

令和5年度 第1回鹿行保健医療圏における救急医療ワーキング会議 出席者名簿

日時 令和5年8月29日(火)
18時30分～20時00分
場所 潮来保健所大会議室
及びWeb

○鹿行保健医療圏内

(敬称略)

区分	団体名・役職名	役職	氏名	摘要
医師会	一般社団法人鹿島医師会	会長	松倉 則夫	会議室出席
	一般社団法人水郷医師会	副会長	根本 公夫	
医療機関	小山記念病院	理事長	小山 典宏	
		院長	池田 和穂	
		事務長	花香 淳一	
	白十字総合病院	循環器内科部長	村上 大介	
		事務部長	磯部 晃彦	
	神栖済生会病院	麻酔科部長	藤井 猛雄	
		副院長兼事務部長	田村 照悟	
		総務課長代行	宮内 隆史	
	土浦協同病院なめがた地域医療センター	事務部長代行	飯村 真樹	
	高須病院	病院長	高須 伸克	
		統括事務長	伊藤 善朗	
	鉾田病院	院長	横田 廣夫	
	鹿嶋ハートクリニック	理事長	黄 恬瑩	
		院長	樋口 和彦	
		医長	廣瀬 公彦	
		事務長	鈴木 清隆	
消防	鹿行広域事務組合消防本部警防課	警防課副参事	鬼澤 智幸	会議室出席
		警防課救急係長	須賀 翔	会議室出席
	鹿島地方事務組合消防本部	課長補佐	西宮 哲之	
		主幹	佐藤 大介	
市町村	鹿嶋市	健康福祉部長	野口 ゆかり	
		健康福祉部次長	茂木 伸明	
		保健センター所長	藤枝 多嘉子	
		保健センター所長補佐	高風 和代	
	潮来市	かずみ保健福祉センター長	杉山 英之	会議室出席
	神栖市	医療対策監	藤枝 昭司	
	行方市	健康増進課長	平山 勝弘	
	鉾田市	福祉保健部長	飯島 洋一	
保健所	潮来保健所	所長	緒方 剛	会議室出席

○鹿行保健医療圏外

(敬称略)

区分	団体名・役職名	役職	氏名	摘要
医療機関	総合病院土浦協同病院	統轄病院長補佐	滝口 典聡	
		救急科医師	阿久津 智洋	
		事務部長	高柳 直巳	
	水戸医療センター	院長	米野 琢哉	
		救命救急センター医長	堤 悠介	
	水戸赤十字病院	企画課長	野口 明彦	
		企画課主事	米川 大貴	
	水戸済生会病院	病院長	生澤 義輔	
	水戸協同病院	病院長	渡辺 重行	
		事務部長	飯島 幸広	
	東京医科大学茨城医療センター	副院長 集中治療部部長	柳田 国夫	
		総務課	坂本 知憲	
	筑波大学附属病院	教授	井上 貴昭	
	茨城県立こども病院	ICU室長	本山 景一	
	旭中央病院	副院長& 救命救急センター長	高橋 功	
	島田総合病院	病院長	嶋田 一成	
	千葉県立佐原病院	病院長	露口 利夫	
成田赤十字病院	副院長	中西 加寿也		
	救急・集中治療科	近藤 乾伍		

○事務局

所属機関		職名	氏名	摘要
茨城県	医療政策課	課長補佐	竹村 元成	
		係長	飯塚 厚	
		技師(救急救命士)	生井 肇	
	潮来保健所 地域保健推進室	室長	黒田 克彦	会議室出席
		係長	林 隆司	会議室出席
		主事	原目 龍磨	会議室出席

鹿行保健医療圏における救急搬送データ(2022 年)

①搬送件数及び搬送割合

	鹿行保健医療圏		鹿島地方		鹿行広域	
	搬送件数	搬送割合	搬送件数	搬送割合	搬送件数	搬送割合
計	11,881	—	7,033	—	4,893	—
圏内	7,454	62.7%	5,227	74.3%	2,228	45.5%
圏外	4,427	37.3%	1,806	25.7%	2,665	54.5%

【データから見える特徴】

○鹿行広域事務組合消防本部における圏外搬送割合が 54.5%と半数以上を占めている。

○鹿行保健医療圏としては、全体の 37.3%が圏外搬送となっている。

②主な搬送先(圏内)※20件以上の搬送がある医療機関

搬送先	鹿行保健医療圏		鹿島地方		鹿行広域	
	搬送件数	搬送割合	搬送件数	搬送割合	搬送件数	搬送割合
小山記念病院	2,356	19.8%	1,687	24.0%	669	13.7%
神栖済生会病院	2,293	19.3%	2,057	29.2%	236	4.8%
白十字総合病院	1,658	14.0%	1,262	17.9%	396	8.1%
高須病院	755	6.4%	31	0.4%	724	14.8%
鹿嶋ハートクリニック	161	1.4%	141	2.0%	20	0.4%
銚田病院	96	0.8%	4	0.1%	92	1.9%
なめがた地域医療センター	38	0.3%	1	0.0%	37	0.8%
たきもとクリニック	36	0.3%	3	0.0%	33	0.7%
鹿島病院	30	0.3%	25	0.4%	5	0.1%

【データから見える特徴】

○小山記念病院、白十字総合病院及び神栖済生会病院の3病院で 53.1%と半数以上を占めている。

○20件以上の搬送がある医療機関が9施設と搬送先が少ない状況である。

③主な搬送先(圏外)※20件以上の搬送がある医療機関

搬送先	鹿行保健医療圏		鹿島地方		鹿行広域	
	搬送件数	搬送割合	搬送件数	搬送割合	搬送割合	搬送割合
土浦協同病院	1,398	11.8%	358	5.1%	1,040	21.3%
旭中央病院	434	3.7%	427	6.1%	7	0.1%
大洗海岸病院	367	3.1%	15	0.2%	352	7.2%
水戸医療センター	246	2.1%	40	0.6%	206	4.2%
石岡脳神経外科病院	224	1.9%	0	0.0%	224	4.6%
島田総合病院	185	1.6%	185	2.6%	0	0.0%
千葉県立佐原病院	148	1.2%	49	0.7%	99	2.0%
国際医療福祉大学成田病院	146	1.2%	132	1.9%	14	0.3%
成田赤十字病院	135	1.1%	110	1.6%	25	0.5%
日本医科大学千葉北総病院	115	1.0%	99	1.4%	16	0.3%
水戸協同病院	97	0.8%	0	0.0%	97	2.0%
東京医科大学茨城医療センター	84	0.7%	84	1.2%	0	0.0%
山王台病院	76	0.6%	0	0.0%	76	1.6%
水戸赤十字病院	73	0.6%	5	0.1%	68	1.4%
筑波大学附属病院	67	0.6%	44	0.6%	23	0.5%
銚子市立病院	60	0.5%	60	0.9%	0	0.0%
茨城県立こども病院	58	0.5%	0	0.0%	58	1.2%
神立病院	53	0.4%	0	0.0%	53	1.1%
東京医大茨城医療センター	42	0.4%	0	0.0%	42	0.9%
小美玉市医療センター	41	0.3%	0	0.0%	41	0.8%
水戸済生会病院	37	0.3%	0	0.0%	37	0.8%
香取おみがわ医療センター	32	0.3%	29	0.4%	3	0.1%
成田富里徳洲会病院	28	0.2%	19	0.3%	9	0.2%
県立中央病院	27	0.2%	5	0.1%	22	0.4%
ドクターヘリ(水戸医療センター)	25	0.2%	0	0.0%	25	0.5%
筑波メディカルセンター病院	20	0.2%	17	0.2%	3	0.1%

【データから見える特徴】

- 土浦協同病院が11.8%と非常に多くの搬送を受けている。
- 20件以上の搬送がある医療機関が26施設と圏内の医療機関の約2.9倍となっている。

④消防署(所)別 平均搬送時間(鹿島地方事務組合消防本部)

単位:分

署所名	件数	覚知→現着	現着→現発	現発→病着	覚知→病着
神栖消防署	2,147	10.6	23.4	18.1	52.1
鹿嶋消防署	2,092	9.9	18.9	20.8	49.6
大野消防署	862	10.6	21.8	25.4	57.8
土合分署	674	11.7	17.6	18.9	48.3
鹿島港消防署	771	12.8	19.4	19.0	51.2
波崎消防署	487	9.9	20.0	20.8	50.8
鹿島地方	7,033	10.7	20.6	20.2	51.5

⑤消防署(所)別 平均搬送時間(鹿行広域事務組合消防本部)

単位:分

署所名	件数	覚知→現着	現着→現発	現発→病着	覚知→病着
鉾田消防署	1,133	11.2	23.3	23.0	57.5
行方消防署	571	12.0	25.4	27.9	65.3
潮来消防署	1,130	10.0	27.1	22.5	59.5
大洋出張所	595	10.8	24.1	26.4	61.3
玉造出張所	401	10.8	26.8	21.8	59.3
旭出張所	484	11.8	25.2	23.5	60.4
麻生出張所	579	11.7	25.3	29.9	66.9
鹿行広域	4,893	11.0	25.2	24.6	60.9

【データから見える特徴】

- 両消防本部ともに、覚知→現着について差異は認められない。
- 鹿行広域事務組合消防本部については、現着→現発及び現発→病着に時間がかかっている。

【参考】

- 2021年 茨城県平均:44.9分 鹿嶋地方 +6.6分 鹿行広域 +16.0分
- 2021年 全国平均:42.8分 鹿島地方 +8.7分 鹿行広域 +18.1分

⑥鹿島地方事務組合消防本部管内消防署(出張所)搬送先別搬送時間一覧(搬送件数20件以上の医療機関)

搬送先	鹿島地方		神栖消防署		鹿嶋消防署		大野消防署		土合分署		鹿島港消防署		波崎消防署	
	件数	時間	件数	時間	件数	時間	件数	時間	件数	時間	件数	時間	件数	時間
神栖済生会病院	2,057	44.4	768	41.7	374	51.4	135	61.5	369	38.5	232	39.9	179	46.6
小山記念病院	1,687	40.2	317	51.7	813	33.1	340	40.0	58	60.4	145	43.6	14	76.5
白十字総合病院	1,262	43.5	514	41.3	381	43.3	136	51.8	51	52.3	155	38.3	25	62.2
鹿嶋ハートクリニック	141	38.5	42	37.0	52	33.1	14	49.6	7	50.0	21	41.6	5	47.2
高須病院	31	62.7	1	98.0	6	58.8	23	53.8	1	254.0				
鹿島病院	25	49.1			17	45.9	3	45.0			4	50.0	1	113.0
旭中央病院	427	62.3	150	65.6	50	77.6	4	99.3	84	52.5	61	65.0	78	52.9
土浦協同病院	358	97.5	68	110.0	139	94.9	102	90.0	9	105.0	33	97.7	7	125.3
島田総合病院	185	54.3	29	86.5	7	118.3			33	53.6	7	87.6	109	39.7
国際医療福祉大学成田病院	132	81.3	41	83.5	53	77.8	12	93.2	3	86.3	20	71.4	3	128.3
成田赤十字病院	110	71.9	33	73.6	44	66.2	5	88.4	3	121.3	23	68.6	2	94.5
日本医科大学千葉北総病院	99	59.7	42	61.8	22	55.3	5	53.2	10	56.6	14	69.4	6	48.8
東京医科大学茨城医療センター	84	96.5	45	89.2	23	103.0	6	121.0			9	92.3	1	165.0
銚子市立病院	60	52.2	8	75.1					13	58.4	0		39	45.4
千葉県立佐原病院	49	77.3	15	80.5	17	75.3	4	88.8	4	77.0	9	71.0		
筑波大学附属病院	44	116.0	12	115.6	18	107.8	7	119.3	3	165.0	4	111.5		
水戸医療センター	40	87.0	14	78.9	8	86.4	13	85.6	2	82.5	3	135.0		
香取おみがわ医療センター	29	57.7	8	51.0	17	59.2	1	69.0			2	46.5	1	97.0
成田富里徳洲会病院	19	102	7	115	3	109	1	117	1	117	7	81		
筑波メディカルセンター病院	17	138	3	137	3	117	4	144	1	159	3	129	3	154
平均	5,268	42.8	1,652	43.5	1,657	39.8	671	47.3	499	42.9	561	40.6	228	50.3
	1,765	77.6	495	81.0	435	86.7	191	94.6	175	63.7	210	79.3	259	51.2

【データから見える特徴】

- 圏内の搬送だけをみると、全国平均搬送時間と同じである。
- 圏外の搬送について、時間がかかっている。

⑦鹿行広域消防本部管内消防署(出張所)搬送先一覧搬送時間一覧(搬送件数20件以上の医療機関)

