

令和4年度第2回 熱海伊東地域医療構想調整会議

令和5年2月20日 18:30～Web 会議

次 第

○ 議 題

- 1 地域医療構想の推進に関する医療機関の対応方針
- 2 「医師少数スポット」の追加指定について

○ 報告事項

- 1 非稼働病床の再稼働計画
- 2 外来機能報告の開始時期の延期
- 3 地域医療介護総合確保基金
- 4 医療機能情報提供制度における全国統一システムの稼働

【配布資料】

- | | |
|---------|---|
| 議題資料1-1 | 公立病院経営強化プランの策定状況 |
| 議題資料1-2 | 公立病院経営強化プラン策定状況一覧（熱海伊東圏域） |
| 議題資料1-3 | 立病院経営強化プラン及び各医療機関の対応方針の見直しの調整
会議への提示時期について |
| 議題資料2 | 「医師少数スポット」の追加指定 |
| 報告資料1 | 非稼働病床の再稼働計画（熱海伊東圏域） |
| 報告資料2 | 外来機能報告制度に関する説明会 |
| 報告資料3 | 令和4年度診療報酬改定 |
| 報告資料4 | 地域医療介護総合確保基金（医療分） |
| 報告資料5 | 医療機能情報提供制度における全国統一システムの稼働 |
| 参考資料 | 病床機能報告における定量的基準「静岡方式」の導入 |

令和4年度第2回 熱海伊東地域医療構想調整会議 出席者名簿

(令和5年2月20日開催)

職 名	氏 名	備考
熱海市健康福祉部長	三枝壮一郎	出(Web)
伊東市健康福祉部長	松下 義己	出(Web)
熱海市医師会長	渡辺 英二	出(Web)
熱海市医師会副会長	服部 真紀	出(Web)
伊東市医師会長	山本 佳洋	出(Web)
熱海市歯科医師会長	立山 康夫	出(Web)
伊東市歯科医師会長	稲葉 雄司	出(Web)
伊東熱海薬剤師会副会長	前田 修	出(Web)
伊東熱海薬剤師会理事	秋本 佳秀	出(Web)
国際医療福祉大学熱海病院長	池田 佳史	出(Web)
伊東市民病院管理者	川合 耕治	出(Web)
熱海所記念病院長	金井 洋	出(Web)
熱海 海の見える病院長	鈴木 和浩	出(Web)
静岡県看護協会熱海伊東支部幹事	稲村 啓子	出(Web)
伊東市介護保険事業者連絡協議会副会長	森 典世	出(Web)
静岡県熱海保健所長	伊藤 正仁	出(Web)

(アドバイザー)

地域医療構想アドバイザー	小林 利彦	出(Web)
静岡県病院協会長	毛利 博	出(Web)
浜松医科大学特任教授	竹内 浩視	出(Web)

公立病院経営強化プランの策定状況

(医療局医療政策課)

1 概要

- ・ 県内の各公立病院では、2023年度までに「公立病院経営強化プラン」を策定し、地域医療構想調整会議で協議することとなっている。
- ・ 今回、公立病院経営強化プランの策定に係る総務省の事前調査が実施されており、各公立病院から提出された策定状況を一覧に取りまとめたので、協議する。
- ・ なお、総務省の調査は全部で228項目あり、全ての内容を掲載した場合膨大な量となるため、地域医療構想と関わりが深い項目や、公立病院経営強化プランで新たに記載が必要となった項目等に絞り提示する。

2 提示項目

- (1) 病床数（許可病床数、稼働病床数、2021年度の病床機能報告）、病床利用率
- (2) 診療科目・機能等（診療科目、特殊診療機能、指定病院の状況）
- (3) 現状の課題等
 - ・ 近接する病院の役割・機能との重複による課題
 - ・ 地域医療構想実現に向けた当該病院の課題
 - ・ 新型コロナウイルス感染症対応における他の医療機関との役割分担や連携における課題
 - ・ 上記3点の課題等を踏まえた取組及び取組による改善見込
- (4) 地域包括ケアシステム
- (5) 機能分化・連携強化の取組
 - ・ 改革プラン又は新改革プランに基づき実施済みの機能分化・連携強化の取組
 - ・ 公立病院経営強化プランに基づき今後実施予定の機能分化・連携強化の取組
- (6) 医師働き方改革への対応
 - ・ 医師の労働時間の把握状況、労働時間管理システムの導入状況 等
- (7) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組
 - ・ コロナ対応等を踏まえた感染症対応における役割
 - ・ 平時からの取組として現在検討中の取組
 - ・ 感染症法改正による都道府県との協定の締結予定
 - ・ 感染症法改正における対応

病院名	病床数													病床利用率													
	許可病床数						稼働病床数			2021年度病床機能報告の内容																	
										2021年実績					2025年見込み												
	一般	療養	精神	結核	感染症	計	一般	療養	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休養等	計	平成29年度	平成30年度	令和元年度	3ヶ年平均	令和2年度	令和3年度						
伊東市民病院	250	0	0	0	0	250	248	0	248	14	194	42	0	0	250	14	194	42	0	0	250	82.8%	78.6%	78.2%	79.9%	68.3%	67.9%

公立病院経営強化プランの作成状況一覧（熱海伊東圏域）

病院名	診療科目・機能等														指定病院の状況																								
	診療科目														特殊診療機能					指定病院の状況																			
	内科	神経内科	小児科	外科	整形外科	脳神経外科	泌尿器科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻いんご科	放射線科	歯科口腔外科	歯科	麻酔科	その他	療養診療科目数	人間ドック	人工透析	ICU	NICU	未熟児室	運動機能	訓練室	ガン（放射線）診療	救急告示病院	臨床研修病院	運搬拠点病院	がん診療連携拠点病院	医療機関	感染症指定	拠点病院	へき地医療	災害拠点病院	地域医療支援	病院	特定機能病院	病院群輪番制	
伊東市民病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	-	○	○	○	20	○	-	○	-	○	-	-	○	○	○	-	-	-	-	-	○	○	-	-	-	-	-

公立病院経営強化プランの作成状況一覧（熱海伊東圏域）

現状の課題等				
病 院 名	近接する病院の役割・機能との重複による課題(69)		左記3点の課題等を踏まえた当該病院の役割・機能の見直し、明確化・最適化の取組(73)(74)	左記取組による改善見込(75)
	役割・機能が重複する病院名	課題の内容		
伊東市民病院	なし	<p>地域医療構想の実現に向けた当該病院の課題(70)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療科備在 	<p>新型コロナウイルス感染症対応における他の医療機関との役割分担や連携における課題(71)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人手不足、スタッフへの負担 ・通常診療への影響（受入制限等） 	<p>・地域の医療機関等との連携体制の構築</p>
				今後検討

公立病院経営強化プランの作成状況一覧（熱海伊東圏域）

地域包括ケアシステム		機能分化・連携強化の取組		医師働き方改革への対応				
病院名	地域包括ケアシステムの構築に向け 当該病院の課題(88)	改革プラン又は新改革プランに基づき実施済みの機能分 化・連携強化の取組(90)	公立病院経営強化プランに基づき今後実施予定の 機能分化・連携強化の取組(91)	医師の自病院 での労働時間 の把握状況 (165)	医師の労働時 間管理システ ムの導入状況 (166)	医師の時間 外労働と自 己研鑽の区 分けの対応 状況(167)	自病院の医師 の就業・業 業先も含めた労働時間 の把握 状況(168)	医師の労働時間の把握に当たっての 課題(169)
伊東市民病院	・医師の不足 ・医師以外の医療従事者の 不足	なし	・病院・診療所間の連携体制の構築	把握済み	検討中	令和5年 度に対処 予定	令和5年 度に把握 予定	・勤怠管理にシステム等が未 導入 ・時間外労働と自己研鑽の区 分が不明確 ・人事・給与担当者の負担増 加

公立病院経営強化プランの作成状況一覧（熱海伊東圏域）

病院名		新型コロナウイルスを踏まえた感染症対応における自病院の役割(201)							新興感染症の感染拡大等に備えた平時からの取組		
		特定感染症指 定医療機関	第一種感 染症指 定医療機関	第二種感 染症指 定医療機関	重点医 療機 関	協力医 療機 関	いが 等が 等を 設置 等な 来	特 指 定	役 割	感染症改正(令和6 年4月1日施行予定) により新たに規定され る、病床、発熱外来等 の医療の確保等に關す る都道府県との協定の 締結予定(205)	感染症法改正に際し、当該病院がどのような対応をする か(もしくは検討している内容)(206)
伊東市民病院					○				平時からの取組として現在検討中の取組(204)	感染症法改正(令和6 年4月1日施行予定) により新たに規定され る、病床、発熱外来等 の医療の確保等に關す る都道府県との協定の 締結予定(205)	感染症法改正に際し、当該病院がどのような対応をする か(もしくは検討している内容)(206)
									<ul style="list-style-type: none"> ・感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやす いスペース等の整備 ・感染拡大時における各医療機関の間での連 携・役割分担の明確化 ・感染防護具等の備蓄 ・院内感染対策の徹底 	検討中	—

「公立病院経営強化プラン」及び「各医療機関の対応方針の見直し」の調整会議への提示時期について

第1回 (令和5年7月)	第2回 (令和5年10月)	第3回 (令和6年2月)
熱海所記念病院	国際医療福祉大学熱海病院	伊東市民病院
熱海海の見える病院	南あたみ第一病院	
	熱海ちとせ病院	

現行のプラン、対応方針

病院	名称	策定年月
伊東市民病院	公的医療機関等2025プラン	平成29年9月
国際医療福祉大学熱海病院	公的医療機関等2025プラン	平成29年9月
熱海所記念病院	2025年に向けた対応方針	平成30年10月
熱海海の見える病院	2025年に向けた対応方針	平成30年8月
熱海ちとせ病院	2025年に向けた対応方針	平成30年11月
南あたみ第一病院	2025年に向けた対応方針	平成30年7月

「医師少数スポット」の追加指定 について

大学別地域枠入学定員

大学名	定員	概要
近畿大学	10	平成27年度設置、令和3年度増員(+5名)
川崎医科大学	10	平成27年度設置、平成29年度増員(+5名)
帝京大学	2	平成28年度設置
日本医科大学	4	平成28年度設置、平成30年度増員(+3名)
東海大学	3	平成28年度設置
順天堂大学	5	平成29年度設置
関西医科大学	8	平成30年度設置、令和2年度増員(+3名)
浜松医科大学	15	令和2年度設置
昭和大学	8	令和3年度設置、令和4年度増員(+3名)
計	65	

県内で勤務する地域枠利用者の増加見込み

入学年度	配置年度	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17	R18	R19	R20
H27		3	3	3	3	3	3	3	3									
H28			11	11	11	11	11	11	11	11								
H29				14	14	14	14	14	14	14	14							
H30					24	24	24	24	24	24	24	24						
H31						35	35	35	35	35	35	35	35					
R2							48	48	48	48	48	48	48					
R3								65	65	65	65	65	65	65				
R4									62	62	62	62	62	62	62			
R5										65	65	65	65	65	65	65		
R6											65	65	65	65	65	65	65	
R7												65	65	65	65	65	65	65
R8													65	65	65	65	65	65
R9														65	65	65	65	65
R10															65	65	65	65
R11																65	65	65
R12																	65	65
R13																		65
地域枠被貸与者合計		3	14	28	52	87	135	200	262	324	378	429	470	452	452	455	455	455
少数区域勤務	①R元年度の被貸与者	0	0	0	0	0	3	14	28	49	73	59	35	0	0	0	0	0
	②R2年度の被貸与者 (キャリア形成プログラム)	0	0	0	0	0	0	0	0	48	113	175	240	257	257	260	260	260
	①② 計	0	0	0	0	0	3	14	28	97	186	234	275	257	257	260	260	260

R2年度以降
キャリアプロ適用

<見込みの前提>
(R元年度以前)
・返還義務勤務期間の最後の3年間を医師少数区域等で勤務すると仮定 (R2年度以降)
・返還義務勤務期間の最後の4年間を医師少数区域等で勤務すると仮定

令和4年度第1回
静岡県医療対策協議会 医師確保部会
資料2「地域枠と静岡県キャリア形成プログラムについて」

- ・地域枠利用者の県内勤務が順次開始し、令和10年度には200名が勤務。
- ・また、医師少数区域での勤務者数が令和12年度以降大幅に増加し、最大で260名が勤務する可能性がある。

貸与枠別の配置方針等について

令和4年度第1回
静岡県医療対策協議会 医師確保部会
協議事項1-1「配置調整について」

	令和元年度以前※	令和2年度以降
一般枠	<p>○配置基本方針</p> <p>・専門研修後の配置(B病院) →原則、少数区域に配置 中位区域にも一定配慮 (R3.8 令和3年度第1回部会決定)</p>	<p>○今後、詳細を検討 (以下は、決定事項)</p> <p>・4年間を、多数区域以外で勤務</p>
大学特別枠	<p>○県と大学が協議 →希望により一般枠扱い</p>	<p>○今後、詳細を検討</p>
地域枠	<p>○県と大学が協議 (県と大学との協議でない場合)</p> <p>○配置基本方針</p> <p>・専門研修後の配置(B病院) →原則、少数区域に配置 少数区域が困難である場合は、 中位区域に配置 (R4.3 令和3年度第3回部会決定)</p> <p>○大学定員増枠 ・県と大学が協議</p>	<p>○キャリア形成プログラム適用 ・4年間を、医師少数区域等で勤務</p>

※キャリア形成プログラム適用希望者を除く

キャリア形成プログラムについて

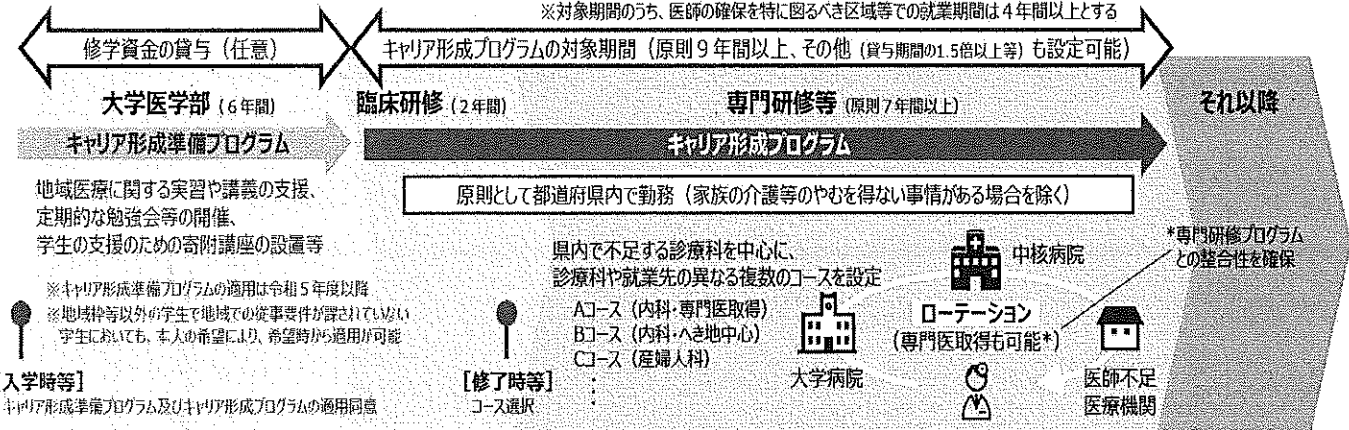
キャリア形成プログラムについて (改正のイメージ)

令和3年度都道府県担当者
向け説明会資料

都道府県は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づき、「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的とするキャリア形成プログラムを策定することとされている

※医療法及び医師法の一部を改正する法律(平成30年法律第79号)により地域医療支援事務として医療法に明記。キャリア形成プログラムの詳細については、医療法施行規則(省令)及びキャリア形成プログラム運用指針(通知)に規定

<キャリア形成プログラムに基づくキャリア形成のイメージ>



<キャリア形成プログラムの対象者>

- ・ 地域枠を卒業した医師
- ・ 地域での従事要件がある地元出身者枠を卒業した医師
- ・ 大学等の独自枠を卒業した医師(任意適用)
- ・ 自治医科大学卒業医師(平成30年度入学者までは任意適用)
- ・ その他プログラムの適用を希望する医師

※キャリア形成プログラムの適用に同意した学生に対しては、修学資金の貸与に地域医療介護総合確保基金の活用が可能

<キャリア形成プログラムに基づく医師派遣>

大学等による医師派遣との整合性を確保するため、地域医療対策協議会で派遣計画案を協議

※地域医療構想における機能分化・連携の方針との整合性を確保する

※理由なく公立・公的医療機関に偏らないようにする

※都道府県は、医師偏在対策と対象医師等のキャリア形成の両立を円滑に推進するため、各地域の医師偏在の状況や対象医師の希望を勘案しつつ、就業先について、大学等の専門医の研修プログラム責任者等との調整を

※都道府県は、対象医師から満足度等も含む意見聴取を定期的に実施し、勤務環境改善・負担軽減を図る

キャリア形成プログラムと旧制度

算定	-				1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年
卒後	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	10年目	11年目	12年目	13年目
内容	臨床研修 (大学病院)		専門研修				専門医資格取得後(県が配置)						
			〇〇病院 (県外)	△△病院 (県内)	A病院		B病院						

算定	1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年
卒後	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目
内容	臨床研修 (大学病院) (県内)		専門研修		県内病院で勤務				
			△△病院 (県内)	医師少数区域 の病院	◇◇ 病院	医師少数区域 の病院			

【キャリア形成プログラム メリット/デメリット】

区分	メリット	デメリット
臨床研修	・臨床研修期間2年間で返還免除勤務期間に算入(旧制度は1/2通算) ・大学病院での研修も返還免除期間に算入	研修先は県内に限定
専門研修	・大学病院での研修も返還免除期間に算入	県内の病院が基幹となる専門研修プログラムに限定
勤務地域	・同一地域での勤務も可(例:西部⇒中東遠での勤務可)	医師少数区域4年間の勤務義務
期間	・9年間で返還免除期間満了(臨床研修2年+7年) ・専門研修後は猶予可	・6年進級時に適用同意に係る同意が必要 ・9年間の返還免除勤務(6年未滿に貸与であっても)

地域枠に係るこれまでの動きについて

令和4年度第1回
静岡県医療対策協議会医師確保部会
協議事項2 配置調整について

年度	内容
平成27年度	県外大学における地域枠を設置
平成30年7月	国「キャリア形成プログラム運用指針」公表
平成30年10月	国『臨時定員に係る地域枠は「別枠方式」のみ認める』内容を都道府県へ通知
平成31年4月	県「静岡県キャリア形成プログラム」(個別プログラム)作成依頼(4月末期限)
令和元年11月	国「医師偏在指標」(確定値)公表→医師少数区域判明
令和2年度	別枠方式入試(「キャリア形成プログラム」)適用
令和3年11月	県医師少数スポット(「浜松市天竜区」)設定
令和4年3月	県地域枠利用者への同意書取得を決定(令和4年度入学者から)
令和5年度	国「医師偏在指標」公表(予定)
令和6年度	静岡県医師確保計画(静岡県保健医療計画第7章第1節)改正 →新たな「医師少数区域」を令和6年度6年次以下から適用

【課題】

- ・現行の静岡県キャリア形成プログラムは、医師少数区域設定前に作成。
- ・医師少数区域への医師派遣大学以外の受入要望数未調整。

医師数等調査(R3.10)	定数 A	常勤医数 B	医師不足数 (A-B)※
賀茂	47	30	20
富士	210	182	31
中東遠	313	296	19

※病院・診療科ごとの不足数の和

7

「静岡県キャリア形成プログラム」の概要(3)

令和4年度第1回
静岡県医療対策協議会医師確保部会
協議事項2 配置調整について

<専門コース:128>

サブスペシャルティ領域	プログラム数
消化器病	11
循環器	12
呼吸器	11
血液	6
内分泌代謝科	9
糖尿病	9
腎臓	10
肝臓	8
アレルギー	3
感染症	2
老年病	3
神経内科	8
リウマチ	3
消化器内視鏡	7
がん薬物療法	2
消化器外科	4
呼吸器外科	4
心臓血管外科	4
小児外科	3
乳腺	3
内分泌外科	2
放射線診断	2
放射線治療	2
計	128

<基本コース、地域密着型コース:55>

基本領域	プログラム数
内科	9
小児科	3
皮膚科	1
精神科	3
外科	5
整形外科	3
産婦人科	1
眼科	1
耳鼻咽喉科	2
泌尿器科	2
脳神経外科	1
放射線科	2
麻酔科	3
病理	3
臨床検査	1
救急科	5
形成外科	1
リハビリテーション科	1
総合診療	8
計	55

【合計】
183プログラム

8

県立総合病院 救急科 プログラム

- 専門研修期間:3年
- 連携施設に医師少数区域なし

別紙1

静岡県キャリア形成プログラム(個別プログラム)

静岡県立総合病院救急科

<プログラム類型>
②基本コース(救急科)

<プログラム概要>
静岡県立総合病院救急科を基幹施設とする救急科キャリア形成プログラム。静岡県立総合病院救急科の専門研修プログラムで救急専門医を取得。その後県内の日本救急医学会認定施設で研修し、静岡県の救急診療を支える人材育成を目的とする。

<取得できる資格>
日本救急医学会専門医

<現時点の受入見込数>
3人/年

<具体的なコース> ← うち、4年間を医師不足地域で勤務 →

初期研修 2年	後期(専門)研修 3年	後期(専門)研修後(県内病院勤務) 4年
県内病院	下記病院のうち、2か所以上に勤務	勤務する医療機関については、医師不足地域での勤務が4年間となるよう、県とプログラム設置機関とで協議し、県で指定します

<勤務する医療機関> ※医師少数区域は今年度策定する医師確保計画で決定

二次医療圏	後期(専門)研修	後期(専門)研修後
賀茂		上記のとおり
熱海伊東		
駿東田方		
富士		
静岡	静岡県立総合病院、静岡市立清水病院	
志太橋原	焼津市立総合病院	
中東遠		
西部		

浜松医科大学 形成外科 プログラム

- 専門研修期間:4年
- 医師少数区域に連携施設あり

別紙1

静岡県キャリア形成プログラム(個別プログラム)

<浜松医科大学医学部附属病院> 形成外科

<プログラム類型>
②基本コース

<プログラム概要>
形成外科専門医制度は、形成外科専門医として有すべき診断能力の水準と認定のプロセスを明示するものであり、専門研修プログラムは医師として必要な基本的診断能力(コアコンピテンシー)と形成外科領域の専門的能力、社会性、倫理性を備えた形成外科専門医を育成することを目的としています。
また、形成外科専門医は、形成外科領域における幅広い知識と確立した技術を習得することはもちろん、病状に即応するための研究マインドを養育し、社会と高い倫理性を備えた医師となり、標準的医療を安全に提供し国民の健康と福祉に貢献できるよう自己研鑽する使命があります。
上記目的と使命が達成できるように、専門研修プログラムでは基幹施設と連携施設の病院群で指導医のもとに研修が行われます。専門研修プログラムでは外科、先天異常、瘻管、瘻管・瘻管肉腫・ケロイド、難治性潰瘍、炎症・変性疾患、美容外科などについて研修することができます。
研修の一部には臨床系大学院を積み入れることもできます。また、Subspecialty領域専門医の研修計画をすることもできるよう配慮しています。更に、専門研修プログラムでは医師としての幅を広げられるよう、臨床現場から見つけ出した原稿の研究発表、倫理的な承認、統計学的な評価、論文にまとめ発表する能力の育成を行います。専門研修プログラム終了後には専門知識と設備技術を得られ、他の診療科とのチーム医療を実践できる能力を備えるとともに社会性と高い倫理性を持った形成外科専門医となります。

