

令和4年度第1回長野医療圏 地域医療構想調整会議	資料 1
令和4年9月20日	

今後の地域医療構想の進め方について

これまでの経緯

地域医療構想の概要

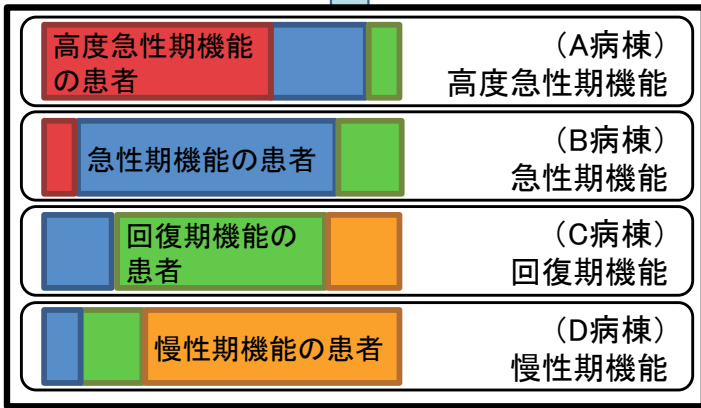
- 団塊の世代が75歳以上となり医療ニーズが増大・変化する2025年に向けて、都道府県は、
 - ・ 2025年の医療需要と機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の病床数の必要量の推計値
 - ・ 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
 を「地域医療構想」として策定し、地域の関係者間の協議に基づく医療機関の自主的な取組によって、病床の機能分化・連携を推進。（本県では、平成28年度に地域医療構想を策定。）

地域医療構想の推進の仕組み

1. 病床機能報告制度

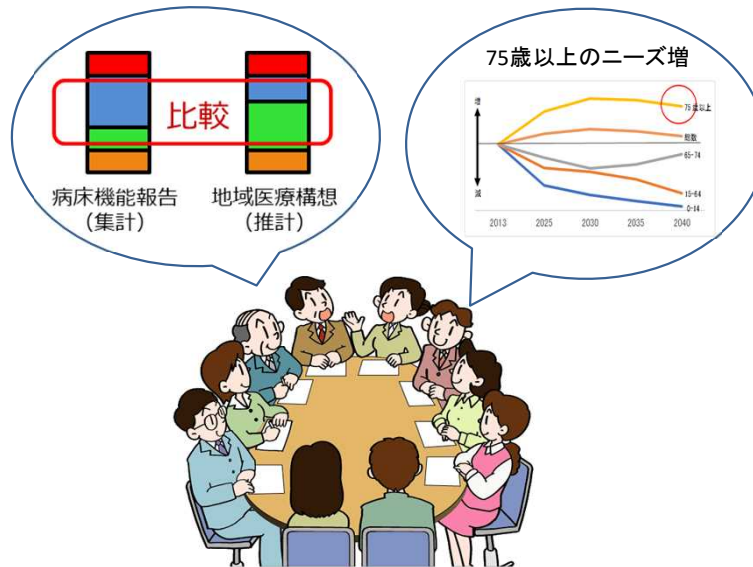
2. 地域医療構想調整会議の協議

3. 自主的な機能転換等の取組

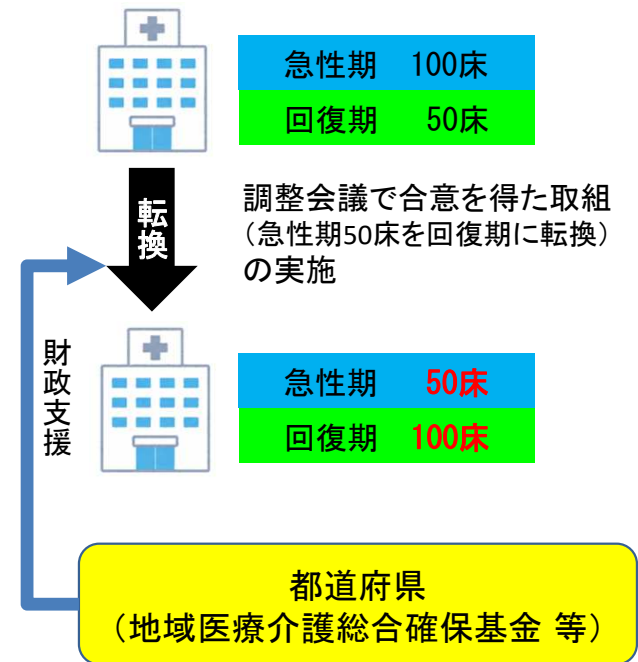


都道府県

- 一般・療養病床を持つ病院・診療所は、病棟ごとに医療機能を自主的に選択し、医療機能の現状と2025年の予定を「病床機能報告」として都道府県に報告。（毎年10月）



- 構想区域（二次医療圏）ごとに設置された「地域医療構想調整会議」において、病床機能報告制度の報告結果と将来の病床数の必要量との比較や、医療ニーズの将来推計、各医療機関の診療実績等を基に、医療機関同士の役割分担と連携のあり方について議論・調整。



- 医療機関による自主的な機能分化・連携に向けた取組に対し、都道府県は地域医療介護総合確保基金等による財政支援を実施。

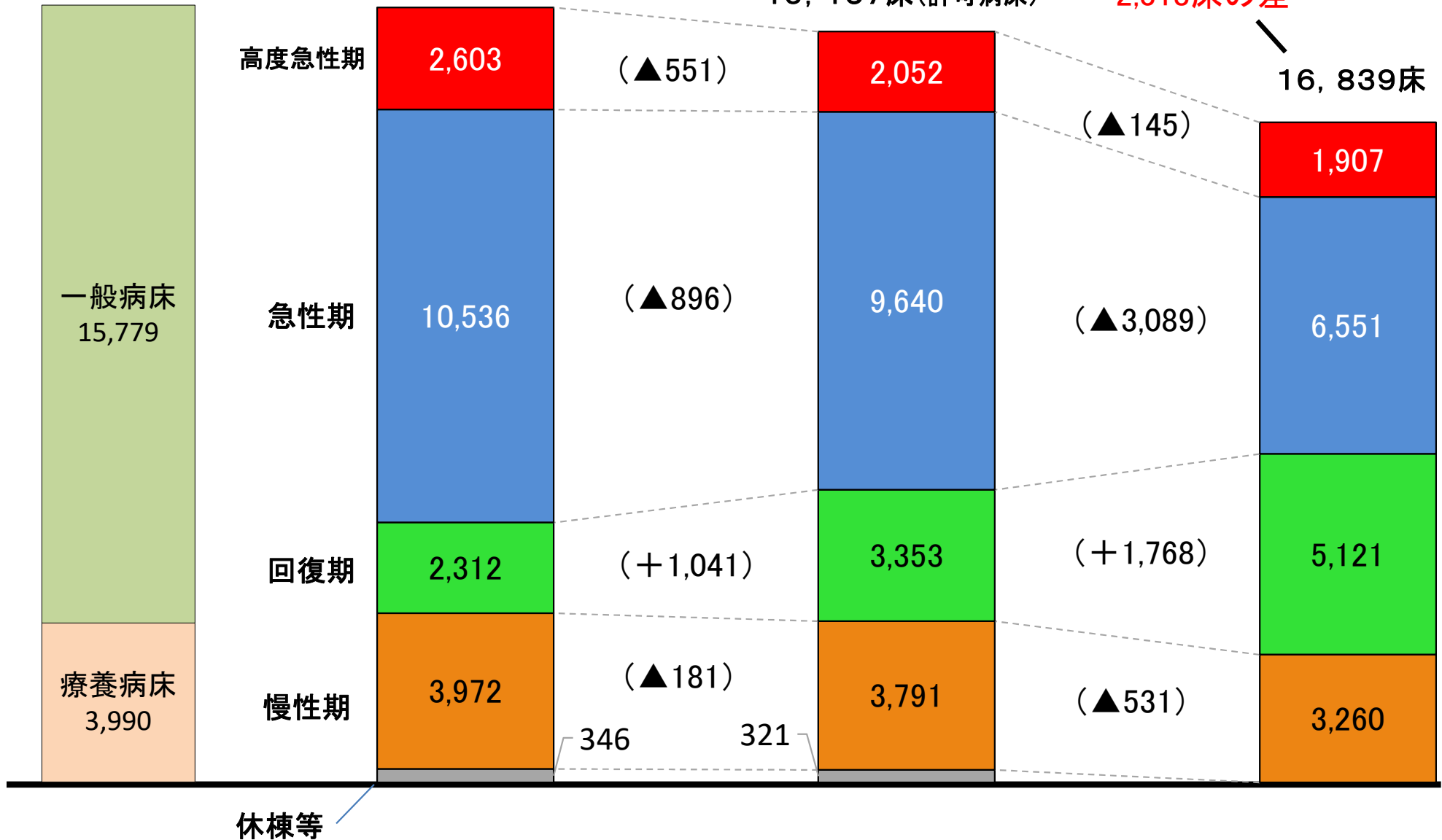
参考：令和3年度病床機能報告結果（長野県全体：許可病床ベース）

平成27年度病床機能報告
(2015.7.1時点)

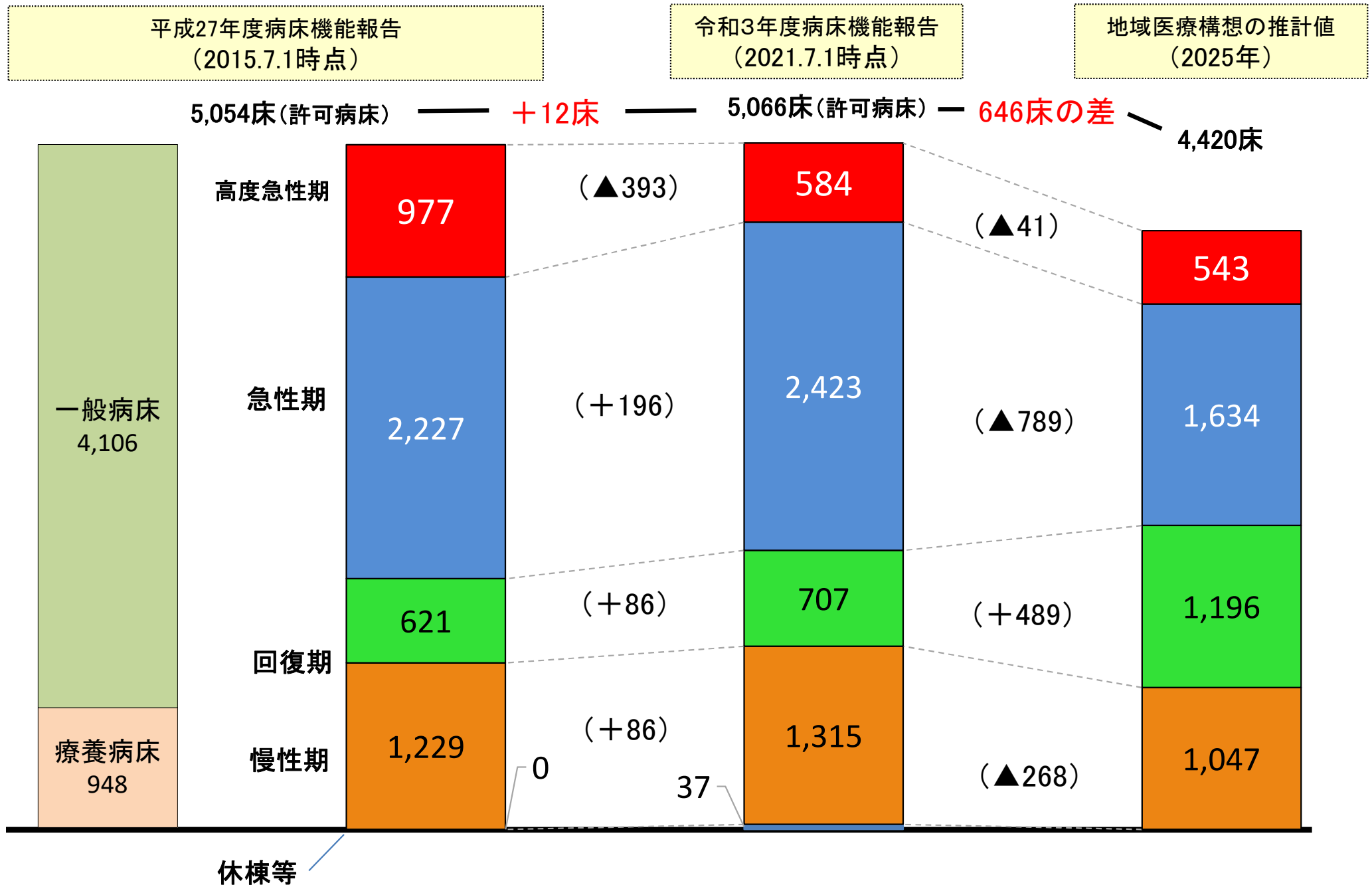
令和3年度病床機能報告
(2021.7.1時点)

地域医療構想の推計値
(2025年)

19,769床(許可病床) — **▲612床** — 19,157床(許可病床) — **2,318床の差**



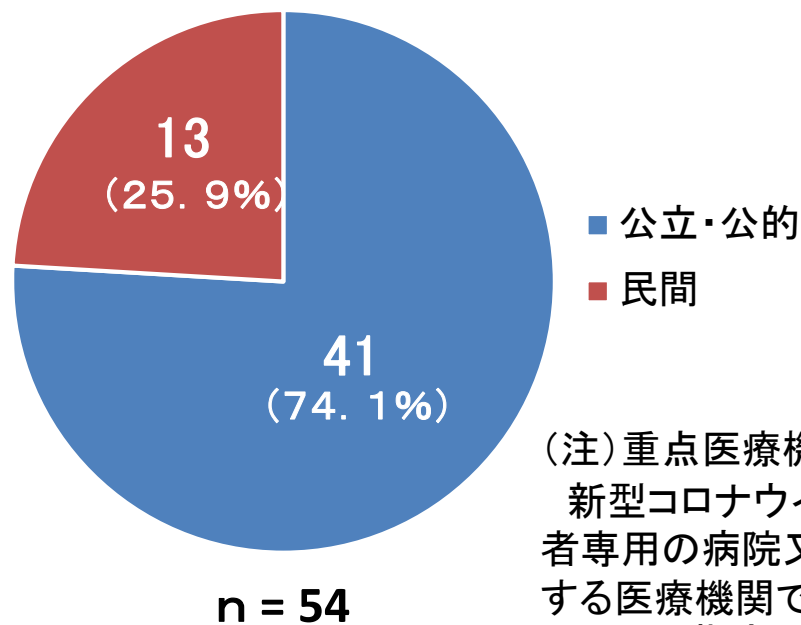
参考：令和3年度病床機能報告結果（長野医療圏：許可病床ベース）



新型コロナウイルス感染症の感染拡大への対応

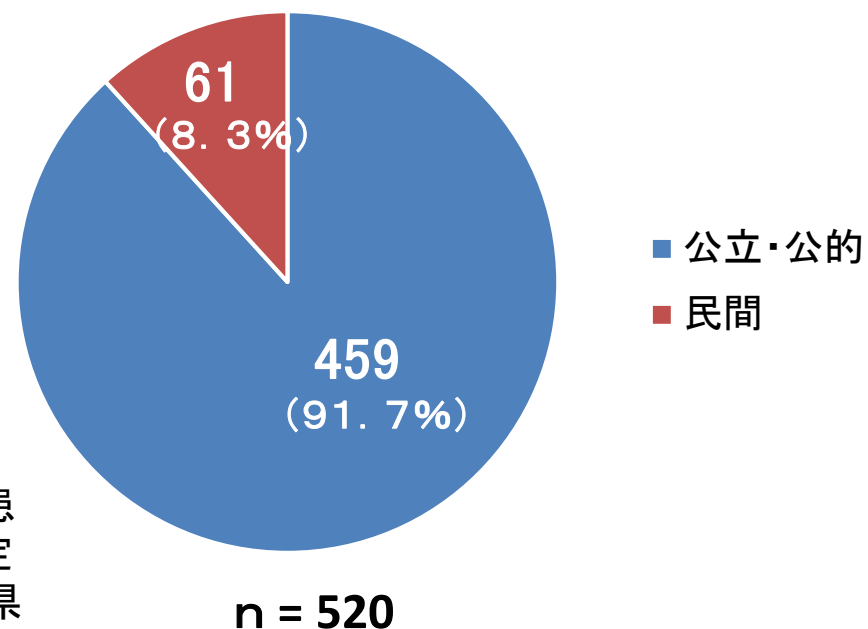
- 令和2年1月に国内初の新型コロナウイルス感染症患者が報告されて以降全国に感染が急拡大し、局所的な病床・人材不足が発生するなど、全国の医療提供体制に多大な影響が発生。
- 本県では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に対応するため、多くの医療関係者の皆様の協力を得て、診療所も含めた診療・検査体制の構築や、宿泊療養施設や重症度等に応じた病床確保等に努めてきたところ。
- 確保病床については、全病床の9割強を公立・公的病院(※)に担っていただいております、民間病院のご協力もいただきながら、医療機関同士の役割分担と連携により、一般医療と感染症医療を両立させた地域医療提供体制の構築を進めている状況。
※ 公的病院には、国が令和元年度に行った分析の対象とした、民間の地域医療支援病院を含めています。

重点医療機関数（令和4年5月26日時点）



(注)重点医療機関
新型コロナウイルス感染症患者専用の病院又は病棟を設定する医療機関であり、都道府県において指定

確保病床数（令和4年5月26日時点）



新型コロナウイルス感染症の感染拡大への対応

- 今般の新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国が設置する「医療計画の見直し等に関する検討会」が、令和2年12月15日に「**新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方**」をとりまとめ。

国検討会のとりまとめのポイント

1. 新興感染症等の感染拡大時における体制確保（医療計画の記載事項追加）

- 新興感染症等の感染拡大時に機動的に対策が講じられるよう、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要があることから、**次期医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を6事業目として追加。**
- 具体的な記載項目のイメージは以下のとおり。
【平時からの取組】 感染拡大に対応可能な**医療機関・病床等の確保**、感染拡大時を想定した**専門人材の確保** 等
【感染拡大時の取組】 受入候補医療機関、場所・人材等の確保の考え方、**医療機関の間での連携・役割分担** 等

2. 今後の地域医療構想に関する考え方・進め方

- コロナ禍にあっても、**地域医療構想の背景となる中長期的な人口構造の変化の見通しは変わっていないため**、感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の「医療計画」に基づき機動的に対応することを前提に、**地域医療構想の基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方等）を維持。**
- 新型コロナ対応の状況に配慮しつつ、都道府県等とも協議を行い、**再検証の期限を含めた今後の地域医療構想の実現に向けた具体的な工程について検討。**

地域医療構想の実現に向けた今後の工程

- 令和3年12月に開催された総務省が設置する「地域医療確保に関する国と地方の協議の場」で、国側は、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行うことを地方側に要請。
- 同月に開催された「経済財政諮問会議」では、上記の内容を、「骨太の方針」の進捗管理を行う「新経済・財政再生計画 改革工程表2021」に反映することが了承。
- このため、本年3月、国は都道府県に対し、2023年度(令和5年度)までに、各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行うことなどを求める通知を发出。

国通知のポイント

1. 2023年度（令和5年度）までに各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを要請

- **民間医療機関も含めた各医療機関**は、**2025年に向けた対応方針**（4機能別の病床数、地域で担う役割等）について、**2023年度（令和5年度）までに地域医療構想調整会議において協議し、合意を得ること**。
- **公立病院**については、**2023年度（令和5年度）までに「公立病院経営強化プラン」を具体的対応方針として策定した上で、地域医療構想調整会議において協議し、合意を得ること**。
- 各医療機関は、**新型コロナ対応で改めて認識された病床の機能分化・連携の重要性**や、**2024年度からの医師の労働時間の上限規制の影響**等を十分に考慮し、2025年に向けた対応方針の策定や検証・見直しを行うこと。

2. 地域医療構想調整会議の検討状況を定期的に公表

- 2022年度においては、**都道府県は、2022年9月末及び2023年3月末時点の検討状況を国へ報告し、その内容を公表**するとともに、国は都道府県から報告を受けた検討状況について、検討会等の場に報告する。

今後の進め方

○ これまでの国の要請等を踏まえ、本県では以下の対応を進めていくこととしてはどうか。

1. 各医療機関の対応方針の策定や検証・見直し

【対象】 公立病院、公的医療機関等、民間病院、有床診療所

【期限】 令和5年度末まで

2. 構想区域全体の2025年における医療提供体制の検証

【対象】 地域医療構想調整会議

【期限】 令和5年度末まで

本県における今後の地域医療構想の進め方

ー 1. 各医療機関の対応方針の策定や検証・見直し ー

○ 1. 各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しについては、以下の手順を進めることとしてはどうか。

① 公立病院の場合

- 「**公立病院経営強化プラン**」を作成し、その内容について**調整会議に報告・協議し、令和5年度までに合意**を得る。

② 公的医療機関等の場合

- H30年度末までに合意した**「具体的対応方針」**（「公的医療機関等2025プラン」で明記した**2025年における機能別病床数**）を変更するか検討。（変更の意向については、県が今年度実施する**「将来意向調査」**で確認予定）
- **変更の意向がある場合は、「公的医療機関等2025プラン」の変更案を調整会議に報告・協議し、令和5年度までに合意**を得る。
- **変更の意向がない場合は、その理由等について、調整会議に報告**することとする。

