

令和5年5月23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



## 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、令和2年から猛威を振るっていた新型コロナウイルス感染症について、ワクチン接種等により重症者数の減少が見られることから本年5月8日に感染症法上の位置付けが5類に移行されたが、多くの自治体病院が引き続き発熱外来を含めた患者受入等の対応に当たっている。

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について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。

新たな新興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

新型コロナウイルス感染症による重症者数が減少してきたとはいえ、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。

政府から、令和5年5月8日に感染症法上の位置付けが5類に移行されたが、新型コロナウイルス感染症との戦いは終息したわけではなく、多くの自治体病院が引き続き、患者受入等の対応に当たっており、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) 診療体制の見直し

新型コロナウイルス感染症に係る診療体制の見直しについては、現状を勘案するとやむを得ないが、新型コロナウイルス感染症が終息したわけではなく、感染者数はまだ多く、クラスターも発生している状況であること、また、新たな変異株の出現も考えられることから、平時に向けた段階的移行を着実に進めていくべきである。

#### 2) 財源補償

5類に移行され病床確保料等が見直されたことにより、民間医療機関を含めた幅広い対応が縮小し、自治体病院の負担がさらに大きくなることが予想される。従前より、多くのコロナ患者を診てきたことによる一般患者の受診控えなど入院・外来患者数の減少等に伴う財政的な負担が大きくなっているため、特に、医療機関の感染防護体制や病床確保など必要な感染対策に支障が生じないよう、病床確保料を含めた財政措置を一定期間は引き続き講じ、段階的な移行とすること。

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。

#### 3) 診療報酬での評価

新型コロナウイルス感染症患者については、5類に移行されたとはいえ、インフルエンザ患者と同等の対応とすることは困難であり、一般外来患者と切り離した発熱外来の設置や入院においては、病棟内での隔離を含めた個室対応など通常医療とは異なる体制を組む必要がある。また、看護配置も4：1以上のマンパワーが必要となるなど負担が大きくなっていることから、医療現場の実態を十分把握した上で、現行の加算等について一定期間維持するとともに新たな診療報酬においても適切に評価すること。

#### 4) 感染者多発時の施設基準の緩和

5類移行後も、多くの医療従事者が院内感染等により現場離脱を強いられること等を考慮し、その際の看護配置基準等の定数に関する施設基準等の緩和策を講じること。

#### 5) 検査体制

5類に移行されたことにより、患者本人が自覚しないコロナ患者の対応に苦慮している。具体的には、従前は全ての入院患者等を対象に公費によりPCR検査などを行っていたが、5類移行後、全ての患者に対して入院時のPCR検査を実施すべきか、また、高齢者施設等への転院時に陰性を求められることへの対応など、どのようにすべきか国が責任をもって方針を決定・周知するとともに、それらにかかる費用について支援すること。

#### 6) その他の課題に対する対応

5類に移行されたことにより、入院調整が保健所等行政の手を離れ、今後、二次救急医療施設、特に自治体病院への負担が増大することが予想されることから、引き続き、行政がかかわり民間医療機関も積極的に関与する仕組みを構築すること。

また、将来的な医師数や病床数等の医療提供体制に関する一連の議論については、今後の新興感染症等への対応による影響について、慎重に対応を検討すること。

#### 7) 新たな新興感染症に向けた対応

昨年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、協定を結ぶに当たっては、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、また、新興感染症等への対応において、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すること。

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り、その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。

#### 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引き上げる等、財政支援を充実すること。

なお、令和5年度の「持続可能な地域医療提供体制の確保に向けた地方財政措置の拡充」では建築単価の上限が40万円/㎡から47万円/㎡へ引き上げられることとされたが、国土交通省の公共事業賃金が5.2%引き上げされることが発表されるなど、現実的にこの単価で整備することは難しく、さらに実情に即した上限に引き上げること。

また、自治体病院を統合し、新病院の運営母体となる新法人を設立する場合、旧病院が抱える不良債務については一般会計が一般会計出資債を充てて解消する必要があるが、その元利償還金については地方交付税措置がなされておらず、一般会計にとっても大きな負担が生じる。円滑な再編・統合（機能分化・連携強化）のためにも、元利償還金の地方交付税措置等の財政支援を講ずること。

#### **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医師の働き方改革を進める上でも必要である。

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4年度の女性入学者数も全体の4割程度となっている（3,523名/9,151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、今後ますます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、一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：厚生労働省 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国において総合的に支援すること。

#### 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5年平均で208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。

医師の時間外労働の上限規制等への対応を着実に実行していく上で、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) 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、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。

## **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) 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得ることから、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。

## 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での経験や昨年改正された感染症法の趣旨を踏まえ、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付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付けや、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付けを明確にし、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4年度の調査では、回答259病院の平均採用率は53.7%、募集しても1人も薬剤師を確保できなかった病院は84施設（32.4%）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（31.7%）を合わせると、全体の約64%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

