

## (別冊) 公立病院経営強化に関する資料

出典元 令和4年8月26日 全国病院事業管理者協議会総会資料

総務省 自治財政局 準公営企業室長 和田 雅晴 氏 講演資料等 からの抜粋

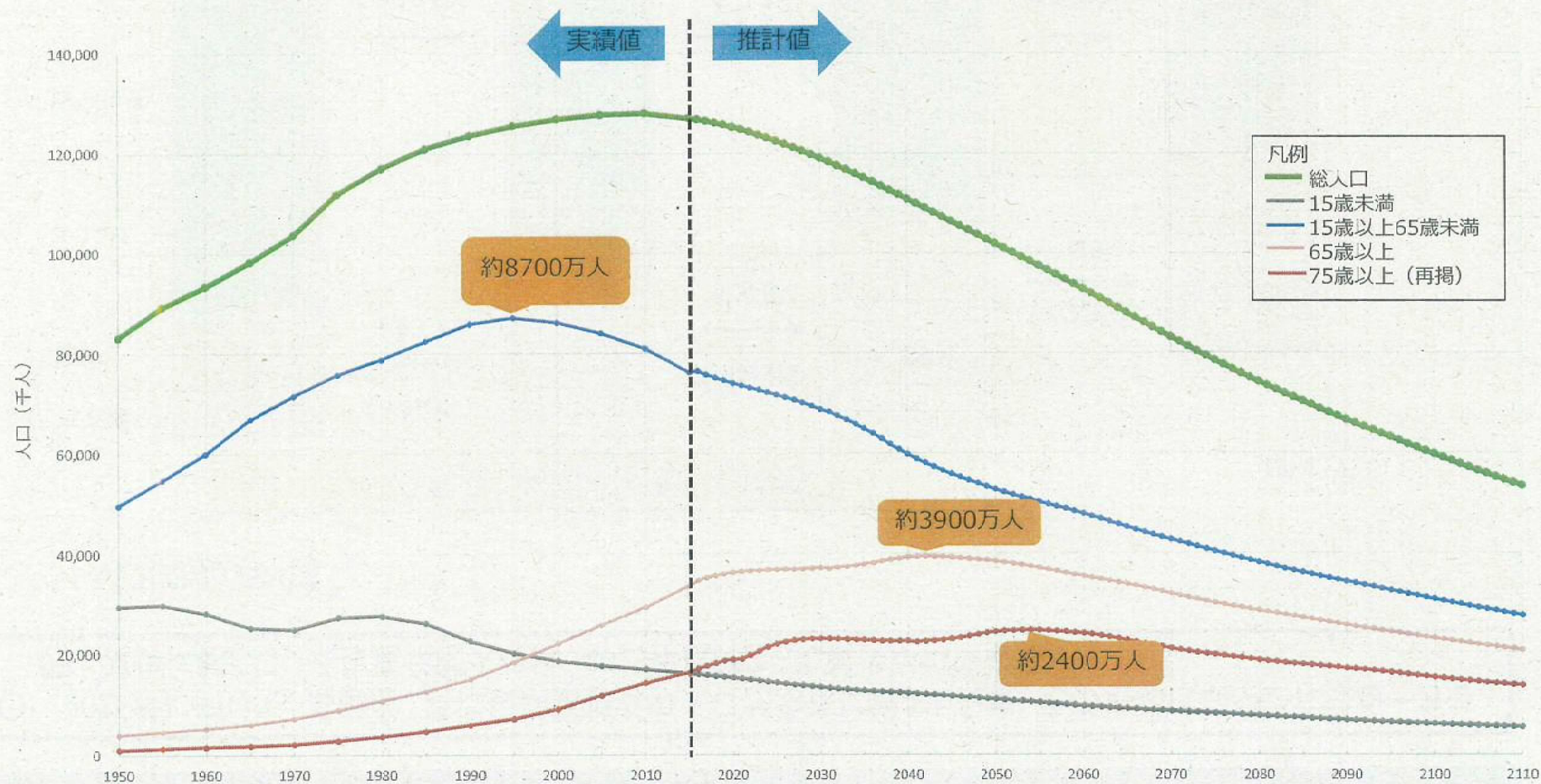
## 目 次

|     | 資料名                                                | ページ |
|-----|----------------------------------------------------|-----|
| 第 1 | 人口動態① 2040 年頃に 65 歳以上人口のピークが到来する                   | 1   |
|     | 人口動態② 2025 年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する         | 2   |
|     | 人口動態③ 65 歳人口は急増してきたが、今後は減少する都道府県が発生する              | 3   |
|     | 医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある                      | 4   |
|     | 医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い                    | 5   |
|     | 医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域に今後増加する                       | 6   |
|     | 医療需要の変化④ 超高齢化・人口急減で、急性期の医療ニーズが大きく変化する              | 7   |
|     | 医療需要の変化⑤ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる                         | 8   |
| 第 2 | 医療提供体制をめぐる課題                                       | 9   |
|     | 第 1 公立病院経営強化の必要性                                   | 10  |
|     | 4 公立病院経営強化の基本的な考え方（イメージ）                           | 11  |
|     | 「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           | 12  |
| 第 3 | 地域医療構想について                                         | 13  |
|     | 2020 年度病床機能報告について                                  | 14  |
|     | 「地域医療構想の進め方について」（抄）                                | 15  |
|     | 地域医療構想の実現に向けた医療提供体制の方向性（イメージ）                      | 16  |
|     | 地域全体で支える医療                                         | 17  |
| 第 4 | 医師の時間外労働規制について                                     | 18  |
|     | 医師の働き方改革（医師の時間外労働の上限規制）とは                          | 19  |
|     | 地域医療構想の必要性「その 1」 ～医師の働き方改革への対応～                    | 20  |
|     | いま、何もしないと・・・①                                      | 21  |
|     | いま、何もしないと・・・②                                      | 22  |
|     | 医師確保対策に関する取組（全体像）                                  | 23  |
| 第 5 | 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】            | 24  |
|     | 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）】 | 25  |
|     | 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】   | 26  |
|     | 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】             | 27  |
|     | 第 3 都道府県の役割・責任の強化 ②                                | 28  |



# 人口動態① 2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

- 我が国の人口動態を見ると、現役世代(生産年齢人口)の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳(後期高齢者)となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「年齢（4区分）別人口の推移と将来推計」「総数、年齢4区分別総人口および年齢構造係数」

