令和 3 年 11 月 25 日

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
全国知事会
全国都道府県議会議長会
全国市長会
全国市議会議長会
全国町村会
全国町村議会議長会
公益社団法人　国民健康保険中央会

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、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、献身的に診療に従事している。

また、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、医業収入が大幅減収となり、とりわけ医療資源が限られている地域の重点医療機関・協力医療機関以外の非指定医療機関の自治体病院では多大な影響が及んでいる。

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）も半数以上が新型コロナ患者受入医療機関として登録され、実際 198 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。これらのことから、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）

新たな変異株（デルタ株）の影響に伴い、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、新たな変異株等による感染拡大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、本感染症患者受入のために一般病床を使用せざるを得ない実態から、空床確保の必要性や感染対策としてのゾーニング確保、また医療スタッフの集約化等の必要性等により、一部の病棟や外来の閉鎖等が行われ一般診療患者に対する診療抑制が行われた。結果、入院患者数、外来患者数、救急患者受入件数、救急車等受入件数等ともに減少し、手術件数等も必然的に減少している。

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。特に、令和２年度における財源補償については、協力医療機関、その他医療機関や後方支援医療機関への支援は重点医療機関に比して大きな乖離があり、これらの医療機関に対しても相応の財政支援を講じること。

また、新型コロナウイルス感染症の診療に挑み、クラスター発生による病棟閉鎖等により経営が厳しくなった医療機関に対しては、相応の財政支援を講じること。

２）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。

今後パンデミックにおいては確保病床の拡充のためにも、重点医療機関・協力医療機関以外の非指定医療機関においても新型コロナウイルス感染症患者の受入れを促すため、診療報酬上の特別的措置を講じること。

３）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医療機関に対しては、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。
長きにわたる診療体制保持のためのモチベーション維持のためにも、「従事者慰労金交付事業」等のさらなる措置を講じること。

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。

４）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。

５）施設整備について

新型コロナウイルス感染症の拡大が長期化する中、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（トイレやシャワー等生活基盤の整備を含む）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。

６）応急仮設建築物（簡易病床等）の存続期限の延長

建築基準法第８５条により整備された応急仮設建築物（簡易病床等）については、最長２年３か月（建築基準法第８５条第２項）しか存続が認められていないが、現状の新型コロナウイルス感染の状況や今後の新興感染症への対応等を考慮し、現行法の期限を超えて存続できるよう、制度の見直しを早急に行うこと。

７）地域での連携体制について

地域での新型コロナウイルス感染症患者の病床確保のためにも、重症度に応じた病院機能振り分け、保健所や医療機関、自治体、消防等とのリアルタイムの情報共有システム・搬送体制の構築、後方支援体制の充実、軽症者に対するホテル療養維持のための支援体制等、患者診療における切れ目のない医療提供体制の構築のために更なる検証を行い、早急な施策を講じること。

８）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を明確に示した上で、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。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。さらに、医療現場では､医療従事者への３回目の接種(ブースター接種)の要望も上がっており、科学的な知見に基づいた議論・検証を早急に行い、対応すること。

９）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。

１０）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。

１１）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。

１２）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。

１３）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。

１４）その他の課題に対する対応

新型コロナウイルス感染症の対応については、国として様々な対応を行っているが、抗体カクテル療法の治療方針、治療薬等の不足・配布体制の変更、さらには、患者受け入れ病床の閲覧・調整等について、保健所等の調整機関と情報が錯そうし、患者を治療している医療現場では大きな混乱をきたしている。今後、新たな変異株や新興感染症等により発生する新たな諸問題を含め、国としての方針を早急に決定し、関係者に徹底した周知を行うこと。

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引き続き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」に関する記載がなされることとなり（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・感染拡大時の取組みが大きくクローズアップされていることを踏まえ、各圏域で公民挙げてしっかりと議論すべきである。今までは公立や公的に偏重した改革要請であったが、日本の医療の大半を占めるのは民間であり、民間も圏域の議論に従ってプランを立て、公民一体となって機能分担や連携の在り方、感染拡大時の対応を協議していくべきである。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、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も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、自治体病院が十分活用できるように予算を増額し、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させること。

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。それらを解消するためにも、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、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。

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 4 年平均で 198 名と少ないこともあいまって、地域医療の確保が危ぶまれる状況が続いている。

