令 和 4 年 度
第 2 回　静 岡 県 医 療 審 議 会

日 時 ： 令和５年３月 27 日(月) 午後４時～

場 所 ： グランディエールブケトーカイ ４階 シンフォニー
（静岡市葵区紺屋町 17－1）

次　　第

１　開　　会

２　議　　題
（１）第９次静岡県保健医療計画の策定
（２）静岡県医師確保計画の一部改正

３　報告事項
（１）医療法人部会の審議結果
（２）地域医療構想調整会議の開催状況
（３）地域医療連携推進法人
静岡県東部メディカルネットワークへの参画
（４）第８次静岡県保健医療計画の進捗状況
（５）第３期静岡県医療費適正化計画の進捗状況
（６）地域医療支援病院の運営状況
（７）令和５年度地域医療介護総合確保基金（医療分）事業
（８）医師の働き方改革（特定労務管理対象機関の指定）

４　閉　　会

静岡県医療審議会委員名簿

（任期：令和３年９月１日～令和５年８月31日）

（敬称略）

区分	氏　　名	所属団体名・役職名	備考	出欠	参加方法	
					会場	WEB
医師・歯科医師・薬剤師	（会長）紀平　幸一	静岡県医師会会長		○	○	
	加陽　直実	静岡県医師会副会長		○		○
	齋藤　昌一	静岡県医師会副会長		○		○
	福地　康紀	静岡県医師会副会長		○	○	
	木本　紀代子	静岡県医師会会員		○		○
	谷口　千津子	静岡県医師会会員		○	○	
	毛利　博	静岡県病院協会会長		○	○	
	荻野　和功	静岡県病院協会副会長		○	○	
	伊藤　惠利子	静岡県病院協会参与		○		○
	山岡　功一	静岡県精神科病院協会副会長		○	○	
	大松　高	静岡県歯科医師会会長		○		○
	大内　仁之	静岡県歯科医師会専務理事		○	○	
	松田　美代子	静岡県歯科医師会理事		○	○	
	石川　幸伸	静岡県薬剤師会会長		○	○	
	山口　宜子	静岡県薬剤師会常務理事		○	○	
受療者	小野　達也	静岡県市長会（伊東市長）		○		○
	太田　康雄	静岡県町村会（森町長）		○		○
	田中　弘俊	健康保険組合連合会静岡連合会		○		○
	長野　豊	全国健康保険協会静岡支部長		×		
	石田　友子	認知症の人と家族の会静岡県支部　代表		○	○	
	稲葉　由子	しずおか女性の会運営委員		○	○	
学識経験者	今野　弘之	国立大学法人浜松医科大学学長		○		○
	渡邊　昌子	静岡県看護協会会長		○	○	
	（副会長）杉本　好重	静岡県議会厚生委員会副委員長		○	○	
	山本　たつ子	静岡県社会福祉協議会理事		○		○
	多田　みゆき	静岡県訪問看護ステーション協議会副会長		○		○
	木苗　直秀	静岡県立大学特別顧問		○	○	
	佐野　由香利	静岡新聞社編集局社会部記者		×		
	鈴木　みちえ	順天堂大学保健看護学部客員教授		○	○	
	中村　祐三子	特定非営利活動法人静岡県介護支援専門員協会理事		×		

出席委員	27	16	11
全委員数	30		

令和4年度第2回　静岡県医療審議会　座席表

（　日時：令和5年3月27日（月）　午後4時～午後6時　　場所：グランディエールブケトーカイ　4階　シンフォニー　）

山口委員 県薬剤師会常務理事	渡邊委員 県看護協会会長

紀平会長 県医師会会長

杉本副会長 県議会厚生委員会副委員長

石川委員 県薬剤師会会長	石田委員 認知症の人と家族の会県支部代表

山岡委員 県精神科病院協会副会長
谷口委員 県医師会会員

稲葉委員 しずおか女性の会運営委員
大内委員 県歯科医師会専務理事

WEB参加委員（11名）

伊藤委員（県病院協会参与）
太田委員（県町村会（森町長））
大松委員（県歯科医師会会長）
小野委員（県市長会（伊東市長））
加陽委員（県医師会副会長）
木本委員（県医師会会員）
今野委員（国立大学法人浜松医科大学学長）
齋藤委員（県医師会副会長）
多田委員（県訪問看護ステーション協議会副会長）
田中委員（健康保険組合連合会静岡連合会）
山本委員（県社会福祉協議会理事）

毛利委員 県病院協会会長
松田委員 県歯科医師会理事

荻野委員 県病院協会副会長
木苗委員 静岡県立大学特別顧問

福地委員 県医師会副会長

鈴木委員 順天堂大学保健看護学部客員教授

青山 感染症対策局長	鈴木 感染症対策担当部長

後藤 健康福祉部長代理	八木 健康福祉部長

紅野 健康福祉部理事	奈良 健康福祉部参事

高須 医療局長	藤森 医療政策課長

後藤 健康福祉部参事	櫻井 感染症対策課長

赤堀 健康局長	田中 健康福祉部参事

民谷 企画政策課長	永井 疾病対策課長

松林 地域医療課長	村松 医療人材室長

米山 新型コロナ対策企画課長	宮田 健康政策課長

島村 健康増進課長	石垣 国民健康保険課長

加藤 福祉長寿政策課長	内野 地域包括ケア推進室長

勝岡 介護保険課長	小池 福祉指導課長

武田 障害福祉課長代理（代理出席）	大石 精神保健福祉室長

河本 こども家庭課長	米倉 薬事課長

田中 静岡市保健所長	田中 賀茂健康福祉センター所長

小坂 東部健康福祉センター所長	安間 東部保健所長

井原 西部健康福祉センター所長	木村 西部保健所長

土屋 中部健康福祉センター所長	岩間 中部保健所長

藤野 富士健康福祉センター所長	鉄 富士保健所長

横崎 御殿場健康福祉センター所長	馬淵 御殿場保健所長

事務局（WEB参加　3名）

本間　賀茂保健所長
伊藤　熱海健康福祉センター所長兼保健所長
板倉　浜松市健康福祉部医監(浜松市保健所長 代理出席）

下窪 医療政策課医監	

	報道席

令和４年度　第２回静岡県医療審議会資料

目次

＜議題＞

資料１：第９次静岡県保健医療計画の策定……　1
資料２：静岡県医師確保計画の一部改正……　2

＜報告＞

資料３：医療法人部会の審議結果……　3
資料４：地域医療構想調整会議の開催状況……　4
資料５：地域医療連携推進法人
静岡県東部メディカルネットワークへの参画……　5
資料６：第８次静岡県保健医療計画の進捗状況……　6
資料７：第３期静岡県医療費適正化計画の進捗状況……　7
資料８：地域医療支援病院の運営状況……　8
資料９：令和５年度地域医療介護総合確保基金（医療分）事業……　9
資料10：医師の働き方改革（特定労務管理対象機関の指定）……　10

＜参考資料＞

（国検討会資料）第８次医療計画等に関する意見のとりまとめ……　参考１
（計画策定作業部会資料）重点的に協議が必要なポイント（案）……　参考２
静岡県医師確保計画の一部改正後全文……　参考３
病床機能報告における定量的基準「静岡方式」の導入……　参考４
医療審議会関係法令・運営規程……　参考５

第２回静岡県 医療審議会	資料 １	議題 １

第９次静岡県保健医療計画の策定

第９次静岡県保健医療計画の策定に関して、医療計画策定作業部会での協議状況を踏まえ、県医療審議会に意見を伺うものである。

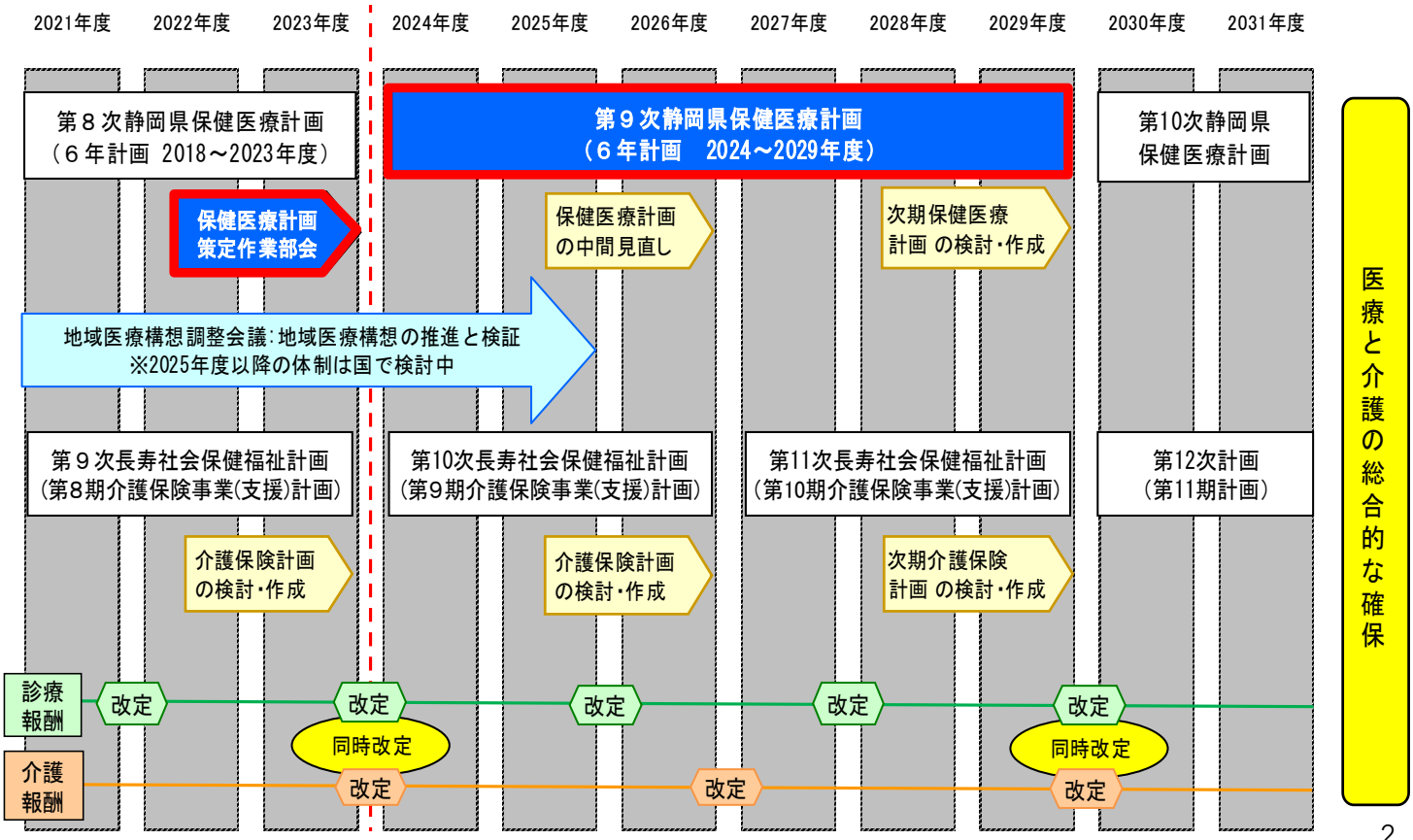
次期（第９次）静岡県保健医療計画の策定

＜現計画（第8次静岡県保健医療計画）の概要＞

区分	内　容
法的根拠	医療法第30条の４及び６
計画の性格	県の総合計画（富国有徳の美しい“ふじのくに”の人づくり・富づくり）の分野別計画 であり、本県における保健医療施策の基本指針
計 画 期 間	2018年度（平成30年度）から2023年度（令和５年度）までの６年間
２次保健医療圏	入院医療の提供体制を確保するための一体の区域（県下８医療圏）
基準病床数	療養病床及び一般病床２６，７２０床（８圏域） 精神病床　５，３８８床（県全圏域） 結核病床　８２床（県全圏域） 感染症病床　４８床（県全圏域）
疾病・事業等に係る医療連携体制の構築	６疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、肝炎、精神疾患） ５事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、 小児医療（小児救急医療を含む。）） 在宅医療（訪問診療の促進、訪問看護の充実、歯科訪問診療の促進、かかりつけ薬局の促進、介護サービスの充実）
圏域別計画	医療資源や住民の健康状態等は圏域ごとに実状が異なることから、地域の状況に応じて、６疾病５事業及び在宅医療に関する圏域別の計画を策定。
その他	団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けた取組、医療機関の機能分担と相互連携 、地域包括ケアシステムの構築　ほか

1

保健医療計画及び長寿社会保健福祉計画の計画期間



2

現計画（第8次静岡県保健医療計画）項目一覧

＜全県版＞

第1章　基本的事項
- 第1節　計画策定の趣旨
- 第2節　基本理念
- 第3節　計画の位置付け
- 第4節　計画の期間
- 第5節　2025年に向けた取組
- 第6節　地域包括ケアシステムの構築

第2章　保健医療の現況
- 第1節　人口
- 第2節　受療動向
- 第3節　医療資源

第3章　保健医療圏
- 第1節　保健医療圏の設定の基本的考え方
- 第2節　保健医療圏の設定
  - 1　2次保健医療圏
  - 2　3次保健医療圏
- 第3節　基準病床数

第4章　地域医療構想
- 第1節　構想区域
- 第2節　2025年の必要病床数、在宅医療等の必要量
- 第3節　実現に向けた方向性
- 第4節　地域医療構想の推進体制

第5章　医療機関の機能分担と相互連携
- 第1節　医療機関の機能分化と連携
- 第2節　プライマリーケア
- 第3節　地域医療支援病院の整備
- 第4節　公的病院等の役割
  - 1　公的病院等の役割
  - 2　公立病院改革への対応
  - 3　県立病院
    - （1）県立静岡がんセンター
    - （2）地方独立行政法人静岡県立病院機構
- 第5節　医療機能に関する情報提供の推進
- 第6節　病床機能報告制度

第6章　疾病又は事業ごとの医療連携体制の構築
- 第1節　疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制
- 第2節　疾病
  - 1　がん
  - 2　脳卒中
  - 3　心筋梗塞等の心血管疾患
  - 4　糖尿病
  - 5　肝炎
  - 6　精神疾患
- 第3節　事業
  - 1　救急医療
  - 2　災害時における医療
  - 3　へき地の医療
  - 4　周産期医療
  - 5　小児医療（小児救急医療を含む。）
- 第4節　在宅医療
  - 1　在宅医療の提供体制
  - 2　在宅医療のための基盤整備
    - （1）訪問診療の促進
    - （2）訪問看護の充実
    - （3）歯科訪問診療の促進
    - （4）かかりつけ薬局の促進
    - （5）介護サービスの充実

第7章　各種疾病対策等
- 【中間見直し：新規】新型コロナウイルス感染症対策
- 【中間見直し：新規】新興・再興感染症対策
- 第1節　感染症対策
- 第2節　結核対策
- 第3節　エイズ対策
- 第4節　難病対策
- 第5節　認知症対策
- 【中間見直し：新規】地域リハビリテーション
- 第6節　アレルギー疾患対策
- 第7節　臓器移植対策
- 第8節　血液確保対策
- 第9節　治験の推進
- 第10節　歯科保健医療対策

第8章　医療従事者の確保
- 第1節　医師
- 第2節　歯科医師
- 第3節　薬剤師
- 第4節　看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）
- 第5節　その他の保健医療従事者
- 第6節　ふじのくに医療勤務環境改善支援センター
- 第7節　介護サービス従事者

第9章　医療安全対策の推進

第10章　健康危機管理対策の推進
- 第1節　健康危機管理体制の整備
- 第2節　医薬品等安全対策の推進
  - 1　医薬品等の品質確保と適正使用の推進
  - 2　麻薬・覚醒剤等に対する薬物乱用防止対策
- 第3節　食品の安全衛生の推進
- 第4節　生活衛生対策の推進

第11章　保健・医療・福祉の総合的な取組の推進
- 第1節　健康寿命の延伸
  - 1　県民の生涯を通じた健康づくり
    - （1）健康経営の推進による健康づくり
    - （2）特定健康診査・特定保健指導等の促進
    - （3）食育による健康づくりの推進
    - （4）たばこ対策の推進
  - 2　科学的知見に基づく健康施策の推進
- 第2節　高齢化に伴い増加する疾患等対策
- 第3節　高齢者保健福祉対策
- 第4節　母子保健福祉対策
- 第5節　障害者保健福祉対策
- 第6節　保健施設の機能充実
  - 1　保健所（健康福祉センター）
  - 2　発達障害者支援センター
  - 3　精神保健福祉センター
  - 4　静岡県総合健康センター
  - 5　環境衛生科学研究所
  - 6　市町保健センター
- 第7節　地域医療に対する住民の理解促進

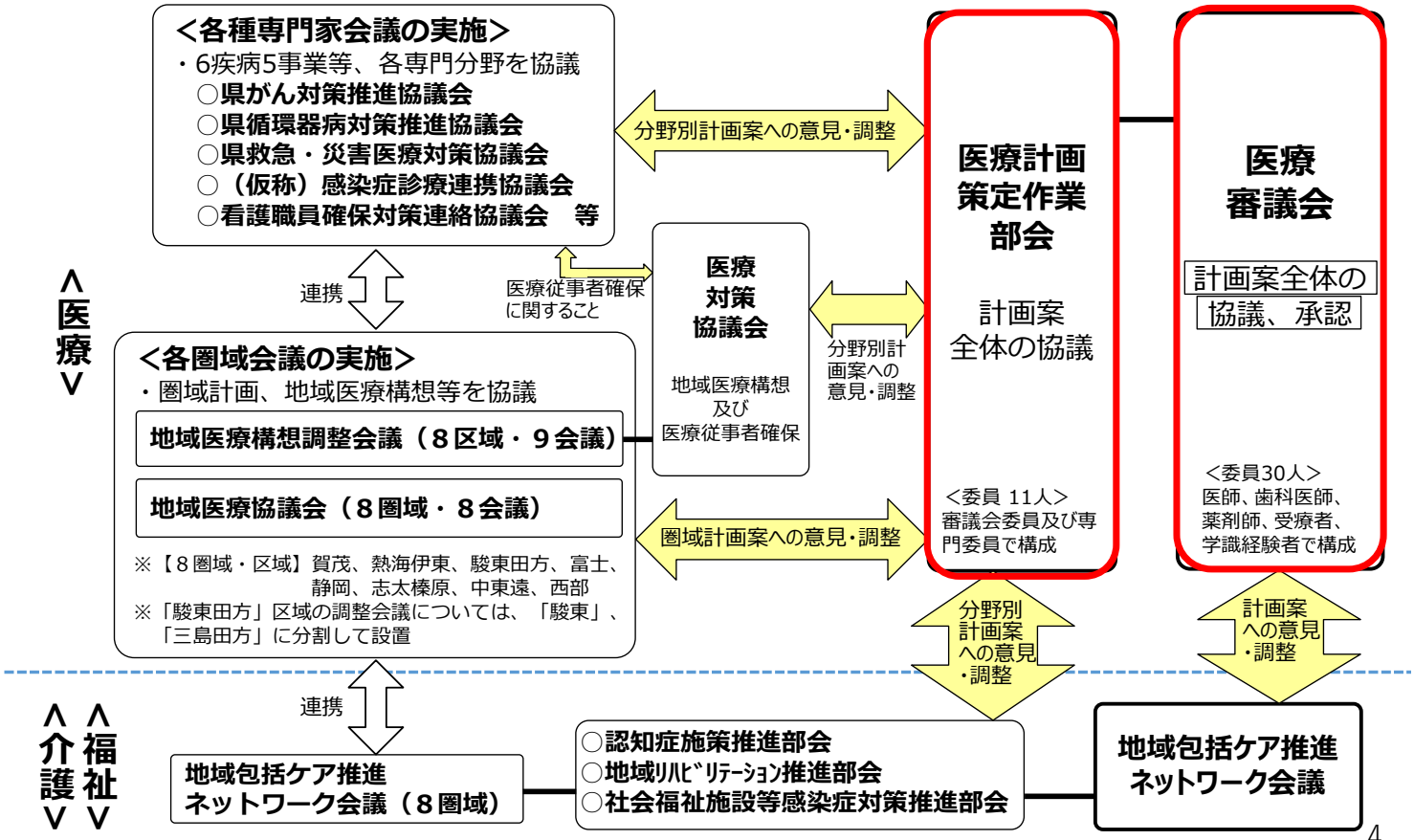
第12章　計画の推進方策と進行管理
- 第1節　計画の推進体制
- 第2節　数値目標等の進行管理
- 第3節　主な数値目標等

＜2次保健医療圏版＞

第1章　第8次静岡県保健医療計画「2次保健医療圏版」について
- 1「2次保健医療圏版」作成の趣旨
- 2「2次保健医療圏版」を作成する単位
- 3「2次保健医療圏版」の記載内容
- 4　指標から見る各医療圏の状況

第2章　2次保健医療圏における計画の推進
- 1　賀茂保健医療圏
- 2　熱海伊東保健医療圏
- 3　駿東田方保健医療圏
- 4　富士保健医療圏
- 5　静岡保健医療圏
- 6　志太榛原保健医療圏
- 7　中東遠保健医療圏
- 8　西部保健医療圏

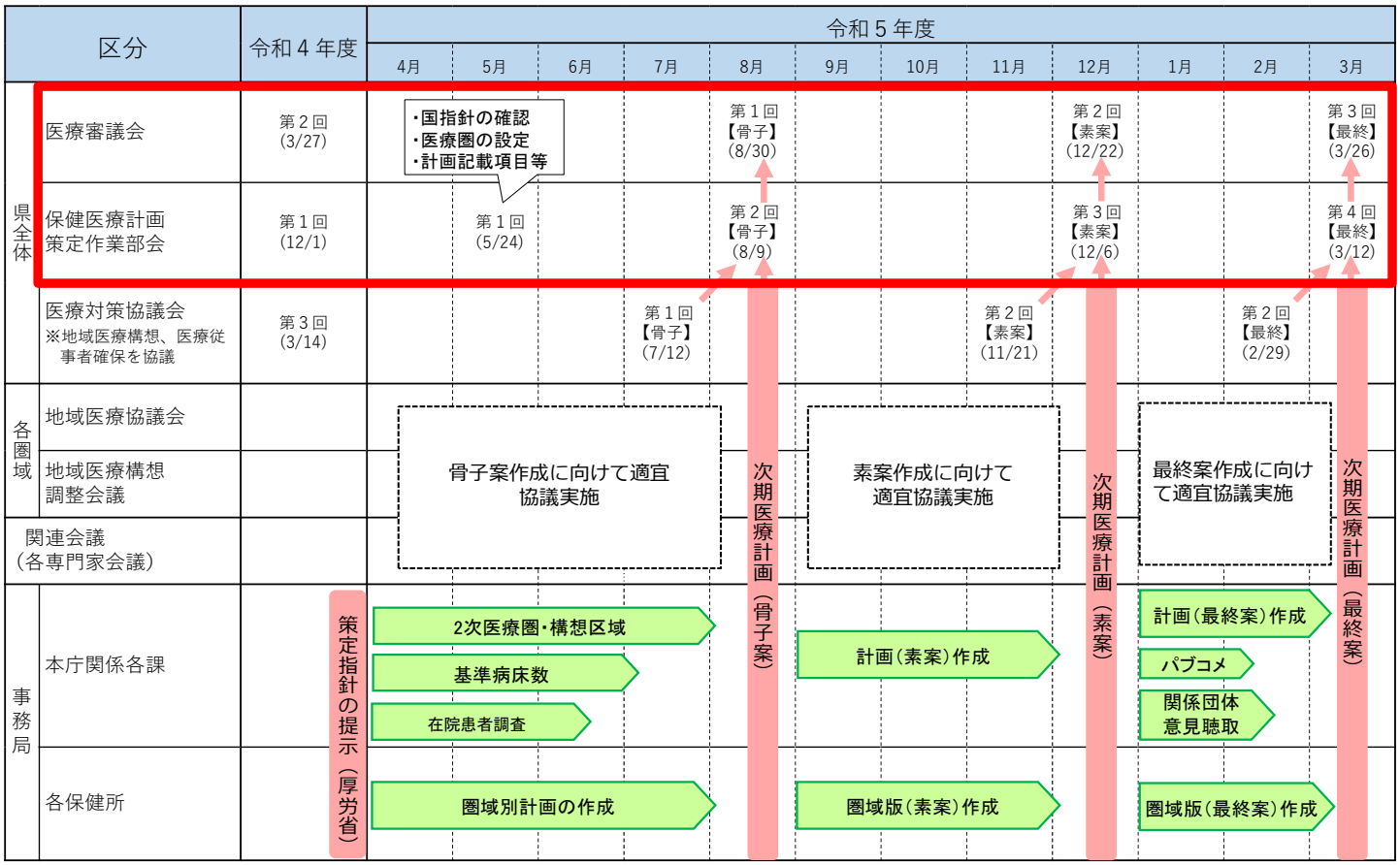
第９次静岡県保健医療計画の策定体制



静岡県保健医療計画策定における主な専門家会議

項目		関連会議名称
計画全体		医療審議会（医療計画策定作業部会）
保健医療圏、地域医療構想		医療対策協議会、地域医療構想調整会議（各圏域）
6疾病5事業在宅	がん	がん対策推進協議会
	脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患	循環器病対策推進協議会
	糖尿病	糖尿病等重症化予防対策検討会
	肝炎	肝炎医療対策委員会
	精神疾患（発達障害含む）	精神保健福祉審議会、発達障害者支援地域協議会
	救急医療、災害時医療	救急・災害医療対策協議会
	へき地の医療	へき地医療支援計画推進会議
	周産期、小児（小児救急含む）	周産期・小児医療協議会
	在宅医療	シズケアサポートセンター企画委員会
各種疾病対策	感染症対策	（仮称）感染症診療連携協議会
	結核対策	結核対策推進協議会
	エイズ対策	エイズ対策推進委員会
	認知症対策	地域包括ケア推進ネットワーク会議（認知症施策推進部会）
	地域リハビリテーション	地域包括ケア推進ネットワーク会議（地域リハ推進部会）
	アレルギー疾患対策	アレルギー疾患医療連絡協議会
	歯科保健医療対策	ふじのくに健康増進計画推進協議会
医療従事者確保	医師	医療対策協議会（医師確保部会）
	看護職員	看護職員確保対策連絡協議会、医療対策協議会
	薬剤師	薬事審議会、医療対策協議会
	医療勤務環境改善支援センター	センター運営協議会、医療対策協議会
その他	健康寿命の延伸、高齢化に伴う疾患	ふじのくに健康増進計画推進協議会
	高齢者保健福祉対策	長寿社会保健福祉計画推進・策定部会
2次医療圏版		地域医療協議会（各圏域）

第9次静岡県保健医療計画の策定スケジュール（案）



静岡県保健医療計画策定作業部会　概要

・医療計画策定に関して集中的に協議を行うため、静岡県医療審議会に部会を設置
（令和４年度第１回医療審議会(R4.8.23)で設置承認済）

区分		内　容
根拠法令		医療法施行令第５条の21
部会員構成		医療審議会委員 及び 医療審議会専門委員 ※医療審議会会長が指名
部会員（11名）	医療審議会委員	齋藤　昌一　（静岡県医師会副会長）※部会長 毛利　博　（静岡県病院協会会長） 大内　仁之　（静岡県歯科医師会専務理事） 山口　宜子　（静岡県薬剤師会常務理事） 小野　達也　（静岡県市長会（伊東市長）） 太田　康雄　（静岡県町村会（森町長）） 長野　豊　（全国健康保険協会静岡支部長） 今野　弘之　（国立大学法人浜松医科大学学長） 渡邊　昌子　（静岡県看護協会会長）
	専門委員	小林　利彦　（地域医療構想アドバイザー） 竹内　浩視　（地域医療構想アドバイザー）

7

次期医療計画において検討が必要な事項①

・国主催の検討会の意見について、取りまとめ内容を別紙「参考資料１」の通り、国が公表
・国検討会の意見や、各専門家会議の意見等を踏まえ、現時点で検討が必要と考える項目

区分		次期医療計画において検討が必要な事項
２次医療圏		圏域の設定について、国の基準等に基づき見直しを検討 （国検討会では、見直し基準については、現行計画を踏襲（基準の変更なし）） 8
６疾病	がん	来年度改定の「静岡県がん対策推進計画」と整合をとり、医療計画を変更 ・国の次期がん対策推進基本計画に追加された項目の検討（がん検診受診率の目標値変更等） ・がん情報の均てん化、緩和ケアと支持療法の更なる充実、高齢者がん対策、がん予防と検診 ・新興感染症の発生・まん延時でも機能を維持できる医療体制の整備　等
	脳卒中 心血管疾患	来年度改定の「静岡県循環器病対策推進計画」と整合をとり、医療計画を変更 ・現行計画での主要課題である「救急搬送」及び「医療連携」については、引き続き維持 ・リハビリテーション、循環器病の後遺症を有する者への支援、緩和ケア等の施策拡充を検討 ・感染症拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備　等
	糖尿病	新型コロナウイルス感染症拡大時の経験を踏まえた今後の医療体制 診療科間及び多職種の連携体制の構築、予防と医療の連携の推進　等
	肝炎	来年度改定の「肝炎対策推進計画」と整合をとり、医療計画を変更 ・非ウイルス性肝炎に対する取組を追加 ・本県では、国作成指針で定める５疾病に、県独自で「肝炎」を加え６疾病としており、肝炎対策の医療計画における位置付けについて、今後検討　等
	精神疾患	医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制の整備　等

次期医療計画において検討が必要な事項②

区分		次期医療計画において検討が必要な事項
6事業	救急医療	救急医療機関の役割の明確化（高次からの転院搬送の促進、地域包括ケアとの連携） 新興感染症の発生・まん延時において、感染症対応と通常の救急医療の両立できる体制構築　等
	災害時医療	災害対応に必要な多職種の連携促進 止水対策を含む浸水対策の促進　等
	へき地医療	へき地における遠隔医療の活用　等
	周産期医療	保健・福祉分野との連携（妊婦のメンタルヘルスケア ） 医師の働き方改革への対応 新興感染症の発生・まん延時に備えた周産期医療体制の整備　等
	小児医療	医師の働き方改革への対応（新生児医療） 災害時小児周産期リエゾンの養成 新興感染症の発生・まん延時に備えた小児医療体制の整備　等
	感染症医療 **（新規追加）**	「新興感染症発生・まん延時における医療」を６事業目として計画に位置付ける **※具体的な内容は、国検討会で協議中**

次期医療計画において検討が必要な事項③

区分		次期医療計画において検討が必要な事項
在宅医療		「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の位置付け　等
医療従事者確保	医師確保	医師の偏在解消と定着の促進等 （キャリア形成プログラム、医師少数スポット、目標医師数）
	歯科医師確保	病院と地域の歯科診療所等の連携体制の構築　等
	薬剤師確保	県薬剤師会や県病院薬剤師会等と、薬局及び病院における薬剤師の業務量や人的ニーズの状況、人材の地域偏在等の課題を把握・共有し、地域の実情に応じた薬剤師確保の方策等を検討　等
	看護職員確保	訪問看護に従事する看護職員確保の方策 特定行為研修に係る研修体制整備計画の策定 等

次期計画のポイント

令和４年度第１回医療計画策定作業部会（R4.12.1)より

○２次医療圏

・国基準等に基づき、圏域について見直しを検討

○６疾病・５事業

・５事業に「新興感染症への対応」を６事業目として新規追加
・６疾病における肝炎の位置付けを検討

○医療ＤＸ

・質の高い医療の提供や効率化を図るため、医療分野におけるデジタル化の推進

○その他検討すべき事項

・「かかりつけ医」、「医療従事者確保（働き方改革）」　等

今後、国が医療計画作成指針を公表予定（R5.3月末見込）

２次医療圏について①（定義・見直し基準）

(1) 定義　（二次医療圏）

・**特殊な医療を除く入院医療に対応**し、医療機関の機能連携に基づく医療サービスと広域的専門的な保健サービスとの連携等により、県民に包括的な保健医療サービスを提供する圏域
・主として**病院の病床及び診療所の病床の整備を図る地域的単位**として設定され、**療養病床及び一般病床の基準病床数を設定**（医療法第30 条の4第２項第17号）
・設定にあたっては、受療動向、地理的条件、日常生活の需要の充足状況や交通状況等の社会的条件等を考慮（医療法施行規則第30条の30第１項第１号）

(2) 医療計画作成指針（厚生労働省H29.3.31）における二次医療圏の見直し基準

①　人口規模が２０万人未満
②　流入患者割合が２０％未満
③　流出患者割合が２０％以上

以上の全てに当てはまる場合（以下「トリプル20基準」という）、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、**見直しの検討が必要。**

２次医療圏について②（現計画策定時の本県状況）

○ 本県の状況（現計画策定時(H29)）

・現計画策定時においては、**トリプル20基準に該当する二次医療圏はなかった。**

○ 今後の流れ

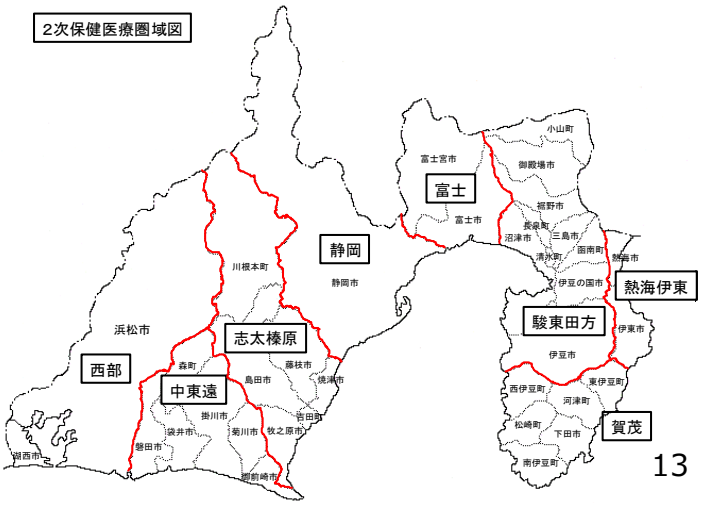
・厚生労働省の検討会において、**次期計画においてもトリプル20基準を用いる方向でまとまった。**ただし、地理的条件などから現実的でない場合もあるとして、「都道府県が医療計画を策定する際に、**基準に該当する２次医療圏を見直さない場合は、その考え方を明記すること**も、引き続き求めることで検討されている。

・基準に該当するか調査した後、各圏域における地域医療協議会において検討

・各圏域の検討結果について、本計画策定部会で協議を行う。

＜参考＞現計画策定時におけるトリプル20基準該当状況（H29調査）

２次医療圏	面積（Km²）	人口（人）	流入患者割合	流出患者割合
賀茂	583.6	65,197	25.1%	35.4%
熱海伊東	185.9	104,827	29.3%	38.1%
駿東田方	1,276.9	654,623	23.5%	11.6%
富士	634.0	377,836	10.5%	21.3%
静岡	1,411.9	701,803	15.8%	8.4%
志太榛原	1,209.4	460,970	5.3%	18.4%
中東遠	831.1	465,342	8.8%	24.7%
西部	1,644.6	856,347	14.2%	9.7%
計	583.6	3,686,945		



令和４年度第１回医療計画策定作業部会（R4.12.1）委員意見①

＜２次医療圏＞

○医療圏は現状のままで良いと思ってはいるが、賀茂や駿東田方圏域は、都心から多くの観光客も流入してくる地域。安心して滞在してもらうには、医療が安定して提供できることが重要。

○仮に圏域はそのままでも、特に伊豆半島などは、圏域ごとの検討も行いながら、伊豆半島全体や東部地域全体で協議するなど重層的な対応も大事ではないか。

＜肝炎の位置付け＞

○10年以上経過し見直すことは良い事だと思うが、専門部会できちんと議論していただいた上で、検討するのが良いと思う。

＜医療ＤＸ＞

○マイナンバーの活用を含め医療の重要な方向性が示されることになると思うので、医療ＤＸについては協議すべき。

○病院間の情報共有等について、互換性を持たせるようなことを国で検討を始めていると聞いている。県も、国の施策に配慮しながら、進めていっていただきたい。

○医療ＤＸに関しては、診療データをリアルタイムに集約・共有する仕組みが東西に長い静岡県では必要ではないか。今後、県で感染症管理センターを作っていくことを踏まえて、現場の診療データを集約・共有する仕組みは大事だと思う。

○医療機関等の提供側からの議論が多いが、中山間地域での遠隔医療等、住民側、受療者の視点も大事ではないか。

○医療ＤＸについては、自治体でも取り組んでいるが、システム改修や人材確保の負担が大きい。そのため、手戻りがないようにお願いしたい。

令和４年度第１回医療計画策定作業部会（R4.12.1）委員意見②

＜かかりつけ医＞
○現状、県では「かかりつけ薬局」の記述はあるが、「かかりつけ医」の記載があまりない。国でも様々な検討をしている。病院と診療所の連携が重要となる中、文言として入れたほうが良いと思う。
○早めの発見、早めの治療として予防医療やかかりつけ医が大事になってくる。

＜医療人材確保・働き方改革＞
○看護師の特定行為研修について、目標と実態に乖離が大きく、対策を講じる必要がある。
特定行為は、タスクシフト・シェアにも関わってくる。
○特定行為の看護師等について、県民の認識が低い。タスクシフト・シェアの中で重要な取組だと考えているので、情報発信をもっと行っていくことが必要ではないか。
○夜間において、不要不急な受診をしないといった地域住民の理解も必要。
○働き方改革を全面に出して、医療ＤＸや特定行為研修看護師の活用を強く出さないと、県外からの医師も来なくなる。

＜健診等予防対策＞
○健診も大事だが、予防を自分たちで考えることも重要であり、その点を計画に盛り込んで　啓蒙してもらいたい。
○予防、未病対策、重症化予防対策という意味で口腔健康管理は大事だと考える。

15

令和４年度 静岡県の地域医療に関する県民調査

・第9次静岡県保健医療計画の参考資料とするため、12月の作業部会での意見を踏まえ、調査項目を整理した後、県民調査を実施
・調査結果は今後、県ホームページで公表し、５月の作業部会で概要を説明予定

