

## 外来医療計画について

---

## 外来医療計画の概要

# 医療法及び医師法の一部を改正する法律(平成30年法律第79号)の概要

## 改正の趣旨

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

## 改正の趣旨

### 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【医療法】

### 2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し等

### 3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

### 4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

### 5. その他【医療法等】

## 改正の趣旨

2019年4月1日。(ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は2020年4月1日から施行。)

3

# 医師確保計画の概要について

## 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。

## 医師の偏在の状況把握

### 医師偏在指標の算出

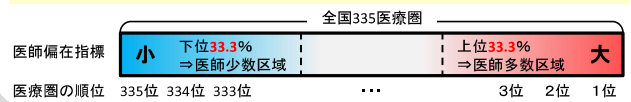
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

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、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。

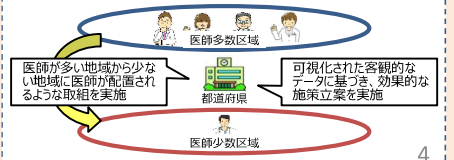
- (例)・大学医学部の地域枠を15人増員する
- 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う等

## 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



4

# 外来医療計画の概要について

## 外来医療計画とは

**位置付け** 医療法の規定に基づく医療計画の一部として策定されるものであり、平成30年3月に策定した第7次三重県医療計画に追補するもの。

**計画期間** 令和元年度中に計画を策定し、令和2年度からの4年間を最初の計画期間とし、以降、3年ごとに見直しを行う。

## 外来医療計画の全体像

### 外来医療機能の偏在・不足への対応

#### 外来医療機能に関する情報の可視化

- 外来医師偏在指標及び外来医師多数区域を設定（可視化）し、新規開業者等に情報提供する。

#### 地域で確保すべき外来医療機能の検討

- 外来医療機能を確保するために、今後、どのような外来医療機能の充実が必要となるかについて、地域ごとに議論を行う。

#### 外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

- 地域ごとに外来医療機能の確保に向けた協議の場を設置。
- 外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対し、協議の内容を踏まえて、地域に必要とされる医療機能に対し協力を求める。

### 医療機器の効率的な活用

#### 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。
- 医療機器の配置状況や保有状況を新規購入希望者に提供する。

#### 医療機器の共同利用方針の検討

- 可視化した医療機器の整備・活用状況を基に、協議の場において共同利用の方針を検討する。

#### 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。
- 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には、共同利用計画を作成し、定期的に協議の場において確認。

5

## 医師確保計画と外来医療計画における偏在是正の考え方

厚生労働省は、へき地の外来医師を含む医師の偏在対策については、医師確保計画で対応することとしており、外来医療計画では、診療所の都市部集中による偏在の是正を主な目的としている。

### 【医師確保計画】

医師多数区域（都道府県）からの少数区域（都道府県）への医師の派遣や、大学への地域枠・地元出身者枠の設定により、**医師少数区域（都道府県）が、医師偏在指標の33.3%の水準を脱することを目標として偏在是正を図る。**

⇒へき地を含む**医師少数区域へのアプローチ**により、医師の偏在是正を図る。



### 【外来医療計画】

地域ごとの外来医療機能に関する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、**無床診療所の都市部集中に伴う外来医療機能の偏在の是正**につなげていくことを基本的な考え方としている。

⇒**都市部等の診療所の集中している地域（外来医師多数区域）へのアプローチ**により、医師の自主的な行動変容を促し、偏在の是正を図る。  
少数区域の概念はなく、へき地等の**外来医師の不足への対応は外来医療計画ではなく、医師確保計画**で対応することとしている。

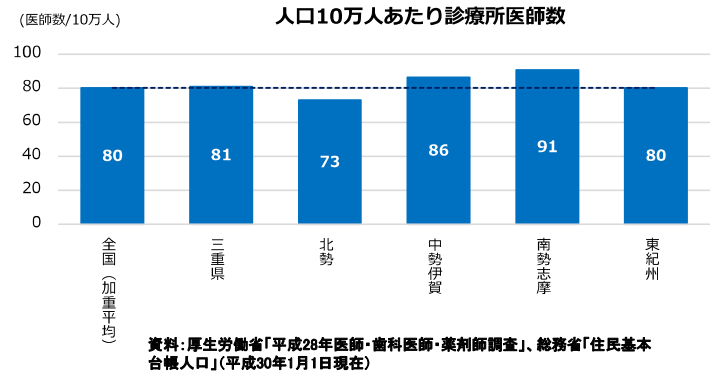
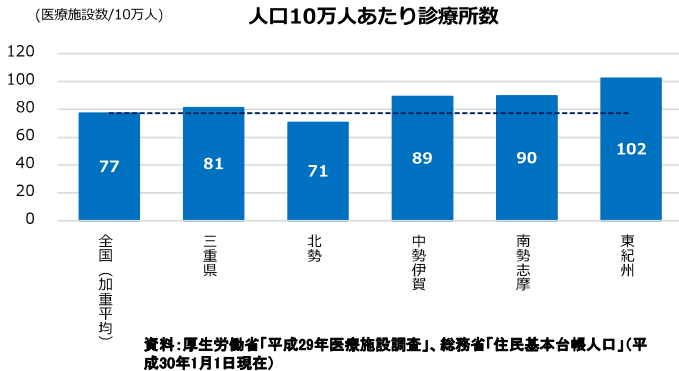
6

# 三重県の現状と本県における外来医療計画の目的

本県における診療所数や診療所医師数の現状を鑑みれば、厚生労働省が目的としている診療所の都市部集中による偏在の是正は、本県における外来医療計画の目的にはそぐわない。

## 【現状】

- 人口10万人あたりの診療所数は全国平均と大差はない。
- 人口10万人あたりの診療所医師数も全国平均と同等である。
- 国が定める外来医師偏在指標についても、暫定値では全国値106.3に対し、本県101.6で全国値を下回っている。



厚生労働省がガイドラインにおいて主眼としている、**無床診療所の都市部集中に伴う外来医療機能の偏在の是正**については、現状を鑑みると**本県にはそぐわない。**



本県における外来医療計画については、外来医療機能の**偏在是正に主眼を置くのではなく、各地域における外来医療に係る現状の共有と、今後、確保が必要となる医療機能の確保に向けた協議**を目的とする。

## 外来医療に係る協議の場

- 外来医療に係る協議の場については、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者を構成員として、二次医療圏または二次医療圏を細分化した単位で設けることとされており、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う。
- 協議の場については、地域の特性をふまえたうえで、より地域に密着した協議を推進することが必要であることから、地域医療構想調整会議を協議の場とする。

### 【協議をお願いしたい事項】

- ① 今年度
  - 地域で今後確保が必要となる外来医療機能に関する検討
  - 医療機器の共同利用に関する方針
- ② 次年度以降
  - 外来医療の提供状況等の確認
  - 外来医師多数区域における、新規開業者の今後確保が必要となる医療機能への協力状況の確認
  - 医療機器の配置状況・活用状況等の確認
  - 医療機器の共同利用計画の提出状況等の確認

### 参考: 医療機器の共同利用による特別償却制度

- ◆ 2019年4月から「医療用機器の効率的配置の促進に向けた特別償却制度」が設けられ、①一定の稼働率確保(買い替えの場合)、②共同利用(新規購入の場合)、③**地域医療構想調整会議等での確認を条件**としてCT・MRI購入額の12%が特別償却できることになった。(診療所については、従来どおり、特別償却に条件はない)

# 地域で確保すべき外来医療機能の検討

## 地域で確保すべき外来医療機能の検討

○今後、地域でさらなる充実が必要となる医療機能の協議は、本県における外来医療計画の主たる目的であり、協議にあたっては、今後さらに進展する少子高齢化等をふまえた検討を行うこととする。

