

論考

神奈川県保険医協会
医療政策研究室

「かかりつけ医機能」充実「手上げ」方式を活かして 患者本位と医療の存続が基本 現実からの出発を

＜要点＞

1. 「手上げ」方式で着した「かかりつけ医機能」制度化は、今国会（第211回国会）提出法案をベースに充実・強化を。
2. 家庭医（登録医）導入は現実的ではない。第一線医療の充実と患者本位の医療の実現が、考えるべき命題。
3. 内科系診療所と中小病院で住民2千人カバーが現実の姿。医療提供の均衡を崩す、かかりつけ医機能「認定」は禁物。
4. コロナ禍でかかりつけ医機能の作動が不十分とし「かかりつけ医」制度化を唱えた歪曲言説は既に雲散霧消。
5. 発熱外来は全国の診療所（内科系・小児科・耳鼻科の合計分母）の61.4%が実施。未実施はゾーニング不可など。
6. かかりつけ医機能の強化は、個々の医療機関の研修・自己改革と地域医師会・行政の実情に応じた仕組み構築で。

◆手上げ方式で着した「かかりつけ医」機能の 法制化

「かかりつけ医機能」の法制化に関し2月10日、国会に医療法改定案が、健保法や介護保険法等と11本で束ねた全世代社会保障法案として提出された。近く審議入りとなる。焦点の「かかりつけ医機能」の法制化は、省令の「かかりつけ医」機能を法律に格上げし、慢性疾患を有する高齢者と継続的な医療を要する者への「かかりつけ医機能」を条文で再定義。①日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能、②休日・夜間の対応、③入退院時の支援、④在宅医療、⑤介護サービス等との連携—の5点とし、医療機関に知事への「かかりつけ医機能報告」を求める。また継続的な医療を要する者へは患者等の求めに応じ書面や電磁的な方法等で医師は疾患名、治療に関する計画等の適切な説明の努力義務を定める。

これにより、患者は都道府県が「確認」した「機能」を医療機関「選択」の参考にできる格好となる。

「骨太方針2022」に盛られた「かかりつけ医機能が発揮できる制度整備」は、「全世代型社会保障構築会議報告書」で、「医療機関、患者それぞれの手上げ方式、すなわち、患者がかかりつけ医機能を担う医療機関を選択できる方式とすること」で着。「かかりつけ医機能報告制度」の創設と、継続管理患者へ求めに応じた「書面交付」等での説明が重要と挙げており、法案はこれを踏まえた厚労省医療部会のとりまとめ「医療提供体制の改革に関する意見」（2022.12.28）に沿ったものとなっている。

「かかりつけ医機能」の「見える化」を図り、手上げ方式で「選択」する形である。これは日本医師会が昨秋発表した「地域における面としてかかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けた」提言と共通している。

財務省等による英国型の家庭医・登録医制導入の企

図があったものの、現実を踏まえた穏当な着地となっている。この法案をベースに、「かかりつけ医機能」の充実・強化を着実に図っていくべきと考える。

◆「家庭医」派の巻き返し 法案の「確認」を巡る攻防

日医の松本吉郎会長も、今年最初の会見で「かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けては、今後議論の場が国会へと移る。かかりつけ医はあくまで患者さん自身が選ぶものであって、あらかじめ誰かによって決められるものではないと思う。フリーアクセスにおいて、国民がこの制度を活用して適切な医療機関を自ら選択できるような支援を行うことが必要。制度によって縛っても、決してうまくいかない私どもは考えている。病院と診療所、それから診療科目によっても、日本ではいろいろな受診の仕方が可能であり、かかりつけ医を複数持つこともあり得る。日本の医療の良さを残しつつ、かかりつけ医機能のあり方を検討する方向性が共有されたことは大変良かった」としている。

ただ、法案提出を前に、かかりつけ医機能を報告した事項の「確認」の理解を巡り、与党審査で一時紛糾。結論として、取り消し等の処分性を伴う「行政行為」ではなく、従来の病床機能報告と同様の「事実確認」の行為だと、厚労省が説明を一転させる一幕があった。昨年末以降のいわゆる「家庭医」派による巻き返しの動きの影響によるものと推察され、これを日医等が押し返したとみられる。

