

2024.8.23JFM地方公営企業セミナー

どのようにして自治体病院の 経営を改善するか

城西大学経営学部

教授 伊関友伸

経歴

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

自治体病院の
経営はどのように
なっているのか

公立病院（地方独立行政法人を含む）の立地

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

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

【所在市区町村人口区分別の公立病院数】

所在市区町村 の人口	病 院 数 ※地独法を含む	
合計	8 5 3	
23区及び指定都市	8 2	
30万人以上	6 2	
10万人～30万人	1 5 5	
5万人～10万人	1 6 5	全公立病院の 64.9%
3万人～5万人	1 2 5	
3万人未満	2 6 4	
		全公立病院の 30.9%

※ 表の病院数は、令和4年度における地方公営企業の病院及び公営企業型地方独立行政法人病院（建設中の病院を除く。）

【公立病院の病床数の割合が高い都道府県】

都道府県名	割合（%）	公立病院の病床数 ／全病床数
山形県	44.9	5,025／11,182
岩手県	41.7	5,304／12,727
青森県	36.9	5,120／13,386
富山県	31.7	4,017／12,694
山梨県	31.6	3,822／12,151
滋賀県	31.5	2,737／8,724
静岡県	30.8	9,349／30,406
和歌山県	30.5	3,418／11,280
島根県	30.0	4,911／16,275
岐阜県	29.9	2,347／7,857

（参考）東京都 10.2%
大阪府 11.3%

（出典：令和4年度医療施設調査（厚労省））

全国の病院に占める公立病院の役割

- 全国の病院に占める公立病院の割合は、病院数で約11%、病床数で約14%。
- 民間病院の立地が困難なへき地等における医療や、救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に係る医療、民間病院では限界のある高度・先進医療の多くを公立病院が担っている。

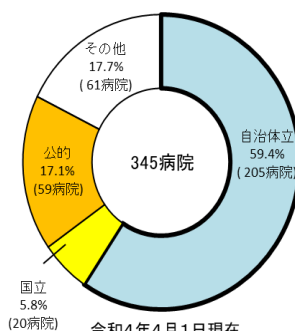
○全国の病院に占める
公立病院の割合

	病院数	病床数
全 体	8,139	1,489,543
公 立	853 (10.5%)	202,765 (13.6%)
国 立	316 (3.9%)	123,702 (8.3%)
公 的	339 (4.2%)	104,493 (7.0%)
そ の 他	6,631 (81.5%)	1,058,583 (71.1%)

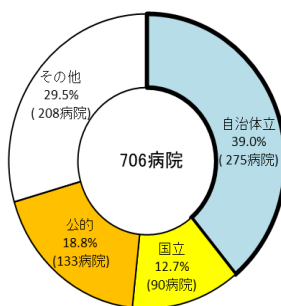
※表は医療施設動態調査（令和5年3月末）（厚労省）より作成
 ※表の「公立病院」は、地方公営企業の病院及び公営企業型地方独立行政法人病院
 ※表の「公的病院」は、公立大学附属病院や日本赤十字社、済生会、厚生連等が開設・運営する病院

○自治体病院の役割

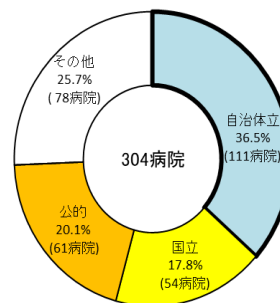
へき地医療拠点病院



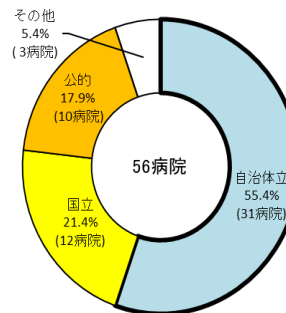
地域災害拠点病院



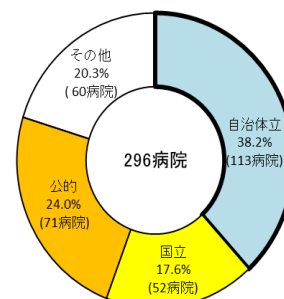
救命救急センター



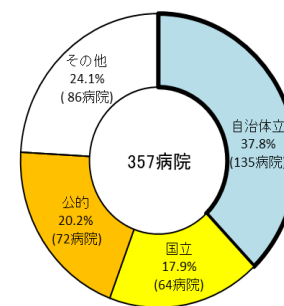
第一種感染症指定医療機関



地域周産期母子医療センター



地域がん診療連携拠点病院



（出典：厚労省調査より作成）

第3波時点(2021年1月)の公立病院のコロナ対応

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

※高度急性期・急性期病棟を有する受入可能医療機関

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

② 新型コロナ入院患者数に占める公立病院の割合は約32%。

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

③ 人工呼吸器等使用新型コロナ入院患者数に占める公立病院の割合は約56%。

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

(参考) 全国の病院数に占める公立病院の数は約10%

全国の病床数に占める公立病院の病床数は約13%

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

第7波時点(2022年8月10月)の公立病院のコロナ対応

① 各都道府県の病床・宿泊療養施設確保計画に位置づけられた即応病床数

(1) 総数 … 46, 095

(2) (1)のうち公立病院 … 13, 584 → 公立病院のシェア(2)／(1) = 約29%

② 人工呼吸器等使用新型コロナ入院患者数(人)

(1) 総数 … 295

(2) (1)のうち公立 … 89 → 公立病院のシェア(2)／(1) = 約30%

(参考) 全国の病床数に占める公立病院の病床数は約13%

(注)①は「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査」(厚生労働省・令和4年10月21日時点)に基づき作成。

②は「新型コロナウイルス感染症患者の受入状況」(厚生労働省・令和4年8月31日時点)に基づき作成。

参考は医療施設動態調査、地方公営企業決算統計より。

「公立病院」とは、地方公営企業法が適用され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をいう。

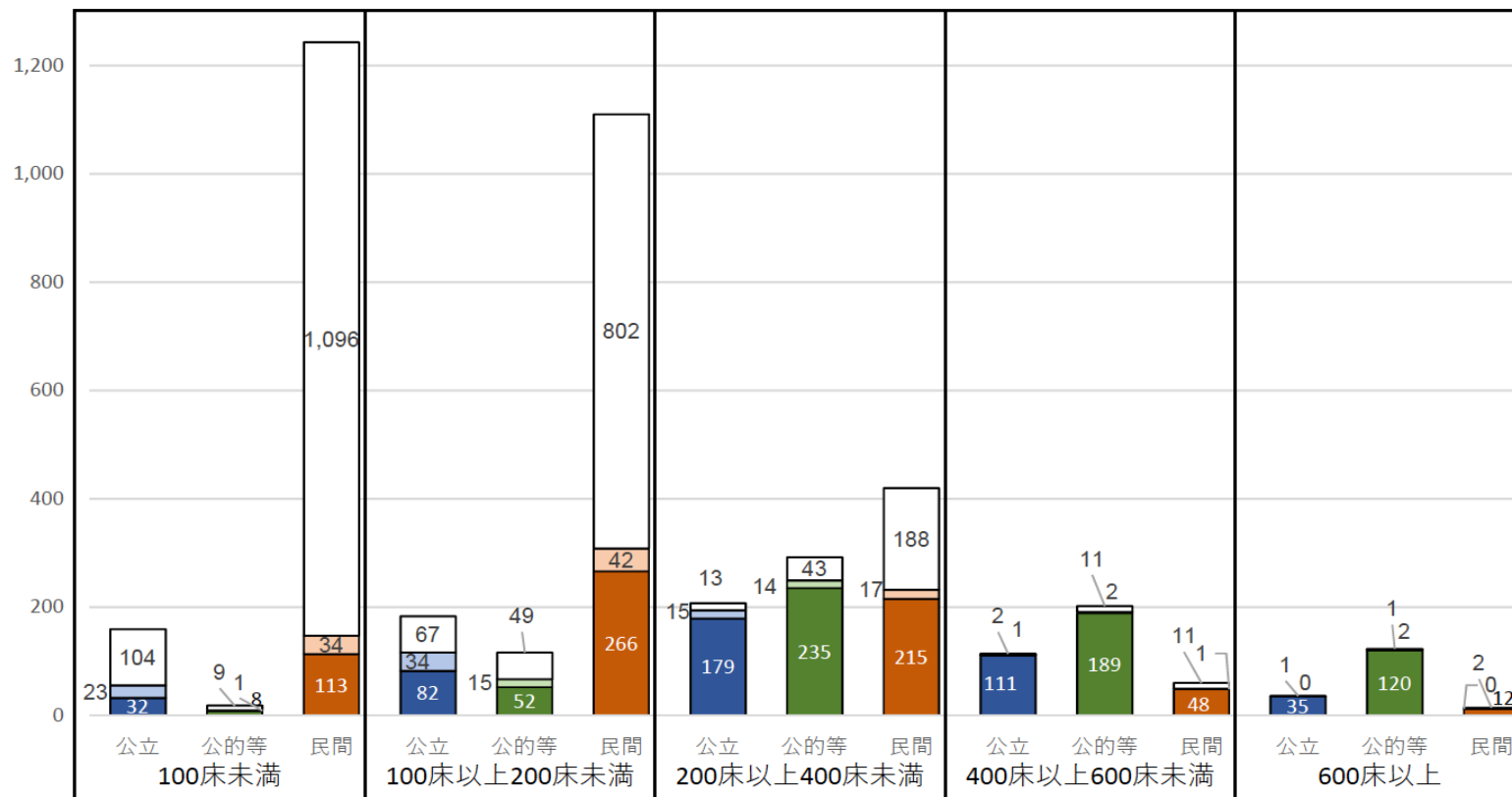
公立、公的等、民間別、病床規模別のコロナ患者受入可能医療機関

令和3年1月10日時点

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

(病院数)
1,400

公立、公的等、民間別、病床規模別のコロナ患者受入可能医療機関数



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

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

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

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

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

経営形態別新型コロナ確保病床数上位10位病院数

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

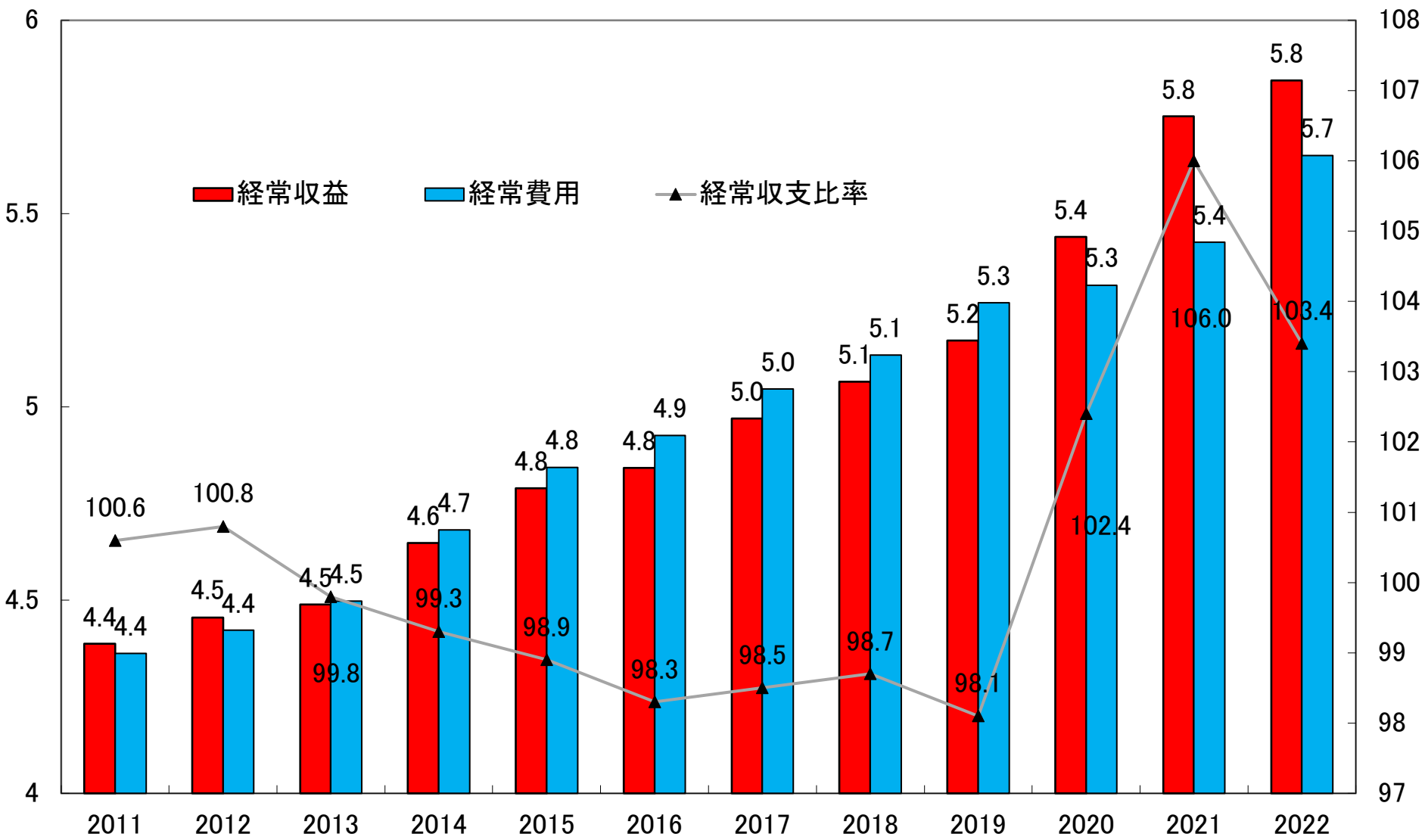
都道府県	人口（千人）	自治体	国立等	公的等	大学附属	医療法人等	最も病床数の多い病院	病床数
滋賀県	1,414	5	1	3	0	1	県立総合病院	36
京都府	2,583	2	2	1	0	6	宇治徳洲会病院	60
大阪府	8,809	7	1	0	0	2	八尾市立病院	107
兵庫県	5,466	9	1	1	0	2	県立加古川医療センター	100
奈良県	1,330	6	2	1	0	1	県立医科大学附属病院	80
和歌山県	925	6	3	1	0	0	県立医大紀北分院	74
鳥取県	556	3	3	2	1	1	県立厚生病院	47
島根県	674	4	2	1	1	2	島根大学医学部附属病院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

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

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

自治体病院經常収益・支出（繰入金・補助金含む）

兆円 %



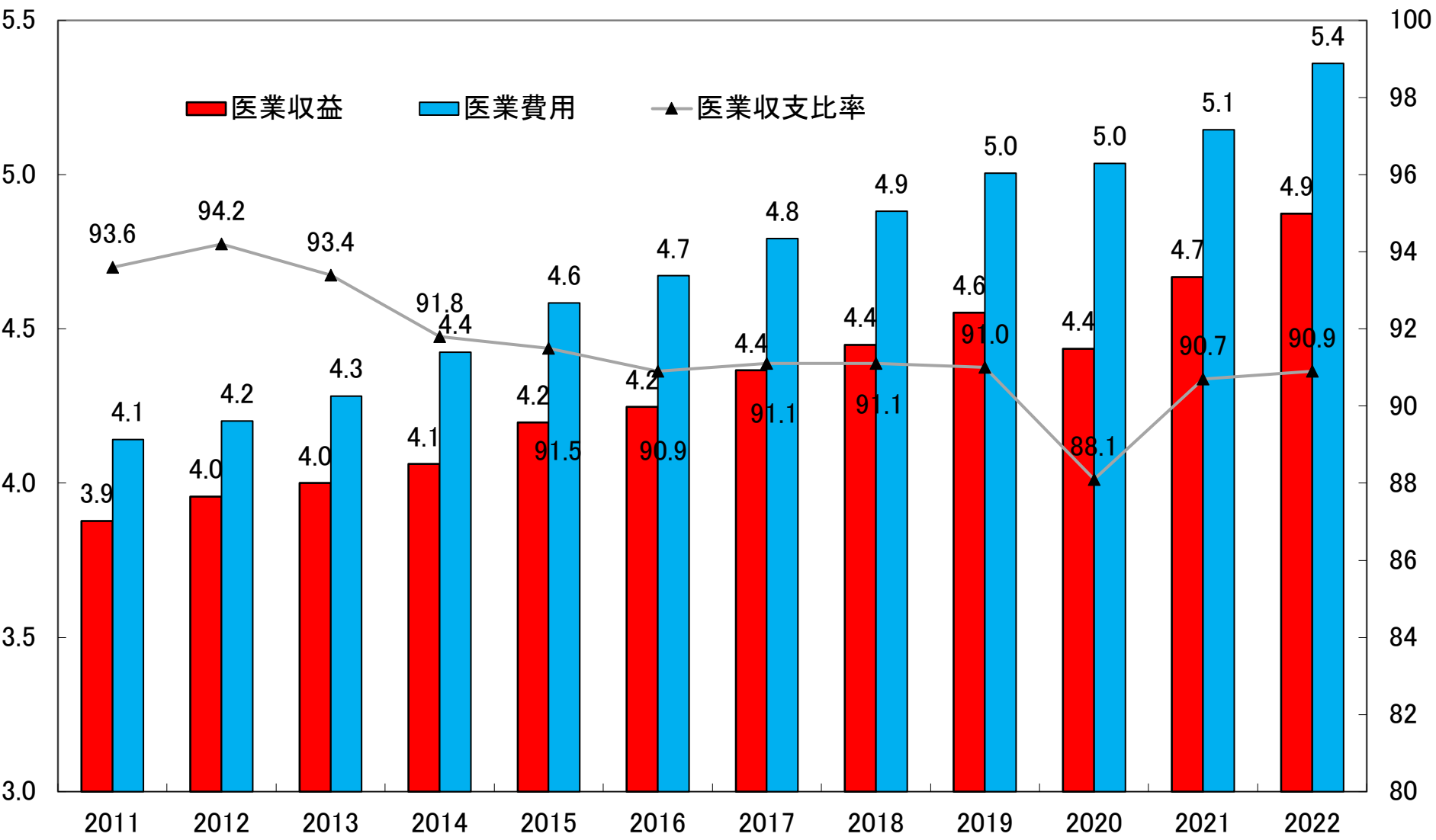
地方独立行政法人含む

総務省資料を加工

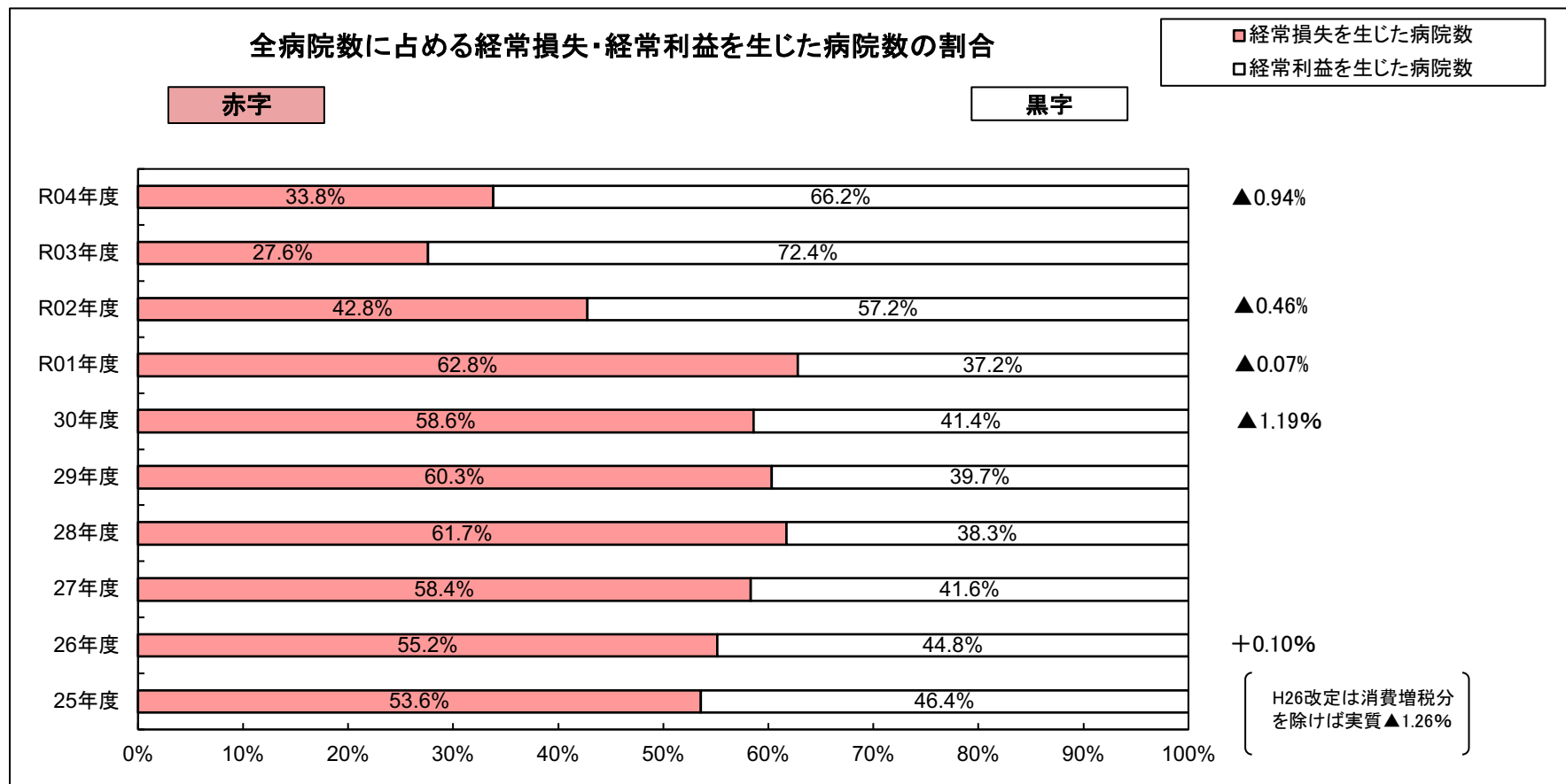
自治体病院医業収益・支出（繰入金・補助金除く）

兆円

%



公立病院経常収支の状況（黒字・赤字病院の割合）（地方独立行政法人を含む）



【赤字・黒字病院数の推移】(建設中を除く)

