

令和元年度 第1回 賀茂地域医療構想調整会議

日 時：令和元年6月25日(火)午後6時30分～

場 所：下田総合庁舎 2階 第3会議室

次 第

○ 議題

- ・ 医師確保計画（賀茂圏域骨子案）
- ・ 静岡県保健医療計画に記載する医療機関名の変更について

○ 報告事項

- ・ 令和元年度の主な協議予定事項
- ・ 病床機能報告結果
- ・ 非稼働病床の対応方針
- ・ 地域医療介護総合確保基金（医療分）

【配布資料】

- ・ 座席表、出席者名簿、賀茂地域医療構想調整会議設置要綱、委員名簿
- ・ 資料1-1、1-2、1-3、1-4、資料1別冊：医師確保計画関係
- ・ 資料2-1：医療機関情報の更新、資料2-2：変更フロー
- ・ 資料3：令和元年度の主な協議予定事項
- ・ 資料4-1：病床機能報告、資料4-2 静岡方式説明、資料4-3 静岡方式での課題
- ・ 資料5-1、5-2、5-3：非稼働の対応方針
- ・ 資料6：地域医療介護総合確保基金（医療分）

令和元年第1回 賀茂地域医療構想調整会議 座席表

静岡県看護協会
賀茂地区支部
小川秋美

賀茂医師会
池田正見

賀茂薬剤師会
高橋清彦

下田メディカルセンター
畑田 淳一

伊豆今井浜病院
小田 和弘

熱川温泉病院
田所 康之

西伊豆健育会病院
仲田 和正

全国健康保険協会
(協会けんぽ)静岡支部
海野 陽之

下田市 市民保健課
井上 均

東伊豆町 健康づくり課
鈴木 嘉久

河津町 健康福祉課
稲葉 吉一

南伊豆町 健康福祉課
山田 日好

松崎町 健康福祉課
新田 徳彦

西伊豆町 健康福祉課
白石 洋巳

賀茂健康福祉
センター
三井 照美

賀茂保健所
本間 善之長

浜松医科大学
小林 利彦

賀茂健康福祉
センター
山下 正芳

事務局、県関係者

オブザーバー参加者

令和元年度 第1回 賀茂地域医療構想調整会議 出席者名簿

【委員】

令和元年6月25日開催

| No | 役 職 名 | 氏 名 | 備 考 |
|----|---------------------------|---------|-----|
| 1 | 賀茂医師会 会長 | 池田 正見 | |
| 2 | 賀茂歯科医師会 会長 | (平野 信之) | 欠席 |
| 3 | 賀茂薬剤師会 会長 | 高橋 清彦 | |
| 4 | 静岡県看護協会賀茂地区支部 支部長 | 小川 秋美 | |
| 5 | 下田メディカルセンター 院長 | 畑田 淳一 | |
| 6 | 伊豆今井浜病院 院長 | 小田 和弘 | |
| 7 | 下田温泉病院 院長 | (荒井 充) | 欠席 |
| 8 | 康心会伊豆東部病院 院長 | (高尾 昌孝) | 欠席 |
| 9 | 熱川温泉病院 院長 | (田所 康之) | 欠席 |
| 10 | ふれあい南伊豆ホスピタル 院長 | (望月 博) | 欠席 |
| 11 | 西伊豆健育会病院 院長 | 仲田 和正 | |
| 12 | 社会福祉法人梓友会 理事長 | (川島 優幸) | 欠席 |
| 13 | 下田市 市民保健課 課長 | 井上 均 | |
| 14 | 東伊豆町 健康づくり課 課長 | 鈴木 嘉久 | |
| 15 | 河津町 健康福祉課 課長 | 稲葉 吉一 | |
| 16 | 南伊豆町 健康増進課 課長 | 山田 日好 | |
| 17 | 松崎町 健康福祉課 課長 | 新田 徳彦 | |
| 18 | 西伊豆町 健康福祉課 健康係長 | 白石 洋巳 | |
| 19 | 全国健康保険協会静岡支部 (協会けんぽ) 業務部長 | 海野 陽之 | |
| 20 | 賀茂保健所 所長 | 本間 善之 | |

【助言者】

| | | | |
|----|-----------|-------|--|
| 21 | 浜松医科大学 教授 | 小林 利彦 | |
|----|-----------|-------|--|

【陪席】

| | | | |
|----|---------------|-------|--|
| 22 | 賀茂健康福祉センター 所長 | 山下 正芳 | |
|----|---------------|-------|--|

【事務局】

| | | | |
|----|----------------------------|-------|--|
| 23 | 賀茂健康福祉センター 医療健康部 部長兼地域医療課長 | 三井 照美 | |
|----|----------------------------|-------|--|

賀茂地域医療構想調整会議 設置要綱

(設置)

第1条 医療法（昭和23年7月30日法律第205号）第30条の14第1項に定める「協議の場」として賀茂地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 調整会議の所掌事務は次のとおりとする。

- (1) 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- (2) 病床機能報告制度による情報等の共有
- (3) 地域医療構想の推進に向けた取組（地域医療介護総合確保基金事業等）に関する事項
- (4) その他、在宅医療を含む地域包括ケアシステム、地域医療構想の達成の推進に関する協議

(委員)

第3条 調整会議は、賀茂健康福祉センター所長が委嘱する委員をもって構成する。

2 調整会議に議長を置き、委員の互選により定める。

3 議長は、調整会議の会務を総理する。

4 議長は、あらかじめ副議長を指名することとし、必要に応じて副議長がその職務を代行する。

(任期)

第4条 調整会議の委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。

2 補欠による委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(招集)

第5条 調整会議は議長が招集する。ただし、設置後最初の調整会議は、賀茂健康福祉センター所長が招集する。

(議事)

第6条 議長は会議を主宰する。

2 議長は、必要と認めるときは、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。

3 議長は、必要があると認めるときは、特定の事項について、関係のある委員のみで開催することができる。

(庶務)

第7条 調整会議の庶務は、賀茂健康福祉センター地域医療課において処理する。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附則

この要綱は、平成28年6月16日から施行する。

令和元年度 賀茂地域医療構想調整会議 委員名簿

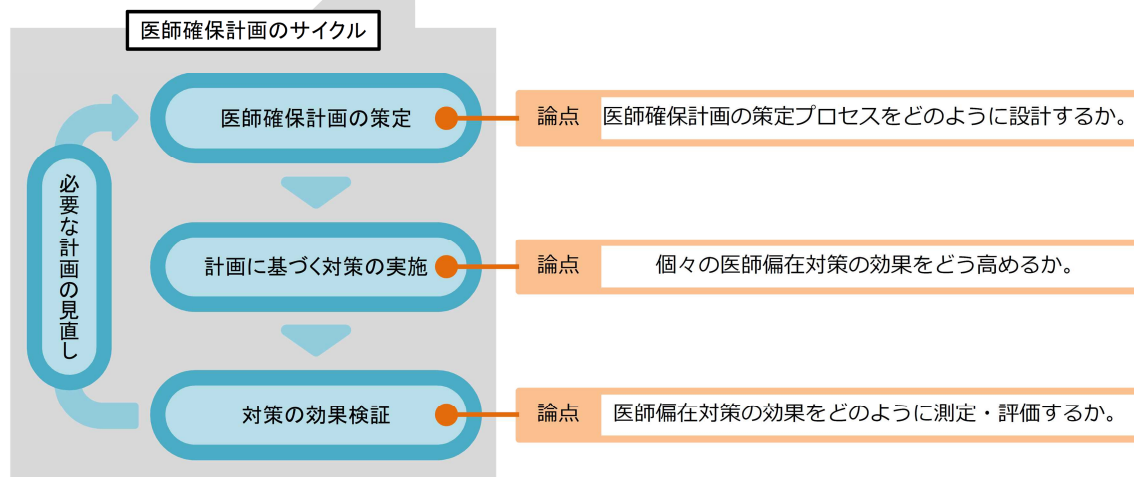
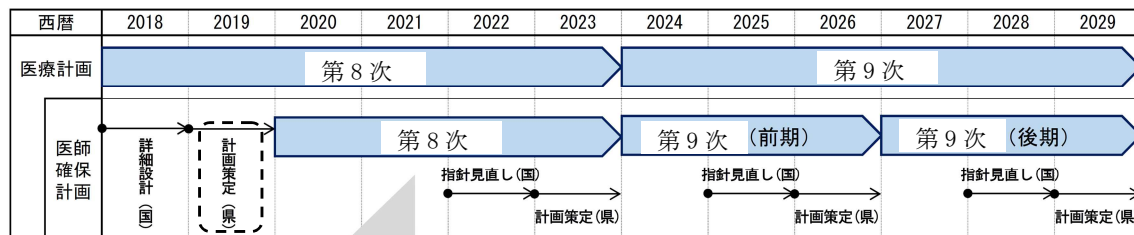
| No | 役 職 名 | 氏 名 | 備 考 |
|----|------------------------------|-------|-----|
| 1 | 賀茂医師会 会長 | 池田 正見 | |
| 2 | 賀茂歯科医師会 会長 | 平野 信之 | |
| 3 | 賀茂薬剤師会 会長 | 高橋 清彦 | |
| 4 | 静岡県看護協会賀茂地区支部 支部長 | 小川 秋美 | 新任 |
| 5 | 下田メディカルセンター 院長 | 畑田 淳一 | |
| 6 | 伊豆今井浜病院 院長 | 小田 和弘 | |
| 7 | 下田温泉病院 院長 | 荒井 充 | |
| 8 | 康心会伊豆東部病院 院長 | 高尾 昌孝 | 新任 |
| 9 | 熱川温泉病院 院長 | 田所 康之 | |
| 10 | ふれあい南伊豆ホスピタル 院長 | 望月 博 | |
| 11 | 西伊豆健育会病院 院長 | 仲田 和正 | |
| 12 | 社会福祉法人梓友会 理事長 | 川島 優幸 | |
| 13 | 下田市 市民保健課長 | 井上 均 | 新任 |
| 14 | 東伊豆町 健康づくり課長 | 鈴木 嘉久 | |
| 15 | 河津町 健康福祉課長 | 稲葉 吉一 | 新任 |
| 16 | 南伊豆町 健康増進課長 | 山田 日好 | 新任 |
| 17 | 松崎町 健康福祉課長 | 新田 徳彦 | |
| 18 | 西伊豆町 健康福祉課長 | 白石 洋巳 | |
| 19 | 全国健康保険協会静岡支部 (協会けんぽ) 業務部長 | 海野 陽之 | |
| 20 | 静岡県賀茂保健所 所長 | 本間 善之 | |

医師確保計画の策定について

1 概要

平成 30 年度医療法改正により、都道府県における医師確保対策の実施体制の強化に向け、医療計画の一部として、都道府県内における医師の確保方針、医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標、目標達成に向けた施策内容を定める医師確保計画を本年度中に策定することとされた。

策定した医師確保計画については、3 年（2020 年度からの最初の医師確保計画のみ 4 年）ごとに、都道府県において計画を見直す。（PDCA サイクルの実施）



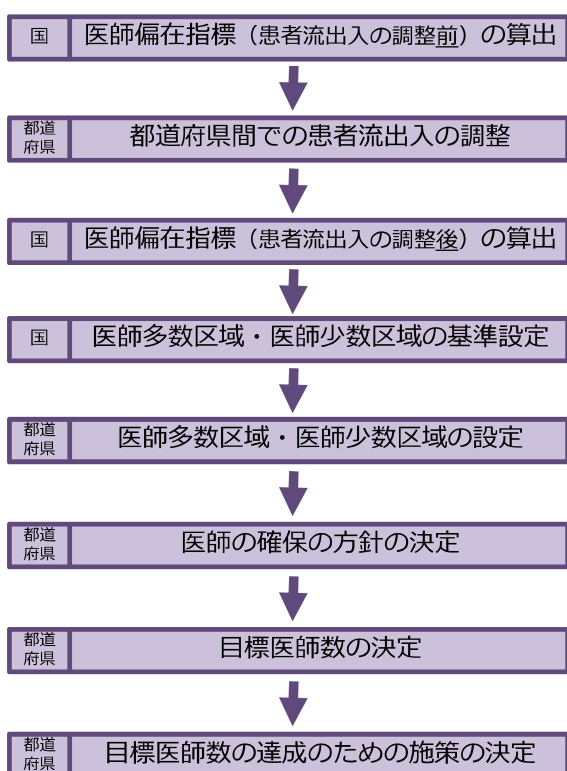
出典：平成 30 年度全国医政主管課長会議資料を一部改変

2 本県における医師確保計画策定の役割分担

- 医療対策協議会（方針協議）とふじのくに地域医療支援センター（取組推進）との役割分担を踏まえ、地域医療支援センターが医師確保計画の立案段階から関与し、県が作成した原案について医療対策協議会で協議する。
- 医療法上、医療計画の策定に当たっては、計画案を医療審議会へ諮問することが求められており、本県の医師確保計画の策定においても、同様に、計画案を医療審議会へ諮問することとする。

| 会議体 | 役割 |
|-----------------|-------------------|
| 静岡県医療審議会 | 諮問された計画案に対し意見を述べる |
| 静岡県医療対策協議会 | 作成された原案を協議 |
| ふじのくに地域医療支援センター | 県と協力して原案を作成 |

