

令和元年度第1回新川地域医療推進対策協議会
新川地域医療構想調整会議及び
新川地域医療と介護の体制整備に係る協議の場 次第

日時：令和元年8月26日（月）19時00分～20時30分
会場：コラーレマルチホール

1 開会

2 あいさつ

3 議題

- (1) 今後の地域医療構想の進め方について
- (2) 介護医療院への転換の状況について
- (3) 「外来医療計画」の策定について
- (4) 新川医療圏の一般病床、療養病床の状況について
- (5) 新川医療圏の在宅医療・介護連携について

4 閉会

【配布資料】

- ・委員名簿
- ・配席図
- ・富山県附属機関条例、富山県地域医療推進対策協議会規則
- ・富山県地域医療構想調整会議設置要綱

資料1-1	今後の地域医療構想の進め方について
資料1-2	「外来医療計画」の策定について
資料1-3	外来医療計画について
資料2	新川医療圏の一般病床、療養病床の状況について
資料3-1	新川医療圏の在宅医療提供体制について
資料3-2	新川地域在宅医療支援センターにおける多職種連携ソフトの更新
資料3-3	在宅患者基本情報
参考資料1	地域医療構想の実現に向けたさらなる取組について
参考資料2	公的病院の再編成について
参考資料3	外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン
参考資料4	外来医療、医療機器の状況等
参考資料5	将来の年齢階級別人口
参考資料6	慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型
参考資料7	新川地域在宅医療療養連携協議会の取組み
参考資料8	画像情報・検査結果等の電子的な送受にかかる評価

新川地域医療推進対策協議会委員

任期：平成30年8月26日～令和2年8月25日

令和元年7月29日現在

		職名	氏名	備考
1	市町村	魚津市 副市長	四十万 隆一	代 民生部長 矢田厚子
2		黒部市 副市長	能澤 雄二	代 市民生活部長 村田治彦
3		入善町副町長	梅津 将敬	
4		朝日町副町長	山崎 富士夫	代 健康課長 中島優一
5	公的病院	あさひ総合病院長	東山 考一	
6		黒部市民病院長	竹田 慎一	
7		富山労災病院長	平野 典和	
8	医師会	下新川郡医師会長	藤森 正記	
9		魚津市医師会長	井出 克樹	
10		富山県医師会 理事	籠浦 正順	
11	在宅医療関係者	新川地域在宅医療療養連携協議会会長	藤岡 照裕	
12		にいかわ認知症疾患医療センター長	葛野 洋一	代 精神保健福祉士 西島 祐
13	歯科医師会	下新川郡歯科医師会長	大菅 明	
14		富山県歯科医師会 理事	前田 美智之	
15	薬剤師会	富山県薬剤師会 魚津支部長	畠山 規明	
16		富山県薬剤師会 監事	沓掛 隆義	
17	看護関係者(病院)	富山労災病院 看護部長	安倍 淑子	
18	関係行政機関	新川地域消防組合消防本部 消防長	能登 康広	
19	看護関係者(訪問看護)	入善訪問看護ステーション 管理者	上田 百合子	
20	施設関係者	あんどの里 施設長	大崎 雅子	代 看護課長 平崎弘美
21		魚津老人保健施設長	澤木 勝	
22		魚津市介護保険サービス事業者連絡協議会 ケアマネ部会長	渡邊 誠	
23	社会福祉関係者	入善町社会福祉協議会理事	大角 秋代	
24		魚津市連合婦人会長	青山 芳枝	欠席
25		朝日町身体障害者協会長	加藤 好進	
		計25名		

新川地域医療構想調整会議委員

任期:平成29年11月17日～令和1年11月16日

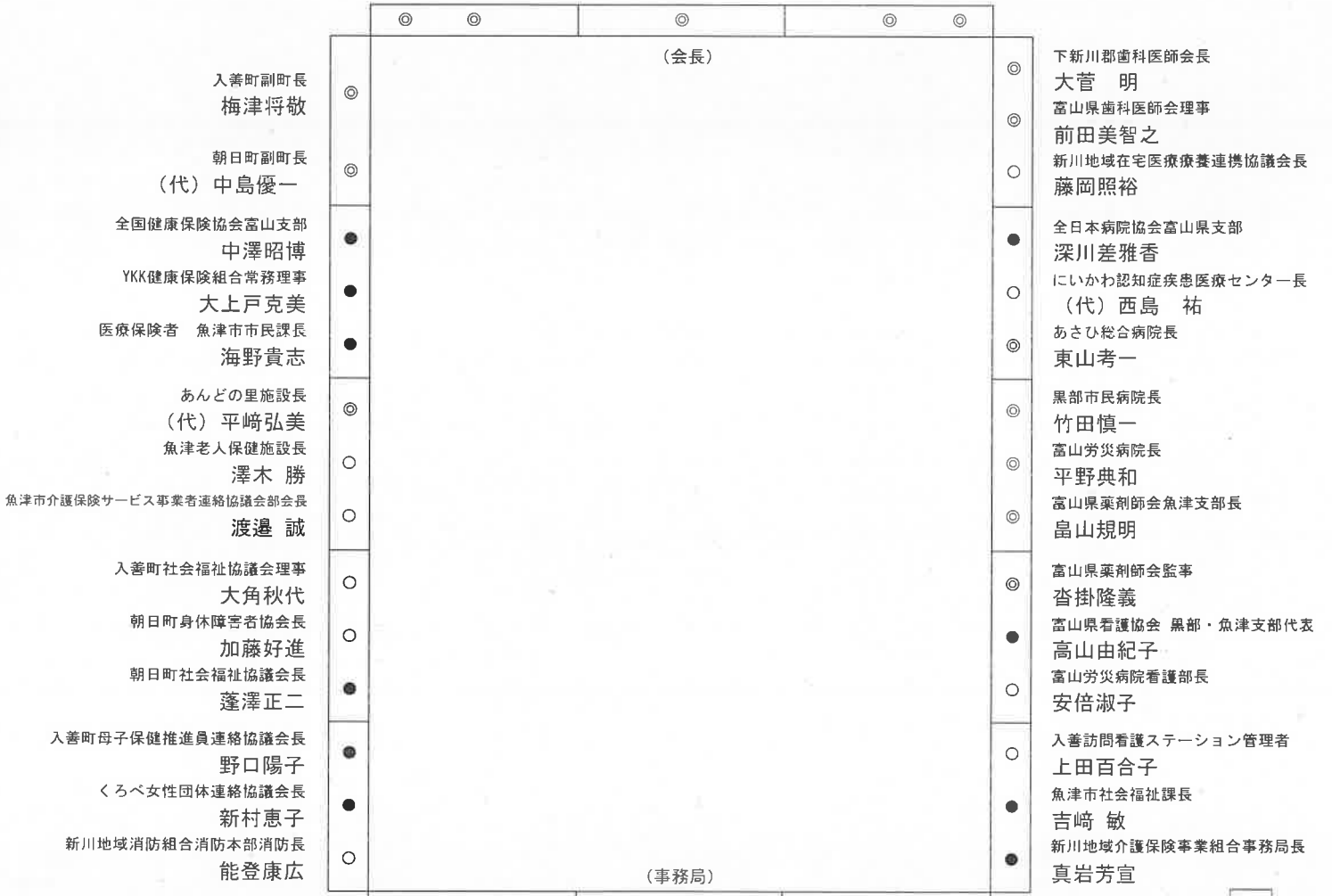
令和元年8月1日現在

		職 名	氏 名	備 考
1	医師会	下新川郡医師会長	藤森 正記	
2		魚津市医師会長	井出 克樹	
3	歯科医師会	下新川郡歯科医師会長	大菅 明	
4		富山県歯科医師会 理事	前田 美智之	
5	薬剤師会	富山県薬剤師会 魚津支部長	畠山 規明	
6		富山県薬剤師会 監事	沓掛 隆義	
7	看護協会	富山県看護協会 黒部・魚津支部代表	高山 由紀子	
8	民間病院	全日本病院協会富山県支部	深川 差雅香	
9	公的病院	あさひ総合病院長	東山 考一	
10		黒部市民病院長	竹田 慎一	
11		富山労災病院長	平野 典和	
12	医療保険者	全国健康保険協会富山支部	中澤 昭博	
13		YKK健康保険組合常務理事	大上戸 克美	
14		魚津市民生部市民課長	海野 貴志	
15	介護保険者	魚津市民生部社会福祉課長	吉崎 敏	
16		新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合事務局長	真岩 芳宣	
17	介護・福祉施設	あんどの里 施設長	大崎 雅子	代 看護課長 平崎弘美
18	医療を受ける立場	入善町母子保健推進員連絡協議会長	野口 陽子	
19		朝日町社会福祉協議会長	蓬澤 正二	
20		くろべ女性団体連絡協議会長	新村 恵子	
21	市町村	魚津市 副市長	四十万 隆一	代 民生部長 矢田厚子
22		黒部市 副市長	能澤 雄二	代 市民生活部長 村田治彦
23		入善町 副町長	梅津 将敬	
24		朝日町 副町長	山崎 富士夫	代 健康課長 中島優一
		計24名		

令和元年度「第1回新川地域医療推進対策協議会」「第1回新川地域医療構想調整会議」
「第1回医療と介護の体制整備に係る協議の場」（合同会議）配席図

日時：令和元年8月26日（月）19:00～20:30
会場：カラーレ マルチホール

(代) 黒部市副市長 村田治彦
(代) 魚津市副市長 矢田厚子
下新川郡医師会長 藤森正記
富山県医師会理事 籠浦正順
魚津市医師会長 井出克樹



島澤次長 新川厚生センター	古川主幹 新川厚生センター	沼田魚津支所長 新川厚生センター	大江所長 新川厚生センター	木内次長 厚生部	五十嵐課長 医務課	喜多班長 医務課	片岡主幹 医務課	京谷主査 医務課
能登保健師 新川厚生センター	米生主任専門員 新川厚生センター	高林班長 新川厚生センター	魚津支所角課長 新川厚生センター	越坂主幹 高齢福祉課	谷村係長 高齢福祉課	大西主任 医務課		

(傍聴席)

【凡例】
◎：推進対策協議会委員・調整会議委員併任
○：推進対策協議会委員
●：調整会議委員

(入口)

○富山県附属機関条例

平成26年 3月26日

富山県条例第2号

最終改正 平成29年 3月27日 条例第4号

富山県附属機関条例を公布する。

富山県附属機関条例

(趣旨)

第1条 この条例は、法律若しくはこれに基づく政令又は他の条例に定めるもののほか、地方自治法（昭和22年法律第67号）第138条の4第3項及び第202条の3第1項の規定に基づき、執行機関の附属機関に関し必要な事項を定めるものとする。

(設置)

第2条 執行機関の附属機関として、別表に掲げる機関を置き、その所掌事務及び委員の定数は、同表に定めるとおりとする。

(委任)

第3条 この条例に定めるもののほか、附属機関の組織及び運営に関し必要な事項は、その属する執行機関の規則で定める。

附 則

この条例は、公布の日から施行する。

附 則（平成29年条例第4号）

この条例は、平成29年4月1日から施行する。

別表（第2条関係）

1 知事の附属機関

名称	所掌事務	委員の定数
富山県いじめ再調査委員会	いじめ防止対策推進法（平成25年法律第71号）第30条第2項及び第31条第2項の規定により同法第28条第1項の規定による調査の結果について調査し、並びに審議する事務	5人以内
富山県公共事業評価委員会	県が実施する公共事業の評価について調査審議し、及び知事に意見を述べる事務	7人以内
とやま21世紀水ビジョン推進会議	県の水資源対策に係る計画の策定及び当該計画の実施の推進並びに水源地域の保全に関する重要事項の調査審議に関する事務	20人以内
富山県産業廃棄物処理施設審査会	廃棄物の処理及び清掃に関する法律（昭和45年法律第137号）第15条の2第3項（同法第15条の2の6第2項において準用する場合を含む。）の規定による諮問に応じて調査審議し、及び知事に意見を述べる事務	10人以内
新川地域医療推進対策協議会	魚津市、黒部市、入善町及び朝日町を対象として定める地域医療に係る計画の策定、当該計画の実施の推進その他地域医療の推進に関する重要事項の調査審議に関する事務	25人以内
富山地域医療推進対策協議会	富山市、滑川市、舟橋村、上市町及び立山町を対象として定める地域医療に係る計画の策定、当該計画の実施の推進その他地域医療の推進に関する重要事項の調査審議に関する事務	25人以内

高岡地域医療推進対策協議会	高岡市、氷見市及び射水市を対象として定める地域医療に係る計画の策定、当該計画の実施の推進その他地域医療の推進に関する重要事項の調査審議に関する事務	25人以内
砺波地域医療推進対策協議会	砺波市、小矢部市及び南砺市を対象として定める地域医療に係る計画の策定、当該計画の実施の推進その他地域医療の推進に関する重要事項の調査審議に関する事務	25人以内
富山県健康づくり県民会議	県の健康増進計画の策定、当該計画の実施の推進その他健康づくりの推進に関する重要事項の調査審議に関する事務	30人以内
富山県自殺対策推進協議会	県の自殺対策に係る計画の策定、当該計画の実施の推進その他自殺対策に関する重要事項の調査審議に関する事務	21人以内
富山県周産期保健医療協議会	県の周産期保健医療に係る計画の策定、当該計画の実施の推進その他周産期保健医療に関する重要事項について調査審議し、及び知事に意見を述べる事務	14人以内
富山県肝炎認定協議会	富山県肝炎治療特別促進事業の対象となる者の認定について調査審議し、及び知事に意見を述べる事務	7人以内
富山県科学技術会議	県の科学技術の振興に係る計画の策定、当該計画の実施の推進その他科学技術の振興に関する重要事項について調査審議し、及び知事に意見を述べる事務	25人以内
富山県入札監視委員会	県が発注する建設工事に係る入札及び契約の運用に関する重要事項について調査審議し、及び知事に意見を述べる事務	5人以内
富山県入札契約適正化検討委員会	県が発注する建設工事等に係る入札及び契約に関する制度の適正化に関する重要事項について、知事の諮問に応じて調査審議し、及び知事に意見を述べる事務	7人以内
富山県特定調達苦情検討委員会	県が行う調達であって、世界貿易機関を設立するマラケシュ協定附属書4の政府調達に関する協定、政府調達に関する協定を改正する議定書その他の国際約束の対象となるものに関係する供給者からの苦情について調査審議する事務	3人

2 教育委員会の附属機関

名称	所掌事務	委員の定数
富山県転任等審査委員会	教育公務員特例法（昭和24年法律第1号）第25条第1項及び第4項の規定による認定並びに地方教育行政の組織及び運営に関する法律（昭和31年法律第162号）第47条の2第2項の規定による判断に関し、教育委員会の諮問に応じて調査審議し、及び教育委員会に対して答申する事務	10人以内
富山県いじめ防止対策推進委員会	いじめ防止対策推進法第12条に規定する地方いじめ防止基本方針に基づく地域におけるいじめの防止等のための対策について調査審議する事務及び同法第28条第1項の規定による調査に関する事務	15人以内

○富山県地域医療推進対策協議会規則

富山県地域医療推進対策協議会規則を次のように定め、公布する。

平成26年3月26日

富山県知事 石 井 隆 一

富山県規則第14号

富山県地域医療推進対策協議会規則

(趣旨)

第1条 この規則は、富山県附属機関条例（平成26年富山県条例第2号）第3条の規定に基づき、別表の左欄に掲げるそれぞれの地域医療推進対策協議会（以下「協議会」という。）の組織及び運営に関し必要な事項を定めるものとする。

(委員)

第2条 委員は、次に掲げる者のうちから知事が任命する。

- (1) 保健医療福祉関係者
- (2) 保健医療福祉を受ける立場にある者
- (3) 関係行政機関の職員

(任期等)

第3条 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。

- 2 委員は、再任されることができる。
- 3 委員の任期が満了したときは、当該委員は、後任者が任命されるまで引き続きその職務を行うものとする。

(会長及び副会長)

第4条 協議会に会長及び副会長1人を置く。

- 2 会長及び副会長は、それぞれ委員が互選する。
- 3 会長は、会務を総理し、協議会を代表する。
- 4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき、又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第5条 協議会は、会長が招集し、その会議の議長となる。

- 2 協議会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開くことができない。
- 3 協議会の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

(部会)

第6条 協議会に、特定の事項を調査審議させるため、部会を置くことができる。

2 部会の設置、組織及び調査審議すべき事項は、会長が協議会に諮って定める。

(委員以外の者の出席)

第7条 協議会は、必要に応じ、委員以外の者の出席を求め、説明又は意見を聴くことができる。

(庶務)

第8条 協議会の庶務は、それぞれ別表の右欄に掲げる厚生センターにおいて処理する。

(細則)

第9条 この規則に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、会長が協議会に諮って定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

別表 (第1条、第8条関係)

協議会	厚生センター
新川地域医療推進対策協議会	富山県新川厚生センター
富山地域医療推進対策協議会	富山県中部厚生センター
高岡地域医療推進対策協議会	富山県高岡厚生センター
砺波地域医療推進対策協議会	富山県砺波厚生センター

富山県地域医療構想調整会議設置要綱

(目的)

第1条 医療法第30条の14に基づき、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議するため、2次医療圏毎に地域医療構想調整会議(以下「調整会議」という。)を設置する。

(名称)

第2条 各調整会議の名称は、次のとおりとする。

名 称	対象地域
新川地域医療構想調整会議	魚津市、黒部市、入善町、朝日町
富山地域医療構想調整会議	富山市、滑川市、舟橋村、上市町、立山町
高岡地域医療構想調整会議	高岡市、氷見市、射水市
砺波地域医療構想調整会議	砺波市、小矢部市、南砺市

(協議事項)

第3条 調整会議は、当該医療圏における次に掲げる事項について協議するものとする。

- (1) 将来の病床の必要量を達成するための方策に関すること。
- (2) 地域における病床の機能の分化と連携に関すること。
- (3) その他地域医療構想達成の推進に関すること。

(組織)

第4条 調整会議は、区域ごとに委員30人以内で組織する。

(委員)

第5条 委員は、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者のうちから知事が委嘱する。

- 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、再任されることができる。

(会長等)

- 第6条 調整会議に会長及び副会長を置き、会長は委員が互選し、副会長は会長が指名する。
- 2 会長は、会議を進行する。
 - 3 副会長は、会長を補佐し、会長が不在のときは、副会長がその職務を代理する。

(会議)

- 第7条 調整会議は、当該医療圏を管轄する厚生センターの所長が招集する。
- 2 調整会議は、原則として公開するものとする。ただし、次の各号のいずれかに該当する場合であつて、当該医療圏を管轄する厚生センターの所長が調整会議の全部又は一部を公開しない旨を決定したときは、この限りでない。
 - (1) 富山県情報公開条例（平成13年富山県条例第38号）第7条に規定する非開示情報が含まれる事項に関して協議する場合
 - (2) 公開することにより、調整会議の適正な運営に著しい支障が生ずると認められる場合
 - 3 当該医療圏を管轄する厚生センターの所長が必要と認めた場合は、調整会議に委員以外の者の出席を求めることができる。

(部会)

- 第8条 調整会議に特定の事項について意見を聴くため、部会を置くことができる。

(庶務)

- 第9条 調整会議の庶務は、当該医療圏を管轄する厚生センターで処理する。

(細則)

- 第10条 この要綱に定めるもののほか、調整会議の運営に関し必要な事項は、会長が会議に諮って定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成27年10月6日から施行する。

今後の地域医療構想の進め方について

1 これまでの取組み

- (1) 地域医療構想は平成 28 年度に、医療計画は平成 29 年度に策定
- (2) 平成 30 年度には、各医療機関の 2025 年を見据えた医療機能の役割や病床数を把握し、地域医療構想調整会議において協議
- ・ 医療計画の推進に向けた病院・有床診療所の事業計画
(2025 年を見据えた医療機能の役割や病床数等)
 - ・ 地域医療構想の推進に向けた医療機能の分類に関する定量的な基準
 - ・ 療養病床から介護医療院への転換の状況
 - ・ 公的・公立病院の新改革プラン等の取組みについて
 - ・ 新川医療圏の一般病床、療養病床の状況について
 - ・ 新川地域医療推進対策協議会各部会開催状況について
 - ・ 新川厚生センターが推進する在宅医療・介護連携事業について

2 今後の地域医療構想の進め方

地域医療構想調整会議において、病床の機能分化・連携、在宅医療などの進捗状況の共有を図り、各医療機関の自主的な機能分化・連携などの取組みを促進する。

また、地域医療構想調整会議の取組状況等を医療審議会に報告するとともに、事業の進捗評価や施策などについて協議する。

※厚生労働省では、『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』(令和元年 5 月 23 日厚生労働省第 32 回社会保障 WG 資料 1-1 抜粋)とされており、今後要請があった場合には、調整会議で協議する。

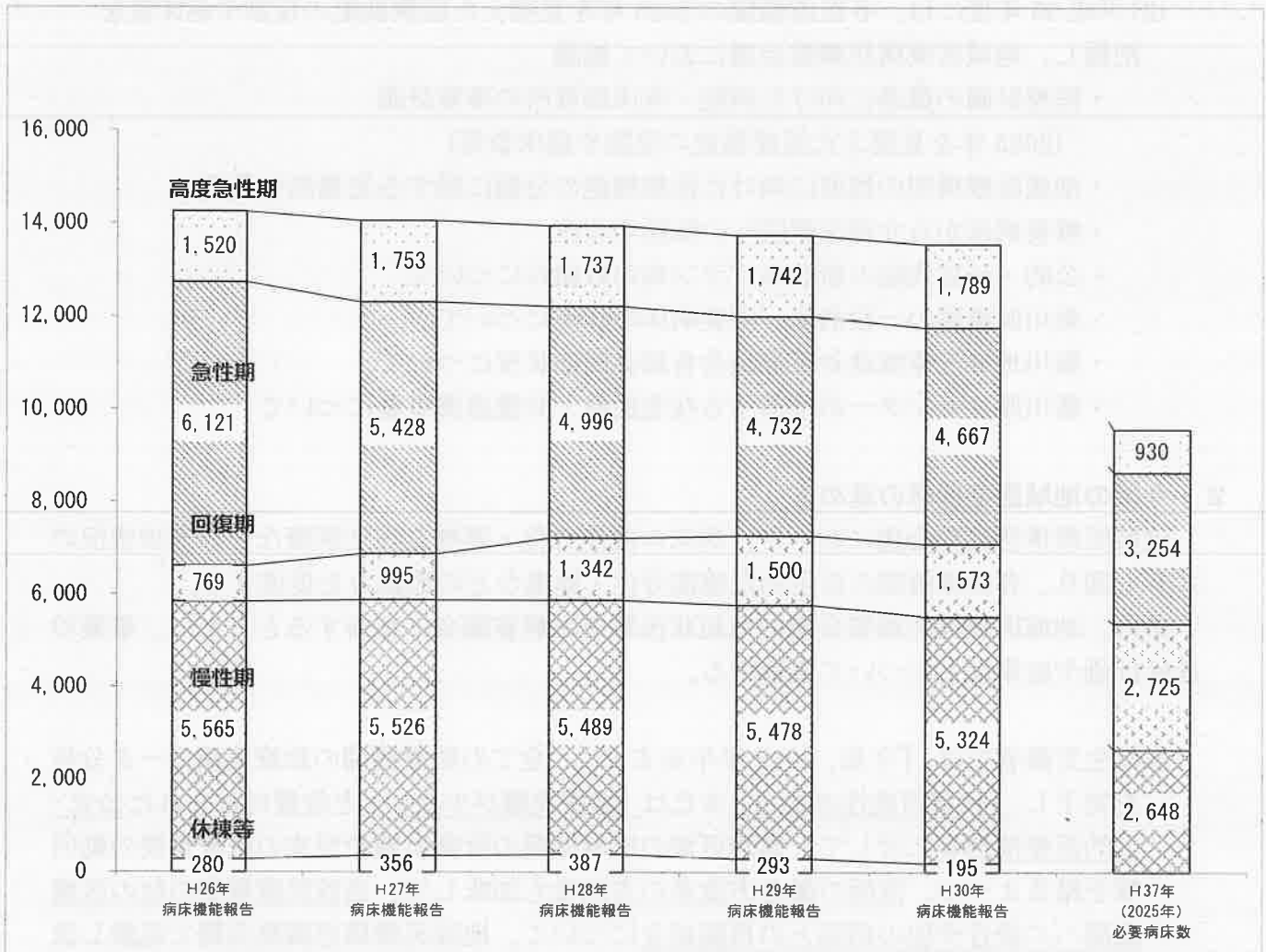
3 スケジュール案

時期		
2019 年 8 月	第 1 回	病床機能報告の結果報告、介護医療院への転換状況、(外来医療計画の策定の手順等)
10 月頃	第 2 回	医療機関の連携状況、(外来医療機能の現状・課題等)
12 月頃	第 3 回	医療機関の連携状況、(外来医療計画素案)

平成 30 年度病床機能報告の結果について

地域医療構想の必要病床数と病床機能報告における医療機能の比較

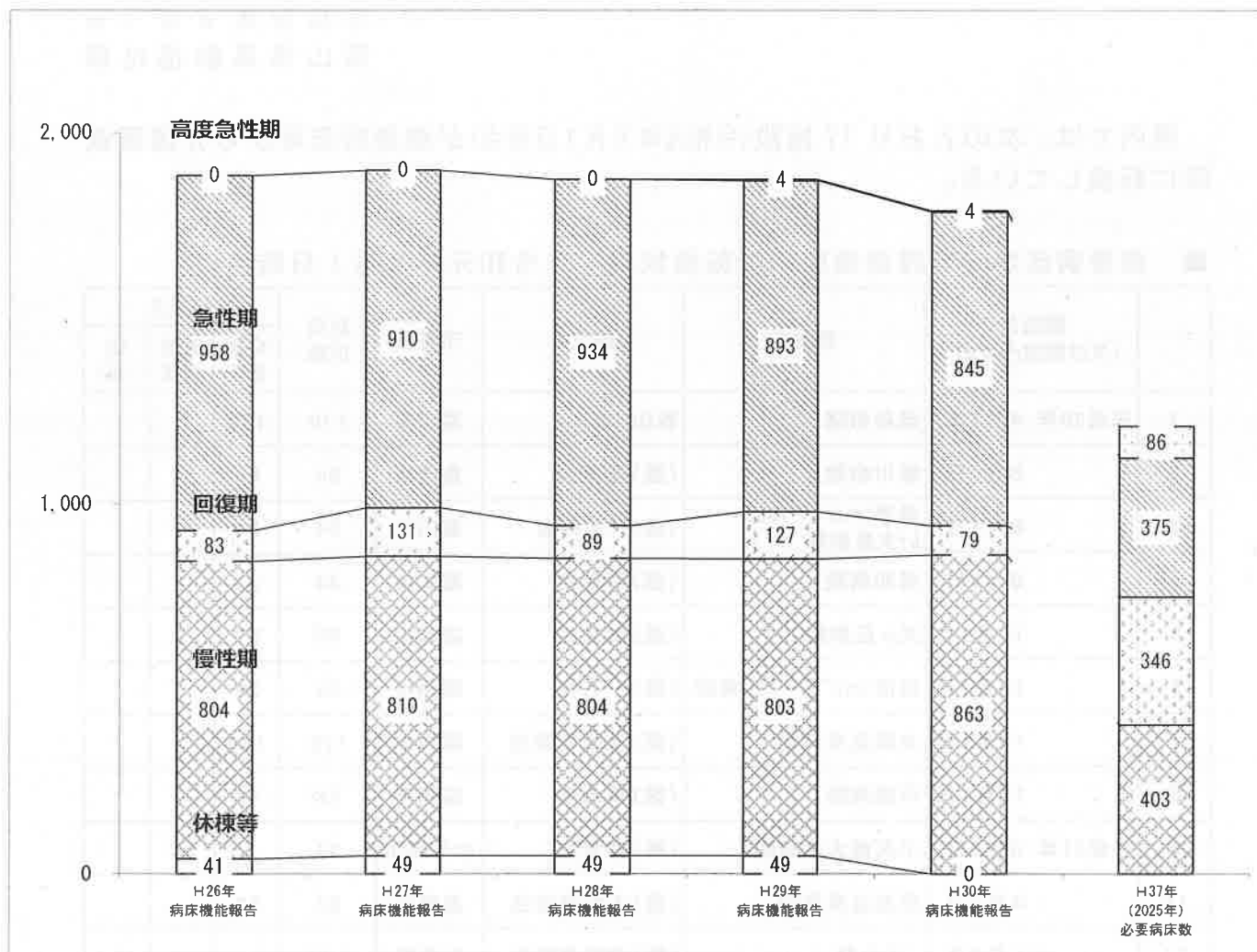
① 県全体



医療機能	H26年 病床機能 報告	H27年 病床機能 報告	H28年 病床機能 報告	H29年 病床機能 報告	H30年 病床機能 報告	H26→H30 増減	H37年 (2025年) 必要 病床数
高度 急性期	1,520	1,753	1,737	1,742	1,789	+269	930
急性期	6,121	5,428	4,996	4,732	4,667	-1,454	3,254
回復期	769	995	1,342	1,500	1,573	+804	2,725
慢性期	5,565	5,526	5,489	5,478	5,324	-241	2,648
休棟等	280	356	387	293	195	-85	—

②圏域別

<新川圏域>



医療機能	H26年 病床機能 報告	H27年 病床機能 報告	H28年 病床機能 報告	H29年 病床機能 報告	H30年 病床機能 報告	H26→H30 増減	H37年 (2025年) 必要 病床数
高度 急性期	0	0	0	4	4	+4	86
急性期	958	910	934	893	845	-113	375
回復期	83	131	89	127	79	-4	346
慢性期	804	810	804	803	863	+59	403
休棟等	41	49	49	49	0	-41	—

療養病床から介護医療院への転換の状況について

令和元年 8 月 1 日
富山県高齢福祉課

県内では、次のとおり 17 施設(令和元年 8 月 1 日時点)が療養病床等から介護医療院に転換している。

■ 療養病床から介護医療院への転換状況 (令和元年 8 月 1 日時点)

	開設日 (又は開設予定日)	病院名	開設者	市町村	許可 床数	転換元		
						介護 病床	医療 病床	他 (※)
1	平成30年 4月1日	流杉病院	秋山 眞	富山市	170	170		
2	8月1日	新川病院	(医)福寿会	魚津市	60	60		
3	8月1日	温泉リハビリテーション いま泉病院	(医)いずみ会	富山市	54	54		
4	9月1日	成和病院	(医)正啓会	富山市	33	33		
5	10月1日	光ヶ丘病院	(医)紫蘭会	高岡市	60	57	3	
6	10月1日	池田リハビリテーション病院	(医)一志会	黒部市	29	29		
7	11月1日	友愛温泉病院	(医)友愛病院会	富山市	120	120		
8	12月1日	丹保病院	(医)桑山会	高岡市	38	38		
9	平成31年 3月1日	小矢部大家病院	(医)啓愛会	小矢部市	34		34	
10	4月1日	黒部温泉病院	(医)友愛病院会	黒部市	80	80		
11	4月1日	ようわ苑	(医)友愛病院会	氷見市	100			100
12	4月1日	魚津病院	(医)七徳会	魚津市	50	50		
13	4月1日	おおやま病院	(医)東方会	富山市	58	58		
14	令和元年 6月1日	大島くるみ病院	(医)樫の木会	射水市	50	50		
15	6月1日	となみ三輪病院	(医)三医会	砺波市	50	35	15	
16	6月1日	富山城南温泉 第二病院	(医)城南会	富山市	64	64		
17	8月1日	万葉病院	(医)川岸会	高岡市	40	40		

