令和６年１１月１９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、行政や、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・継続的に提供し、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。救急、小児・周産期、感染症、各種疾患やがん治療等の様々な高度医療のみならず、医療過疎地である山間へき地・離島において身近な医療を展開するなど、民間では採算性の関係で対応が難しい医療も担い、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。
しかしながら現状では、世界的紛争や不安定な為替相場の影響などで電気・ガスをはじめとするエネルギー価格や入院患者の食材費、医療材料費などで過去に例を見ない高騰に見舞われている。

また、感染症対応や医療安全、働き方改革、処遇改善、医療 DX の推進に向けて専門職種の人材不足や人件費の高騰により財源不足が顕著となっており、医療提供体制の維持・改善が益々厳しくなってきている。

令和２年から猛威を振るってきた新型コロナウイルス感染症については、感染者数・重症者数の減少が見られることから昨年５月８日に感染症法上の位置付けが５類に移行され、本年４月からは通常の医療提供体制によって対応しているが、自治体病院の中には新型コロナウイルス感染症により減少した一般患者の確保が難しくなり、経営そのものへの影響も大きくなってきている。

地域医療構想の議論において、再検証対象医療機関として具体的な病院名が公表されたものを含めた多くの自治体病院が新型コロナウイルス感染症において重要な役割を担ってきた。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、こうした改革方針とは別に、平時より余力を持ち、危機に対して柔軟に適応管理できる医療体制の構築が必要であることが明らかとなった。特に医療提供体制の構築にあたっては、地域ごとに医療の違いがあることから、医療機関ごとの役割や機能分担などの協議においては地域に即したものとなるよう柔軟に議論すべきである。
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、少子高齢化社会にあって医師を始めとする医療人材の確保・偏在問題、医療技術の急速な進展と財源確保等の課題に対しては、地方自治体や病院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。効率性・経済性を追求する一方、様々な事態に対応可能な余力を有する合理的な医療・介護体制を確保し、国民、医療関係者がともに納得できる施策を進めるよう、強く要望する。
更に、２０２５年以降の地域医療構想については、国民目線に立った医療提供体制の構

築を目指したものとするよう要望する。

最後に、本年１月１日の能登半島地震により、石川県能登地方を中心に多くの医療機関が機能不全に陥った。震災後、いまだ通常診療の提供にも影響を与えている状況である。地域住民と歩調を合わせた地域医療の早期復旧のため、最後の砦でありながら被災された自治体病院の一日も早い復興が待望されており、十分な支援を要望する。

１．新型コロナウイルス感染症を含めた新興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ついてはその波状的流行傾向は依然として継続しており、今後も変異株の発生等により感染者数が増加する可能性があり、感染拡大時には多くの自治体病院は発熱外来、救急外来、感染者入院対応などの感染症対応を引き続き要請されることになる。今後の新興感染症を含めた継続的な医療提供体制を確保するためには以下の対応が必要であり、格段の配慮を願いたい。

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感染者数は増減を繰り返しており、いまだ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・感染拡大時の両面に向けた地域医療提供体制構築を着実に進めること。

２）新型コロナウイルス感染症に係る財源補償

新型コロナウイルス感染症患者に関しては、５類に移行されたとはいえ、感染力が強く容易にクラスターが発生するなどインフルエンザ患者等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救急体制の確保、入院においては病棟内でのゾーニングや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。特に院内クラスターが発生すると、病棟の閉鎖や一部の病棟への患者集約、一般診療の制限などが必要となるため、医療機関の経営的負担が大きくなる。また、流行時には病院職員の感染者数も増加するため診療制限を余儀なくされる場合があることから、医療現場の実態を十分把握した上で、その経営的損失について交付金等による財源補償を行うこと。

３）診療報酬上の「重症度、医療・看護必要度」の施設基準への対応

地域の基幹病院を中心に新型コロナウイルス感染症入院患者が増加する可能性があり、２０２４年度診療報酬改定により基準が厳しくなった急性期一般入院基本料「重症度、医療・看護必要度」の施設基準を満たせない可能性がある。新型コロナウイルス感染症はインフルエンザ等の他の５類感染症よりも入院医療に及ぼす影響が格段に大きいことを考慮し、そのような状況になった場合、必要度の計算からコロナ患者を除外する等の対応を行うこと。

２．地域医療構想について

新型コロナウイルス感染症をきっかけに自治体病院の重要性が再認識されるとともに、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ことが明らかになった。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、２０２５年に向けた地域医療構想の取組みや２０２６年度以降の新たな地域医療構想については、国民目線に立った医療提供体制とす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、公民を問わず共通の視点に立ち、丁寧に協議をしながら検討をすること。

第８次医療計画では「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。また、すべての領域において、地域医療のあり方など具体的に最適なものを目指して協議すべきである。

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、今後、２０２６年以降の地域の医療機能を適正に議論を行う必要があり、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・中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、世界情勢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６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４７万円／㎡から５２万円／㎡へ引き上げられることとされたが、昨今の建設物価高騰を踏まえると、現実的にこの単価で整備することは極めて難しく、実情に即した大幅な引き上げが必要である。

また、原則として令和９年度までに行われる公立病院の機能分化・連携強化に伴う施設・設備の整備等に係る事業に対する財政措置である病院事業債（特別分）については、関係者による合意形成のための十分な調整期間の確保、入札不調・不落等を含めた厳しい建築情勢を踏まえ、期間延長や要件緩和を含めた柔軟な対応を図ること。

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、地域の実情に応じ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。

６）地域にあった医療提供体制

国は、医療資源を効率的に提供する体制を確保する観点から、まず患者は地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて「紹介受診重点医療機関」を受診させ、状態が落ち着き次第、かかりつけ医に逆紹介する流れを基本とした体制としている。しかしながら、地方、特に医療過疎地域においては、「かかりつけ医機能」として期待される開業医の廃業や医療機関の縮小が進んでおり、地域の中核的医療機関においても、かかりつけ医機能から急性期医療まで担わざるを得ない状況となっている。こうした地方の実態を的確に把握し、その地域にあった体制にできるよう国として支援すること。

