

令和7年度第1回 熱海伊東地域医療構想調整会議

令和7年7月14日（月）

19:00～Web会議（Zoom）

次 第

○ 議 題

- （1）圏域の薬剤耐性対策の情報共有

○ 報 告

- （1）令和6年度病床機能報告
- （2）地域医療介護総合確保基金（医療分）

【資料1】 圏域の薬剤耐性対策の情報共有

【資料2-1】 令和6年度病床機能報告の集計結果の状況（概要）

【資料2-2】 令和6年度非稼働病床一覧

【資料2-3】 病床機能報告における定量的基準「静岡方式」の導入

【資料3】 地域医療介護総合確保基金（医療分）

令和7年度第1回 熱海伊東地域医療構想調整会議 出席者名簿

(令和7年7月14日開催)

職名	氏名	備考
熱海市健康福祉部長	小坪 透	出(会場)
伊東市健康福祉部長	松下 義己	出(Web)
熱海市医師会長	渡辺 英二	出(Web)
熱海市医師会副会長	服部 真紀	出(Web)
伊東市医師会長	岡田 典之	出(Web)
伊東熱海歯科医師会長	稲葉 雄司	出(Web)
伊東熱海歯科医師会理事	松本 晃	出(Web)
伊東熱海薬剤師会理事	秋本 佳秀	出(Web)
伊東熱海薬剤師会理事	岩瀬 裕	出(Web)
国際医療福祉大学熱海病院長	中島 淳	代理出席(Web) 山田佳彦 上席副院長
伊東市民病院管理者	川合 耕治	出(Web)
熱海所記念病院長	金井 洋	出(Web)
熱海 海の見える病院長	鈴木 和浩	出(Web)
南熱海病院長	岡村 律子	出(Web)
静岡県看護協会熱海・伊東地区支部幹事	西島 志枝	出(Web)
熱海市介護サービス提供事業者連絡協議会長	水谷 光一郎	出(Web)
伊東市介護保険事業者連絡協議会副会長	森 典世	出(Web)
全国健康保険協会静岡支部レセプトグループ長	日野 靖幸	出(Web)
静岡県熱海保健所長	下窪 匡章	出(会場)

(アドバイザー)

地域医療構想アドバイザー	小林 利彦	出(Web)
地域医療構想アドバイザー	毛利 博	出(Web)
地域医療構想アドバイザー	竹内 浩視	出(Web)

欠席

熱海ちとせ病院長	田中 直秀	
----------	-------	--

薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン (2023-2027)

アクションプランの概要

- AMRに起因する感染症による疾病負荷のない世界の実現を目指し、**AMRの発生をできる限り抑え**るとともに、**薬剤耐性微生物による感染症のまん延を防止**するための対策をまとめたもの。
- **6分野（①普及啓発・教育、②動向調査・監視、③感染予防・管理、④抗微生物剤の適正使用、⑤研究開発・創薬、⑥国際協力）の目標に沿って、具体的な取組を記載するとともに、計画全体を通しての成果指標（数値目標）を設定。**

主な新規・強化取組事項

<目標1 普及啓発・教育>

- ・医療関係者等を対象とした生涯教育研修における感染管理（手指消毒の重要性など）、抗微生物剤の適正使用等に関する研修プログラムの実施の継続・充実

<目標2 動向調査・監視>

- ・畜産分野に加え、水産分野及び愛玩動物分野の薬剤耐性動向調査の充実
- ・畜産分野の動物用抗菌剤の農場ごとの使用量を把握するための体制確立
- ・薬剤耐性菌に関する環境中の水、土壌中における存在状況及び健康影響等に関する情報の収集
- ・環境中における抗微生物剤の残留状況に関する基礎情報の収集

<目標3 感染予防・管理>

- ・家畜用、養殖水産動物用及び愛玩動物用のワクチンや免疫賦活剤等の開発・実用化の推進

<目標4 抗微生物剤の適正使用>

- ・「抗微生物薬適正使用の手引き」の更新、内容の充実、臨床現場での活用の推進

<目標5 研究開発・創薬>

- ・産・学・医療で利用可能な「薬剤耐性菌バンク」での分離株保存の推進、病原体動向調査、AMRの発生・伝播機序の解明、創薬等の研究開発の推進、海外における分離株のゲノム情報の収集
- ・「抗菌薬確保支援事業」による新たな抗微生物薬に対する市場インセンティブの仕組みの導入
- ・医療上不可欠な医薬品のサプライチェーンの強靱化を図り、我が国における安定確保医薬品の安定供給に資するよう、「医薬品安定供給支援事業」の実施
- ・適切な動物用抗菌性物質の使用を確保するため、迅速かつ的確な診断手法の開発のための調査研究の実施

<目標6 国際協力>

- ・「薬剤耐性(AMR)ワンヘルス東京会議」の年次開催の継続を通じた、アジア諸国及び国際機関の関係者間の情報共有、各国のAMR対策推進を促進

薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン (2023-2027)

- 「薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(2016-2020)」では、計画全体を通しての数値目標を設定し、目標達成に向けてAMR対策に取り組んできた。
- 取組により、一部の指標は改善傾向にはあるが、改善の乏しい指標や新たに生じた課題がまだまだ多くあることから、新たな数値目標を設定し、引き続き、国際的な動きと協調しつつ継続的にAMR対策に取り組んでいく。

微生物の薬剤耐性率

	指標	2020年	2027年(目標値)
ヒトに関して	バンコマイシン耐性腸球菌感染症の罹患数 新	135人	80人以下(2019年時点に維持)
	黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率	50%	20%以下
	大腸菌のフルオロキノロン耐性率	35%	30%以下(維持)
	緑膿菌のカルバペネム耐性率	11%	3%以下
	大腸菌・肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	0.1-0.2%	0.2%以下(維持)
動物に関して	大腸菌のテトラサイクリン耐性率	牛19.8%、豚62.4%、鶏52.9%	牛20%以下、豚50%以下、鶏45%以下
	大腸菌の第3世代セファロスポリン耐性率	牛0.0%、豚0.0%、鶏4.1%	牛1%以下、豚1%以下、鶏5%以下
	大腸菌のフルオロキノロン耐性率	牛0.4%、豚2.2%、鶏18.2%	牛1%以下、豚2%以下、鶏15%以下

※2027年のヒトにおける目標値は、保菌の影響を除く観点から黄色ブドウ球菌メチシリン耐性率、緑膿菌カルバペネム耐性率は検体を血液検体、大腸菌フルオロキノロン耐性率は尿検体の耐性率とする。

抗微生物剤の使用量

	指標	2020年	2027年(目標値) (対2020年比)
ヒトに関して	人口千人当たりの一日抗菌薬使用量	10.4	15%減
	経口第3世代セファロスポリン系薬の人口千人当たりの一日使用量	1.93	40%減
	経口フルオロキノロン系薬の人口千人当たりの一日使用量	1.76	30%減
	経口マクロライド系薬の人口千人当たりの一日使用量	3.30	25%減
	カルバペネム系の静注抗菌薬の人口千人当たりの一日使用量 新	0.058	20%減
動物に関して	畜産分野の動物用抗菌剤の全使用量 新	626.8t	15%減
	畜産分野の第二次選択薬(※)の全使用量 新	26.7t	27t以下に抑える

※第3世代セファロスポリン、15員環マクロライド(ツラスロマイシン、ガミスロマイシン)、フルオロキノロン、コリスチン

<バンコマイシン耐性腸球菌 (Vancomycin Resistant Enterococci = VRE) 感染症について>

1 概要

2019年から県内でバンコマイシン耐性腸球菌 (Vancomycin Resistant Enterococci = VRE) 感染症が急増しており、県内の幅広い地域で伝播していると考えられます (VRE届出基準は以下のとおり)。

