

令和3年5月

要 望 書

全国自治体病院開設者協議会
公益社団法人 全国自治体病院協議会
全国自治体病院経営都市議会協議会

はじめに

全国の自治体病院は、都市部からへき地に至るさまざまな地域において、行政機関、医療機関、介護施設等と連携し、地域に必要な医療を公平・公正に提供し、住民の生命と健康を守り、地域の健全な発展に貢献することを使命としている。地域住民の生命と健康を守ることが地域の担い手を地域に定着させるための基本であり、救急、小児・周産期及び感染症やがん治療等の高度な医療のみならず、医療過疎地である山間へき地・離島における地域医療を展開するなど、民間では採算性確保の上で困難な医療も担い、地域医療の最後の砦として、その役割は益々高まってきている。

特に、昨年から新型コロナウイルス感染症が猛威を振るい、全国の過半数を占める感染症指定医療機関をはじめ多くの自治体病院が患者受入等の対応に当たっており、医師をはじめとした医療従事者や事務職員は自らの感染リスクを負いながら、命がけで治療等に従事している。

また、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、一般患者の受診控えや受入制限による入院・外来患者数の減少、手術件数の減少、救急患者受入件数の減少等によって医業収入が大幅減収となり、医療機関の経営にも重大で深刻な影響を及ぼしており、とりわけ医療資源が限られている地域においては、民間の医療機関が対応できず、自治体病院が対応せざるを得ない状況となっている。

令和元年度までに進められてきた新たな医療提供体制の構築等に係る一連の議論の多くは、新型コロナウイルス感染症によって停止されていたが、昨年 10 月から議論が再開され地域医療構想の実現に向けた今後の取組がまとめられた。

令和元年 12 月に、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は、国による助言や集中的な支援を行う「重点支援地域」を選定し、積極的に支援をされている地域もあるが、多くの医療機関は、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。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したことのない感染症への対応を、再検証対象医療機関を含めた自治体病院が中心的な役割を担ってきた。再検証対象医療機関となっていない医療機関はもとより対象となっている医療機関（436 機関）も半数近くが、新型コロナ患者受入医療機関として登録され、実際 146 の医療機関が受け入れている。（令和 2 年 12 月現在、G-MIS 報告分）これまでは効率的、効果的な医療体制、無駄のない医療体制に主眼が置かれてきたが、新型コロナウイルス感染症を契機として、かつて経験したことのない急激な社会変化が予想されることから、単に効率性、経済性のみを追求するのではなく、我が国が、これまで推進してきた医療改革を抜本的に見直し、国民や医療従事者から求められる医療体制に再構築する必要がある。

新型コロナウイルス感染症への対応を含めた地域の医療提供体制の確保や、医師確保・偏在解消問題など以下に要望する課題に対して、開設者である首長と病院、都道府県の取組だけで改善することは困難であり、国家レベルでの実効性ある施策が不可欠である。特に、菅義偉総理からも「役所の縦割りや前例主義を打破する」と述べられているので、今までの考え方を大きく見直し、国民、医療関係者が納得する施策を進めるよう、ここに要望する。

I 地域の医療提供体制の確保

1. 新型コロナウイルス感染症への医療体制について（最重点要望）

新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、医師をはじめとした医療従事者、事務職の身体的、精神的負担の増加は長期にわたり、さらに、一般患者の受診控えや受入制限による入院・外来患者数の減少、手術件数の減少、救急患者受入件数の減少等によって現場の医療機関は人的、物的、そして財政的にも大きな負担を強いられている。

また、このことは患者の有無等にかかわらず、多くの自治体病院が地域医療を守るために受入態勢を確保すべく、病棟閉鎖・病床削減等を実施しているため経営状況の悪化は極めて深刻であり、このままでは地域の医療崩壊を招きかねない状況となっている。新型コロナウイルス感染症との戦いは長期化の様相を呈しており、第4波・第5波の発生をも見据えた継続的な医療提供体制を確保するため以下について対応することが必要である。

要望事項

1) 財源補償

新型コロナウイルス感染症に係る診療体制の変更等による大幅な減収については、重症・中等症患者受入れによる影響だけでなく、感染症法の改正により新型コロナウイルス感染症が新型インフルエンザ等感染症として恒久的に適用されることになり、軽症患者や無症状・疑似症患者であっても法的隔離等の感染対策が必要でありその負担は極めて大きい。

現在進めているワクチン接種により新型コロナウイルス感染症患者の増加が抑制されることになってからもまだまだ未知の部分が多く、令和3年度以降も地域医療を守るための方策として、引き続き重点医療機関・協力医療機関だけでなくそれ以外の病院も含めて、経営安定化に資する補助制度の創設などの財政支援を講じること。

2) ワクチン接種体制

感染予防に最も期待されるワクチン接種については、国として、いつまでに国民の何割の接種を目指すのかというグランドデザインを早期に示した上で、対象となる全ての国民が接種することが出来る十分な量のワクチンを安定的に供給する体制を確保すること。特に、7月末の高齢者優先接種の完了など国が示すスケジュールを実現するためには、各自治体において計画的かつ万全の体制を整える必要があることから、より具体的なワクチンの供給スケジュールや配分量等について可及的速やかに示すこと。また、接種に係る医療従事者の確保が課題となっていることから、例えば退職した医師を組織化し派遣する取り組みや潜在看護師の掘り起こし、各種団体への派遣の働きかけ、都市部以外での自衛隊の派遣など、国として必要な支援を行うとともに、実施主体である市町村、また実際に接種を行う医療機関等に対して支障のないよう人的・財政的支援を行うこと。

3) 診療報酬での評価

軽症患者や無症状・疑似症患者を含めた新型コロナウイルス感染症患者の受入れに関しては、診療報酬において適切に評価すること。

4) 医療機関、医療従事者への支援

新型コロナウイルス感染症患者の診療に当たる病院に対しては、医療従事者の不足解消、交代要員確保のため人的支援体制を構築すること。

医療機関、医療従事者の感染拡大を防止し、職員の負担軽減や医療体制の確保を図るため、新型コロナウイルス感染者の対応に当たる医師や看護師等が一定期間待機できる宿泊施設等の確保を支援すること。

5) 診療材料、医療機器の供給

院内感染防止のために、サージカルマスク、N95 マスク、フェイスシールド、消毒液、手袋、防護服等について、国が一括管理し医療機関へ安定供給する体制を構築するとともに、費用負担にも配慮すること。

人工呼吸器、体外式膜型人工肺【ECMO】、生体モニター等機器の整備に対する補助を継続するとともに速やかに供給する体制を構築すること。

生命に直結するこれらの品は、緊急的に日本国内での供給・備蓄体制を早急に進めること。

6) 施設整備について

新型コロナウイルス患者数が収まる気配が見えない中、更なる病床数の増床等が求められている。それらに対応するためにも、外来を含めたゾーニングをすることによる一般患者との区別化、また、個室への転換、陰圧室への対応等、感染症対応の施設整備が必要であり、引き続き財政支援を行うこと。

7) 検査体制

新型コロナウイルス変異株の検査需要にも対応できるよう地域で迅速に検査できる体制を確保・拡充するとともに、迅速な診断に支障のないよう人的・財政的支援を行うこと。

8) 関係職員研修体制の整備

ECMO チーム、人工呼吸器等の管理、持続血液透析濾過法（CHDF）の管理等に従事する職員の確保を図るために、研修体制を充実させること。

9) 風評被害、差別意識の排除対策

感染者やその家族、また、治療に当たる医療従事者やその家族などに対する差別や風評被害については依然として変わらないことから、これまで以上の対策を講じること。

10) 医療機関と介護施設の連携

療養型医療施設・介護療養施設等でのクラスターの発生、患者対応不備が頻発しているが、これら施設での感染予防施策の確立や急性期医療機関等と連携するために、支援体制の早急な構築が必要である。

