

# 地域医療構想に関する取組について

## INDEX

- 地域医療構想に関する国の検討状況
- 令和2年度病床機能報告(速報値)
- 地域医療構想に関する県の取組の方向性
- 外来機能の明確化・連携の推進



令和4年3月  
長崎県医療政策課

## 地域医療構想に関する国の検討状況

---

2017年3月	全ての都道府県において地域医療構想(2025年の4機能ごとの必要病床量等)を策定 〔新公立病院改革プラン(2017年3月まで)、公的医療機関等2025プラン(2017年12月まで)の策定〕
～2019年3月	公立・公的医療機関等において、先行して具体的対応方針の策定 ⇒地域医療構想調整会議で合意
2019年 1月～	厚生労働省医政局「地域医療構想に関するワーキンググループ(WG)」において、公立・公的医療機関等の具体的対応方針について議論(再検証に係るものを含む)を開始
3月	第20回構想WG「急性期機能」に着目した再検証の基本的フレームワークについて合意
4月～9月	第21回～第24回構想WG 分析ロジックについて議論
6月21日	骨太の方針2019 閣議決定
9月26日	再検証に係る具体的な対応・手法のとりまとめ、公立・公的医療機関等の診療実績データの公表
10月 4日	第1回 地域医療確保に関する国と地方の協議の場
10月17日～	地方意見交換会(ブロック別)を順次開催
11月 6日～	都道府県の要望に応じ、個別に意見交換会を順次開催
11月12日	第2回 地域医療確保に関する国と地方の協議の場
12月24日	第3回 地域医療確保に関する国と地方の協議の場
2020年 1月17日	医政局長通知「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」を都道府県宛に発出 あわせて、都道府県に対し、「公立・公的医療機関等の診療実績データの分析結果」及び民間医療機関の診療実績データを提供
1月31日	重点支援区域 1回目選定(3県5区域)
3月 4日	医政局長通知「具体的対応方針の再検証等の期限について」を都道府県宛に発出
3月19日	第25回構想WG 民間医療機関の特性に応じた分析について議論開始
7月17日	骨太の方針2020 閣議決定
8月25日	重点支援区域 2回目選定(6道県7区域)
8月31日	医政局長通知「具体的対応方針の再検証等の期限について」を都道府県宛に発出
10月～12月	第27回～第30回構想WG 新型コロナウイルス感染症を踏まえた構想の考え方・進め方について議論
10月29日	第5回 地域医療確保に関する国と地方の協議の場
12月15日	厚生労働省医政局「医療計画の見直し等に関する検討会」において、構想の考え方・進め方を含め、「新型コロナウイルス感染症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

## 三位一体の取組

2019年度

2020年度

2025年度

### 地域医療構想

2020～2021年度  
新型コロナ対応を進めるため、必要時に協議を実施

公立  
公的

・公立・公的医療機関等の医療機能を分析。分析結果に基づき、**対応方針再検証を要請する公立・公的医療機関等を公表** (9月26日)

・ダウンサイジングや機能連携・分化を含む再編統合について、**来年9月までの再検証を要請する**

2020年9月頃  
公立・公的医療機関等の再検証期限

民間

・地域医療全体を見直す観点から、民間医療機関の診療実績データを都道府県等に提供

民間医療機関の対応方針策定を促進  
4機能別の病床分類に基づく手法の深化、民間の取組促進のための更なる分析

重点

・重点支援区域について都道府県から情報収集

・重点支援区域に対する国による直接的支援  
**【20年実施】**

地域医療構想の実現

共通

・地域医療構想の達成に向けた病床機能の再編について、各地域での議論に基づき、**地域医療介護総合確保基金も活用しつつ対応**

・**基金の効果的メリハリ付け【19年度検討、20年度実施】**  
・**消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策【予算編成過程で検討】**

### 医師の働き方改革

タスクシフト/シェア推進の検討  
時間外労働上限の特例水準の検討  
(1,860時間/年 B水準、C水準)

