

## 愛知県外来医療計画の運用手引き

第1 この手引きは、愛知県外来医療計画（令和6年3月改定）を推進するに当たり、保健所が実施する業務について定めたものである。

2 この手引き中で、「協議の場」とは「外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場」を、「委員会」とは「地域医療構想推進委員会」をいう。

第2 外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場は、次のとおりとする。

1 協議の場は、各構想区域の委員会とする。

2 外来医師多数区域については、協議の場の下に調整部会を設置することができる。

(1) 調整部会の構成員は、地区医師会の代表及び（一社）愛知県病院協会が調整部会の構成員として認めた病院の代表とする。

(2) 外来医療に係る医療提供体制に関する協議は調整部会で行い、各構想区域の委員会で報告することとする。

第3 協議の場での協議事項は、次のとおりとする。

1 全ての医療圏で協議する事項は次のとおりとする。

(1) 地域で不足している外来医療機能に関する検討（初期救急医療、在宅医療、産業医・学校医・予防接種等の公衆衛生に係る医療等）

(2) 医療機器の効率的な活用に関する検討

(3) 紹介受診重点医療機関に関する検討

2 外来医師多数区域の医療圏で協議する事項は次のとおりとする。

(1) 新規開業者への届出の際に求める事項に関する検討

(2) 新規開業者が担うことを申し出た、地域で不足している医療機能の確認

(3) 新規開業者が拒否した場合の協議の場への出席要請と協議

第4 外来医療計画推進のための取扱いの手順は、次のとおりとする。

1 地域で不足している外来医療機能を担う申し出の取扱いについて（原則として外来医師多数区域の医療圏のみ実施。）

(1) 診療所を新規開業しようとする者から、当該医療機関の所在地を管轄する保健所（以下「所管保健所」という。）に開業の相談等があった場合は、所管保健所は外来医療機能分担申出書（様式1）の提出を求める。

なお、新規開業とは、移転や開設者の変更を含むものとする。

(2) 所管保健所は、外来医療機能分担申出書の内容を確認し、基幹的保健所へ写しを送付する。

(3) 基幹的保健所は、協議の場（外来医師多数区域で調整部会を設置した場合は「調整部会」）で外来医療機能の分担申出内容について説明を行う。

ただし、医療機関の開設者を協議の場へ出席要請した場合は、この限りではない。

(4) 基幹的保健所は、各構想区域の委員会議事録を公開することにより協議状況を公表するものとする。

## 2 医療機器の共同利用計画書及び稼働状況報告書の取扱いについて

(1) 対象医療機器を設置しようとする者から、当該医療機関の所在地を管轄する保健所(以下「所管保健所」という。)に医療機器設置の相談等があった場合は、所管保健所は共同利用計画(様式 2)の提出を求める。

また、所管保健所は、対象医療機器を新規購入した医療機関に対して、毎年度、医療機器の稼働状況について、稼働状況報告書(様式 3)の提出を求める。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以て当該利用件数の報告に替えることができるものとする。

(2) 所管保健所は、共同利用計画及び稼働状況報告書の内容を確認し、基幹的保健所へ写しを送付する。

(3) 基幹的保健所は、協議の場合(外来医師多数区域で調整部会を設置した場合は「調整部会」)で共同利用計画及び稼働状況報告書の内容について説明を行う。

(4) 基幹的保健所は、各構想区域の委員会議事録を公開することにより協議状況を公表するものとする。

## 第 5 その他

1 豊橋市、岡崎市、一宮市及び豊田市における所管保健所は、それぞれ豊橋市保健所、岡崎市保健所、一宮市保健所及び豊田市保健所とする。

2 名古屋市については、基幹的保健所の役割を医療計画課が担い、所管保健所の役割を拠点保健センター(中区、中村区、千種区、南区)が担うものとする。

なお、拠点保健センターの取りまとめを名古屋市保健所が行うこととする。

3 尾張西部医療圏については清須保健所、西三河北部医療圏については衣浦東部保健所、西三河南部東医療圏については西尾保健所が基幹的保健所の役割を担うものとする。

### 附 則

この手引きは、令和 2 年 1 2 月 7 日から施行する。

### 附 則

この手引きは、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

### 附 則

この手引きは、令和 6 年 3 月 2 5 日から施行し、令和 6 年 4 月 1 日から適用する。

### 附 則

この手引きは、令和 7 年 3 月 2 4 日から施行する。

様式第 1

外 来 医 療 機 能 分 担 申 出 書

年 月 日

愛知県 保健所長 殿

開設者 住所（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

氏名（法人の場合は、名称及び代表者の職・氏名）

私は、愛知県外来医療計画に基づき、地域で不足している医療機能について、以下のとおり申し出ます。

（1 又は 2 を選択し□にチェックをいれてください。）

1 □私は、以下の外来医療機能を担うことを申し出ます。

|                                   |                                                                                                                                |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 担う外来医療機能<br>※担う医療機能に☑<br>をつけてください | <b>【例】</b> □・初期救急（休日急病診療所担当医療機関）<br>□・初期救急（在宅当番医療機関）<br>□・在宅医療<br>□・産業医<br>□・学校医<br>□・予防接種<br>□・その他（ ）<br>注）地域で不足している外来医療機能を記載 |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