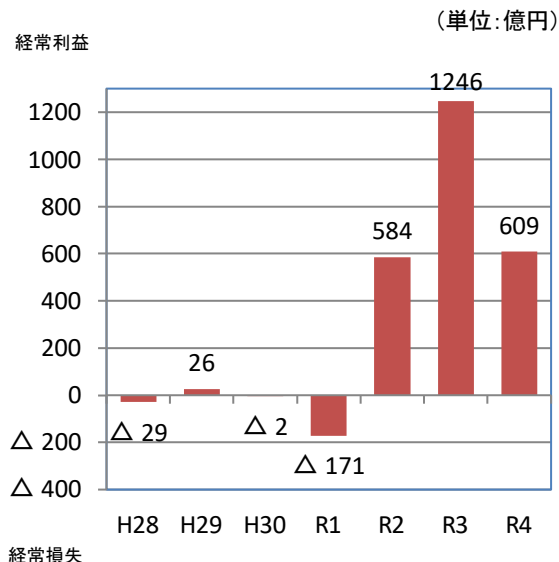
	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R01	R02	R03	R04	R04-R03増減
黒字病院	414	395	369	334	344	358	319	488	615	565	▲8.1%
赤字病院	478	486	517	539	523	507	538	365	234	288	23.1%
計	892	881	886	873	867	865	857	853	849	853	0.5%

地方独立行政法人を含む

規模別の公立病院の経常損益の状況（300床以上）（地方独立行政法人を含む）

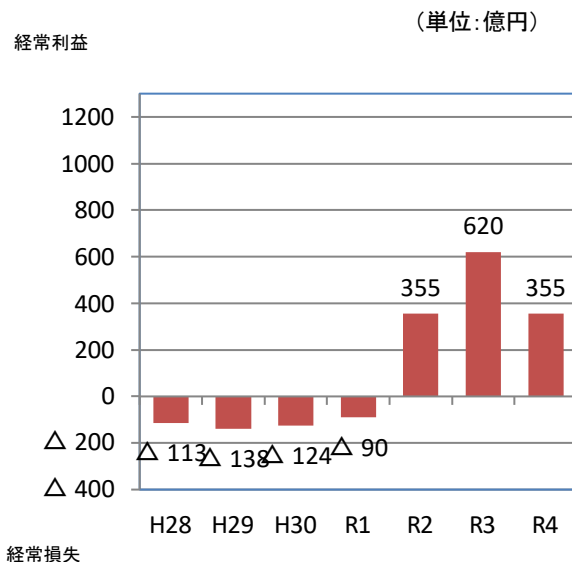
500床以上病院

（R4：91病院うち黒字病院は74病院）



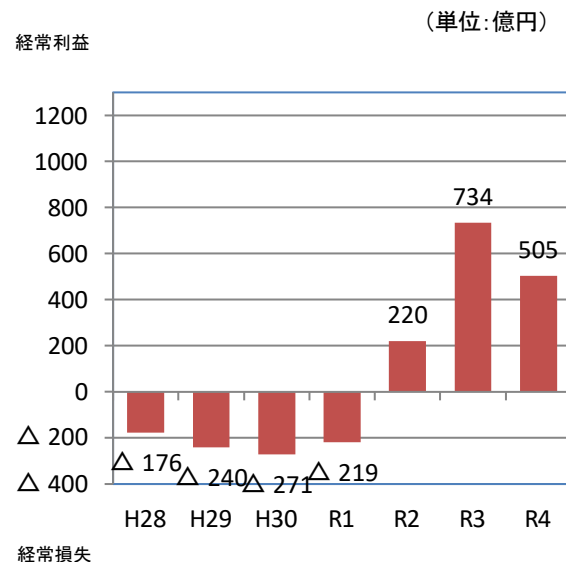
400床以上500床未満病院

（R4：78病院うち黒字病院は58病院）



300床以上400床未満病院

（R4：120病院うち黒字病院は92病院）



経常収支比率

※経常収益/経常費用×100

（単位：％）

H30	R1	R2	R3	R4	増減
100.0	99.2	102.8	106.0	102.9	▲3.1

（単位：％）

H30	R1	R2	R3	R4	増減
99.0	98.9	103.7	106.3	103.5	▲2.8

（単位：％）

H30	R1	R2	R3	R4	増減
97.7	96.9	102.2	107.2	104.7	▲2.5

修正医業収支比率

※他会計負担金を除く医業収益/医業費用×100

（単位：％）

H30	R1	R2	R3	R4	増減
91.4	91.1	85.8	87.9	88.3	0.4

（単位：％）

H30	R1	R2	R3	R4	増減
88.8	89.0	83.6	85.5	85.1	▲0.4

（単位：％）

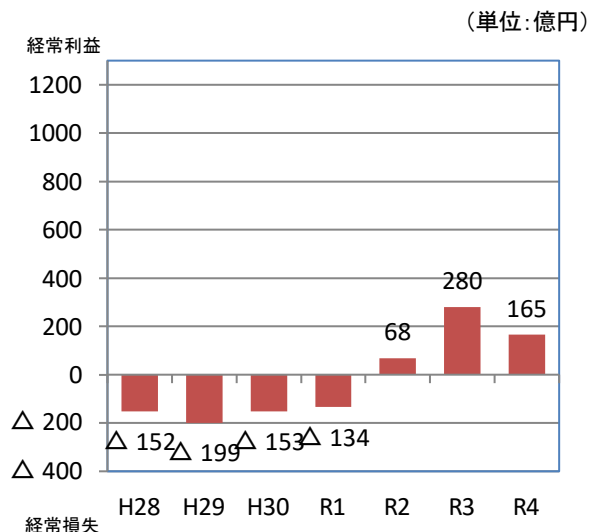
H30	R1	R2	R3	R4	増減
85.6	85.4	80.1	82.5	83.1	0.6

※建設中、想定企業会計の病院を除く

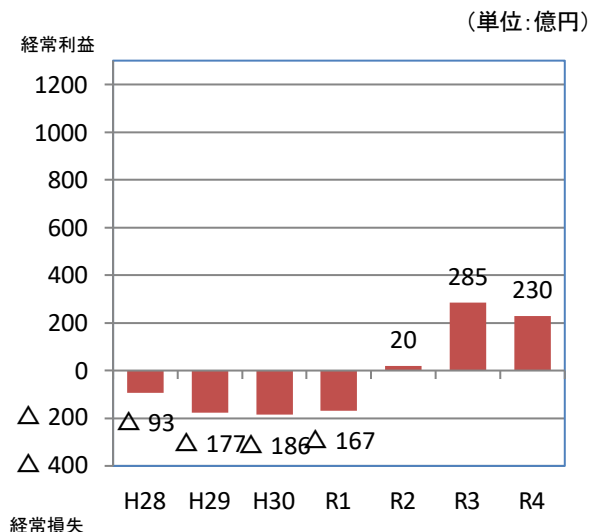
総務省資料

規模別の公立病院の経常損益の状況（300床未満）（地方独立行政法人を含む）

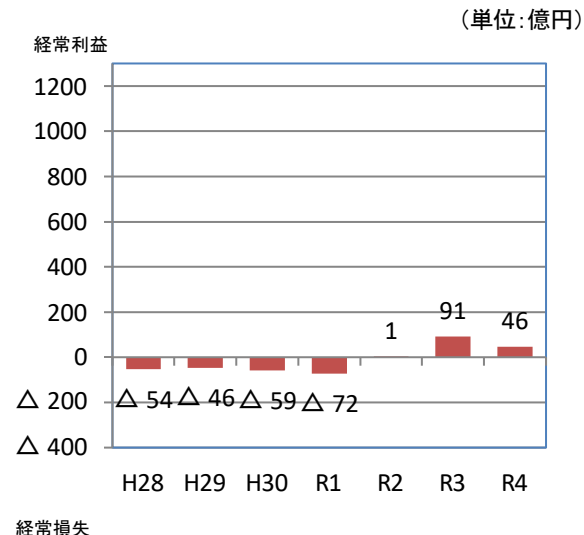
200床以上300床未満病院
(R4:100病院のうち黒字病院は69病院)



100床以上200床未満病院
(R4:207病院のうち黒字病院は131病院)



100床未満病院
(R4:257病院のうち黒字病院は141病院)



経常収支比率

※経常収益/経常費用×100
(単位:%)

H30	R1	R2	R3	R4	増減
97.4	96.8	101.4	105.4	103.0	▲2.4

(単位:%)

H30	R1	R2	R3	R4	増減
96.9	96.6	100.4	105.2	104.0	▲1.2

(単位:%)

H30	R1	R2	R3	R4	増減
97.1	97.5	100.1	103.3	101.7	▲1.6

修正医業収支比率

※他会計負担金を除く医業収益/医業費用×100
(単位:%)

H30	R1	R2	R3	R4	増減
80.6	80.3	74.6	75.7	75.4	▲0.3

(単位:%)

H30	R1	R2	R3	R4	増減
78.1	78.0	74.5	75.7	75.3	▲0.4

(単位:%)

H30	R1	R2	R3	R4	増減
69.3	69.5	66.2	68.3	67.1	▲1.2

※建設中、想定企業会計の病院を除く

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

(令和4年3月29日付け総務省自治財政局長通知)

第1 公立病院経営強化の必要性

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

第2 地方公共団体における公立病院経営強化プランの策定

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

公立病院経営強化プランの内容

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

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

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

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

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

(3) 経営形態の見直し

(4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

(5) 施設・設備の最適化

- ・ 施設・設備の適正管理と整備費の抑制
- ・ デジタル化への対応

(6) 経営の効率化等

- ・ 経営指標に係る数値目標

第3 都道府県の役割・責任の強化

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

第4 経営強化プランの策定・点検・評価・公表

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

第5 財政措置

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

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

1. 開催趣旨

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

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

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

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

2. 構成員

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

3. 開催実績

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

「改革」から「経営強化」に

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

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

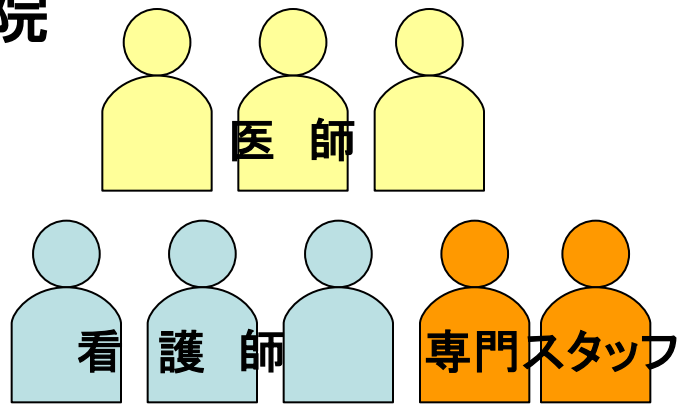
- 各公立病院は、地域医療構想や今般の新型コロナ対応の経験などを踏まえて、地域において果たすべき役割・機能を改めて見直し、明確化・最適化することが必要である。このため、**地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能について記載**する。
- その際、当該公立病院の将来の病床機能のあり方は、構想区域における病床の機能区分ごとの将来の必要病床数と整合性のとれた形でなければならない。このため、**地域医療構想における推計年である令和7年（2025年）及びプラン最終年度における機能ごとの病床数や、病床機能の見直しを行う場合はその概要を記載**する。
- また、**精神医療についても、当該病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

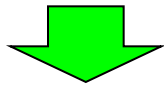
- 地域医療提供体制の確保と地域包括ケアシステムは密接に結びついていることを踏まえ、**地域包括ケアシステムの構築に向けて当該公立病院が果たすべき役割・機能について記載**する。
- その際、介護保険事業との整合性を確保しつつ、在宅医療や住民の健康づくりに関する役割・機能を示す、病棟の一部を介護医療院に転換するなど、**病院の規模や特性等に応じた役割・機能の明確化・最適化について記載**することが望ましい。

病院の2極化現象

医療の高度・専門化
に対応した急性期病
院

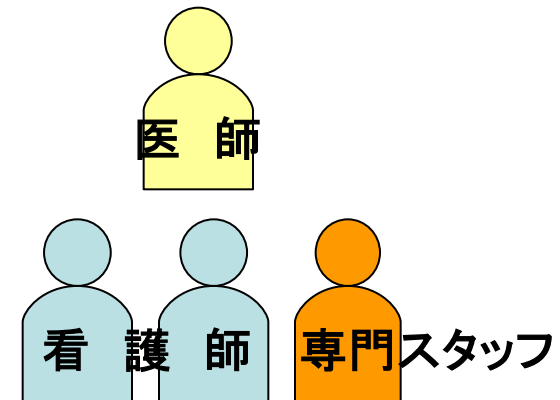


手厚い医師・看護師、医療スタッフの配置
高額な医療機器を高回転で回す

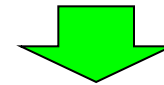


最新の高度・専門医療を提供
短い平均在院日数、大量の患者を早
いベッドの回転数で受け入れ
高い診療報酬(手術+高い入院基本
料+診療報酬加算)

医療の高度・専門化
に対応できない病院



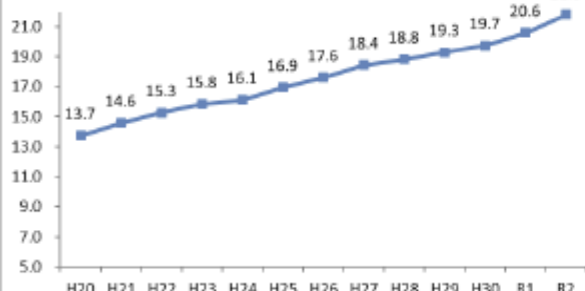
少ない医師・看護師などの医療スタッフ
患者数が少なく、高額な医療機器を十分使い
こなせない、急性期医療では採算割れとなる



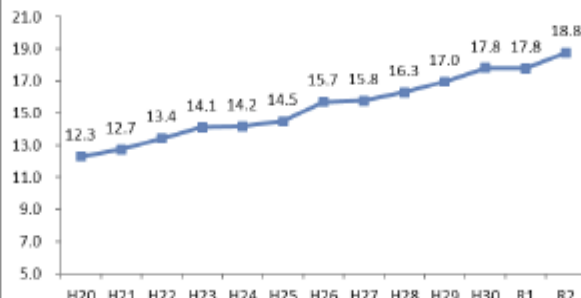
人員が少なく、最新の高度・専門医療を提供で
きない
平均在院日数は長くなる、急性期の患者は高
度急性期病院に流れる。高齢者の回復期、療
養の医療が中心となる
低い診療報酬(低い入院基本料+診療報酬加
算を取れない)