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

国が責任をもって地域の実情等を把握・検証し、地域ごとの医師必要数に応じて都市部から地方へ、また地方の中でも医師少数区域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。また、新型コロナウイルス感染症で問題となった感染症専門医の養成について、ただ単に感染症枠を設定するのではなく、総合診療科や他の診療科との組み合わせ、平時と感染拡大時の両者に機能を発揮できるよう工夫するなど、無駄のない養成を検討し、実行すること。

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など、病院が柔軟な働き方を目指し推進できるようサポートすること。

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）かかりつけ医機能の強化と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。それら、かかりつけ医機能の強化により病院への負担が減り、今後の医療体制が大きく変わりうることから、重要課題として推進すること。

更に、時間外等救急対応において、専門分野の医師の支援が求められ自院のみでは解決できない場面等を考慮し、施設間の医師の連携・相談体制の整備等について財政措置を含めた支援を行うこと。

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・財政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し、一般医療と一体に施行すること。

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、さらには超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

<u>医療機関への薬剤師確保定着策の実施</u>

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。さらには、看護補助者の確保についても強力的に進めていく必要がある。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こと。

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。また、特定行為研修受講者を大幅に増やすためにも、財政支援を行うこと。

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。また、併せて看護補助者の確保対策を強化すること。

（３）臨床工学技士確保対策について

臨床工学技士は診療報酬による直接的な収益を得られる職種ではないため、医療現場では安全対策を講ずる上での最低限の人員程度しか採用されておらず、脆弱な体制で医療機器管理業務、医療機器操作などの臨床技術提供業務を実施している状況にあり改善が求められている。

具体的な問題点として医療機器管理業務では、輸液ポンプ、生体情報モニターなどの医療におけるインフラ整備とも言われる医療機器から在宅治療で使用する医療機器、そして患者の生命維持に直結する生命維持管理装置まで、多種多様な医療機器について計画的、定期的な保守点検の実施が必要であるが、現状の人員体制では対応が困難な状況となっている。

また、臨床技術提供業務においては、COVID-19 などの呼吸器疾患、心疾患などが重症化した患者では、人工呼吸器、ECMO、血液浄化装置など多くの生命維持管理装置を装着し治療にあたる必要があるため、臨床工学技士は 24 時間体制で医療機器の操作、管理を行わなければならず、少ない人員で昼夜を問わず対応している状況にある。

さらに、このような生命維持管理装置の操作は高度な知識と技術が必要となり、十分な教育と経験を積んだ臨床工学技士でなければ対応することができないことから、人材育成にも時間と労力を要することになり更なる負担を強いている状況にある。

働き方改革を進める上でも、他の医療職種と比較して職員数が少ない状況であり体制の確保が課題である。

要望事項

１）良質な医療体制の確保に向けた臨床工学技士の適正配置、体制確保

中小病院も含めた医療施設、在宅における医療機器の的確な安全管理による、安心で安全な医療機器の提供を継続的に実施するため、医療施設（動態）調査による病床数あたりの臨床工学技士数など、現状の把握、分析と早急な臨床工学技士の体制確保が出来る財政措置等の対策を講じること。

２）体制確保を可能にするための施設基準、診療報酬の改定

現状では人件費分の直接的な収益も得ることができない職種であるため、体制を確保するための制度改正ならびに人件費の増加に対する財政措置を講じること。

３）臨床工学技士へのタスク・シフト/シェアの促進

医師の働き方改革によるタスクシフト/シェア、看護師の業務負担軽減について、医療機器に関連する業務は臨床工学技士へ移譲することで役割分担を明確にし、より効率的で安全な医療の提供を推進すること。

（４）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、臨床工学技士のみならず、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いる。特に、調理員等が確保出来なければ病院運営に支障をきたし、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。

更に、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。特に長年すえ置かれている診療報酬上の食事療養費について、2022 年度の改正において増額を行うこと。

８．医療の質ならびに安全の向上について

医療の質ならびに安全の向上は常時取り組んでいくべき重要な課題である。

厚生労働省は、平成 22 年度から、臨床指標を使った「医療の質の評価・公表等推進事業」を開始し、全国自治体病院協議会も平成 26 年度から 28 年度の 3 年間その事業に参加した。その後も毎年内容を吟味しつつ参加病院の増加を図り事業を継続している。厚生労働省の事業は令和元年度から「医療の質向上のための体制整備事業」に変わり、国を挙げて医療の質指標を活用した質改善活動の普及・促進ならびに医療の質指標の標準化・公表について検討が開始されたところである。