本県における今後の地域医療構想の進め方

ー 1. 各医療機関の対応方針の策定や検証・見直し ー

○ 1. 各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しについては、以下の手順を進めることとしてはどうか。

③ 民間病院の場合

- H30年度末までに合意した**「対応方針」**（平成30年10月11日付「地域医療構想における公立・公的医療機関以外の具体的な対応方針の策定に向けた調査について」で回答いただいた、**2025年における機能別病床数**）を変更するか検討。（変更の意向については、県が今年度実施する**「将来意向調査」**で確認予定）
- **変更の意向がある場合は、「対応方針」の変更案を調整会議に報告・協議し、令和5年度までに合意を得る。**
- **変更の意向がない場合は、その理由等について、調整会議に報告することとする。**

④ 有床診療所の場合

- 今年度県で実施する**「将来意向調査」**により「対応方針」を回答いただき、調整会議に報告・協議し、令和5年度までに合意を得る。

本県における今後の地域医療構想の進め方

－ 将来意向調査の実施 －

- 各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しに向けた議論等を進めるため、県内の一般・療養病床を持つ公立・公的・民間病院及び診療所を対象に、「将来意向調査」(仮)の実施(時期:令和4年10月～12月)を検討中。
- 調査では、2025年における役割及び機能別病床数の見込みに加え、本県の入院患者の総数がピークとなる2030年における役割及び機能別病床数の見込みも調査する予定。

長野県
(医療政策課)

将来意向調査
(時期:R4.10月～12月)



一般・療養病床を有する
公立・公的・民間病院、診療所

■ 調査項目(案)

1. 自院の現状

- ・許可病床数(機能別) ・職員数(医師、看護師等)
- ・診療科目 ・入院基本料の届出状況
- ・現在担っている役割(5疾病・5事業、在宅等)
- ・地域の医療機関との連携状況
- ・自院の特徴と課題 ・地域の課題 等

2. 今後の方針

- ・合意済みの(具体的)対応方針の変更意向の有無、変更する理由又は変更しない理由
- ・2025年、2030年の許可病床数(機能別)
- ・2025年、2030年における役割 等

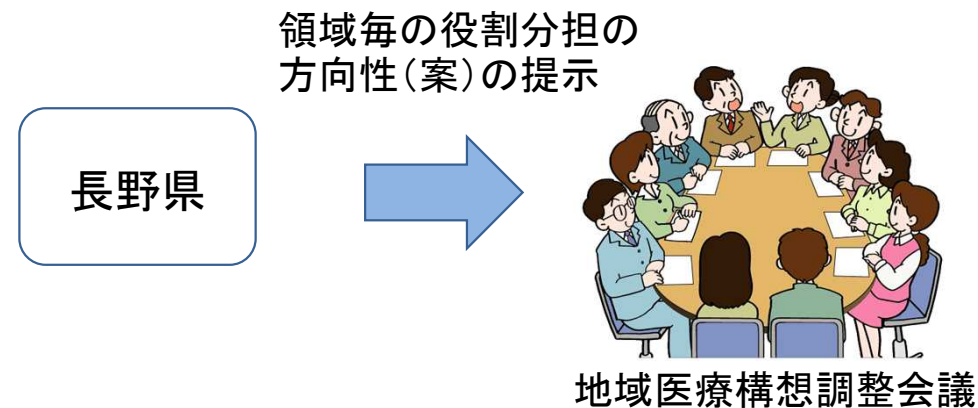
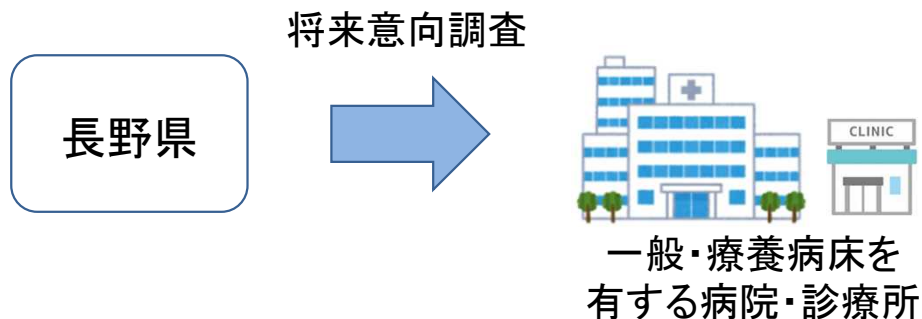
本県における今後の地域医療構想の進め方

－ 2. 構想区域全体の2025年における医療提供体制の検証 －

- 各医療機関の対応方針に関する議論と合わせて、各構想区域において、5疾病・5事業・在宅等の領域ごとの2025年における各医療機関の役割分担の方向性等を検証することとしてはどうか。
- 各医療機関の対応方針に関する議論の期限を踏まえ、令和5年度末を目途に、調整会議の合意を得るスケジュールで進めてはどうか。

① 将来意向調査の実施

② 調整会議による検証・合意 【～令和5年度まで】



- 将来意向調査により、
 - ・ 地域における医療機関同士の連携状況
 - ・ 2025年における役割(5疾病・5事業、在宅等)等を把握し、県において構想区域(二次医療圏)毎に集計

- 将来意向調査の集計結果や、各医療機関の対応方針に関する議論の状況等を踏まえ、5疾病・5事業等の領域毎の医療機関同士の役割分担の方向性(案)を調整会議に提示
- 調整会議では、方向性(案)をたたき台に、役割分担のあり方について検証し、合意に至るまで議論

本県における今後の地域医療構想の進め方

— 医療情勢等連絡会の積極的な活用 —

- 1, 2の取組については、調整会議のみでは関係者による議論が深まらない可能性があるため、令和元年度に導入した「医療情勢等連絡会」の仕組みを積極的に活用することとしてはどうか。

■ 医療情勢等連絡会の概要

1. 基本的な考え方

- ・ 病院の建替えや医療機能の集約等、経営に関する内容について、調整会議の公開の場で具体的な議論を行うことは困難。
- ・ 各医療機関の今後の医療機能や地域の医療情勢の変化等について、タイムリーにかつ、非公開で関係者の意見を共有できる場が必要。

2. 仕組み

- ・ 調整会議の座長が必要に応じて招集。
- ・ 議題・招集範囲は座長と保健福祉事務所で調整。
- ・ 既存の病院長会議等を連絡会として開催することも可能。
- ・ 内容により、本庁から担当職員の出席及び資料提供を実施。

医療情勢等連絡会



- 各調整会議の座長の判断の下、
- 医療機関の建替えや再編計画
 - 個別疾病の提供体制
 - 地域独自のへき地医療対策
 - 市町村と連携した一次救急体制構築
- など、様々な地域課題に対し、主たる関係者が議論を深める場として活用。

議論結果を
フィードバック

具体的な議論を
行う場として活用



地域医療構想調整会議

本県における今後の地域医療構想の進め方 スケジュール(案)

	令和4年度			令和5年度			
	7月～9月	10月～12月	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	1月～3月
圏域別調整会議	第1回	必要に応じて開催	第2回	必要に応じて開催	第1回	必要に応じて開催	第2回
	1. 各医療機関の対応方針の策定や検証・見直し 2. 構想区域全体の2025年における医療提供体制の検証					令和5年度末までに完了	
医療情勢等連絡会	必要に応じて随時開催						
県単位調整会議			第1回				第1回
将来意向調査	実施予定						

■ 圏域別調整会議の議題(案) ※地域医療構想に関する議題のみ

【令和4年度第1回】

- 今後の進め方
- 今後の各医療機関の役割分担の基本的な方向性について

【令和4年度第2回】

- 将来意向調査の結果
- 各医療機関の対応方針について

【令和5年度第1回】

- 各医療機関の対応方針について
- 構想区域全体の2025年における医療提供体制の検証について

【令和5年度第2回】

- 各医療機関の対応方針について
- 構想区域全体の2025年における医療提供体制の検証について

令和4年度第1回長野医療圏 地域医療構想調整会議	資料 2
令和4年9月20日	

長野医療圏における今後の各医療機関の役割分担の基本的な方向性について

長野医療圏における今後の各医療機関の役割分担の基本的な方向性について(意見交換)

- 各医療機関の対応方針に関する議論や、地域全体の2025年における医療提供体制の検証を進めていく上では、長野医療圏における今後の各医療機関の役割分担の基本的な方向性について、地域の関係者で共通認識をもつことが重要。
- 基本的な方向性について検討する上で留意すべきと考えられる視点は以下のとおりだが、これ以外の地域の実情を踏まえた視点も含め、長野医療圏における今後の各医療機関の役割分担の基本的な方向性について、どのように考えるか。

1. 人口構造の変化に伴う入院需要の変化

- 長野医療圏の人口は今後も減少し、入院需要の総数は2030年頃にピークを迎え、疾患別で見ると、肺炎や心不全等の総合的な診療を求められる疾患が、がんや循環器系疾患等の高度・専門的な診療を求められる疾患よりも増加することが見込まれている。
- 地域全体で入院需要の変化に対応し、質が高く効率的な医療を提供していくために、どのような役割分担を目指すべきか。

2. 医師の働き方改革

- 2024年4月1日から時間外労働の上限規制（原則960時間/年、特例1,860時間/年）が適用されることを踏まえ、懸念される地域の救急体制等に影響が生じないよう、まずは2024年に向けて、各病院による実態に応じた宿日直許可の取得等を着実に進めていく必要。
- その上で、2035年の特例水準の解消を見据え、地域全体の医療提供体制に影響が生じないよう、どのような役割分担を目指すべきか。

3. 医療従事者の確保

- 患者側のニーズの変化や働き方改革の観点も踏まえ、今後も地域全体で医師をはじめとした医療従事者の確保を進めていくために、どのような役割分担を目指すべきか。

4. 新興感染症等の感染拡大時における医療

- 新興感染症等の感染拡大時に一般医療と感染症医療を両立した体制をスムーズに構築できるよう、どのような役割分担を目指すべきか。

参考：有識者による役割分担の考え方

- 産業医科大学の松田晋哉教授は、今般の新型コロナウイルス感染症の経験を踏まえ、アフターコロナの医療機関の役割分担の方向性として、①急性期多機能病院、②地域密着型多機能病院(地域包括ケア病院)、③慢性期多機能病院という形で病床の機能分化が進み、その際、急性期中核病院の大規模化と、地域住民の入院や入所、在宅等の医療・介護を柔軟に支える病院を中核とした、アライアンスによる医療介護生活複合体を形成することが重要になると指摘。

COVID-19の経験を踏まえた 今後の地域医療構想の在り方

- COVID-19の主たる対応は多くの地域で公立・公的病院が担った。
 - 経営面の問題もあり、中小民間病院がその主たる役割を担うのは難しい例が少なくなかった。しかし、COVID-19以外での診療における民間病院の役割についてもきちんと評価すべき（医療崩壊はCOVID-19以外の救急対応が難しくなることも意味する）。
- 治療が終了した高齢患者の引受先が見つからないという出口問題が顕在化している。
 - 急性期を担う病院以外の施設、特に中小民間病院の協力が不可欠
- クラスターが発生した高齢者施設など、介護の現場における医療対応の脆弱性と支援の必要性が明らかとなった。

地域医療構想において、複合化（緩やかなアライアンスを含む）による地域の安心の保証の在り方と経営の安定化を議論することが必要

結語

- Covid-19感染拡大は日本の医療介護提供体制の課題を明らかにした。
- 課題が明らかになっている今を好機ととらえ、地域の医療介護提供体制の在り方を明確にすべき
 - 急性期中核病院の大規模化
 - 医療・介護、入院・入所・在宅を柔軟に支える病院を中核とした医療介護生活複合体の形成（同一法人/アライアンス）。これが日本型地域包括ケアの具体的姿になる一医師会の調整機能が重要になる
- 医療介護の複合化への対応が、喫緊の課題

新型コロナウイルス感染症が落ち着くと・・・（1）

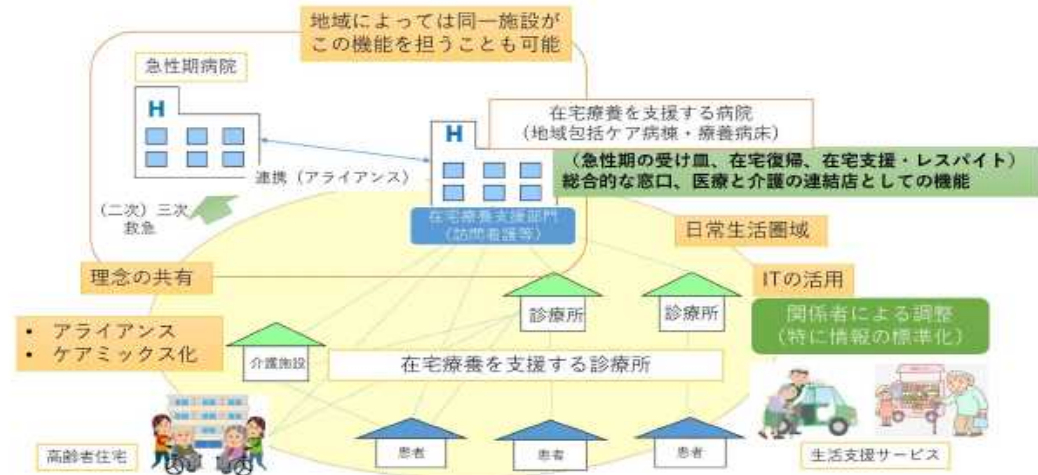
・病院機能の分化が本格的に進んでくるのでは

- 急性期多機能病院： コロナの急性期対応を行った病院群
 - がん、手術、救急、感染症、災害対応
- 地域密着型多機能病院（地域包括ケア病院）
 - 医療介護の複合ニーズをもった患者の総合的な対応
 - 総合診療機能と調整機能
 - リハビリテーション
 - 在宅支援
- 慢性期多機能病院
 - 総合医
 - 総合的な対応ができる特定看護師（日本版NP）
 - リハビリテーション職
 - 栄養士
 - ソーシャルワーカー

【協働的に働く医療職】

- 総合医
- 総合的な対応ができる特定看護師（日本版NP）
- リハビリテーション職
- 栄養士
- ソーシャルワーカー

診療所や介護施設を支援する病院を拠点としたネットワーク化の必要性（各構想区域における整備目標）



参考：他県における役割分担の考え方

- 奈良県では、超高齢化社会に対応できる医療提供体制を構築するため、救急医療や高度医療に責任を持って対応する「断らない病院」と、地域包括ケアシステムを支える「面倒見のいい病院」という基本的な役割分担の考え方を整理し、両病院が機能を発揮し、連携が強化されるよう取組を推進。
- 新潟県では、将来的な疾病構造の変化や働き方改革に対応し、医療の質の維持・向上を実現するため、医療資源（医師等）を集約化し、高度・専門的な手術機能や重症患者の受入に対応できる「地域で高度な医療を支える柱となる病院」と、今後ニーズの増加が見込まれる後期高齢者等に多い疾患を中心に担う「地域包括ケアシステムを支える医療機関」という基本的な役割分担の考え方を整理し、各構想区域の実情を踏まえた役割分担の具体化を進めている。

■奈良県の事例

▶ 超高齢化社会に対応できる医療提供体制を構築するためには、救急医療や高度医療に責任を持って対応する「断らない病院」と、地域包括ケアシステムを支える「面倒見のいい病院」が必要
 ▶ 県は、「断らない病院」と「面倒見のいい病院」の双方が十分に機能発揮できるよう取組を推進

奈良に必要なのは
「断らない病院」 と **「面倒見のいい病院」**

・緊急で重症な患者の受入を断らない病院
 ・総合的かつ高度な機能を有する病院

・医療と介護の融合した病院
 ・在宅医療、在宅医療に取り組み病院
 ・かかりつけ患者等の救急受け入れ、増悪時の対応を行う病院

連携

【H30年度取組み】
 「断らない病院」、「面倒見のいい病院」としての機能を指標化して病院間で情報共有し、機能の発揮・連携の強化を推進

「断らない病院」の指標（例）
 ・救急の応答率
 ・救急車の受け入れ件数
 ・手術件数 等

「面倒見のいい病院」の指標（例）
 ・リハビリテーションの実施件数、サービスの多様性
 ・在宅医療・看護の実施件数、連携体制
 ・在宅患者（増悪時）の入院受け入れ件数
 ・退院支援、介護連携への取り組み状況 等

【主な取組み内容】
 ▶ 病院等関係機関との協働により、各病院の診療機能を分析・指標化し、病院間で共有
 ▶ 県民への公表方法等（病院の認証制度等）を検討


■新潟県の事例

<基本的な考え方>

- 専門的医療から在宅医療まで、関係機関の役割分担と切れ目のない連携により、患者に必要な医療が地域全体で一体的に提供される体制を構築
- 入院医療として、各圏域内で「二次救急医療」と「需要の多い手術」が過不足なく提供され、さらに、より高度な救急医療や手術が必要な場合には、それらに対応できる医療機関への円滑なアクセスが確保されている体制を構築

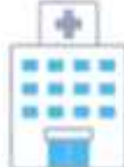
↓

以下の病院等を配置し、まずは「地域で高度な医療を支える柱となる病院」に医療資源（医師等）を集中的に配備することとしてはどうか



① 地域で高度な医療を支える柱となる病院

高度・専門的な手術、脳卒中、急性心筋梗塞などに対応することができ、救急車を断らない病院

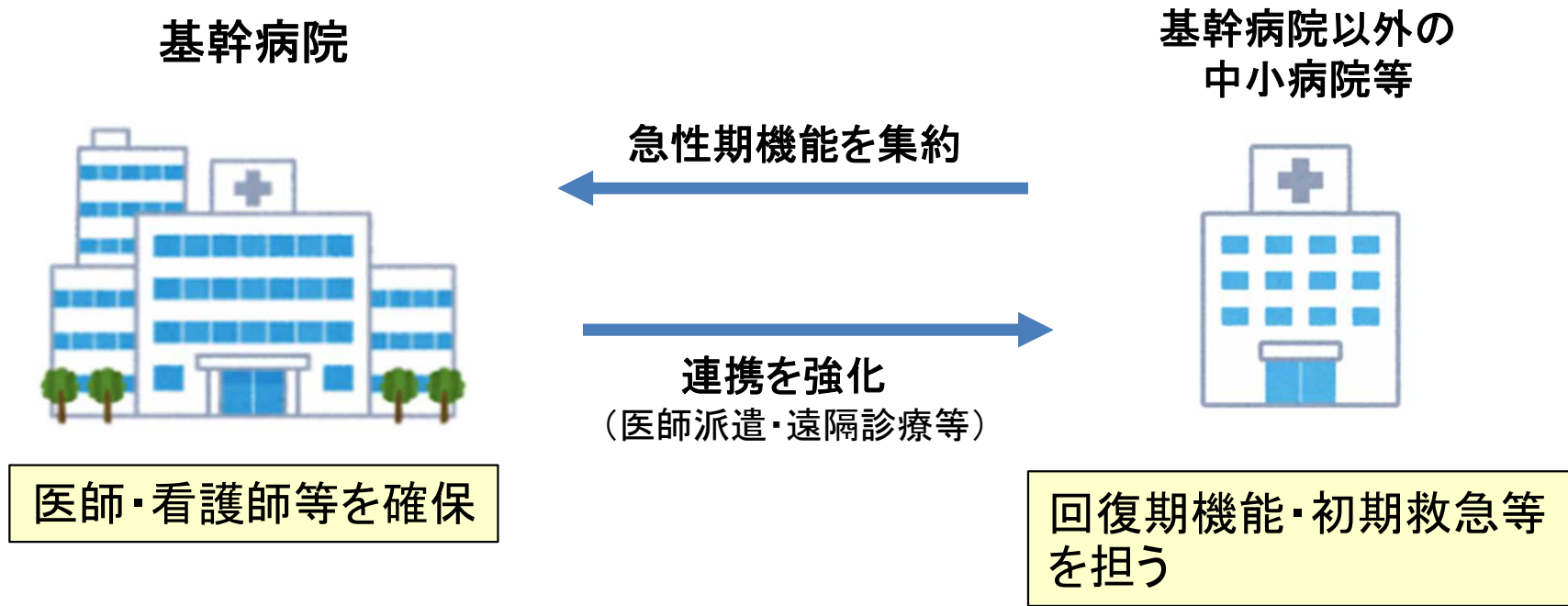


② 地域包括ケアシステムを支える医療機関

今後ニーズの増加が見込まれる疾患（心不全、肺炎、尿路感染症等）を中心に担い、地域の患者の支えとなる医療機関

参考：国における役割分担の考え方

- 総務省が発出した「公立病院経営強化ガイドライン」では、今般のコロナ禍における教訓や、医療従事者の確保及び働き方改革への対応を踏まえた医療機関同士の役割分担のあり方として、地域において中核的医療を担う基幹病院に急性期機能を集約・強化して医師・看護師等を確保するとともに、基幹病院から回復期や初期救急機能等を担う地域の中小病院に医師・看護師等を派遣する連携体制の構築を進めるべきとの考え方が示されている。



参考資料：長野医療圏の医療提供体制の現状

長野医療圏の基幹病院等の指定状況(1/2)

- 長野赤十字病院を救命救急センターに位置づけ、地域医療支援病院の機能を担う篠ノ井総合病院及び長野市民病院など、7病院で輪番体制を敷いている。
- また、長野赤十字病院、篠ノ井総合病院及び長野市民病院については、中小医療機関に対し医師派遣を行うことを主な機能とする地域医療人材拠点病院としての機能も担う。
- 新型コロナウイルス感染症患者受入医療機関については、10病院に担っていただいている状況。