合計 1,090 938 52 100

※H18.7.1～H30.3.31の間に療養病床から転換した介護老人保健施設

(参考) 介護医療院創設前の県内の療養病床の状況

	H30.3.31 時点	R1.8.1 時点	増減床数※
介護病床	1, 582 床	586 床	▲ 996 床
医療病床	3, 487 床	3, 466 床	▲ 21 床
合計	5, 069 床	4, 052 床	▲ 1, 017 床

※介護医療院への転換による増減の外、病床廃止等を含む

「外来医療計画」の策定について

1 外来医療計画について

医療法及び医師法の一部改正により、都道府県は外来医療計画を策定し、医療計画に追加することとされた。(平成 31 年 4 月 1 日施行)

(1)趣旨

- ・これまでの入院医療の議論に加え、外来医療機能の偏在是正のため、外来医療計画を策定する。
- ・外来医療計画の策定にあたっては、外来医師偏在指標等の情報を可視化することで、外来医療機関間での機能分化・連携などについての議論を行い、外来医療に係る医療提供体制の確保を図る。

(2)計画期間

2020 年度からの 4 年間 (2024 年度以降は 3 年ごとに中間見直しを行う)

(3)盛り込む事項

①外来医師偏在指標を用いた外来医師多数区域の設定

厚生労働省が算出する外来医師偏在指標^{※1} (患者流出入の調整後) に基づき、外来医師多数区域^{※2}を設定

※1 : 外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能となる指標

医療需要 (ニーズ) 及び人口構成とその変化、患者の流出入等、医師の性別・年齢分布、医師偏在の種別 (区域、入院/外来) を勘案した人口 10 万人対診療所医師数

※2 : 外来医師偏在指標が全二次医療圏の中で上位 33.3%に該当する二次医療圏

<参考>国が示している現時点の外来医師偏在指標

	新川	富山	高岡	砺波	全国
指標値	83.3	104.2	96.6	90.3	106.3
外来医師多数区域		○			

※医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会 (第 30 回) より

②外来医療機能に関する情報

夜間休日等の初期救急医療の提供状況、在宅医療の提供体制、公衆衛生に係る医療提供体制等の情報

③医療機器の効率的な活用に係る計画

医療機器 (CT、MRI、PET、放射線治療、マンモグラフィ) の配置状況、共同利用の方針及び具体的な共同利用計画

④協議の場の設置

病院・診療所の管理者等医療関係者、医療保険者、市町村等が課題を議論する場

⑤協議を踏まえた外来機能に関する外来医療機関間での機能分化・連携方針

(4)外来医療計画の活用方法

①新規開業者等に対して情報提供する (医療機関のマッピング等)。

②外来医師多数区域では、新規開業者に対して、地域で不足する外来医療機能を担うことを求める。

③共同利用計画策定による医療機器の効率的な活用及び安全管理を図る。

2 協議の場について

・外来医療計画に係る協議の場を各圏域の地域医療構想調整会議とする。

・協議の場での主な協議事項は次のとおりとする。

①可視化する外来医療機能に関する情報、地域での機能分化・連携方針等

②医療機器等の共同利用方針及び共同利用計画

③外来医師多数区域において、新規開業者に求める外来医療機能

地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

医療従事者の需給に関する
検討会 第28回医師需給分科会
(平成31年2月18日)資料

基本的な考え方

○外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っており、また、医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている等の状況を踏まえると、(1)外来機能に関する情報を可視化し、(2)その情報を新規開業者等へ情報提供するとともに、(3)地域の医療関係者等において外来医療機関間での機能分化・連携の方針等について協議を行うことが必要である。

対策のコンセプト

(1) 外来医療機能に関する情報の可視化

○医師偏在の度合いが指標により示されることにより、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能になる。

(2) 新規開業者等への情報提供

○可視化された情報を、新たに開業しようとしている医療関係者等が自主的な経営判断を行うに当たっての有益な情報として提供する。

(3) 外来医療に関する協議の場の設置

○可視化する情報の内容の協議

・可視化する情報の内容について、より詳細な付加情報(地域ごとの疾病構造・患者の受療行動等)を加えたり、機微に触れる情報(患者のプライバシー・経営情報等)を除いたりといった対応のために、地域の医療関係者等が事前に協議を行い、より有益な情報とする。

○地域での機能分化・連携方針等の協議

・充実が必要な外来機能や充足している外来機能に関する外来医療機関間の機能分化・連携の方針等(救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等)について地域の医療関係者等と協議を行い、地域ごとに方針決定できるようにする。

上記の協議については、地域医療構想調整会議を活用することができる。

地域	医師	診療科目	病床	外来	その他
山形県	1,234	内科、外科、小児科	100	150	山形県医師会

今後のスケジュール（案）

時期	県医療審議会 県医療対策協議会	各地域医療構想調整会議
2019年 4月	第1回 ・方向性等について	
8月	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 国が医師偏在指標及び外来医師偏在指標を公表 </div>	
		第1回 ・外来医療計画の策定の手順等
10月頃		第2回 ・外来医療機能の現状・課題等
12月頃		第3回 ・外来医療計画素案
2020年 1月頃	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> パブリックコメント、市町村、関係機関への意見聴取 </div>	
2020年 3月頃	第2回 ・計画案について	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 外来医療計画策定 </div>

外来医療計画について

1

外来医療計画(案)

- 1 計画の基本的考え方
- 2 協議の場の設置
- 3 外来医師偏在指標を用いた外来医師多数区域の設定
- 4 外来医療機能の状況
 - ①初期救急医療の提供体制
 - ②在宅医療の提供体制
 - ③公衆衛生に係る医療提供体制
- 5 医療機器の効率的な活用に係る計画

2

計画の基本的考え方

①趣旨

- ・これまでの入院医療の議論に加え、外来医療機能の偏在是正のため、外来医療計画 を策定する。
- ・外来医療計画の策定にあたっては、外来医師偏在指標等の情報を可視化することで、外来医療機関間での機能分化・連携などについての議論を行い、外来医療に係る医療提供体制の確保を図る。

②計画期間

2020年度からの4年間(2024年度以降は3年ごとに中間見直しを行う)

協議の場の設置

- ・区域ごとに、外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議する。
- ・各圏域の地域医療構想調整会議を活用する。
- ・協議した内容は、結果を取りまとめ、公表する。
- ・医療機器の効率的な活用に関する事項についても同様とする。

3

外来医師偏在指標を用いた外来医師多数区域の設定

1 区域の設定

医療計画において二次医療圏を基本として、各種医療提供体制の整備を進めており、高齢者福祉圏域及び障害保健福祉圏域と一致しており、保健、医療、福祉の連携が図りやすいことから、外来医療計画における区域単位は二次医療圏とします。

2 外来医師偏在指標

医療需要(ニーズ)及び人口構成とその変化、患者の流出入等、へき地等の地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の種別(区域、入院/外来)の5つの要素を勘案した人口10万人対診療所医師数

3 外来医師多数区域の設定

外来医師偏在指標が全二次医療圏の中で上位33.3%に該当する二次医療圏を外来医師多数区域と設定

4 外来医師多数区域における新規開業者の届出の際に求める事項

外来医師多数区域においては、新規開業者に対して、地域で不足する外来医療機能を担うことを求める。

<外来医師偏在指標(暫定値)>

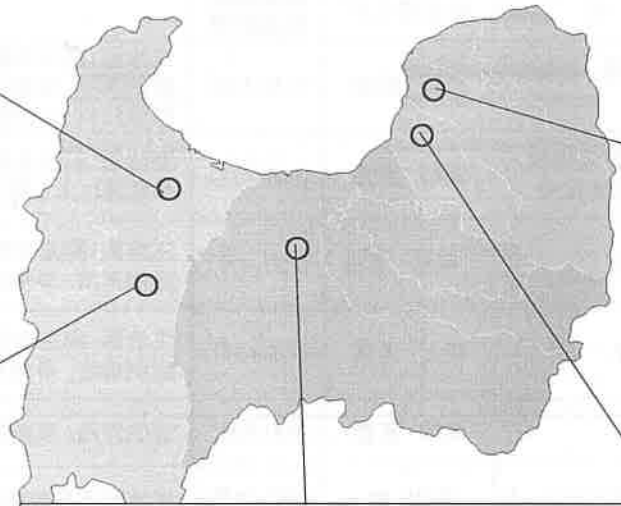
	新川	富山	高岡	砺波	全国
指標値	83.3	104.2	96.6	90.3	106.3
外来医師多数区域		○			

4

休日夜間急患センターの設置状況

高岡市急患医療センター
 ◇診療科目：内科、小児科、
 外科、整形外科
 ◇時間：平日 19:00～23:00
 土曜 19:00～23:00
 休日 09:00～23:00
 ◇1日平均患者数：72.9人(H29)

砺波医療圏急患センター
 ◇診療科目：内科、小児科、
 ◇時間：平日 20:00～22:30
 土曜 20:00～22:30
 休日 10:00～16:30
 20:00～22:30
 ◇1日平均患者数：17.2人(H29)



富山市・医師会急患センター
 ◇診療科目：内科、小児科、外科、眼科、耳鼻科、皮膚科
 ◇時間(内科、小児科、外科)
 平日 19:00～02:00
 土曜 19:00～02:00
 休日 09:00～17:30、18:30～02:00
 ◇1日平均患者数：119.9人(H29)

下新川一次急患センター
 ◇診療科目：内科
 ◇時間：平日 19:00～21:30
 土曜 19:00～21:30
 休日 19:00～21:30

新川医療圏小児急患センター
 ◇診療科目：小児科
 ◇時間：平日 19:00～21:45
 土曜 19:00～21:45
 休日 09:00～12:00
 14:00～17:00
 19:00～21:45
 ◇1日平均患者数：6.8人(H29)

魚津市急患センター
 ◇診療科目：内科
 ◇時間：平日 19:00～22:00
 土曜 19:00～22:00
 休日 09:00～12:00
 14:00～17:00
 19:00～22:00
 ◇1日平均患者数：2.2人(H29)

出典：とやま医療情報ガイド

富山県の初期救急医療体制(富山県医療計画より)

医療圏	在宅当番医制			休日夜間急患センター		
	休日昼間	休日夜間	平日夜間	休日昼間	休日夜間	平日夜間
新川	下新川郡医師会			下新川一次急患センター		
	○				○ 19:00～22:00	○ 19:00～22:00
	魚津市医師会			新川医療圏小児急患センター		
	○			○ 9:00～12:00 14:00～17:00	○ 19:00～22:00	○ 19:00～22:00
富山	滑川市医師会			魚津市急患センター		
	○				○ 19:00～22:00	○ 19:00～22:00
	中新川郡医師会			富山市・医師会急患センター		
	急患センターの当番医を担当			○ 9:00 ～ 17:30	○ 18:30 ～ 翌2:00	○ 19:00 ～ 翌2:00
高岡	富山市医師会			高岡市急患医療センター		
	○				○ 19:00～22:00	○ 19:00～22:00
	射水市医師会			高岡市急患医療センター		
	○			○ 9:00 ～ 18:00	○ 18:00 ～ 23:00	○ 19:00 ～ 23:00
砺波	高岡市医師会			砺波医療圏急患センター		
	○				○ 19:00～22:00	○ 19:00～22:00
	小矢部市医師会			砺波医療圏急患センター		
	○			○ 10:00 ～ 16:30	○ 20:00 ～ 22:30	○ 20:00 ～ 22:30
	砺波医師会			公立南砺中央病院当直支援		
	急患センターの当番医を担当					
	南砺市医師会					

※ただし急患の場合は、6:00まで医師が待機

在宅医療に取り組む開業医グループの活動状況（新川、富山）

医療圏	地区	活動組織名	代表者氏名	連携診療開始時期	連携の内容
新川	下新川郡 魚津市	新川地域在宅医療療養 連携協議会	藤岡 照裕	(H18.7月)	主治医・副主治医制、ICTによる患者情報共有、 症例集積、事例検討、多職種による勉強会、 診療材料の共同購入 など
	下新川郡 魚津市	下新川郡医師会地域医療連携 とクリティカルパス検討委員会	藤岡 照裕	(H20.4月)	主治医・副主治医制、症例集積、事例検討、 多職種による勉強会 など
	魚津市	メディカルネット蜃気楼	榭崎 繁喜	(H21.3月)	主治医・副主治医制、ICTによる患者情報共有、 症例集積、事例検討、多職種による勉強会 など
富山	富山市	在宅医療協議会とやま	河上 浩康	(H19.10月)	主治医・副主治医制、ICTによる患者情報共有、 症例集積、事例検討、多職種による勉強会 など
		富南在宅ネットワーク	高橋 英雄	(H21.5月)	症例集積、事例検討、多職種による勉強会 など
		富山市医師会在宅医ネットワーク	前川 裕	(H23.12月)	主治医不在時の看取り依頼 など
	滑川市	滑川在宅医療推進協議会	毛利 英満	(H25.4月)	ICTによる患者情報共有、症例集積、事例検討、 多職種による勉強会 など
	中新川郡	たてやまつるぎ在宅ネットワーク	安本 耕太郎	H24.5月 (H25.3月)	主治医・副主治医制、休日当番制による看取り、 ICTによる患者情報共有、症例集積、事例検討、 多職種による勉強会 など

(平成30年10月時点) 7

在宅医療に取り組む開業医グループの活動状況（高岡、砺波）

医療圏	地区	活動組織名	代表者氏名	連携診療開始時期	連携の内容
高岡	高岡市	高岡市医師会在宅医療連携会	酒井 成	(H23.7月)	症例集積、事例検討、 主治医不在時の代理看取り など
		高岡市医師会在宅医療連携会 「かたかごグループ」	林 智彦	(H23.7月)	ICTによる患者情報共有、症例集積、事例検討、 多職種による勉強会 など
	射水市	在宅医療いみずネットワーク (射水市医師会在宅医療部会)	矢野 博明	(H21.12月)	主治医・副主治医制、症例集積、事例検討、 多職種による勉強会 など
	氷見市	氷見在宅医療連携会	高嶋 達	(H21.4月)	当番制による看取り、ICTによる患者情報共有、 症例集積、事例検討、多職種による勉強会 など
砺波	砺波市	となみ在宅緩和ケア研究会 (となみ在宅あんしんネットワーク)	大澤 謙三	(H21.12月)	多職種による勉強会、 医師連携による看取り対応 など
	南砺市	南砺市医師会地域医療連携部	金子 利朗	(H21.5月)	症例集積、事例検討、多職種による勉強会 診療材料の共同購入 など
	小矢部市	メルヘン在宅あんしんネットワーク	井上 徹	(H23.4月)	主治医・副主治医制、ICTによる患者情報共有 症例集積、事例検討、多職種による勉強会 医療機器の貸し出し など

8
(平成30年10月時点)

富山県内郡市医師会別産業医の状況

二次医療圏	郡市医師会	人数
新川医療圏	下新川郡医師会	12
	魚津市医師会	10
富山医療圏	滑川市医師会	6
	中新川郡医師会	7
	富山市医師会	116
高岡医療圏	射水市医師会	20
	高岡市医師会	42
	氷見市医師会	3
砺波医療圏	砺波医師会	13
	南砺市医師会	12
	小矢部市医師会	9

出典：富山県医師会 HP用認定産業医名簿2019. 4. 18現在

※日医認定産業医資格（有効期限内）を持ち、ホームページ掲載に同意された県医師会会員

9

富山県内学校医の状況

郡市別学校医数

(単位:人)

郡市	小学校	中学校	高等学校	特別支援学校
下新川郡	24	11	6	0
黒部市	39	19	3	3
魚津市	23	8	12	1
滑川市	26	10	3	0
中新川郡	41	12	5	1
富山市	216	96	50	30
射水市	50	22	9	1
高岡市	86	44	29	19
氷見市	38	21	3	0
砺波市	35	17	7	6
南砺市	22	16	6	3
小矢部市	20	16	9	0

(参考) 郡市別施設数

(単位:施設)

郡市	小学校	中学校	高等学校	特別支援学校
下新川郡	8	3	2	0
黒部市	9	4	1	1
魚津市	5	2	4	0
滑川市	7	2	1	0
中新川郡	13	3	2	0
富山市	66	28	20	7
射水市	15	6	3	0
高岡市	26	12	11	4
氷見市	12	5	1	0
砺波市	8	4	2	1
南砺市	9	8	3	1
小矢部市	5	4	3	0

出典: 県教育委員会資料を医務課で集計¹⁰

予防接種(定期接種)に対応可能な施設数

	新川		富山		高岡		砺波	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
総施設数	14	80	51	387	26	226	16	85
ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎及び破傷風の四種混合	5	24	13	60	8	56	6	26
ジフテリア、百日咳及び破傷風の三種混合	3	33	13	98	4	72	5	29
ジフテリア及び破傷風の二種混合	6	35	20	132	12	87	8	45
急性灰白髄炎	4	27	14	86	7	52	5	26
破傷風	6	22	19	79	12	68	7	30
麻しん及び風しんの二種混合	8	44	28	166	14	104	8	45
麻しん	6	36	27	148	11	91	8	35
風しん	7	36	28	155	12	93	9	37
日本脳炎	6	39	22	135	13	89	8	44
結核	4	25	18	65	10	64	6	27
Hib感染症	4	15	9	39	5	39	5	22
小児の肺炎球菌感染症	5	27	17	71	10	66	7	33
ヒトパピローマウイルス感染症	2	2	5	30	4	31	3	9
水痘	6	36	26	136	14	95	10	42
インフルエンザ	14	62	50	303	25	187	16	74
成人の肺炎球菌感染症	12	38	41	198	18	128	15	56
B型肝炎	7	31	22	123	14	86	10	34

11

出典:とやま医療情報ガイド

医療機器の効率的な活用に係る計画について

1 概要

人口減少が見込まれる中で、既存の医療機器の効率的な活用を推進するため、

- ①医療機器の配置状況に関する情報(医療機器の配置状況に関する指標)
- ②医療機器の保有状況等に関する情報
- ③区域ごとの共同利用の方針
- ④共同利用計画の記載事項とチェックのためのプロセス

について、医療機器の効率的な活用に係る計画として、外来医療計画に盛り込むもの。

2 医療機器の配置状況に関する情報及び医療機器の保有状況等に関する情報(案) 別添のとおり

3 共同利用の方針(案)

- ①各圏域の地域医療支援病院を中心に医療機器の共同利用を図る。
- ②医療機関が以下に掲げる医療機器を新規に購入する場合には、当該医療機関が共同利用計画を作成する。
※CT、MRI、PET(PET及びPET-CT)、放射線治療(リニアック及びガンマナイフ)、マンモグラフィ

4 共同利用計画の記載事項(案)

- ①購入(共同利用)する医療機器
- ②共同利用の相手方となる医療機関(共同利用を行わない場合はその理由)
- ③保守、整備等の実施に関する方針
- ④画像撮影等の検査機器については、画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針

5 共同利用計画のチェックのためのプロセス(案) 協議の場(調整会議)で内容を確認する。

圏域別調整人口あたり医療機器台数

<調整人口あたりの医療機器台数>

人口10万人対医療機器台数をベースに、地域ごとの性・年齢階級による検査率の違いを調整したもの

圏域名	CT	MRI	PET	マンモ グラフィ	放射線治療 (体外照射)
新川	13.7	6.0	1.47	4.9	1.44
富山	11.9	8.5	0.58	4.0	2.11
高岡	12.9	4.7	0.00	3.2	0.86
砺波	15.3	4.9	0.00	4.6	0.67
県全体	12.9	6.6	0.44	3.9	1.47
参考:全国値	11.1	5.5	0.46	3.4	0.91

※放射線治療（体外照射）については、厚生労働省において診療所の台数をNDBデータの算定回数で補正

13

圏域別病院・診療所医療機器保有台数

圏域名	病院保有台数					一般診療所保有台数				
	CT	MRI	PET	マンモ グラフィ	放射線治療 (体外照射)	CT	MRI	PET	マンモ グラフィ	放射線治療 (体外照射)
新川	13	7	2	4	2	6	1	0	2	0
富山	43	25	1	12	5	19	19	2	8	6
高岡	27	11	0	8	3	18	5	0	2	0
砺波	14	5	0	4	1	9	2	0	2	0

出典：医療機器の調整人口あたり台数に係るデータ集・グラフ(厚生労働省作成：平成29年医療施設調査データ)

※一般診療所の放射線治療（体外照射）については、厚生労働省においてNDBの病院／診療所比の算定回数より台数を推計

圏域別病院・診療所医療機器稼働率

圏域名	医療機器稼働率(機器1台あたり件数) 病院(件数/台)					医療機器稼働率(機器1台あたり件数) 一般診療所(件数/台)				
	CT	MRI	PET	マンモ グラフィ	放射線治療 (体外照射)	CT	MRI	PET	マンモ グラフィ	放射線治療 (体外照射)
新川	1,884	1,831	351	257	*	142	1,447	-	302	-
富山	2,255	1,473	1,219	687	20	366	1,422	1,432	717	24
高岡	2,192	1,918	-	610	7	281	1,503	-	216	-
砺波	1,791	1,625	-	533	*	146	927	-	9	-

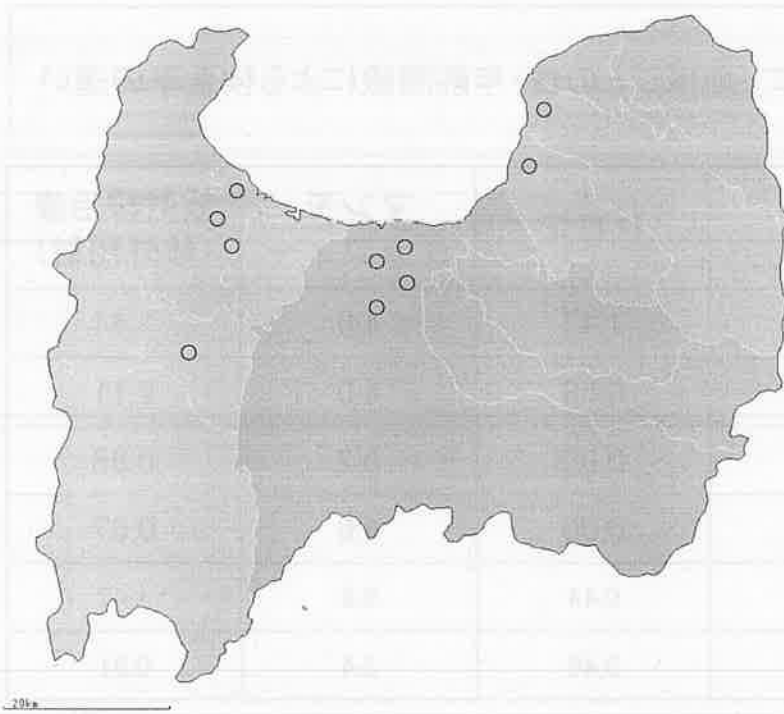
出典：医療機器の調整人口あたり台数に係るデータ集・グラフ(厚生労働省作成)

※検査数は、平成29年度(平成29年4月から翌年3月まで)NDBデータの医科レセプト及びDPCRレセプトから算定回数を抽出

※表記の「-」は台数が無い場合、「0」は台数があっても検査件数が無い場合。「*」はデータ秘匿マーク。

14

富山県内の医療機器の共同利用状況(地域医療支援病院)



＜地域医療支援病院＞

医療法に基づき、県が承認

①主な機能

- ・紹介患者に対する医療の提供
(かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む)
- ・医療機器の共同利用の実施
- ・救急医療の提供
- ・地域の医療従事者に対する研修の実施

②県内の状況

- ・新川医療圏 黒部市民病院
富山労災病院
- ・富山医療圏 富山県立中央病院
富山市立富山市民病院
富山赤十字病院
済生会富山病院
- ・高岡医療圏 厚生連高岡病院
高岡市民病院
済生会高岡病院
- ・砺波医療圏 市立砺波総合病院

表1 新川医療圏 一般病床の医療機能と許可病床数、病床利用率

医療機関名	病棟名	医療機能			許可病床数		2017年医療機能情報			2018年医療機能情報		
		2017年7月1日 時点の機能	2018年7月1日 時点の機能	2025年7月1日 時点の機能	2017年 (平成29)	2018年 (平成30)	許可病床数 A	前年度1日 平均患者数 B	B/A	許可病床数 A	前年度1日 平均患者数 B	B/A
黒部市民病院	東病棟2階	急性期	急性期	急性期	35	35						
黒部市民病院	東病棟3階	急性期	急性期	急性期	60	60						
黒部市民病院	東病棟4階	急性期	急性期	急性期	60	60						
黒部市民病院	東病棟5階	急性期	急性期	急性期	60	60	405	335.2	82.8	405	325.7	80.4
黒部市民病院	東病棟6階	急性期	急性期	急性期	60	60						
黒部市民病院	東病棟7階	急性期	急性期	急性期	47	47						
黒部市民病院	西病棟2階	急性期	急性期	回復期	50	50						
黒部市民病院	中央棟4階	急性期	急性期	急性期	33	33						
富山労災病院	4階A病棟	急性期	急性期	急性期	38	38						
富山労災病院	4階B病棟	急性期	急性期	急性期	52	52						
富山労災病院	5階A病棟	急性期	急性期	急性期	51	51						
富山労災病院	5階B病棟	急性期	急性期	急性期	51	51	300	175.7	58.6	300	223.6	74.5
富山労災病院	6階A病棟	慢性期	慢性期	慢性期	52	52						
富山労災病院	6階B病棟	急性期	急性期	急性期	52	52						
富山労災病院	HCU病棟	高度急性期	高度急性期	高度急性期	4	4						
あさひ総合病院	3階病棟	急性期	急性期	回復期	48	53						
あさひ総合病院	4階病棟	急性期	急性期	急性期	49	56	194	102.9	53.0	109	103.3	94.8
あさひ総合病院	5階病棟	回復期	H30.2.26～	194床→109床	48	0						
あさひ総合病院	6階病棟	休棟中		4病棟→2病棟	49	0						
坂東病院	急性期機能病棟	急性期	急性期	急性期	48	48	48	46.7	97.3	48	46.7	97.3
丸川病院	1病棟	回復期	回復期	回復期	38	38	38	32.2	84.7	38	31.1	81.8
坂本記念病院	一般病棟	急性期	慢性期	休棟予定	60	60	60	35.0	58.3	60	31.6	52.7

※坂本記念病院R1.5.10一般病棟60床休床

出典 病床機能報告・医療機能情報

※高度急性期 4 急性期 845 回復期 79 慢性期 584 休棟等 60 (R1.8月現在 新川医療圏医療機能別病床数)

表2 新川医療圏・医療療養病床と介護療養病床の許可病床数の推移

	医療機関名	病棟名	H26		H27		H28		H29		H30		R31.8月現在		
			医療療養	介護療養	医療療養	介護療養	医療療養	介護療養	医療療養	介護療養	医療療養	介護療養	医療療養	介護療養	
1	魚津病院	医療病棟	58	0	報告なし		58	0	58	0	58	0	58	0	
2	魚津病院	介護病棟	0	50	報告なし		0	50	0	50	0	50	0	0	→H31.4.1 介護医療院へ
3	新川病院	医療	報告なし		60	0	60	0	60	0	60	0	60	0	
4	新川病院	介護	報告なし		0	60	0	60	0	60	0	60	0	0	→H30.8.1 介護医療院へ
5	深川病院	2階病棟	50	0	50	0	50	0	50	0	50	0	50	0	
6	深川病院	3階病棟	0	54	0	54	0	54	0	54	54	0	54	0	
7	深川病院	4階病棟	50	0	50	0	50	0	50	0	50	0	50	0	
8	黒部温泉病院	西3病棟	40	0	40	0	40	0	40	0	40	0	40	0	
9	黒部温泉病院	東3病棟	40	0	40	0	40	0	40	0	40	0	40	0	
10	黒部温泉病院	西2病棟	0	40	0	40	0	40	0	40	0	40	0	0	→H31.4.1 介護医療院へ
11	黒部温泉病院	東2病棟	0	40	0	40	0	40	0	40	0	40	0	0	→H31.4.1 介護医療院へ
12	桜井病院	I 病棟	40	0	40	0	40	0	40	0	40	0	40	0	
13	桜井病院	II 病棟	39	0	39	0	39	0	39	0	39	0	39	0	
14	桜井病院	III 病棟	41	0	41	0	41	0	41	0	41	0	41	0	
15	池田リハビリ テーション病院	回復期リハビリ テーション病棟	35	0	35	0	41	0	41	0	41	0	41	0	
16	池田リハビリ テーション病院	介護病棟	0	35	0	35	0	29	0	29	0	29	0	0	→H30.10.1 介護医療院へ
17	坂本記念病院	療養病棟	41	19	41	19	41	19	41	19	41	19	60	0	R1.5.10 医療療養60床

