

2019 年度第 2 回茨城県医療審議会
(茨城県地域医療構想調整会議)

日 時 令和元年 7 月 30 日 (火)
15 時 30 分から 17 時まで
場 所 茨城県薬剤師会館 大会議室

次 第

- 1 開会
- 2 会長あいさつ
- 3 保健福祉部長あいさつ
- 4 議事
 - (1) 審議事項
 - ア 高度救命救急センターの指定について . . . 資料 1
 - イ 災害拠点病院の指定について . . . 資料 2
 - (2) 報告事項
 - ア 地域医療支援病院の名称使用承認について (医療計画部会決議事項) . . . 資料 3
 - イ 医師確保計画及び外来医療計画の策定について . . . 資料 4
 - ウ 平成 30 年度病床機能報告の結果 (速報値) について . . . 資料 5
 - エ 地域医療介護総合確保基金事業に係る平成 30 年度事業の事後評価
について . . . 資料 6
 - (3) その他
- 5 閉会

2019年度第2回茨城県医療審議会（茨城県地域医療構想調整会議）

出席者名簿

○委員

(五十音順)

役 職 名	氏 名	摘要	備 考
弁護士	上 畠 佳 子		
茨城県議会議員	海 野 透		欠席
茨城県消防長会会長	小 泉 直 紀		
茨城県保険者協議会代表	小 林 宣 夫		欠席
茨城県看護協会会長	白 川 洋 子		
茨城県医療法人協会会長	鈴 木 邦 彦		
茨城県精神科病院協会会長	高 沢 彰		
筑波大学理事・附属病院長	原 晃		
茨城県女性団体連盟代表	本 多 美 知 子		
茨城県栄養士会会長	入 江 三 弥 子		
茨城県医師会副会長	松 崎 信 夫		
茨城県社会福祉協議会会長	森 戸 久 雄		
茨城県歯科医師会会長	森 永 和 男	会長代理	
茨城県医師会会長	諸 岡 信 裕	会長	
茨城県市長会会長	山 口 伸 樹		欠席
国立病院機構水戸医療センター院長	山 口 高 史		
茨城県薬剤師会会長	横 濱 明		
全国自治体病院協議会茨城県支部長	吉 川 裕 之		
筑波大学教授	我 妻 ゆ き 子		

○オブザーバー（地域医療構想アドバイザー）

役 職 名	氏 名	備 考
筑波大学教授	田 宮 菜 奈 子	

○各構想区域調整会議議長等

役 職 名	氏 名
水戸地域医療構想調整会議議長 (水戸市医師会長)	原 毅
日立地域医療構想調整会議議長 (多賀医師会長)	横 倉 稔 明
常陸太田・ひたちなか地域医療構想調整会議議長代理 (常陸大宮保健所長)	牛 尾 光 宏
鹿行地域医療構想調整会議議長 (鹿島医師会長)	松 倉 則 夫
土浦地域医療構想調整会議議長 (土浦市医師会長)	小 原 芳 道
つくば地域医療構想調整会議議長代理 (つくば保健所長)	入 江 ふ じ こ
取手・竜ヶ崎地域医療構想調整会議議長 (竜ヶ崎市・牛久市医師会長)	池 田 八 郎
筑西・下妻地域医療構想調整会議議長代理 (筑西保健所長)	本 多 め ぐ み
古河・坂東地域医療構想調整会議議長代理 (古河保健所長)	大 谷 幹 伸

○事務局（茨城県）

役 職 名	氏 名
保健福祉部長	木 庭 愛
保健福祉部次長兼医療局長	吉 添 裕 明
保健福祉部医療局医療政策課長	須 能 浩 信
保健福祉部医療局医療人材課	砂 押 道 大
保健福祉部厚生総務課長	杉 山 順 彦
保健福祉部健康・地域ケア推進課	栗 田 仁 子
保健福祉部疾病対策課長	柴 田 隆 之
保健福祉部長寿福祉推進課	森 田 達 也
保健福祉部障害福祉課	前 川 吉 秀
病院局病院事業管理者	五十嵐 徹 也
病院局経営管理課長	山 田 俊 光

2019年度第2回 茨城県医療審議会(茨城県地域医療構想調整会議) 席次表

	吉川委員	我妻委員	森永会長代理	諸岡会長	上島委員	小泉委員	白川委員	
松崎委員							鈴木委員	
森戸委員							高沢委員	
山口(高)委員							原委員	
横濱委員							本多委員	
田宮アドバイザー							入江委員	
木庭保健福祉部長							五十嵐病院事業管理者	
	原議長(水戸)	横倉議長(日立)	牛尾議長代理(常陸太田・ひたちなか)	松倉議長(鹿行)	小原議長(土浦)	入江議長代理(つくば)	池田議長(取手・竜ヶ崎)	本多議長代理(筑西・下妻)
							大谷議長代理(古河・坂東)	
	(事務局)							
	須能医療政策課長	砂押医療人材課長	杉山厚生総務課長	吉添次長兼医療局長	栗田健康・地域ケア推進課長	柴田疾病対策課長	森田長寿福祉推進課長	前川障害福祉課長
								山田病院局経営管理課長
	医療政策課				各課			
	各課・傍聴席							
								記者席

筑波大学附属病院の高度救命救急センターの指定について

1 指定の理由

筑波大学附属病院においては、救急医療体制の整備を進めてきたところ、現在は高度救命救急センターの要件（下記2）を満たしていることから、同病院より高度救命救急センターの指定について提案があった。

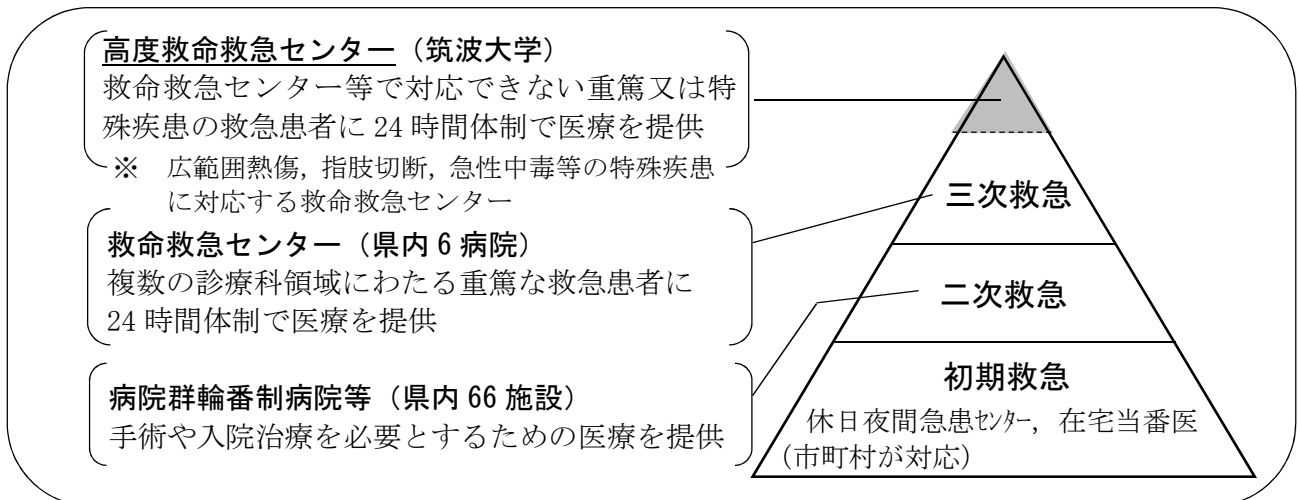
今般、県地域医療対策協議会救急医療体制検討部会において、下記3のとおり、他の救命救急センターの対応困難事例をバックアップする体制構築について合意が得られた他、救急医の確保についても効果が見込まれることから、新たに同病院を高度救命救急センターとして指定したい。

2 高度救命救急センターの要件（要旨）（国基準：救急医療対策事業実施要綱）

広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾患を含む重篤な救急患者に24時間体制で対応できること。

- (1) 概ね20床以上の救急専用病床を有すること。
- (2) センター長は救急医療や教育に精通した救急指導医などとする。
- (3) 3年程度以上、救急の臨床経験を有した救急専門医を適当数有すること。