2019年中  
一定のとり  
まとめ

2024年度～  
労働時間規制の開始と  
地域医療にも配慮した  
特例水準の効果的活用、  
タスクシフト/シェアの推進

### 医師偏在対策

2019年度中  
都道府県医師確保計画の策定

PDCAサイクルに基づく  
3年毎の計画の見直し

2036年  
医師偏在是正の達成

# 第1回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG(7/29(木)開催)における 主な意見(地域医療構想に関するもの)

第2回地域医療構想及び  
医師確保計画に関する  
ワーキンググループ(令  
和3年12月3日)資料1

- ・今後の工程については、新型コロナウイルス感染症の感染状況を十分見極めつつ、都道府県とも十分意見交換をしながら進めていただきたい。
- ・公立・公的医療機関だけでなく、民間医療機関も地域の議論に従ってプランを立て、公民一体となって機能分担や連携の在り方や感染拡大時の対応を協議していく必要がある。
- ・地域医療構想の理念に反するような事例を検証する仕組みを作ってもらいたい。
- ・地域医療構想調整会議の位置づけや法的な権限について、少し明らかにできるとよいのではないか。
- ・地域医療構想の病床区分について、4機能を5機能に変えるというのは一つの考え方ではないか。
- ・地域医療構想の検討・取組状況について、実態把握が必要ではないか。

 **これらの意見を踏まえ、まずは、例えば、各構想区域における協議の状況、再検証対象医療機関における検討・取組状況などについて、把握していくこととなった。**

## （1）確認目的

地域医療構想に関し、「骨太の方針2021」において、今後、地域医療構想調整会議における協議を促進するため、様々な取組を進めていく旨の内容が記載されているところ、依然として現場での厳しいコロナ対応が続いている中、地域の実情等を十分に踏まえて対応を検討する観点から、まずは、地域の取組・検討状況を把握すること。

## （2）確認期間

令和3年9月24日から同年10月29日

## （3）確認方法

各都道府県の地域医療構想の担当部局宛に確認票を送付。

## （4）主な確認項目

- ・地域医療構想調整会議の開催状況
- ・地域医療構想調整会議の議題、取組、データ利活用を含めた議論の活性化に向けた方策
- ・構想区域における再編にかかる検討、取組状況
- ・再検証対象医療機関の具体的対応方針の再検証の取組状況 等

## （5）その他

依然として、医療機関や都道府県での厳しいコロナ対応が続く中、できるだけ確認項目を絞り、進捗状況を確認。

## 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は、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、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

### 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」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似  
⇒ **いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に**
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施  
⇒ **第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加**

### ◎ 具体的な記載項目（イメージ）

#### 【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（感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備）
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等（感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等）
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

#### 【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関の間での連携・役割分担（感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間での応援職員派遣等） 等

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

### ◎ 医療計画の推進体制等

現行の取扱いに沿って、各都道府県に対し、地域の実情に応じた計画策定と具体的な取組を促す

- 現行の医療法
  - ・ あらかじめ都道府県医療審議会で協議
  - ・ 他法律に基づく計画との調和
- 現行の医療計画作成指針（局長通知）
  - ・ 都道府県医療審議会の下に、5疾病5事業・在宅医療ごとに「作業部会」、圏域ごとに「圏域連携会議」を設置
  - ・ 作業部会、圏域連携会議、地域医療構想調整会議において、関係者が互いに情報を共有し、円滑な連携を推進
  - ・ 圏域については、従来の二次医療圏にこだわらず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定

## 2. 今後の地域医療構想に関する考え方・進め方

### (1) 地域医療構想と感染拡大時の取組との関係

- 新型コロナ対応が続く中ではあるが、以下のような**地域医療構想の背景となる中長期的な状況や見通しは変わっていない**。
  - ・ 人口減少・高齢化は着実に進み、医療ニーズの質・量が徐々に変化、マンパワーの制約も一層厳しくなる
  - ・ 各地域において、質の高い効率的な医療提供体制を維持していくためには、医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠
- **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、地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく。**

### (2) 地域医療構想の実現に向けた今後の取組

【各医療機関、地域医療構想調整会議における議論】

- **公立・公的医療機関等において、具体的対応方針の再検証等を踏まえ、着実に議論・取組を実施するとともに、民間医療機関においても、改めて対応方針の策定を進め、地域医療構想調整会議の議論を活性化**

