

令和4年11月15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、一昨年から新型コロナウイルス感染症が猛威を振るい、第7波に入った本年7月以降も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。

地域医療構想の議論において、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「重点支援区域」として積極的に支援をされている地域もあるが、約半数の医療機関は、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これら再検証対象医療機関を含めた多くの自治体病院が中心的な役割を担ってきている。このことを受け、これまでは効率的、効果的な医療体制構築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、これまで推進してきた医療改革を抜本的に見直し、危機に対して柔軟に適応管理でき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、都道府県が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。

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）

新たな変異株の影響に伴い、医師をはじめとした医療従事者、事務職員の身体的、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、昨年末から流行したオミクロン株、特にB A. 5株の急拡大により、家庭内、学校、職場等の多くの施設・組織でクラスターが発生し、看護師等医療従事者の確保が困難を極めており、多くの自治体病院が地域医療を守るために感染症患者受入態勢を確保すべく、一部病棟閉鎖・病床削減・一般外来・救急・入院制限等を実施しているため、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、継続的な医療提供体制を確保するためにも以下の対応が必要である。

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ことに起因しており、国からの支援がなければ医療の提供が困難となる。

令和5年度以降も地域医療を守るための方策として、重点医療機関・協力医療機関だけでなくそれ以外の医療機関も含めて、経営安定化に資する補助制度の創設など引き続き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。

令和4年10月1日の病床確保料見直しについて、病床使用率が50%を下回る場合はコロナ流行前の診療収入を勘案して調整する措置が導入され、病床確保料の交付が受けられない場合があり、経営の見通しが立てられないことから、コロナ病床の維持・確保に支障が生じているため、医療機関に対し病床あたりの収入を確実に支援する制度に改めるとともに、経過措置期間を設けることなどをはじめ、医療機関の不信感を払拭し納得を得られる形で制度の見直しを行うこと。

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) パンデミック時の施設基準の緩和

パンデミックで、多くの医療従事者が濃厚接触者等になり現場離脱を強いられていること等を考慮し、看護配置基準等の定数に関する施設基準等の緩和策を検討すること。

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、活用しやすい「従事者慰労金交付事業」等の更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症患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、日本国内での供給・備蓄体制を適切に進めること。

6) 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、更なる感染対応病床の増床等が求められている。それには、外来を含めたゾーニングによる一般患者との区別化の徹底、発熱外来の整備、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、重症感染患者治療用の病室・設備の整備が必要であり、引き続きそれらに必要な財政支援を行うこと。

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や在宅での医療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が重要であることから、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

オミクロン株対応ワクチン接種の重要性について、副反応などの科学的な知見に基づいた説明を行うこと。また、12歳未満の子供への接種についても、ワクチンの効果や副反応等について周知し、議論・検証を早急に行い対応すること。

9) 検査体制

オミクロンB.A.5株の急拡大により医療機関等の検査体制そのものが崩壊しつつあることから、国として検査体制そのものを見直すこと。また、検査キット・資材については国が一括管理して医療機関へ安定供給する体制を構築するとともに、費用負担にも配慮し、必要により人的支援も行うこと。

10) 関係職員研修・派遣体制の整備

重症感染患者に対応するための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り、研修体制を充実させること。増加する軽～中等症患者に対応するため、専門外の医師、看護師、医療介護職員等の研修体制を整備し、多くの職員が幅広く診療・介護・自宅療養等に参加できる体制を構築すること。更に全国で広範に感染症が発生するなかでも、こうした研修を受けた医師・看護師等が、適切に派遣・支援に参画できる体制づくりの構築を急ぐこと。

11) 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、支援体制を早急に構築すること。

12) 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。

13) 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、治療薬等の不足・配布体制の不備、さらには、患者受け入れ調整等について、保健所機能が崩壊し、適切な情報の把握、活用ができなかったために医療・介護現場では大きな

混乱をきたしたところが少なくない。今後、新たな変異株や新興感染症等により発生する様々な諸問題を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。

また、新型コロナウイルス感染症の後遺症について実態解明を進め治療法を確立するとともに、後遺症治療を公費負担とし、後遺症治療を行う医療機関には診療報酬上の加算などの支援を行うこと。

1 4) 新たな新興感染症に向けた対応

本年9月2日の新型コロナウイルス感染症対策本部決定において、新たな感染症発生時の具体策として、都道府県と医療機関の間で協定を結び、感染症流行初期には協定に従い医療を提供することとされたが、法改正を含めた取り決めには、医療関係者に丁寧に説明し、調整を図ること。

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ない。今回の新型コロナウイルス感染症など有事の医療提供体制と平時の医療提供体制は車の両輪として維持する必要がある、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、公民を問わず共通の視点に立ち、地方とも丁寧に協議をしながら検討を進めること。

次の第8次医療計画（2024年度～2029年度）では「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、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・診療科偏在対策」、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・適正に議論を行う必要がある、国が適正に支援することが不可欠となる。

中でも「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は、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含めて、総合的に徹底した議論が進むよう協議をすることが不可欠である。また、診療所・小病院でのかかりつけ医機能の適正な推進（在宅診療対応、救急患者のファーストコンタクト対応も含めて）、医療の機能分担、連携体制の確立、医療と介護の緻密な連携が進むよう、全力を挙げて取組み、推進すること。

