令和元年度　地域保健総合推進事業

「地域医療構想の推進及び地域包括ケアシステムの構築にかかる都道府県の役割に関する調査研究」報　告　書

令和２年３月

日本公衆衛生協会

分担事業者　　角野　文彦

（滋賀県健康医療福祉部　理事）

目　　次

Ⅰ　目的 ---------- １

Ⅱ　研究方法
　Ⅱ－１　研究組織 ---------- ２
　Ⅱ－２　事業実施内容 ---------- ２

Ⅲ　都道府県調査
　Ⅲ－１　方法 ---------- ４
　Ⅲ－２　結果と考察 ---------- ４

Ⅳ　政令指定都市調査
　Ⅳ－１　方法 ---------- ４８
　Ⅳ－２　結果と考察 ---------- ４８

Ⅴ　先進的取り組み自治体視察結果
　Ⅴ－１　横浜市 ---------- ６０
　Ⅴ－２　堺市 ---------- ６５
　Ⅴ－３　広島市 ---------- ６７

Ⅵ　地域医療構想推進に当たってのデータ活用 ---------- ７２

Ⅶ　資料編---------- ７５

Ⅰ　目的

今年度都道府県に策定が義務付けられた「医師確保計画」および「外来医療計画」の取り組み状況を調査し、取り組みの好事例を示すことによって効果的に事業が進展することを目的とする。

また、都道府県との連携の下、政令指定都市における地域医療構想及び地域包括ケアシステムの構築の推進に向けた取り組み状況およびそのための組織体制のあり方を把握、分析し、情報提供することにより、取り組みの進展を図ることを目的とする。

Ⅱ　研究方法

Ⅱ－１　研究組織

分担事業者　　角野文彦（滋賀県健康医療福祉部　理事）
協力事業者　　阿彦忠之（山形県健康福祉部　医療統括監）
山崎　理（新潟県福祉保健部　副部長）
松澤知（新潟県上越地域振興局健康福祉環境部地域保健課）
片岡穣（さいたま市保健所　副参事）
前田光哉（神奈川県保健医療部　部長）
大江　浩（富山県新川厚生センター　所長）
越田理恵（金沢市保健局　担当局長）
切手俊弘（滋賀県彦根保健所　所長）
畑山英明（大阪府健康医療部保健医療室保健医療企画課　課長補佐）
田中剛（広島県健康福祉局　局長）
糸数　公（沖縄県保健医療部　保健衛生統括監）
アドバイザー　櫃本真聿（四国医療産業研究所　所長）

Ⅱ－２　事業実施内容

１）　研究班会議の開催

第１回研究班会議　令和１年６月１９日（水）於：東京都内
① 昨年度事業評価について
② 今年度事業のタイムスケジュールについて
③ 調査内容について
④ 役割分担について

第２回研究班会議　令和１年８月３日（土）於：東京都内
① 都道府県対象調査について
② 政令指定都市対象調査について

第３回研究班会議　令和１年１０月２２日（火）於：高知市内
① 都道府県対象調査結果について
② 政令指定都市対象調査結果について
③ 視察先について
④ 今後の予定について

第４回研究班会議　令和２年１月２５日(土) 於：東京都内
① 都道府県対象調査結果について
② 政令指定都市対象調査結果について
③ 視察結果について
④ 報告書作成について
⑤ 発表会について

２）　アンケート調査の実施

①　「医師確保計画」「外来医療計画」策定に関して都道府県を対象に調査を実施した。

②　政令指定都市における地域医療構想の推進、地域包括ケアシステムの構築に関して政令指定都市を対象に調査を実施した。

３）先進的取り組み自治体への視察

調査結果を元に、先進的取り組みを行っている政令指定都市への視察調査を行った。

４）データ活用の具体例

データ活用の考え方、急性期病院（病棟）に関するデータの具体的活用事例を示した。

Ⅲ　都道府県対象調査

Ⅲ―１　方法

◆ 目的：今年度都道府県に策定が義務付けられた医師確保計画及び外来医療計画の取り組、状況を調査し、効果的に事業が進展するような情報提供を行うこと。

◆ 調査期間：２０１９年 ８月２７日～９月１０日

◆ 調査対象：全国の都道府県（４７か所）

◆ 調査方法：調査依頼状および質問用紙を全国衛生部長会事務局から配信、メールにて研究班に回答を得た

◆ 調査項目：

【１】 都道府県のプロフィール（医学部を有する大学数、二次医療圏域数、医師少数スポットの設定について等）：５項目

【２】 「医師確保計画」策定について（組織体制、関係団体へのヒヤリング、説明会の開催、キャリア形成プログラムの策定、地域医療センターの運営主体、医師・歯科医師・薬剤師調査の活用、計画策定での工夫、策定にかかる課題等）：１４項目

【３】 外来医療計画」策定について（組織体制、医療提供体制に関する協議の場、医療機器に関するワーキンググループの設置、活用データ、策定にかかる課題等）：９項目

Ⅲ―２　結果と考察

◆ 回収率：９７．９%（４６/４７都道府県）

◆ 調査結果

≪都道府県プロファイル≫

【１】 医学部を有する大学数

回答のあった４６都道府県には医学部を有する大学は８０大学（防衛医科大学校を除く）であり、総定員数は９，６８４人であった。都道府県ごとの大学数は表１に示した。複数の大学を有する都道府県は人口規模の大きいところであり、特に４大学を有するのは神奈川県、愛知県、福岡県、５大学を有するのは大阪府、１３大学を有するのは東京都であり、医学部を有する大学が大都市圏に集中していた。

表 1．都道府県別医学部を有する大学数

大学数	１	２	３	４	５	１３
都道府県	３３	7	１	３	１	１

【２】 派遣調整対象となる現有医師数

派遣調整対象となる医師が５０人未満の都道府県が２１自治体、５０人から１００人未満が１２自治体、１００人以上が１３自治体であった。最も多いのは静岡県（医師少数県）の３２９人であった。医師少数県であっても４自治体は派遣調整対象となる医師数が５０人未満であった。

都道府県内における二次医療圏間の偏在を調整する機能があるとともに、特定の診療科における診療義務がある場合には、診療科間の偏在を調整する機能もある。現時点では各都道府県における派遣調整対象者にばらつきがある。（最高 329 人、最低０人）都道府県ごとの地域枠などの必要数を厚生労働省からも提供予定でもあり、今後さらに派遣調整対象数は、地域の実情に合わせて調整する必要がある。

表２．都道府県別派遣調整対象となる現有医師数

派遣調整対象医師数（人）	～４９	５０～９９	１００～１４９	１５０～１９９	３００～３４９	不明
都道府県	２１	１２	８	２	１	２

【３】 医師偏在指数（暫定）の都道府県数

国が上位３分の１を多数県、下位３分の１を少数県と定義したことから当然のことながらこの割合での回答となった。多数県１６自治体、少数県１５自治体、どちらでもない１５自治体。しかるに、多数県と位置付けられた県においては、実態と乖離がある、すなわち医師不足の現状があると感じているところがほとんどであった。

【４】 都道府県別２次医療圏域数と２次医療圏域のうち医師多数圏域数と医師少数圏域数

２次医療圏域総数は３２５であり、鳥取県と徳島県が３圏域と最も少なく、北海道が２１圏域と最も多かった。

２次医療圏のうち、医師多数圏域数は１０４、医師少数圏域数は１１３であった。

【５】 医師少数スポットの設定について

設定または設定を予定しているのは３４自治体であった。

設定の考え方は次のとおりであった。

・自由記載のまとめ

【青森県】医師多数区域または中間区域内の市町村で、人口１０万対医師数が全国平均を大きく下回る市町村を医師少数スポットに設定。

【岩手県】医師少数区域以外の二次医療圏内において、医師が少なく、かつ他地区での受療が困難な地区・地区は過疎、辺地又は特別豪雪地帯の単位

【宮城県】他県を参考に具体的な範囲を検討する予定

【秋田県】地域医療対策協議会医師確保計画策定部会において設定基準等について検討する予定

【新潟県】医師多数区域にも医師が不足している地区等があることから、その地区等にも配慮する必要がある

【長野県】設定に当たり、踏まえるべき事項は次のとおり。（調整段階のもの）①政策医療を担う医療機関が現に存在、②法指定地域（過疎・豪雪・辺地）、③アクセス（医療機関への到達時間）、④その他（地域医療構想調整会議において、特に医師の確保を図ることが必要とされている）

【愛知県】現在検討中であるが、「医師確保計画策定ガイドライン」に基づき、地域内の医療機関が少なく、地理的条件や交通事情等から他の地域の医療機関へのアクセスが制限されており、地域のへき地診療所、へき地医療拠点病院における医師確保が困難な地域としてはどうかと考えている。

【京都府】○過疎地域自立促進特別措置法等関係法令により指定された地域等、○医師の配置やキャリア形成の観点から、地域枠医師等の配置が可能な病院のある地域、○へき地診療所（他の地域の医療機関へのアクセスが制限）周辺の地域

【兵庫県】「兵庫県保健医療計画（圏域版）」（平成３１年３月策定）において、準圏域の設定や特定中核病院の指定を行ったこと等を踏まえ、二次医療圏よりも小さい単位の地域（市町等）を「医師少数スポット」として設定することについて今後検討

【和歌山県】へき地診療所を中心とした区域を想定

【広島県】へき地医療対策の実施地域（過疎法・離島振興法の適用地域）のうちから，日常生活圏域を単位として設定を検討中

【山口県】未定。ただし、へき地医療対策の対象地域（無医地区、準無医地区及び過疎地域自立促進特別措置法、離島振興法、山村振興法に基づく各指定地域）を想定

【徳島県】医師少数区域とならなかった医師不足地域を想定

【香川県】２次医療圏よりも小さな単位で、これまで本県が医師不足地域として重点的に医師確保に取り組んできた地域を「医師少数スポット」として設定することについて検討中。

【愛媛県】医師が少数であるにもかかわらず当該圏域の中において、特に埋もれてしまう地域（市町単位）

【高知県】①救急医療等の医療計画上の政策医療を担う医療機関が現に存在し、かつ、地理的な条件により当該医療機関へのアクセスが制限されるとともに、当該医療機関における継続的な医師の確保が困難な地域とする。なお、具体的な地域は、関係法令（過疎関係各法）により指定された地域等を踏まえ、指定する。②上記の他、地域医療対策協議会において「医師少数スポット」として、特に医師の確保を図ることが必要と了承された地域。

【福岡県】へき地診療所を中心点とした半径４ｋｍの範囲（歯科診療所を除く・離島は島全体）

【大分県】医師多数及びどちらでもない区域内の地域の中核的な病院が、従来どおり地域枠医師の派遣が可能であること

設定に際しての考え方としてはガイドラインでの定義に加え「過疎関係法令等により指定された地域」「これまで重点的に医師確保を行ってきた地域」「地域枠医師の配置が可能な医療機関のある地域」など、自治体の判断により設定を検討していることがわかった。

【６】医療過疎地域の有無について

「ある」が３３自治体、「ない」が１２自治体、「回答なし」が１自治体であった。

≪医師確保委計画について≫

【１】医師確保計画策定を担当している部署

医師確保計画策定の担当部局は、すべて衛生関係部局（保健福祉部、健康福祉部、健康医療部、保健医療局など）であった。一方、担当課は、外来医療計画の策定を担当している医療政策関係課（医療政策課、保健医療企画課など）と同じ課が担っているところが３０自治体、それとは別の医療人材関係課（医療人材対策課、医師・看護職員確保対策課など）が担っているところが１６自治体となっていた。

【２】医師確保計画策定のための専門部会やワーキンググループを設置しているか。

医師確保計画策定のための専門部会またはワーキンググループ（庁内外を問わず）を設置していたのは１２自治体、未設置は３４自治体であった。

設置しているところの多くは、地域医療計画に関わる既存の協議会（地域医療対策協議会など）の下に医師確保計画に関する専門部会またはワーキングを設置したものであった。

平成３０年の医療法および医師法の一部改正に伴い、「地域医療対策協議会」は都道府県における医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場として機能強化が求められたことを契機に、関係省令や地域医療対策協議会運営指針（平成３０年７月２５日：医政発０７２５第１５号、厚生労働省医政局長通知）に基づき、地域医療対策協議貴を医師確保対策に特化した組織として再構築または新設した県が多かったと推定される。（そのような県では、専門部会を未設置と回答したところが多かったと推定される。）

・設置形態

【北海道】北海道医療対策協議会に設置する分科会、検討委員会

【秋田県】秋田県地域医療対策協議会医師確保計画策定部会

【東京都】既存の附属機関の外部委員で構成するPTを、外来医療計画と合同で設置

【新潟県】新潟県地域医療対策協議会医師確保計画ワーキング

【三重県】地域医療対策協議会医師派遣検討部会

【京都府】医療確保ワーキング

【大阪府】関係課による庁内 WG、産科・小児科・救急に係る有識者による医療体制の検討会（予定含む）
【愛媛県】地域医療対策協議会（本県では愛媛県保健医療対策協議会）の組織の下に専門部会（医師確保部会）を設置
【佐賀県】専門研修ワーキング
【長崎県】長崎県保健医療対策協議会専門部会医師確保対策部会
【宮崎県】医療計画策定委員会

【３】医師会、病院協会、大学など医療関係団体に対する説明会の開催について

医師確保計画（の策定）について、医療関係団体に対する説明会を調査時点ですでに開始していたのは１９自治体、開催予定が３自治体、開催の予定なしが２４自治体であった。

ただし、説明会をすでに開始していると答えた１９自治体のうち１１自治体における具体的な方法は、医療関係団体の役員等が委員として参加している医療審議会や地域医療対策協議会、地域医療構想調整会議などでの説明を「説明会」とみなして回答したものであった。各都道府県の医療審議会や地域医療対策協議会などには医師会、病院協会、大学等の医療関係団体の役員が必ず委員として参加しており、同様の方法で医師確保計画に関する説明が行われるはずなので、「開催の予定なし」と答えた道県では、このような方法での説明を「説明会」とみなしていなかっただけと考えられる。

医療審議会や地域医療対策協議会などでの説明以外の方法で実施していた８都府県では、医師会や病院協会等の会議に出向いての説明、医師会や大学などへの個別の説明、厚生労働省の担当課長を講師に招いた研修会の開催などの方法で実施していた。

・自由記載のまとめ
【千葉県】７月の医療審議会総会において各団体代表の委員に対し、暫定指標、年間スケジュール、策定の基本方針等を説明済み
【東京都】医師会に対し、７月に計画の策定概要、スケジュール及び検討体制等について説明
【新潟県】本県における地域医療対策協議会の委員は、各団体の代表として協議会において説明を受け、団体内等でその情報を共有いただくことについて事前に了解を得た上、委員に就任いただいていることから、説明会は開催していないが、協議会における委員への説明をもって各団体等への説明等に代えている。
【山梨県】山梨県医療審議会及び山梨県地域医療対策協議会において概要を説明
【長野県】県医師会の会議（常任理事会、郡市医師会長連絡協議会）の他、医療審議会、地域医療対策協議会、地域医療構想調整会議
【岐阜県】地域医療対策協議会、地域医療構想調整会議等
【三重県】地域医療対策協議会や部会など各種会議で説明した
【京都府】医療対策協議会
【大阪府】進捗について定期的に報告している

【兵庫県】医師会、病院協会等に対する説明会
【和歌山県】８月に和歌山県医療対策協議会を開催し説明
【島根県】厚生労働省医政局医療計画課長を講師に招き開催
【岡山県】医師会・病院協会・大学など医療関係団体が委員となっている医療対策協議会において、5/31 に説明した
【広島県】県，広島市，県医師会，広島大学で構成する既存組織（広島県地域保健対策協議会　医師確保対策専門委員会：8/9 開催）に対して策定協議を実施
【香川県】香川県地域医療対策協議会にて説明した
【高知県】医師会地域医療委員会での説明を 7/22 に実施
【佐賀県】説明会ではなく関係者・関係団体に個別に説明
【鹿児島県】鹿児島大学及び県医師会に対し説明を実施
【沖縄県】沖縄県地域医療対策協議会で説明

【４】医師会、病院協会、大学など医療関係団体に対する「ヒアリング」の実施について

医師確保計画の策定に向けて、医療関係団体に対するヒアリングをすでに開始していたのは１０自治体、実施予定が１２自治体、実施の予定なしが２４自治体であった。

ただし、すでに開始していると答えたところの具体的な方法としては、地域医療対策協議会や地域医療構想調整会議での説明（前項の説明会）の際に意見聴取したことをヒアリングとみなしているものが多かった。そのほかの方法としては、大学医学部の地域医療政策関連講座との意見交換や、医師少数区域（予定）の地元医師会や中核病院に対するヒアリング、医師確保計画関連のワーキンググループ委員や医療関係団体の長に対する個別ヒアリングなどがあった。

・自由記載のまとめ
【新潟県】本県における地域医療対策協議会の委員は、各団体の代表としての意見を述べていただくことについて事前に了解を得た上、委員に就任いただいていることから、各団体へのヒアリングは開催していないが、協議会における意見聴取をもって各団体等へのヒアリング等に代えている。
【富山県】富山大学地域医療総合支援学講座と意見交換
【長野県】上記説明会等において実施（県医師会の会議（常任理事会、郡市医師会長連絡協議会）の他、医療審議会、地域医療対策協議会、地域医療構想調整会議）
【岐阜県】地域医療対策協議会、地域医療構想調整会議等
【三重県】地域医療対策協議会や部会など各種会議でヒアリングした
【大阪府】医師会、病院協会には定期的に行っている
【香川県】香川県地域医療対策協議会にて意見聴取した
【福岡県】医師少数区域（予定）の地元医師会及び中核となる病院に対し、地域の医療提供体制の課題等についてヒアリングを実施

【佐賀県】【３】の個別説明と同時に実施
【長崎県】ワーキンググループ委員及び医療関係団体長等に対して個別に行っている

【５】市町村に対する説明会の開催について

医師確保計画（の策定）について、市町村に対する説明会を調査時点ですでに開始していたのは１１自治体、開催予定が４自治体、開催の予定なしが３１自治体であった。

ただし、説明会をすでに開始していると答えた１１自治体のうち９自治体における具体的な方法は、市町村を代表する者が委員として参加している医療審議会や地域医療対策協議会などでの説明を「説明会」とみなして回答したものであった。残る２自治体では、厚生労働省の医師確保計画担当課職員を講師に招いて説明会を開催していた。

・自由記載のまとめ
【千葉県】７月の医療審議会総会において各団体代表の委員に対し、暫定指標、年間スケジュール、策定の基本方針等を説明済み
【新潟県】本県における地域医療対策協議会の委員は、各団体の代表として協議会において説明を受け、団体内等でその情報を共有いただくことについて事前に了解を得た上、委員に就任いただいていることから、説明会は開催していないが、協議会における委員への説明をもって各団体等への説明等に代えている。
【山梨県】山梨県医療審議会及び山梨県地域医療対策協議会において概要を説明
【長野県】4 月に厚労省の計画担当者を呼んで説明会等を開催
【愛知県】本県の二次医療圏単位で設置している圏域保健医療福祉推進会議〔市町村も委員に含まれている会議体〕において説明している
【三重県】地域医療対策協議会や部会など各種会議で説明した
【京都府】医療対策協議会
【兵庫県】健康福祉推進協議会医療部会（圏域単位で開催）
【島根県】厚生労働省医政局医療計画課長を講師に招き開催
【岡山県】医療対策協議会に市長会、町村会から委員を出していただいており、5/31 医療対策協議会において説明した
【香川県】香川・自由記載のまとめ
【千葉県】７月の医療審議会総会において各団体代表の委員に対し、暫定指標、年間スケジュール、策定の基本方針等を説明済み
【新潟県】本県における地域医療対策協議会の委員は、各団体の代表として協議会において説明を受け、団体内等でその情報を共有いただくことについて

事前に了解を得た上、委員に就任いただいていることから、説明会は開催していないが、協議会における委員への説明をもって各団体等への説明等に代えている。
【山梨県】山梨県医療審議会及び山梨県地域医療対策協議会において概要を説明
【長野県】4 月に厚労省の計画担当者を呼んで説明会等を開催
【愛知県】本県の二次医療圏単位で設置している圏域保健医療福祉推進会議〔市町村も委員に含まれている会議体〕において説明している
【三重県】地域医療対策協議会や部会など各種会議で説明した
【京都府】医療対策協議会
【兵庫県】健康福祉推進協議会医療部会（圏域単位で開催）
【島根県】厚生労働省医政局医療計画課長を講師に招き開催
【岡山県】医療対策協議会に市長会、町村会から委員を出していただいており、5/31 医療対策協議会において説明した
【香川県】香川県地域医療対策協議会にて説明した県地域医療対策協議会にて説明した

【６】市町村に対するヒアリングの開催について

医師確保計画の策定に向けて、市町村に対するヒアリングをすでに開始していたのは４自治体、実施予定が１２自治体、実施の予定なしが２４自治体であった。

ただし、すでにヒアリングを開始していると答えた４自治体のうち３自治体では、地域医療対策協議会や地域医療構想調整会議での説明（前項の説明会）の際に意見聴取したことをヒアリングとみなしたものであった。その他の方法として１自治体で、医師少数スポット設置（予定）市町村を対象に住民の医療ニーズや医療提供体制に課題等についてヒアリングを実施していた。

・自由記載のまとめ
【新潟県】本県における地域医療対策協議会の委員は、各団体の代表としての意見を述べていただくことについて事前に了解を得た上、委員に就任いただいていることから、各団体へのヒアリングは開催していないが、協議会における意見聴取をもって各団体等へのヒアリング等に代えている。
【三重県】地域医療対策協議会や部会など各種会議でヒアリングした
【香川県】香川県地域医療対策協議会にて意見聴取した
【福岡県】医師少数スポット（予定）を設置する市町村を対象に住民の医療ニーズや医療提供体制に課題等についてヒアリングを実施

