

外来医療計画及び医師確保計画 について

外来医療に係る医療提供体制の確保について

1. 外来医療の偏在について
2. 医療機器の効率的な活用等について
3. 栃木県における今後の進め方について

1. 外来医療の偏在について

- 現在、医療施設別の医師数については、診療所の医師が約4割を占める。

医療施設別の施設数・医師数（常勤換算）

	施設数	医師数
病院	8,493 (8%)	204,700 (61%)
有床診療所	8,355 (8%)	15,605 (5%)
無床診療所	92,106 (84%)	115,074 (34%)

平成26年度医療施設静態調査

1. 外来医療の提供体制について

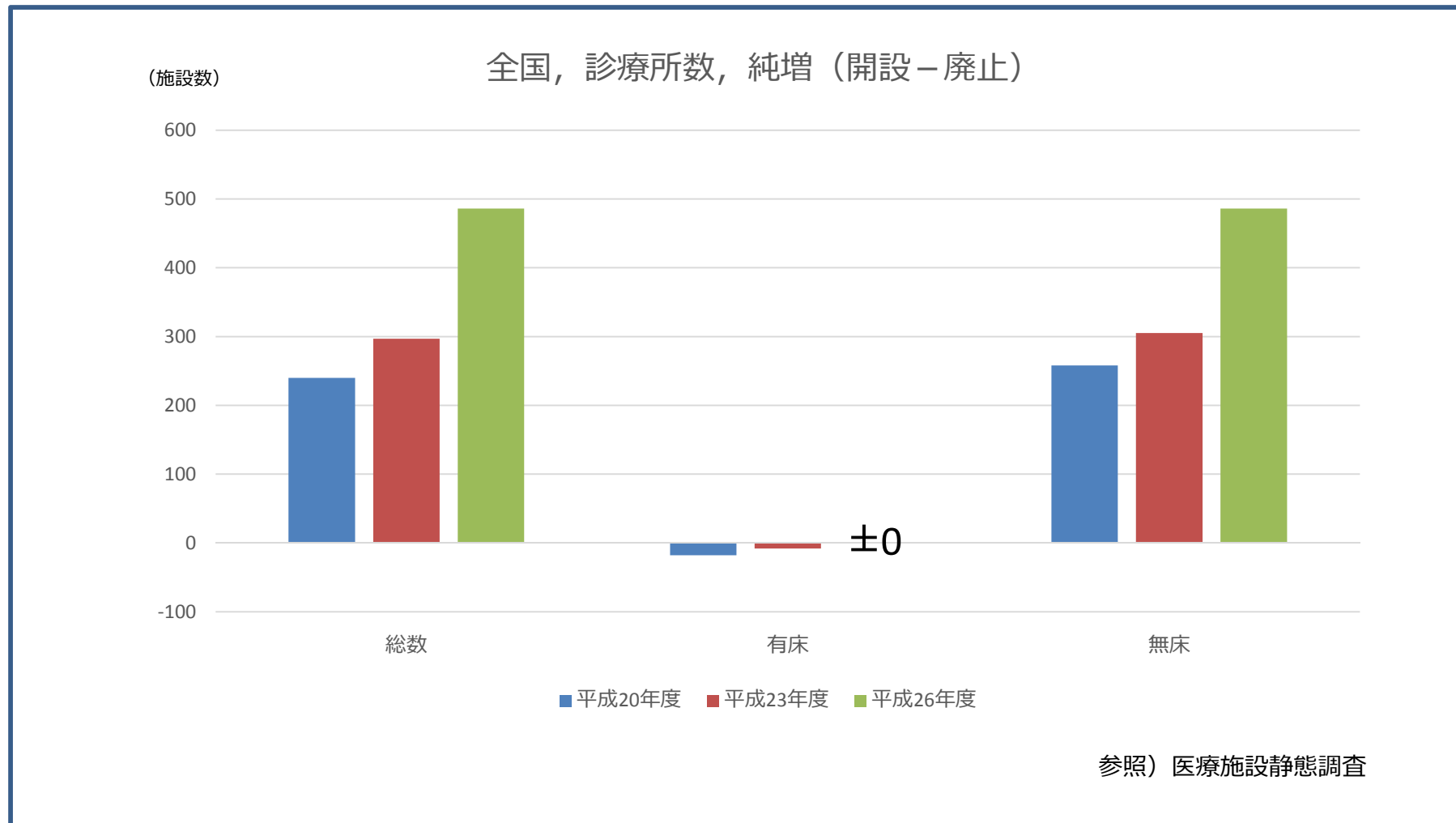
第3回医療政策研修会
第2回地域医療構想アドバイザー会議

資料

7-1

平成31年2月15日

○ 全国での新規開業数（診療所の数（開設－廃止））は増加傾向にある。

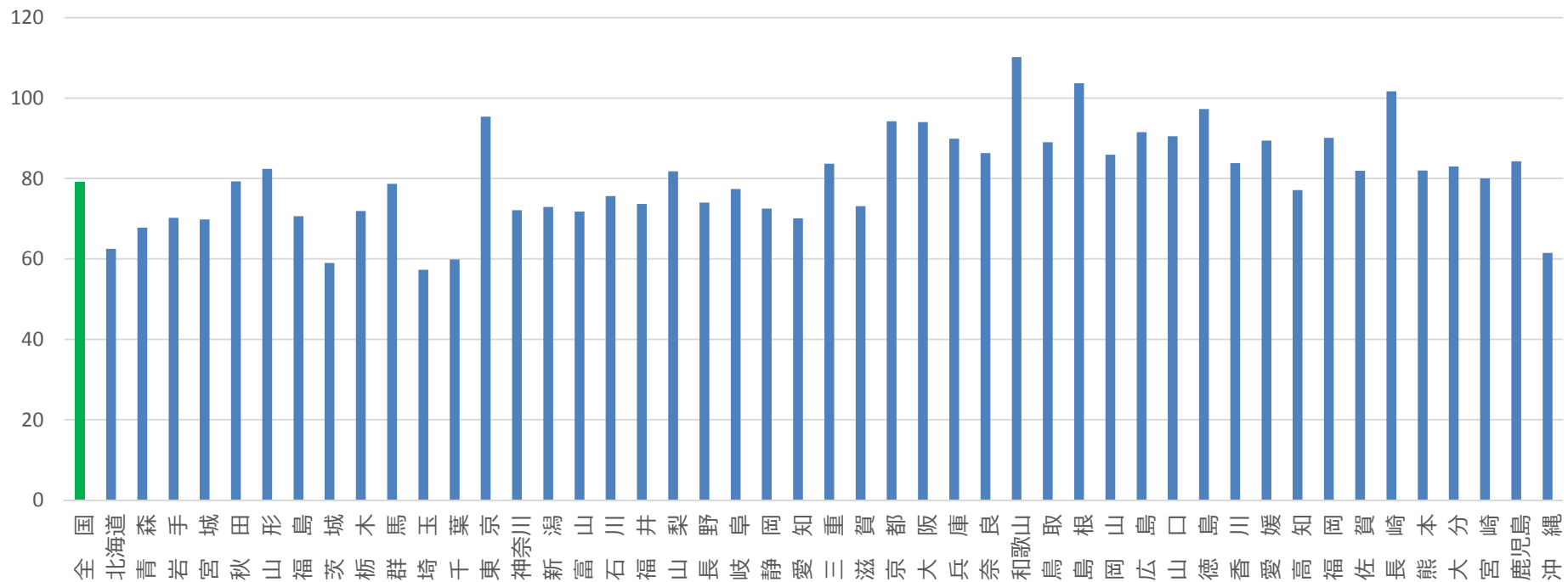


1. 外来医療の提供体制について

- 人口10万当たり診療所数は、都道府県によって差が見られる。
(最大52.9の差 (和歌山県-埼玉県))

(施設数)

都道府県別, 診療所数 (人口10万対)



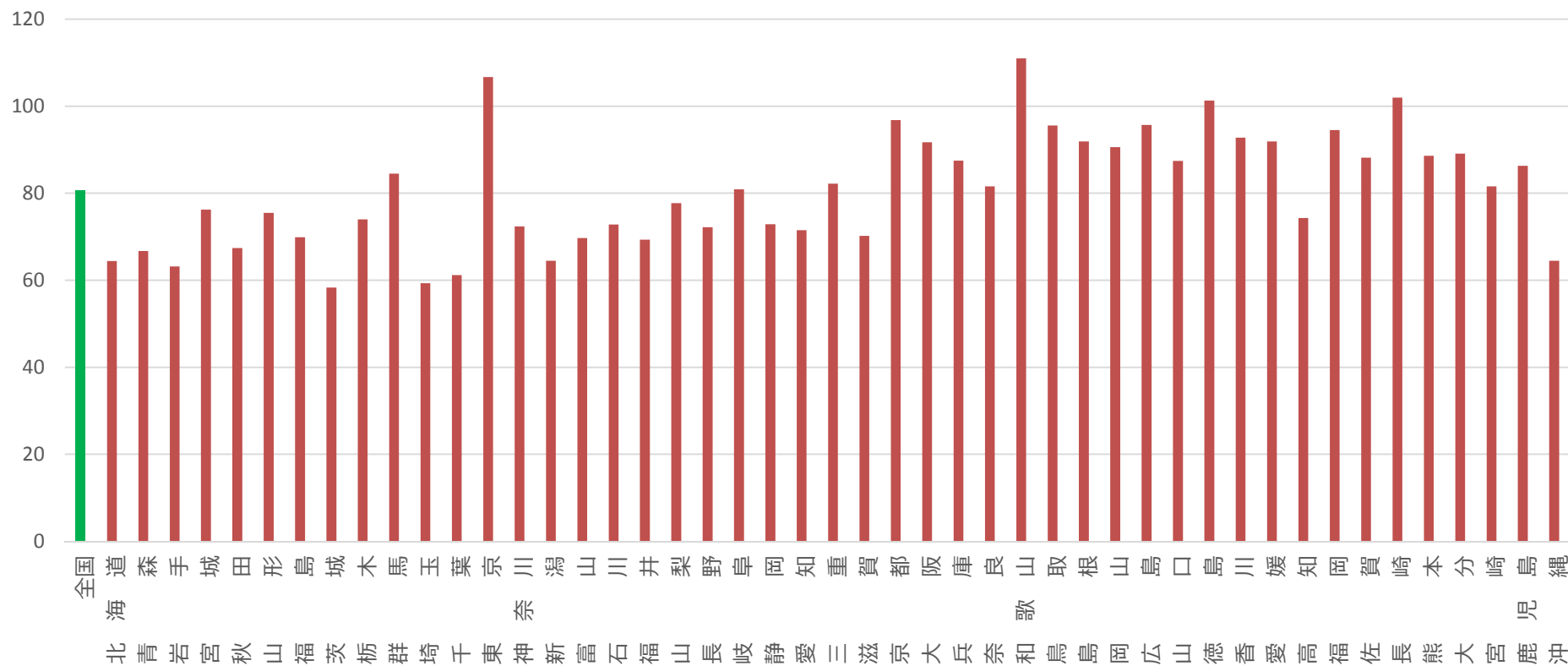
参照) 平成26年度医療施設静態調査

1. 外来医療の提供体制について

- 人口10万当たり診療所医師数は、都道府県間に差がみられる。
(最大52.7の差(和歌山県-茨城県))

