

資料 2 (参考)

第 7 次熊本県保健医療計画 (別冊)
(熊本県外来医療計画)

令和 2 年 (2020 年) 3 月

熊 本 県

熊本県外来医療計画

1. 現状と課題

- 全国的な傾向と同様、県内においても無床診療所の開設が都市部に集中しており、また、診療所医師の高齢化が進んでいることから、診療所の医師数及び高齢化の割合ともに地域間での差が大きくなっています。(図1参照)
- 県内の医療機関のうち、平成30(2018)年の病院数は平成10(1998)年と比較して微減、一般診療所は微増となっていますが、一般診療所の内訳をみると、有床診療所が半減する一方で、無床診療所は増加しています。(図2参照)
- これまで地域の外来医療を支えてきた既存の診療所について、後継者不足等の理由による閉鎖や有床診療所の無床化が進んでいます。
- 医師の専門医志向に伴い、診療科の専門化が進む中で、地域の医療機関に総合診療医が増加しておらず、かかりつけ医としての機能が低下している状況が指摘されています。
- 初期救急では、県内全ての地域において、郡市医師会ごとの在宅当番医制^①があり、初期救急患者の受入れにおいて中心的な役割を担っています。また、熊本市などでは、休日夜間急患センター^②等の取組みにより、多くの初期救急患者を受け入れています。
- 在宅当番医へ協力する医師の高齢化が進み、偏在があるなど、医師一人一人の負担が増加しており、学校医^③では、各地域において学校医を担う医師の負担が増加しているとの意見があり、より一層の分化・連携の取組みが必要です。(図3、4参照)
- 外来医療については、これまで医師会や医療機関間の自主的な取組みに委ねられてきたため、分化・連携を進めていくためには、地域医療構想調整会議^④での協議に必要なデータのさらなる収集や整理が課題となっています。
- 医療機器の共同利用の面では、地域ごとに機器の導入・利用状況が異なるため、医療機器の導入状況を可視化し、また、これまで地域医療支援病院^⑤を中心に行われてきた医療機器の共同利用をさらに進めていく必要があります。(表1参照)

① 在宅当番医制とは、郡市医師会が当番病院・診療所を決め、休日に比較的軽症の救急患者の診療にあたる制度です。

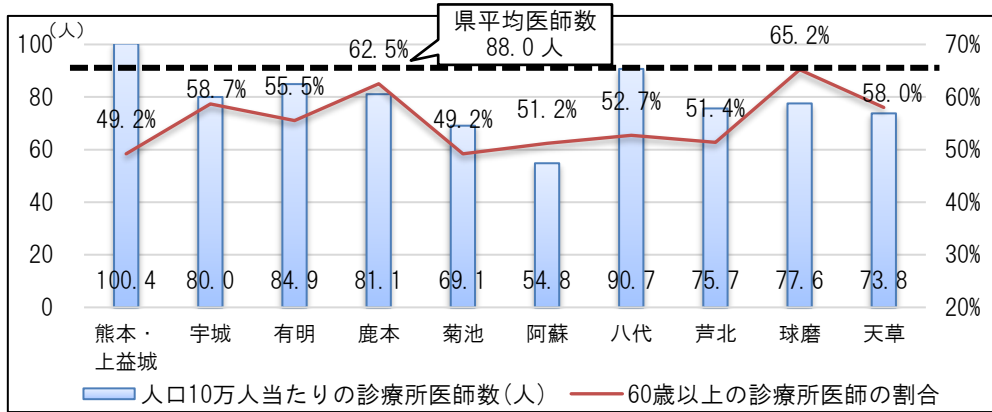
② 休日夜間急患センターとは、休日や夜間の初期救急患者に対応する医療機関です。

③ 学校医とは、学校保健安全法に基づき学校に置かれる医師で、学校保健計画等の立案の参与や、保健指導や健康診断に従事することとされています。

④ 地域医療構想調整会議とは、医療法に基づき県が設置している会議で、地域における将来の目指すべき医療提供体制の実現のため、県全体及び二次保健医療圏域ごとに設置され、医療関係者、保険者、市町村などが参加し協議を行っています。