搬送先	鹿行広域		鉾田消防署		行方消防署		潮来消防署		大洋出張所		玉造出張所		旭出張所		麻生出張所	
	件数	時間	件数	時間	件数	時間	件数	時間	件数	時間	件数	時間	件数	時間	件数	時間
高須病院	724	42.1	291	36.1	110	47.8	2	73.5	138	40.0	56	49.7	78	47.1	49	53.1
小山記念病院	669	49.8	68	64.4	28	68.3	397	44.3	69	51.6	1	83.0	2	65.0	104	54.7
白十字総合病院	396	52.8	2	86.5	13	69.8	245	47.4	33	65.1	0		0		103	59.0
神栖済生会病院	236	75.2	2	103.5	6	82.5	160	72.3	19	78.4	0		0		49	81.2
鉾田病院	92	46.7	40	41.8	8	53.0	0		20	48.9	10	54.2	13	47.4	1	61.0
なめがた地域医療センター	37	46.9	4	54.3	8	46.5	2	51.0	1	53.0	11	50.5	0		11	39.6
たきもとクリニック	33	34.9	7	36.1	2	43.5	0		22	32.7	0		0		2	46.0
鹿嶋ハートクリニック	20	43.8	0		0		16	39.4	1	62.0	0		0		3	61.0
土浦協同病院	1,040	74.8	191	74.9	260	69.3	128	92.4	126	78.3	160	64.1	16	96.3	159	75.5
大洗海岸病院	352	55.0	165	53.6	4	83.5	1	132.0	50	64.7	9	79.7	123	49.7	0	
石岡脳神経外科病院	224	57.9	69	56.2	28	62.7	1	91.0	39	66.2	58	46.7	17	62.1	12	74.5
水戸医療センター	206	67.6	82	69.3	11	74.4	1	31.0	21	75.4	4	71.0	82	61.8	5	90.2
千葉県立佐原病院	99	60.5	1	77.0	2	88.0	66	58.1	0		0		0		30	63.2
水戸協同病院	97	77.5	37	79.9	0		0		7	97.6	3	90.7	50	72.1	0	
山王台病院	76	71.7	24	71.5	17	69.1	2	191.0	5	66.6	22	62.5	3	65.3	3	90.7
水戸赤十字病院	68	70.4	38	67.6	1	79.0	2	71.5	10	75.4	0		15	68.6	2	107.0
茨城県立こども病院	58	64.7	29	65.7	1	79.0	0		3	77.7	0		25	61.3	0	
神立病院	53	68.8	1	54.0	24	70.3	0		0		23	63.9	0		5	87.6
東京医大茨城医療センター	42	98.5	1	99.0	6	109.8	14	96.7	2	126.0	7	94.4	0		12	92.8
小美玉市医療センター	41	60.3	7	58.6	10	65.9	0		1	62.0	17	51.5	2	52.5	4	90.0
水戸済生会病院	37	76.1	13	66.7	2	33.0	0		3	95.0	1	104.0	16	88.8	2	36.5
ドクターヘリ(水戸医療センター)	25	31.4	8	32.6	4	23.8	2	42.0	2	30.5	3	33.7	2	31.0	4	30.5
成田赤十字病院	25	73.2	2	91.5	0		23	71.7	0		0		0		0	
筑波大学附属病院	23	91.8	4	94.8	5	75.0	3	74.3	5	95.6	1	101.0	2	103.0	3	116.3
県立中央病院	22	91.2	8	87.5	0		1	168.0	2	82.5	1	83.0	10	89.0	0	
平均	2,228	50.1	417	42.1	178	53.9	828	50.8	306	47.8	82	49.9	93	47.5	324	59.7
	2,665	69.9	716	66.4	393	70.4	302	83.7	289	75.5	319	61.8	391	63.5	255	76.1

【データから見える特徴】

○圏内及び圏外の搬送ともに、時間がかかっている。

⑧消防署(所)別 平均搬送距離(鹿島地方事務組合消防本部)

署所名	平均搬送距離	搬送件数	圏内平均搬送距離	搬送件数	圏外平均搬送距離	搬送件数
神栖消防署	14.0	2,117	6.4	1,642	40.0	475
鹿嶋消防署	15.0	2,047	7.4	1,643	43.5	404
大野消防署	21.0	815	15.9	651	42.2	164
土合分署	18.0	652	16.1	486	24.4	166
鹿島港消防署	16.0	752	6.5	557	42.4	195
波崎消防署	17.0	473	19.2	224	15.6	249
鹿島地方	16.0	6,856	9.4	5,203	36.1	1,653

※搬送件数 15 件以上の医療機関を集計

⑨消防署(所)別 平均搬送時間(鹿行広域事務組合消防本部)

署所名	平均搬送距離	搬送件数	圏内平均搬送距離	搬送件数	圏外平均搬送距離	搬送件数
銚田消防署	19.1	1,079	6.9	407	26.5	672
行方消防署	22.0	545	15.4	173	25.0	372
潮来消防署	17.4	1,059	12.4	806	33.2	253
大洋出張所	23.7	555	15.1	280	32.4	275
玉造出張所	17.0	384	13.1	78	18.0	306
旭出張所	17.7	454	11.2	93	19.4	361
麻生出張所	24.1	557	18.6	317	31.2	240
鹿行広域	19.9	4,633	12.8	2,154	26.0	2,479

※搬送件数 15 件以上の医療機関を集計

【データから見える特徴】

- 鹿島地方事務組合消防本部については、**圏外搬送距離が長くなっている。**
- 鹿行広域事務組合消防本部については、**圏外搬送件数が多いため平均搬送距離が長くなっている。**

⑩鹿島地方事務組合消防本部管内消防署(出張所)から医療機関までの距離一覧(搬送件数20件以上の医療機関)

搬送先	鹿島地方平均		神栖消防署		鹿嶋消防署		大野消防署		土合分署		鹿島港消防署		波崎消防署	
	距離	回数	距離	回数	距離	回数	距離	回数	距離	回数	距離	回数	距離	回数
神栖済生会病院	11.4	2057	5.1	768	16.7	374	25.8	135	13.2	369	8.4	232	17.0	179
小山記念病院	6.9	1687	12.6	317	1.6	813	10.4	340	28.8	58	4.2	145	33.2	14
白十字総合病院	9.2	1262	4.5	514	10.5	381	19.6	136	21.1	51	6.0	155	25.8	25
鹿嶋ハートクリニック	8.8	141	4.7	42	8.0	52	17.1	14	21.3	7	5.2	21	25.4	5
高須病院	20.1	31	36.8	1	24.4	6	16.8	23	53.3	1				
鹿島病院	7.1	25			3.9	17	13.9	3			9.7	4	31.2	1
旭中央病院	23.9	427	24.9	150	36.1	50	48.1	4	14.7	84	29.0	61	18.9	78
土浦協同病院	47.8	358	53.3	68	47.6	139	38.5	102	70.9	9	54.3	33	75.3	7
島田総合病院	11.5	185	25.1	29	37.6	7			10.6	33	29.2	7	5.4	109
国際医療福祉大学成田病院	44.3	132	44.2	41	41.9	53	51.2	12	46.9	3	45.2	20	50.4	3
成田赤十字病院	46.5	110	46.4	33	44.1	44	51.4	5	58.4	3	47.4	23	62.5	2
日本医科大学千葉北総病院	59.0	99	57.0	42	54.7	22	64.0	5	68.2	10	58.0	14	72.3	6
東京医科大学茨城医療センター	50.3	84	52.2	45	46.3	23	46.5	6	64.7		51.4	9	68.8	1
銚子市立病院	9.8	60	25.8	8					11.2	13			6.1	39
千葉県立佐原病院	21.7	49	20.2	15	19.5	17	26.1	4	32.3	4	21.5	9		
筑波大学附属病院	65.7	44	70.3	12	63.1	18	53.6	7	82.8	3	71.6	4		
水戸医療センター	55.4	40	64.2	14	48.8	8	43.2	13	83.2	2	66.0	3		
香取おみがわ医療センター	16.4	29	11.5	8	17.8	17	30.1	1			12.7	2	26.2	1
平均距離	16.0	6,856	14.0	2,117	15.0	2,047	21.0	815	18.0	652	16.0	752	17.0	473
圏内平均	9.4	5,203	6.4	1,642	7.4	1,643	15.9	651	16.1	486	6.5	557	19.2	224
圏外平均	36.1	1,653	40.0	475	43.5	404	42.2	164	24.4	166	42.4	195	15.6	249

※距離については、グーグルマップの経路検索による最短経路を参照

【データから見える特徴】

- 鹿島地方事務組合消防本部については、各消防署から10 km以内に搬送先となる医療機関がある。
- 土合分署、波崎消防署については、圏外の医療機関の方が距離は短くなっている。

①鹿行広域消防本部管内消防署(出張所)から医療機関までの距離一覧(搬送件数20件以上の医療機関)

搬送先	鹿行広域平均		鉾田消防署		行方消防署		潮来消防署		大洋出張所		玉造出張所		旭出張所		麻生出張所	
	距離	件数	距離	件数	距離	件数	距離	件数	距離	件数	距離	件数	距離	件数	距離	件数
高須病院	8.3	724	2.8	291	12.1	110	27.8	2	9.7	138	12.9	56	11.0	78	18.3	49
小山記念病院	13.9	669	26.2	68	24.0	28	9.8	397	16.6	69	32.8	1	35.5	2	16.5	104
白十字総合病院	15.2	396	35.4	2	25.7	13	11.5	245	27.6	33	35.9		43.0		18.2	103
神栖済生会病院	22.8	236	41.6	2	34.2	6	19.9	160	32.0	19					26.7	49
鉾田病院	6.6	92	0.2	40	14.2	8	29.9		9.9	20	15.4	10	8.4	13	20.4	1
なめがた地域医療センター	8.6	37	14.6	4	0.4	8	17.8	2	13.6	1	10.4	11	23.6		8.3	11
土浦協同病院	29.6	1,040	32.5	191	24.5	260	38.8	128	33.9	126	20.3	160	38.8	16	32.1	159
大洗海岸病院	16.3	352	16.8	165	31.1	4	49.5	1	25.4	50	28.9	9	10.3	123		
石岡脳神経外科病院	19.8	224	21.3	69	20.0	28	34.4	1	28.2	39	9.4	58	23.5	17	27.7	12
水戸医療センター	25.2	206	26.6	82	32.4	11	49.8	1	34.0	21	25.8	4	19.4	82	40.3	5
千葉県立佐原病院	16.1	99	39.3	1	26.3	2	14.7	66							17.8	30
水戸協同病院	26.6	97	29.4	37					38.0	7	31.3	3	22.7	50		
山王台病院	22.3	76	24.9	24	23.6	17	38.0	2	32.4	5	13.0	22	27.1	3	31.3	3
水戸赤十字病院	29.0	68	27.5	38	38.3	1	59.6	2	36.0	10			21.0	15	48.0	2
茨城県立こども病院	34.5	58	38.2	29	47.7	1			45.0	3			28.4	25		
神立病院	24.7	53	33.6	1	25.6	24					21.4	23			33.3	5
東京医大茨城医療センター	36.0	42	42.1	1	34.2	6	35.8	14	43.6	2	29.9	7			38.8	12
小美玉市医療センター	15.5	41	18.5	7	18.7	10			25.4	1	8.6	17	19.9	2	26.6	4
水戸済生会病院	35.8	37	38.1	13	47.5	2			45.0	3	41.0	1	28.4	16	52.4	2
成田赤十字病院	42.6	25	66.2	2			40.6	23								
筑波大学附属病院	47.5	23	48.0	4	40.0	5	54.5	3	48.5	5	35.8	1	57.8	2	47.7	3
県立中央病院	34.7	22	36.7	8			56.8	1	46.1	2	36.6	1	28.5	10		
平均距離	19.9	4,633	19.1	1,079	22.0	545	17.4	1,059	23.7	555	17.0	384	17.7	454	24.1	557
圏内平均	12.8	2,154	6.9	407	15.4	173	12.4	806	15.1	280	13.1	78	11.2	93	18.6	317
圏外平均	26.0	2,479	26.5	672	25.0	372	33.2	253	32.4	275	18.0	306	19.4	361	31.2	240

※距離については、グーグルマップの経路検索による最短経路を参照

【データから見える特徴】

- 各消防署から10 km以内に搬送先となる医療機関があるが、搬送件数は多くない。
- 玉造出張所については、圏外の医療機関の方が距離は短くなっている。

⑫管内医師数(令和2年医師数調査より抜粋)

	人口	医療施設従事者	人口10万対
全国	—	—	256.6人
茨城県	2,867,009人	5,555人	193.8人
水戸	457,941人	1,182人	258.1人
日立	244,008人	399人	163.5人
常陸太田・ひたちなか	351,579人	404人	114.9人
鹿行	268,146人	236人	<u>88.0人</u>
土浦	255,222人	540人	211.6人
つくば	352,362人	1,347人	382.3人
取手・竜ヶ崎	459,781人	817人	177.7人
筑西・下妻	254,067人	293人	115.3人
古河・坂東	223,903人	337人	150.5人

【データから見える特徴】

- 茨城県内で最も少ない医師数となっている。
- 圏内平均の2分の1、全国平均の3分の1となっている。

救急医療に関するアンケートのまとめ

【圏内】医療機関

問1 救急患者の圏外搬送について、どのようにお考えですか。また、課題等・解決策等があれば御記入ください。(自院の課題・地域の課題等)

小山 病院 記念	<p>医療資源には限界があるため、また、広域であること等を背景に、一定程度の流出はやむを得ないと考えます。</p> <p>一方、脳卒中疾患や心疾患に関しては、域内での医療提供体制の確保に努めることが大切であると思います。</p>
神栖 済生 会 病院	<p>できる限り救急を受け入れるよう、毎日、事例検証を行っているところではあるが、時間外においては、当直医師による対応となるため、専門性によっては受け入れが難しく、圏外搬送となることがあるのが現状である。</p>
白 十字 総 合 病 院	<p>不応需となる直接事由は複数ですが、それらの原因となる最大の理由はやはり医師不足であると考えます。医療提供体制の一定程度までの底上げが必要であり、それが為されなければ解決は難しいと考えます。医師確保の取り組みに引き続き尽力したいと考えております。一方で、現在の状況下においてできる取り組み、そして何より救急搬送を断らないという意識づけは強く図って参りたいと考えております。</p>
高 須 病 院	<p>①基礎疾患の診療で通院先医療機関が圏外であり、救急時にはかかりつけのことで搬送されていることも推量される。</p> <p>②救急車の利用方法改善も必要。一般向けには行政や医療機関で適正利用を呼びかけているが、老人保健施設入所者や在宅療養中患者の中には基礎疾患が悪くなった場合でも119番で救急隊に病院選定をさせるケースも経験する。嘱託医や主治医のあるケースでは事前に提携病院との情報共有などや、急変時医師間で連絡しあえれば圏内での搬送ですむケースもあるのではないのでしょうか。</p> <p>③現行の輪番制体制では圏外医療機関と連携しているので、この点では圏外搬送が課題とはならないと思う。</p> <p>④圏内の救急搬送を現行以上に受け入れるには医療施設の救急用ベッド数、医師数、看護師、検査技師などの医療資源の数を増やさないと無理と考える。</p>
な め が セ ン タ ー 地 域 医 療	<p>本来であれば、当院が受け入れるべき救急患者が圏外に搬送されることは非常に心苦しい思いです。当院としても入院病棟の閉鎖に続き、救急専門医の退職があり、非常に厳しい診療体制となっています。現在も経営母体である茨城県厚生連の今後の方針が定まらない中で、医師の確保や体制の見直しもままならない状況です。</p> <p>現場の意見ですが、本部には早期に今後の経営方針を決定していただき、少しでも当院がこの地域の救急医療に貢献できればと思っております。</p>
ク 鹿 リ 鳴 ハ ニ ッ ク ト	<ul style="list-style-type: none"> ・循環器専門医療機関として、循環器領域における救急搬送につきましては、可能な限り地域内で完結し、搬送時間の減少に努めていきたいと考えています。 ・自院の課題といたしましては、土日祝日の夜間帯と日祝日の日勤帯における循環器ホットラインの受け入れ体制を構築するための人材確保と育成が課題となります。又、中長期的には、人材確保及び育成により、解離性大動脈瘤などの心臓血管外科領域における緊急手術対応ができるようになることが課題です。

