

指標

外来医療計画

副会長

藤原 秀俊

2019年（令和元年）6月の第155回北海道医師会臨時時代議員会において外来医療計画について説明し、その後地域医師会でも説明を重ねてきた。医療計画の中に外来医療計画が含まれるため、現在までに概ね決まったこと、まだ決定していないことを明らかにした上、会員の皆様に周知し、今後開業を考える医師の一助になることを願っている。

【外来医療計画（厚労省ガイドライン）】

1. 計画策定の趣旨

外来医療機能の偏在対策の基本的な方針：これまで医療計画においては、疾病または事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状の把握等のPDCAサイクル推進の対象として、5疾病・5事業および在宅医療を対象としてきた。このような医療提供体制について、今後、それぞれの診療所（外来医療機能）がどのような役割を担い、地域全体として外来医療提供体制を構築していくか、地域で検討・協議していく必要がある。近年、高齢者の救急搬送件数は増加しており、特に軽症・中等症が多い。また、訪問診療の件数も増加しており、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など、特に初期救急医療や在宅医療に関して協議が必要である。すべての地域において、既存の医療機関が今後必要とされる外来医療機能をどのように担っていくべきか検討・協議していかなければならない。特に、すでに外来医師数が充足していると考えられる外来医師多数区域（後述）においては、新規開業の際、在宅医療、初期救急医療、公衆衛生等の地域で求められる医療機能を担うことが期待される。

2. 外来医療計画の主な記載事項

外来医療の提供体制の確保に関する事項：①外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定②区域ごと

指標のポイント



外来医療の提供体制について、現状では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こと、診療科の専門分化が進んでいること、医療機関の連携の取組（例：地域における救急医療体制の構築、グループ診療の推進、放射線装置の共同利用等）が、個々の医療機関の自主的な取り組みに委ねられていること等の課題がある。このような地域における外来医療機能の不足・偏在等に対応するため、2018年（平成30年）7月に改正された医療法の規定に基づき、都道府県は、外来医療機能に関する情報を客観的に可視化し、新規開業をする者が自主的な経営判断を行うための有益な情報を提供するため、外来機能に関する協議の場を設置し、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項を関係者と協議することになった。これが、外来医療計画である。本指標では、はじめに厚生労働省（以下「厚労省」という）のガイドラインを解説し、後半は北海道外来医療計画について述べる。

の外来医療機能の状況③外来医師多数区域における協議プロセス、を挙げている。そのほか、医療機器の効率的な活用に関する事項も記載することになっている。

3. 計画期間

当初は2020年度（令和2年度）から2023年度（令和5年度）の4年間で、2024年度以降は医療計画に合わせて、3年ごとに見直しを行う。従って、今年度中に作成する必要がある。

4. 外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定

厚労省は可視化の対象とする範囲・圏域を基本的に二次医療圏とするとしている。それは、これまで医療計画の基本的な単位は二次医療圏としており、医療提供体制の検討は二次医療圏単位で行われてきていること。また、市町村単位では必要なデータを必ずしも把握することができず正確に評価できないためである。ただし、地域の外来医療提供体制の検討は地域ごとの協議を踏まえて行われるべきで、より細分化した都道府県独自の単位で検討を行っても差し支えないと記載している（北海道では地域医療構想の構想区域に合致する二次医療圏とする方針である）。

外来医師偏在指標の設定のポイントは、外来医療については、診療所の担う役割が大きいため、診療所医師数を性別ごとに20歳代、30歳代…60歳代、70歳以上に区分し、平均労働時間の違いを用いて調整されている。また、従来的人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性・年齢階級による外来受療率の違いも加味されている（具体的な計算式は後述する）。現在暫定的な外来医師偏在指標が提示されていて、患者流出入を踏まえ、今後確定値として、厚労省から算出される予定になっている（当初は7月