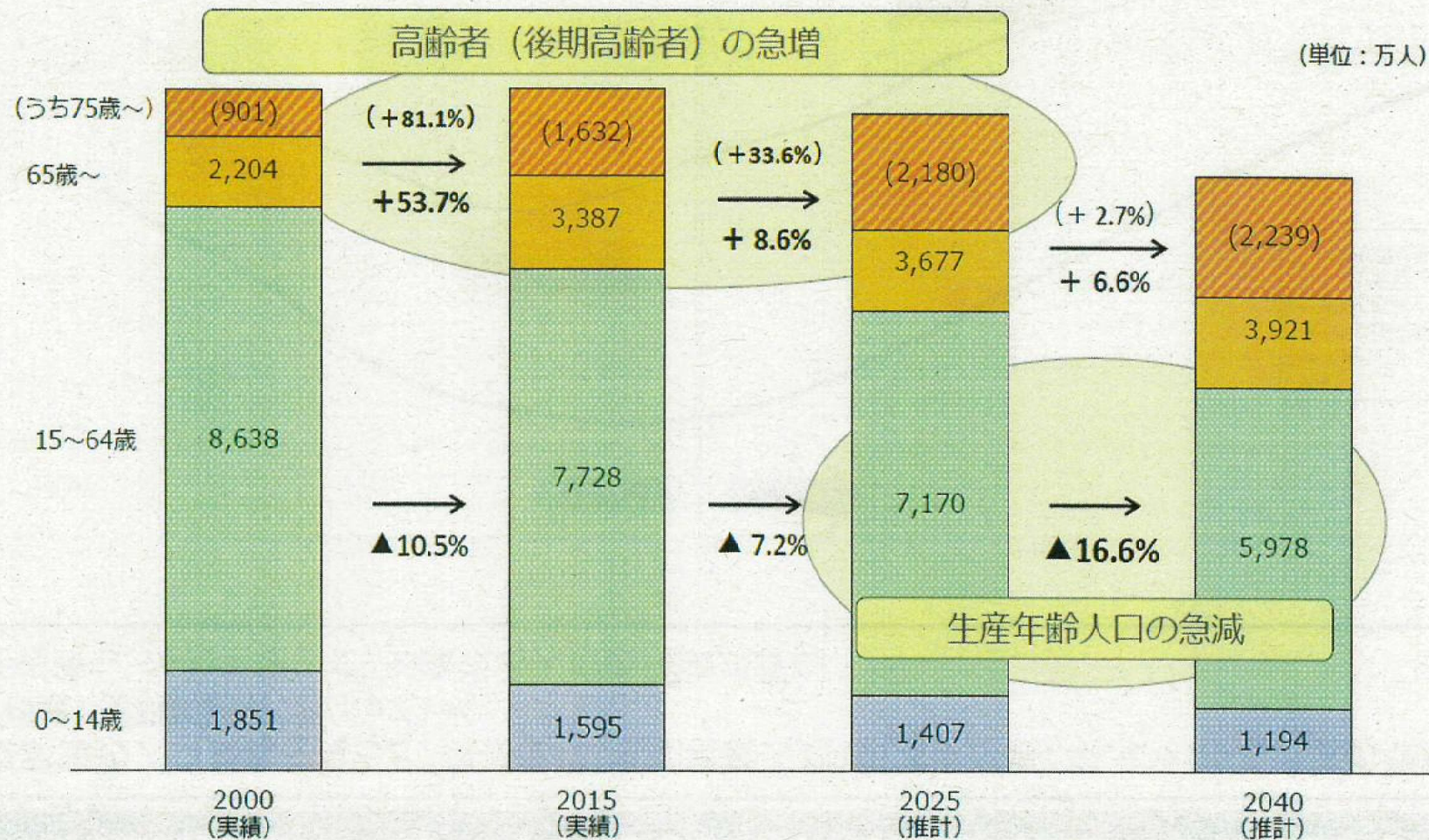
※ 2015年までは国勢調査の実績値、2016年以降は推計値。



## 人口動態② 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

- 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

### 【人口構造の変化】

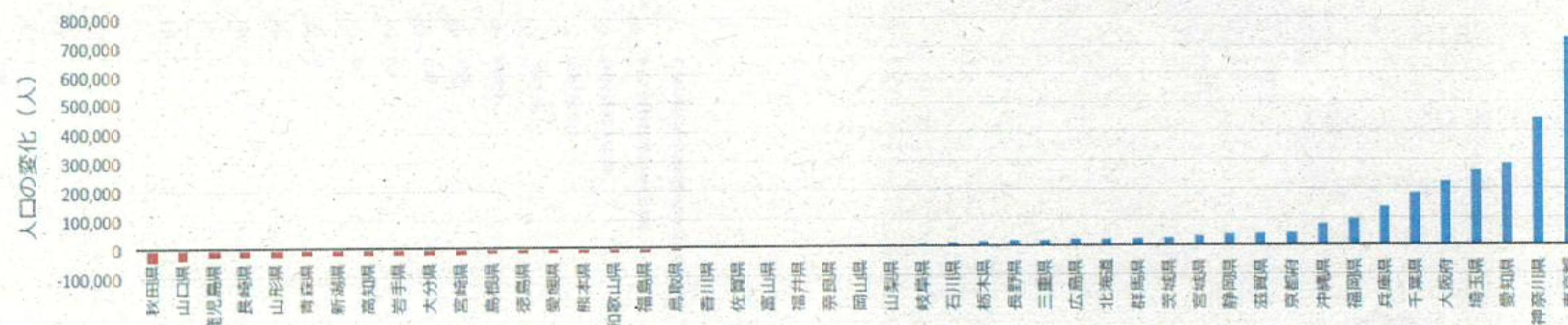




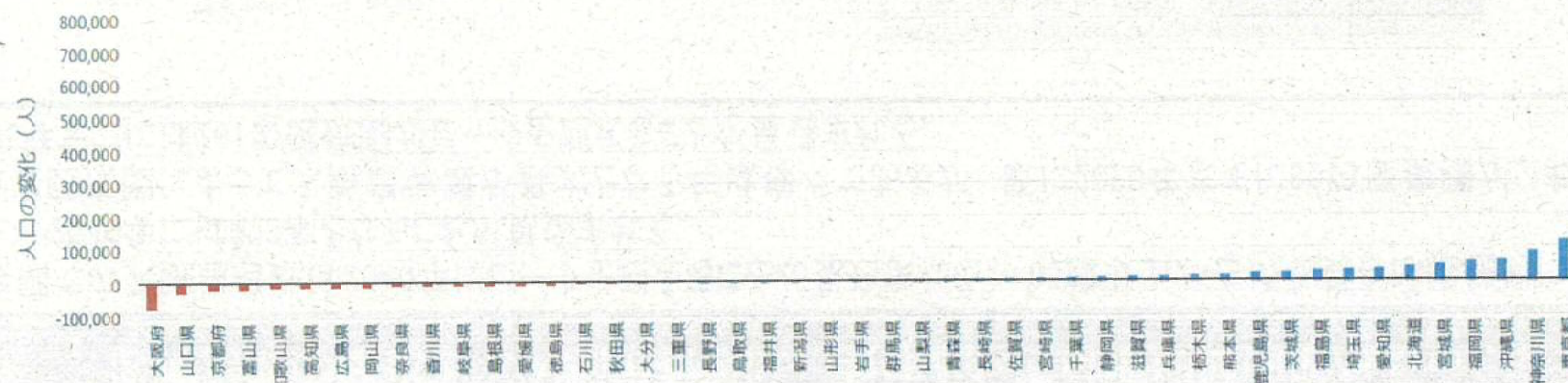
**人口動態③ 65歳以上人口は急増してきたが、今後は減少する都道府県が発生する**

- 都道府県単位でみると、2025年から2040年にかけて、65歳以上人口が減少する都道府県が発生する(計21県)。他方、引き続き増加する都道府県は計26都道府県で、特に東京都・神奈川県をはじめとする都市部では増加数が多い。
- また、75歳以上人口でみると、減少する都道府県は計17府県で、大阪府は減少数が多い。一方で、75歳以上人口が引き続き増加する都道府県は計30県だが、増加数は緩やかとなる。

2025年から2040年にかけての65歳以上の人口の動態



2025年から2040年にかけての75歳以上人口の動態（再掲）



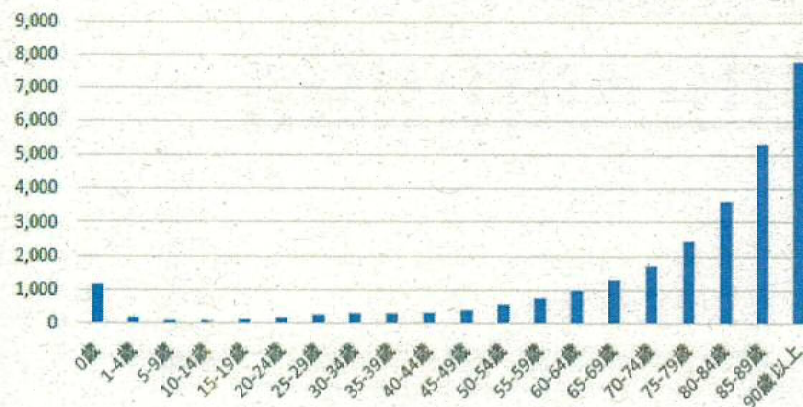
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」



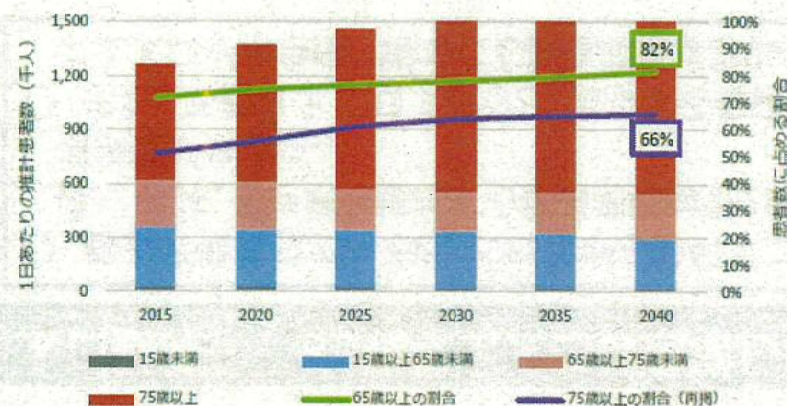
## 医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに90の医療圏が、また2035年までには261の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

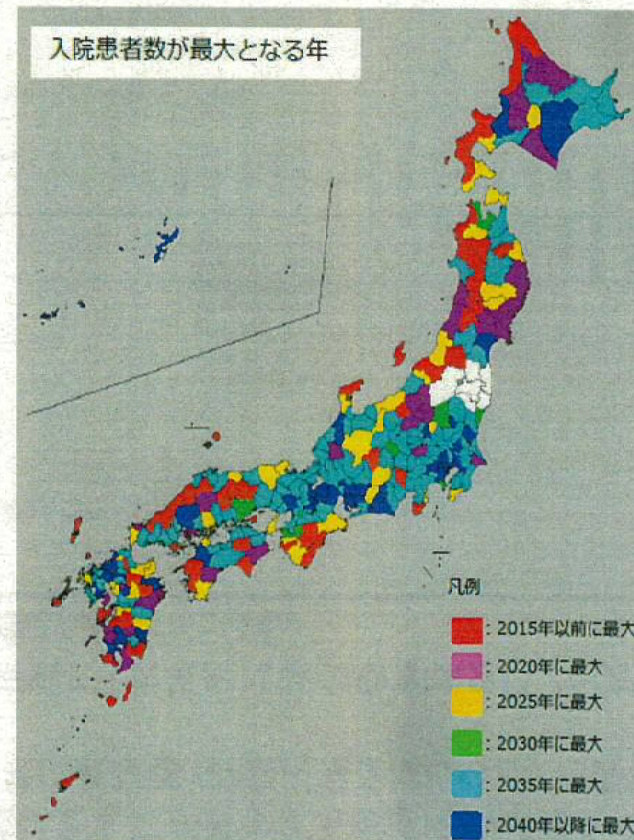
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院-外来×性・年齢階級×都道府県別」

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30（2018）年推計）」

※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

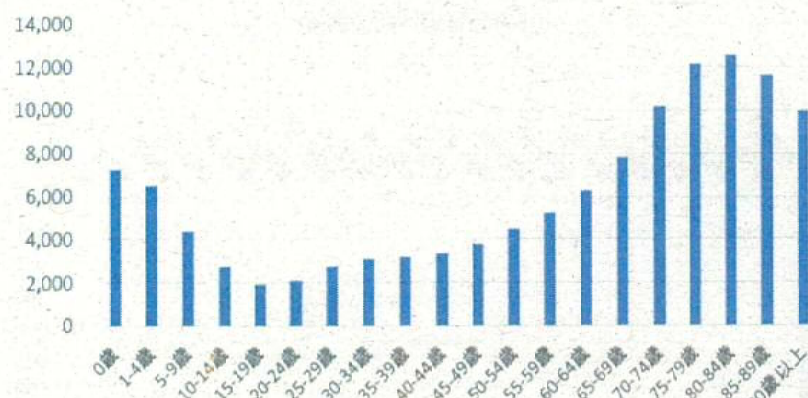
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の2次医療圏を除く329の2次医療圏について集計。



## 医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに217の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

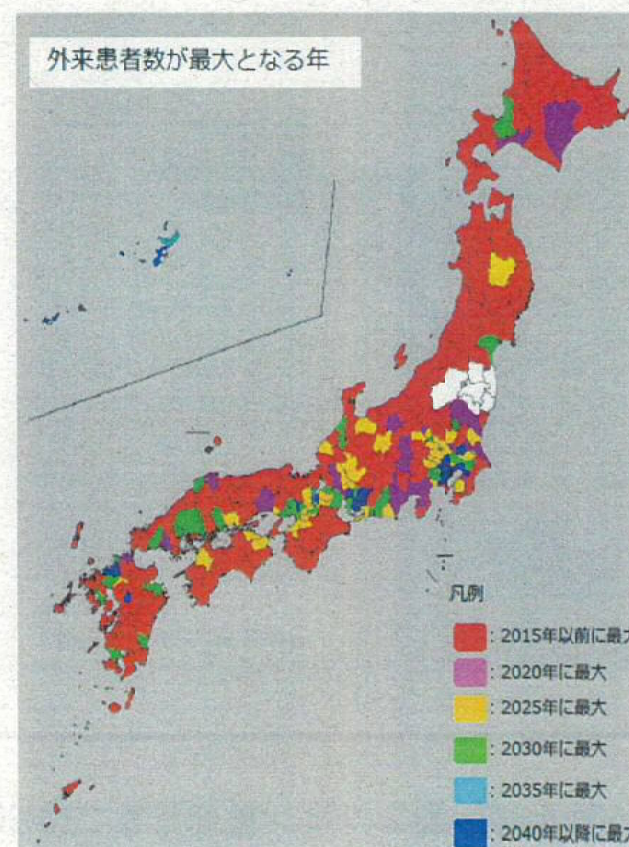
外来受療率（人口10万対）



外来患者数推計



外来患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」

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30（2018）年推計）」

※「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。

※二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

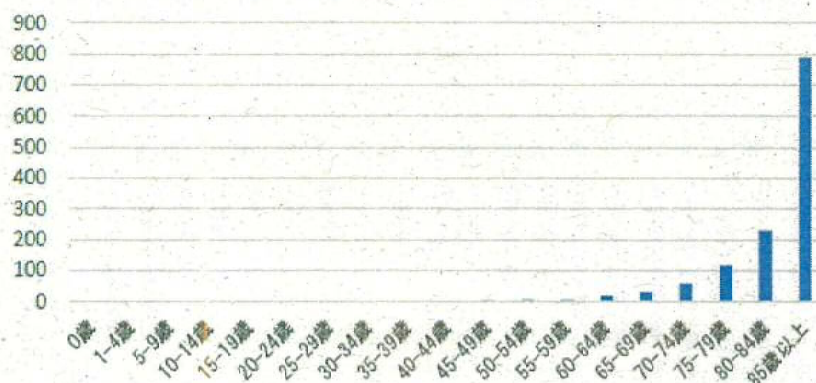
※福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。