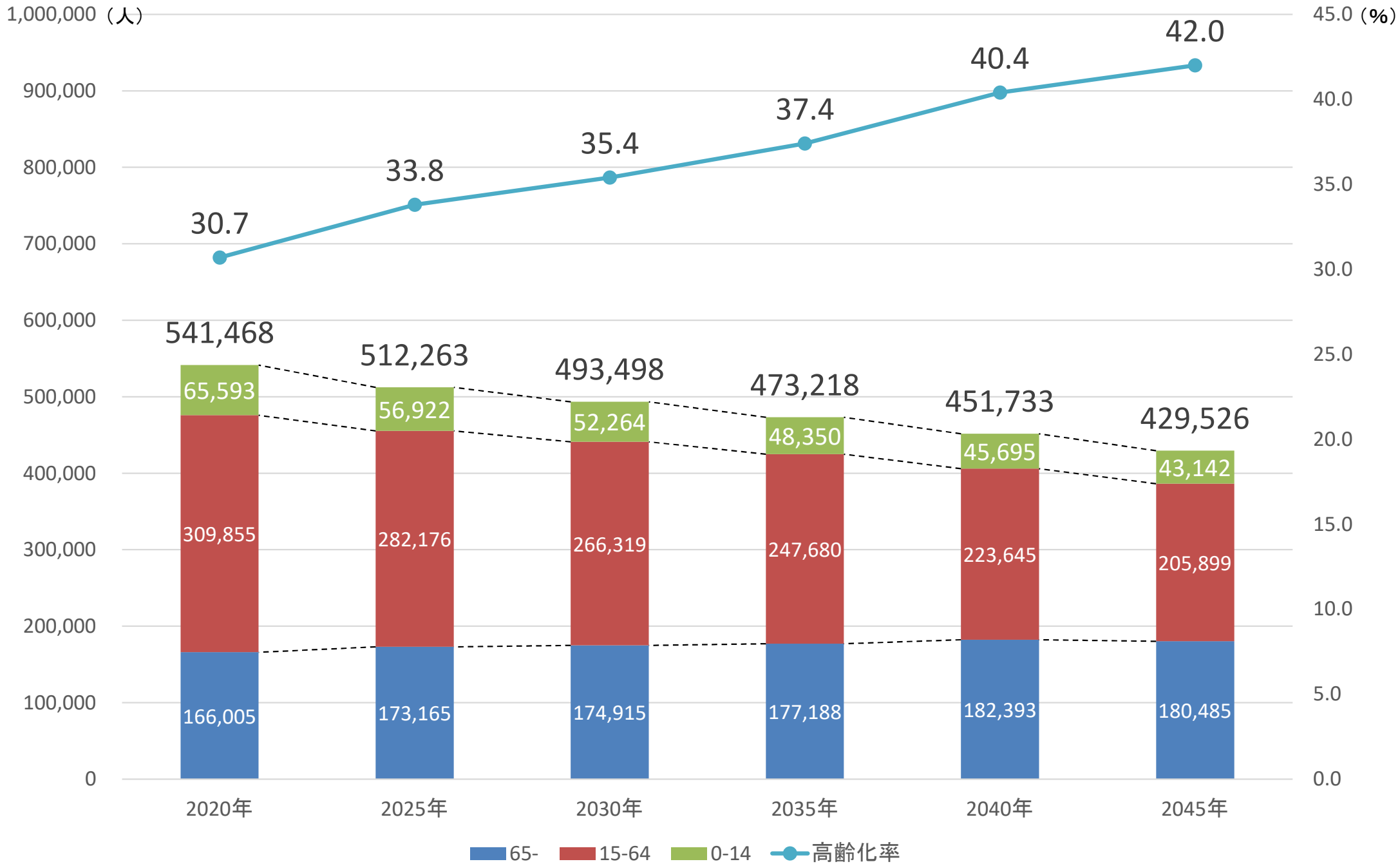
医療機関施設名 ※病院のみ記載	開設者 区分	許可病床 (一般・療養)	拠点病院等の指定状況										新型コロナ 重点医療 機関等 (確保病床数)
			地域医療 支援病院	地域医療 人材拠点 支援病院	救命救急 センター	病院群 輪番制 参加病院	災害拠点 病院	周産期 母子医療 センター	小児地域医 療センター (又は小児中 核病院)	へき地医療 拠点病院	がん診療連 携拠点病院 (地域がん診 療病院)	在宅療養 支援病院	
			2021.7.1	2021.10.1									
長野赤十字病院	公的	635	○	○	○	○	○	○	○		○		○(12)
篠ノ井総合病院	公的	428	○	○		○	○	○	○	○			○(14)
長野市民病院	公立	400	○	○		○	○				○		○(15)
松代総合病院	公的	360				○							○(12)
長野中央病院	民間	322				○							○(12)
県立信州医療センター	公立	292				○							○(23)
上山田病院	民間	240											
国立病院機構東長野病院	公的	213											
千曲中央病院	民間	195				○						○	○(6)
朝日ながの病院	民間	161											
飯綱病院	公立	161											○(2)
新生病院	民間	155										○	
新町病院	公的	140								○		○	
若穂病院	公的	120											
轟病院	民間	99										○	
信越病院	公立	97										○	
栗田病院	民間	84											
県立総合リハビリテーションセンター	公立	80											○(14)
稻荷山医療福祉センター	民間	80											
小島病院	民間	77											
竹重病院	民間	72											

長野医療圏の基幹病院等の指定状況(2/2)

- 長野赤十字病院を救命救急センターに位置づけ、地域医療支援病院の機能を担う篠ノ井総合病院及び長野市民病院など、7病院で輪番体制を敷いている。
- また、長野赤十字病院、篠ノ井総合病院及び長野市民病院については、中小医療機関に対し医師派遣を行うことを主な機能とする地域医療人材拠点病院としての機能も担う。
- 新型コロナウイルス感染症患者受入医療機関については、10病院に担っていただいている状況。

医療機関施設名 ※病院のみ記載	開設者 区分	許可病床 (一般・療養)	拠点病院等の指定状況										新型コロナ 重点医療 機関等 (確保病床数)
			地域医療 支援病院	地域医療 人材拠点 支援病院	救命救急 センター	病院群 輪番制 参加病院	災害拠点 病院	周産期 母子医療 センター	小児地域医 療センター (又は小児中 核病院)	へき地医療 拠点病院	がん診療連 携拠点病院 (地域がん診 療病院)	在宅療養 支援病院	
			2021.7.1	2021.10.1									
愛和病院	民間	64										○	
小林脳神経外科病院	民間	50											
山田記念朝日病院	民間	48											○(2)
ナカジマ外科病院	民間	48											
東口病院	民間	47											
田中病院	民間	43											
小林病院	民間	37											
北野病院	民間	35											
東和田病院	民間	29											
吉田病院	民間	24											

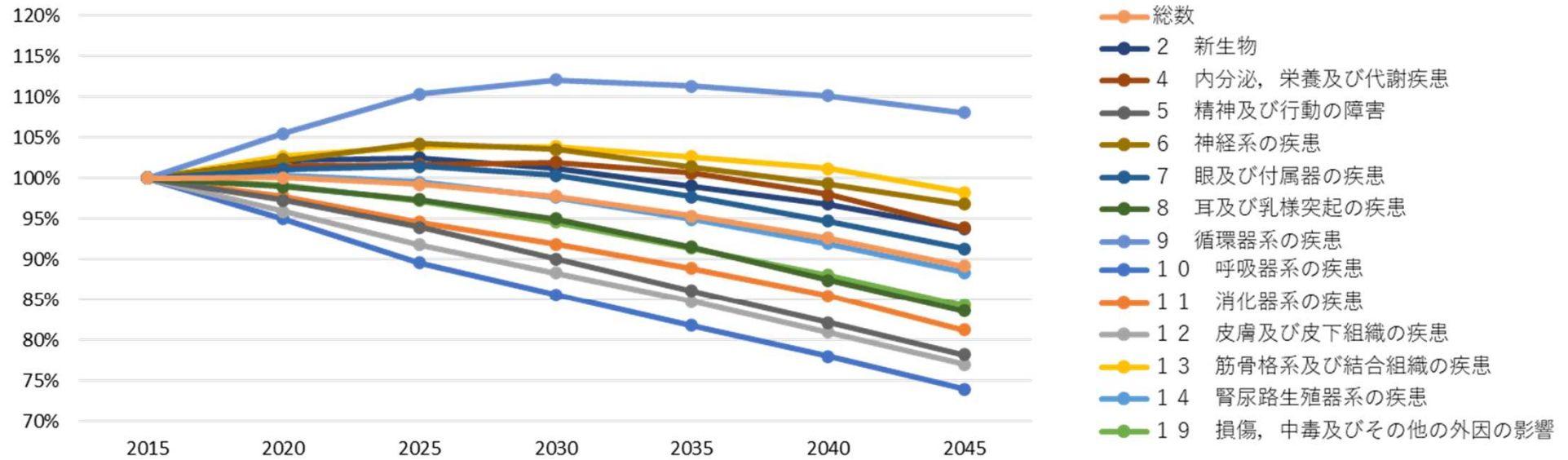
将来推計人口(長野医療圏)



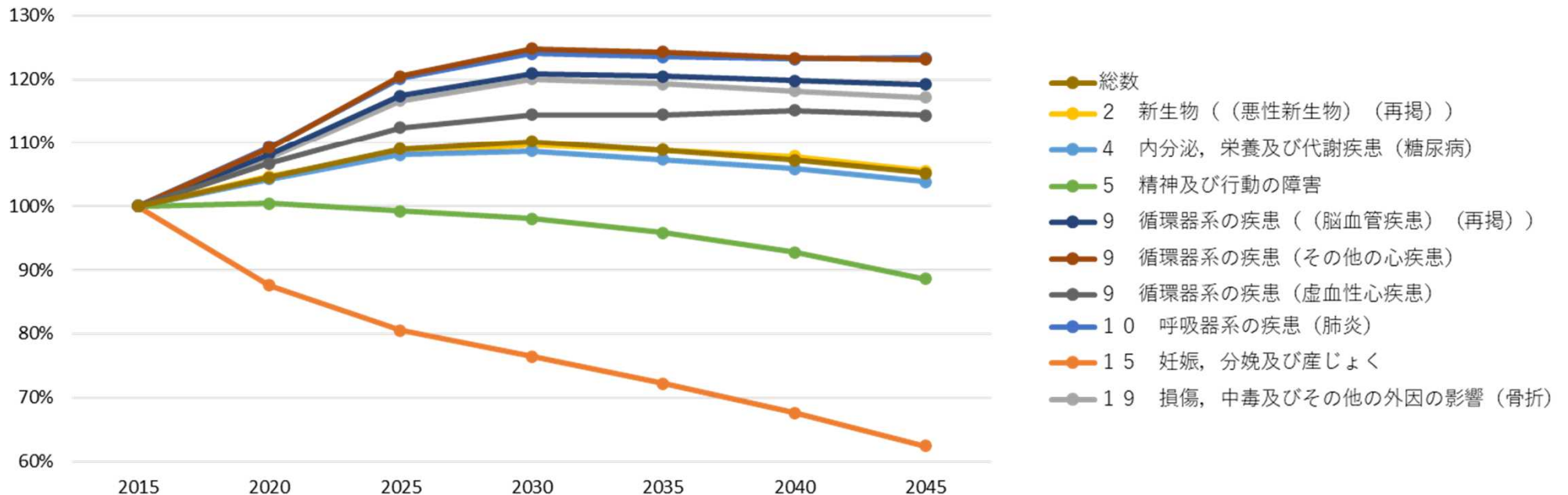
注) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)」及び2020年1月1日時点住民基本台帳人口を利用して推計。

疾患別の医療需要の推計(長野医療圏)

20長野県 2009長野 外来患者推計



20長野県 2009長野 入院患者推計



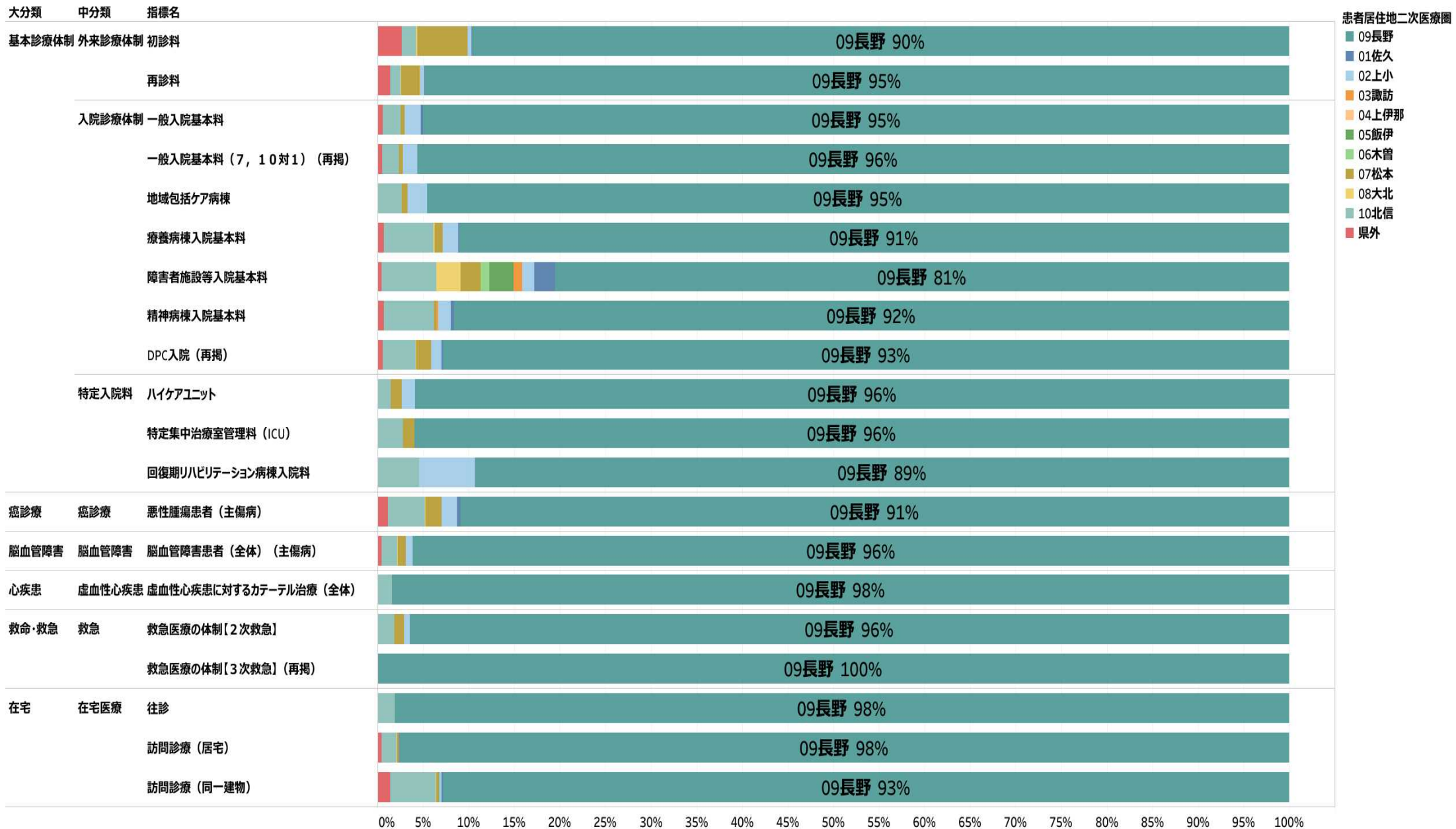
注) グラフは産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツールAJAPA」(※)により作成

※国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)」及び厚生労働省「平成29年患者調査」の統計データを利用

受療動向：患者の流入状況（長野医療圏）

○ 長野医療圏に所在する医療機関が、どの地域に居住する患者を診ているか（患者の流入）を分析。

※分析対象は、令和2年度における国民健康保険及び後期高齢者医療の被保険者分のレセプトデータ



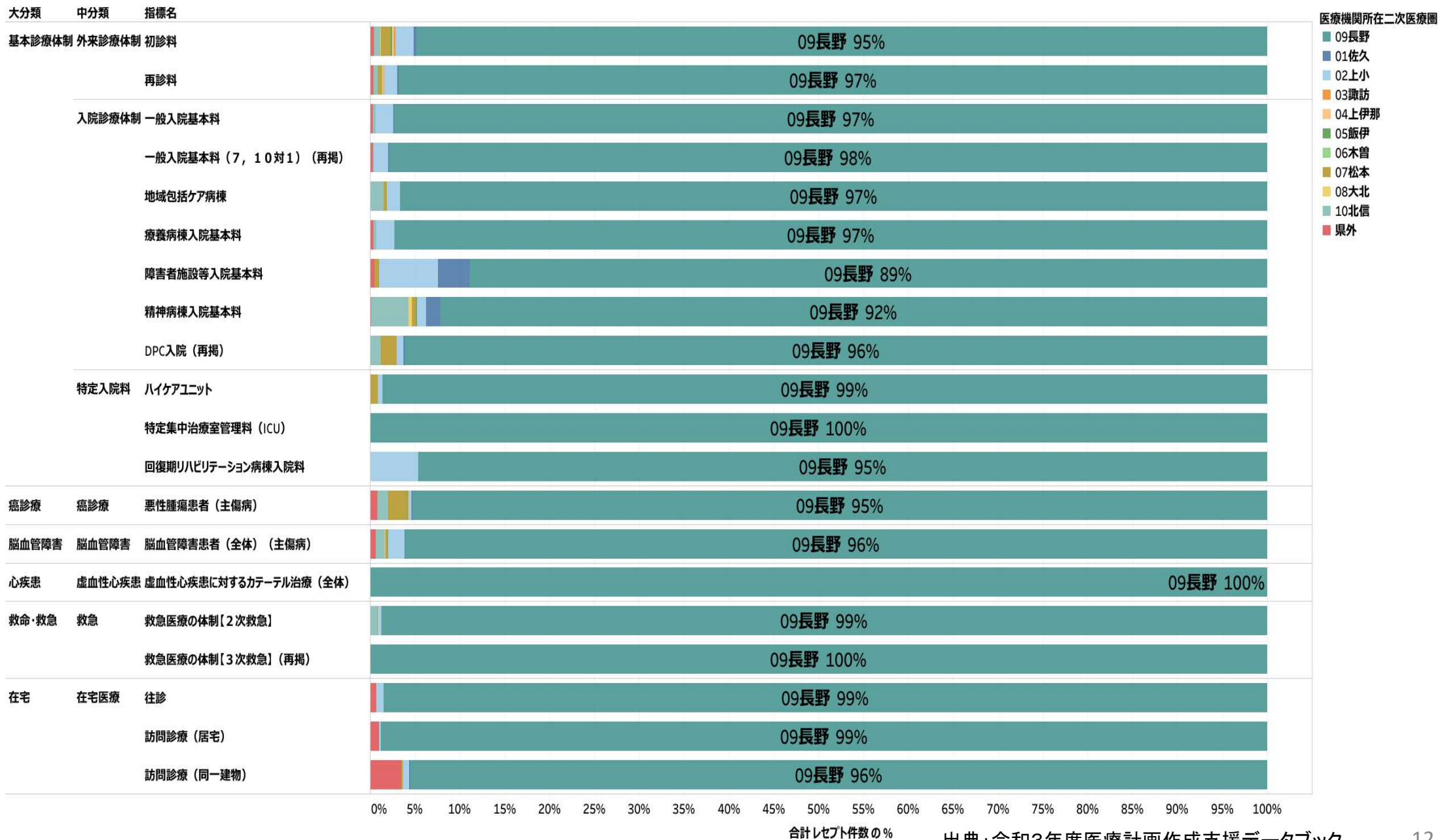
合計レセプト件数の%

出典：令和3年度医療計画作成支援データブック

受療動向：患者の流出状況（長野医療圏）

○ 長野医療圏に居住する患者が、どの地域の医療機関を受診しているか（患者の流出）を分析。

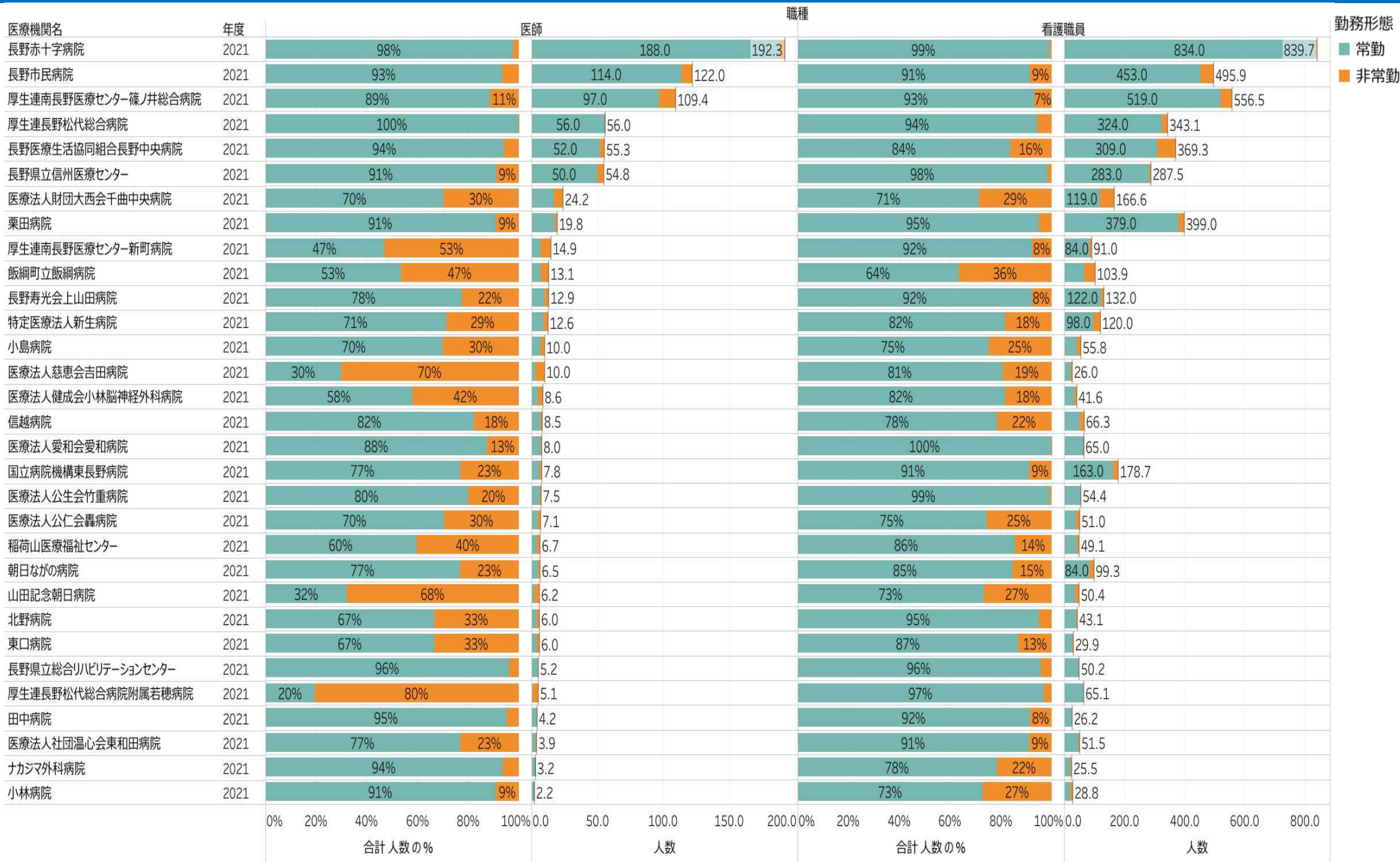
※分析対象は、令和2年度における国民健康保険及び後期高齢者医療の被保険者分のレセプトデータ



