令和８年１１月１７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。また、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、政策医療や不採算医療も担い、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、さらに、昨今の気候変動などで電気・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、医療材料費などで大幅な物価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、委託費等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。

2040 年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革である新たな地域医療構想や医師偏在対策については、令和８年７月に公表された新たな地域医療構想策定ガイドラインに基づき、都道府県が具体的なプラン策定を開始している。また、総務省においては、持続可能な地域医療の確保に向けた公立病院の経営強化に関する新たなガイドラインや地方財政措置について、検討会を設置したところである。
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。しかし、地域ごとに医療提供体制の違いがあることから、地域住民を含めた柔軟な議論を踏まえ、それぞれの医療機関の役割や機能分担を進めていく必要がある。加えて効率性・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。

１．公立病院の運営の確保について（最重点要望）

（１）医療機関等における物価高騰への支援について

エネルギー価格、食材料・医療材料費等の高騰が長期化しており、特に食材料費の高騰は治療食のコストを直撃し、医療機関の経営を圧迫している。令和８年度診療報酬改定では、令和８・９年度の２年間平均で 3.09%の引上げが実施され、このうち物価対応分として 0.76%が措置されたが、急激なコスト増に追いつかず、病院の努力のみでは限界に達している。ついては、地域医療の最後の砦である自治体病院が安定した医療提供を継続できるよう、各医療機関の経営状況を丁寧に把握し、物価対応料を含む診療報酬の中間年改定など必要な財政上の措置を講じること。また、中東情勢の緊迫化等の影響を最小化し、燃油・ナフサ等の石油由来製品や医療資材の安定供給および価格安定化に向けた万全の対策を実施すること。

（２）医療従事者への処遇改善について

令和８年人事院勧告において月例給全体で平均 15,056 円（3.51%）の引上げが勧告されたほか、令和８年度地域別最低賃金についても、中央最低賃金審議会において全国加重平均で 55 円（4.9%）の引上げ目安が示されるなど、社会全般で賃金水準の上昇が続いている。自治体病院においては、人件費の増加に加え、会計年度任用職員の給与や委託費の上昇が経営を圧迫しているが、診療報酬が公定価格であるため価格転嫁ができない構造にある。地域医療に必要な人材の流出を防ぎ、確保・定着を図るため、診療報酬による対応にとどまらない必要な財政的支援および体制構築を行うこと。

（３）財政措置等について

自治体病院が担う小児・救急・精神・へき地・周産期等の政策医療・不採算医療に対しては地方交付税措置が講じられてきたが、医業収益の伸びを大幅に上回る費用増加により、令和７年度決算では 81.2%の自治体病院が経常赤字となるなど極めて厳しい経営状況にある。地域の医療機能を維持するため、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・維持に必要な交付税、交付金および補助金等の大幅な拡充を図ること。また、令和９年度地方財政計画において病院事業繰出金を増額し、地方交付税措置を拡充するとともに、喫緊の課題に対処するため、特別交付税措置額の大幅な引き上げ等、安定運営に支障を来さない制度見直しを行うこと。

（４）病院に対する消費税制度の改善について

令和７年度に国が実施した控除対象外消費税の診療報酬による補填状況の把握において、医科全体では補填されているとの報告がされたが、開設主体や医療機関機能等によるばらつきが見られ、特に公立病院の補填率が低くなっている。そのため、建替や改修、医療機器の更新、電気・ガス等のエネルギー価格や食材料費、さらに償還できない医療

用消耗品など、物価高騰による消費税負担が増加し、経営に大きな支障を来たしている。消費税は最終消費者によって負担されるべき税であることを踏まえると、現状の診療報酬での対応は限界であると思われ、課税措置への転換、ゼロ税率による還付等、抜本的な税制改正を行うこと。

（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

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。
また、全国各地で頻発する水害等への対策支援を充実強化するために予算額および対象の拡大を行うとともに、停電や断水などの早期復旧による救急医療の機能維持や、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。
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。

（６）新たな公立病院経営強化ガイドラインの策定において

総務省において、新たな公立病院経営強化ガイドラインを策定する際は、自治体病院が置かれている実情を踏まえ、関係者への十分な協議を行ったうえで取りまとめること。

２．地域医療構想について

令和８年７月に「新たな地域医療構想策定ガイドライン」が公表され、今後各都道府県において具体策の検討が本格化し、2030 年からの第９次医療計画に反映される。高齢者救急をはじめ地域医療の根幹を支えてきた自治体病院が、地域の実情に応じた医療を継続できるよう、国が責任を持って都道府県を指導・支援するとともに、以下の措置を講じること。

（１）新たな地域医療構想への要望

2040 年を見据え、在宅をはじめとした医療・介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上人口の急増と生産労働人口の激減に対応するため、労働生産性を向上させる医療 DX や遠隔医療（オンライン診療）の推進に対し、国として強力な財政支援を行うこと。

公立・公的医療機関のあり方の検討にあたっては、全国一律の基準を押し付けることなく、地域の実情を踏まえた医療機関の主体的な取組が進むよう、十分な技術的・財政的支援を行うこと。

新たな医療機関機能報告等の導入に伴う医療機関の事務負担に配慮し、地域医療介護総合確保基金の拡充等、持続的な財源措置を講じること。

在宅医療・介護連携において重要な役割を果たす市町村が、地域医療構想調整会議へ円滑に参画できるよう、都道府県による市町村支援体制への国としての指導および市町村の取組に対する財政支援を行うこと。

新たな地域医療構想において地域に不可欠であると位置づけられている政策医療実施機関や都道府県が指定する地域で不足している医療機能を提供する病院が、施設の建替・改修を行えるよう、厚生労働省が令和９年概算要求で示した「病院等の施設・設備整備支援事業（仮称）」について、十分な予算を確保すること。

（２）精神医療の位置づけ

新たな地域医療構想における精神医療の位置づけにあたっては、疾患の多様化（発達障害、摂食障害、依存症等）や地域生活中心への移行を踏まえ、精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループでは、保健・福祉・教育などを巻き込んだ体制が整備されるよう、地方自治体や官民の医療関係団体の意見を十分に反映させること。また、自損行為や高齢者のせん妄等による救急搬送の増加に対応するため、精神科救急と一般救急医療システムが円滑に連携できる制度見直しと支援を行うこと。