患者と医療機関を1対1に縛る登録医・家庭医制や、人頭包括払い制の導入は現在、なくなっている。

◆同床異夢のもと、穏当な着地で着

ここに至るまで、「かかりつけ医」「かかりつけ医機能」を巡り色々な期待や思惑、懸念のもと議論があったが、

いずれもが合意可能な命題は、「第一線医療の充実」と「患者本位の医療の実現」に帰すると思われる。

過去の歴史により政策論議で「家庭医」が事実上、禁句となり、「かかりつけ医」という、患者主体の用語で議論が交わされるため、議論の錯綜、誤解、概念の不統一感是否めず、「かかりつけ医」は何処にいいのかといった倒錯や、神学論争めいた議論に陥っているような感もあった。

総じて、この「かかりつけ医」、「かかりつけ医機能」の制度整備を巡る議論は、①一生涯の病歴や家庭背景などを把握したファミリードクターとしての「家庭医」を制度化すべき、②ワンストップで幅広く診療ができ診療完結する「総合診療医」に「かかりつけ医」を担わすべき、③「かかりつけ医」機能をフルスペックで保持し、解決能力をもった「コンシェルジュ」機能を「かかりつけ医」に期待するもの、④地域実情に応じ、地域で面として「かかりつけ医」機能を発揮すべきというものの一に大別、集約され、議論の都度、これらが入り交ざって主張されてきた。前者3つは、患者と医療機関を「1対1」の関係とするもの、最後者④は「1対複数」とするものである。法案は最後者をベースとしている。

研究者、マスコミ、医療者の一部で、「家庭医」の導入・制度化に積極的な向きがあり、今回の落着に、敗戦的な捉えがあるが、果たしてそういうことなのか。必ずしもそうとは言えないと考える。

◆現実から出発が基本 内科系診療所と中小病院で住民2,000人カバーが既にいまの姿

命題であげた第一線医療の充実は、現実の医療体制からの出発となる。「身近な地域における日常的な診療」を担う「かかりつけ医」機能を考えるため、日常生活圏の「中学校区」に内科系の診療所と200床未満の中小病院（以下「内科系診療所等」）がいくつ存在するか、都道府県別に各々の数から機械的に算出してみた^{【参考資料】}。全国平均は1中学校区に6.7件で、最大は東京の12.3件、次いで大阪10.5件、神奈川9.2件、京都9.0件、兵庫8.7件。最小は、沖縄3.3件、青森3.7件、高知3.8件、岩手3.9件、北海道4.0件である。都市圏で多く、地方で少ないが、これは医療密度に直結はしない。

なぜか。中学校区あたりの「内科系診療所等」1件あたりの人口数は、都道府県でさほど差はなく、2,000人近傍となっている。全国平均では1件につき2,031人で、中学校区あたりの診療所数が多い東京は1,873人、大阪1,851人、京都1,764人、兵庫1,880人と平均の9割程度であるが、神奈川は2,470人と、平均より2割以上も多い。医療資源の密度は高くても、人口比では診療負担は軽くない。これが現実である。

全ての診療所数の中学校区対比は全国平均11.4件と、内科系診療所等のほぼ1.5倍である。これは全国で同様で、内科と内科以外を標榜する診療所は1対0.5で存在し、第一線医療を担っているのである。

「住民2,000人を大体1つの診療所でカバー」（日本病院会・相澤孝夫会長）^{*1}が指標として話題になったが、「家庭医」の役割が期待される内科系診療所や中小病院（200床未満）の数は、その水準でしかない。もし、かかりつけ医機能をフルスペックで有する医療機関を選抜、認定する1対1関係を考えていくな、カバーする住民の数は増加し、キャパシティオーバーで日数単位での受診待機となる。第一線医療において「認定」による医療機関の「選別」は、「分断」を招き医療提供の「均衡」を崩しかねない。

日本は専門医が開業医となり、専門以外の日常疾病への対応力の幅をつけ診療にあたっている。さらに病診連携のみならず、診診連携も頻繁に行われ、診療所の医療レベルは高いのである。

