

外来医療 事前意見

資料4-1

意見項目	事前意見		意見提出者	対応案
	番号	意見内容		
第1 現状と課題	1	図1の医療機関数(有床・無床診療所数)が、今回修正していただいた保険医療機関のみが対象となっていないと思います。以前のデータもグラフ上で修正をしていただく必要があります。図3、図4も同様かと。	濱野構成員	図1～図4について、算定対象を修正しました。また、国の統計上、保健医療機関は病院と診療所の2区分となっているため、掲載する図を整理しました。 なお、令和2年度調査から有床・無床が区分されているため、今後の計画策定にあたって、算定対象を変更することを検討します。
第3 施策の展開	2	現状の外来医療で一番の問題は、「かかりつけ医」の役割についての理解の欠如です。理解が欠如しているのは、医療側と患者側の両方です。(数値目標の項に示されている70.6%(患者側)という高い数字がそれを逆に証明しています。同様のアンケートを医療者側にも取って頂くのは良いアイデアだと思います。)以前の会議でも協議されたことですが、「かかりつけ医機能」として挙げられている5つの機能は決して並列的な指標ではありません。「かかりつけ医」の必須条件は、 ・なんでも診て適切につなぐ、 ・ケアを調整・統合する、そして ・疾病予防などの保険機能を持つ、です。そこを県として医療関係者に啓蒙していく必要があります。よって、2に、以下の一文の追加を提案します。 ○ 「かかりつけ医」が適切に普及されるために、研修会などを用いて「かかりつけ医機能」について医療者の認識向上に向けた取り組みを支援します。	関口構成員	かかりつけ医の研修等に関する記載に追記しました。 ○ 関係団体が開催する研修会など、かかりつけ医の育成・技能向上、及びかかりつけ医機能に関する医療従事者の認識向上等に向けた取組を支援します。
第4 数値目標	3	#7119の認知度が前回の資料には記載されていましたが、今回の資料ではないようです。入れた方がいいと思います。	濱野構成員	令和5年10月から#7119が始まったばかりであり、現状・目標値の設定が今計画では難しく、削除したものです。 #7119に関する数値目標は、救急医療分野と調整しながら、中間見直し等で引き続き検討したいと考えています。

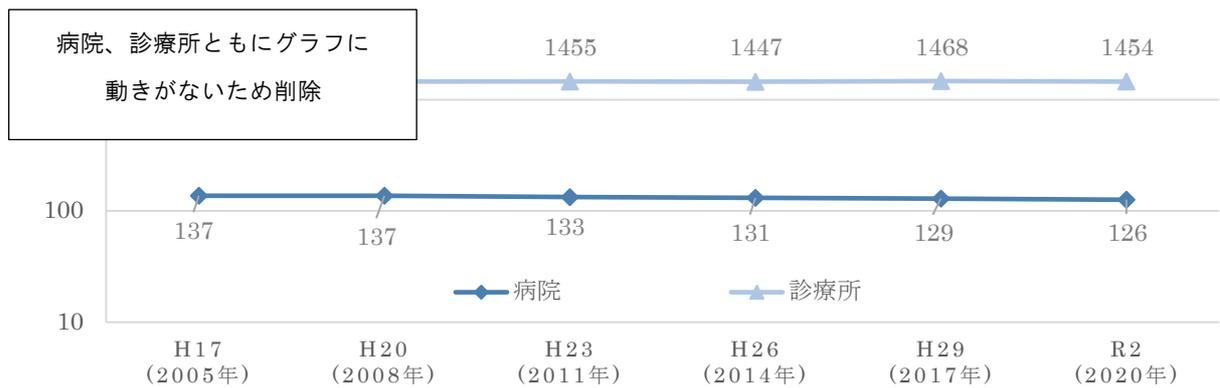
外来医療(外来医療計画)

第 1 現状(これまでの成果)と課題

1 医療施設及び外来患者の状況

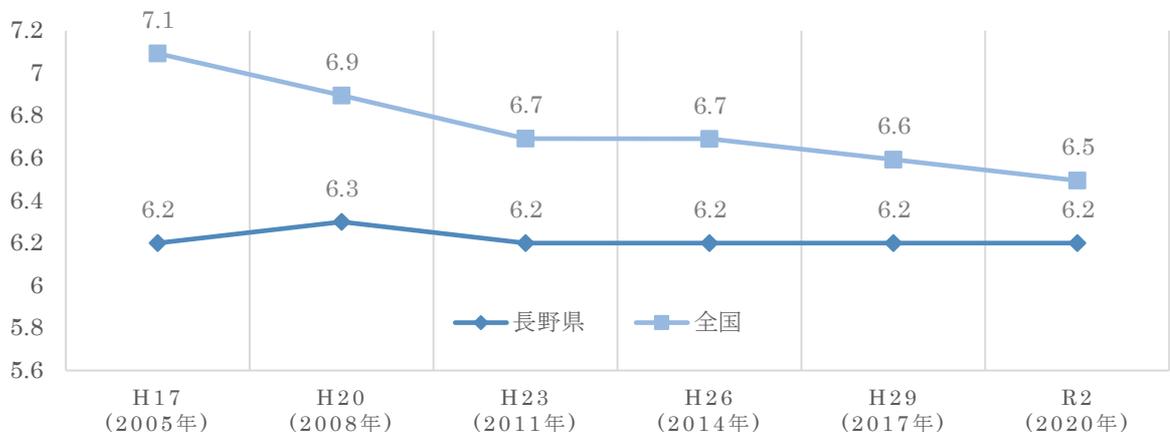
- 人口 10 万人当たりの保険医療機関数の推移は、病院は横ばい、診療所は増加傾向にあり、概ね全国的な傾向と同様です。
- 人口 10 万人当たりの保険医療機関数は、病院、診療所ともに県内の地域偏在等を背景として全国平均よりも少ない状況にあります。
- 人口 10 万人当たりの外来患者延数は全国平均より少ない状況にあり、特に診療所の外来患者延数と通院外来患者の対応割合は中山間地を多く抱える地域ほど少なく、病院において一般の外来診療も担っている状況にあります。医療資源そのものの充実を図っていく必要がある他、既存の資源の効率的な活用のため役割分担を推進することが求められます。