(人/10万)

人口10万対診療所医師数, 主たる従業地, 都道府県

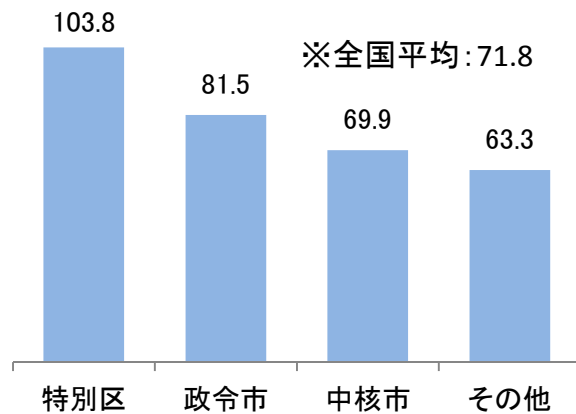


参照) 平成28年度医師・歯科医師・薬剤師調査

1. 外来医療の提供体制について

○ さらに、無床診療所は都市部に開設が偏る傾向がある。

人口10万対無床診療所数



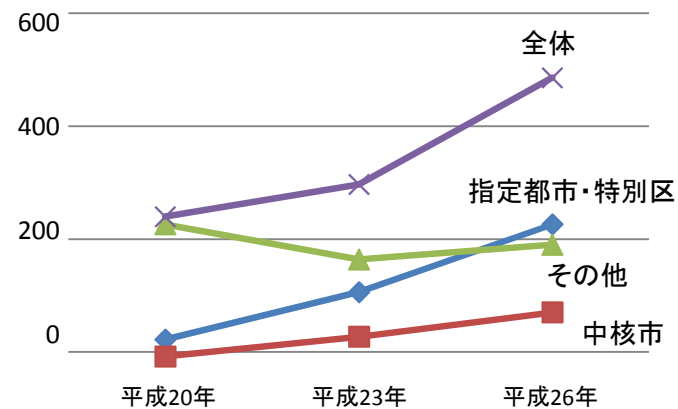
医療従事者の需給に関する検討会
第14回 医師需給分科会（平成30年11月8日）
資料2（抜粋・一部改変）

医療従事者の需給に関する検討会
第22回 医師需給分科会

平成30年9月28日

資料
2-1
一部
抜粋

診療所の純増数の推移（開設一廃止）



参照)平成20・23・26年度医療施設調査

平成29年12月21日

医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会

今回講ずべき医師偏在対策の基本的な考え方(抜粋)

○ 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いるが、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る。

地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応(抜粋)

○ 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となることを踏まえ、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を行うに当たっての有益な情報として、可視化するべきである。

○ その際、地域ごとの疾病の構造や患者の受療行動といった特性など、より詳細な付加情報等を加えたり、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いたりといった対応のために、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とすべきである。

○ 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、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である。なお、この協議については、地域医療構想調整会議を活用することができることとすべきである。

地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

平成31年
4月24日

第66回社会保障
審議会医療部会

参考資料
1-3

経緯

- 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いること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の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こと、等の状況にある。
- それを踏まえ、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめ」において、**外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置**等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、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**」）が追加されることとなった。

外来医療計画の全体像

外来医療機能に関する情報の可視化

- 地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left[\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比} \right] \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

※ 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流入・流出、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の5要素を考慮して算定。

- 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定。

新規開業希望者等に対する情報提供

- 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を、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データと併せて公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

- ※ 都道府県のホームページに掲載するほか、様々な機会を捉えて周知する等、新規開業希望者等が容易に情報にアクセスできる工夫が必要。また、適宜更新を行う等、質の担保を行う必要がある。
- ※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

- 地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、**協議の場を設置**。
※ 地域医療構想調整会議を活用することも可能。 ※ 原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することも可能。
- **少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、在宅医療、初期救急（夜間・休日の診療）、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。**

- 外来医療計画の実効性を確保するための方策例
 - ・ 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
 - ・ **届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け、協議の場で確認**
 - ・ 合意欄への記載が無いなど、**新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業に対し、臨時の協議の場への出席要請を行う**
 - ・ 臨時の協議の場において、構成員と新規開業者で行った**協議内容を公表** 等

今後の検討課題

- 外来医療機能の偏在の可視化等による新規開業者の行動変容への影響について、検証を行っていく。
- 十分な効果が得られない場合には、無床診療所の開設に対する新たな制度上の仕組みについて、法制的・施策的な課題を整理しつつ、検討が必要。

【外来医療に係る医療提供体制確保の確保に関するガイドライン】

- 外来医師偏在指標の計算式に基づき、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るとともに、その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
- 外来医師多数区域において新規開業を希望する者への対応
→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、求める事項については、外来医療計画に明示（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、協議結果等を住民に対して公表）
- 外来医師偏在指標の値及び協議の場における新規開業者に関する協議プロセス、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
- 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明示（外来医師多数区域に限らず、全ての区域において分析し、計画に明示）
- 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
- 2019年度中に外来医療計画を策定し2020年度からの4年間が最初の計画期間（2024年度以降は3年ごとに見直し）

Ⅱ 外来医師偏在指標の算出式

平成31年
4月24日

第66回社会保障
審議会医療部会

参考資料
1-3

- 外来医療については、診療所の担う役割が大きいため、診療所医師数を、新たな医師偏在指標と同様に性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分し、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性・年齢階級による外来受療率の違いを調整する。
標準化診療所医師数

$$\text{外来医師偏在指標} = \left(\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万}} \times \text{地域の標準化受療率比} (\ast 1) \right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合} (\ast 3)$$

- ・ 標準化診療所医師数 = $\sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全診療所医師の平均労働時間}}$
- ・ 地域の標準化外来受療率比 $(\ast 1) = \frac{\text{地域の期待外来受療率} (\ast 2)}{\text{全国の期待外来受療率}}$
- ・ 地域の期待外来受療率 $(\ast 2) = \frac{\sum (\text{全国の性・年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$
- ・ 地域の診療所の外来患者対応割合 = $\frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所と病院の外来延べ患者数}}$

(出典) 性年齢階級別医師数：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査

平均労働時間：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）

外来受療率：第3回NDBオープンデータ（平成28年度診療分）、人口推計（平成28年10月1日現在）

性年齢階級別受療率：平成26年患者調査 及び 平成27年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

人口：平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

外来延べ患者数：平成26年度医療施設静態調査※患者流出は、流出発生後のデータ（診療行為発生地ベース）を分母で用いることにより、加味している（平成26年患者調査より）

外来医師偏在指標に係るデータ

	県北	県西	宇都宮	県東	県南	両毛
診療所従事医師数（人） ※医師・歯科医師・薬剤師調査（平成28年12月31日現在）	208	118	476	95	355	203
労働時間調整係数 ※平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」（研究班）	1.010	0.980	1.004	1.020	1.006	0.998
人口（10万人） ※住民基本台帳年齢階級別人口（平成30年1月1日）	3.8	1.8	5.2	1.5	4.9	2.7
昼夜間人口比 ※国勢調査（2015年）	0.961	0.966	1.037	1.049	0.960	0.981
外来標準化受療率比 （昼間人口）	1.030	1.065	0.941	0.974	0.996	1.043
診療所外来患者対応割合 ※NDBの平成29年4月から30年3月までの診療分データ（12か月）	0.720	0.724	0.824	0.818	0.711	0.745

外来医師偏在指標に係るデータ（都道府県間患者流出入）

千人／日

		患者数（施設所在地）									患者総数（施設所在地）	患者流出入	
		福島県	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	県外		患者流出入数	患者流出入調整係数
患者数（患者住所地）	福島県	83.8	0.2	0.1	0.0	0.1	0.1	0.2	0.1	1.2	85.0	0.0	1.000
	茨城県	0.3	114.2	1.6	0.0	0.5	1.9	0.3	0.1	6.0	120.2	-3.4	0.972
	栃木県	0.1	0.6	89.6	0.6	0.2	0.1	0.5	0.1	2.4	92.0	1.4	1.015
	群馬県	0.0	0.0	0.8	83.1	0.5	0.0	0.4	0.1	2.2	85.3	4.1	1.048
	埼玉県	0.1	0.7	0.3	2.1	274.2	1.3	20.8	0.6	26.9	301.1	-20.5	0.932
	千葉県	0.0	0.9	0.1	0.0	0.9	248.8	10.1	0.5	13.3	262.1	-7.6	0.971
	東京都	0.1	0.3	0.2	0.2	3.4	2.4	578.2	6.0	15.4	593.6	37.5	1.063
	神奈川県	0.1	0.1	0.1	0.1	0.4	0.5	17.4	375.4	21.0	396.4	-11.1	0.972
	県外	1.2	2.6	3.8	6.3	6.4	5.7	52.9	9.9	-	-	-	-

外来医師偏在指標に係るデータ（二次医療圏間患者流出入）

千人/日

		患者数（施設所在地）							患者総数（患者住所地）	患者流出入	
		県北	県西	宇都宮	県東	県南	両毛	県外		患者流 出入数	患者流 出入調 整係数
患者数（患者住所地）	県北	14.9	0.1	1.2	0.0	0.3	0.0	0.4	16.8	-1.1	0.937
	県西	0.1	6.7	1.0	0.0	0.6	0.0	0.1	8.5	-1.3	0.845
	宇都宮	0.3	0.2	23.2	0.1	1.2	0.0	0.3	25.3	2.1	1.084
	県東	0.1	0.0	0.8	5.0	0.5	0.0	0.2	6.6	-1.1	0.829
	県南	0.0	0.1	0.9	0.1	19.4	0.5	0.8	21.9	2.2	1.101
	両毛	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	11.8	0.7	12.9	0.6	1.044
	県外	0.3	0.1	0.3	0.2	1.8	1.0	-	-	-	-
患者総数（施設所在地）		15.8	7.2	27.5	5.5	24.1	13.4	-	92.0	1.4	1.015

外来医師偏在指標（都道府県間患者流出入調整前）

二次医療圏	外来医師偏在指標	順位	外来医師多数区域
宇都宮	113.6	64	○
県南	107.9	86	○
両毛	98.4	155	
県西	85.1	228	
県東	79.7	259	
県北	78.0	269	
(参考)			
全国	106.3		
区西部（東京都）	178.5	1	○
・			
川崎北部（神奈川県）	103.9	112	○
中丹（京都府）	103.8	113	
・			
相双（福島県）	46.3	335	

※他県の状況（外来医師多数区域数／二次医療圏数）

茨城県0/9 群馬県5/10 埼玉県2/10 千葉県1/9 東京都9/13 神奈川県4/9

2. 医療機器の効率的な活用等について

平成29年12月21日

医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会

今回講ずべき医師偏在対策の基本的な考え方(抜粋)

○ 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いるが、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る。

地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応(抜粋)

○ 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となることを踏まえ、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を行うに当たっての有益な情報として、可視化するべきである。

○ その際、地域ごとの疾病の構造や患者の受療行動といった特性など、より詳細な付加情報等を加えたり、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いたりといった対応のために、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とすべきである。

○ 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、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である。なお、この協議については、地域医療構想調整会議を活用することができることとすべきである。

平成30年6月15日

第3章 「経済・財政一体改革」の推進

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実施の取組の支援)(抜粋)

