

次期保健医療計画における 二次保健医療圏について

群馬県健康福部医務課

保健医療計画について

医療計画について

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

計画期間

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

記載事項(主なもの)

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

335医療圏 (令和2年4月現在)

【医療圏設定の考え方】

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

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

三次医療圏

52医療圏 (令和2年4月現在)

※都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

【医療圏設定の考え方】

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

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

○ 地域医療構想

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

○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

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

5事業(*)…5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

(*) 令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加し、6事業。

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

○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し)
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

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

第8次医療計画の策定に向けた検討体制

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。（構成員は、座長と相談の上、別途定める）
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。

第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

※具体的には以下について検討する

- ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
- ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
- ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討

※医師確保計画及び外来医療計画については、現在「医師需給分科会」で議論。
次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。

【新興感染症等】

感染症対策（予防計画）に関する検討の場 等

連携

【5疾病】

各疾病に関する検討の場 等

報告

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
- ・地域医療構想ガイドライン
- ・医師確保計画ガイドライン 等

外来機能報告等に関するWG※

- 以下に関する詳細な検討
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・外来機能報告
- ・地域における協議の場
- ・医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関 等

※検討事項の取りまとめ後、外来医療計画ガイドラインに関する検討の場として改組を予定。

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG（仮称）

- 以下に関する詳細な検討
- ・在宅医療の推進
- ・医療・介護連携の推進 等

救急・災害医療提供体制に関するWG（仮称）

- 以下に関する詳細な検討
- ・第8次医療計画の策定に向けた救急医療提供体制の在り方
- ・第8次医療計画の策定に向けた災害医療提供体制の在り方 等

* へき地医療、周産期医療、小児医療については、第7次医療計画の策定に向けた検討時と同様、それぞれ、以下の場で専門的な検討を行った上で、「第8次医療計画等に関する検討会」に報告し、協議を進める予定。

・へき地医療

厚生労働科学研究の研習班

・周産期医療、小児医療

有識者の意見交換

第8次医療計画に向けた取組（全体イメージ）

令和3年6月18日
第8次医療計画等に関する検討会資料（一部改）

		医療計画	新興感染症	地域医療構想	医師確保計画	外来医療計画	
国	4～6月	医療部会（6/3）				第8次医療計画等に関する検討会 開催	外来機能報告等に関するWG開催
	7～9月			地域医療構想及び医師確保計画に関するWG開催			
	10～12月					外来機能報告等に関する取りまとめ	
	1～3月	<ul style="list-style-type: none"> 総論（医療圏、基準病床数等） 各論（5疾病、6事業、在宅等） について各検討会等での議論の報告	感染症対策に関する検討の場と連携しつつ議論	地域医療構想の推進	ガイドライン改正に向けた検討	ガイドライン改正に向けた検討	
都道府県	4～6月						
	7～9月						
	10～12月	報告書取りまとめ（基本方針改正、医療計画作成指針等の改正等）			報告書取りまとめ（ガイドライン改正等）	報告書取りまとめ（ガイドライン改正等）	
	1～3月	基本方針改正（告示） 医療計画作成指針等の改正（通知）			ガイドライン改正（通知）	ガイドライン改正（通知）	
R 5 [2023]	第8次医療計画策定			次期医師確保計画策定	次期外来医療計画策定		
R 6 [2024]	第8次医療計画開始			次期医師確保計画開始	次期外来医療計画開始		
R 7 [2025]							

保健医療圏について

医療圏の種類

都道府県は、医療計画の中で、**病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位**として区分する医療圏を定めることとされている

① 一次保健医療圏

県民の日常生活に密着した保健サービスの提供と、プライマリー・ケアを行う為の基礎的な圏域。**市町村**を単位として設定。

② 二次保健医療圏

病床の管理：一般病床、療養病床

高度・特殊な医療を除く**一般的な入院医療及び比較的専門性の高い保健医療サービスの提供と確保を行う圏域**。地理的条件等の自然条件、交通事情等の社会条件等を考慮して設定。

③ 三次保健医療圏

病床の管理：精神病床、結核病床、感染症病床

高度な医療、特殊な医療など、広域的に実施すべきサービスの提供と確保を行う圏域。**都道府県単位**（北海道のみ6つ）。

群馬県独自

※二. 五次保健医療圏

4 疾病及び周産期医療、小児医療において設定している圏域を現行の**二次保健医療圏よりも広域で対応する圏域**として位置づけ。

二次保健医療圏に関する根拠規定等（抜粋）

医療法第三十条の四

都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の实情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（医療計画）を定めるものとする。

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

十四 主として**病院の病床**（次号に規定する病床並びに精神病床、感染症病床及び結核病床を除く。）及び**診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域の設定**に関する事項

医療提供体制の確保に関する基本方針（平成十九年厚生労働省告示第七十号）

- 一般病床及び療養病床に係る基準病床数の算定については、地理的条件等の自然条件や**交通事情等の社会的条件、患者の受療動向等を考慮**して、一体の区域として入院に係る医療を提供する体制の確保を図る地域的な単位（以下「二次医療圏」という。）ごとに行う
- **五疾病・五事業及び在宅医療それぞれの医療提供体制の確保**については、**必ずしも一律に二次医療圏ごとの計画を作成するのではなく**、必要に応じて、患者の受療動向等の地域の实情に応じた計画を作成することに留意する必要がある

二次保健医療圏に関する根拠規定等（抜粋）

医療計画策定指針（現行計画策定時）

2 医療圏の設定方法

- **人口規模が20万人未満**の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合（特に、**流入患者割合が20%未満**であり、**流出患者割合が20%以上**である場合）、その**設定の見直しについて検討**する。なお、設定の見直しを検討する際は、**二次医療圏の面積**や**基幹となる病院までのアクセスの時間**等も考慮することが必要である。
- また、設定を変更しない場合には、その考え方を明記するとともに、医療の需給状況の改善に向けた具体的な検討を行うこと。
- 既存の圏域、すなわち、**広域市町村圏、保健所・福祉事務所等都道府県の行政機関の管轄区域、学区（特に高等学校に係る区域）**等に関する資料を参考とする。
- 地域医療構想調整区域に二次医療圏を合わせることが適当であること。
- **5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制**を構築する際の圏域については、**従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定**する。

現行の二次保健医療圏

計 10 圏域

- 前橋
- 渋川
- 伊勢崎
- 高崎・安中
- 藤岡
- 富岡
- 吾妻
- 沼田
- 桐生
- 太田・館林



これまでの経緯

期	策定年月	圏域数	医療圏の設定・見直しの議論など
第1次	1988 (S63) 年 6 月	10 圏域	当時の広域市町村圏を単位として、二次保健医療圏を設定
第2次	1993 (H5) 年 7 月	10 圏域	
第3次	1998 (H10) 年 3 月	10 圏域	
第4次	2000 (H12) 年 3 月	10 圏域	
第5次	2005 (H17) 年 3 月	10 圏域	
第6次	2010 (H22) 年 3 月	10 圏域	二次保健医療圏の見直し（5 圏域への広域化）を検討 ⇒ 二次保健医療圏は10 圏域のままとし、疾病や事業により「二．五次保健医療圏」を設定
第7次	2015 (H27) 7 年 3 月	10 圏域	国が定める見直し基準（トリプル20）に該当する圏域なし
第8次 (現行)	2018 (H30) 年 4 月	10 圏域	国が定める見直し基準（トリプル20）に該当する圏域なし ⇒ 全圏域で「現行の圏域が望ましい」の意見

※ トリプル20

国が示す二次医療圏の見直しに関する基準。以下のいずれにも該当する場合が見直しの目安

➤ 人口規模 20万人未満、流入入院患者割合 20%未満、流出入院患者割合 20%以上

現行の二.五次保健医療圏

医療の高度化・専門化や病院勤務医の不足等を背景として、特に急性期医療を必要とする分野において、現行の二次医療圏より広い範囲で対応する必要が高まっています。

本県では、脳卒中や周産期医療など**4疾病2事業**で設定した圏域を、二次保健医療圏より広域であることから「**二.五次保健医療圏**」として位置づけ、医療連携体制のための基本的な枠組みとしています。

二次保健医療圏	二.五次保健医療圏					
	疾病				事業	
	脳卒中	心筋梗塞等の 心血管疾患	糖尿病	がん	周産期	小児
高崎・安中保健医療圏 (高崎市・安中市)	西部圏域				西毛圏域	
藤岡保健医療圏 (藤岡市・上野村・神流町)						
富岡保健医療圏 (富岡市・下仁田町・南牧村・甘楽町)						
桐生保健医療圏 (桐生市・みどり市)	東部・伊勢崎圏域		東部圏域		東毛圏域	
太田・館林保健医療圏 (太田市・館林市・板倉町・明和町・千代田町・大泉町・邑楽町)						
伊勢崎保健医療圏 (伊勢崎市・玉村町)						
前橋保健医療圏 (前橋市)	吾妻・渋川・前橋圏域				中部圏域	
渋川保健医療圏 (渋川市・榛東村・吉岡町)						
吾妻保健医療圏 (中之条町・長野原町・嬬恋村・草津町・高山村・東吾妻町)						
沼田保健医療圏 (沼田市・片品村・川場村・昭和村・みなかみ町)	利根沼田圏域				北部圏域	
県計	5圏域				4圏域	

第9次保健医療計画における 二次保健医療圏

検討の必要性

第9次県保健医療計画（2024年度～）の策定に向けて、現在の二次保健医療圏の持続可能性など、あり方を改めて検討する必要。

二次保健医療圏の現状

- ① 産科・小児科を維持できない病院が増加
- ② 圏域を越えた救急搬送が常態化
- ③ 圏域外の病院に入院する患者が増加
- ④ 医師の働き方改革（2024年度～）により、群大等による医師派遣が一層困難になるおそれ



二次保健医療圏に関する意見

- ✓ 「人口減少、患者動向、今後の医療資源の分布を考えると、再編・集約化を検討すべき。」
 - ✓ 「特定の医療機関に機能や人材が集約され、今の診療科を維持できない病院が出てくる。」
- ⇒ **意見が分かれる難しい課題だが、次期保健医療計画策定に向け、議論を尽くす必要**

議論の進め方

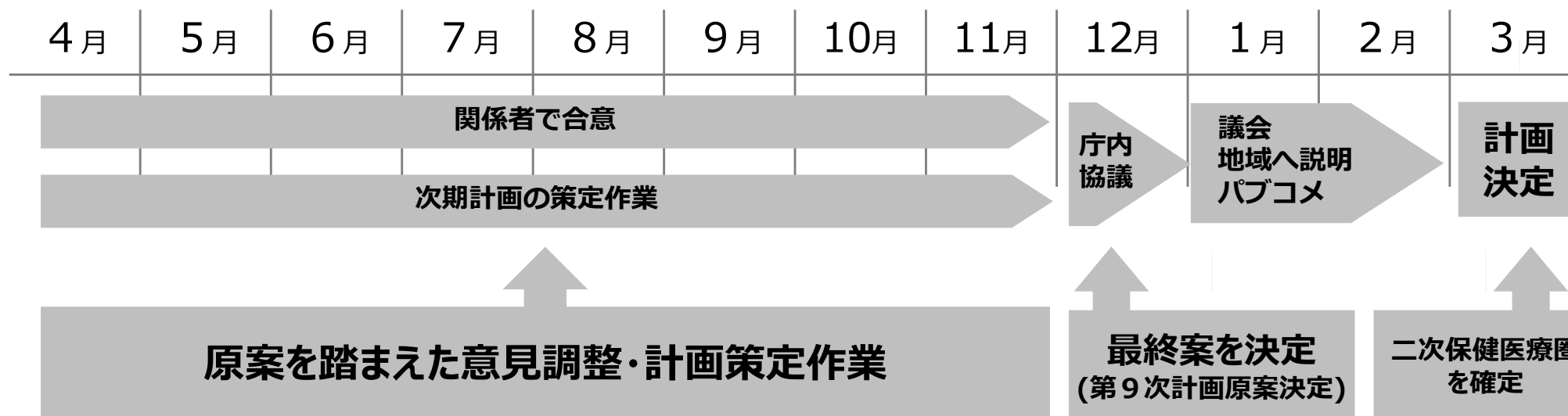
- ① 客観的なデータに基づき、**まずは各圏域において議論することから始める。**
- ② 県は、関連データを収集・分析し、各圏域へ提供し、情報・課題の共有を図る。
- ③ その上で、各圏域の考えを尊重しつつ、9次計画の二次保健医療圏を決定する。

今後のスケジュール

<令和4年度：今後の二次保健医療圏の原案を決定>



<令和5年度：二次保健医療圏の原案を踏まえ、次期保健医療計画を決定>



地域の実情、各種関連データを踏まえ、

① 現在の二次保健医療圏の課題にどのように対応するか

② 現在の二次保健医療圏の見直しの要否

※ 忌憚のないご議論をお願いします

※ 会議終了後、アンケートへの協力をお願いします。

二次保健医療圏検討資料 (関連データの分析)

**基本情報
(人口・面積の概況)**

近隣の都道府県の概況（人口、面積、圏域数）

	人口		面積		二次医療圏域数		1圏域あたり人口		1圏域あたり面積	
	数	順位	km ²	順位	数	順位	数	順位	km ²	順位
全国	126,146,099	-	377,974.63	-	335	-	376,555.5	-	1,128.3	-
福島県	1,833,152	21	13784.14	3	6	26	305,525.3	20	2,297.4	3
茨城県	2,867,009	11	6097.24	24	9	9	318,556.6	17	677.5	33
栃木県	1,933,146	19	6408.09	20	6	26	322,191.0	16	1,068.0	19
群馬県	1,939,110	18	6362.28	21	10	5	193,911.0	33	636.2	35
埼玉県	7,344,765	5	3797.75	39	10	5	734,476.5	4	379.8	44
千葉県	6,284,480	6	5157.31	28	9	9	698,275.6	5	573.0	38
東京都	14,047,594	1	2194.05	45	13	2	1,080,584.2	2	168.8	47
神奈川県	9,237,337	2	2416.11	43	9	9	1,026,370.8	3	268.5	45
新潟県	2,201,272	15	12583.95	5	7	20	314,467.4	19	1,797.7	6
山梨県	809,974	42	4465.27	32	4	37	202,493.5	31	1,116.3	17
長野県	2,048,011	16	13561.56	4	10	5	204,801.1	30	1,356.2	14
静岡県	3,633,202	10	7777.28	13	8	14	454,150.3	9	972.2	26

（出典）

人口：令和2年国勢調査（令和2年10月1日時点の人口）


面積：国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」（令和3年10月時点）

※ 順位は各数値を大きい順に並べたものを、医務課にて付番した

本県の二次保健医療圏の概況（人口・面積）

二次医療圏名	人口（人）	順位	面積（km ² ）	順位
前橋	332,149	127	312	279
渋川	110,589	240	289	284
伊勢崎	247,904	151	165	316
高崎・安中	427,880	98	735	188
藤岡	66,034	283	477	238
富岡	68,124	280	489	235
吾妻	51,619	307	1,279	98
沼田	76,958	268	1,766	52
桐生	156,093	198	483	237
太田・館林	401,760	104	369	265

<参考>
 全国の二次保健医療圏総数：335
 平均人口（全二次保健医療圏）：376,556人
 平均面積（全二次保健医療圏）：1,113km²
 (出典)
 人口：令和2年国勢調査（令和2年10月1日時点の人口）
 面積：国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」（令和3年10月時点）※ 順位は各数値を大きい順に並べたものを、医務課にて付番した

 : 下位33%に該当

患者流出入の状況

出典：令和3年 群馬県患者調査

- ◆ 県内の病院及び有床診療所を利用する入院患者について、その傷病の種類、受療動向等の実態を把握
- ◆ 本稿では、県内二次保健医療圏別の入院患者の自足率、流出率及び流入率を分析している（一般病床・療養病床のみ）

【用語解説】

自足率・・・圏域内に居住する患者のうち、同圏域内の医療機関にかかった割合
(自足率 = 100 - 流出率)

流出率・・・圏域内に居住する患者のうち、他圏域の医療機関にかかった割合。

流入率・・・圏域内の医療機関にかかった患者のうち、他圏域に居住する患者の割合。

人口・入院患者流出入の状況

<令和3年>

	前橋	渋川	伊勢崎	高崎 ・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田 ・館林
人口(人)	332,149	110,589	247,904	427,880	66,034	68,124	51,619	76,958	156,093	401,760
入院患者流出率	23.9%	42.0%	28.1%	22.8%	31.8%	30.1%	35.5%	19.7%	19.6%	18.6%
入院患者流入率	43.6%	46.7%	30.7%	25.5%	44.5%	28.5%	35.1%	14.6%	21.2%	23.7%

<平成27年>

	前橋	渋川	伊勢崎	高崎 ・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田 ・館林
人口(人)	336,199	113,850	245,491	429,280	68,907	72,583	56,413	83,446	165,702	401,605
入院患者流出率	23.3%	47.5%	25.4%	22.2%	28.8%	18.6%	28.5%	17.8%	16.9%	16.7%
入院患者流入率	43.0%	40.2%	32.8%	26.1%	45.0%	24.6%	28.7%	16.5%	17.8%	24.7%

<増減(R3対H27)>

	前橋	渋川	伊勢崎	高崎 ・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田 ・館林
人口(人)	-4,050	-3,261	2,413	-1,400	-2,873	-4,459	-4,794	-6,488	-9,609	155
入院患者流出率	0.7%	-5.5%	2.7%	0.5%	3.0%	11.5%	7.0%	1.8%	2.7%	1.9%
入院患者流入率	0.5%	6.5%	-2.1%	-0.5%	-0.5%	3.9%	6.5%	-1.9%	3.3%	-1.1%

(出典) 県患者調査(H27及びR3)

 : 国が示す二次医療圏の見直し基準(トリプル20)に該当

入院患者の流出状況（R3/H27）

<令和3年>

受療地 住所地	流出率	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
前橋	23.9%	76.1%	5.0%	4.7%	10.9%	0.0%	0.0%	1.1%	0.3%	1.7%	0.2%
渋川	42.0%	23.3%	58.0%	1.0%	11.9%	0.0%	0.0%	2.7%	2.8%	0.3%	0.0%
伊勢崎	28.1%	13.5%	2.0%	71.9%	5.0%	0.9%	0.0%	0.2%	0.1%	3.0%	3.4%
高崎・安中	22.8%	10.8%	2.2%	1.6%	77.2%	2.8%	3.7%	0.9%	0.4%	0.2%	0.1%
藤岡	31.8%	8.0%	2.4%	1.4%	16.7%	68.2%	2.4%	0.4%	0.0%	0.4%	0.2%
富岡	30.1%	5.4%	2.4%	0.7%	17.6%	2.8%	69.9%	0.2%	0.0%	0.7%	0.2%
吾妻	35.5%	9.5%	14.1%	0.2%	3.6%	0.0%	0.0%	64.5%	7.9%	0.0%	0.2%
沼田	19.7%	6.6%	7.2%	0.4%	1.7%	0.0%	0.0%	3.1%	80.3%	0.6%	0.1%
桐生	19.6%	7.6%	1.0%	4.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	80.4%	5.9%
太田・館林	18.6%	3.8%	1.1%	6.8%	0.9%	0.1%	0.1%	0.3%	0.0%	5.6%	81.4%

<平成27年>

受療地 住所地	流出率	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
前橋	23.3%	76.7%	4.5%	4.7%	10.5%	0.3%	0.3%	1.3%	0.3%	1.2%	0.2%
渋川	47.5%	26.6%	52.5%	1.5%	13.4%	0.1%	0.4%	3.5%	1.5%	0.4%	0.1%
伊勢崎	25.4%	10.2%	2.0%	74.6%	5.4%	0.8%	0.0%	0.5%	0.0%	2.7%	3.7%
高崎・安中	22.2%	10.7%	2.1%	1.3%	77.8%	3.1%	4.1%	0.4%	0.1%	0.1%	0.2%
藤岡	28.8%	5.0%	1.5%	1.7%	17.5%	71.2%	2.5%	0.2%	0.0%	0.3%	0.2%
富岡	18.6%	4.0%	1.0%	2.0%	9.1%	1.6%	81.4%	0.4%	0.1%	0.1%	0.1%
吾妻	28.5%	7.0%	7.9%	0.4%	5.0%	0.0%	0.3%	71.5%	7.3%	0.4%	0.1%
沼田	17.8%	6.1%	4.5%	0.8%	3.7%	0.0%	0.1%	2.6%	82.2%	0.1%	0.0%
桐生	16.9%	5.3%	0.6%	3.7%	1.6%	0.0%	0.1%	0.4%	0.0%	83.1%	5.2%
太田・館林	16.7%	2.5%	0.7%	8.2%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.6%	83.3%