病院薬剤師については、地域医療における薬物療法の有効性・安全性及び公衆衛生の向上等に資するため、調剤業務に加え病棟薬剤業務やチーム医療等の更なる充実が求められている。都道府県の第8次医療計画の策定においては、必要な薬剤師の確保を図るため薬剤師不足の現状を把握・分析し、地域医療介護総合確保基金（修学資金貸与、医療機関への薬剤師派遣等）を積極的に活用するなど確保策の検討及び実施に取り組むこと。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られるよう、早急に対策を講じること。

令和4年10月に創設された「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、薬剤師の処遇改善についても診療報酬にて評価すること。

## **(2) 看護職確保対策について**

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、看護職への期待と求められる役割が拡大、多様化するなか、看護職の確保と定着は喫緊の課題となっている。

必要な看護職を安定的に確保していくためには、看護職員需給見通しから、引き続き、確保対策を実行することはもちろんだが、仕事と子育て、介護の両立可能な環境を整備しつつ、看護職の適正な社会的評価として、さらなる処遇改善にそれを反映し、専門職として誇りをもって働き続けられる魅力ある職場環境を整えていかなければならない。併せて、看護師の負担軽減に向けた看護補助者の活用、他の医療職種とのタスク・シフト/シェアにも積極的に取り組んでいく必要がある。

また、質の高い看護実践ができる看護職を育成するためには、キャリア支援、学習機会の提供など、一人ひとりが目標を持ち、それを叶えられる環境づくりが必要である。特に診療報酬算定の施設基準に定められた所定の研修、職務に有用な資格取得のための研修などは、ICTを活用したオンライン研修を標準化し、大都市に偏らず全国どこからでも公平に受講機会が得られる体制整備が求められる。さらには、専門・認定看護師の育成はもとより、看護職の専門性を高め、医師の負担軽減にも繋がる特定看護師の国民への周知と育成、新興感染症に安全に対応するための感染管理専門看護師・認定看護師の育成も計画的に、迅速に進めていかななくてはならない。これら看護のスペシャリストの活躍が、患者・家族をはじめ医療チームにとって有益であることを広く社会にアピールし、その認知を拡大していくことも、看護職の社会的評価および看護職確保・定着にも好循環となる。

## **要望事項**

### **1) 看護師等の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積極的に実行すること。

### **2) 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、看護職の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。

### 3) 看護職の社会的評価の向上と処遇改善の推進

新型コロナウイルス禍では、国民全体が看護師の社会的役割の重要性を改めて認識する機会となり、看護職の処遇改善の契機ともなった。看護職の処遇改善の流れを止めないためにも、昨年10月に新設された「看護職員処遇改善評価料」を次回改定においても引き続き算定可能とすること。

### 4) 他の医療職種へのタスク・シフト/シェアの推進支援

看護職は患者、家族の最も身近な存在としてチーム医療の中心的な役割を担っている。本来の看護業務に専念し、安全かつ質の高い看護を提供するために必要な他の医療職種とのタスク・シフト/シェアの推進を支援すること。

### 5) オンライン研修等を ICT 活用した学習機会の整備と財政的支援

ICT を活用したオンライン研修等、全国どこにいても公平な受講機会を確保するための教育体制の整備および地方の研修・教育機関への職員派遣等に対して、財政措置を含めた支援を行うこと。

### 6) 特定看護師の積極的 PR および研修実施への財政的支援

国民に特定看護師の果たす有益な役割とその実績を積極的に PR するとともに、これらスペシャリストのさらなる育成のために、特定行為指定教育機関や実習協力機関に対し、補助金等の財政的支援の充実を図ること。

### 7) 感染管理専門・認定看護師の育成に対する財政的支援

新興感染症を含む感染症対応のスペシャリストである感染管理専門看護師・認定看護師の育成に対して、財政措置を含めた支援を行うこと。

### **(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している。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でき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、調理員等が確保でき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。また、急性期医療における看護

職の役割も高度・専門化され、看護業務補助者や介護専門職などを充てることによるタスク・シフト/シェアの促進、また、超高齢化の急速な進展に伴う認知症（および身体的弱者）の増加に対応できる体制整備と人材活用（リハビリ療法士・介護福祉士・臨床心理士など）が必要である。

更に、働き方改革の推進や、特に公立病院においては会計年度任用職員制度が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、診療報酬での評価を含めた財政措置を講じること。

## 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の要件見直しについて

#### 要望事項

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

粒子線治療は生活の質を維持する効果に優れており、更に粒子線治療を望む多くの方が治療を受けられるようにすべきである。

#### 要望事項

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生じている。更に本年1月から開始された電子処方箋の導入は、電子カルテシステムの改修を伴うなど病院の大きな負担になっていることから、対応可能な病院は限られており、広がりを見せていない。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は、日進月歩で高度化、多様化するサイバー攻撃に対応するため、毎年度継続的なシステム改修等が必要となり、大きな費用負担が生じている。

