

平成20年8月22日

地方公共団体に対する意見照会の結果について

1 概要

- 本年7月、病院事業を設置する都道府県、市町村及び一部事務組合等に対し、第1回検討会資料を提示し、意見を募集。
- 392団体からのべ1,524件の意見提出あり。

2 各検討課題に関する主な意見

I 過疎地等における病院及び診療所に係る地域医療確保のために必要な財政措置について（のべ意見数 345 件）

1 「不採算地区病院」の要件の見直し

（総論）

- 1 「不採算地区病院」の要件は市町村合併の有無に限らず抜本的に見直すべきである。
- 2 不採算地区病院に対する財政措置の適用は、市町村合併による経過措置として、合併後5年度に限り認められているが、合併後も中核病院まで車で1時間かかるなどの地域的な事情に変化はなく、不採算な地区に立地している状況は変わらないことから、地域的な特性を踏まえ、恒久的に認めることをお願いしたい。
- 3 不採算地区病院の要件である所在する市町村の面積が300km²以上で他の一般病院が1以内とする要件について、医療圏の近隣自治体を合わせて要件を満たす事例もあることから、市町村行政区域要件の緩和もしくは市町村という行政区域ではなく、実質的な生活圏で要件を考えてほしい。

（規模要件の緩和・撤廃等）

- 4 入院患者数・外来患者数の要件を撤廃し、市町村内に唯一の公立病院の場合にも不採算地区病院と同等の財政措置を講じるべきである。
- 5 病床数や患者数を要件とするのではなく、他の一般病院との距離（地理的条件）や診療科目、他の自治体からの患者受入数を要件とすべき。
- 6 一定程度の圏域人口の縛りは必要と思われるが、当病院のように離島で唯一の病院であり、また開業医の数が少ない場合には、不採算地区病院として外来患者数の要件をはずしていただきたい。
- 7 1日平均入院患者数（100人）、外来患者数（200人）についての規定の撤廃、

または改正。近隣病院への距離、時間等について考慮して欲しい。

- 8 診療報酬のマイナス改定により、過疎地等にある病院は1日平均外来患者数が200人を超えても採算が取れない状況にあることから、現行の「200人未満」の基準の緩和をお願いしたい。
- 9 「1日平均の入院・外来患者数」の要件を満たさないものの市町村内に他の一般病院がない場合は、「準不採算地区病院」として半額程度の交付税措置がされるようにしてほしい。

(地域要件の見直し等)

- 10 ①民間病院設置比率が低い、②高齢化比率が高い、③住民が医療機関を利用する際の交通機関の条件の3つの指標を用い、普通交付税で過疎地域公立病院分として加算措置を講じてほしい。
- 11 過疎地域に立地する不採算地区病院以外の公立病院に対しても不採算地区病院と同様に交付税措置を講じてほしい。
- 12 本町にある国立病院は、主に筋ジストロフィーという難病の治療に当たっている病院であることから、主に特定疾患の診療にあたっている一般病院は要件から外す見直しを行ってほしい。

2 診療所に対する財政措置の拡充

(総論)

- 1 診療所（公営企業以外）に対する普通交付税措置（現行710万円）の引き上げと、施設整備に際して地方交付税措置のある起債の創設を検討してほしい。

(病院に対する措置との均衡)

- 2 平成20年度普通交付税から有床診療所に対して病院の1/2程度の単価が需要額に反映されることとなったが、経営形態の見直しにより病院を診療所化した場合、看護師等の職員削減は不可能であり、単価について維持、又は見直しをかけた年度から逡減する仕組みを導入してほしい。
- 3 町村合併で病院から診療所となることで減額となる地方交付税を病院並みの措置として継続してほしい。
- 4 診療所であっても救急告示診療所の場合、自治体病院同様に財政措置を検討願いたい。
- 5 過疎地（不採算地区）における有床診療所に対して、地域医療確保の観点から不採算地区病院と同様に病床数に応じて特別交付税措置を行うことが必要と考える。

