

栃木県外来医療計画 (8期前期計画)



令和6(2024)年〇月

栃木県

目 次

第1章 外来医療計画の基本的な事項	1
1 計画策定の趣旨	2
2 計画の期間	2
第2章 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応	3
1 外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場の設置	4
2 外来医療機能の不足・偏在等の現状	5
3 外来医師偏在指標と外来医師多数区域	12
4 地域で不足する外来医療機能に係る対応	15
5 新規開業希望者等への対応及び地域医療構想調整会議における協議プロセス等	23
第3章 地域における外来医療の機能分化及び連携の取組	24
1 外来機能報告による地域の外来医療の提供状況の把握	25
2 紹介受診重点医療機関の明確化	25
第4章 医療機器の効率的な活用	27
1 医療機器の配置状況に関する情報の可視化	28
2 医療機器の配置状況等の現状	28
3 医療機器の効率的な活用に係る協議の場の設置	31
4 地域医療構想調整会議における協議内容及び医療機器の共同利用の方針	31
5 共同利用計画の記載事項と実行性を確保するための取組	32
第5章 外来医療計画の評価及び周知	34
1 計画の評価	35
2 計画の周知	35

第 1 章 外来医療計画の基本的な事項

1 計画策定の趣旨

本県では、安全で質の高い医療を効率的に提供できる体制の確保に加えて、保健・福祉・介護サービスと連携することにより、県民誰もが住み慣れた環境において、健康で安心して暮らすことができる社会の実現を目指すため、「栃木県保健医療計画(8 期計画)」を令和 5(2023)年 3 月に策定したところです。

入院や在宅医療等に関する地域医療構想の推進に当たっては、地域ごとの医療ニーズに関するデータが整備されてきていますが、外来においても、地域ごとの適切なデータを可視化し、開業に当たっての有益な情報と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必要があります。

外来医療については、診療所における診療科の専門分化が進んでおり、また、救急医療提供体制の構築、グループ診療の実施や医療機器の共同利用等の医療機関の連携の取組が、地域の個々の医療機関による自主的な取組に委ねられてきた状況にあることから、充実が必要な外来機能や外来医療機関間での機能分化・連携の方針等についても、併せて協議を行い、地域ごとに方針決定できるようにするべきと考えられます。

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ため、地域の実情に応じて面で外来医療を提供するための医療機関の連携の取組も重要となります。

こうした状況を踏まえ、医療法の規定に基づき外来医療に係る医療提供体制の確保に取り組むため、本県では令和 2(2020)年度に「栃木県保健医療計画(7 期計画)」の一部として「栃木県外来医療計画」を策定しました。

2 計画の期間

令和 6(2024)年度を初年度とし、令和 8(2026)年度までの 3 か年計画とします。また、外来医療に関する法制度の大幅な改正や社会情勢の大きな変化等が生じた場合にも、必要に応じて計画の見直しを行うなど、弾力的に対応します。

第 2 章 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

1 外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場の設置

二次保健医療圏ごとに、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、公表するものとします(医療法第30条の18の4第1項)。

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とされており(医療法第30条の18の4第3項)、入院や在宅医療等に関する協議と併せて協議を行うことが効果的であると考えられますので、本県においては、地域医療構想調整会議を活用して、協議を行うこととします。

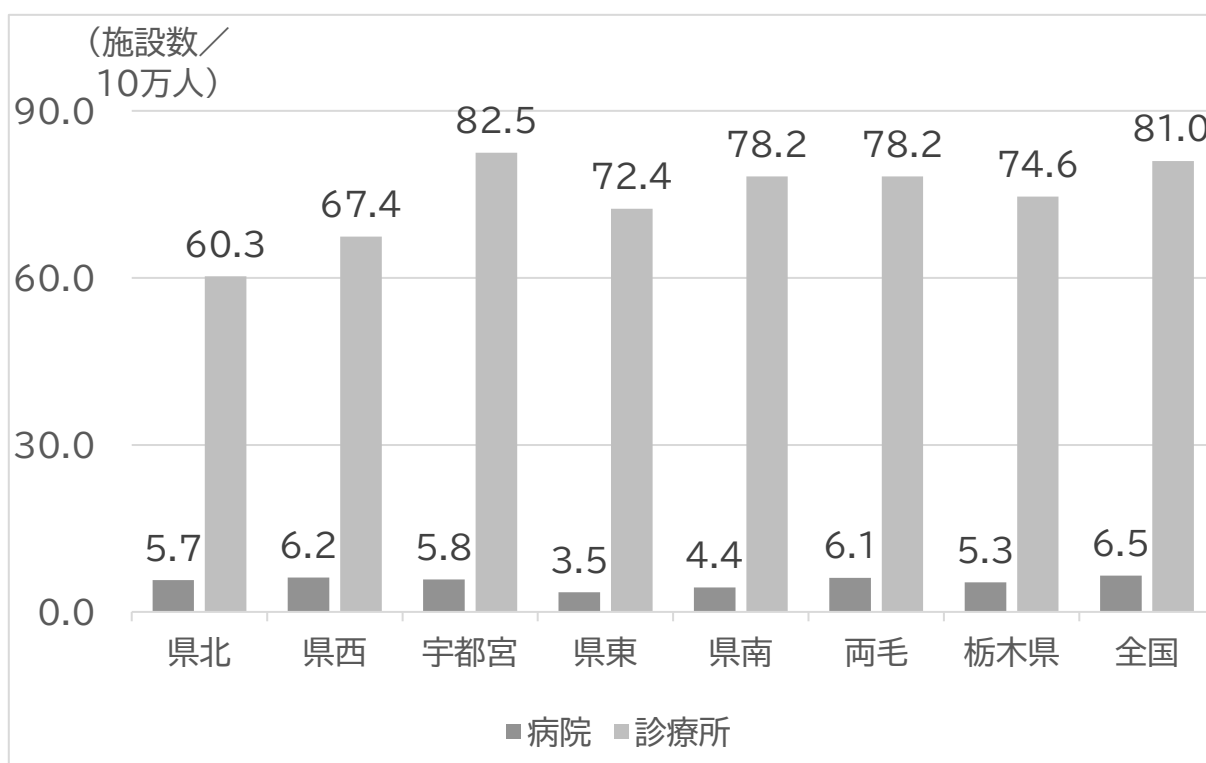


図表 2-2-1:二次保健医療圏 圏域図

2 外来医療機能の不足・偏在等の現状

(1) 医療施設数

本県の人口 10 万人あたり医療施設数をみると、病院数は、県西医療圏以外の二次保健医療圏は全国平均を下回っています。診療所数は、宇都宮医療圏が全国平均を上回っていますが、その他の二次保健医療圏は下回っています。二次保健医療圏ごとの病院数と診療所数を比較すると、診療所の施設数が全体の 9 割程度となっています。

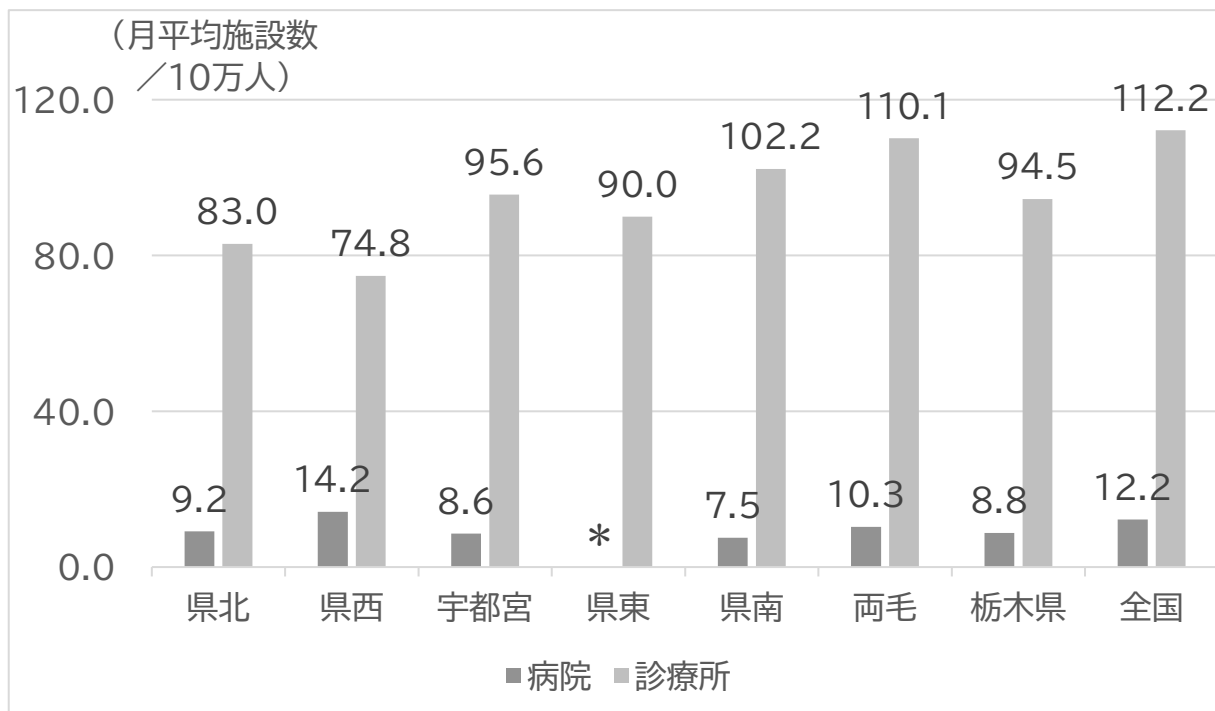


【出典:厚生労働省「令和 2 年医療施設調査」】

※病院は、診療科目単科のうち、精神科、歯科、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科、及び歯科系の診療科(前での 4 つの歯科)を除いたものの医療施設数。診療所は、主な診療科目のうち、精神科、歯科、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科を除いたものの医療施設数。

図表 2-2-1:人口 10 万人あたり医療施設数

次に、人口 10 万人あたり外来施設数をみると、病院数は、県西医療圏以外の二次保健医療圏が全国平均を下回っています。診療所数は、全ての二次保健医療圏が全国平均を下回っています。二次保健医療圏ごとの病院数と診療所数を比較すると、診療所の施設数が全体の 9 割程度となっています。