3 高度救命救急センターを整備した場合の救急医療体制



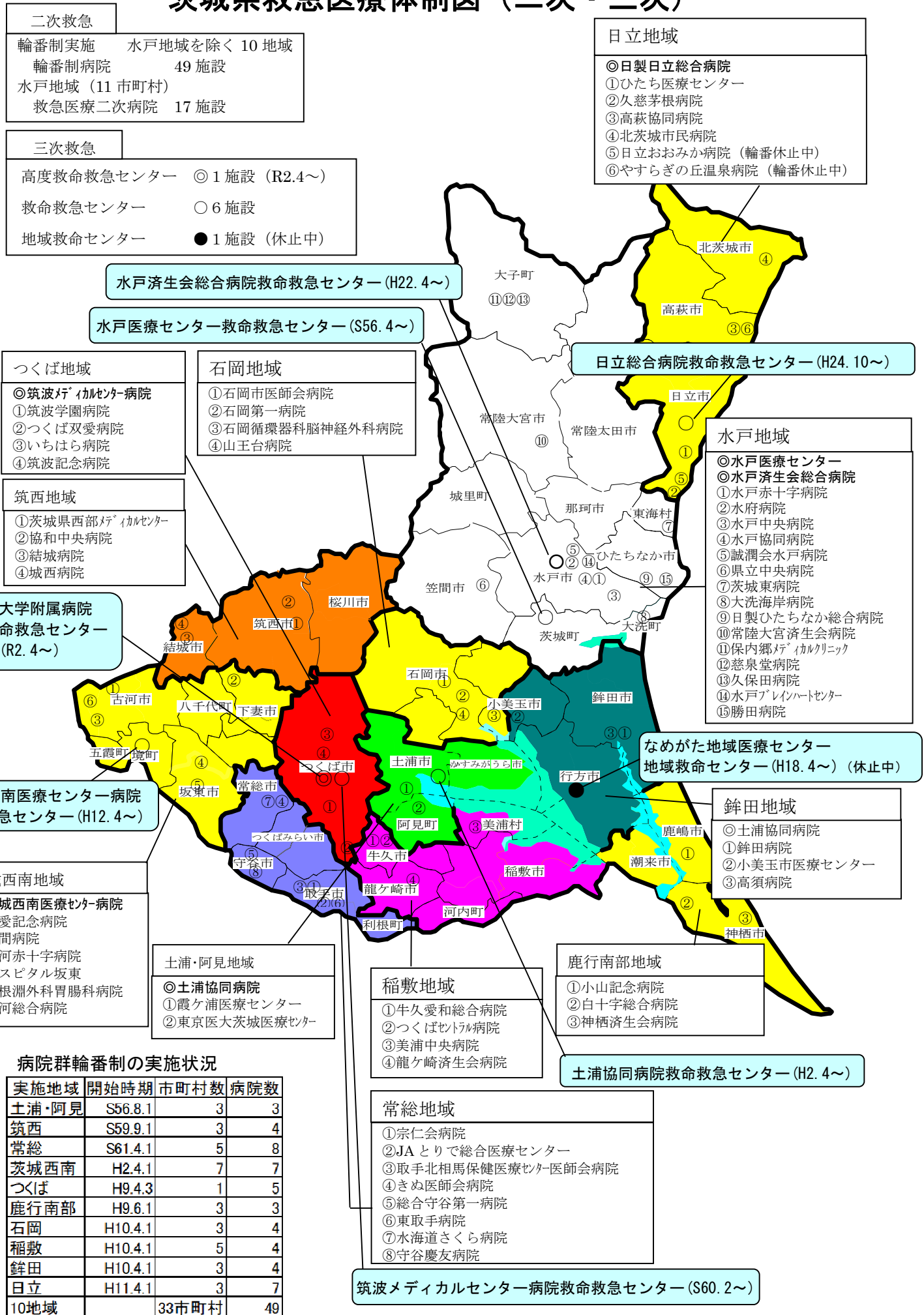
4 指定スケジュール

- | | |
|---------|------------------------------|
| 2019年3月 | センターの指定について救急医療体制整備検討部会での合意 |
| 7月30日 | 県医療審議会へ意見聴取（保健医療計画への位置づけ） |
| 9月頃 | 筑波大学から県へ指定願い |
| 10月頃 | 県が筑波大学を指定（2020年4月1日からセンター稼働） |

【筑波大学附属病院の概要】

名称：国立大学法人 筑波大学附属病院
 開設者：国立大学法人 筑波大学
 所在地：茨城県つくば市天久保2-1-1
 病床数：800床（一般759床、精神41床）
 救急搬送受入件数：3,966件（2018年）

茨城県救急医療体制図 (二次・三次)



病院群輪番制の実施状況

実施地域	開始時期	市町村数	病院数
土浦・阿見	S56.8.1	3	3
筑西	S59.9.1	3	4
常総	S61.4.1	5	8
茨城西南	H2.4.1	7	7
つくば	H9.4.3	1	5
鹿行南部	H9.6.1	3	3
石岡	H10.4.1	3	4
稲敷	H10.4.1	5	4
鉾田	H10.4.1	3	4
日立	H11.4.1	3	7
10地域		33市町村	49

災害拠点病院の指定について（医療法人社団善仁会 小山記念病院）

1 指定の概要

- (1) 名称 : 医療法人社団善仁会 小山記念病院
- (2) 開設者 : 医療法人社団善仁会 理事長 小山 典宏
- (3) 所在地 : 茨城県鹿嶋市厨5-1-2
- (4) 保健医療圏 : 鹿行保健医療圏
- (5) 病床数 : 一般194床

2 指定の理由

本県においては、全ての保健医療圏ごとに災害拠点病院を指定し、災害時に適切な救命医療を行うための体制整備を推進しているが、鹿行保健医療圏においては、病院統合に伴い鹿島労災病院に係る災害拠点病院の指定を解除(H31年1月31日)し、現在、災害拠点病院は1病院となる。

今般、小山記念病院及び神栖済生会病院から災害拠点病院指定の申請があり、指定に必要な機能が整えられることから、災害時の医療救護体制の充実を図るため、新たに当該保健医療圏の災害拠点病院として指定したい。

3 災害拠点病院としての整備状況

(1) 主な指定要件の状況

	項目	整備状況
施設・設備	耐震構造	有（診療機能施設，病院機能施設）
	自家発電装置	210KVA，4.5日分の燃料を保有
	水の確保	受水槽 100 m ³ ，3日分
	衛星電話・衛星回線インターネット	購入手続中
	重篤患者等の受入れ設備	有 HCU12床
	ヘリポート	ドクターヘリランデブーポイント（鹿嶋市）ト伝の郷公園
	EMIS 入力体制	EMIS 登録，入力体制整備
運営体制	24時間救急対応，災害時の傷病者受入れ，搬出	可能（二次救急医療機関）
	DMAT 派遣体制	DMAT1 チーム保有見込
	業務継続計画	作成済
	業務継続計画に基づく研修，訓練の実施	実施予定
	地域の二次救急病院・医療関係団体との訓練	実施済

(2) 医療機器・備品の保有状況

災害時救命医療に必要な医療機器等			災害時救命医療に必要な備品（購入手続中）	
医療機器等名	保有数	災害優先	備品名	保有数
携帯用人工蘇生器	20 台	10 台	簡易ベッド	10 台
集団災害用酸素吸入器	20 台	10 台	テント	(1 基)
CT	2 台	1 台	担架	4 台
移動用 X 線装置	2 台	2 台	投光器	(4 台)
人工呼吸器	10 台	3 台	ポータブル発電機	(1 台)
患者監視装置	57 台	10 台	食料	3 日分
人工透析装置	57 台	7 台	飲料水	3 日分
手術室	5 室	1 室	医薬品等	3 日分

災害拠点病院の指定について（神栖済生会病院）

1 指定の概要

- (1) 名 称 : 神栖済生会病院
- (2) 開 設 者 : 社会福祉法人恩賜財団済生会支部 茨城県済生会 支部長 村田 実
- (3) 所 在 地 : 茨城県神栖市知手中央7-2-45
- (4) 保健医療圏 : 鹿行保健医療圏
- (5) 病 床 数 : 一般140床

2 指定の理由

本県においては、全ての保健医療圏ごとに災害拠点病院を指定し、災害時に適切な救命医療を行うための体制整備を推進しているが、鹿行保健医療圏においては、病院統合に伴い鹿島労災病院に係る災害拠点病院の指定を解除(H31年1月31日)し、現在、災害拠点病院は1病院となる。

今般、小山記念病院及び神栖済生会病院から災害拠点病院指定の申請があり、指定に必要な機能が整えられることから、災害時の医療救護体制の充実を図るため、新たに当該保健医療圏の災害拠点病院として指定したい。

3 災害拠点病院としての整備状況

(1) 主な指定要件の状況

	項 目	整備状況
施 設 ・ 設 備	耐震構造	有（診療機能施設，病院機能施設）
	自家発電装置	225KVA，11日分の燃料を保有
	水の確保	受水槽 120 m ³ ，3日分
	衛星電話・衛星回線インターネット	購入手続中
	重篤患者等の受入れ設備	有 HCU4床
	ヘリポート	ドクターヘリランデブーポイント（神栖市）石塚運動公園
	EMIS 入力体制	EMIS 登録，入力体制整備
運 営 体 制	24時間救急対応，災害時の傷病者受入れ，搬出	可能（二次救急医療機関）
	DMAT 派遣体制	DMAT1 チーム保有見込
	業務継続計画	作成済
	業務継続計画に基づく研修，訓練の実施	実施予定
	地域の二次救急病院・医療関係団体との訓練	実施予定

(2) 医療機器・備品の保有状況

災害時救命医療に必要な医療機器等			災害時救命医療に必要な備品（購入手続中）	
医療機器等名	保有数	災害優先	備品名	保有数
携帯用人工蘇生器	9 台	4 台	簡易ベッド	(10 台)
集団災害用酸素吸入器	1 台	1 台	テント	(1 基)
CT	1 台	1 台	担架	7 台
移動用 X 線装置	1 台	1 台	投光器	(10 台)
人工呼吸器	7 台	3 台	ポータブル発電機	(5 台)
患者監視装置	10 台	5 台	食料	3 日分
人工透析装置	11 台	2 台	飲料水	3 日分
手術室	3 室	3 室	医薬品等	3.5 日分

災害拠点病院の指定について（つくばセントラル病院）

1 指定の概要

- (1) 名称 : つくばセントラル病院
- (2) 開設者 : 社会医療法人若竹会 理事長 竹島 徹
- (3) 所在地 : 茨城県牛久市柏田町1589-3
- (4) 保健医療圏 : 取手・竜ヶ崎保健医療圏
- (5) 病床数 : 一般313床

2 指定の理由

本県においては、全ての保健医療圏ごとに災害拠点病院を指定し、災害時に適切な救命医療を行うための体制整備を推進している。

取手・竜ヶ崎保健医療圏においては、現在1病院を災害拠点病院として指定しているところであるが、今般、つくばセントラル病院から災害拠点病院指定の申請があり、指定に必要な機能が整えられることから、災害時の医療救護体制の充実を図るため、新たに当該保健医療圏の地域災害拠点病院として指定したい。

3 災害拠点病院としての整備状況

(1) 主な指定要件の状況

	項目	整備状況
施設・設備	耐震構造	有（診療機能施設，病院機能施設）
	自家発電装置	930KVA，3日分の燃料を保有
	水の確保	受水槽 135 m ³ ，井戸有
	衛星電話・衛星回線インターネット	購入手続中
	重篤患者等の受入れ設備	有 HCU 8床
	ヘリポート	ドクターヘリランデブーポイント（牛久市）栄町運動公園
運営体制	EMIS 入力体制	EMIS 登録，入力体制整備
	24時間救急対応，災害時の傷病者受入れ，搬出	可能（二次救急医療機関）
	DMAT 派遣体制	DMAT1 チーム保有見込
	業務継続計画	作成済
	業務継続計画に基づく研修，訓練の実施	実施済
	地域の二次救急病院・医療関係団体との訓練	実施予定

(2) 医療機器・備品の保有状況

災害時救命医療に必要な医療機器等			災害時救命医療に必要な備品（購入手続中）	
医療機器等名	保有数	災害優先	備品名	保有数
携帯用人工蘇生器	58 台	10 台	簡易ベッド	(50 台)
集団災害用酸素吸入器	1 台	1 台	テント	3 基
CT	1 台	1 台	担架	(50 台)
移動用 X 線装置	1 台	1 台	投光器	(2 台)
人工呼吸器	12 台	3 台	ポータブル発電機	(1 台)
患者監視装置	39 台	8 台	食料	3 日分
人工透析装置	82 台	30 台	飲料水	3 日分
手術室	3 室	3 室	医薬品等	3 日分

