

平成23年11月22日

自治体病院全国大会 2011

要望書

全国自治体病院開設者協議会
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
国民健康保険中央会

はじめに

このたびの東日本大震災では、岩手県、宮城県、福島県を中心に甚大な被害をもたらし、自治体病院においても、全壊するなどかつてない被害を受けました。

地域医療の最後の砦として被災された自治体病院の一日も早い復興が強く望まれます。

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。

しかしながら、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、病院勤務医の労働過重や看護師不足の問題は地域の医療崩壊を招いており、これらの問題は、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な状況にあります。

平成22年4月の診療報酬改定率は、平成12年度全体改定率+0.2%以来、10年目にしてようやく全体改定率+0.19%となったものの、10年間にわたる診療報酬マイナス改定による崩壊した地域医療の再生としては十分な改定とは言い難い状況であります。

また、現在、全国から自治体病院などの医療機関が被災者の支援に全力で取り組んでおりますが、被災地域に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、自治体病院全国大会を開催し、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、なお一層の取り組みを行うことを決意いたしました。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. 東日本大震災復興への対応について

- 1) 東日本大震災被災地の自治体病院は、民間病院等のない地域に立地しているものも多く、その被災状況も広域であり、全壊している病院も複数あり、阪神淡路大震災時よりも被害状況は深刻である。一日も早い復興を期し、被災地の地域医療を確保していくために、阪神淡路大震災を上回る復旧のための国費（国庫補助負担金）を投入するなど全面的な支援措置を講じること。
- 2) 災害時には、災害救助法に基づかない様々な形での災害支援が行われており、それらの活動に対して、広く財政措置を講じること。
また、医師の派遣に伴う実費だけでなく、医師派遣元病院における診療機能の低下に伴う損失額も含めた支援を行うこと。
- 3) 東日本大震災の復興財源を確保するため、国家公務員給与の削除を実施することとされているが、地方公務員給与とりわけ地方自治体の病院では、医師・看護師等の人材確保が困難な状況が続いている中、民間医療機関等との大きな給与格差が生じることから、地方に波及させないこと。
- 4) 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、医療施設の耐震化または補強等に対する支援を継続・拡充すること。
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の拡充を図ること。

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、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地域医療対策協議会が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

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医師の都市偏在、専門科偏在対策を講じ、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を早急に行うこと。

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。

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の提供をできるだけ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とともに、専門医の養成・認定においては、地域医療従事等の評価を考慮した体系とするよう、国として早急な対策を講じること。
- 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. 社会保険診療報酬の改定について

- 1) 平成22年4月に行われた診療報酬改定では、10年ぶりにネットプラス改定にしたことは一定の評価ができる。しかし、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状況であり、基本診療料の根本的な見直しをはじめ、地域特性の考慮など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平成23年7月に提出した「平成24年度社会保険診療報酬に関する改正・新設要望書」（28の最重点要望事項をはじめとした全154の要望項目）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。
- 2) 平成22年度の診療報酬改定では、平成21年度医療経済実態調査において入院基本料15対1の一般病院は収支差が黒字であったことから診療報酬が引き下げられ、厳しい経営を強いられている。入院基本料15対1

の自治体病院は、地域の急性期患者を受け入れるだけでなく、急性期を脱した患者を受け入れ、急性期医療機関の後方支援を行う重要な役割も担っている。医療の役割分担と連携を進めていく上で必要不可欠な医療機関であることから、適正な評価を行い診療報酬を引き上げること。

3) D P C (診断群分類包括評価) 制度の見直しについて

- ① 現行のD P C制度では、自治体病院が担っている精神を含む救急や周産期医療、へき地医療等の政策的な医療を重点的に評価する算定方式となっていないため、これらの政策的な医療を評価する加算措置の拡充を行うこと。
 - ② 「緊急入院」は、診断を確定するまでに多くの検査・撮影を行うが、「予定入院」との区別なく同様に包括して取り扱われるため、「予定入院」に比して採算が非常に悪い結果となっている。D P C対象病院が「緊急入院」を積極的に受入れることができるよう、「緊急入院」については入院後48時間に限り出来高とすること。
 - ③ D P C制度の導入意義として、データの公開による医療の透明化、病院の客観的な評価指標としての活用等が期待されていたが、現状ではデータの公開が不十分であるため、早急に活用しやすい形での情報公開を推進すること。
- 4) 救急医療、周産期医療については、地方交付税が増額されているが、地方自治体の財政負担は依然大きい。地域住民の安全を守る観点から継続して行えるよう診療報酬による評価をさらに引き上げること。
- 5) 今後、高齢化が進む中では、在宅医療の推進は不可欠であり、一層、医療と介護の連携が重要となってくる。このため、病院における患者情報や在宅での療養情報を病院、かかりつけ医、訪問看護・介護者、ケアマネジャーなどの関係者が共有できる「連携ノート・ファイル」などの情報共有ツールを整備することが重要となっていることから、連携のための情報共有体制に対して診療報酬による評価を行うこと。
- 6) 地域医療連携（病病・病診連携）を図る上で、患者情報の共有化や医療の質及び安全の向上、医師等の負担軽減、カルテ保管スペースの有効活用などのための電子カルテ化は必要かつ有効な手段である。しかし、電子カ

