平成２５年５月１６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

はじめに

東日本大震災から２年が経過し、関係者のご尽力により復興が続いているが、なお、診療を停止したままの病院があり一日も早い復興が望まれるところであります。

地域医療の最後の砦としての自治体病院は、その地域に不足している医療に積極的に取り組むとともに、地域の医療機関や行政機関等との連携を図りながら、公平・公正な医療を提供し、地域住民の健康の維持・増進を図り、地域の発展に貢献することを使命としております。

このため、あらゆる地域において、住民のニーズに対応した適切な医療を提供するとともに、総合的医療機能を基盤にへき地医療、高度・特殊・先駆的医療等を担っております。さらには、医療従事者の研修の場としての役割を果たし、地域医療水準の向上や、地域住民が安心して医療を受けられる環境整備、並びに合理的かつ効率的な病院運営に日夜努めております。

国においても、「社会保障・税一体改革大綱」の中で「社会保障は、子育て、医療、介護などの多くが地方自治体を通じて国民に提供されており地方自治体の役割も極めて大きいことから、国と地方が一体となって、安定的に実施していくことが重要であり、今回の改革は、国・地方双方が協力しながら推進していく必要がある。」と述べており、我々も自治体病院の開設者として、また、医療提供に係る者として引き続き力を尽くす所存であります。

しかし、へき地・離島はもとより地域における拠点病院等にあっても、医師が不足しており、とりわけ、救急医療や小児科、産科、外科、精神科などは深刻であり、地域医療の確保もままならず、医師不足の解消は喫緊の課題となっております。さらに、慢性的な医師不足による病院勤務医の労働過重や、加えて看護師不足も地域医療の大きな問題であり、これらの課題は、開設者である首長と病院だけで改善することは極めて困難であります。

平成２４年４月の診療報酬改定では、わずかなプラス改定となったものの、平成２２年までの１０年間にわたる診療報酬マイナス改定による疲弊した地域医療には十分な改定とは言い難く、平成２６年改定では消費税の取扱いも含め、特に、地域医療において重要な役割を担う中山間地域等での中小病院の健全な医療提供体制確保のための改定が必要です。

また、被災地においては、現在、全国の自治体病院など医療機関が支援に全力で取り組んでおりますが、必要な医療が十分に確保されている状態ではありません。

このような状況の中、本日、定時総会を開催し、自治体病院が地域において真に必要な良質な医療を安全に、かつ、継続して提供できるよう、なお一層の取組みを行うことといたしました。つきましては、国及び関係機関等におかれては、以下の諸施策が適切に講じられるべきことについて、格別のご尽力を賜りますようお願い致します。

１．災害時への対応について

東日本大震災の復興のため、強力な支援を継続すること。

また、今回の大震災に伴い、医療機関の耐震化をより一層推進していくことが自治体病院に求められており、適切な医療提供体制の維持や災害時における避難所の役割が図られるよう、医療施設の耐震診断をはじめ、建替えや耐震化または補強等への支援、また、停電等による医療機能の麻痺やそれに伴う医療事故を防止するため、自家発電設備整備への支援を図ること。

２．医師確保対策について

１）厚生労働省の「病院等における必要医師数実態調査」結果で医師不足の実態（地域偏在・診療科偏在）が明らかにされた。

これは、我が国に医師の適正配置の仕組み（諸外国では開業規制や地域、診療科の定員制等）がないことが一因であり、各都道府県に設置されている「地域医療対策協議会」を活用し、医師不足地域に十分配慮したきめ細かな制度的な措置を講じるなど、さらなる実効性を高めるよう以下の仕組みを早急に構築すること。

① 国と地方による恒常的な需給調整

各都道府県の地域医療対策協議会が、２次医療圏を単位として性別・年齢構成等を勘案した診療科ごとの現状に基づき必要な医師数を算出し、透明性を確保した上で需給調整を行える仕組みを構築すること。

② 規制的手法導入の検討

医師の都市偏在、専門科偏在を解消するために、２次医療圏内における病床規制に続く新たな需給調整に必要な開業規制と診療科ごとの医師数規制について導入の検討を行い、専門医師数の制限や一定期間医師不足地域への勤務の義務付けなどを講じ、医療提供体制の均てん化施策を早急に実行すること。

③ 特定診療科への緊急対応

小児科、産科、外科、精神科などの勤務医の不足が原因で病床の一部休止や分娩取扱いの休止などを余儀なくされている実態を踏まえ、これらの診療科に従事する勤務医の養成確保・支援を行う「地域医療支援センター」の全国展開を早急に行うこと。

④ 地域医療支援センター設置への支援

地域医療支援センターは、地域医療対策協議会の方針に基づき、医師の地域偏在の解消に取り組む実働部隊であり、医師確保の重要な拠点となる。

また、地域医療支援センターの設置について各都道府県に努力義務を課す医療法改正の方針が示されており、各県が医療計画に位置付け設置する同センターについて支援措置を講じること。

2）へき地医療を担う医師の支援や医師確保困難地域への医師派遣、管制塔機能を担う救急医療機関の支援、女性医師等の離職防止・復職支援、短時間正規雇用や交代勤務制等を導入する医療機関への財政的支援等の医師確保に関する諸施策については、さらに拡充すること。また、地方において、医師確保はもとより、医療の質の向上、さらには不足する医師の負担軽減の面においても看護師等の医療従事者の確保が必要な中、就業環境の整備は不可欠なことであり、医師等の医療従事者の住宅整備等に対する必要な財政的支援の拡充を講じること。