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り、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おり、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。しかし、この運用には電子カルテとの接続が必要であり、多額の費用が掛かることが障壁の一つとなっている。全国がん登録、学会症例登録等により、多くのデータが収集されるようになったが、一方でその作業に多くの労力が必要である。

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、CISO（最高情報セキュリティ責任者）を含めた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外部のネットワークと接続する機会が増え、サイバー攻撃に対する一層の防御が必要となっている。また、サイバー攻撃は日々高度化、多様化することから、一度のシステム改修で恒久的な対処ができるものばかりではなく、毎年度継続したシステム改修が求められ、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かつ継続的な支援を行うこと。加えて、仮に被害を受けた場合でも速やかに復旧できる体制構築に国が積極的にかかわること。また、サイバー攻撃によるデータ改ざんを防ぐため、医療機関のデータをベンダーなど外部に保存するといった対策が容易に取れるよう診療報酬を含めた財政支援を講じること。また、これらの財政支援については医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの改定と足並みを合わせたものとし、ガイドラインに規定された事項を医療機関が確実に履行できるように支援すること。

## **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**

本年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、本年1月から開始された電子処方箋の導入では、電子カルテシステムと連携するための改修や医師がHPKIカードを作成する必要があるなど多大な業務負担及び費用負担が生じ、導入が進まないことが懸念されるため、支援を図ること。なお、医師がHPKIカードを取得することを前提とした仕組みは、HPKIカードの取得、維持・更新管理、退職時の取り扱いに必要となる業務や費用、取得したHPKIカードの帰属等の観点も含め、医師や医療機関の負担が大きくなると予測されるため、見直しを強く求める。また、電子処方箋については、医療機関と

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、地域の医療機関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。

また、実際の窓口業務ではマイナンバーカードオンライン資格確認の他に、各公費医療券等の確認が別途必要となっており、事務手続きが煩雑になるケースが多発している。そのことから、マイナンバーカードと公費確認の諸手続きにおいては、患者と医療機関窓口業務の負担とならないように国が責任をもって周知を行い、必要な財政支援を講じること。



## 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昨今の原料高・原油高・為替相場に端を発する物流の停滞等による電気・ガス等のエネルギー価格・食材料費・診療材料費等の物価高騰は令和4年度秋季以降、より顕著に続き、例えば、令和5年4月までの食品メーカーによる値上げ発表品目数が2022年同期比約3倍ペースとなっているなど、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。他業種では販売価格への価格転嫁で対応が可能だが、医療機関は、国が定める診療報酬（公定価格）により経営が成り立っているため医療サービスに価格転嫁ができず、厳しい状況が続いており、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

医療機関が諸物価の高騰による医療提供コストの上昇に対応できるよう、入院基本料など必要な財政措置を講じること。少なくとも、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) 医療従事者への処遇改善について

諸物価の高騰に対応するための医療従事者への処遇改善が課題となっているが、医療従事者の確保自体にも支障が生じる状況になっている。

## 要望事項

医療機関が医療従事者への処遇改善を適切に行えるよう、診療報酬での適正な評価を含めた必要な財政措置を講じること。

### (4) 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れている。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。

### (5) 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るとともに、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。

