

## 外来機能報告制度の政策解説

No.26  
医療政策関連情報

メディアパートナー  
京都

# 医療提供体制改革のクライマックス 外来機能報告制度が施行

2021年5月に公布の「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」に基づく「外来機能報告制度」が2022年4月1日に施行された。

小泉改革以降の医療制度構造改革（新自由主義改革）の流れを振り返ると、①医療費適正化計画を中核に都道府県が医療費管理・コントロールを担い医療費抑制を目指す仕組の創設（08年）②都道府県に全国共通の「医療需要推計」を用いて地域医療構想を策定させ、25年の機能別（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）必要病床数を目標化させる（14年）③市町村国民健康保険を都道府県化（18年）する④地域医療構想の「医療需要」を準用し、新たな医師偏在指標を用いて全都道府県・二次医療圏を「医師多数・医師少数・どちらでもない」区域に分類（外来は別に「多数区域」を設定）し、地域ごとの「必要医師数」を決め、多数区域から少数区域への医師移動を促し、総数は抑制したまま「偏在」是正を図る（18年）。さらに「新専門医制度」を連動させ、診療科別必要医師数を決め、シーリングをかけて都道府県別の専門医研修の定員を設ける（18年）。

以上の流れの延長線上に外来機能報告制度がコロナ禍に成立した21年の改正医療法に働き方改革推進や新興感染症対策を医療計画に記載させる等の内容とともに盛り込まれたのである。

国の医療提供体制改革は「外来機能報告」のスタートによってクライマックスを迎える。だ

が報告が求められるのは「病院又は診療所であって療養病床又は一般病床を有するもの」であり、無床診療所は任意である。それもあって広く地域の医療者に認知されるに至っていない。だがこの制度は無床診療所も含め、すべての医療者に多大な影響を与える。

## 4月から始まる「外来機能報告制度」

外来機能報告制度は地域医療構想における「病床機能報告制度」の外来版といえる。

同制度の概要を以下、国の示した「外来機能報告等に関するガイドライン」（2022年3月16日、以下GLと表記）を参照し、解説する。

施行は22年4月だが対象医療機関が実際に報告するのは10月が予定されている。報告義務を課される医療機関（＝対象医療機関）は病院並びに有床診療所であり、無床診療所は「任意」である。

対象医療機関に求められる報告項目は次のとおりである。

①「医療資源を重点的に活用する外来の実施状況」

入院の前後の外来（診療報酬上のK:手術、J:処置、L:麻酔コード等を算定する医療）や、高額等の医療機器・設備を必要とする外来（診療報酬上、外来科学療法加算、外来放射線治療加算等を加算する医療）、そして特定の領域に特化し、紹介患者に対応する外来の患者延人数、実施件数とその詳細。

②「『医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関』（＝紹介受診重点

医療機関※後述)となる意向の有無』

③「地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項」

i) その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況(生活習慣病管理料等の算定状況)

ii) 救急医療の実施状況

iii) 紹介・逆紹介の状況(紹介率・逆紹介率)

iv) 外来における人材の配置状況

v) 高額等の医療機器・設備の保有状況

ただし、NDBデータから抽出できるものはあらかじめ提供される。

地域には報告を踏まえた「協議の場」が設定される(「地域医療構想調整会議」の活用も可能)。この協議の場で議題となるのが「紹介受診重点医療機関の取りまとめに向けた協議」と「外来機能の明確化・連携に向けた協議」である。

「紹介受診重点医療機関」(以下、重点医療機関)は4月からの新点数にも登場している(図1)。従来、特定機能病院及び一般病床200床

以上の地域医療支援病院に課されていた「紹介状なしで受診した患者からの定額負担金徴収義務」を拡大し、新たに加えられた医療機関である。協議の場はこれを決定する。重点医療機関となる「基準」は、外来機能報告において、外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が、初診基準:「40%以上」、再診基準:「25%以上」とされる。同時に「参考とする紹介率・逆紹介率」が「紹介率50%以上」かつ「逆紹介率40%以上」とされる。これらの基準を満たし、自ら重点医療機関となる意向を示した医療機関は「特別な事情がない限り」、紹介重点医療機関となることが想定される。

一方の「外来機能の明確化・連携に向けた協議」に用いられるデータは、診療報酬上の生活習慣病管理料、特定疾患療養管理料、小児かかりつけ診療料、地域包括診療料、地域包括診療加算等の算定状況である。これら点数のほとんどはいわゆる「かかりつけ医機能」を評価する点数である。GLは「(重点医療機関の)紹介元・