3）病院勤務医の過酷な勤務実態を踏まえ、労働過重の改善について、引き続き国民が安心できる良質な医療提供をするための医師数を確保するため診療報酬の抜本的見直しを含む適切かつ、さらに充実した施策を講じるとともに、夜間救急へのいわゆるコンビニ受診を抑制するため、かかりつけ医療機関への受診などによる救急医療の確保や勤務医の負担軽減について、新聞・テレビなどの媒体を活用した国民への周知を継続的かつ強力に行うこと。

また、地域の救急及び産科医療を確保するための救急勤務医及び産科医等確保支援事業に係る救急勤務医手当については、平成２１年４月以降に手当を創設、または増額している施設が対象となっているが、それ以前から既に先進的に実施している施設も対象となるよう所要の改善措置を講じること。

４）いわゆる総合診療に従事できる医師の養成に努める手段として、基幹病院が地域の中核病院と連携して養成プログラムを作成、指導するなど、地域でも専門医が養成できる体制を整備し、地域医療の改善、医師の偏在是正が図られる制度について検討すること。

５）都道府県別の臨床研修定員の設定について、全国一律の基準で定めることは、地域の努力や大学が今日まで果たしてきた成果を無にするものであり、地域の努力や創意、他地域への貢献等が十分反映される制度に改めるとともに、都道府県内における地域の実情についても十分配慮した医師不足困窮地域に対するきめ細やかな制度的な措置を講じること。

６）医療関連死についての医師法第２１条の改正については、厚生労働省から医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案並びに第三次試案が出されているが、医療関係者の間でも意見が分かれている部分がある。さらに幅広く活発な議論を行い、国民及び医療関係者の理解を得るように努め立法化を行うこと。さらに、無過失補償制度については、産科以外の診療科についても早急に対応を進めること。

３．医療基本法について

医療は、国民共有の貴重な資産であり、国が責任を持って地域の医療を保障する必要がある。医療に関係する個別法は多いが、それらが立ち返るべき医療基本法がないために、例えば医師の診療科別、地域別の偏りを是正する法律の制定などが極めて困難になっている。このようなことからも、国と自治体の医療に関する責任を明確にするために、また、新たな立法措置が容易となるよう、医療基本法の制定を早急に図ること。

４．地域医療支援病院の承認要件について

地域医療支援病院の承認要件については、紹介率、逆紹介率による数値要件があるが、医療機関が置かれている地域性や医療環境により大きな地域差が生じており、紹介率等を大幅に上昇させることは困難な地域が明らかに存在する。地域医療支援病院は、より地域の実態に即して、患者視点で地域医療を支援する機能を重視することが求められる。重症救急患者の受入れ、在宅医療の推進、医療人材養成のための研修・実習の受入れ、住民の健康づくりへの取組みなど、承認要件について、地域の実情を考慮したものとなるよう変更すること。

５．社会保険診療報酬の改定について

平成２４年４月に行われた診療報酬改定では、わずかではあるがプラス改定にしたこと、地域医療を担う自治体病院の約半数を占める２００床未満の中小規模病院への評価が十分とは言えないまでも地域特性を考慮したこと等は一定の評価ができる。

しかし、基本診療料の根本的な見直しをはじめ、重要かつ継続課題となっている部分については、地方や日本病院団体協議会及び全国自治体病院協議会が全会員病院へ調査し、医師に対する診療報酬体制のみならず、精神科、リハビリ、事務、看護、薬剤、臨床検査、放射線、栄養などの各部門からの改定・新設要望を基に作成し、7月に提出を予定している「平成２６年度社会保険診療報酬に関する改正・新設要望書」を十分に尊重し、自治体病院が担っている診療機能を十分評価し、診療報酬を大幅に引上げ、医療技術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こと。

６．医療機関に対する消費税制度の改善について

現行では、病院が医療機器や薬品、診療材料を購入する際には、５％の消費税が掛かるが、診療報酬の消費税は非課税扱いとされているため、病院は５％分を患者に転嫁できないので、控除対象外消費税（損税）が生じている。

全国自治体病院協議会の会員施設で調査したところ、５００床以上の病院では３億円以上の損税が発生している。

平成２６年４月１日には消費税率を５％から８％に、平成２７年１０月１日からは１０％に引き上げられることとなっており、このままでは損税負担が倍増し医療提供体制を維持していくことが困難になることから医療に係る消費税制の取扱いについて抜本的改革を図ること。

７．新型インフルエンザなど新興・再興感染症対策について

新型インフルエンザ流行時などは、感染拡大に伴い、地域の中核病院である自治体病院を受診する患者が急増し、多大な負担を生ずることとなる。新型インフルエンザなどの新興・再興感染症の流行時には患者の急増も懸念されることから、これまでの経緯等を踏まえ、迅速な情報提供、必要となる医療機器・薬剤の確保など財政支援も含め適切な対応を行うこと。

８．医師の臨床研修の円滑な推進について

初期臨床研修については、全国の自治体病院の多くが臨床研修病院として地域医療に関するカリキュラムの充実を図る等それぞれに熱心な取組みを行っており、地域医療の実践に即した医師を育成している。

こうした幅広い基本的な診療能力を持った医師の養成と質の高い研修を行うために、まず指導医の過酷な労働環境の改善を図るなど、臨床研修制度の根幹を堅持できるよう国からの財政的支援の強化を図ること。

９．公立病院改革プラン等について

１）公立病院改革プラン最終年度となるが、目標を達成できなかった病院に対して適切な助言及び一層の支援を検討すること。

２）公立病院特例債においては、利払い額の一部については交付税措置の対象とされているものの、元金償還のための一般会計からの繰り入れについては対象外となっている。各自治体病院では、医師不足という厳しい事情を抱えたまま、懸命に病院改革を進めているところであり、債務元金償還のための一般会計からの繰り入れについても交付税の対象とすることや、公債費負担における対象金利の引き下げなど、その所要額の確保を図ること。