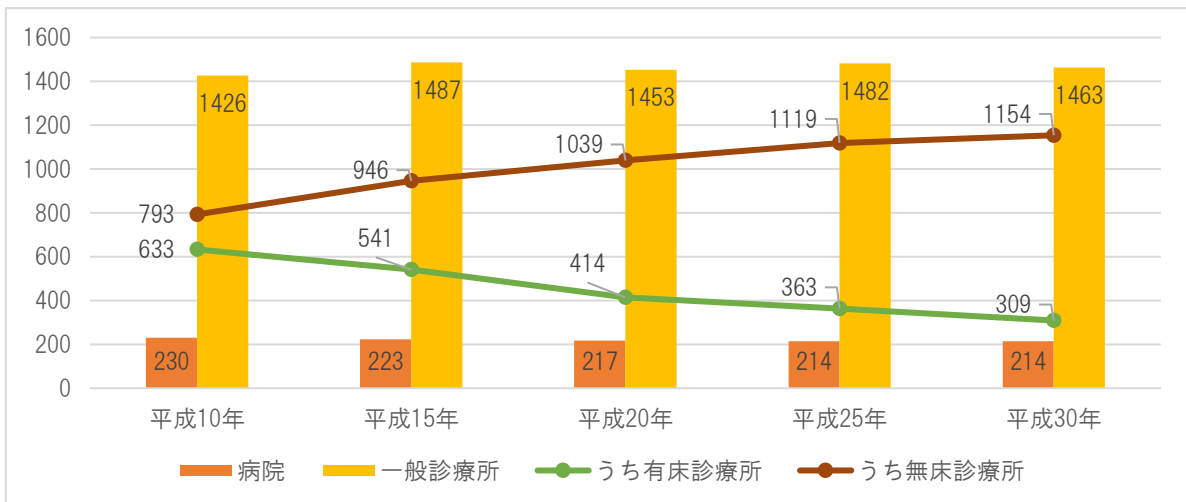
⑤ 地域医療支援病院とは、紹介患者に対する医療の提供、医療機器等の共同利用等を通じて、かかりつけ医を支援する能力を備え、かつ一定の構造設備等を有し、知事(熊本市内の病院は熊本市長。)が承認した病院です。

【図1】 県内の診療所医師の状況



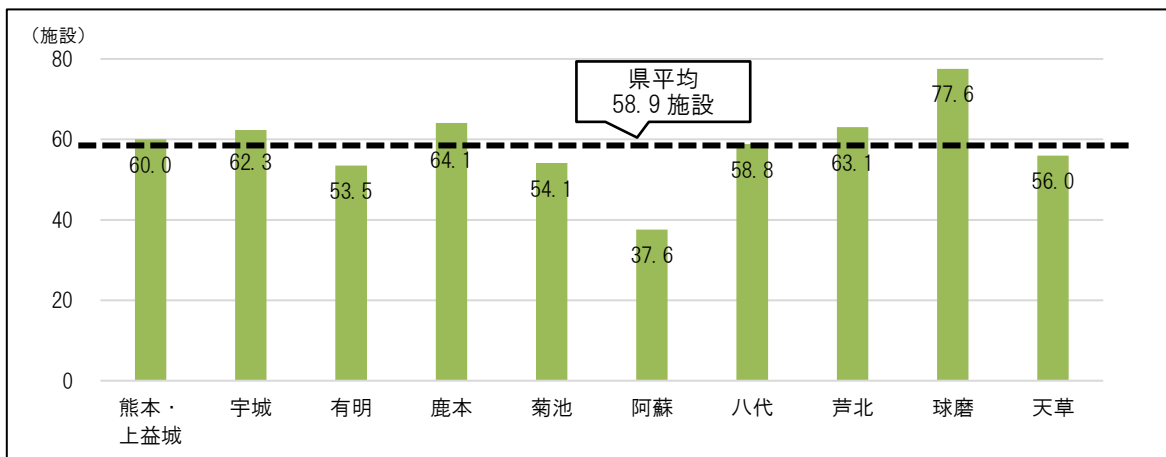
(厚生労働省「平成30年医師・歯科医師・薬剤師調査」を基に熊本県医療政策課作成)
 ※60歳以上の診療所医師の割合は平成28年調査を基に熊本県医療政策課で作成
 ※人口は平成30年1月の住民基本台帳のもの(以下同じ)