医療の安全に関しては、平成 27 年 10 月から長年の懸案であった医療事故調査制度が開始され、医療の安全に繋がる多くの提言がなされている。一方、報告されるべき事例が報告されていないのではないか、あるいはこの報告書が医療裁判に使用され医療者側に不利に働いたなどの声も聞く。この制度の適切な発展が望まれる。

要望事項

１）医療の質向上のための体制整備

臨床指標を使った医療の質向上の体制の構築・整備に十分な支援を行うこと。

２）医療事故調査制度の国民への周知等

医療事故調査制度の趣旨が、国民ならびに医療者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）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を指定する制度とすること。

（２）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

<u>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</u>

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。

<u>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</u>

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。

１０．医療分野におけるデジタル化の推進・活用について

医療分野においても、デジタル化の促進は医療の質の向上と効率化のために極めて重要である。電子カルテは大部分の病院で使用されているが、導入・維持・更新、さらにベンダー変更時等に多額の費用が掛かり、病院の大きな負担になっている。遠隔診療やオンライン診療は医師不足地域にとっては必要不可欠な手段である。特に自治体病院は医師不足地域に多く存在するため、放射線診断専門医や病理診断専門医の遠隔診療支援等の活用が一層望まれる。ICT の活用による地域医療連携や医療・介護連携の充実も期待されている。オンライン資格確認システムの本格運用が開始され、健康保険証の資格確認とともに、特定健診や薬剤情報が閲覧できるようになる。この運用には電子カルテと接続が必要であり、多額の費用が掛かる。全国がん登録、学会症例登録等、多くのデータが収集されるようになり、その作業に労力が必要である。

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

<u>１）電子カルテの標準化推進と導入・維持・更新における財政支援と AI の導入・活用への財政措置の拡充</u>

電子カルテの標準化を積極的に推進し、医療機関の負担を最小限にすること。診療報酬等での財政支援を拡充すること。

また、最近は AI を用いた病理診断や画像診断などが始まっており、それらを着実に推進するためにも国が責任を持って、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。

加えて、ICT の活用、AI の導入等については専門的知識を要するところであるにも関わらず、専門知識を有する職員が不在である医療機関も多く、導入が進まないところがあり、医療機関間で連携したシステム導入が進んでおらず、構築費用、医療連携等、あらゆる面で効率性に欠けているところである。このため、専門家により AI の導入など ICT 活用に係るシステムの標準的・統一的な施策を早急に講じ、医療機関の連携を推進すること。

<u>２）医師不足地域での遠隔診療の促進</u>

医師不足地域の医療機関の診療体制を補完し、医療の質の向上を図るため、ICT を活用した遠隔診療の拡充を支援すること。

３）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。

また、随時拡張機能が追加される計画となっているが、費用負担が生じるため導入を見送ることが懸念される。活用を推進し定着させていくためにも、拡張機能に係る費用についても財政措置の拡充を図ること。

１１．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。なお、医療介護連携の観点から、近年、介護医療病床から介護医療院へ転換する施設が出てきているため、介護医療院についても同様に交付税措置の対象とすること。

（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。令和２年３月からの新型コロナウイルス感染症の蔓延は、入院・外来の患者数の激減を引き起こし、病院の経営に大きな影響を与えている。現在は比較的手厚い財政的支援があるため、大きな赤字にはなっていないが、入院・外来の患者数の減少は今後も持続するものと推測され、財政的支援が減少するにつれ経営状況の悪化が予想される。

要望事項

１）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。新型コロナウイルス感染症患者の診療に伴う診療報酬の臨時的対応は継続すること。

２）ウィズコロナに対応し、ポストコロナを見据え、オンライン・電話診療の普及・拡大は必須であるが、対面形式と比較して、診療報酬が低額であり、労力や負担に見合っておらず、活用を阻害する要因となっているため、今後のより一層の普及に向け、適正な診療報酬体系に見直すこと。

（３）医療機関に対する消費税制度の改善について

健全な病院経営には、控除対象外消費税の公平で精緻な補填が必要である。

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」するとされたように、診療報酬での公平で精緻な補填が必要である。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。