外来医療機能を確保するために、今後、どのような外来医療機能の充実が必要となるかについて、地域ごとに議論を行う必要がある。

近年、**高齢者の救急搬送の件数が増加**しており、特に軽症・中等症が多いことや、在宅医療は地域医療構想の実現においても重要であり、**訪問診療の需要が今後も増加する見込み**であること等を考慮して、検討を行う。

### 検討内容

- 地域で確保が必要となる外来医療機能の提供体制をデータ等に基づき検討する。
- 確保すべき外来医療機能については、外来医師多数区域であるかを問わず、協議の場で検討を行う。
- 外来医療機能の確保に向けた方策や地域医療介護総合確保基金の活用について検討も行う。

### 【地域で確保すべき外来医療機能の例】

- 夜間・休日等における地域の初期救急医療の提供体制（在宅当番医制度への参加状況、夜間休日急患センターの設置状況）
- 在宅医療の提供体制 等

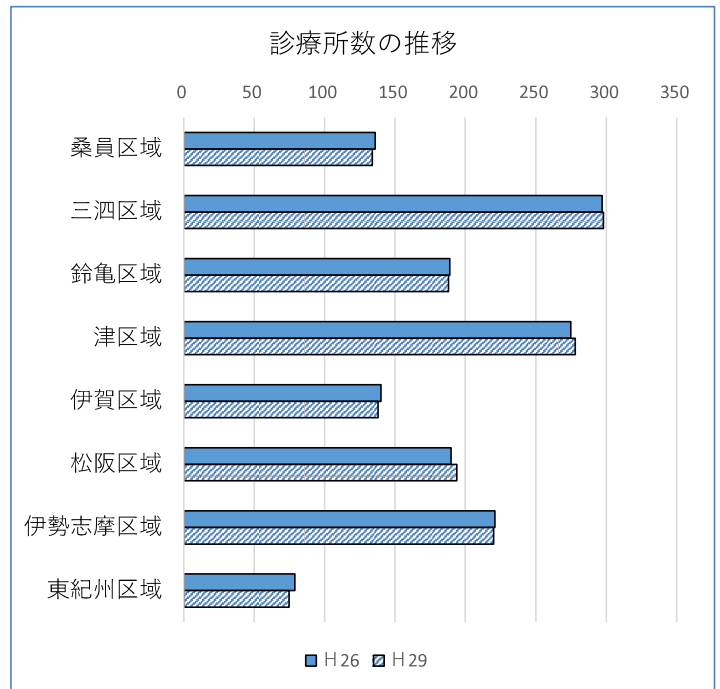
※診療科別の医師偏在については、基本的対応として、まずは診療科と疾病・診療行為との対応を明らかにする必要があり、検討のための時間を要することから、当該検討結果を踏まえて改めて検討することとされている。

## 外来医療資源の状況（診療所数）

- 平成26年と平成29年を比較すると、県全体の診療所数は、わずかに減少している。
- 構想区域別にみると、三、四、津、松阪区域で若干増加しているものの、全体的な傾向としては、ほぼ横ばいである。

### 【診療所数】

圏域	H26	H29	増減
三重県	1,527	1,525	△ 2
北勢医療圏	622	620	△ 2
桑員区域	136	134	△ 2
三泗区域	297	298	1
鈴亀区域	189	188	△ 1
中勢伊賀医療圏	415	416	1
津区域	275	278	3
伊賀区域	140	138	△ 2
南勢志摩医療圏	411	414	3
松阪区域	190	194	4
伊勢志摩区域	221	220	△ 1
東紀州医療圏(区域)	79	75	△ 4



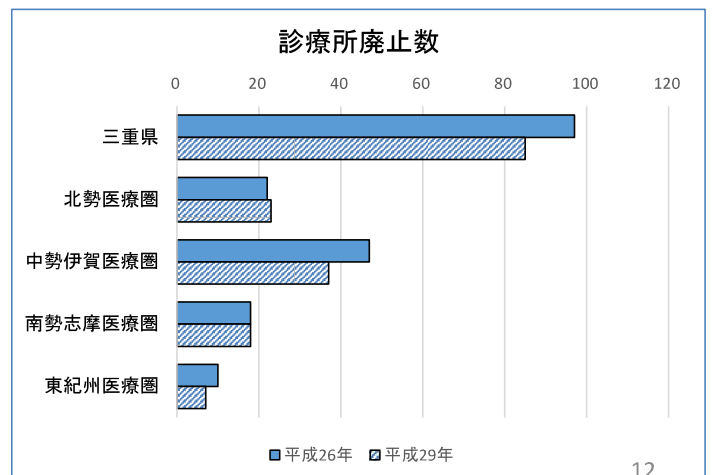
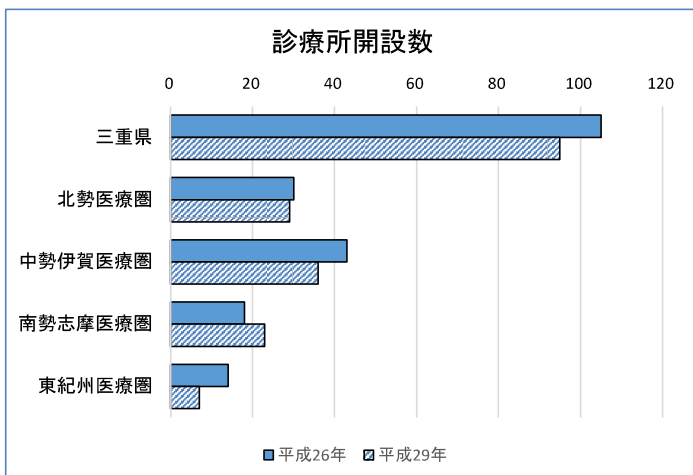
資料：厚生労働省「平成26年・平成29年医療施設調査」

## 外来医療資源の状況（診療所の年間開設・廃止数）

- 平成26年と平成29年で比較すると、県全体では開設数、廃止数とも減少している。
- 医療圏別にみると、南勢志摩医療圏以外の医療圏においては、開設数が減少している。中でも東紀州医療圏は開設数が半減している。

### 【診療所の年間開設件数及び廃止件数の比較】

医療圏	平成26年		平成29年	
	開設	廃止	開設	廃止
三重県	105	97	95	85
北勢医療圏	30	22	29	23
中勢伊賀医療圏	43	47	36	37
南勢志摩医療圏	18	18	23	18
東紀州医療圏	14	10	7	7