【７】就学資金等貸与医師（自治医大卒医師を除く）の派遣調整機関の設置について

就学資金等貸与医師の派遣調整機関を設置していたのは４０自治体、未設置は６自治体であった。設置都府県の具体的な調整機関は下記のとおり（一部は調整方法も記載）。

【青森県】青森県地域医療支援センター
【岩手県】岩手県奨学金養成医師配置調整会議
【宮城県】宮城県地域医療支援センター
【秋田県】秋田県地域医療対策協議会医師配置調整部会
【山形県】山形県へき地医療支援機構、山形県地域医療支援センター
【福島県】福島県地域医療支援センター
【茨城県】茨木県地域医療支援センター
【栃木県】栃木県地域医療支援センター
【埼玉県】埼玉県総合医局機構
【東京都】東京都地域医療支援センター（都福祉保健局医療政策部内に設置）
【神奈川県】神奈川県地域医療支援センター運営委員会
【新潟県】新潟県地域医療支援センター、新潟県地域医療対策協議会（※）
（※ 県地域医療対策協議会の下に、地域医療を担う医師配置検討ワーキングを設置し、具体的な派遣調整に関する協議等を行っている。具体の事務等が地域医療支援センターが担っている）
【石川県】石川県地域医療教育センター（センターを金沢大学付属病院内に設置し、特任教授を配置
【福井県】福井県地域医療支援センター
【山梨県】山梨県地域医療支援センター
【長野県】信州医師確保総合支援センター（地域医療支援センター）
【岐阜県】岐阜県医師育成・確保コンソーシアム
【静岡県】静岡県配置調整連絡会議
【愛知県】愛知県地域医療対策協議会及び地域医療支援センター
【三重県】三重県地域医療対策協議会医師派遣検討部会
【滋賀県】滋賀県医師キャリアサポートセンター（地域医療支援センター）
【京都府】京都府地域医療支援センター
【大阪府】大阪府が派遣調整を行っている
【兵庫県】兵庫県養成医師派遣調整会議
【奈良県】奈良県費奨学生配置センター（奈良県立医大と県で共同設置）

【和歌山県】和歌山県地域医療支援センターにおいて調整
【島根県】島根県地域医療支援会議（地対協）
【岡山県】岡山県地域医療支援センター
【山口県】山口県医療対策協議会医師配置調整部会
【徳島県】徳島県地域医療総合対策協議会医師派遣調整等部会
【香川県】香川県地域医療対策協議会
【愛媛県】愛媛県保健医療対策協議会
（なお、キャリア形成期間（専門医取得中）の配置調整については、愛媛大学医学部附属病院内に設置している地域医療支援センター運営委員会で配置調整案を審議した上で県保健医療対策協議会に諮る。）
【高知県】高知地域医療支援センター
【佐賀県】佐賀県地域医療対策協議会
【長崎県】長崎県保健医療対策協議会専門部会医師確保対策部会
【熊本県】熊本県地域医療支援機構
【大分県】地域枠卒業医師配置調整会議
【鹿児島県】鹿児島大学病院地域医療支援センター
【沖縄県】沖縄県地域医療支援センター

【８】医師少数区域等に医師を派遣するためのキャリア形成プログラムの策定について

キャリア形成プログラムを新規で策定済みが６県、既存のものを改定して策定済みが１７自治体、今後策定する予定が２１自治体（令和元年度中に策定予定２０、未定その他 2)、無回答が２自治体であった。

【北海道】令和２年１月頃　※現行のプログラムを改正予定
【宮城県】令和２年３月頃
【山形県】令和２年３月頃
【福島県】令和２年３月頃
【栃木県】令和２年以降
【埼玉県】令和２年３月頃
【千葉県】令和２年３月頃　既存のものを改定して策定する予定
【東京都】※地域枠医師のうち、へき地（医師少数区域の一部）勤務の希望者についてはキャリア形成プログラムを策定済。その他自治医科大学卒業医師等の対象者については、へき地勤務と研修を組み合わせた派遣研修計画を策定している。

【長野県】既存のものもあるが、今後、改定についても検討を行っていく予定
【愛知県】令和２年３月頃、既存のものを改定して策定予定
【三重県】令和元年１０月頃
【滋賀県】令和元年１１月頃
【京都府】令和２年３月頃
【大阪府】令和元年度中
【和歌山県】令和元年度中
【鳥取県】令和２年３月頃
【島根県】既存のものを改定して策定予定
【広島県】※策定済みのキャリア形成プログラムにより対応することとし，医師少数区域・スポットへの医師派遣に対応するための改定等は予定していない
【佐賀県】令和元年１２月頃
【熊本県】令和元年１２月頃
【宮崎県】令和元年１１月頃　地域医療対策協議会にて
【鹿児島県】※既存のプログラムで医師少数区域への医師派遣が可能なため，改定は行っていない。

【９】地域医療支援センターの運営主体はどこですか。

「１．本庁」が２８自治体、「２．大学」が１６自治体、「３．都道府県医師会」が１自治体、、「４．その他」が７自治体であった。

・具体例
【福島県】「４」県と大学が共同で運営
【茨城県】「１」筑波大学に分室を設置
【千葉県】「１・４」一部を県医師会、大学、研修病院等で組織したＮＰＯ法人に委託して運営している
【三重県】「１」※大学に業務を一部委託
【大阪府】「４」大阪府立病院機構
【島根県】「４」一般社団法人しまね地域医療支援センター
【広島県】「４」公益財団法人広島県地域保健医療推進機構

共同設置をしているところは、「１・２」が新潟県、福井県、滋賀県、鳥取県、山口県、「１・４」が千葉県であった。

本設問で「１．本庁」と答えているところでも、大学に一部委託あるいは連携しているところがあると推察される。

参考：厚労省 HP
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/chiiki_iryou/index.html

設置場所：都道府県庁（１２）、大学（５）、都道府県庁及び大学（２０）、その

他（１０）

参考：２０１７．６．１５医療従事者の需給に関する検討会第１０回医師需給分科会資料１ p.３１

「大学に委託９、大学に一部業務を委託１３、その他４」

【１０】医療勤務環境改善センターの運営主体はどこですか。

「１．本庁」が２８自治体、「２．大学」が０、「３．都道府県医師会」が１３自治体、「４．その他」が８自治体であった。複数回答　なし

・自由記載のまとめ
【愛知県】「４」愛知県労災指定医協会に委託して実施
【滋賀県】「４」県病院協会に運営委託
【京都府】「４」京都私立病院協会
【大阪府】「４」私立病院協会
【愛媛県】「４」日本医業経営コンサルタント協会愛媛県支部
【高知県】「４」一般社団法人高知医療再生機構
【鹿児島県】「４」公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会鹿児島県支部（県から運営委託）

・ 参考：平成３０年７月２５日医政発０７２５第１３号「「医療法及び医師法の一部を改正する法律」の一部の施行について」第２_２(4)地域医療支援事務と医療勤務環境改善支援事務の相互連携

都道府県…は、地域医療支援事務及び医療勤務環境改善支援事務を実施するに当たっては、相互に連携を図らなければならないものとすること。具体的には、医師の派遣に先立ち、派遣先となる医療機関の勤務環境の改善が図られるよう、地域医療支援センターが医師の派遣計画を医療勤務環境改善支援センターに通知し、これに基づき医療勤務環境改善支援センターが派遣先となる医療機関に連絡を行い勤務環境改善支援を実施することや、医療勤務環境改善支援センターが、相談支援等を通じ、医師の確保に関する求めを医療機関から受けた場合に、その勤務実態等と併せて地域医療支援センターと情報を共有すること等により、両センターが連携すること。（新医療法第 30 条の 21 第４項、第 30 条の 25 第５項関係）

・ 【９】【１０】いずれも「１．本庁」と答えたのは北海道、青森、岩手、山形、千葉、東京、神奈川、富山、石川、長野、静岡、兵庫、奈良、山口、香川、福岡の 16 自治体のみ。

・ 「本庁」以外では、地域医療支援センターは大学、医療勤務環境改善支援センターは都道府県医師会が多い傾向

※ どのように（通知文の例、その他）連携しているかを尋ねる設問にすればよかったかもしれない

【１２】医療勤務環境改善センターによる医師労働時間短縮計画策定への貢献度は。

「１．十分」が２自治体（奈良県、熊本県）、「２．おおむね十分」が７自治体、

「３．不明」が３７自治体であった。
具体的にどうやって「貢献度」を推し量っているかを詳細に調査すべきであった。

【１３】計画策定に際し、平成２８年医師・歯科医師・薬剤師調査に基づく「医師情報データベース」（平成３０年８月各都道府県に配布）を活用していますか。

「１．活用している」が３自治体、「２．活用する予定」が７自治体、「３．予定なし」が３５自治体であった。

【１３－２】「活用している」「活用する予定」と回答された都道府県にどのように活用して（する予定で）おられるのか、お伺いします。

参考：２０１７．６．１５医療従事者の需給に関する検討会第１０回医師需給分科会資料１　p.２１～「医師の地域的な適正配置のためのデータベース化事業」のねらい

- 医師ごとの情報を紐付けし、医師の異動・キャリアパスの経年的な追跡が可能 ⇒ 都道府県における医師養成の方針決定に活用
- 都道府県内の診療科ごとの医師の分布の詳細な分析が可能 ⇒ 都道府県の医師確保に活用

・自由記載のまとめ
【栃木県】医師情報データベースを確認後検討予定
【東京都】活用の有無も含め、詳細を検討中
【福井県】地域医療従事の意向調査等
【京都府】診療科ごとの医師数等把握
【大阪府】過去からの医師の派遣実態等を明らかにし、医師がどういう動きをしているのか把握・分析
【愛媛県】計画上に掲載する新規事業の立ち上げに伴う対象者等の把握のため。
【福岡県】医療法第 25 条第１項に基づく病院立ち入り検査と当該データを突合し、偏在指標に反映されていない医師数を算出（医師少数区域に限る）
【佐賀県】診療科分布、年齢分布の概要把握
【宮崎県】施策の検討に当たっての内部資料として活用

【１４】医師偏在指標（暫定）による都道府県順位で「医師多数区域」あるいは「医師少数区域」である場合に計画策定において工夫していることを具体的に記載してください。

【青森県】県内の医師多数区域・中間区域内にある医師が不足している地域に、医師少数区域と同等の施策を行うことができるよう配慮している。
【岩手県】県全体が医師少数区域であり、かつ、ほとんどの二次医療圏が医師少数区域であることから、県全体の医師確保策を主目的として策定。

【秋田県】本県は医師少数県となっていることから、医師を増やすことを方針の基本とし、医療介護確保総合基金を活用した様々な事業を実施していく予定である。
【福島県】本県は医師少数県（暫定）でありつつも、医師多数区域となる二次医療圏も存在する。医師多数となる二次医療圏においても市町村単位では医師の偏在があり、医師多数区域においても医師の確保ができるよう医師少数スポットの設定を検討している。
【茨城県】医師の派遣調整の実行的なスキームの確立を検討中。
【千葉県】地元大学に委託し、産科等に係る医師配置等の実態調査と、医師配置モデルや医師確保策についての検討を行うこととしている。
【東京都】実施可能な医師確保策が限られることを念頭に検討中
【新潟県】医師少数区域等に配置された医師のキャリアが損なわれることがないような仕組みについても検討している。
【石川県】医師多数県であるが、医師少数区域（二次医療圏）を有するため、継続的な地域枠の配置により医師の確保を図ることとする予定
【福井県】今後、地域医療対策協議会で検討予定
【長野県】地域の中核病院から周辺の医師不足病院等へ医師派遣を促進する仕組み
【愛知県】※本県は「医師多数・医師少数以外」
【三重県】二次医療圏よりも小さい単位の地域での医師偏在対策に取り組む必要があるため、医師少数スポットを設定し、医師少数区域と同様に医師確保に取り組むこととしている。
【滋賀県】医師多数県であるが、県の実情からは医師確保が必要であることをどのように記載すべきかについて現在検討中
【京都府】暫定医師偏在指標では、府内に医師少数区がないため、へき地医療や救急医療等の政策医療を担う。医師が不足する地域については、医師少数スポットとして設定し、引き続き医師の確保を図る
【大阪府】医師偏在指標（医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すもの）によると大阪府は医師多数区域になるものの、医師が充足しているとは言えないという医療機関の意見もあるため、府独自で府内の医療機関、医師を対象に、実態調査を実施の上、計画を策定することとしている。
【広島県】該当なし　※広島県は，多数でも少数でもない評価
【香川県】医師少数スポットを活用した医師確保施策の検討等
【長崎県】医師多数区域であるため、新たな施策により他県から医師派遣等を受けることは難しい。そのため、医師偏在対策を行うためには、地域枠医師の配置が中心となるが、本県における本土と離島の医師偏在は大きな課題であること、本土との隔絶性を踏まえ、本計画では、地域枠医師の優先的な配置による医師確保を行うことで早期に医師不足が解消されるように計画策定を行う。本土地区は、これまでの医師斡旋などの取組を引

き続き行うとともに、大学や医師会と連携した地域医療支援ネットワーク構想の実現に向けて協議を行うなどの施策を行い、本土と離島の医師偏在が解消された後に地域枠医師の派遣を検討することとする。

【熊本県】本県は医師多数県になる見込みだが、医療関係者の間では医師が充足しているという実感がなく、医師偏在指標のみに基づいて医師偏在対策を講じることは地域の理解が得られないことから、医療機関へのアクセス時間や医療機関の規模・機能別に医師の勤務状況の分析を行うなど、地域の現状・課題を分析し、地域の実情を反映した計画を作成することとしている。

【沖縄県】本県は医師多数都道府県と位置づけられており、総医師数を増やす施策はとれないが、不足している診療科については、医師を増やす施策をとる予定

医師多数区域（都道府県）・医師少数区域（都道府県）共通の課題として、都道府県内（二次医療圏間、二次医療圏内）の地域偏在あるいは診療科偏在の解消や、地域特性を考慮した医師確保策をどのように考えていくか（医師多数区域における医師少数スポット、派遣等による配置調整の仕組みの構築等）

医師多数区域（都道府県）、医師少数区域（都道府県）固有の課題はそれほどないのか。

【１５】専門医制度において、各科ごとのシーリングが示されました。このことについてご意見があれば記載してください。

【青森県】シーリング数の基とされている「2016 年足下充足率（医師数／必要医師数）」をブロック毎にみると、内科では、関東、近畿、中国、四国の各地方が 100%前後であるのに対し、東北地方は 74.5%となるなど、ブロック間の偏在を是正する考え方が乏しい。シーリング対象とする基準を、例えば 0.95 までとするなどにより、東北地方など医師不足県が多数あるブロックにおいて専攻医が充足されるような仕組みが必要と考える。

【秋田県】医師少数県にまでシーリングが課されており、医師不足地域の実態が十分に反映されたものとは言いがたい。医師確保計画において、医師少数県は、診療科を問わずに医師を増やすことが目標とされることから、医師少数県に対してはシーリングを行わないよう見直しを求めたい。

【福島県】2020 年度開始分のシーリングは激変緩和から、都道府県の偏在是正に貢献していない。今後、2021 年度以降のシーリングについては、特に医師が集中している都道府県へのシーリングの厳格化や、医師少数都道府県への配慮を願いたい。

【茨城県】医師多数県へのシーリングを厳格化するとともに，専攻医に医師少数県での研修を促す制度作りが必要である。

【栃木県】どのような影響があるのかについて、今後注視したい。

【埼玉県】都道府県ごと、診療科ごとに専攻医の上限を適切に設定するなど、都市部集中への効果的な対応策を検討すること

【千葉県】専門研修の領域別に都道府県ごとの定員設定を行うことは、診療科ごとの医師偏在に対応するために有効なものと考える。

【東京都】東京都地域医療対策協議会における協議を経て、厚生労働省に以下７点の意見を提出している。

1　専門医の質の向上という制度本来の目的に鑑み、医師の偏在是正の観点からの取組を過度に推し進めることなく、専攻医が希望する質の高い研修を受けられるようにするとともに、都道府県の医療体制に深刻な影響を及ぼすことのないよう、地域の医療機関の役割及び都道府県内の地域差などにも留意し、適切な運用を図ること

2　都において今後見込まれる医療需要の増加や、都内医療機関が担っている医師の派遣機能等に鑑み、専攻医の定員数及び採用者数の削減を行わないこと

3　地域枠により都が医師の確保に努めている領域については、定員数及び採用者数の制限をしないこと

4　公立病院は、行政的医療を提供する都立病院をはじめとして、都内に不足する地域医療の安定的な確保のために重要な役割を果たしていることから、定員数及び採用者数の配分に当たっては十分考慮すること

5　登録及び採用から研修終了まで、専攻医それぞれのライフステージに合った柔軟な取扱いを可能とするなど、専攻医の立場に立った運営を行うこと

6　一般社団法人日本専門医機構は、専門医制度を開かれた制度とするため、医療機関や専攻医等への情報提供や国民への情報公開を徹底すること

7　厚生労働省は、医療法第１６条の８の規定及びその趣旨に則り、都道府県が地域医療対策協議会において地域の医療提供体制の確保に与える影響等を適切に協議できるよう、必要な情報を適切な時期に正確かつ合理的な内容及び形式で提供するとともに、広く都道府県の意見を聴取し施策に反映させること

【神奈川県】「都市部」ということで医師の絶対数が多いという理由のみでシーリングの対象とされてきたが、今回解除となったことについては評価できる

【新潟県】○「専門医の在り方に関する検討会報告書（平成 25 年４月 22 日）」においては、「医師の偏在是正を図ることを目的」に検討するとされていたことから、これらの視点を踏まえてシーリングの在り方を検討すべきである。

○2020 年度専攻医募集のシーリングに関しては、次の点について、しっかり検証・評価などを行うことが必要である。
・現状を追認し、医師・歯科医師・薬剤師調査に基づき必要医師数を算出して　いるが、本来は人口等から算出した医療需要に基づき必要医師数を設定すべきである。
・過去の採用実績をベースにシーリングを考えることが、そもそも適切なのか検証すべきである。
・シーリングの割合を 20%に設定したが、その明確な理由が不明であり、全国の地域や診療科の偏在是正の観点から、シーリング割合などが適切なものか検証することが必要である。
・シーリングにより減らされた分を、連携（地域研修）プログラムにすることで、過去の採用実績とほぼ同数の募集定員を認めることとしており、実質的にシーリングをかけていないのと同じだと考える。
・連携（地域研修）プログラムについては、全国の偏在解消のため、全て医師不足が顕著な県で行う「都道府県限定分」にすべきである。
・他県の専門研修プログラムにおける連携（地域研修）プログラムの本県への配置予定をみると、極端に限定的であり、本県など医師少数県の医師偏在対策に資するものと全くなっていないため、速やかな改善が必要である。
・連携（地域研修）プログラムについては、医師不足が顕著である都道府県の施設において 50%以上の研修を行うこととしたが、その割合自体が適切か再検討すること。また、実際に他県等において研修が行われたのか、運用実績を調査・確認し、その結果を公開することも必要である。
○2021 年度以降の専攻医募集のシーリングに関しては、今回（2020 年度募集）のシーリング等の仕組みが、全国的な医師偏在や診療科偏在の是正につながり、かつ医師少数県等の必要な医師数の確保につながるものか、実績等を踏まえしっかり検証した上で、各県各科の必要な医師養成数を確保できるような制度として構築する必要がある。
○一方、医師が不足している県の連携施設における専攻医の受入促進のためには、指導医の配置などによる体制整備が必要であり、指導医の首都圏等への集約化の是正を図る観点からも、医師多数県の基幹施設からの指導医の派遣を促す仕組みの構築や指導医配置に対するシーリングの設定などについても併せて検討する必要がある。

【富山県】一定程度の年数で平準化されている診療科では、希望者多数の年に採用できず医師不足となるおそれがある。

【石川県】①シーリング数の算定にあたっては、教育・研究に多くの時間を充てている大学病院医師の勤務実態を適切に反映すべき、②医師の養成・派遣は現状において既に県境を越えて広域的に行われている実態を踏まえ、

こうした医師の養成を担う大学の役割を適切に評価すべき、③小児科医をはじめ、全国的に不足感が強い診療科はシーリング対象外とすべき

【福井県】病院勤務医を十分確保できるよう算定方法を見直すこと

【山梨県】山梨県地域医療対策協議会より別添の意見を提出した

【長野県】医師少数県等の医師不足解消に資するような制度と運用を希望

【静岡県】厚生労働省及び日本専門医機構は、シーリング対象となっている大学の情報提供、シーリングの強化・継続等、引き続き医師少数県への医師の確保に資する制度の構築に努めていただきたい

【愛知県】これまで本県は、医師が不足しているにも関わらず、大都市圏との理由だけでシーリングが設定されていたが、今回のシーリング案では必要医師数等のデータに基づきシーリング示されており、考え方、方針としては妥当であると考える。ただ、シーリングの基礎となる現在医師数、将来必要医師数等の計算方法等はっきり示されていない部分もあることから、シーリング数の計算方法（基礎数の算出、必要医師数の算出等）については今後も検討が必要と考える。

【三重県】専攻医（専門研修プログラム）の募集定員については、各都道府県の医師不足の状況をふまえ、地域医療の確保に影響を及ぼさないよう、十分留意することが必要である。

【滋賀県】・医師偏在対策は実施すべきであり、いったん制度を導入して問題が発生した事象についてその都度改善していくべき。・医師確保計画において小児科は個別診療科の計画を策定することとされており、相対的に医師が多数の地域でも医師確保が必要とされているため、シーリングがかかることで医師確保に支障が出る。同様に個別診療科の計画を策定する必要がある産科と平仄を合わせてシーリング対象外とすべき。・本県は京都府内の大学から多くの医師派遣を受けているが、京都府にシーリングがかかることで本県の医師確保に多大な影響がある。シーリングの実施には、医師派遣を受けている県への影響も考慮すべき。

