

令和8年5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

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、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、医療材料費などで過去に例を見ない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いる。

2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革として取りまとめられた新たな地域医療構想や医師偏在対策については、この春に取りまとめの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。特に医療提供体制の構築を第9次医療計画に適切に反映させるためには、地域ごとに医療提供体制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住民を含めて柔軟な議論ができるよう引き続き取り組む必要がある。

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。

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医療物資確保や物価高騰への対応について

現在の中東情勢による影響のほか、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。中東をめぐる情勢は依然不透明であり、燃油及びナフサなどを原材料とした医療物資等への影響の長期化も懸念される。また、昨今の米をはじめとした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。そのような中、令和7年度補正予算において「医療・介護等支援パッケージ」による支援や令和8年度診療報酬改定において3.09%の引上げが実施されるなど、病院が置かれている厳しさを認識いただいた。3.09%のうち1.29%が物価対応分とされたが、物価高騰のスピードに追いつか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である。このままでは、官民間問わず医療機関の経営が維持できず、地域医療の崩壊につながる可能性もある。

要望事項

今後の諸物価の高騰による医療提供コストの上昇への対応及び中東情勢等の影響を受ける医薬品、医療機器、医療物資、燃料油等の確保、価格の安定対策については、地域医療の最後の砦である自治体病院が健全な経営、医療の提供を維持できるよう、各医療機関の経営状況を丁寧に把握するとともに支援体制の早急な確保や令和8年度補正予算による措置を実施すること。補正予算での対応で追いつかない場合には診療報酬の中間年改定を速やかに実施できる体制を整えること。

また、昨今の中東情勢の緊迫化等に伴い、医療機関が引き続き医療サービスを着実に提供できるよう、燃油、ナフサなどの石油由来製品の安定供給及び適正価格の維持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

自治体病院は人事院勧告に沿った給与支給を行っているが、昨今の給与の大幅引き上げが続く中で現行のベースアップ評価料が足りず、諸物価の高騰等も相まって、処遇改善を行う原資不足に陥っている。また、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8年度診療報酬改定において、令和6年度のベースアップにおいて評価されなかった事務職等の職種も含め1.70%の引上げが実施されたところではあるが、他業種への流出を防ぐには低いと考えられ、令和8年度診療報酬改定の影響を注視する必要がある。

要望事項

医療職種の賃上げ水準は、他の業界と比較すると充分とはいえず、地域個々の医療ニ-

ズに対応が可能となる人材確保や医療機関で従事している人材が流出しないよう財政的支援・体制を構築すること。

(3) 財政措置等について

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に対しては、地方交付税措置が講じられ、これまで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、患者数の減少による減収も相まって、自治体病院の令和6年度の病院事業決算は83.3%が経常収支において赤字と引き続き大変厳しい経営状況となっている。令和7年度は更に悪化することが予想される中で、根本的な対応を行わない限り、自治体立といえども廃院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、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更なる充実を図ること。

特に、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、令和9年度地方財政計画において病院事業への繰出金について増額した上で、地方交付税措置の拡充をするとともに、喫緊の経営課題に対処するために令和8年度の特別交付税措置額の大幅な引き上げ等の自治体病院の安定した運営に支障を来たすことのないよう見直しを行うこと。

(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てん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、医療機関機能等によるばらつきが見られる他、医療機関等の建替や改修、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。

要望事項

昨今の物価高騰による消費税負担は大きく増加し、病院経営に悪影響を与え、経営破綻の危機に直面している。中医協「医療機関等における消費税負担に関する分科会」において、消費税は概ね補填されていると報告されたが、医療機関機能等によるばらつきを考えると統一的な診療報酬での対応が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、抜本的に税制を改正すること。

(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

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、一昨年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、診療所の閉鎖などにより通常診療の提供を行うには不十分であり、医療機能が十分に発揮できず、住民が元の地域に戻れない状況が続いている。また、一昨年9月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、全国各地で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。

2. 地域医療構想について

この春の新たな地域医療構想策定ガイドラインにより、各地域における具体策については都道府県において実施される。最終的には2030年からの第9次医療計画に反映されることになるが、高齢者救急を含めた地域医療を担ってきた自治体病院が地域の実情に応じた医療を引き続き提供できる体制を維持するためにも国が都道府県を指導し、地域医療構想を進めることが必要である。

要望事項

1) 新たな地域医療構想への要望

2040年頃に向けて、在宅をはじめとした医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の方々が増加する一方、生産年齢人口は地方都市や過疎地域ほど危機的に減少していく見込みであり、益々地域差が拡大すると想定される。それに伴い、マンパワーの減少補填、労働生産性を向上するための医療DXや遠隔医療（オンライン診療）等を一層推進する必要があることから、国からの財政等のさらなる支援を行うこと。

新たな地域医療構想について、公立・公的医療機関のあり方を議論する際には、国が設定する全国画一的な基準による進め方を押し付けることなく、各都道府県の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。

新たな地域医療構想の推進に当たっては、取組の深化、医療機関機能報告の新設等により、医療機関の負担が大きくなる懸念があることから、スタート段階からの各種支援体制の確保を講じるとともに、継続的な地域医療介護総合確保基金の確保・拡充等、新たな地域医療構想を推進するための財源を十分確保すること。

