

## 準公営企業室関係資料

### <病院関係>

- これまでの公立病院改革の取組と課題……………P1
- 公立病院経営強化ガイドライン・地方財政措置について……………P13
- 公立病院に関するその他の施策について……………P36

### <下水道関係>

- 下水道事業における広域化・共同化の推進について……………P40
- 法適用化に伴う高資本費対策に係る使用料単価の取扱いについて……………P45
- 緊急自然災害防止対策事業債について……………P47

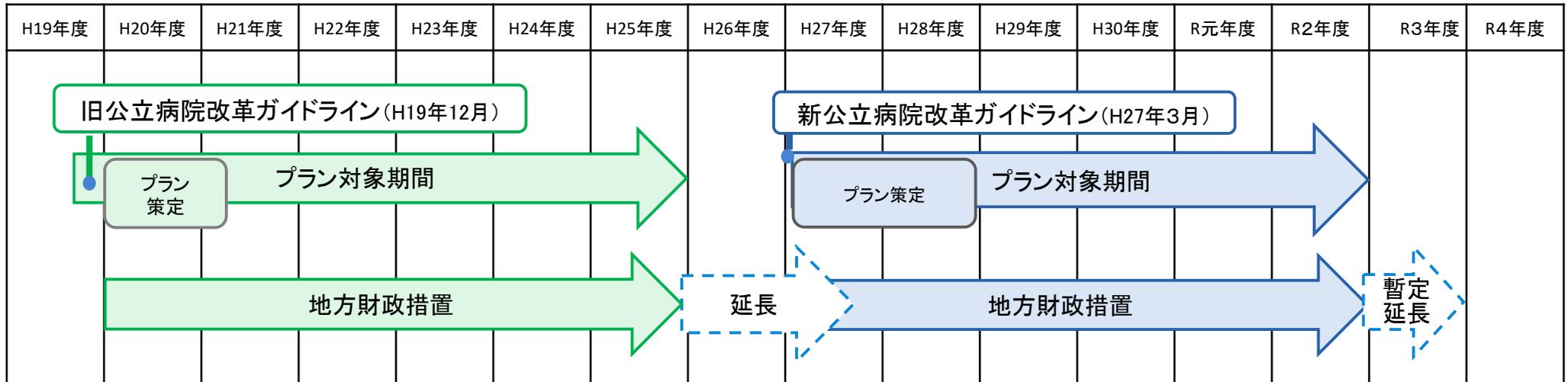
### <その他>

- 地方公共団体の経営・財務マネジメント強化事業について(病院・下水関係)……………P51
- 観光施設事業及び宅地造成事業における財政負担リスク限定について……………P52

# これまでの公立病院改革の取組と課題

# 公立病院改革の経緯と公立病院経営強化の推進

## 1. 公立病院改革の経緯



### 現行の新公立病院改革ガイドラインの主な項目

- ・地域医療構想を踏まえた役割の明確化
- ・経営の効率化
- ・再編・ネットワーク化
- ・経営形態の見直し

### 現行の地方財政措置

- ・公立病院の再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備について、病院事業債（特別分）を措置（交付税措置40%）
- ・不採算地区中核病院に対する特別交付税措置 他

## 2. 公立病院経営強化の推進

<令和3年12月>

「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化に関する検討会」において、「公立病院経営強化ガイドラインの方向性」を取りまとめ



<令和3年度末まで>

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ガイドライン」の策定



<令和4年度又は令和5年度中>

地方団体

「公立病院経営強化プラン」の策定

### プランのポイント

- ① 機能分化・連携強化の推進
- ② 医師・看護師等の確保、働き方改革の推進
- ③ 経営形態の見直し
- ④ 新興感染症に備えた平時からの対応

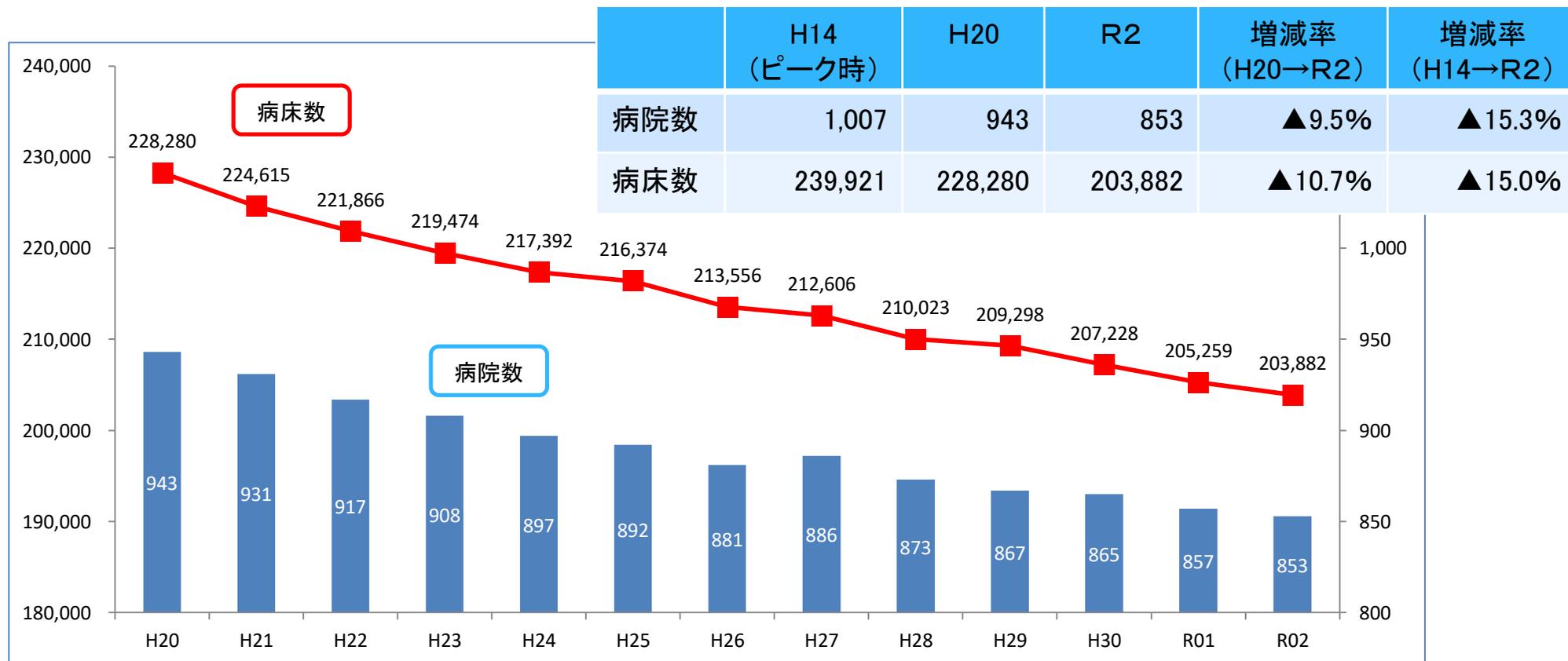
限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用することをこれまで以上に重要な視点に位置付け

# これまでの公立病院改革の取組と課題(再編・ネットワーク化・地域医療構想) ①

- 公立病院は、平成20年度以降、総務省のガイドラインを踏まえ、二回にわたり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、再編・ネットワーク化をはじめ、様々な経営改革に取り組んできた。

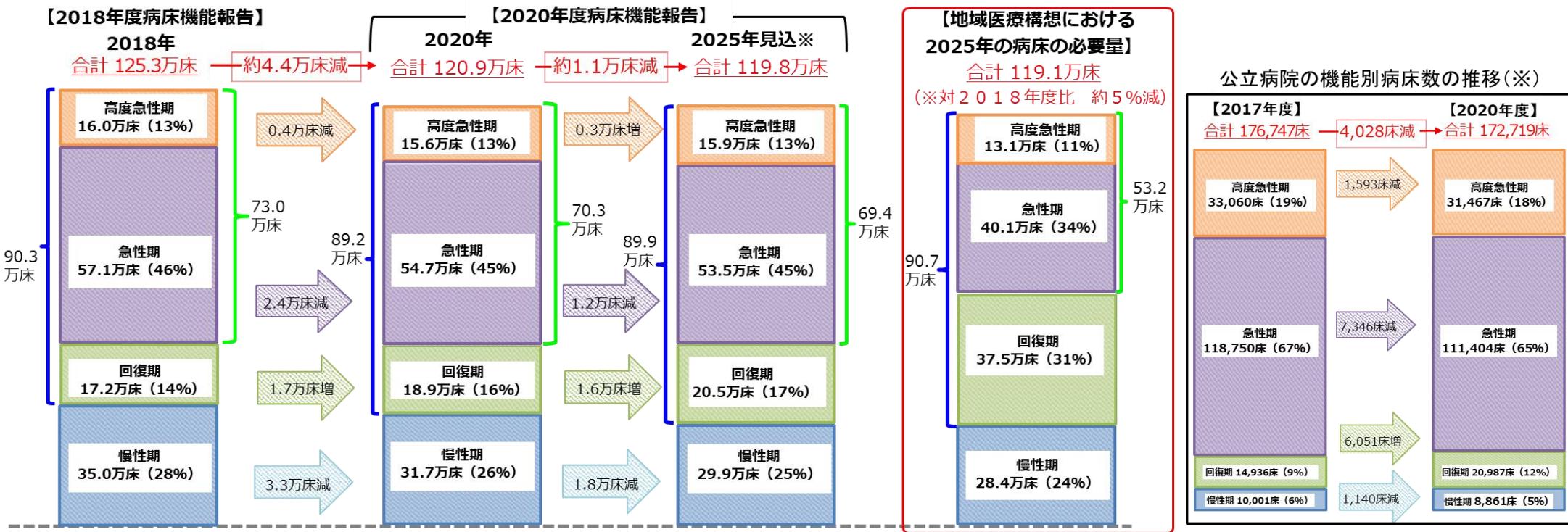
	H20～H26実績	H27～R2実績	合計	【参考】 実施中(枠組合意)
再編・ネットワーク化 関連病院数	126公立病院	67公立病院	193公立病院	60公立病院

- その結果、令和2年度の公立病院数及び病床数は、以下のとおり大きく減少。



# これまでの公立病院改革の取組と課題(再編・ネットワーク化・地域医療構想) ②

- これまでの公・民全体の取組の結果、2020年病床機能報告における2025年の病床見込み数(119.8万床)は、地域医療構想における2025年の必要病床数(119.1万床)と遜色ない水準に近づいてきた。
- 機能別病床数についても、全体として、地域医療構想の実現に沿った方向で病床機能の転換が進みつつある。



出典:2020年度病床機能報告

※出典:総務省調査(対象896病院のうち850病院が回答)

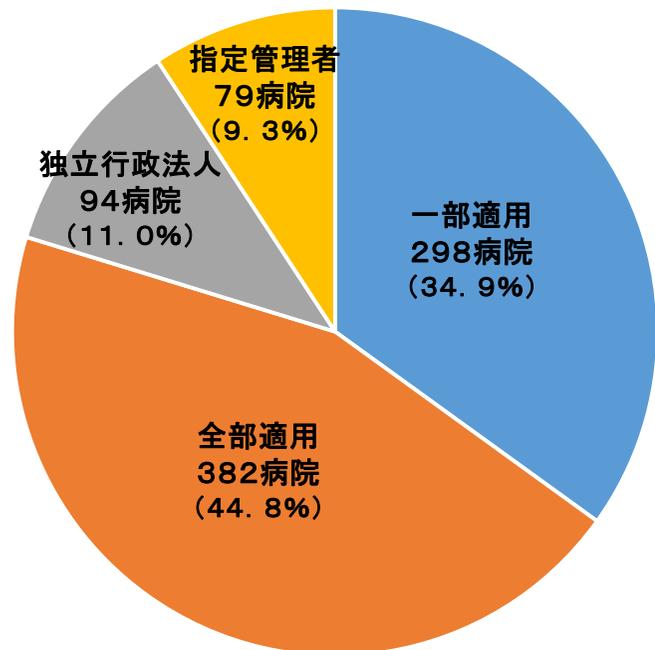
## 課題

- 2025年の必要量の達成に向け、公・民全体として、急性期病床から回復期病床への大幅な転換が必要
- 公立病院においても機能分化・連携強化を進め、**基幹病院に急性期機能を集約**するとともに、中小規模の病院を中心に、**急性期から回復期等への転換**を進めることが必要

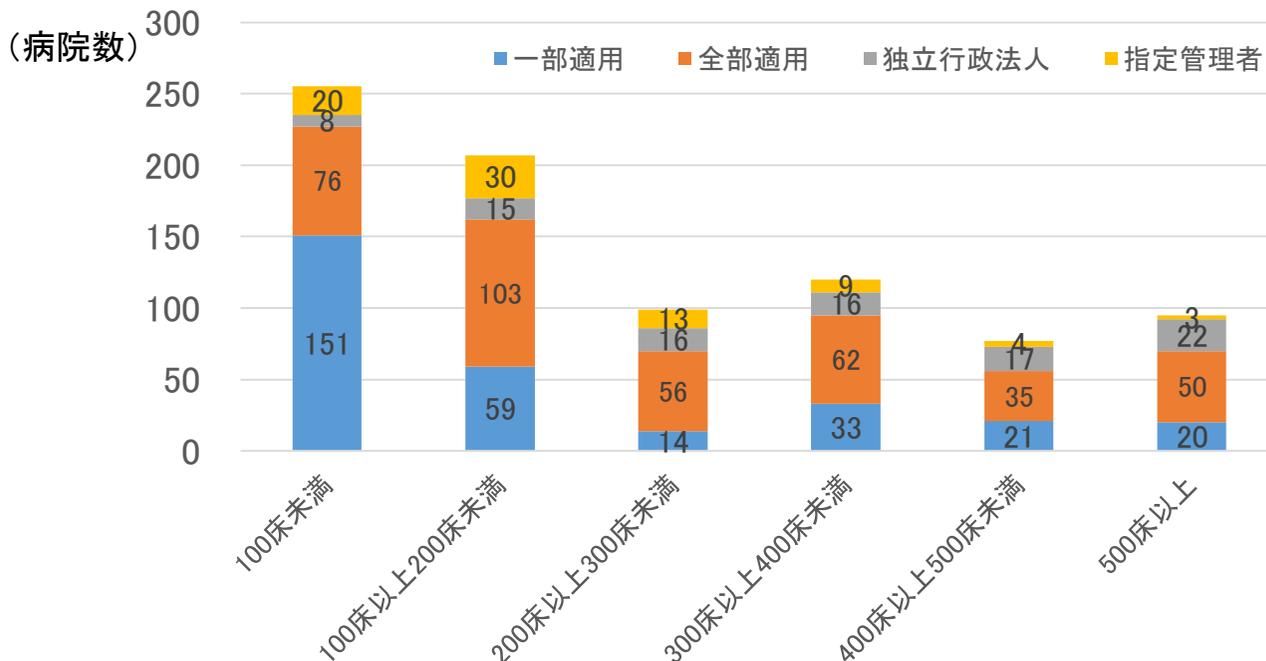
# これまでの公立病院改革の取組と課題(経営形態の見直し)

- 経営形態の見直しについては、令和2年度時点で、94病院が独法化、79病院が指定管理に移行しており、全部適用の382病院を含め、計555病院(65.1%)がマネジメントの強化等に取り組んでいる。

■ 公立病院の経営形態(全体)

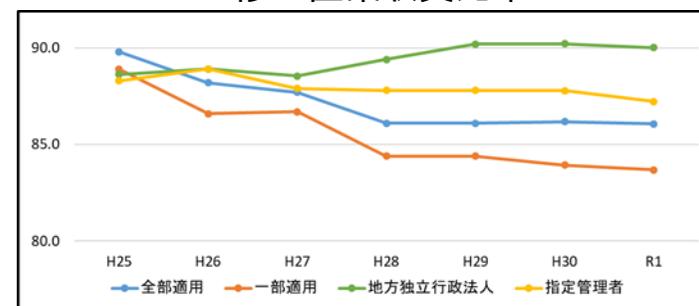


■ 公立病院の経営形態(病床規模別)



- 経営形態別の経営状況を見ると、一部適用の病院よりも、それ以外の経営形態(特に独法)の経営状況が良好。独法化は、医療従事者の確保、事務職員の専門性の向上といった、人材確保の面でもメリットが大きい。

■ 修正医業収支比率



## 課題

- 経営形態の見直し(特に独法化)は、経営の安定化や人材確保の面で経営基盤強化につながるが、200床以上の病院の22.5%が一部適用のままとなっているなど、**更なる経営形態の見直しの余地あり**

