

令和5年度 全国自治体病院開設者協議会 定時総会

日 時：

令和5年5月23日（火）12：30～14：00

場 所：

JA共済ビル1階「カンファレンスホール」

- (1) 開会の挨拶
- (2) 来賓祝辞
- (3) 自治体病院の現状報告
- (4) 議長選出
- (5) 議 事
 1. 令和4年度 事業報告・収支決算書（案）・監査報告
 2. 令和5年度 事業計画（案）・収支予算書（案）・会費（案）
- (6) 閉会の挨拶

会議の経過

(1) 開会の挨拶

会長欠席のため、代理として須田副会長から次のとおり挨拶が行われた。

■全国自治体病院開設者協議会 副会長 須田 善明 女川町長



ただいま紹介をいただきました本会の副会長を務めております宮城県女川町長の須田善明でございます。総会の開会に当たりまして一言、御挨拶を述べさせていただきます。

お話がございましたとおり、会長が急遽の公務で欠席となりました。そして、もう一方、副会長である珠洲市の泉谷市長ですが、御存じのとおり、先般の地震被害で現在は当面、災害対応に注力されるということでございまして、本日欠席となっております。

この総会開会に当たりましては、本日、御来賓として、この後、森英介自由民主党自治体病院議員連盟会長、山田典幸全国自治体病院経営都市議会協議会会長、馬場健総務省大臣官房審議官、榎本健太郎厚生労働省医政局長の皆様に御参列いただきます。誠に厚く御礼を申し上げます。また、日頃から本協議会並びに自治体病院の運営に対しまして格段のお力添えと御配慮を賜っておりますことに、これもこの場をおかりいたしまして厚く御礼を申し上げます。御来賓の皆様には後ほど御挨拶を賜りたく存じます。

そして、この総会でございますが、5月8日から、御存じのとおり、新型コロナウイルス感染症の位置づけが5類に移行されたということはございますが、まだまだ影響も残っておる段階でございますので、このように実際に御参加

いただくオフラインと、そしてオンラインによるハイブリッド方式の開催とさせていただきます。現在、会員の皆様、全国からこの当地に御本人あるいは代理の皆様が直接、御出席いただいた方やオンラインの方、全部合わせまして200名以上の御出席をいただいているところでございます。御出席者並びに関係の皆様におかれましては、各自治体病院の運営等に対しまして、本当に日頃から御尽力いただき、先頭に立って御指導を賜っておりますことに、これも厚く御礼を申し上げますと同時に、皆様方の御努力に対して心から敬意を表するものであります。

さて、当協議会は全国の都道府県、市町村、組合等からなる637の自治体・団体に構成されており、それら自治体・団体が開設している病院、診療所などは、都市部にはじまり離島・山間部にまで至る地域で運営されているところでございます。

自治体病院では救急、周産期医療、へき地医療、災害医療、高度先進医療など、それぞれの地域で求められている適切な医療を提供するため、日夜努力を積み重ねていただいているところでござい

す。

自治体病院は地域医療を支える役割を十分に発揮して、これらの様々な現状の課題と、そして今後の環境変化に対応すべく、改革等に的確に対応していかなくてはなりません。そのためには、医師、看護師など医療従事者不足の解消や診療報酬の改善、制度改革を実行するための基金や地方交付税の財源確保など、様々な課題を解決していく必要がございます。国、地方自治体、医療関係者が力を合わせ、適切な医療提供体制の中心的な役割を果たしながら、その運営に当たっていかなくてはなりません。

しかし、このような課題は、個々の開設者や病院の努力だけで解決することは困難であり、自治体病院の開設者が集い、全国自治体病院協議会とも力を合わせ、車の両輪となって関係方面に要請を行うことなどにより、課題解決に取り組む必要があると考えております。

本日朝、自由民主党の自治体病院議員連盟の総会が開催され、その場において、当協議会の杉本会長、全国自治体病院協議会の小熊会長ほか、関係者が出席し、要望書に沿って説明等をしてまいりました。杉本会長からは10の事項について要望を行い、その中から重点項目として、自治体病院の現状を踏まえ、新型コロナウイルス感染症への対策、医師確保対策の充実や地域の実情に応じた地域医療構想の推進などを要望し、これに対し関係省庁から現在の取組や考え方の説明を賜りました。出席い

ただいておりました議員連盟の先生方からは、自治体病院のために活動していくという力強いお言葉と、そして各種の課題の御指摘、御意見等をいただきました。会員の皆様におかれましては、それぞれ地元選出の国会議員の皆様などに対しまして、自治体病院の現状や要望事項を改めて御説明いただき、御理解いただくよう、お願いさせていただきます。

現在の自治体病院は、光熱水費を含めた諸物価の高騰への対応や政府が主導している処遇改善が課題となっており、中でも処遇改善については、医療従事者の確保自体にも支障が生じる状況となっております。また、2024年度から施行される医師の時間外労働上限規制については、今年度中に各病院の方針を決定する必要があり、まさに目の前に迫った案件で、医師の確保等に要する費用など、持続可能な病院経営ができる対策を速やかに講じる必要があります。

当協議会の役割は、開設者である自治体と病院の努力だけでは解決できない課題について国へ要望・要請などを行い、解決を図っていくことでもあります。全国自治体病院協議会と共に、これからも活動を続けてまいりたいということを変更して申し上げます。

本日御臨席の皆様におかれましては、自治体病院の現状と課題を御理解賜り、より一層の御支援を賜りますよう、お願いを申し上げます。次第でございます。

この後、令和4年度の事業報告及び決算、令和5年度事業計画及び予算などについて御審議いた

きます。皆様には審議への御協力も含めまして、総会の円滑なる運営に御協力をお願い申し上げます。私から御挨拶とさせていただきます。皆様、どうぞよろしくお願い申し上げます。

(2) 来賓祝辞

事務局より、来賓の方々の紹介が行われた後、各来賓より次のとおり祝辞が述べられた(来賓の一覧は後記)。

■自治体病院議員連盟 森 英介 会長



御紹介にあずかりました自由民主党自治体病院議員連盟の会長を務めております森英介でございます。

今日は全国から自治体病院の関係者の皆様一堂に会して、こうして全国自治体病院開設者協議会の定時総会が開かれましたことを、大変心強く、またお慶びを申し上げます。

自治体病院の関係者の皆様には、日頃からへき地医療や救急、周産期、小児、高度医療など、地域医療の確保に大変な御尽力をいただいておりますことに、心から感謝申し上げます。

ただいま開設者協議会の副会長の須田女川町長さんからも御紹介がございましたけれども、今朝8時から私ども議員連盟の総会を開

きまして、ここにおいでの方々の代表者の皆様にも御臨席いただいて会合を行いました。開設者協議会側の皆様方からは、現場の切実な現状、また御要請を承りまして、出席していた関係省庁の皆さんと共に私どもも拝聴させていただきました。各省庁からは今現状における取組、そしてその後、議員からはいろいろな意見が活発に出されまして、大変有意義な機会になったと思っております。

この3年間を振り返ってみますと、新型コロナが世界中を席卷したわけでございますけれども、日本においては自治体病院が病院数では全体の1割強であるにもかかわらず、コロナ患者の3割を受け入れてくださったということで、並々ならぬ御奮闘、御尽力を賜ったわけでございます。これにつきましても重ねてお礼を申し上げます。この自治体病院の対応によりまして、自治体病院の我が国における存在意義が広く再認識されることになったことは、コロナ禍の中で大変喜ばしい出来事であったと思っております。

どうやらコロナも幾分鎮静化の方向に向かっているようで、今月8日から5類感染症に移行したところでございます。しかしながら、医療体制についても、行政の関与を前提とした限られた医療機関による特別な対応から、幅広い医療機関による通常の対応に移行していくことになるわけございまして、新体制においても支障なく医療が提供されるよう、必要な支援を行うことが肝要ではないかと思っております。

また、来年4月からはいよいよ医師の時間外労働規制がスタートするわけでございますが、そもそもそうでなくても、自治体病院ではかねてから医師・看護師の不足に本当に悩まされてきたところであって、その上にこうした要求を満足するような体制をつくっていくのは本当に至難のわざだと思います。こうした状況を見据えまして、医師の確保、また医師の偏在などの緩和につきましては、私どもも大いに努力してまいりたいと思っております。

このように自治体病院を取り巻く課題は本当に山積しているわけでございますが、やはり自治体病院はそれぞれの地域にあっては、まさに命綱のような存在でありまして、これからもしっかりと地域医療を守っていただけるように、その経営強化が必要不可欠であると考えております。そんなところで、我が議員連盟といたしましても、関係省庁ともしっかりと連携し、また督励いたしまして、皆様方の御要請にできるだけお応えしていきたいと考えております。

今日のこの総会が今後の自治体病院にとりまして大いに弾みがつく一つの機会となりますことを心から念じまして、私からの挨拶いたします。よろしく願いいたします。ありがとうございました。

■地方三議長会代表 全国自治体病院経営都市議会協議会
会長 山田 典幸 名寄市議会
議長



ただいま御紹介にあずかりました、全国自治体病院経営都市議会協議会の会長を務めさせていただいております、北海道名寄市議会議長の山田でございます。

令和5年度全国自治体病院開設者協議会定時総会の開催に当たりまして、全国市議会議長会、全国都道府県議会議長会、全国町村議会議長会の三議長会を代表いたしまして一言、御挨拶を申し上げます。

また本日は、当協議会会長代理の副会長であります、石川県金沢市の高議長も同席させていただいておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

初めに、本日御参集の自治体病院関係者の皆様におかれましては、日頃より地域住民の医療と健康を守るため、また新型コロナウイルス感染症対応においては、引き続き国民の安心を確保すべく御尽力されておりますことに対しまして、深く感謝を申し上げます。

さて、全国の自治体病院は、公的医療機関でなければ対応することが困難な多くの不採算医療を担うなど、地域医療の確保という大きな社会的使命を果たしております。また、新型コロナウイルス感

染症の5類移行後も、外来・入院医療の最前線として対応を行っております。しかしながら、自治体病院を取り巻く環境は、医師不足や医師の地域偏在、診療科偏在をはじめ多くの課題が山積し、新型コロナウイルス感染症も引き続きその感染力や変異の可能性は医療提供体制への影響が大きいことから、その責務は今後も重要となっております。

このため、私どもといたしましても、自治体病院への財政支援措置、地域間・診療科間の偏在の実態を踏まえた医師・看護師の確保や、勤務環境の改善、救急医療体制の整備・推進等につきまして、関係国会議員の方々に対し要請活動を展開しております。今後も本日御参集の全国の自治体病院関係者の皆様と一致団結し、地域医療の中核をなす自治体病院の維持・発展のため全力を上げて取り組んでまいり所存でございます。

終わりに、本日の定時総会の御盛会と皆様の御健勝、御活躍を心からお祈り申し上げ、お祝いの言葉とさせていただきます。本日は誠にありがとうございます。

■総務省 馬場 健 大臣官房審議官



令和5年度全国自治体病院開設者協議会定時総会にお招きいただきまして、誠にありがとうございます。

ます。

皆様方には、日頃から自治体病院の開設者として住民の命と健康を守るため、地域医療の確保に多大な御尽力をいただいておりますことに深く感謝と敬意を表する次第でございます。

自治体病院は、地域における基幹的な医療機関として、へき地医療、不採算医療や、高度・先進医療等を提供する重要な役割を担っております。また、今般の新型コロナウイルス対応においては、自治体病院が果たす役割の重要性が改めて認識されました。その一方で、自治体病院は、医師・看護師等の不足等により依然として厳しい経営状況に直面しております。また、今般の新型コロナウイルス感染症への対応から、平時からの新興感染症の感染拡大時への備えが求められることとなりました。

このような中で、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という視点をこれまで以上に重視しながら、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に総合的に取り組み、自治体病院の経営を強化していくことが重要でございます。

総務省ではこのような考え方に基づき、昨年3月に「公立病院経営強化ガイドライン」を策定し、皆様方に今年度までに「公立病院経営強化プラン」の策定をお願いするとともに、関係する財政措置を拡充いたしました。総務省といたしましても、持続可能な地域医

療提供体制を確保するため、自治体病院の経営強化の取組をしっかりと支援してまいります。

結びに、全国自治体病院開設者協議会の御発展と関係各位の御健勝を祈念いたしまして、私からの祝辞といたします。本日は誠にありがとうございます。

■厚生労働省 榎本 健太郎 医政局長



厚生労働省医政局長を拝命しております榎本でございます。令和5年度全国自治体病院開設者協議会定時総会に開催に当たりまして一言、御挨拶を申し上げたいと存じます。

まずは日頃より、自治体病院の運営を通じまして、地域住民の皆様の生命・健康を守るために御尽力をいただいていることにつきまして、御礼とともに敬意を表させていただきたいと思っております。特に新型コロナウイルス感染症の対応につきましましては、最前線である医療現場において、医師や看護師をはじめ多くの医療従事者の皆様に献身的な御尽力をいただいております。この場をおかりしまして、改めて心から感謝申し上げます。この5月8日より新型コロナウイルス感染症の感染症法上の分類が変更されたところでございますが、国としては引き続き必要な医療が確保できるよう支援に取り組

んでまいります。

さて、我が国の医療提供体制は、国民皆保険制度の下、全ての国民が必要な医療を受けることができるように整備が進められ、世界最高水準の平均寿命や高い保険医療水準の実現など大きな成果を達成し、今や私たちの日常生活に欠かせない最も大事なインフラとなっているところでございます。

他方で、新型コロナウイルス感染症の対応では、急速な感染拡大を前にいたしまして、病床の逼迫、自宅療養者への医療提供など、感染症対応をめぐる課題も明らかとなりました。さらに、全ての団塊世代が後期高齢者となります2年後の2025年、その先、生産年齢人口の減少が加速いたします2040年を展望いたしますと、我が国の医療体制は今後、医療ニーズの変化と地域医療の担い手確保という課題に向き合っていくこととなります。

こうした中、次の感染症の発生・まん延・拡大に備えまして、昨年12月に成立した改正感染症法におきまして、平時から都道府県知事と医療機関が感染症対応に係る協定を締結する仕組み等が創設されました。これは2024年度より施行されることとなっております。また、2024年度からスタートいたします第八次医療計画におきましては、「新興感染症への対応」の項目を新たに盛り込んだいわゆる五疾病・六事業につきまして、計画を定めることとなっております。現在、各都道府県や医療機関におきましてこれらの準備が円滑になされるよう、厚生労働省としては、

感染症法に基づく予防計画の基本方針等と併せまして、医療計画の基本方針等を今月中にお示しすべく作業を進めているところでございます。

また、2024年には医師の働き方改革の施行、そして診療報酬と介護報酬の同時改定など、様々な見直しが一斉に動くこととなっております。私どもといたしましても、かねてから進めてきた2025年問題への対応に加えまして、その先、生産年齢人口の減少が加速すると言われる2040年も見据えまして、質の高い医療サービスを持続的に提供できるよう、地域医療構想、働き方改革を含めた医師の偏在対策、さらに、先日成立いたしました改正医療法に基づくかかりつけ医機能の確保など、医療界の皆様と共に医療提供体制の改革への取り組みを進めてまいります。

自治体病院の皆様におかれましては、患者の減少、医師確保のご苦労など、それぞれの地域のご事情によって直面する課題は様々だと推察いたしますが、引き続き住民の皆様の医療の確保のためにご尽力いただきますことをお願い申し上げます。

