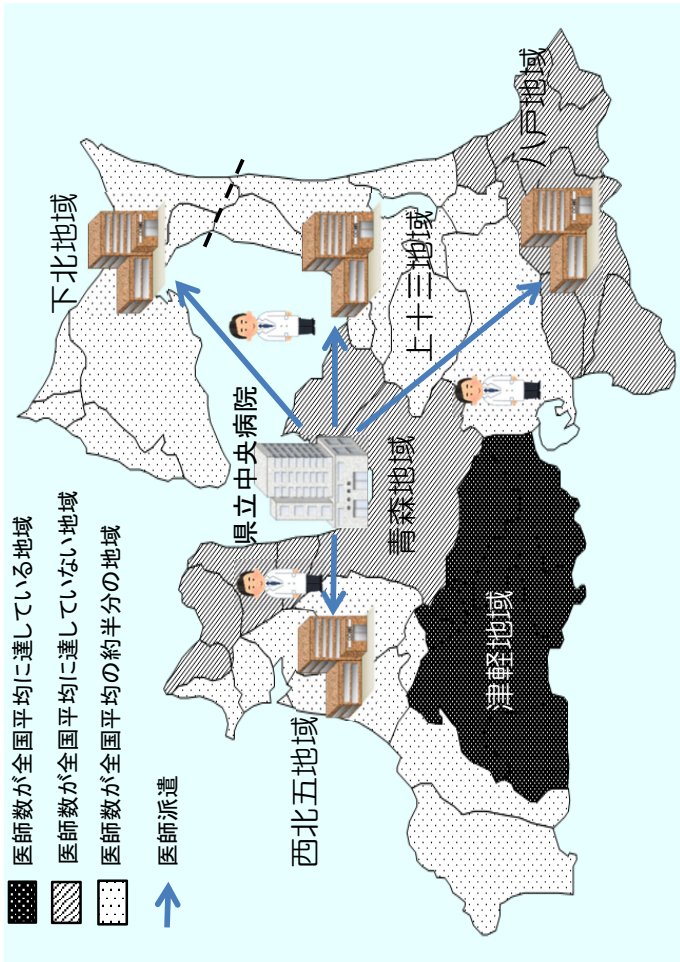
- ・ 県立病院等（基幹病院）から医師不足が著しい地域の病院に医師を派遣することで地域医療提供体制を維持・確保
- ・ 派遣元病院と派遣先病院の地域連携の推進が図られることにより、地域の機能分化・連携強化に寄与
- ・ 急性期から慢性期まで幅広く診療に従事することにより、応援医師の経験値及び能力が向上

＜令和2年度派遣実績＞

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

※上記以外の病院を含め、計8 県立病院から市町村立病院等へ医師派遣を実施

1) 県立病院等の基幹病院から過疎地等の中小病院に医師を派遣する事例②【青森県】



人口10万人対医療施設従事医師数
(平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査)
※出典：青森県保健医療計画（平成30年4月策定）

二次保健医療圏	人口10万対医師数
津軽地域	293.1人
八戸地域	183.0人
青森地域	211.3人
西北五地域	122.9人
上三地域	124.4人
下北地域	143.2人
(参考)全国平均	240.1人

