

勤務医委員会 NEWS (静岡県医師会)

Vol. 17 (2022年1月号)

ずいぶんと新年のご挨拶が遅れてしまいましたが、皆さま、本年もよろしくお願いいたします。

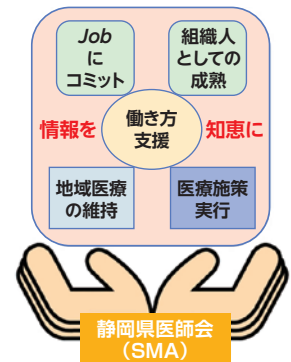
さて、昨年末は新型コロナウイルス感染症の第5波も収束し、第6波を心配しつつも、比較的ゆったりした年の暮れを迎えた方が多かったかもしれませんが、年が明けてからは感染力の強いオミクロン株が猛威を振るい過去最大の感染者数を記録する都道府県が現在も増えています。第4波から第5波への移行時には、ワクチン接種率の向上で死亡者数は比較的抑えられましたが、全国の重症患者数はピークを迎えました。今回の第6波ではオミクロン株の特徴なのか、感染力は飛びぬけて強いものの、今のところ軽症者が多く、第5波の時のように重症患者への対応で医療関係者が疲弊するといった状況には未だ至っていません。ただし、職員への感染だけでなく、自分自身が濃厚接触者となり自宅待機になることで、医療機関での日常業務に支障をきたす状況が迫りつつあります。医療従事者として3回目のワクチン接種は必須なのでしょうが、日常生活の中でも、当面はこれまでどおりの感染予防対策を続けていくしかありません。

そのような状況下、今回の勤務医委員会NEWSでは、2022年4月から新しく制度化される「外来機能報告」について現状で分かっていることを解説するとともに、次年度の診療報酬改定に向けた方向性と「医師の働き方改革」に関する最近の話題を取り上げます。

(外来機能報告制度)

本制度は、地域における医療機関の外来機能を明確化し施設間の連携強化を図ることで、「かかりつけ医機能を担う医療機関」と「『医療資源を重点的に活用する外来』機能を有する基幹病院」との役割分担を進めることを目的に動いています。実際には、2021年5月28日に公布された「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」に則って、2022年4月から、NDB (National Database) からの外来機能に関わるレセプトデータの指標化と、自己申告による自院の外来機能実績の報告が求められます。簡単に言えば、全国の病院および有床診療所に2014年から義務付けられてきた「病床機能報告」の外来版です。

本制度の背景には、団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けて、病床の機能分化と病床数の適正化を図ろうとする「地域医療構想」があります。個人的にも、病院だけでなく診療所を含む医療機関が機能分化していくことに異論はありませんが、地域において医



療機関が置かれている立場や実情等を考えると、全国一律に本制度を進めていくことには疑問もあります。実際、医療機関として地域に病院が一つしかないようなところでは、その病院に、かかりつけ医機能から急性期医療までを担うことが当然のように求められます。また、真の3次救急診療は遠隔地へ救急搬送できる環境が用意されていたとしても、普段の周術期対応など、一定程度の集中治療機能は自院でまかなわなければなりません。そのような地域では、人口も当然少ないものと考えますが、医師を含む医療従事者も不足しています。そのような環境のもと、今回の感染症対応では、医療機関における施設面でのゾーニング環境等の確保とともに、急性悪化した患者への集中治療機能の集約化が求められました。本来、地域医療構想のなかで考えられていた「高度急性期」から「急性期」、「回復期」、「慢性期」への患者移動は、その多くが一方通行であったものと思われ、入院患者が「慢性期」から「高度急性期」に一気に流れてくることは想定していなかったはずですが。いずれにせよ、2012-2013年頃の将来推計で定められた地域医療構想には課題が少なくありません。