調査概要

	今回	（現計画策定時）
調査対象	静岡県全域	同左
調査方法	郵送法	同左
調査時期	R５.１月下旬～2月中旬	H29.１月下旬～2月中旬
標本数	県内在住の20歳以上の県民（2,000人）	県内在住の20歳以上の県民（1,500人）
回収件数	1,228件（回収率61.4%）	945件（回収率63.0%）

＜今回調査項目＞

（１）自身の健康状態について
（２）自身の通院状況について
（３）診療時間外の発病やけがについて
（４）診療科の偏在について
（５）感染症について
（６）在宅医療について
（７）人生の最終段階における医療について
（８）医療の安全対策の推進について
（９）特定健康診査について
（１０）歯科・口腔ケアについて
（１１）薬局・薬について
（１２）医療費について
（１３）今後の地域医療体制について

16

第２回静岡県 医療審議会	資料 2	議題 2

静岡県医師確保計画の一部改正

静岡県医師確保計画の一部改正について、県医療審議会の意見を伺うものである。

静岡県医師確保計画の一部改正

1　概要

県保健医療計画の一部である静岡県医師確保計画（令和２年度～５年度）の一部を改正し、「医師の確保を特に図るべき区域」である医師少数スポットを追加設定する。

2　改正の理由

令和４年 12 月の「第８次医療計画等に関する意見のとりまとめ」を踏まえ、医師少数スポットを追加設定することにより、「医師の確保を特に図るべき区域」に派遣される医師の能力開発及び向上を図る取組を強化し、医師偏在解消に資するため。

3　医師少数スポット

○医師の確保を特に図るべき区域

医師の確保を特に図るべき区域（法第５条の２第１項）	医師少数区域（国指定）	法第 30 条の４第６項
	医師少数スポット（県設定可能）	法施行規則第１条の２

⇒「医師の確保を特に図るべき区域」については、派遣される医師の能力の開発及び向上を図るとともに、同区域の医師確保に資する計画（キャリア形成プログラム）に関して、医療対策協議会（医師確保部会）において協議を行う（法第 30 条の 23 第２項第１号）。

4　国の設定地域の考え方に係る見直し（令和４年 12 月）

「局所的に医師が不足する地域」としていた医師少数スポットについて、原則、市区町村単位と考え方を明確化した。

5　追加設定の考え方

人口当たり病院勤務医数が、県内の医師少数区域と同等以下の市区町を追加。

（人口 10 万人当たり医療施設従事医師数）

区分	全国順位（本県状況）	全国
病院勤務医	40 位（142.2 人）	171.6 人
診療所	29 位（77.2 人）	85.0 人

6　追加設定案

圏域	医師の確保を特に図るべき区域		
	医師少数区域	医師少数スポット	
		現行	追加設定（案）
賀茂	○		
熱海伊東			伊東市（80.4）
駿東田方			三島市（55.8）、御殿場市（73.8）、裾野市（21.6）、伊豆市（90.8）、函南町（92.7）
富士	○		
静岡			駿河区（80.4）、清水区（56.7）
志太榛原			牧之原市（60.1）
中東遠	○		
西部		浜松市天竜区	湖西市（50.0）

（　）内は、人口 10 万人当たり病院勤務医数（医師少数区域≦93.8）

7　スケジュール

時期	項目	内容
６月～11 月	静岡県医療対策協議会医師確保部会	追加設定案の検討（全３回）
２月～３月	各地域医療協議会	追加指定への意見聴取（各市町長等）
３月２日	静岡県医療対策協議会医師確保部会	追加設定案の決定
３月 14 日	医療対策協議会	静岡県医師確保計画一部改正への意見聴取
３月 27 日	医療審議会	
４月１日	改正計画の施行・公表	

8　その他

（１）次期計画に向けた検討

追加設定案以外に医師少数スポット追加設定要望のあった地域については、次期医師確保計画（令和６年度～）に向けて検討を継続。　など

（２）キャリア形成プログラム適用者の勤務見込み

入学年度	専門研修開始年度	医師少数区域等勤務始年度	キャリア形成プログラム適用	（参考）地域枠医師
平成 27 年度	令和５年度	令和８年度	２名	３名
平成 28 年度	令和６年度	令和９年度	１名	11 名
平成 29 年度	令和７年度	令和 10 年度	１名	14 名
平成 30 年度	令和８年度	令和 11 年度	令和５年度申出	24 名
平成 31 年度	令和９年度	令和 12 年度	令和６年度申出	35 名
令和２年度	令和 10 年度	令和 13 年度	※	48 名
令和３年度	令和 11 年度	令和 14 年度		62 名
令和４年度	令和 12 年度	令和 15 年度		65 名
令和５年度	令和 13 年度	令和 16 年度		68 名

※令和２年度以降入学の地域枠医師は、キャリア形成プログラムの適用必須

改正前（令和４年３月中間見直し）	改正後
（１）現状 コ　医師少数スポット ○医師少数区域以外の地域で、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されています。2019 年度の「静岡県医師確保計画」策定時は、医師少数スポットを設定していませんでしたが、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、その地域の医療提供体制の確保に努めることとしていました。	（１）現状 コ　医師少数スポット ○医師少数区域以外の地域で、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されています。2021 年度の「第８次静岡県保健医療計画」（中間見直し）において、「浜松市天竜区」を医師少数スポットに設定しました。 ○国は、令和４年 12 月「第８次医療計画等に関する意見のとりまとめ」において、医師少数スポットを原則として市区町村単位で設定することとしています。
（３）対策 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 ② 100 ㎢あたり医療機関数 ③ 1 ㎢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	（３）対策 エ　医師少数スポットの設定 ○本県においては、浜松市天竜区に加え、伊東市、伊豆市、三島市、裾野市、函南町、御殿場市、静岡市清水区、静岡市駿河区、牧之原市、湖西市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、厚生労働省が令和４年 12 月に公表した「第８次医療計画等に関する意見のとりまとめ」において、原則市区町村単位とされたこと及び病院と診療所の医師偏在指標を示すことに加え、本県の人口当たり病院勤務医数が全国 40 位と大幅に少ないことを踏まえ、医師少数区域の人口当たり病院勤務医数の最大値より少ない地域のうち、公的医療機関等が所在する市区町とします。

医療法人部会の審議結果

令和４年度第１回医療法人部会（令和４年８月 30 日開催）
令和４年度第２回医療法人部会（令和５年２月 21 日開催）

1　審議件数

所　管	設立							解散	合併	合計
	病院・介護老人保健施設・介護医療院を開設する医療法人			診療所を開設する医療法人			設立合計			
		病院を開設する医療法人	老健等を開設する医療法人		医科	歯科				
静岡県	0	0	0	14	8	6	14	5	0	19
静岡市	0	0	0	4	1	3	4	2	0	6
浜松市	0	0	0	11	4	7	11	2	0	13
計	0	0	0	29	13	16	29	9	0	38

2　審議結果

すべての審議案件について、認可して差し支えない旨の答申があった。

≪参考≫

1　医療法人数

所　管	令和４年３月末時点	移管に伴う増減数	今回認可による増減数	令和５年３月末見込
静岡県	802	△1	9	810
静岡市	324	0	2	326
浜松市	365	0	9	374
計	1,491	△1	20	1,510

2　医療法人化割合

令和４年４月１日現在

		病　院	診療所	
			医　科	歯　科
医療法人開設の施設	a	102	1,275	302
個人開設の施設	b	1	981	1,452
小計		103	2,256	1,754
医療法人化割合	a*100/(a+b)	99.0%	56.5%	17.2%
医療法人又は個人開設以外の施設		67	518	8
総施設数		170	2,774	1,762

地域医療構想調整会議の開催状況

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のうち、現状の課題や機能分化・連携強化の取組、新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組等を一覧に取りまとめ、共通議題として協議を行った。

・また、報告事項として、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について、③地域医療介護総合確保基金について、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について、⑤地域医療構想の実現に向けた医療機能分化・連携支援事業に関する報告を行った。

2　各区域における議論の概要

設置区域	開催日等	共通議題 （公立病院経営強化プランの策定状況）	その他協議内容等
賀　茂	第２回 ２月 27 日 （Web）	【来年度策定予定】 下田メディカルセンター 【意見等】 ・高齢者が多い地域なので、医療と介護の連携が重要となる。	＜病棟編成＞ ・回復期リハビリテーション病棟から地域包括ケア病棟への変更は、病棟活用の幅が広がるため、有効な取組である。 ＜その他の意見＞ ・報告事項を伝えるだけでなく、圏域内の固有の課題について、調整会議で議論すべき。
熱　海 伊　東	第２回 ２月 20 日 （Web）	【来年度策定予定】 伊東市民病院 【意見等】 ・医師以上に看護師の不足が深刻。伊東市では移住者に対する奨学金返済や家賃への補助、子育て支援も含めた充実した支援を行っており、約 80 人が市内の医療機関や介護や福祉の事業所などに就職をしている。今後も引き続き活用を継続する。	＜その他の意見＞ ・医師の働き方改革により、圏域の２次救急に支障が出てくるのではないかと危惧している。 ・病診連携の観点から、医師会、歯科医師会、薬剤師会の連携が重要である。

設置区域	開催日等	共通議題 （公立病院経営強化プランの策定状況）	その他協議内容等
駿　東 三　島 田　方	第２回 ２月 15 日 （Web）	【来年度策定予定】 静岡県立静岡がんセンター 沼津市立病院 【意見等】 ・県立静岡がんセンターでは、患者の高齢化が進み、がん以外の疾患を抱えている患者が増えており、他の医療機関との連携が今後の課題となっている。 ・沼津市立病院では、救急体制の確保が課題となっている。	＜地域医療連携推進法人への参画＞ ・地域医療連携推進法人東部メディカルネットワークに、日本赤十字社（伊豆赤十字病院）が参画した。
富　士	第２回 ３月９日 （Web）	【来年度策定予定】 富士市立中央病院 富士宮市立病院 共立蒲原総合病院 【意見等】 ・当圏域は圏域外への流出入がある。圏域を超えた連携も視野に入れる必要がある。	＜非稼働病床の再稼働計画＞ ・長期間続く病床の非稼働を解消する方法として、東部で活用されている地域医療連携推進法人等の考え方を参考にしてはどうか（地域医療構想アドバイザー）。
静　岡	第２回 11 月８日 （実地）	－	＜静岡県立総合病院の精神病床＞ ・県内の精神科における身体合併症は高齢化と共に増えており、県中部地区に身体合併症病床ができることは大変ありがたい。

設置区域	開催日等	共通議題 （公立病院経営強化プランの策定状況）	その他協議内容等
静　岡	第３回 ２月 21 日 （Web）	【来年度策定予定】 静岡県立総合病院 静岡県立こども病院 静岡市立静岡病院 静岡市立清水病院 【意見等】 ・少子化が進行する一方で、医療的ケアが必要な児童は増えている。小児の急性期を脱した患者の長期フォローなど心と体のケアが必要 ・医療需要はあと５年、10 年のスパンで考えて行くべき。 ・公立病院経営強化プランの実現に向け、県の積極的な関与をお願いしたい。	＜その他の意見＞ ・地域医療構想調整会議で議論すべき内容について、議論できていない。調整会議のメンバーの中から主要なメンバーを絞り、調整会議とは別に定期的に議論する機会を設ける必要がある。
志　太 榛　原	第２回 ２月 17 日 （Web）	【来年度策定予定】 島田市立総合医療センター 焼津市立総合病院 藤枝市立総合病院 榛原総合病院 【意見等】 ・志太榛原圏域の患者数は 2015 年がピークで 2018 年から数字が落ちており、コロナの前から入院患者数が下がっている。「課題がない」「機能の重複がない」という病院もあったが、様々な疾病や事業で同様の認定を受けていれば、類似した機能があると理解していい（地域医療構想アドバイザー）	＜地域医療構想調整会議委員の追加＞ ・委員の追加については、協議の結果保留となった。

設置区域	開催日等	共通議題 （公立病院経営強化プランの策定状況）	その他協議内容等
中東遠	第２回 ３月 24 日 （Web）	【今年度策定】 中東遠総合医療センター 聖隷袋井市民病院 【来年度策定予定】 磐田市立総合病院 市立御前崎総合病院 菊川市立総合病院 公立森町病院 【意見等】 ・中東遠総合医療センターでは、圏域内の基幹病院の１つとして、高度急性期の体制強化を図る。 ・聖隷袋井市民病院では、今後も急性期病院の後方支援病院として回復期や慢性期の充実を図る。 ・今後も高齢者が増加し、慢性期患者の救急疾患も増加するため、他の中小規模の病院も役割を明確化していく必要がある。	＜その他の意見＞ ・外来機能報告の開始時期が延期されたが、外来機能報告と公立病院経営強化プランは併せて協議する方がよかった。 ・診療所医師の高齢化等の問題が指摘されたことから、今後、外来医療及び在宅医療についても更に議論を深める。
西　部	第２回 ３月９日 （Web）	【来年度策定予定】 浜松医療センター 浜松市リハビリテーション病院 浜松市国民健康保険佐久間病院 市立湖西病院 【意見等】 ・浜松医療センターでは、今後も救急の要の一つとして高度急性期・急性期の体制を充実していく。 ・浜松市リハビリテーション病院では、気管切開等も対応可能な回復期病院を目指す。 ・佐久間病院では、病院で複数の機能への対応が必要。小規模多機能型の病院を目指す。 ・市立湖西病院では、協定を締結した浜松医療センターと、市内の浜名病院と連携していく。	＜浜松医療センター及び市立湖西病院における地域医療提供体制の確保に関する連携協定＞ ・本協定を基に、圏域内での病床の機能分化と連携を進めていく。 ＜外来医療体制、在宅医療体制＞ ・診療所医師の高齢化等の問題が指摘されたことから、今後、外来医療及び在宅医療についても更に議論を深める。

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

※　今般の新型コロナへの対応を踏まえ、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、南檜山区域）
・新潟県（県央区域）
・兵庫県（阪神区域）
・岡山県（県南東部区域）
・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】

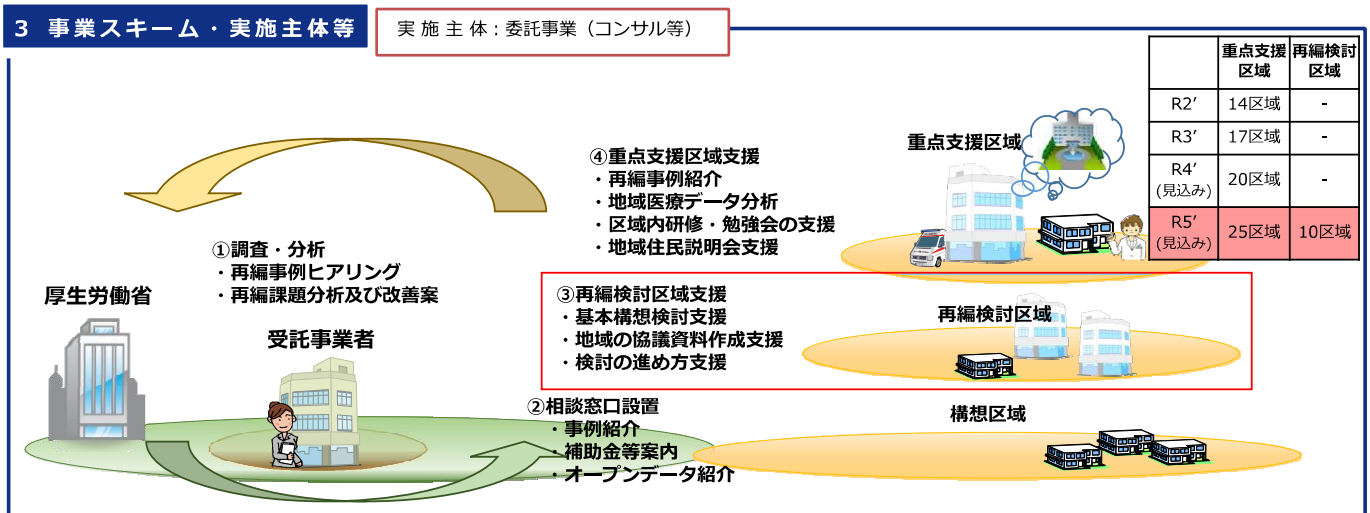
②　再編等を検討している医療機関等からの相談窓口の設置

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 事業スキーム・実施主体等

実施主体：委託事業（コンサル等）



	重点支援区域	再編検討区域
R2′	14区域	-
R3′	17区域	-
R4′（見込み）	20区域	-
R5′（見込み）	25区域	10区域

地域医療連携推進法人静岡県東部メディカルネットワークへの参画

1　概　要

地域医療連携推進法人静岡県東部メディカルネットワーク（以下「連携推進法人」という。）に日本赤十字社（伊豆赤十字病院）が参画した。

2　連携推進法人の概要

名　　称	地域医療連携推進法人静岡県東部メディカルネットワーク
認　定　日	令和３年９月９日
代　表　理　事	佐藤　浩一（順天堂大学医学部附属静岡病院長）
主たる事務所の所在地	静岡県伊豆の国市長岡 1129 番地
医療連携推進区域	駿東田方保健医療圏
参　加　法　人 （医療機関）	・学校法人順天堂（順天堂大学医学部附属静岡病院） ・静岡県厚生農業協同組合連合会 （ＪＡ静岡厚生連リハビリテーション中伊豆温泉病院） ・医療法人社団一就会（長岡リハビリテーション病院） ・医療法人社団慈広会（医療法人社団慈広会記念病院）
医療連携推進業務	・連携業務の効率化、診療機能等の機能分担に関する事業 ・大型医療機器の共同利用に関する事業 ・医療従事者の資質向上に関する共同研修及び相互派遣 ・病床規模の適正化、機能分担と連携業務に関する事業 ・医師の確保、交流、派遣に関する事業　　等

3　新たに参加した法人（医療機関）の概要

法人名		日本赤十字社
参加日		令和４年９月１日
医　療　機　関		
	医療機関名	伊豆赤十字病院
	院　長	吉田　剛
	病床数	病床数 94 床（一般 53 床　療養 41 床）
	理　由	伊豆赤十字病院が連携推進法人に参加することで以下の連携を図る。 ・連携推進の強化 紹介・逆紹介をスムーズに行えるよう仕組みを構築 ・情報交換・情報共有 ICT を用いた地域医療連携ネットワークを利用し、患者情報の共有により医療提供の円滑化を図る ・合同研修 参加法人間で研修会を実施し、他職種連携のスキルを向上 ・スタッフの派遣（人事交流） 安定的、積極的に各施設の医療提供体制を確保するため、必要に応じてスタッフの派遣を行う

第８次静岡県保健医療計画の進捗状況

○数値目標等の状況

項目	目標以上 ◎	改善 ○	変化なし △	悪化 ×	計
県　　計	46	66	21（コロナ影響２）	15（コロナ影響９）	148
ア　医療機関の機能分担と相互連携	6	3	0	1（コロナ影響１）	10
イ　疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制の構築	13	24	8（コロナ影響２）	7（コロナ影響３）	52
ウ　各種疾病対策事業等	11	15	4	3（コロナ影響２）	33
エ　医療従事者の確保	3	12	3	1（コロナ影響１）	19
オ　医療安全対策の推進	1	－	－	－	1
カ　健康危機管理対策の推進	9	1	0	2（コロナ影響１）	12
キ　保健・医療・福祉の総合的な取組の推進	3	11	6	1（コロナ影響１）	21

第８次静岡県保健医療計画の進捗状況

○　数値目標等の状況

	目標以上 ◎	改善 ○	変化なし　△	悪化 ×	計
全県版	46	66	21 （コロナ影響有：２）	15 （コロナ影響有：９）	148

○　全県版に掲げる数値目標

ア　医療機関の機能分担と相互連携（当初：第５章）

（ア）地域医療支援病院の整備

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
1	地域医療支援病院の整備	－	６医療圏21病院 (2017年度末)	全医療圏に整備 （2023年度）	７医療圏23病院 (2022年度末)	○

（イ）県立静岡がんセンター

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
2	患者満足度(入院/外来)	－	入院98.0% 外来96.4% (2016年度)	入院95%以上 外来95%以上 （毎年度）	入院98.0% 外来98.3% (2021年度)	◎
3	県立静岡がんセンターのがん治療患者数	目標値見直し	12,528人 （2020年度）	13,100人 (2025年度)	12,712人 （2021年度）	◎
4	県立静岡がんセンターのがん患者や家族に対する相談・支援件数	目標値見直し	35,035件 （2020年度）	38,900件 (2025年度)	41,427件 （2021年度）	◎
5	県立静岡がんセンターが実施した研修修了者数	目標値見直し	累計961人 （2020年度まで）	累計1,276人 (2025年度)	累計1,048人 （2021年度）	◎

（ウ）地方独立行政法人静岡県立病院機構

	数値目標		中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
6	県立３病院の経常収支比率	中期目標期間を累計した損益計算における経常収支比率	－	102.8% （第２期途中）	100%以上 （目標期間累計）	102.5%（第２期）	◎
7	県立病院の患者満足度	県立総合病院	－	入院96.0% 外来86.2% (2016年度)	入院90%以上 外来85%以上 （毎年度）	入院97.6% 外来95.6% （2021年度）	◎
		県立こころの医療センター		外来88.5% (2016年度)	外来85%以上 （毎年度）	外来100.0% （2021年度）	
		県立こども病院		入院92.7% 外来94.6% (2016年度)	入院90%以上 外来90%以上 （毎年度）	入院100.0% 外来97.3% （2021度）	
8	県立病院の病床利用率	県立総合病院	－	90.4% (2016年度)	90%以上 （毎年度）	88.2% （2021年度）	× （コロナ影響有）
		県立こころの医療センター		90.6% (2016年度)	85%以上 （毎年度）	78.5% （2021年度）	
		県立こども病院		78.7% (2016年度)	75%以上 （毎年度）	76.7%以上 （2021年度）	

(エ)医療機能に関する情報提供の推進

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
9	年１回定期報告 県内医療機関の報告率	－	77.6% (2016年度)	100% （2023年度）	80.8% （2021年度）	○
10	年１回定期報告 県内薬局の報告率	－	96.8% (2016年度)	100% （2023年度）	99.8% （2021年度）	○

イ　疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制の構築（第６章）

（ア）疾病

	数値目標			中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
11	がん	がん検診精密検査受診率	胃がん	－	77.5% （2014年）	90%以上 （2023年度）	71.0% （2019年）	○
			肺がん		75.1% （2014年）		82.1% （2019年）	
			大腸がん		65.6% （2014年）		66.6% （2019年）	
			子宮頸がん		44.4% （2014年）		64.4% （2019年）	
			乳がん		81.3% （2014年）		84.5% （2019年）	
12		対県標準化死亡比　最大の地域と最小の地域の比較倍率		－	1.36倍 （2011～2015年）	1.20倍 （2023年度）	1.29倍 （2016～2020年）	○
13		がん患者の就労支援に関する研修受講者数		目標値見直し	28人 （2020年度）	年40人 （毎年度）	40人 （2022年度）	◎

	数値目標		中間 見直し	計画策定時 （当初又は見直し時）	目標値 （ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
14	脳卒中	高血圧の指摘を受けた者のうち現在治療を受けていない者の割合	－	男　29.8% 女　20.2% (2013年)	男　24.0%以下 女　16.0%以下 （2023年度）	男　26.5% 女　19.5% (2016年)	○
15		脳卒中の年齢調整死亡率 （人口10万人当たり）	－	男　44.5 女　23.3 (2015年)	男　37.8以下 女　21.0以下 （2023年度）	男　37.1 女　20.4 （2021年度）	◎
16		脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法を実施可能な保健医療圏	－	賀茂以外の７医療圏 (2016年)	全医療圏	賀茂以外の７医療圏 (2020年度)	△
17		県民の健康寿命（歳）	新規目標 設定	男 73.45 女 76.58 男女計 75.04 (2019年)	男 75.63以上 女 78.37以上 男女計 77.02以上 (2040年)	― （2024年度更新予定）	△
18	心筋梗塞等の心血管疾患	高血圧の指摘を受けた者のうち現在治療を受けていない者の割合	－	男　29.8% 女　20.2% (2013年)	男　24.0%以下 女　16.0%以下 （2023年度）	男　26.5% 女　19.5% (2016年)	○
19		急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション（PCI）を実施可能な保健医療圏	－	賀茂以外の７医療圏 (2016年)	全医療圏 （2023年度）	全医療圏 （2020年度）	◎
20		心大血管疾患リハビリテーション(I)又は(II)の基準を満たす施設が複数ある医療圏の数	－	駿東田方、静岡、志太榛原、西部の４医療圏 (2016年)	全医療圏 （2023年度）	賀茂以外の７医療圏 （2020年度）	○
21		県民の健康寿命（歳）	新規目標 設定	男 73.45 女 76.58 男女計 75.04 (2019年)	男 75.63以上 女 78.37以上 男女計 77.02以上 (2040年)	― （2024年度更新予定）	△
22	糖尿病	特定健診受診率	－	52.9% (2015年度)	70%以上 （2023年度）	56.4% （2020年度）	○
23		年間の新規透析導入患者のうち、糖尿病腎症の患者数	－	522人 (2015年)	481人 （2023年度）	543人 （2021年度）	×
24	肝炎	肝疾患死亡率（人口10万人当たり）	－	31.2 (2016年)	27.0以下 (2022年)	25.9 （2021年）	◎
25		ウイルス性肝炎の死亡者数	－	100人 (2016年)	50人以下 (2022年)	57人 （2021年）	○
26		肝がん罹患率（人口10万人当たり）	新規目標 設定	11.6 (2017年)	12.0以下 （毎年）	10.9 （2019年）	◎
27	精神疾患	精神科病院１年以上の長期在院者数	目標値 見直し	3,188人 (2020.6.30)	2,783人以下 （2023年度）	3,001人 （2021年度）	○
28		精神科病院入院後３か月時点退院率 （現状の国公表データが目標値設定時点と算出方法が異なるため、参考値とする）	目標値 見直し	65.4% （2017年度）	69%以上 （2023年度）	64.2%（参考値） （2018年度）	△
29		精神科病院入院後６か月時点退院率 （現状の国公表データが目標値設定時点と算出方法が異なるため、参考値とする）	目標値 見直し	84.6% （2017年度）	86%以上 （2023年度）	82.9%（参考値） （2018年度）	△
30		精神科病院入院後１年時点退院率 （現状の国公表データが目標値設定時点と算出方法が異なるため、参考値とする）	目標値 見直し	91.9% （2017年度）	92%以上 （2023年度）	90.6%（参考値） （2018年度）	△
31		精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数 （現状の国公表データが目標値設定時点と算出方法が異なるため、参考値とする）	新規目標 設定	290日 (2016.3)	316日 （2023年度）	323日（参考値） （2018年度）	○

（イ）事業

	数値目標		中間 見直し	計画策定時 （当初又は見直し時）	目標値 （ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
32	救急医療	心肺機能停止患者の１か月後の生存率	目標値 見直し	10.5% (2019年)	13.9%以上 （2023年度）	9.3% （2021年）	× （コロナ影響有）
33		心肺機能停止患者の１か月後の社会復帰率	目標値 見直し	7.7% (2019年)	9.0%以上 （2023年度）	5.6% （2021年）	× （コロナ影響有）
34		救命救急センター充実段階評価がＳ・Ａとなった病院の割合	－	－	100% （2023年度）	100% （2021年）	◎
35	災害医療	業務継続計画を策定している災害拠点病院及び救護病院の割合	－	20病院(22.2%) (2016年4月)	100% （2023年度）	56病院（65.9%） （2023年３月）	○
36		業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施している災害拠点病院及び救護病院の割合	－	研修7病院(7.8%) 訓練14病院(15.6%) (2016年4月)	100% （2023年度）	研修35病院(41.2%) 訓練35病院(41.2%) (2023年3月)	○
37		２次保健医療圏単位等で災害医療コーディネート機能の確認を行う訓練実施回数	－	年１回 (2016年度)	年２回以上 （毎年度）	年１回 （2021年度）	△ （コロナ影響有）
38		静岡ＤＭＡＴ関連研修実施回数	目標値 見直し	年２回 (2019年度)	年３回 （毎年度）	年３回 （2022年度）	◎
39		静岡ＤＰＡＴ研修の実施回数	新規目標 設定	年１回 (2021年度)	年１回 （毎年度）	第１回 （2022年度）	◎

	数値目標		中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
40	へき地の医療	医療提供支援策が実施されている無医地区の割合	－	100% (2016年)	100% (毎年度)	100% (2021年)	◎
41	へき地の医療	次のいずれかを実施したへき地医療拠点病院の割合 ・巡回診療 年間実績12回以上 ・医師派遣 年間実績12回以上 ・代診医派遣 年間実績１回以上	新規目標設定	100% (2020年度)	100% (毎年度)	100% (2021年)	◎
42	周産期医療	周産期死亡率（出産千人当たり）	－	3.7 (2015年)	３未満 (2023年度)	4 (2021年)	×
43	周産期医療	妊産婦死亡数	－	1.7人 (2013～2015年平均)	0人 (2023年度)	0.3 (2019～2021年平均)	○
44	周産期医療	母体救命講習会受講者数	目標値見直し	累計332人 (2020年度)	累計474人 (2023年度)	累計403人 (2022年度)	○
45	小児医療	乳児死亡率(出生千人当たり)	－	1.9 (2015年)	0.7以下 (2023年度)	2.5 (2021年)	×
46	小児医療	乳幼児死亡率 (５歳未満人口千人当たり)	目標値見直し	0.6 (2019年)	0.22以下 (2023年度)	0.54 (2021年)	○
47	小児医療	小児の死亡率 (15歳未満人口千人当たり)	目標値見直し	0.23 (2019年)	0.11以下 (2023年度)	0.19 (2021年)	○

（ウ）在宅医療

	数値目標			中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
48	提供体制	訪問診療を受けた患者数		目標値見直し	15,748人 (2018年)	19,336人 (2023年度)	19,296人 (2021年度)	○
49	提供体制	最期を自宅で暮らすことができた人の割合		目標値見直し	14.4% (2019年)	14.8% (2023年度)	17.5% (2021年度)	○
50	提供体制	住まいで最期を迎えることができた人の割合 ※「住まい」＝自宅及び老人ホーム		新規目標設定	25.9% (2019年)	29% (2023年度)	30.3% (2021年度)	○
51	提供体制	退院支援	入退院支援ルールを設定している２次保健医療圏数	－	４医療圏 (2019年)	全医療圏 (2023年度)	４医療圏 (2021年度)	△ (コロナ影響有)
52	提供体制	日常療養支援	訪問診療・往診を実施している診療所、病院数	目標値見直し	1,003施設 (2018年)	1,231施設 (2023年度)	953施設 (2021年度)	×
53	提供体制	急変時対応	在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数	目標値見直し	25施設 (2019年)	33施設 (2023年度)	31施設 (2022年度)	○
54	提供体制	看取り	在宅看取りを実施している診療所、病院数	目標値見直し	274施設 (2018年)	326施設 (2023年度)	278施設 (2021年度)	○
55	基盤整備	訪問診療	小児の訪問診療を受けた患者数	新規目標設定	417人 (2018年)	486人 (2023年度)	505人 (2020年)	◎
56	基盤整備	訪問看護	24時間体制をとっている訪問看護ステーション数（従事看護師数）	目標値見直し	199施設 (1,275人) (2020年度)	230施設 (1,474人) (2023年度)	232施設 (1,322人) (2022年度)	○
57	基盤整備	訪問看護	機能強化型訪問看護ステーション数	目標値見直し	10施設 (2018年)	43施設 (2023年度)	19施設 (2022年度)	○
58	基盤整備	歯科訪問診療	在宅療養支援歯科診療所数	目標値見直し	190施設 (2020年)	200施設 (2023年度)	206施設 (2022年度)	◎
59	基盤整備	歯科訪問診療	歯科訪問診療を実施する歯科診療所数	目標値見直し	258施設 (2019年)	272施設 (2023年度)	273施設 (2021年度暫定値)	◎
60	基盤整備	歯科訪問診療	訪問口腔衛生指導を実施している診療所数	新規目標設定	204施設 (2019年)	224施設 (2023年度)	201施設 (2021年)	× (コロナ影響有)
61	基盤整備	かかりつけ薬局	在宅訪問業務を実施している薬局数	目標値見直し	824薬局 (2018年度)	1,552薬局 (2023年度)	1,019薬局 (2021年度)	○
62	基盤整備	かかりつけ薬局	地域連携薬局認定数	新規目標設定	― (2020年度)	100薬局 (2023年度)	59薬局 (2021年度)	○

ウ　各種疾病対策等（当初：第７章、中間見直し：第５章）

	数値目標		中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
63	感染症対策	感染症患者届出数（二・三類）	－	676件（2016年）	700件以下（毎年）	483（2021年）	◎
64		感染症に関する情報提供、注意喚起（ブリーフィング等件数）	－	11件（2016年度）	10件以上（毎年度）	14件（コロナ含み593件）（2021年度）	◎
65	結核対策	喀痰塗抹陽性肺結核初回治療患者の失敗脱落割合	－	5.99%（2016年）	4.7%以下（2023年度）	0.0%（2021年）	◎
66		新登録結核患者（全結核患者）への服薬支援の実施率	－	97.4%（2016年）	100%（2023年度）	99.1%（2020年）	○
67	エイズ対策	県内新規ＨＩＶ感染者及びエイズ患者報告数に占める新規エイズ患者報告数の割合	－	31.8%（2016年）	28.4%以下（2023年度）	15.0%（2021年）	◎
68		県内９保健所におけるＨＩＶ検査件数	－	2,430件（2016年度）	3,000件以上（2023年度）	887件（2021年度）	×（コロナ影響有）
69		ＨＩＶ陽性者に対する歯科診療の連携体制が構築できている２次保健医療圏数	－	１保健医療圏（2016年度）	全８保健医療圏（2023年度）	全８保健医療圏（2021年度）	◎
70	難病対策	難病診療分野別拠点病院等指定	－	０施設（2017年）	８施設（2023年度）	３施設（2022年度）	○
71		難病患者ホームヘルパー養成研修受講者数	目標値見直し	累計3,378人（2020年度）	累計3,800人（2025年度）	累計3,562人（2022年度）	○
72		難病患者介護家族リフレッシュ事業の利用者数	－	45人（2016年）	90人（2023年度）	42人（2022年度）	×（コロナ影響有）
73		在宅人工呼吸器使用難病患者に対する災害時個別支援計画策定	－	０件（2016年）	270件（2023年度）	102件（2022年度）	○
74	認知症	認知症サポート医養成研修の受講者数	目標値見直し	334人（2019年度）	400人（2023年度）	397人（2022年度）	○
75		かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	目標値見直し	986人（2019年度）	1,769人（2023年度）	1,187人（2022年度）	○
76		認知症サポーター養成数	目標値見直し	累計361,977人（2019年度）	累計440,000人（2023年度）	累計392,140人（2021年度）	○
77		認知症の対応について不安に感じている介護者の割合	新規目標設定	36.8%（2019年度）	33%（2023年度）	―（2023.8公表予定）	△
78		「通いの場」設置数	新規目標設定	4,226か所（2019年度）	5,500か所（2023年度）	4,665か所（2021年暫定値）	○
79		「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数	新規目標設定	20市町（2019年度）	全市町（2023年度）	26市町（2021年度）	○
80		認知症サポート医リーダー数	新規目標設定	130人（2019年度）	165人（2023年度）	181人（2022年度）	◎
81		初期集中支援チームの活動において、医療・介護サービスにつながった人の割合	新規目標設定	78.6%（2019年度）	80%以上（毎年度）	81.0%（2021年度）	◎
82	地域リハビリテーション	地域リハビリテーションサポート医養成者数	新規目標設定	69人（2019年度）	165人（2023年度）	106人（2021年度）	○
83		「通いの場」設置数【再掲】	新規目標設定	4,226か所（2019年度）	5,500か所（2023年度）	4,665か所（2021年暫定値）	○
84		高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に取り組む市町数	新規目標設定	５市町（2020年度）	全市町（2023年度）	23市町（2021年度）	○
85		「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数【再掲】	新規目標設定	20市町（2019年度）	全市町（2023年度）	26市町（2021年度）	○
86	アレルギー疾患対策	気管支ぜん息の64歳以下死亡者数	－	３人（2015年度）	０人（2023年度）	２人（2020年）	○
87		気管支ぜん息について学校生活管理指導表を提出している中学校生徒の割合	－	0.6%（2016年度）	0.5%（2023年度）	0.5%（2021年度）	◎
88		食物アレルギーについて学校生活管理指導表を提出している小学校児童の割合	－	2.2%（2016年度）	1.8%（2023年度）	2.8%（2021年度）	×
89	臓器移植対策	臓器移植推進協力病院数	－	29施設（2017年度）	31施設（2023年度）	29施設（2022年度）	△
90		院内移植コーディネーター数	－	61人（2017年度）	65人（2023年度）	70人（2022年度）	◎
91		骨髄提供登録者数	－	8,948人（2017年3月末）	9,000人（2023年度）	9194人（2022年12月末）	◎

	数値目標		中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
92	血液確保対策	必要な献血者数に対する献血受付者数の割合	－	99%（2020年度）	100%（2023年度）	100.4%（2021年度）	◎
93	治験の推進	治験ネットワーク病院による新規治験実施件数	－	95件（2020年度）	128件（2023年度）	126件（2021年度）	○
94	歯科保健対策	80歳(75～84歳)で自分の歯が20本以上ある人の割合	－	47.2%（2016年度）	52%（2022年度）	―（2023年度公表予定）	△
95		かかりつけ歯科医を持つ者の割合	－	41.6%（2016年）	65%（2022年）	―（2023年度公表予定）	△

