

滋賀県外来医療計画

（滋賀県保健医療計画別冊）

（素案）

滋 賀 県

目次

第1章 基本事項	
1 計画策定の趣旨	1
2 計画の位置づけおよび期間	1
3 区域単位	1
第2章 外来医療機能の現状	
1 外来医療の現状	3
2 滋賀県の外来医療提供体制	4
(1) 外来医療の現状	4
(2) 医師の現状	4
第3章 外来医療偏在指標	
1 外来医師偏在指標	7
2 外来医師多数区域	8
3 外来医師偏在指標等の公表	9
第4章 新規開業希望者等に対する情報提供	
1 地域に求められる外来医療機能	10
2 新規開業希望者等に対する情報提供	10
3 外来医師多数区域における新規開業希望者による届出および届出の際に求める事項	10
第5章 外来医療に関する協議の場の設置	
1 外来医療機能に関する協議	12
2 地域で不足している外来医療機能	12
(1) 夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制	12
(2) 在宅医療の提供体制	13
(3) 産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生に係る医療提供体制	14
(4) その他の地域医療として対策が必要と考えられる外来医療機能	14
3 外来医療の機能の明確化・連携	14
(1) 明確化・連携の方向性	14
(2) 紹介受診重点医療機関の公表	15
第6章 医療機器の効率的な活用	
1 医療機器の効率的な活用に関する考え方	16
2 医療機器の保有状況	16
3 医療機器の配置状況	17
4 医療機器に関する協議の場の設置	19
5 医療機器の効率的な活用のための検討	19
(1) 医療機器の配置状況・稼働状況に関する情報の可視化	19
(2) 実効性を高めるための取組	21
第7章 計画の推進	
1 進行管理	22
(1) PDCAサイクル	22
(2) 次期計画等への反映	22
(3) 住民への公表	22

1 第1章 基本事項

2 1 計画策定の趣旨

3 ○ これまでより、入院医療に係る医療提供体制については、「滋賀県保健医療計画」およびその一
4 部として策定された「滋賀県地域医療構想」の中で、基準病床数制度および病床機能の分化・連携
5 の推進という形で、医療提供体制の確保を図ってきました。

6
7 ○ 一方、外来医療に係る医療提供体制の状況については、中心的な役割を担う診療所の都市部へ
8 の偏在があるものの、医師偏在と同様に、その多寡を客観的に把握する指標がなかったことから、
9 国において実効性ある医師偏在対策が検討され、平成30年(2018年)7月に成立した「医療法及び
10 医師法の一部を改正する法律」(以下「平成30年改正法」という。)に基づき医師偏在に関する統一
11 的かつ客観的な指標が国により示されることとなりました。

12
13 ○ これに伴い、地域ごとの外来医療機能の偏在等の客観的な把握も可能となるため、この情報を
14 新たに開業しようとしている医療関係者等が自主的な経営判断に当たって有益な情報として参照
15 できるよう、可視化して提供することで、個々の医師の行動変容を促し、偏在是正につなげていく
16 ことが必要です。

17
18 ○ そこで、改正法に基づき外来医療に係る偏在指標を定め、また外来医療に関する情報を可視化し
19 て、その情報を新規開業希望者等へ情報提供するとともに、地域の医療関係者等において外来医
20 療機関間での機能分化・連携の方針等について協議を行い、協議を踏まえた取組を推進すること
21 を目的として、本県では、令和元年度(2019年度)に「滋賀県外来医療計画」を策定しました。

22
23 ○ 現行計画の期間は、令和5年度(2023年度)までであるため、令和6年度(2024年度)以降に向けて
24 本計画を改定するものです。

26 2 計画の位置づけおよび期間

27 ○ この計画は、医療法第30条の4第1項の規定に基づく「滋賀県保健医療計画」の一部(外来医療に
28 係る医療提供体制の確保に関する事項)として策定するものです。

29
30 ○ なお、「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～第8次(前期)～」(令和5年3
31 月31日付け医政地発0331第7号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知別添。以下「厚生労働省
32 ガイドライン」という。)を踏まえ、本計画は3年ごとに見直すこととします。

33
34 ○ また、推進にあたっては、「滋賀県がん対策推進計画」、「レイカディア滋賀高齢者福祉プラン」な
35 どの関係計画とも整合を図りながら、一体的に取組を進めます。

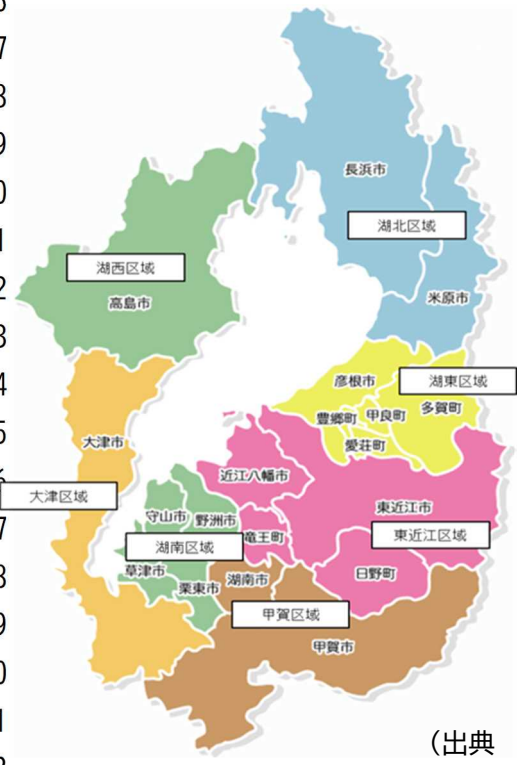
37 3 区域単位

38 ○ 厚生労働省ガイドラインによると、「外来医療計画」で定めるべき外来医師偏在指標、外来医療に
39 関する協議の場の設置および外来医療に係る医療提供体制の確保に関する検討については二次
40 保健医療圏単位で行うこととされています。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22

○ したがって、この計画においては、現行の「滋賀県保健医療計画」に定める7つの二次保健医療圏を基本として、検討を行うこととします。

図1-3-1 二次保健医療圏の概要



圏 域 名	構成市町名	圏域人口 (単位: 人)	圏域面積 (単位:k m ²)
大津保健医療圏	大津市	345,202	464.51
湖南保健医療圏	草津市、守山市、栗東市、野洲市	346,649	256.39
甲賀保健医療圏	甲賀市、湖南市	142,909	552.02
東近江保健医療圏	近江八幡市、東近江市、日野町、竜王町	226,814	727.97
湖東保健医療圏	彦根市、愛荘町、豊郷町、甲良町、多賀町	155,375	392.04
湖北保健医療圏	長浜市、米原市	150,920	931.41
湖西保健医療圏	高島市	46,379	693.05

(出典 圏域人口：総務省「令和2年国勢調査」
圏域面積：国土地理院「令和3年全国都道府県市区町村別面積調」)