# 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

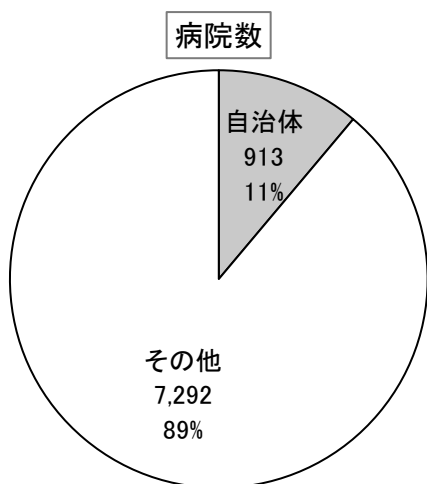
## 2. 指定医療機関等における会員病院の割合

（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

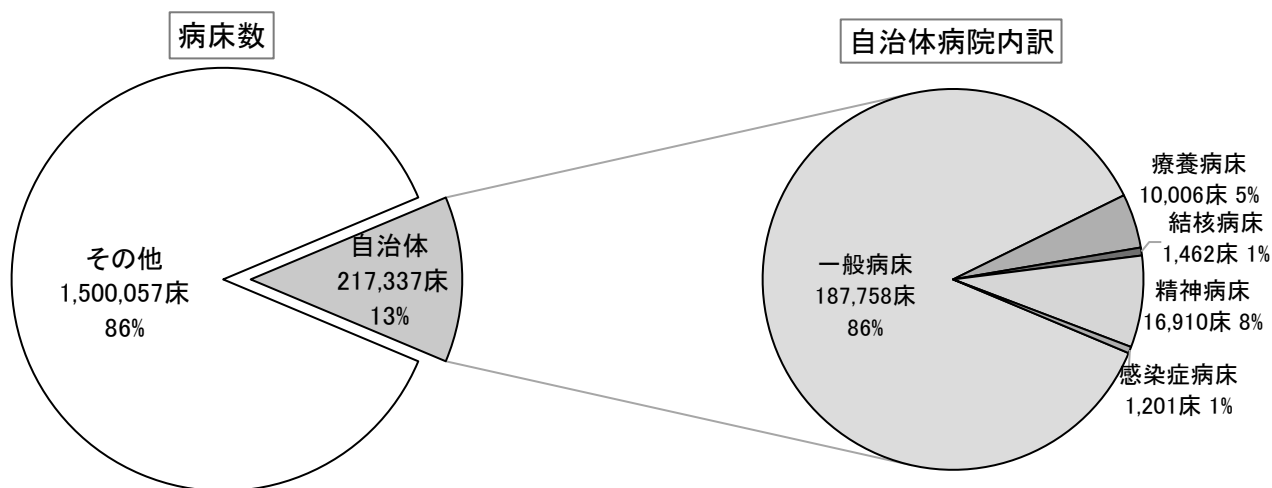
# 1. 自治体病院の現状

## ①我が国における自治体病院の割合(病院数・病床数)

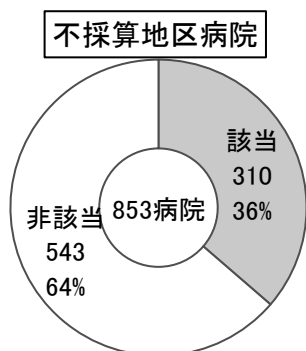


	病院数	病床数	病床数内訳				
			一般	療養	結核	精神	感染症
総数	8,205	1,500,057	886,056	284,662	3,944	323,502	1,893
国	320	124,411	115,467	154	1,546	7,061	183
公的医療機関	1,194	307,849	270,858	14,508	1,532	19,446	1,505
都道府県	196	51,216	40,795	353	371	9,432	265
市町村	603	121,586	107,250	9,205	562	3,913	656
地方独立行政法人	114	44,535	39,713	448	529	3,565	280
その他公的	281	90,512	83,100	4,502	70	2,536	304
社会保険関係団体	47	14,846	14,263	331	95	144	13
公益法人	197	49,107	28,856	6,211	136	13,827	77
医療法人	5,681	837,103	334,751	240,709	359	261,235	49
私立学校法人	113	56,039	53,209	624	84	2,099	23
社会福祉法人	198	33,616	23,831	4,918	102	4,765	-
その他	455	77,086	44,821	17,207	90	14,925	43

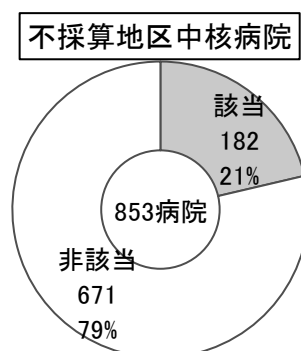
出典：医療施設調査(令和3年10月1日現在)



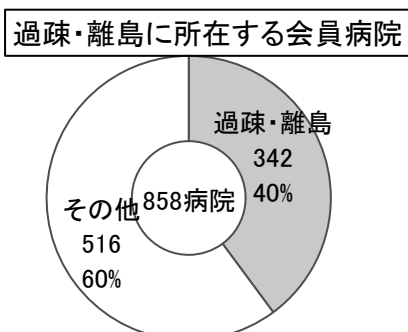
## ②自治体病院における立地等の状況



出典：令和3年度地方公営企業決算状況調査



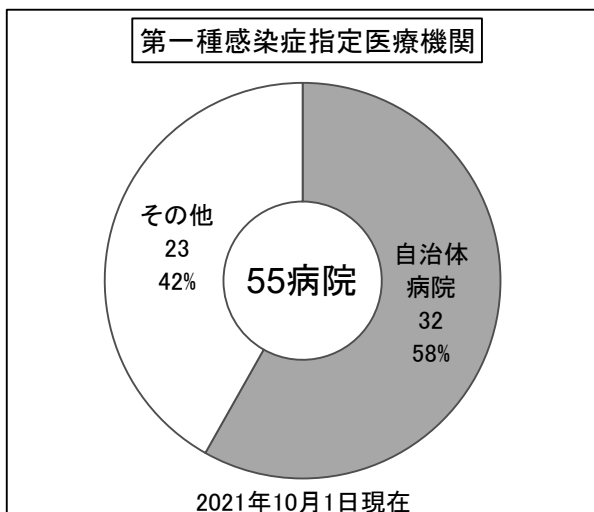
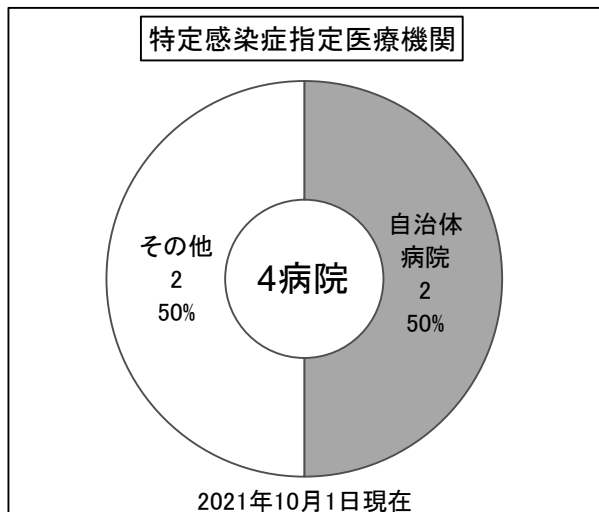
出典：令和3年度地方公営企業決算状況調査