【京都府】＊別添要望書のとおり

【大阪府】専門研修は、多くの症例を経験できる医療機関にて、指導医のもとで充実した研修を行うべきであり、本制度を地方の医師不足の解消や地域偏在対策として用いることは適切ではない。シーリングを行う場合においても、シーリングに係る計算方法を全て明らかにするとともに、シーリングの根拠となる足下充足率等が実態に合っているものか、検証する必要がある。

【兵庫県】今回のシーリング案については、

１．二重の激変緩和措置（シーリング数算定にかかる余剰養成数の差引を 20%に抑制、連携プログラム分の上乗せ）が施された結果、偏在解消の効果が希薄になっていること。

２．外科、産婦人科については、新専門医制度開始に伴い、東京都への

専攻医の集中が高くなっていること。
等の課題があることから、2021年度の専門研修プログラム定員の設定に当たっては、次のとおり取り扱うよう申入れを行っている。
１．東京都におけるシーリング数は、厚生労働省案による定員数とし、その範囲内で連携プログラムを義務づけること。
２．外科、産婦人科については、地域偏在を助長しないよう、シーリング対象とすること。
３．日本専門医機構は、専攻医が各プログラムの中でどの研修施設で研修を行っているのかを把握し、データベースを構築し、実態の検証を行い、有効な対策を検討するとともに、都道府県等にも適切に情報提供すること。

【奈良県】以下について医師法第１６条の８に基づき国に意見提出している。・新たなシーリングの運用にあたっては、地域医療に支障を来していないか、また、専攻医の都市部集中を是正できているか十分に効果検証を行うとともに、継続的な見直しを行うこと。・基幹施設ごとの定員調整を行う主体・時期・手法等の運用ルールを確立すること。

【和歌山県】２０２１年度募集に向けて、抜本的な見直しを国に求めていくべきである

【鳥取県】地方での募集定員に対するシーリングは、地域医療に与える影響が大きいことから設定せず、専門研修制度の変更等は、地方から出された意見に最大限配慮し、地域医療に支障を来さない仕組みとすることが必要と考える。

【島根県】新制度の開始後、都市部に専攻医が集中するなど、医師の地域偏在・診療科偏在等の問題が存在しており、都道府県別・診療科別の研修定員の設定が必要である。ただし、提示されたシーリング案は、2016年の医師数を基に、国が機械的に算出したもので、島根県では医師高齢化を背景に養成が急がれる精神科、リハビリテーション科も対象となるなど、地方の医師不足が慢性化している状況が考慮されていない。このため、必要医師数の算出や定員設定は、都道府県各々の問題背景を鑑み意見を十分に聞くとともに、広大な県土に対し医師の絶対数が少数の島根県にはシーリングを設けないなど、現実的な設定がなされるようにすること。同時に、検証ができるよう、算定方法や基礎数値を明らかにすること。

【岡山県】それぞれの地域で理解されるものとするために不断の見直しを行うとともに、その実施に当たっては、地域医療の確保のために弾力的な運用が可能となるものとすることが必要。

【広島県】【医師法第16条の８に基づく厚生労働省への提出意見】・専攻医募集に係るシーリング設定については，まずは，一部の大都市に集中している地域の偏在を改善すべきであり，また，地域間の格差も含めて，実態に沿うように細かい状況等を勘案した上で今後のシーリング設定方法等を

検討し，関係者の十分な理解を経て実施すべきである。・また，今回導入されたシーリング設定には，「連携（地域研修）プログラム」による条件付きの採用定員　があるが，その他を含めて全ての専攻医の就業地について経年に亘って追跡調査を行い，実態を十分把握したうえで，後年のシーリング設定を行う場合の算定根拠となる地域内医師数へ適切に反映させるべきである。

【山口県】必要医師数の算出方法が真に医療現場の実態を表したものとなっていないことから、専門医の配置状況や労働実態等を考慮するなど必要医師数の算出方法について見直しが必要

【徳島県】別紙意見書参照

【香川県】先日開催した地域医療対策協議会において、委員から、2020 年度のシーリングは、専攻医だけでなく臨床研修医のマッチングにも大きな影響を与えており、本県の来年度の臨床研修医マッチング数は激減する見込みであるとの発言がありました。地域の医療提供体制の未来を担う基礎臨床研修医の激減は、耐久力のない地方において、近い将来、地域医療の基礎からの崩壊につながることから、可及的速やかな見直しを強く求めるとともに、現在、本県の基幹施設が各研修プログラムにおいて設定している定員数までの専攻医の採用は必ず認めていただきたいと考えています。

【高知県】医師数が相対的に多数の地域から少数の地域への移動を促すために、診療科ごとの都道府県別の定員上限（シーリング）を設けるという趣旨自体には異論はない。一方、本県のように医師の絶対数（とりわけ、専攻医やキャリア形成過程にある卒後 15 年未満の若手医師数）が少ない又は長期的に減少してきている地域においては、大都市部など医師数が全体的に多い地域と異なり、専攻医の採用数の年度ごとの変動が専門医の育成に大きく影響する。このような地域（地方）にもシーリングを設定し、毎年度これを厳格に運用することとなれば、年度ごとの採用数の変動に対応できず、必要養成医師数の達成や地域枠医師のキャリア形成にも大きな支障を来すことになる。

【福岡県】・本県は、多くの医師を他県に派遣している。本県のシーリングが他県の地域医療に影響を与えることを考慮し、本県のシーリングの撤廃あるいは緩和すべき。

・本県の要望（２０２１年度シーリングの撤廃あるいは緩和）に対する結果（シーリングの提示）をできるだけ早期に示すべき。

【佐賀県】国の医師偏在指標において、県全体が医師多数県とされる当県であっても、次のような課題があることから、都道府県の意見を十分に聴いたうえで、地域で影響が生じないよう柔軟な対応を行っていただきたい。・指標は開業医と勤務医が混在しているが、診療所医師の高齢化が顕著であり（60 歳以上が 52%）、将来的に地域の医療提供に影響が生じる可能

性がある。・県内での医師の地域間偏在や診療科間偏在がある。・専門医養成定員のシーリングの設定により、近隣県に所在する大学医局が、やむを得ず佐賀県内医療機関から医師を引き揚げる動きがあるほか、県内の研修医が県内のプログラムに登録できず県外へ流出し、医療提供体制の確保に支障を来たす可能性がある。・シーリングの運用にあたっては、複数年での平均で考えなければ専攻医の総数での確保が困難となるおそれがある。

【長崎県】○専攻医の募集におけるシーリング数案に対する意見

① 本県の特殊性について

・本県は、全国有数の離島県であり、離島医療の特徴として、本土との地理的な隔絶性があることから、患者や医師の域外への移動が困難である。

・離島の４医療圏（五島・上五島・壱岐・対馬）は特定有人国境離島地域であり、人口の流出を抑制し、日本国民が居住し続ける必要がある。医療提供体制は、地域社会を維持するための最重要インフラの一つであることから、今後も維持していく必要がある。

②本県の特殊性を踏まえたシーリングに対する意見

・離島を多く有する本県の特殊事情については、全国一律の基準だけで評価することは困難である。（離島においては、島内完結型の医療を提供する必要があり、患者数に比した医師数が多くなる。全県一括には判断できない。）特に、国境離島新法においては、国策により国境の住民定住を促進することとされており、本県における離島医療の確保は他の地域と同様には評価すべきではない。

・離島では、夜間や荒天によってドクターヘリにて本土の医療機関に搬送できない場合に備えた専門的な急性期医療体制の確保が必要である。また、慢性期医療についても、離島では、隔絶性を考慮した際に一定必要で、医療需要は比較的小さいものの、島内完結型の医療提供体制を確保する必要がある。そのため、総合医だけではなく、内科専門医、外科専門医、産婦人科専門医、小児科専門医、整形外科専門医等を確保して急性期医療や慢性期医療を維持していく必要がある。

・現在の長崎大学や長崎医療センターの内科専門医等のプログラムの中には、離島の病院が連携施設となっており、今般のシーリングによって、このプログラムに参加する医師が制限されることも懸念される。このため、地域枠医師については、シーリングの対象外としていただきたい。

・小児科・産婦人科については、医師確保計画策定時には、引き続き医師の総数を確保する施策を行うこととして、医師多数区域を設定しないこととされていることから、シーリングの対象外としていただきたい。

・シーリング対象診療科の抽出及びシーリング数の算定に用いられる必

要医師数等の算定根拠を明確していただいた上で、都道府県及び大学に十分な検証期間を与えていただきたい。
・今回の必要医師数の推計においては、このような本県の離島医療に係る特殊性を考慮することは困難であると思料されることから、都道府県と大学が協議して地域医療対策協議会の議論を踏まえた上で、診療科毎の専攻医数を調整できるようにするなど、地域の特殊性を反映できる制度としていただきたい。
〇専攻医の募集におけるシーリング数案に対する意見
①本県の特殊性について
・本県は、全国有数の離島県であり、離島医療の特徴として、本土との地理的な隔絶性があることから、患者や医師の域外への移動が困難である。
・離島の４医療圏（五島・上五島・壱岐・対馬）は特定有人国境離島地域であり、人口の流出を抑制し、日本国民が居住し続ける必要がある。医療提供体制は、地域社会を維持するための最重要インフラの一つであることから、今後も維持していく必要がある。
②本県の特殊性を踏まえたシーリングに対する意見
・離島を多く有する本県の特殊事情については、全国一律の基準だけで評価することは困難である。（離島においては、島内完結型の医療を提供する必要があり、患者数に比した医師数が多くなる。全県一括には判断できない。）特に、国境離島新法においては、国策により国境の住民定住を促進することとされており、本県における離島医療の確保は他の地域と同様には評価すべきではない。
・離島では、夜間や荒天によってドクターヘリにて本土の医療機関に搬送できない場合に備えた専門的な急性期医療体制の確保が必要である。また、慢性期医療についても、離島では、隔絶性を考慮した際に一定必要で、医療需要は比較的小さいものの、島内完結型の医療提供体制を確保する必要がある。そのため、総合医だけではなく、内科専門医、外科専門医、産婦人科専門医、小児科専門医、整形外科専門医等を確保して急性期医療や慢性期医療を維持していく必要がある。
・現在の長崎大学や長崎医療センターの内科専門医等のプログラムの中には、離島の病院が連携施設となっており、今般のシーリングによって、このプログラムに参加する医師が制限されることも懸念される。このため、地域枠医師については、シーリングの対象外としていただきたい。
・小児科・産婦人科については、医師確保計画策定時には、引き続き医師の総数を確保する施策を行うこととして、医師多数区域を設定しないこととされていることから、シーリングの対象外としていただきたい。
・シーリング対象診療科の抽出及びシーリング数の算定に用いられる必

要医師数等の算定根拠を明確していただいた上で、都道府県及び大学に十分な検証期間を与えていただきたい。
・今回の必要医師数の推計においては、このような本県の離島医療に係る特殊性を考慮することは困難であると思料されることから、都道府県と大学が協議して地域医療対策協議会の議論を踏まえた上で、診療科毎の専攻医数を調整できるようにするなど、地域の特殊性を反映できる制度としていただきたい。

【熊本県】本県では、内科や麻酔科等の計７科がシーリング対象となったが、これらの診療科は現状でも地域の需要に対し供給が不足しており、地域の実情が全く考慮されていない。また、本県は医師多数県とされているが、へき地等の地理的条件により医師少数区域となる地域が多く存在し、地域医療を担う医師確保に大変苦労している。今回のシーリングは、地方の医師少数区域における医師確保をさらに困難にする可能性があるため、事前に都道府県との協議を十分に行っていただく必要あると考える。

【大分県】シーリングによる地域偏在、診療科偏在の解消に向けた効果は理解できるものの、地域の医師不足の実情を踏まえず、地域にも一律シーリングをかけることは、地域の医師確保に多大な影響を及ぼす可能性があるため、都市部に限定するなど迅速かつ継続的な見直しが必要と考える。

【宮崎県】医師少数県においてシーリングは設定すべきでない

【鹿児島県】専門医養成募集定員のシーリングについては，地理的条件や診療科の偏在等，地域の実情が十分反映されるものとなるよう，迅速かつ継続的な見直しを行うこと

【沖縄県】シーリング対象となる診療科及びシーリング数を算出する際に、離島・僻地の地理的条件を考慮するべき。また、小児科については、必要医師数を算出する際に、年少人口の割合を反映させるべき

総論としてシーリングの目的（偏在解消含む）そのものには一定の理解が示されているが、各論は様々な反応で、必要医師数の算定根拠及び方法への疑義、特定の診療科や地域枠への適用除外、地域特性への配慮などが（都道府県が捉える）課題として挙げられている。

【１６】医師確保計画策定において、どのような課題、苦労がありますか。具体的に記載してください。

【青森県】基礎データが一部公開されないために医師偏在指標のトレースが出来ないことで、医師多数区域、医師少数区域の区分について地対協委員の理解を得られにくい。また、明確に区分されてしまうことで、これまでに全県的に行ってきた施策に医療圏ごとに濃淡を付けざるを得なくなる恐

れがある。

【岩手県】現在の医学奨学生数等から予測される４年後の医師数（概数）から判断すると、他県からの大幅な流入がなければ目標医師数の達成は困難であり、県のみの対応には限界があること。

【秋田県】医師少数県の場合、医師多数都道府県から医師を確保できることとされているが、そのための手順や国の関与等が示されておらず、計画に盛り込むことができない。今年度末までの計画策定が義務づけられており、スケジュールがタイトである。

【福島県】二次医療圏間の偏在を是正する施策の検討に苦慮している。また、本県は医師少数県（暫定）であり、医師多数都道府県から医師を確保することができるが、医師多数都道府県からの医師の確保について具体的・実効性のある施策の検討に苦慮している。

【茨城県】①医師少数区域・多数区域等の設定によりキャリア形成プログラムに大きな影響が生じるが，国から具体的な運用方針が示されていないため，医療機関・関係者への説明等に苦慮している。

②医師偏在指標や将来の医師の需給・必要数等の概念が複雑であり，計算過程も示されないため，地対協等における理解を深めるための労力を要する。③医師の派遣調整や必要となる地域枠の設置を行っていく上で，国から制度的な実効性が担保されていない。

【栃木県】データ等国からの情報が不足しているところがあり、説明に苦慮するケースがある。

【埼玉県】各県が地域の実情に合わせて独自の必要医師数の目標を定め、それぞれ創意工夫をもって医師確保に臨むべきと考える

【千葉県】(国からの医師偏在指標の提供が遅く、具体的な検討が進まない。また、「医師確保計画」「目標医師数」といった名称が使われているが、医師少数都道府県の場合、計画開始時の下位３３．３％を脱する医師数を目指すに過ぎないなど、名称から想像される内容と実際の計画の内容に乖離が生じやすく、関係者や県民からの理解が得られにくい。

【東京都】医育機関の配置状況や二次医療圏を越えた受療動向等、他県と様相を異にする状況が多いため、国のガイドラインに沿った対応では、地域の実情に即した計画の策定が困難である

【新潟県】年間の不足養成数を充足するための新たな地域枠等の設定とそれに対する財政負担

・県単独による新たな地域枠設定に向けた他県大学との交渉は困難が予想されていることから、国による仲介等の支援が必要と考える。

・現在、医師多数県が地域枠を設定している大学に対して、本県の地域枠設定の働きかけを行うことが基本と考えているが、距離など地理的状況や、本県との関連性など、現実的に設定困難な県も多く、可能性がある首都圏の大学にだけ新たに地域枠を設定しても不足養成数の充足が困

難なおそれがある。
・国のガイドラインにおいて、医師少数県については、地域医療介護総合確保基金を重点的に支援すると規定しているが、仮に基金を活用した場合でも、県の財政負担は相当程度嵩むことが予想されており、更なる国の支援等がなければ、不足養成数に対応する地域枠の設定が困難なおそれがある。

【富山県】厚生労働省において７月頃算出予定の医師偏在指標が９月初旬の段階で未算出であることと、医師偏在指標に関係者の納得が得られるか不透明であること

【石川県】引き続き医師少数区域を中心に医師確保を行っていく必要がある一方で、医師多数県であるため、R4 以降の地域枠の設定数（臨時定員増の可否を含む）や、地域医療介護総合確保基金の配分への影響が懸念されるが、現時点で具体の方向性が不明であること

【福井県】厚労省のデータ等資料提供が遅い（偏在指標等）。主な医師確保策が県内における医師の派遣調整となっており、医師確保計画においても従来の枠組みと変わらず、医師多数県から医師を確保する実効ある仕組みがない。

【山梨県】・計画策定の基礎となる医師偏在指標の公表が大幅に遅れており、遅れた分について都道府県の計画策定過程で取り戻す必要がある。
・医師少数スポットの設定を認めているが、国から提供される医師偏在指標の最小単位は、二次医療圏であることから、二次医療圏内の偏在状況が不明であり、少数スポットの設定が困難である。

【長野県】医師を県内に配置するに当たって、どこに、どのように配置すべきか。限られた医療資源をすべての地域に行き渡らせることは不可能である以上、取捨選択をしなければならないが、どのような根拠や論理が相応しいか。さらに、地域の関係者の理解をどうやって得ていくか。

【岐阜県】地域枠医師の配置調整は大学の医局が中心に行われており、医師少数区域への派遣調整について実効性のある施策がない。

【静岡県】関係者が多く、合意を得ながら進めることに苦労している

【愛知県】医師確保計画の策定にあたって、本県の体制の問題ではあるが人員が足りていないことから思うように事務が進められない。
また、策定までの時間が足りない。本来なら、じっくり腰を据えて、地域の課題の把握等を行ったうえで計画を策定すべきだが、時間が足りず、計画策定の基礎となるものは、医師偏在指標のみである。
また、その医師偏在指標について国から確定値が届いておらず、情報提供が遅いことも苦慮する点である。現在暫定値で計画策定を進めているが、もしも確定値において暫定値から大きな変更が生じることになれば現在進めている計画内容の見直しも必要となるため、国から早く確定値を提供してもらいたい。

【三重県】(1)本県では、医療圏（４か所）と地域医療構想区域（８か所）が異なるため、医師少数スポットの設定にあたって、医師偏在指標を県独自に算定する必要がある。
(2)国から示された目標医師数（県全体、各医療圏）が現状の医師数よりも少なく設定されていることから、医師確保計画の目標医師数の設定に苦慮している。
(3)産科・小児科における医師確保計画では、目標医師数を設定しないことを対外的に説明することが難しい。また、計画にどのような施策を記載すべきか苦慮している。さらに、産科・小児科以外の診療科の計画を策定しない理由を対外的に説明することが難しく苦慮している。

【滋賀県】医師多数県として位置づけられたため、医師確保計画上の『目標医師数』は達成済みとなっているため、計画の目標をどのように設定するかについて苦慮しているところ。

【京都府】国から偏在指標等策定の根拠となる数値が未だ示されない及び数値の積算等への質問についての回答がなく、具体的に策定できる内容が制限されており事務が大幅に遅れる見込み

【大阪府】国からは医師偏在指標とともに2023年の目標医師数、2036年の必要医師数が示されているが、この数値の算出根拠が明確ではない。また、本府においては独自調査や各所へのヒヤリングの結果を元に分析を行い、計画を策定していくことになるが、医師多数都道府県として、働き方改革や地域医療構想も踏まえながら医師を確保するための施策の考え方を整理することが課題となる。

【兵庫県】①国から示されている医師偏在指標や将来の必要医師数等の算出根拠が不透明。②医師の確保方策としては、地域枠による県養成医師の養成・派遣が主なものとなるが、これ以外に即効性・実効性のある方策が乏しい

【奈良県】医師偏在指標の算定式が不明瞭であり、対外的な説明が困難。

【和歌山県】医師多数県となっているが、地域の病院では医師が不足している現状を、どのように反映して、計画に施策を盛り込んでいくのかが課題である

【鳥取県】国が示す医師偏在指標等及びこれらを用いた医師偏在対策の手法については、地理的条件や診療科の偏在等、地域の実情を十分に反映されていない。また、都道府県が策定する計画であるが、国において目標医師数、取組等について制限が課せられている。

【島根県】・これまで進めてきた医師確保対策が抑制される恐れがある
・国の示す偏在指標には、地理的な要件等が考慮されておらず県の実態とそぐわない
・目標医師数の設定の上限が定められるなど、県独自の設定の考え方や具体的な目標数の設定が困難

・地域の関係者の理解が得られず、医師多数区域の医師確保の方針などの説明が困難

【岡山県】非常勤医師の派遣状況が反映されていないなど、必ずしも実態と合わない指標を元に計画を策定することに違和感を感じる。また、地域枠卒業医師、自治医科大学卒業医師の派遣程度しか実効性のある手段を持っていないことも課題と思う。

【広島県】三次医療圏及び二次医療圏毎で目標医師数を設定することが厚労省ガイドラインで示されているが，相対評価の下位 1/3 の底上げを図るのが主な目的とされ，少数県（圏）以外は，現状総数を超えない範囲で目標数を設定することとされている。本県では，少数県（圏）は見込まれないため，どのように目標設定を整理すべきか苦慮している。

【山口県】国による医師偏在指標（確定値）の公表が予定より遅れているため、今年度中の医師確保計画策定の作業が非常にタイトなスケジュールとなっている。

【香川県】医師多数県に対する国の方針（ガイドラインに記載されている医師多数県への制約等）への対応

【愛媛県】既に策定している地域保健医療計画の中に医療従事者の確保についての項があるとはいえ、全く新たに計画を策定することとなる中、限られた時間の中において、計画の柱となる地域枠医師の配置調整や本計画に盛り込むための新規事業の検討など、計画と連動して業務が膨れ上がっており、本年度中に計画策定まで持っていけるか不安。