1 第2章 外来医療機能の現状

2 1 外来医療の現状

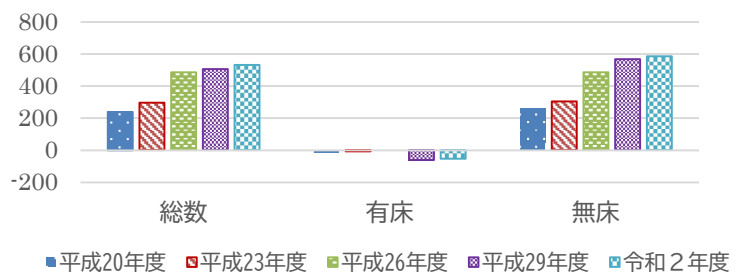
- 外来医療機能については、厚生労働省ガイドラインによると、
 - ・地域で中心的に外来医療を担う無床診療所の開設状況が都市部に偏っている
 - ・診療所における診療科の専門分化が進んでいる
 - ・救急医療提供体制の構築、グループ診療の実施、放射線装置の共同利用等の医療機関の連携の取組が、地域で個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている
 - ・地域包括ケアの構築に向けて地域での在宅医療推進体制を充実させる必要がある
 等の状況にあるとの認識の下、外来医療機能の偏在等の可視化や、外来医療機能に関する協議体の設置等の枠組みが示されました。
- 厚生労働省によると、現在、全国の医療施設別の医師数については、診療所の医師が3分の1を占めています。
- 全国での診療所の純増数(開設－廃止)は増加傾向にありますが、指定都市、特別区で伸びが大きく、それ以外では伸びが下がっていることがわかります。さらに、無床診療所は都市部に開設が偏る傾向があります。

表2-1-1 医療施設別の施設数・医師数

	施設数	医師数
病院	8,238	216,474
	7%	67%
診療所	102,612	107,226
	93%	33%

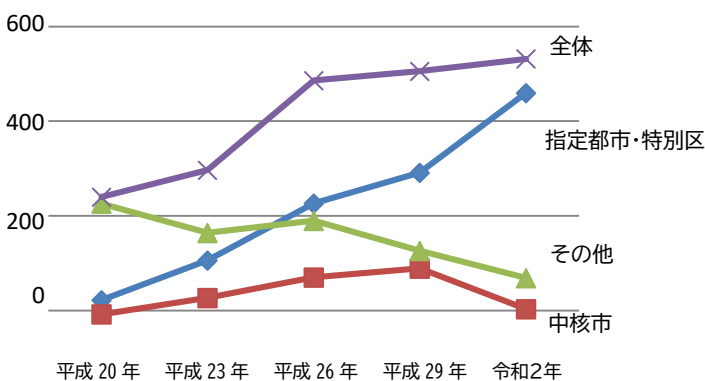
(出典 厚生労働省「令和2年医療施設調査」)

図2-1-2 全国の診療所数純増(開設－廃止)



(出典 厚生労働省「平成20・23・26・29 令和2年医療施設調査」)

図2-1-3 診療所の純増数の推移(開設－廃止)



(出典 厚生労働省「平成20・23・26・29 令和2年医療施設調査」)

2 滋賀県の外来医療提供体制

(1) 外来医療の現状

○ 厚生労働省の医療施設調査(令和2年(2020年)10月1日現在)によると、本県の病院数は57病院、一般診療所数は1,100診療所となっています。

○ 本県の医療施設別の外来患者対応割合は下表のとおりとなっています。本県の一般診療所における外来患者対応割合は全ての圏域で7割を超えている状況で、湖南圏域では約8割の外来患者を一般診療所において対応している状況です。

表2-2-1 医療施設別の施設数・医師数

	医療施設数		医療施設従事医師数(人)	
	医療施設数 (病院)	医療施設数 (一般診療所)	病院医師数	一般診療所 医師数
滋賀県	57	1,100	2,288	1,052
大津	15	296	971	310
湖南	13	290	486	279
甲賀	7	89	134	78
東近江	11	148	308	144
湖東	4	117	132	102
湖北	4	118	203	110
湖西	3	42	54	29

表2-2-2 医療施設別の外来患者延数・対応割合

	外来患者延数(回/月)		一般診療所 外来患者 対応割合
	外来患者延数 (病院)	外来患者延数 (一般診療所)	
滋賀県	312,246	940,469	75.07%
大津	88,540	238,652	72.94%
湖南	69,315	248,911	78.22%
甲賀	24,226	84,428	77.70%
東近江	48,572	139,221	74.14%
湖東	31,495	97,035	75.50%
湖北	37,156	100,905	73.09%
湖西	12,942	31,317	70.76%

(出典 厚生労働省「令和2年医療施設調査」) (出典 厚生労働省「令和2年医療施設調査」)

○ 本県の診療所の数は増加傾向にあります。二次保健医療圏域別にみると、湖南圏域と大津圏域で特に増加しており、減少した圏域はありません。

○ 診療所の純増数(開設ー廃止)についても全県ではプラスであり、湖南圏域と大津圏域で伸びていますが、他の圏域では変動なしまたはマイナスとなっています。

表2-2-3 一般診療所の推移

	医療施設数(平成26年医療施設調査)		医療施設数(平成29年医療施設調査)		医療施設数(令和2年医療施設調査)		一般診療所の推移(平成29年→令和2年)	
	一般診療所	純増数 (開設ー廃止)	一般診療所	純増数 (開設ー廃止)	一般診療所	純増数 (開設ー廃止)	施設数の増減	純増数の推移 (開設ー廃止)
滋賀県	1,015	19	1,044	10	1,100	10	56	0
大津	273	10	277	3	296	4	19	1
湖南	258	3	266	7	290	8	24	1
甲賀	84	*	87	0	89	▲1	2	▲1
東近江	139	3	145	1	148	▲1	3	▲2
湖東	108	3	113	0	117	▲1	4	▲1
湖北	114	▲1	118	▲1	118	0	0	1
湖西	39	*	38	*	42	*	4	*

※「*」印は秘匿マーク。原則1-3の施設数の場合を示すが、都道府県や二次医療圏等の総数から市町村の施設数を特定可能な場合は、1-3以外の施設数でも秘匿マークがある。

(出典 厚生労働省「令和2年医療施設調査」)

(2) 医師の現状

○ 国が2年に1回実施している「医師・歯科医師・薬剤師統計」(平成28年(2016年)までは「医師・歯科医師・薬剤師調査」)によると、令和2年(2020年)末現在の本県の医師数は3,496人で、このうち

1 医療機関に勤務する医師は3,340人です。平成16年(2004年)以降、医師数は着実に増加しています。

2
3 ○ しかし、人口10万人当たりの医師数で見ると、令和2年(2020年)末では247.3人で全国平均の
4 269.2人より少なく、全国32位となっています。また、二次保健医療圏ごとに見ても、大津保健医療
5 圏以外は全国平均を下回っています。