【国における支援】 \* 各地の地域医療構想調整会議における合意が前提

- 議論の活性化に資する**データ・知見等を提供**
- 国による助言や集中的な支援を行う「**重点支援区域**」を選定し、積極的に支援
- **病床機能再編支援制度**について、令和3年度以降、消費税財源を充当するための法改正を行い、引き続き支援
- 医療機関の再編統合に伴い資産等の取得を行った際の**税制の在り方**について検討

### (3) 地域医療構想の実現に向けた今後の工程

- 各地域の検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域に対して支援。
- **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、この冬の感染状況を見ながら、改めて具体的な工程の設定(※)について検討**。その際、2025年以降も継続する人口構造の変化を見据えつつ、段階的に取組を進めていく必要がある中、その一里塚として、2023年度に各都道府県において第8次医療計画(2024年度～2029年度)の策定作業が進められることから、**2022年度中を目途に地域の議論が進められていることが重要となることに留意が必要**。

※ 具体的には、以下の取組に関する工程の具体化を想定

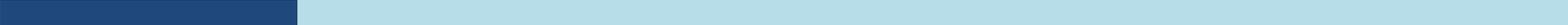
- ・ 再検証対象医療機関における具体的対応方針の再検証
- ・ 民間医療機関も含めた再検証対象医療機関以外の医療機関における対応方針の策定(策定済の場合、必要に応じた見直しの検討)

- 中長期的な人口構造の変化に対応するための地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床必要量の推計など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく必要があるが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、地域医療構想に関する取組の進め方については、都道府県に可能な限りの対応をお願いする一方で、厚生労働省において改めて整理の上、お示しすることとしていた。（具体的対応方針の再検証等の期限について（令和2年3月4日及び8月31日付け通知））
- 今後、各都道府県において第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業が2023年度までかけて進められることとなるが、その際には、各地域で記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けた検討や病床の機能分化・連携に関する議論等を行っていただく必要があるため、その作業と併せて、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・見直しをお願いしたい。その際、各都道府県においては、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により病床の機能分化・連携等の重要性が改めて認識されたことを十分に考慮いただきたい。  
また、検討状況については、定期的に公表をお願いしたい。
- 厚生労働省においては、改正医療法を受け、第8次医療計画における記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けて、検討状況を適時・適切に各自治体と共有しつつ、「基本方針」や「医療計画作成指針」の見直しを行っていくこととしている。この検討状況については、適宜情報提供していくので参考とされたい。
- 地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものであり、厚生労働省においては、各地域における検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域について、その検討・取組を「重点支援区域」や「病床機能再編支援制度」等により支援していく。

### 30. 地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進

- a. 第8次医療計画（2024年度～2029年度）における記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けて、検討状況を適時・適切に各自治体と共有しつつ、「基本方針」や「医療計画作成指針」の見直しを行う。  
中長期的な人口構造の変化に対応するための地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床必要量の推計など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく。
- b. 各都道府県において第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業が2023年度までかけて進められることとなるため、その作業と併せて、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・見直しを求める。  
また、検討状況については、定期的に公表を求める。  
各地域における検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域については、その検討・取組を「重点支援区域」や「病床機能再編支援制度」等により支援する。
- c. 都道府県が運営する地域医療構想調整会議における協議の促進を図る環境整備として、広く地域の医療関係者等が地域医療構想の実現に向けて取り組むことができるよう、議論の促進に必要と考えられる情報・データの利活用の在り方、地域医療構想調整会議等における議論の状況の「見える化」やフォローアップの在り方等について、法制上の位置付けも含め、自治体と丁寧に検討の上、地域医療構想を着実に進めるために必要な措置を講ずる。
- d. 地域医療構想の議論の進捗状況を踏まえつつ、各都道府県において、第8次医療計画を策定する。