【高知県】現状分析と目標医師数を達成するための施策の検討

【福岡県】・計画策定に必要な確定値等の情報提供が遅れる

・各都道府県からの疑義照会に対する厚生労働省の回答内容については、全都道府県に提供することになっていたが、６月中旬以降、情報提供がなされていない。

・医師偏在指標を算出するための項目及びその数値に対する不信感が大きく、地域医療対策協議会における説明が困難

【佐賀県】・高齢の開業医に後継者がいない場合の当該地域における医療提供体制の確保

・必要な地域への医師派遣に必要な医師数の確保

・医師の派遣先・派遣数に係る関係大学や関係医療機関の調整

・医師のキャリア形成と診療科偏在・地域偏在解消対策とのバランス

【長崎県】・医師偏在指標の確定値の公表が大幅に遅れており、医療圏ごとの施策の検討が行えない。

・医師多数県ではあるものの、開業医の割合が多く、派遣調整できる医師数が限られているため、実効性のある施策を行うことが困難。

・医師少数県以外は、医療圏ごとの目標医師数の設定の際に、その合計値が現時点の県内医師数の合計を超えないように設定する必要がある。

この考え方に基づき、医師少数区域に配慮した目標医師数の設定を行うと、医師多数区域の目標医師数を減少させる必要があり、その医療圏の理解を得ることが難しい。
・産科・小児科については、医師数が全体的に不足している可能性があるとされているが、小児科については、シーリング対象とされており、国の中でも施策の方向性が一致していないため、計画に記載する施策はシーリングによって実行できない可能性がある。

【熊本県】医師偏在指標に対する医療関係者の理解が得られず、計画策定自体にも苦慮しているが、計画策定後、医師多数・少数区域の設定に伴い、地域医療介護総合確保基金の活用範囲がどの程度制限されるのか不透明な状況であり、今後の施策の検討に苦労している。

【大分県】県内の医師少数区域は、現医師数がすでに目標医師数を上回っており、県が独自に定めるとされている目標医師数の設定に苦慮している。

【宮崎県】目標医師数や二次医療圏ごとの施策の策定

【沖縄県】医師多数都道府県の場合、二次医療圏の目標医師数は、現在の医師数を上限として独自に設定してよいこととなっているため、目標設定の基準・考え方を検討しなければならない

データがきちんとしていない（医師偏在指標の確定値公表が遅れている、目標医師数と必要医師数の概念の乖離、都道府県単位の値と二次医療圏ごとの値の乖離など）、医師多数県での目標設定がやりにくい、実効性のある対策が考えにくい、など、多くの都道府県で共通の問題を感じている様子がうかがえる。

医師多数県となった自治体は、医師偏在指標はあくまでも相対的な指標で、医師が充足しているという実感も地域の理解も得られないことから独自調査を実施する、医師少数スポットを活用して医師確保施策を継続する、不足する診療科については医師を増やす施策をとる等、医師少数県となった自治体では、医師少数区域等に配置された医師のキャリアが損なわれないような仕組みを検討するなどの工夫が見られた。

以上より

◆ 【１】：医師確保計画の担当部署（課レベル）が外来医療計画の担当部署と一致している自治体が２８、異なる自治体が１７であった。どちらも医療計画の一部として策定・推進することになるため、両計画の担当間の緊密な連携が必要と思われる。

◆ 【３】～【６】：ガイドラインによれば医師確保計画は策定にあたっては診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴くとともに医療審議会、市町村及び保険者協議会の意見を聴く必要があるとしているが、今回の調査では、医療関係団体と市町村のいずれに対しても説明会やヒヤリングを実施しないと回答した自治体は１７であった。それらの自治体は【16】自由記載では計画策定で苦労している点として「スケジュールがタイト」「国からの情報が遅い」「医師偏在指標の算定根拠が不明確で関係者に説明できない」等を挙げており、これらの理由から説明会やヒヤリングが行われていないと推察する。

◆ 【７】【８】：短期的に医師確保に効果がある方策として、ガイドラインでは「都道府県内における医師の派遣調整」「キャリア形成プログラムの策定」を挙げている。今回の調査では、派遣調整機関の設置４５自治体、キャリア形成プログラムの策定４３自治体と多数の自治体が設置、策定しており、医師偏在指標に関わりなく、医師確保の方策として自治体が重要視していると考えられる。

◆ 【12】：ガイドラインでは医師確保計画においては（特に医師少数区域の医療機関における）勤務環境改善に向けた具体的な取組内容等も記載することが望ましいとされている。今回の調査ではその中心的な役割を担う医療勤務環境改善センターによる医師労働時間短縮計画策定への貢献度が十分、おおむね十分と回答した自治体は９自治体と少数であった。２０２４年の勤務時間の上限規制導入に向けた取組においても同センターの果たす役割は重要であるため、自治体における認知度の向上や体制強化などの取組が今後必要となると思われる。

◆ 【14】：医師多数県となった自治体で工夫している点として、医師偏在指標はあくまでも相対的な指標で多数県となっても医師が充足しているという実感も得られず地域の理解も得られないことから独自調査を実施する、医師多数地域であっても医師少数スポットを活用して医師確保施策を継続する、不足する診療科については医師を増やす施策をとる等の記載があった。医師少数県となった自治体では、医師少数区域等に配置された医師のキャリアが損なわれないような仕組みを検討しているとの記載があった。

◆ 【15】：専門医制度においてシーリングが示されたことに対する意見としては、単に都市部だけという理由だけでなく医師偏在指標を取り入れて自治体を選定したことを評価する意見がある一方で、小児科は産科にならってシーリングの対象外とすべきとの意見、地方での募集定員は対象外とすべきとの意見、大学から他県に医師を派遣している場合にはそこにも影響するので慎重に検討すべき等の意見が出された。

◆ 【16】：調査時点で医師確保計画の策定において苦労している点として記載された内容としては、「国からの情報提供が遅い」「医師偏在指標の算定根拠が不明確」「都道府県が策定する計画だが国において目標医師数、取組等について制限が課されている」という意見や、医師少数県からは「新たな地域枠設定に向けた他県大学との交渉には国の関与が必要」「医師多数県から医師を確保する実行ある仕組みがない」「地域枠医師の派遣調整は大学医局が中心に行われており医師少数区域への派遣調整について実効性ある施策がない」等の意見、医師多数県からは「目標はすでに達成済みであるためどのように設定するか苦慮している」「地域医療介護総合確保基金の活用範囲がどの程度制限されるのか不透明」「地域医療構想や医師の働き方改革も踏まえ医師を確保する施策の考え方を整理することが課題」等の意見があった。医師確保計画を実効性あるものにするためには、国はこれらの課題について適切な情報提供や意見交換を行う等、今後も自治体と連携を深めていくことが必要である。

≪外来医療計画≫

【１】外来医療計画を策定している部署

厚生労働省の策定した「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）では、「外来医療に係る医療提供体制に関する事項は、医師の確保のみならず地域 医療構想等の入院医療及び在宅医療等に関する事項とも関係するものであり、都道府県においては、これらの事項に横断的に対応できるよう必要な体制を整えられたい。」とされている。

本調査では、「医師確保計画と同じ部局・同じ課・同じラインだった都道府県」が２９ヵ所、「同じ課だが別のラインだった都道府県」が４ヵ所、「同じ部局だが別の課だった都道府県」が１２ヵ所、「別の部局だった都道府県」が１ヵ所だった。

・　同じ部局・同じ課・同じライン →北海道、青森、岩手、山形、栃木、神奈川、富山、石川、福井、山梨、静岡、三重、滋賀、京都、兵庫、和歌山、鳥取、島根、岡山、広島、山口、徳島、香川、愛媛、高知、佐賀、熊本、大分、宮崎（２９） ・　同じ部局・同じ課・別のライン →秋田、長野、福岡、鹿児島（４） ・　同じ部局・別の課 →宮城、福島、茨城、埼玉、千葉、新潟、岐阜、愛知、大阪、奈良、長崎、沖縄（１２） ・　別の部局 →東京（１）

【２】外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場について

２－１）設置方法

ガイドラインでは、「都道府県は、二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとされている。なお、協議の場については、地域医療構想調整会議を活用することが可能である。」とされている。

「地域医療構想調整会議を活用している」が４４ヵ所とほとんどであり、「検討中」は１ヵ所（新潟）であった。また、「既存の別の会議を活用している都道府県」は１ヵ所（山梨）で、「地域保健医療推進委員会」を活用していた。さらに、「外来医療計画のために独自に会議体を設置した」は１ヵ所（和歌山）であった。

２－２）区域単位

ガイドラインでは、「対象区域内の医療機関の規模や数等は多様であり、地域によっては二次医療圏単位の協議の場の運営が困難な場合も想定されることから、都道

府県知事が適当と認める二次医療圏とは異なる対象区域単位で設置することも可能であるが、外来医師偏在指標の区域単位との関係から、当面は二次医療圏単位での協議の場の運営を行うよう努められたい。」とされている。

「二次医療圏と一致している」が４３ヵ所とほとんどであり、「二次医療圏を細分化している」が２ヵ所（三重、高知）であった。

また、「二次医療圏を細分化して地域医療構想圏域を設定し、外来医療圏と地域医療構想圏域を一致させている」が１ヵ所（福井）で、「１つの医療圏だけ細分化している」が１ヵ所（和歌山）だった。

２－３）事務局

重複回答で調査を行ったが、「保健所を事務局としている」が２８ヵ所、「本庁を事務局としている」が 26 ヵ所であった。

自由記載では、各圏域の会議での意見の取りまとめは各所管保健所等が行い、各所管保健所からの意見等の最終集約は本庁としている都道府県（大阪）があった。また、特定の市の検討会については、本庁が事務局としている都道府県（和歌山）もあった。

【３】医療機器に関するワーキンググループの設置の有無

ガイドラインでは、「地域における外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項の１つとして、医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活 用に関する事項が規定され、当該事項については協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとしている（医療法第３０条の１８の２第１項第４号）。このため、医療機器の効果的な活用に係る計画についても、外来医療計画に盛り込むものとする。医療機器の効果的な活用に係る協議の場としては、外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場を活用することとするが、医療機器に関する協議についてはその特殊性から、必要に応じて当該機器を保有する病院又は診療所の管理者、放射線診療の専門家等で構成されたワーキンググループ等を設置することも可能とする。」とされている。

しかし、医療機器に関するワーキンググループを設置している都道府県はなかった。

以上の結果から、都道府県の策定する外来医療計画に医療機器の効果的な活用に係る計画について、詳細に記載されるとは見込まれない。厚生労働省においては、各都道府県が提出した外来医療計画を精査のうえ、医療法の趣旨を踏まえ、医療機器の効果的な活用に係る協議を促進するための取組を進めるべきである。

一方、ガイドラインにおいては、医療機器の効率的な活用のための検討として、CT、MRI、PET、放射線治療、マンモグラフィを例示して、それぞれの項目ごとに可視化することや、「医療機器の効率的活用における性・年齢階級別検査率を用いた各地域の医療機器の配置状況に関する指標の計算方法」など、各都道府県が参考とすべき指標が提示されている。ただ、現行の医薬品医療機器法の権限等を鑑みても総量規制

を都道府県が行うことは困難である。そのため、本計画に基づき、都道府県に医療機器の効果的な活用方策を検討させる前に、医療機器に係る有効性・安全性に係る規制との制度的な整理が必要だったのではないかと思われる。

【４】保健所に対する説明会

調査時点で「すでに開催していた」は２８ヵ所、「開催予定」１０ヵ所、「予定なし」は９か所であった。

表３．具体的な開催方法

北海道	テレビ会議を２回開催。ガイドラインの概要、計画策定に当たっての道の考え方を説明
岩手県	保健所の地域医療構想担当者等を対象とした会議（９月９日）で説明
福島県	第１回各地域医療構想調整会議において説明
茨城県	５月９日（保健所長）及び５月２９日（実務担当者）に説明会実施
栃木県	担当者会議等を随時開催
埼玉県	地域医療構想調整会議に関する担当者説明会（６月）の際に説明
千葉県	県保健所長会において年間スケジュール等を共有済み
石川県	県単位の調整会議にて外来医療計画の概要を説明（調整会議に保健所出席）
山梨県	保健所長会議において概要を説明済み
愛知県	7月に保健所長が集まる会議において、計画策定スケジュール、記載する項目等の概要を説明
三重県	保健所会において説明を行った
滋賀県	５月、８月に外来医療計画策定の概要および協議の場での議論の進め方について説明
京都府	各保健所との意見交換会
大阪府	５月保健所等向け説明会および７月保健所等向け説明会にて概要説明済。
兵庫県	各保健所へ、計画策定に向けた方向性を説明
和歌山県	保健所担当者会議を開催
島根県	保健所長への個別説明、担当課長会の開催
岡山県	各構想区域の第１回地域医療構想調整会議において、本庁から今年度中の協議を依頼した。
広島県	８月下旬，厚生環境事務所・支所長及び各保健所長を対象に，外来医療計画の策定方針や概要について説明
愛媛県	ガイドライン等について担当課長を対象とした説明会を開催。医師偏在指標が出た後にも開催予定。
佐賀県	部内会議や保健福祉事務所長等会議

長崎県	外来医療計画の概要及び地域における協議の進め方等について説明を行った
大分県	保健所長会議での説明や担当者会議の開催
宮崎県	５月保健所長会で説明
鹿児島県	８月上旬に保健所の地域医療構想調整会議の担当者を集めて説明会を開催

北海道	テレビ会議を２回開催。ガイドラインの概要、計画策定に当たっての道の考え方を説明
岩手県	保健所の地域医療構想担当者等を対象とした会議（９月９日）で説明
福島県	第１回各地域医療構想調整会議において説明
茨城県	５月９日（保健所長）及び５月２９日（実務担当者）に説明会実施
栃木県	担当者会議等を随時開催
埼玉県	地域医療構想調整会議に関する担当者説明会（６月）の際に説明
千葉県	県保健所長会において年間スケジュール等を共有済み
石川県	県単位の調整会議にて外来医療計画の概要を説明（調整会議に保健所出席）
山梨県	保健所長会議において概要を説明済み
愛知県	7月に保健所長が集まる会議において、計画策定スケジュール、記載する項目等の概要を説明
三重県	保健所会において説明を行った
滋賀県	５月、８月に外来医療計画策定の概要および協議の場での議論の進め方について説明
京都府	各保健所との意見交換会
大阪府	５月保健所等向け説明会および７月保健所等向け説明会にて概要説明済。
兵庫県	各保健所へ、計画策定に向けた方向性を説明
和歌山県	保健所担当者会議を開催
島根県	保健所長への個別説明、担当課長会の開催
岡山県	各構想区域の第１回地域医療構想調整会議において、本庁から今年度中の協議を依頼した。
広島県	８月下旬，厚生環境事務所・支所長及び各保健所長を対象に，外来医療計画の策定方針や概要について説明
愛媛県	ガイドライン等について担当課長を対象とした説明会を開催。医師偏在指標が出た後にも開催予定。
佐賀県	部内会議や保健福祉事務所長等会議
長崎県	外来医療計画の概要及び地域における協議の進め方等について説明を行った

大分県	保健所長会議での説明や担当者会議の開催
宮崎県	５月保健所長会で説明
鹿児島県	８月上旬に保健所の地域医療構想調整会議の担当者を集めて説明会を開催

表４．開催予定の具体的な方法

山形県	国から外来医師偏在指標が示された後
新潟県	参考データ等を整理した上で調整会議での協議について説明を検討
岐阜県	令和２年度以降
大阪府	11 月に予定している説明会で、計画の具体的な策定作業の説明を予定。
奈良県	検討中
鳥取県	９月開催予定
香川県	令和元年９月開催予定の地域医療構想調整会議で説明予定
福岡県	時期は未定だが、外来医療計画の策定や、策定後に行う事務の考え方等について説明する予定
沖縄県	外来医療に係る医療提供体制の協議の場へ参加予定

【５】医師会、病院、大学など医療関係団体に対する説明会

ガイドラインでは、「外来医療に係る医療提供体制の確保については、幅広く関係者の理解を得て推進する必要があるため、協議の場の構成員参加者については、郡市区医師会等の地域における学識経験者や、病院・診療所の管理者、医療保険者、市区町村等の幅広いものとすることが望ましい。」とされている。

調査時点で「すでに開催していた」は２４ヵ所、「開催予定」１２ヵ所、「予定なし」は１０ヵ所であった。

表５．具体的な開催方法

北海道	各二次医療圏で開催した地域医療構想説明会や、調整会議において外来医療計画の概要、計画策定に当たっての道の考え方を説明
岩手県	県医師会担当副会長等に概要説明（７月上旬）、地域医療対策協議会で概要説明（８月上旬）
秋田県	７月の県医療審議会、７月の関係団体との懇談会等の場
福島県	医療審議会で説明
茨城県	４月～７月にかけて県医療審議会，地区地域医療構想調整会議，県地域医療対策協議会の場を活用し，外来医療計画の概要及びスケジュール等について説明
埼玉県	６～８月、各郡市医師会長向けの概要説明を実施
千葉県	７月の医療審議会総会において各団体代表の委員に対し、暫定指標、年間スケジュール、策定の基本方針等を説明済み

東京都	医師会に対し、7 月に計画の策定概要、スケジュール及び検討体制等について説明
石川県	8 月 19 日に県単位の調整会議にて外来医療計画の概要を説明（県医師会、病院協会、大学出席）
山梨県	山梨県医療審議会及び山梨県地域医療対策協議会において概要を説明
岐阜県	地域医療構想調整会議にて説明
愛知県	7 月～8 月にかけて、構想区域ごとに地域医療構想推進会議で、計画策定スケジュール、記載する項目(ガイドラインの概要説明)等を説明。
三重県	県医師会主催の７月に郡市医師会長会議において説明を行った
兵庫県	県医療審議会で、計画策定に向けた方向性を説明
和歌山県	８月に和歌山県医療対策協議会を開催し説明
島根県	個別に説明
広島県	８月下旬，県医師会役員や郡市地区医師会の代表者を対象に，外来医療計画の策定方針や概要について説明
高知県	7 月 21 日に、外来医療計画がどういったものかの説明を実施
佐賀県	６月に有床診療所協議会総会、７月に各医師会長
長崎県	郡市医師会については、個別に訪問した上で計画策定への協力依頼を行っている。 また、県医師会と連携し、郡市医師会向けに外来医療計画に関する説明会を開催した。（8/28）
熊本県	令和元年６月に県医師会理事会、７月に県調整会議で大学、病院等に説明
鹿児島県	７月下旬の県地域医療対策協議会にて外来医療計画の概要，策定スケジュール，骨子案等について説明を行った
沖縄県	１０月以降に国のガイドライン等内容を説明予定

表６．開催予定の具体的方法

山形県	時期、説明内容は未定
栃木県	未定
神奈川県	医師会主催で１２月予定
新潟県	保健所への説明と合わせて郡市医師会への説明を検討
福井県	１０月頃に県内各郡市医師会との意見交換を行う予定
静岡県	調整中
大阪府	秋から冬頃、外来医療計画の策定内容、地域医療構想等について、研修会を開催予定。
奈良県	１０月下旬　地区医師会ヒアリング予定
宮崎県	１０月末に開催予定
沖縄県	１０月以降に国のガイドライン等内容を説明予定

【６】協議にあたっての活用（予定）データ

主として医療機器の活用状況が記載されると思われるが、半分弱の県では病床機能報告を活用しているようであるが、診療所の CT・MRI は十分データが取れているか疑問である。

表７．活用データ（複数回答）

１．経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト；医療提供状況の地域差 SCR（外来）	２．医療機能情報	３．病床機能報告	４．その他	５．未定	無回答
１３	１７	２３	１４	１２	１

【７】独自調査の有無

独自調査を「1．有」は２０ヵ所、「２．なし」は２５ヵ所、「無回答」１ヵ所であった。

７－２）「１．有」の場合、具体的に

表 8．独自調査項目

１．初期救急医療	２．在宅医療	３．公衆衛生（産業医、学校医、予防接種）	４．医療機器	５．その他	無回答
13	10	11	4	5	0

半分強の県では調査を行っていないが、独自調査した都道府県では「初期救急」や「在宅」、「学校医」等の調査を行っていた。

【８】外来機能について、何を「見える可」しているか

北海道	計画策定時においては、厚労省から提供された各種データを計画に登載。今後、計画期間を通じて役割分担・連携を進める観点、診療所が比較的少ない地域における診療従事を促進する観点から、順次、より有用なデータの検討・整理を進めていく。
青森県	未定
岩手県	検討中
宮城県	初期救急医療・在宅医療・公衆衛生の医療提供体制，医療機器の偏在状況