１０．看護師等の確保及び研修等について

１）看護師等確保対策について

我が国の病院に勤務する看護職員数は先進諸国と比較してもかなり少ない状況にあり、「第七次看護職員需給見通しに関する検討会」においても全国で５万人以上の看護師の不足が報告されている。地域性や患者の看護の必要度に応じた安全で質の高い看護を持続的に提供できるよう、国や関係機関においては診療報酬上の評価を見直し、関係法令の改正も視野に入れ、卒後臨床研修制度による指導体制整備、短時間勤務制度導入、夜間専門勤務制度の確立、２４時間保育・夜間保育・休日保育・病児保育等に対する財政的支援等をはじめとした就労環境整備、看護師養成・研修機関の充実など看護師確保と質の向上に対する諸施策を早急かつ積極的に実行すること。

また、休職中の潜在看護師の活用は看護師不足解消のために必須のものであるが、職場復帰の再教育や雇用調整を行うためのシステムを構築し、それらを公的補助のもとに行うこと。

一方、地方においては、看護師のみならず様々な医療スタッフの確保も十分にできない状況であり、国においては早急な医療人材育成プランの見直しと地域偏在解消対策及び財政支援を講ずること。

２）専門性の高い看護師養成施策の推進について

医療が高度化、専門化する中、安全で質の高い看護サービスを提供するため、特定看護分野において高い水準の知識と技術を有する看護職員が求められている。

また、診療報酬改定の重点課題とされている「多職種が連携したより質の高い医療（チーム医療）の推進」にあっては中心的な役割を担う医療従事者として、所定の研修を受講した常勤看護師の配置が、診療報酬上必須となっている。

しかしながら、当該研修については地方における研修機関、研修機会ともに不十分であり、国の積極的支援策が不可欠である。

当該研修は、長期間の研修であり、また、遠方における研修にあっては、看護師及び医療機関の負担が大きく、多大な労力を要するものとなっている。

ついては、地方における研修機会の増大を図るため、教育体制の整備及び実施に対する財政措置を含めた養成教育への支援施策の実施について、早急に対応すること。

特に、がん医療の均てん化は「がん対策基本法」の重要課題であり、がん医療に関する看護分野の養成については、１県１施設以上の養成教育機関の体制を整備すること。

１１．精神科医療について

１）世界保健機構（ＷＨＯ）が掲げる障害調整生命年（disability-adjusted life years, DALY）という疾病別政策的重要度の指標によれば、日本をはじめとする先進各国において、精神疾患は社会的損失が最も大きい疾患群である。イギリスでは、DALY に基づいて精神疾患を三大国民病（残る２疾患は、がんと循環器疾患）に指定し、国を挙げてその対策を進めており、自殺件数を減らすなどの効果を上げている。わが国においても、医療計画の中に精神疾患が加えられ、重点施策が「５疾病５事業」になることが決まったが、先進国の中でも精神疾患対策の遅れが目立ち、自殺者数の多いわが国の現状を考慮し、精神疾患の医療連携体制と医療従事者等の確保について医療計画の中に具体化するとともに、わが国の精神保健医療福祉政策の抜本的改革を目指した「こころの健康基本法（仮称）」の策定などを早急に実現すること。

２）平成１３年度の第４次医療法改正により、総合病院や大学病院の精神科は特例からはずれ、他科医療と同等の医師１６：１、看護師１５：１以上とされた。平成２２年の診療報酬改定で、それに対する対応が一部なされたが、まだ十分なものとは言えない。引き続き精神科病棟入院基本料を実態にあわせて見直すこと。

また、単科精神科病院においても、早急に医師１６：１、看護師１５：１以上の医療体制を整備できるような制度上の改正を行うこと。

３）主に地方の自治体立精神科病院では、精神科医不足が深刻な状況になっているが、医師の地域別および業態別適正配置等について総合的な検討を行い、国として実効性のある対策を打ち出すこと。

４）「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」の円滑な運用は、緊急の国家的課題であり、自治体立精神科病院にも協力が強く求められているところである。このことについて施設整備、人員確保等において、自治体が十分対応出来るような施策展開を引き続き図ること。

５）今後、急速に増加することが懸念される「認知症」への対策については、精神科医療に集中することがないよう、患者・家族の立場を尊重して抜本的見直しを行うこと。

６）精神保健医療福祉の改革ビジョンとして「入院医療中心から地域生活中心へ」の方向が示され、アウトリーチ（訪問支援）推進事業が国のモデル事業として予算化され進められているが、実施病院が少ない。本事業は民間医療機関等が対象となっているが、今後より一層アウトリーチを地域精神保健医療の新たな体制として構築すべく自治体病院も本事業の対象とし、必要なスタッフの確保等に対する支援や診療報酬上のインセンティブを設定すること。

また、現在の長期在院者の地域移行を推進するため、外来部門に多職種のスタッフを配置できるよう診療報酬上の加算措置等の支援を行うこと。

１２．財政措置等について

１）病院事業にかかる地方交付税措置については、不採算地区病院、小児医療、救急医療、精神科医療、へき地医療、高度医療、周産期医療等について、その所要額を確実に確保するとともに充実を図ること。

また、共済追加費用については、現在昭和３７年度末の職員数と比して増加した職員数分が措置されているところであるが、毎年多額の負担をしている。追加費用は民間医療機関等にはなく、他の公営事業と異なり診療報酬上に料金の転嫁もできないことから、追加費用にかかる負担についてはその全額を繰り入れ対象とすること。