（出典）県患者調査（H27及びR3）

※一般病床・療養病床の入院患者を対象（精神・感染症・結核病床を除外）

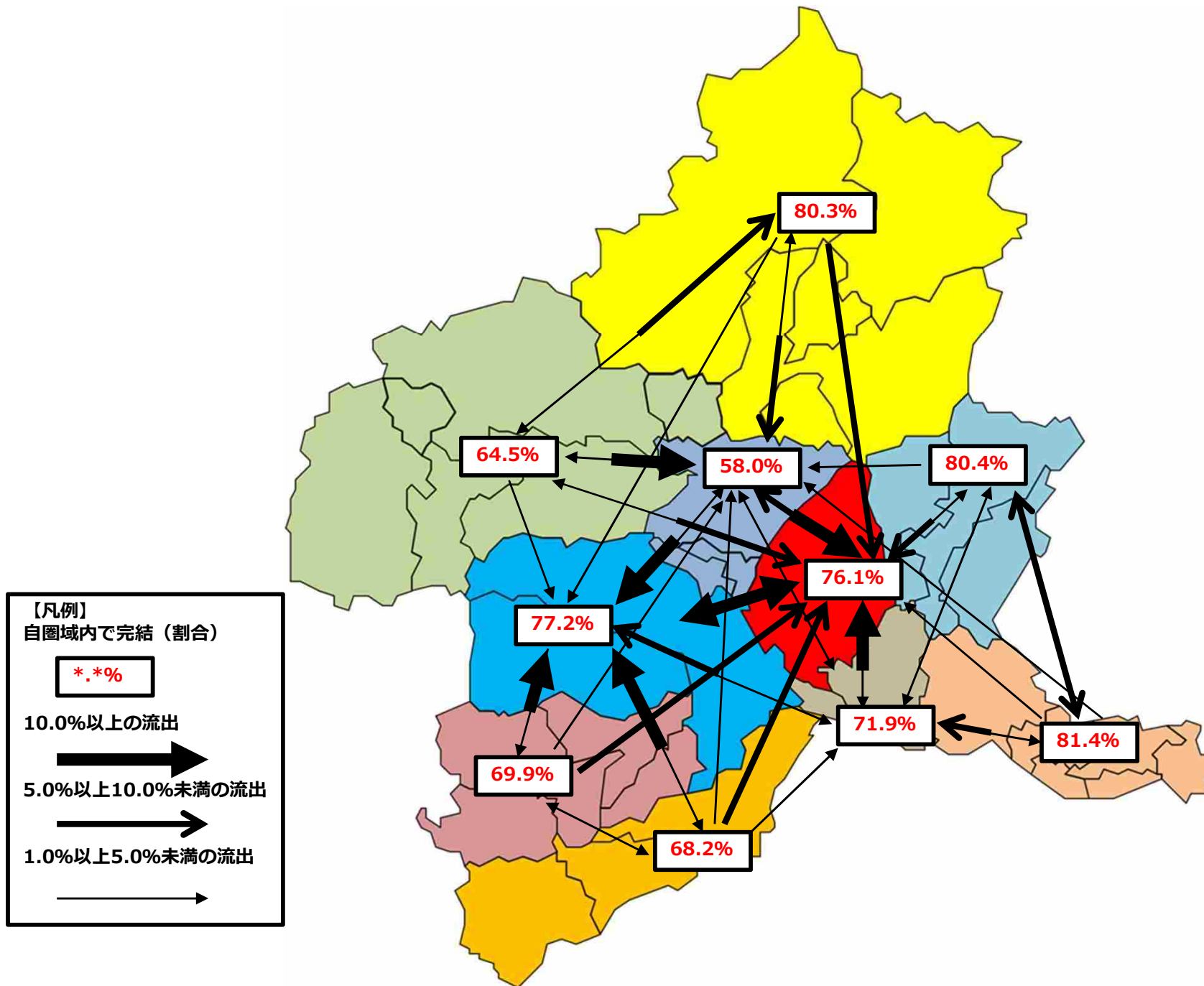
■：自足率（患者住所と受療地の二次保健医療圏が一致するもの）

入院患者の流出状況（R3対H27増減）

<増減（R3対H27）>

受療地 住所地	流出率	前 橋	渋 川	伊勢崎	高崎・ 安中	藤 岡	富 岡	吾 妻	沼 田	桐 生	太田・ 館林
前 橋	0.7%	-0.7%	0.5%	0.0%	0.4%	-0.2%	-0.3%	-0.2%	0.0%	0.5%	0.0%
渋 川	-5.5%	-3.3%	5.5%	-0.5%	-1.5%	-0.1%	-0.4%	-0.9%	1.2%	0.0%	-0.1%
伊勢崎	2.7%	3.2%	0.0%	-2.7%	-0.4%	0.1%	0.0%	-0.3%	0.1%	0.2%	-0.2%
高崎・安中	0.5%	0.1%	0.1%	0.2%	-0.5%	-0.3%	-0.4%	0.5%	0.4%	0.1%	-0.2%
藤 岡	3.0%	3.0%	0.9%	-0.3%	-0.8%	-3.0%	-0.1%	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%
富 岡	11.5%	1.5%	1.4%	-1.3%	8.6%	1.3%	-11.5%	-0.2%	-0.1%	0.5%	0.1%
吾 妻	7.0%	2.5%	6.2%	-0.2%	-1.4%	0.0%	-0.3%	-7.0%	0.6%	-0.4%	0.1%
沼 田	1.8%	0.5%	2.7%	-0.3%	-2.0%	0.0%	-0.1%	0.5%	-1.8%	0.4%	0.1%
桐 生	2.7%	2.3%	0.4%	0.2%	-0.8%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-2.7%	0.7%
太田・館林	1.9%	1.3%	0.4%	-1.4%	0.2%	0.1%	0.1%	0.2%	0.0%	1.1%	-1.9%

入院患者の流出状況 (R3)



入院患者の流入状況（R3/H27）

<令和3年>

受療地 住所地	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
流入率	43.6%	46.7%	30.7%	25.5%	44.5%	28.5%	35.1%	14.6%	21.2%	23.7%
前橋	56.4%	10.6%	6.4%	7.6%	0.2%	0.0%	4.6%	0.7%	2.4%	0.2%
渋川	7.5%	53.3%	0.6%	3.6%	0.0%	0.0%	4.8%	3.0%	0.2%	0.0%
伊勢崎	7.1%	3.0%	69.3%	2.5%	2.3%	0.0%	0.6%	0.1%	3.0%	2.4%
高崎・安中	11.1%	6.6%	3.0%	74.5%	13.3%	24.3%	5.0%	1.5%	0.4%	0.1%
藤岡	1.4%	1.2%	0.5%	2.8%	55.5%	2.7%	0.4%	0.0%	0.1%	0.0%
富岡	0.9%	1.1%	0.2%	2.7%	2.1%	71.5%	0.2%	0.0%	0.2%	0.0%
吾妻	1.7%	7.2%	0.1%	0.6%	0.0%	0.0%	64.9%	4.7%	0.0%	0.0%
沼田	2.1%	6.6%	0.3%	0.5%	0.0%	0.0%	5.6%	85.4%	0.3%	0.0%
桐生	3.9%	1.5%	3.7%	0.4%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	78.8%	4.0%
太田・館林	2.7%	2.2%	8.7%	0.6%	0.3%	0.2%	1.0%	0.0%	7.6%	76.3%
県外	5.1%	6.6%	7.4%	4.3%	26.4%	1.3%	12.2%	4.6%	6.9%	16.7%

<平成27年>

受療地 住所地	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
流入率	43.0%	40.2%	32.8%	26.1%	45.0%	24.6%	28.7%	16.5%	17.8%	24.7%
前橋	57.0%	10.5%	5.6%	6.5%	0.8%	0.9%	4.2%	0.7%	1.7%	0.2%
渋川	9.6%	59.8%	0.9%	4.0%	0.1%	0.5%	5.4%	1.8%	0.3%	0.0%
伊勢崎	5.7%	3.6%	67.2%	2.5%	1.7%	0.0%	1.3%	0.0%	3.0%	2.4%
高崎・安中	12.2%	7.7%	2.5%	73.9%	13.2%	18.1%	1.7%	0.3%	0.3%	0.3%
藤岡	1.0%	1.0%	0.5%	3.0%	55.0%	2.0%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%
富岡	1.0%	0.8%	0.8%	1.8%	1.4%	75.4%	0.4%	0.1%	0.1%	0.0%
吾妻	1.6%	5.9%	0.2%	1.0%	0.0%	0.3%	71.3%	5.7%	0.2%	0.0%
沼田	1.8%	4.3%	0.4%	0.9%	0.0%	0.1%	3.3%	83.5%	0.1%	0.0%
桐生	2.7%	1.0%	3.0%	0.7%	0.0%	0.1%	0.9%	0.0%	82.2%	3.0%
太田・館林	1.9%	1.7%	10.3%	0.4%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	7.0%	75.3%
県外	5.0%	3.3%	8.2%	4.4%	27.4%	2.5%	10.5%	6.9%	4.9%	18.4%

(出典) 県患者調査 (H27及びR3) ※一般病床・療養病床の入院患者を対象 (精神・感染症・結核病床を除外)

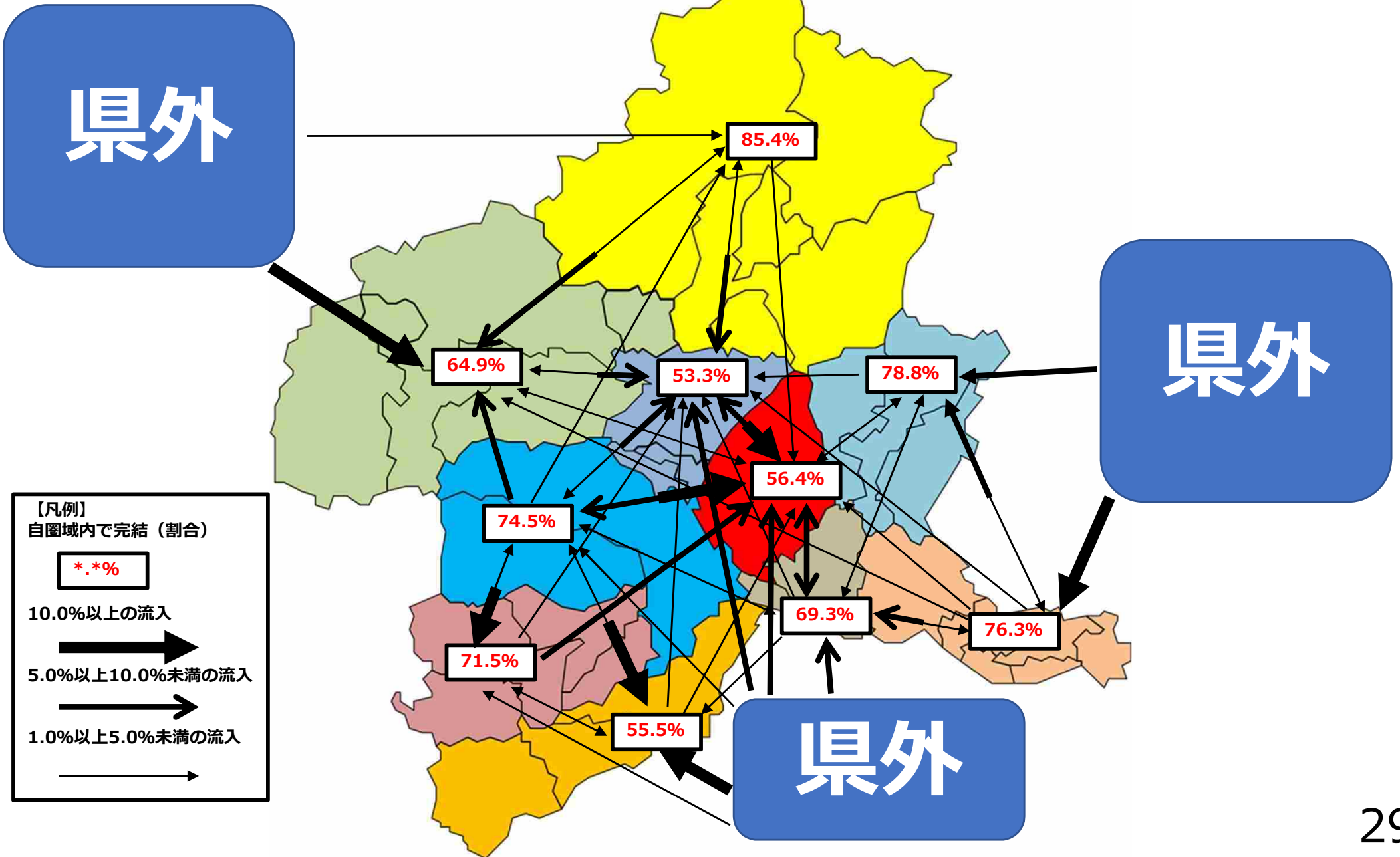
：患者住所と受療地の二次保健医療圏が一致するもの

入院患者の流入状況（R3対H27増減）

<増減（R3対H27）>

受療地 住所地	前 橋	渋 川	伊勢崎	高崎・ 安中	藤 岡	富 岡	吾 妻	沼 田	桐 生	太田・ 館林
流入率	0.5%	6.5%	-2.1%	-0.5%	-0.5%	3.9%	6.5%	-1.9%	3.3%	-1.1%
前 橋	-0.5%	0.0%	0.8%	1.1%	-0.6%	-0.9%	0.4%	0.0%	0.7%	0.0%
渋 川	-2.1%	-6.5%	-0.3%	-0.4%	-0.1%	-0.5%	-0.6%	1.1%	-0.1%	0.0%
伊勢崎	1.4%	-0.5%	2.1%	-0.1%	0.6%	0.0%	-0.7%	0.1%	0.0%	0.0%
高崎・安中	-1.1%	-1.1%	0.5%	0.5%	0.1%	6.2%	3.2%	1.2%	0.1%	-0.2%
藤 岡	0.4%	0.2%	-0.1%	-0.2%	0.5%	0.7%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%
富 岡	-0.1%	0.4%	-0.6%	0.9%	0.7%	-3.9%	-0.2%	-0.1%	0.1%	0.0%
吾 妻	0.1%	1.4%	-0.1%	-0.4%	0.0%	-0.3%	-6.5%	-1.0%	-0.2%	0.0%
沼 田	0.2%	2.3%	-0.1%	-0.4%	0.0%	-0.1%	2.2%	1.9%	0.3%	0.0%
桐 生	1.2%	0.5%	0.7%	-0.3%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-3.3%	1.0%
太田・館林	0.7%	0.5%	-1.5%	0.2%	0.2%	0.2%	0.9%	0.0%	0.6%	1.1%
県 外	0.2%	3.3%	-0.8%	-0.1%	-1.0%	-1.2%	1.7%	-2.3%	2.0%	-1.7%

入院患者の流入状況 (R3)



地域医療支援病院の 対応状況

出典：令和3年 群馬県患者調査

- ◆ 県内の病院及び有床診療所を利用する入院患者について、その傷病の種類、受療動向等の実態を把握
- ◆ 本稿では、各地域医療支援病院における県内二次保健医療圏別の入院患者の流入率を分析している（一般病床・療養病床のみ）

【用語解説】

流入率・・・圏域内の医療機関にかかった患者のうち、他圏域に居住する患者の割合。

地域医療支援病院における入院患者の流入状況（R3）

<令和3年>

医療機関名称	患者所在地										
	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林	県外
① 前橋赤十字病院	64.1%	3.3%	10.7%	7.0%	0.9%	0.7%	1.5%	2.4%	2.6%	2.2%	4.8%
② 県立心臓血管センター	33.3%	3.4%	11.6%	8.2%	4.1%	1.4%	2.7%	3.4%	17.7%	7.5%	6.8%
③ 群馬県済生会前橋病院	40.3%	6.0%	6.5%	26.6%	4.0%	1.6%	1.2%	1.2%	6.5%	0.8%	5.2%
④ 地域医療機能推進機構群馬中央病院	60.6%	13.4%	3.5%	13.0%	0.4%	0.4%	1.7%	0.0%	1.3%	0.9%	4.8%
⑤ 国立病院機構渋川医療センター	6.2%	38.1%	3.7%	6.8%	1.5%	2.5%	10.2%	16.4%	1.9%	0.3%	12.4%
⑥ 伊勢崎佐波医師会病院	3.3%	0.0%	90.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.9%	1.6%
⑦ 伊勢崎市民病院	4.4%	0.3%	72.9%	1.2%	0.9%	0.3%	0.0%	0.3%	1.2%	4.4%	14.2%
⑧ 国立病院機構高崎総合医療センター	1.9%	1.9%	1.4%	83.1%	2.8%	3.3%	0.7%	0.2%	0.2%	0.2%	4.2%
⑨ 日高会日高病院	14.5%	5.9%	3.6%	67.0%	1.4%	1.4%	0.5%	1.4%	0.0%	1.4%	3.2%
⑩ 公立藤岡総合病院	0.0%	0.0%	3.6%	15.7%	44.0%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	33.9%
⑪ 桐生厚生総合病院	1.5%	0.3%	1.2%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	87.6%	6.1%	3.0%
⑫ SUBARU健康保険組合太田記念病院	0.0%	0.0%	3.4%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8.2%	81.3%	6.7%
⑬ 公立館林厚生病院	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	92.2%	7.4%

（出典）県患者調査（R3） ※一般病床・療養病床の入院患者を対象（精神・感染症・結核病床を除外）

 : 患者住所と医療機関の二次保健医療圏が一致するもの

地域医療支援病院における入院患者の流入状況 (R3)