災害拠点病院の指定について（筑波記念病院）

1 指定の概要

- (1) 名称 : 筑波記念病院
- (2) 開設者 : 医療法人社団筑波記念会 理事長 小關 剛
- (3) 所在地 : 茨城県つくば市要 1 1 8 7 - 2 9 9
- (4) 保健医療圏 : つくば保健医療圏
- (5) 病床数 : 一般 3 8 7 床

2 指定の理由

本県においては、全ての保健医療圏ごとに災害拠点病院を指定し、災害時に適切な救命医療を行うための体制整備を推進している。

つくば保健医療圏においては、現在2病院を災害拠点病院として指定しているところであるが、今般、筑波記念病院から災害拠点病院指定の申請があり、指定に必要な機能を有することから、災害時の医療救護体制の更なる充実を図るため、新たに当該保健医療圏の地域災害拠点病院として指定したい。

3 災害拠点病院としての整備状況

(1) 主な指定要件の状況

	項目	整備状況
施設・設備	耐震構造	有（診療機能施設，病院機能施設）
	自家発電装置	765KVA，3日分の燃料を保有
	水の確保	受水槽 316 m ³ ，井戸有
	衛星電話・衛星回線インターネット	有
	重篤患者等の受入れ設備	有 ICU 8床
	ヘリポート	有（地表・隣接地）
運営体制	EMIS 入力体制	EMIS 登録，入力体制整備
	24時間救急対応，災害時の傷病者受入れ，搬出	可能（二次救急医療機関）
	DMAT 派遣体制	DMAT1 チーム保有
	業務継続計画	作成済
	業務継続計画に基づく研修，訓練の実施	実施済
	地域の二次救急病院・医療関係団体との訓練	実施済

(2) 医療機器・備品の保有状況

災害時救命医療に必要な医療機器等			災害時救命医療に必要な備品（購入手続中）	
医療機器等名	保有数	災害優先	備品名	保有数
携帯用人工蘇生器	1台	1台	簡易ベッド	5台
集団災害用酸素吸入器	1台	1台	テント	1基
CT	1台	1台	担架	10台
移動用 X 線装置	3台	3台	投光器	3台
人工呼吸器	24台	8台	ポータブル発電機	(1台)
患者監視装置	100台	15台	食料	3日分
人工透析装置	4台	2台	飲料水	3日分
手術室	5室	1室	医薬品等	3日分

(参考) 県内災害拠点病院の指定状況

区分	保健医療圏	医療機関名	
基幹災害拠点 病院 (2)	全県	水戸赤十字病院	
		独立行政法人国立病院機構水戸医療センター	
地域災害拠点 病院 (13)	水戸	茨城県立中央病院	
		水戸済生会総合病院	
	常陸太田・ひたちなか	株式会社日立製作所ひたちなか総合病院	
	日立	株式会社日立製作所日立総合病院	
	鹿行	土浦	土浦協同病院なめがた地域医療センター
			※医療法人社団善仁会 小山記念病院
			※神栖済生会病院
	土浦	総合病院土浦協同病院	
	つくば	つくば	筑波メディカルセンター病院
			筑波大学附属病院
			※筑波記念病院
	取手・竜ヶ崎	取手・竜ヶ崎	J Aとりで総合医療センター
			※つくばセントラル病院
筑西・下妻	茨城県西部メディカルセンター		
古河・坂東	古河・坂東	古河赤十字病院	
		茨城西南医療センター病院	
合計 14 (基幹 2 地域 12) →合計 18 (基幹 2 地域 16)			

地域医療支援病院の名称使用の承認について

1 2019年度第2回茨城県医療審議会保健医療計画部会において承認された病院 【令和元年7月30日開催】

承認件数 2件

2 承認された病院の概要

	二次保健 医療圏	病院の名称	所在地	開設者	病床数
1	水戸	総合病院 水戸協同病院	水戸市	茨城県厚生農業協 同組合連合会	一般389床
2	取手 ・ 竜ヶ崎	東京医科大学 茨城医療センター	阿見町	学校法人 東京医科大学	一般501床

※ 承認の要件については、別紙「地域医療支援病院について」を参照。

地域医療支援病院について

1 地域医療支援病院とは

地域医療支援病院とは、地域医療の充実を図るため、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じてかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の中核となる病院について、都道府県知事が医療審議会の意見を聴いて名称の使用を承認するものである。

2 地域医療の充実

紹介患者に対する医療の提供、施設・設備の共同利用の実施、医療従事者の研修の実施など、地域医療支援病院が、かかりつけ医を支援し、地域の医療機関との適切な役割分担と連携を図っていくことにより、地域医療の充実が図られる。

3 診療報酬上の評価

地域医療支援病院入院診療加算として、入院初日に限り 1,000 点が加算できる。

4 主な承認要件（医療法、医療法施行規則、厚生省健康政策局長通知等）

- (1) 開設者が次のいずれかの要件を満たしていること（医療法第4条第1項、厚生省健康政策局長通知）
 - ア 国，都道府県，市町村，医療法人（社会医療法人含む），公的医療機関等
 - イ エイズ拠点病院又は地域がん診療拠点病院である保険医療機関
- (2) 次のいずれかに該当すること。（医療法第4条第1項第1号、厚生省健康政策局長通知）
 - ア 紹介率が80%以上であること。
 - イ 紹介率が65%以上であり、かつ、逆紹介率が40%以上であること。
 - ウ 紹介率が50%以上であり、かつ、逆紹介率が70%以上であること。
- (3) 地域の医師等に病院の病床、設備等を利用させるなど共同利用の体制が整っていること。（医療法第4条第1項第1号、厚生省健康政策局長通知）
- (4) 救急医療の提供を行っていること。（救急自動車搬送件数1,000以上等）
（医療法第4条第1項第2号、厚生省健康政策局長通知）
- (5) 原則200床以上の病院であること。（医療法第4条第1項第4号、医療法施行規則第6条の2）

5 本県の承認状況（平成31年4月現在）：7保健医療圏に全17病院が承認

二次保健医療圏	病 院 名	() 内は承認年度
水戸	・水戸医療センター (H18) ・水戸赤十字病院 (H23)	・水戸済生会総合病院 (H20) ・茨城県立中央病院 (H23)
日立	・(株)日立製作所日立総合病院 (H27)	
常陸太田・ひたちなか	・茨城東病院 (H19)	・(株)日立製作所ひたちなか総合病院 (H23)
鹿行		—
土浦	・霞ヶ浦医療センター (H20)	・総合病院土浦協同病院 (H30)
つくば	・筑波メディカルセンター病院 (H11)	・筑波記念病院 (H24)
取手・竜ヶ崎	・取手北相馬保健医療センター医師会病院 (H18)	・JAとりで総合医療センター (H20) ・つくばセントラル病院 (H30)
筑西・下妻		—
古河・坂東	・友愛記念病院 (H26)	・古河赤十字病院 (H27)
	・茨城西南医療センター病院 (H30)	

医師確保計画及び外来医療計画の策定について

1. 計画策定の趣旨

- 高齢者数がピークを迎える 2040 年を展望し、医療提供体制の改革を進める上で、医療機能の重複や都市部への集中などによる医療資源の分散・偏在といった課題に対応するため、地域医療構想の実現だけでなく、医師・医療従事者の働き方改革の推進や実効性のある医師偏在対策を着実に進める必要がある。
- 国としては、医師の偏在は、地域間・診療科間のそれぞれにおいて長きにわたる課題とし、2008 年度以降、地域枠を中心とした全国的な医師数を増加させてきたものの、地域や診療科といったミクロの領域での医師不足の解消にはつながっていないと認識。
- このため、医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会において、早急に対応する必要がある実効的な医師偏在対策について検討・とりまとめを行い、これを踏まえて「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が 2018 年 7 月に成立し、今後の医師偏在対策の基本的な枠組みが定められ、2019 年度内に各都道府県が医師確保計画及び外来医療計画を策定することとなった。
- これを踏まえ、「医療法及び医師法の一部を改正する法律の施行について」（平成 31 年 3 月 29 日付厚生労働省医政局長通知）により、「医師確保計画ガイドライン」及び「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」が示されたところ。

2. 茨城県第 7 次保健医療計画における位置づけ

- これまで、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員等を合わせた「保健医療従事者の確保」として記載していたところ、医師について項目を独立し、新たに「医師確保計画」として策定する。
- また、5 疾病 5 事業及び在宅医療に加え、新たに外来医療に係る医療体制として、外来医療計画を策定する。

3. 計画期間

- 来年度から開始する第 7 次計画の期間を 4 年間とし、次期以降は計画期間を 3 年間とする。
- 医師確保計画は、第 9 次後期計画が終了する 2036 年時点で、各都道府県における医師の需給均衡達成を目標とする。

医療計画	第 7 次		第 8 次		第 9 次	
	2018～2023 年度		2024～2029 年度		2030～2035 年度	
医師確保計画	第 7 次 2020～2023 年度		第 8 次前期 2024～2026 年度	第 8 次後期 2027～2029 年度	第 9 次前期 2030～2032 年度	第 9 次後期 2033～2035 年度
外来医療計画						

4. 計画の検討・協議体制とスケジュール

- 医師確保計画及び外来医療計画は医療計画の一部であることから、医療審議会への協議を経て県が策定する。
- 医師確保計画の策定に係る検討・協議は地域医療対策協議会で行う。また、救急、小児、周産期の各部会において個別テーマについての検討を行うとともに、地域医療構想との整合を図るため、必要に応じ、地域医療構想調整会議への協議を行う。
- 外来医療計画の策定に係る検討・協議は、原則二次医療圏ごとに行うこととされているため、二次医療圏ごとに設置されている地域医療構想調整会議において行う。
- 計画の策定にあたっては、各会議における議論や協議結果を公表し、透明性を確保する。

	医師確保計画		外来医療 計画
	本体	小児・周産期	
5月	■5/21 計画策定ガイドライン厚労省説明会		↑ 地域医療構想等調整会議における検討 ↓
6月	■6/5 地域医療対策協議会① ・計画策定の趣旨・記載事項，計画の検討・協議体制，スケジュール， 医師偏在指標等 ・流出入調整方針（案）		
	報告	■6/25 小児・周産期部会 ■6/27 救急部会	
	■6/28 地域医療対策協議会② ・計画骨子素案及び具体的な検討事項の整理 ・臨床研修医の定員設定 ※本年度より地対協協議事項 ■6/末 厚生労働省へ流出入調整結果報告		
7月	■7/30 医療審議会 ・進捗状況等報告		
	■7/末 国が医師偏在指標を確定 → 医師少数・多数区域，産科・小児科の相対的医師少数区域，外来医師 多数区域が確定		
8月	計画骨子案作成		↑ 各 部 会 に お け る 検 討 ↓
	■小児・周産期部会 ・計画骨子案決定	■地域医療対策協議会③ ・小児・周産期部会報告，計画骨子案決定 ・専攻医募集プログラム協議	
9～10月	計画素案作成		
11月	■小児・周産期部会 ・計画素案決定	■地域医療対策協議会④ ・小児・周産期部会報告，計画素案決定	
	計画案作成		
12月	■小児・周産期部会 ・計画案決定	■地域医療対策協議会⑤ ・小児・周産期部会報告，計画案決定	
	■医療審議会（保健医療計画部会） ■パブリックコメント ■関係団体・市町村等からの意見聴取		
	2月		
3月	■地域医療対策協議会⑥ ・最終案決定		
	■医療審議会（保健医療計画部会） ・答申 ■県において計画策定・公表		