(巡回診療)

- 6 地理的条件から費用対効果で建物を整備せず巡回診療車により診察を行っているが、この方法では普通交付税保健衛生費密度補正の診療所として認められないので巡回診療車による場合にも普通交付税算入について検討してもらいたい。

3 過疎地等の病院・診療所に対する財政措置の拡充

- 1 過疎地における地域医療確保のための病院・診療所に対する普通交付税の増額

や特別交付税措置の基準額の引き上げを求めたい。

- 2 小規模病院（５０床未満）であっても配置基準上の必要な職員を雇用しなくてはならず効率がよくないので、現行の措置よりも特別に増額すべき。
- 3 不採算地区病院の改築に当たっては、一般会計からの繰出しを１／２から２／３に引き上げるとともに、普通交付税措置率を引き上げてほしい。
- 4 離島の隔絶性・狭小性を踏まえ、離島の病院・診療所に対しては他の不採算地区病院よりも手厚い地方交付税措置を望む。
- 5 無医地区を抱える地域医療拠点病院への財政措置を検討すべき。
- 6 不採算地区病院の特別交付税単価には都道府県（１床当たり２７９千円、）市町村（１床当たり６８０千円）と差が設けられているが、市町村に代わって過疎地における医療提供という点では変わらないため、都道府県単価を市町村なみに引き上げてほしい。
- 7 不採算地区については、公的病院及び民間病院に対する自治体からの財政支援措置に対して地方交付税等の措置が必要。

4 過疎対策事業債の拡充

- 1 「過疎地域自立促進特別措置法」の継続と、過疎対策事業債の枠の拡大を願いたい。
- 2 過疎対策事業債の充当率を５０％から引き上げてほしい。

5 医師確保に対する支援

- 1 過疎地等においては医師確保のために医師の給与の引き上げや非常勤医師派遣経費が増加しているため、不採算地区病院における医師確保に要する経費について財政措置を講じてほしい。
- 2 へき地医療に係る人件費に対する財政支援措置の拡充を図られたい。
- 3 医師確保、医療提供体制確保のためには的確な財政措置が必要。そのために国は責任を持って必要な額を国庫支出金で措置すべき。

6 財政措置の手法

- 1 地方交付税ではなく、国庫補助制度による支援が必要。
- 2 不採算地区病院に対する措置は、特別交付税ではなく、普通交付税により措置してほしい。

Ⅱ 産科、小児科、救急医療等に関する財政措置について（採算性が低く、近年、医療提供体制の確保に困難を生じている医療分野における的確な財政措置について）（のべ意見数 286 件）

1 救急医療

（財政措置の拡充・枠組みの見直し）

- 1 救急告示病院の１病院あたりの交付税措置額について、実際の医師等の待機及び空床確保等に必要経費との乖離が大きいので拡大してほしい（実際の当市におけ

る経費 179,000 千円、特別交付税措置額 25,300 千円/Bランク)。

- 2 救急告示病院の特別交付税単価が6年前と比較して半減している。まずは既存の制度においては確実に財政措置を講じることが必要。
- 3 現在3病院で行っている救急医療業務を基幹病院に集約を図り、医師の負担軽減を図ることを検討している。仮にその体制に移行した場合、現在3病院に対して交付されている特別交付税の減少が予想されるため、集約化した際には現行の救急告示病院の区分に応じた1病院当たり金額に加算して算定される交付税措置について検討をお願いしたい。
- 4 救急医療の財政措置の算定に救急患者の受入数を評価してほしい。

(救急医療に係る不採算要因等)