図1 令和4年度診療報酬改定の概要(2022年3月4日)より

令和4年度診療報酬改定 I-4 外来医療の機能分化等-①

### 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

▶ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度	見直し後
<p>[対象病院]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定機能病院</li> <li>・地域医療支援病院(一般病床200床以上に限る)</li> </ul> <p>※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる</p> <p>[定額負担の額]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・初診: 医科 5,000円、 歯科 3,000円</li> <li>・再診: 医科 2,500円、 歯科 1,500円</li> </ul>	<p>[対象病院]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定機能病院</li> <li>・地域医療支援病院(一般病床200床以上に限る)</li> <li>・紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上に限る)</li> </ul> <p>※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる</p> <p>[定額負担の額]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・初診: 医科 <b>7,000円</b>、 歯科 <b>5,000円</b></li> <li>・再診: 医科 <b>3,000円</b>、 歯科 <b>1,900円</b></li> </ul> <p>[保険給付範囲からの控除]</p> <p>外来機能の明確化のための例外的・限定的な取扱いとして、定額負担を求める患者(あえて紹介状なしで受診する患者等)の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・初診: 医科 <b>200点</b>、 歯科 <b>200点</b></li> <li>・再診: 医科 <b>50点</b>、 歯科 <b>40点</b></li> </ul>

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	
医療保険から支給(選定療養費) 7,000円	患者負担 3,000円

定額負担 7,000円	
医療保険から支給(選定療養費) 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)

[施行日等] 令和4年10月1日から施行・適用。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

逆紹介先となる『かかりつけ医機能を担う医療機関』等について「データに基づく議論を行う必要」があると述べている。

### 外来機能の2分化

以上を踏まえると、本制度を通じて国が構想する外来医療提供体制においては、地域の外来医療を担う医療機関が「紹介受診重点医療機関」と「かかりつけ医機能を担う医療機関」の「2種類」に大別されるものと考えられる（図2）。

今回報告義務の課された病院・有床診療所であれば、特定機能病院、地域支援病院に加え、新たに紹介受診重点医療機関、かかりつけ医機能を担う病院に分化されることになる（表）。しかし、そのいずれにもあたらない病院も確実に存在するはずである。そうした病院は国の将来構想へどのように位置づけられるのか、GLには特に書かれていない。

今回のGLからは「書かれていないこと」を読み取ることが重要である。それは今回、報告が任意とされた無床診療所の「将来」についても同様である。本制度が従来の医療提供体制改

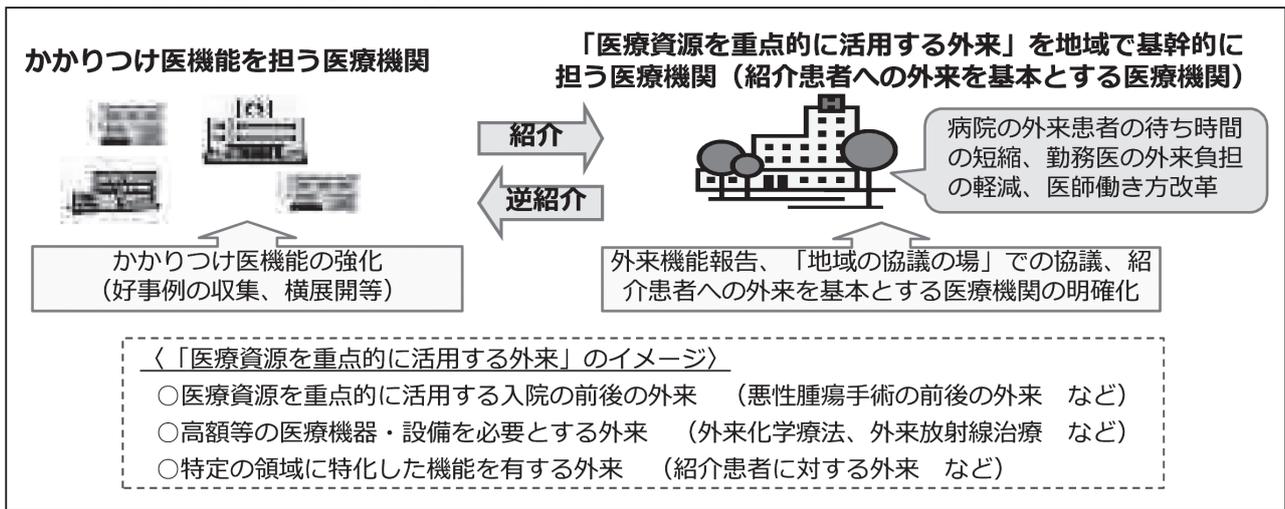
革の延長線上にあることを踏まえた上で、今回のGLから国が本当に考えていることは何かを以下、3つの着目点から考察する。