合計レセプト件数の%

出典：令和3年度医療計画作成支援データブック

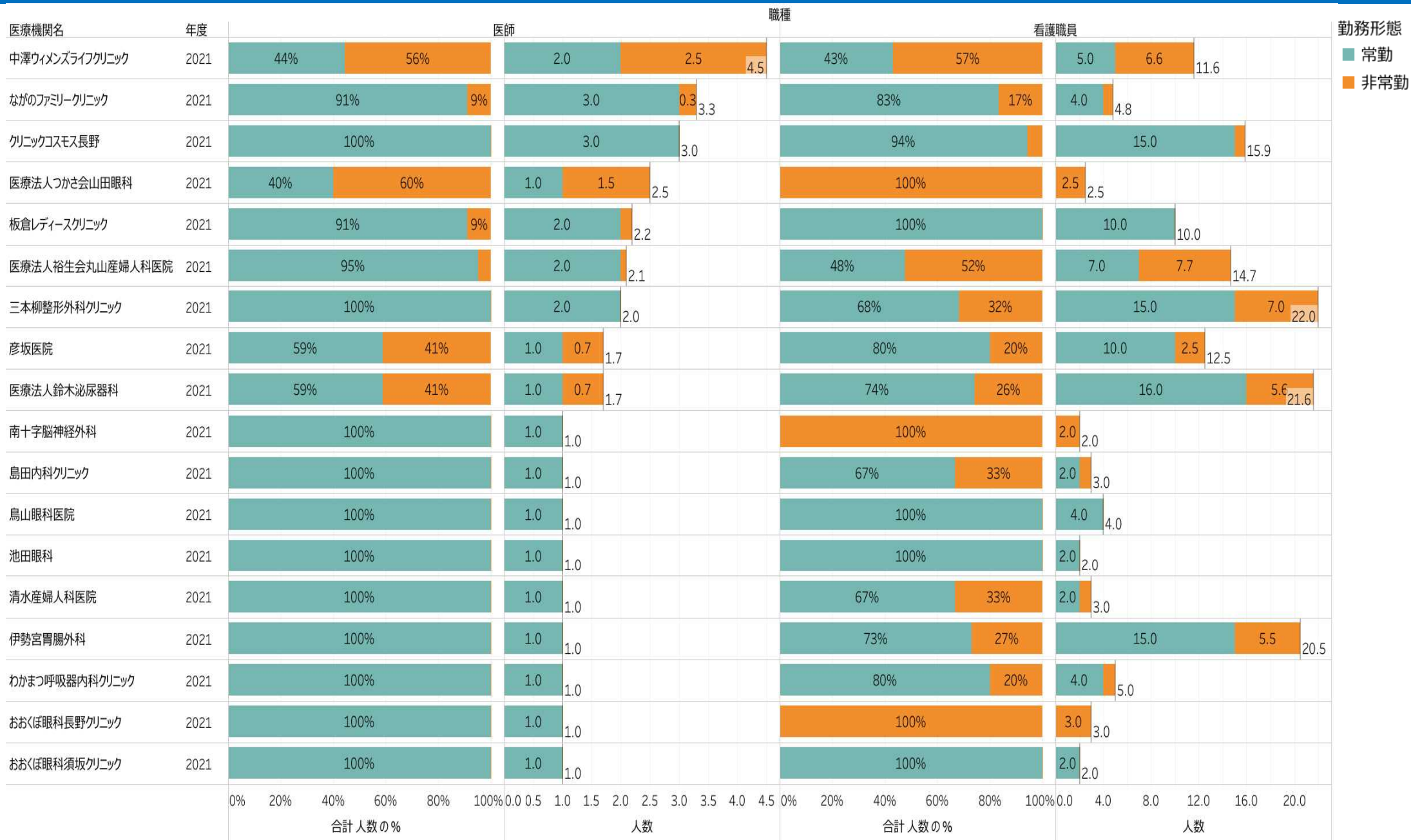
有床医療機関における医師・看護職員の配置状況（長野医療圏：病院）



注)看護職員数は、看護師、准看護師、看護補助者の人数を集計

出典：令和3年度病床機能報告

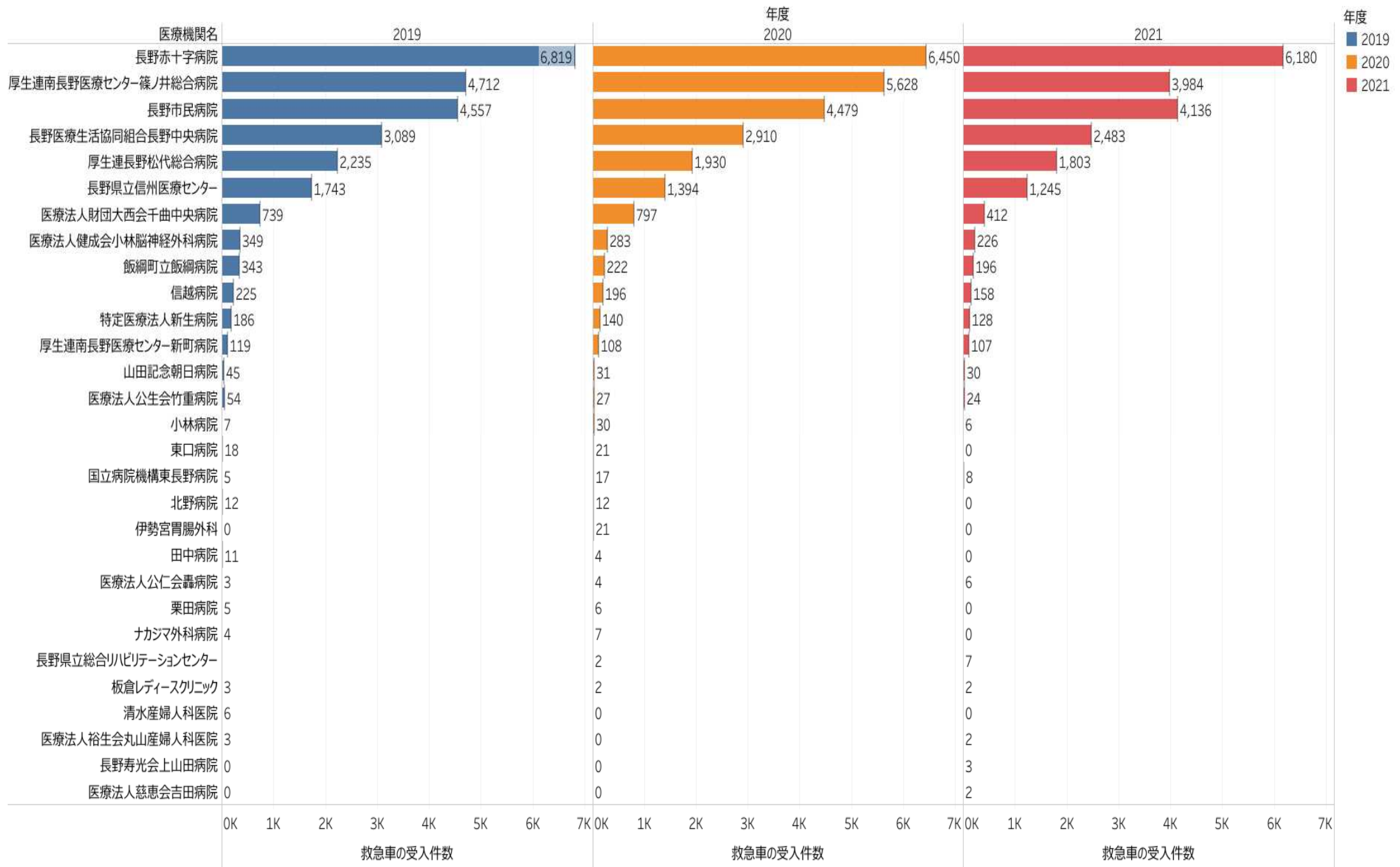
有床医療機関における医師・看護職員の配置状況(長野医療圏:有床診療所)



注)看護職員数は、看護師、准看護師、看護補助者の人数を集計

出典:令和3年度病床機能報告

病院における救急搬送の受入状況(長野医療圏)



注)各年度の救急搬送受入状況の対象期間

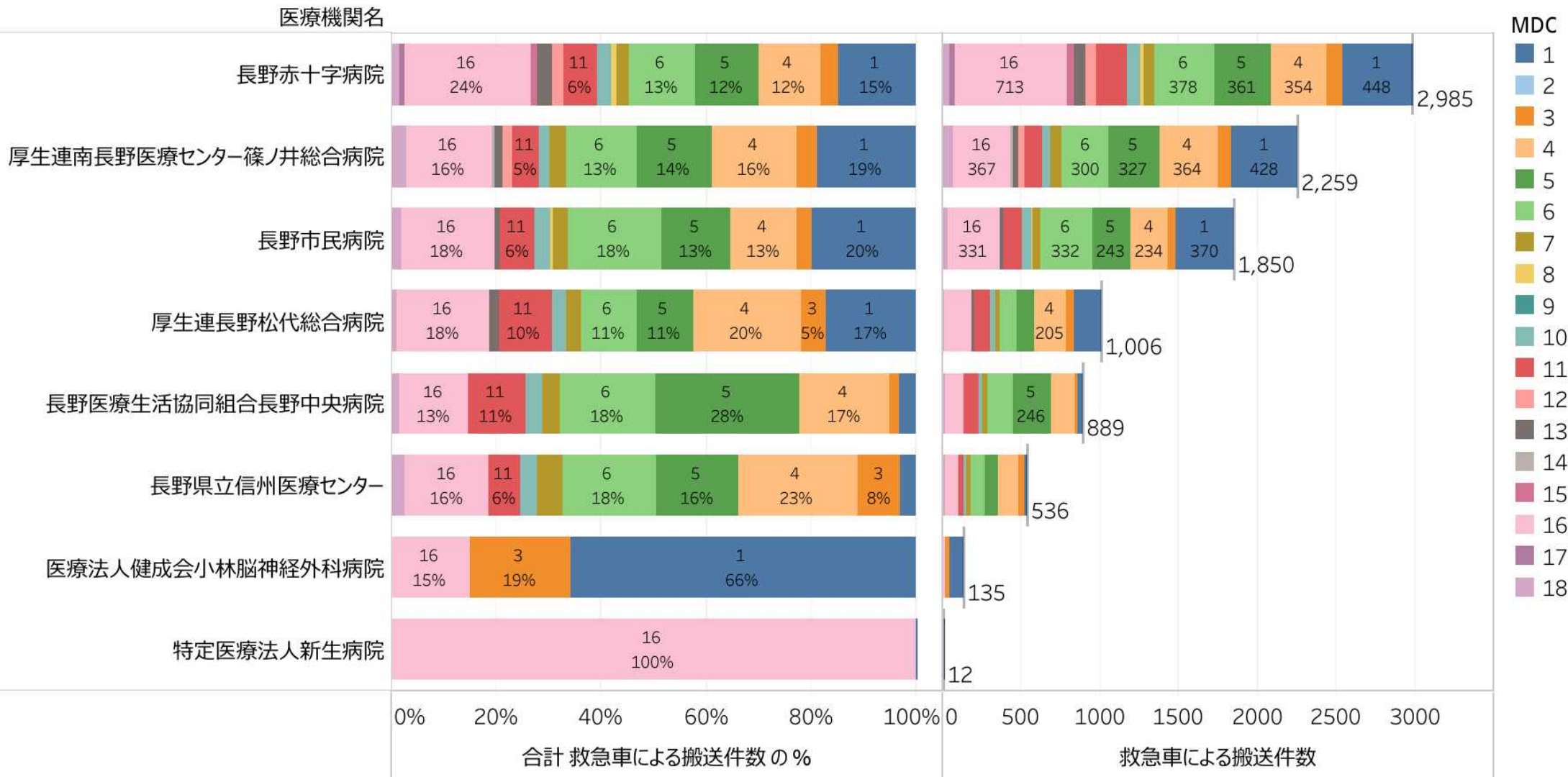
2019年度:2018年7月1日～2019年6月30日

2020年度:2019年7月1日～2020年6月30日

2021年度:2020年4月1日～2021年3月31日

出典:病床機能報告

DPC病院における救急搬送(MDC別)の受入状況 (長野医療圏)



MDC	内容	MDC	内容	MDC	内容	MDC	内容	MDC	内容	MDC	内容
1	神経系疾患	4	呼吸器系疾患	7	筋骨格系疾患	10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	13	血液・造血管器・免疫臓器の疾患	16	外傷・熱傷・中毒
2	眼科系疾患	5	循環器系疾患	8	皮膚・皮下組織の疾患	11	腎・尿路系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	14	申請時疾患、先天性奇形	17	精神疾患
3	耳鼻咽喉科系疾患	6	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	9	乳房の疾患	12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	15	小児疾患	18	その他の疾患

参考資料：県から提供するレセプトデータ等の分析結果について

今後の議論を進めるにあたり県から提供するデータ

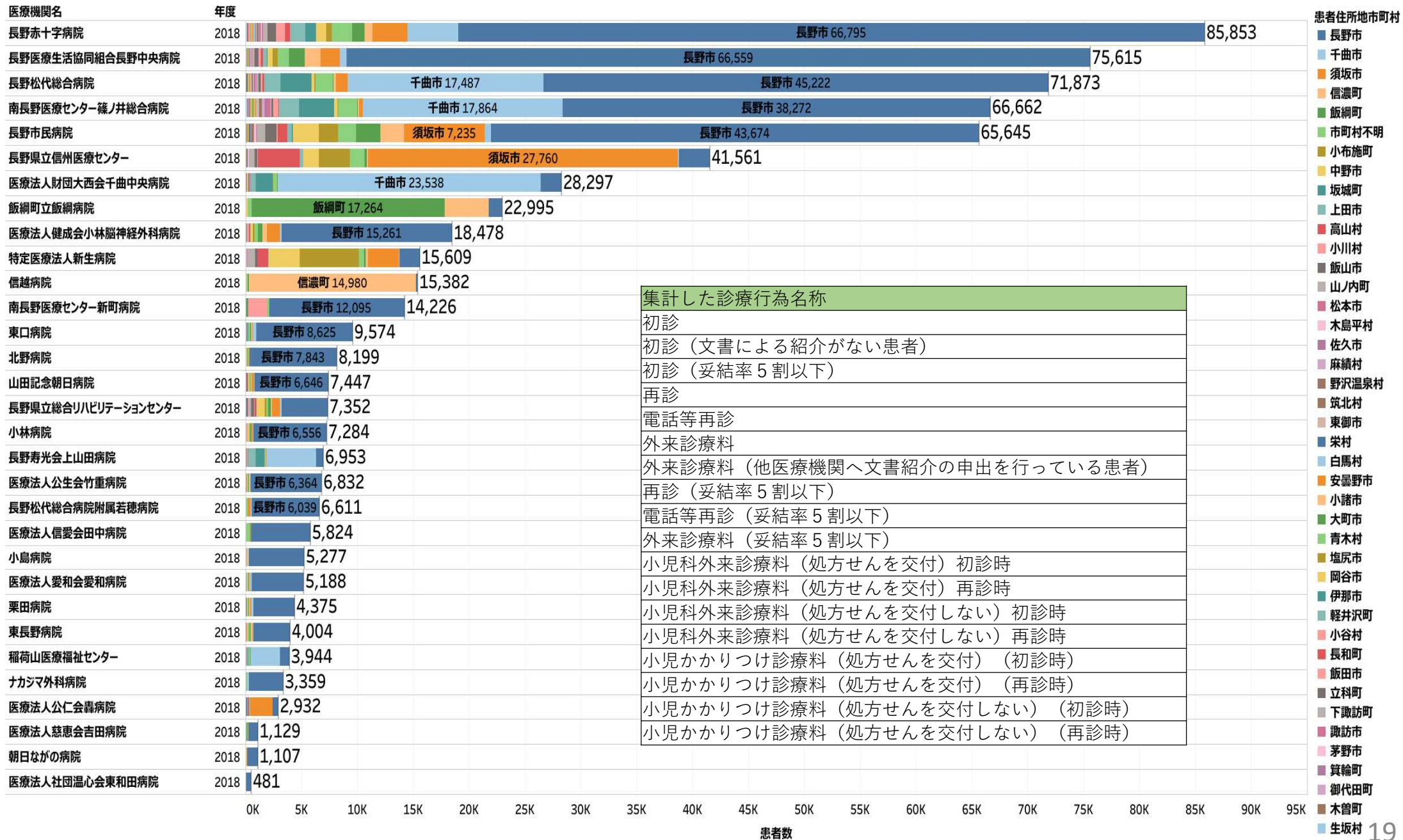
- 国が行った公立・公的医療機関等の診療実績データの分析は、9領域(がん、脳卒中、心血管疾患、救急、災害、へき地、周産期、小児、医師派遣)に係る急性期機能のみを対象としており、公立・公的医療機関等の機能を評価する上では不十分。
- 本県では、急性期に限らず幅広い医療機能を評価するためのデータとして、以下のとおりレセプトデータ等を用いて分析した結果について、調整会議に提供する。

医療機能	分析した内容	分析に用いたデータ
外来機能	①外来医療の実施状況	健康長寿ビッグデータ(※)
	②一次救急患者の受入状況	健康長寿ビッグデータ(※)
回復期機能	③地域包括ケア病棟入院基本料の算定状況	健康長寿ビッグデータ(※)
	④急性期を経過した患者又は急性増悪した在宅患者の受入状況	健康長寿ビッグデータ(※)
	⑤リハビリテーションの実施状況	健康長寿ビッグデータ(※)
慢性期機能	⑥長期療養患者の受入状況	健康長寿ビッグデータ(※)
	⑦看取りの実施状況	病床機能報告
その他	⑧入退院経路の状況	病床機能報告

