

令和5(2023)年度 第1回 而毛地域医療構想調査会議 而毛地域病院及び有床診療所会議 合同会議	資料 3
令和5(2023)年6月23日(会議&Web)	

外来医療の機能の明確化・連携

について

栃木県安足健康福祉センター

外来医療の機能の明確化・連携 について

栃木県 保健福祉部 医療政策課

1. 外来機能報告制度
（紹介受診重点医療機関）について
2. 外来機能報告集計結果の概要
3. 紹介受診重点医療機関に係る協議
4. 「外来医療計画」の内容の追加

1. 外来機能報告制度 (紹介受診重点医療機関) について

外来医療の機能の明確化・連携

1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医療機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性

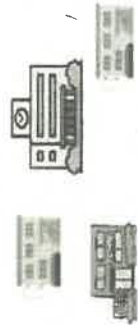
- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。

- ② ①の外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
→ ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化

- ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

↑ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与

かかりつけ医療機能を担う医療機関



かかりつけ医療機能の強化
(好事例の収集、横展開等)



病院の外来患者の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革

「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）

外来機能報告、「地域の協議の場」での協議、紹介患者への外来を基本とする医療機関の明確化

↳ 「医療資源を重点的に活用する外来」のイメージ

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来放射線治療 など）
- 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来 など）

紹介受診重点医療機関について

○ 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目して、以下のとおり紹介患者への外来を基本とする医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化する。

① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、

② 「地域の協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

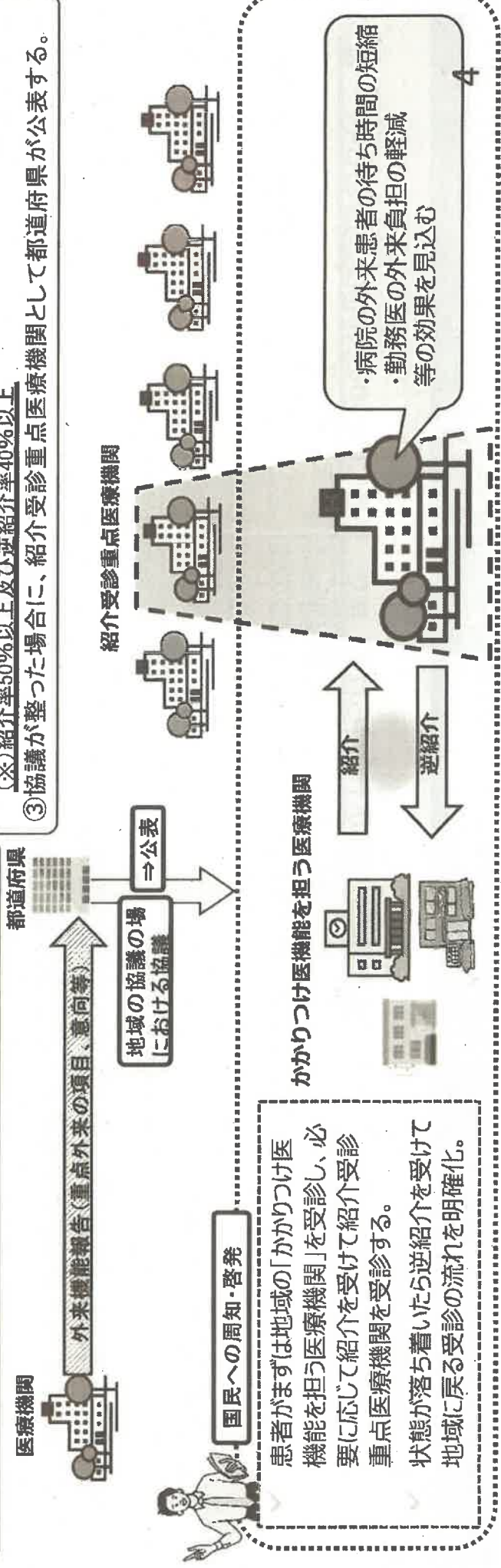
※ 紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上の病院に限る。)は、紹介がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となる。

【外来機能報告】

- 「医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)」等の実施状況
 - ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ・ 特定の領域に特化した機能を有する外来
- 紹介・逆紹介の状況
- 紹介受診重点医療機関となる意向の有無
- その他、地域の協議の場における外来機能の明確化・連携の推進のための必要な事項

【地域の協議の場】

- ① 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準(※)を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にした協議を行う。
 - (※) 初診に占める重点外来の割合40%以上 かつ 再診に占める重点外来の割合25%以上
- ② 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たさない医療機関であつて、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等(※)を活用して協議を行う。
 - (※) 紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上
- ③ 協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。



外来機能報告

第10回第8次医療計画等に関する検討会

資料2

令和4年7月20日

医療法第30条の18の2及び第30条の18の3の規定に基づき、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため、医療機関の管理者が外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告をするもの。令和3年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」(令和3年法律第49号)が成立・公布され、医療法に新たに規定された(令和4年4月1日施行)。

参考：医療法(一部抜粋)

第30条の18の2 病床機能報告対象病院等であつて外来医療を提供するもの(以下この条において「外来機能報告対象病院等」という。)の管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該外来機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

第30条の18の3 患者を入院させるための施設を有しない診療所(以下この条において「無床診療所」という。)の管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該無床診療所の所在地の都道府県知事に報告することができる。

目的

- 「紹介受診重点医療機関(医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関)」の明確化
- 地域の外来機能の明確化・連携の推進

患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師の働き方改革に寄与。

報告項目

(1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況

(2) 紹介受診重点医療機関となる意向の有無

(3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項
紹介・逆紹介の状況、外来における人材の配置状況、外来・在宅医療・地域連携の実施状況(生活習慣病管理料や在宅時医学総合管理料等の算定件数) 等

「地域の協議の場」での議論に活用。令和4年度については、外来機能報告等の施行初年度であるため、紹介受診重点医療機関の明確化に資する協議を中心に行う。

対象医療機関

義務： 病院・有床診療所
任意： 無床診療所

報告頻度

年1回
(10～11月に報告を実施)

医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)

- > 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
例)悪性腫瘍手術の前後の外来
- > 高価等の医療機器・設備を必要とする外来
例)外来化学療法、外来放射線治療
- > 特定の領域に特化した機能を有する外来
例)紹介患者に対する外来

紹介受診重点医療機関の基準

案内にあるが基準を満たさない場合

- 上記の外来の件数の占める割合が
・ 初診の外来件数の40%以上
かつ
- ・ 再診の外来件数の25%以上

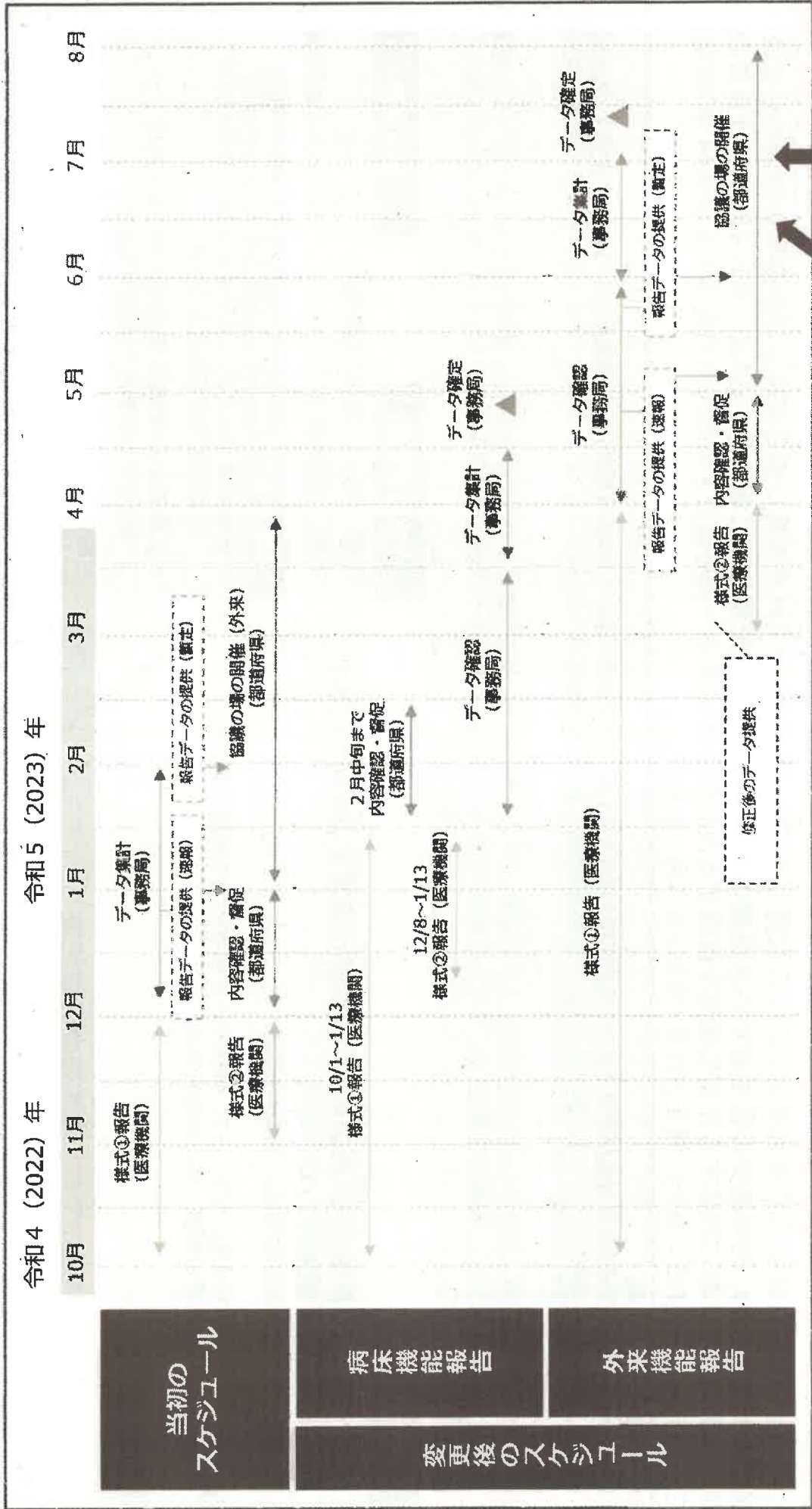
参考にする紹介率・逆紹介率の水準

- ・ 紹介率50%以上
かつ
- ・ 逆紹介率40%以上

(参考) 今後のスケジュールについて(1/2):全体スケジュール

厚生労働省資料に追記

⇄ : 医療機関
 ⇄ : 都道府県
 ⇄ : 事務局 (厚労省)



栃木県の場合

調整会議 (6月中) 紹介受診重点医療機関の公表 (7/1) 6

2. 外来機能報告集計結果の概要

令和4(2022)年度外来機能報告 集計結果の概要 (速報版)

資料

2023/6/9 時点

- ・ 外来機能報告は、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めることを目的として、医療法第30条の13の規定に基づき実施されている制度です。
- ・ 各医療機関は、医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)の実施状況、重点外来を地域で基幹的に担う紹介受診重点医療機関となる意向の有無、紹介・逆紹介の状況等について毎年1回、都道府県に報告することを求められています。

【栃木県における外来機能報告の活用】

目指すべき医療提供体制の実現に向け、地域医療構想調整会議において各圏域の報告状況を共有し、次の取組の推進を図っています。

- 紹介受診重点医療機関の明確化・連携に向けた協議
- 紹介受診重点医療機関の決定

1. 調査時期 : 令和4(2022)年10月 ※厚生労働省において一部確認を要する事象が発見されたことから、報告期間が延長されています。(～令和5年3月29日)

2. 提出率

区分	紹介受診重点医療機関となる 意向の有無、 紹介率・逆紹介率 (報告様式1)	重点外来の実施状況 (報告様式2)
病院+診療所	98.4% (179/182)	96.7% (176/182)
病院	97.8% (88/90)	96.7% (87/90)
診療所	98.9% (91/92)	96.7% (89/92)

3. 結果概要 (県全体)

医療圏	紹介受診重点 医療機関 となる意向有	特定機能病院	地域医療支援 病院
東北医療圏	1	0	1
東西医療圏	0	0	1
宇都宮医療圏	4	0	3
関東医療圏	1	0	1
県南医療圏	4	2	2
両毛医療圏	3	0	2
計	13	2	10

※参考

紹介受診重点医療 機関の基準	初診に占める 重点外来の割合 (%)	紹介率(%)	逆紹介率(%)
	40%以上	50%以上	40%以上
	25%以上	50%以上	40%以上

医療機関名	初診の外來 患者延べ数	初診の重点外來 患者延べ数	初診に占める 重点外來の 割合(%)	再診に占める 重点外來の 割合(%)	紹介受診重点 医療機関 となる意向有	紹介率(%)	逆紹介率(%)	特定連携病院	地域医療支援 病院
足利第一病院	2382	474	19.9	52.9		0.2	13.1		
あしかがの森足利病院	756	0	0.0	0.0		7.0	0.0		
足利中央病院	455	62	13.6	48.1		12.5	0.0		
長崎病院	5544	1298	23.4	14.1		21.4	2.4		
鈴木病院	270	114	42.2	4.6		0.0	0.0		
植川病院	2125	393	18.5	7.5		3.0	10.4		
足利赤十字病院	16604	9020	54.3	29.2	○	57.8	57.0		○
本庄記念病院	6646	1683	25.3	7.4		14.9	25.0		
今井病院	3648	1359	37.3	12.3		38.1	28.5		
佐野市立病院	5382	1447	26.9	26.2		15.8	25.9		
佐野厚生総合病院	11527	6359	55.2	24.2	○	77.8	48.1		○
佐野医師会病院	6018	5661	94.1	26.3	○	89.9	94.0		
鈴木産科婦人科医院	860	380	44.2	9.3		0.0	0.0		
荏荏眼科	6157	258	4.2	10.7		0.0	0.0		
越前赤井外科	4666	851	18.2	6.4		0.3	6.0		
みなみ眼科	3246	146	4.5	7.6		0.0	0.0		
渡前医院	1288	435	33.8	8.0		0.0	0.0		
両毛クリニック	147	18	12.2	95.8		0.0	0.0		
大岡内科	873	36	4.4	4.9		8.2	0.0		
田村レディースクリニック	1440	808	56.1	4.4		0.0	0.0		
伏島クリニック	2244	427	19.0	12.5		0.0	0.0		
かしま産婦人科	534	0	0.0	0.0		0.0	0.0		
匠レディースクリニック	509	212	41.7	5.2		10.0	10.0		
佐野科堀川婦クリニック	631	201	31.9	76.2		0.0	0.0		
御医院	1271	340	26.8	6.1		0.0	0.0		

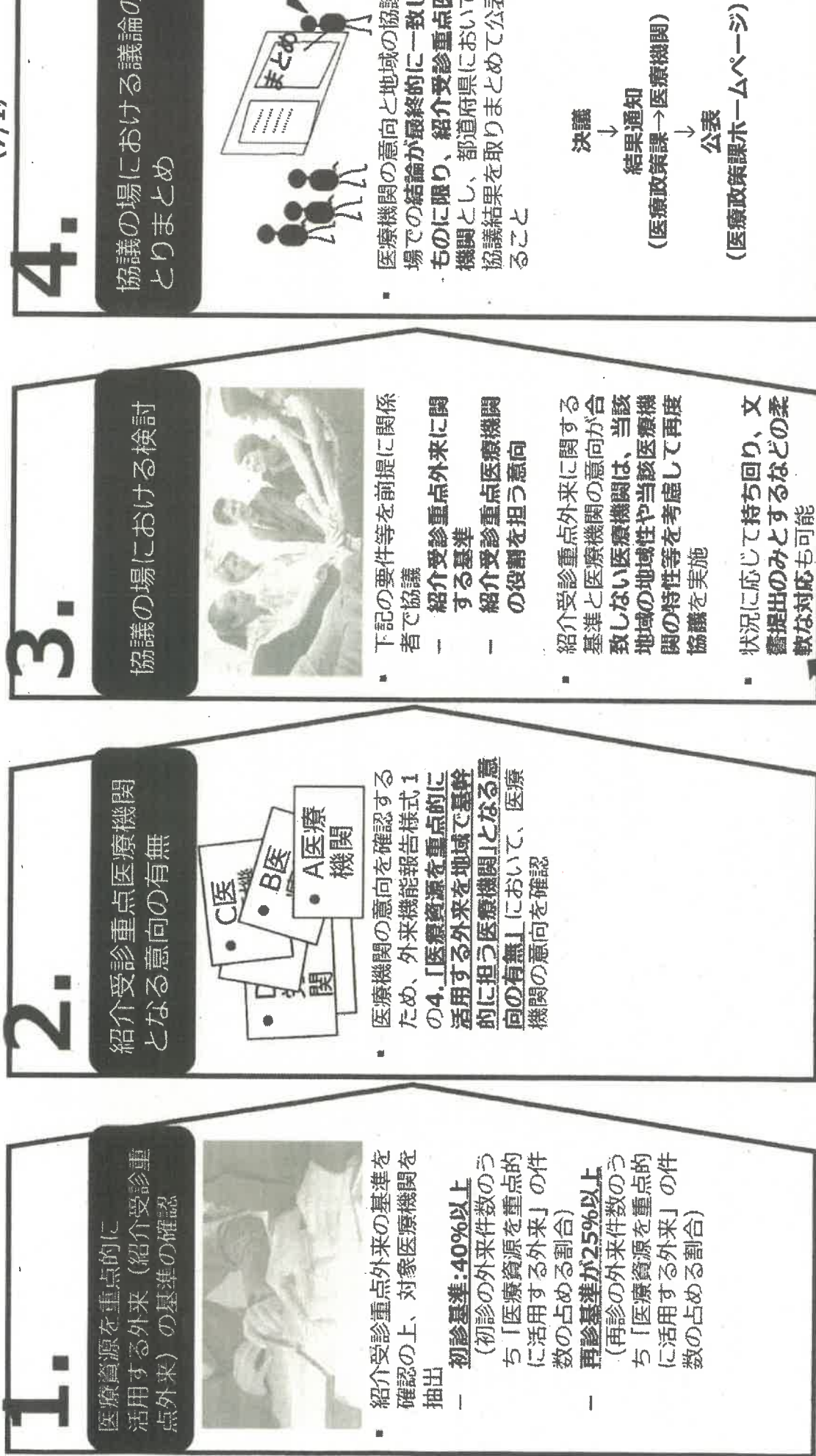
※黄色部分…基準を満たす場合、意向がある場合、水準を満たす場合を示しています。

3. 紹介受診重点医療機関に係る協議

協議の場の進め方の全体像

調整会議（6月中）

紹介受診重点医療機関の公表 (7/1)



R6年度以降は可（継続選定の場合）（参考）「外来機能報告等に関するガイドライン」

都道府県における今後の外来機能報告制度の運用等について
(令和5年3月6日付け医政地発0306 第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)

1 令和4年度外来機能報告のスケジュールについて → 5, 6ページ参照

2 協議の場の結果の公表について
紹介受診重点医療機関に係る都道府県における協議結果の公表については以下のとおり行うこととする。

(1) 協議の場における協議結果の報告について

都道府県は、協議の場における協議の結果をとりまとめ、紹介受診重点医療機関となる医療機関が確定した際は、速やかに、国及び当該医療機関に対し、当該紹介受診重点医療機関名、公表日、公表場所等を通知等により情報共有すること。

(2) 紹介受診重点医療機関の公表の連絡等について

(1)の公表日に、都道府県ホームページ等の公表場所に、紹介受診重点医療機関リスト（以下「医療機関リスト」という。）を掲載するとともに、国及び当該医療機関に対し、公表した旨を通知等により情報共有すること。

また、協議の場における協議の結果に基づき、紹介受診重点医療機関でなくなる医療機関がある場合には、当該紹介受診重点医療機関でなくなった医療機関の情報更新された医療機関リストを公表し、その旨を国及び当該医療機関に対し、通知等により情報共有すること。

(3) 都道府県ホームページ等における医療機関リストの公表等について

(2)の医療機関リストについては、1日付けで都道府県ホームページ等に公表すること。

また、協議の場における協議の結果に基づき、紹介受診重点医療機関でなくなる医療機関についても、同様に取り扱うこととされたい。

(4) 紹介受診重点医療機関のとりまとめ等に関するスケジュールについて

紹介受診重点医療機関である医療機関については、協議の場における協議の結果の公表に伴い更新又は変更されるものであり、毎年度、協議の場における確認を行うことが必要である。

協議の簡素化のため、状況に応じ、協議の場を持ち回りとする、文書提出のみとするなどの柔軟な対応も可能である。
また、各年度のスケジュールについては以下のとおりとする。

① 令和5年度

令和4年度の外来機能報告の報告結果に基づき、令和5年5～7月に協議の場を開催し、協議内容をとりまとめの上、公表された紹介受診重点医療機関リストに掲載されている医療機関は、当該リストの公表日（1日付とすること）から紹介受診重点医療機関となる。なお、都道府県においては、当該リストを速やかに公表することとする。

都道府県における今後の外来機能報告制度の運用等について (令和5年3月6日付け医政地発0306 第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)

② 令和6年度以降

前年度（令和6年度の場合は令和5年度）の外来機能報告の報告結果に基づき、前年度1～3月（令和6年度の場合は令和6年1～3月）に協議の場を開催し、協議内容をとりまとめの上、公表された紹介受診重点医療機関リストに掲載されている医療機関は、当該リストの公表日（1日付とすること）から紹介受診重点医療機関となる。なお、都道府県においては、当該リストを速やかに公表することとする。

3 特定機能病院及び地域医療支援病院の取り扱いについて

特定機能病院及び地域医療支援病院の多くは、これらの病院の性格上、紹介受診重点外来の基準を満たすことが想定されており、当該基準を満たす病院については、原則、紹介受診重点医療機関となることが望ましい。

また、特定機能病院又は地域医療支援病院であって紹介受診重点外来の基準を満たさない病院については、地域の外来医療提供体制における当該医療機関の果たす役割等を外来医療の協議の場等で確認することとする。なお、本内容については、外来機能報告等に関するガイドラインにおいても今後お示しする予定である。

4 令和5年度外来機能報告対象医療機関の抽出について

令和4年度外来機能報告の対象となる無床診療所については、厚生労働省において令和元年度のレセプトデータを用いて、無床診療所のうち、「医療資源を重点的に活用する外来」を行っている蓋然性の高い無床診療所を抽出し、あらかじめ外来機能報告を行う意向を確認することとしていたところである。

令和5年度外来機能報告においては、無床診療所に対して外来機能報告に係る意向調査を行う旨を周知した上で、令和3年度のレセプトデータにおいて、「医療資源を重点的に活用する外来」を行っている蓋然性の高い無床診療所に対して、委託事業者等を通じて令和5年4月～令和5年5月に当該報告を行う意向を確認することとする。また、各都道府県における「医療資源を重点的に活用する外来」を行っている蓋然性の高い無床診療所及び外来機能報告を行う意向を示した医療機関の一覧について、当該都道府県へ提供する予定である。