問2 救急患者の搬送について、医療機関同士での連携は行っていますか。具体例を書ける範囲で御記入ください。

<p>小山 病院 記念</p>	<p>join 等を用いて、適時連携しています。</p>
<p>神栖 会 病院 済生</p>	<p>週3回（日中）、日本医科大学千葉北総病院から救急科医師の派遣を受けているため、重症度の高い救急については、日本医科大学千葉北総病院の救急科と連携を図ったうえで、スムーズな転院搬送が可能な状況となっている。</p>
<p>白 十字 病 院 総 合</p>	<p>医療関係者間コミュニケーションアプリ（Join）や、昨年から試験導入された、救急医療情報システム（NEXT Stage ER Mobile）を活用しております。救急医療情報システムは、これまで得ることができなかった、視覚的な情報を確認ができるツールとして、救急搬送受け入れ時に効果的であると考えます。</p>
<p>高 須 病 院</p>	<p>①医療関係者間コミュニケーションアプリで救急患者情報を用いている。 ②救急患者毎に必要時には高次医療機関の専門医と連絡取り合う。また三次（救急）医療機関救急からの受入依頼あれば転院搬送受け入れるように連携している。 ③主治医や嘱託医から直接救急依頼相談あればベッドが確保できる状況なら基本的には受け入れるようにしている。</p>
<p>な め が た 地 域 医 療 セ ン タ ー</p>	<p>特にございません。</p>
<p>鹿 嶋 ハ ー ト ク リ ニ ック</p>	<p>・循環器救急ホットラインを設置し、救急患者のスムーズな受け入れ体制を構築しています。 ・定期的に近隣医療機関を訪問させていただき、循環器救急ホットラインのご案内をしています。</p>

【圏外】医療機関

問 茨城県鹿行保健医療圏からの患者流入について、貴医療機関ではどのような現状ですか。また、その現状に対しどのような問題や課題、解決方法があるとお考えですか。御自由に御記入をお願いいたします。

県内

水戸 ターミナル 医療	<p>鹿行広域消防は別の地域 MC 協議会所属のためか、救急で話題となる「顔の見える関係」が構築されていない。そのためか、救急担当者（警防課など）と救急搬送に関して検討する機会がほぼ得られていない。</p> <p>別途資料）当院への鹿行消防救急車の時間外搬送年間件数は、水戸、茨城町、ひたちなか・東海など MC 管内消防について 3 4 番目であり、少ない数ではない。</p>
東京 医科大学 茨城	<p>当院への救急車搬送状況は、令和 4 年度 鹿行広域 50 件、鹿島地方 88 件で合計 138 件。全体（4282 件）の 3.2%となっております。</p> <p>遠方ということもあり、搬送件数は少ない状況ですが、受入は可能です。</p> <p>時間外等で医師の専門外疾患については、受入が出来ない場合もありますが、ご相談を頂ければと思います。</p>
土浦 協同病院	<p>状況は理解しておりますので、今後もできる限り協力させていただきます。</p> <p>一部で長距離の搬送が、患者、家族（消防）にとってメリットが乏しいケースが散見されます。</p> <p>将来的には、トリアージフローなどを改訂し、二次救急・三次救急など急性期病院の機能分化を推進させること、ACPの普及を進めて（バイタルサインが悪い症例でも）望まない遠距離搬送を減らしていくことが望ましいと考えます。</p>

県外

旭 中央病院	<p>茨城県からの救急車の受入れ状況</p> <p>2020 年度 584 件</p> <p>2021 年度 514 件</p> <p>2022 年度 469 件</p>
国際 医療福祉 大学 成田病院	<p>いつもありがとうございます。</p> <p>可能な限りお受けいたします。</p>
島田 総合病院	<p>当院は茨城県からの救急要請は、月平均 20 件くらいの受け入れをしています。</p> <p>当院の考えとしては他医療圏というよりは、同じ生活圏と考えているので受け入れに関しては今以上に御協力させていただければと思います。</p>
千葉 県立 佐原病院	<p>当院での令和 4 年度の茨城県鹿行保健医療圏からの救急搬送件数は 72 件であった。これは、当院での令和 4 年度の総救急搬送件数の 4%にあたるものである。</p> <p>よって、現状、茨城県鹿行保健医療圏からの救急搬送が特段多いとは感じておらず、問題点はない。</p> <p>ただ今後、令和 6 年度からの医師の働き方改革により、当院では夜間帯の救急受け入れを制限する可能性がある状況の中で、今受け入れをしている一定割合の方をお断りしたときに、新たな受け入れ先があるのかは、課題とするところである。</p>

当院では東関東道によるアクセスの利便性から貴医療圏より収容依頼を頂いております。現状としては昨年度茨城県から搬送された救急車は 226 台、茨城県在住患者の救急外来受診患者は 293 名でした。医師、看護師を含む医療スタッフの確保や働き方改革への対応などにより救急対応が難しい事情は承知しております。僭越ではございますが、ご質問頂戴しましたのでコメント致します。

本件に関しては、救急医療の特性から重症度に応じて検討する必要があると考えます。

3 次救急適応の重症患者：

貴医療圏から当院までの搬送には 40～60 分ほどを要します。これは重症患者の救命においては致命的となりえます。そのため重症患者に対応可能な救命センター、またはそれにとって代わる医療機関が必要であると考えます。

2 次救急適応の患者：

当院としては貴医療圏から搬送頂くことは全く問題ありません。しかしながら当然入院ベッドが確保できることが条件となります。そのため初療後に翌日以降迅速な転院が可能なシステムがあれば、救急での受け入れがよりスムーズになりえます。これらを既存の医療機関と調整することは、問題の解決方法の一つと考えられます。この点は旭中央病院さんが近隣 2 次医療機関と連携していると伺っておりますので、参考にされてはいかがでしょうか。

令和5年度第1回鹿行災害ワーキング会議 出席者名簿

日時：令和5年11月20日（月）
18時30分～20時30分
場所：潮来保健所大会議室

機関名		役職・氏名		摘要
区分	所属名			
茨城県災害医療 コーディネーター	茨城県医師会	副会長	鈴木 祥司	Web参加
	国立病院機構水戸医療センター	救命救急センター長 救急医療部長	安田 貢	Web参加
地域災害医療 コーディネーター	神栖済生会病院（統括DMAT）	麻酔科部長	藤井 猛雄	会場参加
	城之内医院	院長	城之内 宏至	Web参加
	小山記念病院（DMAT隊員）	救急科部長	金村 秀	Web参加
災害拠点病院 （DMAT保有）	小山記念病院	理事長	小山 典宏	欠席
	神栖済生会病院	院長	金沢 義一	Web参加
救急告示病院	高須病院	院長	高須 伸克	Web参加
	鉾田病院	院長	横田 廣夫	Web参加
	白十字総合病院	院長	鈴木 善作	Web参加
病院	土浦協同病院なめがた地域医療センター	院長	清水 純一	欠席
医師会	鹿島医師会	会長	松倉 則夫	Web参加
	水郷医師会 （会長 飯島福生代理）	理事	大久保 喜彦	Web参加
歯科医師会	鹿行歯科医師会	会長	関戸 正倫	Web参加
薬剤師会	潮来薬剤師会	会長	井上 剛	Web参加
茨城県看護協会	看護協会鹿行地区理事	理事	小原 一也	Web参加
消防本部	鹿行広域事務組合消防本部 （消防長事務扱 岸田一夫代理）	警備課副参事	鬼澤 智幸	会場参加
	鹿島地方事務組合消防本部	消防長	武藤 隆	Web参加
市町村	行方市総務課	課長	谷川 達郎	Web参加
	行方市健康増進課	課長	平山 勝弘	Web参加
	鉾田市危機管理課	課長	花塚 清一	Web参加
	鉾田市健康増進課	課長	門井 勝幸	Web参加
	鹿嶋市交通防災課	課長	松島 良治	Web参加
	鹿嶋市保健センター	所長	藤枝 多嘉子	Web参加
	潮来市総務課	課長	村田 政子	会場参加
	潮来市かすみ保健福祉センター	センター長	杉山 英之	会場参加
	神栖市防災安全課	課長	寺島 清志	Web参加
	神栖市健康増進課	課長	高安 裕子	Web参加

自衛隊	勝田駐屯地施設教導隊			欠席
保健所	潮来保健所	所長	緒方 剛	会場参加

○オブザーバー参加

茨城県	保健政策課	首席医療指導官	園部 広由喜	Web参加
-----	-------	---------	--------	-------

○事務局

茨城県	潮来保健所	次長兼総務課長	藤田 幹義	会場参加
	潮来保健所 地域保健推進室	室長	黒田 克彦	会場参加
	潮来保健所 地域保健推進室	係長	林 隆司	会場参加
	潮来保健所 地域保健推進室	主任	河内 加奈	会場参加
	潮来保健所 地域保健推進室	主事	原目 龍磨	会場参加

【資料】災害時の保健医療に関する各機関の役割と連携(たたき台)

○災害発生時から復旧・復興までの関係機関の主な活動と流れ

【災害想定】

保健所管内の市町村で震度6以上の震災(被災市町村単独では対応困難で、県内他市町村や他都道府県等の応援が必要とされる災害

		初動期(発災後～概ね24時間以内)	
区分		<p>建物の倒壊・火災等により傷病者が多数発生。 救助・救出活動開始。 多数の傷病者が医療機関に殺到。ライフラインや交通機関機が機能停止。 野外等への避難者, 帰宅困難者増大。</p>	
		事前調査	会議後
保健所		<ol style="list-style-type: none"> 1. 施設等の安全確保と活動体制の確立 2. 保健福祉部保健所現地対策班の設置 3. 県災害対策本部, 市町村危機管理部門, 管内の関係機関との連絡体制の確認と連携・調整 4. 災害・被災状況等の情報収集と本庁主管課への報告 <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関等の被害状況等調査(EMIS) ・人工透析施設の被害状況等調査 ・市町村の避難所・医療救護所状況調査 ・避難行動要支援者安否確認(在宅呼吸器装着者) ・医薬品広域卸売販売業者, 管内薬局, 毒劇物営業業者, 水道施設等の被害状況調査 5. 災害規模に応じた保健師支援計画, 勤務体制, 役割の調整 6. 相談窓口の設置(保健医療・衛生関係) 	<p>⇒</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 施設等の安全確保と活動体制の確立 2. 潮来保健所現地対策班の設置 3. 県災害対策本部, 市町村危機管理部門, 管内の関係機関との連絡体制の確認と連携・調整 4. 地域災害医療コーディネーターとの連絡調整 5. 災害・被災状況等の情報収集と本庁主管課への報告 <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関等の被害状況等調査(EMIS) ・人工透析施設の被害状況等調査 ・市町村の避難所・医療救護所状況調査 ・避難行動要支援者安否確認(在宅呼吸器装着者) ・医薬品広域卸売販売業者, 管内薬局, 毒劇物営業業者, 水道施設等の被害状況調査 6. 災害規模に応じた保健師支援計画, 勤務体制, 役割の調整 7. 相談窓口の設置(保健医療・衛生関係)
被災市町村		<ol style="list-style-type: none"> 1. 施設利用者の安全確保及び避難誘導 2. 災害対策本部の設置 3. 災害・被災状況・ライフライン等の情報収集・アセスメント 4. 救護所の設置 5. 避難所の設置 6. 避難行動要支援者への安否確認 7. 住民への広報活動(災害状況、避難情報等) 8. 関係機関との連絡・調整 9. 受援体制の検討及び応援受入れ準備 	<p>⇒</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 施設利用者の安全確保及び避難誘導 2. 災害対策本部の設置 3. 災害・被災状況・ライフライン等の情報収集・アセスメント 4. 救護所の設置 5. 避難所の設置 (福祉避難所含む) 6. 避難行動要支援者への安否確認 7. 住民への広報活動(災害状況、避難情報等) 8. 関係機関との連絡・調整 9. 受援体制の検討及び応援受入れ準備

		初動期(発災後～概ね24時間以内)	
区分		<p>建物の倒壊・火災等により傷病者が多数発生。 救助・救出活動開始。 多数の傷病者が医療機関に殺到。ライフラインや交通機関機が機能停止。 野外等への避難者, 帰宅困難者増大。</p>	
		事前調査	会議後
D M A T		<ol style="list-style-type: none"> EMISの入力及び更新(自院病院の被害状況) トリアージの準備。傷病者の重度に応じて対応し、対応力を超える場合はEMIS等を使い情報発信する。 搬送について地元消防隊と連携 支援受入れに備える(自院が診療継続不可能な場合) <ul style="list-style-type: none"> 支援要請の準備 支援者待機場所の確保 	<p>⇒</p> <ol style="list-style-type: none"> 被災状況の情報収集 EMISの入力及び更新(自院病院の被害状況) トリアージの準備。傷病者の重度に応じて対応し、対応力を超える場合はEMIS等を使い情報発信する。 搬送について地元消防隊と連携 支援受入れに備える(自院が診療継続不可能な場合) <ul style="list-style-type: none"> 支援要請の準備 支援者待機場所の確保
コ ー 地 域 デ イ ネ ー タ ー 医 療		<ol style="list-style-type: none"> 潮来保健所との連絡調整 <ul style="list-style-type: none"> 状況確認、保健所までの安全なルート確認 情報収集 <ul style="list-style-type: none"> 医療機関等の被災状況 幹線道路や河川の状況確認 	<p>⇒</p> <ol style="list-style-type: none"> 潮来保健所との連絡調整 <ul style="list-style-type: none"> 状況確認、保健所までの安全なルート確認 情報収集 <ul style="list-style-type: none"> 医療機関等の被災状況 幹線道路や河川の状況確認
薬 劑 師 会 歯 科 医 師 会		<p>【医師会】</p> <ol style="list-style-type: none"> 災害拠点病院、救急病院の被害状況の確認 潮来保健所との連絡調整 JMATの編成 透析患者等、その他緊急をよする患者への対応確認 必要に応じてトリアージ対応への協力 <p>【鹿行歯科医師会】</p> <ol style="list-style-type: none"> 各地区の被害状況確認(災害連絡網にて確認) <p>【潮来薬剤師会】</p> <ol style="list-style-type: none"> 各会員及び薬局施設等の被害状況確認 	<p>⇒</p> <p>【医師会】</p> <ol style="list-style-type: none"> 災害拠点病院、救急病院の被害状況の確認 潮来保健所との連絡調整 JMATの編成 透析患者等、その他緊急をよする患者への対応確認 必要に応じてトリアージ対応への協力 <p>【鹿行歯科医師会】</p> <ol style="list-style-type: none"> 各地区の被害状況確認(災害連絡網にて確認) <p>【潮来薬剤師会】</p> <ol style="list-style-type: none"> 各会員及び薬局施設等の被害状況確認 開局薬局の情報収集