ルテの導入は高度医療機器との相互接続、ペーパーレスに向けた周辺機器の導入等、多額の費用を要し、病院経営を圧迫する要因となっていることから、厚生労働省標準規格に適合したレセプト・オーダーリングシステム、電子カルテなどの医療情報システムを使用し、標準化されたデータを取り扱う場合、診療報酬上十分な評価が行われること。

- 7) 離島等所在保険医療機関における「医療法標準による医師等の員数の基準と入院基本料の算定方法」については、減額措置を廃止すること。

また、中山間地域等での医療体制確保のための診療報酬体系の創設を図ること。

- 8) 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。

今後、消費税が引き上げられると、医療機関の損税も多額となるため、社会保険診療報酬に係る消費税制度のあり方を早急に改めること。

- 9) 難病・希少疾患に対する新しい治療法（ブラッドパッチ治療法など）については、積極的な保険適用を講じること。

4. 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。

5. 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り組みを行っており、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。

6. 公立病院改革プラン等について

- 1) 各自治体病院においては、公立病院改革プランを策定し効率的な経営にむけて具体的な取り組みが進められているところであるが、このプランの実施に当たって適時適切な助言・指導を行うこと。
- 2) 自治体病院の交付税措置について、病床利用率の状況を反映することを検討しているが、中小病院においては、医師不足等により稼働できないなどの事情もあることから、病床利用率の結果のみによる算定は必要な病床すら確保できなくなるおそれがあり、慎重に検討すること。
- 3) 再編・ネットワーク化等における財政措置については、一定の財政措置が講じられているところであるが、基幹施設及びその他施設への出資・負担や既存施設の除却など財政負担が多額であり、合併特例債並みに交付税措置の割合を引き上げるなど、一層の充実を図ること。
- 4) 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、病院改革プランに沿って、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。

7. 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。

8. 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。我が国においても、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、自殺者数の多い我が国の現状を考慮し、精神疾患の医療連携体制を医療計画の中に具体化するとともに、我が国の精神保健医療福祉政策の抜本的改革を目指した精神疾患対策基本法（仮称）の策定などを早急に実現すること。

2) 自治体立の精神科病院及び精神科を有する一般病院は、重症、救急・急性期、身体合併症、依存症、児童思春期症例等の民間病院では対応が難しい患者に重点的に対応するなど、精神科医療において重要な政策的役割を果たしているが、診療報酬がこうした自治体病院が担っている精神科医療の実態をなお十分に反映していないことから、手厚い医療を行っているほとんどの自治体病院において赤字経営を余儀なくされている。精神科に対する入院基本料等の引上げと重症例、児童思春期、依存症、身体合併症治療等に対する相応の診療報酬の加算を今後も検討すること。

3) 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、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するよう医療法の精神科特例を廃止すること。

4) 現在、一般病院精神科が次々に縮小・閉鎖に追い込まれる危機的状況にあるが、我が国の精神科医療の提供体制を総合的に検討した上で、一般病院精神科の位置付けと役割を明確にし、一般病院精神科の抜本的な立て直し策を検討すること。

特に我が国の急性期医療の大部分を担うDPC適用の一般病院においても、精神障害についての疾病分類(MDC-17)をすでに策定しながら、精神科病棟においてはその適用を認めないなどの不合理的な見直しを行うこと。

5) 「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。

6) 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。

9. 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ではなく、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止め、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) がん対策・放射線治療機器等整備事業については、多額の経費を要することから、地方交付税措置の充実を図ること。

10. 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。

11. 電力供給対策について

東京電力管内の自治体病院では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に、計画停電が実施された場合でも通電が行われることとなったが、それ以外の地域の自治体病院においても患者の安全を確保するために、計画停電が実施された場合でも通電を行うこと。

1 2. 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るがあっても、「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。

1 3. 地方公営企業会計制度の見直しについて

地方公営企業会計制度の見直しについては、退職給付引当金の義務化や借入資本金の負債計上などにより、経常収支等の悪化が見込まれ、地域医療の確保が一層厳しくなることが予想される。また、現在公立病院改革プランを策定しその実施に取り組んでいるところでもある。

については、地域医療の確保、公立病院改革プランにおける達成目標指標等に影響がでないよう退職給付金に係る引当額について期末要支給額の一定割合とすることや引当期間の弾力化など、特別の配慮を行うこと。

1 4. 高度な放射線治療の推進について

がん対策の推進には、我が国では普及が遅れている放射線治療を推進していくことが重要であり、近年、高度なX線による治療や粒子線による治療等、新たな治療効果の高い放射線治療が行われている。