また、上記の意向確認を行う期間以外の期間において、無床診療所が外来機能報告を行う意向を示す場合については、都道府県における外来機能報告対象医療機関名簿の確認期間中（令和5年度においては7月頃を予定）であれば、各都道府県において、当該年度の外来機能報告対象医療機関に含めることができることとする。

外来機能報告制度を活用した紹介受診重点医療機関に係る協議の進め方

厚生労働省資料
を加工し追記

意向あり

- 1 紹介受診重点医療機関
*、「外来医療に係る地域の協議の場」での確認
足利赤十字病院、佐野医師会病院

意向なし

- 2 「外来医療に係る地域の協議の場」での協議

- 3 「外来医療に係る地域の協議の場」での協議
【基準×・水準○】佐野厚生総合病院

紹介受診重点外来の基準

満たす 満たさない

「外来医療に係る地域の協議の場」での協議

【協議を進める上で必要な事項】

- 協議の場における検討については、以下の内容を参考とする。
 - ・ 紹介受診重点外来の基準（初診40%以上かつ再診25%以上）
 - ・ 紹介受診重点医療機関となる意向
 - ・ 紹介率・逆紹介率の水準（紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上）
 - ・ 当該医療機関の機能（特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関等）
 - ・ 外来医療の実施状況や当該地域の地域性
 - ・ 必要に応じ、医療機関から提出を受けた、紹介受診重点外来の基準と医療機関の意向が合致しない理由等
- なお、協議の場を行う前に、協議の場での結論の取りまとめ方法について、確認しておくことが望ましい。

【紹介受診重点外来の基準と医療機関の意向の考え方】

- 1 「紹介受診重点外来の基準を満たす×意向あり」の場合
 - ・ 特別な事情がない限り、紹介受診重点医療機関とすることが想定される。
- 2 「紹介受診重点外来の基準を満たす×意向なし」の場合
 - ・ 当該医療機関の意向が第一であることを踏まえつつ、当該地域の医療提供体制のあり方を協議の上、紹介受診重点医療機関の趣旨等について説明し、2回目の協議に改めて意向を確認する。
- 3 「紹介受診重点外来の基準を満たさない×意向あり」の場合
 - ・ 紹介受診重点外来に関する基準に加え、紹介率・逆紹介率等を活用して協議を行う。

地域性や医療機関の特性等を考慮して協議（1回目）



医療機関の意向と異なる結論となった場合



協議を再度実施（2回目）



協議フローについて

栃木県の場合

厚生労働省資料に追記

協議の場（調整会議）において説明を求める

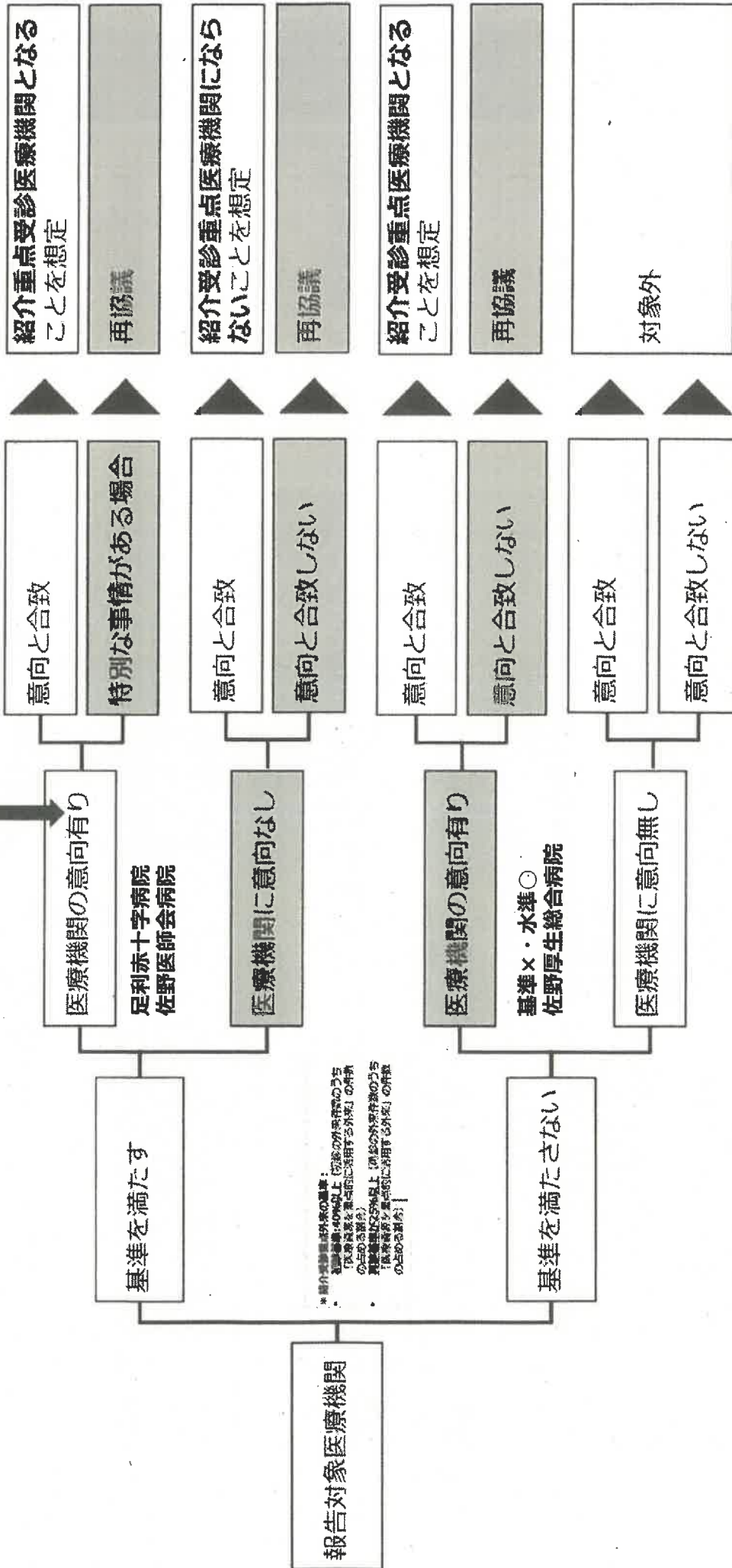
協議の場での協議が求められる

紹介受診重点外来の
基準*確認

紹介受診重点医療機関に
おける意向の確認

意向に対する地域の協
議の場の結論の確認

検討の方向性



* 紹介受診重点外来の基準：
1. 当該医療機関が40%以上（100床の外来診療のうち
100床未満は、基準に活用する外来）の患者
の占める割合。
2. 当該医療機関が50%以上（100床の外来診療のうち
100床未満は、基準に活用する外来）の患者
の占める割合。

再協議となった案件については、ガイドラインに基づいて、協議を行い、最終的に医療機関の意向と協議の場の結論が合致したものに限り、紹介受診重点医療機関として公表を行う。



地域医療構想調整会議における協議

1. 医療機関の説明 (各医療機関 5 分程度)

I 基準 (初診40%以上かつ再診25%以上) を満たす医療機関

→ 紹介受診重点医療機関となる意向

医療資源を重点的に活用する外来の実施状況

対象：足利赤十字病院、佐野医師会病院

に係る説明

II 基準 (初診40%以上かつ再診25%以上) を満たさない医療機関

→ 紹介受診重点医療機関となる意向

紹介率・逆紹介率等

紹介受診重点外来の基準を満たす蓋然性及びそのスケジュール等

対象：佐野厚生総合病院

に係る説明

意向あり

III 紹介受診重点医療機関とならない地域医療支援病院

→ 紹介受診重点医療機関とならない意向及びその理由

地域の外来医療提供体制における当該医療機関の果たす役割等

に係る説明

※そのほかの意向のない医療機関については事務局 (県) からその旨説明

意向なし

2. 決議

→ 議長により決を取る。

地域医療構想調整会議後の流れ

紹介受診重点医療機関の公表

(調整会議後)

結果通知 (知事→理事長、管理者宛て)

→例：令和5年〇月〇日に開催した〇〇地域医療構想調整会議の協議結果を踏まえ、7月1日付けで〇〇病院を紹介受診重点医療機関に選定します。

公表 (ホームページ)

→7月1日に下記ページで医療機関リストを公表

<https://www.pref.tochigi.lg.jp/e02/gairaikinohoukoku.html>

ホームページ (栃木県ホームページ) > 医療 > 医療施策 > 外来機能報告制度・紹介受診重点医療機関について

紹介受診重点医療機関リスト

令和〇年〇〇月〇〇日

No	都道府県番号	都道府県名	医療機関名称	医療機関住所	電話番号	公表日	廃止日	保険医療機関コード*	備考
1									
2									
3									
4									
5									

* <備考> 10桁の保険医療機関コードは、都道府県コード(2桁) + 点数番号(1桁) + 保険医療機関コード(7桁) で構成されています。
例：北海道所在の産科の保険医療機関 (保険医療機関コード: 1234567) の場合、01 (都道府県コード) + 1 (点数番号) + 1234567 (医療機関コード) ※数字の桁数が1桁の場合、先頭に0をつけて下さい。

⇒7月1日から、紹介受診重点医療機関に係る診療報酬加算可能

厚生労働省Q&A (抜粋)

- Q 1 令和5年度以降の協議の場のスケジュールは、令和4年度の修正前のスケジュールと同様と考えられるか。
A 1 令和5年度以降については、当初のスケジュールどおり、当該年度の1月～3月に協議を行っていただくことを想定している。
- Q 2 医療機関の意向や基準の充足状況が前年度と変わらない場合であっても、毎年度協議の場で議論する必要があるか。
A 2 紹介受診重点医療機関については、毎年度協議の場において確認は必要である。
なお、協議の簡素化のため、状況に応じ持ち回りとす、文書提出のみとするなどの柔軟な対応も可能である。
- Q 3 紹介受診重点医療機関については、協議を行い地域で確認することとされており、意見がわかれたときに、どのように決めるべきか。
見送って再協議するということでよいのか。
- A 3 意見が分かれた場合においては、再協議となる。また、最終的に医療機関の意向と協議の場の結論が合致した場合に限り、紹介受診重点医療機関として公表する。
- Q 4 協議の場における協議方法（全会一致、多数決など）について、どのように設定すべきか。
- A 4 協議の場における協議方法については、現在まで各都道府県において様々な協議がなされており、各都道府県において望ましい協議方法を選択いただきたい。なお、混乱が生じないよう、協議開始前に協議方法については、示しておくことが望ましい。
- Q 5 基準を満たさないが紹介受診重点医療機関となるか否かが、都道府県の中においても、圏域により分かれる場合があり、必ずしも都道府県一律での判断とならないと想定されているか。
- A 5 その通り。都道府県の中においても、地域により外来医療の状況は異なるため、紹介受診重点医療機関となるか否かについても、判断が異なることが想定される。
- Q 6 外来機能報告等に関するガイドラインにおいて、「医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たさない医療機関であって、紹介受診重点医療機関となる意向を有する医療機関については、地域の協議の場において、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準に加え、紹介率・逆紹介率・逆紹介率等を活用して協議を行う。」との記載があるが、紹介率・逆紹介率の水準も満たしていない医療機関の場合、基本的には紹介受診重点医療機関となることはできないという解釈でよいか。
- A 6 基準を満たさないが意向を有する医療機関である場合、紹介率・逆紹介率の水準や地域の状況等を踏まえ、協議の場で協議いただく必要がある。
- Q 7 紹介受診重点医療機関の要件を満たさない地域医療支援病院について、地域の協議の場等において、具体的に何を確認するのか。
A 7 紹介受診重点医療機関とならない地域医療支援病院については、地域における当該医療機関の担っている機能について協議の場で確認を行う。また、当該医療機関の外来医療の特性については、重点外来の実施状況や地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なおの他の事項等の、外来機能報告の状況も参考とされたい。

診療報酬等に係る変更点

①特定機能病院、地域医療支援病院、200床未満の医療機関

- ・紹介受診重点医療機関として広告可能となる。
- ・地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合、連携強化診療情報提供料が算定できる。
(これまででは、かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関からの紹介に限定されていた。)

②上記以外の医療機関

- ・上記に加え、紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点（入院初日）が算定できる。
- ・紹介状なしで受診する場合等の定額負担が以下のとおり見直しとなる。

初診：医科 5,000円→7,000円、 歯科 3,000円→5,000円

再診：医科 2,500円→3,000円、 歯科 1,500円→1,900円

※新たに紹介受診重点医療機関となつてから6か月の経過措置あり。
公表があった日から起算して6ヶ月以内での定額負担は、
医療機関の判断により徴収しないことも可能。

4. 「外来医療計画」の内容の追加

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じた、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

- 6年間（現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度、第8次医療計画の期間は2024年度～2029年度。中間年で必要な見直しを実施。）

記載事項（主なもの）

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床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。

二次医療圏

335医療圏（令和3年10月現在）

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

三次医療圏

52医療圏（令和3年10月現在）
※都道府県ごとに1つ（北海道のみ6医療圏）

【医療圏設定の考え方】
特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づき、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量等を推計。

○ 5疾病・6事業(※)及び在宅医療に関する事項

- ※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、脳梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。

- 6事業…6つの事業(救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し)
- ・ 産科、小児科については、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ため、個別に策定

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

外来医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

厚生労働省資料

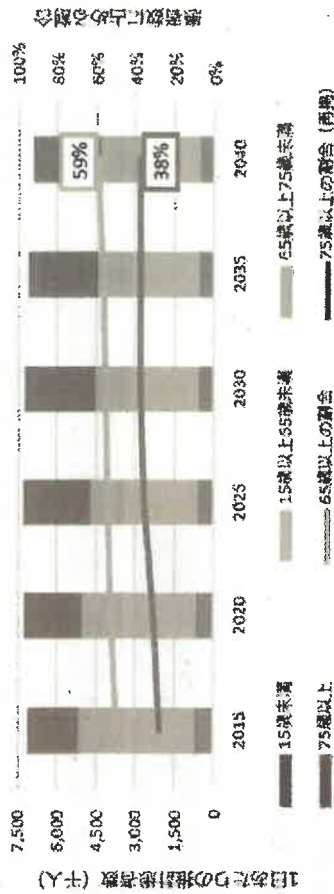
概要

- ・ 外来医療計画の取組の実効性を確保し、地域に必要な外来医療提供体制の構築を進める。
- ・ 地域の医療機関がその地域において活用可能な医療機器について把握できる体制の構築を進める。
- ・ 外来機能報告等のデータを活用し、地域の実情に応じた、外来医療提供体制について検討を行う。

外来医師偏在指標を活用した取組

○ 今後の外来需要の動向が地域によって異なることを踏まえ、二次医療圏毎の人口推計や外来患者数推計等を踏まえた協議を行うことを求める。また、外来医療計画について、金融機関等への情報提供を行う。

外来患者数推計



- 地域で不足する医療器医療機能について具体的な目標を定める。
- 新規開業者や外来医師多数区域以外においても、地域の実情に応じ、地域で不足する医療機能を担うこととする。
- 地域で不足する医療機能を担うことに合意が得られた場合、地域の医師会、市町村へ情報共有を行う等、フォローアップを行う。

医療機器の効率的な活用への取組

北海道府県における医療機器の可視化(例示)
 ○ 地域において活用可能な医療機器について把握できるよう、
 ・ 医療機器の配置・稼働状況に加え、
 ・ 共同利用計画から入手可能な、医療機器の共同利用の有無や画像診断情報の提供の有無等の方針についても、可視化を進める。



地域における外来医療の機能分化及び連携の取組

○ 外来機能報告により入手可能な紹介受診重点外来や紹介・逆紹介等のデータを活用し、地域の外来医療の提供状況について把握するとともに、紹介受診重点医療機関の機能・役割も踏まえた、地域における外来医療提供体制の在り方について検討。

かかりつけ医療機能を担う医療機関



紹介

逆紹介



紹介受診重点医療機関

病院の外来患者の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革

協議の場において、紹介患者への外来を基本とする医療機関の明確化

概要

- 外来医療計画とは、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、医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたものである。
- 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、協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ協議を行い、その結果を取りまとめ公表。
- 令和元年度中に各都道府県において外来医療計画を策定し、令和2年度から取組を進めている。令和6年度以降は3年毎に外来医療計画を見直すこととしている。

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 (法第30条の18の4)

- ① 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況
診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化。外来医師偏在指標や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を公表し、新規開業希望者等に情報提供。
- ② 外来機能報告を踏まえた「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」(紹介受診重点医療機関)*
- ③ 外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進
病床機能報告対象医療機関等が都道府県に外来医療の実施状況を報告(外来機能報告)し、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議。「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化。
- ④ 複数の医師が連携して行う診療の推進
- ⑤ 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
地域ごとの医療機器の配置状況を可視化し、共同利用を推進。
- ⑥ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

外来医療の協議の場 (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)

- (区域) 二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域
- (構成員) 診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療関係者、医療保険者その他の関係者
- (その他) 地域医療構想調整会議を活用することが可能

外来医師多数区域

- 外来医師偏在指標の上位1/3に該当する二次医療圏を、外来医師多数区域と設定。
- 主に大都市圏や西日本の二次医療圏に外来医師多数区域が設定されている。

外来医師偏在指標の計算式

- 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、40歳代、50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

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

$$\text{標準化診療所医師数} = \sum \text{性} \cdot \text{年齢階級別医師数} \times \text{全診療所医師の平均労働時間}$$

$$\text{地域の標準化外来受療率比}^{(*)1)} = \frac{\text{地域の期待外来受療率}^{(*)2)}}{\text{全国の期待外来受療率}}$$

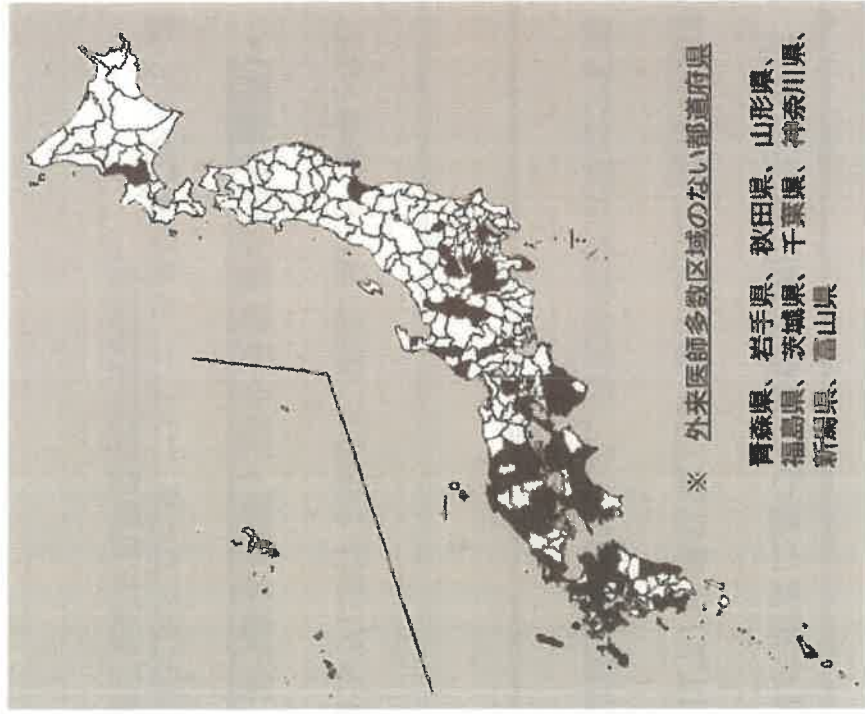
$$\text{地域の期待外来受療率}^{(*)2)} = \sum (\text{全国の性} \cdot \text{年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性} \cdot \text{年齢階級別人口}) \div \text{地域の人口}$$

$$\text{地域の診療所の外来患者対応割合} = \frac{\text{地域の診療所と病院の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所と病院の外来延べ患者数}}$$

(出典)性・年齢階級別医師数：平成28年医師・歯科医師・獣医師調査
平均労働時間：「医師の勤務実態及び働き方の意向に関する調査」(平成28年厚生労働省特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向に関する調査研究」(研究班) 平均労働時間：第3回NDB7-アンケート(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年度医療提供体制調査※患者流出入は、流出入発生後のデータ(診療行為発生地ベース)を分母で用いている(平成26年患者調査より)

- ※ 医師偏在指標との相違点
 - ・ 標準化診療所医師数を使用。
 - ・ 受療率に外来受療率を使用。
 - ・ 診療所を受診した患者を対象とするため、診療所での外来患者数を病院・診療所での外来患者数で除して補正。

外来医師多数区域



※ 外来医師多数区域のない都道府県

青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県、茨城県、千葉県、神奈川県、新潟県、富山県

新・外来医師偏在指標による評価

- 新指標における本県の順位は37位であり、宇都宮区域は外来医師多数区域に該当している
- 新旧の指標を比べると、宇都宮・県東・県南区域では増加しているが、県北・県西・両毛区域では減少している
- 新旧の医師偏在指標それぞれで区域を比較すると、最大値（宇都宮）と最小値（県北）の差は増加している（旧：26.1 ⇒ 新：28.9）

旧・外来医師偏在指標

区域	偏在指標	摘要
全国	106.3	
栃木県	—(※)	
県北	81.4	
県西	99.0	
宇都宮	107.5	外来医師多数区域
県東	98.1	
県南	95.8	
両毛	93.3	

(※)栃木県の都道府県外来医師偏在指標は96.2であるが、外来医療計画では二次医療圏単位の外来医師偏在指標のみ定められており公表データはない。
(都道府県単位の外来医師偏在指標は国のガイドラインにおいても求められていない。)

新・外来医師偏在指標（確定値）

区域	偏在指標	摘要
全国	122.2	
栃木県	98.8	37位
県北	80.7	
県西	98.3	
宇都宮	109.6	外来医師多数区域
県東	107.3	
県南	99.5	
両毛	92.6	

参考 茨城県 88.2(44位)、群馬県 108.2(21位)

地域医療構想調整会議における協議

1. 医療機関の説明 (各医療機関 5 分程度)

I 基準 (初診40%以上かつ再診25%以上) を満たす医療機関

→ 紹介受診重点医療機関となる意向

医療資源を重点的に活用する外来の実施状況

対象：足利赤十字病院、佐野医師会病院

に係る説明

意向あり

II 基準 (初診40%以上かつ再診25%以上) を満たさない医療機関

→ 紹介受診重点医療機関となる意向

紹介率・逆紹介率等

紹介受診重点外来の基準を満たす蓋然性及びそのスケジュール等

対象：佐野厚生総合病院

に係る説明

意向なし

III 紹介受診重点医療機関とならない地域医療支援病院

→ 紹介受診重点医療機関とならない意向及びその理由

地域の外来医療提供体制における当該医療機関の果たす役割等

に係る説明

※そのほかの意向のない医療機関については事務局 (県) からその旨説明

2. 決議

→ 議長により決を取る。

参考資料

(3) 外来医療の機能の明確化・連携について

栃木県 保健福祉部 医療政策課

外来機能報告制度の報告項目一覧

第10回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年7月20日
資料 2

報告項目	病院	有床診療所	無床診療所
(1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況			
① 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況	○	○	○
② 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細	○	○	○
(2) 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無			
(3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項			
① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況	○	○	○
② 救急医療の実施状況	○*	○*	任意
③ 紹介・逆紹介の状況(紹介率・逆紹介率)	○	任意	任意
④ 外来における人材の配置状況	○	任意	任意
・専門看護師・認定看護師 ・特定行為研修修了看護師			
上記以外	○*	○*	
⑤ 高額等の医療機器・設備の保有状況	○*	○*	任意