		初動期(発災後～概ね24時間以内)	
区分		<p>建物の倒壊・火災等により傷病者が多数発生。 救助・救出活動開始。 多数の傷病者が医療機関に殺到。ライフラインや交通機関機が機能停止。 野外等への避難者, 帰宅困難者増大。</p>	
		事前調査	会議後
その 他の 支 援 チ ーム	J D J R P M A A T T T T	【茨城県看護協会鹿行地区】 1. 被災医療機関等の状況確認	⇒ 【茨城県看護協会鹿行地区】 1. 被災医療機関等の状況確認
災害 拠点 病院		<ol style="list-style-type: none"> 1. 被害状況・ライフライン等の情報収集(自院被害状況をEMISに入力) 2. 災害対策本部の設置 3. 診療の継続性や業務継続範囲の検討 4. 多数傷病者の受入れ体制の構築の開始 ・トリアージ ・患者受け入れスペース、入院ベッドの確保 5. 傷病者数が病院キャパシティを超える場合は、関係機関(県)に応援要請 6. 域外DMAT等の医療救護チームの受入れ 	⇒ <ol style="list-style-type: none"> 1. 被害状況・ライフライン等の情報収集(自院被害状況をEMISに入力) 2. 災害対策本部の設置 3. 診療の継続性や業務継続範囲の検討 4. 多数傷病者の受入れ体制の構築の開始 ・トリアージ ・患者受け入れスペース、入院ベッドの確保 5. 傷病者数が病院キャパシティを超える場合は、関係機関(県)に応援要請 6. 域外DMAT等の医療救護チームの受入れ
診療 院 所 等		<ol style="list-style-type: none"> 1. 被害状況・ライフライン等の情報収集(自院被害状況をEMISに入力) 2. 災害対策本部の設置 3. 診療継続の検討 4. 医療提供体制の構築、トリアージ 	⇒ <ol style="list-style-type: none"> 1. 被害状況・ライフライン等の情報収集(自院被害状況をEMISに入力) 2. 災害対策本部の設置 3. 診療継続の検討 4. 医療提供体制の構築、トリアージ

		初動期(発災後～概ね24時間以内)	
区分	建物の倒壊・火災等により傷病者が多数発生。 救助・救出活動開始。 多数の傷病者が医療機関に殺到。ライフラインや交通機関機が機能停止。 野外等への避難者, 帰宅困難者増大。		
	事前調査		会議後
消防	<ol style="list-style-type: none"> 1. 災害対策本部の設置 2. 道路状況、被害状況等の情報収集 3. 各市災害対策本部及び関係機関との連携 <ul style="list-style-type: none"> ・救護所の設置 ・医師、看護師等の要請 ・搬送先医療機関の情報収集(EMISでDMAT運用状況等確認) 4. 救急・火災・救助通報等への対応 5. 必要物資(水、医薬品、燃料等)の調達 6. 被災状況により救急隊の応援要請 	⇒	<ol style="list-style-type: none"> 1. 災害対策本部の設置 2. 道路状況、被害状況等の情報収集 3. 各市災害対策本部及び関係機関との連携 <ul style="list-style-type: none"> ・救護所の設置 ・医師、看護師等の要請 ・搬送先医療機関の情報収集(EMISでDMAT運用状況等確認) 4. 救急・火災・救助通報等への対応 5. 必要物資(水、医薬品、燃料等)の調達 6. 被災状況により救急隊の応援要請
自衛隊	<ol style="list-style-type: none"> 1. 施設学校指揮所の開設 <ul style="list-style-type: none"> ・県庁LOの派遣(県から要望及び被害状況等の情報収集) ・関係機関・上級部隊等の調整(増援部隊に係る検討・調整等) 2. 施設教導隊指揮所の開設 <ul style="list-style-type: none"> ・市町村LOの派遣(市町村から直接、被害状況等の情報収集) ・上級部隊(施設学校)との調整(部隊運用、補給品の受領等) ・FFの派遣(初動対処)、被害状況に応じて教導隊主力の派遣 3. 施設教導隊中隊による出動準備 <ul style="list-style-type: none"> ・払い出し品(糧食、水分、燃料)及び中隊保有物品の積載 ・被災市町村から直接、被害状況等の情報収集 	⇒	<ol style="list-style-type: none"> 1. 施設学校指揮所の開設 <ul style="list-style-type: none"> ・県庁LOの派遣(県から要望及び被害状況等の情報収集) ・関係機関・上級部隊等の調整(増援部隊に係る検討・調整等) 2. 施設教導隊指揮所の開設 <ul style="list-style-type: none"> ・市町村LOの派遣(市町村から直接、被害状況等の情報収集) ・上級部隊(施設学校)との調整(部隊運用、補給品の受領等) ・FFの派遣(初動対処)、被害状況に応じて教導隊主力の派遣 3. 施設教導隊中隊による出動準備 <ul style="list-style-type: none"> ・払い出し品(糧食、水分、燃料)及び中隊保有物品の積載 ・被災市町村から直接、被害状況等の情報収集

DMAT(ディーマツト) Disaster Medical Assistance Team …災害時の急性期(48時間以内)に活動できる機動性をもった、厚生労働省の指定した専門的訓練を受けた災害派遣医療チーム。

地域災害医療コーディネーター…地域の医療ニーズ等の分析, 医療救護活動に係る助言・調整, 医療救護チームの受入・派遣調整等を行う。

JMAT(ジェイマツト) Japan Medical Association Team …日本医師会により組織される災害医療チーム。

DPAT(ディーパツト) Disaster Psychiatric Assistance Team…都道府県及び政令都市によって組織される, 専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チーム。

JRAT(ジェイラツト) Japan Rehabilitation Assistance Team …大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会。

災害支援ナース …日本看護協会都道府県看護協会に登録し, 看護職能団体の一員として, 被災地に派遣される看護職

災害拠点病院 …災害時における初期救急医療体制の充実・強化を図るための医療機関。都道府県は1ヶ所「基幹」拠点病院を, 原則, 二次医療圏に各1ヶ所「地域」拠点病院を指定。

医政地発0331第14号
令和5年3月31日
最終改正 医政地発0629第3号
令和5年6月29日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（ 公 印 省 略 ）

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について

医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）第30条の4の規定に基づき、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の5疾病並びに救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。以下同じ。）の6事業（以下あわせて「5疾病・6事業」という。）並びに居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）について医療計画に記載することとされています。

各都道府県が医療提供体制を確保するに当たり、特に5疾病・6事業及び在宅医療については、①疾病又は事業ごとに必要となる医療機能を明確化した上で、②地域の医療機関がどのような役割を担うかを明らかにし、さらに③医療連携体制を推進していくことが求められています。

医療機能の明確化から連携体制の推進に至るこのような過程を、以下、医療体制の構築ということとします。

5疾病・6事業及び在宅医療の医療体制を構築するに当たっては、それぞれに求められる医療機能を具体的に把握し、その特性及び地域の実情に応じた方策を講ずる必要があることから、下記のとおり、それぞれの体制構築に係る指針を国において定めましたので、新たな医療計画作成のための参考としていただきますようお願いします。

なお、本通知は法第30条の8に基づく技術的助言であることを申し添えます。

また、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）は廃止します。

記

1 法的根拠

法第30条の4第4項の規定に基づき、都道府県は、5疾病・6事業及び在宅医療に係る医療連携体制に関する事項等を医療計画に定めることとされている。

また、5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療体制を各都道府県が構築するに当たっては、法第30条の3第1項に基づき厚生労働大臣が定める医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号。以下「基本方針」という。）第

四の二及び三に示すとおり、地域の医療提供施設の医療機能を医療計画に明示することにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る必要がある。

一方、基本方針第二の二に示すとおり、国は5疾病・6事業及び在宅医療について調査及び研究を行い、5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれに求められる医療機能を明らかにすることとされており、本通知は、国として当該医療機能を明らかにすること等により、都道府県の医療体制構築を支援するものである。

なお、医療機能に関する情報の提供については、法第6条の3に基づく医療機能情報提供制度が別途実施されている。

5疾病・6事業及び在宅医療の医療体制構築に当たっては、当該制度により都道府県に報告された医療機能情報を活用できること、特に、患者や住民に情報を提供するためだけではなく、地域の医療関係者が互いに情報を共有することで信頼を醸成し、円滑な連携を推進するためにも活用すべきであることに留意されたい。

2 策定に当たっての留意点

別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」は、国として、①5疾病・6事業及び在宅医療の医療機能の目安を明らかにした上で、②各医療機能を担う地域の医療機関が互いに信頼を醸成し、円滑な連携を推進するために、都道府県が取るべき手順を示したものである。

都道府県においては、地域において良質かつ適切な医療を切れ目なく効率的に提供するため、本指針を参考にしつつ、医療計画の策定に当たられたい。

なお策定に当たっては、次に掲げる点に留意されたい。

- ① 5疾病・6事業及び在宅医療の医療体制については、各都道府県が、患者動向、医療資源など地域の実情に応じて構築するものであること。
- ② したがって、本指針は医療体制の構築のための目安であり、必ずしもこれに縛られるものではないこと。
- ③ 5疾病・6事業ごと及び在宅医療の医療体制構築に当たっては、地域の実情に応じて必要性の高いものから優先的に取り組むべきものであること。
- ④ 医療計画の実効性を高めるよう、5疾病・6事業及び在宅医療ごとにPDCAサイクルを効果的に機能させ、政策循環の仕組みを強化するため、それぞれの指標を活用すること。
- ⑤ 本指針は国における現時点での知見に基づくものであり、今後も検討、調査及び研究を続けて適宜提示するものであること。

3 本指針の位置付け及び構成

5疾病・6事業及び在宅医療の医療体制を含めた、医療計画制度の全体像については、「医療計画について」（令和5年3月31日付け医政発0331第16号厚生労働省医政局長通知）の別紙「医療計画作成指針」により別途提示しているところである。

「医療計画作成指針」と「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」との関係は別表のとおりであり、各都道府県におかれては、新たな医療計画の作成に当たり、「医療計画作成指針」を参考に計画全体の構成、作成の手順等を検討した上で、本指針により5疾病・6事業及び在宅医療に係る具体的な医療体制の構築及び計画の作成を図られたい。

【法第 30 条の 8】

厚生労働大臣は、技術的事項について必要な助言ができる。

基本方針

- 医療提供体制確保の
 - ・基本的事項
 - ・調査及び研究
 - ・目標
- 医療連携体制
- 医療機能情報の提供
- 医療従事者の確保
- 計画作成と事業評価
- その他重要事項

医療計画作成指針

- 計画作成の趣旨
- 一般的留意事項
- 計画の内容
- 計画作成の手順等
- 計画の推進等
- 計画に係る報告等

本指針

- 医療体制構築の
 - ・趣旨
 - ・内容
 - ・手順
 - ・連携の推進等
 - ・評価等
- 疾病・事業別の体制
 - ・がん
 - ・脳卒中
 - ・心筋梗塞等の心血管疾患
 - ・糖尿病
 - ・精神疾患
 - ・救急医療
 - ・災害時における医療
 - ・新興感染症発生・まん延時における医療
 - ・へき地の医療
 - ・周産期医療
 - ・小児医療（小児救急を含む。）
 - ・在宅医療

【法第 30 条の 4 第 1 項】

都道府県は基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて医療計画を定める。

医療計画

- 基本的な考え方
- 地域の現状
- 疾病・事業ごとの医療体制
 - ・がん
 - ・脳卒中
 - ・心筋梗塞等の心血管疾患
 - ・糖尿病
 - ・精神疾患
 - ・救急医療
 - ・災害時における医療
 - ・新興感染症発生・まん延時における医療
 - ・へき地の医療
 - ・周産期医療
 - ・小児医療（小児救急を含む。）
 - ・在宅医療
 - ・その他特に必要と認める医療
- 地域医療構想
- 地域医療構想を達成する施策
- 病床機能の情報提供の推進
- 外来医療に係る医療提供体制の確保
- 医師の確保
- 医療従事者（医師を除く。）の確保
- 医療の安全の確保
- 医療提供施設の整備目標
- 基準病床数
- その他医療提供体制の確保に必要な事項

在宅医療の体制構築に係る指針

多くの国民が自宅等住み慣れた環境での療養を望んでいる。高齢化の進展に伴い疾病構造が変化し、誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められている。在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素である。

また、今後増大する慢性期の医療ニーズに対し、在宅医療はその受け皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして期待されている。

本指針では「第1 在宅医療の現状」において、我が国の疾病構造及び在宅医療のニーズの変化や在宅医療に係る資源の現状を概観し、次に「第2 医療体制の構築に必要な事項」において、どのような医療体制を構築すべきかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また在宅医療に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とそれらの関係機関間の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価を行えるようにすること。

第1 在宅医療の現状

1 在宅医療の現状

(1) 疾病構造の変化

昭和 10～20 年代において、我が国の死因の第1位であった結核に代わり、昭和 33 年以降は、悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病（慢性疾患）が死因の上位を占めるようになった¹。こうした疾病構造の変化や高齢化の進展に伴い、要介護認定者や認知症患者は大幅に増加しており、自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活を送る者が今後も増加していくことが考えられる。