高額医療機器について、共同利用の一層の推進など効率的な配置を促進する方策を講じる。
また、これに伴う稼働率の向上を促進する方策を検討する。

- 平成31年4月1日施行の医療法の改正においては、二次医療圏その他の都道府県知事が適当と認める区域ごとに、医療施設に備えた施設・設備の効率的な活用に関する事項について、協議の実施及び協議結果の公表を行うこととしている。

医療法（昭和23年法律第205号）（抄）

【平成31年4月1日施行】

第30条の4（略）

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

(1)～(9)（略）

(10) 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

(11)～(13)（略）

(14) 主として病院の病床（次号に規定する病床並びに精神病床、感染症病床及び結核病床を除く。）及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域の設定に関する事項

(15)～(17)（略）

3～18（略）

第4節 地域における外来医療に係る医療提供体制の確保

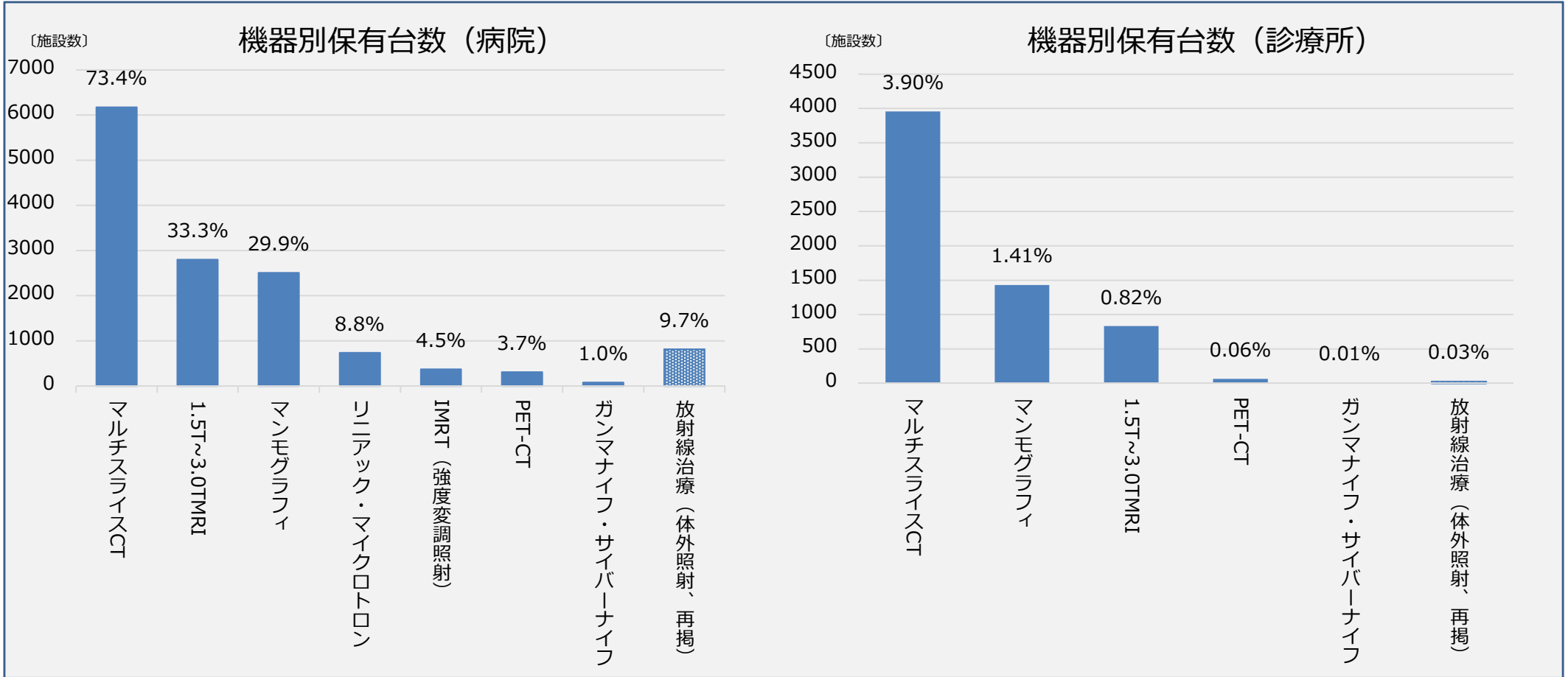
第30条の18の2 都道府県は、第30条の4第2項第14号に規定する区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（第3項において「対象区域」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この項及び次項において「関係者」という。）との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、次に掲げる事項（第2号から第4号までに掲げる事項については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するものに限る。第3項において同じ。）について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとする。

(1)～(3)（略）

(4) 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
(略)

【背景】

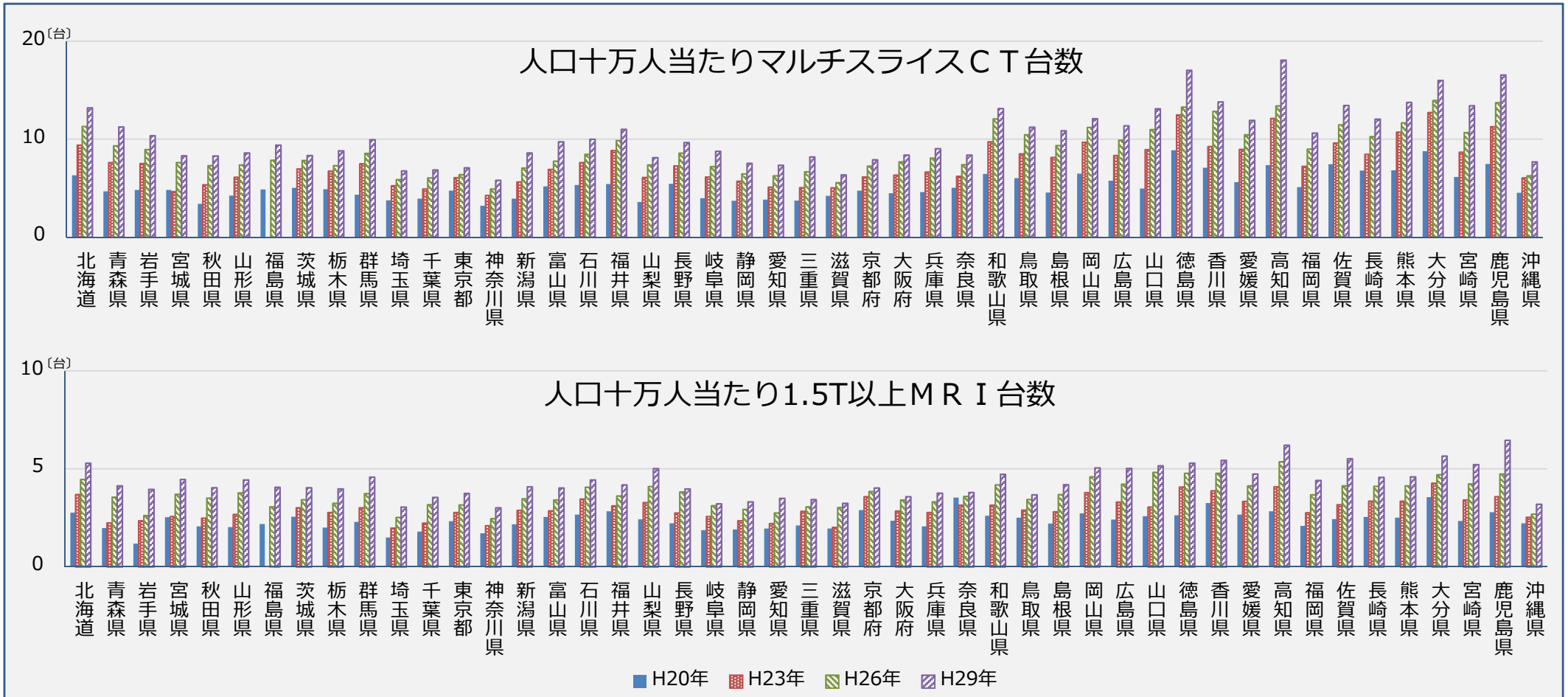
- 医療機器の種類別保有台数は以下の通り。



出典：医療施設調査（平成29年）

【背景】

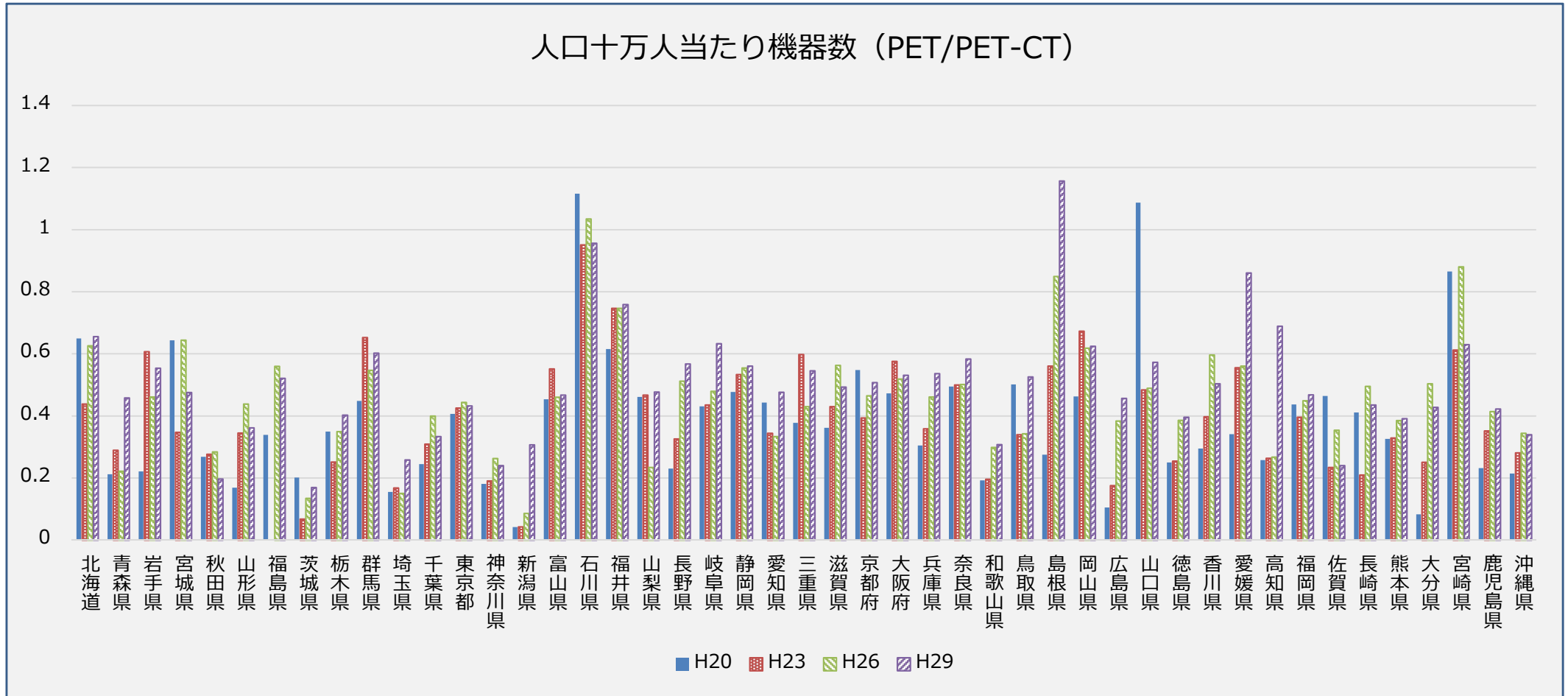
- 人口10万人当たりのCT及びMRIの台数は全ての都道府県で増加傾向であるが、都道府県によりばらつきが見られる。