第一に、GLには「診療科」について何も書かれていない。だが無床診療所であっても診療科によっては「医療資源を重点的に活用する外来」は存在するのではないか。

そこで第二に、「無床診療所」についての記述に注目したい。GLは22年度について「無床診療所のうち、医療資源を重点的に活用する外来を行っている蓋然性の高い無床診療所を抽出し、あらかじめ当該報告を行う意向を確認する」としている。ということは、無床診療所でも「該当する蓋然性の高い医療機関」ならば「重点医療機関」の対象になり得ると国は考えていることになる。

裏返せば第三に、「蓋然性」のない無床診療所はいずれの診療科を標榜していても、国の「二分法」に従えば「重点医療機関」ではなく「かかりつけ医機能を担う医療機関」とされることになる。ここでも問題になるのはそのいずれにもあたらない無床診療所がどうなるかである。

図2 社会保障審議会・医療部会資料（2021年2月8日）



（表）予想される構想（協会の作成）

機能分化構想	病院の	特定機能病院	診療所の	機能分化構想	かかりつけ医機能を担う
		地域医療支援病院			有床診療所のうち、重点医療機関になり得る医療機関
		紹介受診重点医療機関			無床診療所のうち、重点医療機関になり得る医療機関
		かかりつけ医機能の病院			
		上記いずれでもない病院			上記いずれでもない診療所

以上の考察から浮上するのは、報告制度を用いた外来機能分化が推進された将来において「重点医療機関」になれない医療機関は「かかりつけ医機能」を求められ、そのいずれにもなれない医療機関が「淘汰」される危険性である。

## 定額負担拡大から「かかりつけ医制度」へ？

さて「重点医療機関」への「定額負担」拡大は、「かかりつけ医」の紹介を経ない受診を「アメニティ」と見做し、重点医療機関等への受診のためには必ず決まった「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診せねばならない「制度」、すなわち「かかりつけ医」制度を志向するものである。

したがって近い将来、国が16年に一旦見送られた経緯のある「かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担」を提案してくる可能性が高いと考えられる。その仕組みを成立させるには、すべての患者が自分のかかりつけ医を選び、「契約」や「登録」を行う必要がある。それは国の悲願であるかつての「家庭医構想」の実現を意味する。皆保険体制の原則であるフリーアクセスと自由開業が否定され、「かかりつけ医

に対する診療報酬の「包括化」が図られるならば「出来高払い」に基づく「療養の給付」も終焉を迎える。外来機能報告制度によって医療提供体制改革が「クライマックス」を迎えると指摘する所以である。

## 真の「かかりつけ医機能」発揮のための対抗構想を

新型コロナウイルス感染症の拡大によって「かかりつけ医」の必要性を訴える言説が活発となっている。政界では野党である立憲民主党が、医療界では日本プライマリ・ケア連合学会が具体的な制度提案に踏み出している。「かかりつけ医機能」を地域の医療者に求められていることは事実である。だがその「制度化」には慎重であらねばならない。「かかりつけ医」の議論を医療費抑制に利用させず、地域の医療者が「かかりつけ医機能」も含めた専門性を一層発揮できるよう、現場からの対抗構想と運動が求められる。

※本稿は京都保険医新聞第3119号の論考に追記の上、再掲載したものである。

## &lt;参考資料&gt;

# 外来機能報告等に関する ガイドライン

令和4年3月16日

※本ガイドラインは、外来機能報告等の関連政省令等の施行通知（令和4年3月31日発出予定）の「別添」と位置づける。

## 1. はじめに

- 令和3年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和3年法律第49号）が成立・公布された。同法において、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、外来機能報告等が医療法に位置づけられた（令和4年4月1日施行）。
- 具体的には、①対象医療機関が都道府県に対して、外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）する、②当該報告を踏まえて、「地域の協議の場」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、③この中で、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関として、「紹介受診重点医療機関」を明確化することとした。
- これは、患者が医療機関を選択するに当たり、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志向がある中で、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題が生じていることから、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目し、紹介受診重点医療機関を明確化することとしたものである。
- 紹介受診重点医療機関の明確化については、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、当該報告を踏まえて、「地域の協議の場」において協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表することとした。
- 本ガイドラインは、「地域の協議の場」において外来機能報告を踏まえた協議を円