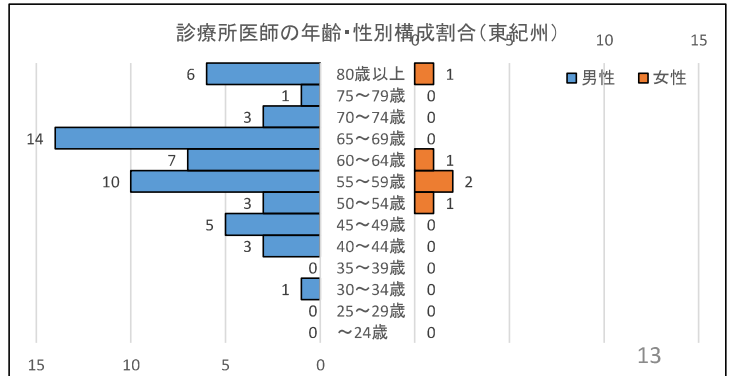
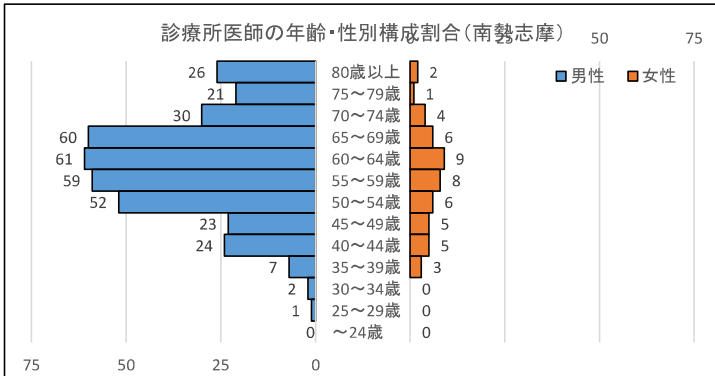
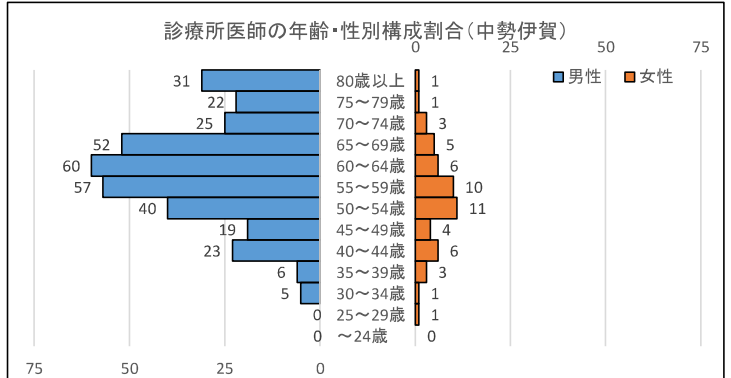
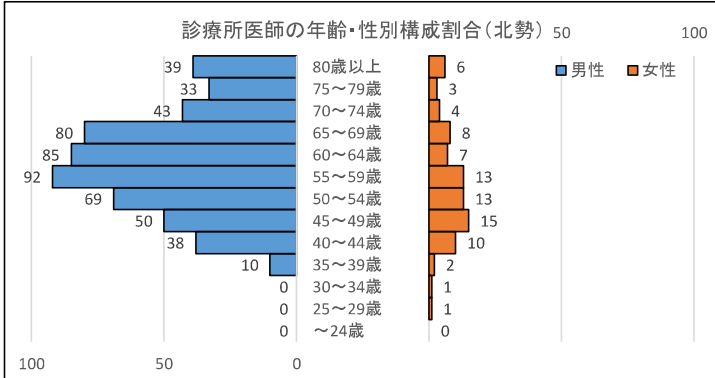


資料：厚生労働省「平成26年・平成29年医療施設調査」

# 診療所医師数

○いずれの医療圏も55歳から69歳の男性医師が多くを占め、女性医師については、全体の10%前後となっている。  
 ○医療圏別にみると、北勢医療圏は他の医療圏と比較して、50歳未満の医師の割合が若干高い。東紀州医療圏については、65歳以上の医師の割合が4割を超えており、診療所医師の高齢化が進んでいる。

## 【性/年齢階級別診療所医師の構成割合】



資料:厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」

# 外来医療機能の状況(夜間における初期救急)

## 【人口10万人あたりの時間外等外来患者数】

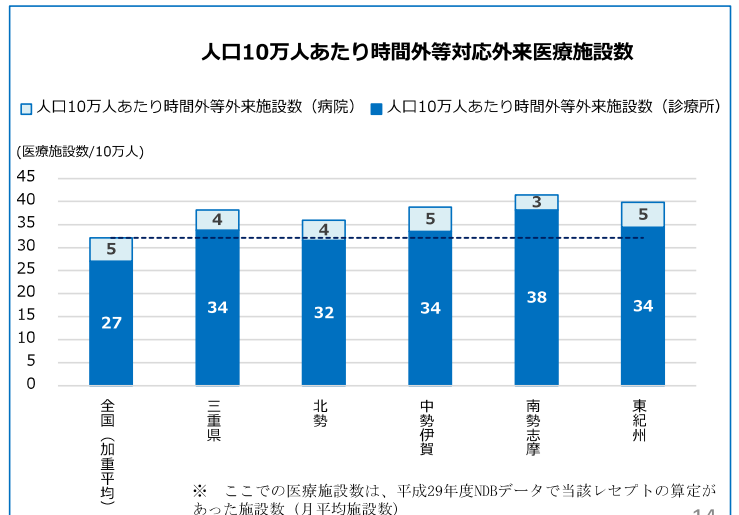
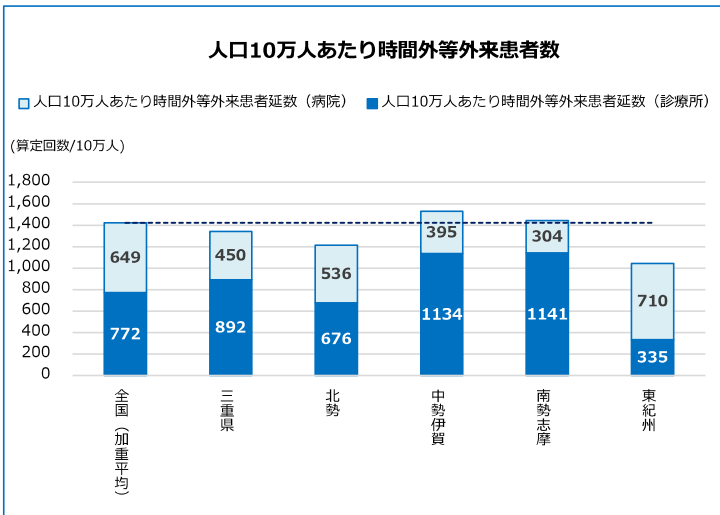
○本県の人口10万人あたりの時間外等外来患者数(1,342人)は、全国平均(1,421人)を下回っている。内訳については、診療所における患者数(892人)は、全国平均(772人)を上回っているが、病院における患者数(450人)は全国平均(649人)を下回っている。

○二次医療圏別にみると、中勢伊賀医療圏で最も患者数が多く、東紀州医療圏で最も少なくなっている。内訳については、診療所については、南勢志摩医療圏(1,141人)が最も多く、病院については、東紀州医療圏(710人)が最も多い。

## 【人口10万人あたりの時間外等対応医療施設数】

○本県の人口10万人あたりの時間外等対応医療施設数(38施設)は、全国平均(32施設)を上回っているが、病院数(4施設)については、全国平均(5施設)をわずかに下回っている。

○二次医療圏別にみると、病院については、中勢伊賀医療圏と東紀州医療圏が5施設で多く、診療所については、南勢志摩医療圏(38施設)が最も多くなっている。



資料:厚生労働省「NDB(平成29年度)」、総務省「住民基本台帳人口」(平成30年1月1日現在)

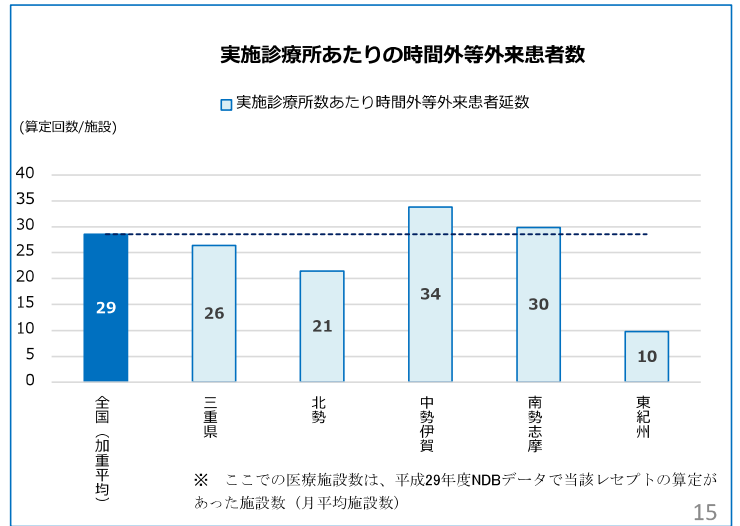
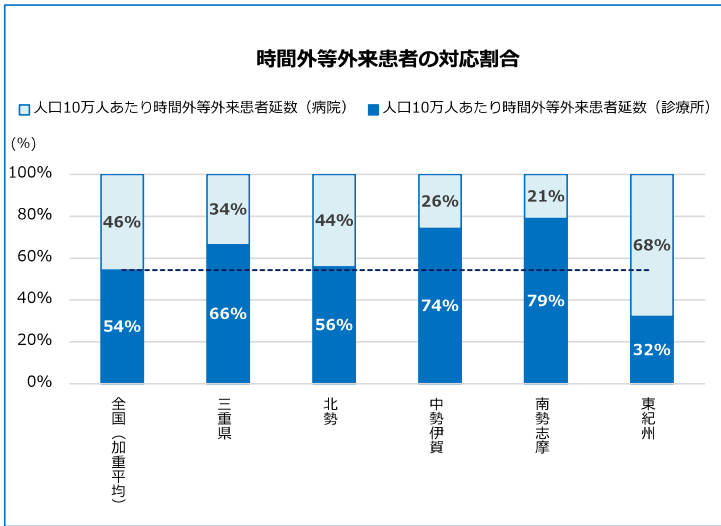
# 外来医療機能の状況（夜間における初期救急）