H26～R1
 介護療養病床 → 医療療養病床
 介護療養病床 → 介護医療院
 医療療養病床 → 介護療養病床

79床
 219床
 0床

出典 病床機能報告

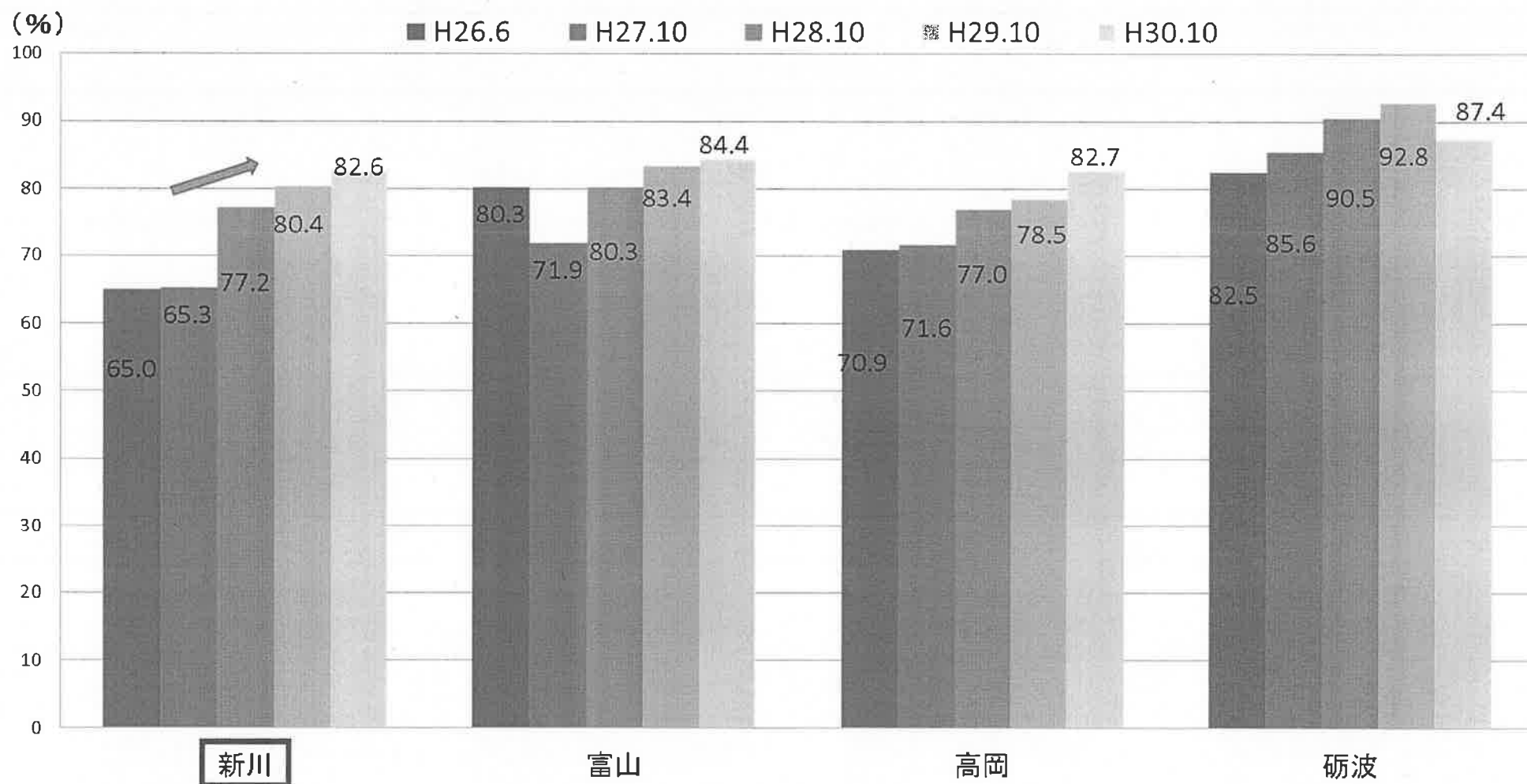
新川医療圏の在宅医療提供体制について

平成29年

	訪問診療				往診				看取り				訪問看護 ステーション	訪問看護ス テーション の看護職員 数 (常勤換算)	うち24時間 対応のST の看護職員 数 (常勤換算)	自宅死 の割合	老人 ホーム 死の割 合
	訪問診療を実施す る病院数		訪問診療を実施す る一般診療所数		病院		診療所		病院		診療所						
	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数					
データ時点	29.10.1	29.9月間	29.10.1	29.9月間	29.10.1	29.9月間	29.10.1	29.9月間	29.10.1	29.9月間	29.10.1	29.9月間	29.10.1	29.10.1	29.10.1	29.1~29.12	29.1~29.12
市区町村	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(人)	(人)	(%)	(%)
朝日町	2	22	1	10	1	6	1	1	0	0	1	1	1	4	4	11.0%	6.4%
入善町	2	31	5	74	0	0	4	19	0	0	2	3	2	8	4	9.9%	6.0%
黒部市	1	11	7	121	2	8	3	22	0	0	1	1	1	3	0	7.9%	7.9%
魚津市	2	49	7	792	2	14	5	105	0	0	3	3	1	4	0	7.4%	5.0%
滑川市	1	2	7	143	0	0	4	18	0	0	0	0	2	5	5	8.3%	1.3%
上市町	1	77	4	87	0	0	1	5	1	3	0	0	2	13	13	15.9%	5.2%
立山町	1	19	6	58	0	0	3	7	0	0	0	0	0	0	0	11.9%	5.5%
舟橋村	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13.6%	31.8%
富山市	8	327	74	2497	6	77	67	393	3	4	11	26	28	138	127	10.3%	4.1%
射水市	3	214	19	714	1	29	17	114	1	2	5	14	8	37	35	14.0%	8.7%
高岡市	3	407	40	570	2	32	38	157	0	0	9	11	9	44	44	11.3%	8.5%
氷見市	1	29	10	201	1	2	11	50	1	1	2	3	2	8	8	12.0%	10.0%
砺波市	0	0	11	645	0	0	8	73	0	0	6	7	4	20	17	12.6%	6.1%
南砺市	3	39	11	179	1	5	10	46	2	3	2	3	2	18	18	11.6%	7.7%
小矢部市	1	15	6	272	1	24	6	49	0	0	0	0	1	3	3	7.1%	7.1%
国	2702	162381	20167	1065659	1661	16990	20851	191319	583	1328	4729	9958	10305	45885	41827	13.2%	7.5%

出典 厚生労働省 在宅医療地域別データ集 (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>)

退院時情報提供率(病院⇒ケアマネ)



・ 郡市医師会の頁 ・

新川地域在宅医療支援センターにおける
多職種連携ソフトの更新

下新川郡医師会理事 藤岡 照裕

下新川郡医師会では魚津市医師会と共同で、平成22年4月より新川地域在宅医療支援センター（以下、センターと略す）を運営しています。センター事務局は下新川郡医師会事務所に設置されています。活動対象地域は、2医師会のエリアである魚津市、黒部市、入善町、朝日町の2市2町です。活動費は、当初は富山県より頂いておりましたが、制度の変更で平成29年度より2市2町の介護保険者である魚津市と新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合から業務委託を受ける形で活動費が提供されるようになりました。

センターの当初の目的は、地域の在宅医療と療養に係わるすべての医療・介護・福祉を支援することでしたが、行政が地域包括ケアシステムの構築に着手してからは、行政との連携が密となり今ではその中心的役割を担うまでになっています。主な活動は、行政を交えての会議と調整、在宅医療と療養に係わる内容の市民公開講座主催、各種の講演会や研修会開催、多職種間の顔の見える関係作りのためのケア・カフェ開催支援、公民館単位の出前講座支援、ICTを活用した多職種連携ソフトの維持・管理とデータのバックアップなどです。

多職種連携ソフトは今では多くの地域で導入・運用されており、在宅医療と療養において多職種間のスムーズで確実な情報共有のためには無くてはならない存在となっています。当地域では県内の他地域に先んじて、平成21年10月にシステム導入と試験運用を開始しており、センター設立と同

じ平成22年4月から「あんしん在宅ネットにいわ」として本格運用に切り替えています。最初に導入した連携ソフトはサーバーを必要とせず、1台のソフト実勢価格が1.5～2万円と安価で、security機能も高いレベルのMicrosoft社のOffice Groove 2007でした。平成24年からSharePoint Workspace 2010に名称を変えたバージョンアップ版に切り替えを行っています。Groove、SharePoint Workspaceとも便利な機能が盛り込まれており使い勝手の良いソフトでした。

ところが、平成25年2月にSharePoint Workspace 2010が販売終了となり、後継ソフトの無い状態に陥りました。使用は当面可能ではあったのですが、新たに連携を希望する施設が参加出来ない状況でした。また、令和2年にはサポートが完全に終了すると伝えられており、以後securityの確保も困難になるようです。このような状況を鑑みて、平成27年頃より新しい連携ソフトへの切り替えへの機運が高まって参りました。今回、機が熟し平成30年度富山県地域医療介護総合確保基金（予算500万円）を活用して後継となる新しい連携ソフトを導入することになりました。平成30年1月センターにIT委員会（委員長：魚津市医師会・美濃一博先生）を設置しました。導入希望のソフトを募りましたところ、最終的に次の3ソフトに絞り込まれました。①帝人ファーマ株式会社の「バイタルリンク」、②株式会社ストローハットの「Net4U」、③株式会社リクルートメデ

イカルキャリアの「Team」です。平成30年12月までに6回のIT委員会を開催し、また3月には3社によるコンペを開催しました。コンペでは獲得票数がほぼ横並びであったためソフト選定には至らず、また各ソフトには一長一短があり決定までには困難な状況が続きました。平成30年9月最終的にsecurityの高さ、使い勝手の良さ、SharePoint Workspaceのデータ移行が可能の理由から②「Net4U」を採用することに決定致しました。

その後IT委員会に株式会社ストローハットにも参加をお願いし、導入スケジュール調整、運用管理規約策定、導入施設に対する説明会と操作説

明会、他の導入地域（山形県鶴岡地区）における利活用についての講演会（三原一郎先生）などを精力的に行いました。

平成31年2月末までに各施設へのソフト導入を終え、3月より運用を開始しました。導入施設は、基幹病院3、市中病院5、診療所8、歯科診療所3、訪問看護ステーション9、調剤薬局17、地域包括支援センター5、居宅介護支援事業所18、入所型介護事業所11、通所型介護事業所7、訪問型介護事業所7、福祉用具1、センター事務局1の合計95施設となっています。

新川地域在宅医療支援センターにおける多職種連携ソフトの更新についての経緯を述べました。

訂正とお詫び

5月15日号33頁、38頁「富山県医師会第2回産業保健研修会（スキルアップ実地）」の開催日に誤りがありました。正しくは下記のとおりです。訂正しお詫びいたします。

誤) 6月19日(水) → 正) 7月3日(水)

富山県医師会第2回産業保健研修会（スキルアップ実地）

標記研修会を次のとおり開催しますので、産業医・医師をはじめ産業保健に携わる保健師・看護師等多数ご受講くださるようご案内いたします。なお、受講希望者は本誌36頁綴込みの申込書によりFAX（076-429-6788）にてお申込みください。

日 時 7月3日(水) 19:30～21:00
 場 所 富山県医師会館
 講 演 「日常診療で石綿肺がんを見逃さないために」
 独立行政法人労働者健康安全機構 富山労災病院
 アズベスト疾患センター長・感染症内科部長 水橋 啓一 先生
 取得単位 日本医師会認定産業医学研修（基礎／実地1.5単位 又は 生涯／実地1.5単位）
 日本医師会生涯教育講座 CC、単位未定
 受講料 県内非医師会員 1,000円 県外医師 3,000円
 主 催 富山県医師会

出退管理について：10分を超える遅刻、途中退出された場合、認定単位は発行いたしませんのでご了承ください。

在宅患者基本情報①

(患者さん宅で保管してください。万一救急搬送の際には救急隊もしくは救急病院にお渡しください。)

作成日:令和 年 月 日(初回・更新)

医療機関名: _____ 作成者(在宅主治医): _____

在宅主治医の緊急連絡先(携帯電話番号) _____ - _____ - _____

ふりがな: _____

患者様氏名: _____ 性別:男・女

生年月日:明治・大正・昭和・平成・西暦 年 月 日

住所:〒 _____ 富山県 _____

TEL: _____ - _____ - _____

主たる介護者と緊急連絡先①: _____ - _____ - _____

緊急連絡先②: _____ - _____ - _____

連携病院:有・無(有の場合; _____ 病院)

診断名

1 _____ 発症年月日 年 月 日

2 _____ 発症年月日 年 月 日

3 _____ 発症年月日 年 月 日

医療の経過、投薬内容など

アレルギーの有無 なし・あり(_____)・不明

感染症の有無 ワ氏()・HBsAg()・HCV()・MRSA()・不明

要介護度 なし・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

その他の特記事項

在宅患者基本情報の使用方法と同意についてのお願い

<在宅患者様とご家族へ>

この基本情報は、万一患者さんが緊急で入院を要する際に、在宅主治医が他の業務や不在などの理由で対応が困難な場合に、救急隊や救急病院に渡していただくことで患者さんの診療情報提供を行うことを目的としています。いつでもご家族が取り出せる場所に保管してください。

新川地域在宅医療支援センターでは在宅医療のよりよい支援方法を検討していくために、在宅患者基本情報を管理、集計して検討し、個人が特定されない情報の集計結果等を研究会などの場で発表することがあります。そのことに同意いただける場合は署名をお願いします。(署名をいただけない場合でも患者様の不利益になることはありません。)

署名欄 患者様氏名 _____
代理人記載の場合 _____ 続柄 (_____)

<在宅主治医の先生へ>

1. この在宅患者基本情報は診療情報提供書の書式を満たしておりません。「詳細は別紙をご参照ください」と記載した診療情報提供書をいっしょにクリアファイルに入れて、患者さん宅のすぐに取り出せる場所に保管してもらって下さい。
2. 基本情報内容は6か月～1年くらいを目安に更新してください。(在宅患者さんの病状によると思いますので、期間は主治医の判断をお願いします)
3. この基本情報は主治医が往診対応して救急搬送する場合も使用可能です。
4. 「心肺蘇生」や「気管内挿管」などの医療処置に関する医師による指示がある場合は、在宅患者基本情報②の書式をご利用ください。
5. 上記の署名を得られた場合は表裏ともを新川地域在宅医療支援センターにFAXするか、コピーを郵送してください。

<受入れ病院の先生へ>

この基本情報は在宅患者さんの緊急時に救急隊、救急病院に情報提供することを目的として作成されたものです。項目によってはその後、変更の可能性がありますのでご注意ください。

この情報提供方法がどの程度利用され、有用であるか、継続してよいかを検討しております。

この面のみを下記に FAX していただくと幸いです。また可能であればアンケートに記載をお願いします。

1. 病院名 (_____ 病院)
2. この情報提供方法は 1. 有用である 2. 有用でない 3. どちらともいえない
4. その他 (_____)
3. ご意見や改善した方がよい点がありましたら記載をお願いします。
(_____)

在宅患者基本情報②

在宅患者が「生命を脅かす疾患」に直面した場合の

蘇生処置（DNAR 指示）および医療処置に関する医師による指示書

（この書式は日本臨床倫理学会の日本版 POLST（DNAR 指示を含む）から一部抜粋改変したものです）

私、担当医（担当医氏名）_____ は患者本人（あるいは適切な代理判断者）によって、適切なインフォームドコンセントがなされ、公正な手続きを経て、この書式にある医療処置の制限が決定されたことを認めます。書式はカルテに正式に記載されています。

話し合いの参加者；患者 配偶者

その他 _____、_____、_____

医療ケアチーム内の話し合いの参加者；（氏名）（職種）

担当医師署名 _____

連絡先 _____ 日付 _____

<患者（代理判断者）記入欄>

患者（患者氏名）_____ においては、生命を脅かす疾患に直面した場合の医療処置の制限や、心肺停止に陥った場合の蘇生処置の制限について、本書式の方法を望みます。

- ◆現状の病状について理解しました。
- ◆以下の制限する医療処置の内容について理解しました。
- ◆また、これらの指示は私の意思で、いつでも撤回できることを理解しています。

サイン _____ ⑩（患者または代理判断者）

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

セクション A；心肺停止の場合；心肺蘇生術（CPR）について一つを選ぶ

すべての心肺蘇生術を実施してください Resuscitate（Full code）

心肺蘇生術を実施しないでください（Do Not Attempt Resuscitation）

セクション B;心肺停止の状態ではない場合;【生命を脅かす疾患に直面しているが、CPAの状態ではない(脈拍が触知したり、呼吸をしている)場合;一つを選ぶ。】

苦痛緩和を最優先とする医療処置 (a)

患者の尊厳に配慮し、経口的に水分や栄養の補給などの適切な処置は実施してください。身体清潔にも配慮してください。疼痛や不快な症状を軽減するための投薬、体位変換、創傷処置、などは実施してください。また症状を軽減するために酸素投与や吸引、用手気道確保が必要であれば実施してください。

医師による救急隊への指示; 患者は生命維持のために病院に搬送されることを望んでいません。医療機器を使用した気道確保(気管内挿管を含む)はしないでください。 現在の状況が上記(a)の緩和ケア的処置では、苦痛を軽減できない場合のみ病院へ搬送してください。対応が明確でない場合は、主治医または搬送先病院の担当医にコンサルトしてください。

非侵襲的医療処置 (b)

上記の緩和ケア的処置(a)に加えて、心臓モニタリングおよび投薬(経口・経静脈)処置を実施してください。

医師による救急隊への指示;もし適応があれば病院へ搬送してください。医療機器を使用した気道確保(気管内挿管を含む)はしないでください。 対応が明確でない場合には、主治医または搬送先病院の担当医にコンサルトしてください。

侵襲的医療も含む医療処置 (c)

上記(a)(b)の処置に加えて、医療機器を用いた気道確保(気管内挿管を含む)、人工呼吸器、除細動等を実施してください。

セクション E; 変更・更新(確認)した日

- 1) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (初回作成日)
- 2) _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 3) _____ 年 _____ 月 _____ 日

*DNAR指示は、定期的に見直してください。

*また、以下の場合にも、再評価してください。

- ①意思能力のある患者・意思能力のない患者の家族、医療ケアスタッフによる申し出があった場合
- ②患者が別の医療機関や介護施設に移る場合
- ③患者の病状が変化した場合

○ 2019年年末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。

2. 今後の取り組み

参考資料1

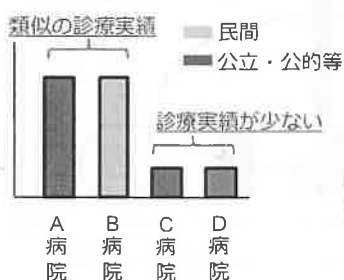
○ 今後、2019年年末までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「代替可能性がある」または「診療実績が少ない」と位置付けられた公立・公的医療機関等に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性も加味して、当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

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。

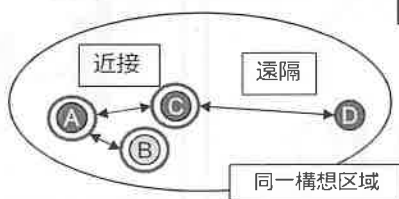
分析のイメージ

①診療実績のデータ分析
(領域等(例:がん、救急等)ごと)



②地理的条件の確認

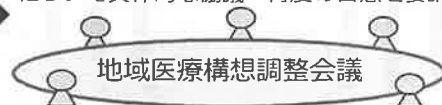
類似の診療実績がある場合又は診療実績が少ない場合のうち、近接している場合を確認



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

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

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



○ 今回の検証の要請に加え、厚生労働省自らも、地域ごとに助言・支援を実施することを検討

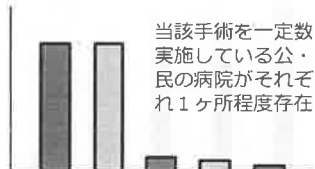
53

具体的対応方針の評価方法に関する基本的なイメージ

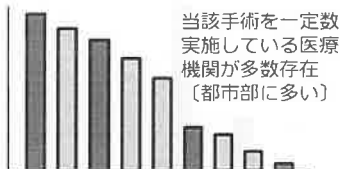
視点1 代表的な手術の実績を確認し、機能の重点化について特に議論が必要なケースに該当するか確認。

■ 公立・公的病院等 ■ 民間医療機関

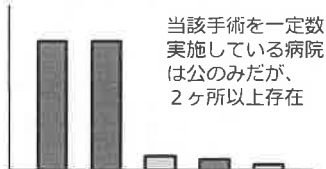
□ パターン (ア)



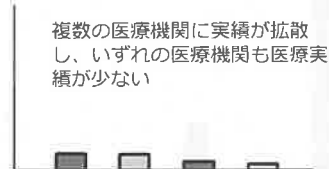
□ パターン (イ)



□ パターン (ウ)

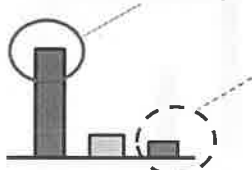


□ パターン (エ)

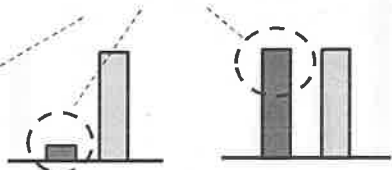


視点2 特定の手術以外の幅広い診療実績や、患者像を確認し、構想区域内で、当該医療機関に固有の役割があるか確認。

□ 固有の役割あり

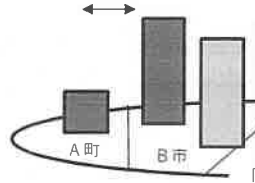


□ 固有の役割なし

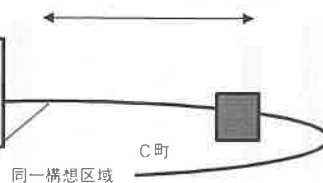


視点3 地理的条件(位置関係、移動に要する時間)を確認し、近接の度合いを確認。

□ 近接



□ 遠隔



「評価の視点のイメージ」

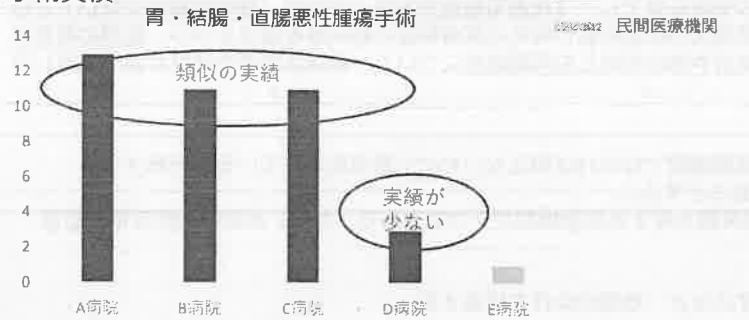
- ① **手術実績が一定数ある医療機関が複数存在している場合**、公立・公的病院等は地域の医療需要やそれぞれの病院が診療する患者像等を確認し、地域の民間医療機関では担うことができない医療提供等に重点化されているかを確認する。
- ② 各々の手術によって構想区域の競合状況が異なるため、**特定の手術のみではなく、手術以外の診療実績も含めて**、地域の民間医療機関では担うことができない固有の役割があるか確認する。
- ③ 診療実績が少ない、構想区域内で固有の役割が無いといった状況にある公立・公的医療機関等については、**地理的条件等を踏まえ**、他の医療機関等との近接状況を確認する。
- ④ 以上をふまえ、**当該医療機関でなければ担うことができない機能への重点化が図られているとは言い難い公立・公的医療機関等は、再編統合やダウンサイジング、機能転換といった対応策を念頭に**、地域医療構想調整会議での議論を更に深める。

A構想区域の例

第32回社会保障WG
(令和元年5月23日) 資料1-1

- 主要な手術の実績をみると、一定の実績を有するA～Dの公立・公的医療機関が存在。
- A～C病院については他の診療実績や患者像においても一定の実績があるが、D病院については手術の実績が比較的少なく、手術以外の診療実績や患者像を踏まえてもなお、構想区域内での固有の役割がみられない。

■手術実績

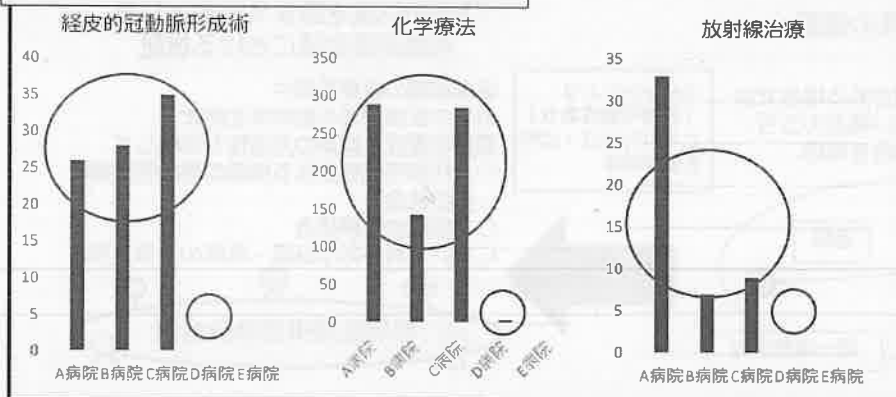


■基本情報

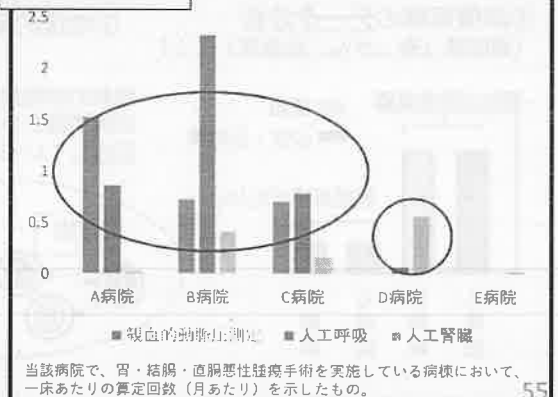
人口 (※1)	高齢化率 (※1)	一般病院数 (※2)	有床診 (※2)	病床数計 (※2)
33万	21	11	13	3.0千

病床利用率 (※3)		医療施設従事医師数 (※4)	流入入院患者割合 (※5)	流出入院患者割合 (※5)
一般病床	療養病床	697	32	32
76	92			

■手術以外の診療実績



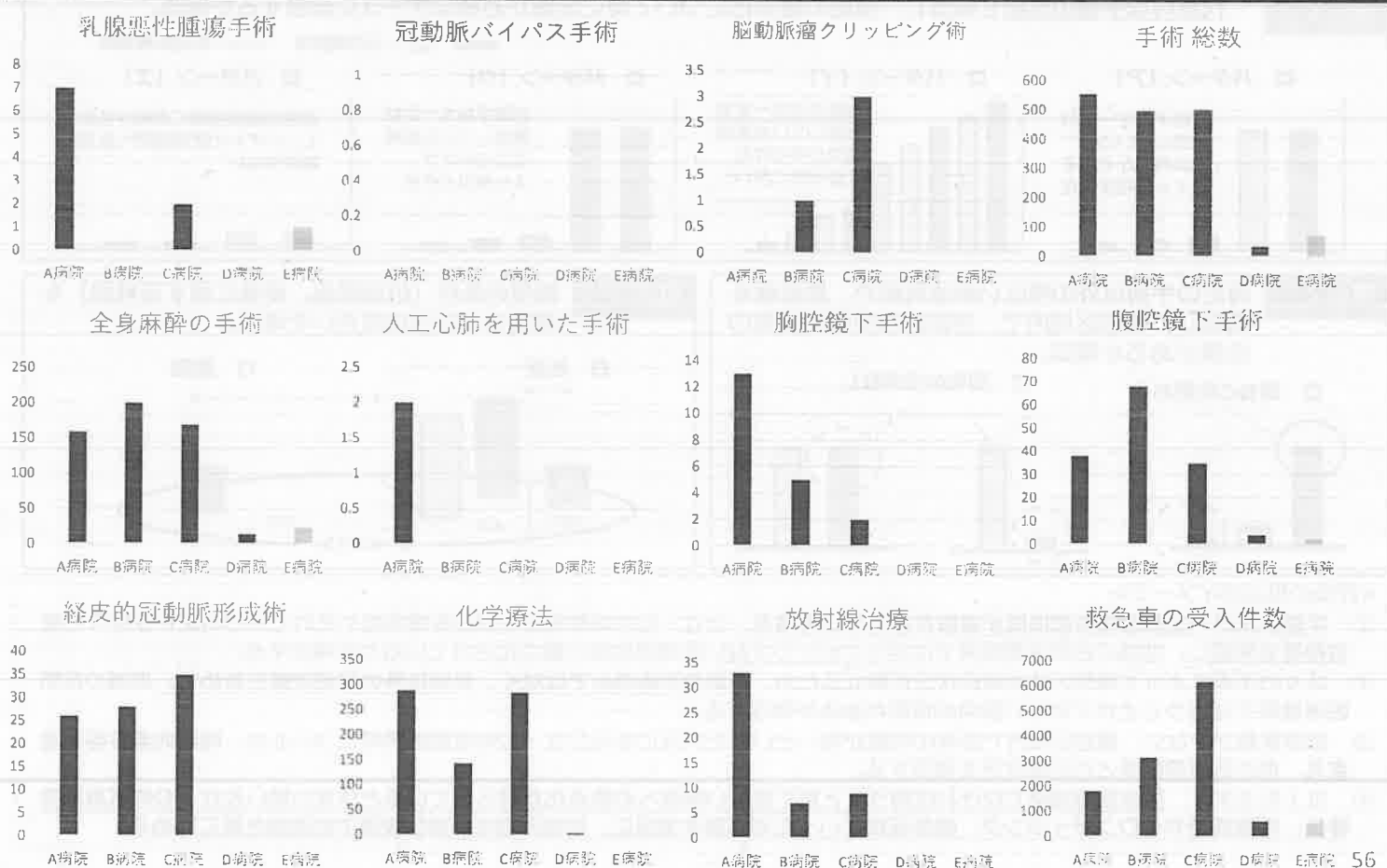
■患者像



※1 2016年度住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数 ※2 平成28年医療施設（静態・動態）調査 ※3 平成28年病院報告 ※4 平成28年医師、歯科医師、薬剤師調査 ※5 平成26年患者調査

(参考) A構想区域の医療機関の診療実績

第32回社会保障WG
(令和元年5月23日) 資料1-1

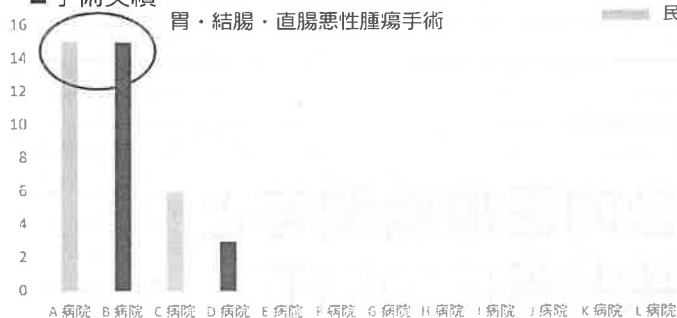


B構想区域の例

第32回社会保障WG
(令和元年5月23日) 資料1-1

- 主要な手術の実績をみると、一定数の実績のある公・民の病院が各1ヶ所程度存在。
- 手術以外の実績や患者像をみると、B病院に固有の役割はみられない。

■手術実績

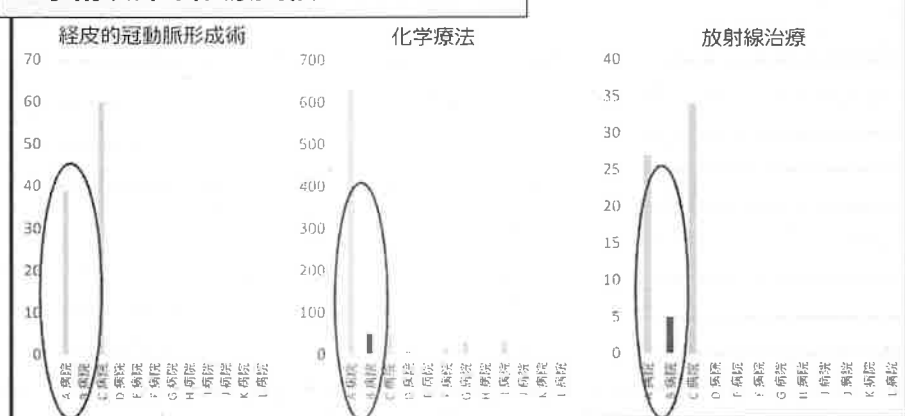


■ 公立・公的病院等
■ 民間医療機関

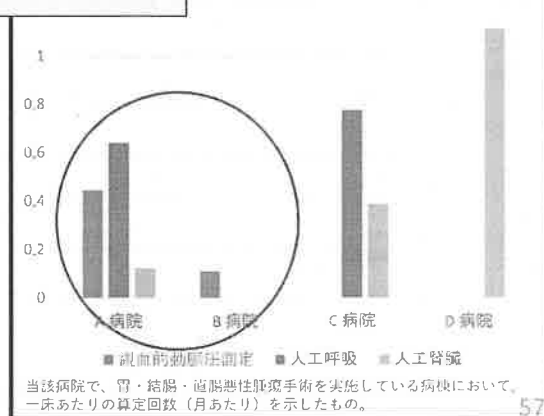
■基本情報

人口 (※1)	高齢化率 (※1)	一般病院数 (※2)	有床診 (※2)	病床数計 (※2)
212,000	29.8	12	9	2,678
病床利用率 (※3)		医療施設従事医師数 (※4)	流入入院患者割合 (※5)	流出入院患者割合 (※5)
一般病床	療養病床			
72.7	80.5	563	-	-