- 5 救急医療等の現場の勤務医の勤務環境改善のための派遣医師に対する手当等の経費に対して財政措置を望む。
- 6 救急に関わる医師、看護師、コメディカル職員の確保のため手当等の増額に対する財政措置を望む。
- 7 救急搬送業務について、市外搬送に係る経費や公立及び民間医療機関が行う当番医制などの1次救急体制確保の充実のため、的確な財政措置を講じてほしい。
- 8 救急は周辺市町村からも患者が搬送されることから、設置自治体だけが負担することは公平ではなく、公立病院設置自治体以外の周辺の自治体からも経費を負担してもらう仕組みを検討して欲しい。
- 9 公立病院には低所得者や不法滞在外国人等医療費の支払能力がない救急患者を受けざるを得ず、多額の未収金が生じていることから、救急医療体制の維持のためにこれらに対する財政措置をお願いしたい。
- 10 救急、小児科等の不採算医療に対する財政措置も重要であるがそれよりも診療報酬体系において見直しをしてほしい。
- 11 救急医療について、診療所に対しても病院同様の財政措置を要望。
- 12 特別交付税措置がされている救急医療、小児医療などについては、都道府県単価が市町村より低くなっているのを引き上げてほしい。
- 13 民間病院に対して救急医療等の不採算医療に対して市町村が助成している場合、その助成に対しても地方交付税措置を講じるべきではないか。

2 産科・小児科医療

(医師確保との関係)

- 1 産科、小児科に関しては、近年、医師の確保が困難な分野である。公立病院は、採算性が低く、民間医療機関による実施が困難な医療分野を担うことが期待されていることから、当該分野について重点的に財政措置を講じていただきたい。
- 2 現場の公立病院における医師確保対策としては、医師の給与引上げや非常勤医師の派遣に頼らざるを得ず、これら人件費増加等の経費に対応するために、小児科、救急医療に対する財政措置を増額して欲しい。
- 3 近隣町村と共同して厚生病院産婦人科医師確保に対し負担金を支出しており、財政措置を講じてほしい。
- 4 産科・小児科等は訴訟リスクが高く、医者にも敬遠されがちである。医師が安心

して医療に専念できる環境を作り医師確保につなげるため、病院組織として訴訟が発生した場合の医師等へのバックアップ体制を充実させた場合は財政措置をお願いしたい。（専任スタッフの配置や顧問弁護士の確保等に要する経費）

（その他）

- 5 現在の繰出基準は「周産期医療に要する経費」に限定しているが、産科全体に対する繰出に拡大して欲しい。
- 6 小児医療に対しては現在特別交付税により措置されているが、対象は専用病床があることが要件となっている。小児科は外来においても不採算であり、小児外来に対しても財政措置を講じて欲しい。

3 財政措置の手法

- 1 国の三位一体改革により救急医療等を対象とする補助金等が多く削減され、その代替措置として地方交付税措置が実施されたが、特別交付税ではなく、普通交付税の単位費用に算入され、結果として個別に必要額が措置されていないために病院を直接抱える地方自治体への負担増を招いている。このような状況を踏まえ、的確に財政措置すべきであること。
- 2 三位一体改革で税源移譲された、救急救命センターへの補助金については、地方交付税措置が不十分であり、国庫・県補助金として復活を望む。
- 3 現在特別交付税により措置されている周産期、小児、救急医療、救急救命センターについて明確で確実に財政措置する必要がある、普通交付税での算定方式へ変更して欲しい。
- 4 過疎地域の救急医療や小児医療は、都市部に比べて患者数が少ないが、医師の確保や医療設備等の維持・更新に病院規模（病床数）以上の投資が必要であり、単なる病床数による地方交付税の算定を見直して欲しい。

Ⅲ 公立病院の経営形態多様化を踏まえた財政措置について（現状では、指定管理者制度導入、地方独立行政法人化の場合は公立病院と同等の財政措置。民間譲渡後の民間病院、日赤等の公的病院等への地方公共団体からの助成についてどう考えるか。）（のべ意見数 201 件）