また、在宅医療や介護との連携等が対象に追加されたことから市町村の役割が重要となってくる。今後、開催される地域医療構想調整会議への参画が求められる市町村にとってノウハウや体制が不十分であることが想定され、市町村が不安なく参画できる体制を都道府県が支援できるよう、国が責任を持って指導するとともに、市町村による在宅医療、介護連携、かかりつけ医機能の確保等に対する取組に対して財政支援を行うこと。

2) 精神医療の位置づけ

新たな地域医療構想の取りまとめにおいて、精神医療を新たに地域医療構想に位置付けることになり、この春発足の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によって議論され、年度内に取りまとめられることになる。近年、精神医療で扱う疾患は、発達障害やトラウマ関連障害、摂食障害、依存症など多様化しており、早期からの対応や予防が重要である。また、入院医療中心から地域生活中心へと移行しつつあり、精神医療の枠に留まらず、保健や福祉、教育などを巻き込んだ体制づくりが必要であり、地域の生活を担っている都道府県等自治体の意見を取り入れるとともに、医療関係団体に

については、官民それぞれの意見を聴取し、調整を図ること。さらに、自損行為による救急搬送者の増加や、せん妄など高齢者に急性精神病状態を呈する患者が増えていることから、精神科救急システムと一般救急医療システムの連携を今以上に行えるよう、制度の見直しを含めた支援を図ること。

3) 急性期拠点機能を有する医療機関の決定について

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、取組の一定の完結は2035年を目途に進めることとなっているが、医療機関の決定については、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ので、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

新たな地域医療構想策定ガイドラインにおいて進められている医療機関機能の役割について、がん専門病院や小児・周産期専門病院などは、新たな地域医療構想のとりまとめにおいて、5疾病6事業における医療機関の種類の考え方についても必要に応じて整理することが求められるようになっており、医療機関として判断できる基準を国が示すこと。

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

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、新たな地域医療構想でも議論となった診療所・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。

6) 再編・統合等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・統合を行う場合においては、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ることとされたが、昨今の建設物価高騰を踏まえると、この単価でも建

築整備が厳しいところもあるため、引き続きの引き上げが必要である。

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」の地域の実情等に応じた配分

「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、予算配分は官民の公平に配慮し、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。

8) 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、自治体立の中小病院がその機能を担っている地域も散見される。また、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深刻な状況となっている。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。

3. 医師確保、医師偏在解消について

医療法が改正され、2024年12月にと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偏在対策が進められている。医師不足・医師偏在解消の実効性を高めることが引き続き重要であり、医師の地域偏在、診療科偏在、診療所の都市部への集中解消に取り組み続ける必要がある。医師偏在は一つの取り組みで是正が図られるものではなく、様々な取り組みを幅広く実施することが必要である。また、同パッケージで示されている管理者要件については、公的医療機関及び国立病院機構等の医療機関が追加されたが、診療所を含めた全ての医療機関の管理者要件とすることが偏在対策に大きく寄与すると考えられる。

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、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、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) 実効性のある地域偏在是正の推進

地域の現場で勤務する医師の高齢化や働き方改革の影響が懸念される中、地方を中心に安定的な医師の確保が課題となっている。令和8年4月に国において医師偏在指標が更新されたところであるが、「医師多数県」などの一律の指標によった対策ではなく、地域間偏在の主因である大都市部への過度な集中を緩和し、各地域の医療体制が守られるよう、地域の実情に沿った実効性のある合理的な医師偏在対策を行うこと。

「重点医師偏在対策支援区域」における医師確保を推進するため、都道府県が作成する「医師偏在是正プラン」に対して、経済的インセンティブを講じるとの方向性が示され、中核病院等から当該区域内の医療機関に医師を派遣する派遣元に対して支援を講じることとなっている。支援区域については「厚生労働省が提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて」と記載されているが、都道府県の担当者によっては、同候補区域から選定すべきと誤認している例も散見される。支援区域の選定は「各都道府県が実情に応じて決めるもの」と厚生労働省からしっかりと伝えること。また、都道府県内の地域偏在についても、各地域によって二次医療圏自体の設定や医師少数スポットの有無など状況は異なっている。このため、都道府県が作成する「医師偏在是正プラン」に対して講じられる経済的インセンティブが、実情に応じた支援となるよう制度設計すること。

また、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

診療科偏在は、地域ごとの取組みだけでは十分ではなく、国全体として取り組むべき課題である。比較的長時間の労働に従事している外科系の医師が増加しておらず、今後、大きな問題となり、手遅れにならないためにも業務負担への配慮や支援など早急に対応する必要がある。令和8年度の診療報酬改定において外科系を中心とした診療科に新たに点数が加算されたが、現状にあった処遇改善がないと若い世代からますます見放されることから、継続的な支援・見直しを行うこと。