【図 1】県内の保険医療機関数の推移



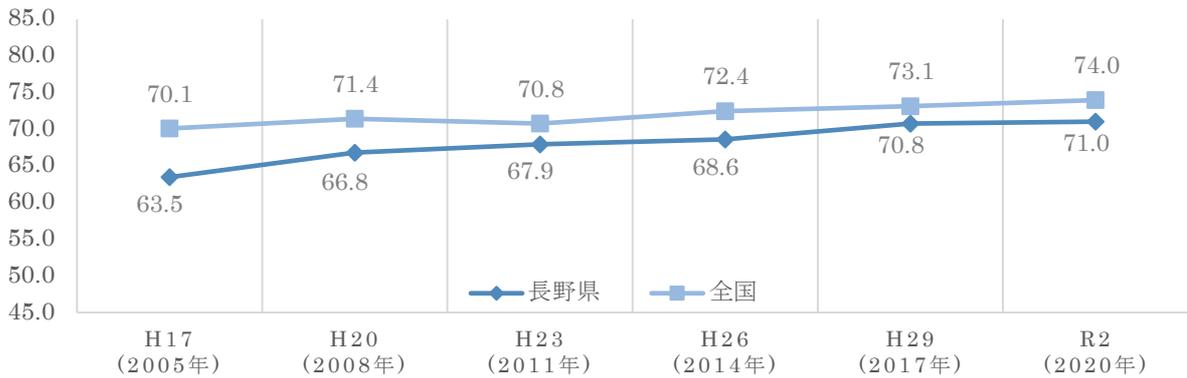
(厚生労働省「医療施設調査」)

【図 1】人口 10 万人当たり病院(保険医療機関)数の推移



(厚生労働省「医療施設調査」)

【図2】人口10万人当たり診療所(保健医療機関)数の推移



(厚生労働省「医療施設調査」)

【表1】保険医療機関数(令和5年10月現在)

[]は人口10万対

	長野県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
病院	123 [6.2]	13 [6.0]	16 [8.3]	11 [5.7]	9 [5.0]	9 [5.8]	1 [3.9]	26 [6.2]	2 [3.5]	33 [6.2]	3 [3.6]
一般診療所	1,291 [65.3]	126 [58.2]	109 [56.3]	119 [61.5]	102 [56.4]	102 [65.4]	11 [42.4]	316 [74.8]	38 [66.9]	318 [59.9]	50 [60.2]
有床診療所	59 [3.0]	5 [2.3]	8 [4.1]	3 [1.6]	3 [1.7]	3 [1.9]	0 [0.0]	16 [3.8]	1 [1.8]	18 [3.4]	2 [2.4]
無床診療所	1,232 [62.3]	121 [55.9]	101 [52.2]	116 [60.0]	99 [54.8]	99 [63.5]	11 [42.4]	300 [71.0]	37 [65.1]	300 [56.5]	48 [57.8]

(関東信越厚生局「保険医療機関一覧」より集計)

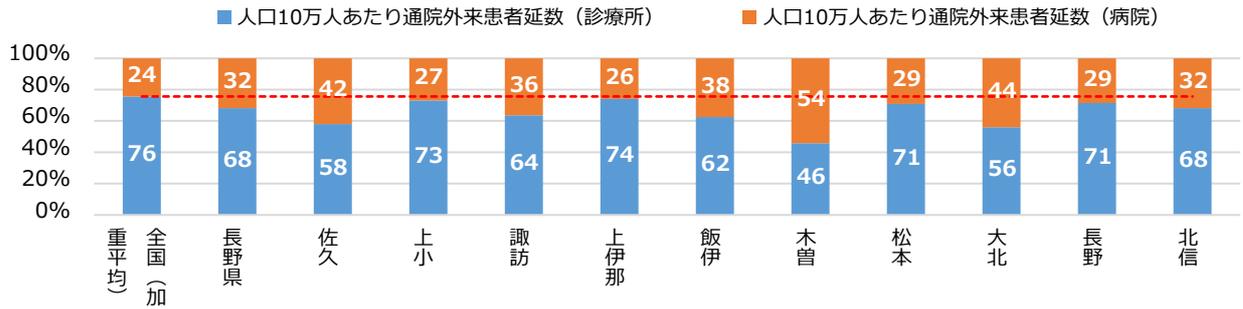
【表2】人口10万人当たり通院外来患者延数(千回/月)