■手術以外の診療実績



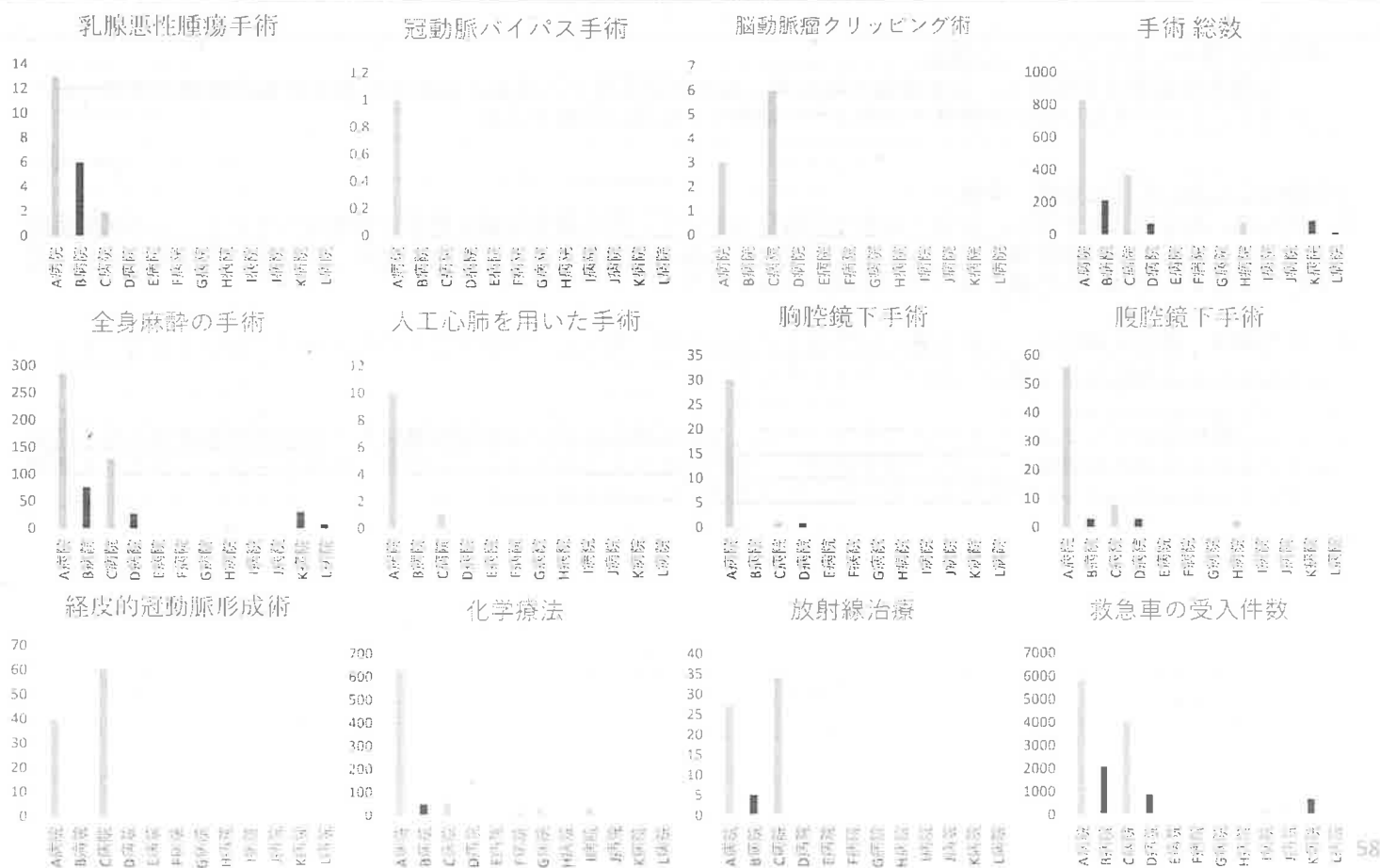
■患者像



※1 2016年度住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数 ※2 平成28年医療施設(静態・動態)調査 ※3 平成28年病院報告 ※4 平成28年医師、歯科医師、薬剤師調査 ※5 平成26年患者調査

(参考) B構想区域の医療機関の診療実績

第32回社会保障WG
(令和元年5月23日) 資料1-1



手術等における公立・公的医療機関等と 民間医療機関の競合状況等について

59

前回のヒアリングにおける主なご意見の整理①

第18回地域医療構想に関するWG
(平成31年1月30日) 資料1-2

(事務局が提示したヒアリングの視点)

- ・ 民間医療機関との競合や、医療機能の散在等、将来の病床数の必要量と病床機能報告の集計結果の単純比較では測ることができない地域の課題をどのように把握し、評価に反映するか

(前回WGにおいて出た指摘・意見)

- 例えば、ある術式の手術は、公立・公的で何例やっていて、同じ構想区域の民間で何例やっていて、この民間医療機関でも、公立・公的の症例数は十分こなせる能力がある、余力があるといったときは、これは競合している。具体的に言うと、そういう議論になってくるのだろうと思う。
- 公立病院、自治体病院は、人口3万人以下のところが3割、10万人以下のところが約7割近くという状況。そういったところであれば余り競合もないだろうと考えている。
- (人口推移等のデータより) もっと大事なことは、各病床機能あるいは病院の機能でどの程度の患者さんが入院されているのか具体的な数値をここに(調整会議に)出す必要があるのではないかなど、前々から思っている。その辺について、もう少し詳しい情報分析、データ分析が必要になるのではないか。

- 公立・公的病院等でなければ担えない機能として、骨太の方針や公立病院改革ガイドラインにおいては、
- ・高度急性期や急性期機能
 - ・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
 - ・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
 - ・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
 - ・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
- などが挙げられている。

【新公立病院改革ガイドライン(平成27年3月)[抜粋]

第2 地方公共団体における新公立病院改革プランの策定

3 新改革プランの内容

(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

公立病院に期待される主な機能を具体的に例示すれば、①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、②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、③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、④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などが挙げられる。

【「経済財政運営と改革の基本方針2018」(平成30年6月15日閣議決定)[抜粋]

4. 主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題

(1) 社会保障

(医療・介護提供体制の効率化とこれに向けた都道府県の取組の支援)

地域医療構想の実現に向けた個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針について、昨年度に続いて集中的な検討を促し、2018年度中の策定を促進する。公立・公的医療機関については、地域の医療需要等を踏まえつつ、地域の民間医療機関では担うことができない高度急性期・急性期医療や不採算部門、過疎地等の医療提供等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。

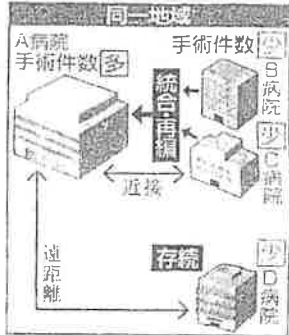
厚労省

公立病院手術実績で再編

夏にも具体名反発必至

国や自治体の公立病院、日赤などの公的病院について、厚生労働省は24日、手術件数などを決めた。夏にも具体的な

公立・公的病院の統合・再編のイメージ



病院名を公表し、地域での議論を求め、分散している医療機能を集約し、病院ベッド数を減らして医療費を抑制する狙い。効率的な体制にして医師の働き方改革につなげる目的もある。ただ、対象病院は縮小や廃止となる可能性があるため、反発も招きそうだ。

各都道府県が将来の医療提供体制について定めた「地域医療構想」の一環。同構想を巡っては現在、各地で実現に向け調整が進められており、公立・公的病院については、民間では抱えない高度救急やへき地医療などに重点化することになっている。

北日本新聞
H31. 4. 25

だが、地域の雇用を支えているケースや自治体の首長の意向もあって動きは鈍い。このため、厚労省は各病院の人の手術や放射線治療、救急車の受け入れといった件数を項目ごとに分析。他の医療機関との距離なども考慮し、本

当に必要かどうか検討する。治療実績が乏しかったり、近くに実績が豊富な病院があったりして「他の医療機関で代替可能性がある」と判断した場合、期限を区切って統合や再編に向けた議論を要請。ただ、機械的に決めるわけではなく、医師の偏在対策や地域の事情も踏まえて関係者の合意を得るよう求める。

10地域で病院統合促す

厚労省方針 病床削減へ今夏指定

過剰とされる病院の...を促す方針を固めた。ベッド(病床)数削減。今夏にも支援区域を公をめぐり、厚生労働省...を促すが、身近な病院は全国を339に分け...を残したい地元の反発た「地域医療構想区域」も予想される。

のうち10前後を「重点支援区域」に指定し、の病床は精神などを除いて約125万床(2018年)で、25年に

必要と推計される約1ないのが実態。民間病院に削減を求めるのは難しいため、厚労省は近くの他の医療機関との競合が目立つ公立・公的病院がある構想区域ごとに将来の医療ニーズと医療提供体制を...を作成済みだ。

ただ、実際に病床を削減するかどうかは地元自治体や医療機関の合意にゆだねられており、ほとんど進んでいない。統合を促す。厚労省の職員がデータ分析などでアドバイスし、20年9月末をめぐりに結論を得ることを目指す。【原田啓之】

毎日新聞
R1. 7. 9

外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン

目次

1 はじめに

- 1-1 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する考え方
- 1-2 外来医療計画の全体像
- 1-3 ガイドラインの位置づけ

2 外来医療計画の策定を行う体制等の整備

- 2-1 都道府県の体制
- 2-2 外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場
- 2-3 外来医療計画策定のプロセス
- 2-4 外来医療計画の策定スケジュール

3 外来医療計画の策定及び実施に必要なデータの収集、分析及び共有

4 外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定

- 4-1 区域単位
- 4-2 外来医師偏在指標
- 4-3 外来医師多数区域の設定

5 外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組

- 5-1 新規開業者等に対する情報提供
- 5-2 外来医師多数区域における新規開業者の届出の際に求める事項
- 5-3 現時点で不足している外来医療機能に関する検討
- 5-4 合意の方法及び実効性の確保
- 5-5 患者や住民に対する公表
- 5-6 各医療機関での取組

6 医療機器の効率的な活用に係る計画

- 6-1 医療機器の効率的な活用に関する考え方
- 6-2 協議の場と区域単位
- 6-3 医療機器の効率的な活用のための検討

7 外来医療計画の実行に関するPDCAサイクル

8 留意点

別紙 外来医療の医療計画の策定及び実現に必要なと考えられる情報（データ）

次頁

患者の属性

- 患者の属性（年齢、性別、職業、教育程度、収入、健康状態）
- 患者の属性（民族、宗教、言語、文化背景）
- 患者の属性（地域、都市部/農村部、人口密度）

医療機関の属性

- 医療機関の属性（施設規模、診療科目、設備、医師数）
- 医療機関の属性（経営体制、資金力、経営方針）
- 医療機関の属性（地域との関係、連携体制）

地域社会の属性

人口動態

- 人口動態（人口数、人口密度、人口推移）
- 人口動態（出生率、死亡率、自然増減率）
- 人口動態（年齢構成、性別構成）

産業・経済

- 産業・経済（産業構造、産業別生産額）
- 産業・経済（労働力、労働参加率）
- 産業・経済（所得水準、消費水準）
- 産業・経済（交通手段、交通網）
- 産業・経済（教育水準、識字率）
- 産業・経済（健康意識、予防意識）
- 産業・経済（自治体行政、保健事業）

医療資源

- 医療資源（医師数、看護師数、薬剤師数）
- 医療資源（診療科目、診療時間）
- 医療資源（医療費、医療アクセス）

その他

次頁

1 はじめに

1-1 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する考え方

- 外来医療については、
 - ・ 地域で中心的に外来医療を担う無床診療所の開設状況が都市部に偏っている
 - ・ 診療所における診療科の専門分化が進んでいる
 - ・ 救急医療提供体制の構築、グループ診療の実施、放射線装置の共同利用等の医療機関の連携の取組が、地域で個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている等の状況にある。

- 今般、医師偏在の度合いが指標により示されることに伴い、地域ごとの外来医療機能の偏在等の客観的な把握も可能となる。この情報を、新たに開業しようとしている医療関係者等が自主的な経営判断に当たって有益な情報として参照できるよう、可視化して提供することで、個々の医師の行動変容を促し、偏在是正につなげていくことを基本的な考え方としている。

- その際、地域ごとの疾病の構造や患者の受療行動などの地域の特性を示すより詳細な付加情報等を加えることや患者のプライバシーや経営情報等の機微に触れる情報を除くことなどを行うため、可視化する情報の内容について地域の医療関係者等と事前に協議等を行うことが必要である。

- 加えて、地域における救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等の、充実が必要な外来機能や充足している外来機能に関する外来医療機関間での機能分化・連携の方針等についても、協議を行い、地域ごとに方針決定を行うことが有益である。

1-2 外来医療計画の全体像

- これまでは、医師偏在の状況を表す指標として、主に人口10万人対医師数が用いられてきたが、人口10万人対医師数は医師の偏在の状況が十分に反映された指標ではなかった。今般、医療需要及び人口・人口構成とその変化や患者の流出入等を反映するなど、現時点で入手可能なデータを最大限活用し、医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す指標として、医師偏在指標を定めることとした。医師偏在指標は、これまでよりも医師の偏在の状況をより適切に反映する指標として、医師偏在対策の推進において活用されるものである。

- しかしながら、外来医師偏在指標の算定に当たっては一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。このため、外来医師偏在指標の活用においては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に踏まえた上で、外来医師偏在指標の数値を絶対的な基準として取り扱うことや外来医師偏在指標のみに基づく機械的な運用を行うことの無いよう十分に留意する必要がある。
- また、外来医療に係る医療提供体制の構築においては、地域包括ケアシステムの構築に資するような取組を行っていくことが重要である。例えば、高齢化に伴い慢性疾患を抱えながらも住み慣れた場所での療養を希望する患者が増えることが見込まれるため、外来医療と在宅医療が切れ目なく提供されることや、高齢者の軽症患者の救急搬送の増加に対し、初期救急を充実させることによって重症化等を防ぎ、適切な救急医療体制を維持していくことが求められる。ただし、在宅医療の24時間体制を支えるためにグループ診療に関する取組を行うことや、夜間・休日外来の体制構築のために在宅当番医制への参加や夜間休日診療センターの設置・参加を進めることなど、地域の実情に応じて面で外来医療に係る医療提供体制を構築していく視点が重要である。
- さらに、患者・住民の視点に立てば、日頃から身近で相談に乗ってもらえる「かかりつけ医¹」を持つことが重要であり、「かかりつけ医」はその機能を地域で十分に発揮することが期待される。
- このような状況を踏まえ、都道府県は、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第2項第10号の規定に基づき、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下「外来医療計画」という。）を追加し、同法第30条の18の2の規定に基づき外来医療に係る医療提供体制の確保に関する協議の場（以下「協議の場」という。）を設け、関係者と協議を行う必要がある。
- 外来医療計画においては、まず、厚生労働省が示す外来医師偏在指標の計算

¹ かかりつけ医とは、なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要などときには専門医、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をいう。「日本医師会・四病院団体協議会合同提言」（平成25年8月8日）

式に基づき、都道府県において二次医療圏単位で外来医師偏在指標を定め、この外来医師偏在指標に基づき二次医療圏ごとに外来医師多数区域を定義する。都道府県は、外来医師多数区域において新規開業を希望する者に対しては、当該外来医師多数区域において不足する医療機能を担うよう求め、新規開業を希望する者が求めに応じない場合には協議の場への出席を求めるとともに、協議結果等を住民等に対して公表することとする。外来医師偏在指標の値及び協議の場における協議プロセス、公表の方法等については、外来医療計画に盛り込み、あらかじめ公表しておくこととする。

- また、二次医療圏単位における外来医療機能について、全ての区域においてどのような機能が不足しているのか可能な限り分析を行い、その分析結果についても外来医療計画において明示する。
- その他、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となる情報についても把握・整理・分析し、外来医療計画において明示することとする。
- なお、都道府県は2019年度中に外来医療計画を策定し、2020年度からの4年間で最初の計画期間となる。外来医療に係る医療提供体制は比較的短期間で変化しうることから、2024年度以降は外来医療計画を3年ごとに見直すこととする。

1-3 ガイドラインの位置づけ

- 協議の場における協議の内容、進め方等に関しては、本ガイドラインを参考にされたい。また、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項については、医療計画に盛り込むべき事項とされていることから、本ガイドラインを参考に、協議結果を踏まえ、医療計画に位置づけられたい。

2 外来医療計画の策定を行う体制等の整備

2-1 都道府県の体制

- 外来医療に係る医療提供体制に関する事項は、医師の確保のみならず地域医療構想等の入院医療及び在宅医療等に関する事項とも関係するものであり、都道府県においては、これらの事項に横断的に対応できるよう必要な体制を整えられたい。

2-2 外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場

- 都道府県は、二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（以下「対象区域」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとされている²。なお、協議の場については、地域医療構想調整会議を活用することが可能である³。
- 対象区域内の医療機関の規模や数等は多様であり、地域によっては二次医療圏単位の協議の場の運営が困難な場合も想定されることから、都道府県知事が適当と認める二次医療圏とは異なる対象区域単位で設置することも可能であるが⁴、外来医師偏在指標（後述）の区域単位との関係から、当面は二次医療圏単位での協議の場の運営を行うよう努められたい。
- 外来医療に係る医療提供体制の確保については、幅広く関係者の理解を得て推進する必要があるため、協議の場の構成員参加者については、郡市区医師会等の地域における学識経験者や、病院・診療所の管理者、医療保険者、市区町村等の幅広いものとするのが望ましい。なお、医療保険者については、必要に応じ、都道府県ごとに設置された保険者協議会に照会の上、選定することとする。
- また、協議の場における協議をより効果的・効率的に進める観点から、都道府県は、議事等に応じて、参加を求める関係者（病院・診療所の管理者、地域における主な疾病等に関する学識経験者を含む。）を柔軟に選定することとし、参加を求める関係者の選定に当たっては公平性・公正性に留意することとする。

² 医療法第30条の18の2第1項。

³ 医療法第30条の18の2第3項。

⁴ 医療法第30条の18の2第1項。

る。

- 外来医療機能について、市区町村等のより細かい単位での協議を行う場合や、在宅当番医制度や夜間・休日急患センターへの参加に係る議題等の特定の外来医療機能に関する議題を継続的に協議する場合等については、協議の場の下にワーキング・チームや専門部会等を設置し、当該議題の関係者との間でより具体的な協議を進めていく方法も考えられる。
- この場合、特定の議題に応じた関係者の参加を求めることとなるが、参加を求める関係者は、代表性を考慮した病院・診療所の管理者等の医療関係者、郡市区医師会等の地域における学識経験者、市区町村等に加え、例えば、医療を受ける立場の参加が求められる場合には住民を加えるなど、柔軟に選定することが望ましい。

2-3 外来医療計画策定のプロセス

- 外来医療計画は医療計画の一部であることから、その策定に当たっては、医師会等の診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴くとともに、都道府県医療審議会、市区町村及び保険者協議会の意見を聴く必要がある⁵。
- また、外来医療計画に定められた施策の実効性を確保するため、都道府県は、外来医療計画の立案・策定の段階から、協議の場の構成員から意見を聴取すること。さらに、地域の医療関係者、保険者及び患者・住民の意見を聴く必要があることから、都道府県においては、パブリックコメントやヒアリング等の手法により、患者・住民の意見を反映する手順をとるとともに、既存の圏域連携会議等の場も活用して地域の医療関係者の意見を反映する手順をとることが望ましい。
- また、策定された外来医療計画については、協議の場における議論の状況等について、医療審議会に対し必要に応じ報告を行うこと。
- 現行の医療計画の策定プロセスと同様に、外来医療計画の策定に当たっても、都道府県医療審議会の下に専門部会やワーキング・グループ等を設置して集中的に検討することが考えられるが、その構成員については、代表性を考慮の上偏りがないようにすることが必要である。

⁵ 医療法第30条の4第16項及び第17項。

- 策定された外来医療計画は、遅滞なく厚生労働大臣に提出するとともに、その内容を公示することとする⁶。その際、住民の認知が重要であることから、都道府県報やホームページによる公表、プレスリリース等によるマスコミへの周知など、幅広い世代の住民に行き渡るよう公表手段を工夫することが必要である。外来医師多数区域における施策は、施策の透明性が確保されることにより実効性が高まるものであることから、その趣旨を踏まえて積極的な公表を行っていただきたい。

2-4 外来医療計画の策定スケジュール

- 2019年度から始まる最初の外来医療計画の策定スケジュールのイメージは以下のとおりである。

時期	
2019年4～6月末	・都道府県間での患者流出入の調整を実施
2019年7月頃	・都道府県間の調整を踏まえ、厚生労働省が外来医師偏在指標(患者流出入の調整後)を算出
2019年度内	・都道府県が協議の場との共有、都道府県医療審議会への意見聴取を経て、外来医療計画を策定・公表 ・厚生労働省が都道府県向けの外来医療計画策定研修会等を随時実施。
2020年度	・都道府県において、外来医療計画に基づく取組を開始
2022年度	・厚生労働省が第8次前期外来医療計画策定に向けた、計画見直しについての指針を作成、公表予定
2023年度	・都道府県が第8次前期外来医療計画を策定・公表
2024年度	・都道府県において、第8次前期外来医療計画に基づく取組を開始

⁶ 医療法第30条の4第18項。

3 外来医療計画の策定及び実施に必要なデータの収集、分析及び共有

- 今後、地域医療構想の達成に向けて病床の機能分化・連携による医療機関の統合・再編が進むことで、外来医療がさらに医療サービスの受け皿となっていくことが見込まれ、外来医療に係る医療提供体制も地域包括ケアシステムの構築のための取組の一環として位置づけられる。したがって、外来医療に係る医療提供体制の確保に当たっては、外来医療が入院医療や在宅医療と切れ目なく提供されるよう医療機関の自主的な取組や医療機関相互・地域の医療関係者間の協議等による連携が不可欠となる。
- こうした取組及び連携を促進するためには、関係者間の共通認識の形成とそのための情報の整備が必要となる。当該情報は、厚生労働省において一元的に整備して都道府県に提供（技術的支援）することとするが、都道府県には、当該情報を関係者や患者・住民と共有することが必要である。また、当該情報は、患者・住民に理解いただくことでより適切な医療機関の選択や医療のかかり方につながることから、情報を公表する際は、丁寧な説明を行い、患者・住民、医療機関及び行政の情報格差をなくすよう努める必要がある。
- 都道府県において情報を整備するに当たっては、厚生労働省からの情報に限らず、地区医師会等の医療関係者等の協力を得て、独自に調査するなど、地域特性に応じた有用なデータを入手し、分析・活用も検討されたい。
- なお、厚生労働省から提供する外来医療計画の策定及び施策の実施に必要なと考えられる情報（データ）は別紙に示す。

4 外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定

4-1 区域単位

- 外来医療計画の策定に当たり、外来医療が一定程度完結する区域単位で外来医療に係る医療提供体制の確保に関する取組を具体化するため、対象区域の設定を行う必要がある。
- 対象区域は、二次医療圏とするが、人口規模、患者の受療動向、医療機関の設置状況等を勘案して二次医療圏を細分化した都道府県独自の単位で検討を行っても差し支えない。
- 特に、今後、地域包括ケアシステムの構築に当たり、地域における基幹病院及び中小病院、一般診療所の外来医療機能の役割を整理し、生活習慣病などのプライマリ・ケアについては一般診療所等が担う等の機能分化が進められていくことが必要であるため、診療所の外来医療に係る医療提供について検討するに当たって、地域の特性を踏まえ市区町村や中学校区等の生活圏域で検討を行うことも差し支えない。ただし、外来医師偏在指標などに基づく統一的な基準による外来医療に係る医療提供体制の確保を行う必要があることから、二次医療圏とは異なる区域で検討を行う場合についても、二次医療圏単位の外来医療に係る医療提供体制の確保に関する検討は必ず行い、医療計画に記載すること。

4-2 外来医師偏在指標

- 都道府県は、厚生労働省から提供される暫定的な地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能となる指標（以下「外来医師偏在指標」という。）を基に、対象区域間の外来患者数の流出入について、以下に示す考え方を踏まえ、必要に応じて都道府県間で調整の上設定することとする。

(1) 外来医師偏在指標の考え方

- 医師確保計画における医師偏在指標により、医師全体の偏在の度合いが示されることとなったが、外来医療についても外来医療の実態を反映する指標が必要である。
- 外来医療機能の偏在等の可視化に当たっては、外来医療のサービスの提供主体は医師であることから、外来医療に関する指標として医師数に基づく指標を算出することとし、具体的には、医師確保計画における医師偏在指標と同

様に5つの要素（医療需要（ニーズ）及び人口構成とその変化、患者の流出入等、へき地等の地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の種別（区域、入院／外来））を勘案した人口10万人対診療所医師数を用いることとする（以下当該指標を「外来医師偏在指標」という。）。

○ なお、大半の診療所が1人の医師によって運営されており、診療所数と診療所の医師数は1：1に近い傾向にあることから、外来医師偏在指標は診療所の偏在状況を示す指標としても使用可能であると考えられる。

i) 医療ニーズ及び人口構成とその変化

○ 地域によって、人口の年齢構成や男女比率が異なるが、年齢や性別によって外来受療率は異なる。したがって、外来医師偏在指標の算出に当たっては、地域ごとの医療ニーズを、地域ごとの人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別の外来受療率を用いて調整することとする。

(参考) 外来医療の偏在指標における性・年齢階級別受療率を用いた各地域の外来医療需要の計算方法

$$\text{地域ごとの外来医療需要} = \frac{\text{地域ごとの人口}}{10 \text{ 万人}} \times \text{地域ごとの標準化外来受療率比} (\ast 1)$$

$$(\ast 1) \text{ 地域ごとの標準化外来受療率比} = \frac{\text{地域ごとの期待外来受療率} (\ast 2)}{\text{全国の外来受療率}}$$

(\ast 2) 地域ごとの期待外来受療率 =

$$\frac{[0-5 \text{ 歳男性}] \text{地域ごとの人口} \times [0-5 \text{ 歳男性}] \text{外来受療率} + [0-5 \text{ 歳女性}] \text{地域ごとの人口} \times [0-5 \text{ 歳女性}] \times \text{外来受療率} + \dots + [80 \text{ 歳以上女性}] \text{地域ごとの人口} \times [80 \text{ 歳以上女性}] \text{外来受療率}}{\text{地域ごとの人口}}$$

ii) 患者の流出入

○ 外来医療については、時間内受診（日中）が多くを占めることから、患者の流出入は昼間人口を基本とすることとする。

○ ただし、医師確保計画における医師偏在指標と同様、都道府県が独自に調整した患者の流出入を使用することも可能とする。その際、都道府県間等の調整を簡素化するため、医師偏在指標における都道府県間調整の結果などを参考に用いることが望ましい。

iii) へき地等の地理的条件について

- へき地等への対応については、診療所の医師確保を積極的に行うことによりへき地等の病院に従事する医師の新規開業が促されてしまうなど関連する施策との不整合が生じることも考えられることから、外来医師偏在指標においてはへき地等の地理的条件は勘案しないこととし、へき地等における外来医療に係る医療提供体制の確保については医師確保計画の中で対応することとする。

iv) 医師の性別・年齢分布について

- 医師確保計画における医師偏在指標と同様に、地域ごとの性・年齢階級別医師数を、性・年齢階級別の平均労働時間によって重み付けを行うこととする。

v) 医師偏在の単位（区域、病院／診療所）

ア 区域

- 外来医療における医療需要の多くは二次医療圏よりも小さい地域で完結していると考えられるものの、
 - ・ これまでの医療計画の基本的な単位は二次医療圏であり、医療提供体制に関する検討も二次医療圏単位で行われており、こうした状況との整合性を確保する必要があること
 - ・ 外来医療機能の偏在等を可視化する指標を算出するに当たって、市町村単位では必要なデータを必ずしも把握することができず、正確に評価することができないことも踏まえ、市町村単位等で算出することはせず、二次医療圏単位で算出することとする。

- ただし、診療所や病院の所在地等についても協議の参考にできるよう、市町村単位ごとにマッピングを行ったデータ等を厚生労働省から都道府県に提供するなど、市町村単位の情報も活用できるようにすべきである。

イ 病院／診療所

- 外来医療機能の多くは診療所で提供されていることから、外来医師偏在指標は診療所の医師数をベースとする。ただし、地域ごとに地域の外来医療機能全体に占める病院と診療所が提供する外来医療機能の割合が異なることから、病院の状況も協議の材料として活用できるよう、病院と診療所の外来医療に

関する対応割合も厚生労働省から情報提供することとする。

○ 外来医師偏在指標を図式化すると、以下のとおり。

外来医師偏在指標 =

$$\frac{\text{標準化診療所医師数 (※1)}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化受療率比 (※2)}\right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合 (※4)}}$$

$$\text{(※1) 標準化診療所医師数} = \sum \text{性年齢階級別診療所医師数}$$

$$\times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$$

$$\text{(※2) 地域の標準化外来受療率比} = \frac{\text{地域の外来期待受療率 (※3)}}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

(※3) 地域の外来期待受療率 =

$$\frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

(※4) 地域の診療所の外来患者対応割合 =

$$\frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所+病院の外来延べ患者数}}$$

○ 都道府県間の外来患者の流出入については、厚生労働省からデータの提供を行い、必要に応じて都道府県間で調整を行うこととする。調整を終えたデータについては、都道府県から厚生労働省に報告し、最終的な外来医師多数区域が決定されることになる。

(2) 都道府県間の外来患者の流出入の調整

○ 都道府県間で外来患者数の流出入を調整する場合には、都道府県の企画部局（地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）に規定する総合計画を担当する部

局等)や介護部局(介護保険事業支援計画を担当する部局等)、医療関係者の意見を踏まえた上でまず自都道府県の考え方をまとめることとする。また、都道府県内の対象区域間の供給数の増減を調整する場合についても同様に、医療関係者や市町村の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめることとする。

- 都道府県において考え方をまとめた後、都道府県は、関係する都道府県や都道府県内の医療関係者との間で外来患者の流出入を調整し、外来医師偏在指標を設定することとする。なお、調整に当たっては、丁寧かつ十分な協議を行い、特に都道府県間の調整においては、議事録の作成に加え、協議後には合意を確認できる書面を作成するなどして、協議結果を取りまとめておくことが適当である。