外来機能報告制度のもう一つの方向性は、定額負担制度の導入です。もともと、国の経済財政諮問会議等では、2001年頃から毎年のように公的保険による診療と保険によらない診療（自由診療）への規制緩和が提言され続け、外来1回あたり1000円といった保険免責制の導入などを推奨していましたが具体化されることはありませんでした。一方、2011年頃からは、従前よりあった選定療養費の対象施設拡大として、かかりつけ医機能を有する医療機関と紹介状を必要とする医療機関の類型化を図り、後者には保険外併用療養費を負担してもらうべきとの提案がよく行われるようになりました。結果的に、2019年の全世代型社会保障検討会議「中間報告」において、現行の選定療養による紹介状無しの病院受診に定額負担を徴収させる対象病院として「病床数200床以上の一般病院」をいう文言が記載されました。実は、1974年に創設された特定療養支給制度（現在の「保険外併用療養費制度」）では、病床数が200床以上の病院は初診・再診にて選定療養としての特別料金を徴収できることが認められています。また、2016年には、特定機能病院での選定療養（特別料金）負担が義務付けられ、2018年からは400床以上の地域医療支援病院が、2020年には200床以上の地域医療支援病院にその義務付けが対象拡大されました。現在、日本には200床以上の病院が2584施設あり、初診・再診に関して特別料金を徴収している施設は初診が1311施設（50.7%）、再診が506施設（19.6%）あるとされています（日医総研リサーチエッセイNo.82から）。そのような状況下、厚労省が示す資料（**図1**）によれば、病床数が200床以上の一般病院は1354施設（全体の16.1%）あり、特定機能病院・地域医療支援病院を除く688施設への情報提示と意思決定の確認が行われることとなります。当然、688施設の中には既に特別料金を徴収している施設も一定程度あるかと思われませんが、先述したように、地域においてその病院しかないようなところでは、紹介状を書いてもらう施設もなく受診（初診・再診）せざるを得ない地域住民も多く、そのような状況では特別料金の徴収は不要であるといった合意を地域医療構想調整会議などの場で確認していくことが必要に

図1 一般病床を有する病院の病床数規模と定額負担が義務付けられている病院

(参考) 定額負担の対象病院拡大について

医療保険部会資料(一部改)(令和2年12月23日)

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告(仮称)を創設することで、新たに「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)を、地域の実情を踏まえつつ、明確化することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加えることとする。**

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200~399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

現在の定額負担(義務)対象病院
現在の定額負担(任意)対象病院

「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)

出典: 特定機能病院一覧等を基に作成(一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計)
※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

なります。なお、上記の病床数には、2019年時点で全国に6644施設ある有床診療所は含まれていません。現在は、有床診療所を対象にした議論とはなっていない感がありますが、有床診療所の中には専門性の高い急性期の診療機能を発揮している施設もあり、いずれ検討対象となる可能性は否定できません。

今回は歴史的背景を含めやや冗長的な話になりましたので、外来機能報告に関わる具体的な運用等の詳細は別の機会にでも説明させていただきます。現在、厚労省は「『医療資源を重点的に活用する外来』機能を有する基幹病院」の基準に関して、初診・再診の外来患者延べ数の中で、**図2**の(1)②に示すような診療行為がどれくらいの割合で行われているかといった視点で検討を重ねていますが、現時点では、外来の初診・再診に占める割合として「初診40%以上かつ再診25%以上」であることを基準値とする方向で動いています。なお、実際には、分子の数に計上されるものとして、先の項目(**図2**の(1)②)以外のレセプト件数や「手術入院時の入院前後30日間の外来受診回数」などが追加されることとなります。

ここでは、本制度の概要を理解していただければ十分かと思えます。

図2 外来機能報告における利用データ一覧

(1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況

① 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況 [NDBで把握できる項目]

- 医療資源を重点的に活用する外来の類型ごとの実施状況を報告
 <報告イメージ>

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

※「患者延べ数」とは、患者ごとの受診日数を合計したものとす。

② 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細 [NDBで把握できる項目]

- 医療資源を重点的に活用する外来のうち、主な項目の実施状況を報告
 <報告イメージ>

初診の医療資源を重点的に活用する外来		再診の医療資源を重点的に活用する外来	
外来化学療法加算を算定した件数	件	外来化学療法加算を算定した件数	件
外来放射線治療加算を算定した件数	件	外来放射線治療加算を算定した件数	件
CT撮影を算定した件数	件	CT撮影を算定した件数	件
MRI撮影を算定した件数	件	MRI撮影を算定した件数	件
PET検査を算定した件数	件	PET検査を算定した件数	件
SPECT検査を算定した件数	件	SPECT検査を算定した件数	件
高気圧酸素治療を算定した件数	件	高気圧酸素治療を算定した件数	件
画像等手術支援加算を算定した件数	件	画像等手術支援加算を算定した件数	件
悪性腫瘍手術を算定した件数	件	悪性腫瘍手術を算定した件数	件

(2) 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無 [NDBで把握できない項目]

(3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況 [NDBで把握できる項目]

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

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

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

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

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

③ 紹介・逆紹介の状況(紹介率・逆紹介率) [NDBで把握できない項目]

- 紹介率・逆紹介率を報告(初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数)

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

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

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

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

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

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

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

(令和4年度診療報酬改定の方向性)

