

# 令和元年度第2回津山・英田圏域地域医療構想調整会議

日時：令和元年10月10日(木)13:30～15:30

場所：津山鶴山ホテル

## 1 開会

- ・美作保健所長挨拶
- ・出席者の紹介

## 2 議題

### (1) 地域医療構想について

- ①岡山県地域医療構想調整会議について(資料1)
- ②公立・公的医療機関等のさらなる取組について(資料2)
- ③病床(増床)について(資料3)
- ④今後の方針について

### (2) 岡山県外来医療計画について

- ①素案(資料4)
- ②新規開業・閉院医療機関の状況(資料5)
- ③各医師会への調査について(資料6)

### (3) その他

## 3 閉会

第2回津山・英田圏域地域医療構想調整会議委員出席者名簿

R1.10.10

No.	所属、団体	所属機関名	役職名	氏名	代理
1	医師会	津山市医師会	会長	宮本 亨	
2		勝田郡医師会	会長	大村 晃一	
3		久米郡医師会	会長	近藤 正得	
4	救急病院	津山慈風会	代表理事	藤木 茂篤	
5	歯科医師会	津山歯科医師会	会長	平 滋之	
6		勝英歯科医師会	会長	小坂田 静二	
7	薬剤師会	岡山県薬剤師会津山支部	副支部長	松尾 匡記	
8		岡山県薬剤師会美作支部	支部長	寺井 竜平	
9	看護協会	岡山県看護協会津山・勝英支部	支部長	王野 茂美	
10	介護関係者	岡山県介護保険関連団体協議会(居宅介護支援事業所蘭花)	統括部長	山本 直	
11		岡山県介護保険関連団体協議会(日本原荘)	理事長	福原 文徳	
12		津山市	副市長	山田 賢一	こども保健部長 織田敬子
13		美作市	市長	萩原 誠司	
14		鏡野町	町長	山崎 親男	保健福祉課特命参事 坂手真雄
15		勝央町	町長	水嶋 淳治	副町長 古山 葉富
16		奈義町	町長	奥 正親	
17		西粟倉村	村長	青木 秀樹	
18		美咲町	町長	青野 高陽	副町長 忠政 堅之
19	医療を受ける立場にある者	美作保健所管内愛育委員連合会	会長	井上 正子	
20	学識経験者等	石川病院	副院長	石川 久	
21		大谷病院	理事長	大谷 公彦	
22		津山第一病院	院長	澤田 隆	
23		津山中央記念病院	院長	和仁 孝夫	
24		中島病院	院長	中島 弘文	
25		岡外科胃腸肛門科	院長	岡 哲秀	
26		河原内科松尾小児科クリニック	院長	松尾 直光	
27		福田産婦人科	院長	福田 健生	
28		鏡野町国民健康保険病院	院長	寒竹 一郎	
29		芳野病院	理事長	藤本 宗平	
30		柵原病院	院長	曾根 希信	代理 藤本 郷深
31		田尻病院	理事長	窪田 政寛	
32		美作市立大原病院	院長	塩路 康信	
33		美作中央病院	理事長	山本 倫典	
34		さとう記念病院	院長	佐藤 通洋	
35		美作市立作東診療所	院長	遠藤 順朗	
36		西粟倉村国民健康保険診療所	所長	谷本 尚吾	
37		オブザーバー	岡山県医師会	常任理事	合地 明
38	岡山県病院協会		会長	難波 義夫	
39	介護保険関係団体		施設長	山下 佐知子	
40		美作市	保健福祉部長	江見 勉	
41		美作市立大原病院	事務長	祐延 誠一	

## 職員出席者名簿

令和元年10月10日

No.	所属	役職名	氏名	
1	美作県民局 健康福祉部	次長 (美作保健所長)	川井 睦子	
2		部長	谷口 信之	
3		副部長	津島 孝志	
4	健康福祉課	課長	定金 整司	
5	(美作保健所)	保健課	課長	高井 裕子
6			総括参事	井上 五月
7			総括副参事	河副 節美
8			主任	沖野 雄一郎
9		勝英地域保健課	課長	西尾 恵
10			総括副参事	山本 眞弓
11		企画調整情報課	副参事	三井 明仁
12			副参事	福原 芳恵
岡山県 保健福祉部 医療推進課		総括参事	犬飼 雄志	
		副参事	渡部 学	

## 津山・英田圏域地域医療構想調整会議設置要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の14の規定に基づき、津山・英田保健医療圏域の医療提供体制を確保することを目的に、地域医療構想の実現に向けた関係者との協議及び調整等を行うため、津山・英田圏域地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）を設置する。

### (所掌事務)

第2条 調整会議は、次に掲げる事項について協議及び調整等を行う。

- (1) 地域医療構想の策定及び実現に関する事項
- (2) 構想区域内における医療提供体制の課題に関する事項
- (3) 病床機能報告制度による情報等の共有に関する事項
- (4) 医療介護総合確保促進法に基づく県計画（地域医療介護総合確保基金の事業計画）に盛り込む事業に関する事項
- (5) その他、目的を達成するために必要な事項

### (組織)

第3条 調整会議は、委員60人以内で組織し、委員は、次に掲げる者のうちから県知事が委嘱又は任命する。

- (1) 医師会の代表者
- (2) 病院協会の代表者
- (3) 歯科医師会の代表者
- (4) 薬剤師会の代表者
- (5) 看護関係者の代表者
- (6) 介護関係者の代表者
- (7) 医療保険者の代表者
- (8) 市町村の代表者
- (9) 医療を受ける立場にある者
- (10) その他必要と認められる者（学識経験者等）

### (任期)

第4条 調整会議の委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。

2 任期途中で退任した委員の後任者の任期は、前任者の残任期間とする。

3 委員は、任期終了後であっても、新たに委員が委嘱又は任命されるまでは、その職務を行うものとする。



(議長及び副議長)

第5条 調整会議に、議長及び副議長を置く。

- 2 議長は、委員の互選により定め、副議長は議長が指名する。
- 3 議長は、調整会議を代表し、会務を総理する。
- 4 議長に事故があるときのほか、議事の内容により議長に重大な利益又は不利益が生じるおそれがあると委員の過半数が認める場合は、副議長がその職務を代理する。

(会議)

第6条 調整会議は、議長が必要の都度招集し、これを主宰する。

- 2 議長は、必要に応じて調整会議に委員以外の者を出席させ、説明又は意見を聴くことができる。
- 3 議長は、必要があると認めるときは、特定の事項について、関係のある委員のみで調整会議を開催することができる。
- 4 会議は原則公開とし、患者情報や医療機関の経営に関する情報等を扱う場合には、非公開とする。
- 5 議長は、必要に応じてワーキンググループ等を設置し、意見を聴くことができる。

(事務局)

第7条 調整会議の庶務を司る事務局は美作保健所に置く。

(雑則)

第8条 この要綱に定めるもののほか、調整会議の運営に関し必要な事項は議長が別に定める。

附則

この要綱は、平成28年3月1日から施行する。

## 津山・英田圏域地域医療構想調整会議委員名簿

任期：平成30年3月1日～令和2年2月29日

R1.7.1現在

No.	所属、団体	所属機関名	役職名	氏名	備考
1	医師会	津山市医師会、津山中央クリニック	会長、院長	宮本 亨	議長
2		苫田郡医師会	会長	武田 正彦	
3		勝田郡医師会	会長	大村 晃一	
4		美作市医師会	会長	亀山 弘道	副議長
5		久米郡医師会	会長	近藤 正得	
6	救急病院	津山慈風会	代表理事	藤木 茂篤	副議長
7	歯科医師会	津山歯科医師会	会長	平 滋之	
8		勝英歯科医師会	会長	小坂田 静二	
9	薬剤師会	岡山県薬剤師会津山支部	副支部長	松尾 匡記	
10		岡山県薬剤師会美作支部	支部長	寺井 竜平	
11	看護協会	岡山県看護協会津山・勝英支部	支部長	王野 茂美	
12	介護関係者	岡山県介護保険関連団体協議会(居宅介護支援事業所蘭花)	統括部長	山本 直	
13		岡山県介護保険関連団体協議会(日本原荘)	理事長	福原 文徳	
14	医療保険代表者	健康保険組合連合会岡山連合会(トマト銀行健康保険組合)	常務理事	武田 敬	
15	市町村	津山市	副市長	山田 賢一	
16		美作市	市長	萩原 誠司	
17		鏡野町	町長	山崎 親男	
18		勝央町	町長	水嶋 淳治	
19		奈義町	町長	奥 正親	
20		西粟倉村	村長	青木 秀樹	
21		久米南町	町長	片山 篤	
22		美咲町	町長	青野 高陽	
23		医療を受ける 立場にある者	美作保健所管内愛育委員連合会	会長	井上 正子
24	津山市民生児童委員連合協議会		会長	高山 科子	
25	美作市老人クラブ連合会		会長	谷口 亘	
26	学識経験者等	赤堀病院	診療部長	赤堀 洋一郎	
27		石川病院	副院長	石川 久	
28		大谷病院	理事長	大谷 公彦	
29		津山第一病院	院長	澤田 隆	
30		津山中央記念病院	院長	和仁 孝夫	
31		中島病院	院長	中島 弘文	
32		日本原病院	理事長	森 崇文	
33		石井医院	院長	石井 良夫	
34		薄元医院	院長	薄元 亮二	
35		岡外科胃腸肛門科	院長	岡 哲秀	
36		小畑醫院	院長	小畑 尚宏	
37		河原内科松尾小児科クリニック	院長	松尾 直光	
38		衣笠内科医院	副院長	衣笠 信行	
39		只友医院	院長	薄元 茂	
40		津山内田整形外科	院長	内田 健介	
41		福田産婦人科	院長	福田 健生	
42		万袋医院	院長	万袋 喜敬	
43		三村医院	院長	三村 公洋	
44		鏡野町国民健康保険病院	院長	寒竹 一郎	
45		芳野病院	理事長	藤本 宗平	副議長
46		柵原病院	院長	曾根 希信	
47		田尻病院	理事長	窪田 政寛	
48		美作市立大原病院	院長	塩路 康信	
49		美作中央病院	理事長	山本 倫典	
50		福井医院	院長	福井 正尚	
51		美作市立作東診療所	院長	遠藤 順朗	
52		さとう記念病院	院長	佐藤 通洋	
53		西粟倉村国民健康保険診療所	所長	谷本 尚吾	
54		希望ヶ丘ホスピタル	院長	引地 充	
55		積善病院	院長	江原 良貴	

## 岡山県地域医療構想調整会議 次第

日 時：令和元年8月27日（火）

13時30分～15時30分

場 所：岡山県医師会館 401会議室

## 1 開 会

## 2 あいさつ

## 3 議 事

- (1) 議長等の選出について
- (2) 会議の公開について
- (3) 平成30年度病床機能報告について
- (4) 岡山県外来医療に係る医療提供体制計画について
- (5) 地域医療構想の実現に向けたさらなる取組について
- (6) 令和元年度の取組状況について

## 4 その他

## 5 閉 会

## 令和元年度第1回岡山県地域医療構想調整会議 出席者名簿

(令和元年8月27日)

所 属 ・ 職 名	氏 名	備 考 (代理出席等)
岡山県医師会 会長	松 山 正 春	
岡山県病院協会 会長	難 波 義 夫	
県南東部地域医療構想調整会議 議長 (岡山市医師会 会長)	三 浦 寛 人	
県南西部地域医療構想調整会議 議長 (倉敷市連合医師会 会長)	西 原 洋 浩	(代)副議長 難波 義夫
高梁・新見地域医療構想調整会議 議長 (高梁医師会 会長)	仲 田 永 造	
真庭地域医療構想調整会議 議長 (真庭市医師会 会長)	金 田 道 弘	
津山・英田地域医療構想調整会議 議長 (津山市医師会 会長)	官 本 亨	
岡山県国民健康保険団体連合会 常任理事	三 宅 生 一	
健康保険組合連合会岡山連合会 事務局長	堀 瀬 幸 弘	
全国健康保険協会岡山支部 支部長	岡 田 一 成	
地域医療構想アドバイザー (岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 教授)	浜 田 淳	

## 岡山県地域医療構想調整会議設置要綱

### (目的)

第1条 医療法(昭和23年法律第205号)第30条の14の規定に基づき、県内の各構想区域の地域医療構想調整会議における議論が円滑に進むように支援する方策その他の地域医療構想の達成に必要な協議を行うため、協議の場として、岡山県地域医療構想調整会議(以下「調整会議」という。)を設置する。

### (所掌事務)

第2条 調整会議は、次の事項について所掌する。

- (1) 各構想区域における地域医療構想調整会議の運用に関すること。
- (2) 各構想区域における地域医療構想調整会議の議論の進捗状況に関すること。
- (3) 各構想区域における地域医療構想調整会議の抱える課題解決に関すること。
- (4) 病床機能報告等から得られるデータの分析に関すること。
- (5) 構想区域を超えた広域での調整が必要な事項に関すること。
- (6) その他地域医療構想の達成に必要な事項に関すること。

### (組織)

第3条 調整会議の委員は、次に掲げる者のうちから県知事が委嘱又は任命する。

- (1) 各構想区域の地域医療構想調整会議の議長
- (2) 岡山県医師会の代表者
- (3) 岡山県病院協会の代表者
- (4) 医療保険者の代表者
- (5) 地域医療構想アドバイザー

### (任期)

第4条 調整会議の委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。また、初回の任期のみ平成32年2月29日を終期とする。

- 2 任期途中で退任した委員の後任者の任期は、前任者の残任期間とする。
- 3 委員は、任期終了後であっても、新たに委員が委嘱又は任命されるまでは、その職務を行うものとする。

### (議長及び副議長)

第5条 調整会議に、議長及び副議長を置く。

- 2 議長は、委員の互選により定め、副議長は議長が指名する。
- 3 議長は、調整会議を代表し、会務を総理する。
- 4 議長に事故があるときのほか、議事の内容により議長に重大な利益又は不利益が生じるおそれがあると委員の過半数が認める場合は、副議長がその職務を代理する。

(会議)

第6条 調整会議は、議長が必要の都度招集し、これを主宰する。

2 議長は、必要に応じて調整会議に委員以外の者を出席させ、説明又は意見を聴くことができる。

3 議長は、必要があると認めるときは、特定の事項について、関係のある委員のみで調整会議を開催することができる。

4 会議は原則公開とし、患者情報や医療機関の経営に関する情報等を扱う場合には、非公開とする。

(事務局)

第7条 調整会議の庶務を司る事務局は医療推進課に置く。

(雑則)

第8条 この要綱に定めるもののほか、調整会議の運営に関し必要な事項は議長が別に定める。

附則

この要綱は、平成30年11月1日から施行する。

(1)岡山県地域医療構想調整会議について

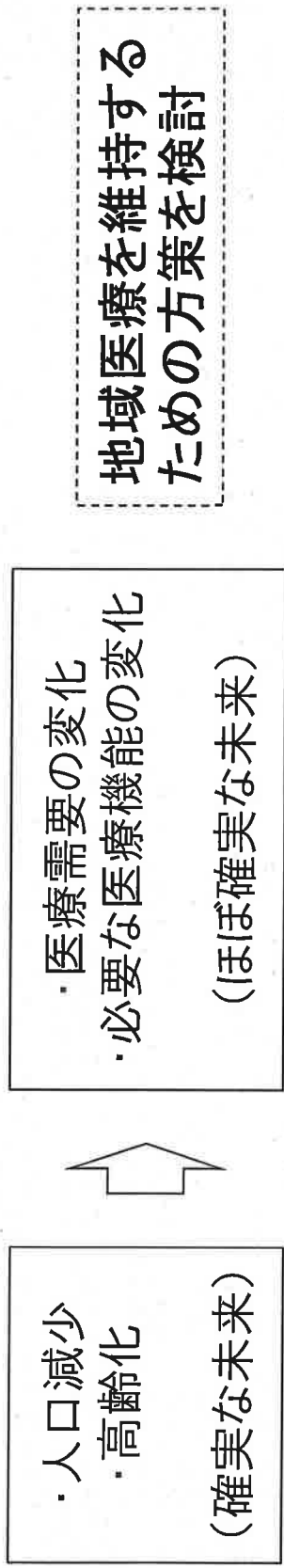
●岡山県地域医療構想調整会議の概要

- 1 根拠法令  
医療法(昭和23年法律第205号)第30条の14
- 2 委員  
11名
- 3 会の構成・開催回数  
年2回(2月、8月に開催予定、各2時間程度)
- 4 協議内容  
(1)各構想区域における地域医療構想調整会議の運用に関すること。  
(2)各構想区域における地域医療構想調整会議の議論の進捗状況に関すること。  
(3)各構想区域における地域医療構想調整会議の抱える課題解決に関すること。  
(4)病床機能報告等から得られるデータの分析に関すること。  
(5)構想区域を超えた広域での調整が必要な事項に関すること。  
(6)その他地域医療構想の達成に必要な事項に関すること。
- 5 任期

平成30年12月21日から令和2年2月29日まで

(2) 地域医療構想に係る岡山県の現状と今後について

● 地域医療構想の背景



● 地域医療構想の達成への取組

Step1 医療機能の見える化

平成26年度から医療法(昭和23年法律第205号)第30条の13に基づく病床機能報告が開始されており、医療機能を有床医療機関が自主的に報告する。

Step2 将来の医療ニーズの推計

平成25年度の医療需要をベースに平成37年の医療需要を推計した。

Step3 有床医療機関の選択

「医療機能の見える化」「将来の医療ニーズの推計」を踏まえ、地域医療構想調整会議等を通じて、有床医療機関自らが、地域においてどのような役割を担うのかを選択する。



●岡山県の現状と今後

・県南部と県北部では、状況が異なる点が多い。

項目	県南部	県北部
必要病床数と比較した許可病床数の状況(2019.4.1時点) (表①)	2,259床過剰 (11.3%過剰)	775床過剰 (24.0%過剰)
医療機能(H30病床機能報告速報)(2018.7.1時点) (表②)	回復期の不足が縮小	回復期の不足が縮小
必要病床数 (2013年と2040年の比較) (グラフ①)	増加	減少
人口 (2015年と2045年の比較) (グラフ②)	減少	大きく減少
高齢化率 (2015年と2045年の比較) (グラフ③)	進行・高い	進行・非常に高い
高齢者数 (2015年と2045年の比較) (グラフ④)	増加	減少
病床利用率(一般) (グラフ⑤、⑥) (H16(2004)からの経年変化)	直近は増加	直近は増加
病床利用率(療養) (グラフ⑦、⑧) (H16(2004)からの経年変化)	直近は増加	直近は減少

許可病床と比較した必要病床の状況

(単位:床) 表①

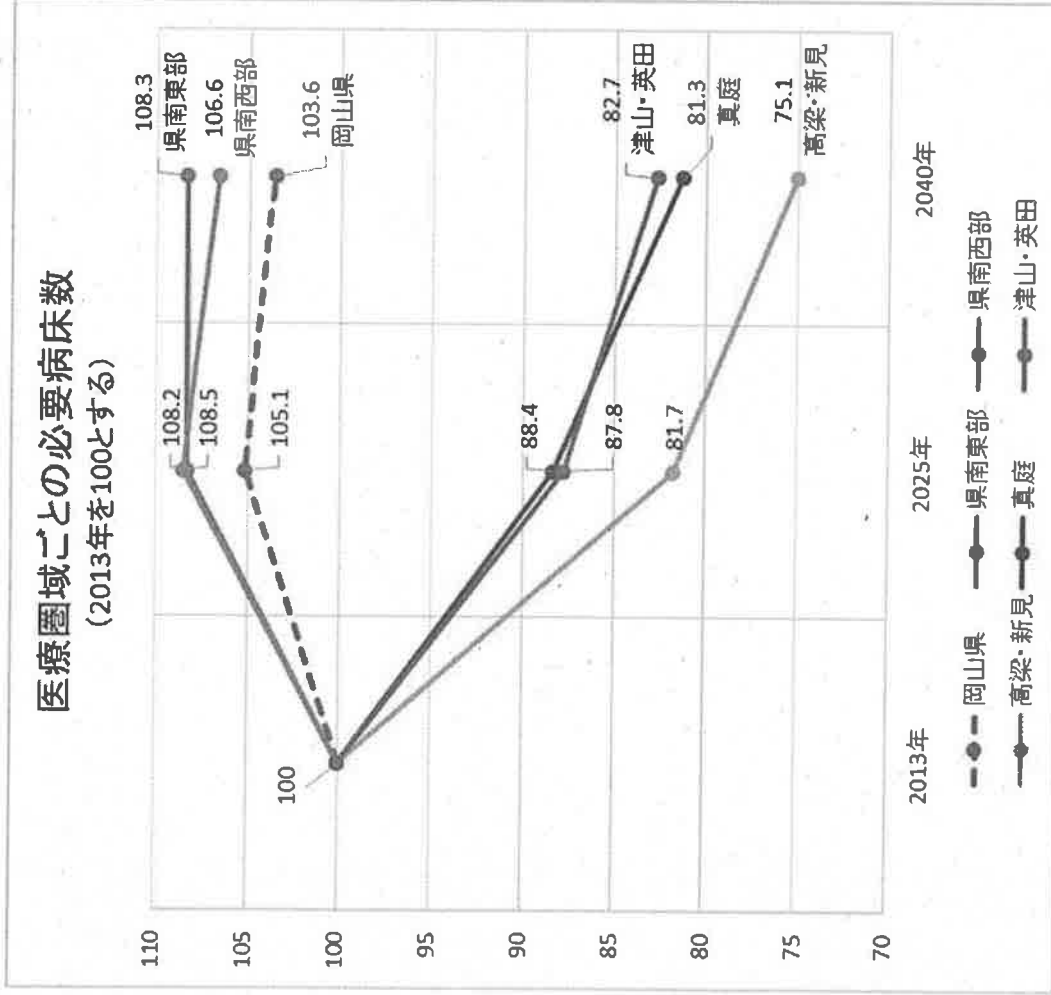
構想区域	平成31(2019)年 4月1日現在の 許可病床数 ①	必要病床数推計 〔地域医療構想推定支援ツールから〕			過剰 ②-①	1-(②)/①
		H25(2013)	H37(2025) ②	H52(2040)		
県南東部	11,526	8,756	9,478	9,485	▲ 2,048	17.8%
県南西部	8,448	7,593	8,237	8,092	▲ 211	2.5%
県南小計	19,974	16,349	17,715	17,577	▲ 2,259	11.3%
高梁・新見	759	570	466	428	▲ 293	38.6%
真庭	602	524	463	426	▲ 139	23.1%
津山・英田	1,873	1,743	1,530	1,441	▲ 343	18.3%
県北小計	3,234	2,837	2,459	2,295	▲ 775	24.0%
計	23,208	17,768	18,944	18,725	▲ 4,264	18.4%

病床機能報告の医療機能(回復期)

(単位:床) 表②

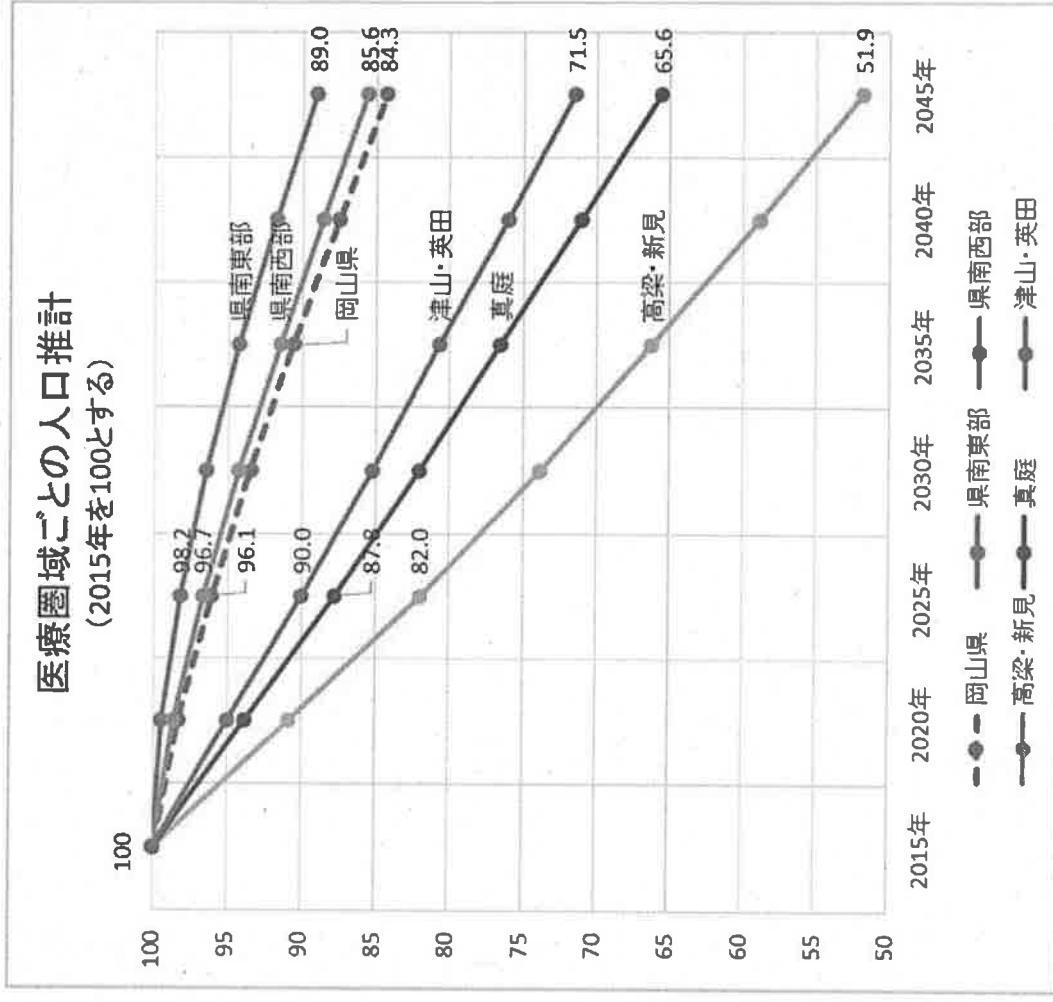
地域	2017年	2018年	2025年(見込)
県南	2,633	2,996	3,427
県北	443	560	680