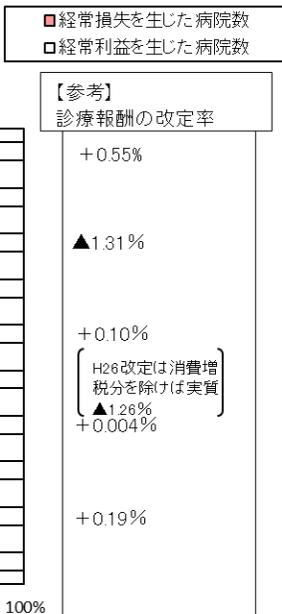
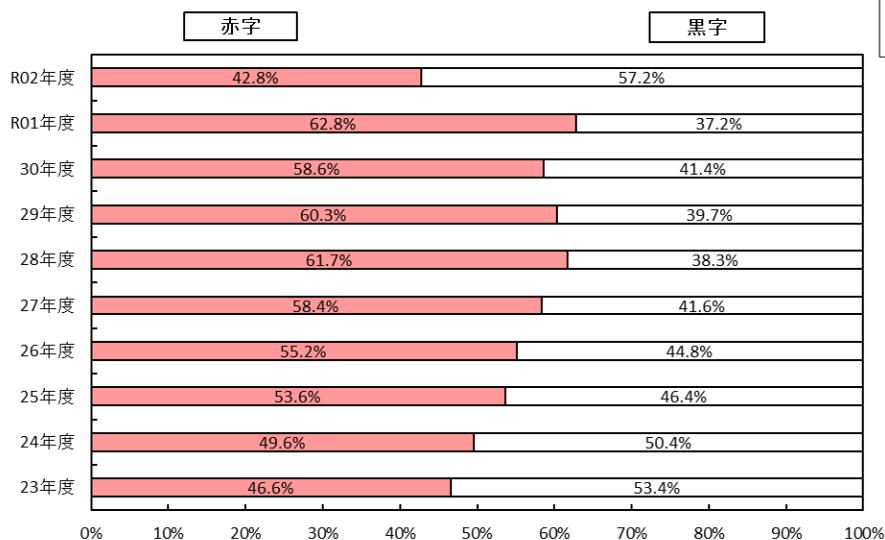
# これまでの公立病院改革の取組と課題(経営の効率化)

- ガイドラインでは、改革プランの対象期間中に経常黒字化、すなわち一般会計からの繰出後の経常収支比率が100%以上となる数値目標を定めて、経営の効率化に取り組むよう要請。
- 各公立病院においては、医師等の確保・育成、薬剤・医療材料等の共同購入、医療機能・診療科の見直しによる診療報酬の確保・費用の適正化、人件費や施設・設備整備費の抑制など様々な取組を実施してきた。

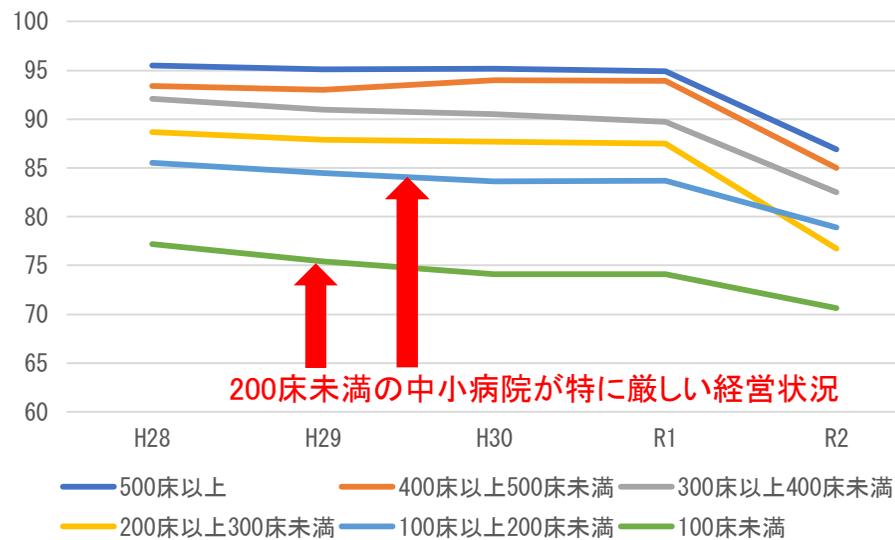
## 課題

- 医師・看護師の不足などにより、依然として多くの公立病院で経常赤字が継続
- 中でも不採算地区病院がその多くを占める200床未満の中小病院は、医師確保がネックとなって医業収支が改善できず、特に厳しい経営状況

全病院数に占める経常損失・経常利益を生じた病院数の割合(独法含む)

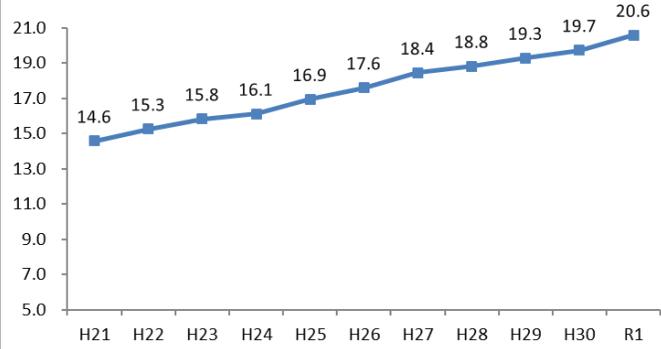


公立病院の医業収支比率の推移(病床規模別)

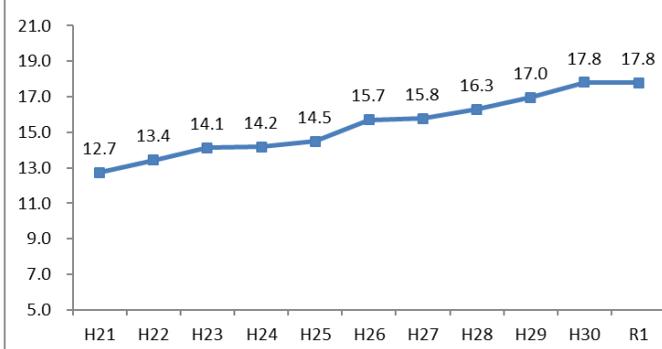


# 公立病院の病床規模別常勤医師数(100床当たり)の推移(地方独立行政法人を含む)

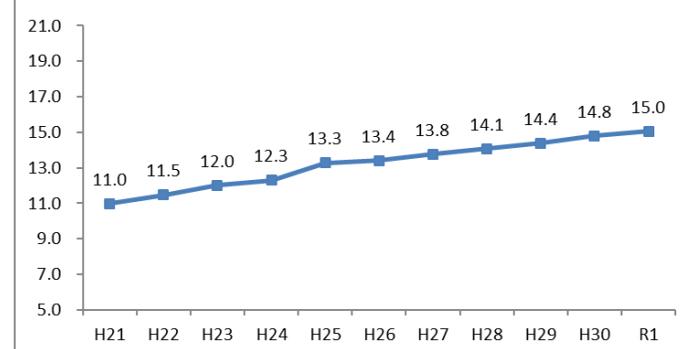
## 500床以上



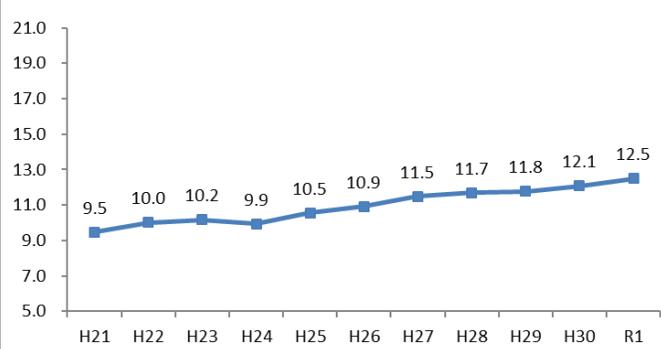
## 400床以上500床未満



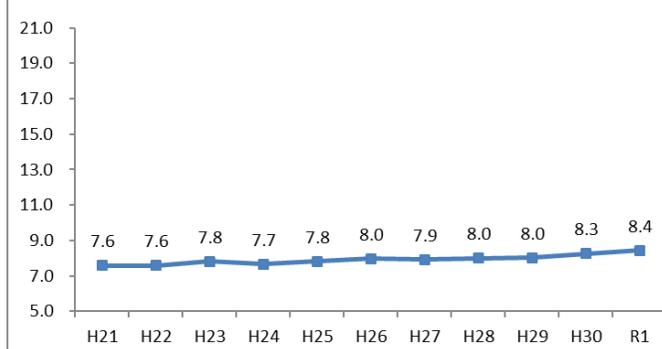
## 300床以上400床未満



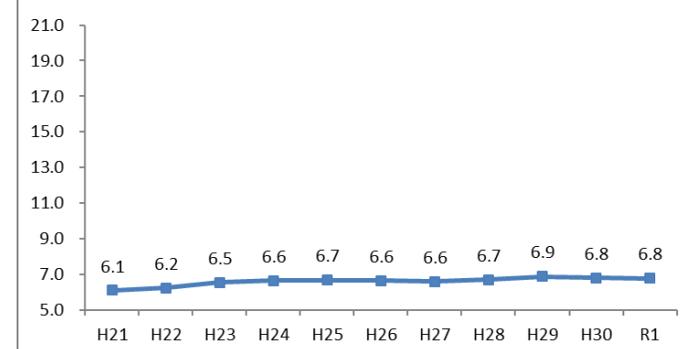
## 200床以上300床未満



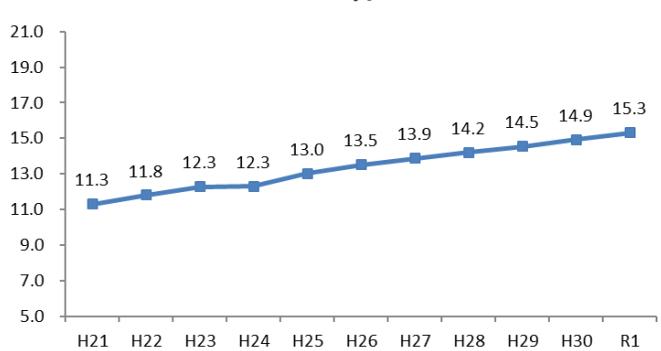
## 100床以上200床未満



## 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

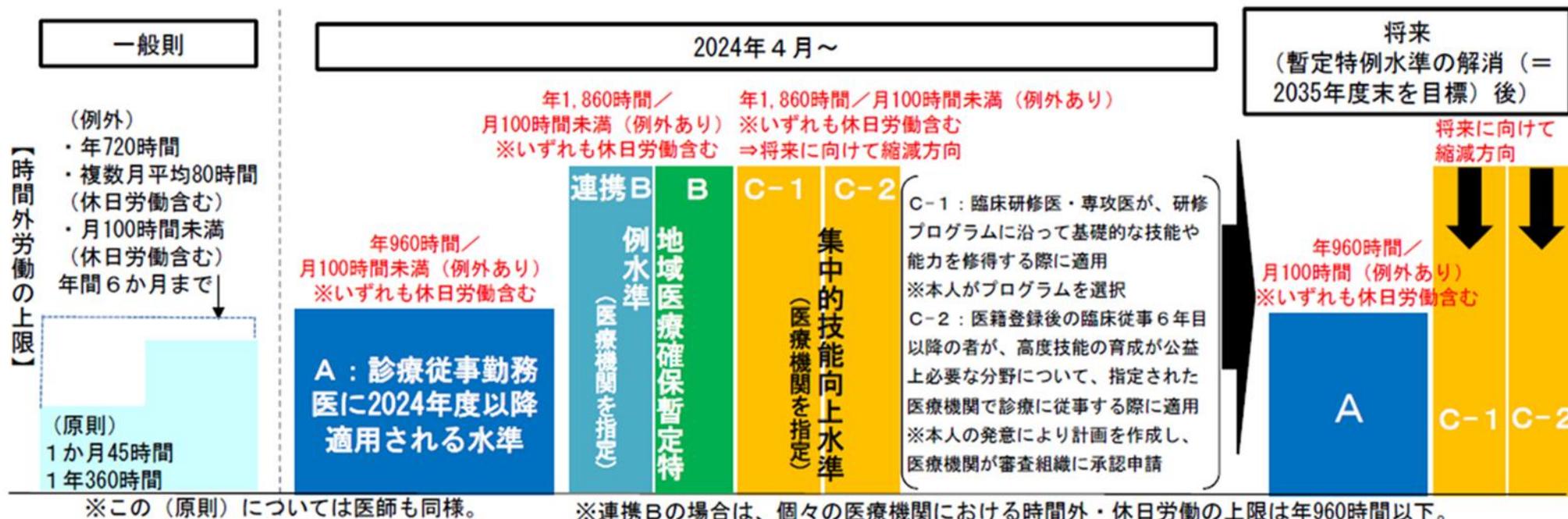
※出典: 地方公営企業決算状況調査  
地方独立行政法人(病院事業)に関する決算状況調査  
※指定管理者制度導入病院を除く

# 新たな課題：医師の働き方改革への対応①

- 国においては、地域医療構想、医師偏在是正、働き方改革を一体的に推進しており、令和6年度から医師の時間外労働規制が開始される。
- 例外措置(特例水準)はあるものの、原則として、医師の時間外労働の上限を年間960時間(週の労働時間60時間)以内にすることが必要(病院勤務医の約4割が労働時間を縮減する必要)
- 特に、不採算地区病院がその多くを占める200床未満の公立病院は、時間外労働規制の導入に伴い、ますます医師不足が深刻化し、救急をはじめとする病院機能の維持が困難となる可能性あり。

## 医師の時間外労働規制について

(厚生労働省資料より抜粋)



## 課題

- 令和6年度から開始される**医師の時間外労働規制**に対応するためには、**医師不足への対処**、看護師等への**タスクシフト・タスクシェアの推進**とその担い手の確保・育成、**ICTの活用**による業務効率化などが喫緊の課題

# 2024年4月に向けたスケジュール

医師についての時間外労働の上限規制の適用開始（改正労働基準法の施行）

2021年度                      2022年度                      2023年度                      2024年度

**時短計画案の作成**  
都道府県の指定を受けようとする場合は、第三者評価を受審する前までに作成

※時間外労働が年960時間を超えている医師がいる医療機関は、時短計画を作成し取り組むよう努め、その時短計画に基づく取組（PDCA）に対して都道府県が支援

- 連携B水準
- B水準
- C-1水準
- C-2水準

**医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価**  
労働時間実績や時短の取組状況を評価

※第三者評価に関する規定は2022年4月施行

**都道府県による特例水準医療機関の指定**  
(医療機関からの申請)  
地域医療への影響等を踏まえた都道府県の判断

※都道府県の指定に関する事前準備規定は2022年4月施行

- C-1水準

**臨床研修・専門研修プログラムにおける時間外労働時間数の明示**

※開始年限は、臨床研修部会等において検討

- C-2水準

**審査組織による医療機関の個別審査**  
特定の高度な技能の教育研修環境を審査

※審査組織における審査に関する規定は2022年4月施行

時間外労働が年960時間以下の医師のみの医療機関は都道府県の指定不要

**特例水準の指定を受けた医療機関**

- 時短計画に基づく取組み
- 特例水準適用者への追加的健康確保措置
- 定期的な時短計画の見直し、評価受審

- 連携B水準
- B水準
- C-1水準
- C-2水準

※一医療機関は一つ又は複数の水準の指定  
※特例水準は、指定の対象となった業務に従事する医師に適用される。

労務管理の一層の適正化・タスクシフト／シェアの推進の取組み

## 新たな課題：医師の働き方改革への対応②

- 機能分化・連携強化によって、基幹病院を明確化し、急性期機能を集約することで、全体として医師確保につながる事例が多い。

### 【事例】山形県・酒田市病院機構

(平成21年度)

県立日本海病院(528床)

酒田市立酒田病院(400床)

独法化

(平成27年度)

日本海総合病院(730床)

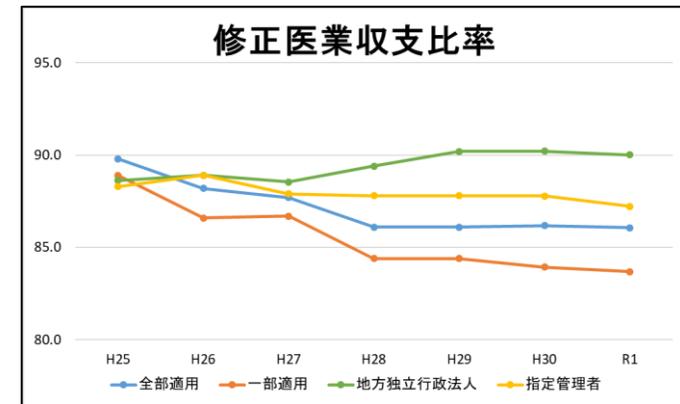
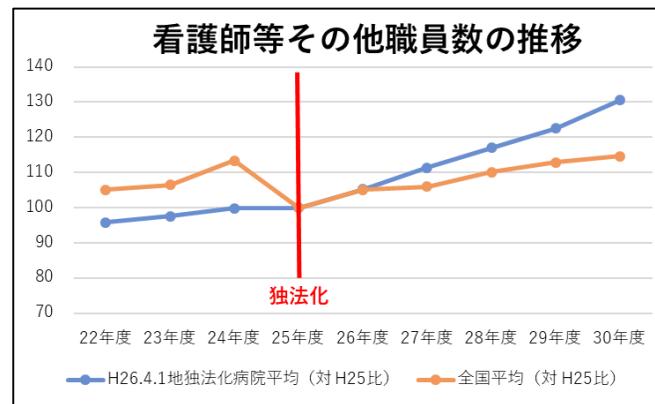
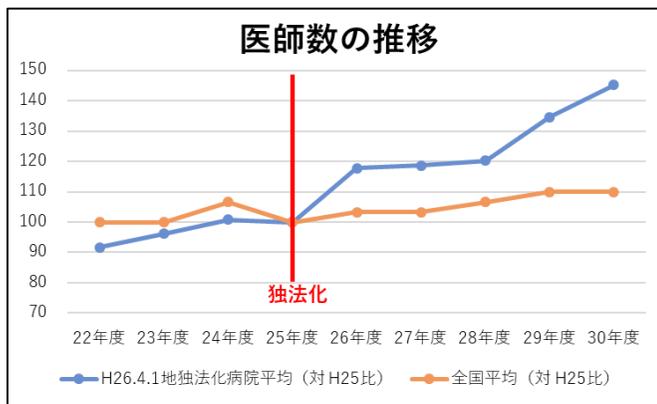
酒田リハビリテーション病院(114床)