７）新たな地域医療構想への要望

現行の地域医療構想は、病床機能の分化・連携の推進をするため、２０２５年の病床数を推計するという、機能別病床数が先行した議論となっていたが、新たな地域医療構想は、２０４０年頃を見据え、介護等との連携を重視した医療提供体制構築の方向性を議論することになっている。今後、医療・介護の複数のニーズ等をかかえる高齢者が増加する一方、働き方改革を推進している中で、医療従事者のマンパワーの制約（減少）がされることが予想され、今までのやり方では対応できず、医療 DX や遠隔医療等を一層推進する必要がある。特に人口減少に悩む地方都市や過疎地域等においては、それらを含めた医療提供体制の構築が求められることから、それぞれの地域において確実に実行することができる国からの財政支援等を含めた議論を行うこと。また、新たな地域医療構想の取りまとめ予定が今年末、その後、令和７年度中にガイドライン策定となっているが、スケジュールありきの議論ではなく、今後、介護を含めた新たな医療提供体制により、全ての国民が安心して暮らせるものとなるよう十分な議論を行うこと。

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、診療所の都市部への集中を解消するため、診療科ごとの必要専門医数の養成と地域への配置、需給調整に必要な開業規制、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３２７，４４４名のうち女性医師数は７７，３８０名（２３．６％ 令和４年厚生労働省調査）であり、女性の割合が年々増加し、令和５年度の女性入学者数も全体の４割程度となっている（３，６９６名/９，１９８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、医療内容の高度化、就労人口の変化、働き方改革の推進、今後ますます増える女性医師への配慮、都市部への医師集中など関係する諸課題が十分に考慮されていない。医師養成数の増加、地域枠制度、専門医制度等の活用により、地方の医師配置が徐々に改善されているものの、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きていることから、実情を十分に認識したうえで、安定的・継続的な医師確保が行われるよう、真に実効性のある医師偏在・確保対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するとともに厚生労働省が進めている「医師偏在是正に向けた対策パッケージ」を早急に取りまとめ、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、地域医療の実情を知るためにも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

医学部臨時定員については地域偏在・診療科偏在が是正するまで継続すること。更に、国が責任をもって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早急に確立すること。

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、地域の基幹病院がかかりつけ医機能を持ち、今後増加する在宅医療の供給を提供するなど、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。

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

現行の専門医制度は偏在対策についての効果は少なく、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、効果的な養成を検討し、実行すること。
また、医師の地域・診療科偏在が生じている中で、特に病理医と放射線科医については、「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ＡＩ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、このような先進技術を考慮した指定制度へと見直すこと。

６）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。

７）総合診療専門医の養成

複数の疾患を抱えている高齢者の増加は加速し、特に医師不足地域においては一つの診療科や臓器別疾患に限定されず複数の健康問題に対応できる総合診療専門医の重要性が増してきている。それらに対応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とともに、地域枠医師が卒後、一定期間総合診療研修に従事した場合のインセンティブ（制度化）などを国として示すこと。また、医師不足地域はもとより、地域住民の医療・健康管理の要として、役割が期待される総合診療医の存在を明確にするためにも、医療法で制限されている「総合診療科」の標榜ができるようにすること。

８）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、マルチモビディティ患者としてのケアも必要となっている。高齢者にとっては、医師や看護師、医療従事者の関わり方、ＡＤＬの確保の仕方など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、必要な医療スタッフを多く配置できる体制の整備を図ること。

９）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。

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．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。

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、チーム医療の推進、ICT、医療機器の整備と業務効率化、様々な専門職の人材とのタスク・シフト／シェア、交代制勤務などの促進、女性医師等が働き続けられる環境整備として短時間勤務、当直勤務免除、オンコール免除等が必要となる。なお、今後は生産年齢人口の急速な減少が回避できない状況にあり、現在の業務の効率化、タスクシフト/シェア等による働き方改革だけでは立ちいかなくなる可能性が高い。定型的な業務の機械化・自動化等を推進することで、人による業務量の縮小に本格的に取り組む必要がある。医療現場のニーズを収集し、共通する対策については国として積極的に産業界への働きかけを行い、業務の機械化・自動化を早急に進めること。これらを着実に実行していく上では、安定した財源が必要となることから、十分かつ適切な財政支援を講じるとともに、地域医療に関する真剣な協議を国として強力に進めること。

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、「Ａ水準」を超えて「Ｂ水準」が避けられないところもある。また、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おり、「連携Ｂ水準」として届け出ている派遣元医療機関もある。医師の時間外労働規制による地域医療への影響を充分に配慮し、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、十分な支援等を行うこと。

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、医療機関は医療勤務環境評価センターの受審、医師労働時間短縮計画を策定し、追加的健康確保措置、勤務環境改善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）かかりつけ医機能の強化と病院勤務医の負担軽減

かかりつけ医機能を持つ医療機関（診療所、地域密着型小規模病院）には休日夜間を含め軽症救急患者への対応を必須とし、診療時間内外に関わらず自院のみで対応できない場合は他の医療機関と連携するなど、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二・三次救急病院・中核たる病院を受診する仕組みを普及させること。さらに、在宅医療や介護との連携などかかりつけ医機能を強化し、それぞれの機能・役割分担を明確にすることにより、病院への負担が減り、病院勤務医の負担軽減に繋がることから、重要課題として推進すること。

加えて、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、地域の中核的な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。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、地域内医療機関の状況が一目で判るような情報システムの構築や、モバイル端末などを利用した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。