エ　医療従事者の確保（当初：第８章、中間見直し：第７章）

（ア）医師

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
96	県内医療施設従事医師数	新規目標設定	7,690人（2018.12）	8,274人（2025年度）	7,972人（2020.12）	○
97	人口10万人当たり医師数（医療施設従事医師数）	目標値見直し	210.2人（2018.12）	236.0人（2025年度）	219.4（2020.12）	○
98	医師偏在指標	新規目標設定	賀茂 127.5 富士 150.4 中東遠 160.8 （2019年度）	３圏域同一目標値 161.9 （2023年度）	ー（2023.5月更新予定）	△
99	医学修学研修資金利用者数	目標値見直し	累計1,308人（2020年度）	累計1,846人（2025年度）	1,518人（2022年度）	○
100	医学修学研修資金貸与者の県内医療機関勤務者数	目標値見直し	522人（2020年度）	845人（2025年度）	627人（2022年度）	○

（イ）歯科医師

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
101	歯科訪問診療を実施する歯科診療所数【再掲】	目標値見直し	258施設（2019年）	272施設（2023年度）	273施設（2021年度暫定値）	◎
102	がん診療連携登録歯科医の数	－	534人（2016年度）	600人（2022年度）	576人（2022年10月28日）	○

（ウ）薬剤師

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
103	かかりつけ薬剤師・薬局の機能を強化するための研修を受講した薬剤師数	目標値見直し	476人（2018年度）	累計1,630人（2024年度）	累計1,046人（2021年度）	○

（エ）看護職員

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
104	看護職員数	新規目標設定	42,007人（2018.12）	47,046人（2025年）	43,216人（2020.12）	○
105	新人看護職員を指導する実地指導者養成数	目標値見直し	累計445人（2020年度）	累計645人（2025年度）	累計504人（2022年度）	○
106	再就業準備講習会参加者数	新規目標設定	73人（2020年度）	80人（毎年度）	91人（2021年度）	◎
107	認定看護師数	新規目標設定	560人（2020.12）	710人（2025年）	609人（2022.12）	○
108	特定行為研修修了者の就業者数	新規目標設定	96人（2021.8）	260人（2023年度）	167人（2022.10）	○

（オ)管理栄養士・栄養士

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
109	市町管理栄養士（栄養士）配置率（政令市を除く）	－	90.9%（2017年度）	100%（2022年度）	100%（2022年度）	◎
110	管理栄養士・栄養士を配置している特定給食施設の割合	－	75.4%（2017年度）	80%（2022年度）	77.7%（2022年度）	○
111	健康増進法第21条による指定施設における管理栄養士配置率	－	90.0%（2017年度）	100%（2022年度）	83.3%（2022年度）	×（コロナ影響有）

（カ）ふじのくに医療勤務環境改善支援センター

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
112	医療勤務環境改善計画の策定	－	24病院（2016年）	県内全病院（2023年度） 参考:170病院（2022.4時点）	50病院（2022年度）	○

（キ）介護サービス従事者

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
113	介護職員数	目標値見直し	54,310人（2019年）	59,449人（2023年度）	―（2023年度公表予定）	△
114	介護支援専門員数	目標値見直し	5,516人（2019年）	6,072人（2023年度）	―（2023年度公表予定）	△

オ　医療安全対策の推進（第９章）

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
115	立入検査において指摘を受けた施設の割合	―	31.9%（2016年度）	30%（2023年度）	5.8%（2021年度）	◎

カ　健康危機管理対策の推進（第10章）

		数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
116	健康危機管理体制	新興感染症・再興感染症対応訓練開催回数	―	１回（2017年度）	２回（毎年度）	0回（2021年度）	×（コロナ影響有）
117	医薬品等安全対策の推進	薬事監視で発見した違反施設数	目標値見直し	平均19件（2017～2020年度）	17施設以下（2023年度）	12施設（2021年度）	◎
118		収去検査	―	34検体（2016年度）	34検体（毎年度）	34検体（毎年度）	◎
119		医薬品類似食品の試買調査	目標値見直し	６検体（2020年度）	６検体(毎年度)	６検体（2021年度）	◎
120		毒物劇物監視で発見した違反施設数	―	平均14施設（2012～2016年度）	14施設以下（毎年度）	５施設（2021年度）	◎
121	薬物乱用防止対策	薬物乱用防止に関する講習会未開催校数	目標値見直し	21校（2020年度）	10校（2023年度）	０校（2021年度）	◎
122		危険ドラッグ販売店舗数	―	０店（2016年度）	０店（毎年度）	０店（2021年度）	◎
123		麻薬等監視で発見した違反施設数	―	平均13施設（2012～2016年度）	10施設以下（毎年度）	13施設（2021年度）	○
124	食品の安全衛生	人口10万人当たりの食品を原因とする健康被害者数	目標値見直し	8.1人（2019年度）	10人以下（2025年度）	0.8人（2021年度）	◎
125	生活衛生対策の推進	レジオネラ症患者の集団発生（２名以上）の原因となった入浴施設数	―	０施設（2016年度）	０施設（毎年度）	０施設（2021年度）	◎
126		生活衛生関係営業施設の監視率	―	100%（2016年度）	100%（毎年度）	100%（2021年度）	◎
127	水道	水道法水質基準不適合件数	―	３件（2016年度）	０件（毎年度）	３件（2021年度）	×

キ　保健・医療・福祉の総合的な取組の推進（当初：第11章、中間見直し：第８章）

（ア）健康づくりの推進

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
128	健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	―	男性　72.15歳 女性　75.43歳 （2010、2013、2016年の平均値）	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加（2023年度）	男性　73.45歳 女性　76.58歳 （2019年）	◎
129	ふじのくに健康づくり推進事業所数	目標値見直し	5,668事業所（2020年度）	6,700事業所（2025年度）	6,756事業所（2022年度）	◎
130	健幸アンバサダー養成数	―	―（2016年度）	累計10,000人（2021年度）	累計4,033人（2021年度）	○
131	特定健診受診率　【再掲】	―	52.9%（2015年度）	70%以上（2023年度）	56.4%（2020年度）	○
132	特定保健指導実施率	―	18.5%（2015年度）	45%以上（2023年度）	26.0%（2020年度）	○
133	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率（特定保健指導対象者の減少率をいう。）	―	2008年度の18.7%減少（2015年度）	2008年度の25%以上減少（2023年度）	2008年度の12.3%減少（2020年度）	×（コロナ影響有）

	数値目標		中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
134	がん検診受診率	胃がん　(40-69歳)	―	42.6%（2016年）	50%以上（2023年度）	42.9%（2019年）	○
		肺がん　(40-69歳)		52.4%（2016年）	60%以上（2023年度）	52.1%（2019年）	
		大腸がん(40-69歳)		43.5%（2016年）	50%以上（2023年度）	44.7%（2019年）	
		乳がん　(40-69歳)		45.4%（2016年）	50%以上（2023年度）	46.6%（2019年）	
		子宮頸がん(20-69歳)		43.2%（2016年）	50%以上（2023年度）	44.0%（2019年）	
135	朝食を１人で食べる子どもの割合の減少		―	幼児　17.9% 小６年 29.4% 中２年 45.3% 高２年 62.3% （2016年度）	減少傾向へ（2022年度）	幼児　18.5% 小６年 28.8% 中２年 42.7% 高２年 58.6% （2022年度）	○
136	喫煙習慣のある人の割合（20歳以上）		―	男女計　20.1% 男　31.6% 女　9.4% （2016年度）	12%（2022年度）	男女計　18.6% 男　29.0% 女　8.7% （2019年度）	○

（イ）科学的知見に基づく健康施策の推進

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
137	静岡社会健康医学大学院大学の論文及び学会等発表の合計件数	新規目標設定	―（2020年度）	80件（2022～2025年度）	―（2023.6 公表予定）	△
138	社会健康医学に関する講演会等参加者数	新規目標設定	累計1,614人（2017～2020年度）	累計2,400人（2022～2025年度）	―（2023.6 公表予定）	△

（ウ)高齢化に伴い増加する疾患等対策

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
139	ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している県民の割合の増加	―	39.3%（2016年度）	80%（2022年度）	―（2023.3 公表予定）	△
140	足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（千人当たり）	―	男　209人 女　280人 （2013年）	男　200人 女　260人 （2022年）	―（2023年度公表予定）	△

（エ）高齢者保健福祉対策

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
-	「通いの場」設置数【再掲】	目標値見直し	4,226か所（2019年度）	5,500か所（2023年度）	4,665か所（2021年暫定値）	再掲
141	認知症カフェ設置数	目標値見直し	170箇所（2020年度）	231箇所（2023年度）	171箇所（2021年度）	○
-	自宅で最期を迎えることができた人の割合【再掲】	目標値見直し	14.4%（2019年）	14.8%（2023年度）	17.5%（2021年度）	再掲

（オ）母子保健福祉対策

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
142	産後、助産師等からの指導・ケアを十分に受けることができた人の割合	新規目標設定	91.4%（2019年度）	100%（2025年度）	91.4%（2021年度）	△
143	産婦健康診査受診率	新規目標設定	83.6%（2020年度）	91.8%（2023年度）	89.8%（2021年度）	○
144	新生児聴覚スクリーニング検査受検率	目標値見直し	96.4%（2020年度）	100%（毎年度）	96.9%（2021年度）	○
145	医療従事者向け母子保健研修受講者数	―	295人（2019年度）	400人（毎年度）	556人（2021年度）	◎

（カ）　障害者保健福祉対策

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
146	障害を理由とする差別解消推進県民会議参画団体数	目標値見直し	266団体（2020年度）	340団体（2025年度）	267団体（2021年度）	○
147	障害福祉サービス１か月当たり利用人数	目標値見直し	31,025人（2020年度）	39,703人（2025年度）	31,737人（2021年度）	○

（キ）地域の医療を育む住民活動

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
148	地域医療支援団体の数	―	10団体（2017年）	15団体（2023年度）	10団体（2023年2月現在）	△

○ （参考）２次保健医療圏版に掲げる数値目標

ア　賀茂保健医療圏

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
1	高血圧症ハイリスク者（Ⅱ度以上）の割合	－	10.1% (2014年度)	９%未満 (2022年度)	8.8% (2021年度)	◎
2	新規透析導入患者数	－	31人／年 (2012～2016年)	16人／年以下 (2022年度)	27人／年 (2017～2021年度)	○
3	救急搬送先検討から決定までに30分以上を要した件数	－	12件／年 (2014～2016年)	６件／年以下 (2023年度)	７件 (2019～2021年)	○
4	定期的な救護所設置運営訓練を実施している市町数	－	１町 (2016年度)	６市町 (2023年度)	１町 (2021年度)	× (コロナ影響有)

イ　熱海伊東保健医療圏

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
5	特定健康診査・特定保健指導の実施率 （管内市町国保）	－	特定健診の受診率 42.8% (2015年度)	70%以上 (2023年度)	特定健診の受診率 39.5% (2021年度)	× (コロナ影響有)
6			特定保健指導実施率 23.0% (2015年度)	45%以上 (2023年度)	特定保健指導実施率 24.9% (2021年度)	○
7	がん検診受診率	－	胃がん　13.8% 肺がん　24.8% 大腸がん　30.4% 子宮頸がん44.8% 乳がん　46.7% (2015年)	50%以上 (2022年)	胃がん　13.8% 肺がん　27.6% 大腸がん　26.7% 子宮頸がん44.1% 乳がん　55.8% (2020年)	△ (コロナ影響有)
8	医療・介護の多職種連携のための協議会等の開催回数	－	各市が設置・運営する協議会：年２～３回 熱海健康福祉センターが設置･運営する圏域会議：年３回 (2017年度)	各市が設置・運営する協議会：年1回以上 熱海健康福祉センターが設置･運営する圏域会議：年1回以上 (毎年度)	各市が設置・運営する協議会： 熱海市：年２回 伊東市：年１回 熱海健康福祉センターが設置･運営する圏域会議：年１回 (2022年度)	◎

ウ　駿東田方保健医療圏

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
9	がん検診精密検査受診率	－	胃がん　83.8% 肺がん　65.4% 大腸がん　64.9% 子宮頸がん50.6% 乳がん　75.2% (2014年)	90%以上 (2022年)	胃がん　81.4% 肺がん　84.2% 大腸がん　69.7% 子宮頸がん74.5% 乳がん　90.5% (2019年)	○
10	特定健診・特定保健指導の実施率 （管内市町国保）	－	特定検診の受診率 41.4% (2015年度)	60%以上 (2022年度)	特定健診の受診率 41.5% (2021年度)	△ (コロナ影響有)
11		－	特定保健指導実施率 24.8% (2015年度)	45%以上 (2022年度)	特定保健指導実施率 31.1% (2021年度)	○
12	喫煙習慣のある人の割合	－	男性　33.3% 女性　9.0% (2014年度)	減少 (2022年度)	男性　33.9% 女性　9.9% (2020年度)	× (コロナ影響有)
13	最期を自宅で暮らすことができた人の割合	目標値見直し	13.0% (2018年)	14.8% (2023年度)	15.2% (2021年度)	○
14	人口10万人当たり医師数 （医療施設従事医師数）	－	217.7人 (2016年)	229.5人 (2023年度)	236.2人 (2020年)	○

エ　富士保健医療圏

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
15	特定健診受診率（管内市町国保）	－	35.4% (2015年度)	70% (2022年度)	33.4% (2021年度)	× (コロナ影響有)
16	がん検診受診率	－	胃がん　10.7% 肺がん　35.5% 大腸がん　36.4% 子宮頸がん45.4% 乳がん　39.7% (2015年)	肺がん:60%以上 胃がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん：50%以上 (2023年度)	胃がん　23.2% 肺がん　22.2% 大腸がん　20.1% 子宮頸がん46.7% 乳がん　41.6% (2020年、胃がんのみ2019年)	△ (コロナ影響有)
17	がん検診精密検査受診率	－	胃がん　88.2% 肺がん　75.7% 大腸がん　73.9% 子宮頸がん61.4% 乳がん　94.8% (2014年)	90%以上 (2023年度)	胃がん　85.1% 肺がん　78.0% 大腸がん　73.1% 子宮頸がん　68.0% 乳がん　96.3% (2019年)	△ (コロナ影響有)
18	喫煙習慣のある人の割合	－	男性 36.8% 女性 10.3% 計　24.2% (2014年度)	12% (2022年度)	男性　36.6% 女性　11.3% 計　24.8% (2020年度)	×

オ　静岡保健医療圏

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
19	がん検診受診率	－	胃がん(男)　14.5% 胃がん(女)　12.6% 肺がん(男)　22.8% 肺がん(女)　23.1% 大腸がん(男)23.7% 大腸がん(女)24.0% (2016年)	40% (2022年)	胃がん(男)　10.7% 胃がん(女)　12.6% 肺がん(男)　17.1% 肺がん(女)　23.9% 大腸がん(男) 20.2% 大腸がん(女) 26.1% (2021年)	△ (コロナ影響有)
20		－	子宮頸がん27.4% 乳がん　67.1% (2016年度)	50% (2022年)	子宮頸がん52.9% 乳がん　39.6% (2021年度)	△ (コロナ影響有)
21	自宅看取り率	－	14.6% (2014年)	30.0% (2025年)	21.3% (2021年)	○

カ　志太榛原保健医療圏

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
22	がん検診精密検査受診率	－	胃がん　79.1% 肺がん　79.6% 大腸がん　72.2% (2014年)	90%以上 (2022年)	胃がん　89.5% 肺がん　81.2% 大腸がん　77.1% (2019年)	○
23		－	子宮頸がん92.7% 乳がん　93.6% (2014年)	増加 (2022年)	子宮頸がん94.3% 乳がん　87.5% (2019年)	△ (コロナ影響有)
24	「回復期」の病床数	－	396床 (2016年)	1,054床 (2023年度)	563床 (2021年)	○
25	人口10万人当たり医師数 （医療施設従事医師数）	－	155.3人 (2016年)	200.8人 (2023年度)	176.8人 (2020年)	○

キ　中東遠保健医療圏

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
26	がん検診精密検査受診率	－	胃がん　71.1% 大腸がん　66.4% 肺がん　71.7% 乳がん　85.6% 子宮頸がん70.2% (2014年)	90%以上 (2022年)	胃がん　80.1% 大腸がん　72.2% 肺がん　85.5% 乳がん　88.7% 子宮頸がん86.0% (2019年)	○
27	特定健診受診率（管内市町国保）	－	磐田市　46.1% 掛川市　38.1% 袋井市　52.9% 御前崎市44.3% 菊川市　41.9% 森町　42.4% (2015年度)	60% (2022年度)	磐田市　40.6% 掛川市　40.5% 袋井市　42.1% 御前崎市39.8% 菊川市　44.4% 森町　42.6% (2021年度)	△ (コロナ影響有)
28	習慣的喫煙者の標準化該当比	－	男性　101.2 女性　85.8 (2014年)	男性　60.0 女性　60.0 (2023年度)	男性　97.6 女性　77.6 (2020年)	○
29	紹介元病院の退院時カンファレンスに参加する診療所の率	－	23.3% (2016年度)	30.0% (2023年度)	22.2% (2021年度)	× (コロナ影響有)

ク　西部保健医療圏

	数値目標	中間見直し	計画策定時（当初又は見直し時）	目標値（ ）は目標時期	現在の状況	進捗状況
30	がん検診精密検査受診率	－	胃がん　75.2% 大腸がん 58.2% 肺がん　70.4% 乳がん　78.6% (2014年)	90%以上 (2022年)	胃がん　66.5% 大腸がん 80.9% 肺がん　85.0% 乳がん　81.4% (2019年)	○
31	メタボリックシンドローム該当者の標準化該当比	－	男性93.1 女性98.2 (2014年)	男性90.0 女性95.0 (2023年度)	男性93.4 女性98.4 (2020年)	× (コロナ影響有)
32	糖尿病の標準化該当比	－	有病者男性　97.1 女性 101.4 予備群男性 104.0 女性 104.6 (2014年)	100を超す場合は100以下、100以下の場合は更なる低下（2023年度）	有病者男性　98.5 女性 101.0 予備群男性 112.1 女性 113.8 (2020年)	× (コロナ影響有)
33	習慣的喫煙者の標準化該当比	－	男性　90.3 女性　74.8 (2014年)	男性　60.0 女性　60.0 (2023年度)	男性　89.0 女性　77.2 (2020年)	× (コロナ影響有)
34	紹介元病院の退院時カンファレンスに参加する診療所の率	－	23.8% (2016年度)	30.0% (2023年度)	19.5% (2021年度)	× (コロナ影響有)

第3期静岡県医療費適正化計画の進捗状況

1　概要

・2018 年３月に策定した第３期静岡県医療費適正化計画（2018 年度～2023 年度）について、「高齢者の医療の確保に関する法律」第 11 条第１項の規定により、都道府県は、毎年度、国の示す PDCA 管理様式により、医療費適正化計画の進捗状況を公表することとされている。

・2021 年度の進捗状況については、医療政策課ホームページで公表を行った上で、厚生労働省に報告する。

2　第３期静岡県医療費適正化計画における数値目標と実績（数値目標を定めた項目のみ記載）

項　目（※1）		計画策定時	現在の状況	目　標（2023 年度）	目標値の考え方
生活習慣病対策	特定健康診査受診率	52.9%（2015 年度）	56.4%（2020 年度）	70%以上	国目標値と整合
	特定保健指導実施率	18.5%（2015 年度）	26.0%（2020 年度）	45%以上	
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率(2008 年度比較)	18.7%（2015 年度）	12.3%（2020 年度）	25%以上の減少	
たばこ対策	喫煙習慣のある人の割合（20 歳以上）	総数 20.1% 男性 31.6% 女性 9.4% （2016 年度）	総数 18.6% 男性 29.0% 女性 8.7% （2019 年度）	12.0%（2022 年度）	第３次ふじのくに健康増進計画の目標値
後発医薬品の使用推進	後発医薬品の使用割合（数量ベース）	68.7%（2016 年度）	83.4%（2021 年度）	80%以上	国目標値と整合（※2）
医療費の推計及び見通し		1 兆 1,414 億円（2015 年度）	1 兆 1,630 億円（2020 年度）	1 兆 3,073 億円（適正化前） 1 兆 2,941 億円（適正化後）	厚生労働省による全国一律の算定方法

(※1)数値目標を掲げていない項目については、様式内で「2021 年度の取組・課題」及び「次年度以降の改善」についてのみ記載している。(予防接種、生活習慣病等の重症化予防の推進、その他予防・健康づくりの推進、医薬品の適正使用の推進、その他の医療の効率的な提供の推進、保険者等、医療機関その他の関係者の連携及び協力)

(※2)国目標値は、「薬価調査（本調査）」（厚生労働省）の数値であるが、県評価に用いる数値は、「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」（厚生労働省）を出典としており、院内処方（入院、院内調剤）及び紙レセプトを含まない数値であるため、高位推計となっている。そのため、PDCA 管理様式では、ＮＤＢデータの数値においてフォローアップを行っている。

3　進捗状況の公表に向けたスケジュール

時　　期	内　　容
令和５年２月 27 日（月）	静岡県保険者協議会への報告（書面）
令和５年３月 27 日（月）	第２回静岡県医療審議会への報告
令和５年３月末	県ホームページにて公表、厚生労働省への報告

第３期医療費適正化計画　ＰＤＣＡ管理様式

１．目標に関する評価

（１）住民の健康の保持の推進に関する目標

①　特定健康診査の実施率に関する数値目標

（出典：厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データ」）

2017 年度 （第２期計画）	第３期計画期間					
	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度 （目標値）
55.6%	56.6%	57.8%	56.4%	（未公表）		70%以上

2021 年度の 取組・課題	【県における取組】 ・保険者、市町、民間企業、その他関係機関と連携して受診促進啓発を行い、受診向上に取り組んでいます。また、がん検診と特定健診の同時に実施できる環境の整備や、健康無関心層への働きかけに努めました。 ・国保ヘルスアップ支援事業を活用し、効果的な広報技術の習得を目的とした研修会やＰＤＣＡサイクルに沿った事業実施の支援等を実施し、受診率向上に努めました。 【県における課題】 ・制度開始以降、受診率は増加傾向にありますが、2013 年度に 50%を超えて以降伸び悩んでおり、目標には届いていません。 ・市町国保の受診率が低く、さらに市町ごとの受診率に大きな差があります。 ・新型コロナウイルス感染症予防対策による集団健診の回数減、受診控えといった影響を受け、受診率が伸び悩んでいます。 【保険者における取組】 ・休日レディース健診、オプション検査等が利用できる健診、商業施設やドラックストア等における健診など、対象者の利便性に配慮した多様な受診機会を提供しました。 ・パート従業員等の労働安全衛生法による定期健康診断の際に、特定健診受診券の利用を促進しました。 ・母体企業と被保険者の定期健診・人間ドック結果データの共同利用をしています。 ・連続未受診者への電話による受診勧奨や、血液検査キットの提供等を行いました。 ・被扶養者へは補助金による自己負担額軽減やインセンティブとしてのクオカード贈呈等により受診推奨を行いました。 ・新型コロナウイルス感染症対策として、個別検診や完全予約制での集団検診を実施しました。 【保険者における課題】 ・被扶養者の健診受診率が低迷しているため、理由の把握や健診受診への意識や関心を高揚させるための対策が必要です。 また、パート先や市町が実施する健診などで受診した場合の把握方法等体制整備を行っていく必要があります。 ・働き盛り世代の受診率の伸び悩みが課題であり、世代に合わせた受診勧奨の方法の検討ができていません。

次年度以降の改善について （2022年度取組を含む）	【県における改善】 ・特定健診とがん検診を同時に実施できる環境を整備し、受診者の利便性を上げて受診率の向上に取り組みます。 ・保険者、市町、民間企業、その他関係機関と連携し、特定健診の受診促進のためのポピュレーションアプローチをより一層強化します。 ・国保ヘルスアップ支援事業を活用し、データ分析に基づく未受診者対策計画の作成や受診勧奨効果の検証等、市町における受診率向上の取組支援を強化します。
	【保険者における改善】 ・SNSを用いて、健康情報や集団健診スケジュール等を配信するなど、受診者の行動変容を促す情報を発信します。 ・特定健診対象の40歳になる前年(39歳)の被扶養者に、自宅でできる血液検査キットの提供等を行います。 ・若い世代の健康の保持増進を図り、40歳以降の特定健康診査受診につなげるため、2022年度から37～39歳を対象とした若年者健康診査を実施します。 ・デジタルを活用し、働き盛り世代が自然に健康づくりや受診行動ができる環境づくりを進めています。

② 特定保健指導の実施率に関する数値目標

（出典：厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データ」）

<table>
<tr><td rowspan="2">2017 年度
（第２期計画）</td><td colspan="6">第３期計画期間</td></tr>
<tr><td>2018 年度</td><td>2019 年度</td><td>2020 年度</td><td>2021 年度</td><td>2022 年度</td><td>2023 年度
（目標値）</td></tr>
<tr><td>19.7%</td><td>24.8%</td><td>25.2%</td><td>26.0%</td><td>（未公表）</td><td></td><td>45%以上</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2021 年度の
取組・課題</td><td colspan="6">【県における取組】
・健診データの収集・分析に基づき地域の健康課題等を見える化し、生活習慣改善に向けた取組の動機付けとし、効果的な保健指導に繋げられるよう支援を行いました。
・保険者及び実施機関の保健指導実施者を対象に研修会を開催し、保健指導の質の確保や、第３期の運用ルールの見直しを積極的に取り入れ、実施率向上に努めました。
・国保ヘルスアップ支援事業を活用し、保健指導従事者に対する研修を実施し、保健指導担当者のスキルアップと実施率向上に努めました。
【県における課題】
・制度開始以降実施率は増加傾向にあり、全国平均を超えていますが、保険者間に大きな差があり、底上げが必要です。</td></tr>
<tr><td colspan="6">【保険者における取組】
・大手ドラックストアチェーン店で、土日祝日・夜間の特定保健指導を実施しました。
・健診受診後に結果説明会を開催し、対象者には特定保健指導を行いました。
・事業所での特定保健指導を希望しない者へＩＣＴを活用した指導を案内しました。
・特定保健指導を手上げ式でなく、「基本実施」として案内しました。
・自営に加え、健保連サポート事業を活用して外部委託による指導を実施しています。
・新型コロナウイルス感染症対策として、健診当日に会場から Web で保健指導を受けられるようにしました。
・事業主健診実施後又は人間ドック受診後に特定保健指導を実施できなかった対象者には、訪問型（オンライン含む）指導を実施しました。
【保険者における課題】
・特定保健指導への意識や偏見などに対する対応が必要です。
・新型コロナウイルス感染症の影響により、事業所訪問や家庭訪問が減少しました。
・若い年代ほど不在や介入できない事例が多く、介入方法の工夫が必要です。
・所属所ごとの特定保健指導に対する意識の違いにより、実施率に差が出ました。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">次年度以降の
改善について
（2022 年度取組を含む）</td><td colspan="6">【県における改善】
・健診データの見える化を継続し、地域・保険者の健康課題を明確にして、予防すべき疾病や対象集団を明らかにし、効果的な保健指導を実施します。
・国保ヘルスアップ支援事業を活用した保健指導担当者の研修を実施し、担当者のスキルアップと実施率向上に取り組みます。</td></tr>
<tr><td colspan="6">【保険者における改善】
・特定保健指導の実施機会の拡大を図るため、ドラックストア等での特定保健指導の実施の拡大及び ICT を活用した特定保健指導を積極的に推進します。
・健康ポータルサイト上での特定保健指導の募集・実施や、周知強化のために社内イントラへの掲載や職制を通じた広報を行います。
・土日祝日・夜間の保健指導を外部委託し、対象者のニーズに合わせた保健指導を実施していきます。</td></tr>
</table>

③　メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する数値目標

（出典：厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データ」）

<table>
<tr><td rowspan="2">2017 年度
（第２期計画）</td><td colspan="6">第３期計画期間</td></tr>
<tr><td>2018 年度</td><td>2019 年度</td><td>2020 年度</td><td>2021 年度</td><td>2022 年度</td><td>2023 年度
（目標値）</td></tr>
<tr><td>16.9%</td><td>16.5%</td><td>15.2%</td><td>12.3%</td><td>（未公表）</td><td></td><td>25%以上の
減少</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2021 年度の
取組・課題</td><td colspan="6">【県における取組】
・特定健診結果のデータ分析を市町単位・保険者単位で分析・評価することにより、地域・保険者の健康課題を明確にして予防すべき対象集団を明らかにし、保険者に結果の提供を行いました。また、生活習慣の見直し・改善を図る「ふじ３３プログラム」や健康無関心層への働きかけるための事業を実施しました。
【県における課題】
・メタボリックシンドローム該当者の割合は全国で最も少ない状況です。しかし、「メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（特定保健指導の対象者の減少率）」については年々減少し、メタボリックシンドローム該当者・予備群は増加傾向にあります。</td></tr>
<tr><td colspan="6">【保険者における取組】
・健診当日の健康相談を通じて、健康状況等のアドバイスを行うとともに、特定保健指導該当となる見込みの者に早期の利用勧奨を行っています。
・特定健診対象年齢前の加入者への意識づけのため、年度内に 35 歳となる者へ無料で人間ドックが受けられる受診券を配布しています。
・健康ポータルサイト上で健康クイズやウォーキング等のイベントの展開や健康トピックの掲載をしています。
・特定保健指導と 40 歳未満の若年者への保健指導の効果があり、国目標値をほぼ達成しています。
【保険者における課題】
・健康ポータルサイトの登録率は高いものの、利用率が低迷しています。
・健康保健の資格取得や喪失の変動が多く、効果の継続が困難な状況です。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">次年度以降の
改善について
(2022 年度取組を含む)</td><td colspan="6">【県における改善】
・保険者へ経年的な分析結果を提供し、優先的な課題の解決・予防を支援するとともに、特定保健指導対象者の行動変容を導くことが出来るよう、保健指導従事者の育成を図り、メタボリックシンドロームを改善する対策に力を入れて取り組みます。
・健康無関心層や働き盛り世代への働きかけを強化し、企業等と連携した健康経営の視点を取り入れた健康づくりに取り組みます。</td></tr>
<tr><td colspan="6">【保険者における改善】
・健康ポータルサイト上でｅ－ラーニングの展開をします。
・翌年に特定健診対象となる被扶養者に、自宅でできる血液検査キットの提供等を行います。</td></tr>
</table>

④　たばこ対策に関する数値目標

（出典：国民生活基礎調査）

<table>
<tr><td rowspan="2">2016 年度
（第２期計画）</td><td colspan="6">第３期計画期間</td></tr>
<tr><td>2018 年度</td><td>2019 年度</td><td>2020 年度</td><td>2021 年度</td><td>2022 年度
（目標値）</td><td>2023 年度</td></tr>
<tr><td>総 20.1%
男 31.6%
女 9.4%</td><td>－</td><td>総 18.6%
男 29.0%
女 8.7%</td><td>－</td><td>－</td><td>喫煙習慣のある人の割合（20歳以上）
12.0%</td><td>－</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2021 年度の
取組・課題</td><td colspan="6">【県における取組】
・たばこ対策として、事業所における禁煙対策・受動喫煙防止対策への支援、教育委員会、学校等と連携した防煙教育、世界禁煙デー・禁煙週間を中心とした正しい知識の普及啓発などを実施しました。
・県内すべての小学５年生に対して、たばこの害について啓発する「防煙下敷き」を配付し、喫煙防止教育を実施しました。
【県における課題】
・喫煙率について、減少傾向にあるものの、目標には達していません。また、妊娠中の喫煙についても、2016 年度 1.9%に対し、2020 年度は 1.2%と減少傾向にあるものの目標値には届いておらず、「妊娠中の喫煙をなくす」ために一層の啓発を図る必要があります。</td></tr>
<tr><td colspan="6">【保険者における取組】
・加入事業所の禁煙講座等のセミナー開催に対して、費用補助を行いました。
・禁煙プログラム修了者の禁煙外来・オンライン禁煙に係る費用を全額負担しました。
・禁煙デーに、喫煙所封鎖や敷地内外の見回り、啓蒙ポスターの掲示等を行いました。
・保健指導時の個別禁煙支援や広報紙等での情報提供をしています。
・一般社団法人日本たばこ協会の未成年喫煙防止ポスターを市内中学校に掲示し、喫煙防止教育を行いました。
【保険者における課題】
・職場での禁煙啓発に関しては、事業所の規模や事業主の禁煙に対する意識・意欲に左右される傾向があります。
・禁煙補助薬「チャンピックス」の出荷停止により、禁煙外来を中止している医療機関もあることから、禁煙外来の利用を勧められない状況が生じています。
・製造業における男性の現場作業者の喫煙率が高いため、事業所単位で環境整備を進める必要があります。
・禁煙希望者支援のため、市、県、医師会が連携した環境づくりの整備が必要です。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">次年度以降の
改善について
（2022 年度取組を含む）</td><td colspan="6">【県における改善】
・関係団体の協力を得ながら、健康増進法及び静岡県受動喫煙防止条例に基づく受動喫煙防止対策についての周知啓発及び「望まない受動喫煙」を防止するための環境整備、地域・事業所等における禁煙支援、学校等における防煙教育を推進することにより、喫煙・受動喫煙による健康被害を防ぎ、県民の健康寿命の更なる延伸に繋げます。
・引き続き、県内すべての小学５年生に対し、「防煙下敷き」を配布し、喫煙防止教育を実施します。</td></tr>
<tr><td colspan="6">【保険者における改善】
・喫煙率の高い自治体において、健診受診時の問診で喫煙者を対象に、勤務先の禁煙対策などのヒアリングを行い、事業所と連携したパターン別の禁煙支援を実施します。
・母体企業の安全衛生方針内の禁煙ビジョンに準拠した禁煙者数となるよう禁煙プログラムの応募者数の拡張をします。
・保健指導の際に、禁煙の意向がある者へ薬局での禁煙相談を促しています。</td></tr>
</table>

⑤　予防接種に関する目標

2021年度の取組・課題	【県における取組】 ・県では、全ての市町において、居住市町での定期予防接種が困難な者に対する広域的な予防接種提供体制を整備し、接種率の向上を図っています。 ・これまで積極的な勧奨を差し控えていたＨＰＶワクチンの定期接種について、厚生労働省から2022年度より積極的な勧奨を再開するとともに、積極的な勧奨を差し控えている間に接種機会を逃した者に対し、３年間の時限措置としてキャッチアップ接種や償還払いの制度が示されました。これを受け、実施主体である市町が円滑にＨＰＶワクチン接種などに取り組めるよう、県医師会等の関係機関に周知しました。 【県における課題】 ・定期接種ワクチンが増え、幼少期の接種スケジュールが過密になったことにより、誤接種が発生する可能性が高まっていることから、その予防対策にも取り組んでいく必要があります。 ・ＨＰＶワクチンの積極的な勧奨の再開に伴い、ワクチンに対する正しい情報の提供や、３年間の時限措置としてのキャッチアップ接種や償還払いの制度について、広く県民に啓発していく必要があります。 ・ＨＰＶワクチン接種後に生じた広範な疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状を呈する患者に対する診療・相談体制を強化する必要があります。
	【保険者における取組】 ・新型コロナウイルスワクチンの接種推奨と共にインフルエンザの予防接種の勧奨も進めました。 ・インフルエンザ予防接種及び日本脳炎予防接種の負担額の一部助成を行っています。 【保険者における課題】 ・インフルエンザ予防接種費用補助の費用対効果が不明です。 ・財政面や事務量面における負担が課題です。
次年度以降の改善について (2022年度取組を含む)	【県における改善】 ・市町担当者向け会議等の場における誤接種防止への対応の呼びかけ、医師会と協働で作成した予防接種間違い防止チェックリストの改定と関係者への配付、予防接種間違い対応マニュアルの改定と市町・医療機関への配付などにより、市町における適切な予防接種の実施を支援していきます。 ・ＨＰＶワクチンの積極的な勧奨の再開に関し、国のリーフレットなどを活用し、ワクチンの有効性や安全性等の正確な情報の提供に努めるとともに、市町が実施するキャッチアップ接種や償還払いの制度について、県の広報誌等へ掲載するなど、市町と連携して県民への周知・啓発を図ります。 ・ＨＰＶワクチン接種後に生じた広範な疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状を呈する患者に対して、より身近な地域において適切な診療を提供するための協力医療機関について、これまでの２つの医療機関に加え、新たな協力医療機関を指定することで県内の診療・相談体制の強化に取り組みます。
	【保険者における改善】 ・SNSを活用し、新型コロナウイルス感染症・インフルエンザの同時流行に備え、市民への接種勧奨を積極的に実施しました。

⑥　生活習慣病等の重症化予防の推進に関する目標

2021 年度の取組・課題	【県における取組】 ・腎不全や人工透析の原因となる糖尿病性腎症を予防するため「静岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、保険者と協力し、重症化予防に取り組んでいます。子どもの頃から適切な生活を身に付けるために、教育機関と連携した出前授業の実施や、市町や企業とともに減塩対策に取り組んでいます。 【県における課題】 ・腎不全や人工透析の原因となる糖尿病性腎症を予防するため保険者と協力し、重症化予防に取り組んでいく必要があります。 ・重症化予防対策を実施していますが、プログラムを策定していない保険者もあるため、地域の専門医・医師会等と連携しながら策定する必要があります。
	【保険者における取組】 ・健診結果データの分析結果に基づき、ＬＤＬコレステロール値が高く、かつ、喫煙歴のある者に対して文書による受診勧奨を実施しました。 ・心疾患、脳血管疾患の既往歴があり予後コントロールが不良な者に、再発防止・重症化予防の保健指導プログラムを実施しました。 ・ＫＤＢシステムを活用しハイリスク者を選定し、保健指導をしています。 ・静岡県歯科医師会と委託契約を締結し、歯科医師による口腔機能保健指導を実施しています。その後、検診受診者に対し、広域連合保健師による電話・文書での継続支援を実施しています。 【保険者における課題】 ・保健指導による効果は見られる一方で、新規の対象者もあり、疾患や受診状況に合わせた介入方法の検討が必要です。 ・受診勧奨レベルに該当するにも関わらず、業務多忙等の理由により、重症化予防事業に参加しない者がいます。 ・抽出されたオーラルフレイル対象者が、比較的健康意識が高く、必ずしも保健指導が必要な者となっていないため、抽出方法の検討が必要です。
次年度以降の改善について （2022年度取組を含む）	【県における改善】 ・地域の専門医･医師会等と連携・調整しながら糖尿病腎症による透析患者数の減少に向け、2017 年度に策定した重症化予防プログラムを活用し、市町、保険者、医療機関等との連携の強化により、生活習慣病の発症予防及び重症化予防の体制整備を進めます ・プログラムを策定していない保険者に対して、県のプログラムの周知に努め、各保険者がプログラムを踏まえた実施ができるよう支援します。 ・企業等と連携した減塩に取り組みやすい環境整備として、減塩５５プログラムの普及や社員食堂における健幸惣菜の提供支援など、「気づかず減塩」となる環境づくりに取り組みます。 ・関係機関と連携し、県循環器病対策推進計画に基づく生活習慣病等の重症化予防の推進を図ります。
	【保険者における改善】 ・心疾患、脳血管疾患の既往歴がなくとも発症リスクのある者を対象とし、重症化予防の保健指導プログラムを拡張実施します。 ・商工会・ＪＡとの連携や企業訪問により、ベジファースト協力店舗を増やしました。また、食育講座を受講した高校生の応募作品の中から決定した「ベジファースト」のロゴマークを活用して、啓発活動を進めていきます。 ・働き盛り世代が気軽に取り組めるデジタルを活用した健康づくりの検討を進めます。