通常9割は無症候性のため、届出数よりも多くの保菌者が県内にいると想定されます。

医師は、症状や所見からバンコマイシン耐性腸球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、バンコマイシン耐性腸球菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による腸球菌の検出かつ分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が $16 \mu\text{g/ml}$ 以上	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による腸球菌の検出かつ、分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が $16 \mu\text{g/ml}$ 以上、かつ分離菌が感染症の起因为菌と判定された場合	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

バンコマイシン耐性腸球菌感染症の発生状況

◆ 静岡県内保健所別届出数

年次	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
全国	80	80	136	124	133	115	122	31
静岡県	0	6	21	17	18	14	20	4
賀茂					1			
熱海			1		1		4	1
東部		1	19	13	14	9	7	2
御殿場				1		2		
富士				1		1		
静岡市		5	1	2	2		6	
中部								
西部						2	1	1
浜松市							2	

2025は第16週(~4/20)まで

東部保健所の感染防止への取組

地域へ拡げること防ぐ

- ・管内病院におけるVRE検出情報の収集と還元
- ・東部地域VRE対策連絡会議の開催

他施設へ拡げること防ぐ

- ・転院先への情報提供の徹底

施設内での感染拡大を防ぐ

- ・アウトブレイクが起きている病院への調査及び助言
- ・定期的な院内対策会議への参加

国立感染症研究所、県環境衛生科学研究所、感染症対策課、東部地域の保健所、東部地域の全病院・郡市医師会との連携

- 感染管理対策担当看護師等連絡会議の開催
- 管内病院・高齢者福祉施設対象の「感染対策向上研修会」開催(R4)
- 病院立入検査での重点項目としてVRE感染対策を確認(R5)
- VRE対応マニュアルの見直し(R6)

東部保健所での取組（医療機関からの報告例）

2026年	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
陽性者数（スクリーニング検査）												
検査数（スクリーニング検査）												
スクリーニング検査陽性率%	#DIV/0!											
病因探査検査での陽性者数												
発生届提出数（感染症発生症例）												

- 毎月 15 日までに前月分を、東部保健所地域医療課へメールにて御報告ください。
- 全て検体採取日でカウントしてください。
- 陽性者がゼロの場合も報告をお願いします。
- 目標は、新規陽性者数が 0（ゼロ）となること。

【入力項目】

- ・陽性者数（スクリーニング検査）：新規にスクリーニングで陽性となった数。スクリーニング陽性者で既感染の人は「陽性者数」の数に入れない。
- ・検査数（スクリーニング検査）：スクリーニング検査実施数（陽性で既感染の数は除いてください）
- ・スクリーニング検査陽性率(%)：新規陽性者の率。低下しているのか目安として見ていく。計算式が入っているため、自動計算されます。
- ・病因探査検査での陽性者数：スクリーニング以外の目的で検査を実施し、陽性となった数
- ・発生届提出数（感染症発生症例）：五類感染症（全数把握）届出の数

令和 6 年度病床機能報告の集計結果の状況（概要）

1 病床機能報告制度（医療法第 30 条の 13）

- 病床機能報告制度は、医療介護総合確保推進法（平成 26 年 6 月成立）により改正された医療法第 30 条の 13 に基づく制度である。（平成 26 年 10 月施行）
- 医療機能の分化・連携の推進のため、県は毎年度医療機関からその有する病床において担っている医療機能の現状等を病棟単位で報告を受ける。
- 県には公表義務があり、県ホームページでの公表や、地域医療構想調整会議等での協議に活用していく。

2 令和 6 年度報告結果

(1) 報告状況

報告対象	R 5	R 6	増減	備考
病院	1 3 9 施設	1 3 9 施設	0	報告率100%
診療所	1 4 3 施設	1 3 7 施設	▲ 6	報告率100%
合計	2 8 2 施設	2 7 6 施設	▲ 6	

(2) 過去 3 年間の病床数の推移と地域医療構想における病床の必要量との比較

○全体

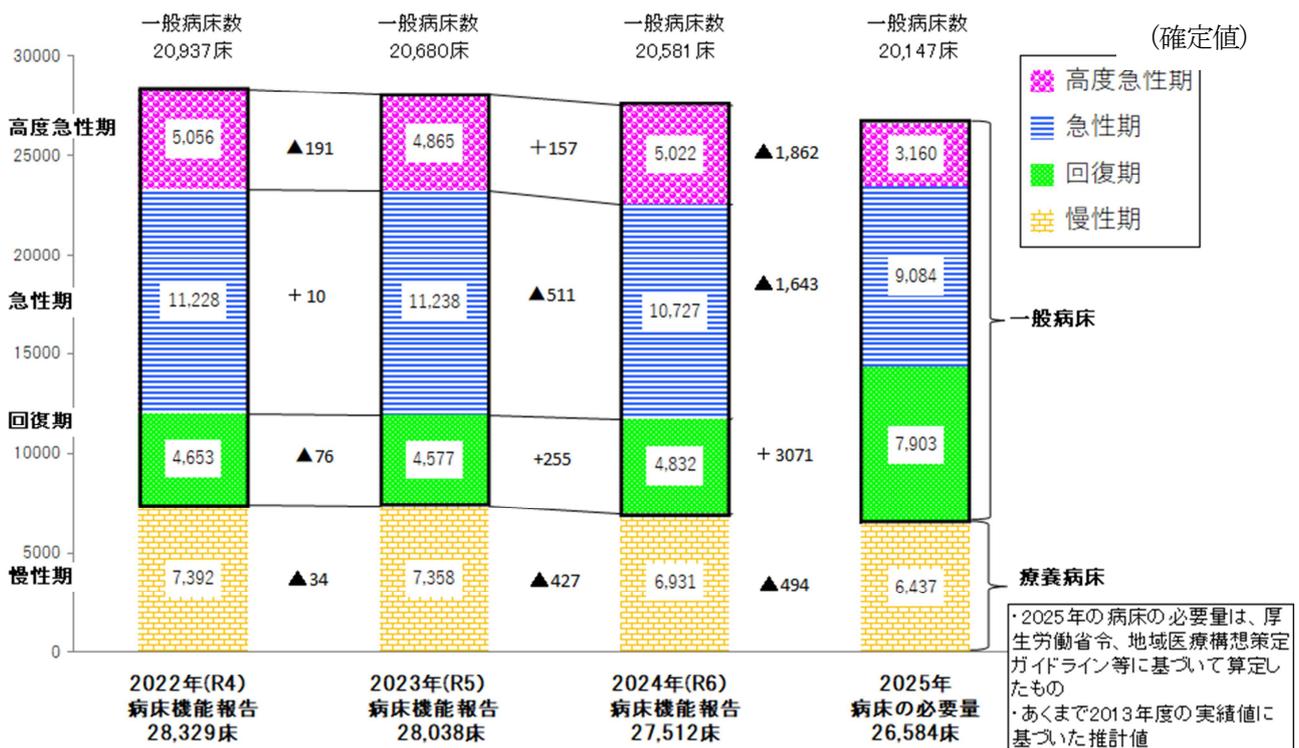
- ・令和 6 年度の最大使用病床数は 27,512 床であり、昨年度の 28,038 床から 526 床減少した。

○一般病床（高度急性期、急性期、回復期）

- ・高度急性期、急性期、回復期の割合は令和 5 年度病床機能報告と同様の傾向であった。
- ・2025 年の必要病床数と比較した場合には、回復期が不足していることから、さらに回復期への機能転換を進めていく。

○療養病床（慢性期）

- ・慢性期の割合は令和 5 年度病床機能報告と同様の傾向であった。
- ・2025 年の病床必要量と比較して約 500 床以上多い状態であるが、毎年順調に減少し続けている。今後も介護医療院等への転換を推進し、乖離を解消していく。