秋田県	外来医師偏在指標にある診療所医師数や外来患者数、在宅医療などの国から提供のあった外来医療機能に係るデータ
山形県	未定
福島県	検討中
茨城県	医療圏ごとの外来医師偏在指標及び医療機器，医療機器の配置状況に関する情報
栃木県	在宅医療や救急輪番等の機能を予定
埼玉県	初期救急や在宅医療、公衆衛生といった地域貢献の分野における地域で不足する外来医療機能
千葉県	基本的にはガイドラインに記載されている各機能について、地域で機能を担う診療所数や連携体制、担い手の過不足感等を調査し提示していくこととしている。なお、学校医等の状況を可視化する過程で、眼科のように他科を専門とする医師では機能を代替することが難しい診療機能についても可視化が図られると思料する。
東京都	検討中
神奈川県	外来医師多数区域に該当するか、各地域で必要とされる機能
新潟県	検討中
富山県	夜間休日等の初期救急医療の提供状況、在宅医療の提供体制、公衆衛生に係る医療提供体制等の情報
石川県	地域の診療所数及び診療所医師数、地域の在宅医療実施医療機関数、初期救急体制など
福井県	厚生労働省のガイドラインで示されたデータに加え、標榜診療科数や患者流出入数、二次医療圏より細分化した統計データを見える化する予定
山梨県	検討中
長野県	在宅、一次救急、公衆衛生
岐阜県	国ガイドラインに沿って、初期救急、在宅医療、公衆衛生等を見える化する予定。
静岡県	検討中
愛知県	今後検討予定
三重県	未定
滋賀県	厚労省から提示された外来医師偏在指標を用いて外来医療の偏在を「見える化」する。
京都府	在宅医療支援病院・診療所の位置等
大阪府	外来医療計画策定ガイドラインに示される各論に沿った府内診療所の実態データの見える化
兵庫県	未定
奈良県	厚労省が提示されている機能の他については現在検討中

和歌山県	在宅医療。初期救急といった外来医療機能について、客観的データの他に、協議の場の構成員等からの聞き取りといった定性的な情報を加えて示すことを検討。
島根県	初期救急、在宅医療、公衆衛生（産業医、学校医、予防接種）
岡山県	診療科別の病院・診療所開設状況の地図上にプロットし、併せて医療機能情報、病床機能報告から得られる情報を掲載する。
広島県	初期救急医療，在宅医療，公衆衛生（産業医、学校医、予防接種），医療機器　及び　地域医療構想調整会議での協議により可視化による情報提供が有効と認められたデータ等
山口県	未定
徳島県	初期救急医療や公衆衛生など地域の診療所等が担っている取組みの現状
香川県	在宅医療や救急輪番　などを想定
愛媛県	未定
高知県	国が例示している在宅医療、初期救急、公衆衛生の検討は行う。それ以外は未定
福岡県	不足する外来医療機能、診療科ごとの医療機関所在地、居住地、アクセシビリティ
佐賀県	地域で困っているという役割の負担感＝実数
長崎県	厚生労働省から提供される外来医師偏在指標や地域の医療資源のマッピング、郡市医師会等に対するアンケート調査を踏まえた外来医療機能の現状等について、計画内に記載することとしている。
熊本県	初期救急、公衆衛生、在宅医療を中心に、見える化を進める予定。
大分県	厚生労働省から例示のあった初期救急医療、在宅医療、公衆衛生を基本に考えている。
鹿児島県	国が「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」の中で示す，初期救急・在宅医療・公衆衛生等に関して，見える化を考えている
沖縄県	今後検討予定

【９】外来医療計画策定における課題、苦労

青森県	基礎データが一部公開されないために医師偏在指標のトレースが出来ないことで、医師多数区域、医師少数区域の区分について地対協委員の理解を得られにくい。また、明確に区分されてしまうことで、これまでに全県的に行ってきた施策に医療圏ごとに濃淡を付けざるを得なくなる恐れがある。
岩手県	現在の医学奨学生数等から予測される４年後の医師数（概数）から判断すると、他県からの大幅な流入がなければ目標医師数の達成は困難であり、県のみの対応には限界があること。

秋田県	医師少数県の場合、医師多数都道府県から医師を確保できることとされているが、そのための手順や国の関与等が示されておらず、計画に盛り込むことができない。 今年度末までの計画策定が義務づけられており、スケジュールがタイトである。
福島県	二次医療圏間の偏在を是正する施策の検討に苦慮している。また、本県は医師少数県（暫定）であり、医師多数都道府県から医師を確保することができるが、医師多数都道府県からの医師の確保について具体的・実効性のある施策の検討に苦慮している。
茨城県	①医師少数区域・多数区域等の設定によりキャリア形成プログラムに大きな影響が生じるが，国から具体的な運用方針が示されていないため，医療機関・関係者への説明等に苦慮している。②医師偏在指標や将来の医師の需給・必要数等の概念が複雑であり，計算過程も示されないため，地対協等における理解を深めるための労力を要する。③医師の派遣調整や必要となる地域枠の設置を行っていく上で，国から制度的な実効性が担保されていない。
栃木県	データ等国からの情報が不足しているところがあり、説明に苦慮するケースがある。
埼玉県	各県が地域の実情に合わせて独自の必要医師数の目標を定め、それぞれ創意工夫をもって医師確保に臨むべきと考える
千葉県	（国からの医師偏在指標の提供が遅く、具体的な検討が進まない。また、「医師確保計画」「目標医師数」といった名称が使われているが、医師少数都道府県の場合、計画開始時の下位３３．３％を脱する医師数を目指すに過ぎないなど、名称から想像される内容と実際の計画の内容に乖離が生じやすく、関係者や県民からの理解が得られにくい。
東京都	医育機関の配置状況や二次医療圏を越えた受療動向等、他県と様相を異にする状況が多いため、国のガイドラインに沿った対応では、地域の実情に即した計画の策定が困難である
新潟県	年間の不足養成数を充足するための新たな地域枠等の設定とそれに対する財政負担 ・県単独による新たな地域枠設定に向けた他県大学との交渉は困難が予想されていることから、国による仲介等の支援が必要と考える。 ・現在、医師多数県が地域枠を設定している大学に対して、本県の地域枠設定の働きかけを行うことが基本と考えているが、距離など地理的状況や、本県との関連性など、現実的に設定困難な県も多く、可能性がある首都圏の大学にだけ新たに地域枠を設定しても不足養成数の充足が困難なおそれがある。 ・国のガイドラインにおいて、医師少数県については、地域医療介護総合確保基金を重点的に支援すると規定しているが、仮に基金を活用した場

	合でも、県の財政負担は相当程度嵩むことが予想されており、更なる国の支援等がなければ、不足養成数に対応する地域枠の設定が困難なおそれがある。
富山県	厚生労働省において７月頃算出予定の医師偏在指標が９月初旬の段階で未算出であることと、医師偏在指標に関係者の納得が得られるか不透明であること
石川県	引き続き医師少数区域を中心に医師確保を行っていく必要がある一方で、医師多数県であるため、R4 以降の地域枠の設定数（臨時定員増の可否を含む）や、地域医療介護総合確保基金の配分への影響が懸念されるが、現時点で具体の方向性が不明であること
福井県	厚労省のデータ等資料提供が遅い（偏在指標等）。主な医師確保策が県内における医師の派遣調整となっており、医師確保計画においても従来の枠組みと変わらず、医師多数県から医師を確保する実効ある仕組みがない。
山梨県	・ 計画策定の基礎となる医師偏在指標の公表が大幅に遅れており、遅れた分について都道府県の計画策定過程で取り戻す必要がある。 ・ 医師少数スポットの設定を認めているが、国から提供される医師偏在指標の最小単位は、二次医療圏であることから、二次医療圏内の偏在状況が不明であり、少数スポットの設定が困難である。
長野県	医師を県内に配置するに当たって、どこに、どのように配置すべきか。限られた医療資源をすべての地域に行き渡らせることは不可能である以上、取捨選択をしなければならないが、どのような根拠や論理が相応しいか。さらに、地域の関係者の理解をどうやって得ていくか。
岐阜県	地域枠医師の配置調整は大学の医局が中心に行われており、医師少数区域への派遣調整について実効性のある施策がない。
静岡県	関係者が多く、合意を得ながら進めることに苦労している
愛知県	医師確保計画の策定にあたって、本県の体制の問題ではあるが人員が足りていないことから思うように事務が進められない。 また、策定までの時間が足りない。本来なら、じっくり腰を据えて、地域の課題の把握等を行ったうえで計画を策定すべきだが、時間が足りず、計画策定の基礎となるものは、医師偏在指標のみである。 また、その医師偏在指標について国から確定値が届いておらず、情報提供が遅いことも苦慮する点である。現在暫定値で計画策定を進めているが、もしも確定値において暫定値から大きな変更が生じることになれば現在進めている計画内容の見直しも必要となるため、国から早く確定値を提供してもらいたい。

三重県	(1)　本県では、医療圏（４か所）と地域医療構想区域（８か所）が異なるため、医師少数スポットの設定にあたって、医師偏在指標を県独自に算定する必要がある。 (2)　国から示された目標医師数（県全体、各医療圏）が現状の医師数よりも少なく設定されていることから、医師確保計画の目標医師数の設定に苦慮している。 (3)　産科・小児科における医師確保計画では、目標医師数を設定しないことを対外的に説明することが難しい。また、計画にどのような施策を記載すべきか苦慮している。さらに、産科・小児科以外の診療科の計画を策定しない理由を対外的に説明することが難しく苦慮している。
滋賀県	医師多数県として位置づけられたため、医師確保計画上の『目標医師数』は達成済みとなっているため、計画の目標をどのように設定するかについて苦慮しているところ。
京都府	国から偏在指標等策定の根拠となる数値が未だ示されない及び数値の積算等への質問について の回答がなく、具体的に策定できる内容が制限されており事務が大幅に遅れる見込み
大阪府	国からは医師偏在指標とともに 2023 年の目標医師数、2036 年の必要医師数が示されているが、この数値の算出根拠が明確ではない。 また、本府においては独自調査や各所へのヒヤリングの結果を元に分析を行い、計画を策定していくことになるが、医師多数都道府県として、働き方改革や地域医療構想も踏まえながら医師を確保するための施策の考え方を整理することが課題となる。
兵庫県	①　国から示されている医師偏在指標や将来の必要医師数等の算出根拠が不透明 ②　医師の確保方策としては、地域枠による県養成医師の養成・派遣が主なものとなるが、これ以外に即効性・実効性のある方策が乏しい
奈良県	医師偏在指標の算定式が不明瞭であり、対外的な説明が困難。
和歌山県	医師多数県となっいるが、地域の病院では医師が不足している現状を、どのように反映して、計画に施策を盛り込んでいくのかが課題である
鳥取県	国が示す医師偏在指標等及びこれらを用いた医師偏在対策の手法については、地理的条件や診療科の偏在等、地域の実情を十分に反映されていない。また、都道府県が策定する計画であるが、国において目標医師数、取組等について制限が課せられている。
島根県	・これまで進めてきた医師確保対策が抑制される恐れがある ・国の示す偏在指標には、地理的な要件等が考慮されておらず県の実態とそぐわない ・目標医師数の設定の上限が定められるなど、県独自の設定の考え方や具体的な目標数の設定が困難

	・地域の関係者の理解が得られず、医師多数区域の医師確保の方針などの説明が困難
岡山県	非常勤医師の派遣状況が反映されていないなど、必ずしも実態と合わない指標を元に計画を策定することに違和感を感じる。また、地域枠卒業医師、自治医科大学卒業医師の派遣程度しか実効性のある手段を持っていないことも課題と思う。
広島県	三次医療圏及び二次医療圏毎で目標医師数を設定することが厚労省ガイドラインで示されているが，相対評価の下位 1/3 の底上げを図るのが主な目的とされ，少数県（圏）以外は，現状総数を超えない範囲で目標数を設定することとされている。本県では，少数県（圏）は見込まれないため，どのように目標設定を整理すべきか苦慮している。
山口県	国による医師偏在指標（確定値）の公表が予定より遅れているため、今年度中の医師確保計画策定の作業が非常にタイトなスケジュールとなっている。
香川県	医師多数県に対する国の方針（ガイドラインに記載されている医師多数県への制約等）への対応
愛媛県	既に策定している地域保健医療計画の中に医療従事者の確保についての項があるとはいえ、全く新たに計画を策定することとなる中、限られた時間の中において、計画の柱となる地域枠医師の配置調整や本計画に盛り込むための新規事業の検討など、計画と連動して業務が膨れ上がっており、本年度中に計画策定まで持っていけるか不安。
高知県	現状分析と目標医師数を達成するための施策の検討
福岡県	・計画策定に必要な確定値等の情報提供が遅れる ・各都道府県からの疑義照会に対する厚生労働省の回答内容については、全都道府県に提供することになっていたが、６月中旬以降、情報提供がなされていない。 ・医師偏在指標を算出するための項目及びその数値に対する不信感が大きく、地域医療対策協議会における説明が困難
佐賀県	・高齢の開業医に後継者がいない場合の当該地域における医療提供体制の確保 ・必要な地域への医師派遣に必要な医師数の確保 ・医師の派遣先・派遣数に係る関係大学や関係医療機関の調整 ・医師のキャリア形成と診療科偏在・地域偏在解消対策とのバランス
長崎県	・医師偏在指標の確定値の公表が大幅に遅れており、医療圏ごとの施策の検討が行えない。 ・医師多数県ではあるものの、開業医の割合が多く、派遣調整できる医師数が限られているため、実効性のある施策を行うことが困難。 ・医師少数県以外は、医療圏ごとの目標医師数の設定の際に、その合計

	値が現時点の県内医師数の合計を超えないように設定する必要がある。この考え方に基づき、医師少数区域に配慮した目標医師数の設定を行うと、医師多数区域の目標医師数を減少させる必要があり、その医療圏の理解を得ることが難しい。 ・産科・小児科については、医師数が全体的に不足している可能性があるとされているが、小児科については、シーリング対象とされており、国の中でも施策の方向性が一致していないため、計画に記載する施策はシーリングによって実行できない可能性がある。
熊本県	医師偏在指標に対する医療関係者の理解が得られず、計画策定自体にも苦慮しているが、計画策定後、医師多数・少数区域の設定に伴い、地域医療介護総合確保基金の活用範囲がどの程度制限されるのか不透明な状況であり、今後の施策の検討に苦労している。
大分県	県内の医師少数区域は、現医師数がすでに目標医師数を上回っており、県が独自に定めるとされている目標医師数の設定に苦慮している。
沖縄県	医師多数都道府県の場合、二次医療圏の目標医師数は、現在の医師数を上限として独自に設定してよいこととなっているため、目標設定の基準・考え方を検討しなければならない

以上より

- 【２】：協議の場についてはガイドラインでも示されているように地域医療構想調整会議を活用するところがほとんどであった。事務局については、保健所２７、本庁２６という順であったが、うち８自治体では保健所と本庁の両方に置くという回答であった。協議の場については二次医療圏単位で運営を行うようにとの記載もあるため既存の地域医療構想調整会議の事務局が担うことになるものと推察される。
- 【６】：協議にあたって活用する予定のデータとして、多い順に病床機能報告（２２自治体）、医療機能情報（17 自治体）、医療提供状況の地域差 SCR（１３自治体）であった。調査時点で未定（１２自治体）の自治体もあるため、計画の策定や推進にあたってこれらのデータがさらに活用されるよう適切な情報提供を行う必要がある。
- 【７】【８】：独自調査については、ガイドラインで「現時点で不足している外来医療機能」として例示されている初期救急医療、在宅医療、公衆衛生などが多く挙げられていた。これらの機能は見える化すべき機能の事由記載回答でも上位を占めていた。見える化については、他に医療機器の情報、診療所数や医師数、患者流出入の状況など地域の実情に応じて検討が行われていると考えられる。
- 【９】：調査時点で外来医療計画策定において苦労している点については「計画の全体イメージをつかみかねている」「開業規制ではないかと警戒されている」「開業に係る届出制度の枠組みの中で求めに応じない医師の呼び出し、結果の公表等の処遇にあたっての正当性の説明が困難」「地域で不足する機能は何を根拠に定義す

るのか」など様々な意見が担当者から述べられている。地域の関係者や住民から理解を得るためには自治体関係者の抱く上記の課題について、国による適切な情報提供と詳細な説明が必要であると考える。

Ⅳ　政令指定都市対象調査

Ⅳ―１　方法

◆ 目的：政令指定都市における地域医療構想の推進及び地域包括ケアシステムの構築の推進に向けた取り組みでの都道府県との連携等の状況を把握し、課題と取り組みの好事例を抽出すること

◆ 調査期間：２０１９年 ９月２０日～１０月１１日

◆ 調査対象：全国の政令指定都市（２０か所）

◆ 調査方法：調査依頼状および質問用紙を全国衛生部長会事務局から配信、メールにて研究班に回答を得た

◆ 調査項目：

【１】調査市のプロフィール：３項目
【２】調査市の組織・機構（福祉･保健部局）：２項目
【３】地域医療構想と地域包括ケア推進の構築における都道府県との関係：３項目
【４】地域包括ケアの推進、在宅医療介護連携の構築に向けた取り組み等：９項目
【５】地域包括ケア推進に向けた ICT の活用：３項

Ⅳ―２　結果と考察

◆ 回収率：９０．０％（１８/２０政令指定都市）

◆ 調査結果

【１】政令指定都市プロフィール

回答のあった１８自治体の総人口は約２、５４０万人、高齢化率の平均２５．８％であった。

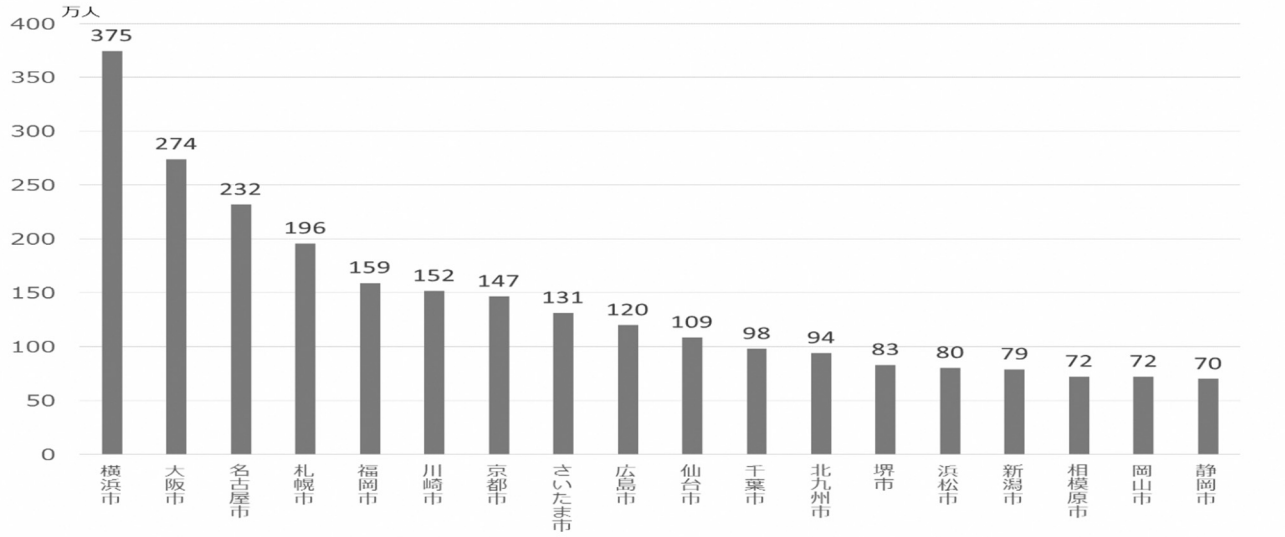
単独で１つの二次医療圏を構成しているのは７自治体、市内に２つ以上の２次医療圏があるのは１自治体、他の市町村で二次医療圏を構成しているのは１０自治体であった。

（１）推定人口　最大：横浜市：3,745,377 人（平成 31 年 3 月 31 日）

最小：静岡市：699,261 人（令和元年８月 31 日）

【参考】（平成 27 年国政調査）：20 市合計 27,497,224 人 （全人口の 22%）

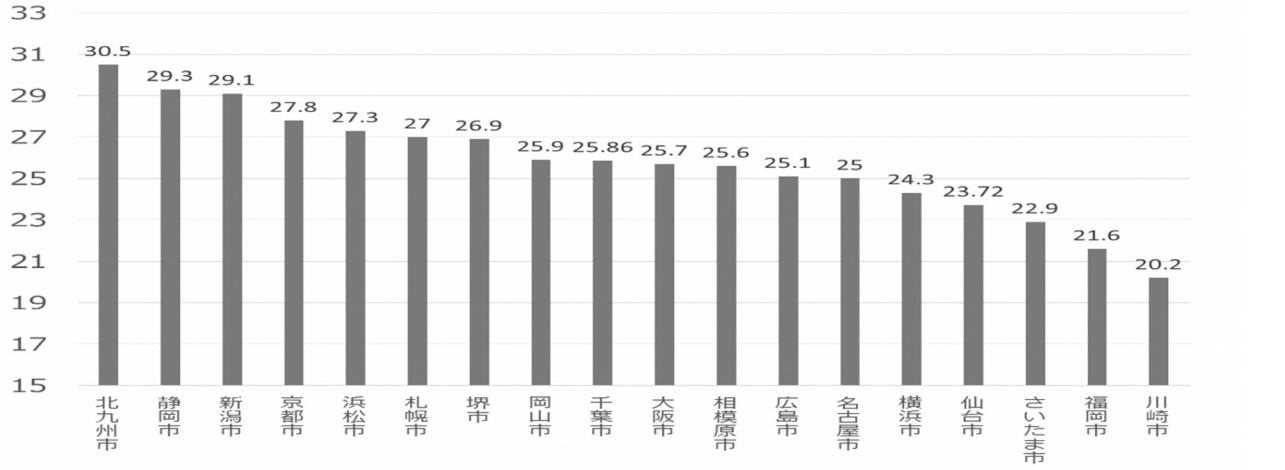
表９．推計人口



（２）高齢化率：最大：北九州市：30.5%（平成 31 年 3 月 31 日）

最小：川崎市：20.2%（平成 30 年 10 月 1 日）

表１０．高齢化率



（３）二次医療圏の構成

調査市のみで二次医療圏構成	7	３９％
調査市の中に複数の二次医療圏が存在	1	６％
調査市と隣接市町村で二次医療圏を構成	１０	５６％

【２】調査市の組織・機構（福祉･保健部局）

（１）保健部門（保健所や健康政策の所管）と高齢者福祉部門（介護保険や高齢者施策の所管）との関係

「１．保健部門と高齢者福祉部門をそれぞれ所管する局等が分かれている」が２自治体、「２．保健部門と高齢者福祉部門を同一の局等で所管している（局の中に各部門を所管する部等を置いている場合を含む)」が１６自治体、「３．その他」は０であった。