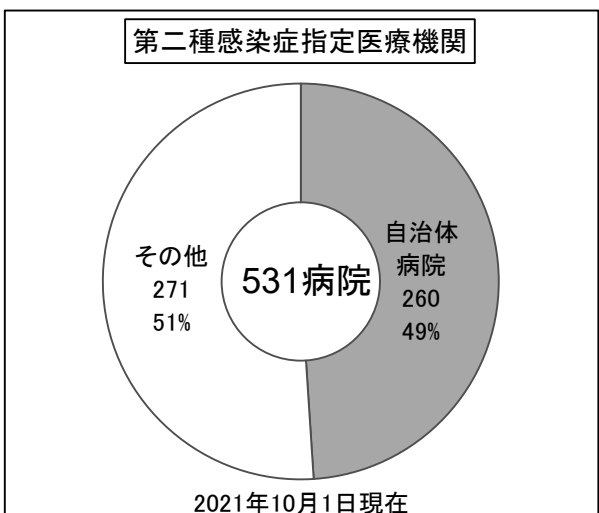
会員基礎情報(令和4年1月1日現在)等より作成

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）

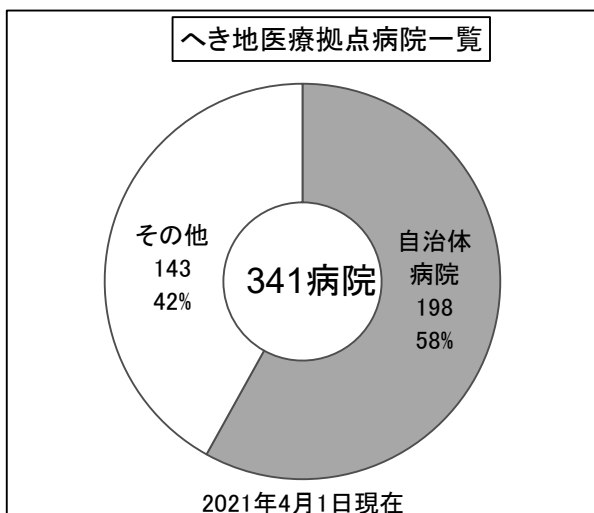
感染症対策の医療体制



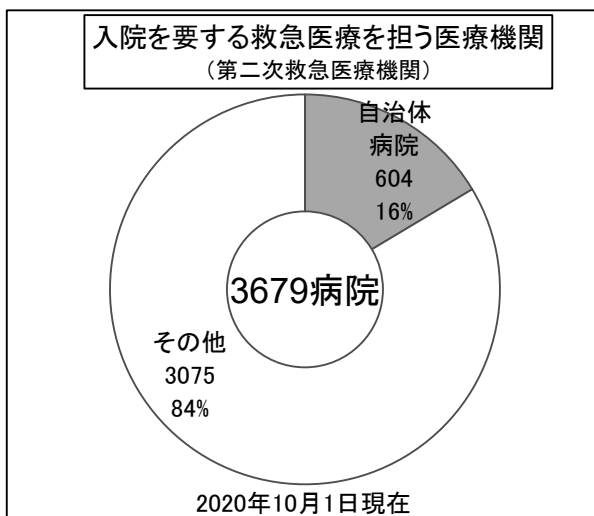
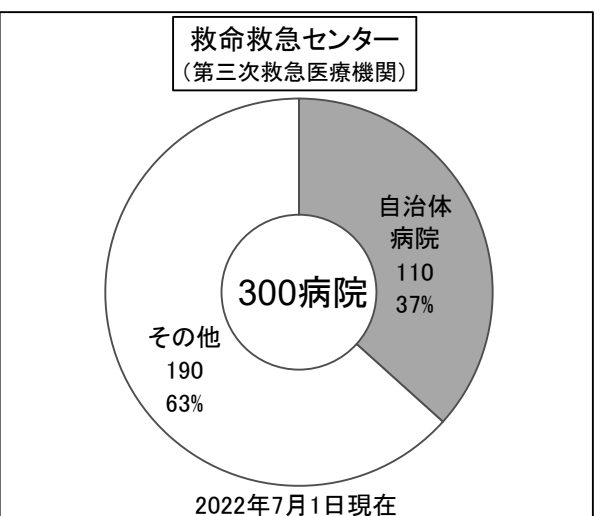
感染症対策の医療体制