4-2 外来医師多数区域の設定

- 医師確保計画における医師偏在指標の活用方法を参考に、外来医師偏在指標の値が全二次医療圏の中で上位33.3%に該当する二次医療圏を外来医師多数区域と設定することとする。その他開業に当たって参考となる情報と併せて、都道府県のホームページ等に掲載するほか、様々な機会を捉えて周知するなど、新規開業希望者等が容易にアクセスできる工夫を行うこととする。また、医療機関のマッピング等のデータについては、新規開業希望者等の判断の参考として用いられるようできるかぎり頻繁に更新を行うなどデータの質の担保に努めることとする。なお厚生労働省から提供するデータについても、更新時に都道府県に対して速やかに情報提供することとする。
- なお、開業の意思決定については医師だけでなく、資金調達を担う金融機関等も参画することから、金融機関等に対してもこうした情報を伝えることは有効と考えられるため、金融機関等に対して必要な通知等を行いたい。さらに、新規開業に間接的に関わる機会があると考えられる管下の医薬品・医療機器卸売業者、調剤薬局等に対する情報提供を行うことも有効と考えられる。

5 外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組

- 外来医療の提供体制の確保に当たっては、
 - ① 外来医師偏在指標を用いた外来医師多数区域の設定（可視化）
 - ② 新規開業者等への①等に関する情報提供
 - ③ 外来医療に関する協議の場の設置を行うこととされており、外来医療計画には、最低限これらの事項を盛り込む必要がある。

5-1 新規開業者等に対する情報提供

- 都道府県においては、二次医療圏ごとの外来医師偏在指標及び外来医師多数区域である二次医療圏の情報や医療機関のマッピングに関する情報、別添1に示した厚生労働省から提供する情報等について整理を行い、整理した情報を外来医療計画に盛り込むこととする。
- これらの情報については、新規開業希望者等が知ることができるよう、様々な周知の機会を捉えて周知に努められたい。その際、新規開業に間接的に関わる機会があると考えられる管下の金融機関、医薬品・医療機器卸売業者、調剤薬局等に対する情報提供を行うことも有効と考えられる。

5-2 外来医師多数区域における新規開業者の届出の際に求める事項

- 今後、外来医療提供体制について、全ての二次医療圏で偏在が進むことなく確保されるよう、新規開業希望者の自主的な行動変容が求められる。特に、既に診療所医師数が一定程度充足していると考えられる外来医師多数区域での新規開業については、新規開業希望者に対して全国的な外来医師の偏在の状況を十分に踏まえた判断を促す必要がある。
- そのため、外来医師多数区域においては、新規開業者に対して、地域で不足する外来医療機能を担うことを求めることとする。新規開業者に対し求める事項については、外来医療計画に明示的に盛り込むこととする。
- 個別の開業希望者に対する対応としては、開業に当たっての事前相談の機会や新規開業者が届出様式を入手する機会に、開業する場所が外来医師多数区域に属することや、外来医療計画に定められている当該区域の方針に関する事項を情報提供すること。したがって、届出様式を掲載するサイトや窓口等においては当該情報を明示的に掲げること。

- 新規開業者の届出様式には、地域で不足する外来医療機能を担うこと（地域ごとに具体的に記載）に合意する旨の記載欄を設け、協議の場において合意の状況を確認することとする。
- 合意がない場合等の新規開業者が地域で不足する外来医療機能を担うことを拒否する場合等には、臨時に協議の場を開催し出席要請を行うこととする。臨時の協議の場において、協議の場の主な構成員と出席要請を受けた当該新規開業者等の間で協議を行い、その協議結果を公表することとする⁷。ただし、協議の簡素化のため、協議の形態については適宜持ち回り開催とし、新規開業者からは合意事項に合意をしない理由等の文書の提出を求める等の柔軟な対応を可能とする。

5-3 現時点で不足している外来医療機能に関する検討

- 新規開業者に求める事項である地域で不足する外来医療機能について協議の場で検討する必要がある。こうした検討は、限られた医療資源を有効に活用する観点も踏まえ行っていくべきであるが、地域ごとに課題等も異なるため、実情及びその必要性に応じて適宜検討を進められたい。
- 検討すべき外来医療機能として、夜間や休日等における地域の初期救急医療（主に救急車等によらず自力で来院する軽度の救急患者への夜間及び休日における外来医療）に関する外来医療の提供状況（在宅当番医制度への病院・診療所の参加状況、夜間休日急患センターの設置状況）、在宅医療の提供状況、産業医・予防接種等の公衆衛生に係る医療の提供状況等が考えられるが、外来医療機能の協議の場における地域の医療関係者等の意見を適切に集約するとともに、把握可能なデータをできる限り用いて定量的な議論を行うよう努めること。具体的には、以下のような事項について議論を行うことが想定される。
 - ア 夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制
 - 都道府県は、初期救急医療の体制について、対象区域ごとに各医療機関により提供されている医療の状況を把握する。特に、曜日ごと、時間帯ごとに対応している医療機関数については、必要に応じて定量的な把握に努め、夜間や休日の初期救急医療提供体制が十分確保されているか検討することが望ましい。その際、在宅当番医制や休日・夜間急患センターに参加している医療機関に関

⁷ 医療法第30条の18の2第1項第1号及び第2項。

する情報を把握することも有用である。それらの結果を踏まえ、対象区域ごとにどのような初期救急医療提供体制が求められるか検討を行うこと⁸。

- なお、初期救急医療提供体制が十分に構築できないが故に、二次・三次救急医療機関に患者が集中している場合については、地域の医療需要が満たされていると外形上判断されたとしても、初期救急機能が不足していると判断するなど、実態を踏まえた適切な初期救急医療提供体制の構築について検討を行うこと。

イ 在宅医療の提供体制

- 都道府県は、第7次医療計画に基づき提供されている在宅医療の提供体制について、その状況を把握すること。医療計画の他の事項との整合性を確保しつつ、グループ診療による在宅医療の推進等に資するような外来医療を実施する医療機関が柔軟に在宅医療に参加できるような対策の検討を行うこと⁹。

ウ 産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生に係る医療提供体制

- 都道府県は、地域医療を支える観点から、公衆衛生に係る医療提供体制の現状を把握すること。その際、郡市区医師会等が重要な役割を担っている場合が多いことから、綿密な連携を図ること。

エ その他の地域医療として対策が必要と考えられる外来医療機能

- 都道府県は、その他、地域の実情に応じて対策が必要と考えられる外来医療機能について検討を行うこと¹⁰。

- 上記の事項について検討を行うに当たっては、例えば以下のようなプロセスで行うことが考えられる。

i 外来医療に係る医療提供体制の現状と将来目指すべき姿の認識共有

- 厚生労働省が提供するデータ集等で明らかとなる地域の外来医療の提供体制の現状と、外来医療機能のあるべき姿について、協議の場に参加する構成員間で認識を共有すること。

ii 外来医療に係る医療提供体制に関する対策を実施する上での課題の抽出

⁸ 医療法第30条の18の2第1項第2号。

⁹ 医療法第30条の18の2第1項第3号。

¹⁰ 医療法第30条の18の2第1項第5号。

○ 地域の外来医療に係る医療提供体制の現状を踏まえ、外来医療機能に関する対策を実施していく上での課題（不足する外来医療機能等）について議論を行うこと。

iii 具体的な医療機能への参加、連携等の在り方について議論

○ 対象区域において、初期救急医療提供体制を担う医療機関が不足している場合、別の医療機関が参加することや現在の医療機関の連携を通じて初期救急医療提供体制を充足させることが考えられる。このような充足に向けた方策について議論を行うこと。

○ また、現在、在宅医療については、第7次医療計画の計画期間中であるが、今後の高齢化の進展を踏まえると、外来医療から在宅医療に移行する患者も一定程度増加することが見込まれることから、患者の移行に当たり切れ目のない医療機関間の連携についても検討を加えることが重要となる。このため、在宅医療の提供に当たって各医療機関等がどのような役割分担を行うか等についても議論を行うこと。

○ なお、外来医師多数区域における新規開業者は、既存の医療機関による外来医療における役割分担や連携等の体制を踏まえた上で、対象区域において必要な外来医療機能を担うことが求められることになる。

iv 地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議論

○ iiiにおける議論により合意した施策を実現するために、どのような事業を具体的に実施するのかについても議論を行うこと。予算事業の実施に当たり地域医療介護総合確保基金を活用する場合には、当該事業を地域医療介護総合確保基金の都道府県計画にどのように盛り込むかについても議論の上、都道府県において事業を実施すること。

5-4 合意の方法及び実効性の確保

(1) 合意の方法

○ 協議の場において合意された事項には医療機関の経営を左右する事項が含まれている場合が想定されることから、合意に当たっては、都道府県と関係者との間で丁寧かつ十分な協議が行われることが求められる。

(2) 実効性の確保

○ 外来医療の偏在対策の実効性を確保するため、対象区域における協議の場

において結論を得た方針に沿わない医療機関等については、医療計画の見直し時に合わせて都道府県医療審議会に報告し、意見を聴取するなどの一定の確認を必要とする。

- また、協議の場における協議の状況については、必要に応じて厚生労働省から報告を求めることがあることに留意されたい。

5-5 患者や住民に対する公表

- 厚生労働省から提供されるデータブック等における情報の中には、レセプト情報を活用して収集した具体的な医療の内容に関する項目が含まれていることから、患者・住民に対して広く情報を公表する際には、医療機関を受診した患者や医療機関自体の個人情報保護に係る配慮が必要である。
- このため、個人情報の保護に配慮し、かつ、患者・住民への必要な情報の公表に支障がない範囲として、都道府県が公表しなければならない情報の範囲を別表のとおり設定したため参考にされたい。特に具体的な医療の内容に関する項目については、1以上10未満の値を「*」等の記号で秘匿することとしている。
- これらを踏まえた上で、患者・住民に公表する情報は患者・住民にとって分かりやすく加工することが求められるため、都道府県において公表時のフォーマットを共通化することを原則として用語解説を追加する等の加工を加えることが望ましい。また、都道府県において、これ以外の加工等の自主的な工夫についても差し支えない。

5-6 各医療機関での取組

- 各医療機関は、対象区域において求められる外来医療機能を真に担っているか、自医療機関において提供している医療の内容や医療機関内における体制について検討することが必要である。
- なお、都道府県から提供される情報等により、各医療機関も同じ対象区域における他の医療機関の担っている外来医療機能の状況等を把握することが可能になるため、それらの情報も踏まえて検討いただきたい。
- 併せて、自主的な取組を踏まえ、地域医療構想調整会議における医療機関相互の協議により、地域における外来医療の提供体制に必要な連携等における

● 応じた自医療機関に求められる外来医療機能を確認することが重要である。

「自医療機関に求められる外来医療機能」は、各自治体独自の基準やガイドラインに基づき、自治体の医療ニーズや人口動態、医療資源の状況などを踏まえ、地域ごとに設定される。

自治体の医療ニーズや人口動態、医療資源の状況などを踏まえ、地域ごとに設定される。

自治体の医療ニーズや人口動態、医療資源の状況などを踏まえ、地域ごとに設定される。

自治体の医療ニーズや人口動態、医療資源の状況などを踏まえ、地域ごとに設定される。

自治体の医療ニーズや人口動態、医療資源の状況などを踏まえ、地域ごとに設定される。

自治体の医療ニーズや人口動態、医療資源の状況などを踏まえ、地域ごとに設定される。

自治体の医療ニーズや人口動態、医療資源の状況などを踏まえ、地域ごとに設定される。

自治体の医療ニーズや人口動態、医療資源の状況などを踏まえ、地域ごとに設定される。

自治体の医療ニーズや人口動態、医療資源の状況などを踏まえ、地域ごとに設定される。

自治体の医療ニーズや人口動態、医療資源の状況などを踏まえ、地域ごとに設定される。

自治体の医療ニーズや人口動態、医療資源の状況などを踏まえ、地域ごとに設定される。

自治体の医療ニーズや人口動態、医療資源の状況などを踏まえ、地域ごとに設定される。

6 医療機器の効率的な活用に係る計画

6-1 医療機器の効率的な活用に関する考え方

- 人口当たりの医療機器の台数には地域差があり、また、医療機器ごとに地域差の状況は異なっている。今後、人口減少が見込まれ、効率的な医療提供体制を構築する必要がある中、医療機器についても効率的に活用できるよう対応を行う必要がある。

- したがって、医療機器の効率的な活用資する施策として、地域の医療ニーズを踏まえた地域ごとの医療機器の配置状況を可視化する指標を作成し、医療機器を有する医療機関をマッピング（地図情報として可視化）した上で、新規購入希望者に対してこれらの情報を提供しつつ、外来医療に関する協議の場等を活用し、医療機器の共同利用（対象となる医療機器について連携先の病院又は診療所から紹介された患者のために利用される場合を含む。）等について協議することとする。

6-2 協議の場と区域単位

- 地域における外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項の1つとして、医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用に関する事項が規定され、当該事項については協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとしている¹¹。このため、医療機器の効果的な活用に係る計画についても、外来医療計画に盛り込むものとする。

- 医療機器の効果的な活用に係る協議の場としては、外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場を活用することとするが、医療機器に関する協議についてはその特殊性から、必要に応じて当該機器を保有する病院又は診療所の管理者、放射線診療の専門家等で構成されたワーキング・グループ等を設置することも可能とする。

- 医療機器の効果的な活用に係る協議を行う区域については、外来医療計画と同様に二次医療圏単位を基本とするが、先進的な技術、特に専門性の高い救急医療等に関連する医療機器についてはその医療提供体制の整備を図るべき地域的単位として設定されている三次医療圏、がんの診療に係る医療機

¹¹ 医療法第30条の18の2第1項第4号。

器についてはがん対策推進基本計画に基づき都道府県が策定する都道府県がん対策推進計画¹²におけるがんの診療に係る医療機関等の配置を踏まえて設定した区域等、医療機器の性質に応じた区域を別途設定することを妨げるものではない。

6-3 医療機器の効率的な活用のための検討

- 人口当たりの医療機器台数には地域差があり、医療機器ごとに地域差の状況は異なっている。今後、人口減少が見込まれる中、医療機器についても共同利用の推進等によって効率的に活用していくべきであり、情報の可視化や新規購入者への情報提供を有効に活用しながら、都道府県において必要な協議を行っていく必要がある。
- 医療機器の効率的な活用に係る計画として外来医療計画に盛り込む事項としては、
 - ① 医療機器の配置状況に関する情報（医療機器の配置状況に関する指標）
 - ② 医療機器の保有状況等に関する情報
 - ③ 区域ごとの共同利用の方針
 - ④ 共同利用計画の記載事項とチェックのためのプロセスが考えられ、以下に掲げる事項を参考に策定されたい。
 - (1) 医療機器の配置状況に関する情報の可視化
- 地域の医療機器のニーズを踏まえて地域ごとの医療機器の配置状況を医療機器の項目¹³ごとに可視化する指標を作成することとする。
- その際、医療機器のニーズは、医療機器の項目ごと、性・年齢別ごとに大きな差があることから、医療機器の項目ごと及び地域ごとに性・年齢構成を調整した人口当たり機器数を用いて指標を作成する。なお、当該指標は、厚生労働省において算出し、都道府県に対して情報提供を行うこととする。具体的な算定式は以下のとおり。

¹² がん対策基本法（平成18年法律第98号）第12条

¹³ CT（全てのマルチスライスCT及びマルチスライスCT以外のCT）、MRI（1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3.0テスラ未満及び3.0テスラ以上のMRI）、PET（PET及びPET-CT）、放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）並びにマンモグラフィに項目化してそれぞれ可視化。

(参考) 医療機器の効率的活用における性・年齢階級別検査率を用いた各地域の医療機器の配置状況に関する指標の計算方法

$$\text{調整人口当たり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化検査率比 (※1)}}$$

$$\text{(※1) 地域の標準化検査率比} = \frac{\text{地域の性年齢調整人口当たり期待検査数 (外来 (※2))}}{\text{全国の人口当たり期待検査数 (外来)}}$$

(※2) 地域の人口当たり期待検査数

$$= \frac{\sum \left\{ \frac{\text{全国の性年齢階級別検査数 (外来)}}{\text{全国の性年齢階級別人口}} \times \text{地域の性年齢階級別人口} \right\}}{\text{地域の人口}}$$

(2) 医療機器の保有状況等に関する情報提供

- 既に存在する医療機器の共同利用による効率的な活用を進めるためには、医療機器の購入を検討している医療機関が、近隣の医療機関で保有している共同利用可能な医療機器の配置状況及び利用状況を把握できる環境を整えるとともに、医療機器の協議の場において当該配置状況や利用状況に基づいた適切な共同利用の方針が示されることが重要であることから、厚生労働省において病床機能報告に基づき医療機器を有する病院及び有床診療所のマッピングを行い、その情報を提供することとする。
- また、医療機器は減価償却性資産であり、その新規導入や経年に伴う更新のタイミングは、医療機関の経営判断等に資するのみならず医療機器の効率的な配置をより一層進める機会でもあることから、医療機器の効率的な活用に係る計画の策定に当たり、必要に応じて医療機器を有する医療機関に対して医療機器の耐用年数や老朽化の状況等の把握のための情報の提供を求めることとする¹⁴。

¹⁴ 医療法第30条の5。

- さらに、政策医療の観点から医療機器を有する医療機関の当該地域における5疾病・5事業及び在宅医療に対して果たすべき役割についても、付加的情報として必要に応じて把握することとする。
- 医療設備・機器等の情報としては、病床機能報告、医療機能情報提供制度等を適宜活用しながら、配置状況、保有状況等に加え、必要に応じて稼働状況、医療機器を有する医療機関の政策医療の観点における役割、放射線診療機器による医療被ばく、診断の精度、有効性の観点から医療機器の管理状況等も合わせて可視化することにより、高水準の医療の提供を維持しつつ、医療機器の効率的活用を進める。

(3) 協議内容

- 人口減少が見込まれる中で、既存の医療機器の効率的な活用を推進するため、医療設備・機器等の情報の可視化を行い可視化された情報を新規購入希望者へ提供するのみならず、医療機器の協議の場において、医療設備・機器等の共同利用の方針及び具体的な共同利用計画について協議を行い、結果を取りまとめ、公表する。
- 共同利用の方針としては、医療機器の項目ごと及び区域ごとに定めることとするが、原則として対象とする医療機器について、医療機関が医療機器を購入する場合は、当該医療機器の共同利用に係る計画（共同利用については、画像診断が必要な患者を、医療機器を有する医療機関に対して患者情報とともに紹介する場合を含む。以下「共同利用計画」という。）の作成し、医療機器の協議の場において確認を行うことを求めることとする。
- 共同利用計画の策定に当たっては、次に掲げる内容が盛り込まれていることを確認すること。
 - ・ 共同利用の相手方となる医療機関
 - ・ 共同利用の対象とする医療機器
 - ・ 保守、整備等の実施に関する方針
 - ・ 画像撮影等の検査機器については画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針
- なお、共同利用を行わない場合については、共同利用を行わない理由について、協議の場で確認すること。

(4) 実効性を高めるための取組

- 各医療機関における自主的な取組を踏まえ、地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議により、地域における医療機器の共同利用等における自院の位置付けを確認することが重要である。
- また、医療機器のうち、人工心肺装置、放射線治療機器等については医療機器の安全管理に係る体制の確保の一環として保守点検計画を策定することとされており¹⁵、放射線診断機器については診療用放射線の安全管理に係る体制の確保の一環として被ばく線量の管理及び記録を行うこととされているので¹⁶、こうした契機を捉えて共同利用の検討を促すことも検討されたい。なお、医療機関においては、当該医療機器を共同利用するに際しては、これらの遵守についても改めて徹底する必要がある。

(5) 都道府県の取組

- 医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により、地域の外来医療において担う役割の分化及び連携等により、必要な外来医療の提供体制を実現するためには、地域の医療提供体制の確保に責任を有する都道府県が、区域単位ごとの協議の場における議論の状況を適切に把握し、協議が円滑に実施されるよう努める等、適切な役割を発揮する必要がある。
- 医療機器の共同利用の実効性を確保するため、都道府県の医療計画担当部署等は、外来医療計画の立案・策定の段階から、各区域の医療機器の協議の場の構成員から各医療機器の共同利用についての意見を聴取すること。
- また、策定された共同利用計画については、都道府県医療審議会とも共有することとし、協議の場での議論の状況等の報告と合わせ確認すること。
- 医療機器の共同利用に際しては、共同利用を引き受ける医療機関が共同利用を依頼する医療機関における医療機器の安全管理等を担うことから、共同利用を引き受ける医療機関の医療機器の安全管理に係る体制の確保並びに診療用放射線の安全管理に係る体制の確保の遵守状況についても確認すること。

¹⁵ 「医療機器に係る安全管理のための体制確保に係る運用上の留意点について」(平成30年6月12日付け医政地発0612第1号・医政経発0612第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長及び経済課長連名通知)

¹⁶ 「医療法施行規則の一部を改正する省令の施行等について」(平成31年3月12日付け医政発0312第7号厚生労働省医政局長通知)

7 外来医療計画の実行に関するPDCAサイクル

(1) PDCAサイクル

- 現行の医療計画においては、PDCAサイクルを機能させることを都道府県に求めているところであり、平成24年(2012年)3月に医療計画策定指針において考え方を示すとともに、平成26年(2014年)3月には、厚生労働省が設置した具体的な進め方に関する「PDCAサイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会」において報告が示されているところである。
- したがって、外来医療計画についても地域に必要な外来医療提供体制の構築に必要な施策の進捗評価を定期的実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させることが必要である。
- 2019年度中に第七次医療計画の一部として外来医療計画を策定2020年度からの4年が最初の計画期間となる。2025年度以降については、外来医療に係る医療提供体制については、比較的短期間に变化しうることから、3年ごとに中間見直しを行うこととする。

(2) 指標等を用いた評価

- 課題ごとの目標や指標を設定することで、計画期間内に定期的に達成可能な状況で進捗しているかを確認する。進捗状況が芳しくない場合には、その原因について考察を行う。目標・指標の設定が適切でない場合には、必要に応じてその修正を検討する。

(3) 評価に基づく都道府県医療計画等への反映

- 課題ごとの進捗状況を踏まえ、計画期間の中で、どのように目標を達成していくかを確認する。必要に応じて、外来医療計画の追記や削除、修正を行い、より実効性のある外来医療計画への発展を目指すことが望ましい。

(4) 住民への公表

- 医療を受ける当事者である患者・住民が、地域の外来医療に係る医療提供体制を理解し、適切な受療行動をとるためには、外来医療計画の評価や見直しに係る客観性及び透明性を高める必要があることから、都道府県はこれらの情報をホームページ等で患者・住民に分かりやすく公表することとする。公表に当たっては、ホームページの情報を閲覧するよう患者・住民に働きかけを多方面から行うとともに、インターネットにアクセスできない患者・住民向けに紙

媒体での配布も検討することが望ましい。

- 医療・医学用語は、専門性が高く難解であるため、住民に向けた分かりやすい解説は必須である。一方で、正確性の観点からは、患者・住民や医療関係者以外の者と医療関係者との間で誤解が生じないように、解説に当たっては工夫も必要である。

8 留意点

- 外来医療機能として例示した在宅医療に係る内容については、既存の医療計画における在宅医療に関する事項に係る内容と整合性をとること。
- 同様に、その他の疾病・事業における外来医療の提供体制に関する事項を協議する場合においても、既存の医療計画の記載事項との整合性を確保すること。
- 外来医療機能の偏在の項目の1つとして、診療科別の医師の偏在の課題がある。この課題については、現在、厚生労働省において診療行為と診療科の分類に関する研究等が行われているところであり、今後の議論の経過についても留意されたい。なお、これらの取組を待たずに地域で必要な診療科等について議論することを妨げるものではないが、新規開業への誘発需要が生じることで結果として地域に必要な医療全体の提供体制に支障が生じることのないよう、協議の場等における十分な議論を行った上で、外来医療計画に盛り込むこと。

別紙

外来医療の医療計画の策定及び実現に必要なと考えられる情報（データ）

- 厚生労働省から情報提供を行う予定のもの（外来医師偏在指標を除く）
 1. 外来診療（初・再診）に関する情報（小児の加算等含む）
 2. 初期救急体制（夜間・休日外来、深夜外来）に関する情報（時間外加算等を含む）
 3. 在宅医療（訪問診療、往診）に関する情報
 4. 放射線診療及び治療に関する情報
 5. 1～4における診療所及び病院の実施割合
 6. 地域の病院・診療所ごとの主たる診療科目別医師数及び取得している広告可能な医師の専門性に関する資格名及び麻酔科の標榜資格医師数に関する情報
 7. 地域の病院・診療所ごとの開設、廃止、休止、再開別の医療機関数
 8. 地域の病院・診療所の所在に関するマッピング
 9. 地域の病院及び有床診療所の医療機器に関するマッピング

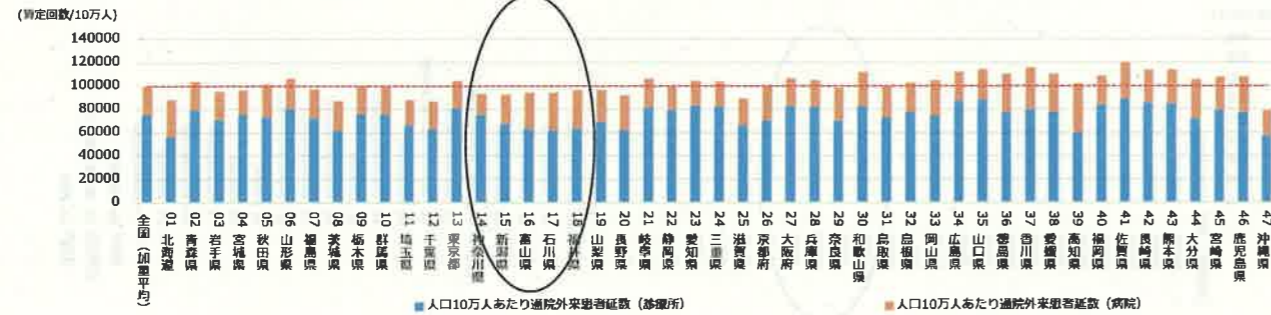
- その他、既に公表されていて参考となり得ると考えられるもの
 1. 内閣府「経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト；SCR（外来）：<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html>（公表確認：平成31年3月26日現在）
 2. 各都道府県が医療法第6条の3に定める「医療機能情報提供制度」に基づき公表している医療機関に関する情報

- 都道府県による独自調査の検討に資すると考えられる事項
以下の情報に関しては、各種統計情報からは取得が困難であるものの、地域の外来医療提供体制を議論するために有用であると考えられるため、地域の関係者との協議の上、調査・収集し、議論に活用することが重要であると考えられる。
 1. 初期救急医療の提供として、在宅当番医制に参加している医療機関名及びその所在
 2. 休日夜間急患センターの名称及びその所在及び参加している医療機関名
 3. 1,2を除く軽度の救急患者（独歩で来院する患者等）への夜間及び休日における外来診療を行う病院名及びその所在

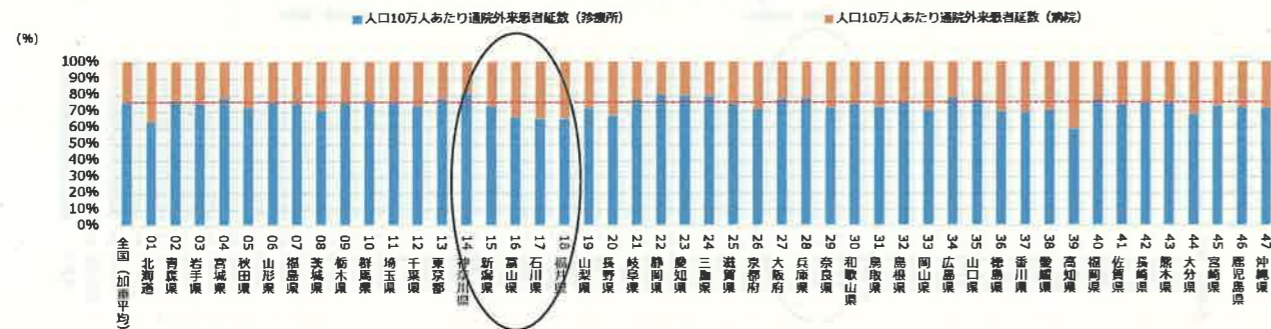
4. 公衆衛生業務（産業医や予防接種等）を担っている医療機関名及びその所在
5. その他、地域で議論が必要と考えられる外来医療機能に関して担っている医療機関名及びその所在
6. 地域で議論した外来医療機能について、現時点で担っている医療機関における今後の継続意向等
7. 地域で議論した外来医療機能について、現時点で担っていない医療機関における今後の実施意向等