1.1) 将来的な医療提供体制に関する議論について

全国の医療機関及び医療従事者が、医療資源を最大限活用して、新型コロナウイルス感染症に備えた体制整備の推進に日々奮闘している現状において、国が将来の人口減少に対応した医療提供体制の縮減や効率化に関する議論を性急に進めるべきではない。将来的な医師数や病床数等の医療提供体制等に関する一連の議論については、新型コロナウイルス感染症など新興感染症等への対応による影響について、各医療圏及び各医療機関ごとにきめ細かく分析した上で、慎重に議論を進めること。

2. 地域医療構想について

各地域における新型コロナウイルス感染症への対応の中心は自治体病院が担っており、もはや地域医療構想で求めている効率性・経済合理性のみでは地域医療は守れず、今回の新型コロナウイルス感染症での経験など感染症対策からの視点を含めた将来を見据えた地域の医療体制の確保の検討が不可欠であり、地域の実情、医療現場の声を踏まえ、地域住民の理解を得ながら、国と地方が協力して地域医療構想の見直し、実現を図ることが必要である。

このため以下の事項について実行を図ること。

要望事項

1) 地域医療構想は開設主体にかかわらず地域の実情に即して検討を進める

地域医療構想の実現など地域医療の確保に向けた取組推進に当たっては、個々の病院及び地域の個別事情、新型コロナウイルス感染症への対応において、自治体病院の存在・重要性が再認識されたことなども十分踏まえ、公民を問わず地域の病院について同一の視点に立ち、地方とも丁寧に協議をしながら検討を進めること。

また、次の第8次医療計画（2024年度～2029年度）から「新興感染症の感染拡大時における医療」に関する記載が盛り込まれることとなり（5疾病5事業から5疾病6事業への変更）、感染対策における平時の取組みが大きくクローズアップされ、それらの議論が進まないうちから、国が地方に対して、公立・公的医療機関等の見直しを性急に求めることは極めて問題である。公立・公的医療機関等の見直し期限については、引き続き新型コロナウイルス感染症の対応状況等を考慮し、拙速な期限設定を行うことなく、個々の病院及び地域の個別事情に即した柔軟な取扱いをするなど地域とも十分に協議しながら進めること。

2) 地域医療確保に関する国と地方の協議の場を継続して開催し地方の意見を聞く

「地域医療構想の推進」、「医師の地域偏在対策」、そして「医師の働き方改革」を三位一体で推進していく総合的な医療提供体制改革を、国と地方が共通の認識をもって推進していくため、地域医療確保に関する国と地方の協議の場を継続的に開催し、地方の意見を確実に地域医療確保施策に反映させること。

3) 地域医療構想調整会議における地域の実情や地域住民の視点も踏まえた議論の活発化

自治体病院の役割は全国一律ではなく、地域により果たす役割は異なることから、地域医療構想調整会議において公立・公的医療機関の機能を議論する際には、地域の実情や地域住民の視点から、同様な機能を担う種々の開設主体の医療機関が、2025年以降の地域の医療機能を公平・適正で徹底した議論を行うよう国が支援すること。

特に「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」を含む地域においても、公立・公的のみならず、地域で同様な機能を担う民間医療機関を対象とし議論できるよう国が支援すること。

4) 再編・統合における財政支援について

病床のダウンサイジングを含む再編・統合においては、引き続き国が強力な支援を図ること。

5) 「地域医療介護総合確保基金」予算の増額、地域の実情に応じた配分

「地域医療介護総合確保基金」においては、公民の公平に配慮し自治体病院が十分活用できるように予算を確保し、機能転換（回復期病棟整備、離島、へき地の施設・医療機器整備等を含む）への財政支援を充実すること。

また、予算配分は公民の公平に配慮し、地域の実情に応じ在宅医療の充実や医療従事者の確保へ重点的に配分するとともに、事業区分間の配分の変更を可能とする等、柔軟な運用とすること。

関連し、既存病床から転換する介護医療院の財政上の位置付けを明確化し、運営に支障のないようにすること。

3. 医師確保、医師偏在解消について

医師不足・医師偏在解消の実効性を高めることが重要であり、医師の地域偏在、診療科偏在、無床診療所の都市部への偏在を解消するため、需給調整に必要な開業規制、診療科ごとの必要専門医数の養成と地域への配置、一定期間医師不足地域における勤務の義務付けなど、医療提供体制の均てん化施策を早急に実行することが必要である。

また、医療施設に従事する医師数 311,963 名のうち女性医師数は 68,296 名（21.9% 平成 30 年厚生労働省調査）であり、女性の割合が年々増加していることから、女性の視点を取り入れることや幹部職員としての活躍も望まれるところである。地域における医療提供体制を確保し、女性の活躍を支援するため、保育施設の整備、勤務負担軽減のシステム、職場・家族の理解など、環境の整備が必要である。

要望事項

1) 全ての医療機関管理者は医師不足地域における勤務実績を条件化

医師偏在対策の実効性を確保するため、管理者が医師少数区域等における勤務経験を有する医師（認定医師）であることを要件とする医療機関を、公立・公的病院はもとより全ての医療機関とし、医師が循環（継続）して医師不足地域に勤務する体制を形成すること。

2) 国の支援による医師偏在解消の実効性、即効性の確保

都道府県が策定する医師確保計画について国が適切に支援し、医師偏在対策の実効性、即効性を確保すること。

3) 地域ごとの診療科別必要医師数の明確化と都道府県間の医師偏在の解消

地域ごとの診療科別必要医師数を明確化し、医師（専攻医・専門医・指導医等）を地域に配置する施策を確立すること。県域を越える医師偏在の解消は国の責任において実施すること。

また、昨年の医師需給分科会において医学部総定員の減員が提示されたが、改善が明確でない診療科偏在の是正策が確立するまでは、医学部臨時定員増とする現行制度を継続すること。

4) 医学部入学の地域枠・地元出身者枠活用による医師の地方勤務推進

地方では医師の高齢化等のため診療所を廃止する事例や、地域包括ケア・在宅医療の実施の困難化により、病院への負担が増大している。そのような中で、新型コロナウイルス感染症が拡大したことにより、地域医療の脆弱性が浮彫りとなり、それらを解消するためにも、地域に必要な医師が十分に確保されるまで医学部入学定員を減らさず、地方での医師確保の努力や取組みを損なうことがないよう地域偏在の実態を十分に把握した上で、地域枠・地元出身者枠により地方勤務する医師を養成し、地方の診療所医師の確保、病院勤務医師の確保を推進するとともに地域の実情に応じた地域枠の必要数を都道府県知事が別途要請できるようにすること。また、大学教育において総合診療専門医を適切に養成すること。

5) 医学部高学年と初期臨床研修の連続的な連携

医学部高学年2年間と初期臨床研修を一体的に運用することにより、4年間で一般診療能力の高い医師を育成し、医師の質の向上とともに、臨床研修2年目における地域医療研修において、医師少数の地域等で半年間以上臨床に携わるよう義務化を含め制度化を図ること。

6) 女性医師が働きやすい環境の整備

医師不足を解消するに当たり、女性医師が出産、子育てなどで休職後復帰するための働きやすい環境の整備が必要である。

具体的には、出産、育児を希望する者に対しては、安心して臨めるよう休日や夜間を含め、院内保育・病児保育の体制整備、短時間勤務制度や当直・時間外勤務免除、在宅勤務制度などにより負担の軽減と家庭生活との両立を推進し、業務の代替等を検討するとともに、ライフイベントに応じた勤務等について相談できる窓口を設置するなどの対応が必要である。