（３）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

急性期拠点機能を有する医療機関の決定については、遅くとも 2028 年までに行い、2035 年を目途に一定の成果を確保することとなっているが、同等の機能を持つ医療機関が複数あるなど調整が難しい地域もあるため、地域の実情に合わせた時期も認めること。

（４）専門等機能について

がん、小児、周産期等の専門病院等の機能整理にあたっては、５疾病６事業との整合性を踏まえ、各医療機関が自院の機能を客観的に判断できるよう、国として明確な基準を示すこと。

（５）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

地域医療構想調整会議においては、「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」のみならず、同様の機能を担う民間医療機関も含めた地域全体の総合的な協議が進むよう国が適正に支援すること。併せて、診療所・中小病院における在宅診療対応、救急患者のファーストコンタクト対応も含めたかかりつけ医機能の推進や医療の機能分担、連携体制の確立、医療・介護の緻密な連携体制の構築を確立すること。

（６）建設および再編・統合等における財政支援について

病床ダウンサイジングを伴う再編・統合への支援を継続・強化すること。

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や過疎地域の自治体病院の建設が滞りなく進められるよう過疎対策事業債の拡充を図る等の財政支援を充実すること。

なお、令和８年度に病院事業債建築単価の上限が 59 万円／㎡から 85 万円／㎡へ大幅に引き上げられたが、昨今の資材価格・建設物価の高騰下では依然として建築整備が厳しくなっているため、さらなる上限単価の引き上げを行うこと。また、令和９年度までに実施設計に着手した事業を対象としてい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。

（７）「地域医療介護総合確保基金」補正予算の増額、地域の実情に応じた配分

「地域医療介護総合確保基金」については、自治体病院が十分活用できるよう、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、官民公平な配分に配慮し、地域の実情に応じ在宅医療の充実や人材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。

（８）地域にあった医療提供体制

地方や医療過疎地域では、開業医の廃業等により自治体立中小病院がかかりつけ医機能を肩代わりし、中核病院が急性期からかかりつけ機能までを一手に担わざるを得ない現状がある。国が示す「紹介・逆紹介」の標準モデルを一律に適用するのではなく、地域

の実質的な医療提供の実態を把握した上で、地域に即した体制構築への適切な支援を行うこと。

３．医師確保、医師偏在解消について

2024 年 12 月に取りまとめられた「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」を中心に各種偏在対策が進められているが、地方や 200 床未満の中小病院における医師確保は年々困難を増している。厚生労働省の医師需給推計において令和 11 年頃に均衡するとなっているが、医療の高度化や働き方改革、都市部集中等の影響が十分に考慮されていない。真に地域医療を守るため、診療所を含むすべての医療機関への管理者要件の適用検討をはじめ、以下の実効性ある対策を講じること。

（１）実効性のある偏在是正の推進

一律の「医師多数県」指標による制限ではなく、大都市部への過度な集中を緩和し、地方を中心に安定的な医師の確保がなされるような地域間偏在解消に向けた合理的な支援策を実施すること。

「重点医師偏在対策支援区域」の選定にあたり、厚生労働省の提示する候補区域はあくまで参考であり「各都道府県が実情に応じて選定するもの」である旨を改めて都道府県へ周知徹底すること。また、都道府県が作成する「医師偏在是正プラン」に基づく経済的インセンティブ（派遣元支援等）が、各地域の状況（二次医療圏や医師少数スポット）に即して柔軟に機能する制度設計とすること。

さらに、外来医師過多区域として９候補区域が公表されたが、医師偏在是正への効果が限定的となることが懸念される。外来医師多数区域においても一定の要請を行うなどの対応について検討・見直しを行うこと。

（２）診療科偏在の是正に向けた支援

外科系をはじめとする長労働時間・高負担な診療科での若手医師の志望減少を回避するため、令和８年度診療報酬改定での対応にとどまらず、勤務環境改善や継続的な診療報酬上の評価・処遇改善を行うこと。

（３）地域枠・地元出身者枠の若手医師育成と中堅・シニア医師のリカレント教育への支援

地方では医師の高齢化等のため診療所を廃止する事例も増えてきており、地域の高齢者救急等を担う病院が急性期機能に加えてかかりつけ医機能も持たざるを得ず、今後増加する在宅医療の提供を含め多様な医療機能が求められている。このような過渡期においても確かな技術と志を持った若手医師の育成は不可欠であるため、地域枠医師が義務年限期間中においても、十分な症例経験や専門医取得等のキャリア形成と地域貢献を両立できるよう、キャリア形成プログラムの運用に対する支援を講じること。

地域の高齢者救急や在宅医療需要に対応するため、一定のスキルを持つ中堅・シニア医師が総合診療機能等を習得するためのリカレント教育支援を推進すること。

（４）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連続的・一体的に運用する仕組みを構築し、医師の質の向上を図るとともに、地域医療研修において医師少数地域等での一定期間（半年から１年程度）の臨床従事の制度化を検討すること。

（５）総合診療専門医の養成

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ない多疾患併存（マルチモビディティ）の高齢者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専門医の存在を明確にするためにも、医療法上で制限されている「総合診療科」の標榜ができるようにすること。

（６）急性期病院における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％を占める高齢患者（65 歳以上, 出典 : 厚生労働省 令和５年患者調査）の多くがマルチモビディティ患者であり、複数疾患・生活機能低下に対応するため、急性期病院においても総合診療専門医を始めとする総合的・包括的に診る医師や必要な医療スタッフを適切配置できる体制の整備を図ること。

（７）がん診療連携拠点病院における常勤医配置要件の緩和

令和８年７月のがん診療連携拠点病院等の整備指針改定により、病理診断医について、一定の条件下で非常勤医師による配置を認める特例が設けられた。一方、放射線治療医をはじめとする専門医については、引き続き専従・常勤の配置が求められている。ICT、AI、遠隔医療や複数医療機関による連携等を活用することを前提に、地域偏在・診療科偏在により専門医確保が困難な地域においても必要ながん医療を持続的に提供できるよう、医療の質および安全性を確保した上で、配置要件の柔軟な運用について引き続き検討すること。