両病院の医師数

112人(H19)→167人(R3)

- 地方独立行政法人への移行により、予算・定員・給与制度の裁量が広がり、医師・看護師・専門事務職員等の確保が可能となり、病院収益の改善につながる事例が多い。

### 地方独立行政法人化病院における職員数の推移(移行後5年間)及び修正医業収支比率の推移



⇒ 医師、看護師等その他職員のいずれも独法化後に全国平均を上回る比率で増加し、修正医業収支比率も他の経営形態より高い水準で推移。

## 課題

- 働き方改革への対応のためにも、**機能分化・連携強化**や**経営形態の見直し**等により、医師・看護師等確保を進める必要

## 新たな課題：新興感染症への対応

- 公立病院は、新型コロナウイルス感染症の感染者の受入、発熱外来の設置、PCR検査、ワクチン接種などにおいて中核的な役割を果たしており、その重要性が改めて認識された。

新型コロナ対応における公立病院が占める割合

- ・都道府県計画における即応病床数：約32%(R4. 1. 14現在)
  - ・人工呼吸器等使用入院患者数：約56%(R3. 1. 6現在)
- (参考) 全国の病床数に占める公立病院の病床数は約13%

- 公立病院改革の中で、
  - ① 再編・ネットワーク化により、基幹病院への急性期機能の集約や、医師・看護師等の確保に取り組んだ病院
  - ② 地方独立行政法人への移行により、柔軟な勤務制度や専門性を考慮した給与制度等を通じた人材の確保・育成、組織・定数のルールに縛られない機動的な人員配置に取り組んだ病院 などにおいては、新型コロナへの対応力の強化につながったとの報告がある。
- 一方で、日本の医療提供体制全体の課題として、医師等の医療資源の急性期医療への重点配置が進んでいないため、病床が逼迫したとの指摘もなされており、病院間の役割分担の明確化・最適化や医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。

### 課題

- 医療法改正により、令和6年度より開始される第8次医療計画から、新興感染症等の感染拡大時の医療が位置付けられることとされており、**感染拡大時に備えた平時からの取組**が重要な課題
- 具体的な平時からの取組としては、以下が挙げられる
  - ① **各病院の機能分化と連携強化**を通じた感染拡大時の役割分担の明確化
  - ② **独法化等の経営形態の見直し**を通じた人材の確保や機動性の確保
  - ③ **感染症拡大時に転用しやすい施設・設備の整備**(例：動線分離、個室化、陰圧化等)

## (参考)

## 公立病院における新型コロナウイルス感染症への対応状況

(都道府県病床・宿泊療養施設確保計画における公立病院の取組状況)

- ・ 計画対象公立病院は総公立病院の**7割程度**。ただし、**200床以上規模の公立病院では9割超**。
- ・ 1公立病院あたりの**平均即応病床数は21床**。許可病床に占める即応病床の割合＝**転換率は6%**。
- ・ 病床規模が小さくなるほど転換率は低下。**99床以下規模の公立病院の転換率は200床規模の半分程度**。

	①	②	③	④	①／③	②／①	②／④
公立病院の病床規模	都道府県 病床確保計画 対象公立病院数	①の公立病院 最終フェーズ 即応病床数	公立病院総数	③の公立病院 許可病床数	計画対象 公立病院の割合	1病院あたり 即応病床数	即応病床への 転換率
500床以上	88	3,857	90	55,183	98%	44	7%
400～499床以下	68	2,058	72	31,873	94%	30	6%
300～399床以下	109	2,485	113	37,579	96%	23	7%
200～299床以下	86	1,429	95	23,197	91%	17	6%
100～199床以下	150	1,647	206	30,548	73%	11	5%
20～99床以下	77	476	254	16,013	30%	6	3%
合計	578	11,952	830	194,393	70%	21	6%

※最終フェーズにおける即応病床数は厚生労働省「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」（令和4年1月14日現在）より。

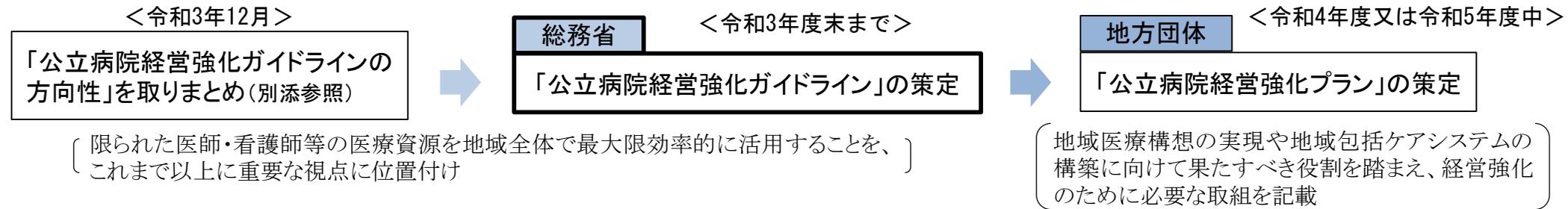
※病床規模は、令和2年度の許可病床数（令和2年度地方公営企業決算状況調査）。

# 公立病院経営強化ガイドライン・ 地方財政措置について

# 公立病院経営強化の推進

- 公立病院が医師不足等による厳しい経営状況に直面する中、地域に必要な医療提供体制を確保するため、地方団体が、機能分化・連携強化、医師・看護師確保等による公立病院の経営強化に取り組めるよう地方財政措置を拡充・延長

## 1. 公立病院経営強化ガイドラインについて



## 2. 公立病院経営強化に係る地方財政措置の拡充・延長

地方団体がガイドラインを踏まえて策定する「公立病院経営強化プラン」に基づき公立病院の経営強化に取り組めるよう、地方財政措置を拡充・延長

### (1) 機能分化・連携強化の推進に係る病院事業債（特別分）の拡充・延長

#### ① 病院の整備費全体を対象経費とする要件の見直し

複数の病院を統合する場合のほか、基幹病院が不採算地区病院への支援を強化し、その機能を維持する場合も対象に追加

#### ② システム関係の対象経費の拡充

経営統合に伴うシステム統合をする場合のほか、医療情報の連携のための電子カルテシステムの統一等をする場合も対象経費に追加

### (2) 医師派遣等に係る特別交付税措置の拡充

- ・ 看護師等の医療従事者の派遣、診療所への派遣を追加
- ・ 派遣元病院に対する措置を拡充（繰出額に対する措置の割合 0.6→0.8）

### (3) 専門アドバイザーの派遣（総務省・地方公共団体金融機構の共同事業）【継続】

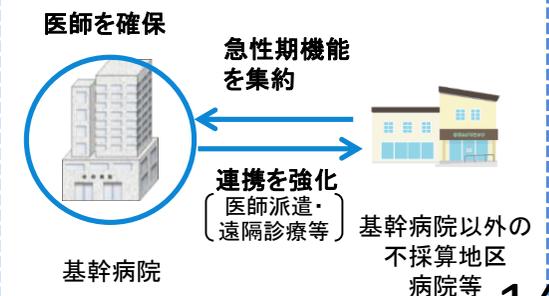
- ・ 「公立病院経営強化プラン」の策定や経営強化の取組を支援

## 3. その他の地方財政措置の見直し

### (1) 不採算地区病院等への地方交付税措置の基準額引上げ（30%）の継続

### (2) 地方交付税措置の対象となる建築単価の上限の引上げ（36万円/㎡→40万円/㎡）

### 機能分化・連携強化のイメージ(例)



# 「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」の方向性について

令和3年12月10日  
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  
中間とりまとめ

## これまでの取組

- 公立病院は、医師不足等による厳しい経営状況を踏まえ、総務省が示した公立病院改革ガイドライン（H19年度）及び新公立病院改革ガイドライン（H26年度）に基づき、公立病院改革プラン及び新公立病院改革プランを策定し、**再編・ネットワーク化、経営の効率化、経営形態の見直しなどに取り組んできた。**  
※ 平成20年度から令和2年度にかけて、193公立病院が再編・ネットワーク化に取り組み、公立病院数は943から853に減少（▲9.5%）。  
また、令和2年度時点で、94病院が独法化、79病院が指定管理に移行しており、全部適用の382病院を含め、計555病院（65.1%）がマネジメントの強化等に取り組んでいる。

## 課題

- **人口減少や少子高齢化に伴う医療需要の変化、医師等の不足を受け、地域医療を支える公立病院の経営は、依然として厳しい状況。**
- 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。
- 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。

## 対応

- こうした課題を踏まえ、持続可能な地域医療提供体制を確保するため、地域医療を支える公立病院の経営強化に向けた新たなガイドラインの策定が必要。
- ガイドライン策定にあたっては、**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するとともに、**感染症拡大時の対応という視点**も踏まえる必要。  
※ ガイドラインの策定期間については、地域医療構想を含む第8次医療計画策定の進め方を踏まえ、各地方公共団体において、公立病院の経営強化に向けた取組の検討や、公立病院経営強化プランの策定に着手することが可能となるよう、今年度末までに策定することを想定。

## 新たなガイドラインの方向性

- ① 地方公共団体に対する公立病院経営強化プランの策定の要請
  - i) 策定期間 令和4年度又は令和5年度中に策定
  - ii) 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
  - iii) 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、地域の実情に応じた、公立病院の経営強化のために必要な取組を記載するよう求める
- ② 都道府県の役割の強化
  - ・ 都道府県の役割としては、地域医療構想の策定主体としての調整機能をこれまで以上に強化することが必要
  - ・ 特に、機能分化・連携強化については、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との連携・支援を強化していく枠組みも含め、都道府県が積極的に助言・提案していくことが重要

## プランの内容のポイント

地域医療構想の実現や地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割を踏まえ、経営強化のために必要な取組を記載。主なポイントは以下のとおり

### 【ポイント①】機能分化・連携強化の推進

- ・ 地域の中で各公立病院が担うべき役割や機能を明確化・最適化（特に、基幹病院に急性期機能を集約し、**医師を確保した上で、それ以外の不採算地区病院等との連携を強化**）

### 【ポイント②】医師・看護師等の確保、働き方改革の推進

- ・ 不採算地区病院等への**医師・看護師等の派遣の強化** ・ **働き方改革の推進**

### 【ポイント③】経営形態の見直し

- ・ 柔軟な人事・給与制度を通じ、医師等の確保につながる**経営形態の見直し**

### 【ポイント④】新興感染症に備えた平時からの対応

- ・ ①～③の取組に加え、**感染拡大時に転用しやすい施設・設備の整備**

# 「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 | 地方財政審議会会長（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 聰   | 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
- 第5回：令和3年12月15日
- 第6回：令和4年1月24日

※ 令和3年12月10日に中間取りまとめを公表

- 中長期的な人口構造の変化に対応するための地域医療構想については、その基本的な枠組み(病床必要量の推計など)を維持しつつ、着実に取組を進めていく必要があるが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、地域医療構想に関する取組の進め方については、都道府県に可能な限りの対応をお願いする一方で、厚生労働省において改めて整理の上、お示しすることとしていた。(具体的対応方針の再検証等の期限について(令和2年3月4日及び8月31日付け通知))
- 今後、各都道府県において第8次医療計画(2024年度～2029年度)の策定作業が2023年度までかけて進められることとなるが、その際には、各地域で記載事項追加(新興感染症等対応)等に向けた検討や病床の機能分化・連携に関する議論等を行っていただく必要があるため、その作業と併せて、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しをお願いしたい。その際、各都道府県においては、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により病床の機能分化・連携等の重要性が改めて認識されたことを十分に考慮いただきたい。  
また、検討状況については、定期的に公表をお願いしたい。
- 厚生労働省においては、改正医療法を受け、第8次医療計画における記載事項追加(新興感染症等対応)等に向けて、検討状況を適時・適切に各自治体と共有しつつ、「基本方針」や「医療計画作成指針」の見直しを行っていくこととしている。この検討状況については、適宜情報提供していくので参考とされたい。
- 地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものであり、厚生労働省においては、各地域における検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域について、その検討・取組を「重点支援区域」や「病床機能再編支援制度」等により支援していく。

「新経済・財政再生計画改革工程表2021」（令和3年12月）抜粋

## 30. 地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進

a. 第8次医療計画（2024年度～2029年度）における記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けて、検討状況を適時・適切に各自治体と共有しつつ、「基本方針」や「医療計画作成指針」の見直しを行う。

中長期的な人口構造の変化に対応するための地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床必要量の推計など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく。

b. 各都道府県において第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業が2023年度までかけて進められることとなるため、その作業と併せて、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを求める。

また、検討状況については、定期的に公表を求める。

各地域における検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域については、その検討・取組を「重点支援区域」や「病床機能再編支援制度」等により支援する。

c. 都道府県が運営する地域医療構想調整会議における協議の促進を図る環境整備として、広く地域の医療関係者等が地域医療構想の実現に向けて取り組むことができるよう、議論の促進に必要と考えられる情報・データの利活用の在り方、地域医療構想調整会議等における議論の状況の「見える化」やフォローアップの在り方等について、法制上の位置付けも含め、自治体と丁寧な検討の上、地域医療構想を着実に進めるために必要な措置を講ずる。

d. 地域医療構想の議論の進捗状況を踏まえつつ、各都道府県において、第8次医療計画を策定する。

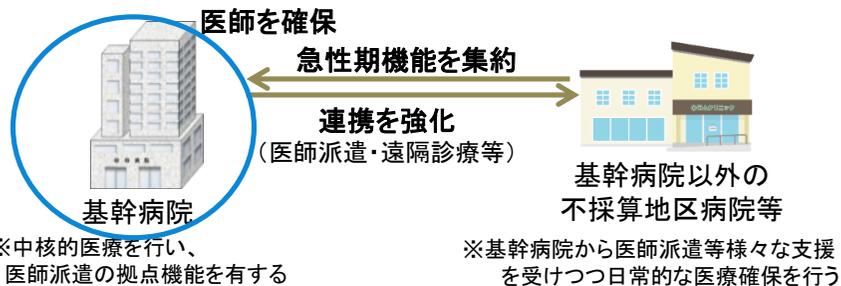
# 公立病院経営強化に係る地方財政措置等における対応

## 各公立病院に策定を求める プランのポイント

### 【ポイント①】機能分化・連携強化の推進

- ・地域の中で各公立病院が担うべき役割や機能を明確化・最適化（特に、基幹病院に急性期機能を集約し、医師を確保した上で、それ以外の不採算地区病院等との連携を強化）

#### 機能分化・連携強化のイメージ



### 【ポイント②】医師・看護師等の確保、働き方改革

- ・不採算地区病院等への医師・看護師等の派遣の強化
- ・働き方改革の推進

### 【ポイント③】経営形態の見直し

- ・柔軟な人事・給与制度を通じて医師等の確保につながる経営形態の見直しを引き続き推進

### 【ポイント④】新興感染症に備えた平時からの対応

- ・方向性①～③に沿った取組の徹底
- ・感染拡大時に転用しやすい施設・設備の整備

## 地方財政措置等における対応

- 「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）（交付税措置率40%。通常分は25%）の延長・拡充

- ・病院数の減に関する要件の見直し

（複数病院の統合（病院減が原則）の場合のほか、基幹病院が医師派遣の増加等の支援を強化し、救急医療など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にも、新たな基幹病院の整備費全体を対象経費とする）

- ・システム関係経費の拡充（経営統合に伴うシステム統合のほか、医療情報の連携等を対象に追加）

- 医師派遣等に係る特別交付税措置の拡充

- ・看護師等医療従事者の派遣、診療所への派遣を対象に追加
- ・派遣元に対する措置の拡充（繰出額に対する措置の割合を0.6→0.8に引上げ）

- 先進事例の横展開

- 専門アドバイザーの派遣による助言

※新興感染症に備えた平時からの対応に関する政府の方針と併せて検討

#### 【その他の措置】実態を踏まえた単価の改定等

- ・不採算地区病院への繰出金に係る特別交付税措置の基準額の見直し（30%引上げ）を、令和4年度も継続
- ・地方交付税措置の対象となる建築単価の上限の見直し（36万円/m<sup>2</sup>→40万円/m<sup>2</sup>）