6
7 ○ 医師の平均年齢は、令和2年(2020年)末では、男性が51.7歳、女性が43.2歳となっていて
8 年々上昇傾向にあります。診療所の医師は男性が62.0歳、女性が54.4歳と平成30年(2018年)末
9 と比較しますと、男性女性ともに0.7歳平均年齢が下がりました。また、女性医師の人数、割合は
10 年々増加傾向にあり、令和2年(2020年)末では約5割が20～30歳代です。

12 表2-2-4 医師数の推移(令和2年12月31日現在)

	平成20年		平成22年		平成24年		平成26年		平成28年		平成30年		令和2年	
	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国
医師数	2,900	286,699	2,983	295,049	3,048	303,268	3,149	311,205	3,270	319,480	3,386	327,210	3,496	339,623
人口10万人当たり	206.8	224.5	211.4	230.4	215.4	237.8	222.4	244.9	231.4	251.7	239.8	258.8	247.3	269.2

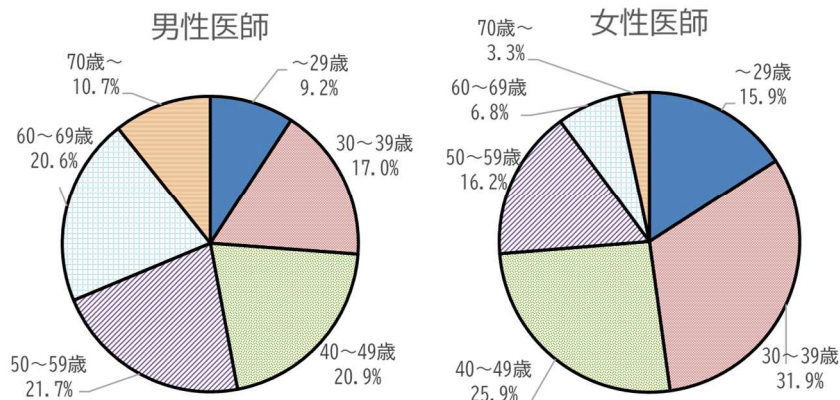
(出典 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

14 表2-2-5 二次保健医療圏ごとの医師数(令和2年12月31日現在)

	大津		湖南		甲賀		東近江		湖東		湖北		湖西		滋賀県		全国		
	医師数	人口10万対	医師数	人口10万対	医師数	人口10万対	医師数	人口10万対	医師数	人口10万対	医師数	人口10万対	医師数	人口10万対	医師数	人口10万対	医師数	人口10万対	
総数	1,357	393.2	801	231.2	217	151.9	466	205.6	251	161.6	319	211.5	85	183.2	3,496	247.3	339,623	269.2	
勤務場所別	病院	971	281.4	486	140.3	134	93.8	308	135.9	132	85.0	203	134.6	54	116.4	2,288	161.9	216,474	171.6
	診療所	310	89.8	279	80.5	78	54.6	144	63.5	102	65.7	110	72.9	29	62.5	1,052	74.4	107,226	85.0
	その他	76	22.0	36	10.4	5	3.5	14	6.2	17	10.9	6	4.0	2	4.3	156	11.0	15,923	12.6

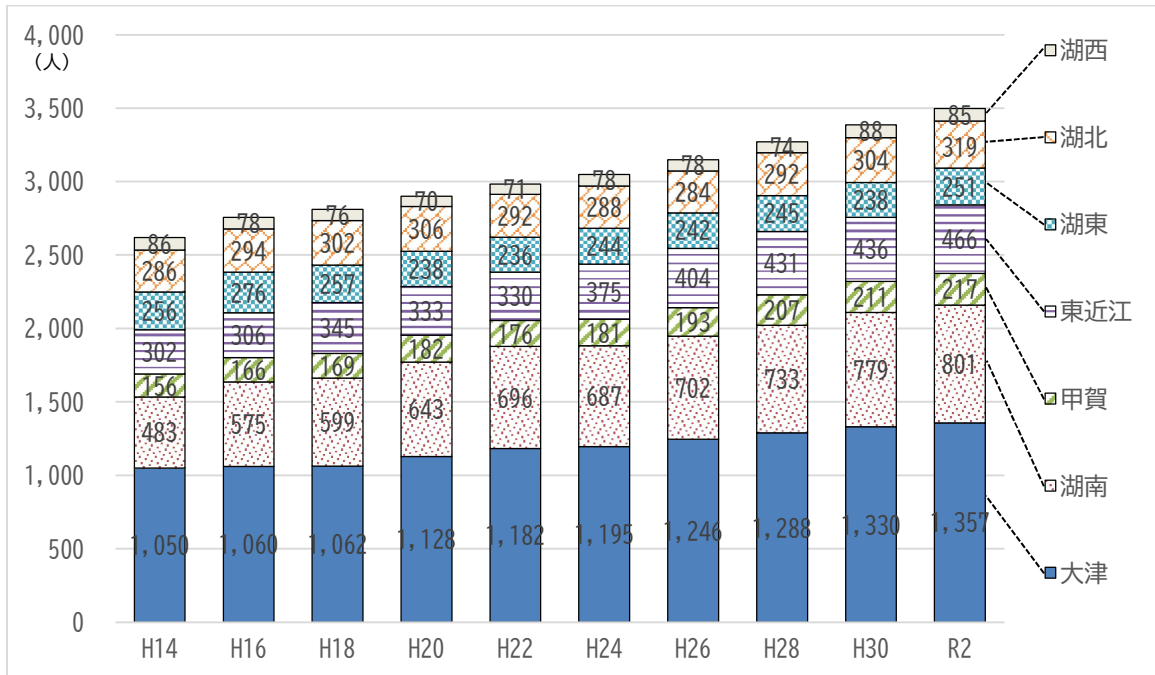
(出典 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

17 図2-2-6 医師の男女別年齢構成(令和2年12月31日現在)