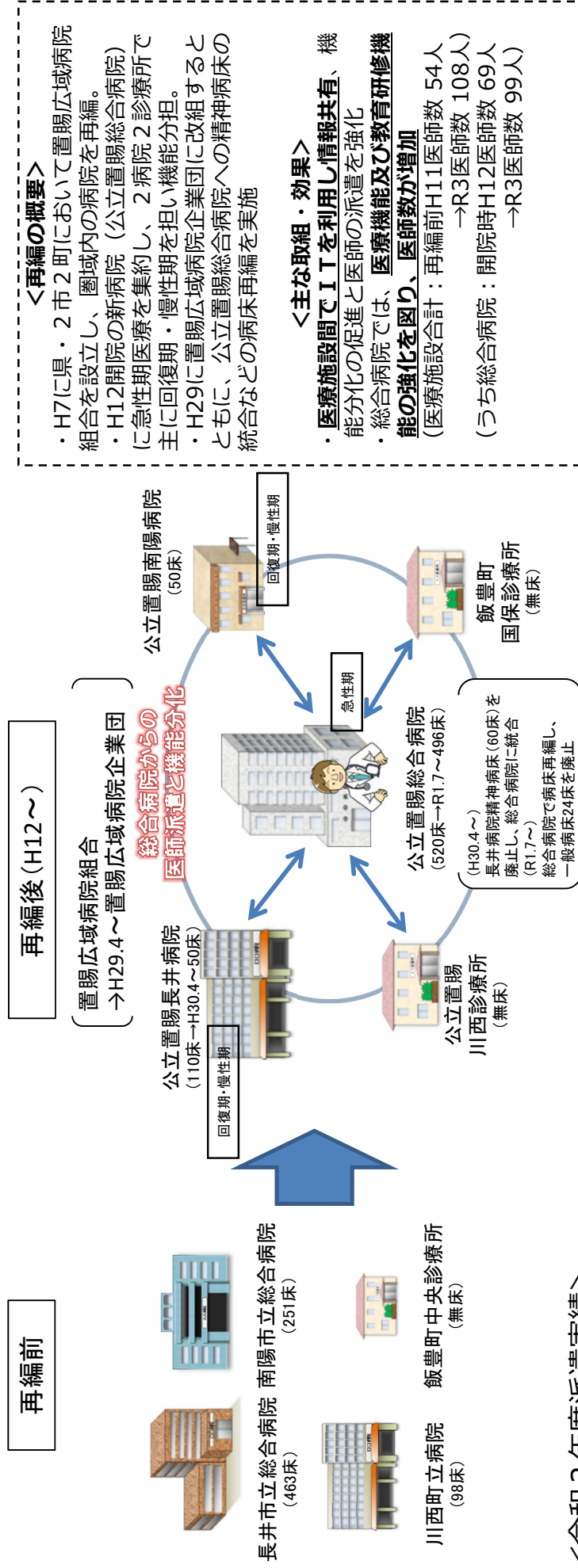
＜主な取組・効果＞

- ・県立中央病院から医師不足が著しい地域の自治体病院に医師を派遣することで、**地域医療提供体制を維持・確保。**
- ・**県の基幹病院と地域の基幹病院等との連携推進。**

＜令和2年度派遣実績＞

派遣元病院	派遣先病院（設立団体）	派遣診療科目	延派遣日数／月
県立中央病院	三戸中央病院（三戸町）	総合診療科	2日／月
	平内中央病院（平内町）	内科、眼科、整形外科、もの忘れ外来	12日／月
	つがる総合病院 (つがる西北五広域連合)	救急外来、呼吸器内科	7日／月
	鱒ヶ沢病院 (つがる西北五広域連合)	内科	5日／月
	野辺地病院 (北部上北広域事務組合)	循環器科、脳神経外科	10日／月
	むつ総合病院 (一部事務組合下北医療センター)	リウマチ膠原病科、呼吸器内科、放射線科、皮膚科、健診保健科、歯科口腔外科、病理部	15日／月