また、職場復帰しやすい復帰支援プログラムの運用、ライフイベントに応じた働き方の職場における共通理解、家族の理解、周囲の意識の醸成、他職員との関係性への配慮等も必要である。

については、女性医師が更に活躍できるよう、働きやすい環境の整備を総合的に図ること。

7) 医療人材確保に係る事業の継続

医療に携わる人材の確保に係る事業を中心に既存財源による事業を廃止して、「地域医療介護総合確保基金」事業への振替えがなされているが、地域偏在是正や深刻な医師・看護師不足を解決し地域医療を維持するためにも、安易な事業廃止は行わないこと。

4. 新専門医制度について

新専門医制度は、2018年度から開始されたが、専攻医が東京などの都市部へ集中する一方、地方では特に、期待される総合診療専門医は採用者数が少ない（1年目、2年目ともに約180名、3年目は約220名）こともあいまって、地域医療の確保が危ぶまれる状況が見受けられる。

加えて、幅広い領域に対応し指導医数も豊富な大学・大病院に専攻医が集中しやすい状況にあるが、一県一医大構想は各県の人口格差を配慮したものでないため、人口当たりの医学部定員の少ない道県では、都市部へ流入する事態によって重大な医師不足が生じている。

したがって、新専門医制度は専攻医及び指導医の東京を中心とした都市部等への集中を回避し、医師少数区域等での研修を必修化するなど、地方にバランスよく若手医師、女性医師及び指導医が配置されるような仕組みとし、地方勤務の促進が図られるなど、勤務医の地域偏在、診療科偏在が是正されるよう進めることが必要である

要望事項

1) 医師の地域偏在・診療科偏在に及ぼす新専門医制度の影響の検証及び必要な対策の実行

地域の実情等を十分踏まえるとともに、新専門医制度により医師の地域偏在や診療科偏在が助長されるようなことは決してあってはならない。

その上で国が責任をもって検証し、地域ごとの医師必要数に応じて地方にバランスよく医師が配置されるよう、日本専門医機構及び関係学会に対して実効性のある対応を求める等、必要な対策を講じること。

2) 総合診療専門医のキャリアパスの整備

地域で期待される総合診療専門医養成のため、キャリアパスを明確にすること。

3) 医師少数区域等での研修を必修化し東京等への専攻医の集中を助長しない

新専門医制度により東京などの都市部に医師が集中せず、医師少数区域等での研修を必修化し地域医療が適切に確保されるようにすること。

4) 医学部定員の見直しは、都市部へ専攻医が集中しないよう地域実情を勘案

医学部定員の見直しが画一的・機械的に行われた場合、都市部への専攻医の集中が加速、温存される可能性があることから、地域の実情を勘案した柔軟な対応を行うこと。

5. 医療従事者の負担軽減及び医師等の働き方改革の推進について

要望事項

1) 医療従事者の負担軽減及び医師等の働き方改革の推進に関する周知、必要に応じた財政的支援策

医療従事者の負担軽減及び医師等の働き方改革を推進するに当たっては、実効性をもって進められるよう、医療機関のみならず、国民・行政・企業に対しても継続かつ十分な周知を図ること。

また、昨年12月の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」の中間とりまとめにおいて、医師の時間外労働の上限規制等が示され法改正が行われたが、医療機関が着実に実行していく上では、様々な取組みに対して安定した財源が必要となる。例えば、今般、同時に改正された診療放射線技師等へのタスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進に係る人材確保や業務効率化のためのICTの導入等に要する費用のほか、医療機関の交代制勤務、時間外勤務等に要する費用など、経営への影響を考慮し持続可能な病院経営ができるよう必要に応じた財政支援策を講じるとともに地域に与える影響を考慮しつつ、地域とも十分に協議しながら進めること。

2) 医師の時間外労働規制に伴う取組及び副業・兼業に係る労働時間管理の慎重な取扱い

医師不足の医療機関では、一般外来診療をはじめ宿日直勤務や、夜間・休日における救急医療の多くを大学病院や地域の基幹病院等から派遣されている医師によって支えられている。医師の時間外労働規制による地域医療への影響を懸念し設けられた「連携B水準」が機能し、医療機関から医師派遣の引上げ等により地域の医療提供体制に影響がないよう、この制度の趣旨を大学病院等に丁寧に周知するとともに、今後とも必要な取組を行うこと。また、医師の時間外労働の上限医師の副業・兼業に係る労働時間を通算する管理の取扱いについては、派遣している医療機関等に過度な負担をかけると、地域医療の崩壊を招く恐れが非常に強いことから、追加的健康確保措置のあり方を含め、地域医療を適正に確保できるようにすること。

3) 地域の実情を踏まえた地域医療確保暫定特例水準の適用

都道府県が地域医療確保暫定特例水準の適用を認める医療機関を特定するに当たり、医療機関は医師労働時間短縮計画を策定し、タスク・シフティング、タスク・シェアリング等を計画的に推進することが要件となっているが、特に地方の医療機関では医師以外の医療従事者も不足していることから、地域の医療提供体制や当該医療機関の実情を踏まえるとともに、医療従事者の確保策や地域偏在対策等について、引き続き国において対応すること。

4) 対応困難な医療機関に対する追加的支援策

医師の働き方改革を推進するに当たり、都道府県が定期的に医療機関の取組状況に関する実態調査を実施した結果、特に医師不足等の地域医療提供体制の実情により個々の医療機関の取組だけでは対応が困難と認められる場合は、当該医療機関の支援に関与し、また、国においては地域医療に影響を及ぼさないよう必要に応じて追加的支援策を講じ

ること。

5) 医師の柔軟な働き方の推進

医師の働き方改革においては、少子高齢社会における地域の医療提供体制の確保、医師偏在の解消などの課題を踏まえ、性別を問わず医師が働き続けられる環境を整備するため、短時間勤務、当直勤務免除、オンコール免除等の勤務が可能となるよう、柔軟な働き方を目指し推進すること。

6) 診療報酬制度での対応

医師の働き方改革の推進には、業務のタスク・シフティング、タスク・シェアリング等に加えて、医師や医療従事者の増員が必要となり、人件費等の費用が増えることが見込まれることから、診療報酬制度で対応すること。

7) 病院勤務医の負担軽減

病院勤務医の働き方改革を進めるに当たっては、救急医療体制の改善が必要不可欠であり、病院に患者が安易に集中しないよう、まず、各地で行っている救急医療電話相談等の普及・周知を行うこと。また、かかりつけ医機能を持つ医療機関には休日夜間を含め軽症救急患者への対応を必須とするなど、かかりつけ医が軽症救急医療に積極的に対応し、中等症（二次救急）以上の必要な患者が救急病院を受診する仕組みを普及させること。

8) 新型コロナウイルス感染症による影響の検証

新型コロナウイルス感染症への対応により、医師の労働環境を含めて、地域医療の提供体制全体に大きな変化が生じており、その影響について各医療圏及び各医療機関ごとにきめ細かく分析をした上で、医師の働き方改革の全体の進め方を改めて議論する必要があることから、2024年度からの医師の働き方改革に関する新制度の施行猶予も含めた検討を行うこと。

6. 精神科医療について

要望事項

1) 非自発的入院医療を高規格精神科病棟へ限定化

急性期入院医療及び措置入院・医療保護入院等の非自発的入院医療については、質の高い入院医療及び退院後の適切なフォローアップが重要であり、高規格の精神科病棟に入院先を限定するべきである。この分野においては、精神科特例（昭和 33 年厚生省事務次官通知等）を廃止して施設基準と医療費給付を一般病床並みとすること。