○: 必須項目 * 病床機能報告で報告する場合、省略可

外来機能報告制度の活用方法

報告項目

可視化が想定されること

(1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況

- ① 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況
- ② 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細

NDBで把握可能

NDBで把握可能

(2) 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無

- 地域において「医療資源を重点的に活用する外来」を担う医療機関
- 地域における外来医療の分化の状況

(3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

- ① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況
- ② 救急医療の実施状況
- ③ 紹介・逆紹介の状況(紹介率・逆紹介率)
・専門看護師・認定看護師
・特定行為研修修了看護師
- ④ 外来における人材の配置状況
上記以外
- ⑤ 高額等の医療機器・設備の保有状況

NDBで把握可能

病床機能報告と
共通項目

病床機能報告と
共通項目

病床機能報告と
共通項目

- 各医療機関が担う診療内容

- 地域における救急医療の状況

- 地域における患者の流れ
- ※医療機関の種別や病床数等も踏まえ検討

- 地域の医療資源の配置状況

外来機能報告における報告項目①

(1) 医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)の実施状況

① 重点外来の実施状況の概況 [NDBで把握できる項目]

- 重点外来の類型ごとの実施状況を報告

<報告イメージ>

	日数	初診(再診)の外来延べ患者数に対する割合
初診の外来の患者延べ数	日	—
重点外来の患者延べ数	日	%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	—
高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	—
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	—
再診の外来の患者延べ数	日	—
重点外来の患者延べ数	日	%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	—
高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	—
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	—

※「患者延べ数」とは、患者ごとの受診日数を合計したものとす。

② 重点外来の実施状況の詳細 [NDBで把握できる項目]

- 重点外来のうち、主な項目の実施状況を報告

<報告イメージ>

初診の重点外来		再診の重点外来	
外来化学療法加算を算定した件数	件	外来化学療法加算を算定した件数	件
外来放射線治療加算を算定した件数	件	外来放射線治療加算を算定した件数	件
CT撮影を算定した件数	件	CT撮影を算定した件数	件
MRI撮影を算定した件数	件	MRI撮影を算定した件数	件
PET検査を算定した件数	件	PET検査を算定した件数	件
SPECT検査を算定した件数	件	SPECT検査を算定した件数	件
高気圧酸素治療を算定した件数	件	高気圧酸素治療を算定した件数	件
画像等手術支援加算を算定した件数	件	画像等手術支援加算を算定した件数	件
悪性腫瘍手術を算定した件数	件	悪性腫瘍手術を算定した件数	件

(2) 紹介受診重点医療機関となる意向の有無 [NDBで把握できない項目]

外来機能報告における報告項目②

(3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況 [NDBで把握できる項目]

- ・ 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況を報告
 <報告イメージ>

生活習慣病管理料を算定した件数	件
特定疾患療養管理料を算定した件数	件
糖尿病合併症管理料を算定した件数	件
糖尿病透析予防指導管理料を算定した件数	件
機能強化加算を算定した件数	件
小児かかりつけ診療料を算定した件数	件
地域包括診療料を算定した件数	件
地域包括診療加算を算定した件数	件
オンライン診療料を算定した件数	件

往診料を算定した件数	件
在宅普訪問診療料(I)を算定した件数	件
在宅時医学総合管理料を算定した件数	件
診療情報提供料(I)を算定した件数	件
診療情報提供料(Ⅲ)を算定した件数	件
地域連携診療計画加算を算定した件数	件
がん治療連携計画策定料を算定した件数	件
がん治療連携指導料を算定した件数	件
がん患者指導管理料を算定した件数	件
外来緩和ケア管理料を算定した件数	件

② 救急医療の実施状況 [病床機能報告で把握できる項目](病床機能報告で報告する場合、省略可)

- ・ 休日に受診した患者延べ数、夜間・時間外に受診した患者延べ数、救急車の受入件数を報告

<報告イメージ>(病床機能報告と同様)

	人数・件数
休日に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
夜間・時間外に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
救急車の受入件数	件

③ 紹介・逆紹介の状況(紹介率・逆紹介率) [NDBで把握できない項目](有床診療所は任意)

- ・ 紹介率・逆紹介率を報告 (初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数)

外来機能報告における報告項目③

- ④ 外来における人材の配置状況〔専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告で把握できる項目〕(病床機能報告で報告する場合、重複項目は省略可)(有床診療所は任意)
- ・ 医師について、施設全体の職員数を報告
 - ・ 看護師、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学技士、管理栄養士について、外来部門の職員数を報告
- ※ 勤務時間の概ね8割以上を外来部門で勤務する職員を計上。複数の部門で業務を行い、各部門での勤務時間が通常の勤務時間の8割未満となる場合は、外来部門の職員として計上(病床機能報告と同様の計上方法)

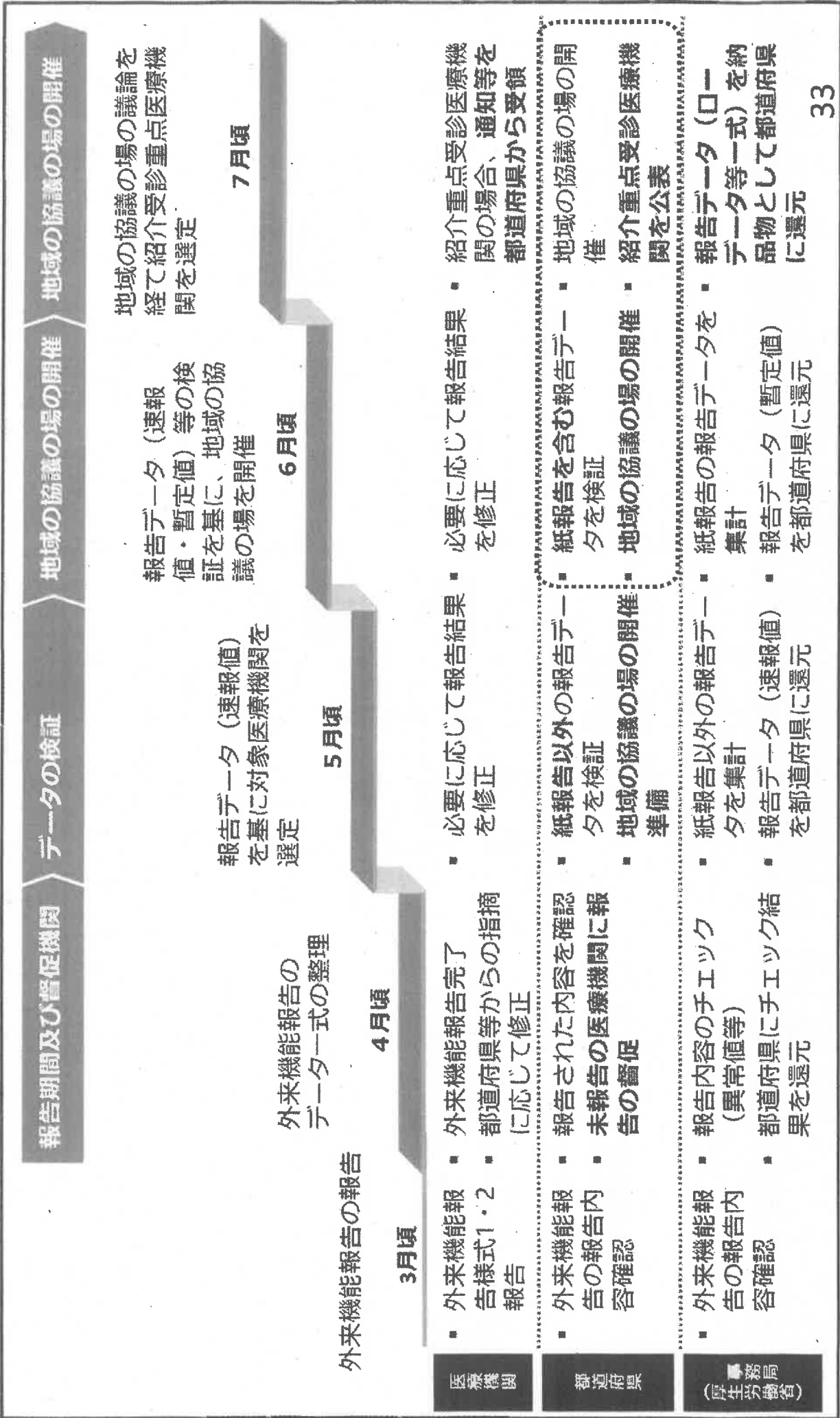
<報告イメージ>(専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告と同様)

	常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)
<施設全体>	—	—
医師	人	人
<外来部門>	—	—
看護師	人	人
専門看護師・認定看護師・ 特定行為研修修了看護師	人	人
准看護師	人	人
看護補助者	人	人

	常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)
助産師	人	人
理学療法士	人	人
作業療法士	人	人
言語聴覚士	人	人
薬剤師	人	人
臨床工学技士	人	人
管理栄養士	人	人

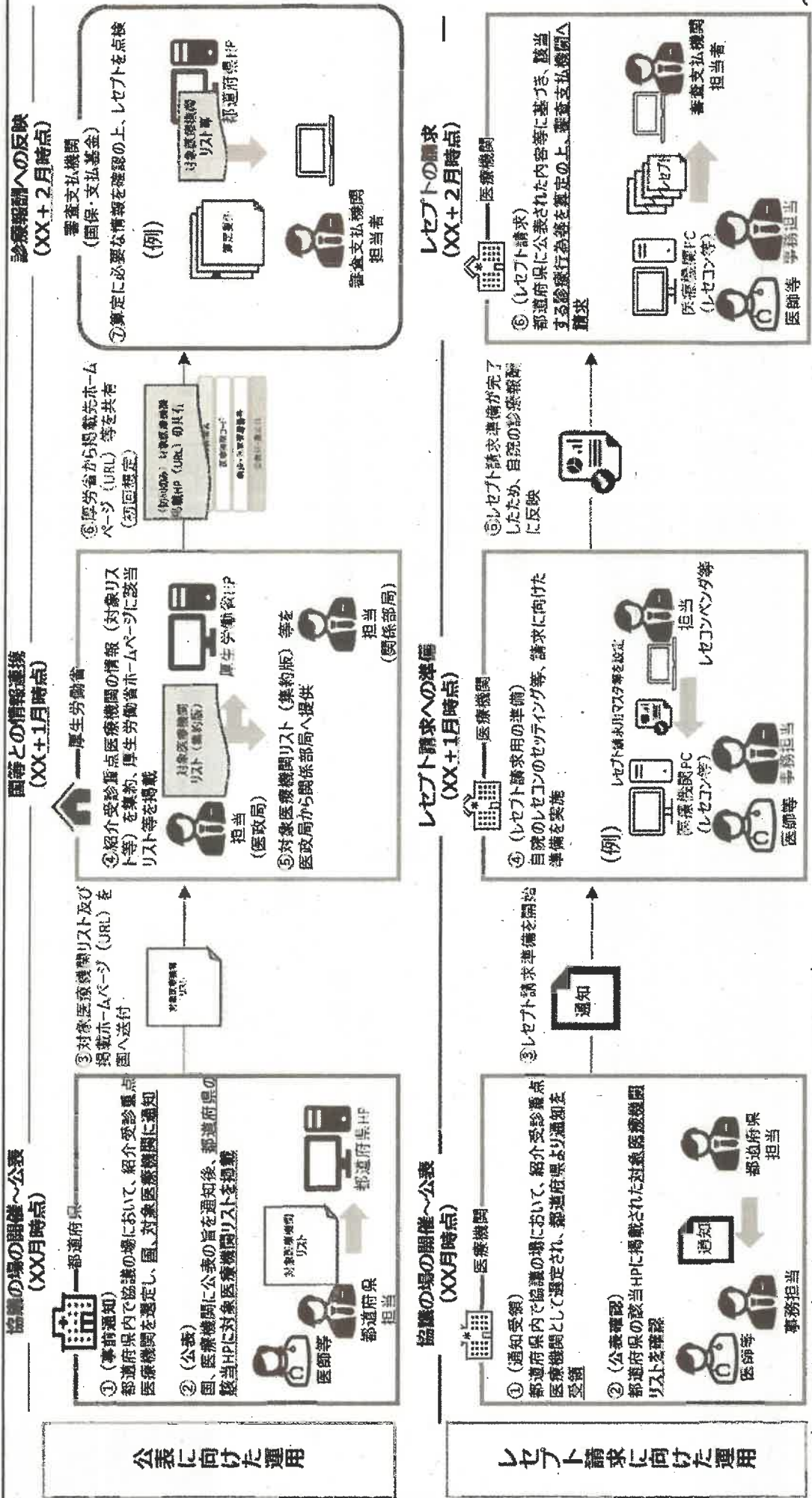
- ⑤ 高額等の医療機器・設備の保有状況〔病床機能報告で把握できる項目〕(病床機能報告で報告する場合、省略可)
- ・ マルチスライスCT(64列以上、16列～64列、16列未満)、その他のCT、MRI(3テスラ以上、1.5～3テスラ未満、1.5テスラ未満)、血管連続撮影装置(DSA法を行う装置)、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、ガンマナイフ、サイバーナイフ、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ)の台数を報告

今後のスケジュールについて(2/2):詳細スケジュール (イメージ)



協議の場における結果の公表方法について (1/2)

- 紹介受診重点医療機関は、地域の協議の場の議論を踏まえて選定されることとなっている。
- 医療機関が「紹介受診重点医療機関入院診療加算」等の診療報酬に関する内容を踏まえてレセプト請求を行うためには、都道府県が医療機関に適切なタイミングで周知し、公表されることが求められる。



※現在、調整中の内容も含むため取り扱いに留意すること

外来機能報告における協議の場の進め方について（周知） （令和5年5月17日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）

1 紹介受診重点外来に関する基準を満たす場合の進め方（別紙における①又は②）

紹介受診重点外来に関する基準、紹介受診重点医療機関における意向等を踏まえ、協議の場において、協議を行う。その結果、医療機関の意向と協議の場の結論に相違がある場合には、再協議を行う。

その場合、外来機能報告等に関するガイドラインに基づいて、協議を行い、最終的に医療機関の意向と協議の場の結論が合致したものに限り、紹介受診重点医療機関として公表を行うこと。

なお、これらの再協議に至った事例については、協議プロセスの透明性の確保の観点から、紹介受診重点医療機関として公表する際、その協議内容についても公表することが考えられる。

また、紹介受診重点外来に関する基準を満たし、紹介受診重点医療機関における意向がない場合であって、医療機関の意向と協議の場の結論に相違がない場合には、紹介受診重点医療機関にならないものとする。

2 紹介受診重点外来に関する基準を満たさない場合の進め方（別紙における③）

紹介受診重点外来に関する基準、紹介受診重点医療機関における意向等を踏まえ、協議の場において、協議を行う。

その結果、紹介受診重点外来に関する基準を満たさず、紹介受診重点医療機関における意向がある場合には、外来機能報告等に関するガイドラインを踏まえ、協議の場において、紹介率・逆紹介率等を活用して議論を行うこと。

その際、医療機関の意向と協議の場の結論に相違がない場合であっても、当該医療機関が紹介受診重点外来に関する基準を満たしていないことに鑑み、当該医療機関が紹介受診重点医療機関となることによる構想区域全体の医療提供体制に及ぼす影響も協議するとともに、当該医療機関における紹介受診重点外来に関する基準を満たさず蓋然性及びそのスゲジュール等について、当該医療機関に書面又は口頭で再度説明を求め、紹介受診重点医療機関として公表する際、その内容も公表することが考えられる。

3 その他、協議の場の進め方における留意事項

協議を繰り返す場合又は議論が整わない場合等で、結論を得ることができない場合には、都道府県が協議内容及び結果を公表すること。

外来医療の地域における協議の場に関する医療法の規定

○ 都道府県は、医療関係者、医療保険者等との地域の協議の場を設け、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する次の事項について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表。

※ 外来機能報告により報告された事項は、改正医療法第30条の18の2第3項等により、都道府県が公表することとされている。

(協議事項)

- ・ 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況
- ・ 外来機能報告を踏まえた「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」
- ・ 外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進
- ・ 複数の医師が連携して行う診療の推進
- ・ 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
- ・ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

○ 地域の協議の場は、地域医療構想調整会議を活用することができる。

(改正医療法の規定)

- 第三十条の四 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。
- 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。
- 十 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

第三十条の十八の四 都道府県は、第三十条の四第二項第十四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（第三項において「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（第三号から第五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。第三項において同じ。）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。

- 一 第三十条の四第二項十一号口に規定する指標によつて示される医師の数に関する情報を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況に関する事項
- 二 第三十条の十八の二第一項及び前条第一項の規定による報告を踏まえた第一項第二十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所に関する事項
- 三 前号に掲げるもののほか、病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進に関する事項
- 四 複数の医師が連携して行う診療の推進に関する事項
- 五 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
- 六 その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項
- 2 関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めなければならない。
- 3 都道府県は、対象区域が構想区域等と一致する場合においては、当該対象区域における第一項の協議に代えて、当該構想区域等における協議の場において、同項各号に掲げる事項について協議を行うことができる。
- 4 前項に規定する場合には、第三十条の十四第一項に規定する関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において当該関係者間の協議が調つた事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

医療資源を重点的に活用する外来

○「医療資源を重点的に活用する外来」(重点外来)は、以下の類型①～③のいずれかの機能を有する外来とする。

① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来

次のいずれかに該当した入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後30日間の外来の受診を、類型①に該当する「重点外来」を受診したものとす。 (例: がんの手術のために入院する患者が術前の説明・検査や術後のフォローアップを外来で受けた等)

- Kコード(手術)を算定
- Jコード(処置)のうちDPC入院で出来高算定できるもの(※1)を算定
 - ※1: 6000cm²以上の熱傷処置、慢性維持透析、体幹ギプス固定等、1000点以上のもの
- Lコード(麻酔)を算定
- DPC算定病床の入院料区分
- 短期滞在手術等基本料2、3を算定

② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来

次のいずれかに該当した外来の受診を、類型②に該当する「重点外来」を受診したものとす。

- 外来化学療法加算を算定
- 外来放射線治療加算を算定
- 短期滞在手術等基本料1を算定
- Dコード(検査)、Eコード(画像診断)、Jコード(処置)のうち地域包括診療料において包括範囲外とされているもの(※2)を算定
 - ※2: 脳誘発電位検査、CT撮影等、550点以上のもの
- Kコード(手術)を算定
- Nコード(病理)を算定

③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)

次の外来の受診を、類型③に該当する「重点外来」を受診したものとす。

- 診療情報提供料 I を算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来

紹介率・逆紹介率

- 紹介・逆紹介を推進する観点から、地域の協議の場で参考とする指標のうち、特に重要な指標として紹介率・逆紹介率を位置付ける。
- 具体的な水準は、現在の分布状況、地域医療支援病院の承認要件及び医療資源を重点的に活用する外来に関する基準への該当状況を勘案して、紹介率50%以上 かつ 逆紹介率40%以上とする。

(参考) 地域医療支援病院の紹介率・逆紹介率の定義

	地域医療支援病院(平成10年5月19日付け厚生省健康政策局長通知)
紹介率	紹介患者の数／初診患者の数
逆紹介率	逆紹介患者の数／初診患者の数
基準	紹介率80%以上、紹介率65%以上かつ逆紹介率40%以上、紹介率50%以上かつ逆紹介率70%以上
紹介患者の数	開設者と直接関係のない他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数(初診の患者に限る。また、紹介元である他の病院又は診療所の医師から電話情報により地域医療支援病院の医師が紹介状に転記する場合及び他の病院又は診療所等における検診の結果、精密検診を必要とされた患者の精密検診のための受診で、紹介状又は検査票等に、紹介目的、検査結果等についてその記載がなされている場合を含む。)
逆紹介患者の数	地域医療支援病院から他の病院又は診療所に紹介した者の数。 診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った患者(開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除く。)
初診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数(地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬入された患者、当該地域医療支援病院が医療計画において位置付けられた救急医療事業を行う場合にあつては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した患者及び自他覚的症状がなく健康診断を目的とする当該病院の受診により疾患が発見された患者について、特に治療の必要性を認めて治療を開始した患者を除く。)

外来機能報告における紹介率及び逆紹介率の報告について

1. 外来機能報告における紹介率及び逆紹介率の対象期間

- ・ 令和4年度 : 令和4年7月の1か月間
- ・ 令和5年度 : 令和4年7月～令和5年3月の9か月間
- ・ 令和6年度～ : 報告実施の前12か月間

2. 有床診療所及び無床診療所の紹介率及び逆紹介率の報告について

- 任意（「外来機能報告等に関するガイドライン」より）

3. 紹介率及び逆紹介率の計算方法

- 地域医療支援病院の定義を活用し、以下のとおりとする。
 - ・ 紹介率 (%) = $\frac{\text{紹介患者数}}{\text{初診の患者数}} \times 100$
 - ・ 逆紹介率 (%) = $\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}} \times 100$

【参考】地域医療支援病院における紹介患者数等の定義（平成10年5月19日付け厚生省健康政策局長通知）

「紹介患者の数」

開設者と直接関係のない他の病院又は診療所から紹介された者の数（初診の患者に限る。また、紹介元である他の病院又は診療所の医師からの電話情報により地域医療支援病院の医師が紹介状に転記する場合及び他の病院又は診療所等における検診の結果、精密検診を必要とされた患者の精密検診のための受診で、紹介状又は検査票等に、紹介目的、検査結果等についてその記載がなされる場合を含む。）

「初診患者の数」

患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬入された患者、当該地域医療支援病院が医療法第三〇条の四に基づいて作成された医療計画において位置付けられた救急医療事業を行う場合には、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した患者及び自他覚的症狀がなく健康診断を目的とする当該病院の受診により疾患が発見された患者について、特に治療の必要性を認めて治療を開始した患者を除く。）

「逆紹介患者の数」

地域医療支援病院から他の病院又は診療所に紹介した者の数（診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った患者（開設者と直接関係のある他機関に紹介した患者を除く。）