<取得できる資格>
日本専門医機構形成外科専門医
そのほか以下のSubspecialty領域の専門医のいずれかを取得することが望まれる。
親指のSubspecialty領域の専門医
・日本形成外科学会認定の皮膚腫瘍外科特定分野指導医
・小児形成外科分野指導医
・日本新外科学会認定の新外科指導医
・日本皮膚病学会認定の難治性潰瘍外科専門医
・日本整形外科学会認定の熱傷専門医
・日本手外科学会認定の手外科専門医
・日本美容外科学会(JSAPS)認定の美容外科専門医

<現時点の受入見込数>
6人

<具体的なコース> ← うち、4年間を医師不足地域で勤務 →

初期研修 2年	後期(専門)研修 3年	後期(専門)研修後(県内病院勤務) 3~5年
県内病院	下記施設にて研修	下記施設にて研修

<勤務する医療機関> ※医師少数区域は今年度策定する医師確保計画で決定

二次医療圏	後期(専門)研修	後期(専門)研修後
賀茂		
熱海伊東		
駿東田方	浜松医科大学静岡病院、静岡がんセンター	浜松医科大学静岡病院、静岡がんセンター
富士	静岡県立こども病院、静岡市立静岡病院、静岡赤十字病院	静岡県立こども病院、静岡市立静岡病院、静岡赤十字病院
静岡	静岡県立こども病院、静岡市立静岡病院、静岡赤十字病院	静岡県立こども病院、静岡市立静岡病院、静岡赤十字病院
志太橋原	焼津市立総合病院、市立島田市立病院	焼津市立総合病院、市立島田市立病院
中東遠	藤田市立総合病院	藤田市立総合病院
西部	浜松労災病院、浜松赤十字病院、浜松医療センター、遠州総合病院、浜松医科大学病院	浜松労災病院、浜松赤十字病院、浜松医療センター、遠州総合病院、浜松医科大学病院

先行検証まとめ

課題	対応
<ul style="list-style-type: none"> ・医師少数区域を含んでいないプログラムがある。 ※現行プログラムは医師少数区域が公表される以前に策定 	<ul style="list-style-type: none"> ・連携(認定)施設に加えることができるか検証。
<ul style="list-style-type: none"> ・他の勤務との関係上、医師少数区域等の病院の受入れ可能人数を超える可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・何らかの対応を検討 →医師少数スポットの追加 →医師少数区域の他の病院を追加できるか検証 →特定診療科の指定
<ul style="list-style-type: none"> ・専門研修修了後、医師少数区域の勤務で専門医資格を維持できるか未検証。 	<ul style="list-style-type: none"> ・各プログラムリーダーを通じて、学会に確認。

<今後の検証>

○以下の実施主体ごとに検証を行い、3月の第4回医師確保部会にて、検証結果を報告。

実施主体	検証プログラム	プログラム数
静岡社会健康医学大学院大学	静岡県立病院機構基幹プログラム	29
浜松医科大学	浜松医科大学基幹プログラム	41

11

県内の医師偏在の状況

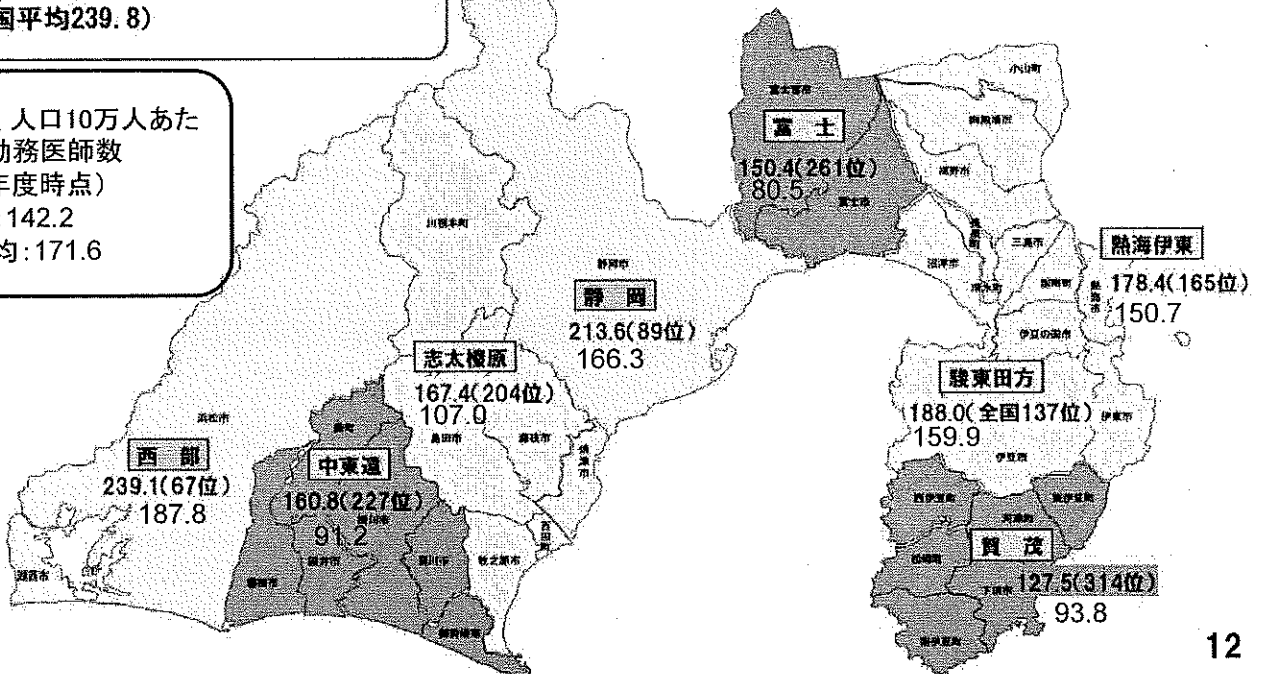
医師偏在指標：人口当たり医師数のほか、医師の年齢構成や患者の流出入の状況等も踏まえた医師の多寡を全国ベースで現す指標として国が公表

静岡県：全国第39位の「医師少数県」
医師偏在指標194.5
(全国平均239.8)

青字は、人口10万人あたり病院勤務医師数
(2020年度時点)
静岡県：142.2
全国平均：171.6

二次医療圏別(全国335二次医療圏中)

- 医師多数区域(上位33.3%) [西部、静岡]
- 中位 (中位33.3%) [駿東田方、熱海伊東、志太榛原]
- 医師少数区域(下位33.3%) [中東遠、富士、賀茂]



12

医師少数スポットについて

設定の考え方

厚労省「医師確保計画策定ガイドライン」

○ 医師確保計画は、二次医療圏ごとに設定された医師少数区域及び医師少数都道府県の医師の確保を重点的に推進するものであるが、実際の医師偏在対策の実施に当たっては、より細かい地域の医療ニーズに応じた対策も必要となる場合がある。このため、都道府県においては、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位の地域での施策を検討することができるものとし、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に取り扱うことができるものとする。

<医師少数スポットのメリット>

(1) 厚生労働省「医師少数区域経験認定医師制度」の認定対象となること

・医師少数区域等(スポットを含む)に所在する病院等で6ヶ月以上勤務し、診療や保健指導等に従事した医師を厚生労働大臣が認定。

→令和2年度以降に臨床研修を開始した者は、認定を受けることで、地域医療支援病院の管理者資格が付与。

(2) 医師少数区域等での勤務義務期間への通算

・キャリア形成プログラムで義務としている「医師少数区域等での4年間の勤務」への通算や、一般枠の配置方針「AB病院」における「B病院」としての配置など医師少数区域と同様に取り扱うことができる。

13

医師少数スポット設定（本県）

<第8次静岡県保健医療計画中間見直し>（令和3年度第2回医師確保部会承認事項）

エ 医師少数スポットの設定

○本県においては、浜松市天竜区を医師少数区域と同様に取り扱うことができる医師少数スポットに設定します。

○設定にあたっては、「当該地域において、医師確保の方策について調整を行ってもなお、医師の確保が困難な場合」であって、以下の指標の内、①～④について、県内の医師少数区域の中で、医師偏在指標の順位が一番高い2次保健医療圏の値を下回る範囲（市町単位。政令市は区単位）、かつ、⑤において「30分以上」要する場合を目安とし、総合的に勘案し設定します。

（指標）

- ① 人口10万人あたり医師数
- ② 100km²あたり医療機関数
- ③ 1km²あたり病床数
- ④ 人口10万人あたり看護師数
- ⑤ 市町に立地する二次救急病院から近隣二次救急病院までのアクセス

14

医師少数スポット検討経緯 1

令和3年度第1回医師確保部会
協議3「静岡県医師確保計画における医師少数スポットの設定について」(抜粋)

1 要旨

令和元年度に策定した医師確保計画では、医師少数区域以外の地域で局所的に医師が少ない「医師少数スポット」の設定は見送ったが、今年度の医療計画の中間見直しに併せて、策定時からの状況の変化等も踏まえて、医師少数スポットを設定したい。

【現行計画(抜粋)】2 医師確保の方針 (3) 医師少数スポットウ 本県での対応

○今回は、医師少数スポットの設定は見送りますが、計画策定後に、医療提供が難しい状況になるなど環境の変化があった場合には、対象地域における医療提供状況や移動支援の状況等を鑑み、例えば、本人のキャリア形成も考慮しつつ、地域枠を含む医学修学研修資金利用者の派遣も行うことなど、その地域の医療提供体制の確保に努めます。

15

医師少数スポット検討経緯 2

令和3年度第1回医師確保部会
協議3「静岡県医師確保計画における医師少数スポットの設定について」(抜粋)

2 設定の背景

・厚生労働省の設定した医師偏在指標では、全国335の2次医療圏の上位1/3を「医師多数区域」、下位1/3を「医師少数区域」と定義し、医師確保の支援は主に医師少数区域を対象としている。一方で、医師多数区域では、医師確保は区域内で対応することを原則としている。

・令和元年度の計画策定後、医師多数区域内に所在する佐久間病院では常勤医の確保を目指していたが、非常勤医の確保にとどまっておき、また医師の体調不良に伴う人員減でも代替医師の確保が困難であった。こうした事態に対して、他区域からの応援に頼らざるを得なかった。

・法改正により地域医療支援病院の管理者要件として、新たに「医師少数区域等での勤務経験」が求められることとなり、当該地域に勤務する医師の確保や誘導が図られることになった。

16

国ワーキンググループ検討状況

見直しの方向性

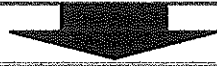
第8回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG(厚生省)

これまでにも本ワーキンググループに提示した論点

- 医師少数スポットについては、現在のガイドラインでは、「二次医療圏より小さい単位での地域」との記載のみで具体的な設定区域の記載がない。局所的に医師が少ない地域として定めるとの趣旨を踏まえ、原則として市区町村単位で設定することとしてはどうか。また、へき地や離島等においては、必要に応じて市区町村よりも小さい地区単位の設定も可能とすることとしてはどうか。あわせて、医師少数スポットを市区町村単位で設定しない場合、医師確保計画に設定の理由を明記することとしてはどうか。
- 医師確保計画を策定する際は、これまで設定していた医師少数スポットについて、医師確保の状況等を踏まえ、設定箇所の見直しを行うこととしてはどうか。

これまでにも本ワーキングでいただいた主なご意見

- 医師少数スポットの設定について、都道府県が任意の基準で設定しているため、一定の設定基準が必要ではないか。
- 市町村単位で設定することは賛成だが、人口の少ない市町村では、医師1人の配置により大きく人口対医師数に変動するため、設定基準を策定する場合は留意が必要である。



見直しの方向性

- 医師少数スポットは、原則として市区町村単位で設定し、へき地や離島等においては、必要に応じて市区町村よりも小さい地区単位の設定も可能とし、医師少数スポットの設定の理由を医師確保計画に明記することにする。
- 都道府県の医師少数スポットに対する施策により、どの程度医師が確保されているか現状を把握できていないため、現時点では一定の基準の設定は困難であるが、今年度から厚生労働省において、医師少数スポット等の医師確保の実態について把握することとしており、結果を分析することにより設定基準を検討してはどうか。

17

医師少数スポット設定状況(1)

令和4年度第2回
静岡県医療対策協議会医師確保部会
資料2-1「地域枠と静岡県キャリア形成プログラムについて」

都道府県名	人口10万人あたり 医師数 (病院勤務医師数)	二次 医療圏数	少数 区域	医師少数スポット
1 高知県	249.7	4	2	土佐市、香南市、香美市、本山町、大豊町、土佐町、大川村、いの町、仁淀川町、佐川町、越知町、日高村、室戸市、安芸市、東洋町、奈半利町、田野町、安田町、馬路村、北川村、芸西村
2 徳島県	235	3	1	勝浦町、上勝町、那賀町、美波町、牟岐町、海陽町、阿南市伊島町
3 京都府	230.8	6	2	舞鶴市、綾部市、福知山市、南丹市、京丹波町
4 岡山県	228.4	5	2	
5 石川県	216.2	4	1	
6 鳥取県	215.8	3	0	鳥取市(佐治町)、岩美町、若桜町、智頭町、三朝町、南部町、大山町、日南町、日野町、江府町
7 長崎県	215.8	8	1	
8 福岡県	214.7	13	1	北九州市(藍島)、宗像市(大島)、新宮町(相島)、福岡市(玄界島)、東峰村(小石原地域、鼓地域)、八女市(矢部地域、迎春地域)
9 島根県	209.1	7	4	松江市(島根、美保関、八雲、本庄、大野、秋鹿、八束)、安来市(比田(西比田)、奥田原、西谷、井尻、赤屋、十神、広瀬)、出雲市(上津、稗原、朝山、乙立、北浜、檜山、窪田、多伎、日御碕、鶴鷺)、浜田市(美川、大麻、雲城、波佐・小国、今市、杵束、岡見、浜田、石見)、江津市(川越、川戸、市山、有福温泉、跡市、二宮、松平、浅利、都治、波積、渡津、郷田)
10 東京都	206.8	13	3	

18

医師少数スポット設定状況(1)

令和4年度第2回
静岡県医療対策協議会医師確保部会
資料2-1「地域枠と静岡県キャリア形成プログラムについて」

都道府県名	人口10万人あたり 医師数 (病院勤務医師数)	二次 医療圏数	少数 区域	医師少数スポット
11 熊本県	204.6	10	2	山都町(滝上、東竹原、緑川、井無田)、阿蘇市(黒川、波野)、小国町(宮原)、産山村(山鹿)、八代市(泉町下岳、泉町椎原)、水俣市(久木野)、芦北町(吉尾)、上天草市(龍ヶ岳町高戸、大矢野町湯島、松島町教良木)、天草市(河浦町白木河内、牛深町、御所浦町横浦)
12 大分県	198.4	6	2	国東市、杵築市、姫島村、大分市(旧佐賀関町)、臼杵市、津久見市
13 佐賀県	196.9	5	2	
14 香川県	196.4	3	1	大川圏域、三豊圏域
15 和歌山県	195.8	7	2	紀美野町(旧野上町、旧美里町)、紀の川市(旧桃山町、旧粉河町)、橋本市(旧橋本市)、かつらぎ町、高野町、御坊市、日高川町(旧美山村)、田辺市(旧田辺市、旧龍神村、旧大塔村)、みなべ町(旧南部川村)、白浜町(旧日置川町)、すさみ町
16 鹿児島県	194.9	9	3	三島村(黒島、硫黄島、竹島)、十島村(口之島、中之島、平島、諏訪之瀬島、悪石島、小宝島、宝島)、薩摩川内市(上甕島、中甕島、下甕島)、瀬戸内町(加計呂麻島、請島、与路島)
17 奈良県	191.7	5	0	宇陀市(菟田野・室生地域)、山添村、曾爾村、御杖村、五條市、吉野町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
18 富山県	189.6	4	0	

19

医師少数スポット設定状況(2)

令和4年度第2回
静岡県医療対策協議会医師確保部会
資料2-1「地域枠と静岡県キャリア形成プログラムについて」

都道府県名	人口10万人あたり 医師数 (病院勤務医師数)	二次 医療圏数	少数 区域	医師少数スポット
19 沖縄県	189.4	5	0	安田(国頭村)、辺戸名(国頭村)、塩屋(大宜味村)、平良(東村)、伊江、伊平屋、伊是名、津堅、久高、渡嘉敷、座間味、阿嘉、粟国、渡名喜、南大東、北大東、多良間、竹富、黒島、小浜、西表、波照間、与那国
20 大阪府	189.1	8	0	
21 福井県	187.8	4	3	
22 愛媛県	185.4	6	0	久万高原町、愛南町
23 北海道	184.7	21	10	
24 宮崎県	171.8	7	5	
25 山梨県	171.6	4	0	
26 山口県	171.2	8	3	岩国市(旧錦町、旧美和町)、美祢市、下関市(旧豊田町)
27 兵庫県	170.8	8	0	
28 秋田県	170.7	8	7	男鹿市、潟上市、八郎潟町、五城目町、井川町、大潟村
29 長野県	169.3	10	5	佐久市(旧望月町、旧浅科村)、小海町、川上村、南牧村、南相木村、北相木村、立科町、原村、安曇野市(旧穂高町、旧堀金村、旧明科町)、松本市(旧四賀村、旧奈川村、旧安曇村、旧梓川村)、塩尻市(旧檜川村)、麻績村、生坂村、山形村、朝日村、筑北村、大町市、白馬村、小谷村、長野市(旧信州新町、旧豊野町、旧戸隠村、旧鬼無里村、旧大岡村、旧中条村)、千曲市内(旧戸倉町)、信濃町、飯綱町、坂城町、高山村、小川村

20

医師少数スポット設定状況(3)

令和4年度第2回
静岡県医療対策協議会医師確保部会
資料2-1「地域特と静岡県キャリア
形成プログラムについて」

都道府県名	人口10万人あたり 医師数 (病院勤務医師数)	二次 医療圏数	少数 区域	医師少数スポット
30 広島県	167.5	7	0	安芸高田市(吉田町、美土里町、高宮町)、 安芸太田町(加計)、北広島町(芸北、大 朝)、廿日市市(吉和)、呉市(安芸灘)、三 原市(三原市北部)、尾道市(北部、瀬戸田、 百島)、世羅町、福山市(南部)、府中市(南 部、北部)、神石高原町、三次市(北部、中 部、東部)、庄原市(庄原、西城、口和、高 野、総領)
31 宮城県	167.4	4	3	塩竈市、山元町、大和町、大衡村
32 滋賀県	161.9	7	0	大津市(国民健康保険葛川診療所)、甲賀 市(田代、畑、甲賀市立信楽中央病院朝宮 出張診療所)、近江八幡市(沖島、近江八 幡市立沖島診療所)、東近江市(政所、東 近江市永源寺東部出張診療所)、米原市 (吉槻診療所、板並出張診療所)、長浜市 (中河内、椿坂、柳ヶ瀬、菅並、杉野、大見、 中之郷診療所、中之郷診療所今市出張診 療所、中之郷診療所上丹生出張診療所、に しあざい診療所・塩津出張診療所・菅浦出 張診療所、浅井東診療所)、高島市(上針 畑、下針畑、在原、高島市民病院朽木診療 所)
33 栃木県	160.9	6	3	
34 山形県	153.1	4	2	西村山地域、北村山地域、東南村山地域、 西置賜地域、東南置賜地域
35 群馬県	148.2	10	3	沼田市(旧利根村)、利根郡みなかみ町(旧 新治村)、多野郡上野村、神流町

21

医師少数スポット設定状況(4)

令和4年度第2回
静岡県医療対策協議会医師確保部会
資料2-1「地域特と静岡県キャリア
形成プログラムについて」

都道府県名	人口10万人あたり 医師数 (病院勤務医師数)	二次 医療圏数	少数 区域	医師少数スポット
36 三重県	145.5	4	1	いなべ市・東員町、菰野町、亀山市、津市 (白山町、美杉町)、伊賀市、名張市、松阪 市(飯南町、飯高町)、多気町、大台町、大 紀町、鳥羽市、志摩市、南伊勢町
37 愛知県	145.3	11	2	豊田市(旧藤岡町、旧小原村、旧足助町、 旧旭町、旧稲武町、旧下山村)、西尾市(佐 久島)、南知多町(篠島、日間賀島)
38 青森県	144.3	6	4	弘前市(弘前大学医学部附属病院を除く)、 黒石市、平川市、西目屋村、藤崎町、大鰐 町、田舎館村、板柳町 青森市、平内町、今別町、蓬田村、外ヶ浜 町
39 千葉県	143.3	9	1	
40 静岡県	142.2	8	3	浜松市天竜区
41 神奈川県	141.9	9	0	
42 岩手県	140.9	9	8	八幡平市(安代地区)、葛巻町、岩手町(川 口地区)
43 新潟県	140.1	7	6	
44 岐阜県	138.4	5	2	本巣市(根尾)、関市(板取、洞戸)、郡上市 (和良、石徹白、小那比、高鷲)、中津川市 (蛭川、川上)、恵那市(飯地、山岡)
45 福島県	133.8	6	3	
46 茨城県	131.9	9	6	
47 埼玉県	113.8	10	3	東松山市、滑川町、嵐山町、小川町、川島 町、吉見町、ときがわ町、東秩父村

医師少数スポット設定状況まとめ

【医師少数スポット設定都道府県】

29/47

(内 訳)

区分	設定状況
多数県	10/16
中位県	9/15
少数県	10/16

他県の医師少数スポット設定例(1)

令和4年度第2回
静岡県医師会協議会医師確保部会
資料2-1「地域性と静岡県予リ
ア形成プログラムについて」

【青森県】

○全6圏域中、4圏域が医師偏在指標において「医師少数区域」に該当。また、「医師書数区域」に該当していない残りの2圏域については、圏域内のすべての市町村を「医師少数スポット」に県が設定している。

圏域	医師少数区域/スポット
津軽地域	医師少数スポット設定 (圏域内すべての市町。ただし、弘前市の弘前大学医学部附属病院を除く)
八戸地域	医師少数区域
青森地域	医師少数スポット設定 (圏域内すべての市町)
西北五地域	医師少数区域
上十三地域	医師少数区域
下北地域	医師少数区域

＜青森県医師確保計画＞抜粋

本県においては、津軽・青森の2圏域は医師少数区域には設定されていませんが、両圏域に属する市町村別に算出した医師偏在指標を見ると、弘前市を除くすべての市町村において医師が充足しているとは言えない状況にあります。また、弘前市においても、医師の多くは弘前大学医学部附属病院に在籍しており、同市内の他の医療機関では他の市町村と同様、医師が不足しています。今後これらの地域の医師が減少すると、二次救急など地域医療の維持に大きな影響を及ぼすおそれがあることから、弘前大学医学部附属病院を除く、以下の市町村を医師少数スポットに指定します。

他県の医師少数スポット設定例(2)

令和4年度第2回
静岡県医療対策協議会医師確保部会
資料2-1「地域科と静岡県キャリア
ア形成プログラムについて」

【熊本県】

○医師偏在指標等は算出過程が不明確かつ地域の実情が全く反映されていないという理由から、あくまでも参考値として取り扱い、地域の実情に応じた医師確保対策を実施することとしている。

圏域	医師少数区域/スポット
熊本・上益城	医師少数スポット設定(圏域内、一部市町)
宇城	医師少数区域
有明	—
鹿本	—
菊池	—
阿蘇	医師少数スポット設定(圏域内、一部市町)
八代	医師少数スポット設定(圏域内、一部市町)
芦北	医師少数スポット設定(圏域内、一部市町)
球磨	医師少数区域
天草	医師少数スポット設定(圏域内、一部市町)

医師少数スポット設定基準

(令和元年度第3回熊本県地域医療対策協議会 抜粋)