## 令和2年度病床機能報告(速報値)



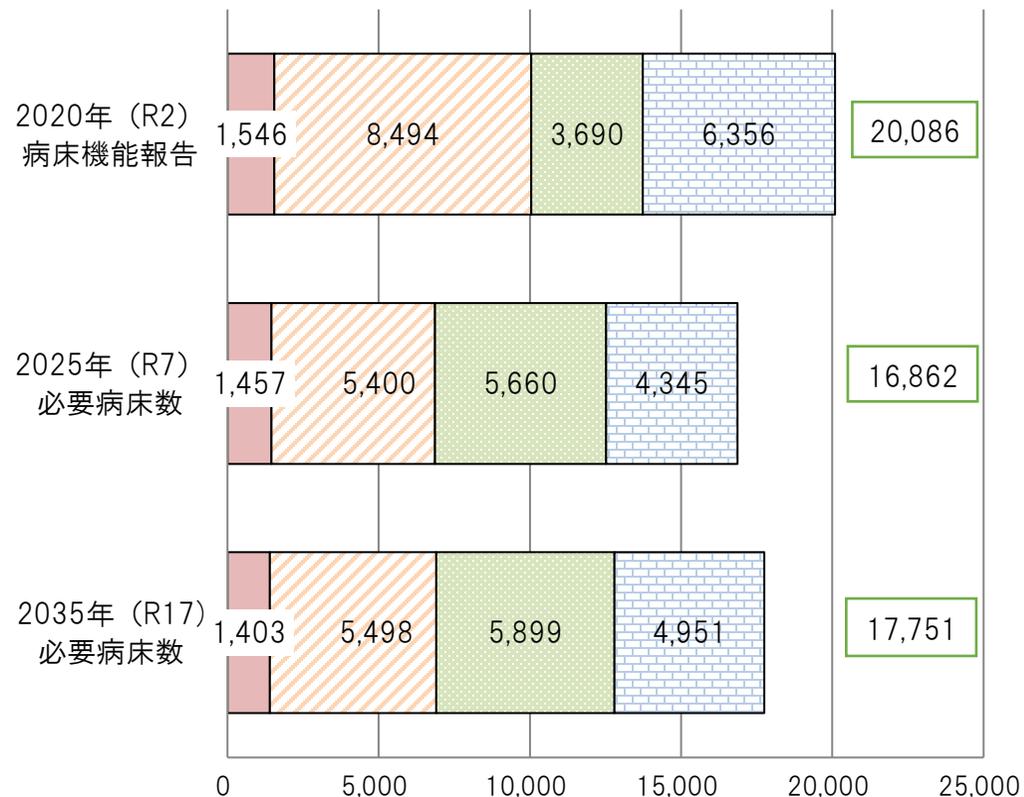
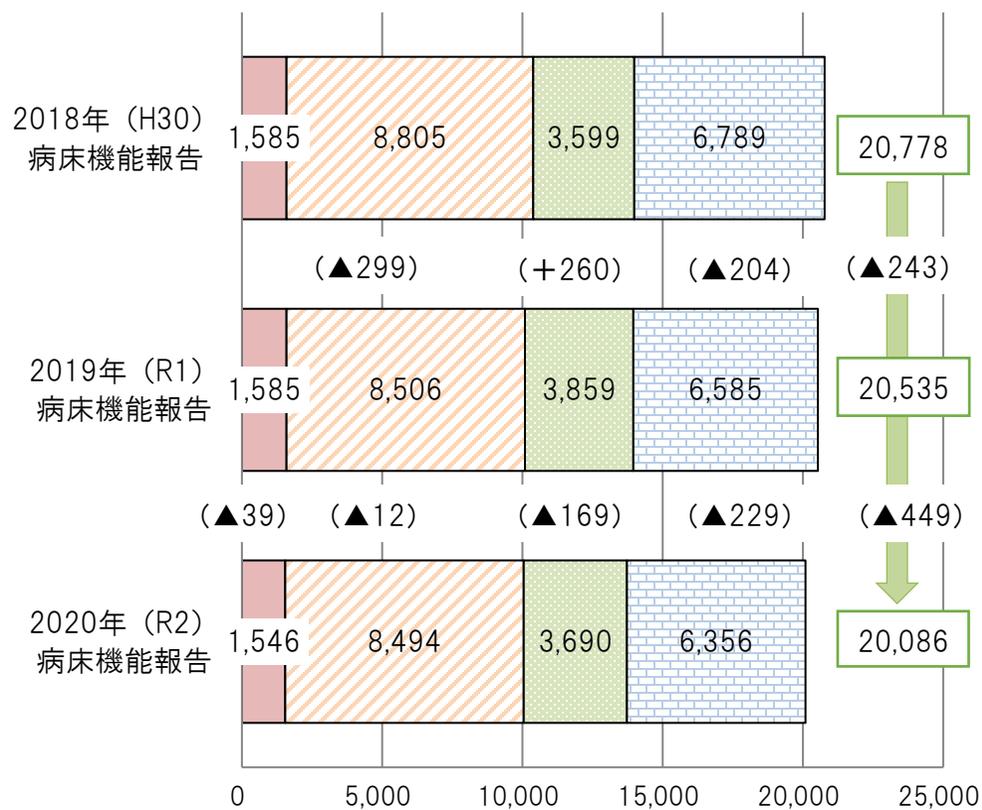
# 令和2年度病床機能報告（速報値）