【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

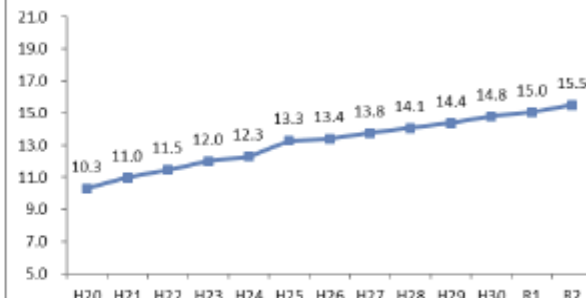
500床以上



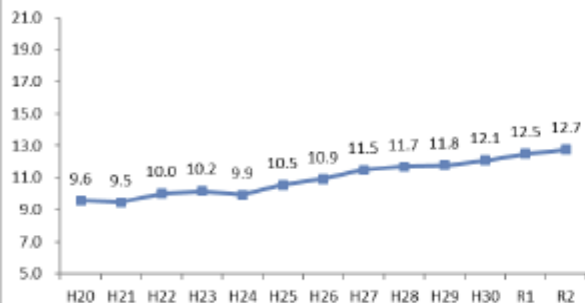
400床以上500床未満



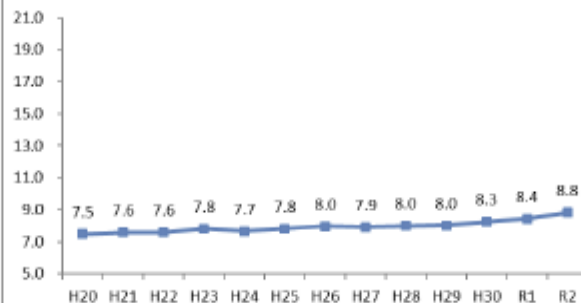
300床以上400床未満



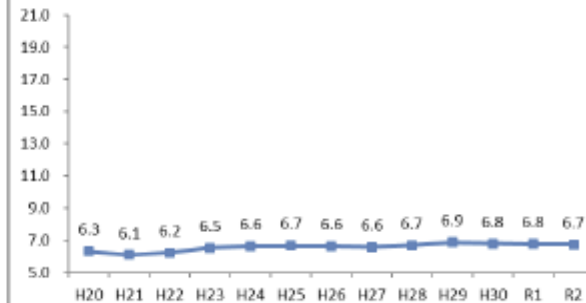
200床以上300床未満



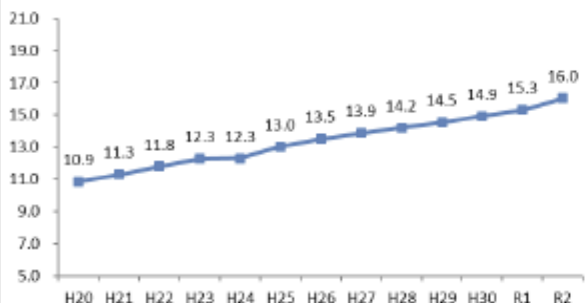
100床以上200床未満



100床未満



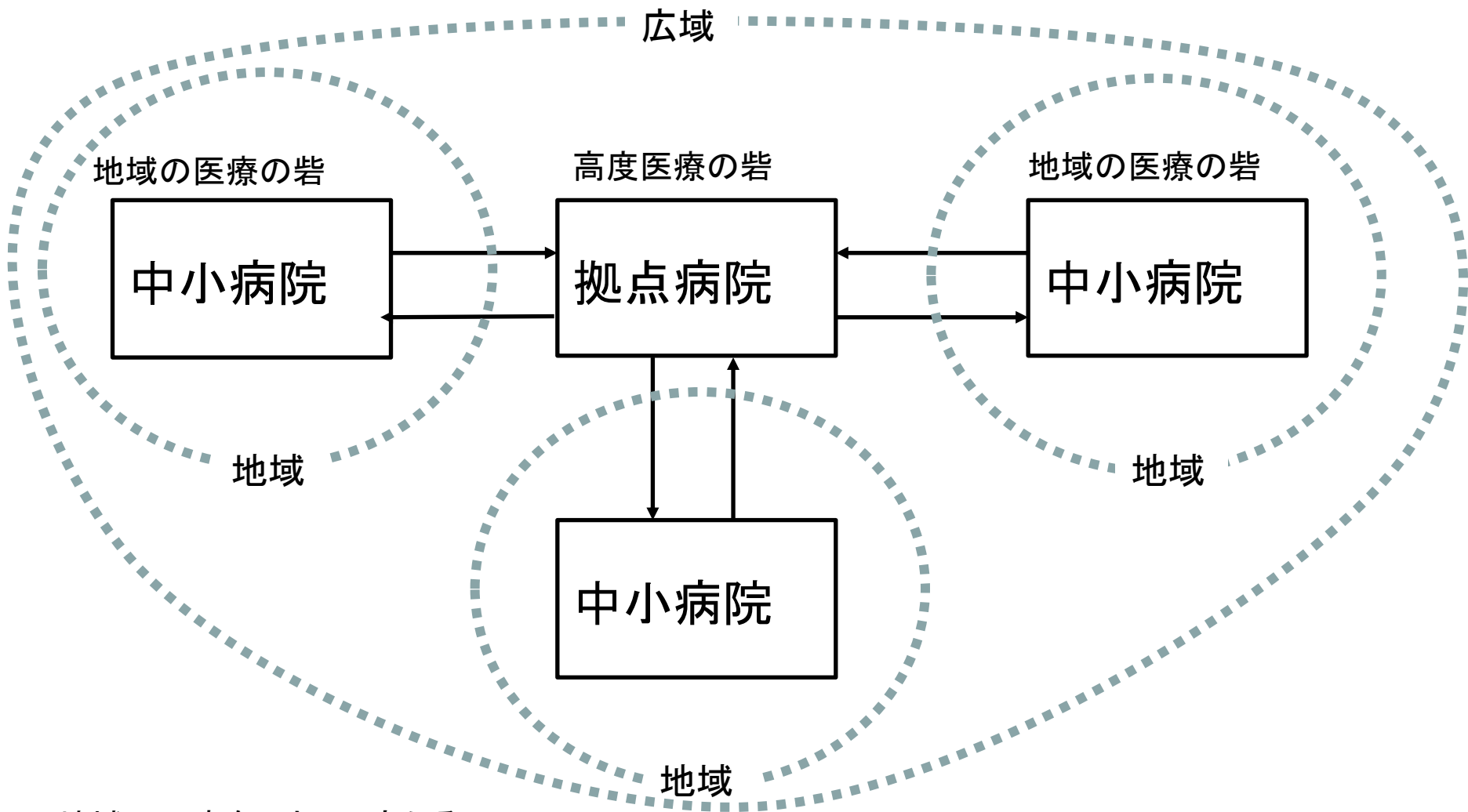
全 体



200床未満の中小病院(そのほとんどは不採算地区病院)において、
医師確保が進んでいない

※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

医療の「砦（とりで）」論



地域の医療を面として支える

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

筆者作成

令和3年山形県内自治体病院の救急等受け入れ状況

医療機関名	地域医療 支援病院	総合入院 体制加算	在宅療養 支援病院	三次救急	二次救急	救急告示	休日受診 患者数	うち直ちに 入院	夜間時間 外受診患 者数	うち直ちに 入院	救急車受入	特記事項
山形市立病院済生館	○	総合2	×	×	○	○	3,274	735	5,408	1,495	4,726	
山形県立中央病院	○	総合2	×	○	×	○	3,058	889	5,830	1,773	2,621	急性期充実体制加算
寒河江市立病院	×	×	×	×	○	○	667	108	330	96	629	
天童市民病院	×	×	○	×	○	○	602	*	883	*	423	
北村山公立病院	×	×	×	×	×	○	2,533	307	3,494	593	2,186	
山形県立河北病院	×	×	○	×	×	○	1,215	*	726	545	595	
西川町立病院	×	×	×	×	×	○	*	*	*	*	*	
朝日町立病院	×	×	×	×	○	○	*	*	259	*	*	
山形県立新庄病院	×	×	×	×	×	○	1,953	427	4,157	995	1,958	
最上町立最上病院	×	×	×	×	○	○	*	0	*	*	*	
町立真室川病院	×	×	×	×	○	○	548	33	670	108	135	
米沢市立病院	○	総合3	×	×	○	○	2,932	634	3,945	1,244	1,467	
公立置賜長井病院	×	×	○	×	×	×	0	0	0	0	0	
公立置賜南陽病院	×	×	○	×	×	×	0	0	0	0	0	
公立高畠病院	×	×	○	×	×	○	404	*	335	*	258	
公立置賜総合病院	○	総合2	×	○	○	○	3,761	754	6,887	1,737	3,478	
小国町立病院	×	×	×	×	○	○	285	30	418	56	90	
白鷹町立病院	×	×	×	×	○	○	671	60	300	60	163	
鶴岡市立荘内病院	○	総合3	×	×	○	○	6,504	1,443	4,074	1,302	3,605	
湯田川温泉リハビリテーション病院	×	×	×	×	×	×	0	0	0	0	0	
日本海酒田リハビリテーション病院	×	×	×	×	×	×	0	0	0	0	0	
日本海総合病院	○	総合2	×	○	○	○	4,713	884	6,683	1,442	3,288	急性期充実体制加算

令和3年山形県内自治体病院の入院受け入れ状況

医療機関名	新規入棟	うち院内	うち家庭	うち他の病院 診療所院	うち介護施設 福祉施設	うち院内出生	その他	医療機関受 入率	介護施設受 入率
山形市立病院済生館	13,382	3,002	9,210	162	739	264	5	1.6%	7.1%
山形県立中央病院	16,187	2,792	12,730	268	246	151	0	2.0%	1.8%
寒河江市立病院	1,392	369	821	102	100	0	0	10.0%	9.8%
天童市民病院	881	96	475	190	120	0	0	24.2%	15.3%
北村山公立病院	4,046	443	3,113	132	358	0	0	3.7%	9.9%
山形県立河北病院	2,159	416	1,386	236	121	0	0	13.5%	6.9%
西川町立病院	321	0	236	11	74	0	0	3.4%	23.1%
朝日町立病院	439	55	242	28	114	0	0	7.3%	29.7%
山形県立新庄病院	6,892	1,072	5,152	138	401	128	1	2.4%	6.9%
最上町立最上病院	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%
町立真室川病院	692	0	459	30	203	0	0	4.3%	29.3%
米沢市立病院	6,429	912	5,090	70	191	155	11	1.3%	3.5%
公立置賜長井病院	373	0	80	275	18	0	0	73.7%	4.8%
公立置賜南陽病院	455	0	95	344	16	0	0	75.6%	3.5%
公立高畠病院	1,322	441	537	143	201	0	0	16.2%	22.8%
公立置賜総合病院	12,271	2,678	9,012	124	403	52	2	1.3%	4.2%
小国町立病院	407	0	236	50	121	0	0	12.3%	29.7%
白鷹町立病院	803	0	561	71	171	0	0	8.8%	21.3%
鶴岡市立荘内病院	12,877	3,724	7,840	221	698	394	0	2.4%	7.6%
湯田川温泉リハビリテーション病院	464	1	22	438	2	0	1	94.6%	0.4%
日本海酒田リハビリテーション病院	614	3	2	603	6	0	0	98.7%	1.0%
日本海総合病院	17,079	2,775	13,351	180	619	154	0	1.3%	4.3%

令和3年山形県内自治体病院の退棟の状況

医療機関名	退棟患者数	うち院内他病棟	うち家庭	うち他病院等	うち老健入所	うち老福施設入所	うち介護医療院	うち社福有料ホーム	死亡退院等	その他	死亡退院率
山形市立病院済生館	13,314	2,999	9,438	351	52	94	0	125	243	12	2.4%
山形県立中央病院	16,222	2,792	11,916	892	19	51	0	68	480	4	3.6%
寒河江市立病院	1,377	369	738	39	42	26	0	47	115	1	11.4%
天童市民病院	865	96	414	24	10	82	0	52	187	0	24.3%
北村山公立病院	4,006	451	2,607	416	104	158	0	39	231	0	6.5%
山形県立河北病院	2,106	381	1,287	126	161	0	0	0	151	0	8.8%
西川町立病院	329	0	236	5	4	44	0	2	38	0	11.6%
朝日町立病院	429	52	190	22	10	85	0	18	52	0	13.8%
山形県立新庄病院	6,897	1,072	4,643	530	48	110	1	147	330	16	5.7%
最上町立最上病院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
町立真室川病院	697	0	424	29	13	95	0	39	97	0	13.9%
米沢市立病院	6,395	1,098	4,661	256	71	33	0	75	200	1	3.8%
公立置賜長井病院	375	0	134	34	25	20	0	33	129	0	34.4%
公立置賜南陽病院	463	0	205	50	46	26	0	32	102	2	22.0%
公立高畠病院	1,343	440	474	43	24	120	0	70	172	0	19.0%
公立置賜総合病院	10,805	2,710	6,913	621	41	42	0	127	346	5	4.3%
小国町立病院	389	0	205	16	25	50	0	25	68	0	17.5%
白鷹町立病院	804	0	484	40	32	137	0	19	92	0	11.4%
鶴岡市立荘内病院	12,871	4,123	6,898	905	202	148	3	128	463	1	5.3%
湯田川温泉リハビリテーション病院	459	1	268	68	51	3	4	40	24	0	5.2%
日本海酒田リハビリテーション病院	610	3	325	23	10	0	0	28	221	0	36.4%
日本海総合病院	17,067	2,823	12,194	893	90	141	0	293	632	1	4.4%

病院事業に対する一般会計の負担（一般会計繰出金）

公立病院の設置自治体

〔公立病院に係る公営企業会計〕

病院事業会計

○ 独立採算が原則

⇒ 主に診療収入（外来収益＋入院収益）で経営

○ 一般会計等が負担すべき経費

- ① 収入をもって充てることが適当でない経費
- ② 能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費

【一般会計繰出金の根拠】

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

一般会計

〈繰出が認められる経費〉

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

繰出金

地方交付税で措置

※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。

※ 経費の性格に応じて、普通交付税または特別交付税により措置。

総務省準公営企業室「公立病院改革等に対する地方財政措置について」

病院事業に係る主な地方交付税措置

1 普通交付税(令和4年度)

区分	算定額
病床割	720千円×施設全体の最大使用病床数
救急告示病院分	1,697千円×救急病床数+32,900千円
精神病床(道府県分)	1,523千円×精神病床数
事業割	病院事業債の元利償還金の25%(元利償還金の1/2について、一般会計から繰出) (病院事業債(特別分)は、元利償還金の40%(元利償還金の2/3について、一般会計から繰出))

2 特別交付税(令和4年度) ※下記項目に応じて算定した合算額又は下記項目に対応する繰出見込額の合算額に0.8を乗じて得た額のうちいずれか少ない額を措置。

			令和4年度単価		(括弧書きはR3年度単価)
① 不採算地区病院 (R2拡充) (R3拡充)	許可病床数 100床未満	第1種	1,706千円×最大使用病床数(※1)+30,810千円		(1,706千円×最大使用病床数+30,810千円)
		第2種	1,138千円×最大使用病床数(※1)+20,540千円		(1,138千円×最大使用病床数+20,540千円)
	許可病床数 100床以上150床未満	第1種	2,014千円×調整後病床数(※2)		(2,014千円×調整後病床数)
		第2種	1,343千円×調整後病床数(※2)		(1,343千円×調整後病床数)
② 不採算地区中核病院 (R2創設)	第1種		1,549千円×調整後病床数(※3)		(1,549千円×調整後病床数)
	第2種		1,033千円×調整後病床数(※3)		(1,033千円×調整後病床数)
③ 結核病床(1床当たり)			1,796千円	(1,633千円)	(※1)最大使用病床数…病床機能報告で報告する前年度4月1日から3月31日までの施設全体の一般病床又は療養病床の最大使用病床数
④ 精神病床(1床当たり)(市町村分)			1,523千円	(1,523千円)	
⑤ リハビリテーション専門病院病床(1床当たり)			341千円	(310千円)	
⑥ 周産期医療病床 (1床当たり) (R2拡充)	第1種		6,500千円	(6,500千円)	(※2)調整後病床数…補正後許可病床数(100-(許可病床数-100)×2)と最大使用病床数の低い方
	第2種		5,200千円	(5,200千円)	
	第3種		3,435千円	(3,435千円)	
	第4種		2,750千円	(2,750千円)	
⑦ 小児医療病床(1床当たり)(R2拡充)			1,575千円	(1,575千円)	(※3)調整後病床数…補正後許可病床数(100-(許可病床数-100)×1/4)と最大使用病床数の低い方
⑧ 感染症病床(1床当たり)			4,251千円	(4,251千円)	
⑨ 小児救急医療提供病院(1病院当たり)(R2拡充)			11,375千円	(11,375千円)	
⑩ 救命救急センター(1センター当たり)(R2拡充)			192,700千円	(192,700千円)	

(※1)最大使用病床数…病床機能報告で報告する前年度4月1日から3月31日までの施設全体の一般病床又は療養病床の最大使用病床数

(※2)調整後病床数…補正後許可病床数(100-(許可病床数-100)×2)と最大使用病床数の低い方

(※3)調整後病床数…補正後許可病床数(100-(許可病床数-100)×1/4)と最大使用病床数の低い方

病院事業債の概要

【病院事業債の概要】

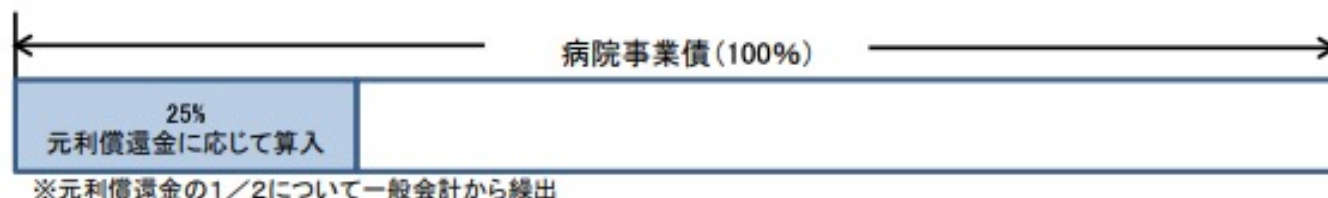
● 対象経費

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

● 普通交付税措置

- ・ 建設改良費等については、建物の建築単価が1㎡当たり47万円以下の部分に相当する額に係る病院事業債(特別分を含む。)の元利償還金について普通交付税措置を行う。(H26～R2同意等債:36万円以下、R3同意等債:40万円以下)
- ・ 平成27年度以降に実施設計を行う病院施設の新設・建替等については、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対して普通交付税措置を行う。
- ・ 上記①の診療所及び上記③については普通交付税措置なし(既存建物を撤去しなければ、施設の施設整備ができない場合を除く。)

《通常の整備》



《機能分化・連携強化に伴う整備(特別分)》



【病院事業債の資金】

- 財政融資資金、地方公共団体金融機構資金又は民間等資金を充てることとしている。

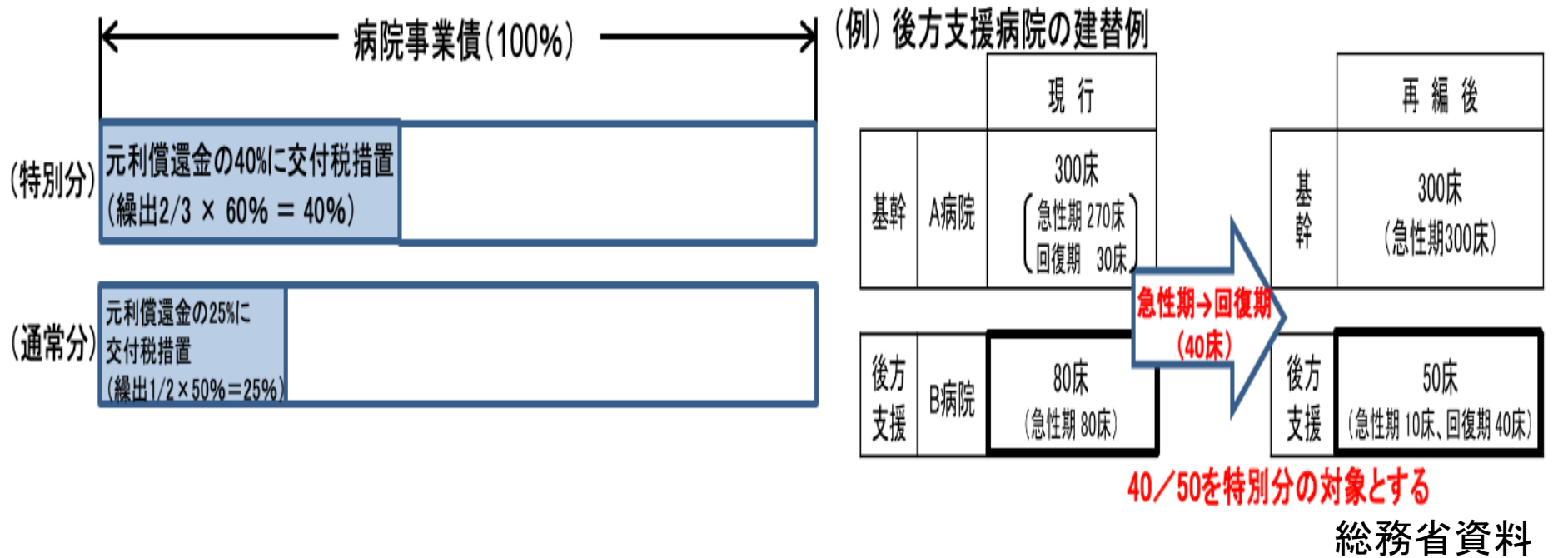
※ただし、地方独立行政法人への貸付金にかかる病院事業債の資金については、地方公共団体金融機構資金又は民間等資金。