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

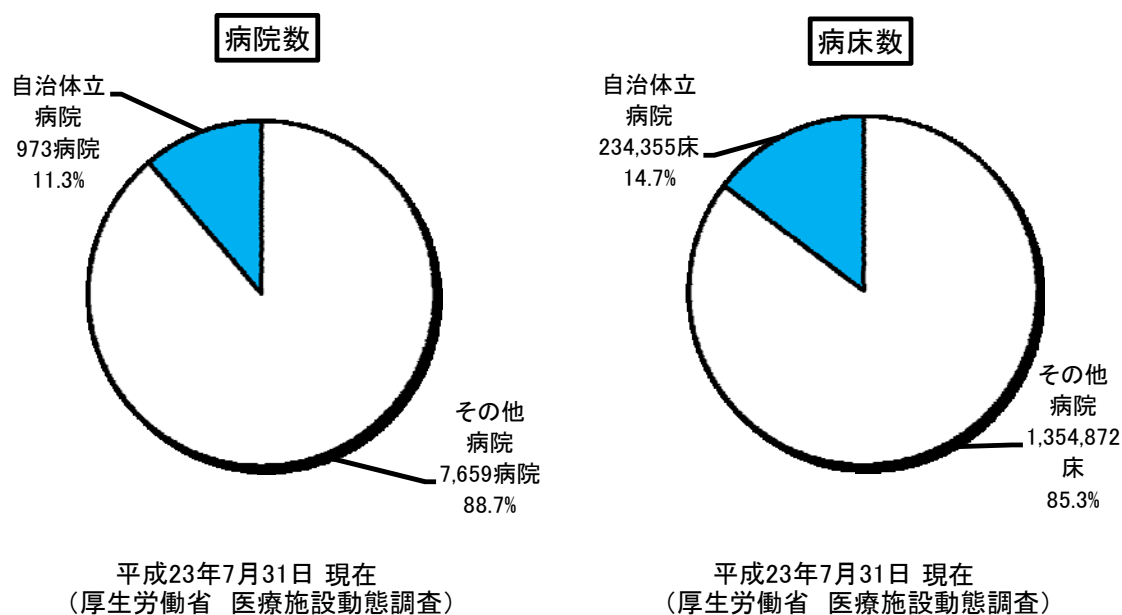
今日の病院勤務医の絶対的不足、診療科・地域偏在の問題をはじめとして、我が国がおかれている「医療の貧困」とも形容すべき状況は、残念ながら、各般にわたり患者・国民にとって不本意かつ悲惨な現状をもたらしており、その傾向は日々悪化してきているとさえいえます。産科・小児科問題はその一端に過ぎません。

こうした中であって、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。

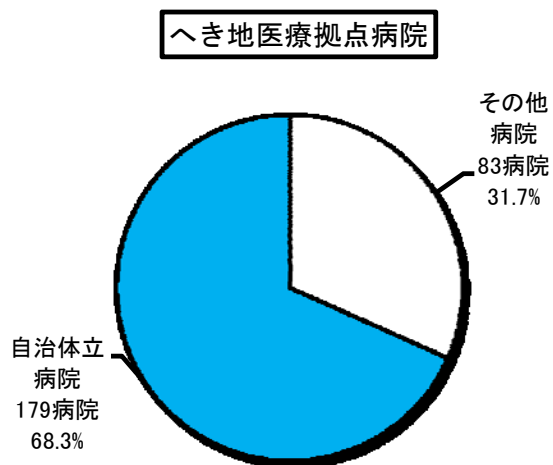
自治体病院の役割

- I. 全病院に占める自治体病院の割合
- II. 指定医療機関等における自治体病院の割合
- III. 4疾病5事業における自治体病院の機能
- IV. 自治体病院における自治体立不採算地区病院及び過疎、離島に所在する自治体病院