さらに、医師不足地域では、病院勤務医の負担も通常の場合よりも一層厳しく医師不足の程度に応じて加速的に大きくなる。このことを適切に評価し支援することが更なる医師不足をくいとめ、結果的に医師確保や経営改善に資する上で極めて有効かつ不可欠であり、このため、必要な手当等の処遇改善のための財政的支援の充実を図ること。

２）これまで、地域医療再生基金を活用して、医療人材の確保、医療の役割分担と連携の推進、医療提供体制の充実・強化などの取組みが進められているが、平成２５年度までの事業開始が対象となっている。

平成２４年度補正による措置はされたが、今年度から２９年度の期間でスタートする各都道府県の医療計画において、自治体病院は、救急・へき地医療など政策医療を担う重要な役割を果たしつつ、医師確保等を継続して中長期的に取り組み、地域医療の確保を図らなければならない。

地域医療再生基金の活用について、現在の医療計画を推進し、整合が取れる対象事業の範囲と期間を設定し、継続的に地域医療を確保するための必要かつ十分な財政措置をとること。

３）地域医療の最後の砦としての自治体病院は不法滞在外国人など医療保険制度に加入していない患者の未収金が病院運営に悪影響を及ぼしている。

民間等の救命救急センターの外国人未収金に対する補助事業はあるものの二次救急を担う病院は対象外のため、自治体病院も含め補助先を拡充すること。

１３．医療機関連携の推進について

効率化が求められている医療の分野においては、医療の機能分化を進めることが重要となるが、その際に、患者紹介における画像情報などを中心とした検査情報の共有は必須である。

国においては、保険医療情報の標準規格を早急に定め、中核病院と周辺の医療機関をネットワークで結ぶ診療情報の共有化システムの導入推進と、それに伴うＩＴ化の費用について財政措置を行うこと。

また、診療報酬改定等に伴う病院のシステム変更による多大な経費を標準化により最小限に抑えること。

さらに、医師不足等により、へき地・離島においては遠隔画像通信などの電子化は重要な手段となっている。しかしながらインターネットの回線速度はへき地・離島では都市部に比べ相当遅く時間を要することから、情報通信基盤の整備を早急に図ること。

１４．電力供給対策について

地域における医療提供体制に支障が生じることがないよう、患者の安全を確保するために、電力供給体制を確保すること。

１５．ドクターヘリの運用緩和による地域医療支援について

深刻な麻酔科医不足で手術ができない病院に対し、麻酔科医を派遣するなど、医師不足地域に医療スタッフを搬送する必要があっても、「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」の規定によりドクターヘリの使用方法が限定されていることから、ニーズにあった活用ができない状況である。このため、地域医療供給体制の維持が可能となるよう、ドクターヘリの運用について、多目的な運用が可能となるよう法改正を行うこと。

１６．高度な放射線治療の推進について

がん対策の推進には、治療によって身体の機能が失われることが少なく、生活の質を維持する効果に優れる放射線治療を推進していくことが重要である。

とりわけ粒子線治療については、治療を受ける患者数は着実に増えており、平成２５年度内には新たに４か所で治療を開始するなど全国で施設の整備が進み、今後も多くの利用が見込まれるとともに、技術的評価も確実に進展してきている。

放射線治療を推進するため、粒子線治療などの新しい放射線治療の保険適用を進めるとともに、適用に当たっては、治療に必要な診療報酬上の評価など放射線治療の普及促進のための措置を講ずること。

おわりに

今日の病院勤務医の絶対的不足、診療科・地域偏在の問題をはじめとして、我が国がおかれている「医療の貧困」とも形容すべき状況は、残念ながら、各般にわたり患者・国民にとって不本意かつ悲惨な現状をもたらしており、その傾向は日々悪化してきているとさえいえます。産科・小児科問題はその一端に過ぎません。

こうした中にあって、このような状況を打開し、医療の質を確保しつつ持続可能な医療提供を行っていくため、上記に掲げた諸施策を速やかに実行に移すとともに、そのためにも医療分野に対し、必要かつ十分な資源配分が行われるよう、国として国民の命を守る観点から、総力を挙げて取り組んでいただくことを強く求めます。

［資料］

自治体病院の役割

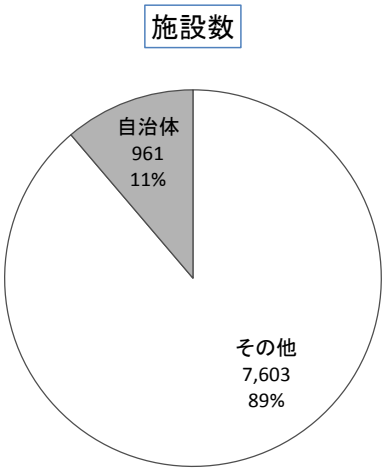
I. 我が国における自治体病院の割合（施設数・病床数）

II. 指定医療機関等における会員病院の割合

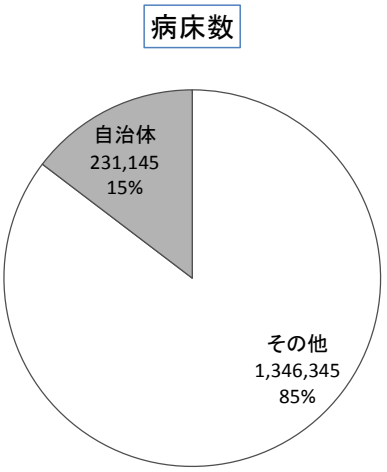
III. 専門医の研修施設における会員病院の割合（基本領域・Subspecialty 領域）