に確定値が公表される予定であったが、10月末現在も公表されていない。

外来医師多数区域の設定にあたり、外来医療の偏在指標を踏まえる必要がある。つまり、より外来医療の実態を踏まえた内容とするため①人口構成等②昼夜間を含めた流出入③医師偏在の種別④医師の労働時間等を考慮した「新たな医師偏在指標」（注：厚労省「医療従事者の需給に関する検討会（医師需給分科会）において医師の偏在状況を全国ベースで客観的に示したのもの」との関連が高い。そのため、外来医師偏在指標についても、「新たな医師偏在指標」同様、全国335の二次医療圏の中で上位33.3%に該当する二次医療圏を外来医師多数区域と設定し都道府県に情報提供を行うことで、新規開業者等における自主的な行動変容を促し、偏在是正につながるものとなる（社会保障審議会医療部会によると現在本道では、札幌圏のみが外来医師多数区域に該当する可能性があるとされている）。

5. 外来機能に関する情報の可視化の留意点

外来医療機能に関する情報の可視化にあたり、人口10万人対医師数における課題と外来医師偏在指標における対応の整合性をとる必要がある。具体的には、人口構成（性・年齢構成）等の違いを反映させるため、「新たな医師偏在指標」と同様の考えに基づき、外来医療需要を地域ごとの人口構成との違いを踏まえ、性・年齢階級別の外来受療率を用いて調整すること。昼夜間人口差を含む患者の流出入等を反映させるため、昼間人口と夜間人口それぞれを用い、実態に応じて一定の重み付けを行ったものを用いること。医師偏在の種別への対応について、外来医療のサービスの提供主体は医師であることから医師数に基づく指標とすることや、新規開業が都市部に偏ることへの対策として、外来医療の医師偏在指標を作成することに加え、外来医療の多くが診療所で提供されている現状を踏まえ、外来医療の偏在指標については、診療所における外来受療率および診療所医師数をベースとして指標を作成することを基本とする。ただし、地域ごとに病院と診療所がどの程度対応しているか割合が異なることから、その状況も情報提供する必要がある。さらに医師の労働時間について、医師の性・年齢階級別の平均労働時間で重み付けを行ったものを用いることとされている。

6. 区域ごとの外来医療機能の状況

新規開業者に対する情報提供として、外来医師多数区域である二次医療圏の情報、医療機関のマッピングに関する情報、その他厚労省から提供される情報等を整理の上、外来医療計画に盛り込むこととしている。また新規開業者に求める、現時点で地域で不足している外来医療機能について記載をしている。具体的な議論事項として、地域医師会が新規開

業者に求める内容としてふさわしい事項が含まれており、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②在宅医療の提供体制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を挙げている。

7. 外来医師多数区域における協議プロセス

外来医師多数区域における新規開業者への対応として、開業にあたっての事前相談の機会や新規開業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、外来医療計画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。新規開業者の届出様式には、地域で不足する外来医療機能を担うことに合意する旨の記載欄を設け、協議の場において合意の状況を確認する。合意しない新規開業者が、地域で不足する外来医療機能を担うことを拒否する場合等には、臨時に協議の場を開催し出席要請を行い、協議の場の主要な構成員と出席要請を受けた当該新規開業者等の間で協議を行い、その結果を公表するとしている。また持ち回り開催とし、新規開業者からは合意事項に合意をしない理由等の文書の提出を求める等の対応も可能としている。

合意方法および実効性の確保に関しては、（1）合意の方法として、合意された事項には、経営を左右する事項が含まれている場合が想定されるため、都道府県と関係者の間で丁寧かつ十分な協議が求められている。（2）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方針に沿わない医療機関等については、医療計画の見直し時に合わせて都道府県医療審議会に報告し、意見を聴取するなどとしている。また、協議の場における協議の状況については、必要に応じて厚労省から報告を求めることがあるとしている。

8. 地域における外来医療機能の偏在・不足等への対応

2018年1月の第59回社会保障審議会医療部会では、無床診療所の開業規制を行う場合の課題を以下のように挙げている。①自由開業制との関係では、医師免許は現行制度上開業免許と位置づけられ憲法で保障された営業の自由との関係の整理が必要であること②国民皆保険との関係では、保険上の制限も実質的開業制限になること③雇入れ規制の必要性では、開業規制を行うのであれば、雇入れ規制が必要であるが、これは事実上困難なこと④新規参入抑制による医療の質低下の懸念⑤駆け込み開設への懸念一である。

9. 外来医師偏在指標の考え方（図1）

2の算定式では、3のように昼夜間人口比部分に

関しては、都道府県の判断で変更して良いということになっている。北海道としては、外来医療はできるだけ身近な医療機関を受診することが望ましく、この外来医療計画が、外来医療機能の偏在の解消につなげていくことを目的としていることを鑑み、現