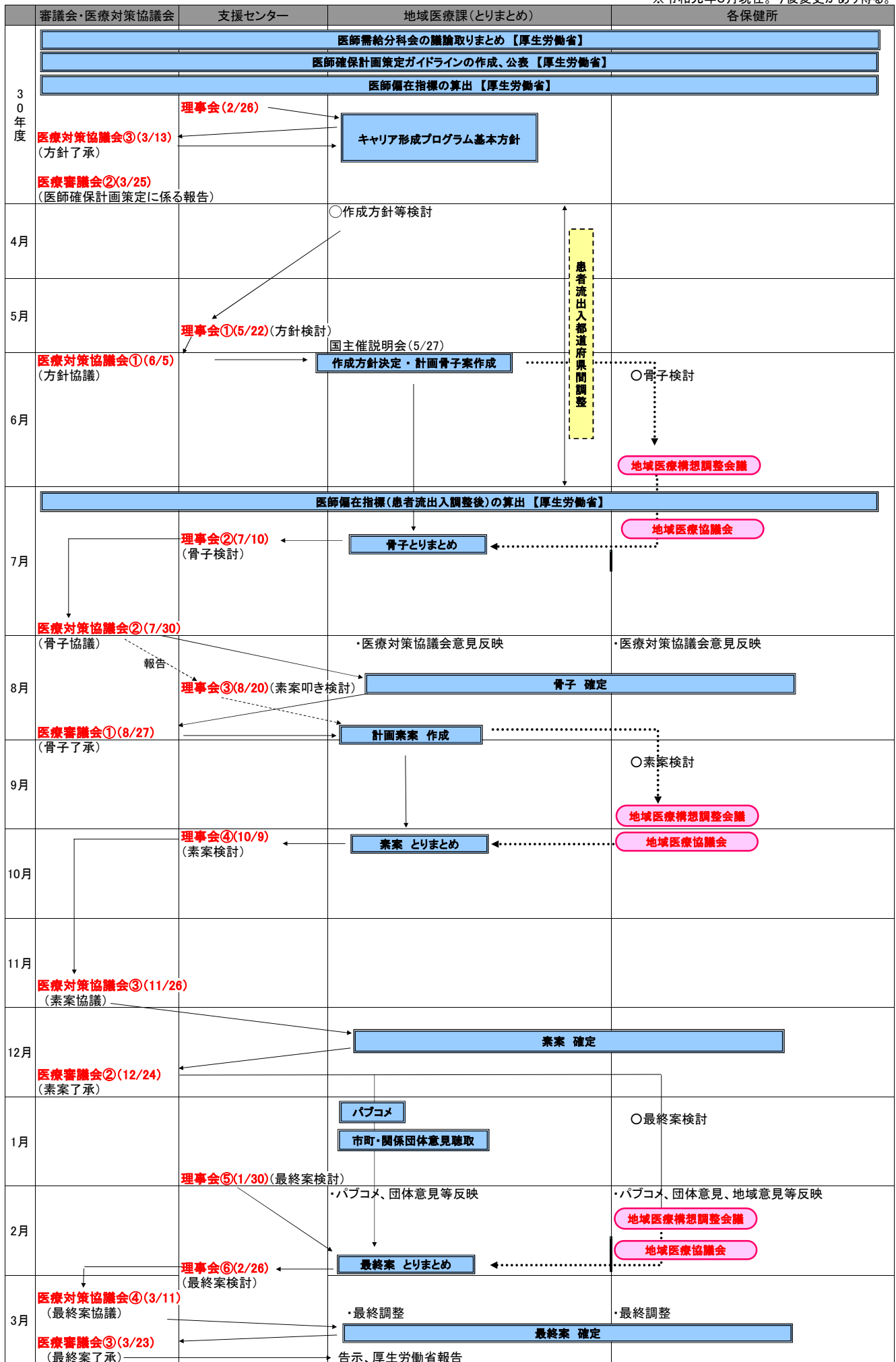
3 医師確保計画の策定プロセス



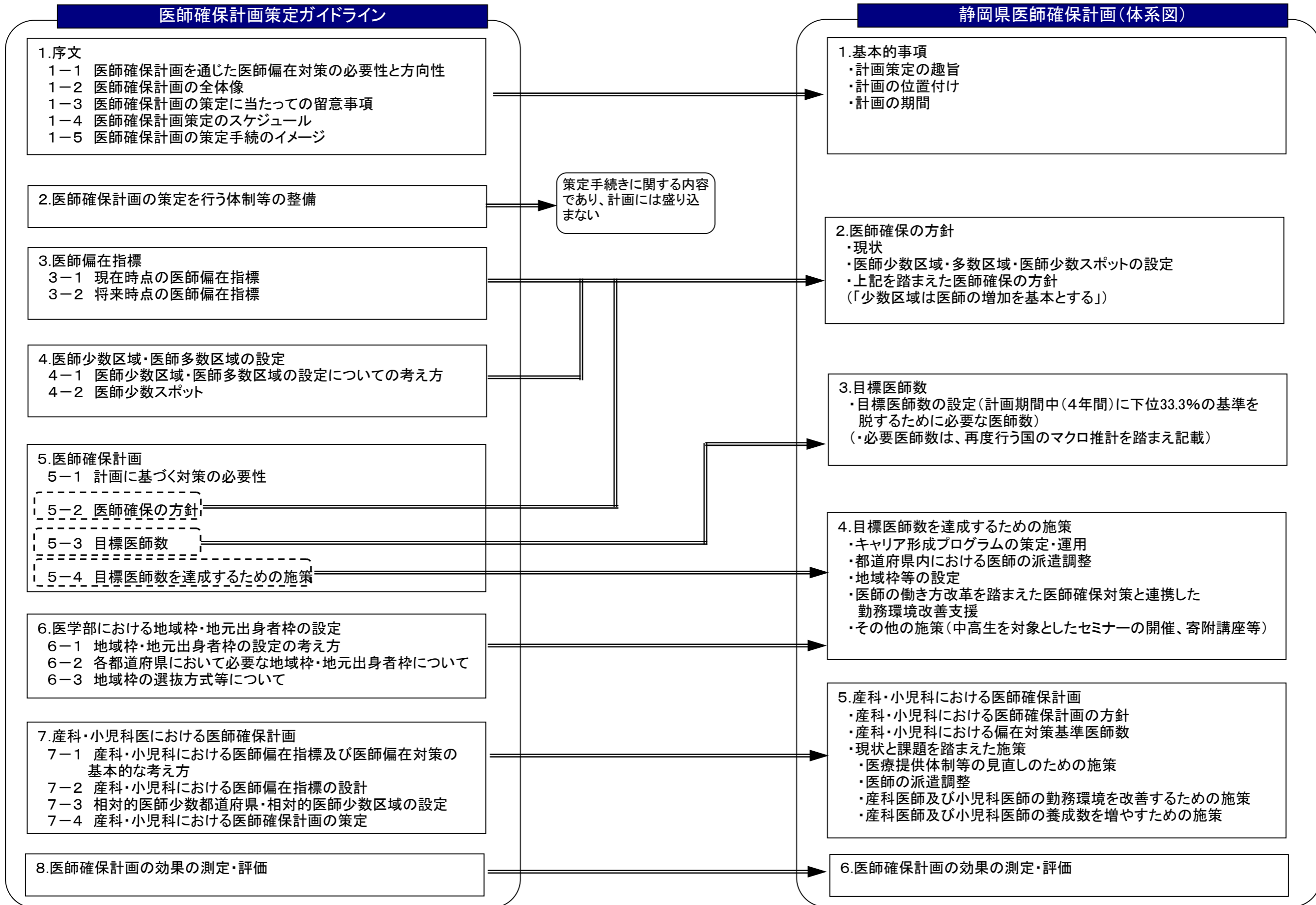
出典：平成 30 年度全国医政主管課長会議資料を一部改変

医師確保計画に関するスケジュール（案）

※令和元年5月現在。今後変更があり得る。



医師確保計画ガイドラインと静岡県医師確保計画との関係



※上記内容を、三次医療圏(県)及び二次医療圏(一部の項目を除く)ごとに作成

静岡県医師確保計画 骨子（賀茂保健医療圏）

I 賀茂保健医療圏

1 医師確保の方針

(1) 現状・課題

○医師数の状況（医療施設従事医師数）（単位：人）

| | H22 | H24 | H26 | H28 | H28-H22 |
|----|-------|-------|-------|-------|---------|
| 県計 | 6,883 | 6,967 | 7,185 | 7,404 | +521 |
| 賀茂 | 89 | 95 | 99 | 97 | +8 |

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

○専攻医の状況（専門医研修プログラム採用者数）（単位：人）

| | 県計 | | | | | |
|------------|-----|-----|----|-----|----|---|
| | 賀茂 | | | | | |
| | H30 | R1 | 差 | H30 | R1 | 差 |
| 内科 | 44 | 44 | 0 | - | - | - |
| 小児科 | 8 | 14 | 6 | - | - | - |
| 皮膚科 | 6 | 6 | 0 | - | - | - |
| 精神科 | 8 | 8 | 0 | - | - | - |
| 外科 | 7 | 10 | 3 | - | - | - |
| 整形外科 | 6 | 7 | 1 | - | - | - |
| 産婦人科 | 5 | 11 | 6 | - | - | - |
| 眼科 | 4 | 4 | 0 | - | - | - |
| 耳鼻咽喉科 | 6 | 7 | 1 | - | - | - |
| 泌尿器科 | 2 | 8 | 6 | - | - | - |
| 脳神経外科 | 3 | 3 | 0 | - | - | - |
| 放射線科 | 3 | 3 | 0 | - | - | - |
| 麻酔科 | 4 | 7 | 3 | - | - | - |
| 病理 | 1 | 1 | 0 | - | - | - |
| 臨床検査 | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| 救急科 | 1 | 4 | 3 | - | - | - |
| 形成外科 | 3 | 5 | 2 | - | - | - |
| リハビリテーション科 | 0 | 1 | 1 | - | - | - |
| 総合診療 | 2 | 6 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| 計 | 113 | 149 | 36 | 0 | 0 | 0 |

○臨床研修の状況

(単位：人)

| | 研修施設数 | H30 [※] | | | R1 [※] | | |
|----|-------|------------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|
| | | 定員 | マッチ者数 | マッチ率 | 定員 | マッチ者数 | マッチ率 |
| 県計 | 25 | 282 | 245 | 86.9% | 293 | 248 | 84.6% |
| 賀茂 | 0 | - | - | - | - | - | - |

※勤務開始年度

○医学修学研修資金被貸与者勤務状況

(単位：人)

| | H30 | R1 | R1-H30 |
|----|-----|-----|--------|
| 県計 | 302 | 375 | +73 |
| 賀茂 | 0 | 0 | 0 |

※返還免除を受けるために必要な期間の勤務を終えた者を除く

(2) 医師少数区域・多数区域の設定

| | 区分 | 医師偏在指標 (暫定) | 順位 |
|----|--------|-------------|-----------------|
| 県 | 医師少数県 | 193.1 | 39位 / 47都道府県 |
| 賀茂 | 医師少数区域 | 110.0 | 330位 / 335二次医療圏 |

(3) 医師確保の方針

- ・本医療圏は医師少数区域に位置付けられていることから、医師の増加を基本方針とし、医師少数区域以外からの医師の確保に取り組む

＜上記を踏まえた二次医療圏における現状と課題＞

- ・2次救急を担う病院は4施設で、医師数は少なく高度な医療を提供することができない。このため、地域内で診療が完結することは困難な状況である。
- ・診療所の医師は高齢化が進み、継承問題も顕在化している。
- ・臨床研修の基幹病院がなく、初期研修から専攻医獲得に繋げることは困難。
- ・へき地が若い医師にとってどれほど勉強になるかのアピールが課題。
- ・当圏域では住民の健康問題を解決するために総合的な能力・知識をもった「プライマリケア医」が必要。健康診断など病気の予防のための保健活動や、介護保険を中心とした福祉活動も課せられることとなり、「医師確保」は病院だけの問題でなく、県・市町の行政と連携し、理解を得ることも大切と考える。
- ・二次医療機関の医師確保ができないと、救急の受け入れが困難となる。

2 目標医師数

目標医師数

- ・医師確保計画の計画期間中（4年間）に医師少数区域が計画期間開始時の下位 33.3%の基準を脱するために要する医師数を目標医師数として設定

- ・具体的な数値については、7月を目途に国からの提供される予定
- ・少数区域以外の区域においては、県が独自に設定（国が参考値として全二次医療圏の平均値を提示予定）

3 目標医師数を達成するための施策

○医学修学研修資金制度

<全県共通の施策>

- ・毎年 120 人規模で医学修学研修資金を貸与
- ・貸与期間の 1.5 倍の期間を県内の公的医療機関等で勤務
- ・専門医資格取得後は、県内の医師偏在の状況を踏まえた配置を行う
- ・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促進

<二次医療圏固有の施策>

- ・医学修学資金貸与者にも、自治医大卒生と同様にへき地勤務の義務化を進める。

○キャリア形成プログラム

<全県共通の施策>

- ・「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
- ・サブスペシャリティ領域の専門研修をまで行う「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
- ・プログラム期間中4年間は医師不足地域において勤務

<二次医療圏固有の施策>

- ・各病院で、キャリアを積むことができる診療科を積極的にPRする。
- ・圏域内の情報は管轄する保健所のホームページにも掲載する。
- ・新専門医制度における各プログラムの連携施設化のための支援
- ・医師を引きつけるような指導的医師の招聘

○地域枠医師の確保

<全県共通の施策>

- ・本県は医師少数県であり、県外からの医師確保を積極的に進めるため、県外7大学と34名の地域枠を設定
- ・臨時定員の増員と組み合わせた地域枠は、都道府県間の医師偏在を是正する機能があることから、引き続き増枠に努める。

<二次医療圏固有の施策>

- ・圏域内の中高校出身者に対する地元出身者枠の設定を大学に要請

○寄附講座の設置

<全県共通の施策>

- ・浜松医科大学と連携し、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る「地域医療確保支援研修体制充実事業」を実施
- ・浜松医科大学と連携し、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）の養成を図る「地域家庭医療学寄附講座設置事業」を実施
- ・浜松医科大学と連携し、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地域周産期母子医療センターへの定着を図る「地域周産期医療学寄附講座設置事業」を実施
- ・浜松医科大学と連携し、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る「児童青年期精神医学講座設置事業」を実施