IV. 過疎・離島に所在する会員病院の割合及び総務省が定める不採算地区病院の割合

I. 我が国における自治体病院の割合（施設数・病床数）



医療施設動態調査（平成24年11月末概数）



医療施設動態調査（平成24年11月末概数）

開設者別にみた施設数及び病床数

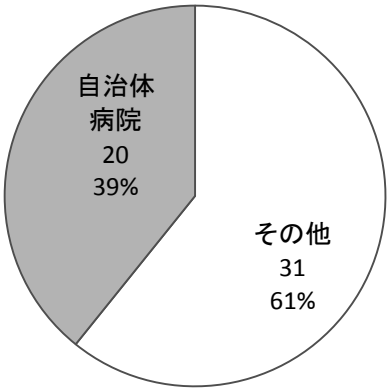
平成24年11月末現在

	病院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 564	1 577 490	100 229	125 045	68 512
国　厚生労働省	14	5 884	29	－	－
独立行政法人国立病院機構	144	55 454	－	－	－
国立大学法人	48	32 674	129	19	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	13 062	4	－	－
国立高度専門医療研究センター	8	4 376	－	－	－
その他	26	3 937	423	2 240	1
都道府県	216	57 916	243	150	9
市町村	672	144 677	3 039	2 527	272
地方独立行政法人	73	28 552	15	－	1
日赤	92	36 920	208	19	－
済生会	80	22 308	52	10	－
北海道社会事業協会	7	1 862	－	－	－
厚生連	110	35 190	68	64	－
国民健康保険団体連合会	－	－	－	－	－
全国社会保険協会連合会	51	14 095	2	－	－
厚生年金事業振興団	7	2 795	－	－	－
船員保険会	3	786	7	10	－
健康保険組合及びその連合会	9	1 743	357	10	4
共済組合及びその連合会	46	14 904	180	10	8
国民健康保険組合	1	320	14	－	－
公益法人	376	89 325	821	475	145
医療法人	5 710	852 414	37 853	84 962	11 562
私立学校法人	108	54 867	176	115	17
社会福祉法人	187	33 221	8 227	353	28
医療生協	85	14 231	321	245	46
会社	62	12 758	2 111	31	15
その他の法人	50	10 300	420	232	66
個人	345	32 919	45 530	33 573	56 336