## 【時間外等外来患者の対応割合】

- 本県の時間外等外来患者の対応割合については、診療所の対応割合が66%と高く、全国平均(54%)を上回っている。
- 二次医療圏別にみると、南勢志摩医療圏で最も診療所の対応割合が高く、東紀州医療圏で最も低くなっている。

## 【人口10万人あたりの時間外等対応医療施設数】

- 本県の時間外対応実施診療所あたりの時間外等外来患者数は、26人で、全国平均(29人)を下回っている。
- 二次医療圏別にみると、中勢伊賀医療圏(34人)が最も多く、東紀州医療圏(10人)が最も少なくなっている。



# 高齢者の救急搬送の状況

## 【高齢者の救急搬送人員数】

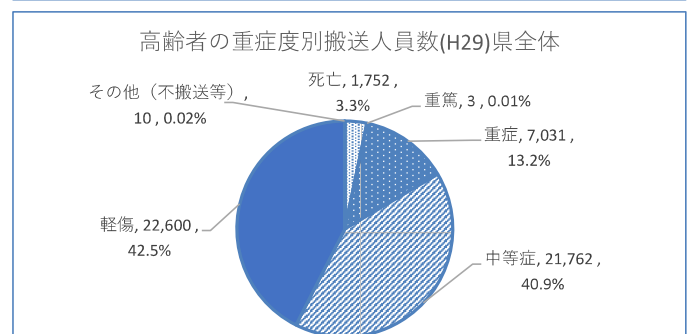
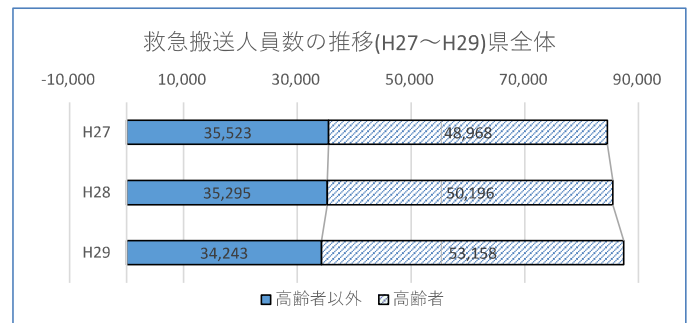
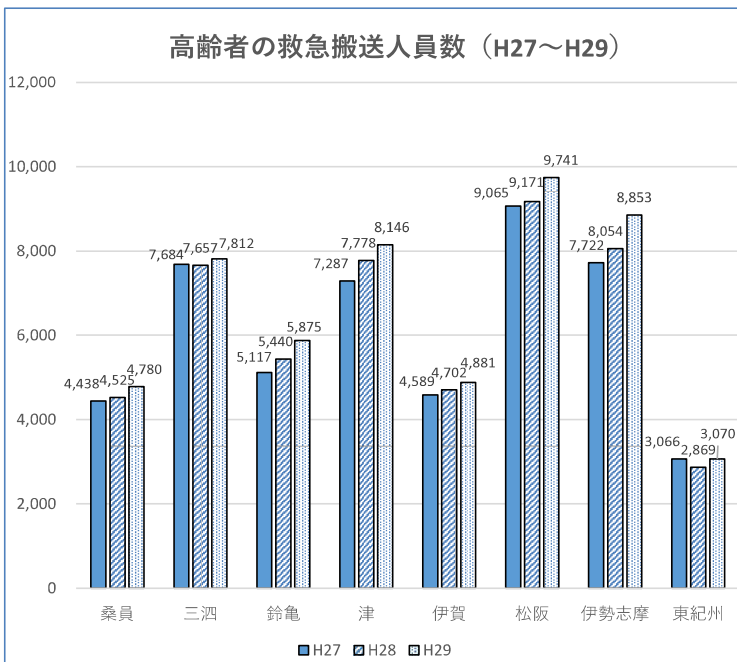
- 直近3年間の高齢者の救急搬送人員数は、増加傾向にある。

## 【救急搬送人員数の推移】

- 救急搬送人員の半数以上を65歳以上の高齢者が占めており、その割合は増加傾向にある。

## 【高齢者の重症度別搬送人員数】

- 65歳以上高齢者の救急搬送人員の内訳は、軽傷が4割以上を占めている。





## 外来医療機能の状況（在宅医療）

### 【人口10万人あたりの訪問診療患者数】

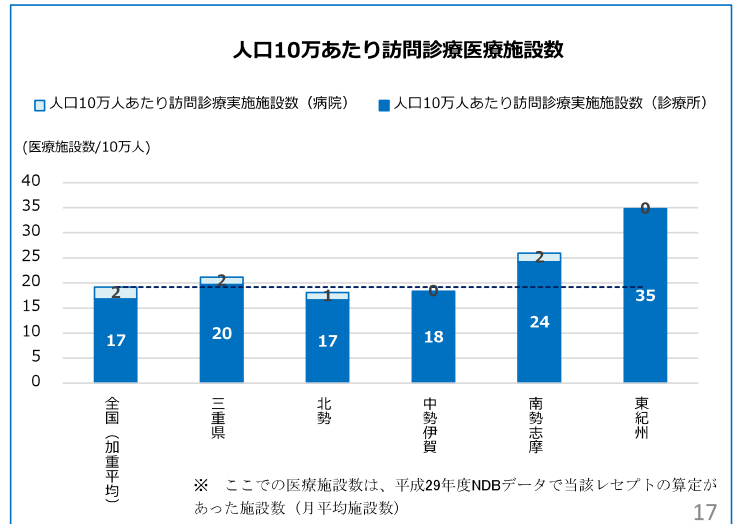
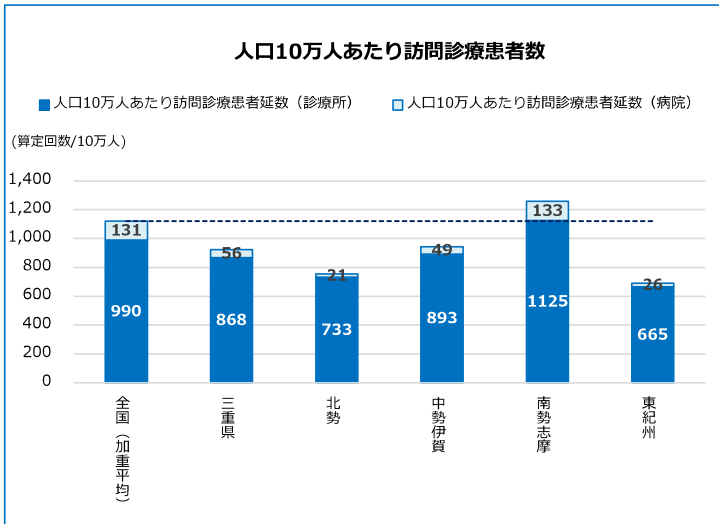
○本県の人口10万人あたりの訪問診療患者数(924人)は、全国平均(1,121人)を下回っている。内訳については、診療所における患者数(868人)、病院における患者数(56人)ともに、全国平均(診療所990人、病院131人)を下回っている。