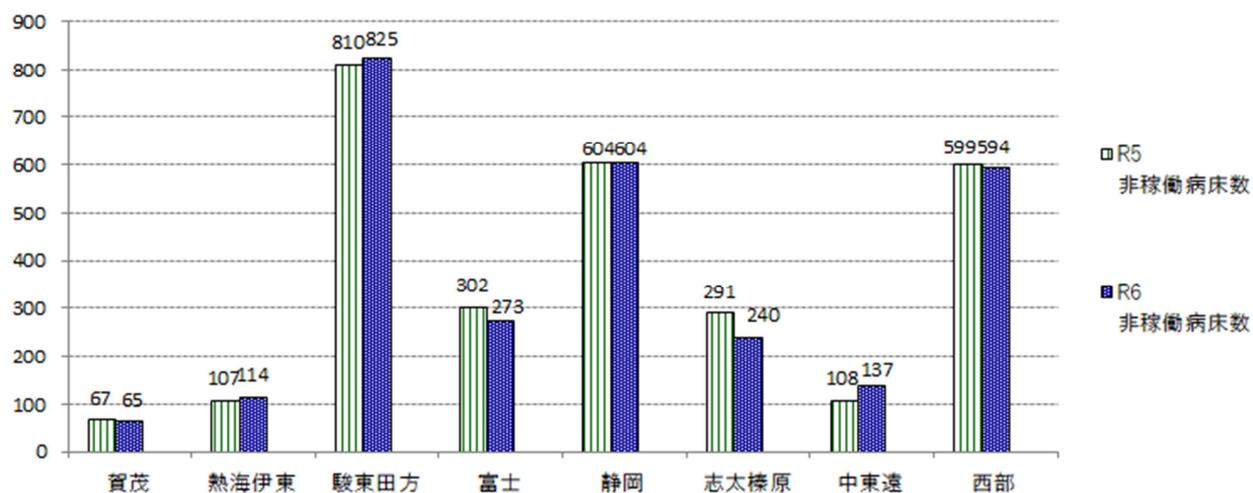
(3) 構想区域別の病床の稼働状況と構成比

(単位：床)

構想区域	医療機能	病床機能報告				病床の必要量		比較	
		2023年 (R5)		2024年 (R6)		2025年		2023⇔2024	2024⇔2025
		実数	構成比	実数	構成比	実数	構成比		
県全体	高度急性期	4,865	17%	5,022	18%	3,160	12%	157	▲ 1,862
	急性期	11,238	40%	10,727	39%	9,084	34%	▲ 511	▲ 1,643
	回復期	4,577	16%	4,832	18%	7,903	30%	255	3,071
	慢性期	7,358	26%	6,931	25%	6,437	24%	▲ 427	▲ 494
	計	28,038		27,512		26,584		▲ 526	▲ 928
賀茂	高度急性期	0	0%	0	0%	20	3%	0	20
	急性期	243	36%	205	30%	186	28%	▲ 38	▲ 19
	回復期	163	24%	205	30%	271	41%	42	66
	慢性期	277	41%	269	40%	182	28%	▲ 8	▲ 87
	計	683		679		659		▲ 4	▲ 20
熱海伊東	高度急性期	16	2%	16	2%	84	8%	0	68
	急性期	486	52%	485	53%	365	34%	▲ 1	▲ 120
	回復期	145	16%	142	15%	384	36%	▲ 3	242
	慢性期	282	30%	280	30%	235	22%	▲ 2	▲ 45
	計	929		923		1,068		▲ 6	145
駿東田方	高度急性期	671	12%	723	13%	609	12%	52	▲ 114
	急性期	2,572	44%	2,418	43%	1,588	32%	▲ 154	▲ 830
	回復期	931	16%	978	17%	1,572	32%	47	594
	慢性期	1,639	28%	1,512	27%	1,160	24%	▲ 127	▲ 352
	計	5,813		5,631		4,929		▲ 182	▲ 702
富士	高度急性期	243	10%	247	11%	208	8%	4	▲ 39
	急性期	1,064	45%	1,099	47%	867	33%	35	▲ 232
	回復期	484	21%	521	22%	859	33%	37	338
	慢性期	549	23%	483	21%	676	26%	▲ 66	193
	計	2,340		2,350		2,610		10	260
静岡	高度急性期	1,399	24%	1,357	24%	773	15%	▲ 42	▲ 584
	急性期	1,987	34%	1,921	34%	1,760	34%	▲ 66	▲ 161
	回復期	835	14%	889	16%	1,370	26%	54	481
	慢性期	1,596	27%	1,474	26%	1,299	25%	▲ 122	▲ 175
	計	5,817		5,641		5,202		▲ 176	▲ 439
志太榛原	高度急性期	198	6%	283	9%	321	10%	85	38
	急性期	1,807	58%	1,668	54%	1,133	35%	▲ 139	▲ 535
	回復期	486	15%	534	17%	1,054	32%	48	520
	慢性期	649	21%	608	20%	738	23%	▲ 41	130
	計	3,140		3,093		3,246		▲ 47	153
中東遠	高度急性期	385	14%	386	14%	256	9%	1	▲ 130
	急性期	909	34%	869	32%	1,081	38%	▲ 40	212
	回復期	653	24%	691	26%	821	29%	38	130
	慢性期	724	27%	730	27%	698	24%	6	▲ 32
	計	2,671		2,676		2,856		5	180
西部	高度急性期	1,953	29%	2,010	31%	889	15%	57	▲ 1,121
	急性期	2,170	33%	2,062	32%	2,104	35%	▲ 108	42
	回復期	880	13%	872	13%	1,572	26%	▲ 8	700
	慢性期	1,642	25%	1,575	24%	1,449	24%	▲ 67	▲ 126
	計	6,645		6,519		6,014		▲ 126	▲ 505

(4) 非稼働病床の状況

- ・令和6年度報告における非稼働病床数（2,852床）は、昨年度（2,888床）と比較して減少している。
- ・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

令和6年度 非稼働病床一覧

【令和6年度病床機能報告】

病床が稼働していない理由と今後の運用見通し(病院：最大使用病床数が0床又は非稼働病床（許可病床数－最大使用病床数）が20床以上） ※最大使用病床数調査対象期間：R5.4.1～R6.3.31

圏域	医療機関名	令和6年度病床機能報告 ローデータ						最大使用病床数が0床の理由・対応方針等	今後の運用見通しに関する計画 (計画の具体的な時期)					
		病床名	許可病床数 (R6.7.1時点)	最大使用 病床数	許可－最大使 用病床数	病床 種別	入院基本料		医療機能 (R6.7.1時点) (※1)	既に再開済み	再開を 予定/検討中	病床返還を 予定/検討中	介護医療院へ転 換予定/検討中	対応方針 検討中
熱海伊東	社会福祉法人愛誠会 南熱海病院 (社会福祉法人愛誠会 南あたま第一病院)	4階一般	20	0	20	一般		休棟中	休床中である為（r6.4時点の法人変更に伴い、前法人から休床中のまま移行する旨は東海北陸厚生局へ対面、電話の両方で伝えている）		○			
	国際医療福祉大学熱海病院	4階病棟	56	27	29	一般	急性期一般入院料1	急性期	看護師数に併せて病床数を調整 看護師は常に募集中		○			
	伊東市民病院	3南	50	27	23	一般	急性期一般入院料2	急性期	看護師確保に向けて調整中		○			

※1 医療機能は各医療機関の選択に従う。

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」の集計方法の見直しについて
- ・ 「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

◆ 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）



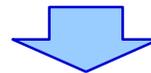
◆ 厚生労働省からの要請

- ・ 病床機能報告の課題や一部府県を取組を踏まえ、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」

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6年度分の各病院から国への報告は、従前の「静岡方式」を示しつつ、各病院の判断を尊重
- ・一方で、集計については、令和6年度診療報酬改定の影響で実態に即した集計が困難になったため、集計方法の一部を調整

<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 各病院から報告のあった「高度急性期＋急性期」グループを、県において「高度急性期＋急性期＋回復期」に再区分