【出典:令和元年度 NDB データ】

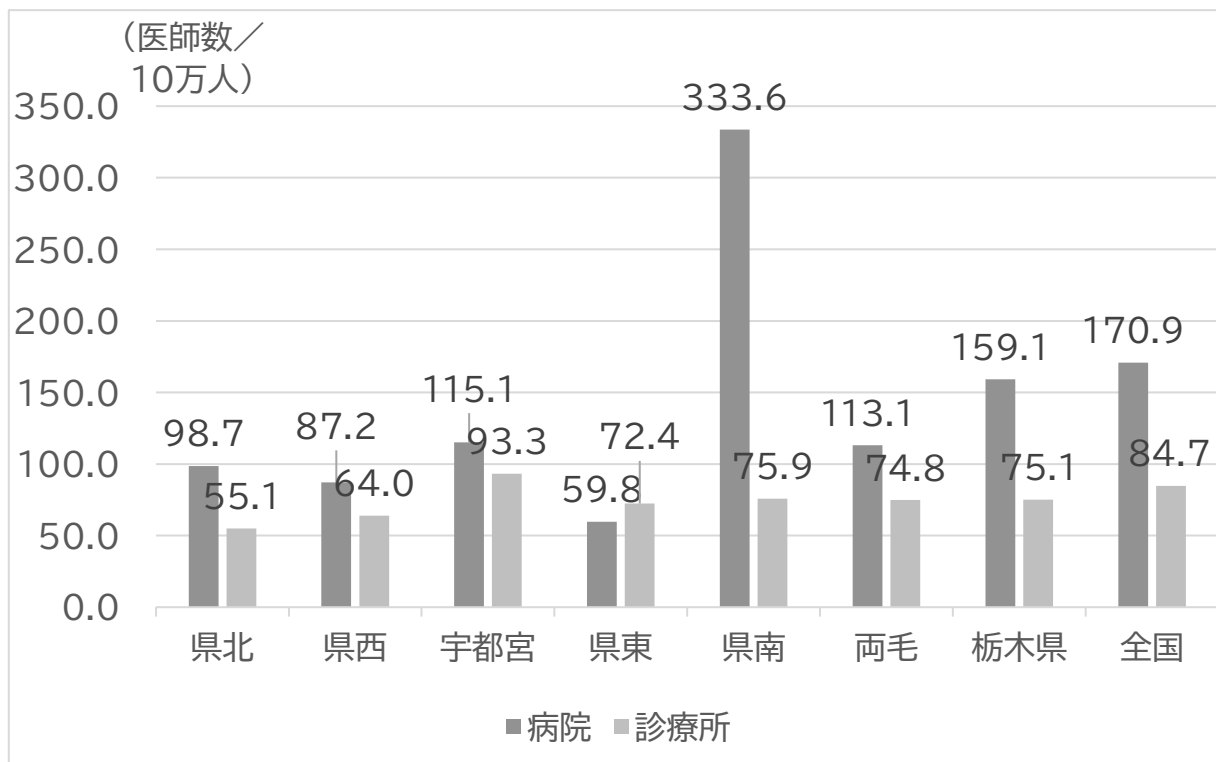
※医科レセプト(入院外)の初診・再診、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料、及び往診・在宅訪問診療の診療行為が算定された病院数及び診療所数(月平均施設数)。

※最小集計単位の原則により、集計数が3未満の場合は集計単位を秘匿(「*」で表示)。栃木県・全国の集計値に秘匿分は算入されていない。

図表 2-2-2:人口 10 万人あたり外来施設数

(2) 医療施設従事医師数

人口 10 万人あたり医療施設従事医師数をみると、病院の医数は、県南が全国平均を上回っていますが、その他は下回っています。診療所の医師数は、宇都宮が全国平均を上回っていますが、その他は下回っています。二次保健医療圏ごとの病院と診療所を比較すると、県東を除いて病院の医師数が多く、県南では 4 倍程度の開きがあります。

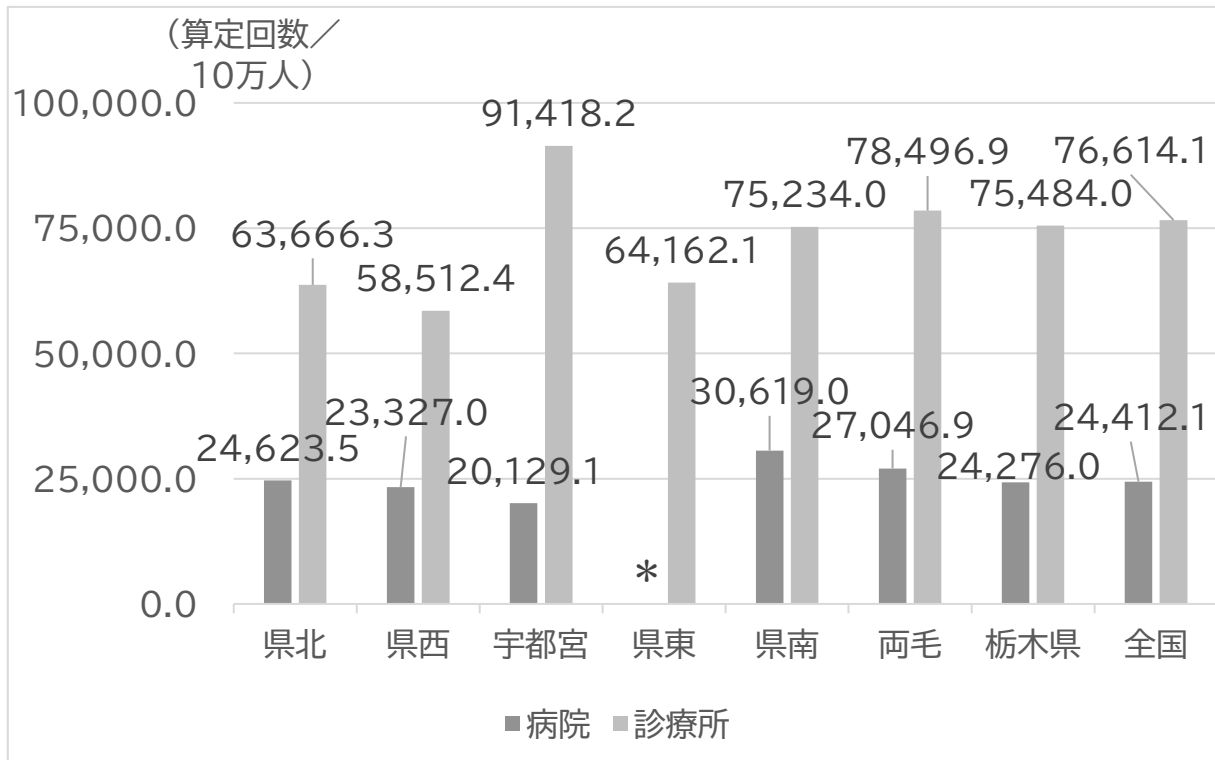


【出典:厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師調査」】

図表 2-2-3:人口10万人あたり医療施設従事医師数

(3) 外来患者数

人口10万人あたり外来患者延数を見ると、病院は、県北、県南、両毛が全国平均を上回っています。診療所は、宇都宮と両毛が全国平均を上回っています。二次保健医療圏ごとの病院と診療所を比較すると、診療所の外来患者延数が全体の7~8割程度となっています。



【出典:令和元年度 NDB データ】

※医科レセプト(入院外)の初診・再診、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料、及び往診・在宅訪問診療の診療行為の算定回数を病院・診療所別に合算したもの(月平均算定回数)。

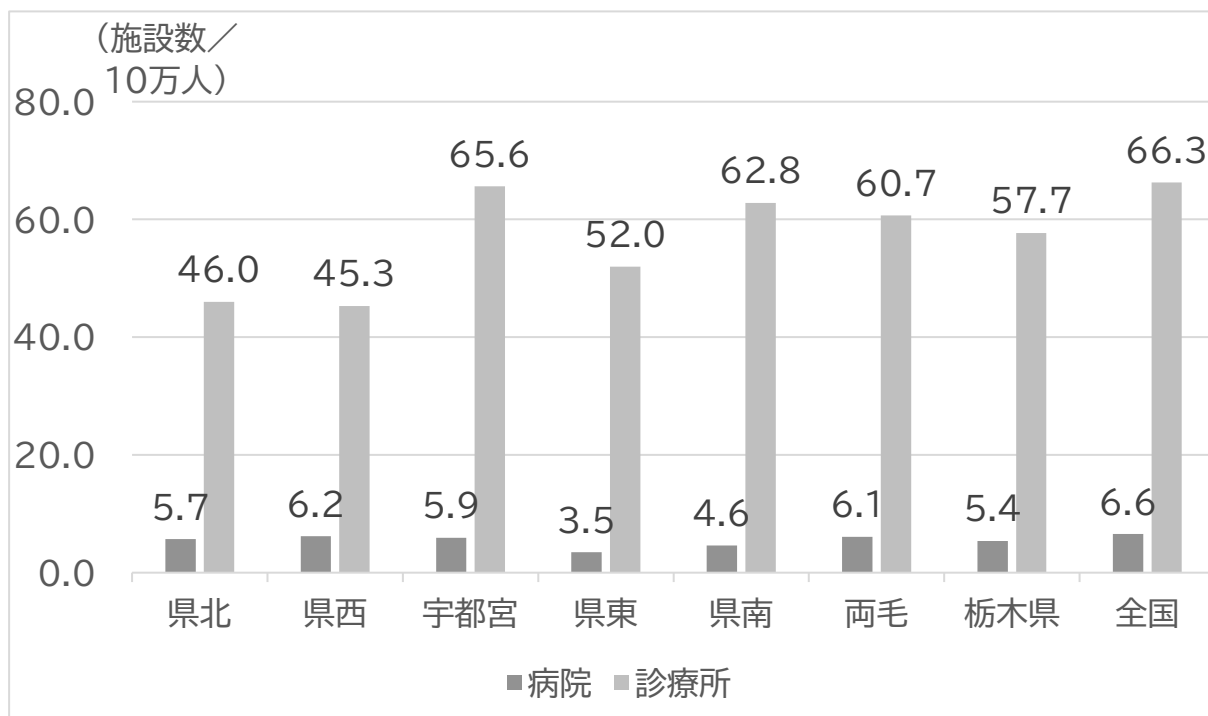
※最小集計単位の原則により、人口 2,000 人以上 25,000 人未満の市区町村(益子町、茂木町、市貝町、芳賀町)は、算定回数が 20 未満になる集計単位を、人口 25,000 人以上の市区町村(真岡市)は、算定回数が 10 未満になる集計単位をそれぞれ秘匿(「*」で表示)。栃木県・全国の集計値に秘匿分は算入されていない。