地域医療支援病院と紹介受診重点医療機関の比較

	地域医療支援病院	紹介受診重点医療機関
制度の趣旨	<p>医療施設機能の体系化の一環として、医師の少ない地域を支援する役割を担い、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行い、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る病院（都道府県知事が個別に承認）</p>	<p>患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目し、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関として、「紹介受診重点医療機関」を明確化したもの（地域の協議の結果をとりまとめ公表）</p>
主な役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 紹介患者に対する医療の提供（かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む） ・ 医療機器の共同利用の実施 ・ 救急医療の提供 ・ 地域の医療従事者に対する研修の実施 	<p>以下に示す、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来 ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来 ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）
要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 紹介患者中心の医療を提供していること <ul style="list-style-type: none"> ① 紹介率80%以上 ② 紹介率65%以上かつ逆紹介率40%以上 ③ 紹介率50%以上かつ逆紹介率70%以上 ・ 救急医療を提供する能力を有する建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保している ・ 地域医療従事者に対する研修を行っている ・ 原則200床以上 等 <p>（開設主体） 原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人 等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準（※）、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向、紹介率・逆紹介率（※※）等を参考にしつつ協議を行い、協議が整った場合、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表 （※） 初診に占める重点外来の割合40%以上 かつ再診に占める重点外来の割合25%以上 （※※） 紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上 ・ 特定機能病院や地域医療支援病院についても、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たし、医療機関の意向と地域の協議の場での結論が一致した場合、紹介受診重点医療機関として広告することは可能。
根拠法・通知等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療法（平成9年改正） ・ 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（令和3年3月局長通知） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療法（令和3年改正） ・ 外来機能報告等に関するガイドライン（令和4年3月）
医療機関数	685（令和4年9月現在）	未定

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

▶ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度

- [対象病院]
- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

- [定額負担の額]
- ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
 - ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円



見直し後

- [対象病院]
- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
 - ・ 紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

- [定額負担の額]
- ・ 初診：医科 7,000円、 歯科 5,000円
 - ・ 再診：医科 3,000円、 歯科 1,900円

[保険給付範囲からの控除]
 外来機能の明確化のための例外的・限定的な取扱いとして、定額負担を求めめる患者（あえて紹介状なしで受診する患者等）の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除

- ・ 初診：医科 200点、 歯科 200点
- ・ 再診：医科 50点、 歯科 40点

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	患者負担 3,000円
医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	



定額負担 7,000円	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)
医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	

[施行日等] 令和4年10月1日から施行・適用。また、新たに紹介受診重点医療機関となつてから6か月の経過措置を設ける。

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

- 「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点(入院初日)

[算定要件]

- (1) **外来機能報告対象病院等**（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限る、**一般病床の数が200未満であるものを除く。**）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**入院初日に限り**所定点数に加算する。
- (2) 区分番号A204に掲げる**地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。**

特定機能病院内院基本料を算定する場合も、紹介受診重点医療機関入院診療加算は算定不可。

※特定機能病院内院基本料を算定する場合に算定可能な加算として、紹介受診重点医療機

関入院診療加算が含まれていないため（医科診療報酬点数表 p.18）。

令和5(2023)年度 第1回 両毛地域医療構想調整会議 両毛地域病院及び有床診療所会議 合同会議 令和5(2023)年6月23日(会議&Web)	資料 4
---	------

医師の働き方改革について

栃木県安足健康福祉センター

医師の働き方改革について

栃木県 保健福祉部 医療政策課

1 医師の働き方改革の概要 (1)

令和3年度 第1回医療政策研修会及び地域医療構想アドバイザー会議

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等 の一部を改正する法律の概要

令和3年5月28日 公布

改正の趣旨

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

<Ⅰ. 医師の働き方改革>

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等 (医療法)【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始(令和6年4月1日)に向け、次の措置を講じる。

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置(面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等)の実施 等

<Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用>

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し (診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法)【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し (医師法、歯科医師法)【①は令和7年4月1日/②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

<Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保>

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け (医療法)【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援(地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律)【公布日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3. 外来医療の機能の明確化・連携 (医療法)【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

<Ⅳ. その他> 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

1 医師の働き方改革の概要（2）

2024年度から始まるルールについて（概要）

2024年4月から、勤務医にも時間外労働の上限規制が適用されます。
また、勤務医の健康を確保するためのルールが導入されます。

※他業種は2019年4月から順次、適用を開始しています。

時間外労働の上限規制

2024年4月1日から、医業に従事する勤務医の時間外・休日労働時間は、原則として年960時間が上限となります（A水準）。

医療機関が、地域医療の確保などの必要からやむを得ず、所属する医師にこれを上回る時間外・休日労働を行わせる必要がある場合は、その理由に応じて、都道府県知事から指定を受ける必要があります。



指定の種類	長時間労働が必要な理由	年の上限時間
(A水準)	原則（指定取得は不要）	960時間
連携B水準	他院と兼業する医師の労働時間を通算すると長時間労働となるため	通算で1,860時間 (各院では960時間)
B水準	地域医療の確保のため	1,860時間
C-1水準	臨床研修・専門研修医の研修のため	1,860時間
C-2水準	長時間研修が必要な技能の修得のため	1,860時間

※1,860時間の上限が適用されるのは、指定理由に対応する業務に従事する医師のみです。
※1つの医療機関が複数の水準の指定を受けることもできます。

健康確保のためのルール

十分な睡眠が取れずに連続して勤務する時間が長くなると、疲労が蓄積し、注意力の低下などによる医療ミスリスクも高まります。

勤務医が確実に休息を取ることができるよう、退勤から翌日の出勤までに原則9時間を空けるルール（勤務間インターバル制度）が始まります（→p.17）。

また、1か月の時間外・休日労働が100時間以上となることが見込まれる場合は、産業医などによる面接指導を行う必要があります（→p.21）。

必要な指定の取得と適切な雇用管理を通じて、働く医師の健康を守りながら、持続可能な地域医療体制を作っていきましょう！



勤務実態の把握

医師の働き方改革
2024年4月までの手続きガイド

医療機関に雇用されている医師は労働者であり、労働基準法が適用されます。
勤務実態の把握は、働き方改革の第一歩です。

労働時間とは？

労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間を指します。

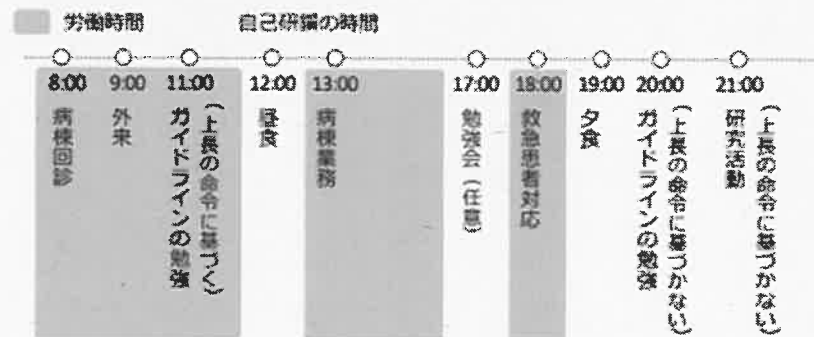
自己研鑽が労働時間に該当するかは、「使用者の指揮命令下に置かれているかどうか」により判断されます。

なお、医師が他の医療機関で副業・兼業を行った場合（→p.41）、労働時間は通算されることに注意してください。



労働時間の整理の例

下記は一例であり、労働時間に当たるかどうかは、実態に応じて判断されます。院内の勤務実態の把握を進めるとともに、勤務医が働き方を自己管理できるよう、労働時間と自己研鑽の区別に関する考え方を明確化し、院内で周知しましょう。



オンコール待機は労働時間？

オンコール中の待機時間（診療等の対応が発生していない時間）が労働時間に該当するかどうかは、実態として、待機時間中に「労働から離れることが保障されているかどうか」を踏まえて個別に判断されます。



2 県内病院及び有床診療所の状況（1）

特定労務管理対象機関の指定申請を予定する医療機関等の状況に関する調査（期間：令和5年3月31日～4月10日）

県内病院及び有床診療所に向け、医師の働き方改革の取組や宿日直許可の申請、「医師労働時間短縮計画」の作成等について、包括的に現状を調査

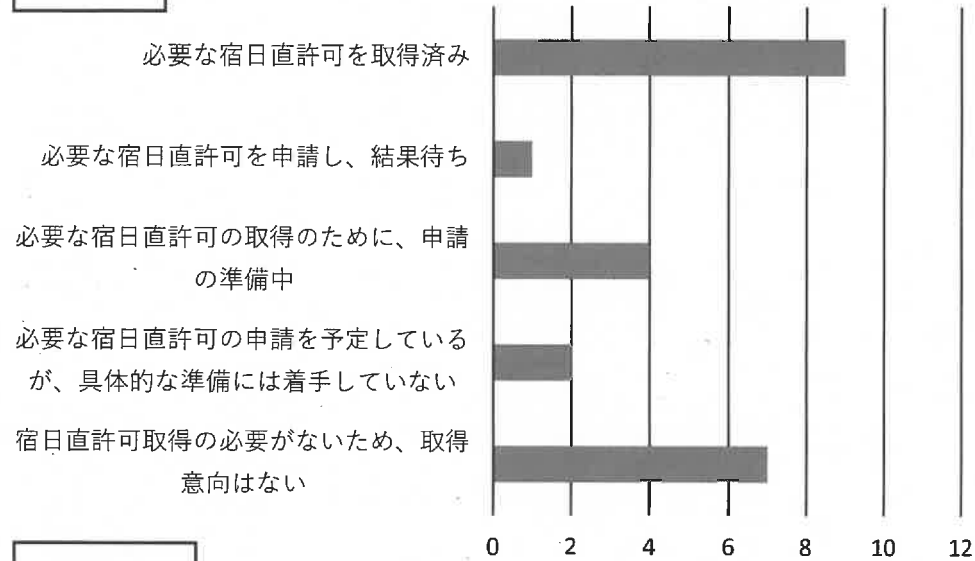
（ ）内過年度調査結果

項目	病院	有床診療所	合計
対象数	109 (106)	100 (98)	209 (204)
回答数	78 (62)	54 (41)	132 (103)
回答率	72% (58%)	54% (42%)	63% (50%)
宿日直許可の取得・申請状況			
必要な宿日直許可を取得済み	29 (15)	9 (0)	38 (15)
必要な宿日直許可を申請し、結果待ち	3 (1)	0 (1)	3 (2)
必要な宿日直許可の取得のために、申請の準備中	32 (18)	3 (3)	35 (21)
必要な宿日直許可の申請を予定しているが、具体的な準備には着手していない	9 (15)	3 (7)	12 (22)
宿日直許可を取得したいが、業務の性質に照らすと許可取得は困難と考えている	1 (5)	0 (0)	1 (5)
宿日直許可取得の必要がないため、取得意向はない	3 (5)	34 (25)	37 (30)
宿日直許可が必要かわからない	4 (3)	2 (4)	6 (7)
宿日直許可申請の提出予定時期			
令和5（2023）年4月	5	2	7
" 5月	10	2	12
" 6月	7	0	7
" 7月	4	0	0
" 8月	3	0	3
" 9月	4	0	4
未定	6	3	9 ₃

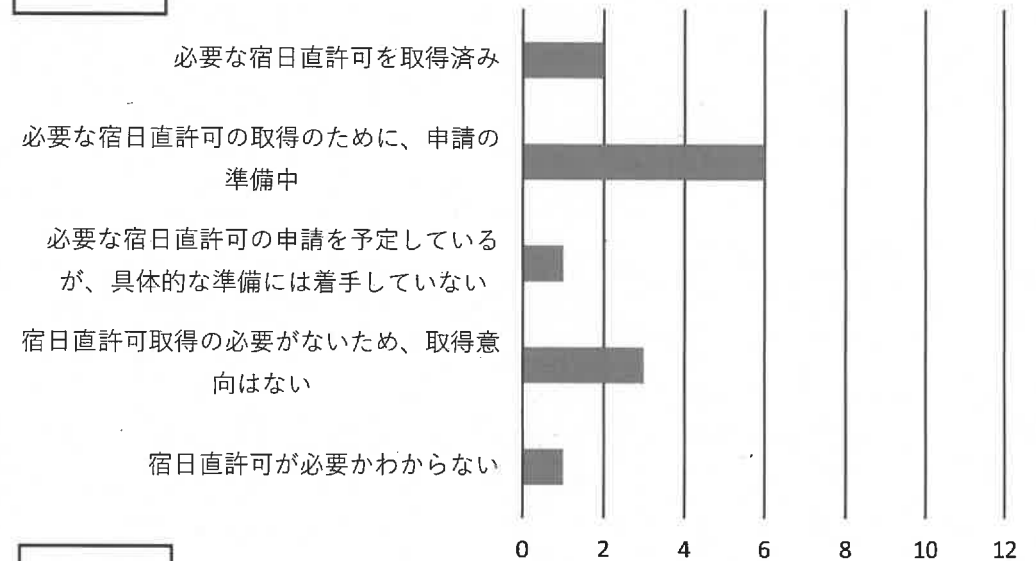
2 県内病院及び有床診療所の状況（2）【医療圏別】

宿日直許可の取得状況（期間：令和5年3月31日～4月10日）

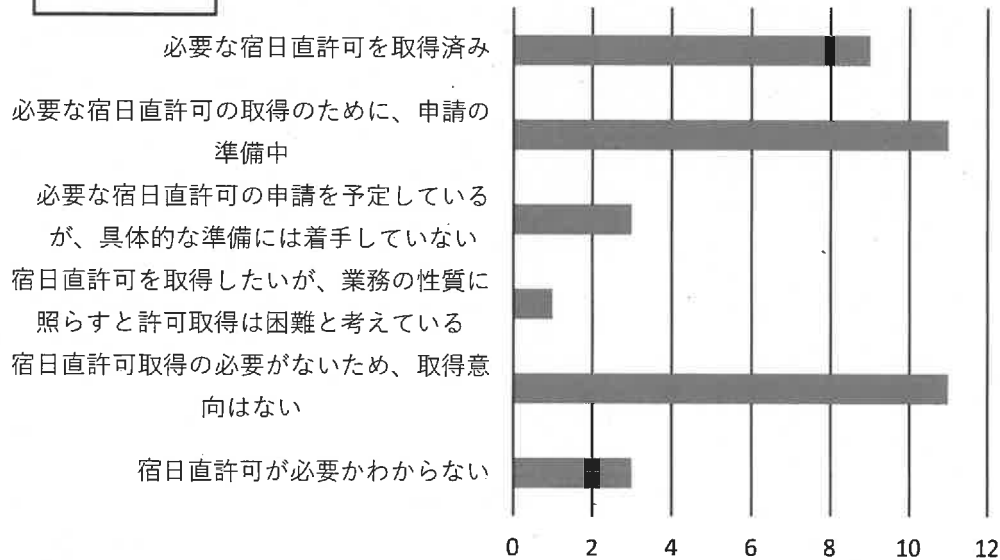
県北



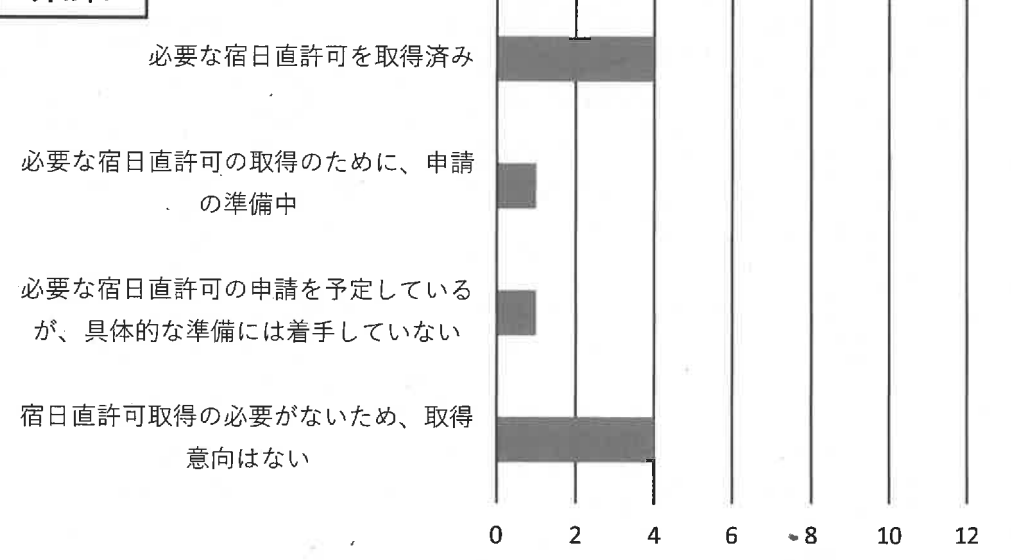
県西



宇都宮



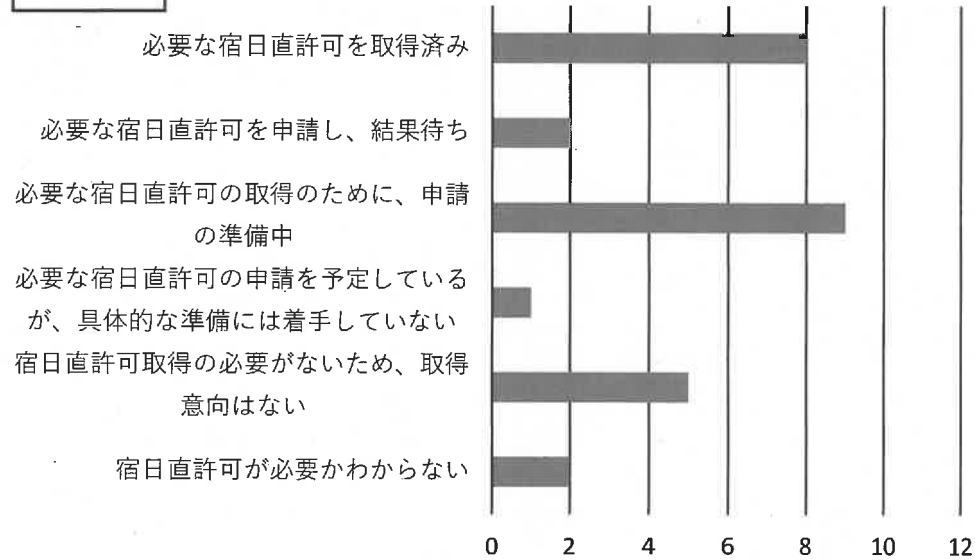
県東



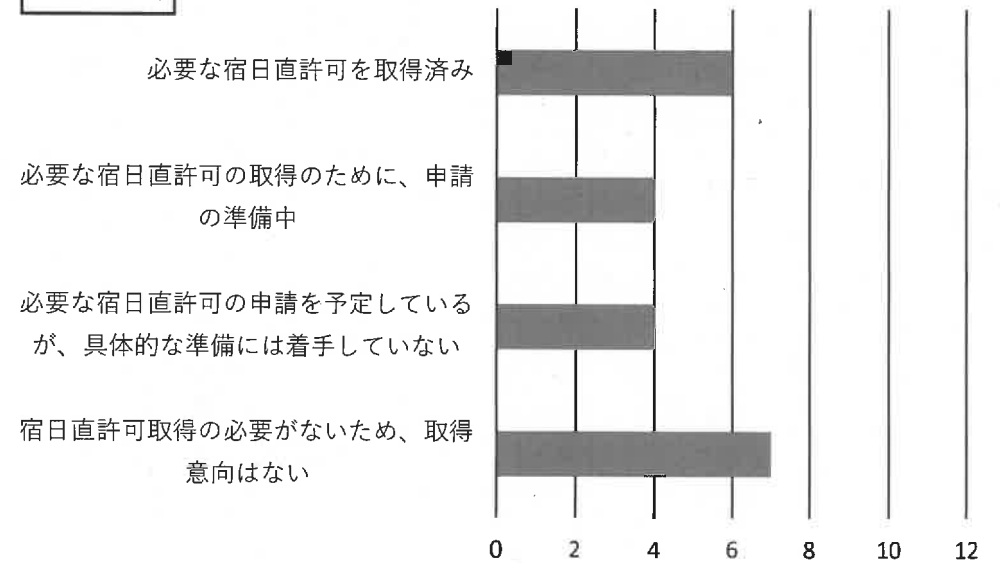
2 県内病院及び有床診療所の状況（2）【医療圏別】

宿日直許可の取得状況（期間：令和5年3月31日～4月10日）

県南



両毛



2 県内病院及び有床診療所の状況（3）

特定労務管理対象機関の指定申請を予定する医療機関等の状況に関する調査（期間：令和5年3月31日～4月10日）

（ ）内過年度調査結果

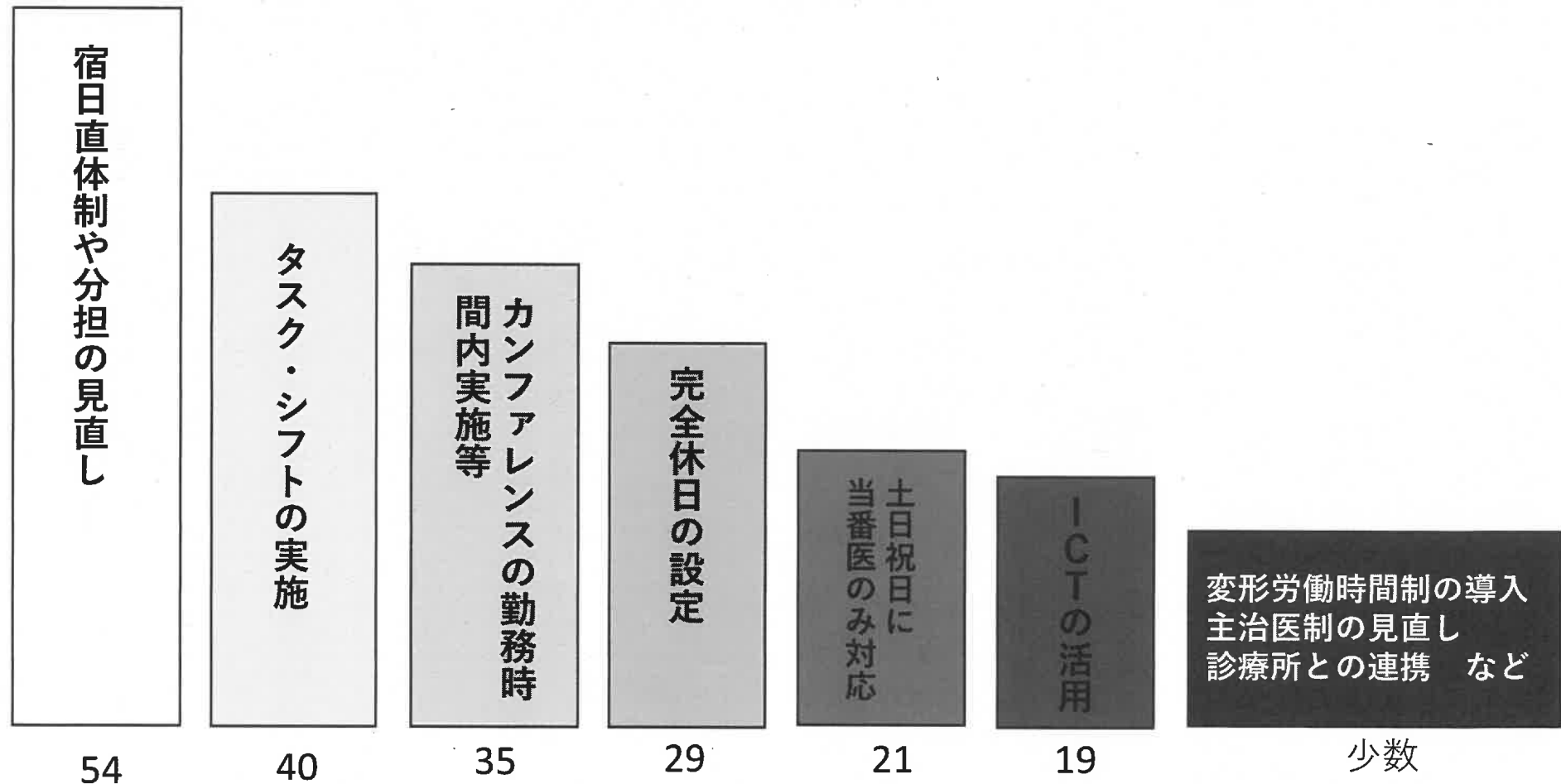
項目	病院	有床診療所	合計
時間外労働960時間超となっている医師の有無			
いる	13(6)	1(0)	14(6)
いない	57(52)	50(38)	107(90)
わからない	9(4)	2(3)	11(7)
特定労務管理対象機関指定への意向			
指定の意向あり	7(5)	0(0)	7(5)
検討中	0(4)	0(2)	0(6)
特定労務管理対象機関指定の種別（複数回答）			
B水準	6(5)	0(0)	6(5)
連携B水準	0(3)	0(0)	0(3)
C-1水準	3(2)	0(0)	3(2)
評価センター受審予定時期			
令和5（2023）年4月	2	0	2
" 5月	4	0	4
未定	1	0	1