グラフ①



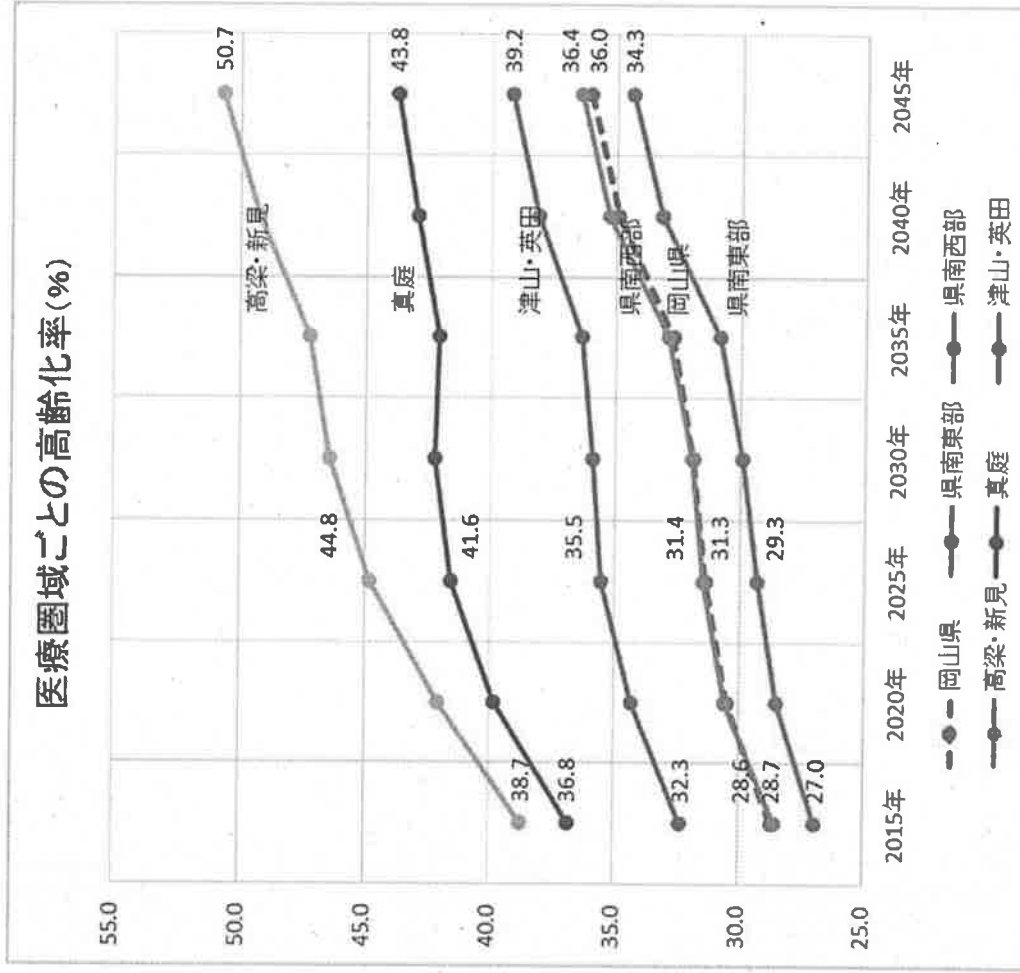
『地域医療構想策定支援ツール』より作成

グラフ②

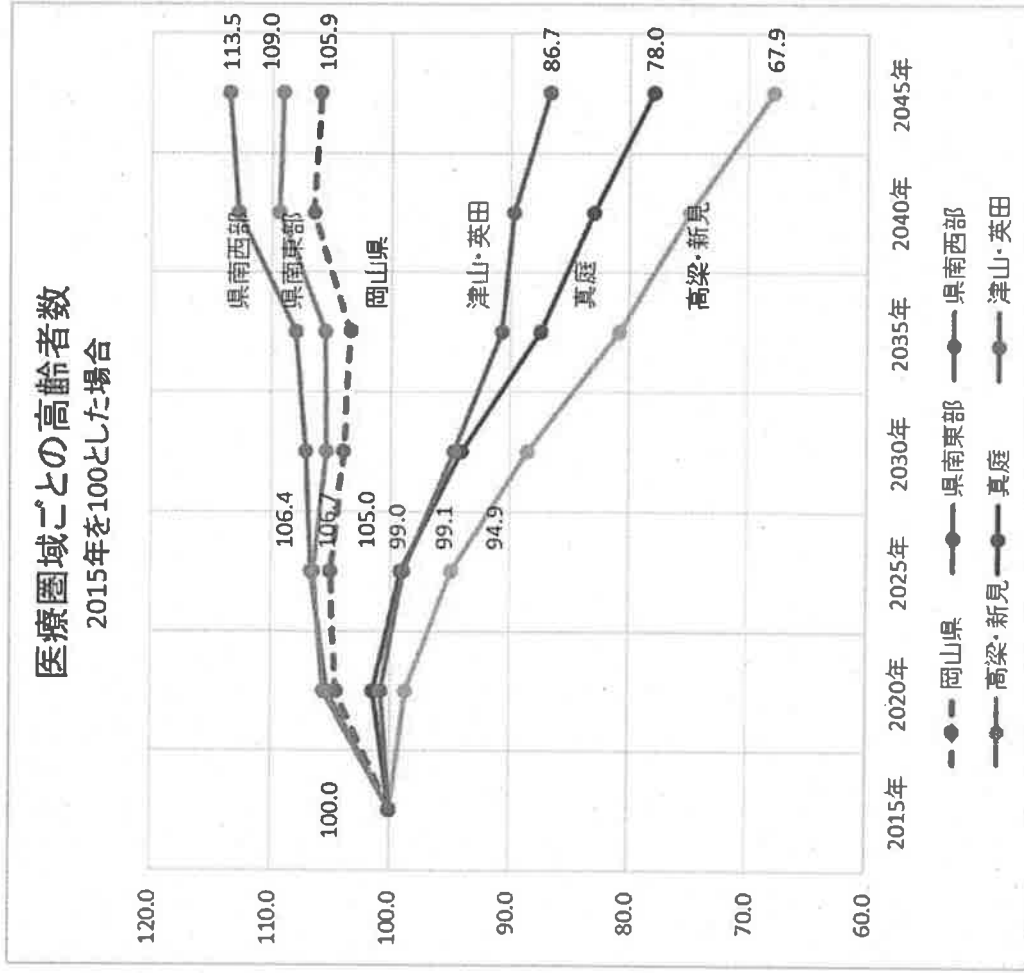


『日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)』より作成

グラフ③

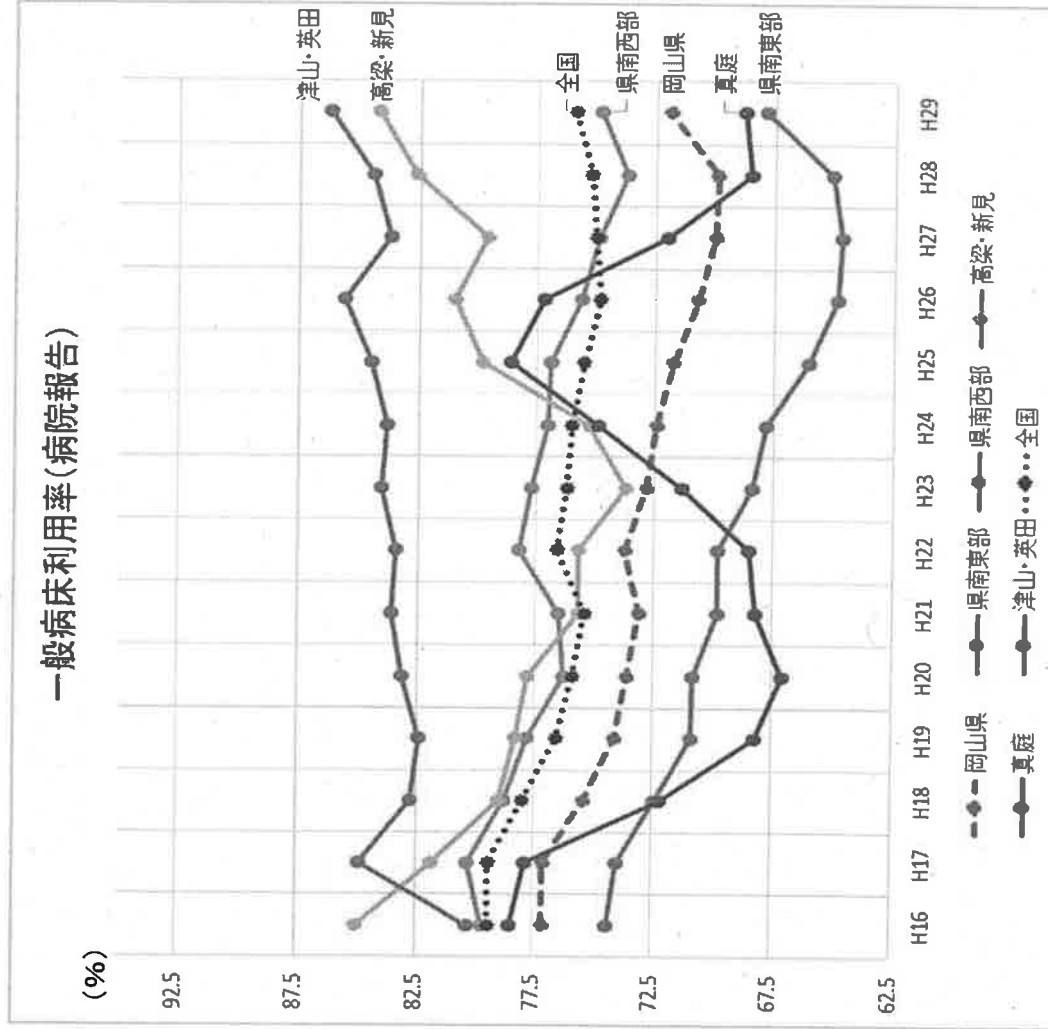


グラフ④

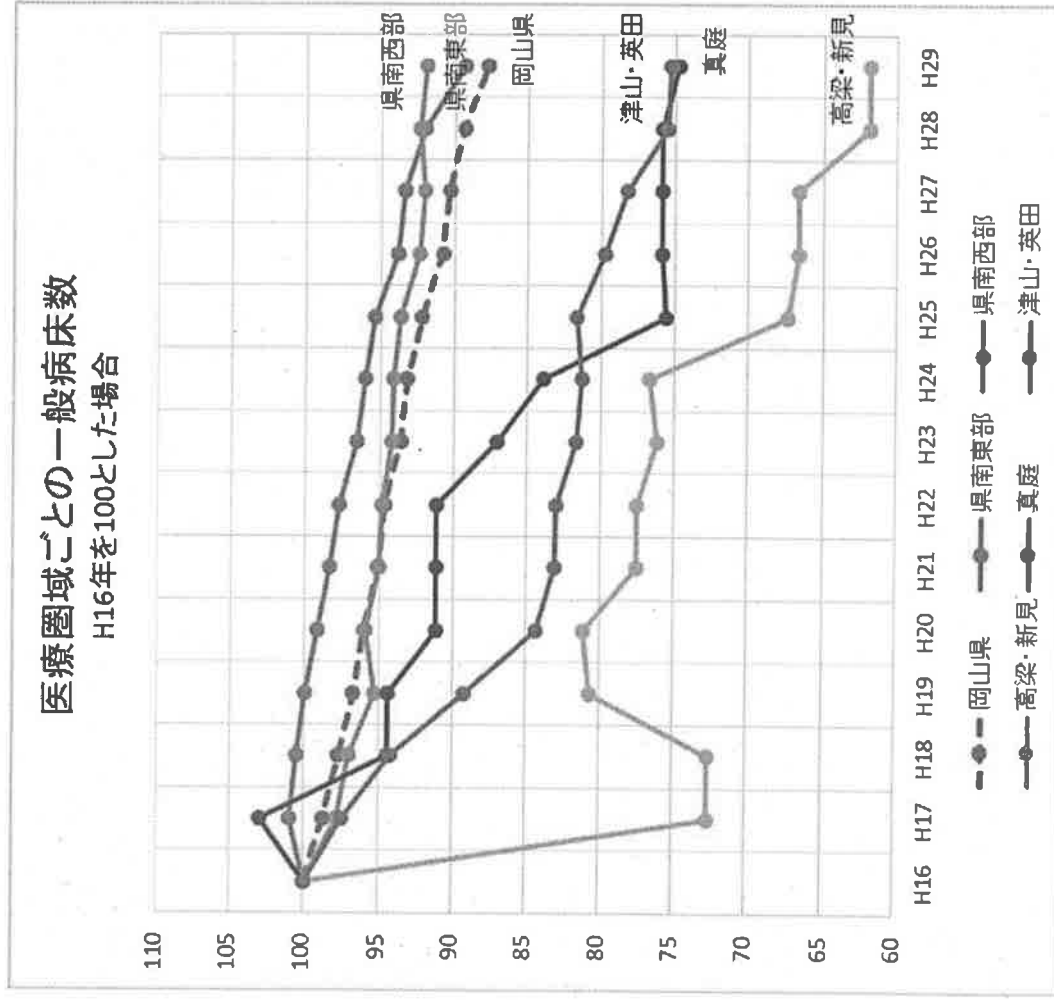


『日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)』より作成

グラフ⑤

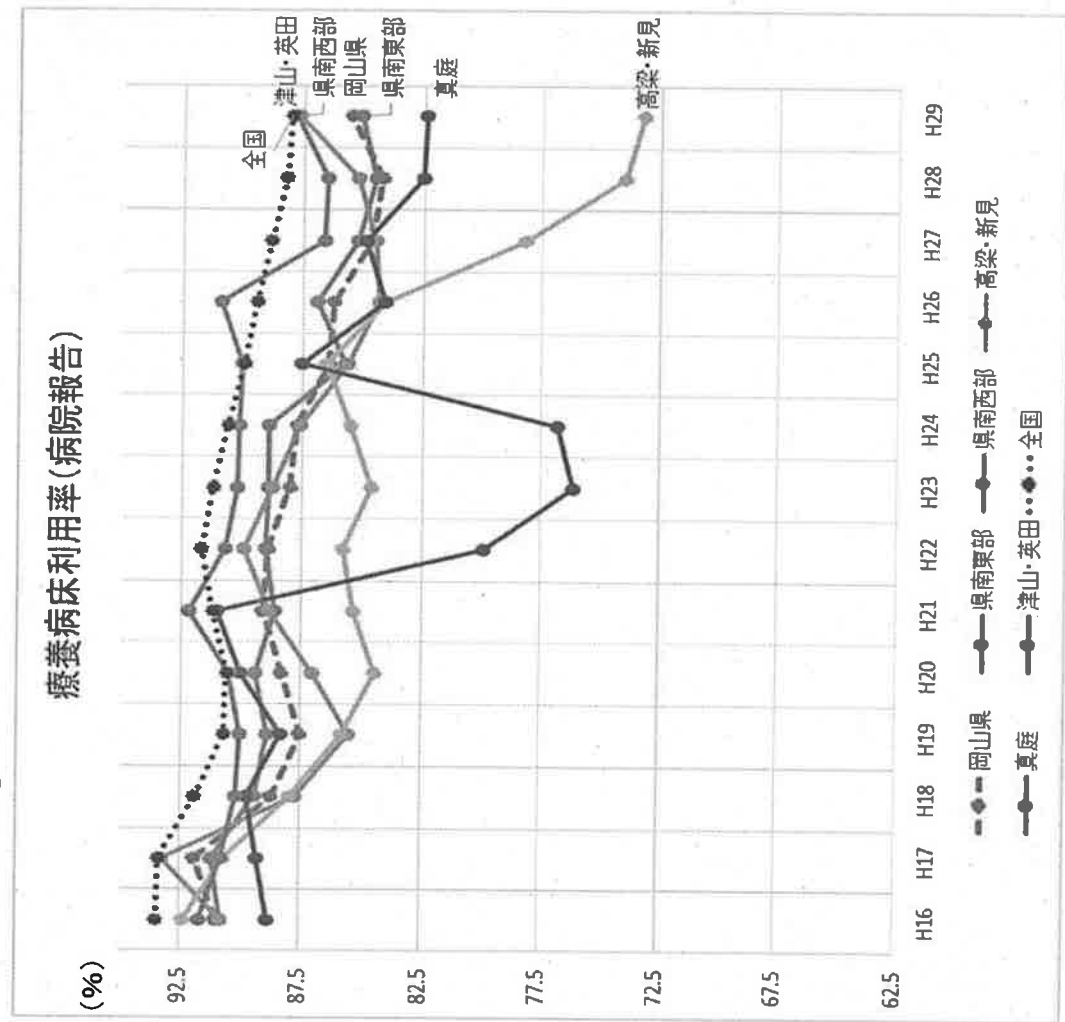


グラフ⑥

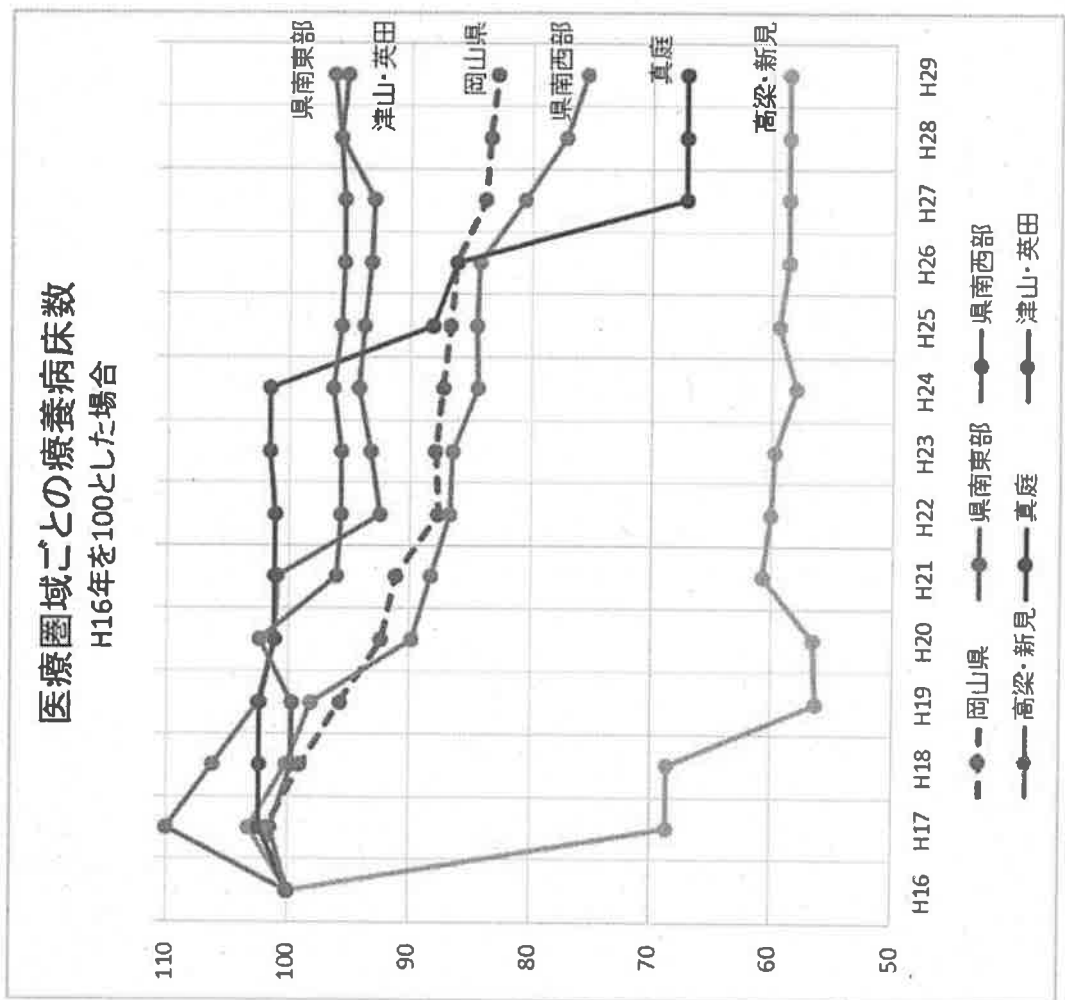


『病院報告』より作成

グラフ①



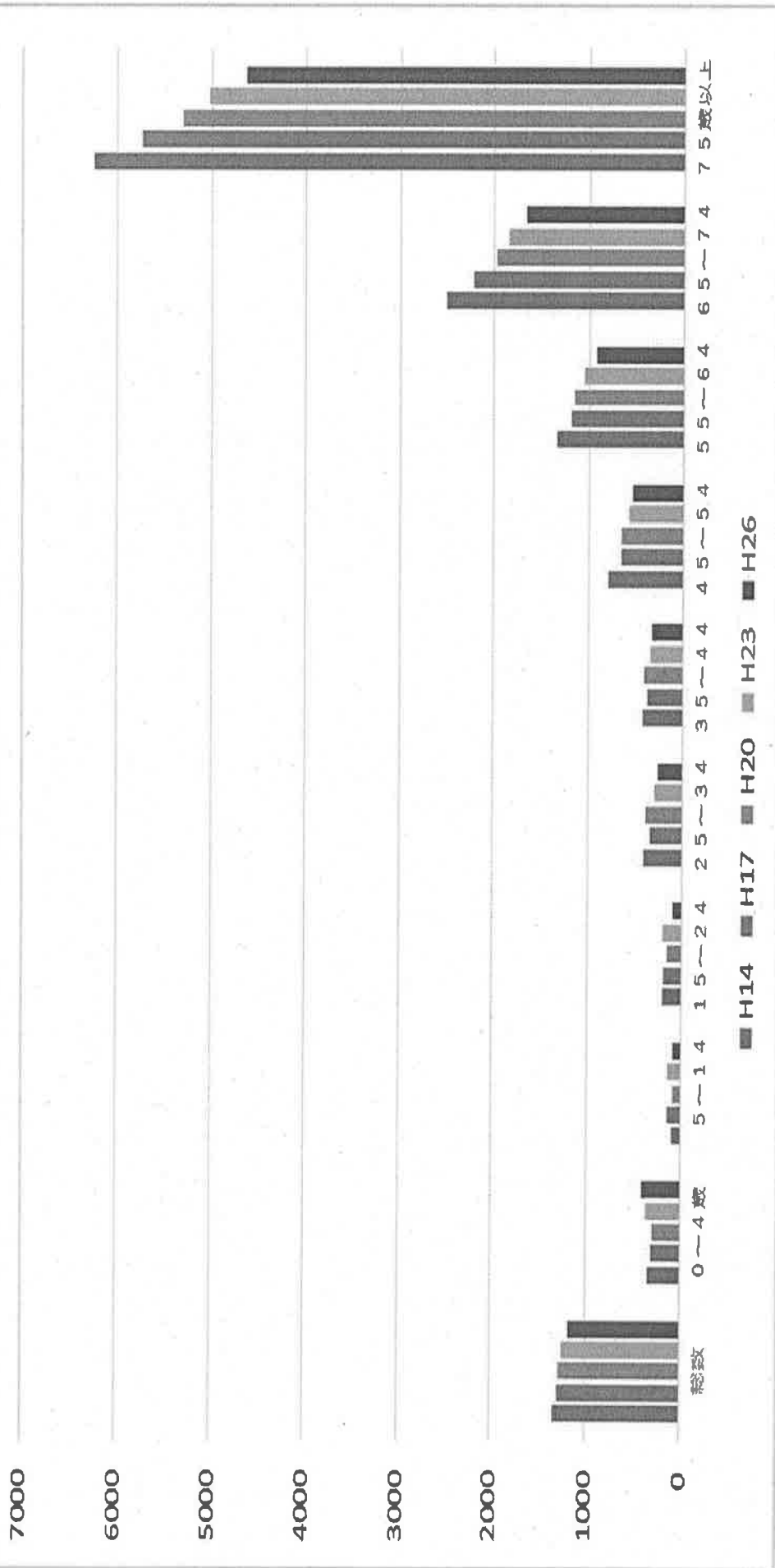
グラフ②



『病院報告』より作成

(参考)

岡山県の年齢階級別入院受療率  
(10万人当たり)



『患者調査』より作成

地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

現状と課題

- 1 外来患者の約6割が受診する無床診療所は、開設が都市部に偏っている。
- 2 初期救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、放射線装置の共同利用等の医療機関の連携の取組が進んでいない。

県内の外来医療（診療科・医療機器）の情報を可視化し、限られた人材や医療資源を有効活用する必要がある。

岡山県外来医療に係る医療提供体制計画（仮称）の策定

〈内容〉

- 1 外来医療機能（診療科・医療機器）の情報（外来医師偏在指標など）
- 2 外来医師多数区域の設定、医療機関・機器のマッピング情報
- 3 地域医療構想調整会議での協議（今後必要な外来医療機能・医療機器の共同利用計画など）

計画のねらい

- 1 新規開業者への外来医療機能情報等の提供による外来医師の偏在抑制
- 2 外来医療機能（在宅医療、初期救急等）の充実
- 3 医療機器の共同利用の促進



### (3) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

議題(4)

#### 経緯

- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること、等の状況にある。
- それを踏まえ、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめ」において、**外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下、「外来医療計画」）が追加されることとなった。**

#### 外来医療計画の全体像

##### 外来医療機能に関する情報の可視化

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

標準化診療所医師数

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

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

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

##### 新規開業希望者等に対する情報提供

- 外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、**新規開業希望者等に情報提供。**

※ 都道府県のホームページに掲載するほか、様々な機会を捉えて周知する等、新規開業希望者等が容易に情報にアクセスできる工夫が必要。また、道道更新を行う等、質の担保を行う必要がある。

※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

##### 外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

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

##### ○ 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

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

#### 今後の検討課題

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

# 医療機器の効率的な活用等について

議題(4)

- 経緯** ○ 「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめ」において、**医療設備・機器等の共同利用等の、医療機関間での連携の方針等について協議を行い、地域ごとに方針決定すべきである、とされ、医療法上も医療施設に備えた施設・設備の効率的な活用に関する事項について、協議の実施及び協議結果の公表を行うこととされた。**
- 今後、人口減少が見込まれる中、医療機器について共同利用の推進等によって効率的に活用していくべきであり、医療機器の共同利用のあり方等について、情報の可視化や新規購入者への情報提供を有効に活用しつつ、必要な協議を行う必要がある。

## 医療機器の効率的な活用のための対応

### 医療機器の配置状況に関する情報の可視化

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

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

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

### 医療機器の効率的な活用のための協議

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

### 医療機器の配置状況に関する情報提供

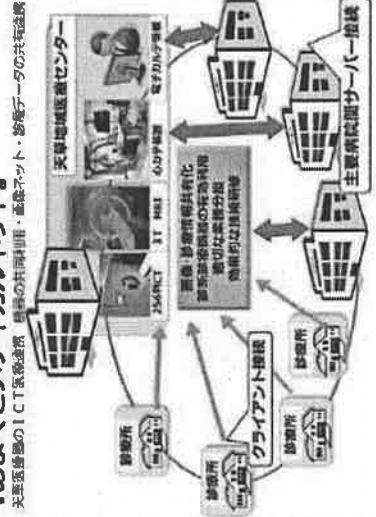
- 医療機器の配置状況に関する指標に加えて、医療機器を有する医療機関についてマップングに関する情報や、共同利用の状況等について情報を公表。

- ※ 医療機関の経営判断に資するような、医療機器の耐用年数や老朽化の状況等についても、適切な情報を提供できるように検討。

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

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

### 「あまくさメディカルネット」



天草地域医療センター放射線部技師長 緒方隆昭氏より提供資料を改変

## II 外来医師偏在指標の算出式

- 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・・・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。

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

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

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

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

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

(出典)性年齢階級別医師数：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査  
 平均労働時間：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)

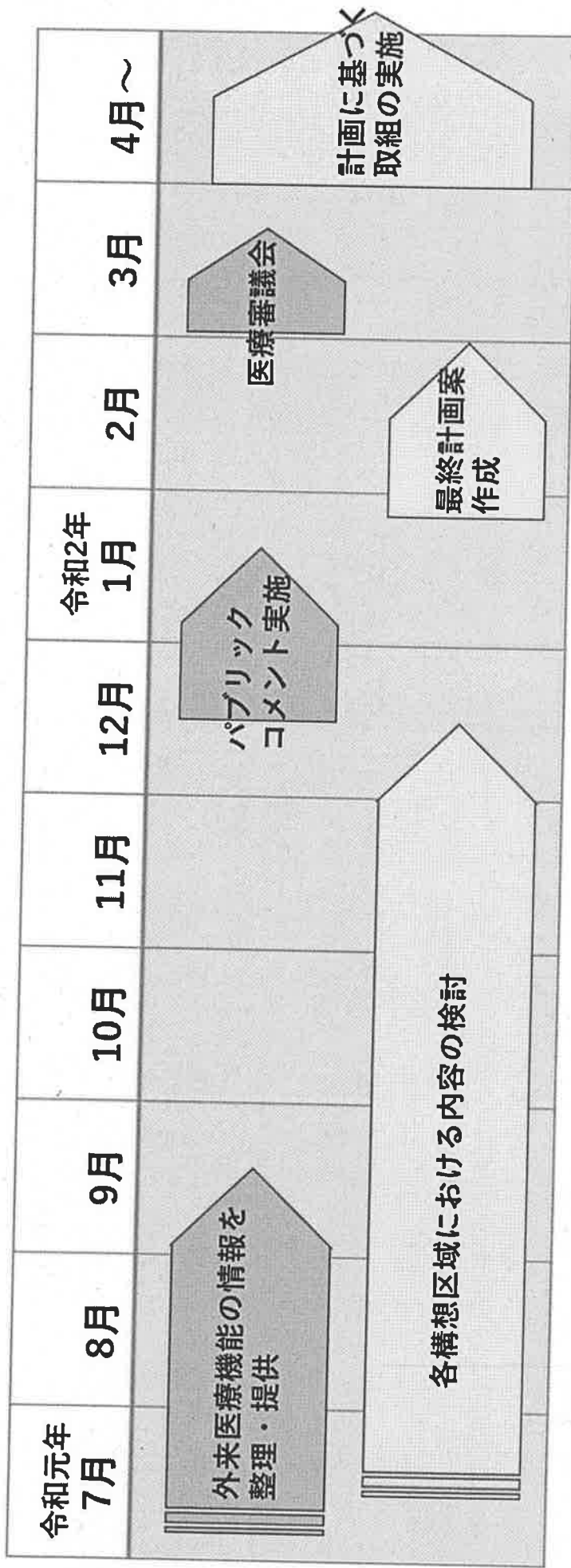
外来受療率：第3回NDBオープンデータ(平成28年度診療分)、人口推計(平成28年10月1日現在)  
 性年齢階級別受療率：平成26年患者調査及び平成27年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査  
 人口：平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査  
 外来延べ患者数：平成26年度医療施設静態調査※患者流出は、流出入発生後のデータ(診療行為発生地ベース)を分母で用いることにより、加味している(平成26年最善調査より)





## 岡山県外来医療に係る医療提供体制計画(仮称)の策定作業

- 「岡山県外来医療に係る医療提供体制計画」(仮称)は、岡山県保健医療計画の一部として策定する。
- 計画策定に当たっては、「おかやま県民提案制度(パブリック・コメント)」により、その内容を県民に公表し、意見を求める。
- 令和2年3月に開催予定の岡山県医療審議会に報告し、承認を得る。
- 策定スケジュールのイメージは次のとおり。



## (4) 地域医療構想の実現に向けたさらなる取組について

- 2019年年末までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的な対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

### 2. 今後の取り組み

- 今後、2019年年末までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「代替可能性がある」または「診療実績が少ない」と位置付けられた公立・公的医療機関等に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、医師の働き方改革の方向性も加味して、当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るよう要請する予定。

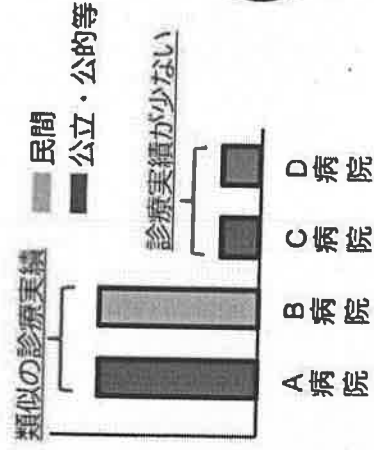
#### 分析内容

- ① 分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。  
重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとすると  
A 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。  
B 各分析項目について、診療実績が特に少ない。
- ② 医療機関の所在地や、他の医療機関との位置関係を確認するなど、地理的条件も勘案する。

#### 分析のイメージ

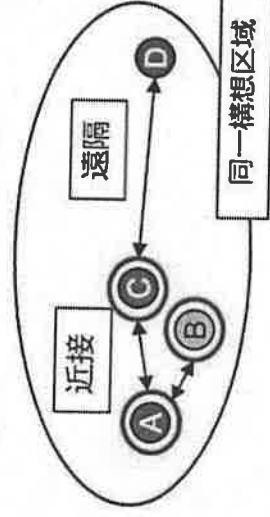
### ① 診療実績のデータ分析

(領域等(例：がん、救急等)ごと)

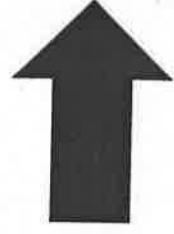


### ② 地理的条件の確認

類似の診療実績がある場合又は診療実績が少ない場合のうち、近接している場合を確認



①及び②により「代替可能性あり」とされた公立・公的医療機関等



### ③ 分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における検証

- 医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、医師の働き方改革の方向性も加味して、  
ハの統合  
○ 代替可能性のある機能の他の医療機関への統合  
○ 病院の再編統合  
について具体的な協議・再度の合意を要請



- 今回の検証の要請に加え、厚生労働省自らも、地域ごとに助言・支援を実施することを検討

## 具体的対応方針の評価方法に関する基本的なイメージ

第19回地域医療構想  
(平成31年2月22日)

議題(5)

### 視点1

代表的な手術の実績を確認し、機能の重点化について特に議論が必要なケースに該当するか確認。

#### □ パターン(ア)

当該手術を一定数実施している公・民の病院がそれぞれ1ヶ所程度存在

#### □ パターン(イ)

当該手術を一定数実施している医療機関が多数存在(都市部に多い)

#### □ パターン(ウ)

当該手術を一定数実施している病院は公のみだが、2ヶ所以上存在

#### □ パターン(エ)

複数の医療機関に実績が拡散し、いずれの医療機関も医療実績が少ない

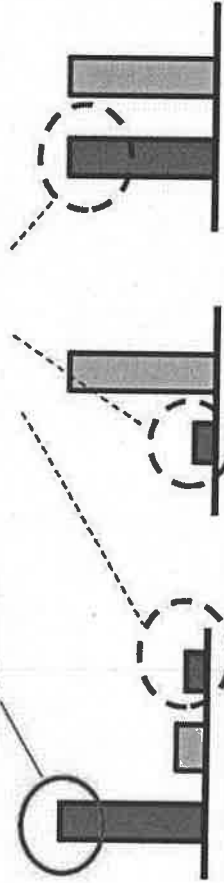
■ 公立・公的病院等 ■ 民間医療機関

### 視点2

特定の手術以外の幅広い診療実績や、患者像を確認し、構想区域内で、当該医療機関に固有の役割があるか確認。

#### □ 固有の役割あり

#### □ 固有の役割なし

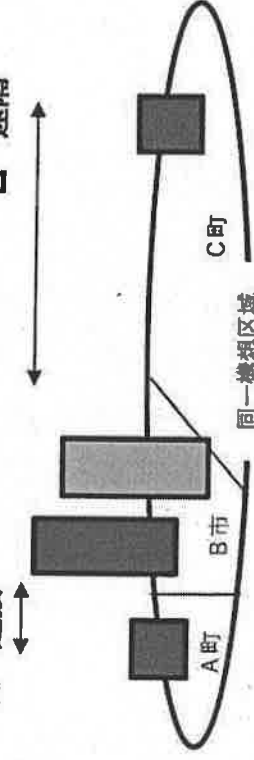


### 視点3

地理的条件(位置関係、移動に要する時間)を確認し、近接の度合いを確認。

#### □ 近接

#### □ 遠隔



### 《評価の視点のイメージ》

- ① 手術実績が一定数ある医療機関が複数存在している場合、公立・公的病院等は地域の医療需要やそれぞれの病院が診療する患者像等を確認し、地域の民間医療機関では担うことができない医療提供等に重点化されているかを確認する。
- ② 各々の手術によって構想区域の競合状況が異なるため、特定の手術のみではなく、手術以外の診療実績も含めて、地域の民間医療機関では担うことができない固有の役割があるか確認する。
- ③ 診療実績が少ない、構想区域内で固有の役割が無いといった状況にある公立・公的病院等については、地理的条件等を踏まえ、他の医療機関等との近接状況を確認する。
- ④ 以上をふまえ、当該医療機関でなければ担うことができない機能への重点化が図られていると言い難い公立・公的病院等については、再編統合やダウンサイジング、機能転換といった対応策を念頭に、地域医療構想調整会議での議論を更に深める。

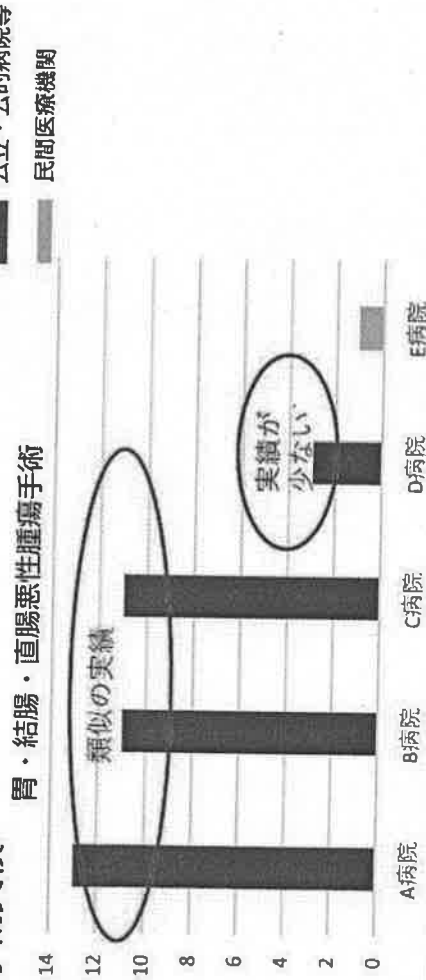


## A 構想区域の例

第32回社会保険  
（令和元年5月23日）  
議題（5）

- 主要な手術の実績をみると、一定の実績を有するA～Dの公立・公的医療機関が存在。
- A～C病院については他の診療実績や患者像においても一定の実績があるが、D病院については手術の実績が比較的少なく、手術以外の診療実績や患者像を踏まえてもなお、構想区域内での固有の役割がみられない。

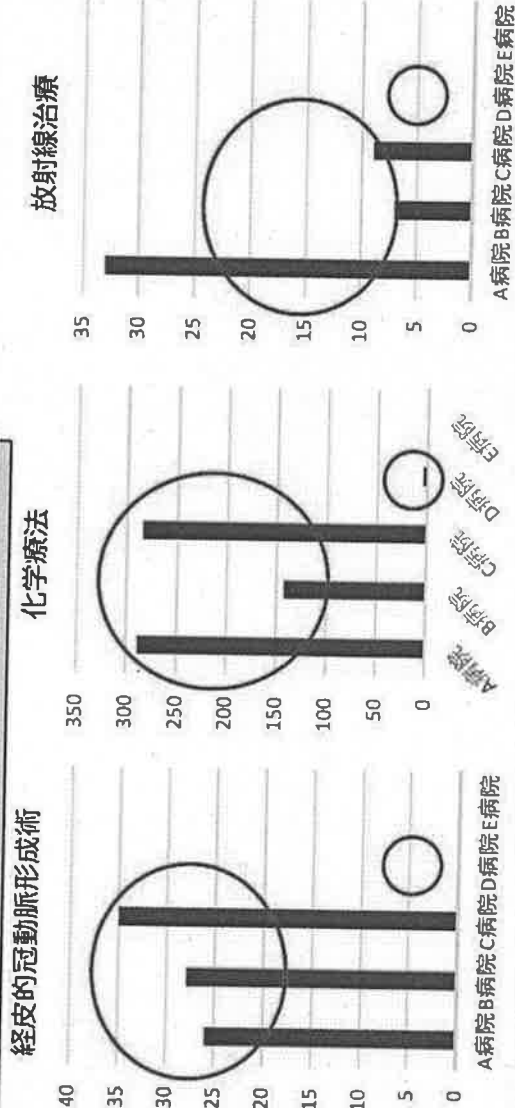
### ■ 手術実績



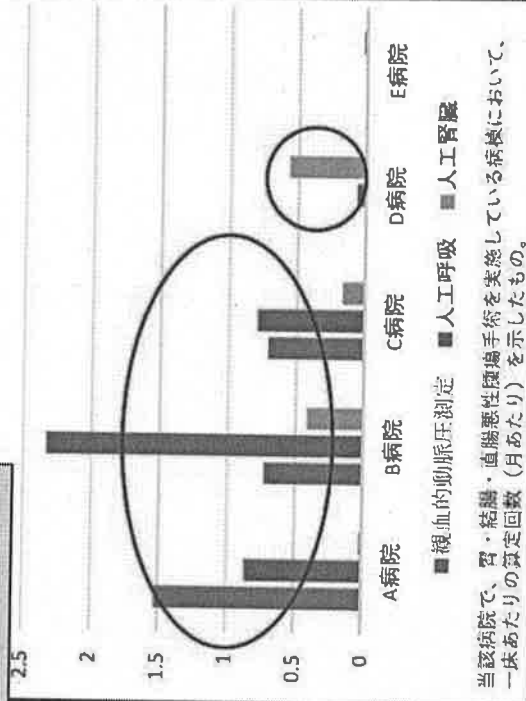
### ■ 基本情報

人口 （※1）	高齢化率 （※1）	一般病院数 （※2）	有床診 （※2）	病床数計 （※2）
33万	21	11	13	3,0千
病床利用率（※3）				
一般病床	療養病床	医療施設従 事医師数 （※4）	流入入院 患者割合 （※5）	流出入院 患者割合 （※5）
76	92	697	32	32