通院外来

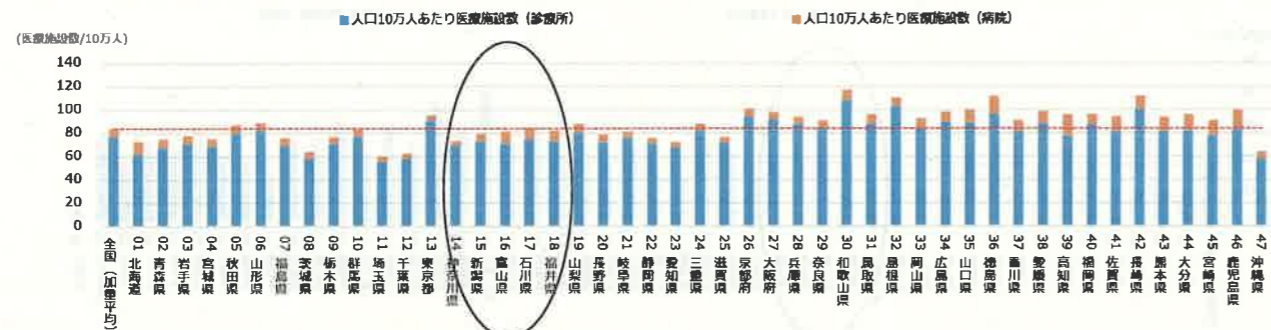
人口10万人あたり通院外来患者延数



通院外来患者の対応割合



人口10万人あたり医療施設数



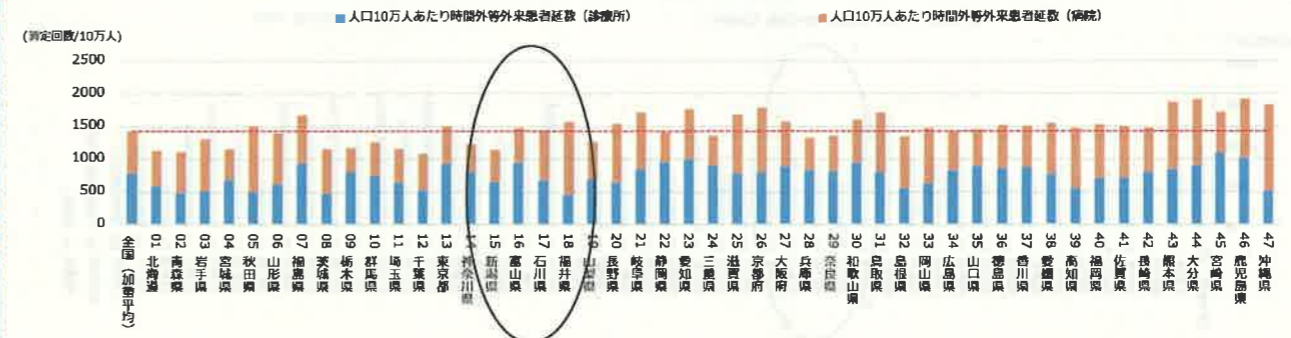
※ ここでの医療施設数は、平成26年医療施設調査の対象となった施設数。

人口10万人あたり医師数

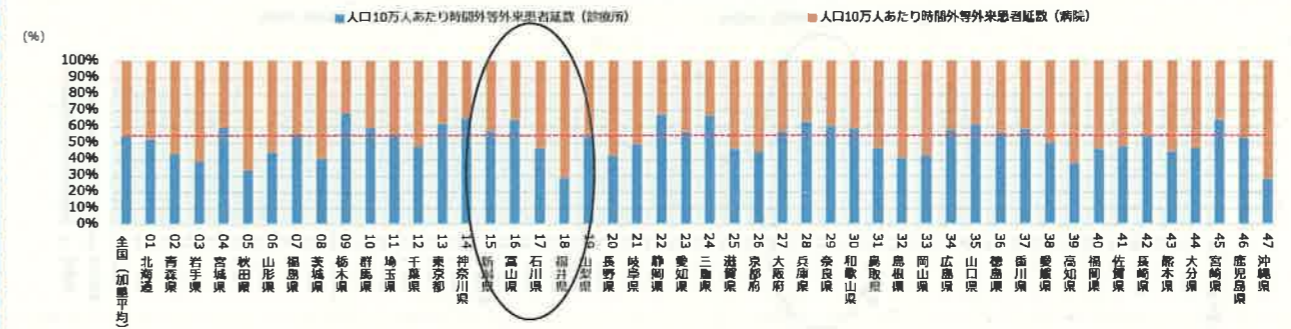


時間外等外来

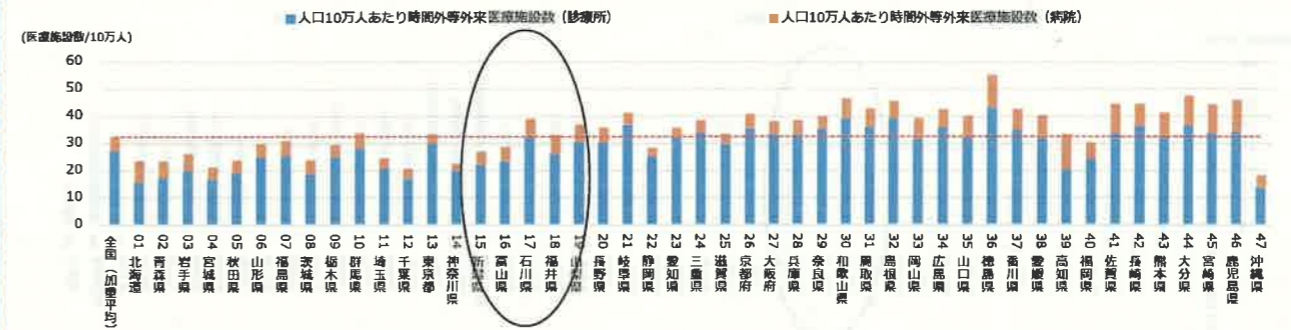
人口10万人あたり時間外等外来患者数



時間外等外来患者の対応割合



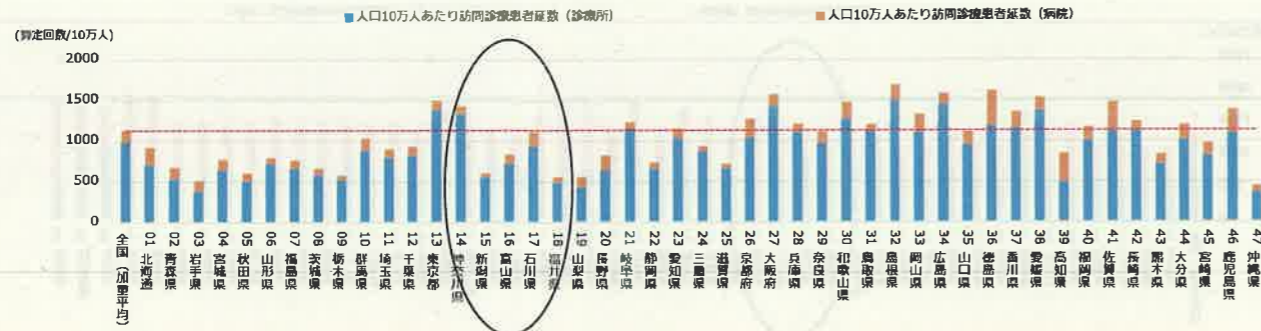
人口10万人あたり時間外等外来患者受診医療施設数



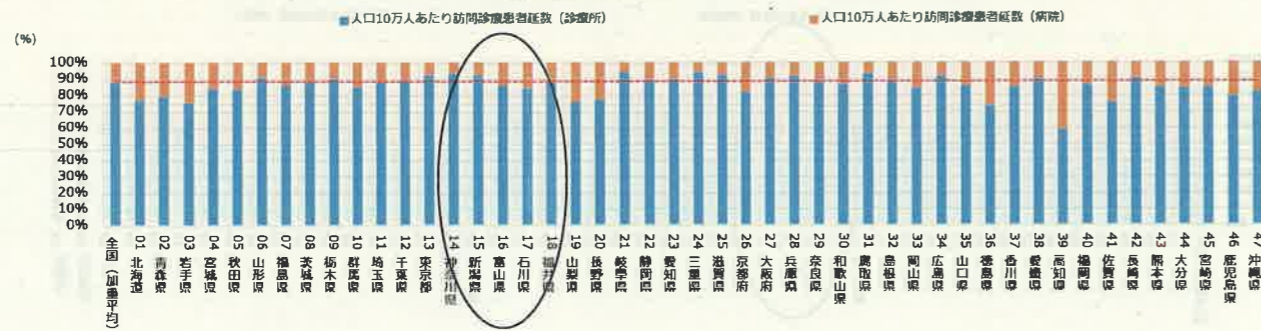
※ ここでの医療施設数は、平成29年度NDBデータで当該レポートの算定があった施設数（月平均施設数）。

在宅医療（訪問診療・往診）

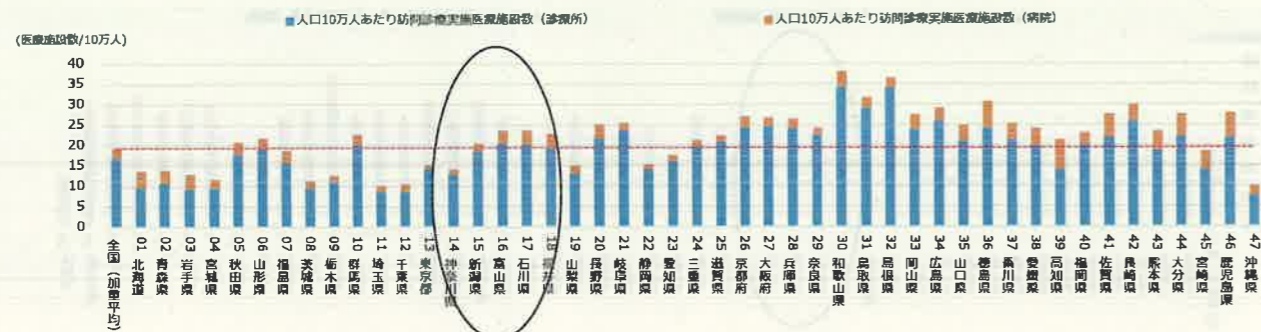
人口10万人あたり訪問診療患者数



訪問診療患者の対応割合

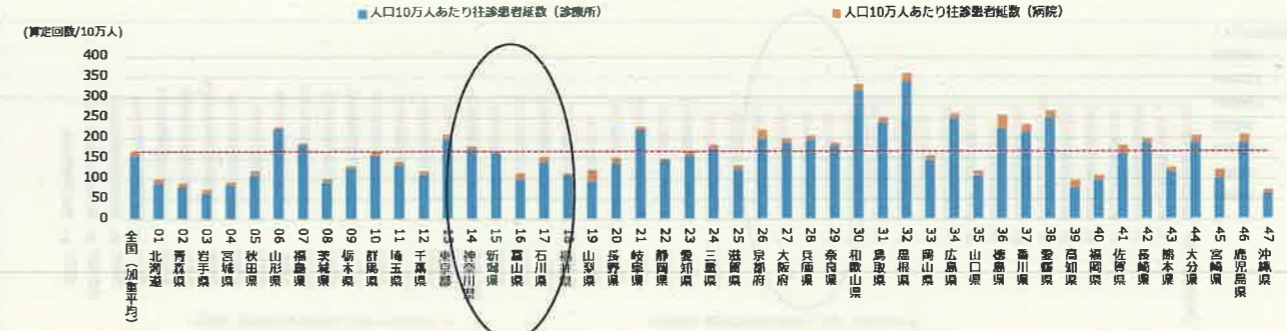


人口10万人あたり訪問診療医療施設数

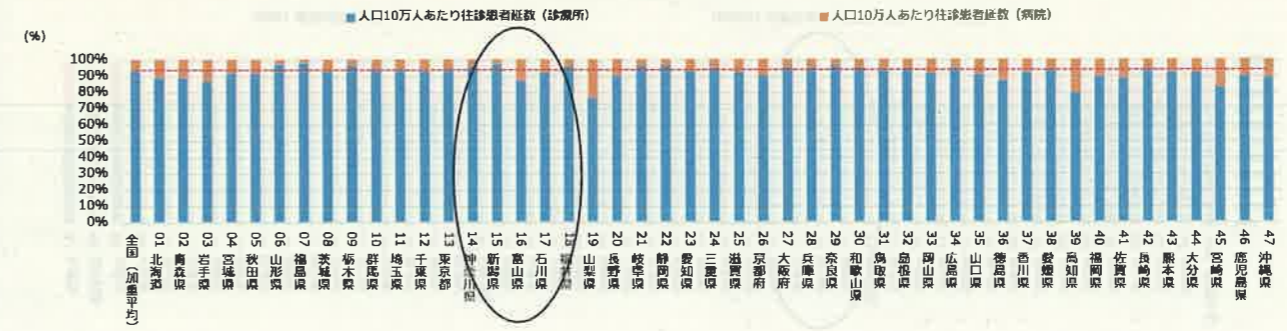


※ ここでの医療施設数は、平成29年度NDBデータで当該レセプトの算定があった施設数（月平均施設数）。

人口10万人あたり往診患者数



往診患者の対応割合



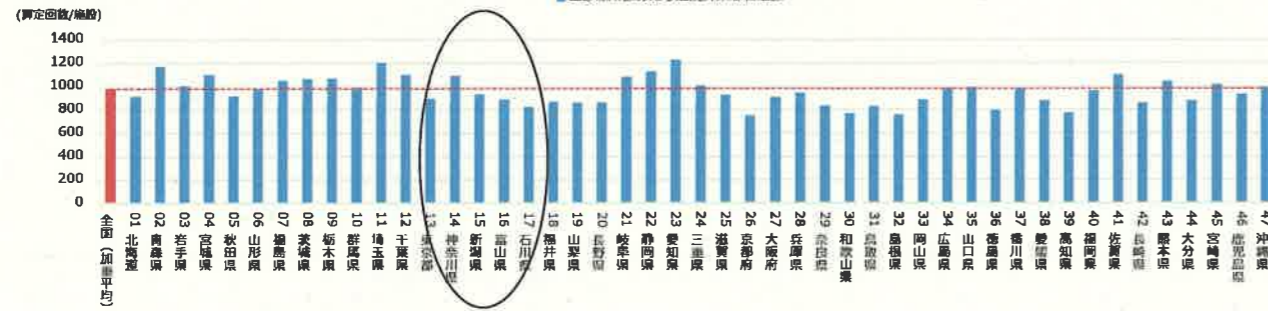
人口10万人あたり往診医療施設数



※ ここでの医療施設数は、平成29年度NDBデータで当該レセプトの算定があった施設数（月平均施設数）。

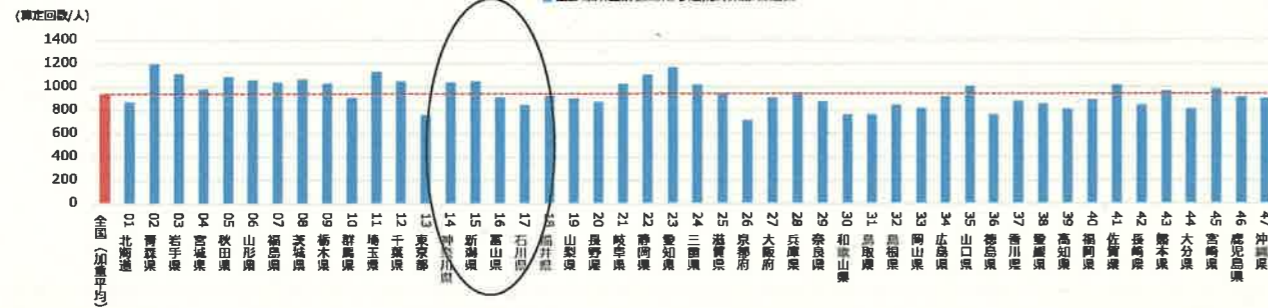
通院外来

全診療所数でみた通院外来患者数



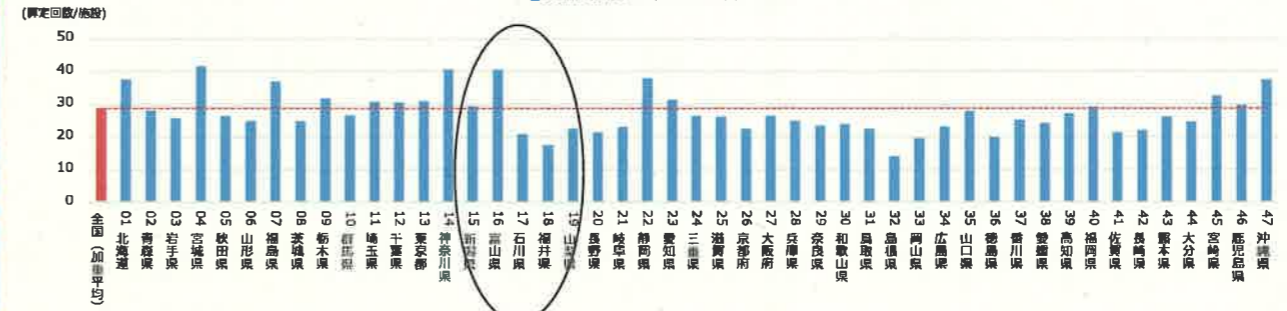
※ ここでの医療施設数は、平成26年医療施設調査の対象となった施設数。

全診療所医師数でみた通院外来患者数



時間外等外来

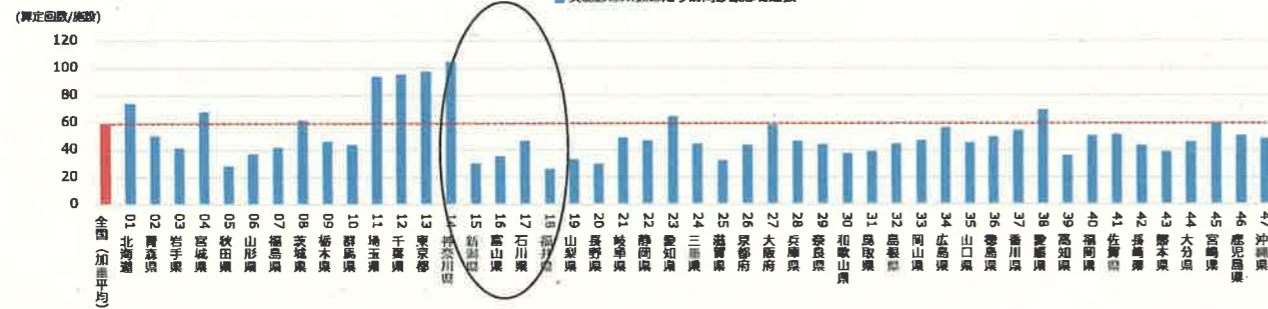
実施診療所数でみた時間外等外来患者数



※ ここでの医療施設数は、平成29年度NDBデータで当該レセプトの算定があった施設数（月平均施設数）。

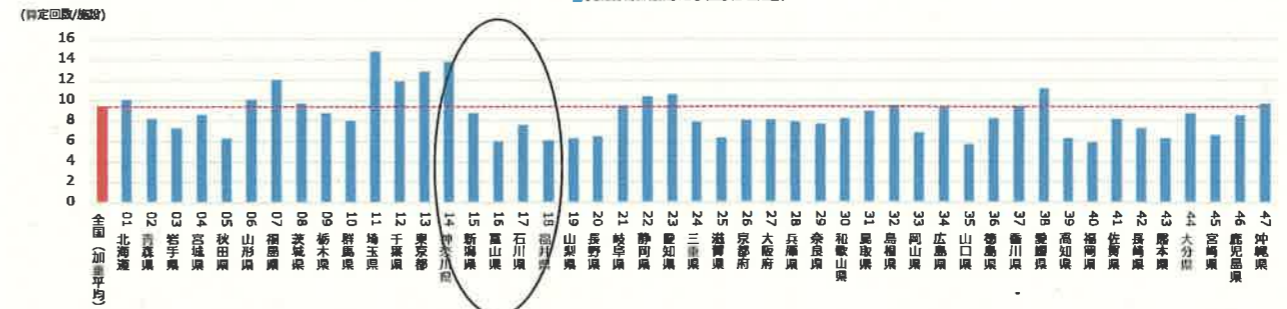
在宅医療（訪問診療・往診）

実施診療所数でみた訪問診療患者数



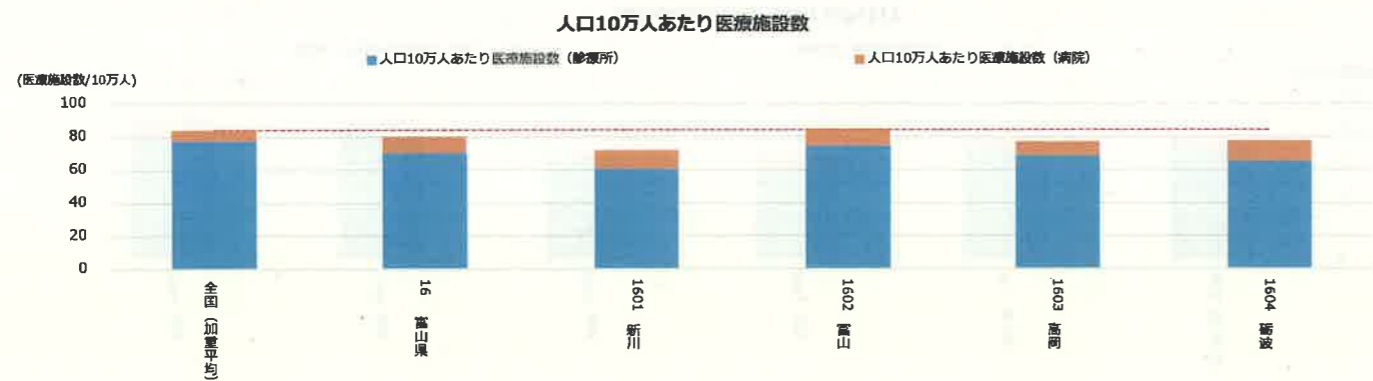
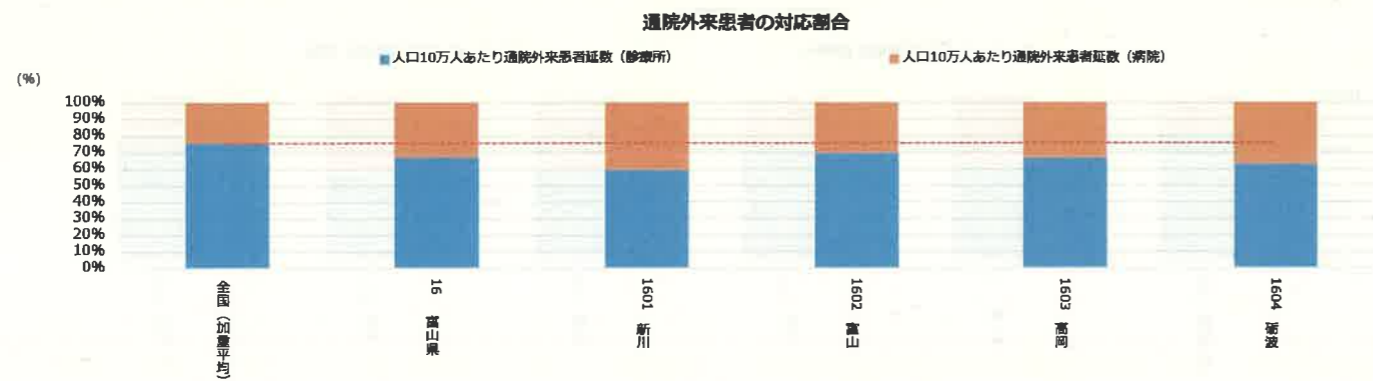
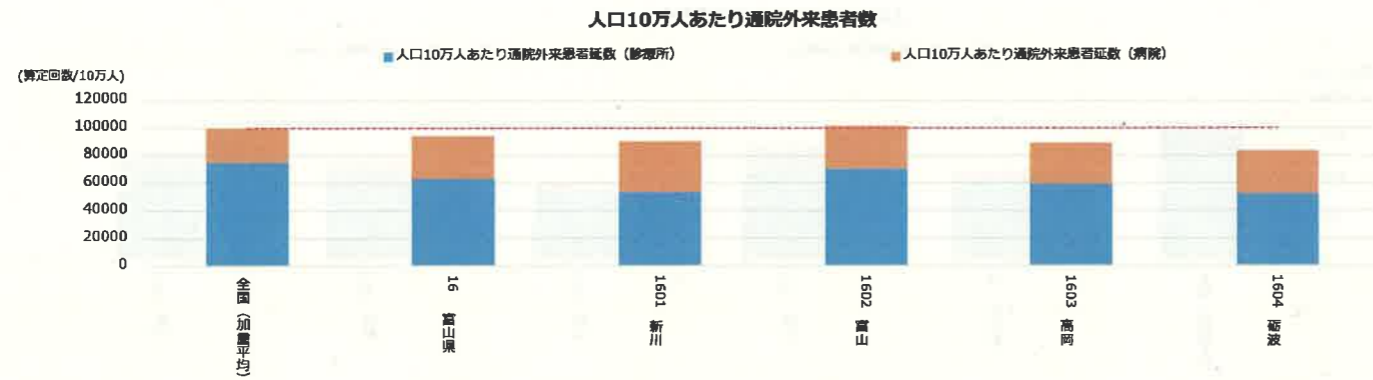
※ ここでの医療施設数は、平成29年度NDBデータで当該レセプトの算定があった施設数（月平均施設数）。

実施診療所数でみた往診患者数

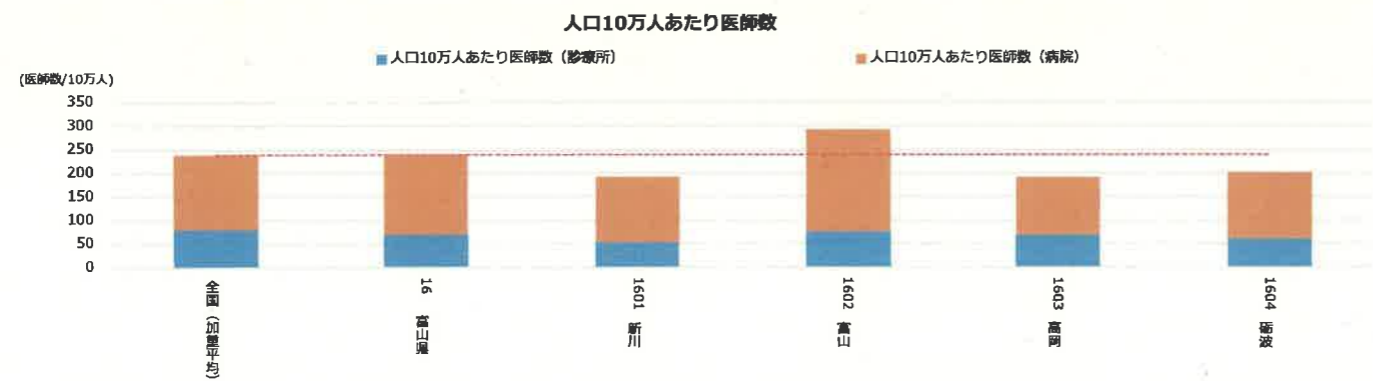


※ ここでの医療施設数は、平成29年度NDBデータで当該レセプトの算定があった施設数（月平均施設数）。

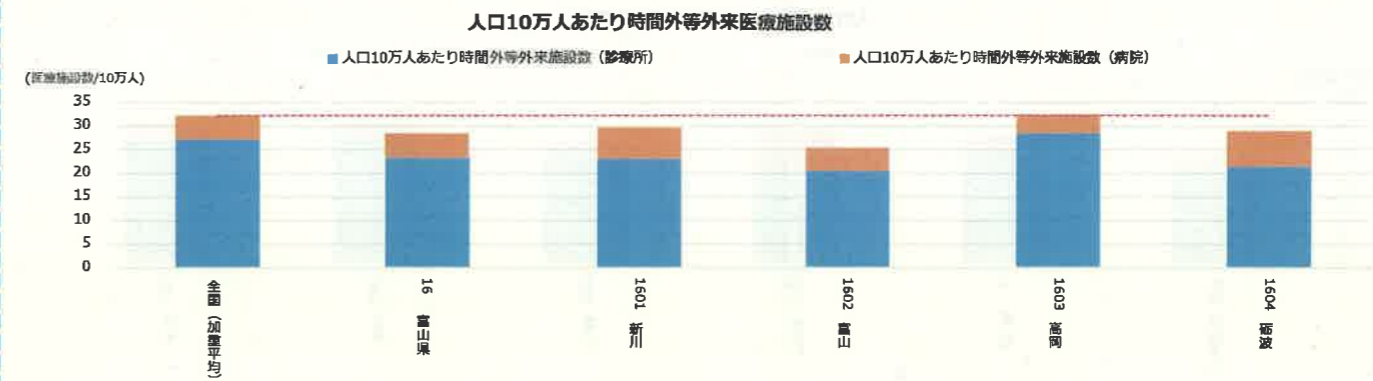
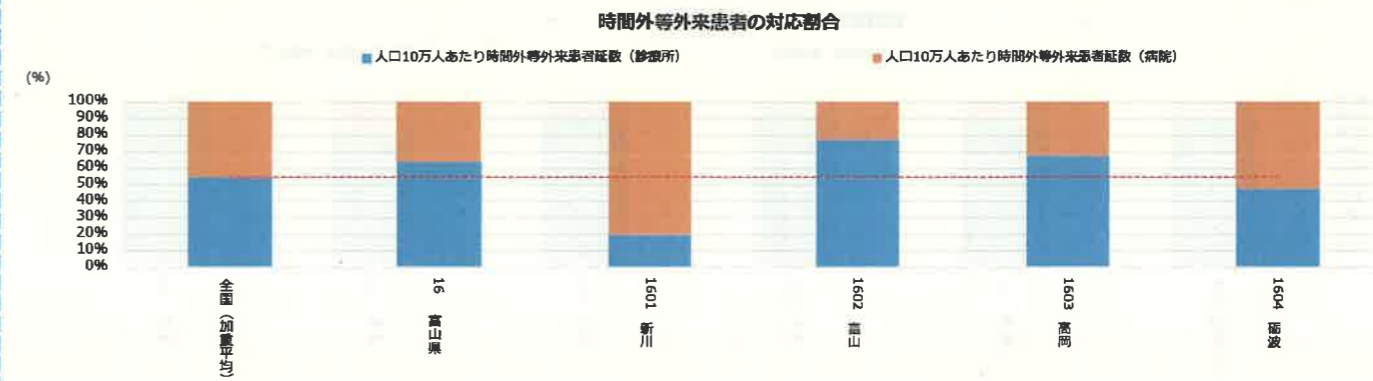
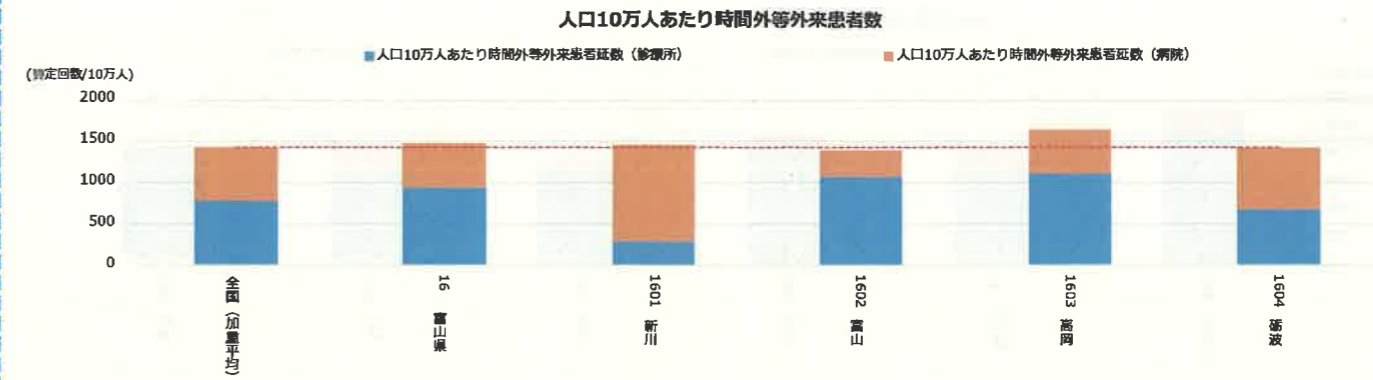
通院外来