滑に進めるために策定するものであり、都道府県においては、本ガイドラインを参考にしつつ、地域の実情に応じながら「地域の協議の場」を運営すること。その際、「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」（平成31年3月29日医政地発0329第3号、医政医発0329第6号）も踏まえて運営すること。また、外来機能報告等に関しては、令和3年12月17日に外来機能報告等に関するワーキンググループが取りまとめた「外来機能報告等に関する報告書」も参照されたい。

## 2. 外来機能報告

### 2-1 対象医療機関

- 外来機能報告の実施主体は、病床機能報告対象病院等であって外来医療を提供するものの管理者である。病床機能報告対象病院等とは、病院又は診療所であって療養病床又は一般病床を有するものである。
- また、患者を入院させるための施設を有しない診療所（以下「無床診療所」という。）の管理者も、外来機能報告を行うことができる。
- なお、令和4年度は、厚生労働省において、無床診療所のうち、医療資源を重点的に活用する外来を行っている蓋然性の高い無床診療所を抽出し、あらかじめ当該報告を行う意向を確認することとしている。

### 2-2 報告項目

- 報告項目は、別紙1のとおり。
- 有床診療所については、事務負担を考慮して、紹介・逆紹介の状況及び外来における人材の配置状況（専門看護師、認定看護師及び特定行為研修終了看護師に係るものに限る。）は任意項目とする（以下「有床診療所任意報告項目」という。）。
- また、対象医療機関になった無床診療所については、病床機能報告の対象ではないこと等も考慮して、有床診療所任意報告項目に加えて、救急医療の実施状況、外来における人材の配置状況及び高額等の医療機器・設備の保有状況についても任意項目とする。

## 2-3 報告項目の考え方

### (1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況

○ 医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目して紹介患者への外来を基本とする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する。具体的には、以下の①～③のいずれかの外来について、医療資源を重点的に活用する外来とする。

#### ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来

・ 次のいずれかに該当した入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後30日間の外来の受診を、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする（例：がんの手術のために入院する患者が術前の説明・検査や術後のフォローアップを外来で受けた等）。

- Kコード（手術）を算定
- Jコード（処置）のうちDPC入院で出来高算定できるもの（※1）を算定
- ※1：6000cm<sup>2</sup>以上の熱傷処置、慢性維持透析、体幹ギプス固定等、1000点以上
- Lコード（麻酔）を算定
- DPC算定病床の入院料区分
- 短期滞在手術等基本料2、3を算定

#### ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来

・ 次のいずれかに該当した外来の受診を、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。

- 外来化学療法加算を算定
- 外来放射線治療加算を算定
- 短期滞在手術等基本料1を算定
- Dコード（検査）、Eコード（画像診断）、Jコード（処置）のうち地域包括診療料において包括範囲外とされているもの（※2）を算定

※2：脳誘発電位検査、CT撮影等、550点以上

- Kコード（手術）を算定
- Nコード（病理）を算定

#### ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）

・ 次の外来の受診を、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。

- 診療情報提供料Iを算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来

### (2) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な事項

○ 地域の協議の場においては、紹介受診重点医療機関の取りまとめに加えて、紹介元・逆紹介先となる地域の「かかりつけ医療機能を担う医療機関」など、地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な事項について報告を受け、データに基づく議論を行う必要がある。

○ このため、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）で把握できる項目のうち、地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況について医療機関から都道府県に報告を行うこととした。具体的な項目は別紙1のとおりであり、当該項目の考え方等については別紙2を参考にすること。

○ 別紙2は、報告項目に掲げられた診療報酬の算定要件等を明示したものであり、地域の外来機能の明確化・連携の推進に関する協議は、当該報酬の算定状況のみをもって各医療機関の機能を議論するのではなく、あくまでも算定状況も参考にしながら、幅広い議論を行うよう留意すること。