<二次医療圏固有の施策>

- ・順天堂大学との連携の検討

○医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援

<全県共通の施策>

- ・ 医師少数区域の医療機関において、医師事務作業補助者の確保やタスクシフトの推進等による医師に対する負担の集中の軽減等、勤務医が健康を確保しながら働くことができる取組が進むよう、環境整備に務める。

<二次医療圏固有の施策>

- ・ 総合診療医を各拠点に配置し、必要に応じ、順天堂静岡病院への転院を図る体制を構築する。

○上記以外の施策（二次医療圏の課題を踏まえた、必要な施策）

- ・ 今後、医師を確保するためには専門医研修プログラム等の活用が期待されるため、二次医療機関等の関係者により専攻医にとって魅力あるプログラム策定に係る検討会を開催する。
- ・ 研修中に本圏域を知ってもらうという観点から、二次医療機関の見学を実施し、研修医の地域医療に対する視野と知識を広げていく。
- ・ 若手医師を引きつけるような指導的医師を招聘する。
- ・ 心臓や脳神経などの診療科をセンター化して、手術などは全てセンターに集中させる。
- ・ 開業医も専門医として手術に参加することができ、専門医の単位も地域で取得できるシステムを構築する。

4 産科・小児科における医師確保計画

(1) 産科小児科における医師確保の方針

・現状・課題

○医師数の状況（医療施設従事医師数）

（単位：人）

| | 県計 | | | | | |
|------|-----|------|----|-----|------|---|
| | 賀茂 | | | | | |
| | H20 | H28* | 差 | H20 | H28* | 差 |
| 小児科 | 459 | 476 | 17 | 4 | 4 | 0 |
| 産婦人科 | 315 | 345 | 30 | 3 | 4 | 1 |

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

※小児科については、H26 調査を採用

○専攻医の状況（専門医研修プログラム採用者数）（再掲）

（単位：人）

| | 県計 | | | | | |
|------|-----|-----|---|-----|-----|---|
| | 賀茂 | | | | | |
| | H30 | H31 | 差 | H30 | H31 | 差 |
| 小児科 | 8 | 14 | 6 | - | - | - |
| 産婦人科 | 5 | 11 | 6 | - | - | - |

・相対的医師少数区域の設定

（産科）

| | 区分 | 医師偏在指標（暫定） | 順位 |
|----|------------------|------------|-----------------|
| 県 | 相対的医師少数県 でない | 12.6 | 19 位／47 都道府県 |
| 東部 | 相対的医師少数区域 でない | 10.9 | 143 位／284 産科医療圏 |

（小児科）

| | 区分 | 医師偏在指標（暫定） | 順位 |
|----|------------------|------------|-----------------|
| 県 | 相対的医師少数県 | 84.2 | 45 位／47 都道府県 |
| 賀茂 | 相対的医師少数区域 でない | 109.4 | 100 位／311 小児医療圏 |

＜上記を踏まえた二次医療圏における現状と課題＞

- ・当圏域には産科医療を行う施設が1診療所のみである。
- ・小児科専門医は少なく西豆地区には存在しない。
- ・人口減少に伴い、少子高齢化が加速している本地域でも産婦人科と小児科は必要不可欠である。
- ・実際には小児疾患は総合診療医がカバーすることが多い。
- ・出産は、賀茂圏域は出産数が少なく、産科医師を確保しても採算が合わない。
- ・専門医を定着させることは非常に厳しい。
- ・総合診療を実践していても産婦人科系疾患と小児疾患は専門性が高く、特に産婦人科系疾患は、専門病院を受診してもらうケースが多い。
- ・各科の専門病院に、患者をスムーズに紹介できる仕組みを作り、住民にも可視化することが必要と考える。

(2) 産科・小児科における偏在対策基準医師数

- ・計画期間終了時の産科・小児科における医師偏在指標が、計画期間開始時の相対的医師少数区域等の基準値（下位 33.3%）に達することとなる医師数を「産科・小児科における偏在対策基準医師数」として設定

- ・具体的な数値については、7月を目途に国からの提供される予定

(3) 産科・小児科における現状と課題を踏まえた施策

○寄附講座の設置（再掲）

＜全県共通の施策＞

- ・浜松医科大学と連携し、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地域周産期母子医療センターへの定着を図る「地域周産期医療学寄附講座設置事業」を実施

＜二次医療圏固有の施策＞

- ・順天堂大学との連携の推進

○臨床研修医向け研修会の開催

<全県共通の施策>

- ・医学生に対する積極的な情報提供、関係構築を目的に、これまで行ってきた地域別の研修に加え、本年度から新たに小児科・産婦人科別の研修（サマーセミナー等）を行う「初期臨床研修医定着促進事業」を実施

<二次医療圏固有の施策>

- ・これまで実施している地域実習の継続

○上記以外の施策（二次医療圏の課題を踏まえた、必要な施策）

- ・開業医も参加することのできる産科センターの導入。

医師確保計画策定ガイドラインの概要

1. 医師確保計画の概要

- 都道府県は、医師偏在指標に基づき、都道府県ごと、二次医療圏ごとに、医師確保の方針、確保すべき目標医師数、目標の達成に向けた施策内容、という一連の方策を、医療計画の中で特に「医師確保計画」として定める。
- 目標の達成に向けた施策内容は、計画期間の終期までに取り組むべきものと、医師偏在是正の目標年とされた2036年までに取り組むものを定める。
- 医師確保計画の策定スケジュール

| 時期 | 内容 |
|------------|--|
| 2019年4～6月末 | ・ <u>都道府県間での患者流出入の調整を実施</u> |
| 2019年7月頃 | ・ 都道府県間の調整を踏まえ、厚生労働省が医師偏在指標(患者流出入の調整後)を算出 |
| 2019年度中 | ・ 都道府県が地域医療対策協議会との共有、都道府県医療審議会への意見聴取を経て、 <u>医師確保計画を策定・公表</u> ・ 厚生労働省が都道府県向けの医師確保計画策定研修会等を随時実施 |
| 2020年度 | ・ 都道府県において、医師確保計画に基づく医師偏在対策開始 |

2. 医師偏在指標

- ①医療需要(ニーズ)及び人口・人口構成とその変化、②患者の流出入等、③へき地等の地理的条件、④医師の性別・年齢分布、⑤医師偏在の種別(区域、診療科、入院/外来)、の5つの要素を考慮して現時点の医師の偏在指標を設定
- 都道府県間、二次医療圏間の患者の流出入の状況については、都道府県が、必要に応じて都道府県間、都道府県内で医師偏在指標への見込み方について調整を行う。調整後の患者の流出入数は、2019年6月末までに厚生労働省に報告することとし、その情報を基に、再度、厚生労働省が医師偏在指標を算定し、確定することとする。
- 患者数増減の調整について合意が得られない場合は、患者の流出入の状況を全て見込むことを基本とする。

3. 医師少数区域・医師多数区域の設定

- 医師少数区域及び医師少数都道府県は医師偏在指標の下位33.3%、医師多数区域及び医師多数都道府県は上位33.3%に属する医療圏及び都道府県とする。
- また、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に取り扱うことができるものとする。

4. 医師確保の方針

| 区分 | | 基本的な医師確保の方針 |
|------|------------|--|
| 都道府県 | 少数県 | 医師多数都道府県からの医師の確保ができる。 |
| | 少数でも多数でもない | 都道府県内に医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて医師多数都道府県からの医師の確保ができる。 |
| | 多数県 | 他県からの医師の確保は行わない。ただし、これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではない。 |

| | | |
|----------|------------|---|
| 二次医療圏 | 少数区域 | 医師 <u>少数区域以外からの医師の確保ができる</u> 。ただし、医師多数都道府県内に存在する医師少数区域については、他県からの医師の確保を行わないこととする。 |
| | 少数でも多数でもない | 必要に応じて、 <u>医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保を行える</u> |
| | 多数区域 | <u>他の二次医療圏からの医師の確保は行わないこととする</u> 。これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではないが、医師少数区域への医師派遣を行うことは求められる。 |
| 医師少数スポット | | <u>医師少数都道府県内の医師少数スポットについては、県外からも医師の確保ができる</u> |

5. 目標医師数

| 区 分 | | 目標医師数 |
|-------|------------|---|
| 都道府県 | 少数県 | 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について <u>下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数</u> |
| | 少数でも多数でもない | 目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うこととする。 |
| | 多数県 | |
| 二次医療圏 | 少数区域 | 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について <u>下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数</u> |
| | 少数でも多数でもない | 都道府県において地域の実情を踏まえて、 <u>独自に設定</u> することとする。なお、厚生労働省は、参考値として、各二次医療圏の医師偏在指標が計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の平均値に達する値である医師数を提示 |
| | 多数区域 | |

※「必要医師数」は、将来時点（2036年）において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、厚生労働省において、医療圏ごとに、医師偏在指標がこの全国値と等しい値になる医師数を示す。

6. 目標医師数を達成するための施策

- ・都道府県ごと、二次医療圏ごとに定めた医師確保の方針に基づき、医師の派遣調整、キャリア形成プログラムの策定・運用、医学部における地域枠の設定等の施策のうちから、適切な施策を組み合わせる行うことになる。
- ・人口規模が20万人未満、流入患者割合が20%未満、流出患者割合が20%以上となっている二次医療圏については、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可能性があると考えられるため、設定の見直しについて検討する必要がある。

7. 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定

- ・地域ごとの医師の需給推計から算出された、都道府県ごとの地域枠等の必要数を別途厚生労働省から提供予定。その数値等を踏まえて、今後大学に対し、地域枠等の要請を行うこと。

8. 「産科・小児科における医師確保計画」の策定

- ・産科医師又は小児科医師が相対的に少ない医療圏においても、その労働環境を踏まえれば、医師が不足している可能性があり、引き続き医師の総数を確保するための施策を行うとともに、医師派遣以外の施策についても検討する必要がある。
- ・必要に応じて確保する産科・小児科医師数についても定めることができる。
- ・産科における医師偏在指標は、妊婦の流出入の実態を踏まえた医療施設調査における「分娩数」を用いるため、都道府県間調整は不要
- ・小児科における医師偏在指標は、医療圏ごとの小児の人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別受療率を用いて年少人口を調整したものをを用いる。患者の流出入に基づく増減を反映するために、都道府県においては、年少者の患者流出入のある都道府県間及び都道府県内の二次医療圏間で調整の上、厚生労働省に報告することとする。
- ・都道府県ごと及び周産期医療圏・小児医療圏ごと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」・「相対的医師少数区域」と設定
- ・産科・小児科における医師確保の方針

| 区分 | 医師確保の方針 |
|-------------|--|
| 相対的医師少数区域 | <ul style="list-style-type: none"> ・外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意しつつ、必要に応じて、医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によって、医師の地域偏在の解消を図ることを検討 ・医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によってもなお医師少数であり、偏在が解消されない場合は医師を増やす（確保する）ことによって地域偏在の解消を図る。 |
| 相対的医師少数区域以外 | <ul style="list-style-type: none"> ・その労働環境に鑑みれば、医師が不足している可能性があることを踏まえ、医療提供体制の状況を鑑みた上で、医師を増やす方針を定めることも可能とする |

- ・計画期間終了時の産科・小児科における医師偏在指標が、計画期間開始時の相対的医師少数区域等の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数を「偏在対策基準医師数」として設定
- ・医療提供体制の見直しに関する施策として、医療圏の見直し、医療圏を超えた地域間の連携の推進、医療機関の集約化・重点化について検討することが望ましい。
- ・産科医師及び小児科医師を増やすための施策として、医師の派遣調整、医師の養成数の増加、医師の勤務環境改善等について検討することが望ましい。

9. 医師確保計画の効果の測定・評価

- ・医師確保計画の効果については、計画終了時点で活用可能な最新データから医師偏在指標の値の見込みを算出し、これに基づいて測定・評価することとする。

静岡県保健医療計画に掲載する医療機関情報の更新について

県庁薬事課による薬局機能情報の定期報告（平成 31 年 1 月 31 日〆切）の取りまとめ結果に基づき、静岡県保健医療計画の「がんの「ターミナルケア」を担う医療機関（薬局）」に関する医療機関情報を更新する。

1 現在掲載中の薬局

| 薬局名称 | 定期報告における 在宅緩和ケア区分 |
|-----------------------|----------------------|
| (有) 下田調剤センターヒカリ薬局 | — |
| (有) 下田調剤センターヒカリ薬局広岡店 | — |
| (有) 下田調剤センターヒカリ薬局中村店 | — |
| いなずさ薬局 | — |
| (有) 下田調剤センターヒカリ薬局白浜店 | — |
| (有) 下田調剤センターヒカリ薬局東本郷店 | — |
| トミタ薬局 | 有 |
| トミタ調剤薬局 | — |
| (有) 下田調剤センターヒカリ薬局河津店 | — |
| あらし薬局 | 有 |

2 今回追加する薬局

| 薬局名称 | 定期報告における 在宅緩和ケア区分 |
|----------------------|----------------------|
| (有) ゆがの薬局本店 | 有 |
| あおば薬局 | 有 |
| みなと薬局下賀茂店 | 有 |
| (有) 下田調剤センターヒカリ薬局高馬店 | 有 |
| 今井浜薬局 | 有 |

3 情報更新（案）

| 薬局名称 | 備考 |
|----------------------|----|
| トミタ薬局 | 継続 |
| あらし薬局 | 継続 |
| (有) ゆがの薬局本店 | 新 |
| あおば薬局 | 新 |
| みなと薬局下賀茂店 | 新 |
| (有) 下田調剤センターヒカリ薬局高馬店 | 新 |
| 今井浜薬局 | 新 |