一方、令和 2 年 3 月からの新型コロナウイルス感染症の蔓延により医業収益は激減し、診療報酬による消費税補填の効果の検証は困難となっている。

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、消費税は最終消費者が負担する原則通り、医療も課税業者となり支払った消費税をきちんと受け取れるように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

今年度も全国各地での記録的な豪雨により、土砂災害などの自然災害が発生しているが、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災害拠点病院以外の医療機関に対しても事前に対応できるよう制度整備や所要財源の確保を行うこと。

災害派遣を実施する医療機関に対する物的、財政的支援体制を確立し、相応の支援を行うこと。また、広域災害における公務災害等に対しての国の補償体制を構築し、国による一元的な管理・補償体制を構築すること。

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）

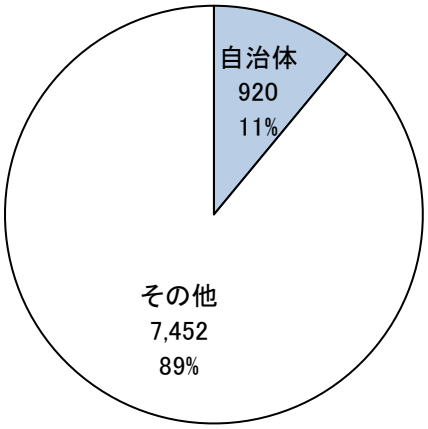
３. 専門医（新専門医制度）研修施設における会員病院の割合

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）

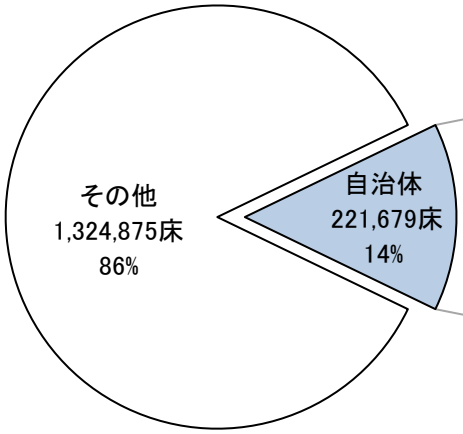
病院数



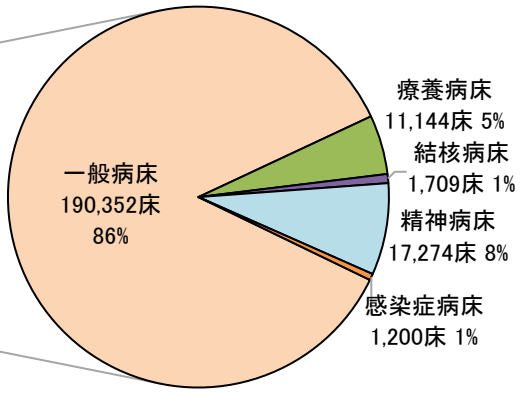
	病院数	病床数	病床数内訳				
			一般	療養	結核	精神	感染症
総数	8,372	1,546,554	890,712	319,506	4,762	329,692	1,882
国	324	127,092	117,205	448	1,966	7,304	169
公的医療機関	1,207	314,668	274,741	16,408	1,812	20,202	1,505
都道府県	199	53,209	42,388	347	478	9,714	282
市町村	618	127,951	112,135	10,270	676	4,177	693
地方独立行政法人	103	40,519	35,829	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）