【３】地域医療構想、地域包括ケアに関する貴市と都道府県とのかかわり

（１）地域医療構想、医療計画等について

１－１）都道府県に対しての貴市の窓口（担当部署）

保健所が何らかの形で窓口となっているのは８か所で、そのうち保健所のみが窓口となっている市は２市（札幌、名古屋）で、保健所内の部署＋保健所以外の保健部門の担当課は３市（川崎、相模原、静岡）、保健所内の部署＋福祉部門の担当課は１市（京都）、保健所内の部署＋保健所以外の保健部門の担当課＋福祉部門の担当課は２市（堺、仙台）であった。一方、保健所が窓口として関与していないのは１０市でそのうち、保健所以外の保健部門の担当課が窓口となっているのは８市（千葉、横浜、新潟、浜松、大阪、岡山、広島、北九州）、保健所以外の保健部門の担当課＋福祉部門の担当課は２市（さいたま、福岡）であった。

表１１．窓口

１．保健所の担当課	２．保健所以外の保健部門の所管局の担当課	３．高齢者福祉部門の所管局の担当課	４．その他	無回答
８	１５	８	０	０

１－２）各種会議への参加状況

各種会議に保健所長が一切参加していないのは７市（札幌、千葉、新潟、岡山、広島、北九州、福岡）、構成員として参加しているのは１０市、オブザーバ参加は１市であった。

表１２．各種会議への参加（複数回答）

	１．保健所長	２．所管局長	３．所管局の中で各部門を所管する部長等	４．その他
	１１	１０	１７	１
(構成員として)	９	８	８	
(オブザーバとして)	１	０	１	
(事務局員として)	１	２	７	
(無回答)	０	０	１	

（２）地域包括ケアシステムの構築、医療介護連携推進について

保健所が何らかの形で窓口となっているのは３市（川崎、静岡、福岡）のみで、15 市は主に福祉部局が窓口になっていた。また都道府県（医療圏）が主催する各種会議に保健所長が参加しているのは１市（さいたま）のみであり、政令市指定都市の保健所はほとんど地域包括ケアシステムには関与していないと考えられる。

表１３．都道府県に対しての貴市の窓口（担当部署）

１．保健所の担当課	２．保健所以外の保健部門の所管局の担当課	３．高齢者福祉部門の所管局の担当課	４．その他
３	８	１５	４

（複数回答）

表１４．各種会議への参加状況

	１．保健所長	２．所管局長	３．所管局の中で各部門を所管する部長等	４．その他	無回答
	２	５	８	７	２
(構成員として)	２	２	３		
(オブザーバとして)	０	１	０		
(事務局員として)	０	２	６		
(無回答)	０	０	０		

（複数回答）

（３）地域医療構想および地域包括ケア推進の構築に向けた取り組みについての都道府県との関係

都道府県の指導の下、政令指定都市が綿密に連携しているのは４市（さいたま、相模原、静岡、大阪）で、逆に殆ど都道府県に頼ることなく独自に推進しているのは２市（札幌、福岡）であった。

表１５．都道府県との関係

１．都道府県の指導や情報提供の下、綿密に情報交換しながら推進している	２．ある程度は都道府県との情報交換は行っている	３．都道府県に頼ることなく、独自で推進している
８	１３	２

（複数回答）

【４】貴市の地域包括ケア推進の構築に向けた取り組み

（１）市独自の医療計画について

５市（札幌、横浜、川崎、相模原、福岡）ではすでに策定されているが、他市は策定の予定はないと回答しており、都道府県の医療計画に準拠しているようである。

表１６．独自の計画策定

１．策定済み	２．策定中	３．策定予定	４．策定予定はない	無回答
５	０	０	１２	１

（２）群市医師会との関係

市の医師会がない京都市以外は、よく連携が取れている１２市、部分的に連携が取れている５市で、連携のできていない市はなかった。

表１７．連携による具体的成果

千葉市	医師会と市が連携し、在宅医療推進のための協議会を設置・開催している。
川崎市	多職種連携マニュアルの作成、入退院調整モデルの作成、地域リーダー研修の実施　等
新潟市	在宅医療・介護連携推進事業の運用、初期救急医体制ほか
浜松市	多職種連携の連絡会への参加等
名古屋市	在宅医療・介護連携支援センター、在宅医療支援センターを 16 行政区に設置し、医師・介護職等の情報共有ツールを構築した
堺市	堺地域医療連携支援センターの設置等、医師会へ在宅医療と介護の連携事業の委託を行っている
岡山市	具体的成果なし
福岡市	平成 26 年 1 月に市医師会と「福岡市在宅医療協議会」を立ち上げ，在宅医療提供体制の構築に向けて，協議・検討。各区医師会と，各区をいくつかのブロックに分け，ブロックごとに指定された「ブロック支援病院」を中心とした在宅医療提供体制の推進を進めている。

（３）地域包括支援センターの箇所数と運営形態について

政令市指定都市全体で、７６６か所、１市平均４３か所を設置しており、直営の北九州、指定管理の横浜を除いた１６市は業務委託で運営されている。

（４）在宅医療介護連携支援センター（の様な機関、組織）の設置はされているか

設置予定の札幌、相模原、広島を除いた１５市で設置されている。

（５）市内での多職種連携グループ等の立ち上げ状況について

川崎、相模原を除く１６市で立ち上げを認知しているが、個所数・詳細の把握がされているのは９市（仙台、さいたま、新潟、浜松、名古屋、堺、岡山、北九州、福岡）であった。

（６）上記の（１）～（４）に対して、都道府県の指導や支援はあったか

ある程度あったのは６市（さいたま、川崎、相模原、京都、岡山、広島）、殆どなかったのは８市（札幌、仙台、新潟、静岡、浜松、名古屋、堺、北九州）、指導・支援の有無にかかわらず市独自で行ったのは６市（千葉、横浜、大阪、岡山、広島、福岡）であった。

表１８．都道府県の指導や支援

１．十分にあった	２．ある程度あった	３．ほとんどなかった	４．なかったので、市独自でやった
0	6	8	6

（７）地域医療介護総合確保基金について

都道府県から詳細な情報が入っているのは８市（札幌、仙台、川崎、京都、大阪、岡山、広島、福岡）で、そのうち３市は福祉部局（介護保険、地域包括ケア所管部署）のみに情報提供されている。

表１９．都道府県からの情報提供

１．毎年、都道府県を介して詳しい情報が入る	２．ある程度情報が入る	３．ほとんど情報はない
8	8	4

（８）地域包括ケア推進の構築に向けて、都道府県の指導や支援は必要か

必要と回答したのは７市、項目によっては必要と回答したのは１１市で、その内容は、①KDB 等の医療介護に関するデータ提供、②医療介護にかかわる人材の確保と育成研修、③他の自治体の取り組み状況や好事例の紹介、自治体間の情報交換の場の提供、④基金の創設など財源確保、等であった。

表２０．都道府県の指導や支援

１．必要	２．項目によっては必要	３．不要
7	１１	0

表２１．「２．項目によっては必要」の具体例

札幌市	人材確保
横浜市	高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定にあたっての国からの情報
川崎市	医療に関するデータ等の情報提供

相模原市	好事例の紹介、研修の実施
新潟市	データ提供（KDB 等）
静岡市	医療計画の推進
浜松市	他自治体の取り組み状況等の情報提供
堺市	基金の創設や柔軟な対応
北九州市	情報交換
福岡市	関係市町村との連携　　（地域医療課）

地域医療構想に関しては、政令指定都市の保健所（保健所長）というよりは保健所以外の保健部局が携わっており、地域包括ケアシステムについては主に福祉部局主導で進められている。

都道府県へ期待されていることは、

① KDB 等の医療介護に関するデータ提供
② 医療介護にかかわる人材の確保と育成研修
③ 他の自治体の取り組み状況や好事例の紹介、情報交換の場の提供
④ 基金の創設など財源確保

等であった。

（９）介護予防に関する地域支援事業の所管部局は

保健所が関与しているは１市（川崎）のみであった。保健部署と福祉部署がかかわっているのは３市（千葉、川崎、京都）で、その他１５市は福祉部署のみで所管している。

表２２．地域支援事業の所管部署

	１．保健部局		２．福祉部局	３．その他
	1		１６	3
(保健所)	1	(介護保険課)	4	
(保健所以外の部署)	0	(高齢者施策部署)	１０	
(無回答)	0	(無回答)	3	

【５】貴市の地域包括ケアの推進に向けた ICT の活用について

（１）貴市における地域包括ケアの推進に向けた ICT の活用について

表２３．ICT の活用状況

１．活用中	２．活用予定・検討中	３．活用予定なし
7	6	5

（２）「１・活用中」「２．活用予定・検討中」と回答した市の ICT を活用したシステムの運用主体

表２４．システムの運用主体

１．貴市	２．医師会	３．その他
4	4	7

（３）ICT を活用したシステムの概要

相模原市	（市）「あんしんリンク」 →医療と介護の円滑な連携を促進するため、医師の比較的対応しやすい時間や連絡方法、医療機関の在宅管理可能な医療行為や訪問診療の対応可能エリア及び受け入れ状況等の情報と、介護支援専門員の連絡先等をまとめウェブ上に会員限定で閲覧できるようにしたもの （かながわ福祉サービス振興会）「地域包括ケア支援システム」 →神奈川県内にお住まいの方の生活を支える、社会資源のデータベースで、地域包括ケアシステム推進のため、既存の情報提供システム情報（介護情報サービスかながわ等）を活用し、市町村単位で情報を集約して住民に公開するシステム。
新潟市	新潟市医師会が実施主体となり、Net4U（㈱ストローハット）が一部医療・介護関係機関にて導入・活用されている。
浜松市	県と県医師会で行っている在宅医療・介護連携情報システムに一部の医療機関やサービス事業所、行政等が加入し、個別のケースに関する情報共有や在宅医療介護連携事業に関する情報共有を実施している。
名古屋市	・ はいかい高齢者捜索システム事業 認知症の人が行方不明となった場合に、認知症の人を捜索する親族等が早期にその位置情報を把握することができるよう、名古屋市に登録した事業者（登録事業者）のGPS 機器の利用に係る一部経費を助成するもの。 ・ 在宅医療・介護連携推進事業 在宅医療と介護の連携を推進するための補助ツールとして、主治医と医療・介護関係者間の情報を共有するもの。
京都市	・ 京あんしんネット 現在市としてシステムを導入する予定はないが，京都府医師会において，地域における在宅医療・介護に携わる多職種間の情報共有と連携を促進するための「医介連携専用ネットワーク」として，医療介護専用 SNS　メディカルケアステーション(MCS)を採用し，「京あんしんネット」という名称で活用を促している。 ・ 在宅療養あんしん病院登録システム あらかじめ必要な情報を登録しておくことで，在宅療養中の高齢者が体調を崩して在宅での対応が困難になった時に，スムーズに病院で受診し，必要に応じて入院ができるシステム。
堺市	病院同士の医療連携の構築の後に、介護分野との連携に取り組めるものと考える。

岡山市	岡山県が運用する医療・介護の連携ツール「晴れやかネット」の拡張機能のひとつである「ケアキャビネット」を活用し、在宅医療での医師、訪問看護師、薬剤師、ケアマネジャー等との患者情報の共有を行うもの。
広島市	【広島市地域包括支援センターシステム】 市内の各地域包括支援センター、オレンジ支援チーム及び市の関係部署における高齢者の基本情報、総合相談記録、介護予防ケアマネジメント業務等の情報共有及び管理機能を有する情報システム 【社会資源マップ作成等業務支援ツール】 本市の地域包括支援センター職員及び市・区社会福祉協議会に配置している生活支援コーディネーターが、地域の社会資源のマップ作成や社会資源情報共有のため、タブレット端末上で利用する業務支援ツール
北九州市	現在、福岡県医師会が運用している診療情報ネットワーク「とびうめネット」を活用し、同意を得た北九州市民に対して利用した医療や介護サービス、健康診査の情報（レセプトデータ）の一部を、市内の医療機関等で共有することにより、適切で迅速な医療の提供とスムーズな入退院支援を情報面から支援する取組を、モデル事業として令和元年 11 月から実施。
福岡市	高齢者やその家族に多様なサービスが一体的に切れ目なく提供される「地域包括ケア」の実現に向け，保健・医療・介護等に関するビッグデータを一元的に集約・管理する情報通信基盤で，以下の4つのシステムから構成されている。 ■データ集約システム【ケアベース】 市及び外部機関の保有する「住まい・医療・介護・予防・生活支援」に係る情報を，匿名化した形で一元的に集約・管理するデータベース。 ■データ分析システム【ケアビジョン】 データ集約システムで集約したビッグデータを基に，地域ニーズの見える化やデータに基づく効果的な施策の立案・検証を支援するデータ分析システム。 ■在宅連携支援システム【ケアノート】 高齢者ご本人や家族の同意のもと，事業所に設置されたパソコンを通して医療・看護・介護に係る関係者及びその家族が，ご本人の身体状況やバイタル情報，在宅サービス時の注意事項などの情報を共有するためのシステム。 ■情報提供システム【ケアインフォ】 市内の事業者が提供する，配食や訪問理美容などの介護保険外サービスの情報を，地図と組み合わせウェブ上で市民の皆様に提供するHP。

以上より

研究２年目の平成３０年度には、中核市５４市を含む８０保健所設置市を対象とした、地域医療構想や地域包括ケアの推進体制等についての調査を実施したが、今年度は、政令指定都市を対象とした同様の調査を実施した。調査票の内容については、保健所設置市調査と同様の内容としつつ、質問の趣旨を明確にするための質問項目の一部補足を行った。

今年度調査において調査票を回収した１８指定都市の総推定人口は計２，５４１万人であった。これは、昨年度の調査対象であった６０保健所設置市の総推計人口である計２，２３６万人にほぼ等しいものである。

高齢化率については１８指定都市で２５．８％であり、６０保健所設置市の２７．８％を下回っていた。これは、指定都市の特性上、保健所設置市に比べて若年層の世帯が多く集中していることによるものと思われる。他方で、指定都市においてはその成立過程で市町村合併等による面積拡大と人口拡大を行ってきた経緯もあることから、必ずしも指定都市市域においても人口集中地域とそうでない地域とを抱えており、高齢化率についても市域内で一定の偏りはみられている。県レベルの保健医療提供体制と同様、指定都市レベルにおいても地理的条件を踏まえた保健医療提供体制の検討が必要であると思われる。

指定都市が属する二次医療圏の構成については、指定都市内において二次医療圏が完結するものが８市、指定都市と周辺市町村とで二次医療圏を構成するものが１０市であった。

この中で特筆すべきは、川崎市と横浜市である。平成３０年度までは両市とも市域の中に複数の医療圏が存在した（横浜：北部・西部・南部の３医療圏、川崎：北部・南部の２医療圏)。横浜については、神奈川県地域医療構想の検討過程において構想区域を横浜市域で１圏域とし、平成３０年改正の第７次保健医療計画において３医療圏合併して１医療圏とした。他方、川崎については、地域医療構想区域・二次医療圏いずれにおいても２区域（圏域）を維持した。なお、横浜市の人口は川崎市の人口の２倍以上であることにも着目したい。このように、同一県内においても、その地理的条件や医療資源等によっては、単純な面積比・人口比によらず決定され得ることが判明した。

市の機構については、保健部門と福祉部門とを同一の部局で所管している保健所設置市市はおよそ４割であるにもかかわらず、指定都市においては１６市が同一の部局であった。地域医療構想・地域包括ケアの推進には保健医療部門と福祉部門との連携が重要であるが、指定都市においては少なくとも組織機構上は多くの市で一体的な体制となっている。

なお各種計画の所管課については、地域医療構想・医療計画については保健所である指定都市は８市に留まっており、保健所設置市における７３％と大きな開きがある。これは、指定都市は組織機構的に規模が大きく、保健所以外の本庁組織において保健医療を担当する課が存在することも関係していると思われる。また、地域包括ケア・医療介護連携について保健所で所管するのが指定都市では３市、保健所設置市でも１８％であり、これは保健所の機能からみて妥当な結果であると思われる。

こうした地域事情、背景、また組織機構を踏まえると、指定都市において、市単独で保健医療に関する計画を策定することには一定の需要・能力があると思われるが、今回の調査においては、市独自の医療計画を策定していた指定都市は５市に留まっており、これは昨年度の保健所設置市調査における１５％（策定済み・策定予定の計）と同様に低調である。

大きな理由の一つとして推測されるのが、指定都市に立地する医療機関の担っている役割の特殊性である。

一般的に県庁所在地や中核市をはじめとした保健所設置市には、大学病院や公的病院をはじめとした大規模な病院が数多く立地しているが、これらの病院は、保健所設置市の存在する二次医療圏の住民のみならず、高度・専門的な医療を必要とする県内の他の二次医療圏の住民をも数多く受け入れるなど、県内全域における高度・専門的な医療機能を担っている。

指定都市に立地する病院についても基本的にはこうした保健所設置市に立地する病院と同様な状況にある。一方で、指定都市は、自県のみならず近隣県を含む広域ブロックにおける中心的な役割を担う都市であることが多く、また交通的にも要所にある。このため、指定都市に立地する病院には自県のみならず近隣県からも多くの住民が、高度・専門的な医療機能を必要として受診しており、より広域的な高次医療機能を提供しているという現状にある。それに加えて、１００万人を超える自市の住民に対する平時の医療機能も担う必要がある。

こうしたことから、指定都市に立地する医療機関には、①自市の住民に対する日常的な医療、②自市の所属する二次医療圏の住民に対する医療、③自県の住民に対する高次医療、④広域ブロックの住民に対する高次医療　が併せて求められているが、仮に指定都市が単独の医療計画を策定するとした場合、①についての計画と②③④についての計画が相反する可能性もあり、計画を策定する大きな障害の一つとして考えられる。

また、県の地域医療介護総合確保基金のような財源を指定都市は有しておらず、市単独で医療計画を策定したとしても、その実行に資する予算的裏付けが不十分であり、県の基金を活用するとしてもその可否は県の判断に依存することも、独自計画の策定の障害として考えられる。

また今後、指定都市のような大都市に立地する医療機関が、都道府県域を超えた医療需要を担っていることに対する評価と、その体制基盤整備に資する予算的措置が必要であると思われるが、その総合調整を行うのは国直轄がよいのか、地域の実情を把握している県・市がよいのか、また市がその総合調整役を担う場合における予算的裏付け、また医療機能整備に関し県・市の利害と広域圏の利害が相反しうる場合においても、その計画策定を担った県・市が免罪？？？？される考え方の整理が必要であると思われる。

都道府県へ期待されていることは、①KDB 等の医療介護に関するデータ提供②医療介護にかかわる人材の確保と育成研修③他の自治体の取り組み状況や好事例の紹介、情報交換の場の提供④基金の創設など財源確保等である。

Ⅴ　先進的取り組み自治体への視察結果

政令指定都市２０市(回答は１８市)に対して行った前述のアンケート調査結果より、
①地域包括ケアシステムの構築および推進のために、先駆的取り組みを行っている。
②医師会と密に連携して、在宅医療の推進と介護連携を進めている。
③都道府県と連携をとり、地域医療介護総合確保基金を利用して事業展開を行っている。
などの点を勘案し、横浜市、堺市、広島市を選定し、２０２０年１月に視察を行った。

Ｖ－１　横浜市への視察　概要

令和２年１月 15 日　13:00～16:15　横浜市健康福祉部　保健所長室

=対応者=
横浜市保健所長　健康福祉局　担当理事　古賀 伸子 氏
横浜市健康福祉局高齢健康福祉部　地域包括ケア推進課長　　喜多 麻子 氏
横浜市医療局医療政策部医療政策課　地域医療整備担当課長　川崎 洋和 氏
横浜市医療局疾病対策部がん・疾病対策課　在宅医療担当課長　西野　　均 氏
横浜市医療局医療政策部医療政策課　担当係長　　近藤 雪栄 氏

=訪問者=
神奈川県健康医療局技監 兼 健康医療局　保健医療部長　　前田 光哉
金沢市保健局　担当局長 兼 駅西福祉健康センター所長　　越田 理恵

①　横浜市の保健・福祉主管部局の組織機構について（貴市の組織機構図をご提供いただければ幸いです）

- ○ こども青少年局　　総務部、青少年部、子育て支援部、こども福祉保健部
- ○ 健康福祉局　　総務部、地域福祉保健部、生活福祉部、障害福祉部
  高齢健康福祉部、健康安全部、衛生研究所
- ○ 医療局　　医療政策部、疾病対策部、病院経営部
- ○ 医療局病院経営本部　　市立病院、脳卒中・神経脊椎センター、

※ 医療局が独立して医療政策を担っており、古くから都道府県に準ずる医療行政が行われている。

②　神奈川県が策定した「地域医療構想」の内容について、横浜市ではどの様に受け止め、医療提供体制や地域包括ケアシステムの検討にどの様に反映されてますでしょうか。

平成 28 年 10 月に策定された「神奈川県地域医療構想」を受け、平成 30 年 3 月「よこはま保健医療プラン 2018」を策定。

横浜市独自で推計した 2025 年の推計病床数を踏まえ、医療提供体制の構築、精神疾患や在宅医療に関する医療連携体制を勘案した地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいる。

③　神奈川県が策定した「地域医療構想」の進捗状況については、横浜市のどの部署で把握し、関係部局間でどのように共有されてますでしょうか。また、日頃より開設・変更許可等の届出や報告、立入検査等で、医療機関と接点のある保健所は「地域医療構想」の進捗状況にどの程度関心をお持ちでしょうか。