(2) 在宅医療のニーズの増加と多様化

令和 2 年における 65 歳以上の高齢者人口は、3,534 万人であるが¹、令和 24 年には 3,935 万人となりピークを迎え²、同年の 75 歳以上の人口割合は、現在の 14% から 20% に増加する。また、65 歳以上の高齢者のいる世帯の約 6 割が、独居又は夫婦のみの世帯である。さらに、死亡総数は現在の約 136 万人から約 167 万人に増える²。在宅医療を受ける患者数は令和 22 年以降に最も多くなる見込みとされており、今後は、高齢者の世帯動向、居宅等の形態も踏まえ、医療提供の在り方を検討することが重要である。

在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者数は、平成 30 年の 18,257 人/月から、令和 3 年には 19,536 人/月と、推移している³。特に、医療技術の進歩等を背景として、退院後も人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加している。在宅患者訪問診療料を算定している 1 か月あたりの小児（0～14 歳）の数は、平成 30 年の 2,085 人/月から、令和 2 年の 2,935 人/月へと増加し³、また訪問看護を受ける小児（0～14 歳）の数は、平成 29 年の約 1 万 4 千人/月から、令和 3 年の約 2 万 3

1 厚生労働省「国勢調査」（令和 2 年）

2 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（1 月推計）」（平成 29 年）

3 厚生労働省「社会医療診療行為別統計」

千人/月へと増加している⁴。

このように、疾病構造の変化や高齢化の進展、医療技術の進歩、QOL 向上を重視した医療への期待の高まり等により、在宅医療のニーズは増加し、また多様化している。

2 在宅医療の提供体制

(1) 退院支援

在宅医療は、増大する慢性期の医療ニーズの受け皿としての役割を期待されている。近年、在宅療養を選択する人工呼吸器を装着した者や何らかの医療処置を必要とする者が増えてきたことから、医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要となる。

具体的には、病院における組織的な取組（退院支援担当者の配置や退院困難者のスクリーニングの導入等）や多職種による退院前カンファレンス等が行われており、自宅への退院者の増加や平均在院日数の減少、患者や家族等の QOL 向上等の効果が報告されている⁵。

退院支援担当者を配置している病院は、平成 20 年の 2,450 か所（28%）から、令和 2 年の 4,147 か所（50%）へと増加している⁶。病床規模別にみると、300 床以上の病院では 74% の病院で退院支援の担当者を配置しており、病床規模が大きい病院ほど複数の担当者を配置している傾向がみられる⁶。

(2) 日常の療養生活の支援

① 訪問診療

在宅医療を受けた患者数は、平成 29 年の 160,600 人/日から、令和 2 年の 158,400 人/日で推移している⁷。

今後も需要の増加が見込まれる在宅医療の体制整備に向け、訪問診療における医療機関間の連携や ICT 化等による対応力強化、これまで訪問診療を担っていない医療機関や新規に開業する医療機関の訪問診療への参入促進等を行っていく必要がある。

令和 2 年に訪問診療を提供している医療機関は、全病院 8,238 か所のうち 2,973 か所（36.1%）、全診療所 102,612 か所のうち、20,187 か所（19.7%）である⁶。また、在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所数は令和 2 年 3 月現在、それぞれ 1,493 か所、14,401 か所の届出があり⁸、増加しているものの、都道府県別の人口 10 万人当たりでみると、前者が 0.4 から 5.4（全国値 1.2）、後者が 5.5 から 21.4（全国値 11.6）とばらつきが見られる⁷。

病院、診療所を対象とした調査では、在宅医療を実施する上で特に大変なこととして、74% が 24 時間対応の困難さを挙げた⁹。在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な組織体制で提供されており、24 時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための医療機関間の連携の構築や情報通信機器の活用等による対応力強

⁴ 厚生労働省「訪問看護療養費実態調査」（平成 29 年 6 月審査分、令和 3 年 6 月審査分より推計）

⁵ 医療経済研究機構「退院準備から在宅ケアを結ぶ支援（リエゾンシステム）のあり方に関する研究」（平成 19 年）

⁶ 厚生労働省「医療施設調査（静態）」（平成 20、令和 2 年）

⁷ 厚生労働省「患者調査」（平成 29、令和 2 年）

⁸ 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ（令和元・2 年）

⁹ 日本医師会総合政策研究機構「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果」（平成 29 年）

化の構築が求められている。

② 訪問看護

訪問看護利用者については、医療保険による利用者は約38.0万人/月¹⁰、介護保険による訪問看護利用者が約66.9万人/月¹¹である。

介護保険における請求事業所数で見ると、訪問看護ステーションは11,084か所¹²、訪問看護を実施する病院・診療所は1,411か所である¹²。都道府県別に人口10万人当たりの訪問看護事業所数（訪問看護ステーション、訪問看護を実施している医療機関の合計）をみると、6.3から17.7とばらつきがみられる（全国値10.5）¹³。

訪問看護ステーションの半数以上は、看護職員（常勤換算）が5人未満の小規模な事業所であるが、規模の大きな訪問看護ステーションほど、緊急時の訪問、医療ニーズの高い利用者への対応、24時間対応等が可能な体制をとれている事業所が多い実態がある¹⁴。

今後は、上記に加え、退院に向けた医療機関との共同指導、看取りや重症度の高い利用者へ対応できるよう、訪問看護事業所間や関係機関との連携強化、訪問看護事業所の事業者規模の拡大等の機能強化や、情報通信機器の活用等による業務効率化による安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備が求められている。

③ 訪問歯科診療

在宅歯科医療を受けた患者は、約40,900人/日（歯科外来患者総数の3.1%）であり、そのうち、92.9%が65歳以上である⁷。

全歯科診療所67,874か所のうち、訪問歯科診療を提供している歯科診療所は、15,236か所（22.4%）である⁶。歯科衛生士等による訪問歯科衛生指導を提供している歯科診療所は4,707か所（6.9%）である⁶。

在宅又は介護施設等における療養を歯科医療面から支援する在宅療養支援歯科診療所は8,468か所、全歯科診療所の約12.5%にとどまっている⁸。

近年、口腔の管理が誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されており、口腔の管理の重要性が高まっている。こうした観点から、歯科医師だけでなく、歯科衛生士の口腔の管理へのより一層の関わりが期待されている。今後は地域の実情を踏まえ、歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携を更に推進していくことが求められている。

④ 訪問薬剤管理指導

全薬局 61,791 か所¹⁵のうち、訪問薬剤管理指導業務を実施している薬局は、医療保険では9,207か所で算定回数は約75万回/年、介護保険では30,021か所（重複あり）で算定回数は約1,591万回/年である¹⁶。医療機関の薬剤師が実施した訪問薬剤管理指導業務は、医療保険約340回/月¹⁷、介護保険約6,000回/月¹⁸となっている。薬局には、医薬品、医療機器等の提供体制の構築や患者の服薬情報の一

¹⁰ 厚生労働省「訪問看護療養費実態調査」（令和3年6月審査分より推計）

¹¹ 厚生労働省「介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）」（令和3年6月）

¹² 厚生労働省「介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）」（令和2年6月）

¹³ 厚生労働省「介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）」（令和2年度）より算出

¹⁴ 厚生労働省保険局医療課調べ（令和3年）

¹⁵ 厚生労働省「衛生行政報告例」（令和3年）

¹⁶ 厚生労働省保険局、老健局調べ（令和3年）

¹⁷ 厚生労働省「社会医療診療行為別統計」（令和3年）

¹⁸ 厚生労働省「介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）」（令和3年度）より算出

元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導、薬物療法に関する情報の共有をはじめとした多職種との連携、夜間・休日を含む急変時の対応等が求められている。薬剤師の関与により、薬物有害事象への対処や服薬状況の改善が見込まれ、在宅医療の質の向上につながることから、薬剤師の果たす役割は大きい。

高度な薬学管理等を充実させ、多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等を推進するため、麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24時間対応が可能な薬局の整備が必要である。そのため、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関等と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じて、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図ることが重要である。また、都道府県の薬務主管課と医務主管課が連携し、地方薬事審議会等を活用して、麻薬調剤や無菌製剤処理等の高度な薬学管理が可能な薬局の整備状況や実績について把握・分析を行い、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築することが求められている。

⑤ 訪問リハビリテーション

医療機関から訪問リハビリテーションを受けた患者のうち、医療保険による患者数は2,326人/月であり、提供している医療機関（病院・診療所）数は1,472か所である⁸。介護保険による患者数は135,700人/月であり、提供している医療機関等（病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院）数は4,950か所である¹¹。

今後、在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点を踏まえ、医療機関におけるリハビリテーション（急性期・回復期）から、地域における居住生活の維持向上を目指す生活期リハビリテーションを切れ目なく提供できる体制の整備が求められる。

なお、医療計画においては病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院から提供される訪問リハビリテーションについて検討することとする。

⑥ 訪問栄養食事指導

在宅患者訪問栄養食事指導（医療保険）を受けた患者数は142.5人/月であり、実施している医療機関（病院・診療所）数は114.7か所である⁸。管理栄養士による在宅療養管理指導（介護保険）を受けた患者数は4,960人/月であり、実施している事業所（病院・診療所）数は1,116か所である⁸。また、管理栄養士による在宅療養管理指導について、65歳以上人口10万人あたりの事業所数は全国平均で31.4か所であり、都道府県によってばらつきがみられた⁸。

今後、訪問栄養食事指導を充実させるためには、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、管理栄養士が所属する地域密着型の拠点である栄養ケア・ステーション[※]等の活用も含めた体制整備を行うことが求められる。

※ 栄養ケア・ステーションには、（公社）日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」と（公社）日本栄養士会が事業者等を個別に認定する「認定栄養ケア・ステーション」がある。

(3) 急変時の対応

自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に関する患者の不安や家族等の負担への懸念が挙げられる。こうした不安や負担の軽減が、在宅での療養を継続するための重要な課題である。

そのため、24時間いつでも往診や訪問看護等の対応が可能な連携体制や、入院医療機関における円滑な受入れといった後方支援体制の構築が求められている。

(4) 在宅での看取り

人生の最期を迎えるとき、どのような場所で生活したいかについて、国民の30.9%が在宅での生活を希望し、25.2%が病院などの医療機関で過ごすことを望んでいるが¹⁹、場所別の死亡率をみると、医療機関での死亡率が68%となっている¹。患者や家族等のQOLの維持向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、患者や家族等が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築が求められている。

また、訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数は介護保険で平成29年の1,446人から令和3年の2,086人²⁰、医療保険で平成29年の約3,400人から令和3年の約7,100人²¹へと年々増加している。

高齢化の進展に伴い、介護施設等で最期を迎える者が増えていることから、在宅医療に係る機関が介護施設等による看取りを必要に応じて支援することが求められる。

第2 医療体制の構築に必要な事項

1 目指すべき方向

前記「第1 在宅医療の現状」を踏まえ、個々の役割や医療機能、それを満たす各関係機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、在宅医療が円滑に提供される体制を構築すること。

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制

① 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

(2) 日常の療養支援が可能な体制

- ① 多職種協働により患者やその家族等の生活を支える観点からの医療の提供
- ② 緩和ケアの提供
- ③ 家族等への支援

(3) 急変時の対応が可能な体制

① 患者の病状急変時における往診や訪問看護等の体制及び入院病床の確保

(4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制

① 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

また、上記(1)から(4)の体制を構築するにあたり、地域における多職種連携を図りながら、24時間体制で在宅医療が提供されることが重要である。こうした観点から、在宅医療において積極的役割を担う医療機関や在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付けることが必要である。

2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、在宅医療の提供体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能の内容（目標、関係機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定すること。

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】

① 目標

- ・ 入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること

¹⁹ 厚生労働省「高齢期における社会保障に関する意識調査」内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」（平成30年）

²⁰ 厚生労働省「介護給付費等実態統計（旧：介護給付費実態調査）」（各年4月審査分 特別集計）

²¹ 厚生労働省「訪問看護療養費実態調査」（平成29年6月審査分、令和3年6月審査分より推計）

- ② 入院医療機関に求められる事項
- ・ 退院支援担当者を配置すること
 - ・ 退院支援担当者は、可能な限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けさせること
 - ・ 入院初期から退院後の生活を見据えた関連職種による退院支援を開始すること
 - ・ 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること
 - ・ 退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、関連職種を含む退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること

(医療機関の例)

- ・ 病院・有床診療所
- ※ 介護老人保健施設においても、在宅への移行に向けた取組が行われている。

- ③ 在宅医療に係る機関に求められる事項
- ・ 患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること
 - ・ 在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること
 - ・ 高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等にも対応できるような体制を確保すること
 - ・ 病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院（退所）支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと

(関係機関の例)

- ・ 病院・診療所
 - ・ 薬局
 - ・ 訪問看護事業所
 - ・ 居宅介護支援事業所
 - ・ 地域包括支援センター
 - ・ 基幹相談支援センター・相談支援事業所
- ※ 病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。以下同じ。

(2) 日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

- ① 目標
- ・ 患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む。）が多職種協働により、可能な限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること
- ② 在宅医療に係る機関に求められる事項
- ・ 関係機関の相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること
 - ・ 医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において患者に関する検討をする際には積極的に参加すること
 - ・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること

- ・ がん患者（緩和ケア体制の整備）、認知症患者（身体合併症等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）、小児患者（小児の入院機能を有する医療機関との連携）等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること※
- ・ 災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定すること
- ・ 医薬品や医療機器等の提供を円滑に行うための体制を整備すること
- ・ 身体機能及び生活機能の維持向上のための口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理を適切に提供するために、関係職種間で連携体制を構築すること
- ・ 日常生活の中で、栄養ケア・ステーション等と連携し、患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築すること
- ・ 在宅療養患者への医療・ケアの提供にあたり、医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、患者の病態に応じて、適切な時期にサービスが提供される必要がある

※ がん患者、認知症患者及び小児患者の在宅医療については、それぞれがんの医療体制構築に係る指針、精神疾患の医療体制構築に係る指針及び小児医療の体制構築に係る指針を参照のこと。