病床数

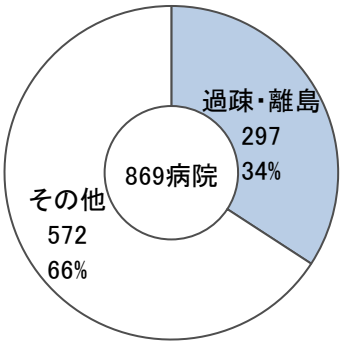


自治体病院内訳



②自治体病院における立地等の状況

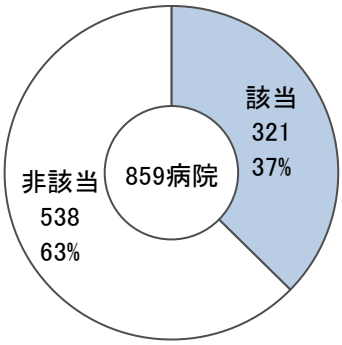
過疎・離島に所在する会員病院



会員基礎情報（令和2年1月1日現在）等より作成

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



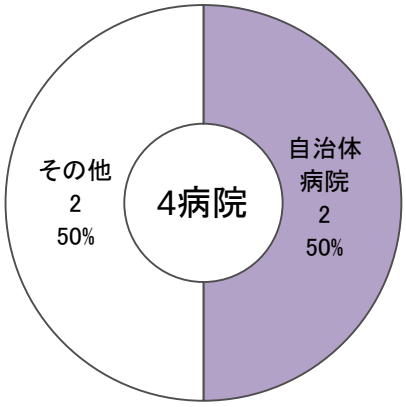
出典：令和元年度地方公営企業決算状況調査

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）

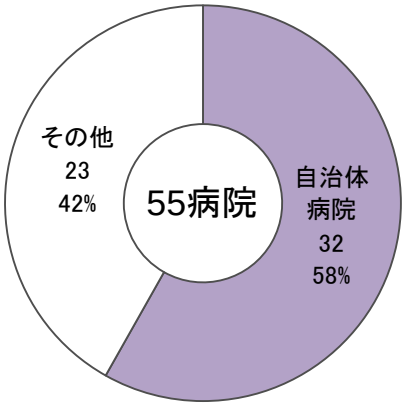
感染症対策の医療体制

特定感染症指定医療機関



2019年4月1日現在

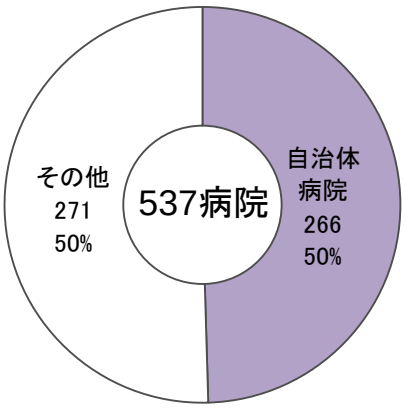
第一種感染症指定医療機関



2019年4月1日現在

感染症対策の医療体制

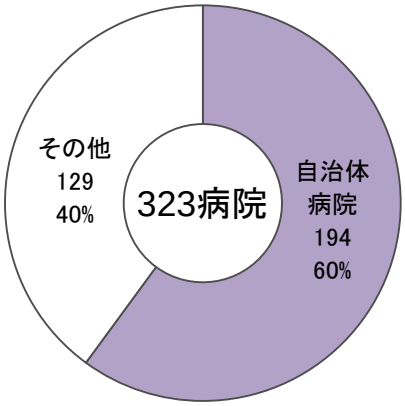
第二種感染症指定医療機関