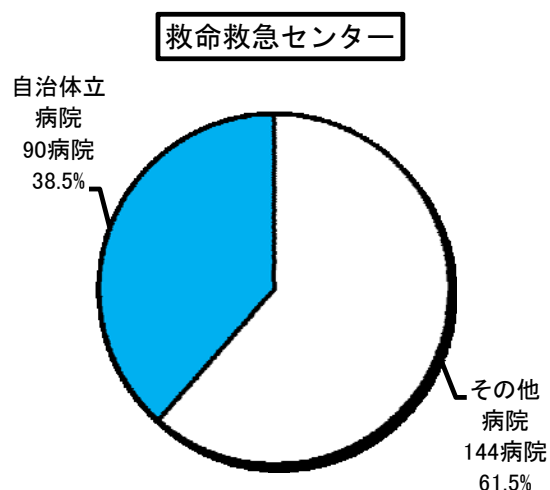
I. 全病院に占める自治体病院の割合



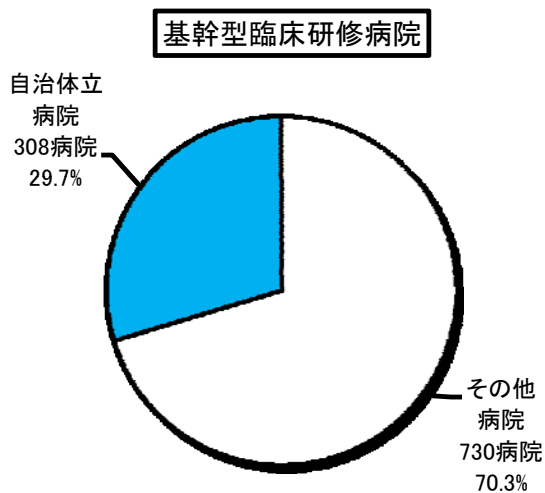
Ⅱ. 指定医療機関等における自治体病院の割合



平成21年7月1日 現在

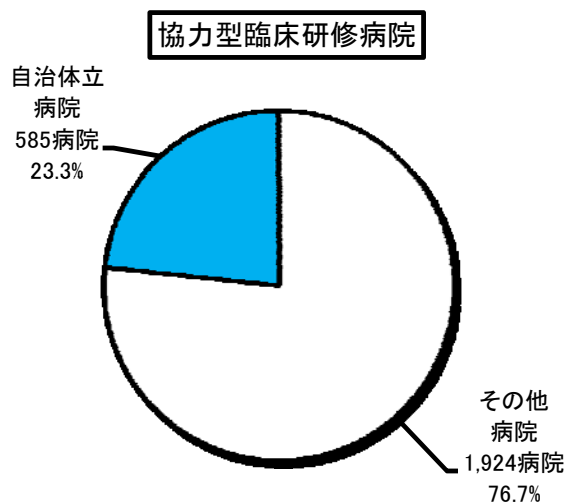


平成22年10月1日 現在

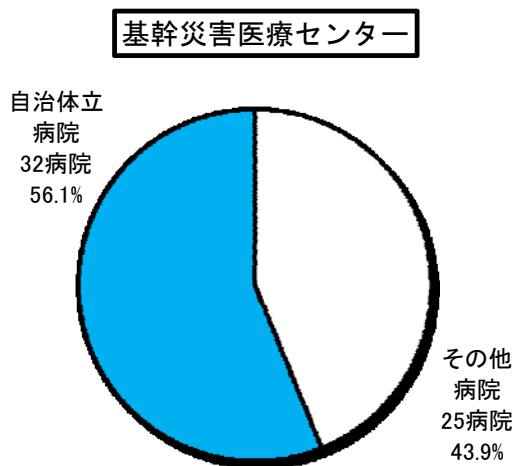


平成22年9月15日 現在

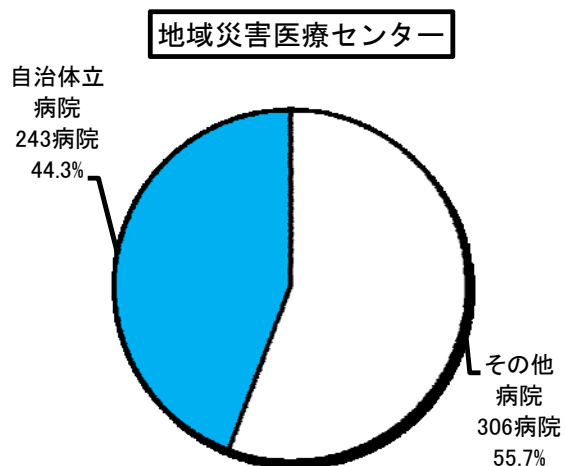
(基幹型と協力型の重複病院は871病院(うち自治体立病院は280病院、その他病院は591病院))