○医師少数スポットは次の(1)～(3)のいずれか1つ以上を満たす医療機関の周囲4km以内とする。

なお、熊本市内には県内の医師の約6割が集中し、へき地診療所(芳野診療所)があるものの、他の医療機関へのアクセスが困難とは言えないことから、スポット設定の対象外とする。

- (1)へき地拠点病院
- (2)へき地診療所(へき地保健医療対策等実施要綱に定めるへき地診療所)
- (3)他の二次救急病院までのアクセスに30分以上要する二次救急病院

25

他県の医師少数スポット設定例(3)

【秋田県】

○医師少数区域の人口10万人対医師数を基準として、スポット設定。

圏域	医師少数区域/スポット
大館・鹿角	医師少数区域
北秋田	医師少数区域
熊代・山本	医師少数区域
秋田周辺	医師少数スポット設定(秋田市を除く)
由利本荘・にかほ	医師少数区域
大仙・仙北	医師少数区域
横手	医師少数区域
湯沢・雄勝	医師少数区域

医師少数スポット設定基準

(秋田県医師確保計画 抜粋)

○医師多数区域である秋田周辺医療圏内に位置する男鹿市、潟上市、八郎潟町、五城目町、井川町、大潟町において、各市町村ごとの人口10万人対医師数は、県内の医師少数区域と人口10万人対医師数(医療施設従事医師数)が、県内の医師少数区域と同等又はそれを下回っている状況にあり、かつ医療救急医療機関等が集中する秋田市内まで一定の距離を有していることから、これらの地域を医師少数スポットとします。

医師多数区域の「秋田周辺」圏域内で、医師少数区域の人口10万人対医師数(医療施設従事医師数)が、同等又は下回る市町村をスポット設定。

(男鹿市、潟上市、八郎潟町、五城目町、井川町、大潟村)

26

人口10万人当たり病院勤務医師数（少数区域）

圏域・市町	病院勤務医数	病院
22 静岡県	142.2	—
賀茂圏域	93.8	—
下田市	87.2	下田メディカルセンター(伊豆今井浜病院26分)
東伊豆町	104.6	—
河津町	193.0	伊豆今井浜病院(伊豆東部総合病院11分)
南伊豆町	51.5	—
松崎町	0.0	—
西伊豆町	127.2	西伊豆健育会病院(下田メディカルセンター42分)
中東遠圏域	91.2	—
磐田市	118.7	磐田市立総合病院(森町病院19分)
掛川市	133.9	中東遠総合医療センター(菊川市立総合病院18分)
袋井市	13.8	聖隷袋井市民病院(磐田市立総合病院14分)
御前崎市	68.3	市立御前崎総合病院(菊川市立総合病院18分)
菊川市	61.2	菊川市立総合病院(市立御前崎病院18分)
森町	57.4	公立森町病院(磐田市立総合病院19分)
富士圏域	80.5	—
富士宮市	72.1	富士宮市立病院(富士脳障害研附属病院15分)
富士市	84.8	富士市立中央病院(聖隷富士病院7分)、共立蒲原病院(川村病院15分)、鷹岡病院(富士脳障害研附属病院6分)

27

人口10万人当たり病院勤務医師数（中位区域1）

圏域・市町	病院勤務医数	病院
駿東田方圏域	159.9	—
沼津市	106.2	沼津市立病院(西島病院14分)、沼津中央病院(静岡医療センター5分)
三島市	55.8	三島総合病院(三島中央病院15分)
御殿場市	73.8	フジ虎ノ門整形外科病院(有隣厚生会東部病院4分)
裾野市	21.6	裾野赤十字病院(三島中央病院22分)
伊豆市	90.8	伊豆赤十字病院(伊豆保健医療センター12分)、中伊豆温泉病院(伊豆赤十字病院8分)
伊豆の国市	589.7	伊豆医療福祉センター(伊豆保健医療センター10分)、順天堂静岡病院(伊豆保健医療センター8分)
函南町	92.7	NTT東日本伊豆病院(三島総合病院11分)
清水町	271.0	静岡医療センター(岡村記念病院4分)
長泉町	573.7	静岡がんセンター(西島病院14分)
小山町	98.6	—

※黄色網掛けは、賀茂圏域の数値を下回る市町

28

人口10万人当たり病院勤務医師数（中位区域2）

圏域・市町	病院勤務医数	病院
熱海伊東圏域	150.7	—
熱海市	278.8	国際医療福祉大学熱海病院(熱海所病院9分)
伊東市	80.4	伊東市民病院(あたま第一病院25分)
志太榛原圏域	107.0	—
島田市	95.3	島田市立総合医療センター(藤枝市立総合病院14分)
焼津市	118.9	焼津市立総合病院(甲賀病院14分)、甲賀病院(焼津市立総合病院14分)
藤枝市	141.6	藤枝市立総合病院(島田総合医療センター14分)
牧之原市	60.1	榛原総合病院(焼津市立総合病院28分)
吉田町	13.9	—
川根本町	0.0	—

※黄色網掛けは、賀茂圏域の数値を下回る市町

29

人口10万人当たり病院勤務医師数（多数区域1）

圏域・市町	病院勤務医数	病院
西部圏域	187.8	—
浜松市中区	244.9	浜松医療センター(遠州病院12分)、浜松市リハビリテーション病院(浜松医療センター14分)、遠州病院(浜松労災病院9分)、聖隷浜松病院(遠州病院10分)、神経科浜松病院(浜松医療センター5分)
浜松市東区	442.7	浜松医科大学附属病院(遠州病院21分)、浜松労災病院(聖隷浜松病院12分)
浜松市西区	25.0	—
浜松市南区	54.0	—
浜松市北区	229.0	聖隷三方原病院(浜松医科大学附属病院18分)、引佐赤十字病院(聖隷三方原病院12分)
浜松市浜北区	117.5	浜松赤十字病院(天竜病院14分)、天竜病院(浜松赤十字病院15分)
浜松市天竜区	26.3	佐久間病院(天竜病院55分)
湖西市	50.0	市立湖西病院(豊橋医療センター28分)

※黄色網掛けは、賀茂圏域の数値を下回る市町

30

人口10万人当たり病院勤務医数（多数区域2）

圏域・市町	病院勤務医数	病院
静岡圏域	166.3	—
静岡市葵区	340.4	こころの医療センター(静岡厚生病院11分)、県立こども病院(県立総合病院11分)、県立総合病院(静岡厚生病院10分)、静岡市立静岡病院(静岡赤十字病院2分)、静岡赤十字病院(静岡市立静岡病院3分)、静岡厚生病院(静岡赤十字病院4分)
静岡市駿河区	80.4	静岡済生会病院(静岡赤十字病院10分)
静岡市清水区	56.7	静岡市立清水病院(桜ヶ丘病院9分)、清水厚生病院(桜ヶ丘病院15分)、清水駿府病院(静岡市立清水病院3分)

※黄色網掛けは、賀茂圏域の数値を下回る市町

31

国「運用指針」について

対象医療機関等

オ 臨床研修修了後の対象医療機関等については、コースごとに例えば、規模別、地域別等の種別に応じて医療機関群を設定し(例 I 群:特定機能病院等、II 群:地域医療支援病院等の地域の中核病院、III 群:へき地診療所等の医療機関)、対象期間を通じて異なる医療機関群に属する医療機関においてそれぞれ就業することとなるよう設定する等の対応が考えられる。

ただし、診療領域によっては、(例えば放射線科など、)都道府県内で一定数の医師を確保する必要がある一方、養成に当たって継続的に一定規模以上の中核病院等で経験を積む必要があり、地域診療に従事することを必ずしも必要とするものではないものもあるため、診療領域の特性に応じた柔軟な対応を行うこととする。

32

特例措置内容

令和4年度第2回
静岡県医師会協議会医師確保部会
資料2-1「地域性と静岡県キャリア
形成プログラムについて」

区分	内容	対象
特例あり【18】	特定診療科に限り、医師少数区域等での勤務を免除(個別判断する場合を含む)	北海道、岩手県、宮城県、埼玉県、千葉県、新潟県、長野県、滋賀県、和歌山県、鳥取県、広島県、山口県、香川県、高知県、愛媛県
	非常勤・遠隔診療可	山形県、三重県、徳島県
特例なし【21】	いずれの診療科も医師少数区域等で一定期間の勤務を義務としている	秋田県、石川県、愛知県、岐阜県、京都府、島根県、岡山県、熊本県、大分県、宮崎県、長崎県
	県内全域で医師が不足しているため、医師少数区域に限定していない	福島県
	医師少数区域・スポットがないため考慮する必要がない	神奈川県、兵庫県
	対象を特定診療科に限定し、その上で医師少数区域等での勤務を義務としている	富山県、大阪府、沖縄県
	対象を特定診療科に限定し、医師少数区域等での勤務を義務としていない(地域ではなく診療科に係る義務)	東京都、奈良県、福岡県、佐賀県
検討中【7】		青森県、茨城県、栃木県、群馬県、福井県、山梨県、鹿児島県

特例措置の対象となる特定診療科

令和4年度第2回
静岡県医師会協議会医師確保部会
資料2-1「地域性と静岡県キャリア
形成プログラムについて」

	北海道	岩手	山形	宮城	埼玉	千葉	新潟	長野	三重	鳥取	広島	徳島	香川	愛媛	高知
産婦人科(10)	○	○			○	○		○	○	○	○		○		○
救急科(7)	○	○			○	○	○			○			○	○	
病理診断科(5)			○			○			○		○	○			
小児科(4)					○	○	○			○					
放射線科(4)			○			○						○			○
精神科(4)				○					○	○				○	
外科(2)									○				○		
内科(2)									○	○					
心臓血管外科(2)			○												○
総合診療科(1)										○					
脳神経外科(1)									○						
呼吸器内科(1)														○	
臨床検査科(1)						○									
血液内科(1)															○
皮膚科、整形外科、耳鼻咽喉科、麻酔科、リハビリテーション科、整形外科(1)									○						

基本19領域の内、「眼科」「泌尿器科」「形成外科」については、特定診療科としている都道府県はない。

診療科別医師不足数 (R4.4医師数等調査)

圏域 (病院数)	内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	腎臓内科	神経内科	糖尿病内科(代謝内科)	血液内科	皮膚科	感染症内科	リウマチ科	小児科	精神科	心療内科	外科	呼吸器外科	心臓血管外科	乳腺外科	消化器外科	泌尿器科	脳神経外科	整形外科	形成外科	美容外科	眼科	耳鼻いんこう科	小児外科	産婦人科	産科	婦人科	リハビリ科	放射線科	麻酔科	病理診断科	臨床検査科	救急科	全科	その他	総計	
賀茂(3)	3		2	1				2				1								1	1	3	1	3	2			1	2		1								24	
熱海伊東(2)		2	6	3		2	1					1	3			1	1								1		4			2		2			2			2	2	36
駿東田方(12)	27	5	2	3	1	1		1	3	2	1	3	4	1	2	5	2	2	16	4	6	12	1	1	2		2		4	2	12	11	6	1	4			7	156	
富士(4)		2	2	1		2		1				1	1	2	1				2	3	2			2			1		1	1	1	2							28	
小計	30	9	12	8	1	5	1	1	6	2	1	5	8	2	4	7	3	2	16	7	12	18	2	1	7	3	0	7	0	6	7	13	16	6	1	6	0	9	244	
静岡(10)	35	1	6		2	7	5	5	3		1	18	5		6	5	4		2	7	4	5		5	13	1	10	1	1	3	8	13	4		6		6	6	192	
志太榛原(5)	15	7	6	4	1	6	1	4	2		1	1	4	2	10	2	2			1	8	4	2		2	2	8				5	12	2	1	5		1	121		
小計	50	8	12	4	3	13	6	9	5	0	2	19	9	2	16	7	6	0	2	8	12	9	2	0	7	15	1	18	1	1	3	13	25	6	1	11	0	7	313	
中東遠(6)	4			1	1	1		1			1	1			1	1	1	1	9		2	3			1	1				2	2	1		1			3	40		
西部(13)	15	2	3	6	1	6		1				9	6		6	2	1			5	8	7	2		8	7		11		1	4	12	11	5		10	2	6	157	
小計	19	2	3	7	2	7	0	1	1	0	1	10	6	0	7	3	2	1	9	5	10	10	2	0	9	8	0	12	0	1	4	14	13	6	0	11	2	9	197	
総計	99	19	27	19	6	25	7	11	12	2	4	34	23	4	27	17	11	3	27	20	34	37	6	1	23	26	1	37	1	8	14	40	54	18	2	28	2	25	754	

病床機能報告における定量的基準

「静岡方式」の導入

～病床機能選択の目安～

静岡県健康福祉部

医療局医療政策課

＜ 内 容 ＞

I 導入の背景

- ・ 病床機能報告制度の現状と課題
- ・ 厚生労働省からの要請

II 定量的基準「静岡方式」

- ・ 「静岡方式」について
- ・ 「静岡方式」による基準
- ・ 「静岡方式」の位置付けと取り扱い

III 「静岡方式」の適用結果（参考）

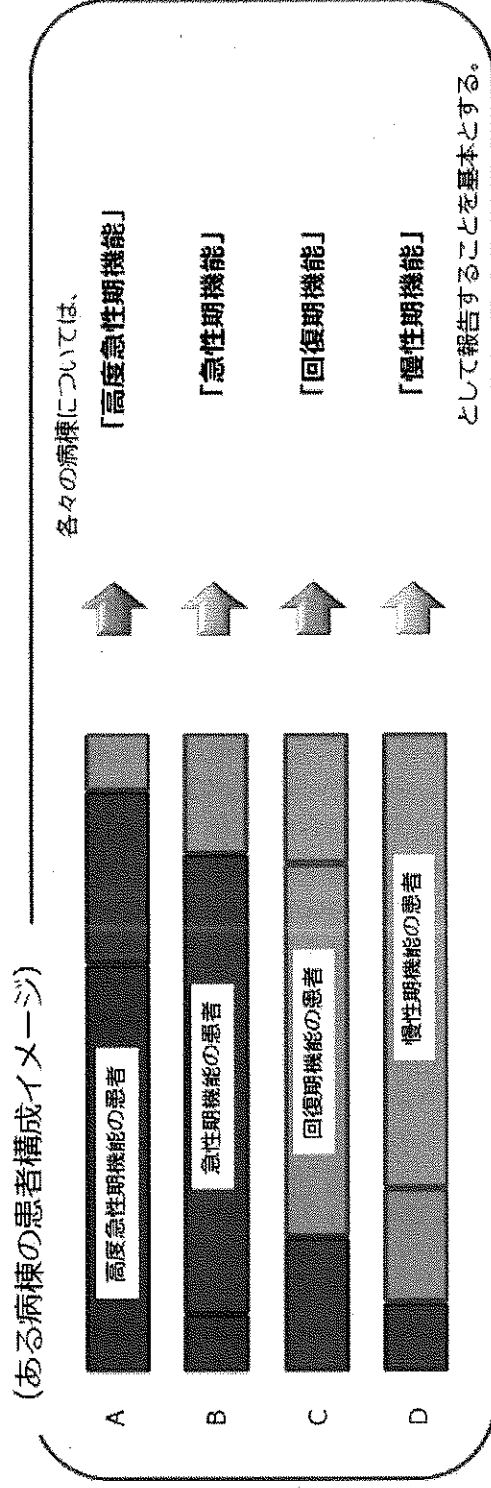
I 導入の背景

導入の背景 ～病床機能報告制度の現状と課題～

◆ 病床機能報告制度の現状と課題

- ・ 病床機能報告においては、病棟が担う医療機能をいずれか1つ選択して報告しますが、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、当該病棟で最も多くの割合を占める患者に相当する機能を報告することを基本としています。
- ・ 一方で、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能を区分する基準が不明瞭のため、現在報告されている内容の妥当性や実態の把握に課題があることが指摘されています。

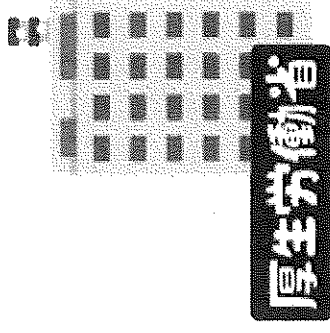
【参考】医療機能の選択における基本的な考え方（厚生労働省「病床機能報告マニュアル」より）



導入の背景 ～ 厚生労働省からの要請 ～

◆ 厚生労働省からの要請

- ・病床機能報告の課題や一部府県の取組を踏まえ、厚生労働省から各都道府県に対して、地域医療構想調整会議の議論を活性化する観点から、地域の実情に応じた定量的な基準の導入を求めめる通知が発出されています。



【参考】「地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入について」（平成30年8月16日）

付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）より

- ・病床機能報告に関しては、詳細な分析や検討が行われなまま、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているとの誤解させる事態が生じているという指摘がある。
- ・各都道府県においては、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、本年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたい。



静岡県においても、関係者の御意見を踏まえ、実情に応じた「定量的基準」を導入します

II 定量的基準「静岡方式」

定量的基準「静岡方式」について

<検討経緯>

- ・平成30年度に地域医療構想アドバイザーである小林利彦氏に作成を依頼
- ・令和3年度病床機能報告の報告内容の変更を受け、「静岡方式」の見直しを実施

<視点>


◆ 現場の病院事務職員の負担軽減

- ・日常診療で忙しい現場の関係者があまり労力を割かなくてもすむよう、極めてシンプルな定量的基準
- ・「特定入院料」「重症度、医療・看護必要度」「平均在棟日数」による区分

◆ 医療機能を選択する際の「目安」を提供

- ・医療機能の裁量的判断は許容することを前提

<機能区分の流れ>

- ① 特定入院料等からの区分（厚労省指針を大原則にして）

- ② 病院の「高度急性期＋急性期」グループから「高度急性期」を抽出

「静岡方式」の具体的な基準（病院）

【病院の基準】

① 特定入院料等からの区分

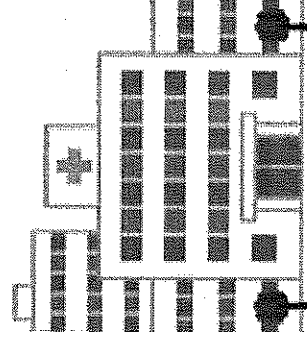
- ◆ 救命救急、ICU、HCU、SCU、PICU、NICU、MFICU、GCU、小児入院医療管理料1
→ 「高度急性期」
- ◆ 小児入院医療管理料2・3 → 「急性期」
- ◆ 急性期一般入院料4～6、地域一般入院料、小児入院医療管理料4・5、回復期リハ入院料、地域包括ケア入院料、緩和ケア入院料、特定一般病棟入院料 → 「回復期」
- ◆ 一般病棟特別入院基本料、療養病棟入院料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料
→ 「慢性期」



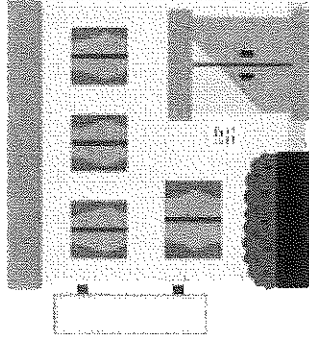
急性期一般入院料（1～3）、特定機能病院一般病棟7対1入院基本料、専門病院入院基本料について

② 「高度急性期」「急性期」の振り分け

- ◆ 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」及び「平均在棟日数」
 - ・ [I：40%以上 II：35%以上] かつ平均在棟日数11日未満 → 「高度急性期」
- ◆ 上記を満たさない病棟
(重症度、医療・看護必要度の記載のないものを含む) → 「急性期」



【有床診療所の基準】



① 入院基本料からの区分

- ◆ 有床診療所療養病床入院基本料 → 「慢性期」



② 「急性期」と「回復期（在宅医療等相当を含む）」の振り分け

- ◆ 年間の「手術」件数が100件以上 or 「放射線治療」あり or 「化学療法」件数が50件以上
→ 「急性期」
- ◆ 上記をひとつも満たさない診療所 → 「回復期（在宅医療等相当を含む）」

「静岡方式」における区分イメージ

医療機能	病院		有床診療所
	【特定入院料等による区分】	【重症度、医療・看護必要度】及び平均在棟日数による区分】	
高度急性期	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急 ICU・HCU・SCU PICU・NICU・MFICU・GCU 小児入院医療管理料1 	<p>＜急性期一般入院料1～3、特定機能病院一般病棟7対1入院基本料、専門病院入院基本料＞</p> <ul style="list-style-type: none"> 上記入院料のうち、「重症度、医療・看護必要度」が【I:40%以上, II:35%以上】かつ平均在棟日数11日未満 	<p>病院の一般病棟</p>
急性期	<ul style="list-style-type: none"> 小児入院医療管理料2・3 	<p>＜急性期一般入院料1～3、特定機能病院一般病棟7対1入院基本料、専門病院入院基本料＞</p> <ul style="list-style-type: none"> 上記入院料のうち、「高度急性期」の基準を満たさないもの 	<ul style="list-style-type: none"> 手術あり(年間100件以上) 放射線治療あり 化学療法あり(年間50件以上)
回復期	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料4～6 地域一般入院料 小児入院医療管理料4・5 回復期/病棟入院料 地域包括ケア病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料 	<p>—</p>	<p>上記、下記を1つも満たさない診療所</p>
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟特別入院基本料 療養病棟入院料 障害者施設等入院基本料 特殊疾患病棟入院料 	<p>—</p>	<ul style="list-style-type: none"> 有床診療所療養病床入院基本料

※「回復期」には地域医療構想の「在宅医療等」相当を含む。 ※区分は目安であり、医療機関の自主的判斷も尊重する。

「静岡方式」の位置付けと取り扱い

◆「静岡方式」の位置付け

- ・「静岡方式」については、病床機能報告制度の課題を踏まえ、より実態に近い内容となるよう努めるとともに調整会議の議論を活性化し、地域の実状を踏まえた医療機能の分化・連携を進めるための目安として活用します。

◆「静岡方式」の病床機能報告上の取り扱い

- ・基準はあくまで「目安」であり、病床機能の選択を強制するものではありません。
- ・各医療機関においては、これまでどおり自主的に病床機能を選択いただくことになります。