※ 令和元年度に構築した、平成26年度(2014年度)～平成30年度(2018年度)分の国保・後期高齢者医療の被保険者のレセプトデータベース

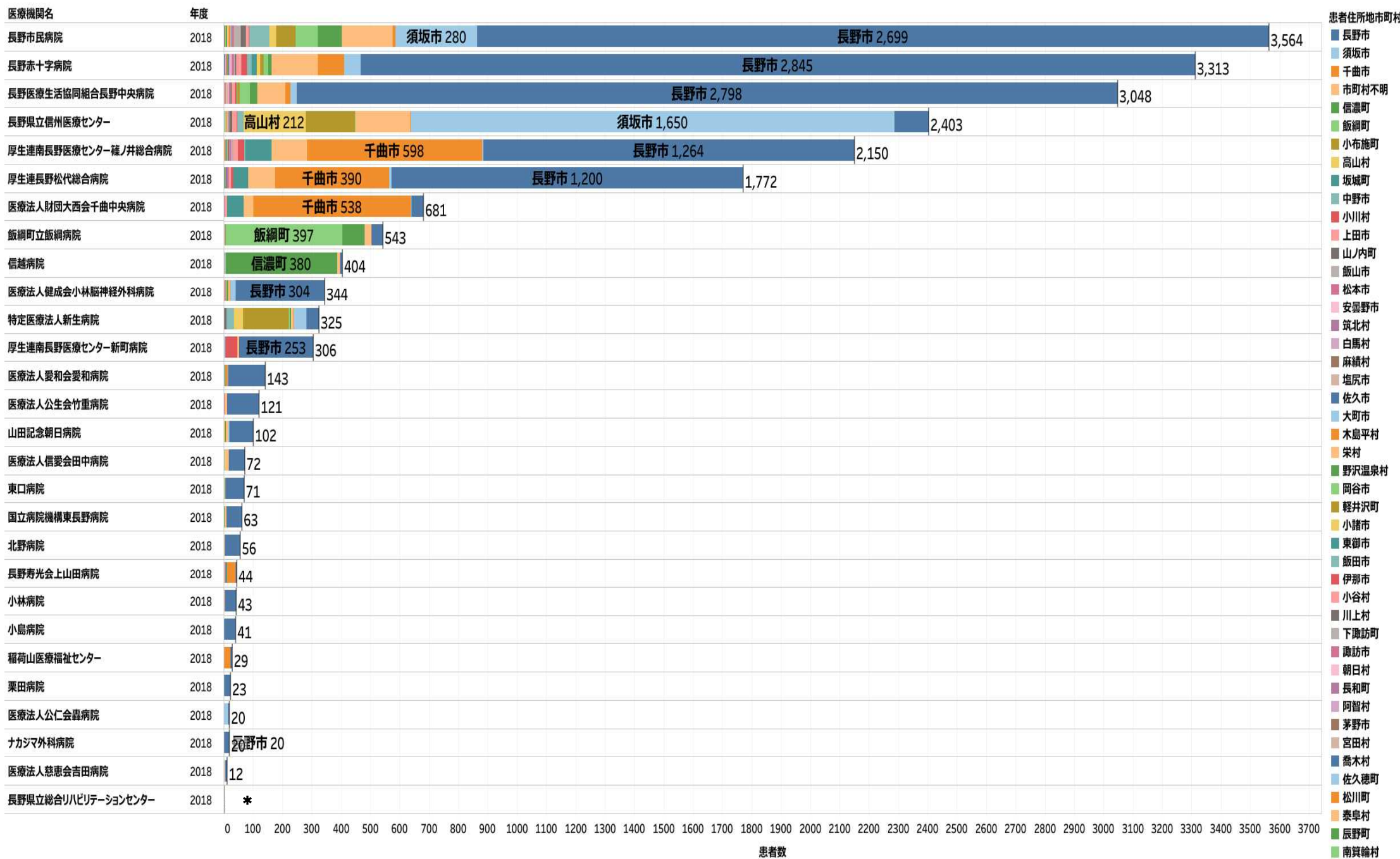
外来機能 ①外来医療の実施状況 (長野医療圏：病院)

○ 有床医療機関の外来機能を評価する指標として、外来診療を実施した患者数及び患者の受療動向（どの地域から患者を受け入れているか）を分析。



外来機能 ②一次救急医療の実施状況 (長野医療圏：病院)

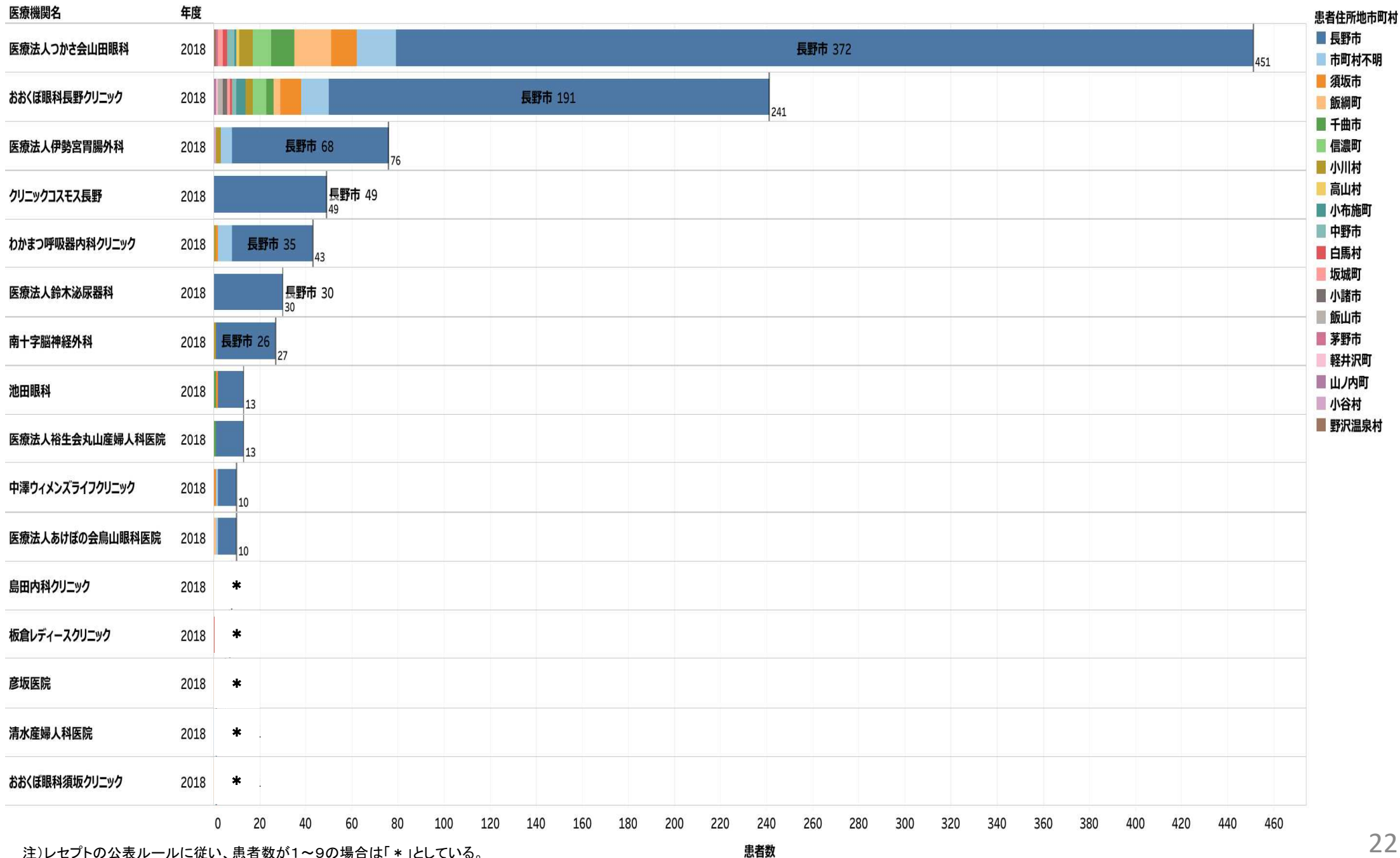
○ 有床医療機関の外来機能を評価する指標として、一次救急医療を実施した患者数及び患者の受療動向を分析。



注) レセプトの公表ルールに従い、患者数が1～9の場合は「*」としている。

外来機能 ②一次救急医療の実施状況 (長野医療圏：有床診療所)

○ 有床医療機関の外来機能を評価する指標として、一次救急医療を実施した患者数及び患者の受療動向を分析。

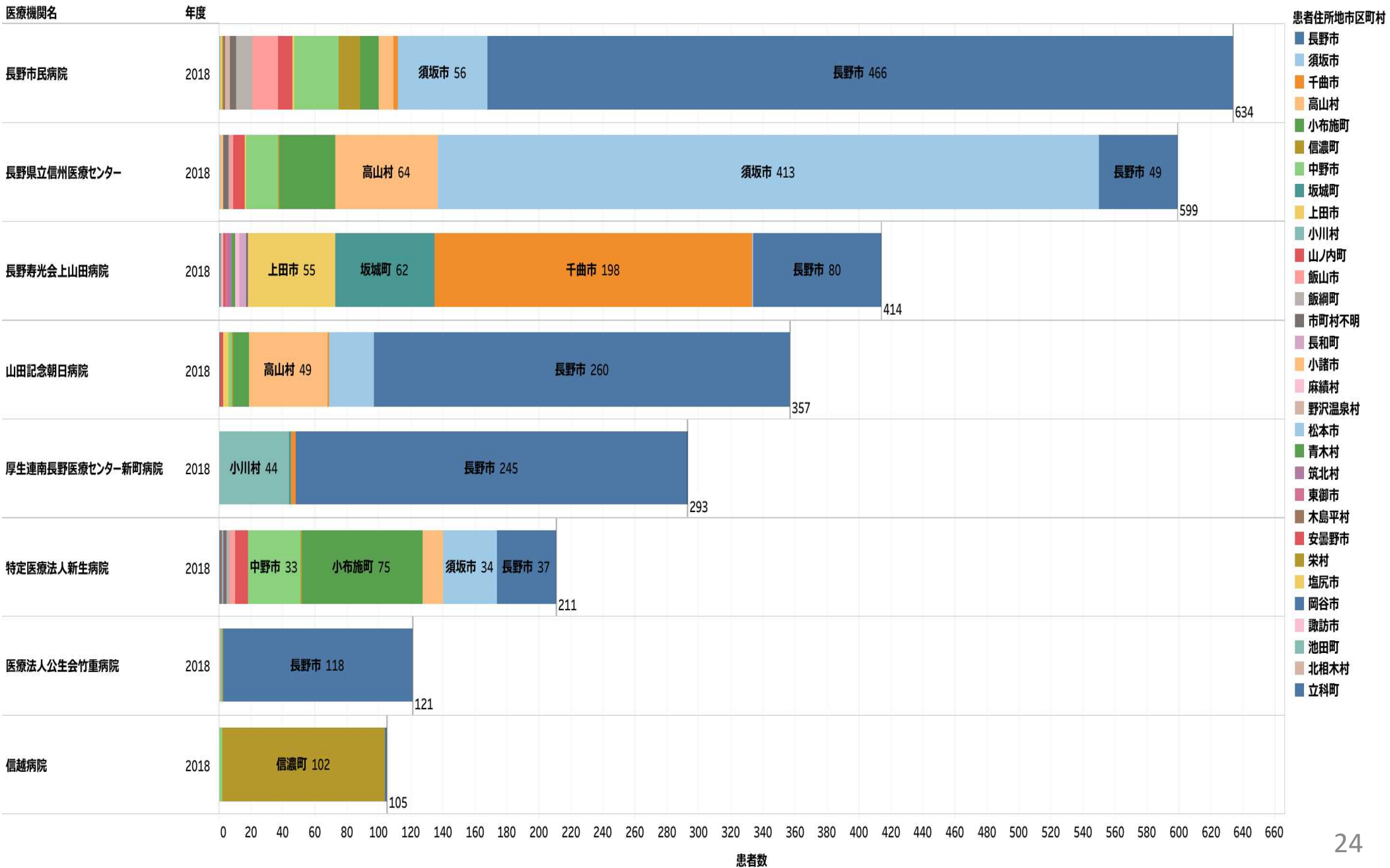


外来機能 ②一次救急患者の受入状況（集計した診療行為）

集計した診療行為名称		
初診（時間外）加算	再診（深夜）加算（入院）	地域包括診療料（再診時時間外特例医療機関）加算
初診（休日）加算	再診（乳幼児時間外）加算（入院）	地域包括診療料（再診時乳幼児時間外特例医療機関）加算
初診（深夜）加算	再診（乳幼児休日）加算（入院）	小児科地域包括診療料（再診時乳幼児夜間）加算
初診（時間外特例）加算	再診（乳幼児深夜）加算（入院）	小児科地域包括診療料（再診時乳幼児休日）加算
小児科外来診療料（初診時時間外特例医療機関）加算	再診（時間外特例医療機関）加算（入院）	小児科地域包括診療料（再診時乳幼児深夜）加算
小児科初診（乳幼児夜間）加算（6歳未満）	再診（乳幼児時間外特例医療機関）加算（入院）	地域包括診療料（再診時夜間・早朝等）加算
小児科初診（乳幼児休日）加算（6歳未満）	小児科再診（乳幼児夜間）加算（6歳未満）（入院）	認知症地域包括診療料（再診時時間外）加算
小児科初診（乳幼児深夜）加算（6歳未満）	小児科再診（乳幼児休日）加算（6歳未満）（入院）	認知症地域包括診療料（再診時休日）加算
初診（乳幼児時間外）加算	小児科再診（乳幼児深夜）加算（6歳未満）（入院）	認知症地域包括診療料（再診時深夜）加算
初診（乳幼児休日）加算	外来診療料（時間外）加算（入院）	認知症地域包括診療料（再診時乳幼児時間外）加算
初診（乳幼児深夜）加算	外来診療料（休日）加算（入院）	認知症地域包括診療料（再診時乳幼児休日）加算
初診（乳幼児時間外特例医療機関）加算	外来診療料（深夜）加算（入院）	認知症地域包括診療料（再診時乳幼児深夜）加算
初診（夜間・早朝等）加算	外来診療料（乳幼児時間外）加算（入院）	認知症地域包括診療料（再診時時間外特例医療機関）加算
再診（時間外）加算（入院外）	外来診療料（乳幼児休日）加算（入院）	認知症地域包括診療料（再診時乳幼児時間外特例医療機関）加算
再診（休日）加算（入院外）	外来診療料（時間外特例医療機関）加算（入院）	小児科認知症地域包括診療料（再診時乳幼児夜間）加算
再診（深夜）加算（入院外）	外来診療料（乳幼児深夜）加算（入院）	小児科認知症地域包括診療料（再診時乳幼児休日）加算
再診（時間外特例医療機関）加算（入院外）	外来診療料（乳幼児時間外特例医療機関）加算（入院）	小児科認知症地域包括診療料（再診時乳幼児深夜）加算
小児科外来診療料（再診時時間外特例医療機関）加算	外来診療料（小児科・乳幼児夜間）加算（6歳未満）（入院）	認知症地域包括診療料（再診時夜間・早朝等）加算
外来診療料（時間外）加算（入院外）	外来診療料（小児科・乳幼児休日）加算（6歳未満）（入院）	小児かかりつけ診療料（初診時乳幼児時間外）加算
外来診療料（休日）加算（入院外）	外来診療料（小児科・乳幼児深夜）加算（6歳未満）（入院）	小児かかりつけ診療料（初診時乳幼児休日）加算
外来診療料（深夜）加算（入院外）	小児科外来診療料（外来診療料時間外特例医療機関）加算	小児かかりつけ診療料（初診時乳幼児深夜）加算
外来診療料（時間外特例医療機関）加算（入院外）	小児科外来診療料（初診時乳幼児夜間）加算	小児かかりつけ診療料（初診時時間外特例医療機関）加算
小児科再診（乳幼児夜間）加算（6歳未満）（入院外）	小児科外来診療料（初診時乳幼児休日）加算	小児科小児かかりつけ診療料（初診時乳幼児夜間）加算
小児科再診（乳幼児休日）加算（6歳未満）（入院外）	小児科外来診療料（初診時乳幼児深夜）加算	小児科小児かかりつけ診療料（初診時乳幼児休日）加算
小児科再診（乳幼児深夜）加算（6歳未満）（入院外）	小児科外来診療料（再診時乳幼児夜間）加算	小児科小児かかりつけ診療料（初診時乳幼児深夜）加算
外来診療料（小児科・乳幼児夜間）加算（6歳未満）（入院外）	小児科外来診療料（再診時乳幼児休日）加算	小児かかりつけ診療料（再診時乳幼児時間外）加算
外来診療料（小児科・乳幼児休日）加算（6歳未満）（入院外）	小児科外来診療料（再診時乳幼児深夜）加算	小児かかりつけ診療料（再診時乳幼児休日）加算
外来診療料（小児科・乳幼児深夜）加算（6歳未満）（入院外）	小児科外来診療料（外来診療料乳幼児夜間）加算	小児かかりつけ診療料（再診時乳幼児深夜）加算
再診（乳幼児時間外）加算（入院外）	小児科外来診療料（外来診療料乳幼児休日）加算	小児かかりつけ診療料（再診時時間外特例医療機関）加算
再診（乳幼児休日）加算（入院外）	小児科外来診療料（外来診療料乳幼児深夜）加算	小児科小児かかりつけ診療料（再診時乳幼児夜間）加算
再診（乳幼児深夜）加算（入院外）	小児科外来診療料（初診時乳幼児時間外）加算	小児科小児かかりつけ診療料（再診時乳幼児休日）加算
再診（乳幼児時間外特例医療機関）加算（入院外）	小児科外来診療料（再診時乳幼児時間外）加算	小児科小児かかりつけ診療料（再診時乳幼児深夜）加算
外来診療料（乳幼児時間外）加算（入院外）	小児科外来診療料（外来診療料乳幼児時間外）加算	小児かかりつけ診療料（外来診療料乳幼児時間外）加算
外来診療料（乳幼児休日）加算（入院外）	地域包括診療料（再診時時間外）加算	小児かかりつけ診療料（外来診療料乳幼児休日）加算
外来診療料（乳幼児深夜）加算（入院外）	地域包括診療料（再診時休日）加算	小児かかりつけ診療料（外来診療料乳幼児深夜）加算
外来診療料（乳幼児時間外特例医療機関）加算（入院外）	地域包括診療料（再診時深夜）加算	小児かかりつけ診療料（外来診療料時間外特例医療機関）加算
再診（夜間・早朝等）加算	地域包括診療料（再診時乳幼児時間外）加算	小児科小児かかりつけ診療料（外来診療料乳幼児夜間）加算
再診（時間外）加算（入院）	地域包括診療料（再診時乳幼児休日）加算	小児科小児かかりつけ診療料（外来診療料乳幼児休日）加算
再診（休日）加算（入院）	地域包括診療料（再診時乳幼児深夜）加算	小児科小児かかりつけ診療料（外来診療料乳幼児深夜）加算

回復期機能 ③地域包括ケア病棟入院基本料の算定状況 (長野医療圏)

○ 病院の回復期機能を評価する指標として、地域包括ケア病棟入院基本料・入院管理料を算定した患者数を集計。

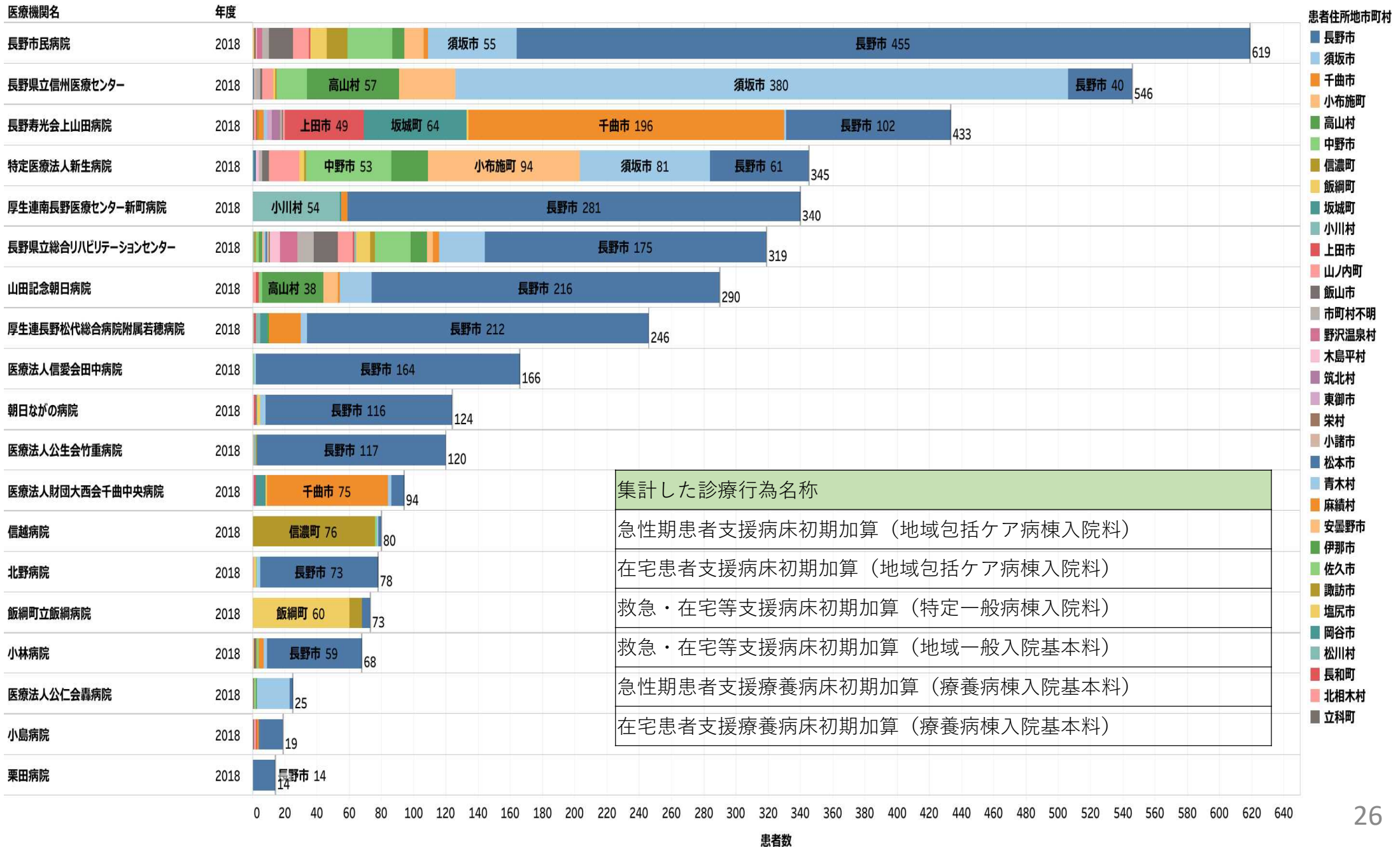


回復期機能 ③地域包括ケア病棟入院基本料の算定状況（集計した診療行為）

集計した診療行為名称	
地域包括ケア病棟入院料 1	地域包括ケア病棟入院料 1（特定地域）
地域包括ケア病棟入院料 1（生活療養）	地域包括ケア病棟入院料 1（生活療養）（特定地域）
地域包括ケア入院医療管理料 1	地域包括ケア入院医療管理料 1（特定地域）
地域包括ケア入院医療管理料 1（生活療養）	地域包括ケア入院医療管理料 1（生活療養）（特定地域）
地域包括ケア病棟入院料 2	地域包括ケア病棟入院料 2（特定地域）
地域包括ケア病棟入院料 2（生活療養）	地域包括ケア病棟入院料 2（生活療養）（特定地域）
地域包括ケア入院医療管理料 2	地域包括ケア入院医療管理料 2（特定地域）
地域包括ケア入院医療管理料 2（生活療養）	地域包括ケア入院医療管理料 2（生活療養）（特定地域）
地域包括ケア病棟入院料 3	地域包括ケア病棟入院料 3（特定地域）
地域包括ケア病棟入院料 3（生活療養）	地域包括ケア病棟入院料 3（生活療養）（特定地域）
地域包括ケア入院医療管理料 3	地域包括ケア入院医療管理料 3（特定地域）
地域包括ケア入院医療管理料 3（生活療養）	地域包括ケア入院医療管理料 3（生活療養）（特定地域）
地域包括ケア病棟入院料 4	地域包括ケア病棟入院料 4（特定地域）
地域包括ケア病棟入院料 4（生活療養）	地域包括ケア病棟入院料 4（生活療養）（特定地域）
地域包括ケア入院医療管理料 4	地域包括ケア入院医療管理料 4（特定地域）
地域包括ケア入院医療管理料 4（生活療養）	地域包括ケア入院医療管理料 4（生活療養）（特定地域）