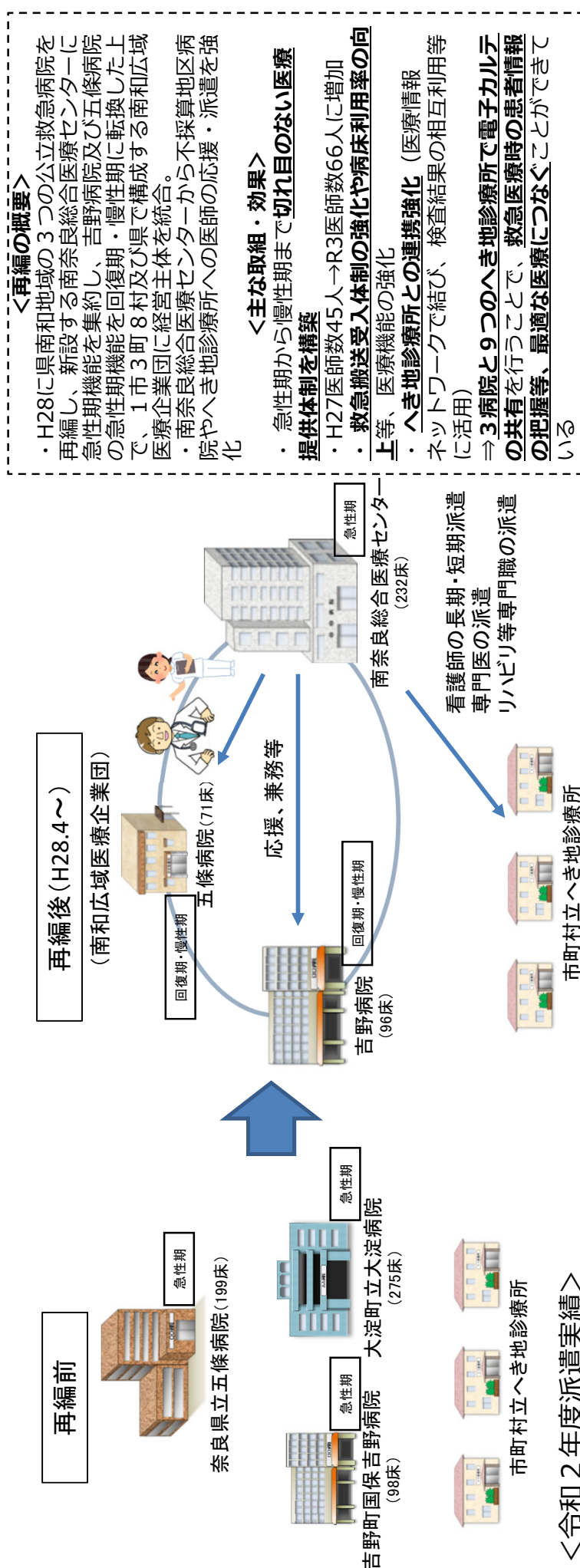
1) 県立病院等の基幹病院から過疎地等の中小病院に医師を派遣する事例③ 【置賜広域病院企業団(山形県)】



<令和2年度派遣実績>

派遣元病院	派遣先病院（設立団体）	派遣診療科目	延派遣日数/月
公立置賜総合病院	長井病院（企業団）	内科、人工透析、精神科、外科、整形外科、総合診療科	84日/月
	南陽病院（企業団）	内科、消化器内科、循環器内科、整形外科、形成外科、眼科、精神科、総合診療科	66日/月
	川西診療所（企業団）	内科、外科、整形外科	6日/月
飯豊町国保診療所 飯豊町津川診療所（飯豊町）	飯豊町国保診療所（飯豊町）	内科、総合診療科、内視鏡	25日/月
	飯豊町津川診療所（飯豊町）	内科	5日/月

1) 県立病院等の基幹病院から過疎地等の中小病院に医師を派遣する事例④ 【南和広域医療企業団(奈良県)】



<再編の概要>

- ・H28に県南和地域の3つの公立救急病院を再編し、新設する南奈良総合医療センターに急性期機能を集約し、吉野病院及び五條病院の急性期機能を回復期・慢性期に転換した上で、1市3町8村及び県で構成する南和広域医療企業団に経営主体を統合。
- ・南奈良総合医療センターから不採算地区病院やへき地診療所への医師の応援・派遣を強化