へき地の医療体制

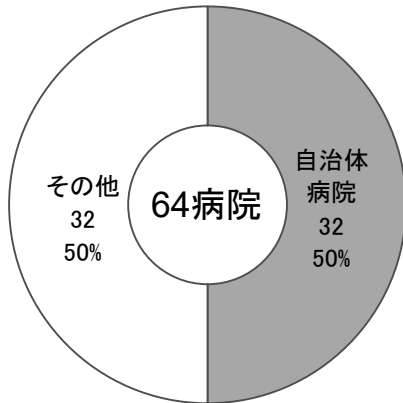


救急医療の体制



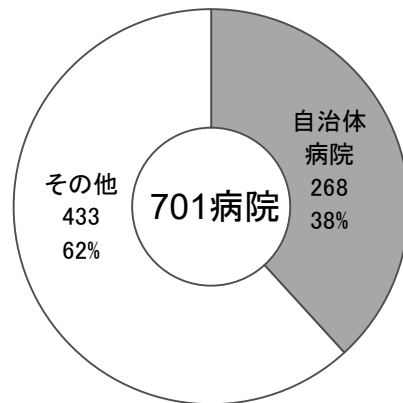
災害時における医療体制

基幹災害拠点病院



2022年4月1日現在

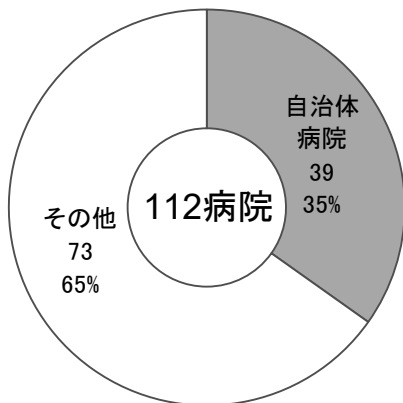
地域災害拠点病院



2022年4月1日現在

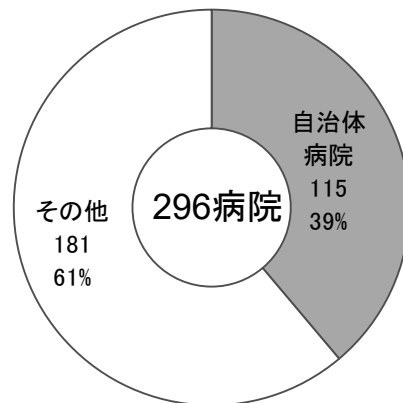
周産期医療の体制

総合周産期母子医療センター



2022年4月1日現在

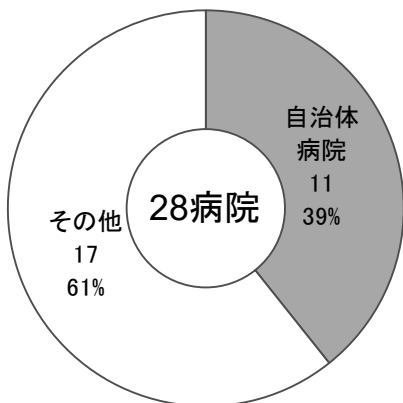
地域周産期母子医療センター



2022年4月1日現在

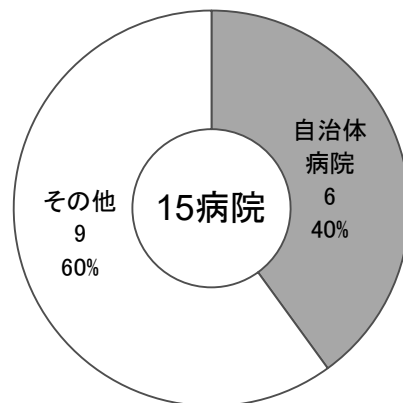
小児医療の体制

小児救急医療拠点病院



2020年4月1日現在

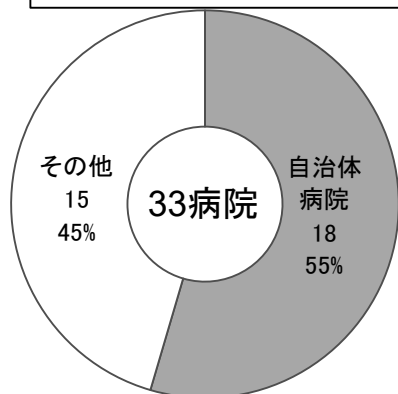
小児がん拠点病院



2023年2月21日現在

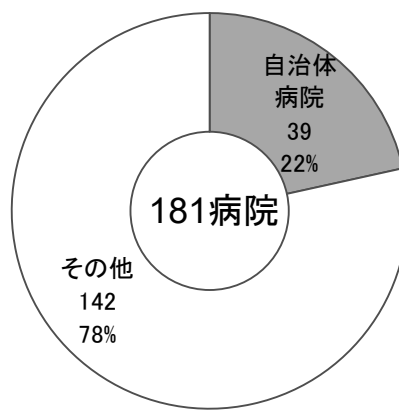
### 精神疾患の医療体制

心神喪失者等医療観察法の指定  
入院医療機関



2022年4月1日現在