2019年4月1日現在

へき地の医療体制

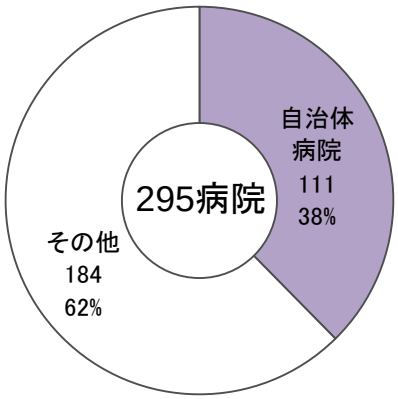
へき地医療拠点病院一覧



2019年4月1日現在

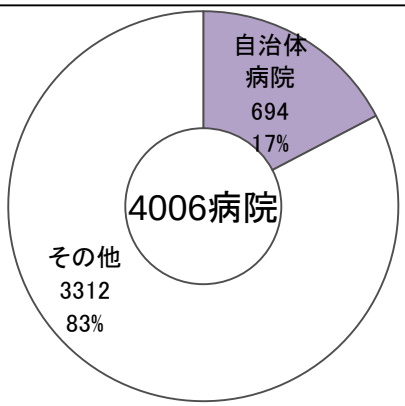
救急医療の体制

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

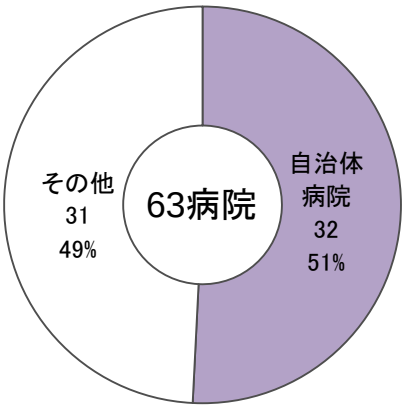
入院を要する救急医療を担う医療機関
（第二次救急医療機関）



2017年10月1日現在

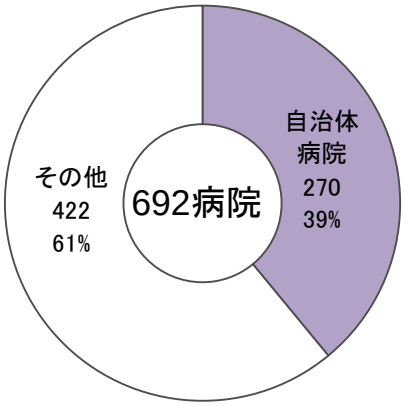
災害時における医療体制

基幹災害拠点病院



2020年4月1日現在

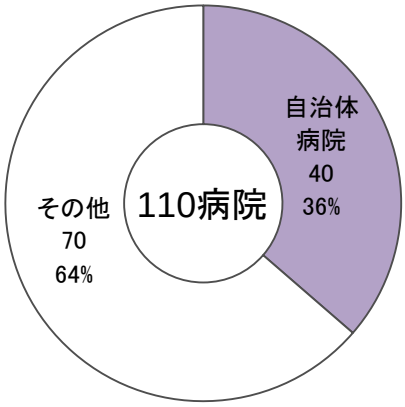
地域災害拠点病院



2020年4月1日現在

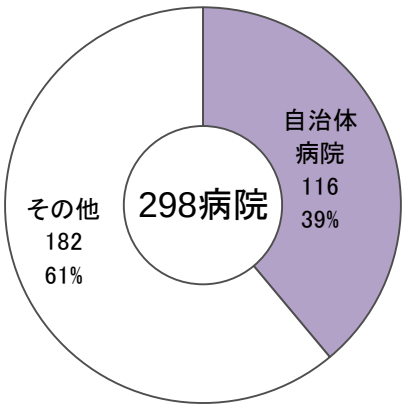
周産期医療の体制

総合周産期母子医療センター



2020年5月1日現在

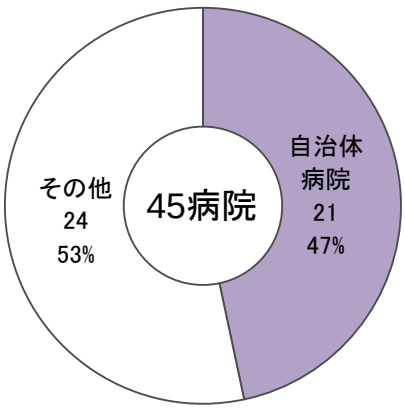