2) 自治体病院精神科が担う政策医療への支援の充実

自治体病院精神科は、災害精神科医療、司法精神科医療、重度・慢性期の医療、児童・思春期精神科医療、重度依存症医療、身体合併症医療等の多岐に渡る政策医療の中心的役割を担っている。これらの医療提供体制確保のためには診療報酬では担保できない多くの人員が必要である。そのための制度的支援を充実すること。

3) 精神科病院勤務医師の地域偏在への抜本的な対策

精神科診療所は都市部に集中しており、地方では総合病院精神科が唯一の精神科医療機関であることが多い。精神疾患は薬物治療だけでなく長期にわたる療養指導が必要であり、外来患者は無制限に増え続け勤務医師の疲弊が著しい。一般科のみならず精神科医師の提供体制についても抜本的な対策を講じること。

4) 精神科医療提供体制の在り方を地域医療構想とともに検討する

認知症ばかりでなく、若年者に広がるネット・スマホ・ゲーム依存は我が国の社会を根幹から揺るがす問題である。さらにアルコール使用障害やギャンブル依存への対策も不可欠であり、精神疾患は特殊なものではないという認識を持つ必要がある。精神科疾患の社会に与える影響を考えれば、最初から一般医療提供体制と同様な視点、プロセスにより検討され、一般医療と一体に施行されるべきである。

5) 精神科疾患に対応した感染症病床の整備

今般の新型コロナウイルス感染症への対応状況に鑑み、精神障害者や知的障害者、認知症患者にも対応可能な感染症病床の整備を検討すること。

6) 精神科救急入院料（いわゆるスーパー救急病棟）について

令和 2 年度診療報酬改定において、精神科救急入院料の届出病床数の上限（300 床以下では 60 床以下に、300 床を超えるときは 2 割以下とすること）を超えた病床は、令和 4 年 3 月 31 日をもって当該入院料が算定できなくなるとの改定が行われたが、このことは、医業収入の減少による経営面での打撃だけではなく、病床削減による精神科救急体制の崩壊につながりかねない。各都道府県の精神科救急医療体制を検証したうえで、実状に合わせた基準となるよう見直しをすること。

7. 医療人材の確保について

(1) 薬剤師確保対策について

病院等においては、チーム医療の推進や病棟薬剤業務の展開、新規医薬品、抗悪性腫瘍剤等の適正使用業務、さらには高齢化社会に伴う在宅医療患者への薬剤管理指導など、薬剤師の需要が拡大しているが、大手調剤薬局やドラッグストアの多店舗戦略等により、地方の自治体病院においては薬剤師の確保が厳しい状況であり、特に薬科大学（大学薬学部）が所在しない県内は、著しく厳しい。

平成24年から6年制課程修了薬剤師が就業しており、医師・歯科医師・薬剤師調査による就業先を平成22年と平成30年とを比較すると、薬剤師総数は約3.5万人増加し、そのうち薬局従事者は約3.5万人増加、医療施設従事者は約0.8万人増加、医薬品関係企業従事者は約0.6万人減少し、薬局従事者の増加が突出している。全国自治体病院協議会薬剤師部会では全国での薬剤師募集・採用状況を継続調査しており、令和2年度の調査では、回答319病院の平均採用率は55.3%、募集しても1人も薬剤師を確保できなかった病院は115施設（36.1%）であった。募集人員数の一部しか確保できなかった病院82施設（25.7%）を合わせると、全体の約6割の病院において薬剤師確保が極めて厳しい状況にある。

要望事項

医療機関への薬剤師確保定着策の実施

医療の質の確保、チーム医療の推進、及び医師の過重労働軽減により、薬物療法の安全確保における病院薬剤師の業務は拡大し、それに伴う責任も非常に増していることから、それに見合う診療報酬の見直しを講じること。

また、医師・歯科医師と同様に6年間の教育を受ける病院薬剤師の役割についても適正な評価を行い、病院薬剤師独自の俸給表を創設するなど、医療機関への薬剤師確保と定着が一層図れるよう、早急に対策を講じること。

(2) 看護師確保対策について

超高齢社会の到来による地域医療構想の推進、少子化の加速による労働人口減少により、看護職の確保は喫緊の課題となっている。医療機関での入退院支援の充実、在宅療養支援のための関係施設との連携、地域全体のケアの質向上に向けた人材育成など、看護職への期待と求められる役割は拡大、多様化していく。今後も看護職の需要は質的、量的ともに益々高まっていくことは必然であり、更に質の高い看護職を育成すると同時に、必要な看護職の安定的な確保が求められる。

一方、質の高い看護職の育成には、基礎教育を含めて多大な時間と労力が必要であり、現場の負担も大きい。また、必要な看護職の安定的な確保には、働き方改革を推進しながら、仕事と子育てや介護を両立できる環境の整備、医療機関で不可欠な夜勤を担う看護師等の確保等が必要である。

現場に目を向けてみると、診療報酬算定上、看護師等に所定の研修受講が定められたものについて、地方での研修機会が十分に確保されておらず、長期派遣のための代替え人員確保、受講見送りによる算定減など、経営にも影響を及ぼしている。また、他職種との業務分担も、薬剤師、栄養士などの人員不足によって思うように進んでいないのが

現状である。看護においては、医師との業務分担を進めるため、医療行為ができる特定行為研修を修了した看護師や、専門・認定看護師等を計画的に、速やかに養成していくことが課題である。

今般の新型コロナウイルス感染症拡大により、看護師のニーズはこれまで以上に高まっている。通常診療以上にマンパワーを必要とする新興感染症対応を安全に実践するための看護職の確保と併せて感染症の専門的知識を有する看護職（専門看護師・認定看護師）の確保も課題である。

要望事項

1) 看護師等確保に向けた諸施策の実行と財政的支援

良質な看護を継続的に提供していくため、財政的支援も含め、看護師等確保のための諸施策を実行すること。

2) 看護職員需給見通しの精緻化

病院の機能分化、地域連携の推進、在宅療養支援等の新たな需要や都市部への看護師等の偏在などの状況を的確に把握し、きめ細かな看護職の需給見通しを策定すること。

3) 看護師等免許保持者のナースセンターへの届出制度の活用

看護師等免許保持者のナースセンターへの届出制度を活用して、潜在看護師等の復職支援処遇改善等を進めて確保につなげるとともに、制度を国民に周知して実効あるものとする。

4) 地方における専門的研修機会増大のための Web 研修の整備と財政支援

地方における研修機会の増大を図るため、Web を活用した教育体制の整備及び認定看護師等の養成教育機関への職員派遣等について、財政措置を含めた支援を行うこと。

5) 特定行為研修実施に対する財政的支援

特定行為研修制度の推進のため指定教育機関や実習協力機関に対し、研修の実施区分数や受講者数に応じた補助金の充実を図ること。

6) 看護業務の他職種への移譲促進

チーム医療の推進に伴い看護師等の役割も拡大している中で、安全かつ効率的な業務遂行を図るため、他職種が担うことのできる業務については、看護師の業務負担軽減の観点から、より一層の役割分担及びタスクシフトを促進すること。

(3) 医療人材確保に関する支援の充実

公立病院においては、既述の医師、薬剤師、看護師のみならず、その他の医療スタッフ、調理員及び看護助手についても、特に地方において人材の確保が困難となっており、調理員等が確保出来なければ病院運営に支障をきたし、また、委託の場合でも同様に人材確保難等から委託料の高騰を生んでおり、地域医療確保、病院経営に与える影響は多大なものとなっている。

また、働き方改革の推進や、特に公立病院においては昨年度より会計年度任用職員制

度が開始したことなども人件費増加の要因となり、病院運営に与える影響は多大である。

要望事項

地域医療確保の観点から、病院に勤務する医療スタッフの確保について早急に対策を講じること。また、人材確保難、制度改正に伴う人件費、委託費等の増加については、財政措置についても配慮すること。