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や地域包括ケア・在宅医療の提供が難しくなり、また、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など、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。地域枠医師は特定地域での診療義務が課されることにより医師偏在の是正に一定効果を見出しているが、義務年限期間に十分な症例経験ができず、医師としてのキャリア形成に制限がかかるようなことは避ける必要がある。都道府県においてキャリア形成プログラムの策定が義務付けられているが、地域医療に貢献しながらも、専門医取得をはじめとした知識・技術の習得が可能となるシステム構築ができるよう支援を講じること。

また、総合診療医の需要増加に対応するため、専門医として一定程度のスキルや経験を持った中堅・シニア医師に対するリカレント教育への支援を引き続き講じること。

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、地域医療研修において、医師少数の地域等で半年間から1年程度臨床に携わるよう義務化を含め制度化を図ること。

5) 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（多疾患併存：マルチモビディティ）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、地域枠医師が卒業後、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%（65歳以上、出典：厚生労働省 令和5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、急性期病院においても総合診療専門医など、総合的・包括的に診る医師や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。

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

がん診療連携拠点病院の要件として、病理医・放射線治療医については専従の常勤医の配置が定められているが、地域偏在・診療科偏在により医師の確保に苦慮している病院も散見される。専門医不足の解消や医療提供体制の充実を図るためにも、遠隔病理診断やAIの活用を考慮した配置要件に見直しを行うこと。

8) 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、出産、子育てや今後、増加することが予想される介護などのライフイベントによる休職後に速やかに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、介護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、院内保育所の設置・運営、病児・病後児保育の体制整備、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、すべての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、医療DXの推進、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

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十分に配慮し、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）には休日夜間を含め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（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、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。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. 精神科医療について

要望事項

1) 所管を医政局へ移管

新たな地域医療構想の取りまとめにおいて、精神医療が新たに地域医療構想に位置付けられることになった。今後、身体疾患に対する医療と精神医療に対する医療の双方を必要とする患者への対応等、精神医療と一般医療との連携を推進していくことが益々重要となってくる。精神医療と一般医療が垣根なくスムーズに行われるためにも、現在の精神医療の所管である社会・援護局から医政局に移管すること。

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。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

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。また、医薬品の供給不足の問題が続く中で、供給状況に関する情報収集や代替薬の検討など薬剤師の専門性を発揮した業務を実施している。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。薬剤業務の進展を阻む要因として病院薬剤師不足があげられ、その解決のために卒後臨床研修体制の整備、病院に就職した場合には奨学金返済の支援を行うなど、モチベーション涵養を推進する必要がある。

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

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。

また、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。第9次医療計画においても、薬剤師確保策を反映し、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

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）に基づいた1年以上の医療機関における臨床研修を義務化するなど、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。

（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、夜勤に従事可能な人員の確保も求められている。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処遇改善等の諸施策の実施と財政的支援

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) 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。現代医療は、高度化・複雑化する医療機器なしには成り立たない状況にある。臨床工学技士はその医療機器を安全かつ効果的に運用する中心的な役割を担っている。特に重症循環・呼吸器疾患への対応では、複数の生命維持管理装置を同時に扱う高度な専門性と24時間体制での対応が必要となるが、現状は人員不足と低い診療報酬評価により、少人数で過重な負担を抱えている。また、手術支援ロボットなど最先端医療機器の導入拡大や、医師の働き方改革に伴うタスク・シフトの推進により、その役割はさらに拡大している。臨床検査技師については、首都圏の大手ラボへの就職希望が増加し、地方の病院では希望者が減少し、体制維持が困難になりつつある。栄養部門においては管理栄養士、栄養

士や調理員等の人材確保は、医療の一環である栄養食事指導を含めた栄養管理や給食管理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す。病院給食を委託する場合も同様に人材確保難と人件費、食材料の高騰が委託料の高騰へと繋がり、地域医療の確保、病院経営に大きな影響を与えている。さらに食事提供業務のみならず、疾病治療の根幹である低栄養改善、医師、看護師のタスク・シフト/シェアの推進を目的とした各種チーム医療、病棟業務への参画といった業務が増大し、臨床栄養管理業務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、看護助手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。

上記職種以外にも、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、令和8年度診療報酬改定において評価されたが、医療職種の賃上げ水準は他の業界と比較すると充分とはいえないことから、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。2025年2月から実施された標準型電子カルテα版を用いたモデル事業において、2026年度冬頃の運用開始に向け課題対応が進められているが、運用開始時のエラーや導入負担が限りなく少なくなるよう、着実に進める必要がある。更に電子処方箋の導入について、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。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

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

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の推進に伴う厚生労働省の全国医療情報プラットフォームに沿い、喫緊の導入課題とされている電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスなどでは既に国の補助メニューが準備されているものの、各医療機関の経済的負担・人的負担は膨大であるため、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、近年、医療機器については、医療従事者の負担軽減や医療安全の推進の観点から、電子カルテとの連携や AI による診断支援機能の搭載など、ますます高度化している。さらに進化するスマートフォン等の携帯端末は、チャット機能等によりチーム医療の連携強化に大きく寄与すると思われる。これらの接続連携費用について、補助等により、国が責任を持って支援充実を図ること。

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、医療機関間や介護との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、財政支援を講じること。また、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サイバーセキュリティの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