図表 2-2-4:人口 10 万人あたり外来患者延数

(4) 通院外来の状況

NDBデータにおける医科レセプト(入院外)から、通院外来の診療行為が算定された医療施設数(人口 10 万人あたり)をみると、病院数は、全ての二次保健医療圏が全国平均を下回っています。診療所数は、宇都宮が全国平均と同程度となっていますが、その他は下回っています。二次保健医療圏ごとの病院と診療所を比較すると、診療所の施設数が全体の 9 割程度となっています。

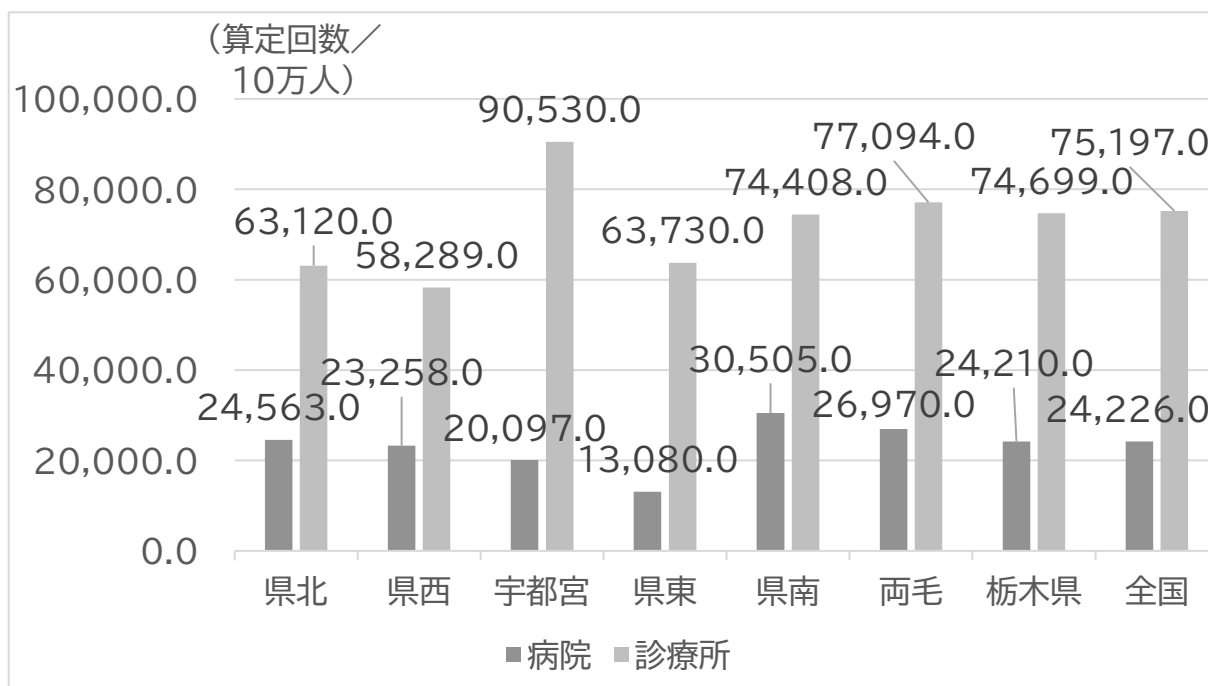
人口 10 万人あたり外来患者延数をみると、病院は、県北、県南、両毛が全国平均を上回っています。診療所は、宇都宮、両毛が全国平均を上回っています。二次保健医療圏ごとの病院と診療所を比較すると、診療所での対応が全体の 7~8 割程度となっています。



【出典:令和元年度 NDB データ】

※NDBデータ(平成29年4月~30年3月)における医科レセプト(入院外)の初診・再診、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の診療行為が算定された病院数及び診療所数(月平均施設数)。

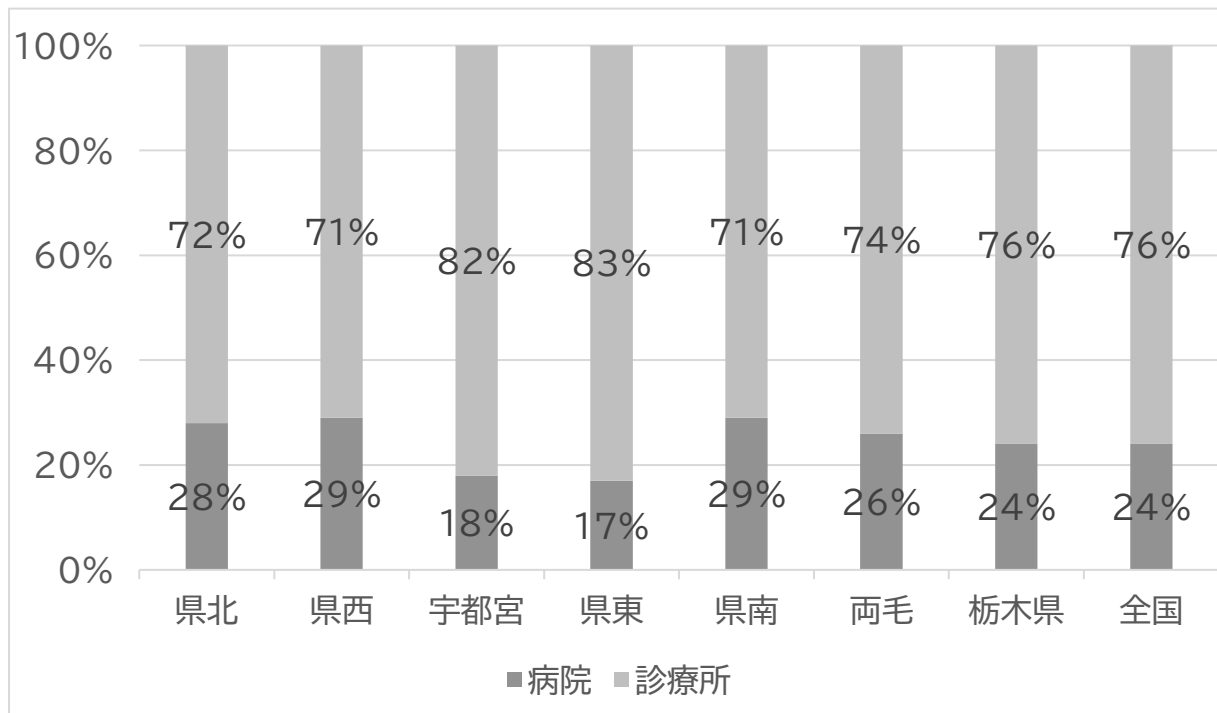
図表 2-2-5:人口10万人あたり通院外来施設数



【出典:令和元年度 NDB データ】

※医科レセプト(入院外)の初診・再診、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の診療行為の算定回数を病院・診療所別に合算したもの(月平均算定回数)。

図表 2-2-6:人口10万人あたり通院外来患者延数



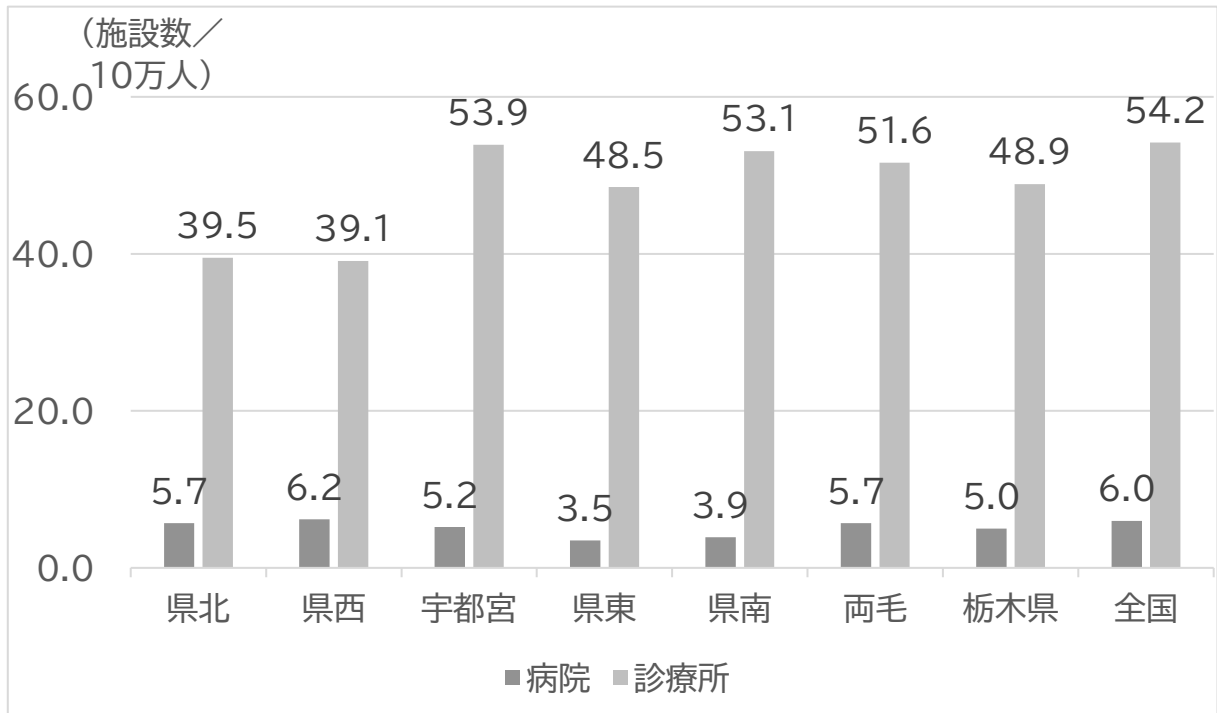
【出典:令和元年度 NDB データ】

図表 2-2-7:通院外来患者の対応割合

(5) 時間外等外来の状況

NDBデータにおける医科レセプト(入院外)から、時間外加算の診療行為が算定された医療施設数(人口 10 万人あたり)をみると、病院数は、県西が全国平均を上回っていますが、その他は下回っています。診療所数は、宇都宮が全国平均と同程度ですが、その他は下回っています。二次保健医療圏ごとの病院と診療所を比較すると、診療所の施設数が全体の 8~9 割程度となっています。