「静岡方式」の集計方法の見直し

◆特定入院料等による区分

機能区分	静岡方式（病院からの報告時）	静岡方式（県による集計時）
高度 急性期	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急 ICU ・ MFICU ・ NICU ・ GCU CCU ・ PICU ・ SCU ・ HCU 小児入院医療管理料 1 	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急 ICU ・ MFICU ・ NICU ・ GCU PICU ・ SCU ・ HCU 小児入院医療管理料 1
急性期	<ul style="list-style-type: none"> 小児入院医療管理料 2・3 	<ul style="list-style-type: none"> 小児入院医療管理料 2・3
回復期	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料 4～6 地域一般入院料 小児入院医療管理料 4・5 回復期リハ病棟入院料 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 	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料 3～6 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 地域包括医療病棟入院料 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟特別入院基本料 療養病棟入院料 障害者施設等入院基本料 特殊疾患病棟入院料 	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟特別入院基本料 療養病棟入院料 障害者施設等入院基本料 特殊疾患病棟入院料

「静岡方式」の集計方法の見直し

- ◆急性期一般入院料 1・2、特定機能病院一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料
⇒「高度急性期」「急性期」「回復期」に再区分
- ◆診療報酬改定で、急性期一般入院料 1 で看護必要度Ⅱを用いる場合の「A3：C1」に該当する患者の割合が施設基準に明確化された事に伴い、分析方法を変更。

医療機能	静岡方式（病院からの報告時）	静岡方式（県による集計時）
高度急性期	「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	「重症度、医療・看護必要度」が 「A3が22%以上」又は「C1が22%以上」 かつ平均在院日数12日未満
急性期	「高度急性期」の基準を満たさないもの	「高度急性期」「回復期」の基準を満たさないもの
回復期	—	「重症度、医療・看護必要度」が 「A3が10%未満」かつ「C1が10%未満」 かつ平均在院日数12日以上

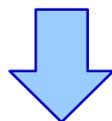
【有床診療所の基準】

※集計方法の見直しなし



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」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。