()は全国を100とした値

		全国	長野県	佐久	上小	諏訪	伊那	飯田	木曾	松本	大町	長野	北信
H29	病院	24.6 (100.0)	29.6 (120.5)	39.5 (160.7)	24.2 (98.7)	33.1 (134.9)	22.2 (90.3)	33.2 (135.3)	31.6 (128.8)	28.0 (114.0)	36.9 (150.3)	28.1 (114.4)	30.3 (123.2)
	一般診療所	74.9 (100.0)	61.8 (82.5)	49.9 (66.7)	65.3 (87.2)	58.2 (77.7)	63.4 (84.6)	54.9 (73.3)	26.7 (35.7)	67.8 (90.5)	46.7 (62.3)	66.8 (89.1)	62.2 (83.0)
	合計	99.5 (100.0)	91.4 (91.9)	89.4 (89.9)	89.5 (90.0)	91.3 (91.8)	85.6 (86.0)	88.1 (88.6)	58.4 (58.7)	95.8 (96.3)	83.6 (84.0)	94.9 (95.4)	92.5 (93.0)
R1	病院	24.3 (100.0)	30.2 (124.3)	35.6 (146.4)	24.2 (99.6)	33.6 (138.4)	22.3 (91.8)	33.9 (139.4)	30.9 (127.2)	27.7 (114.1)	38.0 (156.3)	27.0 (111.1)	30.0 (123.3)
	一般診療所	75.5 (100.0)	64.8 (85.8)	49.1 (65.1)	65.7 (87.0)	58.7 (77.8)	63.6 (84.3)	56.4 (74.7)	26.1 (34.5)	67.3 (89.2)	48.3 (64.0)	67.5 (89.4)	64.3 (85.2)
	合計	99.8 (100.0)	95.0 (95.2)	84.7 (84.9)	89.9 (90.0)	92.4 (92.5)	86.0 (86.1)	90.3 (90.5)	57.0 (57.1)	95.1 (95.3)	86.3 (86.5)	94.5 (94.7)	94.3 (94.4)

(厚生労働省「外来医療に係るデータ集(NDBデータ集計値)」)

【図3】通院外来患者の対応割合（令和元年度）



(厚生労働省「外来医療に係るデータ集 (NDB データ集計値)」)

【表3】人口10万人当たり時間外等外来患者延数（回/月）

()は全国を100とした値

	全国	長野県	佐久	上小	諏訪	伊那	飯田	木曽	松本	大町	長野	北信	
H29	病院	649.4 (100.0)	889.1 (136.9)	1268.8 (195.4)	507.3 (78.1)	1167.4 (179.8)	647.2 (99.7)	829.0 (127.6)	963.1 (148.3)	863.0 (132.9)	731.8 (112.7)	851.0 (131.1)	1278.7 (197.0)
	一般診療所	771.5 (100.0)	644.1 (83.5)	391.5 (50.7)	1072.0 (138.9)	464.3 (60.2)	684.5 (88.7)	801.0 (103.9)	1040.7 (135.0)	1589.9 (206.2)	1118.4 (144.6)	1167.0 (151.5)	702.4 (91.1)
	合計	1421.0 (100.0)	1533.2 (107.9)	1660.3 (116.8)	1579.3 (111.1)	1631.7 (114.8)	1331.7 (93.7)	1630.0 (114.7)	1963.8 (138.2)	2452.9 (172.6)	1842.1 (130.0)	1967.7 (138.4)	1981.1 (139.4)
R1	病院	648.1 (100.0)	924.1 (142.6)	1158.9 (178.8)	536.2 (82.7)	1250.9 (193.0)	639.9 (98.7)	809.8 (124.9)	1040.7 (160.6)	785.3 (121.2)	723.7 (111.7)	884.7 (136.5)	1421.6 (219.3)
	一般診療所	3663.3 (100.0)	1430.0 (39.0)	1096.0 (29.9)	1945.4 (53.1)	880.9 (24.0)	1676.2 (45.8)	2061.9 (56.3)	159.7 (4.4)	1589.9 (43.4)	1118.4 (30.5)	1167.0 (31.9)	702.4 (19.2)
	合計	4311.4 (100.0)	2354.0 (54.6)	2254.9 (52.3)	2481.6 (57.6)	2131.8 (49.4)	2316.0 (53.7)	2871.7 (66.6)	1200.4 (27.8)	2375.2 (55.1)	1842.1 (42.7)	2051.7 (47.6)	2124.0 (49.3)

(厚生労働省「外来医療に係るデータ集 (NDB データ集計値)」)