- ・昨年度の調査結果と比較して、具体的に指定申請を考えている医療機関数は減（11→7）
- ・多くの医療機関が、働き方改革達成のために取組を検討中。現時点では、診療体制の縮小などを検討している医療機関なし。
- ・地域医療の確保のためには、確実な宿日直許可取得、特定労務管理対象機関の指定が必要

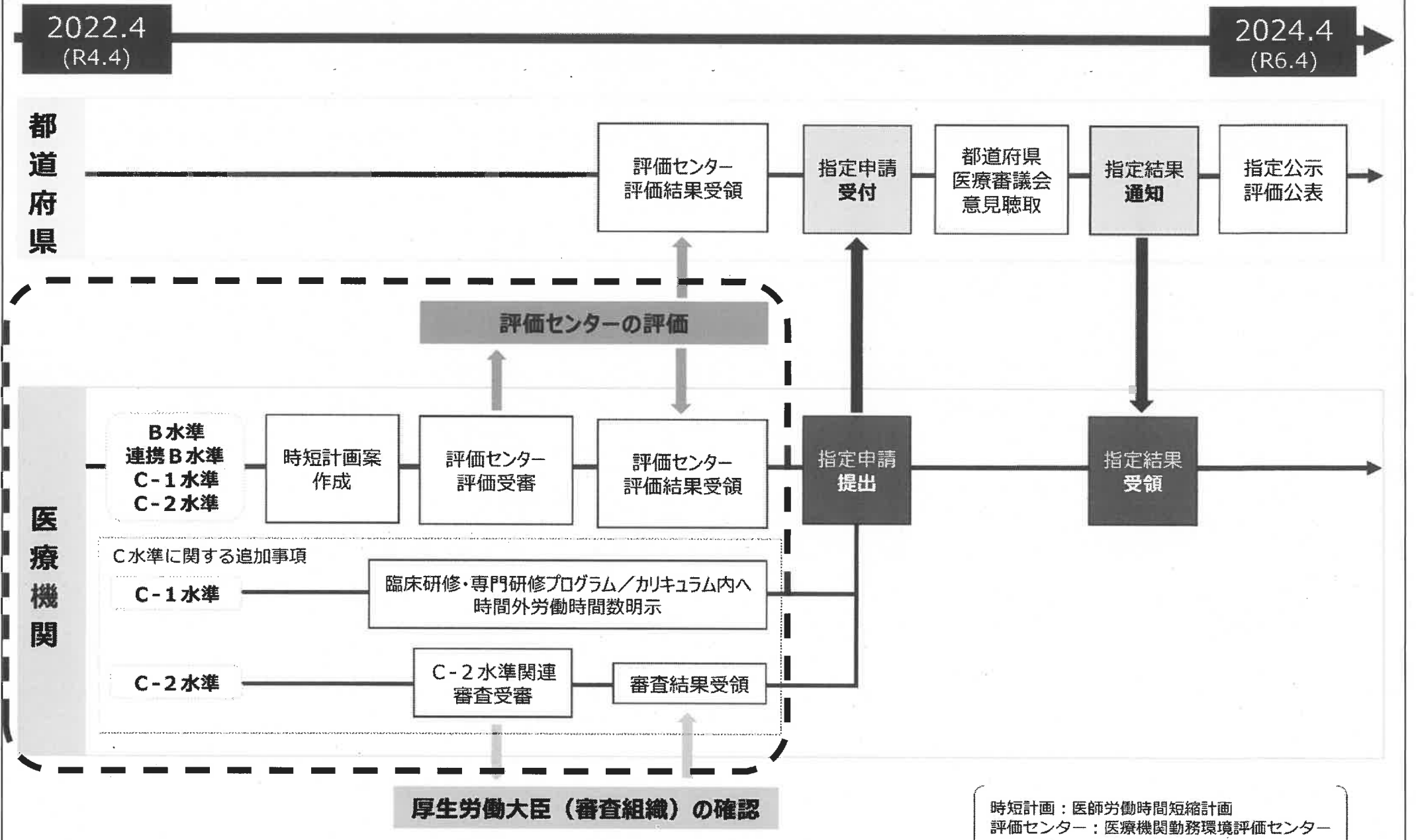
2 県内病院及び有床診療所の状況（4）

特定労務管理対象機関の指定申請を予定する医療機関等の状況に関する調査（期間：令和5年3月31日～4月10日）

（参考）働き方改革の主な取組内容

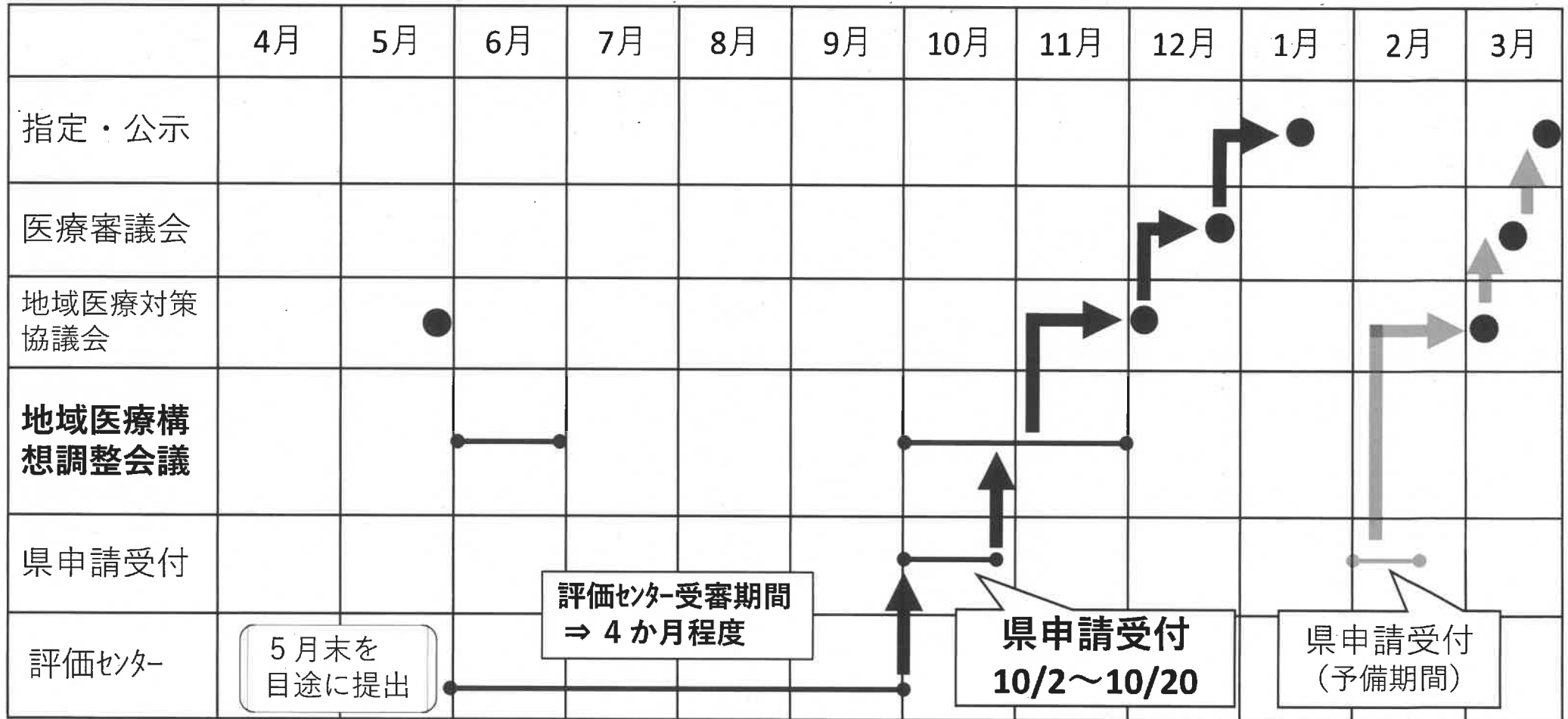


3 特定労務管理対象機関の指定に係る手続の流れ（1）



3 特定労務管理対象機関の指定に係る手続の流れ（2）

令和5年度における県医療審議会開催予定及び県申請受付予定



- ・ 地域医療構想調会議において、働き方改革の進捗状況、指定申請の内容等の確認をお願いします。
- ・ 医師の働き方改革の影響を踏まえて、改めて地域医療の確保について検討が必要

令和5(2023)年度 第1回 両毛地域医療構想調整会議 両毛地域病院及び有床診療所会議 合同会議 令和5(2023)年6月23日(会議&Web)	資料 5
---	------

栃木県保健医療計画（8期計画）の策定

栃木県安足健康福祉センター

栃木県保健医療計画（8期計画）の策定

医療政策課

栃木県保健医療計画（8期計画）の概要

令和5年5月8日

資料1

第1回栃木県医療審議会保健医療計画部会

趣旨・目的

- 県民の健康の保持・増進と医療提供体制の確保を図るため、国が定める基本方針に即し、かつ地域の実情を踏まえて策定するもの（医療法第30条の4第1項に基づく都道府県計画）

記載事項

- 医療圏の設定
- 基準病床数
- 5疾病6事業及び在宅医療に関する事項
- 地域医療構想
- 医師確保計画
- 外来医療計画（法第30条の4第2項）

※ 5疾病6事業…5疾病：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患

6事業：救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療、**新興感染症の感染拡大時における医療（8期から追加）**

計画期間

- 令和6年度から令和11年度の6年間

策定に係る法的手続き

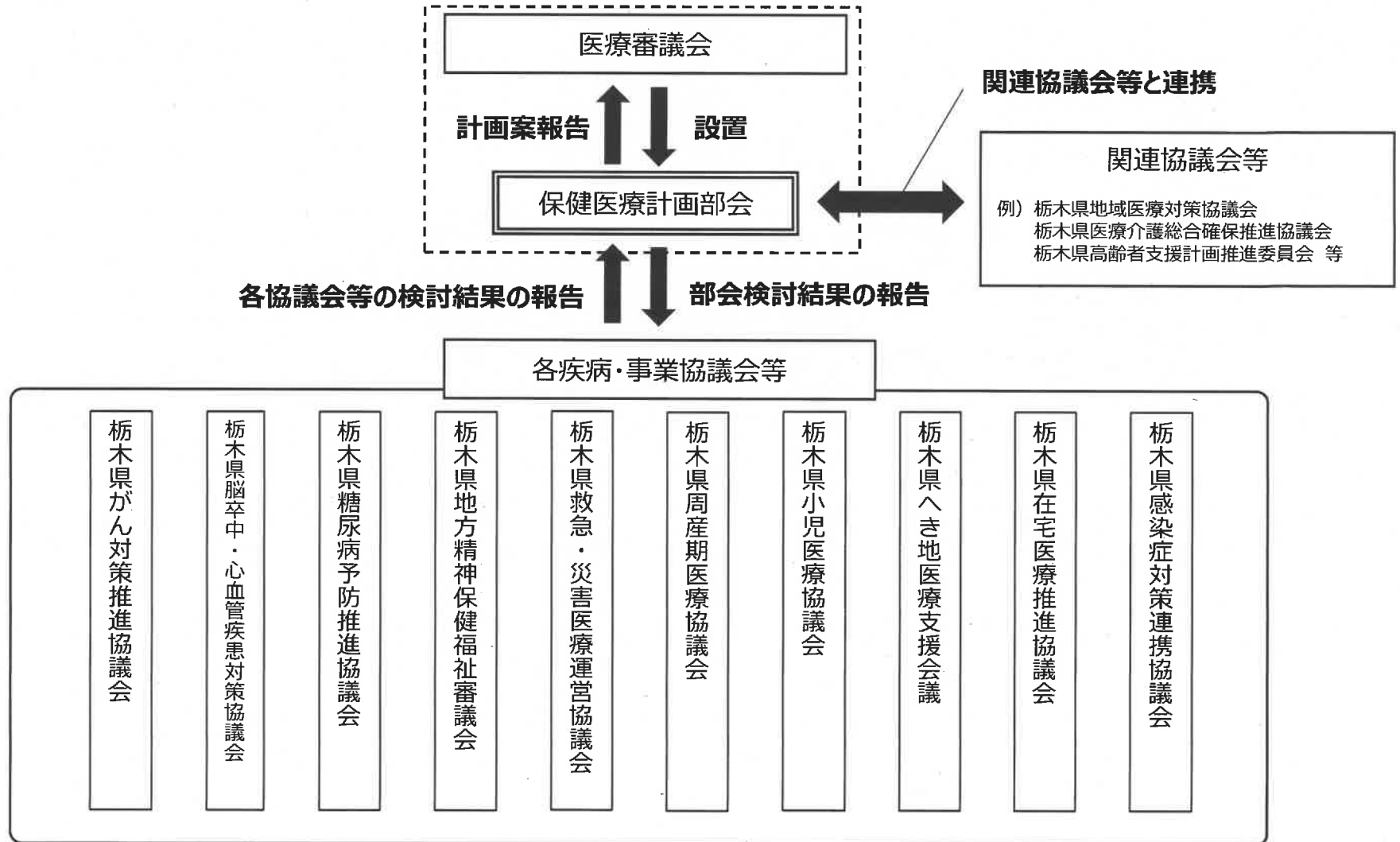
- 医療審議会への諮問・答申（法第30条の4第17項）
- 医師会、歯科医師会、薬剤師会への意見聴取（法第30条の4第16項）
- 市町村、保険者協議会への意見聴取（法第30条の4第17項）
- 国への提出・公示（法第30条の4第17項）

保健医療計画部会及び各種協議会等との関係

令和5年5月8日

資料1

第1回栃木県医療審議会保健医療計画部会



策定スケジュール（案）

令和5年5月8日

資料1

第1回栃木県医療審議会保健医療計画部会

令和5年度											
	R5.5	R5.6	R5.7	R5.8	R5.9	R5.10	R5.11	R5.12	R6.1	R6.2	R6.3
医療審議会											諮問 (3月上旬) 答申 (3月下旬)
保健医療計画部会	第1回 (5/8) ・策定スケジュール ・指針概要 ・7期課題及び8期検討の方向性 ・構成案					第2回 (10月中旬) ・計画素案① (箇条書き程度)		第3回 (12月中旬) ・計画素案② (パブリックコメント案)		第4回 (2月中旬) ・計画案 (パブリックコメント反映後、医療審議会諮問案)	
各協議会等	<p style="text-align: center;">適宜、各協議会での検討結果を報告し、計画案に反映</p> <p style="text-align: center;">(各協議会等での分野ごとの検討)</p>										
その他								パブリックコメント (12月中旬~1月中旬) 保健医療計画 医師確保計画 外来医療計画			計画決定 大臣提出 公示

令和5(2023)年度 第1回 両毛地域医療構想調整会議 両毛地域病院及び有床診療所会議 合同会議 令和5(2023)年6月23日(会議&Web)	資料 6
---	------

現医師確保計画の評価及び 今後の取組の方向性

栃木県安足健康福祉センター

令和5（2023）年度第●回 地域医療構想調整会議	資料● -
令和5（2023）年6月●日（●）	●

現医師確保計画の評価及び 今後の取組の方向性

栃木県保健福祉部医療政策課
とちぎ地域医療支援センター

目次

○ 医師確保計画概要	P.2
○ これまでの取組	P.5
○ 各指標等の状況	P.7
【全般】	
● 医師偏在指標	P.7
● 医師数	P.9
● 診療科別医師数	P.10
● 県外からの受入、県内外への派遣状況	P.14
● 臨床研修医及び専攻医	P.15
● 県養成医師の状況	P.17
● 女性医師・勤務環境改善	P.18
【産科】	
● 分娩取扱医師偏在指標	P.21
● 産科医師数	P.22
【小児科】	
● 小児科医師偏在指標	P.23
● 小児科医師数	P.24
○ 現行計画の評価（案）	P.26
○ 御意見を伺いたいこと（今後の取組の方向性）	P.27
○ 協議会の開催予定	P.28

医師確保計画概要

医療計画について

令和5年5月18日

厚生労働省

医療政策研修会

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

- 6年間（現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。第8次医療計画の期間は2024年度～2029年度。中間年で必要な見直しを実施。）

記載事項(主なもの)

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床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。

二次医療圏

335医療圏(令和3年10月現在)

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

三次医療圏

52医療圏(令和3年10月現在)

※都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量等を推計。

○ 5疾病・6事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。

6事業…6つの事業(救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し)
- ・ 産科、小児科については、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ことから、個別に策定

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

医師確保計画概要

医師確保計画を通じた医師偏在対策

令和5年5月18日

厚生労働省

医療政策研修会

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 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



医師確保計画概要

(医師確保計画策定ガイドライン抜粋)

- 2025年の地域医療構想の実現に向け、第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業と併せて、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しが行われているところである。地域でどの程度医師確保を行うべきかについては、こうした医療機関の再編・統合等の方針によっても左右されることから、医師確保計画の策定に当たってはこの点に留意する必要がある。
- 医師確保計画は、都道府県が、二次医療圏の医療提供体制の整備を目的として策定するものである。個別の医療機関の医師の確保については、地域医療構想調整会議等において議論された、医療機関ごとの機能分化・連携の方針等を踏まえ、地域における医療提供体制の向上に資する形で地域医療構想と整合的に行われるよう留意しなければならない。
- 都道府県ごと、二次医療圏ごとに医師確保の状況等について比較を行い、課題を抽出すること。

これまでの取組 | 事業概要

No.	事業名	事業概要	実施主体
1	中高生を対象とした職業体験事業	・ 中高生を対象とした医療現場の見学、就業体験又はセミナー等の開催に要する経費を補助	臨床研修病院等
2	高校生向けセミナー開催事業	・ 医学部を志す学高校生を対象として、現役の医師による医療現場の説明及び県内医大による学校案内を実施	県
3	自治医科大学栃木県枠	・ 自治医科大学栃木県制度の運用に要する経費（大学へ県負担金を支出）	県
4	獨協医科大学栃木県地域枠	・ 獨協医科大学栃木県地域枠学生に対する修学資金の貸与（対象者：獨協医科大学栃木県地域枠学生）	県
5	産科医修学資金貸与事業	・ 産科医を志す医学生に対する修学資金の貸与（対象者：全国の医学生）	県
6	小児科医修学資金貸与事業	・ 小児科医を志す医学生に対する修学資金の貸与（対象者：全国の医学生）	県
7	臨床研修医確保合同説明会事業	・ 県内の臨床研修病院が臨床研修病院合同セミナー等への参加する場合に、その参加費用の一部を負担	臨床研修病院等
8	臨床研修医交流会	・ 臨床研修医交流会の開催費用の一部を負担	栃木県医師会
9	専門医認定支援事業	・ 医師少数区域内の医療機関に指導医を派遣した場合における代替医師の雇い上げ経費等を補助	大学病院等
10	若手医師に対する研修支援事業	・ 研修期間の2倍以上の期間、県内医療機関で勤務することを条件として、若手医師の国内外への研修費用を補助（対象者：医師免許取得後5～15年の医師）	医師
11	とちぎの病院等見学支援事業	・ 県内の医療機関に就職を検討している医師を対象として、病院見学に要する交通費を補助	医師
12	女性医師支援普及啓発事業	・ 女性医師への支援を目的とした普及啓発事業（講演会相談窓口の設置等）の実施に要する経費を補助	病院等
13	医療勤務環境改善支援事業	・ 勤務環境改善計画を策定した医療機関を対象に、当該計画を推進する取組を行う場合の経費を補助	病院等
14	病院内保育所運営費補助事業	・ 医療機関に勤務する職員の乳幼児の保育を行う病院内保育所の運営に要する経費を補助	病院等
15	緊急分娩体制整備事業	・ 分娩取扱い医療機関が産科医又は助産師等に分娩手当を支給した場合に、その経費を補助	分娩取扱い医療機関
16	医師の無料職業紹介事業	・ 県内医療機関に就職を検討している医師を対象として、職業安定法に基づく無料職業紹介事業を実施	県
17	栃木県ドクターバンク事業	・ 県職員として採用した医師を県内の公的病院へ派遣	県
18	UI Jターン促進事業	・ 医師のUI Jターン促進に向けた各種取組を実施（県内医療機関等に関する情報発信の強化、センターサテライトの設置による相談体制の充実など）	県（民間事業者に委託）

これまでの取組 | 各事業の対象等

中高生	医学生	臨床研修医	専攻医	専門医等
1 職業体験 2 高校生向けセミナー	3 自治医大制度 4 獨協地域枠制度 5 産科医修学資金 6 小児科医修学資金 7 臨床研修医確保 合同説明会事業 ※キャリア形成支援 (卒前支援プラン)	8 研修医交流会 11 病院見学補助 12 女性医師支援 13 医療勤務環境改善 支援 14 病院内保育所運 営支援 15 緊急分娩体制整 備支援 ※キャリア形成支 援 (キャリア形 成プログラム)	9 専門医認定支援 16 無料職業紹介 17 ドクターバンク	10 研修支援
18 UIJターン促進事業				