5. 計画の記載事項

○ 医師確保計画は、医師全体の計画と産科及び小児科に限定した計画を定める。

産科・小児科については、医療計画上、政策的に医療の確保を図る必要があり、一定の前提の下、診療科と疾病・診療行為との対応を現時点で整理することが可能であることから、暫定的に産科・小児科について診療科別医師偏在指標を示し、地域偏在是正に向けた対応等を行うこととされた。

【医師確保計画の構成及び記載事項】

医師確保計画		
全 体	産 科	小 児 科
■ 医師偏在指標 ・ 県，二次医療圏毎に算定 ・ 現在・将来（2036年）別 ・ 都道府県間・二次医療圏間の患者の流出入を調整	■ 医師偏在指標 ・ 県，周産期医療圏毎に算定	■ 医師偏在指標 ・ 県，小児医療圏毎に算定 ・ 都道府県間・医療圏間の患者の流出入を調整
■ 医師多数区域（上位 33.3%）・医師少数区域（下位 33.3%）の設定 ■ 医師少数スポットの設定	■ 相対的医師少数区域（下位 33.3%）の設定 ・ 画一的に医師確保を図る区域と考えるのではなく、医療提供体制の整備にあたり「特に配慮が必要な区域」として考える。	
■ 目標医師数（2023年度末） ・ 県，二次医療圏毎に <u>計画期間の目標を設定</u> ■ 将来時点（2036年）の必要医師数 ・ 今後の地域枠・地元出身者枠の設定の根拠とする	■ 偏在対策基準医師数（2023年度末） ・ 県，周産期医療圏毎，小児医療圏毎に計画期間内に下位 33.3%に達することとなる医師数。 → 「 <u>機械的に算出される数値であり，確保すべき医師数の目標ではない。</u> 」	
■ 目標医師数を達成するための施策 ・ 医師の派遣調整 ・ キャリア形成プログラム ・ 医師の働き方改革を踏まえた医師確保対策と連携した勤務環境改善支援 ・ 地域医療介護総合確保基金の活用	■ 偏在対策基準医師数を踏まえた施策 ① 地域偏在対策（圏域の見直し，圏域間連携，医療機関の集約化・重点化） → 他区域からの医師派遣のみで解消を目指すべきでない。 ② ①によってもなお偏在が解消されない場合，医師を確保する（増やす） → 派遣，養成（専攻医，キャリア形成プログラム），勤務環境改善	
■ 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定 ・ 地域枠・地元出身者枠の設定の考え方 ・ 各都道府県において必要な地域枠・地元出身者枠の数 ・ 地域枠の選抜方式等について		

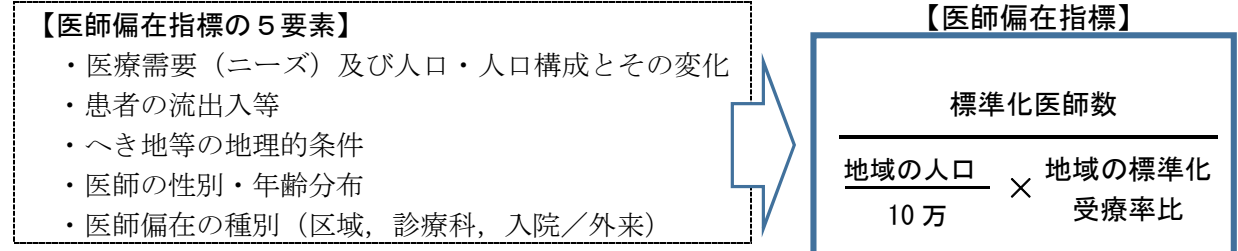
国の統計調査等をベースに、厚労省が全国一律の基準を用いて算出

県としての方針・施策を具体化（地对協における中心的な議論）

6. 医師偏在指標及び医師多数区域・医師少数区域等

① 医師偏在指標

- これまで、地域ごとの医師数の比較には人口 10 万人対医師数が一般的に用いられてきたが、地域ごとの医療ニーズや人口構成等を反映しておらず、医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たしていなかった。
- このため、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として次の「5要素」を考慮した医師偏在指標を設定する。



② 医師少数区域・医師多数区域

- 医師少数区域は、医師偏在指標の下位一定割合に属する医療圏として定義し、2036 年度の医師偏在是正達成を見込み、その割合を 33.3%に定めている。
- 具体的には、医師確保計画の 1 計画期間（3 年間）ごとにその時点での下位 33.3%を医師少数都道府県・医師少数区域とし、これに属する都道府県・二次医療圏が下位 33.3%を脱することを繰り返すことで、2036 年度に全国の医師偏在是正が達成されることを見込んでいる。
- なお、医師多数区域及び医師多数都道府県の設定の基準は医師確保対策の遂行上の需給バランスの観点から医師偏在指標の上位 33.3%と定めており、医師確保施策の抑制が求められる。

③ 本県の医師偏在指標（平成 31 年 3 月末時点）

- 本県は、全都道府県で 42 位の医師少数県となっている。
- また、二次医療圏の内 2 医療圏が医師多数区域，6 医療圏が医師少数区域となっている。

計画期間開始時の偏在指標の下位 33.3%に達するために要する医師数を計画期間の目標として設定 → 県全体で 795 人，医師少数区域合計で 355 人の増員が必要

No.	医師偏在指標				標準化医師数 (人)	2023年		人口10万対医師数
	上位33.3% (↑) 下位33.3% (↓)	都道府県名	二次医療圏名	医師偏在指標 (入院患者流出入及び昼間人口を考慮)		目標医師数	確保すべき医師数	
	-	-	00全国	238.6	304.7			238
42	↓	08 茨城県		180.2	5,255	6,050.1	795.2	177.6
12	↑	08 茨城県	0806つくば	353.2	1,356	643.7	-	374.3
107	↑	08 茨城県	0801水戸	204.5	1,078	835.9	-	227.2
144		08 茨城県	0805土浦	188.9	551	451.3	-	208.8
231	↓	08 茨城県	0807取手・竜ヶ崎	160.2	750	757.0	7.4	160.5
286	↓	08 茨城県	0809古河・坂東	141.0	306	331.7	25.7	133.6
307	↓	08 茨城県	0802日立	129.7	368	439.2	71.0	145.0
318	↓	08 茨城県	0803常陸太田・ひたちなか	120.5	368	465.7	98.0	103.6
324	↓	08 茨城県	0804鹿行	116.7	232	303.0	71.1	89.0
329	↓	08 茨城県	0808筑西・下妻	112.3	248	329.5	81.8	97.9

医師少数区域以外の目標医師数は参考値。県全体の増員目標（795 人）の範囲内であれば、都道府県が独自に設定可能

7. 産科・小児科に係る指標等

① 医師偏在指標等の算出方法等

	産科	小児科
医師偏在指標	$\frac{\text{標準化産科・産婦人科小児科医師数}}{\text{分娩件数} \div 100}$	$\frac{\text{標準化小児科医師数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比}}$
設定区域	県, 周産期医療圏	県, 小児医療圏
医療需要	分娩数 (医療施設調査)	年少人口 (15歳未満)
流出入調整	不要 ※「里帰り出産」等の流出入を把握できる調査がない	要 ※都道府県間・二次医療圏間で年少者患者の流出入を調整(NDB)
医療供給	産科医師数+産婦人科医師数 (医師・歯科医師・薬剤師調査等)	小児科医師数 (医師・歯科医師・薬剤師調査)
医師少数県, 医師少数区域等	相対的医師少数都道府県, 相対的医師少数区域 (下位 33.3%)	

② 本県の医師偏在指標 (平成 31 年 3 月末時点)

【産科】

- ・ 県としては、全都道府県の下位 33.3%に含まれる相対的医師少数県
- ・ 本県の周産期医療圏は相対的医師少数区域ではないものの、全て全国平均を下回る。

		医師偏在指標	(順位)
全国平均		12.8	—
茨城県		10.3	41位/47都道府県
周産期 医療圏	県南・鹿行	11.9	120位/284医療圏
	つくば・県西	9.9	171位/284医療圏
	県央・県北	9.5	183位/284医療圏
	新川(富山県)※下位33.3%	9.2	192位/284医療圏

【小児科】※流出入調整前

- ・ 県としては、全都道府県最下位、下位 33.3%に含まれる相対的医師少数県
- ・ 本県の8つの小児医療圏内、6つの医療圏が下位 33.3%に含まれる相対的医師少数区域

		医師偏在指標	(順位)
全国平均		106.2	—
茨城県		82.1	47位/47都道府県
小児 医療圏	土浦広域地域	115.0	84位/311医療圏
	つくば市・筑西地域	107.2	109位/311医療圏
	橋本(和歌山県)※下位33.3%	86.5	208位/311医療圏
	茨城西南地域	77.9	240位/311医療圏
	県央・県北地域	73.3	254位/311医療圏
	常総地域	71.2	262位/311医療圏
	日立地域	59.5	293位/311医療圏
	稲敷地域	51.9	300位/311医療圏
鹿行南部地域	49.4	305位/311医療圏	

8. 外来医療計画について

① 計画策定の趣旨

- 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、医療機関の連携の取組が自主的な取組に委ねられていること等の状況。
- このため、外来機能に関する情報を可視化し、その情報を新規開業者へ情報提供し、個々の医師の行動変容を促し、偏在是正を推進。
- さらに、地域の医療関係者間等において外来医療機関間での機能分化・連携や医療設備・機器等の共同利用等の方針等について協議を行い地域ごとに方針を決定。

<計画に盛り込む内容>

(1) 新規開業者等に対する情報提供

外来医師偏在指標を用いた二次医療圏ごとの外来医師偏在状況、及び外来医師多数区域においては、新規開業者に要請を行う地域で不足する外来医療機能及び要請手続き。
(外来医師偏在指標においては、外来医師少数区域は設定しないこととなっている。)