５）働き方改革が及ぼす影響調査について

本年４月より働き方改革が実施され、様々な影響が出ているが、令和６年度診療報酬改定において、特定集中治療室管理料１等の施設基準に「宿日直を行う医師以外の専任医師の配置」 が追加されたことにより、宿日直医師から通常勤務の専任医師を配置する必要があり、大学病院等からの派遣が厳しくなってくることが予想される。また、勤務時間が制限されていることにより、「働けない」医師の問題も出てきており、特に、元々安定的な医師の確保が難しい地方の基幹病院では、救急患者への対応が困難になってくる可能性も指摘され、多くの公立病院で当該施設基準見直しに伴う大幅な減収が見込まれている。働き方改革の施行が地域医療に及ぼす影響について、今後想定される要因も含め、速やかに調査を行い、地域医療提供体制の維持・確保に支障を来さないよう対応を行うこと。

５．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．医療人材の確保について

（１）薬剤師確保対策について

病院薬剤師においては、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、手術室関連業務、救急外来・医療安全業務など薬剤師の活躍する場面は拡大している。さらには地域完結型医療に向けた薬剤師外来や薬剤管理サマリーを活用した病院・保険薬局との連携業務、在宅医療患者への薬剤管理指導など、多岐にわたる業務を期待されている。一方で、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、業種偏在、地域偏在が大きな問題である。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４年とを比較すると、薬剤師総数は約４．７万人増加し、そのうち薬局従事者は約４．５万人増加、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１．０万人減少し、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年度分の調査では、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、その解決のために病院実習の長期化、奨学金返済の支援、モチベーション涵養等を推進する必要がある。

要望事項

<u>医療機関への薬剤師確保定着策の実施と財政的支援</u>

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、タスク・シフト／シェアへの対応など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・実施においては、必要な薬剤師の確保を図るため薬剤師偏在指標を活用するなどにより、国が責任を持って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）が積極的に活用できる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。

（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

<u>１）看護師等の確保に向けた処遇改善等の諸施策の実施と財政的支援</u>

新型コロナウイルス禍では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、看護職の処遇改善策の契機ともなった。今後も良質な看護を継続的に提供していくためにも継続的な処遇改善は必要であり、社会的評価向上を図ることによる看護師等の確保施策を引き続き実施するとともに財政的支援を行うこと。また、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等を積極的に進め、看護職の確保につなげること。

２）他の医療職種へのタスク・シフト/シェアの推進支援と DX の導入推進

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介護福祉士や看護補助者など他の医療職種等とのタスク・シフト/シェアの推進を支援すること。また、ベッドサイドでのパソコン、モバイル端末活用による看護業務の効率化を進めることができるよう支援すること。

３）オンライン研修等を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。

４）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、これら特定看護師のさらなる育成充実を図るための特定行為指定教育機関や実習協力機関等をさらに整備拡充し、財政的支援を行うこと。

５）感染管理専門・認定看護師の育成に対する財政的支援

新感染症法に基づく今後の新興感染症対策のためにも、そのスペシャリストである感染管理専門看護師・認定看護師等のさらなる育成が必要とされる。これらの育成に対して、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。しかし、専門性を持って医療機器を管理・操作する臨床工学技士の評価は、診療報酬上極めて低く、多くの医療施設では安全対策を講ずる上での最低限の人員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、生命維持管理装置の操作業務に従事している状況である。

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、生体情報モニターをはじめ、患者の生命維持に直結する生命維持管理装置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等も含め、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、新興感染症（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

応を求められる。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であり、適正なワークライフバランスを図りながら、良質な安全対策を講ずる上での課題となっている。
さらに、手術支援ロボット、術中ナビゲーションシステムを代表とする、最先端医療機器の急激な進歩があり、生命維持管理装置はもちろんのこと様々な医療機器の操作には高度な知識と技術が必要となる。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、災害時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、詳細な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となっている。今日的医療にとって臨床工学技士は必要不可欠で、実に重要な職種（医療施設調査による職種別従事者数を見ると、平成１４年と令和２年での比較では、診療放射線技師は 1.35 倍、臨床検査技師は 1.23 倍、臨床工学技士は 3.04 倍となっている）であり、診療レベルに見合った人員・人件費の確保、研修体制の確立、財政措置の構築、すみやかな医療制度の改正などを講じること。

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、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。管理栄養士、栄養士や調理員等の人材確保は、医療の一環である栄養指導や病院給食の質の担保において重要である。安心安全な病院食の提供が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。さらに食事提供業務のみならず、低栄養の改善、医師、看護師のタスク・シフト/シェアの推進を目的に管理栄養士が各種チーム医療、病棟業務に参画する機会が増大し、疾病治療の根幹である栄養管理を行う管理栄養士の重要性も増してきている。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の活用、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（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・視能訓練士・介護福祉士・臨床心理士など）が必要である。
また、診療情報管理士、医療情報技師、社会福祉士等、多くの専門職が必要となっており、病院の経営・連携体制・診療情報の管理には、病院運営に欠かせない人員としての処遇の改善が必要である。

要望事項

急速に進展する医療レベルに併せて、多くの専門的人材が必要となっていることから、医療スタッフが確保できるよう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、今回の診療報酬改正において一部評価されたが、他の業界と比較すると遅れている感が否めないことから、さらなる財政措置を講じること。

７．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ため、電子カルテにおけるデータ規格の統一化が望まれる。２０２４年度中に予定されている標準型電子カルテα版の各種データの規格を早期に決定・公表することが必要である。更に昨年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。加えて、オンライン資格認証によって得られる情報は、レセプトベースで前月のものであり当月の情報が入手できないのみならず、電子処方箋によるものは院外処方のみの情報で、院内処方、病院での処置薬の情報等が入手できない。そのため統一した薬歴情報を把握するシステムが望まれる。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。遠隔医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医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。
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、遠隔医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・活用への財政措置等の拡充</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。
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。このため、「医療情報技師」の国家資格化などにより医療情報システム専門家の育成を推進するとともに、AI、ICT の利活用に係る標準的・統一的フレームワークを早急に講じ、医療機関が安全、安価に診療情報を扱える体制・施策を確立すること。