在の流出入の状況を前提とした指標を用いることは、本計画の趣旨にそぐわないことから、昼間人口を活用する方針としている。図2は、昼間人口を活用するパターン1と患者流出入調整係数を活用するパターン2を示している。

図1 外来医師偏在指標の考え方

1. 外来医師偏在指標

5つの要素を勘案した「人口10万」対「診療所医師数」（二次医療圏ごと）

※ 5つの要素は以下のとおり

- ① 医療需要（ニーズ）及び人口構成とその変化
- ② 患者の流出入等
- ③ へき地等の地理的条件
- ④ 医師の性別・年齢分布
- ⑤ 医師偏在の種別（区域、入院/外来）

2. 算定式

「診療所を受診する外来患者数」（算定式の分母）に対して「どれだけ診療所の医師がいるか」（算定式の分子）、以下の算定式により二次医療圏ごとに算出。（詳細の解説はP.6の図3）

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left[\frac{\text{地域の人口} \times \text{昼夜間人口比}}{10万} \times \frac{\text{地域の標準化}}{\text{外来受療率比}} \right]} \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}$$

3. 外来患者流出入の調整

- 外来医師偏在指標は、「2. 算定式」により、厚生労働省において機械的に算出。ただし、「2. 算定式」のうち赤字部分（昼夜間人口比）については、都道府県の判断により、別の値を用いることが可能とされているところ。

【国の考え方】

- ・ 「1.」の「5つの要素」のうち「患者の流出入等」の勘案について、外来医療は時間内受診（日中）が多くを占めることから、「患者住所地」ではなく「昼間人口」を活用することが基本（「2.」の赤字部分）
- ・ 都道府県の判断により「患者流出入調整係数（＝外来患者の圏域内自給率）」を用いることも可能。

- 「昼間人口」を活用したデータは、図2の「パターン1」。「患者流出入調整係数（＝外来患者の圏域内自給率）」を活用したデータは、図2の「パターン2」。「パターン1」と「パターン2」では、地域によって数値が大きく変動。

図2 外来医師偏在指標

【パターン1：昼間人口を活用】

圏	域	偏在指標 (昼間人口)	昼夜間人口比
札	幌	119.7	0.999
上	川 中 部	102.4	0.997
後	志	99.8	1.013
遠	紋	94.3	1.004
南	渡 島	92.1	0.997
北	空 知	92.0	1.006
南	空 知	88.7	0.980
中	空 知	85.8	0.994
西	胆 振	84.1	1.003
上	川 北 部	83.7	1.004
東	胆 振	76.2	1.008
北	網	76.0	1.001
十	勝	70.7	1.000
留	萌	70.5	1.002
日	高	69.7	0.998
北	渡 島 檜 山	65.9	1.001
釧	路	65.4	1.000
南	檜 山	62.8	0.994
宗	谷	62.1	1.004
富	良 野	61.0	1.014
根	室	60.4	1.005

【パターン2：患者流出入調整係数を活用】

偏在指標 (流出入)	患者流出入 調整係数
114.3	1.045
95.8	1.066
113.6	0.885
118.2	0.800
89.0	1.033
114.2	0.811
102.2	0.859
89.9	0.951
82.8	1.017
90.5	0.928
76.8	0.999
74.7	1.018
71.4	0.991
83.2	0.847
96.6	0.723
98.0	0.673
62.4	1.048
96.5	0.648
77.3	0.806
69.3	0.891
78.8	0.770

昼間の人口が、夜間の人口（＝住所地ベースの人口）の1.005倍

外来患者の圏域内自給率が77%（外来患者の23%は他圏域に流出）

10. 外来医師偏在指標算定式の解説

○計算式に用いた要素：①医療需要（ニーズ）および人口構成とその変化②患者の流出入等③へき地等の地理的条件④医師の性別・年齢分布⑤医師偏在の種別（区域、入院/外来）を勘案した人口10万対診療所医師数の5要素。