臨床現場が第6波の感染症対応に苦慮している状況においても、2年に1回行われる診療報酬改定（令和4年度診療報酬改定）の作業は着実に進んでいます。現在、中央社会保険医療協議会（中医協）の中での諸議論は概ね終了し、厚生労働大臣からの諮問を受け、2022年1月14日～1月21日までのパブリックコメントと1月21日の公聴会を経て、2月には答申がなされる予定です。

今回の改定の基本方針は図3に示すとおりですが、基本認識として「新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築」が一番目にあげられているのは十分理解できます。また、「患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現」では、疾病構造やニーズの変化・多様化、医療需要が増える中での働き手の減少、医療技術の進歩など、医療を取り巻く様々な状況に言及することで、医師等の働き方改革等への支援や医療分野でのICT利活用、デジタル基盤の整備等にも触れていますので、電子カルテの標準化推進や医療機関間のデジタル情報の活用などが改定内容に盛り込まれていくことが予想されます。

なお、改定の基本的視点と具体的方向性には4項目が提示されていますが、重点事項として「新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築」と「安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進」の2つが取り上げられていることは、先の基本方針の内容を反映したものとともなっています。

図3 令和4年度診療報酬改定の基本方針

令和4年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応
 - ▶ 健康寿命の延伸、人生100年代に向けた「全世代型社会保障」の実現
 - ▶ 患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
 - ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和
- 社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化等
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組

(3) 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等
- 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価

(2) 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

(4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化等（再掲）
- 重症化予防の取組の推進
- 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進

実際の改定内容の詳細は2月の答申後の公表を待ち次回にでも取り上げたいと思いますが、現在予想されているポイントをいくつか挙げるとすれば、①看護必要度の評価と基準値の見直し（A項目では「心電図モニター管理」の行く末と「点滴ライン3本以上」の解釈、B項目では「口腔清潔」「衣服の着脱」「食事摂取」などへの対応、C項目では「骨の手術の評価期間」がどうなるか？「看護必要度Ⅱ」の要件化など）、②チーム医療の評価として「術後疼痛管理チーム」の新設、③Rapid Response Systemへの対応評価、④入院時重症患者対応メディエーターの評価、⑤DPCの分岐や3段階評価等の再編、⑥地域医療体制確保加算の見直し、⑦当直・夜勤者等の翌日勤務への配慮や、種々のタスクシフト/シェアの評価と点数アップ、⑧外来機能分化に関わる評価、⑨その他（技術評価に関する点数アップや項目新設など）があります。

詳細に関しては、後日、静岡県医師会でも説明会や自己学習の機会を設けたいと考えていますので、各種ご案内等に注目いただければと思います。

（「医師の働き方改革」に関する最近の話題）

現在、2024年4月からの医師の時間外労働時間の上限規制に向けて、追加的健康確保措置としての「連続勤務時間制限」や「勤務間インターバル」、「面接指導」等の運用手順を明確化するとともに、面接指導実施医師に対する教育・研修の準備が急ピッチで進められています。連続勤務時間制限・勤務間インターバルに関しては、「始業から24時間以内に9時間の連続した休息時間」を確保することを基本に、「始業から46時間以内に18時間の連続した休息時間」を確保するパターンとの2択が原則求められます（C-1基準が適用される臨床研修医には①始業から24時間以内に9時間の連続した休息時間、または②事業から48時間以内に連続した24時間の休息が求められます）。また、面接指導実施医師に対する教育・研修は、次年度（2022年度）以降にe-learningでの受講が始まる予定です。

2024年4月以降、B・連携B・C-1・C-2水準を選択する医療機関には、2024年度以降の「医師労働時間短縮計画」の作成とともに、日本医師会が主管する「医療機関勤務環境評価センター」による第三者評価（受審）が求められますが、静岡県内の評価者（医療サーベイヤー）として静岡県医師会には3人の推薦依頼がありました。現在その人選も終え、今年度内には第三者評価に必要な研修が始まる予定ですが、静岡県の評価者は県外の病院を審査することになります。なお、現在、模擬審査（試行調査）も全国で行われており、今後の実施に向けた課題等が明らかになるはずです。

現在、最も準備作業等が遅れている領域は、大学病院等から当直医の派遣などを受けている医療機関の宿日直許可基準の申請です。宿日直許可基準に関しては、その施設での業務実態だけでなく、宿日直を行う医師の週当たりの担当回数も影響することから、なかなか難しい問題になっています。そのほか、臨床医として6年目以降の者で先進的な手術方法など高度な技能を有する医師についてC-2水準が設定されていますが、「C-2水準の技能の整理」と「医療機関の教育研修環境の審査」、「技能研修計画の審査」について審査