8. 医療事故調査制度について

要望事項

医療事故調査制度の国民への周知等

平成 27 年 10 月に開始された医療事故調査制度の趣旨が、国民に正しく伝わるよう適切に周知を図ること。

WHO ドラフトガイドラインでいうところの非懲罰性、秘匿性、独立性といった考え方に整合的な運用を、引き続き堅持すること。

9. がん医療提供体制の充実について

高度急性期の医療機能の強化において、特に国民の 2 人に 1 人が罹患する「がん」の医療提供体制の充実が重要である。

(1) 粒子線治療について

とりわけ粒子線治療は生活の質を維持する効果に優れ、平成 28 年度に小児腫瘍に対する陽子線治療、及び切除非対応の骨軟部腫瘍に対する重粒子線治療が公的医療保険の適用となった。また、平成 30 年度の診療報酬改定では、新たに切除非対応の骨軟部腫瘍に対する陽子線治療、口腔・咽喉頭の扁平上皮がんを除く頭頸部悪性腫瘍、及び限局性・局所進行性前立腺がんに対する粒子線治療が公的医療保険の適用となったところである。更に粒子線治療を望む多くの人が治療を受けられるようにすべきである。

要望事項

1) 有効性や安全性など適正な医療の提供と認められた粒子線治療に対する公的医療保険適用化または先進医療の継続

有効性や安全性など適正な医療の提供と認められた粒子線治療については、早期に公的医療保険を適用し、保険適用外のものについては先進医療を継続すること。

2) 粒子線治療に係る診療報酬額の適正な水準への引上げと地域を超えた連携体制の整備

建設費が大きく治療に要する実費用が高額な粒子線治療施設における治療について、治療施設が持続的に治療を実施できるよう診療報酬額を適正な水準に引き上げるとともに、既存施設を有効に活用するため、高度な放射線治療を受けられるよう地域を越えた患者紹介など、連携体制を整備すること。

(2) がん診療連携拠点病院（高度型）の要件見直しについて

要望事項

地域がん診療連携拠点病院（高度型）について、同一医療圏内で 1 か所のみ認められているところであるが、指定基準を満たした病院が複数ある医療圏については、地域がん診療連携拠点病院（高度型）の基準の均てん化の観点から、指定基準及び診療実績を考慮し、必要に応じて同一医療圏内で複数指定する制度とすること。

10. 医療分野におけるデジタル化の推進・活用について

放射線専門医、病理専門医をはじめ、医師の不足地域における診療支援、女性医師の活躍等の観点等から、医療分野におけるデジタル化の推進は必要である。

また、電子カルテの運用、診療報酬上でのデータ提出を要件とする病棟の拡大、並びに遠隔診療・オンライン診療の導入、「全国がん登録制度」の運用等、ICTを活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進が求められており、病院が負担する医療情報処理に係る費用は増大する一方である。さらに、医療・介護間のICTネットワークシステムの構築、情報の共有化と利活用による、円滑な医療・介護連携を実現することも求められている。

また、AIやIoTについては、在宅、日常生活でのバイタル等の生体情報を取得し解析することが可能となり、診断の早期化、治療効果の確認等により、適切で効率的な医療ケア提供が図られるほか、大容量通信が可能な第5世代移動通信システム「5G」との組合せにより、遠隔診療サービスの高度化や、医師不足地域等における診療支援の観点等から、その導入・活用が期待されるものの、5Gの安心安全な利用に向けた体制など医療安全から見た電波管理の在り方の検討が必要である。

要望事項

1) 国による医療分野におけるICTの標準化とAIの導入・活用への財政措置の拡充

放射線専門医、病理専門医をはじめ、医師不足地域における診療支援、女性医師の活躍の観点等から、医療分野におけるICT化を積極的に推進し、電子化カルテ等について、国が規格統一、標準化することにより医療機関での負担を最小限に抑えつつ、診療報酬をはじめとした必要な財政措置の拡充を図ること。

また、AI、IoT及び5Gの導入・活用へ向けた診療報酬をはじめとした必要な財政措置を図ること。

2) マイナンバーカードを利用した健康保険のオンライン資格確認に係る財政措置の拡充

オンライン資格確認導入のための医療情報化支援基金による財政措置については、特に大規模病院において想定される導入経費に比して著しく不足していることから、引き続き、医療機関の負担がないよう財政措置の拡充を図ること。

1 1. 公立病院の運営の確保について

(1) 財政措置等について

病院事業に係る地方交付税措置については、厳しい財政の状況下で、自治体病院が担う小児医療、救急医療、精神科医療、へき地医療、高度医療、周産期医療等の政策医療や不採算医療、更には医師の確保に配慮した制度の拡充が図られてきたところであるが、自治体はなお多額の負担をしている。

要望事項

社会経済情勢に即してその所要額を確実に確保するとともに、公立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を図ること。

また、病院事業に係る地方交付税措置を見直す場合は、自治体病院の運営に支障を来たすことのないよう配慮すること。

(2) 社会保険診療報酬の改定について

近年の医療は、医療技術の進歩により、より精密に、より複雑に進化しており、それに伴い医療機器や医療施設（整備）の新設・更新速度も早くなっているが、現在の診療報酬体系はそのコストを適切に反映していない。特に地域医療において重要な役割を担う中小病院、中でも中山間地域等の中小病院にとっては、適切な医療を提供する体制を確保できるかどうかの岐路にあり、診療報酬体系へのコストの反映は大変重要である。

要望事項

令和4年度診療報酬改定については、中山間地におけるオンライン診療をはじめ医療技術等の適正な評価と医療機関の機能的コストなどを適切に反映した診療報酬体系とするとともに、地方に配慮した診療報酬制度になるよう改善すること。

(3) 医療機関に対する消費税制度の改善について

診療報酬による控除対象外消費税の補填は、公平で精緻な制度・運用が病院経営には必要である。

平成31年度与党税制改正大綱において、「社会保険診療に係る仕入れ税額相当分の補填のバラツキについては、診療報酬の配点の精緻化により是正」とされ、2019年10月からの消費税率引上げに伴う診療報酬による医療機関への補填は、シミュレーションによれば100%前後と公表された。

しかし、このシミュレーションは入院基本料の区分等により分類・類型化された平均値であり、病院間のバラツキは解消されず、特に手術を行う外科系の病院や循環器科・消化器科等の高額な診療材料を使用する病院においては物品購入量が多いため補填不足が生じやすく、病院個別に100%前後でなければ精緻化とは言えない。

要望事項

1) 厚生労働省は消費税率引上げ後の診療報酬による補填状況を早期に検証し、補填のバラツキや不足があれば、配点の精緻化（付替え）により修正するか、診療報酬制度内にバラツキを調整する仕組みを創設する等により、病院個別に100%の補填とすること。

2) あるいは、診療報酬での対応が限界であれば、課税措置への転換、ゼロ税率による還付等、抜本的に税制を改正すること。

II 被災地への継続的支援と災害に対応する医療提供体制の構築

1. 東日本大震災の被災地における医療提供体制の確保

要望事項

1) 被災した医療機関の復興に向けた継続的な支援

被災した医療機関の復興に当たり、いまだに労務費や建設資材等の高騰が続いていることから、被災地における復興計画期間を通じて安定した財源の確保を図ること。

2) 被災地における医療従事者確保への支援

地域の医療機関の復興に向け、長期的かつ継続的に医師や看護師等の医療関係職員を確保することが重要課題であり、また被災者の心のケアをはじめとした医療ニーズは多様化していることから、医療従事者の確保に対して支援を行うとともに、被災者の心のケア対策等の取組が安定的に実施可能となるよう確実な施策、財源措置を図ること。