実はいま、外来患者の月の受診医療機関数は平均1.4件^{*2}である。ほぼ1件の医療機関が主で、疾病に応じ複数の医療機関を受診している姿が浮かび上がる。患者負担の重さもあり、野放図な受診とはなっていない。現実には既に、患者は緩やかに「かかりつけ医」を持ち、疾病や症状、相性に応じてフリーアクセスの利点を踏まえ、臨機応変な受診行動をとっているのが実際の姿である。

◆根拠なき「かかりつけ医機能」不全論と、「かかりつけ医」制度化必須の難論の雲散霧消

この「かかりつけ医機能」の「制度整備」を巡り、「かかりつけ医」の「制度化」との峻別理解がされず、また、平時と感染症爆発の有事の行政医療との混同や、発熱外来の受診不可例を引き合いに出し、「かかりつけ医」（＝家庭医）の制度化が必要とマスコミや識者などから提唱されてきた。

筆頭は財務省である。2021年11月8日の財政制度等審議会財政制度分科会の資料に、コロナ禍の感染医療と平時の通常医療を混同した難論が登場する。そしてそれは、12月3日の「令和4年度予算の編成等に関する建議」に終着する。「建議」は、コロナ禍「第5波」のピーク時には全国で約13万6千人の自宅療養者、約3万6千人の入院先調整中の発生を提示。この方々の外来医療・在宅医療のアクセスの機会は限られていたとし、「世界有数の外来受診回数の多さをもって我が国医療保険制度の金看板とされてきたフリーアクセスは、肝心な時に十分に機能しなかった」と指摘。受診回数や医療行為の数の「量重視」のフリーアクセスを、「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という「質重視」のものに切り替

えていく必要がある、と強調。「フリーアクセスと出来高払いに過度に依存した診療報酬体系を温存すれば、患者のみならず医療機関にも不利益となる。制度的対応が不可欠であり、これを欠いたままの診療報酬上の評価は実効性を伴わない」と展開し、かかりつけ医機能の要件を法制上で明確化し、これらの機能を備えた医療機関をかかりつけ医として「認定」するとの制度を提案している。これが直近の騒動の下地でもある。

◆日本福祉大名誉教授・二木立氏の論文もあり、侮蔑的な表現は削除

この難論は21年10月11日の財政制度分科会・有識者ヒアリングで日本プライマリ・ケア連合学会理事長の草場鉄周氏が、コロナ禍でのプライマリ・ケアの限界とし発熱外来の診察回避例を挙げ、登録医型の「かかりつけ総合医」制度を提案したことに端を発している。これ以降、発熱外来での診察拒否の客観的データもなしに、「かかりつけ医」(＝家庭医)の制度化へとマスコミ、研究者、一部の医療者が傾斜し、その旨の発信が繰り返される。

しかし、この一連の流れの中、二木立・日本福祉大学名誉教授が、▽「骨太方針」は「かかりつけ医」の「制度化」は言及していないこと^{*3}、▽プライマリ・ケアの拡充で医療費抑制との実証研究はないこと^{*4}等を発信。結果的に「構築会議」の「最終報告」で、「中間報告」にあった「「かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した」という(私から見て)不正確で、しかも診療所医師に侮蔑的な表現が削除された(日本福祉大学名誉教授・二木立氏『日本医事新報』2023年1月14日号「深層を読む・真相を解く」)」のである。

◆診療所は発熱外来で健闘 全ての診療所が担うのは無理

かかりつけ医と発熱外来(「診療・検査医療機関」)の実施の少なさやデータのない拒否事例が、「構築会議」の最終報告まで繰り返し報じられてきた。しかし、コロナ禍の感染症は行政医療であり平時の通常医療と異なっている。また未知の感染症で当初は医療機関への苛烈な差別もあった。

実態はどうか。全国の都道府県のホームページで発熱外来を実施する公表医療機関の実態を、当室で調査集計した^{【参考資料】}。当初の差別事情もあるせいか、一目で「発熱外来」とわかる表示は岡山県と福岡県、神奈川県ぐらいいで、ほかは「診療・検査医療機関」であり、すぐにはそれと理解できないものが多い。実施率は全国で、診療所は内科系、耳鼻科、小児科の合計数を分母にとると、61.4%、一般病院は 75.2%となっている。都市圏は