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。

とりわけ、ウクライナ危機等の影響による資材価格等の高騰を考慮し、施設整備費に係る病院事業債の元利償還金に対する地方交付税措置の対象となる建物の建築単価の上限を上げる等、財政支援を充実すること。

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、医師不足地域における勤務の一定期間義務付けなど、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 323,700 名のうち女性医師数は 73,822 名（22.8% 令和 2 年厚生労働省調査）であり、女性の割合が年々増加し、令和 3 年度の女性入学者数も全体の 4 割を超えている。（3,586 名/8,917 名）現在、厚生労働省で推計されている医師の需給見通しは令和 11 年頃には均衡するとなっているが、就労人口の変化、働き方改革の推進、医療内容の変化・進捗、今後益々女性医師が増えることや都市部での開業医の増加など関係する諸課題が十分に考慮されていない。地方の中小病院（特に 200 床未満）での医師確保は年々難しくなっていることから、それらを加味した推計を行うなど厳密な対応策を講じる必要がある。

要望事項

1) 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。

2) 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。

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、医師の地方勤務を推進するためにも大学教育において地方を目指す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) 急性期病院での総合診療専門医の必要性

少子高齢化が進み入院患者の75%（65歳以上、出典：厚労省 令和2年患者調査）を占める高齢患者の多くは複数の疾患や多様な問題を抱えており、主病以外のケアも必要とされている。特に、高齢者など心身を総合的に診る必要のある患者にとっては、医師の関わり方により状態が変わってくることから、急性期病院にも総合診療専門医を多く配置できる体制の整備を図ること。

7) 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、年々増加している女性医師の出産、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。

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。なお、関係学会から日本専門医機構への答申では、診療内容の進歩・高度化等によって、専門医が充足している診療科は一つもなく、地域偏在・診療科偏在が十分に解消されているとは考えられていない。

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等の整備

地域で期待される総合診療専門医養成のため、サブスペシャリティとキャリアパスを明確にし、ロールモデルになるような医師像を示すこと。

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、一昨年 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、診療放射線技師等のタスク・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、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、医師の副業・兼業に係る管理の取扱いについては、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) 宿日直許可基準への柔軟な対応

宿日直許可基準については、令和元年に厚生労働省から厳しい通達が出ている。運用を厳格に進めると、各地域で救急指定病院の返上、救急患者の拒否が多数生じ、結果的に地域医療崩壊につながる。宿日直許可申請の判断に地域の実情や診療科の専門性や特性を踏まえ、かつ、医師数のバランスを考慮した柔軟な対応を要望する。同時に各労働基準監督署の対応が現状では一定ではなく、判断がバラバラである。柔軟な対応を厚生労働省本省から周知し、判断の標準化を図ること。

4) 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。

5) 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、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積極的に関与し、地域医療に影響を及ぼさないよう必要な追加的支援策を講じること。

6) 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。

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）以上の真に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。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検討する必要がある。都道府県を通じた実態把握、支援の確立を早急に進めること。

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し、所管を医政局へ移管

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、施設基準と医療費給付を一般病床並みとし、所管も社会・援護局から医政局に移すこと。

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、地方ではいわゆる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

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、一般医療と一体的に施行すること。

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) 精神科医療における公認心理師の位置づけを明確にし積極的に活用

精神科医療のニーズの増大と共に、心神喪失者等医療観察法（2003年）、発達障害者支援法（2004年）、自殺対策基本法（2006年）と関連領域の法制度が整ってきたが、診断や治療で大きな役割を担う公認心理師の診療報酬における位置づけや、精神保健・福祉・医療における雇用の枠組みが整理されず、多くは非常勤という不安定な雇用のまま

になっている。

国は、早急に公認心理師の位置づけを明確にし、常勤化するなどして精神科医療の提供体制に積極的に組み込む措置をとること。

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年と令和2年とを比較すると、薬剤師総数は約4.5万人増加し、そのうち薬局従事者は約4.3万人増加、医療施設従事者は約1.0万人増加、医薬品関係企業従事者は約0.8万人減少し、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3年度の調査では、回答288病院の平均採用率は52.9%、募集しても1人も薬剤師を確保できなかった病院は105施設(36.5%)であった。募集人員数の一部しか確保できなかった病院83施設(28.8%)を合わせると、全体の約65%の病院において薬剤師確保が極めて厳しい状況にある。薬剤業務の進展を阻む要因として薬剤師不足があげられ、その解決が喫緊の課題である。

要望事項

医療機関への薬剤師確保定着策の実施と財政的支援

薬剤師確保においては、医師、歯科医師、看護師と同様にその確保策を都道府県の地域医療計画に位置付けること。

医師や看護師等の働き方改革を推進し、国民の保健医療の質を向上させるには、専門薬剤師や認定薬剤師等の高度な専門知識と技能を有する薬剤師の確保が必要であるため、薬剤師においても人材確保の推進に関する法律を制定すること。