平成22年9月15日 現在

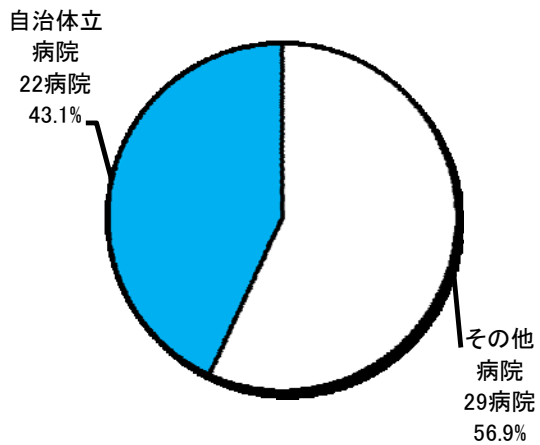


平成22年7月1日 現在



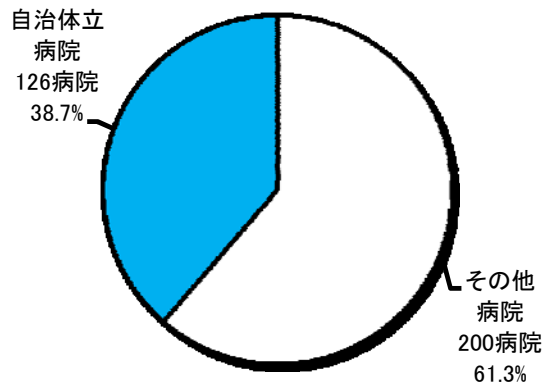
平成22年7月1日 現在

都道府県がん診療連携拠点病院



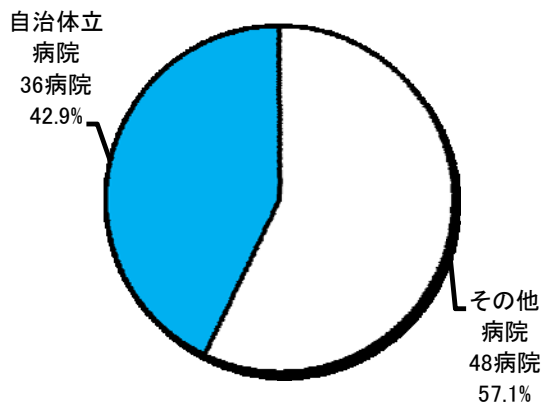
平成22年4月1日 現在

地域がん診療連携拠点病院



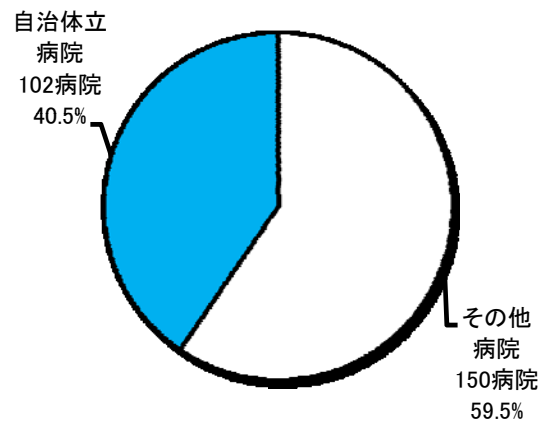
平成22年4月1日 現在

総合周産期母子医療センター



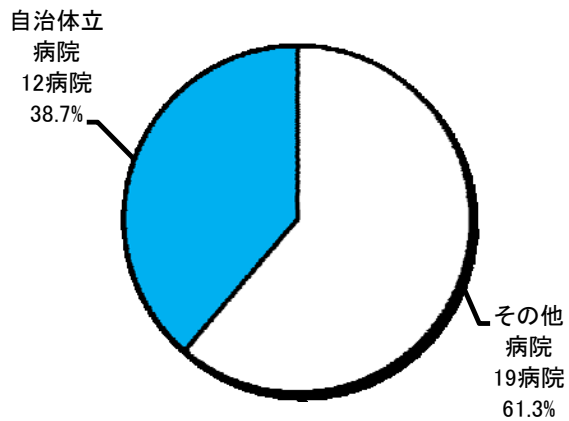
平成22年4月1日 現在

地域周産期母子医療センター



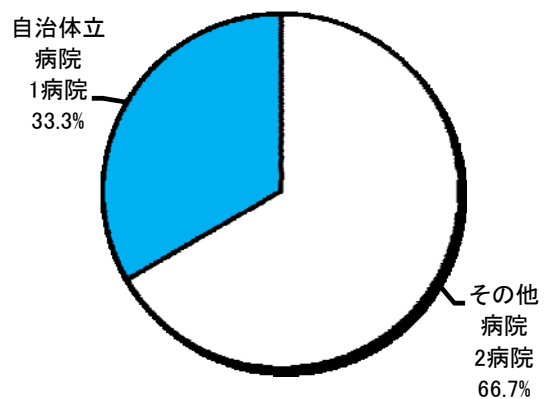
平成22年4月1日 現在

小児救急医療拠点病院



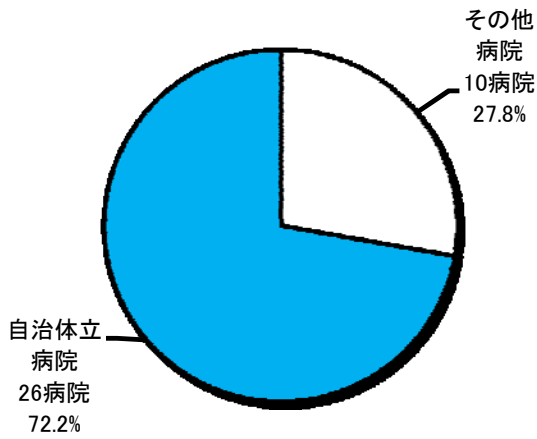
平成22年3月31日 現在

特定感染症指定医療機関



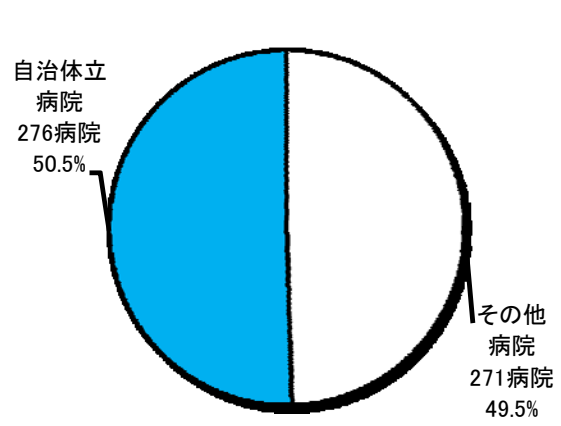