出典：医療施設調査（平成20～29年）

【背景】

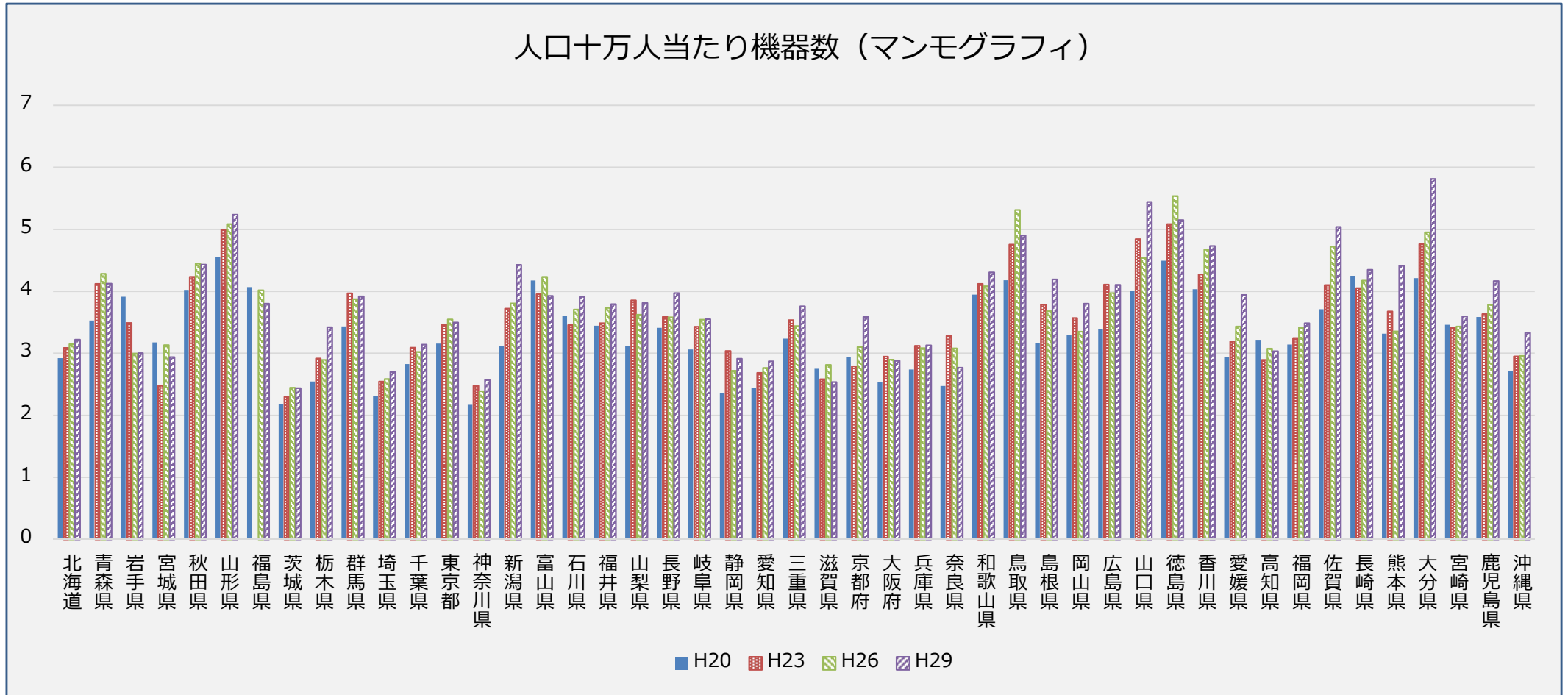
- 人口10万人当たりのPET/PET-CT台数については、増加している都道府県とそうではない都道府県に分かれる。



出典：医療施設調査（平成20～29年）

【背景】

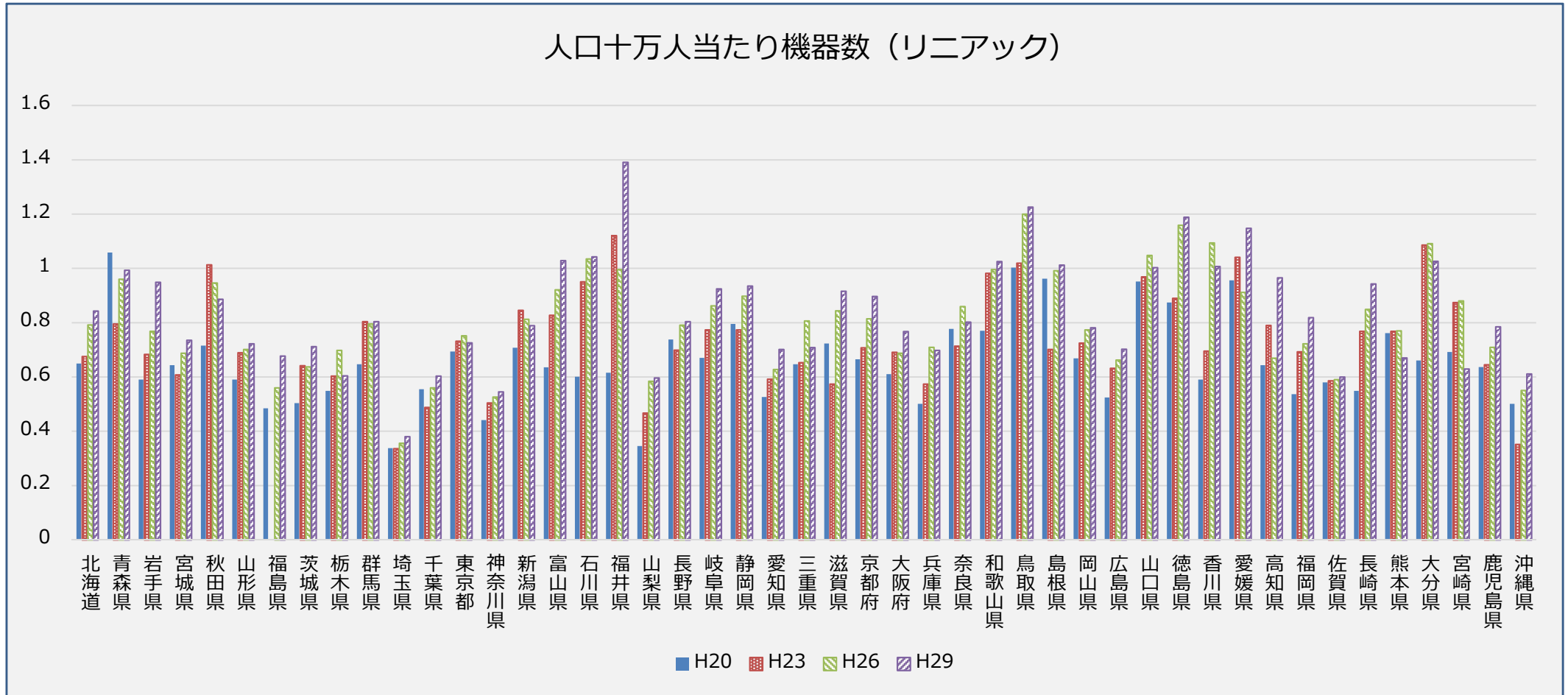
- 人口10万人当たりのマンモグラフィの台数については、増加している都道府県とそうではない都道府県に分かれる。



出典：医療施設調査（平成20～29年）

【背景】

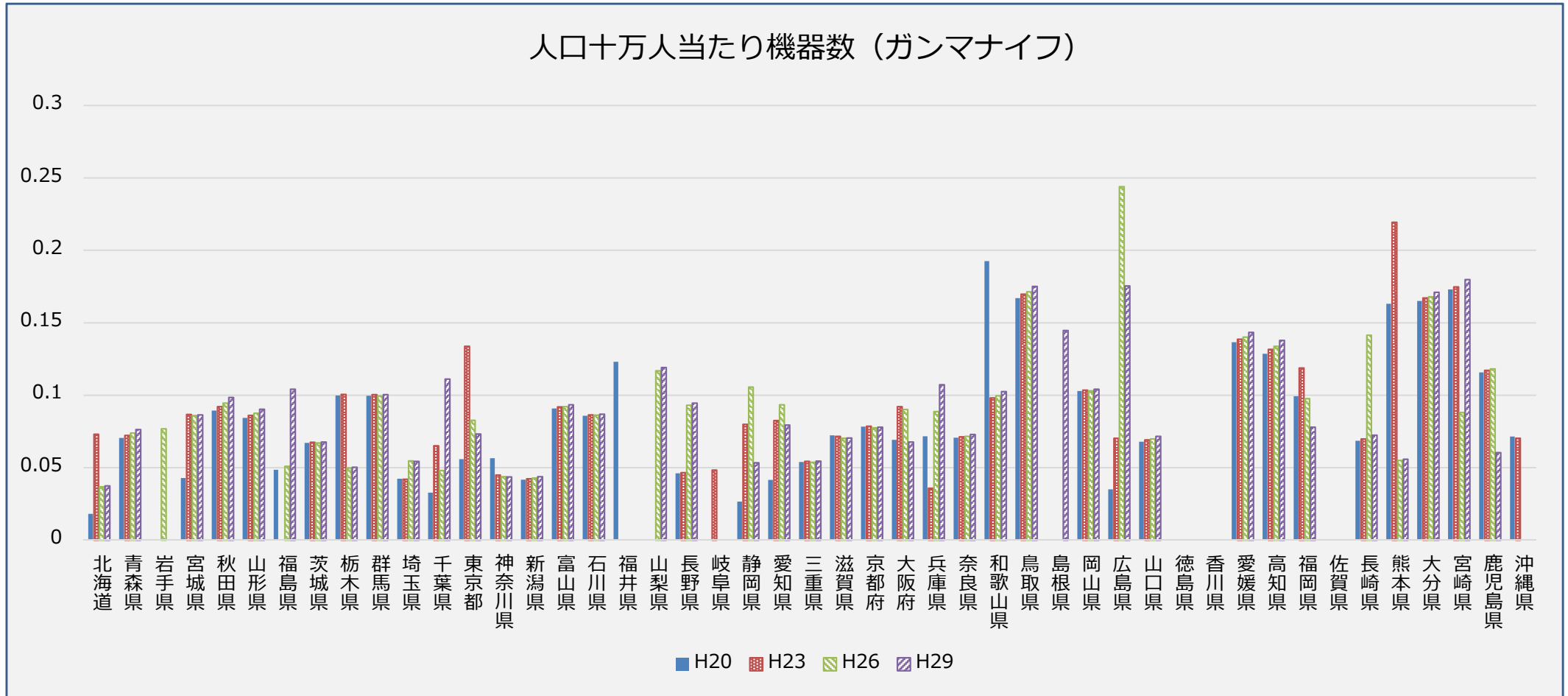
- 人口10万人当たりのリニアック台数については、増加している都道府県とそうではない都道府県に分かれる。