する組織（日本医師会が主導する可能性が高い？）の体制構築や具体的手順等の検討が遅れている状況があります。

このあたりについては、詳細が分かり次第、静岡県医師会からも発信していきたいと思っています。

（その他）

最後に、本年度（2021年度）の「屋根瓦塾 in Shizuoka」の開催案内をしておきます。「屋根瓦塾 in Shizuoka」は、地域医療介護総合確保基金を活用して、静岡県の臨床研修医に地域の指導者による研修の機会を提供し、専攻医となっても静岡県で勤務してもらいたいという思いでこれまで開催してきました。研修会の特徴として「手取り足取り教えること」や実際の医療機器等を用いたシミュレーション研修などが主であることから、昨年度は感染症対応への配慮で全く開催できませんでした。

今年度も新型コロナウイルス感染症の長期化により具体的な日程調整ができませんでしたが、県内の指導者（コアメンバー）とも協議して、ウェブ上での双方向的な教育研修を試みることにしました。日程的には、2月11日（金・祝）と2月27日（日）の開催を予定しています。詳細につきましては、以下の案内をご覧ください。

【第1回屋根瓦塾 in Shizuoka 2021】

日 時：令和4年2月11日（金・祝）13：30～17：00

形 態：Webによるワークショップ

対 象：静岡県内にて臨床研修を行う1年目の医師

テーマ：総合診療

（①臨床推論、②医師決定支援、③医療者のウェルネス）

【第2回屋根瓦塾 in Shizuoka 2021】

日 時：令和4年2月27日（日）12：45～17：00

形 態：①浜松市内4病院に勤務する臨床研修医は各病院でグループワーク

※浜松医科大学、聖隷浜松病院、聖隷三方原病院、浜松医療センター

②4病院以外に勤務する臨床研修医はグループワークの様子をWeb視聴

対 象：静岡県内にて臨床研修を行う医師

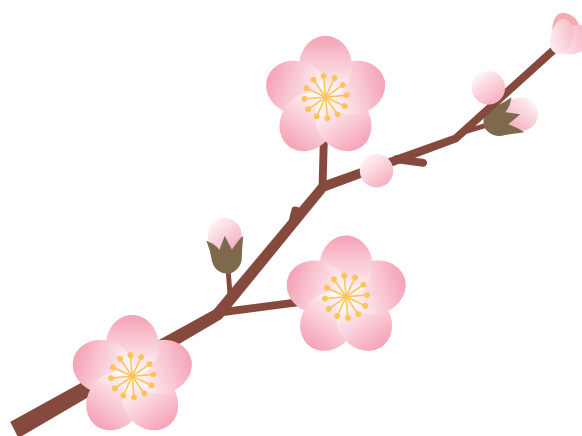
テーマ：救急医療

（①症例検討・ERの対応、②CT・レントゲンの読影、③事例検討・診療のチームワーク）

(静岡県医師会主催の研修会等の予定)

- ・2022年2月11日(金・祝)「第1回屋根瓦塾 in Shizuoka 2021」(於: Web)
- ・2022年2月12日(土)「社会保険研修会」(於: 県医師会館 + Web)
- ・2022年2月13日(日)「医事紛争防止研修会(東部地区)」(於: プラサヴェルデ)
- ・2022年2月17日(木)「医療政策研究会」(於: 県医師会館 + Web)
- ・2022年2月19日(土)「産業医研修会(実地)」(於: 県医師会館)
- ・2022年2月23日(水・祝)「地域リハビリテーションサポート医養成研修」
(於: 県医師会館 + Web)
- ・2022年2月27日(日)「第2回屋根瓦塾 in Shizuoka 2021」(於: Web)
- ・2022年3月12日(土)「JMATに関する災害医療研修会」(於: 県医師会館 + Web)
- ・2022年3月13日(日)「かかりつけ医の普及・啓発に係る県民セミナー2021『泣いて笑って人生会議』」(於: しずぎんホールユーフォニア + Web)
- ・2022年3月19日(土)「スポーツ医学研修会」(於: 県医師会館)
- ・2022年3月21日(月・祝)「第29回静岡県の医療クランクを育てる会」
(県医師会館 + Web)
- ・2022年3月26日(土)「シズケア*かけはし普及拠点推進事業成果報告会」
(於: 県医師会館 + Web)

(文責: 静岡県医師会副会長・勤務医委員会委員長 小林利彦)



*お問い合わせ先: 静岡県医師会地域医療部事務局

電話: 054-207-8582 E-mail: drsupport@jim.shizuoka.med.or.jp