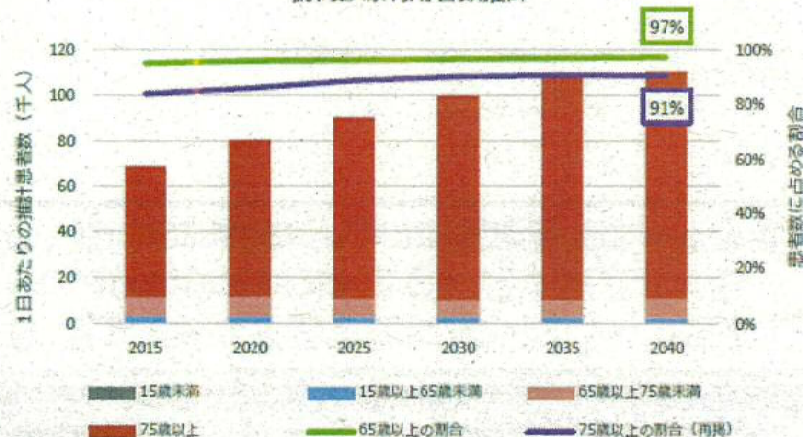
## 医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

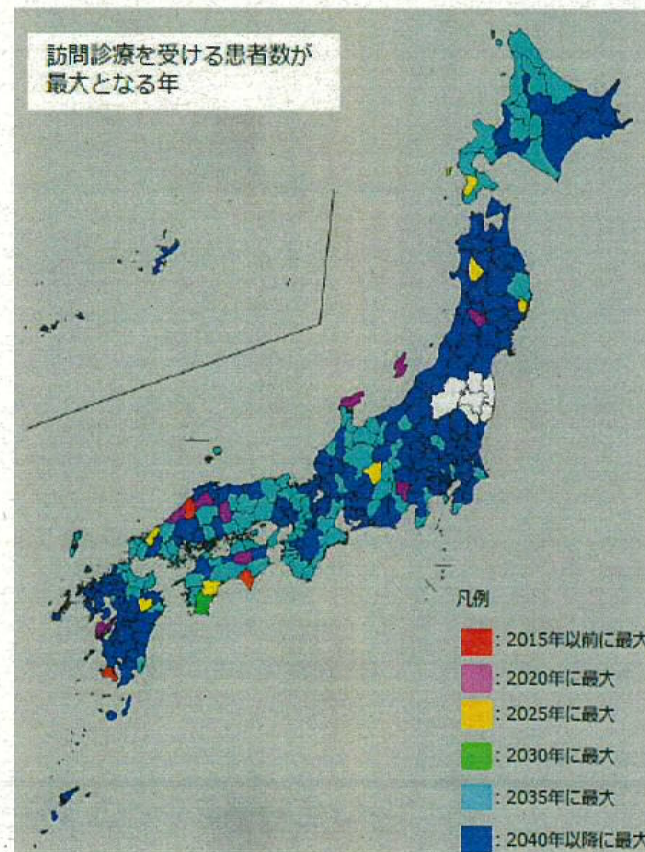
訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種別・入院・外来の種別別」

「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種別・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」

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30（2018）年推計）」

※ 病院、一般診療所を対象に集計。

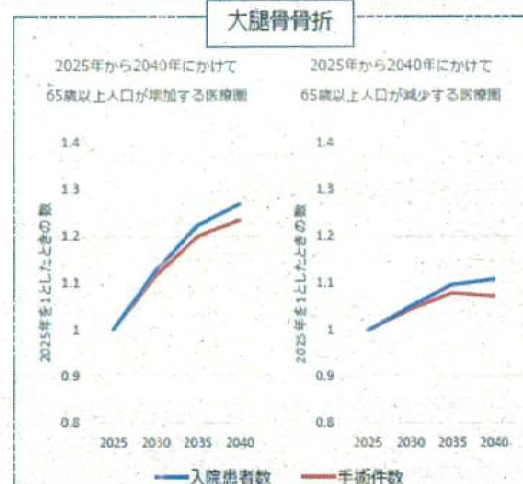
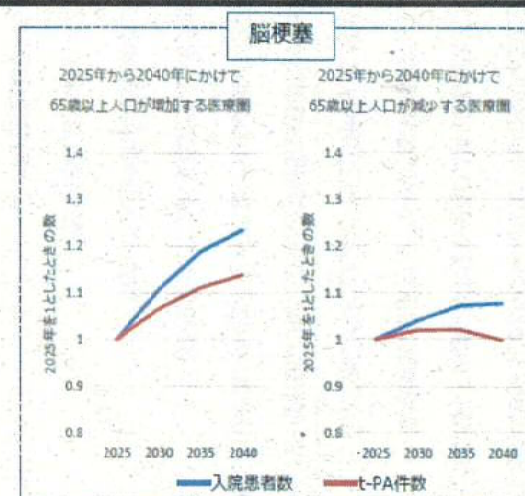
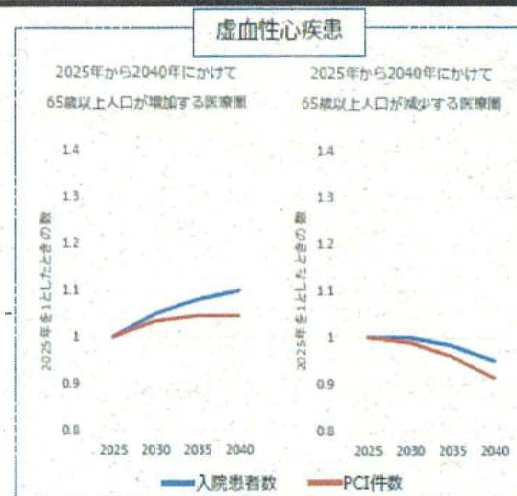
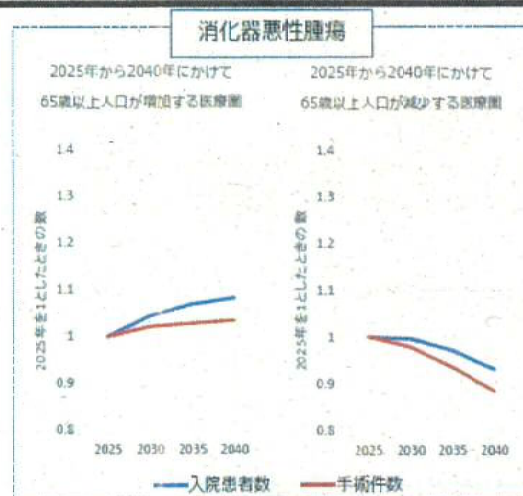
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。



## 医療需要の変化④ 超高齢化・人口急減で、急性期の医療ニーズが大きく変化する

- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が増加する2次医療圏(132の医療圏)では、急性期の医療需要が引き続き増加することが見込まれるが、がん・虚血性心疾患・脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は大幅な増加が見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が減少する2次医療圏(197の医療圏)では、がん・虚血性心疾患の入院患者数の減少が見込まれる。脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は増加が見込まれる。



出典: レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)(2019年度分、医政局において集計)

患者調査(平成29年)「入院受療率(人口10万対)、性・年齢階級×傷病分類」

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30(2018)年推計)」

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(令和2年1月1日現在)」

※ 入院患者数は、各疾患の都道府県ごとの入院受療率に二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。

※ 手術件数・PCI件数・t-PA件数は、NDBの集計(下記定義による)による実績値から、令和2年1月1日時点での住民人口を用いて都道府県ごとの受療率を算出し、二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。

※ 消化器悪性腫瘍の手術件数とは、消化管及び肝胆膵等にかかる悪性腫瘍手術の算定回数の合計である。

※ 虚血性心疾患のPCI件数とは、「経皮的冠動脈形成術」「経皮的冠動脈ステント留置術」等の算定回数の合計である。

※ 脳梗塞のt-PA(アルテプラゼによる血栓溶解療法)件数とは、「超急性期脳卒中加算」の算定回数の合計である。

※ 大腿骨骨折の手術件数とは、「人工関節挿入術(股)」の算定回数の合計である。

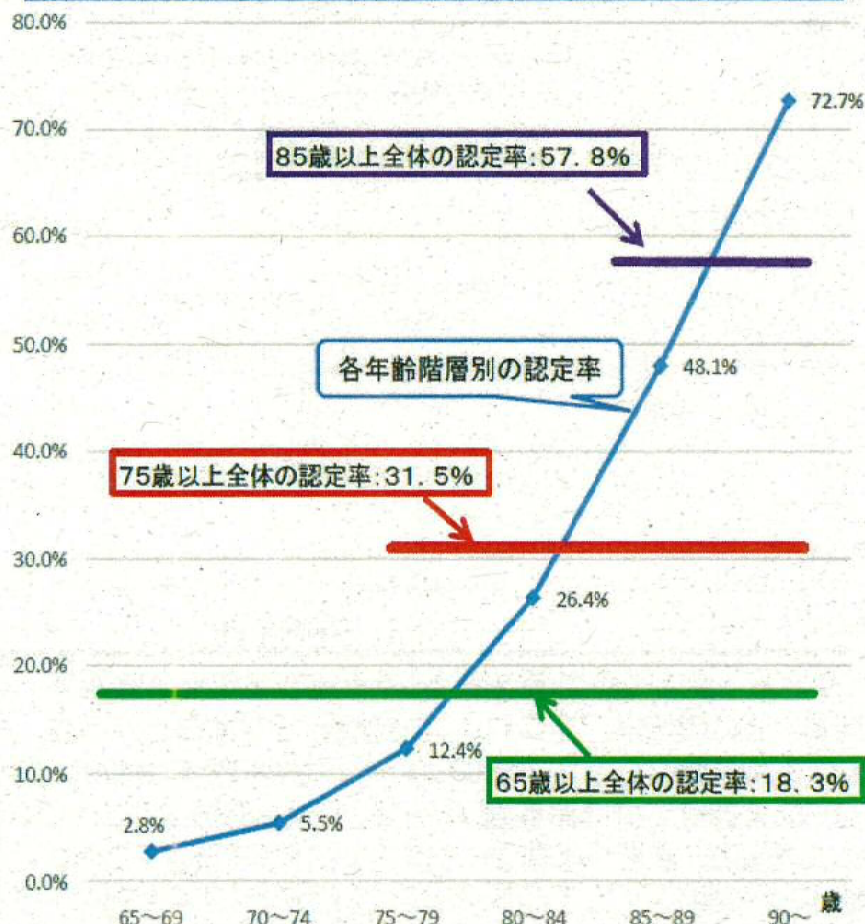
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について推計。