【図2】 県内の医療施設数の推移



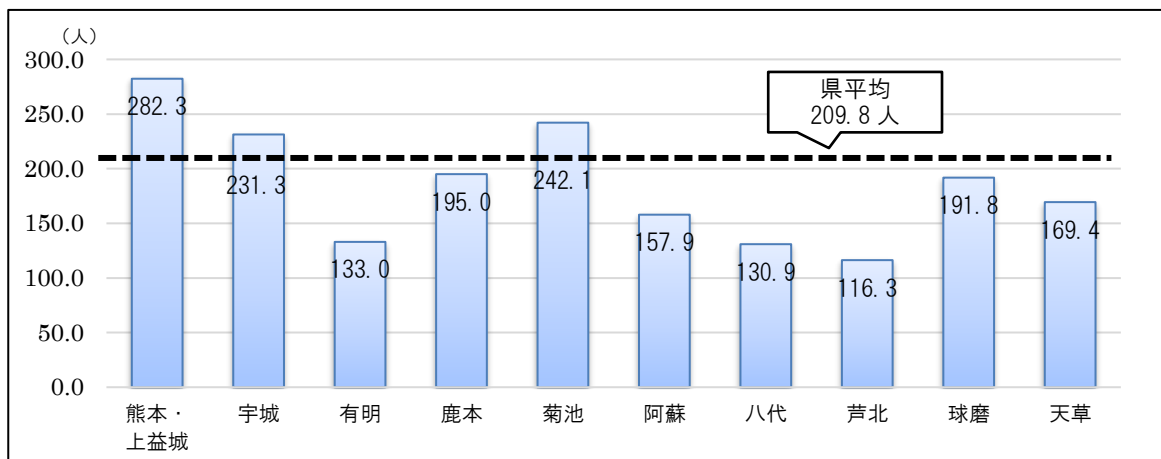
(厚生労働省「医療施設調査」(平成30年分は熊本県医療政策課調べ)を基に熊本県医療政策課作成)

【図3】 人口10万人当たりの在宅当番医数



(厚生労働省「救急医療体制の現況調べデータ(平成30年4月1日時点)」を基に熊本県医療政策課作成点)

【図4】学校医1人当たりの児童・生徒数



(熊本県教育委員会作成「平成30年度学校一覧」(平成30年5月1日時点)及び熊本県医師会調べ「学校医数」(令和元年10月18日時点)を基に熊本県医療政策課作成)

※私立学校及び定時制高校を除く

【表1】県内の主な医療機器の配置状況

単位：台

二次医療圏名	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療 (体外照射)
熊本・上益城	134	72	6	36	16
宇城	16	4	0	4	0
有明	31	9	0	14	1
鹿本	12	4	0	1	0
菊池	24	10	0	3	1
阿蘇	7	6	0	2	0
八代	20	7	0	6	1
芦北	13	3	0	1	0
球磨	20	8	1	4	1
天草	27	11	0	8	1

厚生労働省「平成29年医療施設調査」より

※一般診療所の放射線治療(体外照射)の台数については、一部推計値となっている。

各地域の意見

- 本県では、外来医療計画を策定するにあたり、地域の現状や課題を整理するため、二次医療圏又は医師会ごとにワーキング等を設置しました。そのワーキング等が出された現状や課題に関する意見のうち、主なものは次のとおりです。