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的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を国が積極的に推進すること。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オフラインで外部に保存するといった対策が取れるよう、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講習、指導、支援体制を充実すること。これらは令和 5 年度の立入り検査からチェック項目となったことから、即行的に行うこと。

３）オンライン診療等遠隔医療の促進

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推進し、医療の質の向上を図るため、電波環境を整備し、ICT を活用したオンライン診療の拡充を支援すること。

なお、電波環境整備にあたっては、医療安全に十分に配慮すること。

中山間地域や離島の中小病院に多数の専門医を配置することは難しく、オンライン診療は重要な役割を発揮することから、適切な専門医療を提供し医療の質を担保するため、積極的な推進体制を構築すること。

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

昨年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、令和 6 年度診療報酬改定で「医療 DX 推進体制整備加算」が新設され、補助上限額拡充等が引き続き行われたものの、維持運営するための費用は各医療機関の負担となっている。本年 12 月には現行の保険証廃止が決定事項であり、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、昨年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 認証を行う必要があるなど、多大な業務負担及び費用負担がその都度生じ、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 認証を行うことを前提とした仕組みは、HPKI 認証、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など、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体制を進めること。
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。
さらにマイナンバーカードには見読できる情報はなく、停電、ネットワーク障害時には保険情報等の取得が不可能であり、障害時等に対応した代替方法の整備を早急に構築すること。

８．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、現状は度重なる諸物価高騰や、新型コロナウイルス感染症まん延後の患者数の減少による減収も相まって、大変厳しい経営状況となっている。また、今年度は政府を挙げて賃金アップを推進しており、令和６年度の人事院勧告において、平均2.76%以上の賃上げと約３０年振りとなる高水準のベースアップとなっている。それらを想定して、令和６年度診療報酬改定においてベースアップ評価料として 2.5%の財源を確保されたものの、実情は、若手看護師や会計年度任用職員等が多い医療機関の推計値としてベースアップ額が平均4%を超えており、令和７年度の賃上げを考慮すると根本的に対応を行わない限り、経営破綻も現実的になってくる。

要望事項

物価・賃金の上昇等社会経済情勢に即してその所要額を確実に確保するためにも予算フレームそのものを見直すなど、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・維持のために必要な交付金や補助金等の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については、地域医療の中核を担う自治体病院の経営基盤安定のために措置されている普通交付税の病床割の単価を引き上げる等の自治体病院の運営に支障を来たすことのないよう大幅な見直しを行うこと。なお、医療介護連携の観点から、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。

さらに、人事院勧告による給与改定の対応としては、令和６年度診療報酬改定において対象外となっている職種も含めた医療人材を確保するためにも、ベースアップ評価料を随時見直すなどの柔軟な対応を行うこと。

（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国際情勢等による電気・ガス等のエネルギー価格・食材料費・医療材料費等に係る物価高騰は２０２２年秋季以降、より顕著に続いている。食材料費の高騰は国民への生活に影響を及ぼしているのみならず、治療食の高騰にもみられるように、医療機関にも甚大な影響を及ぼしている。そのことから、政府の「骨太の方針2024」においても、来年度の社会保障について、「これまでの歳出改革努力を踏まえた上で、経済・物価動向等に配慮しながら検討する」と記載されたところである。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）により経営を行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

諸物価の高騰による医療提供コストの上昇への対応については、令和６年度診療報酬改定において若干の報酬アップがなされたが、なお充分とはいえず、健全な経営が維持できるよう、補助金・交付金を含めた必要な財政措置を講じること。

（３）医療従事者への処遇改善について

諸物価の高騰等が引き金になり、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。令和６年度診療報酬改定では、改定率 0.88%のうち「看護職員、病院薬剤師やその他の医療関係職種について、24 年度にベア＋2.5%、25 年度にベア＋2.0%を実施していくための特例的な対応」として＋0.61%が措置されているものの、診療報酬のみでは医療従事者の賃金引き上げに十分対処できない。

要望事項

令和６年度診療報酬改定により、医療職種等の人件費アップ分について、一部評価されたが、他の業界と比較すると充分とはいえず、今回の改訂の対象外となった職種も含めた医療人材を確保するためにも引き続き必要な財政措置を講じること。また、ベースアップ評価料の届出、報告など、診療報酬請求事務等において、手続を簡素化すること。

（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をはじめとした医療機関に対して事前に対応できるよう制度整備や十分な財源の確保を行うこと。特に、本年１月１日より石川県能登地方を中心に発生した能登半島地震では、通常診療の提供を行うには不十分であり、病院機能が十分に発揮できていない状況にある。また、9 月 21 日の能登半島豪雨によるインフラ等の被害への対策を含めて医療機関の地震災害対策等への支援を充実強化するとともに、救急医療機関へのアクセス効果向上のため、地域に必要な救急搬送体制の整備を積極的に進めること。

また、最近頻発する水害等による浸水対策については整備を進めるための国からの補助が現状では十分とはいえないことから、予算額および対象の拡大を行うこと。

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高い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、電気・ガスをはじめとするエネルギー価格や食材料費・医療材料費・人件費等の高騰により、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。
新型コロナウイルス感染症を含めた新興感染症対策、地域医療構想、医師不足・偏在対策や多くの医療職不足の解消、医師の働き方改革等の実現、医療ＤＸ推進、職員の処遇改善等において国・都道府県の役割が一層大きくなっている。