結びになりますが、本日お集まりの皆様方のご健勝とご活躍、そして全国自治体病院開設者協議会のますますのご発展を祈念いたしまして、私の挨拶に代えさせていただきます。本日はおめでとうございます。

(3) 自治体病院の現状報告

事務局より、自治体病院の現状について報告いただく旨述べら

れ、自治体病院の状況等について次の通り報告された。

■全国自治体病院開設者協議会 常任理事 市川 照 光市長



御紹介を賜りました山口県光市長の市川であります。

それでは、早速であります。自治体病院の現状報告をさせていただきます。

我々全国の自治体病院は、地域住民の皆様にそれぞれの地域で安心して生活をしていただけるよう、日々努力を重ねているところであります。地域に必要な医療のうち、救急・小児・周産期・災害・精神などの政策医療や、へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地などにおける一般医療など、採算性や技術的な面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することが求められており、地域の特性に応じ、様々な分野において中核的な役割を果たしているところであります。

令和2年度から猛威を振るった新型コロナウイルス感染症については、ワクチン接種等により重症者数の減少が見られることから、本年5月8日に感染症法上の位置づけが5類に移行されましたが、多くの自治体病院が引き続き発熱外来を含めた患者受入れ等の対応に当たっているところであります。

地域医療構想の議論においては、具体的な病院名が公表された再検証対象医療機関について、国により助言や集中的な支援を行う「重点支援区域」として積極的に支援をされている地域もありますが、約半数の医療機関は各地の地域医療構想調整会議において議論が継続されているところであります。

そのような状況の中で発生した新型コロナウイルス感染症という過去に経験をしたことのない感染症への対応を、これら再検証対象医療機関を含む多くの自治体病院が中心となり、担ってきております。このことを受け、これまでは効率的・効果的な医療体制構築に主眼が置かれてきましたが、新型コロナウイルス感染症を契機として、これまで推進してきた医療改革を抜本的に見直し、危機に対して柔軟に適応・管理できる医療体制に再構築していく必要があると考えております。

医師の働き方改革については、各地において医師法に定める応召義務を遵守しながら、限られた人員体制によって地域住民の医療を確保しているという厳しい実態がありますので、令和6年度から開始される医師に対する時間外労働の上限規制の適用が地域医療の崩壊を招くことがないよう、各方面の御協力を待ちながら進める必要があると考えております。

また、光熱水費を含めた諸物価の高騰への対応や医療従事者への処遇改善が課題となっており、特に処遇改善については医療従事者の確保自体にも支障が生じる状況

となっています。それらへの対応を適切に行えるよう、診療報酬での適正な評価を含めた財政措置が必要であると考えております。

併せて、病院事業に係る地方交付税について、社会・経済情勢に即し、所要額を確実に確保するとともに、自治体病院に対する制度的・財政的支援をはじめ、地域医療の確保のために必要な措置の充実に努めることも必要であります。

このように、地域医療を取り巻く環境が変化していく中、離島や過疎地域のみならず、地域の中核病院においても医師不足や偏在が深刻な状態にあり、やむなく病床の一部休止や診療科の縮小を行っている地域もあるなど、非常に厳しい状況となっております。

私ども山口県におきましても同様の状況にあり、特に深刻な状況である地域医療を担う医師の確保に向け、山口県では県内の公的医療機関等を対象に、医師の就職の紹介や斡旋を行う「ドクターバンクやまぐち」の設置、地域医療に貢献する意欲のある医師を県の職員として採用し、県内へき地の公的医療機関で診療に従事していただく「山口県ドクタープール事業」の実施、過酷な勤務状況にある病院勤務医や出産・育児中の女性医師等の離職防止を図るため、勤務環境の整備・充実に努める「医師就業環境整備総合対策事業」の実施など、医学生から勤務医までを対象に様々な対策に取り組んでおります。

しかしながら、平成28年の厚労省の調査によると、山口県の医師の平均年齢は52.5歳と、全国一高

い状況にあり、35歳未満の医師数も平成10年当時と比較して約7割程度まで減少するなど、特に若手医師の確保が急務となっており、県の施策のみならず、国からの支援にも期待するものであります。

私ども光市が開設しております光市立光総合病院、大和総合病院の2つの病院におきましても例外ではありません。市民の皆様の安全・安心を守る砦として、2つの病院が中心となって地域医療を安定的に提供できる強固な体制を維持するためにも、医師確保は避けずには通れない重要な課題の一つであります。私はこれまであらゆる機会を通じて医師確保に努めてまいりましたが、今後も病院事業管理者をはじめとした職員と共に、2つの病院が市民の皆様はもとより、医師からも選ばれる病院となるよう、開設者として全力を注入してまいります。

それでは、ここで改めて光総合病院と大和総合病院を紹介させていただきます。

本市は平成16年10月に1市1町が合併して誕生いたしました。合併により、人口約5万6000人のまちが、同じ急性期機能を持つ2つの公立病院、全体の病床数490床を有することとなりました。このままでは2つの病院の経営を維持していくことが困難であったことから、平成22年に「光市立病院再編計画」を策定し、以降、2つの病院を1つの病院として捉え、光総合病院を急性期、大和総合病院を慢性期へと機能分化を進めてまいりました。その結果、現在、光総合病院が一般病床210床、大和

総合病院が一般病床40床、療養病床203床で運営しております。また、平成24年には、大和総合病院に回復期リハビリテーション病棟を、平成26年には光総合病院に地域包括ケア病棟をそれぞれ開設するなど、市民の皆様が住み慣れた地域で安心して療養できるよう、両病院の機能分担と連携をさらに強化することで、より一層の経営の効率化・安定化に取り組んでまいりました。

こうした取組を重ねた結果、大和総合病院では、それまでの慢性的な赤字経営から平成24年度に経常黒字に転換し、これまで10年連続の経常黒字を達成しています。また、光総合病院においては、平成21年度から平成29年度決算において9年連続の経常黒字を達成し、老朽化・狭隘化が著しかったことから、地域医療を担う中核病院としての社会的使命を今後も果たしていくため、令和元年5月に移転新築という抜本的な施設整備により、病院機能のさらなる充実・強化を図ってきたところであります。

ところで、平成30年12月に京都大学高等研究院の副院長であり、特別教授の本庶佑先生がノーベル医学生理学賞を受賞されました。実は本庶先生の父上、本庶正一さんは昭和51年から昭和60年までの約10年間、光総合病院の前身である光市立病院の第3代院長を務められたという御縁があり、私はかねてから本庶先生のノーベル賞受賞を公言しておりました、夢がかなったことを大変喜んだところがあります。本庶先生にはいつの日

か光市にお立ち寄りいただき、お父様ゆかりの病院の新しい姿を御覧いただくとともに、本市の子供たちに御自身の大きな夢や希望を語っていただきたいと、甚だ勝手ながらそのような思いを膨らませているところであります。

さて、私は平成20年の市長就任以来、市長として、そして開設者として、多くの方々と対話を重ね、ただいま申し上げてまいりました2つの病院の機能分化や、地域医療の中核である光総合病院の移転新築など、大きな決断を行ってまいりました。そうした決断の一つ一つを積み重ねることこそが、2つの病院を中心とする現在の強固な地域医療体制の構築に寄与しているものと、私は自負しております。

我々開設者は、「質の高い医療を提供し、地域に必要な医療体制を守っていくためには何が必要か」を常に考え、決断していかなければなりません。この間、新型コロナウイルス感染症への対応を経験したことで、私は一層この思いを強くしたところであり、これからも開設者としての責務を果たしてまいりたいと考えています。

結びに、今後とも我々自治体病院が良質な地域医療を効率的かつ継続的に担っていくためには、開設者の責務の下、病院自身の自助努力はもとより、国におかれましても制度上の見直しや財政支援措置について、一層のお力添えを願いたいと思います。そのことを切にお願いし、自治体病院の現状報告とさせていただきます。ありがとうございました。

■公益社団法人 全国自治体病院協議会 会長 小熊 豊 砂川市立病院名誉院長



御紹介いただきました小熊でございます。日頃は病院の運営に開設者というお立場で絶大なる御支援を賜っておりますことに、まずもって御礼申し上げたいと思います。

今回はスライドを使って、それに基づいて私から説明をさせていただきます。ただ今、市川光市長のお立場で御説明をいただきましたが、私は現場をお預かりする立場で御紹介申し上げたいと思います。よろしくお願ひ申し上げます。

(表紙)


(スライド1)

本日はまず10個の問題点について載せております。その次に、総務省から出ております経営強化プラン、厚労省からつい先日出ました第8次医療計画と新たな全世代対応型の健康保険法の一部を改正する法律をスライドとして載せています。最後に、私どもの考える「今後の展望」を簡単にまとめました。

(スライド2)

(スライド3)

厚労省が挙げている今後の医療に対する課題であります。一つ目は、新型コロナ、それから、これから起きるかもしれない新興感染


令和5年度 全国自治体病院開設者協議会 定時総会
令和5年5月23日（火）12:30～14:00

自治体病院の現状と今後の展望

公益社団法人 全国自治体病院協議会
会長 小熊 豊

本日の内容

I. 医療提供体制をめぐる課題

1. 新型コロナウイルス（新興）感染症対策
2. 医師確保・偏在対策
3. 地域医療構想
4. 医師の働き方改革
5. かかりつけ医機能
6. 医療DXの推進・活用
7. 精神科医療
8. 医療従事者不足（人材確保）
9. 入院基本料、食事療養費の引き上げについて
10. 日本地域医療学会・地域総合診療専門医

II. 国の動向 ① 公立病院経営強化プランの策定について
② 第8次医療計画について

III. 今後の展望



I. 医療提供体制をめぐる課題

2

医療提供体制をめぐる課題

○ 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と。

1. 新型コロナ対応に関する課題	<ul style="list-style-type: none"> ・人材面を始めとした高度急性期対応 ・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） ・チーム・グループによる対応など外来・在宅医療の強化 ・デジタル化・見える化への対応 <p style="text-align: right;">など</p>
2. 2040年を見据えた人口構造の変化への対応	<ul style="list-style-type: none"> ・生産年齢人口の減少に対応するマンパワーの確保 ・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 ・超高齢化・人口急減による入院・外来医療ニーズの変化 ・医療介護複合ニーズ・看取りニーズの増大（特に都市部） <p style="text-align: right;">など</p>

出典：厚生労働省「第7回 第8次医療計画等に関する検討会」配布資料（令和4年3月4日）

3

症に対する課題でございます。これにつきましては、はっきり言いますと、新型コロナしか分からず、新興感染症は分かりませんので、新型コロナを基にしたデータで、国や地方自治体と我々医療機関とがあらかじめ協議をして備えていくという方針でございます。二つ目は、全国の地域で医療状況は違うわけでございます。人口が減るということは大都会を除いて共通ですが、そういった違いに対して、様々な課題を抱えながらどういう医療提供体制を構築するかということが重要で、大きく分けて2つのテーマに分類されるということです。（スライド4）

新型コロナの問題ですが、※印をつけましたように、インフルエンザと新型コロナとはやはり大きく違いがある。一つは、コロナは非常に感染力が強い。もちろん変異株によって大分違うわけですが、どんなに弱いコロナであっても、インフルエンザよりは強い。それから、重症化率もインフルエンザよりは高い。また、そのためにクラスターが非常に起きやすい。最も違うのは治療薬で、インフルエンザは特効薬があるわけですが、コロナはございません。ですから、5月8日から5類に移ったと申しましても、我々、この感染症を扱わなければならない医療サイドとしては、考え方はイ

ンフルエンザとは全く同じにはできないということでございます。（スライド5）

2021年度までの経営状況を御報告しますと、経常収支の黒字病院がそれまで39%だったものが、診療報酬の特例と病床確保によりまして、21年度は81%まで、我々自治体病院でもプラスになりました。医業収益は、コロナで診療を抑えていますのでどんどん落ちていきますけれども、先ほど言った補助でここまでプラスになったということでありまして。（スライド6）

今年1月31日の時点で、2022年度の経常収支はどうかというアンケートを見込みで出してもら

1. 新型コロナウイルス（新興）感染症対策

- 平時、感染拡大時：第8次医療計画 [様々な新型コロナウイルス感染症発症の可能性
平時とパンデミック時の医療体制]
- 新型コロナウイルス感染症の5類移行とウイルス毒性、感染性： [新たなコロナ変異ウイルスの出現] → 軽～重症患者対応
易感染性※、重症化率の問題※
- 地域医療体制： [公民一体的に
機能分担・連携体制
介護施設、学校等支援体制
クラスター予防対策※
行政・保健所等一体的体制
リアルタイム式情報把握体制]
- 治療薬※開発、ワクチン、検査体制
- 医薬品・医療用品のサプライチェーン問題 ※インフルエンザとの大きな違い



4

2021年度までの経営状況

全体	n=326	'19年度(A)	'20年度(B)	'21年度(C)
医業収支比率(%)		93.3	88.2	89.9
経常収支比率(%)		98.6	103.3	106.7
経常収支赤字病院		198 (61%)	114 (35%)	61 (19%)
経常収支黒字病院		128 (39%)	212 (65%)	265 (81%)

重点医療機関	n=231	'19年度(A)	'20年度(B)	'21年度(C)
医業収支比率(%)		94.3	89.0	90.8
経常収支比率(%)		98.7	103.8	107.3
経常収支赤字病院		137 (59%)	62 (27%)	21 (9%)
経常収支黒字病院		94 (41%)	169 (73%)	210 (91%)

協力医療機関	n=35	'19年度(A)	'20年度(B)	'21年度(C)
医業収支比率(%)		88.6	86.7	87.5
経常収支比率(%)		99.0	100.6	104.2
経常収支赤字病院		23 (66%)	14 (40%)	11 (31%)
経常収支黒字病院		12 (34%)	21 (60%)	24 (69%)

【参考資料】
新型コロナウイルス感染症に対する自治体病院の対応（第6報）～2021年度病院決算調査報告～：P9～P21

5

新型コロナウイルス感染症の5類移行を見据えたアンケート調査

【調査実施期間】2023年2月21日～3月31日 【調査対象】858病院
【調査対象期間】2023年1月31日時点 【有効回答】177病院（20.6%）

6

2022年度 医業収支・経常収支（見込み）

【指定医療機関別】	回答 病院数	医業収支黒字		医業収支赤字	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)
全体	176	12	6.8	164	93.2
重点医療機関	134	9	6.7	125	93.3
協力医療機関	7	0	0.0	7	100.0
その他医療機関	12	1	8.3	11	91.7
上記以外の医療機関	23	2	8.7	21	91.3

【指定医療機関別】	回答 病院数	経常収支黒字		経常収支赤字	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)
全体	176	114	64.8	62	35.2
重点医療機関	134	100	74.6	34	25.4
協力医療機関	7	1	14.3	6	85.7
その他医療機関	12	5	41.7	7	58.3
上記以外の医療機関	23	8	34.8	15	65.2

7

いました。それと、この時点で5月8日に5類に移行することが分かっていたので、そういったもろもろのことを自治体病院の皆さんがどう考えているかというアンケートをしたところです。（スライド7）

見込みでは64.8%の経常収支黒で、約20%下がるということがあります。御存じのように5月8日の5類移行から診療報酬の特例とベッド確保料が半額になります。9月いっぱいまでは継続しますが、10月以降は分からない、なくなるかもしれないということで、恐らく2023年度は相当な赤字になって元に戻るだろうと私どもは思っています。そのような中で、