○二次医療圏別にみると、南勢志摩医療圏で最も患者数が多く、東紀州医療圏で最も少なくなっている。内訳については、診療所については、総数と同様の傾向であるが、病院における患者数については、北勢医療圏(21人)が最も少なくなっている。

### 【人口10万人あたりの訪問診療医療施設数】

○本県の人口10万人あたりの訪問診療医療施設数(22施設)は、全国平均(19施設)を上回っているが、病院数(2施設)については、全国平均と同数である。

○二次医療圏別にみると、総数は東紀州医療圏が最も多く、病院については、いずれの医療圏についても0~2施設と低値となっている。



## 外来医療機能の状況（在宅医療）

### 【訪問診療患者の対応割合】

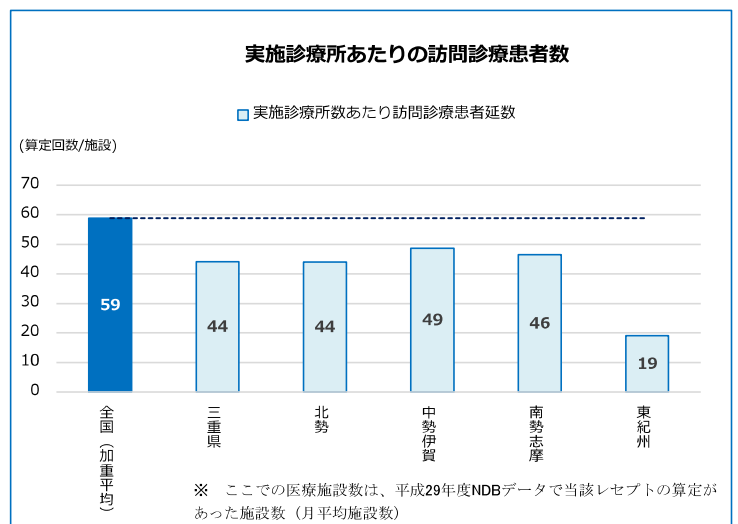
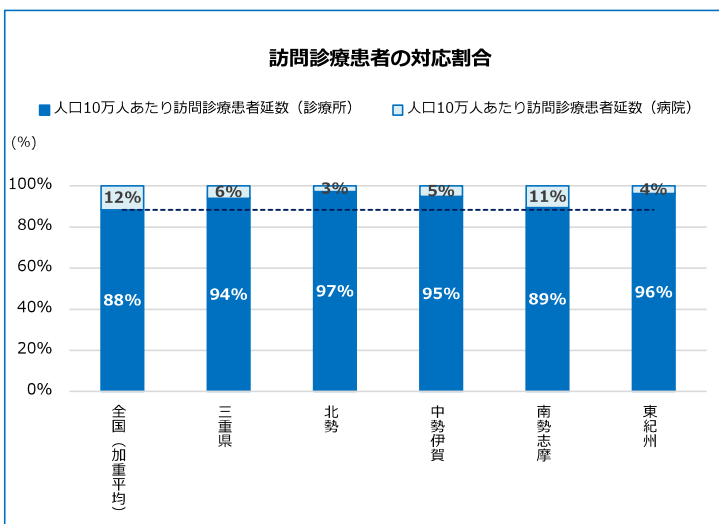
○本県の訪問診療患者の対応割合については、診療所の対応割合が94%と高く、全国平均(88%)を上回っている。

○二次医療圏別にみると、北勢医療圏で最も診療所の対応割合が高く、南勢志摩医療圏で最も低くなっている。

### 【訪問診療実施診療所あたりの訪問診療患者数】

○本県の訪問診療実施診療所あたりの訪問診療患者数(44人)は、全国平均(59人)を下回っている。

○二次医療圏別にみると、中勢伊賀医療圏(49人)が最も多く、東紀州医療圏(19人)が最も少なくなっている。



# 外来医療機能の状況（在宅医療）

## 【訪問診療を受けている患者数】

- 訪問診療を受けている患者数（レセプト件数）は平成26年以降増加傾向にある。
- 地域医療構想における令和7年（2025年）の推計値を目安として、更なる在宅医療提供体制の整備が必要である。

### 訪問診療を受けている患者数

	H26	H27	H28	H29	R7 (地域医療構想の推計値)	R7-H29
桑員	2,445	671	684	743	1,204	461
三泗		1,192	1,305	1,515	1,904	389
鈴亀		707	699	731	1,247	516
津	1,824	1,402	1,555	1,704	1,928	225
伊賀		547	549	555	743	188
松阪	2,583	1,108	1,247	1,250	1,364	114
伊勢志摩		1,607	1,719	1,894	2,036	142
東紀州	291	285	262	267	496	230
計	7,143	7,519	8,018	8,658	10,923	2,265

資料：厚生労働省「NDB（平成26年度～平成29年度）」（1年間のレセプト件数÷12）

※NDBの公表ルールにより、秘匿されるデータについては、集計に含まれていない。  
※各構想区域のデータは、四捨五入しているため、内訳と合計欄は合わない場合がある。

19

## 地域で確保すべき外来医療機能

○県内の概況をふまえ、各地域で今後さらに確保を進めるべき外来医療機能は、「夜間・休日等における地域の初期救急医療の提供体制」及び「在宅医療の提供体制」としたい。

### 【県内の概況】

#### 《診療所の状況》

- 診療所の開設については、いずれの地域においても減少傾向にあり、特に東紀州医療圏においては、平成26年度と平成29年度を比較すると半減している。また、診療所医師の高齢化も進んでいる。

#### 《初期救急》

- 各地域の初期救急（時間外外来対応）については、全国と同様に診療所が主たる役割を担っている。
- 救急搬送人員数をみると、半数以上が65歳以上の高齢者であり、その約4割は軽傷の患者が占めている。
- また、高齢化の進展により高齢者の搬送件数は、いずれの地域においても、増加傾向にある。
- 今後、救急搬送の適切な利用を進める必要があり、診療所における初期救急対応の重要性もさらに増すことが見込まれる。

#### 《在宅医療》

- 各地域の在宅医療については、郡市医師会を中心としたこれまでの取組により、訪問診療件数は増加傾向にある。
- しかし、高齢化の進展により、今後さらに在宅医療の需要は高まるが見込まれ、地域医療構想の推計においても医療需要の増加が見込まれている。



これらの概況をふまえ、県内の各地域で確保すべき外来医療機能は次のとおりとしたい。

### 地域で確保すべき外来医療機能

- 夜間・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

20

# 医療機器の共同利用に関する方針の検討

## 医療機器の共同利用に関する方針の検討

○今後、医療機器の地域において共同利用をすすめるための方針であり、医療機器の整備・活用状況をもとに協議の場において検討を行う。

○原則として、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、医療機器の協議の場において確認を行うことを盛り込む必要がある。

### 共同利用に関する方針

- ◆ 可視化した医療機器の整備・活用状況を基に、協議の場において共同利用の方針を検討する。
- ◆ 内容については、地域における共同利用の推進に向けた方向性を示すもの。

※対象となる医療機器

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

### 【共同利用に関する方針の例】

#### ①対象となる医療機器の項目

CT、MRI

#### ②対象となる区域

〇〇構想区域(医療圏)

#### ③共同利用の方針

- 共同利用については、医療機器を有する医療機関に対しての患者紹介を中心に取り組む。
- 対象とする医療機器を医療機関が購入する場合は、当該医療機器の共同利用に関する意向を確認し、共同利用を行う場合は、共同利用計画書の提出を求め、協議の場において確認を行う。