平成22年4月1日 現在

第一種感染症指定医療機関



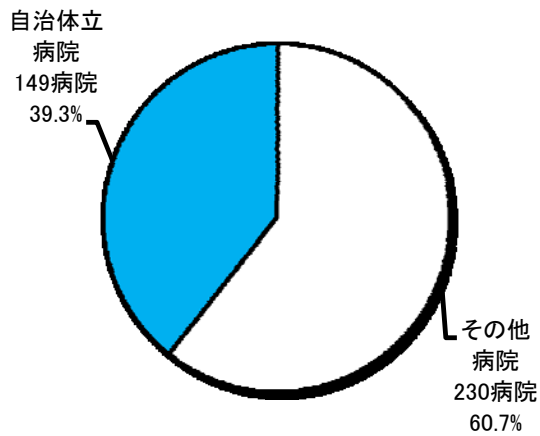
平成22年4月1日 現在

第二種感染症指定医療機関



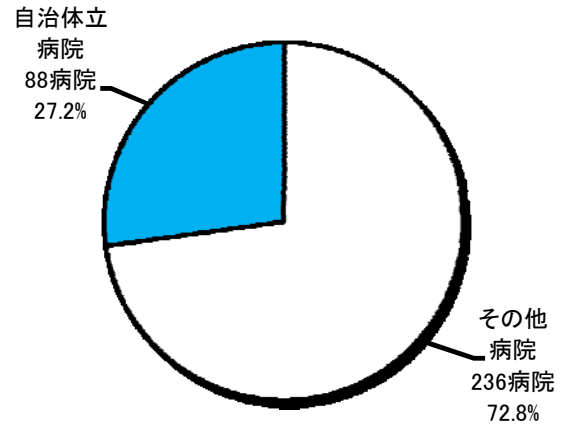
平成22年4月1日 現在

エイズ治療拠点病院



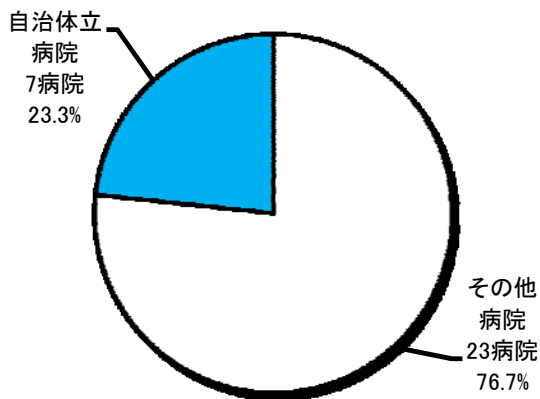
平成22年10月1日 現在

地域医療支援病院



平成22年11月19日 現在

治験拠点医療機関

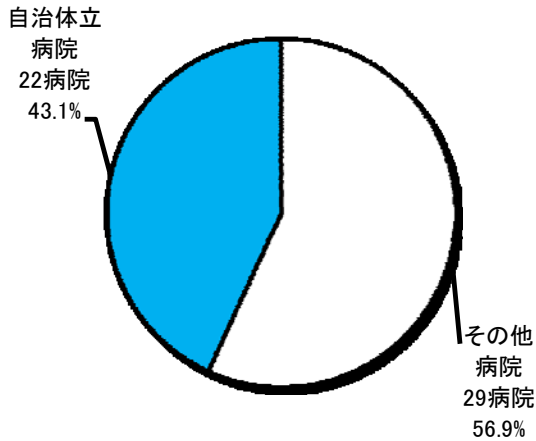


平成23年1月30日 現在

※(社)全国自治体病院協議会調べ
国が公表した指定医療機関等の一覧表を基に直近の自治体病院数を反映して独自に調査した。

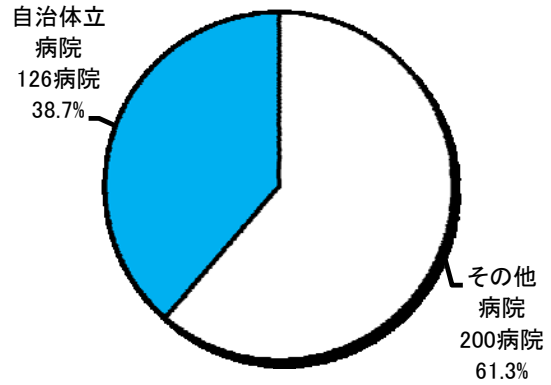
Ⅲ. 4疾病5事業における自治体病院の機能

都道府県がん診療連携拠点病院



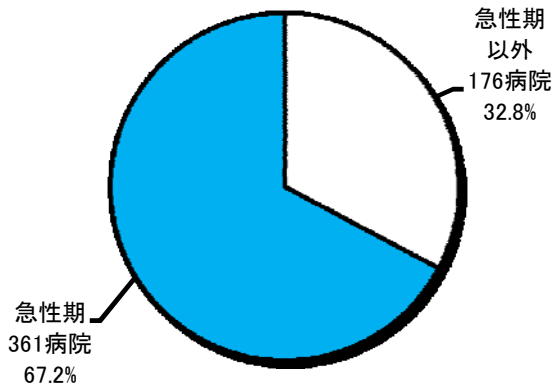
平成22年4月1日 現在(再掲)