出典：医療施設調査（平成20～29年）

【背景】

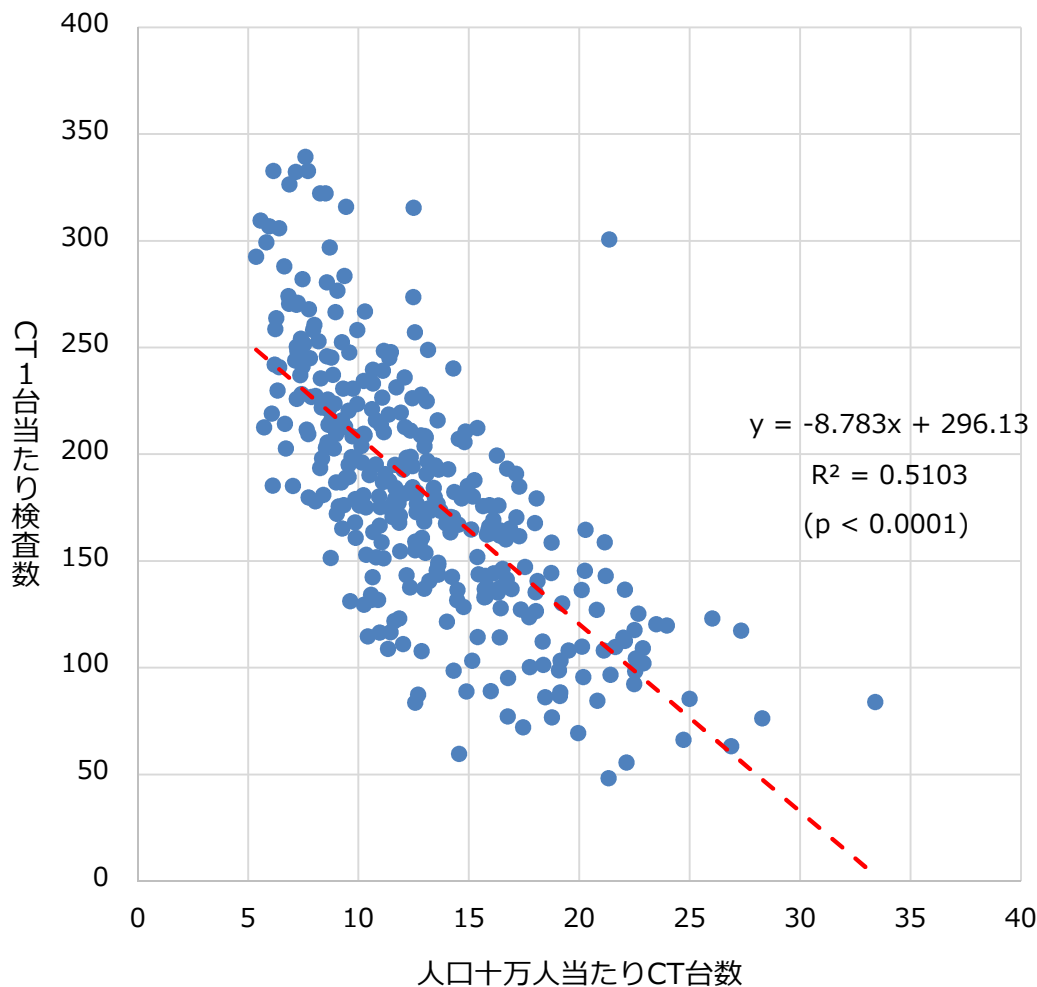
- 人口10万人当たりのガンマナイフ台数については、増加している都道府県とそうではない都道府県に分かれる。



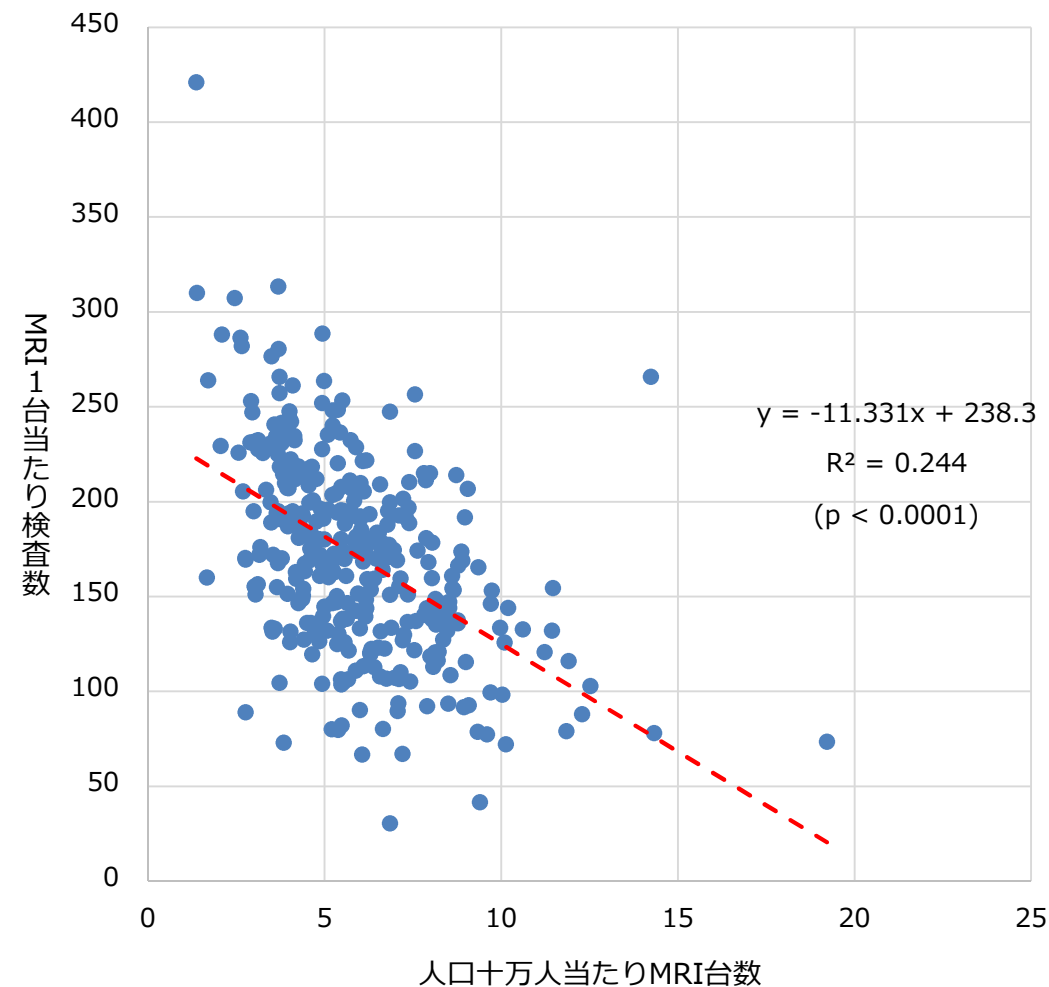
出典：医療施設調査（平成20～29年）

○ 人口10万人当たり台数と1台あたり検査数は強い負の相関がある。

CT台数と検査数の関係



MRI台数と検査数の関係



- 経緯**
- 「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめ」において、**医療設備・機器等の共同利用等の、医療機関間での連携の方針等について協議を行い、地域ごとに方針決定すべきである**、とされ、医療法上も医療施設に備えた施設・設備の効率的な活用に関する事項について、協議の実施及び協議結果の公表を行うこととされた。
 - 今後、人口減少が見込まれる中、医療機器について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、医療機器の共同利用のあり方等について、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つつ、必要な協議を行う必要がある。

医療機器の効率的な活用のための対応

医療機器の配置状況に関する情報の可視化

- 地域の医療ニーズを踏まえ、地域ごとの医療機器の配置状況を**医療機器の種類ごとに指標化**し、可視化。

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

- ※ CT、MRI、PET、放射線治療（リニアック及びガンナイフ）、マンモグラフィに項目化してそれぞれ可視化。
- ※ 医療機器のニーズが性・年齢ごとに大きな差があることから、地域ごとの人口構成を踏まえて指標化。

医療機器の配置状況に関する情報提供

- 医療機器の配置状況に関する指標に加えて、**医療機器を有する医療機関についてマッピングに関する情報や、共同利用の状況等について情報を公表**。
- ※ 医療機関の経営判断に資するような、医療機器の耐用年数や老朽化の状況等についても、適切な情報を提供できるよう検討。

医療機器の効率的活用のための協議

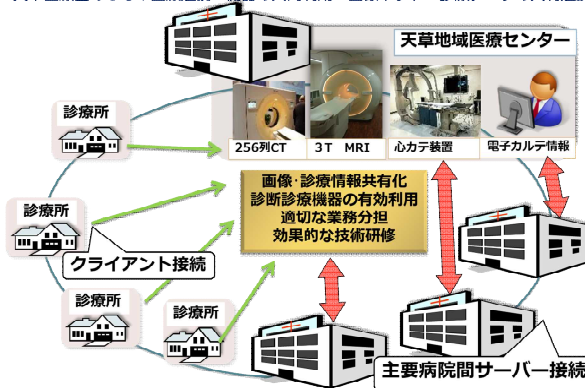
- 医療機器の効率的活用のための**協議の場を設置**。
※ 基本的には、外来医療機能の協議の場を活用することが想定されるが、医療機器の協議のためのワーキンググループ等を設置することも可能。
- 医療機器の種類ごとに**共同利用の方針について協議を行い、結果を公表**。
※ 共同利用については、画像診断が必要な患者を、医療機器を有する医療機関に対して患者情報とともに紹介する場合を含む。
- 共同利用の方針に従い、医療機関が医療機器を購入する場合や、当該機器の共同利用を新たに行う場合には、**共同利用に係る計画（以下、「共同利用計画」）を作成し、定期的に協議の場において確認**。
- 協議に当たっては医療機器の効率的な活用という観点だけでなく、
 - ・CT等放射線診断機器における医療被ばく
 - ・診断の精度
 - ・有効性
 等の観点も踏まえ、適切に医療機器が使用されているかについて、検討が必要。

医療機器を二次医療圏内で効率的に共同利用している例「あまくさメディカルネット」

- 地域の医療機関をネットワークで繋ぐことにより、共同利用施設のCT、MRI等の医療機器を共同利用施設の医師と同じ感覚で使用可能。
- 天草医療圏に存する80診療所のうち61診療所（76.3%）が加入。
- 必要に応じて、共同利用施設の専門医と同じ画像を見ながら、治療方針等も相談可能。

『あまくさメディカルネット』

天草医療圏のICT医療連携 機器の共同利用・画像ネット・診療データの共有連携



天草地域医療センター放射線部技師長 緒方隆昭氏より提供資料を改変



【外来医療に係る医療提供体制確保の確保に関するガイドライン】

- ①医療機器の配置状況に関する情報の可視化
 - ・医療機器の項目（CT、MRI、PET、放射線治療、マンモグラフィ）ごとに可視化する指標を作成
 - ※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た指標
- ②医療機器の保有状況等に関する情報提供
 - ・病床機能報告に基づく、医療機器を有する病院及び有床診療所のマッピング
 - ・必要に応じて、耐用年数や老朽化の状況、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の把握
- ③区域ごとの共同利用の方針
 - ・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を作成し、協議の場において確認を行うことを求める。
 - ・共同利用を行わない場合は、行わない理由について協議の場で確認する。
 - ※共同利用計画の内容
 - ・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
- 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