精神科救急受入病院

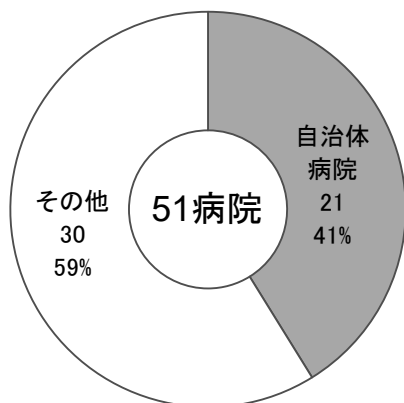


2022年2月8日現在

※「精神科救急入院料」と「合併症型」での重複はそれぞれ集計

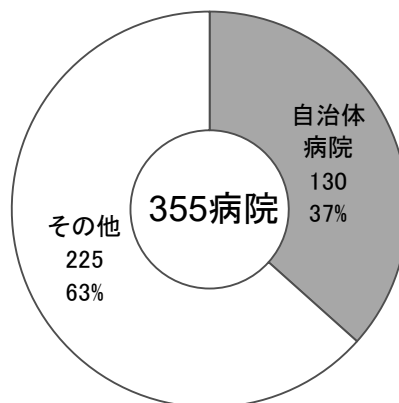
### がんの医療体制

都道府県がん診療連携拠点病院



2022年4月1日現在

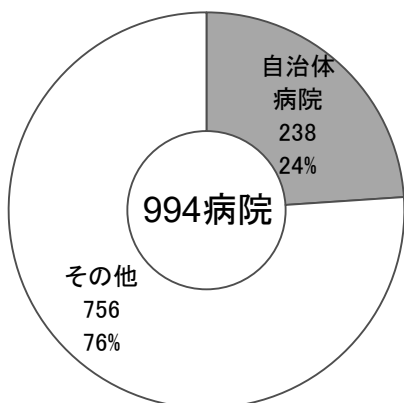
地域がん診療連携拠点病院



2022年4月1日現在

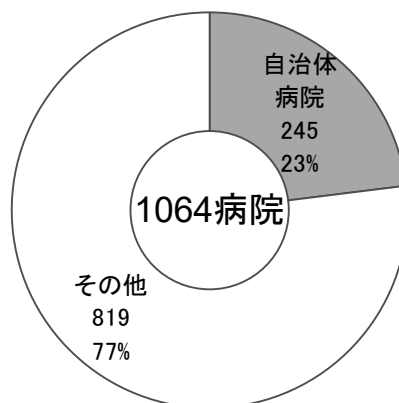
### 脳卒中、心筋梗塞の医療体制

脳卒中



2022年4月1日現在

心筋梗塞等の心血管疾患

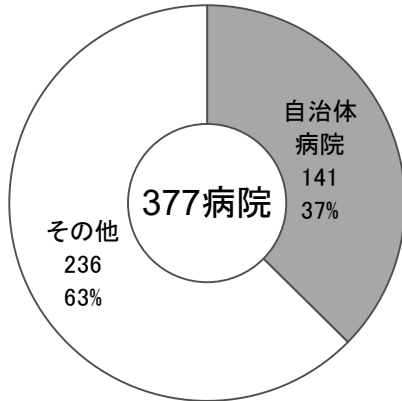


2022年4月1日現在



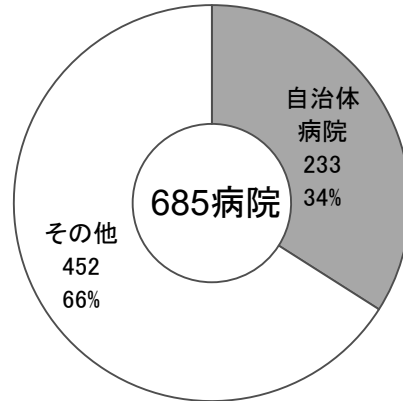
その他の指定医療機関

エイズ治療拠点病院



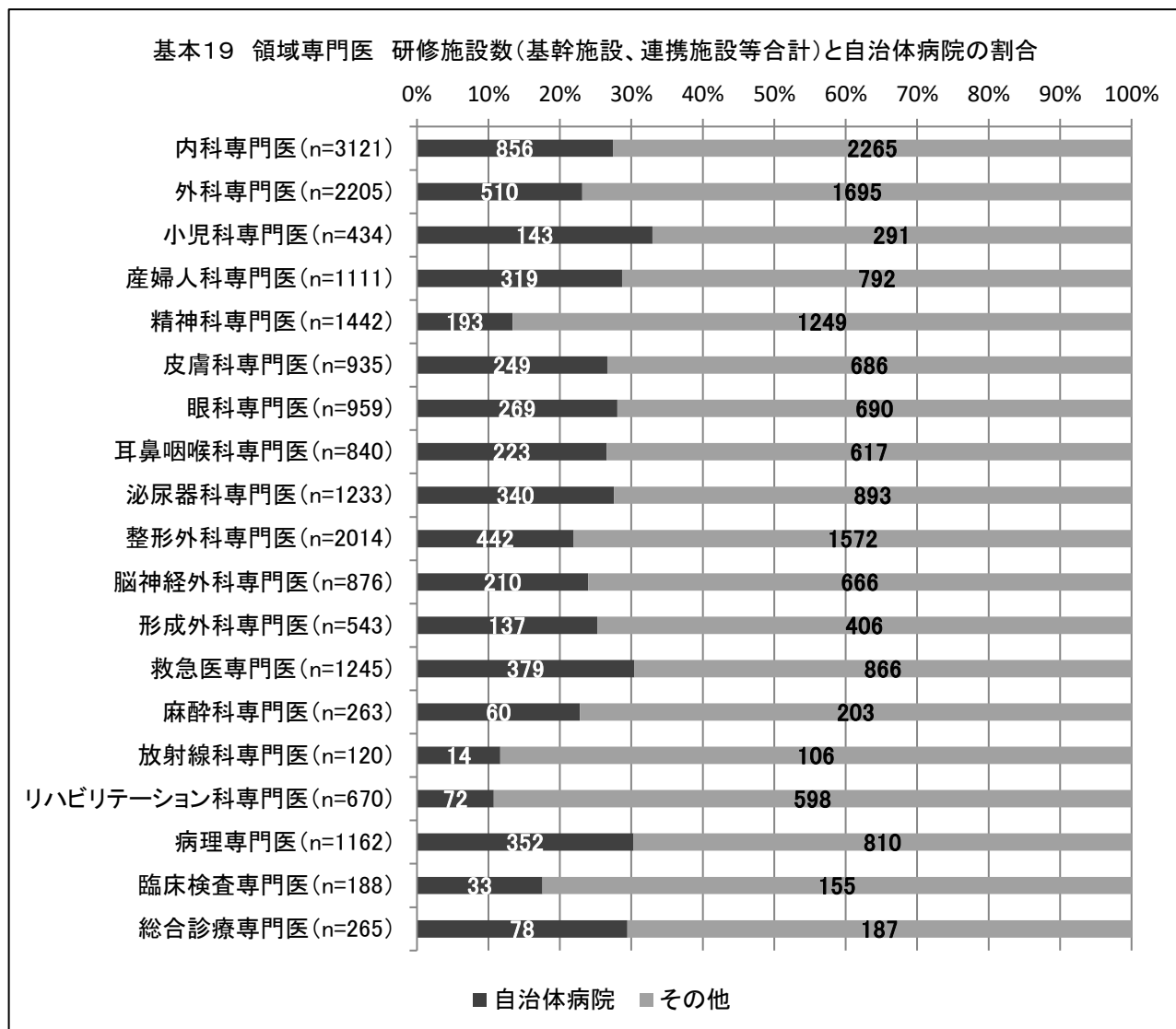
2023年1月1日現在

地域医療支援病院



2022年9月1日現在