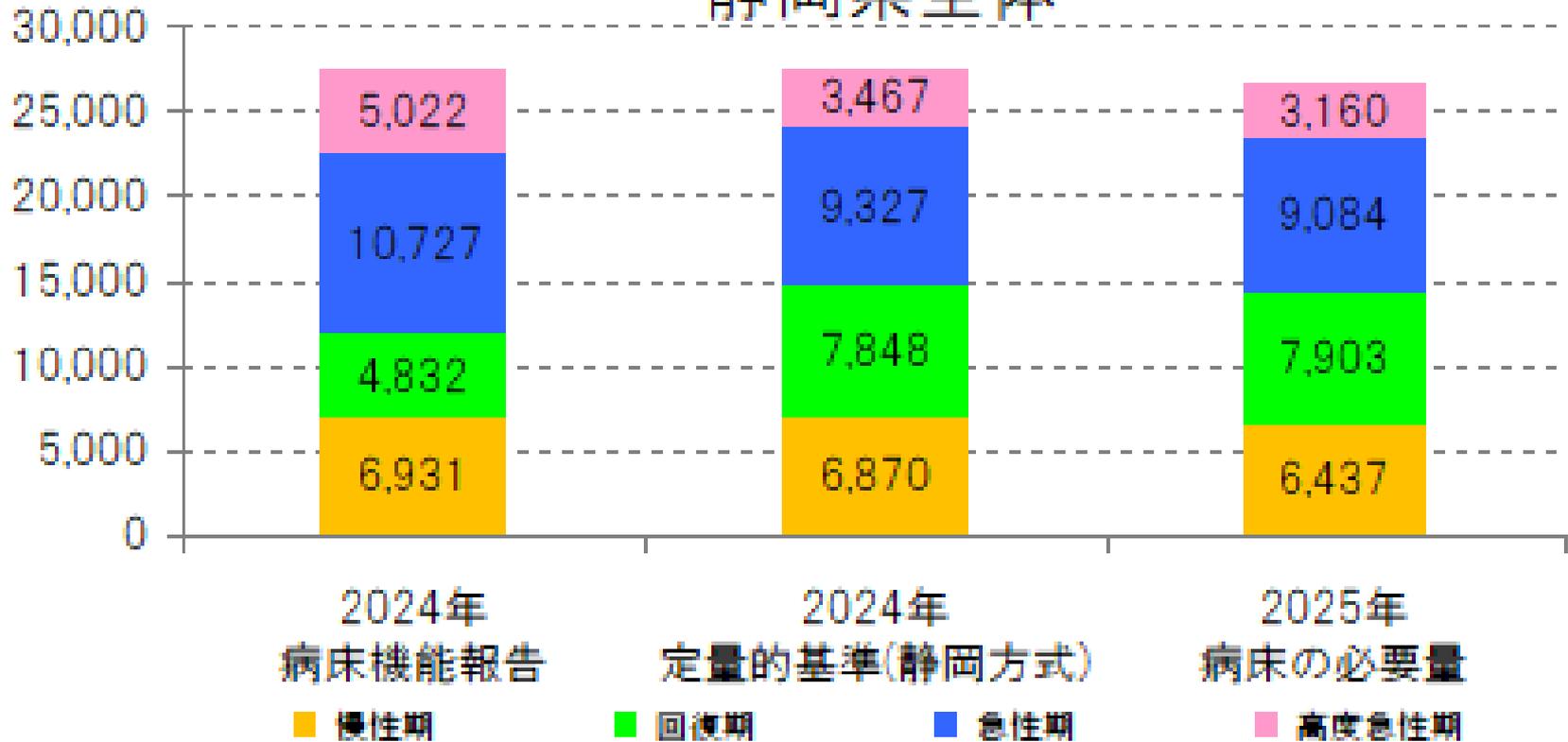
◆ 「静岡方式」適用後の病棟別データの取り扱い

- ・ 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。

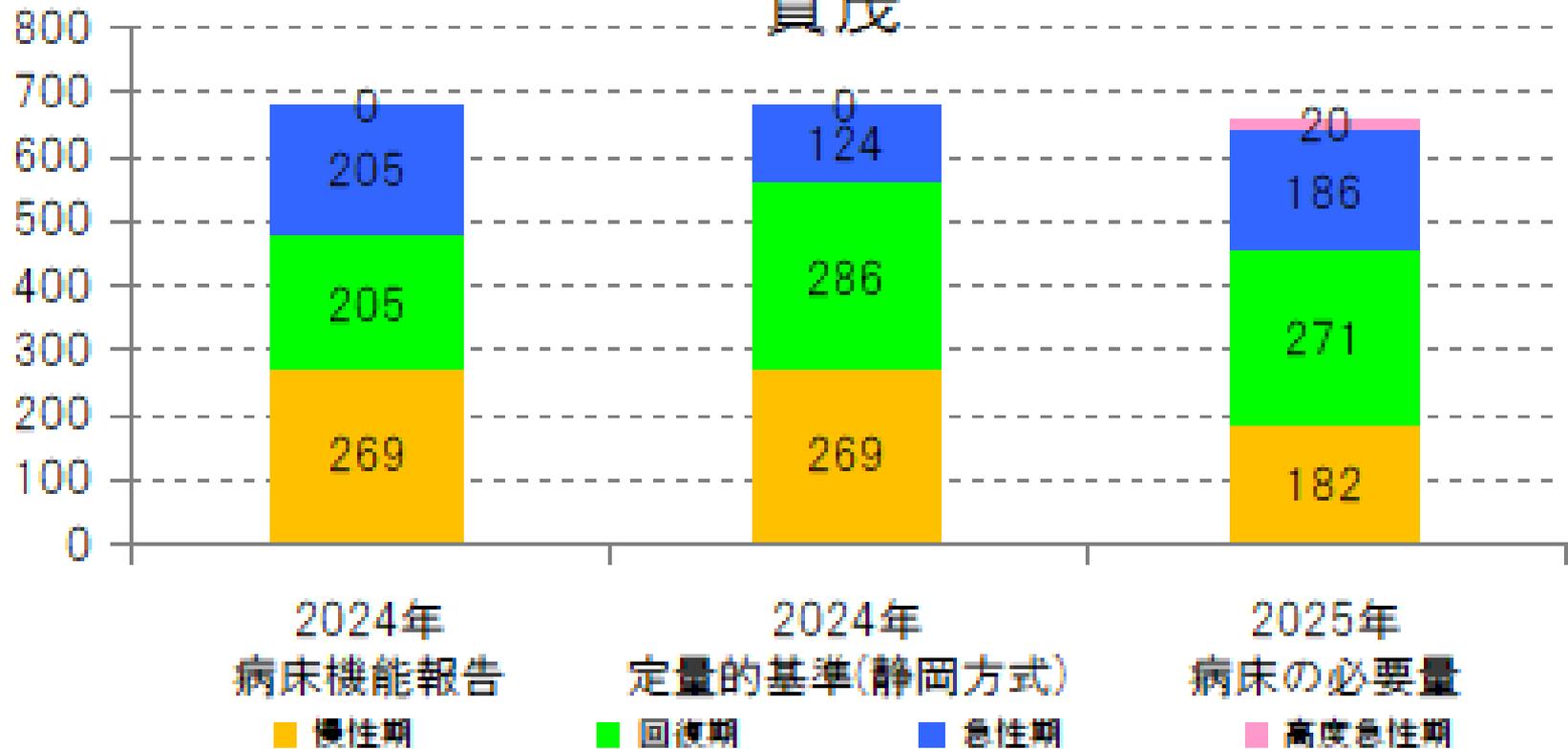
Ⅲ 参考：「静岡方式」の適用結果

(最大使用病床数ベース)