【表4】人口10万人あたり時間外等外来施設数（H29：月平均施設数、R1：年施設数）

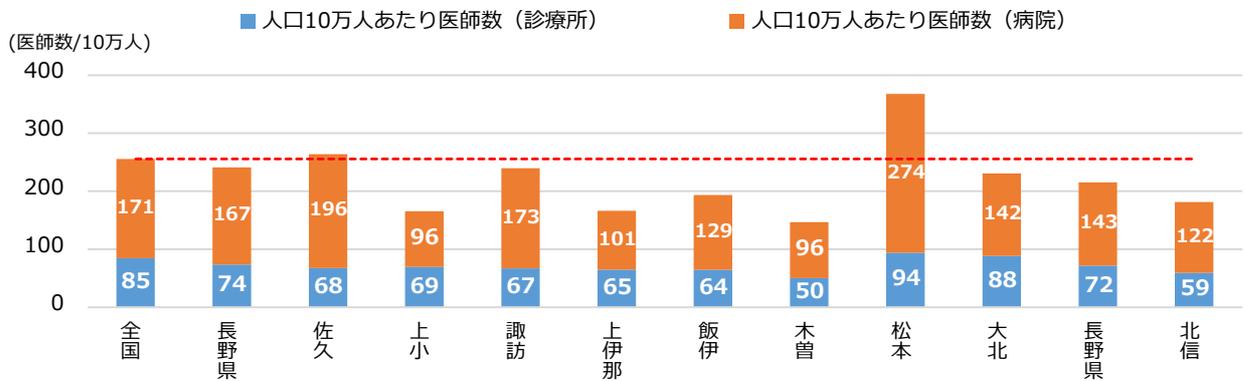
()は全国を100とした値

	全国	長野県	佐久	上小	諏訪	伊那	飯田	木曽	松本	大町	長野	北信	
H29	病院	5.1 (100.0)	5.4 (106.0)	6.7 (131.0)	7.2 (141.3)	5.2 (102.5)	4.6 (90.1)	5.9 (116.3)	* (100.0)	5.6 (110.2)	* (100.0)	5.0 (98.4)	* (100.0)
	一般診療所	27.0 (100.0)	30.2 (111.7)	国から提供されたデータが、秘匿箇所が多く 統計データとして不十分であるため削除				39.6 (146.7)	26.8 (99.1)	15.6 (57.6)			
	合計	32.1 (100.0)	35.6 (110.8)								* (99.0)	* (100.0)	
R1	病院	* (100.0)	* (100.0)	6.5 (127.5)	8.3 (162.2)	5.7 (111.6)	5.0 (97.6)	6.4 (127.1)	* (100.0)	5.9 (115.9)	* (100.0)	5.8 (113.6)	3.6 (70.0)
	一般診療所	54.4 (100.0)	55.7 (102.5)	49.0 (90.1)	44.5 (81.8)	54.3 (99.9)	50.9 (93.6)	51.3 (94.4)	46.3 (85.1)	65.8 (121.0)	59.8 (110.1)	51.8 (95.3)	39.7 (73.1)
	合計	* (100.0)	* (100.0)	55.4 (102.0)	52.7 (98.7)	60.0 (111.9)	55.9 (105.3)	57.7 (108.8)	* (100.0)	71.7 (136.7)	* (100.0)	57.6 (108.1)	43.3 (81.1)

2 一般診療所に従事する医師の状況

- 医師少数都道府県に位置付けられる本県では、人口10万人あたりの医師数も全国平均より少ない他、病院、診療所ごとの医師の勤務状況を比較すると、医師は一般診療所より病院で勤務している傾向にあります。
- 年齢別診療所医師数は、39歳以下が2.8%、40歳から64歳が57.1%と全国よりも低くなっています。一方で、65歳以上の医師数は40.1%と全国よりも高くなっており、平成24年以降、診療所医師の高齢化が進んでいます。
- 診療所の医師の主たる診療科は、内科が最も多く、整形外科、眼科、小児科と続いています。また県民へのアンケート結果によると、地域でより充実してほしい診療科として、皮膚科が最も多く、眼科、整形外科、耳鼻いんこう科と続いています。

【図4】人口10万人あたり医師数（令和2年12月現在）



(厚生労働省「外来医療に係るデータ集(医師・歯科医師・薬剤師統計)」)

【表4】年齢別一般診療所医師数（令和2年12月現在）

	年齢	39歳以下	40～64歳	65歳以上	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳以上	平均年齢
		実数	5,362人	63,567人	38,297人	14,975人	11,580人	5,317人	
全国	割合	5.0%	59.3%	35.7%	14.0%	10.8%	5.0%	6.0%	
長野県	実数	42人	872人	613人	214人	180人	59人	160人	62.5歳
	割合	2.8%	57.1%	40.1%	14.0%	11.8%	3.9%	10.5%	

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

【表5】一般診療所医師の高齢化率

(人)

項目		平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年
全国	診療所医師数	100,544	101,884	102,457	103,836	107,226
	うち65歳以上医師数	28,190	30,645	32,624	34,967	38,297
	高齢化率	28.0%	30.1%	31.8%	33.7%	35.7%
長野県	診療所医師数	1,519	1,497	1,508	1,513	1,527
	うち65歳以上医師数	482	505	553	563	613
	高齢化率	31.7%	33.7%	36.7%	37.2%	40.1%

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

【表6】主たる診療科ごとの一般診療所医師数（令和2年12月現在）

（人）

総数	1,527	皮膚科	61	心臓血管外科	2	美容外科	5	麻酔科	12
内科	673	アレルギー科	2	乳腺外科	5	眼科	119	病理診断科	0
呼吸器内科	6	リウマチ科	3	気管食道外科	0	耳鼻いんこう科	68	臨床検査科	0
循環器内科	22	感染症内科	0	消化器外科	1	小児外科	1	救急科	0
消化器内科	25	小児科	77	泌尿器科	26	産婦人科	48	臨床研修医	0
腎臓内科	10	精神科	62	肛門外科	5	産科	0	全科	5
脳神経内科	8	心療内科	6	脳神経外科	21	婦人科	10	その他	4
糖尿病内科	15	外科	51	整形外科	125	リハビリテーション科	0	主たる診療科不詳	14
血液内科	0	呼吸器外科	1	形成外科	18	放射線科	1	不詳	15

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」）

【表7】住民が地域でより充実してほしいと感じている診療科（令和5年1月現在）

皮膚科	21.8%	脳神経外科	9.1%	リハビリテーション科	4.8%
眼科	19.4%	小児科	8.8%	歯科	4.3%
整形外科	17.6%	アレルギー科	8.4%	その他の診療科	2.2%
耳鼻いんこう科	16.9%	外科	8.1%	分からない	6.3%
内科	16.4%	泌尿器科	5.9%	特になし	21.0%
産科・産婦人科	16.0%	精神科	5.5%	無回答	4.0%

（医療政策課調べ）

3 外来医師偏在指標

(1) 外来医師偏在指標の算出結果

- 外来医師偏在指標は、全国統一の算定式、データにより二次医療圏ごとの診療所医師の偏在状況を相対的に評価する指標です。
- 外来医師偏在指標の上位 33.3%(112 位以上)に該当する二次医療圏が外来医師多数区域とされ、本県では佐久、木曽、松本及び大北医療圏が外来医師多数区域となります。