医療施設動態調査（ 平成24年11月末概数）

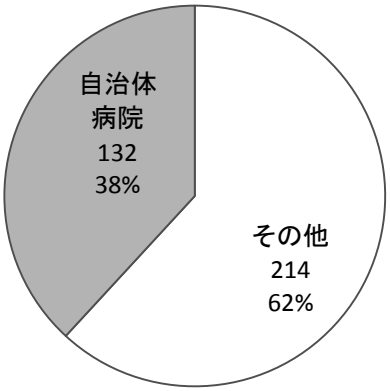
Ⅱ．　指定医療機関等における会員病院の割合

都道府県がん診療連携拠点病院



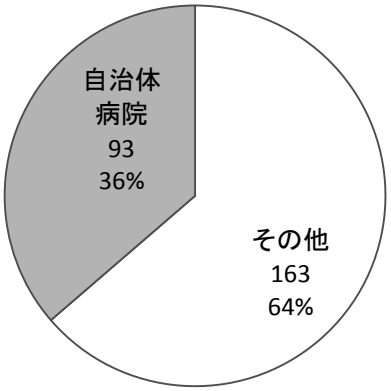
平成24年4月1日時点一覧から

地域がん診療連携拠点病院



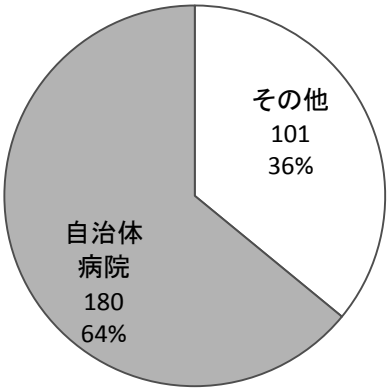
平成24年4月1日時点一覧から

救命救急センター



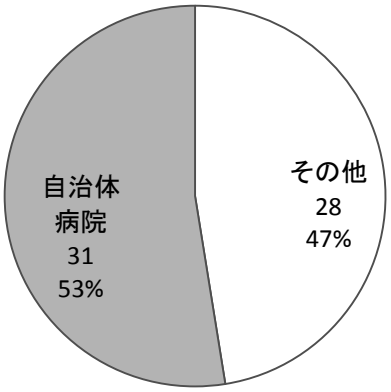
平成24年12月1日時点一覧から

へき地医療拠点病院



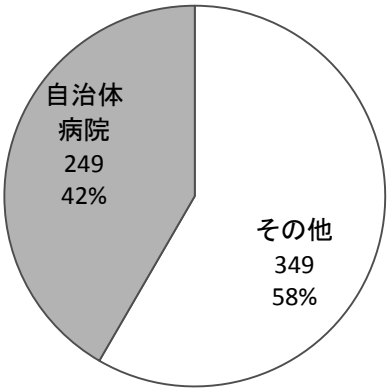
平成24年1月1日時点一覧から

基幹災害拠点病院



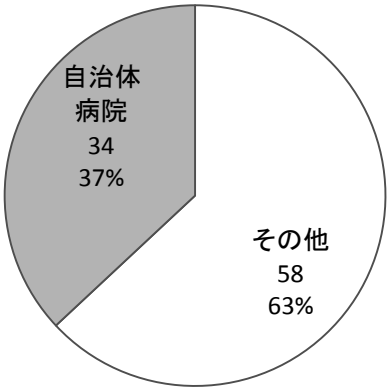
平成24年4月1日時点一覧から

地域災害拠点病院



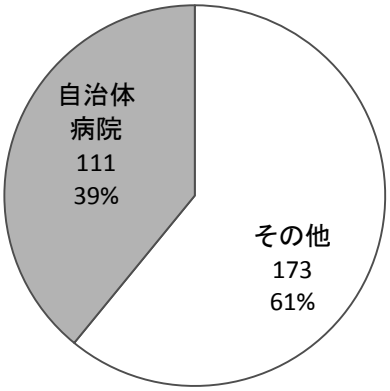
平成24年4月1日時点一覧から

総合周産期母子医療センター



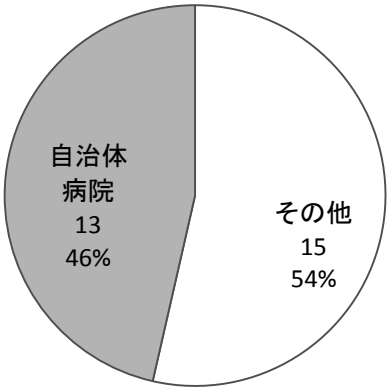
平成24年4月1日時点一覧から

地域周産期母子医療センター



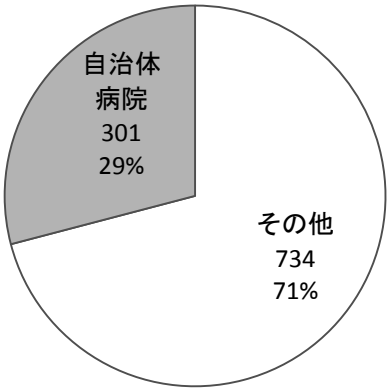
平成24年4月1日時点一覧から

小児救急医療拠点病院



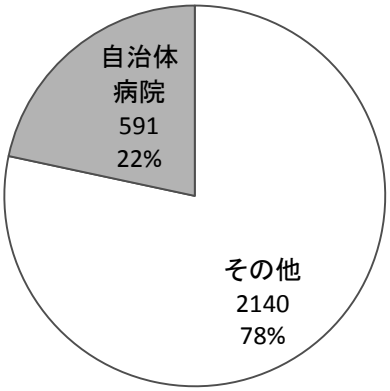
平成23年度一覧から

基幹型臨床研修病院



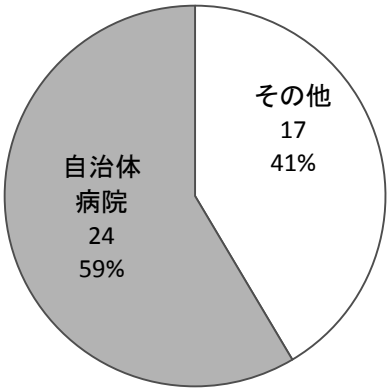
平成25年度ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ実施予定の一覧から

協力型臨床研修病院



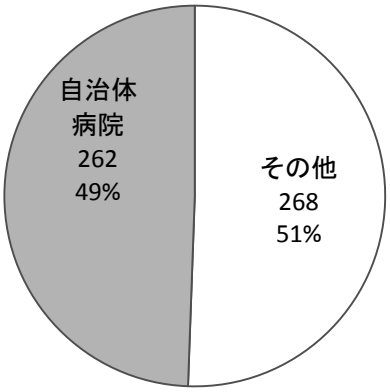
平成25年度ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ実施予定の一覧から