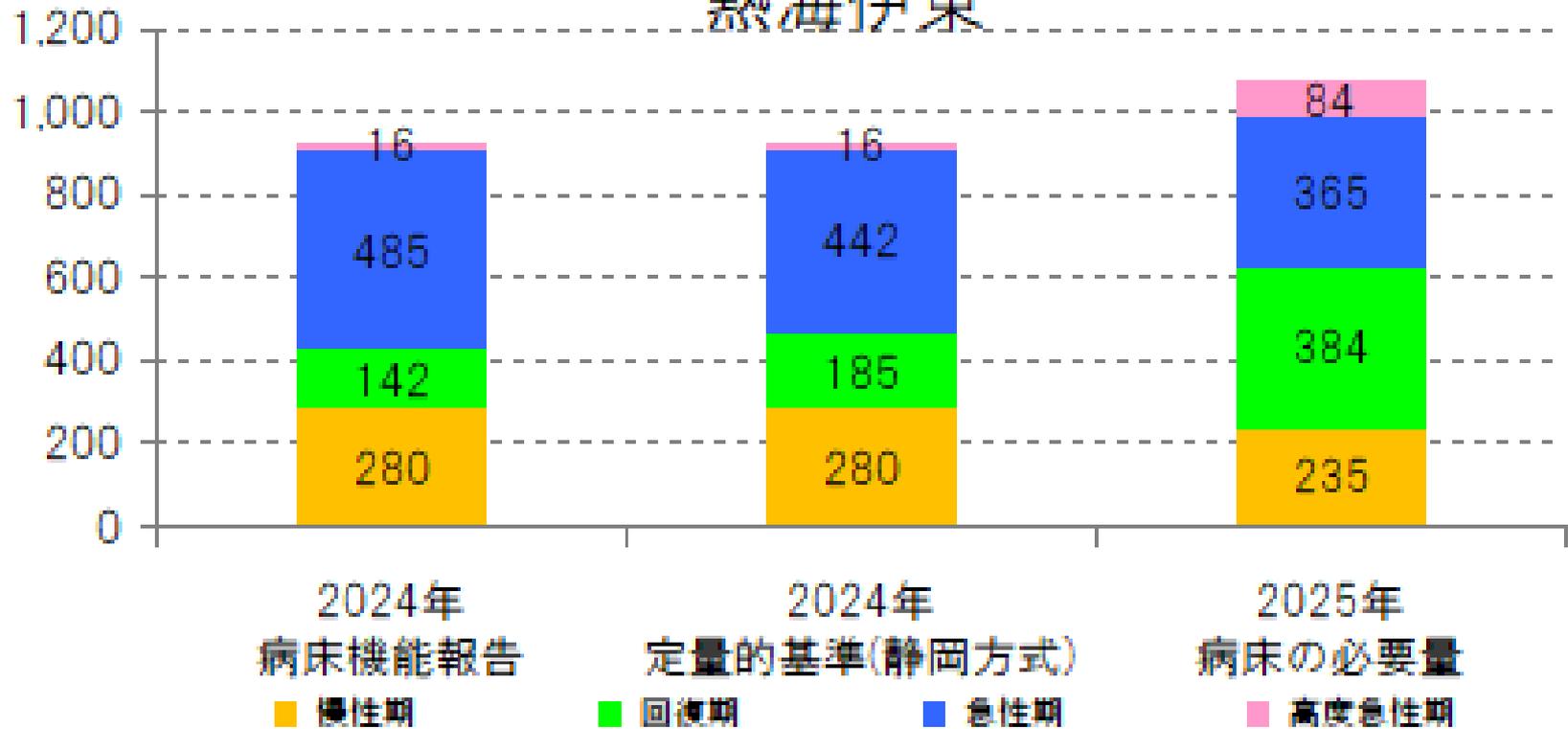
静岡県全体



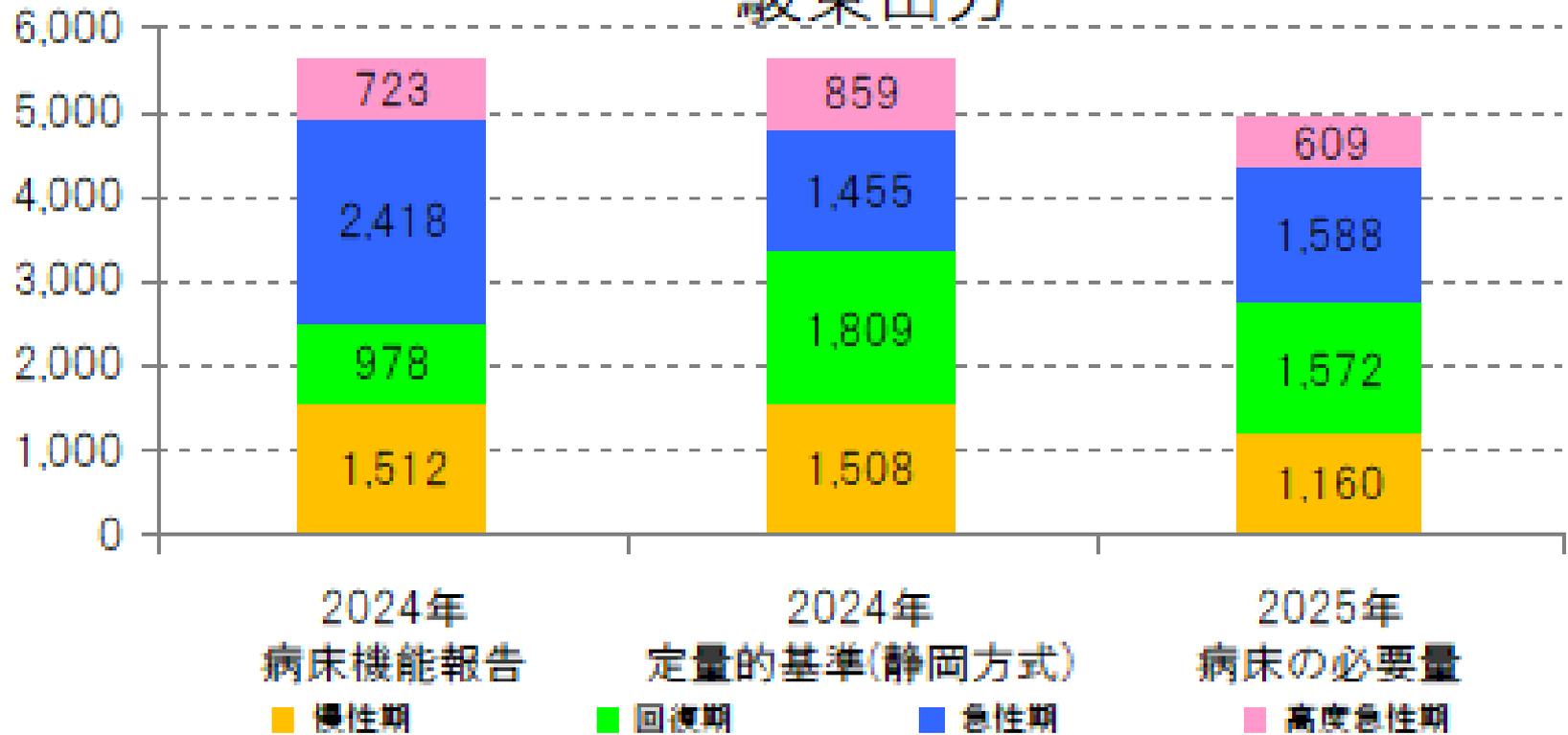
賀茂



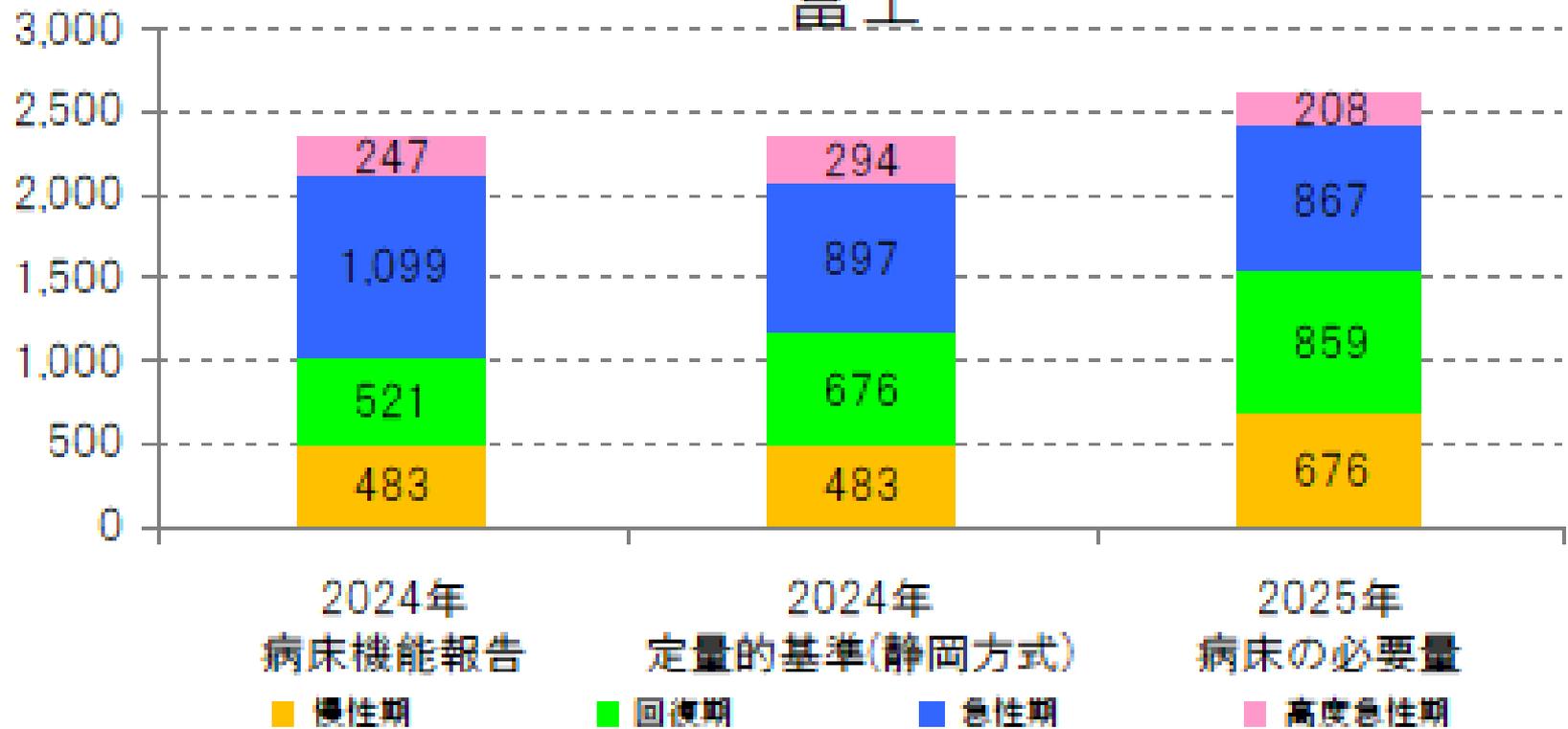
熱海伊東



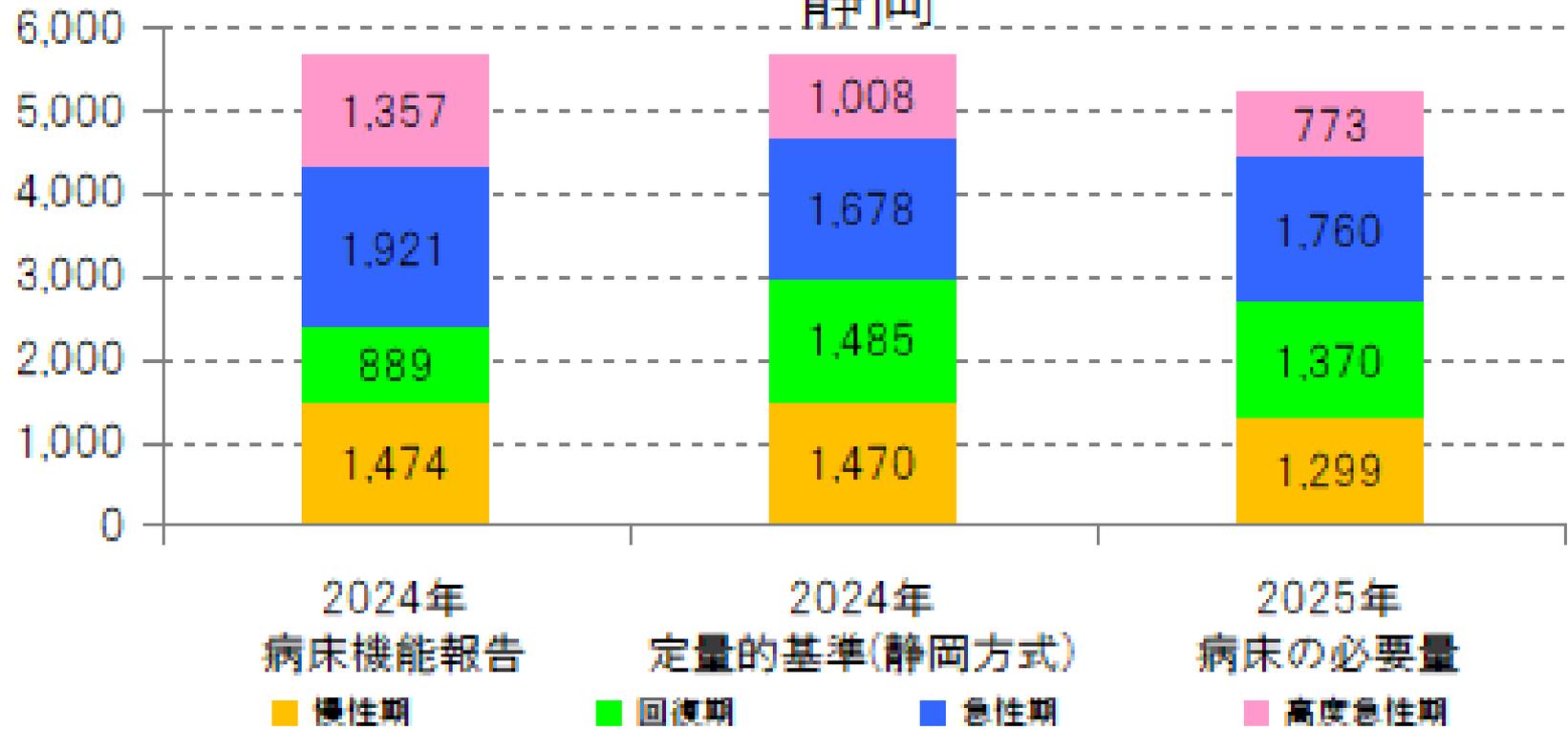
駿東田方



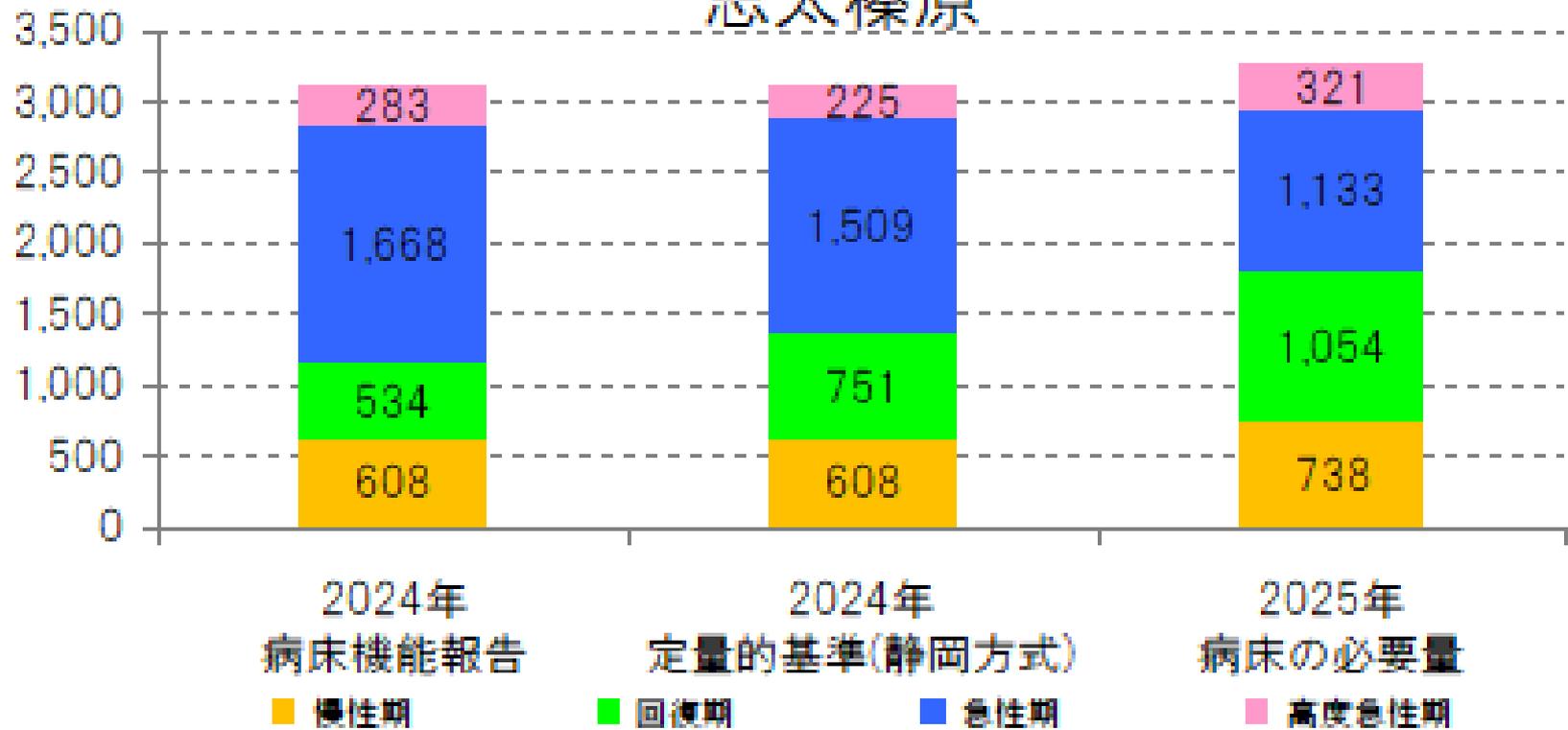
富士