○令和2年度の4機能の病床報告数は20,086床で、昨年度と比較し449床減少

○4機能別にみると、報告区分の修正等により回復期病床が減少

## ■ 過去3年間の病床機能報告

## ■ R2年の病床機能報告と将来の必要病床数との比較

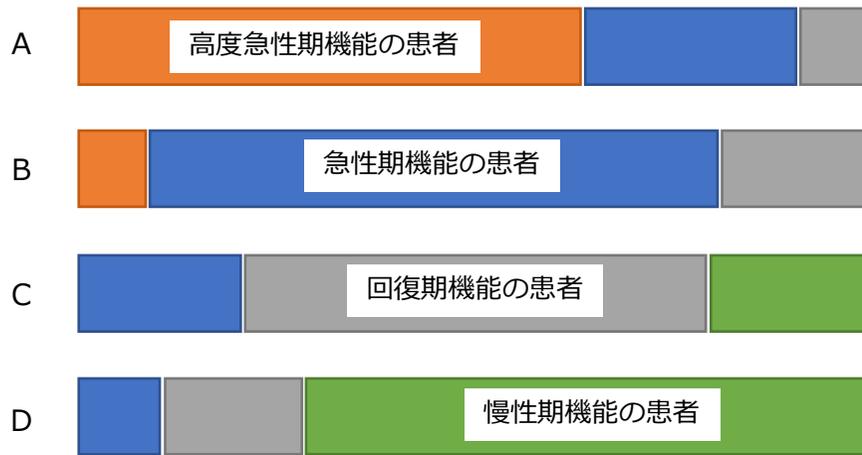


高度急性期 急性期 回復期 慢性期

# 医療機能の選択に当たっての基本的な考え方

病床機能報告においては、病棟が担う医療機能をいずれか1つ選択して報告することとされているが、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、下図のように当該病棟でいずれかの機能のうち最も多くの割合の患者を報告することを基本とする。

(ある病棟の患者構成イメージ)



各々の病棟については、

「高度急性期機能」

「急性期機能」

「回復期機能」

「慢性期機能」

として報告することを基本とする。

## 病床機能報告の限界

○医療機関の自主的な判断による報告（定性的な基準）

○病棟ごとに、最も多くの割合の患者を報告するため、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、主として急性期や慢性期の機能を担うものとして報告された病棟においても、回復期の患者が一定数入院し、回復期の医療が提供されていること

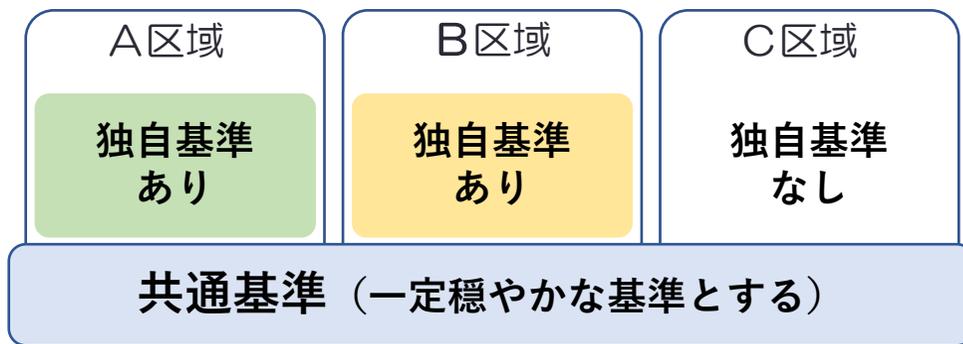
## 定量的な基準の検討について

地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、**本年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入**されたい（医政地発0816 第1号平成30年8月16日課長通知）