静岡県保健医療計画の記載医療機関等の変更（薬局）フロー

【想定時期】

薬事課

【1月末】

薬局機能情報の定期報告取りまとめ
・年1回（1/31〆切）

【4月】



医療政策課へ情報提供

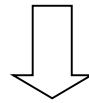
今回通知

【4月】

医療政策課

【5月】

各保健所に対して情報提供を受けた薬局機能情報を配付
（医療用麻薬の提供、在宅訪問可能、休日・時間外が対応可能で抽出）



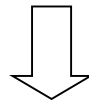
【5月】

保健所（地域医療担当課）

【7月】

・保健医療計画医療機関等リスト（がんの「緩和ケア」を担う医療機関（薬局）と提供された薬局機能情報のリストと突合し、新規・廃止・変更を確認

地域医療構想調整会議の意見聴取・報告



医療政策課への報告
<7/31(水)〆切>

医療政策課

計画記載内容の変更手続き

- ・ホームページの変更
- ・医療審議会へ報告(8/27)

地域医療構想調整会議 令和元年度の主な協議予定事項

今年度の地域医療構想調整会議においては、以下の事項について、各圏域で協議する。

1 新規事項

○医師確保計画の策定

- ・各地域における現状と課題を整理し、二次医療圏の課題を踏まえた施策について、地域医療構想調整会議で議論する。
- ・骨子案を6月、計画素案を10月、最終案を2月にそれぞれ議論する。

○公立・公的医療機関等における具体的対応方針の検証（厚生労働省で検討中）

- ・公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、厚生労働省において2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析。
- ・分析の結果「代替可能性がある」「診療実績が少ない」と位置付けられた公立・公的医療機関等は、他の医療機関に機能を統合することの是非について、地域医療構想調整会議で議論する。
- ・具体的な協議内容やスケジュールについては、今後示される厚生労働省の方針を踏まえ、関係団体等の意見を伺いながら、方針を定める。

2 継続事項

○病床機能報告「定量的基準」

- ・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するため、厚生労働省からの要請を踏まえ、本県独自の定量的基準「静岡方式」を導入。

○非稼働病床についての検討

- ・平成30年度病床機能報告結果を踏まえ、再稼働計画の内容と実現性について継続協議。
- ・再稼働する場合には、病床が担う医療機能、地域の医療提供体制のバランスへの影響、医療従事者確保の実現性・妥当性等を検証。

○慢性期機能の提供体制

- ・療養病床転換意向調査により、「未定」の病床数、「経過措置」の病床数、「介護医療院」の転換意向等を把握し、慢性期機能の提供体制や地域の医療ニーズを検証。

○在宅医療等の推進方策

- ・医療計画と介護保健事業支援計画の整合性を引き続き確保するため、訪問診療の提供状況、医療介護関連データの分析結果等点から検証。

※上記共通事項のほか、圏域ごと個別課題について協議

地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組について

1. これまでの取組み

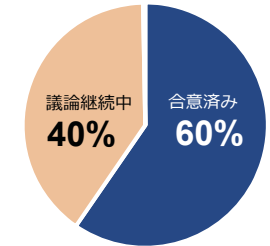
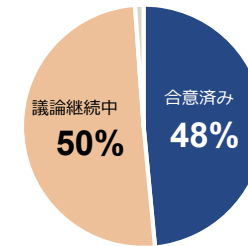
- 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成

- これまで、2017年度、2018年度の2年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるように要請した。
- 公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、
 - ア 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
 - イ 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
 - ウ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
 - エ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
 - オ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能が挙げられている。
- 2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進。**

公立・公的医療機関等に関する議論の状況
平成30年12月末

新公立病院改革
プラン対象病院

公的医療機関等2025
プラン対象病院



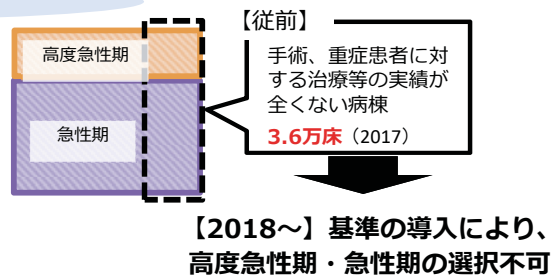
(病床ベース)

※平成31年3月末のデータは集計中

地域医療構想の実現のための推進策

○ 病床機能報告における定量的基準の導入

- 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、**実績のない高度急性期・急性期病棟を適正化**



○ 2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命

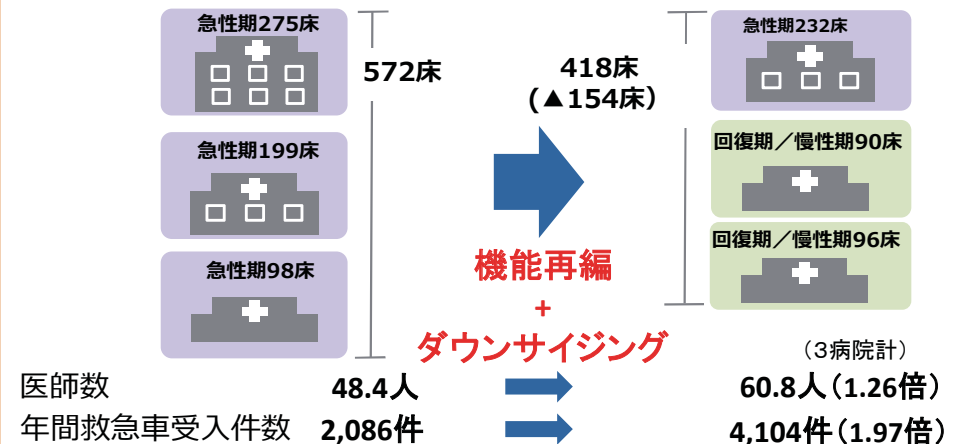
- ・ 調整会議における議論の支援、ファシリテート
- ・ 都道府県が行うデータ分析の支援 等

(36都道府県、79名 (平成31年3月))

○ 2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置

機能分化連携のイメージ (奈良県南和構想区域)

- 医療機能が低下している3つの救急病院を1つの救急病院(急性期)と2つの回復期/慢性期病院に**再編し、ダウンサイジング**
- 機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化**が促進された



地域医療構想の実現に向けたさらなる取組について

- 2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

- 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

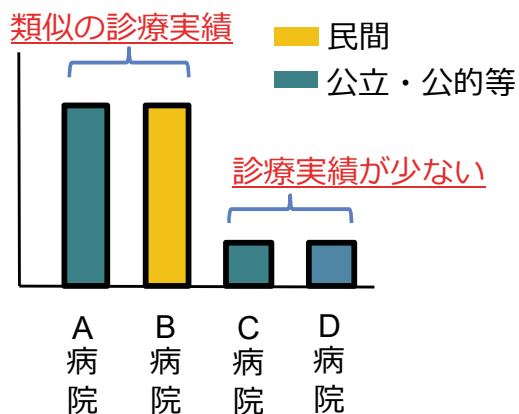
- 今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「**代替可能性がある**」または「**診療実績が少ない**」と位置付けられた**公立・公的医療機関等**に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

分析内容

- ① 分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。
重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。
A 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。
B 各分析項目について、診療実績が特に少ない。
② 医療機関の所在地や、他の医療機関との位置関係を確認するなど、地理的条件も勘案する。

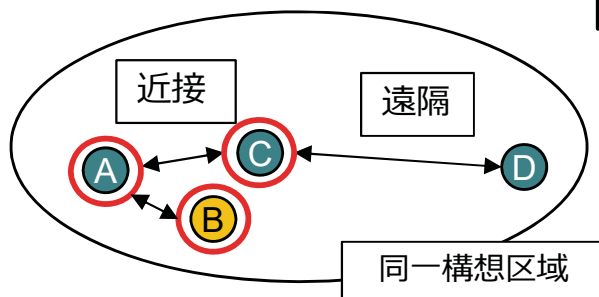
分析のイメージ

- ① 診療実績の**データ分析**
(領域等 (例：がん、救急等) ごと)



- ② 地理的条件的**確認**

類似の診療実績がある場合又は診療実績が少ない場合のうち、**近接**している場合を確認



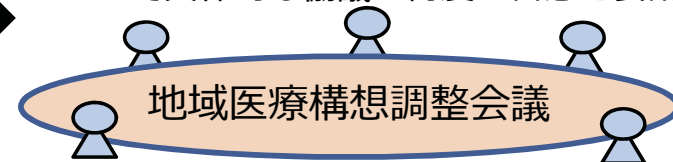
①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- ③ 分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における**検証**

医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、

- **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
- **病院の再編統合**

について具体的な協議・再度の合意を要請



平成30年度病床機能報告の集計結果の状況

1 病床機能報告制度の概要（医療法第30条の13）

地域医療構想の推進に当たり、各医療機関が担っている医療機能の現状を把握し、医療機関の自主的な取組を促すため、医療機関がその有する病床（一般病床及び療養病床）の機能区分、構造設備、人員配置等に関する項目及び具体的な医療の内容に関する項目を都道府県に報告する制度が施行された。

都道府県には、報告事項の公表義務があり、県医療政策課ホームページで公表するとともに、地域医療構想調整会議等における協議に活用する。

2 平成30年度報告結果（概要）

（1）報告状況

- ・報告対象の326施設（病院146施設、有床診療所180施設）が全て報告済み。（報告率100%）
- ・報告対象数は、病院の閉院等により平成29年度から4施設減少した。

| 区分（医療機関） | | 平成29年度報告(A) | 平成30年度報告(B) | 増減(B-A) |
|----------|-------|-------------|-------------|---------|
| 病院 | 報告対象数 | 148 | 146 | ▲2 |
| | 報告数 | 148 | 146 | ▲2 |
| | 報告率 | 100.0% | 100.0% | 0.0% |
| 診療所 | 報告対象数 | 182 | 180 | ▲2 |
| | 報告数 | 182 | 180 | ▲2 |
| | 報告率 | 100.0% | 100.0% | 0.0% |
| 合計 | 報告対象数 | 330 | 326 | ▲4 |
| | 報告数 | 330 | 326 | ▲4 |
| | 報告率 | 100.0% | 100.0% | 0.0% |

※報告対象：H30.7.1時点で一般病床・療養病床を有する病院及び有床診療所

※報告率＝報告医療機関数／報告対象数

（2）病床機能ごとの病床数（病院、診療所）

- ・平成30年度報告では、病院の廃止や療養病床の介護医療院への転換等により、全体の病床数は19床減少している。
- ・医療機能別の主な増減要因としては、高度急性期から急性期への機能変更のほか、急性期及び慢性期からの機能転換等により回復期が増加し、慢性期は主に介護医療院への転換等により減少している。

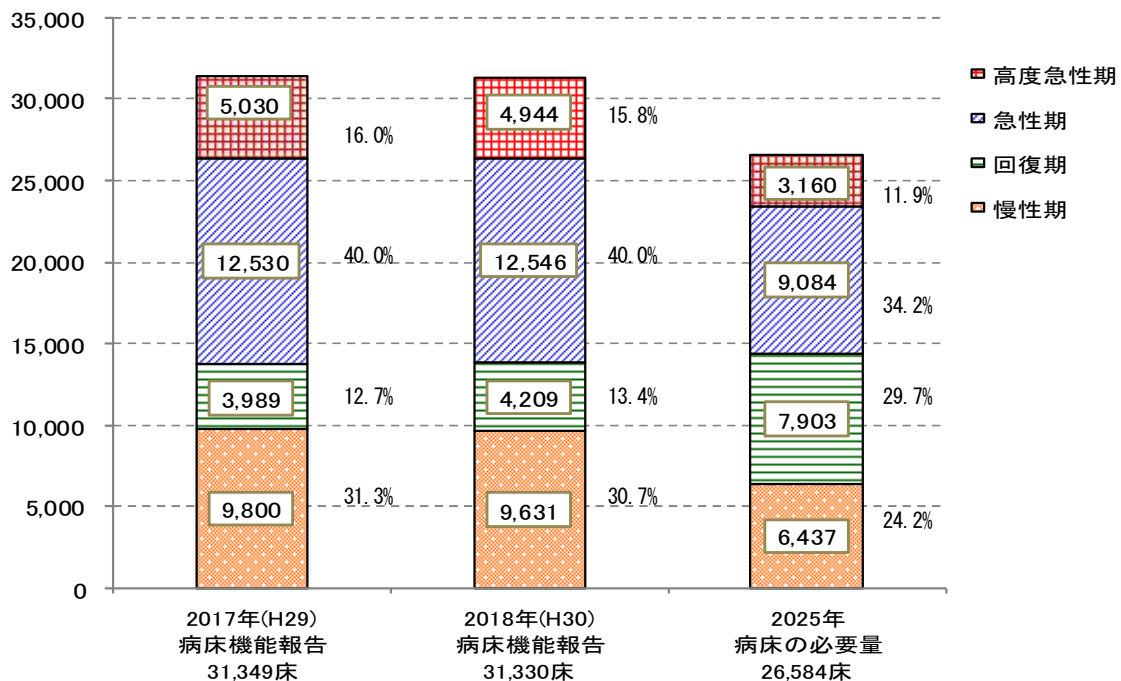
| 区分（医療機能） | 平成29年度報告(A) | 平成30年度報告(B) | 増減(B-A) |
|----------|-------------|-------------|---------|
| 高度急性期 | 5,030 | 4,944 | ▲86 |
| 急性期 | 12,530 | 12,546 | 16 |
| 回復期 | 3,989 | 4,209 | 220 |
| 慢性期 | 9,800 | 9,631 | ▲169 |
| 合計 | 31,349 | 31,330 | ▲19 |