# 医療機器の保有状況等に関する情報（CT）

## 【CTの設置台数】

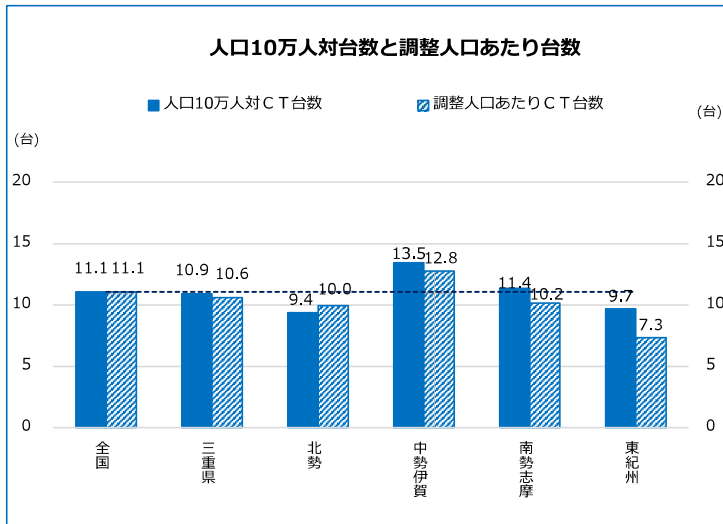
○本県のCTの設置台数は、人口10万人あたり(10.9台)、調整人口あたり(10.6台)ともに、全国平均(11.1台)をやや下回っている。

○二次医療圏別にみると、いずれも中勢伊賀医療圏(人口10万13.5台、調整人口12.8台)で最も多く、人口10万人あたりでは北勢医療圏(9.4台)が、調整人口あたりでは、東紀州医療圏(7.3台)が最も少なくなっている。

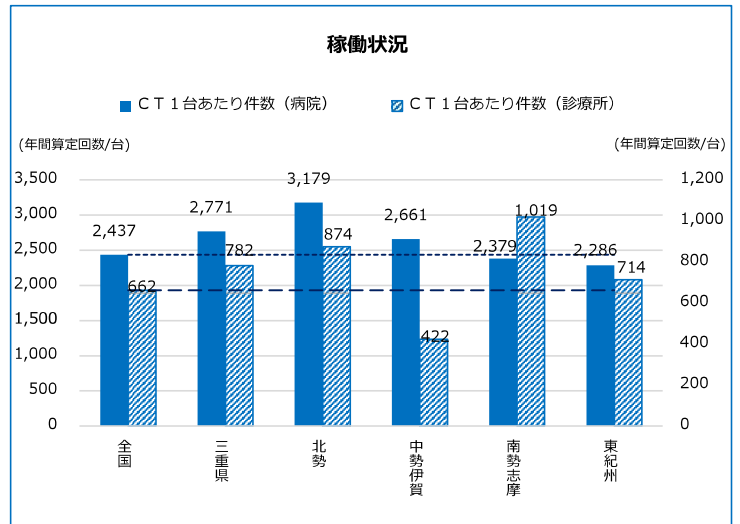
## 【CTの稼働率】

○本県のCTの稼働率は、病院(2,771)、診療所(782)ともに、全国平均(病院2,437、診療所662)を上回っている。

○二次医療圏別にみると、病院では北勢医療圏(3,179)が最も高く、東紀州医療圏(2,286)が最も低くなっており、診療所では南勢志摩医療圏(1,019)が最も高く、中勢伊賀医療圏(422)が最も低くなっている。



資料:厚生労働省「平成29年医療施設調査」(NDB(平成29年度))、総務省「住民基本台帳人口」(平成30年1月1日現在)



資料:厚生労働省「平成29年医療施設調査」(NDB(平成29年度))

# 医療機器の保有状況等に関する情報（MRI）

## 【MRIの設置台数】

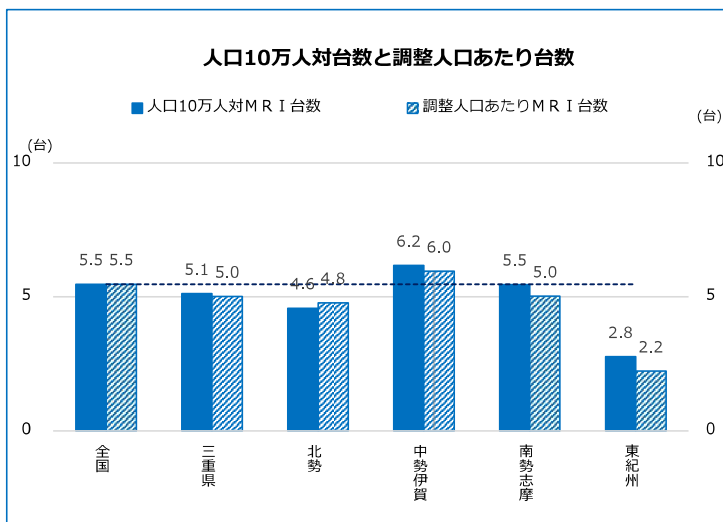
○本県のMRIの設置台数は、人口10万人あたり(5.1台)、調整人口あたり(5.0台)ともに、全国平均(5.5台)をやや下回っている。

○二次医療圏別にみると、いずれも中勢伊賀医療圏(人口10万6.2台、調整人口6.0台)が最も多く、東紀州医療圏(人口10万2.8台、調整人口2.2台)が最も少なくなっている。

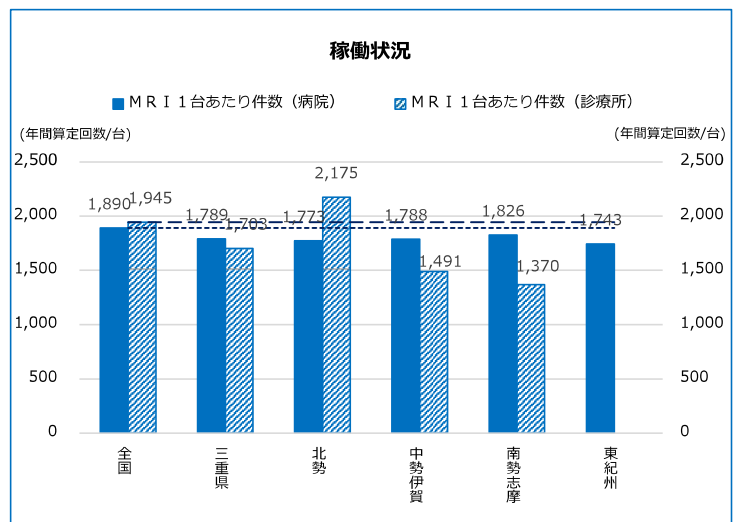
## 【MRIの稼働率】

○本県のMRIの稼働率は、病院(1,789)、診療所(1,703)ともに、全国平均(病院1,890、診療所1,945)を下回っている。

○二次医療圏別にみると、病院では南勢志摩医療圏(1,826)が最も高く、東紀州医療圏(1,743)が最も低くなっており、診療所では北勢医療圏(2,175)が最も高く、東紀州医療圏では設置されていない。



資料:厚生労働省「平成29年医療施設調査」(NDB(平成29年度))、総務省「住民基本台帳人口」(平成30年1月1日現在)



資料:厚生労働省「平成29年医療施設調査」(NDB(平成29年度))