各指標等の状況 | 医師偏在指標

(医師確保計画策定ガイドライン抜粋 (一部改変))

- ◆ 都道府県ごと及び全国の二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標。
- ◆ 2036年時点において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値 (全国値) を算出し、医療圏ごとに、医師偏在指標が全国値と等しい値になることが、医師偏在是正の目標とされている。
- ◆ 医師偏在指標は、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理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に留意する必要がある。
- ◆ 医師偏在指標が上位3分の1 (1位~16位)となる都道府県は「医師多数都道府県」、下位3分の1 (32位~47位)となる都道府県は「医師少数都道府県」となる。

$$\text{◎医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万人} \times \text{地域の標準化受療率比(※1)}}$$

$$\begin{aligned} \text{標準化医師数} &= \Sigma \text{性・年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別医師の平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}} \\ \text{地域の標準化受療率比(※1)} &= \text{地域の期待受療率(※2)} \div \text{全国の期待受療率} \\ \text{地域の期待受療率(※2)} &= \frac{\Sigma(\text{全国の性・年齢階級別調整受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}} \end{aligned}$$

【新旧医師偏在指標の変更点】

- 三師統計で従たる従事先を記載している医師については、その状況を加味し、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算出

各指標等の状況 | 医師偏在指標

- 新医師偏在指標における本県の順位は31位となり、**医師少数都道府県を脱している**。
- 新旧・医師偏在指標を比べると、全県及び5つの区域（二次医療圏）で増加しているが、**県北・県西・両毛の3区域は依然として少数区域に該当している**。
- 新旧の医師偏在指標それぞれで区域を比べると、**最大値（県南）と最小値（県西）の差は減少している**。（旧：205.9 ⇒ 新：177.2）

旧・医師偏在指標

区域	偏在指標	摘要
全国	239.8	
栃木県	215.3	32位 医師少数都道府県
県北	152.3	医師少数区域
県西	144.0	医師少数区域
宇都宮	185.3	
県東	162.5	
県南	349.9	医師多数区域
両毛	161.6	医師少数区域

参考) 茨城県 180.3(42位)、群馬県 210.9(34位)

新・医師偏在指標（確定値）

赤字は速報値からの修正

区域	偏在指標	摘要
全国	255.6	
栃木県	230.5	31位
県北	171.2	医師少数区域
県西	168.1	医師少数区域
宇都宮	207.6	
県東	207.0	
県南	345.3	医師多数区域
両毛	179.3	医師少数区域

参考) 茨城県 193.6(43位)、群馬県 219.7(37位)

各指標等の状況 | 医師数

- 県全体の常勤医師数は増加しているが、人口10万人当たりの医師数は全国と比べて少ない状況となっている。

病床機能報告

(人)

区域	R1	R2	R3	R4 (確認中)	R4 - R1
県北	357	341	351	379	+22
県西	155	164	148	89	▲66
宇都宮	580	583	584	545	▲35
県東	87	94	87	116	+29
県南	1,555	1,547	1,593	1,630	+75
両毛	264	279	288	297	+33
県全体	2,998	3,008	3,051	3,056	+58

※各年度7月1日時点の常勤医師数
 ※対象は、病院（精神病床のみを有する病院を除く）及び有床診療所

病院医師現況調査

(人)

区域	R1	R2	R3	R4	R4 - R1
県北	359	364	367	387	+28
県西	147	156	146	152	+5
宇都宮	558	569	578	615	+57
県東	75	82	85	95	+20
県南	1,528	1,536	1,534	1,575	+47
両毛	288	300	300	305	+17
県全体	2,955	3,007	3,010	3,129	+174

※各年度4月1日時点の常勤医師数
 ※対象は、県内の全病院

医師・歯科医師・薬剤師調査（統計）

	医療施設従事医師数 (栃木県)(人)	人口10万人当たりの医療施設従事医師数の比較		
		栃木県(A)(人)	全国(B)(人)	対全国比(A÷B)
H26	4,214	212.8	233.6	0.91
H28	4,285	218.0	240.1	0.91
H30	4,400	226.1	246.7	0.92
R2	4,580	236.9	256.6	0.92

各指標等の状況 | 診療科別医師数①

- 内科や外科など、多くの診療科で全国の医師数を下回っている。

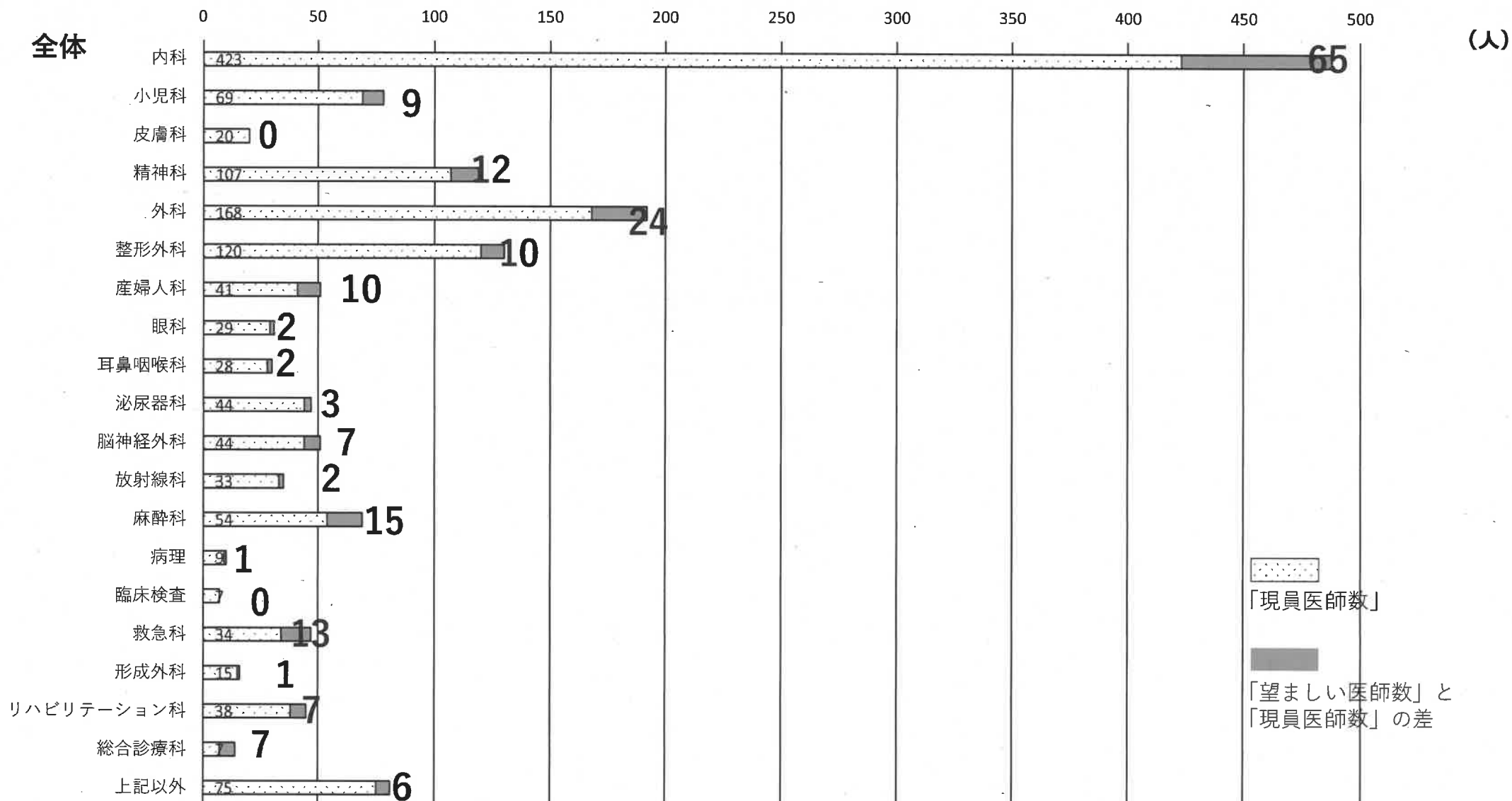
全国及び栃木県の診療科別(主たる診療科)人口10万人当たり医療施設従事医師数

診療科	栃木県(B)(人)	全国(A)(人)	比A/B
総数	236.9	256.6	0.92
内科系 内科	42.9	48.8	0.88
呼吸器内科	6	5.3	1.13
循環器内科	10.9	10.3	1.06
消化器内科(胃腸内科)	11.3	12.2	0.93
腎臓内科	4.3	4.2	1.02
脳神経内科	5.6	4.6	1.22
糖尿病内科(代謝内科)	4.9	4.5	1.09
血液内科	2.4	2.3	1.04
アレルギー科	0.3	0.1	3.00
リウマチ科	1.7	1.5	1.13
感染症内科	0.4	0.5	0.80
心療内科	0.5	0.7	0.71
皮膚科	6.5	7.8	0.83
小児科	13.6	14.3	0.95
精神科	9.7	13.1	0.74
眼科	8.4	10.8	0.78

診療科	栃木県(B)(人)	全国(A)(人)	比A/B
外科系 外科	8.1	10.5	0.77
呼吸器外科	1.7	1.6	1.06
心臓血管外科	2.4	2.6	0.92
乳腺外科	1.3	1.7	0.76
気管食道外科	-	0.1	
消化器外科(胃腸外科)	6.8	4.6	1.48
肛門外科	0.4	0.4	1.00
小児外科	0.9	0.7	1.29
泌尿器科	5	6.1	0.82
脳神経外科	4.4	5.8	0.76
整形外科	15.8	17.9	0.88
形成外科	2.4	2.4	1.00
耳鼻咽喉科	6.6	7.6	0.87
産婦人科・産科・婦人科	9.0	10.9	0.82
リハビリテーション科	2	2.3	0.87
放射線科	4.2	5.6	0.75
麻酔科	8	8.1	0.99
病理診断科	1.8	1.7	1.06
臨床検査科	0.7	0.5	1.40
救急科	2.9	3.1	0.94

各指標等の状況 | 診療科別医師数②

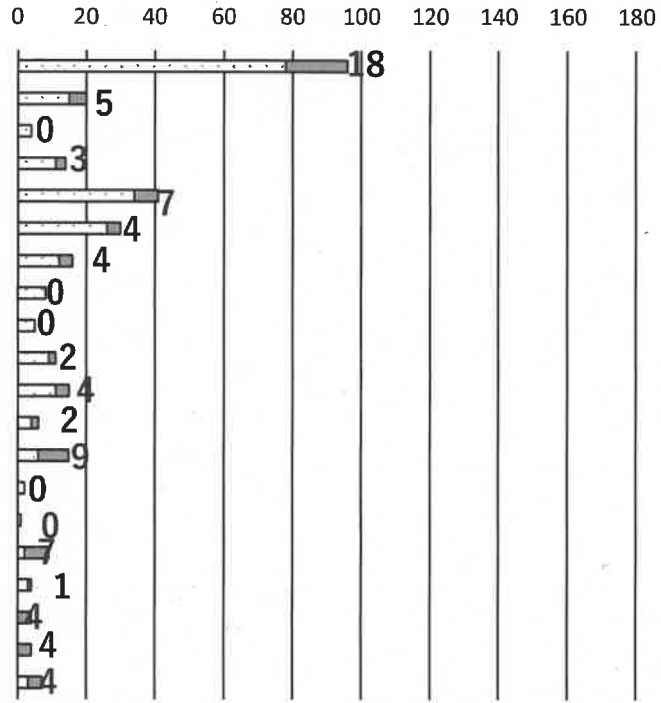
- 内科、外科、麻酔科、救急科等で「望ましい医師数」と「現員医師数」の差が大きくなっている。
- 特に、県北医療圏は多くの診療科において「望ましい医師数」と「現員医師数」の差が大きくなっている。



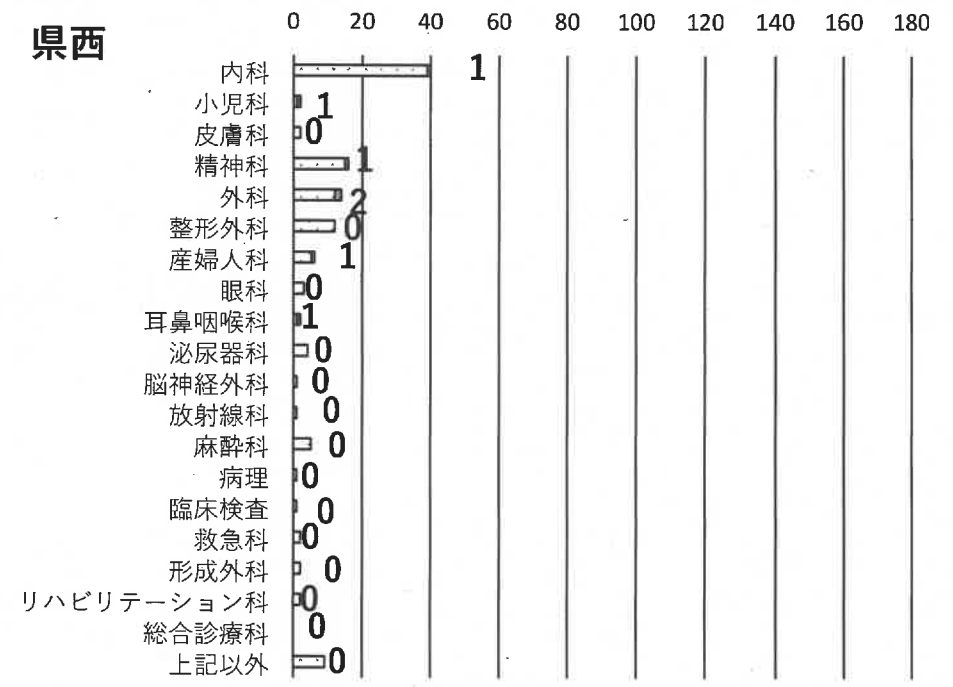
※自治医科大学附属病院及び獨協医科大学病院を除く

(単位は全て人)

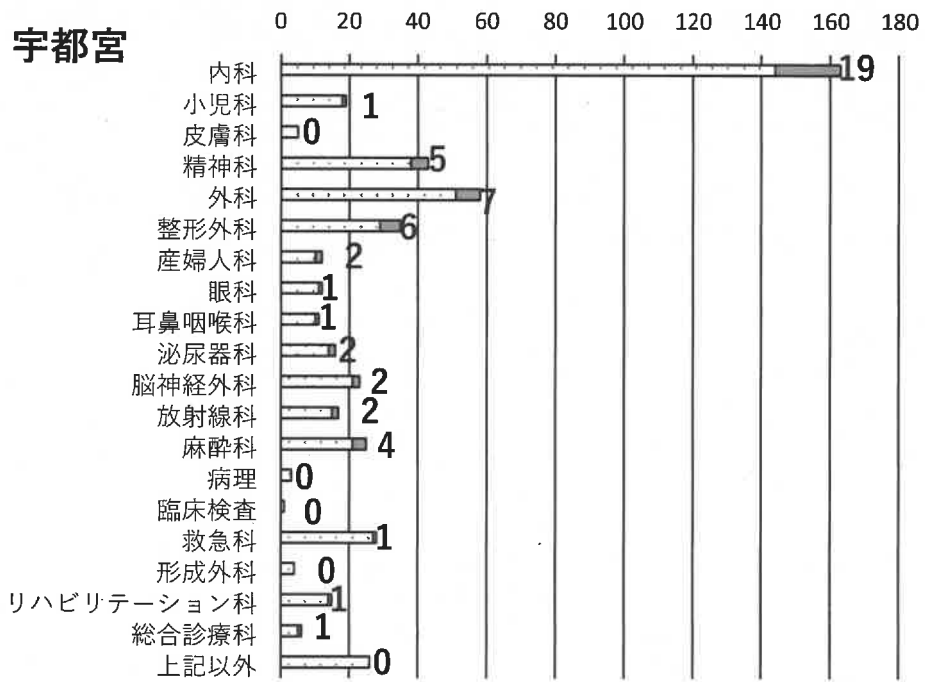
県北



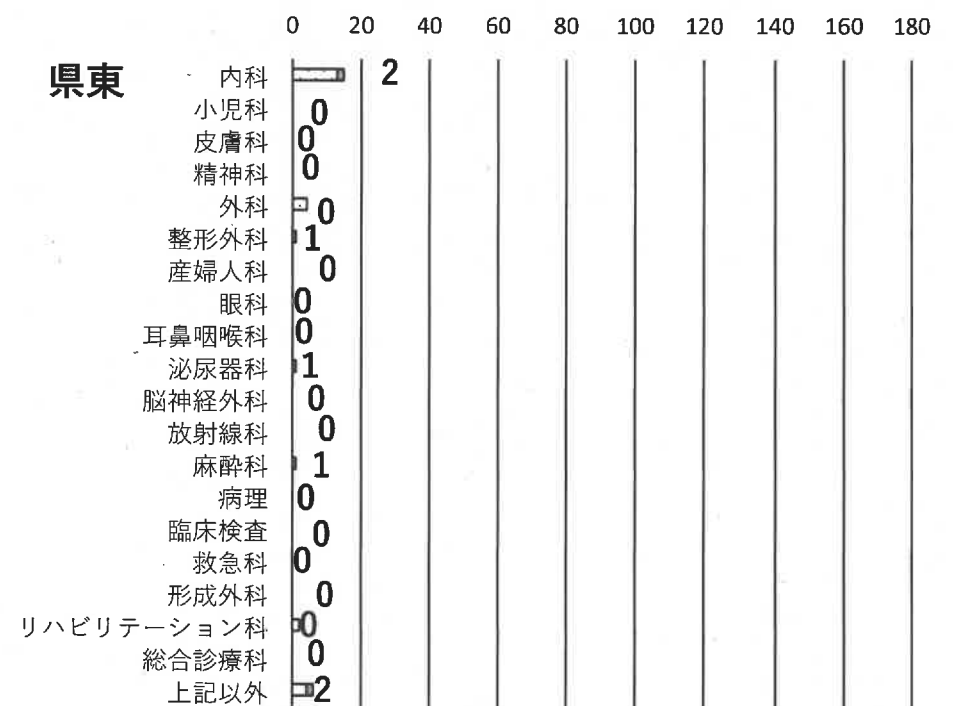
県西



宇都宮

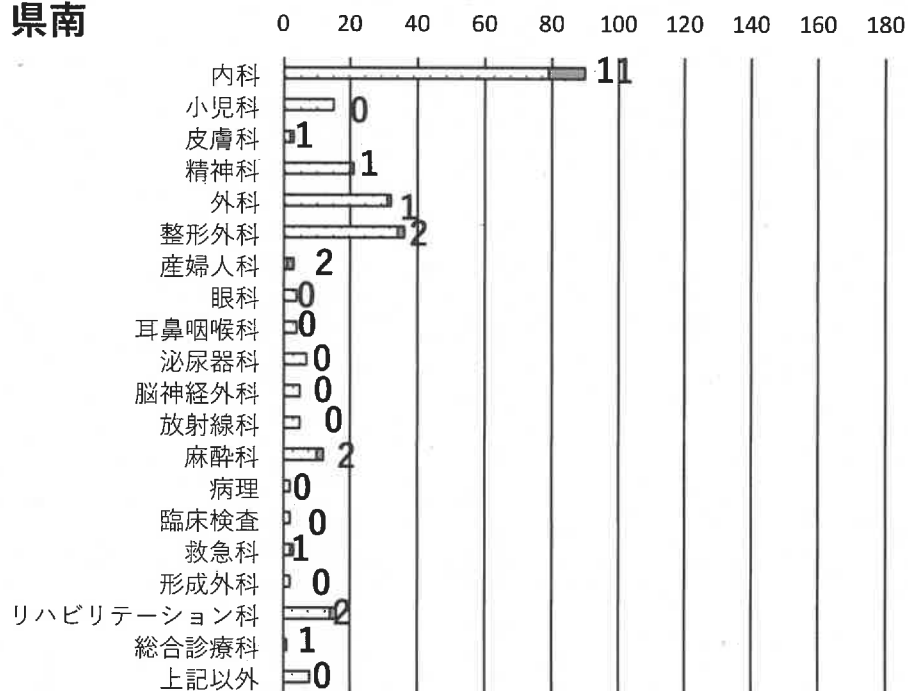


県東



(単位は全て人)

県南

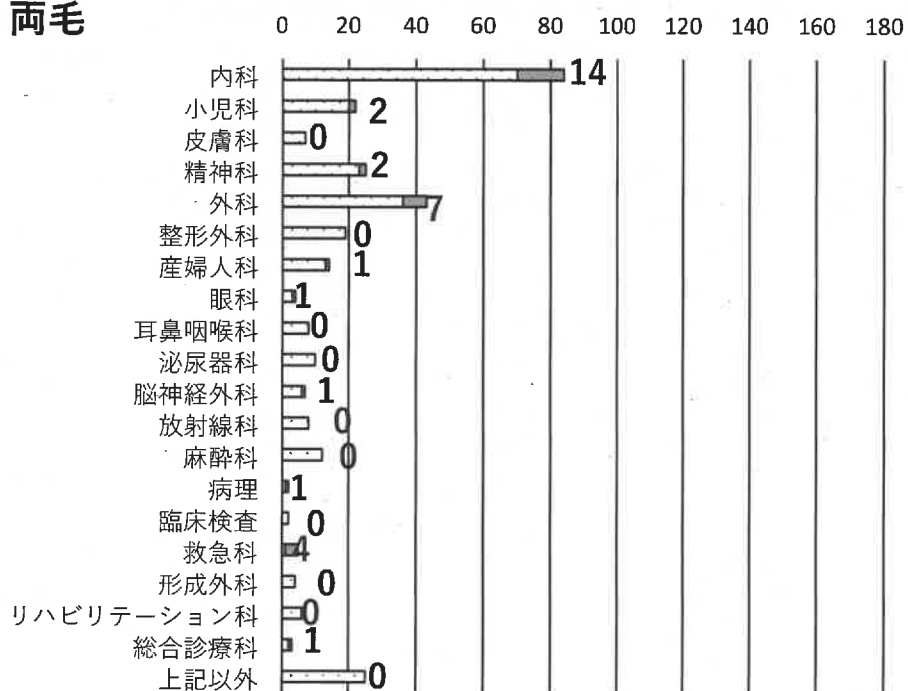


(参考：自治医科大学病院及び獨協医科大学病院の診療科別常勤医師数)

	診療科	常勤医師数
1	内 科	352
2	小 児 科	86
3	皮 膚 科	38
4	精 神 科	38
5	外 科	137
6	整 形 外 科	44
7	産 婦 人 科	62
8	眼 科	33
9	耳 鼻 咽 喉 科	30
10	泌 尿 器 科	29
11	脳 神 經 外 科	27
12	放 射 線 科	38
13	麻 酔 科	69
14	病 理	19
15	臨 床 検 査	12
16	救 急 科	33
17	形 成 外 科	20
18	リハビリテーション科	10
19	総 合 診 療 科	49
21	上 記 以 外	279
	合 計	1,405