【表 8】外来医師偏在指標

圏域（順位）	外来医師 偏在指標	偏在指標の算出に用いる係数				
		標準化医師数	人口(10万人)	外来標準化 受療率比	診療所外来 患者数割合	外来患者 流出入調整係数
全国	112.2	107,226	1,266.5	1.000	75.5%	1.000
長野県（31）	103.4	1,529	20.7	1.052	67.7%	1.002
佐久（96）	111.3	143	2.1	1.053	56.1%	1.041
上小（224）	91.6	136	2.0	1.042	73.0%	0.993
諏訪（189）	96.9	132	2.0	1.065	64.0%	1.020
上伊那（248）	87.1	118	1.8	1.046	74.2%	0.955
飯伊（198）	94.8	102	1.6	1.085	62.6%	1.003
木曽（51）	121.8	13	0.3	1.208	46.3%	0.740
松本（47）	124.4	396	4.2	1.020	70.9%	1.039
大北（7）	152.7	50	0.6	1.116	55.9%	0.913
長野（184）	97.7	389	5.4	1.045	70.4%	1.005
北信（251）	86.8	51	0.9	1.100	67.3%	0.927

（参考）外来医師偏在指標の算出方法

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数（※1）}}{\text{標準化外来医療需要（※2）} \times \text{診療所の外来患者対応割合（※3）}}$$

※1 標準化診療所医師数：診療所に勤務する医師数を性・年齢階級別の労働時間を加味して補正したもの。

【補正の方法】

$$\sum \text{性・年齢階級別診療所医師数} \times \frac{\text{性・年齢化級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$$

※2 標準化外来医療需要：各医療圏の外来患者数を性・年齢階級別構成を加味して、全国平均並みとした場合の患者数（人口 10 万人対）

【補正の方法】

$$\text{地域人口（10 万人対）} \times \frac{\sum \text{性・年齢階級別人口} \times \text{全国平均外来受療率}}{\text{全国平均外来受療率}}$$

※3 診療所の外来患者対応割合：地域の外来患者のうち、診療所に対応した患者数の割合

(2) 外来医師多数区域となる地域での指標のとらえ方

- 外来医師偏在指標は、医療圏ごとに診療所の医師及び診療所で外来受診する患者の数等を基に算出しています。
- そのため、中山間地等を抱えており、診療所の数が少なく病院が外来医療の多くを担っている場合や、他圏域へ外来患者が流出している場合など、当該地域において医療資源が少ないこと等を要因として外来医師多数区域となる場合があります。
- そのため、外来医療の充実に当たっては、指標のみの画一的な判断ではなく、地域の実情を十分に判断することが必要です。

【表9】外来医師多数区域の状況

圏域	診療所外来患者数割合	外来患者流出入調整係数
県平均	67.7%	1.002
佐久	56.1%	1.041
木曾	46.3%	0.740
松本	70.9%	1.039
大北	55.9%	0.913

※診療所に対応する患者の割合：令和3年度に外来受診を行った患者のうち、診療所に対応した割合
 ※流出入係数：係数が1を超える場合は流入超過、1を下回る場合は流出超過
 ※県平均：10医療圏の単純平均を用いた

プライマリ・ケアについて

最も広く用いられているプライマリ・ケアの定義は、『①患者の抱える問題の大部分に対処でき、②かつ継続的なパートナーシップを築き、③家族および地域という枠組みの中で、④責任を持って診療する臨床医によって提供される、総合性と⑤受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービス』（米国国立科学アカデミー、1996年）です。

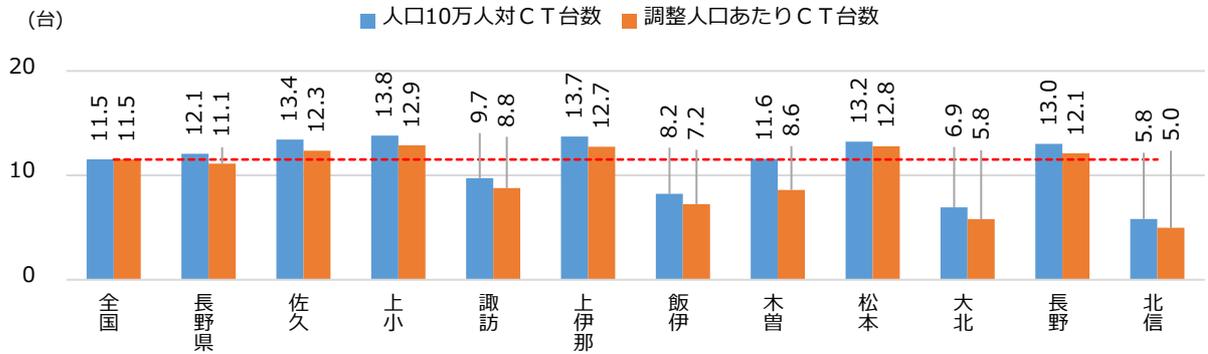
その理念として ACCCA が提唱されています。つまり、⑤患者さんがアクセスしやすい地理的、時間的「近接性 Accessibility」があり、①予防から治療まで全人的にまた common disease を中心として領域横断的な「包括性 Comprehensive」を持って、②ゆりかごから墓場まで病気の時も健康な時もずっと診ていく「継続性 Continuity」を担保しつつ、③家族や住民、ケアチームメンバーと協力し、他の専門家への適切な紹介も含めたケア調整をする「協調性 Coordination」を持ちながら、④「責任性 Accountability」を持って提供する医療サービスのことです。

プライマリ・ケアを重視した費用対効果の高い医療制度を指向してきた西欧諸国では、その実践能力を訓練（専門研修プログラム）により身につけた医師が「家庭医」として機能し、地域の医療を支えています。一方の日本では、こうしたプライマリ・ケアの概念は浸透しておらず、primary に「初等の」「基本の」という意味もあるため、その意味に限って用いられる傾向があることに加え、プライマリ・ケアを含む幅広いかかりつけ医機能を1人の開業医で担っていくことが難しい状況にあります。これからの日本のプライマリ・ケア体制をどう整備するか、医療福祉に関わる多職種と行政一体となった取り組みが喫緊の課題となっています。