※病床数は稼動病床ベース。

※「定性的な基準」に基づき、各医療機関が自主的に選択した医療機能を報告したものであることから、同じ医療機能を有していても、各医療機関の捉え方が異なる場合がある。

(3) 地域医療構想における病床の必要量との比較

- ・病床の必要量と比較すると、高度急性期、急性期及び慢性期が上回る一方で、回復期が不足している。
- ・平成30年度の病床機能報告では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の割合は、16%、40%、13%、31%であり、平成29年度報告と同様の傾向であった。病床数で見ると、高度急性期と慢性期は減少し、回復期は増加している。
 - ⇒病床の必要量に近づいてはいるが、引き続き機能分化・連携（転換）を進めるとともに、非稼働病棟（病床）の活用を促進していく。
 - また、定量的基準（静岡方式）を用いた実態把握をしていく。
- ・慢性期においては、病床機能報告数が病床の必要量を上回っているが減少傾向にある。さらに、「介護保険施設等へ移行予定」と報告された病床が計1,387床あり（後述6）、慢性期の減少が見込まれる。
 - ⇒療養病床を有する医療機関の転換意向や動向を踏まえつつ、必要となる慢性期機能の提供体制について検討していく。
- ・圏域ごとに状況が異なることから、地域医療構想調整会議において協議をしていく。

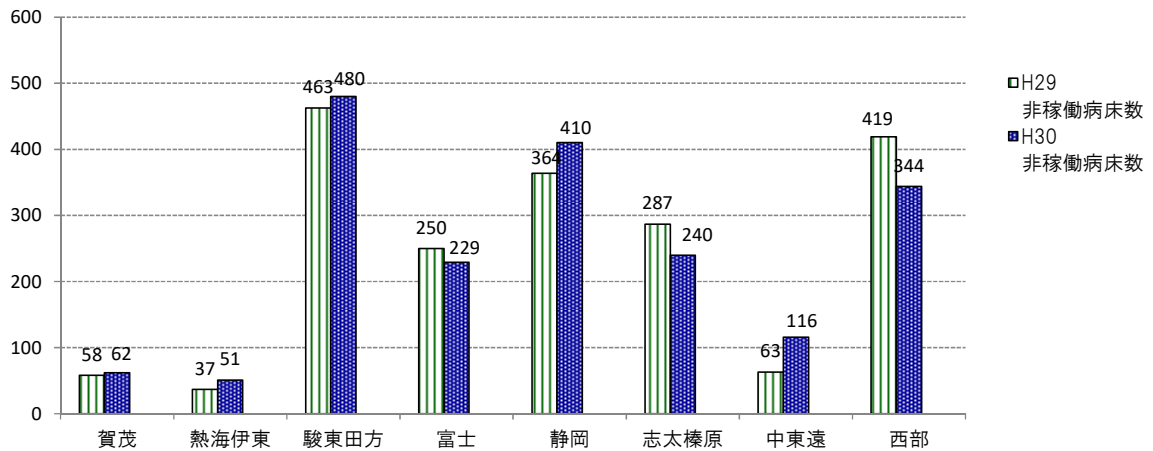


(4) 構想区域別の状況 (病床機能報告の病床数は稼働病床ベース)

| 構想区域 | 医療機能 | 病床機能報告 | | | | 病床の必要量 | | 比較 | |
|------|-------|-------------|-----|-------------|-----|--------|-----|-----------|-----------|
| | | 2017年 (H29) | | 2018年 (H30) | | 2025年 | | 2017⇔2018 | 2018⇔2025 |
| | | 実数 | 構成比 | 実数 | 構成比 | 実数 | 構成比 | | |
| 県全体 | 高度急性期 | 5,030 | 16% | 4,944 | 16% | 3,160 | 12% | ▲ 86 | 1,784 |
| | 急性期 | 12,530 | 40% | 12,546 | 40% | 9,084 | 34% | ▲ 16 | 3,462 |
| | 回復期 | 3,989 | 13% | 4,209 | 13% | 7,903 | 30% | ▲ 220 | ▲ 3,694 |
| | 慢性期 | 9,800 | 31% | 9,631 | 31% | 6,437 | 24% | ▲ 169 | 3,194 |
| | 計 | 31,349 | | 31,330 | | 26,584 | | ▲ 19 | 4,746 |
| 賀茂 | 高度急性期 | 0 | 0% | 0 | 0% | 20 | 3% | 0 | ▲ 20 |
| | 急性期 | 331 | 40% | 247 | 31% | 186 | 28% | ▲ 84 | 61 |
| | 回復期 | 158 | 19% | 189 | 24% | 271 | 41% | ▲ 31 | ▲ 82 |
| | 慢性期 | 330 | 40% | 353 | 45% | 182 | 28% | ▲ 23 | 171 |
| | 計 | 819 | | 789 | | 659 | | ▲ 30 | 130 |
| 熱海伊東 | 高度急性期 | 64 | 5% | 64 | 6% | 84 | 8% | 0 | ▲ 20 |
| | 急性期 | 574 | 48% | 557 | 49% | 365 | 34% | ▲ 17 | 192 |
| | 回復期 | 158 | 13% | 158 | 14% | 384 | 36% | 0 | ▲ 226 |
| | 慢性期 | 401 | 34% | 358 | 31% | 235 | 22% | ▲ 43 | 123 |
| | 計 | 1,197 | | 1,137 | | 1,068 | | ▲ 60 | 69 |
| 駿東田方 | 高度急性期 | 743 | 12% | 740 | 11% | 609 | 12% | ▲ 3 | 131 |
| | 急性期 | 3,072 | 49% | 3,066 | 47% | 1,588 | 32% | ▲ 6 | 1,478 |
| | 回復期 | 750 | 12% | 747 | 11% | 1,572 | 32% | ▲ 3 | ▲ 825 |
| | 慢性期 | 1,750 | 28% | 2,027 | 31% | 1,160 | 24% | ▲ 277 | 867 |
| | 計 | 6,315 | | 6,580 | | 4,929 | | ▲ 265 | 1,651 |
| 富士 | 高度急性期 | 58 | 2% | 58 | 2% | 208 | 8% | 0 | ▲ 150 |
| | 急性期 | 1,342 | 52% | 1,437 | 57% | 867 | 33% | ▲ 95 | 570 |
| | 回復期 | 436 | 17% | 449 | 18% | 859 | 33% | ▲ 13 | ▲ 410 |
| | 慢性期 | 740 | 29% | 594 | 23% | 676 | 26% | ▲ 146 | ▲ 82 |
| | 計 | 2,576 | | 2,538 | | 2,610 | | ▲ 38 | ▲ 72 |
| 静岡 | 高度急性期 | 1,575 | 24% | 1,378 | 21% | 773 | 15% | ▲ 197 | 605 |
| | 急性期 | 2,037 | 31% | 2,271 | 35% | 1,760 | 34% | ▲ 234 | 511 |
| | 回復期 | 797 | 12% | 803 | 13% | 1,370 | 26% | ▲ 6 | ▲ 567 |
| | 慢性期 | 2,073 | 32% | 1,965 | 31% | 1,299 | 25% | ▲ 108 | 666 |
| | 計 | 6,482 | | 6,417 | | 5,202 | | ▲ 65 | 1,215 |
| 志太榛原 | 高度急性期 | 251 | 8% | 251 | 7% | 321 | 10% | 0 | ▲ 70 |
| | 急性期 | 1,747 | 54% | 1,732 | 51% | 1,133 | 35% | ▲ 15 | 599 |
| | 回復期 | 431 | 13% | 546 | 16% | 1,054 | 32% | ▲ 115 | ▲ 508 |
| | 慢性期 | 810 | 25% | 852 | 25% | 738 | 23% | ▲ 42 | 114 |
| | 計 | 3,239 | | 3,381 | | 3,246 | | ▲ 142 | 135 |
| 中東遠 | 高度急性期 | 289 | 9% | 388 | 13% | 256 | 9% | ▲ 99 | 132 |
| | 急性期 | 1,146 | 37% | 998 | 33% | 1,081 | 38% | ▲ 148 | ▲ 83 |
| | 回復期 | 508 | 16% | 551 | 18% | 821 | 29% | ▲ 43 | ▲ 270 |
| | 慢性期 | 1,138 | 37% | 1,088 | 36% | 698 | 24% | ▲ 50 | 390 |
| | 計 | 3,081 | | 3,025 | | 2,856 | | ▲ 56 | 169 |
| 西部 | 高度急性期 | 2,050 | 27% | 2,065 | 28% | 889 | 15% | ▲ 15 | 1,176 |
| | 急性期 | 2,281 | 30% | 2,238 | 30% | 2,104 | 35% | ▲ 43 | 134 |
| | 回復期 | 751 | 10% | 766 | 10% | 1,572 | 26% | ▲ 15 | ▲ 806 |
| | 慢性期 | 2,558 | 33% | 2,394 | 32% | 1,449 | 24% | ▲ 164 | 945 |
| | 計 | 7,640 | | 7,463 | | 6,014 | | ▲ 177 | 1,449 |

(5) 非稼働病床の状況

- ・平成30年度報告における非稼働病床数(1,932床)は、昨年度(1,941床)と比較して減少しているものの、富士、志太榛原、西部を除く構想区域では、昨年度より増加している。
- ・今後、病棟ごとの状況についても調整会議で情報共有を図り、協議を促していく。



※非稼働病床：1年間入院実績のない病床

(6) 介護保険施設等への移行予定状況

- ・2025年時点において「介護保険施設等へ移行予定」とした医療機関は16施設、計1,387床。
- ・内訳は、医療療養病床252床、介護療養病床1,110床、一般病床25床となっており、移行予定先では「介護医療院」が最も多くなっている。

| 圏域 | 医療機関名 | 2018年7月1日時点（許可病床数） | | | 2025年7月1日時点 | |
|---------|------------|--------------------|--------|-------|-------------|----------|
| | | 医療療養病床 | 介護療養病床 | 一般病床 | 移行予定先 | |
| 駿東田方 | 富士小山病院 | 60 | 0 | 60 | 0 | 介護医療院 |
| | 神山復生病院 | 40 | 40 | 0 | 0 | 介護医療院 |
| | 富士山麓病院 | 168 | 48 | 120 | 0 | 介護医療院 |
| | 伊豆平和病院 | 49 | 0 | 49 | 0 | 介護医療院 |
| 駿東田方 小計 | | 317 | 88 | 229 | 0 | |
| 静岡 | 静岡広野病院 | 198 | 0 | 198 | 0 | 介護医療院 |
| | 静岡瀬名病院 | 180 | 0 | 180 | 0 | 介護医療院 |
| 静岡 小計 | | 378 | 0 | 378 | 0 | |
| 志太榛原 | ほしのクリニック | 17 | 1 | 16 | 0 | 介護老人保健施設 |
| 志太榛原 小計 | | 17 | 1 | 16 | 0 | |
| 中東遠 | 白梅豊岡病院 | 50 | 0 | 50 | 0 | 介護医療院 |
| | 富士ヶ丘内科 | 19 | 0 | 0 | 19 | 介護医療院 |
| | 掛川北病院 | 100 | 0 | 100 | 0 | 介護医療院 |
| | 掛川東病院 | 50 | 50 | 0 | 0 | 介護医療院 |
| | 袋井みつかわ病院 | 101 | 46 | 55 | 0 | 介護医療院 |
| 中東遠 小計 | | 320 | 96 | 205 | 19 | |
| 西部 | 湖東病院 | 169 | 0 | 169 | 0 | 介護医療院 |
| | 天竜すずかけ病院 | 55 | 55 | 0 | 0 | 介護医療院 |
| | 西山病院 | 113 | 0 | 113 | 0 | 介護医療院 |
| | 天竜厚生会第二診療所 | 18 | 12 | 0 | 6 | 介護医療院 |
| 西部 小計 | | 355 | 67 | 282 | 6 | |
| 県計 | | 1,387 | 252 | 1,110 | 25 | |

病床機能報告における定量的基準 「静岡方式」の導入（案）

～病床機能選択の目安～

静岡県健康福祉部
医療健康局医療政策課

< 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）

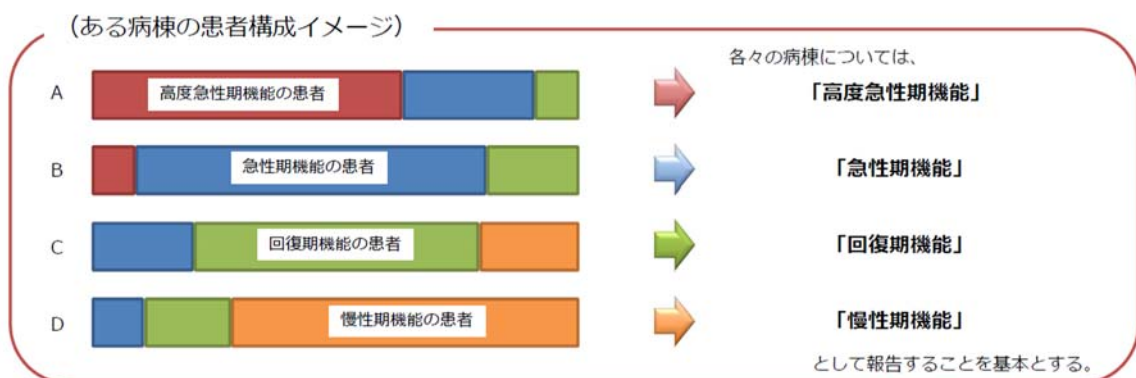
I 導入の背景

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）



◆ 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うまま、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」

<検討経緯>

- ・ 地域医療構想アドバイザーである浜松医科大学小林特任教授に作成を依頼
- ・ 静岡県医療対策協議会、各圏域の地域医療構想調整会議で議論を実施



<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」「手術、放射線治療、化学療法」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 「高度急性期+急性期」グループと「回復期（在宅医療等相当を含む）」の振り分け



- ③ 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

7 7

「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、MFICU、NICU、GCU、CCU、PICU、SCU、HCU → 「高度急性期」
- ◆ 小児入院医療管理料1・2・3 → 「急性期」
- ◆ 回復期リハ、地域包括ケア、緩和ケア、小児入院医療管理料4・5 → 「回復期」
- ◆ 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」