### 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 複数の施設が重複している病院は、「1」として集計している

#### (参考)

専門医名称	研修施設名称	時点
内科専門医	研修施設	2023年1月16日
外科専門医	基幹施設・連携施設	2023年4月1日
小児科専門医	研修施設	2023年1月25日
産婦人科専門医	基幹施設・連携施設	2023年2月1日
精神科専門医	基幹施設・連携施設	2023年1月31日
皮膚科専門医	基幹施設・連携施設・準連携施設	2022年12月27日
眼科専門医	基幹施設・研修施設	2023年2月16日
耳鼻咽喉科専門医	基幹施設・連携施設	2022年4月1日
泌尿器科専門医	基幹施設・連携施設	2023年1月25日
整形外科専門医	基幹施設・連携施設	2023年1月13日
脳神経外科専門医	基幹施設・連携施設	2022年7月19日
形成外科専門医	基幹施設・連携施設・研修施設	2023年1月31日
救急科専門医	連携施設・関連施設	2023年1月25日
麻酔科専門医	基幹施設	2023年4月1日
放射線科専門医	基幹施設	2022年11月22日
リハビリテーション科専門医	研修施設	2023年2月1日
病理専門医	連携施設	2023年1月25日
臨床検査専門医	基幹施設・連携施設	2023年4月1日
総合診療専門医	基幹施設	2023年1月25日