国においては、以上８の事項について確実かつ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

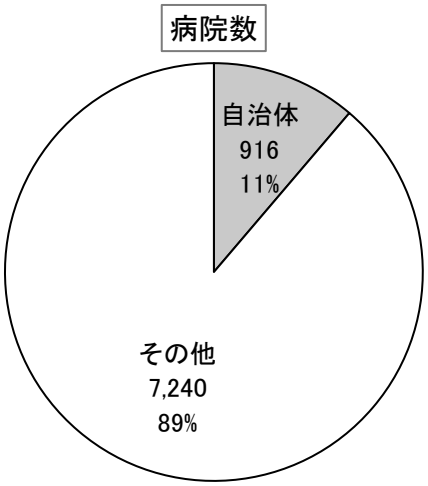
２．指定医療機関等における会員病院の割合

（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

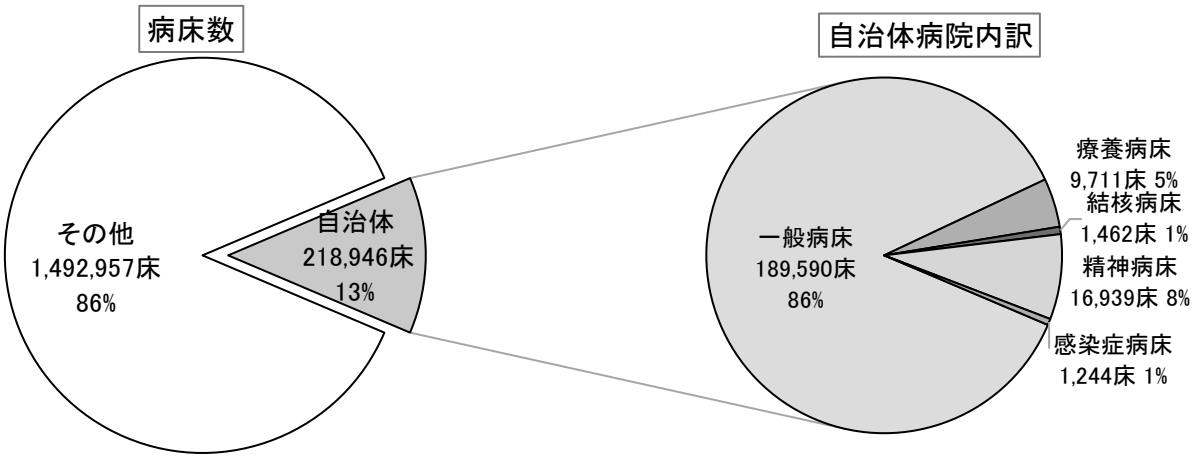
1. 自治体病院の現状

①我が国における自治体病院の割合（病院数・病床数）

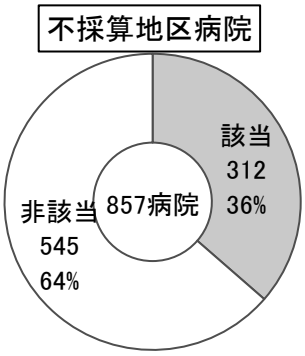


	病院数	病床数	病床数内訳				
			一般	療養	結核	精神	感染症
総数	8,156	1,492,957	886,663	278,694	3,863	321,828	1,909
国	316	123,912	115,087	154	1,499	6,980	192
公的医療機関	1,195	308,538	272,051	14,018	1,532	19,393	1,544
都道府県	188	46,398	37,181	345	311	8,336	225
市町村	599	120,834	106,741	9,018	562	3,854	659
地方独立行政法人	129	51,714	45,668	348	589	4,749	360
その他公的	279	89,592	82,461	4,307	70	2,454	300
社会保険関係団体	47	14,826	14,293	331	95	94	13
公益法人	188	46,354	26,654	5,813	136	13,714	37
医療法人	5,658	834,330	336,791	236,710	325	260,451	53
私立学校法人	113	56,260	53,446	598	84	2,109	23
社会福祉法人	200	33,923	24,314	4,738	102	4,765	4
その他	439	74,814	44,027	16,332	90	14,322	43