2. 自然災害等による緊急時の医療提供体制確保への支援

要望事項

医療機関の震災対策、水害対策、雪害対策、停電対策等に対する支援を充実

大規模な自然災害が頻発する我が国の医療提供体制確保のために、医療機関の震災対策、水害対策、雪害対策、停電対策等に対する支援を充実すること。

おわりに

全国の自治体病院は、医師不足などの厳しい環境においても、住民生活に不可欠な質の保たれた医療を適切に提供するために懸命に努力を続けている。

新型コロナウイルス感染症患者を積極的に受け入れたことにより、病院経営が相当厳しくなり、地域の医療体制が崩壊しかねないとの懸念が広がっているが、引き続き、地域医療提供の最後の砦としての役割を確実に遂行していく所存である。

今般の新型コロナウイルス感染症対策、地域医療構想、医師偏在の解消、医師の働き方改革等の実現において都道府県の役割が一層大きくなり、依然として国が果たす役割は制度整備や所要財源の確保など、基本的かつ重大である。

国においては、以上 13 の事項について早急に取り組むよう強く要望する。

【資料】

資料Ⅰ 自治体病院の役割

1. 自治体病院の現状

- ①我が国における自治体病院の割合（病院数・病床数）
- ②自治体病院における立地等の状況

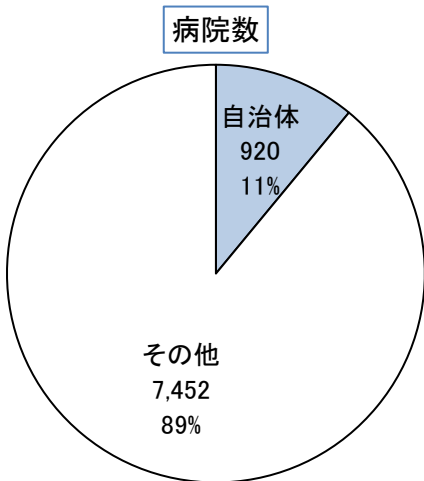
2. 指定医療機関等における会員病院の割合 （一部、医療施設調査による）

3. 専門医（新専門医制度）研修施設における会員病院の割合

資料Ⅱ 薬局・医療施設に従事する薬剤師数の年次推移 （1982年～2018年）

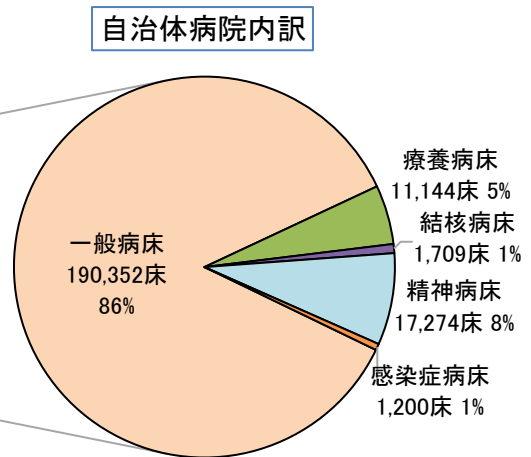
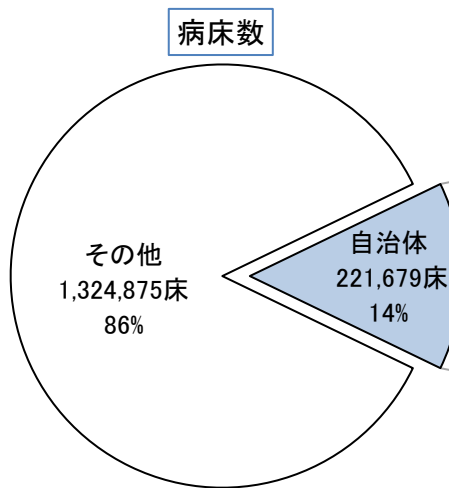
1. 自治体病院の現状

①我が国における自治体病院の割合(病院数・病床数)



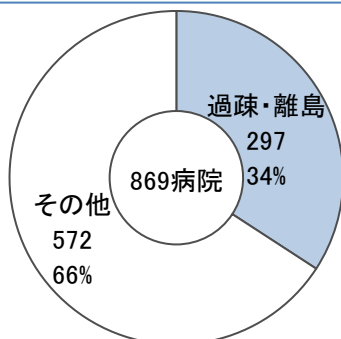
	病院数	病床数	病床数内訳				
			一般	療養	結核	精神	感染症
総数	8,372	1,546,554	890,712	319,506	4,762	329,692	1,882
国	324	127,092	117,205	448	1,966	7,304	169
公的医療機関	1,207	314,668	274,741	16,408	1,812	20,202	1,505
都道府県	199	53,209	42,388	347	478	9,714	282
市町村	618	127,951	112,135	10,270	676	4,177	693
地方独立行政法人	103	40,519	35,829	527	555	3,383	225
その他公的	287	92,989	84,389	5,264	103	2,928	305
社会保険関係団体	52	15,636	14,913	470	95	144	14
公益法人	197	49,710	28,316	6,614	138	14,565	77
医療法人	5,764	865,038	329,742	269,957	379	264,911	49
私立学校法人	112	55,623	52,804	505	84	2,209	21
社会福祉法人	201	34,306	23,779	5,467	178	4,882	-
その他	515	84,481	49,212	19,637	110	15,475	47

出典：医療施設調査(平成30年10月1日現在)



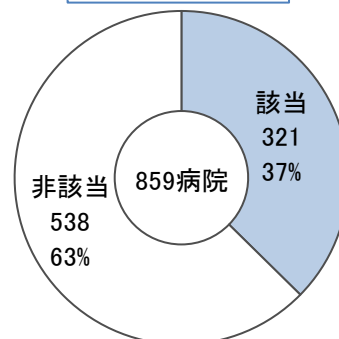
②自治体病院における立地等の状況

過疎・離島に所在する会員病院



会員基礎情報(令和2年1月1日現在)等より作成

不採算地区病院



出典：令和元年度地方公営企業決算状況調査

過疎の定義：

「過疎地域自立促進特別措置法」第2条に規定する過疎地域(「一部過疎地域」を除く) 総務省「過疎地域市町村等一覧(平成29年4月1日)

離島の定義：

・「離島振興法」第2条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域(令和3年4月1日)

・「奄美群島振興開発特別措置法」第1条に規定する奄美群島の地域

・「小笠原諸島振興開発特別措置法」第4条第一項に規定する小笠原諸島の地域

・「沖縄振興特別措置法」第3条第三号に規定する離島、沖縄県離島関係資料内指定離島一覧(令和3年3月)

不採算地区病院とは、その有する病床数が主として一般病床又は療養病床である病院のうち主として理学療法又は作業療法を行う病院以外の病院及び当該病院が主として児童福祉施設である病院以外の病院(以下「一般病院」という。)で次に掲げる条件を満たすもの。

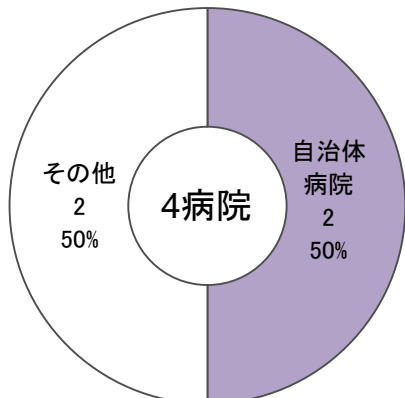
・病床数が150床未満であり、直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上となる位置に所在している一般病院であること(第1種該当)。