神奈川県地域医療構想の進捗は、医療局医療政策部で把握し、横浜市独自の医療計画との整合性をとりながら、医療行政を進めている。一方、医療機関の開設許可や立ち入りは健康福祉局医療安全部（保健所）が行っており、政策医療との棲み分けをしている。

従って、保健所は地域医療構想とはインディペンデントに、医療安全の観点から医療機関に関わっている。

④　「地域包括ケアシステム」の推進に関して、横浜市の先駆的と思われる事例がございましたらご紹介下さい。

- ○ 全庁横断的な庁内推進体制
  - ① 地域包括ケア庁内推進会議（委員長：副市長）
  - ② 地域包括ケア庁内推進課長会（実務者レベル）
  - ③ 分科会(その時々に取り組む重点テーマ → 認知症、次期事業計画の検討、等)
- ○ 18 区全てに地域包括ケア関係会議を設定し、地域課題を踏まえた取り組みを検討
- ○ 市地域包括ケア行動指針（第 7 期計画に盛り込む）及び 18 区ごとの区行動指針を策定・推進
- ○ 横浜市独自の地域ケアプラザ（中学校圏域に 139 か所）が中心となって、地域包括ケアを推進

⑤　「地域包括ケアシステム」の推進にあたり、郡市医師会（横浜市医師会？）との協力体制、連携事業等がございましたらご紹介下さい。また、横浜市＝横浜市医師会でしょうか？或いは２つ以上の医師会がまたがっていますでしょうか？

- ○ 横浜市＝横浜市医師会、18 区＝区医師会であるため、医師会を巻き込んで事業展開を行っている。
- ○ 医師会の理解、協力は十分得られており、以下の事業に取り組んでいる。
  - ① 在宅医の養成、かかりつけ医の在宅医療研修等の企画
  - ② かかりつけ医のバックアップ体制の確保
  - ③ 訪問看護等の人材育成
  - ④ 区医師会への在宅医療介護連携拠点の運営委託
  - ⑤ 多職種連携会議、事例検討
  - ⑥ 在宅患者急変時の緊急一時入院対応病院との連携
  - ⑦ 市民への啓発事業（ACP など）

⑥　特に「地域包括ケアシステム」の所管部署が福祉部局の場合、在宅医療介護連携などの施策展開に当たって、医師会や医療機関との連携でご苦労されている事例などありますでしょうか。

- ○ 地域包括ケア推進課は、福祉部局（健康福祉局 高齢健康福祉部）の所管だが、特に苦労はない。
- ○ 医師会には頻回に足を運び、互いに納得いくまで説明し合い調整する
- ○ 事業に関しては、企画の段階から医師会と意見交換を密に行う。

⑦　「地域包括ケアシステム」の構築に、横浜市保健所は関与してますでしょうか。

保健所は関与していない

※ 横浜型地域包括ケアシステム

① 住み慣れた地域で暮らし続けるために、「介護・医療・介護予防・生活支援・住まい」が一体的に提供される、包括的な支援・サービスの提供体制

② 30 年前から、病気や障害を持つ市民を地域で支えていこうという意識が醸成しており、誰もが地域で安心して暮らすことができるよう、地域の身近な福祉保健の拠点として「地域ケアプラザ」を設置し、日常生活圏域ごとに進められている。

③ 「地域包括支援センター」の専門職員（保健師等、社会福祉士、主任ケアマネージャー）が住民の総合相談に応じ、介護予防支援や介護予防ケアマネージメントを行うことにより、地域の関係者とのネットワークを構築している。

横浜市では、「地域包括支援センター」（委託）は、原則「地域ケアプラザ」（指定管理）に設置

⑧　周辺の市町村との広域連携により「地域包括ケアシステム」を展開している事例がございましたらご紹介下さい。

広域連携事業はない

⑨　「地域包括ケアシステム」を進めていくにあたり、神奈川県からは助言はありますでしょうか？ある場合は、どのような助言・指導がございますでしょうか。また、今後どの様な助言・指導などの支援を期待されてますでしょうか。

○ 特に助言はない。
○ 介護人材の確保を県に期待する。

⑩　横浜市の「在宅医療・介護連携支援センター」の運用状況（運営主体、機能、構成職員等）について、ご紹介ください。

○ 「横浜市在宅医療連携拠点」として、18 区全部に平成 28 年に設置
① 職員体制：ケアマネージャーを有する看護師等 2 名、事務職員 1 名
② 設置場所：各区医師会館等
③ 事業形態：横浜市から各区医師会への事業委託

○ 主な業務
① 地域包括支援センター、ケアマネージャー、病院等からの相談 → 年間約 3,000 件
② 入退院支援

○ 医療介護連携、他職種連携
① 在宅医の養成、かかりつけ医の在宅医療研修等の企画

② かかりつけ医のバックアップ体制の確保
③ 在宅患者急変時の緊急一時入院対応病院との連携
④ 多職種連携会議、事例検討

⑪ 「地域包括ケアシステム」の推進にむけて、ICT による連携を活用されているようでしたらご紹介ください。

- ICT を活用した「地域医療連携ネットワーク（サルビアねっと）」
- 「医療・介護統合データベースシステム」による圏域レベルでの分析 → 産業医科大学と共同研究
  - ① 医療情報（市町村国保、後期高齢者医療、医療扶助）
  - ② 介護情報（介護保険サービス、認定情報）

⑫ 横浜市では「地域医療介護総合確保基金」を活用して事業を行っていらっしゃいますか？あるようでしたら、特徴的な事業をご紹介下さい。

- 理学療法士による心臓リハビリテーション
- 小児救急医療拠点
- 介護保険施設整備（地域密着型施設・サービス、プライバシー保護のための改修、特養の改修や整備、等）

⑬ 在宅医療の充実に向けた施策（入退院時の在宅医療・介護連携ルール、在宅患者等の急変時の情報提供ルール、災害時の在宅患者の支援ルール、等）は、横浜市独自で進められてますでしょうか。また今後、県からどの様な助言・指導などの支援を期待されてますでしょうか。

- 入院・退院サポートマップ
- 入院時・退院時　情報共有シートの作成
- 看取り期の在宅療養サポートマップ

⑭ 横浜市独自の「保健医療プラン」の策定経緯や特記すべきことなどご教示下されば幸いです。

- 横浜市では、「神奈川県保健医療計画」の地区計画として保健医療に関する計画を策定していたが、市域における課題を独自かつ主体的に解決するための取り組みを行うべく、その中期的な指針として、平成 20 年に「よこはま保健医療プラン」を策定。
- さらに医療提供体制の確保、精神疾患や在宅医療に関する医療連携体制を盛り込んだ「よこはま保健医療プラン 2013」を策定。
- 平成 28 年 10 月に策定された「神奈川県地域医療構想」を受けて、平成 30 年 3 月「よこはま保健医療プラン 2018」を策定。

※ 「よこはま保健医療プラン」は横浜市医師会と共同で作り上げた医療法に基づく

“医療計画”

※ 横浜市独自で推計した 2025 年の推計病床数を踏まえ、医療提供体制の構築、精神疾患や在宅医療に関する医療連携体制を勘案した地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいる。

※ 第 7 期 横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画を「よこはま地域包括ケア計画」と位置づけ、2025 年の横浜を見据えたアクションプランとした。

Ｖ－２　堺市への視察　概要

1 月 14 日（火）16 時から 17 時 30 分　　堺市役所

対応者

堺市健康福祉局健康部健康医療推進課：辻幹人 参事、松浦悠子 氏

堺市健康福祉局長寿社会部地域包括ケア推進課　幸地仁詩 主幹

訪問者

大阪府健康医療部 畑山英明 課長補佐

１概要（詳細は、「２堺市の特徴・取り組み（詳細）」に記載）

○地域医療構想の推進については、大阪府と一体的に取り組んでいる。
○地域包括ケアシステムの構築に向けては、全国で初めて地域包括ケアに関する条例を制定し、条例に基づく、計画を定めて取り組んでいる。

２堺市の特徴・取り組み（詳細）

（１）組織全体

○健康福祉局の下部組織として、健康医療を所管する「健康部」、介護を所管する「長寿社会部」他、生活福祉部、障害福祉部、保健所がある。地域包括ケアに関することは、「長寿社会部」が担っている。また、健康医療に関する施策については、健康部と保健所が一体的に取り組んでいる。

（２）地域医療構想

○本庁（健康福祉局　健康部　健康医療推進課）が担当部署となっている。保健所の職員は、地域医療構想関係会議の委員や事務局員になっている。
○地域医療構想については、大阪府と共同で進めている。
○地域医療構想調整会議（大阪府では保健医療協議会として運営）を補完する会議体として、毎年、病床機能報告対象病院を対象とした「病院連絡会」を開催。
○また、ほとんどの病院に 2025 年に向けた病院のプランを提出いただき、病院連絡会では、2025 年に向けた各病院の方向性を確認し、2025 年に向けた地域の医療体制を協議している。

（３）地域包括ケアシステム

○本庁（健康福祉局　長寿社会部　地域包括ケア推進課）が担当部署となっている。
○堺市では、在宅医療介護連携推進事業が市町村事業となる前から、堺市医師会が積極的に医療と介護の連携にかかる事業を実施してきた。
○堺市医師会は、堺市から委託を受け、堺地域医療連携支援センターを設置し、医療・介護関係者に、在宅医療に関する情報提供・支援・相談や、多職種連携に向けた研修会などを行っている。

○地域包括ケアシステム構築にかかる条例　「堺市超高齢社会に対応するための地域包括ケアシステムの推進に関する条例」（別添）を全国で初めて施行（平成 30 年 10 月 1 日）

○条例に基づき、堺市地域包括ケアシステムの推進に関する施策に係る総合的な計画を策定し、全庁をあげて、地域包括ケアシステム推進に向けて取り組んでいる。

Ｖ－３　広島市への視察　概要

令和２年１月 21 日　10:20～12:10　広島市健康福祉局　保健部会議室

=対応者=
広島市健康福祉局保健部医療政策課　課長　　芦田 雅嗣 氏
広島市健康福祉局高齢福祉部地域包括ケア推進課　課長　片桐　清志 氏
広島市健康福祉局高齢福祉部地域包括ケア推進課　主事　吉田　慎太郎 氏
広島市健康福祉局健康福祉・地域共生社会課　主任　　鹿林　　正 氏

=訪問者=
広島県健康福祉局長　　田中　　剛
金沢市保健局　担当局長 兼 駅西福祉健康センター所長　　越田 理恵

①　広島市の保健・福祉主管部局の組織機構について（貴市の組織機構図をご提供いただければ幸いです）

＝健康福祉局＝
○　健康福祉・地域共生社会課　　●地域共生社会推進室、　●監査指導室
○　地域福祉課　　地域福祉係、保護係
○　高齢福祉部　　高齢福祉課、地域包括ケア推進課、介護保険課
○　障害福祉部　　障害福祉課、障害自立支援課、精神保健福祉課、
　　身体障害者更生相談所、知的障害者更生相談所
　　精神保健福祉センター（相談課、デイケア課）
○　保険年金課
○　原爆被害対策部　　調査課、援護課
○　保健部　　●保健所
　医療政策課、健康医推進課、食品保健課、食品指導課、環境衛生課
　食肉衛生検査所、動物管理センター
　　●衛生研究所　　●看護専門学校

※ こども関連施策は、こども未来部。

※ 地域共生社会および地域包括ケアシステムを推進するため、横断的な組織・機構となっている。

※ 行政医師は、産業医を除くと総数 15 名。
内訳は、保健所長（保健部長）１名、各区厚生部に１名ずつ計８名、
精神保健福祉センター、知的障害者更生相談所、衛生研究所、児童相談所に計６名

②　広島県が策定した「地域医療構想」の内容について、広島市ではどの様に受け止め、医療提供体制や地域包括ケアシステムの検討にどの様に反映されてますでしょうか。

圏域地域医療調整会議において県と協調している。
広島医療圏においては病院部会を北部と南部に分けて議論を進めている。
広い圏域については一律に検討できないと考える。

③　広島県が策定した「地域医療構想」の進捗状況については、広島市のどの部署で把握し、関係部局間でどのように共有されてますでしょうか。また、日頃より開設・変更許可等の届出や報告、立入検査等で、医療機関と接点のある保健所は「地域医療構想」の進捗状況にどの程度関心をお持ちでしょうか。

保健部の筆頭である医療政策課が担当。立ち入り権限のある保健センターは地域医療構想に関しては市としての関りは少なく、本庁サイドで一括して対応している。

④　「地域包括ケアシステム」の推進に関して、広島市の先駆的と思われる事例がございましたらご紹介下さい。

＝地域共生社会の推進＝

令和２年度より、地域共生社会の実現に向けた取り組みとして、８つの区役所の厚生部（福祉事務所・保健センター）を再編し、「地域支えあい課」「福祉課」「生活課」の３課構成とすることとしている。
特に「地域支えあい課」は地区担当保健師が担当地区（概ね２つの小学校区に１人の保健師を配置）全体のマネージメントに専念し、高齢者・介護・児童・障害などの様々な課題を抱える家庭を包括的に支援する。
地区担当保健師が、保健・医療・福祉に関する行政の地域窓口として、専門的見地から地域団体や関係機関等とともに、子育て支援、健康づくり・介護予防、学校との連携、高齢者や障害者への支援、困難な課題（8050 問題、ゴミ屋敷、等）を抱えた家庭の支援などを行い、地域づくりを推進する。

＝高齢者いきいき活動ポイント事業＝

９月１日現在、広島市に住所を有する満７０歳以上の高齢者（所得制限はなし）を対象とし、自らの健康づくりや介護予防に取り組む活動（１ポイント）、健康診査の受診（２ポイント）、地域の支え手となるボランティア活動（２ポイント）によって、獲得されたポイント（＝１００円）を年間 10,000 円上限に奨励金として支給。

＝地域介護予防拠点整備促進事業・地域リハビリテーション活動支援事業＝

活動頻度が概ね週１回程度で参加人数が１０人以上の運動を中心とした高齢者の介護予防に資する活動（いきいき百歳体操をベース）を地域展開し、高齢者人口の１割の参加を目途に事業展開を図っている。（１か所 10 万円を上限とする活動補助）
広島県が構築している「地域リハビリテーション専門職等広域派遣体制」をベースに、広島市役所で取りまとめ調整を行い、地域包括支援センター等で

行われる介護予防事業への参画を促進する。

⑤　「地域包括ケアシステム」の推進にあたり、郡市医師会（広島市医師会？）との協力体制、連携事業等がございましたらご紹介下さい。また、広島市＝広島市医師会でしょうか？或いは２つ以上の医師会がまたがっていますでしょうか？

在宅医療・介護連携推進事業に関しては連合地区地対協（市・市医師会・安佐医師会・安芸地区医師会・広大・市薬剤師会・広看協等）に業務委託。

各区医師会に委託し、相談支援窓口を設置し、在宅患者の緊急入院調整等も行っている。同様に認知症初期集中支援チームを設置（現在 6 区にチームを設置、令和 2 年度末までには全区に設置予定）。

広島市には、広島市医師会、　各区医師会（8 区のうち安芸区を除く 7 区に設置）、安芸地区医師会（安芸区＋呉市の一部＋江田島市の一部＋安芸郡内 4 町（府中・海田・熊野・坂））がある。

⑥　特に「地域包括ケアシステム」の所管部署が福祉部局の場合、在宅医療介護連携などの施策展開に当たって、医師会や医療機関との連携でご苦労されている事例などありますでしょうか。

- ○ 地域包括ケア推進課は、福祉部局（健康福祉局 高齢健康福祉部）の所管だが、特に連携を進めていく上での苦労はない。
- ○ 医師会には頻回に足を運び、互いに納得いくまで説明し合い調整する
- ○ 事業に関しては、企画の段階から医師会と意見交換を密に行っている。

⑦　「地域包括ケアシステム」の構築に、広島市保健所は関与してますでしょうか。

保健所はあまり関与していない

⑧　周辺の市町村との広域連携により「地域包括ケアシステム」を展開している事例がございましたらご紹介下さい。

2017 年度より「在宅医療相談支援窓口運営事業」を「200 万人広島都市圏構想」の施策の一つに位置づけ、広島市安芸区＋安芸郡の 4 町が連携して取り組んでいる。在宅医療相談支援窓口に在宅療養高齢者の緊急事案時の入院調整や、在宅医療全般に関する相談に対応、また運営委員会を設置して後方支援医療機関のネットワーク化に取り組んでいる。

更に今後は、現在広島市単独で実施している「認知症高齢者見守り事業」を近隣市町と連携して取り組んでいく予定。

※広島市は、国の「連携中枢都市圏制度」を活用し、経済面や生活面で深く結びついている近隣の 23 市町と連携し、「200 万人広島都市圏構想」の実現を目指して、各施策に取り組んでいる

⑨　「地域包括ケアシステム」を進めていくにあたり、広島県からは助言はありますでしょうか？　ある場合は、どのような助言・指導がございますでしょうか。　また、今後どの様な助言・指導などの支援を期待されてますでしょうか。

- 地域リハ支援事業において人材育成研修を共催
- ACP 普及・啓発において広島県地域保健対策協議会作成のパンフレットを活用
- 地域包括ケア評価指標作成に係る定量的データを提供されている。他市町への展開を期待。

⑩　広島市の「在宅医療・介護連携支援センター」の運用状況（運営主体、機能、構成職員等）について、紹介ください。

＝広島市北部在宅医療・介護連携支援センター＝

- 運営主体は広島市であるが、阿佐医師会に業務委託して令和 2 年度より運営開始を予定
- 所在地は：阿佐医師会館（令和 4 年度に阿佐医師会病院開設後は院内に移転予定）
- 人員体制は、医師（医師会理事、非常勤）1 名、 リハビリ専門職 1 名、MSW1 名、主任介護支援専門員 1 名、保健師 1 名（市職員）、事務職 1 名（市職員）
- 主な業務内容は、在宅療養移行支援、 在宅医療を支える多機関・多職種連携のネットワーク化、在宅医療を担う人材育成、 介護予防等の質の向上に向けた支援、認知症初期集中支援チーム

⑪　「地域包括ケアシステム」の推進にむけて、ICT による連携を活用されているようでしたらご紹介ください。

- 平成 28 年度から、広島市内各包括支援センターと本庁舎、各区役所で、地域包括支援センターの運営等に関する事務の情報システム化を行っている。
  ＝地域包括支援センターシステムの主な機能＝
  - 高齢者の基本情報の管理機能
  - 総合相談、高齢者虐待等の業務の管理機能
  - 認知症初期集中支援チームの相談、支援経過管理機能　等
- iPad を活用し、地域の高齢者サロン、地域介護予防拠点、生活支援サービス等の多種多様な社会資源情報のリスト化、マップ化を行うツールを運用している。
- これらのツールは、市内の各地域包括支援センター（41）、各区役所（8）、市役所本課（1）、市・区社会福祉協議会（9：全市＋各区）に配置してある生活支援コーディネーターによって情報共有できる仕組みになっている。
- また、iPad を活用し「地域介護予防拠点の体力測定結果の集計」ができるアプリケーションを構築し、運用につないでいる。

⑫　広島市では「地域医療介護総合確保基金」を活用して事業を行っていらっしゃいますか？あるようでしたら、特徴的な事業をご紹介下さい。

- ○ 広島市では、広島県地域医療介護総合確保事業補助金を活用して、認知症医療、介護研修を実施している。
- ○ 認知症介護基礎研修　（認知総会後に係る介護施設等の職員を対象に、基礎的な知識を身に着けてもらうための研修）
  令和元年度事業費：1,139 千円（補助率 10/10）
- ○ 医療関係者の認知症対応力向上研修　（病院勤務の職員、歯科医師、看護師、薬剤師を対象に、在宅・入院のいずれにおいても認知患者への適切な医療・ケア等が提供できるような対応力を身に着けてもらうための研修）
  令和元年度事業費：1,727 千円（補助率 10/10）

⑬　在宅医療の充実に向けた施策（入退院時の在宅医療・介護連携ルール、在宅患者等の急変時の情報提供ルール、災害時の在宅患者の支援ルール、等）は、広島市独自で進められてますでしょうか。また今後、広島県からどの様な助言・指導などの支援を期待されてますでしょうか。

- ○ 入退院時の連携ツール・ルールや、在宅患者急変時の情報提供ツール等については、各区において医師会等による取り組みが進められており、行政施策として広島市独自で進めている在宅医療の充実に向けたものはない。今後は全市統一の連携ツールの構築等について、それぞれの区の取り組みなどを調査・整理しながら、検討する方向。今後とも区単位の事業展開を期待している。
- ○ 広島県からは、県地対協などでの取り組み状況等の情報提供を期待している。また訪問看護師等の在宅医療にかかわる人材確保に対しての支援策も期待している。

⑭　広島市独自の「保健医療プラン」の策定経緯や特記すべきことなどご教示下されば幸いです。

策定、策定予定いずれもない。

Ⅵ　地域医療構想の推進にあたってのデータ活用

＜留意事項＞

・公的機関によるネット上の公表データや全国共通の分析ツールを優先的に活用する
・データソースを明らかにする
・データが持つ意味や限界を理解する
・日頃の取り組みから得られる質的情報も重視する
・組織横断・多機関協働でデータを共有する
・わかりやすく提示する（グラフ・表、経過・地域間比較）
　⇒地域医療構想に関連する「会議」、「従事者研修」、「住民普及啓発」などで積極的に活用