○算定式に用いた各数値の解説（図3）：算定式の

分母には地域の標準化外来受療率比および地域の診療所の外来患者対応割合について記載されている。一番下には病院の外来延べ患者数も含まれている旨が記載されている。これにより病院の外来延べ患者数が地域の診療所の外来延べ患者数より極めて多い場合、分母が小さくなり、外来医師偏在指標が高くなることに留意しなければならない。

図3 参考：算定式に用いられる各数値の解説

1. 診療所の医師数関係（算定式の分子）

○標準化診療所医師数

性別、年齢によって医師の平均労働時間が異なるため、診療所医師の属性による地域差を調整（＝標準化）している。

標準化診療所医師数

$$= \frac{\sum \text{性年齢階級別診療所医師数}}{\text{性年齢階級別平均労働時間} / \text{診療所医師の平均労働時間}}$$

2. 診療所を受診する外来患者関係（算定式の分母）

○地域の標準化外来受療率比

性別、年齢によって外来医療を受療する割合が異なるため、全国の上療率を用いて地域住民の属性を考慮した受療率を推定（＝期待）し、全国との比較によって地域差を調整（＝標準化）している。

地域の外来期待受療率

$$= \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

地域の標準化外来受療率比

$$= \frac{\text{地域の外来期待受療率}}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

○地域の診療所の外来患者対応割合

外来患者のうち診療所を受診する患者の割合を算出している。

地域の診療所の外来患者対応割合

$$= \frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所十病院の外来延べ患者数}}$$

【北海道の現状、北海道外来医療計画】

本道の地域医療は、人口減少・高齢化の進行、医師等の医療従事者の地域偏在、医師の働き方改革による更なる医師不足への対応などの課題があることに加え、広域・多雪・寒冷といった本道の地理的・気象的特性や圏域ごとの実情を十分踏まえた取り組みが重要であると北海道外来医療計画の中で述べられている。従って個々の圏域に関して検討する必要がある。以下各圏域を考察する。問題点を明らかにするために、『医師偏在指標』（外来医師偏在指標ではないことに注意）が現在のところ高い二次医療圏から順に検討する（なお医師偏在指標は全国で238.6であり、北海道は223.4と全国で27番目になっている。後述する医師偏在指標は、北海道医師会佐古副会長が掲載した、北海道医報第1214号5頁の表1を合わせて参照していただきたい）。

1) 上川中部圏域：旭川市を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は281.1であり、本道で最多圏域である。外来自給率は99.2%で、全道では3番目に多

く、外来患者の対応割合は診療所が64%である。圏域内の診療所に従事する医師278名うちの53%（147名）は60歳以上が占める。『外来医師偏在指標』は102.4（暫定値）であり、札幌圏域に次いで2番目であるが、患者流出入で試算すると95.8で流入が多く、大学病院が関係しているものと考えられる。今後の課題として、人口構造の変化に伴う疾病構造等ニーズに合った役割分担の検討が必要である。

2) 札幌圏域：『医師偏在指標』は275.4であり、上川中部圏域に次いで多く、医師多数圏域となっている。外来自給率は99.4%で、全道では南渡島圏域に次いで2番目に多い。外来患者の対応割合は診療所が67%である。圏域内の診療所に従事する医師1,854名のうち43%（803名）は60歳以上が占める。『外来医師偏在指標』は119.7（暫定値）であり、現在のところ道内で1位である。課題は初期救急を担う医師の確保である。

(以下3)～10)の圏域は医師中間区域)

3) 南渡島圏域:函館市を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は194.4で、医師中間圏域となっている。外来自給率は99.5%で全道で最も高い。外来患者の対応割合は診療所が72%である。圏域内の診療所に従事する医師(273名)のうち54%(148名)は60歳以上が占める。『外来医師偏在指標』は92.1(暫定値)であり、患者流出入で試算した指標では89.0とさらに少なくなる(流入が多い)。人口10万対診療所医師数は72.2で、札幌・後志圏域に次いで多い。最も大きな課題は小児救急医療体制の構築である。

4) 西胆振圏域:室蘭市を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は190.0であり、医師中間区域である。外来自給率は97.6%で、外来患者の対応割合は診療所が63%である。圏域内の診療所に従事する医師106名のうち46%(49名)は60歳以上が占める。40歳代・50歳代の診療所医師が比較的多い圏域である。『外来医師偏在指標』は84.1(暫定値)である。患者流出入で試算すると82.8である。外来医療に関する課題は現状ではない。