県外

県外

県外

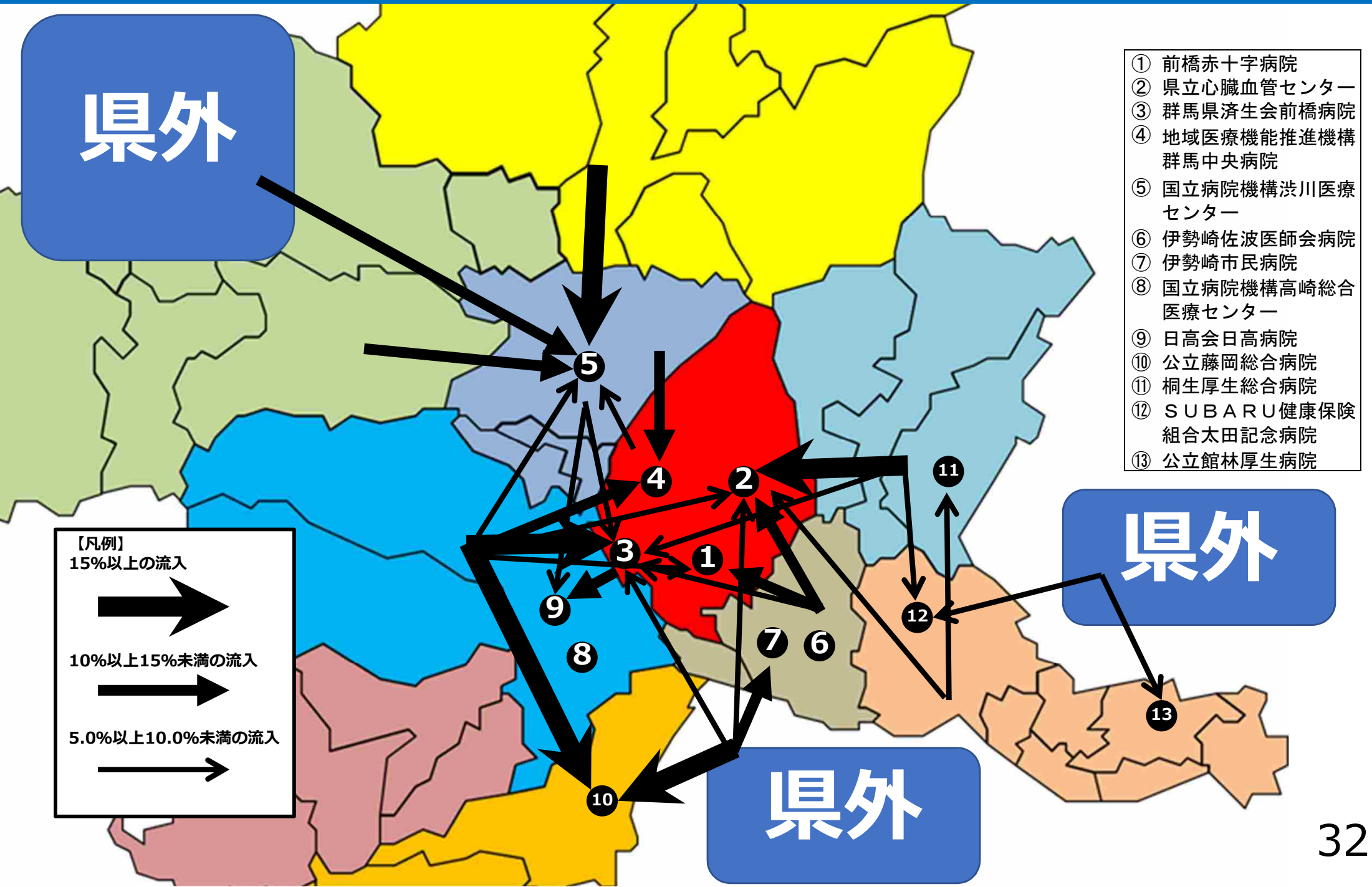
- ① 前橋赤十字病院
- ② 県立心臓血管センター
- ③ 群馬県済生会前橋病院
- ④ 地域医療機能推進機構 群馬中央病院
- ⑤ 国立病院機構渋川医療センター
- ⑥ 伊勢崎佐波医師会病院
- ⑦ 伊勢崎市民病院
- ⑧ 国立病院機構高崎総合医療センター
- ⑨ 日高会日高病院
- ⑩ 公立藤岡総合病院
- ⑪ 桐生厚生総合病院
- ⑫ SUBARU健康保険組合太田記念病院
- ⑬ 公立館林厚生病院

【凡例】

15%以上の流入

10%以上15%未満の流入

5.0%以上10.0%未満の流入



救急搬送の状況

出典：群馬県統合型医療情報システム

- ◆ 救急医療や災害時の救護活動などに必要な情報を24時間体制で総合的に収集し、提供するもの
- ◆ 本稿では、同システムに入力された情報から、消防機関別の搬送先（二次保健医療圏別）を分析している

救急搬送の状況（令和元年1～12月）

※コロナ前

<搬送数>

(搬送先) (消防機関)	計 (不搬送等除く)	流出数	前橋	渋川	高崎・ 安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	伊勢崎	桐生	太田・ 館林	県外
前橋市消防局	15,269	1,575	13,694	275	618	12	2	6	5	577	59	11	10
渋川広域消防本部	5,095	1,741	1,292	3,354	195	0	1	22	217	6	6	0	2
高崎市等広域消防局	18,362	3,332	1,852	135	15,030	804	473	2	0	36	1	6	23
多野藤岡広域消防本部	4,089	1,157	145	15	502	2,932	461	0	0	25	1	2	6
富岡甘楽広域消防本部	2,681	375	48	14	195	104	2,306	0	0	6	0	1	7
吾妻広域消防本部	2,918	1,081	183	255	19	0	0	1,837	428	0	0	0	196
利根沼田広域消防本部	4,330	364	127	221	12	0	0	1	3,966	2	0	0	1
伊勢崎市消防本部	10,781	1,973	1,228	56	266	61	2	0	0	8,808	167	178	15
桐生市消防本部	6,822	839	277	12	7	0	0	0	0	101	5,983	314	128
太田市消防本部 ・館林地区消防組合消防本部	14,752	2,323	131	17	2	1	1	0	0	1,017	269	12,429	885

<割合>

(搬送先) (消防機関)	計 (不搬送等除く)	流出率	前橋	渋川	高崎・ 安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	伊勢崎	桐生	太田・ 館林	県外
前橋市消防局	100%	10.3%	89.7%	1.8%	4.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	3.8%	0.4%	0.1%	0.1%
渋川広域消防本部	100%	34.2%	25.4%	65.8%	3.8%	0.0%	0.0%	0.4%	4.3%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%
高崎市等広域消防局	100%	18.1%	10.1%	0.7%	81.9%	4.4%	2.6%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%
多野藤岡広域消防本部	100%	28.3%	3.5%	0.4%	12.3%	71.7%	11.3%	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.1%
富岡甘楽広域消防本部	100%	14.0%	1.8%	0.5%	7.3%	3.9%	86.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.3%
吾妻広域消防本部	100%	37.0%	6.3%	8.7%	0.7%	0.0%	0.0%	63.0%	14.7%	0.0%	0.0%	0.0%	6.7%
利根沼田広域消防本部	100%	8.4%	2.9%	5.1%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	91.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
伊勢崎市消防本部	100%	18.3%	11.4%	0.5%	2.5%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	81.7%	1.5%	1.7%	0.1%
桐生市消防本部	100%	12.3%	4.1%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%	87.7%	4.6%	1.9%
太田市消防本部 ・館林地区消防組合消防本部	100%	15.7%	0.9%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.9%	1.8%	84.3%	6.0%

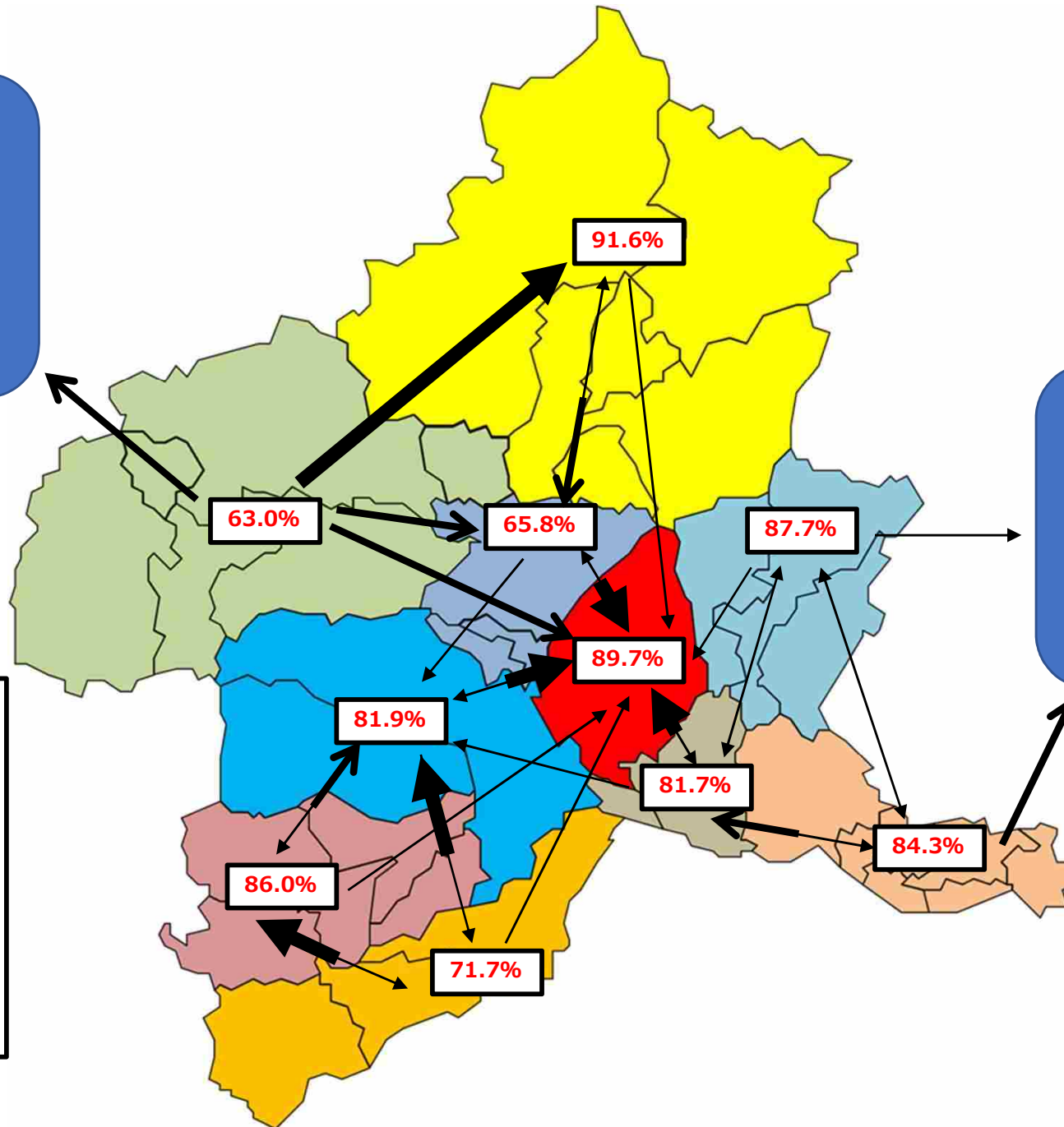
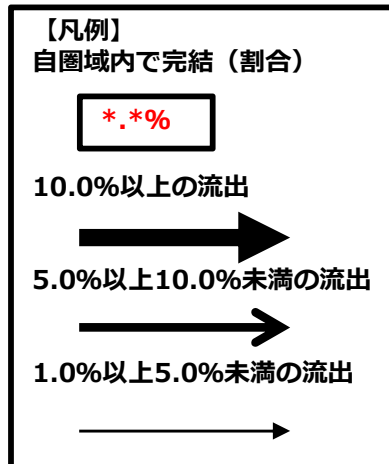
(出典) 統合型医療情報システム

：消防機関と搬送先の二次保健医療圏が一致

救急搬送の状況（令和元年1～12月）

県外

県外



救急搬送の状況（令和3年1～12月）※最新値

<搬送数>

(消防機関) (搬送先)	計 (不搬送等除く)	流出数	前橋	渋川	高崎・ 安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	伊勢崎	桐生	太田・ 館林	県外
前橋市消防局	14,537	1,603	12,934	272	687	14	4	7	14	524	53	14	14
渋川広域消防本部	4,525	1,429	1,079	3,096	152	1	0	10	169	4	7	3	4
高崎市等広域消防局	17,236	2,959	1,674	107	14,277	640	450	1	2	43	2	6	34
多野藤岡広域消防本部	3,817	1,169	134	7	530	2,648	456	0	0	32	1	0	9
富岡甘楽広域消防本部	2,533	449	64	20	217	141	2,084	0	0	4	0	1	2
吾妻広域消防本部	2,652	847	148	156	19	0	0	1,805	369	0	2	1	152
利根沼田広域消防本部	3,800	261	129	114	11	1	0	2	3,539	4	0	0	0
伊勢崎市消防本部	10,028	2,156	1,277	52	310	106	0	0	0	7,872	165	222	24
桐生市消防本部	6,007	963	299	18	5	0	0	0	1	110	5,044	408	122
太田市消防本部 ・館林地区消防組合消防本部	13,763	2,382	156	34	23	3	2	0	0	782	265	11,381	1,117

<割合>

(消防機関) (搬送先)	計 (不搬送等除く)	流出率	前橋	渋川	高崎・ 安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	伊勢崎	桐生	太田・ 館林	県外
前橋市消防局	100%	11.0%	89.0%	1.9%	4.7%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	3.6%	0.4%	0.1%	0.1%
渋川広域消防本部	100%	31.6%	23.8%	68.4%	3.4%	0.0%	0.0%	0.2%	3.7%	0.1%	0.2%	0.1%	0.1%
高崎市等広域消防局	100%	17.2%	9.7%	0.6%	82.8%	3.7%	2.6%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.2%
多野藤岡広域消防本部	100%	30.6%	3.5%	0.2%	13.9%	69.4%	11.9%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.2%
富岡甘楽広域消防本部	100%	17.7%	2.5%	0.8%	8.6%	5.6%	82.3%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%
吾妻広域消防本部	100%	31.9%	5.6%	5.9%	0.7%	0.0%	0.0%	68.1%	13.9%	0.0%	0.1%	0.0%	5.7%
利根沼田広域消防本部	100%	6.9%	3.4%	3.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.1%	93.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
伊勢崎市消防本部	100%	21.5%	12.7%	0.5%	3.1%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	78.5%	1.6%	2.2%	0.2%
桐生市消防本部	100%	16.0%	5.0%	0.3%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.8%	84.0%	6.8%	2.0%
太田市消防本部 ・館林地区消防組合消防本部	100%	17.3%	1.1%	0.2%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.7%	1.9%	82.7%	8.1%

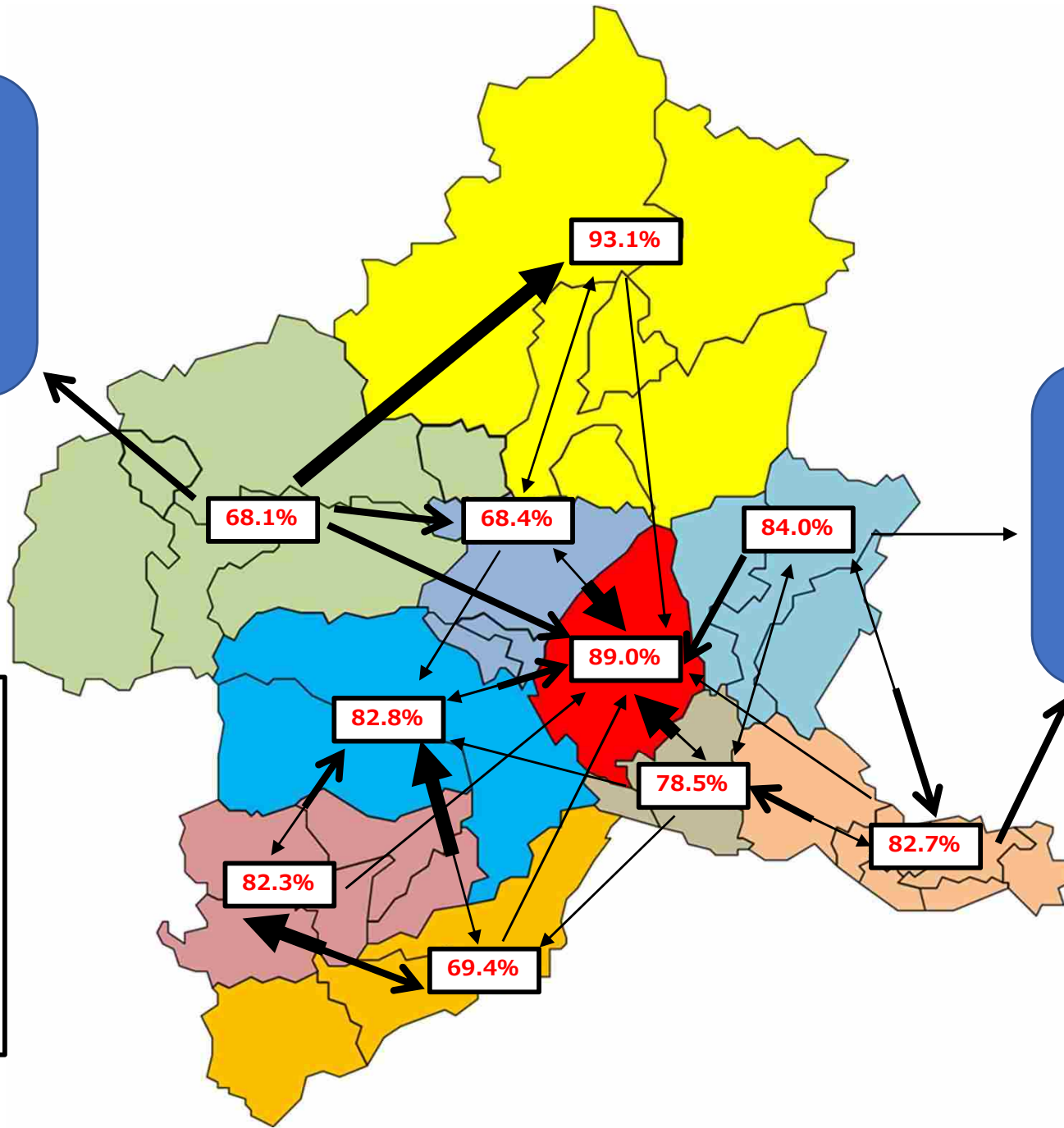
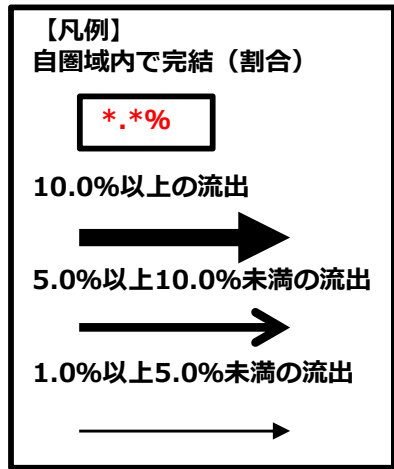
(出典) 統合型医療情報システム

：消防機関と搬送先の二次保健医療圏が一致

救急搬送の状況（令和3年1～12月）

県外

県外



通勤・通学の状況 (社会的条件)

出典：国勢調査「従業地・通学地による人口・就業状態等集計」

- ◆ 国勢調査結果に基づき、従業地・通学地による人口の構成や現在住んでいる市区町村との関係を集計したもの
- ◆ 本稿では、二次保健医療圏別の通勤・通学先と住民常駐地をかけあわせ、流出入状況を分析している

※ 令和2年国勢調査に基づく同集計が未公表のため、参考として、前回調査に基づく集計（平成27年）を掲載

通勤・通学の状況 ※参考値（平成27年調査値）

<人数>

常駐地 通勤・通学先	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・ 安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・ 館林	県外	不明
前橋	123,930	11,619	14,554	22,515	1,897	1,006	905	1,527	4,296	2,760	4,385	5,266
渋川	5,601	36,539	370	3,412	96	68	1,832	1,767	105	61	409	1,179
伊勢崎	11,912	765	82,031	5,657	1,429	256	70	128	6,920	7,326	6,224	3,506
高崎・安中	18,093	7,114	8,272	164,409	7,459	7,358	798	1,090	1,166	1,269	8,707	4,875
藤岡	925	136	1,498	6,306	21,190	881	17	22	53	126	2,557	319
富岡	384	102	180	6,639	724	28,690	8	14	17	41	602	376
吾妻	437	1,530	71	499	18	16	27,241	589	15	19	683	181
沼田	649	1,345	53	361	15	8	516	40,237	31	21	361	512
桐生	3,813	258	4,713	687	71	61	26	66	61,224	5,592	3,512	1,562
太田・館林	2,704	238	11,496	1,068	225	126	15	55	9,929	164,368	33,933	4,463