### ■ 手術以外の診療実績



### ■ 患者像



当該病院で、胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術を実施している病棟において、一床あたりの算定回数（月あたり）を示したものの。

※1 2016年度住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数 ※2 平成28年医療施設（静脈・動態）調査 ※3 平成28年医師、歯科医師、薬剤師調査 ※4 平成28年医師、歯科医師、薬剤師調査 ※5 平成26年患者調査

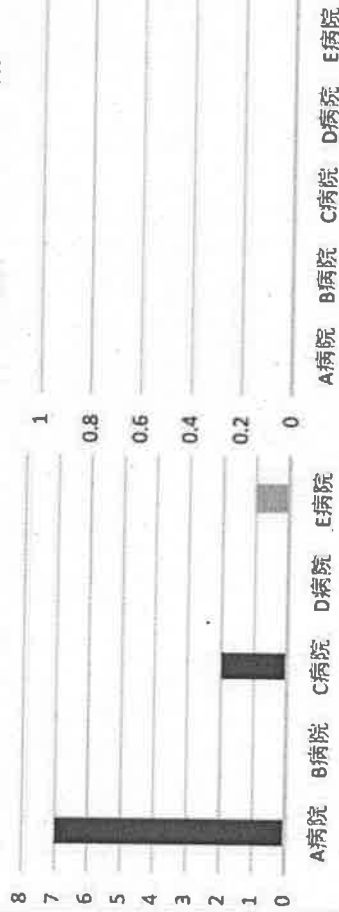


(参考) A構想区域の医療機関の診療実績

第32回社会保険  
(令和元年5月23日)

議題(5)

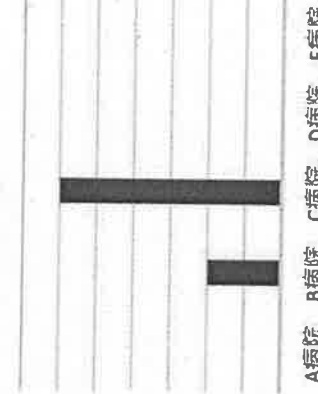
乳腺悪性腫瘍手術



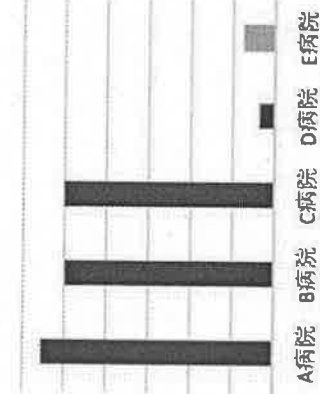
冠動脈バイパス手術



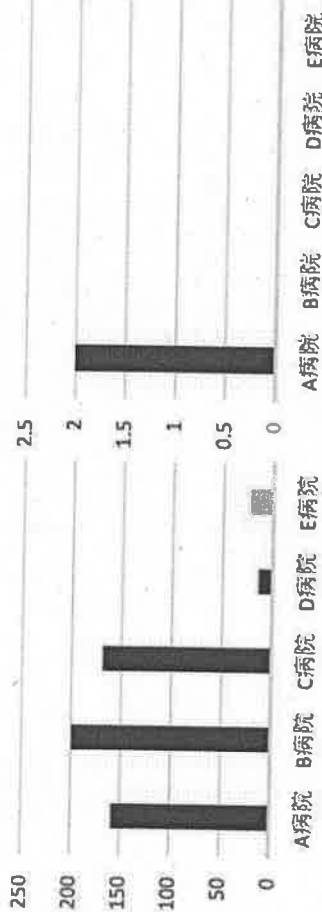
脳動脈瘤クリッピング術



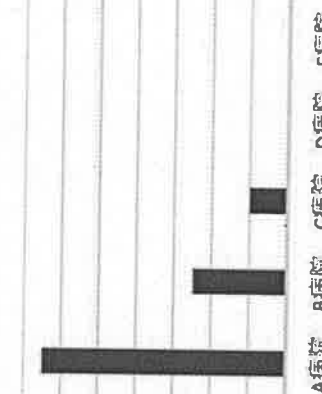
手術総数



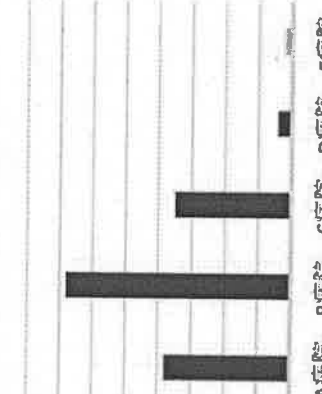
全身麻酔の手術



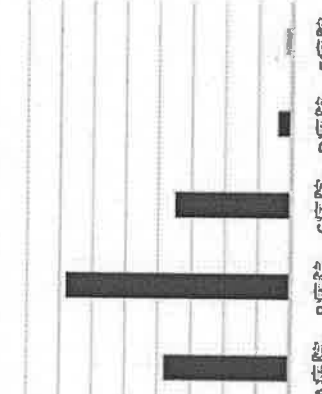
人工心肺を用いた手術



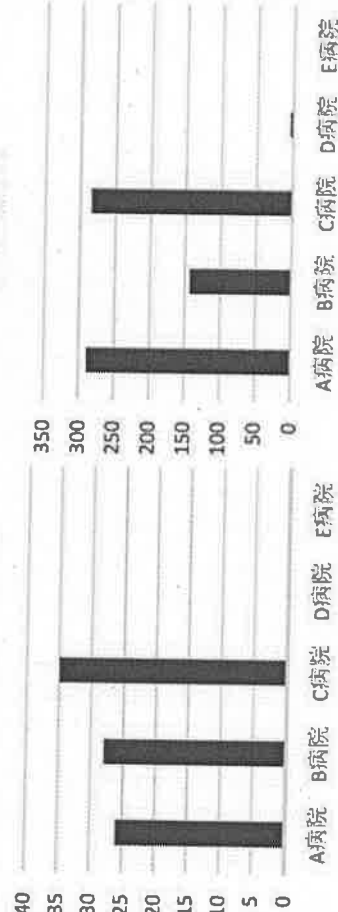
胸腔鏡下手術



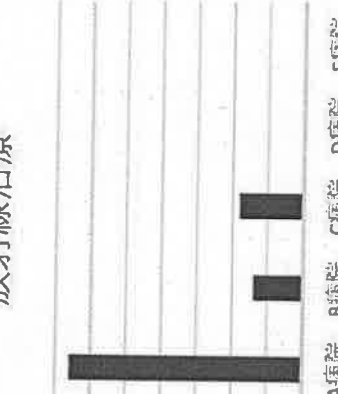
腹腔鏡下手術



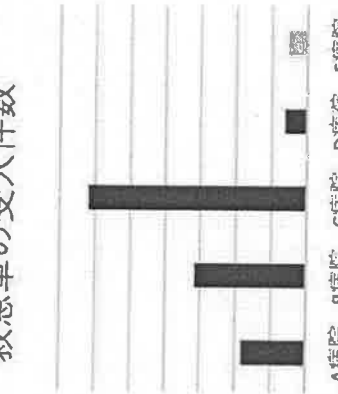
経皮的冠動脈形成術



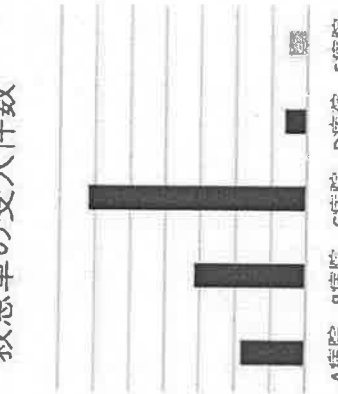
化学療法



放射線治療



救急車の受入件数

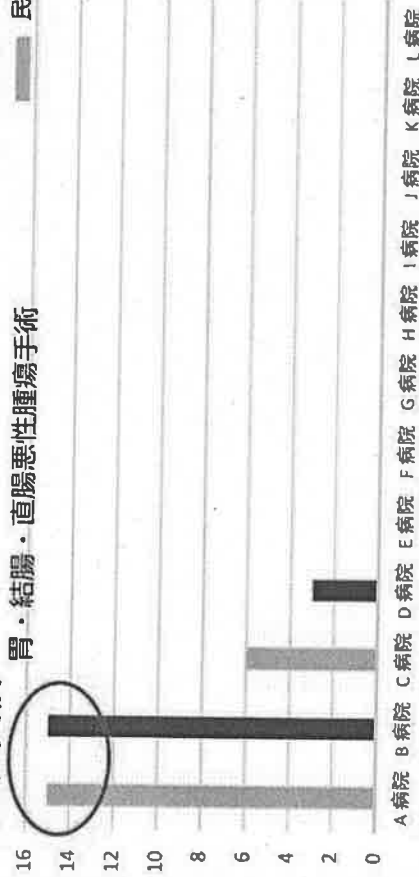


B構想区域の例

第32回社会保  
(令和元年5月23日) 議題(5)

- 主要な手術の実績をみると、一定数の実績のある公・民の病院が各1ヶ所程度存在。
- 手術以外の実績や患者像をみると、B病院に固有の役割はみられない。

■ 手術実績

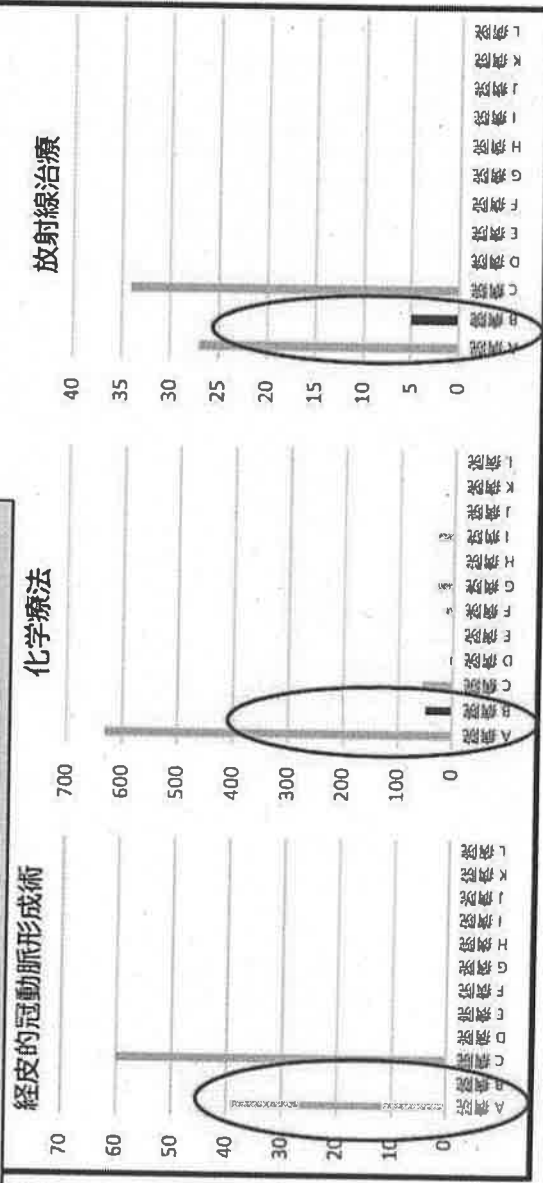


■ 公立・公的病院等  
■ 民間医療機関

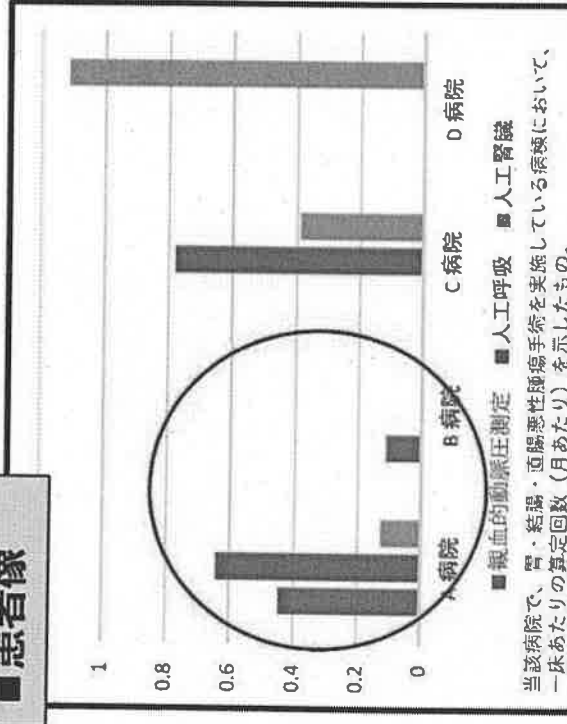
■ 基本情報

人口 (※1)	高齢化率 (※1)	一般病院数 (※2)	有床診 (※2)	病床数計 (※2)
212,000	29.8	12	9	2,678
病床利用率 (※3)		医療施設従 事医師数 (※4)		流入入院 患者割合 (※5)
一般病床	療養病床	療養病床	療養病床	療養病床
72.7	80.5	563	-	-

■ 手術以外の診療実績



■ 患者像



■ 親血的動脈圧測定 ■ 人工呼吸 ■ 人工腎臓  
当該病院で、胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術を実施している病棟において、一床あたりの算定回数(月あたり)を示したものの。

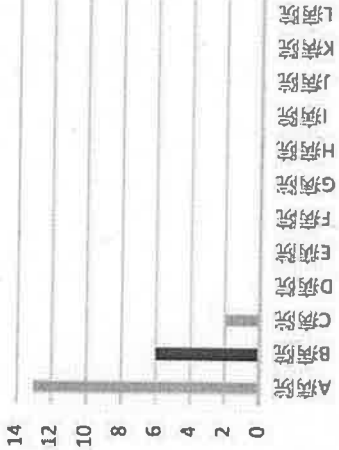
※1 2016年度住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数 ※2 平成28年医療施設(静態・動態)調査 ※3 平成28年病院報告 ※4 平成28年医師、歯科医師、薬剤師調査 ※5 平成26年患者調査

### (参考) B構想区域の医療機関の診療実績

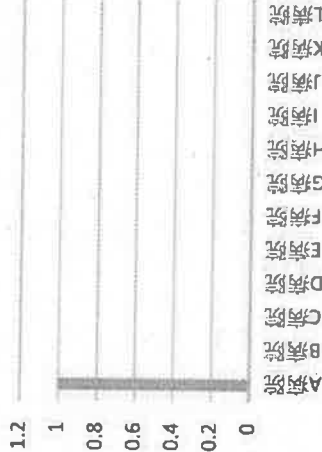
議題(5)

第32回社会科  
(令和元年5月23日)

#### 乳腺悪性腫瘍手術



#### 冠動脈バイパス手術



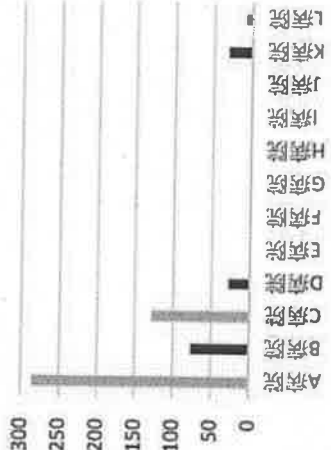
#### 脳動脈瘤クリッピング術



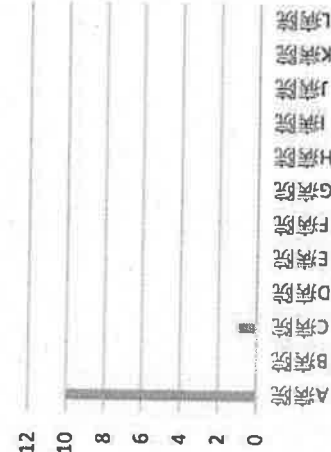
#### 手術総数



#### 全身麻酔の手術



#### 人工心肺を用いた手術



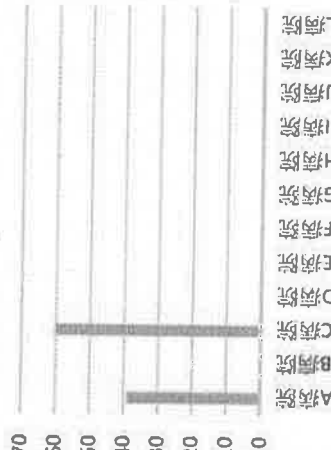
#### 胸腔鏡下手術



#### 腹腔鏡下手術



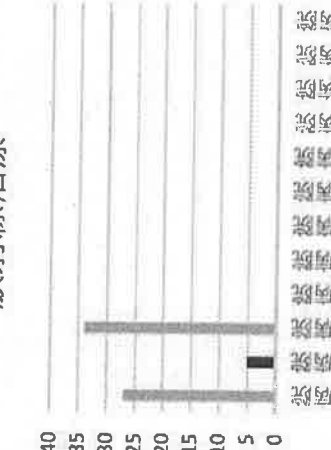
#### 経皮的冠動脈形成術



#### 化学療法



#### 放射線治療



#### 救急車の受入件数



(5)平成30年度の取組について

- ・ 各構想区域での地域医療構想調整会議の開催状況について
- ・ 具体的対応方針の取りまとめ状況について

状況	医療機関	割合	備考
合意	39	13.0%	主に公立・公的医療機関
未議論	159	53.0%	主に県南東部、真庭、津山・英田圏域のその他の医療機関
議論中	102	34.0%	主に県南西部、高梁・新見圏域のその他の医療機関
計	300	100.0%	

・ 非稼働病棟の検討状況について

状況	医療機関	割合	備考
議論終了	20	54.1%	(内訳)廃止5、再稼働15
未議論	2	5.4%	
議論中	15	40.5%	
計	37	100.0%	

## (6) 令和元年度の取組状況について

### ① 各圏域の地域医療構想調整会議の開催

今年度の開催状況については、これまでに県南東部を除く各圏域において第1回調整会議を開催した。

今後、各圏域とも年度内に4回以上の開催が予定されている。

② 岡山県外来医療に係る医療提供体制計画(仮称)については、各圏域の地域医療構想調整会議において、求められる外来医療機能と医療機器の共同利用の方針について議論を行い、計画の策定を行う。

③ 国が行う医療機関の診療実績データ分析を踏まえて、「代替可能性がある」または「診療実績が少ない」と位置づけられた公立・公的医療機関等に対して、当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合について、各圏域の地域医療構想調整会議において議論を行う。

④ 具体的対応方針については、すべての有床医療機関において作成するため、公立・公的以外の医療機関については、各圏域の地域医療構想調整会議において柔軟な対応により効率的に作成を進めていく。

## 構想区域別の病床機能と必要病床数推計の比較(2018.7.1)

(単位:床)

構想区域	病床機能区分	H30(2018)年 7月1日現在の 病床数 [病床機能報告から]		必要病床数推計 [地域医療構想策定支援ツールから]						
		病床数	割合(%) ①	H25(2013)			H37(2025)			H52 (2040)
				病床数	割合(%) ②	②-①	病床数	割合(%) ③	③-①	
県南東部	高度急性期	1,989	17.2%	1,125	12.8%	▲4.4 ㊦	1,187	12.5%	▲4.7 ㊦	1,146
	急性期	4,433	38.4%	2,968	33.9%	▲4.5 ㊦	3,335	35.2%	▲3.2 ㊦	3,318
	回復期	1,666	14.4%	2,500	28.6%	14.2 ㊦	2,927	30.9%	16.5 ㊦	2,969
	慢性期	3,454	30.0%	2,163	24.7%	▲5.3 ㊦	2,029	21.4%	▲8.6 ㊦	2,052
県南西部	高度急性期	1,740	20.5%	863	11.4%	▲9.1 ㊦	888	10.8%	▲9.7 ㊦	830
	急性期	3,318	39.0%	2,380	31.3%	▲7.7 ㊦	2,722	33.0%	▲6.0 ㊦	2,644
	回復期	1,330	15.6%	2,289	30.1%	14.5 ㊦	2,761	33.5%	17.9 ㊦	2,742
	慢性期	2,118	24.9%	2,061	27.2%	2.3 ㊦	1,866	22.7%	▲2.2 ㊦	1,876
高梁・新見	高度急性期	0	0.0%	18	3.2%	3.2 ㊦	17	3.6%	3.6 ㊦	15
	急性期	289	37.2%	130	22.8%	▲14.4 ㊦	123	26.4%	▲10.8 ㊦	113
	回復期	166	21.4%	143	25.1%	3.7 ㊦	134	28.8%	7.4 ㊦	122
	慢性期	322	41.4%	279	48.9%	7.5 ㊦	192	41.2%	▲0.2 ㊦	178
真庭	高度急性期	0	0.0%	26	5.0%	5.0 ㊦	25	5.4%	5.4 ㊦	22
	急性期	370	61.1%	163	31.1%	▲30.0 ㊦	157	33.9%	▲27.2 ㊦	144
	回復期	42	6.9%	180	34.4%	27.5 ㊦	175	37.8%	30.9 ㊦	160
	慢性期	194	32.0%	155	29.5%	▲2.5 ㊦	106	22.9%	▲9.1 ㊦	100
津山・英田	高度急性期	122	6.2%	137	7.9%	1.7 ㊦	132	8.6%	2.4 ㊦	118
	急性期	869	44.1%	514	29.5%	▲14.6 ㊦	501	32.7%	▲11.4 ㊦	460
	回復期	352	17.8%	487	27.9%	10.1 ㊦	483	31.6%	13.8 ㊦	452
	慢性期	629	31.9%	605	34.7%	2.8 ㊦	414	27.1%	▲4.8 ㊦	411
計	高度急性期	3,851	16.5%	2,169	11.3%	▲5.2 ㊦	2,249	11.1%	▲5.4 ㊦	2,131
	急性期	9,279	39.6%	6,155	32.1%	▲7.5 ㊦	6,838	33.9%	▲5.7 ㊦	6,679
	回復期	3,556	15.2%	5,599	29.2%	14.0 ㊦	6,480	32.1%	16.9 ㊦	6,445
	慢性期	6,717	28.7%	5,263	27.4%	▲1.3 ㊦	4,607	22.9%	▲5.8 ㊦	4,617

※ 構想区域ごとの計に占める割合

## 構想区域別の許可病床数※と必要病床数推計の比較

(単位:床)

構想区域	H31(2019)年 4月1日現在の 許可病床数 ④	必要病床数推計 [地域医療構想策定支援ツールから]			⑤-④	⑤/④
		H25(2013)	H37(2025) ⑤	H52(2040)		
県南東部	11,526	8,756	9,478	9,485	▲ 2,048	82.2%
県南西部	8,448	7,593	8,237	8,092	▲ 211	97.5%
高梁・新見	759	570	466	428	▲ 293	61.4%
真庭	602	524	463	426	▲ 139	76.9%
津山・英田	1,873	1,743	1,530	1,441	▲ 343	81.7%
計	23,208	19,186	20,174	19,872	▲ 3,034	86.9%

※ 医療法第7条の規定により、開設許可を受けた病床数

## 構想区域別の既存病床数※と必要病床数推計の比較

(単位:床)

構想区域	H31(2019)年 4月1日現在の 既存病床数 ⑥	必要病床数推計 [地域医療構想策定支援ツールから]			⑦-⑥	⑦/⑥
		H25(2013)	H37(2025) ⑦	H52(2040)		
県南東部	10,121	8,756	9,478	9,485	▲ 643	93.6%
県南西部	8,341	7,593	8,237	8,092	▲ 104	98.8%
高梁・新見	759	570	466	428	▲ 293	61.4%
真庭	620	524	463	426	▲ 157	74.7%
津山・英田	1,949	1,743	1,530	1,441	▲ 419	78.5%
計	21,790	19,186	20,174	19,872	▲ 1,616	92.6%

※ 開設許可を行う際に、基準病床と比較し、病床過剰地域か否かを判断する際の基準となる病床数

佐賀方式による調整の具体的な内容

構想区域	病床単位の 地域包括ケア入院管理料 算定病床数		病床機能報告 における 急性期病棟のうち 平均在棟日数が22 日超の 病棟の病床数	病床機能報告を調整		
	急性期→回復期	慢性期→回復期	急性期→回復期	急性期から 差し引く	回復期へ 加える	慢性期から 差し引く
K3301 県南東部	74	16	555	▲629	645	▲16
K3302 県南西部	97	8	500	▲597	605	▲8
K3303 高梁・新見	12	0	0	▲12	12	0
K3304 真庭	19	0	82	▲101	101	0
K3305 津山・英田	36	0	0	▲36	36	0
合計	238	24	1,137	▲1,375	1,399	▲24



構想区域別の病床機能と必要病床数推計の比較(佐賀方式による調整後)

(単位:床)

構想区域	病床機能区分	平成30(2018)年 7月1日現在の病床数 [病床機能報告から]				必要病床数推計 [地域医療構想策定支援ツールから]			
		佐賀方式		通常		H37(2025)			
		病床数	割合(※) ①	病床数	割合(※) ②	病床数	割合(※) ③	③-① (佐賀)	③-② (通常)
県南東部	高度急性期	1,989	17.2%	1,989	17.2%	1,187	12.5%	▲4.7 床	▲4.7 床
	急性期	3,804	33.0%	4,433	38.4%	3,335	35.2%	2.2 床	▲3.2 床
	回復期	2,311	20.0%	1,666	14.4%	2,927	30.9%	10.9 床	16.5 床
	慢性期	3,438	29.8%	3,454	30.0%	2,029	21.4%	▲8.4 床	▲8.6 床
県南西部	高度急性期	1,740	20.5%	1,740	20.5%	888	10.8%	▲9.7 床	▲9.7 床
	急性期	2,721	32.0%	3,318	39.0%	2,722	33.0%	1.0 床	▲6.0 床
	回復期	1,935	22.7%	1,330	15.6%	2,761	33.5%	10.8 床	17.9 床
	慢性期	2,110	24.8%	2,118	24.9%	1,866	22.7%	▲2.1 床	▲2.2 床
高梁・新見	高度急性期	0	0.0%	0	0.0%	17	3.6%	3.6 床	3.6 床
	急性期	277	35.6%	289	37.2%	123	26.4%	▲9.2 床	▲10.8 床
	回復期	178	22.9%	166	21.4%	134	28.8%	5.9 床	7.4 床
	慢性期	322	41.5%	322	41.4%	192	41.2%	▲0.3 床	▲0.2 床
真庭	高度急性期	0	0.0%	0	0.0%	25	5.4%	5.4 床	5.4 床
	急性期	269	44.4%	370	61.1%	157	33.9%	▲10.5 床	▲27.2 床
	回復期	143	23.6%	42	6.9%	175	37.8%	14.2 床	30.9 床
	慢性期	194	32.0%	194	32.0%	106	22.9%	▲9.1 床	▲9.1 床
津山・英田	高度急性期	122	6.2%	122	6.2%	132	8.6%	2.4 床	2.4 床
	急性期	833	42.2%	869	44.1%	501	32.7%	▲9.5 床	▲11.4 床
	回復期	388	19.7%	352	17.8%	483	31.6%	11.9 床	13.8 床
	慢性期	629	31.9%	629	31.9%	414	27.1%	▲4.8 床	▲4.8 床
計	高度急性期	3,851	16.5%	3,851	16.5%	2,249	11.1%	▲5.4 床	▲5.4 床
	急性期	7,904	33.8%	9,279	39.6%	6,838	33.9%	0.1 床	▲5.7 床
	回復期	4,955	21.2%	3,556	15.2%	6,480	32.1%	10.9 床	16.9 床
	慢性期	6,693	28.5%	6,717	28.7%	4,607	22.9%	▲5.6 床	▲5.8 床

※ 構想区域ごとの計に占める割合



構想区域別の病床機能と必要病床数推計の比較(2025.7.1)

(単位:床)

構想区域	病床機能区分	2025年 7月1日現在 の病床数 [病床機能報告から]		必要病床数推計 [地域医療構想策定支援ツールから]						
		病床数	割合(※) ①	H25(2013)			H37(2025)			H52 (2040)
				病床数	割合(※) ②	②-①	病床数	割合(※) ③	③-①	
県南東部	高度急性期	2,089	18.1%	1,125	12.8%	▲5.3 床	1,187	12.5%	▲5.6 床	1,146
	急性期	4,333	37.6%	2,968	33.9%	▲3.7 床	3,335	35.2%	▲2.4 床	3,318
	回復期	1,797	15.6%	2,500	28.6%	13.0 床	2,927	30.9%	15.3 床	2,969
	慢性期	3,300	28.7%	2,163	24.7%	▲4.0 床	2,029	21.4%	▲7.3 床	2,052
県南西部	高度急性期	1,751	20.5%	863	11.4%	▲9.1 床	888	10.8%	▲9.7 床	830
	急性期	3,132	36.6%	2,380	31.3%	▲5.3 床	2,722	33.0%	▲3.6 床	2,644
	回復期	1,630	19.0%	2,289	30.1%	11.1 床	2,761	33.5%	14.5 床	2,742
	慢性期	2,047	23.9%	2,061	27.2%	3.3 床	1,866	22.7%	▲1.2 床	1,876
高梁・新見	高度急性期	0	0.0%	18	3.2%	3.2 床	17	3.6%	3.6 床	15
	急性期	289	41.7%	130	22.8%	▲18.9 床	123	26.4%	▲15.3 床	113
	回復期	166	24.0%	143	25.1%	1.1 床	134	28.8%	4.8 床	122
	慢性期	238	34.3%	279	48.9%	14.6 床	192	41.2%	6.9 床	178
真庭	高度急性期	0	0.0%	26	5.0%	5.0 床	25	5.4%	5.4 床	22
	急性期	288	47.5%	163	31.1%	▲16.4 床	157	33.9%	▲13.6 床	144
	回復期	124	20.5%	180	34.4%	13.9 床	175	37.8%	17.3 床	160
	慢性期	194	32.0%	155	29.5%	▲2.5 床	106	22.9%	▲9.1 床	100
津山・英田	高度急性期	122	6.5%	137	7.9%	1.4 床	132	8.6%	2.1 床	118
	急性期	821	43.8%	514	29.5%	▲14.3 床	501	32.7%	▲11.1 床	460
	回復期	390	20.8%	487	27.9%	7.1 床	483	31.6%	10.8 床	452
	慢性期	542	28.9%	605	34.7%	5.8 床	414	27.1%	▲1.8 床	411
計	高度急性期	3,962	17.0%	2,169	11.3%	▲5.7 床	2,249	11.1%	▲5.9 床	2,131
	急性期	8,863	38.1%	6,155	32.1%	▲6.0 床	6,838	33.9%	▲4.2 床	6,679
	回復期	4,107	17.7%	5,599	29.2%	11.5 床	6,480	32.1%	14.4 床	6,445
	慢性期	6,321	27.2%	5,263	27.4%	0.2 床	4,607	22.9%	▲4.3 床	4,617

※ 構想区域ごとの計に占める割合

## 「回復期」の充足度を判断する際の病床機能報告の活用（案）

- 病床機能報告は、各医療機関が自主的に病床機能を判断。この原則を踏まえつつ、地域医療構想調整会議分科会における協議に資するよう、病床機能報告で回復期以外と報告されている病床のうち、
    - ・①②については、回復期の過不足を判断する際に、回復期とみなす
    - ・③については、将来の見込みを判断する際に、参考情報とする
- ことで、病床機能報告と将来の病床の必要量の単純比較を補正してはどうか。

①既に回復期相当	病床機能報告における急性期・慢性期病床のうち、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定病床数 ※病床単位の報告である病床機能報告の制度的限界を補正 病床A 急性期の患者 回復期の患者 ←可能な限り客観指標で把握
②回復期への転換確実	調整会議分科会において他機能から回復期への転換協議が整った病床数 ※病床機能報告のタイムラグを補正
③回復期に近い急性期	病床機能報告における急性期病床のうち、平均在棟日数が22日超の病床の病床数 病床B 急性期の患者 回復期の患者 ←平均在棟日数22日超のイメージ

第24回地域医療構想に関するWG	資料 1
令和元年9月26日 (2019年)	