50%台となるが、ビル診など地域事情の反映とみられる。

この発熱外来の公表を要件に、コロナ疑い患者の診療に 250 点(二類感染症患者入院診療加算)の加算算定が認められているものの、未公表の診療所は神奈川県で 14.5%、全国で 8.4%と一定程度ある。周囲の差別への配慮や電話殺到の対応をはじめ、通常診療への支障を考慮したものと推察される。

また当協会学術部が行った調査^{*5}では、第7波での関東1都7県の内科系診療所において▽発熱外来(指定)は 6 割が実施。▽未実施の理由の多くはゾーニング不可、テナント・従業員の不同意、周囲からの風評被害となっている。さらに▽未実施でもPCR検査センター等で協力、▽後遺症の診療、ワクチン接種を大方が実施。▽1日の発熱外来の実績は7割が 10 人以下と、診療所は実施可能な人数が限られ、▽PPE着脱など1人15分を要するため、感染爆発ではパンク状態というのが実態である。

◆かかりつけ医機能の強化を、個々と地域でどう図るかが大切 第一線の選別・分断では均衡崩れる

2013年8月に発表の日本医師会と四病院団体協議会の合同提言「医療提供体制のあり方」で、「かかりつけ医」は、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と初めて「定義」し、これを理解し、「かかりつけ医機能」の向上に努めている医師とされた。この定義の下、厚労省も「気軽に相談できるかかりつけ医をもちましょ！」と、啓発を図ってきた^{*6}。

医療界は、「かかりつけ医」の普及・定着と、「機能」の強化を提唱し、任意性での推進を図ってきた。医療側の自己改革、底上げのため、日医の「かかりつけ医機能研修制度」や、全日本病院協会の総合医育成プログラム、東京慈恵会医科大学の家庭医療ブラッシュアッププログラムなどを整備・拡充、実施している。

「かかりつけ医」は地域包括ケアの中心的役割を担う位置づけがなされてもおり、その機能の強化を医療機関個々と地域医師会・地域行政の「面」の医療実情に応じた仕組みの構築で、「着実」に図っていくことが肝要である。第一線医療へ歪で過度な医療費抑制の思惑を載せても、2割の患者が8割の医療費を使う医療費構造のため幻想でしかない。医療はその国の歴史や文化、医療制度の形成過程を背負った社会制度であり、他国の制度移植は無理である。英国GPの経験があり、現在、日本で診療にあたる佐々江龍一郎氏は、両国の制度を尊重し、医療の「継続性」「包括性」の重要性を説いている^{*7}。角を矯めて牛を殺す、ことのないよう、かかりつけ医機能の強化を期待したい。

2023年3月7日

- *1:「第8回医療従事者の需給に関する検討会及び第40回医師需給分科会」(22.1/12)議事録 14 頁
- *2:神奈川県保険医協会 政策部長談話「機能強化の延長線上に有事対応がある／「かかりつけ医」の制度化の障害と今後改定の布石を警鐘する」(22年7月6日)<https://www.hoken-i.co.jp/outline/h/post/1712.html>
- *3:「「かかりつけ医」の制度化」が審議決定されたとの言説は二重に間違っている」(「二木教授の医療時評(207)」『文化連青報』22年12月号) <https://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/data/20221201-niki-news.pdf>
- *4:「プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加する一過去 20