5) 上川北部圏域:名寄市を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は189.0であり、医師中間区域である。外来自給率は88.2%で、外来患者の対応割合は診療所が38%である。圏域内の診療所に従事する医師23名のうち61%(14名)は60歳以上が占める。『外来医師偏在指標』は83.7(暫定値)である。患者流出入で試算すると90.5である。診療所医師一人の対応患者数が多い。外来医師指標が低い要素として、病院で対応する患者数が極めて多いことによるものと考えられる。この圏域の最も大きな課題は医師の高齢化が進んでおり、在宅当番医制の維持が困難になることが見込まれる。

6) 後志圏域:小樽市を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は188.9であり、医師中間区域である。外来自給率は90.8%で、外来患者の対応割合は診療所が68%である。圏域内の診療所に従事する医師162名のうち50%(81名)は60歳以上が占める。『外来医師偏在指標』は99.8(暫定値)である。患者流出入で試算すると113.6と全道で4番目に多い圏域となる。最も大きな課題は住民の高齢化率が高い(37.9%)ことであるが、医療提供体制としては、小児科医の不足が喫緊の課題である。

7) 中空知圏域:砂川市と滝川市を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は186.0であり、医師中間区域である。外来自給率は92.7%で、外来患者の対応割合は診療所が42%である。圏域内の診療所に従事する医師44名のうち48%(21名)は60歳以上が占める。40歳代・50歳代の診療所医師が比較的多い圏

域である。『外来医師偏在指標』は85.8(暫定値)である。課題は、人口10万対診療所医師数が41.6と少なく、砂川市立病院への外来集中と圏域内に在宅療養支援病院がなく、在宅支援診療所も少ないことである。

8) 十勝圏域:帯広市を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は178.4であり、医師中間区域である。外来自給率は98.8%で、全道で5番目に多い。外来患者の対応割合は診療所が66%である。圏域内の診療所に従事する医師(160名)のうち46%(74名)は60歳以上が占める。40歳代・50歳代の診療所従事医師の多いことが特徴である。『外来医師偏在指標』は70.7(暫定値)であり、患者流出入で試算した指標では71.4である。人口10万対診療所医師数は46.7で少ない。最も大きな課題は、初期救急医療を二次救急医療機関が担っていること、医療職の人材不足が挙げられている。

9) 東胆振圏域:苫小牧市を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は172.3であり、医師中間区域である。外来自給率は94.2%で、外来患者の対応割合は診療所が70%である。圏域内の診療所に従事する医師113名のうち55%(62名)は60歳以上(うち39名が65歳以上)が占める。『外来医師偏在指標』は76.2(暫定値)である。外来医療に関しては、時間外等外来患者延数の診療所に占める割合が76.5%と初期と二次救急の役割分担が機能しているが、開業医師等の高齢化により初期救急医療体制の維持確保が課題である。

10) 留萌圏域:留萌市を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は165.5であり、医師中間区域である。外来自給率は88.8%で、外来患者の対応割合は診療所が55%である。圏域内の診療所に従事する医師20名のうち40%(8名)は60歳以上が占める。『外来医師偏在指標』は70.5(暫定値)である。患者流出入で試算すると83.2である。さらに人口10万対診療所医師数は42.7で少ない。この圏域の最も大きな課題は、二次救急医療機関が初期救急にも対応せざるを得ないこと、医療機関の後継者不足、機能強化型の在宅療養支援診療所および病院が整備されていないことである。

(以下の圏域は全て医師少数区域)

11) 南空知圏域:岩見沢市を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は161.2であり、医師少数区域である。外来自給率は86.7%で、外来患者の対応割合は診療所が65%である。圏域内の診療所に従事する医師102名のうち36%(37名)は60歳以上が占める。40歳代・50歳代の診療所医師が多い圏域である。『外来医師偏在指標』は88.7(暫定値)である。患者流