(2) 地域で不足する外来医療機能

初期救急医療や在宅医療の提供体制など地域で不足する外来医療機能について、地域医療構想調整会議など二次医療圏単位で協議を行った結果。

(3) 医療機器の効率的な活用に係る計画

医療機器の配置状況を可視化する指標を用いた地域ごとの医療機器の配置状況、地域ごとの共同利用の方針及び共同利用計画の記載事項とチェックのためのプロセス。

※ 外来医療計画に係る協議・検討は、原則二次医療圏毎に協議の場を設けて行うこととされているため、地域医療構想調整会議（事務局：保健所）において行う。

② 外来医師偏在指標

(1) 算出方法

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

(2) 外来医師偏在指標

・本県の二次医療圏は、全て外来医師多数区域には該当していない。

	外来医師偏在指標	順位／335 医療圏
全国	106.3	—
茨城県	82.4	—
川崎北部（神奈川県）※上位 33.3%	103.9	112 位
土浦	103.3	116 位
つくば	102.4	124 位
水戸	94.0	180 位
日立	69.7	309 位
取手・竜ヶ崎	88.5	218 位
常陸太田・ひたちなか	61.9	324 位
古河・坂東	78.8	263 位
筑西・下妻	74.8	289 位
鹿行	60.5	328 位

③ 外来医療計画骨子（案）

章	節	項目名
I 総論		外来医療計画に関する協議の場設置等
II 各論	1 新規開業者等に対する情報提供	外来医師偏在指標等
	2 地域で不足する外来医療機能に係る計画※	(1)現状と課題
		(2)将来目指すべき姿
		(3)方策 ①初期救急医療 ②在宅医療 等
	3 医療機器の効果的な活用に係る計画※	(1)医療機器の配置，保有状況に関する情報
		(2)共同利用の方針
		(3)共同利用計画の記載事項とチェックのためのプロセス

※二次医療圏ごとに記載。

平成30年度病床機能報告の結果（速報値）について

1 制度概要

- 医療機関が有する病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能の現状と今後の方向を自ら選択し、病棟単位を基本として報告する仕組み。
- 地域医療構想の目的である病床機能の分化・連携を実現するための、地域の医療機関が担っている医療機能の把握・分析ツールの1つ。

2 集計結果

（単位：床・％）

病床機能	茨城県				全国	
	平成29年 A	平成30年 B (速報値)	差分 B-A	2025年における 病床の必要量 【参考】	平成29年	平成30年
高度急性期	1,791 (7.0)	1,827 (7.5)	36	2,178 (10.0)	162,901 (13.1)	159,660 (12.8)
急性期	13,811 (54.1)	12,715 (52.6)	△1,096	7,445 (34.2)	582,172 (46.7)	568,733 (45.7)
回復期	2,260 (8.9)	2,624 (10.9)	364	7,117 (32.7)	151,663 (12.2)	170,960 (13.7)
慢性期	6,426 (25.2)	5,977 (24.7)	△ 449	5,015 (23.1)	349,297 (28.0)	346,458 (27.8)
休棟中等 ^{※2}	1,237 (4.8)	1,046 (4.3)	△ 191	—	—	—
小計	25,525	24,170	△1,355	21,755	1,246,033	1,217,942

※1 H30.11.15時点で厚労省に報告のあったもの。

※2 休棟中等には、休棟中、休棟後の再開の予定なし、休棟・廃止予定、無回答が該当。

- 本県の医療機能は、2025年における病床の必要量及び全国値と比較し、急性期機能の占める割合が高く、回復期機能、高度急性期機能の占める割合が低い。
- 平成29年度の結果と比較すると、高度急性期機能・回復期機能の増加及び急性期機能・慢性期機能の減少が見られる。
- 今回の速報値には、昨年度実施の意向調査を踏まえた回復期への転換病床数が反映されていないため、実際よりも回復期の差分が少なくなっている。（確定値では、回復期病床数が今回の速報値より230床程度増え、年間転換目標数500床を超える見込み。）

3 平成29年度と平成30年度で転換した主な病院（転換病床数50床以上の病院）

病床機能	病院名(二次医療圏)	転換 病床数	病床機能(病床数)	
			平成29年	平成30年
急性期	青柳病院(水戸)	△ 60	急性(60)	回復(60)
	石岡市医師会病院(土浦)	+ 75	回復(75)	急性(75)
	なめがた地域医療センター(鹿行)	△ 65	急性(159),回復(41),休	急性(94),回復(90),休
	日鉦記念病院(日立)	△ 60	急性(60)	回復(60)
	守谷慶友病院(取手)	△ 104	急性(178)	急性(74),回復(46),慢性(58)
回復期	青柳病院(水戸)【再掲】	+ 60	急性(60)	回復(60)
	石塚地方病院(水戸)	+ 50	慢性(50)	回復(50)
	石岡市医師会病院(土浦)【再掲】	△ 75	回復(75)	急性(75)
	日鉦記念病院(日立)【再掲】	+ 60	急性(60)	回復(60)
慢性期	ひたち医療センター(日立)	+ 50	慢性(0),休	慢性(50),休
	守谷慶友病院(取手)【再掲】	+ 58	急性(178)	急性(74),回復(46),慢性(58)
	石塚地方病院(水戸)【再掲】	△ 50	慢性(50)	回復(50)

4 今後の対応

本調査結果を基に各圏域の地域医療構想調整会議において、病床機能の分化・連携等について協議するとともに、本調査結果について別途HPに公表する。

病床機能報告対象病院一覧（H30速報値）

医療機関名		所在地	全体	高次急性期	急性期	回復期	慢性期	病床中率	
水戸	石崎病院	茨城町	47	0	0	0	47	0	
	水戸医療センター	茨城町	500	163	304	0	33	0	
	石塚地方病院	城里町	50	0	0	50	0	0	
	小美玉市医療センター	小美玉市	80	0	41	0	0	39	
	石岡循環器科脳神経外科病院	小美玉市	63	0	63	0	0	0	
	小川南病院	小美玉市	90	0	0	0	90	0	
	美野野病院	小美玉市	111	0	0	0	111	0	
	立川記念病院	笠間市	119	0	65	0	54	0	
	茨城県立中央病院	笠間市	475	57	418	0	0	0	
	石本病院	笠間市	45	0	45	0	0	0	
	笠間市立病院	笠間市	30	0	30	0	0	0	
	北水会記念病院	水戸市	128	0	83	45	0	0	
	茨城県立こども病院	水戸市	115	47	68	0	0	0	
	住吉クリニック病院	水戸市	70	0	70	0	0	0	
	水府病院	水戸市	131	0	94	37	0	0	
	城南病院	水戸市	113	0	47	36	0	30	
	水戸赤十字病院	水戸市	473	0	333	58	20	62	
	茨城県立あすなろの郷病院	水戸市	50	0	0	0	50	0	
	志村病院	水戸市	70	0	45	0	25	0	
	小沢眼科内科病院	水戸市	46	0	46	0	0	0	
	水戸ブレインハートセンター	水戸市	88	0	88	0	0	0	
	青柳病院	水戸市	60	0	0	60	0	0	
	石渡産婦人科病院	水戸市	30	0	30	0	0	0	
	丹野病院	水戸市	138	0	0	60	60	18	
	誠潤会水戸病院	水戸市	43	0	43	0	0	0	
	水戸済生会総合病院	水戸市	472	16	383	30	16	27	
	岩崎病院	水戸市	31	0	31	0	0	0	
	水戸中央病院	水戸市	178	0	90	0	88	0	
	大橋会大橋病院	水戸市	43	0	43	0	0	0	
	相川内科病院	水戸市	39	0	39	0	0	0	
	みと南ヶ丘病院	水戸市	48	0	0	0	48	0	
	総合病院 水戸協同病院	水戸市	389	6	341	42	0	0	
	大久保病院	水戸市	194	0	64	68	62	0	
	東前病院	水戸市	104	0	0	0	104	0	
	江幡産婦人科・内科病院	水戸市	49	0	49	0	0	0	
	35病院 計		4,712	289	2,953	486	808	176	
	20有床診療所 計		277	0	161	30	57	29	
	合計(35病院+20有床診療)		4,989	289	3,114	516	865	205	
(参考) 2025年必要病床数		4,478	621	1,828	1,510	721			
日立	北茨城市民病院	北茨城市	183	0	137	0	46	0	
	瀧野病院	北茨城市	114	0	0	0	114	0	
	廣橋病院	北茨城市	60	0	0	0	60	0	
	医療型障害児入所施設 水方苑	高萩市	60	0	0	0	60	0	
	やすらぎの丘温泉病院	高萩市	172	0	41	27	104	0	
	東北医療センター 高萩協同病院	高萩市	199	0	144	55	0	0	
	嶋崎病院	日立市	47	0	47	0	0	0	
	川崎胃腸科肛門科病院	日立市	45	0	45	0	0	0	
	日立総合病院	日立市	647	26	466	46	0	109	
	愛国会ひたち医療センター	日立市	273	0	132	0	50	91	
	聖鹿メモリアル病院	日立市	72	41	31	0	0	0	
	日立港病院	日立市	83	0	45	0	38	0	
	久慈茅根病院	日立市	77	0	59	0	0	18	
	日立おおみか病院	日立市	90	0	60	0	0	30	
	日鉱記念病院	日立市	98	0	0	60	0	38	
	回春荘病院	日立市	85	0	0	0	85	0	
	田原ヶ丘病院	日立市	270	0	44	0	226	0	
	17病院 計		2,575	67	1,251	188	783	286	
	7有床診療所 計		99	0	58	0	19	22	
	合計(17病院+7有床診療)		2,674	67	1,309	188	802	308	
	(参考) 2025年必要病床数		1,850	172	619	713	346		
	常陸太田・ひたちなか	久保田病院	大子町	53	0	0	0	53	0
		慈泉堂病院	大子町	48	0	48	0	0	0
		村立東海病院	東海村	80	0	40	40	0	0
		茨城東病院	東海村	326	4	202	0	120	0
		小豆畑病院	那珂市	90	0	42	0	48	0
		西山堂慶和病院	那珂市	199	0	60	33	60	46
		川崎病院	常陸太田市	0	0	0	0	0	0
		大山病院	常陸太田市	90	0	50	0	0	40
		太田病院	常陸太田市	35	0	0	0	35	0
		西山堂病院	常陸太田市	115	0	59	0	56	0
		藤井病院	常陸太田市	125	0	46	0	79	0
		常陸大宮済生会病院	常陸大宮市	156	0	156	0	0	0
		志村大宮病院	常陸大宮市	178	0	60	50	68	0
		ひたちなか母と子の病院	ひたちなか市	28	0	28	0	0	0
		浦川会勝田病院	ひたちなか市	85	0	54	0	31	0
		ひたちなか総合病院	ひたちなか市	300	20	230	50	0	0
		北友会勝田病院	ひたちなか市	99	0	0	0	74	25
17病院 計			2,007	24	1,075	173	624	111	
22有床診療所 計			356	0	177	36	105	38	
合計(17病院+22有床診療)			2,363	24	1,252	209	729	149	
(参考) 2025年必要病床数			2,112	150	673	738	551		
鹿嶋		鹿嶋病院	鹿嶋市	77	0	0	38	39	0
		鹿嶋神宮前病院	鹿嶋市	170	0	0	0	170	0
		小山記念病院	鹿嶋市	224	0	194	30	0	0
		白十字総合病院	神栖市	304	0	154	40	90	20
		清仁会病院	神栖市	134	0	0	0	134	0
		神栖済生会病院	神栖市	179	0	140	0	39	0
		鹿嶋労災病院	神栖市	199	0	100	0	0	99
		渡辺病院	神栖市	96	0	0	0	96	0
		土浦協同病院なめがた地域医療センター	行方市	199	0	94	90	0	15
		銚田病院	銚田市	62	0	62	0	0	0
		高須病院	銚田市	55	0	55	0	0	0
		11病院 計		1,699	0	799	198	568	134
		7有床診療所 計		93	0	74	0	19	0
		合計(11病院+7有床診療)		1,792	0	873	198	587	134
		(参考) 2025年必要病床数		1,265	70	373	443	379	