自治体病院は対応していかなければいけないということで、現実に即した支援の在り方を厚労省にはお願いしたいと思っているところでもあります。

実は先日、沖縄の某中核病院で今コロナの患者が増えて、ひと頃のとんでもない時期と同じ状況になっているという報告がされました。ですから、それがだんだん広がっていきまると、これも困ったものだと考えているところで。（スライド8）

今年1月31日までに自治体病院でどれくらいクラスターが起きたかということでもあります。平均4.4回で、500床以上の重点医療機関

では7.6回、起きていたということでありました。これはインフルエンザでは到底、考えられない状況であります。（スライド9）

医師では約3割、看護職では約5割を超える人が感染者あるいは濃厚接触者として職場から約1週間、離れるという状況が起きるわけでございます。こうなりますと、診療はかなり縮小していかなければならないということで、はっきり申しますと、これが我々医療職として、一般患者さんは引き受けなければならぬけれども、感染させるわけにはいかないということで、大変苦勞することでございます。

2022年度中の院内クラスターの発生回数

【指定医療機関別】			【種類・病床規模別】		
	回答 病院数	クラスターの 平均発生回数 (回)		回答 病院数	クラスターの 平均発生回数 (回)
全体	104	4.4	全体	104	4.4
重点医療機関	80	5.2	一般病院	99	4.5
協力医療機関	5	1.6	99床以下	13	1.3
その他医療機関	7	1.4	100床台	17	1.7
上記以外の医療機関	12	1.4	200床台	12	3.3
			300床台	15	5.0
			400床台	21	5.9
			500床以上	21	7.6
			精神科病院	5	2.2

8

新型コロナウイルス感染症に関連して出勤できなくなった職員数とその影響について

		全職員数 (n=153 (病院))					
		全職員数	医師	看護職員	医療技術員	事務職員	その他の職員
人数	全職員数 (人)	99,929	14,992	49,693	15,561	11,102	8,581
人数	感染者として欠勤 (人)	27,532	3,223	15,706	3,763	2,533	2,307
人数	濃厚接触者として欠勤 (人)	19,990	1,504	11,213	3,292	2,213	1,768
割合	感染者として欠勤 (%)	27.6	21.5	31.6	24.2	22.8	26.9
割合	濃厚接触者として欠勤 (%)	20.0	10.0	22.6	21.2	19.9	20.6

【指定医療機関別】		回答 病院数	診療体制を縮小する ことを余儀なくされ 経営の悪化要因となった (病院) (%)	診療体制を縮小すること を余儀なくされたが 経営の悪化には至ら なかった (病院) (%)	診療体制、経営 ともに影響はなかつた (病院) (%)	その他 (病院) (%)			
全体	168	100	59.5	43	25.6	13	7.7	12	7.1
重点医療機関	127	81	63.8	29	22.8	11	8.7	6	4.7
協力医療機関	7	3	42.9	2	28.6	0	0.0	2	28.6
その他医療機関	11	9	81.8	0	0.0	1	9.1	1	9.1
上記以外の医療機関	23	7	30.4	12	52.2	1	4.3	3	13.0

9

2022年度中の看護師の離職率と離職の原因

【指定医療機関別】		回答 病院数	増加している (病院) (%)	変わらない (病院) (%)	減少している (病院) (%)		
全体	173	54	31.2	108	62.4	11	6.4
重点医療機関	131	41	31.3	79	60.3	11	8.4
協力医療機関	7	2	28.6	5	71.4	0	0.0
その他医療機関	12	5	41.7	7	58.3	0	0.0
上記以外の医療機関	23	6	26.1	17	73.9	0	0.0

【指定医療機関別】		回答 病院数	新型コロナへの対応が 影響している (病院) (%)	新型コロナへの対応は 影響していない (病院) (%)	不明 (病院) (%)		
全体	54	24	44.4	13	24.1	17	31.5
重点医療機関	41	20	48.8	9	22.0	12	29.3
協力医療機関	2	2	100.0	0	0.0	0	0.0
その他医療機関	5	2	40.0	3	60.0	0	0.0
上記以外の医療機関	6	0	0.0	1	16.7	5	83.3

10

外来における発熱患者への対応 (5類移行後)

【感染拡大時】		回答 病院数	発熱外来を継続 (病院) (%)	発熱外来をやめて 一般外来で対応 (病院) (%)	一般外来で対応 (感染より発熱外来を 設置していない) (病院) (%)	現在、対応して いないし、今後も その予定はない (病院) (%)	検討中・その他 (病院) (%)				
全体	175	47	26.9	19	10.9	19	10.9	9	5.1	81	46.3
重点医療機関	133	34	25.6	16	12.0	14	10.5	3	2.3	66	49.6
協力医療機関	7	1	14.3	1	14.3	0	0.0	0	0.0	5	71.4
その他医療機関	12	4	33.3	2	16.7	0	0.0	2	16.7	4	33.3
上記以外の医療機関	23	8	34.8	0	0.0	5	21.7	4	17.4	6	26.1

【感染拡大時】		回答 病院数	発熱外来を継続 (病院) (%)	発熱外来を新たに設置 (病院) (%)	一般外来で対応 (病院) (%)	検討中・その他 (病院) (%)			
全体	154	47	30.5	7	4.5	26	16.9	74	48.1
重点医療機関	119	34	28.6	5	4.2	20	16.8	60	50.4
協力医療機関	5	1	20.0	0	0.0	0	0.0	4	80.0
その他医療機関	11	4	36.4	2	18.2	0	0.0	5	45.5
上記以外の医療機関	19	8	42.1	0	0.0	6	31.6	5	26.3

11

(スライド10)

看護師がコロナによって学生時代の教育もしっかりできないで職場に来て、そういう方が辞める傾向がある。それから、コロナで身も心も疲れ果ててしまって、一時休みたい、どこかに就職するというのではなくて休みたいというような状況で、3割以上の病院が今、看護師不足に悩んでいる。これは1月の時点で、例年、3月は退職者が増えますので、今、大変な状況が起きている。九州の某病院では、看護師の補充がつかなくて1つ半の病棟をやむなく今、休んでいるという状況だと聞いております。

(スライド11)

5月8日から5類になったわけですが、1月31日の時点でそういった感染症に対して病院ではどういった対応をするかというアンケートをしますと、一般患者と分離して発熱外来を継続するというのが約27%、一般外来と共通で、部分的な対応ですというのが10%、今後のいろいろな状況を見て決めるというのが46%です。これが外来でございます。

(スライド12)

入院は約3割が、感染症のことを考えると分離しなければいけないと考えている。一般と一緒にしてゾーニングをして個室対応をするというのが14%です。先ほどと同じように、今後の対応を見てと

というのが45%。こういう状況でございまして、必ずしも厚労省が言うように広い医療機関で普通のインフルエンザと同様にといいような考えは、我々自治体病院としては、そこまでは持てない、慎重に対応しなければいけないと思っております。

(スライド13)

そういったことをまとめたのがこちらでございます。今までは空床確保などで支援があったわけですが、実際に今度は患者さんを診ることに對して適切な支援体制をしてほしい。診るためにはいろいろな条件をクリアしなければいけませんので、そういうことをお願いしているということです。

新型コロナ入院患者への対応（5類移行後）

【感染拡大時】	回答 病院数	コロナ病床を継続 (増床も含む)		個室または一般病床 で対応		現在、対応して いないし、今後も その予定はない		検討中・その他	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全体	173	57	32.9	24	13.9	14	8.1	78	45.1
重点医療機関	133	51	38.3	21	15.8	0	0.0	61	45.9
協力医療機関	7	3	42.9	1	14.3	0	0.0	3	42.9
その他医療機関	12	3	25.0	1	8.3	1	8.3	7	58.3
上記以外の医療機関	21	0	0.0	1	4.8	13	61.9	7	33.3

【感染拡大時】	回答 病院数	コロナ病床を継続 (増床も含む)		個室または一般病床 で対応		検討中・その他	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全体	152	54	35.5	27	17.8	71	46.7
重点医療機関	120	47	39.2	18	15.0	55	45.8
協力医療機関	6	3	50.0	1	16.7	2	33.3
その他医療機関	10	4	40.0	1	10.0	5	50.0
上記以外の医療機関	16	0	0.0	7	43.8	9	56.3

12

新型コロナの5類移行に伴う全自病協の要望

● 病床確保料に関しては、昨年9月に見直しが行なわれ、財政的支援は縮小されてきたところである。さらに令和5年5月8日の5類移行に伴い、診療報酬の特例と病床確保料が縮小され、本年10月以降は不透明ではあるが、廃止されるとの見通しが高い。

● 新型コロナウイルス感染症がこのまま終息するとは考えにくく、全自病協としては何らかの形で診療体制の維持に取り組まねばならない。しかしながら、上記の財政的支援が希薄になることにより、病院経営に大きな支障が生じることは容易に想定され、十分な新型コロナウイルス感染症への診療体制が組めるか危惧される。

● 従来の「空床確保」に関する支援ではなく、実際に外来・入院診療にあたった実績に対する適切な支援を要望する。

具体的には、新型コロナウイルス感染症患者の入院診療に関しては、5類移行後もある程度の感染防御措置や院内感染防止策としてのゾーニング設定が必要であり、一般病室で入院診療した場合の隣室等の空床確保や看護師等の人員配置による休床も必要となる。また、パンデミック時には、感染症病棟・ICU等での治療も当然必要となる。

それらにかかる費用として実際に治療等にあたった実績に対する適切な財政的措置を要望する。

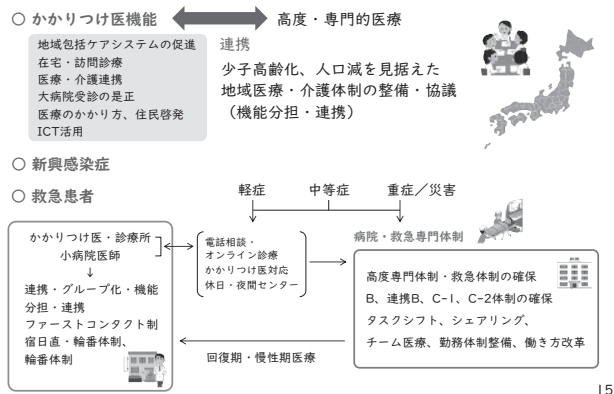
13

2. 医師確保・偏在対策

- 医師の必要数
 - 地域毎の変化
 - 診療科毎の変化
 - 偏在指標
- 大都市偏重、地方就労医養成問題
 - 開業医 9時～17時、かかりつけ医機能問題
 - 勤務医 救急・専門医療、医師不足、働き方改革
 - 地方の医療機能低下 - 診療所減、病院縮小、勤務医不足 → 義務的就業制度？
- 地域枠・地元出身者枠の活用
 - 地域支援、専門医制度の改正、総合医育成
- かかりつけ医機能制度の推進
 - グループ診療、相互支援・連携体制、時間外・救急対応問題、在宅医療問題
 - 診療報酬、税制制度における差別化？
 - フリーアクセス ⇄ 人頭制、登録制？
- 地域医療構想 [私的病院 / 公立・公的病院] 再編・機能分担・連携 ⇄ 医師の配置、働き方改革

14

3. 地域医療構想



15

(スライド14)

医師確保・偏在対策でございます。地域ごとの偏在、診療科ごとの偏在があるんですけども、今、厚労省は平成28年につくった指標を適用しようとしております。ですから、我々はいろいろな委員会やワーキングで、最新のものに改めてほしいということを言っていますが、厚労省も大変な状況ですので、そうはしたいけれども簡単にはいかないというお話です。それが基本になっていろいろな施策をしなければいけないものですから、そういうお願いをしているということでございます。

皆様方御存じのように、地域枠はおよそ95%以上が地元で定着し

ます。ですから、地域枠をどんどん増やしてほしいということをおっしゃっていますが、地域枠だけ定数を増やしますと、その地域枠を満たすだけの学生がその地域では集まらないんですね。悲しいかな、全国からある程度、採らなければいけないということになるという問題があります。

(スライド15)

それから、かかりつけ医機能は、先ほど医政局長も言っていましたけれども、今度、法定化されまして、診療所の先生や小規模病院の先生が日常診療、在宅医療、介護施設との連携、それに初期救急対応をしっかりとやろうということでございます。ただ、これはさらに

それ以上の中規模、あるいは救急体制を備えた病院との連携をしなければいけないということで、そういった問題があるということです。

地域医療構想は、地域に適正なかかりつけ医機能を取り入れて、最適な体制をつくろうということでございます。

(スライド16)

(スライド17)

スライド16は、働き方改革です。はっきり申しまして来年4月から導入しなければいけなくて、時間外を1,860時間まで行えるようにするためには、日本医師会に設けられている審査機関に申込みをしなければいけない。その申込みが

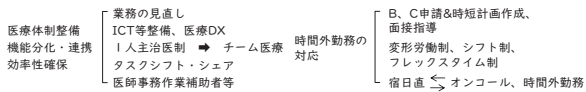
4. 医師の働き方改革

- 病院勤務医の自己犠牲的長時間労働によって我国の医療は長年支えられてきた
- 労基署の宿日直基準との実態の乖離
- 病院勤務医の働き方改革、燃え尽き症候群からの脱却



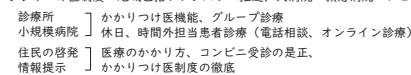
<病院側>

医師：意識改革・行動変容 / 管理者：体制整備、業務マネジメント改革
医療従事者の確保、診療科偏在、地域偏在の解消、労働時間の把握 → 勤務と研鑽の区別
時間外勤務の縮減、宿日直許可基準の獲得・推進



<医療体制、行政、住民>

かかりつけ医制度・地域包括ケアシステム推進、大病院・救急病院コンビニ受診の抑制



16

5. かかりつけ医機能

- かかりつけ医、かかりつけ医機能：定義と制度整備



- 医療提供体制とシステム改革

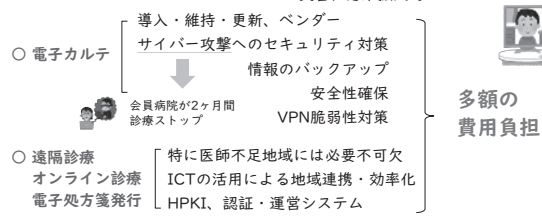
- ・ フリーアクセス、国民の理解
- ・ プロフェッショナルオートノミー、働き方改革
- ・ 医療の分担と連携、地域医療構想、地域包括ケアシステム
- ・ 夜間・休日・救急体制：初期救急医療機関としての役割、グループ診療システム
- ・ 在宅医療と介護連携体制
- ・ 医療DXの推進と活用
- ・ かかりつけ医の認定・教育・養成システム
- ・ 評価・推進システム ⇄ 認定制度？ 診療報酬差異導入？

17

6. 医療DXの推進・活用

- 医療DX、デジタル化の推進・活用

医療の質の向上、AI診断、治療法選択
効率化、働き方改革
医療、看護情報等のリアルタイムでの把握
災害、感染拡大時



- AI、IoT
- 共通の医療情報の標準規格システムを用いて、
診療に係る様々な情報をAIで利用可能
ICTの規格、共通化、安全性向上、低コスト化
在宅、日常生活でのPHR、生体情報の取得と活用
- HL7 FHIRの活用
5Gの安心、安全、安価な
利用に向けた体制整備