(出典 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

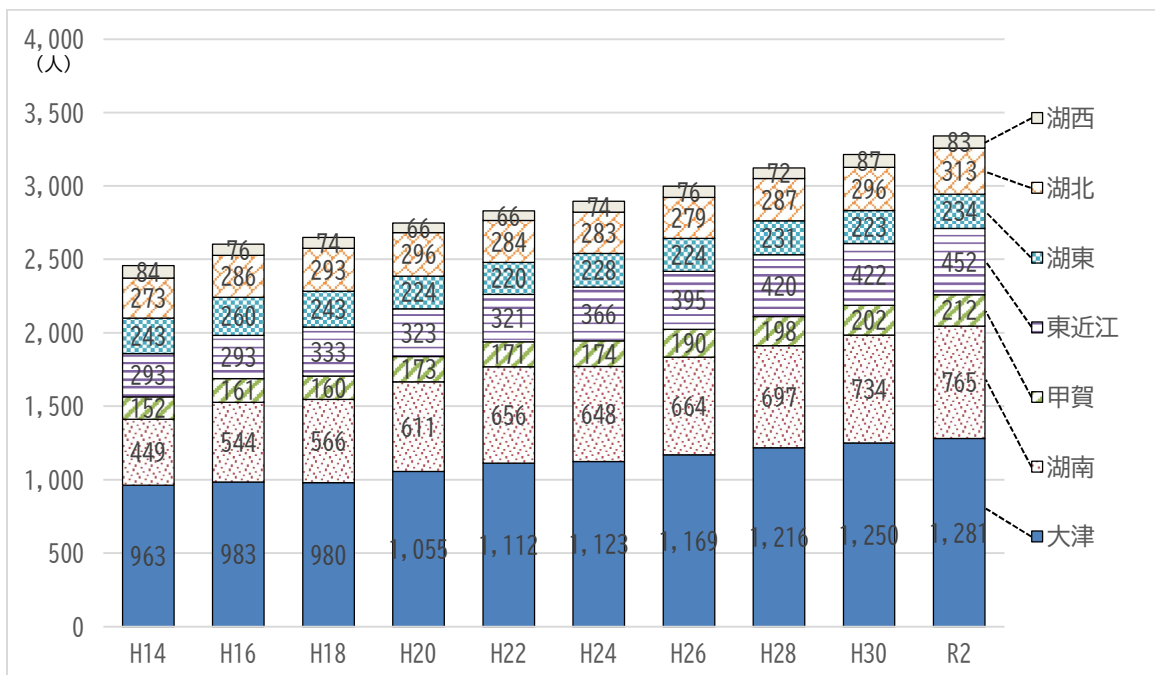
1 図2-2-7 県内の圏域別医師数(総数)の推移



(出典 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

2
3
4
5
6

図2-2-8 県内の病院・診療所に勤務する圏域別医師数の推移



(出典 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

7
8
9
10
11

1 第3章 外来医師偏在指標

2 1 外来医師偏在指標

3 ○ 無床診療所の都市部集中に伴う外来医療機能の偏在に対しては、地域ごとの外来医療機能に関
4 する適切なデータを可視化し、開業に当たっての有益な情報として提供することで、個々の医師の
5 行動変容を促し、偏在是正につなげていくことを基本的な考え方としています。

6
7 ○ これまで、医師偏在の状況を表す指標として主に用いられてきた人口10万対医師数数は医師の
8 偏在の状況が十分に反映された指標ではありませんでしたが、平成30年改正法に基づき、医療需
9 要および人口・人口構成とその変化や患者の流出入等を反映するなど、現時点で入手可能なデー
10 タを最大限活用し、医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す指標として、医師偏在指標を
11 定めることとされています。

12
13 ○ 医師偏在指標は、これまでよりも医師の偏在の状況をより適切に反映する指標として、医師確保
14 計画において医師偏在対策の推進に活用されています。

15
16 ○ この医師偏在指標により、医師全体の偏在の度合いが示されることとなりましたが、外来医療に
17 ついても、外来医療の偏在等の状況を可視化するため、その実態を反映する指標が必要です。

18
19 ○ 外来医療機能の偏在等の可視化に当たっては、外来医療のサービスの提供主体は医師であるこ
20 とから、医師数に基づく指標を算出することとし、医師偏在指標と同様に5つの要素(「医療需要
21 (ニーズ)および将来の人口・人口構成の変化」、「患者の流出入等」、「へき地等の地理的条件」、「医
22 師の性別・年齢分布」、「医師偏在の種別(区域、診療科、入院/外来)」)を勘案した人口10万人対診
23 療所医師数を用いることとします(以下、当該指標を「外来医師偏在指標」という)。

24
25 ○ なお、ほとんどの診療所が1人の医師によって運営されており、診療所数と診療所の医師数は1:
26 1に近い傾向にあることから、外来医師偏在指標は診療所の偏在の代理指標としても使用可能で
27 あると考えられます。

28
29 ○ これらの要素を加味した結果、厚生労働省において外来医師偏在指標は次のとおり設定されて
30 います。

1 図3-1-1 外来医師偏在指標

外来医師偏在指標 =

$$\frac{\text{標準化診療所医師数 (※1)}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化受療率比 (※2)}\right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合 (※4)}}$$

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

$$\text{(※2)地域の標準化外来受療率比} = \frac{\text{地域の外来期待受療率 (※3)}}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

$$\begin{aligned} \text{(※3)地域の外来期待受療率} &= \\ &\frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{(※4)地域の診療所の外来患者対応割合} &= \\ &\frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所+病院の外来延べ患者数}} \end{aligned}$$

2

3

4 2 外来医師多数区域

5 ○ 医師確保計画における医師偏在指標の活用方法を参考に、外来医師偏在指標の値が全二次医療
6 圏の中で上位 33.3%に該当する二次医療圏が外来医師多数区域と設定されています。

7

8 ○ なお、外来医師偏在指標については、医師偏在指標と異なり医師が少数のエリアに対しての是正
9 が目的ではないため、外来医師少数区域という設定はありません。

10

11 図3-2-1 外来医師偏在指標における外来医師多数区域の設定イメージ

12



13

14 ○ 本県の状況について区域別に見ますと、大津区域が最も外来医師偏在指標が大きくなっていま
15 す。ついで湖南区域、湖東区域、湖北区域、東近江区域、湖西区域、甲賀区域となっています。これ
16 ら7区域のうち、大津区域が外来医師多数区域となります。

17

18

1 表3-2-2 本県の外来医師偏在指標と区分

区域名	外来医師偏在指標	全国順位 (330医療圏中)	区分
大津	125.7	41位	外来医師『多数』区域
湖南	105.3	135位	
甲賀	86.5	252位	
東近江	94.8	200位	
湖東	98.2	180位	
湖北	98.2	181位	
湖西	94.1	206位	

2 (出典 「平成30年患者調査」、「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」、「令和2年医療施設
3 調査」、「令和2年住民基本台帳」、「令和元年度(平成31年4月から翌年3月まで)N
4 DBデータの医科レセプト及びDPCレセプト」、「令和4年「医師の勤務環境把握に関
5 する調査」(研究班・厚生労働省医政局医事課)」を基に厚生労働省が算出)

6
7
8 **3 外来医師偏在指標等の公表**

9 ○ 外来医師偏在指標については、その他開業に当たって参考となる情報と併せて、県のホームペー
10 ジ等に掲載するほか、様々な機会を捉えて周知するなど、新規開業希望者等が容易にアクセスで
11 きるようにします。

12
13 ○ なお、外来医師偏在指標の算定に当たっては一定の仮定が必要であり、また、入手できるデー
14 タの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込めてい
15 るものではありません。

16
17 ○ このため、外来医師偏在指標の活用においては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、
18 あくまでも相対的な偏在の状況(全体における位置関係)を表すものであるという性質を十分に踏
19 まえた上で、外来医師偏在指標の数値を絶対的な基準として取り扱うことや外来医師偏在指標の
20 みに基づく機械的な運用を行うことのないよう十分に留意する必要があります。