4 医療機器の効率的な活用

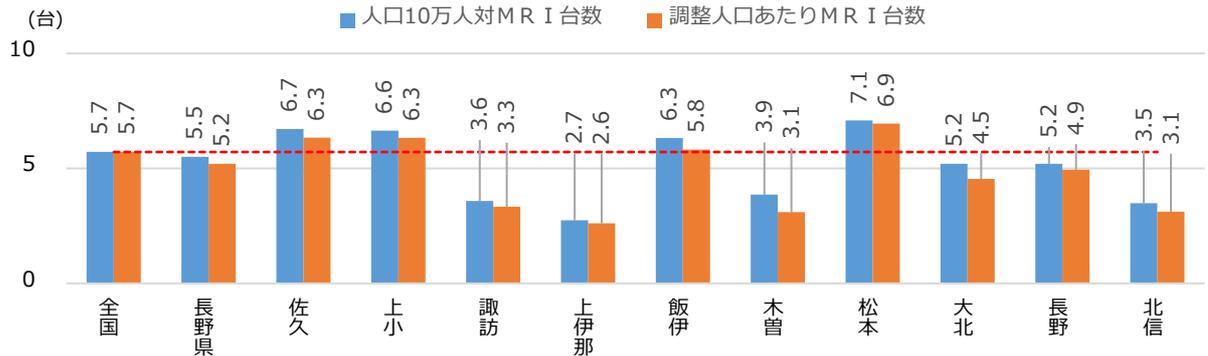
- 各医療機器の配置状況については、がんなど疾病ごとの医療提供体制の状況により、他医療圏と連携した医療を提供している場合、基幹となる医療圏において、集約的に医療機器が配置されている状況があります。