地域がん診療連携拠点病院



平成22年4月1日 現在(再掲)

脳卒中
(急性期対応の自治体病院数)



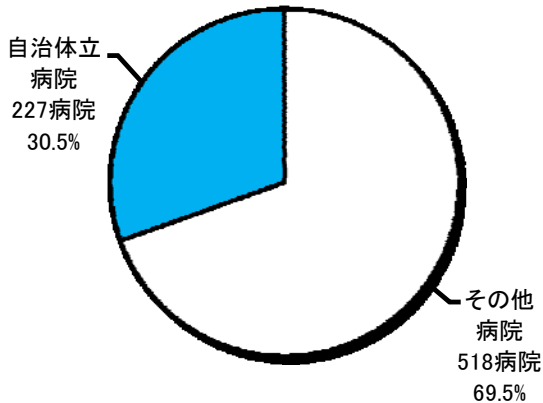
脳神経外科 or 神経内科標榜の自治体病院(537病院)を対象(※)

急性心筋梗塞
(急性期対応の自治体病院数)



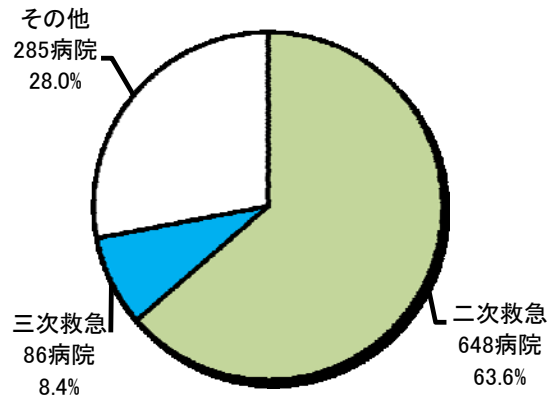
循環器科 or 心臓血管外科標榜の自治体病院(448病院)を対象(※)

糖尿病
(急性合併症治療の全国シェア)



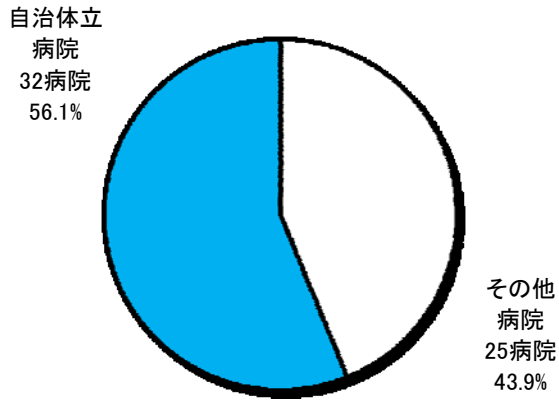
(※)

救急医療
(体制別の自治体病院数)



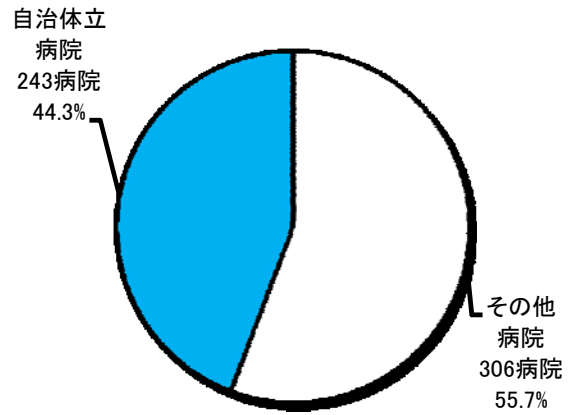
(※)

基幹災害医療センター



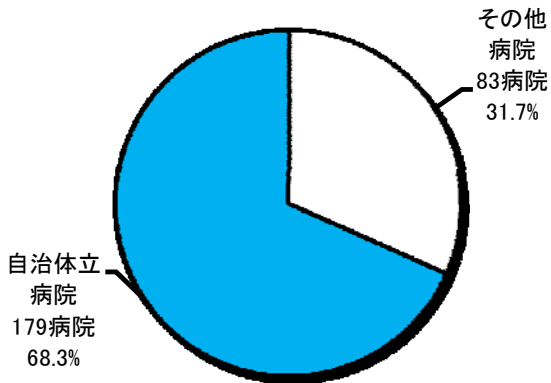
平成22年7月1日 現在(再掲)