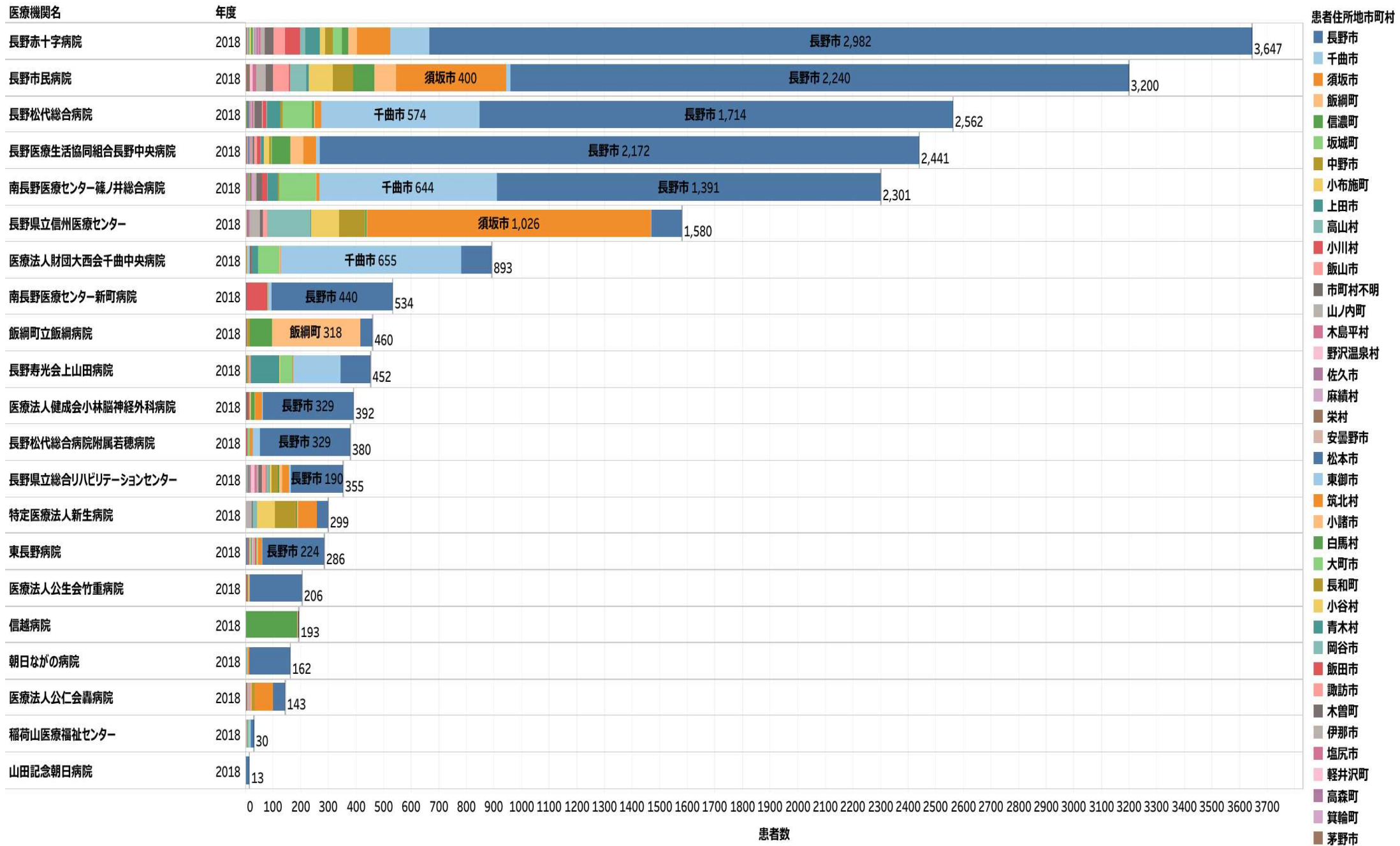
回復期機能 ④急性期を経過した患者又は急性増悪した在宅患者の受入状況 (長野医療圏)

○ 病院の回復期機能を評価する指標として、他の医療機関からの急性期を経過した患者又は在宅や介護施設等で急性増悪した患者の受入実績を集計。



回復期機能 ⑤リハビリテーションの実施状況 (長野医療圏)

○ 病院の回復期機能を評価する指標として、入院患者に対するリハビリテーションの実施状況を集計。

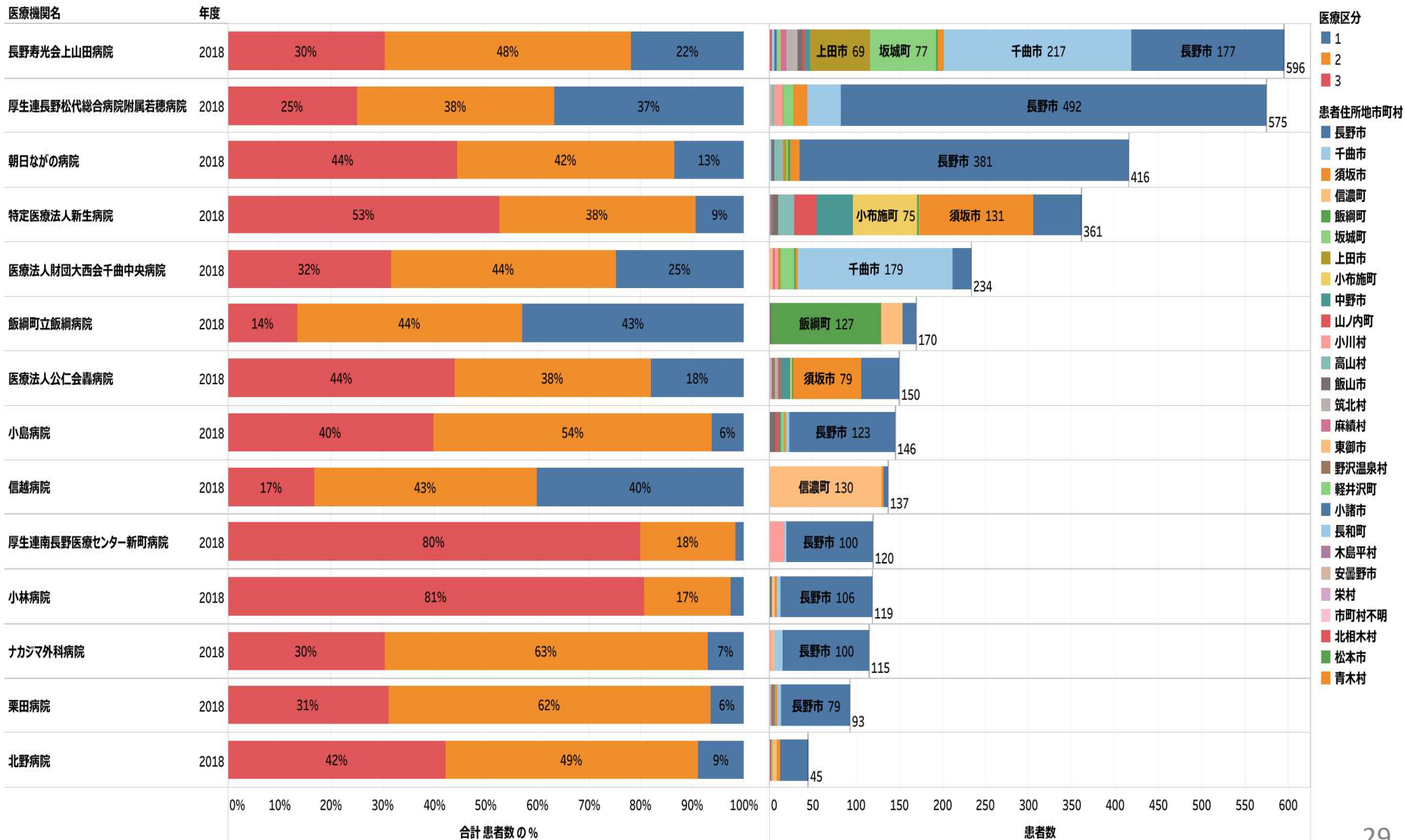


回復期機能 ⑤リハビリテーションの実施状況（集計した診療行為）

集計した診療行為名称	
心大血管疾患リハビリテーション料（１）	廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護・入院外）
心大血管疾患リハビリテーション料（２）	廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護・入院外）
脳血管疾患等リハビリテーション料（１）	運動器リハビリテーション料（１）
脳血管疾患等リハビリテーション料（２）	運動器リハビリテーション料（２）
脳血管疾患等リハビリテーション料（３）	運動器リハビリテーション料（３）
脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護・入院）	運動器リハビリテーション料（１）（要介護・入院）
脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護・入院）	運動器リハビリテーション料（２）（要介護・入院）
脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護・入院）	運動器リハビリテーション料（３）（要介護・入院）
脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護・入院外）	運動器リハビリテーション料（１）（要介護・入院外）
脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護・入院外）	運動器リハビリテーション料（２）（要介護・入院外）
脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護・入院外）	運動器リハビリテーション料（３）（要介護・入院外）
廃用症候群リハビリテーション料（１）	呼吸器リハビリテーション料（１）
廃用症候群リハビリテーション料（２）	呼吸器リハビリテーション料（２）
廃用症候群リハビリテーション料（３）	障害児（者）リハビリテーション料（６歳未満）
廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護・入院）	障害児（者）リハビリテーション料（６歳以上１８歳未満）
廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護・入院）	障害児（者）リハビリテーション料（１８歳以上）
廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護・入院）	がん患者リハビリテーション料
廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護・入院外）	認知症患者リハビリテーション料

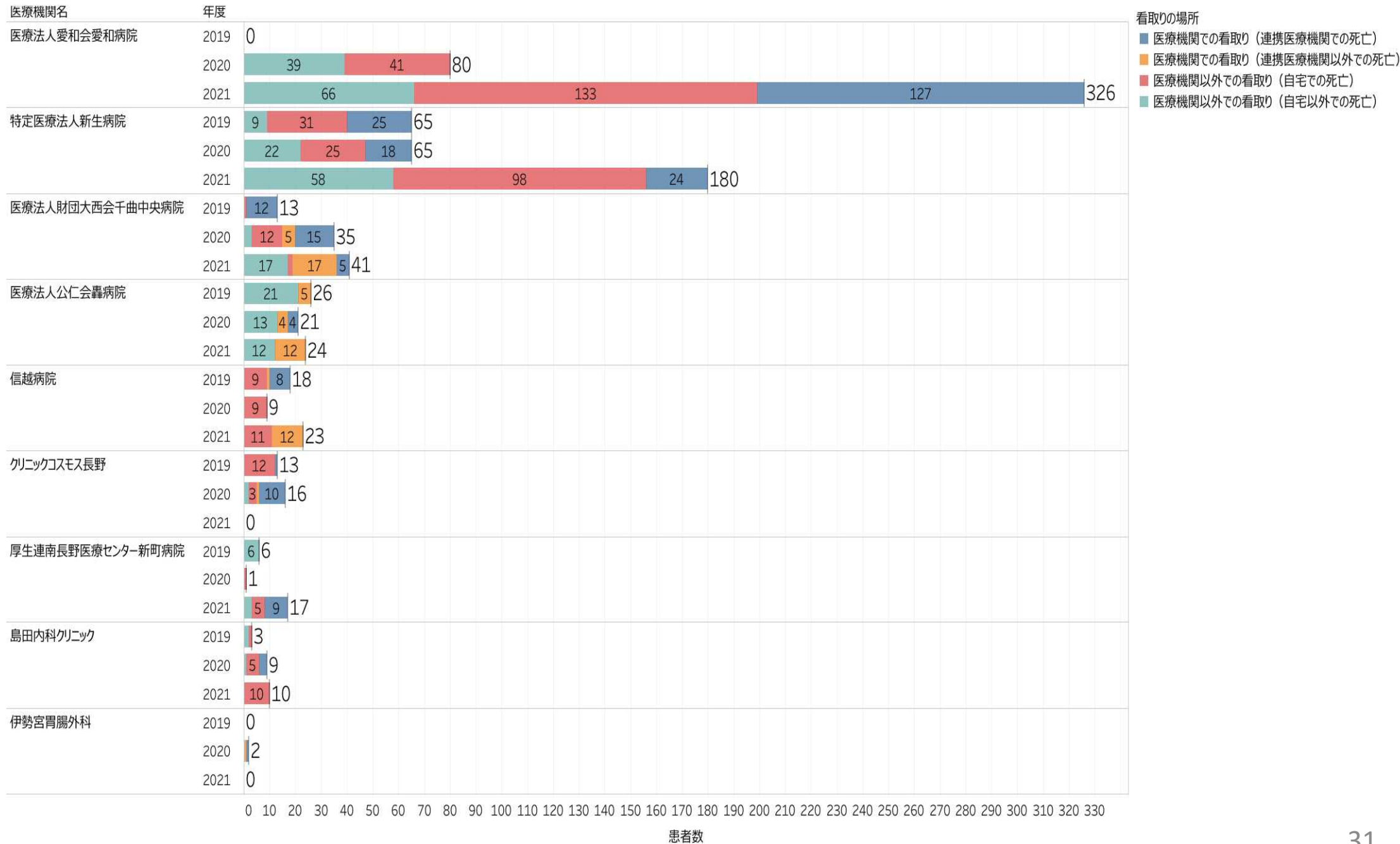
慢性期機能 ⑥長期療養患者の受入状況 (長野医療圏)

○ 病院の慢性期機能を評価する指標として、医療区分ごとの長期療養患者の受入状況を集計。



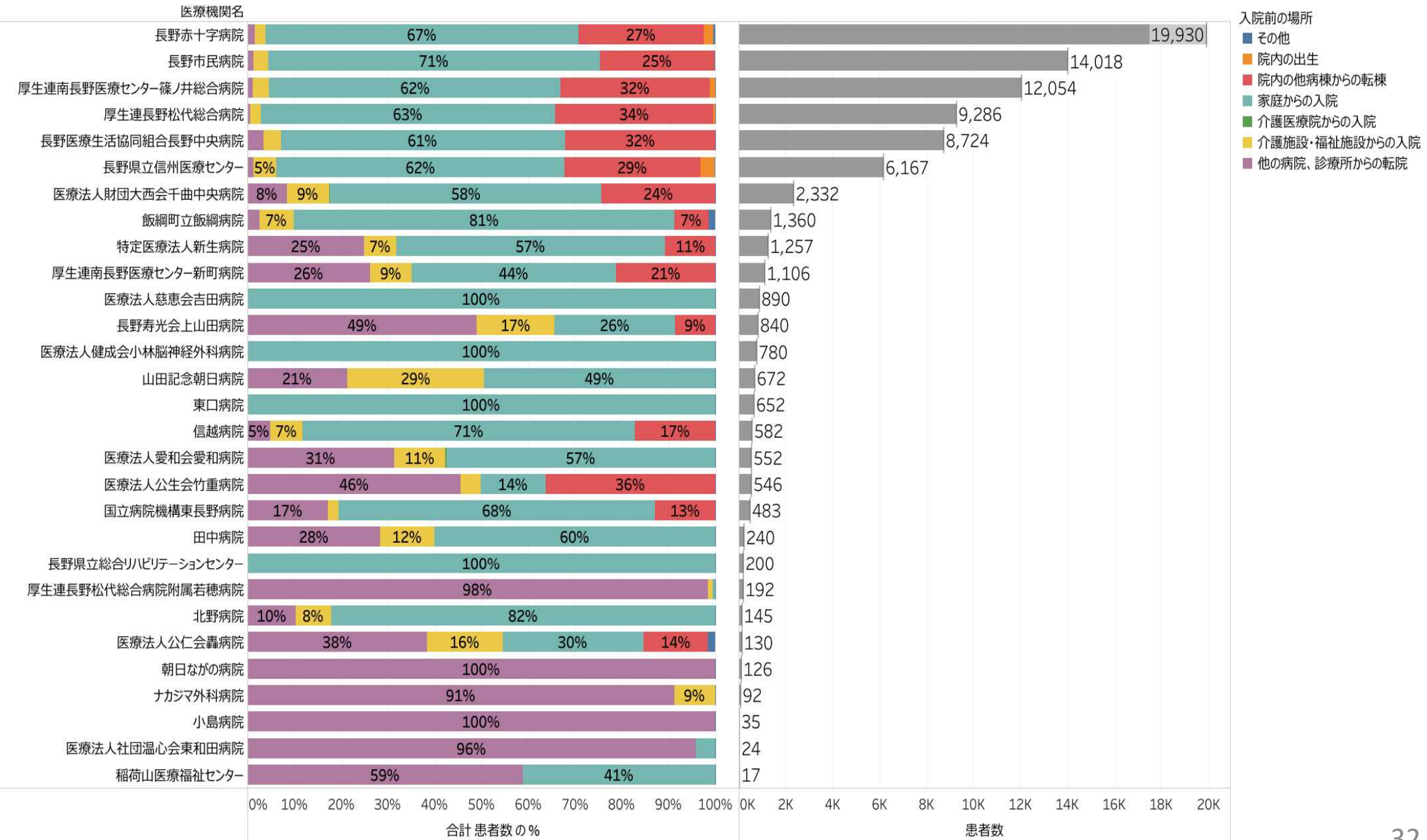
慢性期機能 ⑦看取りの実施状況 (長野医療圏)

○ 有床医療機関の慢性期機能を評価する指標として、看取りを行った患者数を集計。



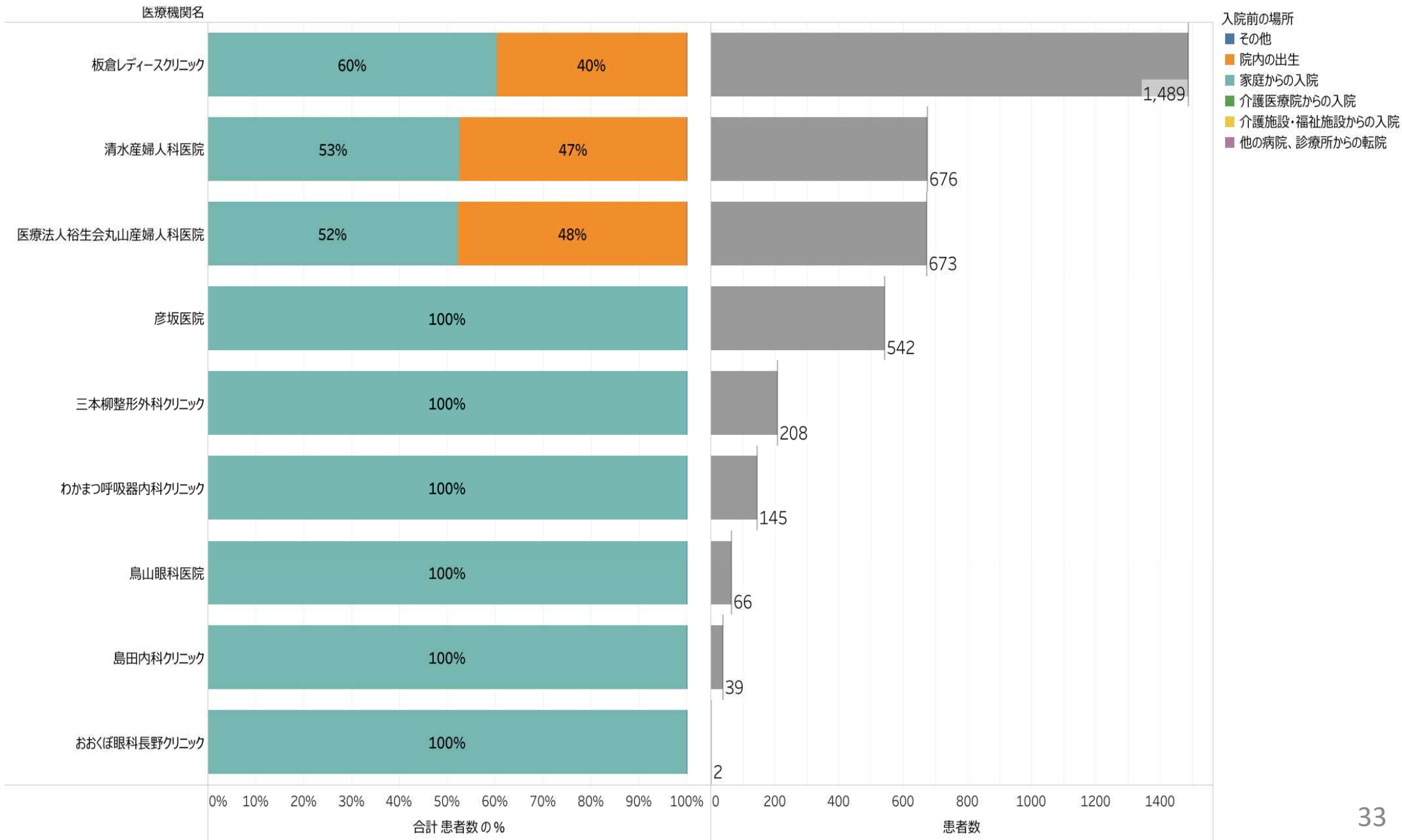
その他 ⑧入退院経路の状況 ～入院経路～ (長野医療圏：病院)