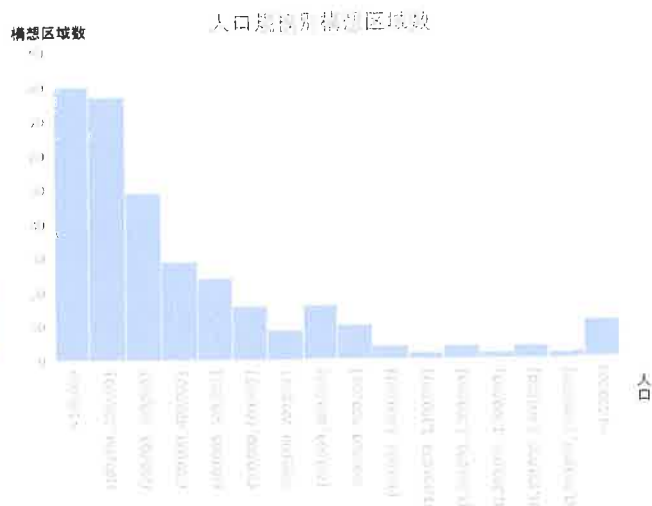
## 具体的対応方針の再検証の要請に係る診療実績の分析方法等について

A) 「診療実績が特に少ない場合」に係る診療実績データ分析及びそれに基づく具体的対応方針の再検証の要請について

## 診療実績データの分析における人口規模の考慮の必要性について

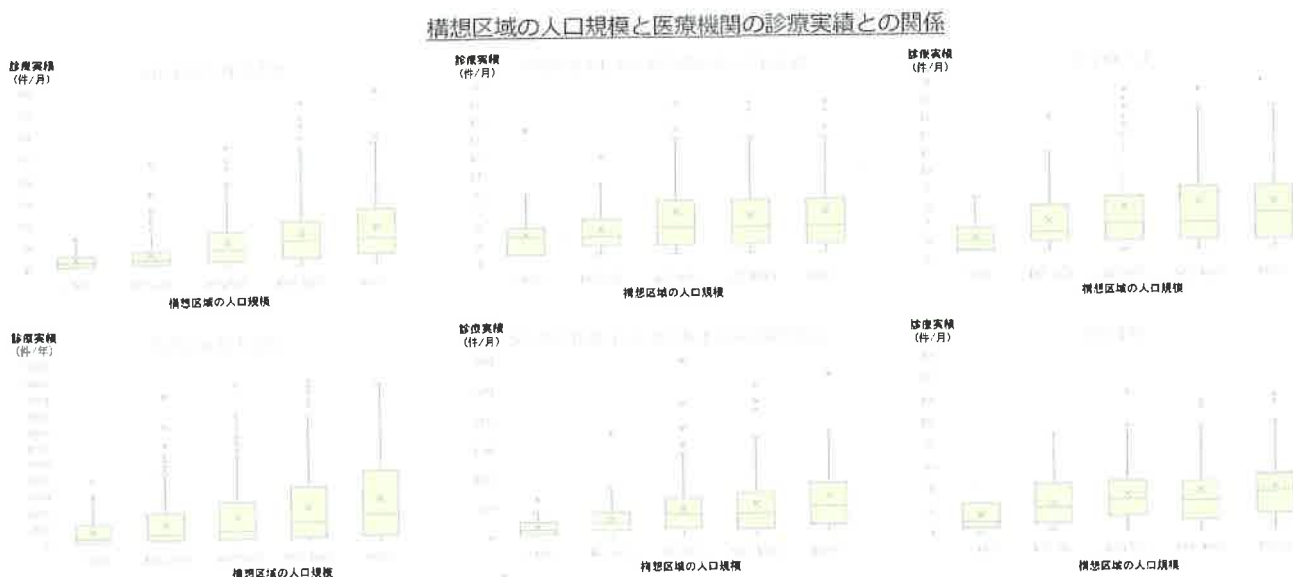
- 各医療機関が所在する構想区域の人口規模によって、診療実績が影響を受ける。
- そのため、人口規模が近い構想区域に所在する医療機関を一つのグループとして捉え、そのなかで診療実績の比較を行うこととする。（構想区域を人口規模によって数個のグループに区分して検討する。）
- 人口規模の分類に当たっては、政令市（50万人以上）や中核市（20万人以上）の基準などを参考にしつつ、人口規模ごとの診療実績のデータも加味し、
  - ・ 人口100万人以上の構想区域
  - ・ 人口50万人以上100万人未満の構想区域
  - ・ 人口20万人以上50万人未満の構想区域
  - ・ 人口10万人以上20万人未満の構想区域
  - ・ 人口10万人未満の構想区域
 の5つに分類してはどうか。

	10万人未満	10万人以上 20万人未満	20万人以上 50万人未満	50万人以上 100万人未満	100万人 以上
構想区域 数	80	77	102	55	25



## (参考) 構想区域の人口規模と医療機関の診療実績との関係

- 所在する構想区域の人口規模が大きいほど、公立・公的医療機関等の診療実績が多い傾向がある。



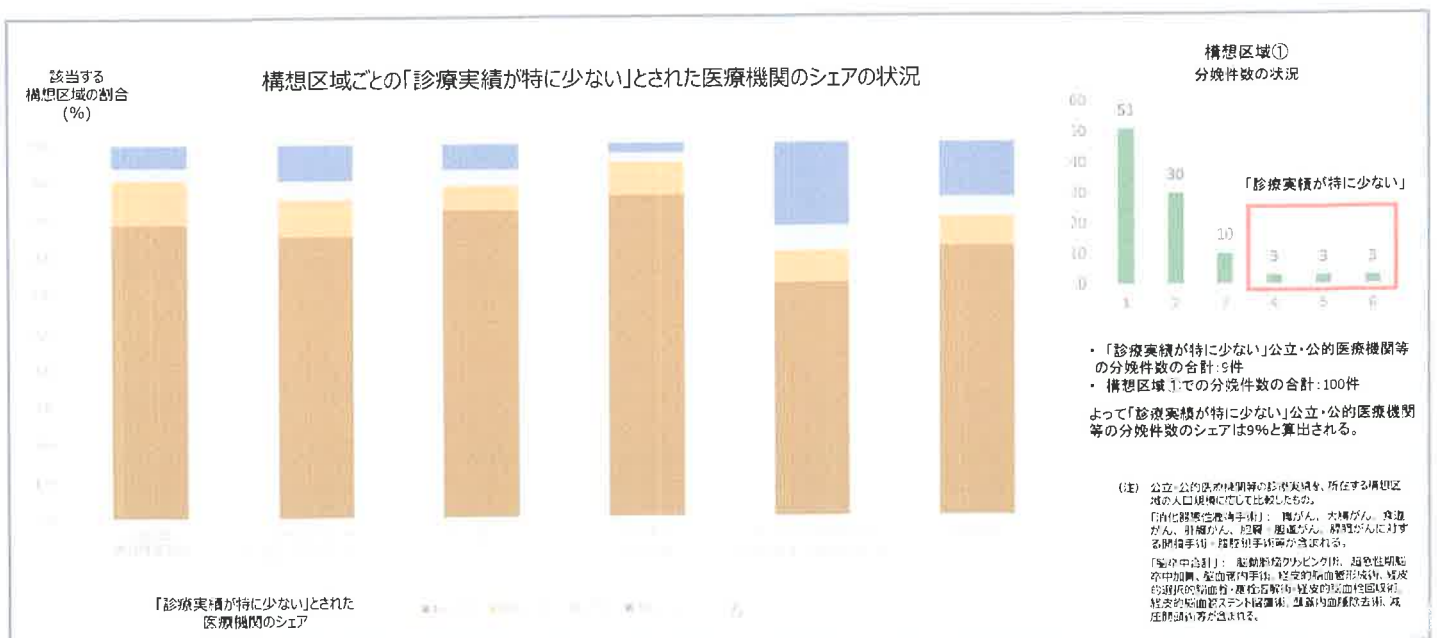
(注) 公立・公的医療機関等の診療実績を、所在する構想区域の人口規模に応じて比較したもの。  
 「消化器悪性腫瘍手術」： 胃がん、大腸がん、食道がん、肝臓がん、胆嚢・胆膵がん、膵臓がんに対する開腹手術・腹腔鏡手術等が含まれる。  
 「脳卒中会計」： 脳動脈瘤クリッピング術、超急性期脳卒中加減、脳血管内手術、経皮的脳血管形成術、経皮的選択的脳血栓・血栓溶解術、経皮的脳血栓回収術、経皮的脳血管ステント留置術、頭蓋内血腫除去術、減圧開頭術等が含まれる。

**A 「各分析項目について、診療実績が特に少ない。」についての設定**

- 人口区分ごとに、各項目の診療実績について、一定の水準を設け、その水準に満たない項目について、「特に診療実績が少ない」こととする。
- その基準については、横断的に相対的な基準を設定することとし、当該基準については、各項目の診療実績の分布等を踏まえ、人口区分によらず、**下位33.3パーセントイル値とする。**

**(参考) 構想区域ごとの「診療実績が特に少ない」とされた医療機関のシェアの状況**

- 各構想区域において、分析項目ごとに「診療実績が特に少ない」とされた公立・公的医療機関等が占める診療実績のシェアを算出しそれが全国規模でどのような分布をとっているかを項目ごとに分析。
- 「診療実績が特に少ない」とされた公立・公的医療機関等の、構想区域内でのシェアの合計が10%未満である構想区域が多数を占めていた。



# 人口区分別 領域・項目ごと/医療機関ごとの診療実績の分布について

(その1:ヒストグラム※で表したものの)

※縦軸に度数(該当する医療機関数)  
横軸に診療実績を取ったグラフ

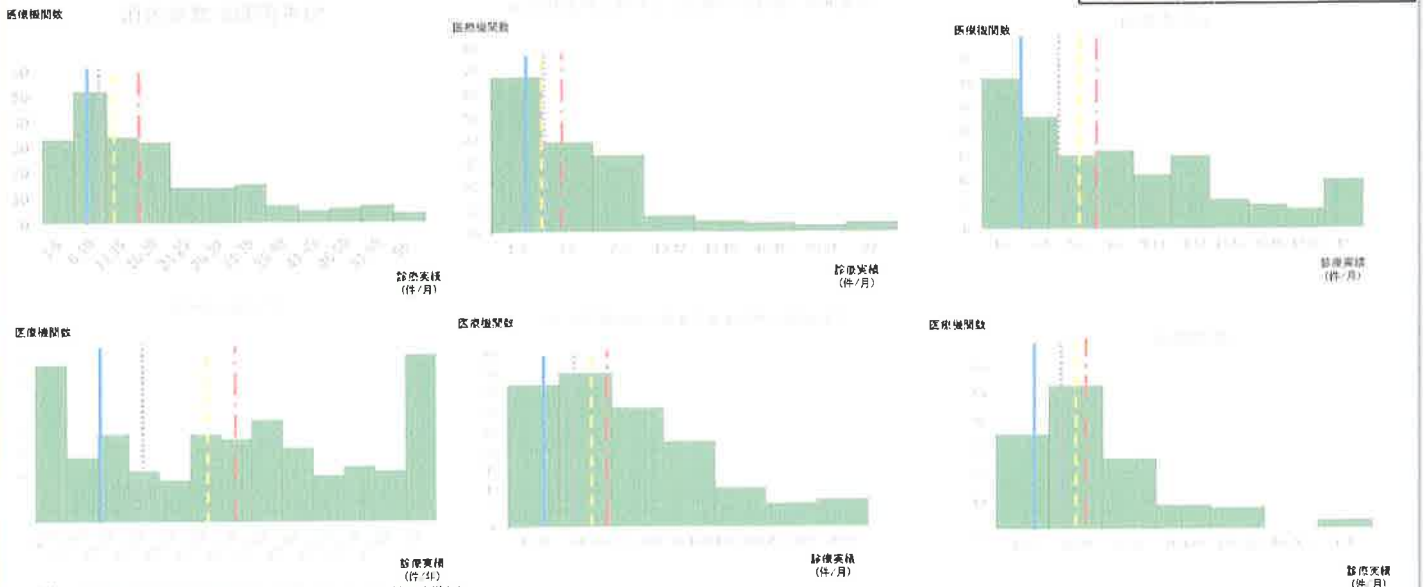
## 人口区分別の診療実績の分布①

○ 各診療項目ごとの医療機関の実績の分布を参考に下記の通り示す  
(人口100万人以上の構想区域における医療機関ごとの実績の分布)

人口100万人以上の構想区域における診療実績に関するヒストグラム

凡例

(青実線) 下位20パーセンタイル  
 (紫丸点線) 下位30パーセンタイル  
 (橙破線) 下位40パーセンタイル  
 (赤長線) 下位50パーセンタイル

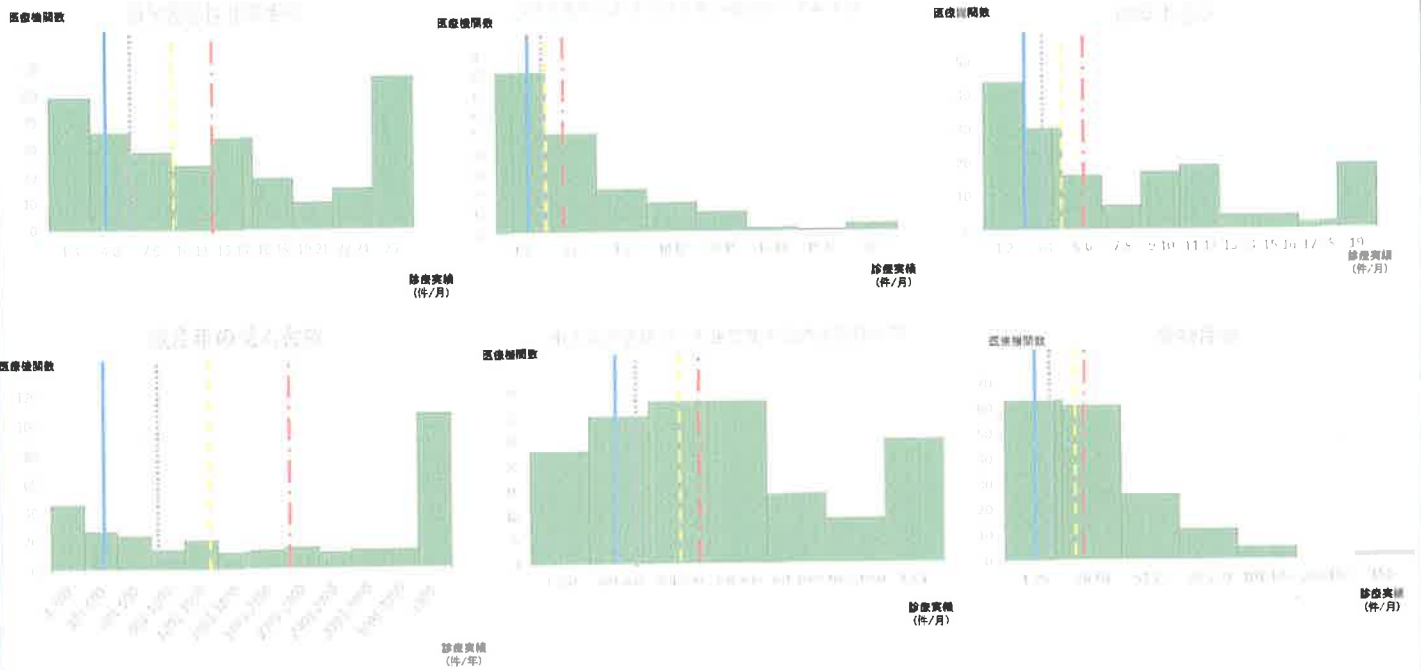


- ※ 診療実績がある医療機関のみのパーセンタイル値で判断する。
- ※ 「消化器悪性腫瘍手術」： 胃がん、大腸がん、食道がん、肝臓がん、胆嚢・胆道がん、膵臓がんに対する開腹手術・腹腔鏡手術等が含まれる。
- ※ 「脳卒中合計」： 脳動脈瘤クリッピング術、超急性期脳卒中加算、脳血管内手術、経皮的脳血管形成術、経皮的遠位の脳血栓・血栓溶解術・経皮的脳血栓回収術、経皮的脳血管ステント留置術、頭蓋内血腫除去術、減圧開頭術等が含まれる。
- ※ 各領域(別：小児医療)の項目に対応する病床機能報告の項目(小児入院管理料のうち、一般小児医療に関連するもの等)は、厚生労働省が分析を進める上で、地域医療構想に関するWGの構成員等の有識者と協議をしながら決定するものとする。
- ※ パーセンタイルは公立・公的医療機関等のうち、診療実績が「1」以上の医療機関で算出した。



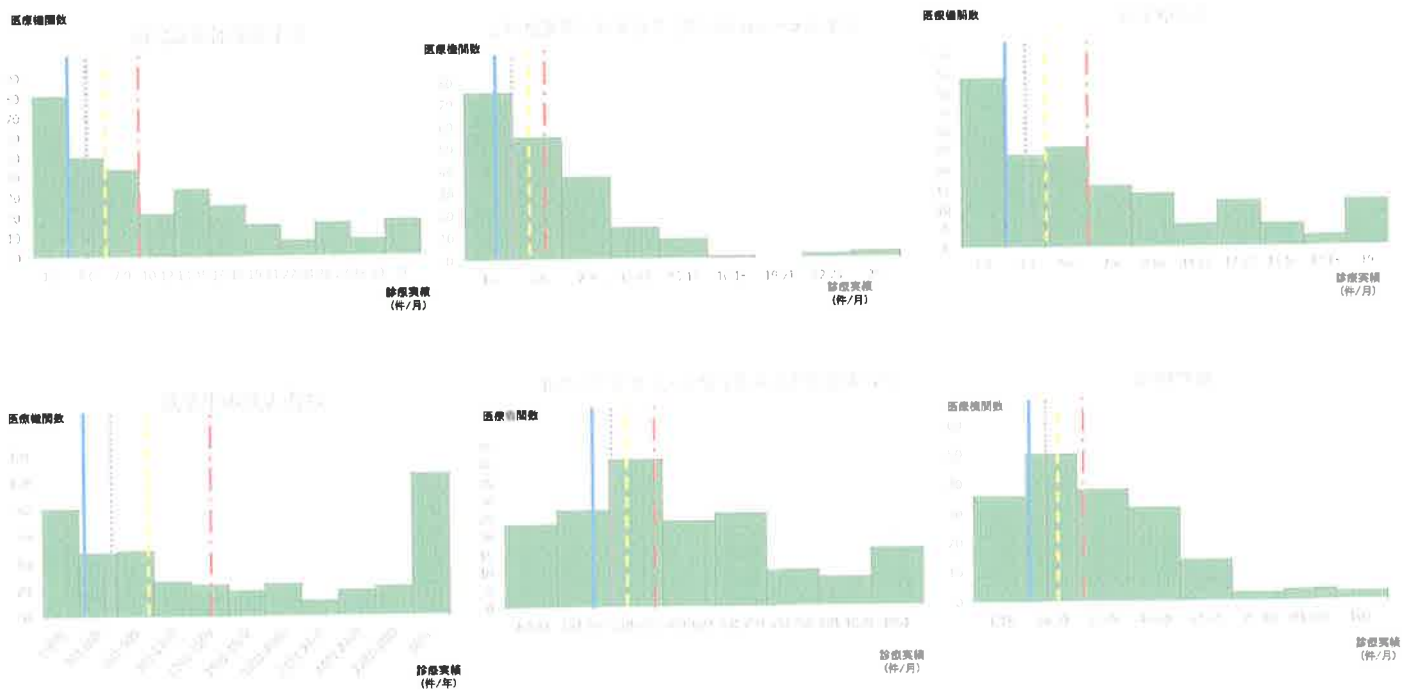
## 人口区分別の診療実績の分布②

### 人口50万人以上100万人未満の構想区域における診療実績に関するヒストグラム



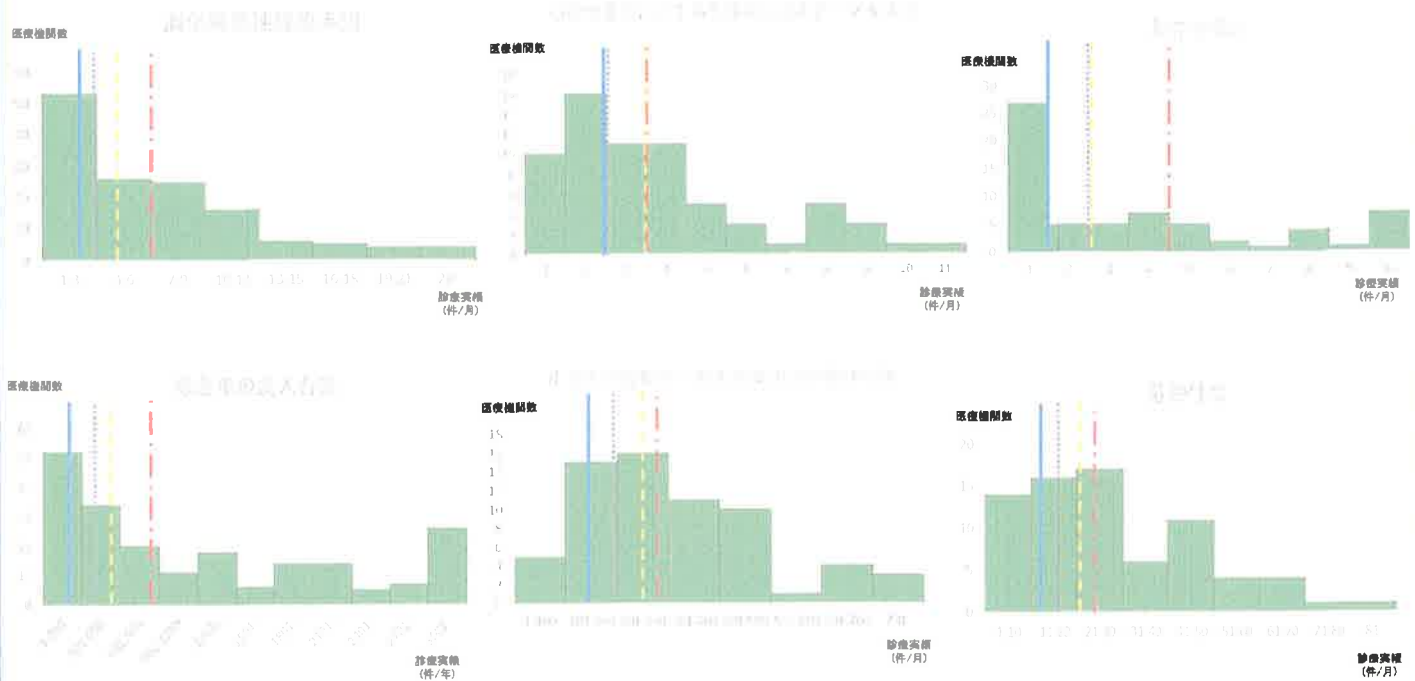
## 人口区分別の診療実績の分布③

### 人口20万人以上50万人未満の構想区域における診療実績に関するヒストグラム



## 人口区分別の診療実績の分布④

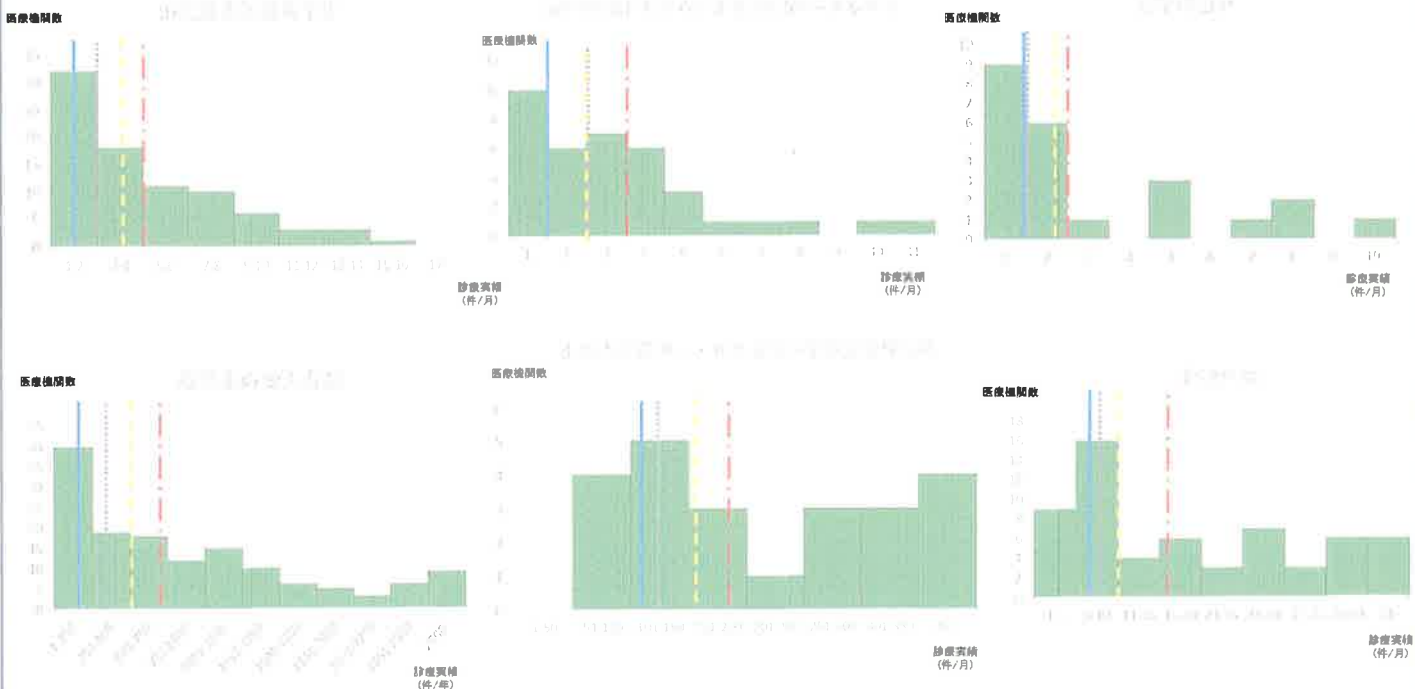
人口10万人以上20万人未満の構想区域における診療実績に関するヒストグラム



10

## 人口区分別の診療実績の分布⑤

人口10万人未満の構想区域における診療実績に関するヒストグラム



11



B) 「各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している」に係る分析及びそれに基づく具体的対応方針の再検証等の要請について

12

「各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している」についての分析

**B 「各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している」について**

- ① 構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上ある  
(=「類似の診療実績をもつ」とする)
- ② 「お互いの所在地が近接している」

のそれぞれについて、分析方法を次ページ以降の通り整理する。

13

## 「類似の実績」の考え方について②

### 【構想区域の類型化の手順】

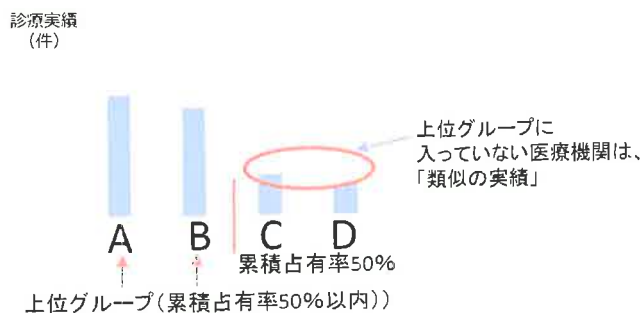
- ① 診療実績が上位50% (累積占有率50%) 以内に入っている医療機関を上位グループとする。
- ② 上位グループの中で占有率が最低位の医療機関の実績と、下位グループのうち占有率が最高位である医療機関の実績とを比較し、上位グループと下位グループで明らかに差がある場合を「集約型」、一定の差がない場合を「横並び型」とする。

#### 集約型における「類似の実績」の基本的考え方:

- ① 実績上位グループに入っていない医療機関(C,D)については、「類似の実績」と考える。
- ② 上位グループと下位グループで明らかな差がある。

#### 集約型

単独もしくは少数の医療機関が当該構想区域の診療実績の大部分を担っている場合

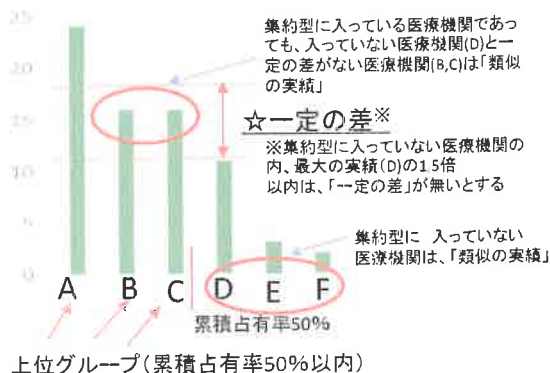


#### 横並び型における「類似の実績」の基本的考え方:

- ① 上位グループに入っていない医療機関(D,E,F)については、「類似の実績」と考える。
- ② 上位グループに入っている医療機関であっても、入っていない医療機関と「一定の差」がない医療機関(B,C)は「類似の実績」とする。  
この場合の「一定の差」については、集約型に入っていない医療機関のうち、最大の実績(D)の1.5倍以内であるか否かによって判断する。

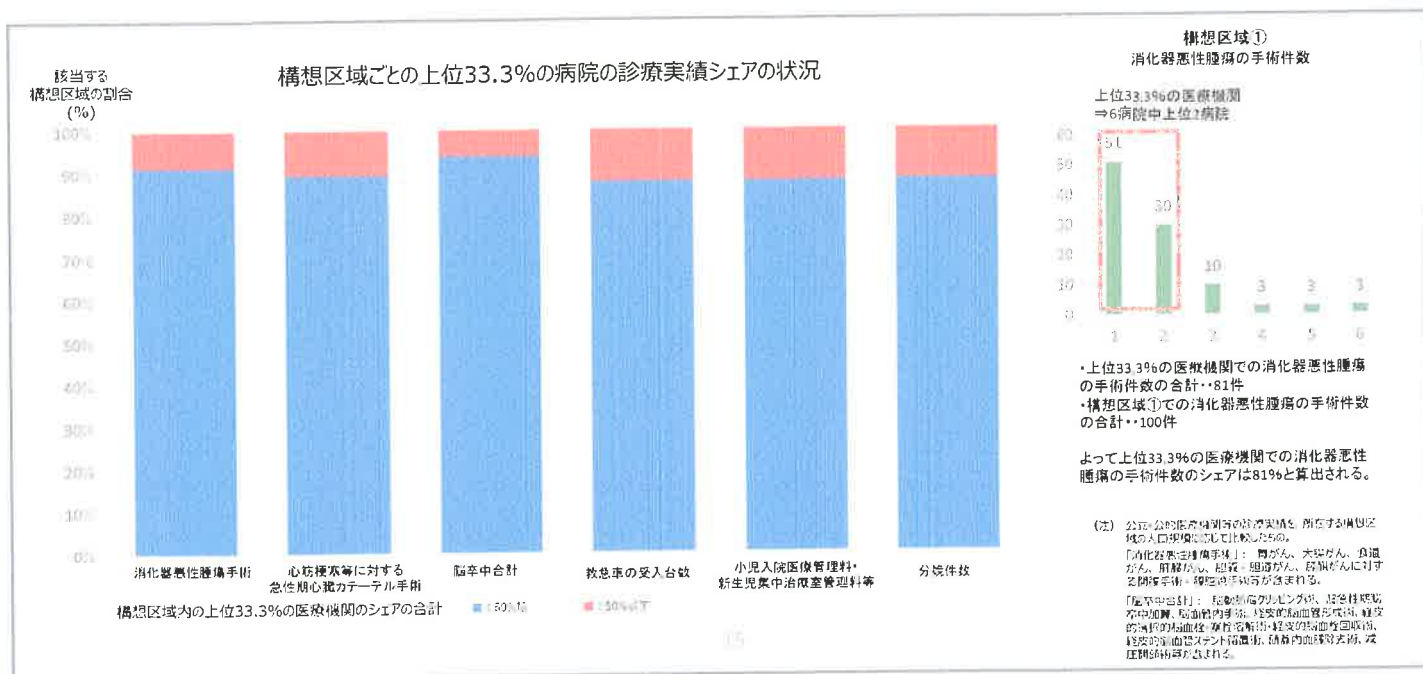
#### 横並び型

上位グループの中に下位と差がない医療機関がある場合



## 各構想区域の診療実績の上位33.3パーセント以上の医療機関のシェアの状況

- 各構想区域において上位33.3%の医療機関による診療実績のシェアを項目ごとに算出し、それが全国規模でどの様な分布をとっているのかを項目ごとに分析。
- 上位33.3%の医療機関による、構想区域内の診療実績のシェアが50%より大きい構想区域が大半を占めた。





## 所在地が近接していることについての分析

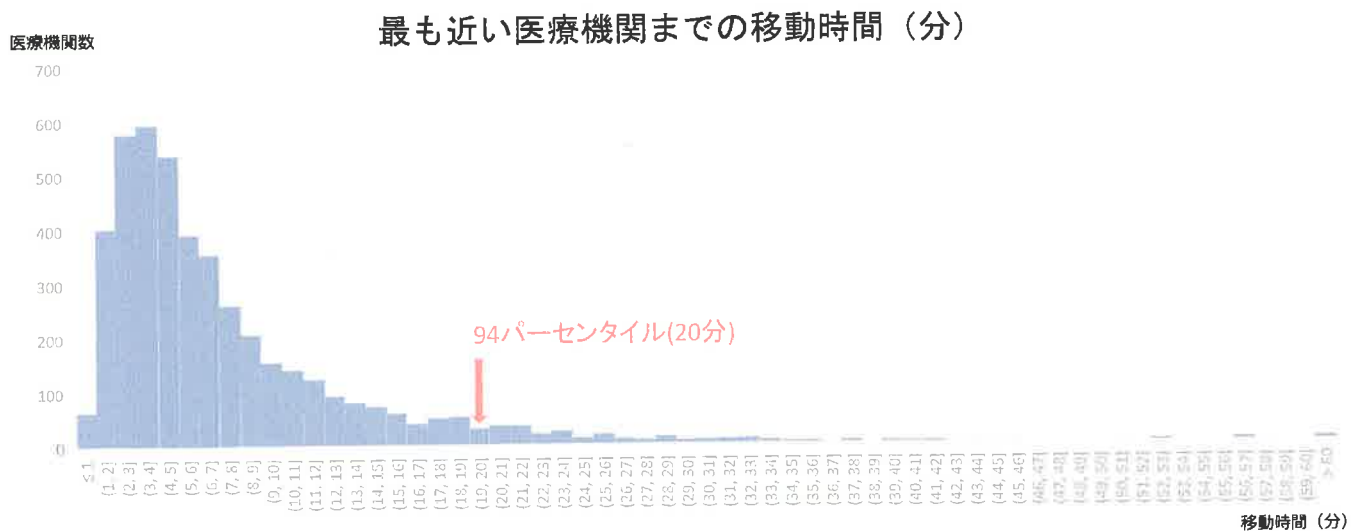
- 消防庁の発表（※1）によると、
  - ・ 救急要請から病院収容までの平均時間は約40分
  - ・ 現場出発から、病院到着までの平均時間は約12分である。
- 仮に、具体的対応方針の再検証の結果、最も近い病院まで20分以上の距離がある医療機関（ア病院）の1つの機能を廃止することを決定した場合、ア病院から20分以内の距離にある地域の一部では、当該地点で発生した患者に対しては、対応可能な医療機関まで40分以上かけて搬送することとなり、上記平均時間を超過する。
- この様な状況も踏まえて、「近接」については、「自動車での移動時間が20分以内の距離（※2）」と定義することとする。