地域災害医療センター



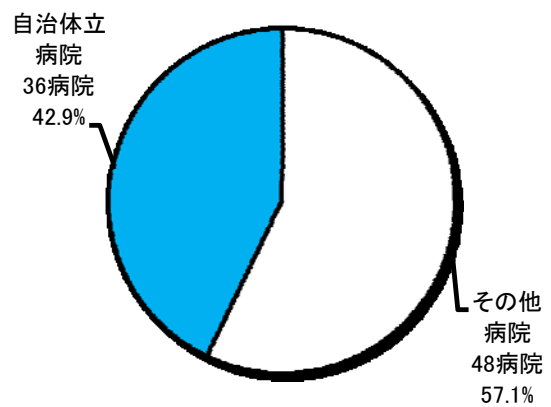
平成22年7月1日 現在(再掲)

へき地医療拠点病院



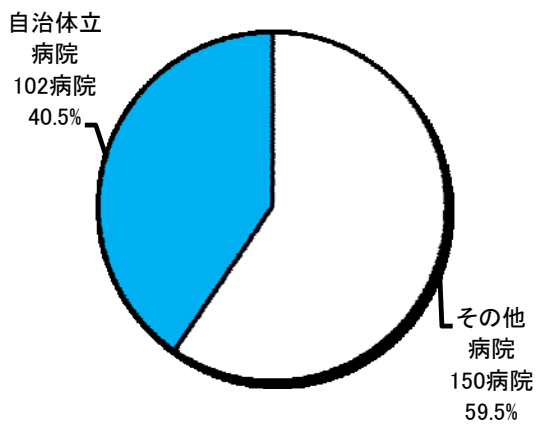
平成21年7月1日 現在(再掲)

総合周産期母子医療センター



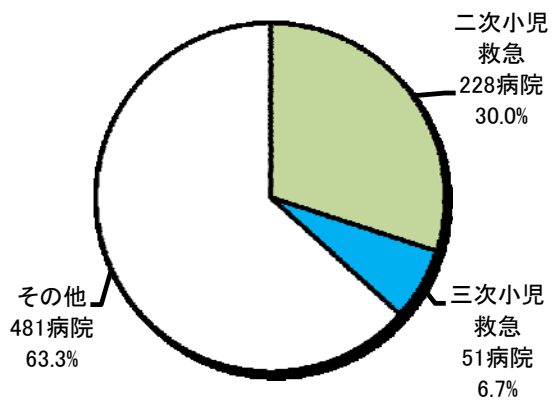
平成22年4月1日 現在(再掲)

地域周産期母子医療センター



平成22年4月1日 現在(再掲)

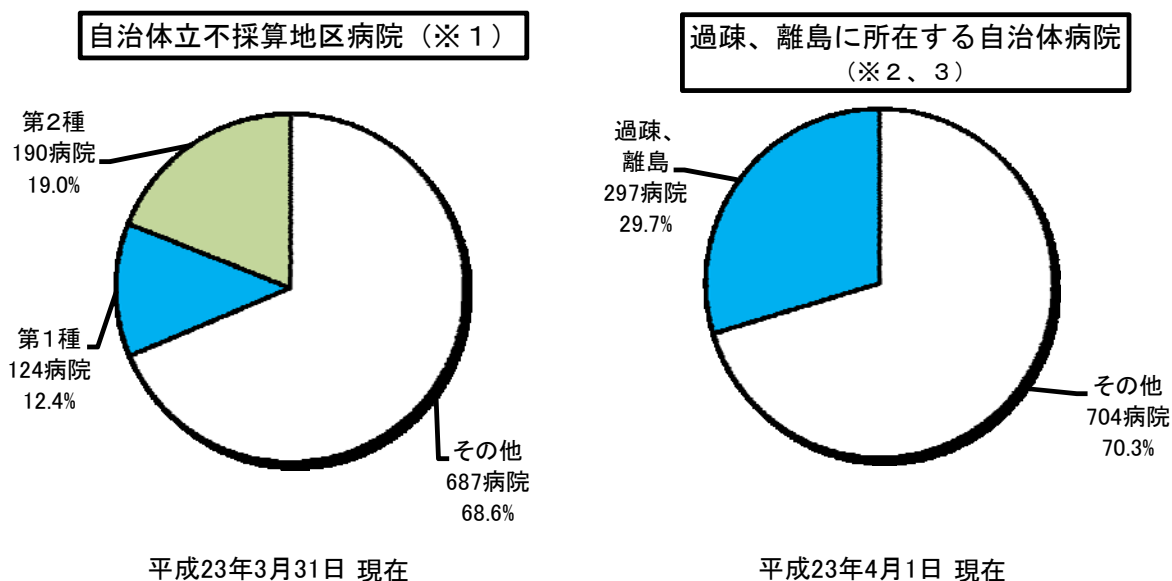
小児救急医療
(体制別の自治体病院数)



小児科標榜の自治体病院(760病院)を対象(※)

(※) 出典: 全国自治体病院開設者協議会「4疾病5事業に関する調査報告」(平成21年6月12日)

IV. 自治体病院における自治体立不採算地区病院及び過疎、離島に所在する自治体病院



※1 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。

※2 過疎: 「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4月1日)より。

※3 離島: 「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)より。