⑦　その他予防・健康づくりの推進に関する目標

2021年度の取組・課題	【県における取組】 ・高齢化に伴い増加する疾患を予防し、健康寿命の延伸に繋がる要因の分析を行い、その結果を活用して社会参加を促進することで要介護状態にならないよう、その人らしく生活するための健康づくりに取り組んでいます。また、生活習慣病の予防対策に併せて、フレイル対策・低栄養対策・誤嚥や肺炎防止対策に取り組み、高齢者の特性に応じた健康づくりに取り組んでいます。 【県における課題】 ・生活習慣病予防に併せて、心身機能の低下に起因した疾病予防や高齢化に伴い増加するフレイルなどを予防し、要介護状態にならないように努める必要があります。 ・新型コロナウイルスの感染拡大により、社会活動の自粛に伴う身体・認知機能の低下が顕在化したため、新たな生活様式に対応した県民の健康づくりと社会参加を促進する必要があります。
	【保険者における取組】 ・腎機能低下速度の速い者に受診勧奨通知を郵送しました。 ・事業所での集団歯科健診又は個人受診した者へ費用補助を行いました。 ・運動習慣を促すために、ウォーキングアプリの活用やJRウォーキング参加者へのインセンティブを行っています。 ・健康教室（トレッキング教室）を実施しました。 【保険者における課題】 ・受診勧奨通知郵送後の受診行動の有無の分析ができていません。 ・新型コロナウイルス感染症の影響により、事業所での集団歯科健診が実施できませんでした。 ・ウォーキングアプリの登録者数が伸び悩み、参加者が限られています。
次年度以降の改善について （2022年度取組を含む）	【県における改善】 ・自立高齢者を増やすために、ロコモティブシンドロームやサルコペニアの予防、フレイル対策に留意した運動の機能向上、低栄養対策としての栄養改善、誤嚥や肺炎防止のための口腔機能向上（オーラルフレイル対策）に取り組み、市町における介護予防の充実を図ります。 ・高齢者の健康づくりと介護予防を一体的に実施するため、通いの場においてフレイル対策に取り組むリハビリテーション専門職や管理栄養士、歯科衛生士を育成等を行うとともに、かかりつけ医等が生活習慣病予防とフレイルに関する評価を行い、高齢者の状態に応じたサービス等につなげる仕組みを構築します。 ・静岡県健康づくり応援サイト「ふじのくに むすびば」の利用促進やオンラインを活用した多様な活動の場を支援します。
	【保険者における改善】 ・受診勧奨通知郵送後の後追い分析を行います。 ・事業所での集団歯科健診を継続して行えるよう調整していきます。 ・事業所の担当者、健康管理事業推進委員などの協力を得て、情報発信に努めます。 ・健康教室（トレッキング教室）、ヨガ教室を複数回実施していきます。

（2）医療の効率的な提供の推進に関する目標

① 後発医薬品の使用促進に関する数値目標（出典：厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」）

<table>
<tr><th rowspan="2">2017 年度
（第 2 期計画）</th><th colspan="6">第 3 期計画期間</th></tr>
<tr><th>2018 年度</th><th>2019 年度</th><th>2020 年度</th><th>2021 年度</th><th>2022 年度</th><th>2023 年度
（目標値）</th></tr>
<tr><td>74.8%
〔NDB データ
71.9%〕</td><td>79.1%
〔 76.3% 〕</td><td>81.6%
〔 78.9%〕</td><td>83.5%
〔 80.7% 〕</td><td>83.4％
〔 未公表 〕</td><td></td><td>80%以上</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2021 年度の
取組・課題</td><td colspan="6">【県における取組】
・後発医薬品の適正使用を含めた患者への薬学的管理・指導を行う「かかりつけ薬剤師・薬局」の普及を図りました。
・各市町に対し、保険者努力支援制度説明会等を通じて後発医薬品使用促進に対する取組を要請し、後発医薬品希望カードの配布や軽減額通知の発送などの保険者の様々な取組を支援しました。
【県における課題】
・後発医薬品に関する正しい知識を県民に普及啓発していく必要があります。
・医療機関、国、県、医療保険者等の関係団体が一体となった取組が求められています。</td></tr>
<tr><td colspan="6">【保険者における取組】
・県内の小規模系列薬局の経営層に向けて、系列薬局各店舗の使用割合等をまとめたレポートを作成し、アプローチを実施しました。
・2020 年度に引き続き、保険者協議会事業として薬局にて後発医薬品へ切り替えた際の試算（「ジェネリックお見積り」）を実施しました。
・県内におけるバイオ医薬品の使用実態を調査し、バイオ後続品に切り替えた際の効果額と個人単位でみた影響度を分析しました。
・ジェネリック医薬品希望カード・シールの配布やジェネリック差額通知の送付等に加え、共済事務担当者説明会、共済事務初任者研修会等において周知しました。
【保険者における課題】
・全国的な医薬品の供給不足が続いているため、加入者や医療機関、薬局へアプローチする際も、供給不足を踏まえた対策となり、思い切った取組ができない状況です。
・ジェネリック医薬品への一定数の切り替え拒否者が存在します。
・処方された医薬品とジェネリック医薬品の差額を組合員等に認識させ、医療費及び健康に対する意識の高揚を図ります。
・昨今の後発医薬品の品薄状態も影響し、普及率の上昇度合いが低いままです。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">次年度以降の
改善について
(2022 年度取組を含む)</td><td colspan="6">【県における改善】
・引き続き県民の医薬品に関する相談役となる「かかりつけ薬剤師・薬局」の普及促進を図ります。</td></tr>
<tr><td colspan="6">【保険者における改善】
・医薬品の供給不足の現状を確認しつつ、使用促進の対策を図ります。
・差額通知書の発送を継続するとともに、チラシ・パンフレット等も活用し、目標値に到達するよう周知に努めます。</td></tr>
</table>

※計画に掲げる数値目標は、調剤レセプトの集計値であるが、NDB データは、調剤レセプトに加えて院内処方（入院、院内調剤）及び紙レセプトを含むことから、より県内の状況が総合的に把握できるため、参考値として補記している。

② 医薬品の適正使用の推進に関する目標

2021年度の取組・課題	【県における取組】 ・「薬と健康の週間」（10/17～10/23）を中心にパンフレットなどにより薬の正しい使い方を周知しました。 ・県薬剤師会が設置する電話相談窓口「高齢者くすりの相談室」に助成支援し、高齢者等からの医薬品等に関する相談対応、相談内容を中心とした事例集の作成及び配布などを行いました。 ・医薬品の適正使用やかかりつけ薬剤師・薬局の役割等に関する県民向けの出前講座を実施しました。 【県における課題】 ・高齢者等では複数の薬を服用する場合が多くなり、特に注意を要するため、医薬品等の適正使用を普及啓発していく必要があります。
	【保険者における取組】 ・最新年度のレセプトデータを用い、県内病院における想定フォーミュラリーとその効果額を分析しました。 ・県疾病対策課、県感染症発生動向調査委員会AMR部会と連携し、県内の抗菌薬使用量の推移を分析し、県内全体で適正化が進んでいることを確認しました。 ・基幹システムにて、重複・多剤投薬者をリストアップし経過観察しました。 ・被保険者への訪問・ヒアリングの実施や機関誌の発行により注意喚起を行っています。 ・常備薬の斡旋や軽度の疾病に対する対処の周知を行っています。 ・「重複・頻回受診者」、「重複処方者」、「多剤処方者」に対して、業者委託により保健師等による電話での相談・指導を実施しました。 【保険者における課題】 ・新型コロナウイルス感染症の影響により、病院訪問による働きかけが難しい状況です。 ・メンタル疾患の者に頻回受診からくる多剤投薬が目立ちます。
次年度以降の改善について （2022年度取組を含む）	【県における改善】 ・引き続き、高齢者等からの医薬品等に関する相談対応を支援するとともに、かかりつけ薬剤師・薬局の役割等の周知、機能強化を図ります。
	【保険者における改善】 ・ホームページやメールマガジン、広報紙などの広報媒体を活用して、適正使用の推進を図ります。 ・医薬品の適正使用について、頻回受診等に関する内容と併せて、組合広報誌等で組合員に周知をしていきます。 ・事業実施後の効果検証をもとに次年度の実施方法を改善し、「重複・頻回受診」等の解消に努めていきます。

③　その他の医療の効率的な提供の推進に係る目標

2021年度の取組・課題	【県における取組】 ・医療機関の自主的な取組を促すため、病床機能報告等のデータを地域医療構想調整会議等で提示しました。 ・医療・介護関係者等を対象とした研修、説明会を実施し、医療機能分化への理解や多職種間の連携促進を図りました。 ・地域課題ごとのワーキンググループの開催などを通じて、病院側の視点に立った実質的な検討を実施し、病院間の機能分担及び業務連携を推進しました。 ・医療と介護の効果的な利用に係る県民への啓発や県内の地域医療支援団体数を増やすこと等を目的にシンポジウムを開催しました。 ・ACPの重要性について、県民セミナーやタウンミーティング等で周知しました。 【県における課題】 ・病床の機能分化・連携に向けて、行政機関と医療機関の間で、地域の医療需要の将来推計や患者流出入の状況などの情報共有の場を増やすなど、継続的な取組が必要です。
	【保険者における取組】 ・病院担当者向けの健康保険説明会を開催し、限度額適用認定証の利用促進、保険証の未確認による誤請求の改善、第三者行為や業務災害の適正な請求等について説明しました。 ・コンビニ受診やはしご受診への警告等について、チラシの配布や機関紙への掲載を行い、24時間健康相談窓口の利用等を呼びかけました。 【保険者における課題】 ・「上手な医療のかかり方」を広く浸透させるには、単発のお知らせではなく、継続した取組が必要と考えています。
次年度以降の改善について (2022年度取組を含む)	【県における改善】 ・病床の機能分化・連携とともに、地域における介護施設など受け皿の整備も重要となることから、地域医療構想調整会議や地域包括ケア推進ネットワーク会議において、計画等の進捗状況の把握や、介護医療院への転換意向状況等について情報提供を行っていきます。 ・医療関係者、医療保険者その他の関係者との連携を図りつつ、地域の実情に合ったバランスの取れた医療機能の分化と連携を適切に推進するために必要な協議を、引き続き行っていきます。
	【保険者における改善】 ・「上手な医療のかかり方」の周知活動を継続していきます。

2．保険者等、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する評価

2021 年度の取組・課題	【県における取組】 ・県が財政運営の責任主体として保険者に加わり、市町とともに健康づくり事業などに取り組み、国民健康保険を安定的に運営しています。 ・国保連合会と連携し、市町を対象としたレセプト点検、第三者行為求償事務に係る研修会を実施しています。また、医療給付専門職員による巡回指導によりレセプト点検の強化を図っています。 【県における課題】 ・目標達成に向けて、医療機関、国、県、医療保険者等の関係団体が一体となった更なる取組が求められています。
	【保険者における取組】 ・協会けんぽのレセプトデータや健診データを用いて、「う蝕重症度」と性別、年代、業種、生活習慣等の各要因との関連性を分析し、結果をまとめた小冊子を県内の歯科診療所へ提供しました。 ・事業主とのコラボヘルスを実施しました。 ・広域連合開催の「医療懇談会(意見を聞く場)」や国保連主催の「支援・評価委員会」などにおいて、保険者、医療関係者及び学識経験者等からデータヘルス計画の評価、保健事業の実施方法に関するアドバイスを受け、次年度以降の取組の参考としています。 【保険者における課題】 ・事業主の理解を求める必要があります。 ・2020 年度から開始された「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の推進のため、今後は介護関係者との連携も検討する必要があります。
次年度以降の改善について (2022年度取組を含む)	【県における改善】 ・引き続き、国保連合会と連携し、レセプト点検、第三者行為求償事務に係る研修会や医療給付専門職員による巡回指導を実施します。 ・今後も、市町とともに「静岡県国民健康保険運営方針」に記載する保険給付の適正な実施や医療費適正化に取り組みます。
	【保険者における改善】 ・県歯科医師会との契約締結により、定型の定期健診が受けられ、費用の本人窓口支払いなく、健保へ全請求があがる仕組みとしたいです。 ・「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を 2024 年度までに全市町で実施することが国から求められていることから、静岡県、国保連合会と連携、協力して実施市町をサポートし、期限内での全市町の事業開始を目指します。

用語解説

○ ポピュレーションアプローチ

様々な疾患や問題行動に関するリスクを減らすため、集団全体に働きかけを行うことで、集団全体としてのリスクを下げる取組や方法を指します。一方で、高いリスクを持った人を対象に、リスクを減らすように支援していくことをハイリスクアプローチといいます。

○ ＨＰＶ

子宮頸がんの原因となるヒトパピローマウイルスのことです。200 以上の種類があり、そのうち子宮頸がんの原因となるものが少なくとも 15 種類あることが分かっています。ＨＰＶワクチンを導入することで、子宮頸がんの前がん病変を予防する効果が示されています。

○ ベジファースト

急激な血糖値の上昇を防ぐことを期待して、野菜を最初に食べる食べ方です。

○ フレイル、オーラルフレイル

フレイルとは、加齢に伴い身体機能が低下し、健康な状態と要介護になる状態の間を指します。そのうち、噛む機能の低下など口腔機能が衰えることを指して、オーラルフレイルと呼びます。

○ ロコモティブシンドローム

筋肉、骨、関節といった運動器の障害のために、「立つ」「歩く」といった移動機能の低下をきたした状態を指します。

○ サルコペニア

加齢や疾患により筋肉量が減少することで、全身の筋力の低下や身体機能の低下が生じる状態のことです。

○ フォーミュラリー

医療機関等において作成された有効で安全かつ経済的な医薬品の使用方針のことを指します。

○ AMR（Antimicrobial Resistance）

抗菌剤をはじめとする抗微生物剤が効かなくなる薬剤耐性のことです。

地域医療支援病院の運営状況

1　概要

地域医療支援病院制度は、地域で必要な医療を確保し、地域の医療機関の連携等を図る観点から、かかりつけ医等を支援する病院の名称として、平成９年の第３次医療法改正において創設（平成10年４月１日施行）された。

病院が地域医療支援病院と称するためには、紹介患者に対する医療提供等を通じてかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療支援病院としてふさわしい構造設備等を有する病院として、都道府県知事から承認を得る必要があり、その承認に当たっては、都道府県医療審議会の意見を聴くこととされている。

2　地域医療支援病院の名称の承認に係る主な要件

〇病床規模が原則として200床以上であること。（病床の種別は問わない。）

〇他の医療機関から紹介された患者に対し医療を提供していること。

具体的には、次のいずれかに該当している必要がある。

・紹介率が80%以上。（紹介率65%以上であって、承認後２年間で80%を達成することが見込まれる場合を含む。）

・紹介率が65%以上、かつ、逆紹介率が40%を上回っている。

・紹介率が50%以上、かつ、逆紹介率が70%を上回っている。

〇病床、高額医療機器等の共同利用の実施体制が整備されていること。

〇救急医療を提供する能力を有していること。

〇地域の医療従事者の資質の向上のための研修を行わせる能力を有していること。

〇患者からの相談に応じる体制を確保していること。

〇業務遂行状況を審議するための委員会を設置していること。

3　要件の充足状況の確認

地域医療支援病院の開設者に提出が義務付けられている、業務に関する報告書により令和３年度の運営状況について、要件の充足状況を確認した。

＜要件を満たしていない項目＞

委員会の開催回数（半期に１回未満※）　：７病院

研修会の開催回数（年間12回未満）　：９病院

ただし、委員会及び研修会の開催回数については、厚生労働省からの通知において「新型コロナウイルス感染症の感染拡大により円滑な実施に一定の影響が生じている状況においては、延期又は中止等の措置をして差し支えない」とされていることから当該病院についても、承認要件を充足しているものとして取り扱う。

※令和４年度からは、国の基準に沿って「四半期に一回程度」としている。

県内の地域医療支援病院の運営状況（令和３年度実績）

医療圏	病院名	病床数 （R3年度末）	承認年度	紹介率・逆紹介率	共同利用の実績 (医療機関の延べ数)	救急医療の実績 （うち救急車での搬入数）	研修会の実績 延べ参加者数 （院外参加者）	研修会の実績 回数	患者相談の実績（延べ相談者数）	委員会開催回数
熱海	伊東市民病院	250 （一般）	H30	72.2% 92.6%	病床 1 件 検査機器 59 件 研修施設 0 件	5,924 人 (3,444 人)	1,672 人 (66 人)	12 回	16,604 人	3 回
駿東田方	順天堂大学医学部附属静岡病院	633 （一般）	R1	64.9% 82.2%	病床 0 件 検査機器 242 件 研修施設 0 件	12,242 人 (6,906 人)	1,923 人 (1,281 人)	24 回	23,636 人	2 回
	沼津市立病院	387 （一般）	H20	75.1% 78.7%	病床 0 件 検査機器 877 件 研修施設 0 件	4,199 人 (2,663 人)	0 人 (0 人)	0 回	20,723 人	0 回
	静岡医療センター	450 （一般）	H23	72.8% 60.4%	病床 0 件 検査機器 1,868 件 研修施設 0 件	6,125 人 (2,990 人)	0 人 (0 人)	0 回	15,779 人	1 回
富士	富士宮市立病院	380 （一般）	H23	73.6% 55.3%	病床 0 件 検査機器 943 件 研修施設 0 件	5,560 人 (2,902 人)	287 人 (80 人)	7 回	9,769 人	2 回
	富士市立中央病院	520 （一般504、感染症6、結核10）	H29	70.3% 70.9%	病床 0 件 検査機器 1,419 件 研修施設 0 件	8,529 人 (3,864 人)	453 人 (396 人)	3 回	13,982 人	2 回
静岡	県立こども病院	279 （一般243、精神36）	H12	91.1% 47.4%	病床 0 件 検査機器 0 件 研修施設 87 件	4,612 人 (829 人)	717 人 (217 人)	15 回	15,316 人	1 回
	静岡市立静岡病院	506 （一般500、感染6）	H18	68.3% 113.8%	病床 280 件 検査機器 302 件 研修施設 1 件	11,293 人 (5,875 人)	371 人 (27 人)	12 回	5,028 人	2 回
	静岡県立総合病院	712 （一般662、結核50）	H19	93.5% 200.2%	病床 0 件 検査機器 1,239 件 研修施設 9 件	10,997 人 (5,465 人)	380 人 (218 人)	9 回	6,961 人	4 回
	静岡赤十字病院	465 （一般）	H22	73.5% 115.0%	病床 35 件 検査機器 244 件 研修施設 0 件	11,864 人 (5,372 人)	1,080 人 (13 人)	64 回	24,947 人	1 回
	静岡済生会総合病院	581 （一般）	H22	69.1% 91.5%	病床 102 件 検査機器 81 件 研修施設 0 件	13,534 人 (4,778 人)	386 人 (332 人)	11 回	9,865 人	4 回
	静岡市立清水病院	463 （一般）	H23	66.8% 95.6%	病床 15 件 検査機器 363 件 研修施設 0 件	6,782 人 (2,943 人)	1,797 人 (116 人)	16 回	14,932 人	1 回
志太榛原	焼津市立総合病院	471 （一般）	H22	62.0% 79.1%	病床 0 件 検査機器 1,383 件 研修施設 0 件	15,752 人 (4,033 人)	930 人 (794 人)	14 回	18,947 人	2 回
	藤枝市立総合病院	564 （一般）	H22	70.3% 112.8%	病床 0 件 検査機器 880 件 研修施設 0 件	13,817 人 (4,914 人)	541 人 (219 人)	26 回	11,778 人	4 回
	島田市立総合医療センター	445 （一般435、感染症6、結核4）	H23	66.3% 85.7%	病床 0 件 検査機器 1,725 件 研修施設 0 件	9,244 人 (4,096 人)	362 人 (96 人)	13 回	889 人	1 回
中東遠	磐田市立総合病院	500 （一般498、感染症2）	H23	70.6% 93.8%	病床 2 件 検査機器 1,674 件 研修施設 0 件	12,856 人 (4,637 人)	1,225 人 (526 人)	45 回	6,380 人	2 回
	中東遠総合医療センター	500 （一般496、感染症4）	H28	80.9%	病床 0 件 検査機器 2,584 件 研修施設 228 件	15,187 人 (5,630 人)	662 人 (421 人)	19 回	2,420 人	2 回
浜松	浜松医療センター	606 （一般600、感染症６）	H12	75.0% 98.1%	病床 377 件 検査機器 2,888 件 研修施設 0 件	11,494 人 (6,156 人)	900 人 (1,561 人)	43 回	31,559 人	2 回
	浜松赤十字病院	312 （一般）	H21	81.1% 116.6%	病床 390 件 検査機器 1,067 件 研修施設 0 件	7,329 人 (3,263 人)	44 人 (38 人)	1 回	2,823 人	1 回
	（福）聖隷福祉事業団聖隷浜松病院	750 （一般）	H16	67.9% 75.4%	病床 46 件 検査機器 4,965 件 研修施設 0 件	16,359 人 (6,777 人)	1,129 人 (833 人)	28 回	25,157 人	2 回
	（福）聖隷福祉事業団聖隷三方原病院	940 （一般816、精神104、結核20）	H16	74.3% 81.0%	病床 7,574 件 検査機器 2,793 件 研修施設 0 件	12,220 人 (5,221 人)	940 人 (631 人)	22 回	22,606 人	2 回
	JA厚生連遠州病院	400 （一般340、療養60）	H24	81.4% 54.2%	病床 35 件 検査機器 1,199 件 研修施設 0 件	6,252 人 (3,666 人)	Webのため不明	6 回	5,703 人	2 回
	（独）労働者健康安全機構浜松労災病院	312 （一般）	H22	93.0% 110.7%	病床 448 件 検査機器 453 件 研修施設 0 件	5,247 人 (3,190 人)	221 人 (135 人)	8 回	10,403 人	2 回

※網掛けになっている箇所は、開催実績が基準以下であったもの

事　務　連　絡
令和２年５月１２日

各 ｛都道府県／保健所設置市／特別区｝ 衛生主管部（局）御中

厚生労働省医政局総務課
厚生労働省医政局地域医療計画課
厚生労働省医政局経済課
厚生労働省医政局研究開発振興課

新型コロナウイルス感染症の影響に伴う医療法等において定期的に実施することが求められる業務等の取扱いについて

今般、新型コロナウイルス感染症の影響が全国的に拡大するとともに、そのまん延状況を踏まえて、政府においては、４月17日付で新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成24年法律第31号）第32条第１項に基づき、５月６日までの間、全国的に新型インフルエンザ等緊急事態宣言を発令し、さらに、５月４日付でその期間が５月31日まで延長されたところです。

こうした状況を踏まえ、各医療機関において定期的に実施することが医療法（昭和23年法律第205号）等において求められている業務等について、円滑な実施に一定の影響が生じている現状に鑑み、下記のとおりとしますので、内容を御了知の上、適切にご対応いただくようお願いします。

記

１．医療法で規定された委員会及び研修等について

医療法で規定された委員会及び研修等については、現下の状況においては、感染予防の観点等から、オンラインで行う等の対応も検討し、柔軟に対応すること。

また、新型コロナウイルス感染症の影響により、委員会又は研修を実施することに現に支障が生じている場合等には、以下の医療法等において義務づけられている研修及び委員会等（院内感染に係るものを除く）については、延期又は休止等の措置をして差し支え

ない。ただし当該支障がなくなり次第、速やかに当該措置を見直すこと。

- 医療安全管理委員会の開催（医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第１条の 11 第１項第２号）
- 医療安全に係る職員研修の実施（医療法施行規則第１条の 11 第１項第３号）
- 医薬品の安全使用に係る職員研修の実施（医療法施行規則第１条の 11 第２項第２号イ）
- 医療機器の安全使用に係る職員研修の実施（医療法施行規則第１条の 11 第２項第３号イ）
- 診療用放射線の安全利用に係る職員研修の実施（医療法施行規則第１条の 11 第２項第３号の２ロ）
- 特定機能病院の管理者の選任に係る合議体の設置及び合議体による審査（医療法第 10 条の２第２項）
- 特定機能病院の管理及び運営に関する事項を行う場合に構成する合議体の設置及び合議体による決議（医療法第 16 条の３第２項）
- 特定機能病院における医療安全に係る職員研修の実施（医療法施行規則第９条の 20 の２第１項第 12 号）
- 臨床研究中核病院における医療安全等に係る職員研修の実施（医療法施行規則第９条の 25 第４号ニ）
- 特定機能病院及び臨床研究中核病院における医療安全管理責任者等への医療安全に係る研修の実施（医療法施行規則第９条の 20 の２第１項第 13 号）
- 特定機能病院における医療安全監査委員会の設置及び開催（医療法施行規則第 15 条の４第２号）
- 臨床研究中核病院における医療安全監査委員会の設置及び開催（医療法施行規則第９条の 25 第４号ホ）
- 特定臨床研究の適正な実施の確保のための委員会（病院管理者が行う管理・監督業務を補佐するために設けるもの）の設置及び開催（医療法施行規則第９条の 25 第１号イ、「医療法の一部改正（臨床研究中核病院関係）の施行等について」（平成 27 年３月 31 日医政発 0331 第 69 号）第５　４（１）ア）
- 特定臨床研究の適正な実施の確保のための委員会の設置その他の管理体制（業務執行の状況を監査するための委員会（監査委員会））の設置及び開催（医療法施行規則第９条の２５第１号イ、「医療法の一部改正（臨床研究中核病院関係）の施行等について」（平成 27 年３月 31 日医政発 0331 第 69 号）第５　４（１）イ（ウ））
- 特定臨床研究に関する研修の実施（医療法施行規則第９条の 24 第４号）
- 地域医療支援病院における地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修の実施（医療法施行規則第９条の 16 第３号）
- 地域医療支援病院における当該地域医療支援病院に勤務しない学識経験者等によって構成される委員会の設置及び開催（医療法施行規則第９条の 19、「医療法の一部を改正する法律の施行について」（平成 10 年５月 19 日付健政発第 639 号厚生省健康政策局長通知。以下「地域医療支援病院に係る局長通知」という。）第二　五（七））

２．特定機能病院及び臨床研究中核病院が実施する相互立入について

特定機能病院及び臨床研究中核病院には、医療法施行規則第９条の 20 の２第１項第 10 号において、他の特定機能病院と連携し、年に１回以上相互立入を実施し、技術的助言を実施することが求められている。感染予防の観点等から相互立入に支障が生じる場合については、書面等による医療安全管理体制の確認や技術的助言の実施等、代替措置により当該規定を満たしたものとして差し支えないこと。なお、相互立入が可能となった場合には速やかに当該代替措置についても見直すこと。

３．特定機能病院及び地域医療支援病院による紹介患者への医療の提供について

特定機能病院及び地域医療支援病院には、医療法第 16 条の３第１項第７号（特定機能病院）及び医療法第 16 条の２第１項第６号（地域医療支援病医院）において、他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供することが求められており、可能な限り紹介患者に対して医療を提供する体制を維持すべきであること。

ただし、医療法施行規則第９条の 20 第１項第６号及び第７号（特定機能病院）並びに地域医療支援病院に係る局長通知第二　五（六）（地域医療支援病院）において求められている、特定機能病院及び地域医療支援病院における紹介率及び逆紹介率の要件については、新型コロナウイルス感染症の影響により、地域において新型コロナウイルス感染症患者に対する医療提供において役割を果たすこととされている等、要件を満たすことが困難である場合には、一時的に当該要件を満たさなくても差し支えないこととする。この場合、地域医療支援病院については、各都道府県は貴管下の地域医療支援病院の状況を把握し、必要に応じて、最新の状況等について確認を行うこと。

＜照会先＞

特定機能病院及び地域医療支援病院について
　厚生労働省医政局総務課
　（代表）03-5253-1111（内線：2522）　（直通）03-3595-2189

臨床研究中核病院について
　厚生労働省医政局研究開発振興課
　（内線：4150）　（直通）03-3595-2430

医療安全について
　厚生労働省医政局総務課医療安全推進室
　（内線：4106）　（直通）03-3595-2189

院内感染対策について
　厚生労働省医政局地域医療計画課
　（内線：4120、4208）　（直通）03-3595-2194

医療機器に係る研修について
厚生労働省医政局経済課
（内線：4112）　（直通）03-3595-3409

医療法の一部を改正する法律の施行について(抄)
(平成10年5月19日付健政発第639号　厚生省健康政策局長通知)

第二　地域医療支援病院に関する事項

一　趣旨

地域医療支援病院制度は、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通じてかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、かかる病院としてふさわしい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が地域医療支援病院の名称を承認するものであること。

(中略)

四　業務報告書

地域医療支援病院の開設者は、新省令第九条の二第一項各号に掲げる事項を記載した業務報告書を毎年一〇月五日までに都道府県知事に提出しなければならないものであること。ただし、平成二六年度中の業務報告における紹介率及び逆紹介率の実績については、平成二六年四月以降の任意の数か月間(最低一か月間)の平均値を用いても差し支えないものであること。また、当該実績が当該紹介率又は逆紹介率を満たしていない場合には、平成二五年度の年間実績における平成二六年四月における改正前の地域医療支援病院紹介率及び地域医療支援病院逆紹介率についても報告すること。さらに、その際の様式例は別添のとおりであるので参考とされたいこと。

都道府県における業務報告書の公表に当たっては、必要に応じて、記載されている個人情報を削除するなど適切な対応を講じること。

五　管理者の業務遂行方法

(中略)

(三)　地域の医療従事者に対する研修の実施(新省令第九条の一六第三号関係)

①　新省令第九条の一六第三号に規定する「生涯教育その他の研修を適切に行わせること」とは、

ア)　必要な図書等を整備し、以下のような研修を定期的に行う体制が整備されていること。
　・地域の医師等を含めた症例検討会
　・医学・医療に関する講習会

イ)　研修目標、研修計画、研修指導体制その他研修の実施のために必要な事項を定めた研修プログラムを作成していること。

ウ)　研修プログラムの管理及び評価を行うために、病院内に研修全体についての教育責任者及び研修委員会が設置されていること。

エ)　研修の実施のために必要な施設及び設備を有していること。

オ)　年間一二回以上(申請を行う年度の前年度の数)の研修を主催していること

をいうものであること。なお、研修には、当該病院以外の地域の医療従事者が含まれること。また、医師だけではなく、他の医療従事者を対象としたものが含まれていること。

(中略)

(七) 地域医療支援病院内に設けられる委員会(令和三年改正省令による改正後の医療法施行規則第九条の一九関係)

① 令和三年改正省令による改正後の医療法施行規則第九条の一九第一項第一号に規定する委員会においては、当該地域医療支援病院が、地域のかかりつけ医、かかりつけ歯科医等からの要請に適切に対応し、地域における医療の確保のために必要な支援を行うよう、本通知「第二 地域医療支援病院に関する事項」中、主として「五 管理者の業務遂行方法」に定められた各事項((七)を除く。)に関する業務遂行状況について審議し、当該病院の管理者に意見を述べるものであること。

② 同委員会は、当該地域医療支援病院の所在する地域の医療を確保する上で重要な関係を有する者を中心に構成されるべきものであり、例えば、当該地域の医師会等医療関係団体の代表、当該病院が所在する都道府県・市町村の代表、学識経験者等により構成することが適当であること。

③ 委員として、当該病院の関係者が就任することを妨げるものではないが、その場合にあっても、関係者以外の者が大半を占めるよう留意すること。

④ 委員会は、定期的(最低四半期に一回程度)に開催することを原則とし、そのほか、必要に応じて不定期に開催することを妨げないものであること。

⑤ 当該病院の管理者は、委員会から意見が提出された時は、最大限それを尊重するものであること。

(中略)

七 その他

都道府県は、医療法第二九条第三項各号のいずれかに該当する場合においては、地域医療支援病院の承認を取り消すことができるとされているため、以下の取扱いについて、遺漏なきを期されたい。

(一) 令和三年改正省令による改正後の医療法施行規則第一九条の一九第一項第二号の規定に基づき、都道府県知事が、当該地域医療支援病院が現に実施していない事項を責務として追加する際には、二年程度の間に責務を果たすための実施計画の策定を求めるとともに、当該計画期間経過後も責務を果たしていない場合は、必要に応じて当該病院が所在する構想区域の地域医療構想調整会議において協議した上で、都道府県医療審議会の意見を聴き、その承認の取扱いを決定されたいこと。

(二) 地域医療支援病院の承認要件の充足状況について、業務報告書により、確認を行うこととともに、必要に応じて、当該病院からの意見聴取や現地調査を実施すること。

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

（単位：千円）

区　分	R4 当初予算Ａ	R5 当初予算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

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

○心不全再入院予防診療支援事業　【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、充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	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。		
	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	・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】 ・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

○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

○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	・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】 ・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

○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

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（継続要望分）

※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	基金事業名（予定）	R5計画（予定）（基金充当額）	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	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	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	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）
3	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）	がん医科歯科連携推進事業	900	○疾病対策課（がん対策班）
4	Ⅰ (1)	中東遠総合医療センター、ふじのくにバ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、病病/病診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	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）
5	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	臨床研修医定着促進事業費	6,278	○地域医療課（医師確保班）
6	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	○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）
7	Ⅱ (1)	県医師会	普及啓発	外来機能の情報が十分得られず、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	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）
8	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	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）
9	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	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）
10	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	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）
11	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ﾋﾞ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	地域リハビリテーション強化推進事業	1,687	○福祉長寿政策課（地域包括ケア推進班）

医師の働き方改革（特定労務管理対象機関の指定）

１　要旨

・令和６年４月から医師の労働時間の上限規制が法定化される。

・医療機関が年 960 時間を超えて医師時間外労働を行わせる場合には、都道府県知事による特定労務管理対象機関の指定を受ける必要がある。

・指定に当たっては、国の医療機関勤務環境評価センター受審後、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 113 条第５項等の規程により県医療審議会に意見を聴く必要がある。

２　特定労務管理対象機関の指定

(1) 特例水準の概要

区　　分			令和６年４月～	令和 17 年度末
原　　則		A水準	年 960 時間以下	年 960 時間以下
特定労務管理対象機関	地域医療確保暫定特例水準	B水準（救急医療等）	年 1,860 時間以下	解　消（段階的）
	集中的技能向上水準	C水準（専門研修等）	年 1,860 時間以下	将来に向けて縮 減 方 向

(2) 審議会意見聴取前の手続き

水　準	各水準適用の理由	意見聴取手続き（案）
B水準（地域医療確保暫定特例水準）		
B水準（特定地域医療提供機関）	救急医療等のために特例水準適用が必要	①各圏域地域医療協議会（又は地域医療構想調整会議（以下同じ）） ②静岡県医療対策協議会及び同医師確保部会
連携B水準（医師派遣）	他の医療機関に医師派遣を行うために特例水準適用が必要	①各圏域地域医療協議会 ②静岡県医療対策協議会医師確保部会（医療対策協議会に報告）
C水準（集中的技能向上水準）		
C－１水準（技能向上集中研修機関）	臨床研修又は専門研修を受けるために特例水準適用が必要	①各圏域地域医療協議会 ②静岡県医療対策協議会医師確保部会（医療対策協議会に報告）
C－２水準（特定高度技能研修機関）	C－１以外で高度な技能習得の研修のために特例水準適用が必要（厚生労働大臣の確認を受けた者に限る）	①各圏域地域医療協議会 ②静岡県医療対策協議会医師確保部会（医療対策協議会に報告）

(3) 令和５年度スケジュール

区　分	時　期		
評価センターの受審申請（約４か月）	～Ｒ５．１月	～Ｒ５．４月	～Ｒ５．８月
県への指定申請	Ｒ５．４月	Ｒ５．８月	Ｒ５.12 月
地域医療協議会	Ｒ５．６月	Ｒ５.10 月	Ｒ６．２月
県医療対策協議会	Ｒ５．７月	Ｒ５.11 月	Ｒ６．２月
（医師確保部会）	（Ｒ５．６月）	（Ｒ５.10 月）	（Ｒ６．２月）
医療審議会	Ｒ５．８月	Ｒ５.12 月	Ｒ６．３月

※令和６年１月以降の申請については書面による意見聴取を検討
※法施行は令和６年４月１日であるが法施行前の申請及び指定が可能（改正医療法（令和３年法律第 49 号）附則第５条～第８条）

第８次医療計画等に関する意見のとりまとめ

令和４年 12 月 28 日
第８次医療計画等に関する検討会

本検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、第８次医療計画の「医療計画作成指針」及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制構築に係る指針」等の見直しが必要と考えられる事項を中心に意見のとりまとめを行う。

Ⅰ　医療計画全体に関する事項

１　医療計画の作成について

これまで、医療のアクセスや質を確保しつつ、持続可能な医療提供体制を確保するため、医療機能の分化・強化、連携や、地域包括ケアシステムの推進等の取組を進めてきた。

今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国の医療提供体制に多大な影響が生じ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等の重要性、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担の下で必要な医療を面として提供することの重要性などが改めて認識された。