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要望する。現在、給与は国家公務員医療職(二)が基準となっているが、国家公務員であった国立病院や大学病院は全て独法化し、基準となる国家公務員の病院薬剤師はほとんどいないのが実情である。また、大手調剤薬局やドラッグストア勤務薬剤師と病院薬剤師の給与格差も採用率低下の一因となっているため、現状に即した病院薬剤師独自の給料表を創設するなど、医療機関へ高度な専門知識と技能を有する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。

10月に創設される「看護職員処遇改善評価料」の対象職種においては、医療機関の判断により看護補助者、理学療法士・作業療法士等の病院で勤務するほぼすべてのコメディカルの賃金改善に充てることも可能となっているが、薬剤師は対象となっていない。薬剤師も他職種と同様に医療サービスを患者に提供していること、新型コロナウイルス

感染症にチーム医療で対応しており、医療体制の維持、資質向上に薬剤師も必要であることから、薬剤師も加えること。

(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。Webの積極的活用を含めた研修要件の緩和、研修回数、開催地増など大都市に偏らない公平な受講環境の確保が必要である。また、看護師負担軽減に向けた他職種とのタスク・シフト/シェアでは、看護師業務と連携の強い薬剤師、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。さらには、医師負担軽減、看護職がより専門性を発揮していくために、特定行為研修を修了した看護師、専門・認定看護師を計画的に、速やかに養成していくことも課題である。

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（感染管理専門看護師及び認定看護師）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。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タスク・シフト/シェア促進

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、より一層のタスク・シフト/シェアを促進すること。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

現代の医療は複雑に高度化した多種多様な医療機器なしには成り立たないと言われている。しかし、その医療機器を専門性を持って管理する臨床工学技士については、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、脆弱な体制の中で医療機器管理業務ならびに生命維持管理装置の操作など臨床技術提供業務に従事している状況にあり改善が求められている。

医療機器管理業務での問題点としては、臨床工学技士は臨床現場におけるインフラ整備とも言われる輸液ポンプ、生体情報モニターなどの高度管理医療機器から、在宅治療で使用する在宅人工呼吸器などの医療機器、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、定期的な保守点検を実施しなければならないが、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、COVID-19 などの呼吸器疾患、循環器疾患などにより重症化した患者では、人工呼吸器、体外式膜型人工肺 (ECMO)、血液浄化装置など数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が、生命維持管理装置を装着した場合、それら医療機器の操作、管理、トラブル対応などのため臨床工学技士は 24 時間体制で患者対応をしなければならない。しかし、現在は少ない人員で昼夜を問わず対応している状況となってお

り、安全対策を講ずる上での課題となっている。

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る状況となっている。

医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアを推進する上でも、臨床工学技士に対し多くの要望が出されているが、他の医療職種と比較し職員数が少ない状況であるため体制の確保が課題となっている。

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、安心して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制度改正・財政支援

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、とりわけ地方において人材の確保が困難となっている。特に、栄養士や調理員の人材確保が、医療の一環である病院給食の質の担保において重要である。また、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。

8. 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。

また、医師の地域偏在が生じている中で、特に病理医については、「がん診療連携拠点病院」の要件である「専従の常勤医の配置」を満たすことに苦慮している病院もあるため、「遠隔診断」や「遠隔診療」などの先進的な医療技術の活用により、専門医の不足の解消や地域の医療提供体制の充実が期待されることから、遠隔診断等の技術の進歩を取り入れた「がん診療連携拠点病院」の指定制度へと見直すこと。

(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年度より公的医療保険の適用となっているが、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。

9. 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、更に 2023 年 1 月から開始される電子処方箋の導入もあり病院の大きな負担になっている。また、近年頻発しているランサムウェア等による電子カルテへのサイバー攻撃に対するセキュリティ対策も求められており、対策に必要なシステム改修費用等の負担も発生している。

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

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

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、AI を用いた病理診断や画像診断などの導入・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。

2) 医療機関のサイバーセキュリティについて

電子カルテ等医療機関のシステムが他のシステムと接続する機会が増え、セキュリティリスクが高まっているが、多くの医療機関が財政的な問題により十分に対応できていないのが現状である。他業種ではサイバーセキュリティ対策費用を価格に転嫁できるが、医療機関は診療報酬で収益が決められているため、自力での対策が困難であり、特に地方における中小病院では更に厳しい状態に置かれている。ランサムウェア等によるサイバー攻撃による医療機能の停止を防ぐためにも、サイバーセキュリティ対策にかかる費用面での緊急的支援を行うこと。加えて、仮に被害を受けた場合でも速やかに復旧できる財政支援等を講じること。

3) オンライン診療等遠隔診療の促進

オンライン診療は、システム導入や維持運用のための費用がかかるにも関わらず対面診療に比べ報酬が低く設定されている。新型コロナウイルス感染症患者への対応等普及を促進させるためにも少なくとも対面診療と同じ診療報酬とすること。また、中山間地域や離島などのへき地における医療機関のオンライン診療体制を補完し、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。

4) 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等に係る支援の拡充

来年4月に原則義務化とされたオンライン資格確認については、導入するための財政措置は拡充されたが、維持運営するための費用が過度に、医療機関の負担とならないよう支援の拡充を図ること。