第一種感染症指定医療機関



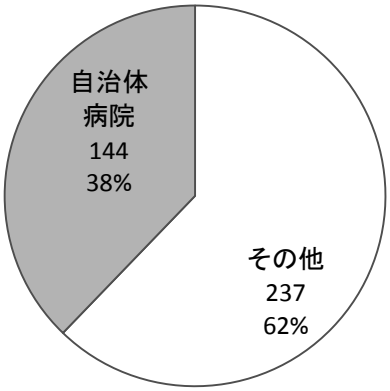
平成24年4月1日時点一覧から

第二種感染症指定医療機関



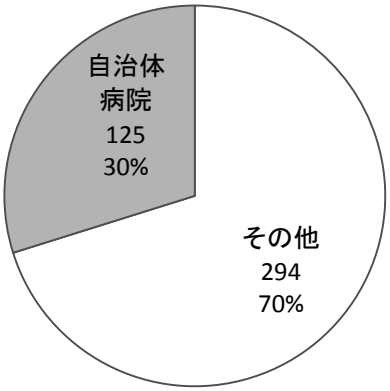
平成24年4月1日時点一覧から

エイズ治療拠点病院



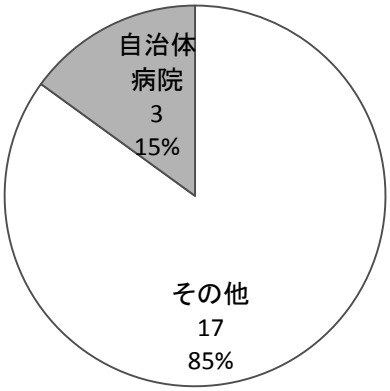
平成24年10月1日時点一覧から

地域医療支援病院



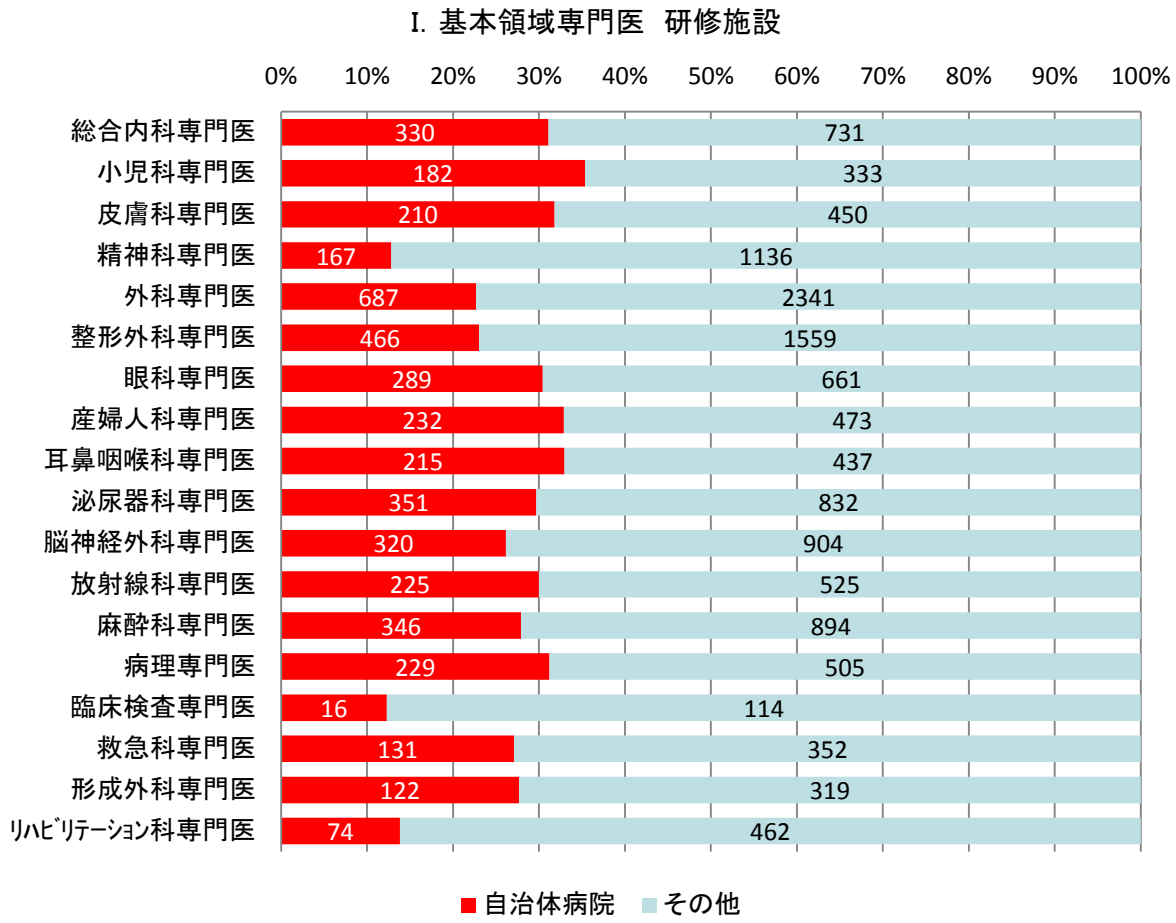
平成24年8月1日時点一覧から

治験拠点病院



平成23年度活性化事業対象施設一覧から

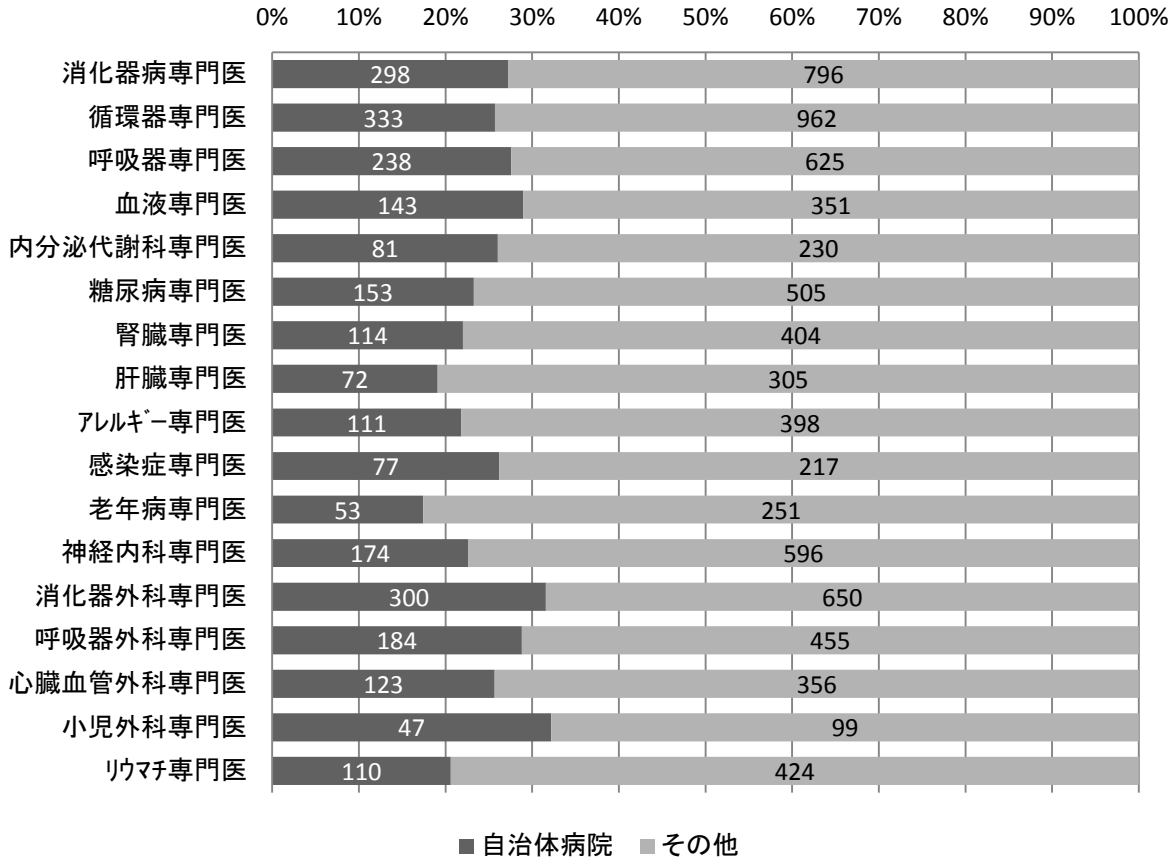
Ⅲ．　専門医の研修施設における会員病院の割合



専門医名称	学会名		研修施設名称	名簿時点
総合内科専門医	日本内科学会	※	教育病院，教育関連病院，教育特殊施設，教育関連特殊施設	2012/10/29
小児科専門医	日本小児科学会		専門医研修施設	2012/5/27
皮膚科専門医	日本皮膚科学会	※	専門医主研修施設，専門医研修施設	2012/8/20
精神科専門医	日本精神神経学会		研修施設	2012/11/20
外科専門医	日本外科学会	※	指定施設，関連施設	2012/11/20
整形外科専門医	日本整形外科学会		研修施設	2012/11/20
眼科専門医	日本眼科学会		一般研修施設	2012/11月現在
産婦人科専門医	日本産科婦人科学会		専攻医指導施設	2012/11/21
耳鼻咽喉科専門医	日本耳鼻咽喉科学会		研修施設	2012/11/21
泌尿器科専門医	日本泌尿器科学会	※	基幹教育施設，関連教育施設	2012/10/29
脳神経外科専門医	日本脳神経外科学会	※	基幹施設，研修施設，関連施設	2012/11/26
放射線科専門医	日本医学放射線学会	※	総合修練機関，修練機関，特殊修練機関	2012/2月末
麻酔科専門医	日本麻酔科学会		認定病院	2012/7月現在
病理専門医	日本病理学会	※	認定施設，登録施設	2012/5/1
臨床検査専門医	日本臨床検査医学会	※	認定病院(5年)，認定病院(2年)，準認定病院，教育関連特殊施設	2012/1/1
救急科専門医	日本救急医学会	※	指導医指定施設，救急科専門医指定施設	2012/11/5
形成外科専門医	日本形成外科学会	※	認定施設，教育関連施設	2012/11/26
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科専門医	日本ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ医学会		研修指定施設	2012/11/27

※　研修施設の種類が複数ある場合は、重複を削除して集計した。

II. Subspecialty領域　研修施設

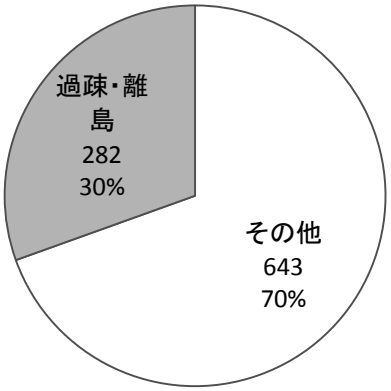


専門医名称	学会名		研修施設名称	名簿時点