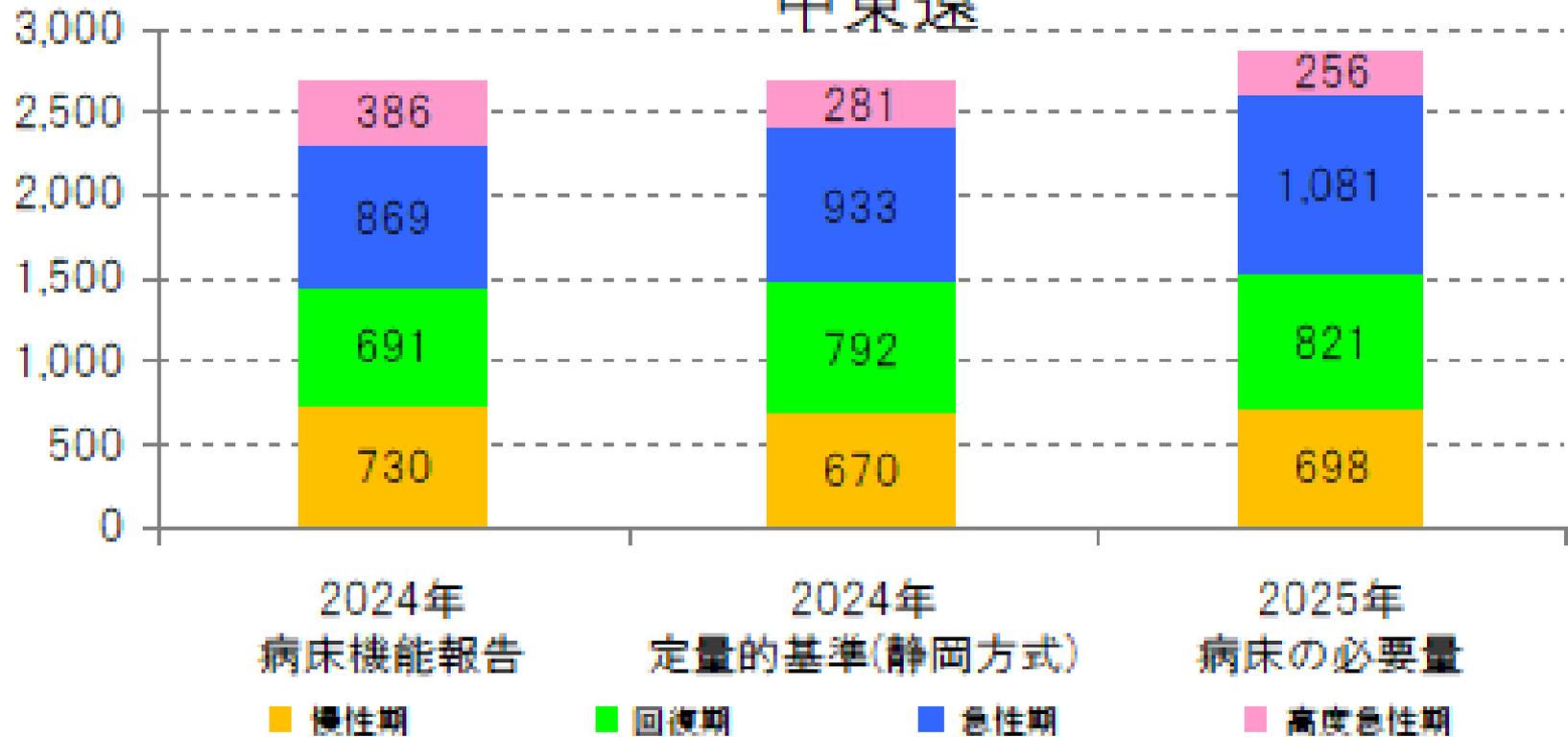
静岡



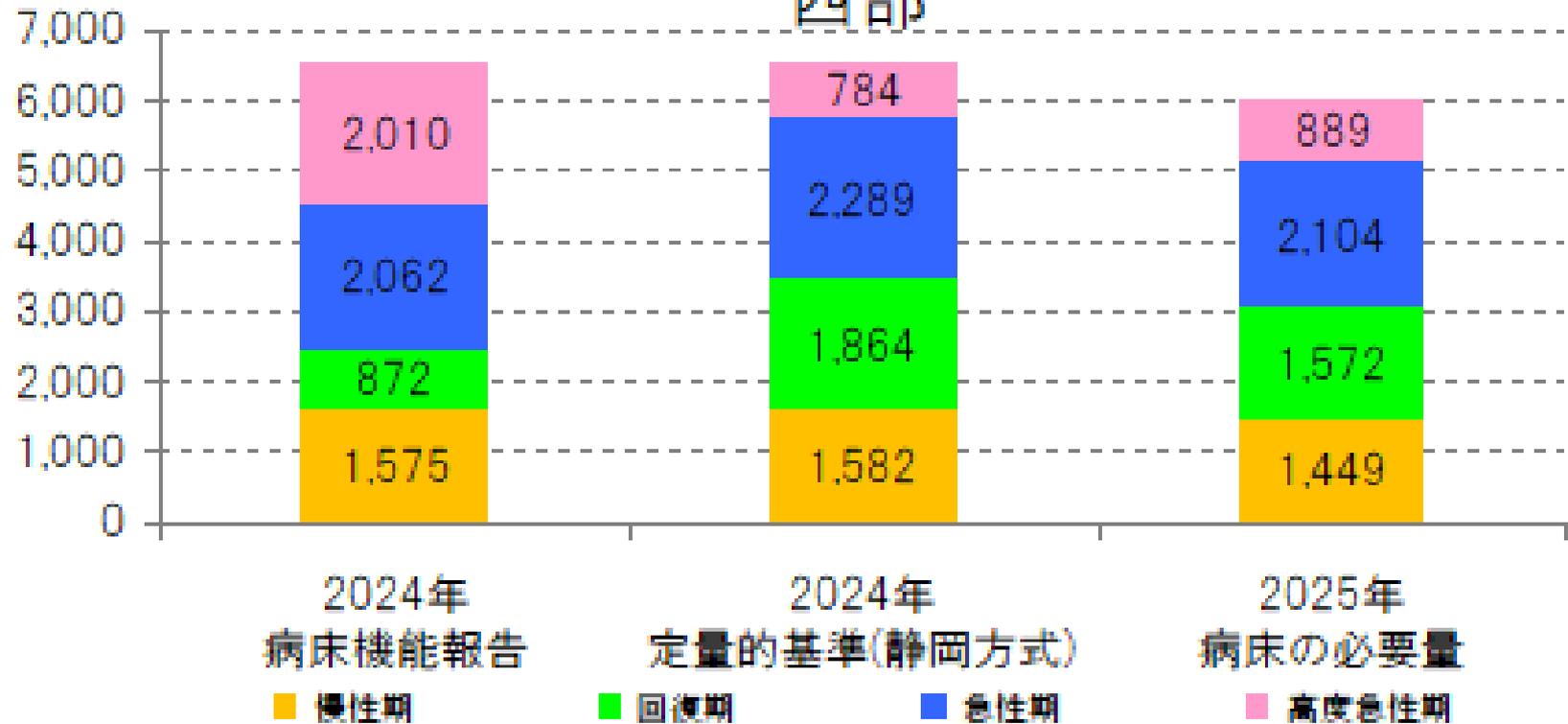
志太榛原



中東遠



西部

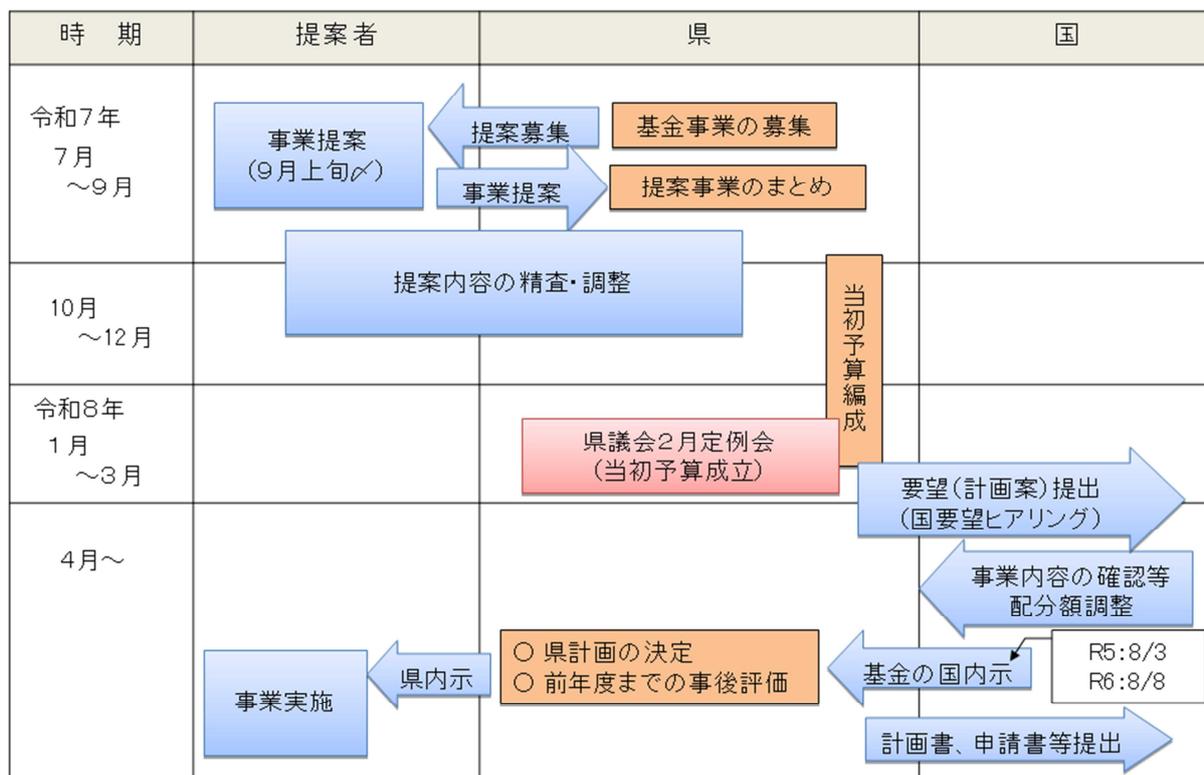


地域医療介護総合確保基金（医療分）

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） 区分Ⅰ-②は国10/10
国予算（億円）	<ul style="list-style-type: none"> ・1,433億円（公費ベース） → うち、医療分909億円（-120） 区分Ⅰ：200億円（±0）、区分Ⅰ-②：22億円（-120） 区分Ⅱ・Ⅳ：544億円（±0）、区分Ⅵ：143億円（±0）

2 基金事業化に向けたスケジュール（予定）



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

※区分Ⅵ：勤務医の働き方改革については、対象医療機関に別途照会予定。