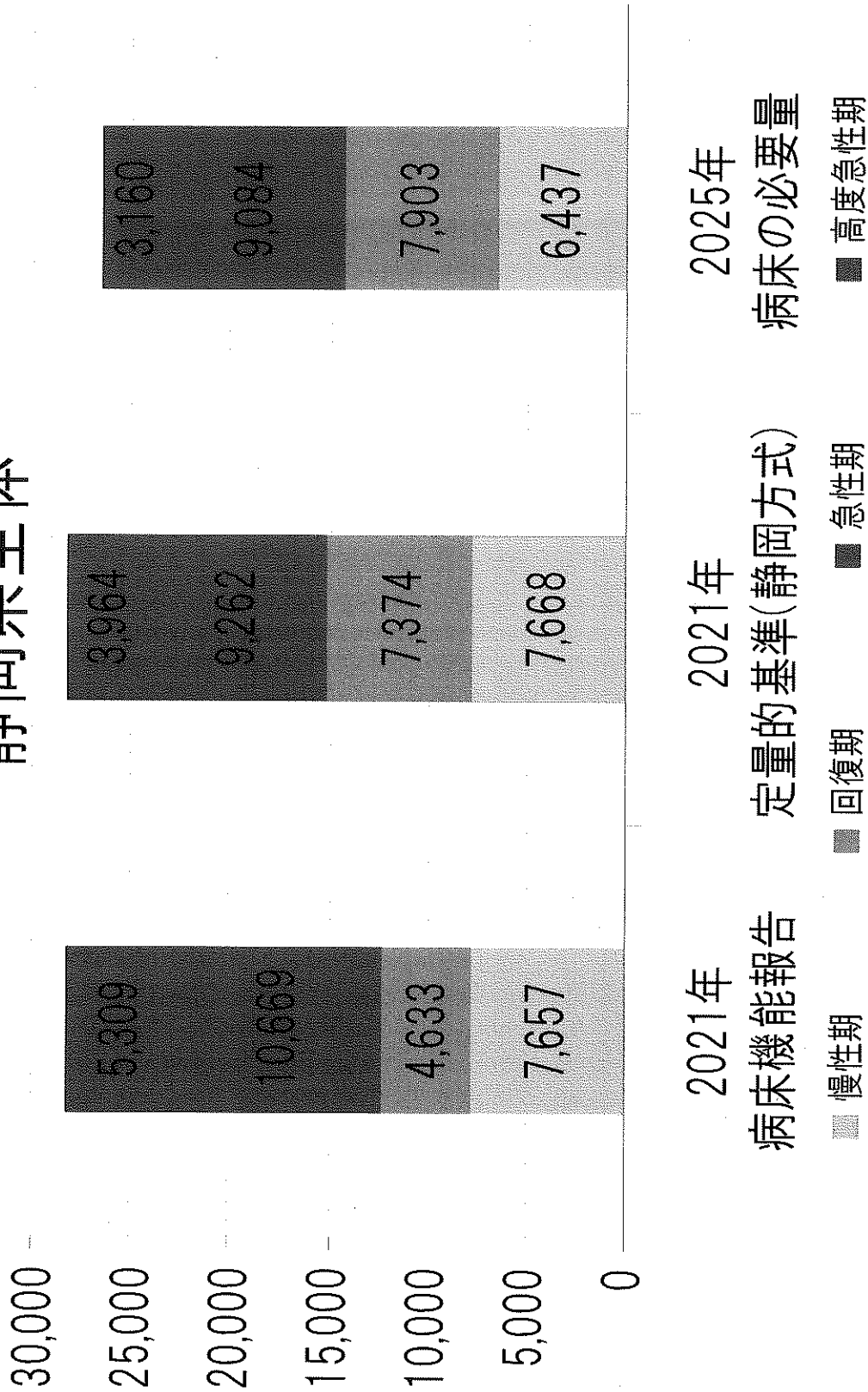
◆「静岡方式」適用後の病棟別データの取り扱い

- ・基準に沿った報告を求めるとはなないため、病棟別データの公表は行いません。
- ・なお、参考に自院の区分を知りたいなどといった場合には、個別にお問い合わせいただければ対応いたします。

Ⅲ 参考：「静岡方式」の適用結果

(最大使用病床数ベース)

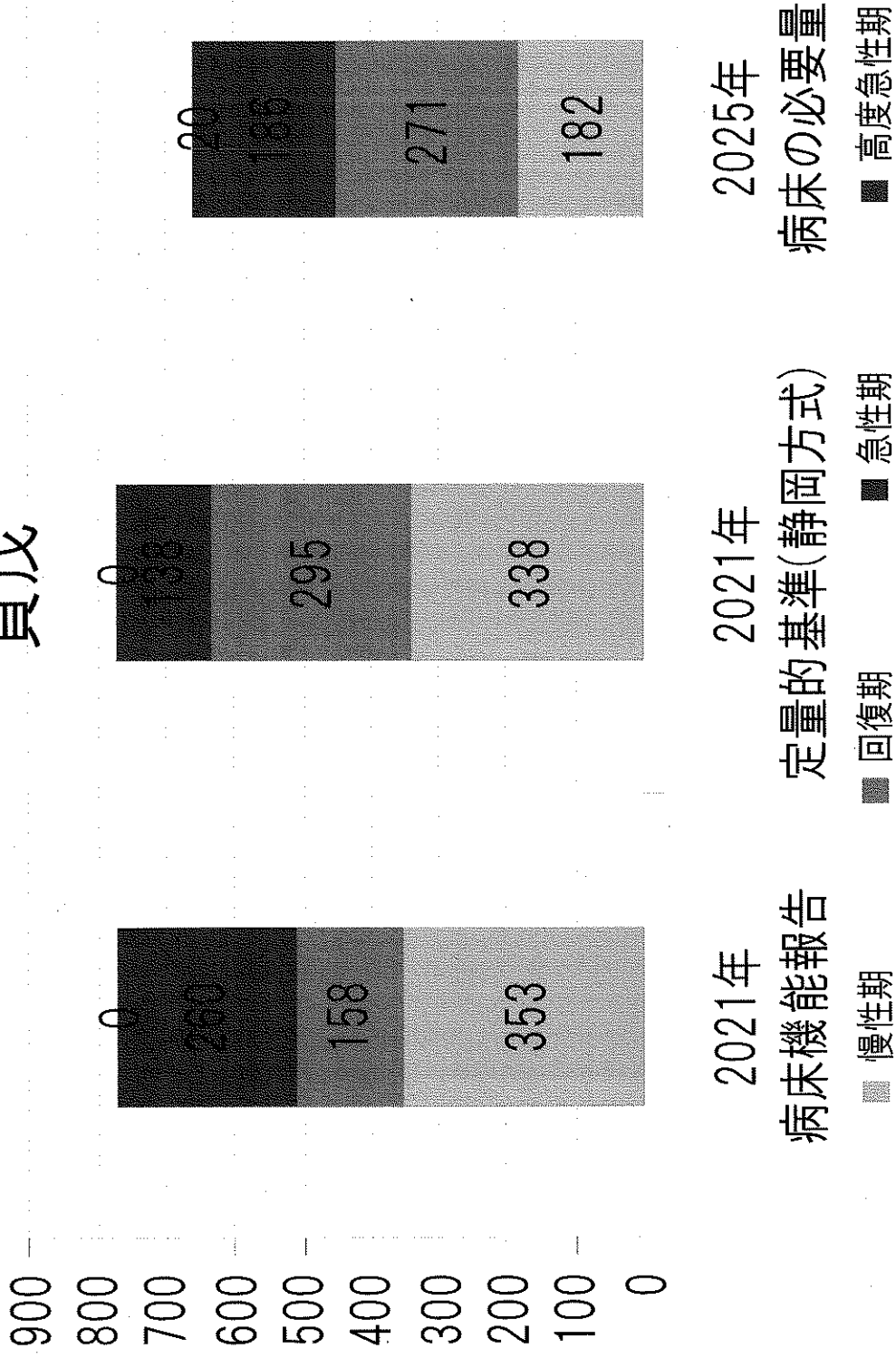
静岡県全体



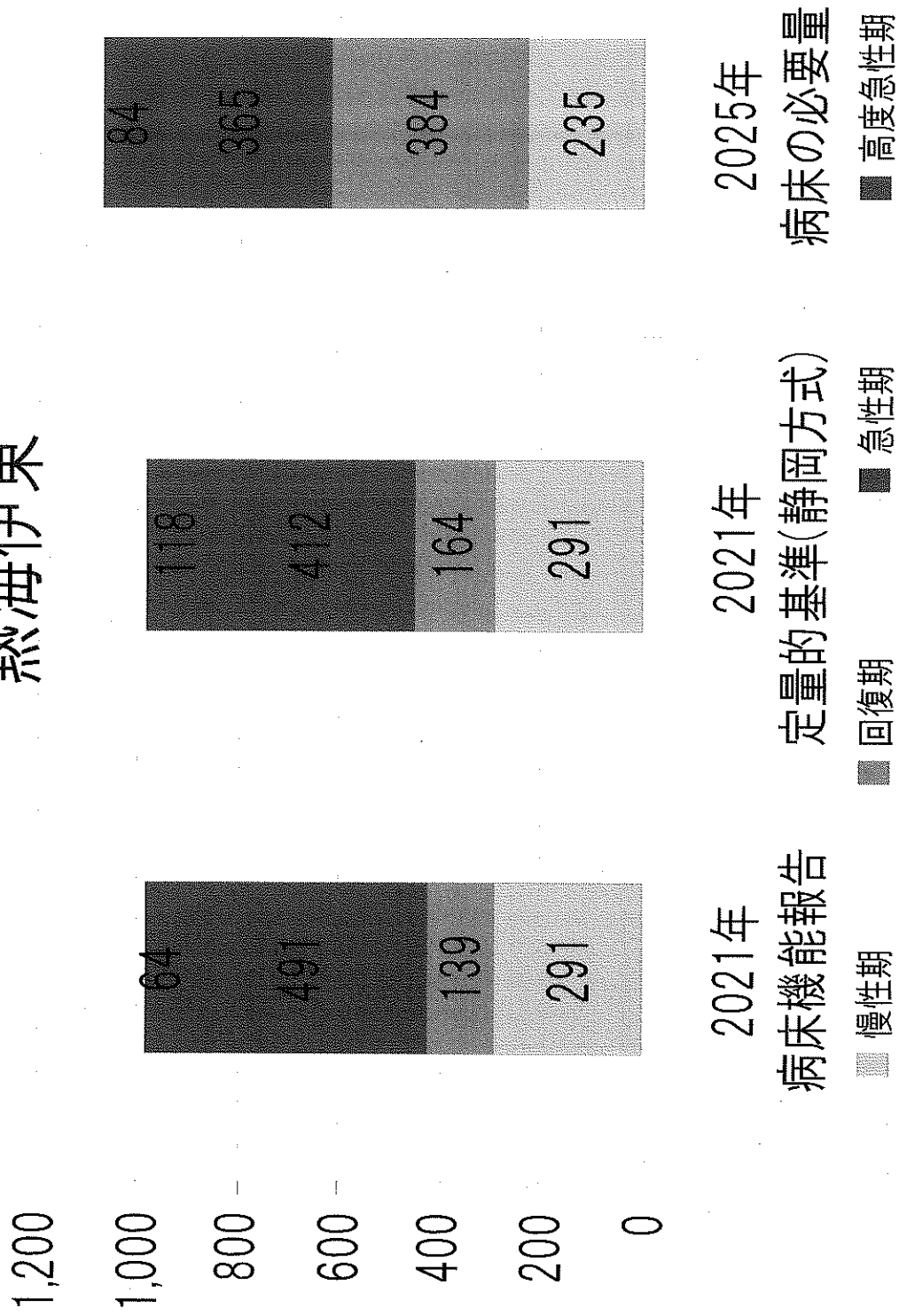
2021年 病床機能報告 2021年 定量的基準(静岡方式) 2025年 病床の必要量