消化器病専門医	日本消化器病学会	※	認定施設，関連施設	2012/11/5
循環器専門医	日本循環器学会	※	研修施設，研修関連施設	2012/12/3
呼吸器専門医	日本呼吸器学会	※	認定施設，関連施設，特定地域関連施設	2012/8/7
血液専門医	日本血液学会		血液研修施設	2012/7/25
内分泌代謝科専門医	日本内分泌学会		認定教育施設	2012/12/13
糖尿病専門医	日本糖尿病学会	※	認定教育施設，教育関連施設，連携教育施設	2012/12/7
腎臓専門医	日本腎臓学会		研修施設	2012/6/8
肝臓専門医	日本肝臓学会		認定施設	2012/11/20
ｱﾚﾙｷﾞｰ専門医	日本ｱﾚﾙｷﾞｰ学会		認定教育施設	2012/11月現在
感染症専門医	日本感染症学会	※	認定研修施設，連携研修施設	2012/10/1
老年病専門医	日本老年医学会		認定施設	2012/5/7
神経内科専門医	日本神経学会	※	教育施設，教育関連施設，准教育施設	2012/12/9
消化器外科専門医	日本消化器外科学会	※	認定施設，関連施設	2012/7月現在
呼吸器外科専門医	日本胸部外科学会，日本呼吸器外科学会	※	基幹施設，関連施設	2012/10/3
心臓血管外科専門医	日本胸部外科学会，日本心臓血管外科学会，日本血管外科学会	※	基幹施設，関連施設	2012/12/10
小児外科専門医	日本小児外科学会		認定施設	2012/4月現在
ﾘｳﾏﾁ専門医	日本ﾘｳﾏﾁ学会		教育施設	2012/11月現在

※　研修施設の種類が複数ある場合は、重複を削除して集計した。

Ⅳ. 過疎・離島に所在する会員病院の割合及び総務省が定める不採算地区病院の割合

過疎・離島に所在する会員病院

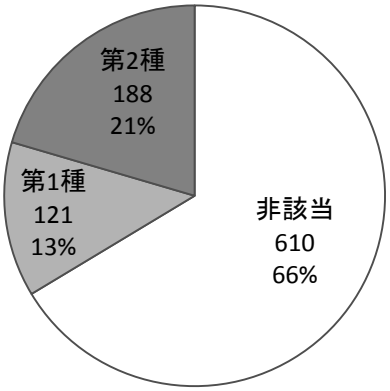


会員情報基礎ﾃﾞｰﾀﾍﾞｰｽ（平成24年6月29日現在）から

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（ただし一部過疎地域を除く），総務省「過疎地域市町村等一覧（平成23年9月26日）より

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
・「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2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（平成23年1月）

不採算地区病院



平成23年度地方公営企業年鑑から

不採算地区病院：
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（以下「一般病床等」という。）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。

第1種：
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。

第2種：
病床数が150床未満であり、人口集中地区以外の区域に所在している病院。