また、随時拡張機能が追加される計画となっているが、来年1月から開始される電子処方箋の導入では、医師個人がHPKIカードを作成する必要があるなど費用負担が生じることから、導入を見送ることが懸念されるため、仕組みの見直しを含め支援を図ること。なお、電子処方箋については、病院と調剤薬局の双方が導入することで初めて利便性につながるものであるから、地域の病院と調剤薬局が一体となって導入を進められる支援とすること。

10. 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) 医療機関等における物価高騰への支援について

新型コロナウイルス感染症やウクライナ情勢等による物流の停滞等による電気・ガス等のエネルギー価格の高騰、食材料費・診療材料費等の物価高騰は、国民への生活に影響を及ぼしているのみならず、医療機関にも甚大な影響を及ぼしている。医療機関は、国が定める診療報酬（公定価格）により経営しており、もはや医療機関の経営努力のみでは対応することが困難な状況である。

要望事項

新型コロナ禍においても、患者に安心・安全で質の高いサービスを提供するためにも、物価高騰に対する支援を要望する。具体的には、パラジウム等歯科貴金属価格の高騰時等に価格の緊急改定を行った時のように早急に診療報酬の臨時的見直しをエネルギー価格等が落ち着くまでの期間だけでも実施すること。

(3) 医療機関に対する消費税制度の改善について

第23回医療経済実態調査（医療機関等調査）を基にした、令和2年度の医療機関等の消費税負担の診療報酬による補填状況については、全体で103.9%となっており、補填不足になっていないが、令和2年度のデータは新型コロナの影響があるため、厳密な検証を行うことが困難なことから、令和4年度の診療報酬改定では、上乘せ点数の見直しは行わず、引き続き、補填状況の調査検証を行うこととさせている。一方で、公立病院については、補填率88.1%という調査結果が出ており、引き続き補填不足が生じている。

要望事項

設置主体や病院・診療所など医療機関間の不公平感をなくすための方策を抜本的に検討し対応すること。

(4)．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や電気・ガスをはじめとするエネルギー価格等の高騰により、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10の事項について早急に取り組むよう強く要望する。

【資料】

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

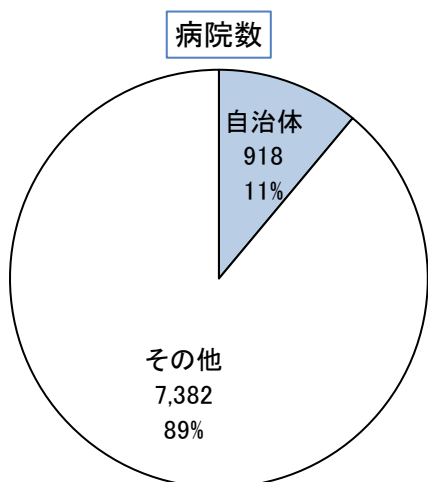
2. 指定医療機関等における会員病院の割合

（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

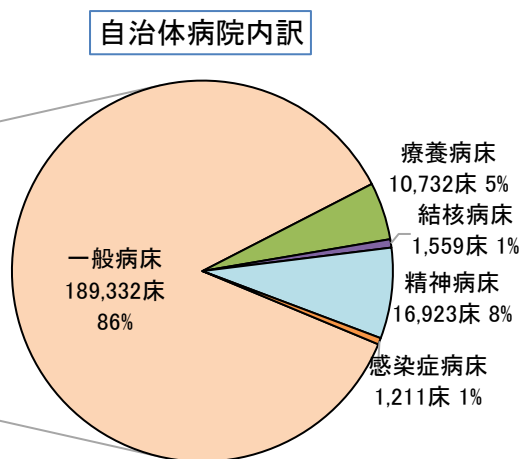
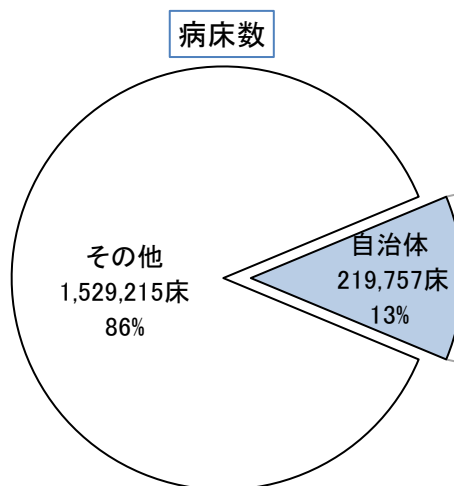
1. 自治体病院の現状

①我が国における自治体病院の割合(病院数・病床数)

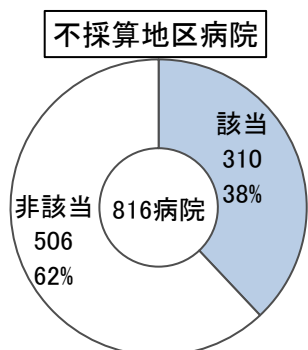


	病院数	病床数	病床数内訳				
			一般	療養	結核	精神	感染症
総数	8,300	1,529,215	887,847	308,444	4,370	326,666	1,888
国	322	126,423	116,886	380	1,773	7,215	169
公的医療機関	1,202	311,724	273,222	15,829	1,635	19,523	1,515
都道府県	198	52,227	41,570	326	406	9,643	282
市町村	612	125,260	110,198	9,837	648	3,897	680
地方独立行政法人	108	42,270	37,564	569	505	3,383	249
その他公的	284	91,967	83,890	5,097	76	2,600	304
社会保険関係団体	51	15,523	14,843	431	95	144	10
公益法人	199	49,152	28,158	6,767	136	14,014	77
医療法人	5,720	855,804	331,813	260,409	359	263,174	49
私立学校法人	111	54,068	51,377	497	84	2,089	21
社会福祉法人	197	33,640	23,539	5,104	178	4,819	-
その他	498	82,881	48,009	19,027	110	15,688	47