一方で、この間も、人口減少・高齢化は着実に進んでおり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとともに、今後は、特に生産年齢人口の減少に対応するマンパワー確保や医師の働き方改革に伴う対応が必要になることを踏まえ、地域医療構想を引き続き着実に推進し、2040 年を見据えた人口構造の変化への対応を図ることが必要である。さらに、質の高い医療の提供や効率化を図る観点から、情報通信技術（ICT）の活用や、医療分野のデジタル化を推進していくことが求められている。

令和６年度から始まる第８次医療計画を作成する際には、これらの課題を踏まえ、地域の実情に応じて、関係者の意見を十分に踏まえた上で行うこととする。

２　医療提供体制について

（医療連携体制に関する事項）

令和３年の医療法改正により、第８次医療計画から医療計画の記載事項として、新興感染症への対応に関する事項が追加される。

したがって、医療連携体制に関する事項は、がん、脳卒中、心筋梗塞等の

心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の５疾病、救急、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）及び新興感染症発生・まん延時における医療の６事業並びに在宅医療を、医療計画に定めることとする。

また、地域の現状や課題に即した施策の検討においてロジックモデル等のツールが有用であると考えられるため、第８次医療計画において、都道府県がロジックモデル等のツールを活用できるよう指針で示すほか必要な取組を行うこととする。

なお、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、慢性腎臓病（CKD）については、医療計画に記載すべき５疾病に加えることとはしないものの、現状を把握した上で、その対策については健康増進施策等関連施策と調和をとりながら講じることが必要である。

（外来医療に係る医療提供体制の確保）

平成 30 年医療法改正により、医療計画の記載事項として「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」が追加された。第８次医療計画における外来医療計画の策定に当たり、「Ⅲ　外来医療にかかる医療提供体制の確保に関するガイドラインに関する事項」の内容を踏まえ、見直しを行う。

なお、「外来医療にかかる医療提供体制の確保に関するガイドライン」において、地域で十分に発揮することが期待されている「かかりつけ医機能」については、現在、その機能が発揮されるための具体的な方策について検討が進められており、今後、それらの検討を踏まえ、必要に応じて同ガイドラインにおける取扱いについて検討を行う。

（地域医療支援病院の整備）

令和３年の省令改正により、都道府県知事が地域の実情に応じて、地域医療支援病院の責務を追加できるようになったことを踏まえ、医療計画の策定及び見直しの際には必要に応じて責務の見直しを検討する。また、今後感染症法等の改正により、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供が義務づけられることを踏まえ、地域医療支援病院の整備の目標を定める際には、医療計画における新興感染症への対応に関する事項との連携にも留意する。また、紹介受診重点医療機関との関係についてわかりやすく説明することが求められるほか、今後の外来機能報告等の状況も踏まえ地域医療支援病院のあり方については引き続き議論が必要である。

３　医療従事者の確保等の記載事項について

（１）医師の確保について

平成30年医療法改正により、医療計画において、医師の確保に関する事項を追記することとし、都道府県は令和元年度までにPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」を策定し、その他の取組とも連携しながら医師偏在対策を行っている。

第８次医療計画における医師確保計画の策定に当たり、三次医療圏及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価するための医師偏在指標等について、「Ⅳ　医師確保計画策定ガイドラインに関する事項」の内容に基づき見直しを行う。

なお、2024年４月に医師の時間外・休日労働の上限規制が施行され、その後も、医療機関において、労働時間の短縮に向けた取り組みが進められる。その際、医師の労働時間短縮と地域医療提供体制を両立させることが重要であることから、個別の医療機関における医師の働き方改革に関する取組を推進するだけでなく、地域医療構想に関する取組や医師確保の取組とを連動させ、推進する。

（２）医師以外の医療従事者の確保について

①　歯科医師の確保について

地域包括ケアシステムの中で歯科医療提供体制を確保するには、病院と地域の歯科診療所等の連携体制を構築することが重要である。

地域の歯科医療提供体制の状況や、歯科専門職の配置状況の把握を行った上で、医科歯科連携における歯科の果たす役割を認識し、病院の規模や種類に応じて地域の歯科専門職を病院において活用することや、病院と歯科診療所等の連携を推進することなど、地域の実情を踏まえた取組を推進する。

また、歯科専門職確保のための地域医療介護総合確保基金の積極的な活用を行う。

②　薬剤師の確保について

薬剤師の資質向上の観点に加え、薬剤師確保の観点から、病院薬剤師及び薬局薬剤師それぞれの役割を明確にし、薬剤師の就労状況の把握及び地域の実情に応じた薬剤師の確保策を講じること、地域医療介護総合確保基金（修学資金貸与、病院への薬剤師派遣）の積極的な活用、都道府県の薬務主管課と医療政策主管課が連携して取り組むこと等が必要である。

また、取組の検討及び実施に当たっては、都道府県、都道府県薬剤師会・病院薬剤師会、関係団体等が連携する。

③ 看護職員の確保について

看護職員の需給の状況は地域（都道府県、二次医療圏）ごとに差異があることから、都道府県ナースセンター等の関係者との連携に基づき、都道府県・二次医療圏ごとの看護職員確保に係る課題を把握し、看護師等養成所による養成、「マイナンバー制度を活用した看護職の人材活用システム」（令和６年度運用開始予定）等を活用した都道府県ナースセンターによる復職支援、医療機関の勤務環境改善による離職防止など、新規養成・復職支援・定着促進を三本柱とした取組を推進していく。

また、地域における訪問看護の需要の増大に対応するため、地域の実情を踏まえて、地域医療介護総合確保基金の活用や都道府県ナースセンターにおける取組の充実など、訪問看護に従事する看護職員を確保するための方策を定める。

感染症の拡大に迅速・的確に対応するとともに、医師の働き方改革に伴うタスクシフト／シェアの推進のため、特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の養成と確保を推進していく。特定行為研修に係る指定研修機関及び実習を行う協力施設の確保等の研修体制の整備に向けた具体的な計画の策定を必須とするとともに、医道審議会看護師特定行為・研修部会における議論に基づき、都道府県ごとの特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の就業者数の目標を設定する。なお、これらの目標を設定する際には、可能な限り二次医療圏ごとや分野・領域別の設定を検討する。

４　医療の安全の確保等について

医療提供施設における医療の安全を確保するための措置に係る現状及び目標として、病院等の管理者に医療事故調査制度についての理解を促す観点から研修の受講割合を盛り込むとともに、病院における医療安全の取組への客観的な評価により、当該取組を推進していくため、他の病院から医療安全対策に関して評価を受けている又は第三者評価を受審している病院数の割合を新たに項目へ盛り込むこととする。

医療安全支援センターについては、医療安全に関する情報提供、研修等求められる業務に即した項目を盛り込むとともに、相談対応の質の向上を図る観点から、研修を受講した相談職員数の割合を追加する。また、医療安全推

進協議会については、その開催状況についても把握する。

５　二次医療圏及び基準病床数について

（１）二次医療圏の設定

既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討することとする。その基準は第７次医療計画における考え方を踏襲し、見直しを行わない場合においてはその理由（地理的条件、面積、交通アクセス等）を明記することとする。５疾病・５事業及び在宅医療における圏域については、引き続き弾力的に設定することを可能とする。

人口 100 万人以上の大規模な二次医療圏については、二次医療圏としてよりも構想区域としての運用に課題が生じている場合が多いが、その場合都道府県は協議の場を分割するなど、その運用を工夫することとしつつ、必要に応じて二次医療圏も見直すこととする。

隣接する都道府県の区域を含めた医療圏の設定については、現在も指針において設定が可能であることを明記しているが、実務上の課題から、実際にはそのような医療圏の設定はされていない。一方で、医療提供体制の構築において隣接する都道府県と連携を取る場合もあり、その場合は連携する都道府県と協議を行い、具体的な内容を医療計画へ記載するよう努めることとする。

都道府県が医療計画を策定する際は医療圏の設定について優先的に議論を行うとともに、その検討状況を先んじて国に報告するよう求める。

中長期的には更なる人口動態の変化が予測されていることから、将来的な医療圏のあり方については第８次医療計画での取組を踏まえつつ引き続き検討を行うこととする。

（２）基準病床数

①　基準病床の算出に用いる数値について

一般病床退院率や療養病床入院受療率、病床利用率等の基準病床の算出に用いる数値については、これまで、直近の患者調査等のデータを用いて算定することとしていたが、直近のデータは新型コロナウイルス感染症の影響を受けている値となっていることから、新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない最新の数値を用いる（令和２年以降は除外する）こととする。

②　平均在院日数について

一般病床の基準病床数の算定に当たって用いる平均在院日数は、第７

次医療計画では平成21年及び平成27年病院報告から短縮率を算出し、また、直近の病院報告（平成27年）までの６年間（平成21～27年の６年間）の平均在院日数の変化率を基礎とし、地域差の是正を進める観点から一定の条件を設けていた。

第８次医療計画においても同様に短縮率を平成27年及び新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない令和元年病院報告から算出したところ、その推移としては依然として短縮傾向にある中で従前ほどの短縮率は認められないこと、一方で地域差に関しては縮減していないことを踏まえ、基準病床数の算定に用いる平均在院日数については第７次医療計画と同様の算出を行うこととする。

③ 精神病床の基準病床数の算定式について

精神病床の基準病床数の算定式については、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」における議論を踏まえ、近年、精神病床における 入院患者数は減少傾向にあることを勘案したものとするとともに、政策効果（例：精神科医療の進展、地域における基盤整備の進展）、政策効果以外（例：患者の年齢構成の変化、疾病構造の変化）の両者の影響を勘案できるものとするよう見直しを行う。

６　医療計画の作成手順等について

（１）他計画との関係

医療計画の策定に当たっては、他の法律の規定による計画であって医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれ、関連する施策との連携を図ることが重要である。

また、第８次医療計画の開始時期である令和６年度は、市町村において策定する介護保険事業計画等の開始時期でもあることから、それらの計画の策定スケジュールを都道府県と市町村とで共有しながら議論を進める体制を整える必要がある。

また、医療計画の一部である、外来医療計画や医師確保計画においては、二次医療圏を１つの単位とすることから、５（１）に記載のとおり、医療圏の設定について優先的に議論を行う必要がある。

（２）地域医療構想及び地域医療構想調整会議での議論の進め方

地域医療構想は、医療計画の一部として位置付けられており、その取組を進めることを目的に協議の場（地域医療構想調整会議）が構想区域ごとに設置されている。

新型コロナウイルス感染症対応が続く中ではあるが、地域医療構想の

背景である中長期的な状況や見通しは変わっていない。感染拡大時の短期的な医療需要には各都道府県の医療計画に基づき機動的に対応することを前提に、地域医療構想についてはその基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく。特に再検証対象医療機関については、これまでの方針に従って確実に取組を行う。

具体的には、都道府県は、毎年度、対応方針の策定率を目標としたPDCAサイクルを通じて地域医療構想を推進することとし、対応方針の策定率と地域医療構想調整会議における資料や議事録など協議の実施状況を分かりやすく公表を行うこととする。さらに、病床機能報告上の病床数と将来の病床数の必要量について、データの特性だけでは説明できないほどの差が生じている構想区域について、その要因の分析及び評価を行い、その結果を公表するとともに、適正な病床機能報告に基づき、当該構想区域の地域医療構想調整会議の意見を踏まえ、病床が全て稼働していない病棟等への対応など必要な方策を講じることとする。

また、国は、当該構想区域を有する都道府県を優先して、データの活用等に係る支援を行うなど、都道府県の地域医療構想の達成に向けた取組の支援を行うものとする。

なお、現在の地域医療構想は、2025年までの取組として進めているが、第８次医療計画期間中に2025年を迎える。地域医療構想により、病床の機能分化・連携が一定進んできていることに鑑みれば、2025年以降も地域医療構想の取組を継続していくことが必要と考えられ、その在り方については、今後、中長期的課題について整理し、検討する。

（３）住民への周知・情報提供

医療計画の内容のうち、必要な情報を分かりやすい形で住民に対して情報提供を行うことが重要である。周知の際には、住民向けの概要版の作成や用語の解説を加える等の工夫に努めるほか、限られた医療資源を有効に使う観点から地域の医療提供体制の課題や見通しなどを示し、住民の理解・協力を得られるよう努めることとする。

Ⅱ　５疾病・６事業及び在宅医療のそれぞれの医療提供体制等に関する事項

１　５疾病について

（１）がんに関する医療提供体制について

①　見直しの方向性

○　がんに関する医療提供体制の構築に当たっては、「がん対策推進基本計画」及び「がん診療連携拠点病院等の整備について」（令和４年８月１日付け厚生労働省健康局長通知）の内容を踏まえて取り組むことを基本とする。

○　第４期がん対策推進基本計画においても、引き続き、治療を主とする医療に加え、予防や社会復帰、治療と職業生活の両立に向けた支援等に取り組む。

○　がん医療圏の設定については、各都道府県の実態を踏まえ、二次医療圏との整合が取れる範囲で、柔軟に設定できることとする。

○　指標については、第４期がん対策推進基本計画の策定に向けた検討状況等を踏まえつつ、今後のがん対策推進協議会における議論の内容を参考に見直す。

② 具体的な内容

（役割分担を踏まえた集約化）

○　がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、均てん化に加えて、がんゲノム医療等の高度かつ専門的な医療等について、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。

（多職種連携によるチーム医療の推進）

○　多職種連携によるチーム医療の提供をさらに充実させる観点から、拠点病院等において、地域の医療機関等との連携も含め、チーム医療の提供体制の整備を進める。

（特性に応じたがん対策について）

○　小児・AYA 世代のがん対策をさらに充実させるため、小児がん拠点病院と、がん診療連携拠点病院等や地域の医療機関、かかりつけ医等との連携を含め、地域の実情に応じた小児・AYA 世代のがん診療提供体制の整備を進める。

○　高齢がん患者が、例えば、他臓器の合併症を併発している、介護施設等に入居しているなど、それぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、拠点病院等と地域の医療機関及び介護施設等との連携体制の整備を進める。

（新興感染症の発生・まん延時でも機能を維持できる医療体制の整備）

○　新型コロナウイルス感染症の拡大時等においても、必要ながん診療を提供できるよう、平時における準備等の対応を含めて、地域の実情に応じた連携体制の整備を進める。

③ 指標の見直し（例）

- 指針に基づく検診の実施率
- 精密検査受診率
- 診断から手術までの日数
- 初診から確定診断までが１か月未満の患者の割合
- 緩和ケア研修会修了者数
- がん相談支援センターでの新規相談件数

（２）脳卒中に関する医療提供体制について

① 見直しの方向性

○ 脳卒中に関する医療提供体制の構築に当たっては、「循環器病対策推進基本計画」の内容を踏まえて取り組むことを基本とする。

○ 第２期循環器病対策推進基本計画の策定に当たっては、基本的な考え方として、

- 循環器病に係る指標の更新
- 関係する諸計画との連携
- 感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備

を提示しており、上記に係る見直しを行う。

○ 特に、指標については、厚生労働科学研究「循環器病の医療体制構築に資する自治体が利活用可能な指標等を作成するための研究」において、７つの指標案が提言されており、その内容を参考として見直しを行う。

② 具体的な内容

（病院前救護における患者スクリーニング）

○ 救急隊による、治療適応の判断を含めた適切な患者の評価と、評価に基づく搬送先選定が可能な救護体制を構築する。

（標準治療の普及・均てん化）

○ 脳梗塞に対する血管内治療について、rt-PA 静注療法とともに、標準的治療として全国で提供されるような体制を構築する。

○ 医療の地域格差を解消し、標準治療の均てん化を図るため、一般社団法人日本脳卒中学会が提言している「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke)」を実施できるような遠隔医療のシステムを拡充していく。

（回復期や維持期における医療体制の強化、就労支援の充実）

○　急性期の医療機関と、回復期の医療機関との機能分化を推進するとともに、ある程度の重症者であっても回復期の医療機関において受入が可能な体制を整備する。

○　回復期や生活期・維持期の医療では、リハビリテーションの取組に加え、生活の質を向上させる観点から、就労両立支援に係る人材の充実等により、脳卒中患者の疾病罹患後の就労両立支援を推進する。

③ 指標の見直し（例）

・　脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する６項目の観察指標を利用している消防本部数
・　脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数
・　リハビリテーション科医師数
・　両立支援コーディネーターの受講者数
・　脳卒中患者に対する療養・就労両立支援件数

（３）心筋梗塞等の心血管疾患に関する医療提供体制について

① 見直しの方向性

○　心筋梗塞等の心血管疾患に関する医療提供体制の構築に当たっては、「循環器病対策推進基本計画」の内容を踏まえて取り組むことを基本とする。

○　第２期循環器病対策推進基本計画の策定に当たっては、基本的な考え方として、
・　循環器病に係る指標の更新
・　関係する諸計画との連携
・　感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備
を提示しており、上記に係る見直しを行う。

○　特に、指標については、厚生労働科学研究「循環器病の医療体制構築に資する自治体が利活用可能な指標等を作成するための研究」において、３つの指標案が提言されており、その内容を参考として見直しを行う。

② 具体的な内容

（感染拡大時でも必要かつ十分な診療を行える医療体制の整備）

○　有事の際にも必要かつ十分な診療を行えるよう、平時から医療機関間・地域間連携や回復期・慢性期の医療体制の強化等を進める。

（デジタル技術を含む新たな技術の活用）

○　限られた医療資源の効果的活用及び効率的な医療機関間・地域間連携の推進の観点から、アプリ・AI 等を用いた診断・治療の補助等に係る取組や、ICT を活用した連携体制の構築を推進する。

（ACP の推進）

○　個人の意思決定に基づいた医療の提供を推進する観点から、ACP を適切に実施できる体制を整備する。

③ 指標の見直し（例）

- 急性心筋梗塞患者に対する PCI 実施率
- 大動脈疾患患者に対する手術件数
- 両立支援コーディネーターの受講者数
- 心血管疾患における介護連携指導料算定件数
- 特定保健指導の実施率

（４）糖尿病に関する医療提供体制について

① 見直しの方向性

○　糖尿病に関する医療提供体制の構築に当たっては、国民健康づくり運動プラン（健康日本 21（第二次））や医療費適正化計画の見直しに係る検討状況、重症化予防や治療と仕事の両立支援に係る取組状況等を踏まえつつ、見直しの方向性を整理する。その他、診療提供体制に係る記載について、腎疾患対策および糖尿病対策の推進に関する検討会における議論の内容等を踏まえ、必要な見直しを行う。

○　糖尿病の発症予防、糖尿病の治療・重症化予防、糖尿病合併症の治療・重症化予防のそれぞれのステージに重点をおいて取組を進めるための医療体制の構築を目指す。

○　指標の見直しに当たっては、腎疾患対策および糖尿病対策の推進に関する検討会における議論の内容を参考として見直しを行う。

② 具体的な内容

（診療科間及び多職種の連携体制の構築）

○　糖尿病や糖尿病合併症の治療・重症化予防には定期的な眼底検査、腎機能検査、栄養指導等の療養指導等、関係する診療間での連携や職種間の連携が必要であり、各学会から公表されている紹介基準等を参考に、糖尿病診療におけるかかりつけ医と専門家等との連

携や多職種連携等の医療連携体制の整備を引き続き推進する。

（糖尿病の発症予防に係る取組及び予防と医療の連携の推進）

○　地域の保健師と連携した糖尿病発症予防に係る取組を引き続き推進するとともに、保健師等と医療機関との連携体制の構築や健診後の受診勧奨、健診後の医療機関受診状況等に係るフォローアップ等、予防と医療の連携に係る取組を強化する。また、患者及びその家族等に対する教育や、国民に対する正しい知識の普及啓発等に係る取組を引き続き推進する。

（糖尿病の治療・重症化予防に係る取組の推進）

○　糖尿病の重症化予防の観点から糖尿病治療中断者数を減少させることや早期からの適切な指導・治療を行うことが重要であり、就労支援（両立支援、治療継続支援）、健診受診者や治療中断者への受診勧奨（糖尿病性腎症重症化予防プログラム等）等の取組を推進する。

（新型コロナウイルス感染症拡大時の経験を踏まえた今後の医療体制）

○　今回の新型コロナウイルス感染症拡大時の経験も踏まえ、地域の実情に応じて、多施設・多職種による重症化予防を含む予防的介入や、治療中断対策等を含むより継続的な疾病管理に向けた診療提供体制の整備等を進める。

③　指標の見直し（例）

- 特定健診での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療者
- 糖尿病治療を主にした入院患者数
- 妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を行う医療機関数（もしくは割合）
- HbA1c もしくは GA 検査の実施（患者もしくは割合）
- 糖尿病専門医数（もしくは在籍する医療機関数、割合）

（５）精神疾患に関する医療提供体制について

①　見直しの方向性

○　行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築する。

○　精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々の病状が障害の程度に大きく影響するため、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する。

○　患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する観点から、「普及啓発、相談支援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」の段階ごとに、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの各指標例を、第７次医療計画における指標例を含めて定める。

② 具体的な内容

（医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制の整備）

○　精神科医療の提供体制の充実には、精神保健に関する「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等による患者の緊急のニーズへの対応を充実する観点が必要である。平時においては、かかりつけの医療機関に通院し、障害福祉・介護その他のサービスを利用しながら、本人の希望に応じた暮らしを支援するとともに、患者の緊急のニーズへの対応においては、入院治療（急性期）へのアクセスに加え、受診前相談や入院外医療（夜間・休日診療、電話対応、在宅での診療、訪問看護等）について、都道府県等が精神科病院、精神科訪問看護を行う訪問看護事業所等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが望ましい。

○　また、精神障害の有無や程度にかかわらず、地域で暮らすすべての人が、必要な時に適切なサービスを受けられるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画が相互に緊密に連携し、医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保された体制を整備していくことが重要となる。

○　なお、精神疾患の医療体制の構築に係る指針の策定に当たっては、新型コロナウイルス感染症をはじめとする新興感染症についても勘案することが望まれる。

③ 指標の見直し（例）

・　都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数、相談支援の実施件数
・　心のサポーター養成研修の実施回数、修了者数
・　在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数
・　精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数

２　６事業

（１）救急医療

①　見直しの方向性

○　増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。

○　居宅・介護施設の高齢者が、自ら意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備を進める。

○　ドクターヘリ・ドクターカーについて、地域においてより効果的な活用ができるような体制を構築する。

○　新興感染症の発生・まん延時において、感染症対応と通常の救急医療を両立できるような体制を構築する。

②　具体的な内容

（救急医療機関の役割）

○　高齢者の救急搬送が増加していく中で、初期救急医療機関は、主に独歩で来院する自覚症状が軽い患者への夜間及び休日における外来診療を担い、第二次救急医療機関は高齢者救急をはじめ地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担い、第三次救急医療機関は重篤患者に対する高度な専門的医療を総合的に実施することを基本としつつ、複数診療科の介入を要する症例や診断が難しい症例等、他の医療機関では治療の継続が困難な救急患者の診療を担う。

○　特に高齢者の患者が帰宅する際には、受診後に安心して生活できるよう、生活上の留意点に関する指導や、必要な支援へのつなぎを進める。

○　精神疾患を有する患者・小児・妊婦・透析患者等、特に配慮を要する患者を受け入れる医療機関についてあらかじめ地域の実情に応じて検討する。

（高度救命救急センター等の体制整備）

○　高度救命救急センター等の地域の基幹となる救急医療機関は、平時から、重症外傷等の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材の育成・配置、院内の体制整備を行い、地域における重篤患者を集中的に受け入れる役割を担う。また、厚生労働省が実施する外傷外科医等養成研修事業を活用して、テロ災害発生時等における銃創や爆傷等にも対応ができる体制を構築する。

（高次の医療機関からの転院搬送の促進）

○　高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進する。具体的には、受け入れ先となる医療機関と、患者を受け入れる際に必要な情報や受け入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておく。

○　高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等の活用を進める。

（相談体制等の整備）

○ 患者ができるだけ救急外来を受診しなくても済むよう、引き続き地域におけるプライマリケアをすすめるとともに、＃7119、＃8000等による医療機関の受診や救急車の要請に迷う場合の相談体制の整備を推進する。

（居宅・介護施設の高齢者の救急医療）

○　医療関係者、介護関係者は、地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場等において、患者の希望する医療について必要な時に確認できる方法について検討する。

○　自治体や医療従事者等は、患者や家族が、人生の最終段階においてどのような医療を望むかについて日頃から話し合うことを促す。

○　ACPに関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針等は、例えば、救急医療の関係者や地域包括ケアの医療・介護関係者、消防関係者等地域の関係者がそれぞれ実施する会議を合同で開催するなどにより、地域の実情に応じ地域の多様な関係者が協力して検討する。

（ドクターヘリ・ドクターカー）

○　都道府県は隣接都道府県と協議し、ドクターヘリが同時に要請された際や、都道府県境付近の患者からの要請時に、より効率的な対応ができるような広域連携体制を構築する。

○　ドクターカーについては、地域にとって効果的な活用方法を検討するため、まずは、全国の様々な運行形態を調査し、救急医療提供

体制の一部としてより効果的に活用する。

（新興感染症の発生・まん延時における救急医療）

○　救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じることができる人材を平時から育成する。

○　医療機関は、救急外来の需要が急増した際に外来機能を拡充する方法について平時から検討する。

○　救急外来を受診しなくても済むような電話等による相談体制（＃7119、＃8000 等）及びオンライン診療を実施する体制を平時から充実させ、新興感染症のまん延により救急外来の需要が急増した際にも対応可能な体制を整備する。

○　新興感染症の発生・まん延時に、救急医療機関が、通常の救急患者に対しても適切な医療を提供できるよう、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関、および地域全体において必要な体制を構築する。

○　精神疾患を有する患者・小児・妊婦・透析患者等、特に配慮を要する患者を含め、新興感染症の発生・まん延時に受け入れる医療機関についてあらかじめ地域の実情に応じて検討する。例えば、いったん患者を幅広く受け入れ必要な初療を行った上で、入院が必要な際には他の医療機関に転院させる外来機能に特化した医療機関の整備や、患者や医療人材を集めて対応する大規模な医療機関の整備、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関に患者を分散して対応する体制等、地域の実情に応じた体制を平時から検討する。

③　指標の見直し（例）

・　心原性心肺機能停止傷病者（一般市民が目撃した）のうち初期心電図波形が VF 又は無脈性 VT の一ヶ月後社会復帰率を追加

・　心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針を定めている消防本部の割合を追加

・　救命救急センターの応需率を追加

（２）災害時における医療

①　見直しの方向性

○　DMAT・DPAT 等の派遣や活動の円滑化や、様々な保健医療活動チームの間での多職種連携を進める。

○　災害時に拠点となる病院、それ以外の病院が、その機能や地域における役割に応じた医療の提供を行う体制の構築を進める。

○　浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する医療機関は地域と連携して止水対策を含む浸水対策を進める。

○　医療コンテナの災害時における活用を進める。

② 具体的な内容

（DMAT 等の位置付け・明確化）

○　DMAT・DPAT 等の派遣や活動を円滑化する観点から、所属医療機関における隊員の活動に対する理解がより得られ、派遣しやすくなり、また研修や訓練に参加しやすくするような仕組みの明確化について検討を進める。

○　DMAT・DPAT は、災害時のみならず、新興感染症のまん延時における感染症患者の入院・搬送調整や感染症専門家と協力しクラスターが発生した施設等における感染制御等の活動に対する支援を実施する。

○　DPAT の業務として新興感染症対応を明確に位置付けるため、活動要領改正を行う。

（多職種連携）

○　災害時において、都道府県は様々な保健医療活動チームと協力することが必要であることから、災害時に円滑な連携体制を構築可能にするため、保健医療福祉調整本部の下、様々な保健医療活動チームと共に訓練を実施し、災害時におけるそれぞれの必要な役割を確認する。

○　被災都道府県は、大規模災害発生時に、都道府県の関係課及び保健所の職員、災害医療コーディネーター、災害薬事コーディネーター等で構成される保健医療福祉調整本部を設置し、当該本部は保健所・DHEAT、各種保健医療活動チーム（DMAT、DPAT、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社の救護班、独立行政法人国立病院機構の医療班、全日本病院医療支援班（AMAT）、日本災害歯科支援チーム（JDAT）、薬剤師チーム、看護師チーム、保健師チーム、管理栄養士チーム、日本栄養士会災害支援チーム（JDA-DAT）、日本災害リハビリテーション支援協会（JRAT）等）との連絡及び情報連携を行うための連絡窓口を設置し、災害時における保健医療福祉活動の総合調整を行う。

○　都道府県は、災害時の保健医療提供体制を効率的に調整するため、都道府県の保健医療福祉調整本部に配置される都道府県災害医療コーディネーターと保健所又は市町村における保健医療活動の調

整等を担う本部に配置される地域災害医療コーディネーターの両者を整備する。

○　都道府県は、災害医療コーディネーターの配置を進めるとともに、訓練への参加や研修の受講を推進する。

（災害時に拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院）

○　都道府県は、災害拠点病院について、地域の実情に応じて引き続き指定を進める。

○　災害拠点精神科病院について、整備を進めるための支援について検討する。

○　都道府県は、精神疾患を有する患者・小児・妊婦・透析患者等、特に災害時においても配慮を有する被災者に対応できる体制構築について平時より検討する。

○　災害時に拠点となる病院以外の病院においては、災害発生時に自院にいる患者への診療を継続するために、平時から、業務継続計画（BCP）を策定した上で、施設の耐震化や、自家発電機の整備、また、燃料の備蓄等を含めた必要な防災対策を実施するほか、EMISを用いて発災時に自らの被災情報を発信できる体制の構築を徹底し、災害時には災害時に拠点となる病院とともに、その機能や地域における役割に応じた医療の提供に努める。

○　都道府県によっては、災害時に拠点となる病院に協力する医療機関について、地域の救急医療機関を中心に指定し、その取組を促している例（災害時に多く発生が予想される中等症患者を積極的に受け入れる医療機関を指定等）もあることから、これらも参考に、地域の実情に応じた災害時の医療提供体制を検討する。

○　これらの取組が進むように、都道府県は、平時より、都道府県防災会議や災害医療関連の協議会等において、災害医療コーディネーターや災害拠点病院を含む地域の医療機関の代表者、その他地域の災害医療に関する関係者と共に、関係機関の役割・医療機関間の連携について確認する。

（止水対策を含む浸水対策）

○　浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する災害拠点病院は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や、自家発電機等の電気設備の高所移設、排水ポンプの設置等による浸水対策を講じる。

○　浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在するその他の医療機関は、浸水対策を講じるように努める。

○　風水害も含め災害時に医療活動が真に機能するために、都道府県は地域防災会議や災害医療対策関連の協議会等に医療関係者の参画を促進する。

○　業務継続計画（BCP）の策定は、地域における医療機関の役割やライフライン復旧対策等、他機関（行政・消防・関連業者等）を含めた地域全体での連携・協力が必要であるため、地域防災計画等の他のマニュアルとの整合性をとる必要があり、医療機関が独自に策定するのは難しいことから、地域の防災状況や連携を研修内容に組み込んでいる厚生労働省実施の BCP 策定研修事業等を活用し、実効性の高い業務継続計画（BCP）を策定する。

（医療コンテナの災害時における活用）

○　災害訓練や実災害時において、また、イベント時の事故等への備えにおいて、医療コンテナを活用し有用性を検証する。

○　都道府県や医療機関は、災害時等において、検査や治療に活用する。具体的には、災害時の医療提供体制を維持するために医療コンテナ等を活用し、例えば、仮設診療所の設置や被災した病院施設の補完等を行う。

③ 指標の見直し（例）

・ DMAT 感染症研修を受講した DMAT 隊員の隊員数及び割合
・ 既存の指標の災害医療コーディネーター任命数を廃止し、都道府県災害医療コーディネーター任命数及び地域災害医療コーディネーター任命数
・ 災害拠点病院以外の病院における自家発電機の燃料の備蓄（３日分）の実施率
・ 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院において浸水対策を講じている病院の割合
・ 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院において、業務継続計画（BCP）を策定している病院のうち浸水を想定した業務継続計画（BCP）を策定している病院の割合

（３）へき地の医療

① 見直しの方向性

○　へき地における医師の確保については、引き続きへき地の医療計画と医師確保計画を連動して進める。

○　へき地における医療人材の効率的な活用や有事対応の観点から、

国は自治体におけるオンライン診療を含む遠隔医療の活用について支援を行う。

○　へき地医療拠点病院の主要３事業（へき地への巡回診療、医師派遣、代診医派遣。以下同じ。）の実績向上に向けて、巡回診療・代診医派遣について、人員不足等地域の実情に応じてオンライン診療の活用が可能であることを示し、へき地の医療の確保を図るための取組を着実に進める。

② 具体的な内容

（へき地で勤務する医師の確保）

○　へき地医療支援機構は、医師確保計画とへき地の医療計画を連携させるために、地域枠医師等の派遣を計画する地域医療支援センターと引き続き緊密な連携や一体化を進めることとする。

（遠隔医療の活用）

○　医療機関が遠隔医療を実施するに当たっては、資金やハード面の整備を含む自治体からの支援が重要であることが示唆されているため、都道府県においてオンライン診療を含む遠隔医療を活用したへき地医療の支援を行うよう、へき地の医療体制構築に係る指針で示すとともに、遠隔医療に関する補助金による支援や、好事例の紹介等による技術的支援を行う。

（へき地医療拠点病院の主要３事業）

○　主要３事業の実績の向上に向けて、オンライン診療の導入が有用である可能性が示唆されており、オンライン診療を活用し行った巡回診療・代診医派遣についても、事業の実績に含めることを明確化する。但し、全ての巡回診療等をオンライン診療に切り替えるものではなく、人員不足等地域の実情に応じて、オンライン診療で代用できるものとする。

③ 指標の見直し（例）

・ へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療のうち、オンライン診療で行った回数・日数・延べ受診患者数
・ へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣による診療のうち、オンライン診療で行った回数・延べ日数

（４）周産期医療

① 見直しの方向性

○　周産期医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療圏を柔軟に設定し、基幹となる医療施設への集約化・重点化を進める。

○　保健・福祉分野の支援や小児医療との連携を含む周産期に関わる幅広い課題の検討に専門人材等も参画し、周産期医療に関する協議会を活用する。

○　ハイリスク妊産婦への対応や、医療的ケア児の在宅ケアへの移行支援など、周産期医療体制の整備を進める。

○　周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、医療機関・機能の集約化・重点化を進める。

○　新興感染症の発生・まん延時に備えた周産期医療体制を整備する。

② 具体的な内容

（周産期医療圏の設定）

○　産科医師や分娩取り扱い施設が存在しない周産期医療圏がないようにするという第７次医療計画中間見直しの際に示された方針に従って、周産期医療に携わる医師の勤務環境にも留意しつつ、二次医療圏にこだわらず周産期母子医療センターを基幹として集約化・重点化を行うなどにより、周産期医療圏を柔軟に設定し、必要な医療を確保する。

（周産期医療に関する協議会）

○　構成員には、地域の周産期医療に携わる医師の他、助産師等看護職を含むことを基本とする。また、妊婦のメンタルヘルスケアに携わる人材や消防関係者の参画を検討する。さらに、地域の実情に応じ歯科医師、薬剤師、保健師等必要な職種その他の関係者の参画を検討する。

○　将来的な医療の質の向上、安全性の確保のために、周産期医療の知識及び技術を指導する人材の育成等について検討する。

○　周産期医療については、出生後の児を円滑に小児医療につなげる観点から、小児医療と強く結びつく必要があるため、「周産期医療に関する協議会」と「小児医療に関する協議会」との合同開催等を通じ、互いの情報連携を進める。

○　医療と母子保健等との連携を推進する観点から、保健福祉部局の担当者の参画を通じて、市町村が行っている保健・福祉等の支援策についての情報共有を図り、母子に対して切れ目ない支援を進める。

○　協議会は少なくとも年１回、必要な場合は年に複数回、定期又は臨時で開催するものとする。また、必要に応じオンラインで開催する。

（ハイリスク妊産婦への対応）

○　NICU・MFICU や周産期・新生児専門医などの高度専門人材の集約化・重点化などを通じて、総合周産期母子医療センターを中心として、必要に応じて協力医療施設を定め、精神疾患を含めた合併症妊娠や胎児・新生児異常等、母体又は児のリスクが高い妊娠に対応する体制を構築する。

○　総合周産期母子医療センターは、周産期医療関係者研修事業を活用し、地域の医療従事者への研修を含め、周産期医療に精通した指導的役割を持つ医療従事者育成の役割も担う。

○　地域における妊産婦の精神疾患に対する医療体制を整備するため、周産期医療に関する協議会の構成員として、妊婦のメンタルヘルスに携わる人材の参画を検討する。（再掲）

○　社会的ハイリスク妊産婦への対応として、周産期医療に関する協議会等を通じて、市町村が行っている保健・福祉等の支援等の情報共有を図り、支援につなげる。

○　集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して支援等を行っている自治体の例を収集し、これらも参考に、地域の実情に応じて対策を検討する。

（在宅ケアへの移行支援）

○　周産期医療関連施設は、NICU 長期入院児等が自宅に退院する前に、地域療養支援施設運営事業を活用して、当該施設の一般病棟や地域の医療施設への移動等の段階を経ることにより、自宅退院後に家族が在宅ケアを行うための手技習得や環境の整備をする期間を設けることで、医療的ケア児の生活の場における療養・療育への円滑な移行を支援する。

○　地域の医療機関は、在宅において療養・療育を行っている児の家族に対し、日中一時支援事業を活用し、レスパイト等の支援を実施する。

（産科区域の特定）

○　分娩を取り扱う医療機関は、母子の心身の安定・安全の確保等を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましいなか、当該医療機関の実情を踏まえた適切な対応を推進する。

（医師の勤務環境の改善）

○　周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善のため、医師の働き方改革を進めつつ、地域において必要な周産期医療を維持・確保するため、地域医療構想や医師確保計画との整合性にも留意しながら、基幹施設を中心として医療機関・機能の集約化・重点化や産科及び小児科の医師偏在対策を検討する。