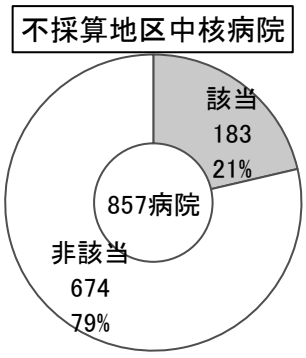
出典：医療施設調査（令和4年10月1日現在）



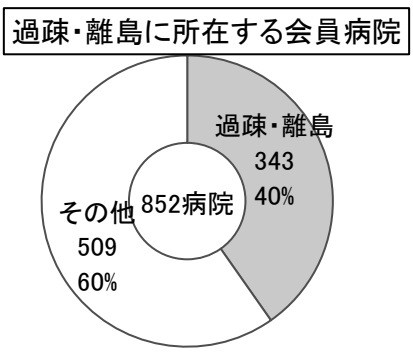
②自治体病院における立地等の状況



出典：令和4年度地方公営企業決算状況調査



出典：令和4年度地方公営企業決算状況調査

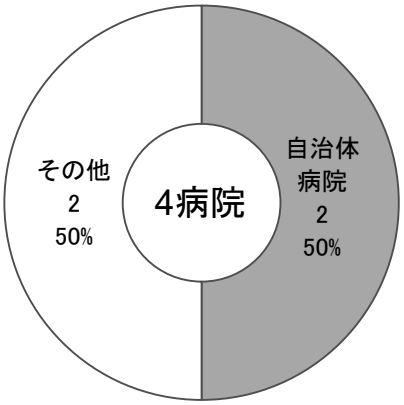


会員基礎情報（令和6年3月1日現在）等より作成

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）

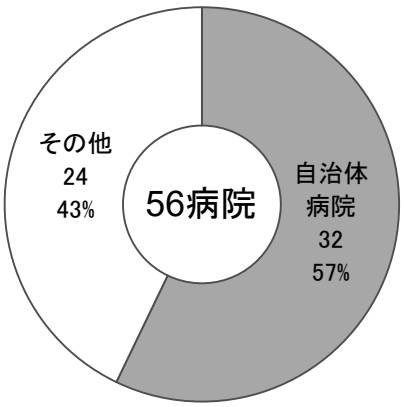
感染症対策の医療体制

特定感染症指定医療機関



2023年4月1日現在

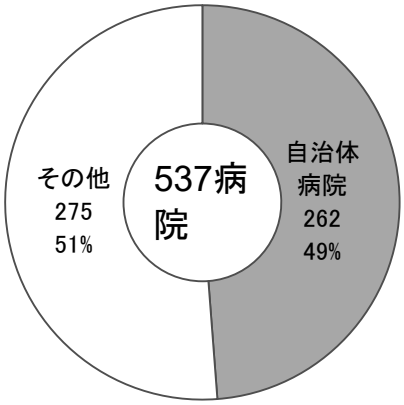
第一種感染症指定医療機関



2023年4月1日現在

感染症対策の医療体制

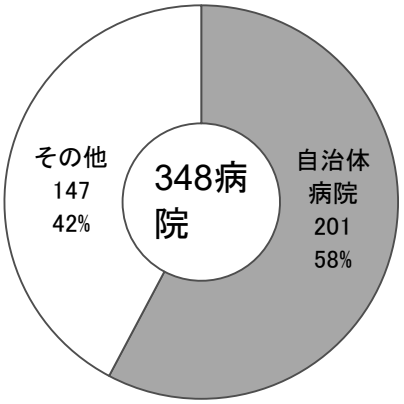
第二種感染症指定医療機関



2023年4月1日現在

へき地の医療体制

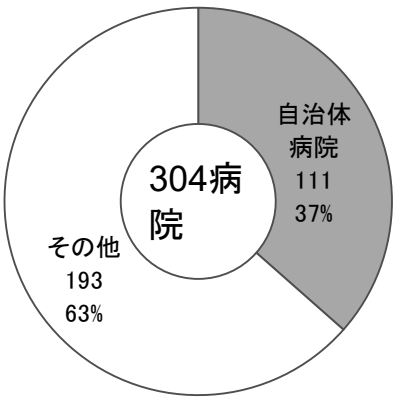
へき地医療拠点病院一覧



2023年4月1日現在

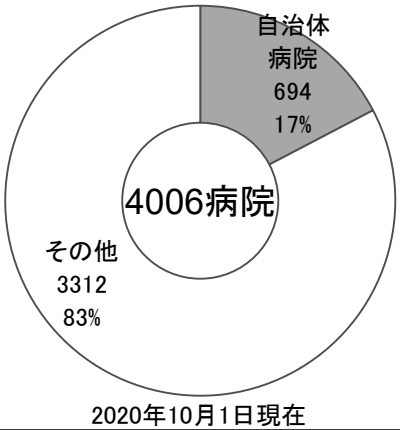
救急医療の体制

救命救急センター
（第三次救急医療機関）



2023年12月1日現在

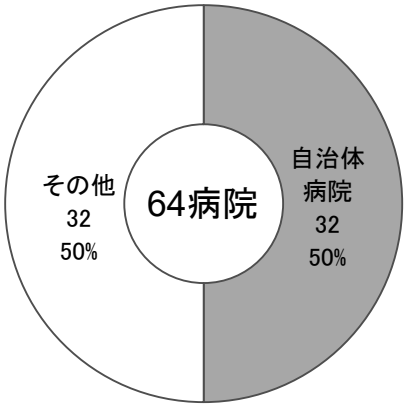
入院を要する救急医療を担う医療機関
（第二次救急医療機関）



2020年10月1日現在

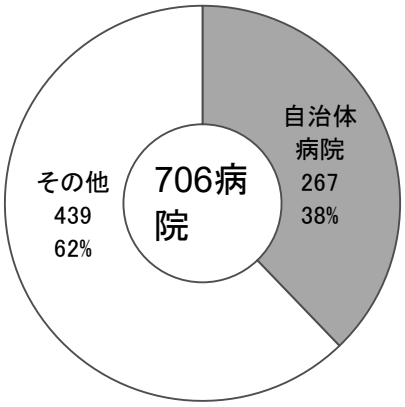