② 「高度急性期+急性期」グループと「回復期（在宅医療等相当を含む）」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：20%以上 II：15%以上] かつ平均在棟日数21日以内 → 「高度急性期・急性期」 (→ ③へ)
- ◆ 「手術」「放射線治療」「化学療法」件数
 - ・ ベッド当たり 手術2件/月 or 放射線0.1件/月 or 化学療法1件/月 以上 → 「高度急性期・急性期」 (点滴注射によるものを原則) (→ ③へ)
- ◆ 上記をひとつも満たさない病棟 → 「回復期（在宅医療等相当を含む）」



③ 「高度急性期+急性期」グループから「高度急性期」を抽出

- ◆ 「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：35%以上, II：30%以上] かつ平均在棟日数14日以内
 - 満たすものを「高度急性期」、満たさないものは「急性期」



8 8

【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

◆ 「手術」「放射線治療」「化学療法」件数

・ 「あり」ならば「急性期」

(目安)

ベッド当たり 手術 1 件/月以上 or 放射線治療あり or 化学療法 0.5 件/月以上
(点滴注射によるものを原則)

◆ 上記をひとつも満たさない診療所 → 「回復期（在宅医療等相当を含む）」



「静岡方式」における区分イメージ

| 医療機能 | 病院 | | 有床診療所 |
|-------|--|---|---|
| | 【特定入院料等からの区分】 | 【一般病棟の区分】 | |
| 高度急性期 | <ul style="list-style-type: none"> 救命救急 ICU ・ MFICU ・ NICU ・ GCU CCU ・ PICU ・ SCU ・ HCU | <ul style="list-style-type: none"> 重症度、医療・看護必要度が [Ⅰ:35%以上, Ⅱ:30%以上] かつ平均在棟日数14日以内 | - |
| 急性期 | <ul style="list-style-type: none"> 小児入院医療管理料 1・2・3 | <ul style="list-style-type: none"> 「重症度、医療・看護必要度」が [Ⅰ:20%以上, Ⅱ:15%以上] かつ平均在棟日数21日以内 手術あり(2件以上/月・ベッド) 放射線治療あり(0.1件以上/月・ベッド) 化学療法あり(1件以上/月・ベッド) | <ul style="list-style-type: none"> 手術あり(1件以上/月・ベッド) 放射線治療あり 化学療法あり(0.5件以上/月・ベッド) |
| 回復期 | <ul style="list-style-type: none"> 回復期Ⅱ病棟入院料 小児入院医療管理料 4・5 緩和ケア病棟入院料 地域包括ケア病棟入院料 | <ul style="list-style-type: none"> 上記を1つも満たさない病棟 | <ul style="list-style-type: none"> 上記、下記を1つも満たさない診療所 |
| 慢性期 | <ul style="list-style-type: none"> 療養病棟入院料 特殊疾患病棟入院料 障害者施設等入院基本料 | - | <ul style="list-style-type: none"> 有床診療所療養病床入院基本料 |

※「回復期」には地域医療構想の「在宅医療等」相当を含む。 ※化学療法は点滴注射によるものを原則とする。 ※区分は目安であり、医療機関の自主的判断も尊重する。

◆「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

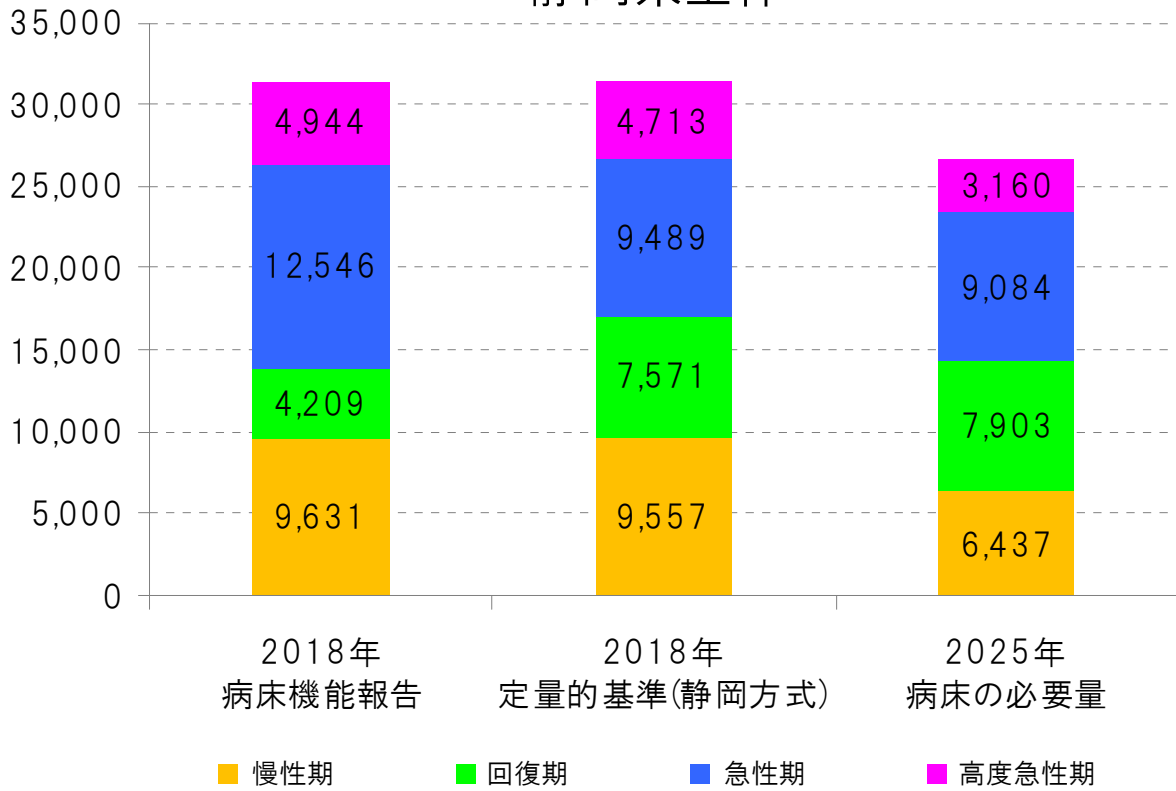
- ・基準はあくまで「目安」であり、病床機能の選択を強制するものではありません。
- ・各医療機関においては、これまでどおり自主的に病床機能を選択いただくこととなります。