※1 「平成30年版 救急救助の現況」より

※2 移動時間は、国土交通省総合交通分析システム（NITAS）の最新版（ver.2.5（2019年3月版））を用いて集計している。道路の整備状況は、2016年3月時点の道路ネットワーク情報を使用している。計算は「道路モード」（有料道路が存在する場合は、有料道路を利用）で行い、自動車の速度は法定速度としている。

## （参考）医療機関間の移動時間

医療機関ごとに、最も近い医療機関までの移動時間を比較したところ、94%の医療機関が、20分以内に別の医療機関が存在していた。



- 最も近い医療機関までの移動時間集計
  - ・ 病院の組み合わせの度数分布を表す
  - ・ 組み合わせは、同一病院で最短時間に絞り込んでいる
  - ・ 設置主体や診療実績での絞り込みは行っていない

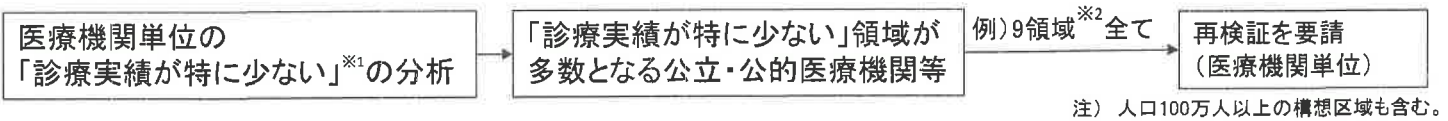


# 具体的対応方針に係る再検証の 要請等、診療実績データ分析等の活用について

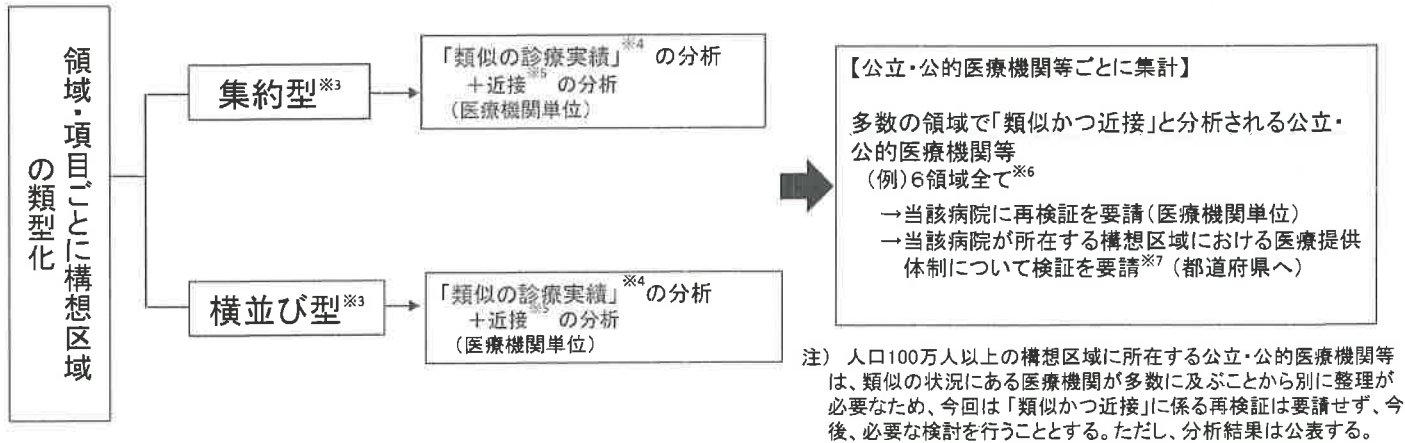
## 診療実績の分析と再検証の要請の流れ（イメージ）（案）について

令和元年 9月6日 第23回 地域医療構想に関するWG 資料2

A) 「診療実績が特に少ない」の分析(がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能の9領域)



B) 「類似かつ近接」の分析(がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期の6領域)



※1 「診療実績が特に少ない」の分析を実施する方法は別紙において詳述する。  
 ※2 「診療実績が特に少ない」領域には、実績が全く無い領域を含む。  
 ※3 領域・項目ごとに構想区域を「集約型」、「横並び型」に分類する方法は別紙において詳述する。  
 ※4 「集約型」及び「横並び型」ごとに「類似の診療実績」の分析を実施する方法は別紙において詳述する。  
 ※5 医療機関同士の近接について判断する方法は別紙において詳述する。  
 ※6 実績が全く無い領域も「類似かつ近接」に準じて合計する。  
 ※7 都道府県に対し、検証を要請する内容については、別紙において詳述する。

- 具体的対応方針の記載事項は、従前から以下の2点としており、今回の具体的対応方針の再検証により、①及び②の見直しの検討が必要となる。

① 2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割

② 2025年に持つべき医療機能※1別の病床数 (※1 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4つの医療機能のこと)

- なお、具体的対応方針の再検証に必要とされる公立・公的医療機関等や地域における詳細な検討プロセスに係る論点等は、別途整理し、提示する予定であるが、①及び②の見直しについては、少なくとも当該医療機関における

- ・分析項目等に係る診療科の増減やそれぞれの診療科で提供する内容(手術を提供するか等)の変更
- ・前項の検討に伴って、医師や医療専門職等の配置等についての検討が必要になると想定される。

- その際、構想区域の今後の人口構成の変化や、それに伴う医療需要の変化も踏まえる必要がある。

- これらの検討結果を踏まえ、

- ・①の見直し例として、「周産期医療を他医療機関に移管」、「夜間救急受け入れの中止」等
- ・②の見直し例として、「一部の病床を減少(ダウンサイジング)」、「(高度)急性期機能からの転換」

等の対応※2が考えられる。

※2 例えば、A病院の消化器がん機能の手術機能をB病院に移管とし、A病院は、50床(1病棟)を削減(ダウンサイジング)とする。  
⇒具体的対応方針としては、A病院の病床のうち、急性期病床50床の減少が報告される。

## 具体的対応方針の再検証の要請について

- 今回実施した診療実績データの分析結果を踏まえて、各公立・公的医療機関等において、各構想区域の人口推計、将来の医療需要の変化などと併せて、地域の実情および必要に応じて、構想区域内での各医療機関の役割を見直すことなどを通して、具体的対応方針の見直し、確認を行うことが適切である。

- 特に、今回、一部の領域においては「診療実績が特に少ない」ことや「類似かつ近接」と分析される公立・公的医療機関等が明らかとなることのあるため、公立・公的医療機関等に対しては、診療実績データの分析の結果、再検証の要請の対象ではないが、これらの「診療実績が特に少ない」ことや「類似かつ近接」と分析された領域について、地域の実情に応じて、具体的対応方針の見直しの必要性を検討するよう求めることとする。

- その上で、対象となる全ての領域(※)で「診療実績が特に少ない」もしくは「類似かつ近接」とされた医療機関に対して具体的対応方針の再検証を要請することとする。

- ・この際、上記医療機関に対しては、診療実績の分析結果を踏まえて、原則、具体的対応方針を変更することを前提に、具体的対応方針の再検証を要請することとし、その再検証の結果については、地域医療構想調整会議において協議の上で合意を得ることを求めることとする。
- ・ただし、例えば、近隣に医療機関がない場合で、診療実績の分析対象となっていない医療の提供が地域にとって重要である場合や、ダウンサイジング等の一定の対応をとることで既に合意されているような場合など、具体的対応方針の変更を検討する際に特に留意が必要な事項がある場合は、これらの点について、地域医療構想調整会議において、明示的かつ丁寧な議論を行うことが重要である。

※ 「診療実績が特に少ない」の分析の対象:がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能の9領域の全て  
「類似かつ近接」の分析の対象:がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期の6領域の全て

## 公立・公的医療機関等に求める再検証のスケジュールについて

- 具体的対応方針の再検証の要請を受けた際は、再編統合(ダウンサイジングや、機能の分化・連携・集約化、機能転換・連携等を含む)について特に議論が必要な公立・公的医療機関等は、構想区域の他の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえて、協議し、遅くとも2020年9月末までに結論を得ることとしてはどうか。
- この際、公立病院については当該自治体の議会に、公的医療機関等については、該当する場合はその団体本部に対し、地域医療構想調整会議の協議に諮ることの合意が必要な場合は、予め得ておくこととしてはどうか。(再検証後の具体的対応方針の内容を議会に承認されるには時間を要する可能性があるため、議会等の承認が必要な場合については、当該承認を得ることについて、時期はいつでも良い。)
- 「多数の領域で『類似かつ近接』と分析される医療機関」を有する構想区域において、構想区域全体の2025年の医療提供体制について、目指すべき姿を検証することを都道府県に対して要請する際には、上記に伴って検討を行い、遅くとも2020年9月末までに地域医療構想調整会議の結論を得ることとしてはどうか。
- 一方で、具体的対応方針の再検証において、再編統合(ダウンサイジングや、機能の分化・連携・集約化、機能転換・連携等を含む)を伴わない場合については、2020年3月末までに結論を得ることとしてはどうか。  
※ 2019年3月末までに策定・合意された具体的対応方針が、現状追認となっているような医療機関に対しても具体的対応方針についての議論を求める際、上記と同様のスケジュールで進めることとしてはどうか。

## 再検証における「都道府県単位で設置された地域医療構想調整会議」の活用等について

- 具体的対応方針の再検証においては、構想区域単位で地域医療構想調整会議を開催し、結果について、合意を得ることとなる。
- しかしながら、地域医療構想調整会議においては、地域の医療提供体制における直接の当事者も構成員に含まれている場合もあり、地域医療構想に沿った役割分担等について、意見を述べるのが困難な事例が存在することが指摘されている。このように、構想区域単位の地域医療構想調整会議において、議論が尽くせない可能性もあると考えられる。
- このような指摘も踏まえ、議論の進め方の具体的な論点・プロセス等について、国が整理し、追って提示する等、必要な支援を行うこととしているが、再検証された具体的対応方針について、各都道府県の関係者等が確認し、必要に応じて指摘等を行うことで、具体的対応方針がより真に構想の実現に沿ったものとなるのではないか。
- そのため、再検証を終えた具体的対応方針について、各都道府県単位で設置された地域医療構想調整会議において取り上げ、より地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう、関係者に対して、助言・指摘等を行うこととしてはどうか。



- 2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

## 2. 今後の取り組み

- 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

- 今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「**診療実績が少ない**」または「**診療実績が類似している**」と位置付けられた**公立・公的医療機関等**に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

### 分析内容

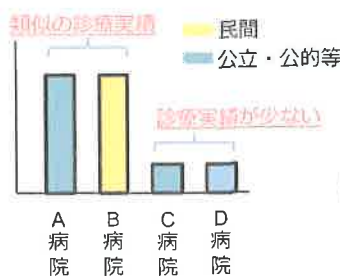
分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

A 各分析項目について、診療実績が特に少ない。

B 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。

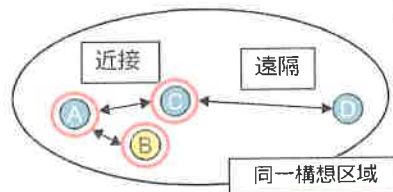
### 分析のイメージ

- ①診療実績の**データ分析**  
(領域等(例:がん、救急等)ごと)



- ②地理的条件の**確認**

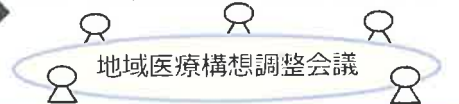
類似の診療実績がある場合のうち、**近接**している場合を確認



①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- ③分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における**検証**

医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、  
○ **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**  
○ **病院の再編統合**  
について具体的な協議・再度の合意を要請



# 具体的対応方針の検証について

## 具体的対応方針の検証の対象について

- 厚生労働省は**診療実績が少ない医療機関**や、**他の医療機関と統合している医療機関**を明らかにすることを目的として、2019年年央までに、各医療機関の診療実績について、

A 各分析項目について、**診療実績が特に少ない**。

B 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している（「**類似かつ近接**」とする）。

のいずれかの要件を満たす分析項目について「代替可能性がある(注)」とし、その結果を都道府県に提供する。

注：ある分析項目について「A 各分析項目について、診療実績が特に少ない」という要件に該当するが、当該構想区域内に当該診療行為を行っている医療機関が他にない場合、ただちに代替する医療機関があるとは言えないものではあるが、患者の流入を勘案しながら、隣接する構想区域の医療機関の実績等も踏まえ、代替可能性等を確認することも考えられることから、「代替可能性がある」と評価することとする。

- 特に、今回、具体的対応方針の再検証の対象となる公立・公的医療機関等について、分析の結果から、
  - ・ 1つ以上の分析項目において、「代替可能性がある」とされた医療機関を、「**他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等**」、
  - ・ 「他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等」のうち、大半の分析項目について「代替可能性がある」とされた医療機関を、「**再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等**」、として位置づけることとする。

- なお、全く診療実績のない分析項目については、「代替可能性がある」とはしていないが、大半の分析項目について、全く診療実績がない場合(注)は、医療機関として公立・公的医療機関等でなければ担えない役割に重点化できていないと考えられることから、そのような場合は、「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」として考えることとする。

注：全く診療実績がない項目と「代替可能性がある」項目のいずれかが大半となる場合も含む。

- 地域医療構想の実現に向けては、各地域において住民に必要な医療を、質が高く効率的な形で不足なく提供できているかどうか、という視点の議論が不可欠である。
- また、具体的対応方針の再検証を行うにあたっては、地域医療構想調整会議の活性化が不可欠であり、それにより、地域の実情に応じた医療提供体制の構築が一層推進されると考えられる。
- これらのことから、地域の医療提供体制の現状や将来像を踏まえつつ、個々の医療機関の医療提供内容の見直しを行う際には、
  - ・医療の効率化の観点から、ダウンサイジングや、機能の分化・連携、集約化
  - ・不足ない医療提供の観点から、機能転換・連携
 等を念頭に検討を進めることが重要である。  
 （これらの選択肢が全て「再編統合」に含まれると解する。）
- そのため、「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」（「再検証対象医療機関」とする。）とされた医療機関が行う具体的対応については、地域の他の医療機関等と協議・合意の上で行う上記の選択肢全てがとりうる選択肢となる。

※ 一部の公立・公的医療機関等が、地域のその他の医療機関との連携のあり方を考慮することなく医療機関同士を統合することにより、その他の医療機関の医療提供のあり方に不適切な影響を与えることがないよう、将来の医療提供体制について、関係者を含めた十分な協議を行うことが重要である。

10

## 具体的対応方針の再検証に当たっての留意事項

- 地域医療構想調整会議において、2017-2018年度の2年間程度で集中的な検討を進めることとした中で、特に公立・公的医療機関等に対しては、それぞれ「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」を策定し、民間医療機関との役割分担を踏まえ、公立・公的医療機関等でなければ担えない分野へ重点化された具体的対応方針であるか確認することを求めてきた。
- また、これまでの本WGの議論の中で、公立・公的医療機関等の中でも、公的に期待されている役割や税制上・財政上の優遇措置等の状況が、設置主体によって異なるのではないかと、という指摘がなされてきた。
- これらの指摘を踏まえ、公立病院を除く公的医療機関等については、公立病院と異なり、法に基づいて、診療事業会計に対して繰り入れ等を行っているものではないため、具体的対応方針の再検証に当たっては、留意を行うこととしてはどうか。
- また、地域医療支援病院のうち、民間の病院については、税制上の優遇措置や期待される役割が医療法上の公的医療機関等（一般の医療機関に常に期待することができない業務を積極的に行い、一体的に運営する等）とは異なると考えられるため、具体的対応方針の再検証に当たっては、留意を行うこととしてはどうか。

11

(参考)

12

第23回地域医療構想に関するWG	資料
令和元年9月6日 (2019年)	1

具体的対応方針の再検証に関する  
これまでの議論の整理について

# 経緯

## 経緯

第22回地域医療構想に関するWG  
(令和元年6月21日)資料1  
(一部改変)

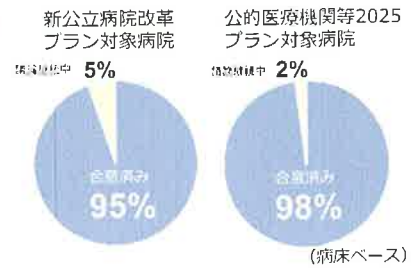
- 地域医療構想調整会議において2年間程度で集中的な検討を進めることとした中で、特に公立・公的医療機関等に対しては、それぞれ「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」を策定し、民間医療機関との役割分担を踏まえ、公立・公的医療機関等でなければ担えない分野へ重点化された具体的対応方針であるか確認することを求めた。
- また、前回までの本WGにおいて、「具体的対応方針の検証に向けた議論の整理（たたき台）」について議論を行ってきた。
- その中で、具体的対応方針の検証方法としては、厚生労働省において、診療実績等の一定の指標を設定し各構想区域の医療提供体制の現状について分析を行った上で、一定の基準に合致した場合は、厚生労働省から都道府県に対して、これまでの具体的対応方針に関する合意内容が、真に地域医療構想の実現に沿ったものとなっているか、地域医療構想調整会議において改めて検証するよう要請することとしている。



## 1. これまでの取り組み

- これまで、2017年度、2018年度の2年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるように要請した。
- 公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、
  - ア 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
  - イ 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
  - ウ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
  - エ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
  - オ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能が挙げられている。
- 2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進。**

公立・公的医療機関等に関する議論の状況  
2019年3月末



### 地域医療構想の実現のための推進策

- 病床機能報告における定量的基準の導入
  - 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、**実績のない高度急性期・急性期病床を適正化**
- 2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命
  - ・調整会議における議論の支援、ファシリテート
  - ・都道府県が行うデータ分析の支援 等 (36都道府県、79名(平成31年3月))
- 2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置
- 介護医療院を創設し、介護療養・医療療養病床からの転換を促進

### 機能分化連携のイメージ (奈良県南和構想区域)

- 医療機能が低下している3つの救急病院を1つの救急病院(急性期)と2つの回復期/慢性期病院に再編し、**ダウンサイジング**
- 機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化**が促進された



## 地域医療構想の実現に向けたさらなる取組について

- 2019年年末までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

## 2. 今後の取り組み

- 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

- 今後、2019年年末までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「**診療実績が少ない**」または「**診療実績が類似している**」と位置付けられた**公立・公的医療機関等**に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るよう要請する予定。

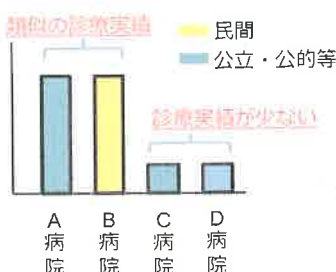
### 分析内容

分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

- A 各分析項目について、診療実績が特に少ない。
- B 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。

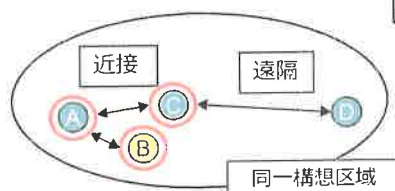
### 分析のイメージ

- ① 診療実績の**データ分析**  
(領域等(例: がん、救急等)ごと)



- ② 地理的条件の**確認**

類似の診療実績がある場合のうち、**近接**している場合を確認



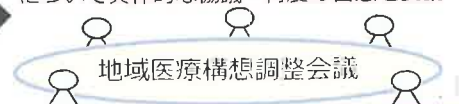
①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- ③ 分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における**検証**

医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、

- **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
- **病院の再編統合**

について具体的な協議・再度の合意を要請



具体的対応方針の検証の対象について

- 厚生労働省は「診療実績が少ない医療機関や、他の医療機関と競合している医療機関」を明らかにすることを目的として、2019年年央までに、各医療機関の診療実績について、

- A 各分析項目について、診療実績が特に少ない。
- B 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。

のいずれかの要件を満たす分析項目について「代替可能性がある（注）」とし、その結果を都道府県に提供する。

注： ある分析項目について「A 各分析項目について、診療実績が特に少ない」という要件に該当するが、当該構想区域内に当該診療行為を行っている医療機関が他にない場合、ただちに代替する医療機関があるとは言えないものではあるが、患者の流入を勘案しながら、隣接する構想区域の医療機関の実績等も踏まえ、代替可能性等を確認することも考えられることから、「代替可能性がある」と評価することとする。

- 特に、今回、具体的対応方針の再検証の対象となる公立・公的医療機関等について、分析の結果から、
  - ・ 1つ以上の分析項目において、「代替可能性がある」とされた医療機関を、「他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等」、
  - ・ 「他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等」のうち、大半の分析項目について「代替可能性がある」とされた医療機関を、「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」、として位置づけることとする。
- なお、全く診療実績のない分析項目については、「代替可能性がある」とはしていないが、大半の分析項目について、全く診療実績がない場合（注）は、医療機関として公立・公的医療機関等でなければ担えない役割に重点化できていないと考えられることから、そのような場合は、「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」として考えることとする。

注： 全く診療実績がない項目と「代替可能性がある」項目のいずれかが大半となる場合も含む。

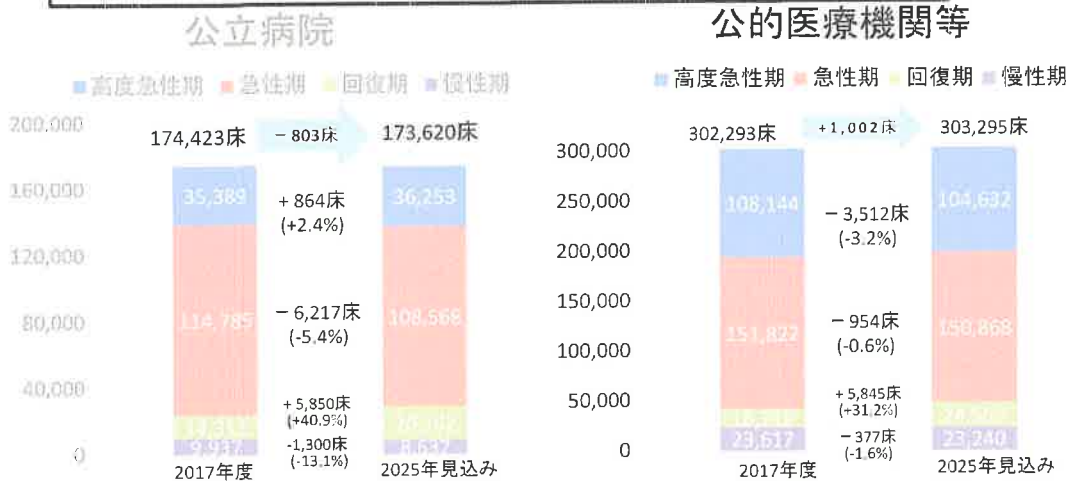
公立病院・公的医療機関等の具体的対応方針の集計結果

第32回社会保障WG  
(令和元年5月23日)  
資料1-1

- 高度急性期・急性期病床の削減は数%に留まり、「急性期」からの転換が進んでいない。
- トータルの病床数は横ばい。
- 具体的対応方針の合意内容が地域医療構想の実現に沿ったものになっていないのではないか。

2017年度の病床機能報告と具体的対応方針(2025年度見込)の比較

(参考)構想区域ごとの状況



病床数が減少する合意を行った構想区域数

公立分	113	区域
公的等分	115	区域
民間分	131	区域

※1 具体的対応方針策定前の病床数として、2017年度病床機能報告を用いた。  
 ※2 合意に至っていない公立病院・公的医療機関等の病床数は除いて集計。

医政局地域医療計画課調べ(精査中)

- 2015年度病床数と2025年の病床の必要量を比較すると、「高度急性期+急性期+回復期」の全国の病床数合計は、89.6万床→90.7万床と増加する。
- 公立病院・公的医療機関等の病床のうち、93%は、高度急性期・急性期・回復期であり、具体的対応方針における2025年のトータルの病床数見込みの評価は慎重に行う必要がある。

※2015年度ベース

## 【経済財政運営と改革の基本方針2017（平成29年6月9日閣議決定）【抜粋】】

地域医療構想の実現に向けて地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進する。病床の役割分担を進めるためデータを国から提供し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する。これに向けて、介護施設や在宅医療等の提供体制の整備と統合的な慢性期機能の再編のための地域における議論の進め方を速やかに検討する。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事はその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。また、地域医療介護総合確保基金について、具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分する。

## 【経済財政運営と改革の基本方針2018（平成30年6月15日閣議決定）【抜粋】】

地域医療構想の実現に向けた個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針について、昨年度に続いて集中的な検討を促し、2018年度中の策定を促進する。公立・公的医療機関については、地域の医療需要等を踏まえつつ、地域の民間医療機関では担うことができない高度急性期・急性期医療や採算部門、過疎地等の医療提供等に重点化しよう医療機能を見直し、これを達成するための再編・統合の議論を進める。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事はその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討する。

## 【経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）【抜粋】】

2040年に向けて人材不足等の新たな課題に対応するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施する。

地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中（※）に対応方針の見直しを求める。民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。地域医療介護総合確保基金の配分（基金創設前から存在している事業も含む）における大幅なメリハリ付けの仕組みや国が主導する実効的なPDCAサイクルを構築するとともに、成果の検証等を踏まえ、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。病床の転換や介護医療院への移行等が着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討する。

※医療機関の再編統合を伴う場合については、遅くとも2020年秋ごろまで。

# 具体的対応方針の再検証の 基本的な考え方と分析手法について のこれまでの議論



## 地域医療構想の進め方に関する基本的な考え方①

※ 第21回地域医療構想に関するWG(令和元年5月16日)資料2「具体的対応方針の検証に向けた議論の整理(たたき台)より抜粋

- 地域医療構想の実現に向けては、足下の4機能別の病床数と将来の病床数の必要量とを機械的に比較し、その過不足のみに着目し議論を進めるのではなく、診療実績等の詳細なデータにも着目した上で、住民に必要な医療を、質が高く効率的な形で不足なく提供できるかという視点の議論が不可欠。
- 地域の実情は、地域の関係者にしか分かりえない側面はあるものの、各構想区域の地域医療構想調整会議における議論が、病床数の多寡のみに固執した機械的で形骸化された議論が繰り返されることのないよう注意を促す観点から、厚生労働省において、診療実績等の一定の指標を設定し、各構想区域の医療提供体制の現状について分析を行うこととする。

22

## 地域医療構想の進め方に関する基本的な考え方②

※ 第21回地域医療構想に関するWG(令和元年5月16日)資料2「具体的対応方針の検証に向けた議論の整理(たたき台)より抜粋

- 厚生労働省による分析方法は、これまで各構想区域で優先的に議論を進めてきた公立・公的医療機関等の役割が、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析するものである。
- 分析方法は、あくまで現状で把握可能なデータを用いる手法に留まるものであり、分析結果が、公立・公的医療機関等が将来に向けて担うべき役割や、それに必要な再編統合、ダウンサイジング等の方向性を機械的に決定するものではない。
- 各々の公立・公的医療機関等の取組の方向性については、地域医療構想調整会議において、今回の分析方法による結果を参考としつつ、当該方法だけでは判断しえない地域の実情に関する知見を補いながら議論を尽くし、合意を得ることが重要である。

## 分析の手法について①

- ※ 第21回地域医療構想に関するWG(令和元年5月16日)資料2「具体的対応方針の検証に向けた議論の整理(たたき台)より抜粋
- 「地域医療構想策定ガイドライン」においては、地域医療構想を策定するには、五疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患)、五事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児救急医療を含む小児医療)等の医療計画において既に定められた内容を踏まえた地域医療構想を策定することとされている。
  - 公立・公的医療機関等に期待される役割について、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、
    - ア 高度急性期・急性期医療や不採算部門、過疎地等の医療提供等
    - イ 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
    - ウ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
    - エ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
    - オ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能が挙げられている。
  - 現時点において、公立・公的医療機関等が、これらの期待される役割を果たし、当該医療機関でなければ担えない機能への重点化が図られているか、特定の診療行為の実績に関するデータ等により分析を行う。
  - 具体的には、「地域医療構想策定ガイドライン」、「新公立病院改革ガイドライン」、「経済財政運営と改革の基本方針2018」において求められる役割や疾病との関係性を整理した一定の「領域」及び「分析項目」を設定し、分析項目ごとに病床機能報告のデータを活用して実績を分析することとする。

24

## 分析の手法について②

- ※ 第21回地域医療構想に関するWG(令和元年5月16日)資料2「具体的対応方針の検証に向けた議論の整理(たたき台)より抜粋
- 分析にあたっては、緊急性が高い急性心筋梗塞や脳卒中のような疾患と、必ずしも緊急性が高くはないがんのような疾患との違いなど、疾患ごとの特性の違いを考慮しながら、分析項目ごとに個別に診療実績の分析を行うこととする。
  - 分析にあたっては、構想区域内の公立・公的医療機関等と民間医療機関等との関係性のみならず、公立・公的医療機関等同士で役割の代替可能性がないかについても分析を行うこととする。
  - 「大半の分析項目」の考え方について、「代替可能性がある」とされた項目数によって機械的に判断するのではなく、各分析項目の特性を十分に考慮することとする。
  - 自らの構想区域の分析結果のみに着目することや、隣接した構想区域と機械的に分析結果を比較することにより、適切な改善点を見いだせず、現状追認や数合わせの議論に終始してしまう恐れがあるとの指摘があることから、厚生労働省において分析結果をわかりやすく可視化する際には、構想区域の人口規模を勘案し、同様の人口規模の構想区域の状況をとりまとめて公表する等の対応が必要である。

25

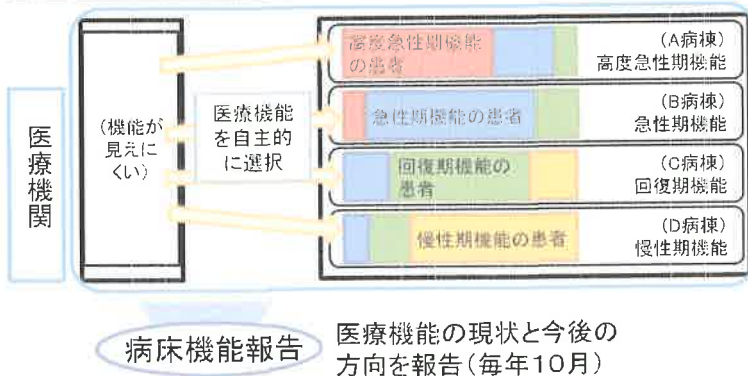
- ※ 第21回地域医療構想に関するWG(令和元年5月16日)資料2「具体的対応方針の検証に向けた議論の整理(たたき台)より抜粋
- 患者重症度等の患者像に関するデータなど、別紙の分析項目以外のデータであって、地域医療構想調整会議における協議・検証に資するデータについて、可能な限りわかりやすい分析を行い都道府県等に提供するよう努めることとする。
  - 地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟において提供する医療は、公立・公的医療機関等でなくとも担うことが可能であるにも関わらず、多くの公立・公的医療機関が実施しているとの指摘があることから、これに関する必要な分析を行い、都道府県等に提供するよう努めることとする。

## 参考資料



# 地域医療構想について

- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。
- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。  
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。



## 「地域医療構想」の内容

- 2025年の医療需要と病床の必要量
  - ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
  - ・在宅医療等の医療需要を推計
  - ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計
- 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

## 地域医療介護総合確保基金の対象事業の拡充 (平成30年度～)

※平成30年2月7日付地域医療計画課課長通知

### 1. (1) 建物の改修整備費

- **対象となる経費**  
自主的なダウンサイジングに伴い不要となる病棟・病室等を他の用途へ変更(機能転換以外)するために必要な改修費用
- **対象となる建物**  
各都道府県の地域医療構想公示日までに取得(契約)したもの
- **標準単価**  
1㎡当たり単価：(鉄筋コンクリート) 200,900円  
(ブロック) 175,100円

### 1. (2) 建物や医療機器の処分に係る損失

- **対象となる経費**  
自主的なダウンサイジングに伴い、不要となる建物(病棟・病室等)や不要となる医療機器の処分(廃棄、解体又は売却)に係る損失(財務諸表上の特別損失に計上される金額に限る)
- **対象となる建物及び医療機器**  
各都道府県の地域医療構想公示日までに取得(契約)したもの  
※ 医療機器については、廃棄又は売却した場合に発生する損失のみを対象(「有姿除却」は対象外)。  
建物については、廃棄又は売却した場合に発生する損失を対象とするが、法人税法上「有姿除却」として認められる場合に限り、廃棄又は売却を伴わない損失についても対象。この場合、翌年度以降、解体する際に発生する損失についても対象。
- **対象となる勘定科目**
  - ・固定資産除却損：固定資産を廃棄した場合の帳簿価額及び撤去費用
  - ・固定資産廃棄損：固定資産を廃棄した場合の撤去費用
  - ・固定資産売却損：固定資産の売却価額がその帳簿価額に不足する差額