## 医療需要の変化⑤ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

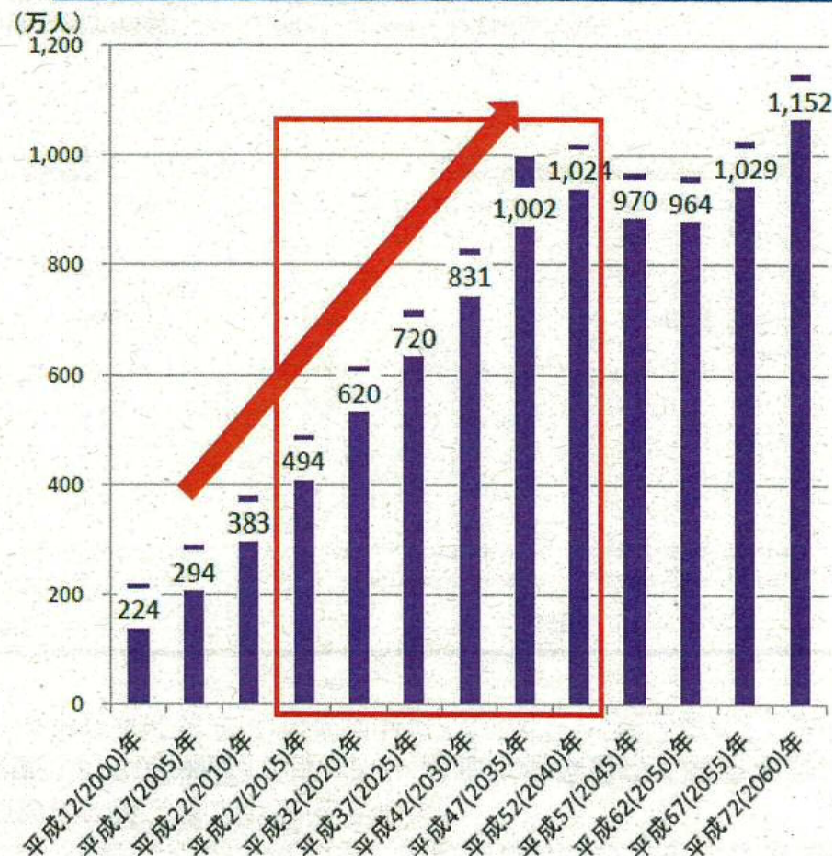
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典: 2020年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2020年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

85歳以上の人口の推移



出典: 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計  
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)



# 医療提供体制をめぐる課題

令和4年3月4日  
第7回第3次医療計画に  
関する検討会 資料1

- 今後の検討・取組に当たっては、「1. 新型コロナ対応に関する課題」に対応するとともに、超高齢化・人口急減といった「2. 2040年を見据えた人口構造の変化への対応」が求められるのではないかな。

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1. 新型コロナ対応に関する課題</b></p>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・人材面を始めとした高度急性期対応</li> <li>・地域医療を面として支える医療機関等の役割分担・連携（情報共有を含む）</li> <li>・チーム・グループによる対応など外来・在宅医療の強化</li> <li>・デジタル化・見える化への対応</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>                   |
| <p><b>2. 2040年を見据えた人口構造の変化への対応</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・生産年齢人口の減少に対応するマンパワーの確保</li> <li>・人口減少地域における医療機能の維持・確保や医師の働き方改革に伴う対応</li> <li>・超高齢化・人口急減による入院・外来医療ニーズの変化</li> <li>・医療介護複合ニーズ・看取りニーズの増加（特に都市部）</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p> |



# 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、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。
- 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おり、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。
- 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、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

- 地域医療構想については、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、医師の時間外労働規制が令和6年度から開始される。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、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、都道府県による医師確保計画の策定や医学部における地域枠等の設定・拡充など、令和18年を目標年として取組が進められている。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取組が求められる。
- 新興感染症等への対応については、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。

## 4 公立病院経営強化の基本的な考え方

- 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。
- 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、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。



## 4 公立病院経営強化の基本的な考え方(イメージ)

### 地域全体で目指す姿

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

### 地域医療の主な課題

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

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

### 公立病院経営強化の視点

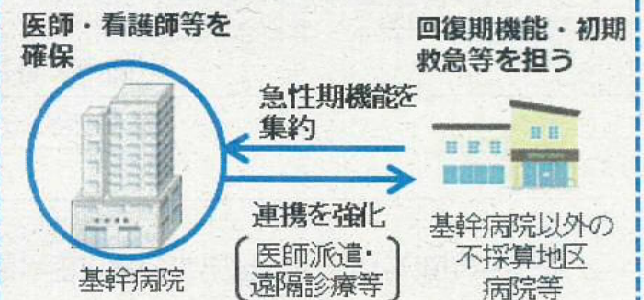
- 医師確保等を進めつつ、限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するという視点を最も重視し、新興感染症の感染拡大時等の対応という視点も持って、公立病院の経営を強化していくことが重要

### 公立病院経営強化の主な手法

#### ①複数病院間の広域的な取組

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

#### 機能分化・連携強化のイメージ(例)



※公的病院、民間病院、診療所等との取組も重要

#### ②個々の公立病院の取組

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

#### ③都道府県の役割・責任の強化

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



# 「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。

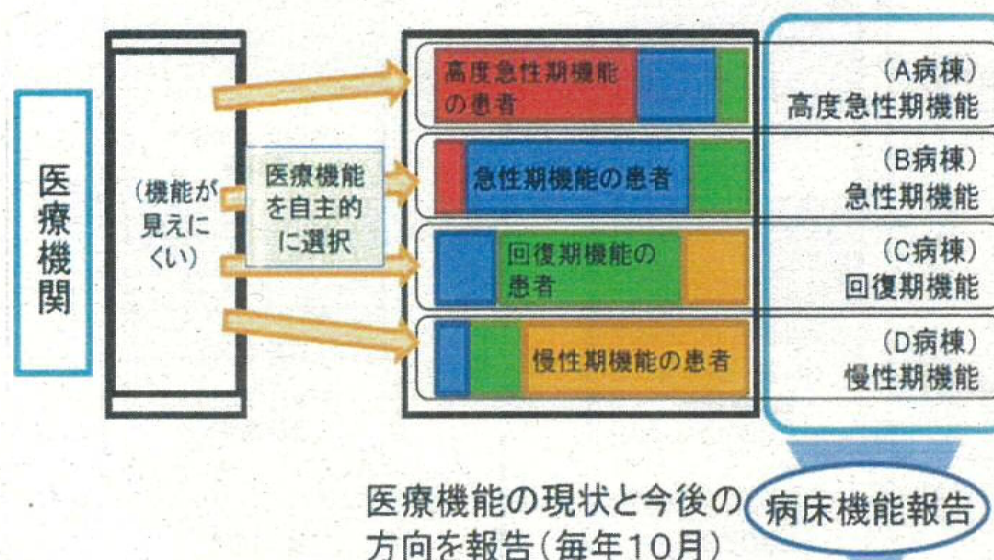
## 第5 財政措置

- **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**。



## 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。



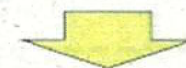
### 「地域医療構想」の内容

#### 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。



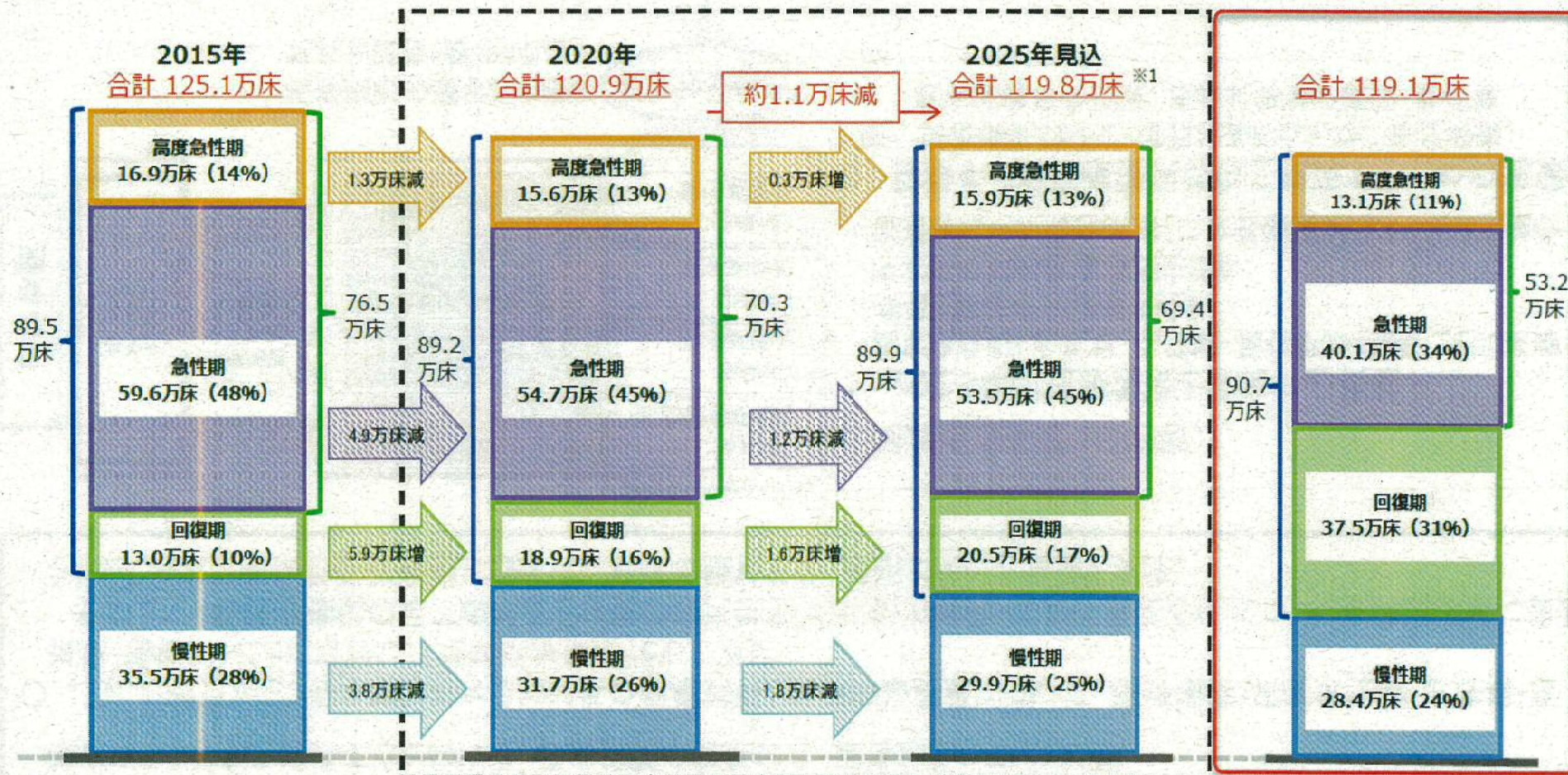
# 2020年度病床機能報告について

令和4年3月4日  
第7回第8次医療計画に  
関する検討会 資料1

2015年度病床機能報告

2020年度病床機能報告

地域医療構想における ※4  
2025年の病床の必要量  
(平成28年度末時点の推計)



出典: 2020年度病床機能報告

※1: 2020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年病床機能報告: 13,863/14,538 (95.4%)、2020年病床機能報告: 12,635/13,137 (96.2%)

※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: ICU及びHCUの病床数(\*): 18,482床(参考 2019年度病床機能報告: 18,253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