○　ハイリスク分娩を取り扱う周産期母子医療センター等に負担を集中させないよう、ハイリスクでない分娩は、その他の産科病院や産科有床診療所等で取り扱うことや、分娩を取り扱わない医療機関においても、妊婦健診や産前・産後のケアの実施や、オープンシステム・セミオープンシステムの活用をすすめるなど、医療機関の役割を分担し、周産期医療と母子保健を地域全体で支える。

○　地域医療介護総合確保基金等を活用し、院内助産や助産師外来の活用を進めることにより、産科医師から助産師へのタスクシフト／シェアを進める。

（新興感染症の発生・まん延時の周産期医療体制）

○　新興感染症の発生・まん延時においても、地域で周産期医療を確保するため、感染症の罹患又は罹患が疑われる妊婦に対して産科的緊急症を含む産科診療を実施する医療機関について、地域の周産期医療に関する協議会等においてあらかじめ協議する。

○　適切に妊婦のトリアージや入院等に係るコーディネートを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材を、災害時小児周産期リエゾン養成研修事業を活用し養成するとともに、その活用について平時から検討する。

○　周産期医療に関する協議会の構成員として、消防関係者の参画を検討し、平時及び新興感染症の発生・まん延時における妊産婦の受け入れ先等の救急搬送体制について協議する。（再掲）

③　指標の見直し（案）

・　院内助産や助産師外来を行っている周産期母子医療センター数
・　NICU 入院時の退院支援を専任で行う者が配置されている周産期母子医療センター数
・　NICU 長期入院児が自宅に退院する前に、家族が在宅ケアを行うための手技習得や環境の整備をする期間を設けるための病床を設置している周産期母子医療センター数
・　退院支援を受けた NICU・GCU 児数
・　妊産婦の居住する市町村の母子保健事業について、妊産婦に個別に情

報提供を行っている周産期母子医療センター数

（５）小児医療（小児救急医療を含む。）

① 見直しの方向性

○　小児患者が救急も含めて医療を確保できるよう医療圏を設定するとともに、地域の小児科診療所の役割・機能を推進する。

○　保健・福祉分野の支援や周産期医療との連携を含む、小児に関わる幅広い課題の検討に専門人材等も参画し、小児医療に関する協議会を活用する。

○　医療的ケア児を含め、地域の子どもの健やかな成育が推進できるよう、支援体制を確保する。

○　保護者への支援のため、子ども医療電話相談事業（＃8000）を推進する。

○　小児医療、特に新生児医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、医療機関・機能の集約化・重点化を進める

○　新興感染症の発生・まん延時に備えた小児医療体制を整備する。

② 具体的な内容

（小児医療圏の設定、医療機能の明確化等による医療の確保）

○　第８次医療計画の策定に当たっては、第７次医療計画中間見直しの際に示された方針に従って、周産期医療圏との連携のもと、小児医療圏と小児救急医療圏を一本化する。一本化に当たっては、小児救急患者を常時診療可能な体制がとれるよう留意する。

○　一般小児医療機能を担う小児科診療所は、地域における医療と保健、福祉、教育との橋渡しの役割・機能を担っており、小児医療に関する協議会の活用などを通じ、その役割・機能を推進する。

○　集約化・重点化によりアクセスが悪化する地域に居住する小児に対する医療の確保のため、オンライン診療について検討する。その際には、対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められることに留意する。

（小児医療に関する協議会）

○　構成員には、地域の小児医療に携わる医師、看護師を含むことを基本とし、周産期医療との連携の観点から助産師の参画を検討する。また、医療的ケア児や被虐待児等福祉が必要な児の成育に関する必要な対策を検討する観点から、児童福祉関係者や学校・教育関係者の参画を検討する。さらに、地域の実情に応じ歯科医師、薬剤

師、保健師等必要な職種その他の関係者の参画を検討する。

○　小児の外傷、熱傷等小児科以外の診療科と連携が必要な領域を含む、小児医療に関する事項についても幅広く協議する。

○　小児医療については、出生後の児を円滑に周産期医療から引き継ぐ観点から、周産期医療と強く結びつく必要があるため、「小児医療に関する協議会」と「周産期医療に関する協議会」との合同開催等を通じ、互いの情報連携を進める。

○　協議会は少なくとも年１回、必要に応じて年に複数回、定期又は臨時で開催する。また、必要に応じオンラインで開催する。

（医療的ケア児への支援）

○　医療的ケア児が入院する医療機関は、地域全体で取り組まれている、医療的ケア児支援センターを中心とした、医療的ケア児及びその家族への支援体制に参画する。

○　医療的ケア児が入院する医療機関は、児の入院後、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始し、退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、転院・退院後の療養生活を担う医療機関や訪問看護ステーション等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行う体制を整える。また、退院後の医療的ケア児の緊急入院に対応できる体制を整備する。

○　保護者の負担を軽減するため、日中一時支援事業を活用し、レスパイトの受け入れ体制等の医療体制を整備する。

（子どもの成育に関する保健・教育・福祉との連携）

○　小児医療に関する協議会の構成員として、地域の小児医療に携わる医師、看護師を含む事を基本とし、周産期医療との連携の観点から助産師の参画、また、医療だけでなく、保健・教育・福祉にわたり、子どもたちの成育について広く協議する為に、児童福祉関係者や学校・教育関係者の参画を検討する。さらに、地域の実情に応じ歯科医師、薬剤師、保健師等必要な職種その他の関係者の参画を検討する。（再掲）

○　地域で子どもの心の問題や児童虐待への医療・保健福祉の連携体制を構築し（子どもの心の診療ネットワーク事業や児童虐待防止医療ネットワーク事業の実施など）、医療機関においては、これらに参画する。また、市町村が開催する要保護児童対策地域協議会への参加や、不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の整備の実施について、検討する。

（子ども医療電話相談事業（＃8000）の対応状況）

○　＃8000について、応答率等を確認し、回線数を増やすなどの改善の必要性を適宜検討する。

○　＃8000対応者研修事業を活用し、相談者への応対の質の向上を図る。

○　都道府県は、相談体制を補完するものとして、信頼できる小児救急に関するウェブ情報（こどもの救急、教えて！ドクター等）についても積極的に周知を行う。

（医師の勤務環境の改善）

○　小児医療、特に新生児医療に携わる医師の勤務環境の改善のため、労務管理等の働き方改革を進めつつ、地域において必要な小児医療を維持・確保することを目的として、地域医療構想や医師確保計画との整合性にも留意しながら、医療機関・機能の集約化・重点化や小児科の医師偏在対策を検討する。

（新興感染症の発生・まん延時の小児医療体制）

○　新興感染症の発生・まん延時においても、地域で小児医療を確保するため、感染症の罹患又は罹患が疑われる小児に対して救急医療を含む小児診療を実施する医療機関をあらかじめ協議する。

○　適切に小児のトリアージや入院等に係るコーディネートを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材を、災害時小児周産期リエゾン養成研修事業を活用し養成するとともに、平時からその活用について検討する。

○　新興感染症の発生・まん延時に対面診療が困難となる場合に備えて、平時からオンライン診療の導入について検討する。

③　指針の見直し（案）

・　子ども医療電話相談の応答率
・　在宅小児の緊急入院に対応している医療機関数
・　在宅医療を担う医療機関と入院医療機関が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行っている医療機関数
・　退院支援を受けたNICU・GCU入院児数

（６）新興感染症発生・まん延時における医療

本項目については引き続き検討会で議論を行い、別途とりまとめる。

３　在宅医療

（１）在宅医療の提供体制

① 見直しの方向性

○　今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。

○　「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。

○　「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

② 具体的な内容

（在宅医療の体制整備）

○　国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計や、小児の在宅医療について実態を把握するためのデータを提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら、適切な在宅医療の圏域を設定し、地域での協議・調整を通じて体制整備を進める。なお、訪問診療及び訪問診療の推計については、現時点の受療率を元に算出するため、制約のある値であることに留意する。

○　具体的には、地域の実情に応じ、地域医療介護総合確保基金等も活用し、以下について取り組む。

・　訪問診療における、医療機関間の連携や ICT の活用等による対応力強化、これまで訪問診療を担ってこなかった医療機関や新たに開業する医療機関の訪問診療への参入促進等

・　訪問看護における、退院に向けた医療機関との共同指導、医療ニーズの高い利用者への対応、24 時間体制、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備、事業所間の連携、事業者規模の拡大、ICT の活用等による機能強化・業務効率化等

（「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」）

○　「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の目標や求められる事項については、医療機関や当該拠点がそれぞれ担うべき機能や役割を整理する。

○　「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることとする。

○　医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」以外の診療所及び

病院についても、地域の実情に応じて、引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。

（圏域の設定）

○　圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、市区町村や保健所圏域等の単位毎の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとする。

○　「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を圏域内に少なくとも１つは設定することとする。

（在宅医療・介護連携）

○　「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」が、同一の実施主体となりうることも含め、両者の関係について明確にし、連携を進める。

○　「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の整備状況や「在宅医療・介護連携推進事業」との連携について、実態把握と進捗確認を行う。

○　在宅医療の体制整備においては、これまでの介護サービス基盤の整備状況や今後の見込みも踏まえる必要があることから、医療計画と介護保険事業（支援）計画の整合性を図るため、医療計画策定の際に、都道府県や市区町村における医療・介護の担当部局間で協議を行うこととする。

③　指標の見直し（例）

・　機能強化型在宅療養支援診療所数及び機能強化型在宅療養支援病院数

（２）急変時･看取り、災害時等における在宅医療の体制整備

①　見直しの方向性

○　在宅療養患者の急変に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。

○　平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進めるとと

もに、災害時における業務継続計画（BCP）の策定を推進する。

② 具体的な内容

（急変時・看取りの体制）

○　在宅療養患者の急変に対応する入院医療機関としては、在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等が想定される。在宅医療の関係者間で情報共有や連携のあり方に関するルールを共有するため、在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。

○　本人と家族が希望する医療・ケアを提供するにあたり、医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の役割は大きいため、訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数を指標例に追加する。

（災害時等の支援体制）

○　「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」については、引き続き、災害時等にも適切な医療を提供するための計画を策定することとする。

○　災害時においては、医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、訪問看護事業所、薬局、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さらに市区町村や都道府県との連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画（BCP）の策定を推進する。

③ 指標の見直し（例）

・　訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数

（３）在宅医療における各職種の関わり

① 見直しの方向性

○　医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。

○　在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

② 具体的な内容

（各職種の関わり）

○　在宅療養患者への医療・ケアの提供に当たり、医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、患者の病態に応じて、適切な時期にサービスが提供される必要がある。

○　在宅療養患者の身体機能及び生活機能の回復・維持を図る観点から、口腔の管理、リハビリテーション、栄養管理について、関係職種間での連携を推進する。

（訪問看護）

○　退院に向けた医療機関との共同指導、医療ニーズの高い利用者への対応、24時間体制、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、事業者規模の拡大、ICT化等による機能強化、業務効率化等について、地域医療介護総合確保基金等を活用し、地域の実情に応じて、取組を進める。（再掲）

○　本人と家族が希望する医療・ケアを提供するにあたり、医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の役割は大きいため、訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数を指標例に追加する。（再掲）

（訪問歯科診療）

○　在宅療養患者に対する口腔の管理は重要であり、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて、次期指針における在宅医療の現状や医療体制の構築に必要な事項の項目等に盛り込む。

○　在宅歯科医療を進めるに当たり、歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携は重要な課題であり、「在宅医療において必要な連携を担う拠点」も活用し、圏域内の状況を踏まえ、地域の在宅歯科医療の目指す姿について、関係機関等と共有しつつ、連携体制構築を進める。

（訪問薬剤管理指導）

○　入退院時における医療機関等との情報共有をはじめ、関係機関との協力を通じて、薬局と在宅医療に係る他機関との連携体制を構築することは重要である。多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関等と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じて、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図る。

○　都道府県の薬務主管課と医療政策主管課が連携し、地方薬事審議会等を活用して、麻薬調剤や無菌調剤等の高度な薬学管理が可能な薬局の整備状況や実績について把握・分析を行い、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を整備する。

○　地域連携薬局については、令和３年度に制度が開始されたばかりであり、都道府県によって認定状況に差があるため、地域連携薬局の在宅医療への貢献について、今後調査を進めることとし、その結果も踏まえて、取組を検討する。

（訪問リハビリテーション）

○　在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について、明確化する。

（訪問栄養食事指導）

○　在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるためには、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について、明確化する。

③ 指標の見直し（例）

- 麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数並びに麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数
- 無菌製剤（ＴＰＮ輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数並びに無菌製剤（ＴＰＮ輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数
- 小児の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数及び小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数
- 24 時間対応可能な薬局数
- 訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数及び医療機関から訪問リハビリテーションを受けた患者数
- 訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数及び訪問栄養食事指導を受けた患者数

Ⅲ　外来医療にかかる医療提供体制の確保に関するガイドラインに関する事項

１　外来医師偏在指標を活用した取組について

（１）外来医師偏在指標について

○　外来医師偏在指標については、引き続き現行の計算式を使用するとともに、地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループにお

ける医師偏在指標に係る議論を踏まえ、使用するデータの時点については、平成 29 年の外来受療率を用いることとする。

（２）外来医師偏在指標を活用した取組について

○　今後の外来需要の動向が地域によって異なることを踏まえ、二次医療圏毎の人口推計や外来患者数推計等を踏まえた協議を行うことを求める。また、策定した外来医療計画は、住民に対しわかりやすく周知するほか、取組の実効性を確保する観点からは、金融機関等へ情報提供を行うことが重要である。

○　さらに、外来医師多数区域以外や新規開業者以外においても、地域の実情に応じて、地域で不足する医療機能を担うよう求めることができることとする。なお、外来医療の体制整備に当たっては、医師確保の観点も必要であるが、特に外来医師多数区域以外については、医師確保計画とも整合性をとりながら進めることとする。

○　地域に必要な外来医療提供体制の構築を進める観点から、都道府県は、地域で不足する医療機能（夜間・休日の診療、在宅医療、公衆衛生等）について、具体的な目標を定め、達成に向けた取組の進捗評価に努めることとする。また、救急医療や在宅医療の施策との連携が考えられるほか、学校医の確保については都道府県等の教育委員会との連携も重要である。

○　外来医師多数区域における新規開業者に対しては、地域で不足する医療機能を担うことに合意が得られた事項に関して、地域の医師会や市町村と情報共有する等、フォローアップを行う。

２　医療機器の効率的な活用について

（１）医療機器の配置・稼働状況等の可視化について

○　都道府県においては、地域の医療機関がその地域において活用可能な医療機器について把握できるよう、医療機器の配置・稼働状況に加え、共同利用計画から入手可能な、医療機器の共同利用の有無や画像診断情報の提供の有無等の方針についても可視化を進め、必要な共同利用を促進することとする。

（２）共同利用計画について

○　地域の医療資源を可視化する観点から、新たに医療機器を購入する医療機関に対して、購入後の当該医療機器の稼働状況について、都道府県へ報告を求めることとする。

３　地域における外来医療の機能分化及び連携について

（１）外来医療計画の記載事項について

○　地域の医療機関の外来機能の明確化や連携状況を可視化し、患者による医療機関の適切な選択を支援することを目的に、紹介受診重点医療機関となる医療機関の名称に加え、外来機能報告で把握可能な、紹介受診重点外来の実施状況等の情報を新たに盛り込む。

（２）外来機能報告の活用方法について

○　都道府県においては、外来機能報告により入手可能な重点外来や紹介・逆紹介等のデータを活用し、地域の外来医療の提供状況について把握するとともに、紹介受診重点医療機関の機能・役割も踏まえた、地域における外来医療提供体制の在り方について、検討を行うこととする。

Ⅳ　医師確保計画策定ガイドラインに関する事項

（１）　医師偏在指標

①　見直しの方向性

○　医師偏在指標の精緻化を行う。

○　都道府県が地域の実情に応じた施策を検討する際の参考となるよう、国が新たに勤務施設別（病院及び診療所）の医師偏在指標を参考資料として都道府県に提示する。

②　具体的な内容

（複数の医療機関に勤務する医師の取扱い（三師統計の「従たる従事先」の反映））

○　医師偏在指標の算定式における「性年齢階級別医師数」の算出に当たっては、複数の医療機関に勤務する医師の取扱いについて、医師偏在指標の精緻化を図る観点から見直す。

○　具体的には、三師統計で「従たる従事先」に主たる従事先とは異なる医療圏に所在する医療機関を記載している医師について、その状況を踏まえ、主たる従事先で 0.8 人、従たる従事先で 0.2 人として算出する。

（医師偏在指標の算定で用いる受療率及びその時点）

○　現在は全国受療率を用いて医師偏在指標を算出している。都道府県別受療率を用いた場合、受療率が高い都道府県で更に多くの医師

を配置する必要性が生じることとなり、地域偏在の解消が進まなくなる恐れがあることから、次期医師偏在指標においても、現在の医療提供体制が維持できるよう十分配慮をした上で、引き続き全国受療率を用いる。

○　令和２年の患者調査は新型コロナウイルス感染症の影響を受けていると考えられる。今後の受療率の見通しの予想は困難であり、現時点においては、少なくとも新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない平成 29 年の患者調査を用いて医師偏在指標を算出する。

（勤務施設別の医師偏在指標）

○　都道府県単位及び二次医療圏単位では引き続き従前の医師偏在指標（上記の内容を反映したもの）を用いて、医師少数区域・医師多数区域等を設定する。

○　新たに、地域の実情に応じた施策を検討する際に活用することができるよう、勤務施設別（病院及び診療所）の医師偏在指標を参考資料として都道府県に提示する。

（診療科間の医師偏在）

○　診療科間の医師偏在は、地域間の医師偏在と併せて引き続き対応が必要である。現時点では診療科ごとの医師偏在指標は算出が困難であるが、都道府県においては、必要な施策を検討するに当たっては、既に公表されている三師統計の診療科別医師数を参考にすることが考えられる。

（２）　医師少数スポット

①　見直しの方向性

○　医師少数スポットの設定地域の考え方を明確化するとともに、医師少数スポットの設定理由を医師確保計画に明記する。

②　具体的な内容

○　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。

○　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。

○　都道府県の医師少数スポットに対する施策による効果を把握でき

ていないため、現時点では医師少数スポットに係る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、今後その結果を分析することにより当該基準について検討する。

（３） 目標医師数

① 見直しの方向性

○ 特に医師少数区域以外の区域における目標医師数の設定における考え方を示す。

○ 国が新たに「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を都道府県に提示する。

② 具体的な内容

○ 医師少数都道府県の目標医師数は、現ガイドラインに引き続き、計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標の下位１/３に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数とする。

○ 医師少数都道府県以外は、現ガイドラインに引き続き、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うが、下記に記載する自県の二次医療圏の設定上限数の合計が、都道府県の計画開始時の医師数を上回る場合は、都道府県の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、各二次医療圏の目標医師数を設定する。

○ 医師少数区域の目標医師数は、現ガイドラインに引き続き、計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の下位１/３に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数とする。ただし、計画期間開始時に既に下位１/３に達するために必要な医師数を達成している場合は、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限数とする。

○ 医師少数区域以外の目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする。ただし、今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数とする。

○ なお、地域で必要とされる医療が提供される必要があることから、医療提供体制の維持を考慮し、目標医師数の設定を行う。

（４） 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定・取組等

① 見直しの方向性

○ 都道府県は、安定した医師確保を行うため、地域枠に加えて地元出身者枠についても、恒久定員内への設置を進めるとともに、地域枠等の医師のキャリア形成を支援する。

② 具体的な内容

○ 医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討が求められてきた中、安定した医師確保を行うため、都道府県は、地域枠に加え、柔軟に運用できる地元出身者枠の恒久定員内への設置について、積極的に大学と調整を行うこととする。

○ 特に医師少数県においては、自県内に所在する大学への積極的な地域枠の設置に加えて、地元出身者を対象として他県に所在する大学にも地域枠を設置し、卒前からキャリア形成に関する支援を行うことで、医師確保を促進する。

○ 都道府県、大学、関係機関が連携して、キャリアコーディネーター等を活用しながら、キャリア形成卒前支援プランを通して学生時代から地域医療に従事・貢献する医師としての姿勢等を涵養し、各都道府県・大学等における地域医療を担う医師養成の観点から有効な取組について、情報共有を行う機会を定期的に設けることとする。

○ 都道府県は、大学及び地域の医療機関等と連携し、医師少数区域等における医師確保が必要な診療科や医師数に加え、医師のキャリア形成の視点から医療機関の指導体制等についても十分に把握した上で、地域医療対策協議会で協議を行い地域枠の医師の配置を検討することで、地域枠の医師がキャリア形成をしつつ地域医療に従事しやすい仕組みを構築することとする。

（５） 産科・小児科医師偏在指標

① 見直しの方向性

○ 産科医師偏在指標及び小児科医師偏在指標の精緻化を行う。

② 具体的な内容

○ 産科の医師偏在指標は、実際に分娩を取り扱う産科医師とすることが望ましいため、算出に用いる医師数は、現行の「産科・産婦人科医師数」を「分娩取扱医師数」と変更し、三師統計において「過

去2年以内に分娩の取扱いあり」と回答した医師のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる、産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師数を用いる。また、指標の名称を「産科医師偏在指標」から「分娩取扱医師偏在指標」と変更する。

○　分娩取扱医師偏在指標及び小児科医師偏在指標も（１）の医師偏在指標と同様に、三師統計で異なる医療圏の従たる従事先を記載している医師については、主たる従事先で0.8人、従たる従事先で0.2人として算出する。

（６）　医師確保計画の効果の測定・評価

①　見直しの方向性

○　医師確保計画における効果の測定・評価の方法について見直しを行う。

②　具体的な内容

○　第８次（前期）医師確保計画に記載する第７次医師確保計画の効果の測定・評価については、計画終了時の医師偏在指標の見込みの算出が困難であることから、病床機能報告等の都道府県が活用可能なデータを参考として評価することとする。ただし、病床機能報告は一般病床及び療養病床のデータのみであることに留意する。

○　三師統計については、オンライン提出の仕組みを導入することで、結果を早期に公表できるよう検討を進める。また、既存の他統計との連携も含め、三師統計の更なる充実化を図る。

（７）　その他

①　見直しの方向性

○　都道府県は、寄附講座の設置、派遣元医療機関への逸失利益の補填に加えて、その他の既存の施策を組み合わせることで、医師少数区域等の医師確保を推進する。

○　子育て支援は個々の医療機関の取組としてだけではなく、地域の医療関係者、都道府県、市区町村等が連携し、産科及び小児科に限らず全診療科を対象として、地域の実情に応じて取組む。

②　具体的な内容

（医師確保に関する施策）

○　医師派遣については、都道府県が、医師派遣を必要としている医

師少数区域等の医療機関と、医師派遣が可能な県内の医療機関を十分把握していない場合もあることから、例えば、地域医療支援センターは医師確保が必要な診療科・医師数や、派遣元医療機関の候補を調査し、医師派遣に必要な情報を正確に把握することとする。

○　自県内に所在する大学への寄附講座の設置や、都道府県が基金を活用して派遣元の医療機関の逸失利益を補填する取組については、これまで一部の都道府県において行われてきたが、各都道府県はそれらの取組を参考にしつつ、医師少数区域等の医師確保を推進することとする。

○　上記取組を行ってもなお、自都道府県内で十分な医師の確保ができない場合には、県外に所在する大学に寄附講座を設置するなどし、都道府県は県外からも医師の派遣調整を行うこととする。

○　都道府県は、派遣医師が医師少数区域経験認定医師を取得可能になるよう配慮することや、専門医制度の連携プログラム、寄附講座等による医師派遣といった既存の施策を組み合わせることを通じて、医師派遣を促進することとする。

○　当該医師確保に関する各都道府県の取組の中で参考となるものについては、国は、好事例として周知することとする。

（子育て支援等）

○　医学部入学者に占める女性の割合が増加する中、女性医師就業率は子育て世代において低下しており、また、子育て世代の医師に対する取組は男女問わず重要であると考えられることから、妊娠中の支援や子育て支援（時短勤務等の柔軟な勤務体制の整備、院内保育・病児保育施設・学童施設やベビーシッターの活用等）については、個々の医療機関の取組としてだけではなく、地域の医療関係者、都道府県、市区町村等が連携し、産科及び小児科に限らず全診療科を対象として、地域の実情に応じて取組むこととする。

○　子育て等の様々な理由で臨床業務を離れ、臨床業務への再就業に不安を抱える医師のための復職研修や就労環境改善等の取組を通じ、再就業を促進することとする。

次期保健医療計画策定に向け重点的に協議が必要なポイント（案）

１　二次医療圏

ポイント：国基準等に基づいた見直しの検討

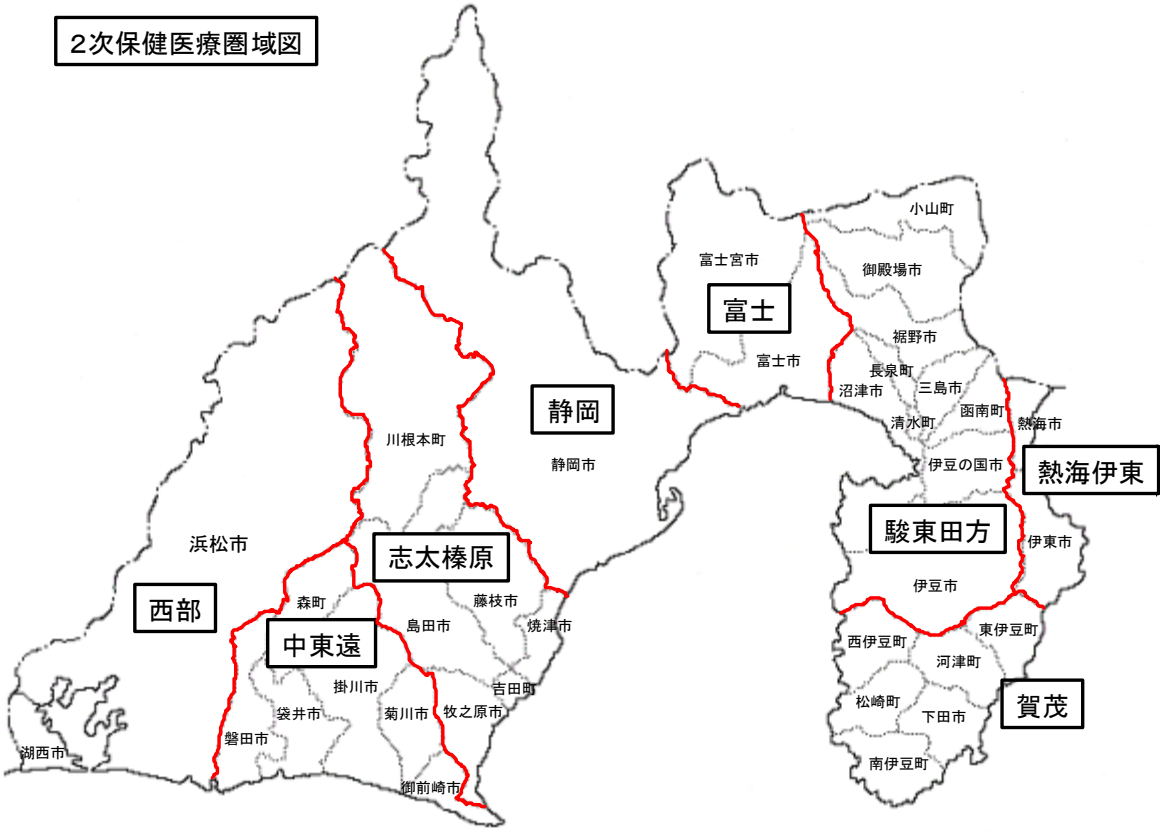
(1) 定義

（二次医療圏）

・特殊な医療を除く入院医療に対応し、医療機関の機能連携に基づく医療サービスと広域的専門的な保健サービスとの連携等により、県民に包括的な保健医療サービスを提供する圏域

・主として病院の病床及び診療所の病床の整備を図る地域的単位として設定され、療養病床及び一般病床の基準病床数を設定（医療法第 30 条の４第２項第 17 号）

・設定にあたっては、受療動向、地理的条件、日常生活の需要の充足状況や交通状況等の社会的条件等を考慮（医療法施行規則第 30 条の 30 第１項第１号）



(2) 医療計画作成指針（厚生労働省 H29.3.31）における二次医療圏の見直し基準

① 人口規模が２０万人未満
② 流入患者割合が２０％未満
③ 流出患者割合が２０％以上

以上の全てに当てはまる場合（以下「トリプル 20 基準」という）、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、見直しの検討が必要。

(3) 本県の状況（現計画策定時）

・現計画策定時においては、トリプル 20 基準に該当する二次医療圏はなかった。

（参考）現計画策定時におけるトリプル 20 基準の該当状況

二次医療圏	面積（㎢）	人口（人）	流入患者割合		流出患者割合		構成市町
				前回		前回	
賀茂	583.6	**65,197**	25.1%	26.0%	**35.4%**	37.5%	下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町
熱海伊東	185.9	**104,827**	29.3%	32.7%	**38.1%**	47.2%	熱海市、伊東市
駿東田方	1,276.9	654,623	23.5%	24.2%	11.6%	11.2%	沼津市、三島市、御殿場市、裾野市、伊豆市、伊豆の国市、函南町、清水町、長泉町、小山町
富士	634.0	377,836	**10.5%**	12.5%	**21.3%**	24.1%	富士宮市、富士市
静岡	1,411.9	701,803	**15.8%**	16.1%	8.4%	8.8%	静岡市
志太榛原	1,209.4	460,970	**5.3%**	6.2%	18.4%	19.2%	島田市、焼津市、藤枝市、牧之原市、吉田町、川根本町
中東遠	831.1	465,342	**8.8%**	8.3%	**24.7%**	27.3%	磐田市、掛川市、袋井市、御前崎市、菊川市、森町
西部	1,644.6	856,347	**14.2%**	14.9%	9.7%	10.9%	浜松市、湖西市
合計	7,777.4	3,686,945	－	－	－	－	－

※網掛けは見直し基準に該当する項目（人口、流入患者割合、流出患者割合の３項目全てに該当すると、見直しの検討対象）
＜出典＞面積：国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」（平成28年11月1日現在）
人口：静岡県経営管理部「静岡県年齢別人口推計」（平成28年10月1日現在）
流出入患者割合：静岡県健康福祉部「在院患者調査」（平成29年５月31日。前回は平成26年５月28日）

(4) 今後の流れ

・今年 10 月 7 日に開催された厚生労働省の「第８次医療計画等に関する検討会」において、次期計画においてもトリプル 20 基準を用いる方向でまとまった。ただし、地理的条件などから現実的でない場合もあるとして、「都道府県が医療計画を策定する際に、基準に該当する２次医療圏を見直さない場合は、その考え方を明記すること」も、引き続き求めることで検討されている。

・トリプル 20 基準のうち「流入患者割合」と「流出患者割合」を把握するための調査を、前回から前倒し令和４年度中に実施

・基準に該当するか調査した後、各圏域における地域医療協議会において検討

・各圏域の検討結果について、本計画策定部会で協議を行う。

２　６疾病５事業

ポイント１：新興感染症対策の追加

・厚生労働省は、今般の新型コロナウイルスも感染拡大を受け、これまでの５事業（救急医療、災害時における医療、へき地における医療、周産期医療、小児医療）に、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加し、６事業とする方針を示している。
・現在、感染症法の改正案について国会で審議中であり、可決された場合、新興感染症が拡大した際に迅速かつ柔軟に病床を確保できるよう、都道府県が地域の中核医療機関と協定を締結することや、協定に違反した医療機関名を公表することが可能となる。
・本県は、令和３年度に実施した第８次保健医療計画の中間見直しにおいて、国に先駆けて「感染症対策」の項目を見直し、「新型コロナウイルス感染症対策」「新興・再興感染症対策」盛り込んだ。

ポイント２：６疾病における肝炎の位置付け

・本県では、厚生労働省の作成指針で定める５疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）に、県独自で肝炎を加えた６疾病について、医療連携体制の構築の取組を進めている。
・肝疾患については、肝炎ウイルス検査の受診率向上や抗ウイルス療法に対する医療費助成の実施等により、死亡率等が減少しているため、肝炎の位置付けについて検討が必要となる。

（参考）肝炎の保健医療計画中間見直し後の進捗状況

項目	現状値	目標値	最新値	目標値の考え方	出典
肝疾患死亡率 （人口 10 万人当たり）	28.1 （2019 年）	27.0 以下 （2022 年）	26.9 （2020 年）	県の過去3年間の減少率の維持	厚生労働省「人口動態統計」
ウイルス性肝炎の死亡者数	83 人 （2019 年）	50 人以下 （2022 年）	51 人 （2020 年）	半減を目指す	厚生労働省「人口動態統計」
肝がん罹患率 （人口 10 万人当たり）	11.6 （2017 年）	12.0 以下 （2023 年）	10.9 （2018 年）	第３期静岡県肝炎対策推進計画の目標値を維持	静岡県地域がん登録報告書

第７章　医療従事者の確保

第１節　医師

【対策のポイント】
- ○　県内医療施設に従事する医師数の増加
- ○　地域間・診療科間の偏在解消
- ○　医師の県内定着の促進

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
県内医療施設従事医師数	7,690 人 (2018 年 12 月)	8,274 人 (2025 年度)	医師確保計画に掲げる「目標医師数」の 2025 年度時点の推計	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」
人口 10 万人当たり医師数 （県内医療施設従事医師数）	210.2 人 (2018 年 12 月)	236.0 人 (2025 年度)		
医師偏在指標 賀茂医療圏 富士医療圏 中東遠医療圏	127.5 150.4 160.8 (2019 年度)	(3 圏域同一目標値) 161.9 (2023 年度)	医師少数区域（医師偏在指標下位 1/3）を脱するために必要となる指標	厚生労働省「医師偏在指標」
医学修学研修資金利用者数	累計 1,308 人 (2020 年度)	累計 1,846 人 (2025 年度)	2016 年度～2020 年度の平均利用者数（108 人）を継続	県地域医療課調査
医学修学研修資金貸与者の県内医療機関勤務者数	522 人 (2020 年度)	845 人 (2025 年度)	2016 年度～2020 年度の平均増加者数（65 人）を継続	県地域医療課調査

（１）現状

ア　医師数の状況

○2018 年 12 月末における本県の医師数は 7,690 人で、２年間で 286 人（3.9%）、８年間で 807 人（11.7%）増加しています。（図表７－１）

○人口 10 万人当たりの医療施設（病院及び診療所）に従事する医師数（2018 年 12 月）は 210.2 人で、多い方から 40 位ですが、２年間で 9.4 人増加しています。（図表７－２）

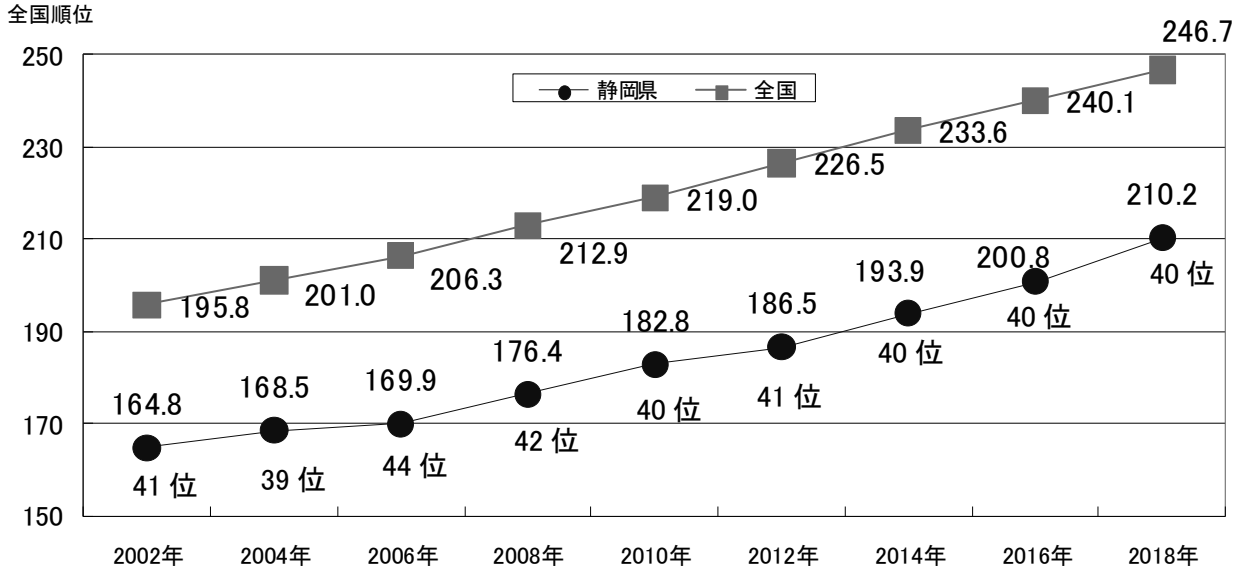
○また、病院勤務医数については、全国 164.6 人に対して、133.7 人と全国平均との差が特に大きくなっています。（図表７－３）