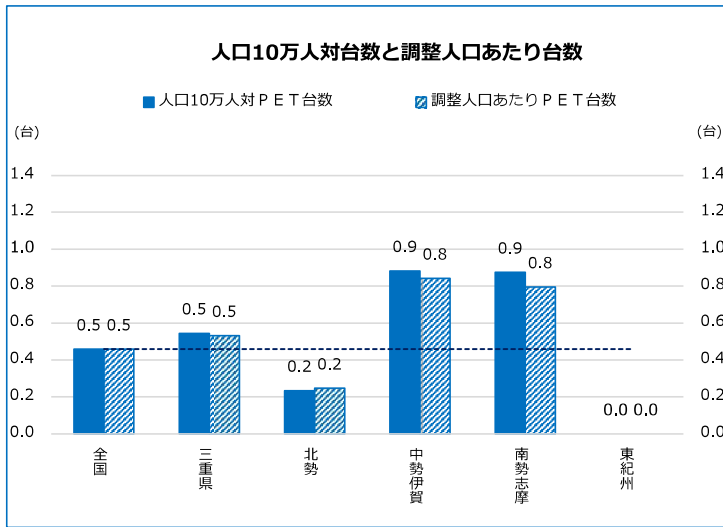
# 医療機器の保有状況等に関する情報（PET）

## 【PETの設置台数】

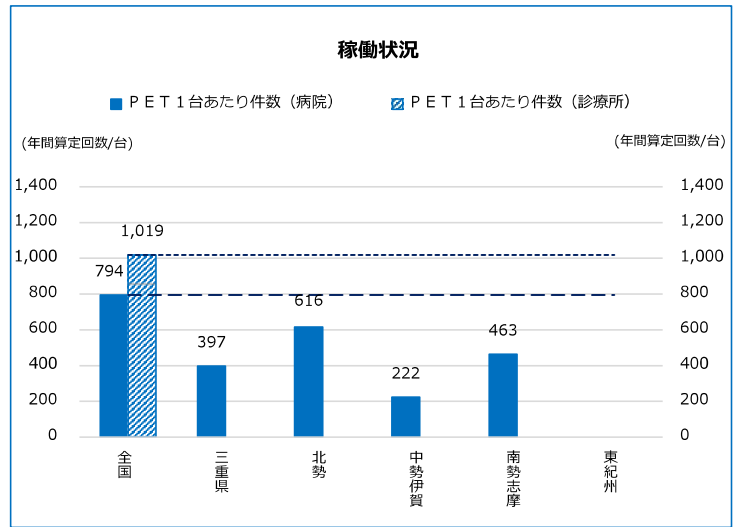
○本県のPETの設置台数は、人口10万人あたり(0.5台)、調整人口あたり(0.5台)ともに、全国平均(5.0台)と同数である。  
 ○二次医療圏別にみると、いずれも中勢伊賀医療圏と南勢志摩医療圏(人口10万0.9台、調整人口0.8台)が最も多く、東紀州医療圏には設置されていない。

## 【PETの稼働率】

○本県のPETの稼働率(病院397)は全国平均(病院794)を大きく下回っている。  
 ○二次医療圏別にみると、北勢医療圏(病院616)が最も高く、東紀州医療圏では設置されていない。また、いずれの医療圏も診療所には設置されていない。



資料:厚生労働省「平成29年医療施設調査」(NDB(平成29年度))、総務省「住民基本台帳人口」(平成30年1月1日現在)



資料:厚生労働省「平成29年医療施設調査」(NDB(平成29年度))

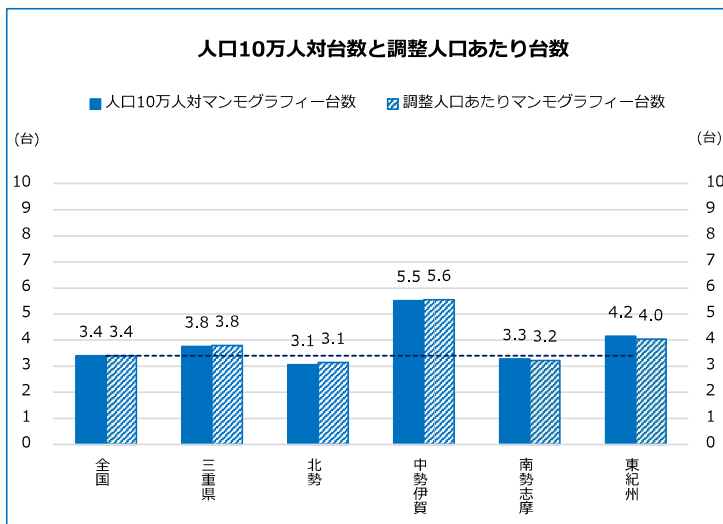
# 医療機器の保有状況等に関する情報（マンモグラフィ）

## 【マンモグラフィの設置台数】

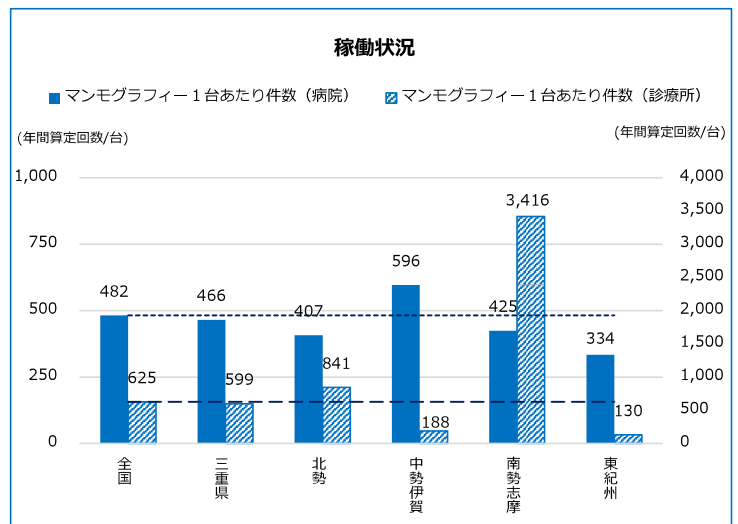
○本県のマンモグラフィの設置台数は、人口10万人あたり(3.8台)、調整人口あたり(3.8台)ともに、全国平均(3.4台)をやや上回っている。  
 ○二次医療圏別にみると、いずれも中勢伊賀医療圏(人口10万5.5台、調整人口5.6台)が最も多く、北勢医療圏(人口10万3.1台、調整人口3.1台)が最も少なくなっている。

## 【マンモグラフィの稼働率】

○本県のマンモグラフィの稼働率は、病院(466)、診療所(599)ともに、全国平均(病院482、診療所625)をやや下回っている。  
 ○二次医療圏別にみると、病院では中勢伊賀医療圏(596)が最も高く、東紀州医療圏(334)が最も低くなっており、診療所では南勢志摩医療圏(3,416)が最も高く、東紀州医療圏(130)が最も低くなっている。



資料:厚生労働省「平成29年医療施設調査」(NDB(平成29年度))、総務省「住民基本台帳人口」(平成30年1月1日現在)



資料:厚生労働省「平成29年医療施設調査」(NDB(平成29年度))

# 医療機器の保有状況等に関する情報（放射線治療（対外照射））

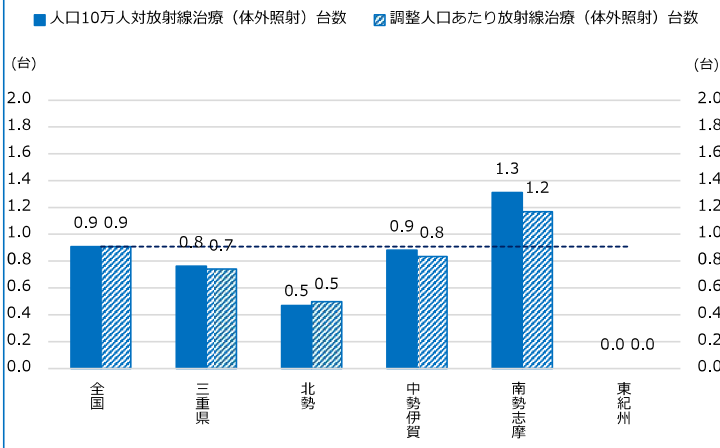
## 【放射線治療（対外照射）の設置台数】

○本県の放射線治療（対外照射）の設置台数は、人口10万人あたり（0.8台）、調整人口あたり（0.7台）ともに、全国平均（0.9台）をやや下回っている。  
○二次医療圏別にみると、いずれも南勢志摩医療圏（人口10万1.3台、調整人口1.2台）が最も多く、東紀州医療圏には設置されていない。