### 本県の対応

- ▶ 構想区域ごとに医療提供体制は大きく異なるため、一定緩やかかな基準を、全県下統一的な『定量的な基準』として導入してはどうか。
- ▶ 県下統一的な基準に合わせ、各区域の実情を反映させるための独自の基準の設定も可能とする

【イメージ図】



- ▶ 医療機関の自主判断にゆだねられている病床機能報告について、客観的な基準で再整理し、地域の医療提供状況について、議論を行いやすくすることが目的。
- ▶ 病床機能報告の基準を策定するものではない

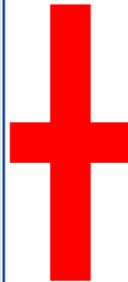
## 共通基準 一定緩やかな基準

①急性期、慢性期病棟のうち地域包括ケア入院管理料算定病床を回復期へ分類

### 【理由】

地域包括ケア病床は、制度上急性期後の患者の在宅復帰や在宅等の緊急時の受入れを行うなど回復期の性格が強い。

②調査時点以降に回復期へ機能変更を行ったもの又は調整会議で回復期への機能変更の調整がついた病床を回復期へ分類



## 各区域の実情を反映させるための独自の基準 (区域で設定可能)

### パターン1 平均在棟日数

平均在棟日数を基準として設定

事例)

○厚労省が医療機能の考え方の目安として示した急性期入院基本料は、「7対1」又は「10対1」(H29年度)

○10対1入院基本料の平均在棟日数が「21日」であることから、「22日」を超える病棟は回復期相当の患者の入院割合が高いと仮定し、回復期へ分類してはどうか

### パターン2 具体的な医療の提供内容

手術件数やその内容、がん・救急など提供した医療の内容等を基準として設定

事例1) 「高度急性期」「急性期」「回復期」のしきい値検討し、それぞれ再定義してはどうか

事例2) 急性期機能の病棟を、手術と救急入院の件数から「重症急性期」「軽度急性期」に分け、「軽度急性期」を『回復期』と解釈してはどうか

### パターン3 その他

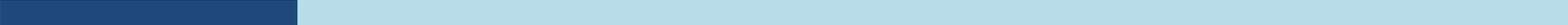
- ・ D P Cによる医療提供内容の分析
- ・ 入院基本料 (H30以降) 等