医療機関名		所在地	全体	高次急性期	急性期	回復期	慢性期	病床中率
土浦	豊後荘病院	石岡市	100	0	0	0	100	0
	八郷整形外科内科病院	石岡市	106	0	26	0	80	0
	久保田病院	石岡市	40	0	0	0	40	0
	山王台病院	石岡市	52	0	52	0	0	0
	旭台病院	石岡市	60	0	0	0	60	0
	石岡第一病院	石岡市	126	0	86	40	0	0
	石岡市医師会病院	石岡市	120	0	75	0	45	0
	神立病院	土浦市	160	0	60	47	53	0
	都和病院	土浦市	42	0	0	0	42	0
	霞ヶ浦医療センター	土浦市	250	0	212	38	0	0
	土浦協同病院	土浦市	794	702	72	20	0	0
	真南病院	土浦市	83	0	32	51	0	0
	野上病院	土浦市	0	0	0	0	0	0
	13病院 計		1,933	702	615	196	420	0
11有床診療所 計		124	0	84	21	19	0	
合計(13病院+11有床診療)		2,057	702	699	217	439	0	
(参考) 2025年必要病床数		1,930	236	687	642	365		
つくば	きのこ医師会病院	常総市	124	0	124	0	0	0
	水海道西部病院	常総市	120	0	52	0	68	0
	水海道さくら病院	常総市	93	0	0	38	55	0
	いちほら病院	つくば市	199	0	79	120	0	0
	筑波学園病院	つくば市	295	10	285	0	0	0
	筑波中央病院	つくば市	53	0	53	0	0	0
	筑波記念病院	つくば市	487	8	327	101	51	0
	つくば双葉病院	つくば市	176	0	64	0	112	0
	宮本病院	つくば市	43	0	0	0	43	0
	筑波メディカルセンター病院	つくば市	450	40	410	0	0	0
	室崎アオイ病院	つくば市	180	0	0	0	180	0
	筑波大学附属病院	つくば市	759	609	150	0	0	0
	筑波病院	つくば市	199	0	0	0	199	0
	13病院 計		3,178	667	1,544	259	708	19
	7有床診療所 計		65	0	65	0	0	19
	合計(13病院+7有床診療)		3,243	667	1,609	259	708	19
	(参考) 2025年必要病床数		3,489	436	1,208	895	949	
取手・竜崎	茨城県立医療大学付属病院	阿見町	120	0	0	0	120	0
	東京医科大学茨城医療センター	阿見町	501	8	372	40	0	81
	宮本病院	稲敷市	143	0	0	32	111	0
	牛久愛和総合病院	牛久市	489	10	259	43	145	32
	つくばセントラル病院	牛久市	313	4	222	87	0	0
	ハートフルじじろ病院	取手市	45	0	45	0	0	0
	取手北相馬保健医療センター-医師会病院	取手市	215	0	115	50	0	50
	社団宗仁会病院	取手市	69	0	30	0	39	0
	西間木病院	取手市	73	0	0	46	27	0
	取手中央病院	取手市	63	0	0	0	63	0
	東取手病院	取手市	77	0	77	0	0	0
	JAとりで総合医療センター	取手市	406	10	351	45	0	0
	常総病院	取手市	30	0	0	0	30	0
	総合守谷第一病院	守谷市	199	8	191	0	0	0
	茨城リハビリテーション病院	守谷市	178	0	0	119	59	0
	守谷慶友病院	守谷市	178	0	74	46	58	0
	龍尾病院	龍ヶ崎市	171	0	0	51	120	0
	龍ヶ崎済生会病院	龍ヶ崎市	210	0	210	0	0	0
	18病院 計		3,480	40	1,946	679	652	163
12有床診療所 計		196	0	101	0	57	38	
合計(18病院+12有床診療)		3,676	40	2,047	679	709	201	
(参考) 2025年必要病床数		3,704	307	1,278	1,242	877		
筑西・下妻	軽部病院	下妻市	35	0	0	15	20	0
	湖南病院	下妻市	126	0	47	30	49	0
	平原病院	下妻市	75	0	37	0	38	0
	上の原病院	桜川市	201	0	0	0	201	0
	さくらがわ地域医療センター	桜川市	128	0	80	0	48	0
	小松崎病院	筑西市	82	0	0	32	50	0
	協和中央病院	筑西市	199	0	199	0	0	0
	茨城県西部メディカルセンター病院	筑西市	0	0	0	0	0	0
	大園病院	筑西市	199	0	51	0	148	0
	協和南病院	筑西市	109	0	0	0	109	0
	城西病院	結城市	261	0	143	32	86	0
	結城病院	結城市	194	0	88	52	54	0
	12病院 計		1,609	0	645	161	803	0
	9有床診療所 計		123	0	63	19	36	0
合計(12病院+9有床診療)		1,732	0	713	180	839	0	
(参考) 2025年必要病床数		1,458	54	337	515	552		
古河・坂東	芳香会病院青嵐狂療育園	古河市	62	0	0	0	62	0
	古河総合病院	古河市	234	0	144	36	54	0
	古河赤十字病院	古河市	198	0	148	50	0	0
	小柳病院	古河市	54	0	0	0	54	0
	友愛記念病院	古河市	325	0	286	39	0	0
	秋葉産婦人科病院	古河市	25	0	25	0	0	0
	総合中央病院	古河市	113	0	0	53	60	0
	茨城西南医療センター病院	境町	356	38	288	0	0	30
	ホスピタル坂東	坂東市	120	0	70	0	50	0
	木根湖外科胃腸科病院	坂東市	68	0	68	0	0	0
	10病院 計		1,555	38	1,029	178	280	30
7有床診療所 計		89	0	70	0	19	0	
合計(10病院+7有床診療)		1,644	38	1,099	178	299	30	
(参考) 2025年必要病床数		1,469	133	643	419	274		
県全体(156病院+131有床診療)		24,170	1,827	12,716	2,624	5,977	1,046	
(参考) 2025年必要病床数		21,785	2,178	7,445	7,117	5,015		

※H30年度病床機能報告速報値（H30.11.15までに厚労省あて提出のあったもの）に基づく（精査中）。

地域医療介護総合確保基金事業に係る H30 事業の事後評価について

1 事後評価の実施

- 医療介護総合確保促進法に基づき、毎年度事業の実施状況を把握・点検し、各都道府県の医療審議会の意見を聴き、事後評価を実施することとされている。
- 実施した評価は、毎年度計画毎に事後評価書を取りまとめ、翌年度計画と合わせ公表。

2 H30 年度に実施した事業（29 事業）の目標達成状況

区分	事業数	達成	計画作成時点から向上	現状維持
(1) 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業	5(2)	3(1)	2(1)	-(-)
(2) 居宅等における医療の提供に関する事業	9(9)	4(5)	5(4)	-(-)
(3) 医療従事者の確保に関する事業	15(23)	8(13)	6(7)	1(3)
合計 <割合(%)>	29(34) <100(100)>	15(19) <51.7(55.9)>	13(12) <44.8(35.3)>	1(3) <3.5(8.8)>

※1()内は前年の状況

※2 詳細は、別紙地域医療介護総合確保基金を活用した平成 30 年度実施事業目標達成状況等整理表参照

3 事業区分ごとの事後評価（案）について

- (1) 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
回復期病床へ転換する医療機関、遠隔画像診断治療補助システムを導入する医療機関、鹿行地域の病院再編及び政策医療を担う地域の拠点病院の体制整備に対する支援により、地域医療構想の推進のため不足する病床確保や機能分化・連携を推進。
- (2) 居宅等における医療の提供に関する事業
訪問看護師の育成や在宅医療への参画薬局及び診療所等のグループ化を推進するための取組みに対し支援を行った。また、がん相談室の周知強化や相談員の質の向上を図ることにより、在宅医療提供体制の整備が促進された。
- (3) 医療従事者の確保に関する事業
医療従事者への支援は、ホームページ作成、マッチング及び研修等を行うことにより確保や定着につなげることができた。また、夜間・休日における電話相談窓口の設置により、医療従事者の負担軽減を図ることができた。
なお、現状維持に留まった事業（障害児等支援施設体制整備事業）については、目標である医師の確保までには至らなかったが、看護師等医療従事者の確保は進んだ。