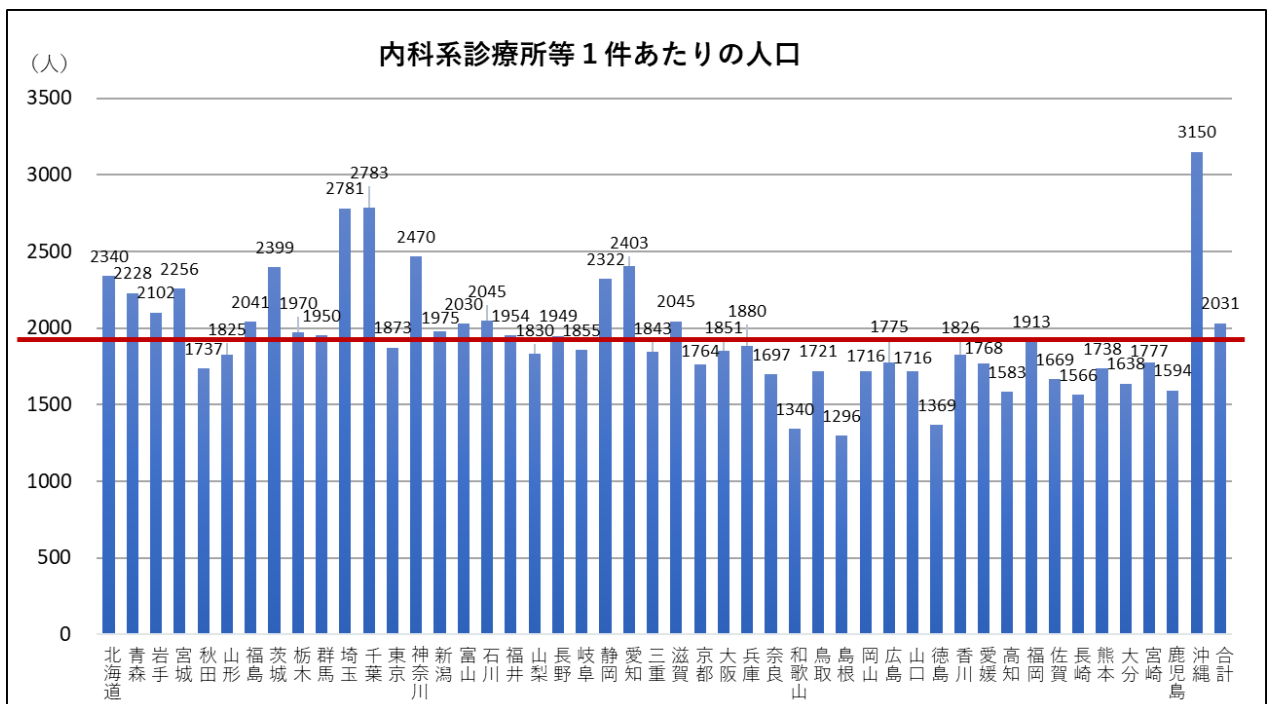
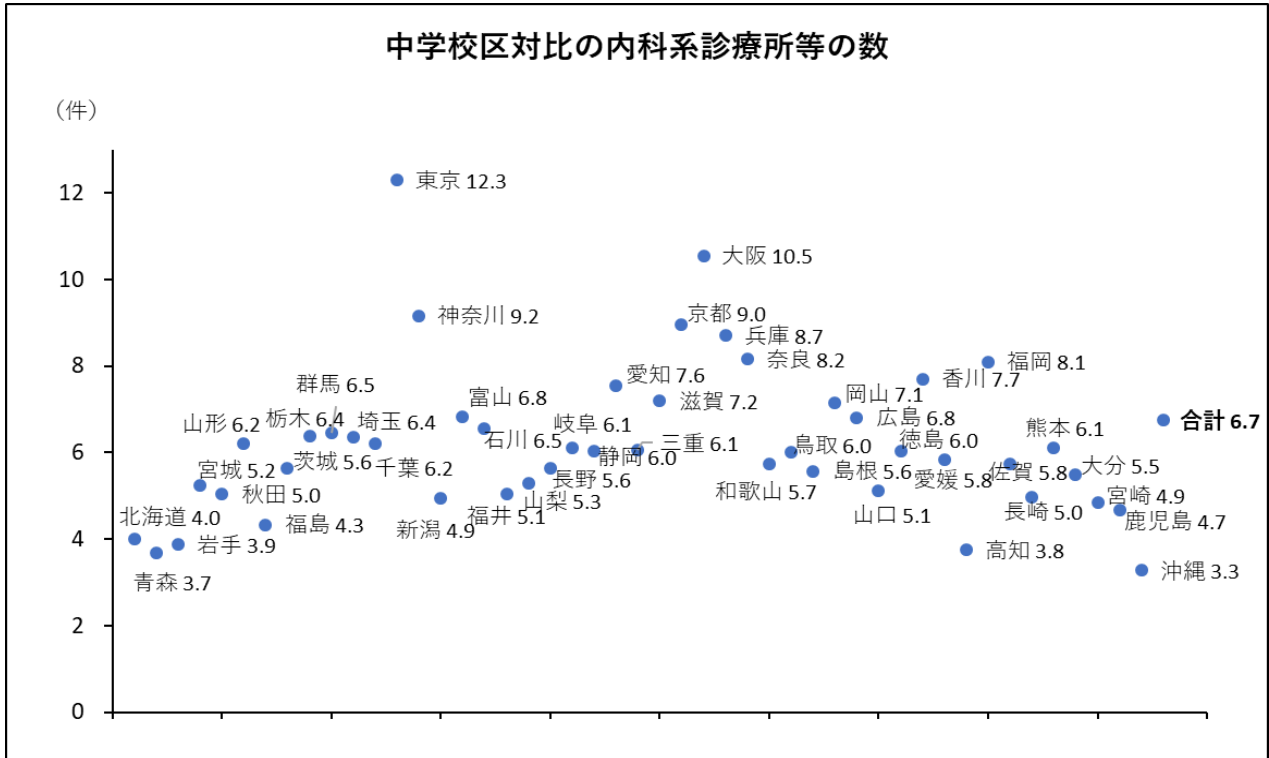
年間の実証研究の結論(「二木教授の医療時評(205)」『文化連青報』22年10月号) <https://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/data/20221001-niki-news.pdf>