18

7. 精神科医療

- 精神科医療 → 厚労省 社会・援護局担当 → 医政局へ
一般医療と一体的に

- 超低診療報酬 → 財源不足

診療レベルの高度化・複雑化への対応、都市部偏在、医師不足対応

- あふれかえるメンタルヘルズ課題
ネット、スマホ、ゲーム依存
アルコール、薬物、ギャンブル依存等
災害医療、司法精神科医療
児童・思春期医療、虐待、PTSD、発達障害
各種精神疾患、認知症

様々な
課題・対象

体制・
対応不備

要員不足
人的・専門的支援

- 新型コロナウイルス感染症対応

19

今108あるそうで、日本の病院数からすると圧倒的に少ないという現状でございます。我々自治体病院は無理して960時間以内のA水準に押し込めることはなく、地域医療のためにはBでもCでも取って、そして時間をかけてAに持って行ってほしいと思っておりますが、BやCを許可していただくには、先ほど言った審査機関に審査をしていただかなければいけない。それが今のところ108ということで、来年4月に間に合わせるには10月ぐらいが申込みのタイムリミットだと聞いております。(スライド18)

医療DXです。今後、医療DXを進めないと医療は成り立ちませ

るので、そういう方向で国も一生懸命考えているわけですので。医療機器をそろえる。電子機器をそろえる。サイバー攻撃に対応する。遠隔診療・オンライン診療。AI診断。これからは、例えば胸の写真1枚を見ても、CTの写真を見ても、取った組織の診断を見ても、ドクターが判断するよりAIが自動的に判断するような方向性に移っていくと思います。それが大事だということは分かりますが、とにかくお金がかかる。それから、こういう医療技術を専門に担当していただく人がいない。その辺りの問題を解決した上で、国としてはそういう方向性を出していただきたいと思ってい

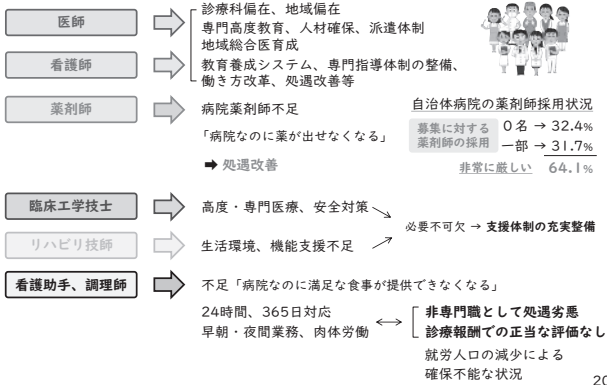
るところであります。

(スライド19)

スライド19は精神科医療です。一般の医療とは厚労省の担当部局が違います。一般は医政局ですが、精神科だけは社会・援護局で、分断されているわけです。精神科の医療が、財源が足りない、非常に廉価な体制になっているというのは、我々は問題だと思えますし、こういう様々な問題によって一般医療と切っても切れないところがございまして、そういう対応をしてほしいというのが、我々の精神科部会からの強い要望でございます。(スライド20)

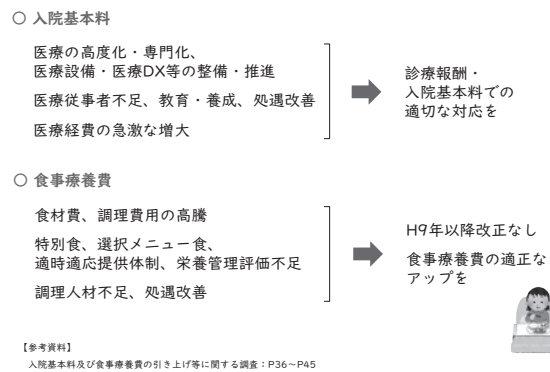
医者と看護師はもうお話ししま

8. 医療従事者不足（人材確保）



20

9. 入院基本料、食事療養費の引き上げについて



21

したが、薬剤師が今、非常に足りないということで、病院なのにそのうち薬の管理ができなくなるのではないかと心配をしています。やっと厚労省が、医師偏在指標と同じように、薬剤師の偏在指標を今後、出すという報告がつい最近、来ました。それに基づいて、どうしたら薬剤師を確保できるかという話を進めるという方向が出ました。はっきり申しまして、4年制の大学から6年制になったのに、薬剤師は調剤薬局のほうにどんどん流れて行って病院は来ない、特に地方の病院には来ないという現実がございます。

臨床工学士ですが、病院内のあらゆる医療機器をチェックする、また直接、手術をする際、麻酔をかける際など、いろいろなことに対して彼らの働きは今やなくてはならないわけですが、十分に採用できない。

リハビリ技師も、今は急性期で入院したときからリハビリを始めるというのが訴えられているんですが、リハビリ技師がいなくて、できない。慢性期の病院からは、急性期で寝たきりの患者をつくる

んだという言い方までされております。ですから、そういった配慮が必要だということでもあります。

また、栄養士の指示に従って調理に携わる人、それを運ぶ人がいないということもございます。それこそ、病院なのに満足な食事が提供できない。平成9年から食事療養費は上がっておりません。ほとんど変わっていないと言っています。我々は強く、上げてほしいという要望をしているわけでありまして。

(スライド21)

入院基本料も、今言ったような様々な医療経費がかかっておりまして、全くそれに見合った診療報

酬の入院基本料ではございません。食事療養費も、今言ったとおりでございます。これを全ての病院団体が強く共通して国にこの数年来、要望しているんですけれども、今のところお答えはないという状況でございます。

(スライド22)

これは、私どもを含めてここに書いてあります6つの病院団体が、総合診療専門医を養成しようということをつくった学会でございます。昨年からは活動し始めました。

(スライド23)

今年は第2回目を伊勢志摩で開きますが、これには若手ドクター

10. 日本地域医療学会・地域総合診療専門医

2021年11月
 クラブサイト
 公開

2022年1月
 日本地域医療学会、
 はじめます。

Academy Association of Generalists by Year2020

どうして日本に「地域医療学会」がないの？

【お問い合わせ先】
 地域総合診療専門医を育成します

22

第8次医療計画のポイント①	
全体について	<ul style="list-style-type: none"> 新型コロナウイルス感染症の感染拡大により厚き影りとなった地域医療の様々な課題に対応するとともに、人口構造の変化への対応を図る。 令和3年度の事業計画修正により新たな事業として新規感染症への対応に関する事項を追加する。 第7次計画期間中に追加した「医師増員計画」「外来医師計画」（計画期間はいずれも3年間）についてもそれぞれのガイドラインに基づき第8次医療計画の決定と併せて策定し、その際、二次医療圏の立案について先行して協議を行う。
5疾病・6事業及び在宅医療について	<ul style="list-style-type: none"> 地域の現状や課題に即した施策の検討においてロジックモデル等のツールを活用する。 新規感染症の発生、まん延時や災害時等においても必要な医療が提供できる体制の整備を進める。 【がん】がん医療の均てん化に加え、拠点医療等の役割分担と連携による地域の実情に応じた集約化を進める。 【脳卒中】適切な急性期治療やデジタル技術を活用した急性期診療体制の構築、回復期や維持期・生活期診療体制の強化に取り組む。 【心臓血管】回復期及び慢性期の診療体制の強化やデジタル技術の活用等による、急性期から一貫した診療体制の整備に取り組む。 【糖尿病】先進予防、糖尿病及び合併症の医療、血糖管理のさらなるステップアップを図り、患者のQOL向上を図る。 【精神疾患】患者の病状に即し、医師、看護師、介護士等のサービスを受けられる体制を整備を一層推進する。 【妊産科】増加する産前産後の妊婦や、特に産後ケアを受ける妊婦者を受け入れるために、地域における産後ケア体制の役割を明確化する。 【医療介護連携】医療介護連携等における影響の軽減を図るため、地域における連携体制の整備を進める。 【在宅医療】地域の課題に対応するとともに、オンライン診療や遠隔医療を活用し、※2023年度開始の在宅医療。 【医薬品・小児】医療、担担分野とも連携し、ハイリスク妊産婦への対応、医療的ケア児への支援における体制整備を進める。 【在宅医療】「在宅医療において適切な役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な人材を育成する拠点」を支援し、適切な在宅医療の体制を整えるとともに、各自治体の機能・役割について再確認する。また、在宅医療に係る医療従事者に対し実務研修を行う。
出典：厚生労働省「第9回 社会保障審議会医療部会」配布資料（令和5年5月12日）	27

第8次医療計画のポイント②	
地域医療構想について	<ul style="list-style-type: none"> これまでの基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、毎年度、対応方針の両立率を目標としたPOCAサイクリングとして地域医療構想を再検討することとし、両立率と地域医療構想再評価における資料や途中経過など協議の進捗状況について公表を行う等、透明性を確保する。 ※2025年度以降は地域医療構想の取組のあり方については、2023～2024年度に於いて、中期計画期間について整理し、検討予定。
外来医療について	<ul style="list-style-type: none"> 外来医療報告により得られたデータを活用し、紹介受診重点医療圏となる医療機関を明確化するとともに、地域の外来医療の現状について把握し、今後の地域の人口動態・外来患者推計等も踏まえ外来医療提供体制のあり方について検討を行う。
医師確保の確保について	<ul style="list-style-type: none"> 2024年4月に定額の特例外・休日労働の上乗せ給付が施行されることを踏まえ、医師確保における医師の働き方改革に関する取組の推進、地域医療構想に関する取組と連携させ、医師確保の取組を推進。 医師確保計画の策定において重点となる、医師確保計画について研修計画を策定。 地域医療整備推進基金を積極的に活用し、病院と医師診療の連携、産科専門職の確保、薬剤師（特に病棟）の確保を進める。 協定行為削減による医師の専門性の高い診療の確保と確保を推進する。
医療の安全の確保等について	<ul style="list-style-type: none"> 医療安全調査報告の推進等による患者の安全確保の確保をより高めるため、研修の受講を推進する。 相談対応の機軸の向上を図る観点から、医療安全支援センターの相談業務の積極的な推進を推進する。
その他の事項	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療支援病院について、医師確保の促進の観点から必要に応じて医師の増員・見直しを検討するとともに、警備員を定める際にも医療計画における役割分担の観点から必要となる事項との連携にも留意する。 医療計画の内部のうち、必要な情報についてはわかりやすい形で周知を行い、住民の理解・協力を得られるよう努める。
出典：厚生労働省「第9回 社会保障審議会医療部会」配布資料（令和5年5月12日）	28

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律の概要	
改正の趣旨	<p>少子化対策の促進や高齢者の生活の安定を確保するため、子育て世代に公平な負担を課せ、高齢者の生活の安定を確保するための健康保険法等の一部を改正する法律の概要を説明する。</p>
改正の概要	<ol style="list-style-type: none"> 1. 子育て支援の拡充 <ul style="list-style-type: none"> ① 子育て支援給付金の対象年齢を1歳から2歳に引き上げる。 ② 子育て支援給付金の額を1万円から2万円に引き上げる。 ③ 子育て支援給付金の支給期間を1歳から2歳に引き上げる。 2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し <ul style="list-style-type: none"> ① 高齢者医療制度の持続可能性を確保するため、高齢者医療制度の持続可能性を確保するための見直しを行う。 ② 高齢者医療制度の持続可能性を確保するため、高齢者医療制度の持続可能性を確保するための見直しを行う。 3. 医療保険制度の基礎強化等 <ul style="list-style-type: none"> ① 医療保険制度の持続可能性を確保するため、医療保険制度の持続可能性を確保するための見直しを行う。 ② 医療保険制度の持続可能性を確保するため、医療保険制度の持続可能性を確保するための見直しを行う。 4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基礎強化 <ul style="list-style-type: none"> ① 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基礎強化を行う。 ② 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基礎強化を行う。
施行期日	<p>令和6年4月1日（1）、3の1の一部及び4の一部は同日、4の一部は令和6年5月1日、1の一部は令和6年6月1日、3の2の一部及び4の一部は令和7年4月1日、4の一部は令和7年3月1日以内で定め、4の一部は令和8年4月1日以内で定める。</p>
出典：厚生労働省「第9回 社会保障審議会医療部会」配布資料（令和5年5月12日）	29

Ⅲ. 今後の展望①	
<ul style="list-style-type: none"> ● 大都市圏を除き少子高齢化、人口減が進み、地域縮小の流れが止まらず、地域間格差が拡大するこれからの地域医療にあつては、自治体病院は再編・統合、経営形態の見直し、経営の効率化、機能分担と連携体制の確立が必要となる。 ● 疾病構造の変化、医療ニーズの変化に対応した自院の役割の明確化、地域に適合した医療提供体制の構築が求められ、効率的運営、財政の健全化、働き方改革、様々な人材の確保が必須となり、医療DXの活用が不可欠となる。 ● 感染症のパンデミック期には、感染症に対応可能な病院施設、医療機能に加え、教育された専門的人員の配置や、地域内の機能分担、連携体制の確保、情報の瞬時の把握や活用が不可欠。 	30

た形で一生懸命頑張っております。長くなりまして申し訳ありません、私からの御報告は以上でございます。ありがとうございました。

(4) 議長選出

■議長 笹川 洸志 遠別町長



会則第17条第1項の規定により、議長は出席会員の中から選出することから、事務局より議長の選出について諮ったところ、事務

局に一任され、次の方が指名された。

笹川 洸志 北海道・遠別町長

議長より次のとおり挨拶が行われた。

「議長をさせていただきます北海道遠別町長の笹川でございます。ただいま事務局から御指名いただきました。御指名によりまして議事運営を進めさせていただきたいと思っております。皆様の御協力をいただきまして円滑な運営を進めていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。」

(6) 議事

1. 令和4年度 事業報告・収支決算書(案)・監査報告

笹川議長より「令和4年度 事業報告・収支決算書(案)」が上程され、事務局より説明及び報告が行われた後、監事の工藤・南部町長より「令和4年度収支決算について、関係帳簿、証拠書類、一切の監査を実施した結果、適正に処理されていたことを確認した」旨の監査結果について報告が行われた。

■全国自治体病院開設者協議会
監事 工藤 祐直 青森県 南
部町長



笹川議長より「令和4年度 事業報告・収支決算書（案）・監査報告」について諮ったところ、異議なく拍手をもって了承された。

2. 令和5年度 事業計画（案）・
収支予算書（案）・会費（案）

笹川議長より「令和5年度事業計画（案）・収支予算書（案）・会費（案）」が上程され、事務局より説明が行われた。説明後、笹川議長より「令和5年度事業計画（案）・収支予算書（案）・会費（案）」について諮ったところ、異議なく拍手をもって了承された。

(7) 閉会の挨拶

副会長の須田・女川町長より次のとおり閉会の挨拶が行われた。

■全国自治体病院開設者協議会
副会長 須田 善明 女川町長

改めて皆様に御礼を込めまして御挨拶を申し上げます。今日はオンライン、オフラインともに全国から大変大勢の会員の皆様に御参会いただきながら、そして多くの御来賓の皆様に御臨席いただきながら、この総会が開催できました。おかげさまで前年度決算、事業報告、そして5年度の方針、予算ということで御承認を賜りました。厚く御礼を申し上げる次第でございます。

先ほどの報告等にもございましたとおり、また来賓の皆様にもご発言していただいたとおり、大変たくさんの課題があります。そして、その課題に対して我々は逃げることはできません。この3年も

そうであったように、逃げたくても逃げられない、立ち向かわなければならないのが、私ども自治体であり、そして自治体病院のそれぞれの現場で戦っていただいている皆さんでございます。