### 1. (3) 人件費

- **対象となる経費**  
早期退職制度(法人等の就業規則等で定めたものに限る)の活用により上積みされた退職金の割増相当額
- **対象となる職員**  
地域医療構想の達成に向けた機能転換やダウンサイジングに伴い退職する職員
- **上限額** 6,000千円/人

### 2. 地域医療構想調整会議が主催した地域医療構想セミナーの開催費用

- **対象となる経費**  
医療機関や金融機関等の関係者に地域医療構想を理解してもらうために、地域医療構想調整会議が主催するセミナー、会議等の開催に必要な経費  
※ 医療機関が将来を見据えた投資を行う場合や、金融機関が医療機関に融資を行う場合には、関係する医療機関と金融機関とが、地域医療構想の考え方や議論の状況等に共通の認識を持ち、地域医療構想に沿った事業計画に基づき適切な投資・融資が行われる必要がある。
- **【具体的な対象経費】**  
人件費、諸謝金、旅費、通信運搬費、会場借料、委託料等  
※ 本事業について、医療機関だけでなく、金融機関にも効果的な周知がなされるような方策について、金融庁と協議中。

**基金の積極的かつ効果的な活用を図り、地域医療構想の達成に向けた取組を進めるため、特に疑義照会が多く寄せられる以下の事項について対象経費を明確化。**

**(1) 「回復期病床への転換」以外の施設設備整備** ※標準事業例5「病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備」関係

病床の機能分化・連携に特に必要な整備であれば医療機関の再編統合に係る整備や、病床のダウンサイジングに係る整備等も対象

**(2) 建物の改修整備費**

※「地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る標準事業例の取扱いについて」（平成29年2月7日付地域医療計画課長通知）の1.（1）関係

建物の改修整備の一環として行う設備整備や備品の購入に要する費用も対象

**(3) 建物や医療機器の処分に係る損失**

※「地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る標準事業例の取扱いについて」（平成29年2月7日付地域医療計画課長通知）の1.（2）関係

再編統合等により建替や廃止等を行う医療機関の損失も対象

**(4) その他** ※標準事業例5「病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備」関係

① 医療機関の再編統合に伴う研修経費

医療機関の再編統合により統合先医療機関に異動予定となった職員が、統合先医療機関における研修を受けるために要する費用（旅費等）も対象

※基金による支援は、地域医療構想調整会議において再編統合が合意された日から再編統合前日までを基本とする

② 地域医療連携の促進経費

都道府県や医師会、医療法人等が、医療機関等の関係者に対して地域医療連携の促進を図るために開催する説明会や相談会等の運営等に要する費用も対象

※地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の取組につながるよう、都道府県が説明会や相談会等に関与すること

**地域医療構想調整会議における議論を一層活性化させるため以下についても対象経費として認める。**

**(1) 都道府県主催研修会の開催経費**

○都道府県主催研修会とは

地域医療構想の進め方について、各構想区域の地域医療構想調整会議の参加者や議長、事務局を含む関係者間の共有を図るために都道府県で開催する研修会

※都道府県医師会等の関係者と十分に協議を行い、共催も含め、より実効的な開催方法について検討

○研修内容

地域医療計画課が実施する「都道府県医療政策研修会」等を参考に、行政からの説明、事例紹介、グループワーク等を実施

※行政からの説明や事例紹介の実施に当たり、厚生労働省の担当者を派遣することが可能

○対象者

地域医療構想調整会議の議長、その他の参加者、地域医療構想調整会議の事務局担当者

**(2) 地域医療構想アドバイザーの活動に係る経費**

○地域医療構想アドバイザーとは

地域医療構想の進め方に関して地域医療構想調整会議の事務局に助言を行う役割や、地域医療構想調整会議に参加し、議論が活性化するよう参加者に助言を行う役割を担う

厚生労働省は都道府県の推薦を踏まえて都道府県ごとに「地域医療構想アドバイザー」を選出した上で、その役割を適切に果たせるよう、研修の実施やデータの提供などの技術的支援を実施する



基金の有効かつ効率的な活用を図るため、事業区分Ⅰ及びⅣの対象経費を拡充・明確化。

【事業区分Ⅰ】医療改革案第5「病床の機能分化・連携を推進するための基礎整備」関係

(1) 再編統合、ダウンサイジング、機能転換（以下、「再編統合等」という。）の計画の策定に当たって必要となる経費

- ① 再編統合等を行うとする医療機関が、都道府県が地域医療構想に精通していると認め、都道府県が選定した中小企業診断士等の専門家に相談等を行う際に必要となる経費
- ② 再編統合等を行うとする医療機関が、都道府県立ち会いの下で再編統合等に関する協議を行う際に必要となる経費
- ③ 再編統合等を行うとする医療機関が、再編統合等後の施設の基本設計・実施設計を行う際に必要となる経費

(2) 再編統合等の際に必要となる経費

- ① 再編統合等に当たって、医療機器やベッド等の備品を移転するために必要となる経費
- ② 再編統合等に当たって、患者の搬送、退院支援等を行うために必要となる経費

(3) 再編統合等に付随して一体的に行う医療従事者の宿舎、院内保育所等の施設整備費

【事業区分Ⅳ】地域医療構想の策定・実施に関する事業（地域医療の推進）関係

(1) 地域医療の推進として、地域医療を担う人材に対する理解促進に関する経費

将来的に地域医療を担う人材に対し、都道府県と連携して大学が実施する地域医療に関する理解促進を図るためのセミナー、出前講義、会議の開催等に必要となる経費

【対象経費】人件費、諸謝金、旅費、通信運搬費、会議借料、委託料等

(2) 医師や医学生が地域医療を実際に体験するため、都道府県と連携して大学がへき地等で実施する地域医療研修、地域医療従事者との意見交換会の開催等に必要となる経費

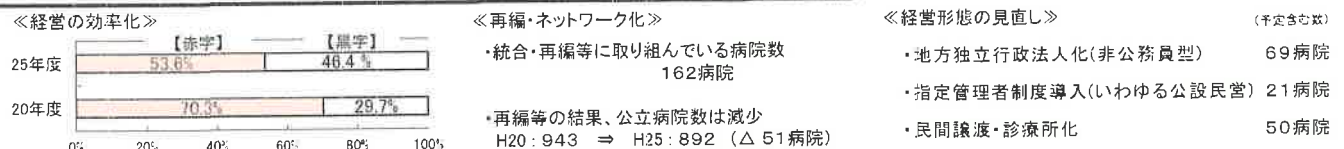
若手医師や医学生が地域医療を実際に体験するため、都道府県と連携して大学がへき地等で実施する地域医療研修、地域医療従事者との意見交換会の開催等に必要となる経費

【対象経費】人件費、諸謝金、旅費、通信運搬費、会議借料、委託料等

公立病院改革の推進

- 「新公立病院改革ガイドライン」(平成27年3月)に基づき新公立病院改革プランの策定を要請。
- 平成30年11月末時点で全ての公立病院が新公立病院改革プランを策定済。
- 医療提供体制の改革と連携して公立病院の更なる経営効率化、再編・ネットワーク化等を推進。

公立病院改革ガイドライン(H19年12月)に基づくこれまでの取組の成果



新公立改革ガイドライン(H27年3月)に基づく更なる改革の推進

1 新公立病院改革プランの策定を要請

- (1) 策定時期: 地域医療構想の策定状況を踏まえつつH27年度又はH28年度中
- (2) プランの内容: 以下の4つの視点に立った取組を明記

地域医療構想を踏まえた役割の明確化 ・病床機能、地域包括ケア構築等を明確化	経営の効率化 ・経常収支比率等の数値目標を設定
再編・ネットワーク化 ・経営主体の統合、病院機能の再編を推進	経営形態の見直し ・地方独立行政法人化等を推進

2 都道府県の役割・責任を強化

- 再編・ネットワーク化への積極的な参画、新設・建替へのチェック機能の強化等

3 地方財政措置の見直し

- (1) 再編・ネットワーク化への財政措置の重点化(H27年度～)
  - 通常の整備 …… 25%地方交付税措置
  - 再編・ネットワーク化に伴う整備 …… 40%地方交付税措置
- (2) 特別交付税措置の重点化(H28年度～)
  - 措置率(8割)の導入、都道府県の役割・責任の強化、財政力に応じた算定
  - 公的病院等への措置も公立病院に準じて継続

医療介護総合確保推進法(H27年4月施行)に基づく取組(厚生労働省)

- 1 医療提供体制の改革(病床機能の分化・連携)
  - 都道府県が、2025年の機能別の医療需要・必要病床数と目指すべき医療提供体制等を内容とする地域医療構想を策定(平成29年3月31現在、全ての都道府県で策定済)

※ イメージ 【構想区域単位で策定】

	2025年(推計)	
	医療需要	必要病床数
高度急性期	○○○ 人/日	○○○ 病床
急性期	□□□ 人/日	□□□ 病床
回復期	△△△ 人/日	△△△ 病床
慢性期	▲▲▲ 人/日	▲▲▲ 病床

2 実現するための方策

- 都道府県による「地域医療構想調整会議」の開催
- 知事の医療法上の権限強化(要請・指示・命令等)
- 医療介護総合確保基金を都道府県に設置

# 新公立病院改革ガイドラインにおける公立病院に期待される主な機能

## 公立病院に期待される主な機能の具体例

- ①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
- ②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
- ③県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
- ④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

### 【新公立病院改革ガイドライン(平成27年3月)より抜粋】

#### 第2 地方公共団体における新公立病院改革プランの策定

##### 3 新改革プランの内容

##### (1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

公立病院に期待される主な機能を具体的に例示すれば、①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供、②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供、③県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供、④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能などが挙げられる。

前ガイドラインにおいても、改革を通じて、自らの公立病院の果たすべき役割を見直し、改めて明確化するべきことが強調されていたが、今般の公立病院改革は、民間病院を対象に含めた地域医療構想の実現に向けた取組と並行して行われるものであることから、必然的に、公立病院の役割を従来にも増して精査することとなる。

## 公的医療機関等2025プラン

- **公的医療機関**※、**共済組合**、**健康保険組合**、**国民健康保険組合**、**地域医療機能推進機構**、**国立病院機構**及び**労働者健康安全機構**が開設する医療機関、**地域医療支援病院**及び**特定機能病院**について、地域における今後の方向性について記載した「**公的医療機関等2025プラン**」を作成し、策定したプランを踏まえ、**地域医療構想調整会議**においてその役割について議論するよう要請。 ※新公立病院改革プランの策定対象となっている公立病院は除く。

### 対象病院数

約830病院

(平成29年8月4日付け医政発0804第2号厚生労働省医政局長通知により、各開設主体の長あてに依頼)

### 記載事項

#### 【基本情報】

- ・医療機関名、開設主体、所在地 等

#### 【現状と課題】

- ・構想区域の現状と課題
- ・当該医療機関の現状と課題 等

#### 【今後の方針】

- ・当該医療機関が今後地域において担うべき役割 等

#### 【具体的な計画】

- ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する事項  
(例)・4機能ごとの病床のあり方について  
・診療科の見直しについて 等
- ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する、具体的な数値目標  
(例)・病床稼働率、手術室稼働率等、当該医療機関の実績に関する項目  
・紹介率、逆紹介率等、地域との連携に関する項目、人件費率等、経営に関する項目 等

### 策定期限

- **救急医療や災害医療等の政策医療を主として担う医療機関**：平成29年9月末  
(3回目の地域医療構想調整会議で議論)
- **その他の医療機関**：平成29年12月末 (4回目の地域医療構想調整会議で議論)

#### ●地域医療構想調整会議の議論のサイクル

4~6月	7~9月	10~12月	1~3月
病床機能報告等のデータ等を踏まえ、各医療機関の役割を明確化	医療機能、事業等ごとの不足を補うための具体策を議論	各役割を担う医療機関を明確に、機能転換等の具体策の決定	具体的な医療機関名や基幹診療指導、次年度基金の活用等を含む取りまとめ

### 留意点

- 各医療機関におけるプランの策定過程においても、地域の関係者からの意見を聴くなどにより、構想区域ごとの医療提供体制と整合的なプランの策定が求められる。
- 各医療機関は、プラン策定後、速やかにその内容を地域医療構想調整会議に提示し、地域の関係者からの意見を聴いた上で、地域の他の医療機関との役割分担や連携体制も含め、構想区域全体における医療提供体制との整合性をはかることが必要。地域医療構想調整会議における協議の方向性との齟齬が生じた場合には、策定したプランを見直すこととする。
- さらに、上記以外の医療機関においても、構想区域ごとの医療提供体制の現状と、現に地域において担っている役割を踏まえた今後の方針を検討することは、構想区域における適切な医療提供体制の構築の観点から重要である。まずは、それぞれの医療機関が、自主的に検討するとともに、地域の関係者との議論を進めることが望ましい。



# 公的医療機関等について

○ 公的医療機関は、医療法第31条において、次の者が開設する医療機関とされている。

都道府県、市町村、地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会及び国民健康保険組合、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会

○ 公的医療機関は、「戦後、医療機関の計画的整備を図るに当たり、国民に必要な医療を確保するとともに、医療の向上を進めるための中核」としての役割を担うものとされ、また、公的医療機関は、「医療のみならず保健、予防、医療関係者の養成、へき地における医療等一般の医療機関に常に期待することのできない業務を積極的にを行い、これらを一体的に運営」という特徴を有する。

※「」部分は医療法コンメンタルより抜粋

○ また、医療法第7条の2第1項では、公的医療機関の開設者を含む以下の者が規定されており、これらの者が開設する医療機関（公的医療機関等）については、地域医療構想の達成を図るために都道府県知事が行使することができることとされている権限の位置付けが、他の医療機関に対するものと異なる。

公的医療機関の開設者、国家公務員共済組合連合会、地方公務員共済組合連合会、公立学校共済組合、日本私立学校振興・共済事業団、健康保険組合及び健康保険組合連合会、国民健康保険組合及び国民健康保険団体連合会、独立行政法人地域医療機能推進機構

## 開設主体別医療機関の財政・税制上の措置

第9回地域医療構想に関するWG 資料2 一部改

開設主体別医療機関	財政			国税		地方税	
	政府 出資金*	運営費 交付金** ・繰入金	補助金	法人税 (医療保健業)		不動産取得税	固定資産税
				非課税	課税		
公立病院	-	○ <sup>1,3</sup>	対象 <sup>1,2</sup>	非課税	非課税	非課税	非課税
国民健康保険組合	-	-	対象 <sup>1,2</sup>	非課税	非課税	一部非課税 <sup>7,8</sup>	一部非課税 <sup>9,10</sup>
日本赤十字社	-	-	対象 <sup>1,2</sup>	非課税	非課税	一部非課税 <sup>7,8</sup>	一部非課税 <sup>9,10</sup>
済生会	-	-	対象 <sup>1,2</sup>	非課税	非課税	一部非課税 <sup>7,8</sup>	一部非課税 <sup>9,10</sup>
厚生連	-	-	対象 <sup>1,2</sup>	非課税	非課税	一部非課税 <sup>7,8</sup>	一部非課税 <sup>9,10</sup>
北海道社会事業協会	-	-	対象 <sup>1,2</sup>	非課税	非課税	一部非課税 <sup>7,8</sup>	一部非課税 <sup>9,10</sup>
国家公務員共済組合連合会	-	-	対象 <sup>1,2</sup>	非課税	非課税	一部非課税 <sup>7,8</sup>	一部非課税 <sup>9,10</sup>
公立学校共済組合	-	-	対象 <sup>1,2</sup>	非課税	非課税	一部非課税 <sup>7,8</sup>	一部非課税 <sup>9,10</sup>
日本私立学校振興・共済事業団	○	-	対象 <sup>1,2</sup>	非課税	非課税	一部非課税 <sup>7,8</sup>	一部非課税 <sup>9,10</sup>
健康保険組合	-	-	対象 <sup>1,2</sup>	非課税	非課税	一部非課税 <sup>7,8</sup>	一部非課税 <sup>9,10</sup>
地域医療機能推進機構	○	-	対象 <sup>1,2</sup>	非課税	非課税	非課税	一部非課税 <sup>9,10</sup>
国立病院機構	○	○ <sup>1,6</sup>	対象 <sup>1,2</sup>	非課税	非課税	非課税	一部非課税 <sup>9,10</sup>
労働者健康安全機構	○	○ <sup>1,6</sup>	対象 <sup>1,2</sup>	非課税	非課税	非課税	一部非課税 <sup>9,10</sup>
(参考)公益社団法人、公益財団法人	-	-	対象 <sup>1,2</sup>	一部非課税 <sup>7</sup>	一部非課税 <sup>7</sup>	一部非課税 <sup>7,8</sup>	一部非課税 <sup>9,10</sup>
(参考)社会医療法人	-	-	対象 <sup>1,2</sup>	一部非課税 <sup>7,8</sup>	一部非課税 <sup>7,8</sup>	一部非課税 <sup>7,8</sup>	一部非課税 <sup>9,10</sup>
(参考)医療法人	-	-	対象 <sup>1,2</sup>	課税	一部非課税 <sup>9</sup>	課税	課税 <sup>10</sup>

\*1 政府出資金とは、独立行政法人等において、その業務を確実に実施するために必要な資本金その他の財産的基礎を有する必要があること（参考：独立行政法人通則法第6条第1項）、日本私立学校振興・共済事業団に關しては、私立学校への助成事業のみ。  
 \*2 運営費交付金とは、独立行政法人が行う業務の財源に充てるために必要な金額の全部又は一部に相当する金額について、国が予算の範囲内で交付する資金。  
 \*3 地方公営企業法第17条の2（経費の負担の原則）及び社務省が定めた繰出標準（総務省大臣通知）に基づき、一般会計が負担すべき経費（経営に伴う収入をもって立てることが適当でない経費及び他種別の経費を行ってもなおその経費に伴う収入のみをもって支えることが客観的に困難であると認められる経費）を公営企業会計に対して繰り入れているもの。  
 \*4 個別の補助金の目的や性質によって対象外にもなりえる。なお、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会の会長である厚生（医療）職立協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会、公益社団法人、公益財団法人、学校法人、社会医療法人、健康保険組合、国家公務員共済組合連合会及び公立学校共済組合が開設した病院について、公立病院と同様に当該地域の医療確保のため、公立病院に対する繰入金に準じて自治体から運営費に関する補助金の交付を受けている場合がある。  
 \*5 経営する病院及び診療所において直接その用に供する資産などは非課税。  
 \*6 国立病院機構では、国庫部分の運営費交付金費用や国庫研究事業経費等に、労働者健康安全機構では、未払資金立替私取戻り研究・開発及び成果の普及事業等に用いられており、両機構とも施設内には使用していない。  
 \*7 法人税法で定める収益事業に該当する医療保健業、公益目的事業は非課税。  
 \*8 社会医療法人では、医療保健業（附属業務、収益業務は除く）は非課税。  
 \*9 医療法人では、医療保健業のうち、社会医療診療に係る所得は非課税。  
 \*10 自治体の条例により課税を行っている場合がある。

公的医療機関	
開設者の範囲 【医療法第31条、 厚生省告示】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・都道府県</li> <li>・市町村</li> <li>・地方公共団体の組合</li> <li>・国民健康保険団体連合会</li> <li>・日本赤十字社</li> <li>・社会福祉法人恩賜財団済生会</li> <li>・厚生農業協同組合連合会</li> <li>・社会福祉法人北海道社会事業協会</li> </ul>
役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療対策協議会への参画(努力義務)【医療法第30条の23】</li> <li>・地域医療対策の実施に関する協力【医療法第31条】</li> <li>・医師不足地域等における医師の確保に関する協力【#】</li> </ul>
都道府県知事の権限 (地域医療構想 関連)	<p>命令・指示・勧告※に従わなかった旨の公表【医療法第7条の2第7項、第27条の2第3項、第30条の18】</p> <p>※ ・過剰な医療機能へ病床機能を変更しないことの命令(公的医療機関等)、勧告(民間医療機関)                  ・不足する医療機能に係る医療を提供することの指示(公的医療機関等)、勧告(民間医療機関)                  ・開設等許可に付与した条件(不足する医療機能に係る医療を提供する旨)に従うべきことの命令                  ・非稼働病床の削減の命令(公的医療機関等)、勧告(民間医療機関)</p>

注)上表の「都道府県知事の権限」欄における「公的医療機関等」には、公的医療機関の他、医療法第7条の2第1項第2号から第8号に掲げる者(共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等)が開設する医療機関が含まれる。

38

# 地域医療支援病院・特定機能病院について

	地域医療支援病院	特定機能病院
役割	<p>管理者の行うべき事項【医療法第16条の2】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機器の共同利用の実施</li> <li>・救急医療の提供</li> <li>・地域の医療従事者に対する研修の実施</li> <li>・紹介患者に対する医療の提供(逆紹介も含む)等</li> </ul> <p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療対策協議会への参画(努力義務)【医療法第30条の23】</li> <li>・地域医療対策の実施に関する協力(努力義務)【医療法第30条の27】</li> <li>・医師不足地域等における医師の確保に関する協力(努力義務)【#】</li> </ul>	<p>管理者の行うべき事項【医療法第16条の3】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高度の医療の提供</li> <li>・高度の医療技術の開発・評価</li> <li>・高度の医療に関する研修 等</li> </ul>
医療機関数	539病院(平成29年2月末時点)	85病院(平成29年4月1日時点)
都道府県知事の権限 (地域医療構想関連)	<p>命令・指示・勧告※<sup>1</sup>に従わない地域医療支援病院・特定機能病院※<sup>2</sup>は承認を取消し【医療法第29条第3項及び第4項】</p> <p>※1 ・過剰な医療機能へ病床機能を変更しないことの命令(公的医療機関等)、勧告(民間医療機関)                  ・不足する医療機能に係る医療を提供することの指示(公的医療機関等)、勧告(民間医療機関)                  ・開設等許可に付与した条件(不足する医療機能に係る医療を提供する旨)に従うべきことの命令                  ・非稼働病床の削減の命令(公的医療機関等)、勧告(民間医療機関)</p> <p>※2 特定機能病院の取消しは厚生労働大臣が行う。</p>	

39

# 地域医療支援病院制度について

第7回地域医療構想に関するWG資料  
平成29年7月19日 1

## 趣旨

患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、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、第一線の地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として、平成9年の医療法改正において創設（都道府県知事が個別に承認）。

※承認を受けている病院（平成29年2月末現在）… 539病院

## 役割

- 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

## 承認要件

- 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
- 紹介患者中心の医療を提供していること
  - ① 紹介率80%を上回っていること
  - ② 紹介率が65%を超え、かつ、逆紹介率が40%を超えること
  - ③ 紹介率が50%を超え、かつ、逆紹介率が70%を超えること
- 救急医療を提供する能力を有すること
- 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こと
- 地域医療従事者に対する研修を行っていること
- 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること 等

# 特定機能病院制度の概要

第7回地域医療構想に関するWG資料  
平成29年7月19日 1

## 趣旨

医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。

※承認を受けている病院（平成29年4月1日現在）… 85病院（大学病院本院78病院）

## 役割

- 高度の医療の提供
- 高度の医療技術の開発・評価
- 高度の医療に関する研修

## 承認要件

- 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること
- 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること（紹介率50%以上、逆紹介率40%以上）
- 病床数 …… 400床以上の病床を有することが必要
- 人員配置
  - ・ 医師 …… 通常の病院の2倍程度の配置が最低基準。医師の配置基準の半数以上が15種類いずれかの専門医。
  - ・ 薬剤師 …… 入院患者数÷30が最低基準。（一般は入院患者数÷70）
  - ・ 看護師等 …… 入院患者数÷2が最低基準。（一般は入院患者数÷3）
 [外来については、患者数÷30で一般病院と同じ]
  - ・ 管理栄養士 1名以上配置。
- 構造設備 …… 集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要
- 医療安全管理体制の整備
  - ・ 医療安全管理責任者の配置
  - ・ 専従の医師、薬剤師及び看護師の医療安全管理部門への配置
  - ・ 監査委員会による外部監査
  - ・ 高難度新規医療技術及び未承認新規医薬品等を用いた医療の提供の適否を決定する部門の設置
- 原則定められた16の診療科を標榜していること
- 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること 等

※ がん等の特定の領域に対応する特定機能病院に関しては、診療科の標榜、紹介率・逆紹介率等については、別途、承認要件を設定。



- 再編統合やダウンサイジングといった公立医療機関の取組の方向性について、地域医療構想調整会議における協議の結果よりも、首長の意向が優先される恐れがあるとの指摘があることから、公立医療機関を有する地方自治体の首長が、地域医療構想調整会議の協議の内容を理解し、地域の合意内容に沿わない取組が行われないようにするために必要な対策について検討を進める必要がある。
- 公立・公的医療機関等の補助金等の投入・活用状況について、十分に可視化されておらず、地域医療構想調整会議の協議に活用されていないとの指摘があることから、補助金等の情報を適切かつ分かりやすく可視化するために必要な対策について検討を進める必要がある。
- 再編統合等の取組を具体的に進める上では、職員の雇用に係る課題や借入金債務等の財務上の課題への対応が必要となるが、厚生労働省において、公的医療機関等の本部とも連携しながら、各医療機関が地域の医療需要の動向に沿って、真に必要な規模の診療体制に円滑に移行するために必要な対策について検討を進める必要がある。
- 病床規模が類似した病院同士や、設立母体が異なる病院同士の再編統合については、特に協議が難航するとの指摘もあることから、このような場合には、協議のスケジュールにより一層の留意が必要である。

第21回地域医療構想に関するWG(2019年5月16日)資料2より抜粋





■ 診療実績データの分析結果（イメージ）～見方②「表の読み方」～

診療実績項目	A 診療実績が少ない		B 類似かつ近接する		C 類似かつ近接しない	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
1. 心臓病	100	0.100	0	0.000	2	0.002
2. がん	240	0.100	110	0.300	2	0.002
3. 特定疾患（特定がん）	198	0.100	35	0.075	2	0.002
4. がん（特定がんを除く）	263	0.094	87	0.082	2	0.002
5. がん（特定がんを除く）	500	0.230	0	0.000	2	0.002
6. がん（特定がんを除く）	610	0.061	0	0.000	2	0.002
7. がん（特定がんを除く）	405	0.153	0	0.000	2	0.002

③

（仮定中）  
 【下の項目】脳血管内手術で「特に診療実績が少ない」に  
 起る性肥字中加減、クレンジング術、閉経血腫検査が  
 「類似かつ近接しない」  
 ※上の項目B「類似かつ近接しない」

（仮定）  
 【下の項目】全て項目で「特に診療実績が少ない」に  
 ⇒【上の項目】B「類似かつ近接しない」

下の項目「特に診療実績が少ない」すべてで  
 447●とされた場合、上の項目に●とする。

下の項目すべてで「特に診療実績が少ない」に●または「類似かつ  
 近接する医療機関あり」に●とされた場合、上の項目に●とする。

診療実績項目	実数の実数										
	心臓病	がん	特定疾患	がん（特定がんを除く）	がん（特定がんを除く）	がん（特定がんを除く）	がん（特定がんを除く）	がん（特定がんを除く）	がん（特定がんを除く）	がん（特定がんを除く）	がん（特定がんを除く）
1. 心臓病	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. がん	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3. 特定疾患	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. がん（特定がんを除く）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5. がん（特定がんを除く）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. がん（特定がんを除く）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7. がん（特定がんを除く）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8. がん（特定がんを除く）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9. がん（特定がんを除く）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10. がん（特定がんを除く）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11. がん（特定がんを除く）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12. がん（特定がんを除く）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13. がん（特定がんを除く）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14. がん（特定がんを除く）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15. がん（特定がんを除く）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16. がん（特定がんを除く）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17. がん（特定がんを除く）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

①

②-1

②-2

「特に診療実績が少ない」と  
 された項目を●とする。

「類似かつ近接する医療機関あり」と  
 された項目を●とする。  
 （「特に診療実績が少ない」）









① 具体的対応方針の再検証の要請対象となる医療機関数  
(公立病院/公的医療機関等数別)

再検証要請対象医療機関数			
	公立病院数		公的医療機関等病院数
			民間の地域医療支援病院数
	424	257	167
			17

(参考) 分析の対象となった医療機関数

医療機関数				
	公立・公的医療機関等病院数			
	公立病院数	公的医療機関等病院数		民間の地域医療支援病院数
	4549	1455	711	744
				156

※1 一般病床もしくは療養病床を持つ医療機関であって、平成29年病床機能報告において「高度急性期」もしくは「急性期」病床を持つ医療機関の総数。

※2 平成29年度病床機能報告データに基づく

具体的対応方針の再検証の要請対象について②

② 具体的対応方針の再検証の要請対象となる医療機関数  
(下記のA/B該当別)

A : 対象となる全ての領域 (がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能) で「診療実績が特に少ない」とされた医療機関

B : 対象となる全ての領域 (がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期) で「類似かつ近接」とされた医療機関

公立・公的医療機関総数※							
	再検証要請対象医療機関						
	Aに該当	Aに該当			Bに該当	Bに該当	
		Aに該当するがBには該当しない	AにもBにも該当する			Bに該当するがAに該当しない	BにもAにも該当する(再掲)
	1455	424	277	117	160	307	147
							160

※1 一般病床もしくは療養病床を持つ医療機関であって、平成29年病床機能報告において「高度急性期」もしくは「急性期」病床を持つ公立公的医療機関等の総数。

※2 平成29年度病床機能報告データに基づく



## プラン作成対象/データ分析対象/再検証要請対象について

### ・医療機関数

医療機関数	プラン対象	データ分析対象	
			具体的対応方針の再検証要請対象
新公立病院改革プラン対象病医院	823	711	257
公的医療機関等2025プラン対象病院	828	744	167
合計	1,652	1,455	424

### ・構想区域数

構想区域	プラン対象医療機関がある区域	データ分析対象医療機関がある区域	
			具体的対応方針の再検証要請対象医療機関がある区域
新公立病院改革プラン対象病院がある区域	297	291	147
公的医療機関等2025プラン対象病院がある区域	258	247	111

※1 構想区域数は全部で339区域

※2 平成29年度病床機能報告データに基づく

## 地域医療構想の実現に向けて

令和元年9月27日  
医政局

1. 地域医療構想の目的は、2025年に向けて、地域ごとに効率的で不足のない医療提供体制を構築することです。地域医療構想の実現により、限られた医療資源をそれぞれの地域で真に活用し、次の時代に対応した医療を構築することができると考えています。
2. 地域医療構想の実現に向けては、関係者のご理解・ご協力の下、これまでも地域で議論が積み重ねられてきましたが、さらに取組を進めていく観点から、今回、高度急性期・急性期機能に着目した客観的なデータを国から提供し、改めて、それぞれの医療機関に対し、今後の医療機能のあり方を考えて頂くことといたしました。  
※客観的データについては、「地域医療構想に関するワーキンググループ」における議論に基づくものです。
3. 今回の取組は、一定の条件を設定して急性期機能等に関する医療機能について分析し、各医療機関が担う急性期機能やそのために必要な病床数等について再検証をお願いするものです。したがって、必ずしも医療機関そのものの統廃合を決めるものではありません。また、病院が将来担うべき役割や、それに必要なダウンサイジング・機能分化等の方向性を機械的に決めるものでもありません。
4. 今回の分析だけでは判断しえない診療領域や地域の実情に関する知見も補いながら、地域医療構想調整会議の議論を活性化し議論を尽くして頂き、2025年のあるべき姿に向けて必要な医療機能の見直しを行っていただきたいと考えています。その際、ダウンサイジングや機能連携・分化を含む再編統合も視野に議論を進めて頂きたいと考えています。
5. 今後、地域の医療提供体制の確保に向け、病院のダウンサイジングや統廃合が必要と地域が判断する場合には、国としても必要な支援等を行ってまいります。

医政地発0207第1号  
平成30年2月7日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長  
（ 公 印 省 略 ）

### 地域医療構想の進め方について

地域医療構想（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項第7号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。）は、平成28年度中に全ての都道府県において策定され、今後は、地域医療構想調整会議（同法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）を通じて、構想区域（同法第30条の4第1項第7号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）ごとにその具体化に向けた検討を進めていく必要がある。

また、「経済財政運営と改革の基本方針2017（平成29年6月9日閣議決定）」において、地域医療構想の達成に向けて、構想区域ごとの地域医療構想調整会議での具体的議論を促進することが求められている。具体的には、病床の役割分担を進めるためのデータを国から都道府県に提供し、個別の病院名や転換する病床数の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、それぞれの地域医療構想調整会議において2年間程度で集中的な検討を促進することが求められている。

このため、都道府県が、地域医療構想の達成に向けて医療機関などの関係者と連携しながら円滑に取り組めるように、地域医療構想の進め方について下記のとおり整理したので、ご了知の上、地域医療構想の達成に向けた検討を進めるとともに、貴管内市区町村、関係団体、関係機関等に周知願いたい。

### 記

#### 1. 地域医療構想調整会議の進め方について

##### （1）地域医療構想調整会議の協議事項

「経済財政運営と改革の基本方針2017（平成29年6月9日閣議決定）」においては、地域医療構想の達成に向けて、「個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する」とこととされていることを踏まえ、都道府県においては、毎年度この具体的対応方針をとりまとめること。

この具体的対応方針のとりまとめには、地域医療構想調整会議において、平成37（2025）年における役割・医療機能ごとの病床数について合意を得た全ての医療機関の

- ① 平成37（2025）年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
- ② 平成37（2025）年に持つべき医療機能ごとの病床数を含むものとする。

なお、平成30年度以降の地域医療介護総合確保基金の配分に当たっては、各都道府県における具体的対応方針のとりまとめの進捗状況についても考慮することとする。

ア. 個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応

(ア) 公立病院に関すること

病院事業を設置する地方公共団体は、「新公立病院改革ガイドライン」（平成27年3月31日付け総財準第59号総務省自治財政局長通知）を参考に、公立病院について、病院ごとに「新公立病院改革プラン」を策定した上で、地域医療構想調整会議において、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向を踏まえて、平成29年度中に、平成37（2025）年に向けた具体的対応方針を協議すること。協議が調わない場合は、繰り返し協議を行った上で、速やかに平成37（2025）年に向けた具体的対応方針を決定すること。また、具体的対応方針を決定した後に、見直す必要が生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議すること。