## 3. 地域の協議の場

### 3-1 議題

○ 地域の協議の場の議題は、

- ・ 紹介受診重点医療機関の取りまとめに向けた協議
- ・ 外来機能の明確化・連携に向けた協議とする。

○ 令和4年度については、外来機能報告等の施行初年度であるため、紹介受診重点医療機関の明確化に資する協議を中心に行うこと。

### 3-2 地域の協議の場の参加者

○ 地域の協議の場の参加者は、医療法上の

規定に則って、郡市区医師会等の地域における学識経験者、代表性を考慮した病院・（有床）診療所の管理者、医療保険者、市区町村等とする。

- これらの参加者に加えて、紹介受診重点医療機関の取りまとめに向けた協議を行う場合、以下の医療機関の出席を求め、意見を聴取すること。

① 「紹介受診重点医療機関」の医療資源を重点的に活用する外来に関する基準に該当するものの、外来機能報告において「紹介受診重点医療機関」としての役割を担う意向を有しない医療機関

② 「紹介受診重点医療機関」の医療資源を重点的に活用する外来に関する基準に該当しないものの、外来機能報告において「紹介受診重点医療機関」としての役割を担う意向を有する医療機関

（注）地域の協議の場がその目的を十分に果たすため、議論が活性化するよう意見交換を重視する運営とすることが望ましい。しかしながら、地域の協議の場に出席者が集まることが現実的ではない場合など、協議の簡素化のため、地域の実情に応じて、当該医療機関から、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準と意向が合致しない理由等の文書の提出を求める等の柔軟な対応も可能とする。

- また、地域の協議の場における外来機能の明確化・連携に向けた協議を行う場合、協議をより効果的・効率的に進める観点から、都道府県は、議事等に応じて、追加的に参加を求める関係者を選定するなど、柔軟に協議の場を運営すること。

- なお、地域の協議の場については、医療法上、地域医療構想調整会議を活用することも可能である。

※ 現在、地域の協議の場において外来医療計画に係る協議が行われているが、多くの地域で地域医療構想調整会議が活用されている。

### 3-3 協議の進め方

- 外来医療においては、医療資源や医療ニーズの状況等が地域によって異なっているため、紹介受診重点医療機関の取りまと

めに当たっては、医療機関の特性や地域性を考慮する必要があり、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を参考にし、当該医療機関の意向に基づき、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえる仕組みとする。

- 協議は、以下のとおり進めること。

（1）紹介受診重点医療機関の協議については、外来機能報告から整理された、医療機関ごとの紹介受診重点医療機関となる意向の有無、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準の適合状況、外来医療の実施状況、紹介・逆紹介の状況等を踏まえて議論する。紹介受診重点医療機関の取りまとめにおいては、当該医療機関の意向が第一となる。その上で、協議に当たっては、当該地域の医療提供体制のあり方として望ましい方向性について、関係者間で十分に協議しつつ、取りまとめに向けた摺り合わせを行うこと。

- ・ 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準の具体的な水準は、
  - 初診基準（初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来（※）」の件数の占める割合）：40%以上

かつ

- 再診基準（再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来（※）」の件数の占める割合）：25%以上

とする。

（※）医療資源を重点的に活用する外来は、P.6の①～③のいずれかに該当する件数。

- ・ また、参考にする紹介率及び逆紹介率は、地域医療支援病院の定義を用いることとし、具体的な水準は、紹介率 50%以上かつ逆紹介率 40%以上とする。

（注）紹介率は、「紹介患者の数」を「初診患者の数」で除して算出し、逆紹介率は、「逆紹介患者の数」を「初診患者の数」で除して算出する。

（2）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であって、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する場合は、特別な事情がない限り、紹介受診重点医療機関となることが想定

される。

(3) 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準と医療機関の意向が合致しない医療機関については、当該地域の地域性や当該医療機関の特性等を考慮して協議を行う。具体的には、

- ・ 地域の協議の場(1回目)で医療機関の意向と異なる結論となった場合は、当該医療機関において、地域の協議の場での議論を踏まえて再度検討を行い、当該医療機関の再度検討した意向を踏まえ、地域の協議の場(2回目)での協議を再度実施する。
- ・ 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準と医療機関の意向が合致しない医療機関のうち、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、紹介受診重点医療機関となる意向を有する医療機関については、地域の協議の場において、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準に加えて、紹介率・逆紹介率等を活用して協議を行う。
- ・ また、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たす医療機関であって、紹介受診重点医療機関となる意向を有しない医療機関については、当該医療機関の意向が第一であることを踏まえつつ、当該地域の医療提供体制のあり方を協議の上、紹介受診重点医療機関の趣旨等について説明し、2回目の協議に向けて改めて意向を確認すること。
- ・ 地域の協議の場の協議の進め方については、状況に応じて持ち回りとする、文書提出のみとするなどの柔軟な対応も可能とする。