【図5】CTの人口10万人対台数と調整人口あたり台数（令和2年10月現在）



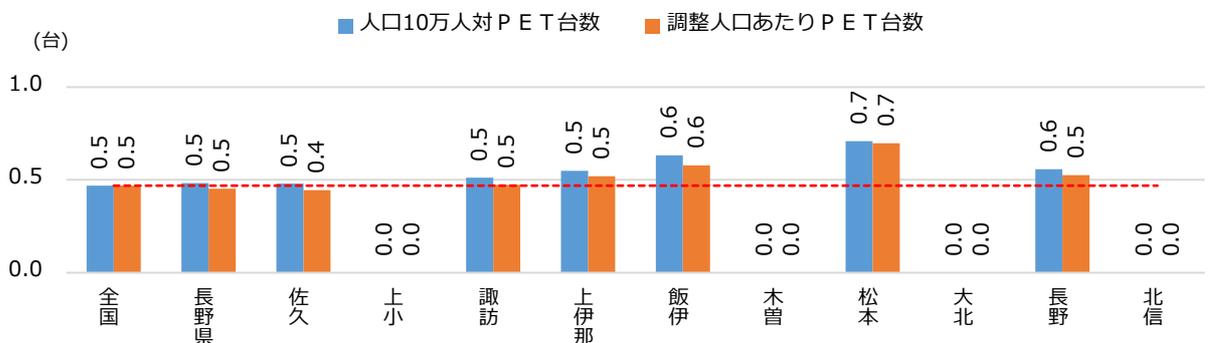
（厚生労働省「外来医療に係るデータ集（医療施設調査）」）

【図6】MRIの人口10万人対台数と調整人口あたり台数（令和2年10月現在）



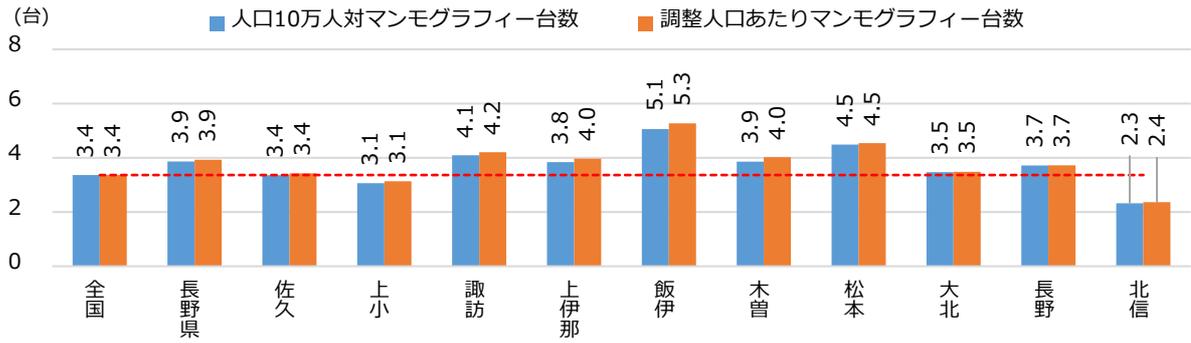
（厚生労働省「外来医療に係るデータ集（医療施設調査）」）

【図7】PETの人口10万人対台数と調整人口あたり台数（令和2年10月現在）



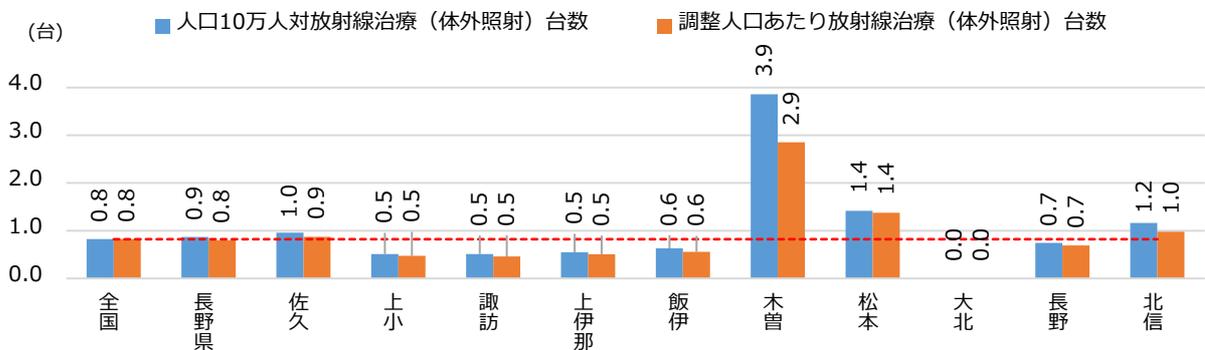
（厚生労働省「外来医療に係るデータ集（医療施設調査）」）

【図8】マンモグラフィの人口10万人対台数と調整人口あたり台数（令和2年10月現在）



（厚生労働省「外来医療に係るデータ集（医療施設調査）」）

【図9】放射線治療の人口10万人対台数と調整人口あたり台数（令和2年10月現在）



（厚生労働省「外来医療に係るデータ集（医療施設調査）」）

【表10】各医療機器の標準化検査率比（全国平均を1とした場合）

	標準化検査率比				
	CT	MR I	PET	マンモグラフィ	放射線治療（体外照射）
長野県	1.09	1.06	1.07	0.98	1.09
佐久	1.09	1.06	1.08	0.98	1.10
上小	1.07	1.05	1.06	0.98	1.08
諏訪	1.11	1.08	1.08	0.97	1.11
上伊那	1.08	1.05	1.06	0.97	1.08
飯伊	1.14	1.09	1.09	0.96	1.13
木曽	1.35	1.24	1.29	0.96	1.35
松本	1.03	1.02	1.02	0.99	1.03
大北	1.20	1.15	1.18	1.00	1.22
長野	1.07	1.05	1.06	1.00	1.08
北信	1.17	1.12	1.15	0.98	1.19

（厚生労働省「外来医療に係るデータ集」）

(参考) 調整人口あたり台数の算出方法

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

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

(※2) 地域の人口あたり期待検査数

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

かかりつけ医機能について

これまでの「かかりつけ医の定義」は非常に曖昧で法律上・制度上の位置付けもなく、一方的に患者側の意識と行動に依存して決められてきました。近年、高齢化社会におけるプライマリ・ケアの強化への世論の高まりに加えて、新型コロナウイルス感染症の蔓延時の発熱患者に対しての受診拒否など、かかりつけ医の患者受け入れ体制への不信感が、かかりつけ医のあり方に関する議論を加速させました。

これら状況を背景にしての活発な議論を経て、2023年5月12日に「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」(全世代社会保障法)が成立しました(2025年4月1日施行予定)。同法では、かかりつけ医機能が「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置、その他の医療の提供を行う機能」と明記されました。具体的なこれら機能として、・日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能、・時間外診療を行う機能、・病状急変時等に入院など必要な支援を提供する機能、・居宅等において必要な医療を提供する機能、・介護サービス等と連携して必要な医療を提供する機能、といった5つの機能が示されており、かかりつけ医となる医療機関が、これら機能のうち自ら担える機能を都道府県に報告する「かかりつけ医機能報告制度」が新たに創設され、都道府県がそれら機能を公表する「医療機能情報提供制度」も刷新されました。さらに、継続的な医学管理を要する患者が希望する場合、かかりつけの関係を示す書面を発行する新たな仕組みも盛り込まれました。

しかしながら、この法制度については、①かかりつけ医が提供する機能と医療の質の評価が不十分のまま、②かかりつけ医になれるかどうかの基準が明らかでない、③患者の医療機関へのフリーアクセス、国民皆保険、出来高払いの外来診療報酬制度、自由開業制、などの現状の医療制度の維持を前提としており、これからあるべきかかりつけ医の実像が不明瞭のまま、などの課題が指摘されています。

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

県民が安心して外来医療を受け続けられる医療提供体制を目指します。

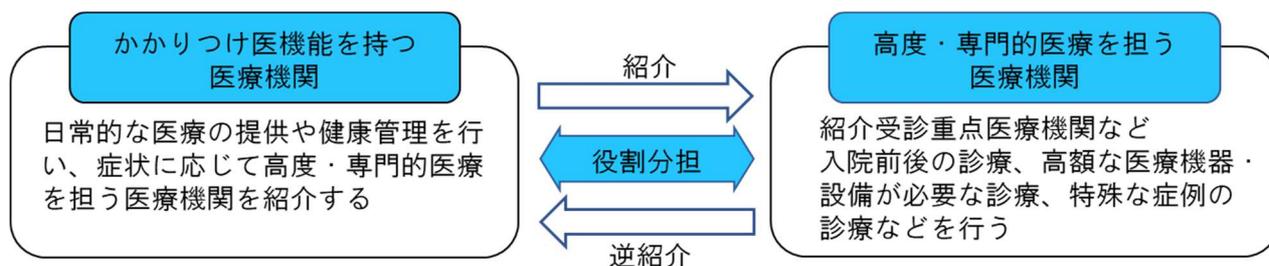
- (1) 症状・時間帯に応じて、必要な外来医療が受けられる体制
- (2) 質の高い外来医療が受けられる体制
- (3) 県民が適切な受療行動を取れる状態

2 外来医療の提供体制

限られた医療資源を有効に活用し、持続的かつ効率的で質の高い医療を実現するために、個々の医療機関の機能強化に加え、医療機関間の役割分担と連携を推進し、地域全体でかかりつけ医機能の充実・強化を図っていくことが重要です。