- 医療機器の地域毎の台数に関する指標として、ニーズ（地域ごとの人口）に対する供給（医療施設調査に基づく地域ごとの医療機器の台数）をベースとして、性・年齢構成ごとに異なる検査数を加味するため、地域毎の性・年齢構成による調整をかけたかどうか。この際、医療施設調査で把握可能な医療機器を指標作成対象としてはどうか。

【医療機器ごとに下記の指標を計算し、可視化の際の参考とする】

- 人口十万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する。

$$\text{調整人口当たり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\frac{\text{地域の人口}}{100,000}} \times \text{地域の標準化検査率比}$$

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

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

3. 栃木県における今後の進め方について

【外来医療に係る医療提供体制確保の確保に関するガイドライン】

- 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。
- 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ごとに協議の場を設け、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。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。



【対応（案）】

- 対象区域を二次医療圏とする。また、地域医療構想調整会議、病院及び有床診療所会議を活用して、協議を進めることとしたい。（医療機器の効果的な活用に係る協議についても同様とする。）

【外来医療に係る医療提供体制確保の確保に関するガイドライン】

- 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。



【対応（案）】

- 厚生労働省から提供された外来患者の流出入に係るデータ（スライド13）は、患者調査及びNDBから作成されたものであり、実態を反映していると考えられること。また、近隣県（福島県、茨城県、群馬県）も独自のデータ等に基づく栃木県との調整を予定していないことから、独自の都道府県間調整は行わないこととしたい。

【外来医療に係る医療提供体制確保の確保に関するガイドライン】

（１）検討すべき外来医療機能

- ・ 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（グループ診療による在宅医療の推進等）
- ・ 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 等

（２）検討のプロセス（例）

- ①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
- ②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
- ③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
- ④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



外来医師多数区域（宇都宮、県南）については、新規開業希望者等に対して地域において不足する医療機能を求めることとなるため、新規開業希望者への周知及び個別の開業希望者への対応を併せて検討する。

【外来医療に係る医療提供体制確保の確保に関するガイドライン】

- (1) 医療機器の配置状況に関する情報の可視化
- (2) 医療機器の保有状況等に関する情報提供
- (3) 区域ごとの共同利用の方針
 - 原則として、求められる内容
 - ・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を作成し、協議の場において確認を行うことを求める。
 - ・共同利用を行わない場合は、行わない理由について協議の場で確認する。
 - ※共同利用計画の内容
 - ・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
- (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

【外来医療に係る医療提供体制確保の確保に関するガイドライン】

- ・新規開業希望者への周知（間接的に関わる機会があると考えられる医療機関、医薬品等卸売業者、調剤薬局等も含む）
- ・個別の開業希望者への対応（開業に当たっての事前相談や届出様式を入手する機会の情報提供）
- ・新規開業者の届出様式に、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、協議の場（地域医療構想調整会議等）において合意の状況を確認
- ・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、協議結果等を住民に対して公表
- ・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
- ・医療機関は、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る、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の確認
- ・県は、策定された共同利用計画について、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
- ・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、県は、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等についても確認

- ①策定の趣旨
- ②本県の現状
- ③外来医療計画の区域設定
- ④外来医師偏在指標の考え方
- ⑤外来医師多数区域の設定
- ⑥協議の場の設置
- ⑦地域で不足する外来医療に関する検討（全ての区域において検討）
- ⑧協議の場における新規開業者に関する協議プロセス、公表の方法等
- ⑨医療機器の配置状況に関する情報の可視化
- ⑩医療機器の保有状況等に関する情報提供
- ⑪医療機器の共同利用の方針
- ⑫共同利用計画の記載事項とチェックのためのプロセス

今後の進め方（案）

- 6月～7月 （構想区域）地域医療構想調整会議（第1回）
・策定趣旨、構成案
・地域で不足する外来医療に関する検討 等
- 9月頃 （構想区域）病院及び有床診療所会議（第1回）（+調整会議委員）
・計画素案①
- 11月頃 （構想区域）地域医療構想調整会議（第2回）
・計画素案②（パブリックコメント等に向けた最終案）
※病院及び有床診療所にも情報提供
- 12～1月頃 ・三師会、保険者協議会、市町から意見聴取
・パブリックコメント
- 2月頃 （構想区域）病院及び有床診療所会議（第2回）（+調整会議委員）
・計画最終案
- 3月頃 医療審議会へ最終案諮問・答申
- 3月 計画策定

医師確保計画を通じた医師偏在 対策について

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回医師需給分科会(平成30年10月24日)
資料1(抜粋)

背景

- 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

資料4

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- 患者の流入等
- へき地等の地理的条件
- 医師の性別・年齢分布
- 医師偏在の種類（区域、診療科、入院/外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』(=医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」)の策定

医師の確保の方針

(三次医療圏、二次医療圏ごとに策定)

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- (例)・短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
- 中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする等

確保すべき医師の数の目標

(目標医師数)

(三次医療圏、二次医療圏ごとに策定)

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

- (例)・大学医学部の地域枠を15人増員する
- 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し(PDCAサイクルの実施)

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

*2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年(医療計画全体の見直し時期と合わせるため)

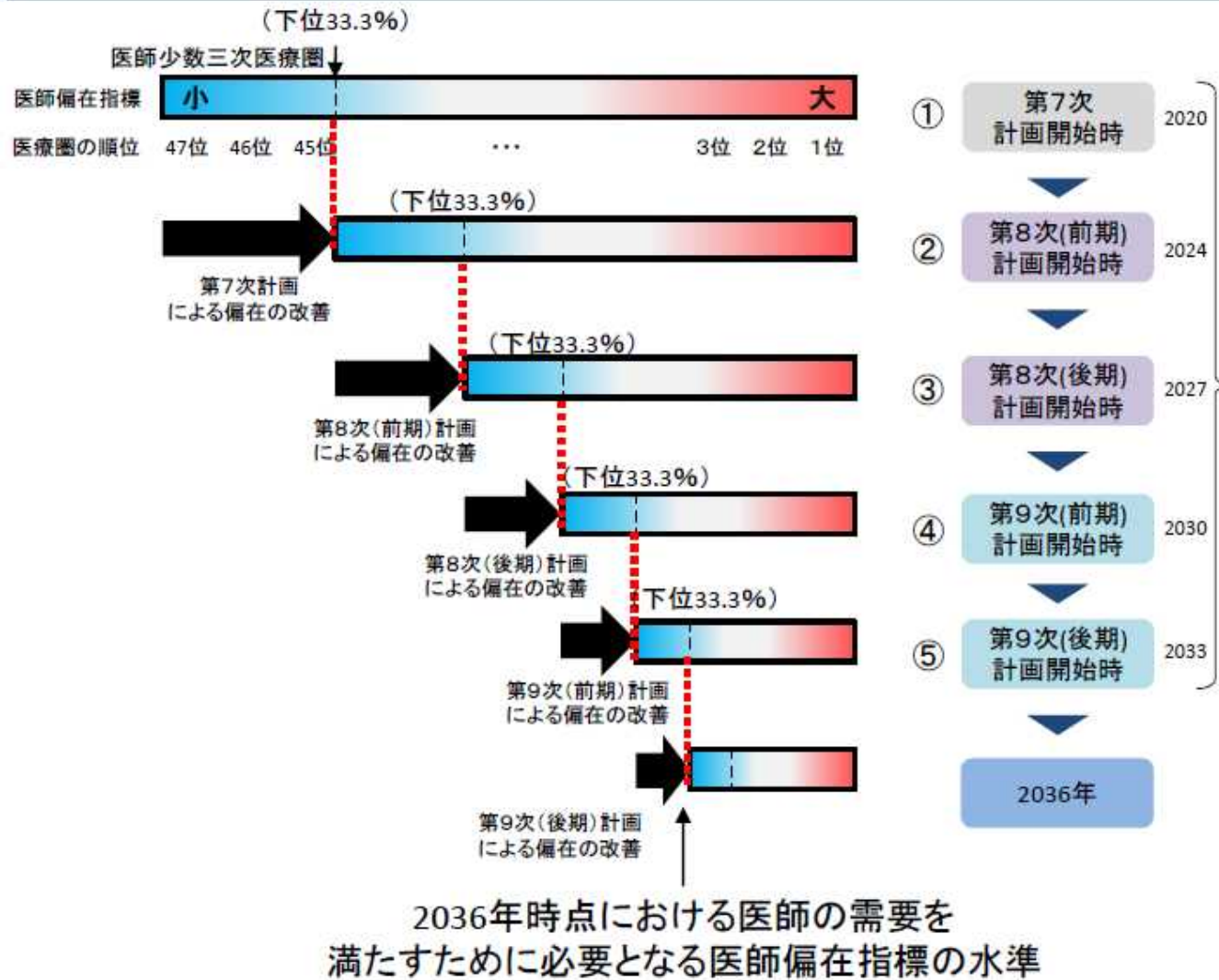
都道府県による医師の配置調整のイメージ



医師少数区域等の基準の設定

• 医師少数三次医療圏の基準を定めるに当たりどのように考えたらよいか。

- 最も医師偏在指標が小さい三次医療圏においても、2036年に、医療需要を満たすだけの医師を確保することを目標として、医師少数三次医療圏の基準を定めることとしてはどうか。



□ 第7次～第9次(後期)までの5次の計画期間を通じて、段階的に偏在を解消し、2036年時点(第9次(後期)医師確保計画の計画終了時点)においては、最も医師偏在指標が小さい三次医療圏においても医療需要を満たすことを目標とする。