慢性期 回復期 急性期 高度急性期

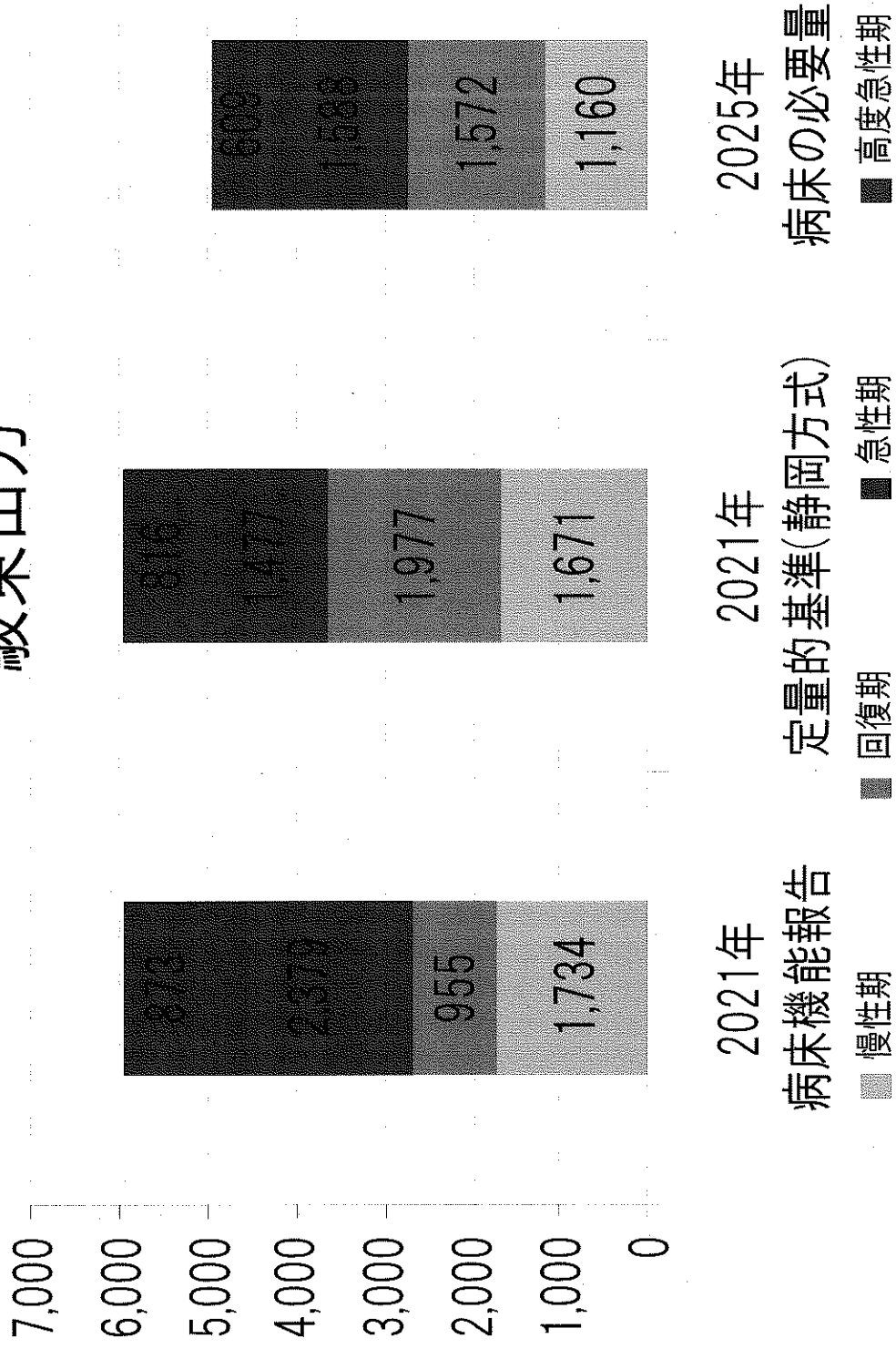
賀茂



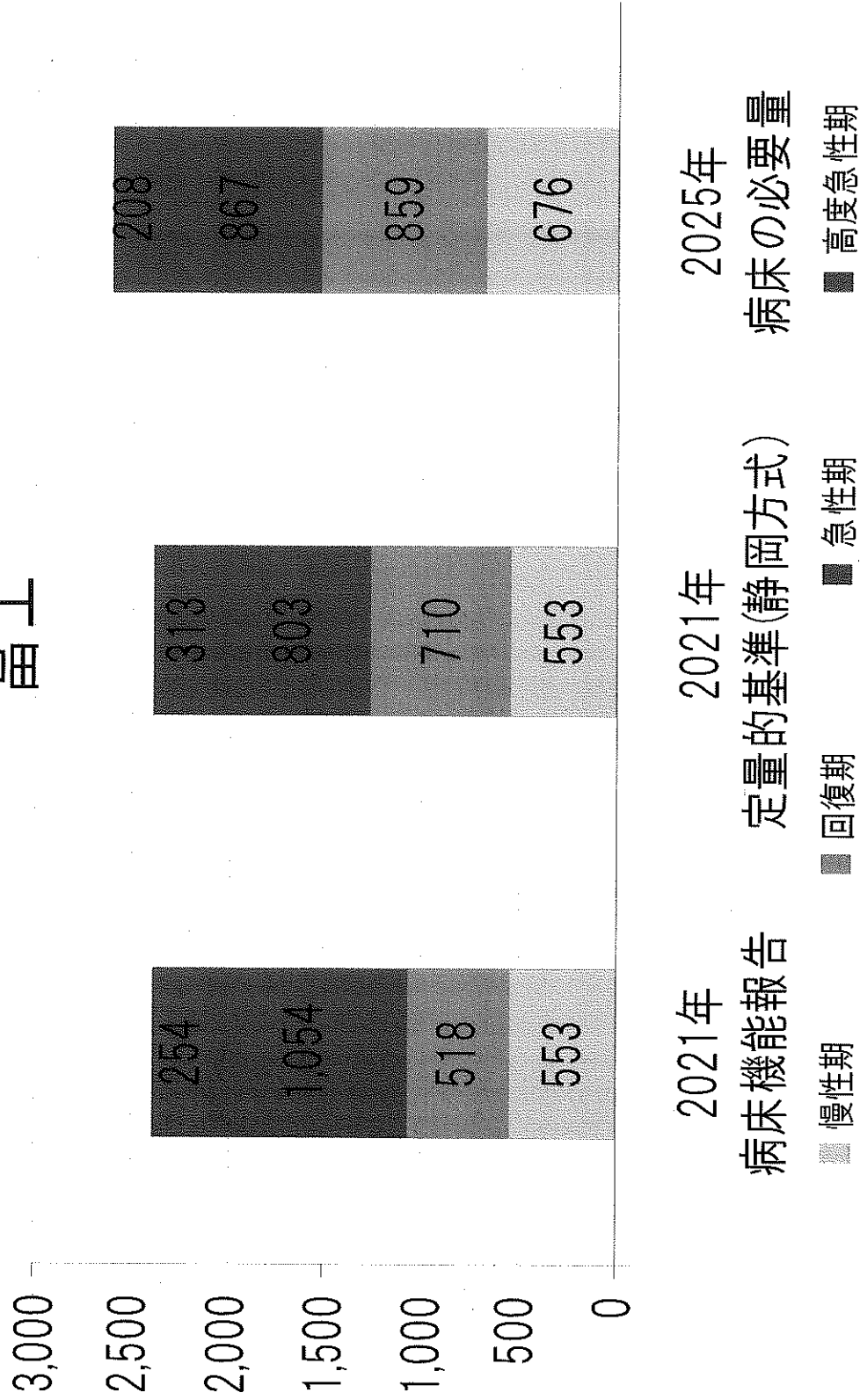
熱海伊東



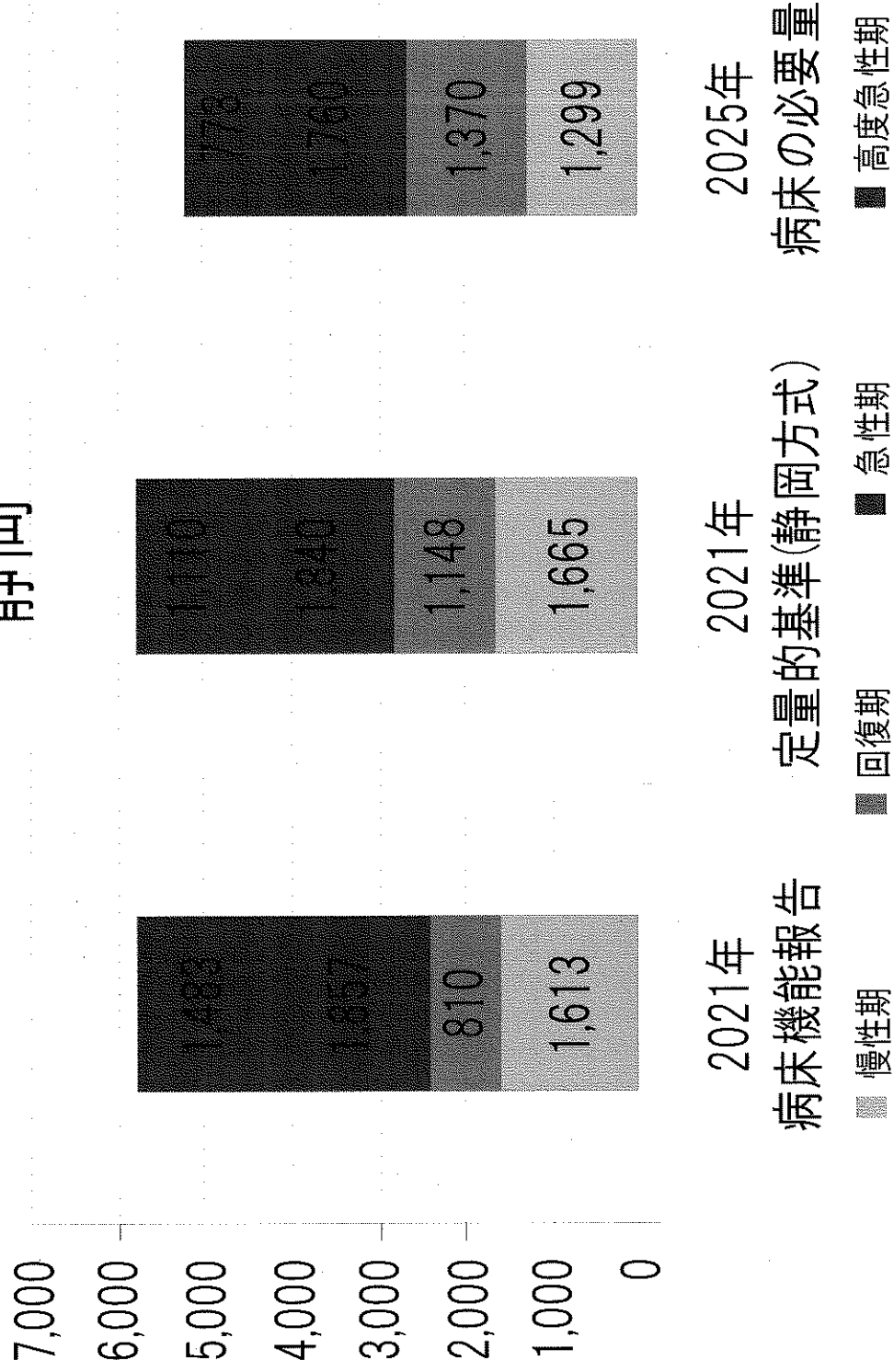
駿東田方



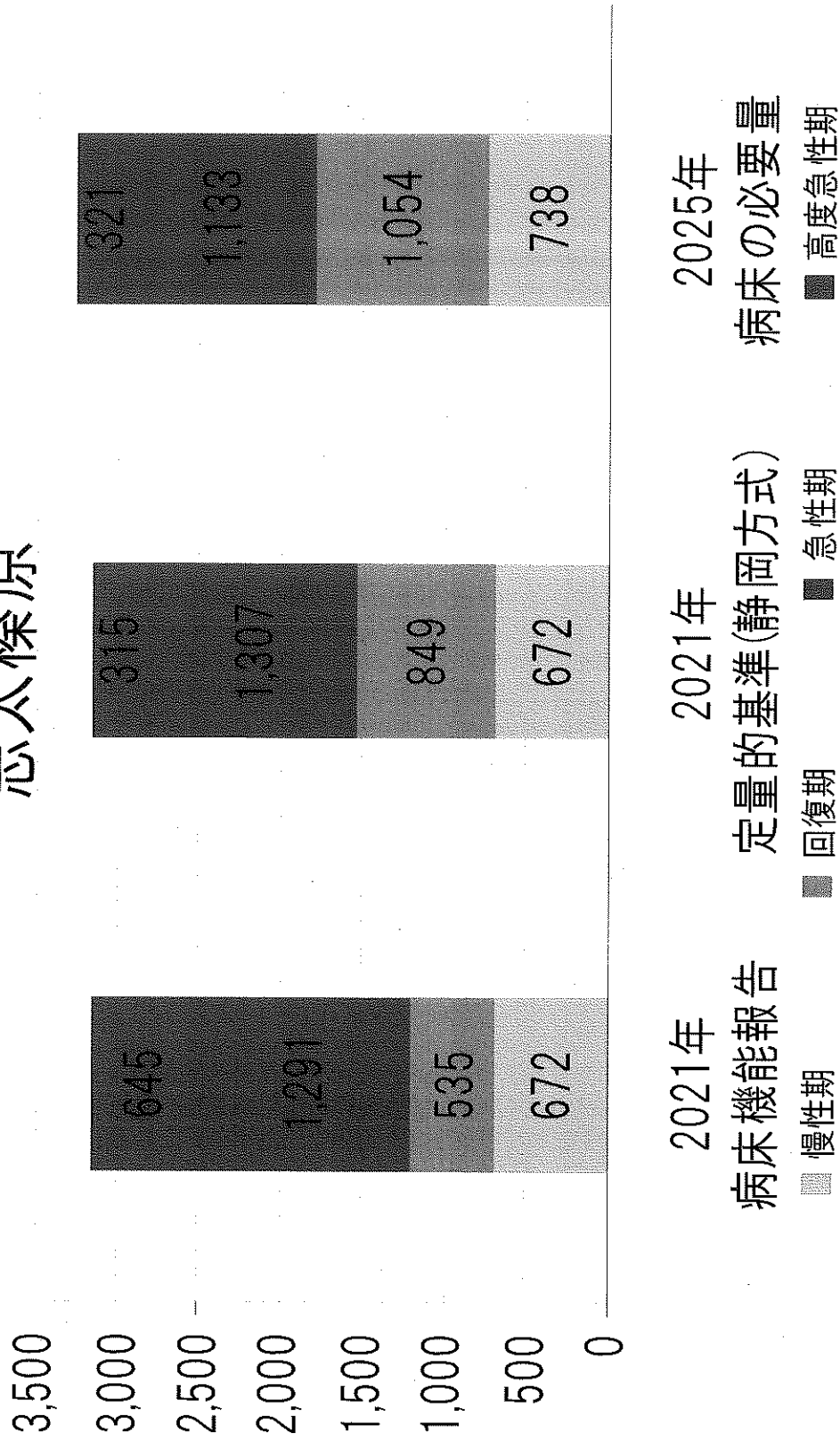
富士



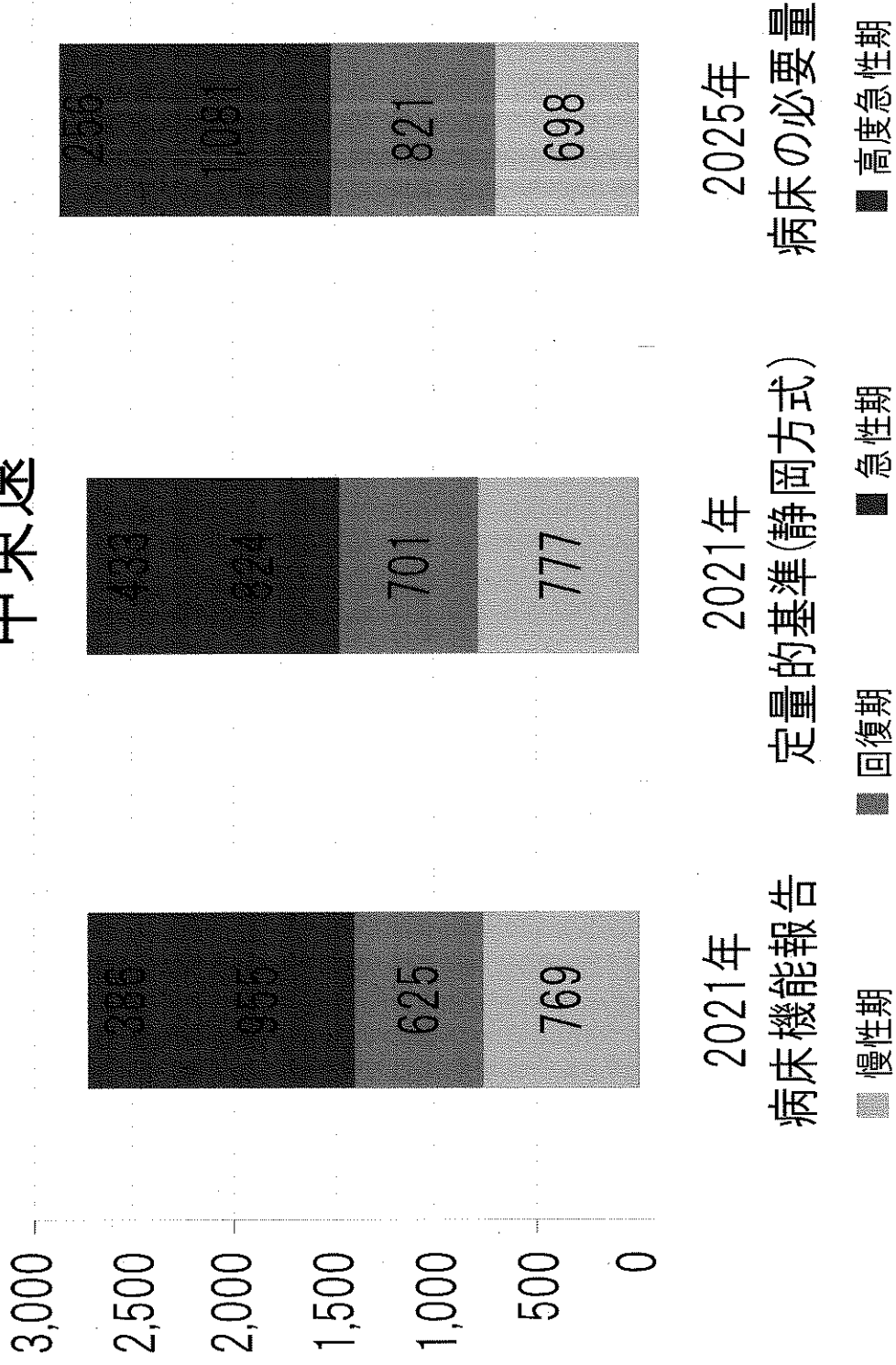
静岡



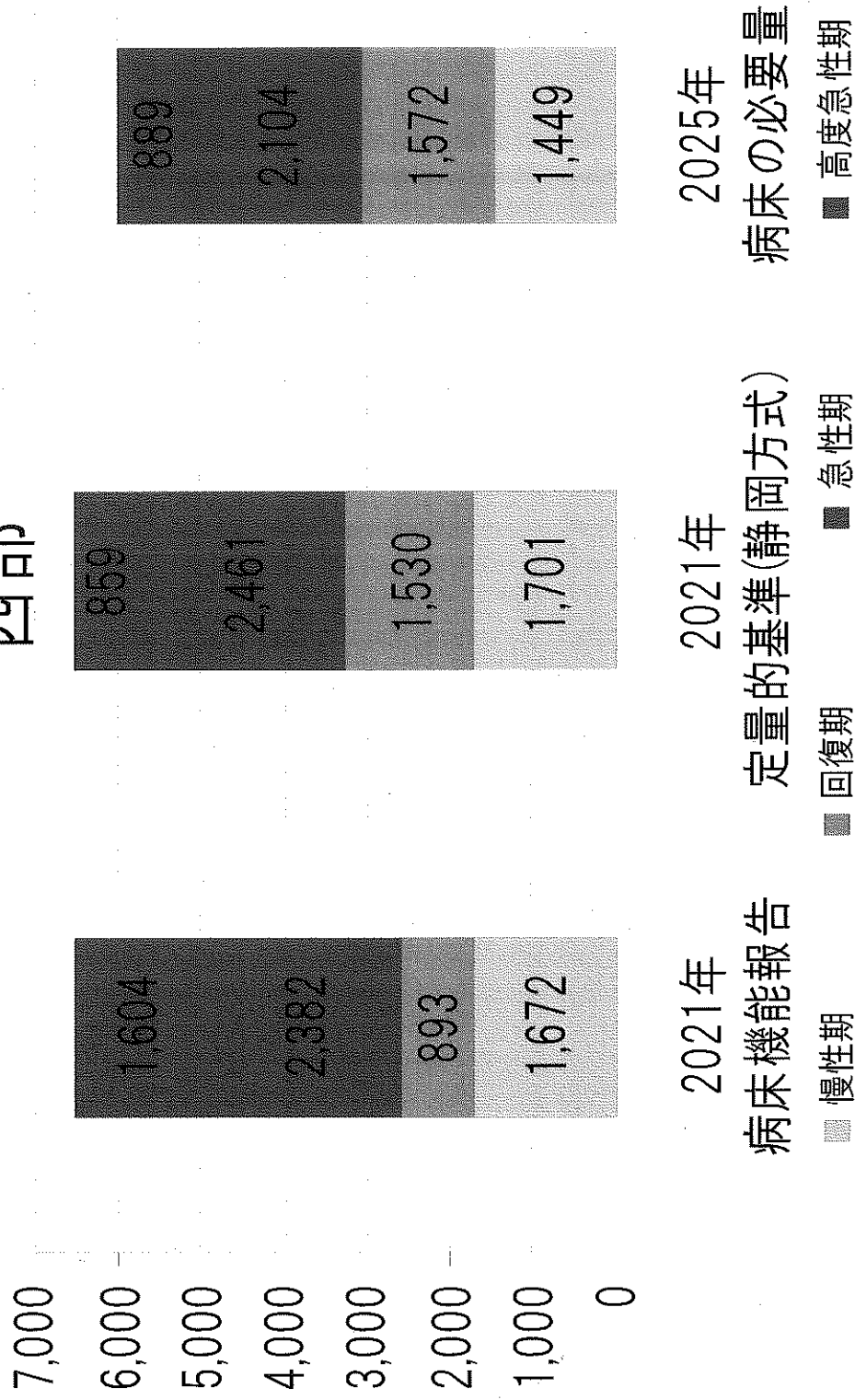
志太榛原



中東遠



西部



外来機能報告制度に関する説明会

厚生労働省 医政局 地域医療計画課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

アジェンダ

- 1 外来機能報告の報告期限の延長について
- 2 今後のスケジュールについて
- 3 協議の場のとりまとめの方法について
- 4 協議の場における結果の公表方法について
- 5 その他質疑応答

アジェンダ

- 1 外来機能報告の報告期限の延長について
- 2 今後のスケジュールについて
- 3 協議の場のとりまとめの方法について
- 4 協議の場における結果の公表方法について
- 5 その他質疑応答

病床機能報告及び外来機能報告の報告開始の延期について

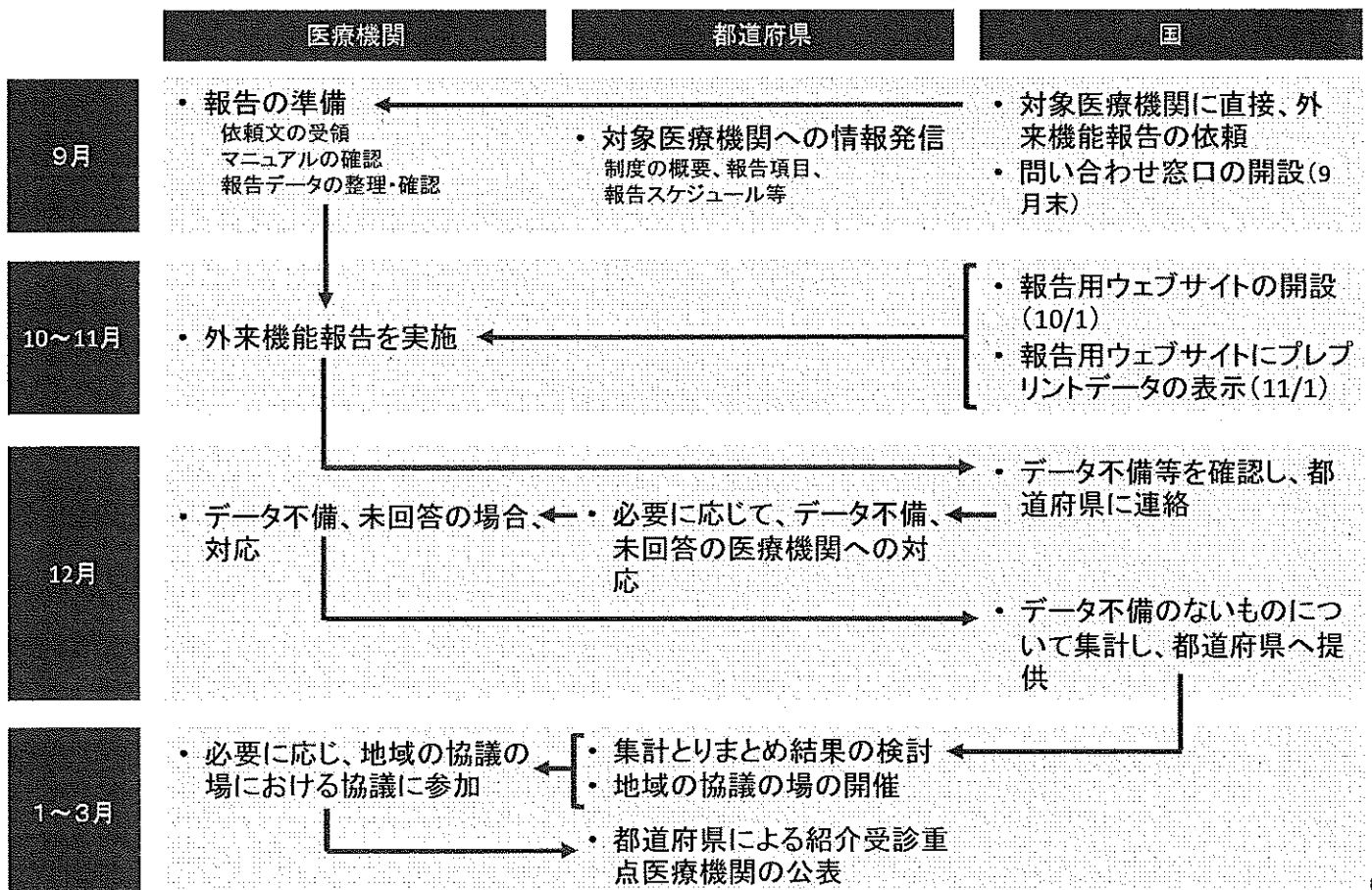
第20回第8次医療計画等に関する検討会
令和4年12月9日 資料 2

- 病床機能報告及び今年度より開始される外来機能報告は、報告期間が10月1日から11月30日と定められている。その中で、診療実績を報告する「報告様式2」については、医療機関の事務負担軽減等のため、レセプト情報・特定健診等データベース（NDB）の集計結果を提供した上で、11月1日から11月30日に報告いただく予定であった。
- 今般、集計のために参照しているNDBにおいて一部レセプト情報の補正作業を行う必要があることから、病床機能報告及び外来機能報告について、報告様式2の報告開始を延期したところ。
 ※ なお、報告様式2の開始の延期については、11月14日付事務連絡等により都道府県及び医療機関に対して周知を行った。
- 当該事象の影響を受けたのは外来機能報告のみであり、病床機能報告については影響を受けていないことが判明したため、それぞれについて下記の通り対応いただくこととし、12月7日に通知を発出した。
 ・ 病床機能報告については、令和4年12月8日より報告様式2の報告を開始し、報告様式1・2ともに、報告期限を令和5年1月13日までとする。
 ・ 外来機能報告については、一部レセプト情報の補正作業後に再度集計を行う必要があるため、令和5年2月下旬から3月上旬に開始することを目途に、詳細については改めて通知を発出する。なお、報告期限についても報告開始時期と併せて改めてお知らせすることとする。

アジェンダ

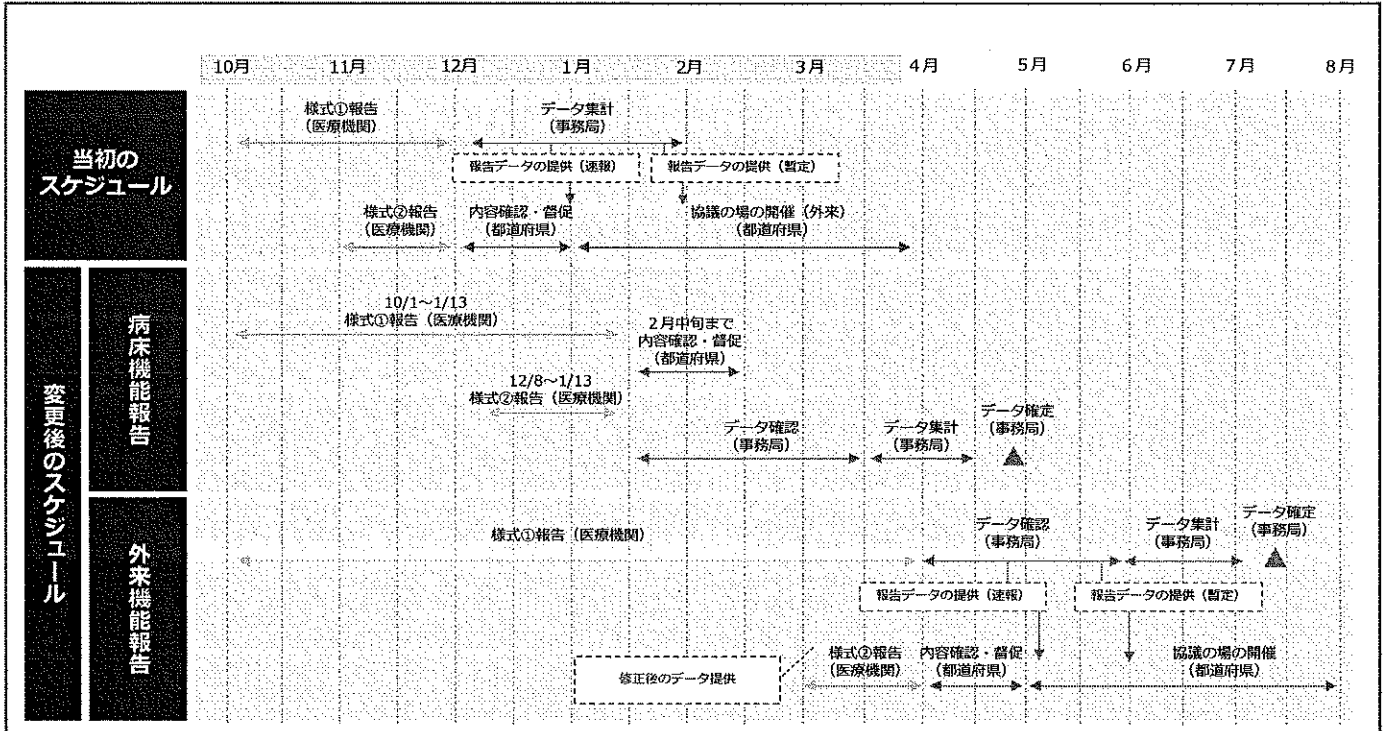
- 1 外来機能報告の報告期限の延長について
- 2 今後のスケジュールについて
- 3 協議の場のとりまとめの方法について
- 4 協議の場における結果の公表方法について
- 5 その他質疑応答

外来機能報告の当初のスケジュール（延期前）



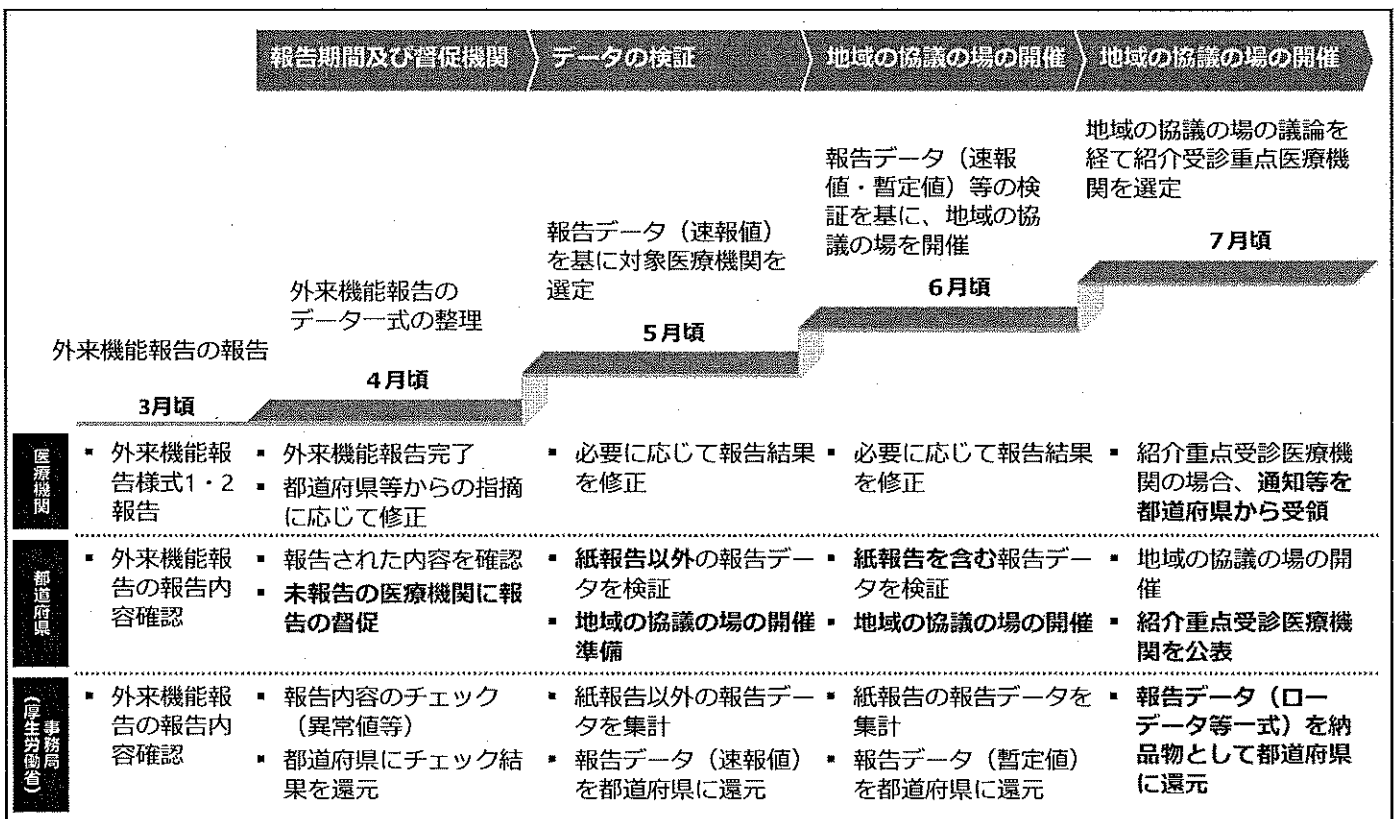
(参考) 今後のスケジュールについて(1/2):全体スケジュール

⇄ : 医療機関
 ⇄ : 都道府県
 ⇄ : 事務局(厚生省)



※現在、調整中の内容も含むため取り扱いに留意すること

今後のスケジュールについて(2/2):詳細スケジュール (イメージ)



※現在、調整中の内容も含むため取り扱いに留意すること

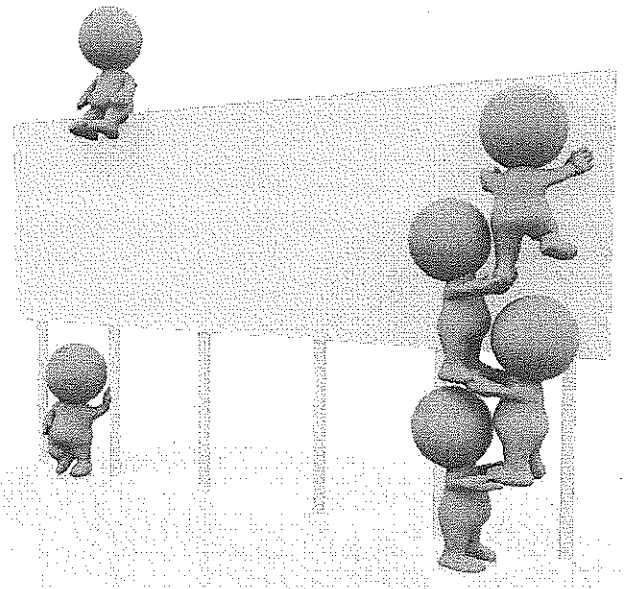


地域医療計画課に多く寄せられる質問への回答

- ① 医療機関からの報告期限の延期に伴う地域の協議の場等のスケジュール変更について
- ② 来年度以降の地域における協議のスケジュールについて



都道府県の担当者様からの質疑



アジェンダ

- 1 外来機能報告の報告期限の延長について
- 2 今後のスケジュールについて
- 3 協議の場のとりまとめの方法について
- 4 協議の場における結果の公表方法について
- 5 その他質疑応答