図表７－１　医師数の状況（医療施設従事医師数）　（単位：人）

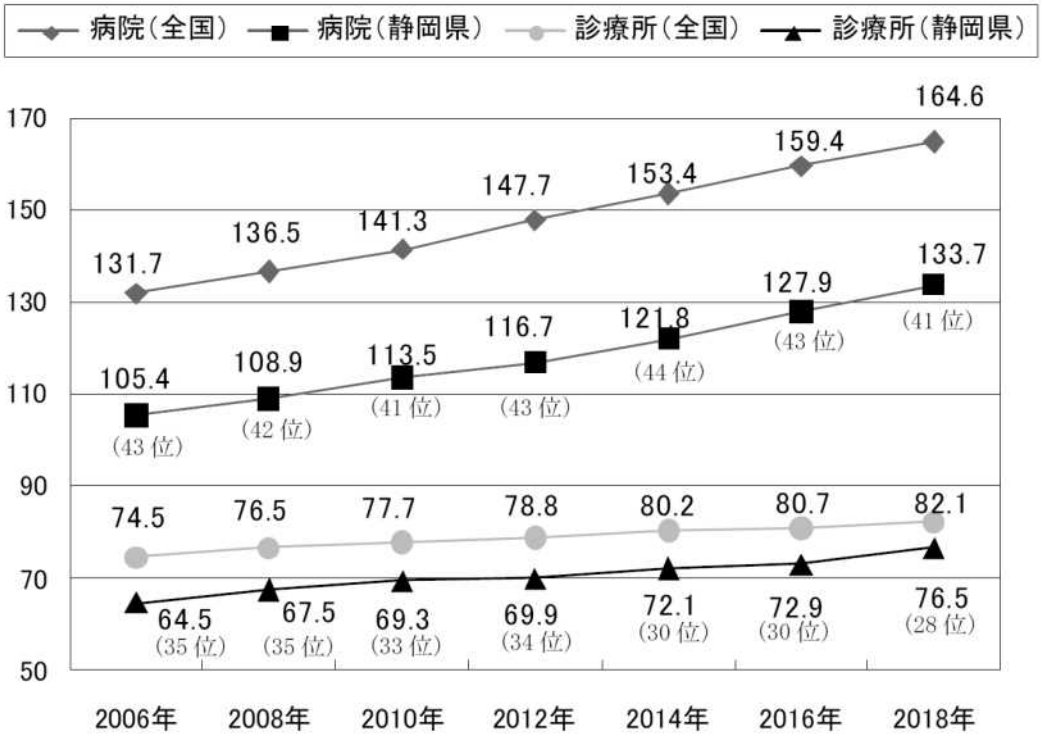
医療圏＼年	2010	2012	2014	2016	2018	2018-2016	2018-2010
県計	6,883	6,967	7,185	7,404	7,690	+286	+807
賀茂	89	95	99	97	98	+1	+9
熱海伊東	244	236	255	222	231	+9	△13
駿東田方	1,345	1,326	1,386	1,425	1,467	+42	+122
富士	517	508	529	555	555	±0	+38
静岡	1,514	1,496	1,532	1,611	1,675	+64	+161
志太榛原	629	687	718	716	751	+35	+122
中東遠	581	605	621	681	696	+15	+115
西部	1,964	2,014	2,045	2,097	2,217	+120	+253

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2016 年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

図表７－２　人口 10 万人対医療施設従事医師数の推移　（単位：人）



図表７－３　人口 10 万人対医療施設従事医師数の推移（病院別・診療科別）　　（単位：人）



イ　医学修学研修資金の状況

○医師免許取得後に、県内病院への就業を促進し県内における医師の充足を図るため、2007 年度から県内外の医学生等に、毎年 120 人規模で医学修学研修資金を貸与しています。

○医学修学研修資金の被貸与者は 2007 年度からの累計で 1,400 人を超え（2021 年９月末現在）、県内勤務者数も年々増加しています。（図表７－４、７－５、７－６、７－７）

図表７－４　医学修学研修資金貸与制度

区　分	内　　容
貸　　与　　額	月額 20 万円（原則６年間）
返還免除勤務期間	臨床研修修了後、貸与期間の 1.5 倍の期間 ※履行期限：大学卒業後、貸与期間の２倍の期間に４年を加えた期間
勤務医療機関	県内の公的医療機関等のうち県が指定する医療機関
診療科の指定	なし

図表７－５　医学修学研修資金の貸与実績　　（単位：人）

年度 区分	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	合計
新規 被貸与者	17	20	130	95	92	100	97	107	112	98	105	115	120	100	102	1,410

図表７－６　医学修学研修資金を利用した県内勤務医師数（４月１日時点）　（単位：人）

区分＼年	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
返還免除勤務	1	3	16	31	62	75	100	120	126	162	212	232
猶予	0	1	3	5	5	10	11	19	35	35	45	72
免除後県内勤務	0	0	2	9	19	35	45	55	66	86	104	137
臨床研修	17	43	71	83	64	79	99	109	138	178	161	137
計	18	47	92	128	150	199	255	303	365	461	522	578

※猶予：返還免除のため勤務対象施設以外の県内医療機関に勤務中の者
※免除後県内勤務：返還免除を受けるために必要な期間の勤務を終えた者のうち、県内で勤務している者

図表７－７　医学修学研修資金を利用した勤務医師数（地域別、４月１日時点）　（単位：人）

地域＼年	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
東　部	1	2	6	10	16	22	28	40	48	61	74	83
中　部	6	18	38	58	64	85	107	108	135	173	184	181
西　部	11	27	48	60	70	92	120	155	182	227	264	314
計	18	47	92	128	150	199	255	303	365	461	522	578

※猶予及び免除後県内勤務を含む

ウ　本県の医師養成数

○県内唯一の医育機関である浜松医科大学医学部医学科の入学定員は、100 人でしたが、2009 年度に 110 人に、2010 年度から 120 人に増員されています。

○2019 年度の浜松医科大学医学部医学科の卒業生のうち、県内で臨床研修を行う者は 78 人で、2017 年度以降は 70 人を超えています。（図表７－８）

図表７－８　浜松医科大学医学部医学科卒業生の状況　（単位：人）

区分＼年度	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
就職者	100	87	99	104	114	114	115	119	122
うち県内就職者	52	56	53	64	59	66	72	77	78
県内就職率	52.0%	64.4%	53.5%	61.5%	51.8%	57.9%	62.6%	64.7%	63.9%

提供：浜松医科大学（出典：浜松医科大学 NEWSLETTER）

○2015 年度に初めて設置した、本県の地域医療に従事することを条件とする県外大学の地域枠は、全国最大規模となる９大学 62 枠まで拡大し、出身地にかかわらず広く本県に勤務する医師を養成しています。（図表７－９）

図表７－９　本県の地域枠の状況　（単位：人（入学者／地域枠数））

区分 大学名	2021 年の枠数	入学者数							計
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
近畿大学	10※	2/5	0/5	1/5	1/5	5/5	5/5	10/10	24/40
川崎医科大学	10※	5/5	5/5	8/10	8/10	10/10	10/10	10/10	56/60
帝京大学	2	－	2/2	2/2	1/2	2/2	2/2	2/2	11/12
日本医科大学	４※	－	1/1	1/1	4/4	4/4	4/4	4/4	18/18
東海大学	3	－	1/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	16/18
順天堂大学	5	－	－	0/5	2/5	5/5	5/5	5/5	17/25
関西医科大学	８※	－	－	－	5/5	5/5	8/8	8/8	26/26
浜松医科大学	15	－	－	－	－	－	15/15	15/15	30/30
昭和大学	5	－	－	－	－	－	－	5/5	5/5
計	62	7/10	9/16	15/26	24/34	34/34	52/52	62/62	203/234

※近畿大学　2015～2020 認可　５名、2021～認可　10 名
　川崎医科大学　2015～2016 認可　５名、2017～認可　10 名
　日本医科大学　2016～2017 認可　１名、2018～認可　４名
　関西医科大学　2018～2019 認可　５名、2020～認可　８名

エ　臨床研修医の状況

○これまで国が行っていた臨床研修病院の指定や募集定員の設定について、2019 年度の制度改正により、各都道府県へ権限移譲されました。

○臨床研修を開始する医学生等と臨床研修病院との相互選抜（マッチング）において、臨床研修開始予定者（マッチ者）数は、研修環境の整備など各病院における取組や医学修学研修資金の貸与を受けた卒業生の増加に伴い、着実に増加しています。

○2020 年度のマッチ者は 242 人で前年度よりも減少しており、医療圏ごとのマッチ率に差が出ています。（図表７－10）

図表７－10　臨床研修医の状況　（単位：人）

区分 / 医療圏	研修施設数	2020年※			2021年※		
		定員	マッチ者数	マッチ率	定員	マッチ者数	マッチ率
県計	24	292	262	89.7%	299	242	80.9%
賀茂	0	－	－	－	－	－	－
熱海伊東	2	15	15	100.0%	16	15	93.7%
駿東田方	3	46	40	87.0%	46	35	76.0%
富士	2	11	10	90.9%	10	10	100.0%
静岡	5	64	56	87.5%	68	63	92.6%
志太榛原	3	32	31	96.9%	32	32	100.0%
中東遠	2	27	27	100.0%	27	22	100.0%
西部	7	97	83	85.6%	100	65	65.0%

※：勤務開始年度

オ　「新専門医制度」の状況

○2018年度からスタートした「新専門医制度」において、専門医研修プログラム設置数は、2018年度の73から、2021年度では89と年々増加しています。（図表７－11）

○制度開始１年目は、専門医資格取得を目指す専攻医が大病院の集まる東京など大都市圏に集中する傾向が顕著となりましたが、2019年度には、本県の専攻医数は増加しています。

○産婦人科及び小児科の専門医研修プログラムについて、本県では基幹となる医療機関の所在地に偏りが見られます。

図表７－11　専門医研修プログラム数の推移

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
73	76	79	89

カ　医療施設に従事する女性医師の状況

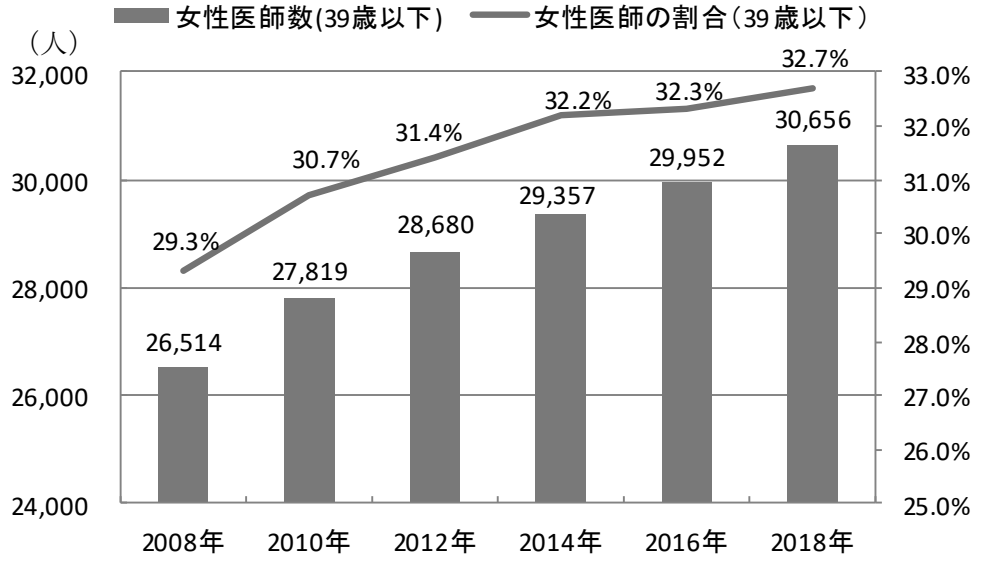
○医療施設に従事する女性医師数は、1,362人と12年前と比較して49.3%増加しており、女性医師の構成比も14.2%から17.7%へ3.5ポイント上昇し（図表７－12）、特に若い世代において女性医師の割合が高くなっています。（図表７－13）

図表７－12　医療施設従事医師数（女性医師の構成比）　（単位：人）

区分 / 年		2006年	2018年	増加率等
静岡県	女性医師	913	1,362	49.3%
	男性医師	5,539	6,328	14.2%
	女性医師の構成比	14.2%	17.7%	3.5ﾎﾟｲﾝﾄ
全国	女性医師	45,222	68,296	51.0%
	男性医師	218,318	243,667	11.6%
	女性医師の構成比	17.2%	21.9%	4.7ﾎﾟｲﾝﾄ

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2016年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

図表７－13　医療施設従事医師数



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2016 年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

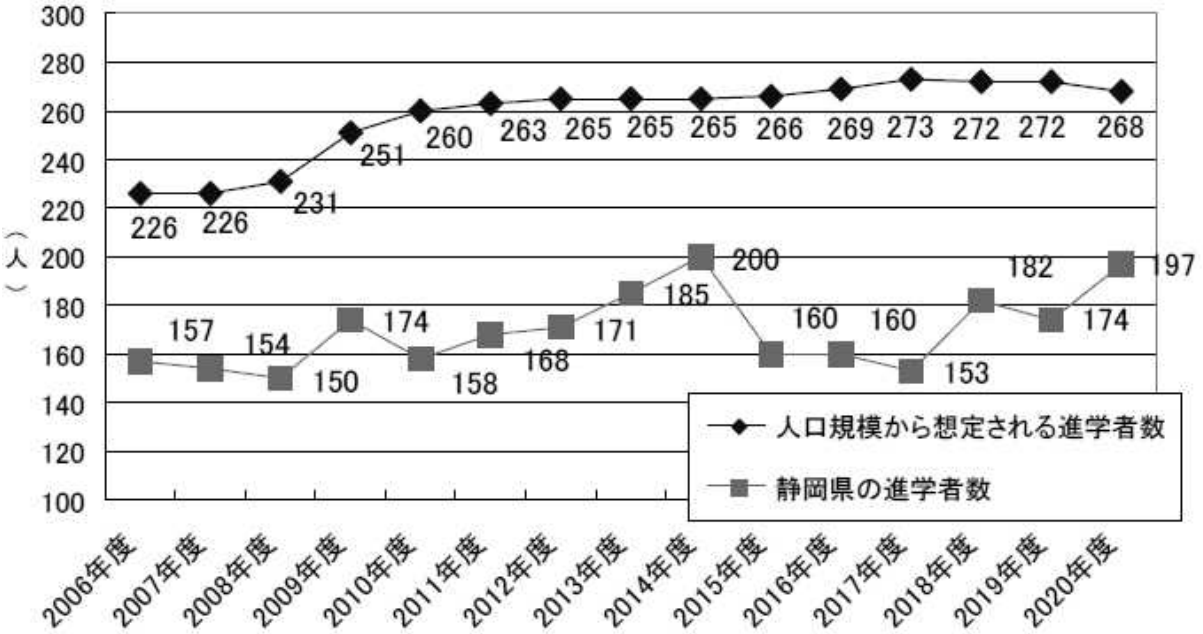
キ　医学部医学科に進学する本県の学生

○本県の高校卒業者（新卒及び既卒）の医学部医学科への進学者数は、近年、150 人から 200 人の間で推移しています。（図表７－14）

○全国の医学部医学科の定員数を、静岡県の人口で按分した場合の進学者数は、2020 年度では、268 人※となりますが、実際の進学者数は大幅に下回っており、進学者数を増やすことが、将来の医師確保につながります。

※全国医学部定員数 9,330 人×（静岡県推計人口 3,618 千人 ÷ 全国推計人口 125,708 千人）
≒ 268 人（2020 年 10 月 1 日推計人口）

図表７－14　本県高校出身の医学部医学科進学者数　　（単位：人）



資料：「高等学校等卒業者の卒業後の状況調査」・静岡県教育委員会事務局

ク　医師の働き方改革

○2021 年５月の医療法等の改正により、2024 年４月１日の医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始に向け、勤務する医師が長時間労働となる医療機関において医師労働時間短縮計画の策定等の措置を講じることとされました。また、各医療専門職種の専門性の活用を進めるため、各職種の業務範囲の拡大等を行うこととされました。

＜改正医療法等の概要＞

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（2024年４月１日）に向け次の措置を講じる。

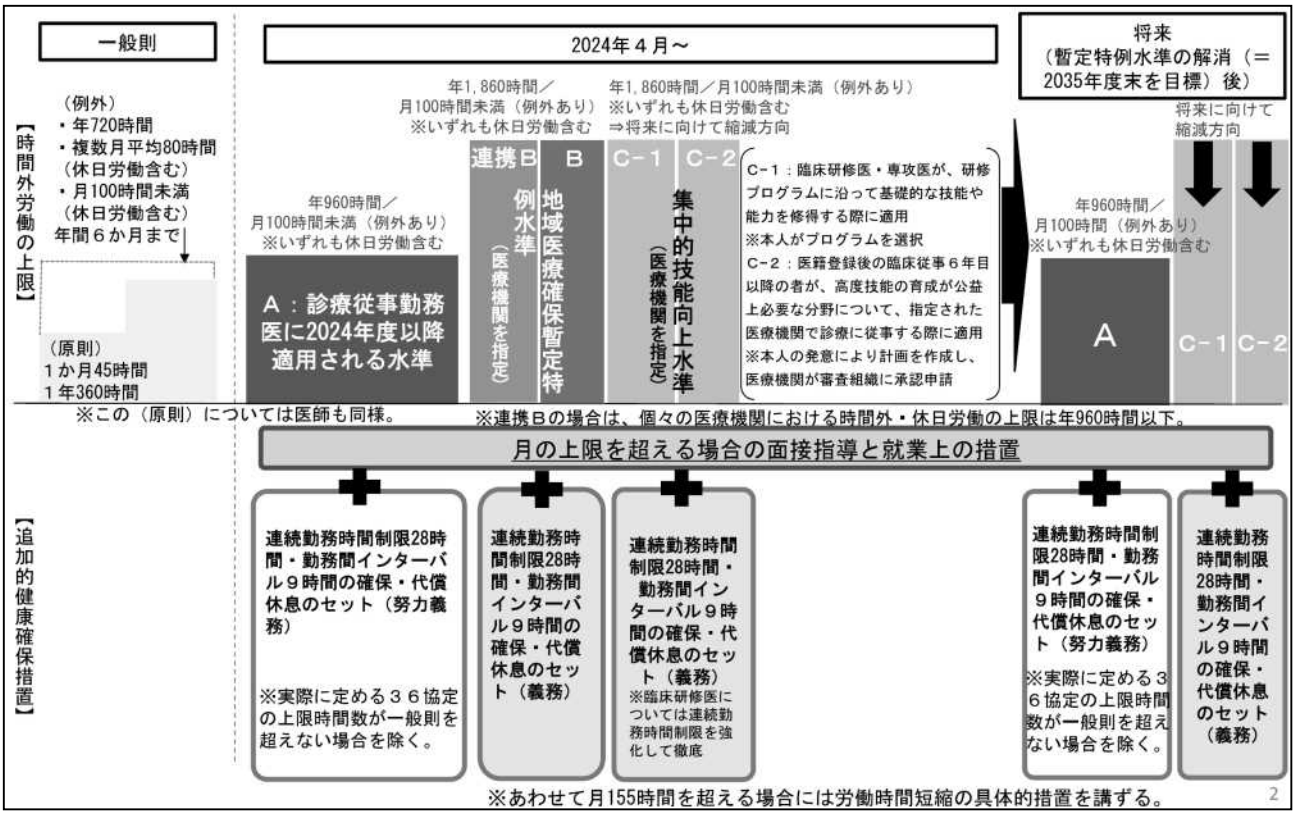
・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の策定
・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施　等

タスク・シフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律等）

＜医師労働時間上限規制の概要＞

・時間外労働時間の上限は、年 960 時間／月 100 時間未満
・地域医療提供体制の確保のため、医療技能の向上のためにやむを得ず長時間労働する医師に対し、例外的な水準を設定
・医師労働時間短縮計画の策定、評価機能による計画及び労働時間短縮の取組の評価、これを踏まえた県による指定を経て、各水準が適用される
・労働時間上限規制に加え、連続勤務時間制限、勤務間インターバルなどの追加的措置により医師の健康確保に取り組む

図表７－15　医師の時間外労働規制①



資料：「医師の働き方改革に関する検討会　中間とりまとめ参考資料」（2020 年 12 月 22 日）」

図表７－16　医師の時間外労働規制②

<table>
<tr><th>区分</th><th colspan="2">規制の概要</th><th>都道府県の指定要件の概要</th></tr>
<tr><td>Ａ水準</td><td>診療従事勤務医に2024 年度以降適用される水準</td><td>年960 時間／月 100 時間未満（例外あり）
※休日労働含む</td><td>－</td></tr>
<tr><td>Ｂ水準</td><td rowspan="3">地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ずＡ水準を超えざるを得ない場合の水準</td><td rowspan="4">年 1,860 時間／月 100 時間未満（例外あり）
※休日労働含む</td><td>三次救急医療機関、二次救急医療機関かつ「年間救急車受入台数 1,000 台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数 500 件以上」 かつ「医療計画において５疾病５事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」　等</td></tr>
<tr><td>連携Ｂ水準</td><td>医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関　等</td></tr>
<tr><td>Ｃ－１水準</td><td rowspan="2">一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師のための水準</td><td>都道府県知事により指定された臨床研修プログラム又は日本専門医機構により認定された専門研修プログラム／カリキュラムの研修機関　等</td></tr>
<tr><td>Ｃ－２水準</td><td>対象分野における医師の育成が可能等</td></tr>
</table>

資料：「医師の働き方改革に関する検討会　中間とりまとめ」（2020 年 12 月 22 日）」から抜粋

○Ｂ水準、連携Ｂ水準、Ｃ－１水準、Ｃ－２水準の指定を受けることを予定している場合は、当該指定申請にあたり、評価機能による評価を受審する前までに 2024 年４月以降の医師労働時間短縮計画の案を作成することが必要です。また、Ａ水準超の時間外・休日労働を行う医師が勤務する医療機関は、Ａ水準を予定している場合であっても 2023 年３月末までに医師労働時間短縮計画を作成することが努力義務とされており、期限までに確実に医師の時間外・休日労働を短縮することが必要です。

○2021 年９月 30 日付け医政発 0930 第 16 号厚生労働省医政局長通知において、医師の時間外労働の上限規制が適用される 2024 年４月に向けて、現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例やタスク・シフト/シェアを推進するにあたっての留意点等が整理されており、各医療機関はこれを踏まえて取組を早急に進めることが求められています。

ケ　医師少数区域・医師多数区域の設定

○国が地域ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な指標として 2019 年度に公表した「医師偏在指標」に基づく本県の医師少数区域・医師多数区域については、図表７－17 のとおりです。（図表７－17）

○産科については、医師偏在指標上、県全域及び周産期医療圏ともに「相対的医師少数県（区域）ではない」と位置付けられていますが、分娩を取り扱う医療機関は横ばいとなっています。（図表７－18、図表７－19）

○小児科医について、県全体で「相対的医師少数県」と位置付けられており、小児医療圏においても医療圏ごとの偏在が大きくなっています。（図表７－18）

図表７－17　本県の医師偏在指標の状況

地域＼区分		分類	医師偏在指標	順位
県		医師少数県	194.5	39 位／47 都道府県
	西部	医師多数区域	239.1	67 位※
	静岡		213.6	89 位※
	駿東田方	中位区域	188.0	137 位※
	熱海伊東		178.4	165 位※
	志太榛原		167.4	204 位※
	中東遠	医師少数区域	160.8	227 位※
	富士		150.4	261 位※
	賀茂		127.5	314 位※
全国平均		－	239.8	－

※全 335 の２次保健医療圏における順位

図表７－18　相対的医師少数※1 県（区域）の設定

＜産科＞

地域＼区分		分類	医師偏在指標 ＜産科＞	順位
県		相対的医師少数県でない	12.6	19 位／47 都道府県
	中部	相対的医師少数区域でない	15.0	61 位※2
	西部	相対的医師少数区域でない	12.6	99 位※2
	東部	相対的医師少数区域でない	10.9	137 位※2

＜小児科＞

地域＼区分		分類	医師偏在指標 ＜小児科＞	順位
県		相対的医師少数県	84.2	45 位／47 都道府県
	熱海伊東	相対的医師少数区域でない	116.2	77 位※2
	賀茂	相対的医師少数区域でない	111.6	93 位※2
	志太榛原	相対的医師少数区域でない	93.7	173 位※2
	駿東田方	相対的医師少数区域でない	88.5	191 位※2
	静岡	相対的医師少数区域でない	86.7	199 位※2
	西部	相対的医師少数区域	85.0	210 位※2
	富士	相対的医師少数区域	74.2	245 位※2
	中東遠	相対的医師少数区域	60.1	289 位※2

※１：産科・小児科の医師偏在指標の値を全国で比較し、指標が下位 33.3%に該当する医療圏を「相対的医師少数都道府県（区域）」と設定

※２：全 307 小児医療圏におけるにおける順位

図表７－19　分娩取扱施設数の推移

	1995	2012	2013	2014	2015	2016
病　　院	39	26	27	28	27	26
診 療 所	85	47	47	48	45	46
計	124	73	74	76	72	72

出典：厚生労働省「医療施設調査」

コ　医師少数スポット

○医師少数区域以外の地域で、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されています。2021 年度の「第８次静岡県保健医療計画」（中間見直し）において、「浜松市天竜区」を医師少数スポットに設定しました。

○国は、令和４年 12 月「第８次医療計画等に関する意見のとりまとめ」において、医師少数スポットを原則として市区町村単位で設定することとしています。

（２）課題

ア　医師数の状況

○本県の医師数は全体として増加傾向にありますが、人口 10 万人当たり医師数が全国平均を大幅に下回っており、医師の絶対数を増加させる必要があります。

○本県は、特に病院勤務医数（人口 10 万人当たり）が少なく、全国 164.6 人に対して、133.7 人の全国 41 位となっています。また、一般診療所に勤務する医師数（人口 10 万人当たり）についても、全国 82.1 人に対して、本県は 76.5 人と全国平均を下回り、全国 28 位となっていますが、病院勤務医に比べて全国平均との乖離の幅は少ないことから、病院勤務医の確保がより必要となります。また、医師の働き方改革では、医師に対する時間外労働の上限規制の適用や健康確保措置等の実施が求められることから、医療機関によっては、これまで以上に病院勤務医を確保する必要があります。

○医療資源が乏しい中山間地域等においては、診療所医師の高齢化が進んでおり、積極的な対応が必要です。更に、医師数の状況には２次保健医療圏ごとに偏りがあることから、この偏在を解消し、充実した医療体制の確保を図る必要があります。

イ　医師の確保

○県内の医育機関は浜松医科大学１校のみであることから、県と大学が連携し、医師の県内定着や偏在解消に向けた取組を強化する必要があります。

○臨床研修医は、定員数が増加傾向にある一方、マッチ者数が減少しており、マッチ者数の回復・増加に向け、研修体制の充実を図る必要があります。

○医師が不足する本県にとって、専攻医の確保は引き続き大きな課題となっており、プログラムの設置状況及び専攻医の登録状況には、地域別・診療科別に偏りも見られます。受け皿となるプログラムを数・質ともに充実させることが必要です。

○本県においては、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地域があ

り、当該地域の医療体制を確保する必要があります。

○出産や子育てなどにより、一時的に勤務を離れる女性医師が職場に復帰しやすくなるよう、働きやすい環境をつくり、今後の女性医師の活躍を推進していく必要があります。

○将来的に、出身地である本県で勤務することが期待されることから、県内で従事する医師を増加させるためには、医学部医学科に進学する県内の高校生を増やすことが必要です。

○医師の労働時間短縮を着実に進めるためには、医療関係職種の業務を見直し、医師の業務のタスク・シフト/シェアを推進することが必要です。

○医師の働き方改革の実現には、労働時間の上限規制に加え、地域医療構想、医師の確保・偏在対策の推進、医療を受ける県民の理解に基づく上手な医療のかかり方の促進が必要です。

○産科・小児科については、引き続き産科医、小児科医の確保が必要な状況にあります。また、受け皿となるプログラムを数・質ともに充実させることが必要です。また、成長過程における切れ目のない医療を提供し、政策医療としての母児の安全性確保をはじめ、適切な母子保健及び学校保健を進めるためにも、医師の確保と偏在解消に向けた取組が必要です。

（３）対策

○本県は医師少数県に位置付けられており、医師数の増加を基本方針とし、医師多数都道府県等からの医師確保に取り組みます。

○特に、全国平均と大きな差がある病院勤務医の確保に向けて、必要な対策に取り組みます。

○２次保健医療圏においては、医師少数区域（医師少数スポットを含む）では医師少数区域以外からの医師確保に取り組むとともに、中位区域及び医師多数区域においても、本県が医師少数県であることを踏まえ、現在の水準以上の医師確保に取り組みます。

○浜松医科大学、医師会、病院協会、その他関係団体との連携を図りながら、本県の目標医師数を達成するための施策について随時検討を進め、必要な対策を実施します。

○小児科については「相対的医師少数県」と位置付けられ、地域における医師偏在も大きいことから、働き方改革を踏まえ、産科・小児科医療の持続的かつ効率的な提供体制について検討を進めます。

【目標医師数】

○現在の医師偏在指標の下位 1/3 である医師少数県や医師少数区域を脱する数値として国が示した数値を、本県が最低限達成すべき「目標医師数」として設定します。

○国で進められている診療科別の医師偏在の検討状況を踏まえつつ、今後、本県における診療科の偏在についても検討します。

区分＼地域	静岡県	賀茂医療圏	富士医療圏
目標医師数	２７５人	４人	１０人

ア　医学修学研修資金制度

○被貸与者のキャリア形成支援等により、返還免除勤務終了後の県内定着をより一層促進します。

○2020 年度以降、大学在学中に貸与を行う者については、６年間の貸与を原則化しており、県による勤務先調整が可能な者（専門研修終了後の勤務者）の確保につなげております。また、臨床研修期間についても返還免除勤務対象期間に加えることにより、早期からの県内居住による

定着を促進しています。

○静岡県医学修学研修資金の貸与資格者に、産科・小児科等の専攻医も含まれていることを周知することで、本県に必要な診療科へ誘導を図ります。

イ　地域枠医師の確保

○地域枠は、都道府県間の医師偏在を是正する機能があることから、引き続き地域枠の維持に努めます。

○国は、2023 年度以降の医師養成数については「日本全体としての臨時定員を含む医学部総定員は減員する」、「地域の実情に応じて設置、増員を進めていく」としていることから、引き続き状況を注視していきます。

ウ　キャリア形成プログラム

○各都道府県は、「医師少数区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」の両立を目的に、キャリア形成プログラムを定めることとなりました。

○本県においては、サブスペシャルティ領域の専門研修まで行う「①専門コース」、基本領域までの専門医資格取得を目指す「②基本コース」、より地域に密着した医療への従事を目指す「③地域密着型コース」の３類型を基本に、病院別・診療科別の個別具体的なプログラムを策定します。

○県内への定着を促進する観点から、キャリア形成プログラムの適用を受ける者は、臨床研修は県内病院で行うとともに、専門研修は県内病院が基幹研修病院となるプログラムにて実施します。

エ　医師少数スポットの設定

○本県においては、浜松市天竜区に加え、伊東市、伊豆市、三島市、裾野市、函南町、御殿場市、静岡市清水区、静岡市駿河区、牧之原市、湖西市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、厚生労働省が令和４年 12 月に公表した「第８次医療計画等に関する意見のとりまとめ」において、原則市区町村単位とされたこと及び病院と診療所の医師偏在指標を示すことに加え、本県の人口当たり病院勤務医数が全国 40 位と大幅に少ないことを踏まえ、医師少数区域の人口当たり病院勤務医数の最大値より少ない地域のうち、公的医療機関等が所在する市区町とします。

オ　専攻医の確保・定着促進策の推進

○専攻医を確保するには、魅力ある専門医研修プログラムの整備が必要であることから、新たに指導医を招聘し、研修環境の充実を図る病院や、既存の指導医の指導環境の整備に取り組む病院を支援します。

○専攻医募集において、募集定員に上限（シーリング）が設定されている都道府県に立地する医科大学から、県内医療機関への専攻医受入れにつながるよう、専攻医数に偏りがある診療科を中心に各医科大学等への働きかけを実施します。

○病院の垣根を越えて、専攻医が臨床研修医等の若手医師を指導する機会をつくり、研修に参加した臨床研修医が専攻医となり、次の臨床研修医を指導するような育成の仕組みを築くなど、専攻医の安定した確保を促進します。

○2020 年度以降、県外大学出身の地域枠学生が順次６年生となることから、県内で安心して臨床研修が始められるよう、地域枠設置大学と協議を行い、低学年のうちから地域医療について学ぶ機会を設けるほか、病院見学や病院実習など臨床研修への移行支援に取り組みます。

○臨床研修医に対する積極的な研修機会の確保、関係構築の場の提供を目的として、地域別の研修に加え、小児科・産婦人科等の診療科別の研修の実施を支援し、専攻医の確保を促進します。

カ　寄附講座

○浜松医科大学と連携し、必要に応じて見直しを行いながら、寄附講座を実施します。

〔寄附講座（2021.3.31 現在)〕

・「児童青年期精神医学講座設置事業」
児童青年期精神医学の診療能力を有する医師の養成等を行うとともに、養成された医師の県内定着による、児童精神科医療の地域偏在の解消を図ります。

・「地域周産期医療学寄附講座設置事業」
周産期の専任教員の増員と周産期専門医（母体・胎児、新生児）を養成するとともに、養成した専門医の県内周産期母子医療センターへの定着を図ります。

・「地域家庭医療学寄附講座設置事業」
県内の中小病院の医師不足と開業医の高齢化等に対応するため、将来の家庭医（総合診療医）の養成を図ります。

・「地域医療確保支援研修体制充実事業」
医療需要等の調査分析を行うほか、医師が不足する地域における研修体制を充実させることにより、医師の偏在解消を図ります。

キ　研究・学術環境の整備

○本県では、県民の健康寿命の更なる延伸や、世界に誇れる健康長寿“ふじのくに”実現のため、社会健康医学の推進を図っています。

○社会健康医学の研究を長期かつ継続的に推進するとともに、研究成果を広く還元する人材を養成するため、県民の健康寿命の延伸に役立つ「疫学」、「医療ビッグデータ」、「ゲノム医学」などの専門的知識を修得する「静岡社会健康医学大学院大学」が 2021 年４月に開学しました。

○更なる医師確保と医療水準の向上に向け、優秀な医師を全国から呼び込み、県内への定着を図るため、医師にとって、より魅力のある教育・研究環境を整えていくことが重要です。このため、医科系の博士課程を持つ大学院大学の設置に向けて、設置に必要な条件や課題の洗い出しなどを行った上で、医療・教育関係などの皆様から御意見を伺って検討を進めていきます。

ク　女性医師の活躍支援

○2017 年４月に、県が浜松医科大学に設置した、県全体の女性医師支援を推進する「ふじのくに女性医師支援センター」において、出産等により離職した女性医師の復職支援やキャリア形成支援など、専任のコーディネーター（医師）による、高い専門性を活かした取組を積極的に実施することにより、女性医師が県内で更に活躍する仕組みを構築します。

○キャリア形成支援及び相談体制の充実のほか、院内保育所（病児・病後児保育含む）の整備による就業環境の改善など、医師にとって魅力ある病院づくりへの支援を進めます。

ケ　高齢医師等の活躍支援

○1973 年の「一県一医大構想」により養成された医師が順次定年を迎える中で、65 歳を過ぎても意欲と能力のある医師が働き続けられるよう、医師の就労相談やマッチング支援を行う職業紹介サイト「静岡県医師バンク」を県医師会と連携して運営し、高齢医師の活躍を促進します。

○また、女性医師の割合の増加等、医師それぞれのライフスタイルに合わせた多様な求職ニーズが生まれていることから、幅広い年齢を対象とした、きめ細やかな支援を行います。

コ　高校生等への支援による医学科進学者の増

○将来の本県の医療を支える人材を育成するため、県内の高校生等に対し、実際の医療現場に訪問する機会や、医療従事者や医学部合格者と接する機会を提供することで、医学部医学科への進学を目指す高校生等を増やします。

サ　医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援

○医療従事者の勤務環境改善を推進するため設置した「ふじのくに医療勤務環境改善支援センター」において、医療機関からの要請に応じ、社会保険労務士や医業経営コンサルタント等を派遣し、指導・助言を行います。

○働きやすい環境を整備するため、医療勤務環境改善計画を策定し、働き方の改善等に取り組む病院を支援するなど、医師に対する負担の軽減等、勤務医が健康を確保しながら働くことができる取組を推進します。

○医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始に対応するため、長時間労働の医師が勤務する医療機関を対象として、医師労働時間短縮計画策定のためのアドバイザー派遣や、医師労働時間短縮等の取組に対する助成により重点的な支援を行うほか、全ての病院を対象として、法令改正や医療機関が取り組むべき具体的な内容について説明会を開催するなど改めて周知を図ります。

○医師の業務のタスク・シフト/シェアを推進するため、医師・看護師事務作業補助者の資質向上を目的とした研修を行うほか、看護師特定行為研修の研修機関や受講生を派遣する派遣病院への支援等を行います。

○特定の医療機関に外来受診が集中し、医師に過度な負担を招くのを防ぐため、県民に対して、上手な医療のかかり方や在宅医療に関する講演会を開催するなど、周知啓発を図ります。

シ　産科医等確保支援策の実施

○分娩を取り扱う産科医等に手当を支給する施設に対し支援を行うことで、過酷な勤務状況にある産科医等の処遇を改善し、周産期医療従事者の確保を図ります。

ス　医療機関の機能分担・連携強化

○特に産科・小児科については、産前・産後のケア等一般的な医療は身近な場所で受診できる体制を維持する一方で、ハイリスクな症例や緊急時は、病院間の機能分担・連携強化により対応する必要があることから、産科・小児科関係者が協議する場を設け、県内の医療機関の在り方について検討を進めます。

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

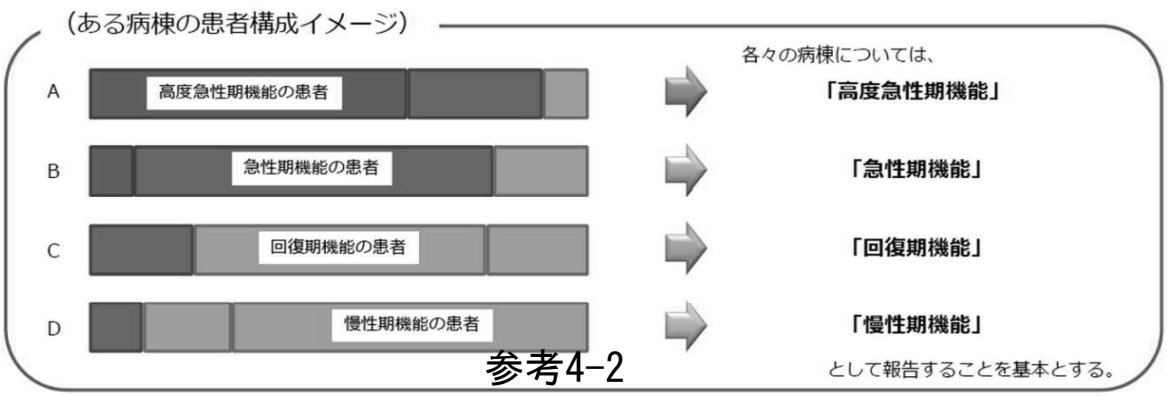
導入の背景　～病床機能報告制度の現状と課題～

◆　**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）



参考4-2

◆　**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いまま、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**