令和6年度病院事業債特別分の拡大

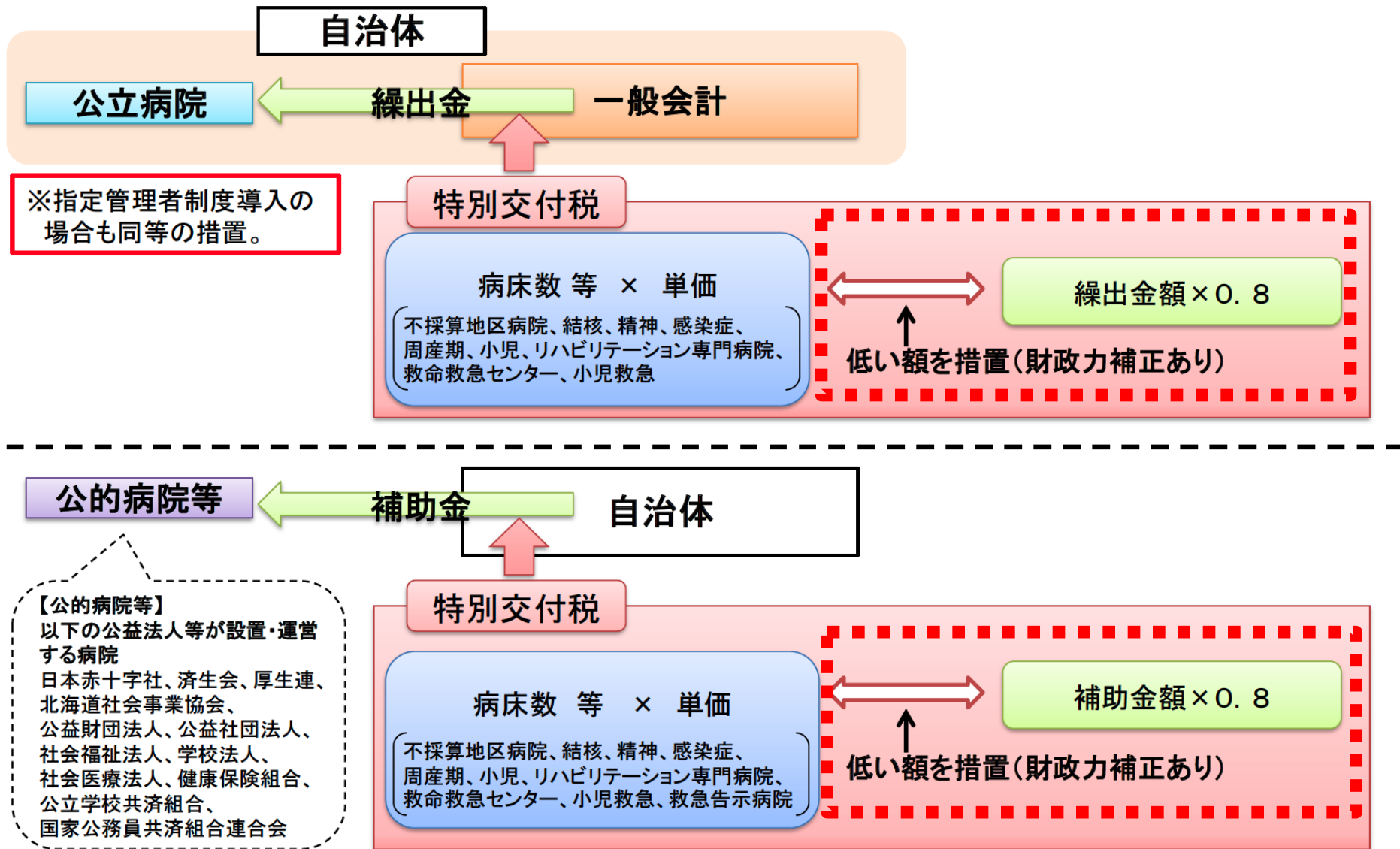
3 公立病院の病床機能転換の推進

公立病院の経営強化を推進し、持続可能な地域医療提供体制を確保するため、機能分化・連携強化に伴う機能分担により基幹病院以外の医療施設において必要となる**既存施設の改修に加え、建替え(当該施設の病床機能転換に必要な部分に限る。)**について病院事業債(特別分)の対象に追加。

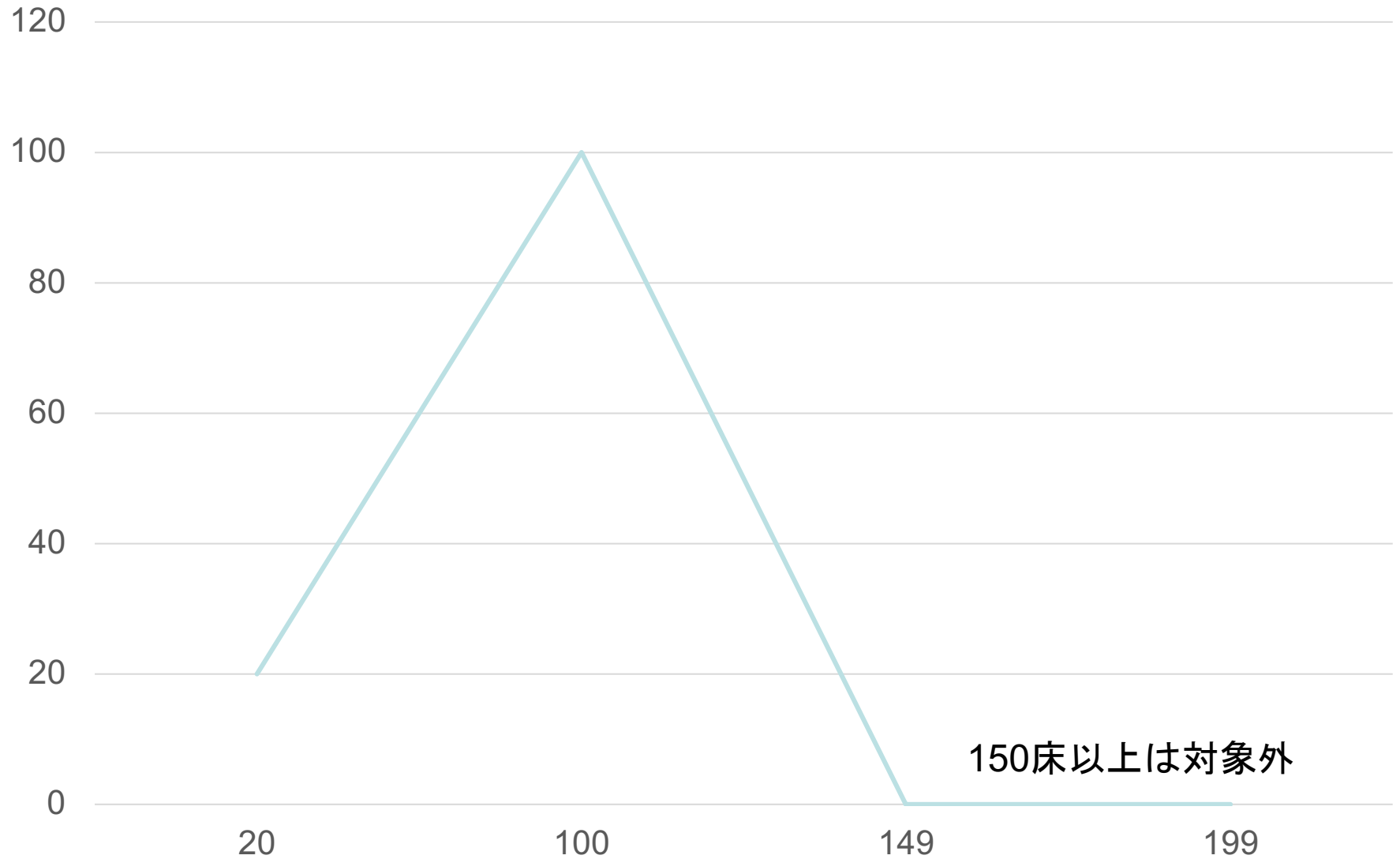
※ 基幹病院と基幹病院以外の医療施設(後方支援病院)との間で、病床転換に係る両院の機能分化・連携強化等を明記した協定書、連携協約等を締結し公表することを条件とする。



公立病院及び公的病院等に対する特別交付税措置について



不採算地区病院の措置率



150床以上は対象外

病院事業に係る主な地方交付税措置

1 普通交付税(令和4年度)

区分	算定額
病床割	720千円×施設全体の最大使用病床数
救急告示病院分	1,697千円×救急病床数+32,900千円
精神病床(道府県分)	1,523千円×精神病床数
事業割	病院事業債の元利償還金の25%(元利償還金の1/2について、一般会計から繰出) (病院事業債(特別分)は、元利償還金の40%(元利償還金の2/3について、一般会計から繰出))

2 特別交付税(令和4年度) ※下記項目に応じて算定した合算額又は下記項目に対応する繰出見込額の合算額に0.8を乗じて得た額のうちいずれか少ない額を措置。

			令和4年度単価		(括弧書きはR3年度単価)
① 不採算地区病院 (R2拡充) (R3拡充)	許可病床数 100床未満	第1種	1,706千円×最大使用病床数(※1)+30,810千円		(1,706千円×最大使用病床数+30,810千円)
		第2種	1,138千円×最大使用病床数(※1)+20,540千円		(1,138千円×最大使用病床数+20,540千円)
	許可病床数 100床以上150床未満	第1種	2,014千円×調整後病床数(※2)		(2,014千円×調整後病床数)
		第2種	1,343千円×調整後病床数(※2)		(1,343千円×調整後病床数)
② 不採算地区中核病院 (R2創設)	第1種		1,549千円×調整後病床数(※3)		(1,549千円×調整後病床数)
	第2種		1,033千円×調整後病床数(※3)		(1,033千円×調整後病床数)
③ 結核病床(1床当たり)			1,796千円	(1,633千円)	(※1)最大使用病床数…病床機能報告で報告する前年度4月1日から3月31日までの施設全体の一般病床又は療養病床の最大使用病床数
④ 精神病床(1床当たり)(市町村分)			1,523千円	(1,523千円)	
⑤ リハビリテーション専門病院病床(1床当たり)			341千円	(310千円)	
⑥ 周産期医療病床 (1床当たり) (R2拡充)	第1種		6,500千円	(6,500千円)	(※2)調整後病床数…補正後許可病床数(100-(許可病床数-100)×2)と最大使用病床数の低い方
	第2種		5,200千円	(5,200千円)	
	第3種		3,435千円	(3,435千円)	
	第4種		2,750千円	(2,750千円)	
⑦ 小児医療病床(1床当たり)(R2拡充)			1,575千円	(1,575千円)	(※3)調整後病床数…補正後許可病床数(100-(許可病床数-100)×1/4)と最大使用病床数の低い方
⑧ 感染症病床(1床当たり)			4,251千円	(4,251千円)	
⑨ 小児救急医療提供病院(1病院当たり)(R2拡充)			11,375千円	(11,375千円)	
⑩ 救命救急センター(1センター当たり)(R2拡充)			192,700千円	(192,700千円)	

(※1)最大使用病床数…病床機能報告で報告する前年度4月1日から3月31日までの施設全体の一般病床又は療養病床の最大使用病床数

(※2)調整後病床数…補正後許可病床数(100-(許可病床数-100)×2)と最大使用病床数の低い方

(※3)調整後病床数…補正後許可病床数(100-(許可病床数-100)×1/4)と最大使用病床数の低い方

経営条件の厳しい地域に所在する公立病院への財政措置の拡充(概要)