早速、この後、この総会を踏まえた要望運動に行つてまいりますけれども、この一つ一つの課題を皆さんと共に、望まれる地域医療の在り方をつくっていきけるよう、これからも努力してまいりますと存じます。

皆様方にはなお一層のお力添えを賜りますようお願い申し上げ、そして改めて日頃からのお力添えに御礼を申し上げまして、総会閉会に当たりましての御挨拶とさせていただきます。皆様、今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

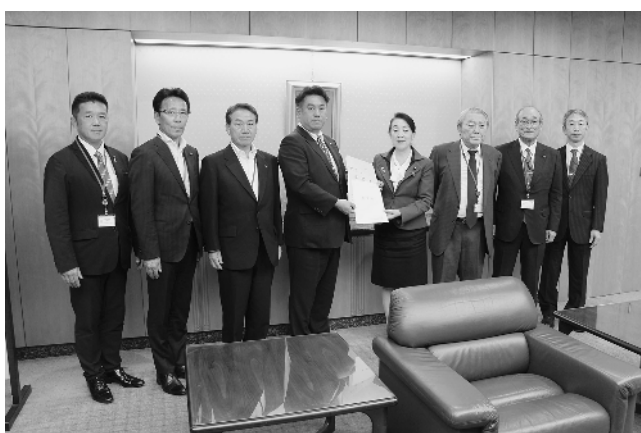
■ご臨席いただいたご来賓（五十音順 敬称略）

■来賓

全国自治体病院経営都市議会協議会 副会長 高 誠 金沢市議会議長

〈総務省・厚生労働省への要望活動〉

全国自治体病院開設者協議会及び全国自治体病院協議会の代表役員は、尾身 朝子 総務副大臣、伊佐 進一 厚生労働副大臣へ直接要望活動を行った。



尾身 朝子 総務副大臣へ直接要望



伊佐 進一 厚生労働副大臣へ直接要望

〈各都道府県事務局の要望活動〉

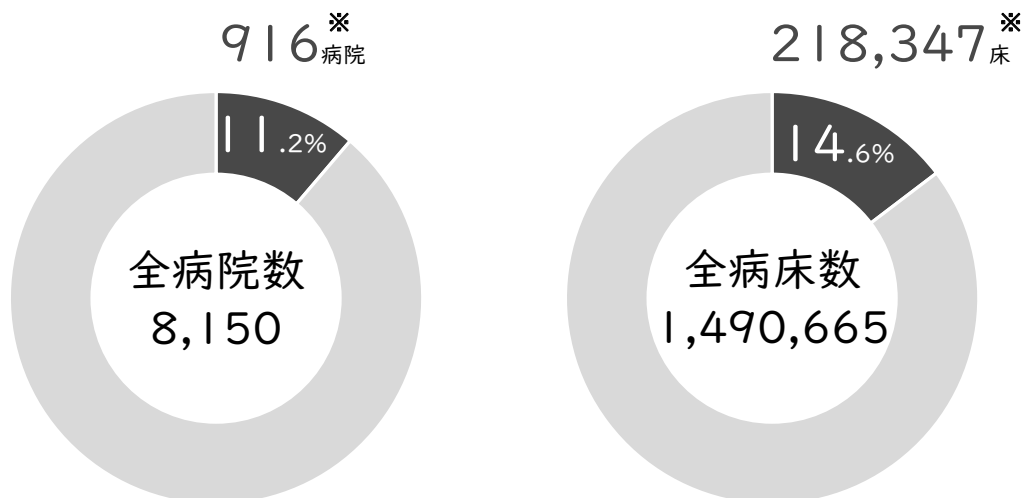
議事終了後に各都道府県事務局へも地元選出の国会議員等へ要望活動のお願いをしており、報告いただいた都道府県及び要望人数については以下の通りとなっている。

各都道府県自治体病院開設者協議会の要望活動状況

都道府県	衆議院議員	参議院議員	都道府県	衆議院議員	参議院議員
北海道	20	13	静岡県	14	5
青森県	5	2	岐阜県	2	-
岩手県	4	2	和歌山県	3	3
茨城県	7	2	島根県	3	3
東京都	11	-	山口県	2	-
			合計	71	30

参考資料

全国の病院に占める自治体病院の割合



※ 総務省
地方公営企業法適用病院・地独法病院：853病院、病床数：203,882床
(令和4年8月作成資料より)

出典：厚生労働省「医療施設動態調査（令和5年2月末概数）」を基に作成

1 / 45

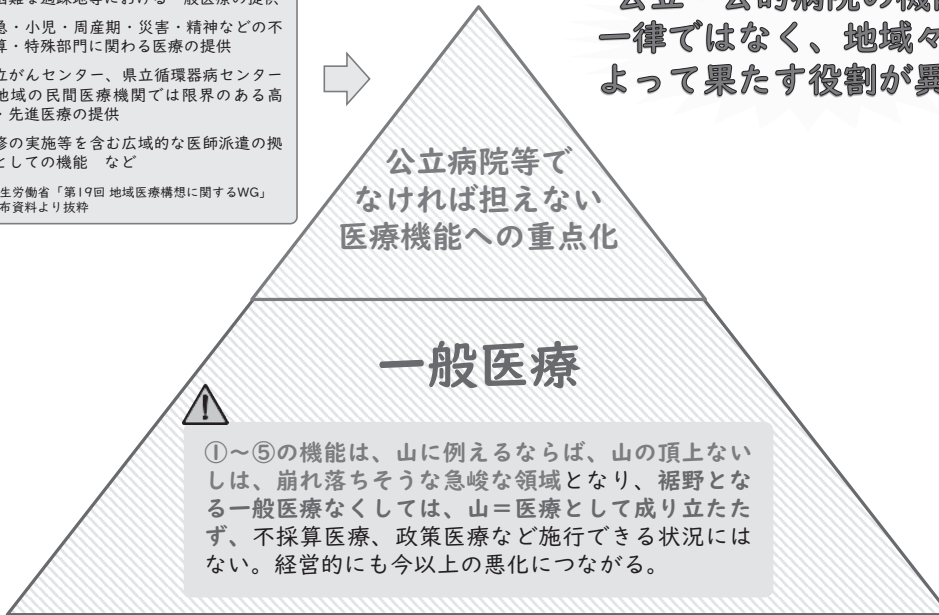
公立・公的病院の機能

- ① 高度急性期や急性期機能
- ② 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等における一般医療の提供
- ③ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
- ④ 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
- ⑤ 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

出典：厚生労働省「第19回 地域医療構想に関するWG」配布資料より抜粋



公立・公的病院の機能は一律ではなく、地域々々によって果たす役割が異なる



2 / 45

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 <small>※地独法を含む</small>	
合計	853	
23区及び指定都市	75	
30万人以上	64	
10万人～30万人	157	全公立病院の 65.3%
5万人～10万人	173	
3万人～5万人	123	
3万人未満	261	全公立病院の 30.6%

※ 表の病院数は、令和2年度における地方公営企業の病院及び公営企業型地方独立行政法人病院（建設中の病院を除く。）

【公立病院の病床数の割合が高い都道府県】

都道府県名	割合 (%)	公立病院の病床数 / 全病床数
山形県	45.2	5,075 / 11,232
岩手県	41.0	5,314 / 12,962
青森県	37.1	5,110 / 13,776
富山県	31.8	4,060 / 12,756
山梨県	31.4	2,749 / 8,754
滋賀県	31.4	3,822 / 12,174
静岡県	30.6	9,369 / 30,607
和歌山県	30.2	3,418 / 11,322
島根県	30.1	2,397 / 7,959
岐阜県	29.8	4,921 / 16,505

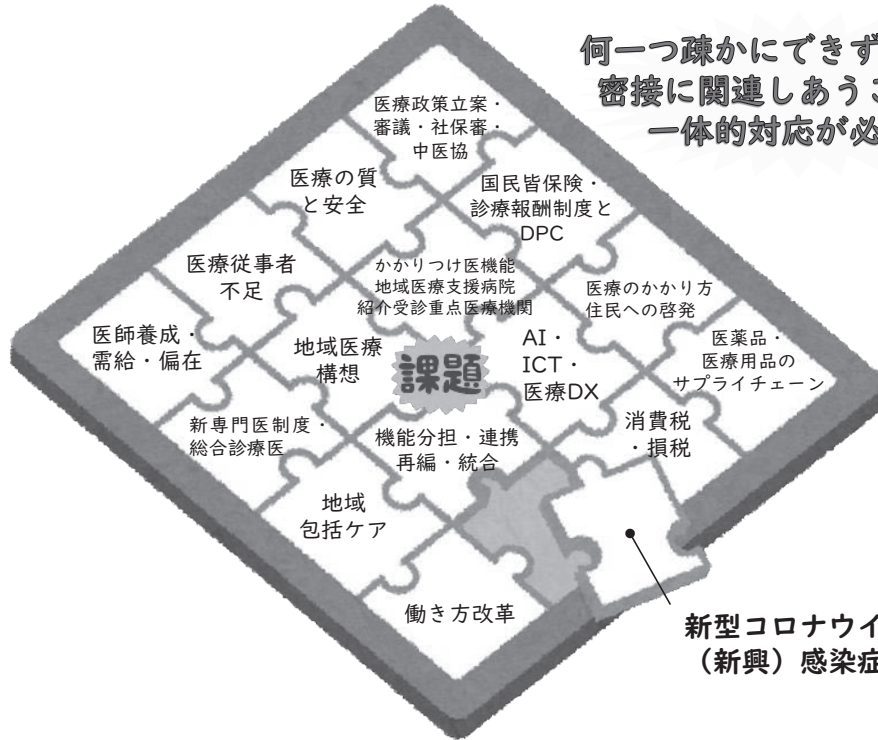
(参考) 東京都 8.2% (出典:令和2年度医療施設調査(厚労省))
大阪府 11.2%

出典：総務省自治財政局準公営企業室 作成資料（令和4年8月）

3 / 45

医療界を取りまく課題等

何一つ疎かにできず、互いに密接に関連しあうことから一体的対応が必要！



医療提供体制改革に係る今後のスケジュール

	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	...	2030年度	...	2036年度	...	2040年度
医療計画	検討会・各WGでの議論・とりまとめ、基本方針・作成指針等の改正	各都道府県での計画策定	第8次医療計画(2024~2029)			第9次医療計画(2030~2035)		第10次医療計画(2036~2041)		
新型コロナ対応	医療において対応のとりまとめ(6月)	とりまとめ結果を踏まえた対応								
地域医療構想	地域医療構想(～2025)									
外来医療・かかりつけ医機能	外来機能報告の実施準備(～9月頃)	報告の実施・集計(～12月頃)	地域での医師の確保と、紹介受診重点医療機関の公表(～3月)	各都道府県での外来医療計画の策定	外来医療計画(第8次医療計画)	外来医療計画(第9次医療計画)	外来医療計画(第10次医療計画)			
	かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策の検討				検討結果を踏まえた対応					
医師の働き方改革	医療機関の準備状況と地域医療への影響についての実地調査(複数回)の実施				(B)水準 : 実地調査等を踏まえた段階的な見直しの検討	2035年度末を目途に解消予定				
	実地調査を踏まえ、都道府県が管轄単位で地域医療への提供を検証し、地域の医療関係者間で地域医療の確保について協議・調整				(C)水準 : 研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証					
	2024年度より施行									

労働基準監督署への宿日直の許可の取得状況

令和3年12月31日時点

【種類・病床規模別】	回答 病院数	宿日直を行っている 全ての診療科で 許可を取っている		一部の診療科 しか許可を 取っていない		全く取っていない		休日夜間等時間 外は、全て勤務 としている		その他	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全体	353	155	43.9	14	4.0	118	33.4	17	4.8	49	13.9
急性期病院	205	85	41.5	10	4.9	70	34.1	9	4.4	31	15.1
99床以下	27	9	33.3	0	0.0	12	44.4	1	3.7	5	18.5
100床台	34	19	55.9	1	2.9	9	26.5	0	0.0	5	14.7
200床台	24	4	16.7	2	8.3	9	37.5	1	4.2	8	33.3
300床台	40	17	42.5	2	5.0	16	40.0	3	7.5	2	5.0
400床台	27	13	48.1	2	7.4	8	29.6	1	3.7	3	11.1
500床以上	53	23	43.4	3	5.7	16	30.2	3	5.7	8	15.1
ケアミックス病院	70	27	38.6	2	2.9	29	41.4	3	4.3	9	12.9
慢性期病院	17	5	29.4	1	5.9	7	41.2	1	5.9	3	17.6
精神科病院	16	11	68.8	0	0.0	3	18.8	1	6.3	1	6.3
専門病院	21	12	57.1	1	4.8	2	9.5	3	14.3	3	14.3
その他の病院	24	15	62.5	0	0.0	7	29.2	0	0.0	2	8.3

その他の内容

不明（17病院、34.7%）、過去に許可を得ているが、現在の実態と相違がある（10病院、20.4%）、宿直のみ取れている（5病院、10.2%）、労基署に申請中または相談中（5病院、10.2%）、宿日直は実施していない（3病院、6.1%）、看護師では許可を取っているが、医師について許可を取っていない（1病院、2.0%）、未記載（8病院、16.3%）

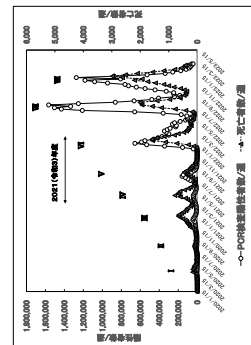
出典：医師の働き方改革に関する実態調査（公益社団法人全国自治体病院協議会／調査対象：862病院、有効回答：355病院、回答率：41.2%）

8 / 45

TOPICS

新型コロナウイルス感染症に対する自治体病院の対応（第6報） ～2021年度病院決算調査報告～

公益社団法人全国自治体病院協議会 副会長 竹中 賢治



図表1 「国内COVID-19感染患者数」
厚生労働省発表（1月～12月）※数字は累計発生数

図表2 「回答病院の概要」

【地域別】	回答 病院数	858 病院数	【全体】	
			343 病院数	40.0 %
北海道	85	30	35.3	
東北	133	56	42.1	
関東	157	64	40.8	
中部	87	45	51.7	
関西	178	72	40.5	
中国	121	44	36.4	
九州	97	32	33.0	
【全体】	858	343	40.0	

BA2と比較的病原性の高い変異株の時期であった。
・2022年12月16日から2023年2月10日の間調査を実施し、全会員858病院中、343病院（40.0%）から有効回答を得た。回答病院の地域別、病床規模別分布を示す（図表2）。
・COVID-19に係わる医療機関の指定状況を示す（図表3）。この指定状況に沿って各医療機関を4種に分け、以下この指定分類と病床規模別に経営状況を解析した。ちなみに、「地域医療構想に係わる再検証要請対象病院」249会員病院のうち、75病院（30.1%）が回答し、うち55病院（73.3%）が重点ないしは協力医療機関として

国は2023年5月より、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染症法上の位置づけを変更し5類感染症に位置付けるとしているが、このまま終息するのであるうか。2019年末から3年以上が経過し第8波は収束したようであるが、現時点においてなお予断は許されない。