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。

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

令和 8 年度診療報酬改定では、医療情報取得加算及び医療 DX 推進体制整備加算は廃止され、新たに電子的診療情報体制整備加算が新設された。マイナ保険証の利用率は増加しているものの、導入費や制度の周知に向けた人員配置などの医療機関側の負担、利用する国民の認識不足等により、利用率が伸びず実績要件を満たす水準に至らない医療機関も散見される。導入費用のみならず改修や維持運営するための費用については引き続き各医療機関の負担となっていることから、財政支援の拡充を図ること。

また、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、追加機能が順次提供されるため、その都度改修費用が発生する。このことが、医療機関側における導入の妨げになっている。特に医療機関側の導入が進んでいないため、それら費用への支援の拡充を図ること。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、HPKI セカンドについては有料化サービスとなったために医療機関の負担が増加しているため、見直しを強く求める。

さらに、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ほか、電子証明書の有効期限切れによる医療スタッフへの照会が増えており、マイナンバーカードと公費確認の諸手続きやマイナ保険証の更新においては、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。

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

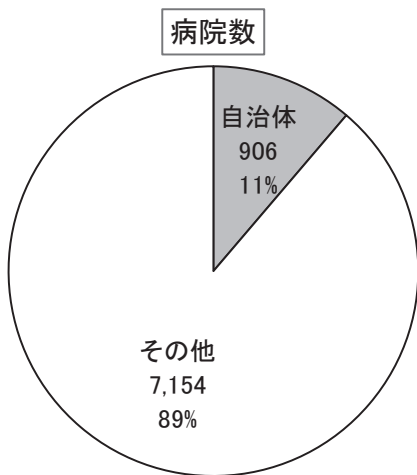
2. 指定医療機関等における会員病院の割合

（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

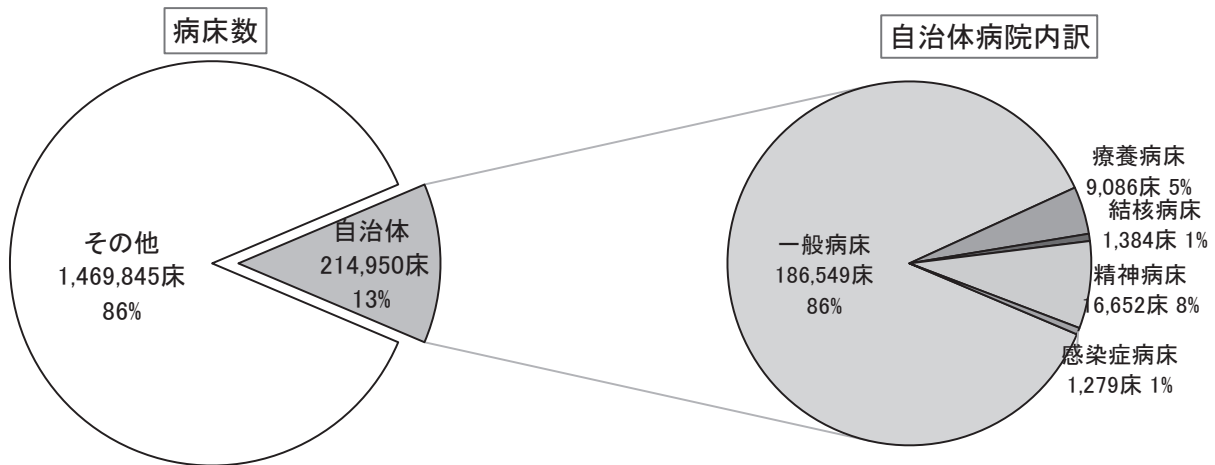
1. 自治体病院の現状

①我が国における自治体病院の割合(病院数・病床数)

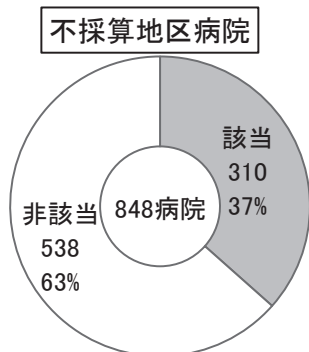


	病院数	病床数	病床数内訳				
			一般	療養	結核	精神	感染症
総数	8,060	1,469,845	879,728	268,521	3,508	316,147	1,941
国	317	121,985	113,532	148	1,267	6,854	184
公的医療機関	1,182	302,045	267,412	12,828	1,449	18,776	1,580
都道府県	184	45,507	36,581	361	301	8,032	232
市町村	588	117,464	104,275	8,293	548	3,685	663
地方独立行政法人	134	51,979	45,693	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

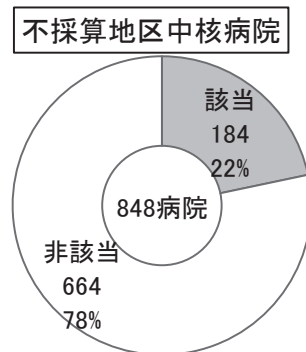
出典: 医療施設調査(令和6年10月1日現在)