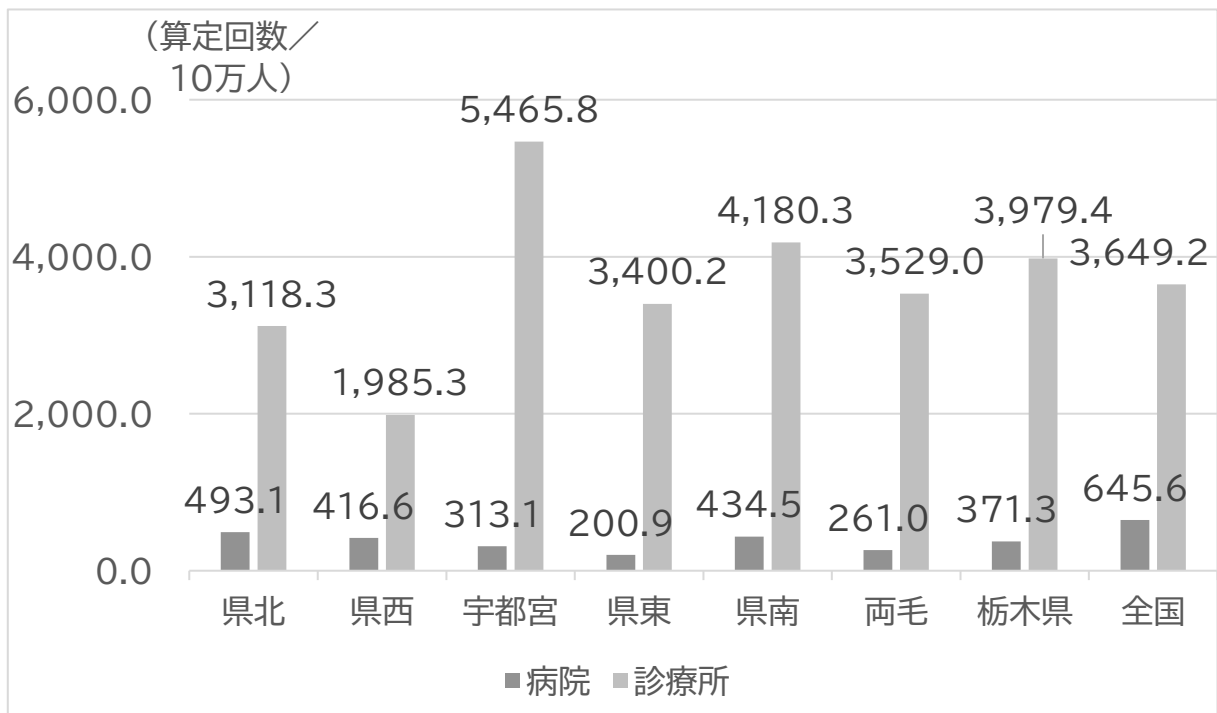
人口 10 万人あたり時間外等外来患者延数をみると、病院は、全ての二次保健医療圏が全国平均を下回っています。診療所は、宇都宮、県南が全国平均を上回っています。二次保健医療圏ごとの病院と診療所を比較すると、全ての二次保健医療圏は診療所での対応が全体の 8~9 割程度となっています。



【出典:令和元年度 NDB データ】

※医科レセプト(入院外)の初診・再診、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の時間外等加算(時間外、夜間、休日、深夜)の診療行為が算定された病院数及び診療所数(月平均施設数)。

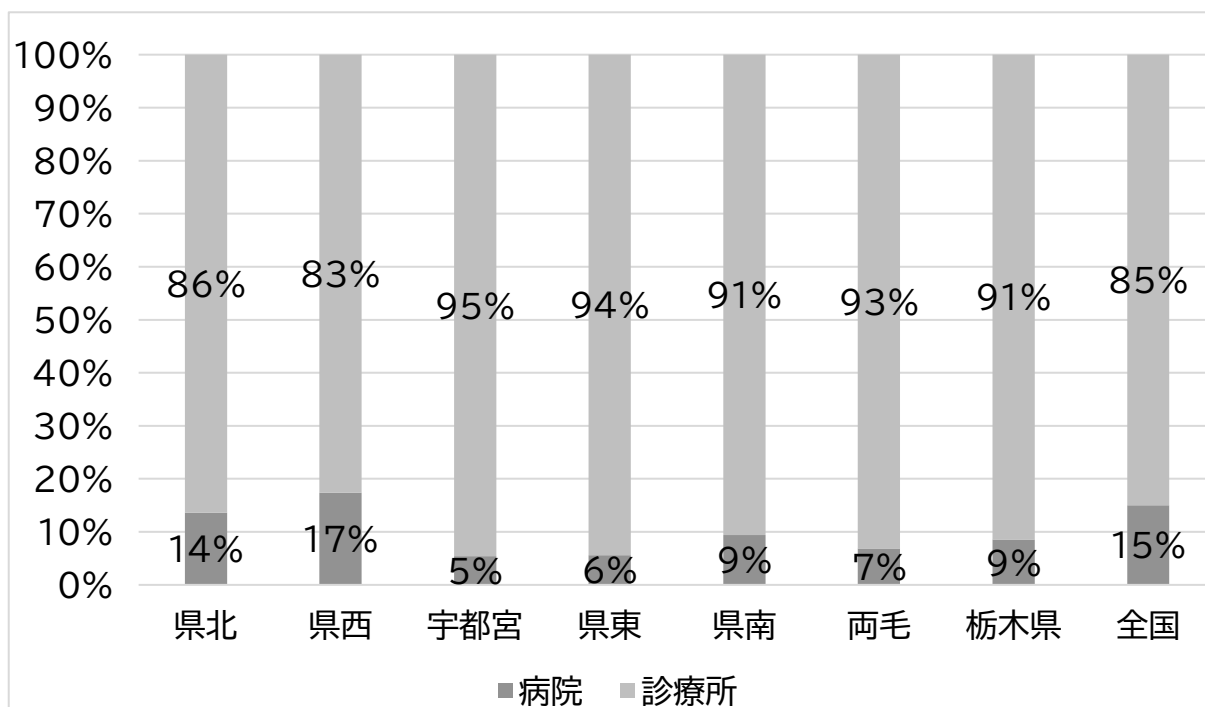
図表 2-2-8:人口 10 万人あたり時間外等外来施設数



【出典:令和元年度 NDB データ】

※医科レセプト(入院外)の初診・再診、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の時間外等加算(時間外、夜間、休日、深夜)の診療行為の算定回数を病院・診療所別に合算したもの(月平均算定回数)。

図表 2-2-9:人口 10 万人あたり時間外等外来患者延数



【出典:令和元年度 NDB データ】

図表 2-2-10:時間外等外来患者の対応割合

3 外来医師偏在指標と外来医師多数区域

(1) 外来医師偏在指標の考え方

外来医療のサービスの提供主体は医師であるとともに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、外来医療に関する指標として外来医療のサービスの提供主体は医師であるとともに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、外来医療に関する指標として診療所の医師数に基づく指標を算出することとし、以下の5つ(①~⑤)の要素を勘案した人口10万対診療所医師数を用いることとし、以下の5つ(①~⑤)の要素を勘案した人口10万対診療所医師数を用いることとします(以下当該指標を「外来医師偏在指標」という)。

なお、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であり、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ります。

① 医療ニーズ及び人口構成とその変化

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します。

② 患者の流出入

患者調査(令和2年)及びNDBの令和3年4月から4年3月までの診療分デ

ー夕(12 か月)を反映した数値を用いることとします。

必要に応じて、都道府県間の流出入の調整を行うことも可能ですが、本県と他都道府県間の流出入の規模は、厚生労働省が示す基準(2,000 人/日)未満であることから、他都道府県との独自の調整は行わないこととします。

③ へき地等の地理的条件

へき地の医療提供体制の確保については、医師確保計画とへき地の医療計画を連携させ整合性をとることとされており、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、医師確保計画等の関連する施策と整合性をとり対応することとします。

④ 医師の性別・年齢分布について

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することとします。

⑤ 医師偏在の単位(区域、病院/診療所)

区域については、栃木県保健医療計画(8 期計画)との整合性を確保する必要があるため、高度・特殊な医療を除く一般的な保健医療需要に対応する区域として設定している二次保健医療圏単位で算出することとします。

また、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、診療所の医師数をベースとします。

○算定式

外来医師偏在指標

$$= \frac{\text{標準化診療所医師数}^{(\ast 1)}}{\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万人}} \times \text{地域の標準化外来受療率比}^{(\ast 2)} \times \text{診療所外来患者数割合} \times \text{病院+一般診療所外来患者流出入調整係数}}$$

(※1)標準化診療所従事医師数 = \sum (性・年齢階級別診療所従事医師数 × 性・年齢階級別労働時間)

(※2)地域の標準化外来受療率比 = 地域の期待外来受療率^(※3) ÷ 全国の期待外来受療率

(※3)地域の期待外来受療率 = 地域の外来医療需要^(※4) ÷ 地域の人口

(※4)地域の外来医療需要 = (\sum 全国の性・年齢階級別外来受療率) × 地域の性・年齢階級別人口)

(出典)

○診療所従事医師数:医師・歯科医師・薬剤師調査(2020 年)

12 月 31 日現在の医療施設(病院及び診療所)従事医師数のうち、診療所従事医師数(性・年齢階級別医師数)

○労働時間比:医師の勤務環境把握に関する調査(2022 年)

診療所従事医師の性・年齢階級別の平均労働時間(主たる勤務先以外における労働時間を含む)を算出

○人口:住民基本台帳人口(2020年)

2021年1月1日現在の人口(外国人含む、性・年齢階級別の人口)