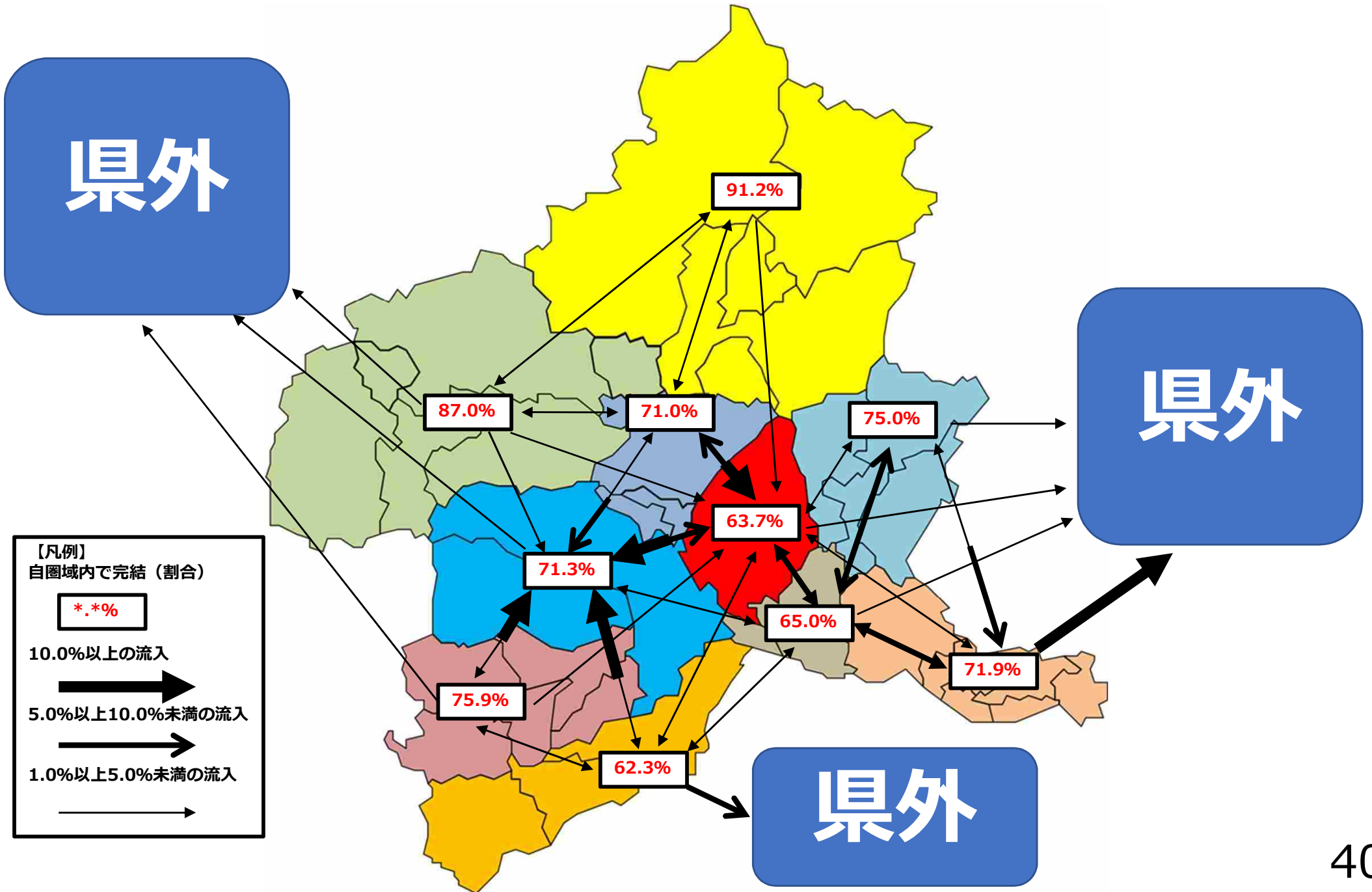
<割合>

常駐地 通勤・通学先	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・ 安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・ 館林	県外	不明
前橋	63.7%	6.0%	7.5%	11.6%	1.0%	0.5%	0.5%	0.8%	2.2%	1.4%	2.3%	2.7%
渋川	10.9%	71.0%	0.7%	6.6%	0.2%	0.1%	3.6%	3.4%	0.2%	0.1%	0.8%	2.3%
伊勢崎	9.4%	0.6%	65.0%	4.5%	1.1%	0.2%	0.1%	0.1%	5.5%	5.8%	4.9%	2.8%
高崎・安中	7.8%	3.1%	3.6%	71.3%	3.2%	3.2%	0.3%	0.5%	0.5%	0.6%	3.8%	2.1%
藤岡	2.7%	0.4%	4.4%	18.5%	62.3%	2.6%	0.0%	0.1%	0.2%	0.4%	7.5%	0.9%
富岡	1.0%	0.3%	0.5%	17.6%	1.9%	75.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	1.6%	1.0%
吾妻	1.4%	4.9%	0.2%	1.6%	0.1%	0.1%	87.0%	1.9%	0.0%	0.1%	2.2%	0.6%
沼田	1.5%	3.0%	0.1%	0.8%	0.0%	0.0%	1.2%	91.2%	0.1%	0.0%	0.8%	1.2%
桐生	4.7%	0.3%	5.8%	0.8%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	75.0%	6.9%	4.3%	1.9%
太田・館林	1.2%	0.1%	5.0%	0.5%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	4.3%	71.9%	14.8%	2.0%

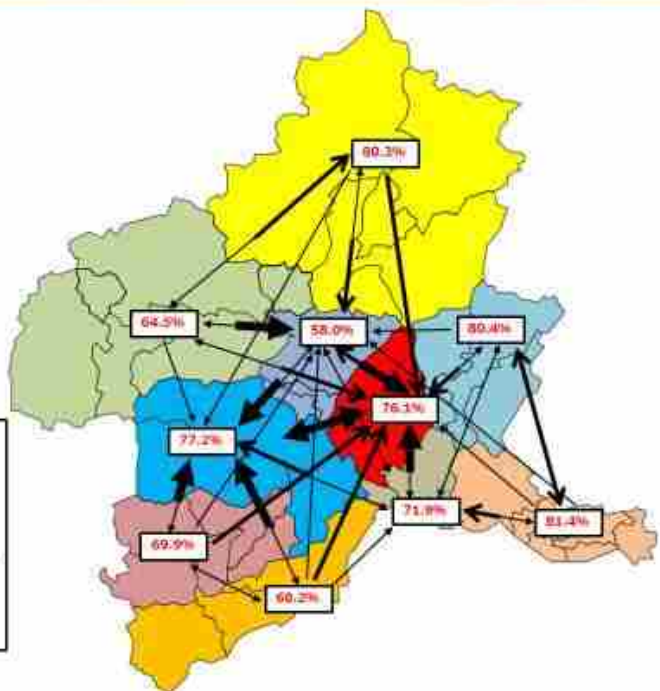
（出典）平成27年国勢調査「従業地・通学地による人口・就業状態等集計」

：常駐地と通勤・通学先と常駐地の医療圏が一致

通勤・通学の状況 ※参考値（平成27年調査値）

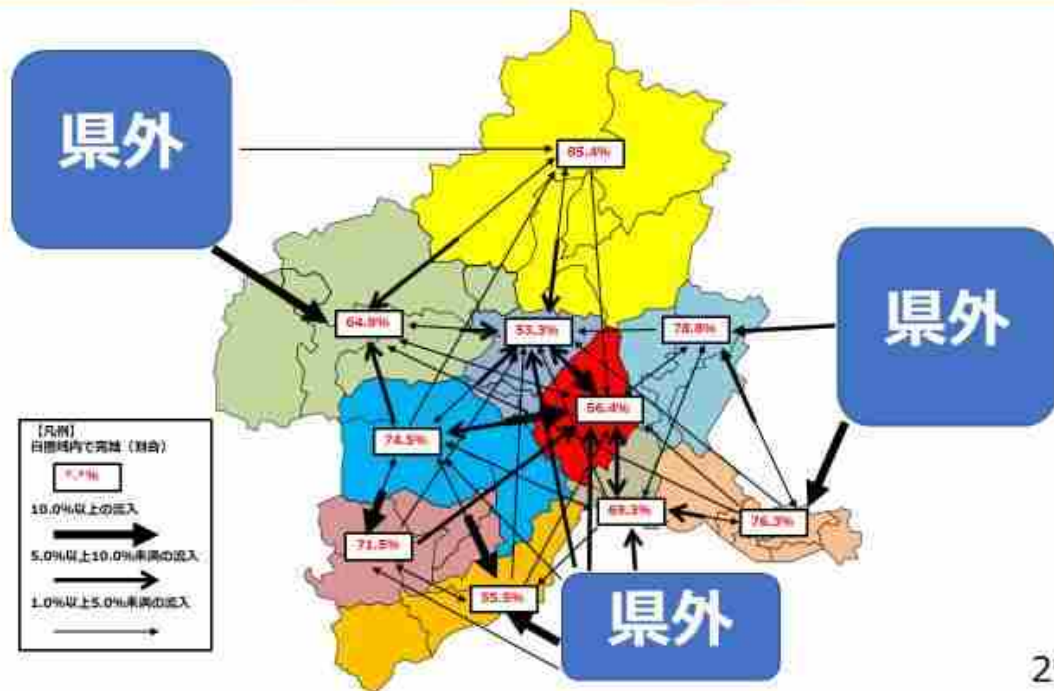


入院患者の流出状況 (R3)



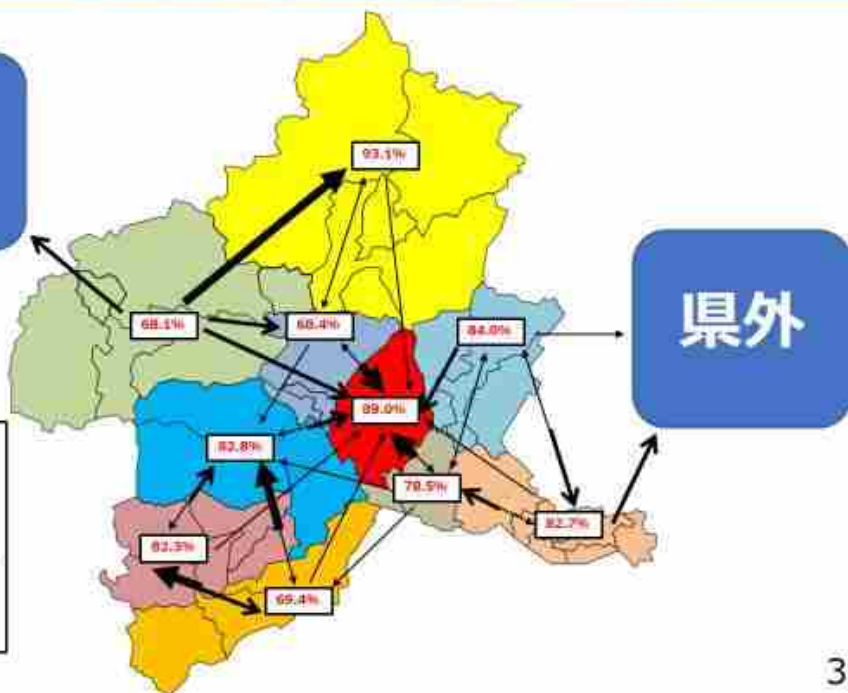
26

入院患者の流入状況 (R3)



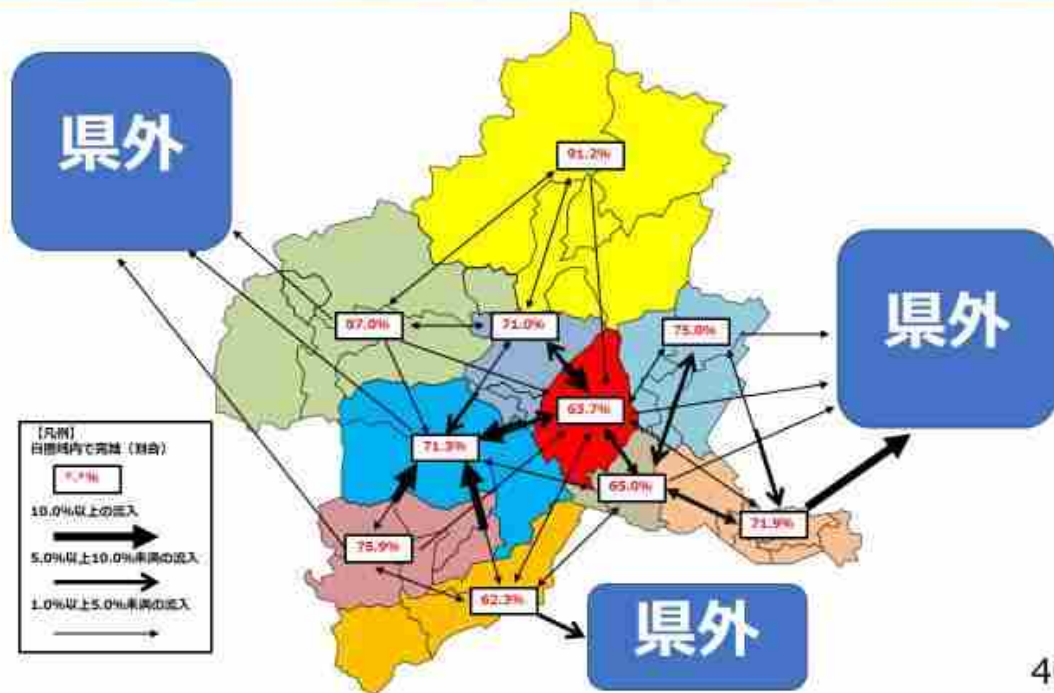
29

救急搬送の状況 (令和3年1~12月)



37

通勤・通学の状況 ※参考値 (平成27年調査値)



40

- ◆ **全県的に、二次保健医療圏を越えた受療動向（入院患者の流出入）が顕在化**
- ◆ **入院患者の流出率は、過去（H27）と比較してほぼ全圏域で増加傾向**
- ◆ **二次保健医療圏を越えた救急搬送が常態化**

地域医療構想に関する今後の 進め方について

地域医療構想のこれまでの経緯及び直近の国通知を踏まえた対応の方向性

これまでの経緯

- 平成28年度に地域医療構想を策定した後、平成30年2月7日付け「地域医療構想の進め方について」（医政地発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）により、各医療機関における具体的対応方針の策定が求められ、本県では平成30年度までに全ての対象医療機関において具体的対応方針が策定され、各保健医療圏の地域保健医療対策協議会（地域医療構想調整会議）において協議が完了している。
- 厚生労働省による診療実績等の分析が行われ、令和2年1月17日付け「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」（医政発0117第4号厚生労働省医政局長通知）により、公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等が要請された。
- その後、新型コロナウイルス感染症対応に配慮し、再検証等の期限を含め、今後の進め方については、厚生労働省において改めて整理の上、示されることとなった。

- 【厚生労働省】令和4年3月24日付け「地域医療構想の進め方について」（医政発0324第6号厚生労働省医政局長通知）
- 【総務省】令和4年3月29日付け「公立病院経営強化の推進について（通知）」（総財準第72号総務省自治財政局長通知）

国通知を踏まえた対応の方向性

- 厚生労働省から改めて整理の上、示されることとなっていた今後の進め方については、「2022年度及び2023年度において、公立・公的・民間医療機関における対応方針の策定や検証・見直しを行う」こととされた。
- このうち、公立病院については、「公立病院経営強化プラン」を具体的対応方針として策定することとされ、策定に当たり、「策定段階から地域医療構想調整会議を活用して関係者の意見を聴くなど、丁寧な合意形成に努めるべき」であるとされた。
- 今後、各保健医療圏において地域保健医療対策協議会（地域医療構想調整会議）を開催し、改めて地域の現状や課題、将来の方向性等について、データ等に基づき協議・共有した上で、各医療機関において、地域医療構想を踏まえた対応方針の策定や検証・見直しができるよう取り組んでいく。

具体的対応方針に係るこれまでの対応状況と今後の対応について

これまでの対応状況

	具体的対応方針の策定状況（平成30年度までに策定・協議済）	具体的対応方針の再検証要請（R2.1.17）に係る対応
公立病院 （新公立病院改革プラン 策定対象病院）	○「新公立病院改革プラン」の策定 ○補足資料（県独自様式）の作成	○「自医療機関のあり方について」（県独自様式）の作成 * 地域や医療機関によっては令和元年度末頃に1度協議を実施
公的病院 （公的医療機関等2025 プラン策定対象病院）	○「公的医療機関等2025プラン」の策定 ○補足資料（県独自様式）の作成	
民間医療機関 （有床診療所含む）	○「2025年への対応方針」（県独自様式）の作成	—



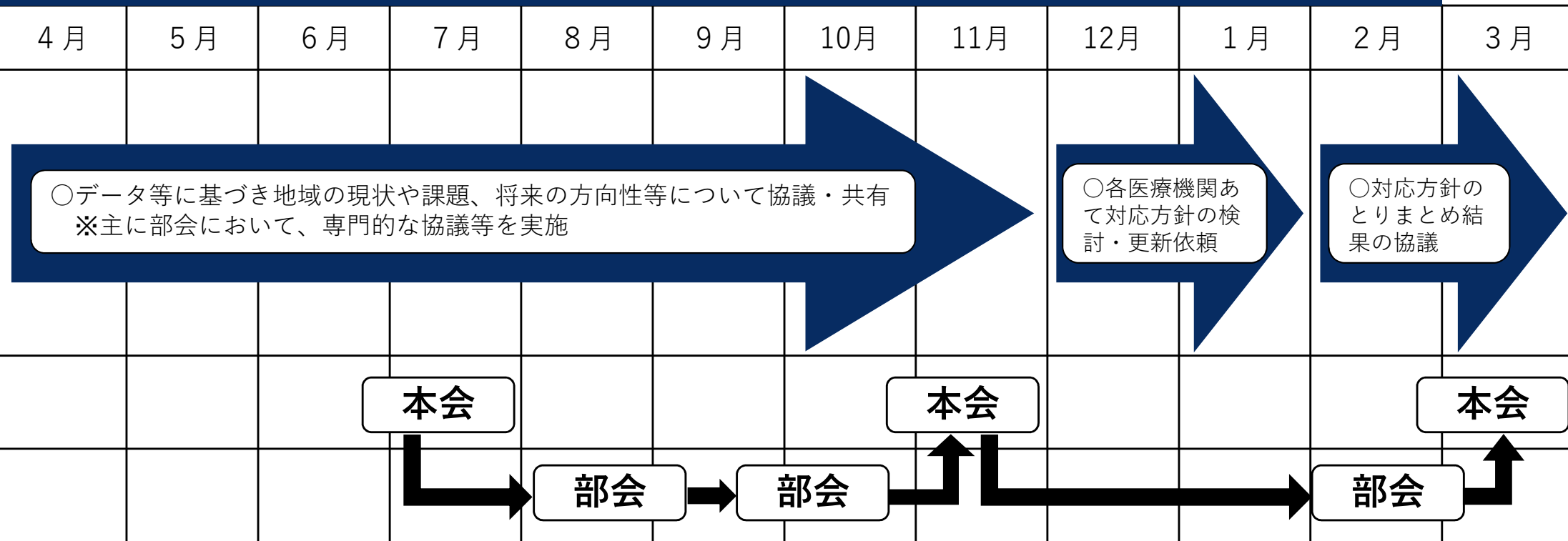
今後の対応

	国通知（R4.3.24）を踏まえた対応	具体的対応方針の再検証要請（R2.1.17）に係る対応
公立病院 （公立病院経営強化プラン 策定対象病院）	○「公立病院経営強化プラン」の策定 ○補足資料（県独自様式）（※）の再作成	○「自医療機関のあり方について」（県独自様式）（※）の再作成 * 再検証要請の観点も踏まえて、左記の具体的対応方針の策定、検証等を行う。
公的病院 （公的医療機関等2025 プラン策定対象病院）	○「公的医療機関等2025プラン」の検証・見直し ○補足資料（県独自様式）（※）の再作成	
民間医療機関 （有床診療所含む）	○「2025年への対応方針」（県独自様式）（※）の検証・見直し	—