1 第4章 新規開業希望者等に対する情報提供

2 1 地域に求められる外来医療機能

3 ○ 近年、高齢者の救急搬送の件数が増加しており、特に軽症・中等症が多いことや、訪問診療の件
4 数が増加しており、在宅医療は地域医療構想の実現においても重要であること等を踏まえ、診療
5 所医師および新規開業希望者に対し、在宅医療、初期救急(夜間・休日の診療)、公衆衛生(学校医、
6 産業医、予防接種等)等の地域に必要とされる医療機能を担うことが求められています。

7
8 ○ また、新規開業希望者等に対する追加的な情報提供の内容については、多面的な協議が行われ
9 るよう、国および都道府県において引き続き検討を進めていく必要があります。

11 2 新規開業希望者等に対する情報提供

12 ○ 県では、二次保健医療圏ごとの外来医師偏在指標および外来医師多数区域である二次保健医療
13 圏の情報や医療機関のマッピングに関する情報、新規開業希望者が事前を知ることが有効となる
14 情報等について整理を行います。

15
16 ○ これらの情報については、新規開業希望者等が知ることができるよう、様々な機会を捉えて周知
17 に努めます。

18
19 ○ また、開業の意思決定については医師だけでなく、資金調達を担う金融機関等も参画することか
20 ら、金融機関等に対してもこうした情報を伝えることは有効と考えられるため、県内の金融機関等
21 に対して必要な情報提供を行うほか、新規開業に間接的に関わる機会があると考えられる県内の
22 医薬品卸売販売業者、医療機器販売・貸与業者、薬局等に対しても情報提供を行います。

24 3 外来医師多数区域における新規開業希望者による届出および届出の際に求める事項

25 ○ 今後、外来医療について、全ての二次保健医療圏で偏在が進むことなく提供体制が確保される
26 よう、新規開業希望者の自主的な行動変容が求められています。特に、外来医師多数区域での新
27 規開業については、新規開業希望者に対して全国的な外来医師の偏在の状況を十分に踏まえた判
28 断を促す必要があります。

29
30 ○ そのため、外来医師多数区域においては、届出様式を定めて、新規開業希望者に対して、地域で
31 不足する外来医療機能を担うことに対する考え方を確認することとします。

32
33 ○ 個別の新規開業希望者に対する対応としては、開業に当たっての事前相談の機会や新規開業希
34 望者が届出様式を入手する機会に、開業する場所が外来医師多数区域に属することや、この計画
35 に定められている当該区域の方針に関する事項を情報提供することとします。

36
37 ○ 新規開業希望者の届出の内容については医療法第30条の18の2第1項に定める外来医療に関す
38 る協議の場においても確認することとします。

39
40 ○ なお、外来医師多数区域における新規開業希望者は、既存の医療機関による外来医療における

1 役割分担や連携等の体制を踏まえた上で、対象区域において必要な外来医療機能を担うことが求
2 められることになります。

3

4 ○ ただし、この仕組みを運用するにあたっては、この仕組みが開業規制ではないということに留意
5 が必要です。

6

7 ○ なお、国においては、無床診療所の開業規制を行う際の課題として、次の点が挙げられています。

8 ・自由開業制との関係(現行制度上、医師免許は開業免許と位置付けられており、憲法で保障され
9 た営業の自由との関係の整理が必要)

10 ・国民皆保険との関係(国民皆保険を採用する我が国においては、保険上の制限も実質上の開業
11 制限)

12 ・雇入れ規制の必要性(開業規制を行うのであれば、雇入れ規制が必要であるが、これは事実上困
13 難)

14 ・新規参入抑制による医療の質低下への懸念(新規参入がなくなれば、医療の質を改善・向上する
15 インセンティブが低下する懸念)

16 ・駆け込み開設への懸念(病床規制を導入した際は、S59～H3の間に238,916床増床)

17

18

1 第5章 外来医療に関する協議の場の設置

2 1 外来医療機能に関する協議

- 3 ○ 地域において充実が必要な外来医療機能や、外来医療機能の機能分化・連携の方針等について、
4 外来医師偏在指標を踏まえながら地域ごとに協議を行い、方針決定することにより、PDCA サイ
5 クルを構築できるようにする必要があります。
- 6
- 7 ○ こうしたことから、改正法により外来医療に係る医療提供体制の確保に関する協議の場(以下
8 「協議の場」という。)の設置が義務付けられました。協議の場については、区域単位である二次保
9 健医療圏ごとに設置する必要があります。
- 10
- 11 ○ 本県では、二次保健医療圏と同様の範囲とされている構想区域ごとに地域医療構想調整会議が
12 設置されていることから、協議の場は、地域医療構想調整会議を活用することを基本とします。
- 13
- 14 ○ 協議の場において合意された事項には医療機関の経営を左右する事項が含まれている場合が
15 想定されることから、合意に当たっては、県と関係者との間で丁寧かつ十分な協議を行います。
- 16
- 17 ○ 外来医療の偏在対策の実効性を確保するため、対象区域における協議の場において結論を得た
18 方針に沿わない医療機関等については、必要に応じて、「本計画」の見直し時に合わせて県医療審
19 議会に報告し、意見を聴取するなどの一定の確認を行います。

21 2 地域で不足している外来医療機能

- 22 ○ 外来医師多数区域である大津圏域においては、これまでより夜間や休日等における地域の初期
23 救急医療(主に救急車等によらず自力で来院する軽度の救急患者への夜間および休日における外
24 来医療)に関する外来医療の提供体制(在宅当番医制度への病院・診療所の参加状況、夜間休日急
25 患センターの設置状況)、在宅医療の提供体制、産業医・予防接種等の公衆衛生に係る医療の提供
26 体制について、地域で不足している外来医療機能として協議の場で整理されているものです。
- 27
- 28 ○ これらの機能は、引き続き地域において充足が必要なものであり、厚生労働省ガイドラインを踏
29 まえ、新規開業を希望する者に、それら機能を担うことに対する考え方を確認することとします。
- 30
- 31 ○ 今後も、地域で不足している外来医療機能については、外来医療機能の協議の場における各地
32 域の医療関係者等の意見を適切に確認するとともに、把握可能なデータをできる限り用いて定量
33 的な議論を行うよう努めます。厚生労働省ガイドラインを踏まえると、具体的には、以下のような
34 事項について議論を行うことが想定されます。

36 (1)夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制

- 37 ○ 本県における初期救急医療体制は、地域の開業医師が当番制で休日や夜間に自院で診療を行う
38 「在宅医当番制」と休日および休日の夜間に比較的軽症の救急患者を受け入れている「休日急患
39 診療所」があります。

- 1 ○ 入院治療の必要のない軽症の救急患者を休日急患診療所等で受け入れることにより、二次・三
2 次救急医療機関の負担を軽減しています。

3

4 表5-2-1 休日急患診療所

圏域名	診療所	診療時間
湖 南	湖南広域休日急病診療所	休 日 10時 ~ 22時
東近江	在宅当番医制（東近江医師会）	休日を除く 18時~20時30分
	近江八幡休日急患診療所	土曜日 15時 ~ 20時 休 日 10時 ~ 20時
	東近江休日急患診療所	休 日 10時 ~ 18時
湖 東	彦根休日急病診療所	休 日 10時 ~ 17時
湖 北	長浜米原休日急患診療所	休 日 9時 ~ 18時