## 「地域医療構想の進め方について」(抄)

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

### 1. 基本的な考え方

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

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

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

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

### 2. 具体的な取組

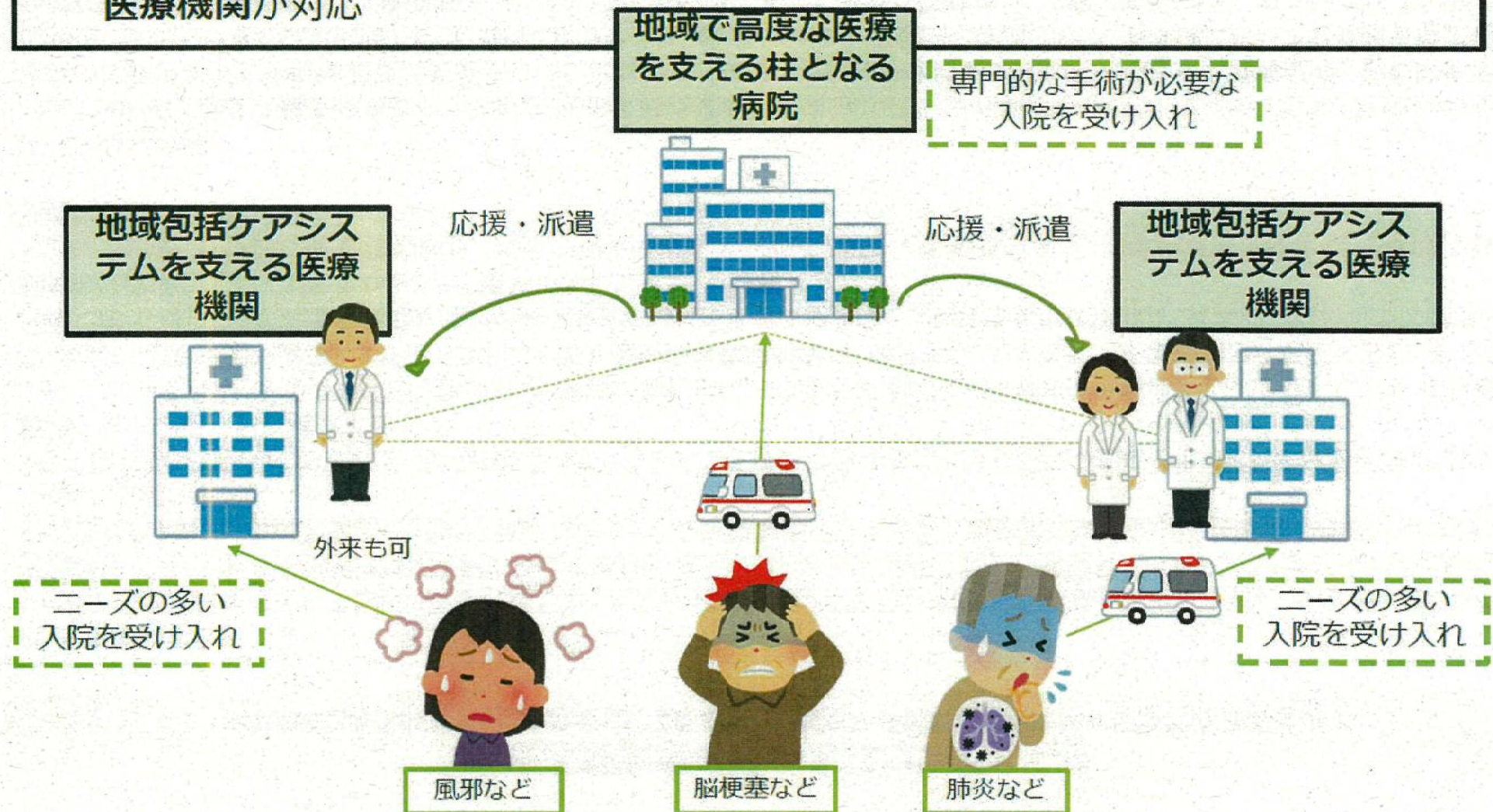
「人口100万人以上の構想区域における公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」(令和3年7月1日付け医政発0701第27号厚生労働省医政局長通知)2.(3)において、「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等、地域医療構想の実現に向けた今後の工程に関しては、新型コロナウイルス感染症への対応状況に配慮しつつ、各地域において地域医療構想調整会議を主催する都道府県等とも協議を行いながら、厚生労働省において改めて整理の上、お示しすることとしている。」としていたことについては、2022年度及び2023年度において、公立・公的・民間医療機関における対応方針の策定や検証・見直しを行うこ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

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

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

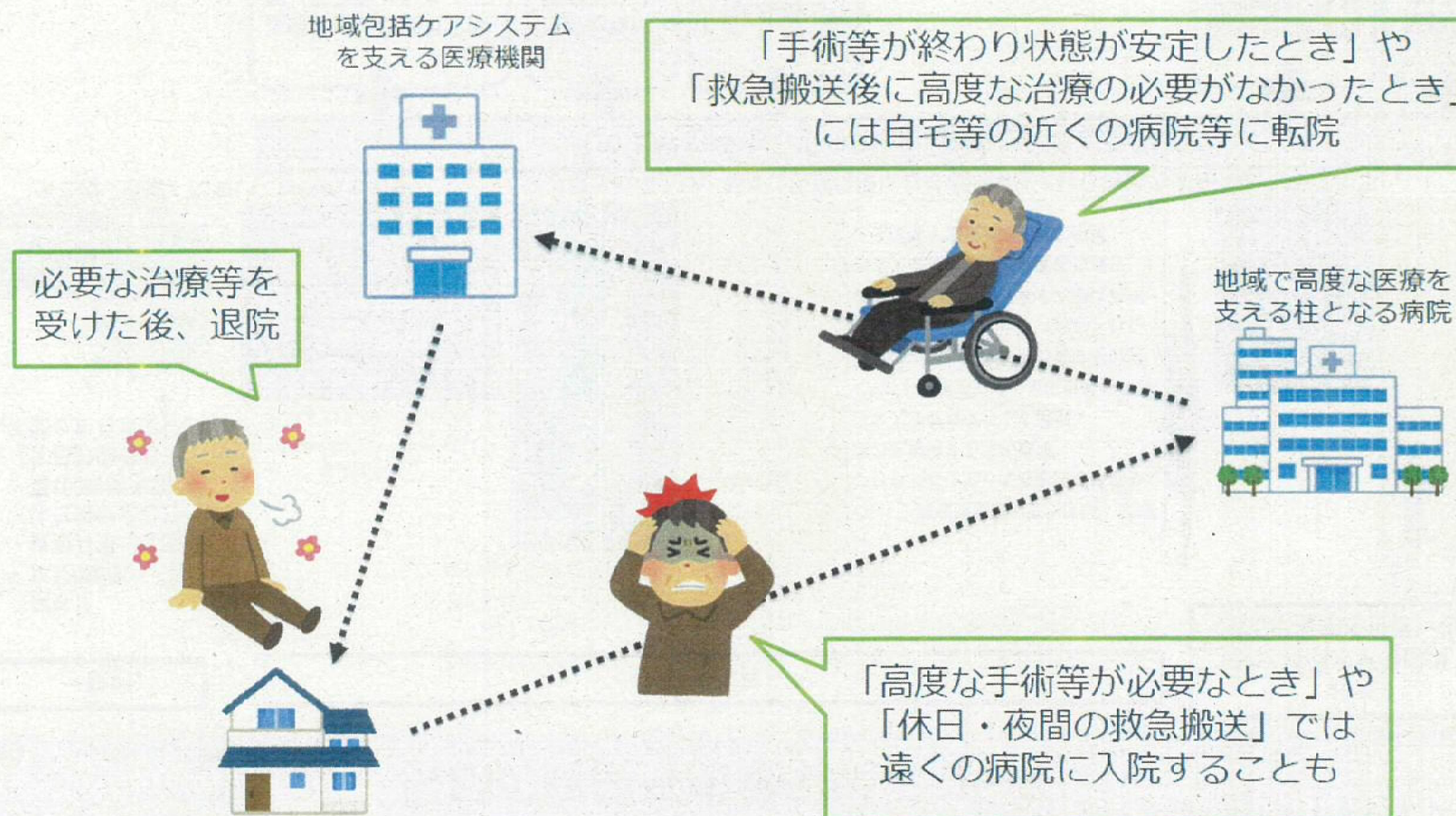


- 「地域で高度な医療を支える柱となる病院」の体制が強化され、専門的な手術や救急で入院が必要になった時に、構想区域内で質の高い医療を提供
- ニーズの多い入院（後期高齢者等）については、地域包括ケアシステムを支える医療機関が対応





- 患者の状態に応じて、**必要な医療**を受けられる体制
- ひとつの病院で入院を完結するのではなく、**地域全体で患者を支える体制**





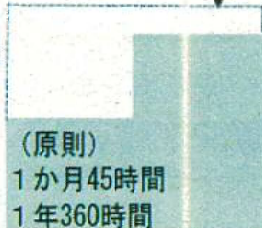
# 医師の時間外労働規制について

令和4年3月4日  
第7回第8次医療計画に  
関する検討会 資料1

## 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



※この(原則)については医師も同様。

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  
(医療機関を指定)

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

※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。

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

## 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】

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・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。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(義務)  
※臨床研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・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。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(義務)

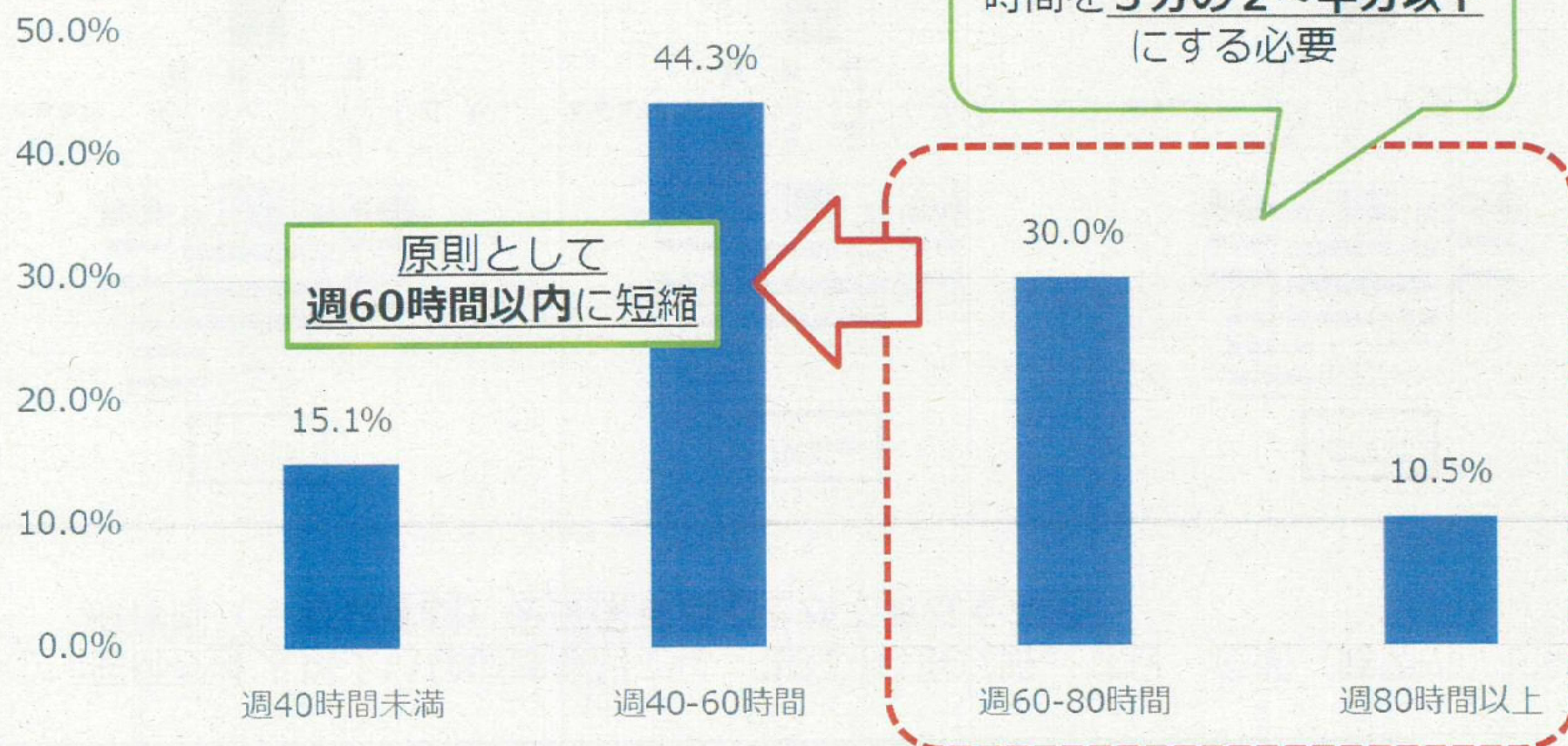
※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。