<主な取組・効果>

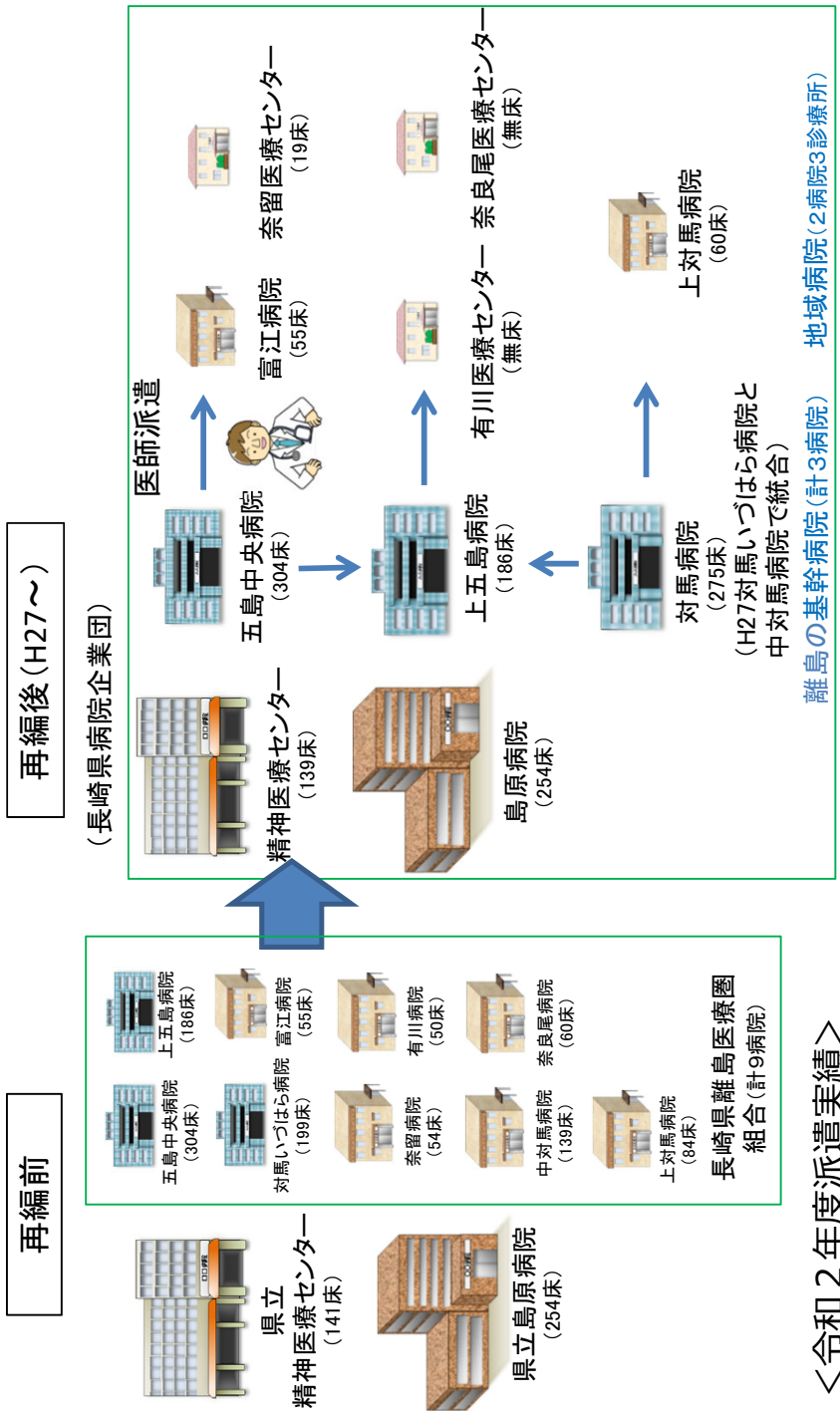
- ・急性期から慢性期まで切れ目のない医療提供体制を構築
 - ・H27医師数45人→R3医師数66人へ増加
 - ・救急搬送受入体制の強化や病床利用率の向上等、医療機能の強化
 - ・へき地診療所との連携強化 (医療情報ネットワークで結び、検査結果の相互利用等に活用)
- ⇒3病院と9つのへき地診療所で電子カルテの共有を行うことで、救急医療時の患者情報の把握等、最適な医療につなぐことができている