（８）医師が働きやすい環境の整備

育児・介護・病気等と両立しながらすべての医師が働き続けられるよう、院内保育・病児保育の整備、短時間勤務・在宅勤務・当直免除等の柔軟な勤務体制導入、職場復帰プログラムの運用および相談窓口設置等に対する総合的な助成・支援を行うこと。

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

（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およ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。

少子高齢社会における医師偏在の解消や地域の医療提供体制の確保を見据え、子育てや介護等により勤務時間等の制約が生じる医師等が働き続けられる環境整備として、チーム医療、医療 DX、タスク・シフト／シェア、交代制勤務などの促進、短時間勤務や当直・オンコール免除などの多様な働き方を続けられる環境整備を推進すること。加えて、今後の急激な生産年齢人口の減少を見据えると、従来の効率化やタスク・シフト／シェアだけでは対応困難となるため、定型業務の機械化・自動化を国主導で産業界へ働きかけるなど、業務量の縮小に本格的に取り組むこと。

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地域医療への影響緩和と医師派遣の維持

地域の中小病院は、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社会的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、十分な支援等を国として行うこと。

（３）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病院（地域密着型中小病院）が地域の実情に応じて休日・夜間を含む初期救急機能を担う体制を構築し、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（上り搬送）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）以上の患者が二・三次救急病院・中核たる病院を受診できる仕組みを普及させること。また、在宅医療や介護との連携などの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で、病院勤務医の負担軽減に繋げること。

加えて、病院勤務医の働き方改革を進めるに当たっては、地域における救急医療体制の改善が必要不可欠であり、一部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。さらに、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把握できる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．精神科医療について

（１）所管を医政局へ移管

新たな地域医療構想に精神医療が位置付けられる中、身体疾患と精神疾患を併せ持つ患者への対応など、一般医療との円滑な連携がますます重要となっている。両者が垣根なくスムーズに連携できる体制を構築するため、現在の精神医療の所管である社会・援護局から医政局へ移管すること。

（２）非自発的入院医療を高規格精神科病棟へ限定

急性期入院医療および措置入院・医療保護入院等の非自発的入院医療については、質の高い入院医療およ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すること。

（３）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、司法、児童・思春期、重度依存症、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。特に、精神保健指定医の確保は喫緊の課題であり、その他の人員確保を含め、そのための制度的・財政的支援を充実すること。

（４）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。

（５）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。

（６）精神疾患に対応した感染症病床の整備

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）病院薬剤師の確保・定着に向けた対策の実施と財政的支援

病院薬剤師においては、病棟薬剤業務、薬剤師外来業務や新規医薬品・抗悪性腫瘍剤等の適正使用、救急・医療安全業務に加え、チーム医療の推進、地域医療連携や在宅医療への対応など、その役割は拡大している。また、医薬品の供給不足が続く中、供給情報の収集や代替薬の検討など、専門性を発揮する業務も増加している。

一方で、大手調剤薬局やドラッグストアの多店舗展開等により、地方の自治体病院では薬剤師の確保が厳しく、業態偏在・地域偏在が大きな問題となっている。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６年とを比較すると、薬剤師総数は約 5.3 万人増加し、そのうち薬局従事者は約 5.2 万人増加、医療施設従事者は約 1.1 万人増加、医薬品関係企業従事者は約 1.3 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６年度分の調査では、回答した 267 病院の平均採用率は 53.3%、募集しても１人も薬剤師を確保できなかった病院は 94 施設（35.2%）であった。募集人員数の一部しか確保できなかった病院 76 施設（28.5%）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。

ついては、医師・歯科医師と同様に６年間の教育を受け、高度な専門知識と技術を有する薬剤師を確保するため、適正な評価を要望する。病院薬剤師の専門性と役割に見合った処遇改善を図るとともに、現状に即した給与体系の整備、奨学金返済支援等による定着策を推進すること。また、第９次医療計画に薬剤師確保策を位置付け、薬剤師偏在指標等を活用した国による需給状況の把握・分析、地域医療介護総合確保基金の積極的活用を進めること。さらに、薬剤師臨床研修ガイドライン（令和６年３月 26 日厚生労働省）に基づき、１年以上の医療機関における臨床研修の義務化を検討するなど、薬剤師についても人材確保を総合的に推進するための法的・制度的基盤を整備すること。

（２）看護職確保対策について

１）看護師等の確保に向けた処遇改善と財政支援

超高齢社会の進展や少子化による労働人口の減少に伴い、看護職の期待・役割が拡大するなか、安定確保と定着は喫緊の課題である。確保に向けては、子育て・介護との両立環境を整えつつ、夜勤可能な人員を確保する必要がある。良質な看護の継続提供に向け、魅力ある職場環境を整備できるよう、継続的な処遇改善と社会的評価向上のための施策・財政支援を行うこと。また、ナースセンター届出制度等を活用し、潜在看護師の復職支援を推進すること。

２）タスク・シフト/シェアの推進と DX による業務効率化

看護職が本来業務に専念できるよう、看護補助者や介護福祉士を始めとした他職種へのタスク・シフト/シェアを推進すること。また、モバイル端末導入等によるベッドサイドの業務効率化を推進すること。

３）オンライン研修等を活用した学習機会の整備支援

ICT を用いたオンライン研修を標準化し、個々の成長を支えるキャリア支援・学習に係る受講機会が全国どこからでも公平に確保されるとともに、地方の研修・教育機関への職員派遣等に対する財政措置を講じること。

４）特定看護師の PR および育成体制への財政支援

活躍と有用性を社会へ広報・定着させ、社会的評価向上と確保の好循環につなげるため、特定看護師の役割と実績を国民へ PR するとともに、育成推進に向け指定教育機関や実習協力機関の整備・拡充を図る財政支援を講じること。

５）感染管理専門・認定看護師の育成に対する支援

新興感染症対策の要となる感染管理専門看護師・認定看護師等のさらなる育成に向け、計画的な養成と必要な財政措置を講じること。

（３）医療人材確保に関する支援の充実

全国自治体病院協議会の各部会から寄せられた要望は以下の通りである。
ただし、以下の職種のみならず事務職を含めたすべての職種において処遇改善や人材確保、教育体制の整備に取り組むこと。