1 民間譲渡関係

- 1 民間譲渡後、他の民間病院との公平性から基本的には財政措置は必要ではないと考えるが、不採算医療を担う等公益性があれば措置の対象とすることも検討できるのではないか。
- 2 民間譲渡後においても不採算診療部門を担い、公的病院と同様の機能を果たす場合、一定の期間財政措置を講じることを要望する。
- 3 民間移譲後も 10 年程度は特例分として病床数を算定できれば移譲の推進のための助成が図られると思う。または、国立病院の移譲時のような施設・設備整備費補助のような制度ができればよいと考える。
- 4 民間譲渡後の民間病院、日赤等の公的病院への助成は、過疎地等の「不採算地区」

においては、公立病院と同等の財政措置が必要であり、それ以外は独立採算が原則でないだろうか。

- 5 地域によっては民間譲渡後の民間病院等にも、指定管理者制度導入等の病院に準ずる財政措置等が必要ではないか。そうでないと、地域の事情等もよるが選択肢が狭くなること、譲渡先等がさがせなくなる等の状況も発生しうるのではないだろうか。
- 6 民間譲渡後の病院に対する地方公共団体からの助成は安易に行なうべきではない。民間でも不採算医療となる地域で医療提供を行っている例もある。それでも採算性が悪い医療を行なうために公営で実施し、必要な財政措置を行ってきた。公的医療と民間医療の適切な役割分担が崩れる。
- 7 民間譲渡する条件として、譲渡する前までに借り入れた建設改良に伴う企業債の元利償還金を地方公共団体が負担することとなった場合、従来どおり元利償還金に係る交付税措置をお願いしたい。

2 公的病院に対する支援関係

- 1 市町村立病院を有しない過疎市町村では、地域医療を確保する必要があることから、地域医療の核として機能している厚生病院等公的医療機関に対して、運営負担金等を拠出しており、これら市町村負担に対して国からの支援は必要と考える。
- 2 市から公的病院へ財政支援する財源として不採算地区以外の公的病院に対しても特別交付税措置を拡大してもらいたい。
また、新病院建設費に対しては多大な一般財源の持ち出しを強いられることから、これらの財政負担に対して交付税措置のある地方債による財政措置を講ずるよう要望する。
- 3 公的病院の施設や設備の老朽化への対応として、国の補助金制度がある、補助率もほとんどが1/3以内となっており、少額となることから、地元への応分の負担が求められる場合があり、その負担金への財政支援をご検討願いたい。
- 4 公的病院に対して一律に公立病院に準じて特別交付税措置を講じるのではなく、例えば改革プランの作成や社会医療法人の要件、基準を満たすなどの条件を付加すべき。
- 5 地域の中核となる日赤、厚生連等への助成については、国からの補助金が適当である。民間譲渡後の民間病院については、譲渡の条件等により見解は異なるが、本来、完全な独立採算性を求めるべきであり、助成措置を講じるのであれば赤字経営の公立病院からの移行の観点から、3～5年程度の負担の経過措置を講じるべきであると考える。

3 診療所化関係

- 1 公立病院を診療所へ移行したが、公営企業会計として運営されていないことからガイドラインに基づく財政支援措置が受けられない。非公営企業会計の診療所についても対象としてほしい。
- 2 厚生連等の公的医療機関が運営する診療所に対しても公立診療所同様に財政措置を講じてほしい。

4 指定管理者制度導入関係

- 1 指定管理者制度導入時の費用（プロポーザル実施、コンサルタントへの委託料）、経営形態変更に伴う、システム更新や大規模修繕等にかかる費用、経営形態変更に伴い、一時期に大量に退職金が発生する懸念があり、その退職金に対する財源措置を検討（特別交付税での措置など）してほしい。
- 2 利用料金制による指定管理者制度の導入する際、その建替えのための起債を病院事業で起こす場合には通常の繰出基準（1／2）では後年度の病院事業の負担となるため、普通会計債を認めてもらいたい。
- 3 指定管理者制度を導入し利用料金制度とした場合、収益がないため病院事業会計を管理する職員人件費、施設等の減価償却費、修繕費及び繰延勘定償却費等の費用や企業債元利償還金は、一般会計からの繰り入れによることとなる。繰出基準において指定管理者の場合について見直しを検討願いたい。