# 機能分化・連携強化に伴う施設・設備の整備への病院事業債(特別分)【R4拡充】

- 公立病院は、医師不足等による厳しい経営状況に直面する中、地域の中で各公立病院が担うべき役割や機能を明確化・最適化する「機能分化・連携強化」を通じて、医師確保等の経営強化を図り、持続可能な地域医療提供体制を確保する必要。
- こうした機能分化・連携強化の取組を後押しするため、公立病院経営強化プランに基づき令和9年度までに行われる公立病院等の機能分化・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

○経営主体が統合されること。

### B. 複数病院の相互の医療機能の再編

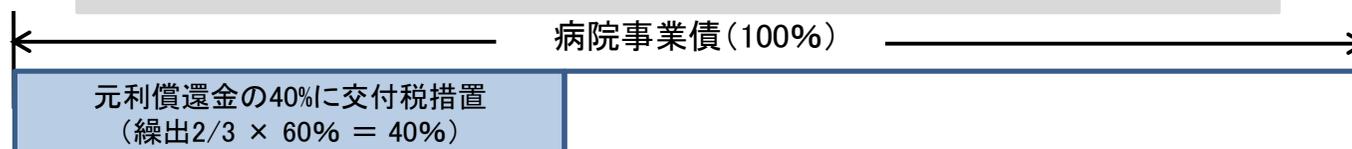
○地域医療構想に沿って、関係病院等間において、以下に掲げる全ての取組が行われること。

- 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

- ①病院・診療所間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統合等に伴う基幹病院の整備  
  - ・機能分化・連携強化にあたって新たに基幹病院の整備が必要となる場合に限る。
  - ・「B. 複数病院の相互の医療機能の再編」の場合は、ウの取組により救急医療など地域において必要とされる不採算地区病院の医療機能を維持する旨が、統合協定書、連携協約等において明示される場合に限る。

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



(参考)通常の病院事業債のスキーム



# 「不採算地区病院の医療機能を維持」の要件について

- 公立病院が医師不足等による厳しい経営状況に直面する中、過疎地等に所在し、医師等の確保が特に困難である不採算地区病院の医療機能を維持・確保するためには、不採算地区病院において医療機能の見直しを行うとともに、医療資源が充実した基幹病院との連携を強化することが必要。
- このため、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)においては、「B. 複数病院の相互の医療機能の再編」の場合であっても、対象要件ウの取組(基幹病院から不採算地区病院への医師派遣の相当程度の増加及び遠隔診療等の支援)により、救急医療など地域において必要とされる不採算地区病院の医療機能を維持する旨が、統合協定書、連携協約等において明示される場合に限り、対象経費⑤「統合等に伴う基幹病院の整備」を病院事業債(特別分)の対象とすることとしている(「A. 複数病院の統合」(病院減が原則)の場合には、現行通り統合に伴う新病院の整備は対象経費となる)。具体的には以下の通り。

## 1. 「救急医療など地域において必要とされる不採算地区病院の医療機能」とは

→ 地域において必要とされる医療機能は地域の実情によって様々であり、下記3. の統合協定書、連携協約等において具体的に明らかにしていただく必要がある。

## 2. 「医療機能を維持する」とは

→ 対象要件ウの取組(基幹病院から不採算地区病院への医師派遣の増加、遠隔診療等の支援)により、以下のいずれかが可能となる場合を指す。

- ① 診療科目又は救急等の病院機能の新設・再開
- ② 休止に直面している診療科目又は救急医療等の病院機能の維持
- ③ 機能見直しに伴い対応が困難となる診療科目又は救急医療等の病院機能の維持
- ④ その他これらに類する場合

## 3. 「統合協定書、連携協約等において明示」とは

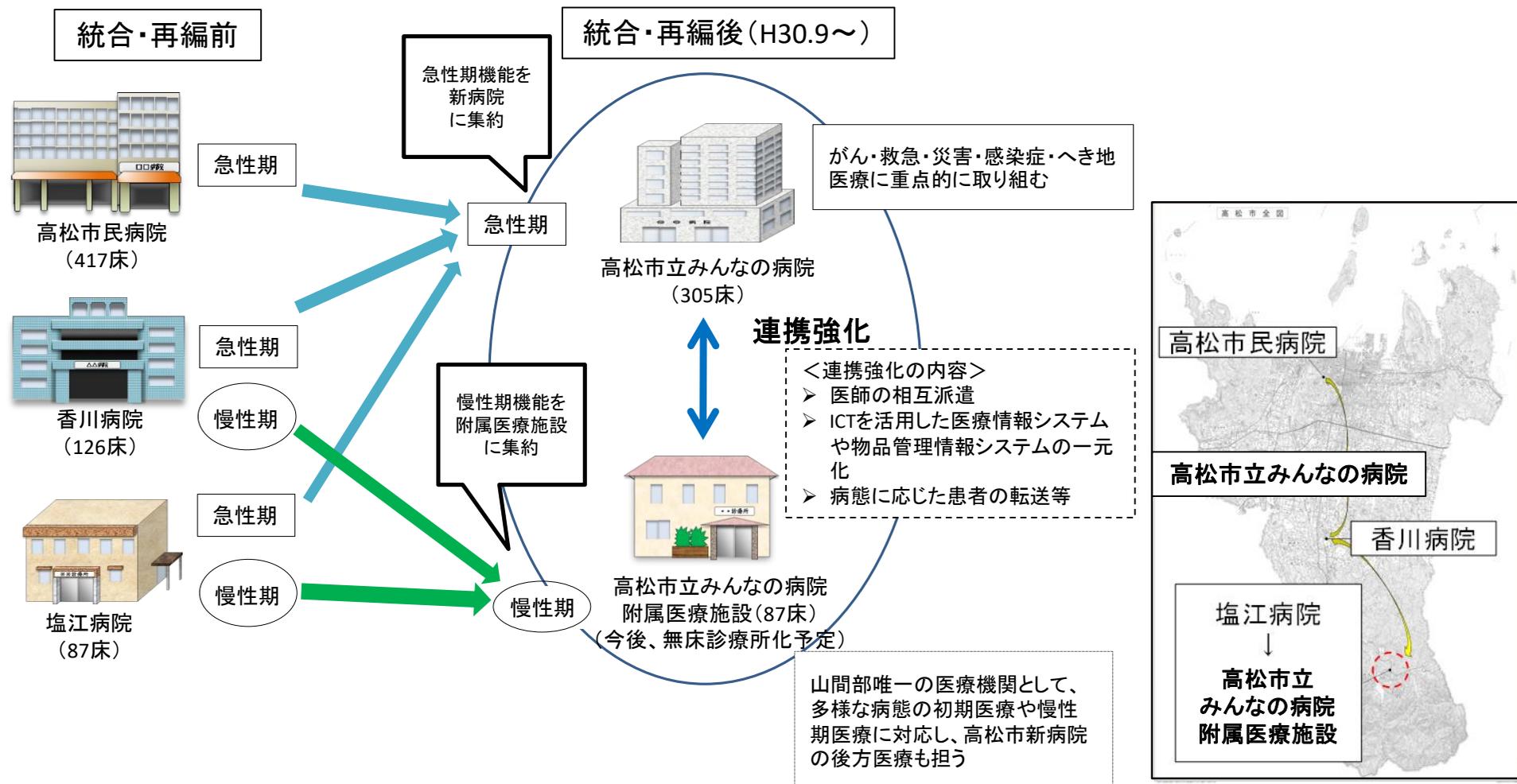
→ 経営主体を統合する場合には統合協定書等、経営主体の統合を伴わない場合には地方自治法第252条の2に基づく連携協約等の手続きにより、新たな基幹病院が行う支援の内容や維持される不採算地区病院の医療機能等について、関係自治体間で合意した内容を、議会に報告し住民に情報を公開することを指す。

→ 上記1の医療機能維持のため統合協定書、連携協約等に具体的な支援内容を記載することが必要。その際、医師派遣回数相当程度の増加を盛り込むことが必要。「相当程度」とは上記医療機能の維持のため不足する医師を補完する程度を指す。

# 機能分化・連携強化の事例(自治体病院間)①

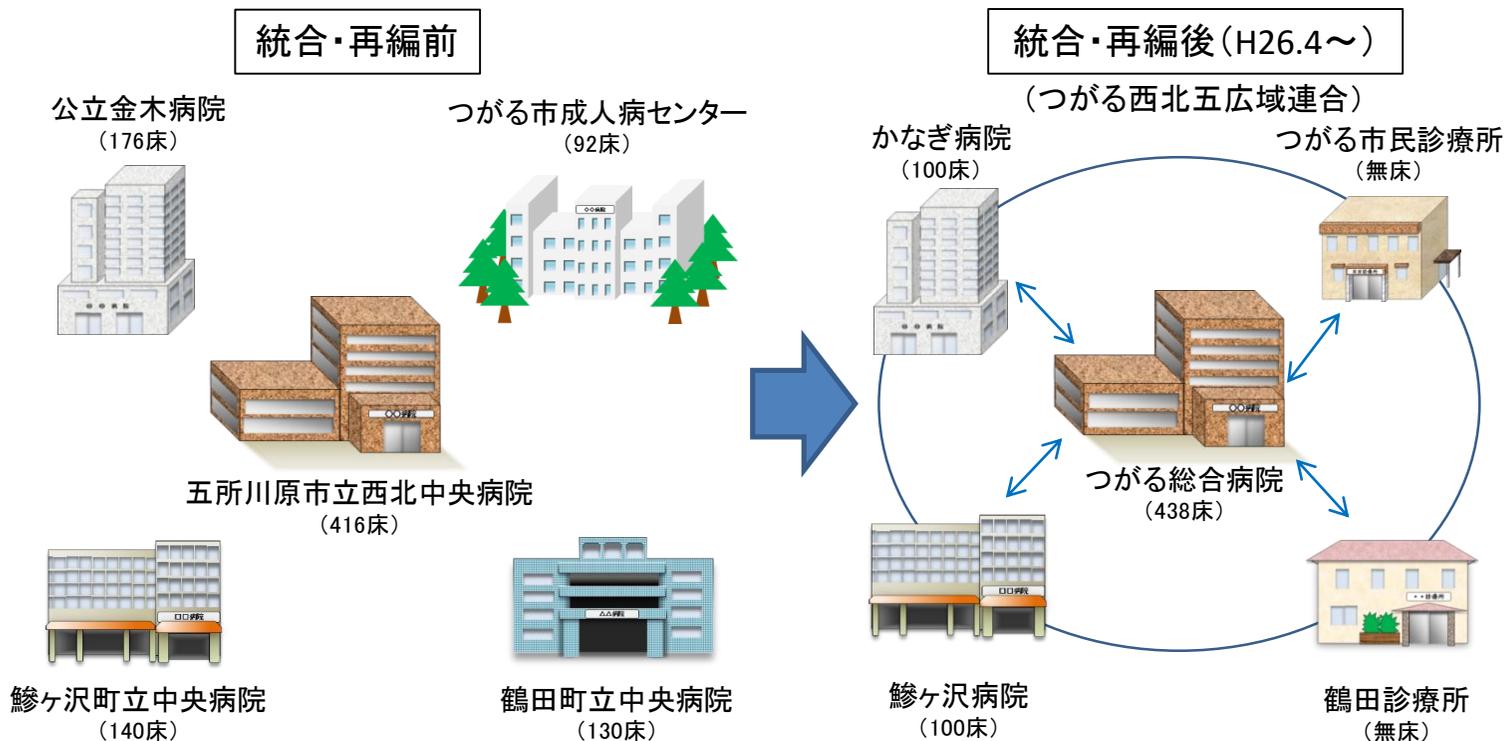
## 香川県高松市内の3公立病院の機能分化・連携強化

- 高松市民病院と香川病院を移転統合して「高松市立みんなの病院」を建設し、塩江病院をその附属医療施設とする再編  
 「高松市立みんなの病院」: 高松市医療全体の最適化を目指すリーディングホスピタルとして地域の医療水準の向上を図る  
 「附属医療施設」: 山間部唯一の医療機関として多様な病態の初期医療等に対応するとともに、「高松市立みんなの病院」の後方支援病院としての機能も担う



# 機能分化・連携強化の事例(自治体病院間)②

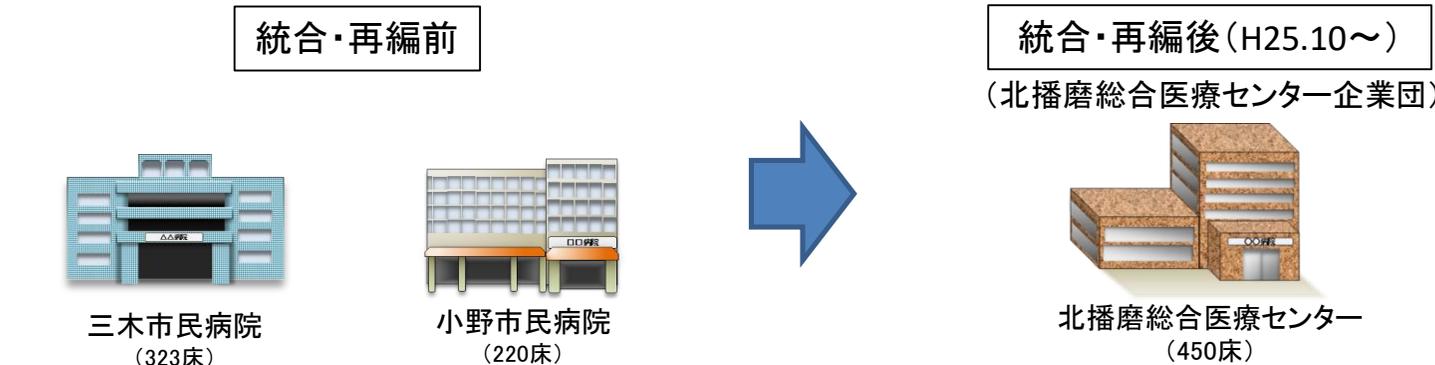
## 基幹病院・サテライト型(青森県西北五医療圏の例)



### <取組による主な効果>

- ・ 広域連合内の医師数が増加 (50名 (H23)→61名 (H26))するとともに、中核病院の診療科が充実 (16診療科→21診療科)。
- ・ 関係医療機関において患者情報を共有し、切れ目ない医療提供を実現。

## 統合型(兵庫県三木市・小野市の例)



### <取組による主な効果>

- ・ 医師数が増加 (62名 (H24)→88名 (H25))し、診療科が充実 (21診療科→33診療科)
- ・ 休止・縮小していた分娩や小児救急を開始・拡充するなど、必要とされる地域医療を確保。

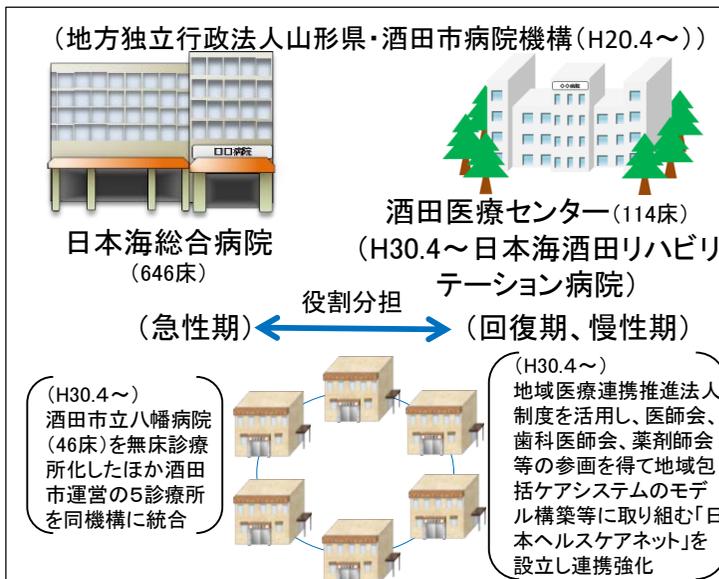
# 機能分化・連携強化の事例(他自治体・民間との統合例)