出入で試算すると102.2と全道で5番目に多い圏域となる（流出が多い）。課題は、分娩可能な医療機関が病院1、診療所1と少なく、周産期医療提供体制の確立である。

12) 釧路圏域:釧路市を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は147.1である。外来自給率は98.9%で、全道で4番目に多い。外来患者の対応割合は診療所が59%である。圏域内の診療所に従事する医師(94名)のうち43%(40名)は60歳以上が占めるが、40歳代・50歳代の診療所従事医師の多いことが特徴である。『外来医師偏在指標』は65.4(暫定値)であり、患者流出入で試算した指標では62.4である。人口10万対診療所医師数は40.2で少ない。最も大きな課題は、釧路市周辺以外の初期救急医療を二次救急医療機関が担っていること、精神科医師の不足が挙げられている。

13) 南檜山圏域:江差町を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は144.6である。外来自給率は75.4%で、外来患者の対応割合は診療所が28%であり、ほぼ病院医師が外来患者を診ている。圏域内の診療所に従事する医師5名のうち60%(3名)は60歳以上が占める。『外来医師偏在指標』は62.8(暫定値)である。患者流出入で試算した指標では96.5と高くなる（流出が多いかあるいは外来患者の病院対応割合が高いためと考えられる）。最も大きな課題は、人口10万対診療所医師数が21.3と圏域内の医師数が極めて少ない（北渡島檜山・根室圏域に次いで3番目に少ない）ことである。また在宅療養支援診療所（病院）が整備されていないが、やむを得ない現状と言える。

14) 遠紋圏域:紋別市と遠軽町を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は144.3である。外来自給率は86.0%である。外来患者の対応割合は診療所が26%で極めて低い。圏域内の診療所に従事する医師19名のうちの37%(7名)は60歳以上が占める。30歳代・40歳代・50歳代の診療所に従事している医師が比較的多いことが分かる。人口10万対診療所医師数は27.4で極めて少ないにも関わらず、『外来医師偏在指標』は94.3(暫定値)であり、患者流出入で試算すると、118.2と道内1位である。これは病院外来を受診する患者が極めて多く、また流出が多いことを意味している。課題として、医療職の人員確保および二次医療機関の初期救急医療に対する負担の軽減が挙げられている。

15) 北網圏域:北見市と網走市を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は140.8である。外来自給率は98.6%で、全道では6番目に多い。外来患者の対応割合は診療所が55%である。圏域内の診療所に従事する医師94名のうち39%(37名)は60歳以上が占

める。40歳代・50歳代の診療所に従事している医師が多いことが分かる。『外来医師偏在指標』は76.0(暫定値)であり、患者流出入で試算すると74.7である。自給率が高いことも考慮すると、流入患者が多いことが分かる。課題として在宅当番医の協力医療機関の減少が挙げられている。

16) 日高圏域:新ひだか町と浦河町を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は124.2である。外来自給率は82.0%で、外来患者の対応割合は診療所が57%である。圏域内の診療所に従事する医師29名のうちの45%(13名)を60歳以上が占める。『外来医師偏在指標』は69.7(暫定値)であり、患者流出入で試算すると96.6でそれほど悪くはない。患者流出が極めて多いことが分かる。人口10万対診療所医師数は42.7で、それほど少ない訳でもない。最も大きな課題は人口10万対医師数で、全道平均の41.7%である。つまり病院医師数が極めて少ないと言える。また全体的に医師の平均年齢が58歳と高い。

17) 富良野圏域:富良野市を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は118.4である。外来自給率は86.9%で、外来患者の対応割合は診療所が48%である。圏域内の診療所に従事する医師14名うちの71%(10名)は60歳以上が占め、36%(5名)は70歳以上である。『外来医師偏在指標』は61.0(暫定値)であり、患者流出入で試算すると69.3で、患者流出が多いことが分かる。さらに人口10万対診療所医師数は33.1でかなり少ない。この圏域の最も大きな課題は、当番医制に参加する医師の高齢化が進んでいること（この問題は後述する根室圏域と同様）である。

18) 北空知圏域:深川市を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は118.2である。外来自給率は82.4%で、外来患者の対応割合は診療所が58%である。圏域内の診療所に従事する医師20名のうち50%(10名)は60歳以上が占める。40歳代・50歳代の診療所医師が比較的多い圏域である。『外来医師偏在指標』は92.0(暫定値)である。患者流出入で試算した指標は114.2となり、全道で3番目に多い圏域（割と流出が多い）に相当する。課題は救急告示医療機関が深川市立病院のみであることと、在宅療養支援病院（診療所）がないこと、また周産期医療体制の確保が困難になっている現状である。