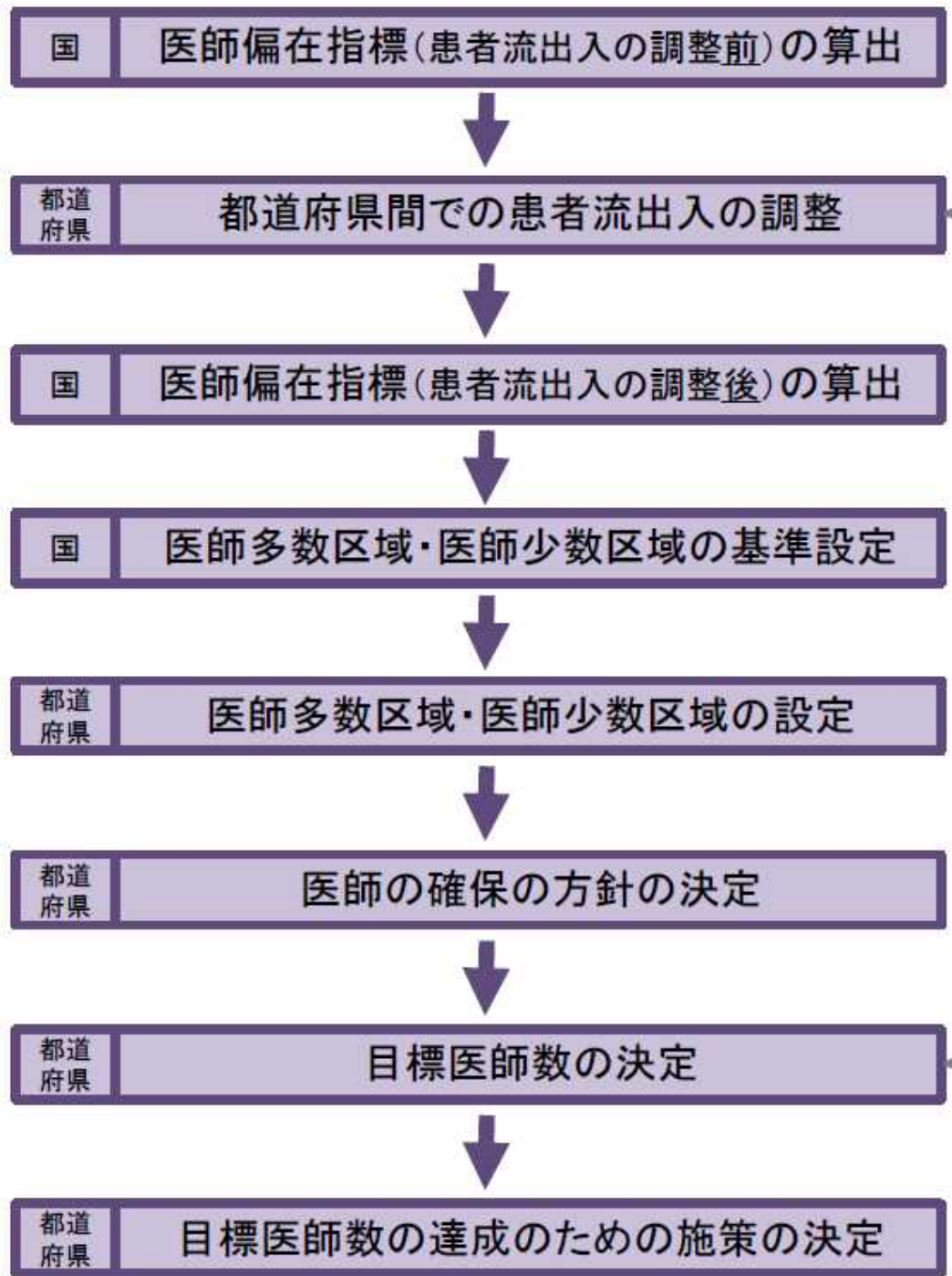
□ 各医師確保計画において、同じ割合(※)の三次医療圏が医師少数三次医療圏に該当するとし、各計画期間終了時に、医師少数三次医療圏の基準に達するとの目標を達成すると仮定し、5次の計画期間分のシミュレーションを行った。

□ この割合(※)を33.3%とすることで、2036年に上記の目標を達成する水準となることが確認された。

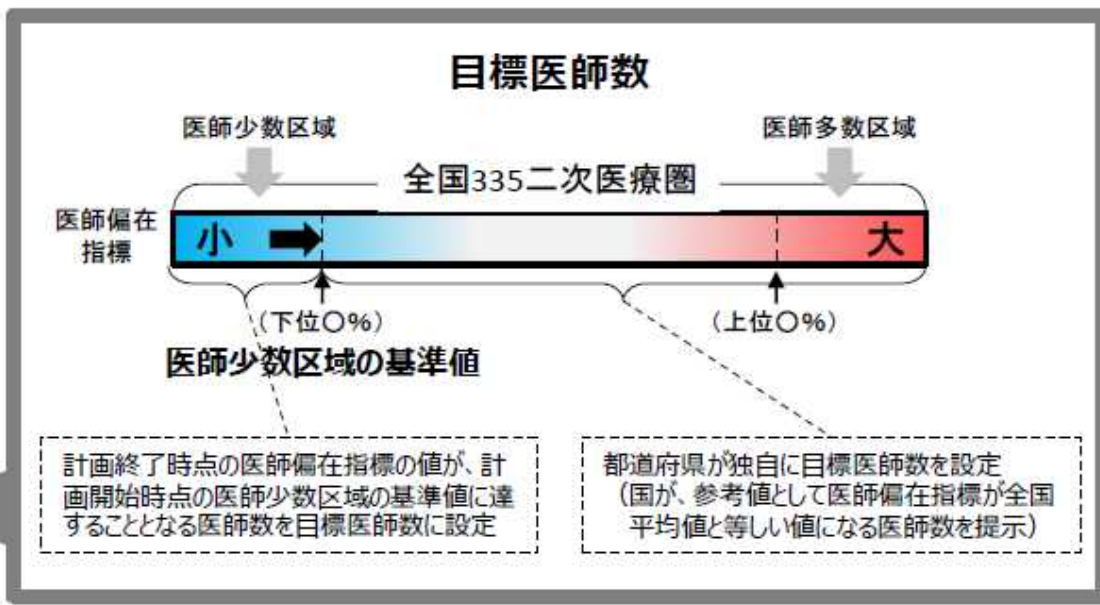
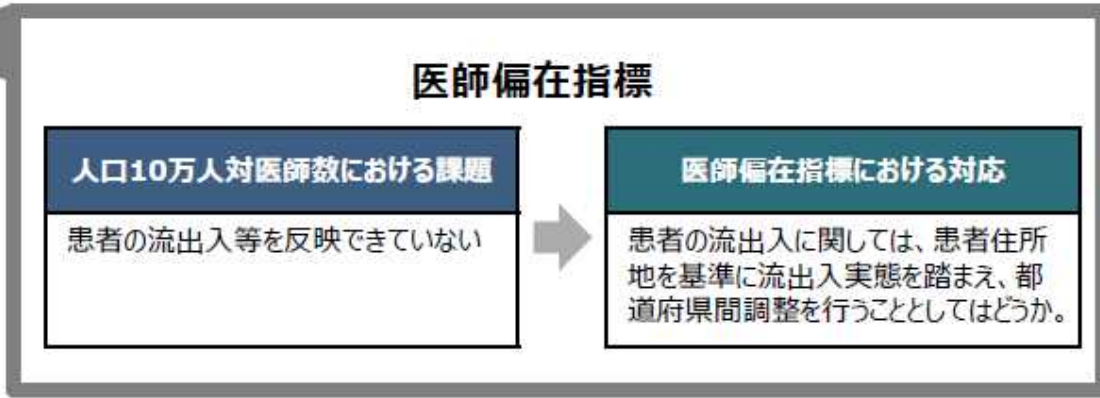
◆ このため、医師少数三次医療圏の基準値を下位33.3%としてはどうか。

• 医師少数区域、多数区域(二次医療圏単位)及び医師多数三次医療圏についても、施策の整合性の観点から、同様の値(下位/上位33.3%)を基準値としてはどうか。

医師確保計画の策定プロセス



(前回までの議論)



医師確保計画

医師偏在指標を活用した医師偏在対策

医療従事者の需給に関する検討会
第22回 医師需給分科会(平成30年9月28日)
資料2-1(抜粋)

- 改正法の施行後、医師偏在指標を活用した医師偏在対策として、主に以下のものが実施されることとなる。

医師確保計画における目標医師数の設定

都道府県は、三次医療圏・二次医療圏単位で、医師偏在指標を踏まえた医師の確保数の目標(目標医師数)の設定が義務付けられている

医師少数区域、医師多数区域の設定

都道府県は、二次医療圏単位で、医師偏在指標に関する基準に従い、医師少数区域・医師多数区域の設定ができることとされている

都道府県内での医師の派遣調整

都道府県は、地域医療支援事務として、都道府県内の医師少数区域等における医療機関をはじめ、医師確保が必要な医療機関で適切に医師が確保されることを目的とした医師の派遣調整を行うこととされている

キャリア形成プログラムの策定

都道府県は、地域医療支援事務として、都道府県内の医師少数区域等における医師の確保と、当該区域に派遣される医師のキャリア形成の機会の確保を目的としたキャリア形成プログラムの策定を行うこととされている

医療機関の勤務環境の改善支援

都道府県は、医師少数区域等に派遣される医師が勤務することとなる医療機関の勤務環境の改善の重要性に留意し、医師派遣と連携した勤務環境改善支援を行うこととされている

地域医療への知見を有する医師の大臣認定

厚生労働大臣は、医師少数区域等における一定の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を認定することとされている

臨床研修病院の定員設定

都道府県知事は、医師少数区域等における医師数の状況に配慮した上で、都道府県内の臨床研修病院ごとの研修医の定員を定めることとされている

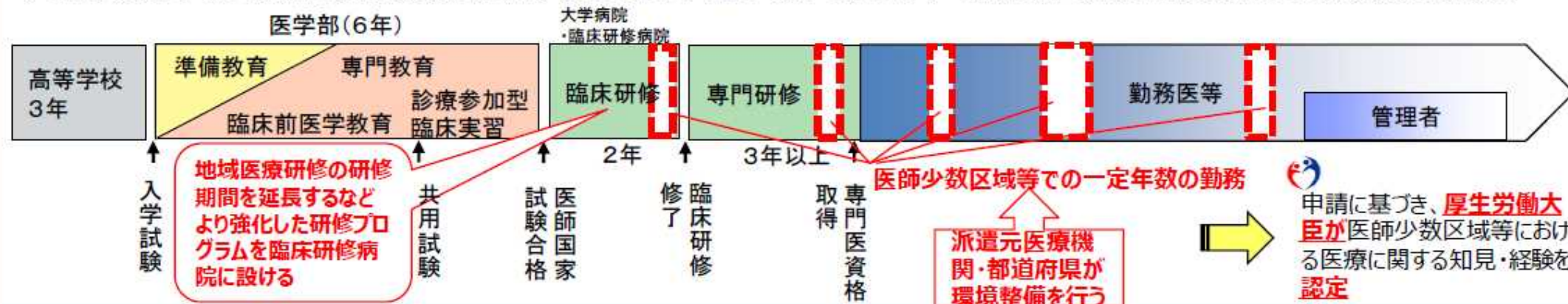
大学医学部における地域枠・地元枠の設定

都道府県は、医師偏在指標によって示される当該都道府県の医師の多寡を踏まえ、大学に対し、医学部における地域枠・地元枠の設定・増加の要請を行うことができることとなる

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設について

基本的な考え方

- 医師の少ない地域での勤務を促すため、都道府県、大学医局、地域の医療機関等の関係者の連携により、医師の少ない地域で医師が疲弊しない持続可能な環境を整備するとともに、医師少数区域等での一定期間の勤務経験を評価する仕組みが必要。



※ 医療機関に対するインセンティブも別途検討

法案の内容（いずれも医療法改正）

<認定医師>

- ① 「医師少数区域」等*における医療の提供に関する**一定の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が認定**できることとする。（2020年4月1日施行）

<一定の病院の管理者としての評価>

- ② 「医師少数区域」等における医療の確保のために必要な支援を行う病院その他の厚生労働省令で定める病院の開設者は、**①の認定を受けた医師等に管理させなければならないこととする**。（2020年4月1日施行*）