*5:神奈川県保険医協会「22.9 診療所の COVID-19 診療実態調査 結果概要」<https://www.hoken-i.co.jp/outline/0704236902d3653ab70cfef0924e59ea467dd35b.pdf>

*6:厚労省「上手な医療のかかり方」<https://kakarikata.mhlw.go.jp/>

*7:神奈川県保険医協会 医療問題研究会「今後のプライマリケアへの期待 横の繋がりに向けて」(23年2月8日)
(講師:NTT 東日本関東病院 国際診療部長 総合診療医／東京医療保健大学臨床教授 佐々江 龍一郎氏) <https://www.hoken-i.co.jp/videos/open/202328ntt.html>

【参考資料】



◆内科系診療所等の人口対比ならび中学校区対比の状況（神奈川県保険医協会・医療政策研究室作成）

都道府県名	診療所 (全数)	内科系診療所(a)	中小病院 (一般)(b)	人口(c) < 単位:千人>	中学校区(d)	内科系診療所 等対中学校区 (a+b)/d	人口対比内 科系診療所 等c/(a+b)	全診療所対 中学校区
北海道	3400	1,854	361	5,183	554	4.0	2340	6.1
青森	870	495	53	1,221	149	3.7	2228	5.8
岩手	888	511	58	1,196	147	3.9	2102	6.0
宮城	1713	936	79	2,290	194	5.2	2256	8.8
秋田	822	513	31	945	108	5.0	1737	7.6
山形	913	545	33	1,055	93	6.2	1825	9.8
福島	1372	812	76	1,812	205	4.3	2041	6.7
茨城	1780	1,076	113	2,852	211	5.6	2399	8.4
栃木	1480	912	63	1,921	153	6.4	1970	9.7
群馬	1587	903	85	1,927	153	6.5	1950	10.4
埼玉	4470	2,420	219	7,340	415	6.4	2781	10.8
千葉	3838	2,085	170	6,275	363	6.2	2783	10.6
東京	14327	7,055	423	14,010	608	12.3	1873	23.6
神奈川	6996	3,563	177	9,236	408	9.2	2470	17.1
新潟	1679	1,034	68	2,177	223	4.9	1975	7.5
富山	763	435	70	1,025	74	6.8	2030	10.3
石川	884	496	54	1,125	84	6.5	2045	10.5
福井	578	344	45	760	77	5.1	1954	7.5
山梨	750	398	42	805	83	5.3	1830	9.0
長野	1605	968	75	2,033	185	5.6	1949	8.7
岐阜	1630	1,001	56	1,961	173	6.1	1855	9.4
静岡	2750	1,463	91	3,608	257	6.0	2322	10.7
愛知	5556	2,928	200	7,517	414	7.6	2403	13.4
三重	1530	906	47	1,756	157	6.1	1843	9.7
滋賀	1132	659	31	1,411	96	7.2	2045	11.8
京都	2482	1,342	110	2,561	162	9.0	1764	15.3
大阪	8680	4,428	330	8,806	451	10.5	1851	19.2
兵庫	5192	2,646	243	5,432	332	8.7	1880	15.6
奈良	1223	730	45	1,315	95	8.2	1697	12.9
和歌山	1021	621	61	914	119	5.7	1340	8.6
鳥取	491	292	27	549	53	6.0	1721	9.3
島根	709	490	23	665	92	5.6	1296	7.7
岡山	1636	973	120	1,876	153	7.1	1716	10.7
広島	2534	1,402	164	2,780	230	6.8	1775	11.0
山口	1249	694	80	1,328	151	5.1	1716	8.3
徳島	701	441	79	712	86	6.0	1369	8.2
香川	850	455	61	942	67	7.7	1826	12.7
愛媛	1207	649	98	1,321	128	5.8	1768	9.4
高知	532	336	96	684	115	3.8	1583	4.6
福岡	4780	2,394	285	5,124	331	8.1	1913	14.4
佐賀	703	410	73	806	84	5.8	1669	8.4
長崎	1348	735	93	1,297	167	5.0	1566	8.1
熊本	1476	859	135	1,728	163	6.1	1738	9.1
大分	960	567	113	1,114	124	5.5	1638	7.7
宮崎	913	493	104	1,061	123	4.9	1777	7.4
鹿児島	1380	823	166	1,576	212	4.7	1594	6.5
沖縄	912	422	44	1,468	142	3.3	3150	6.4
合計	104292	56,514	5270	125,502	9164	6.7	2031	11.4

注)

1. 医療施設数は、「令和2年医療施設調査(静態調査)」(詳細:e-Stat都道府県編)より。表中の「内科系診療所」は標榜が内科、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、腎臓内科、脳神経内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科の合計の数。表中の「中小病院(一般)」は、200 床未満の一般病院の数。表中の「内科系診療所等」は上記の合計。
2. 「中学校区」は、「令和4年度文部省学校基本調査」中学校都道府県別学校数の公立学校の合計
3. 「人口」は総務省統計局『人口推計(2021年(令和3年)10月1日現在)』より