- 医師の長時間労働を抜本的に解消するため、2024年度以降、時間外労働の上限を原則：年間960時間（週の労働時間：60時間）以内へ

※例外的に年間1860時間以内まで認められる場合あり

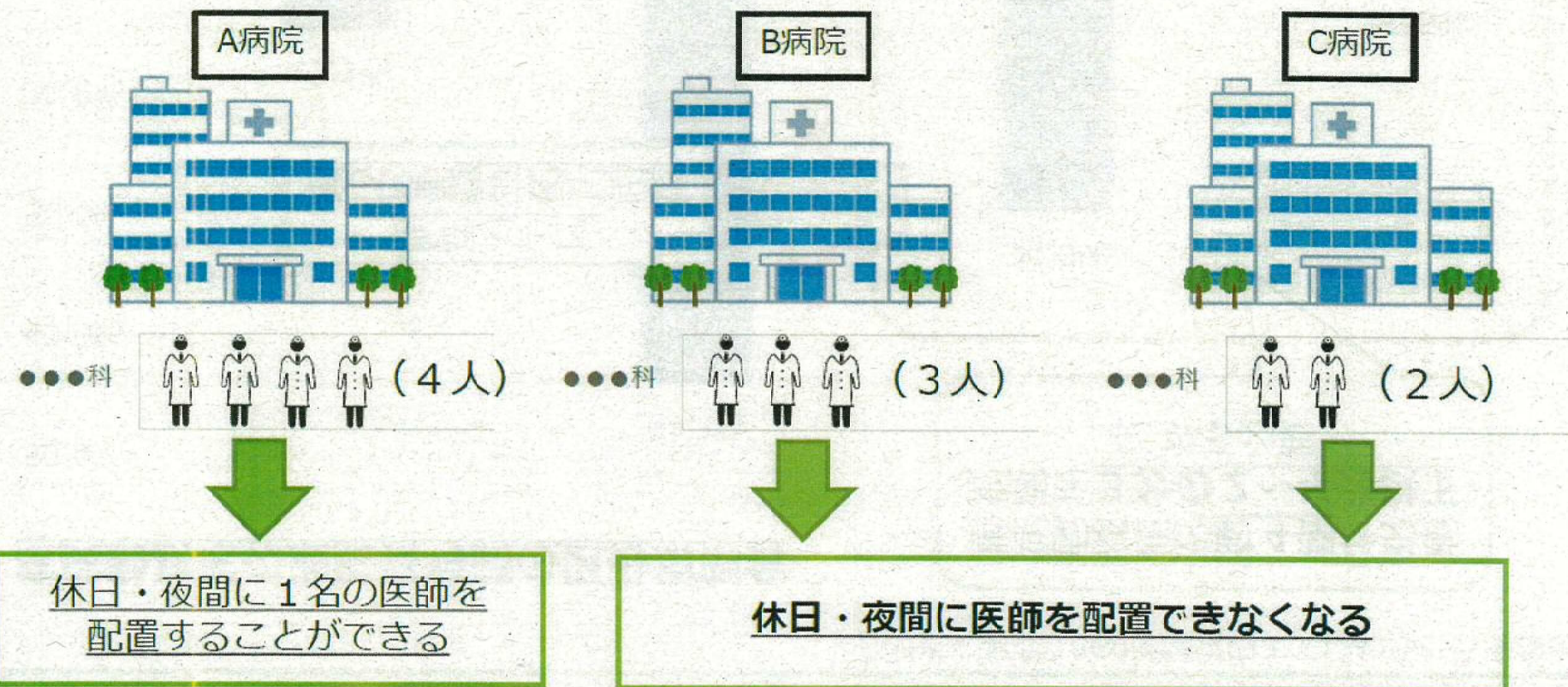
## 病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



※厚生労働省第9回医師の働き方改革に関する検討会（H30.9.3）資料4を基に作成



- 医師が4人以上いない診療科では、2024年度以降、休日・夜間（時間外）の診療体制（＝救急体制）を確保することができなくなる



※ただし、4名の医師がそれぞれ年間1860時間（月155時間）程度の時間外勤務に従事することが必要

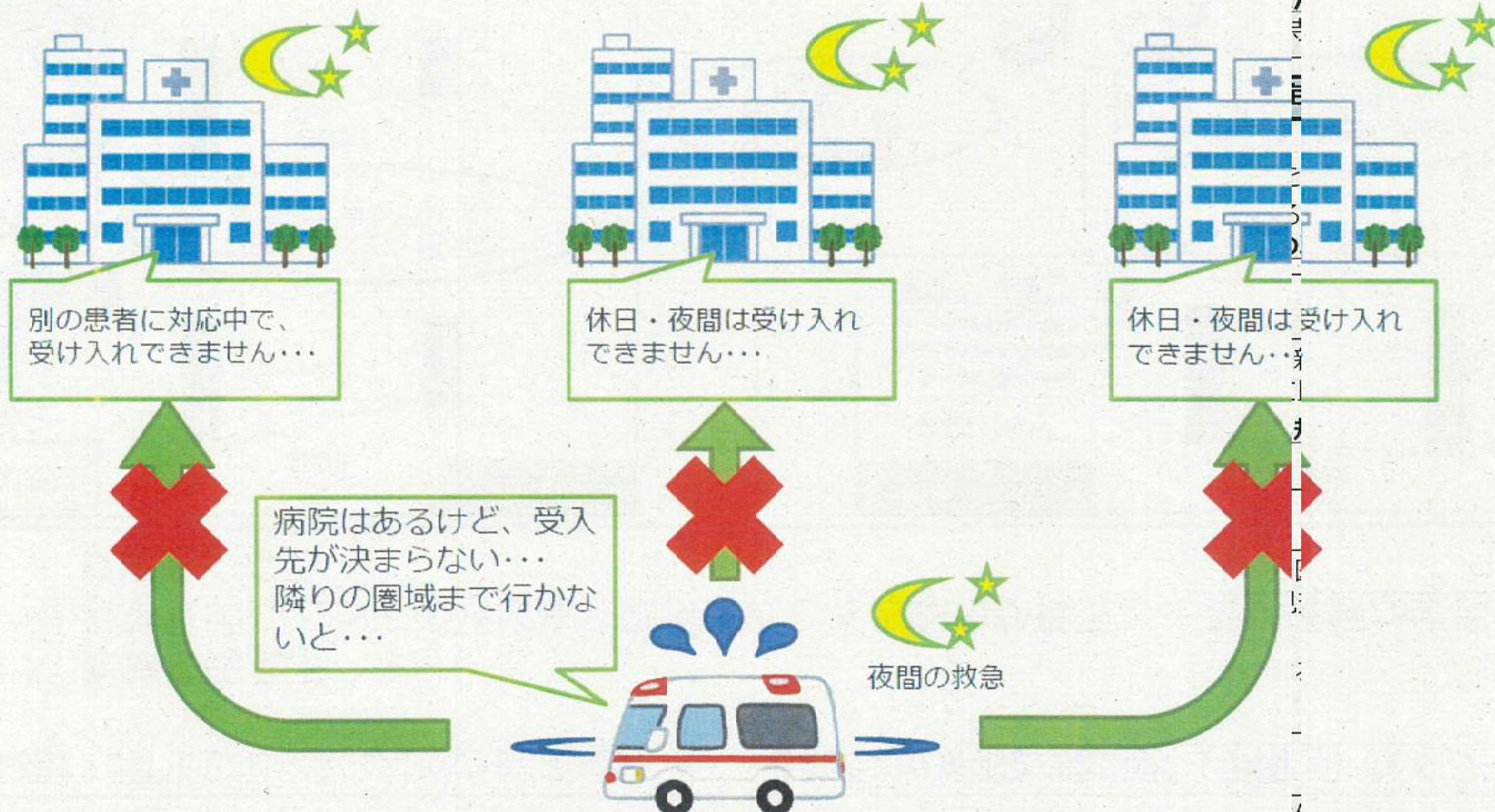
それでも  
激務！

（さらなる集約化も必要？）



○ 人的資源（医師等）が分散し、救急車の受け入れ縮小・困難となるおそれ

(※病院や病床が近くにたくさんあっても、それが機能していなければ意味がありません)