<令和2年度派遣実績>

派遣元病院	派遣先病院 (設立団体)	派遣診療科目	延派遣日数/月
南奈良総合医療センター	吉野病院 (企業団)	内科、整形外科	16日/月
	五條病院 (企業団)	内科、整形外科、皮膚科	50日/月
市町村立へき地診療所	五條市立大塔診療所 (五條市)	内科	12日/月
	野迫川村国保診療所 (野迫川村)	内科	12日/月
	十津川村国保上野地診療所 (十津川村)	整形外科	1日/月
	十津川村国保小原診療所 (十津川村)	整形外科	1日/月
	下北山村国保診療所 (下北山村)	内科	1日/月
	川上村国保川上診療所 (川上村) (まか)	内科	2日/月

2) 県・離島市町村で構成する広域連合等の病院から離島病院等への医師派遣事例①

【長崎県病院企業団】



<再編の概要>

- ・H21に県と長崎県離島医療圏組合（5市1町）が「長崎県病院企業団」を設立。以降、各離島地域毎の基幹病院に機能を集約し、基幹病院から中小病院・診療所へ医師派遣。
- ・H27に対馬いづはら病院と中対馬病院を統合し、新たに対馬病院を整備

<主な取組・効果>

長崎県病院企業団の設立により、ガバナンス体制の強化と、一体的運営を推進

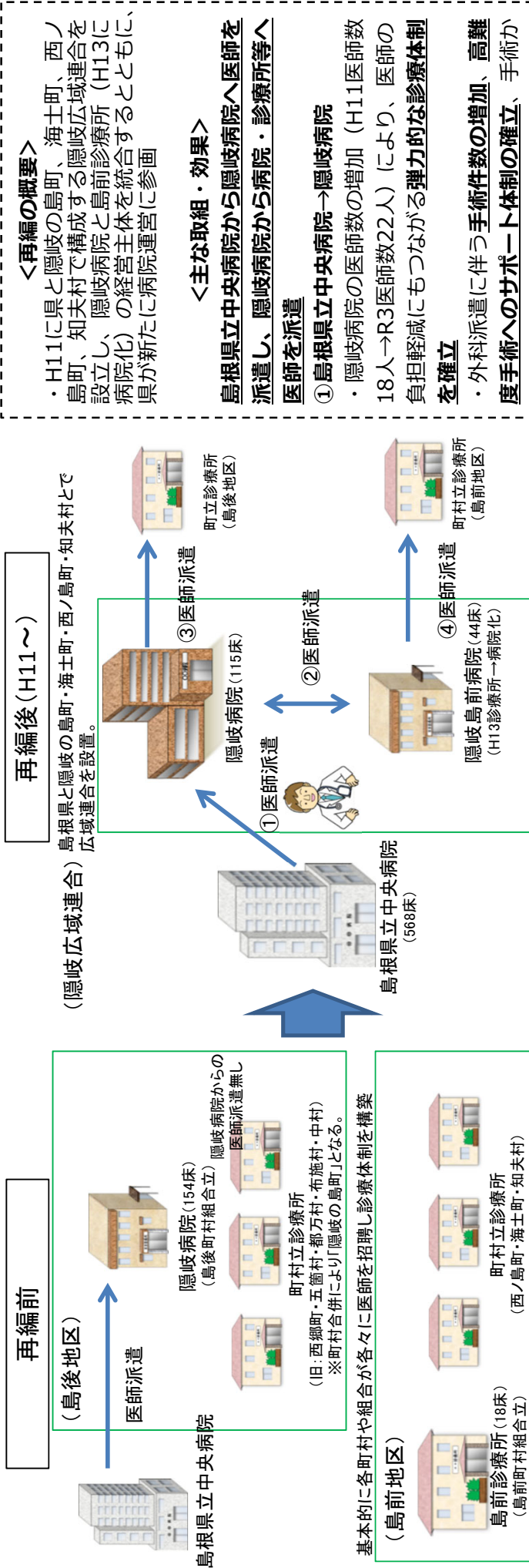
（具体的取組）

- ・医薬品の共同購入を実施
- ・基幹病院と附属診療所で電子カルテを共有することにより、地域一体での診療を実施
- ・離島の基幹病院にDPCを導入
- ・地域枠の拡充等により医師数は増加
H20.4 132名⇒R3.4 148名
- ・離島病院を対象とした修学資金貸与事業
- ・都市部の大規模病院と企業団で派遣協定書を締結し、離島病院に看護師を派遣する事業による看護師確保
- ・認定看護師、診療看護師の育成