※ ここでの医療施設数は、平成26年医療施設調査の対象となった施設数。

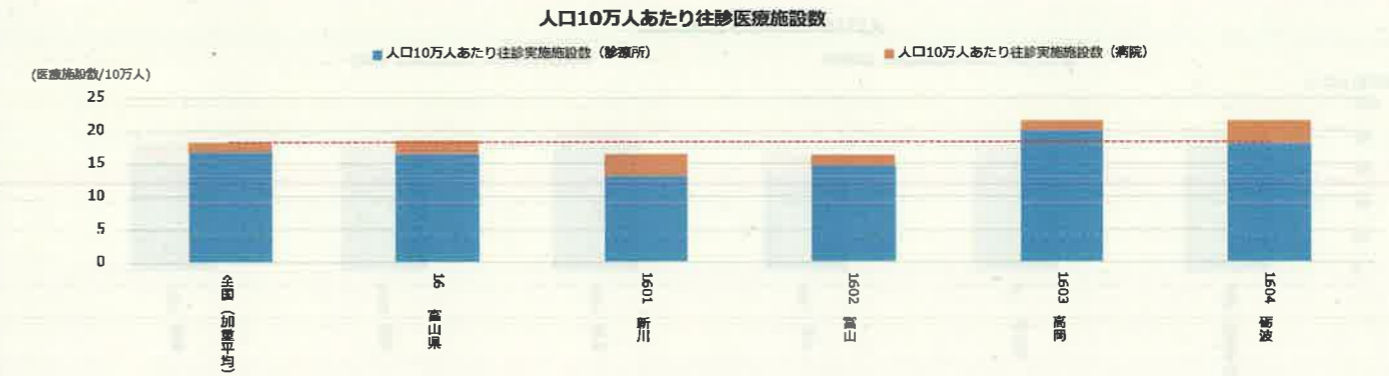
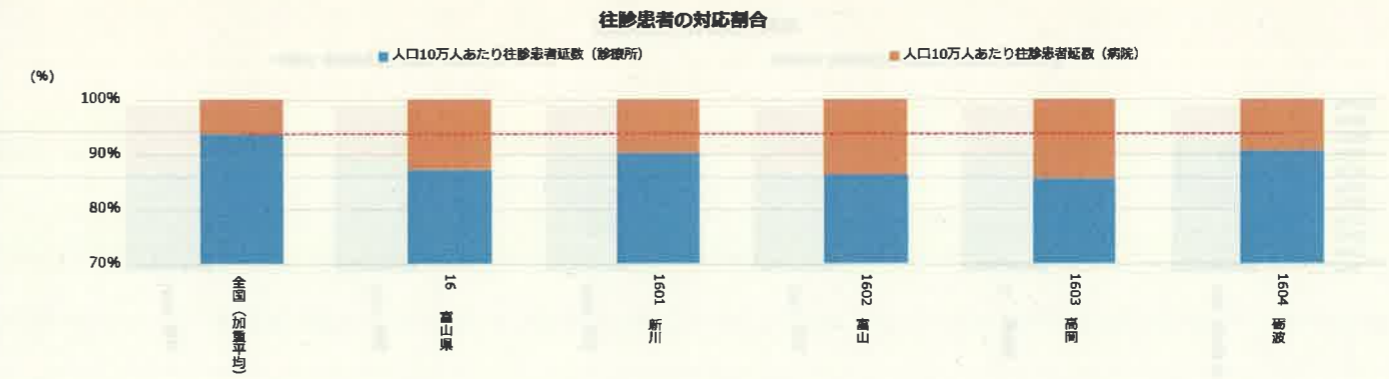
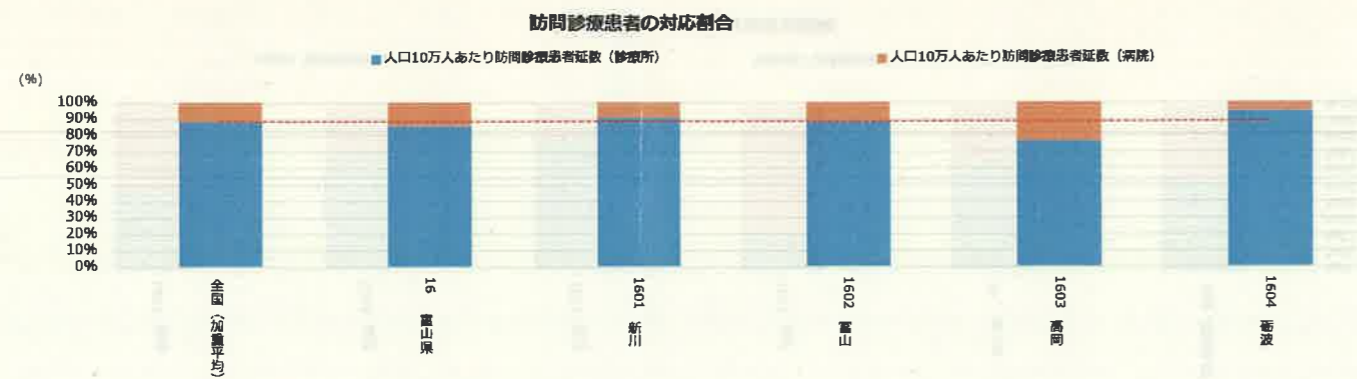
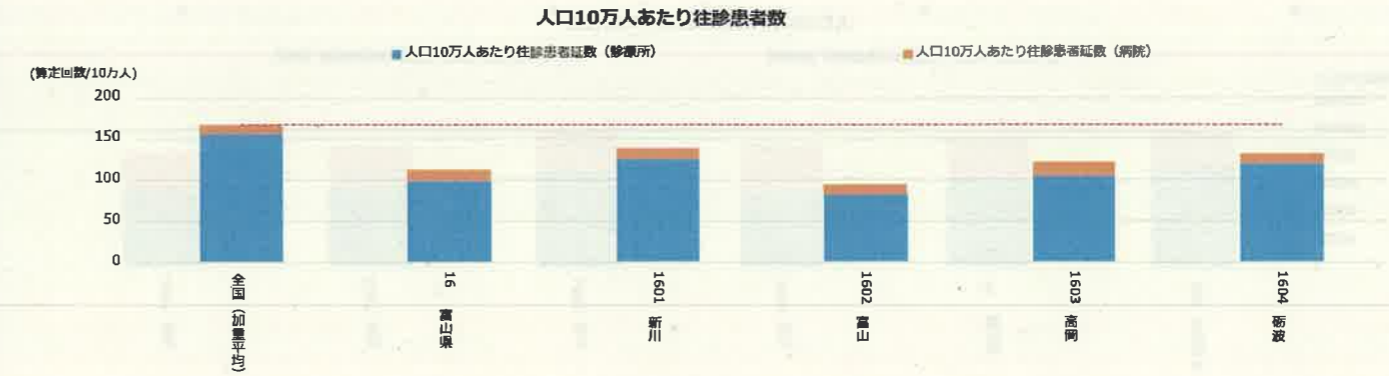
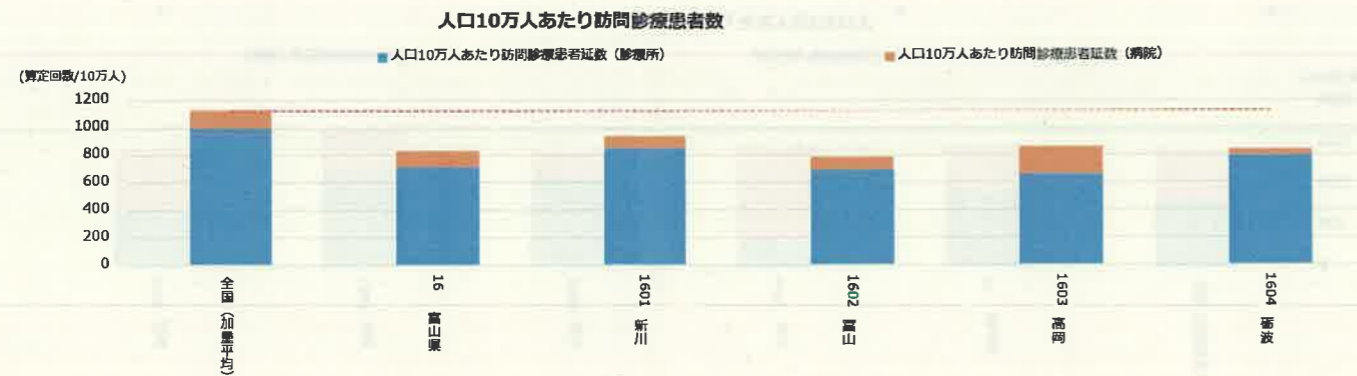


時間外等外来



※ ここでの医療施設数は、平成29年度NDBデータで当該レセプトの算定があった施設数(月平均施設数)。

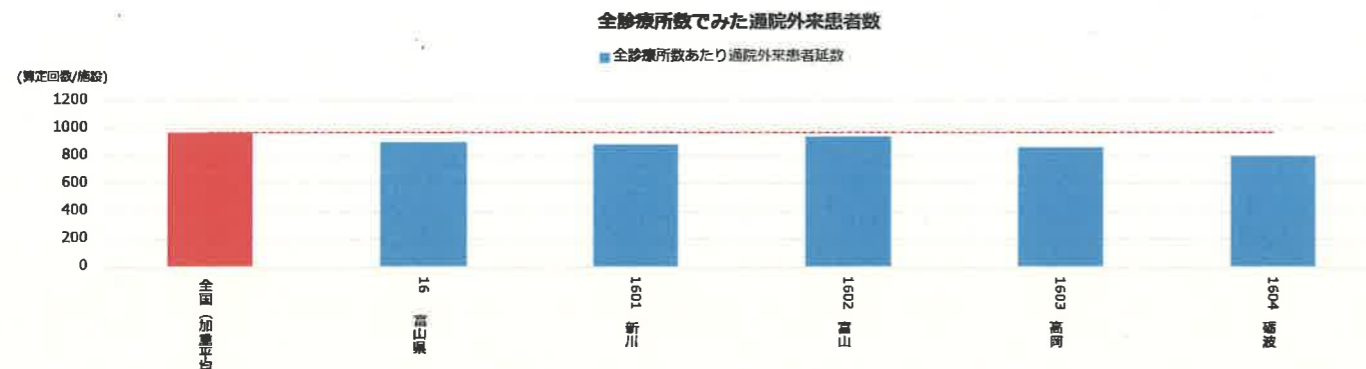
在宅医療（訪問診療・往診）



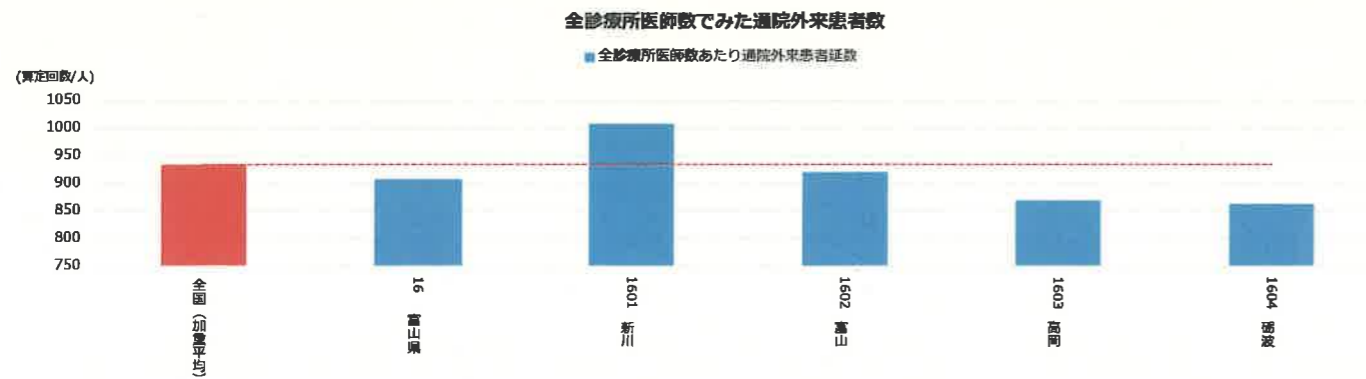
※ ここでの医療施設数は、平成29年度NDBデータで当該レポートの算定があった施設数（月平均施設数）。

※ ここでの医療施設数は、平成29年度NDBデータで当該レポートの算定があった施設数（月平均施設数）。

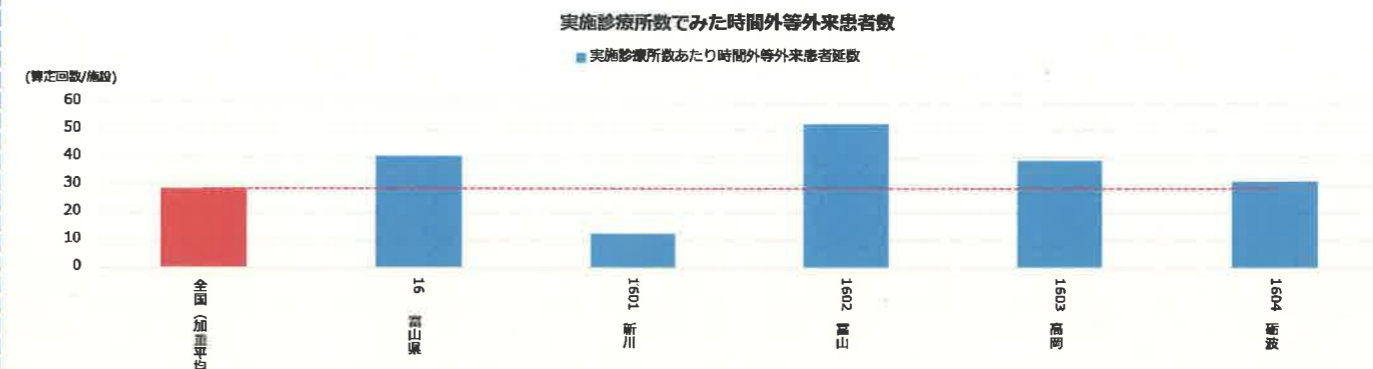
通院外来



※ ここでの医療施設数は、平成26年医療施設調査の対象となった施設数。



時間外等外来

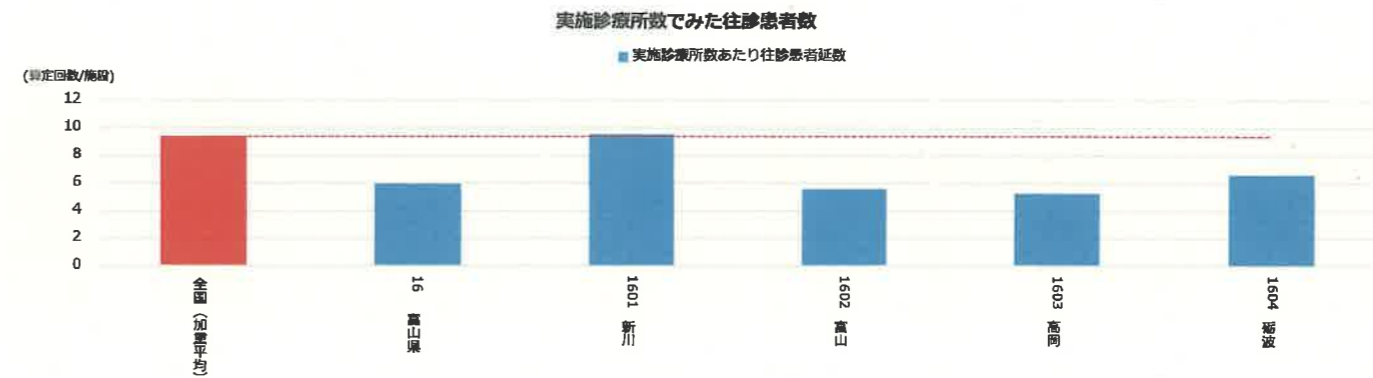


※ ここでの医療施設数は、平成29年度NDBデータで当該レセプトの算定があった施設数（月平均施設数）。

在宅医療（訪問診療・往診）



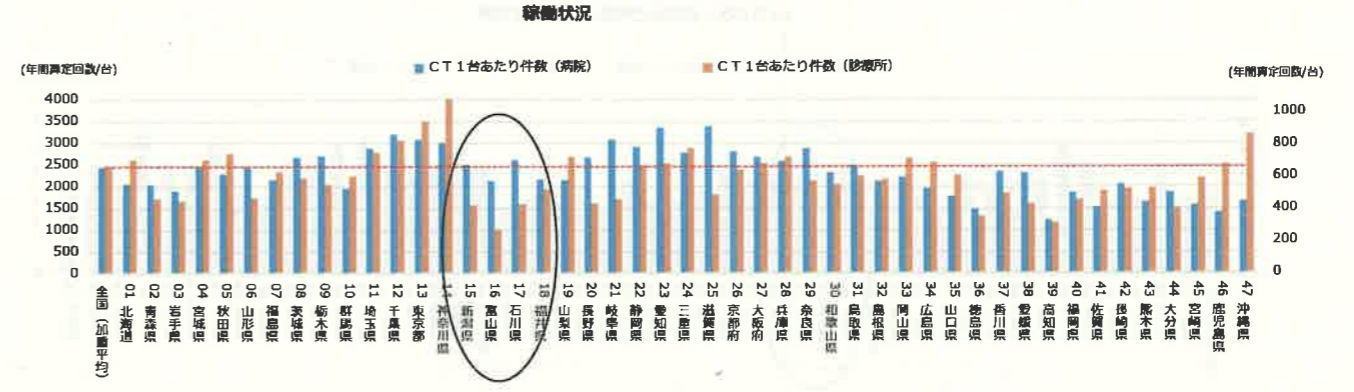
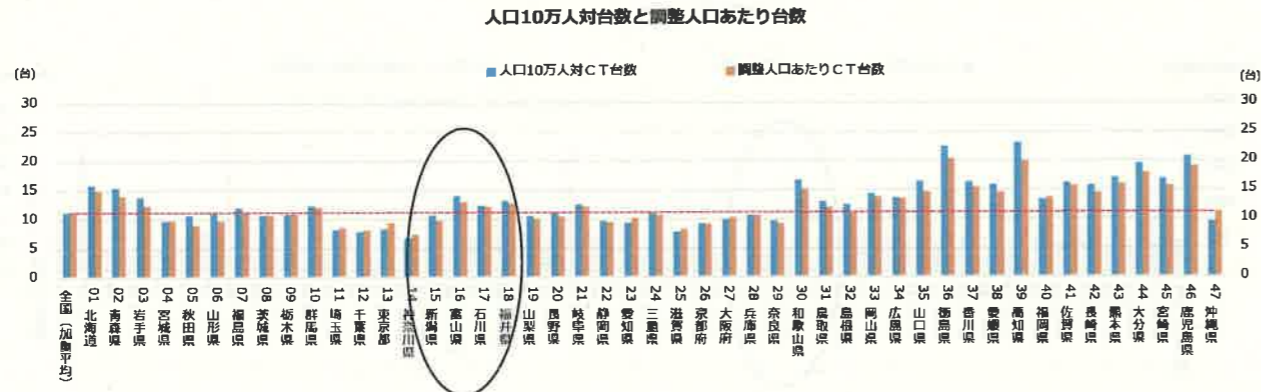
※ ここでの医療施設数は、平成29年度NDBデータで当該レセプトの算定があった施設数（月平均施設数）。



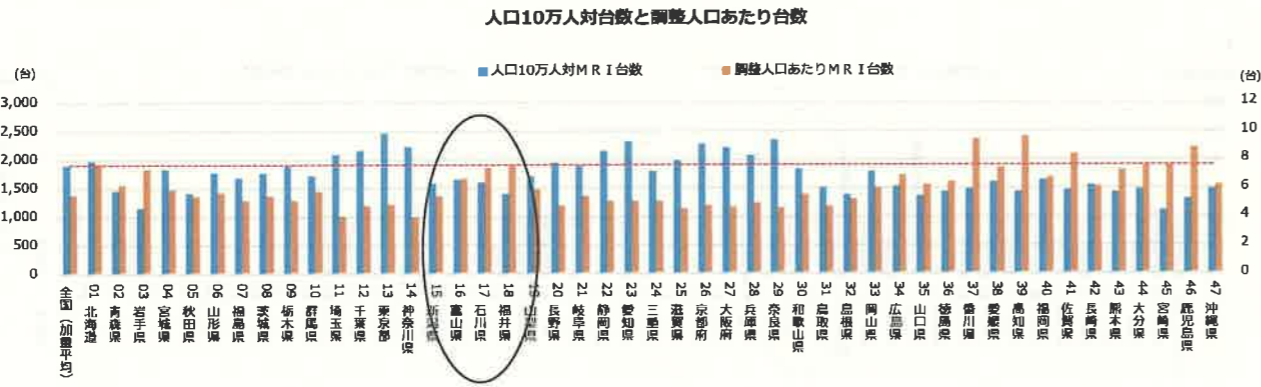
※ ここでの医療施設数は、平成29年度NDBデータで当該レセプトの算定があった施設数（月平均施設数）。

医療機器の状況（都道府県間比較） 1/2

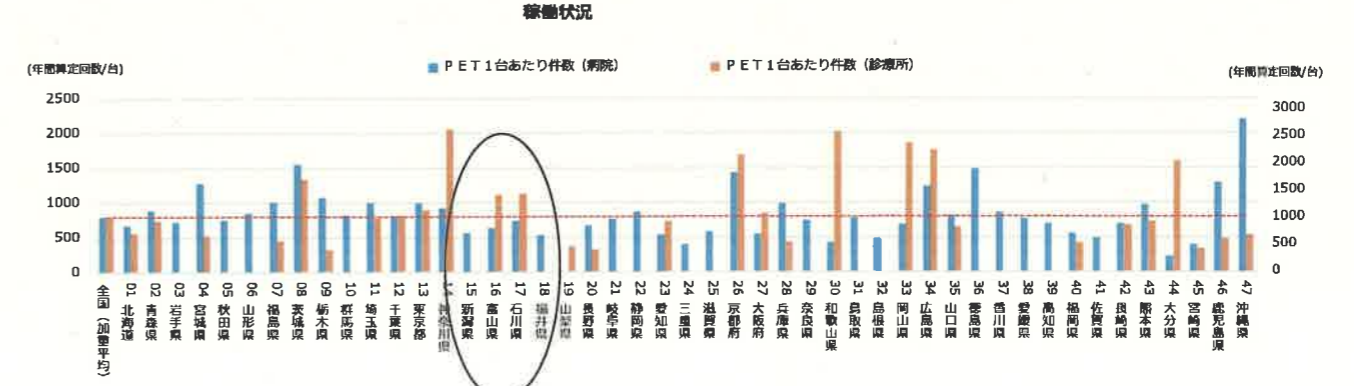
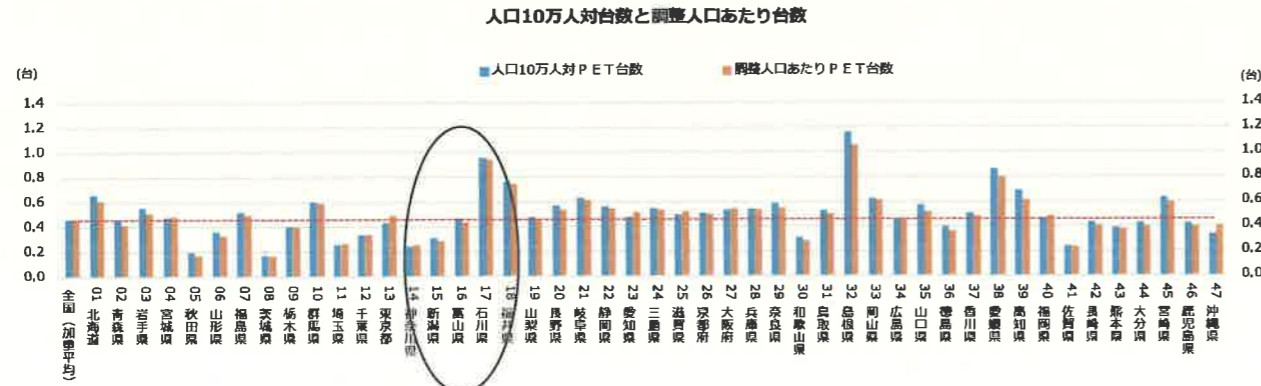
CT



MRI



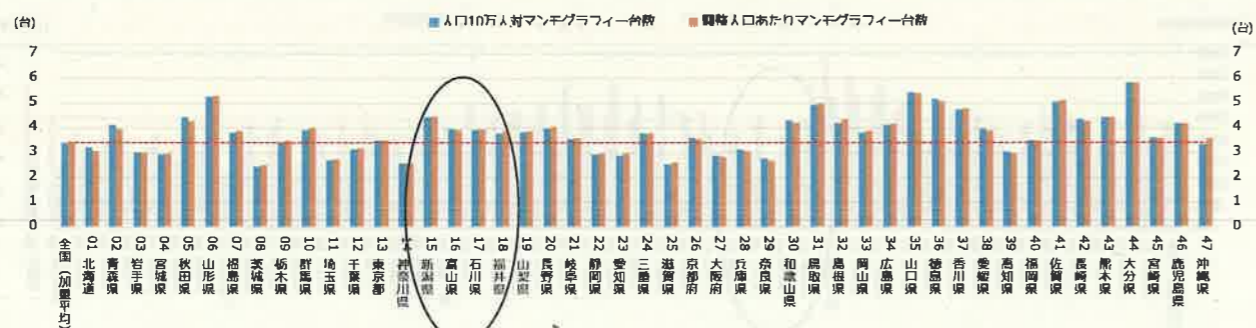
PET



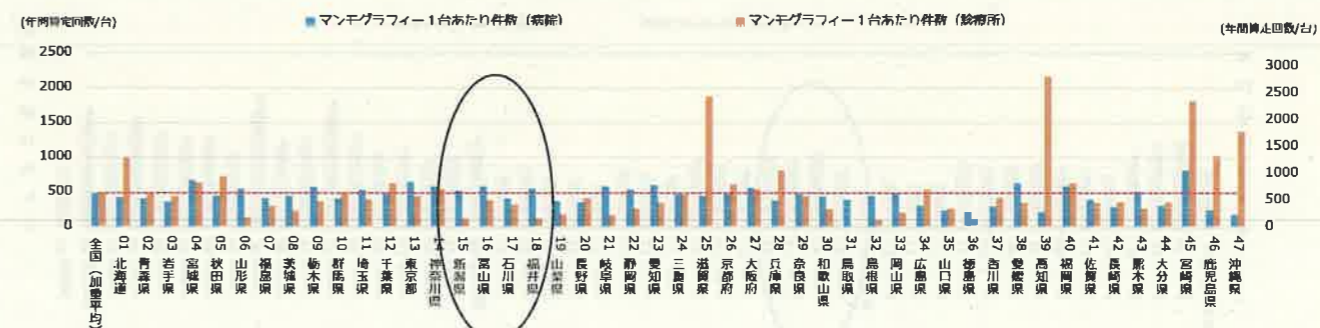
医療機器の状況（都道府県間比較） 2/2

マンモグラフィ

人口10万人対台数と調整人口あたり台数

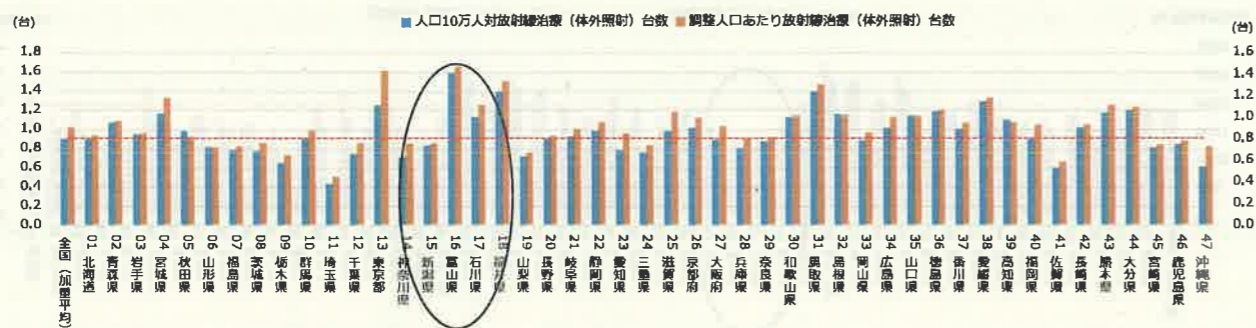


稼働状況

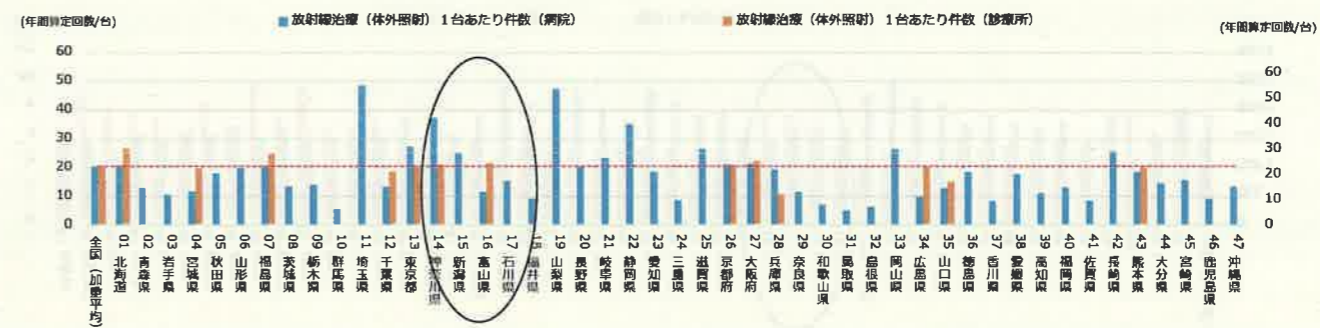


放射線治療（体外照射）

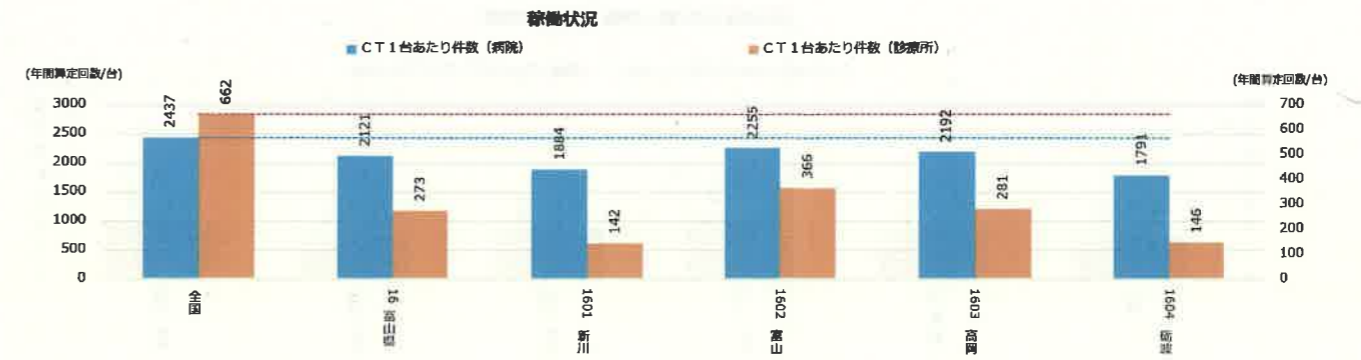
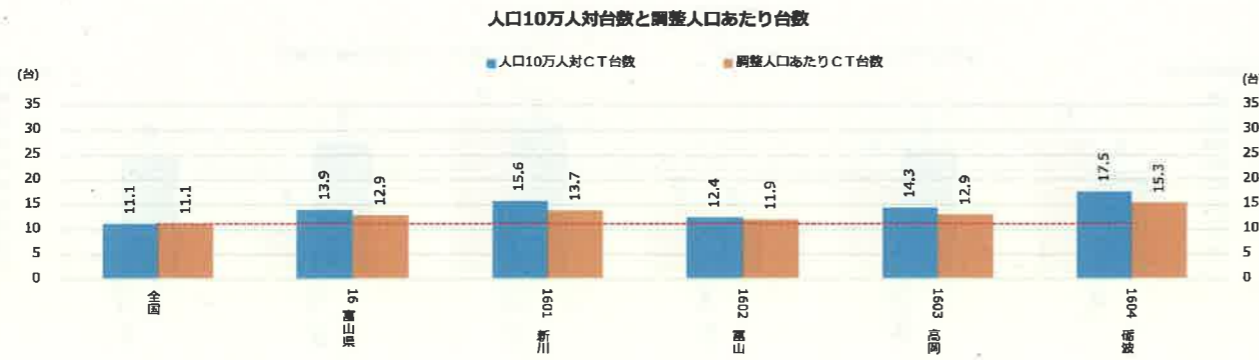
人口10万人対台数と調整人口あたり台数