１）臨床検査部会

高精度の検査結果を提供する不可欠な専門職であるが、首都圏の大手ラボへの就職希望の増加により、地方の自治体病院を中心に志願者が減少し世代交代に伴う人手不足が深刻化している。業務負担増による医療の質や安全性への影響が心配される中、医師の働き方改革に合わせた業務拡大や評価見直しなど、高度な人材を医療現場に定着させる早急な対策を講じること。

２）放射線部会

検査の増加に加え、医師の働き方改革に伴うタスク・シフト／シェアにより、診療放射線技師の業務量・責任は増大している。CT・MRI・RI 等での静脈ルート確保などの業務増加に加え、放射線治療の高度化・専門化も進んでおり、現有人員では安全かつ質の高い医療を維持しながら、これらの業務を担うことが困難な状況であるため、適切に人員が確保されるよう対策を講じること。

３）栄養部会

今回の診療報酬改定で食材費の高騰に対して入院時食事療養費が増額されたが、あらゆる食品の価格および人件費はさらに上昇し、十分な給食管理を行うためには更なる増額を求める。また、すべての入院患者の栄養管理を行うためには、特定機能病院以外の病院においても入院栄養体制加算と同様な管理栄養士の病棟配置に対する加算の創設を講じること。

４）臨床工学部会

高度医療機器なしには成り立たない現代医療において臨床工学技士は安全運用の要であり、重症疾患では複数の機器管理と 24 時間対応が求められるほか、手術支援ロボット等の導入やタスク・シフト推進により業務が一層拡大する一方、人員不足が深刻化している。安全な医療提供体制を維持・強化するため、診療報酬上の適正評価と臨床工学技士の確実な人員確保に向け強力な支援を講じること。

５）診療情報管理部会

診療情報管理士は医療情報を整理・分析しデータベース化を担う専門職として、医療 DX の進展と電子カルテ普及に伴いその重要性が高まり、医療現場で不可欠な存在となっている。記録監査における専門職としての働きは医療安全を支え質の高い医療提供に寄与するため、医療用語体系を深く理解し客観的かつ統括的に情報を管理できる高度な人材を確保できるよう対策を講じること。

７．医療分野におけるデジタル化の推進・活用について

（１）標準型電子カルテの導入促進・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

医療分野において、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、標準型電子カルテの導入を積極的かつ着実に推進し、医療機関の負担を最小限にすること。

特に国が定める医療 DX の推進に伴う全国医療情報プラットフォームに沿い、喫緊の課題である電子処方箋や電子カルテ情報共有サービス等の導入に係る膨大な経済的・人的負担を軽減するため、一層の財政的支援の強化や標準型電子カルテシステムの開発・普及を推進すること。

また、電子カルテ連携や AI による診断支援機能を搭載した高度な医療機器や、チーム医療の連携強化に大きく寄与するスマートフォン等の携帯端末の導入・接続連携費用について、業務効率化・職場環境改善支援事業の継続等による支援を行うこと。

加えて、「医療情報技師」の国家資格化等による専門家の育成を推進するとともに、医療機関に在籍する数少ないシステム専門家が周辺医療機関に対してシステムやセキュリティについてアドバイスをし、地域でデジタル化を推進する仕組みを構築するなど、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ネットワークと接続する機会が増え、サイバー攻撃への一層の防御が必要である。しかし、攻撃は日々高度化・多様化するため毎年度の継続的なシステム改修が求められるが、医療機関は診療報酬で収益が決められており費用を価格転嫁できない。そのため自力での対策が困難で、特に地方の中小病院では厳しい状態にある。ランサムウェア等による攻撃での医療機能停止を防ぐため、セキュリティ対策費用への緊急的かつ継続的な支援を行うとともに、被害時の迅速な復旧体制構築を国が積極的に推進すること。また、データ改ざんを防ぐためのオフライン外部保存といった対策が取れるよう財政支援を講じること。さらに、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに基づく専門的人材の育成に向けて、教育研修体制を整備・充実すること。

（３）オンライン診療等遠隔医療の促進

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ほか、中山間地域や離島などのへき地における医療の質の向上を図る

ため、医療安全に十分に配慮した電波環境整備を進め、ICT を活用したオンライン診療体制の拡充を支援すること。
令和８年度診療報酬改定では、D to P with N での検査および処置の評価や遠隔診療連携（D to P with D）での対象疾患の追加が示された。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）医療 DX の推進に係る支援の拡充

マイナ保険証の利用率は増加しているが、スマホ対応への導入・改修・維持費は医療機関の負担であるため、財政支援の拡充を図ること。また、窓口では各公費医療券等の確認が別途必要で事務が煩雑なほか、電子証明書の有効期限切れによる照会が増えており、諸手続きや更新において患者と医療機関窓口の負担とならないよう国が責任をもって周知を行うこと。さらに、停電や障害時でも確実に資格確認ができる代替手段を整備すること。
このほか、医療 DX の基盤となる通信環境やシステム負荷への対応も喫緊の課題である。各医療機器・端末メーカーごとの通信仕様・性能のばらつきや通信レベルの脆弱性に加え、社会保険診療報酬支払基金が国民健康保険中央会と共同運用し、医療保険者等向け中間サーバーに登録された資格情報を基に提供するオンライン資格確認システム等において、通信の遅延やデータ収集・照会のタイムラグ（データ処理の遅れ）が医療現場で発生している。これらは受付窓口業務の著しい停滞や診療の遅延を招いていることから、国および運用主体が責任を持って通信基盤・中間サーバーの強靭化、システム連携プロトコルの標準化ならびにデータ処理速度の向上に向けた技術的・構造的改善を早急に講じること。