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

【不採算地区病院設置自治体】



不採算地区病院の運営に要する経費に係る一般会計繰出金

【不採算地区病院】



特別交付税措置額＝一般会計繰出金×0.8

＜病床数に応じた基準額あり＞

(第1種) 当該病院から最寄りの病院までの移動距離が15km以上

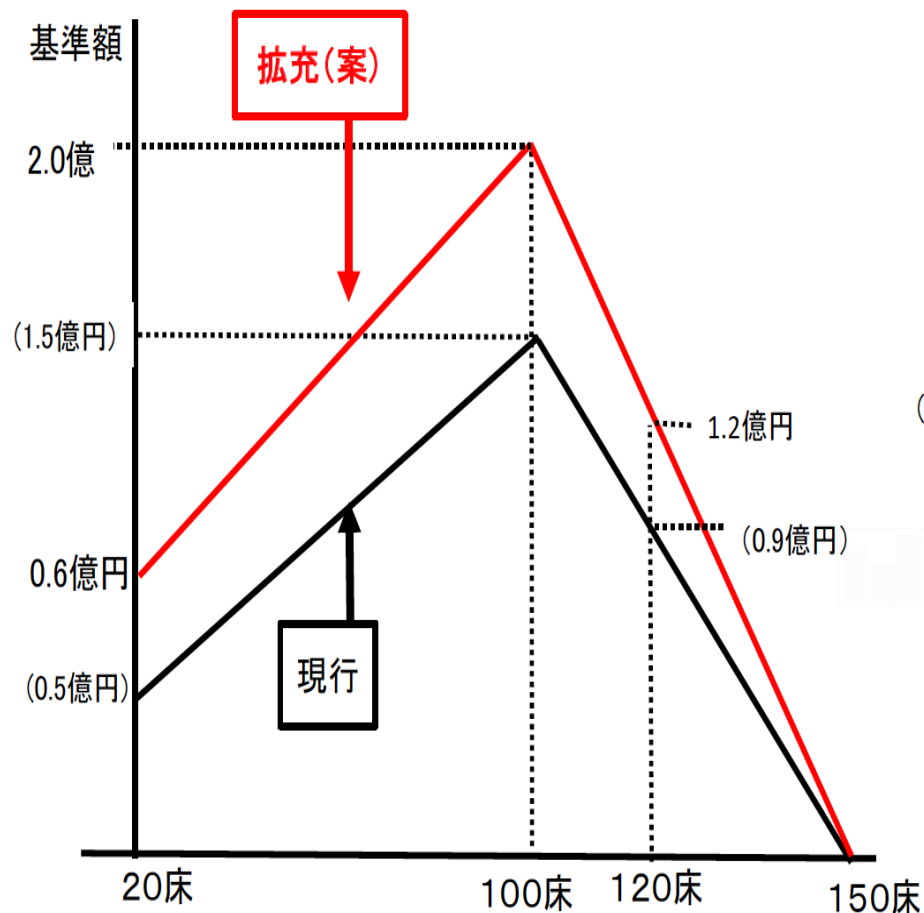
(第2種) 当該病院の半径5km以内の人口が10万人未満

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

＜厚生連、日赤等の公的病院等も同様の措置を講じる＞

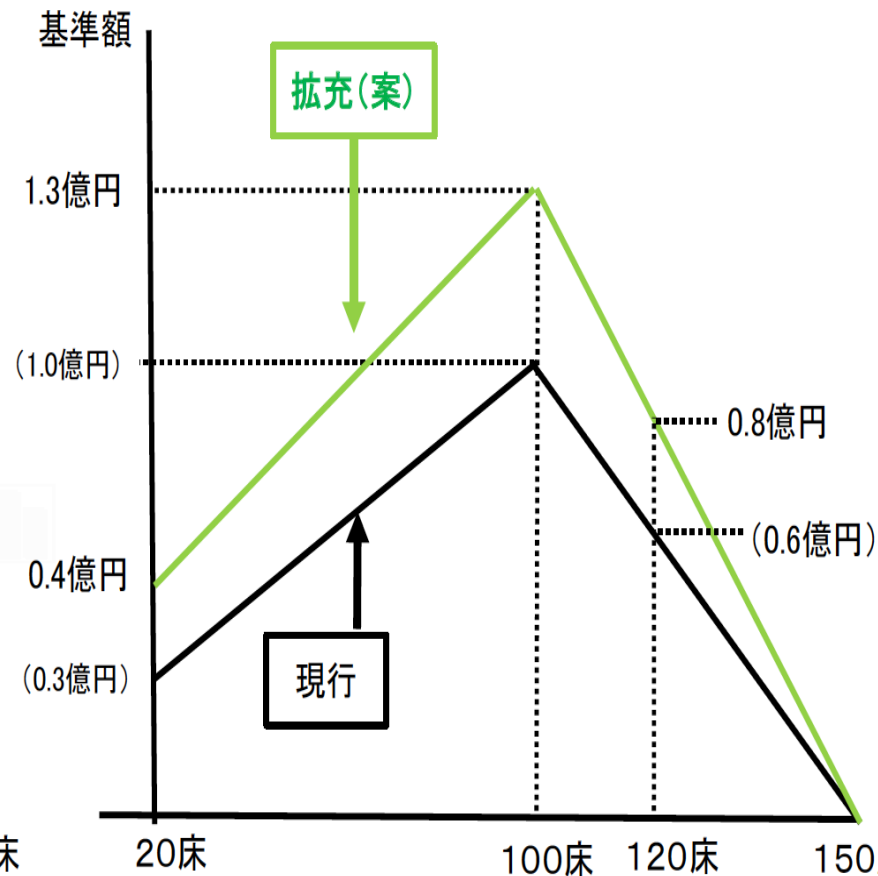
2021年5月28日総務省「不採算地区病院等に対する財政措置の拡充について」

1種の算定イメージ



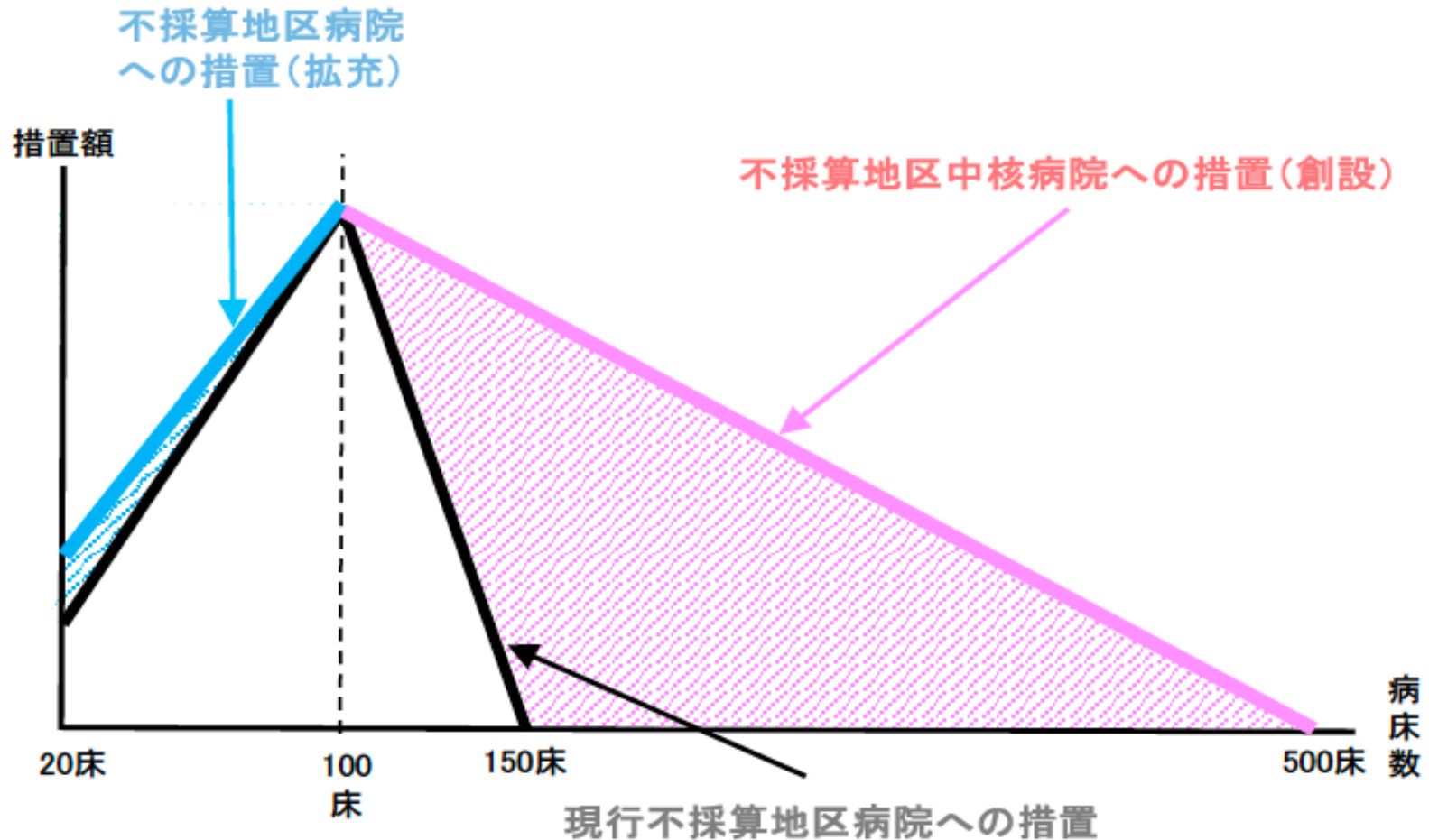
(第1種) 当該病院から最寄りの一般病院までの移動距離が15km以上

2種の算定イメージ



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

2020年度不採算地区の中核的な公立病院に対する 特別交付税措置の創設



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

不採算地区中核病院の特別交付税算定イメージ

【第1種】 1,549千円 × 調整後病床数

【第2種】 1,033千円 × 調整後病床数

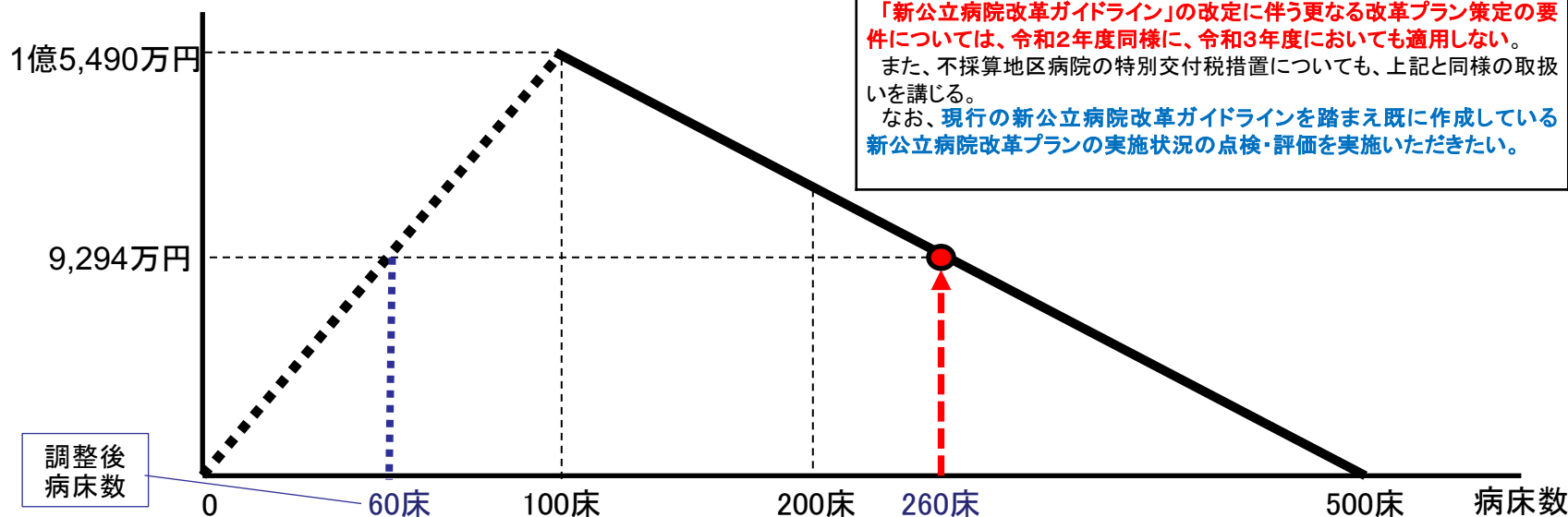
補正後許可病床数「 $100 - (\text{許可病床数} - 100) \times 1/4$ 」と稼働病床数とを比較して低い病床数で算定

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

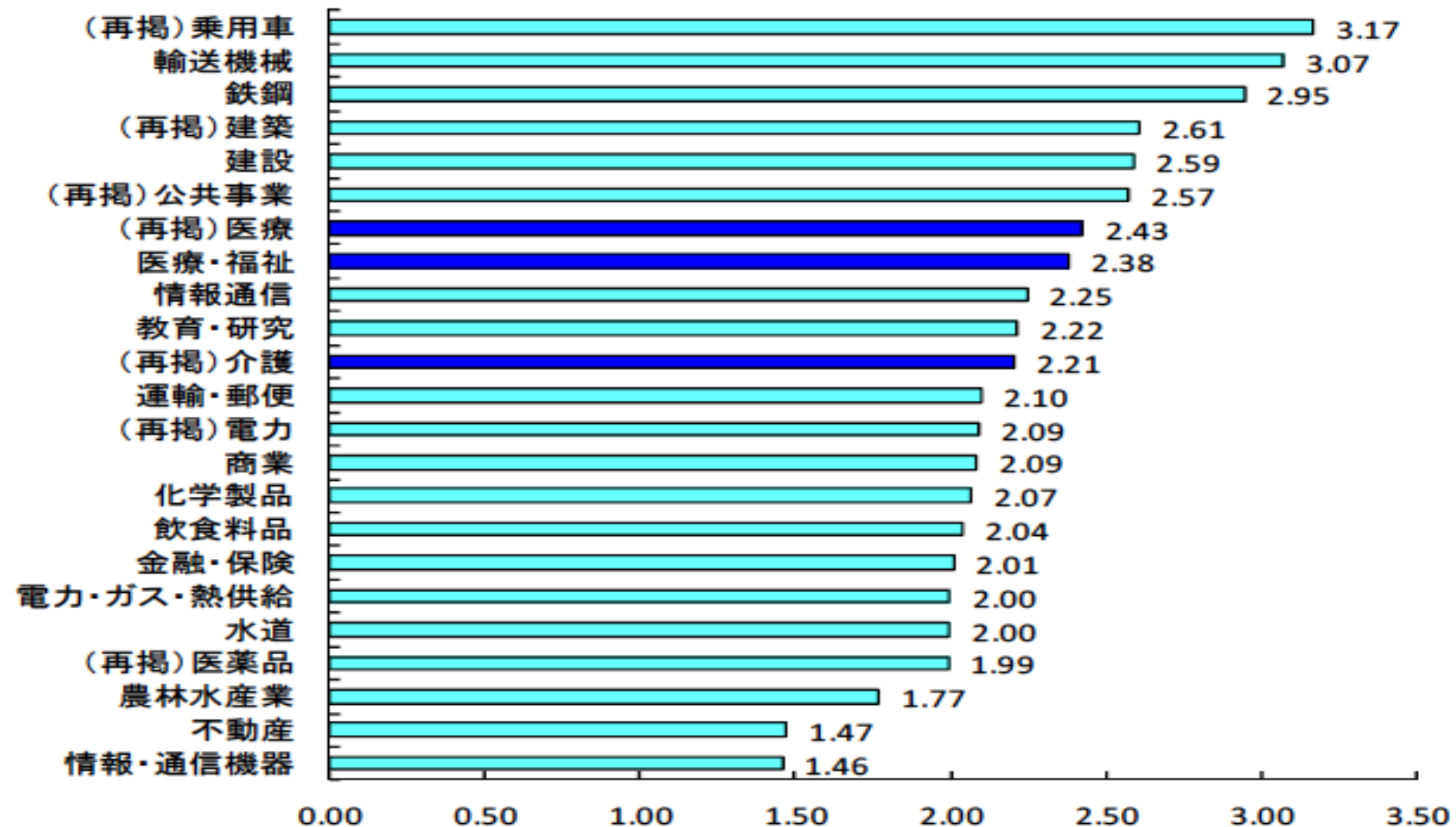
第2種 直近の国勢調査に基づく当該病院の半径5km以内の人口が3万人未満
(3万人以上10万人未満の場合、単価を逡減)

(参考) イメージ図(第1種)

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

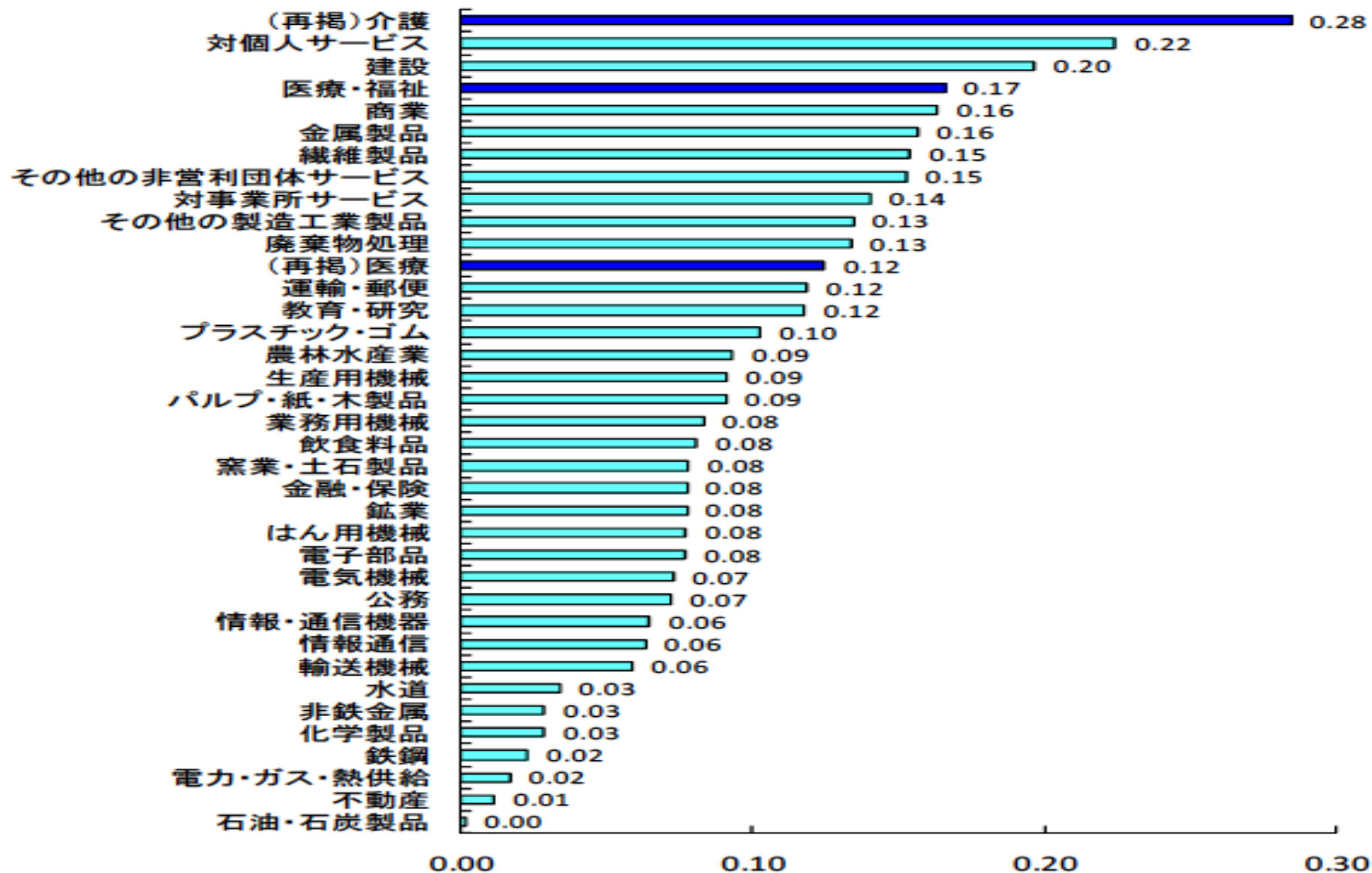


主な産業の経済波及効果



*総務省「平成23年(2011年)産業連関表(確報)」から作成。産業分類は統合大分類(37部門)、再掲は統合中分類(108部門)を使用。

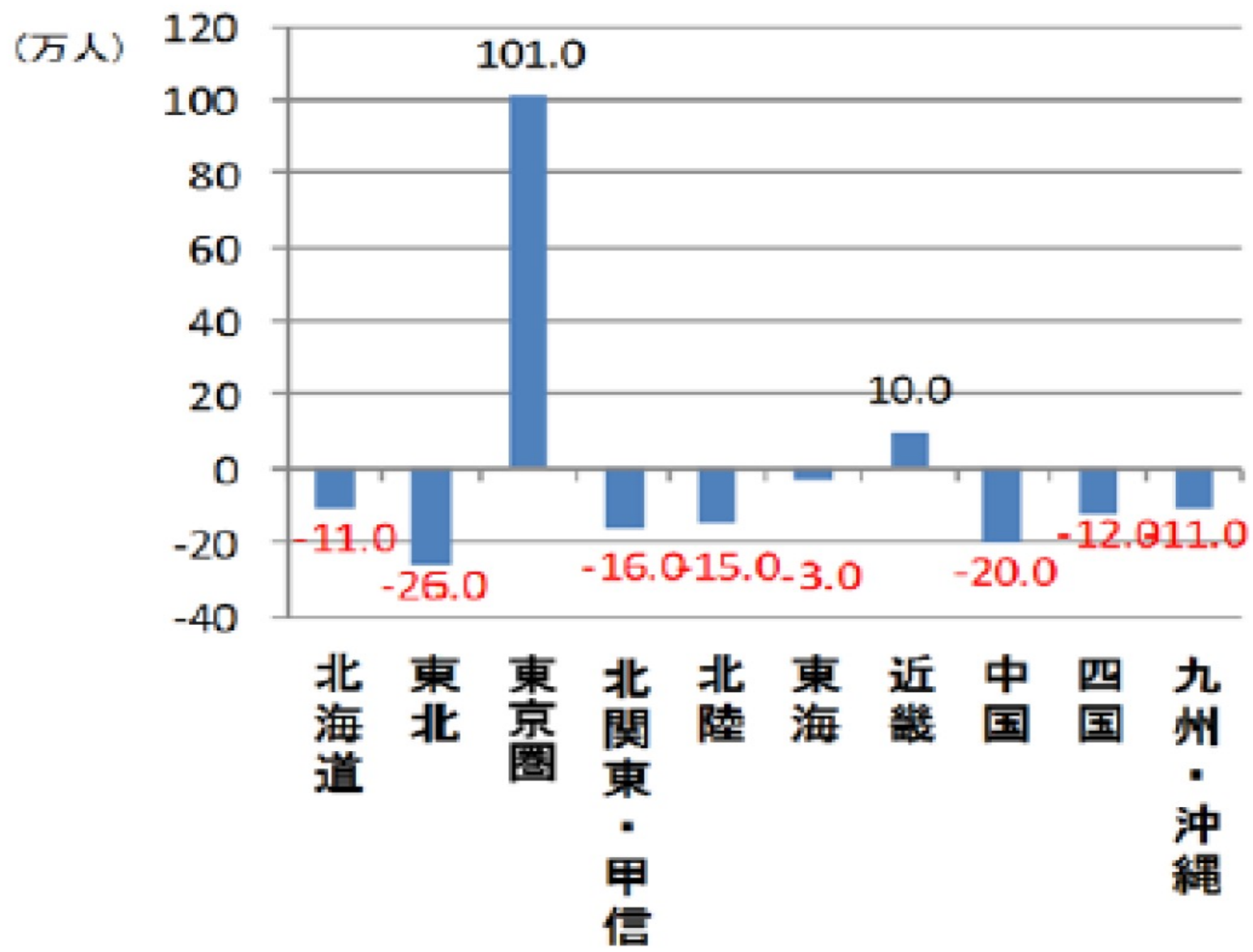
雇用誘発係数(2011年)



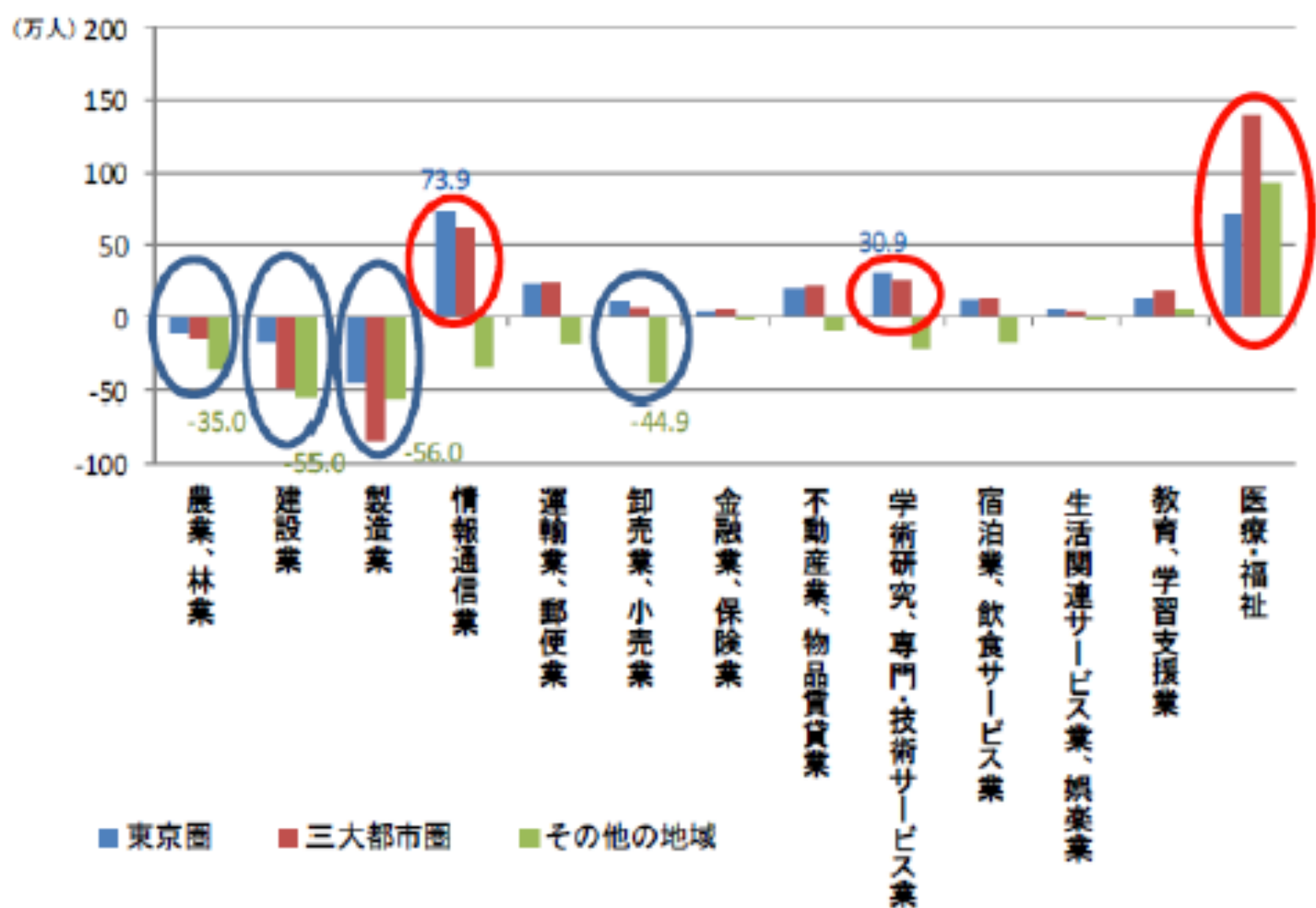
*総務省「平成23年(2011年)産業連関表(確報)」から作成

日医総研ワーキングペーパーNo.360「2016 年度の社会保障関係予算と診療報酬改定および経済成長との関係」より

過去10年間の就業者数の増減



過去10年間の産業別・地域別就業者数の増減



収入

住民
自己負担

健康保険
保険料
＋
国庫負担
＋
都道府県
負担
＋

市町村
負担

＋
高齢者医療
現役負担

地方交付税

自治体負担

診療報酬

一般会計繰入
金

支出

人件費
(6～7割)

その他
支出

病院建物
医療機器
整備費

地域外居住

地域に落ちる
お金

一部は住民税

地域に
落ちるお金

地域外に流出
するお金
(薬剤など)