・病床数が150床未満であり、直近の国勢調査に基づく当該公立病院の半径5キロメートル以内の人口が3万人未満の一般病院で

2. 指定医療機関等における会員病院の割合（一部、医療施設調査による）

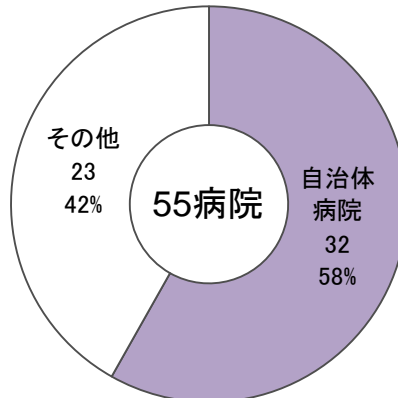
感染症対策の医療体制

特定感染症指定医療機関



2019年4月1日現在

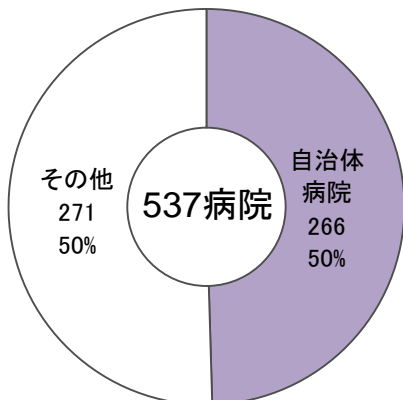
第一種感染症指定医療機関



2019年4月1日現在

感染症対策の医療体制

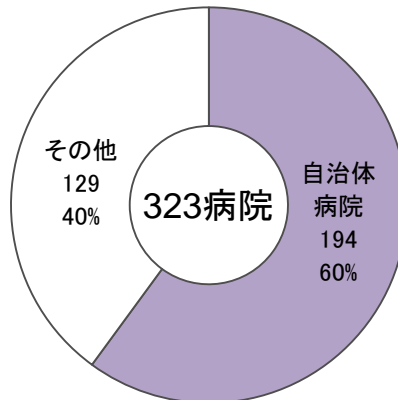
第二種感染症指定医療機関



2019年4月1日現在

へき地の医療体制

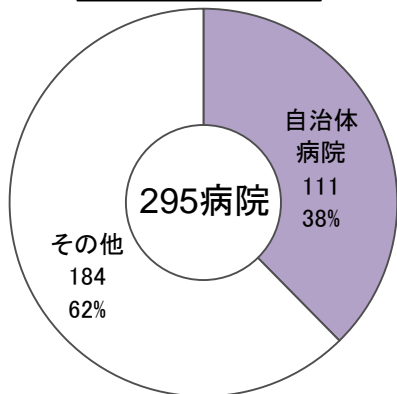
へき地医療拠点病院一覧



2019年4月1日現在

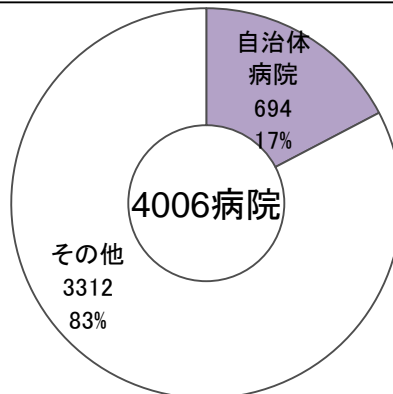
救急医療の体制

救命救急センター
(第三次救急医療機関)



2020年12月1日現在

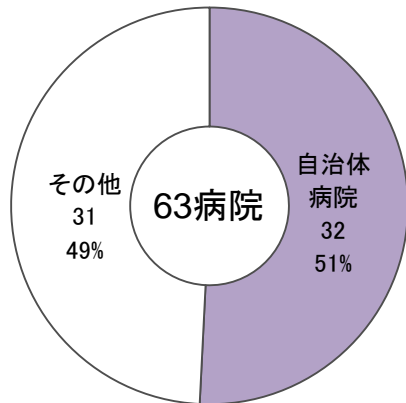
入院を要する救急医療を担う医療機関
(第二次救急医療機関)