（５）電子処方箋の更なる導入と簡易な利活用の促進

電子処方箋の導入は、電子カルテシステムとの連携改修や医師による HPKI 認証など、多大な業務・費用負担が生じ、追加機能の順次提供による都度の改修費用が妨げになっている。そのため電子署名・認証について、医師・医療機関の継続的な費用・管理負担が最小となる制度とすること。
電子処方箋管理サービスでは患者の同意のもと、直近の処方・調剤情報を確認可能で、重複投薬等の確認への活用が期待されている。有効活用のために画面閲覧だけでなく、電子カルテや薬剤部門システム等に構造化されたデータとして取り込み、院内の処方情報等と照合できる仕組みが必要である。このため、蓄積された情報を標準化された形式で連携し、入院時の持参薬鑑別、退院時薬剤情報連携等に活用できる仕組みを整備すること。併せて、個別システム改修が必要とならないよう仕様を全国で標準化し、システム改修等に必要な費用について財政支援を行うこと。

おわりに

全国の自治体病院は、医療従事者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。
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７つ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

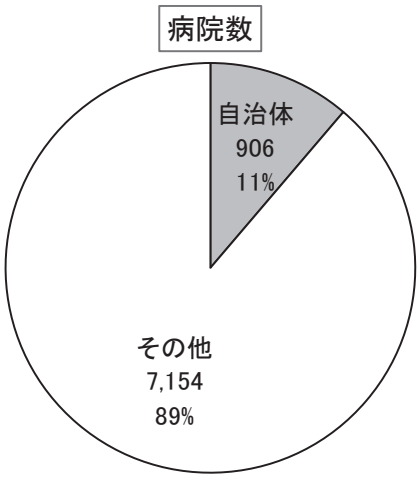
２．指定医療機関等における会員病院の割合

（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

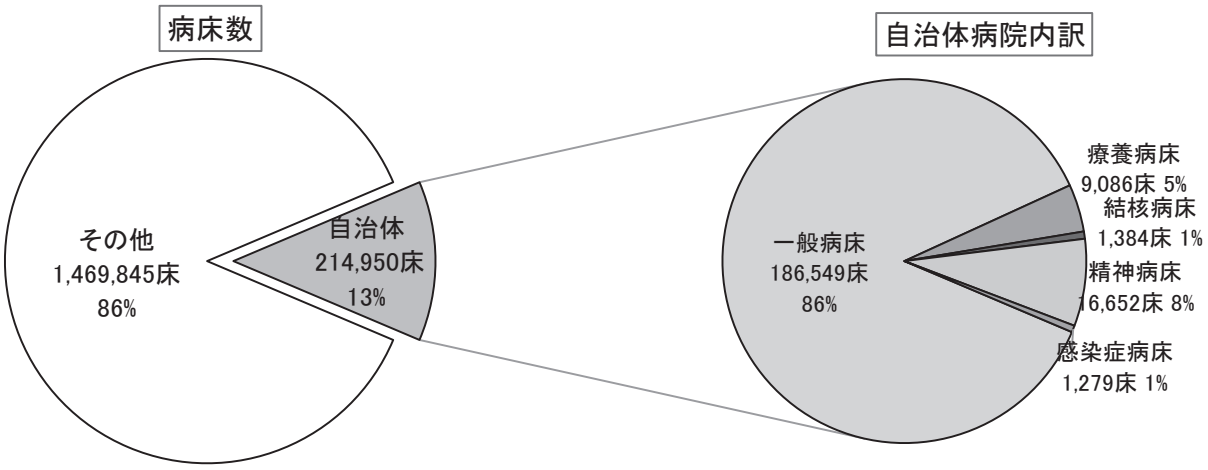
1. 自治体病院の現状

①我が国における自治体病院の割合（病院数・病床数）

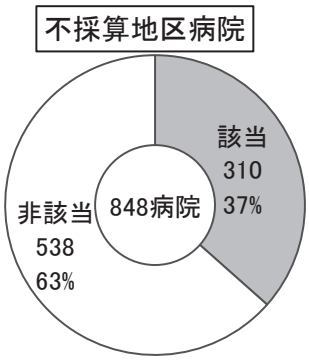


	病院数	病床数	病床数内訳				
			一般	療養	結核	精神	感染症
総数	8,060	1,469,845	879,728	268,521	3,508	316,147	1,941
国	317	121,985	113,532	148	1,267	6,854	184
公的医療機関	1,182	302,045	267,412	12,828	1,449	18,776	1,580
都道府県	184	45,507	36,581	361	301	8,032	232
市町村	588	117,464	104,275	8,293	548	3,685	663
地方独立行政法人	134	51,979	45,693	432	535	4,935	384
その他公的	276	87,095	80,863	3,742	65	2,124	301
社会保険関係団体	47	14,968	14,460	331	73	94	10
公益法人	175	43,041	24,800	5,180	136	12,888	37
医療法人	5,626	827,323	339,104	231,387	319	256,454	59
私立学校法人	113	55,636	53,101	598	72	1,837	28
社会福祉法人	200	33,422	24,236	4,563	102	4,521	－
その他	400	71,425	43,083	13,486	90	14,723	43