## 県・市統合型(日本海総合病院の例)

### 統合・再編前



### 統合・再編後(H20.4~)



### <取組による主な効果>

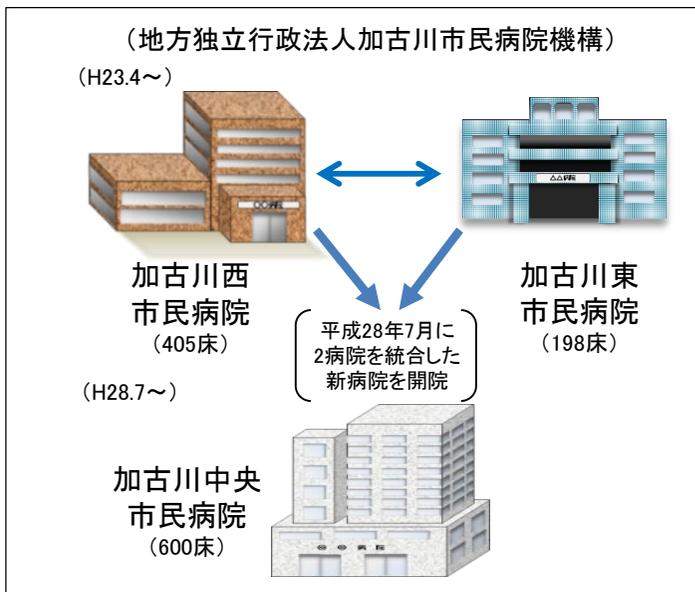
- 〈日本海総合病院〉
  - ・酒田医療センターから診療科を移行して、急性期病院として集約を図り、手術件数の増加、平均在院日数の短縮を実現。
- 〈日本海酒田リハビリテーション病院〉
  - ・療養病床への移行(7科→2科)、回復期リハビリテーション機能の強化により、回復期・慢性期に対応
  - ・2病院間の役割分担と、人員配置の弾力化により、医師数の増加(105名(H19) → 157名(H30))等を実現。

## 官・民統合型(兵庫県加古川中央市民病院の例)

### 統合・再編前



### 統合・再編後



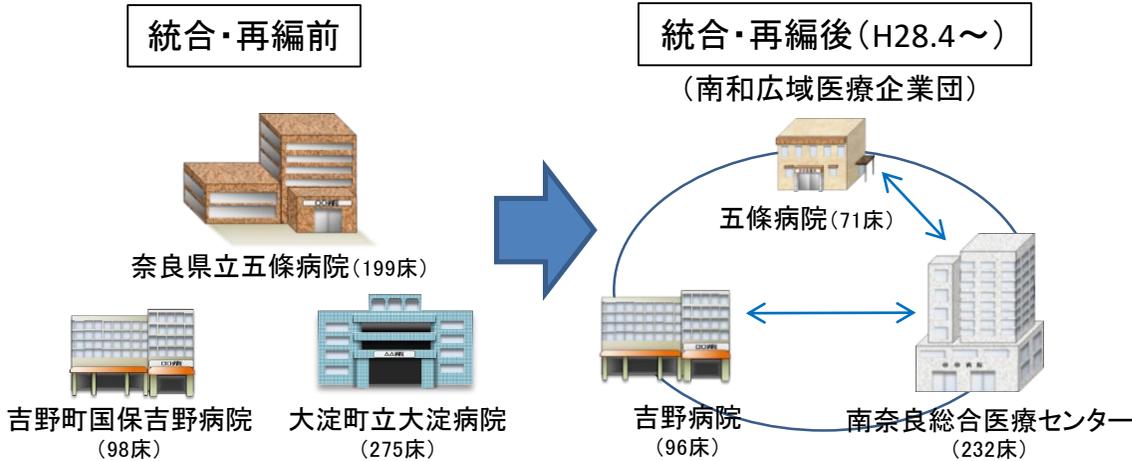
### <取組による主な効果>

- ・教育支援機能を充実し、豊富な臨床経験を可能とするなど、病院の魅力を高めることにより、医療スタッフを確保(医師99名(H22)→137名(H28))。
- ・医療スタッフの確保、経営統合による2病院間の柔軟な人員配置等により、効果的かつ総合的な診療体制を実現(19科→30科)。
- ・休床中の病床の段階的な再開(稼働病床526床→600床)を実現。

# 県立病院等と不採算地区病院等との連携事例

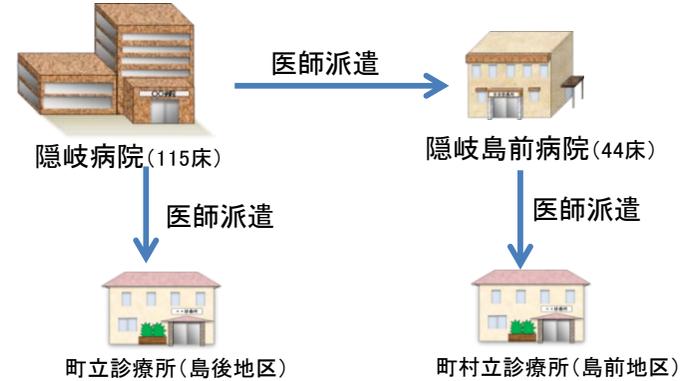
○ 不採算地区病院の経営を、県と市町村が共同で行うことにより県のリソースを活用することが可能となり、医師・看護師の確保、財源の確保等が図られ、救急、診療科目の維持等地域医療の確保が可能となった事例が報告されている。

## 【参考1】南和広域医療企業団の事例



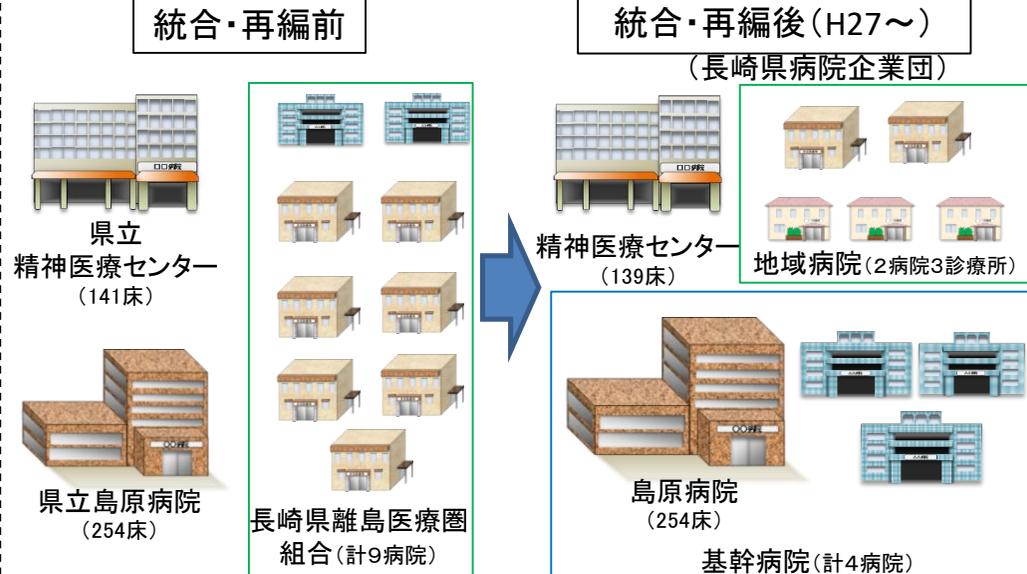
## 【参考2】隠岐広域連合の事例

※平成11年に県と隠岐の4町村とで広域連合を設置。



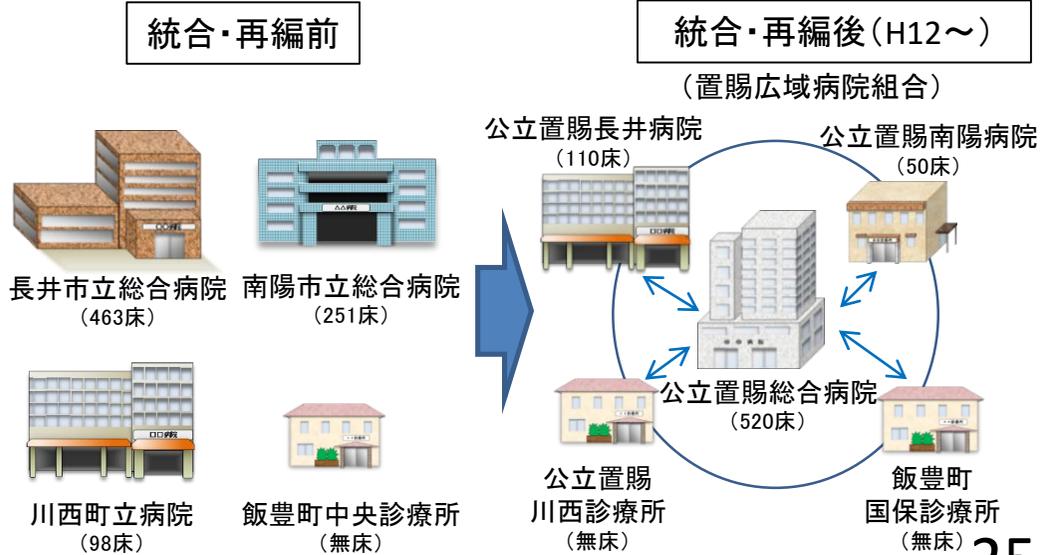
## 【参考3】長崎県病院企業団の事例

※平成21年度に県と市町とで一部事務組合を設立し、圏域内の病院を再編。



## 【参考4】置賜広域病院組合の事例

※平成7年度に県と2市2町とで一部事務組合を設立し、圏域内の病院を再編。



# 医師・看護師派遣等に係る地方財政措置【R4拡充】

- 医師・看護師等の医療従事者の確保が困難である過疎地等の公立病院・診療所の医療提供体制を維持・確保するため、地域の拠点病院からの医師・看護師等の派遣に係る経費に対して特別交付税を措置。
- 医療従事者の働き方改革にも対応するため、令和4年度から、看護師、薬剤師、技師等の医療従事者の派遣、公立診療所への派遣を追加するとともに、医師・看護師等の派遣元病院に対する措置を拡充。

## 派遣元病院

### ○対象医療機関

公立病院(一般行政病院、公立大学法人を除く)、公的病院等  
※ 派遣先は公立病院・公立診療所に限る

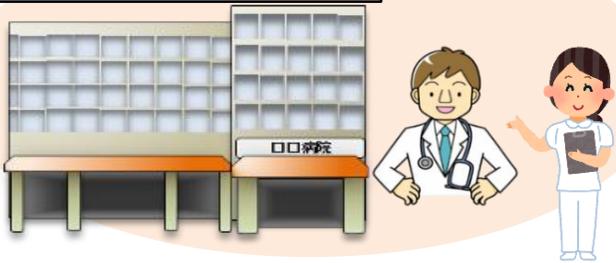
### ○対象経費

派遣元の公立病院及び公的病院等が派遣期間中に派遣医師・看護師等を確保するための経費(派遣医師・看護師等に支給する給与費)への繰出金に対して特別交付税措置  
※ R4から看護師等の医療従事者の派遣を追加

### ○算定方法

基準額(単価×派遣日数)と一般会計繰出額×0.8  
のどちらか少ない額 ※R4から0.6→0.8へ拡充

## 地域の拠点病院



医師・看護師等を派遣  
※同一自治体間の派遣は対象外

## 派遣先病院等

### ○対象医療機関

・公立病院(一般行政病院、公立大学法人を含む)  
・公立診療所 ※R4から追加  
※ 派遣元の医療機関等の種類は問わない

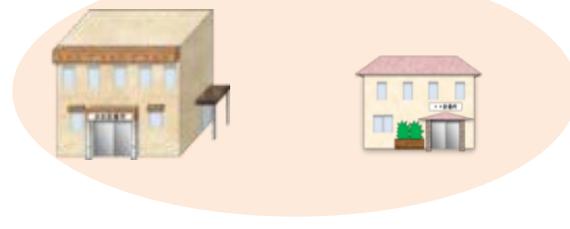
### ○対象経費

医師・看護師等の派遣を受けることにより生じる経費(旅費、派遣元病院への負担金)への繰出金に対して特別交付税措置  
※ R4から看護師等の医療従事者の派遣を追加  
※報酬、賃金、手当等の労働の対価として支払った経費は対象外

### ○算定方法

一般会計繰出額×0.6

## 医師・看護師等が不足している公立病院・診療所



# 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【R4継続】

- 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年度に行った不採算地区病院への特別交付税の基準額引上げ(30%)を令和4年度も継続することとする。

## 【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】



$$\text{特別交付税措置額} = \text{一般会計繰出金} \times 0.8$$

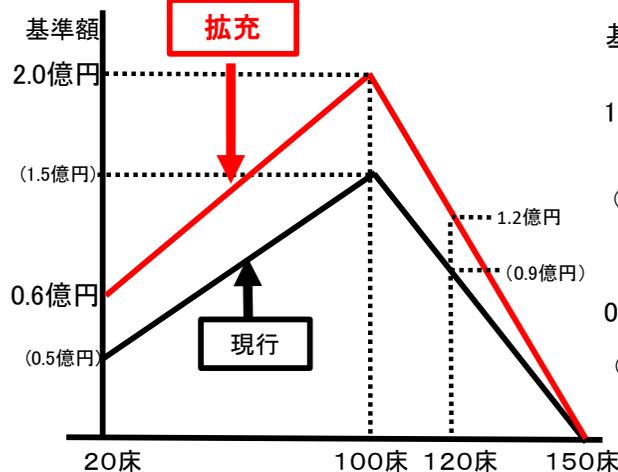
<病床数に応じた基準額あり>

- (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  
※人口3万人以上の場合は基準額を通減

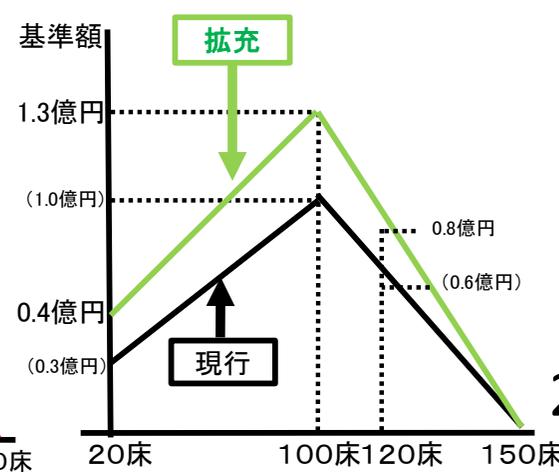
不採算地区病院について想定されるコストアップ  
に対応する観点から、基準額を**30%**引き上げ

<厚生連、日赤等の公的病院等も同様の措置を講じる>

1種の算定イメージ



2種の算定イメージ



# 公立病院の新設・建替等に対する地方交付税措置の対象となる建築単価について

○ 公立病院の新設・建替等に対する地方交付税措置の対象となる建築単価の上限を、最近の建設費の状況等を踏まえ、36万円/㎡から40万円/㎡へ引上げることとし、令和3年度の病院事業債から適用(継続事業についても、令和3年度分の病院事業債から適用)。

## (参考)

### 【公立病院】

	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度
件数(件)	38	43	38	29	14	19	26	19	22	17
平均建築単価(千円/㎡)	307	326	353	472	491	406	436	444	480	475

### 【公的病院】 ※日赤、済生会、厚生連、国立病院機構

	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度
件数(件)	24	26	25	10	8	17	4	6	4	9
平均建築単価(千円/㎡)	214	259	321	358	415	364	405	396	401	406

13%増

### 【公立病院を除く民間病院等】 ※1

	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度
平均建築単価(千円/㎡)	208	220	239	275	301	346	347	365	392	370

35%増

### ○公共工事設計労務単価 ※2

	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度
公共工事設計労務単価の伸び率(全国)	+15.1%	+7.1%	+4.2%	+4.9%	+3.4%	+2.8%	+3.3%	+2.5%	+1.2%

22%増

### ○建築費指数 ※3

	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度
建築費指数【H23年度基準】	100	102	106	115	118	115	117	121	124	125

9%増

※1 出典:「2020年度福祉・医療施設の建設費について」(2021.7.8 独立行政法人福祉医療機構)

※2 出典:「令和3年3月から適用する公共工事設計労務単価について」(2021.2.19 国土交通省)

※3 建物を建築する際の工事価格の変動を明らかにすることを目的として、一般財団法人建設物価調査会が算出する建築工事に関する一種の物価指数(毎年4月に前年度平均を公表)

# 病院事業に係る主な地方交付税措置

## 1 普通交付税(令和3年度)

区分	算定額
病床割	720千円×稼働病床数
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)

## 2 特別交付税

※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3年度単価	(括弧書きはR2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 <sup>(※1)</sup> +30,810千円 (1,312千円×稼働病床数+23,700千円)
		第2種	1,138千円×最大使用病床数 <sup>(※1)</sup> +20,540千円 (875千円×稼働病床数+15,800千円)
	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 <sup>(※2)</sup> (1,549千円×調整後病床数)
		第2種	1,343千円×調整後病床数 <sup>(※2)</sup> (1,033千円×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 <sup>(※3)</sup> (1,549千円×調整後病床数)	
	第2種	1,033千円×調整後病床数 <sup>(※3)</sup> (1,033千円×調整後病床数)	
③結核病床		1,633千円	(1,633千円)
④精神病床(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		310千円	(310千円)
⑥周産期医療病床 (R2拡充)	第1種	6,500千円	(6,500千円)
	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(R2拡充)		1,575千円	(1,575千円)
⑧感染症病床		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

# 不採算地区中核病院に係る特別交付税措置【令和2年度創設】

## 趣旨

過疎地等の民間病院の立地が困難な経営条件の厳しい地域において、二次救急や災害時等の拠点となる中核的な公立病院について、その機能を維持するための繰出しに対して、地方財政措置を講じる。