- 医療機関の意向と地域の協議の場での結論が最終的に一致したものに限り、紹介受診重点医療機関とし、都道府県において、協議結果を取りまとめて公表すること。
- 令和4年10月1日以降は、紹介受診重点医療機関のうち、一般病床200床以上の病院は紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となることとされている。この定額負担においては、定額負担の

徴収を認められない患者(注1)及び徴収を求めないことができる患者(注2)が定められている。地域の協議の場においては、こうした除外要件も踏まえつつ、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など、患者がまずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて当該紹介受診重点医療機関を受診するという受診の流れとならない場合について、医療機関の特性も含めて配慮すること。なお、令和4年度診療報酬改定における紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直しについては、別紙3を参照すること。

(注1) 救急の患者、国の公費負担医療制度の受給対象者など

(注2) 紹介状なしの初診患者であって、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者、特定健康診断・がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者など

- なお、外来機能の明確化・連携に向けた協議については外来機能報告データや既存の統計調査等で明らかとなる地域の外来医療提供体制の現状と課題について、参加する関係者で認識を共有することとし、令和4年度以降の外来機能報告及び地域の協議の場でのデータや議論の蓄積を踏まえて、共有することとなる。具体的な協議事項のポイントや留意点等については、改めて提示する。

### 3-4 結果の公表

- 患者の流れのさらなる円滑化は住民の理解が必要であるため、協議プロセスの透明性の確保の観点からも、都道府県において、地域の協議の場に提出された資料のうち、患者情報や医療機関の経営に関する情報(一般的に閲覧可能なものは除く。)は非公開とし、その他の資料、協議結果は住民に公表する。
- 紹介受診重点医療機関は、紹介患者への外来を基本とする医療機関であることが患者に分かるよう、広告可能とし、医療機

能情報提供制度の項目に追加することとした。なお、特定機能病院や地域医療支援病院についても、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、医療機関の意向と地域の協議の場での結論が一致した場合、紹介受診重点医療機関として広告することも可能である。

- 外来機能報告は、紹介受診重点医療機関に関する医療機関の意向を含め、毎年度都道府県に提出される。こうした中で、年によって、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準の合致状況等が異なることもあり得る。この場合、患者負担が急に変更されることなどにより、地域の住民に対して混乱を生じさせることがないように、基準への合致状況が一時的なものか恒常的なものかなどを見極めつつ丁寧に協議すること、また、紹介受診重点医療機関の協議の取りまとめに当たっては、地域の住民への周知などについて十分に配慮すること。

#### 4. スケジュール及び具体的な流れ

- 外来機能報告は、病床機能報告と一体的に報告を行う。令和4年度以降の具体的な年間スケジュールは以下のとおりであり、年度内に地域の協議の場における協議を行うこととする。なお、令和4年度については、原則として、都道府県において、令和5年3月までに紹介受診重点医療機関を公表する。

4月～	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象医療機関の抽出</li> <li>・NDB データ（前年度4月～3月）を対象医療機関別に集計</li> </ul>
9月頃	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象医療機関に外来機能報告の依頼</li> <li>・報告用ウェブサイトの開設</li> <li>・対象医療機関にNDBデータの提供</li> </ul>
10～11月頃	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象医療機関からの報告</li> </ul>
12月頃	<ul style="list-style-type: none"> <li>・データ不備のないものについて、集計とりまとめ</li> <li>・都道府県に集計とりまとめを提供</li> </ul>
1～3月頃	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の協議の場における協議</li> <li>・都道府県による紹介受診重点医療機関の公表</li> <li>・都道府県に集計結果の提供</li> </ul>

#### 5. 国民への理解の浸透

- 患者がまずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて、紹介患者への外来を基本とする医療機関である紹介受診重点医療機関を受診するとともに、状態が落ち着いたら逆紹介を受けて地域に戻るなど、受診の流れと医療機関の機能・役割について、住民に周知啓発を行うことが必要である。
- 厚生労働省においては、外来機能報告や紹介受診重点医療機関等の制度上の仕組みや、上記のような「かかりつけ医機能を担う医療機関」を中心とした受診の流れ、医療機関ごとの求められる機能・役割等の周知を行うこととしている。
- 都道府県においては、それらに加えて、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携の状況とともに、個々の紹介受診重点医療機関について、都道府県 報やホームページによる公表、プレスリリース等によるマスコミへの周知、シンポジウム・講演・SNS 等による周知・呼びかけなど、幅広い世代の住民に行き渡るように公表を行うこと。
- さらに、令和4年10月1日以降は、紹介受診重点医療機関のうち、一般病床200床以上の病院は紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となることとされている。具体的には、紹介受診重点医療機関の公表がなされてから、半年経過するまでの間に、当該紹介受診重点医療機関において定額徴収が開始されることとなるため、都道府県において、別紙3に掲げる令和4年度診療報酬改定の概要をしっかりと理解した上で、地域の住民に対する周知を徹底し、医療機関の窓口等での混乱が生じないように留意すること。