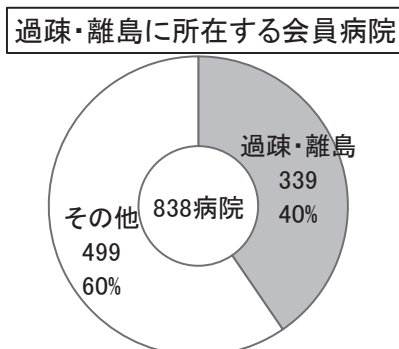
②自治体病院における立地等の状況



出典: 令和6年度地方公営企業決算状況調査



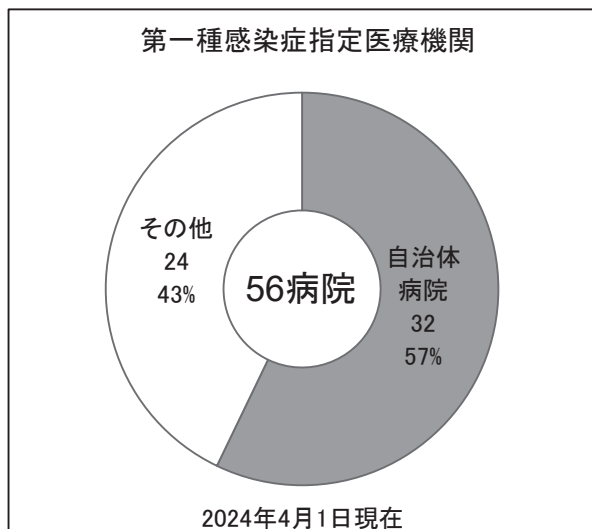
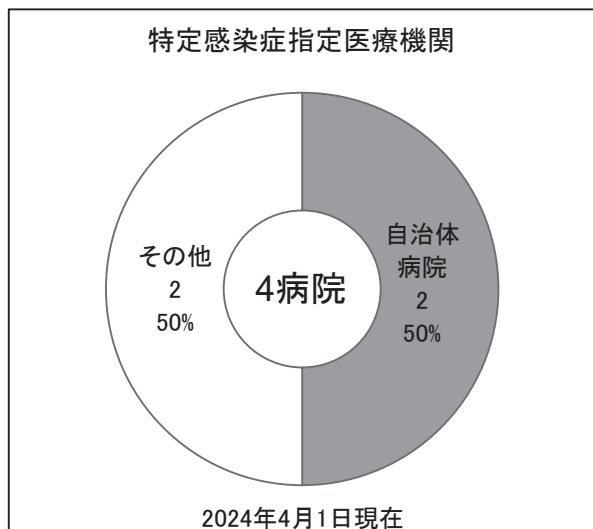
出典: 令和6年度地方公営企業決算状況調査