5 地方独立行政法人化関係

地方独立行政法人への経営形態の移行については、給与体系の見直しを含む抜本的な経営改善を図ることができるものの、経営改善の効果が十分にあらわれるには数年を要する見込みである。一方、独法移行時に一時的に経費の増が見込まれることもあり、独法移行前に累積した不良債務を計画期間中に全て解消することは困難である。設立団体と別法人になることで資金調達が困難となることもあり、法人の経営基盤を強化し健全な経営を確保するには設立団体から一定の支援（出資）が必要と考える。経営形態の見直し等に伴う設立団体からの支援についても出資債の対象となるよう、制度の拡充を検討いただきたい。

IV 普通交付税の対象とする病院建物の建築単価の上限設定について （のべ意見数 190 件）

1 総論（賛成ないし条件付容認の意見）

- 1 上限の設定が必要と思われる。
- 2 自治体病院の建築単価は民間病院に比べ高いため、民間病院の水準に合わせるべき。
- 3 公立病院の経営実態を踏まえると建築単価の上限設定はやむを得ない。
- 4 上限値が適正な範囲であれば単価の上限設定も仕方がないとする。
- 5 専門家が分析をしたうえで上限を決めるのであれば賛成。
- 6 公立病院の建築費を適正化するためには、必要な措置と考える。この際、公立病院の建築単価を高くしている原因について整理し、国・県・市町村の各レベルで改善すべき点を洗い出すような議論をお願いしたい。
- 7 建築単価の上限設定は過剰な投資を制するためにも必要と考える。しかし、単に民間病院に準拠した上限の基準設定ではなく、病院機能や建設コストの動向を適正に反映した基準が必要と考える。
- 8 建設費は、病院の機能・地域によって大きな差があることから、一律に制限する

のではなく、個々の施設の状況及び実勢価格を考慮して上限設置を行うべき。

2 総論（反対ないし慎重意見）

- 1 建築単価の上限設定を行なうことは適当ではない。地方分権や経営責任者を明確化する点では経営主体が自主的に判断すべき問題である。
- 2 かつては豪華な建物も見られたが、現状の公立病院の置かれた状況を考慮すれば、今後の改築計画において地方公共団体は節度ある対応をとると思われる。したがって、上限を設ける必要はないと考える。
- 3 起債計画書審査の段階で精査すれば上限の設定は必要ないと考える。
- 4 過去に標準単価が撤廃された理由・経緯があり、また復活させるのであれば撤廃した理屈をどのように説明するのか。
- 5 建築設計する際は、イニシャルコストからランニングコストまでをそれぞれ検討し、仕様を決めることが重要となるが、建設時のイニシャルコスト（初期建設費）が高くても、ランニングコスト（運転費）・ライフサイクルコスト（修繕・解体費まで維持管費用）を比較するとトータルでの支出額は安価になる場合がある。比較にあたっては、運用方法を十分検討した上で、ランニングコストの検討をすることが重要であるが、イニシャルコストを抑えたために、トータルでのコスト負担が大きくなり経営上不利になることも充分考えられ、病院建物の建築の建築単価の上限設定は、トータルコストの検討を除外するものとなるのではないかと考える。
- 6 どのような積算根拠で上限を設定するのか、その価格決定プロセスを明示するとともに、そのプロセスの妥当性について、地方の意見を反映できる場を担保していただきたい。
- 7 自治体独自では病院建設の事例が少なく、工事費縮減などの対応は困難。上限を設定するのであれば具体的な工事費削減の手法の公開を望む。
- 8 病院建物における建築単価の上限設定については、当該病院がその地域で果たすべき役割（医療機能）及び立地条件など、各病院の状況により建築単価の決定要因に違いがあり、一律に上限値を定めることは非常に困難である。（具体的な建築単価決定要因の違いは、以下のとおり）