<初期救急に関すること>

- ・ 医師会ごとに当番医の人数や高齢化の状況が異なるため、負担感が大きく異なる。
- ・ 休日夜間急患センターにおいて開業医の高齢化や医師の意識の変化等から協力医の確保が困難になっている。
- ・ 患者像の変化によりスタッフ確保や質的転換が必要である。
- ・ 複数の医師会が協力した在宅当番医体制の構築が必要である。
- ・ 医師の高齢化を背景とした診療所の減少の中、地域全体で初期救急に対する議論を深めることが最も重要な課題となっている。
- ・ 休日の初期救急には対応できるが、医師の数が不足しているため、夜間の初期救急に対応できていない。
- ・ 当番医の専門領域と患者の症状が合致せず、他医療機関へ紹介するケースも多い。
- ・ 休日夜間に対応できる院外処方薬局が少なく、診療に支障をきたしている。
- ・ 医師及び医療従事者の確保が困難であり、現状維持も危惧される。
- ・ 独居老人等の増加で軽症でも救急利用になるケースが増加している。
- ・ 診療科によって日曜日のみの実施体制や在宅当番医制を行っていない科もある。小児科については、広域化対応の状況である。
- ・ 本来対応が必要な患者だけでなく、仕事等の理由で休日に受診する患者がいるなど、受診に関する普及啓発が必要である。

<学校医>

- ・ 広範囲に点在する小規模校を一人で担当することで負担が生じている地域がある。
- ・ 後継者が見つからずに高齢医師が無理して学校医を継続している事例がある。
- ・ 専門科以外の領域の診察を要望されるため、専門医の対応が必要ではないか。
- ・ 児童数の増加と医師の高齢化による対応医師の減少により、医師一人当たりの負担が増加している。
- ・ 外来診療で手一杯であり、学校医との時間配分に大変苦慮している。
- ・ 診療科ごとに負担が大きく異なり、耳鼻科や眼科について負担が大きい。
- ・ 診療科によっては遠方の学校医を受け持つ状況にある。

<予防接種>

- ・ 1 医療機関に負担が集中しないような対応が必要ではないか。
- ・ 外来診療との時間配分が困難なうえ、接種スケジュール等の複雑化による医療過誤発生が懸念。また、請求事務が煩雑で負担である。
- ・ 管内の診療所の小児科医が少なく、地域からの要望も多い。

<産業医>

- ・ 一定回数の講習会等に通う必要があるなど、資格の維持が困難である。

- ・ 企業が多数立地しているため、医師一人当たりの負担が大きくなっている。
- ・ 外来診療との時間配分が困難なうえ、産業医の更新手続きが負担となっている。

<在宅医療>

- ・ 医師の数が不足しているため、夜間の在宅医療には対応できていない。
- ・ 人員や設備を増やすための財政的支援もないため、苦慮している。
- ・ 急変時受入体制も含めた在宅医療の体制づくりが必要である。
- ・ 住民が在宅医療について詳しく知らないという現状もあるため、在宅医療に関する地域住民への普及啓発も必要である。

<その他の意見>

- ・ かかりつけ医として総合診療可能な医師の育成が必要である。
- ・ 既存の診療所の継続や若手医師への開業支援として、事業承継制度の検討が必要である。
- ・ 診療科ごとの議論が必要である。
- ・ 外来医療を協議する単位としては、二次医療圏よりも小さな単位である市町村単位の協議が必要である。

【参考】厚生労働省が示した外来医師偏在指標等

- ・ 外来医師偏在指標とは、地域ごとの外来医師の偏在状況を相対的に比較することを目的に、厚生労働省令に基づき医療需要、人口構成とその変化、患者の流出入、医師の性別・年齢分布等を基に算定される指標です。（表2参照）
- ・ 外来医師多数区域は、全国の335二次医療圏の外来医師偏在指標の値を一律に比較し、上位33.3%が外来医師多数区域となります。
- ・ 外来医師偏在指標は地域の外来医師偏在の状況を相対的に示す指標ですが、指標のみに捉われず、地域の現状や課題をしっかりと分析する必要があります。