我々自治体病院としてはこれまでで本感染症に対し十分な対応をしてきたし、またその診療活動についても同時期にきてきたところである（17）。この間病院経営への影響が多岐にわたるものがあること、今後の「ポストコロナ」時代の病院経営を見据えた上からも、現時点の経営状況分析は重要である。今回は、COVID-19診療の量でアンケート調査の進捗が速くなったが、2021年度病院決算を調査し、本感染症が2021年度自治体病院経営に与えた影響を、COVID-19前（2019年度決算）と1年目の2020年度決算との比較で検討したので報告したい。

1 調査ならびに回答病院の概要

・2021年度は、COVID-19の国内第IV波から第VI波中期までが相当する（図表1）。アルファ株、デルタ株、オミクロン株BA.1、

(70)

全国病院協議会誌2023年第5号

9 / 45

図表5 「100床あたり平均入院患者数」

区分	平均 病床数	2020年度(1)		2021年度(2)		2022年度(3)	
		(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
全体	342	278	81.0	271	77.2	265	77.5
一般病院	317	270	85.2	265	83.6	260	82.0
精神科病院	25	285	114.0	255	102.0	255	102.0
重点医療機関	240	304	126.7	291	121.3	285	118.8
専門科病院	35	176	50.0	176	50.0	176	50.0
その他医療機関	20	175	87.5	176	88.0	176	88.0
上記以外の医療機関	47	106	22.5	106	22.5	106	22.5
99床以下	56	61	108.9	61	108.9	61	108.9
100床以上	70	191	272.9	191	272.9	191	272.9
200床以上	42	206	490.5	206	490.5	206	490.5
300床以上	52	334	642.3	334	642.3	334	642.3
400床以上	44	443	1006.8	443	1006.8	443	1006.8
500床以上	53	632	1192.4	632	1192.4	632	1192.4

図表6 「平均病床利用率」

区分	平均 病床数	2020年度(1)		2021年度(2)		2022年度(3)	
		(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
全体	337	278	82.5	271	80.1	265	78.6
一般病院	312	270	86.5	265	85.0	260	83.3
精神科病院	25	285	114.0	255	102.0	255	102.0
重点医療機関	236	364	154.2	351	148.7	346	146.6
専門科病院	35	176	50.0	176	50.0	176	50.0
その他医療機関	20	175	87.5	176	88.0	176	88.0
上記以外の医療機関	46	106	22.9	106	22.9	106	22.9
99床以下	54	59	109.1	59	109.1	59	109.1
100床以上	70	151	215.7	151	215.7	151	215.7
200床以上	42	246	585.7	246	585.7	246	585.7
300床以上	51	338	662.7	338	662.7	338	662.7
400床以上	44	445	1011.4	445	1011.4	445	1011.4
500床以上	51	635	1245.1	635	1245.1	635	1245.1

III 2021年度経営状況なら
びに決算の過年度比較

じ結果であった。平均病床利用
率(図表6)も、全体において対
2020年度比で▲4.4ポイントとほ
んど同等であったが、対2019年
度比でみると▲23ポイント
であり、特に「重点医療機関」に
対して▲67ポイントと差が大き
く、2019年度に比しまだ利用率は減
少している状況であった。
・100床あたり平均手術件数(図
表7)は、全体において対2020年
度比で38.8%の上昇をみて少し
づつ回復しているが、対2019年度比
からみるとまだ▲6.5%の減少
であった。100床あたり平均救急
患者受入件数(図表8)も、対
2020年度比では11.1%の増加をみ
たが、対2019年度比ではまだ▲
16.6%の大きな減少であった。こ
れは全医療機関に共通してい
た。同様に100床当たり平均救急
車等受入件数(図表9)も、対
2020年度比で39.2%に上昇したが、
対2019年度比ではまだなお▲
40.0%の減少であった。

図表3 「COVID-19に係る指定医療機関」

【種類・病床規模別】	回答 病院数	重点医療機関		他の医療機関		その他の医療機関		上記以外の医療機関	
		病院数	(%)	病院数	(%)	病院数	(%)	病院数	(%)
全体	343	241	70.3	72	21.0	20	5.8	47	13.7
一般病院	318	224	70.5	65	20.4	15	4.7	41	12.9
99床以下	56	10	17.9	13	23.2	6	10.7	29	51.8
100床以上	71	42	59.2	23	32.4	6	8.5	8	11.3
200床以上	42	37	88.1	6	14.3	2	4.8	3	7.1
300床以上	52	50	96.2	9	17.3	1	1.9	0	0.0
400床以上	44	43	97.7	7	15.9	0	0.0	1	2.3
500床以上	53	52	98.1	7	13.2	0	0.0	0	0.0
【日本医師会指定医療機関】	25	7	28.0	7	28.0	6	24.0	21	84.0
精神科病院	25	7	28.0	7	28.0	5	20.0	6	24.0

※ 平均病床利用率…一般病棟の病床を全て、COVID-19患者専用の病床や病床指定する医療機関、重点医療機関と他の医療機関は算入し
重点医療機関…一般病棟の病床を全て、COVID-19患者として確保し確保しつづけての区間、COVID-19扱い患者専用の医療機関
※ 上記以外の医療機関…重点医療機関、他の医療機関、その他の医療機関、上記以外の医療機関

図表4 「100床あたり平均外来患者数」

区分	平均 病床数	19年度(1)		20年度(2)		21年度(3)		22年度(4)	
		(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
全体	342	278	81.0	271	77.2	265	77.5	260	76.0
一般病院	317	300	94.6	291	91.8	285	90.0	280	88.3
精神科病院	25	285	114.0	255	102.0	255	102.0	255	102.0
重点医療機関	240	364	151.7	351	146.3	346	144.2	341	142.1
専門科病院	35	176	50.0	176	50.0	176	50.0	176	50.0
その他医療機関	20	175	87.5	176	88.0	176	88.0	176	88.0
上記以外の医療機関	47	106	22.6	106	22.6	106	22.6	106	22.6
99床以下	56	61	109.1	61	109.1	61	109.1	61	109.1
100床以上	70	151	215.7	151	215.7	151	215.7	151	215.7
200床以上	42	246	585.7	246	585.7	246	585.7	246	585.7
300床以上	51	338	662.7	338	662.7	338	662.7	338	662.7
400床以上	44	445	1011.4	445	1011.4	445	1011.4	445	1011.4
500床以上	51	635	1245.1	635	1245.1	635	1245.1	635	1245.1

※ 平均病床利用率…一般病棟の病床を全て、COVID-19患者専用の病床や病床指定する医療機関、重点医療機関と他の医療機関は算入し
重点医療機関…一般病棟の病床を全て、COVID-19患者として確保し確保しつづけての区間、COVID-19扱い患者専用の医療機関
※ 上記以外の医療機関…重点医療機関、他の医療機関、その他の医療機関、上記以外の医療機関

II 2021年度診療体制への
影響

別においても同様の傾向であっ
た。100床あたり平均入院患者延
数(図表5)をみると、全体にお
いて対2020年度比では▲0.6%と
ほぼ同等とみえる状況であつた
が、対2019年度比では▲12.2%約
3000人の減少があり、同様にい
まだ回復はみられていない。これ
も、指定医療機関別、病床規模別
において大きな差はなく、ほぼ同
様の傾向であった。

図表10 「100床あたり平均外来収益」

種別	平均 病院数 (件数)	19年度(A)		20年度(B)		21年度(C)		対20年度比		対19年度比	
		(千円)	(%)	(千円)	(%)	(千円)	(%)	(B/A)	(%)	(C/A)	(%)
全体	326	296	716.530	700.275	752.970	824.295	7.5	34.040	▲ 4.7	▲ 6.5	
一般病院	304	289	745,106	736,370	791,885	855,515	7.5	36,779	▲ 4.9	▲ 6.5	
精神科病院	22	2,65	124,097	177,597	120,117	2,560	2.2	▲ 3,950	▲ 3.2	▲ 6.5	
重点医療機関	231	350	766,528	747,662	805,342	977,680	7.7	38,814	▲ 5.1	▲ 6.6	
協力の医療機関	35	176	451,753	434,103	459,104	25,003	5.8	7,353	1.6	▲ 3.0	
その他医療機関	18	173	434,359	413,790	422,495	8,705	2.1	▲ 11,864	▲ 2.7	▲ 9.1	
上記以外の医療機関	42	99	350,336	341,073	356,899	15,826	4.6	6,563	1.9	▲ 17.8	
9年度以下	56	61	411,427	397,013	417,708	20,695	5.2	6,281	1.5	▲ 14.7	
100床以下	65	153	501,631	488,656	523,599	34,943	7.2	21,988	▲ 4.4	▲ 2.5	
200床以下	40	246	543,681	520,227	547,766	47,734	9.6	26,085	▲ 4.8	▲ 3.5	
300床以下	49	337	656,706	631,125	674,822	35,697	5.6	18,116	2.8	▲ 1.9	
400床以下	43	445	820,834	795,590	854,859	59,269	7.4	34,025	▲ 4.1	▲ 7.6	
500床以上	51	627	952,633	932,284	1,005,862	73,008	7.8	52,629	▲ 5.5	▲ 7.9	

図表11 「平均外来診療単価」

種別	平均 病院数 (件数)	19年度(A)		20年度(B)		21年度(C)		対20年度比		対19年度比	
		(円)	(%)	(円)	(%)	(円)	(%)	(B/A)	(%)	(C/A)	(%)
全体	338	297	13,876	14,784	14,983	199	1.3	1,107	8.0	▲ 8.0	
一般病院	314	300	14,275	15,245	15,457	212	1.4	1,182	8.3	▲ 8.3	
精神科病院	24	240	8,649	8,757	8,783	26	0.3	134	1.5	▲ 1.5	
重点医療機関	237	363	15,413	16,599	16,883	374	2.3	1,470	9.5	▲ 9.5	
協力の医療機関	35	176	9,697	9,990	10,181	191	1.9	524	5.4	▲ 5.4	
その他医療機関	20	175	10,743	11,350	10,939	▲ 111	▲ 3.6	176	1.6	▲ 1.6	
上記以外の医療機関	44	105	10,517	11,038	10,697	▲ 429	▲ 3.9	90	0.9	▲ 0.9	
9年度以下	56	61	8,998	9,350	9,000	▲ 350	▲ 3.7	2	0.0	▲ 0.0	
100床以下	69	151	11,134	11,680	11,851	171	1.5	717	6.4	▲ 6.4	
200床以下	41	247	13,239	14,073	14,463	390	2.8	1,224	9.2	▲ 9.2	
300床以下	51	339	15,403	16,637	16,756	119	0.7	1,353	8.8	▲ 8.8	
400床以下	44	445	18,043	19,461	19,955	494	2.5	1,912	10.6	▲ 10.6	
500床以上	53	632	20,829	22,180	22,719	539	2.6	2,230	10.9	▲ 10.9	

あった。平均外来診療単価(図表11)をみると、全体的に2021年度は2020年度とほぼ同等とみなされることが、2019年度と比較すると8.0%の増加であった。これは「重点医療機関」と「協力医療機関」において顕著であり、その他の医療機関ではみられなかった。

・平均入院収益をみると、平均入院診療単価(図表12)は全体で対2020年度比4.0%の増加、また対2019年度比でも10.4%の増加があり、これは「重点医療機関」や200床以上の医療機関にて顕著で増え、2019年度と比較しても0.9%増と向上していた。これは精神科病院を除き医療機関種別に関係なくほぼ同じであった。

一方、100床あたり平均医療費用(図表15)は年々増加し、全体において対2019年度比では4.7%増の100床あたり12億円の費用増であったが、対2020年度比においては0.3%増の100床あたり9千万円の増であった。これらは医療機関種別に関係なくほぼ同じ

図表7 「100床あたり平均手術件数」

種別	平均 病院数 (件数)	19年度(A)		20年度(B)		21年度(C)		対20年度比		対19年度比	
		(件)	(%)	(件)	(%)	(件)	(%)	(B/A)	(%)	(C/A)	(%)
全体	281	329	807	807	811	811	30	3.8	▲ 56	▲ 6.5	
一般病院	271	327	807	807	811	811	30	3.8	▲ 56	▲ 6.5	
精神科病院	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	
重点医療機関	22	371	876	804	837	33	4.1	▲ 59	▲ 6.6		
協力の医療機関	24	154	801	767	777	10	1.3	▲ 24	▲ 3.0		
その他医療機関	14	153	418	389	380	▲ 9	▲ 2.3	▲ 38	▲ 9.1		
上記以外の医療機関	14	115	107	97	88	▲ 9	▲ 8.3	▲ 19	▲ 17.8		
9年度以下	26	70	141	125	120	▲ 5	▲ 3.0	▲ 21	▲ 14.7		
100床以下	65	153	361	354	352	▲ 2	▲ 0.6	▲ 9	▲ 2.5		
200床以下	42	246	605	555	578	23	4.1	▲ 27	▲ 4.5		
300床以下	52	334	775	716	737	21	2.9	▲ 38	▲ 4.9		
400床以下	43	445	1,005	897	929	32	3.6	▲ 76	▲ 7.6		
500床以上	53	632	1,116	983	1,028	45	4.6	▲ 88	▲ 7.9		

図表8 「100床あたり平均救急患者受入件数」

種別	平均 病院数 (件数)	19年度(A)		20年度(B)		21年度(C)		対20年度比		対19年度比	
		(件)	(%)	(件)	(%)	(件)	(%)	(B/A)	(%)	(C/A)	(%)
全体	323	304	2,493	1,822	2,080	208	11.4	▲ 413	▲ 16.6		
一般病院	18	321	2,493	1,822	2,190	221	11.2	▲ 435	▲ 16.6		
精神科病院	1	1	—	—	—	—	—	—	—		
重点医療機関	235	363	2,668	2,001	2,231	230	11.5	▲ 437	▲ 16.4		
協力の医療機関	35	176	1,506	1,122	1,200	78	7.0	▲ 306	▲ 20.3		
その他医療機関	18	185	1,485	1,198	1,275	77	6.4	▲ 210	▲ 14.1		
上記以外の医療機関	35	97	785	574	587	13	2.3	▲ 198	▲ 25.2		
9年度以下	34	61	1,590	1,234	1,280	56	4.6	▲ 310	▲ 19.5		
100床以下	62	155	1,605	1,372	1,488	116	8.5	▲ 317	▲ 17.6		
200床以下	42	246	2,273	1,704	1,919	215	12.6	▲ 354	▲ 15.6		
300床以下	52	339	2,729	2,088	2,344	256	12.3	▲ 385	▲ 14.1		
400床以下	44	445	3,146	2,298	2,551	253	11.0	▲ 595	▲ 18.9		
500床以上	51	628	2,730	2,048	2,276	228	11.1	▲ 454	▲ 16.6		

図表9 「100床あたり平均救急車等受入件数」

種別	平均 病院数 (件数)	19年度(A)		20年度(B)		21年度(C)		対20年度比		対19年度比	
		(件)	(%)	(件)	(%)	(件)	(%)	(B/A)	(%)	(C/A)	(%)
全体	327	302	692	608	664	56	9.2	▲ 28	▲ 4.0		
一般病院	305	303	736	646	707	61	9.4	▲ 29	▲ 3.9		
精神科病院	22	294	41	35	34	▲ 1	▲ 2.9	▲ 7	▲ 17.1		
重点医療機関	235	363	760	667	729	62	8.3	▲ 31	▲ 4.1		
協力の医療機関	35	176	324	302	335	33	10.9	11	3.4		
その他医療機関	19	178	307	244	243	19	7.8	▲ 44	▲ 14.3		
上記以外の医療機関	38	106	114	106	106	0	0.0	▲ 5	▲ 7.0		
9年度以下	34	61	271	262	291	29	11.1	20	7.4		
100床以下	62	155	378	307	391	24	6.5	13	3.4		
200床以下	42	246	570	491	536	45	9.2	▲ 34	▲ 6.0		
300床以下	52	339	710	639	706	67	10.5	▲ 4	▲ 0.6		
400床以下	44	445	848	756	807	51	6.7	▲ 61	▲ 7.0		
500床以上	51	628	834	759	839	80	10.5	▲ 45	▲ 5.1		

図表15 「100床あたり平均医療費用」

Table with 10 columns: 19年度(A), 20年度(B), 21年度(C), 22年度(D), 23年度(E), 24年度(F), 25年度(G), 26年度(H), 27年度(I), 28年度(J). Rows include 全体, 一般病棟, 精神科病棟, 重点医療機関, etc.