この際、公立病院については、

- ① 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
  - ② 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
  - ③ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
  - ④ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能
- などの役割が期待されていることに留意し、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率等を踏まえてもなお①～④の医療を公立病院において提供することが必要であるのかどうか、民間医療機関との役割分担を踏まえ公立病院でなければ担えない分野へ重点化されているかどうかについて確認すること。

(イ) 公的医療機関等2025プラン対象医療機関に関すること

公的医療機関等2025プラン対象医療機関（新公立病院改革プランの策定対象となっている公立病院を除く公的医療機関等（医療法第7条の2第1項各号に掲げる者が開設する医療機関をいう。以下同じ。）、国立病院機構及び労働者健康安全機構が開設する医療機関、地域医療支援病院、特定機能病院をいう。以下同じ。）は、「地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等2025プラン」策定について（依頼）」（平成29年8月4日付け医政発0804第2号厚生労働省医政局長通知）に基づき、公的医療機関等2025プランを策定した上で、地域医療構想調整会議において、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向を踏まえて、平成29年度中に平成37（2025）年に向けた具体的対応方針を協議すること。協議が調わない場合は、繰り返し協議を行った上で、速やかに平成37（2025）年に向けた具体的対応方針を決定すること。また、具体的対応方針を決定した後に、見直す必要が生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議すること。

この際、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率等を踏まえ公的医療機関等2025プラン対象医療機関でなければ担えない分野へ重点化されているかどうかについて確認すること。

(ウ) その他の医療機関に関すること

その他の医療機関のうち、開設者の変更を含め構想区域において担うべき医療機関としての役割や機能を大きく変更する病院などの場合には、今後の事業計画を策定した上で、地域医療構想調整会議において、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向を踏まえて、速やかに平成37（2025）年に向けた対応方針を協議すること。協議が調わない場合は、繰り返し協議を行った上で、平成37（2025）

年に向けた対応方針を決定すること。また、対応方針を決定した後に、見直す必要が生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議すること。

それ以外の全ての医療機関については、地域医療構想調整会議において、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向を踏まえて、遅くとも平成30年度末までに平成37（2025）年に向けた対応方針を協議すること。協議が調わない場合は、繰り返し協議を行った上で、平成37（2025）年に向けた対応方針を決定すること。また、対応方針を決定した後に、見直す必要が生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議すること。

#### (エ) 留意事項

都道府県は、新公立病院改革プランや公的医療機関等2025プラン、病床機能報告（医療法第30条の13に規定する病床機能報告をいう。以下同じ。）の結果等から、過剰な病床機能に転換しようとする医療機関の計画を把握した場合には、速やかに、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議への出席と、病床機能を転換する理由についての説明を求めること。

都道府県は、病床機能報告において、6年後の医療機能を、構想区域で過剰な病床機能に転換する旨の報告をした医療機関に対して、速やかに、①都道府県への理由書提出、②地域医療構想調整会議での協議への参加、③都道府県医療審議会での理由等の説明を求めた上で、当該理由等がやむを得ないものと認められない場合には、同法第30条の15に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、病床機能を変更しないことを命令（公的医療機関等を対象）又は要請（公的医療機関等以外の医療機関を対象）すること。また、要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない場合には、同法第30条の17に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該措置を講ずべきことを勧告すること。さらに、命令または勧告を受けた者が従わなかった場合には、同法第30条の18に基づき、その旨を公表すること。

#### イ. 病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関への対応

##### (ア) 全ての医療機関に関すること

都道府県は、病床機能報告の結果等から、病床が全て稼働していない病棟（過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床のみで構成される病棟をいう。以下同じ。）を有する医療機関を把握した場合には、速やかに、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、①病棟を稼働していない理由、②当該病棟の今後の運用見通しに関する計画について説明するよう求めること。ただし、病院・病棟を建て替える場合など、事前に地域医療構想調整会議の協議を経て、病床が全て稼働していない病棟の具体的対応方針を決定していれば、対応を求めなくてもよい。

なお、病床過剰地域において、上述の説明の結果、当該病棟の維持の必要性が乏しいと考えられる病棟を有する医療機関に対しては、都道府県は、速やかに、医療法第7条の2第3項又は第30条の12第1項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、非稼働の病床数の範囲内で、病床数を削減することを内容とする許可の変更のための措置を命令（公的医療機関等を対象）又は要請（公的医療機関等以外の医療機関を対象）すること。また、要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない場合には、同法第30条の12第2項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該措置を講ずべきことを勧告すること。さらに、命



令または勧告を受けた者が従わなかった場合には、同法第7条の2第7項又は同法第30条の12第3項に基づき、その旨を公表すること。

(イ) 留意事項

都道府県は、病床がすべて稼働していない病棟を再稼働しようとする医療機関の計画を把握した場合には、当該医療機関の医療従事者の確保に係る方針、構想区域の他の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、現在稼働している病棟の稼働率を上げたとしてもなお追加的な病棟の再稼働の必要性があるか否かについて地域医療構想調整会議において十分に議論すること。特に、再稼働した場合に担う予定の病床機能が、構想区域において過剰な病床機能である場合には、過剰な病床機能へ転換するケースと同様とみなし、より慎重に議論を進めること。

ウ. 新たな医療機関の開設や増床の許可申請への対応

(ア) 全ての医療機関に関すること

都道府県は、新たに病床を整備する予定の医療機関を把握した場合には、当該医療機関に対し、開設等の許可を待たずに、地域医療構想調整会議へ出席し、①新たに整備される病床の整備計画と将来の病床数の必要量との関係性、②新たに整備される病床が担う予定の病床の機能と当該構想区域の病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量との関係性、③当該医療機能を担う上での、雇用計画や設備整備計画の妥当性等について説明するよう求めること。なお、開設者を変更する医療機関（個人間の継承を含む）を把握した場合にも、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、当該構想区域において今後担う役割や機能について説明するよう求めること。

また、既存病床数及び基準病床数並びに将来の病床数の必要量との整合性の確保を図る必要がある場合には、地域医療構想調整会議での協議を経て都道府県医療審議会においても議論を行うこと。議論にあたっては、地域医療構想調整会議における協議の内容を踏まえること。

都道府県は、①新たに整備される病床が担う予定の医療機能が、当該構想区域における不足する医療機能以外の医療機能となっている、②当該構想区域における不足する医療機能について、既存の医療機関の将来の機能転換の意向を考慮してもなお充足する見通しが立たないといった場合等には、新たに病床を整備する予定の医療機関に対して、地域医療構想調整会議の意見を聴いて、医療法第7条第5項に基づき、開設許可にあたって不足する医療機能に係る医療を提供する旨の条件を付与すること。また、当該開設者又は管理者が、正当な理由がなく、当該許可に付された条件に従わない場合には、同法第27条の2第1項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、期限を定めて、当該条件に従うべきことを勧告すること。さらに、勧告を受けた者が、正当な理由がなく、当該勧告に従わない場合には、同条第2項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、期限を定めて、当該勧告に係る措置をとるべきことを命令すること。それでもなお命令を受けた者が従わなかった場合には、同条第3項に基づき、その旨を公表すること。

(イ) 留意事項

都道府県は、今後、新たに療養病床及び一般病床の整備を行う際には、既に策定されている地域医療構想との整合性を踏まえて行うこと。具体的には、新たな病床の整備を行うに当たり、都道府県医療審議会において、既存病床数と基準病床数の

関係性だけではなく、地域医療構想における将来の病床数の必要量を踏まえ、十分な議論を行うこと。

例えば、現状では既存病床数が基準病床数を下回り、追加的な病床の整備が可能であるが、人口の減少が進むこと等により、将来の病床数の必要量が既存病床数を下回ることとなる場合には、既存病床数と基準病床数の関係性だけではなく、地域医療構想における将来の病床数の必要量を勘案し、医療需要の推移や、他の二次医療圏との患者の流出入の状況等を考慮し、追加的な病床の整備の必要性について慎重に検討を行うこと。

## (2) 地域医療構想調整会議での個別の医療機関の取組状況の共有

### ア. 個別の医療機関ごとの医療機能や診療実績

#### (ア) 高度急性期・急性期機能

高度急性期・急性期機能を担う病床については、構想区域ごとにどのような医療機関があり、それぞれの医療機関がどのような役割を果たしているのか、地域医療構想調整会議において、個別の医療機関の取組状況を共有する必要がある。

このため、都道府県は、各病院・病棟が担うべき役割について協議できるよう、個別の医療機関ごとの各病棟における急性期医療に関する診療実績（幅広い手術の実施状況、がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況、重症患者への対応状況、救急医療の実施状況、全身管理の状況など）を提示すること。

また、高度急性期機能又は急性期機能と報告した病棟のうち、例えば急性期医療を全く提供していない病棟が含まれていることから、明らかな疑義のある報告については、地域医療構想調整会議において、その妥当性を確認すること。

#### (イ) 回復期機能

回復期機能を担う病床については、構想区域ごとにどのような医療機関があり、それぞれの医療機関がどのような役割を果たしているのか、地域医療構想調整会議において、個別の医療機関の取組状況を共有する必要がある。

このため、都道府県は、各病院・病棟が担うべき役割について協議できるよう、個別の医療機関ごとの各病棟における在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションに関する診療実績（急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況、全身管理の状況、疾患に応じたリハビリテーション・早期からのリハビリテーションの実施状況、入院患者の居住する市町村との連携状況、ケアマネジャーとの連携状況など）を提示すること。

#### (ウ) 慢性期機能

慢性期機能を担う病床については、構想区域ごとにどのような医療機関があり、それぞれの医療機関がどのような役割を果たしているのか、地域医療構想調整会議において、個別の医療機関の取組状況を共有する必要がある。特に介護療養病床については、その担う役割を踏まえた上で、転換等の方針を早期に共有する必要がある。

このため、都道府県は、各病院・病棟が担うべき役割について協議できるよう、個別の医療機関ごとの各病棟における療養や看取りに関する診療実績（長期療養患者の受入状況、重度の障害児等の受入状況、全身管理の状況、疾患に応じたリハビリテーション・早期からのリハビリテーションの実施状況、入院患者の状況、入院患者の退院先など）を提示すること。

イ. 個別の医療機関ごとの地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金や繰入金等の活用状況

都道府県は、各病院・病棟が担うべき役割について円滑に協議できるよう、個別の医療機関ごとの地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金や繰入金等の活用状況を提示すること。

ウ. 新公立病院改革プラン、公的医療機関等2025プランに記載すべき事項

プランを策定する医療機関は、各病院・病棟が担うべき役割について円滑に協議できるよう、病床稼働率、紹介・逆紹介率、救急対応状況、医師数、経営に関する情報などを記載すること。都道府県は、個別の医療機関ごとの情報を整理して提示すること。

### (3) 地域医療構想調整会議の運営

都道府県は、地域医療構想の達成に向けて、構想区域の実情を踏まえながら年間スケジュールを計画し、年4回は地域医療構想調整会議を実施すること。地域医療構想を進めていくに当たっては、地域住民の協力が不可欠であることから、会議資料や議事録については、できる限りホームページ等を通じて速やかに公表すること。

構想区域によっては全ての医療機関が地域医療構想調整会議に参加することが難しい場合も想定されることから、構想区域の実情にあわせて医療機関同士の意見交換や個別相談などの場を組み合わせながら実施し、より多くの医療機関の主体的な参画が得られるよう進めていくこと。

## 2. 病床機能報告について

### (1) 病床機能報告における未報告医療機関への対応

都道府県は、病床機能報告の対象医療機関であって、未報告であることを把握した場合には、当該医療機関に対して、病床機能を報告するように求めること。

なお、都道府県は、当該医療機関に対して、医療法第30条の13第5項に基づき、期間を定めて報告するよう命令すること。また、当該医療機関が、その命令に従わない場合には、同条第6項に基づき、その旨を公表すること。

### (2) 病床機能報告における回復期機能の解釈

病床機能報告制度における回復期機能の解釈に当たっては、病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量との単純な比較だけではなく、地域医療構想調整会議において、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向について十分に分析を行った上で、病床の機能分化及び連携を推進していくことが重要である。

具体的には、「地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について」（平成29年9月29日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）を参照されたい。







# 岡山県外来医療に係る医療提供体制計画 (たたき台)

## 目 次

- 1 計画の基本的事項（医療推進課）
  - 1 計画策定の趣旨
  - 2 計画の基本理念
  - 3 計画の性格
  - 4 計画の期間
  
- 2 外来医療の現状
  - 2-1 外来医師偏在指標と外来医師多数区域（医療推進課）
    - 1 外来医師偏在指標
    - 2 外来医師多数区域
  - 2-2 外来医療提供体制の現状（医療推進課）
  
- 3 新規開業者に求める事項
  - 3-1 外来医師多数区域（各保健所）
    - 1 現状と課題
    - 2 施策の方向
  - 3-2 外来医師多数区域以外の区域（各保健所）
    - 1 現状と課題
    - 2 施策の方向
  
- 4 医療機器の効率的な活用
  - 4-1 医療機器の設置状況と共同利用状況（医療推進課）
    - 1 医療機器の設置状況
    - 2 医療機器の共同利用状況
  - 4-2 医療機器の共同利用の方針（各保健所）

(医療推進課)

章名	1 計画の基本的事項
節名	

## 1 計画策定の趣旨

急速な少子化・高齢化の進展、生活習慣病の増加などの疾病構造の変化、医療技術の高度化・専門化、県民の健康に対する意識の高揚などにより、近年の保健医療を取り巻く環境は著しく変化している中で、県内各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一部地域に偏っていると同時に、県内診療所における診療科についても、専門分化が進んでいる状況にあります。

また、各地域における在宅医療の充実が求められているとともに初期救急医療提供体制、公衆衛生等を担う外来医療機関が不足する状況にあるほか、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ります。

これらの課題に適切に対応するため、国の定めた「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」(以下「ガイドライン」という。)を踏まえて、「岡山県外来医療に係る医療提供体制計画」を策定しました。なお、本計画は、第8次の「岡山県保健医療計画」の一部として位置づけるものとします。

## 2 計画の基本理念

本県では、県政の最上位計画である「新晴れの国おかやま生き生きプラン」において、県民誰もが、良質な保健・医療・福祉サービスを受けられ、住み慣れた地域で安心して自立し暮らせる社会の実現を目指しています。

これを踏まえた本計画の基本理念は、「すべての県民がいきいきとした生活を送れるよう、良質な外来医療サービスが受けられる体制を確保する。」こととし、限られた医療資源を有効・効率的に活用しながら、住民・患者の視点に立った医療情報の提供や、地域に必要な外来医療機能の確立や医療機器の共同利用等による効率的な医療提供体制の確立を目指します。

## 3 計画の性格

本計画は、次のような性格を有するものです。

- (1) 医療法(昭和23(1948)年法律第205号)第30条の4第1項に基づき、都道府県が策定する医療計画です。

- (2) 県民、関係機関、関係団体等においては、この計画に沿った自主的、積極的な活動が展開されることを期待するものです。
- (3) 外来医療の計画について、各地域医療構想調整会議において協議を実施することとします。
- (4) 医療機器の効率的な活用のため、新規購入希望者に対して情報を提供し、各地域医療構想調整会議において、医療機器の共同利用等について協議することとします。

#### 4 計画の期間

令和2(2020)年度から令和5(2024)年度までの4年間とします。

ただし、計画期間内であっても、保健医療の動向、社会・経済情勢の変化や制度改正等に対応するため、必要に応じて検討を行い、計画を見直すこととします。

章名	2 外来医療の現状
節名	1 外来医師偏在指標と外来医師多数区域

### 1 外来医師偏在指標

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、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します(以下当該指標を「外来医師偏在指標」という。)

現 状	
○県内各二次医療圏における、外来医師偏在指標は、次のとおりとなっています。	
県南東部保健医療圏	137.7
県南西部保健医療圏	109.5
高梁・新見保健医療圏	98.6
真庭保健医療圏	104.1
津山・英田保健医療圏	110.0
(平成28(2016)年12月31日現在)	

図表1-1 外来医師偏在指標

圏域区分	都道府県名	圏域名	外来医師偏在指標 (圏域人口を考慮)	診療所従事医師数		人口				参考 人口10万対 医師数
				一般診療所 従事医師数 (人)	労働時間調 整係数	人口(10万 人)	重複人口 比	外来標準化 受療率比 (圏域人口)	診療所の外 来患者対応 割合	
全国	00 全国	00 全国	106.3	102,457	1,000	1277.1	1,000	1,000	0.755	106.3
二次医療圏	33 岡山県	3301 真庭医師	137.7	973	0.986	9.1	1.020	0.698	0.751	142.1
二次医療圏	33 岡山県	3302 県南医師	109.5	532	1.002	7.2	0.973	1.031	0.677	109.7
二次医療圏	33 岡山県	3303 高梁・新見	98.6	38	0.954	0.6	1.025	1.173	0.497	124.2
二次医療圏	33 岡山県	3304 真庭	104.1	34	0.971	0.5	0.976	1.172	0.584	122.6
二次医療圏	33 岡山県	3305 津山・英田	110.0	156	0.982	1.6	1.001	1.086	0.703	121.8

図表1-2 外来医療に係るデータ

圏域区分 Index	都道府県名	都道府県名	圏域名	人口(10万人)	医療需要(ニーズ)		診療所従事医師数		外来診療		外来標準化受療率		診療所の外来患者対応			
					医療需要(ニーズ)	医療需要(ニーズ)	一般診療所従事医師数(人)	労働時間調整係数	外来診療数(件)	外来診療数(件)	外来標準化受療率比(圏域人口)	診療所の外来患者対応割合(圏域人口)				
0000	全国	00 全国	00 全国	1,277.1	6,413	98,603	102,457	1,000	31,557,209	97,116,237	8,277	78,939	21,376,340	95,634,273	0.277	79,939
3300	岡山県	33 岡山県	33 岡山県	109.5	163	1,007	6,017	1,725	659,223	1,425,932	152	1,243	553,989	1,411,863	152	1,243
3301	二次医療圏	33 岡山県	3301 真庭医師	9.1	37	843	3,270	973	244,903	726,437	77	657	243,423	723,416	77	657
3302	二次医療圏	33 岡山県	3302 県南医師	7.2	23	490	1,452	532	245,135	514,647	82	369	242,257	513,640	82	369
3303	二次医療圏	33 岡山県	3303 高梁・新見	0.6	3	84	48	38	25,749	25,885	8	41	25,749	24,324	8	41
3304	二次医療圏	33 岡山県	3304 真庭	0.5	3	44	44	34	29,133	29,311	7	31	29,024	29,065	7	31
3305	二次医療圏	33 岡山県	3305 津山・英田	1.6	19	137	156	156	54,254	124,022	19	119	53,359	124,022	19	119



種別 IDNo	地域区分	都道府県名	国名	人口(10万人)	健康増進事業費総額(百万円)		医療従事者数(千人)		診療患者数(百万)		医療費総額(百万円)		病床数(床)	
				標準人口	経常費	臨時費	医師	看護師	診療患者数	診療患者数	医療費総額	医療費総額	病床数	病床数
0000	全国	000	全国	1,277.4	8,229,374	913,237	6,969	34,510	13,624	199,046	1,628	22,717	167,114	1,164,836
0000	北海道	01	北海道	54.2	16,313	11,540	141	606	247	2,754	31	401	4,068	31,139
0001	二次医療圏	02	岡山県	912	6,442	6,176	62	325	113	1,409	22	213	1,154	11,541
0002	二次医療圏	03	岡山県	302	7,803	4,245	47	156	109	544	17	128	1,771	8,833
0003	二次医療圏	04	岡山県	6.6	314	154	2	12	4	121	4	15	4	42
0004	二次医療圏	05	岡山県	0.8	311	313	7	13	1	51	4	13	4	39
0005	二次医療圏	06	岡山県	1.6	1,222	870	16	34	12	228	3	27	607	1,981

○ 外来医師偏在指標とは

外来医師偏在指標＝

標準化診療所医師数(※1)

地域の人口 × 地域の標準化受療率比(※2) × 地域の診療所の外来患者対応割合(※4)  
10万

※1 標準化診療所医師数 =  $\sum$  性年齢階級別診療所医師数  
×  $\frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$

※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 =  $\frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所+病院の外来延べ患者数}}$

## 2 外来医師多数区域

外来医師偏在指標の値が全国の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します。

県内では、県南東部保健医療圏及び県南西部保健医療圏、真庭保健医療圏、津山・英田保健医療圏を外来医師多数区域とします。

現状	課題
<p>○県内各二次医療圏における、外来医師偏在指標による外来医師多数区域は、次のとおりとなっています。</p> <p>(外来医師多数区域)</p> <p>県南東部保健医療圏</p> <p>県南西部保健医療圏</p>	<p>○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必要な情報を提供することで、個々の医師の行動変容を促し、外来医療の偏在是正につなげていく必要があります。</p> <p>○地域における外来医療機能等の不足してい</p>

<p>真庭保健医療圏 津山・英田保健医療圏 (外来医師多数区域以外の区域) 高梁・新見保健医療圏 (平成28(2016)年12月31日現在)</p>	<p>る機能を充実していく必要があります。</p>
--	---------------------------

章名	2 外来医療の現状
節名	2 外来医療提供体制の現状

県内各二次医療圏における、現状の外来医療提供体制は、次のとおりとなっています。

現状	
<p>県内の外来医療提供体制は次のとおりとなっています。(出典:「おかやま医療情報ネット」に掲載されている情報を分析したもの)</p>	
1 内科	<p>外来医療を提供している診療所・病院は1,205カ所で、その内、約50%が県南東部保健医療圏にあり、約30%が県南西部保健医療圏にあります。</p>
2 呼吸器内科	<p>外来医療を提供している診療所・病院は195カ所で、その内、約53%が 県南東部保健医療圏にあり、約36%が県南西部保健医療圏にあります。他の高梁・新見保健医療圏、真庭保健医療圏、津山・英田保健医療圏には、合わせて約10%しかありません。</p>
3 循環器内科	<p>外来医療を提供している診療所・病院は254カ所で、その内、約52%が 県南東部保健医療圏にあり、約32%が県南西部保健医療圏にあります。</p>
4 消化器科	<p>外来医療を提供している診療所・病院は264カ所で、その内、約53%が 県南東部保健医療圏にあり、約29%が県南西部保健医療圏にあります。</p>
5 心療内科	<p>外来医療を提供している診療所・病院は91カ所で、その内、約67%が 県南東部保健医療圏に集中し、約23%が県南西部保健医療圏にあります。他の高梁・新見保健医療圏、真庭保健医療圏、津山・英田保健医療圏には、合わせて約10%しかありません。</p>
6 精神科	<p>外来医療を提供している診療所・病院は142カ所で、その内、約63%が 県南東部保健医療圏に集中し、約26%が県南西部保健医療圏にあります。他の高梁・新見保健医療圏、真庭保健医療圏、津山・英田保健医療圏には、合わせて約10%しかありません。</p>
7 産婦人科	<p>外来医療を提供している診療所・病院は54カ所で、その内、約52%が 県南東部保</p>

健医療圏に、約31%が県南西部保健医療圏にあります。高梁・新見保健医療圏には2カ所、真庭保健医療圏には1カ所のみとなっています。

#### 8 婦人科

外来医療を提供している診療所・病院は42カ所で、その内、約71%が 県南東部保健医療圏にあります。津山・英田保健医療圏にはありません。

#### 9 小児科

外来医療を提供している診療所・病院は437カ所で、その内、約50%が 県南東部保健医療圏に、約33%が県南西部保健医療圏にあります。県内のほとんどの市町村において小児科医療は提供されています。

#### 10 外科

外来医療を提供している診療所・病院は288カ所で、その内、約52%が 県南東部保健医療圏に、約30%が県南西部保健医療圏にあります。

#### 11 整形外科

外来医療を提供している診療所・病院は283カ所で、その内、約52%が 県南東部保健医療圏に、約33%が県南西部保健医療圏にあります。県北の一部を除き、ほとんどの市町村において整形外科医療は提供されています。

#### 12 眼科

外来医療を提供している診療所・病院は180カ所で、その内、約50%が 県南東部保健医療圏に、約34%が県南西部保健医療圏にあります。県北の一部を除き、ほとんどの市町村において、眼科医療は提供されています。

#### 13 耳鼻咽喉科

外来医療を提供している診療所・病院は144カ所で、その内、約52%が 県南東部保健医療圏に、約36%が県南西部保健医療圏にあります。県北の一部を除き、ほとんどの市町村において、耳鼻咽喉科医療は提供されています。

#### 14 皮膚科

外来医療を提供している診療所・病院は215カ所で、その内、約55%が 県南東部保健医療圏に、約31%が県南西部保健医療圏にあります。県北の一部を除き、ほとんどの市町村において、皮膚科医療は提供されています。

(令和元年9月30日現在)

図表2-1 診療科別外来医療機関数(内科)

内科				
保健医療圏別	市町村別	診療所	病院	計
県南東部保健医療圏	岡山市	408	46	454
	玉野市	29	7	36
	備前市	28	3	31
	瀬戸内市	25	4	29
	赤磐市	25	1	26
	和氣町	12	2	14
	吉備中央町	12	2	14
	小計	539	65	604
県南西部保健医療圏	倉敷市	200	31	231
	笠岡市	31	4	35
	井原市	24	2	26
	総社市	33	3	36
	浅口市	13	3	16
	早島町	6	1	7
	里庄町	3	1	4
	矢掛町	8	2	10
小計	318	47	365	
高梁・新見保健医療圏	高梁市	25	3	28
	新見市	27	4	31
	小計	52	7	59
真庭保健医療圏	真庭市	35	6	41
	新庄村	1	0	1
	小計	36	6	42
津山・英田保健医療圏	津山市	65	8	73
	美作市	20	3	23
	鏡野町	10	2	12
	勝央町	6	1	7
	奈義町	4	0	4
	西粟倉村	1	0	1
	久米南町	4	0	4
	美咲町	10	1	11
	小計	120	15	135
合計		1065	140	1205



図表2-2 診療科別外来医療機関数(呼吸器内科)

呼吸器内科				
保健医療圏別	市町村別	診療所	病院	計
県南東部保健医療圏	岡山市	72	16	88
	玉野市	3	1	4
	備前市	3	2	5
	瀬戸内市	2	0	2
	赤磐市	2	0	2
	和気町	2	0	2
	吉備中央町	0	0	0
	小計	84	19	103
県南西部保健医療圏	倉敷市	34	15	49
	笠岡市	6	2	8
	井原市	3	0	3
	総社市	3	1	4
	浅口市	2	0	2
	早島町	2	1	3
	里庄町	0	1	1
	矢掛町	1	0	1
小計	51	20	71	
高梁・新見保健医療圏	高梁市	0	1	1
	新見市	0	0	0
	小計	0	1	1
真庭保健医療圏	真庭市	3	4	7
	新庄村	0	0	0
	小計	3	4	7
津山・英田保健医療圏	津山市	8	2	10
	美作市	0	0	0
	鏡野町	0	0	0
	勝央町	2	1	3
	奈義町	0	0	0
	西粟倉村	0	0	0
	久米南町	0	0	0
	美咲町	0	0	0
小計	10	3	13	
合計		148	47	195

図表2-3 診療科別外来医療機関数(循環器内科)

循環器内科				
保健医療圏別	市町村別	診療所	病院	計
県南東部保健医療圏	岡山市	78	29	107
	玉野市	5	1	6
	備前市	2	3	5
	瀬戸内市	3	2	5
	赤磐市	4	1	5
	和気町	2	2	4
	吉備中央町	0	0	0
	小計	94	38	132
県南西部保健医療圏	倉敷市	37	19	56
	笠岡市	3	3	6
	井原市	4	2	6
	総社市	6	0	6
	浅口市	3	2	5
	早島町	0	0	0
	里庄町	0	1	1
	矢掛町	1	0	1
小計	54	27	81	
高梁・新見保健医療圏	高梁市	0	2	2
	新見市	1	2	3
	小計	1	4	5
真庭保健医療圏	真庭市	5	3	8
	新庄村	0	0	0
	小計	5	3	8
津山・英田保健医療圏	津山市	12	5	17
	美作市	4	1	5
	鏡野町	0	0	0
	勝央町	3	1	4
	奈義町	0	0	0
	西粟倉村	0	0	0
	久米南町	1	0	1
	美咲町	0	1	1
小計	20	8	28	
合計		174	80	254

図表2-4 診療科別外来医療機関数(消化器科)

消化器科

保健医療圏別	市町村別	診療所	病院	計
県南東部保健医療圏	岡山市	96	22	118
	玉野市	5	2	7
	備前市	3	2	5
	瀬戸内市	3	1	4
	赤磐市	3	0	3
	和気町	2	0	2
	吉備中央町	0	1	1
	小計	112	28	140
県南西部保健医療圏	倉敷市	43	15	58
	笠岡市	5	2	7
	井原市	1	0	1
	総社市	4	2	6
	浅口市	1	0	1
	早島町	0	1	1
	里庄町	0	0	0
	矢掛町	3	0	3
	小計	57	20	77
高梁・新見保健医療圏	高梁市	1	2	3
	新見市	1	0	1
	小計	2	2	4
真庭保健医療圏	真庭市	8	4	12
	小計	8	4	12
津山・英田保健医療圏	津山市	15	6	21
	美作市	3	0	3
	鏡野町	1	1	2
	勝央町	4	1	5
	茶臼町	0	0	0
	西栗倉村	0	0	0
	久米南町	0	0	0
	美咲町	0	0	0
	小計	23	8	31
合計		202	62	264

図表2-5 診療科別外来医療機関数(心療内科)

心臓内科

保健医療圏別	市町村別	診療所	病院	計
県南東部保健医療圏	岡山市	44	9	53
	玉野市	2	2	4
	備前市	1	0	1
	瀬戸内市	0	1	1
	赤磐市	0	0	0
	和気町	0	0	0
	吉備中央町	2	0	2
	小計	49	12	61
県南西部保健医療圏	倉敷市	14	1	15
	笠岡市	2	1	3
	井原市	0	0	0
	総社市	2	0	2
	浅口市	0	0	0
	早島町	0	0	0
	里庄町	0	1	1
	矢掛町	0	0	0
	小計	18	3	21
高梁・新見保健医療圏	高梁市	0	2	2
	新見市	1	0	1
小計	1	2	3	
真庭保健医療圏	真庭市	0	1	1
	新庄村	0	0	0
小計	0	1	1	
津山・英田保健医療圏	津山市	2	2	4
	美作市	0	0	0
	鏡野町	1	0	1
	勝央町	0	0	0
	奈義町	0	0	0
	西栗倉村	0	0	0
	久米南町	0	0	0
	美咲町	0	0	0
	小計	3	2	5
合計		71	20	91

図表2-6 診療科別外来医療機関数(精神科)

精神科

保健医療圏別	市町村別	診療所	病院	計
県南東部保健医療圏	岡山市	56	20	76
	玉野市	3	3	6
	備前市	1	1	2
	瀬戸内市	0	2	2
	赤磐市	1	0	1
	和気町	0	0	0
	吉備中央町	2	0	2
	小計	63	26	89
県南西部保健医療圏	倉敷市	17	11	28
	笠岡市	2	2	4
	井原市	2	0	2
	総社市	2	0	2
	浅口市	0	0	0
	早島町	0	0	0
	里庄町	0	1	1
	矢掛町	0	0	0
	小計	23	14	37
高梁・新見保健医療圏	高梁市	2	2	4
	新見市	1	0	1
小計	3	2	5	
真庭保健医療圏	真庭市	0	1	1
	新庄村	0	0	0
小計	0	1	1	
津山・英田保健医療圏	津山市	8	2	10
	美作市	0	0	0
	鏡野町	0	0	0
	勝央町	0	0	0
	奈義町	0	0	0
	西栗倉村	0	0	0
	久米南町	0	0	0
	美咲町	0	0	0
	小計	8	2	10
合計		97	45	142

図表2-7 診療科別外来医療機関数(産婦人科)

産婦人科

保健医療圏別	市町村別	診療所	病院	計
県南東部保健医療圏	岡山市	19	7	26
	玉野市	1	0	1
	備前市	0	0	0
	瀬戸内市	0	0	0
	赤磐市	1	0	1
	和氣町	0	0	0
	吉備中央町	0	0	0
	小計	21	7	28
県南西部保健医療圏	倉敷市	7	6	13
	笠岡市	1	1	2
	井原市	0	0	0
	総社市	2	0	2
	漢口市	0	0	0
	早島町	0	0	0
	里庄町	0	0	0
	小計	10	7	17
高梁・新見保健医療圏	高梁市	1	0	1
	新見市	1	0	1
	小計	2	0	2
真庭保健医療圏	真庭市	0	1	1
	新庄村	0	0	0
	小計	0	1	1
津山・英田保健医療圏	津山市	3	2	5
	美作市	1	0	1
	鏡野町	0	0	0
	勝央町	0	0	0
	奈義町	0	0	0
	西粟倉村	0	0	0
	久米南町	0	0	0
	美咲町	0	0	0
	小計	4	2	6
合計		37	17	54

図表2-8 診療科別外来医療機関数(婦人科)