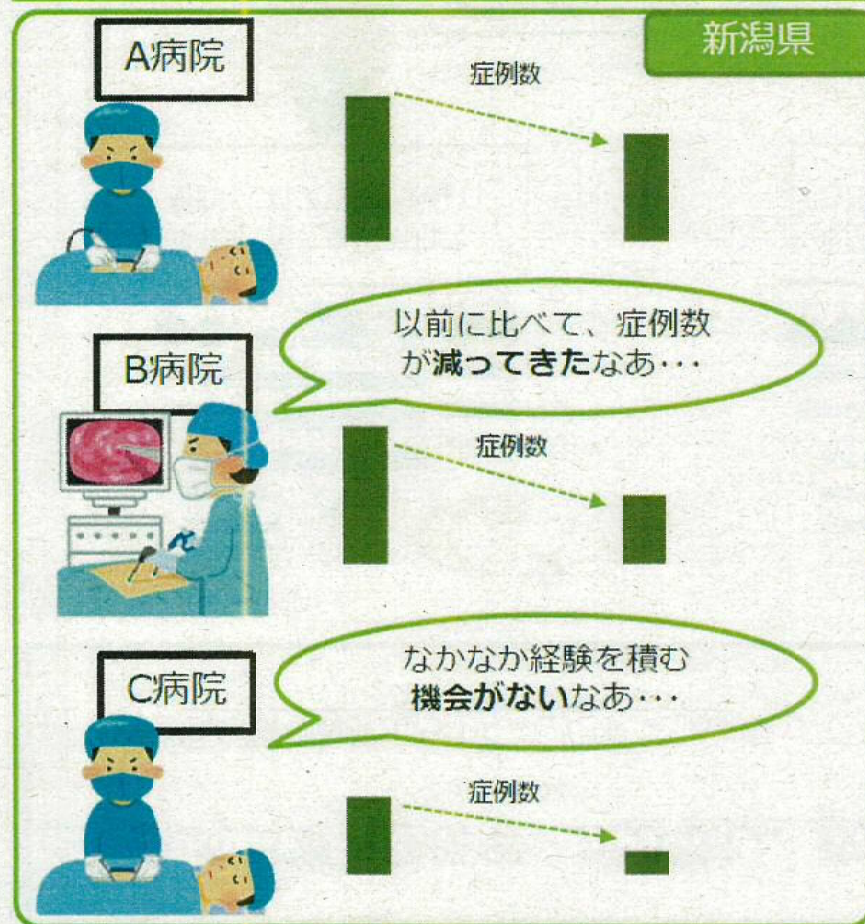
いずれの病院でも必要十分な医療提供（特に救急医療）ができなくなるおそれ…



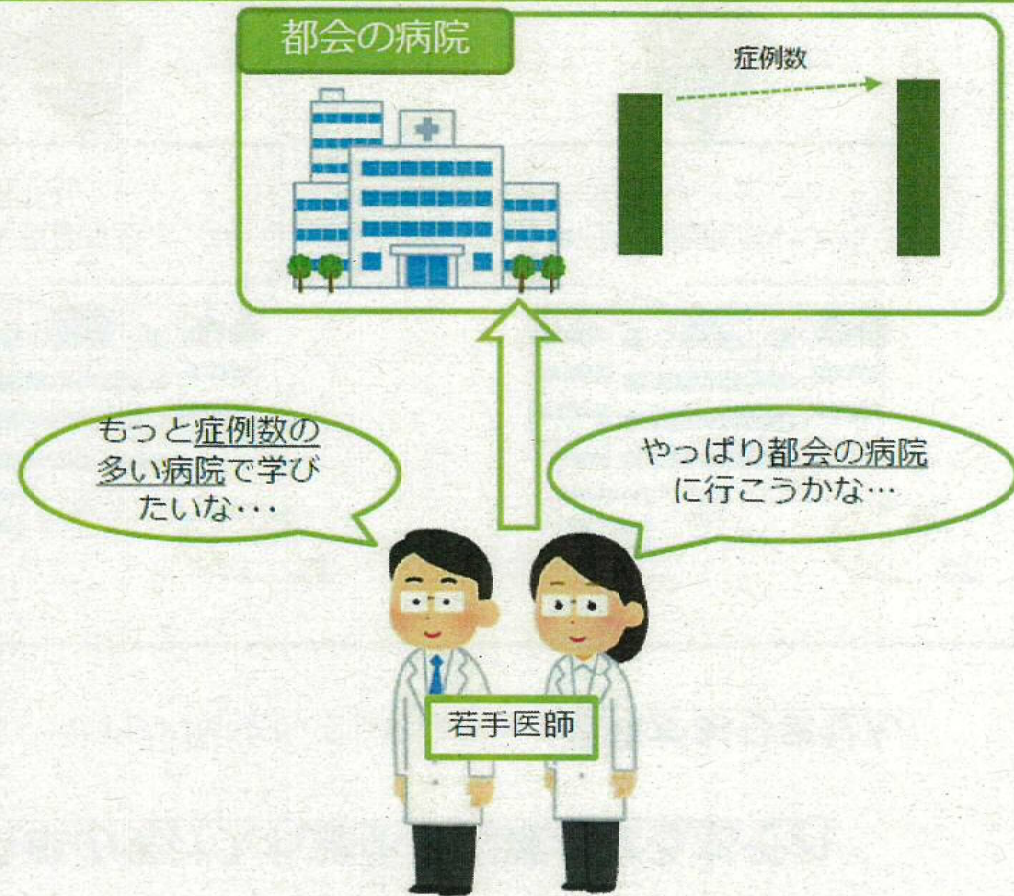
○ 高度・専門的な治療の対象患者は減少 → それぞれの病院の症例数（手術等）が減少

⇒①医療の質低下

⇒②若手医師にとっての研修先や勤務先としての魅力が低下し、若い医師が集ま  
りにくくなる



医療の質低下



若手医師流出



# 医師確保対策に関する取組（全体像）

令和4年3月4日  
第7回第8次医療計画に  
関する検討会 資料1

## 医師養成課程における取組

### 【大学医学部】

- 中長期的な観点から、医師の需要・供給推計に基づき、全国の医師養成数を検討
- 地域枠（特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠）の医学部における活用方針を検討

### 【臨床研修】

- 全国の研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小するとともに、都道府県別に、臨床研修医の採用枠の上限数を設定
- その際、都市部や複数医学部を有する地域について、上限数を圧縮するとともに、医師少数地域に配慮した定員設定を行い、地域偏在を是正

### 【専門研修】

- 日本専門医機構において、将来の必要医師数の推計を踏まえた都道府県別・診療科別の専攻医の採用上限数（シーリング）を設定することで、地域・診療科偏在を是正（産科・小児科等の特に確保が必要な診療科や、地域枠医師等についてはシーリング対象外）

## 各都道府県の取組

### 【医師確保計画】

- 医師偏在指標により医師偏在の状況を把握  
計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を設定

#### <具体的な施策>

#### ●大学と連携した地域枠の設定

#### ●地域医療対策協議会・地域医療支援センター

- ・ 地域医療対策協議会は、医師確保対策の方針（医師養成、医師の派遣調整等）について協議
- ・ 地域医療支援センターは、地域医療対策協議会の協議結果に基づき、医師確保対策の事務（医師派遣事務、派遣される医師のキャリア支援・負担軽減等）を実施

#### ●キャリア形成プログラム（地域枠医師等）

- ・ 「医師不足地域の医師確保」と「派遣される医師の能力開発・向上」の両立を目的としたプログラム

#### ●認定医師制度の活用

- ・ 医師少数区域等に一定期間勤務した医師を厚労大臣が認定する制度を活用し、医師不足地域の医師を確保

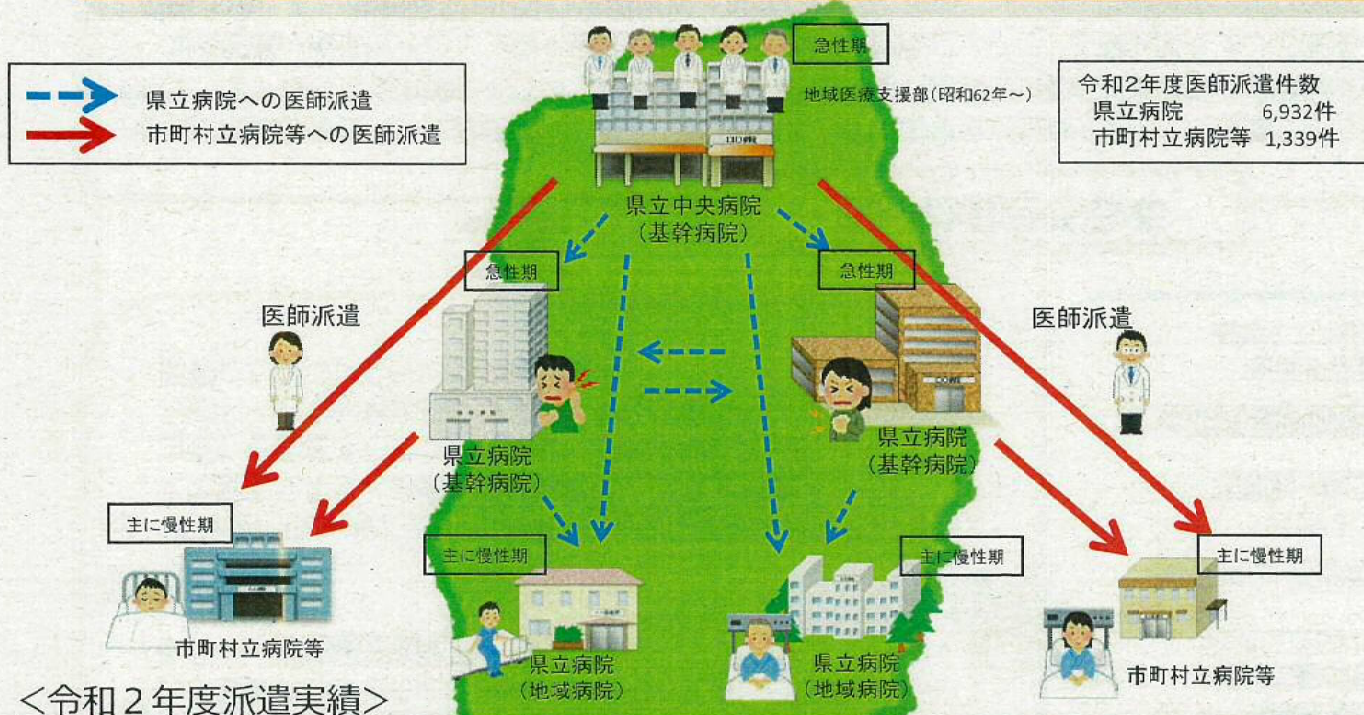
## 医師の働き方改革

地域の医療を支えている勤務医が、安心して働き続けられる環境を整備することが重要であることから、都道府県・医療勤務環境改善支援センター等による医療機関への支援を通じて、適切な労務管理や労働時間短縮などの医師の働き方改革を推進。具体的には、

- 地域医療の確保のためにやむを得ず長時間労働を行う医師について、医療機関における医師の労働時間短縮計画の作成や健康確保措置等を通じて、労働時間短縮及び健康確保を推進
- 出産・育児・介護などのライフイベントを経験する医師が、仕事と家庭を両立できるよう勤務環境の改善を推進