※様式については項目等の必要な検討を行った上で、別途示す予定

令和4年度における議論の進め方について

地域保健医療対策協議会（地域医療構想調整会議）における議論の進め方（現時点のイメージ）



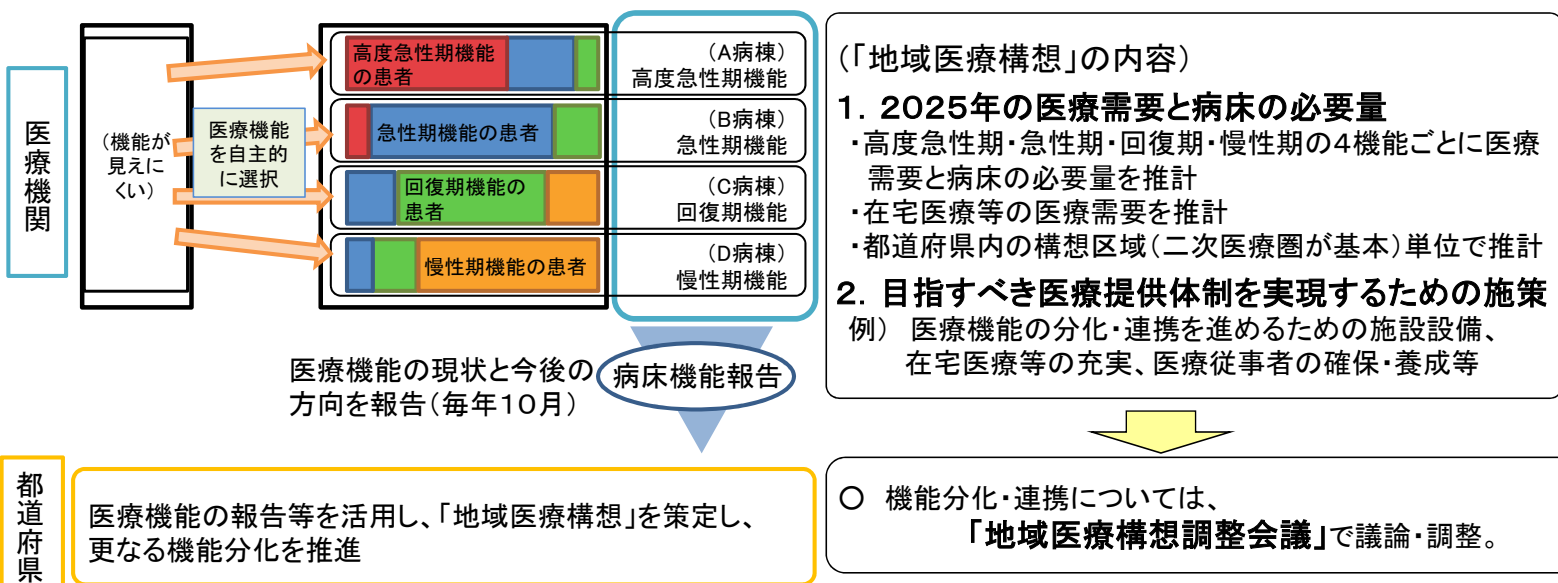
各医療機関における対応方針の策定や検証、見直しに当たっての依頼事項等

- **公立病院**には、「公立病院経営強化プラン」を具体的対応方針として策定する際に、地域医療構想との整合性をとりながら策定する必要があることから、全体の協議と並行して、策定作業の早期の段階で、地域で担う役割・機能等について地域保健医療対策協議会の場で説明を求める予定。（具体的な依頼事項等については別途示す予定。）
- **公的病院**には、地域保健医療対策協議会の協議の内容等を踏まえ、検証、必要に応じた見直しを行った具体的対応方針について、同協議会の場で説明を求める予定。
- **民間医療機関**には、地域保健医療対策協議会の協議の内容等を踏まえ、具体的対応方針の検証、必要に応じた見直しを依頼し、検討結果が地域医療に影響がある内容等であれば適宜同協議会の場で説明を求める予定。
- 具体的対応方針の策定・検証等が完了しない医療機関は、令和5年度に継続して協議を行う予定。

参考資料

地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



医療法の規定

- 第30条の14 都道府県は、構想区域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、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。
- 2 関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において関係者間の協議が調つた事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

地域医療構想調整会議の協議事項

「地域医療構想の進め方について」(平成30年2月7日付け医政地発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)より

【個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応】

- **都道府県は、毎年度、地域医療構想調整会議において合意した具体的対応方針をとりまとめること。**
 - 具体的対応方針のとりまとめには、以下の内容を含むこと。
 - 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ごとの病床数
- **公立病院、公的医療機関等は、「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、平成29年度中に協議すること。**
- **その他の医療機関のうち、担うべき役割を大きく変更する病院などは、今後の事業計画を策定し、速やかに協議すること。**
- **上記以外の医療機関は、遅くとも平成30年度末までに協議すること。**

【その他】

- 都道府県は、以下の医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、必要な説明を行うよう求めること。
 - ・病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関
 - ・新たな病床を整備する予定の医療機関
 - ・開設者を変更する医療機関

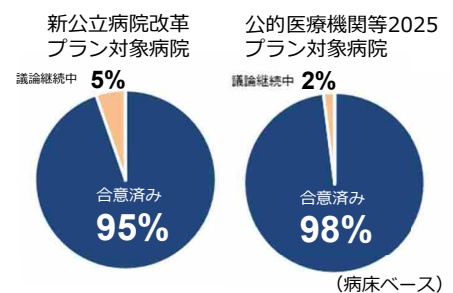
地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組について

第32回社会保障WG 資料1-1
(令和元年5月23日)

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

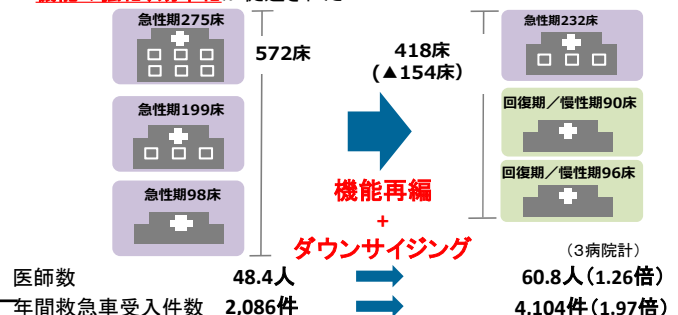


地域医療構想の実現のための推進策

- **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・急性期病棟を適正化**
- **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** — 2

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



- 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

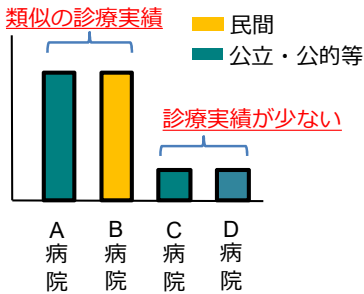
分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

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。

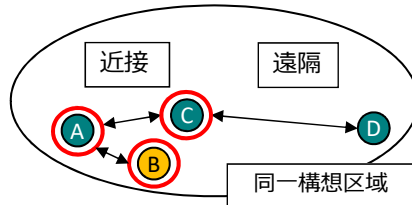
分析のイメージ

- 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



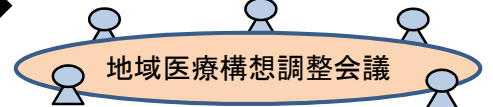
①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- 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



新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた今後の地域医療構想の進め方について

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

- 「経済財政運営と改革の基本方針2020」(令和2年7月17日閣議決定)を踏まえ、「**具体的対応方針の再検証等の期限について**」(令和2年8月31日付け医政発0831第3号厚生労働省医政局長通知)を発出。

公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について (令和2年1月17日付け通知)

当面、都道府県においては、「**経済財政運営と改革の基本方針2019**」における**一連の記載**(※)を**基本**として、地域医療構想調整会議での議論を進めていただくようお願いする。

※経済財政運営と改革の基本方針2019の記載

- 医療機関の再編統合を伴う場合
→ 遅くとも2020年秋頃
- それ以外の場合
→ 2019年度中

経済財政運営と改革の基本方針2020 (令和2年7月17日閣議決定)

感染症への対応の視点も含めて、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進めるため、**可能な限り早期に工程の具体化**を図る。

具体的対応方針の再検証等の期限について (令和2年8月31日付け通知)

再検証等の期限を含め、地域医療構想に関する取組の進め方について、「経済財政運営と改革の基本方針2020」、社会保障審議会医療部会における議論の状況や地方自治体の意見等を踏まえ、**厚生労働省において改めて整理の上、お示し**することとする。

2. 今後の地域医療構想に関する考え方・進め方

(1) 地域医療構想と感染拡大時の取組との関係

- 新型コロナ対応が続く中ではあるが、以下のような**地域医療構想の背景となる中長期的な状況や見直しは変わっていない**。
 - ・ 人口減少・高齢化は着実に進み、医療ニーズの質・量が徐々に変化、マンパワーの制約も一層厳しくなる
 - ・ 各地域において、質の高い効率的な医療提供体制を維持していくためには、医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠
- **感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の「医療計画」に基づき機動的に対応**することを前提に、**地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持**しつつ、着実に取組を進めていく。

(2) 地域医療構想の実現に向けた今後の取組

【各医療機関、地域医療構想調整会議における議論】

- **公立・公的医療機関等において、具体的対応方針の再検証等を踏まえ、着実に議論・取組を実施するとともに、民間医療機関においても、改めて対応方針の策定を進め**、地域医療構想調整会議の議論を活性化

【国における支援】 * 各地の地域医療構想調整会議における合意が前提

- 議論の活性化に資する**データ・知見等を提供**
- 国による助言や集中的な支援を行う「**重点支援区域**」を選定し、積極的に支援
- **病床機能再編支援制度**について、令和3年度以降、消費税財源を充当するための法改正を行い、引き続き支援
- 医療機関の再編統合に伴い資産等の取得を行った際の**税制の在り方**について検討

(3) 地域医療構想の実現に向けた今後の工程

- 各地域の検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域に対して支援。
- **新型コロナ対応の状況に配慮しつつ、都道府県等とも協議を行い、この冬の感染状況を見ながら、改めて具体的な工程の設定（※）について検討**。その際、2025年以降も継続する人口構造の変化を見据えつつ、段階的に取組を進めていく必要がある中、その一里塚として、2023年度に各都道府県において第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業が進められることから、**2022年度中を目途に地域の議論が進められていることが重要となることに留意**が必要。

※ 具体的には、以下の取組に関する工程の具体化を想定

- ・ 再検証対象医療機関における具体的対応方針の再検証
- ・ 民間医療機関も含めた再検証対象医療機関以外の医療機関における対応方針の策定（策定済の場合、必要に応じた見直しの検討）

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長
(公 印 省 略)

地域医療構想の進め方について

地域医療構想については、これまで、「地域医療構想の進め方について」(平成 30 年 2 月 7 日付け医政地発 0207 第 1 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知) 及び「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」(令和 2 年 1 月 17 日付け医政発 0117 第 4 号厚生労働省医政局長通知) 等に基づき、取組を進めていただいていたところである。引き続き、これらの通知の記載を基本としつつ取組を進めていただく際に、追加的に留意いただく事項について、下記のとおり整理したので、貴職におかれては、これらの整理について御了知いただいた上で、地域医療構想の実現に向けた取組を進めるとともに、本通知の趣旨を貴管内市区町村、関係団体及び関係機関等へ周知いただくようお願いする。

なお、本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的助言であることを申し添える。

記

1. 基本的な考え方

今後、各都道府県において第 8 次医療計画（2024 年度～2029 年度）の策定作業が 2023 年度までかけて進められる際には、各地域で記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けた検討や病床の機能分化・連携に関する議論等を行っていただく必要があるため、その作業と併せて、2022 年度及び 2023 年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行う。

その際、各都道府県においては、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により病床の機能分化・連携等の重要性が改めて認識されたことを十分に考慮する。

また、2024 年度より医師の時間外労働の上限規制が適用され、2035 年度末に暫定特例水準を解消することとされており、各医療機関において上限規制を遵守しながら、同時に地域の医療提供体制の維持・確保を行うためには、医療機関内の取組に加え、各構想区域における地域医療構想の実現に向けた病床機能の分化・連携の取組など、地域全体での質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の確保を図る取組を進めることが重要であることに十分留意する。

なお、地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものである。

2. 具体的な取組

「人口 100 万人以上の構想区域における公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」(令和 3 年 7 月 1 日付け医政発 0701 第 27 号厚生労働省医政局長通知) 2. (3) において、「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等、地域医療構想の実現に向けた今後の工程に関しては、新型コロナウイルス感染症への対応状況に配慮しつつ、各地域において地域医療構想調整会議を主催する都道府県等とも協議を行いながら、厚生労働省において改めて整理の上、お示しすることとしている。」としていたことについては、2022 年度及び 2023 年度において、公立・公的・民間医療機関における対応方針の策定や検証・見直しを行うこととする。

このうち公立病院については、病院事業を設置する地方公共団体は、2021年度末までに総務省において策定する予定の「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」を踏まえ、病院ごとに「公立病院経営強化プラン」を具体的対応方針として策定した上で、地域医療構想調整会議において協議する。

また、民間医療機関を含め、議論の活性化を図るため、必要に応じて以下の観点も参照するとともに、重点支援区域の選定によるデータ分析等の技術的支援なども併せて活用し、議論を行う。

※ 民間医療機関を含めた議論の活性化を図るための観定の例（2020年3月19日の地域医療構想ワーキンググループにおける議論より）

- ・ 高度急性期・急性期機能を担う病床…厚生労働省の診療実績の分析に含まれていない手術の一部（胆嚢摘出手術や虫垂切除手術など）や内科的な診療実績（抗がん剤治療など）、地理的要因を踏まえた医療機関同士の距離
- ・ 回復期機能を担う病床…算定している入院料、公民の違いを踏まえた役割分担
- ・ 慢性期機能を担う病床…慢性期機能の継続の意向や介護保険施設等への転換の意向・状況

3. 地域医療構想調整会議の運営

今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、地域医療構想調整会議の運営に当たっては、感染防止対策を徹底するとともに、医療従事者等の負担に配慮する。

年間の開催回数についても、必ずしも一律に年4回以上行うことを求めるものではないが、オンラインによる開催も検討し、必要な協議が十分に行われるよう留意する。

また、感染防止対策の一環として会議の傍聴制限を行った場合には、会議資料や議事録等の公表について、とりわけ速やかに行うよう努める。

4. 検討状況の公表等

検討状況については、定期的に公表を行う。具体的には、2022年度においては、2022年9月末及び2023年3月末時点における検討状況を別紙様式に記入し、厚生労働省に報告するとともに、各都道府県においてはその報告内容を基にホームページ等で公表する。

なお、各都道府県ごとの検討状況については、今後、地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ等に報告することを予定している。

また、様式に定める事項以外にも厚生労働省において、随時状況の把握を行う可能性がある。

5. 重点支援区域

重点支援区域については、都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定しているが、今後、全ての都道府県に対して申請の意向を聞くことを予定している。

6. その他

第8次医療計画の策定に向けては、現在、第8次医療計画等に関する検討会や同検討会の下ワーキンググループ等において「基本方針」や「医療計画作成指針」の見直しに関する議論を行っているが、この検討状況については適宜情報提供していく。

【担当者】

厚生労働省医政局地域医療計画課

医師確保等地域医療対策室 計画係

03-5253-1111（内線 2661、2663）

E-mail iryu-keikaku@mhlw.go.jp

地域医療構想調整会議における検討状況

都道府県名：
(年 月現在)

1. 全体（2及び3の合計）

	総計	対応方針の策定・検証状況					
		合意・検証済		協議・検証中		協議・検証未開始	
病床数ベース	床	床	%	床	%	床	%
医療機関数ベース	機関	機関	%	機関	%	機関	%

2. 公立・公的医療機関等（平成29年度病床機能報告未報告等医療機関を含む。）

	総計	対応方針の策定・検証状況					
		合意・検証済		協議・検証中		協議・検証未開始	
病床数ベース	床	床	%	床	%	床	%
医療機関数ベース	機関	機関	%	機関	%	機関	%

3. 2以外の医療機関（平成29年度病床機能報告未報告等医療機関を含む。）

	総計	対応方針の策定状況					
		合意済		協議中		協議未開始	
病床数ベース	床	床	%	床	%	床	%
医療機関数ベース	機関	機関	%	機関	%	機関	%

注1 「合意」とは、地域医療構想調整会議において、対応方針の協議が調うことを指す。

注2 「公立・公的医療機関等」は、以下のとおり。

- 都道府県、市町村、地方独立行政法人、地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会、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、共済組合及びその連合会、日本私立学校振興・共済事業団、健康保険組合及びその連合会、国民健康保険組合及びその連合会、独立行政法人地域医療機能推進機構、独立行政法人国立病院機構、独立行政法人労働者健康安全機構が設置する病院及び有床診療所
- 特定機能病院および地域医療支援病院（医療法人を含むすべての開設者が対象）

注3 報告対象には有床診療所を含む。

（参考）有床診療所は、医療施設調査によれば、令和元年10月1日現在、全国で6,644施設となっている。

「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」の概要

(令和4年3月29日付け総務省自治財政局長通知)

R4.4.20 公立病院経営強化ガイドライン等に関する説明会

第1 公立病院経営強化の必要性

- 公立病院は、これまで再編・ネットワーク化、経営形態の見直しなどに取り組んできたが、**医師・看護師等の不足**、人口減少・少子高齢化に伴う医療需要の変化等により、依然として、**持続可能な経営を確保しきれない病院も多いのが実態**。
- また、コロナ対応に公立病院が中核的な役割を果たし、**感染症拡大時の対応における公立病院の果たす役割**の重要性が改めて認識されるとともに、病院間の役割分担の明確化・最適化や医師・看護師等の確保などの取組を平時から進めておく必要性が浮き彫りとなった。
- 今後、**医師の時間外労働規制への対応**も迫られるなど、さらに厳しい状況が見込まれる。
- 持続可能な地域医療提供体制を確保するため、**限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するという視点を最も重視し、新興感染症の感染拡大時等の対応という視点も持って、公立病院の経営を強化していくことが重要**。

第2 地方公共団体における公立病院経営強化プランの策定

- 策定期期 **令和4年度又は令和5年度中に策定**
- プランの期間 **策定年度又はその次年度～令和9年度を標準**
- プランの内容 **持続可能な地域医療提供体制を確保するため、地域の実情を踏まえつつ、必要な経営強化の取組を記載**

公立病院経営強化プランの内容

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

- ・ 地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能
- ・ **機能分化・連携強化**

各公立病院の役割・機能を明確化・最適化し、連携を強化。特に、地域において中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約して医師・看護師等を確保し、基幹病院以外の病院等は回復期機能・初期救急等を担うなど、双方の間の役割分担を明確化するとともに、連携を強化することが重要。

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

- ・ **医師・看護師等の確保** (特に、不採算地区病院等への医師派遣を強化)
- ・ 医師の**働き方改革**への対応

(3) 経営形態の見直し

(4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

(5) 施設・設備の最適化

- ・ 施設・設備の適正管理と整備費の抑制
- ・ デジタル化への対応

(6) 経営の効率化等

- ・ 経営指標に係る数値目標

第3 都道府県の役割・責任の強化

- 都道府県が、市町村のプラン策定や公立病院の施設の新設・建替等にあたり、**地域医療構想との整合性等について積極的に助言**。
- 医療資源が比較的充実した**都道府県立病院等が、中小規模の公立病院等との連携・支援を強化**していくことが重要。

第4 経営強化プランの策定・点検・評価・公表

- 病院事業担当部局だけでなく、企画・財政担当部局や医療政策担当部局など関係部局が連携して策定。関係者と丁寧に意見交換するとともに、策定段階から議会、住民に適切に説明。
- 概ね年1回以上点検・評価を行い、その結果を公表するとともに、必要に応じ、プランを改定。

第5 財政措置

- **機能分化・連携強化に伴う施設整備等に係る病院事業債(特別分)**や**医師派遣に係る特別交付税措置を拡充**。

各地方公共団体に策定を求める「公立病院経営強化プラン」の主なポイント

公立病院経営強化プランの内容

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

- ・ 地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能
- ・ **機能分化・連携強化**

各公立病院の役割・機能を明確化・最適化し、連携を強化。特に、地域において中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約して医師・看護師等を確保し、基幹病院以外の病院等は回復期機能・初期救急等を担うなど、双方の間の役割分担を明確化するとともに、連携を強化することが重要。