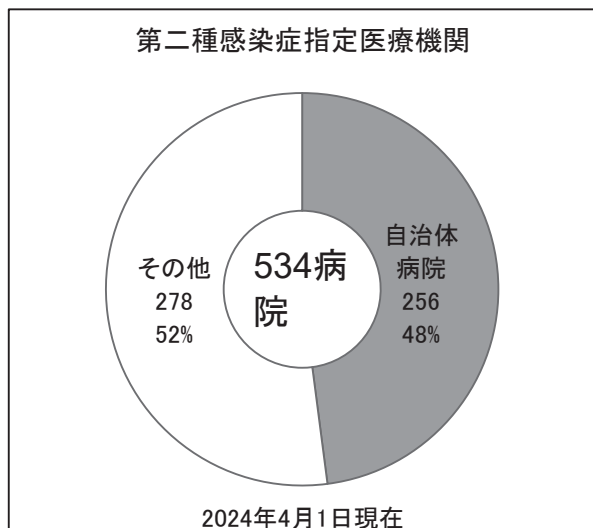
会員基礎情報(令和8年1月1日現在)等より作成

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）

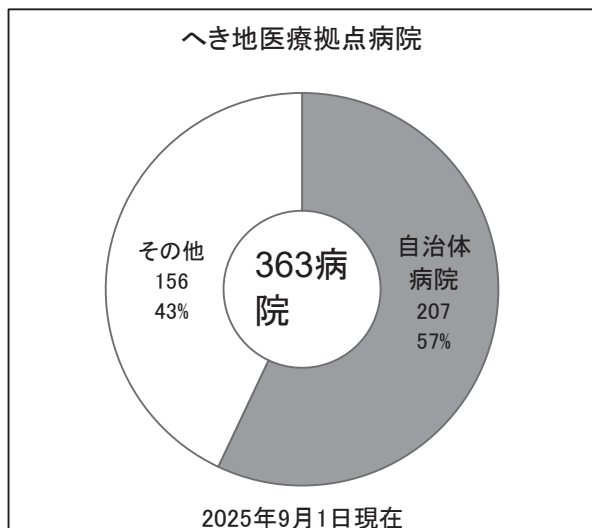
感染症対策の医療体制



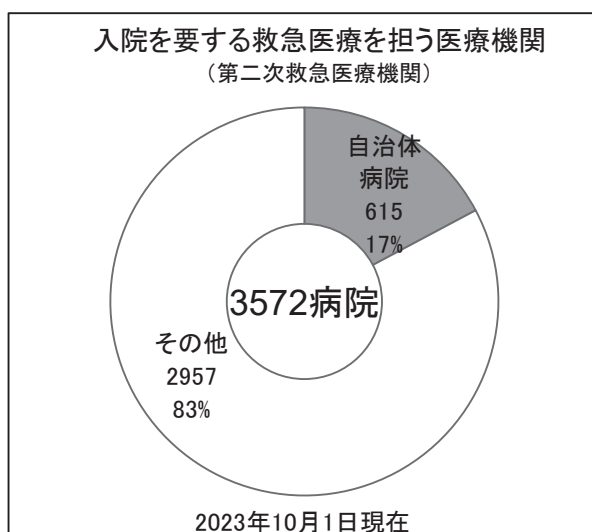
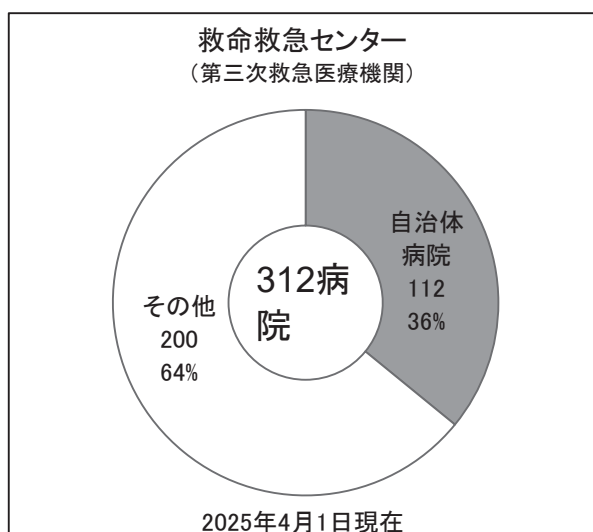
感染症対策の医療体制