4 今後の方針について

目標に達しなかった事業（計画作成時点から向上、現状維持）は、新たな取組の実施や効率化を図り、目標達成を目指していく。

地域医療介護総合確保基金を活用した平成30年度実施事業 目標達成状況等整理表（平成30年度末時点）医療分

整理番号	区分	事業名	【新規・継続】	目標記載	事後評価 現況		達成状況 ○=達成 △=達成はしなかったが向上 =現状維持 ×=下落	達成状況に係る理由、今後の対応	担当課
			H30決算額 (基金充当額) (単位：千円)	H30	H31.3.31現在値 又は直近値				
①	1	回復期病床整備促進事業費	継続 31,065 (31,065)	・回復期病床の増 +750床 (H27~H32) ※複数年度計画 (～H32)	346床	△	・H30は46床の転換を実施し、H27からの4年間で346床の転換が図られた。 ・このほか自主的な転換を含めて、1,177床が転換済。H30末における回復期病床の不足数は4,285床。 ・今後も、回復期病床への転換促進のため、医療機関向けチラシの作成や、地域医療構想調整会議等での周知を積極的に行っていく。	医療政策課	
②	1	がん診療機器整備事業	継続 30,798 (30,798)	・がん診療連携拠点病院等の整備促進 4 病院 (H30)	4病院	○	・4病院に補助を行い、がん診療機器の整備を行った。 ・引き続き、がん診療拠点病院等に支援を行い、県内のがん診療の質の向上に努める。	疾病対策課	
③	1	CT活用による医療体制強化支援事業費	新規 27,645 (27,594)	・「遠隔画像診断治療補助システム」を導入する医療機関数6 機関 (H30)	8機関	○	県北地区の医療機関に対し、遠隔画像診断治療補助システムの導入につながる補助をすることができた。今後は医師不足の状況にある県西地区、鹿行地区での導入に向けて取り組んでいく。	医療政策課	
④	1	地域医療提供体制再構築支援事業費	新規 124,000 (124,000)	・補助対象医療機関数 2 病院 (H30) ※複数年度計画 (～H31)	2病院	○	H31.4.1の神栖済生会病院と鹿島労災病院の再編に合わせて、神栖済生会病院における整形外科の診察室の整備などの改修。また、鹿島労災病院の跡地における神栖済生会病院の分院の整備に対して、補助を行った。今後は、鹿行南部地域の医療提供体制を確保するため、神栖済生会病院に対して必要な支援を行っていく。	医療政策課	
⑤	1	政策医療提供体制整備事業	新規 358,373 (336,062)	<小児・周産期医療提供体制整備> ・補助事業者数(小児) 拠点：5、輪番制：3 (H30) ・産科医療機関への補助施設数 39 施設/年 (H30) ・周産期医療を担う拠点病院の体制支援 1 病院 (日立総合病院：現在地域周産期母子医療センター休止中) <救急等地域医療提供体制整備> ・救急医療を担う拠点病院の体制支援 1 病院 (神栖済生会病院)	・拠点5、輪番制3 ・36施設 ・1病院 ・0病院	△	・全8医療圏で、小児救急医療を担う病院の体制整備に係る経費を支援することができた。 ・産科医療機関への補助については、36施設に支援することができた。今後は、対象医療機関へ必要な支援についての効果測定を行う。 ・日立総合病院の体制整備を行うことにより、地域における受け皿づくりを進め、地域医療構想の実現に向けた機能強化・連携推進を図っていく。 ・神栖済生会病院への支援については、派遣元との調整が整わず体制が整わなかった。	医療政策課	
区分1			571,881 (549,519)						
⑥	2	訪問看護支援事業	継続 15,662 (15,662)	・研修の延受講者数1,500名 (H30)	1,093名	△	・参加人数減の理由は、訪問看護入門プログラム研修の参加人数が大幅に減少によるもの。 ・令和元年より、研修日程を短くし、e-ラーニング導入し研修に参加しやすい対策をとっている。	医療人材課 (人材育成)	
⑦	2	看護師特定行為研修推進事業	継続 7,791 (7,791)	・看護師の特定行為研修制度の説明会の開催 1回 ・看護師特定行為研修受講の補助 40人	・1回 ・25人	△	・29名の交付申請があったが、共通科目が修了せず、補助金の補助は25名にとどまった。 ・今後も、特定行為研修制度の意義や内容を周知する説明会及び補助を実施し、特定行為看護師の養成を図っていく。	医療人材課 (人材育成)	
⑧	2	いばらきがん患者トータルサポート事業	継続 21,937 (8,113)	・「みんなのがん相談室」の相談件数 年間相談件数350件 ・相談者満足度 役に立った70%	・948件 ・85%	○	・補助事業の開始により相談室の周知が進み、相談件数が伸びている。 ・相談員については、研修や事例検討会(毎月)などにより質の向上を図っている。 ・引き続き相談室の周知と相談員の質の向上に取り組む。	疾病対策課	
⑨	2	心身障害者(児) 歯科診療所設備整備補助事業	継続 9,705 (9,705)	・心身障害者(児) 歯科診療に必要な設備整備への補助 1施設 ※複数年度計画 (～H31)	1施設	○	公益社団法人茨城県歯科医師会が運営する、口腔センター土浦に対して、心身障害者(児)の歯科診療に必要な設備整備を行うことができた。	健康・地域ケア推進課	
⑩	2	茨城型地域包括ケアシステム推進事業費 (連携加速化・グループ化推進)	継続 27,707 (27,707)	・グループ設立数 12 か所 (H29) →36 か所 (H31) ※複数年度計画 (～H31) ・医師等に対する研修会の実施 5 箇所 (H30)	・22か所 ・5箇所	△	県医師会に「茨城型地域包括ケアシステム推進センター」を設置し、医療機関への戸別訪問等を行い、引き続き、グループ化に向け、取組を推進していく。	健康・地域ケア推進課	
⑪	2	薬局における在宅医療推進事業	継続 4,068 (4,068)	・在宅医療参画薬局数 現況値410薬局 (H29.12月) →422薬局 (H31.3月)	451薬局	○	在宅医療への参画薬局数は、薬剤師へのスキルアップ研修や実地体験等の在宅医療推進事業の取り組み等対策により、目標とおり増加した。	薬務課	
⑫	2	茨城型地域包括ケアシステム推進事業費 (構築支援事業)	継続 10,196 (10,196)	・サービス調整会議(クイック調整会議含) 又は地域ケア会議開催市町村数 42 か所 (H29) →44 か所 (H30)	44か所	○	地域ケアコーディネーター等の取組によって、サービス調整会議(クイック調整会議を含む)又は地域ケア会議を開催できる体制を整えることができた。引き続き県として市町村の取組を支援していく。	健康・地域ケア推進課	
⑬	2	いばらき安心医療体制整備推進事業 (小児医療)	新規 716 (716)	・小児在宅医療に係るワーキンググループ設置・開催 年3 回程度 ・訪問看護師等の研修会の開催 年3 回程度	・1回 ・4回	△	・協議会で抽出された課題が福祉が主であったため、小児在宅医療に係るワーキングは1回の開催にとどまった。今後は、医療分野における取組を検討するため、ワーキングの場をより一層活用していく。 ・計175名の医療従事者等が4回の研修会に参加し、小児在宅医療に係る知識の向上を図ることができた。	医療政策課	
⑭	2	茨城型地域包括ケアシステム推進事業費 (推進基盤整備事業)	継続 5,553 (5,553)	・事業を実施する累計市町村数 11 (H27-29) →15 (H30)	12市町村	△	地域包括ケアシステムについては、法的に市町村の主体的な取組みとなっている面もあり、配置数の目標は達成できなかったが、今後も要件等の見直しを検討し、県として市町村の取組みを支援していく。	健康・地域ケア推進課	
区分2			103,335 (89,511)						

整理番号	区分	事業名	【新規・継続】	目標記載	事後評価 現況		達成状況に係る理由、今後の対応	担当課
			H30決算額 (基金充当額) (単位：千円)	H30	H31.3.31現在値 又は直近値	達成状況 ○=達成 △=達成はしな かったが向上 =現状維持 ×=下降		
15	3	医師確保情報発信事業 (地域医療支援センター)	継続 19,662 (19,656)	・ウェブサイトアクセス数 現況値7,845件(H29)→目標値10,000件(H30)	11,986件	○	地域医療支援センターのホームページを新たに作成するなど、全国の医師や医学生に茨城県の勤務の魅力を伝える情報を、各広報媒体のデザインを統一したうえで総合的に発信し、県内での勤務に係る訴求力の向上に努めた。	医療人材課 (医師確保)
16	3	小児医療環境づくり支援事業	継続 27,645 (27,126)	①研修実施回数 1回 ②夜間・休日における電話相談窓口の設置	①1回 ②設置	○	①64名の医療従事者等が研修会に参加し、小児救急医療に係る知識の向上を図ることができた。 ②子ども救急電話相談(※800)の受付時間を、H30.10から平日17:30～翌9:00、休日24時間に拡大した。この結果、H30の相談件数は前年度より5,549件増えている。(19.3%増)	医療政策課
17	3	看護職員ブラッシュアップ研修事業	継続 10,880 (10,880)	・研修4種類(新人研修、中堅実務研修、指導者研修、看護教員研修)実施 ・研修回数80回(日)、延べ参加人数6,050人	・4種類実施 ・91日、7,505人	○	・新人から中堅看護職員を対象に医療技術の向上に繋がる各種研修を実施できた。 ・今後とも、看護の質の向上を図る。	医療人材課 (人材育成)
18	3	看護職員定着促進事業	継続 31,935 (31,935)	・新人看護職員研修事業の補助 52施設 ・チーム医療推進に資する研修 5日以上	・53施設 ・29日(回)	○	・新人看護職員研修を行う医療機関53施設に補助を行い、新人看護師定着を支援できた。 ・チーム医療推進のための研修を医療機関3施設に補助し、目標に沿った研修が実践できた。	医療人材課 (人材育成)
19	3	専任教員養成事業	継続 7,022 (1,642)	・講習会の受講者数 30名	21名	△	・県内看護師等養成所に対し、教育力向上につながる支援ができた。 ・引き続き、看護教員の養成支援を図る。	医療人材課 (人材育成)
20	3	病院内保育所運営助成事業	継続 220,481 (197,143)	・補助対象箇所数 56医療機関	53医療機関	△	・3施設減の理由は、別の補助制度の活用や補助対象事業者外になったなどであり、申請機関全てに対しては補助を行うことができた。	医療人材課 (人材育成)
21	3	看護師等養成所運営助成事業	継続 324,884 (313,058)	・補助の実施 看護師等養成所18校21課程	18校21課程	○	・県内看護師等養成所に対し、教育力向上につながる補助を実施できた。 ・引き続き、看護職員の養成支援を図る。	医療人材課 (人材育成)
22	3	看護職員確保対策事業	継続 54,921 (51,286)	・再就業支援「講義研修」5日間 受講者20名以上 ・就労環境改善支援研修 2回以上 ・離職時等届出制度及びナースセンター利用の普及説明会 10回以上	・55名 ・6回 ・44回	○	・ナースセンターで活動する相談員による地域の特徴を活かした活動が、受講者獲得に結びついた。 ・また、研修会も予定回数以上に開催できた。今後も、看護職員の就業や定着の推進を図る。	医療人材課 (人材育成)
23	3	潜在看護職員再就業推進事業	新規 783 (783)	・再就業試用研修費等の補助 4施設 ・再就業支援試用研修 1か月間 受講者8名以上	・4施設 ・7名が受講	△	・受講の希望者と施設のマッチングが成立せず、受講生が7名であった。うち4名が復職できた。 ・今後は、茨城県ナースセンターに委託し、より細やかに継続的な支援を図る。	医療人材課 (人材育成)
24	3	医師修学資金貸与事業	継続 512,531 (339,042)	・修学資金の貸与 計295人(うち新規58人)	257人 (うち新規45人)	△	修学資金制度説明会等の実施など、受験生や高校、予備校等関係機関への制度の周知に努め、修学資金貸与希望者の増加を図る。	医療人材課 (医師確保)
25	3	看護師等修学資金貸付事業	継続 87,774 (46,978)	・貸与人数 計256人(新規138人 継続118人) ・「看護師等修学資金制度」貸与者の県内就業率 100%	・226人 (新規112人、継続114人) ・98.7%	△	・県内就業率については、諸事情により県内に就業出来なくなったものを除くと実質達成した。 ・今後は、看護師等養成施設に対し、貸与者の推薦の際に県内就業予定者を優先するよう再度伝え、貸与者の県内就業率増を図る。	医療人材課 (人材育成)
26	3	看護専門学校学習環境整備事業	継続 22,685 (22,685)	・看護専門学校の校舎・宿舍への設備の設置・補修に対する補助 3か所(H30)	3か所	○	・看護専門学校(3か所)の校舎修繕を実施し、学習環境・教育環境を充実させることができた。	医療人材課 (人材育成)
27	3	がん患者口腔管理体強化事業	継続 328 (328)	・研修参加者数 150人	151名	○	医療関係者に対して、がん患者口腔機能管理について普及することができた。	健康・地域ケア推進課
28	3	がん専門医療従事者育成推進事業	継続 2,380 (2,380)	・補助対象資格を有するがん専門医療従事者の増加 新規取得者13人	5人	△	・拠点病院によって、資格取得者配置への取り組みに差がある。総合がん対策推進計画の配置目標人数の周知に努める。 ・過去に医療機関から教育課程受講者への支払いが翌年度となり対象外となった事例があったため、補助金交付要項の周知徹底に努める。	疾病対策課
29	3	障害児等支援施設体制整備事業	継続 200,000 (200,000)	・障害児施設の中核施設で従事する医師の増 常勤8人(H29)→9人以上(H31) ※複数年度計画(～H31)	8人	—	・H30は看護師を増やす取組に特化したため、医師の確保までに至らなかった。 ・入所者数、特に短期入所への対応数は増える等、在宅の障害児等支援の中核施設としての役割は増していることから、引き続き医師確保を進め、更なる体制整備を図っていく。	障害福祉課
区分3			1,523,911 (1,264,923)					
合計			2,199,127 (1,903,953)					