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

- ・ **医師・看護師等の確保** (特に、不採算地区病院等への医師派遣を強化)
- ・ 医師の**働き方改革**への対応

(3) 経営形態の見直し

(4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

(5) 施設・設備の最適化

- ・ 施設・設備の適正管理と整備費の抑制
- ・ デジタル化への対応

(6) 経営の効率化等

- ・ 経営指標に係る数値目標

ポイント

- 第8次医療計画の記載事項として「**新興感染症等の感染拡大時の医療**」が加わることも踏まえ、**新たに記載事項に追加**。

【平時からの取組の具体例】

- ・ 感染拡大時に活用しやすい病床等の整備
- ・ 各医療機関の間での連携・役割分担の明確化
- ・ 専門人材の確保・育成

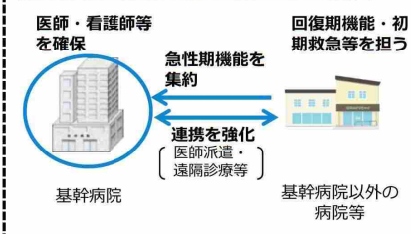
ポイント

- 前ガイドラインでは「改革」プランという名称だが、**持続可能な地域医療提供体制の確保のための「経営強化」に主眼**を置き、「経営強化」プランとした。

ポイント

- 前ガイドラインの「再編・ネットワーク化」に代わる記載事項。「再編・ネットワーク化」と比べ、**病院や経営主体の統合よりも、病院間の役割分担と連携強化に主眼**。

機能分化・連携強化のイメージ(例)



ポイント

- **医師・看護師等の不足に加え、医師の時間外労働規制への対応も迫られることも踏まえ、新たに記載事項に追加**。

【具体的な記載事項】

- ・ 基幹病院から中小病院等への積極的な医師・看護師等の派遣
- ・ 若手医師の確保に向けたスキルアップを図るための環境整備(研修プログラムの充実、指導医の確保等)
- ・ 医師の時間外労働の縮減の取組(タスクシフト/シフト、ICT活用等)

1 市町村の経営強化プラン策定に当たっての助言

- 都道府県は、医療法に基づき、**地域医療構想や医師確保計画等を策定するとともに、これを実現するための措置（地域医療構想調整会議の設置、協議が調わない場合の要請・指示・命令等、基金による財政支援等）を講じることができるとされており、持続可能な地域医療提供体制を確保していく上で、大きな役割・責任を有している。**
- 市町村等が経営強化プランを策定するに当たり、**策定段階から地域医療構想調整会議の意見を聴く機会を設けることなどを通じて地域医療構想や医師確保計画等との整合性を確認するとともに、これまで以上に経営強化プランの内容について積極的に助言すべきである。**
- 特に、機能分化・連携強化の取組については、複数の市町村が関係する取組や、都道府県と市町村との取組、公的病院や民間病院等との取組も考えられることから、**必要な機能分化・連携強化の取組が経営強化プランに盛り込まれるよう、積極的に助言すべきである。**
- 医師確保の取組は、医師確保計画や当該計画に基づく取組と密接に関連するものであることから、**都道府県立病院等をはじめとする基幹病院から不採算地区病院等への医師派遣の強化等を含め、医師確保計画の充実を図っていくことが重要である。**

※ 「地域医療構想の進め方について」（令和4年3月24日付け厚生労働省医政局長通知）においては、「公立病院については、病院事業を設置する地方公共団体は、2021年度末までに総務省において策定する予定の『持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン』を踏まえ、**病院ごとに『公立病院経営強化プラン』を具体的対応方針として策定した上で、地域医療構想調整会議において協議する。**」とされている。

このため、経営強化プランのうち「役割・機能の最適化と連携の強化」などの地域医療構想に関わる部分については、策定後のみならず、策定段階から地域医療構想調整会議を活用して関係者の意見を聴くなど、丁寧な合意形成に努めるべきである。

※ 本ガイドラインにおいては、都道府県に対し、都道府県を含む各地方公共団体が策定した経営強化プランと、地域医療構想や医師確保計画等との整合性を確認するよう求めており、当該確認がなされたプランに基づく取組に対して財政措置を講じることとしている。

2 管内公立病院の施設の新設・建替等に当たっての助言

- 病院施設の新設・建替等が一度行われれば、その後の医療需要等の経営環境の変化や病院機能の見直しに柔軟に対応することが困難になるケースも想定されることから、**収支状況の点検に加え、地域の医療提供体制のあり方の観点からも、しっかりとした検討を行うことが必要である。**
- そのため、都道府県は、自らが設置する病院施設に加え、管内市町村等の病院施設の新設・建替等に当たっては、持続可能な地域医療提供体制の確保の観点から、**当該公立病院の役割・機能、必要な機能分化・連携強化の取組、適切な規模、医師・看護師等の確保方策、収支見通し等について、地域医療構想等との整合性を含めて十分に検討し、積極的に助言すべきである。**
- その際、**病床利用率が低水準な病院や、今後の人口減少が特に厳しいと見込まれる過疎地域等の病院**にあっては、収支見通し等について慎重な検討が必要であることから、**都道府県が特に積極的に助言することが期待される。**

※ 公立病院の新設・建替等については、これまで同様、地域医療構想との整合性に係る都道府県の意見に基づき適当と認められるものに係る病院事業債の元利償還金について地方交付税措置を講じることとしている。

新公立病院改革プランの概要

団体コード	
施設コード	

本様式作成日 平成 年 月 日

団 体 名										
プ ラ ン の 名 称										
策 定 日		平成		年		月		日		
対 象 期 間		平成		年度		～		平成		
病 院 の 現 状	病 院 名				現在の経営形態					
	所 在 地									
	病 床 数	病床種別	一般	療養	精神	結核	感染症	計	※一般・療養病床の合計数と一致すること	
								0		
	病 床 数	一般・療養病床の病床機能	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計※			
						0				
診 療 科 目	科 目 名									
(計〇科目)										
(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化	① 地域医療構想を踏まえた当該病院の果たすべき役割(対象期間末における具体的な将来像)									
	平成37年(2025年)における当該病院の具体的な将来像									
	② 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割									
	③ 一般会計負担の考え方(繰出基準の概要)									
	④ 医療機能等指標に係る数値目標									
1)医療機能・医療品質に係るもの		26年度 (実績)	27年度 (実績見込)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	備考	
(例)救急患者数(人)										
(例)手術件数(件)										
2)その他		26年度 (実績)	27年度 (実績見込)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	備考	
(例)患者満足度(%)										
⑤ 住民の理解のための取組										

別記1

(2) 経営の効率化	① 経営指標に係る数値目標								
	1) 収支改善に係るもの	26年度 (実績)	27年度 (実績見込)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	備考
	経常収支比率(%)								
	医業収支比率(%)								
	(例)修正医業収支比率(%)								
	2) 経費削減に係るもの	26年度 (実績)	27年度 (実績見込)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	備考
	(例)〇〇費の対医業収益比率(%)								
	(例)医業材料費の一括購入による削減率(%)								
	(例)100床当たり職員数(人)								
	3) 収入確保に係るもの	26年度 (実績)	27年度 (実績見込)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	備考
	(例)1日当たり入院患者数(人)								
	(例)1日当たり外来患者数(人)								
	(例)病床利用率(%)								
	4) 経営の安定性に係るもの	26年度 (実績)	27年度 (実績見込)	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	備考
(例)医師数(人)									
(例)純資産の額(千円)									
(例)現金保有残高(千円)									
上記数値目標設定の考え方									
② 経常収支比率に係る目標設定の考え方(対象期間中に経常黒字化が難しい場合の理由及び黒字化を目指す時期、その他目標設定の特例を採用した理由)									
③ 目標達成に向けた具体的な取組(どのような取組をどの時期に行うかについて、特に留意すべき事項も踏まえ記入)	民間的経営手法の導入								
	事業規模・事業形態の見直し								
	経費削減・抑制対策								
	収入増加・確保対策								
	その他								
④ 新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等	別紙1記載								

別記1

(3) 再編・ネットワーク化	当該公立病院の状況 <input type="checkbox"/> 施設の新設・建替等を行う予定がある <input type="checkbox"/> 病床利用率が特に低水準(過去3年間連続して70%未満) <input type="checkbox"/> 地域医療構想等を踏まえ医療機能の見直しを検討する必要がある				
	二次医療又は構想区域内の病院等配置の現況				
	当該病院に係る再編・ネットワーク化計画の概要 (注) 1詳細は別紙添付可 2具体的な計画が未定の場合は、①検討・協議の方向性、②検討・協議体制、③検討・協議のスケジュール、結論を取りまとめる時期を明記すること。				
	<table border="1"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;"><時期></td> <td style="text-align: center;"><内容></td> </tr> <tr> <td style="height: 100px;"></td> <td></td> </tr> </table>	<時期>	<内容>		
<時期>	<内容>				
(4) 経営形態の見直し	経営形態の現況 (該当箇所)に✓を記入) <input type="checkbox"/> 公営企業法財務適用 <input type="checkbox"/> 公営企業法全部適用 <input type="checkbox"/> 地方独立行政法人 <input type="checkbox"/> 指定管理者制度 <input type="checkbox"/> 一部事務組合・広域連合				
	経営形態の見直し(検討)の方向性 (該当箇所)に✓を記入、検討中の場合は複数可) <input type="checkbox"/> 公営企業法全部適用 <input type="checkbox"/> 地方独立行政法人 <input type="checkbox"/> 指定管理者制度 <input type="checkbox"/> 民間譲渡 <input type="checkbox"/> 診療所化 <input type="checkbox"/> 老健施設など、医療機関以外の事業形態への移行				
	経営形態見直し計画の概要 (注) 1詳細は別紙添付可 2具体的な計画が未定の場合は、①検討・協議の方向性、②検討・協議体制、③検討・協議のスケジュール、結論を取りまとめる時期を明記すること。				
	<table border="1"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;"><時期></td> <td style="text-align: center;"><内容></td> </tr> <tr> <td style="height: 100px;"></td> <td></td> </tr> </table>	<時期>	<内容>		
<時期>	<内容>				
(5) (都道府県以外記載)新改革プラン策定に関する都道府県からの助言や再編・ネットワーク化計画策定への都道府県の参画の状況					
※点検・評価・公表等	点検・評価・公表等の体制 (委員会等を設置する場合その概要)				
	点検・評価の時期(毎年〇月頃等)				
	公表の方法				
その他特記事項					

〇〇病院
公的医療機関等2025プラン
(参考資料)

平成29年 〇月 策定

【〇〇病院の基本情報】

医療機関名：

開設主体：

所在地：

許可病床数：

（病床の種別）

（病床機能別）

稼働病床数：

（病床の種別）

（病床機能別）

診療科目：

職員数：

- ・ 医師
- ・ 看護職員
- ・ 専門職
- ・ 事務職員

【1. 現状と課題】

① 構想区域の現状

- 2025年に向けて、それぞれの患者が、状態に応じて必要な医療を適切な場所で受けることのできる医療提供体制の構築に向けて、各医療機関が、地域における自らの立ち位置を把握するためには、地域ごとの実情を把握することが必要。
- 各地域で策定した地域医療構想等を参考に、構想区域の現状について記載。

都道府県が策定した地域医療構想を参考に記載すること。

(記載事項例)

- ・ 地域の人口及び高齢化の推移
- ・ 地域の医療需要の推移
- ・ 4機能ごとの医療提供体制の特徴
- ・ 地域の医療需給の特徴（4機能ごと／疾患ごとの地域内での完結率、等）
等

適宜、図表を使用
(地域医療構想、医療計画等を参考とすること)

② 構想区域の課題

- 各医療機関が、地域において今後担うべき役割を検討するに当たり、その前提として、地域ごとの課題を把握することが必要。
- 構想区域における課題について、①の記載事項を踏まえて整理し、記載。

都道府県が策定した地域医療構想を参考に記載すること。

(具体例)

- ・ 人口減少に伴い、地域の医療需要も減少傾向にある
- ・ 急性期医療の提供体制について、複数の医療機関で一部機能が重複している
- ・ 急性期医療を受けた後の患者の受け皿となる医療機関が不足（いわゆる出口問題が深刻）
等

適宜、図表を使用
(地域医療構想、医療計画等を参考とすること)

③ 自施設の現状

- 医療提供体制の構築に向けて、各医療機関が、地域における自らの立ち位置を把握するため、地域の実情に加え、自施設の現状を把握することが必要。
- 自施設の現状として、自施設の持つ設備・人材などの医療資源や、地域において現在果たしている役割等について記載。

(記載事項例)

- ・ 自施設の理念、基本方針等
- ・ 自施設の診療実績（届出入院基本料、平均在院日数、病床稼働率、等）
- ・ 自施設の職員数（医師、看護職員、その他専門職、事務職員、等）
- ・ 自施設の特徴（4機能のうち〇〇が中心、等）
- ・ 自施設の担う政策医療（5疾病・5事業及び在宅医療に関する事項）
- ・ 他機関との連携（周産期医療については他の医療機関との連携を前提に対応、等）
等

適宜、図表を使用

④ 自施設の課題

- 各医療機関が、地域において今後担うべき役割を検討するに当たり、地域ごとの課題を踏まえ、自施設の持つ課題を整理することが必要。
- 自施設の課題について、①～③の記載事項を踏まえて整理し、記載。

(具体例)

- ・ 地域の医療需要の減少が見込まれること、近隣の〇〇病院との機能の一部重複があることから、現状の体制を維持すべきか否か、検討が必要
- ・ 地域で不足している、急性期医療を受けた後の患者の受け皿となる医療機関の整備に向けて、当院の役割の再検討が必要
等

適宜、図表を使用

【2. 今後の方針】 ※ 1. ①～④を踏まえた、具体的な方針について記載

① 地域において今後担うべき役割

(具体例)

- ・ ○○病院のみでは対応しきれない、脳卒中及び心血管疾患への対応を中心とした急性期医療の提供体制は維持していく
- ・ 地域における回復期機能の一翼を担う等

② 今後持つべき病床機能

(具体例)

- ・ 現在の急性期病棟は一定程度維持する必要があるが、規模の適正化を検討する
- ・ 回復期機能を提供する病棟の整備について検討する等

③ その他見直すべき点

(具体例)

- ・ 医療機関全体として、病床利用率が低下傾向であり、今後の医療需要の推移を加味して、最適な病床規模について検討する等

【3. 具体的な計画】 ※ 2. ①～③を踏まえた具体的な計画について記載

① 4 機能ごとの病床のあり方について

<今後の方針>

	現在 (平成28年度病床機能報告)		将来 (2025年度)
高度急性期		→	
急性期			
回復期			
慢性期			
(合計)			

< (病棟機能の変更がある場合) 具体的な方針及び整備計画 >

(記載事項例)

- ・ 病棟機能の変更理由
- ・ 病棟の改修・新築の要否
- ・ 病棟の改修・新築の具体的計画

(具体例)

- ・ 地域に不足する回復期機能を提供するため、7階A病棟を急性期から回復期に変更
- ・ 病棟機能の変更に伴い、リハビリテーション室を1室作成(2病室を廃止)
- ・ リハビリテーション室の増築に伴い、病床数を減少(40床→30床)

<年次スケジュール(記載イメージ)>

	取組内容	到達目標	(参考) 関連施策等
2017年度	○合意形成に向けた協議	○自施設の今後の病床のあり方を決定(本プラン策定)	<p>集中的な検討を促進 2年間程度で</p>
2018年度	○地域医療構想調整会議における合意形成に向け検討	○地域医療構想調整会議において自施設の病床のあり方に関する合意を得る	
2019～2020年度	○具体的な病床整備計画を策定 ○施工業者の選定・発注	○2019年度中に整備計画策定 ○2020年度中に着工 (・現病棟の担う機能は一時的に他の病棟で補う)	<p>第7期 介護保険 事業計画</p>
2021～2023年度		○2022年度末までに ・新病棟稼働 (・旧病棟廃止)	<p>第8期 介護保険 事業計画</p>

② 診療科の見直しについて

検討の上、見直さない場合には、記載は不要とする。

<今後の方針>

	現在 (本プラン策定時点)		将来 (2025年度)
維持		→	
新設		→	
廃止		→	
変更・統合		→	

< (診療科の見直しがある場合) 具体的な方針及び計画 >

(記載事項例)

- ・ 診療科の新設・廃止・変更・統合等の理由
- ・ (新設等の場合) 具体的な人員確保の方策
- ・ (廃止等の場合) 廃止される機能を補う方策

(具体例)

- ・ 近隣の〇〇病院との機能の重複があるため、△△科を廃止
- ・ 地域における△△科の患者については、協議の上、〇〇病院で対応していただく方針
- ・ 構想区域内に提供施設がないため、□□科を新設
- ・ □□科については、隣接する構想区域の▽▽病院と提携し、人員を確保

③ その他の数値目標について

医療提供に関する項目

- ・ 病床稼働率
- ・ 手術室稼働率
- ・ 紹介率
- ・ 逆紹介率

経営に関する項目*

- ・ 人件費率
- ・ 医業収益に占める人材育成にかかる費用(職員研修費等)の割合

その他

* 地域医療介護総合確保基金を活用する可能性がある場合には、記載を必須とする。

【4. その他】

(自由記載)

「新公立病院改革プラン」・「公的医療機関等2025プラン」における医療機能等について

病院名		
所在地		
プランの別 (いずれかに○)	新公立病院改革プラン	公的医療機関2025プラン

1 地域において担う役割について

(該当するものに○)

・現在と将来(2025年)における、地域で担う役割(予定)

現在	がん	脳卒中	心血管疾患	糖尿病	精神	在宅医療
	救急	災害	へき地	周産期	小児	



将来 (2025年)	がん	脳卒中	心血管疾患	糖尿病	精神	在宅医療
	救急	災害	へき地	周産期	小児	

2 病床の機能ごとの方針について

(病床機能ごとの病床数)

・現在と将来(2025年)における病床の方針(予定)

現在	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等
	0床					



将来 (2025年)	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	廃止	介護保険施設等への移行
	0床						

担当者名等	氏名:	
	TEL:	
	E-mail:	

自医療機関のあり方について

医療機関名 _____

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

※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、当該項目で記載願います。

ア 分析の対象とした領域（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）

--

イ 分析の対象外の領域等

※ア以外の領域（アのうち、分析の対象とならなかった疾患を含む。（例えば、がんのうち、血液系がんや皮膚系がん等）

--

② 分析の対象とした領域ごとの医療機能の方向性

※該当する領域について、他の医療機関との機能統合や連携、機能縮小等医療機能の方向性を記載願います。

領域	医療機能の方向性
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	

③ ①及び②を踏まえた機能別の病床数の変動

具体的対応方針の作成当初の現在 (H29 病床機能報告)

見直し後の現在 (2020年1月)

計	機能別					介護施設等
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	
床	床	床	床	床	床	床

計	機能別					介護施設等
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	
床	床	床	床	床	床	床

具体的対応方針の作成当初の将来 (2025年)

見直し後の将来 (2025年)

計	機能別					介護施設等
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	
床	床	床	床	床	床	床

計	機能別				廃止	介護施設等
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期		
床	床	床	床	床	床	床

2025年への対応方針

【2019年改訂版】

1. 基本情報

【 年 月時点】

医療機関名	
所在地	
沿革	

2. 病床について (病床機能ごとの病床数 (一般・療養))

現在	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等
	床	床	床	床	床	床
	平均在院日数(※1)	日	日	日	日	
	病床稼働率(※2)	%	%	%	%	

※1 在棟患者延べ数(年間) / ((新規入棟患者数(年間) + 退棟患者数(年間)) / 2)

※2 在棟患者延べ数(年間) / 許可病床数(現在) / 365

※3 在棟患者延べ数(年間)、新規入棟患者数(年間)、退棟患者数(年間)は直近の病床機能報告で報告した数値を使用してください。



将来 (2025年)	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	廃止	介護保険施設等への移行
	床	床	床	床	床	床	床