（１）医療機能における要因（建築本体）

一般的な病棟であれば、病棟を構成する要素（病室・廊下・スタッフステーション等）がほぼ同じであるため、個室率の割り増し等を加味することで病棟部門の建築単価を想定する

（２）立地条件による要因

ア 地盤・土地の状況

建設敷地の地盤の状況により、建設単価に大きな違いが生じることとなるが、下記の要因により建設費が割り増しとなる場合がある。

- ・杭工事は、地盤の状況により杭の長さ・種類が変わるため割り増しとなる場合がある。
- ・地盤の状況により地盤改良が必要な場合、地盤改良費が割り増しとなる場合がある。
- ・土地の造成費用など工事前の敷地形態により土地造成費が割り増しとなる場合がある。

イ 積雪寒冷地による割り増し

3 民間病院との機能差・制度差

- 1 公立病院ゆえに、稼働率が多少低くても必要とされる設備や施設を備えなければならない、結果的に割高とならざる得ない場合もあることを考慮すべきである。
- 2 災害拠点病院や医師派遣機能を有するセンター病院の建築にあたっては通常の民間病院より割高となることが想定されるため、上限設定の対象外にするなど柔軟な運用の検討をお願いしたい。
- 3 民間と自治体との建設単価差が何故生ずるのか、その問題点を明確にするべきである。自治体側の努力だけでは構造的にコストが削減できない場合もあるのではないか。
- 4 公立病院における建物の建築単価の上限設定については、自治体における設計上の積算単価の見直しが必要と考える。
- 5 病院建物の建築単価について、民間病院並みの水準を目指すためには、国・地方を含め公共建築物全体の契約制度等の見直しについてもあわせて検討が必要。

4 地域差・コスト動向等

- 1 病院建物の建築単価については、北海道の寒冷地対応など、地域別の単価を設定していただきたい。また、最近の原油値上げで建設資材等単価の値上げが大きいので、単価の上限を設定する場合は、内訳を明らかにしていただきたい。
- 2 建築単価の上限を設定することは必要と考えるが、地域性を考慮した設定が必要と考える。例えば、離島がゆえに資材の運搬コストがかさみ本土に比べ 1～2 割増の建築単価になってしまう。そのようなことを勘案した設定が必要である。また、公共で建築する場合、営繕担当部署では国土交通省の基準により積算等を実施することになるため、設定にあたっては国の省庁同士での調整を行ってほしい。
- 3 競争原理がある一定の範囲で適応される都心部と、競争原理が相対的に働きにくい地方との乖離を埋める措置の検討を要望する。
- 4 建築資材価格が高騰しており、多くの自治体が工事請負契約における単品スライド条項の適用を決定しているという状況を踏まえ、建築単価の上限設定は慎重に行うべきである。
- 5 建築資材、原油価格の急騰に伴い、公共工事の入札における不調・不落が全国各地で相次いでいるが、病院建物の建築単価の上限設定に当って、実勢価格を迅速に反映させる仕組みがつかれるか。

5 その他個別事情等

- 1 将来の制度改正や介護施設転換、または療養病床転換に備えて、病院の施設基準である 6.4 m²/床以上の面積（例えば、介護老人保健施設 13.2 m²/床）を適用して施設整備を図る場合は、上限設定の例外とすべきである。
- 2 現地での建替えによる割高となる部分については考慮いただきたい。

V 病床数に応じた普通交付税措置に病床利用率の状況を反映することについて（のべ意見数 269 件）

1 賛成

- 1 病床利用率の状況を反映することについては適正であると考える。
- 2 普通交付税措置について、許可病床数ではなく病床利用率を指標として使用することについては、限られた財源を公正に配分する観点から妥当なものと考える。
- 3 病床利用率を反映させることについては賛成である。適正な病床数の確保のため、単年度のみ利用率ではなく複数年の平均利用率とするべきと考える。
- 4 病床過剰地域においては、病床利用率を反映することが必要。また、二次医療圏内で病床利用率の低い病院から病床利用率の高い病院への病床譲渡や再編・ネットワーク化を国や都道府県が積極的に関与し進めてほしい。
- 5 病床利用率については、ガイドラインにもあるように70%を基準として、病床数に応じた交付税措置を検討したらどうか。