外来医療の機能の明確化・連携

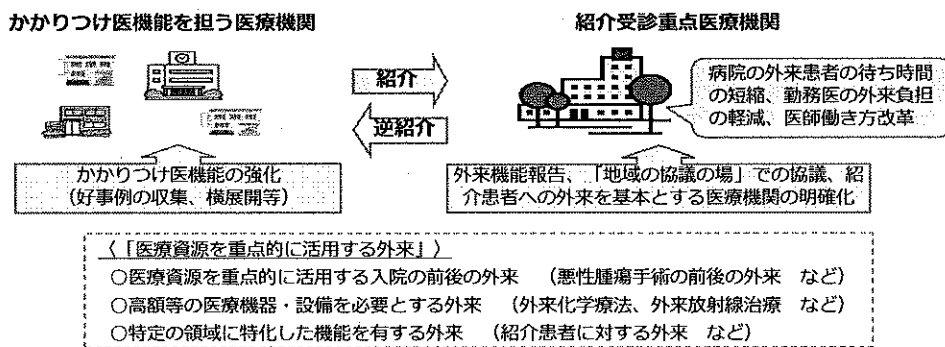
1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）する。
 - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
 → ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化
 - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



11

外来機能報告

第10回第8次医療計画等に関する検討会

資料2

令和4年7月20日

医療法第30条の18の2及び第30条の18の3の規定に基づき、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため、医療機関の管理者が外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告をするもの。令和3年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和3年法律第49号）が成立・公布され、医療法に新たに規定された（令和4年4月1日施行）。

参考：医療法（一部抜粋）

第30条の18の2 病床機能報告対象病院等であつて外来医療を提供するもの（以下この条において「外来機能報告対象病院等」という。）の管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該外来機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

第30条の18の3 患者を入院させるための施設を有しない診療所（以下この条において「無床診療所」という。）の管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該無床診療所の所在地の都道府県知事に報告することができる。

目的	対象医療機関	報告頻度	
<ul style="list-style-type: none"> ● 「紹介受診重点医療機関（医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）」の明確化 ● 地域の外来機能の明確化・連携の推進 <p>➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師の働き方改革に寄与。</p>	義務： 病院・有床診療所 任意： 無床診療所	年1回 （10～11月に報告を実施）	
報告項目 <ol style="list-style-type: none"> (1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況 (2) 紹介受診重点医療機関となる意向の有無 (3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項 紹介・逆紹介の状況、外来における人材の配置状況、外来・在宅医療・地域連携の実施状況（生活習慣病管理料や在宅時医学総合管理料等の算定件数）等 <p>➡ 「地域の協議の場」での議論に活用。令和4年度については、外来機能報告等の施行初年度であるため、紹介受診重点医療機関の明確化に資する協議を中心に行う。</p>	医療資源を重点的に活用する外来（重点外来） <ul style="list-style-type: none"> > 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来 例）悪性腫瘍手術の前後の外来 > 高額等の医療機器・設備を必要とする外来 例）外来化学療法、外来放射線治療 > 特定の領域に特化した機能を有する外来 例）紹介患者に対する外来 	紹介受診重点医療機関の基準 <p>意向はあるが基準を満たさない場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 上記の外来の件数の占める割合が <ul style="list-style-type: none"> ・ 初診の外来件数の40%以上 かつ ・ 再診の外来件数の25%以上 	参考にする紹介率・逆紹介率の水準 <ul style="list-style-type: none"> ・ 紹介率50%以上 かつ ・ 逆紹介率40%以上
	紹介受診重点医療機関として取りまとめ		

12

外来機能報告制度の報告項目一覧

第10回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年7月20日 資料
2

報告項目	病院	有床診療所	対家医療機関になった 無床診療所
(1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況			
① 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況	○	○	○
② 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細	○	○	○
(2) 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無			
○ ○ ○			
(3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項			
① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況	○	○	○
② 救急医療の実施状況	○*	○*	任意
③ 紹介・逆紹介の状況(紹介率・逆紹介率)	○	任意	任意
④ 外来における人材の配置状況 ・専門看護師・認定看護師 ・特定行為研修修了看護師 上記以外	○	任意	任意
⑤ 高額等の医療機器・設備の保有状況	○*	○*	任意

○: 必須項目 * 病床機能報告で報告する場合、省略可 13

外来機能報告制度の活用方法

第16回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年10月26日 資料
1

報告項目	可視化が想定されること
(1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況	
① 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況	○ 地域において「医療資源を重点的に活用する外来」を担う医療機関 ○ 地域における外来医療の分化の状況
② 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細	
(2) 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無	
(3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項	
① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況	○ 各医療機関が担う診療内容
② 救急医療の実施状況	○ 地域における救急医療の状況
③ 紹介・逆紹介の状況(紹介率・逆紹介率)	○ 地域における患者の流れ ※医療機関の種別や病床数等も踏まえ検討
④ 外来における人材の配置状況 ・専門看護師・認定看護師 ・特定行為研修修了看護師 上記以外	○ 地域の医療資源の配置状況
⑤ 高額等の医療機器・設備の保有状況	

外来機能報告における報告項目①

第10回第8次医療計画
等に関する検討会 資料
令和4年7月20日 2

(1) 医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)の実施状況

① 重点外来の実施状況の概況 [NDBで把握できる項目]

- 重点外来の類型ごとの実施状況を報告
＜報告イメージ＞

	日数	初診(再診)の外来延べ患者数に対する割合
初診の外来の患者延べ数	日	—
重点外来の患者延べ数	日	%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	—
高額の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	—
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	—
再診の外来の患者延べ数	日	—
重点外来の患者延べ数	日	%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	—
高額の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	—
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	—

※「患者延べ数」とは、患者ごとの受診日数を合計したものである。

② 重点外来の実施状況の詳細 [NDBで把握できる項目]

- 重点外来のうち、主な項目の実施状況を報告
＜報告イメージ＞

初診の重点外来		再診の重点外来	
外来化学療法加算を算定した件数	件	外来化学療法加算を算定した件数	件
外来放射線治療加算を算定した件数	件	外来放射線治療加算を算定した件数	件
CT撮影を算定した件数	件	CT撮影を算定した件数	件
MRI撮影を算定した件数	件	MRI撮影を算定した件数	件
PET検査を算定した件数	件	PET検査を算定した件数	件
SPECT検査を算定した件数	件	SPECT検査を算定した件数	件
高気圧酸素治療を算定した件数	件	高気圧酸素治療を算定した件数	件
画像等手術支援加算を算定した件数	件	画像等手術支援加算を算定した件数	件
悪性腫瘍手術を算定した件数	件	悪性腫瘍手術を算定した件数	件

(2) 紹介受診重点医療機関となる意向の有無 [NDBで把握できない項目]

15

外来機能報告における報告項目②

第10回第8次医療計画
等に関する検討会 資料
令和4年7月20日 2

(3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況 [NDBで把握できる項目]

- 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況を報告
＜報告イメージ＞

生活習慣病管理料を算定した件数	件	往診料を算定した件数	件
特定疾患療養管理料を算定した件数	件	在宅患者訪問診療料(I)を算定した件数	件
糖尿病合併症管理料を算定した件数	件	在宅時医学総合管理料を算定した件数	件
糖尿病透析予防指導管理料を算定した件数	件	診療情報提供料(I)を算定した件数	件
機能強化加算を算定した件数	件	診療情報提供料(Ⅲ)を算定した件数	件
小児かかりつけ診療料を算定した件数	件	地域連携診療計画加算を算定した件数	件
地域包括診療料を算定した件数	件	がん治療連携計画策定料を算定した件数	件
地域包括診療加算を算定した件数	件	がん治療連携指導料を算定した件数	件
オンライン診療料を算定した件数	件	がん患者指導管理料を算定した件数	件
		外来緩和ケア管理料を算定した件数	件

② 救急医療の実施状況 [病床機能報告で把握できる項目](病床機能報告で報告する場合、省略可)

- 休日に受診した患者延べ数、夜間・時間外に受診した患者延べ数、救急車の受入件数を報告
＜報告イメージ＞(病床機能報告と同様)

	人数・件数
休日に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
夜間・時間外に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
救急車の受入件数	件

③ 紹介・逆紹介の状況(紹介率・逆紹介率) [NDBで把握できない項目](有床診療所は任意)

- 紹介率・逆紹介率を報告 (初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数)

16

④ 外来における人材の配置状況〔専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告で把握できる項目〕(病床機能報告で報告する場合、重複項目は省略可)(有床診療所は任意)

- ・ 医師について、施設全体の職員数を報告
- ・ 看護師、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学技士、管理栄養士について、外来部門の職員数を報告

※ 勤務時間の概ね8割以上を外来部門で勤務する職員を計上。複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる場合は、外来部門の職員として計上(病床機能報告と同様の計上方法)

<報告イメージ>(専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告と同様)

	常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)		常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)
<施設全体>	—	—	助産師	人	人
医師	人	人	理学療法士	人	人
<外来部門>	—	—	作業療法士	人	人
看護師	人	人	言語聴覚士	人	人
専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師	人	人	薬剤師	人	人
准看護師	人	人	臨床工学技士	人	人
看護補助者	人	人	管理栄養士	人	人

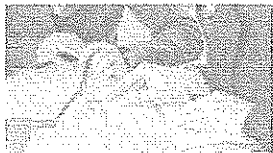
⑤ 高額等の医療機器・設備の保有状況〔病床機能報告で把握できる項目〕(病床機能報告で報告する場合、省略可)

- ・ マルチスライスCT(64列以上、16列～64列、16列未満)、その他のCT、MRI(3テスラ以上、1.5～3テスラ未満、1.5テスラ未満)、血管連続撮影装置(DSA法を行う装置)、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、ガンマナイフ、サイバーナイフ、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ)の台数を報告

協議の場の進め方の全体像

1.

医療資源を重点的に活用する外来(紹介受診重点外来)の基準の確認



- ・ 紹介受診重点外来の基準を確認の上、対象医療機関を抽出
 - 初診基準:40%以上 (初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合)
 - 再診基準が25%以上 (再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合)

2.

紹介受診重点医療機関となる意向の有無



- ・ 医療機関の意向を確認するため、外来機能報告様式1の4.「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無において、医療機関の意向を確認

3.

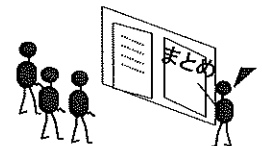
協議の場における検討



- ・ 下記の要件等を前提に関係者で協議
 - 紹介受診重点外来に関する基準
 - 紹介受診重点医療機関の役割を担う意向
- ・ 紹介受診重点外来に関する基準と医療機関の意向が合致しない医療機関は、当該地域の地域性や当該医療機関の特性等を考慮して再度協議を実施
- ・ 状況に応じて持ち回り、文書提出のみとするなどの柔軟な対応も可能

4.

協議の場における議論のとりまとめ



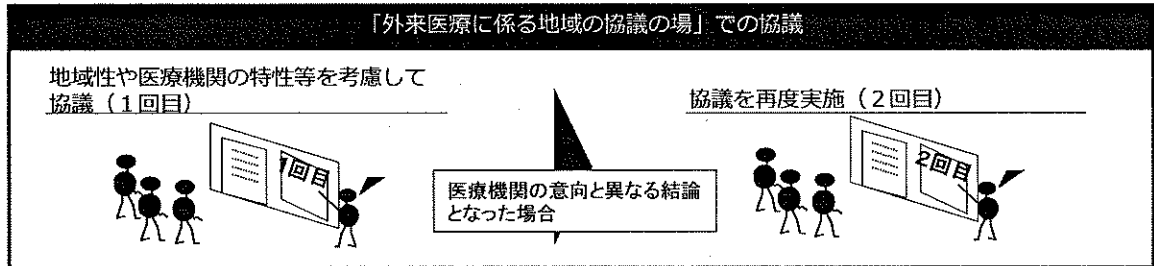
- ・ 医療機関の意向と地域の協議の場での結論が最終的に一致したものに限り、紹介受診重点医療機関とし、都道府県において、協議結果を取りまとめて公表すること

外来機能報告制度を活用した紹介受診重点医療機関に係る協議の進め方

紹介受診重点外来の基準

満たす
満たさない

- | 意向あり | 意向なし |
|--|-------------------------------|
| <p>① 紹介受診重点医療機関
* 「外来医療に係る地域の協議の場」での確認</p> | <p>② 「外来医療に係る地域の協議の場」での協議</p> |
| <p>③ 「外来医療に係る地域の協議の場」での協議</p> | — |



【協議を進める上で必要な事項】

- 協議の場における検討については、以下の内容を参考とする。
 - ・ 紹介受診重点外来の基準（初診40%以上かつ再診25%以上）
 - ・ 紹介受診重点医療機関となる意向
 - ・ 紹介率・逆紹介率の水準（紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上）
 - ・ 当該医療機関の機能（特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関 等）
 - ・ 外来医療の実施状況や当該地域の地域性
 - ・ 必要に応じ、医療機関から提出を受けた、紹介受診重点外来の基準と医療機関の意向が合致しない理由書等
- なお、協議の場を行う前に、協議の場での結論の取りまとめ方法について、確認しておくことが望ましい。

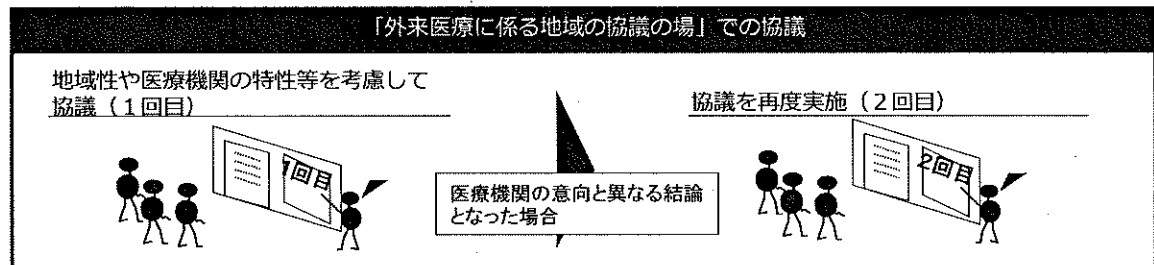
（参考）「外来機能報告等に関するガイドライン」 19

外来機能報告制度を活用した紹介受診重点医療機関に係る協議の進め方

紹介受診重点外来の基準

満たす
満たさない

- | 意向あり | 意向なし |
|--|-------------------------------|
| <p>① 紹介受診重点医療機関
* 「外来医療に係る地域の協議の場」での確認</p> | <p>② 「外来医療に係る地域の協議の場」での協議</p> |
| <p>③ 「外来医療に係る地域の協議の場」での協議</p> | — |

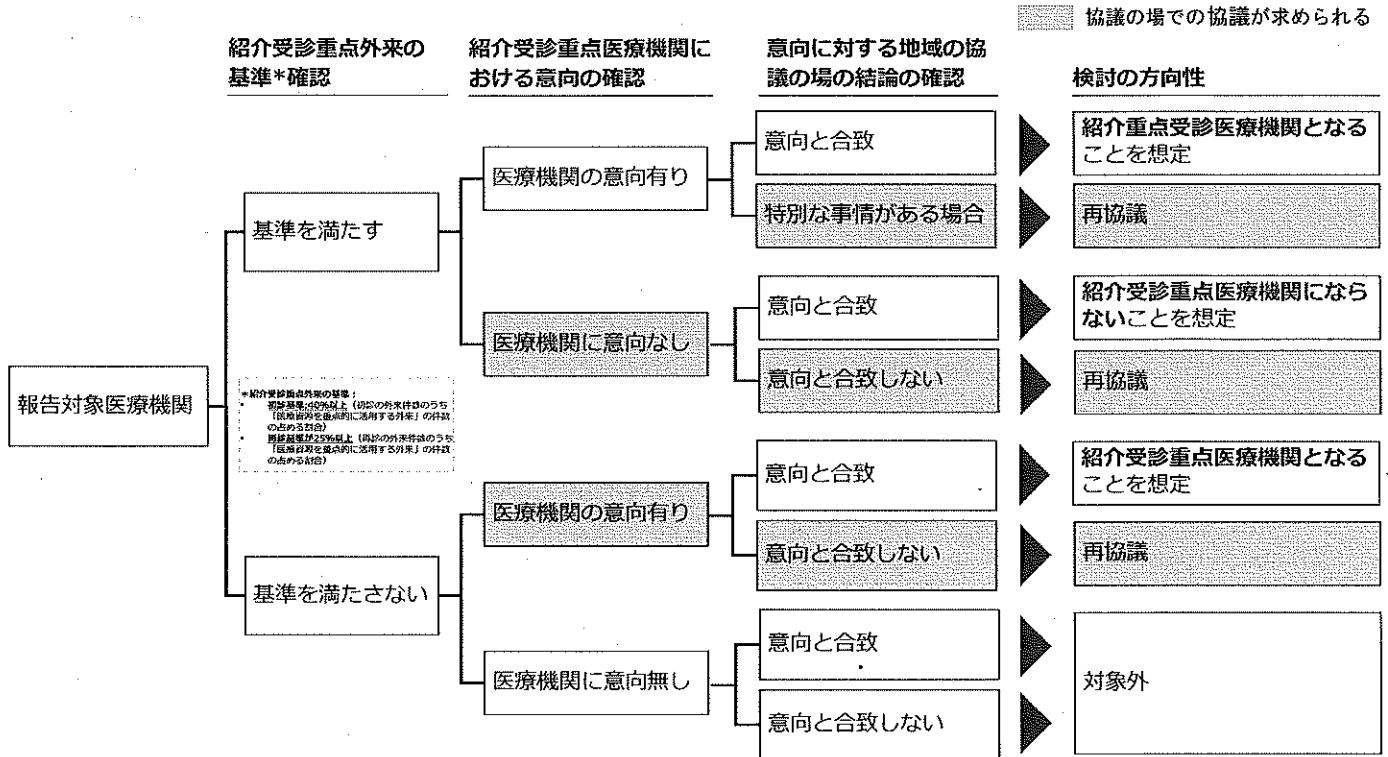


【紹介受診重点外来の基準と医療機関の意向の考え方】

- ① 「紹介受診重点外来の基準を満たす×意向あり」の場合
 - ・ 特別な事情がない限り、紹介受診重点医療機関となることが想定される。
- ② 「紹介受診重点外来の基準を満たす×意向なし」の場合
 - ・ 当該医療機関の意向が第一であることを踏まえつつ、当該地域の医療提供体制のあり方を協議の上、紹介受診重点医療機関の趣旨等について説明し、2回目の協議に改めて意向を確認する。
- ③ 「紹介受診重点外来の基準を満たさない×意向あり」の場合
 - ・ 紹介受診重点外来に関する基準に加え、紹介率・逆紹介率等を活用して協議を行う。

（参考）「外来機能報告等に関するガイドライン」 20

協議フローについて



再協議となった案件については、ガイドラインに基づいて、協議を行い、最終的に医療機関の意向と協議の場の結論が合致したものに限り、紹介受診重点医療機関として公表を行う。

アジェンダ

- 1 外来機能報告の報告期限の延長について
- 2 今後のスケジュールについて
- 3 協議の場のとりまとめの方法について
- 4 協議の場における結果の公表方法について
- 5 その他質疑応答

VI. 国民への理解の浸透

(国民への周知・啓発)

- 患者がまずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて、紹介患者への外来を基本とする医療機関である「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」を受診するとともに、状態が落ち着いたら逆紹介を受けて地域に戻るなど、受診の流れと医療機関の機能・役割について、住民に周知啓発を行うことが必要であり、
 - ・ 国においては、外来機能報告や「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」等の制度上の仕組みや、上記のような「かかりつけ医機能を担う医療機関」を中心とした受診の流れ、医療機関ごとの求められる機能・役割等の周知を行う、
 - ・ 都道府県においては、それらに加えて、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携の状況とともに、個々の「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」について、都道府県報やホームページによる公表、プレスリリース等によるマスコミへの周知、シンポジウム・講演・SNS等による周知・呼びかけなど、幅広い世代の住民に行き渡るように公表を行う、
- こととする。
- また、患者の流れのさらなる円滑化は住民の理解が必要であり、協議プロセスの透明性の確保の観点からも、地域の協議の場に提出する資料のうち、患者情報や医療機関の経営に関する情報（一般的に閲覧可能なものは除く。）は非公開とし、その他の資料、協議結果は住民に公表することとする。
- さらに、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」については、紹介患者への外来を基本とする医療機関であることが患者に分かるよう、広告可能とすることや、医療機能情報提供制度の項目に追加することについて、「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」において、引き続き検討を進める。

外来機能報告における報告結果の公表について

- 医療法第30条の13第4項の規定及び医療法施行規則に基づき、都道府県は病床機能報告の報告結果について、インターネット等を通じて公表することとしている。
- また、厚生労働省としても、各医療機関の病床機能報告のデータを、オープンデータとしてホームページ上に掲載している。
- 外来機能報告においても病床機能報告と同様に、医療法及び医療法施行規則において、都道府県は外来機能報告により報告された事項について、公表することとして記載されている。

【医療法】

第三十条の十三 病院又は診療所であつて一般病床又は療養病床療養病床又は一般病床を有するもの(以下「**病床機能報告対象病院等**」という。)の管理者は、地域における病床の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、当該病床機能報告対象病院等の病床の機能に応じ厚生労働省令で定める区分(以下「**病床の機能区分**」という。)に従い、次に掲げる事項を当該病床機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

四 都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、**第一項及び第二項の規定により報告された事項を公表しなければならない。**

第三十条の十八の二

一 当該外来機能報告対象病院等において提供する外来医療のうち、**その提供に当たつて医療従事者又は医薬品、医療機器その他の医療に関する物資を重点的に活用するものとして厚生労働省令で定める外来医療に該当するもの**の内容

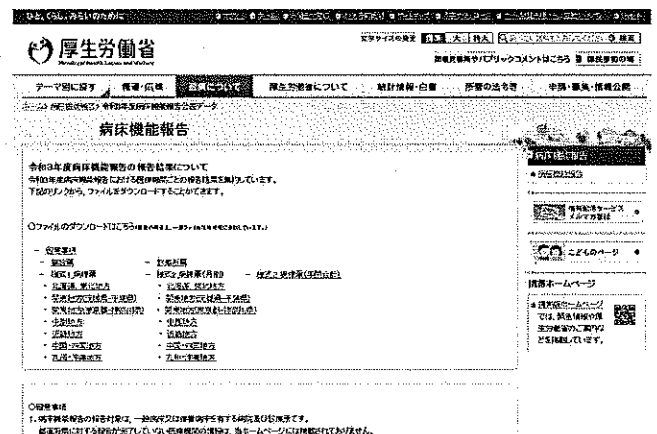
第三十条の十八の三

一 当該無床診療所において提供する外来医療のうち、**前条第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療に該当するもの**の内容

【医療法施行規則】

(外来機能報告の公表)

第三十条の三十三の十四 都道府県知事は、法第三十条の十八の二第三項及び第三十条の十八の三第二項の規定により準用する法第三十条の十三第四項の規定により、**法第三十条の十八の二第一項及び第三十条の十八の三第一項の規定により報告された事項について、インターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。**



医療機能情報提供制度について(平成19年4月～)