稼働状況

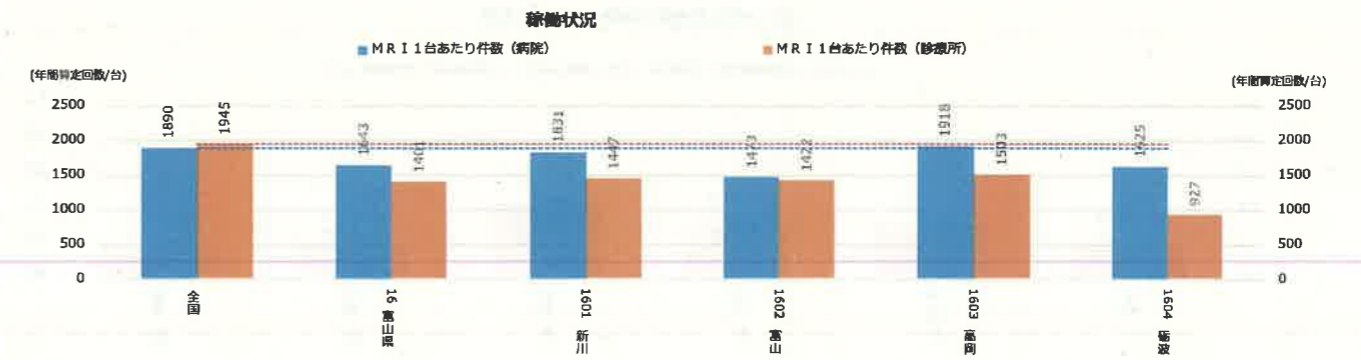
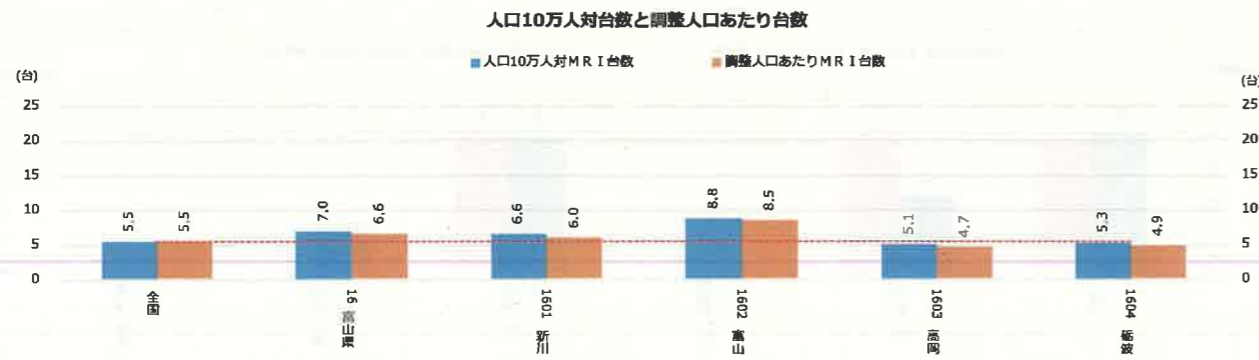


CT



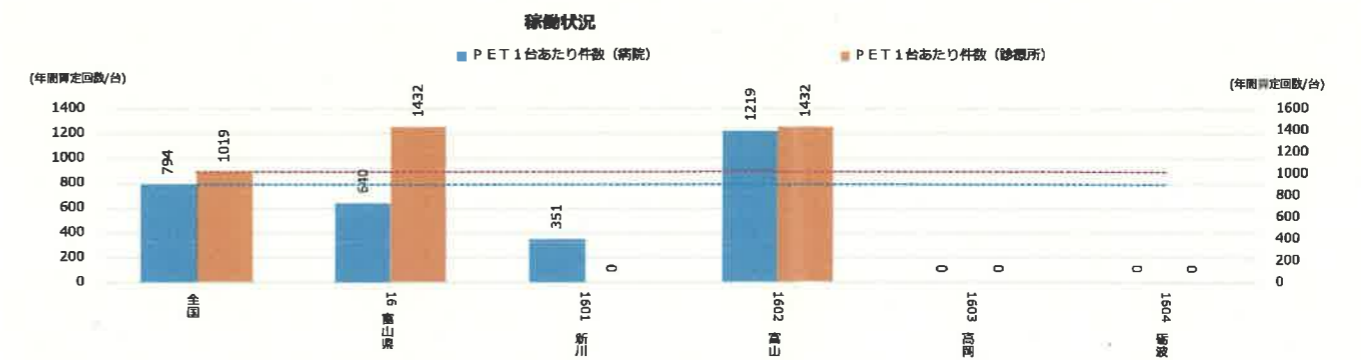
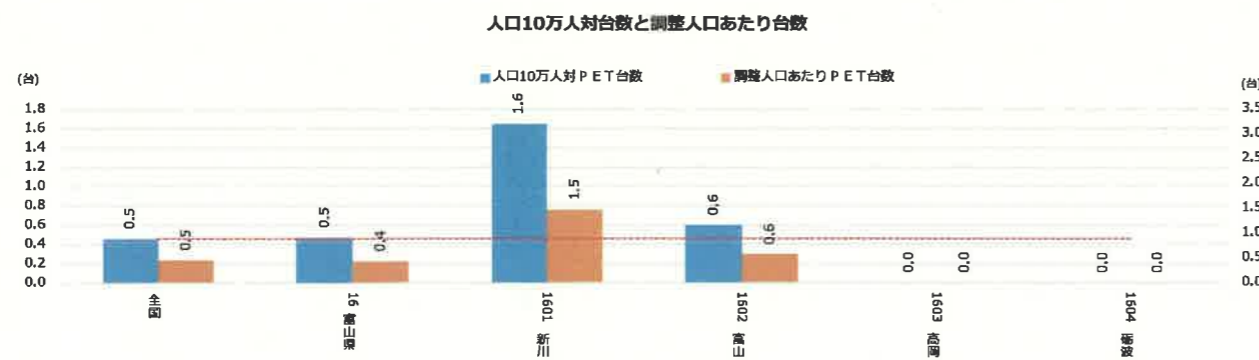
※ データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。

MRI



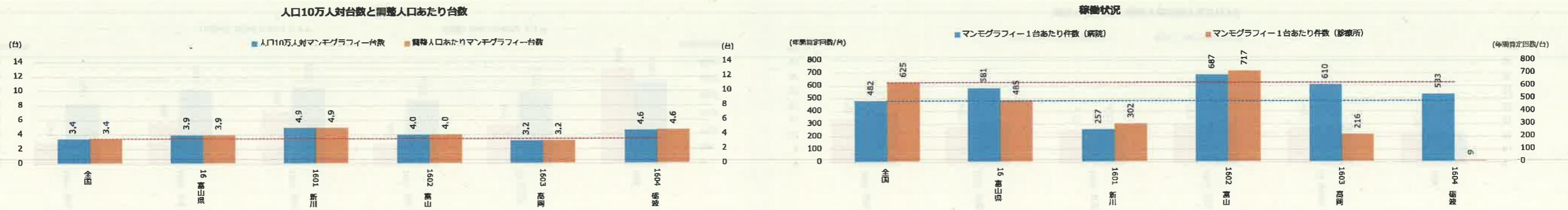
※ データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。

PET



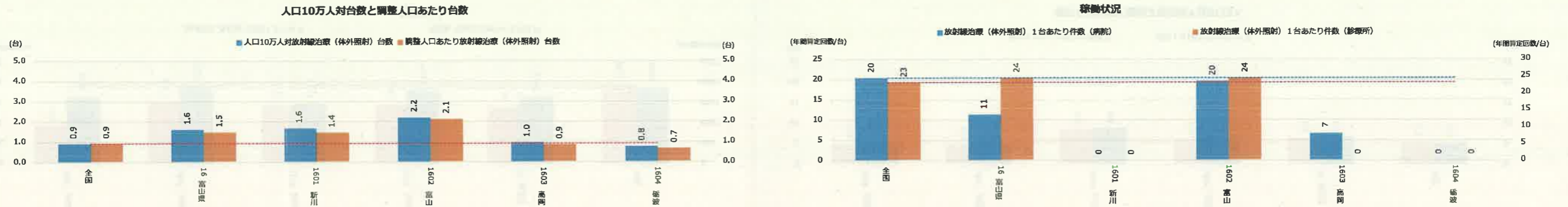
※ データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。

マンモグラフィー



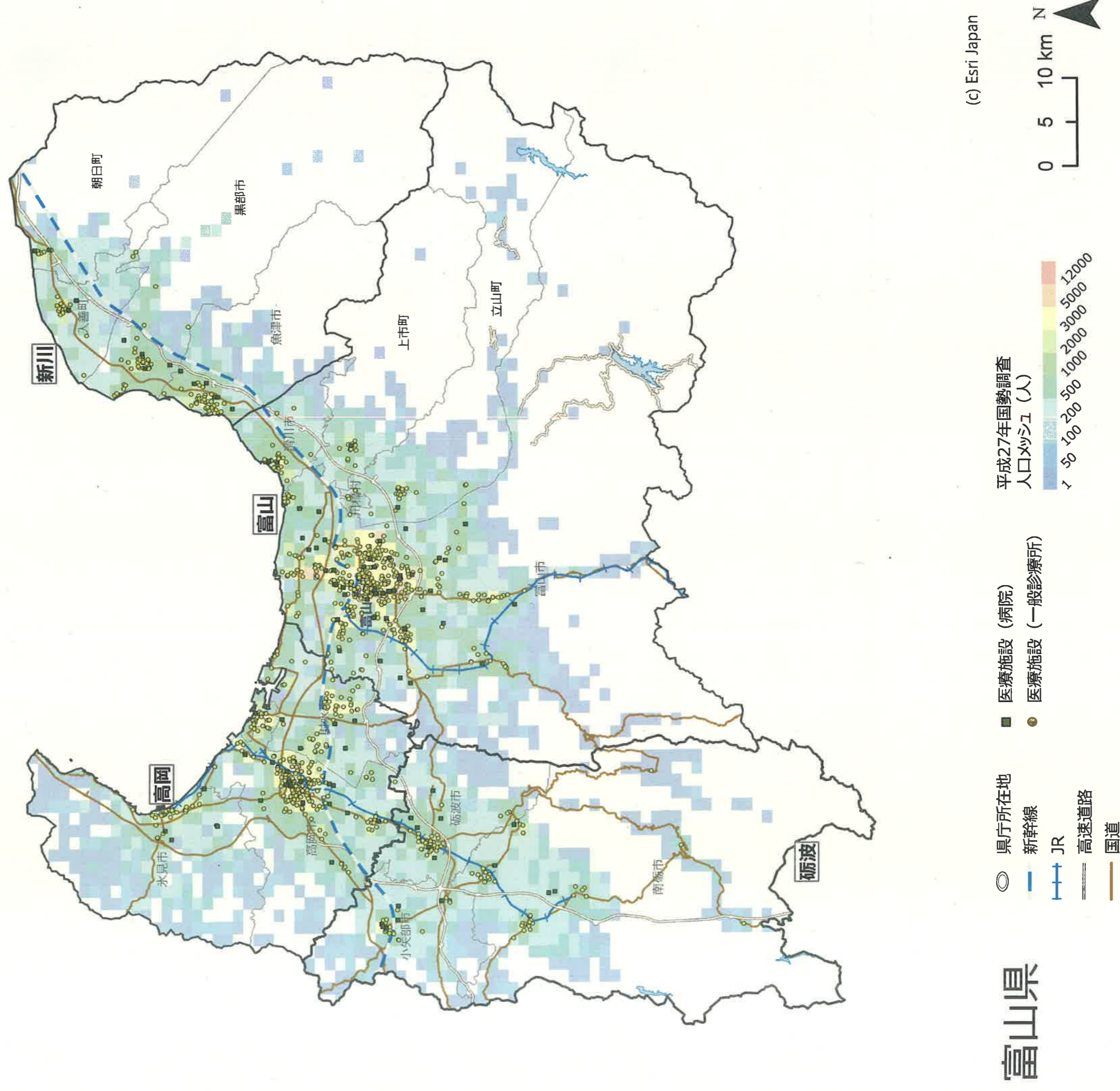
※ データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。

放射線治療（体外照射）



※ データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。

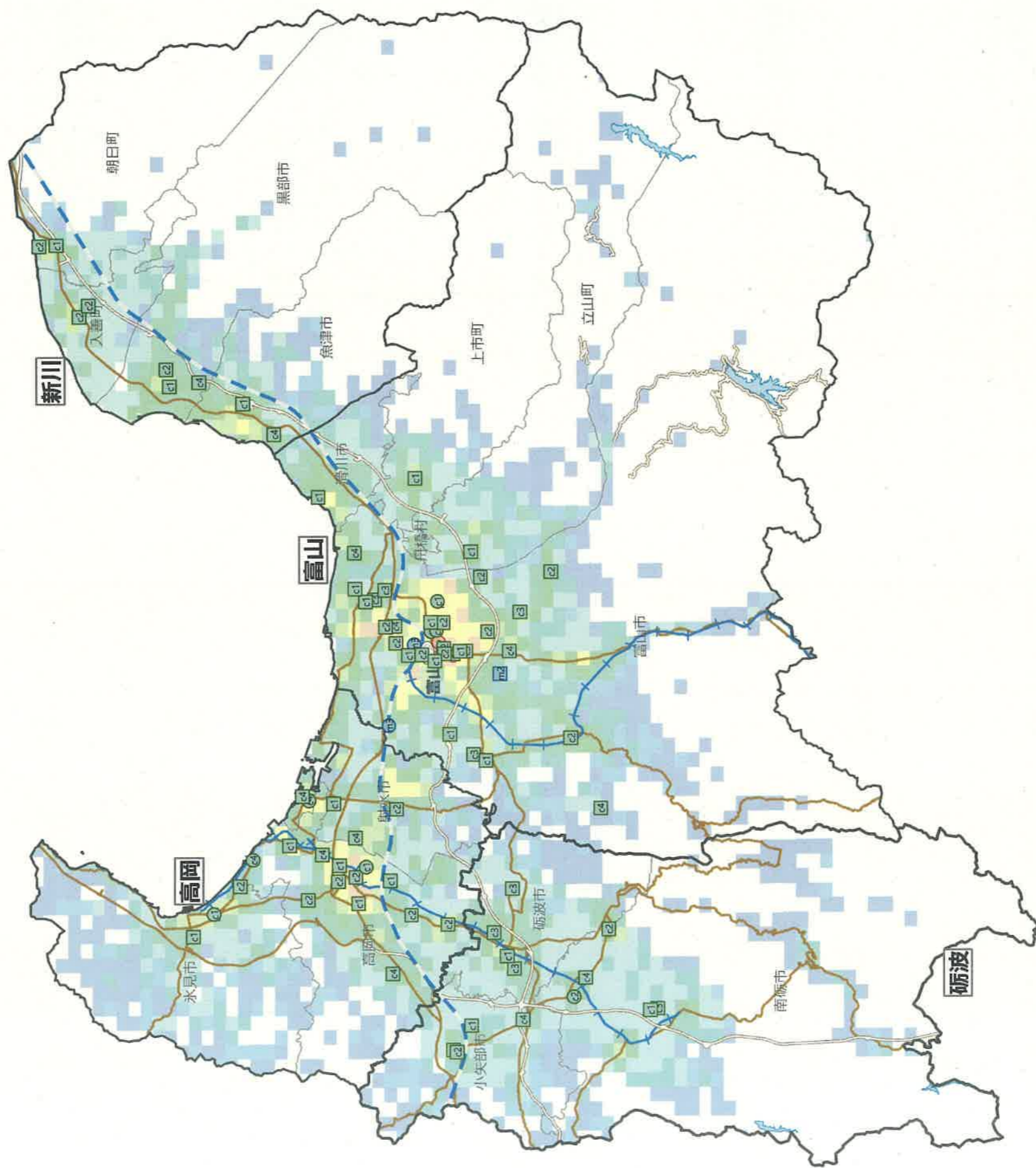
医療施設（病院／一般診療所）の所在地マップ（地方厚生局届出情報）



注：地理情報は平成30年4月時点

この地図の作成にあたっては、国土地理院の承認を得て、同院発行の数値地図（国土基本情報）電子国土基本図（地図情報）を使用しました。（承認番号 平30情使 第524-1号）

医療機器保有施設の所在地マップ（平成29年度病床機能報告データ）



富山県

- ◎ 県庁所在地
- 新幹線
- JR
- 高速道路
- 国道
- 平成27年国勢調査人口メッシュ（人）
- ▽ 50 100 200 500 1000 2000 3000 5000 12000

- 病院一般診療所
- CT
- マルチスライスCT64列以上
- マルチスライスCT16列以上64列未満
- マルチスライスCT16列未満
- その他のCT
- 放射線治療機器
- 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
- 血管連続撮影装置
- 病院一般診療所

- 病院一般診療所
- MRI
- MRI3テスラ以上
- MRI1.5テスラ以上3テスラ未満
- MRI1.5テスラ未満
- 核医学検査
- SPECT
- PET
- PETCT
- PETMRI
- 病院一般診療所
- 内視鏡手術用支援機器（ダウインチ）

(c) Esri Japan

注：地理情報は平成30年4月時点
この地図の作成にあたっては、国土地理院の承認を得て、同院発行の数値地図（国土基本情報）電子国土基本図（地図情報）を使用した。（承認番号 平30情使 第524-1号）

図1 将来の年齢階級別人口(2015年は国勢調査による実測値)

参考資料5

新川厚生センター管内

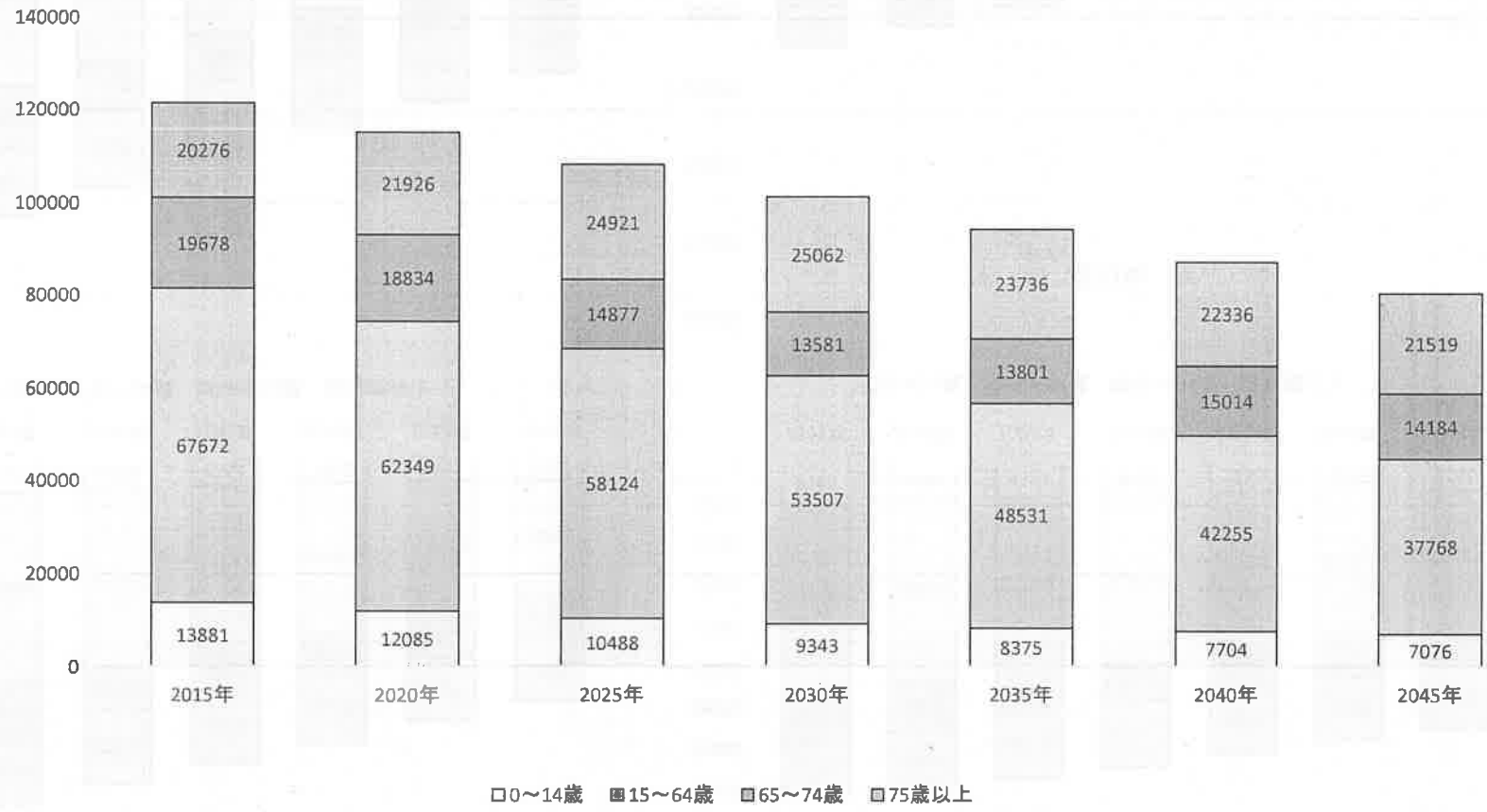
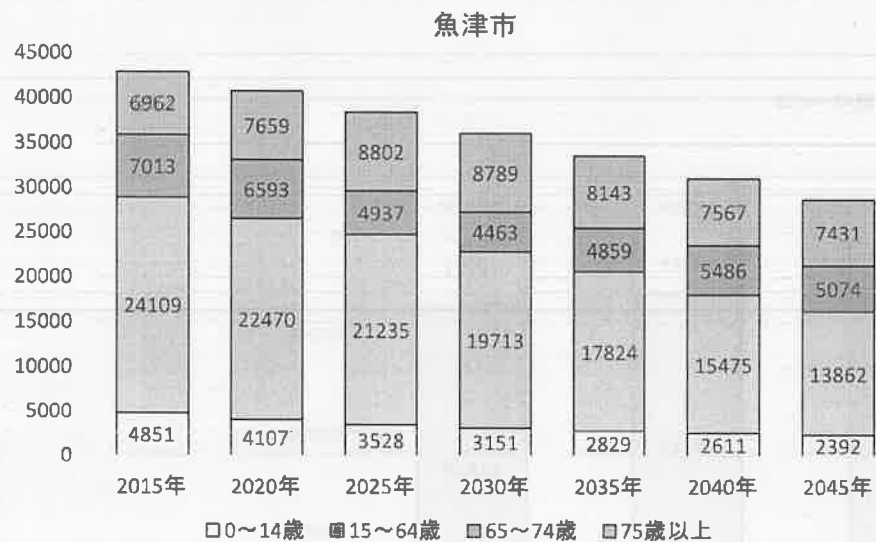


図1 将来の年齢階級別人口(2015年は国勢調査による実測値)



慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型(イメージ)

参考資料6

厚労省資料



※介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

※「介護医療院」は、①「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナルケア」等の医療機能と、②「生活施設」としての機能とを兼ね備えた新たな介護保険施設

<富山県新川地域医療構想>

区 分	H25医療需要④	H37医療需要④	④ - ③
在宅医療等	1,429 (人/日)	1,938 (人/日)	509 (人/日)

富山県新川圏域の第7期介護保険事業計画の利用者数設定

<新川地域介護保険事業組合>

区分	2018年度	2019年度	2020年度	2025年度
介護老人福祉施設	505	505	505	505
介護老人保健施設	290	290	290	320
介護医療院	43	86	126	338
介護療養型医療施設	132	104	78	0

<魚津市>

区分	2018年度	2019年度	2020年度	2025年度
介護老人福祉施設	162	162	162	162
介護老人保健施設	271	271	271	271
介護医療院	23	45	68	181
介護療養型医療施設	90	72	54	0

※介護報酬による転換後の加算(1年間)は令和2年度末までの期限

厚労省介護医療院専用サイトで、都道府県別の介護医療院整備状況が公表
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196478.html>



介護医療院

蘇生中止 容認を視野

新川地域 消防・医療関係者

在宅医 意思表示の書面

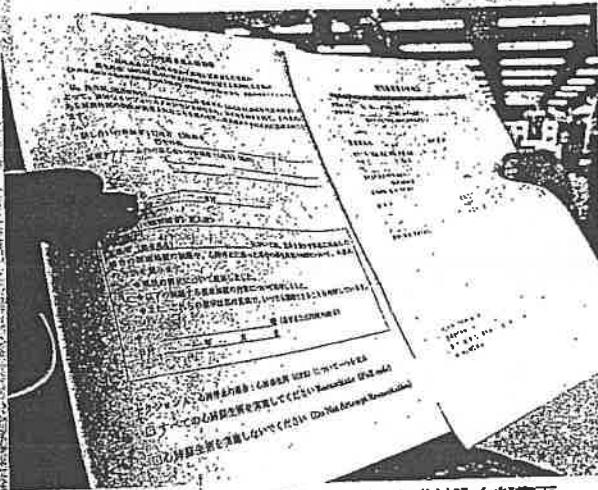
新川地域の医師グループは、在宅患者が心肺停止状態になったときに蘇生処置を受けるかどうかを意思表示できる書面を整備した。患者らが望む最期を実現するため、救急現場で活用してもらおう考えた。こうした書面が整備されるケースは県内で数少ない。蘇生中止の容認を視野に入れた指針策定の動きが進みそうだ。

(編集委員・宮田求)

在宅の終末期患者らが心臓マッサージなどの蘇生処置を拒否していても、容体急変に動転した家族らが119番し、救急隊員が苦慮する事例が全国で相次ぐ。県内でも、富山市消防局が過去4年で11件あったことを報告。昨春秋に別の市で終末期患者への蘇生を中止

した事例も明らかになっていく。各地の消防本部が統一方針の策定を求めている中、総務省消防庁の部会は今月の会合でも具体的な策定方針を明示せず、各消防本部に判断が委ねられている形だ。県内では、県西部6市が

先行して統一的な指針を導入。患者の意思を示した書面提示などを受けて蘇生処置を中止できる手続きを盛り込んでいるもの、どのような書面を活用するか定まっていないため、ほぼ運用できないのが実情だ。こうした中、新川地域在宅医療療養連携協議会(藤



蘇生処置の希望を問う項目(左下)を盛り込んだ書面

国は蘇生拒否への対応を巡る統一方針策定に二の足を踏む一方、一定の条件下での蘇生中止を肯定していない。

今月の総務省消防庁の部会で示された報告書案には、蘇生処置をしながら医療機関へ搬送している事例と共に、かかりつけ医の指示などを受けて蘇生中止に踏み切っている埼玉西部消防局などの取り組みを記載。同庁救急企画担当者には「いずれの対応も否定はしていない」として中止

国「否定してない」

容認に含みを持たせている。患者の病歴や生活状況、意思をよく知るかかりつけ医らが中止を判断できるとの考えも盛り込んでいる。一方、書面の整備については「千差万別」と各地の実情を説明するにとどまり、「必要」とは言い切っていない。そうした国のスタンスを踏まえると、書面提示を中止の前提とする新川地域や県西部6市は、厳格な基準を適用していると言えそうだ。

岡照裕会長)が患者の意思表示のための書式を整えた。書面ではまず心肺停止時に蘇生処置を受けるかどうかを尋ねる。心肺停止に至っていないが、生命を脅かす疾患に直面しているケースでも、苦痛緩和を最優先したケア、人工呼吸器などを使った治療などの選択肢から、望む医療を選べるようにした。

必要事項を書き込む際に話し合った家族や医療ケアチームメンバーの名前を記入する欄も設け、多くの関

係者による話し合いを呼び掛けている。8月に開く同協議会総会での承認を経て、開業医に配布し、在宅患者に活用してもらおう。魚津、黒部、入善、朝日、4市町の消防、医療関係者らでつくるメディアコントロール協議会では、書面による患者の意思表示と、現場に駆け付けた「かかりつけ医」の指示などを

条件に、蘇生中止を容認することでおおむね合意が得られている。今後、書式に問題がないか確認し、指針策定について協議を進める。竹田慎一(会長、黒部市民病院院長)は、指針の策定や運用の前提として「医師会の理解が必要になること」、地域内の幅広い合意の必要性を指摘している。

画像情報・検査結果等の電子的な送受にかかる評価

検査・画像情報提供加算

診療情報提供書を提供する際に、診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に算定する。

	情報提供方法		提供する情報
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	
1	電子的に送信 又は書面で提供	医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ電子的に常時閲覧可能なよう提供	<ul style="list-style-type: none"> 検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの(少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。画像診断の所見を含むことが望ましい。退院患者については、平成30年4月以降は退院時要約を含むものに限る。) (注) 多数の検査結果及び画像情報等を提供する場合には、どの検査結果及び画像情報等が主要なものであるかを併せて情報提供することが望ましい。
2	電子的に送信	電子的に送信 (診療情報提供書に添付)	

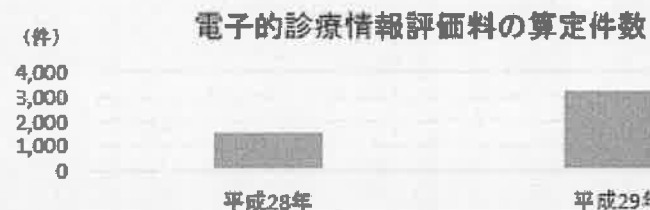
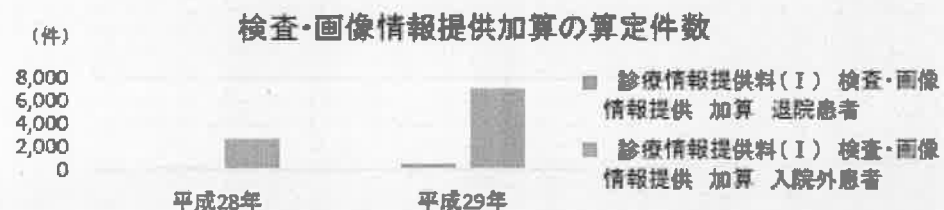
電子的診療情報評価料

診療情報提供書の提供を受けた患者に係る診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

	情報受信方法		受信する情報
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	
1	電子的に受信 又は書面で受信	医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ閲覧	<ul style="list-style-type: none"> 検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの(少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。) 受信した検査結果及び画像情報等を評価し、診療に活用した上で、その要点を診療記録に記載する。
2	電子的に受信	電子的に受信 (診療情報提供書に添付)	

施設基準

- 診療情報提供書を電子的に提供する場合は、HPKIによる電子署名を施すこと。
- 患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワークを構築すること。
- 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成25年10月)を遵守し、安全な通信環境を確保すること。
- 保険医療機関において、個人単位の情報の閲覧権限の管理など、個人情報の保護を確実に実施すること。
- 厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能を有する情報蓄積環境を確保すること。
- 情報の電子的な送受に関する記録を残していること。(ネットワーク運営事務局が管理している場合は、随時取り寄せることができること。)



出典：社会医療診療行為別統計