<令和2年度派遣実績>

派遣元病院	派遣先病院（設立団体）	派遣診療科目	延派遣日数/月
五島中央病院	上五島病院 （企業団（以下同じ））	放射線科	1日/月
上五島病院	有川医療センター	整形外科、外科、総合診療科、総合外来、夜間診療	24日/月
対馬病院	奈良尾医療センター	整形外科、外科、総合診療科	21日/月
	上五島病院	外科	1日/月
	上対馬病院	耳鼻咽喉科、精神科、眼科、泌尿器科、内科、整形外科、外科、婦人科、外科、脳神経内科、小児科	27日/月

2) 県・離島市町村で構成する広域連合等の病院から離島病院等への医師派遣事例② 【隠岐広域連合(島根県)】



<再編の概要>

・H11に県と隠岐の島町、海士町、西ノ島町、知夫村で構成する隠岐広域連合を設立し、隠岐病院と島前診療所(H13に病院化)の経営主体を統合するとともに、県が新たに病院運営に参画

<主な取組・効果>

島根県立中央病院から隠岐病院へ医師を派遣し、隠岐病院から病院・診療所等へ医師を派遣

① 島根県立中央病院→隠岐病院

・隠岐病院の医師数の増加(H11医師数18人→R3医師数22人)により、医師の負担軽減にもつながる**弾力的な診療体制を確立**

・外科派遣に伴う**手術件数の増加、高難度手術へのサポート体制の確立、手術から入院、退院までの島内完結型医療提供の実現**

② 隠岐病院⇔隠岐島前病院(相互派遣)

・領域別専門診療科の確保(産婦人科、整形外科、神経内科)

③ 隠岐病院→町立診療所(島後地区)

・へき地小規模診療所の医師確保、**医師の学会・研修会への機会確保**

・患者の紹介、逆紹介の推進

・隠岐病院設置の高度医療機器(CT、MRI等)の共同利用、各種検査受託の推進

④ 隠岐島前病院→町立診療所(島前地区)

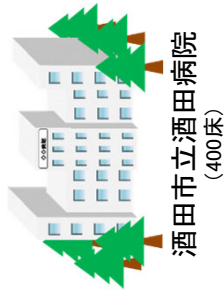
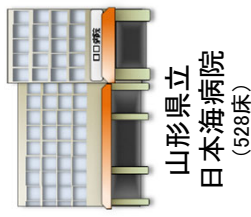
・へき地小規模診療所の医師確保、**医師の学会・研修会への参加機会確保**