2 条件付で賛成

- 1 交付税総額の抑制といった観点からの見直しではなく、各病院の経営努力を反映するようなものであれば、病床利用率の反映は賛成である。
- 2 やむを得ない場合の病床利用率の減少を考慮するのであれば病床利用率の状態を普通交付税措置に反映させることもやむを得ない。
- 3 病床利用率を反映することは基本的に賛成。ただし、医師不足に伴い、一時的に運用病床を減らし、利用していない部分についても、光熱水費や施設の維持経費がかかってくるため、病床利用率を反映する場合でも、この部分への対応を検討いただきたい。
- 4 普通交付税措置に病床利用率を反映させるという方向性に異論はないが、医師の大量退職や病院再編等による一時的な病床利用率の低下には配慮いただきたい。
また、病院に対するトータルの交付税措置が結果として減ってしまうということのないよう、他の財政措置の見直し（特に過疎地等における地域医療の確保に対する財政措置の重点化）とのバランスに十分な配慮をお願いしたい。
- 5 近年の医師不足により一時的に病床利用率が低下している病院も多いため、一定期間を考慮した上で導入をすることを検討してほしい。また、病床利用率に見合った病床の見直しが必要であるが、病床規模に見合った職員体制の見直しは短期間では対応困難なため一定の経過期間が必要。
- 6 使われていない病床に交付税が措置されることに矛盾を感じるが、過疎地域の実情を反映し、病床利用率に下限を設け、下限以下に交付税の制限を加える。
- 7 病床利用率を反映させるのはやむを得ないが、1床当たりの基準単価は減少傾向にあり、以前の水準まで引き上げてほしい。

3 反対

- 1 病床利用率の高い病院は黒字である可能性が高く、病床利用率の低い病院は赤字である可能性が高い。普通交付税の算定に病床利用率を反映させるということは、

経営の良い病院を持つ地方自治体に交付税を集中させることになり、過疎地の病院や医師不足で診療制限をせざるを得なくなっている病院を持つ地方自治体は、地域に必要な病院を支えていく財源さえ奪われることになる。

- 2 在院日数の短縮化を目指した診療報酬改定の中で、単に病床利用率のみでの算定をすべきでないを考える。利用率を上げるために患者の入院日数を延長する行為を助長しかねない。
- 3 施設の維持管理に係る費用などの基本的な負担は存続するため、病床利用率の反映は、認可病床数に対するもので検討されたい。
- 4 病床利用率が低いからといって減床しても人員が削減できない以上、固定費等はあまり削減できない。そのため、病床利用率を捉えて財政措置を行うことには反対である。病床利用率に基づく交付税措置は、かえって経営悪化の要因になる可能性がある。
- 5 必要な医師を確保できず、患者の受入ができないことにより、病床利用率が低くなることも考えられるため、病床利用率を交付税措置に反映させることは反対。
- 6 急性期と急性期以外、一般病床と一般病床以外とでは医療内容の相違により、患者受入のコストが異なることなどから、一律に病床利用率の状況を反映することは適当でないとする。
- 7 病床利用状況（利用率）は、感染症など（インフルエンザ感染による流行や福祉施設などでのノロウイルス発生が頻繁に起きること等）により病床利用率の変動が著しいことから、交付税措置を病床利用率に反映することは反対である。
- 8 大規模災害等緊急時を想定すると安易に病床数を削減できないことから、交付税措置に病床利用率の状況を反映させることは反対である。

VI その他公立病院に関する財政措置のあり方全般について (のべ意見数 233 件)