◆「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。

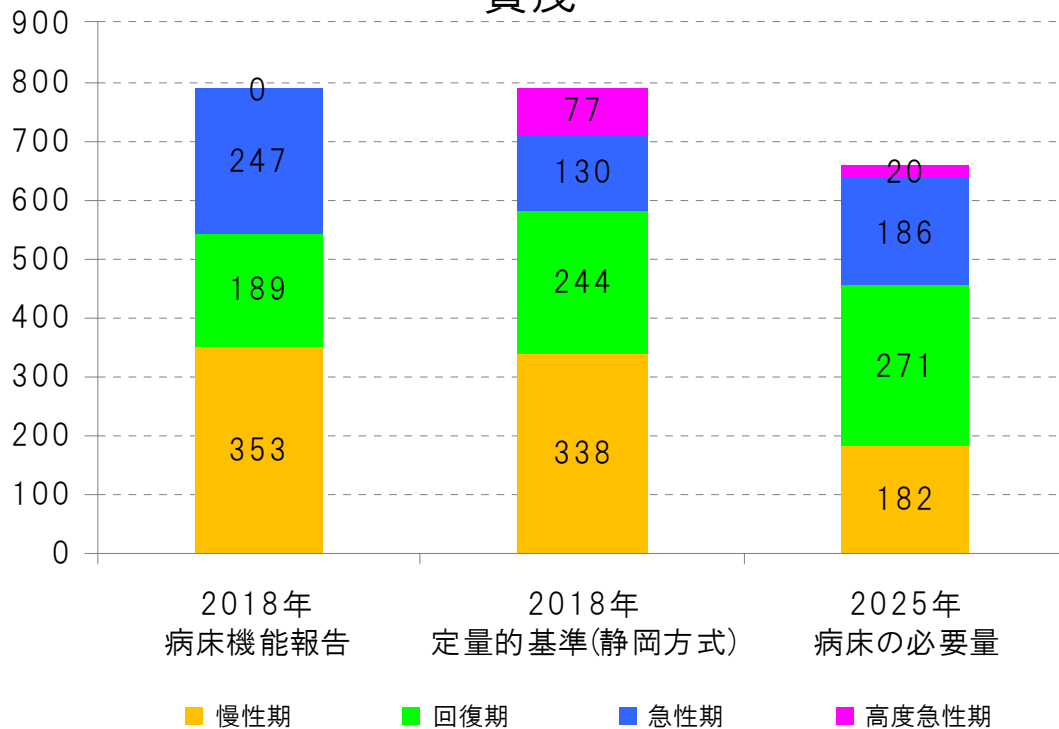
Ⅲ 参考：「静岡方式」の適用結果

静岡県全体



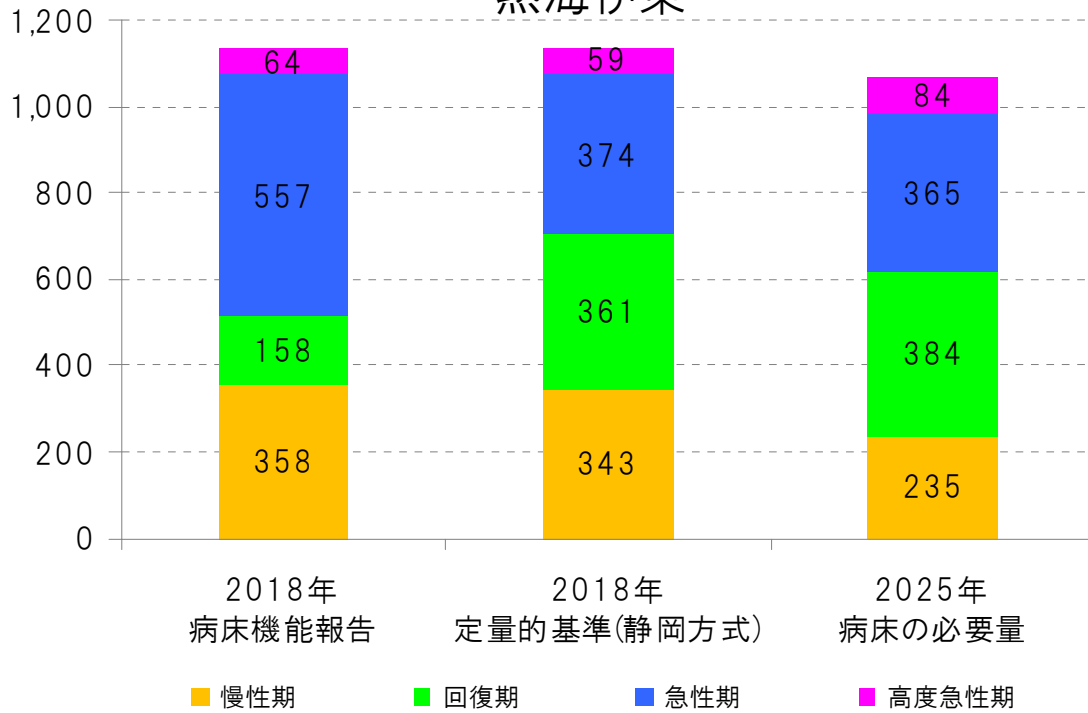
13

賀茂

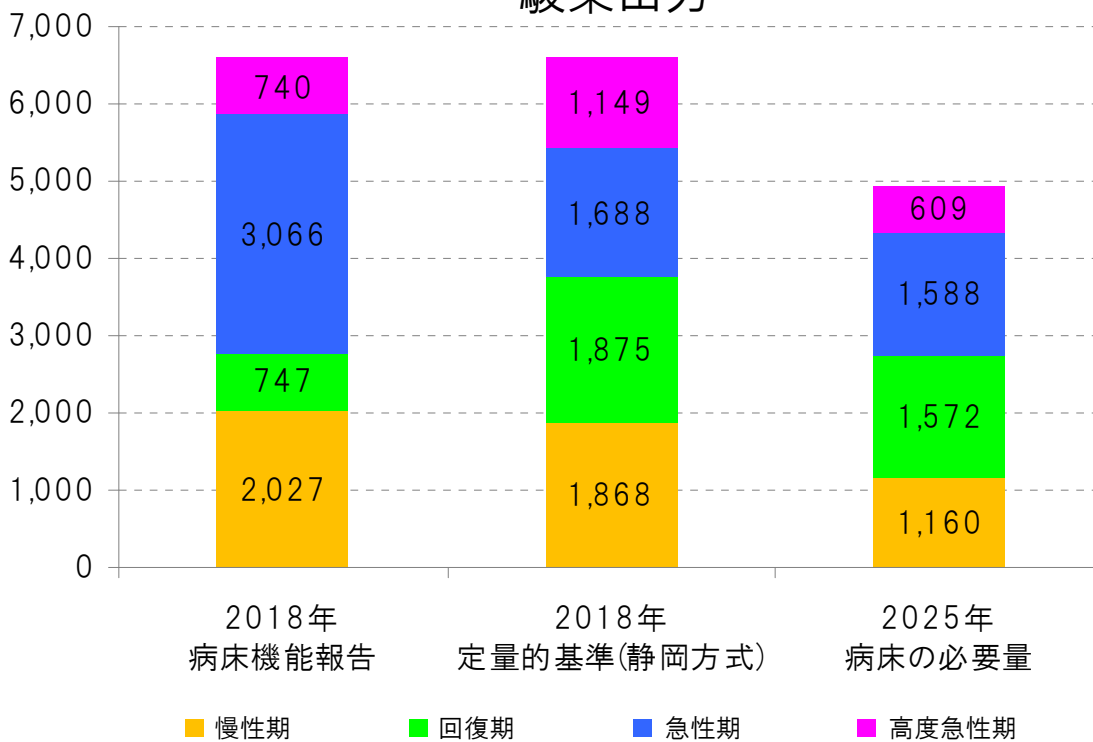


14

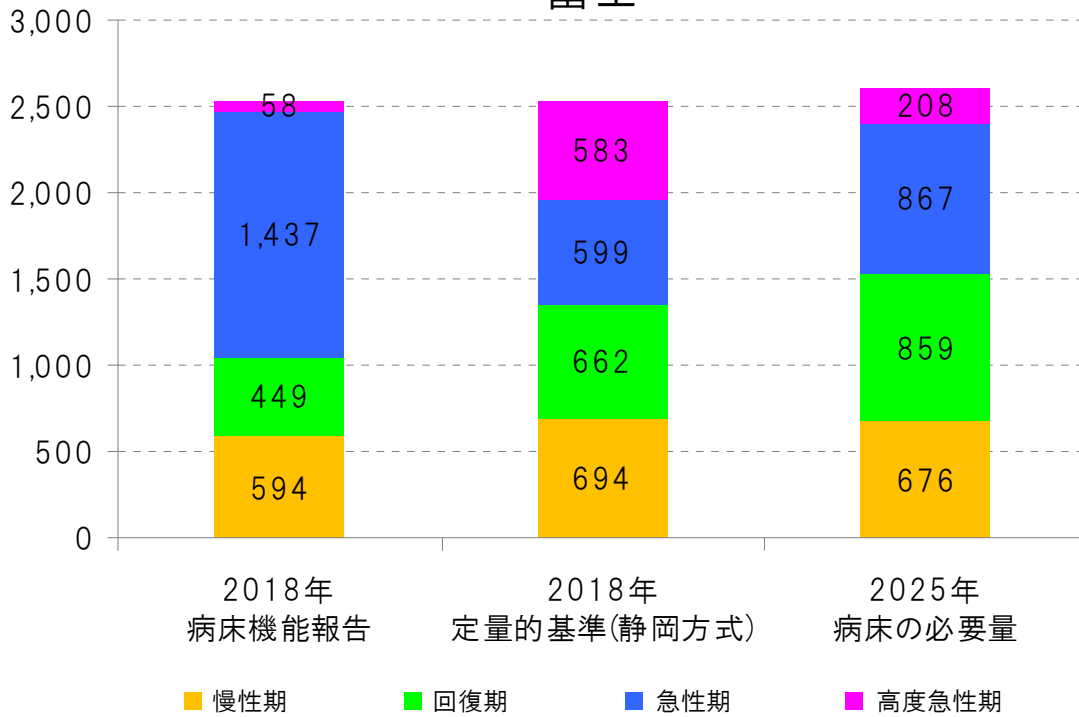
熱海伊東



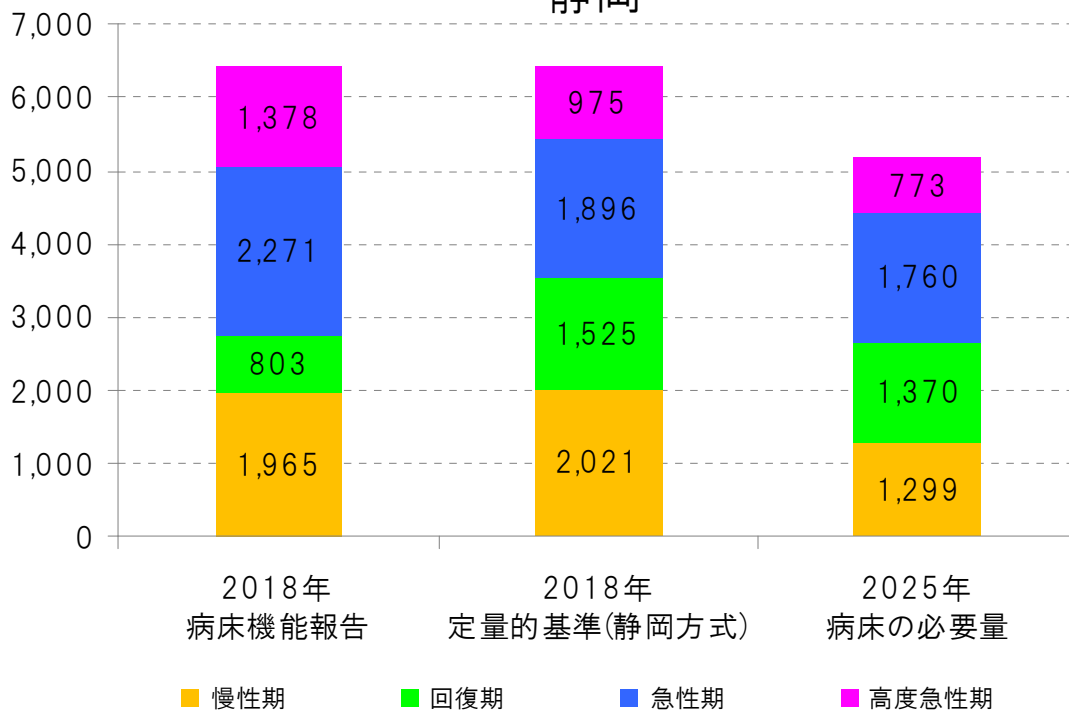
駿東田方



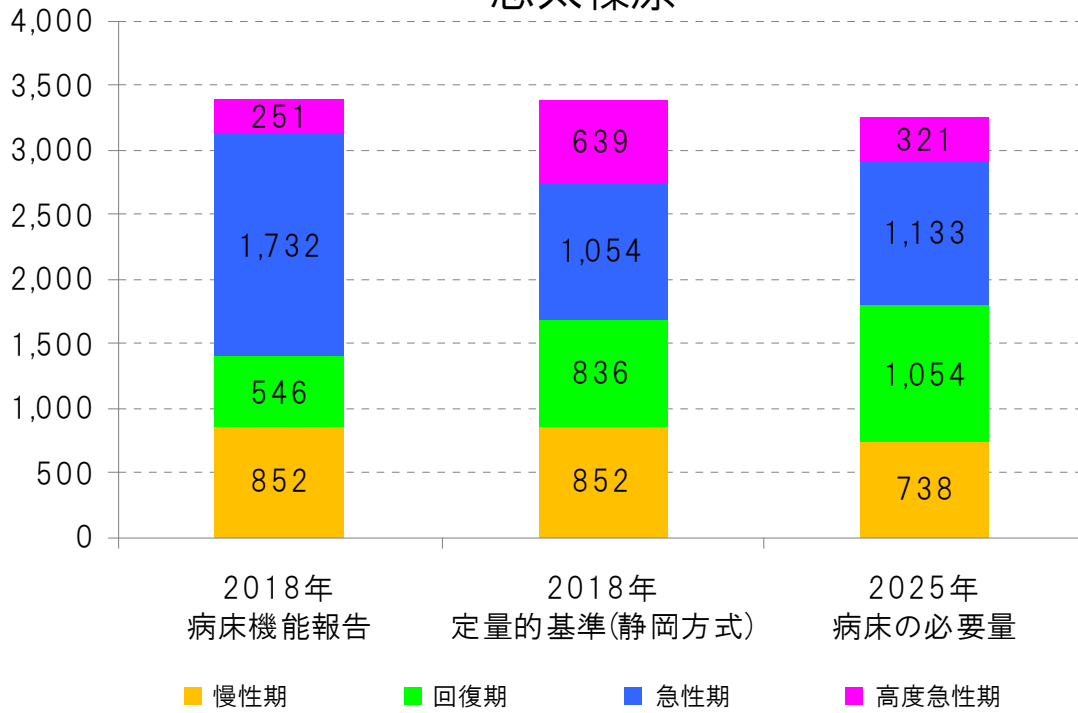
富士



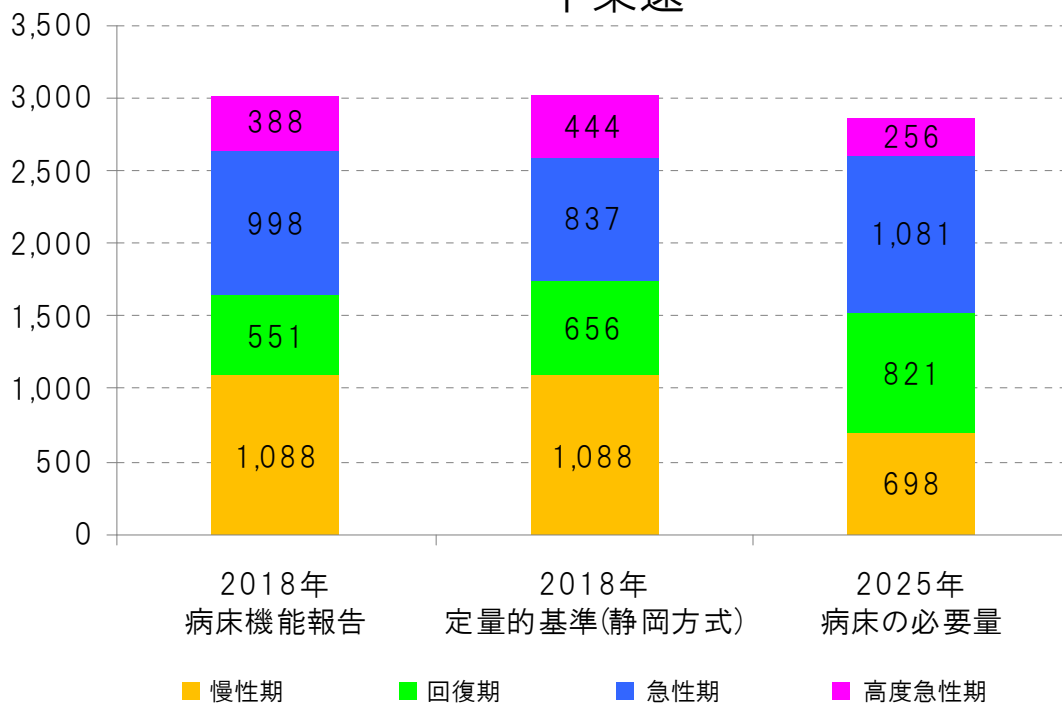
静岡



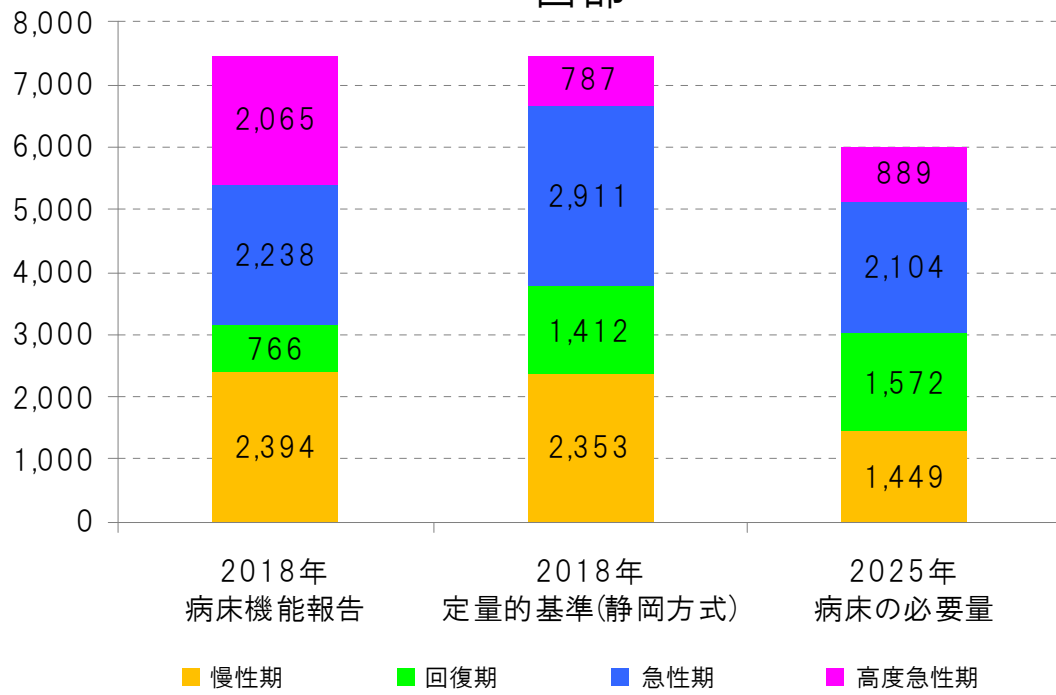
志太榛原



中東遠



西部



平成30年度病床機能報告 定量的基準（静岡方式）に基づく試算結果

| 構想区域 | 医療機能 | 2018年稼働病床数 | | 2025年 | | 静岡方式の結果に基づいた現状と課題（例） |
|------|-------|---------------|-----------------------|-------------------|----------------------|--|
| | | 病床機能報告 (A) | 静岡方式に 基づく試算 (B) | 病床の 必要量 (C) | 静岡方式 との差 (B-C) | |
| 賀茂 | 高度急性期 | 0 | 77 | 20 | 57 | <ul style="list-style-type: none"> 全体の稼働病床数が病床の必要量を130床上回っている。 高度急性期は病床の必要量を57床上回っているが、現場感覚や実態はどうか。 慢性期が必要病床数を上回るが、療養病床を有する病院は2施設のみであることに留意する必要。 |
| | 急性期 | 247 | 130 | 186 | ▲ 56 | |
| | 回復期 | 189 | 244 | 271 | ▲ 27 | |
| | 慢性期 | 353 | 338 | 182 | 156 | |
| | 全体 | 789 | 789 | 659 | 130 | |
| 熱海伊東 | 高度急性期 | 64 | 59 | 84 | ▲ 25 | <ul style="list-style-type: none"> 全体の稼働病床数と病床の必要量はほぼ同程度。 静岡方式では高度急性期～回復期は病床の必要量とほぼ同程度。現場感覚や実態はどうか。 慢性期は伊東病院の閉院(43床)により減少したため、慢性期が不足する状況とならないよう留意する必要。 |
| | 急性期 | 557 | 374 | 365 | 9 | |
| | 回復期 | 158 | 361 | 384 | ▲ 23 | |
| | 慢性期 | 358 | 343 | 235 | 108 | |
| | 全体 | 1,137 | 1,137 | 1,068 | 69 | |
| 駿東田方 | 高度急性期 | 740 | 1,149 | 609 | 540 | <ul style="list-style-type: none"> 全体の稼働病床数が病床の必要量を1,651床上回っている。 静岡方式では、急性期が大きく減少し回復期が充足する。現場感覚や実態はどうか。 介護医療院への転換予定(4施設317床)が示されており、慢性期が減少する見込み。 |
| | 急性期 | 3,066 | 1,688 | 1,588 | 100 | |
| | 回復期 | 747 | 1,875 | 1,572 | 303 | |
| | 慢性期 | 2,027 | 1,868 | 1,160 | 708 | |
| | 全体 | 6,580 | 6,580 | 4,929 | 1,651 | |
| 富士 | 高度急性期 | 58 | 583 | 208 | 375 | <ul style="list-style-type: none"> 全体の稼働病床数と病床の必要量はほぼ同程度。 静岡方式では高度急性期が充足し、急性期が不足する。現場感覚や実態はどうか。 介護医療院への転換等により、慢性期が不足する状況とならないよう留意する必要がある。 |
| | 急性期 | 1,437 | 599 | 867 | ▲ 268 | |
| | 回復期 | 449 | 662 | 859 | ▲ 197 | |
| | 慢性期 | 594 | 694 | 676 | 18 | |
| | 全体 | 2,538 | 2,538 | 2,610 | ▲ 72 | |
| 静岡 | 高度急性期 | 1,378 | 975 | 773 | 202 | <ul style="list-style-type: none"> 全体の稼働病床数が病床の必要量を1,215床上回っている。 静岡方式では高度急性期～回復期は病床の必要量と概ね同程度となっているが、現場感覚や実態はどうか。 介護医療院への転換予定(2施設378床)が示されており、慢性期が減少する見込み。 |
| | 急性期 | 2,271 | 1,896 | 1,760 | 136 | |
| | 回復期 | 803 | 1,525 | 1,370 | 155 | |
| | 慢性期 | 1,965 | 2,021 | 1,299 | 722 | |
| | 全体 | 6,417 | 6,417 | 5,202 | 1,215 | |
| 志太榛原 | 高度急性期 | 251 | 639 | 321 | 318 | <ul style="list-style-type: none"> 全体の稼働病床数と病床の必要量はほぼ同程度。 静岡方式においては高度急性期が病床の必要量を318床上回る。現場感覚や実態はどうか。 慢性期はほぼ同程度。介護医療院への転換等により慢性期が不足する状況とならないよう留意する必要。 |
| | 急性期 | 1,732 | 1,054 | 1,133 | ▲ 79 | |
| | 回復期 | 546 | 836 | 1,054 | ▲ 218 | |
| | 慢性期 | 852 | 852 | 738 | 114 | |
| | 全体 | 3,381 | 3,381 | 3,246 | 135 | |
| 中東遠 | 高度急性期 | 388 | 444 | 256 | 188 | <ul style="list-style-type: none"> 全体の稼働病床数が病床の必要量を169床上回っている。 静岡方式では高度急性期が充足し、急性期が不足する。現場感覚や実態はどうか。 介護医療院への転換予定(5施設320床)が示されており、慢性期が減少する見込み。 |
| | 急性期 | 998 | 837 | 1,081 | ▲ 244 | |
| | 回復期 | 551 | 656 | 821 | ▲ 165 | |
| | 慢性期 | 1,088 | 1,088 | 698 | 390 | |
| | 全体 | 3,025 | 3,025 | 2,856 | 169 | |
| 西部 | 高度急性期 | 2,065 | 787 | 889 | ▲ 102 | <ul style="list-style-type: none"> 全体の稼働病床数が病床の必要量を1,449床上回っている。 静岡方式では高度急性期が不足し、急性期が充足する。現場感覚や実態はどうか。 介護医療院への転換予定(4施設355床)が示されており、慢性期が減少する見込み。 |
| | 急性期 | 2,238 | 2,911 | 2,104 | 807 | |
| | 回復期 | 766 | 1,412 | 1,572 | ▲ 160 | |
| | 慢性期 | 2,394 | 2,353 | 1,449 | 904 | |
| | 全体 | 7,463 | 7,463 | 6,014 | 1,449 | |
| 県全体 | 高度急性期 | 4,944 | 4,713 | 3,160 | 1,553 | <ul style="list-style-type: none"> 全体の稼働病床数が病床の必要量を4,746床上回っている。 急性期と回復期は病床の必要量とほぼ同数。 高度急性期の稼働病床数が病床の必要量を1,553床上回っている。 慢性期の稼働病床数が病床の必要量を3,120床上回っている。介護医療院への転換等の動向に留意する必要。 |
| | 急性期 | 12,546 | 9,489 | 9,084 | 405 | |
| | 回復期 | 4,209 | 7,571 | 7,903 | ▲ 332 | |
| | 慢性期 | 9,631 | 9,557 | 6,437 | 3,120 | |
| | 全体 | 31,330 | 31,330 | 26,584 | 4,746 | |

非稼働病床の対応方針について

1 概要

賀茂圏域の病院・有床診療所における稼働状況について、病棟別で20床以上が非稼働となっている病床について、理由と今後の対応方針を報告する。

2 病院、診療所における非稼働病床の状況

(1) 賀茂保健医療圏の状況

(調査基準日：平成30年7月1日)