地域に落ちるお金

地域外に流出
するお金

どうすれば
自治体病院の
経営が良くなるか

病院（企業）と自治体本体の違い

◆自治体本体



自治体本体においては、歳入を増やすのは難しく
支出の削減を目指すのが通常

病院（企業）と自治体本体の違い

◆ 病院



病院は（簡単ではないが）収入を増やすことは可能
支出を減らすのは、結構難しい（マイナスが多い）

自治体病院の収入を増やす

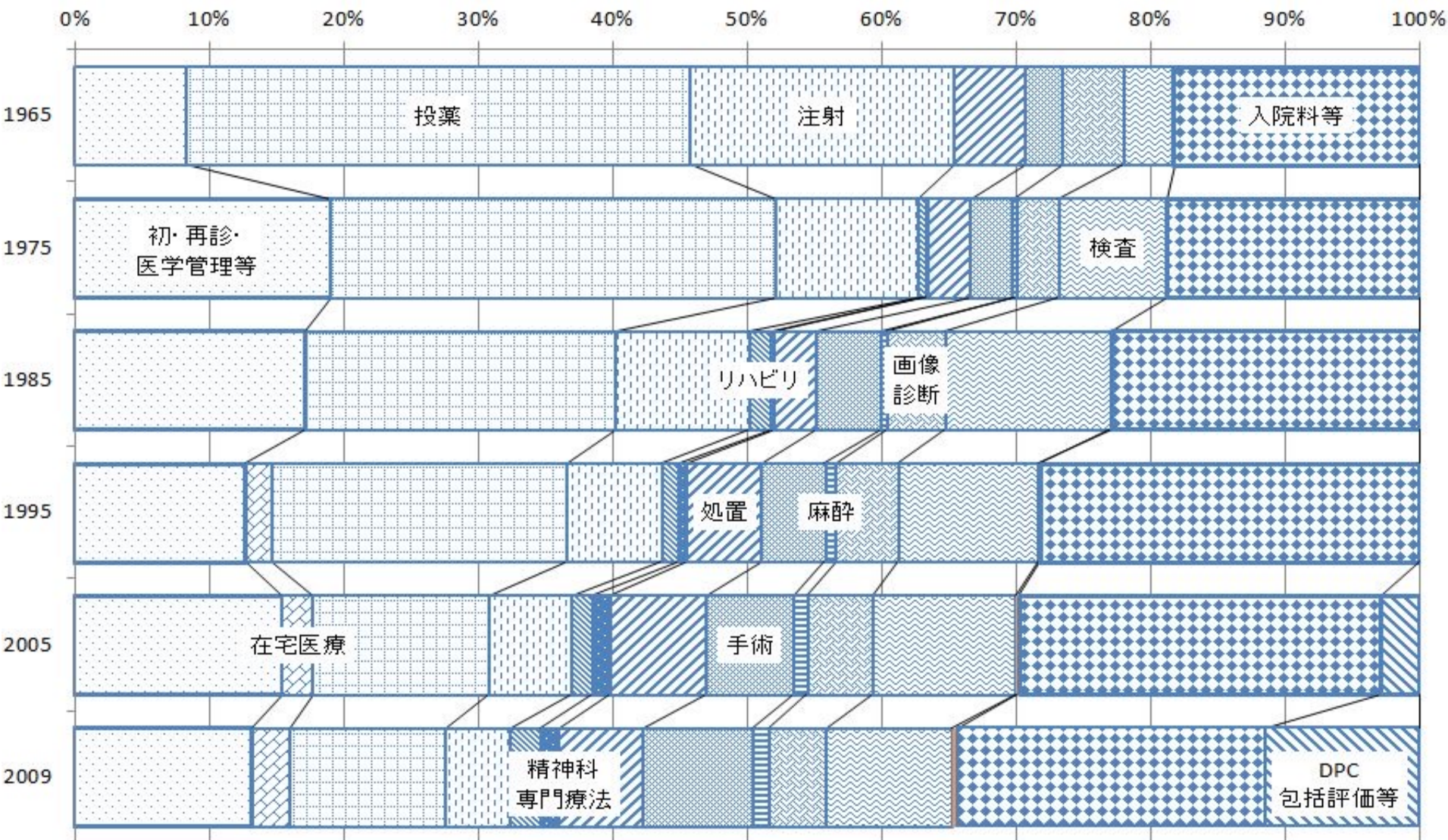
○医業収益を増やす

- 医師・看護師・医療技術職の雇用増
- 医療を高度化して単価を上げる
- 病棟構成を見直す（地域包括ケア病床など）
- 入院患者増（様々な方法あり）
- 診療報酬加算を取得する
- 入院期間の短縮
- 外来患者増（医師の負担が大）

職員雇用の重要性

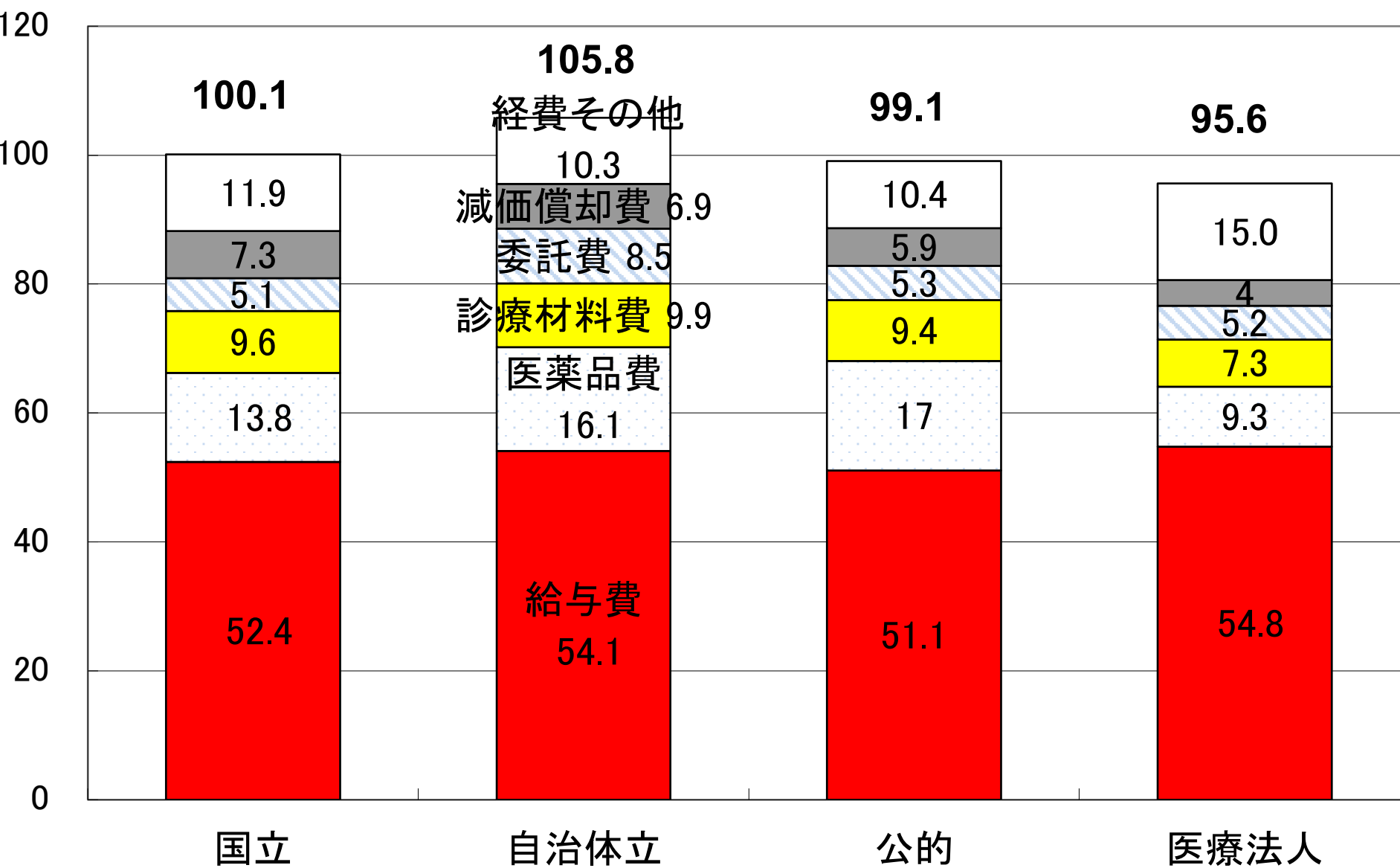
- 総務省の経営強化ガイドラインでは「病院事業においては、単なる人件費の抑制・削減では収益改善につながらず、むしろ積極的に医師・看護師等を確保することで収益改善につながるケースがあることにも留意」すべきと指摘

医療費1件当たりの寄与度



厚生労働省「社会医療診療行為別調査」より作成

医業収益を100とした医業費用の構造(一般病院)



2013年厚生労働省医療経済実態調査データにより作成
医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関等の集計(集計1)

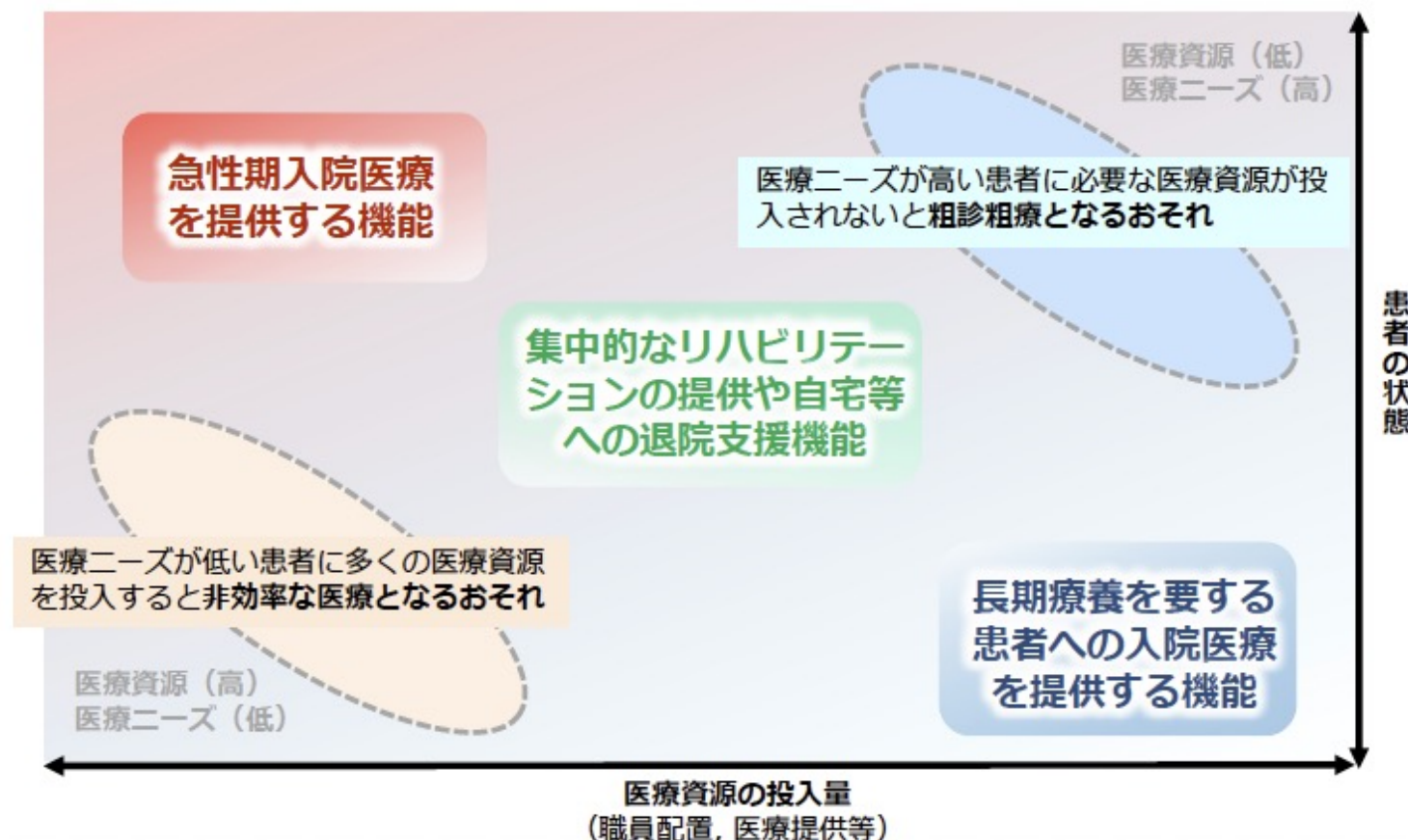
入院患者の増加策

- 医療・介護施設へのアプローチ
(施設訪問)
- 消防本部救急隊へのアプローチ
(消防との意見交換)
- 地域住民・患者へのアプローチ
(住民座談会)

重症度、
医療・看護必要度

入院医療の評価体系と期待される機能

- 入院医療の評価は、
- ・ 個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましいこと
 - ・ 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがあること
- を踏まえ、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。



一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

- 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直す。

(改定内容)

- 「創傷処置」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて対象となる診療行為を実施した場合に統一するとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を対象から除外
- 「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合に統一
- 「注射薬剤3種類以上の管理」について、7日間を該当日数の上限とするともに、対象薬剤から静脈栄養に関する薬剤を除外
- 「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」について、対象薬剤から入院での使用割合が6割未満の薬剤を除外
- 「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が7割未満の薬剤を除外
- 「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」、「麻薬の使用（注射剤のみ）」、「昇圧剤の使用（注射剤のみ）」、「抗不整脈薬の使用（注射剤のみ）」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の評価について、2点から3点に変更
- 「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数を2日間に変更
- C項目の対象手術及び評価日数の実態を踏まえた見直し
- 短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に追加

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	3点
1	創傷処置（褥瘡の処置を除く）（※1）	なし	あり	—	—
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）（※1）	なし	あり	—	—
3	注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	なし	あり	—	—
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	—	—
5	輸血や血液製剤の管理	なし	—	あり	—
6	専門的な治療・処置（※2）	—	—		
	① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、			あり	
	③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、				あり
	④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、			あり	
	⑤ 放射線治療、			あり	
	⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、			あり	
	⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、				あり
	⑩ ドレナージの管理、			あり	
	⑪ 無菌治療室での治療				あり
7	I：救急搬送後の入院（2日間）	なし	—	あり	—
	II：緊急に入院を必要とする状態（2日間）	なし	—	あり	—

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術（11日間）	なし	あり
16	開胸手術（9日間）	なし	あり
17	開腹手術（6日間）	なし	あり
18	骨の手術（10日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（4日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（5日間）	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療（4日間） ① 経皮的血管内治療、 ② 経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③ 侵襲的な消化器治療	なし	あり
22	別に定める検査（2日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
23	別に定める手術（5日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

（※1）A項目のうち「創傷処置（褥瘡の処置を除く）」及び「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」については、必要度Ⅰの場合も、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧に掲げる診療行為を実施したときに限り、評価の対象となる。

（※2）A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、③麻薬の使用（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑪無菌治療室での治療のいずれか1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、該当患者割合の基準を見直す。

現行		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	許可病床200床以上	31%	28%
	許可病床200床未満	28%	25%
急性期一般入院料2	許可病床200床以上	27%	24%
	許可病床200床未満	25%	22%
急性期一般入院料3	許可病床200床以上	24%	21%
	許可病床200床未満	22%	19%
急性期一般入院料4	許可病床200床以上	20%	17%
	許可病床200床未満	18%	15%
急性期一般入院料5		17%	14%
7対1入院基本料(特定)		—	28%
7対1入院基本料(結核)		10%	8%
7対1入院基本料(専門)		30%	28%
看護必要度加算1(特定、専門)		22%	20%
看護必要度加算2(特定、専門)		20%	18%
看護必要度加算3(特定、専門)		18%	15%
総合入院体制加算1・2		33%	30%
総合入院体制加算3		30%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%
看護補助加算1		5%	4%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7		12%	8%

改定後		
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	<u>割合①:21%</u> <u>割合②:28%</u>	<u>割合①:20%</u> <u>割合②:27%</u>
急性期一般入院料2	<u>22%</u>	<u>21%</u>
急性期一般入院料3	<u>19%</u>	<u>18%</u>
急性期一般入院料4	<u>16%</u>	<u>15%</u>
急性期一般入院料5	<u>12%</u>	<u>11%</u>
7対1入院基本料(特定)	—	<u>割合①:20%</u> <u>割合②:27%</u>
7対1入院基本料(結核)	<u>8%</u>	<u>7%</u>
7対1入院基本料(専門)	<u>割合①:21%</u> <u>割合②:28%</u>	<u>割合①:20%</u> <u>割合②:27%</u>
看護必要度加算1(特定、専門)	<u>18%</u>	<u>17%</u>
看護必要度加算2(特定、専門)	<u>16%</u>	<u>15%</u>
看護必要度加算3(特定、専門)	<u>13%</u>	<u>12%</u>
総合入院体制加算1	<u>33%</u>	<u>32%</u>
総合入院体制加算2	<u>31%</u>	<u>30%</u>
総合入院体制加算3	<u>28%</u>	<u>27%</u>
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	<u>6%</u>	<u>5%</u>
看護補助加算1	<u>4%</u>	<u>3%</u>
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	<u>10%</u>	<u>8%</u>

【該当患者の基準】

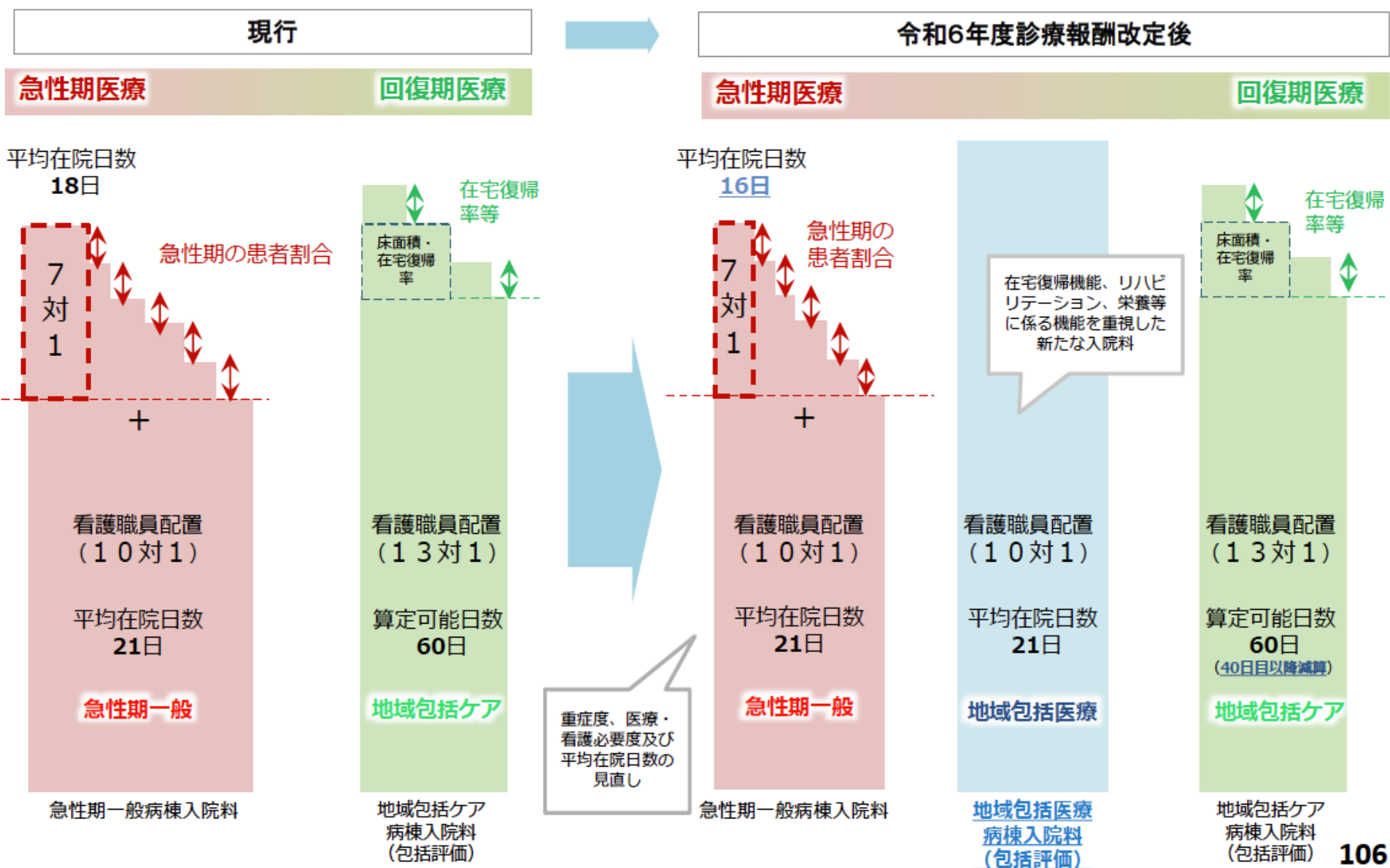
急性期1、 7対1入 院基本料 (特定、 専門)※1	割合① 以下のいずれか ・A得点が3点以上 ・C得点が1点以上
急性期2 ～5等※2	割合② 以下のいずれか ・A得点が2点以上 ・C得点が1点以上
総合入院 体制加算	以下のいずれか ・A得点が2点以上 ・C得点が1点以上
地域包括 ケア病棟 等	以下のいずれか ・A得点が1点以上 ・C得点が1点以上