※ 施行日以降に選任する管理者にのみ適用。

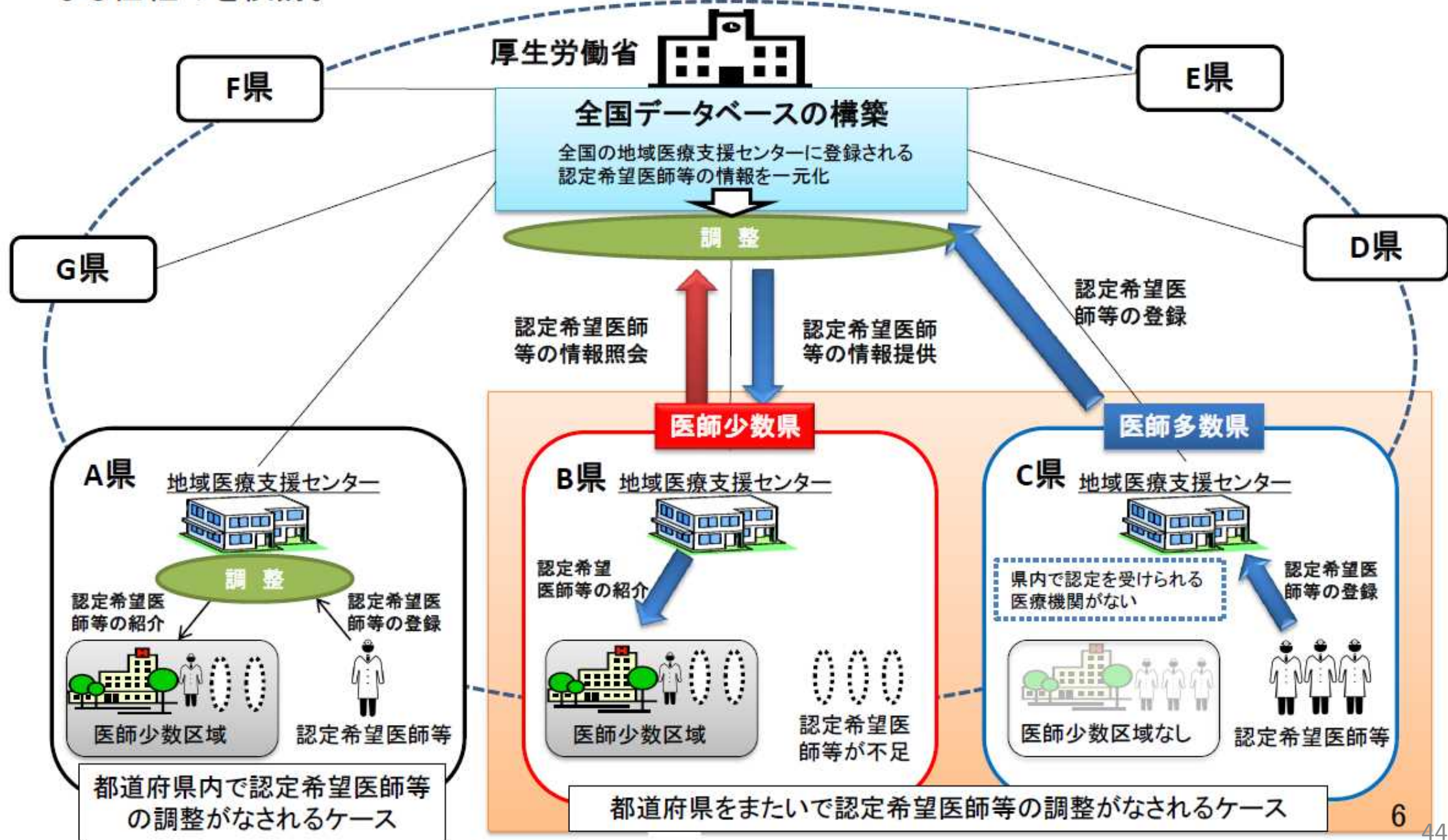
* 「医師少数区域」については、「2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の整備について」の法案の内容の①にあるとおり、国が定める「医師偏在指標」に基づき、都道府県が「医師少数区域」又は「医師多数区域」を定めることができる。また、医師少数区域の医療機関における勤務と同等の経験が得られたと認められる者の範囲等を今後検討。

<医療機関の複数管理要件の明確化>

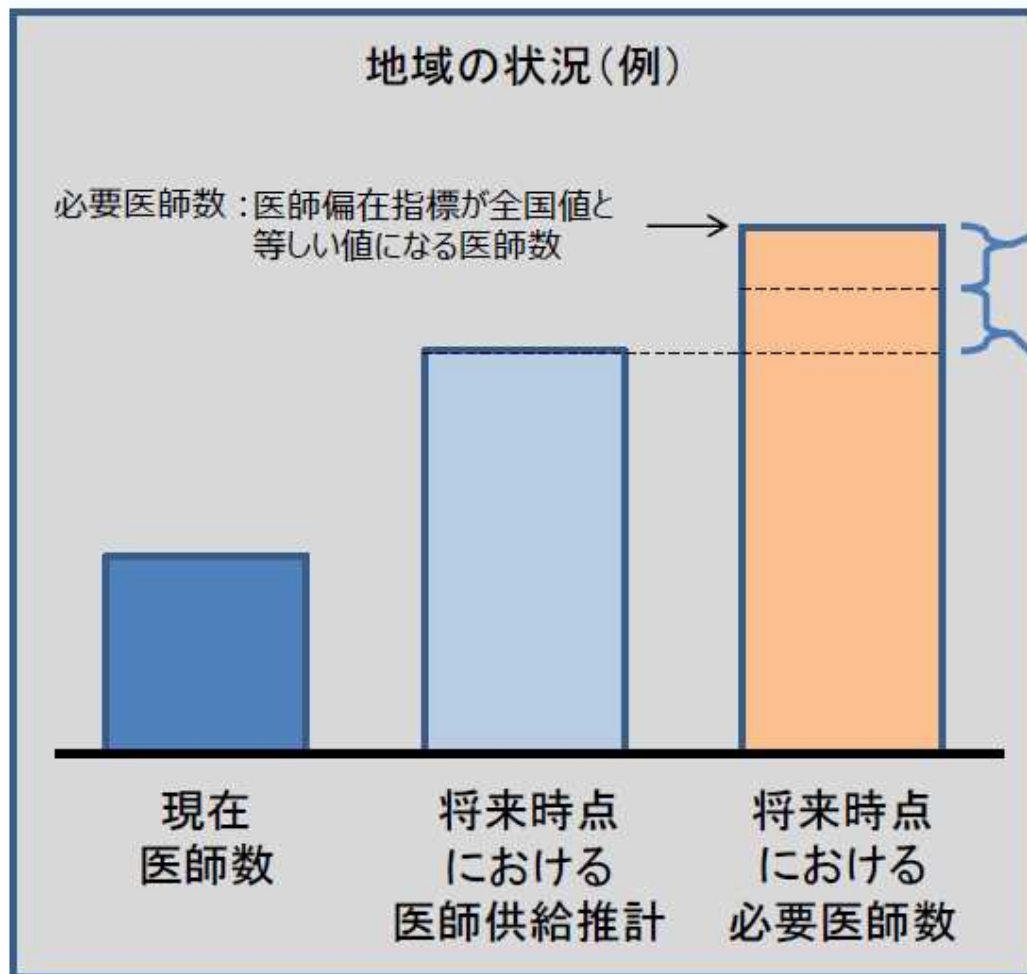
- ③ 病院等の管理者が「医師少数区域」等に開設する他の診療所等を管理しようとする場合に、都道府県知事が許可を行う要件を明確化する。（公布日施行）

全国的な医師調整のイメージ

- 新たな認定制度が創設されることを踏まえ、厚生労働省において、全国的な医師調整が可能となる仕組みを検討。



地域ごとの将来時点における必要医師数を達成するための対策のイメージ



将来時点における必要医師数と医師供給推計のギャップのうち、一定程度は、医師派遣や定着促進などの養成以外の施策(短期的な施策)で対応する。

将来時点における必要医師数と医師供給推計のギャップのうち、一定程度は、大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠の増員等の要請(長期的な施策)により対応する。

産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景

- ・診療科別の医師偏在については、まずは診療科と疾病・診療行為との対応を明らかにする必要があり、検討のための時間を要する。
- ・一方、産科・小児科における医師偏在対策の検討は、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすい。

産科医師・小児科医師の偏在の状況把握

産科・小児科における医師偏在指標の算出

三次医療圏・周産期・小児医療圏ごとに、**産科・小児科における医師の偏在の状況を客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや、医師の性年齢構成等を踏まえた**産科・小児科における医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき要素

- ・医療需要(ニーズ)・人口構成の違い等
- ・へき地等の地理的条件
- ・患者の流出入等
- ・医師の性別・年齢分布

相対的医師少数区域の設定

全国の周産期・小児医療圏の産科・小児科における医師偏在指標の値を一律に比較し、下位の一定の割合を相対的医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。
※労働環境に鑑みて、産科・小児科医師は相対的に少なくない地域等においても不足している可能性があることから、相対的多数区域は設定しない。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』の策定

医師の確保の方針

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

医師偏在指標の大小を踏まえ、医療圏の見直し等も含め地域ごとの医師確保の方針を策定。

- ・医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によってもなお相対的医師少数区域の場合は、医師の派遣調整により医師を確保する方針とする。等

偏在対策基準医師数

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

計画終了時点の医師偏在指標が、計画開始時点の「相対的医師少数三次医療圏」、「相対的医師少数区域」の基準値(下位〇%)に達することとなる医師数を「偏在対策基準医師数」と設定。

偏在対策基準医師数を踏まえた施策

医師の確保の方針を踏まえ、偏在対策基準医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

- ・産科又は小児科の相対的医師少数区域の勤務環境を改善する。
- ・周産期医療又は小児医療に係る協議会の意見を踏まえ、地域医療対策協議会で、相対的医師少数区域内の重点化の対象となった医療機関へ医師を派遣する調整を行う等

(施策の具体的例)

①医療提供体制等の見直しのための施策

- ・医療圏の統合を含む周産期医療圏又は小児医療圏の見直し。
- ・医療提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化。
- ・病診連携の推進や、重点化された医療機関等から居住地に近い医療機関への外来患者の逆紹介の推進等による医療機関の機能分化・連携。
- ・地域の医療機関の情報共有の推進。
- ・医療機関までのアクセスに時間がかかる地域住民へ受診可能な医療機関の案内、地域の実情に関する適切な周知等の支援。

②医師の派遣調整

- ・地域医療対策協議会における、都道府県と大学、医師会等の連携。
- ・医療機関の実績や、地域における小児人口、分娩数と見合った数の医師数となるような派遣先の医療機関の選定。
- ・派遣先の医療機関を医療圏ごとに重点化。医師派遣の重点化対象医療機関の医師の時間外労働の短縮のための対策。

③産科・小児科医師の勤務環境を改善するための施策

- ・相対的医師少数区域に勤務する産科・小児科医師が、研修、リフレッシュ等のために十分な休暇を取ることができるよう、代診医の確保。
- ・産科・小児科において比較的多い女性医師にも対応した勤務環境改善等の支援。
- ・産科・小児科医師でなくても担うことのできる業務についての、タスクシェアやタスクシフト。

④産科・小児科医師の養成数を増やすための施策

- ・医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換、専攻医の確保に必要な情報提供、指導体制を含む環境整備、離職防止。
- ・小児科医師の中でも確保に留意を要する新生児医療を担う医師について、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科(NICU)研修等の必修化の検討。
- ・産科・小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充⁸実化。