（関係機関の例）

- ・ 病院・診療所
- ・ 薬局
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 介護老人保健施設
- ・ 介護医療院
- ・ 短期入所サービス提供施設
- ・ 基幹相談支援センター・相談支援事業所

(3) 急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】

① 目標

- ・ 患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、薬局、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること

② 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族等に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること
- ・ 24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、薬局、訪問看護事業所等との連携により、24時間対応が可能な体制を確保すること
- ・ 在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議して入院病床を確保するとともに、搬送については、地域の消防関係者と連携を図ること
- ・ 患者の病状急変時にその症状や状況に応じて、円滑に入院医療へ繋げるため、事前から入院先として想定される病院・有床診療所と情報共有を行う、急変時対応における連携ルールを作成する等、地域の在宅医療に関する協議の場も活用し、消防関係者も含め連携体制の構築を進めることが望ましい

(関係機関の例)

- ・ 病院・診療所
- ・ 薬局
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 消防機関

③ 入院医療機関に求められる事項

- ・ 在宅療養支援病院、有床診療所（在宅療養支援診療所を含む。）、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、在宅医療に係る機関（特に無床診療所）が担当する患者の病状が急変した際の受入れを行うこと
- ・ 特に、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院においては、地域の在宅医療に係る機関と事前から情報共有を行う等連携することで、円滑な診療体制の確保に努めること

(医療機関の例)

- ・ 病院・有床診療所

(4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

① 目標

- ・ 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること

② 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族等の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること
- ・ 本人と家族等が希望する医療・ケアを提供するにあたり、医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の体制を整備すること
- ・ 麻薬を始めとするターミナルケアに必要な医薬品や医療機器等の提供体制を整備すること
- ・ 患者や家族等に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと
- ・ 介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること

(関係機関の例)

- ・ 病院・診療所
- ・ 薬局
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 基幹相談支援センター・相談支援事業所

③ 入院医療機関に求められる事項

- ・ 在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

(医療機関の例)

- ・ 病院・診療所

(5) **在宅医療において積極的役割を担う医療機関**

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、自ら 24 時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役

割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。

また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置付けることが想定される。

なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて、引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。

① 目標

- ・ 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
- ・ 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
- ・ 災害時及び災害に備えた体制構築への対応を行うこと
- ・ 患者の家族等への支援を行うこと

② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

- ・ 医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- ・ 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- ・ 臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- ・ 災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
- ・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・ 入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと

(6) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。

在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である。

また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。

① 目標

- ・ 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
- ・ 在宅医療に関する人材育成を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
- ・ 災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと

② 在宅医療に必要な連携を担う拠点到求められる事項

- ・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的を開催し、在宅

医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること

- ・ 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するように、関係機関との調整を行うこと
- ・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること
(関係機関の例)
 - ・ 病院・診療所
 - ・ 薬局
 - ・ 訪問看護事業所
 - ・ 居宅介護支援事業所
 - ・ 訪問介護事業所
 - ・ 介護保険施設
 - ・ その他の介護施設・事業所
 - ・ 地域包括支援センター
 - ・ 基幹相談支援センター・相談支援事業所
 - ・ 消防機関

第3 構築の具体的な手順

1 地域の現状の把握

都道府県は、在宅医療の体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す主な項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握すること。

さらに、(3)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握すること。

(1) 患者動向に関する情報

- ・ 人口動態
- ・ 退院支援を受けた患者数
- ・ 往診を受けた患者数
- ・ 訪問診療を受けた患者数（人口動態を元にした将来推計を含む。）
- ・ 訪問歯科診療を受けた患者数（人口動態を元にした将来推計を含む。）
- ・ 訪問看護利用者数
- ・ 訪問薬剤管理指導を受けた患者数
- ・ 医療機関等から提供される訪問リハビリテーションの患者数
- ・ 訪問栄養食事指導を受けた患者数
- ・ 歯科衛生士による訪問歯科衛生指導を受けた患者数
- ・ 小児の訪問診療を受けた患者数
- ・ 小児の訪問看護利用者数
- ・ 小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数

(2) 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 在宅医療を担う関係機関の数とその位置（訪問診療等を実施する診療所、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養支援歯科診療所、訪問薬剤管理指導を実施する薬局、訪問看護事業所等）
 - ・ 在宅医療に携わる人員・体制（在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の医師数、訪問看護ステーションの看護師数、24時間体制を取っている訪問看護ステーション数や看護師数、24時間対応が可能な薬局等）
 - ・ 連携の状況（情報通信機器等の活用も含めた関係機関間での診療情報や治療計画の共有の状況）
- (3) 指標による現状把握
- 別表 11 に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載すること。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2 圏域の設定

- (1) 都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定すること。
- 圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであり、施策の実効性を確保する観点から、圏域の設定は確実に行うことが望ましい。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
- (3) 圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。なお、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を圏域内に少なくとも1つは設定すること。
- (4) 検討を行う際には、地域医師会等の関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、在宅医療に関わる病院・診療所関係者、住民・患者、市町村等の各代表が参画すること。

3 連携の検討

- (1) 都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、退院支援から生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りまで継続して医療が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮すること。この際、必要に応じ、在宅医療に係る機関間の円滑な相互連携や情報通信機器の活用等の取組を支援すること。
- また、医療機関、在宅医療及び介護、障害福祉の関係者及び地域医師会等の関係団体は、診療技術や知識の共有、連携する医療及び介護、障害福祉の関係機関等との情報の共有に努めること。

さらに、都道府県は、在宅医療に係る機関の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、介護支援専門員等について、地域の保健医療関係機関・団体等と連携し、必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させるための研修の実施等により人材育成に努めること。

(2) 保健所は、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等の関係団体と連携して医療機関相互の調整を行う等、積極的な役割を果たすこと。

(3) 医療計画には原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称を記載すること。
なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関等が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めること。

(4) 災害時においても、医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さらに市区町村や都道府県との連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画（BCP）の策定を推進すること。

4 課題の抽出

都道府県は、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「1 現状の把握」で明確にした現状について、指標により把握した数値となっている原因の分析を行い、地域の在宅医療の体制の課題を抽出し、医療計画に記載すること。

その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、市町村と連携しながら、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出すること。

特に、在宅医療の体制整備においては、これまでの介護サービス基盤の整備状況や今後の見込みも踏まえる必要があることから、医療計画と介護保険事業（支援）計画の整合性を図るため、医療計画策定の際に、都道府県や市町村における医療・介護の担当部局間で協議を行うこと。

また、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制について、薬務主管課と医務主管課が連携し、地方薬事審議会等を活用して把握・分析を行い、課題を抽出すること。

5 数値目標

都道府県は、良質かつ適切な在宅医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載すること。

数値目標の設定に当たっては、令和22年までの訪問診療・訪問看護等の需要推計データや小児の在宅医療の実態を把握するための訪問診療・訪問看護等のデータ、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第十一に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとし、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定すること。

なお、参考とする訪問診療・訪問看護の将来推計については、令和元年の実績値と将来の人口推計を基にしたデータであるため、実際の需要を全て反映しているものではないこと、及び今後の医療提供体制の変化により変わりうるものであることに留意が必要である。

また、これに加え、

- ・ 在宅医療の提供体制に求められる各医療機能を確保するため、「退院支援」、「日常の療養支援」、「急変時の対応」、「看取り」のそれぞれの機能ごとの目標
- ・ 多職種による取組を確保するため、「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」、「医療機関等から提供される訪問リハビリテーション」、「訪問栄養食事指導」といった主要な職種についての目標

について、別表 12 を参照し、それぞれ具体的な数値目標を、可能な限り記載するよう努めること。

なお、介護保険事業（支援）計画との整合性を確保する観点から、第 8 次医療計画における在宅医療の整備目標の設定に当たっては、第 9 期介護保険事業（支援）計画と整合的なものとなるよう、介護サービスの提供量や提供状況を十分考慮し、国保データベースのデータ等も参考にしながら、令和 5 年度末までの在宅医療の整備状況を評価した上で、令和 8 年度末における目標を設定すること。

6 施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載すること。

その際、訪問診療を実施する診療所・病院数に関する数値目標の達成に向けた施策及び情報通信機器の活用を含めた在宅医療に係る機関の持続可能な連携体制の整備に向けた施策については、原則記載することとし、「退院支援」、「日常の療養支援」、「急変時の対応」、「看取り」のそれぞれの機能ごとの目標や、「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」といった主要な職種についての目標の達成に向けた施策についても、可能な限り記載するよう努めること。

また、施策の検討に当たっては、在宅医療の提供者側に対する施策のみに偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定して施策を検討すること。

（施策の例）

- ・ 新規に開業する医療機関やこれまで訪問診療を担っていない医療機関に対する訪問診療への参入促進
- ・ 退院に向けた医療機関との共同指導、医療ニーズの高い利用者への対応、24 時間体制、ターミナルケア等の機能や役割に着目した訪問看護に係る体制整備、訪問看護事業所間の連携、訪問看護事業者規模の拡大等による機能強化、情報通信機器の活用等による業務効率化
- ・ 災害時等の支援体制構築に向けて、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等における平時からの医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、都道府県や市町村との連携の推進
- ・ 地域住民に対する普及啓発
- ・ 入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修
- ・ 入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための協議の実施
- ・ 地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関等と連携して行われる研修や、

カンファレンス等への参加を通じた、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上 等
さらに、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と在宅医療に必要な連携を担う拠点
が、同一となりうることも含め、両者の関係について明確にし、連携を進める必要
がある。

市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組について、在宅医療に
係る圏域ごとの課題に鑑みて、在宅医療に必要な連携を担う拠点の機能も踏まえ、必
要な施策については医療計画にも記載することとし、施策の達成に向けた役割分担を
明確にした上で、地域医師会等と連携しながら、必要な支援を行うこと。

特に、医療に係る専門的・技術的な対応が必要な「切れ目のない在宅医療と在宅介
護の提供体制の構築推進」や「在宅医療・介護連携に関する相談支援」、二次医療圏
等の広域の視点が必要な「在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」につい
て、重点的な支援が必要である。

7 評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すこ
とが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を
行う組織や時期を医療計画に記載すること。この際、少なくとも施策・事業の進捗状
況の評価については、1年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、
現状把握に用いた指標の状況について、計画期間の中間年での見直しを見据え、適時
に調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更す
ること。

8 公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況
を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施
策・事業やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表すること。その際、広く住民に
周知を図るよう努めること。

別表12 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

	退院支援	●	日常の療養支援	●	急変時の対応	●	看取り
ストラクチャー	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	●	訪問診療を実施している診療所・病院数	●	往診を実施している診療所・病院数	●	在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数
	● 退院支援を実施している診療所・病院数		小児の訪問診療を実施している診療所・病院数		在宅療養後方支援病院数		ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数		機能強化型在宅療養支援診療所・病院数、在宅療養支援診療所・病院数				
	退院時共同指導を実施している診療所・病院数	●	訪問看護事業所数、従事者数	●	24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数		
	退院後訪問指導を実施している診療所・病院数		機能強化型の訪問看護ステーション数				
			小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数				
			歯科訪問診療を実施している診療所・病院数				
			在宅療養支援歯科診療所数				
			訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数				
			在宅で活動する栄養サポートチーム(NST)と連携する歯科医療機関数				
プロセス	退院支援(退院調整)を受けた患者数	●	訪問診療を受けた患者数		往診を受けた患者数	●	在宅ターミナルケアを受けた患者数
	介護支援連携指導を受けた患者数		小児の訪問診療を受けた患者数				訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数
	退院時共同指導を受けた患者数	●	訪問看護利用者数			●	看取り数 (死亡診断のみの場合を含む)
	退院後訪問指導を受けた患者数		小児の訪問看護利用者数				在宅死亡者数
			訪問歯科診療を受けた患者数				
			歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数				
			訪問口腔衛生指導を受けた患者数				
			訪問薬剤管理指導を受けた患者数				
			小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数				
			麻薬(持続注射療法を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数、無菌製剤(TPN輸液を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数				
		訪問リハビリテーションを受けた患者数					
		訪問栄養食事指導を受けた患者数					
アウトカム							

(●は重点指標)

令和5年度医師派遣調整に係る 医師派遣要望調査の結果(概要) 及び進め方

令和5年8月
茨城県医療人材課

医師派遣要望調査の概要

1 調査対象

県内9つの地域医療構想調整会議（二次保健医療圏ごとに設置）

2 派遣対象医療機関

茨城県内の病院のうち、第7次県保健医療計画に位置付けられる5疾病5事業のうち以下の機能を担う
県内の病院 合計71病院 ※医療機関である筑波大学附属病院は除く

5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：救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児（救急）医療 ※太字・下線が調査対象

3 調査基準日

令和5年4月1日現在

4 調査内容

【総括表】※地域医療構想調整会議が作成

- ・地域医療構想における政策医療分野ごとの医療機能の拠点化・集約化・役割分担等の方向性
- ・地域医療構想との整合性等を踏まえた地域としての派遣要望する病院・診療科・医師数 等

【個票①】※71病院が作成

- ・派遣を要望する病院の診療科別現員医師数及び今後1年間の増員（減員）の見込み
- ・専門研修の可否や施設区分（基幹施設または連携施設）、連携施設の場合の連携先の基幹施設 等

【個票②】※派遣要望のある病院が作成

- ・派遣を求める診療科及び人数、要望の理由・必要性 等
- ・医療機関の体制（医療従事者の充足状況、設備面の現状、宿日直許可の取得状況、職場環境） 等

5 要望人数の制限等

- ・各医療圏あたり4人以内かつ診療科の重複は原則不可 ※上限人数は、協議により医療圏間で融通可能
- ・複数医療圏をカバーする医療機関（※）における要望人数は1/2人でカウント

※県地域がんセンター、県小児がん拠点病院、救命救急センター、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、小児救急中核病院、地域小児救急センター、脳血管内手術に終日対応している施設、心血管内手術に終日対応している施設

6 調査の流れ

- ・各地域医療構想調整会議において選定、作成した派遣要望書を提出【一次回答】
- ・各地域へ一次回答での要望状況を共有し、要望の妥当性等について意見照会を実施
- ・当該意見を各地域へフィードバック。各地域で要望の精査・修正を実施の上、必要に応じ再提出【二次回答】