## 措置内容

### 1. 対象要件

「不採算地区」※に所在する100床以上500床未満の許可病床を有する公立病院であって、次の i) 及び ii) を満たすこと。

- i) 都道府県の医療計画において、二次救急医療機関又は三次救急医療機関として位置づけられていること
- ii) ヘキ地医療拠点病院又は災害拠点病院の指定を受けていること

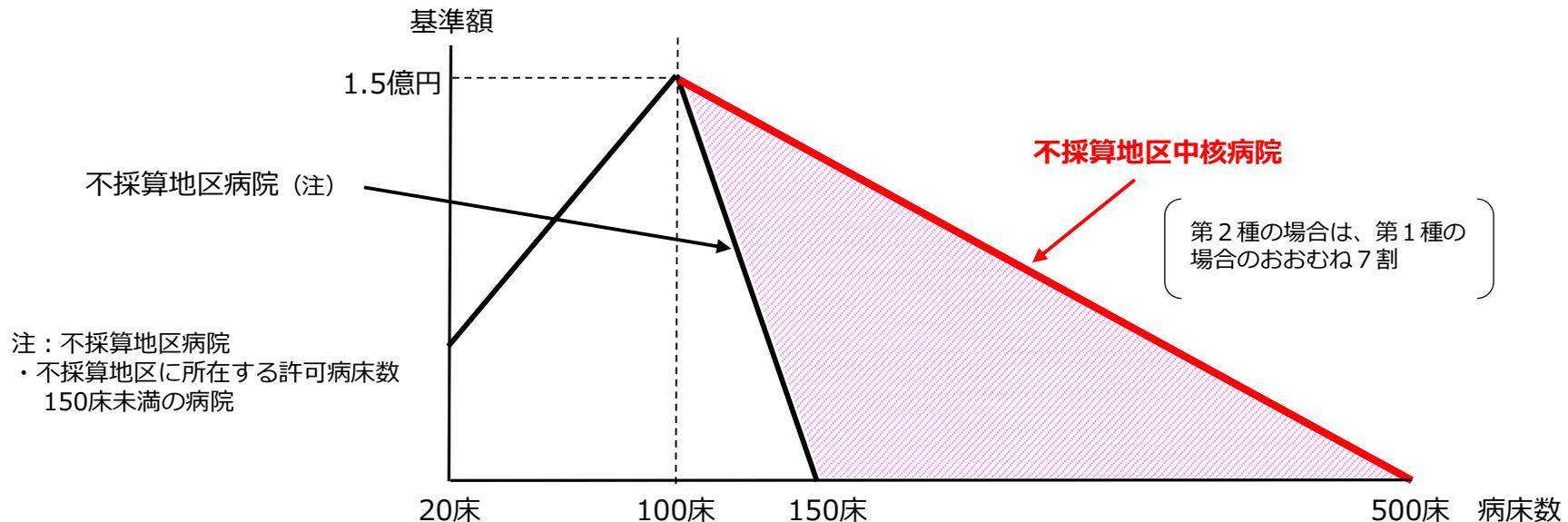
※「不採算地区」とは、次に掲げる条件を満たす地域

- ・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

### 2. 財政措置

要件に該当する中核的病院の機能を維持するために特に必要な経費に係る繰出しに対し、特別交付税措置を講じる。

#### 不採算地区中核病院及び不採算地区病院の基準額のイメージ（第1種の場合）



○ 厚生連、日赤等の公的病院等も同様の措置を講じる。

# 災害拠点病院等の耐震化等に対する地方財政措置

○災害拠点病院等の耐震化や災害時の救急医療確保のための施設整備について、地方財政措置。

＜対象医療機関＞

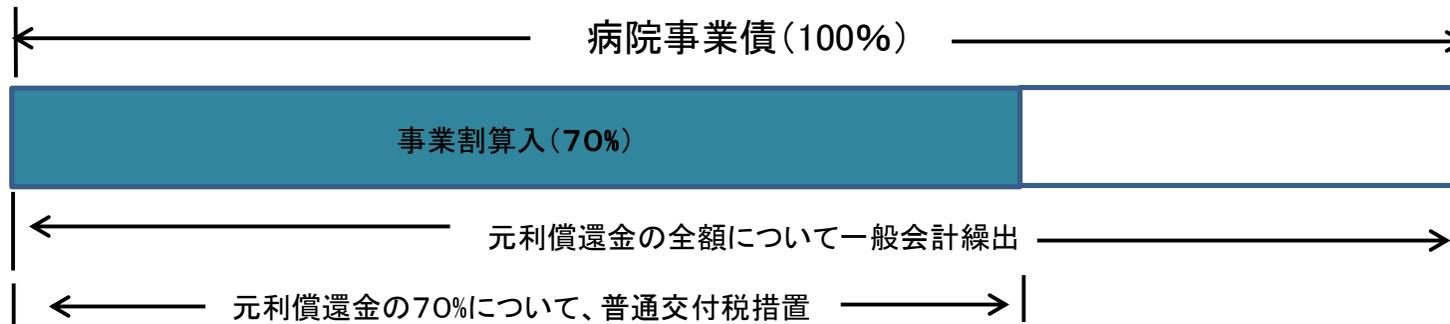
- ① 災害拠点病院(基幹災害拠点病院及び地域災害拠点病院)
- ② 災害拠点精神科病院
- ③ 地震防災対策特別措置法に基づき、都道府県が策定する「地震防災緊急事業5箇年計画」に基づいて耐震化を必要とする病院
- ④ 土砂災害危険箇所にある病院
- ⑤ 救命救急センター、病院群輪番制病院、小児救急医療拠点病院等の救急医療を担っている病院等

＜対象事業＞

通常の診療に必要な施設を上回る施設の下記の整備事業(病院建物の新築、増改築等にあわせて行う場合を含む。)

- ・ 耐震化のための既存建物に対する補強工事
- ・ 備蓄倉庫、自家発電装置、受水槽、ヘリポート、免震装置等の設置(これらの設備の嵩上げ・上層階への移設を含む。)
- ・ 外壁の補強、防護壁の設置その他土砂災害防止に必要な施設整備

○ 災害拠点病院等の耐震化等に対する地方財政措置のイメージ(通常の診療に必要な施設を上回る施設分)  
対象事業に充てた病院事業債について、元利償還金の全額を一般会計から繰り出すこととし、当該繰出額について普通交付税措置。



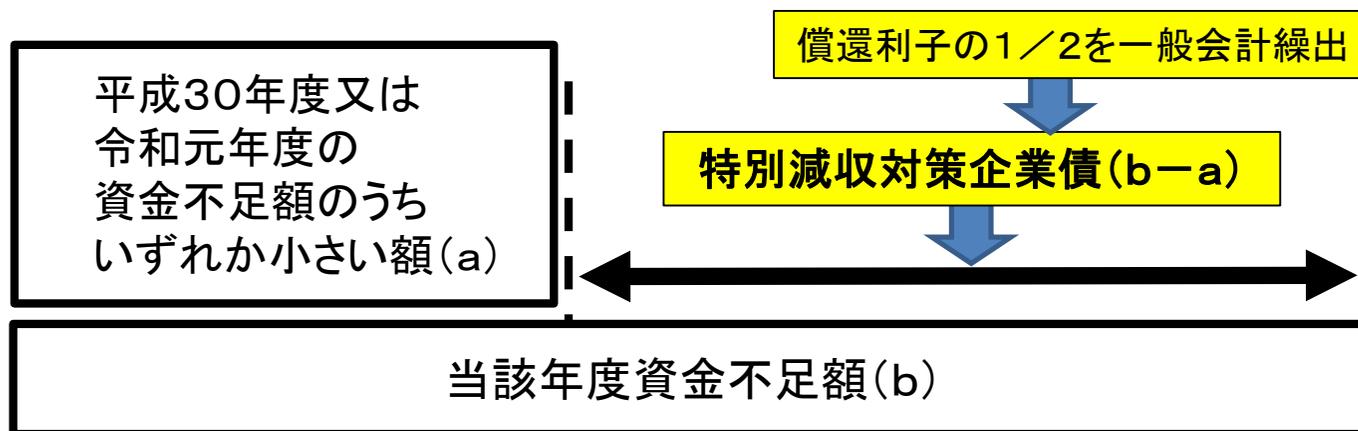
# 新型コロナウイルス感染症に係る公営企業の特別減収対策企業債の延長について

新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のための取組に伴う利用者の減少等により、公営企業において大幅な収入減が発生していることから、交通、病院など住民生活に不可欠な公営企業の資金繰りを円滑にするため、令和2年度に資金手当措置として「特別減収対策企業債」の制度を創設。

新型コロナウイルス感染症の影響により令和4年度も公営企業の減収が発生する恐れがあることから、同感染症に伴う減収による資金不足について、令和4年度も引き続き「特別減収対策企業債」の制度を継続。

## <措置の内容>

- 新型コロナウイルス感染症により資金不足額が発生又は拡大する公営企業は、当該不足額について資金手当に係る企業債が発行できる(特別減収対策企業債)。
- 発行済の特別減収対策企業債の償還利子の1/2の額を一般会計から繰出し。  
なお、当該繰出しには特別交付税措置(措置率0.8)を講じる。
- 償還年限は原則15年以内



## <病院事業発行額>

○令和2年度発行額 247億円

○令和3年度同意額(二次協議まで) 20億円

# 公立病院医療提供体制確保支援事業【R3創設】

## 地域医療振興協会

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

### 【支援内容例】

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

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

総務省

### 【基礎的支援】※総務省と地方公共団体金融機構(JFM)の共同事業

地域医療振興協会からアドバイザーを継続派遣

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

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

### 【専門的支援】※総務省と地域医療振興協会の共同事業

地域医療振興協会の支援メニューを活用した診療・経営改革支援の実施計画作成

・地域医療振興協会が支援対象市町村と協定を締結して実施

・支援期間・費用は市町村と地域医療振興協会にて協議。**一般会計繰出額の8割について特別交付税措置**(措置上限額4百万円)

・支援対象市町村は公募を行い、地域医療振興協会・都道府県の意見を踏まえて**総務省が決定(3~5団体/年)**

病床機能転換等を検討したい  
中小規模市町村立病院

へき地等に所在する二百床未満程度の病院を想定

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

### <R3実績>

基礎的支援：南魚沼市民病院(新潟県南魚沼市)、国保備前病院(岡山県備前市)

専門的支援：有田市民病院(和歌山県有田市)

# 「経営改革支援」「診療支援」を一体的に担う支援事業主体

## 公益社団法人 地域医療振興協会

会長 高久 史磨(自治医科大名誉学長) 理事長 吉新 通康(自治医科大一期生)

【設立目的】へき地を中心とした地域保健医療の調査研究及び地域医学知識の啓蒙と普及、地域保健医療の確保と質の向上等住民福祉の増進、地域の振興に寄与

【設立年月】1986年5月設立 2009年12月公益社団法人へ移行

**自治医科大卒業生が中心となって設立。以後、自治医科大の卒業生・協会の趣旨に賛同する他の医科大学の卒業生によって各地の病院等の直営又は委託等による運営を実施。**

### 主要事業① 自治体からの指定管理又は直営による病院・診療所・介護施設の施設運営事業

運営施設: 病院**25**施設 診療所(附属等除く)**45**施設 介護施設**18**施設  
(病床数・5038)

正職員数 9,143人 常勤医師数 **1,188**人

### 主要事業② へき地等医師不足が深刻な地域に係る医師派遣・診療支援事業

代診医等派遣延べ日数 **1,911**日 遠隔画像診断支援 **47,636**件

### 主要事業③ 地域医療を担う総合医の育成等を目的とした医師研修事業

医療従事者等1764人を対象に、延べ日数・約2万日の研修受入れ

臨床研修医99名・専攻医125名を対象に臨床研修医養成事業を実施

## 実施スケジュールの概要

日 程	専門的支援	基礎的支援
令和3年12月下旬	支援病院の公募 (公募期間2ヶ月程度)	
令和4年1月下旬		アドバイザーリストの策定
令和4年2月下旬	公募締切→選考開始	アドバイザーリストの団体への通知、 派遣申請1次照会
令和4年3月下旬		1次申請締切
令和4年4月上旬	支援病院の決定	(4月以降)アドバイザー派遣開始
令和4年5月中旬		派遣申請2次照会
令和4年6月上旬	地域医療振興協会と支援病院との 協定書締結	
令和4年6月中旬		2次申請締切
令和4年7月下旬		派遣申請3次照会
令和4年8月下旬		3次申請締切
令和4年10月上旬	進捗状況の報告	
令和5年2月上旬	進捗状況の報告	
令和5年4月下旬	事業報告書の提出	

「基礎的支援」は後述の「地方公共団体の経営・財務マネジメント強化事業」として実施。アドバイザー派遣の要請手続きも当該事業の中で下水道事業等他の事業と一括して実施予定。

# 公立病院に関するその他の施策について

## 看護職員等処遇改善補助金の概要

厚生労働省資料  
(令和3年12月27日都道府県看護行政担当者等会議)

「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」(令和3年11月19日閣議決定)に基づき、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、収入を1%程度(月額4,000円)引き上げるための措置を、令和4年2月から前倒しで実施するために必要な経費を都道府県に交付する。

- ◎ **対象期間** 令和4年2月～9月の賃金引上げ分(以降も、別途賃上げ効果が継続される取組を行う)
- ◎ **補助金額** 対象医療機関の看護職員(常勤換算)1人当たり月額平均4,000円の賃金引上げに相当する額  
※ 4,000円の賃金引上げに伴う社会保険料の事業主負担の増加分も含む
- ◎ **対象となる医療機関**：以下の全ての要件を満たす医療機関
  - ✓ 地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関であること：一定の救急医療を担う医療機関(救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台/年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関)
  - ✓ 令和4年2・3月分(令和3年度中)から実際に賃上げを行っていること(医療機関は都道府県に賃上げを実施した旨の用紙を提出。メール等での提出も可能。)。なお、令和4年2月分の支給に間に合わない場合は、3月に一時金等により支給することを可能とする。
  - ✓ 令和4年4月分以降は、賃上げ効果の継続に資するよう、補助額の2/3以上をベースアップ等(基本給又は決まって毎月支払われる手当による賃金改善)に使用すること。なお、就業規則(賃金規程)改正に一定の時間を要することを考慮し、令和4年2・3月分は一時金等による支給を可能とする。
- ◎ **賃金改善の対象となる職種**
  - ✓ 看護職員(看護師、准看護師、保健師、助産師)
  - ✓ 医療機関の判断により、看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの賃金改善に充てることが可能
- ◎ **申請方法** 対象医療機関が都道府県に対して、看護職員・その他職員の月額の賃金改善額の総額(対象とする職員全体の額)を記載した計画書を提出
- ◎ **報告方法** 対象医療機関が都道府県に対して、賃金改善実施期間終了後、看護職員・その他職員の月額の賃金改善額の総額(対象とする職員全体の額)を記載した実績報告書を提出

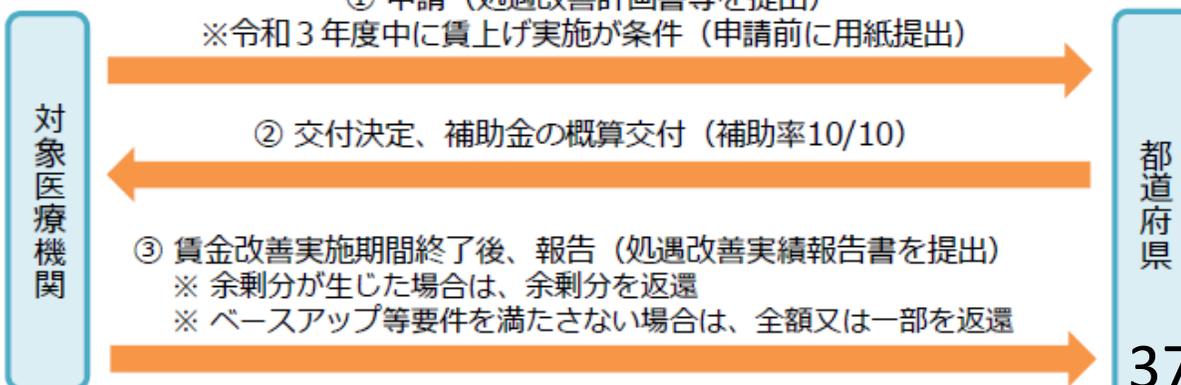
### ◎ 補助金の交付方法

対象医療機関は都道府県に対して申請を行い、都道府県から対象医療機関に対して補助金を交付(国費10/10、約215.6億円)

### ◎ 申請・交付スケジュール

- ✓ 賃上げ開始月(2・3月)に、その旨の用紙を都道府県に提出
- ✓ 実際の申請は、都道府県における準備等を勘案し、令和4年4月から受付、6月から補助金を交付
- ✓ 賃金改善実施期間終了後、処遇改善実績報告書を提出

### 【執行のイメージ】



# 公的部門(看護)における処遇改善事業の実施について(通知)

総行給第3号  
総財公第5号  
令和4年1月18日

各都道府県総務部長  
(人事担当課、財政担当課、市町村担当課、区政課、都道府県立病院担当課扱い)  
各指定都市総務局長  
(人事担当課、財政担当課、市立病院担当課扱い)  
各人事委員会事務局長  
関係一部事務組合管理者  
(都道府県・指定都市が加入するもの)  
関係広域連合の長  
(都道府県・指定都市が加入するもの)