1 繰出基準等

- 1 公営企業繰出基準を明確化してほしい。
- 2 繰出基準ごとに標準的なコストをベンチマークできれば、財政負担をすることについて住民の理解も得やすいのではないか。
- 3 地方財政計画に計上されている病院事業に対する繰出基準額の全額を地方交付税措置してほしい。
- 4 普通交付税・特別交付税における繰出項目ごとの病床単価などの積算根拠について明らかにしてほしい。
- 5 地方交付税を市町村の一般会計を経由せず直接病院会計へ措置する仕組みに変えてほしい。

2 建設改良費（病院事業債）

- 1 病院事業の建設改良に対する繰出基準を 1 / 2 から 2 / 3 に戻してほしい。
- 2 病床規模によってかかるコストに違いがあるため、現行の病床数に応じた地方交

付税の算定から、事業費に応じた算定に変更すべき。

- 3 建設改良については繰出基準の45%しか需要額に算入されていないため、全額を算入してほしい。
- 4 病院再編・統合した場合、現病院施設に当たっては、他用途への転用以外についても繰上償還を免除するとともに、従来の普通交付税措置の継続をお願いしたい。
- 5 耐震調査により数億円の改修費が今後必要となるが、現在の厳しい経営の中では、その財源について目途がたたない状況。今後とも地域医療を支える病院として耐震工事は不可欠であり、耐震化工事に対する財政措置の検討をお願いしたい。

3 公立病院改革推進

(公立病院特例債)

- 1 公立病院特例債に関して、単年度収支の赤字解消が難しい中で、過去の負債も含め短期間で収支を改善することは極めて困難性が高い。このため、償還期限は据置期間を5年程度設け、全体で15年から20年程度の償還期間にされるよう検討願いたい。また、利子の交付税措置については、特別交付税ではなく普通交付税で措置を検討願いたい。
- 2 公立病院特例債の元金償還に対して地方交付税措置の対象としてほしい。
- 3 公立病院特例債の発行について対象団体を拡大するとともに、平成20年度に限らず、一定期間発行が可能な取り扱いをしてほしい。

(改革に伴う財政支援)

- 4 再編・ネットワーク化に伴わない医療機能の見直しによる病院事業の閉鎖による取り壊し経費についても一時的に多額の負担を生じるため財政措置が必要である。
- 5 病床削減した場合、削減後5年間継続して普通交付税が措置されるが、特別交付税で措置される結核・精神・小児科の病床割についても、同様に削減後5年間継続するよう措置の拡大していただきたい。
- 6 病院改革を進める上で、地域の医療提供体制の見直しの結果、単独病院の経営形態見直しや廃院のケースでの一般会計出資債や一般会計での退職手当債の発行を検討されたい。
- 7 医療機関も再編により交通弱者に対する患者送迎を行う必要が生じたことから、患者の交通手段確保に対する財政措置をお願いしたい。

4 その他

- 1 近隣市町村からの患者も受け入れている実態から本来であれば協議によって患者数に応じて負担金を徴収すべきであるが、なかなか理解が得られず公立病院を抱える地方団体の負担となっているのが実態。公立病院を抱える地方団体のみの負担とならないように制度設計が必要。
- 2 レセプトのオンライン化、医療情報の標準化に対する電子カルテ化への対応等医療のIT化に要する経費への適切な財政措置を講じる必要がある。
- 3 地域にあって診療の傍ら、従事する医師、コ・メディカルを育てるため努力している研修病院を支援してほしい。
- 4 地域がん診療連携拠点病院として、認定医や専門・認定看護師、認定薬剤師の育

成、緩和ケア病棟の整備などの課題が山積している。ついては、がん医療の提供に向けた人材確保や施設整備、専門の医療従事者の育成体制に対する財政的な支援をされたい。

- 5 精神科救急や感染症病床（第１種、第２種）の設置についても財政措置の対象とすべきである。