※区分について

- 区分1…地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業(計画上の区分は1)
- 区分2…居宅等における医療の提供に関する事業(計画上の区分は2)
- 区分3…医療従事者の確保に関する事業(計画上の区分は4)

茨城県医療審議会運営要領

第1条 この要領は、茨城県医療審議会（以下「審議会」という。）の議事の手続きその他審議会の運営に関し必要な事項を定めるものとする。

（会長及び会長代理）

第2条 審議会に会長を置く。

- 2 会長は委員の互選により定める。
- 3 会長は、会務を総理する。
- 4 会長に事故があるときは、委員のうちから互選された者（「会長代理」という。）が、その職務を行う。

（招 集）

第3条 審議会は、会長が招集する。

- 2 会長は、審議会を招集するときは、開催日時、開催場所及び会議に付すべき事項を委員に通知するものとする。

（会 議）

第4条 審議会の会議は、会長が議長となる。

- 2 審議会は、委員の過半数が出席しなければ、議事を開き、議決を行うことができない。
- 3 やむを得ない事由により審議会に出席できない委員は、あらかじめ通知した事項について、書面をもって他の委員に委任し、議決に加わることができる。
- 4 議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

（専門委員）

第5条 審議会には、専門委員を置くことができる。

（部 会）

第6条 審議会に医療法人部会及び保健医療計画部会を置き、必要に応じてその他の部会を置くことができる。

- 2 部会には、部会のみに参加する専門委員を置くことができる。
- 3 部会に属すべき委員及び専門委員は、会長が指名するものとする。
- 4 第2条、第3条及び第4条の規定は、部会に準用する。この場合において、「審議会」とあるのは「部会」と、「会長」とあるのは、「部会長」と読み替えるものとする。

（医療法人部会）

第7条 医療法人部会は、次の各号に掲げる事項を調査審議する。

なお、医療法人部会における決議は、これを審議会の決議とする。ただし、部会長が必要あると認めるときは、審議会に付するものとする。

- (1) 医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）第42条の2第1項の規定により社会医療法人を認定し、又は認定しない処分
- (2) 法第45条第1項の規定により医療法人の設立を認可し、又は認可しない処分
- (3) 法第55条第6項の規定により医療法人の解散を認可し、又は認可しない処分
- (4) 法第58条の2第4項の規定により医療法人の吸収合併を認可し、又は認可しない処分
- (5) 法第59条の2において読み替えて準用する法第58条の2第4項の規定により医療法人の新設合併を認可し、又は認可しない処分

- (6) 法第60条の3第4項の規定により医療法人の吸収分割を認可し、又は認可しない処分
- (7) 法第61条の3において読み替えて準用する法第60条の3第4項の規定により医療法人の新設分割を認可し、又は認可しない処分
- (8) 法第64条第2項の規定により医療法人の業務の停止を命じ、又は役員解任を勧告すること。
- (9) 法第64条の2第1項の規定により社会医療法人の認定を取り消す処分
- (10) 法第66条第1項の規定により医療法人の設立の認可を取り消す処分

(保健医療計画部会)

第8条 保健医療計画部会は、次の各号に掲げる事項を調査審議する。

なお、第1号から第3号までについては部会の決議を審議会の決議とし、第4号から第12号までについては部会の調査審議を経て審議会で決議する。

- (1) 法第4条第1項の規定により地域医療支援病院を承認し、又は承認しない処分
- (2) 法第29条第3項の規定により地域医療支援病院の承認を取り消す処分
- (3) 医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第1条の14第7項第1号から第3号までの規定により診療所の病床設置の届出を承認し、又は承認しない処分
- (4) 法第7条の2第1項若しくは第2項の規定により病院、診療所若しくは助産所の開設許可若しくは変更許可を与えない処分又は第3項の規定により措置をとるべきことを命令する処分
- (5) 法第27条の2第1項の規定により条件に従うべきことを勧告すること。
- (6) 法第27条の2第2項の規定により勧告に係る措置をとるべきことを命令する処分
- (7) 法第30条の4第1項の規定による保健医療計画の策定又は法第30条の6の規定による保健医療計画の変更
- (8) 法第30条の11の規定により病院の開設若しくは病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加に関して勧告すること。
- (9) 法第30条の12第2項の規定により措置をとるべきことを勧告すること。
- (10) 法第30条の15第6項又は第7項の規定により必要な措置をとるべきことを命令し、又は要請すること。
- (11) 法第30条の16第1項又は第2項の規定により必要な措置をとるべきことを指示し、又は要請すること。
- (12) 法第30条の17第1項の規定により措置を講ずべきことを勧告すること。
- (13) 法第70条の3第1項の規定により医療連携推進認定をし、又は認定をしない処分
- (14) 法第70条の8第3項の規定により医療連携推進業務の実施に支障のないことについて確認をし、又は確認をしない処分
- (15) 法第70条の15において読み替えて準用する法第55条第6項の規定により地域医療連携推進法人の解散を認可し、又は認可しない処分
- (16) 法第70条の18第1項において読み替えて準用する法第54条の9第4項の規定により地域医療連携推進法人の定款の変更を認可し、又は認可しない処分
- (17) 法第70条の19第1項の規定により代表理事の選定又は解職を認可し、又は認可しない処分
- (18) 法第70条の21第1項又は第2項の規定により地域医療連携推進法人の医療連携推進認定を取り消す処分

(会議の公開等)

- 第9条 会議は、原則として公開とする。ただし、審議会の決定により非公開とすることができる。
- 2 会議録は、原則として公開とする。ただし、前項ただし書きの規定により非公開とした会議の会議録については、非公開とする。

(傍聴人)

- 第10条 審議会を傍聴する者(以下「傍聴人」という。)は、審議会の受付で住所、氏名等を記載して入場するものとし、入場した後は、会長の指示に従うものとする。
- 2 傍聴人は静粛を旨とし、会議の秩序を乱し、又は議事の妨害となるような行為は行わないものとする。
- 3 傍聴人がこの要領に違反するときは、会長は、これを注意し、なお、これに従わないときは、退場を命ずることができる。
- 4 会長は、必要があると認めるときは、傍聴人の数を制限することができるものとする。

(会議録)

- 第11条 会議の議事については、会議録を作成し、会長及び会長の指名した委員2名がこれに署名しなければならない。
- 2 会議録に記載する事項は、次のとおりとする。
- (1) 会議の日時及び場所
 - (2) 出席した委員の氏名及び欠席した委員の氏名
 - (3) 議題
 - (4) 議事の概要
 - (5) その他必要な事項

(庶務)

- 第12条 審議会の庶務は、保健福祉部医療政策課において処理する。

(その他)

- 第13条 この要領に定めるもののほか、審議会の運営に関し必要な事項は、会長が定める。

付 則

この要領は、昭和62年5月21日から施行する。

付 則

この要領は、平成11年7月16日から施行する。

付 則

この要領は、平成11年11月22日から施行する。

付 則

この要領は、平成12年7月5日から施行する。

付 則

- 1 この要領は、平成19年4月1日から施行する。
- 2 茨城県保健医療推進協議会等設置要綱は、廃止する。

付 則

この要領は、平成22年12月24日から施行する。

付 則

この要領は、平成27年5月22日から施行する。

付 則

この要領は、平成28年2月13日から施行する。

付 則

この要領は、平成29年4月3日から施行する。

付 則

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

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と考えられる情報（データ）

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り重症化等を防ぎ、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に変化することから、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

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もあることから、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続をとるとともに、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続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 =

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

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ることが適当である。

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。

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に資する施策として、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

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

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

(※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、適切な役割を發揮する必要がある。
- 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はないよう、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