殿

総務省自治行政局公務員部  
給与能率推進室長  
総務省自治財政局公営企業課長  
(公印省略)

## 公的部門(看護)における処遇改善事業の実施について

「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」(令和3年11月19日閣議決定)において、看護、介護、保育、幼児教育など、新型コロナウイルス感染症への対応と少子高齢化への対応が重なる最前線において働く方々の収入を上げることとされ、令和3年12月20日、令和3年度一般会計補正予算(第1号)が成立しました。

当該補正予算においては、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員(看護師、准看護師、保健師及び助産師をいう。以下同じ。)の処遇を改善するための補助事業が創設され、厚生労働省より別添のとおり実施要綱が発出されたところです。

当該事業は、各現場で働く地方公務員の処遇改善に必要な費用についても対象となっているところであり、各地方公共団体においては、地方公営企業に従事する職員及び公営企業型地方独立行政法人の職員を含め、今回の経済対策の趣旨を踏まえた上で、下記の点を参考にしつつ、事業の対象となる職員の処遇について、各団体の状況に応じて、対応をご検討いただくようお願いいたします。

また、各地方公共団体におかれましては、設立する地方独立行政法人に対して速やかにこの旨周知いただくとともに、各都道府県におかれましては、貴都道府県内の市区町村(指定都市を除く。)並びに企業団及び関係一部事務組合に対しても速やかにこの旨周知いただきますようお願いいたします。

本通知は、地方公務員法第59条(技術的助言)及び地方自治法第245条の4(技術的助言)に基づくものです。

記

対象医療機関に勤務する看護職員について処遇改善を行う場合の手法としては、対象となる職員の職務の特殊性、専門的知識の必要性や採用による欠員補充の困難性を考慮し、給料の調整額や初任給調整手当(パートタイム会計年度任用職員については、これらを加味した報酬額)を支給することなどが想定されること。

加えて、会計年度任用職員については、従来から会計年度任用職員制度の趣旨、職務の内容に応じた任用・勤務条件を確保するよう要請してきたことも踏まえ、次のような対応が想定されること。

- ・ 職務の内容や責任、職務遂行上必要となる知識、技術及び職務経験や民間の給与水準等が考慮された給与水準となるよう、給料表の級・号給設定の見直しを行うこと。
- ・ 再度任用時の加算について、類似する職務に従事する常勤職員の初任給決定基準や昇給の制度との権衡を考慮して、上限設定を緩和するなどの見直しを行うこと。

# マイナンバーカードの健康保険証利用(オンライン資格確認)について

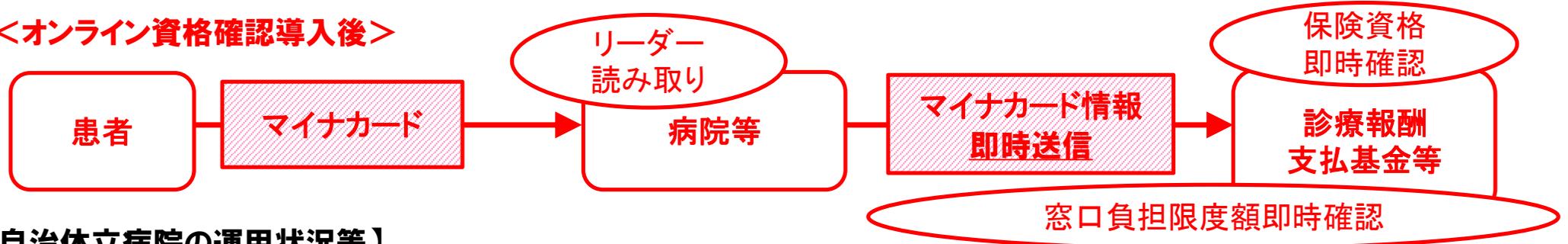
- ・オンライン資格確認は、**令和3年10月に本格運用開始。**
- ・住民にマイナカードの利便性を実感いただくためにも、**特に住民に身近な公立病院は、早急の導入が極めて重要。**
- ・各医療機関窓口でオンライン資格確認を行うには、**カードリーダー設置・既存システムの改修等が必要。**

## 【医療機関における保険証情報の取扱い】

<現行>



<オンライン資格確認導入後>



## 【自治体立病院の運用状況等】

(令和4年1月4日時点)

① 運用開始済みの病院	… 648 (73.8%)	} 合計 91.3%
② 令和3年度中に運用開始予定の病院	… 154 (17.5%)	
③ 令和4年度以降に運用開始予定の病院(※)	… 76 (8.7%)	

※ 大規模なシステム改修に併せて導入予定、導入に際し回線整備が必要な病院 等

⇒ **今後運用開始予定の病院においては、できる限り早期に導入できるよう、着実に準備を進める必要**

(参考) 民間病院、診療所、薬局等を含めた全医療機関での運用開始施設数(令和4年1月2日時点)  
22,823施設 / 229,402施設 (10.0%)

# 下水道事業における広域化・共同化の 推進について

# 下水道事業における広域化・共同化の推進について

## <広域化・共同化の推進の背景・効果>

- 人口減少等に伴うサービス需要の減少、施設等の老朽化に伴う更新需要の増大等、下水道事業を取り巻く経営環境が厳しさを増しつつある中で、下水道事業の持続的な経営の確保が求められているところ。
- 管渠を接続し、汚水処理場を統合する方策が最も効率的であり、市町村間の統合も積極的に推進する必要があるが、調整に難航するケースが多いことから、都道府県の調整が重要。
- 一方、地理的要因等により汚水処理場の統廃合が困難な地域においても、維持管理・事務の共同化により、維持管理費用の削減等の効果。

※広域化・共同化の効果事例：

- ①秋田市単独公共下水道の県流域下水道への接続（処理場の統廃合により、維持管理約70億円、改築更新投資約50億円の削減（50年間の試算））
- ②山形県新庄市と周辺6町村による処理場の集中管理（維持管理費用を年間約3,000万円削減）

## <「広域化・共同化計画」策定の要請>（国交省、農水省、環境省と連携）

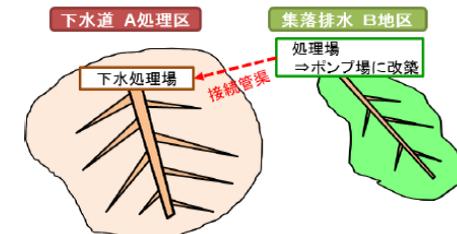
- 平成30年1月に、「汚水処理の事業運営に係る「広域化・共同化計画」の策定について」を発出し、各都道府県に対し、令和4年度までに「広域化・共同化計画」を策定することを要請。
- 策定支援のため、令和2年4月に「広域化・共同化計画策定マニュアル（改訂版）」を作成・公表
- 令和3年1月に、システム標準化を含むデジタル化の推進に関する事項などを同計画に盛り込むよう事務連絡を发出。
- 令和3年6月に、都道府県の強力なリーダーシップのもと令和4年度までに同計画を策定するよう改めて要請する事務連絡を发出。

※あわせて流域下水道の処理割合が高い都道府県等へのヒアリング実施を通知。

## <地方財政措置>

- （令和元年度～）複数市町村の事業に加え、市町村内で実施する複数事業の施設の統合に必要な管渠等の広域化・共同化に要する施設整備費について処理区域内人口密度等に応じ、元利償還金の28～56%を普通交付税措置（通常の建設改良事業においては、16%～44%（事業費補正分））
- （令和4年度～）流域下水道への統合及び同一下水道事業内の処理区統合に係る地方財政措置を拡充（詳細次頁以降）

### 【処理場の統廃合】



# 下水道事業の広域化に係る地方財政措置の拡充①

## 趣旨

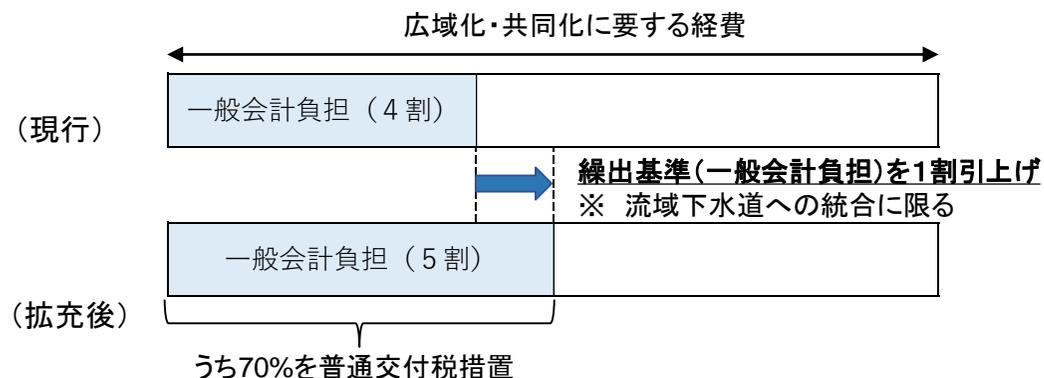
- 平成30年1月に関係省庁(国交省・総務省・農水省・環境省)連名で各都道府県に対し、令和4年度までに「広域化・共同化計画」を策定することを要請。
- これを受けて都道府県において令和4年度末までに広域化・共同化計画を策定するとともに、各地方団体において同計画に基づき施設の統廃合をはじめとした広域化・共同化に係る具体的な取組を進める必要。

## 下水道事業債(広域化・共同化分)に係る地方財政措置の拡充

### ① 流域下水道への統合に係る措置率の見直し

統合に要する経費の実態等を踏まえ、都道府県主導の流域下水道への統合の取組を推進する観点から、流域下水道への統合のために市町村が実施する接続管渠の整備・ポンプ場の設置について、繰出基準を1割引き上げる。

<処理区域内人口密度100人/ha以上の例>



<地方財政措置>

処理区域内人口密度 (人/ha)	(現行) 広域化分※	(拡充案) 流域下水道への 接続分
25未満	56%	63%
25以上50未満	49%	56%
50以上75未満	42%	49%
75以上100未満	35%	42%
100以上	28%	35%

※ 繰出基準：処理区域内人口密度に応じて4～8割  
交付税措置：普通交付税措置 7割

### ② 市町村内の処理区統合を対象に追加

現行措置(複数市町村の統合、市町村内の事業統合)に加え、市町村内の処理区統合を下水道事業債(広域化・共同化分)の対象に追加する。

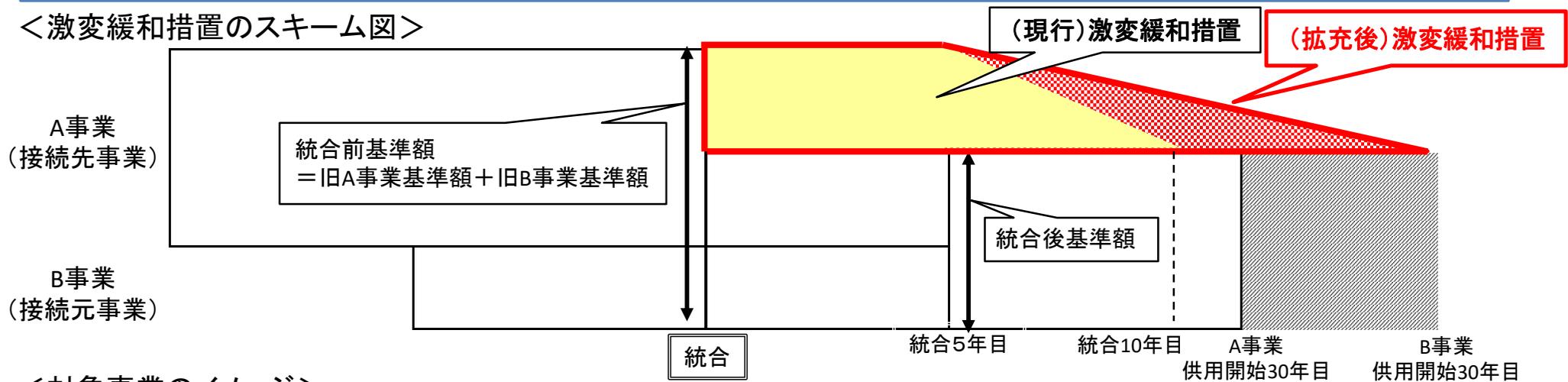
※①、②のいずれも広域化・共同化計画に基づき実施する整備事業を対象とする。

# 下水道事業の広域化に係る地方財政措置の拡充②

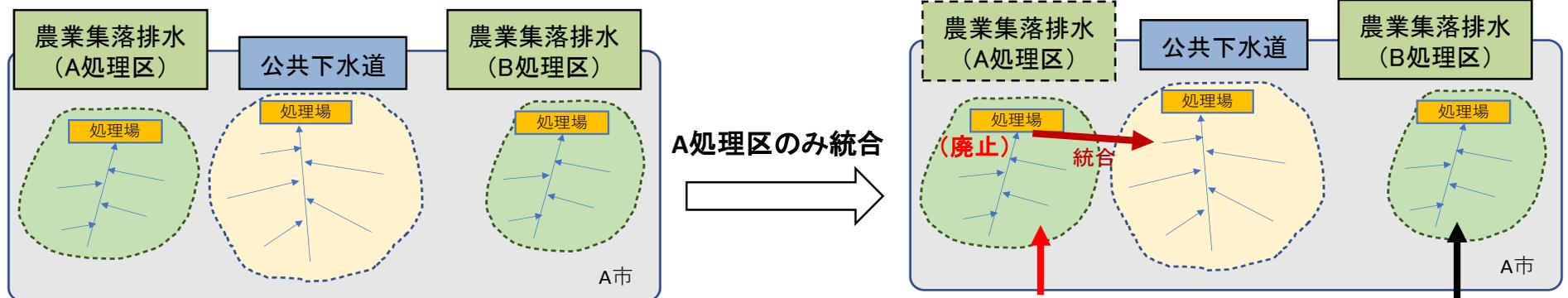
## 高資本費対策の激変緩和措置の拡充

- 広域化・共同化計画の策定に当たり、各地方団体において、公共下水道と集落排水の統合等が検討されていることに加え、令和4年度から社会資本整備総合交付金等の交付対象が拡充されることを踏まえて、公共下水道と集落排水の統合等の広域化を推進する観点から、事業統合に係る激変緩和措置の適用期間を拡充し、統合翌年度から接続元事業（下図のB事業）の供用開始30年目まで、高資本費対策の段階的縮減を実施する。ただし、広域化・共同化計画に基づき実施する事業統合を対象とする。
- この措置は、農業集落排水のうち一部の処理区を公共下水道に統合する場合など、下水道事業のうち一部の処理区を別の下水道事業に統合する場合も対象となる。（以下の「対象事業のイメージ」を参照）

### <激変緩和措置のスキーム図>



### <対象事業のイメージ>



高資本費対策の30年激変緩和措置の対象 存続した部分について要件を満たす場合、高資本費対策の対象

# 《参考》高資本費対策の概要

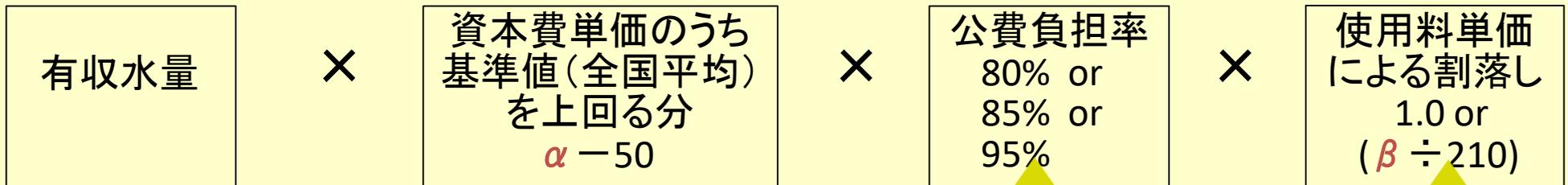
建設改良費が割高なため資本費が高額な下水道事業において、資本費負担の軽減を図ることにより、経営の健全性を確保することを目的として、資本費の一部を繰り出すとともに、交付税措置を講じるもの