災害時における医療体制

基幹災害拠点病院



2023年4月1日現在

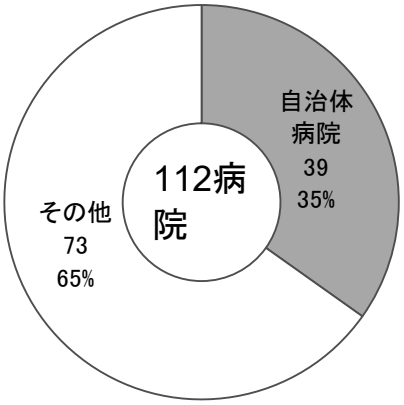
地域災害拠点病院



2023年4月1日現在

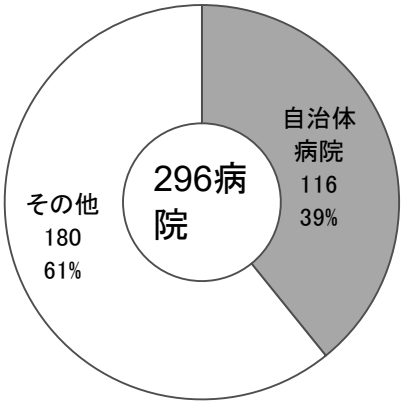
周産期医療の体制

総合周産期母子医療センター



2023年7月14日現在

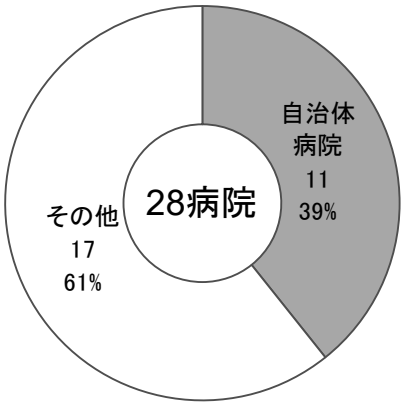
地域周産期母子医療センター



2023年7月14日現在

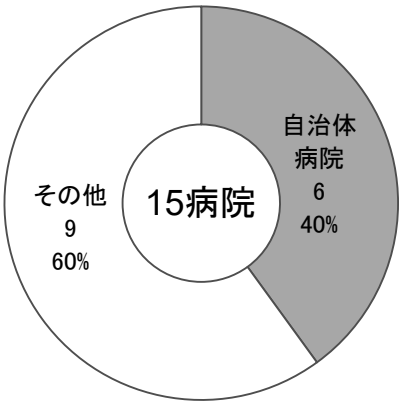
小児医療の体制

小児救急医療拠点病院



2020年4月1日現在

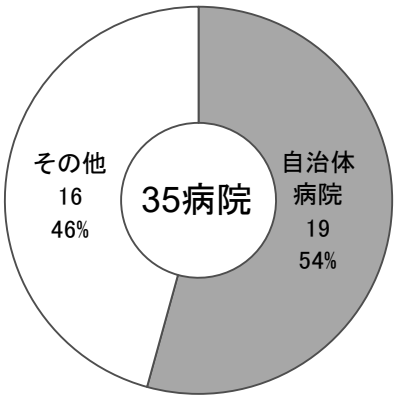
小児がん拠点病院



2023年4月1日現在

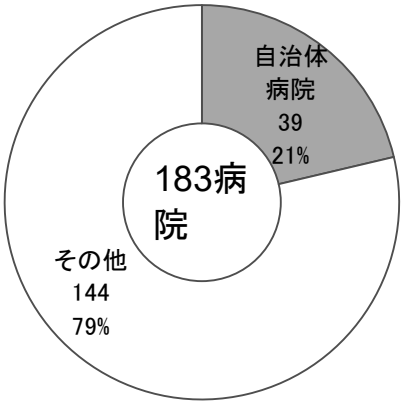
精神疾患の医療体制

心神喪失者等医療観察法の指定
入院医療機関



2023年4月1日現在

精神科救急受入病院

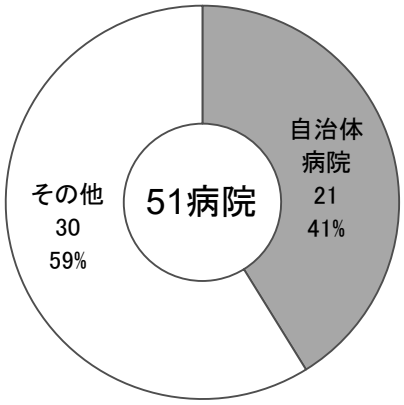


2023年10月20日現在

※「精神科救急入院料」と「合併症型」での重複はそれぞれ集計

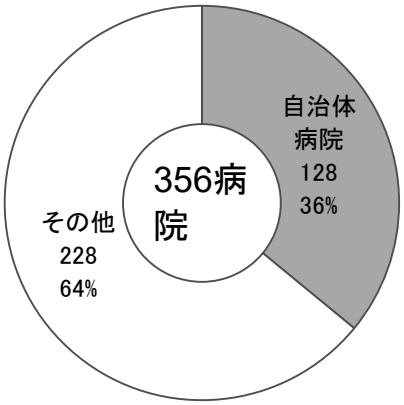
がんの医療体制

都道府県がん診療連携拠点病院



2023年4月1日現在

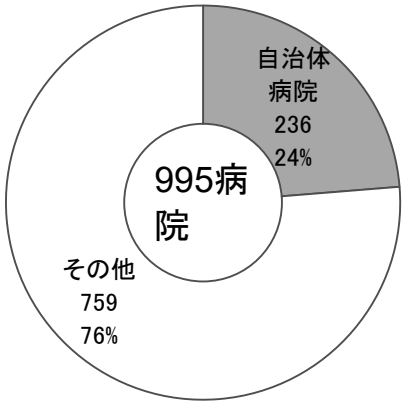
地域がん診療連携拠点病院



2023年4月1日現在

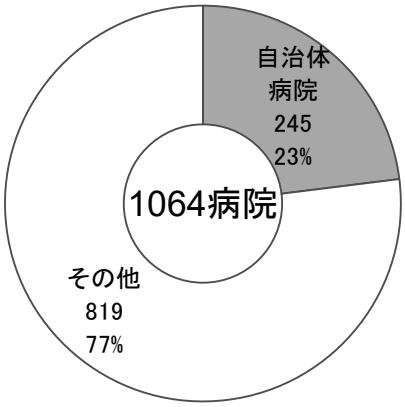
脳卒中、心筋梗塞の医療体制

脳卒中



2022年4月1日現在