2025年に向けた 病床活用の 見通し	
---------------------------	--

3. 医療機能について

診療科目	科()
------	------

現在	がん	脳卒中	心血管疾患	糖尿病	精神疾患	在宅医療
	救急	災害	へき地	周産期	小児	その他
	「その他」の具体的な機能					



将来 (2025年)	がん	脳卒中	心血管疾患	糖尿病	精神疾患	在宅医療
	救急	災害	へき地	周産期	小児	その他
	「その他」の具体的な機能					

4. 連携している医療機関について

主な紹介元医療機関			
主な紹介先医療機関			

5. 当院の特徴について

特徴的な □	
特徴的な □	

6. 現状と今後の方針等

当院の現状	
当院の未来像	
その他 (県民・受診者への メッセージ等)	
記載内容に関する 問い合わせ先	氏名 : TEL : E-mail :

外来機能の 明確化・連携について

目次

1. 医療法の改正（外来機能の明確化・連携） ……P. 3
2. 外来機能報告 ……P. 5
3. 外来医療に資する地域の協議の場 ……P. 7
4. 紹介受診重点医療機関 ……P. 9
5. 今後のスケジュール ……P.14
6. 「地域の協議の場」のあり方について（案） ……P.16

1. 医療法の改正（外来機能の明確化・連携）

1. 外来医療の課題

- ・ 外来機能の情報が十分得られていない
- ・ 患者の、いわゆる「大病院志向」

一部の医療機関に
外来患者が集中

患者の待ち時間や
勤務医の外来負担等の増加

地域で限られた医療資源をより効果的・効率的に活用していくため
外来機能の明確化・連携を進めていく必要がある。

2. 改正の概要

① 外来機能報告の実施

- ・ 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。

② 地域での協議の実施

- ・ ①の結果を踏まえ、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。

③ 紹介受診重点医療機関の明確化

- ・ ②において、協議が整った医療機関を、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。

2. 外来機能報告

外来機能報告について

1. 概要

医療機関が都道府県に対して
外来機能に関する情報を報告

各地域、各医療機関における
外来機能の明確化を図る

2. 対象医療機関

- ① 病院又は有床診療所
- ② 無床診療所（任意）

3. 報告項目

- ① 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況等
- ② 紹介受診重点医療機関となる意向の有無（※）
- ③ 紹介・逆紹介の状況（※）
- ④ 救急医療の実施状況
- ⑤ 外来における人材の配置状況（※）
- ⑥ 高額等の医療機器・設備の保有状況

等

紹介受診重点医療機関の明確化に関する項目

外来機能の明確化・連携に関する項目

※NDB等で把握できない項目（一部）

（参考）「医療資源を重点的に活用する外来」

- ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（Kコード（手術）等を算定した前後30日間の外来）
- ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法加算を算定、外来放射線治療加算を算定、等）
- ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来、等）

3. 外来医療に資する地域の協議の場

外来医療に資する「地域の協議の場」について

【 概 要 】

保健医療圏ごとに、外来医療に資する「地域の協議の場」を設置

※地域の協議の場は、地域医療構想調整会議を活用することが可能

地域の外来医療に関する協議を行い、公表

～R4.3.31

医療法改正

R4.4.1～

議題

- ①地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に関する事項
- ②外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況
- ③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

等

- ①**外来機能報告の結果を踏まえた**地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に関する事項
- ④**外来機能報告の結果を踏まえた**紹介受診重点医療機関の明確化に関する事項

参加者

- a.郡市区医師会等の地域における学識経験者
- b.代表性を考慮した病院・診療
- c.医療保険者
- d.市区町村

等

e.

医療資源を重点的に活用する外来に関する基準

紹介受診重点医療機関としての役割を担う意向

が一致しない医療機関

4. 紹介受診重点医療機関

紹介受診重点医療機関について

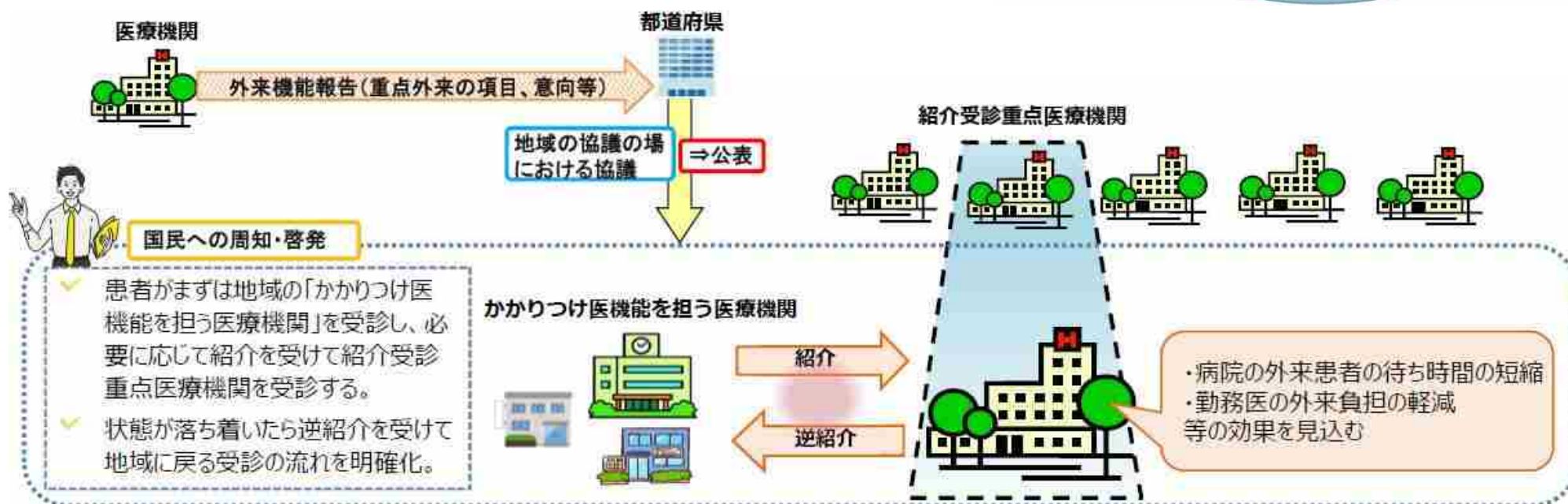
【 概 要 】

- ①医療資源の活用が大きく、紹介患者への外来を基本とする医療機関。
- ②特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化。
- ③地域の協議の場において、外来機能報告を踏まえて協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表。

紹介患者への
外来を基本とする
医療機関

地域医療
支援病院

特定機能
病院



(参考) 地域医療支援病院及び特定機能病院について

	地域医療支援病院	特定機能病院
概要 (制度趣旨)	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行い、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る病院。	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医療機関。
役割	<ul style="list-style-type: none"> ○ 紹介患者に対する医療の提供 ○ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ 高度な医療安全管理体制
承認者	都道府県知事	厚生労働大臣
承認要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ 原則200床以上 ○ 紹介患者中心の医療を提供 <ul style="list-style-type: none"> ① 紹介率80%以上 ② 紹介率65%以上、逆紹介率40%以上 ③ 紹介率50%以上、逆紹介率70%以上 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 400床以上 ○ 紹介患者中心の医療を提供 (紹介率50%以上、逆紹介率40%以上) ○ 英語論文数が年70件以上 ○ 高度の医療の提供、開発等を実施する能力を有する
	等	等

紹介受診重点医療機関について

1. 明確化の流れ

外来機能報告

地域の協議の場

- ① 紹介受診重点医療機関の役割を担う意向
- ② 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準の適合状況
初診・再診の外来件数のうち、「医療資源を重点的に活用する外来」の割合
 初診 40%以上 再診 25%以上
- ③ 紹介・逆紹介の状況、医療機関の特性や地域の実情

等

都道府県が公表

2. 協議の留意点

- ① 紹介受診重点医療機関の明確化においては、**医療機関の意向が第一**とした上で、地域の医療提供体制のあり方として望ましい方向性について、関係者間で十分に協議する。
- ② 地域の協議の場（1回目）で医療機関の意向と異なる結論となった場合は、当該医療機関において、地域の協議の場での協議を踏まえて意向等の再検討を行う。再検討した意向等を踏まえ、地域の協議の場（2回目）での協議を再度実施する。

意向	基準	協議の進め方
○	○	・特別な事情がない限り、紹介受診重点医療機関となることが想定
	×	・基準に加えて、紹介率・逆紹介率等を活用して協議を行う。
×	○	・意向が第一であることを踏まえつつ、地域の医療提供体制のあり方・紹介受診重点医療機関の趣旨等について協議をした上で、改めて意向を確認。
	×	-

紹介受診重点医療機関について

【紹介受診重点医療機関となった場合】

- ① 紹介状のない患者等が受診する場合の定額負担の徴収の対象（一般病床200床以上：例外規定あり）。
- ② 紹介受診重点医療機関入院診療加算（入院初日に800点）を算定できる。
（一般病床200床以上：地域支援病院入院加算の併算定は不可）
- ③ 連携強化診療情報提供料（旧：診療情報提供料Ⅲ）を毎月算定できる。
- ④ 紹介受診重点医療機関である旨の広告が可能となる。

等

現行制度	見直し後
<p>[対象病院]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定機能病院 ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る） <p>※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる</p> <p>[定額負担の額]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円 ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円 	<p>[対象病院]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定機能病院 ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る） ・ <u>紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）</u> <p>※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる</p> <p>[定額負担の額]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 初診：医科 <u>7,000円</u>、 歯科 <u>5,000円</u> ・ 再診：医科 <u>3,000円</u>、 歯科 <u>1,900円</u> <p>[保険給付範囲からの控除]</p> <p>外来機能の明確化のための例外的・限定的な取扱いとして、定額負担を求める患者（<u>あえて紹介状なしで受診する患者等</u>）の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 初診：医科 <u>200点</u>、 歯科 <u>200点</u> ・ 再診：医科 <u>50点</u>、 歯科 <u>40点</u>

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

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

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

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

5. 今後のスケジュール

今後のスケジュール（予定）

- ①外来医療に資する「地域の協議の場」のあり方については、**各地域保健医療対策協議会で検討を行い、地域毎に決定**する。
- ②地域毎に決定した「地域の協議の場」において、協議の整った医療機関を「紹介受診重点医療機関」として、県が公表する。

	令和3年度	令和4年度												令和5年度
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
1 国	外来機能報告等に関するWG報告書 外来機能報告等に関するガイドライン	外来機能報告対象機関の抽出					報告の依頼	対象医療機関からの報告	取りまとめ					・紹介受診重点医療機関等の制度上の仕組み ・受診の流れ ・受診に伴う定額徴収等の周知
2 群馬県		「紹介受診重点医療機関」等の公表方法の検討												報告結果の分析 報告結果等の公表 紹介受診重点医療機関の公表
3 地域の協議の場		外来医療に資する「地域の協議の場」の検討 地域保健医療対策協議会					外来医療に資する「地域の協議の場」の決定					第1回 開催 ・「紹介受診重点医療機関」のとりまとめに向けた協議 ・外来機能の明確、連携に向けた協議等	第2回（※） ※「紹介受診重点医療機関」に関する協議が整わない場合、改めて意向を確認する。	

6. 「地域の協議の場」のあり方について（案）

桐生保健医療圏における「地域の協議の場」について（案）

【現状】

桐生保健医療圏 → 「本協議会」を位置づけ
（「地域医療構想部会」も活用）

【医療法及び国のガイドライン】

◆地域医療構想調整会議（本協議会）を
活用することが可能。

～外来医療に資する「地域の協議の場」について～

【議題】

- ①外来機能報告を踏まえた「紹介受診重点医療機関」の明確化に関する事項
- ②外来機能報告を踏まえた外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進に関する事項
- ③外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況
- ④複数の医師が連携して行う診療の推進
- ⑤医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用
- ⑥その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

【参加者】

- ①郡市区医師会等の地域における学識経験者、代表性を考慮した病院・診療所、医療保険者、市区町村等。
- ②紹介受診重点医療機関の取りまとめに向けた協議を行う場合、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準と「紹介受診重点医療機関」としての役割を担う意向が一致しない医療機関。

【桐生保健医療圏における「地域の協議の場」について（案）】

- ①桐生保健医療圏の外来医療に資する協議を行う「地域の協議の場」については、引き続き、「本協議会」とする（「地域医療構想部会」も活用）。
- ②その他、必要に応じて参加者を招集することを検討する。

桐生地域保健医療対策協議会地域医療構想部会 委員

(任期：令和3年6月1日～令和5年5月31日)

	職 名
1	桐生市医師会長
2	桐生市医師会副会長
3	桐生厚生総合病院長
4	岩下病院長
5	高木病院長
6	大和病院長
7	東邦病院長
8	恵愛堂病院長
9	桐生整形外科病院長
10	みどり病院長
11	日新病院長
12	山口クリニック院長
13	全国健康保険協会群馬支部保健グループ長補佐
14	桐生市保健福祉部長
15	みどり市保健福祉部長

外来機能報告等に関するガイドライン

令和 4 年 3 月 16 日

目次

- 1 はじめに
- 2 外来機能報告
- 3 地域の協議の場
- 4 スケジュール及び具体的な流れ
- 5 国民への理解の浸透

※本ガイドラインは、外来機能報告等の関連政省令等の施行通知（令和 4 年 3 月 31 日発
出予定）の「別添」と位置づける。

1. はじめに

- 令和3年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和3年法律第49号）が成立・公布された。同法において、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、外来機能報告等が医療法に位置づけられた（令和4年4月1日施行）。
- 具体的には、①対象医療機関（P.3参照）が都道府県に対して、外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）する、②当該報告を踏まえて、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う、③この中で、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関として、「紹介受診重点医療機関」を明確化することとした。
- これは、患者が医療機関を選択するに当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中で、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じていることから、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目し、紹介受診重点医療機関を明確化することとしたものである。
- 紹介受診重点医療機関の明確化については、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、当該報告を踏まえて、「地域の協議の場」において協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表することとした。
- 本ガイドラインは、「地域の協議の場」において外来機能報告を踏まえた協議を円滑に進めるために策定するものであり、都道府県においては、本ガイドラインを参考にしつつ、地域の実情に応じながら「地域の協議の場」を運営すること。その際、「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」（平成31年3月29日医政地発0329第3号、医政医発0329第6号）も踏まえて運営すること。また、外来機能報告等に関しては、令和3年12月17日に外来機能報告等に関するワーキンググループが取りまとめた「外来機能報告等に関する報告書」も参照されたい。

2. 外来機能報告

2-1 対象医療機関

- 外来機能報告の実施主体は、病床機能報告対象病院等であって外来医療を提供するものの管理者である。病床機能報告対象病院等とは、病院又は診療所であって療養病床又は一般病床を有するものである。
- また、患者を入院させるための施設を有しない診療所(以下「無床診療所」という。)の管理者も、外来機能報告を行うことができる。
- なお、令和4年度は、厚生労働省において、無床診療所のうち、医療資源を重点的に活用する外来を行っている蓋然性の高い無床診療所を抽出し、あらかじめ当該報告を行う意向を確認することとしている。

2-2 報告項目

- 報告項目は、別紙1のとおり。
- 有床診療所については、事務負担を考慮して、紹介・逆紹介の状況及び外来における人材の配置状況(専門看護師、認定看護師及び特定行為研修終了看護師に係るものに限る。)は任意項目とする(以下「有床診療所任意報告項目」という。)
- また、対象医療機関になった無床診療所については、病床機能報告の対象ではないこと等も考慮して、有床診療所任意報告項目に加えて、救急医療の実施状況、外来における人材の配置状況及び高額等の医療機器・設備の保有状況についても任意項目とする。

2-3 報告項目の考え方

(1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況

- 医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目して紹介患者への外来を基本とする医療機関である紹介受診重点医療機関を明確化することとする。具体的には、以下の①～③のいずれかの外来について、医療資源を重点的に活用する外来とする。
 - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ・ 次のいずれかに該当した入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後30日間の外来の受診を、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする(例:がんの手術のために入院する患者が術

前の説明・検査や術後のフォローアップを外来で受けた等)。

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

② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来

- ・ 次のいずれかに該当した外来の受診を、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。
 - 外来化学療法加算を算定
 - 外来放射線治療加算を算定
 - 短期滞在手術等基本料1を算定
 - Dコード (検査)、Eコード (画像診断)、Jコード (処置) のうち地域包括診療料 において包括範囲外とされているもの (※2) を算定
※2 : 脳誘発電位検査、CT 撮影等、550 点以上
 - Kコード (手術) を算定
 - Nコード (病理) を算定

③ 特定の領域に特化した機能を有する外来 (紹介患者に対する外来等)

- ・ 次の外来の受診を、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。
 - 診療情報提供料Iを算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来

(2) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な事項

- 地域の協議の場においては、紹介受診重点医療機関の取りまとめに加えて、紹介元・逆紹介先となる地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」など、地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な事項について報告を受け、データに基づく議論を行う必要がある。
- このため、NDB (レセプト情報・特定健診等情報データベース) で把握できる項目のうち、地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況について医療機関から都道府県に報告を行うこととした。具体的な項目は別紙1のとおりであり、当該項目の考え方等については別紙2を参考にすること。

- 別紙2は、報告項目に掲げられた診療報酬の算定要件等を明示したものであり、地域の外来機能の明確化・連携の推進に関する協議は、当該報酬の算定状況のみをもって各医療機関の機能を議論するのではなく、あくまでも算定状況も参考にしながら、幅広い議論を行うよう留意すること。

3. 地域の協議の場

3-1 議題

- 地域の協議の場の議題は、
 - ・ 紹介受診重点医療機関の取りまとめに向けた協議
 - ・ 外来機能の明確化・連携に向けた協議とする。

- 令和4年度については、外来機能報告等の施行初年度であるため、紹介受診重点医療機関の明確化に資する協議を中心に行うこと。

3-2 地域の協議の場の参加者

- 地域の協議の場の参加者は、医療法上の規定に則って、郡市区医師会等の地域における学識経験者、代表性を考慮した病院・(有床)診療所の管理者、医療保険者、市区町村等とする。

- これらの参加者に加えて、紹介受診重点医療機関の取りまとめに向けた協議を行う場合、以下の医療機関の出席を求め、意見を聴取すること。
 - ① 「紹介受診重点医療機関」の医療資源を重点的に活用する外来に関する基準に該当するものの、外来機能報告において「紹介受診重点医療機関」としての役割を担う意向を有しない医療機関
 - ② 「紹介受診重点医療機関」の医療資源を重点的に活用する外来に関する基準に該当しないものの、外来機能報告において「紹介受診重点医療機関」としての役割を担う意向を有する医療機関
- (注) 地域の協議の場がその目的を十分に果たすため、議論が活性化するように意見交換を重視する運営とすることが望ましい。しかしながら、地域の協議の場に参加者が集まることが現実的ではない場合など、協議の簡素化のため、地域の実情に応じて、当該医療機関から、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準と意向が合致しない理由等の文書の提出を求める等の柔軟な対応も可能とする。

- また、地域の協議の場における外来機能の明確化・連携に向けた協議を行う場合、協議をより効果的・効率的に進める観点から、都道府県は、議事等に応じて、追加的に参加を求める関係者を選定するなど、柔軟に協議の場を運営すること。

- なお、地域の協議の場については、医療法上、地域医療構想調整会議を活

用することも可能である。

※ 現在、地域の協議の場において外来医療計画に係る協議が行われているが、多くの地域で地域医療構想調整会議が活用されている。

3-3 協議の進め方

○ 外来医療においては、医療資源や医療ニーズの状況等が地域によって異なっているため、紹介受診重点医療機関の取りまとめに当たっては、医療機関の特性や地域性を考慮する必要があり、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を参考にし、当該医療機関の意向に基づき、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえる仕組みとする。

○ 協議は、以下のとおり進めること。

(1) 紹介受診重点医療機関の協議については、外来機能報告から整理された、医療機関ごとの紹介受診重点医療機関となる意向の有無、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準の適合状況、外来医療の実施状況、紹介・逆紹介の状況等を踏まえて議論する。紹介受診重点医療機関の取りまとめにおいては、当該医療機関の意向が第一となる。その上で、協議に当たっては、当該地域の医療提供体制のあり方として望ましい方向性について、関係者間で十分に協議しつつ、取りまとめに向けた摺り合わせを行うこと。

・ 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準の具体的な水準は、
➤ 初診基準（初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来（※）」の件数の占める割合）：40%以上