○ 回復期・慢性期機能を担う医療機関の傾向として、他の医療機関又は介護施設からの入院が多くなる傾向があることから、有床医療機関の入院経路の状況を集計。



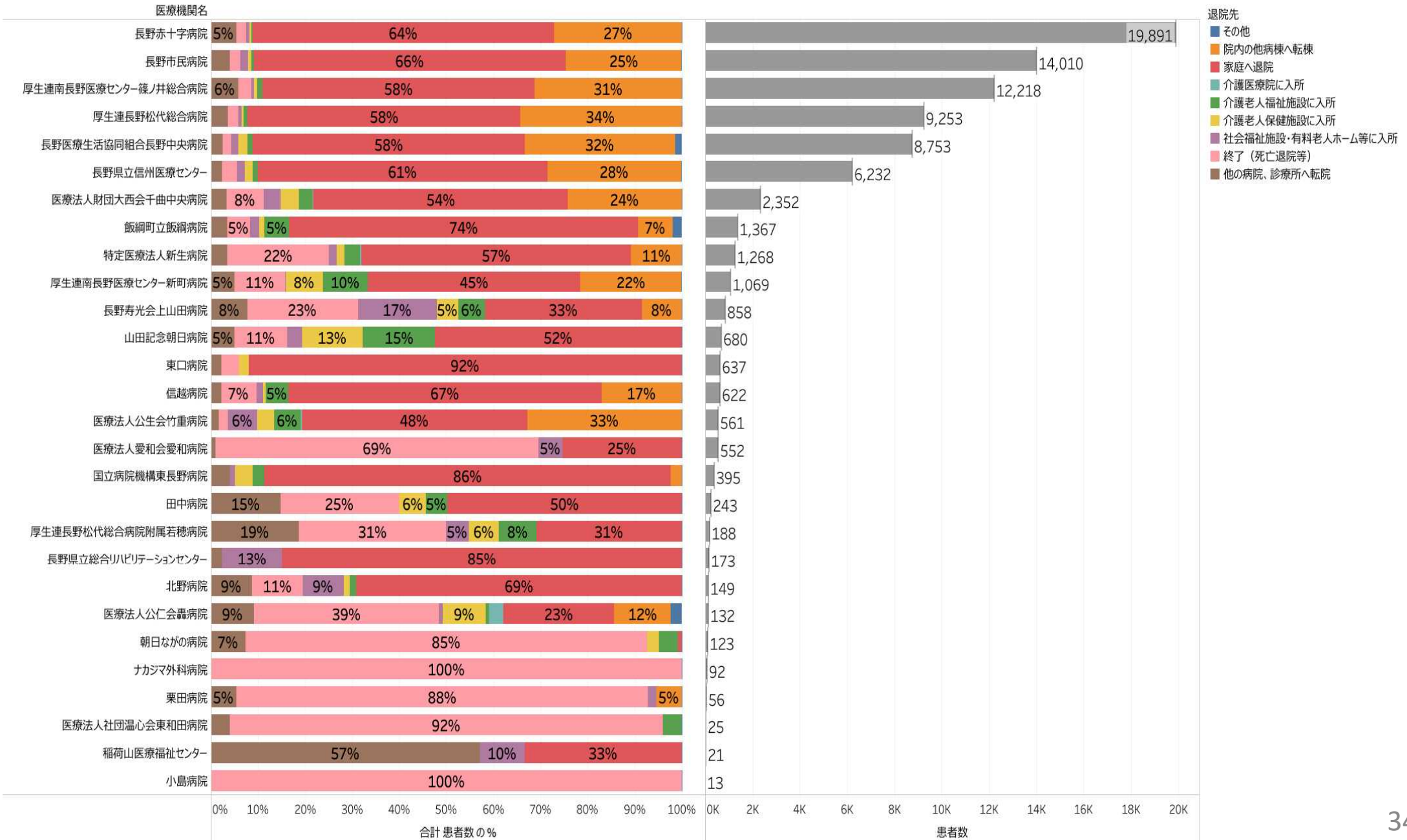
その他 ⑧入退院経路の状況 ～入院経路～ (長野医療圏：有床診療所)

○ 回復期・慢性期機能を担う医療機関の傾向として、他の医療機関又は介護施設からの入院が多くなる傾向があることから、有床医療機関の入院経路の状況を集計。



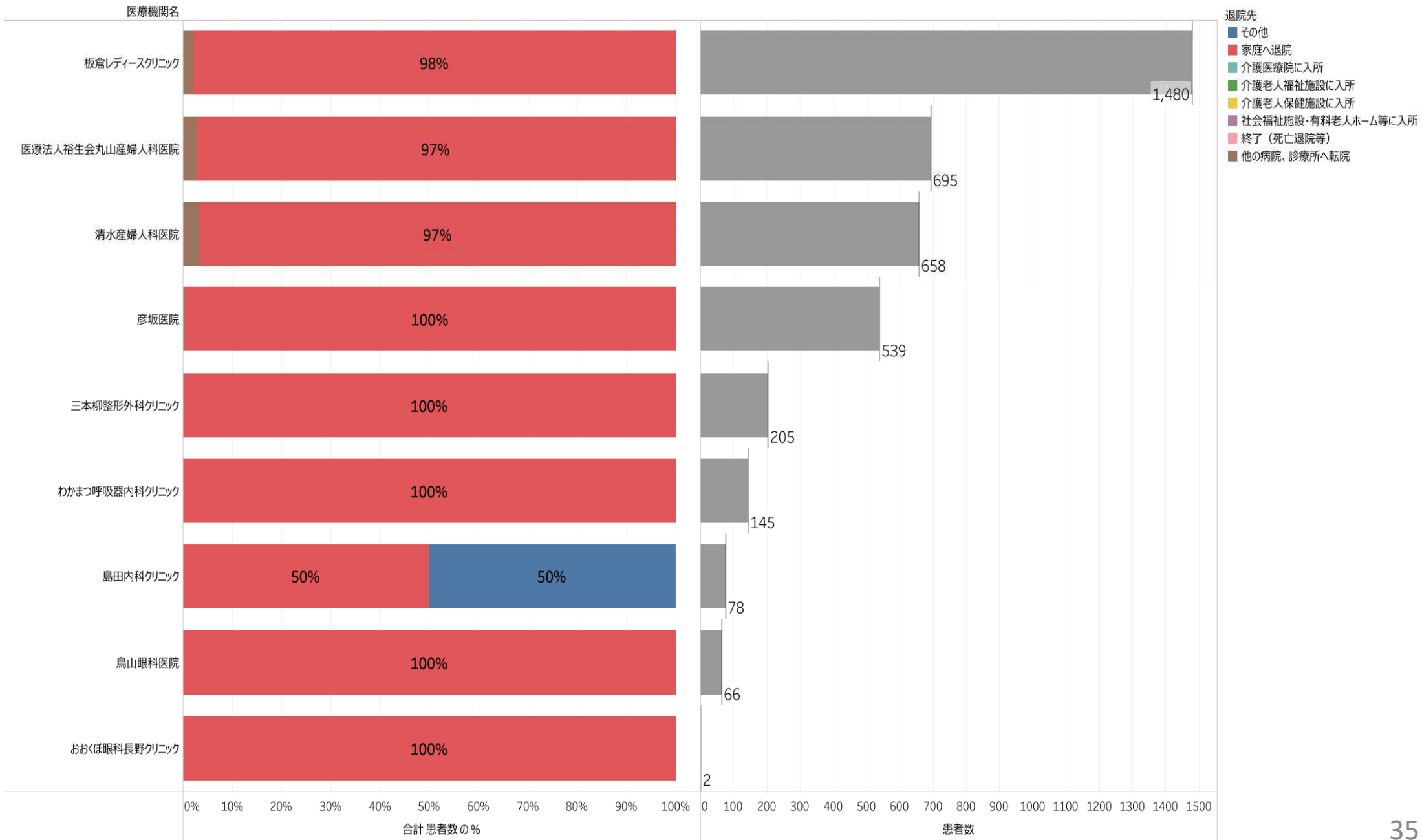
その他 ⑧入退院経路の状況 ～退院経路～ (長野医療圏：病院)

○ 回復期・慢性期機能を担う医療機関の傾向として、退院先が他の医療機関、介護施設、死亡が多くなる傾向があることから、有床医療機関の退院経路の状況を集計。



その他 ⑧入退院経路の状況 ～退院経路～ (長野医療圏：有床診療所)

○ 回復期・慢性期機能を担う医療機関の傾向として、退院先が他の医療機関、介護施設、死亡が多くなる傾向があることから、有床医療機関の退院経路の状況を集計。



令和4年度第1回長野医療圏 地域医療構想調整会議	資料 3-1
令和4年9月20日	

外来機能報告について

本議題の目的

- ・令和4年4月1日付で医療法が一部改正され、今年度から外来機能報告制度が始まりました。医療資源を重点的に活用する外来の実施状況や紹介率・逆紹介率、人員の配置状況等が報告事項です。
- ・この報告結果を基に、地域の外来医療提供体制の現状をデータにより明らかにし、外来医療の機能分化・連携強化に向けた議論を進めていきます。最初の議題として、次回の地域医療構想調整会議にて、地域の紹介患者への外来を基本とする医療機関（紹介受診重点医療機関）について協議をお願いする予定です。
- ・本日は、改めて制度やスケジュール、協議の進め方について共有し、疑問点等を洗い出すことを目的としています。

1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、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、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。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性

- 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、
 - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。
 - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「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。
 → ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「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（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化
 - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



〈「医療資源を重点的に活用する外来」のイメージ〉

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
- 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 など）

紹介受診重点医療機関について

○ 外来機能の明確化・連携を強化し、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て、以下のとおり紹介患者への外来を基本とする医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化する。

- ① 外来機能報告制度を創設し、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、
- ② 「地域の協議の場」において、報告を踏まえ、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。

※ 紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上の病院に限る。)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。

【外来機能報告】

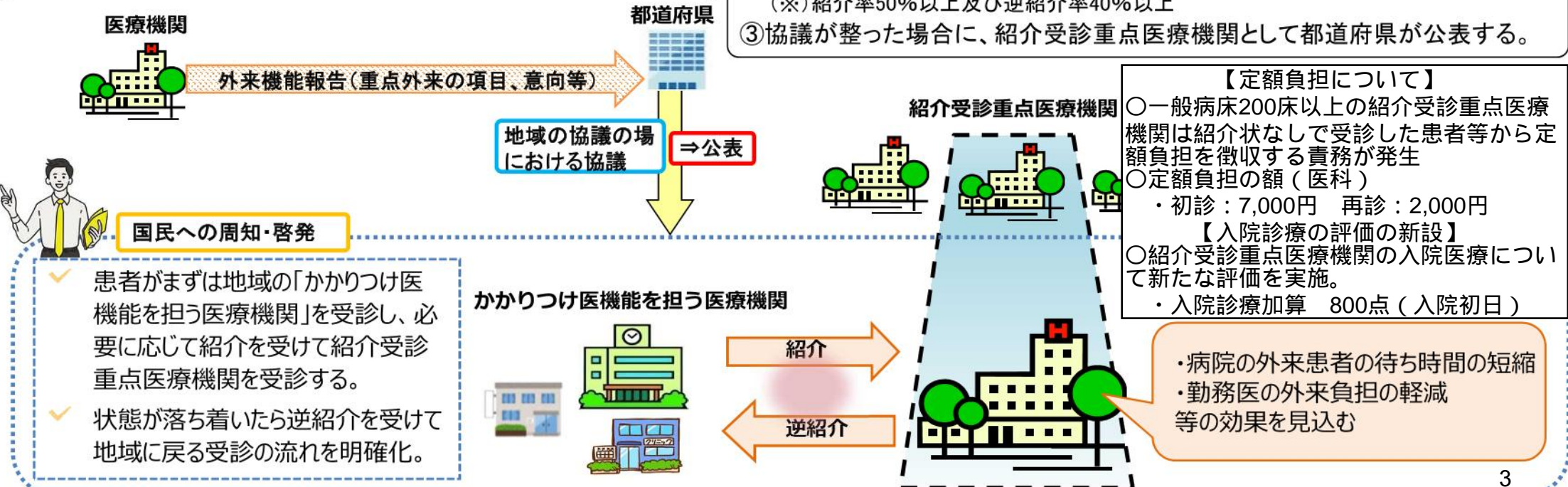
- 「医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)」等の実施状況
 - ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ・ 特定の領域に特化した機能を有する外来
- 紹介・逆紹介の状況
- 紹介受診重点医療機関となる意向の有無
- その他、地域の協議の場における外来機能の明確化・連携の推進のための必要な事項

【地域の協議の場】

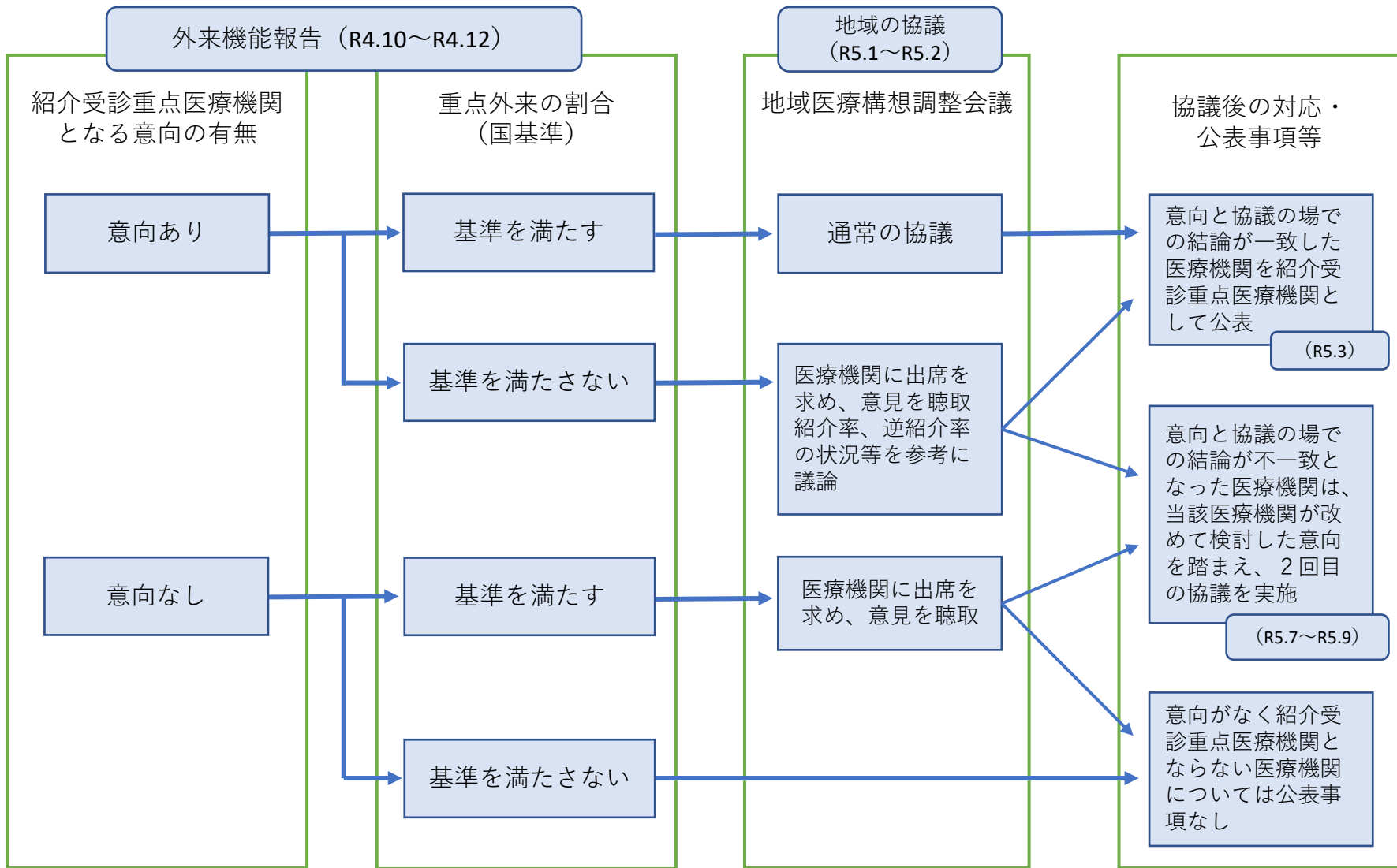
- ① 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準(※)を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考しつつ協議を行う。
 - (※) 初診に占める重点外来の割合40%以上 かつ
再診に占める重点外来の割合25%以上
- ② 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たさない医療機関であって、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等(※)を活用して協議を行う。
 - (※) 紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上
- ③ 協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。

【定額負担について】

- 一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関は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発生
- 定額負担の額(医科)
 - ・ 初診：7,000円 再診：2,000円
- 【入院診療の評価の新設】
- 紹介受診重点医療機関の入院医療について新たな評価を実施。
 - ・ 入院診療加算 800点(入院初日)



令和4年度紹介受診重点医療機関に係る議論の進め方について



※医療資源を重点的に活用する外来（重点外来）の基準

- | | | |
|--------------------------|-------------------|--|
| (1)医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来 | 例) 悪性腫瘍手術の前後の外来 | } 初診の外来件数の40%以上
かつ
再診の外来件数の25%以上 |
| (2)高額等の医療機器・設備を必要とする外来 | 例) 外来化学療法、外来放射線治療 | |
| (3)特定の領域に特化した機能を有する外来 | 例) 紹介患者に対する外来 | |

令和4年度第1回長野医療圏 地域医療構想調査調整会議	資料 3-2
令和4年9月20日	

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

目次

- 1 はじめに
- 2 外来機能報告
- 3 地域の協議の場
- 4 スケジュール及び具体的な流れ
- 5 国民への理解の浸透

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（P.3参照）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D P C入院で出来高算定できるもの (※1) を算定
※1 : 6000 ㎤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
- D P C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に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、地域の協議の場に参加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.3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、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">対象医療機関の抽出NDBデータ（前年度4月～3月）を対象医療機関別に集計
9月頃	<ul style="list-style-type: none">対象医療機関に外来機能報告の依頼報告用ウェブサイトの開設対象医療機関にNDBデータの提供
10～11月頃	<ul style="list-style-type: none">対象医療機関からの報告
12月頃	<ul style="list-style-type: none">データ不備のないものについて、集計とりまとめ都道府県に集計とりまとめを提供
1～3月頃	<ul style="list-style-type: none">地域の協議の場における協議都道府県による紹介受診重点医療機関の公表都道府県に集計結果の提供

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。

(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します。

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(ダウインチ)の台数を報告

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、可及的速やかに患家へ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	医療機関間の連携

	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。	
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

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"> ・特定機能病院 ・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る） ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、道定療養として特別の料金を徴収することができる <p>【定額負担の額】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円 ・再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円 	<p>【対象病院】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定機能病院 ・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る） ・紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る） ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、道定療養として特別の料金を徴収することができる <p>【定額負担の額】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診：医科 2,000円、 歯科 5,000円 ・再診：医科 3,000円、 歯科 1,900円 <p>【保険給付範囲からの控除】 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"> ・初診：医科 200点、 歯科 200点 ・再診：医科 50点、 歯科 40点 								
<p>(例) 医科初診・道定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2">定額負担 5,000円</th> </tr> <tr> <td>医療保険から支給 (道定療養費) 7,000円</td> <td>患者負担 3,000円</td> </tr> </table>	定額負担 5,000円		医療保険から支給 (道定療養費) 7,000円	患者負担 3,000円	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2">定額負担 2,000円</th> </tr> <tr> <td>医療保険から支給 (道定療養費) 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)</td> <td>患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)</td> </tr> </table>	定額負担 2,000円		医療保険から支給 (道定療養費) 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)
定額負担 5,000円									
医療保険から支給 (道定療養費) 7,000円	患者負担 3,000円								
定額負担 2,000円									
医療保険から支給 (道定療養費) 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)								
<p>【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。</p>									