へき地の医療体制

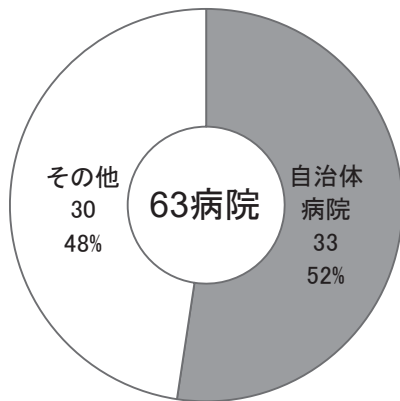


救急医療の体制



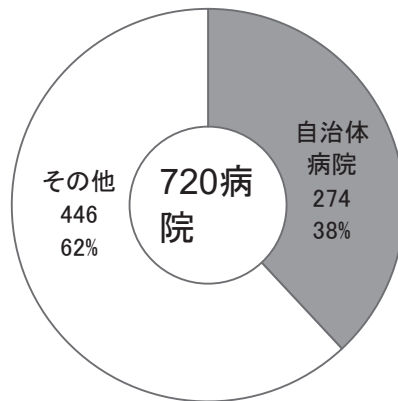
災害時における医療体制

基幹災害拠点病院



2025年4月1日現在

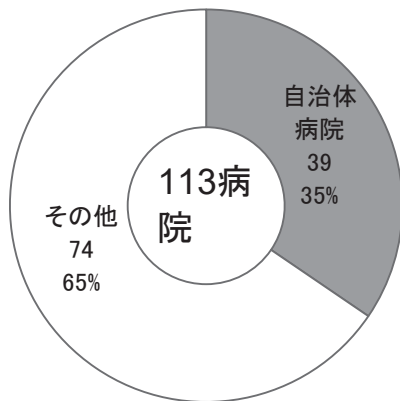
地域災害拠点病院



2025年4月1日現在

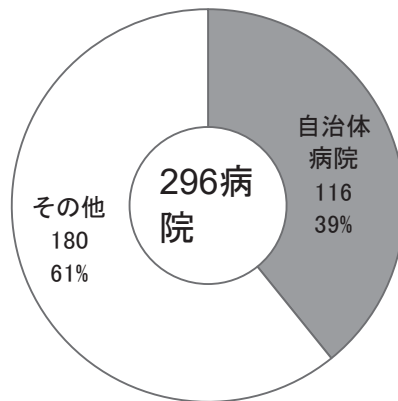
周産期医療の体制

総合周産期母子医療センター



2025年6月1日現在

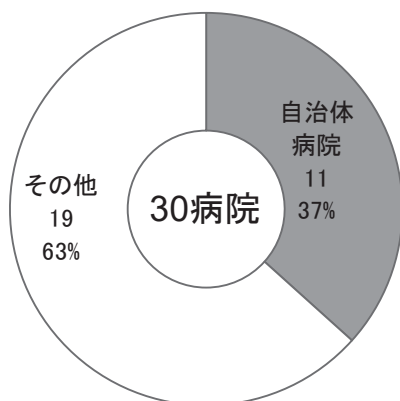
地域周産期母子医療センター



2025年6月1日現在

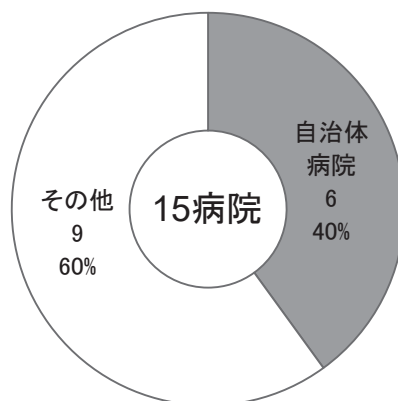
小児医療の体制

小児救急医療拠点病院



2024年4月1日現在

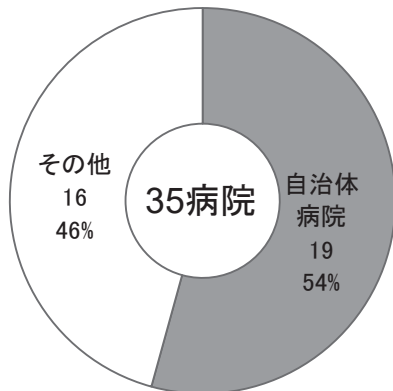
小児がん拠点病院



2023年4月1日現在

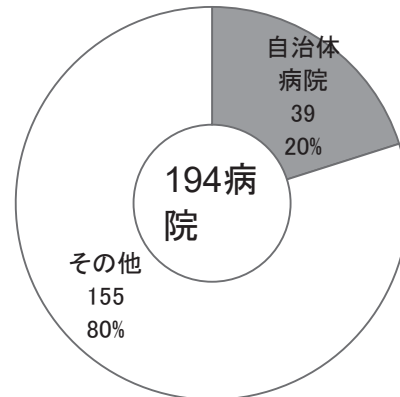
精神疾患の医療体制

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