| 医療機関 | 病床機能 | 病棟名 | 病床種別 | 許可病床数 | 稼働病床数 | 非稼働病床数 |
|-------------|------|--------|------|-------|-------|--------|
| 伊豆今井浜病院 | 急性期 | 本館病棟 | 一般 | 54 | 37 | 17 |
| | 急性期 | 2・3階病棟 | 一般 | 36 | 30 | 6 |
| | 回復期 | 4階病棟 | 一般 | 50 | 30 | 20 |
| 下田メディカルセンター | 急性期 | 2階病棟 | 一般 | 52 | 49 | 3 |
| | 急性期 | 3A病棟 | 一般 | 49 | 47 | 2 |
| | 回復期 | 3B病棟 | 一般 | 39 | 36 | 3 |
| 河井医院 | 急性期 | — | 一般 | 11 | 0 | 11 |

※稼働病床数

→許可病床数から、平成29年7月1日～平成30年6月30日の過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床数を除いた病床数

※過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床数

→許可病床数から、過去1年間に最も多く患者を収容した時点で使用した病床数を差し引いて算出

(2) 静岡県全体の状況（病院、診療所）

| | 賀茂 | 熱海伊東 | 駿東田方 | 富士 | 静岡 | 志太榛原 | 中東遠 | 西部 | 県合計 |
|--------|----|------|------|-----|-----|------|-----|-----|-------|
| 非稼働病床数 | 62 | 51 | 480 | 229 | 410 | 240 | 116 | 344 | 1,932 |
| 医療機関数 | 3 | 6 | 35 | 17 | 18 | 9 | 9 | 33 | 130 |

3 非稼働病床の理由と今後の対応方針（病棟別20床以上）

| 医療機関 | 病棟 | 非稼働病床数 | 稼働していない理由 | 今後の運用見通しに関する計画 |
|---------|------|--------|--|--|
| 伊豆今井浜病院 | 4階病棟 | 20床 | 看護師の確保が困難で患者数を制限せざるを得なかったこと及び適応疾患に制限がある回復期リハビリ病棟で患者の確保が困難であったこと。 | 平成31年4月より地域包括ケア病棟に変更し、病床数は令和元年5月より46床とした。 約3ヶ月の運用ではあるが現時点で非稼働病床は13床であり、今後更なる減少を見込む。 |

【平成30年度病床機能報告】稼働病床数がゼロ 又は 非稼働20床以上（病院）

| 圏域 | 医療機関名 | 病棟名 | 許可 病床数 | 稼働 病床数 | 非稼働 病床数 | 病床 種別 |
|------|----------------------------|----------|-----------|-----------|------------|----------|
| 賀茂 | 伊豆今井浜病院 | 4階病棟 | 50 | 30 | 20 | 一般 |
| 熱海伊東 | (該当なし) | - | - | - | - | - |
| 駿東田方 | JCHO三島総合病院 | 2階ドック用病室 | 1 | 0 | 1 | 一般 |
| | 社会福祉法人農協共済中伊豆リハビリテーションセンター | 4階病棟 | 30 | 0 | 30 | 療養 |
| | 沼津市立病院 | 7階東 | 39 | 0 | 39 | 一般 |
| | 医療法人社団慈広会記念病院 | 1病棟 | 56 | 0 | 56 | 療養 |
| | 〃 | 2病棟 | 60 | 29 | 31 | 療養 |
| | 国立駿河療養所(※) | 第1病棟 | 41 | 18 | 23 | 一般 |
| | 池田病院 | 4・5東病棟 | 27 | 0 | 27 | 一般 |
| | 伊豆保健医療センター | 2階病棟 | 37 | 0 | 37 | 一般 |
| | JA静岡厚生連リハビリテーション中伊豆温泉病院 | 3東病棟 | 35 | 0 | 35 | 療養 |
| 富士 | 芦川病院 | 一般病棟 | 39 | 0 | 39 | 一般 |
| | 聖隷富士病院 | 4階病棟 | 34 | 0 | 34 | 一般 |
| 静岡 | 静岡徳洲会病院 | 3階ICU | 6 | 0 | 6 | 一般 |
| | | 4階西 | 20 | 0 | 20 | 一般 |
| | | 6階東 | 50 | 0 | 50 | 一般 |
| | | 6階西 | 41 | 0 | 41 | 療養 |
| | | 7階東 | 54 | 0 | 54 | 一般 |
| | 清水富士山病院 | 4階病棟 | 20 | 0 | 20 | 一般 |
| | JCHO桜ヶ丘病院 | 4階病棟 | 84 | 58 | 26 | 一般 |
| | 医療法人社団 健寿会 山の上病院 | 北館2階 | 32 | 0 | 32 | 療養 |
| 志太榛原 | 藤枝市立総合病院 | 5階A病棟 | 19 | 0 | 19 | 一般 |
| | 榛原総合病院 | 南3病棟 | 47 | 0 | 47 | 一般 |
| | | 北4病棟 | 50 | 0 | 50 | 一般 |
| | | 西3病棟 | 50 | 0 | 50 | 一般 |
| | | ICU | 8 | 0 | 8 | 一般 |
| 中東遠 | 市立御前崎総合病院 | 東5階病棟 | 11 | 0 | 11 | 一般 |
| 西部 | 市立湖西病院 | 東3病棟 | 54 | 0 | 54 | 一般 |
| | | 東4病棟 | 39 | 0 | 39 | 一般 |

各圏域における有床診療所の非稼働病床の状況

| 圏域名 | 平成 30 年度病床機能報告 | | | | <参考> |
|------|----------------|-------|-------|--------|--------|
| | 非稼働病床を有する | | | | 昨年度 |
| | 施設数 | 許可病床数 | 稼働病床数 | 非稼働病床数 | 非稼働病床数 |
| 賀茂 | 1 | 11 | 0 | 11 | 0 |
| 熱海伊東 | 4 | 48 | 1 | 47 | 33 |
| 駿東田方 | 22 | 196 | 27 | 169 | 149 |
| 富士 | 13 | 153 | 35 | 118 | 125 |
| 静岡 | 10 | 77 | 12 | 65 | 52 |
| 志太榛原 | 5 | 44 | 24 | 20 | 6 |
| 中東遠 | 7 | 55 | 0 | 55 | 30 |
| 西部 | 23 | 217 | 40 | 177 | 183 |
| 県全体 | 85 | 801 | 139 | 662 | 578 |

地域医療介護総合確保基金（医療分）

1 基金の概要

| | |
|-------|---|
| 名称 | 静岡県地域医療介護総合確保基金（H26年条例制定） |
| 趣旨等 | <ul style="list-style-type: none"> 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題 ⇒消費税増収分を活用した新たな財政支援制度として都道府県に基金設置 都道府県計画を作成し、この計画に基づいて事業を実施 |
| 負担割合 | 国2／3、都道府県1／3（法定負担率） |
| 国予算規模 | <ul style="list-style-type: none"> 1,858億円（公費ベース） → うち、医療分1,034億円（医療分100億円増） 区分Ⅰ：570億円（70億円増）、区分Ⅱ・Ⅳ：464億円（30億円増） |

2 基金事業化に向けたスケジュール（予定）

| 時期 | 提案者 | 県 | 国 |
|-------------------|------------|-------------------------------------|---|
| 令和元年 6月～ 9月 | 事業提案 | 提案募集 基金事業の募集 事業提案 提案事業のまとめ | |
| 10月～ 12月 | 提案内容の精査・調整 | 当初予算編成 | |
| 令和2年 1月～ 3月 | | 県議会2月定例会（当初予算成立） | 要望（計画案）提出（国要望ヒアリング） |
| 4月～ | 事業実施 | 県計画の決定 前年度までの事後評価 | 事業内容の確認等配分額調整 基金の国内示 H30：9/14 計画書、申請書等提出 |

3 事業提案で留意いただきたい事項

| | |
|------|---|
| 目的 | 基金の目的（医療と介護の総合的な確保）や各区分の趣旨（Ⅰ：地域医療構想の達成、Ⅱ：在宅医療の推進、Ⅳ：医療従事者の確保）につながる提案をすること。 |
| 財源 | 診療報酬や他の補助金等で措置されているものを基金事業の対象とすることは不可であること。 |
| 公共性 | 個別の医療機関等の機能強化ではなく、全県や圏域・地域の医療ニーズを捉えた、公共性の高い事業であること。 |
| 事業効果 | 事後評価の検証が必要とされることから、定量的な事業効果の測定ができる目標を設定すること |