別紙1

(1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況

① 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況 [NDBで把握できる項目]

- 医療資源を重点的に活用する外来の類型ごとの実施状況を報告  
 <報告イメージ>

	日数	初診(再診)の外来延べ患者数に対する割合
初診の外来の患者延べ数	日	—
医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数	日	%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	—
高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	—
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	—
再診の外来の患者延べ数	日	—
医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数	日	%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	—
高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	—
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	—

※「患者延べ数」とは、患者ごとの受診日数を合計したものとす。

② 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細 [NDBで把握できる項目]

- 医療資源を重点的に活用する外来のうち、主な項目の実施状況を報告  
 <報告イメージ>

初診の医療資源を重点的に活用する外来		再診の医療資源を重点的に活用する外来	
外来化学療法加算を算定した件数	件	外来化学療法加算を算定した件数	件
外来放射線治療加算を算定した件数	件	外来放射線治療加算を算定した件数	件
CT撮影を算定した件数	件	CT撮影を算定した件数	件
MRI撮影を算定した件数	件	MRI撮影を算定した件数	件
PET検査を算定した件数	件	PET検査を算定した件数	件
SPECT検査を算定した件数	件	SPECT検査を算定した件数	件
高気圧酸素治療を算定した件数	件	高気圧酸素治療を算定した件数	件
画像等手術支援加算を算定した件数	件	画像等手術支援加算を算定した件数	件
悪性腫瘍手術を算定した件数	件	悪性腫瘍手術を算定した件数	件

(2) 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無 [NDBで把握できない項目]

(3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況 [NDBで把握できる項目]

- 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況を報告  
 <報告イメージ>

生活習慣病管理料を算定した件数	件	往診料を算定した件数	件
特定疾患療養管理料を算定した件数	件	在宅患者訪問診療料(I)を算定した件数	件
糖尿病合併症管理料を算定した件数	件	在宅時医学総合管理料を算定した件数	件
糖尿病透析予防指導管理料を算定した件数	件	診療情報提供料(I)を算定した件数	件
機能強化加算を算定した件数	件	診療情報提供料(III)を算定した件数	件
小児かかりつけ診療料を算定した件数	件	地域連携診療計画加算を算定した件数	件
地域包括診療料を算定した件数	件	がん治療連携計画策定料を算定した件数	件
地域包括診療加算を算定した件数	件	がん治療連携指導料を算定した件数	件
オンライン診療料を算定した件数	件	がん患者指導管理料を算定した件数	件
		外来緩和ケア管理料を算定した件数	件

② 救急医療の実施状況 [病床機能報告で把握できる項目](病床機能報告で報告する場合、省略可)

- 休日に受診した患者延べ数、夜間・時間外に受診した患者延べ数、救急車の受入件数を報告  
 <報告イメージ>(病床機能報告と同様)

	人数・件数
休日に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
夜間・時間外に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
救急車の受入件数	件

③ 紹介・逆紹介の状況(紹介率・逆紹介率) [NDBで把握できない項目]

- 紹介率・逆紹介率を報告(初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数)

④ 外来における人材の配置状況 [専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告で把握できる項目](病床機能報告で報告する場合、重複項目は省略可)

- 医師について、施設全体の職員数を報告
- 看護師、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学技士、管理栄養士について、外来部門の職員数を報告

※ 勤務時間の概ね8割以上を外来部門で勤務する職員を計上。複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる場合は、外来部門の職員として計上(病床機能報告と同様の計上方法)

<報告イメージ>(専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告と同様)

	常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)		常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)
<施設全体>	—	—	助産師	人	人
医師	人	人	理学療法士	人	人
<外来部門>	—	—	作業療法士	人	人
看護師	人	人	言語聴覚士	人	人
専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師	人	人	薬剤師	人	人
准看護師	人	人	臨床工学技士	人	人
看護補助者	人	人	管理栄養士	人	人