・ 医療機関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」

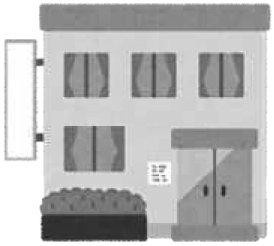
・［Ⅰ：40%以上 Ⅱ：35%以上］かつ平均在棟日数11日未満 → **「高度急性期」**

◆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」**

「静岡方式」の具体的な基準　（有床診療所）

【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【特定入院料等による区分】	病院【「重症度、医療･看護必要度」及び平均在棟日数による区分】	有床診療所
高度急性期	・救命救急 ・ICU・HCU・SCU ・PICU・NICU・MFICU・GCU ・小児入院医療管理料１	＜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＞ ・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	－
急性期	・小児入院医療管理料２・３	＜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＞ ・上記入院料のうち、「高度急性期」の基準を満たさないもの	・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	・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	－	・上記、下記を１つも満たさない診療所
慢性期	・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	－	・有床診療所療養病床入院基本料

病院の一般病棟

有床診の一般病床

※「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断も尊重する。

参考4-5

◆**「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。

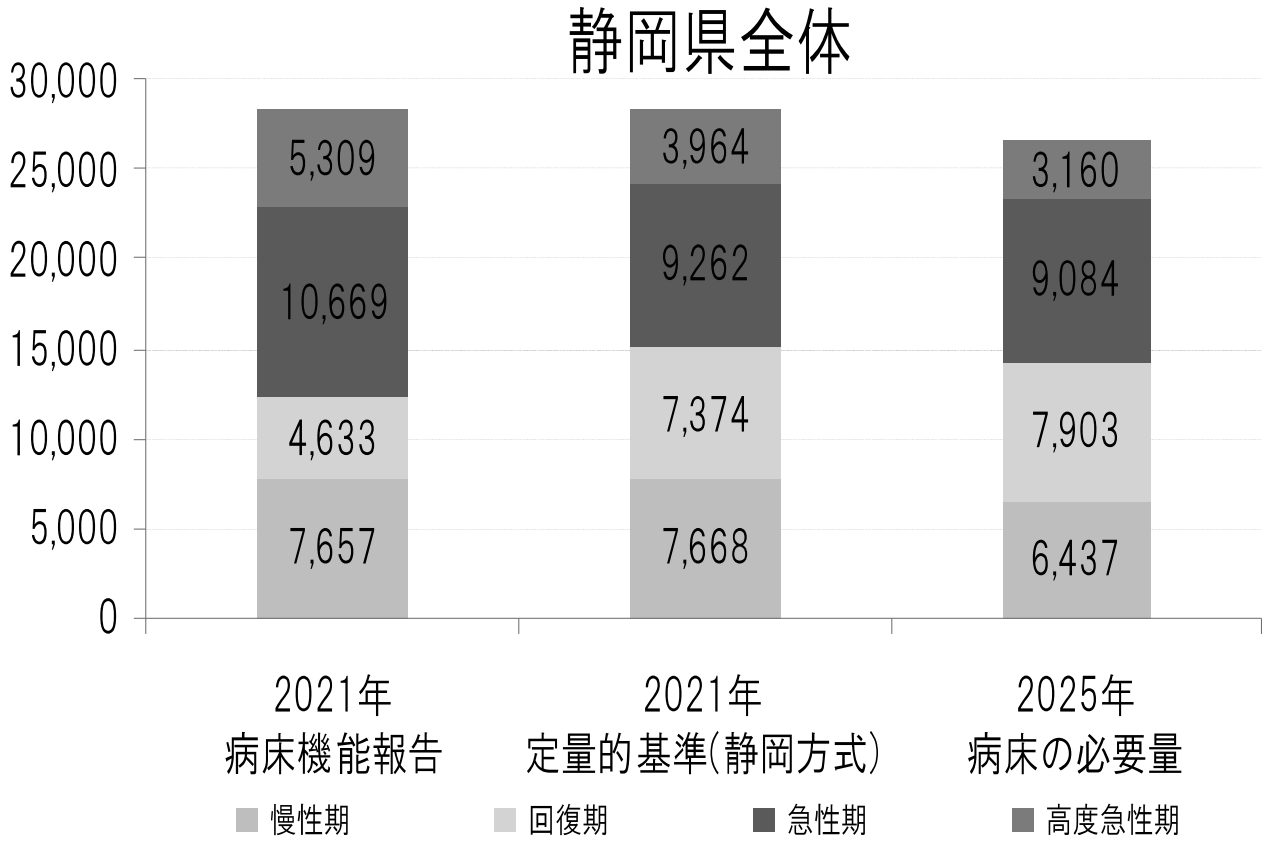
◆**「静岡方式」適用後の病棟別データの取り扱い**

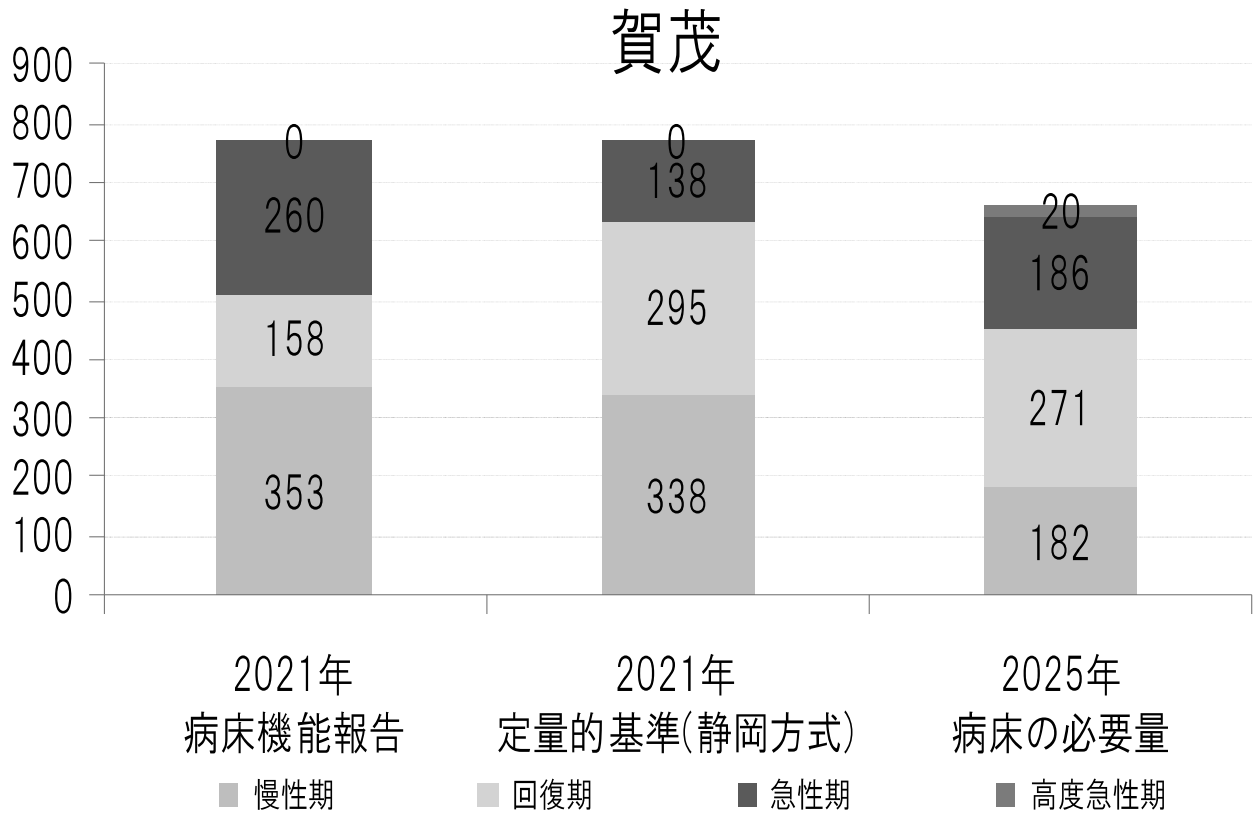
・基準に沿った報告を求めるものではないため、病棟別データの公表は行いません。

・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。

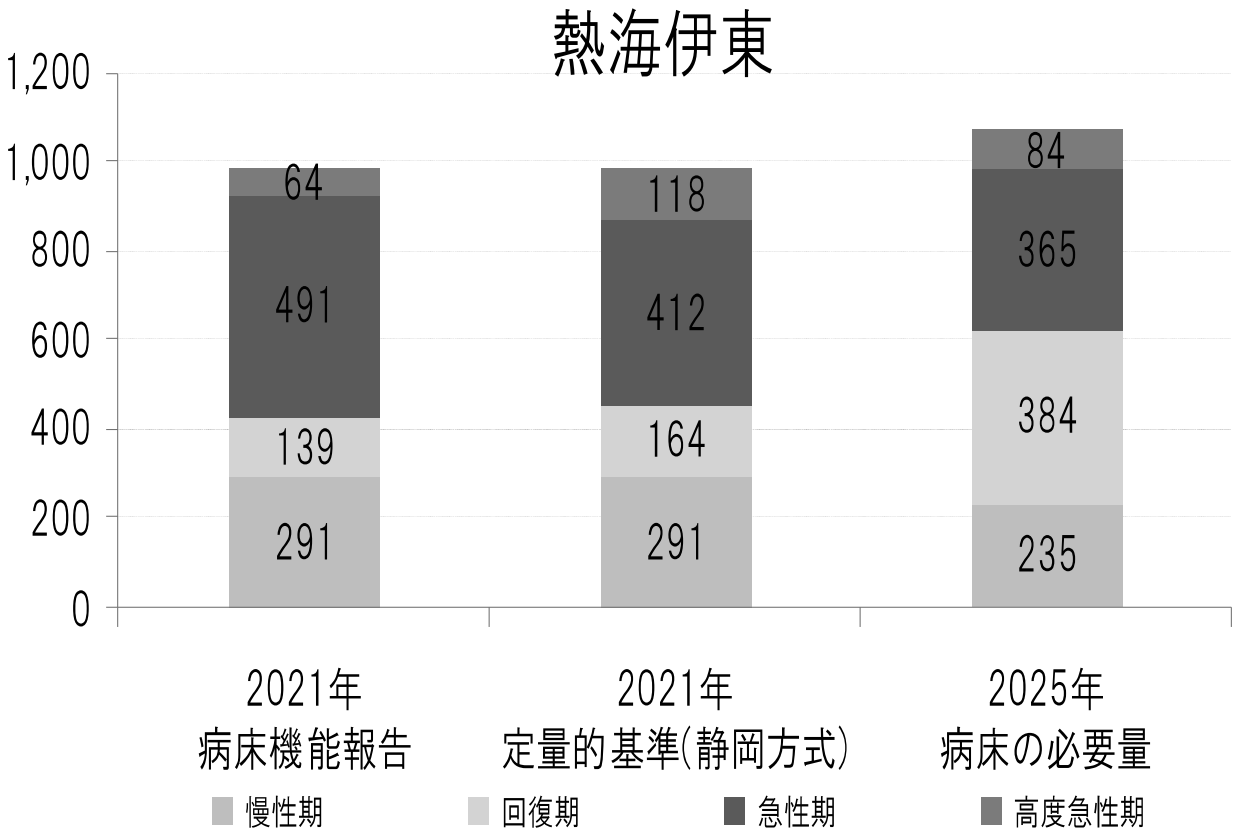
Ⅲ　参考：「静岡方式」の適用結果

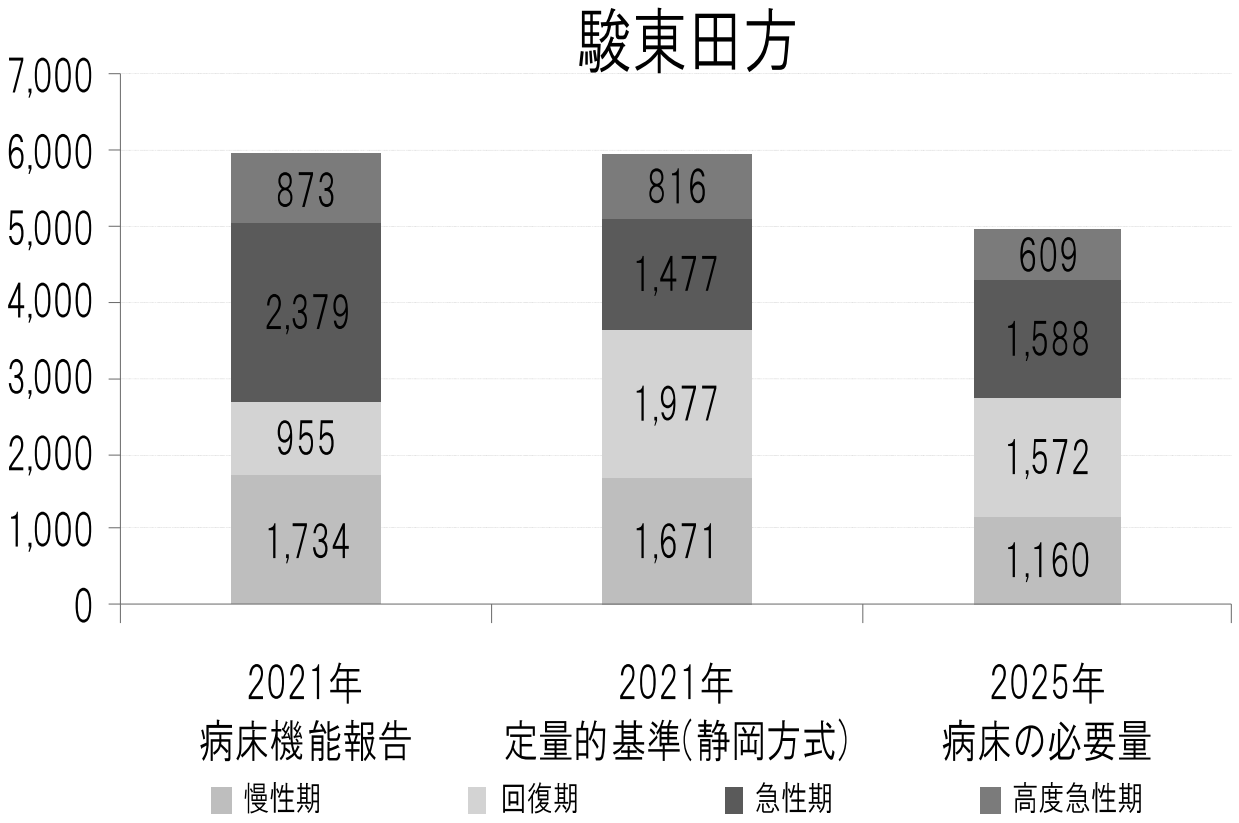
（最大使用病床数ベース）


静岡県全体
30,000
25,000
20,000
15,000
10,000
5,000
0
5,309
10,669
4,633
7,657
3,964
9,262
7,374
7,668
3,160
9,084
7,903
6,437
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

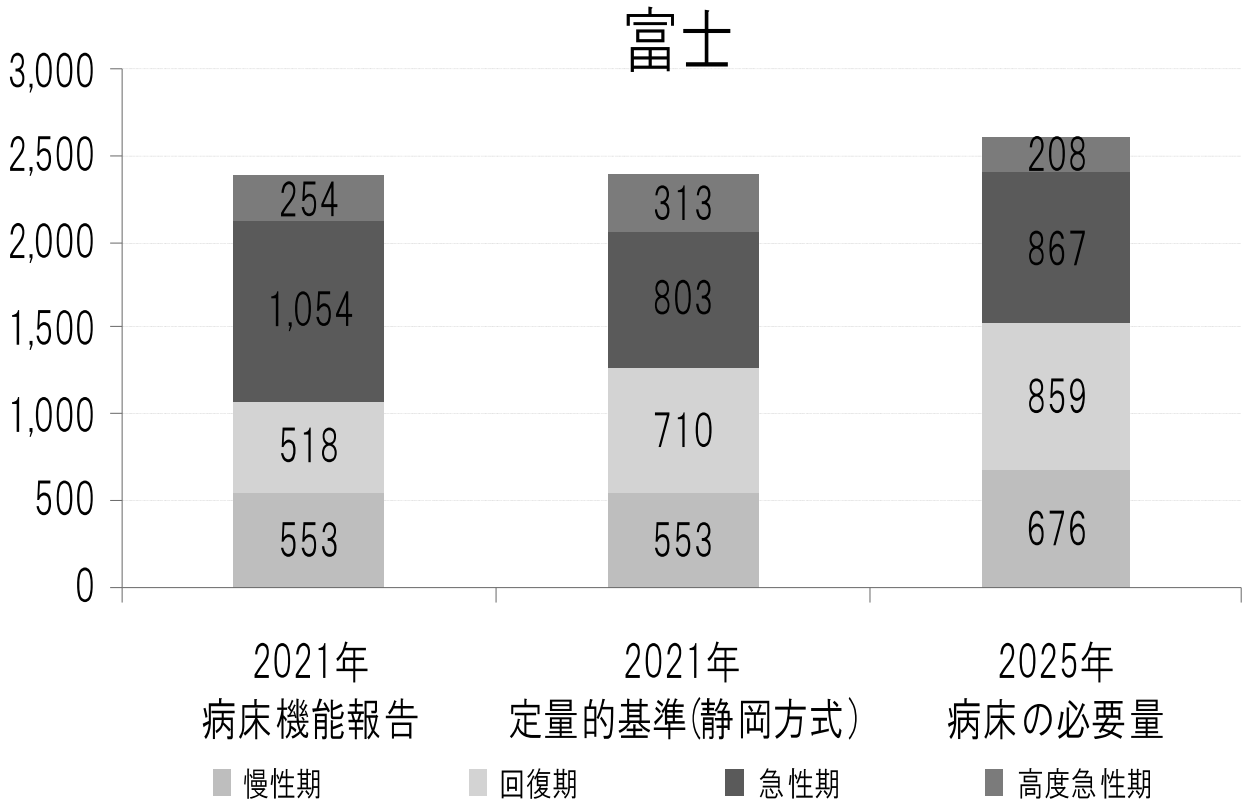

賀茂
900
800
700
600
500
400
300
200
100
0
0
260
158
353
0
138
295
338
20
186
271
182
2021年
病床機能報告
2021年
定量的基準(静岡方式)
2025年
病床の必要量
慢性期
回復期
急性期
高度急性期

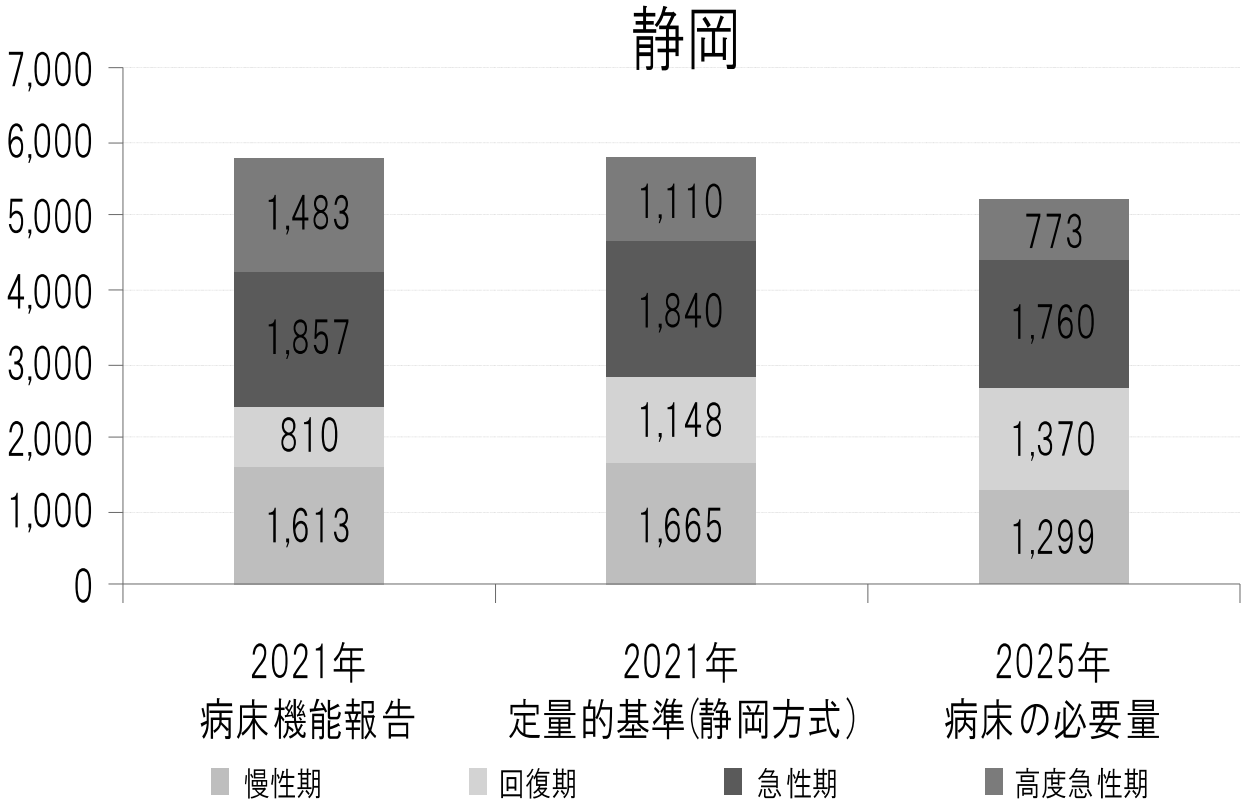
参考4-7


熱海伊東
1,200
1,000
800
600
400
200
0
64
491
139
291
118
412
164
291
84
365
384
235
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

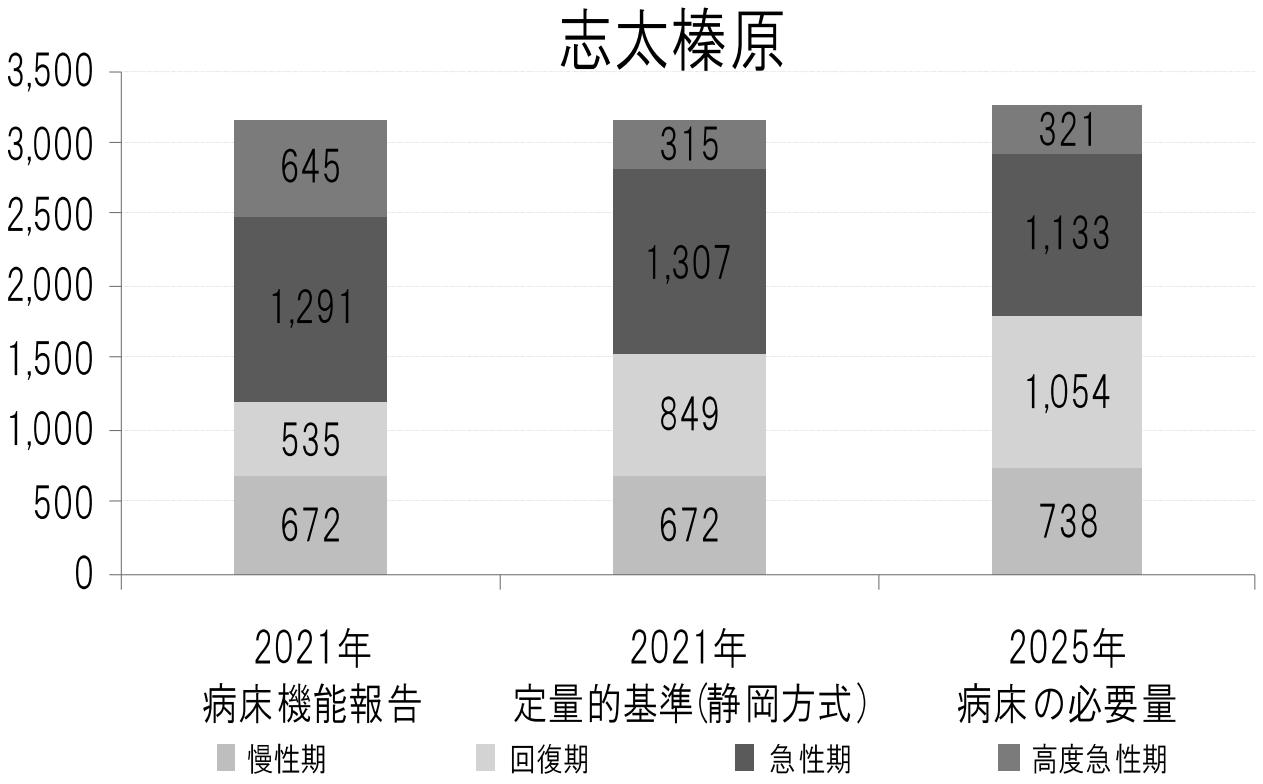

駿東田方
7,000
6,000
5,000
4,000
3,000
2,000
1,000
0
873
2,379
955
1,734
816
1,477
1,977
1,671
609
1,588
1,572
1,160
2021年
病床機能報告
2021年
定量的基準(静岡方式)
2025年
病床の必要量
慢性期
回復期
急性期
高度急性期

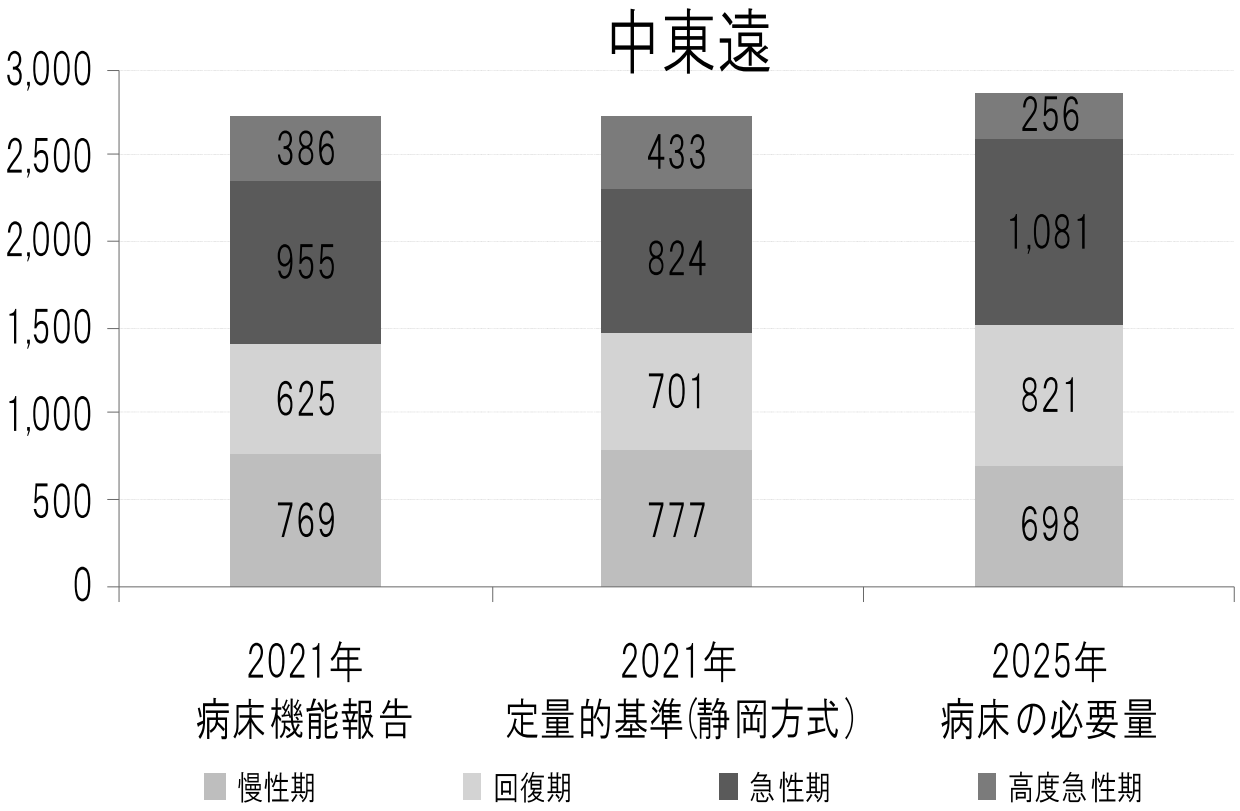
参考4-8


富士
3,000
2,500
2,000
1,500
1,000
500
0
254
1,054
518
553
313
803
710
553
208
867
859
676
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

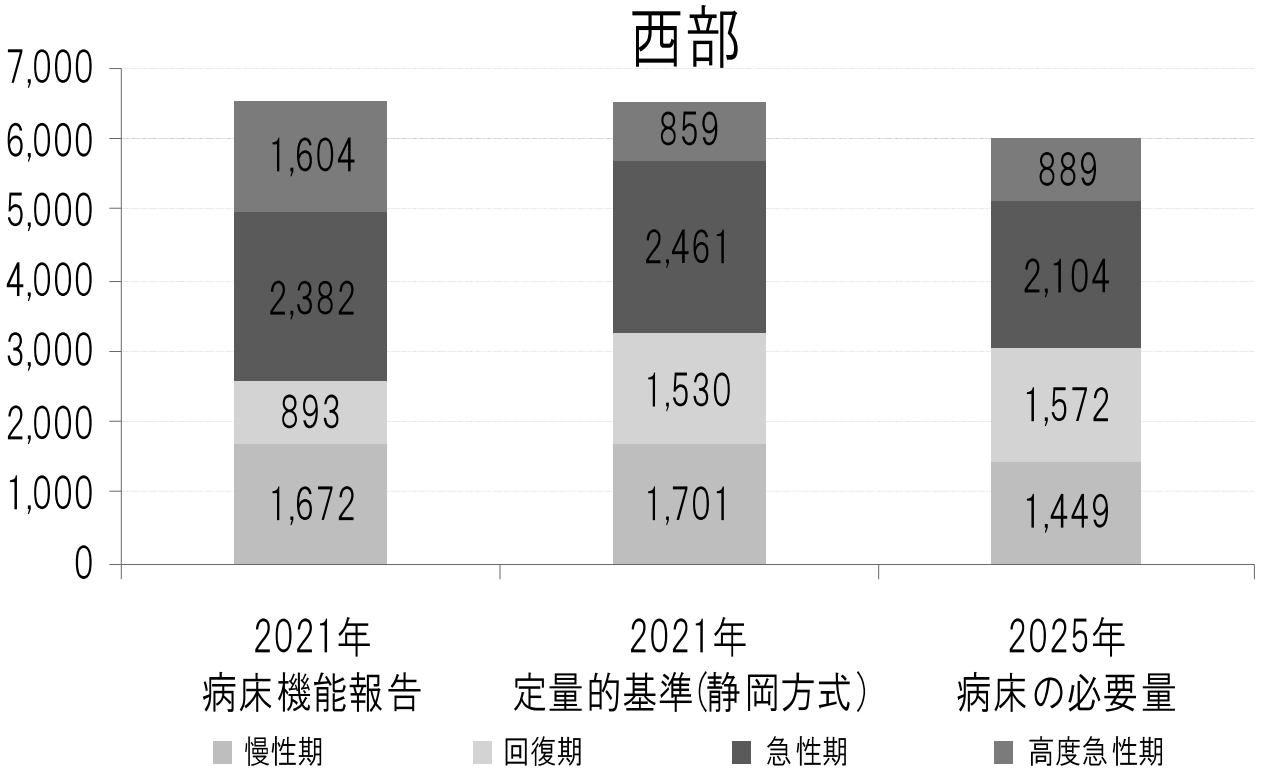

静岡
7,000
6,000
5,000
4,000
3,000
2,000
1,000
0
1,483
1,857
810
1,613
1,110
1,840
1,148
1,665
773
1,760
1,370
1,299
2021年
病床機能報告
2021年
定量的基準(静岡方式)
2025年
病床の必要量
慢性期
回復期
急性期
高度急性期

参考4-9


志太榛原
3,500
3,000
2,500
2,000
1,500
1,000
500
0
645
1,291
535
672
315
1,307
849
672
321
1,133
1,054
738
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


中東遠
3,000
2,500
2,000
1,500
1,000
500
0
386
955
625
769
433
824
701
777
256
1,081
821
698
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

参考4-10


西部
7,000
6,000
5,000
4,000
3,000
2,000
1,000
0
1,604
2,382
893
1,672
859
2,461
1,530
1,701
889
2,104
1,572
1,449
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

21

医療審議会関係法令（抄）

医療法 （抄）

第 72 条　この法律の規定によりその権限に属させられた事項を調査審議するほか、都道府県知事の　諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議するため、都道府県に、都道府県医療審議会を置く。

2　都道府県医療審議会の組織及び運営に関し必要な事項は、政令で定める。

医療法施行令 （抄）

（都道府県医療審議会）

第 5 条の 16　都道府県医療審議会（以下「審議会」という。)は、委員 30 人以内で組織する。

第 5 条の 17　委員は、医師、歯科医師、薬剤師、医療を受ける立場にある者及び学識経験のある者のうちから、都道府県知事が任命する。

2　委員の任期は、2 年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

3　委員は、非常勤とする。

第 5 条の 18　審議会に会長を置く。

2　会長は、委員の互選により定める。

3　会長は、会務を総理する。

4　会長に事故があるときは、委員のうちから互選された者が、その職務を行う。

第 5 条の 19　専門の事項を調査審議させるため必要があるときは、審議会に専門委員 10 人以内を置くことができる。

2　専門委員は、学識経験のある者のうちから、都道府県知事が任命する。

3　専門委員は、当該専門の事項に関する調査審議が終了したときは、解任されるものとする。

4　専門委員は、非常勤とする。

第 5 条の 20　審議会は、会長が招集する。

2　審議会は、委員の過半数が出席しなければ、議事を開き、議決を行うことができない。

3　議事は、出席した委員の過半数をもつて決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

第 5 条の 21　審議会は、その定めるところにより、部会を置くことができる。

2　部会に属すべき委員及び専門委員は、会長が指名する。

3　部会に部会長を置き、その部会に属する委員の互選により定める。

4　審議会は、その定めるところにより、部会の決議をもつて審議会の決議とすることができる。

5　第 5 条の 18 第 3 項及び第 4 項の規定は、部会長に準用する。

第 5 条の 22　第 5 条の 16 から前条までに定めるもののほか、議事の手続その他審議会の運営に関し必要な事項は、審議会が定める。

静岡県医療審議会運営規程

（趣　旨）

第 1 条　この規程は、静岡県医療審議会（以下「審議会」という。)の運営に関して必要な事項を定めるものとする。

（議　長）

第 2 条　会長は、会議の議長となり、会議を主宰する。

2　会長に事故があるときは、医療法施行令（昭和 23 年 10 月 27 日政令第 326 号。以下「政令」という。)第 5 条の 18 第 4 項の規定により、会長の職務を代理する委員（当審議会においては「副会長」という。)が議長となる。

（招　集）

第 3 条　審議会の会議は、政令第 5 条の 20 第 1 項の規定により会長が招集する。ただし、委員改選後最初の審議会は、静岡県健康福祉部長が招集する。

2　前項の会議を招集しようとするときは、あらかじめ日時、場所及び議案を委員に通知しなければならない。

3　会議は、公開とする。ただし、公開することにより、特定の者に利益若しくは不利益をもたらすおそれがあるとき、又は、円滑若しくは公正な審議会の運営に著しい支障を及ぼすおそれのあるときは、会長の承諾により非公開とすることができる。

（説明又は意見の聴取）

第 4 条　議長は、必要と認めるときは、審議会に諮って関係行政機関の職員その他適当と認める者の出席を求め、その説明又は意見を徴することができる。

（医療法人部会）

第 5 条　この審議会に医療法人部会（以下「部会」という。)を置く。

2　部会は、委員 5 名で組織する。

3　部会は、医療法人に関する事項を審議する。ただし、部会長が特に重要と認めた事項は、審議会において審議する。

4　部会の決議は、審議会の決議とみなす。

5　部会で決議した事項は、次の審議会において報告しなければならない。

6　部会の運営に関し必要な事項は、別に定める。

（議事録）

第 6 条　審議会は、議事録を備えておかなければならない。

2　前項の議事録は、公開するものとする。ただし、第 3 条第 3 項ただし書の会議に係るものについては、非公開とする。

3　第 1 項の議事録には、次の各号に掲げる事項を記載しなければならない。

(1) 開会及び閉会に関する事項
(2) 出席及び欠席した委員の氏名
(3) 出席した県の職員の氏名
(4) 会議に付した事項
(5) 議事の経過の要点
(6) その他議長が必要と認めた事項

4　第 1 項の議事録には、議長、議長の指名した委員及び議事録の調製者が署名しなければならない。

（庶　務）

第 7 条　審議会の庶務は、健康福祉部医療政策課において処理する。

附　則

この規程は、昭和 61 年 11 月 28 日から施行する。

附　則

この規程は、平成 3 年 4 月 1 日から施行する。

附　則
この規程は、平成 4 年 4 月 1 日から施行する。
附　則
この規程は、平成 5 年 4 月 1 日から施行する。
附　則
この規程は、平成 9 年 5 月 23 日から施行する。
附　則
この規程は、平成 10 年 9 月 16 日から施行する。
附　則
この規程は、平成 11 年 6 月 22 日から施行する。
附　則
この規程は、平成 15 年 3 月 11 日から施行する。
附　則
この規程は、平成 19 年 4 月 1 日から施行する。
附　則
この規程は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。
附　則
この規程は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。