19) 根室圏域:根室市と中標津町を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は115.6である。外来自給率は85.1%である。外来患者の対応割合は診療所が29%で極めて低い（全道で4番目）。圏域内の診療所に従事する医師15名のうち87%(13名)は60歳以上が占め、うち47%(7名)は70歳以上の医師であり、高齢化が深刻である。『外来医師偏在指標』は60.4

(暫定値)であり、患者流出入で試算すると78.8である。病院での外来対応が極めて多いにも関わらず、外来医師偏在指標が低いのは、流出が極めて多いことによると思われる。また人口10万対診療所医師数は19.7で極めて少ない。課題として、医師の高齢化、二次医療機関の初期救急医療（市立根室病院、町立中標津病院）に対する負担の軽減、市立根室病院および町立中標津病院しかない在宅療養支援診療所ならびに在宅療養支援病院をいかに増やしていくかが挙げられる。

20) 北渡島檜山圏域：八雲町を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は114.8である。外来自給率は76.1%で、外来患者の対応割合は診療所が25%であり、南檜山圏域同様ほぼ外来患者は病院を受診している。圏域内の診療所に従事する医師7名のうち71%（5名）は60歳以上が占める。『外来医師偏在指標』は65.9（暫定値）である。根室圏域と同様に、病院での外来対応が極めて多いにも関わらず、外来医師偏在指標が低いのは、流出が極めて多いことによると思われる。最も大きな課題は人口10万対診療所医師数が19.4と圏域内の医師数が極めて少ない（全道で最低）ことである。この圏域では全医療機関14（病院7・診療所7）のうち、10施設（病院6、診療所4）が在宅医療サービスを実施しているが、在宅医療を担うスタッフが不足しており、マンパワーの確保が課題となっている。

21) 宗谷圏域：稚内市を中心とする圏域である。『医師偏在指標』は107.9であり、全道で最も低い。外来自給率は86.3%で、外来患者の対応割合は診療所が35%である。圏域内の診療所に従事する医師15名のうち53%（8名）は60歳以上が占める。『外来医

師偏在指標』は62.1（暫定値）であり、患者流出入で試算すると77.3である。北渡島檜山・根室圏域と同様に、病院での外来対応が極めて多いにも関わらず、外来医師指標が低いのは、流出が極めて多いことによると思われる。さらに人口10万対診療所医師数は23.1で極めて少ない。この圏域の最も大きな課題は、医師など医療従事者が少ないこと、二次救急医療機関である市立稚内病院が、初期救急医療も担っていることが挙げられる。

【おわりに】

外来医療計画が話題となった当初、これは開業規制ではないかとの懸念が示された。今もってその懸念は消えていない。日本医師会は、日本医師会代議員会や定例記者会見を通じ、開業規制ではない旨を広報している。昭和56年には医師会、特に地区医師会の適正配置の考えに対し、公正取引委員会が独占禁止法に抵触する恐れがあったとした。この医師会の考えに厚労省がお墨付きをくれたと理解し、有効に活用してはいかかと思われる。

外来医師偏在指標には、広域であり、医療機関へのアクセスが悪いことや、診療科目が考慮されていないのご指摘もある。診療科目による偏在は、医師の専門とする領域があまりにも細分化され、また診療内容と異なることもあるため、それを基に外来医師偏在指標を決定することは極めて困難と思われる。

なお、令和2年2月23日（日）の「令和元年度病院管理研修会」（主催：当会・北海道病院協会）では、「外来医療計画」ならびに「医師確保計画」をテーマに開催する予定なのでぜひご参加いただきたい（詳細は道医報第1216号・令和2年1月号附録をお待ち願いたい）。

「医師資格証」を持ちましょう

診療情報提供書等へのHPKI電子署名に対応しています



<問い合わせ先>

北海道医師会 事業第一課

TEL 011-231-7661

<http://www.hokkaido.med.or.jp/doctor/credential.html>

日本医師会電子認証センター

<http://www.jmaca.med.or.jp/>

『医師資格証』はHPKI(保健医療福祉分野公開鍵基盤)の枠組みを使った日本医師会認証局が発行する医師資格を証明するカードです