【表2】厚生労働省が示した外来医師偏在指標、外来医師多数区域

二次医療圏名	診療所の外来医師偏在指標	全国順位	多数区域	人口10万当たりの診療所医師数(人)	患者流出数(人/日)	患者流入数(人/日)
熊本・上益城	124.2	40	○	100.4	2,161	6,818
宇城	88.3	233		69.8	1,639	980
有明	104.5	118		84.3	1,995	558
鹿本	91.8	208		75.4	619	496
菊池	99.8	151		69.6	2,462	1,889
阿蘇	133.3	24	○	64.2	1,353	89
八代	107.7	99	○	92.8	771	461
芦北	103.1	133		77.8	375	342
球磨	91.4	210		77.6	234	196
天草	104.7	115		74.6	741	125

令和元年度厚生労働省提供データより

※ 診療所の外来医師偏在指標及び10万人当たりの診療所医師数は、医師・歯科医師・薬剤師調査（平成28年12月31日現在）を基に、それぞれ厚生労働省及び県が作成したものの。

※ 患者の流出入については、患者調査（平成29年）の県内・県外の外来患者流出・流入数データを、NDB（平成29年度）の病院＋一般診療所における初再診・在宅医療の診療分データの都道府県内二次医療圏間流出入割合に応じて集計したものの。

2. 外来医療の方針（目指す姿）

- 地域医療における外来医療を取り巻く現状・課題を踏まえ、外来医療の方針（目指す姿）は次のとおりとします。

- 外来医療の分化・連携を推進し、外来医療を担う医師を養成・確保することで、住民に身近な外来医療を維持する。

3. 今後の施策の方向性

○ 外来医療の分化・連携の推進

- ・ 初期救急等のデータの収集を継続的に行うことで、各地域における外来医療の見える化を図り、地域医療構想調整会議等での情報共有を進めます。
- ・ これまで行われている初期救急や公衆衛生、在宅医療などの各分野の会議等に加えて、各地域医療構想調整会議において、患者の受療動向を踏まえつつ、病床機能とともに外来医療全体に関する協議を行い、外来医療における診療所間の連携強化や、地域の実情を踏まえた病院と診療所の役割分担を進めます。また、必要に応じて、診療科や市町村ごとの現状分析を行い、無医地区等における医療提供体制のあり方について協議を行います。
- ・ 医療機器の配置状況の見える化や新規購入希望者（更新含む）への共同利用の意向確認等により、医療機器の共同利用を促進します。
- ・ これまで医師会で行ってきた在宅当番医制などの分化・連携のための取組みについて、継続した取組みを求めています。
- ・ 熊本県医師会をはじめ、熊本大学病院や県、関係団体が連携し、「くまもとメディカルネットワーク」^⑥など、ICTを活用した取組みを推進していきます。
- ・ 子ども医療電話相談（#8000）^⑦の活用や、かかりつけ医を持ったうえで必要に応じて専門的な医療機関を受診するなど、県民に向けて上手な医療のかかり方の普及啓発を行います。

○ 外来医療を担う医師の養成・確保

- ・ 熊本大学病院との連携等により、総合診療専門医など地域の外来医療を担う医師を養成し、地域における診療体制の維持や定着のための取組みを行っていきます。
- ・ 事業承継制度等の後継者確保のための対策について、関係機関と連携し検討を進めています。
- ・ 県内で病院や一般診療所を新規開業する医師に対して、届出の際に、初期救急、公衆衛生分野、在宅医療等の外来医療の分化・連携への協力についての意向を確認

^⑥ くまもとメディカルネットワークとは、県内の医療機関をはじめ、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス施設・事業所など関係機関をネットワークでつなぎ、患者や利用者の診療・調剤・介護に必要な情報を共有し、医療や介護サービスに活かすシステムです。（URL：<http://kmm.kumamoto.med.or.jp/>）

^⑦ 子ども医療電話相談（#8000）とは、夜間・休日に子供の急病等に関して、保護者が対応に迷ったときに相談できる電話相談窓口で、看護師が助言等を行います。

します。

- ・ 熊本県地域医療連携ネットワークの構築により、地域医療拠点病院が外来医療を中心に担う診療所等を支える仕組みづくりを行います。