⑤ 高額等の医療機器・設備の保有状況 [病床機能報告で把握できる項目](病床機能報告で報告する場合、省略可)

- マルチスライスCT(64列以上、16列~64列、16列未満)、その他のCT、MRI(3テスラ以上、1.5~3テスラ未満、1.5テスラ未満)、血管連続撮影装置(DSA法を行う装置)、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、ガンマナイフ、サイバーナイフ、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ)の台数を報告

## 別紙2

## 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況

報告項目	算定要件	参考とする考え方
生活習慣病管理料	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に算定。	生活習慣病の患者に対する総合的な医療
特定疾患療養管理料	生活習慣病等を主病とする患者についてプライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に算定。	かかりつけ医師による医療
糖尿病合併症管理料	糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に算定。	糖尿病の患者の合併症に対する継続的な医療
糖尿病透析予防指導管理料	糖尿病の患者であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に算定。	糖尿病の患者に対する多職種共同による医療
機能強化加算	外来医療における適切な役割分担を図り、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関において初診料を算定する場合に加算。	かかりつけ医機能を有する医療機関における医療
小児かかりつけ診療料	かかりつけ医として患者の同意を得た上で、未就学の患者の診療について緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行った場合に算定。	かかりつけ医による継続的、全人的な医療
地域包括診療料	脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導及び診療を行った場合に算定。	複数の慢性疾患を有する患者に対する継続的、全人的な医療
地域包括診療加算	脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して療養上必要な指導及び診療を行った場合に再診料に加算。	複数の慢性疾患を有する患者に対する継続的、全人的な医療
オンライン診療料	継続的に対面診療を行っている患者に対して、情報通信機器を用いた診療を行った場合に算定。	継続的に対面診療を行っている患者に対する医療
往診料	患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患者に赴き診療を行った場合に算定。	(定期的、計画的ではない)患者等の求めに応じ、可及的速やかに実施される医療
在宅患者訪問診療料(I)	在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に算定。	在宅医療
在宅時医学総合管理料	在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を策定し、定期的に訪問診療を行い、総合的な医学管理を行った場合に算定。	在宅医療
診療情報提供料(I)	保健医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、患者の同意を得て診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合や、保健・福祉関係機関に対して必要な情報提供を行った場合に算定。	医療機関間や保健医療機関と保健・福祉関係機関の連携
診療情報提供料(III)	かかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じ、患者の同意を得て、当該患者に関する診療状況を示す文書を提供した場合に算定。	かかりつけ医機能を有する医療機関と他の医療機関の連携
地域連携診療計画加算	患者の退院日の属する月又はその翌月に、連携する保険医療機関を退院した患者の同意を得て、当該連携保健医療機関に対して、診療状況を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に、診療情報提供料(I)に加算。	医療機関間の連携
がん治療連携計画策定料	入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、計画策定病院があらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中又は退院後30日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に算定。	がん治療に関わる医療機関間の連携
がん治療連携指導料	がん治療連携計画策定料1又は2を算定した患者に対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に算定。	がん治療に関わる医療機関間の連携
がん患者指導管理料	医師が看護師等と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合等に算定。	がん患者に対する多職種共同による医療
外来緩和ケア管理料	緩和ケアを要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に算定。	緩和ケアを要する患者に対する多職種共同による医療

別紙3

令和4年度診療報酬改定 I-4 外来医療の機能分化等-①

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

Table comparing 'Current System' (現行制度) and 'Revised System' (見直し後). It details changes in eligible hospitals, fee schedules, and insurance payment ranges.

Example calculation table showing the reduction in out-of-pocket costs for a patient. Current total 5,000 yen (insurance 7,000, patient 3,000) vs. revised total 2,400 yen (insurance 5,600, patient 2,400).

[施行日等] 令和4年10月1日から施行・適用。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

令和4年度診療報酬改定 I-4 外来医療の機能分化等-①

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

Table detailing 'Current System' (現行制度) and 'Revised System' (見直し後) for out-of-pocket burden. It lists specific conditions where the burden is waived.

Table detailing 'Current System' (現行制度) and 'Revised System' (見直し後) for out-of-pocket burden. It lists specific conditions where the burden is waived.

[施行日等] 令和4年10月1日から施行・適用。

令和4年度診療報酬改定 I-4 外来医療の機能分化等-②

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点(入院初日)

- 算定要件
(1) 外来機能報告対象病院等(医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。)である保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。
(2) 区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。