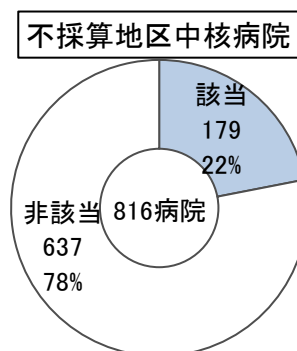
出典：医療施設調査(令和元年10月1日現在)



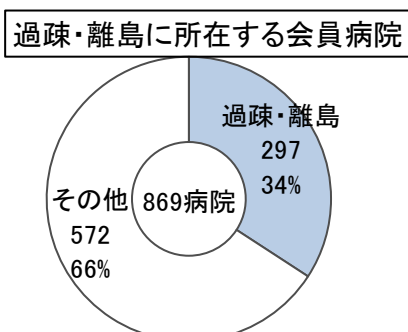
②自治体病院における立地等の状況



出典：令和2年度地方公営企業決算状況調査



出典：令和2年度地方公営企業決算状況調査

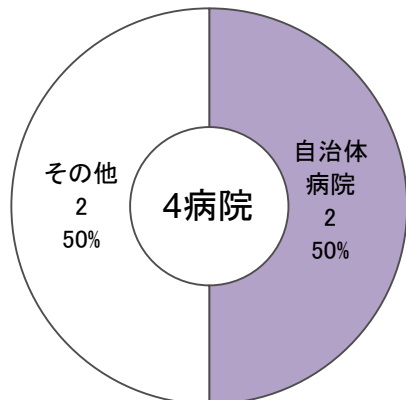


会員基礎情報(令和2年1月1日現在)等より作成

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）

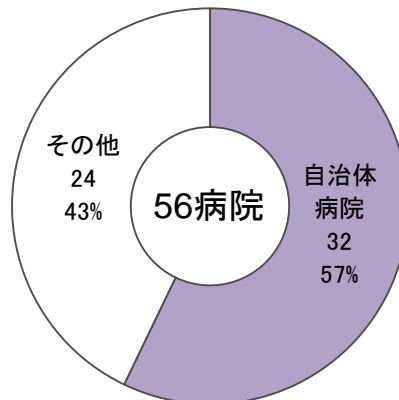
感染症対策の医療体制

特定感染症指定医療機関



2020年10月1日現在

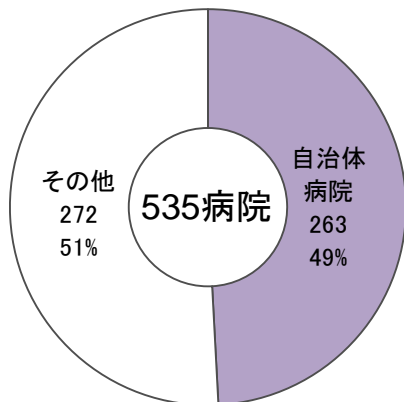
第一種感染症指定医療機関



2020年10月1日現在

感染症対策の医療体制

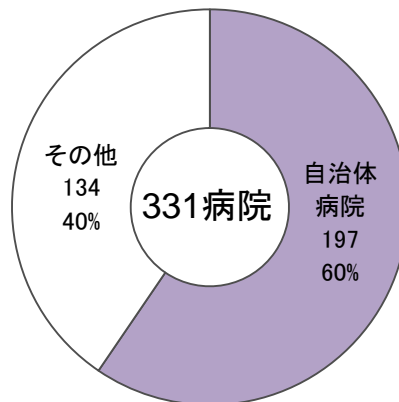
第二種感染症指定医療機関



2020年10月1日現在

へき地の医療体制

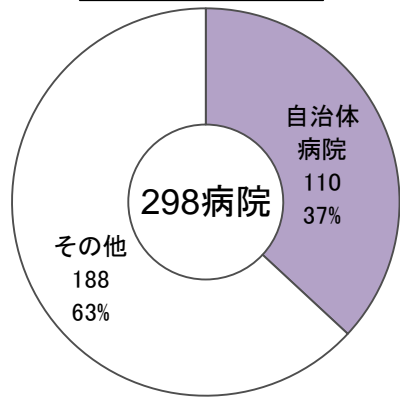
へき地医療拠点病院一覧



2020年4月1日現在

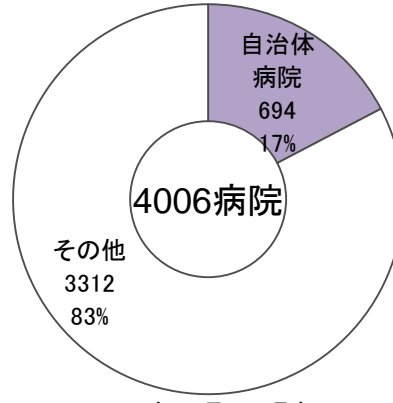
救急医療の体制

救命救急センター
(第三次救急医療機関)