2017年10月1日現在

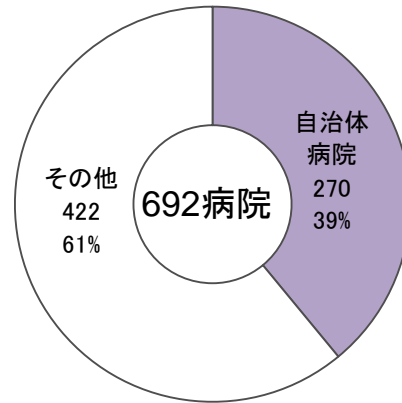
災害時における医療体制

基幹災害拠点病院



2020年4月1日現在

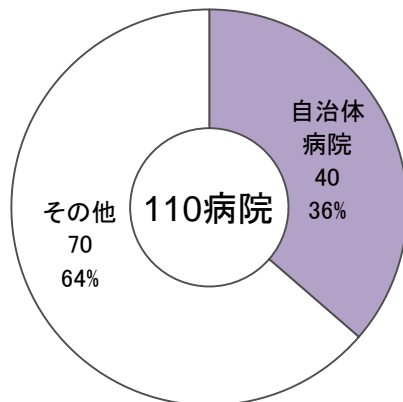
地域災害拠点病院



2020年4月1日現在

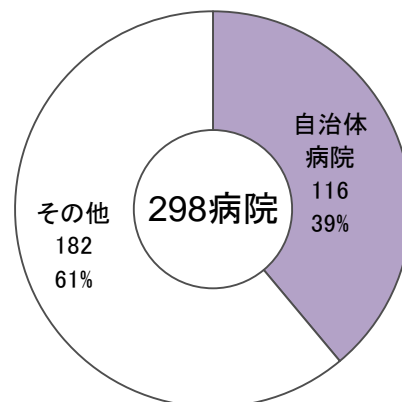
周産期医療の体制

総合周産期母子医療センター



2020年5月1日現在

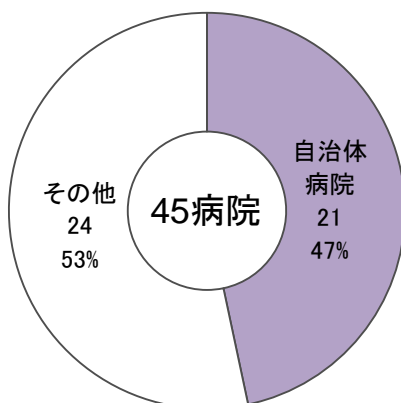
地域周産期母子医療センター



2020年5月1日現在

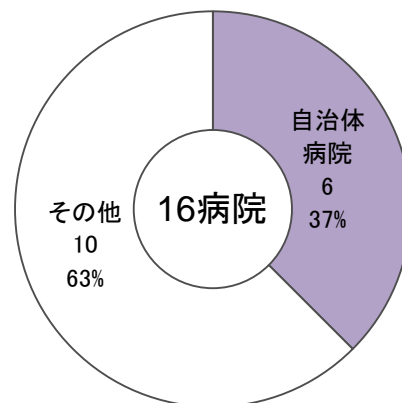
小児医療の体制

小児救急医療拠点病院



2019年4月1日現在

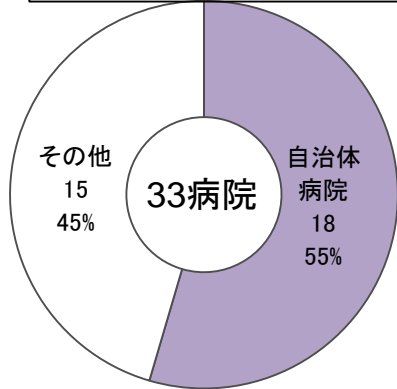
小児がん拠点病院



2019年4月1日現在

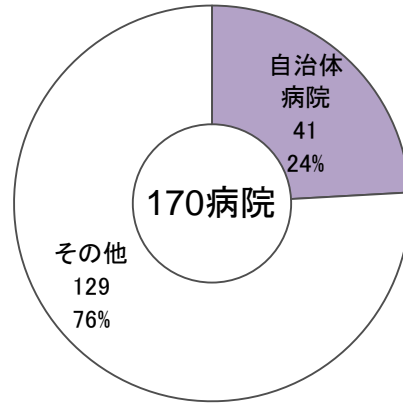
精神疾患の医療体制

心神喪失者等医療観察法の指定
入院医療機関



2020年4月1日現在

精神科救急受入病院

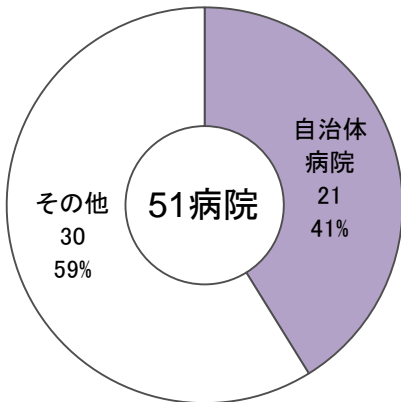


2020年2月末日現在

※「精神科救急入院料」と「合併症型」での重複はそれぞれ集計

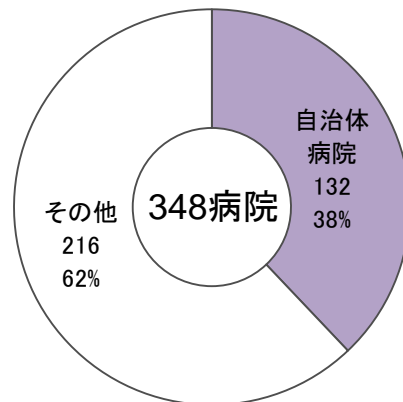
がんの医療体制

都道府県がん診療連携拠点病院



2020年4月1日現在

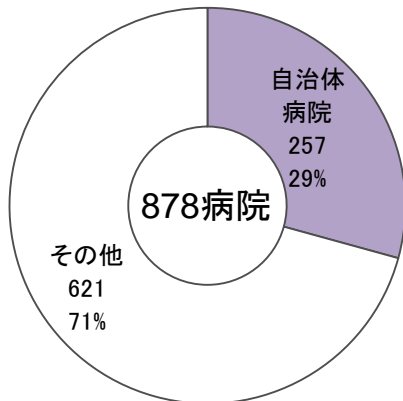
地域がん診療連携拠点病院



2020年4月1日現在

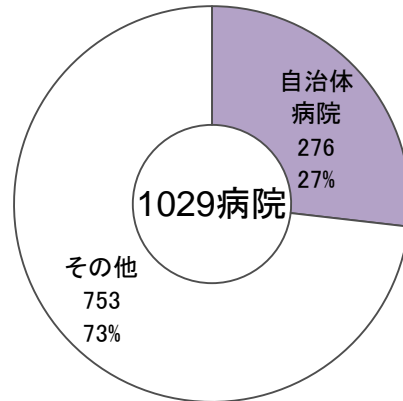
脳卒中、心筋梗塞の医療体制

脳卒中



2019年4月1日現在

心筋梗塞等の心血管疾患

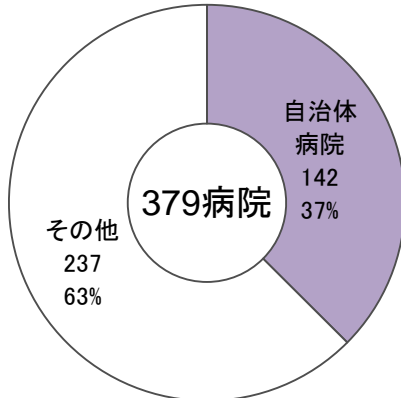


2019年4月1日現在

※令和元年度 第3回診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会資料「地域医療指数(体制評価指数)の内訳(医療機関別)」より

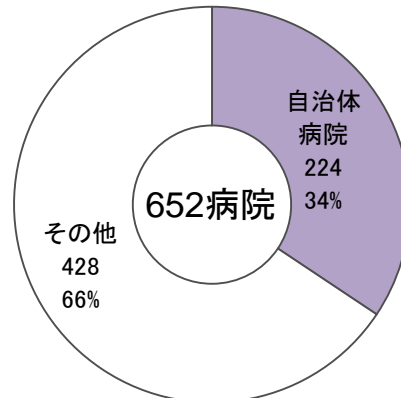
その他の指定医療機関

エイズ治療拠点病院



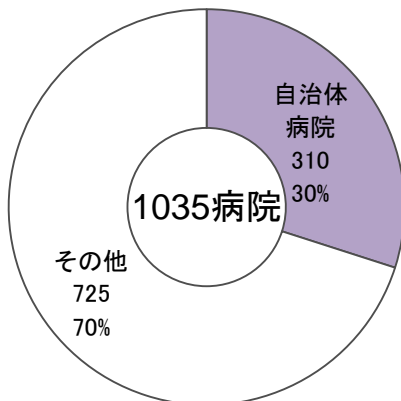
2020年10月1日現在

地域医療支援病院



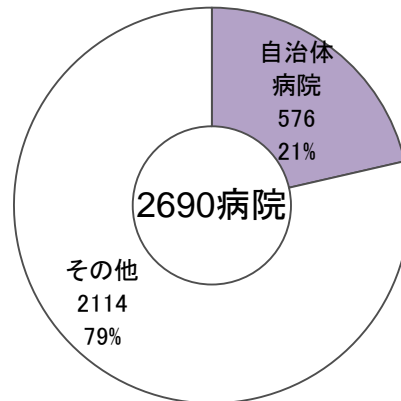
2020年11月1日現在

基幹型臨床研修病院



2020年度現在

協力型臨床研修病院



2020年度現在

※基幹型と協力型での重複はそれぞれ集計「令和元年度に臨床研修プログラムを実施する予定の病院一覧」より

3. 専門医(新専門医制度)研修施設における会員病院の割合



注1 各領域学会ホームページ掲載のリスト等を基に全国自治体病院協議会事務局で集計した数値である
 2 基幹施設と連携施設等が重複している病院は、「1」として集計している
 3 ★の領域(麻酔科、放射線科、総合診療)は、基幹施設の数値である。

(参考)

専門医名称	研修施設名称	時点
内科専門医	基幹施設、連携施設、特別連携施設	2021年1月19日
外科専門医	基幹施設、連携施設	2021年4月1日
小児科専門医	基幹施設、研修施設	2021年1月8日
産婦人科専門医	基幹施設、連携施設	2020年11月27日
精神科専門医	基幹施設、連携施設	2020年1月
皮膚科専門医	基幹施設、連携施設	2020年6月
眼科専門医	基幹施設、連携施設	2021年1月31日
耳鼻咽喉科専門医	基幹施設、連携施設	2021年1月31日
泌尿器科専門医	基幹施設、連携施設	2021年1月12日
整形外科専門医	基幹施設、連携施設	2020年5月31日
脳神経外科専門医	基幹施設、連携施設	2020年11月26日
形成外科専門医	基幹施設、連携施設、関連施設	2020年5月
救急科専門医	基幹施設、連携施設	2021年2月9日
麻酔科専門医	専門研修基幹施設	2021年1月14日
放射線科専門医	基幹施設	2020年10月30日
リハビリテーション科専門医	基幹施設、連携施設、関連施設	2021年2月3日
病理専門医	基幹施設、連携施設	2021年1月7日
臨床検査専門医	基幹施設、連携施設	2021年1月8日
総合診療専門医	基幹施設	2021年1月8日

資料Ⅱ 薬局・医療施設に従事する薬剤師数の年次推移(1982年～2018年)