2 □私は、地域で不足する外来医療機能のいずれも担いません。

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| 理 由<br>※担うことができない理由を記載してください。 |  |
|-------------------------------|--|

※ 2 を選択した場合、後日、各構想区域の地域医療構想推進委員会又は調整部会への御出席をお願いすることがあります。

●開設する診療機関の情報等を記入してください。

|           |  |
|-----------|--|
| 名 称       |  |
| 開 設 の 場 所 |  |
| 診 療 科 名   |  |
| 開設（予定）年月日 |  |
| 連絡先担当者名   |  |
| 連絡先電話番号   |  |

様式第 2

共 同 利 用 計 画

|                                             |                          |                                                                                |                |     |             |
|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----|-------------|
| 病院又は<br>診療所                                 | 名 称                      |                                                                                |                |     |             |
|                                             | 所 在 地                    |                                                                                |                |     |             |
|                                             | 連 絡 先                    | 電話番号                                                                           | メールアドレス        |     |             |
| 共同利用<br>対象機器                                | 種 別                      | マ ル チ ス ラ イ ス C T<br>(64 列以上・16 列以上 64 列未満・16 列未満)<br>その他の C T                 |                |     |             |
|                                             |                          | M R I<br>(3 テスラ以上・1.5 テスラ以上 3 テスラ未満・1.5 テスラ未満)                                 |                |     |             |
|                                             |                          | P E T ・ P E T C T                                                              |                |     |             |
|                                             |                          | 放射線治療 (リニアック・ガンマナイフ)                                                           |                |     |             |
|                                             |                          | マ ン モ グ ラ フ イ                                                                  |                |     |             |
|                                             | 製 作 者 名                  |                                                                                |                |     |             |
|                                             | 型式及び台数                   |                                                                                |                |     |             |
|                                             | 設 置 年 月 日                |                                                                                |                |     |             |
| ※地域医療支援病院の場合は、以下の記載は不要とする。                  |                          |                                                                                |                |     |             |
| 共同利用<br>の 実 施                               | 共同利用の方針                  | 共同利用を行う ・ 共同利用を行わない                                                            |                |     |             |
|                                             | 共同利用に係る<br>規 程 の 有 無     | 有 ・ 無                                                                          |                |     |             |
|                                             | 共 同 利 用 の<br>方 法         | ・ 連携先の病院又は診療所による機器使用<br>・ 連携先の病院又は診療所からの患者の受入、画像情報及び<br>画像診断情報の提供<br>・ その他 ( ) |                |     |             |
|                                             | 共同利用を<br>行わない場合の<br>理 由  |                                                                                |                |     |             |
| 共同利用<br>の 相 手 方                             | 登録医療機関<br>(足りない場合は別紙を添付) | 名 称                                                                            | 開設者の氏<br>名又は名称 | 所在地 | 主たる診<br>療科目 |
|                                             |                          |                                                                                |                |     |             |
|                                             |                          |                                                                                |                |     |             |
| 保守点検<br>の 方 針                               | 保守点検計画の<br>策 定 の 有 無     | 有 ・ 無                                                                          |                |     |             |
|                                             | 保守点検予定時<br>期、間隔、条件       |                                                                                |                |     |             |
| 画像情報及び画像診断情報<br>の 提 供 に 関 す る 方 針<br>(提供方法) |                          | ネットワーク・デジタルデータ (C D . D V D ) ・<br>紙・その他 ( )                                   |                |     |             |

様式第 3

稼働状況報告書

|                                    |                            |                         |
|------------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| 【医療機関の情報】                          |                            |                         |
| 名称                                 |                            |                         |
| 開設者                                |                            |                         |
|                                    |                            |                         |
| 管理者                                |                            |                         |
| 住所                                 |                            |                         |
| 連絡先                                | 電話番号<br>メールアドレス            |                         |
| 【医療機器の情報】                          |                            |                         |
| 共同利用<br>対象医療機器<br>※ 該 当 欄 に<br>「○」 |                            | CT                      |
|                                    |                            | MRI                     |
|                                    |                            | PET (PET 及び PET CT)     |
|                                    |                            | 放射線治療機器 (リニアック及びガンマナイフ) |
|                                    |                            | マンモグラフィ                 |
| 製造販売業者                             |                            |                         |
| 機種名                                |                            |                         |
| 設置年月日                              |                            |                         |
| 【稼働状況】                             |                            |                         |
| 対象医療機器<br>の保有台数                    | 台                          |                         |
| 利用件数※                              | 件<br>( 月～ 月 ( ヶ月) )        |                         |
| 共同利用の実<br>績の有無                     | あり                      なし |                         |

※ 利用件数については、前年度（4月1日から3月31日まで）に利用された件数を記入してください。なお、前年度に通年での利用がない場合には、利用期間及び利用月数を（ ）に記載して下さい。