2021年12月24日現在

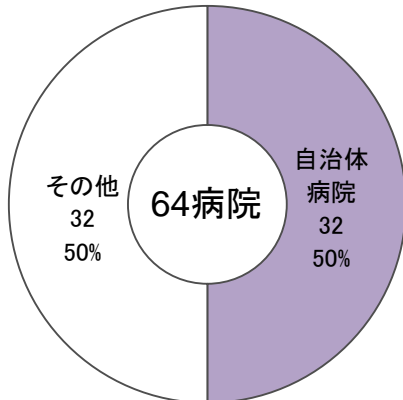
入院を要する救急医療を担う医療機関
(第二次救急医療機関)



2019年10月1日現在

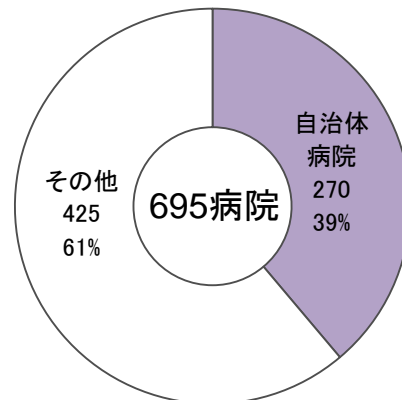
災害時における医療体制

基幹災害拠点病院



2021年4月1日現在

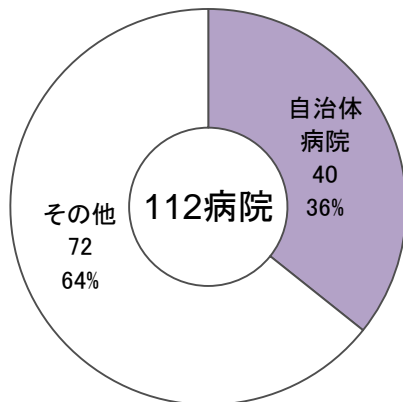
地域災害拠点病院



2021年4月1日現在

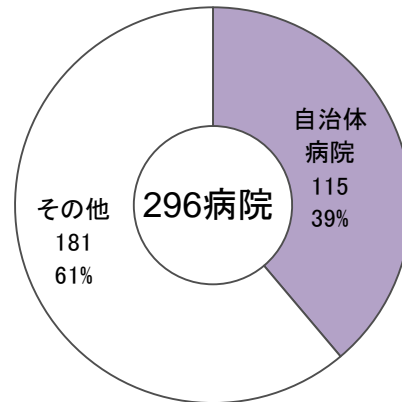
周産期医療の体制

総合周産期母子医療センター



2021年4月1日現在

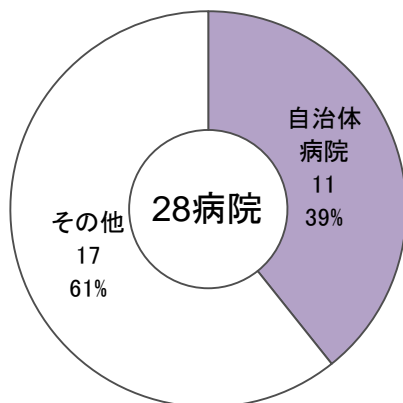
地域周産期母子医療センター



2021年4月1日現在

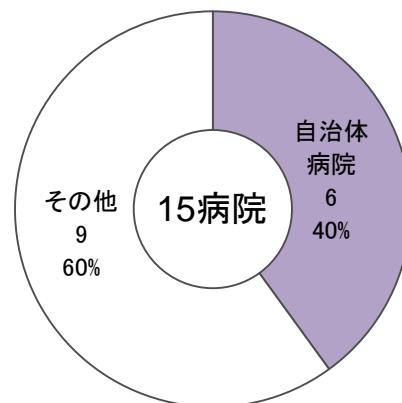
小児医療の体制

小児救急医療拠点病院



2020年4月1日現在

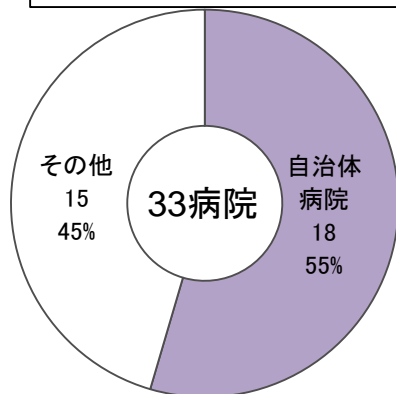
小児がん拠点病院



2019年4月1日現在

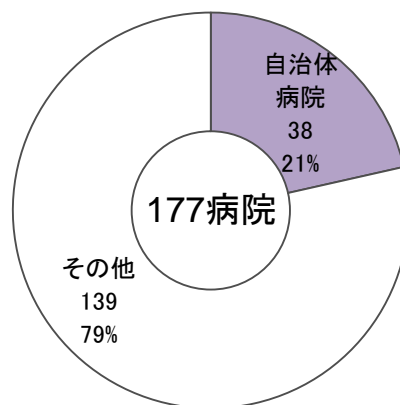
精神疾患の医療体制

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