(令和5年9月1日現在)

5

6

7 (2)在宅医療の提供体制

- 8 ○ 本県における在宅療養を支える医療資源の状況は次表のとおりとなっており、令和5年(2023年)
9 10月現在で、在宅療養後方支援病院6か所(地域医療機能推進機構滋賀病院、東近江総合医療セ
10 ンター、彦根中央病院、彦根市立病院、豊郷病院、高島市民病院)、在宅療養支援病院18か所(大津
11 赤十字志賀病院、琵琶湖大橋病院、ひかり病院、近江草津徳洲会病院、淡海ふれあい病院、市立野
12 洲病院、南草津病院、済生会守山市民病院、甲南病院、信楽中央病院、ヴォーリズ記念病院、日野
13 記念病院、湖東記念病院、東近江敬愛病院、友仁山崎病院、湖北病院、今津病院、マキノ病院)、在
14 宅療養支援診療所166か所などと、在宅療養を支える医療資源は着実に増加していますが、今後増
15 大する在宅医療ニーズに対応するためには、更なる充実が必要となっています。

16

17 表5-2-2 在宅医療を支える医療資源の状況

	調査日	合計	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	出典
在宅療養後方支援病院数*	R5.10.1	6	1	0	0	1	3	0	1	近畿厚生局
在宅療養支援病院数*	R5.10.1	18	3	5	2	4	1	1	2	近畿厚生局
在宅療養支援診療所数*	R5.10.1	166	60	42	6	26	6	16	10	近畿厚生局
無床診療所数	R5.4.1	1,098	294	296	87	150	110	119	42	医療政策課
有床診療所数	R5.4.1	36	12	10	3	6	2	2	1	医療政策課
在宅時医学総合管理料*	R5.10.1	268	91	67	19	36	14	25	16	近畿厚生局

18

19

- 20 ○ 滋賀県医療機能調査(令和4年7月)の結果によると、往診は20病院(35.7%)、316診療所
21 (39.9%)、訪問診療は26病院(47.2%)、258診療所(32.8%)が実施しています。

22

- 23 ○ 令和4年度(2022年度)中に在宅で看取った実績がある医療機関は、20病院(37.0%)、233診療所
24 (30.0%)でした。体制はあるが実績がなかったところを含めると、看取る体制がある医療機関は、
25 22病院(40.7%)、293診療所(37.8%)となっています。

26

1 ○ 在宅療養患者の後方支援として、急変時対応の入院のために病床を常に確保しているのは10病
2 院(17.5%)、病床が空いていれば受け入れるのは29病院(50.9%)となっており、レスパイト入院の
3 ために病床を常に確保しているのは8病院(14.0%)、病床が空いていれば受け入れるのは29病院
4 (50.9%)となっています。

5
6 ○ 在宅医療、介護サービスの充実には、医療と介護の切れ目のない連携も重要であり、病院と診療
7 所間の一層の連携を図り、また薬局や訪問看護ステーション、介護サービス施設・事業所なども含
8 め、多機関・多職種が連携することにより医療と福祉が一体となった地域住民への質の高いサー
9 ビス提供が求められていることにも留意が必要です。

11 (3)産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生に係る医療提供体制

12 ○ 県は、地域医療を支える観点から、公衆衛生に係る医療提供体制の現状把握に努めます。その際、
13 地域医師会等が重要な役割を担っている場合が多いことから、綿密な連携を図ることとします。

15 (4)その他の地域医療として対策が必要と考えられる外来医療機能

16 ○ 県は、その他、診療科別の医師の偏在等、地域の実情に応じて対策が必要と考えられる外来医療
17 機能について把握、検討に努めます。

19 3 外来医療の機能の明確化・連携

20 (1)明確化・連携の方向性

21 ○ 患者の医療機関の選択に当たり、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
22 志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課
23 題があります。

24
25 ○ また、人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、外来機能の明確化・連携を進めていく
26 必要があります。

27
28 ○ これらのことから、厚生労働省ガイドラインを踏まえ、データに基づく議論を地域で進めるため、
29 医療機関が県に外来医療の実施状況を定期的に報告(外来機能報告)し、この報告を踏まえて、地
30 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こととします。

31
32 ○ あわせて、協議の促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来
33 (※)」を地域で基幹的に担う医療機関である、紹介受診重点医療機関を明確化することとします。

34 ※医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)

35 ・医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来

36 例)悪性腫瘍手術の前後の外来

37 ・高額等の医療機器・設備を必要とする外来

38 例)外来科学療法、外来放射線治療

39 ・特定の領域に特化した機能を有する外来

40 例)紹介患者に対する外来

1 (2)紹介受診重点医療機関の公表

2 ○ 紹介受診重点医療機関にかかる協議は、次の手続きによって行います。

3 ア 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準(※)を満たした医療機関については、紹介受診
4 重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行います。

5 ※初診に占める重点外来の割合40%以上かつ、再診に占める重点外来の割合25%以上

6 イ 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、紹介診重点医
7 療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等(※)を活用して協議
8 を行います。

9 ※紹介率50%以上および逆紹介率40%以上

10 ウ 協議が整いました場合に、紹介受診重点医療機関として県が公表します。

11

12 ○ こうした協議の結果、紹介受診重点医療機関については、令和5年11月1日現在、次表のとおりと
13 なっています。

14

15 表5-3-1 紹介受診重点医療機関一覧(令和5年11月1日現在)

圏域	医療機関名
大津	地域医療機能推進機構滋賀病院
	滋賀医科大学医学部附属病院
	大津赤十字病院
	市立大津市民病院
湖南	淡海医療センター
	淡海ふれあい病院
	滋賀県立総合病院
	済生会滋賀県病院
	市立野洲病院
甲賀	公立甲賀病院
東近江	近江八幡市立総合医療センター
	東近江総合医療センター
湖東	彦根市立病院
長浜	市立長浜病院
	長浜赤十字病院
湖西	高島市民病院

16

17

18

1 第6章 医療機器の効率的な活用

2 1 医療機器の効率的な活用に関する考え方

3 ○ 県下においては、既に各医療機関間で医療機器の共同利用が行われ、医療機器の効率的な活用
4 への取組が進められているところです。

5
6 ○ 厚生労働省によりますと、人口当たりの医療機器台数には地域差があり、医療機器ごとに地域差
7 の状況は異なっています。今後、人口減少が見込まれ、効率的な医療提供体制を構築する必要が
8 ある中、医療機器についても効率的に活用できるよう引き続き対応を行う必要があります。

9
10 ○ したがって、医療機器の効率的な活用に資する施策として、地域の医療ニーズを踏まえた地域ご
11 との医療機器の配置状況を可視化する指標を作成し、医療機器を有する医療機関をマッピング
12 (地図情報として可視化)した上で、新規購入希望者に対してこれらの情報を提供しつつ、外来医療
13 に関する協議の場等を活用し、医療機器の共同利用(対象となる医療機器について連携先の病院
14 または診療所から紹介された患者のために利用される場合を含む。)等について協議することが
15 必要になります。