## 【放射線治療（対外照射）の稼働率】

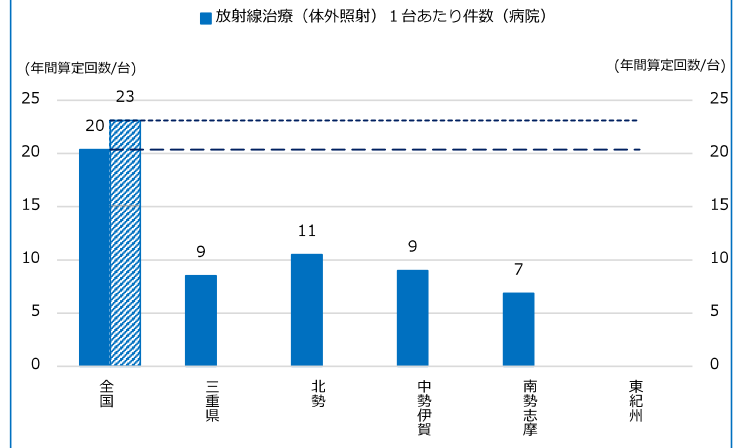
○本県の放射線治療（対外照射）の稼働率病院（9）は、全国平均（病院20）を大きく下回っている。  
○二次医療圏別にみると、病院では北勢医療圏（11）が最も高く、東紀州医療圏では設置されていない。また、いずれの医療圏も診療所には設置されていない。

人口10万人対台数と調整人口あたり台数



資料：厚生労働省「平成29年医療施設調査」「NDB（平成29年度）」、総務省「住民基本台帳人口」（平成30年1月1日現在）

稼働状況



資料：厚生労働省「平成29年医療施設調査」「NDB（平成29年度）」

27

## 医療機器の共同利用に関する方針

○県内の概況をふまえ、医療機器の共同利用に関する方針は、共同利用も含め医療機器の効率的な活用に取り組むとともに、対象とする医療機器を購入する際には、共同利用に関する意向を確認することとしたい。

### 【県内の概況】

#### 《CT、MRI、マンモグラフィ》

- 地域において、若干の差はあるものの、設置状況、稼働状況ともに全国平均と比較して大差はない。
- 今後も医療機器の効率的な活用を進めていく必要がある。

#### 《PET、放射線治療（対外照射）》

- 設置状況については、全国平均と比較して大差はないものの、北勢医療圏では少なく、東紀州医療圏には設置がされていない。
- 稼働状況については、全国平均と比較して少ない傾向にある。医療機器を有する医療機関に対しての患者紹介などにより、より効率的な活用を進める必要がある。

これらの概況をふまえ、県内の医療機器の共同利用に関する方針を次のとおりとしたい。

### 医療機器の共同利用に関する方針

- CT、MRI、マンモグラフィについては、共同利用も含め、今後も医療機器の効率的な活用に取り組む。
- PET及び放射線治療（対外照射）については、医療機器を有する医療機関に対しての患者紹介を中心に取り組む。
- 対象とする医療機器※を医療機関が購入する場合は、当該医療機器の共同利用に関する意向を確認し、共同利用を行う場合は、共同利用計画書の提出を求め、協議の場において確認を行う。

※ 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

# 外来医師偏在指標と外来医師多数区域

## 外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定

- 外来医師偏在指標は、各地域で対応している外来患者に対し、診療所の医師がどれだけ配置されているかを地域間で比較するもので、全国一律の算定式により機械的に算出された相対的な数値。
- 全国の335二次医療圏の外来医師偏在指標の値を一律に比較し、上位33.3%に該当する二次医療圏が外来医師多数区域と設定される。

### 《外来医師偏在指標》

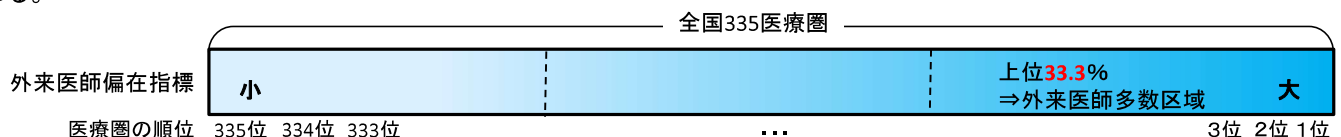
各地域で対応している外来患者に対し、診療所の医師がどれだけ配置されているかを地域間で比較するもの

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

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

### 《外来医師多数区域》

全国の335二次医療圏の外来医師偏在指標の値を一律に比較し、上位33.3%に該当する二次医療圏が外来医師多数区域と設定される。



➡ 外来医師偏在指標は、厚生労働省において算出中であり、算出結果が示された後に外来医師多数区域が設定される。

# 外来医師偏在指標

○外来医師偏在指標は、一定の仮定のもとに次の算定式に基づいて算出されており、診療所医師数が多い場合だけでなく、地理的要因により外来患者数が少ない場合においても、高値を示すことが想定される。

## 算定式の考え方

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{診療所医師のボリューム}}{\text{外来患者のボリューム}}$$

診療所医師のボリューム ← 医師数に性別・年齢別の平均労働時間を加味したもの  
(働き世代は実数より多く、その他世代は実数より少なくなる)

外来患者のボリューム ← 人口に地域における外来患者の発生率(受療率)を掛け合わせたもの  
(全国受療率との比、外来患者の流出入、診療所の対応割合も加味)

## 【留意点】

- 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。
- 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ふまえたうえで、数値を絶対的な基準として取り扱うことや指標のみに基づく機械的な運用を行うことが無いよう十分に留意する必要がある。
- 外来医師偏在指標は、地理的要因や各自治体の医師確保施策に基づく配置は考慮されていないことから、診療所が集中する都市部だけでなく、外来患者数が少ないへき地等で高値を示す傾向にある。

31

# 外来医師多数区域となることの影響

○外来医師多数区域においては、新規開業にあたり、今後確保が必要となる医療機能について、協力の可否を確認する。  
○協議の場での協議にあたっては、新規開業者に対し不利益が生じないよう配慮を行う。

## 《ガイドライン》

- 外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、地域で不足する外来医療機能を担うことを求める。
- 新規開業の届出様式には、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、協議の場において合意の状況を確認する。
- 新規開業希望者が地域で不足する外来医療機能を担うことに合意しない場合等には、協議の場に出席要請を行うこととし、その協議結果を公表する。



地域で不足する機能の提供について、新規開業者へ協力を求めるもの。  
診療所の開設は届出制であり、自由開業制であることから、開業に規制はかからない。

## 【本県としての考え】

- 少子高齢化による疾病構造の変化等により需要の増加が見込まれる医療機能について、新規開業者に対して、協力を求めるものと捉えており、強制するものではない。
- 協力が難しい場合には、協議の場での説明を依頼することとなるが、あくまで、その理由を確認するものであり、文書の提出によることも可能とするなど、柔軟な対応をとることとする。

32



# 共同利用計画と確認のためのプロセス

## 共同利用計画の記載事項と確認のためのプロセス

### 《ガイドライン》

- 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に、当該機器の共同利用に係る計画（以下、「共同利用計画」）の提出を求め、定期的に協議の場において確認する。
- 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を協議の場で確認する。
- 協議の場での協議結果については、公表を行う。

### 【共同利用計画の記載事項】

- ① 共同利用の相手方となる医療機関
- ② 共同利用の対象とする医療機器
- ③ 保守、整備等の実施に関する方針
- ④ 画像撮影等の検査機器については画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針



医療資源の有効活用のために、共同利用に関して協力を求めるもの。  
医療機器の共同利用を強制するものではない。

### 【本県としての考え】

- 医療資源の有効活用のために、医療機器の共同利用について、共同利用に対する協力の可否を確認するものであり、新規購入者に対し共同利用を強制するものではない。
- 共同利用を行わない場合は、協議の場で理由を確認することになるが、あくまで、その理由を確認するものであり、文書の提出によることも可能とするなど、柔軟な対応をとることとする。