※自治医科大学病院及び獨協医科大学病院を除く

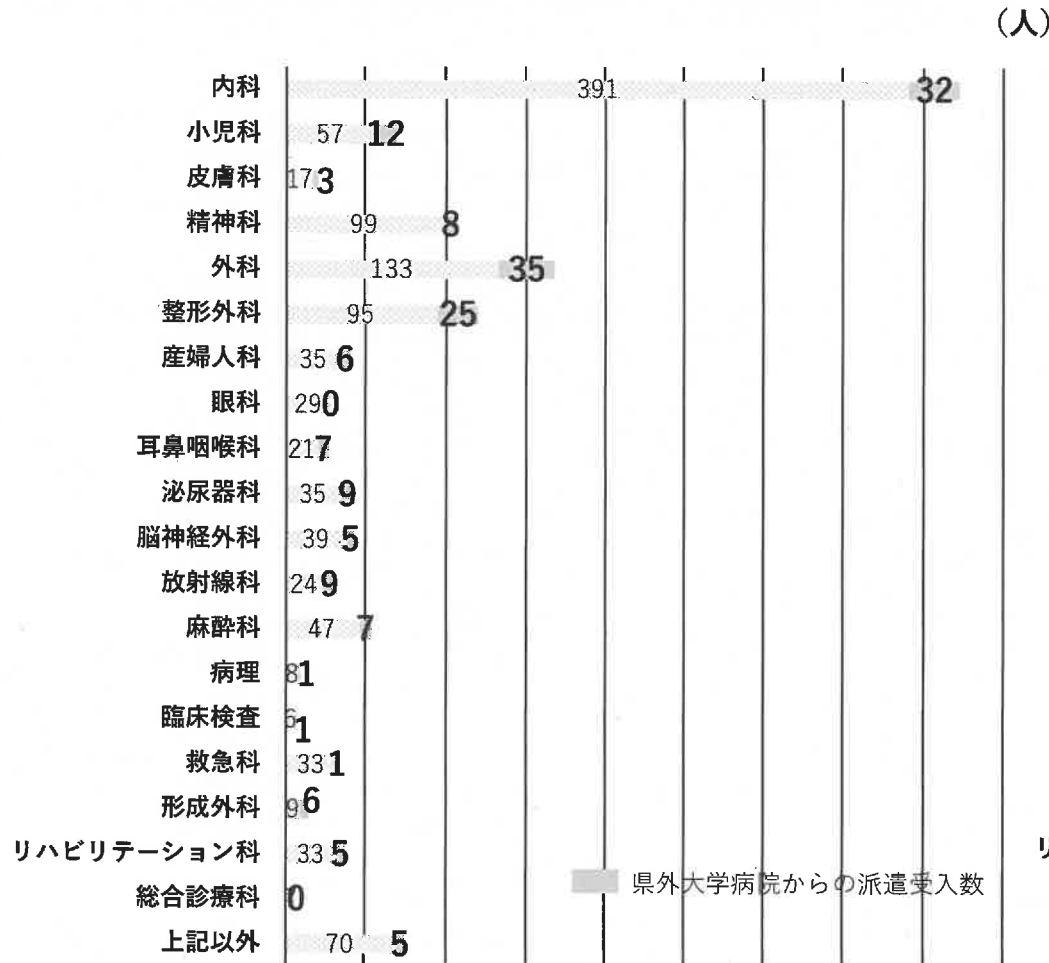
両毛



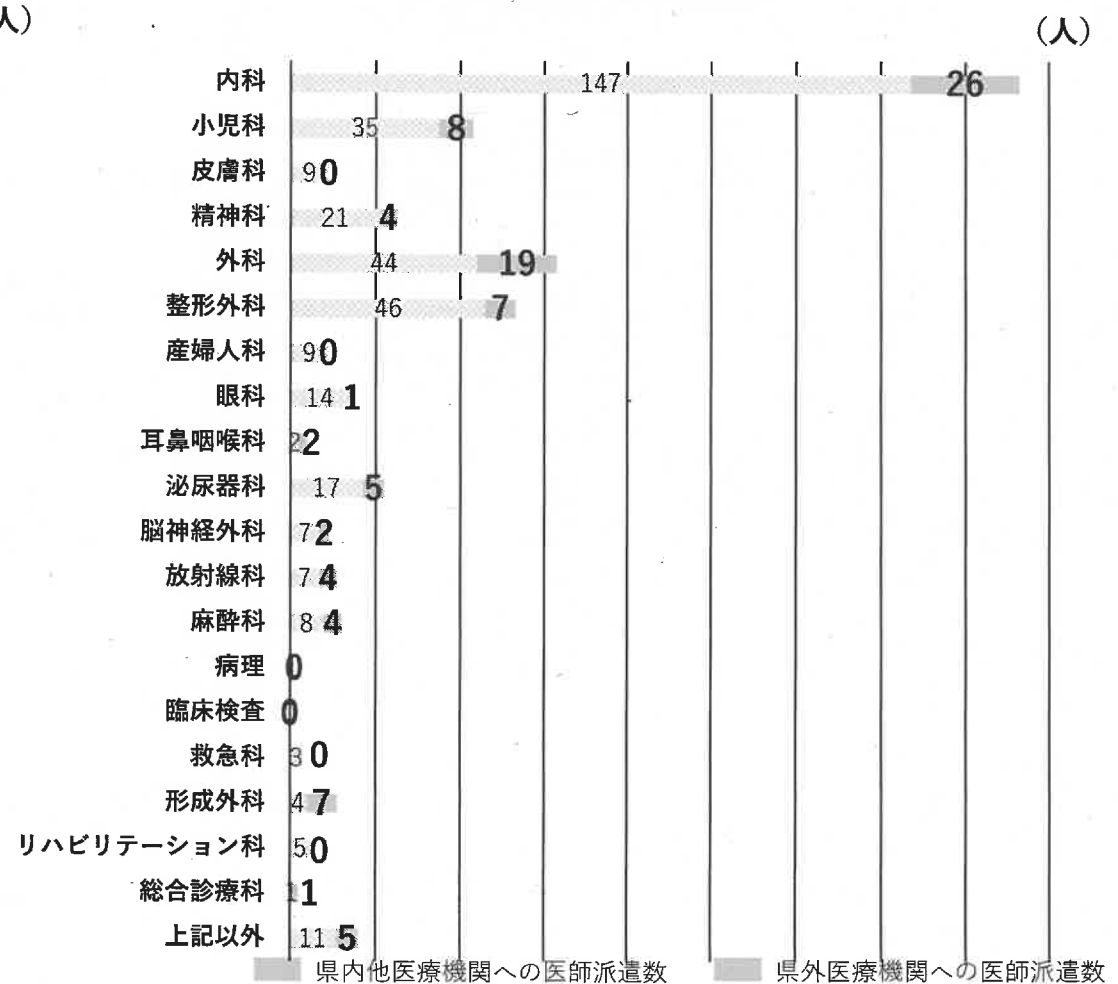
各指標等の状況 | 県外からの受入、県内外への派遣状況

- 県内大学病院を除く病院において、県外大学病院等からの派遣受入は、外科、内科、整形外科の順に多くなっている。(左図)
- 県内病院(大学病院以外も含む)から県内外の医療機関への派遣は、内科、外科、小児科、整形外科、形成外科の順に多くなっている。(右図)

診療科別常勤医師数及び県外からの派遣受入数



診療科別医師派遣数

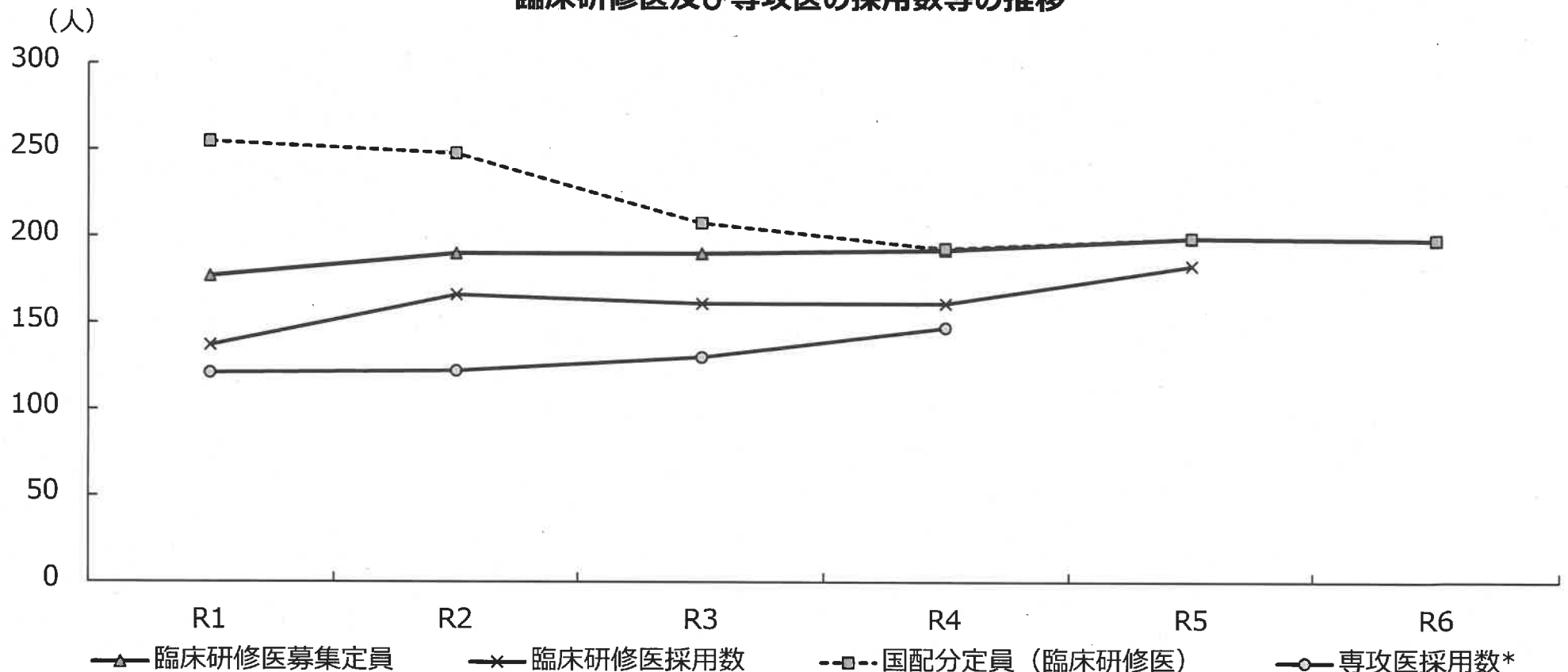


※自治医科大学病院及び獨協医科大学病院を除く

各指標等の状況 | 臨床研修医及び専攻医

- 臨床研修医及び専攻医の採用数は**全体として増加傾向**にある。
- 近年の臨床研修医採用実績は県の募集定員の概ね80%を超えており、**R5年度は92.0%に達した**。
- ※ 国から配分される臨床研修医募集定員枠はR7年度までに段階的に縮小させる方針の中で頭打ちとなっており、今後、県の募集定員を増やすことは困難な状況にある。
- ※ 臨床研修や専門研修を修了した医師の勤務状況（県内・県外、診療科等）については十分に把握できていない。

臨床研修医及び専攻医の採用数等の推移



*令和4年度第2回医道審議会医師分科会医師専門研修部会（令和4年10月28日）資料から

(参考) 臨床研修病院所属県と定着割合の関係

(1) 大学が所在する都道府県で臨床研修を行った場合

出典：第11回医師需給分科会（H29.9.13）資料

		臨床研修修了後に勤務する都道府県			
		A県		A県以外	
大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A県	A県	5164	85%	938	15%
A県	B県	905	16%	4677	84%

(2) 出身都道府県で臨床研修を行った場合

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A県	A県	A県	2776	90%	304	10%
A県	A県	B県	321	36%	567	64%
A県	B県	A県	2001	79%	543	21%
A県	B県	C県	474	9%	4578	91%

厚生労働省から提供された医師統計を用いた分析結果（令和4年度栃木県公衆衛生学会発表）

← 83.2%

← 36.2%

← 64.3%

← 67.1%

<参考>

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
B県	A県	A県	2347	79%	617	21%

※1 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。

※2 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。

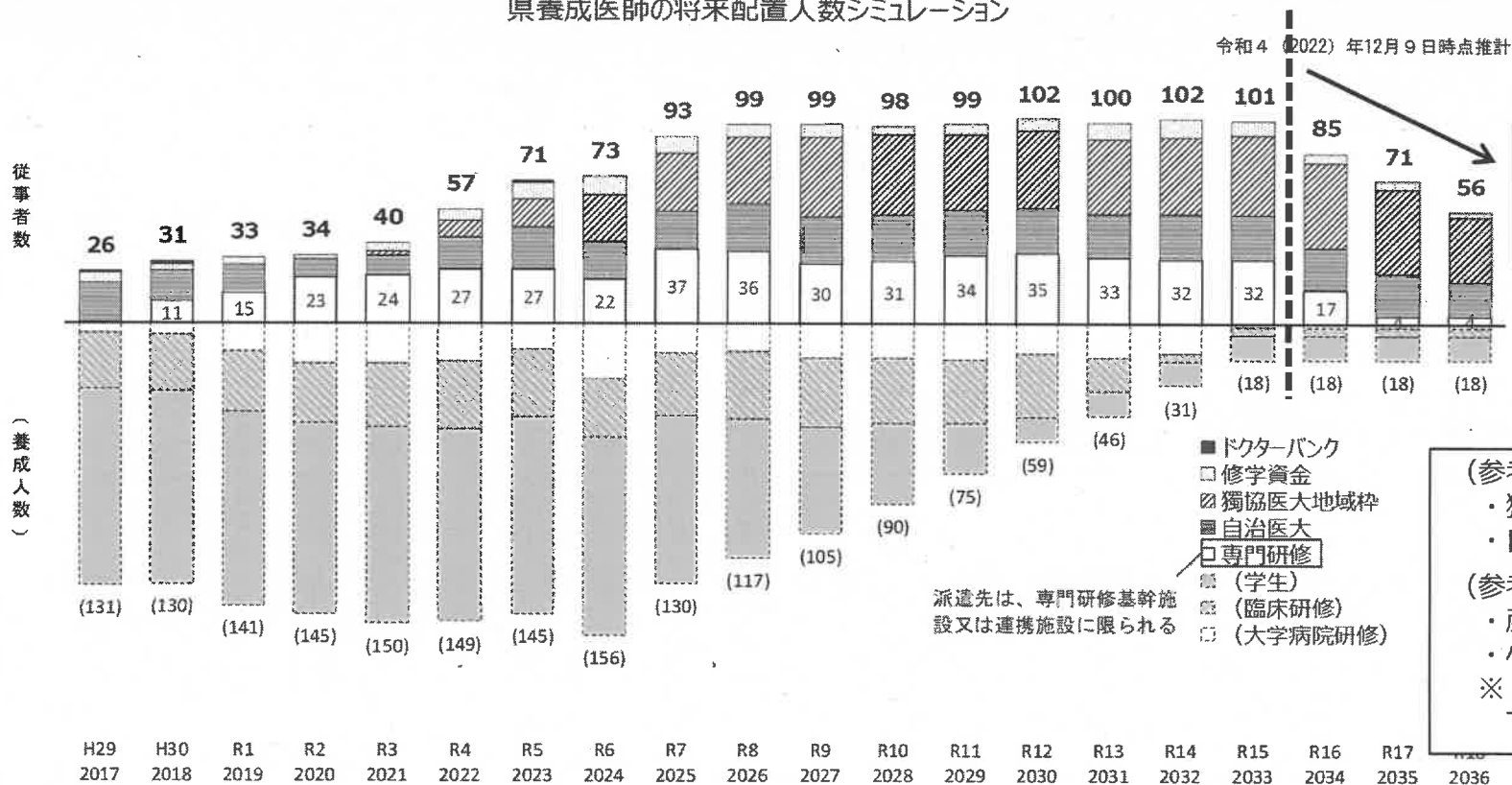
※3 A県は任意の都道府県。B県、C県はA県以外の都道府県。（C県はB県と一致する場合も含む）

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）
厚生労働省調べ

各指標等の状況 | 県養成医師の状況

令和4年度第2回栃木県地域医療対策協議会 (R4.12.20) 資料一部改変

県養成医師の将来配置人数シミュレーション



令和6年度で現行の地域枠制度が終了した場合、令和16年度以降に派遣可能な県養成医師数が減少する。

(参考1) 栃木県地域枠定員

- ・ 獨協医科大学 10名
- ・ 自治医科大学 3名

(参考2) 医師修学資金貸与制度

- ・ 産科 1名
- ・ 小児科 1名

※ 現行制度下では県職員採用を行わないので、県は人事権を有さない。

1) 令和5年度以降の人数は、各年度4月1日時点の状況を予測したもの。
 2) 上記予測は、令和6(2024)年度で地域枠を終了した場合のもの。また、自治医大には、令和7(2025)年度以降毎年2名ずつ入学すると仮定。また、令和5年度における県独自の修学資金貸与制度(産科・小児科)の利用者を2名として仮定
 3) 平成29(2017)年度以降に臨床研修を終了した者は、その後専門医取得のための研修プログラムを履修するものとして仮定。(履修期間は基本的に3年、診療科によっては4年)また、令和6(2024)年度以降は、専門研修初年度(卒後3年目)に大学病院での研修を行うものとして仮定。

① 特に派遣ニーズの高い診療科への対応

- ・ 内科は、地域からの派遣希望が最多であるが、全県的な派遣ニーズを満たすだけの養成/確保に至っていない。
- ・ 産科について、従来から医師を派遣している医療機関(芳賀赤十字、佐野厚生、上都賀総合)の体制を維持しつつ、地域周産期医療機関(那須赤十字、足利赤十字、済生会)の派遣希望に応えるだけの養成/確保に至っていない。

② 新専門研修制度の影響

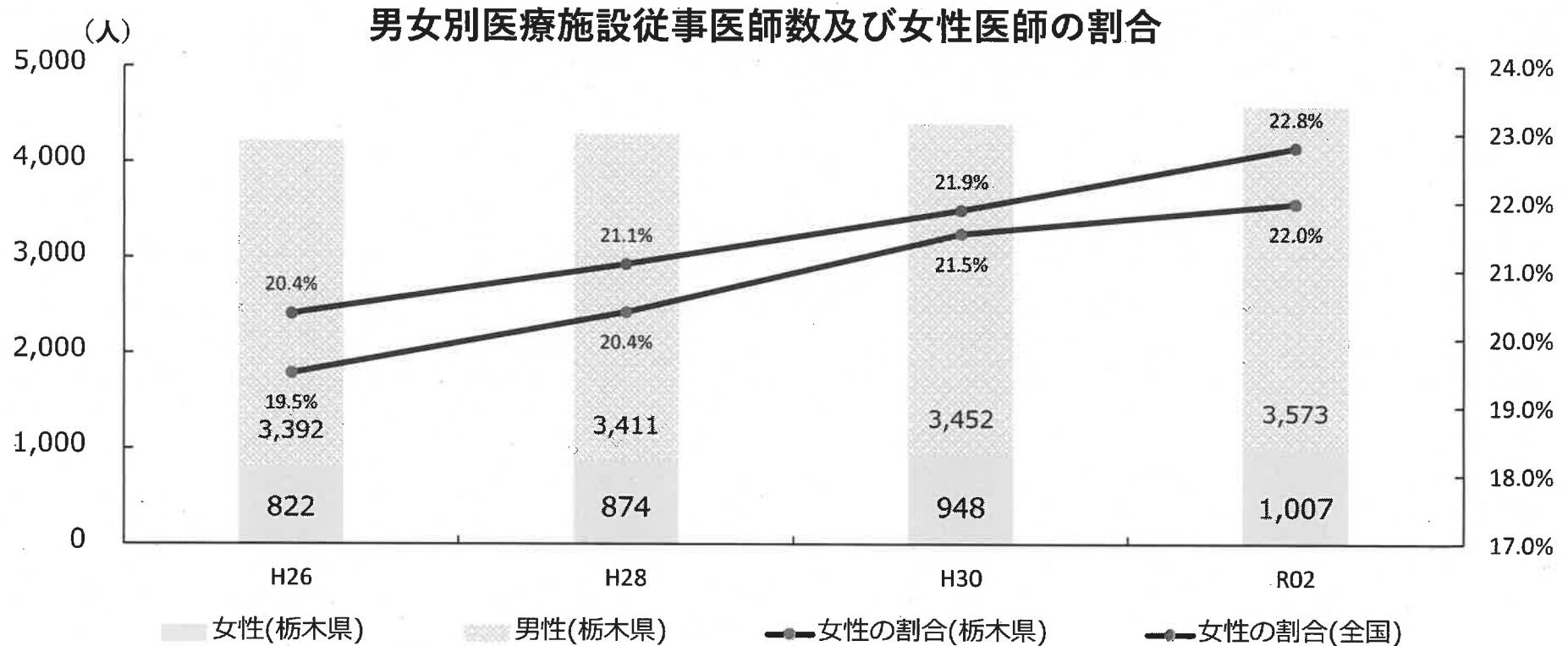
- ・ 専門研修中の派遣先は基幹施設及び連携施設に限られるため、診療科によっては派遣先が特定の医療機関に集中する。

③ 地域的/分野的な課題

- ・ 県北及び両毛地域における三次救急医療体制の強化や塩谷地区の医療体制確保が求められているが、派遣適任者が不足しており、県養成医師の派遣に至っていない。

各指標等の状況 | 女性医師・勤務環境改善①

- 本県の女性医師数は年々増加している。
- 女性医師の割合は増加しているが、全国的女性医師の割合を下回っている。



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（統計）」

女性医師等支援普及啓発事業支援件数

	R2	R3	R4
件数	0	0	0

とちぎ勤務環境改善支援センター相談支援件数

	R2	R3	R4
件数	16	24	194

※基幹型臨床研修病院及び大学病院、医師会による女性医師の支援に資する事業に対する補助

※医業系アドバイザーによる医療機関への相談・支援

各指標等の状況 | 女性医師・勤務環境改善②

- 若い世代の方が女性医師の割合が大きい。
- 30代、50代の年齢階級で全国の女性医師の割合を下回っている。
- 女性医師の割合が大きい診療科は、皮膚科や産婦人科、小児科、眼科となっている。(次頁)

性別・年齢階級別医療施設従事医師数及び女性医師の割合

	総数医師数 (人)	～24歳	25～29歳	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳以上
栃木県	4,580													
	男	7	342	374	347	302	346	388	371	408	307	207	75	99
	女	4	187	160	138	135	118	92	40	58	34	22	10	9
	女性医師の割合 (B)	36.4%	35.3%	30.0%	28.5%	30.9%	25.4%	19.2%	9.7%	12.4%	10.0%	9.6%	11.8%	8.3%
全国	323,700													
	男	435	19,701	22,774	22,797	23,110	25,225	26,161	28,683	28,404	21,903	15,734	7,114	7,837
	女	255	11,218	10,589	10,050	10,064	9,007	7,077	5,604	4,102	2,542	1,655	807	852
	女性医師の割合 (A)	37.0%	36.3%	31.7%	30.6%	30.3%	26.3%	21.3%	16.3%	12.6%	10.4%	9.5%	10.2%	9.8%
	(A)-(B)	0.6	0.9	1.8	2.1	-0.6	0.9	2.1	6.6	0.2	0.4	-0.1	-1.6	1.5