派遣要望(鹿行)①

○ 各政策医療分野における医療機関の拠点化・集約化・役割分担等の方向性

政策医療分野	拠点化・集約化・役割分担等の方向性
がん	<p>【重症患者への救急対応】 : 小山記念病院 (地域がん診療病院)</p> <p>【専門的医療を行う医療機関】 : 小山記念病院・白十字総合病院・神栖済生会病院</p> <p>■ 役割分担について協議を行っておらず、今後継続的な協議が必要</p>
脳卒中	<p>【重症患者への救急対応】 : 小山記念病院 (日本脳卒中学会認定一次脳卒中センター)</p> <p>【専門的医療を行う医療機関】 : 小山記念病院・白十字総合病院・鹿嶋ハートクリニック</p> <p>■ 鹿行地域の脳神経外科の不足については、県脳卒中専門部会でも課題としてあがっており対応できる医療機関の強化が急務と考えている。一時脳卒中センターである小山記念病院 (365日24時間体制) を中心に、脳卒中を含む脳血管疾患患者への対応を行っているが、上述のとおり医師不足は顕著であり、域内で対応できないケースが多くなっている。地域として小山記念病院が365日24時間の医療を提供しているが、医師1人の負担が課題となっているため、安定的に医療を提供する体制の維持は急務である。</p>
心血管疾患	<p>【重症患者への救急対応】 : 小山記念病院・鹿嶋ハートクリニック</p> <p>【専門的医療を行う医療機関】 : 小山記念病院・白十字総合病院・神栖済生会病院・鹿嶋ハートクリニック</p> <p>■ 役割分担について協議を行っておらず、今後継続的な協議が必要</p>
救急医療	<p>【重症患者への救急対応】 : 小山記念病院・白十字総合病院・神栖済生会病院・高須病院</p> <p>【専門的医療を行う医療機関】 : 小山記念病院・白十字総合病院・神栖済生会病院・高須病院・鉾田病院・なめがた地域医療センター</p> <p>■ 救急搬送受入件数について、地域全体で年間2,000件の増加を目標に取り組む。(小山記念・白十字総合・神栖済生会)</p> <p>■ 3病院とも救急搬送要請を断らない方針を掲げ努力しているが、要請件数が増え疾患の幅が多様化する中で自助努力では対応できなくなっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 小山記念病院では、要請件数の増加や疾患の幅や重症度が高いことが多くなり、現体制では対応が難しい場面が増加している。重症者や救急要請の重複などに対応することができる救急科の強化が急務である。 ○ 白十字総合病院では、高齢患者の搬送が多く、疾患の幅も大きい。その中でも呼吸器疾患の割合が高くなっている。また、鹿行は工業地帯があり呼吸器疾患患者(じん肺、アスベスト肺等)が多いため、当該疾患に対応できる体制構築が急務。 ○ 神栖済生会病院では、自助努力により救急搬送受入は増加傾向にあるが、消化器内科については専門医がいないため対応が困難な状況である。地域として更なる受入増加を図るため消化器内科の専門医の配置が急務である。
周産期医療	<p>小山記念病院 (周産期救急医療協力病院) 他の医療機関 : 白十字総合病院、葉山産婦人科、つばさクリニック</p>
小児救急医療	<p>神栖済生会病院 (地域小児救急センター) 他の医療機関 : 白十字総合病院、高須病院、鉾田病院、なめがた地域医療センター、小児科標榜診療所 (43箇所)</p>

派遣要望(鹿行)②

○ 医師派遣を要請する要望

(単位：人)

医療機関名	政策医療分野	診療科	現員 医師数	年度内 増減見込	派遣 要望	補正 対象	補正 後	備考
小山記念病院	脳卒中	脳神経外科	4.9	-	1.0	-	1.0	筑波大学を希望
	救急医療	救急科	2.7	-	1.0	-	1.0	筑波大学を希望
白十字総合病院	救急医療	呼吸器内科	0.6	-	1.0	-	1.0	
神栖済生会病院	救急医療	消化器内科	0	-	1.0	-	1.0	筑波大学を希望
合計					4.0		4.0	

○ 二次保健医療圏内の医師配置状況等 (派遣要望のあった診療科別)

病院名	呼吸器内科			消化器内科 (胃腸内科)			脳神経外科			救急科		
	常勤	非常勤	専門研 修可否	常勤	非常勤	専門研 修可否	常勤	非常勤	専門研 修可否	常勤	非常勤	専門研 修可否
小山記念病院	2.0	0.3	○	5.0	1.9	○	4.0	0.9	○	2.0	0.7	○
白十字総合病院	-	0.6	-	-	-	-	1.0	0.7	-	-	-	-
神栖済生会病院	-	0.5	-	-	-	-	-	0.3	-	-	0.8	-
なめがた地域 医療センター	1.0	-	-	-	-	-	1.0	0.2	-	-	-	-
高須病院	-	0.1	-	-	0.6	-	-	0.1	-	-	0.6	-
鉾田病院	-	-	-	-	-	-	-	0.1	-	-	-	-
合計	3.0	1.5		5.0	2.5		6.0	2.3		2.0	2.1	

- ・ : 派遣要望のあった病院・診療科の医師配置状況等
- ・ 専門研修の可否について、内科・外科については「サブスペシャリティ領域」を含めての研修(基幹or連携等)の可否

令和5年度医師派遣調整に係る 医師派遣要望の評価結果及び 「優先的に大学へ医師派遣を要請 する要望リスト(案)」について

令和5年11月
茨城県医療人材課

■ 令和4年度の派遣調整における課題 【選定方法等】

- ・ 二次医療圏をまたいだ協議を行う機会がなかった。
- ・ 医師派遣調整は、地対協と調整会議の連動が肝要。第2回会議で調整会議による説明の機会を設けたが、要請先大学が地域の実状を理解する上でも有効だったと思料。
- ・ 県が要望を点数評価し、基準点以上のものを選定したが、本来は調整会議において選定されることを期待していたところ。併せて、評価の公正性も確保する必要。

★ 要望調査の回答は、**県地域医療構想調整会議での合意**を得た上で行うこととしてはどうか。

★ 県による整理に加えて、要望の背景や派遣の必要性等について、**地対協の場で、各地域医療構想調整会議がプレゼンテーション**することとしてはどうか。
※今年度の第2回会議における日立医療圏（高萩協同病院産婦人科）のイメージ

★ 上限人数の設定等により、要望調査時に地域医療構想調整会議で精査・選定されていることを前提に、**地対協での更なる選定は行わないことを基本**とした上で、**地対協委員が評価（大学への派遣要請の適否の判定）**を行うこととしてはどうか。
※要望人数が上限を大きく超える等の場合は、各調整会議における要望の優先順位も考慮しつつ、地対協で選定することも検討

<今後の検討事項>

- ・ 評価対象外とする範囲（自院の要望のほか、自院所在の医療圏も対象外とするか）
- ・ 派遣要請「適」とする割合（委員の3/4以上、2/3以上、過半数等）

令和5年度 医師派遣調整の進め方

第2回地域医療対策協議会において御了承いただいた内容

○ 評価対象外とする範囲

- ・「医療機関の長である委員」
→自院の派遣要望については評価対象外。
- ・「同じ役職で地域医療構想調整会議の委員を兼ねている委員」
→自院所在の医療圏内の派遣要望に対する評価については参考扱いとする。

○ 派遣要請「適」とする割合

第3回地対協において改めて協議

○ 評価ポイント

派遣元大学の意見を基に作成した「医師派遣要望における議論のポイント」を活用

- 1 地域医療構想調整会議等で議論されている地域における医療機関の役割分担や将来の方向性の共有に係る協議内容に沿っているか
- 2 **具体的なデータ**に基づいて、派遣の必要性や派遣が必要な人数が裏付けられているか、また、**派遣による地域医療への効果**が明確にされているか
- 3 **医師派遣後の診療体制**が整備されている、又は整備される予定であるか
(病床数・手術室等の施設やCT・MRI等の設備、看護師等の医療スタッフ等)
- 4 新専門医制度に対応した**教育・臨床研修体制**が確保されているか
特に、専攻医や若手専門医を派遣する場合にあっては、指導医がいるか、具体的に何が学べるか、サブスペシャリティ資格として何が獲得できるか
- 5 他の診療科も含め、**院内の入院診療体制**が整備されているか(救急外来後の受け入れ等)
- 6 **働き方改革にも対応し**、派遣医師に配慮した**生活等各種環境が整備**されているか
 - ・**宿直等を含む適切な勤怠管理**ができているか
 - ・同一職種同一賃金の実現に向けた病院間の給与等の格差是正が図られているか
 - ・生活拠点の移動にも対応可能な宿舎や保育所等の福利厚生施設があるか

令和5年度 大学への派遣要請適否の評価結果

区分	二次保健医療圏	病院/診療科	政策医療分野	診療科	要望人数	評価者数	適	否	「否」評価者割合
多数	つくば	筑波メディカルセンター病院	救急医療	集中治療科	1.0	22	22	0	0.0%
		筑波学園病院	救急医療	循環器内科	2.0	22	20	2	9.1%
		筑波記念病院	救急医療、脳卒中、心血管疾患	麻酔科	1.0	22	20	2	9.1%
			救急医療	糖尿病内科(代謝内科)	1.0	22	18	4	18.2%
	水戸	水戸協同病院	がん	消化器内科	1.0	21	17	4	19.0%
		県立中央病院	脳卒中	神経内科	1.0	21	20	1	4.8%
		水戸医療センター	心血管疾患	循環器内科	1.0	21	21	0	0.0%
土浦	霞ヶ浦医療センター	がん	消化器内科	1.0	23	22	1	4.3%	
		がん、救急医療	麻酔科	2.0	23	23	0	0.0%	
	土浦協同病院	救急医療	整形外科	1.0	23	20	3	13.0%	
		救急医療	内科	1.0	23	21	2	8.7%	
少数	取手・竜ヶ崎	龍ヶ崎済生会病院	心血管疾患	循環器内科	1.0	23	22	1	4.3%
		JAとりで総合医療センター	救急医療	救急科	1.0	23	21	2	8.7%
		牛久愛和総合病院	救急医療	消化器外科	1.0	23	20	3	13.0%
		総合守谷第一病院	救急医療	消化器内科	1.0	23	21	2	8.7%
	鹿行	小山記念病院	脳卒中	脳神経外科	1.0	23	22	1	4.3%
		小山記念病院	救急医療	救急科	1.0	23	22	1	4.3%
		白十字総合病院	救急医療	呼吸器内科	1.0	23	18	5	21.7%
		神栖済生会病院	救急医療	消化器内科	1.0	23	21	2	8.7%
	古河・坂東	茨城西南医療センター病院	がん	呼吸器内科	1.0	23	22	1	4.3%
			脳卒中	脳神経外科	1.0	23	23	0	0.0%
		つるみ脳神経病院	救急医療	救急科	1.0	23	22	1	4.3%
			小児医療	小児科	1.0	23	23	0	0.0%
	筑西・下妻	茨城県西部メディカルセンター	救急医療	麻酔科	2.0	23	23	0	0.0%
救急医療			整形外科	1.0	23	22	1	4.3%	
常陸太田・ひたちなか	常陸大宮済生会病院	救急医療	整形外科	2.0	23	20	3	13.0%	
	ひたちなか総合病院	救急医療	救急科	1.0	23	21	2	8.7%	
	茨城東病院	がん	呼吸器外科	1.0	23	21	2	8.7%	
日立	日立総合病院	がん	血液内科	2.0	21	21	0	0.0%	
	日立総合病院	がん	呼吸器内科	1.0	21	21	0	0.0%	
	北茨城市民病院	救急医療	内科	2.2	21	21	0	0.0%	
計					40.2				

※ 上記には、自院及び地域医療構想調整会議の委員を兼ねる委員が所在する地域の病院の要望に対する評価は含まれない(評価者数は、地域間で一致しない)。 4

優先的に大学へ医師派遣を要請する要望リストについて

- 評価の結果、否評価者の割合階層別の要望数等は下表のとおり。
- 「医師派遣を要請する要望」とする基準については、第2回地対協において、評価結果を踏まえた上で、改めて審議することとしたところ。
- 今回の派遣要望は、上限人数の設定等により、要望調査時に地域医療構想調整会議で精査・選定されていることが前提であったものの、複数の地対協委員から要請「否」と評価された要望も散見されることから、「否」と評価した委員の割合が10%以上となった要望については要請対象外とした上で、さらに落とすべきもの、あるいは復活させるべきものがないか、審議してはどうか。

(単位：人)

「否」評価者割合	要望数	要請対象外とする「否」評価者割合				
		0%	5%	10%	15%	20%
0%	14.2	○	○	○	○	○
~5%	8.0	×	○	○	○	○
~10%	10.0	×	×	○	○	○
~15%	4.0	×	×	×	○	○
~20%	2.0	×	×	×	×	○
20%~	2.0	×	×	×	×	×
計	40.2	14.2	22.2	32.2	36.2	38.2

(参考) R4当初要望 : **36.0** ※ 1病院1人の取り下げにより、最終的な要請は35.0人(協和中央病院)

令和5年度 優先的に大学へ医師派遣を要請する要望リスト(案)

(単位：人)

区分	二次保健医療圏名	医療機関名	内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	神経内科	血液内科	小児科	呼吸器外科	脳神経外科	整形外科	麻酔科	救急科	集中治療科	計
多数	つくば	筑波学園病院			2.0											2.0
		筑波記念病院											1.0			1.0
		筑波メディカルセンター病院													1.0	1.0
	水戸	県立中央病院					1.0									1.0
		水戸医療センター			1.0						1.0					2.0
土浦	霞ヶ浦医療センター				1.0											1.0
	土浦協同病院												2.0			2.0
	石岡第一病院	1.0														1.0
少数	取手・竜ヶ崎	龍ヶ崎済生会病院			1.0											1.0
		JAとりで総合医療センター												1.0		1.0
		総合守谷第一病院				1.0										1.0
	鹿行	小山記念病院										1.0			1.0	2.0
		神栖済生会病院				1.0										1.0
	古河・坂東	茨城西南医療センター病院		1.0						1.0		1.0			1.0	4.0
		つるみ脳神経病院										1.0				1.0
	筑西・下妻	結城病院											1.0			1.0
		茨城県西部メディカルセンター												2.0		2.0
	常陸太田・ひたちなか	ひたちなか総合病院													1.0	1.0
		茨城東病院									1.0					1.0
	日立	日立総合病院			1.0				2.0							3.0
北茨城市民病院		2.2													2.2	
計			3.2	2.0	4.0	3.0	1.0	2.0	1.0	2.0	3.0	1.0	5.0	4.0	1.0	32.2