地域周産期母子医療センター



2020年5月1日現在

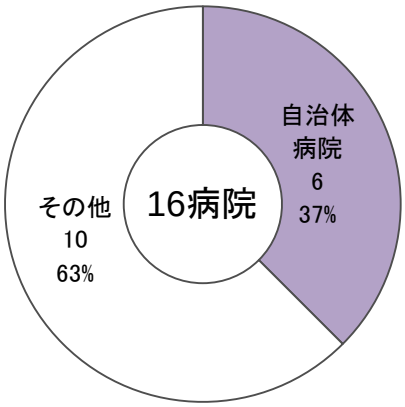
小児医療の体制

小児救急医療拠点病院



2019年4月1日現在

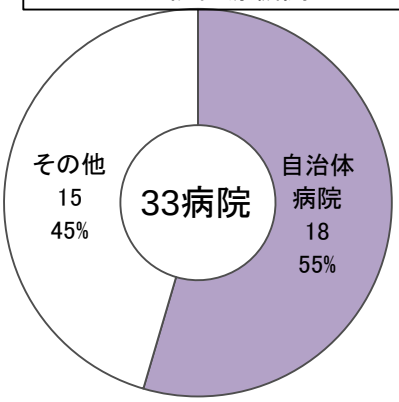
小児がん拠点病院



2019年4月1日現在

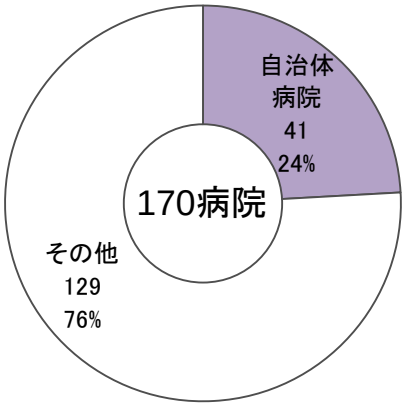
精神疾患の医療体制

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

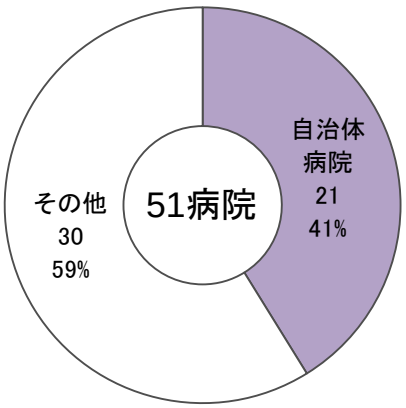


2020年2月末日現在

※「精神科救急入院料」と「合併症型」での重複はそれぞれ集計

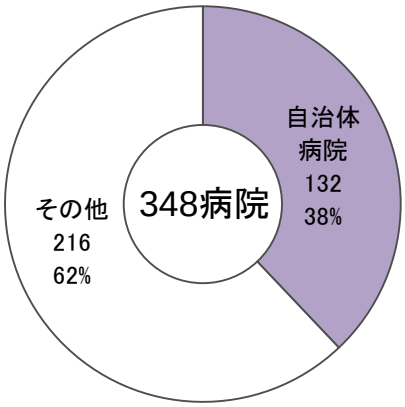
がんの医療体制

都道府県がん診療連携拠点病院



2020年4月1日現在

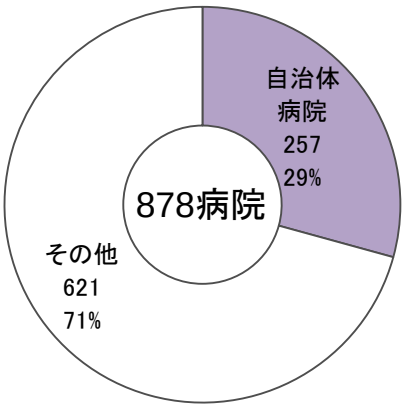
地域がん診療連携拠点病院



2020年4月1日現在

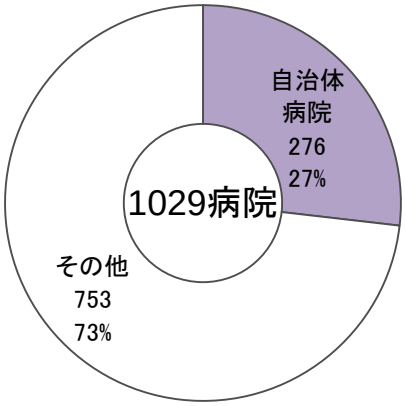