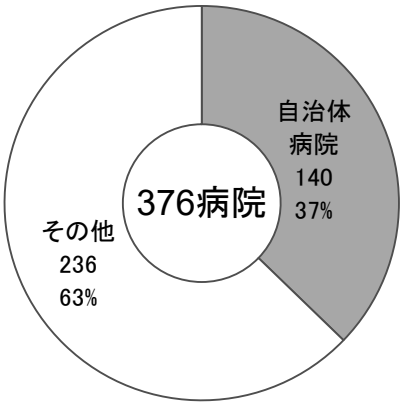
心筋梗塞等の心血管疾患



2022年4月1日現在

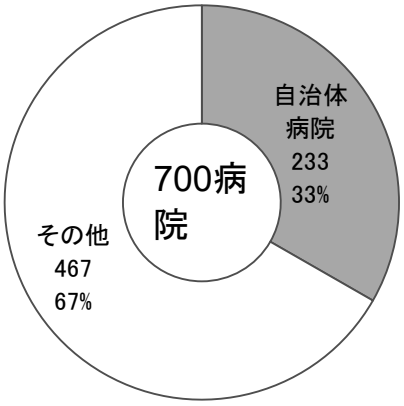
その他の指定医療機関

エイズ治療拠点病院



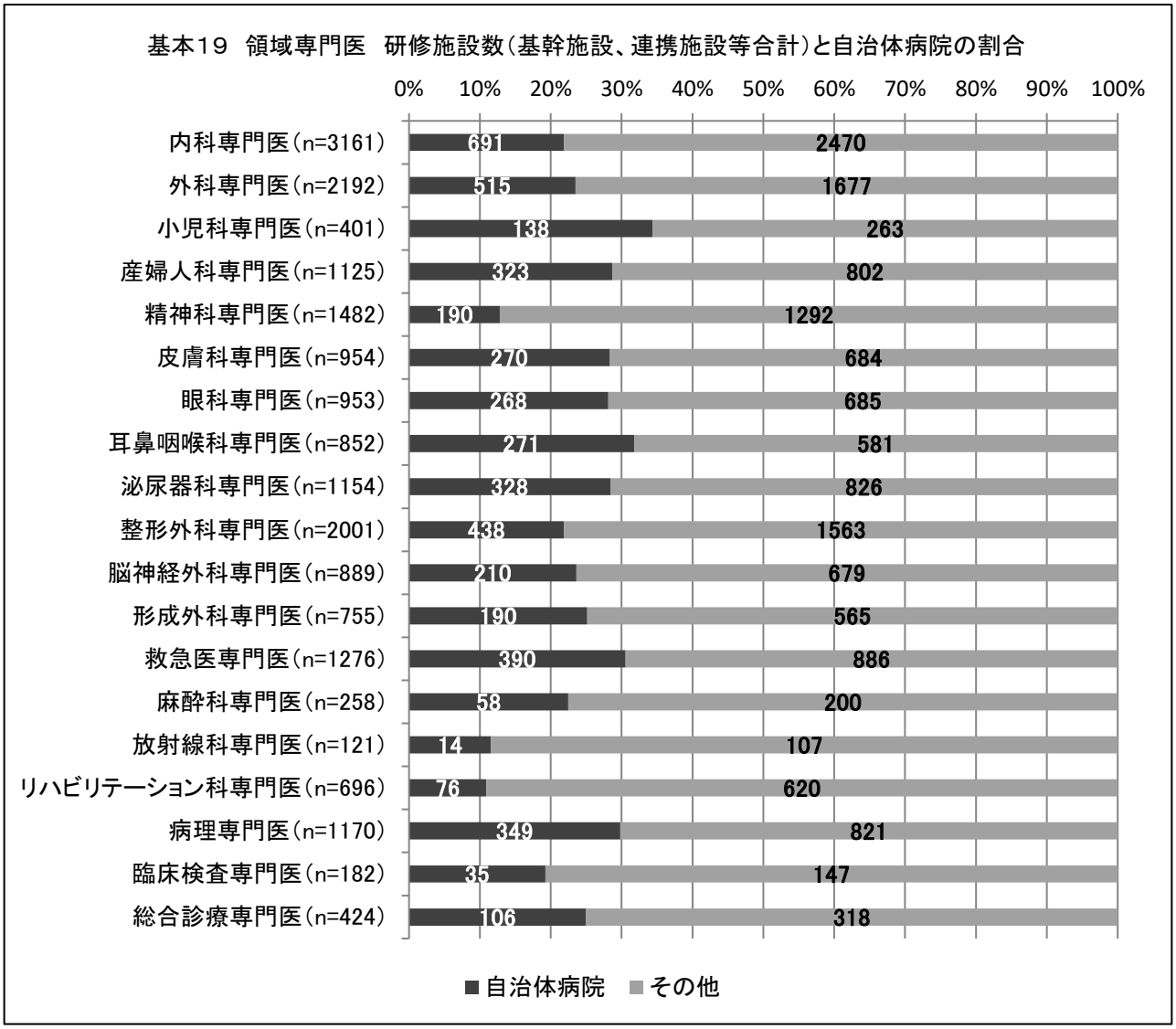
2024年1月1日現在

地域医療支援病院



2023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	基幹施設・連携施設・特別連携施設	2024年1月29日現在
外科専門医	基幹施設・連携施設	2024年4月現在
小児科専門医	基幹施設	2024年1月5日現在
産婦人科専門医	基幹施設・連携施設	2024年2月9日現在
精神科専門医	基幹施設・連携施設	2024年1月31日現在
皮膚科専門医	基幹施設・連携施設・関連施設	2023年10月31現在
眼科専門医	基幹施設・研修施設	2024年2月6日現在
耳鼻咽喉科専門医	基幹施設・連携施設・関連施設	2023年4月1日現在
泌尿器科専門医	基幹施設・連携施設	2024年1月26日現在
整形外科専門医	研修施設	2024年1月31日現在
脳神経外科専門医	基幹施設・連携施設	2023年7月25日現在
形成外科専門医	基幹施設・連携施設	2024年2月2日現在
救急科専門医	基幹施設・連携施設・関連施設	2024年1月26日現在
麻酔科専門医	基幹施設	2024年4月1日現在
放射線科専門医	基幹施設	2024年4月現在
リハビリテーション科専門医	研修施設	2024年2月8日現在
病理専門医	基幹施設・連携施設	2024年1月26日現在
臨床検査専門医	基幹施設・連携施設	2024年4月1日現在
総合診療専門医	基幹施設	2024年2月14日現在