○外来受療率:患者調査(2017年)

全国の性・年齢階級別外来患者数、住民基本台帳人口(2018年1月1日時点)の性・年齢階級別人口を用いて算出

全国の性・年齢階級別の外来受療率

= 全国の性・年齢階級別外来患者数(人) ÷ 全国の性・年齢階級別人口(10万人)

○診療所外来患者対応割合:NDB(レセプト情報・特定健診等情報データベース)

平成29年4月から30年3月までの診療分データ(12か月)に基づき抽出・集計。

診療所外来患者対応割合

= (当該地域内の診療所の外来患者延数) ÷ (当該地域内の診療所の外来患者延数 + 当該地域内の病院の外来患者延数)

※ここでの外来患者延数は、NDB データにおける医科レセプト(入院外)の初診・再診及び往診・在宅訪問診療の診療行為の算定回数を合算したもの。

○病院+一般診療所外来患者流出入調整係数

各都道府県が報告した外来患者流入数・流出数、及び地域の入院患者総数に基づき算出

病院+一般診療所外来患者流出入調整係数

= 1 + {地域の外来患者流入数(千人) - 地域の外来患者流出数(千人)} ÷ 地域の外来患者総数(千人)

(2) 外来医師多数区域の設定

外来医師偏在指標の値が全二次医療圏(335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します。県内の二次保健医療圏では、宇都宮が外来医師多数区域に該当します。

図表 2-4-1:外来医師偏在指標

二次保健医療圏	外来医師偏在指標	順位	外来医師多数区域
県北	80.7	279	
県西	98.3	179	
宇都宮	109.6	104	該当
県東	107.3	116	
県南	99.5	170	
両毛	92.6	220	
全国	112.2	-	

全ての二次保健医療圏で必要な外来医療提供体制が確保されるよう、新規開業希望者の自主的な行動変容が求められており、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

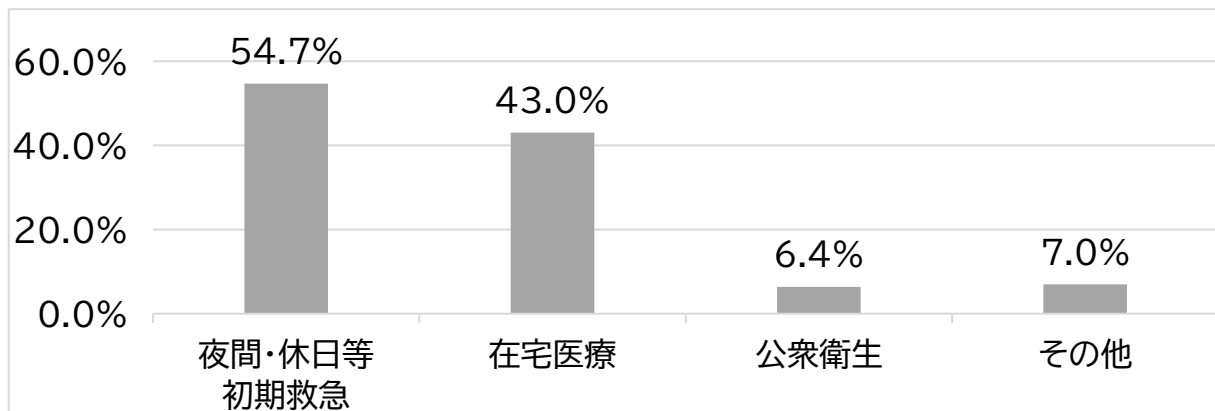
対して外来医師の偏在の状況を十分に踏まえた判断を促す必要があります。そのため、外来医師多数区域においては、新規開業者に対して、地域で不足する外来医療機能を担うことへの協力を求めることとします。

併せて、外来医師多数区域以外の区域において、又は新規開業者以外の者に対しても、地域の実情に応じて、地域で不足する医療機能を担うよう求めることとします。なお、外来医療の体制整備に当たっては、医師確保の観点も必要であり、特に外来医師多数区域以外の区域においては医師確保計画とも整合性をとりながら進めることとします。

4 地域で不足する外来医療機能に係る対応

地域医療構想調整会議の構成員等を対象に実施したアンケート調査の結果、地域で不足する医療機能として「夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制」、「在宅医療の提供体制」を挙げる意見が多くありました。これを踏まえて、8 期前期計画においては、上記の2つの医療機能について医療圏ごとに現状の把握を行い、必要となる対応等について検討を行っていきます。

また、ガイドラインにおいて「検討すべき外来医療機能」として例示されている「公衆衛生に係る医療(学校医・予防接種等)」や、アンケートにおいて「その他」として挙げられた「小児の初期救急」、「産婦人科医師」、「乳癌担当外科医師」、「特別養護老人ホーム等の嘱託医・協力医」等についても、引き続き地域における状況を注視していくこととします。



【出典：医療政策課「栃木県保健福祉部医療政策課 次期「保健医療計画」・「医師確保計画」・「外来医療計画」及び「地域医療構想」等に係るアンケート調査】

※複数選択可能なため、選択者数は延数で計上

図表 2-5-1:地域で不足する医療機能に係るアンケート調査結果

(1) 夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制

休日や夜間において、主に軽症者に対する救急医療を提供するため、市町や一部事務組合により、郡市医師会等の協力の下、休日夜間急患センターや在宅当番医制が運営されています。

令和4(2022)年4月1日現在、休日夜間急患センターは11施設、在宅当番医制参加医療機関数は173施設となっていますが、地域によって診療科や診療日が限定されているところもあるため、引き続き体制の充実を図る必要があることから、各二次保健医療圏とも「不足する」外来医療機能と位置づけることとします。

図表 2-5-1:初期救急の実施状況(休日夜間急患センター)(令和4(2022)年度)

二次保健医療圏	地区	休日夜間急患センター										
		施設名	参加 医師数	区分		診療科目 (医師数) (※1)	実施時間	時間数	日数	延患者数(人)		
										うち小児	うち県外	
県北	塩谷	塩谷地区 夜間診療室(しおや)	51	休日	夜間	内(30)、小(30) (※2)	18:30 ~ 21:00	2:30	20	33	11	2
		塩谷地区 夜間診療室(くろす)		休日	夜間	内(30)、小(30) (※2)	18:30 ~ 21:00	2:30	104	153	92	4
	那須	那須地区 夜間急患診療所	39	平日	夜間	内(1)、小	19:00 ~ 21:30	2:30	293	1,019	550	37
				休日	昼間							
県西	鹿沼	鹿沼地区 休日夜間急患診療所	27	平日	夜間	内(1)、小	19:00 ~ 22:00	3:00	165	1,150	539	19
				休日	昼間	内(1)、小	10:00 ~ 12:00 13:00 ~ 17:00	6:00	70			
					夜間	内(1)、小	19:00 ~ 22:00	3:00	52			
	日光	日光市立 休日急患こども診療所	30	平日	夜間							
				休日	昼間	小(1)	9:00 ~ 12:00 14:00 ~ 17:00	6:00	68	624	624	24
					夜間	小(1)	19:00 ~ 22:30	3:30	66			
宇都宮	宇都宮 宇都宮市 夜間休日救急診療所	267	平日	夜間	内(1)、小(1)	19:30 ~ 7:00	11:30	292	10,574	4,818	294	
			休日	昼間	内(2)、小(1)	9:00 ~ 17:00	8:00	73				
				夜間	内(準夜2、深夜1)、小(1)	19:30 ~ 7:00	11:30	73				
県東	芳賀	真岡市 休日夜間急患診療所 (急患センター)	49	平日	夜間	内(1)、小	18:30 ~ 21:30	3:00	293	3,553	1,331	166
				休日	昼間	内(1)、小	9:00 ~ 12:00 13:00 ~ 17:00	7:00	72			
					夜間	内(1)、小	18:00 ~ 21:00	3:00	72			
県南	栃木	栃木地区 急患センター	53	平日	夜間	内(1)	19:00 ~ 22:00	3:00	293	5,260	1,617	83
				休日	昼間	内(1)、外(1)	9:00 ~ 17:00	8:00	72			
					夜間	内(1)	17:00 ~ 21:00	4:00	72			
						小(1)	18:00 ~ 21:00	3:00	72			
	小山	小山地区 夜間休日急患診療所	120	平日	夜間	内(1)、小	19:00 ~ 22:00	3:00	295	2,894	1,619	263
休日	昼間	内(1)、外(1) (※3)	10:00 ~ 17:00	7:00	70							
	夜間	内(1)、外(1) (※3)	18:00 ~ 21:00	3:00	70							
両毛	両毛	佐野 休日・夜間緊急診療所	46	平日	夜間	内(1)、小	19:30 ~ 22:30	3:00	295	8,502	3,347	284
				休日	昼間	内(1)、小(1)、 外(1)	9:00 ~ 12:00 13:30 ~ 16:30	6:00	70			
					夜間	内(1)、小	19:30 ~ 22:30	3:00	70			
	足利市	休日夜間急患診療所	43	平日	夜間	内、小	19:00 ~ 22:00	3:00	0	1,574	583	99
				休日	昼間	内(1)、小	10:00 ~ 16:00	6:00	70			
				夜間	内(1)、小	19:00 ~ 22:00	3:00	4				

【出典:医療政策課調べ】

※1 内:内科、小:小児科、外:外科

※2 重複あり

※3 5月連休、年末年始は内科系2人、外科系1人の3人体制

図表 2-5-2:初期救急の実施状況(在宅当番医制)(令和 4(2022)年度)