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（統計）」（R2）

診療科別女性医師の割合

	医 師 数					
	総数	うち常勤		うち非常勤(常勤換算)		
		うち女性医師	うち女性医師 (割合)	うち女性医師	うち女性医師	
全体	3,626.0	806.3	3,129	710 (23%)	497.0	96.3
1 内科	1,108.1	233.9	913	196 (21%)	195.1	37.9
2 小児科	191.8	71.0	170	59 (35%)	21.8	12.0
3 皮膚科	77.9	33.3	64	28 (44%)	13.9	5.3
4 精神科	216.2	41.6	181	36 (20%)	35.2	5.6
5 外科	414.1	49.8	355	43 (12%)	59.1	6.8
6 整形外科	223.1	17.6	193	17 (9%)	30.1	0.6
7 産婦人科	121.1	47.2	111	43 (39%)	10.1	4.2
8 眼科	76.4	25.4	65	23 (35%)	11.4	2.4
9 耳鼻咽喉科	66.8	14.9	60	13 (22%)	6.8	1.9
10 泌尿器科	89.3	5.4	80	5 (6%)	9.3	0.4
11 脳神経外科	99.2	6.8	81	6 (7%)	18.2	0.8
12 放射線科	91.5	17.9	80	16 (20%)	11.5	1.9
13 麻酔科	171.8	46.1	141	40 (28%)	30.8	6.1
14 病理	41.3	11.1	34	10 (29%)	7.3	1.1
15 臨床検査	17.2	6.1	16	6 (38%)	1.2	0.1
16 救急科	77.7	11.5	68	10 (15%)	9.7	1.5
17 形成外科	51.5	15.3	46	14 (30%)	5.5	1.3
18 リハビリ科	51.8	11.6	47	11 (23%)	4.8	0.6
19 総合診療科	50.0	12.4	44	10 (23%)	6.0	2.4
20 臨床研修医	316.0	113.0	316	113 (36%)	0.0	0.0
21 上記以外	73.4	14.5	64	11 (17%)	9.4	3.5

診療科または領域

各指標等の状況 | 分娩取扱医師偏在指標

- ◆ 産科に関する医師偏在指標は、「産科医師偏在指標」から「分娩取扱医師偏在指標」※に定義変更されており、単純に比較することはできないが、前回との変動をみるため参考として示す。

※ 医師・歯科医師・薬剤師調査（統計）において過去2年以内に分娩の取扱いありと回答した医師のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師数をもとに算出。（国独自集計）

- 新指標における本県の順位は19位であり、全国値をやや下回っている。
- **宇都宮・上都賀区域（周産期医療圏）は、相対的医師少数区域に該当している。**
- 区域を比較すると、宇都宮・上都賀区域は下都賀区域の半分以下となっている。（それぞれ6.0、16.4）

旧・産科医師偏在指標

区域	偏在指標	摘要
全国	12.8	
栃木県	12.9 16位	
那須・塩谷	12.2	
宇都宮・上都賀	7.7	相対的医師少数区域
芳賀	11.1	
下都賀	21.3	
両毛	10.1	

参考) 茨城県 10.3(41位)、群馬県 11.4(30位)

新・分娩取扱医師偏在指標（確定値）

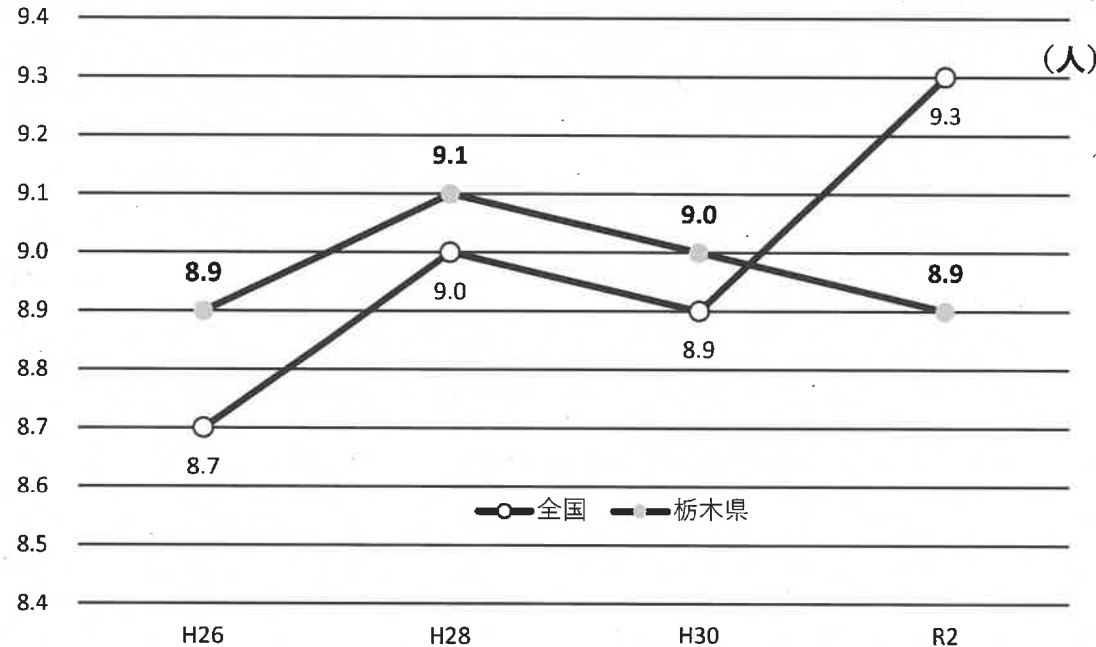
区域	偏在指標	摘要
全国	10.6	
栃木県	10.3 19位	
那須・塩谷	9.7	
宇都宮・上都賀	6.0	相対的医師少数区域
芳賀	13.2	
下都賀	16.4	
両毛	7.7	

参考) 茨城県 9.8(28位)、群馬県 9.0(37位)

各指標等の状況 | 産科医師数

- 全国の産科・産婦人科医師数は増加しているが、本県の産科・産婦人科医師数は横ばいである。

全国及び栃木県の人口10万人当たり医療施設従事医師数（産科・産婦人科）



医療圏ごとの医療施設従事医師数（産科・産婦人科）

周産期医療圏	H26	H28	H30	R2	R2-H26
那須・塩谷	26	30	32	28	+2
宇都宮・上都賀	38	34	40	39	+1
芳賀	9	10	13	14	+5
下都賀	78	81	65	72	△6
両毛	25	24	25	19	△6
合計	176	179	175	172	△4

二次医療圏	H26	H28	H30	R2	R2-H26
県北	26	30	32	28	+2
県西	9	5	9	8	△1
宇都宮	29	29	31	31	+2
県東	9	10	13	14	+5
県南	78	81	65	72	△6
両毛	25	24	25	19	△6
合計	176	179	175	172	△4

各指標等の状況 | 小児科医師偏在指標

- 新指標における本県の順位は31と上昇し、**相対的医師少数都道府県を脱している**。
- 新旧の指標を比べると、全県及び全ての区域（小児医療圏）で増加しており、宇都宮・日光区域のみ相対的医師少数区域に該当している。
- 新旧の医師偏在指標それぞれで区域を比べると、**最大値（小山）と最小値（宇都宮・日光）の差は増加している**。（旧：62.9 ⇒ 新：76.7）

旧・小児科医師偏在指標

区域	偏在指標	摘要
全国	106.2	
栃木県	91.4 <small>40位</small>	相対的医師少数都道府県
宇都宮・日光	63.3	相対的医師少数区域
那須・塩谷・南那須	84.0	相対的医師少数区域
芳賀	73.9	相対的医師少数区域
小山	126.2	
鹿沼・栃木	104.6	
両毛	100.3	

参考) 茨城県 82.2(47位)、群馬県 117.5(15位)

新・小児科医師偏在指標（確定値）

赤字は速報値
からの修正
摘要

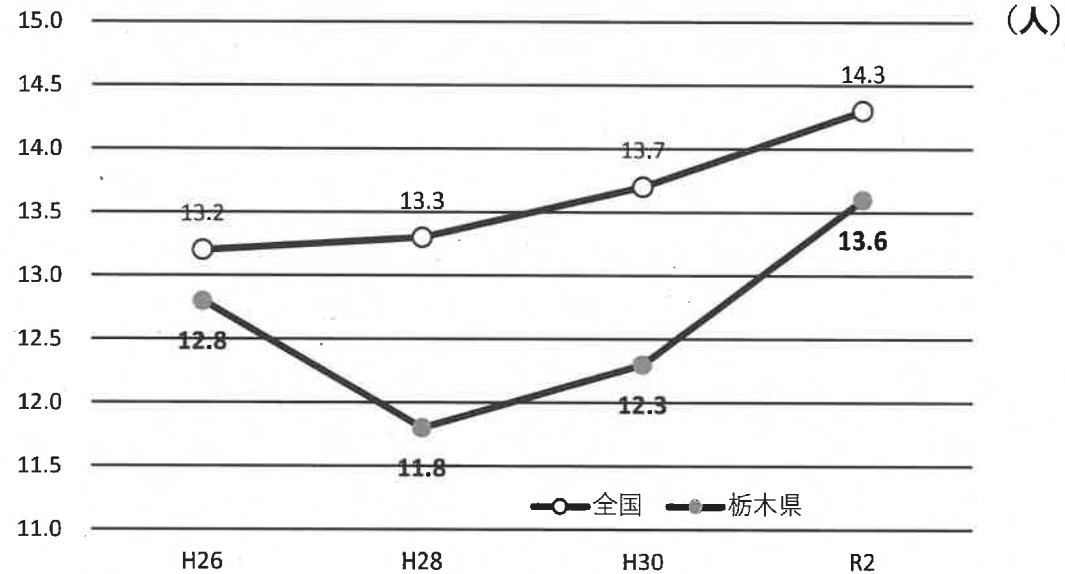
区域	偏在指標	摘要
全国	115.1	
栃木県	109.2 <small>31位</small>	
宇都宮・日光	65.8	相対的医師少数区域
那須・塩谷・南那須	110.3	
芳賀	104.7	
小山	142.5	
鹿沼・栃木	137.6	
両毛	119.0	

参考) 茨城県 95.8(42位)、群馬県 118.0(23位)

各指標等の状況 | 小児科医師数

- 全国及び本県の小児科医師数は増加しているが、本県の小児科医師数は全国の医師数を下回っている。

全国及び栃木県の人口10万人当たり医療施設従事医師数（小児科）



医療圏ごとの医療施設従事医師数（小児科）

小児医療圏	H26	H28	H30	R2	R2-H26
宇都宮・日光	52	52	51	50	△2
那須・塩谷・南那須	36	35	32	40	+4
芳賀	16	12	14	17	+1
小山	68	63	69	74	+6
鹿沼・栃木	50	39	44	48	△2
両毛	31	31	30	34	+3
合計	253	232	240	263	+10

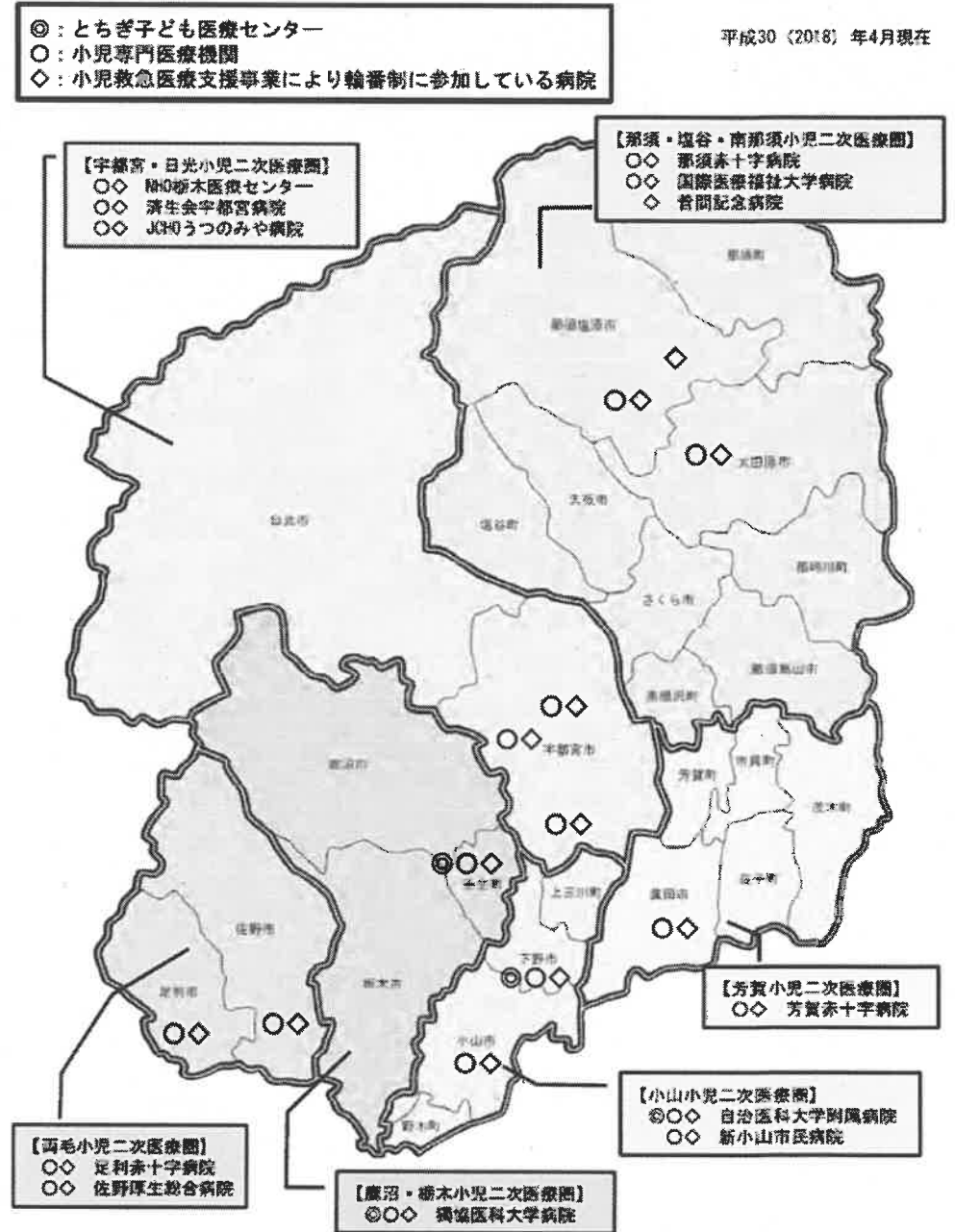
二次医療圏	H26	H28	H30	R2	R2-H26
県北	36	35	32	40	+4
県西	14	10	9	9	△5
宇都宮	46	48	48	47	+1
県東	16	12	14	17	+1
県南	110	96	107	116	+6
両毛	31	31	30	34	+3
合計	253	232	240	263	+10

(参考) 周産期医療圏及び小児医療圏

小児二次（救急）医療圏域図

平成30（2018）年4月現在

周産期医療圏域図



現行計画の評価（案）

指標等の 状況

- 新医師偏在指標における本県の順位は31位となり、医師少数都道府県を脱している。
- 新旧・医師偏在指標を比べると、全県及び5つの区域（二次医療圏）で増加しているが、県北・県西・両毛の3区域は依然として少数区域に該当している。
- 県全体の常勤医師数は増加しているが、人口10万対医師数は全国と比べて少ない状況にある。
- 内科や外科など、多くの診療科で全国の人口10万対医師数を下回っている。
- 内科、外科、麻酔科、救急科等で「望ましい医師数」と「現員医師数」の差が大きくなっている。
- 臨床研修医及び専攻医ともに増加してきているが、臨床研修医については募集定員枠の上限に近づきつつある。
- 地域の医療機関に派遣可能な県養成医師数は順調に増加しているが、地域の派遣ニーズを充足する状況には至っていない。
- 本県の女性医師数は増加し、割合も増加しているが、全国と比べると下回っている。
- 小児科医師数は若干増加しているが、産科医師数はほぼ横ばいとなっている。

評価 (案)

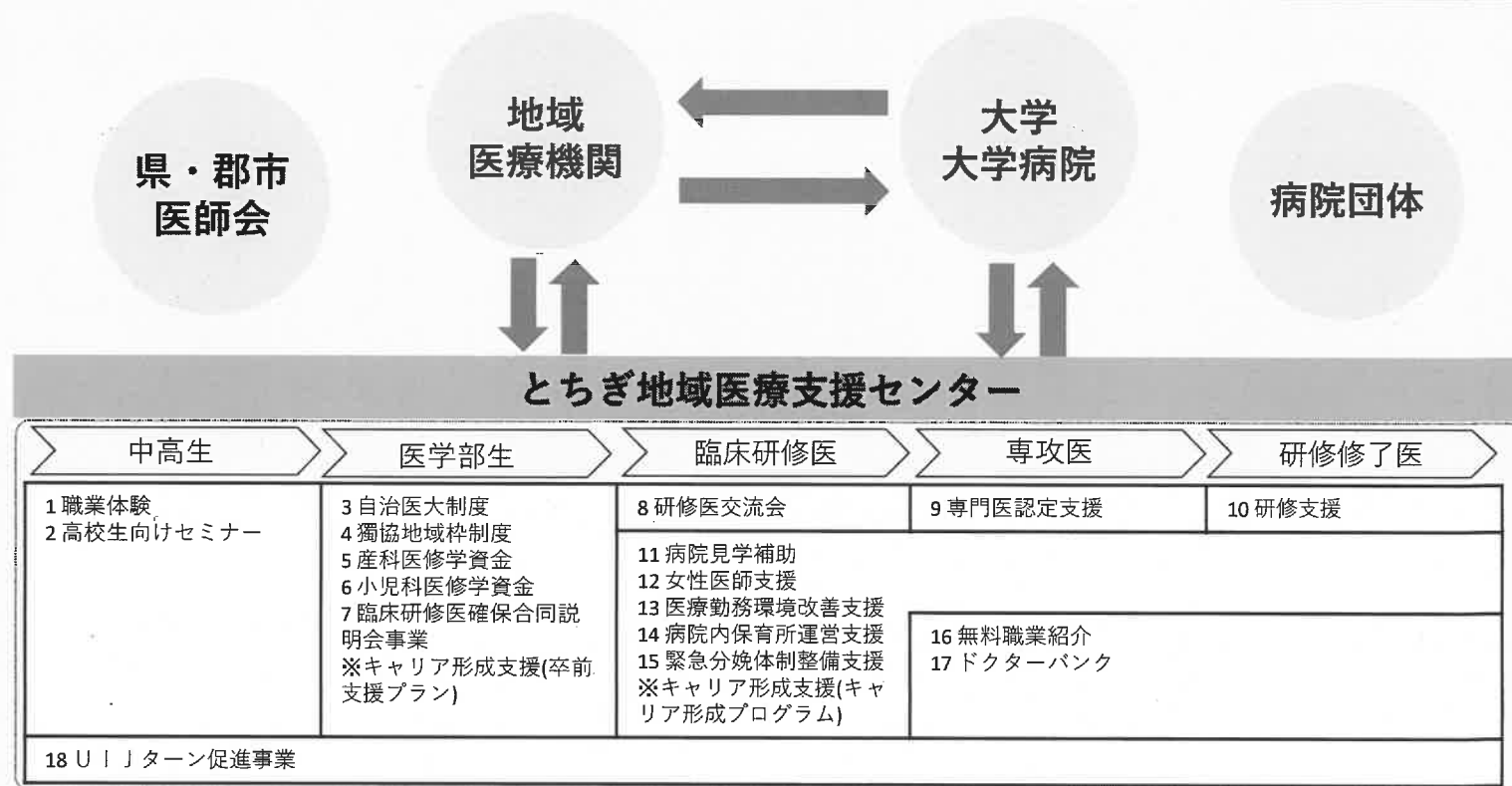
- 医師数は全県及び全地域において増加しており、また、医師偏在指標による評価では医師少数都道府県を脱する等、現行計画に基づく様々な取組には一定の効果があったものとする。
- 一方、病院医師現況調査等から、一部の地域、診療科において依然として十分な医師確保がなされているとは言えない状況にあることが示されており、次期保健医療計画や地域医療構想等を踏まえて、より重点的に医師確保に取り組む必要がある。
- また、医師の働き方改革、子育て医師等支援、専門医制度や地域枠制度の変更等現行計画から更に踏み込んだ取組・対応が求められる課題も多くあり、関係機関とより一層協働しながら全県を挙げて医師の確保・育成及び定着に取り組むことが重要である。

御意見を伺いたいこと | 今後の取組の方向性

御意見を伺いたいこと

- ① 医師偏在指標等の各指標や指標では表されない状況等を踏まえ、**本県の医師確保の現状及び現行計画の取組をどう評価するか。**
- ② 次期計画において**特に重点的に取り組むべきことは何か。**
 - ・ 特に、研修医や専攻医等の若い医師が集まり、また、研修等を終了した後も本県で継続して勤務するようになるためには、**どのような取組や仕組みがあるとよいか。**
 - ・ 効果的な医師確保・派遣に向けて、県（とちぎ地域医療支援センター）や大学病院、地域の医療機関等は**それぞれどのように取り組み、どういった部分で連携・協働するとよいか。**

各主体の取組及び協働



協議会の開催予定

	R5.5	6	7	8	9	10	11	12	R6.1	2	3
地域医療構想調整会議 保健医療計画部会		● 第1回 □ 効果検証 □ 現状把握 ●——● 地域における協議				● 第2回 □ 課題・数値目標検討 □ 圏域設定 ●——● 地域における協議		● 第3回 □ 施策の決定 □ 指標、数値目標の設定 □ 素案の作成 ●——● 地域における協議			● 第4回 □ 案の決定 ●——● 地域における協議
地域医療対策協議会		● 5月開催 □ ガイドラインへの対応(産科・小児科含む) □ 成果及び今後の取組に向けた連携(産科・小児科含む) ・医師偏在指標、医師数(二次医療圏ごと)		(● 書面開催)		● 10月開催 □ 医師確保の方針(二次医療圏ごと)(産科・小児科含む) □ 目標医師数(二次医療圏ごと)(産科・小児科含む) □ 骨子(産科・小児科含む)		● 12月開催 □ 素案(産科・小児科含む)			● 3月開催 □ 最終案(産科・小児科含む)
周産期医療協議会			● 第1回		● 第2回		● 第3回				
小児医療協議会			● 第1回		● 第2回		● 第3回				