令和5年度医師派遣調整に係る 医師派遣要請(案)」について

令和5年12月
茨城県医療人材課

令和5年度 医師派遣要請(案)

<優先的に大学へ医師派遣を要請する要望>

※赤字：緊急的な対応が必要な案件として追加で派遣要請するもの

(単位：名)

区分	二次保健医療圏名	医療機関名	内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	神経内科	血液内科	小児科	呼吸器外科	脳神経外科	整形外科	麻酔科	救急科	集中治療科	緩和ケア科	計	
多数	つくば	筑波学園病院			2.0												2.0	
		筑波記念病院											1.0				1.0	
		筑波メディカルセンター病院													1.0		1.0	
	水戸	水戸協同病院				1.0		1.0										2.0
		水戸済生会総合病院											1.0					1.0
		県立中央病院				1.0		1.0										2.0
		水戸医療センター				1.0					1.0							2.0
土浦	霞ヶ浦医療センター					1.0											1.0	
	土浦協同病院												2.0				2.0	
	石岡第一病院	1.0															1.0	
少数	取手・竜ヶ崎	龍ヶ崎済生会病院				1.0											1.0	
		JAとりで総合医療センター													1.0		1.0	
		総合守谷第一病院					1.0										1.0	
	鹿行	小山記念病院										1.0			1.0			2.0
		神栖済生会病院					1.0											1.0
	古河・坂東	茨城西南医療センター病院		1.0						1.0		1.0			1.0			4.0
		つるみ脳神経病院										1.0						1.0
	筑西・下妻	結城病院											1.0					1.0
		茨城県西部メディカルセンター												2.0				2.0
	常陸太田・ひたちなか	ひたちなか総合病院													1.0			1.0
		茨城東病院								1.0								1.0
	日立	日立総合病院			1.0				2.0								0.4	3.4
		北茨城市民病院	2.2															2.2
		計	3.2	2.0	6.0	3.0	2.0	2.0	1.0	2.0	3.0	2.0	5.0	4.0	1.0	0.4	36.6	

基本理念

「活力があり、県民が日本一幸せな県」 新しい安心安全 ～「新しい」暮らしやすさをつくる～
 県民が安心して茨城で暮らしていけるよう、「新しい安心安全」の構築を目指します。

◆ 計画の趣旨

「活力があり、県民が日本一幸せな県」を基本理念とし、「新しい安心安全」へのチャレンジにつながる、本県の実情に即した、良質な医療を切れ目なく効率的に提供する体制を構築する

◆ 計画の位置付け

- 医療法第30条の4第1項の規定に基づく法定計画
- 介護保険事業支援計画、がん対策推進計画、循環器病対策推進計画等と整合性を保った本県の保健医療に関する基本的な指針となる計画

◆ 計画の期間

令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間
 （中間年である令和8（2026）年に見直しを実施）

◆ 策定のポイント

<記載事項>

- 医療圏の設定
- 基準病床数
- 5疾病6事業及び在宅医療に関する事項
- 地域医療構想
- 医師確保に関する事項
- 外来医療に関する事項

【5疾病6事業】

5疾病：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患
 6事業：救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療、新興感染症発生・まん延時における医療（新設）

<第7次計画からの改正の主なポイント>

- 今般の新型コロナウイルス感染症の経験を踏まえ、6事業目として、**新興感染症の発生・まん延時における医療提供体制の確保に関する項目を追加**
- 保健医療計画の一部として令和元（2019）年度に策定した**医師確保計画及び外来医療計画について、第8次計画に併せて改定**（医師確保計画は第8次計画とは別冊として策定）
- 現行の二次保健医療圏の枠組みを維持する一方、今後のさらなる人口減少・少子高齢化を見据え、主に高度医療に係る機能の集約化や役割分担の明確化をより強力に推進するため、**県内を3圏域に区分した「医療提供圏域」を設定**

◆ 第8次計画の全体像

基本理念

活力があり、県民が日本一幸せな県
 新しい安心安全 ～「新しい」暮らしやすさをつくる～

計画全体に共通する4つの重点化の視点

視点1：安心して医療を受けるための医療従事者の確保

- ・ 地域医療の充実を図るために必要な医師をはじめとする医療従事者の確保
- ・ 県民の安心・安全を担保するため、地域の医療ニーズに見合う医師確保対策の実施

視点2：行政、県民、医療機関等の協働による医療環境の向上

- ・ 医療資源を有効に活用するため、地域医療構想の推進による地域における医療機能の分化・連携を図り、地域の実情に応じた効率的かつ効果的で切れ目のない医療提供体制を整備
- ・ ICTなど先端技術を活用し、安心して医療・介護を受けられる新たな体制づくりを推進

視点3：予防医学の推進による生涯にわたる健康づくりの推進

- ・ 健康増進や疾病の予防、早期発見、適切な治療、リハビリテーションなど、予防医学を推進し、健康づくりの重要性について積極的に啓発を行うことで、「健康長寿日本一」を目指した県民の健康づくりの取組を促進

視点4：少子化・高齢化への対応と誰もが安心して暮らせる環境づくり

- ・ 「日本一、子どもを産み育てやすい県」づくりに向け、結婚から妊娠、出産、子育ての一連の過程における母子保健体制の一層の充実
- ・ 子どもから高齢者、障害者を含めたすべての県民に対して、適切で質の高い医療・介護サービス等を切れ目なく提供するため、「茨城型地域包括ケアシステム」を推進

3つの基本方向

○基本理念の実現に向け、施策を具体化・体系化するための3つの柱

1 県民の命を守る地域医療の充実

- ① 地域医療連携の推進
- ② 5疾病・6事業及び在宅医療に係る医療体制の確立
- ③ 公的病院等の役割
- ④ 県立病院の役割
- ⑤ 筑波大学の役割（筑波大学と県との連携）
- ⑥ 遠隔医療の推進
- ⑦ 薬局機能の充実
- ⑧ 移植医療対策の推進
- ⑨ 保健医療従事者の確保
- ⑩ 医療安全対策等の充実
- ⑪ 医療情報の提供等

2 健康でいきいきと生活し、活躍できる環境づくり

- ① 茨城型地域包括ケアシステムの構築
- ② 予防医学の知識の普及と健康づくりの推進
- ③ 母子保健の推進
- ④ 学校保健の推進
- ⑤ 歯科口腔保健の推進
- ⑥ 難病等対策の推進
- ⑦ 市販薬の適正使用の推進

3 健康で安全な生活を支える取組の推進

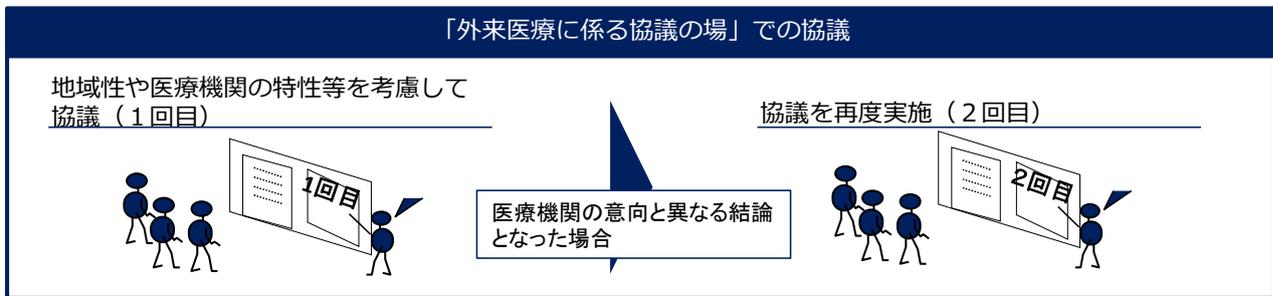
- ① 健康危機管理の推進
- ② 感染症対策の推進
- ③ 食の安全と安心の確保対策の推進
- ④ 生活衛生対策の推進

今後の計画策定スケジュール（案）について

時 期			医療審議会・計画部会	保健医療計画（案）に係る意見聴取		県庁内	
年	月	日時等		各種関係団体等	一般県民・各医療圏		
令和5 (2023) 年	12月	26日(火) 17:45～	【第2回茨城県医療審議会】 ・計画素案（確定版）に関する協議 （委員からの意見聴取）				
令和6 (2024) 年	1月	上旬				※上～中旬頃（仮） プロジェクトチーム会議 （計画案の最終確認等）	
		中旬		※中旬～下旬頃 【関係団体等への意見聴取】 ・医師会、歯科医師会、薬剤師会、 看護協会 ・保険者協議会 ・県内市町村			
		下旬			※下旬又は2月上旬頃～ 【パブリックコメント】 ・第8次保健医療計画最終案の パブリックコメント等を実施 （約3週間を予定）		
	2月	上旬					
		中旬			※中旬～下旬頃 意見とりまとめ	※中旬～下旬頃 意見とりまとめ	
		下旬	※下旬～3月上旬頃 【第5回保健医療計画部会】 ・パブリックコメント及び関係団 体からの意見聴取結果等の共有 ・計画最終案に関する検討				
	3月	—	【第3回茨城県医療審議会】 ・計画最終案に係る諮問及び答申			【庁議】 ・医療審議会の答申結果 を踏まえ、庁議にて計 画案を決定 ⇒ 公示・縦覧へ	

外来機能報告制度を活用した紹介受診重点医療機関に係る協議の進め方

		意向あり	意向なし
紹介受診重点外来の基準	満たす	1 紹介受診重点医療機関 * 「外来医療に係る協議の場」での確認	2 「外来医療に係る協議の場」での協議
	満たさない	3 「外来医療に係る協議の場」での協議	—

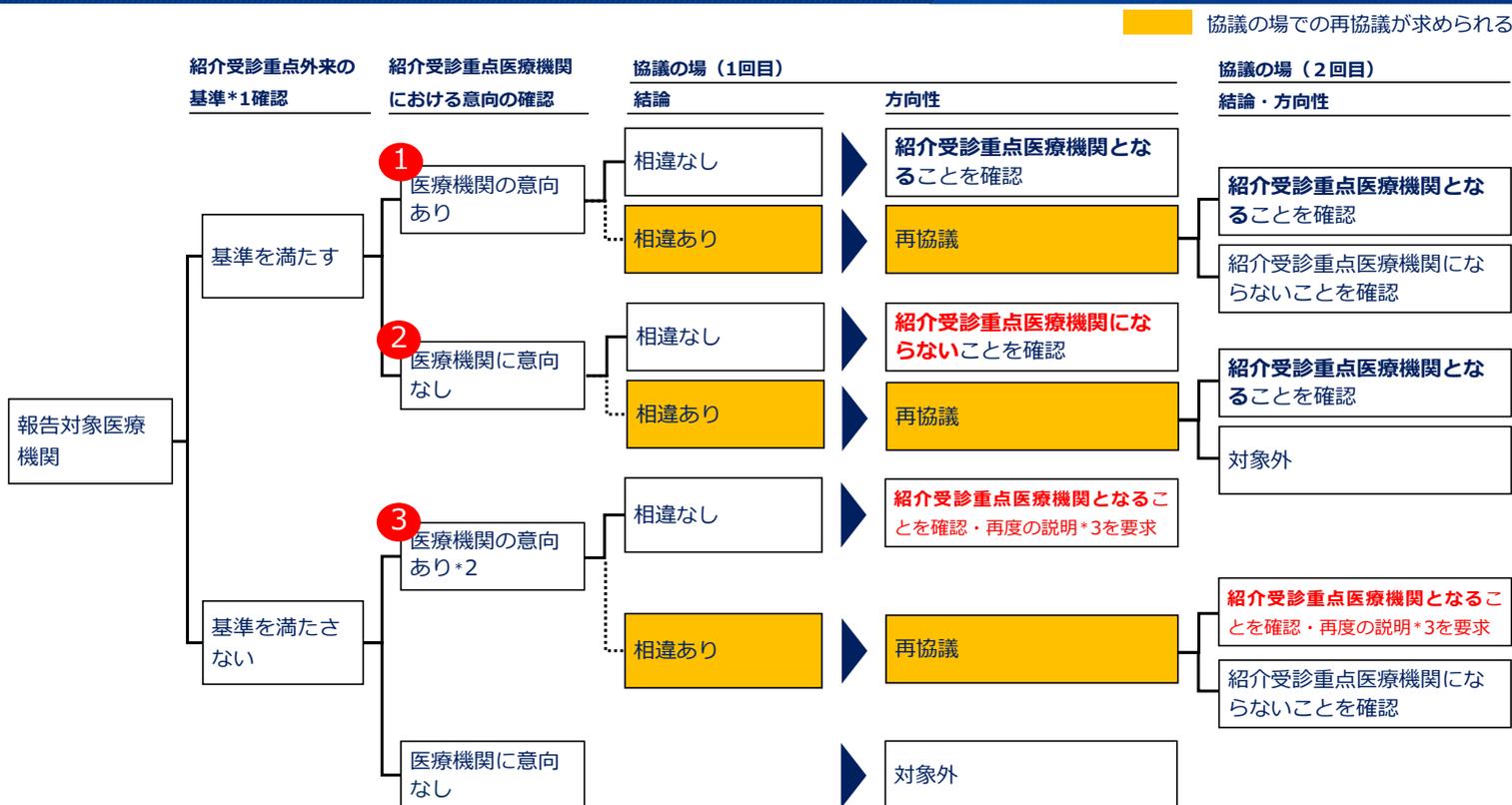


【紹介受診重点外来の基準と医療機関の意向の考え方】

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

(参考) 「外来機能報告等に関するガイドライン」

協議フローについて



*1 紹介受診重点外来の基準：
 ・初診基準：40%以上（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）
 ・再診基準：25%以上（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）
 *2 紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上を参考の水準とする。
 *3 基準の達成に向けたスケジュール等を書面又は口頭で説明を求め、その内容を公表する。

(参考) 「外来機能報告等に関するガイドライン」