※1:B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること
 ※2:7対1入院基本料(結核)、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

【経過措置】

令和6年3月31日時点で施設基準の届出あり
 ⇒ **令和6年9月30日まで**基準を満たしているものとする

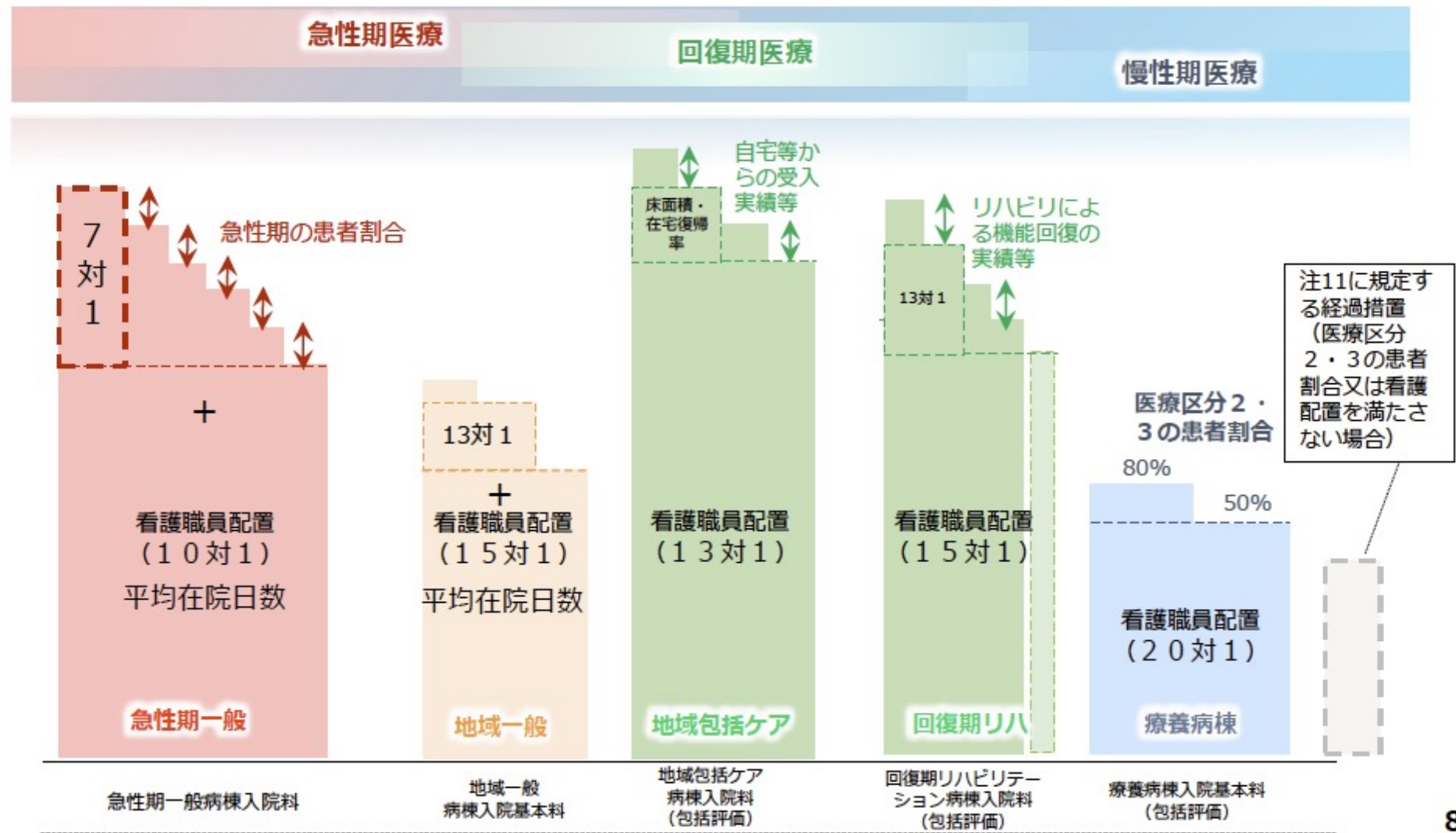
地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ



入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

○ 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。



地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

	入院料 1	管理料 1	入院料 2	管理料 2	入院料 3	管理料 3	入院料 4	管理料 4
看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を 1 名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については 1 日平均 2 単位以上提供していること							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200 床未満の場合は救急外来を設置していること又は 24 時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数 200 床未満	○		－		○		－	
室面積	6.4 平方メートル以上				－			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 10% 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8 % 以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合※ 1	－		6 割 5 分未満 （許可病床数 200 床以上の場合） （満たさない場合 85 / 100 に減算）		－		6 割 5 分未満 （許可病床数 200 床以上の場合） （満たさない場合 85 / 100 に減算）	
自宅等から入棟した患者割合※ 1	2 割以上 （管理料の場合、10 床未満は 3 月で 8 人以上）		いずれか 1 つ以上 （満たさない場合 90 / 100 に減算） （「在宅医療等の実績」については 6 つのうち 1 つ以上を満たせばよい）		2 割以上 （管理料の場合、10 床未満は 3 月で 8 人以上）		いずれか 1 つ以上 （満たさない場合 90 / 100 に減算） （「在宅医療等の実績」については 6 つのうち 1 つ以上を満たせばよい）	
自宅等からの緊急患者の受入	3 月で 9 人以上				3 月で 9 人以上			
在宅医療等の実績	○（2 つ以上）				○（2 つ以上）			
在宅復帰率 ※ 1 ※ 2	7 割 2 分 5 厘以上				7 割以上（満たさない場合 90 / 100 に減算）			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の 1 ・ 2 については入退院支援加算 1 を届け出ていること（許可病床数 100 床以上の場合） （満たさない場合 90 / 100 に減算）							

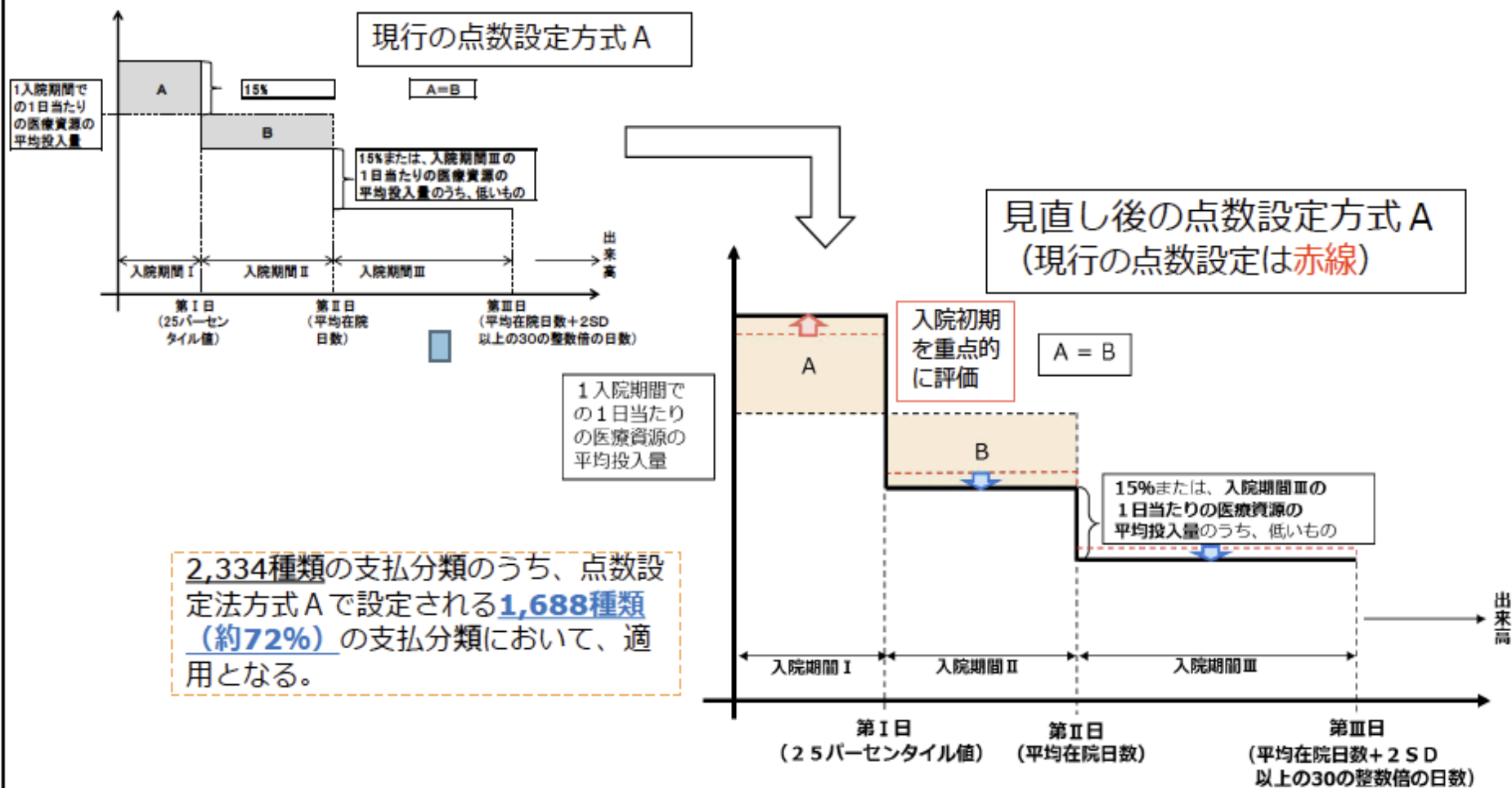
- ・療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり／自宅等から入棟した患者割合が6割以上／自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100

- ※1 自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率について、**短期滞在手術等基本料3を算定する患者及び短期滞在手術等基本料1の対象手術を実施した患者を対象から除く。**
- ※2 **在宅復帰率の分子に、在宅強化型（超強化型を含む）の介護老人保健施設への退院患者の数の半数を加える。**

診断群分類点数表の見直し④

点数設定方式の見直し

- 入院初期に投じられる医療資源投入量は、経年的に増加が見られる実態を踏まえ、標準的な点数設定方式Aについて、入院初期（入院期間Ⅰ）をより重点的に評価する体系に見直す。



総合入院体制加算の見直し②

平成4年に「入院時医学管理加算」として新設、平成20年に24時間総合的な入院医療を提供できる体制の評価として再編、平成26年、28年に改定。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算 1 240点	総合入院体制加算 2 180点	総合入院体制加算 3 120点
共通の施設基準	・ 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。 ・ 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜（※）しそれらに係る入院医療を提供している。（※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていなくても良い。） ・ 外来を縮小する体制を有すること。（右記） ・ 次のいずれにも該当する。 ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。 イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 ・ 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。 （共通要件）全身麻酔による手術件数が年800件以上 ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術：40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 エ 放射線治療（体外照射法）：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上		
実績要件			
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす －	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす －
精神科要件	（共通要件）精神科につき24時間対応できる体制があること 精神患者の入院受入体制がある 以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算 1 の届出 ロ 精神疾患診療体制加算 2 又は救急搬送患者の入院 3 日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注 2 の加算の算定件数が年間20件以上 以下のいずれかを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算 1 の届出 ロ 精神疾患診療体制加算 2 又は救急搬送患者の入院 3 日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注 2 の加算の算定件数が年間20件以上		
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	－
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A 2 点以上又はC 1 点以上)	必要度Ⅰ： <u>3割3分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>3割以上</u>		必要度Ⅰ： <u>3割以上</u> 必要度Ⅱ： <u>2割7分以上</u>

急性期充実体制加算の見直し

急性期充実体制加算の見直し

- 悪性腫瘍手術等の実績要件のうち多くの基準を満たす場合とそれ以外であって小児科又は産科の実績を有する場合に応じた評価を行うとともに、小児科、産科及び精神科の入院医療の提供に係る要件を満たす場合について、小児・周産期・精神科充実体制加算を新設する。また、手術等の実績要件に、心臓胸部大血管の手術を追加する。

現行

【急性期充実体制加算】

(新設)

1 7日以内の期間	460点
2 8日以上11日以内の期間	250点
3 12日以上14日以内の期間	180点

(新設)

(新設)

注2 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

【施設基準】

(急性期充実体制加算1)

手術等に係る実績について、(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち5つ以上を満たしていること。

(急性期充実体制加算2)

(チ)又は(リ)のいずれかを満たし、手術等に係る実績について、(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち2つ以上を満たしていること。

改定後

【急性期充実体制加算】

1 急性期充実体制加算1

イ 7日以内の期間	440点
ロ 8日以上11日以内の期間	200点
ハ 12日以上14日以内の期間	120点

2 急性期充実体制加算2

イ 7日以内の期間	360点
ロ 8日以上11日以内の期間	150点
ハ 12日以上14日以内の期間	90点

注2 小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、小児・周産期・精神科充実体制加算として、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。

イ 急性期充実体制加算1の場合	90点
ロ 急性期充実体制加算2の場合	60点

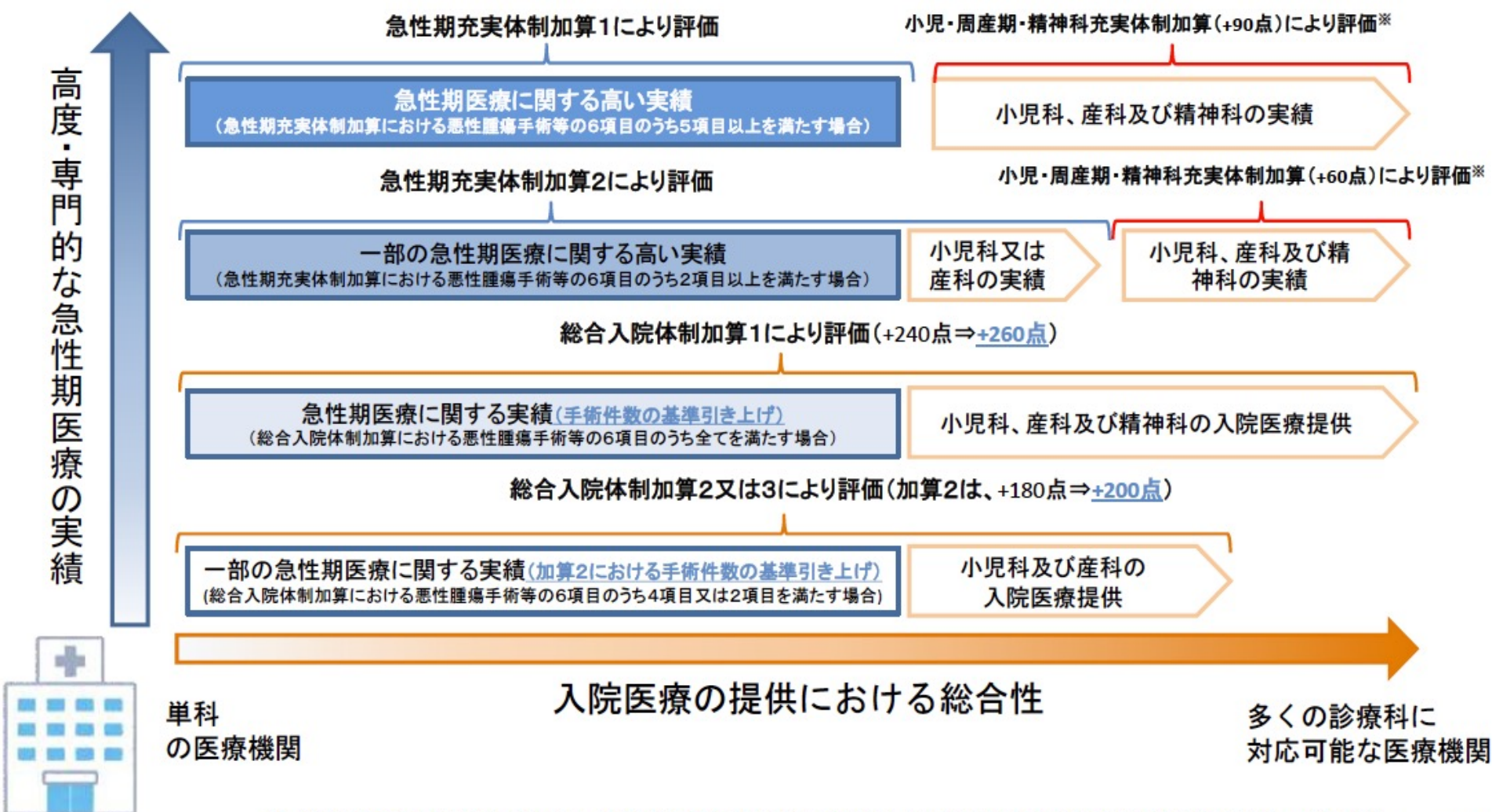
注3 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

<手術等に係る実績の要件>

- (イ) 全身麻酔による手術について、2,000件/年以上(うち、緊急手術350件/年以上)
- (ロ) 悪性腫瘍手術について、400件/年以上
- (ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件/年以上
- (ニ) 心臓カテーテル法による手術について、200件/年以上
- (ホ) 消化管内視鏡による手術について、600件/年以上
- (ヘ) 化学療法の実施について、1,000件/年以上
- (ト) 心臓胸部大血管の手術について、100件/年以上
- (チ) 異常分娩の件数が50件/年以上であること。
- (リ) 6歳未満の乳幼児の手術件数が40件/年以上であること。

急性期充実体制加算等の見直し

急性期医療における診療実績及び入院医療の提供体制に基づく評価体系（イメージ）



※ 精神科充実体制加算については、小児及び産科の実績はないものの、精神科の実績がある場合に算定する加算(+30点)とする。

感染防止対策の評価

感染防止対策の評価

➤ 院内における感染防止対策の評価を充実させ、院内感染対策に関する取組を推進する。

(新) 感染防止対策加算1 400点(入院初日)

(新) 2 100点(入院初日)

[施設基準]

感染防止対策加算1

- ① 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止対策部門を設置していること。
- ② 以下からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
 - ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策に関わる専任の薬剤師
 - エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師(ア又はイのうち1名は専従であること。)
- ③ 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関は、感染防止対策加算2を算定する医療機関と共同カンファレンスを開催すること。

感染防止対策加算2 (感染防止対策加算1と異なる部分を記載)

- ① 一般病床の病床数が300床未満の医療機関であることを標準とする。
- ② 感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。感染防止対策チームの構成員については、感染防止対策加算1の要件から、イに定める看護師の研修要件を不要とする。また、ア又はイのいずれも専任でも可能とする。
- ③ 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関の主催する共同カンファレンスに参加すること。

➤ 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が年1回以上、互いの医療機関に赴いて相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設し、院内感染防止対策のより一層の推進を図る。

(新) 感染防止対策地域連携加算 100点(入院初日)