1. 要件 供用開始後30年未満の下水道事業(特定公共下水道・流域下水道を除く。)のうち次の要件を満たすものに対して、下記の算式に基づき公費負担額を算出

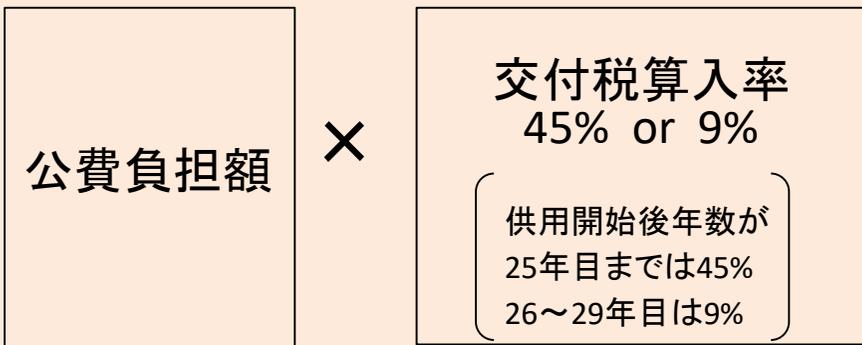
※ 以下の資本費は、令和3年度繰出基準の対象要件であることに留意。

- ・ 資本費単価( $\alpha$ )※ 基準値＝全国平均(50円/m<sup>3</sup>(R1決算値))以上  
 ※分流式下水道等に要する資本費に対する公費負担額等を除いた後の資本費単価
- ・ 使用料単価( $\beta$ ) 150円/m<sup>3</sup> (月3,000円/20m<sup>3</sup>)以上
- ・ 経営戦略を策定していること

## 2. 公費負担額(繰出基準額)



## 3. 交付税措置額



法適用事業		法非適用事業	
資本費単価(円)	公費負担率(%)	資本費単価(円)	公費負担率(%)
基準値以上 基準値の1.5倍未満 (50～75)	80	基準値以上 基準値の1.5倍未満 (50～75)	80
基準値の1.5倍以上 基準値の3倍未満 (75～150)	85	基準値の1.5倍以上 基準値の6倍未満 (75～300)	85
基準値の3倍以上 (150～)	95	基準値の6倍以上 (300～)	95

・ 使用料単価が全国平均(140円)の1.5倍以上→1.0(割落としナシ)  
 ・ 使用料単価が150円～全国平均の1.5倍未満→ $\beta \div 210$ (割落としアリ 0.72～1.0)

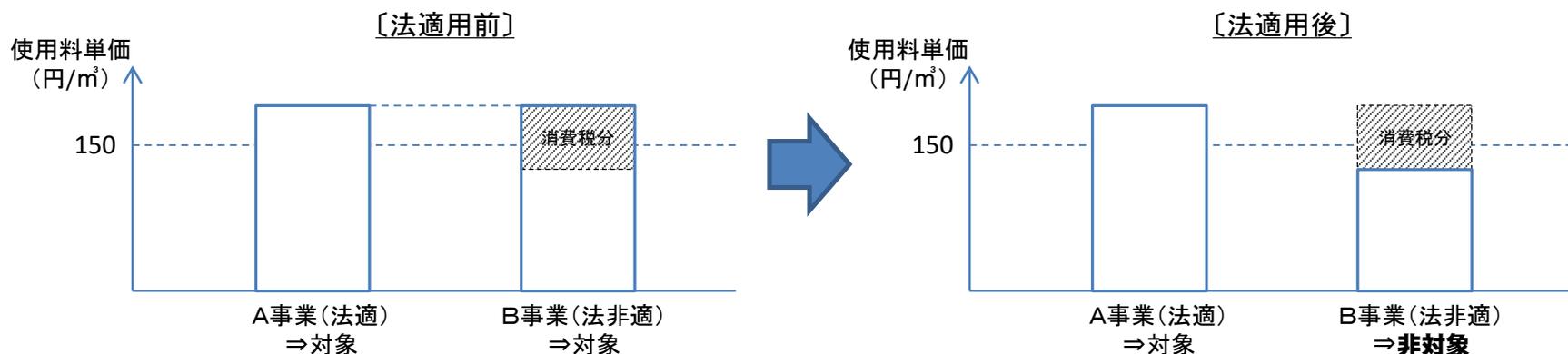
# 法適用化に伴う高資本費対策に係る 使用料単価の取扱いについて

# 法適用化に伴う高資本費対策に係る使用料単価の取扱いについて

- 高資本費対策に係る使用料単価の算出にあたって、決算統計の数値が用いられている。
- 決算統計における使用料収入は、法適用事業の場合は消費税抜きである一方で、法非適用事業の場合は消費税込みであり、法適用事業と法非適用事業で取扱いが異なっている。
- 全ての下水道事業において令和5年度末までに法適用化される見込みであるが、下図のとおり、法適用に伴い高資本費対策の対象外となる場合があるため、ご留意いただきたい。

## <現行>

- ・ 使用料単価(全使用料収入／全有収水量)が150円/m<sup>3</sup>以上であることが要件
- ・ 公費負担額 = 有収水量 × 資本費単価のうち基準値を上回る分 × 公費負担率 × 使用料単価による割落とし
- ・ 使用料単価要件の算定に用いる決算統計上の使用料収入が、法適用事業(税抜)と法非適用事業(税込)で異なっている。
  - ▶ 法適用事業: 消費税額が含まれない使用料収入
  - ▶ 法非適用事業: 消費税額が含まれた使用料収入



# 緊急自然災害防止対策事業債について

# 緊急自然災害防止対策事業費の大幅拡充・延長

- 近年、災害が激甚化・頻発化する中、地方団体が引き続き防災・減災、国土強靱化対策に取り組めるよう、緊急自然災害防止対策事業費について対象事業及び事業費を大幅拡充した上で、事業期間を延長
- 政府を挙げて取り組む流域治水対策等を対象事業に追加し、所要事業費として1,000億円を増額
- 延長期間は、「防災・減災、国土強靱化のための5か年加速化対策」の期間を踏まえ、5年間とする

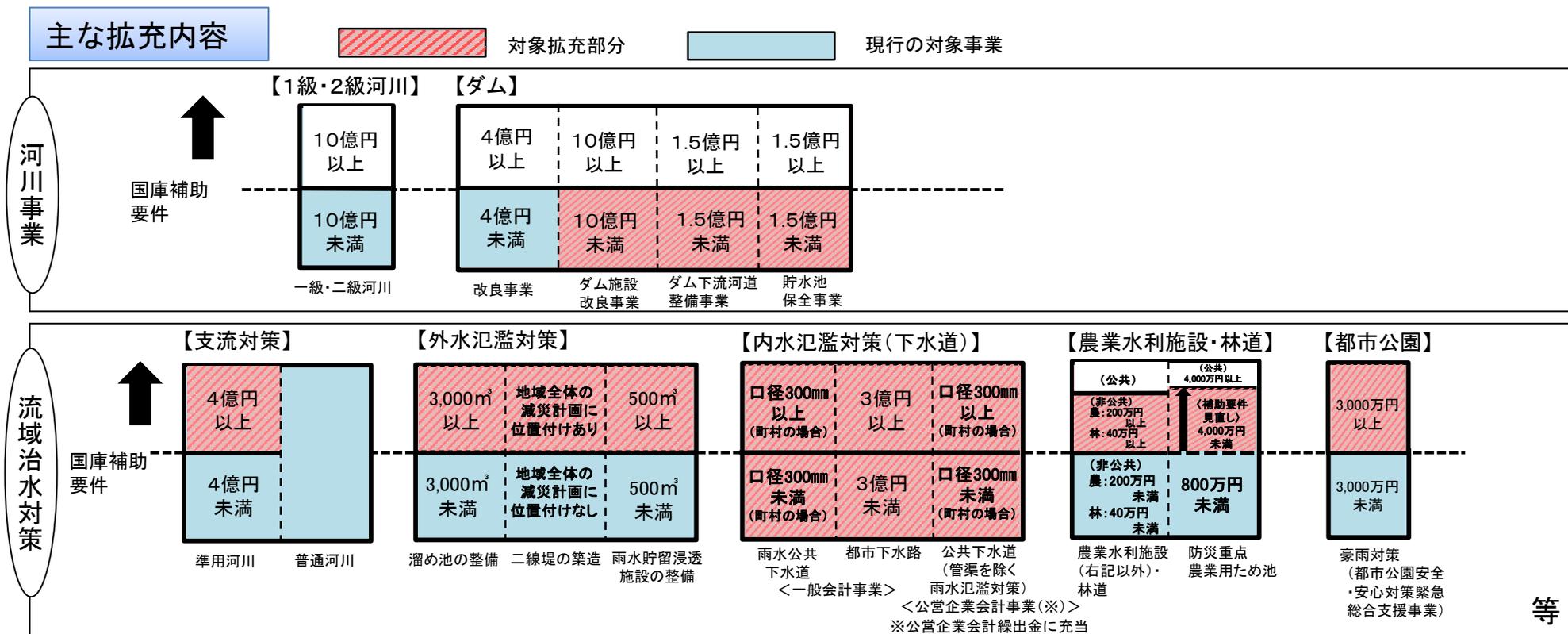
【事業期間】 令和3年度～令和7年度

【事業費】 4,000億円（令和2年度：3,000億円（対前年度比：+1,000億円増、+3割増））

【地方財政措置】 充当率100%、交付税措置率70%

【対象事業】

## 1. 流域治水対策に資する地方単独事業を対象事業として拡充



## 2. 道路防災について、小規模事業に限るとの現行の要件を撤廃した上で、橋梁・道路の洗掘・流失対策を追加

※現行の対象施設：道路防災（法面・盛土対策・冠水対策等）、河川、治山、砂防、地すべり、急傾斜地崩壊、農業水利防災、港湾・漁港防災 等

# 緊急自然災害防止対策事業債の拡充（公共下水道事業関係）

## 対象経費

公共下水道事業における以下の対象施設に係る整備事業に要する経費として一般会計から下水道事業会計に繰り出した額

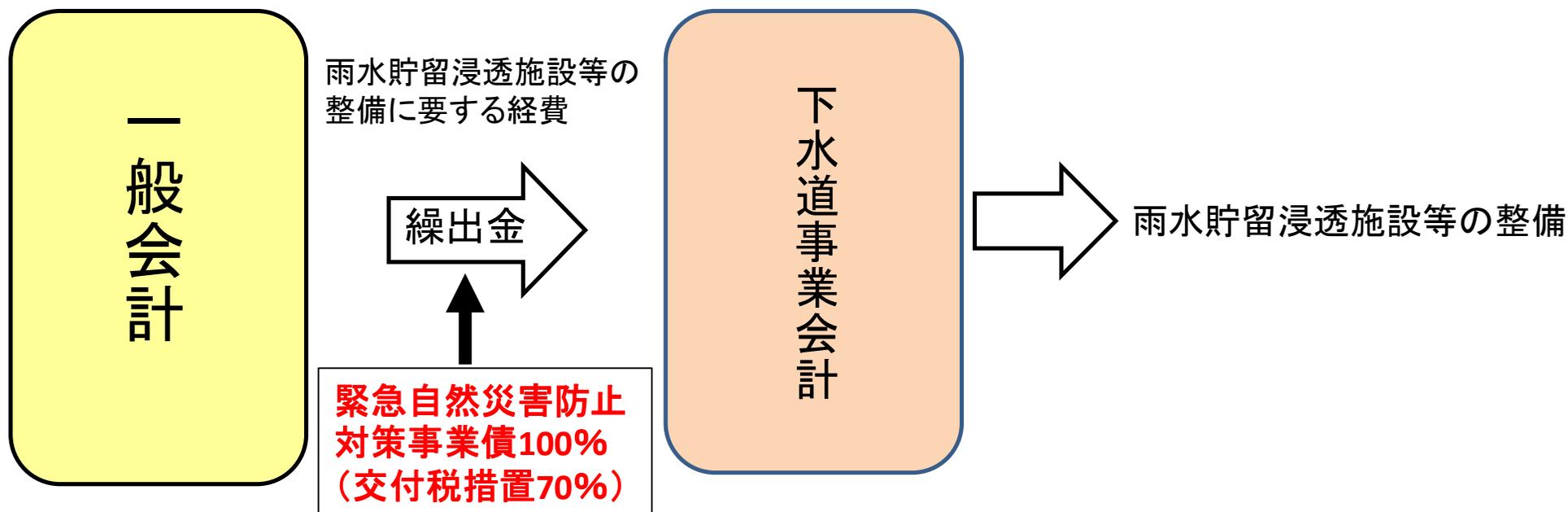
[対象施設] 雨水貯留浸透施設（雨水貯留管を含む）、雨水ポンプ、樋門、樋管

※ただし、流域治水対策に資する地方単独事業として実施するものに限る

## 財政措置

充当率100%

元利償還金の70%を交付税措置



※その他、一般会計事業として行う都市下水路、雨水公共下水道における内水氾濫対策事業にも緊急自然災害防止対策事業債の充当が可能

その他

- 人口減少が進展する一方で、インフラ資産の大規模な更新時期を迎える中、経営状況やストック情報等を的確に把握し、「見える化」した上で、中長期的な見通しに基づく持続的な経営を行う必要性が高まっている。
- しかしながら、小規模市町村を中心に、地方団体においては、人材不足等のため、こうした経営マネジメントに係る「知識・ノウハウ」が不足している状況



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

## 事業概要

### 1. アドバイザーを派遣する事業分野

公立病院経営強化プランの策定及び経営強化の取組、上下水道の広域化や公営企業会計の適用等の政策テーマを支援するため以下の事業分野に関する専門的な知見を有するアドバイザーを派遣

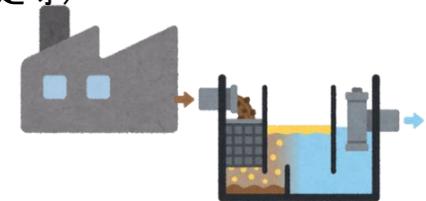


#### 【病院事業】

- ①地域医療提供体制の機能分化・連携強化
  - ②医師等の確保・働き方改革
  - ③経営形態の見直し
  - ④経費削減等の病院経営の効率化
  - ⑤診療報酬の最適化
  - ⑥病院建替の基本構想・建替計画の策定
  - ⑦病院建設費のコスト削減
  - ⑧病院機能転換及び診療体制の一体的見直し
- ⑧は総務省と協定を締結した法人（地域医療振興協会）の担当者が実施

#### 【下水道事業】

- ①汚水処理施設の広域化等（最適化含む）
- ②施設建設コスト（老朽化対策含む）の効率化
- ③システム導入・更新  
※システム共同利用による広域連携を含む
- ④維持管理コストの効率化
- ⑤下水道使用料関係（使用料改定等）
- ⑥経営診断・コスト分析



### 2. 支援の方法

各都道府県の市町村担当課と連携して事業を実施

個別市町村に継続的に派遣

課題対応 アドバイス事業	病院事業、下水道事業が直面する課題に対して、当該課題の克服等、経営の改善に向けたアドバイスを必要とする場合に団体の要請に応じて派遣
課題達成支援事業	政策テーマの実施に当たり、知識・ノウハウが不足するために達成が困難な公営企業に、技術的・専門的な支援を行うために派遣

アドバイザーの派遣経費（謝金、旅費）は、地方公共団体金融機構が負担

# 観光施設事業及び宅地造成事業における財政負担リスク限定について

## ＜背景・趣旨＞

- ・ 公営企業の中で、観光施設事業及び宅地造成事業は、必ずしも住民生活に必要なサービスを提供するものではなく、また、社会経済情勢の変化等による事業リスクが相対的に高い事業。
- ・ 事業の採算性が著しく悪化した場合、累積した赤字を公費(税金)で処理することになり、住民生活に必要な不可欠な公共サービスの縮小や住民負担の増大につながる恐れがあるため、財政負担リスクの限定を図る取組が必要。

## ＜内容＞ (平成23年12月28日付け総務副大臣通知等の概要)

### ①基本的な考え方

- 1 観光施設事業及び宅地造成事業(内陸工業用地等造成事業及び住宅用地造成事業に限る。)を新たに行う場合の留意事項
  - (1) 地方公共団体が公営企業により実施するのではなく、第三セクター等、法人格を別にして事業を実施すること。
  - (2) 事業自体の収益性に着目したプロジェクト・ファイナンスの考え方による資金調達を基本とすること。
  - (3) 法人の債務に対して地方公共団体による損失補償は行わないこと。
  - (4) 法人の事業に関して、地方公共団体による公的支援(出資・貸付け・補助)を行う必要がある場合には、公共性、公益性を勘案した上で必要最小限の範囲にとどめること。
- 2 1を踏まえた上でなお地方公共団体が観光施設事業及び宅地造成事業を新たに公営企業により実施する場合及び法人格を別にして事業を実施する場合の公的支援に係る地方債の発行について、原則として、当該団体の財政状況も勘案し、一定の基準未達の規模の事業に限り地方債の発行について同意又は許可を行う(②参照)。
- 3 既存の観光施設事業及び宅地造成事業並びにこれら以外の事業についても、地方公共団体の財政負担のリスクを限定する観点から、適切に対処する必要があること。

### ②地方債の取扱い(平成24年度～)

原則として、新規事業(新たに企業会計を設置し事業を開始する場合、大規模改築を行う場合等経営実態が大きく異なる場合を含む。)については、当該事業に係る起債予定額の総額が一定の基準未達(※)である事業を同意等の対象とする。

(※)次の算式によって算定した値が25%未達であること

$$\frac{A}{B} + \text{当該団体の実質公債費比率}$$

A 当該事業に係る起債予定額の総額(償還時の特定財源を除く。)

B 当該年度の前年度の標準財政規模の額から算入公債費等の額を控除した額

公的支援(出資・貸付け・補助)の場合は、記号Aに損失補償契約に係る債務を加える。