具体的には、かかりつけ医機能を担う医療機関が継続的に患者を診つつ、症状に応じて高度・専門医療を担う医療機関（紹介受診重点医療機関等）を紹介し、状態が落ち着いたら逆紹介するなど、医療機関の役割分担を進めるとともに、連携して医療を提供する体制の構築を目指します。

【図10】外来医療における連携体制のイメージ



なお、医療資源の整備状況などにより、外来医療の提供体制のあり方は地域によって大きく異なります。各地域の協議の場で、地域の実情に応じた各医療機関の役割・連携体制を整理していくことが必要です。

また、医療資源が不足する地域にあっては、オンライン診療等の導入を推進していくことも重要です。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備について

コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ、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、かかりつけ医機能が発揮される制度整備が進められています。

令和7年度から「かかりつけ医機能報告制度」が始まり、個々の医療機関が有する具体的な機能が報告され、報告を基に各地域で機能が充足されるよう具体的方策について検討が進められる予定です。

また、医療機関に関する情報は、これまで各都道府県の「医療情報ネット」で公表されていましたが、令和6年4月からは全国統一システムに移行し、より情報が入手しやすくなることが期待されます。加えて「かかりつけ医機能」に関する情報をより充実させることが検討されています。

第3 施策の展開

1 症状・時間帯に応じて、必要な外来医療が受けられる体制整備

- 地域で中心的に外来医療を担う無床診療所の開業が都市部に偏ることにより、身近な医療機関に安心して受診することに支障を来す恐れがあります。そのため、新規開業希望者の開業地域や診療科の選択に資するよう、医療機関のマッピングデータを作成するなど各地域の外来医療機能を可視化し、公表します。
- 効率的な外来医療提供体制を構築するため、各地域の協議の場で紹介受診重点医療機関を定めるとともに、令和7年度に開始予定のかかりつけ医機能報告制度を活用し、地域のかかりつけ医機能の充足状況を確認するなど、外来医療の役割分担と連携を推進します。
- 地域において不足する外来医療機能は、夜間や休日等における初期救急医療、往診看取り等の在宅医療、学校医・予防接種等の公衆衛生に係る医療の他、各地域の協議の場において定めるものとし、これらの機能を担うことについて新規開業者等へ協力を要請します。
- 放射線治療設備など、高額、または専門医を必要とする医療機器を中心に、共同利用計画の作成を求め、医療機器の効率的な活用を推進します。

2 質の高い外来医療が受けられる体制整備

- 外来機能報告制度を活用し、紹介受診重点医療機関を明確化するなど外来の役割分担を進めることにより、高度・専門医療を担う医療機関の外来負担を軽減し、医療の質の向上に繋がります。
- かかりつけ医機能報告制度を活用し、地域の協議の場において不足する機能を強化する具体的方策を検討します。また、医療の質の向上に繋げるため各医療機関の機能を可視化する取組を検討します。
- 関係団体が開催する研修会など、かかりつけ医の育成・技能向上、及びかかりつけ医機能に関する医療従事者の認識向上等に向けた取組を支援します。
- 国による「かかりつけ医機能報告制度」の詳細な制度設計の検討状況を踏まえ、適切な指標の設定について検討します。

3 適切な受療行動を促す情報発信

- 県民一人一人が「かかりつけ医」を持つことが、健康長寿の観点から重要であるため、「かかりつけ医」の更なる普及に向けた取組を推進します。
- 県民による医療機関の適切な選択に資するよう、「紹介受診重点医療機関」や「かかりつけ医機能」を持つ医療機関に関する情報を分かりやすく提供します。
- 地域医療を守るためには医療従事者の負担を軽減することが重要であるため、夜間・休日外来や救急外来にかかるべき状況や受診時のポイント、症状がある時に相談できる各種相談窓口※等について普及・啓発を行います。

※救急安心センター事業（#7119）、長野県小児救急電話相談（#8000）

紹介受診重点医療機関について

外来医療においては、患者の流れの円滑化を図るため紹介状を持って受診することを基本とする医療機関を「紹介受診重点医療機関」として明確化することとし、該当医療機関を公表しています。

なお、「紹介受診重点医療機関」となる医療機関は、毎年度議論することとされており、外来機能の分化と連携が進む中で該当医療機関が変更となる可能性があります。

(令和5年10月1日現在)

二次医療圏	医療機関名	公表日	
佐久	長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院 佐久医療センター	令和5年10月1日	
	上小		独立行政法人国立病院機構信州上田医療センター
	諏訪		諏訪赤十字病院
	上伊那		伊那中央病院
	飯伊		飯田市立病院
松本	安曇野赤十字病院		
	信州大学医学部附属病院		
	独立行政法人国立病院機構まつもと医療センター		
	社会医療法人財団慈泉会 相澤病院		
長野	長野市民病院		
	長野県厚生農業協同組合連合会 南長野医療センター篠ノ井総合病院		
	長野赤十字病院		

第4 数値目標

1 症状・時間帯に応じて、必要な外来医療が受けられる体制整備

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	休日・夜間に対応できる医療施設数	18 施設 (2022)	18 施設 以上	現状の水準以上を目指す。	医療政策課調査
S	訪問診療を実施している診療所・病院数	513 か所 (2020)	643 か所 (2026)	在宅医療等の医療需要の伸び率に相当するか所数を目指す	厚生労働省「医療施設調査」

2 適切な受療行動を促す情報発信

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	かかりつけ医がいる人の割合	70.6% (2023)	70.6%以上	現状の水準以上を目指す。	県民医療意識調査
P	#8000 を知っている親の割合	89.5% (2021)	89.5%以上	現状の水準以上を目指す	すこやか親子21