# 定量的基準（共通基準）の適応結果

圏域	医療機能	病床機能報告					2025 病床の 必要量 ④	必要量と の比較 ④―③	圏域	医療機能	病床機能報告					2025病 床の必 要量④	必要量と の比較 ④―③
		令和2 年度病 床機能 報告①	共通基準②		R2 調整後 ③=① +②	令和2 年度病 床機能 報告①					共通基準②		R2 調整後 ③=① +②				
			地域包 括ケア 入院管 理料	今後見 込み③							地域包 括ケア 入院管 理料	今後見 込み③					
長崎	高度急性期	892	0	0	892	651	241	五島	高度急性期	0	0	0	0	18	▲ 18		
	急性期	3,307	▲ 183	▲ 79	3,045	2,437	608		急性期	217	0	0	217	116	101		
	回復期	1,546	183	▲ 4	1,725	2,537	▲ 812		回復期	200	0	0	200	154	46		
	慢性期	2,273	0	0	2,273	1,776	497		慢性期	57	0	0	57	49	8		
	計	8,018	0	▲ 83	7,935	7,401	534		計	474	0	0	474	337	137		
佐世保 県北	高度急性期	344	0	0	344	319	25	上五島	高度急性期	0	0	0	0	0	0		
	急性期	1,993	▲ 42	67	2,018	1,086	932		急性期	146	▲ 13	0	133	51	82		
	回復期	763	99	0	862	1,242	▲ 380		回復期	50	13	0	63	54	9		
	慢性期	1,450	▲ 57	▲ 40	1,353	864	489		慢性期	0	0	0	0	25	▲ 25		
	計	4,550	0	27	4,577	3,511	1,066		計	196	0	0	196	130	66		
県央	高度急性期	294	0	0	294	359	▲ 65	壱岐	高度急性期	0	0	0	0	0	0		
	急性期	1,634	0	▲ 40	1,594	1,063	531		急性期	174	0	0	174	74	100		
	回復期	607	14	11	632	993	▲ 361		回復期	72	0	0	72	94	▲ 22		
	慢性期	1,696	▲ 14	▲ 7	1,675	1,145	530		慢性期	149	0	0	149	97	52		
	計	4,231	0	▲ 36	4,195	3,560	635		計	395	0	0	395	265	130		
県南	高度急性期	16	0	0	16	96	▲ 80	対馬	高度急性期	0	0	0	0	14	▲ 14		
	急性期	901	▲ 30	0	871	491	380		急性期	122	0	0	122	82	40		
	回復期	352	30	0	382	475	▲ 93		回復期	100	0	0	100	111	▲ 11		
	慢性期	671	0	0	671	373	298		慢性期	60	0	0	60	16	44		
	計	1,940	0	0	1,940	1,435	505		計	282	0	0	282	223	59		
							県全体		高度急性期	1,546	0	0	1,546	1,457	89		
									急性期	8,494	▲ 268	▲ 52	8,174	5,400	2,774		
									回復期	3,690	339	7	4,036	5,660	▲ 1,624		
									慢性期	6,356	▲ 71	▲ 47	6,238	4,345	1,893		
									計	20,086	0	▲ 92	19,994	16,862	3,132		

定量的基準による補正

## 地域医療構想に関する県の取組の方向性



# 令和4年度の本県の取組（案）

## 令和4年度の取組(案)

### 現状の把握

#### 1 地域医療構想に関する医療機関アンケート調査の実施

※令和元年度実施

- ◆ 病床機能報告では把握できない項目等について調査
- ◆ 新型コロナウイルス感染症の感染を踏まえた地域課題の抽出 等

7月頃(予定)

#### 2 地域医療構想に関するデータ分析事業

- ◆ 病床機能報告における入院診療実績による分析

9~2月(予定)

### 課題に関する意見交換

#### 3 地域医療構想調整会議等における協議・検討

- ◆ 関係機関における連携体制等について協議・検討
- ◆ 各医療機関の地域医療構想に関する対応方針の策定、検証・見直し

### 具体的な取組の推進

#### 4 基金事業を活用した取組

- ◆ 地域課題等に対応するため、基金事業を展開
  - ・あじさいネットと連携した医療IoT機器による遠隔モニタリング事業(R4.6月補正計上に向け調整中)
- ◆ 基金を活用した個別医療機関に対する支援
  - ・病床機能分化・連携推進事業【制度拡充】
  - ・病床機能再編支援事業【継続】