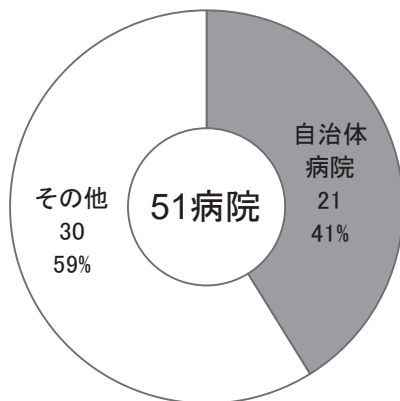


2026年2月20日現在

※「精神科救急入院料」と「合併症型」での重複はそれぞれ集計

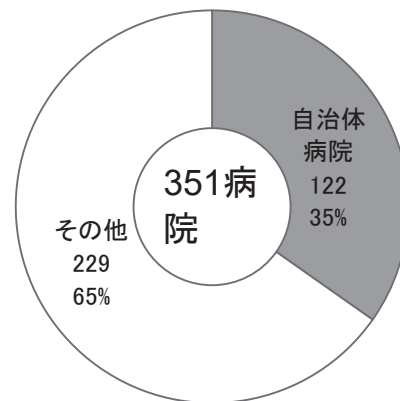
がんの医療体制

都道府県がん診療連携拠点病院



2025年11月1日現在

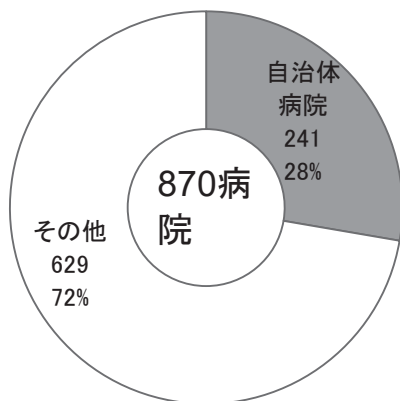
地域がん診療連携拠点病院



2025年11月1日現在

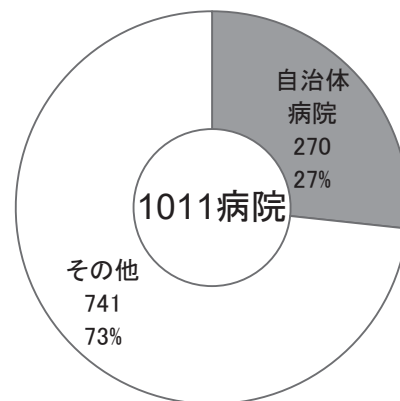
脳卒中、心筋梗塞の医療体制

脳卒中



2025年6月1日現在

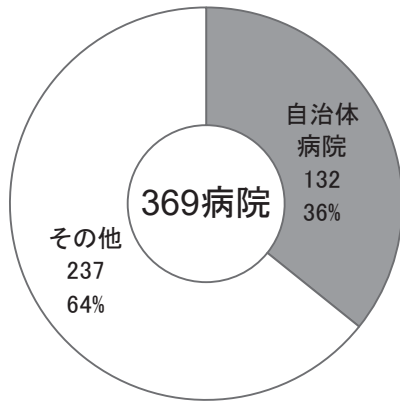
心筋梗塞等の心血管疾患



2025年6月1日現在

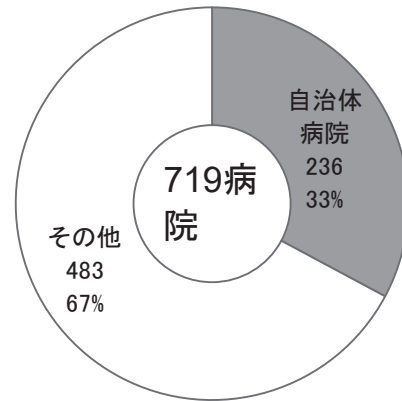
その他の指定医療機関

エイズ治療拠点病院



2026年1月1日現在

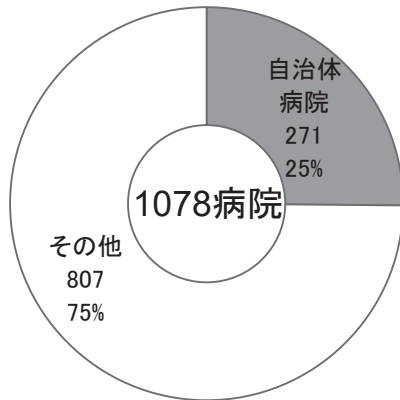
地域医療支援病院



2025年9月1日現在

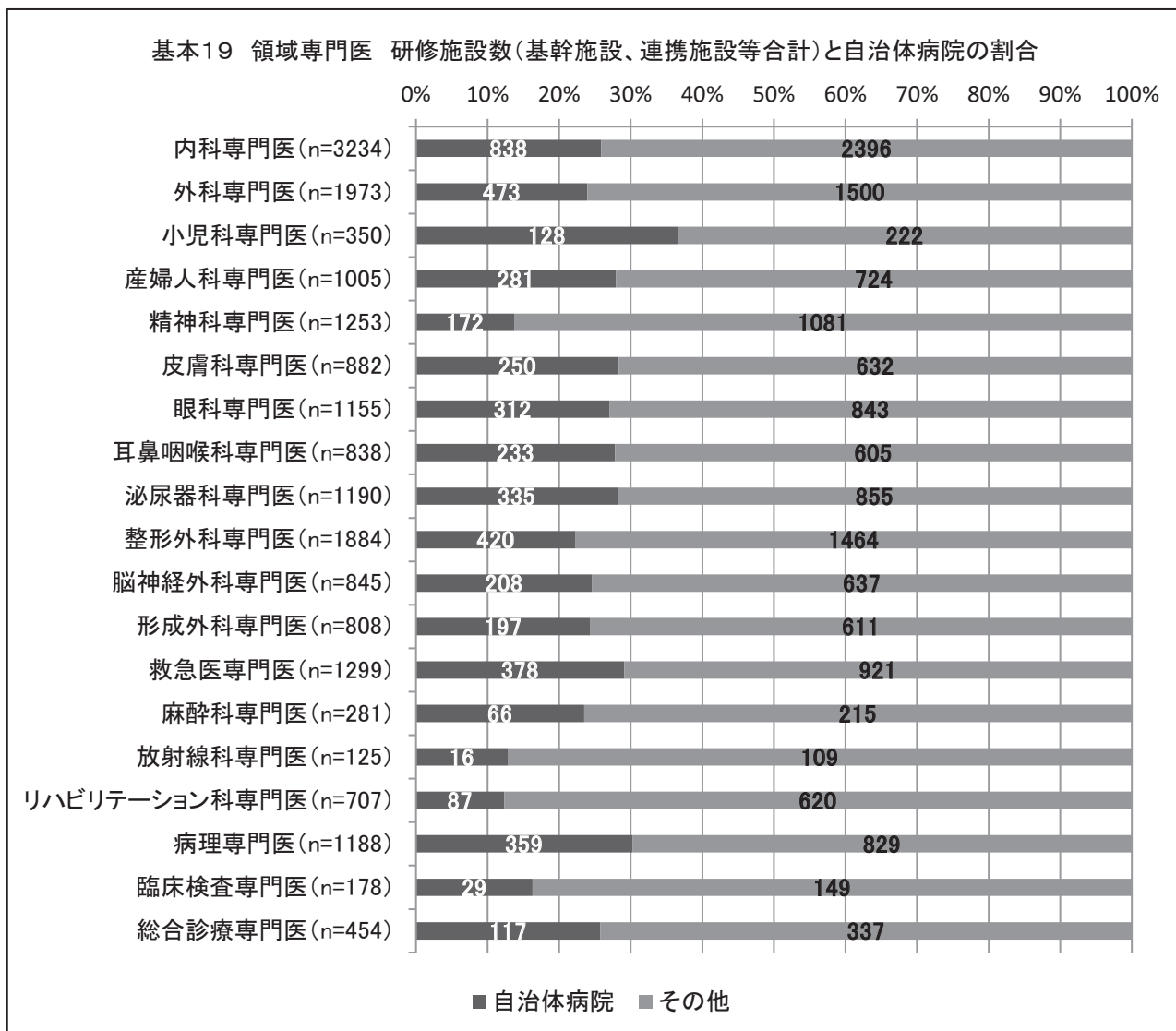
その他の指定医療機関

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