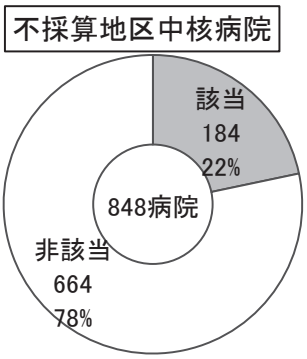
出典：医療施設調査（令和6年10月1日現在）



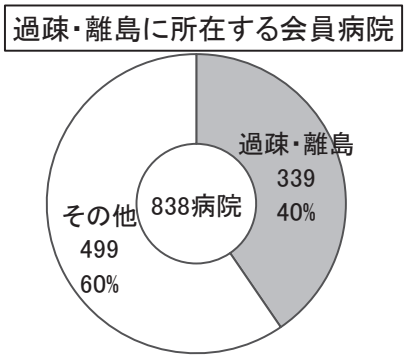
②自治体病院における立地等の状況



出典：令和6年度地方公営企業決算状況調査



出典：令和6年度地方公営企業決算状況調査

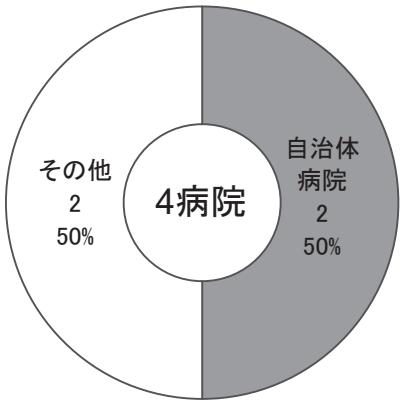


会員基礎情報（令和8年1月1日現在）等より作成

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）

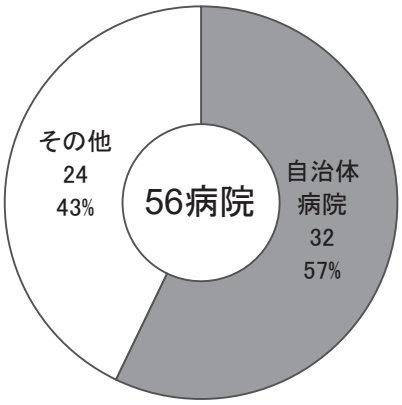
感染症対策の医療体制

特定感染症指定医療機関



2024年4月1日現在

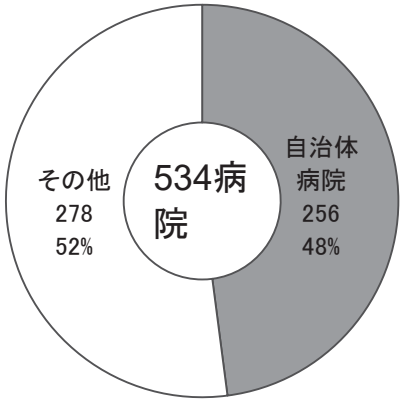
第一種感染症指定医療機関



2024年4月1日現在

感染症対策の医療体制

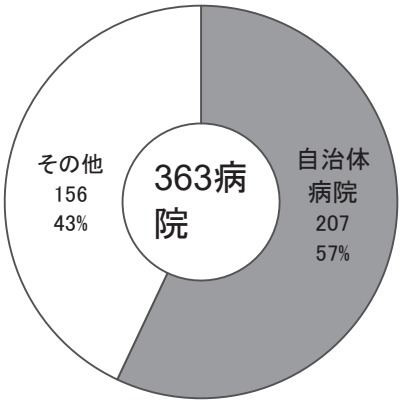
第二種感染症指定医療機関



2024年4月1日現在

へき地の医療体制

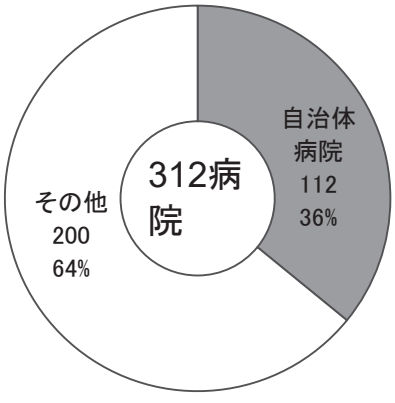
へき地医療拠点病院



2025年9月1日現在

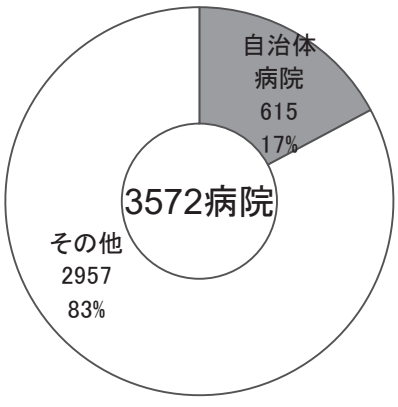
救急医療の体制

救命救急センター
（第三次救急医療機関）



2025年4月1日現在

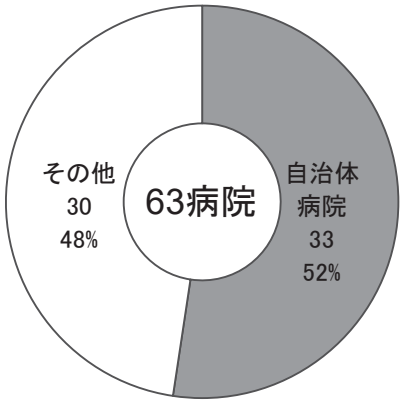
入院を要する救急医療を担う医療機関
（第二次救急医療機関）



2023年10月1日現在

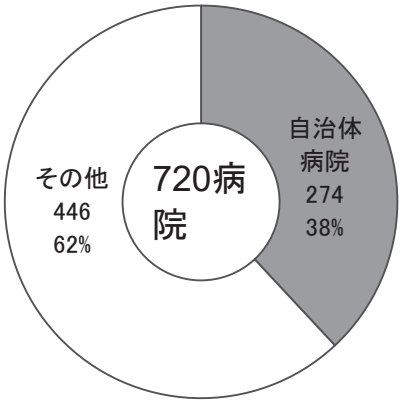
災害時における医療体制