## 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＞

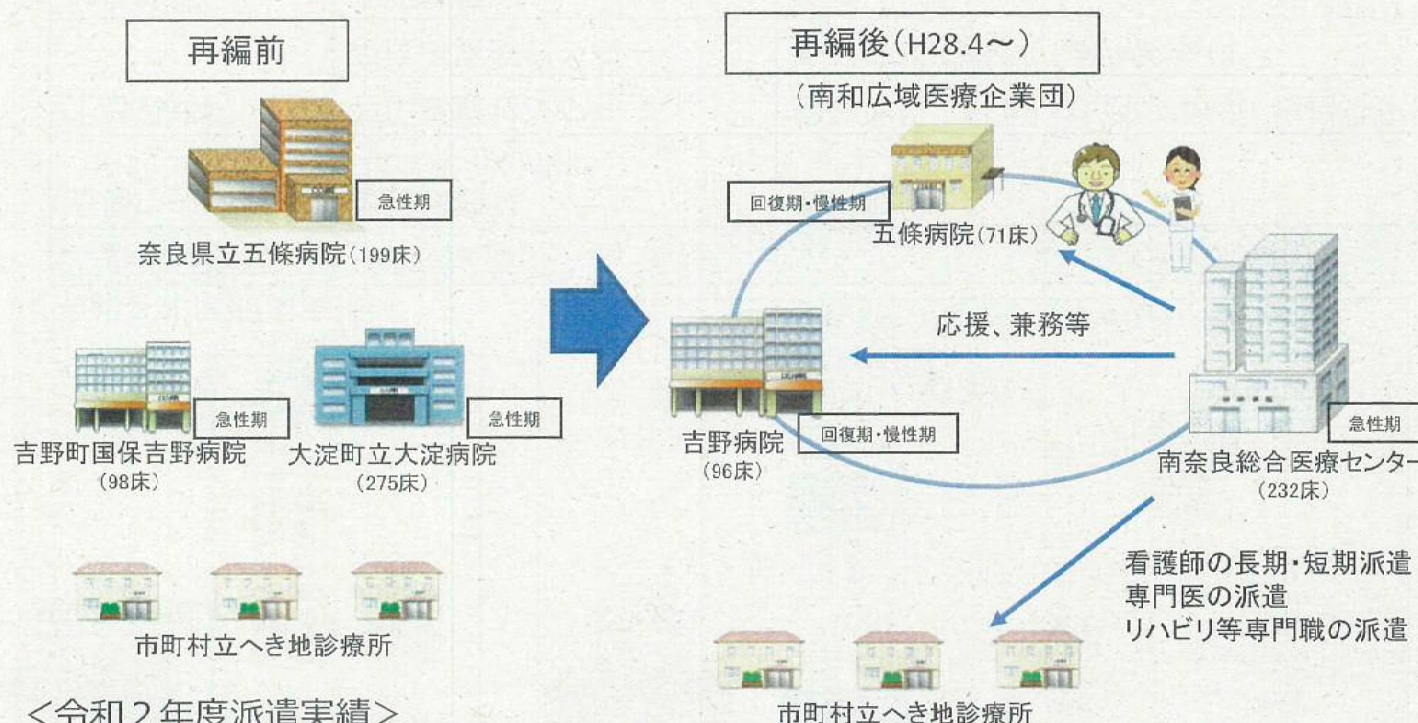
| 主な派遣元病院 | 主な派遣先病院（設立団体）                                                  | 主な派遣診療科目                                        | 延派遣日数／月                        |
|---------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|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

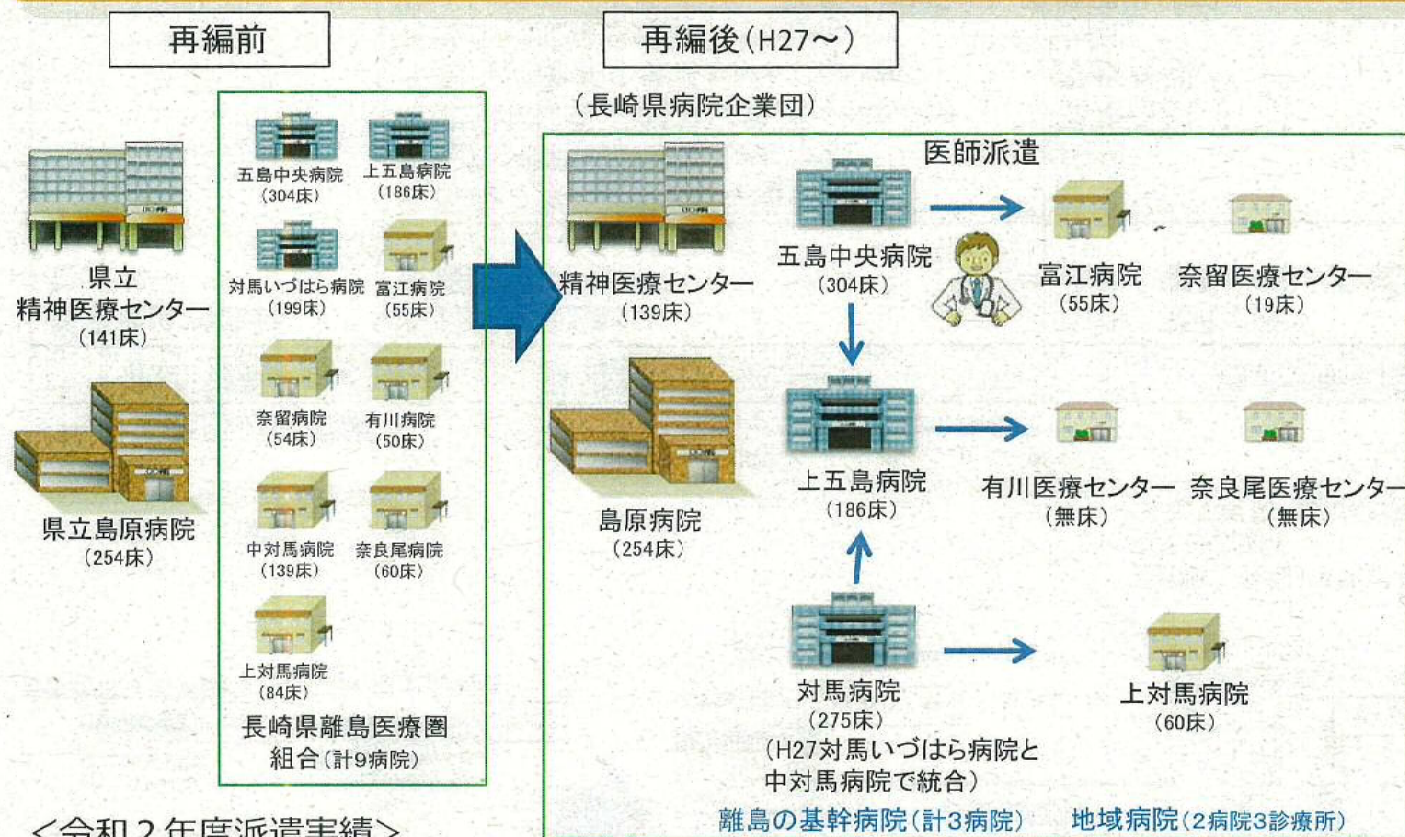
### <令和2年度派遣実績>

| 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   |
|             | 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）ほか  | 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）

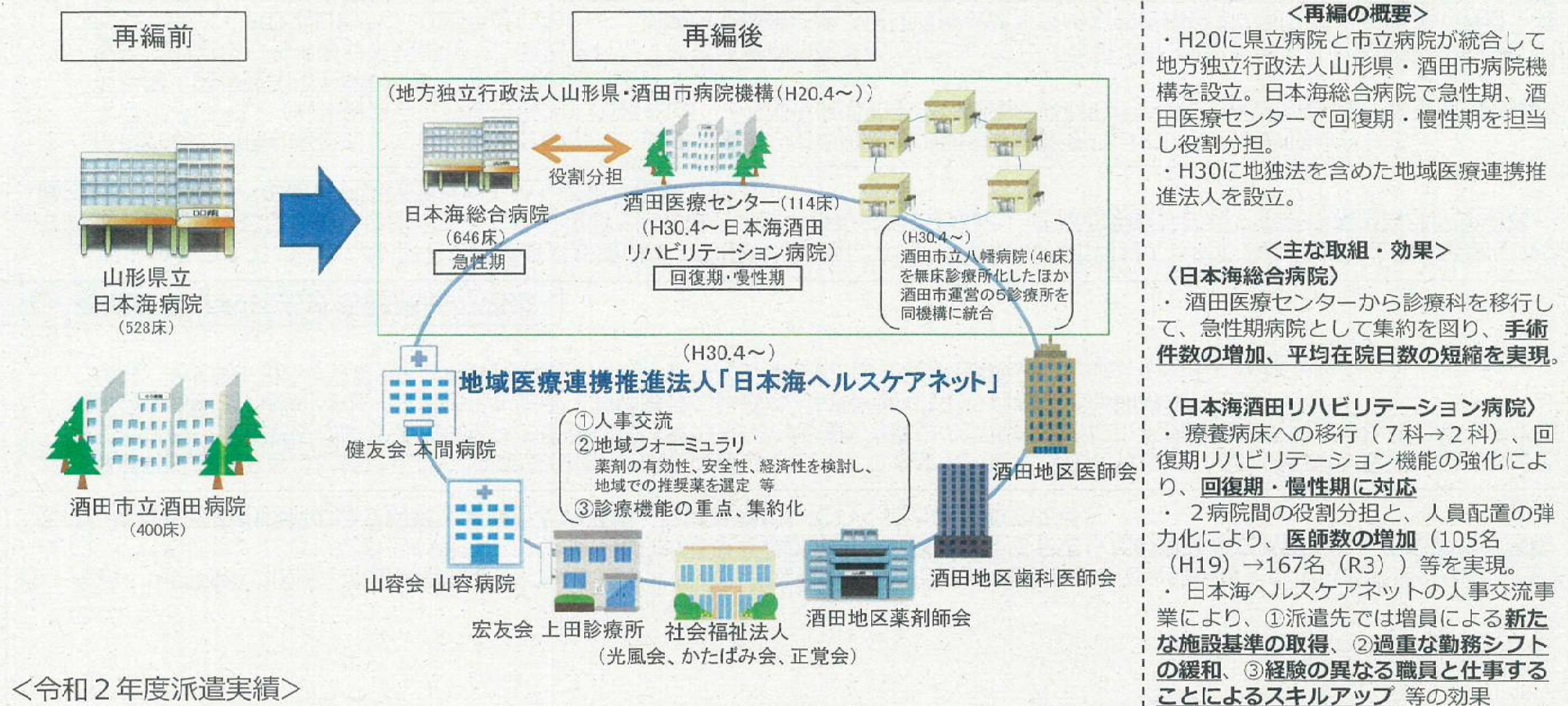
- ・ 医薬品の共同購入を実施
- ・ 基幹病院と附属診療所で電子カルテを共有することにより、地域一体での診療を実施
- ・ 離島の基幹病院にDPCを導入
- ・ 地域枠の拡充等により医師数は増加  
H20.4 132名⇒R3.4 148名
- ・ 離島病院を対象とした修学資金貸与事業
- ・ 都市部の大規模病院と企業団で派遣協定書を締結し、離島病院に看護師を派遣する事業による看護師確保
- ・ 認定看護師、診療看護師の育成

#### ＜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<br>（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   |
|        | 奈良尾医療センター            | 整形外科、外科、総合診療科                              | 21日／月   |
| 対馬病院   | 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、婦人科、外科、脳神経内科、小児科 | 27日／月   |



### 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病院間の役割分担と、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   |
|         | 宏友会（医療法人）          | 看護師 | 診療所、老健      | 65日／月   |
| 本間病院    | 日本海総合病院(地独法山形酒田)   | 医師  | 外科、循環器内科    | 22日／月   |
| 酒田地区医師会 | 日本海酒田リハ病院（地独法山形酒田） | 医師  | 宿日直         | 13日／月   |
| 宏友会     | 八幡クリニック（地独法山形酒田）   | 看護師 | 訪問看護        | 22日／月   |



## 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が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。