二次保健医療圏	地区	在宅当番医制										
		実施地域	参加医療機関数	区分		診療科目(※1)	実施時間	時間数	日数	延患者数(人)		
				平日	夜間					うち小児		
県北	南那須	那須烏山市 那珂川町	17	平日	夜間							
				休日	昼間	内	9:00 ~ 17:00	8:00	71	1,618	353	
					夜間							
	塩谷	矢板市 さくら市 塩谷町 高根沢町	42	休日	昼間	内、小	9:00 ~ 12:00	6:00	71	4,766	1,559	
							14:00 ~ 17:00	6:00	72			
							9:00 ~ 12:00	8:00	24			
							14:00 ~ 17:00	6:00	71			
	那須	大田原市	27	休日	昼間	内、小	9:00 ~ 17:00	8:00	74	3,801	1,447	
		那須塩原市	27	各医療機関の診療科目・受付時間に準ずる					62	2,687	910	
		那須町	5	休日	昼間	内、小	9:00 ~ 17:00	8:00	10	401	79	
県西	鹿沼	鹿沼市	6	平日	夜間							
				休日(※2)	昼間	外来 一次救急	9:00 ~ 17:00	8:00	70	- (※3)		
					夜間							
県東	芳賀	益子町 茂木町 市貝町 芳賀町	22	平日	夜間							
				休日	昼間	内、小	9:00 ~ 17:00	8:00	72	2,067	328	
					(茂木町)	9:00 ~ 13:00	4:00	64				
県南	栃木	壬生町	21	平日	夜間							
				休日	昼間	各医療機関の診療科目、受付時間に準ずる				70	1,179	-
	夜間											
	小山	小山地区	6	平日	夜間	内、小	17:00 ~ 9:00	16:00	295	3,056	268	
				休日	昼間	内、小	17:00 ~ 17:00	24:00	70			
夜間					内、小	17:00 ~ 9:00	16:00	70				

【出典:医療政策課調べ】

※1 内:内科、小:小児科、外:外科

※2 日曜日、祝日、1月3日、12月31日のみ実施

※3 6 医療機関中 3 機関が二次救急も受け入れており、外来系救急のみの患者数を把握できない

(2) 在宅医療の提供体制

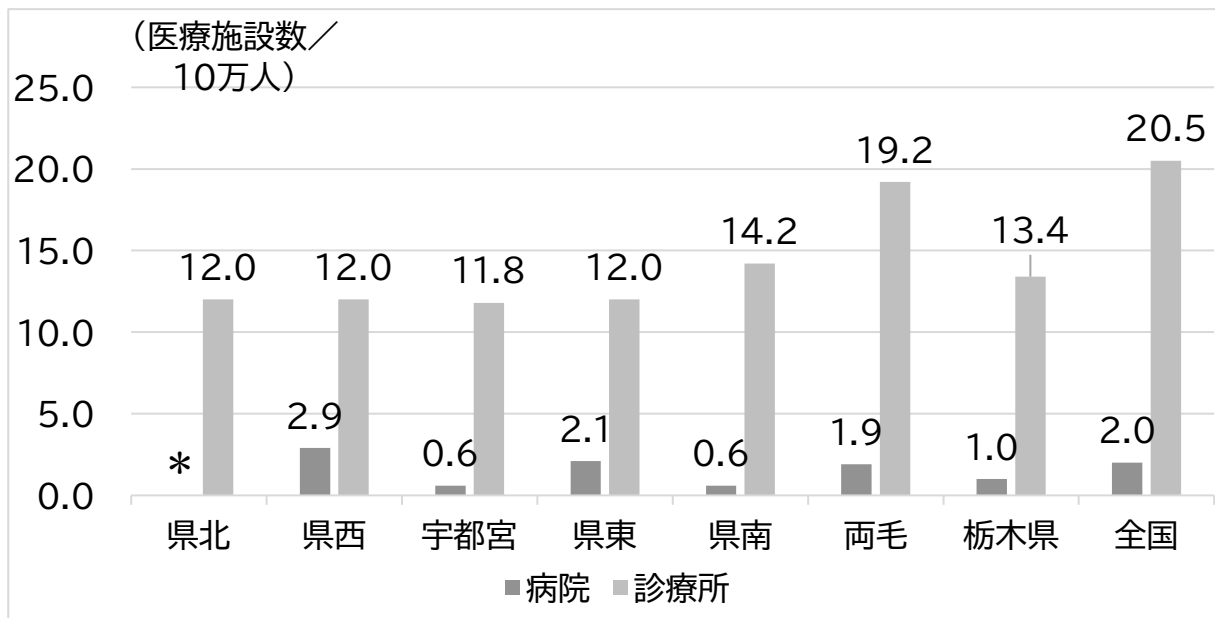
NDBデータにおける医科レセプト(入院外)において訪問診療の診療行為が算定された医療施設数(人口10万人あたり)をみると、病院は県西医療圏が全国平均を上回っており、診療所は両毛医療圏が全国平均と同程度となっています。二次保健医療圏ごとの病院数と診療所数を比較すると、県西医療圏を除いて、診療所の施設数が全体の9割程度となっています。

人口10万人あたり訪問診療患者延数をみると、全ての二次保健医療圏において、病院と診療所ともに全国平均を下回っています。

また、NDBデータにおける医科レセプト(入院外)において往診の診療行為が算定された医療施設数(人口10万人あたり)をみると、病院は県西、両毛医療圏が全国平均を上回っており、診療所は宇都宮医療圏以外の全ての二次保健医療圏が全国平均を上回っています。二次保健医療圏ごとの病院と診療所を比較すると、診療所の施設数が全体の9割を超えています。

人口10万人あたり往診患者延数をみると、両毛医療圏が全国平均を上回っていますが、その他は全国平均を下回っています。

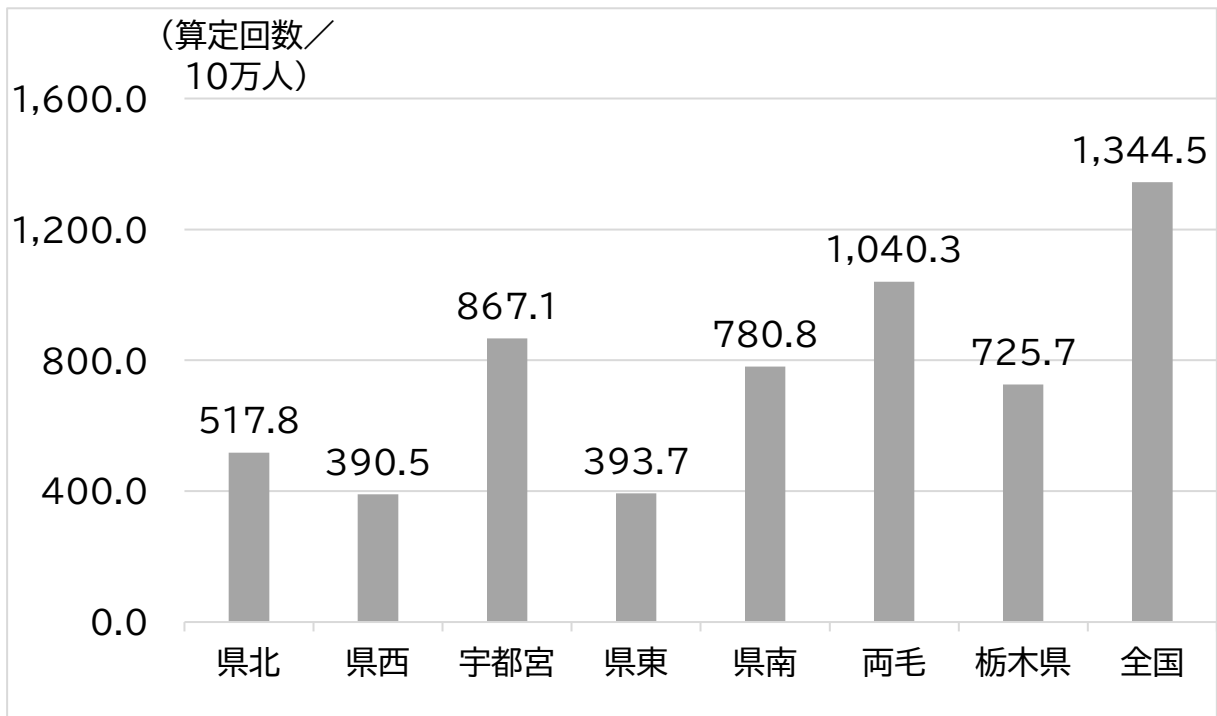
以上のとおり、訪問診療及び往診の実施状況からは、在宅医療の提供が充足しているとは言えない状況であると考えられます。さらに、栃木県保健医療計画(8期計画)においては、「訪問診療を実施する診療所、病院数」の目標値を設定しているところですが、目標値に達していない状況であること等を踏まえると、引き続き、地域の医療・介護・福祉資源等の状況を踏まえながら、県、市町、関係機関等が連携し、在宅医療提供体制の充実を図る必要があります。



【出典:NDBデータ(令和3年4月~令和4年3月)】

※医科レセプト(入院外)の在宅患者訪問診療の診療行為が算定された病院数及び診療所数(月平均施設数)。最小集計単位の原則により、集計数が3未満の場合は集計単位を秘匿(「*」で表示)。栃木県・全国の集計値に秘匿分は算入されていない