病院等に対して、医療を受ける者が病院等の選択を適切に行うために必要な情報(医療機能情報)について、都道府県への報告を義務付け、都道府県がその情報を集約し、わかりやすく提供する制度

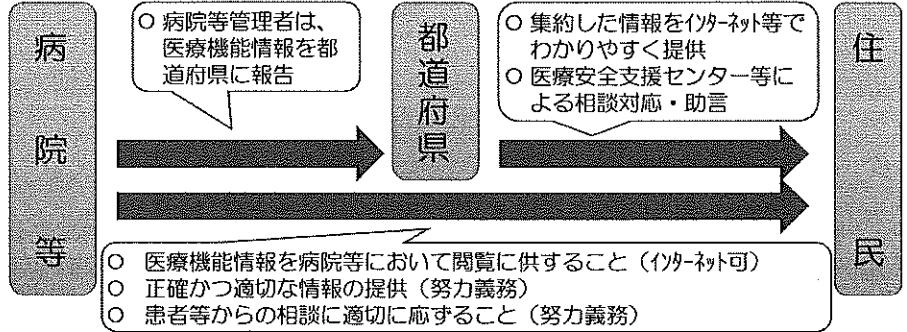
創設前

- 病院等に関する情報を入手する手段
- 病院等の広告
 - インターネット等による広報
※ 病院等からの任意情報
 - 院内掲示 等

視点

- ① 必要な情報は一律提供
- ② 情報を集約化
- ③ 客観的な情報をわかりやすく提供
- ④ 相談助言機能の充実

現行制度



医療機能情報の具体例

- ① 管理・運営・サービス等に関する事項(基本情報(診療科目、診療日、診療時間、病床数等)、アクセス方法、外国語対応、費用負担等)
- ② 提供サービスや医療連携体制に関する事項(専門医(広告可能なもの)、保有設備、対応可能な疾患・治療内容、対応可能な在宅医療、セカンドオピニオン対応、クリティカルパス実施、地域医療連携体制等)
- ③ 医療の実績、結果等に関する事項(医療安全対策、院内感染対策、診療情報管理体制、治療結果分析の有無、患者数、平均在院日数等)

医療機能情報提供制度の報告事項の追加

○ 医療機能情報提供制度においては、以下の条文により「保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の病院等の種類として厚生労働大臣が定めるもの」が報告事項に定められている。

医療法施行規則(昭和33年厚生省令第50号)

別表第一(第一条の二の二関係)

第一 管理、運営及びサービス等に関する事項

一～三(略)

四 費用負担等

イ 共通事項(略)

(1) 保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の病院等の種類として厚生労働大臣が定めるもの

○ 本規定に基づく厚生労働省告示の改正により、病院又は診療所の管理者が都道府県知事に報告しなければならない事項として、令和4年4月1日から、紹介受診重点病院、紹介受診重点診療所が追加された。

(※ ただし、令和5年3月31日までは経過措置あり)

厚生労働省告示第138号(令和4年3月31日)

医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)別表第一の規定に基づき、平成19年厚生労働省告示第53号(医療法施行規則別表第一の規定に基づく病院、助産所の管理者が都道府県知事に報告しなければならない事項として医療法施行規則別表第一に掲げる事項のうち、厚生労働大臣の定めるもの)の一部を次の表のように改正し、令和4年4月1日から適用する。ただし、令和5年3月31日までに医療法(昭和23年法律第205号)第6条の3第1項の規定による報告については、なお従前の例によることができる。

第7条 規則別表第一第一の項第四号イ(1)に規定する厚生労働大臣の定める種類は、次のとおりとする。ただし、病院については第四十一号、第四十二号及び第五十四号に掲げるものを除き、診療所については第一号から第七号まで、第九号から第十三号まで、第十五号から十九号まで、第二十一号、第二十二号、第三十二号、第三十三号、第四十一号、第四十六号、第四十九号、第五十号、第五十二号及び第五十四号に掲げるものに限り、歯科診療所については第一号から第六号まで、第十号、第十一号、第十五号、第十六号、第十八号、第十九号、第三十一号から第三十三号まで、第四十二号、第四十六号、第五十号、第五十二号及び第五十四号に掲げるものに限り、助産所については第四十九号に掲げるものに限り。

一～五十二(略)

五十三 紹介受診重点病院

五十四 紹介受診重点診療所

紹介受診重点医療機関の公表に向けた周知

- 令和4年度診療報酬改定により「紹介受診重点医療機関入院診療加算」が新設されたところ。
- 当該加算については、特定の条件を満たし、都道府県において公表されたものに限り算定できるとなっている。
- 医療機関が当該加算を遅滞なく算定できるよう、迅速な公表をお願いしたい。

令和4年度診療報酬改定の概要令和4年3月4日版（抜粋）

令和4年度診療報酬改定 1-4 外来医療の機能分化等②

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

（新） 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点（入院初日）

【算定要件】

- ① 対象医療機関が形骸化せず（医務法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省で定める外来医療を提供する専科的な病院として、診療科目により公表されたものに限り、一般医療の機能が20%未満であることを除く。）である保及医療機関に入院している患者（第1部の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを別に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に算定される。
- ② 区分番号A204に属する地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

- ：対象医療機関の算定確認
 凡例 ●—●：公表方法（確認方法）
 ●—●：算定方法

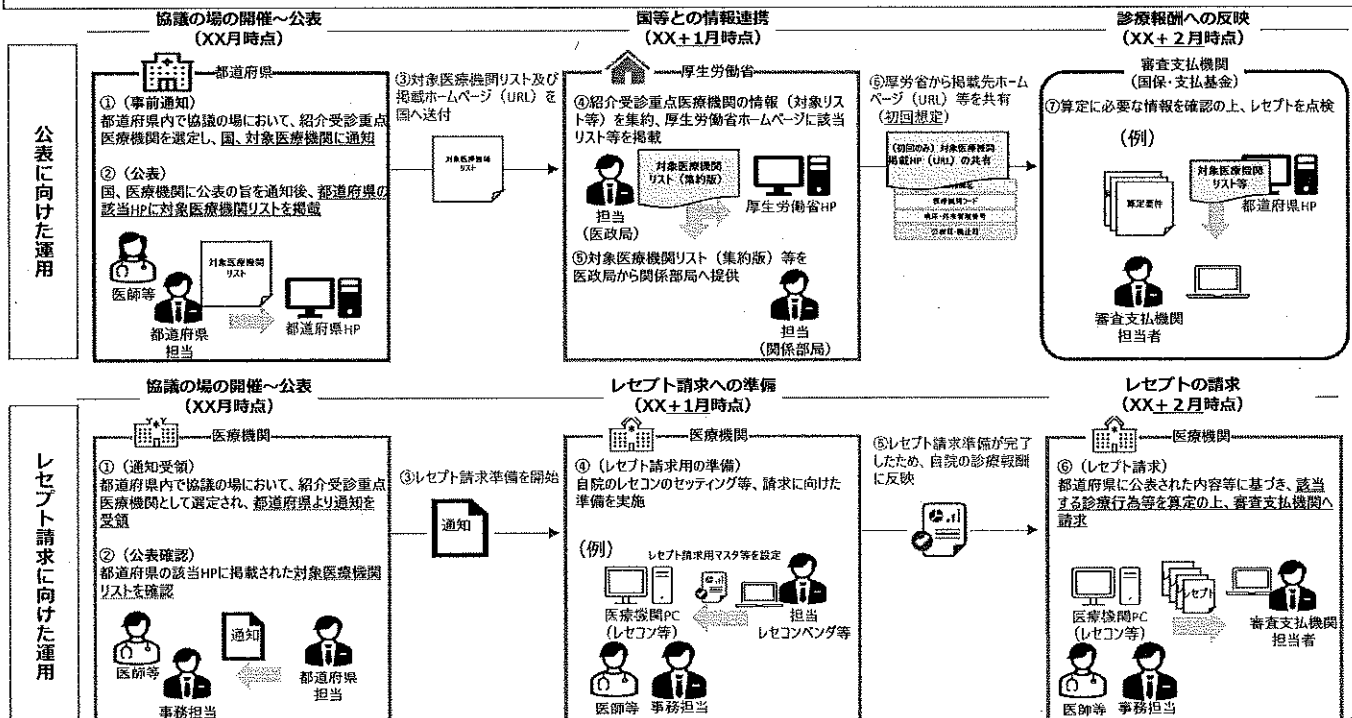
※現在、調整中の内容も含むため取り扱いに留意すること

公表に向けた都道府県の対応

- 対象医療機関の選定：
 - 紹介受診重点外来の水準（初診基準が40%以上かつ再診基準が25%以上）を満たしていること
 - 紹介率及び逆紹介率は、地域医療支援病院の定義（紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上）を参考にすること等
- 地域の協議の場における検討：
 - 紹介受診重点医療機関の取りまとめに当たっては、医療機関の特性や地域性を考慮する必要
 - 紹介受診重点外来に関する基準を参考にすること
 - 医療機関の意向に基づき、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえること
- 都道府県による公表：
 - 上記を踏まえて、紹介受診重点医療機関について、都道府県のホームページ等に公開

協議の場における結果の公表方法について（1/2）

- 紹介受診重点医療機関は、地域の協議の場の議論を踏まえて選定されることとなっている。
- 医療機関が「紹介受診重点医療機関入院診療加算」等の診療報酬に関与する内容を踏まえてレセプト請求を行うためには、都道府県が医療機関に適切なタイミングで周知し、公表されることが求められる。



※現在、調整中の内容も含むため取り扱いに留意すること

協議の場における結果の公表方法について (2/2)

- 都道府県において、紹介受診重点医療機関についてとりまとめた後に、対象医療機関に通知の上、都道府県ホームページに掲載をお願いしたい。
- また、以下の所定の様式(案)*及び掲載先ホームページ(URL)を厚生労働省医政局地域医療計画課あて、併せて報告をお願いする。

紹介重点受診医療機関リスト (イメージ) *

令和●年●月●日

紹介重点受診医療機関

No	県番号	県名	医療機関コード	病床・外来管理番号	医療機関名称	公表日	廃止日
1	01	北海道	1234567	12345678	●●病院	令和●年●月●日	
2	01	北海道	1234567	12345678	●●病院	令和●年●月●日	
3	01	北海道	1234567	12345678	●●病院	令和●年●月●日	令和●年●月●日
4	01	北海道	1234567	12345678	●●病院	令和●年●月●日	令和●年●月●日
5	01	北海道	1234567	12345678	●●病院	令和●年●月●日	

※様式は情報が確定され次第お送りする予定

※現在、調整中の内容も含むため取り扱いに留意すること

29

アジェンダ

- 1 外来機能報告の報告期限の延長について
- 2 今後のスケジュールについて
- 3 協議の場のとりまとめの方法について
- 4 協議の場における結果の公表方法について
- 5 その他質疑応答

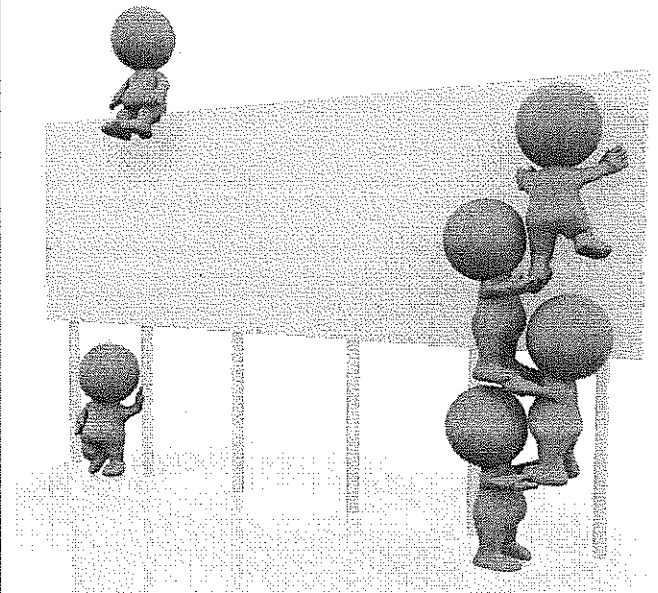


地域医療計画課に多く寄せられる質問への回答

- ① 紹介受診重点医療機関である医療機関の年度途中の意向変更への対応
- ② 200床未満の医療機関が紹介受診重点医療機関となることについて
- ③ 特定機能病院及び地域医療支援病院と紹介受診重点医療機関との関係
 - ・ 特定機能病院、地域医療支援病院が紹介受診重点医療機関となるメリット
 - ・ 紹介受診重点外来の基準を満たさない地域医療支援病院への対応



都道府県の担当者様からの質疑



地域医療支援病院と紹介受診重点医療機関の比較

	地域医療支援病院	紹介受診重点医療機関
制度の趣旨	医療施設機能の体系化の一環として、医師の少ない地域を支援する役割を担い、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を行い、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る病院（都道府県知事が個別に承認）	患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目し、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関として、「紹介受診重点医療機関」を明確化したもの（地域の協議の場の結果をとりまとめ公表）
主な役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 紹介患者に対する医療の提供（かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む） ・ 医療機器の共同利用の実施 ・ 救急医療の提供 ・ 地域の医療従事者に対する研修の実施 	以下に示す、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う <ul style="list-style-type: none"> ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来 ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来 ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）
要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 紹介患者中心の医療を提供していること <ul style="list-style-type: none"> ① 紹介率80%以上 ② 紹介率65%以上かつ逆紹介率40%以上 ③ 紹介率50%以上かつ逆紹介率70%以上 ・ 救急医療を提供する能力を有する ・ 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保している ・ 地域医療従事者に対する研修を行っている ・ 原則200床以上 等 （開設主体） 原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人 等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準（※）、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向、紹介率・逆紹介率（※※）等を参考にしつつ協議を行い、協議が整った場合、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表 <ul style="list-style-type: none"> （※）初診に占める重点外来の割合40%以上 かつ再診に占める重点外来の割合25%以上 （※※）紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上 ・ 特定機能病院や地域医療支援病院についても、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たし、医療機関の意向と地域の協議の場での結論が一致した場合、紹介受診重点医療機関として広告することは可能。
根拠法・通知等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療法（平成9年改正） ・ 医療法施行規則の一部を改正する省令の施行等について（令和3年3月局長通知） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療法（令和3年改正） ・ 外来機能報告等に関するガイドライン（令和4年3月）
医療機関数	685（令和4年9月現在）	未定

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

➤ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度

- [対象病院]
- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

- [定額負担の額]
- ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
 - ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円



見直し後

- [対象病院]
- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
 - ・ 紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

- [定額負担の額]
- ・ 初診：医科 7,000円、 歯科 5,000円
 - ・ 再診：医科 3,000円、 歯科 1,900円

[保険給付範囲からの控除]

外来機能の明確化のための例外的・限定的な取扱いとして、定額負担を求めめる患者（あえて紹介状なしで受診する患者等）の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除

- ・ 初診：医科 200点、 歯科 200点
- ・ 再診：医科 50点、 歯科 40点

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円
定額負担 5,000円	



医療保険から支給（選定療養費） <u>5,600円</u> (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 <u>2,400円</u> (=3,000円-2,000円×0.3)
定額負担 7,000円	

[施行日等] 令和4年10月1日から施行・適用。また、新たに紹介受診重点医療機関となつてから6か月の経過措置を設ける。

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

- 「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点 (入院初日)

[算定要件]

- (1) **外来機能報告対象病院等**（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたもの）に限り、**一般病床の数が200未満であるものを除く。**）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**入院初日に限り所定点数に加算する。**
- (2) 区分番号A204に掲げる**地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。**

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
 - ・ 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
 - ・ 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

外来診療料の注2、3 55点

初診料の注2、3 214点

(情報通信機器を用いた初診については186点)

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準		紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満		紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	(紹介患者数 + 救急患者数) / 初診患者数 × 100			
逆紹介割合 (%)	逆紹介患者数 / (初診 + 再診患者数) × 1,000			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数 (初診に限る)。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみを行い、他院に紹介した患者を除く。			
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

連携強化診療情報提供料の新設

- ▶ 外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅲ）について、
 - ・ 名称を「連携強化診療情報提供料」に変更し、かかりつけ医機能を有する医療機関等が、診療情報を提供した場合について、算定上限回数を変更する。
 - ・ 「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合についても、新たに評価を行う。

現行

【診療情報提供料（Ⅲ）】 150点

〔算定要件〕

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

〔対象患者〕

- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者



改定後

（改）【連携強化診療情報提供料】 150点

〔算定要件〕

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

〔対象患者〕

- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者
- 3 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者

（新）

地域の診療所等



患者を紹介
診療状況を
提供



紹介受診重点医療機関

連携強化診療情報
提供料を算定

例：生活習慣病の診療を実施

例：合併症の診療を実施

令和5年度地域医療介護総合確保基金（医療分）事業

1 令和5年度基金事業予算（案）

（単位：千円）

区分	R4 当初予算 A	R5 当初予算(案) B	B - A
① 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備	892,567	608,046	▲284,521
①-2 病床機能再編支援	147,000	106,000	▲41,000
② 居宅等における医療の提供	348,884	349,119	235
④ 医療従事者の確保	1,687,512	2,036,905	349,393
⑥ 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備	219,744	226,765	7,021
計	3,295,707	3,326,835	31,128

※令和5年度当初予算(案)は、現在、県議会2月定例会に提出中

2 令和5年度基金事業提案（医療分）の反映状況

○関係団体等から24件の提案があり、提案趣旨を踏まえ16件の内容を事業に反映予定（新規・拡充・継続事業実施等に加え、予算措置を伴わない事業実施段階での反映予定等も含む）

区分	提案件数	反映件数	備考(反映内容)
I：地域医療構想の達成	2	1	
(1)医療提供体制の改革等	2	1	⑤継続:1
(2)その他「病床の機能分化・連携」等	0	0	
II：在宅医療の推進	10	9	
(1)在宅医療を支える体制整備等	7	6	①新規:1、⑤継続:5
(2)在宅医療（歯科）の推進等	2	2	⑤継続:2
(3)在宅医療（薬剤）の推進等	1	1	⑤継続:1
IV：医療従事者の確保・養成	11	6	
(1)医師の地域偏在対策等	2	2	②拡充:1、⑤継続:1
(2)診療科の偏在対策等	1	1	①新規:1
(3)女性医療従事者支援等	0	0	
(4)看護職員等の確保等	2	2	②拡充:1、③メニュー追加:1
(5)医療従事者の勤務環境改善等	1	1	⑤継続:1
(6)その他「医療従事者等の確保・養成」等	5	0	
その他（整理不能等）	1	0	
合計	24	16	

提案反映状況

①新規事業化	2	④事業形態の変更	0
②継続事業の拡充実施	2	⑤継続事業実施	11
③継続事業へのメニュー追加	1	⑥継続事業実施段階での内容反映を検討	0
反映件数 計			16

3 事業提案を反映した主な事業

○看護の質向上促進研修事業（看護師特定行為研修派遣費助成）【区分：Ⅳ(4)】

提案	提案団体	静岡県看護協会		
	提案内容概要	・タスクシェア／シフトにおいて大きな役割を果たす特定行為研修修了者について、期待が大きくなっている一方で、実際の活動の場は広がっていない現状を踏まえ、活動の場を広げるため、役割を発揮できる体制構築、PR、マッチング等を行う。		
事業反映	反映内容概要	【継続事業の拡充実施】 ・地域ごとの研修開催により取組事例を共有し、修了者の活動の場を広げ、看護の質の向上やタスク・シフト／シェアの取組を支援する。		
	所管課	地域医療課(看護師確保班)	予算額(基金)	2,100千円

○看護の質向上促進研修事業（新規メニュー追加）【区分：Ⅳ(4)】

提案	提案団体	静岡県看護協会		
	提案内容概要	・新型コロナウイルス感染症の収束が見込めない中、風水害時の、救護所・避難所・福祉避難所における看護師の関わり・役割が重要。 ・災害に対応した看護師の育成、潜在看護師の掘り起こしを行う。		
事業反映	反映内容概要	【継続事業のメニュー追加】 ・災害時に地域における活動に対応できる看護師の養成を図るため、災害支援看護師の研修実施に対して助成する。		
	所管課	地域医療課(看護師確保班)	予算額(基金)	780千円

○心不全再入院予防診療支援事業（仮）【区分：Ⅱ(1)】

提案	提案団体	浜松医科大学医学部附属病院		
	提案内容概要	・心不全は、急性期病院、リハビリテーション提供施設、かかりつけ医及び療養施設が地域で一体となり包括的に診療をしていくべき疾患であるが、十分に連携体制が構築されていない。 ・心不全増悪の早期診断を可能とするスマートデバイスを導入し、早期治療に結びつけることにより、心不全再入院率の減少、心不全治療の連携体制強化を図る。		
事業	反映内容概要	【新規事業化】 ・浜松医科大学に体制構築等を委託する。		

反映	所管課	疾病対策課（がん対策班）	予算額（基金）	5,000千円
----	-----	--------------	---------	---------

○小児救急リモート指導医相談支援事業 【区分：Ⅳ(2)】

提案	提案団体	静岡県立病院機構（県立こども病院）		
	提案内容概要	<ul style="list-style-type: none"> ・小児科医が減少し、地域によっては小児救急の維持が困難となりつつある ・地域の小児救急医療機関の医師のオンコール対応の負担軽減等を目的として、県内の拠点となる小児救急医療機関に診療支援医師を配置し、隣接する医療圏の小児救急医療機関をオンラインで接続し連携体制強化を行う。 		
事業反映	反映内容概要	【新規事業化】 <ul style="list-style-type: none"> ・県立こども病院に体制構築等を委託する。 		
	所管課	地域医療課（地域医療班）	予算額（基金）	21,000千円

○静岡県ドクターバンク運営事業費 【区分：Ⅳ(1)】

提案	提案団体	静岡県医師会		
	提案内容概要	<ul style="list-style-type: none"> ・医師確保に向けたサポートを目的として運用を開始した「静岡県医師バンク」の運営、機能・広報の拡充 		
事業反映	反映内容概要	【継続事業の拡充実施】 <ul style="list-style-type: none"> ・引き続き求職者への細やかな対応を行う ・利用促進のため、紹介動画の制作等コンテンツの拡充 		
	所管課	地域医療課（医師確保班）	予算額（基金）	14,015千円

令和5年度 地域医療介護総合確保基金(医療分) 事業提案及び反映状況

※区分Ⅰ：病床機能分化・連携推進、Ⅱ：在宅医療推進、Ⅳ：医療従事者等確保

(単位：千円)