図表16 「100床あたり平均職員給与費」

Table with 10 columns: 19年度(A), 20年度(B), 21年度(C), 22年度(D), 23年度(E), 24年度(F), 25年度(G), 26年度(H), 27年度(I), 28年度(J). Rows include 全体, 一般病棟, 精神科病棟, 重点医療機関, etc.

経常収支

・100床あたりの2021年度平均経常収支を指定医療機関別に過年度比較で示す(図表18)。2019年度全体の100床あたり経常収支は▲3千8百万円(平均経常収支率98.6%)であったが、2020年度では「重点医療機関」と「協力医療機関」にて好転し、全体で約9千5百万円(同103.3%)に、その後は引き続き好転し、2022年度では約1億1千5百万円(同115.7%)に増加した。

図表12 「平均入院診療単価」

Table with 10 columns: 19年度(A), 20年度(B), 21年度(C), 22年度(D), 23年度(E), 24年度(F), 25年度(G), 26年度(H), 27年度(I), 28年度(J). Rows include 全体, 一般病棟, 精神科病棟, 重点医療機関, etc.

図表13 「100床あたり平均入院取益」

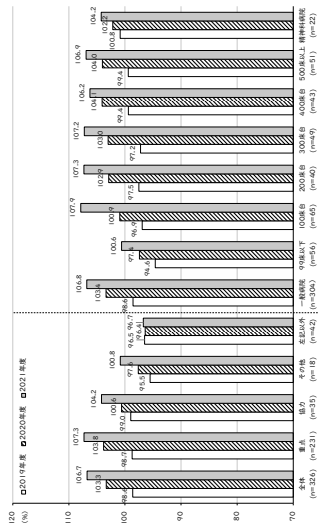
Table with 10 columns: 19年度(A), 20年度(B), 21年度(C), 22年度(D), 23年度(E), 24年度(F), 25年度(G), 26年度(H), 27年度(I), 28年度(J). Rows include 全体, 一般病棟, 精神科病棟, 重点医療機関, etc.

図表14 「100床あたり平均医療収益」

Table with 10 columns: 19年度(A), 20年度(B), 21年度(C), 22年度(D), 23年度(E), 24年度(F), 25年度(G), 26年度(H), 27年度(I), 28年度(J). Rows include 全体, 一般病棟, 精神科病棟, 重点医療機関, etc.

図表19 「病床種別の100床あたり平均経常損益」

	一般病院	99床以下	100床台	200床台	300床台	400床台	500床以上	精神科病院
回診病棟数	304	56	65	40	49	43	51	22
平均病床数	300	61	152	249	337	447	630	257
19年度経常損益	▲1,182.3	▲91,278	▲63,260	▲62,343	▲73,116	▲17,878	▲20,970	8,547
19年度経常収支比率	98.6	96.6	96.9	97.2	97.4	98.4	98.4	100.8
20年度経常損益	974,500	▲4,531.8	19,482	74,863	81,025	122,038	143,226	21,883
20年度経常収支比率	102.4	97.4	100.9	102.9	103.0	104.1	104.0	102.2
21年度経常損益	207,886	11,377	197,412	194,788	199,941	193,793	257,047	42,790
21年度経常収支比率	106.8	100.6	107.9	107.3	107.2	106.2	106.9	104.2
21年度COVID-19関連補助金	368,140	9,671.7	293,438	397,076	399,034	333,103	416,036	77,508
(B)を控除した21年度経常損益 (A)-(B)	▲160,314	▲84,340	▲294,226	▲202,308	▲199,113	▲139,310	▲158,889	▲34,718
(B)を控除した21年度経常収支比率	94.8	95.5	94.2	92.4	92.8	93.5	95.7	94.6



図表20 「2021年度経常収支比率の過年度比較」

補助金が15%、その他となつて、23病院で、資本的支出が397億円、差▲94億円であり、1病院あたり平均収支差額▲3千7百万円であった。この傾向は「重点医療機関」においても大きく、18病院で総額55億円(全体の1.6%)となつている。

資本的収支

- ・ 回 答 病 院 (252病 院) の COVID-19対応に係る2021年度分

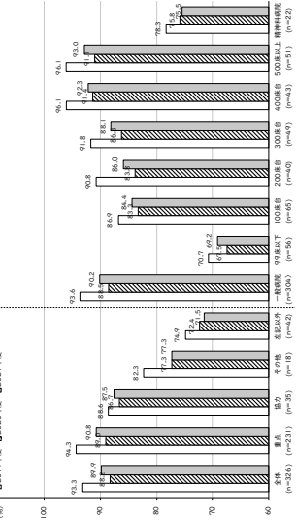
入 (22.5%)、や自治体からの他会 計繰入金等 (21.9%) に依つてい る実情があった。企業債等の借入 金は68億円となり、そのうちの66 億円は「重点医療機関」における ものであった。

- ・ 国庫補助金と都道府県補助金の 合計から資本的支出を差し引いた 額を「資本的収支補填不足額」と して算出すると、回答252病院全 体で ▲55億円であった。「重点 医療機関」で最も多く、▲27億

(171)

全自治体調査期間2022年第5号

図表17 「2021年度医療収支比率の過年度比較」



図表18 「指定医療機関別の100床あたり平均経常損益」

	全体	重点医療機関	協力医療機関	指定医療機関	指定医療機関以外の医療機関
回診病棟数	374	231	35	161	42
平均病床数	297	362	174	161	100
19年度経常損益	▲38,902	▲37,694	▲20,228	▲82,587	▲60,519
19年度経常収支比率	98.6	98.7	99.0	95.5	96.5
20年度経常損益	94,972	113,853	11,893	▲44,491	▲63,666
20年度経常収支比率	103.3	103.8	100.6	97.6	96.4
21年度経常損益	198,189	225,876	83,939	15,822	▲60,462
21年度経常収支比率	104.7	107.3	104.2	100.8	96.7
21年度COVID-19関連補助金 (A)	301,149	389,456	130,880	191,436	15,349
(B)を控除した21年度経常損益 (A)-(B)	▲152,960	▲163,780	▲46,941	▲75,612	▲75,831
(B)を控除した21年度経常収支比率	94.8	94.7	97.7	90.8	95.9

体で約2億円(同106.7%)となつ ている。2021年度COVID-19 関連補助金は全体で100床あたり 約35億円であり、このため平均 106.7%に押し上げた。この 傾向は「重点医療機関」にて顕 著で、100床あたり約39億円の 超過収支比率7%から107.3% 以上に上つていった。同様に病棟 別別にみると、2020年度におい

て、2021年度100床 103.3%、また2021年度において 106.7%と年々上昇している。こ れはどの指定医療機関別、精神科 病院を含めるとの病床規模別にみても 同様の傾向であった。

- ・ COVID-19関連補助金の交付状 況と主な内訳を示す(図表21)。
- ・ 会員病院588病院中、回答病院226 病院で総額83,388億円の補助金交 付を受けた。うち、病床確保に係 る補助金が84.5%、人件費に係る 補助金が3.1%、機器整備に係る

16

全自治体調査期間2022年第5号

新型コロナウイルス 病床確保料の見直しについて

【基本的な考え方】

- 9月末までを期限としている「緊急包括支援交付金」について、**10月以降も当面（要綱上は令和4年度末まで）延長することとする。**
- その際、コロナ禍が長期化する中で、オミクロン株による入院患者像の変化や通常医療のひっ迫の顕在化に対応するため、**コロナ診療の実態等に即した病床確保料の見直しや運用改善等を行い、コロナ病床の機能強化や通常医療との両立を促進する。**

具体的な内容

【基本的枠組みは変更なし】

- ① 医療機関別の補助単価（上限）は据え置き。
- ② 即応病床に対する休止病床の補助上限数は維持。
※即応病床1床あたり休床2床まで（ICU/HCU病床は休床4床まで）

【主な変更点】

- ① 当該医療機関の収入額（診療収入額と病床確保料の合計額）が**コロナ流行前の診療収入額の1.1倍を超える場合**、当該医療機関の**コロナ病床使用率が一定水準に満たないときに限り、病床確保料を調整する措置（1.1倍を超える分を調整）**を導入する。
 - 即応病床使用率が50%以上の医療機関はこの調整措置の対象外。
 - 調整対象は病床確保料のみであり、診療収入が調整されることはない。
 - 診療収入額がコロナ流行前の診療収入額の1.1倍を超えた場合、**特例的に3%を上限に**病床確保料を支給する。（さらに1.2倍を超えたときは病床確保料は支給しない）。
 - 収支のバランスを考慮するため、**足下の医業支出の伸びがコロナ流行前支出の1.2倍を超える場合は、当該伸びを適用して調整する**（なお、物価高騰による支出増に関しては、地方創生臨時交付金を積み増し）。
- ② **疑似症患者向けの病床を確保する「協力医療機関」の補助区分を廃止し、コロナ病床や一般病床への転換を促進する。**

出典：厚生労働省 作成資料（令和4年9月）

22 / 45

新型コロナウイルス感染症対策本部 第103回（令和5年3月10日） 参考資料

診療報酬の取扱い（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し①）

- 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴い、令和5年5月8日以降、以下の考え方の下、診療報酬上の特例について見直しを行う。
- また、冬の感染拡大に先立ち、今夏までの医療提供体制の状況等を検証しながら必要な見直しを行う。その上で、令和6年度診療報酬改定において、恒常的な感染症対応への見直しを行う。

対応の方向性・考え方		現行措置（主なもの）	位置づけ変更後（令和5年5月8日～）	医療体制の状況等を検証しながら判断 R6改定において恒常的な感染症対策への見直し
外来	空間分離・時間分離に必要な人員、PPE等の感染対策を引き続き評価 その上で受入患者を限定しないことを評価する仕組みへ	300点 【院内の感染対策が要件】	① 300点 【対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形に8月末までに移行】又は、 ② 147点 【①に該当せず、院内感染対策を実施】	
	届出の簡略化などの状況変化を踏まえて見直し 位置付け変更に伴い、医療機関が実施する入院調整等を評価	250点 （3月は147点） 【発熱外来の標榜・公表が要件】	— （R5.3月末に終了）	
在宅	緊急往診は、重症化率の変化に伴う必要性の低下を踏まえて見直し 介護保険施設等での療養を支援する観点から同施設等に対する緊急往診は引き続き評価	950点 【初診含めコロナ患者への診療】 ※コロナプリープ投与時の特例（3倍）あり	147点 【初診時含めコロナ患者への療養指導（注）】 ※コロナプリープ投与時の特例（3倍）は終了 （注）家庭内の感染防止策や、重症化した場合の対応等の指導	
			950点/回 【コロナ患者の入院調整を行った場合】	
	往診時等の感染対策を引き続き評価	2,850点 【緊急の往診】	950点 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診に限り2,850点を継続 950点 【介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】	
		300点 【コロナ疑い/確定患者への往診】	（引き続き評価）	

23 / 45

診療報酬の取扱い（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し②）

対応の方向性	現行措置（主なもの）	位置づけ変更後（令和5年5月8日～）	
入院	①重症患者 ICU等の入院料: 3倍 (+8,448~+32,634点/日) ②中等症患者等 救急医療管理加算: 4~6倍 (3,800~5,700点/日)	①重症患者 ICU等の入院料: 1.5倍 (+2,112~+8,157点/日) ②中等症患者等（急性期病棟等） 救急医療管理加算: 2~3倍 (1,900~2,850点/日) ※ 介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）が受け入れる場合は加算（+950点/日）	R6改定において恒常的な感染症対策への見直し 医療体制の状況等を検証しながら判断
	コロナ回復患者を受け入れた場合 750点/日 (さらに+1,900点は30日目まで、その後、+950点は90日目まで)	コロナ回復患者を受け入れた場合 750点/日 (60日目まで。さらに14日目までは+950点)	
	必要な感染対策を 引き続き評価	(引き続き評価) (引き続き評価) (引き続き評価)	
	250~1,000点/日 (感染対策を講じた診療) 300点/日 (個室での管理) 250点/日 (必要な感染予防策を講じた上でリハビリテーションを実施)	(引き続き評価) (引き続き評価) (引き続き評価)	
歯科	コロナ患者への歯科治療を 引き続き評価	298点 (治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施)	(引き続き評価)
調剤	コロナ患者への服薬指導等を 引き続き評価	訪問対面500点、電話等200点 (自宅・宿泊療養患者に薬剤を届けた上での訪問対面/電話等による服薬指導の特例)	(引き続き評価) ※自宅・介護保険施設等への対応を評価 ※薬局におけるコロナ治療薬の交付は服薬管理指導料: 2倍 (+59点又は+45点)

病床確保料の見直し

- ① 病床確保料の補助単価（上限）は、これまで診療報酬の引き上げに合わせた見直しを行ってきているところ、今般、診療報酬特例の見直しに連動して見直し（半額）を行う（当面、9月末まで継続）。
- ② また、休止病床の補助上限数については、コロナ入院医療における人員配置等の変化など実態を踏まえて見直しを行う。

①補助単価（上限）の見直し

病床区分	重点医療機関		一般の医療機関
	(特定機能病院等)	(一般病院)	
ICU	補助上限額 436,000円/日 → 218,000円/日	補助上限額 301,000円/日 → 151,000円/日	補助上限額 97,000円/日
HCU ※1	補助上限額 211,000円/日 → 106,000円/日	補助上限額 211,000円/日 → 106,000円/日	補助上限額 41,000円/日
その他病床	補助上限額 74,000円/日 → 37,000円/日	補助上限額 71,000円/日 → 36,000円/日	補助上限額 16,000円/日

(※1) 一般の医療機関においては、重症者・中等症患者病床

②休止病床の補助上限数の見直し

- 休止病床の補助上限数について、即応病床（※2）1床あたり休床1床に見直す（現在2床が上限）。
- （※2） その他病床の場合（特別な事情がある場合の経過措置あり）。ICU・HCU病床の場合は2床を上限に見直す（現行4床を上限）。

看護職員の処遇改善に係る調査

【（10月～12月 看護職員処遇改善評価料算定・処遇改善状況）】

26 / 45

調査ならびに回答病院の概要

調査実施期間：2023年1月18日～2月28日

調査対象期間：2022年10月1日～12月31日

調査対象施設：会員施設 855施設

回答数：〃 433施設（50.64%）

【病床規模別】	会員病院数	回答病院数	%
全体	855	433	50.6
～99	255	88	34.5
100～	206	111	53.9
200～	99	51	51.5
300～	121	63	52.1
400～	78	53	68.0
500～	96	67	69.8