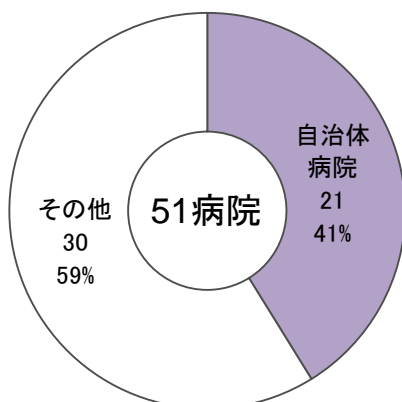


2022年度現在

※「精神科救急入院料」と「合併症型」での重複はそれぞれ集計

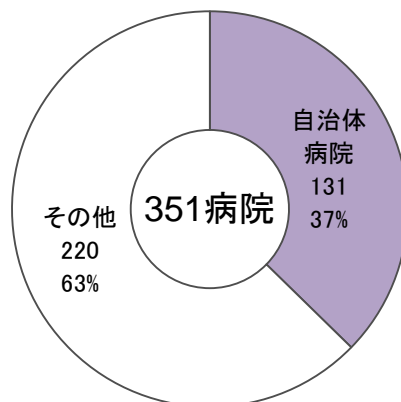
がんの医療体制

都道府県がん診療連携拠点病院



2021年8月1日現在

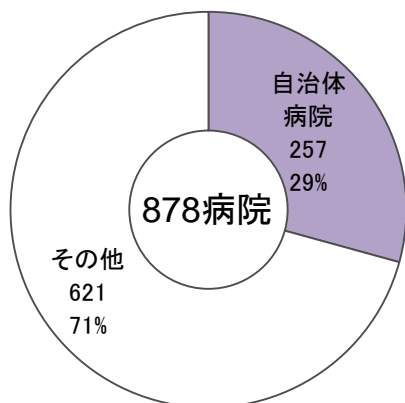
地域がん診療連携拠点病院



2021年8月1日現在

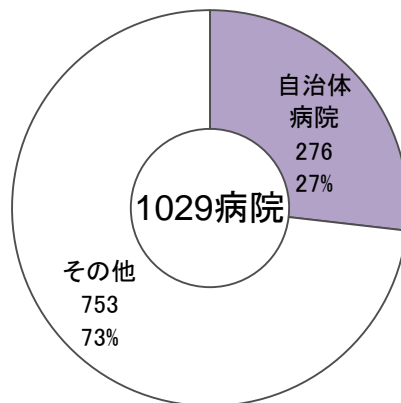
脳卒中、心筋梗塞の医療体制

脳卒中



2019年4月1日現在

心筋梗塞等の心血管疾患

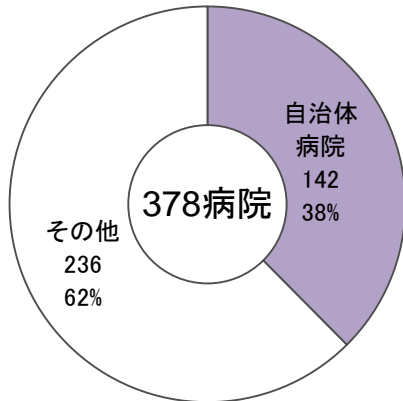


2019年4月1日現在

※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

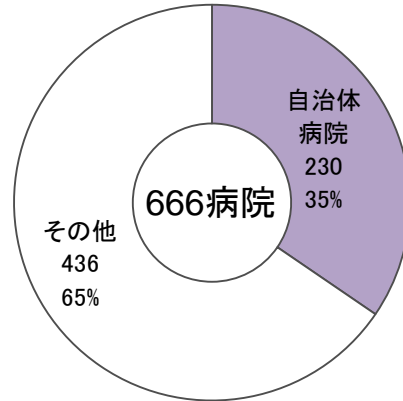
その他の指定医療機関

エイズ治療拠点病院



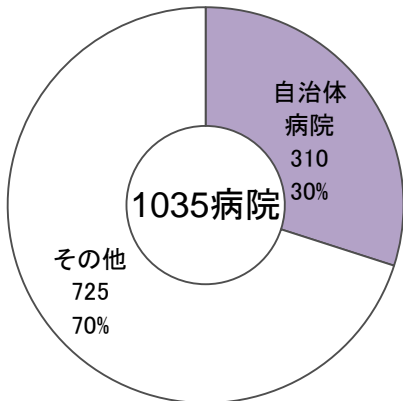
2022年1月1日現在

地域医療支援病院



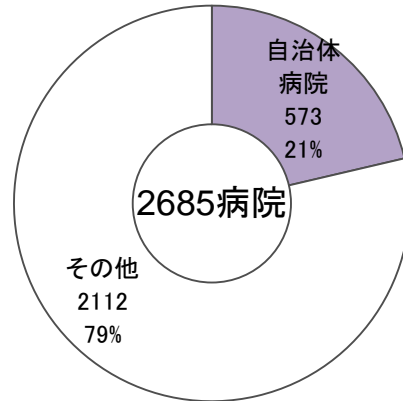
2021年8月1日現在

基幹型臨床研修病院