No.	区分	提案団体	提案項目	提案事業内容	事業提案反映状況	事業提案反映状況	基金事業名(予定)	R5計画(予定) (高倉元目録)	担当課
1	Ⅱ (3)	県薬剤師会	研修会開催等	地域包括ケアシステム構築のため、地域連携薬局の推進による多職種との連携強化や、在宅医療を担う薬剤師を養成	⑤継続事業実施	(従来事業の継続要望)	かかりつけ薬剤師・薬局普及促進事業	9,000	○薬事課 (薬事企画班)
2	Ⅳ (4)	県看護協会	広報・マツチング	特定行為研修修了者のPR・活動拡大による、タスクシフト・タスクシェアの促進	②継続事業の拡充実施	地域ごとの研修開催により取組事例を共有し修了者の活動の場を広げる	看護の質向上促進研修事業(看護師特定行為研修派遣費助成)	2,100	○地域医療課 (看護師確保班)
3	Ⅳ (4)	県看護協会	研修会開催等	潜在看護師の掘り起こし、地域の災害対応など看護師の育成、地域包括ケアの推進	③継続事業へのメニュー追加	災害支援看護師の研修を実施する	看護の質向上促進研修事業	780	○地域医療課 (看護師確保班)
4	Ⅱ (2)	県歯科医師会	相談窓口運営・研修会開催	潜在歯科衛生士の掘り起こしによる人材確保、医療・介護職種等への口腔管理の重要性の周知等の充実	⑤継続事業実施	(従来事業の継続要望)	在宅歯科医療連携体制整備事業費助成	14,756	○健康増進課 (地域支援班)
5	Ⅱ (2)	県歯科医師会	研修会開催等	県民の健康増進ならびに医療費削減を目的として周術期口腔機能管理を推進する(医科歯科連携の一層の充実)	⑤継続事業実施	(従来事業の継続要望)	がん医科歯科連携推進事業	900	○疾病対策課 (がん対策班)
6	Ⅱ (1)	浜松医科大学医学部附属病院	備品購入体制整備	呼吸を視覚化するスマートデバイスを日常診療に導入及びかかりつけ医をはじめとした心不全連携体制の構築・負担軽減	①新規事業の立ち上げ	心不全連携体制の強化を浜松医科大学に委託予定	(検討中)	5,000	○疾病対策課 (がん対策班)
7	Ⅰ (1)	中東遠総合医療センター、ふじのくにパーチャルメガホスピタル協議会(事務局：病院機構(県立総合病院))	設備整備	地域における医療連携を進めるため、病棟/病室間の医療情報の共有を行っている「ふじのくにねっと」の機器整備に要する費用への助成継続	⑤継続事業実施	(従来事業の継続要望)	地域医療連携推進事業費助成	65,500	○医療政策課 (医療企画班)
8	Ⅳ (2)	病院機構(県立こども病院)	設備整備体制整備	小児救急医療機関に診療支援医師を配置し、当該医療機関に隣接する医療圏の小児救急医療機関をオンラインで結び、小児救急患者の診療等を医師が支援する。	①新規事業の立ち上げ	体制整備等を県立こども病院に委託予定	小児救急リモート指導医相談支援事業	21,000	○地域医療課 (地域医療班)
9	Ⅳ (1)	県医師会	研修会	若手医師確保のため、臨床研修医が一堂に会する「Welcome Seminar」や、キャリアパス支援事業「屋根瓦塾 in Shizuoka」等の開催	⑤継続事業実施	(従来事業の継続要望)	臨床研修医定着促進事業費	6,278	○地域医療課 (医師確保班)
10	Ⅳ (1)	県医師会	システム運営、調査、情報発信	医師確保に向けたサポートを目的として運用を開始した「静岡県医師バンク」の運営、機能・広報の拡充	②継続事業の拡充実施	県内外からの求職者へのきめ細かい支援を継続し、更なる医師バンクの利用促進するため広報機能を拡充	静岡県ドクターバンク運営事業費	14,015	○地域医療課 (医師確保班)
11	Ⅳ (5)	県医師会	研修会	医師の働き方改革を推進するための医療クラークの教育体制整備に向けた研修会、女性医師就労支援に向けた講演会等の開催	⑤継続事業実施	(従来事業の継続要望)	○医師・看護師事務作業補助者教育体制整備事業費 ○女性医師就労支援事業費	4,920	○地域医療課 (医師確保班)
12	Ⅱ (1)	県医師会	普及啓発	外来機能の情報十分得られず、患者の大病院指向が見受けられる等の課題を解決するため、かかりつけ医を持つこと等について普及啓発する	⑤継続事業実施	(従来事業の継続要望)	医療・介護一体改革総合啓発事業	4,250	○医療政策課 (医療企画班)
13	Ⅱ (1)	県医師会	拠点運営	地域包括ケアシステムの整備に向け、在宅医療・介護連携のためのネットワーク形成の拠点となる「シズケアサポートセンター」の運営継続	⑤継続事業実施	(従来事業の継続要望)	在宅医療・介護連携推進事業費	30,000	○福祉長寿政策課 (地域包括ケア推進班)

令和5年度 地域医療介護総合確保基金(医療分) 事業提案及び反映状況

※区分Ⅰ: 病床機能分化・連携推進、Ⅱ: 在宅医療推進、Ⅳ: 医療従事者等確保

(単位: 千円)

No.	区分	提案団体	提案項目	提案事業内容	事業提案反映状況	事業提案反映状況	基金事業名(予定)	R5計画(予定) (高倉元出額)	担当課
14	Ⅱ (1)	県医師会	助成	『地域包括ケア対応型』へとモデルチェンジした「シズケア*かけはし」の一層の活用拡大に向け、地域の普及拠点づくりのほか、職種やサービス種別に応じた新たな活用方法の検討・活用拡大	⑤継続事業実施	(従来事業の継続要望)	地域包括ケア情報システム連携拠点推進事業	15,300	○福祉長寿政策課 (地域包括ケア推進班)
15	Ⅱ (1)	県医師会	研修会	地域での体制づくりの核となる認知症サポート医リーダーを養成する研修会や、養成したリーダーが情報共有・意見交換を行う連絡会の開催	⑤継続事業実施	(従来事業の継続要望)	認知症関係人材資質向上等事業 (介護メニュー)	(1,720)	○福祉長寿政策課 (地域包括ケア推進班)
16	Ⅱ (1)	県医師会	研修会	かかりつけ医を対象とした地域リハビリテーション基礎研修の実施や、かかりつけ医への支援、市町・地域包括支援センターとの連携づくりの協力を行う「サポート医」の養成	⑤継続事業実施	(従来事業の継続要望)	地域リハビリテーション強化推進事業	1,618	○福祉長寿政策課 (地域包括ケア推進班)

医療機能情報提供制度における全国統一システムの稼働

(静岡県健康福祉部医療局医療政策課)

1 概要

- ・これまで各都道府県が運用していた医療機能情報提供システム（本県は「医療ネットしずおか」）は、令和6年度から国が運用する「全国統一システム」に統合されます。
- ・各医療機関で行っていただいている定期報告については、令和4年度までは「医療ネットしずおか」での報告となりますが、令和5年度以降は「全国統一システム」（共通基盤：G-MIS）により報告いただくこととなります。

2 全国統一システム構築のメリット

住民	全国単位で同一項目での検索が可能 等
医療機関	統一された医療機能情報の発信 等
行政	システムの運用・改修の効率化 等

3 令和4年度定期報告

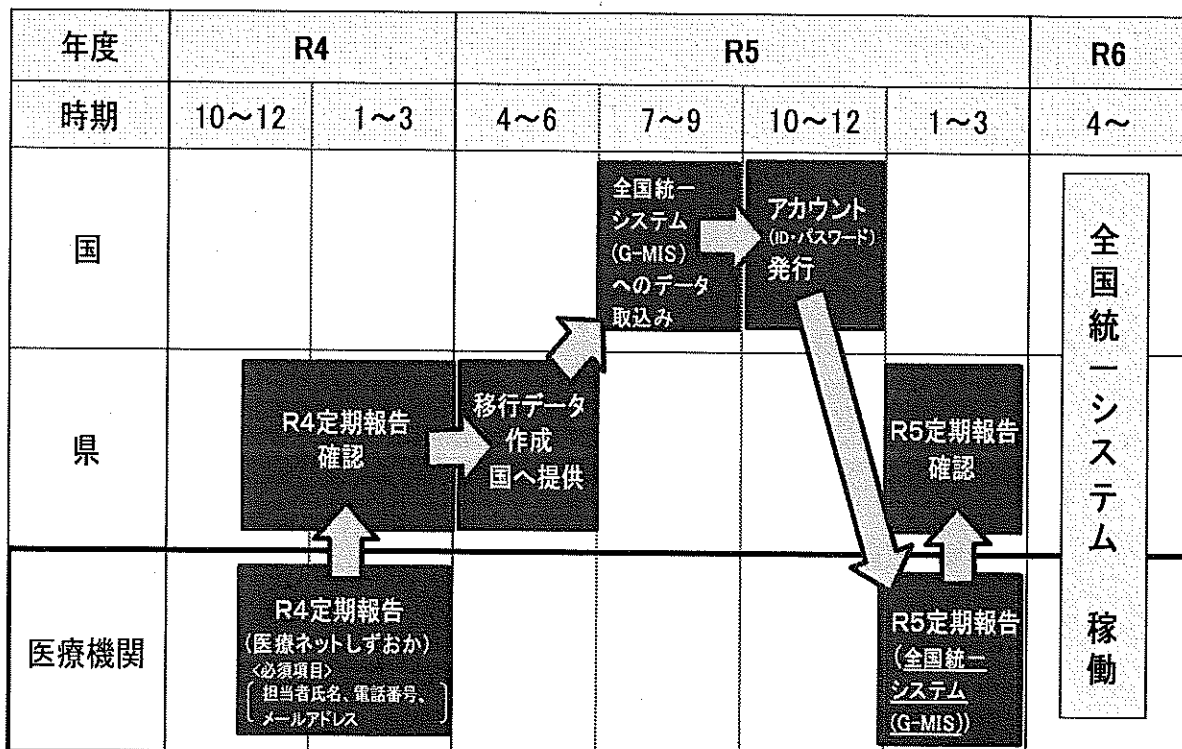
<実施時期>

令和4年12月～令和5年1月

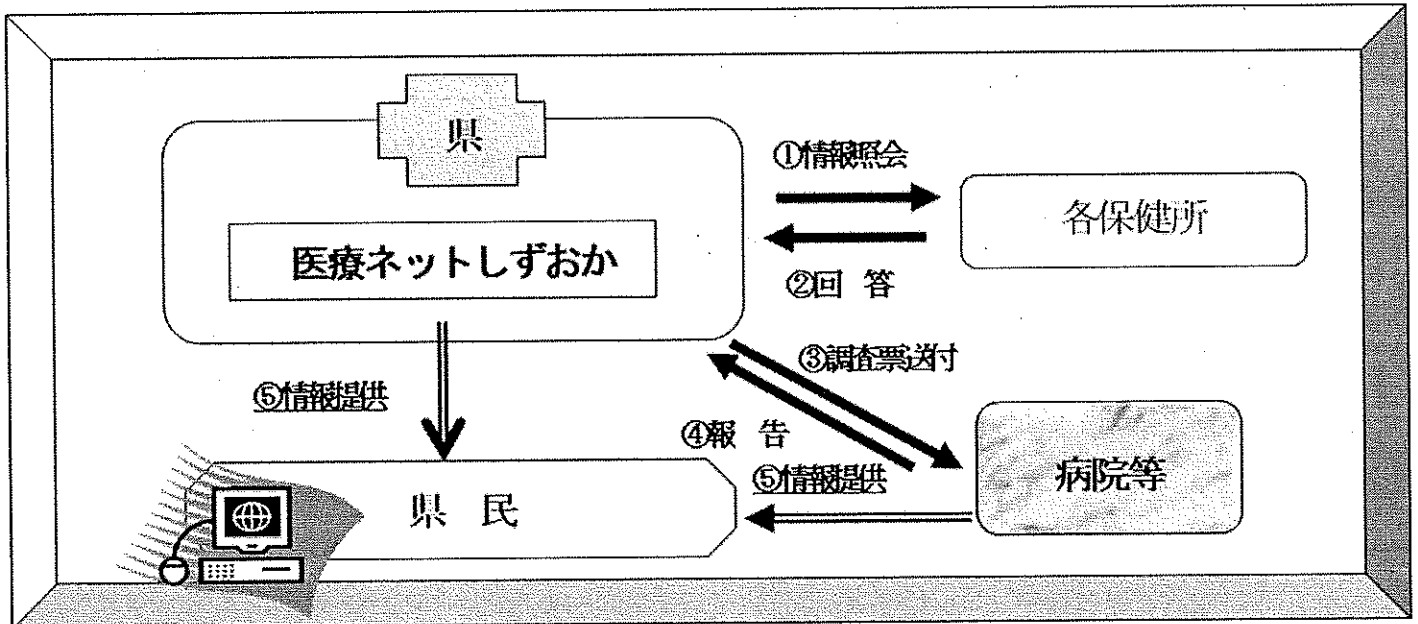
<令和4年度定期報告の役割等>

- ・令和4年度定期報告データを基に、令和6年度から運用する「全国統一システム」（共通基盤：G-MIS）に移行するためのデータが作成されます。
- ・令和4年度での準備により、令和5年度定期報告の際は、新規入力項目が少なく、更新が主な作業となります。

4 全国統一システム（共通基盤：G-MIS）へのデータ移行スケジュール



○医療ネットしずおか (H21～静岡県が運用開始)



<掲載情報>

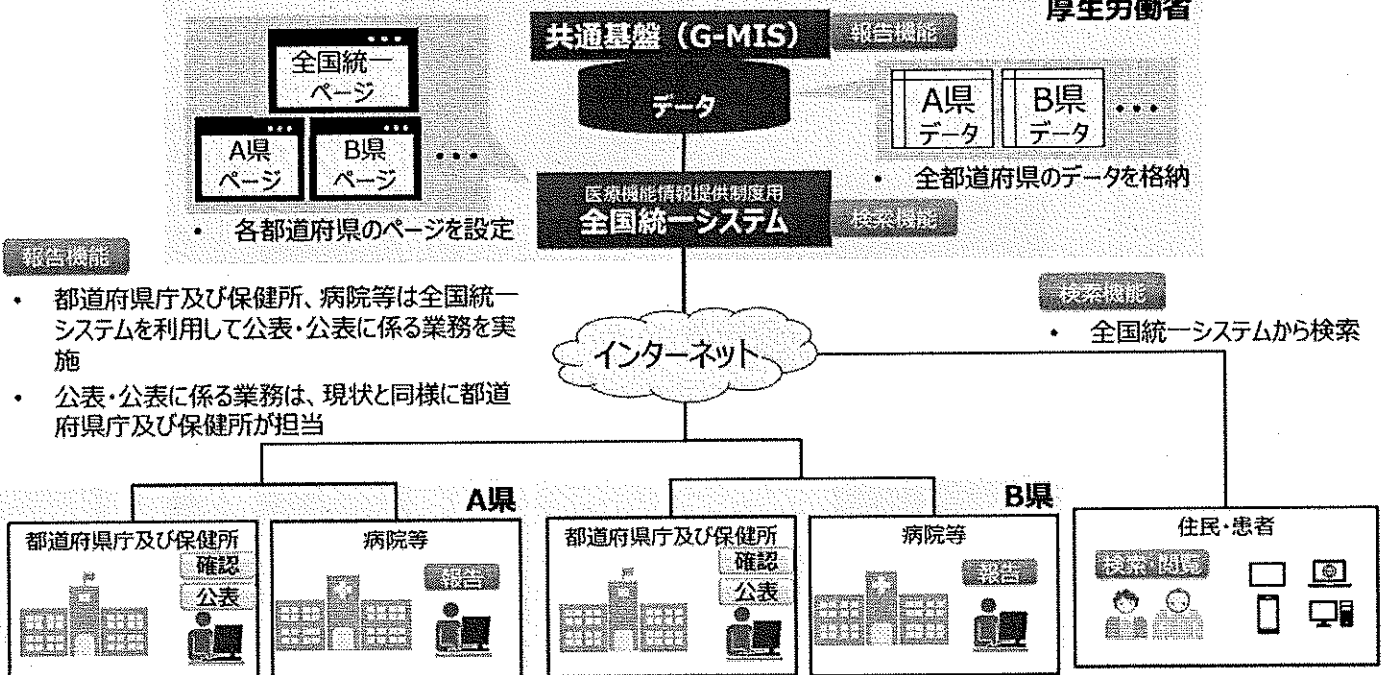
名称、開設者、所在地、診療科目、休診日、診療時間、許可病床数、看護師の配置 等

○全国統一システム (R6～厚生労働省が運用開始予定)

構築する全国統一システムのイメージ

- 全国統一システムでは、原則全ての都道府県の現行システム及びそのデータを集約する。
 - 報告に係る機能を「共通基盤 (G-MIS)」が、住民・患者等に公開する機能 (検索用Webサイト)を「全国統一システム」がそれぞれ担う。
 - G-MISを活用した報告により、病院等の報告負担軽減が期待される。
- 都道府県庁及び保健所、病院等は、全国統一システムを利用して公表・公表に係る業務を実施。

厚生労働省



報告機能

- 都道府県庁及び保健所、病院等は全国統一システムを利用して公表・公表に係る業務を実施
- 公表・公表に係る業務は、現状と同様に都道府県庁及び保健所が担当

検索機能

- 全国統一システムから検索

重点支援区域支援事業

1 基本的な考え方

- 都道府県は、当該区域の地域医療構想調整会議において、重点支援区域申請を行う旨合意を得た上で、「重点支援区域」に申請を行うものとする。
- 「重点支援区域」は、都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定する。なお、選定は複数回行うこととする。
- 重点支援区域の申請または選定自体が、医療機能再編等の方向性を決めるものではない上、重点支援区域に選定された後も医療機能再編等の結論については、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであることに留意が必要。

2 選定対象・募集時期

- 対象となるのは、「複数医療機関の医療機能再編等事例」とし、以下①②の事例も対象となり得る。

- ① 再検証対象医療機関が対象となっていない再編統合事例
- ② 複数区域にまたがる再編統合事例

3 支援内容

- 重点支援区域に対する国による技術的・財政的支援は以下を予定。

【技術的支援】（※）

- ・ 地域の医療提供体制や、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析
- ・ 関係者との意見調整の場の開催 等

【財政的支援】

- ・ 地域医療介護総合確保基金の優先配分
- ・ 病床機能の再編支援を一層手厚く実施

※ 一般の新型コロナウイルスへの対応を踏まえ、地域における今後の感染症対応を見据えた医療提供体制の構築に向けた検討に資するよう、国の検討会等における議論の状況について情報提供を行う。

4 重点支援区域設定の要否

- 今後、全ての都道府県に対して重点支援区域の申請の意向の有無を聴取。

5 選定区域

- これまでに以下の12道県18区域の重点支援区域を選定。

【1回目（令和2年1月31日）選定】
 ・宮城県（仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域）
 ・滋賀県（湖北区域）
 ・山口県（柳井区域、萩区域）

【2回目（令和2年8月25日）選定】
 ・北海道（南空知区域、南樺山区域）
 ・新潟県（粟央区域）
 ・兵庫県（東播磨区域）
 ・岡山県（広瀬西部区域）
 ・佐賀県（中部区域）
 ・熊本県（天草区域）

【3回目（令和3年1月22日）選定】
 ・山形県（置賜区域）
 ・岐阜県（東濃区域）

【4回目（令和3年12月3日）選定】
 ・新潟県（上越区域、佐渡区域）
 ・広島県（尾三区域）

【5回目（令和4年4月27日）選定】
 ・山口県（下関区域）

地域医療構想の実現に向けた医療機能分化・連携支援事業

令和5年度予算額 1.7 億円 (1.7 億円) ※()内は前年度当初予算額

1 事業の目的

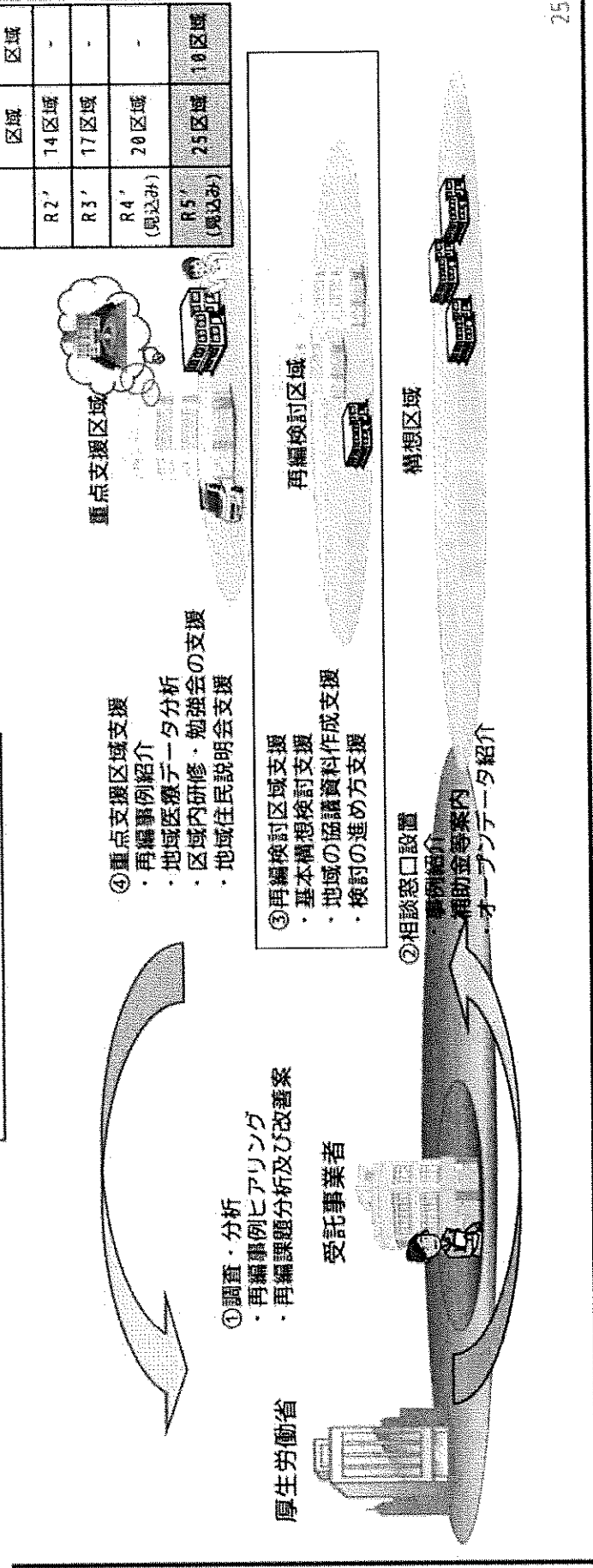
- 地域医療構想の中で特に実施が困難な複数医療機関の再編について、その検討段階から、相談、事例紹介、調査・分析等を通じて、実現までの支援を行う。
- 重点支援区域への支援で得られた知見や過去の再編事例等の調査を通じて、地域医療構想を推進する上での課題に対し、参考となる有効な分析、制度等の活用・改善方策を検討する。

2 事業の概要

- ① 地域医療構想を推進するための課題の調査・分析【拡充】
- ② 再編等を検討している医療機関等からの相談窓口の設置
- ③ 重点支援区域への申請の前段階の再編を企画・検討する区域に対する支援（重点支援区域の設定の要否を判断するまで支援）【拡充】
- ④ 国が重点的に支援する重点支援区域への再編の支援（事例紹介、データ分析 等）

3 事業スチーム・実施主体等

実施主体：委託事業（コンサル等）



静岡県 総務課さんがあなたを予約された Zoom ミーティングに招待しています。

トピック: 令和4年度第2回熱海伊東地域医療構想調整会議

時間: 2023年2月20日 05:00 PM 大阪、札幌、東京

Zoom ミーティングに参加する

<https://us02web.zoom.us/j/81020849378?pwd=amhIMFVzVS9DUmhRc1llZ3Nxayt1Zz09>

ミーティング ID: 810 2084 9378

パスコード: 081012

ワンタップモバイル機器

+16465588656,,81020849378#,,,,*081012# 米国 (New York)

+16469313860,,81020849378#,,,,*081012# 米国

所在地でダイヤル

+1 646 558 8656 米国 (New York)

+1 646 931 3860 米国

+1 669 444 9171 米国

+1 669 900 9128 米国 (San Jose)

+1 689 278 1000 米国

+1 719 359 4580 米国

+1 253 205 0468 米国

+1 253 215 8782 米国 (Tacoma)

+1 301 715 8592 米国 (Washington DC)

+1 305 224 1968 米国

+1 309 205 3325 米国

+1 312 626 6799 米国 (Chicago)

+1 346 248 7799 米国 (Houston)

+1 360 209 5623 米国

+1 386 347 5053 米国

+1 507 473 4847 米国

+1 564 217 2000 米国

ミーティング ID: 810 2084 9378

パスコード: 081012

市内番号を検索: <https://us02web.zoom.us/u/kcJnsjxdZQ>