16
17 ○ なお、厚生労働省ガイドラインには可視化する指標の項目として CT(全てのマルチスライス CT
18 およびマルチスライス CT 以外の CT)、MRI(1.5 テスラ未満、1.5 テスラ以上 3.0 テスラ未満
19 および 3.0 テスラ以上の MRI)、PET(PET および PET-CT)、放射線治療(リニアックおよびガ
20 ンマナイフ)ならびにマンモグラフィーが挙げられており、本県では、これらの医療機器を効率的な
21 活用に係る計画の対象医療機器とし、可視化を行います。

23 2 医療機器の保有状況

24 ○ 本県における病院および一般診療所における医療機器の保有台数は次表のとおりとなります。
25 なお、PETについては湖東圏域、湖北圏域、湖西圏域においては設置されていません。また、湖西
26 圏域においては放射線治療機器についても設置されていません。

1 表6-2-1 二次保健医療圏別医療機器保有台数

	病院保有台数					一般診療所保有台数				
	CT	MRI	PET	マンモグラフィー	放射線治療 (体外照射)	CT	MRI	PET	マンモグラフィー	放射線治療 (体外照射)
全国	8,500	4,872	480	2,621	1,033	6,095	2,368	114	1,640	11
滋賀県	67	55	7	28	14	43	8	2	11	0
大津	18	15	1	6	4	7	0	0	3	0
湖南	14	13	4	7	4	13	5	2	5	0
甲賀	7	5	1	3	1	6	2	0	0	0
東近江	13	10	1	5	2	6	0	0	2	0
湖東	5	4	0	4	1	4	0	0	1	0
湖北	7	5	0	2	2	6	1	0	0	0
湖西	3	3	0	1	0	1	0	0	0	0

(出典 厚生労働省「令和2年医療施設調査」)

3 医療機器の配置状況

○ 既に存在する医療機器の共同利用による効率的な活用を進めるためには、医療機器の購入を検討している医療機関が、近隣の医療機関で保有している共同利用可能な医療機器の配置状況および利用状況を把握できる環境を整えるとともに、医療機器の協議の場において当該配置状況や利用状況に基づいた適切な共同利用の方針が示されることが重要であることから、病床機能報告に基づき医療機器を有する病院および有床診療所のマッピングを行い、県のウェブサイト等でその情報を提供することとします。

1 表6-3-1 病院別医療機器保有台数(令和2年度病床機能報告)

病院名	医療機器の台数	CT			MRI			核医学検査		放射線治療機器		
		マルチスライス			その他	3T以上	1.5T以上3T未満	1.5T未満	PET	PET/CT	ガンマナイフ	サイバーナイフ
		64列以上	16列以上64列未満	16列未満								
琵琶湖養育院病院		1台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
堅田病院		0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台
琵琶湖大橋病院		1台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
琵琶湖病院		0台	1台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台
ひかり病院		0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台
山田整形外科病院		0台	0台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台
滋賀医科大学医学部附属病院		3台	0台	0台	0台	2台	2台	0台	1台	0台	0台	0台
打出病院		0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台
市立大津市民病院		3台	0台	0台	0台	1台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
大津赤十字志賀病院		1台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
大津赤十字病院		3台	1台	0台	0台	0台	2台	0台	0台	0台	0台	0台
地域医療機能推進機構滋賀病院		1台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
琵琶湖中央リハビリテーション病院		0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台
大津医療圏小計		13台	3台	2台	0台	3台	9台	2台	0台	1台	0台	0台
びわこ学園医療福祉センター草津		0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台
びわこ学園医療福祉センター野洲		0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台
市立野洲病院		1台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台	0台
近江草津徳洲会病院		1台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	1台	0台	0台
南草津病院		0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台
小児保健医療センター		0台	1台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
県立総合病院		2台	1台	0台	0台	1台	1台	0台	1台	0台	0台	0台
淡海医療センター		2台	0台	0台	0台	1台	2台	0台	0台	2台	0台	0台
済生会滋賀県病院		2台	0台	0台	0台	1台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
済生会守山市民病院		1台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
南草津野村病院		0台	0台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台
淡海ふれあい病院		1台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台
湖南医療圏小計		10台	5台	0台	0台	4台	7台	1台	0台	4台	0台	0台
甲西リハビリ病院		0台	0台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台
甲南病院		1台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台	0台
生田病院		1台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台
公立甲賀病院		2台	1台	0台	0台	1台	1台	0台	0台	1台	0台	0台
国立病院機構紫香楽病院		0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台
甲賀市立信楽中央病院		1台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台
甲賀医療圏小計		5台	2台	0台	0台	2台	1台	1台	0台	1台	0台	0台
神崎中央病院		0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台
東近江敬愛病院		1台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
近江温泉病院		0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台
青葉病院		0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台	0台
湖東記念病院		1台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	1台	0台
日野記念病院		1台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
近江八幡市立総合医療センター		2台	0台	0台	1台	1台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
ヴォーリス記念病院		0台	1台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台
東近江市立能登川病院		1台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
国立病院機構東近江総合医療センター		2台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
東近江医療圏小計		8台	4台	0台	1台	1台	6台	1台	0台	0台	1台	0台
彦根中央病院		0台	1台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
友仁山崎病院		1台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
豊郷病院		1台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
彦根市立病院		2台	0台	0台	1台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
湖東医療圏小計		4台	1台	0台	1台	0台	4台	0台	0台	0台	0台	0台
市立長浜病院		3台	1台	0台	0台	1台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
長浜市立湖北病院		1台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
長浜赤十字病院		2台	0台	0台	0台	0台	2台	0台	0台	0台	0台	0台
湖北医療圏小計		6台	1台	0台	0台	1台	4台	0台	0台	0台	0台	0台
マキノ病院		0台	1台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台
今津病院		0台	1台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台
高島市民病院		1台	0台	0台	0台	0台	1台	0台	0台	0台	0台	0台
湖西医療圏小計		1台	2台	0台	0台	0台	1台	2台	0台	0台	0台	0台
合計		47台	18台	2台	2台	11台	32台	7台	0台	6台	1台	0台
			69台				50台		6台		1台	

(出典 厚生労働省「令和2年医療施設調査」)