【留意事項】

- ① 設問により無回答があるため回答病院数が異なっている
- ② 示されている桁以下を四捨五入しているため合計が100%にならない場合がある
- ③ 複数回答可の設問においては、100%を超える割合となる場合がある

27 / 45

看護職員処遇改善評価料算定対象施設

病床規模別	回答 病院数	対象施設		非対象施設	
		病院	%	病院	%
全体	433	324	74.8	109	25.2
~99	88	28	31.8	60	68.2
100~	111	86	77.5	25	22.5
200~	51	40	78.4	11	21.6
300~	63	58	92.1	5	7.9
400~	53	48	90.6	5	9.4
500~	67	64	95.5	3	4.5

28 / 45

看護職員処遇改善評価料算定対象施設における算定状況

病床規模別	回答 病院数	実施済		未実施	
		病院	%	病院	%
全体	324	296	91.4	28	8.6
~99	28	24	85.7	4	14.3
100~	86	73	84.9	13	15.1
200~	40	37	92.5	3	7.5
300~	58	57	98.3	1	1.7
400~	48	44	91.7	4	8.3
500~	64	61	95.3	3	4.7

29 / 45

看護職員等の処遇改善 実施状況

病床規模別	回答 病院数	実施済		未実施	
		病院	%	病院	%
全体	433	318	73.4	115	26.6
~99	88	34	38.6	54	61.4
100~	111	79	71.2	32	28.8
200~	51	40	78.4	11	21.6
300~	63	58	92.1	5	7.9
400~	53	46	86.8	7	13.2
500~	67	61	91.0	6	9.0

(注)実施済318施設のうち22施設は、診療報酬算定対象施設ではないため、病院の持ち出しにより処遇改善を行っている。

30 / 45

処遇改善を行った職種

病床規模別	回答 病院数	看護職・看護職以外両方に支給		看護職のみに支給	
		病院	%	病院	%
全体	295	151	51.2	144	48.8
~99	24	10	41.7	14	58.3
100~	72	43	59.7	29	40.3
200~	38	22	57.9	16	42.1
300~	56	32	57.1	24	42.9
400~	44	18	40.9	26	59.1
500~	61	26	42.6	35	57.4

看護職以外

- ・作業療法士
- ・理学療法士
- ・言語聴覚士
- ・視能訓練士
- ・臨床検査技師
- ・(管理)栄養士
- ・臨床工学技士
- ・歯科衛生士
- ・精神保健福祉士
- ・薬剤師
- ・看護助手
- ・看護補助者
- ・介護福祉士
- ・歯科技工士
- ・保育士
- ・医師事務作業補助者
- ・診療放射線技師
- ・臨床心理士
- ・医療ソーシャルワーカー
- ・事務職員
- ・社会福祉士
- ・介助業務員
- ・調理員
- ・医師

31 / 45

処遇改善を行った部門

病床規模別	回答 病院数	全部門		一部の部門		救急部門	コロナ病棟	一般病棟 (急性期)	一般病棟 (急性期以外)	その他
		(病院)	%	(病院)	%					
全体	296	275	92.9	21	7.1	(5)	(5)	(6)	(7)	(17)
~99	24	21	87.5	3	12.5	(0)	(0)	(0)	(1)	(2)
100~	73	66	90.4	7	9.6	(1)	(1)	(2)	(2)	(5)
200~	37	34	91.9	3	8.1	(0)	(0)	(0)	(0)	(3)
300~	57	56	98.2	1	1.8	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
400~	44	40	90.9	4	9.1	(3)	(3)	(3)	(3)	(4)
500~	61	58	95.1	3	4.9	(0)	(0)	(0)	(0)	(2)

その他の部門

- ・ 外来
- ・ 看護事務室
- ・ 療養病棟
- ・ 手術室
- ・ 薬剤部門
- ・ 放射線部門
- ・ 医療安全管理室
- ・ 地域医療連携室
- ・ 訪問看護ステーション
- ・ 事務部門
- ・ 精神科病棟
- ・ 検査室
- ・ 栄養部門
- ・ 医局
- ・ リハビリテーション部門
- ・ 診療情報部門
- ・ 診療支援部

32 / 45

処遇改善を行った雇用形態

病床規模別	回答 病院数	全職員		一部の職員		任期付職員	再任用職員	パートタイム 計年度 任用職員	フルタイム 計年度 任用職員
		病院	%	病院	%				
全体	296	251	84.8	45	15.2	(15)	(28)	(27)	(18)
~99	24	22	91.7	2	8.3	(1)	(1)	(2)	(2)
100~	72	56	77.8	16	22.2	(5)	(12)	(10)	(8)
200~	38	30	78.9	8	21.1	(3)	(3)	(3)	(2)
300~	57	51	89.5	6	10.5	(0)	(3)	(4)	(1)
400~	44	38	86.4	6	13.6	(4)	(4)	(5)	(3)
500~	61	54	88.5	7	11.5	(2)	(5)	(3)	(2)

33 / 45

処遇改善支給方法

病床規模別	全体	給料表		手当		賞与等一時金		その他	
		病院	%	病院	%	病院	%	病院	%
全体	296	23	7.8	254	85.8	13	4.4	41	13.9
~99	25	3	12.0	20	80.0	1	4.0	1	4.0
100~	79	2	2.5	65	82.3	4	5.1	8	10.1
200~	40	3	7.5	33	82.5	0	0.0	4	10.0
300~	67	7	10.4	46	68.7	4	6.0	10	14.9
400~	51	3	5.9	40	78.4	2	3.9	6	11.8
500~	69	5	7.2	50	72.5	2	2.9	12	17.4

その他
・給料表に反映しない加算

処遇改善 支給方法別の改善率・支給額（1月平均）

看護職員

病床規模別	給料表(平均改善率)		手当(常勤職員)		手当(任期付職員)		手当(再任用職員)		手当(〇〇〇〇会計年度任用職員)		手当(〇〇〇〇会計年度任用職員)		賞与等一時金	
	病院	平均 (%)	病院	平均 (円)	病院	平均 (円)	病院	平均 (円)	病院	平均 (円)	病院	平均 (円)	病院	平均 (円)
全体	19	3.02	242	10,719	66	9,594	192	9,837	198	7,577	135	10,147	9	12,485
~99	3	2.50	18	10,735	6	9,483	14	10,133	17	8,216	11	10,414	2	16,654
100~	2	1.50	62	10,705	12	9,421	48	9,946	47	7,598	29	10,217	2	17,238
200~	2	6.36	29	10,667	10	9,406	23	9,626	24	7,503	20	10,748	0	0
300~	5	3.02	45	10,246	12	9,476	32	9,587	35	7,962	23	9,835	1	19,588
400~	2	1.90	39	11,212	9	9,660	31	10,344	35	6,692	26	9,778	1	1,796
500~	5	2.86	49	10,747	17	10,120	44	9,386	40	7,493	26	9,891	3	19,632

看護職員以外の職員

病床規模別	給料表(平均改善率)		手当(常勤職員)		手当(任期付職員)		手当(再任用職員)		手当(〇〇〇〇会計年度任用職員)		手当(〇〇〇〇会計年度任用職員)		賞与等一時金	
	病院	平均 (%)	病院	平均 (円)	病院	平均 (円)	病院	平均 (円)	病院	平均 (円)	病院	平均 (円)	病院	平均 (円)
全体	10	2.18	109	6,319	28	5,231	70	5,445	94	4,997	67	6,318	9	11,587
~99	1	2.00	6	7,376	2	7,000	5	6,700	6	6,410	4	9,403	2	12,966
100~	2	2.24	35	6,889	4	5,405	20	6,596	29	5,261	19	7,248	2	24,530
200~	0	0.00	15	6,153	4	4,442	9	5,071	11	4,902	11	5,469	0	0
300~	5	3.05	23	5,863	9	5,114	15	5,746	18	5,143	12	5,630	0	0
400~	1	4.45	15	5,726	2	4,966	9	4,010	14	3,511	10	4,963	3	6,647
500~	1	1.35	15	5,904	7	4,458	12	4,545	16	4,752	11	5,193	2	25,382

入院基本料及び食事療養費の 引き上げ等に関する調査

調査ならびに回答の概要

【調査実施期間】2023年4月14日～4月28日 【調査対象】1,096病院・診療所

【調査対象期間】2023年4月1日時点 【有効回答】240病院・診療所（21.9%）

【地域別】				【種類・病床規模別】			
	病院・診療所数	回答数	回答率 (%)		病院・診療所数	回答数	回答率 (%)
全 体	1,096	240	21.9	全 体	1,096	240	21.9
北 海 道	134	43	32.1	一般病院・診療所	1,056	227	21.5
東 北	182	31	17.0	99床以下	495	64	12.9
関 東	170	45	26.5	100床台	197	48	24.4
北 陸・信 越	108	21	19.4	200床台	85	23	27.1
近 畿・東 海	221	42	19.0	300床台	114	30	26.3
中 国・四 国	154	25	16.2	400床台	75	25	33.3
九 州	127	33	26.0	500床以上	90	37	41.1
				精神科病院	40	13	32.5

留意事項

- ① 設問により無回答があるため回答病院数が異なっている
- ② 表示されている桁以下を四捨五入している

入院基本料引き上げの可否について

【種類・病床規模別】	回答数	必要 (%)		必要ない (%)	
		必要 (%)	必要ない (%)	必要 (%)	必要ない (%)
全体	228	199	87.3	29	12.7
一般病院・診療所	217	189	87.1	28	12.9
99床以下※	56	42	75.0	14	25.0
100床台	48	42	87.5	6	12.5
200床台	23	22	95.7	1	4.3
300床台	30	27	90.0	3	10.0
400床台	25	23	92.0	2	8.0
500床以上	35	33	94.3	2	5.7
精神科病院	11	10	90.9	1	9.1

※ 無床診療所は除く

38 / 45

入院基本料の引き上げ希望額について（患者1人1日あたり）

【種類・病床規模別】	回答数	平均 (円)	
		平均 (円)	
全体	194	2,349.5	
一般病院・診療所	183	2,394.5	
99床以下※	42	2,050.0	
100床台	41	2,182.9	
200床台	20	1,880.0	
300床台	27	2,666.7	
400床台	22	2,704.5	
500床以上	31	3,016.1	
精神科病院	11	1,600.0	

※ 無床診療所は除く

39 / 45

食事療養費引き上げの可否について

【種類・病床規模別】	回答数	必要		必要ない	
			(%)		(%)
全 体	229	211	92.1	18	7.9
一般病院・診療所	217	199	91.7	18	8.3
99床以下※	56	48	85.7	8	14.3
100床台	48	46	95.8	2	4.2
200床台	23	22	95.7	1	4.3
300床台	30	28	93.3	2	6.7
400床台	25	23	92.0	2	8.0
500床以上	35	32	91.4	3	8.6
精神科病院	12	12	100.0	0	0.0

※ 無床診療所は除く

40 / 45

食事療養費引き上げ分の患者負担（現在1食460円）について

【種類・病床規模別】	回答数	やむを得ない		患者負担の引き上げには反対	
			(%)		(%)
全 体	224	146	65.2	78	34.8
一般病院・診療所	212	138	65.1	74	34.9
99床以下※	54	31	57.4	23	42.6
100床台	47	32	68.1	15	31.9
200床台	22	14	63.6	8	36.4
300床台	30	22	73.3	8	26.7
400床台	24	16	66.7	8	33.3
500床以上	35	23	65.7	12	34.3
精神科病院	12	8	66.7	4	33.3

※ 無床診療所は除く

41 / 45

食事療養費の引上げ希望額について

【種類・病床規模別】	回答数	平均	
		(円)	
全 体	205	67.6	
一般病院・診療所	193	67.9	
99床以下※	47	68.1	
100床台	45	63.6	
200床台	21	57.1	
300床台	28	76.1	
400床台	22	65.9	
500床以上	30	75.3	
精神科病院	12	62.5	

※ 無床診療所は除く

42 / 45

職員の確保が困難な職種の有無について

【種類・病床規模別】	回答数	あり		なし	
		(%)		(%)	
全 体	240	229	95.4	11	4.6
一般病院・診療所	227	218	96.0	9	4.0
99床以下	64	60	93.8	4	6.3
100床台	48	47	97.9	1	2.1
200床台	23	21	91.3	2	8.7
300床台	30	29	96.7	1	3.3
400床台	25	25	100.0	0	0.0
500床以上	37	36	97.3	1	2.7
精神科病院	13	11	84.6	2	15.4

43 / 45

職員の確保が困難な困難な職種について（複数回答可）

【種類・病床規模別】	回答数	医師 (%)		看護師※1 (%)		薬剤師 (%)		臨床工学技士 (%)		栄養士 (%)		調理師 (%)	
全体	229	175	76.4	170	74.2	150	65.5	35	15.3	33	14.4	31	13.5
一般病院・診療所	218	167	76.6	163	74.8	147	67.4	35	16.1	33	15.1	31	14.2
99床以下	60	45	75.0	44	73.3	32	53.3	6	10.0	9	15.0	11	18.3
100床台	47	41	87.2	38	80.9	33	70.2	7	14.9	7	14.9	6	12.8
200床台	21	15	71.4	17	81.0	16	76.2	5	23.8	5	23.8	5	23.8
300床台	29	23	79.3	25	86.2	23	79.3	6	20.7	6	20.7	6	20.7
400床台	25	17	68.0	14	56.0	17	68.0	6	24.0	3	12.0	2	8.0
500床以上	36	26	72.2	25	69.4	26	72.2	5	13.9	3	8.3	1	2.8
精神科病院	11	8	72.7	7	63.6	3	27.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0

【種類・病床規模別】	回答数	介護職 (%)		看護助手 (%)		セラピスト (%)		医療事務※2 (%)		その他※3 (%)	
全体	229	36	15.7	127	55.5	28	12.2	20	8.7	41	17.9
一般病院・診療所	218	36	16.5	125	57.3	28	12.8	20	9.2	39	17.9
99床以下	60	12	20.0	26	43.3	7	11.7	0	0.0	10	16.7
100床台	47	12	25.5	28	59.6	8	17.0	4	8.5	6	12.8
200床台	21	4	19.0	12	57.1	1	4.8	2	9.5	5	23.8
300床台	29	3	10.3	20	69.0	4	13.8	7	24.1	8	27.6
400床台	25	2	8.0	18	72.0	3	12.0	2	8.0	3	12.0
500床以上	36	3	8.3	21	58.3	5	13.9	5	13.9	7	19.4
精神科病院	11	0	0.0	2	18.2	0	0.0	0	0.0	2	18.2

※1 助産師含む ※2 診療情報管理士含む

※3 その他：医療ソーシャルワーカー（MSW）、社会福祉士、臨床検査技師、放射線技師、保育士、歯科衛生士、救命救急士、遺伝カウンセラー等 44 / 45

諸物価高騰対応のための財源について（複数回答可）

【種類・病床規模別】	回答数	国からの交付金 (%)		自治体からの補助 (%)		自院の売上 (%)	
全体	205	89	43.4	102	49.8	128	62.4
一般病院・診療所	196	88	44.9	97	49.5	123	62.8
99床以下	53	31	58.5	24	45.3	25	47.2
100床台	44	16	36.4	22	50.0	24	54.5
200床台	18	5	27.8	11	61.1	12	66.7
300床台	25	14	56.0	11	44.0	19	76.0
400床台	22	10	45.5	13	59.1	15	68.2
500床以上	34	12	35.3	16	47.1	28	82.4
精神科病院	9	1	11.1	5	55.6	5	55.6