◆都道府県別・発熱外来の実態状況（神奈川県保険医協会・医療政策研究室作成）

都道府県名	発熱外来（都道府県HP）			厚労省報告数(c)	診療所・対象科計(d)	一般病院(全数)(e)	実施率		未掲載率 {c-(a+b)}/c
	診療所(a)	病院(b)	未掲載c-(a+b)				診療所(c-b)/d	一般病院b/e	
北海道	833	327	0	1160	2221	471	41.2%	69.4%	0.0%
青森	214	49	28	291	568	76	48.4%	64.5%	9.6%
岩手	345	87	1	435	586	77	67.7%	113.0%	0.2%
宮城	446	85	157	688	1084	109	62.8%	78.0%	22.8%
秋田	223	46	54	323	578	50	53.4%	92.0%	16.7%
山形	339	50	69	458	630	53	71.9%	94.3%	15.1%
福島	556	130	-6	680	931	101	64.2%	128.7%	-0.9%
茨城	610	120	91	821	1227	152	61.4%	78.9%	11.1%
栃木	646	70	2	718	1045	89	69.6%	78.7%	0.3%
群馬	636	86	74	796	1060	115	74.7%	74.8%	9.3%
埼玉	1403	208	1	1612	2875	297	52.2%	70.0%	0.1%
千葉	757	111	146	1014	2450	255	40.5%	43.5%	14.4%
東京	4512	405	-34	4883	8465	587	58.3%	69.0%	-0.7%
神奈川	1699	182	319	2200	4371	290	52.1%	62.8%	14.5%
新潟	493	92	177	762	1190	104	60.7%	88.5%	23.2%
富山	258	57	22	337	513	87	65.8%	65.5%	6.5%
石川	324	64	27	415	579	78	67.3%	82.1%	6.5%
福井	246	48	39	333	404	57	79.5%	84.2%	11.7%
山梨	284	47	29	360	467	52	73.2%	90.4%	8.1%
長野	534	92	94	720	1097	111	63.9%	82.9%	13.1%
岐阜	681	73	73	827	1163	85	69.7%	85.9%	8.8%
静岡	1005	85	83	1173	1729	139	72.8%	61.2%	7.1%
愛知	1972	209	64	2245	3513	283	63.5%	73.9%	2.9%
三重	545	67	83	695	1042	82	66.3%	81.7%	11.9%
滋賀	450	41	98	589	779	51	77.1%	80.4%	16.6%
京都	635	101	282	1018	1601	151	63.7%	66.9%	27.7%
大阪	2651	363	-11	3003	5294	470	53.2%	77.2%	-0.4%
兵庫	1345	239	258	1842	3212	314	52.7%	76.1%	14.0%
奈良	305	41	41	387	830	71	44.9%	57.7%	10.6%
和歌山	369	62	13	444	719	75	56.0%	82.7%	2.9%
鳥取	289	28	0	317	341	39	89.0%	71.8%	0.0%
島根	252	32	31	315	544	38	57.2%	84.2%	9.8%
岡山	527	106	20	653	1125	143	52.3%	74.1%	3.1%
広島	1034	171	287	1492	1646	204	90.2%	83.8%	19.2%
山口	529	94	-4	619	823	114	69.6%	82.5%	-0.6%
徳島	304	82	0	386	501	91	66.3%	90.1%	0.0%
香川	300	63	40	403	539	78	67.8%	80.8%	9.9%
愛媛	518	106	54	678	772	121	87.3%	87.6%	8.0%
高知	116	110	41	267	387	111	43.7%	99.1%	15.4%
福岡	1691	289	119	2099	2866	391	71.6%	73.9%	5.7%
佐賀	302	61	36	399	483	83	76.4%	73.5%	9.0%
長崎	435	94	94	623	863	121	69.0%	77.7%	15.1%
熊本	325	77	374	776	1001	168	76.1%	45.8%	48.2%
大分	428	103	26	557	655	128	75.6%	80.5%	4.7%
宮崎	316	83	53	452	582	116	70.1%	71.6%	11.7%
鹿児島	635	193	56	884	947	197	81.0%	98.0%	6.3%
沖縄	196	52	43	291	536	77	48.6%	67.5%	14.8%
合計	33513	5381	3545	42439	66834	7152	61.4%	75.2%	8.4%

注)

- 「発熱外来」数は各都道府県のHPより。2023年2/1～2/13の調査期間内の調査時点での掲載分。
- 「厚労省報告数」は厚労省HPに掲載の都道府県別の診療・検査医療機関（＝発熱外来）の数(2/1時点)。
- 「発熱外来」の「未掲載分」は厚労省把握の数から都道府県HPの集計数を差し引いたもの。
- 医療施設は、「令和2年医療施設調査(静態調査)」(詳細:e-Stat都道府県編)より。
- 「診療所・対象科計」は上記の「内科系」+「耳鼻科」+「小児科」を便宜的に発熱外来が想定される科目と仮定し、その合計を補正したもの。「内科系」は、標準が内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、脳神経内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科の合計。「心療内科」は含んでいない。
- 補正は自由診療のみの医療機関数を除外した都道府県別割合を乗じた。
- 実施率の「診療所」は厚労省の公表数字から都道府県の公表病院の数を除外し診療所数として計算したもの。
- 一般病院には精神病院は含んでいない。
- 都道府県HPは随時更新され、厚労省への報告と時間的差があり、「未掲載」分が負の数となるものがある。
- 表は発熱外来状況の概要傾向を把握するための、参考資料の域でない。