基幹災害拠点病院



2025年4月1日現在

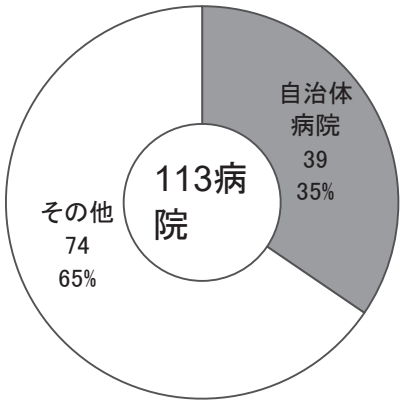
地域災害拠点病院



2025年4月1日現在

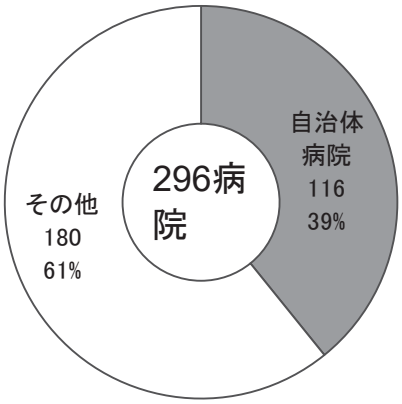
周産期医療の体制

総合周産期母子医療センター



2025年6月1日現在

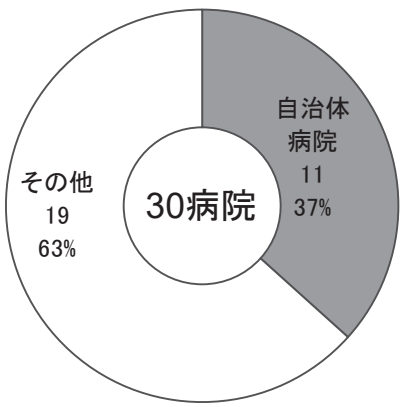
地域周産期母子医療センター



2025年6月1日現在

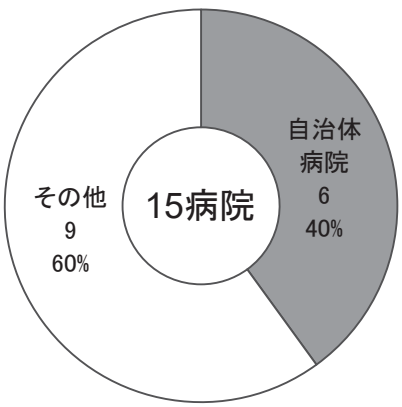
小児医療の体制

小児救急医療拠点病院



2024年4月1日現在

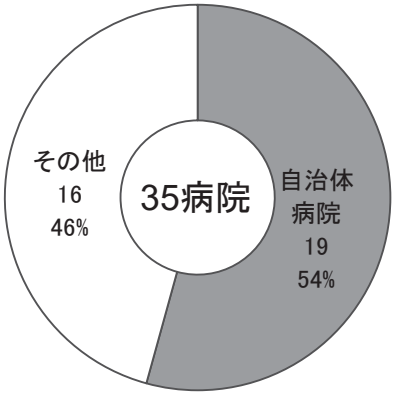
小児がん拠点病院



2023年4月1日現在

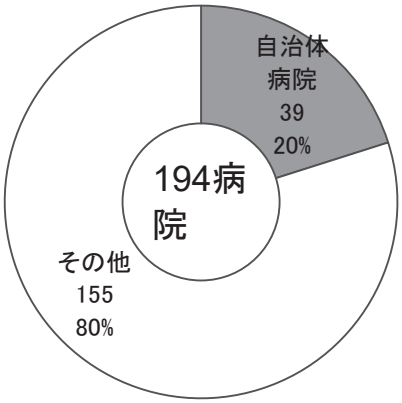
精神疾患の医療体制

心神喪失者等医療観察法の指定
入院医療機関



2024年4月1日現在

精神科救急受入病院

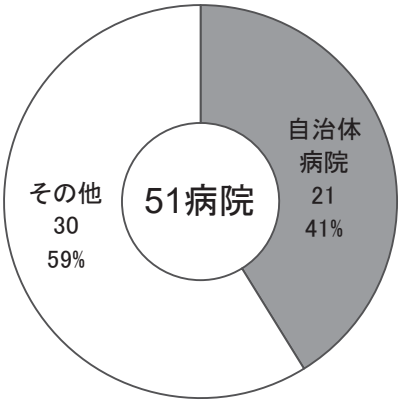


2026年2月20日現在

※「精神科救急入院料」と「合併症型」での重複はそれぞれ集計

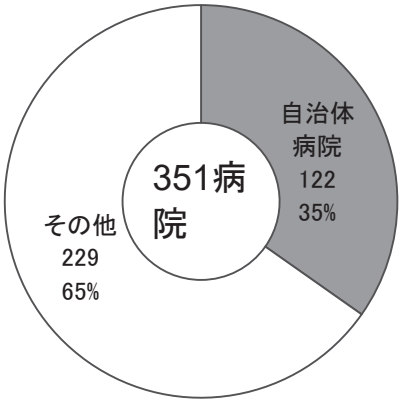
がんの医療体制

都道府県がん診療連携拠点病院



2025年11月1日現在

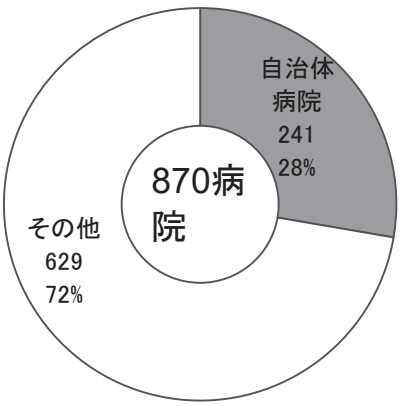
地域がん診療連携拠点病院



2025年11月1日現在

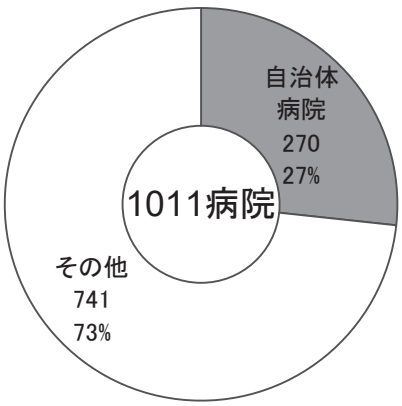
脳卒中、心筋梗塞の医療体制

脳卒中



2025年6月1日現在

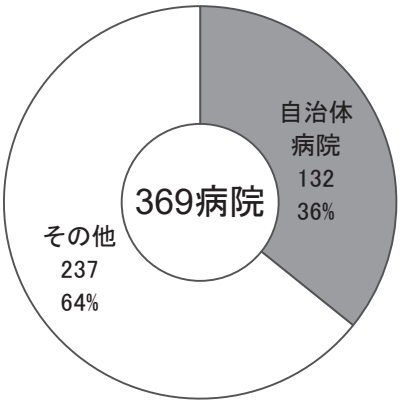