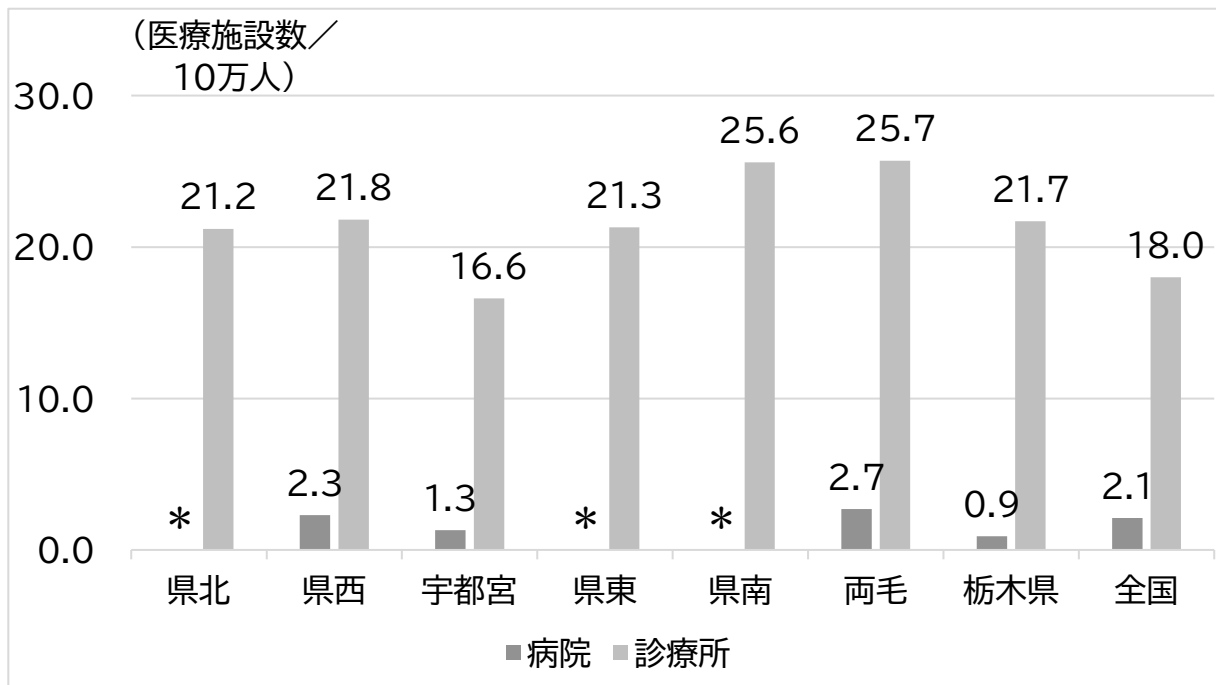
図表 2-5-3:人口10万人あたり訪問診療実施医療施設数



【出典:令和3年度NDBデータ】

※医科レセプト(入院外)の在宅患者訪問診療の診療行為の算定回数を病院・診療所別に合算したもの(月平均算定回数)。

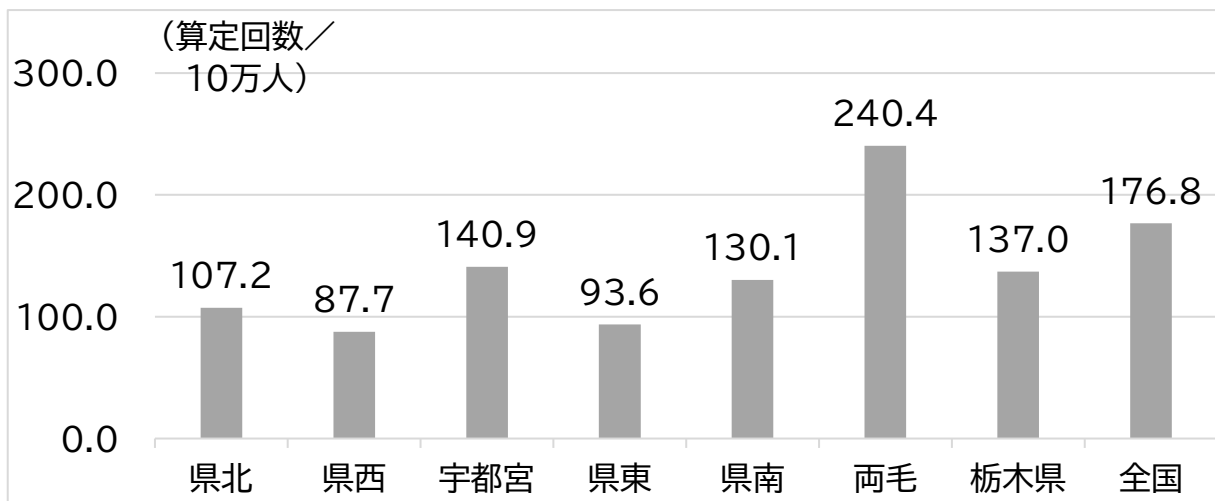
図表 2-5-4:人口 10 万人あたり訪問診療患者延数



【出典:令和3年度NDBデータ】

※医科レセプト(入院外)の往診の診療行為が算定された病院数及び診療所数(月平均施設数)。最小集計単位の原則により、集計数が3未満の場合は集計単位を秘匿(「*」で表示)。栃木県・全国の集計値に秘匿分は算入されていない。

図表 2-5-5:人口 10 万人あたり往診実施医療施設数



【出典:令和3年度 NDB データ】

※医科レセプト(入院外)の往診の診療行為の算定回数を病院・診療所別に合算したもの(月平均算定回数)。

図表 2-5-6:人口 10 万人あたり往診患者延数

(3) その他

「公衆衛生に係る医療(学校医・予防接種等)」については、7 期計画において不足する医療機能として位置づけたところですが、アンケート調査の結果を踏まえ、8 期前期計画においては重点的な検討等を行わないこととします。

このうち、学校医については、郡市医師会や診療科目ごとの医師数の差異が大きく、複数の学校を担当する医師も多くいる状況です。一方で、生徒数等の学校の規模や定期健康診断に係る負担等の状況は地域ごとに異なるため、必要に応じて地域で協議を行うこととします。

図表 2-5-7:学校医就任状況(令和 5(2023)年 5 月現在)

郡市医師会	内科	眼科	耳鼻咽喉科	整形外科	精神科	総計
宇都宮市医師会	106	17	23	2	2	150
塩谷郡市医師会	32	5	3	1		41
下都賀郡市医師会	68	8	6		1	83
佐野市医師会	28	4	3			35
小山地区医師会	98	9	10		1	118
上都賀郡市医師会	64	5	5		1	75
足利市医師会	36	7	6		1	50
那須郡市医師会	72	8	4			84
南那須医師会	10					10
芳賀郡市医師会	53	4	3		2	62
獨協医科大学医師会	1	1	1			3
総計	568	68	64	3	8	711

【出典:医師会提供資料から医療政策課作成】

※芳賀郡市医師会の内科の学校医のうち、耳鼻咽喉科兼任が 1 名、精神科兼任が 1 名。

次に、定期予防接種(子ども)の実施状況をみると、市町ごとに協力医療機関数の多寡があり、協力医療機関のない市町もあります。一方で、かかりつけ医が居住地以外にいる場合や、保護者の里帰り等のやむを得ない事情により居住地で予防接種を受けることができない場合は、居住地以外で定期予防接種を受けることが可能となっており(相互乗り入れ)、県全体としては医療提供の体制が充足している状態といえます。

図表 2-5-8:定期予防接種(子ども)協力医療機関

市町名	協力病院数	協力診療所数
宇都宮市	14	185
足利市	6	38
栃木市	5	57
佐野市	2	36
鹿沼市	2	25
日光市	8	32
小山市	2	52
真岡市	3	31
大田原市	2	23
矢板市	2	15
那須塩原市	3	30
さくら市	1	14
那須烏山市	1	10
下野市		22
上三川町		11
益子町	1	8
茂木町		5
市貝町		3
芳賀町		4
壬生町		16
野木町	1	9
塩谷町		4
高根沢町	1	6
那須町	1	7
那珂川町	1	4

【出典:各市町ホームページ等の情報から医療政策課作成】

5 新規開業希望者等への対応及び地域医療構想調整会議における協議プロセス等

新規開業希望者に対しては、開業に当たっての事前相談の機会や新規開業希望者が届出様式を入手する機会に、二次保健医療圏ごとの外来医師偏在指標や外来医療に関する情報、外来医師多数区域の方針に関する事項等の情報提供を行います。

また、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に合意する旨の記載欄を設け、外来医師多数区域については、地域医療構想調整会議において合意の状況を確認することとします。なお、地域で不足する医療機関を担うことに合意が得られた事項に関しては、地域の医師会や市町村と情報を共有する等、フォローアップを行うこととします。

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、臨時に地域医療構想調整会議を開催し出席要請を行うこととします。臨時の地域医療構想調整会議においては、地域医療構想調整会議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します(医療法第30条の18の4第1項第1号及び第2項)。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します。

併せて、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行うこととします。

第3章 地域における外来医療の機能分化及び連携の取組

1 外来機能報告による地域の外来医療の提供状況の把握

(1) 外来機能報告

令和3年5月に「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」が成立・交付されました。同法により、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、外来機能報告等が医療法に位置づけられました。

対象医療機関の管理者は、外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告することとなっています。

(2) 対象医療機関

外来機能報告の実施主体は、病床機能報告対象病院等(病院又は診療所であって療養病床又は一般病床を有するもの)のうち外来医療を提供するものの管理者です。また、患者を入院させるための施設を有しない診療所(無床診療所)の管理者も、外来機能報告を行うことができます。

2 紹介受診重点医療機関の明確化

(1) 紹介受診重点医療機関

患者が医療機関を選択するに当たり、外来機能の情報を十分得られないことや、大病院の一部の医療機関に外来患者が集中することにより、患者の待ち時間の増加や勤務医の外来負担の増加等の課題が生じています。

人口減少や高齢化、外来医療の高度化が進む中、医療法施行規則上のかかりつけ医機能をはじめとする外来医療の明確化・連携の推進が必要となっています。

そのため、患者がまずは地域のかかりつけ医等を受診し、必要に応じて紹介を受けて、医療資源を重点的に活用する外来(紹介受診重点外来)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介受診重点医療機関)を受診し、状態が落ち着いたら逆紹介を受けて地域に戻るという流れを明確化することが求められています。

(2) 具体的な基準

紹介受診重点外来に関する基準及び参考にする紹介率・逆紹介率の水準は以下のとおりです。

【紹介受診重点外来に関する基準】

紹介受診重点外来(※)の件数の占める割合が、初診の外来件数の 40%以上かつ再診の外来件数の 25%以上

(※) 紹介受診重点外来

- ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)

【参考にする紹介率・逆紹介率の水準】

紹介率 50%以上かつ逆紹介率 40%以上

(3) 協議の流れ

外来機能報告において医療機関が回答した内容のうち、特に紹介受診重点医療機関となる意向の有無、紹介受診重点外来に関する基準、紹介率等に関する水準等を踏まえて「地域の協議の場(地域医療構想調整会議)」において協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が紹介受診重点医療機関として公表します。

図表 4-1-1: 栃木県内の紹介受診重点医療機関(令和 5 年 7 月 1 日時点)