＜活用したいネット上の主な公表データ＞
○病床機能報告
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html
○医療機能情報
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/teikyouseido/index.html
○薬局機能情報
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/kinoujouhou/index.html
○介護サービス情報
http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
○厚生労働省：在宅医療の推進について　在宅医療にかかる地域別データ集
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html
○日本医師会：地域医療情報システム
http://jmap.jp/
○地域包括ケア「見える化」システム
http://mieruka.mhlw.go.jp/
○内閣府：経済・財政と暮らしの関係「見える化」ポータルサイト　SCR
http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html
○政府統計の総合窓口 e-stat　医療施設調査
https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450021
○国立社会保障・人口問題研究所　市町村・年齢階級別将来推計人口
http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/t-page.asp
＜全国共通の分析ツール＞
○医療計画作成支援データブック
○国保データベース（ＫＤＢ）システム

地域医療構想の推進におけるデータ活用（案）
～再検証要請対象医療機関の公表を踏まえて～

＜再検証要請対象医療機関に関する基本的理解＞

- 平成29年度病床機能報告で、**高度急性期又は急性期選択の病棟**を有する**公立・公的病院等**から抽出(A基準またはB基準)
- 6領域(がん、心疾患、脳卒中、救急、小児、周産期)は**高度急性期・急性期診療の実績**で評価
- A基準：対象となる**全ての領域**(6領域＋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(診療実績がない場合も含む) ⇒A9病院
- B基準：対象となる**全ての領域**(6領域)で「**類似かつ近接**」とされた医療機関(診療実績がない場合も含む、人口100万人以上の構想区域を除く) ⇒B6病院
- 再編統合は**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
- 平成29年度病床機能報告後に医療機関廃止、高度急性期・急性期機能廃止の機関は議論不要
- A基準、B基準が1領域でも該当の公立・公的病院等は該当領域について役割等検討

医療機関ごとの分析データに基づく協議が不可欠

①**適切な病床機能選択**(「急性期⇒回復期」等)、②**ダウンサイジング**(病床削減)、③**基幹的病院との役割分担・連携**(医師の働き方改革等を考慮) など

＜データ活用にあたっての留意事項＞

- 公的機関によるネット上の公表データや分析ツールを優先的に活用する。
- 提示する資料にはデータソースを明らかにする。
- データが持つ意味や限界を理解する。
- 立入検査など日頃の取り組みから得られる質的情報も重視する。
- 関係機関・団体間で分析データを共有する。

＜優先して活用したいデータ＞

- 病床機能報告
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html
- 医療機能情報
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/teikyouseido/index.html
- DPCデータ、地域医療指数(体制評価指数)
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo_128164.html
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000183658_00009.html
- 地方厚生局医療機関届出情報
https://caremap.jp/
- 人口動態、将来推計人口 など

急性期病院(病棟)に関するデータの具体的な活用例

Ⅰ.「急性期」病棟に関する**定量的機能選択**に関する基礎資料

- 急性期選択病棟の 2025年の機能区分予定、入院基本料・特定入院料【病床機能報告】
- 急性期選択病棟の平均在棟日数；(在棟患者延べ数)÷(((新規入院患者数)＋(退棟患者数))÷2)【病床機能報告】
- 急性期選択病棟の急性期医療行為件数； (手術、がん・脳卒中・心筋梗塞・分娩、重症患者、救急医療、全身管理)【病床機能報告】
- DPC地域医療指数(体制評価指数)【2019年度第3回入院医療等の調査・評価分科会】

Ⅱ. **病床利用率の低い一般病床**(特に休棟)を有する病院の方向検討における基礎資料

- 一般病床の病床利用率(前年度1日平均入院患者数／許可病床数)【医療機能情報】 ※病床利用率は年次推移を確認
- 急性期選択病棟の病床利用率；(在棟患者延べ数(年間))／(病床数×365)【病床機能報告】
- 休棟病棟の2025年の予定【病床機能報告】
- 入院患者数の季節変動【病院報告(毎月)】
- 市町村・年齢階級別将来推計人口【国立社会保障・人口問題研究所HP】

Ⅲ. **周産期医療**の方向検討における基礎資料 ※医師の働き方改革等も考慮 ※件数は年次推移を確認

- 産婦人科・婦人科標榜機関ごとの産科領域の一次診療の有無、正常分娩件数、選択・緊急帝王切開術件数【医療機能情報】
- 分娩取扱機関ごとのNICU、MFICU、産婦人科専門医数、周産期(新生児)専門医数、助産師数、新生児集中ケア認定看護師数【医療機能情報】
- 分娩取扱機関ごとの助産師数、分娩件数【病床機能報告】
- 助産所ごとの人員配置、分娩取扱数【医療機能情報】
- 市町村別出生統計【人口動態統計】、市町村別15～49歳女性将来推計人口【国立社会保障・人口問題研究所HP】

Ⅳ. **救急医療、心疾患、脳卒中**の方向検討における基礎資料 ※医師の働き方改革等も考慮 ※件数は年次推移を確認

- 急性期選択病棟を有する機関ごとの救急告示病院、二次・三次救急医療施設認定の有無、救急車の受入件数、休日・夜間受診患者延べ数【病床機能報告】
- 急性期選択病棟を有する機関ごとの時間外対応、DPC対象病院、救命救急センターの有無【医療機能情報】
- 急性期選択病棟を有する機関ごとの救急関連専門資格(救急科専門医、循環器専門医、脳神経外科専門医、整形外科専門医等)【医療機能情報】
- 急性期選択病棟を有する機関ごとの救急関連診療件数(循環器系、神経・血管、筋・骨格系及び外傷、麻酔領域等)【医療機能情報】
- 急性期選択病棟を有する機関ごとの病棟単位の診療科、救急医療実施状況、重症患者への対応状況、手術・心筋梗塞・脳卒中の状況【病床機能報告】
- 市町村・年齢階級別将来推計人口【国立社会保障・人口問題研究所HP】

2

参考となる救急医療、心疾患、脳卒中の診療実績

【病床機能報告】　※一カ月間の実績、病棟単位
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html

- 救急医療;「院内トリアージ実施料」「夜間休日救急搬送医学管理料」「救急医療管理加算」「在宅患者緊急入院診療加算」「救命のための気管内挿管」「体表面ペーシング法又は食道ペーシング法」「非開胸的心マッサージ」「カウンターショック」「心膜穿刺」「食道圧迫止血チューブ挿入法」

  ※以下の3項目は年間実績、病院単位

  ・救急車の受入件数

  ・休日に受診した患者延べ数、うち診察後直ちに入院となった患者延べ数

  ・夜間・時間外に受診した患者延べ数、うち診察後直ちに入院となった患者延べ数

- 重症患者への対応状況;「救急搬送料」「観血的肺動脈圧測定」「持続緩徐式血液濾過」「大動脈バルーンパンピング法」「経皮的心肺補助法」「補助人工心臓」「頭蓋内圧持続測定」「人工心肺」「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合」
- 手術の状況;「全身麻酔の手術総数」「人工心肺を用いた手術」
- 心筋梗塞の状況;「経皮的冠動脈形成術」
- 脳卒中の状況;「超急性期脳卒中加算」「脳血管内手術」

【医療機能情報】　※年間の実績、病院単位
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/teikyouseido/index.html

- 循環器系領域;「経皮的冠動脈形成術(PTCA)」「経皮的冠動脈血栓吸引術」「経皮的冠動脈ステント留置術」「冠動脈バイパス術」「弁膜症手術」「大動脈瘤手術」
- 神経・血管領域;「経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術」「頭部動脈血栓内膜剥離術」「頭蓋内血腫除去術」「脳動脈瘤根治術」「脳血管内手術」
- 筋・骨格系及び外傷領域;「アキレス腱断裂手術」「骨折観血的手術」「人工股関節置換術」
- 麻酔領域;「全身麻酔」「硬膜外麻酔」「脊椎麻酔」

※病床機能報告、医療機能情報は医療法規定の制度(罰則有)であり、報告・更新の徹底が必要。医療機関立入検査での指導も重要。

具体的対応方針の再検証要請について

全国厚生労働関係部局長会議資料

1．基本的な考え方

○　「A 診療実績が特に少ない」（診療実績が無い場合も含む。）又は「B 類似かつ近接」（診療実績が無い場合も含む。）が1領域でも該当している公立・公的医療機関等は、該当した領域について、期限等を現時点で設けず、役割等の検討に着手するよう求める。（具体的な検討の進め方については、今後整理の上、通知予定。）

○　このうち、「A 診療実績が特に少ない」（診療実績が無い場合も含む。）が9領域全て（以下「A9病院」という。）、又は「B 類似かつ近接」（診療実績が無い場合も含む。）が6領域（人口100万人以上の構想区域を除く。以下「B6病院」という。）となっている公立・公的医療機関等に対しては、期限を定め、再検証を求めることとする。

2．再検証要請の内容

各医療機関、地域医療構想調整会議で以下の事項を検討・協議し、調整会議にて合意を得ること。

再検証対象医療機関（A9・B6病院）、調整会議の検討・協議事項

以下①～③についてA9・B6病院で検討の上、その検討結果を調整会議で協議。
なお、B6病院が所在する構想区域の調整会議では、④⑤についても協議。

①現在の地域の急性期機能や人口とその推移等、医療機関を取り巻く環境を踏まえ、2025年を見据えた自医療機関の役割の整理（※）

②①を踏まえた上で、分析の対象とした領域ごとの医療機能の方向性（他の医療機関との機能統合や連携、機能縮小等）

③②の結果得られる4機能別の病床の変動

④構想区域全体における領域ごとの2025年の医療提供体制の姿

⑤④の結果得られる構想区域全体の2025年の4機能別の病床数

【再検証における留意事項】

○　公立・公的医療機関等については、設置主体ごとに、期待される役割や税制上・財政上の措置等の状況が異なっていることに留意が必要。

○　ダウンサイジング等の一定の見直し(対応)をすることで既に合意されているような場合については、見直しが十分であるか調整会議で明示的かつ丁寧に議論を行い、更なる対応の必要性について検討すること。
十分な見直しがなされていると調整会議で合意を得られれば、更なる取組は不要。

○　病床機能報告が行われていない医療機関については、今後検討の上、必要な対応について通知予定。

※　周囲に医療機関が無く引き続き急性期機能を担う必要がある場合や、今回の分析対象となっていない診療領域に特化しており引き続き急性期病床が必要である場合等については、当該項目で記載することを想定。

3．調整会議の運営

○　会議資料や議事録はできる限り速やかに公表すること。

○　より多くの医療機関の参画が得られるような工夫をすること。

○　客観的なデータや第三者的な視点の活用についても検討すること。

4．今後の進め方及び議論の状況把握

「経済財政運営と改革の基本方針2019」等を踏まえ、今後、厚生労働省において、再検証に係る地域医療構想調整会議の議論の進捗状況を把握するとともに、今後の具体的な進め方(スケジュール等)について、整理の上改めて通知予定。

Ⅶ　資料編

１）都道府県対象調査票
２）政令指定都市対象調査票

回答日　　月　　日

貴都道府県名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
回答者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（担当課）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（電話番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（アドレス）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

貴都道府県のプロファイルとして次の質問にお答え下さい。

【１】医学部を有する大学数　（　　）校　　総入学定員(2019 年度)　（　　）人

【２】派遣調整対象となる現有医師数　（　　）人

【３】医師偏在指標（暫定）の都道府県順位
　１．多数県
　２．少数県
　３．どちらでもない

【４】2 次医療圏域数　（　　）

【４－２】2 次医療医圏域のうち　①医師多数圏域数（　　）　②医師少数圏域数（　　）

【５】医師少数スポットの設定について
　１．設定している、または設定の予定
　　→ どのような考え方で設定（予定）しましたか。
　　（　　）
　２．予定なし

【６】離島、半島などいわゆる医療過疎地域がありますか。
　１．ある
　２．ない

Ⅰ　医師確保計画について

【１】医師確保計画策定を担当している部署はどこですか。

（　　）部局　（　　）課

【２】医師確保計画策定のための専門部会やワーキンググループ（庁内外を問わず）を設置していますか。

１．設置している（具体的に　　）
２．設置していない

【３】医師会、病院協会、大学など医療関係団体に対する説明会の開催についてお伺いします。

１．すでに開始した（具体的に　　）
２．開催を予定
３．予定なし

【４】医師会、病院協会、大学など医療関係団体に対するヒヤリングの開催についてお伺いします。

１．すでに開始した（具体的に　　）
２．開催を予定
３．予定なし

【５】市町村に対する説明会の開催についてお伺いします。

１．すでに開始した（具体的に　　）
２．開催を予定
３．予定なし

【６】市町村に対するヒヤリングの開催についてお伺いします。

１．すでに開始した（具体的に　　）
２．開催を予定
３．予定なし

【７】就学資金等貸与医師（自治医大卒医師を除く）の派遣調整機関を設置していますか。

１．設置している（具体的に　　）
２．設置していない

【８】医師少数区域（スポットも含む）に医師を派遣するため、キャリア形成プログラムを策定していますか。

１．新規で策定済み
２．既存のものを改定して策定済み
３．今後策定する予定　（　策定予定時期　令和　　年　　月頃　　）

【９】地域医療支援センターの運営主体はどこですか。

１．本庁
２．大学
３．都道府県医師会
４．その他（　　）

【１０】医療勤務環境改善センターの運営主体はどこですか。

１．本庁
２．大学
３．都道府県医師会
４．その他（　　）

【１２】医療勤務環境改善センターによる医師労働時間短縮計画策定への貢献度は。

１．十分
２．おおむね十分
３．不明

【１３】計画策定に際し、平成 28 年医師・歯科医師・薬剤師調査に基づく「医師情報データベース」（平成 30 年 8 月各都道府県に配布）を活用していますか。

１．活用している
２．活用する予定
３．予定なし

【１３－２】「活用している」「活用する予定」と回答された都道府県にどのように活用して（する予定で）おられるのか、お伺いします。

自由記載（例）都道府県内病院の出身大学別の構成割合を把握、地元医科大学卒業生の県内定着率を把握等

（　　）

【１４】医師偏在指標（暫定）による都道府県順位で「医師多数区域」あるいは「医師少数区域」である場合に計画策定において工夫していることを具体的に記載してください。

（　　）

【１５】専門医制度において、各科ごとのシーリングが示されました。このことについてご意見があれば記載してください。

（　　）

【１６】医師確保計画策定において、どのような課題、苦労がありますか。具体的に記載してください。

（　　）

Ⅱ　外来医療計画について

【１】外来医療計画策定を担当している部署はどこですか。

（　　）部局　（　　）課

【２】外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場について

２－１）設置方法

１．地域医療構想調整会議を活用

２．「１」以外の既存の会議を活用（名称：　　）

３．独自に設置（名称：　　）

２－２）区域単位

１．二次医療圏と一致

２．二次医療圏を細分化

３．その他（　　）

２－３）事務局

１．保健所

２．本庁

３．その他（　　）

【３】医療機器に関するワーキンググループの設置の有無

１．有（具体的に　　）

２．無

【４】保健所に対する説明会

１．すでに開催（具体的に　　）

２．開催予定（具体的に　　）

３．予定なし

【５】医師会、病院、大学など医療関係団体に対する説明会

１．すでに開催（時期、説明内容など具体的に　　）

２．開催予定（時期、説明内容など具体的に　　）

３．予定なし

【６】協議にあたっての活用（予定）データ

１．経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト；医療提供状況の地域差 SCR（外来）

https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/tiikisa.html

２．医療機能情報
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/teikyouseido/index.html

３．病床機能報告
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html

４．その他（　　）

５．未定

【７】独自調査の有無

１．有

２．なし

７－２）「１．有」の場合、具体的に

１．初期救急医療

２．在宅医療

３．公衆衛生（産業医、学校医、予防接種）

４．医療機器

５．その他（　　）

【８】「見える化」する外来機能について、厚生労働省の担当者は「眼科や皮膚科といった部位別の診療機能というより、在宅医療や救急輪番などの機能を想定しているが、明確な定義はない」と回答していますが、貴都道府県は何を「見える化」しようと考えておられますか。

（　　）

【９】外来医療計画策定において、どのような課題、苦労がありますか。具体的に記載してください。

（　　）

ご協力ありがとうございました。

保健所設置市へのアンケート　　**回答日　　月　　日**

貴市名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 市
回答者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （担当課）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（電話番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （アドレス）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【１】貴市のプロフィール

（１）推定人口（時点：　　年　　月　　日）　＿＿＿＿＿＿＿＿ 人

（２）高齢化率（時点：　　年　　月　　日）　＿＿＿＿＿＿＿＿ ％

（３）二次医療圏の構成について

１．貴市単独で１つの二次医療圏を構成して
２．貴市の中に、２つ以上の二次医療圏が存在
３．貴市とその他の市町村で二次医療圏を構成

【２】貴市の機構

（１）保健部門（保健所や健康政策の所管）と高齢者福祉部門（介護保険や高齢者施策の所管）との関係

※局と部の上下関係が異なる場合は、読み替えてご回答ください（以下同じ）

１．保健部門と高齢者福祉部門をそれぞれ所管する局等が分かれている
２．保健部門と高齢者福祉部門を同一の局等で所管している
（局の中に各部門を所管する部等を置いている場合を含む）
３．その他（　　）

（２）（１）の参考となる貴市の機構図をご提供ください。

【３】地域医療構想、地域包括ケアに関する貴市と都道府県とのかかわり

（１）地域医療構想、医療計画等について

都道府県に対しての貴市の窓口（担当部署）

１．保健所の担当課　　（具体的に　＿＿＿＿＿＿＿＿　課）

２．保健所以外の保健部門の所管局の担当課（具体的に　＿＿＿＿＿　課）

３．高齢者福祉部門の所管局の担当課　（具体的に　＿＿＿＿＿＿　課）

４．その他（　　）

各種会議への参加の状況

１．保健所長

（　構成員として　・　オブザーバとして　・　事務局員として　）

２．所管局長　　（具体的に　＿＿＿＿＿＿＿＿　長）

（　構成員として　・　オブザーバとして　・　事務局員として　）

３．所管局の中で各部門を所管する部長等　（具体的に　＿＿＿＿＿　長）

（　構成員として　・　オブザーバとして　・　事務局員として　）

４．その他（　　）

（２）地域包括ケアシステムの構築、医療介護連携推進について

都道府県に対しての貴市の窓口（担当部署）

１.保健所の担当課　　（具体的に　＿＿＿＿＿＿＿＿　課）

２．保健所以外の保健部門の所管局の担当課（具体的に　＿＿＿＿＿　課）

３．高齢者福祉部門の所管局の担当課　　（具体的に　＿＿＿＿＿＿　課）

４.その他（　　）

各種会議への参加の状況

１．保健所長

（　構成員として　・　オブザーバとして　・　事務局員として　）

２.所管部局長　　（具体的に　＿＿＿＿＿＿＿＿　長）

（　構成員として　・　オブザーバとして　・　事務局員として　）

３．所管部局の中で各部門を担当する部長等（具体的に　＿＿＿＿＿　長）

（　構成員として　・　オブザーバとして　・　事務局員として　）

４．その他（　　）

（３）地域医療構想および地域包括ケア推進の構築に向けた取り組みについての都道府県との関係

１．都道府県の指導や情報提供の下、綿密に情報交換しながら推進している

２．ある程度は都道府県との情報交換は行っている

３．都道府県に頼ることなく、独自で推進している

【４】貴市の地域包括ケア推進の構築に向けた取り組み

（１）貴市独自の医療計画について

１．策定済み

２．策定中

３．策定予定

４．策定予定はない

（２）郡市医師会との関係

１．医師会とよく連携をとりながら進めている

具体的な成果があれば記載を（　　）

２．医師会とは、一部で連携が取られている

具体的な成果があれば記載を（　　）

３．医師会とはまだあまり連携できていない

４．その他（　　）

（３）地域包括支援センターの箇所数と運営形態について

箇所数　　か所

運営形態

１．直営

２．委託

３．その他（　　）

（４）在宅医療介護連携支援センター（の様な機関、組織）の設置はされていますか

１．設置済み

２．設置予定

３．設置予定はない

（５）市内での、他職種連携グル―プ等の立ち上げ状況について

１．既に始動あり　＿＿＿＿＿＿＿＿　か所

２．始動ない

（６）上記の（１）～（４）に対して、都道府県の指導や支援があったか

１．十分にあった

２．ある程度あった

３．ほとんどなかった

４．なかったので、市独自でやった

（７）地域医療介護総合確保基金について

１．毎年、都道府県を介して詳しい情報が入る

（貴市のどの部署に？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

２．ある程度情報が入る
３．ほとんど情報はない

（８）地域包括ケア推進の構築に向けて、都道府県の指導や支援は必要か
１．必要
２．項目によっては必要　　例えば ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
３．不要

（９）介護予防に関する地域支援事業の所管部局は
１．保健部局（保健所　・　保健所以外の部署）
２．福祉部局（介護保険課　・　高齢者施策部署）
３．その他（　　）

【５】貴市の地域包括ケアの推進に向けたICTの活用について
（１）　貴市における地域包括ケアの推進に向けたICTの活用について
１．活用中
２．活用予定・検討中
（２）、（３）の回答をお願いします。
３．活用予定なし

（２）　ICTを活用したシステムの運用主体
１．貴市
２．医師会
３．その他（具体的に　　）

（３）ICTを活用したシステムの概要

令和元年度地域保健総合推進事業
「地域医療構想の推進及び地域包括ケアシステムの構築にかかる
都道府県の役割に関する調査研究」
報告書

発　行　日　　令和２年３月
編集・発行　　一般財団法人　日本公衆衛生協会
分担事業者　角野　文彦（滋賀県健康医療福祉部）
〒５２０－８５７７　滋賀県大津市京町四丁目１－１
TEL　０７７－５２８－３５０２
FAX　０７７－５２８－４８５０
E-mail　kakuno-fumihiko@pref.shiga.lg.jp