心筋梗塞等の心血管疾患



2025年6月1日現在

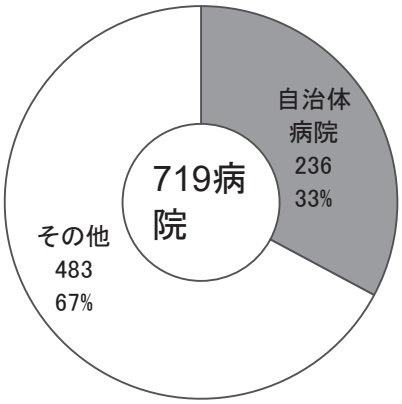
その他の指定医療機関

エイズ治療拠点病院



2026年1月1日現在

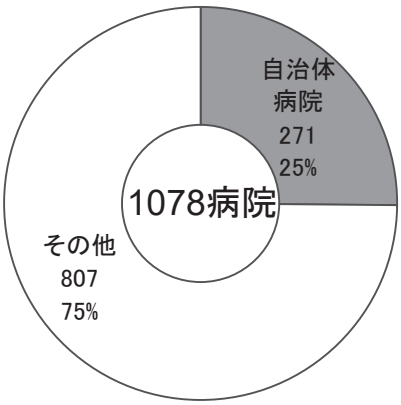
地域医療支援病院



2025年9月1日現在

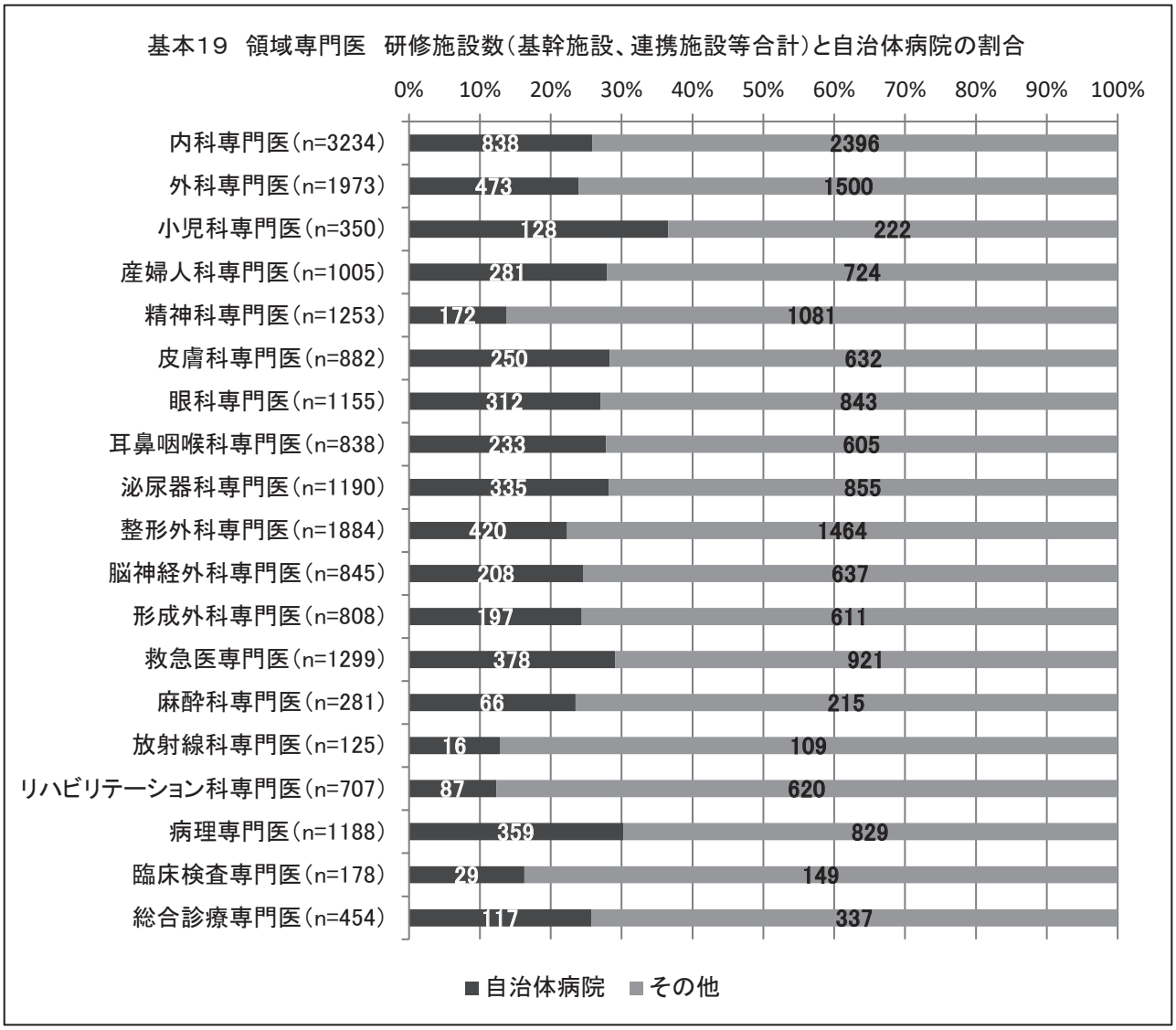
その他の指定医療機関

紹介受診重点医療機関



2026年2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	2026年1月1日現在
外科専門医	基幹施設・連携施設	2026年4月現在
小児科専門医	研修施設	2026年2月現在
産婦人科専門医	基幹施設・連携施設	2026年4月現在
精神科専門医	基幹施設・連携施設	2026年1月31日現在
皮膚科専門医	連携施設・関連施設	2026年2月13日現在
眼科専門医	基幹施設・研修施設	2026年2月26日現在
耳鼻咽喉科専門医	基幹施設・連携施設・関連施設	2025年4月1日現在
泌尿器科専門医	基幹施設・連携施設	2026年2月13日現在
整形外科専門医	研修施設	2026年2月16日現在
脳神経外科専門医	基幹施設・連携施設	2025年6月3日現在
形成外科専門医	基幹施設・連携施設	2026年2月24日現在
救急科専門医	連携施設・関連施設	2026年2月12日現在
麻酔科専門医	基幹施設	2026年4月1日現在
放射線科専門医	基幹施設	2026年4月現在
リハビリテーション科専門医	研修施設	2026年2月16日現在
病理専門医	連携施設	2026年2月12日現在
臨床検査専門医	基幹施設・連携施設	2026年2月18日現在
総合診療専門医	基幹施設	2026年2月18日現在