二次保健 医療圏	医療機関名称	基準・水準に係るデータ			
		紹介受診重点外来(%)		紹介率 (%)	逆紹介率 (%)
		初診	再診		
県北	那須赤十字病院	67.5	29.7	84.7	72.7
宇都宮	済生会宇都宮病院	46.1	28.9	70.7	73.2
	独立行政法人 国立病院機構栃木医療センター	63.8	25.5	63.0	53.4
	栃木県立がんセンター	58.5	40.6	95.8	44.4
県東	芳賀赤十字病院	60.1	31.0	93.0	89.4
県南	とちぎメディカルセンター しもつが	65.8	23.6	74.6	74.5
	新小山市民病院	58.2	26.3	76.6	64.5
	自治医科大学附属病院	66.3	25.7	74.4	73.1
	獨協医科大学病院	68.5	25.0	77.1	65.9
両毛	足利赤十字病院	54.3	29.2	57.8	57.0
	佐野厚生総合病院	55.2	24.2	77.8	48.1
	佐野医師会病院	94.1	26.3	89.9	94.0

【出典:令和 4 年度外来機能報告】

第4章 医療機器の効率的な活用

1 医療機器の配置状況に関する情報の可視化

本計画においては、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ごとに可視化する指標を作成することとします。

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あたり機器数を用いて指標を作成します。対象とする医療機器の項目は、「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」に例示されている、CT、MRI、PET、マンモグラフィ、放射線治療(対外照射)とします。算定式は以下のとおりです。

○算定式

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

$$(\ast 1) \text{ 地域の標準化検査率比} = \frac{\text{地域の人口あたり期待検査数(入院+外来)}^{(\ast 2)}}{\text{全国の人口あたり期待検査数(入院+外来)}}$$

(\ast 2) 地域の人口あたり期待検査数

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

また、地域ごとの病院及び有床診療所における医療機器の配置状況については、マップングにより可視化したものを別冊に掲載します。

2 医療機器の配置状況等の現状

(1) 配置状況

医療機器の配置状況について、人口10万人あたり台数をベースに、地域ごとの性・年齢階級による検査率の違いを調整した調整人口あたり台数をみると、全ての機器において県南医療圏が全国平均を上回っています。CTは両毛医療圏も全国平均を上回っており、マンモグラフィは県東、両毛医療圏が全国平均と同程度か上回っています。

図表 3-2-1:調整人口あたり医療機器台数

二次保健医療圏	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療(対外照射)
県北	10.4	3.4	0.3	2.5	0.5
県西	9.3	4.7	0.0	2.3	0.5
宇都宮	10.9	5.3	0.2	3.1	0.6
県東	9.6	2.8	0.0	3.6	0.0
県南	13.1	6.1	0.8	4.0	1.2
両毛	11.7	4.3	0.0	3.4	0.3
栃木県	11.2	4.7	0.3	3.2	0.7
全国	11.5	5.7	0.5	3.4	0.8

【出典:厚生労働省「令和2年医療施設調査」、令和元年度NDBデータ】

※各機器の計上方法は以下のとおり。各二次保健医療圏について、全国平均を上回るものに下線

CT:「マルチスライスCT」、「その他CT」の合計装置台数

MRI:「3.0テスラ以上」、「1.5テスラ以上3.0テスラ未満」、「1.5テスラ未満」の合計装置台数

PET:「PET」、「PETCT」の合計装置台数

マンモグラフィ:「マンモグラフィ」装置台数

放射線治療(対外照射):病院は病院票の「リニアック・マイクロトロン」、「ガンマナイフ・サイバーナイフ」の合計装置台数。診療所は一般診療所票の「ガンマナイフ・サイバーナイフ」の都道府県別の装置台数を参考に、令和元年度NDBデータの年間算定回数から「リニアック・マイクロトロン」、「ガンマナイフ・サイバーナイフ」の合計台数を推計

(2) 稼働状況

医療機器の稼働状況について、NDBデータにおける1台あたり検査件数をみると、全ての機器において県南医療圏が全国平均を上回っています。CTは、病院では宇都宮、県南、両毛医療圏が、診療所では県西、宇都宮医療圏が全国平均を上回っています。MRIは、病院では県北、宇都宮、県南医療圏が、診療所では宇都宮、県東、県南医療圏が全国平均を上回っています。PETは、県南医療圏の病院のみが全国平均を上回っており、機器が設置されていても検査件数がない医療機関もある状況です。マンモグラフィは、病院では宇都宮医療圏、県東医療圏、県南医療圏、両毛医療圏が全国平均を上回っており、診療所では宇都宮医療圏のみが全国平均を上回っています。放射線治療(体外照射)は、県北医療圏、宇都宮医療圏、両毛医療圏の病院のみが全国平均を上回っています。

図表 3-2-2:医療機器 1 台あたり検査件数(病院)

二次保健医療圏	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療(対外照射)
県北	1,783	<u>2,145</u>	669	463	<u>3,962</u>
県西	1,712	1,095	-	247	1,054
宇都宮	<u>2,275</u>	<u>2,191</u>	700	<u>930</u>	<u>5,771</u>
県東	2,008	1,248	-	<u>865</u>	-
県南	<u>2,803</u>	<u>1,985</u>	<u>1,550</u>	<u>610</u>	2,295
両毛	<u>2,484</u>	1,739	-	<u>571</u>	<u>6,068</u>
栃木県	<u>2,293</u>	<u>1,930</u>	<u>1,204</u>	<u>599</u>	<u>3,549</u>
全国	2,188	1,814	802	481	2,718

【出典:令和元年度 NDB データ医科入院外レセプト】

※下記に該当する年間算定回数を抽出(「-」は機器の設置なし)。各二次保健医療圏について、全国平均を上回るものに下線

CT:CT撮影、脳槽 CT 撮影、非放射性キセノン脳血流動態検査

MRI: 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)(一連につき)

PET:ポジトロン断層撮影、ポジトロン・コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影

マンモグラフィ:乳房撮影(アナログ撮影・デジタル撮影)

放射線治療(対外照射):直線加速器による放射線治療、ガンマナイフによる定位放射線治療、体外照射

図表 3-2-3:医療機器 1 台あたり検査件数(診療所)

二次保健医療圏	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療(対外照射)
県北	338	1,462	-	607	-
県西	<u>782</u>	1,369	-	-	-
宇都宮	<u>926</u>	<u>3,581</u>	-	<u>1,295</u>	-
県東	341	<u>2,949</u>	-	70	-
県南	559	<u>1,897</u>	0	90	-
両毛	357	1,012	-	482	-
栃木県	573	2,286	1,208	593	-
全国	595	1,876	1,188	791	6,925

【出典:令和元年度 NDB データ医科入院外レセプト】

※年間算定回数の抽出方法は図表 3-2-2 と同様(「-」は機器の設置なし、「0」は検査件数なし)。各二次保健医療圏について、全国平均を上回るものに下線

3 医療機器の効率的な活用に係る協議の場の設置

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、その結果をとりまとめ、公表するものとされています(医療法第30条の18の2第1項第4号)。

当該事項の協議を行う区域については、二次保健医療圏単位を基本とします。なお、必要に応じて、専門性の高い医療に関連する医療機器等、医療機器の性質に応じた区域を別途設定することも可能とします。

協議の場については、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されており、本県においては、地域医療構想調整会議を活用して、協議を行うこととします。なお、必要に応じて、当該機器を保有する医療機関や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します。

4 地域医療構想調整会議における協議内容及び医療機器の共同利用の方針

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、地域医療構想調整会議において、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、結果をとりまとめ、公表することとします。

対象とする医療機器は以下のとおりとします。

- ① CT…マルチスライスCT(64列以上、16列以上64列未満、16列未満)、
その他CT
- ② MRI…1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3テスラ未満、3テスラ以上
- ③ PET…PET、PET-CT
- ④ 放射線治療…ガンマナイフ、リニアック
- ⑤ マンモグラフィ

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、地域医療構想調整会議で確認することとします。

共同利用の方針については、対象とする医療機器全てに共通する事項と医療機器ごとの個別事項を定めることとします。

○共同利用の方針(共通事項)

医療機関が対象とする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。)を作成し、地域医療構想調整会議において確認を行う。

○共同利用の方針(個別事項)

①CT、MRI、マンモグラフィ

各二次保健医療圏ともに複数の医療機関が保有していることから、地理的条件等を勘案しながら共同利用を進める(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。)

②PET、放射線治療(ガンマナイフ、リニアック)

保有する医療機関が少なく、保有する医療機関がない二次保健医療圏もあることから、圏域外の医療機関が保有する医療機器の活用も含めて、共同利用を進める(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。)

5 共同利用計画の記載事項と実行性を確保するための取組

(1) 共同利用計画の策定

共同利用計画の策定に当たっては、次に掲げる内容を盛り込むこととします。

- ・ 共同利用の対象とする医療機器
- ・ 共同利用の相手方となる医療機関
- ・ 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

また、策定された共同利用計画については、地域医療構想調整会議での議論の状況等の報告と合わせ、医療審議会とも共有することとします。

医療設備・機器等の情報については、病床機能報告、外来機能報告、医療機能情報提供制度等を適宜活用しながら、配置状況、保有状況等を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ます。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よう、共同利用の有無や画像診断情報の提供の有無等の方針についても情報提供することとします。

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器の安全管理を担うことから、共同利用を引き受ける医療機関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とします。

(2) 医療機器の稼働状況の報告

地域の医療資源を可視化する観点から、令和5年4月1日以降に医療機器を新規購入した医療機関に対して、医療機器の稼働状況について、都道府県への報告を求めることとします。なお、外来機能報告対象医療機関は、外来機能報告による報告をもって当該利用件数の報告に替えることができるものとします。

都道府県に報告された医療機器の利用件数や共同利用の有無等の情報については、医療機関における医療機器の購入の判断や共同利用の推進に資する情報であることから、地域医療構想調整会議等において報告するとともに、ホームページ等によって医療機関や金融機関等の関係者に情報提供することとします。

第 5 章 外来医療計画の評価及び周知

1 計画の評価

外来医療計画については、地域に必要な外来医療提供体制の構築に資する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す。

県では、地域で不足する外来医療機能の提供状況、新規開業者の協力状況や医療機器の共同利用計画の策定状況等を定期的確認しながら、必要に応じて計画の見直しを行うこととします。

2 計画の周知

医療を受ける当事者である県民が、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、幅広い世代の県民に計画を周知することが必要です。

県では、データ集を作成するなど、外来医療に係る地域の情報を県民に分かりやすく公表するとともに、ホームページや県政出前講座等の各種広報手段を活用し、本計画の取組等について積極的な情報提供を行います。