婦人科

保健医療圏別	市町村別	診療所	病院	計
県南東部保健医療圏	岡山市	13	11	24
	玉野市	1	1	2
	備前市	1	3	4
	瀬戸内市	0	0	0
	赤磐市	0	0	0
	和気町	0	0	0
	吉備中央町	0	0	0
	小計	15	15	30
県南西部保健医療圏	倉敷市	2	4	6
	笠岡市	0	0	0
	井原市	0	1	1
	総社市	0	0	0
	浅口市	0	0	0
	早島町	0	0	0
	里庄町	0	0	0
	矢掛町	0	1	1
小計	2	6	8	
高梁・新見保健医療圏	高梁市	1	1	2
	新見市	0	1	1
	小計	1	2	3
真庭保健医療圏	真庭市	0	1	1
	新庄村	0	0	0
	小計	0	1	1
津山・英田保健医療圏	津山市	0	0	0
	美作市	0	0	0
	鏡野町	0	0	0
	勝央町	0	0	0
	奈義町	0	0	0
	西粟倉村	0	0	0
	久米南町	0	0	0
	美咲町	0	0	0
小計	0	0	0	
合計		18	24	42

図表2-9 診療科別外来医療機関数(小児科)

小児科

保健医療圏別	市町村別	診療所	病院	計
県南東部保健医療圏	岡山市	157	18	175
	玉野市	11	1	12
	備前市	8	1	9
	瀬戸内市	10	1	11
	赤磐市	7	0	7
	和気町	3	0	3
	吉備中央町	2	0	2
	小計	198	21	219
県南西部保健医療圏	倉敷市	81	11	92
	笠岡市	11	3	14
	井原市	11	2	13
	総社市	11	0	11
	浅口市	9	2	11
	早島町	1	1	2
	里庄町	0	0	0
	矢掛町	3	2	5
小計	127	21	148	
高梁・新見保健医療圏	高梁市	5	1	6
	新見市	10	1	11
	小計	15	2	17
真庭保健医療圏	真庭市	11	1	12
	新庄村	0	0	0
	小計	11	1	12
津山・英田保健医療圏	津山市	19	1	20
	美作市	7	2	9
	鏡野町	4	1	5
	勝央町	3	0	3
	奈義町	1	0	1
	西粟倉村	1	0	1
	久米南町	0	0	0
	美咲町	1	1	2
小計	36	5	41	
合計		387	50	437



図表2-10 診療科別外来医療機関数(外科)

外科				
保健医療圏別	市町村別	診療所	病院	計
県南東部保健医療圏	岡山市	78	28	106
	玉野市	5	4	9
	備前市	6	4	10
	瀬戸内市	7	3	10
	赤磐市	7	1	8
	和氣町	2	2	4
	吉備中央町	3	0	3
	小計	108	42	150
県南西部保健医療圏	倉敷市	34	22	56
	笠岡市	5	3	8
	井原市	2	1	3
	総社市	9	3	12
	浅口市	2	2	4
	早島町	0	0	0
	里庄町	1	1	2
	矢掛町	1	1	2
小計	54	33	87	
高梁・新見保健医療圏	高梁市	6	3	9
	新見市	2	2	4
	小計	8	5	13
真庭保健医療圏	真庭市	9	6	15
	新庄村	0	0	0
	小計	9	6	15
津山・英田保健医療圏	津山市	10	2	12
	真作市	3	2	5
	鏡野町	0	2	2
	勝央町	1	0	1
	奈義町	0	0	0
	西粟倉村	0	0	0
	久米南町	0	0	0
	美咲町	2	1	3
小計	16	7	23	
合計		195	93	288

図表2-11 診療科別外来医療機関数(整形外科)

整形外科				
保健医療圏別	市町村別	診療所	病院	計
県南東部保健医療圏	岡山市	81	29	110
	玉野市	5	6	11
	備前市	4	4	8
	瀬戸内市	3	3	6
	赤磐市	6	1	7
	和氣町	0	1	1
	吉備中央町	3	1	4
	小計	102	45	147
県南西部保健医療圏	倉敷市	39	21	60
	笠岡市	3	3	6
	井原市	4	2	6
	総社市	7	2	9
	浅口市	3	2	5
	早島町	1	1	2
	里庄町	1	1	2
	矢掛町	1	1	2
小計	59	33	92	
高梁・新見保健医療圏	高梁市	1	3	4
	新見市	0	2	2
	小計	1	5	6
真庭保健医療圏	真庭市	7	6	13
	新庄村	0	0	0
	小計	7	6	13
津山・英田保健医療圏	津山市	13	2	15
	真作市	2	2	4
	鏡野町	1	2	3
	勝央町	0	1	1
	奈義町	0	0	0
	西粟倉村	1	0	1
	久米南町	0	0	0
	美咲町	1	0	1
小計	18	7	25	
合計		187	96	283

図表2-12 診療科別外来医療機関数(眼科)

		眼科		
保健医療圏別	市町村別	診療所	病院	計
県南東部保健医療圏	岡山市	52	22	74
	玉野市	2	1	3
	備前市	1	3	4
	瀬戸内市	2	3	5
	赤磐市	2	0	2
	和気町	1	1	2
	吉備中央町	1	0	1
	小計	61	30	91
県南西部保健医療圏	倉敷市	35	12	47
	笠岡市	2	2	4
	井原市	2	1	3
	総社市	3	0	3
	浅口市	1	1	2
	早島町	1	0	1
	里庄町	1	0	1
	矢掛町	0	1	1
	小計	45	17	62
高梁・新見保健医療圏	高梁市	1	2	3
	新見市	2	1	3
	小計	3	3	6
真庭保健医療圏	真庭市	3	4	7
	新庄村	0	0	0
	小計	3	4	7
津山・英田保健医療圏	津山市	8	2	10
	美作市	1	1	2
	鏡野町	1	0	1
	勝央町	0	1	1
	奈義町	0	0	0
	西栗倉村	0	0	0
	久米南町	0	0	0
	美味町	0	0	0
	小計	10	4	14
合計		122	58	180

図表2-13 診療科別外来医療機関数(耳鼻咽喉科)

皮膚科

保健医療圏別	市町村別	診療所	病院	計
県南東部保健医療圏	岡山市	47	13	60
	玉野市	3	2	5
	備前市	3	0	3
	瀬戸内市	1	3	4
	赤磐市	3	0	3
	和氣町	0	0	0
	吉備中央町	0	0	0
	小計	57	18	75
県南西部保健医療圏	倉敷市	25	10	35
	笠岡市	2	0	2
	井原市	3	2	5
	総社市	3	0	3
	浅口市	2	1	3
	早島町	1	1	2
	里庄町	1	0	1
	矢掛町	0	1	1
	小計	37	15	52
高梁・新見保健医療圏	高梁市	1	2	3
	新見市	1	0	1
	小計	2	2	4
真庭保健医療圏	真庭市	3	1	4
	新庄村	0	0	0
	小計	3	1	4
津山・英田保健医療圏	津山市	3	3	6
	美作市	1	0	1
	鏡野町	0	1	1
	勝央町	0	1	1
	奈義町	0	0	0
	西粟倉村	0	0	0
	久米南町	0	0	0
	美咲町	0	0	0
	小計	4	5	9
合計		103	41	144

図表2-14 診療科別外来医療機関数(皮膚科)

## 皮膚科

保健医療圏別	市町村別	診療所	病院	計
県南東部保健医療圏	岡山市	76	21	97
	玉野市	3	2	5
	備前市	3	2	5
	瀬戸内市	2	3	5
	赤磐市	3	0	3
	和氣町	1	1	2
	吉備中央町	2	1	3
	小計	90	30	120
県南西部保健医療圏	倉敷市	28	17	45
	笠岡市	1	3	4
	井原市	2	1	3
	総社市	3	1	4
	浅口市	1	2	3
	早島町	1	1	2
	里庄町	1	1	2
	矢掛町	2	1	3
小計	39	27	66	
高梁・新見保健医療圏	高梁市	0	3	3
	新見市	3	1	4
	小計	3	4	7
真庭保健医療圏	真庭市	2	4	6
	新庄村	0	0	0
	小計	2	4	6
津山・英田保健医療圏	津山市	8	2	10
	美作市	1	1	2
	鏡野町	0	0	0
	勝央町	2	1	3
	奈義町	0	0	0
	西粟倉村	0	1	1
	久米南町	0	0	0
	美咲町	0	0	0
小計	11	5	16	
合計		145	70	215

章名	3 新規開業者に求める事項
節名	1 外来医師多数区域

1 現状と課題

外来医師多数区域における外来医療機能は、次のとおりとなっています。

現状	課題
<p>外来医師多数区域における、外来医療機能は、次のとおりとなっています。</p> <p>○県南東部保健医療圏</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療提供体制 在宅患者訪問診療実施医療機関は、病院26カ所、診療所245カ所、計271カ所となっており、全体の約30%です。</li> <li>・初期救急医療提供体制 初期救急に参加している医療機関は、管内の各医師会において、不足傾向にあり、またこれを担う医師についても高齢化が見られます。 (医師会に確認をお願いします)</li> <li>・公衆衛生提供体制 学校医については、岡山市等都市部については、充足しているが、その他の地域では、不足しており、岡山市内から他の市町へ医師が派遣されている状況です。(医師会に確認をお願いします)</li> <li>産業医が必要な常時50人以上の労働者を使用する事業場に対して、産業医の多くは嘱託医として勤務しているが、メンタルヘルスを含む労働安全の強化が考慮されるため、今後の不足が懸念されます。(医師会に確認をお願いします)</li> <li>・その他 新規開業者に担ってほしい外来医療機能がないか確認をお願いします。(医師会に確認をお願いします)</li> </ul> <p>○県南西部保健医療圏</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療提供体制</li> </ul>	<p>外来医師多数区域における、外来医療機能の課題は、次のとおりです。</p> <p>○県南東部保健医療圏</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療提供体制については、今後の需要増加を考慮すると将来に向けた充足が必要です。</li> <li>・初期救急医療提供体制を引き続き維持していくためには、新規開業者や診療所の後継者等新たに医業を行う者に積極的に参加を促していく必要があります。</li> <li>・公衆衛生提供体制 学校医については、都市部からそれ以外の地域への派遣も求められており、新規開業者や診療所の後継者等新たに医業を行う者に積極的に参加を促していく必要があります。 産業医については、事業場からのニーズも高いため、新規開業者や診療所の後継者等新たに医業を行う者に積極的に参加を促していく必要があります。</li> <li>・その他 …の機能を充実していく必要があります。</li> </ul> <p>○県南西部保健医療圏</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療提供体制については、今後の需</li> </ul>



在宅患者訪問診療実施医療機関は、病院26カ所、診療所133カ所、計159カ所となっており、全体の29%です。

・初期救急医療提供体制

初期救急に参加している医療機関は、管内の各医師会において、不足傾向にあり、またこれを担う医師についても高齢化が見られます。

(医師会に確認をお願いします)

・公衆衛生提供体制

学校医については、倉敷市等都市部だけでなく、概ね充足しているが、これを担う医師の高齢化が見られます。(医師会に確認をお願いします)

産業医が必要な常時50人以上の労働者を使用する事業場に対して、産業医の多くは嘱託医として勤務しているが、メンタルヘルスを含む労働安全の強化が考慮されるため、今後の不足が懸念されます。(医師会に確認をお願いします)

・その他

新規開業者に担ってほしい外来医療機能がないか確認をお願いします。(医師会に確認をお願いします)

○真庭保健医療圏

・在宅医療提供体制

在宅患者訪問診療実施医療機関は、病院？カ所、診療所18カ所、計？カ所となっており、全体の？%です。

・初期救急医療提供体制

初期救急に参加している医療機関は、管内の各医師会において、不足している。さらに、これを担う医師についても、高齢化しています。

(医師会に確認をお願いします)

・公衆衛生提供体制

学校医については、管内全域で不足しており、これを担う医師も高齢化しています。(医師会に確認をお願いします)

産業医が必要な常時50人以上の労働者を

要増加を考慮すると将来に向けた充足が必要です。

・初期救急医療提供体制を引き続き維持していくためには、新規開業者や診療所の後継者等新たに医業を行う者に積極的に参加を促していく必要があります。

・公衆衛生提供体制

学校医については、新規開業者や診療所の後継者等新たに医業を行う者に積極的に参加を促していく必要があります。

産業医については、事業場からのニーズも高いため、新規開業者や診療所の後継者等新たに医業を行う者に積極的に参加を促していく必要があります。

・その他

・・・の機能を充実していく必要があります。

○真庭保健医療圏

・在宅医療提供体制については、今後の需要増加を考慮すると将来に向けた充足が必要である。

・初期救急医療提供体制を引き続き維持していくためには、新規開業者や診療所の後継者等新たに医業を行う者に積極的に参加を促していく必要があります。

・公衆衛生提供体制

学校医については、新規開業者や診療所の後継者等新たに医業を行う者に積極的に参加を促していく必要があります。

産業医については、事業場からのニーズも

使用する事業場に対して、産業医の多くは嘱託医として勤務しているが、メンタルヘルスを含む労働安全の強化が考慮されるため、今後の不足が懸念されます。(医師会に確認をお願いします)

・その他

新規開業者に担ってほしい外来医療機能がないか確認をお願いします。

○津山・英田保健医療圏

・在宅医療提供体制

在宅患者訪問診療実施医療機関は、病院10カ所、診療所45カ所、計55カ所となっており、全体の約30%です。

・初期救急医療提供体制

初期救急に参加している医療機関は、管内の各医師会において、不足している。さらに、これを担う医師についても、高齢化しています。

(医師会に確認をお願いします)

・公衆衛生提供体制

学校医については、管内全域で不足しており、これを担う医師も高齢化しています。(医師会に確認をお願いします)

産業医が必要な常時50人以上の労働者を使用する事業場に対して、産業医の多くは嘱託医として勤務しているが、メンタルヘルスを含む労働安全の強化が考慮されるため、今後の不足が懸念されます。(医師会に確認をお願いします)

・その他

新規開業者に担ってほしい外来医療機能がないか確認をお願いします。(医師会に確認をお願いします)

高いため、新規開業者や診療所の後継者等新たに医業を行う者に積極的に参加を促していく必要があります。

・その他

…の機能を充実していく必要があります。

○津山・英田保健医療圏

・在宅医療提供体制については、今後の需要増加を考慮すると将来に向けた充足が必要です。

・初期救急医療提供体制を引き続き維持していくためには、新規開業者や診療所の後継者等新たに医業を行う者に積極的に参加を促していく必要があります。

・公衆衛生提供体制

学校医については、新規開業者や診療所の後継者等新たに医業を行う者に積極的に参加を促していく必要があります。

産業医については、事業場からのニーズも高いため、新規開業者や診療所の後継者等新たに医業を行う者に積極的に参加を促していく必要があります。

・その他

…の機能を充実していく必要があります。

## 2 施策の方向

外来医師多数区域において、新規開業者の届け出の際に求める外来医療機能は、次のとおりとします。新規開業の際には、地域で不足する外来医療機能を担うことに、各地域医療構想調整会議

において合意の状況を確認することとします。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、協議を行い、その協議結果を公表することとします。

項目	施策の方向
新規開業者の届出の際に求める事項	<p>○県南東部保健医療圏</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療(在宅患者訪問診療)</li> <li>・初期救急医療(夜間・休日診療)</li> <li>・公衆衛生(学校医、産業医)</li> <li>・その他( )</li> </ul> <p>※地区別に記載も可</p> <p>○県南西部保健医療圏</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療(在宅患者訪問診療)</li> <li>・初期救急医療(夜間・休日診療)</li> <li>・公衆衛生(学校医、産業医)</li> <li>・その他( )</li> </ul> <p>※地区別に記載も可</p> <p>○真庭保健医療圏</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療(在宅患者訪問診療)</li> <li>・初期救急医療(夜間・休日診療)</li> <li>・公衆衛生(学校医、産業医)</li> <li>・その他( )</li> </ul> <p>※地区別に記載も可</p> <p>○津山・英田保健医療圏</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療(在宅患者訪問診療)</li> <li>・初期救急医療(夜間・休日診療)</li> <li>・公衆衛生(学校医、産業医)</li> <li>・その他( )</li> </ul> <p>※地区別に記載も可</p>

章名	3 新規開業者に求める事項
節名	2 外来医師多数区域以外の区域

1 現状と課題

外来医師多数区域以外の区域における外来医療機能は、次のとおりとなっています。

現状	課題
<p>外来医師多数区域以外の区域における、外来医療機能は、次のとおりとなっています。</p> <p>○高梁・新見保健医療圏</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療提供体制 在宅患者訪問診療実施医療機関は、病院？カ所、診療所15カ所、計？カ所となっており、全体の約？%です。</li> <li>・初期救急医療提供体制 初期救急に参加している医療機関は、管内の各医師会において、不足しています。さらに、これを担う医師についても高齢化しています。 (医師会に確認をお願いします)</li> <li>・公衆衛生提供体制 学校医については、管内全域で不足しており、これを担う医師も高齢化しています。(医師会に確認をお願いします) 産業医が必要な常時50人以上の労働者を使用する事業場に対して、産業医の多くは嘱託医として勤務しているが、メンタルヘルスを含む労働安全の強化が考慮されるため、今後の不足が懸念されます。(医師会に確認をお願いします)</li> <li>・その他 新規開業者に担ってほしい外来医療機能がないか確認をお願いします。(医師会に確認をお願いします)</li> </ul>	<p>外来医師多数区域以外の区域における、外来医療機能の課題は次のとおりとなっています。</p> <p>○高梁・新見保健医療圏</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療提供体制については、今後の需要増加を考慮すると将来に向けた充足が必要です。</li> <li>・初期救急医療提供体制を引き続き維持していくためには、新規開業者や診療所の後継者等新たに医業を行う者に積極的に参加を促していく必要があります。</li> <li>・公衆衛生提供体制 学校医については、新規開業者や診療所の後継者等新たに医業を行う者に積極的に参加を促していく必要があります。 産業医については、事業場からのニーズも高いため、新規開業者や診療所の後継者等新たに医業を行う者に積極的に参加を促していく必要があります。</li> <li>・その他 …の機能を充実していく必要があります。</li> </ul>

2 施策の方向

外来医師多数区域以外の区域において、新規開業者に求める外来医療機能は、次のとおりとしますが、届け出の際の記載は不要とします。

項目	施策の方向
新規開業者の届け出の際に求める事項	○高梁・新見保健医療圏 ・在宅医療(在宅患者訪問診療) ・初期救急医療(夜間・休日診療) ・公衆衛生(学校医、産業医) ・その他( ) ※地区別に記載も可



章名	4 医療機器の効率的な活用
節名	1 医療機器の設置状況と保有状況

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ます。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ります。

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設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、各地域医療構想調整会議を活用し、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します。

## 1 医療機器の設置状況

県内各二次医療圏における、現状の医療機器の設置状況は、次のとおりとなっています。

現 状
医療機器の保有台数は、以下のとおりとなっています。
○県南東部保健医療圏
・病 院 CT 77台、MRI 44台、PET 5台、マンモグラフィー 17台、 放射線治療(体外照射) 11台
・診療所 CT 57台、MRI 15台、PET 2台、マンモグラフィー 15台
○県南西部保健医療圏
・病 院 CT 56台、MRI 34台、PET 4台、マンモグラフィー 22台、 放射線治療(体外照射) 6台
・診療所 CT 37台、MRI 7台、マンモグラフィー 6台
○高梁・新見保健医療圏
・病 院 CT 8台、MRI 5台、マンモグラフィー 3台
・診療所 CT 4台
○真庭保健医療圏
・病 院 CT 6台、MRI 4台、マンモグラフィー 2台
・診療所 CT 2台、MRI 1台
○津山・英田保健医療圏
・病 院 CT 18台、MRI 6台、PET 1台、マンモグラフィー 4台
・診療所 CT 10台、MRI 3台、マンモグラフィー 2台

(平成30(2018)年6月1日現在)

調整人口当たり医療機器台数は、以下のとおりとなっています。

○県南東部保健医療圏

全ての医療機器台数が、全国平均を上回っています。稼働率は、病院の放射線治療(体外照射)と診療所のCT、PETを除き、全国平均を下回っています。

○県南西部保健医療圏

放射線治療(体外照射)を除き、医療機器台数は全国平均を上回っています。稼働率は、病院のPETを除き、全国平均を下回っています。

○高梁・新見保健医療圏

全ての医療機器台数(保有している機器のみ)が、全国平均を上回っています。稼働率は、全ての医療機器台数(保有している機器のみ)が、全国平均を下回っています。

○真庭保健医療圏

MRIを除き、医療機器台数(保有している機器のみ)は全国平均を上回っています。稼働率は、全ての医療機器台数(保有している機器のみ)が、全国平均を下回っています。

○津山・英田保健医療圏

CTとPET台数は全国平均を上回っています。稼働率は、病院のCT、PET、マンモグラフィーが全国平均を上回っています。

図表 4-1 医療機器の設置状況

医療機器台数  
平成25年度調査結果データ

医療圏区分	郵便行員名	施設名 平成30年4月時点	調理学部台数					一般診療所設置台数				
			CT	MRI	PET	マンモグラ フィー	放射線治療(体 外照射)	CT	MRI	PET	マンモグラ フィー	放射線治療(体 外照射)
高梁	00 高梁	00 高梁	6,344	4,737	457	2,699	1,041	5,782	1,208	129	1,648	119
高梁	33 岡山県	33 岡山県	165	92	10	50	17	110	29	1	23	0
高梁	33 岡山県	3301 真庭郡	77	44	2	17	13	57	15	1	15	0
高梁	33 岡山県	3302 真庭郡	88	34	4	22	8	37	9	0	8	0
高梁	33 岡山県	3303 高梁・新見	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高梁	33 岡山県	3304 高梁	6	2	0	4	0	2	1	0	0	0
高梁	33 岡山県	3305 津山・英田	18	9	1	4	0	10	1	0	2	0

図表 4-2 医療機器の調整人口あたり台数

医療機器の調整人口あたり台数

標準用 index	地域区分	都道府県名	市町村名 平成30年4月時点	調整人口あたり台数					人口10万人対標準化率(注)(件/10万人)					医療機器台数(標準化人口あたり台数)(注)(台)					医療機器台数(調整人口あたり台数)(注)(台)				
				CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療(体外照射)	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療(体外照射)	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療(体外照射)	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療(体外照射)
0000	全国	00 全国	00 全国	11.1	5.5	0.46	3.4	0.91	11.1	5.5	0.46	3.4	0.91	2,437	1,890	794	482	26	662	1,945	1,019	625	23
3300	標準地域	33 岡山県	33 岡山県	13.8	5.9	0.61	3.9	0.85	14.3	6.1	0.62	3.8	0.89	2,208	1,782	683	482	26	718	1,583	2,387	267	-
3301	二次医療圏	33 岡山県	3301 倉敷県部	14.6	6.5	0.77	3.5	1.21	14.7	6.5	0.77	3.5	1.20	2,157	1,786	301	654	30	840	1,812	2,387	304	-
3302	二次医療圏	33 岡山県	3302 備前県部	12.7	5.7	0.55	4.0	0.82	13.0	5.7	0.56	3.9	0.84	2,322	1,867	1,052	441	20	679	1,526	-	246	-
3303	二次医療圏	33 岡山県	3303 高梁・新見	14.7	6.7	0.60	5.2	0.60	19.5	8.1	0.60	4.9	0.60	1,553	1,130	-	56	-	125	-	-	-	-
3304	二次医療圏	33 岡山県	3304 真庭	13.4	5.4	0.60	8.5	0.60	16.9	6.3	0.60	9.4	0.60	1,733	1,564	-	153	-	184	601	-	-	-
3305	二次医療圏	33 岡山県	3305 備前・真庭	13.5	4.5	0.50	3.4	0.60	15.4	4.9	0.55	3.3	0.60	2,518	1,887	1,115	630	-	514	861	-	42	-

(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設置状況に関する指標の計算方法

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

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

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

図表 4-3 医療機器の市町村別設置状況

保健医療圏別	市町村別	病院保有台数					一般診療所保有台数				
		CT	MRI	PET	マンモグラフィ	CT	MRI	PET	マンモグラフィ		
県南東部保健医療圏	岡山市北区	45	22	1	8	6	0	0	0	15	
	岡山市中区	9	7	1	1	1	0	0	0		
	岡山市東区	8	3	1	1	2	1	0	0		
	岡山市南区	8	2	0	0	3	1	0	0		
	玉野市	6	3	0	0	0	0	0	0		
	橋本市	4	4	0	0	0	0	0	0		
	瀬戸内市	4	1	0	0	0	0	0	0		
	赤松市	1	1	0	0	0	0	0	0		
	和気町	2	1	0	0	0	0	0	0		
	吉備中央町	2	1	0	0	0	0	0	0		
小計	89	45	3	10	17	12	2	0	0		
県南西部保健医療圏	倉敷市	42	28	4	6	8	2	0	0	6	
	笠岡市	3	2	0	0	1	1	0	0		
	井原市	3	1	0	0	2	2	0	0		
	総社市	2	0	0	0	2	0	0	0		
	浅口市	2	1	0	0	0	0	0	0		
	早鳥町	1	1	0	0	0	0	0	0		
	里庄町	1	0	0	0	1	0	0	0		
	矢掛町	1	1	0	0	0	0	0	0		
小計	55	34	4	6	22	14	5	0	0		
高梁・新見保健医療圏	高梁市	3	3	0	0	0	0	0	0	0	
	新見市	4	2	0	0	1	0	0	0		
	小計	7	5	0	0	3	1	0	0		0
真庭保健医療圏	真庭市	3	3	0	0	0	0	0	0	0	
	新庄村	4	2	0	0	1	0	0	0		
	小計	7	5	0	0	4	1	0	0		0
津山・英田保健医療圏	津山市	8	4	1	1	1	0	0	0	2	
	美作市	3	0	0	0	1	0	0	0		
	鏡野町	2	1	0	0	0	0	0	0		
	勝央町	1	1	0	0	0	0	0	0		
	奈義町	0	0	0	0	0	0	0	0		
	西粟倉村	0	0	0	0	0	0	0	0		
	久米南町	0	0	0	0	0	0	0	0		
	美咲町	1	0	0	0	0	0	0	0		
	小計	15	6	1	1	4	2	0	0		0

※平成30年度病床機能報告データによる。マンモグラフィ台数のみ平成29年度医療施設調査データによる。

## 2 医療機器の共同利用状況

県内各二次医療圏における、医療機器の共同利用状況は、次のとおりとなっています。

現 状
<p>県内各二次医療圏における、医療機器の共同利用状況は、次のとおりとなっています。</p> <p>○県南東部保健医療圏 ※今後調査を実施</p> <p>○県南西部保健医療圏 ※今後調査を実施</p> <p>○高梁・新見保健医療圏</p>

※今後調査を実施

○真庭保健医療圏

※今後調査を実施

○津山・英田保健医療圏

※今後調査を実施

(令和元(2019)年10月現在)

※ 「共同利用」には、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みます。

※ 医療機器の保有状況、共同利用のデータ

章名	4 医療機器の効率的な活用
節名	2 医療機器の共同利用の方針

県内各二次医療圏における、医療機器の共同利用の方針は、次のとおりとなっています。

#### 医療機器共同利用の方針

##### ○県南東部保健医療圏

今後、CT、MRI、PET、マンモグラフィー、放射線治療(体外照射)を導入する予定のある医療機関で共同利用を希望する医療機関及び既に導入している医療機関で共同利用を希望する医療機関があれば、地域医療構想調整会議で協議を行い、協力を行います。

共同利用計画に記載する事項は次のとおりとします。

- 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関
- 3 保守、整備等の実施に関する方針
- 4 画像情報及び歯像診断情報の提供に関する方針 画像撮影等の検査機器の場合等  
また、新たに購入する機器で、共同利用を行わない場合の理由について確認を行います。

##### ○県南西部保健医療圏

今後、CT、MRI、PET、マンモグラフィー、放射線治療(体外照射)を導入する予定のある医療機関で共同利用を希望する医療機関及び既に導入している医療機関で共同利用を希望する医療機関があれば、地域医療構想調整会議で協議を行い、協力を行います。

共同利用計画に記載する事項は次のとおりとします。

- 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関
- 3 保守、整備等の実施に関する方針
- 4 画像情報及び歯像診断情報の提供に関する方針 画像撮影等の検査機器の場合等  
また、新たに購入する機器で、共同利用を行わない場合の理由について確認を行います。

##### ○高梁・新見保健医療圏

今後、CT、MRI、PET、マンモグラフィー、放射線治療(体外照射)を導入する予定のある医療機関で共同利用を希望する医療機関及び既に導入している医療機関で共同利用を希望する医療機関があれば、地域医療構想調整会議で協議を行い、協力を行います。

共同利用計画に記載する事項は次のとおりとします。

- 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関
- 3 保守、整備等の実施に関する方針
- 4 画像情報及び歯像診断情報の提供に関する方針 画像撮影等の検査機器の場合等  
また、新たに購入する機器で、共同利用を行わない場合の理由について確認を行います。



#### ○真庭保健医療圏

今後、CT、MRI、PET、マンモグラフィー、放射線治療(体外照射)を導入する予定のある医療機関で共同利用を希望する医療機関及び既に導入している医療機関で共同利用を希望する医療機関があれば、地域医療構想調整会議で協議を行い、協力を行います。

共同利用計画 に記載する事項は次のとおりとします。

- 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関
- 3 保守, 整備等の実施に関する方針
- 4 画像情報及び歯像診断情報の提供に関する方針 画像撮影等の検査機器の場合等  
また、新たに購入する機器で、共同利用を行わない場合の理由について確認を行います。

#### ○津山・英田保健医療

今後、CT、MRI、PET、マンモグラフィー、放射線治療(体外照射)を導入する予定のある医療機関で共同利用を希望する医療機関及び既に導入している医療機関で共同利用を希望する医療機関があれば、地域医療構想調整会議で協議を行い、協力を行います。

共同利用計画 に記載する事項は次のとおりとします。

- 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関
- 3 保守, 整備等の実施に関する方針
- 4 画像情報及び歯像診断情報の提供に関する方針 画像撮影等の検査機器の場合等  
また、新たに購入する機器で、共同利用を行わない場合の理由について確認を行います。

## 病院・診療所開設の状況（H25.4.1～H31.4.1まで）

## ①開設件数（診療所14件）

年度	開設件数	内訳
H25	0	
H26	6	特養医務室4件、眼科・診療所各1件
H27	1	皮膚科
H28	1	内科
H29	2	眼科、診療所
H30	3	診療所1件（病院からの転換）、小児科・耳鼻咽喉科各1件
H31年4月まで	1	診療所（個人→町立）
合計	14	

## ②診療科別

診療科別等	件数	市町村別
特別養護老人ホームの医務室	4	津山市2件、美作市・久米南町各1件
眼科	2	津山市
皮膚科	1	勝央町
耳鼻咽喉科	1	津山市
小児科	1	津山市
診療所	5	津山市3件、美作市1件、美咲町1件
合計	14	津山市9件、美作市2件、3町3件

## 病院・診療所廃止の状況（H25.4.1～H31.4.1まで）

## ①廃止件数（病院1件、診療所22件）

年度	件数	診療科別等	市町村別
H25	1	診療所	勝央町
H26	3	診療所2件 眼科1件	津山市
H27	3	診療所	津山市・鏡野町・久米南町各1件
H28	4	診療所	津山市
H29	8	診療所5件、精神科・整形外科・病院各1件	津山市6件、美作市2件
H30	4	外科1件 診療所3件	津山市・美作市各1件、美咲町2件
合計	23	診療所18件 精神科・眼科・病院・整形外科・外科各1件	津山市15件、美作市3件、勝央町1件、鏡野町1件、久米郡3件

## ②廃止理由、件数

理由	件数
病気、高齢、死亡	13
常勤不在、医師・看護師不足、医師確保困難	3
患者減少	3
法人解散・統合	2
町へ譲渡	1
病院から診療所へ転換	1
治療内容休止	1
合計（患者減少、医師確保困難は重複して計上）	24

## 資料6

### 津山市・苫田郡・久米郡・美作市・勝田郡医師会等への調査（案）

1 外来医療機能（公衆衛生：学校医・産業医・予防接種等、初期救急、在宅医療など）の津山・英田圏域の現状把握と基礎データを取りまとめ、今後の見通しを検討していくため、下記の既存のデータの提供について御協力をお願いします。

（ ）医師会

① 会員名簿（氏名、生年月日）

② 公衆衛生

学校医名簿

産業医名簿

介護認定審査会医師

予防接種を担う医師

③ 初期救急医療

在宅当番医制に参加している医療機関名

④ 在宅医療

訪問診療ができる医療機関

往診が可能な医療機関

24時間対応が可能な医療機関

2 下記の項目について、医師会として認識されています現状と課題についてご意見をお聞かせください。

① 公衆衛生

② 初期救急

② 在宅医療

## 医療機器の共同利用状況について

医療機関名 ( )

該当するものに○を記入

1 CT (28台：病院18台、診療所10台)

- (1) 共同利用あり
- (2) 共同利用なし ①今後、提供に応じられる ②提供に応じられない
- (3) 共同利用する場合、更新をやめてもよい

2 MRI (9台：病院6台、診療所3台)

- (1) 共同利用あり
- (2) 共同利用なし ①今後、提供に応じられる ②提供に応じられない
- (3) 共同利用する場合、更新をやめてもよい

3 PET (1台)

- (1) 共同利用あり
- (2) 共同利用なし→①今後、提供に応じられる ②提供に応じられない
- (3) 共同利用する場合、更新をやめてもよい

4 放射線治療 (1台：病院)

- (1) 共同利用あり
- (2) 共同利用なし ①今後、提供に応じられる ②提供に応じられない
- (3) 共同利用する場合、更新をやめてもよい

5 マンモグラフィ (6台：病院4台、診療所2台)

- (1) 共同利用あり
- (2) 共同利用なし ①今後、提供に応じられる ②提供に応じられない
- (3) 共同利用する場合、更新をやめてもよい

※ ( ) 内は医療器具保有数であり平成30年度病床機能報告データによる。

マンモグラフィ台数のみ平成29年度医療施設調査データによる。