脳卒中、心筋梗塞の医療体制

脳卒中



2019年4月1日現在

心筋梗塞等の心血管疾患

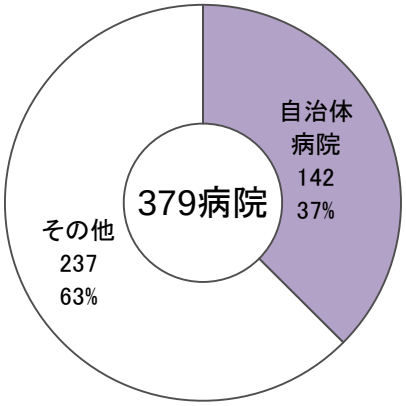


2019年4月1日現在

※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

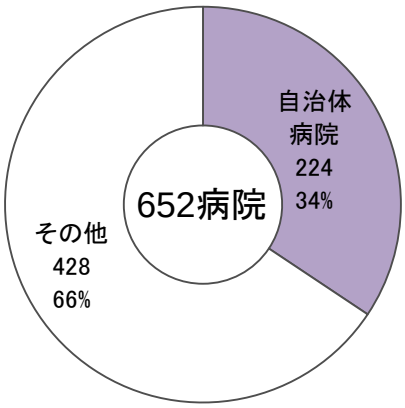
その他の指定医療機関

エイズ治療拠点病院



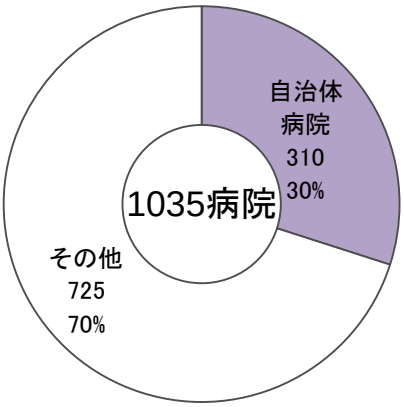
2020年10月1日現在

地域医療支援病院



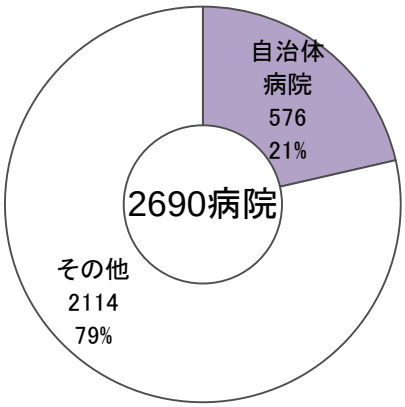
2020年11月1日現在

基幹型臨床研修病院



2020年度現在

協力型臨床研修病院



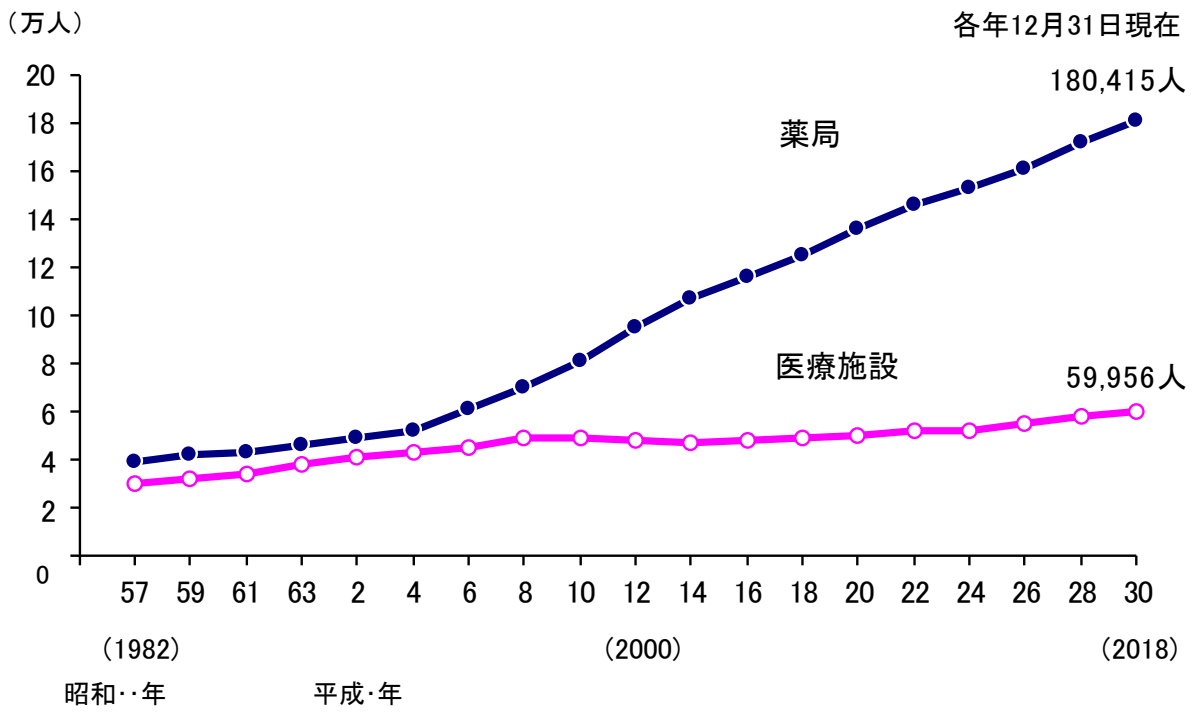
2020年度現在

※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、基幹施設のみの数値である。

（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）