4 医療機器に関する協議の場の設置

- 医療機器の効果的な活用に係る協議の場としては、外来医療に関する協議の場と同様に、各二次保健医療圏で開催する地域医療構想調整会議を活用することを基本とします。なお、医療機器に関する協議については、その特殊性から必要に応じて当該機器を保有する病院または診療所の管理者、放射線診療の専門家等で構成されたワーキンググループ等を設置し協議を行うことも検討します。
- 医療機器の効果的な活用に係る協議を行う区域については、上記のとおり二次保健医療圏単位を基本としますが、先進的な技術、特に専門性の高い救急医療等に関連する医療機器については、その医療提供体制の整備を図るべき地域的単位として設定されている三次医療圏等、医療機器の性質に応じた区域を必要に応じて別途設定することも検討します。
- 人口減少が見込まれる中で、既存の医療機器の効率的な活用を推進するため、医療機器の情報の可視化を行い可視化された情報を新規購入希望者へ提供するのみならず、医療機器の協議の場において、医療機器の共同利用の方針および具体的な共同利用に係る計画について協議を行い、結果を取りまとめ、公表します。
- 共同利用の方針としては、医療機器の項目ごとおよび区域ごとに定めることを基本としますが、原則として対象とする医療機器について、医療機関が医療機器を購入する場合は、購入希望者が届出様式を入手する機会等を通じて、当該医療機器の共同利用に係る計画(共同利用については、画像診断が必要な患者を、医療機器を有する医療機関に対して患者情報とともに紹介する場合を含む。以下「共同利用計画」という。)の作成(ただし、既に共同利用を行っている医療機関が対象の医療機器を追加する場合等においては、内容をより簡素なものとする。)を検討することを求め、県は提出された計画を医療機器の協議の場において確認を行うこととします。
- 厚生労働省ガイドラインによると、共同利用計画の作成に当たっては、次に掲げる内容が盛り込まれていることを確認することとされています。
 - ・ 共同利用の相手方となる医療機関
 - ・ 共同利用の対象とする医療機器
 - ・ 保守、整備等の実施に関する方針
 - ・ 画像撮影等の検査機器については画像情報および画像診断情報の提供に関する方針

5 医療機器の効率的な活用のための検討

- 今後、人口減少が見込まれる中、医療機器についても共同利用の推進等によって効率的に活用していくべきであり、情報の可視化や新規購入者への情報提供を有効に活用しながら、都道府県において必要な協議を行っていく必要があります。

(1)医療機器の配置状況・稼働状況に関する情報の可視化

ア 配置状況を可視化する指標

- 地域の医療ニーズを踏まえ、地域ごとの医療機器の配置状況を医療機器の項目ごとに可視化す

- 1 　　る指標を作成することとします。
- 2
- 3 ○ その際、医療機器のニーズは、医療機器の項目ごと、性・年齢別ごとに大きな差があることから、
- 4 　　医療機器の項目ごとおよび地域ごとに性・年齢構成を調整した人口当たり機器数を用います。
- 5
- 6 ○ なお、当該指標は、厚生労働省において算出し、具体的な算定式は次のとおりとなります。
- 7

8 図6-5-1 調整人口当たり台数

(参考) 医療機器の効率的活用における性・年齢階級別検査率を用いた各地域の医療機器の配置状況に関する指標の計算方法

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

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

(※2) 地域の人口当たり期待検査数

$$= \frac{\sum \left\{ \frac{\text{全国の性年齢階級別検査数 (外来)}}{\text{全国の性年齢階級別人口}} \times \text{地域の性年齢階級別人口} \right\}}{\text{地域の人口}}$$

- 9
- 10 ○ 上記の計算方法に基づき算出された本県の調整人口あたり台数は下図のとおりとなります。本
- 11 　　県ではCT、MRI、マンモグラフィーについては全国に比べ少なくなっており、PETおよび放射線
- 12 　　治療(対外照射)については全国平均に比べやや多くなっています。
- 13

14 表6-5-2 本県の調整人口あたり台数

	調整人口あたり台数				
	CT	MRI	PET	マンモグラフィー	放射線治療(体外照射)
全国	11.1	5.5	0.46	3.4	0.91
滋賀県	8.2(46位)	4.6(45位)	0.67(8位)	2.8(42位)	1.04(6位)
大津	7.5	4.5	0.30	2.6	1.20
湖南	9.3	6.0	2.05	3.6	1.40
甲賀	9.4	5.0	0.71	2.2	0.71
東近江	8.6	4.5	0.45	3.2	0.90
湖東	6.2	2.7	0.00	3.3	0.69
湖北	8.3	3.9	0.00	1.3	1.28
湖西	7.2	5.6	0.00	2.1	0.00

- 15 (出典 「令和2年医療施設調査」、「令和2年住民基本台帳」、「令和元年度(平成31年4月から
- 16 　　翌年3月まで) NDBデータの医科レセプト及びDPCレセプト」を基に厚生労働省が算出)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32

イ 稼働状況に関する情報

○ 厚生労働省ガイドラインを踏まえ、地域の医療資源を可視化する観点から、令和5年4月1日以降に医療機器を新規購入した医療機関に対して、医療機器の稼働状況(医療機器の利用件数や共同利用の有無等)について、県へ報告を求めることとします。なお、外来機能報告対象医療機関は、外来機能報告による報告をもって当該利用件数の報告に替えることができるものとします。

○ 県に報告された医療機器の利用件数や共同利用の有無等の情報については、医療機関における医療機器の購入の判断や共同利用の推進に資する情報であることから、協議の場において報告するものとします。

○ 県に報告された医療機器の利用件数や共同利用の有無等の情報は、医療機関における医療機器の購入の判断や共同利用の推進に資するため、管下の医療機関や金融機関等の関係者に情報提供を行うこととします。

ウ その他の情報

○ また、政策医療の観点から医療機器を有する医療機関の当該地域における5疾病・6事業および在宅医療に対して果たすべき役割についても、付加的情報として必要に応じて把握することとします。

○ 併せて、医療機関の経営判断に資するような、医療機器の耐用年数や老朽化の状況等についても、必要に応じて適切な情報を提供できるよう、検討を進めていきます。

(2)実効性を高めるための取組

○ 各医療機関における自主的な取組を踏まえ、地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議により、地域における医療機器の共同利用等における自院の位置付けを確認することが重要となります。

○ 県は、策定された共同利用計画については、県医療審議会とも共有することとし、協議の場での議論の状況等の報告と合わせ確認を行います。

《数値目標》

目標項目	目標値（令和8年度）
外来医療に対して満足する県民の割合	計画当初より上昇
各紹介受診重点医療機関の紹介率・逆紹介率	計画当初より上昇
医療機器の共同利用計画作成数	計画当初より増加

33

1 **第7章 計画の推進**

2 **1 進行管理**

3 (1)PDCAサイクル

4 ○ この計画は、「滋賀県保健医療計画」の一部であることから、PDCAサイクル(目標設定→取組→
5 評価→改善)に基づく見直しを3年ごとに行います。

6

7 (2)次期計画等への反映

8 ○ この計画において検討すべきとしている項目および協議の場でも出された課題について、その進
9 捗状況を踏まえ、協議の場や医療審議会等において協議を行い、次期計画の策定に反映させ、よ
10 り実効性のある計画への発展を目指します。

11

12 (3)住民への公表・効果的な周知

13 ○ 医療を受ける当事者である患者・住民が、地域の外来医療に係る医療提供体制を理解し、適切な
14 受療行動をとるためには、客観性および透明性を高める必要があることから、これらの情報を県
15 のウェブサイト等で患者・住民に分かりやすく公表するとともに、関係機関と連携して効果的な周
16 知を行うこととします。

17