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

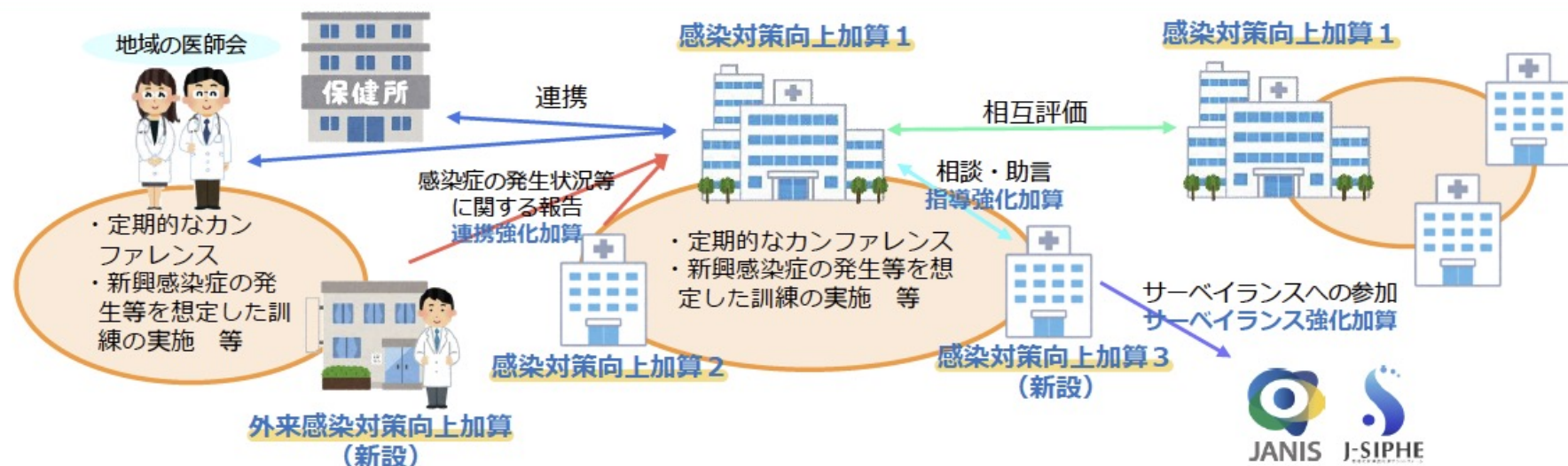
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

現行			改定後	
【感染防止対策加算】			<u>（新）【感染対策向上加算】</u>	
感染防止対策加算 1	390点	➡	<u>感染対策向上加算 1</u>	<u>710点（入院初日）</u>
感染防止対策加算 2	90点		<u>感染対策向上加算 2</u>	<u>175点（入院初日）</u>
（新設）			<u>感染対策向上加算 3</u>	<u>75点（入院初日、90日毎）</u>

- 感染対策向上加算 1 の保険医療機関が、加算 2、加算 3 又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設するとともに、加算 2、加算 3 の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

（新）指導強化加算 30点（加算 1 の保険医療機関）

（新）連携強化加算 30点、サーベイランス強化加算 5点（加算 2 又は 3 の保険医療機関）



機能分化・連携強化に伴う施設・設備の整備に係る病院事業債(特別分)【R4拡充】

- 医師不足や人口減少に伴う医療需要の変化に対応し、持続可能な地域医療提供体制を確保するためには、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」が必要。
- 公立病院経営強化プランに基づき、原則として令和9年度までに行われる公立病院の機能分化・連携強化に係る施設・設備の整備について、病院事業債(特別分)を措置。

対象要件

以下のいずれかに該当すること。

A. 複数病院の統合

○関係する病院が1以上減となること。

B. 複数病院の相互の医療機能の見直し

○関係病院等間において、地域医療構想に沿って、以下に掲げる全ての取組が行われること。

- ア 基幹病院への急性期機能の集約
- イ 基幹病院以外の病院等の急性期から回復期等への機能転換等
- ウ 基幹病院から基幹病院以外の病院等への医師派遣の増加、遠隔診療等の支援
- エ 基幹病院以外の病院等による基幹病院の術後患者等の受入体制の構築
- オ 医療情報の共有等による医療提供の連携体制の構築

対象経費

A・B
共通

- ①関係病院等間のネットワーク形成のための患者搬送車、遠隔医療機器等の整備
- ②経営主体の統合に伴う情報システムの統合、**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な情報システム等**の整備
- ③機能分化・連携強化後の基幹病院に新たに整備される高度・救急医療施設、医師の研修又は派遣の拠点機能を有する施設、これらの施設に設置される医療機器等の整備
- ④機能分化・連携強化後の基幹病院以外の既存施設の改修、医療機器等の整備
- ⑤複数病院の統合に伴う病院の整備
- ⑥**複数病院の相互の医療機能の見直しに伴う基幹病院の整備**
 基幹病院が医師派遣の相当程度の増加及び遠隔診療等の支援を強化し、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であって、その旨を明記した統合協定書、連携協約等を議会の議決等を経て公表する場合に限る。

機能分化・連携強化のイメージ(例)

医師・看護師等を確保



基幹病院

回復期機能・初期救急等を担う



基幹病院以外の
不採算地区病院等

急性期機能を集約

連携を強化

医師派遣・
遠隔診療等

病院事業債(特別分)の対象:元利償還金の40%を普通交付税措置

病院事業債(100%)

元利償還金の40%に交付税措置
(繰出2/3 × 60% = 40%)

(参考)通常の病院事業債のスキーム

元利償還金の25%に交付税措置
(繰出1/2 × 50% = 25%)

新たな病床機能の再編支援について

令和3年度要求額：事項要求
(令和2年度予算額：84億円)

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

「病床削減」に伴う財政支援

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

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

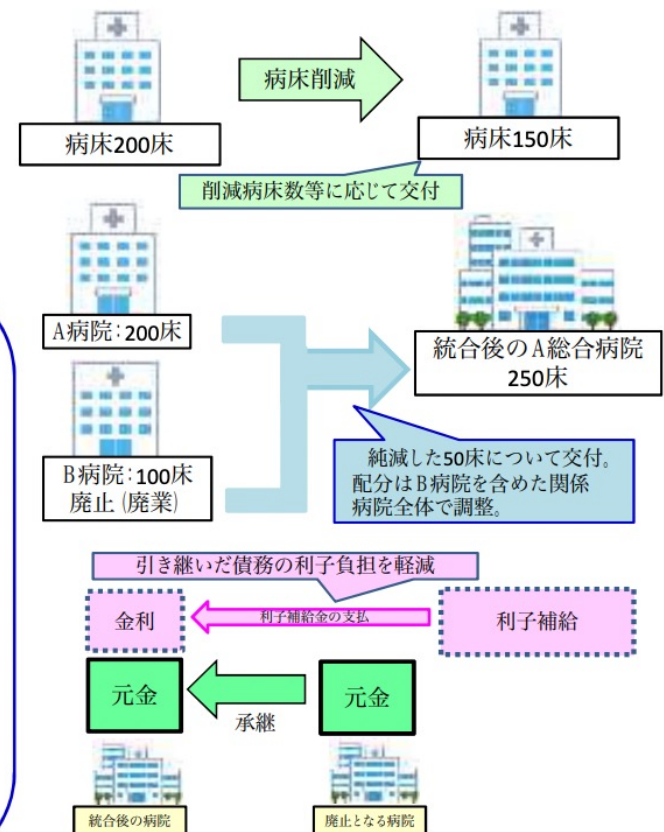
「病院統合」に伴う財政支援

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

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

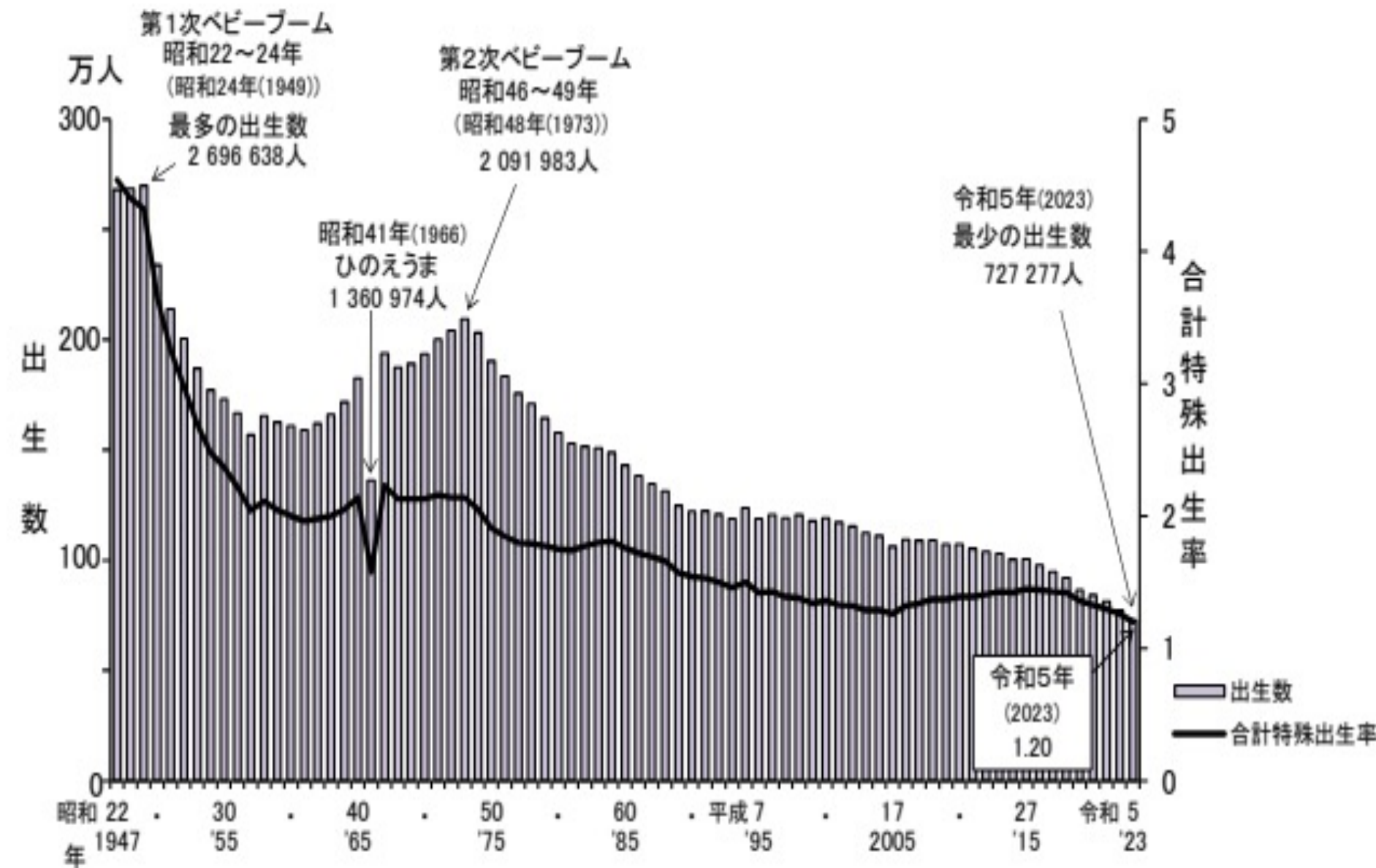
【利子補給】 統合（廃止病院あり）を伴う病床削減を行う場合において、廃止される病院の残債を統合後に残る病院に承継させる場合、当該引継債務に発生する利子について一定の上限を設けて統合後病院へ交付

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



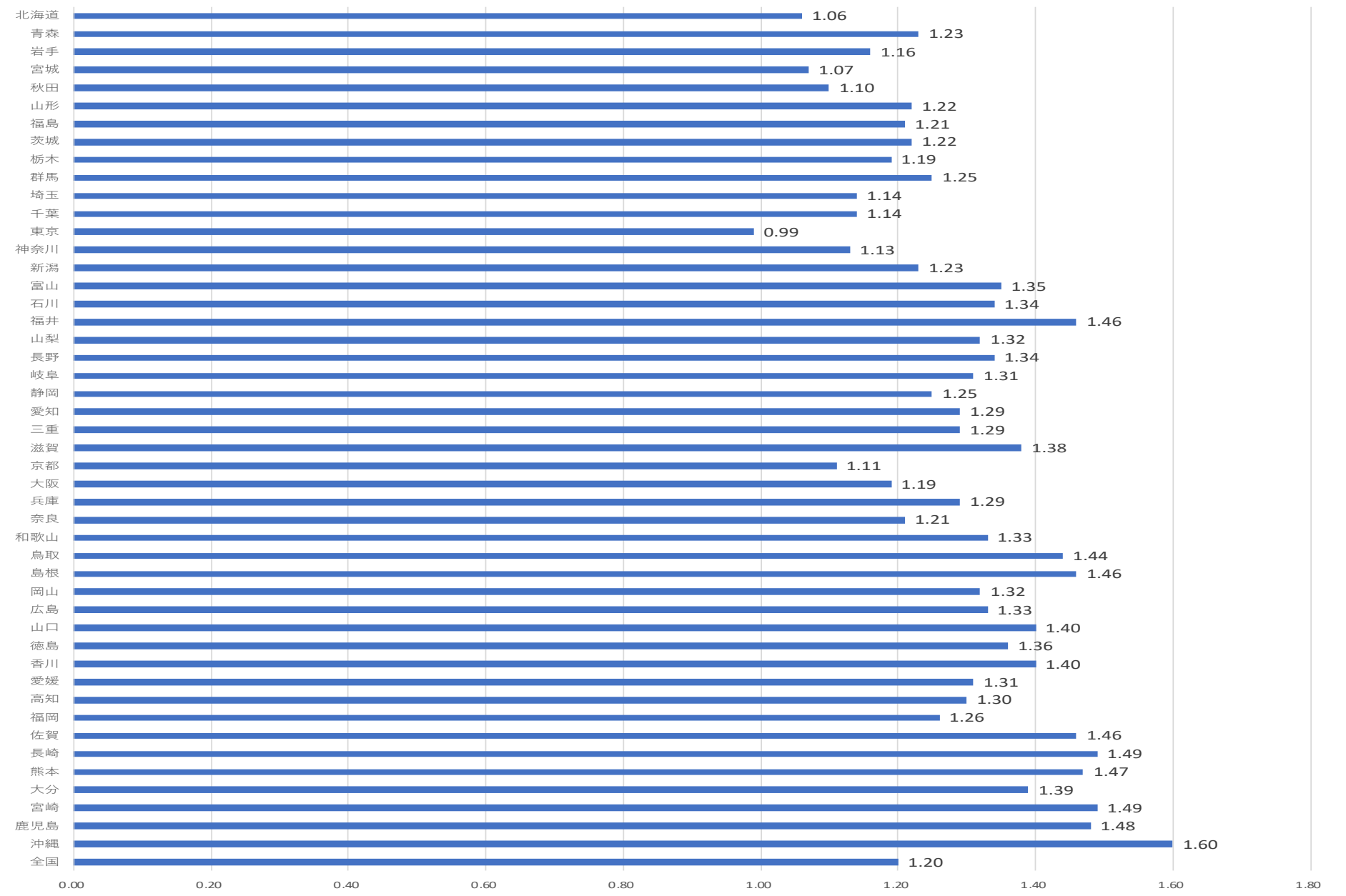
アフターコロナの時代の 新たな病院経営の視点

わが国の出生数及び合計特殊出生率の年次推移



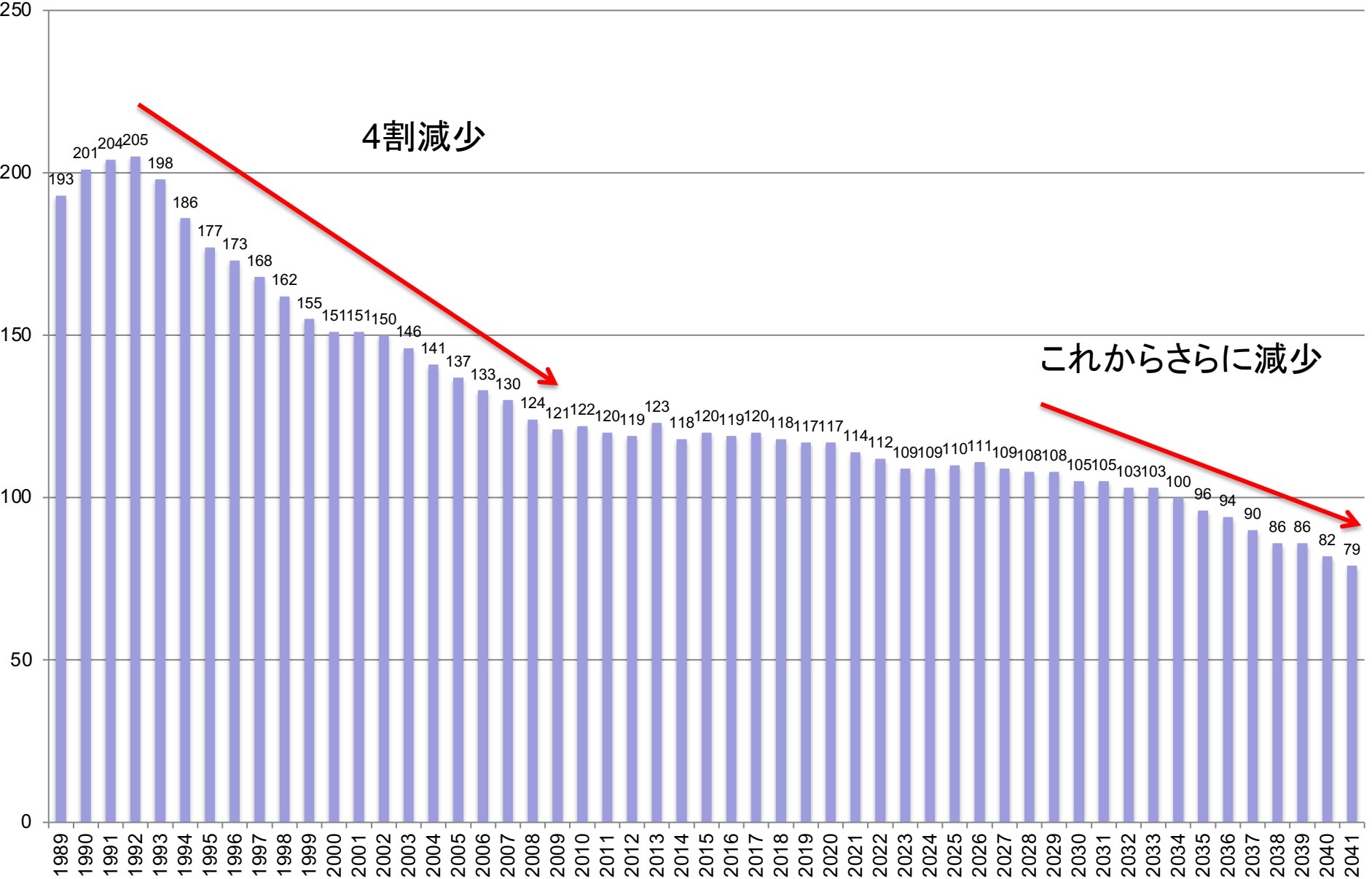
厚生労働省令和5年(2023)人口動態統計月報年計(概数)の概況

各都道府県の合計特殊出生率



厚生労働省令和5年(2023)人口動態統計月報年計(概数)の概況により作成

平成に入ってから18歳の人口の推移(2023年以降は予測)



文部科学省「18歳人口と高等教育機関への進学率等の推移(2023年9月25日)」のデータにより作成
2023年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計、出生中位・死亡中位)」を基に作成

医療人材配分

- 2023年の日本の出生数727,277人
- 2023年医学部定員9,384人(文部科学省データ)
- 2021年薬学部定員13,205人(2022年7月22日薬学部教育の質保証専門小委員会資料)
- 看護師養成所総定員258,068人(2022年度、日本看護協会データ)

正念場の自治体病院

- アフターコロナの時代、自治体病院は、将来の本格的少子高齢化に対応した経営強化が求められている