<令和2年度派遣実績>

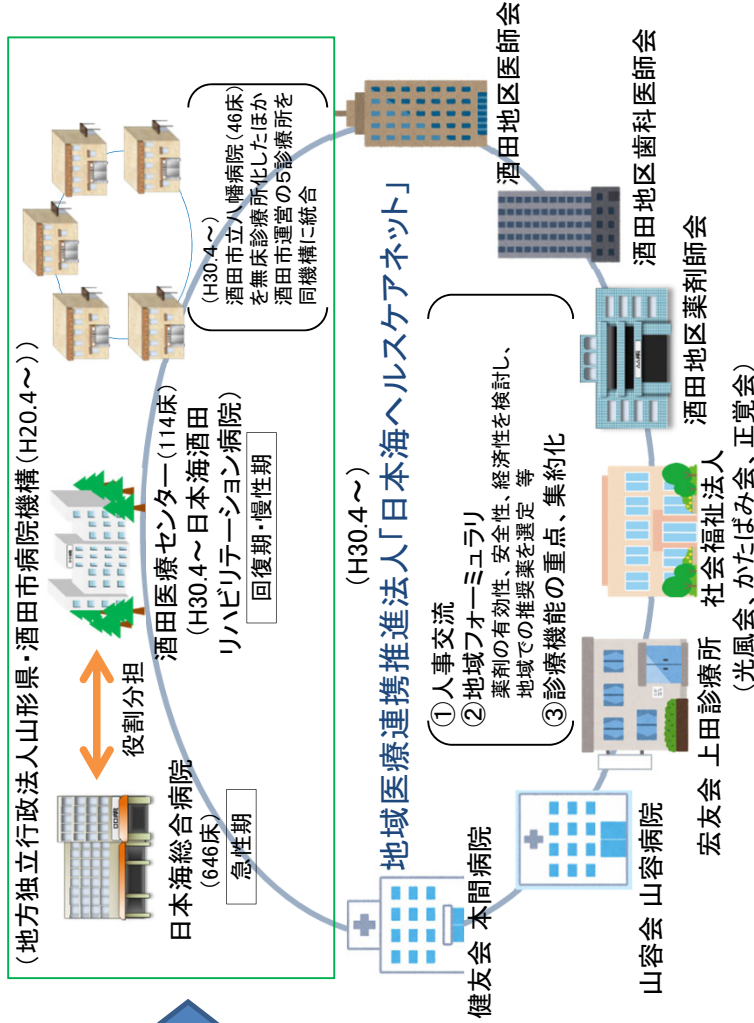
派遣元病院	派遣先病院(設立団体)	派遣診療科目	延派遣日数/月
① 島根県立中央病院	隠岐病院(広域連合)	外科、総合診療科	6日/月
② 隠岐病院 隠岐島前病院	隠岐島前病院(広域連合)	産婦人科、整形外科 神経内科	3日/月 2日/月
	隠岐病院(広域連合)	総合診療科 歯科口腔外科 歯科口腔外科 歯科口腔外科	2日/月 5日/月 1日/月 1日/月
③ 隠岐病院	五箇診療所(隠岐の島町)	総合診療科	1日/月
	中村歯科診療所(隠岐の島町)	総合診療科	4日/月
④ 隠岐島前病院	都万歯科診療所(隠岐の島町)	総合診療科	8日/月
	五箇歯科診療所(隠岐の島町)	総合診療科	

3) 地域医療連携推進法人制度を活用した連携強化事例【山形県・酒田市病院機構】

再編前



再編後



<再編の概要>

- ・H20に県立病院と市立病院が統合して地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構を設立。日本海総合病院で急性期、酒田医療センターで回復期・慢性期を担当し役割分担。
- ・H30に地独法を含めた地域医療連携推進法人を設立。

<主な取組・効果>

<日本海総合病院>

- ・酒田医療センターから診療科を移行して、急性期病院として集約を図り、**手術件数の増加、平均在院日数の短縮を実現。**

<日本海酒田リハビリテーション病院>

- ・療養病床への移行(7科→2科)、回復期リハビリテーション機能の強化により、**回復期・慢性期に対応**
- ・2病院長の役割分担と、人員配置の弾力化により、**医師数の増加(105名(H19)→167名(R3))**等を実現。
- ・日本海ヘルスケアネットの人事交流事業により、①派遣先では増員による**新たな施設基準の取得**、②**過重な勤務シフトの緩和**、③**経験の異なる職員と仕事することによるスキルアップ**等の効果

<令和2年度派遣実績>

派遣元	派遣先(設立団体)	職種	派遣診療科目等	延派遣日数/月
日本海総合病院	本間病院(医療法人)	医師	内科、整形外科、宿日直	13日/月
		看護師	透析室、訪問看護	61日/月
本間病院	宏友会(医療法人)	看護師	診療所、老健	65日/月
		医師	外科、循環器内科	22日/月
酒田地区医師会	日本海酒田リハビリ病院(地独法山形酒田)	医師	宿日直	13日/月
		看護師	訪問看護	22日/月
宏友会	八幡クリニック(地独法山形酒田)	看護師		