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度	見直し後
<p>【対象患者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者 ・再診：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者 ※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めない。 ※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。 	<p>「定額負担を求めなくても良い場合」※初診・再診共通</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 自施設の他の診療科を受診している患者 ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者 ③ 特定健康診査、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 ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者 ⑤ 外来受診から継続して入院した患者 ⑥ 地域に他に当該診療科を専修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 ⑦ 治療協力者である患者 ⑧ 災害により被害を受けた患者 ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）
<p>▶ 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。</p> <p>【初診の場合】</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者 ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者 ③ 特定健康診査、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 ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者 ⑤ 外来受診から継続して入院した患者 ⑥ 地域に他に当該診療科を専修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 ⑦ 治療協力者である患者 ⑧ 災害により被害を受けた患者 ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない） 	<p>【再診の場合】</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 自施設の他の診療科を受診している患者 ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者 ③ 特定健康診査、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 ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者 ⑤ 外来受診から継続して入院した患者 ⑥ 地域に他に当該診療科を専修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 ⑦ 治療協力者である患者 ⑧ 災害により被害を受けた患者 ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない） <p>※ 再診の場合、定額負担の対象患者は、他の病院等に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者であり、現行制度における①、②、③、④、⑤、⑥、⑦に該当する場合は認定されえないため、要件から削除。</p>
<p>【施行日等】 令和4年10月1日から施行・適用。</p>	

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)

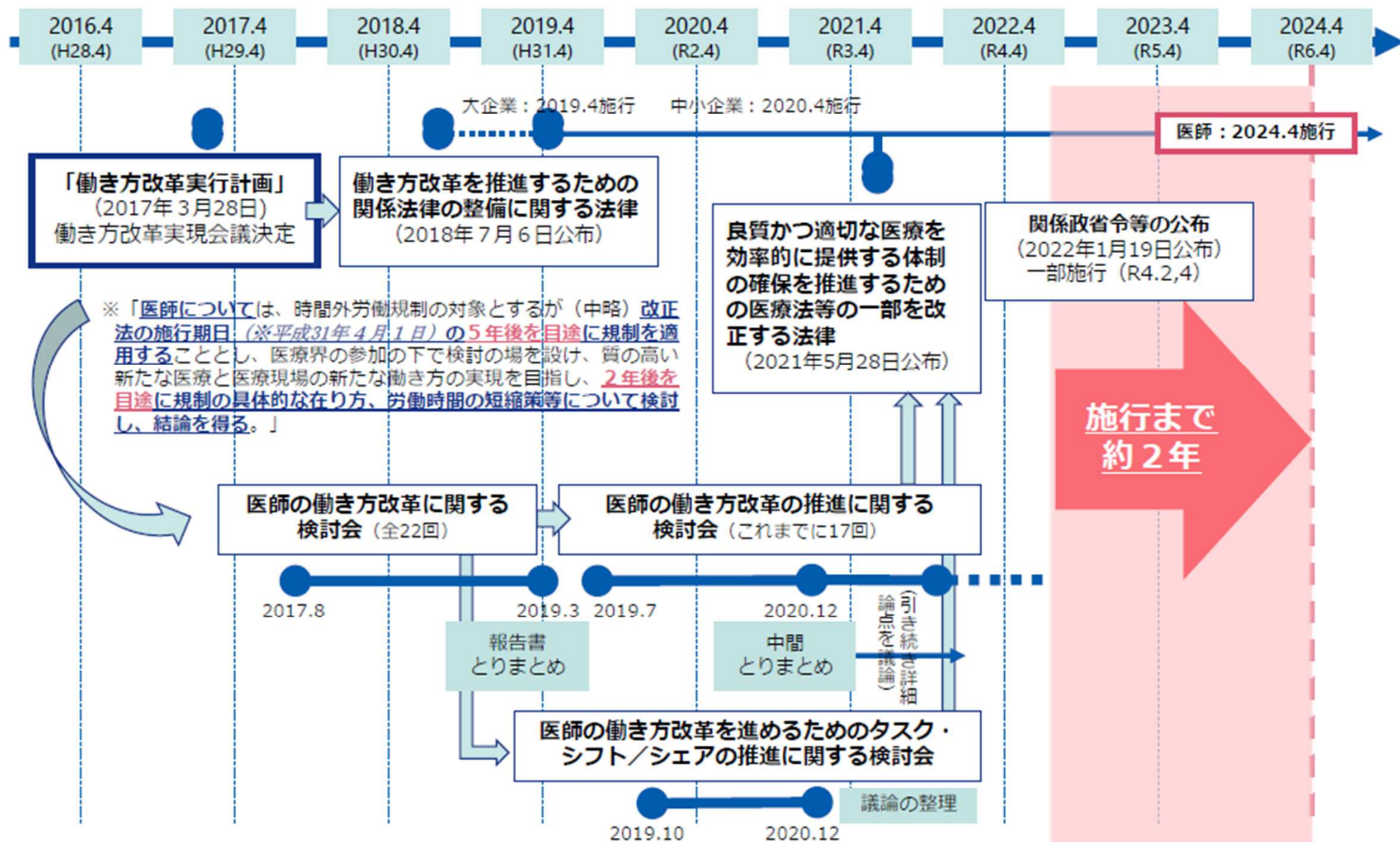
【算定要件】

- (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。）について、**入院初日に限り**所定点数に加算する。
- (2) 区分番号 A 2 0 4 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**。

医師の働き方改革について

長野県医師・看護人材確保対策課

医師の働き方改革の議論の進捗



医師の時間外労働規制について

一般則

- 【時間外労働の上限】
- (例外)
 - ・年720時間
 - ・複数月平均80時間 (休日労働含む)
 - ・月100時間未満 (休日労働含む)
 - 年間6か月まで

(原則)
1か月45時間
1年360時間

2024年4月～

年1,860時間／月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

年1,860時間／月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む
⇒将来に向けて縮減方向

年960時間／月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A : 診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準

連携B
例水準
(医療機関を指定)

B
地域医療確保暫定特

C-1
集中的技能向上水準
(医療機関を指定)

C-2

C-1 : 臨床研修医・専攻医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用
※本人がプログラムを選択

C-2 : 医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

将来 (暫定特例水準の解消 (= 2035年度末を目標) 後)

年960時間／月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A

C-1

C-2

将来に向けて縮減方向

※この(原則)については医師も同様。

※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※臨床研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

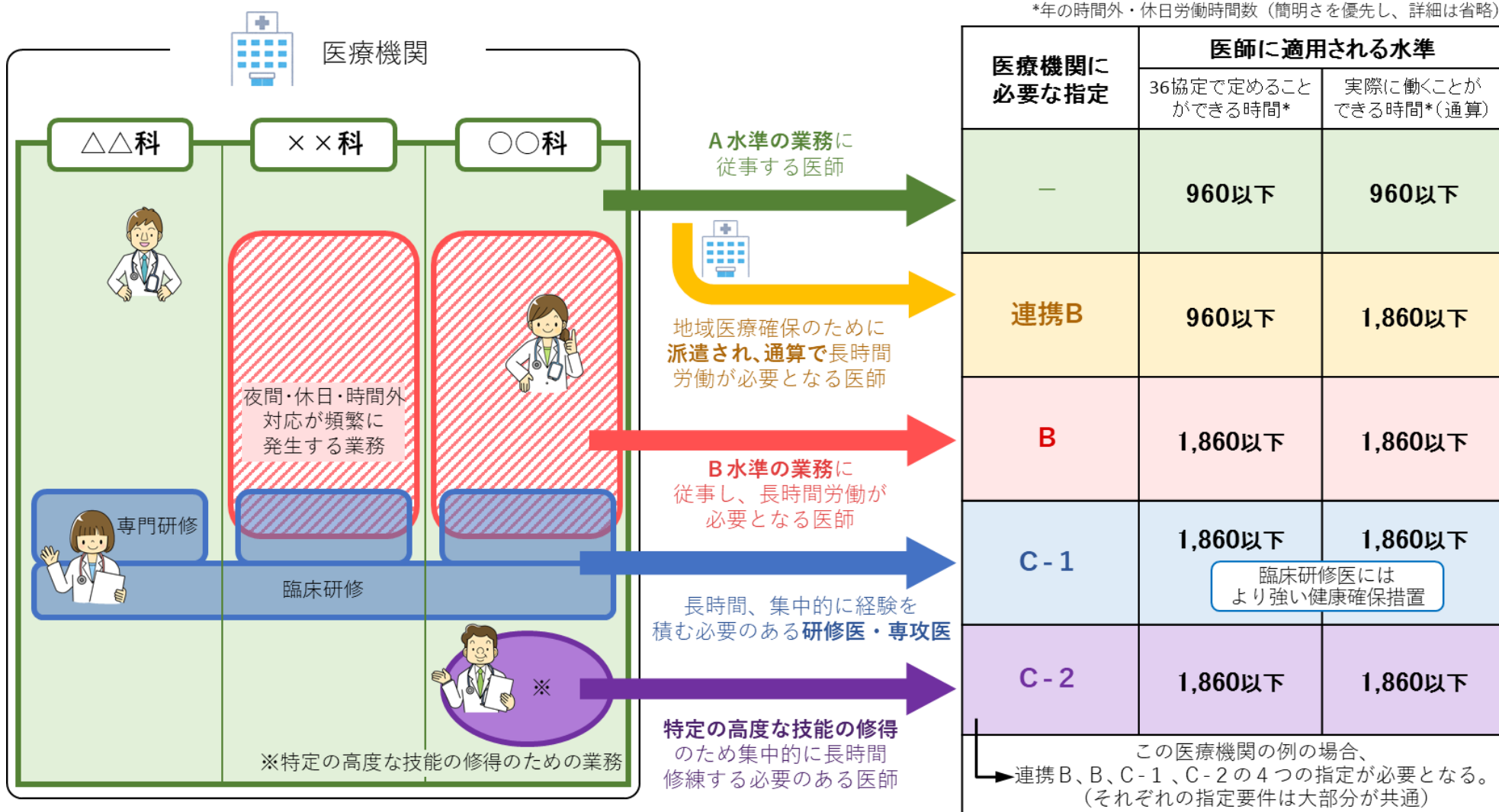
※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

【時間外労働の上限】

【追加的健康確保措置】

労働時間を把握して、連携B・B・C水準の適用の要否の検討を！

所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関はそれぞれの水準についての指定を受ける必要がある。
副業・兼業先の労働時間は自己申告等により把握し、通算して管理する。



医師の働き方改革について

医師についての時間外労働の上限規制の適用開始（改正労働基準法の施行）

2024年度

2022年度

2023年度

時短計画案の作成

都道府県の指定を受けようとする場合は、第三者評価を受審する前までに作成

※時間外・休日労働が年960時間を超えている医師がいる医療機関は、時短計画を作成し取り組むよう努め、その時短計画に基づく取組（PDCA）に対して都道府県が支援

連携B水準

B水準

C-1水準

C-2水準

医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価

労働時間実績や時短の取組状況を評価

※第三者評価に関する規定は2022年4月施行

都道府県による特例水準対象医療機関の指定

（医療機関からの申請）

地域医療への影響等を踏まえた都道府県の判断

※都道府県の指定に関する事前準備規定は2022年4月施行

C-1水準

臨床研修・専門研修プログラムにおける時間外労働時間数の明示

※開始年限は、臨床研修部会等において検討

C-2水準

審査組織による医療機関の個別審査

特定の高度な技能の教育研修環境を審査

※審査組織における審査に関する規定は2022年4月施行

R4.4 国が日本医師会を正式指定

特例水準の指定を受けた医療機関

- ▶ 時短計画に基づく取組み
- ▶ 特例水準適用者への追加的健康確保措置
- ▶ 定期的な時短計画の見直し、評価受審

連携B水準

B水準

C-1水準

C-2水準

※一医療機関は一つ又は複数の水準の指定
※特例水準は、指定の対象となった業務に従事する医師に適用される。

労務管理の一層の適正化・タスクシフト/シェアの推進の取組み

医師の働き方改革と宿日直許可、地域医療の確保に関する指摘

医師の働き方改革と宿日直許可

Q. 医療法第16条に基づく宿直を行う場合には宿日直許可が必要なのでしょうか。

A. 医療法第16条では病院に医師を宿直させなければならないと規定されています。この医療法第16条に基づく宿直を医師に行わせること自体に労働基準監督署長による宿日直許可は必要ありません。

Q. では、なぜ、宿日直許可の取得を検討する医療機関が増えているのでしょうか。

A. 宿日直許可を受けた場合には、その許可の範囲で、労働基準法上の労働時間規制が適用除外となります。今後、令和6年4月から医師の時間外労働の上限規制がスタートしますが、

(1) 宿日直許可を受けた場合には、この上限規制との関係で労働時間とカウントされないこと、

(2) 勤務と勤務の間の休息时间（勤務間インターバル）との関係で、宿日直許可を受けた宿日直（9時間以上連続したもの）については休息时间として取り扱えること、

など、医師の労働時間や勤務シフトなどとの関係で重要な要素になることが考えられます。

地域医療の確保に関する指摘

●大学病院等の医療機関が医師の派遣を通じて地域の医療提供体制を確保している状況

← 大学病院からの応援で成り立っている地方の医療機関では、宿日直許可が取れないために、通算の上限時間超過を懸念する大学病院から医師を引き上げられ、医療提供体制を縮小せざるを得なくなる。

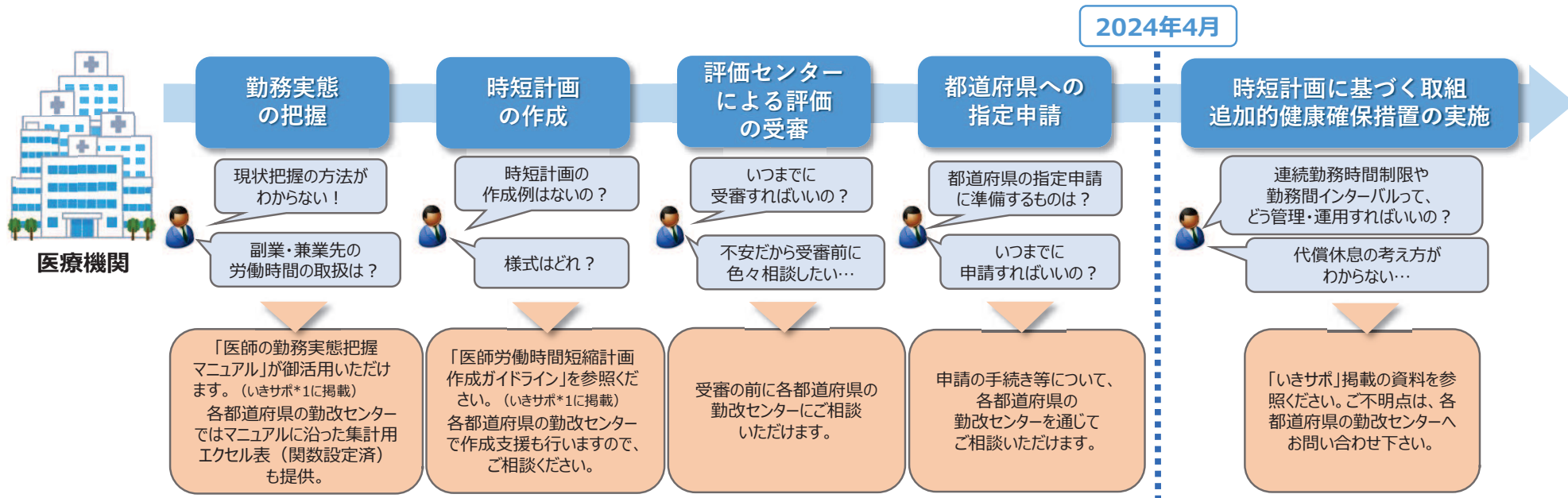
 地域医療確保のためには、医療機関が適切に宿日直許可を取得することが重要との指摘。

医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）の活用について

- ・2024年4月より医師に対する時間外・休日労働の上限規制が適用される。
- ・「医師の働き方改革に関する検討会」「医師の働き方改革の推進に関する検討会」を経て、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を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）が成立した。

医師の時間外・休日労働の上限については、36協定上の上限及び36協定によっても超えられない上限をとともに、原則年960時間（A水準）・月100時間未満（例外あり）とした上で、地域医療の医療提供体制の確保のために暫定的に認められる水準（連携B・B水準）及び集中的に技能を向上させるために必要な水準（C水準）として、年1,860時間・月100時間未満（例外あり）の上限時間数を設定

医師の労働時間の短縮を計画的に進めていく上では、医療機関は医師労働時間短縮計画を作成し、その計画に沿って医療機関の管理者のリーダーシップの下、医療機関全体でPDCAサイクルにより働き方改革を進めていくことが重要



働き方改革の過程でお困り事が生じたら、各都道府県の勤改センターにご相談ください

（連絡先は、「いきサポ」*1に掲載されています）

*1「いきサポ」は、「いきいき働く医療機関サポートweb」の略称で、勤務環境改善に関する好事例や、労務管理チェックリストなどの支援ツール、セミナー情報等、勤務環境改善に取り組む医療機関のみなさまの参考になる情報を集約・提供する厚生労働省が開設するポータルサイトです。

いきサポ



医療勤務環境改善支援センター

長野県では、医療法第30条の21第3項の規定に基づき、医療従事者の勤務環境の改善を促進するための拠点として「長野県医療勤務環境改善支援センター」を設置し、勤務環境改善に向けた取組みを行う医療機関を総合的・専門的に支援します。

設置場所

長野県健康福祉部医師・看護人材確保対策課内（長野市大字南長野字幅下692-2）

相談窓口

以下の2つの相談窓口を設け、専門アドバイザーが連携して支援します。

- 医療経営に関する相談窓口（医療経営アドバイザーによる相談窓口）

場所：長野県健康福祉部医師・看護人材確保対策課内（長野市大字南長野字幅下692-2県庁4階）

電話：026-235-7144

受付時間：月曜日～金曜日 8時30分～12時00分、13時00分～17時15分（祝祭日、年末年始を除く。）

- 医療労務管理に関する相談窓口（医療労務管理アドバイザーによる相談窓口）

場所：医療労務管理相談コーナー（株式会社タスクールplus受託）（長野市中御所岡田町215-1 フォージャース長野駅前ビル3F）

電話：026-267-8530

受付時間：月曜日～金曜日 9時00分～17時00分（祝祭日、年末年始を除く。）

いきサポ① 医療機関の勤務環境改善のポータルサイトです。

いきいき働く医療機関サポートWeb（通称「いきサポ」）

いきサポ <https://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp/>



【主なコンテンツ】

- 国や都道府県が行っている医療勤務環境改善に関する施策や事業などを紹介
(関係法令・通知、医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針・手引き、都道府県の各種助成金・相談事業など)
- **医療機関が勤務環境改善に取り組んだ具体的な事例を紹介** (キーワードで取組事例を検索可能)
- **過去のセミナーや研修会の行政説明や事例講演の動画の閲覧可能**
- 同種・同規模の病院との比較が可能な自己診断機能を追加 (4段階評価やコメントで自院の取組が進んでいない分野を表示)
- 各都道府県の医療勤務環境改善支援センターのHPへのリンク

医師の労働時間短縮等に関する大臣指針について

「医師の労働時間短縮等に関する大臣指針」を策定し、次の①～③に関する内容等を盛り込むこととする。

① 基本的考え方

- 我が国の医療は医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており、危機的な状況にあるという現状認識を共有することが必要である。医師の健康を確保することは、医師本人にとってはもとより、今後も良質かつ適切な医療を提供する体制を維持していく上での喫緊の課題である。
- 同時に、医師の働き方改革は、医師の偏在を含む地域医療提供体制の改革と一体的に進めなければ、長時間労働の本質的な解消を図ることはできない。
- このため、行政、医療機関、医療従事者、医療の受け手等の全ての関係者が一丸となって、改革を進めるために不断の取組を重ねていく必要がある。

② 医師の時間外労働短縮目標ライン

- 2035年度末を目標に地域医療確保暫定特例水準を解消することとしているが、「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」において、地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関の実態をなるべくA水準対象医療機関に近づけていきやすくなるよう、「医師の時間外労働短縮目標ライン」を国として設定することとされている。
- 各医療機関は、短縮目標ラインを目安にしつつ、地域医療への影響も踏まえながら労働時間短縮に取り組むこととする。

<医師の働き方改革に関する検討会 報告書> (抜粋:p28)

(3) 2024年4月までの労働時間短縮

- ・ B水準の適用も想定される医療機関が、当面、目標として取り組むべき水準として医療機関としての「医師の時間外労働短縮目標ライン」を国として設定。
※ Aの年間時間外労働の水準とBの同水準の間で、医療機関の実態をなるべくAに近づけていきやすくなるよう、設定する水準。

③ 各関係者が取り組むべき推奨事項

- 医師の労働時間の短縮のためには、個々の医療機関における取組だけでなく、地域の医療提供体制の観点からの都道府県における取組や、国も含めた関係機関における取組・支援のほか、国民の医療のかかり方など、様々な立場からの取組が不可欠である。
- 一方、各取組については地域の実情等に応じて進める必要があり、一律の義務付けに馴染まない側面がある。
- このため、各関係者における取組を促進するために、長時間労働の医師の労働時間を短縮し、健康を確保するために、各関係者が取り組むべき推奨事項についての指針を示す。