2020年度現在

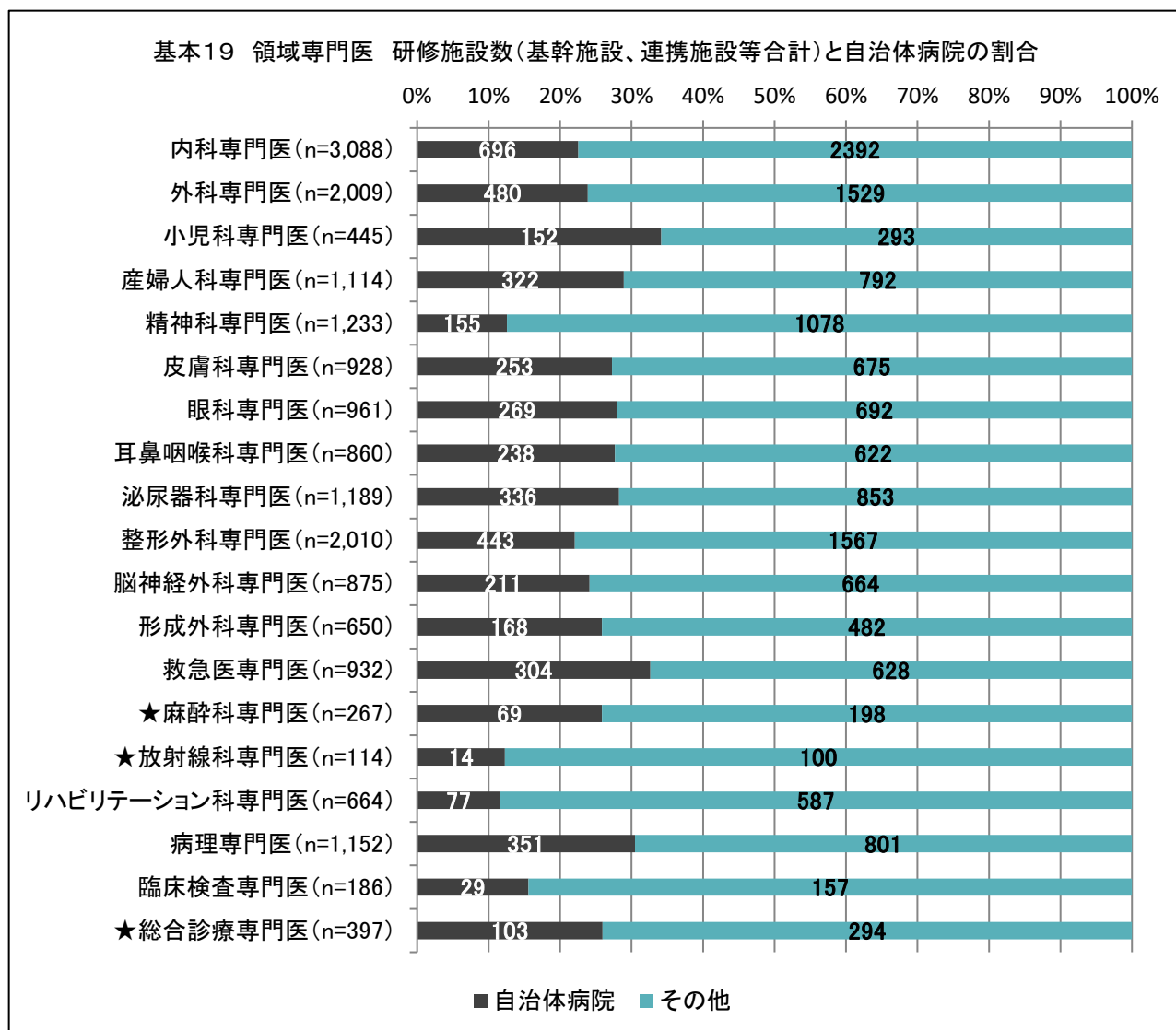
協力型臨床研修病院



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	2022年2月4日
外科専門医	基幹施設、連携施設	2022年1月8日
小児科専門医	基幹施設	2022年1月13日
産婦人科専門医	基幹施設、連携施設	2022年2月1日
精神科専門医	基幹施設、連携施設	2022年2月
皮膚科専門医	基幹施設・連携施設・準連携施設	2022年2月
眼科専門医	基幹施設・連携施設	2022年3月1日
耳鼻咽喉科専門医	基幹施設・連携施設・関連施設	2022年2月4日
泌尿器科専門医	基幹施設、連携施設	2021年10月28日
整形外科専門医	基幹施設、連携施設	2022年2月3日
脳神経外科専門医	基幹施設・連携施設	2021年10月15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	2022年2月4日
麻酔科専門医	基幹施設	2022年2月21日
放射線科専門医	基幹施設	2021年11月2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	2022年2月1日
臨床検査専門医	基幹施設・連携施設	2021年12月17日
総合診療専門医	基幹施設	2022年2月4日