かつ

➤ 再診基準（再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来（※）」の件数の占める割合）：25%以上

とする。

（※）医療資源を重点的に活用する外来は、P.3の①～③のいずれかに該当する件数。

・ また、参考にする紹介率及び逆紹介率は、地域医療支援病院の定義を用いることとし、具体的な水準は、紹介率 50%以上かつ逆紹介率 40%以上とする。

（注） 紹介率は、「紹介患者の数」を「初診患者の数」で除して算出し、逆紹介率は、「逆紹介患者の数」を「初診患者の数」で除して算出する。

(2) 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たした医療機関であって、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する場合は、特別な事情がない限り、紹介受診重点医療機関となることが想定される。

(3) 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準と医療機関の意向が合致しない医療機関については、当該地域の地域性や当該医療機関の特性等を考慮して協議を行う。具体的には、

- ・ 地域の協議の場（1回目）で医療機関の意向と異なる結論となった場合は、当該医療機関において、地域の協議の場での議論を踏まえて再度検討を行い、当該医療機関の再度検討した意向を踏まえ、地域の協議の場（2回目）での協議を再度実施する。
- ・ 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準と医療機関の意向が合致しない医療機関のうち、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たさない医療機関であって、紹介受診重点医療機関となる意向を有する医療機関については、地域の協議の場において、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準に加えて、紹介率・逆紹介率等を活用して協議を行う。
- ・ また、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たす医療機関であって、紹介受診重点医療機関となる意向を有しない医療機関については、当該医療機関の意向が第一であることを踏まえつつ、当該地域の医療提供体制のあり方を協議の上、紹介受診重点医療機関の趣旨等について説明し、2回目の協議に向けて改めて意向を確認すること。
- ・ 地域の協議の場の協議の進め方については、状況に応じて持ち回りとする、文書提出のみとするなどの柔軟な対応も可能とする。

○ 医療機関の意向と地域の協議の場での結論が最終的に一致したものに限り、紹介受診重点医療機関とし、都道府県において、協議結果を取りまとめて公表すること。

○ 令和4年10月1日以降は、紹介受診重点医療機関のうち、一般病床200床以上の病院は紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となることとされている。この定額負担においては、定額負担の徴収を認められない患者（注1）及び徴収を求めないことができる患者（注2）が定められている。地域の協議の場においては、こうした除外要件も踏まえつつ、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など、患者がまずは地域の

「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて当該紹介受診重点医療機関を受診するという受診の流れとならない場合について、医療機関の特性も含めて配慮すること。なお、令和4年度診療報酬改定における紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直しについては、別紙3を参照すること。

(注1) 救急の患者、国の公費負担医療制度の受給対象者など

(注2) 紹介状なしの初診患者であって、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者、特定健康診断・がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者など

- なお、外来機能の明確化・連携に向けた協議については外来機能報告データや既存の統計調査等で明らかとなる地域の外来医療提供体制の現状と課題について、参加する関係者で認識を共有することとし、令和4年度以降の外来機能報告及び地域の協議の場でのデータや議論の蓄積を踏まえて、共有することとなる。具体的な協議事項のポイントや留意点等については、改めて提示する。

3-4 結果の公表

- 患者の流れのさらなる円滑化は住民の理解が必要であるため、協議プロセスの透明性の確保の観点からも、都道府県において、地域の協議の場に提出された資料のうち、患者情報や医療機関の経営に関する情報（一般的に閲覧可能なものは除く。）は非公開とし、その他の資料、協議結果は住民に公表する。
- 紹介受診重点医療機関は、紹介患者への外来を基本とする医療機関であることが患者に分かるよう、広告可能とし、医療機能情報提供制度の項目に追加することとした。なお、特定機能病院や地域医療支援病院についても、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たし、医療機関の意向と地域の協議の場での結論が一致した場合、紹介受診重点医療機関として広告することも可能である。
- 外来機能報告は、紹介受診重点医療機関に関する医療機関の意向を含め、毎年度都道府県に提出される。こうした中で、年によって、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準の合致状況等が異なることもあり得る。この場合、患者負担が急に変更されることなどにより、地域の住民に対して混乱

を生じさせることがないよう、基準への合致状況が一時的なものか恒常的なものかなどを見極めつつ丁寧に協議すること、また、紹介受診重点医療機関の協議の取りまとめに当たっては、地域の住民への周知などについて十分に配慮すること。

4. スケジュール及び具体的な流れ

- 外来機能報告は、病床機能報告と一体的に報告を行う。令和4年度以降の具体的な年間スケジュールは以下のとおりであり、年度内に地域の協議の場における協議を行うこととする。なお、令和4年度については、原則として、都道府県において、令和5年3月までに紹介受診重点医療機関を公表する。

4月～	<ul style="list-style-type: none">対象医療機関の抽出NDB データ（前年度4月～3月）を対象医療機関別に集計
9月頃	<ul style="list-style-type: none">対象医療機関に外来機能報告の依頼報告用ウェブサイトの開設対象医療機関に NDB データの提供
10～11月頃	<ul style="list-style-type: none">対象医療機関からの報告
12月頃	<ul style="list-style-type: none">データ不備のないものについて、集計とりまとめ都道府県に集計とりまとめを提供
1～3月頃	<ul style="list-style-type: none">地域の協議の場における協議都道府県による紹介受診重点医療機関の公表都道府県に集計結果の提供

5. 国民への理解の浸透

- 患者がまずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて、紹介患者への外来を基本とする医療機関である紹介受診重点医療機関を受診するとともに、状態が落ち着いたら逆紹介を受けて地域に戻るなど、受診の流れと医療機関の機能・役割について、住民に周知啓発を行うことが必要である。

- 厚生労働省においては、外来機能報告や紹介受診重点医療機関等の制度上の仕組みや、上記のような「かかりつけ医機能を担う医療機関」を中心とした受診の流れ、医療機関ごとの求められる機能・役割等の周知を行うこととしている。

- 都道府県においては、それらに加えて、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携の状況とともに、個々の紹介受診重点医療機関について、都道府県報やホームページによる公表、プレスリリース等によるマスコミへの周知、シンポジウム・講演・SNS等による周知・呼びかけなど、幅広い世代の住民に行き渡るように公表を行うこと。

- さらに、令和4年10月1日以降は、紹介受診重点医療機関のうち、一般病床200床以上の病院は紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となることとされている。具体的には、紹介受診重点医療機関の公表がなされてから、半年経過するまでの間に、当該紹介受診重点医療機関において定額徴収が開始されることとなるため、都道府県において、別紙3に掲げる令和4年度診療報酬改定の概要をしっかりと理解した上で、地域の住民に対する周知を徹底し、医療機関の窓口等での混乱が生じないように留意すること。

(1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況

① 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況 [NDBで把握できる項目]

- 医療資源を重点的に活用する外来の類型ごとの実施状況を報告
 <報告イメージ>

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

※「患者延べ数」とは、患者ごとの受診日数を合計したものとします。

② 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細 [NDBで把握できる項目]

- 医療資源を重点的に活用する外来のうち、主な項目の実施状況を報告
 <報告イメージ>

初診の医療資源を重点的に活用する外来		再診の医療資源を重点的に活用する外来	
外来化学療法加算を算定した件数	件	外来化学療法加算を算定した件数	件
外来放射線治療加算を算定した件数	件	外来放射線治療加算を算定した件数	件
CT撮影を算定した件数	件	CT撮影を算定した件数	件
MRI撮影を算定した件数	件	MRI撮影を算定した件数	件
PET検査を算定した件数	件	PET検査を算定した件数	件
SPECT検査を算定した件数	件	SPECT検査を算定した件数	件
高気圧酸素治療を算定した件数	件	高気圧酸素治療を算定した件数	件
画像等手術支援加算を算定した件数	件	画像等手術支援加算を算定した件数	件
悪性腫瘍手術を算定した件数	件	悪性腫瘍手術を算定した件数	件

(2) 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無 [NDBで把握できない項目]

(3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況 [NDBで把握できる項目]

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

生活習慣病管理料を算定した件数	件	往診料を算定した件数	件
特定疾患療養管理料を算定した件数	件	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)を算定した件数	件
糖尿病合併症管理料を算定した件数	件	在宅時医学総合管理料を算定した件数	件
糖尿病透析予防指導管理料を算定した件数	件	診療情報提供料(Ⅰ)を算定した件数	件
機能強化加算を算定した件数	件	診療情報提供料(Ⅲ)を算定した件数	件
小児かかりつけ診療料を算定した件数	件	地域連携診療計画加算を算定した件数	件
地域包括診療料を算定した件数	件	がん治療連携計画策定料を算定した件数	件
地域包括診療加算を算定した件数	件	がん治療連携指導料を算定した件数	件
オンライン診療料を算定した件数	件	がん患者指導管理料を算定した件数	件
		外来緩和ケア管理料を算定した件数	件

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

- 休日に受診した患者延べ数、夜間・時間外に受診した患者延べ数、救急車の受入件数を報告
 <報告イメージ> (病床機能報告と同様)

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

③ 紹介・逆紹介の状況(紹介率・逆紹介率) [NDBで把握できない項目]

- 紹介率・逆紹介率を報告 (初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数)

④ 外来における人材の配置状況 [専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告で把握できる項目](病床機能報告で報告する場合、重複項目は省略可)

- 医師について、施設全体の職員数を報告
- 看護師、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学技士、管理栄養士について、外来部門の職員数を報告

※ 勤務時間の概ね8割以上を外来部門で勤務する職員を計上。複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる場合は、外来部門の職員として計上(病床機能報告と同様の計上方法)

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

	常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)		常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)
<施設全体>	—	—	助産師	人	人
医師	人	人	理学療法士	人	人
<外来部門>	—	—	作業療法士	人	人
看護師	人	人	言語聴覚士	人	人
専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師	人	人	薬剤師	人	人
准看護師	人	人	臨床工学技士	人	人
看護補助者	人	人	管理栄養士	人	人

⑤ 高額の医療機器・設備の保有状況 [病床機能報告で把握できる項目](病床機能報告で報告する場合、省略可)

- マルチスライスCT(64列以上、16列～64列、16列未満)、その他のCT、MRI(3テスラ以上、1.5～3テスラ未満、1.5テスラ未満)、血管連続撮影装置(DSA法を行う装置)、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、ガンマナイフ、サイバーナイフ、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、内視鏡手術用支援機器(ダウインチ)の台数を報告

地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な
外来・在宅医療・地域連携の実施状況

報告項目	算定要件	参考とする考え方
生活習慣病管理料	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に算定。	生活習慣病の患者に対する総合的な医療
特定疾患療養管理料	生活習慣病等を主病とする患者についてプライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に算定。	かかりつけ医師による医療
糖尿病合併症管理料	糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に算定。	糖尿病の患者の合併症に対する継続的な医療
糖尿病透析予防指導管理料	糖尿病の患者であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に算定。	糖尿病の患者に対する多職種共同による医療
機能強化加算	外来医療における適切な役割分担を図り、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関において初診料を算定する場合に加算。	かかりつけ医機能を有する医療機関における医療
小児かかりつけ診療料	かかりつけ医として患者の同意を得た上で、未就学の患者の診療について緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行った場合に算定。	かかりつけ医による継続的、全人的な医療
地域包括診療料	脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導及び診療を行った場合に算定。	複数の慢性疾患を有する患者に対する継続的、全人的な医療

地域包括診療加算	脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して療養上必要な指導及び診療を行った場合に再診料に加算。	複数の慢性疾患を有する患者に対する継続的、全人的な医療
オンライン診療料	継続的に対面診療を行っている患者に対して、情報通信機器を用いた診療を行った場合に算定。	継続的に対面診療を行っている患者に対する医療
往診料	患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家へ赴き診療を行った場合に算定。	(定期的、計画的ではない) 患者等の求めに応じ、可及的速やかに実施される医療
在宅患者訪問診療料 (I)	在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に算定。	在宅医療
在宅時医学総合管理料	在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を策定し、定期的に訪問診療を行い、総合的な医学管理を行った場合に算定。	在宅医療
診療情報提供料 (I)	保健医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、患者の同意を得て診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合や、保健・福祉関係機関に対して必要な情報提供を行った場合に算定。	医療機関間や保健医療機関と保健・福祉関係機関の連携
診療情報提供料 (III)	かかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じ、患者の同意を得て、当該患者に関する診療状況を示す文書を提供した場合に算定。	かかりつけ医機能を有する医療機関と他の医療機関の連携
地域連携診療計画加算	患者の退院日の属する月又はその翌月に、連携する保険医療機関を退院した患者の同意を得て、当該連携保健医療機関に対して、診療状況を添えて当該患者の	医療機関間の連携

	地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に、診療情報提供料（I）に加算。	
がん治療連携計画策定料	入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、計画策定病院があらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中又は退院後 30 日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に算定。	がん治療に関わる医療機関間の連携
がん治療連携指導料	がん治療連携計画策定料 1 又は 2 を算定した患者に対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に算定。	がん治療に関わる医療機関間の連携
がん患者指導管理料	医師が看護師等と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合等に算定。	がん患者に対する多職種共同による医療
外来緩和ケア管理料	緩和ケアを要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に算定。	緩和ケアを要する患者に対する多職種共同による医療

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

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

現行制度	見直し後								
<p>【対象病院】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定機能病院 ・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る） <p>※上記以外の一般病床200床以上の病院については、道定療養として特別の料金を徴収することができる</p> <p>【定額負担の額】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円 ・再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円 	<p>【対象病院】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定機能病院 ・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る） ・紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る） <p>※上記以外の一般病床200床以上の病院については、道定療養として特別の料金を徴収することができる</p> <p>【定額負担の額】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診：医科 2,000円、 歯科 5,000円 ・再診：医科 3,000円、 歯科 1,900円 <p>【保険給付範囲からの控除】 外来機能の明確化のための例外的・限定的な取扱いとして、定額負担を求める患者（あえて紹介状なしで受診する患者等）の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診：医科 200点、 歯科 200点 ・再診：医科 50点、 歯科 40点 								
<p>(例) 医科初診・道定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2">定額負担 5,000円</th> </tr> <tr> <td>医療保険から支給 (道定療養費) 7,000円</td> <td>患者負担 3,000円</td> </tr> </table>	定額負担 5,000円		医療保険から支給 (道定療養費) 7,000円	患者負担 3,000円	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2">定額負担 2,000円</th> </tr> <tr> <td>医療保険から支給 (道定療養費) 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)</td> <td>患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)</td> </tr> </table>	定額負担 2,000円		医療保険から支給 (道定療養費) 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)
定額負担 5,000円									
医療保険から支給 (道定療養費) 7,000円	患者負担 3,000円								
定額負担 2,000円									
医療保険から支給 (道定療養費) 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)								

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

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度	見直し後
<p>【対象患者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者 ・再診：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者 <p>※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めない。</p> <p>※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。</p>	<p>「定額負担を求めなくても良い場合」※初診・再診共通</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 自施設の他の診療科を受診している患者 ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者 ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者 ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者 ⑤ 地域に他に当該診療科を専修する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者 ⑥ 治療協力者である患者 ⑦ 災害により被害を受けた患者 ⑧ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 ⑨ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない。）
<p>▶ 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。</p> <p>【初診の場合】</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者 ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者 ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者 ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者 ⑤ 外来受診から継続して入院した患者 ⑥ 地域に他に当該診療科を専修する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者 ⑦ 治療協力者である患者 ⑧ 災害により被害を受けた患者 ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない。） 	<p>【再診の場合】</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 自施設の他の診療科を受診している患者 ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者 ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者 ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者 ⑤ 外来受診から継続して入院した患者 ⑥ 地域に他に当該診療科を専修する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者 ⑦ 治療協力者である患者 ⑧ 災害により被害を受けた患者 ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない。） <p>※ 再診の場合、定額負担の対象患者は、他の病院等に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者であり、現行制度における①、②、③、④、⑤、⑥、⑦に該当する場合は認定されえないため、要件から削除。</p>

【施行日等】 **令和4年10月1日から施行・適用**。

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

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

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点 (入院初日)

【算定要件】

- (1) **外来機能報告対象病院等**（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、**一般病床の数が200未満であるものを除く。**）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**入院初日に限り**所定点数に加算する。
- (2) 区分番号 A 2 0 4 に掲げる**地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。**

非常勤の医師を水沼診療所の管理者とすることについて

R4.6.13 群馬県医務課医療指導係

1 内容

非常勤の医師を水沼診療所の管理者とすることを承認する。

2 診療所の概要

名称	水沼診療所	
所在地	桐生市黒保根町水沼 155-1	
診療科	内科	
開設者	医療法人山育会（桐生市川内町 2-289-2）	
管理者	吉村 章	
病床数	0 床	
診療日・ 診療時間	火 9:30～13:00	吉村医師 ※日新病院
	木 9:30～13:00	山口医師 ※たかのす診療所
備考	建物は桐生市が保有し、法人に貸与	

3 経過等

- ・ 水沼診療所について、開設者から非常勤の医師を管理者としたい旨の申し出がありました。
- ・ 診療所の管理者は、休日夜間診療所等を除き、原則として勤務時間中常勤とされているところですが、令和元年の厚労省通知（※1）により、一定の条件を満たす場合（※2）に、例外として非常勤の医師が診療所の管理者に就任することが認められています。
- ・ 本診療所は、過疎地等の状況から、医師確保が困難であること、桐生市から地域住民の生活に不可欠との意見があること、さらには法令等に照らしても問題がないこと等から、非常勤の医師を管理者とすることを承認するものです。

4 協議会への報告

- ・ 令和元年通知により、非常勤の医師が管理者となる診療所については、保健医療対策協議会（外来医療の提供体制に関する事項についての協議の場）で報告することが必要となっています。

※1 「診療所の管理者の常勤について」（R1.9.19 医政総発 0919）

※2 へき地や医師少数区域等の診療所又は地域における専門的な医療ニーズに対応する役割を担う診療所において、常勤の医師を確保することが困難である場合等

医政総発 0919 第 3 号
医政地発 0919 第 1 号
令和元年 9 月 19 日

各 都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局総務課長
厚生労働省医政局地域医療計画課長
（ 公 印 省 略 ）

診療所の管理者の常勤について（通知）

これまで、診療所の管理者については、「管理者の常勤しない診療所の開設について」（昭和 29 年 10 月 19 日付け医収第 403 号各都道府県知事宛て厚生省医務局長通知。以下「通知」という。）において、「医療法第十条に規定する病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所における管理の法律上の責任者であるから、原則として診療時間中当該病院又は診療所に常勤すべきことは当然」とされているほかは、具体的な考え方を示しておらず、各都道府県等において、個別の事案に応じて適切に判断いただいていたところである。

近年、診療所内の監督義務等は適切に行うことを前提に、一定程度の柔軟な勤務を行う医師を管理者とすることで、地域における医師不足や専門的医療ニーズ等に対応できるようにすることの必要性が、令和元年地方分権改革に関する地方からの提案等において指摘されている。

今般、こうした指摘や近年の情報通信技術の発達等を踏まえ、診療所の管理者に係る考え方を、下記により示すこととしたので、貴職におかれては、その趣旨を御了知いただくとともに管下の医療機関に周知をお願いする。

なお、本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的助言であることを申し添える。

記

1. 診療所の管理者は、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）に規定する管理者の責務を果たす必要があることから、原則として勤務時間中常勤とすること。
2. ただし、へき地や医師少数区域等の診療所又は地域における専門的な医療ニーズに対応する役割を担う診療所において、常勤の医師を確保することが

困難である場合や管理者となる医師の育児・介護等の家庭の事情により一定期間弾力的な勤務形態を認める必要性が高い場合等においては、例外的に常勤でなくとも管理者として認められること。ただし、この場合においては、常時連絡を取れる体制を確保する等、管理者の責務を確実に果たすことができるようにすることが必要であること。

3. また、上記の例外的な取扱いを行う診療所（へき地や医師少数区域等の診療所を除く。）がある場合、当該診療所が所在する都道府県は、当該情報が地域の外来医療機能に関する情報の一部であるという観点から、医療法第30条の18の2第1項の規定により設置される外来医療の提供体制に関する事項についての協議の場において、当該情報の報告を行うこととすること。