\*新型コロナウイルスの感染状況及び国における第8次医療計画等に関する検討状況を踏まえ、検討を進める



## 外来機能の明確化・連携の推進



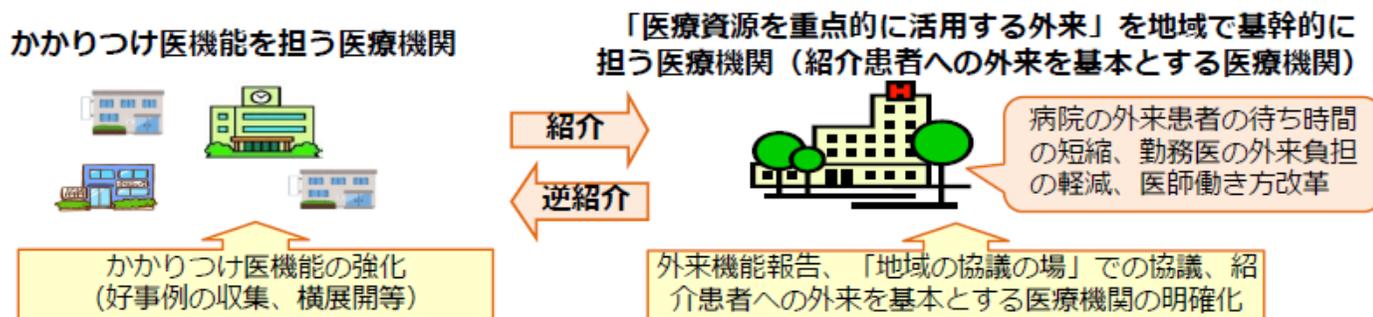
## 1. 外来医療の課題

- 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）

# 外来機能報告等の施行に向けた検討スケジュール(現時点のイメージ)

令和3年7月7日 外来機能報告等に関するワーキンググループ資料(一部改変)

令和3年	6月	6月3日 医療部会 6月18日 第8次医療計画等に関する検討会
	7月	7月7日 外来機能報告等に関するワーキンググループ 1巡目の議論 ※ 第8次医療計画等に関する検討会や医療部会に報告しながら検討を進める
	8月	①外来機能報告 ②医療資源を重点的に活用する外来 ○紹介率・逆紹介率等の調査・分析 等
	9月	④地域における協議の場 ⑤紹介・逆紹介の推進、診療科ごとの外来 分析その他の検討事項 ○国民への周知方法 等
	10月	③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 等
	11月	2巡目の議論 ※ 1巡目の議論と並行して行う調査・分析を踏まえて議論
	12月	取りまとめ
令和4年	1~3月	省令制定・通知発出
	4月	外来機能報告等の施行 (施行状況等を踏まえ、随時、改善検討)

紹介率・逆紹介率等の調査・分析

2巡目の議論

※ 1巡目の議論と並行して行う調査・分析を踏まえて議論

取りまとめ

改正法の施行に向けて、以下について決定していくことが必要。

- 外来機能報告をどのように行うか
- 「医療資源を重点的に活用する外来」について、外来のうち該当する項目
- 「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」について、国の定める基準
- 地域における協議の場でどのように協議するか
- 紹介・逆紹介の推進、診療科ごとの外来分析等をどのように進めるか 等

## ① 外来機能報告

- ・ 具体的な報告項目について、NDBを活用できる項目、できない項目ともに、検討
- ・ 報告スケジュールについて、病床機能報告のスケジュールを踏まえ、地域における協議の場の協議スケジュールとあわせて、検討 等

## ② 医療資源を重点的に活用する外来

- ・ 医療資源を重点的に活用する外来に該当する外来の項目について、考え方を整理して、検討
- ・ 呼称について、「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」の呼称とあわせて、検討 等

## ③ 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

- ・ 国の定める基準について、他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供することとされている地域医療支援病院や特定機能病院の状況を踏まえ、検討
- ・ 呼称について、医療資源を重点的に活用する外来の呼称とあわせて、検討 等

## ④ 地域における協議の場

- ・ 協議スケジュール、協議の進め方、協議結果の公表について、外来機能報告の報告スケジュールとあわせて、検討
- ・ 協議の場の参加者について、地域医療構想調整会議の参加者を踏まえ、検討 等

## ⑤ その他の検討事項

- ・ 紹介・逆紹介の推進、診療科ごとの外来分析等について、すぐに取り組むことが可能なこと、時間を要することを整理しつつ、検討 等

## 外来機能報告の年間スケジュールについて

○ 外来機能報告は、病床機能報告と一体的に報告を行うこととする。スケジュールは以下の通り。

### 【令和4年度】

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>

(※) 無床診療所の中にも、高額な医療機器等による検査を集中的に実施しているものもあるため、そのような無床診療所については対象医療機関に含めることとする。具体的には、令和4年度については、円滑な事務手続のため、令和3年度中に、該当する蓋然性の高い医療機関に外来機能報告を行うか否かの意向を確認した上で、意向有りとした無床診療所について、対象医療機関に含めることとする。

# 外来機能報告における主な報告項目(重点外来関係)

## (1) 医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)の実施状況

### ① 重点外来の実施状況の概況 [NDBで把握できる項目]

- 重点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	—
重点外来の患者延べ数	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	—
重点外来の患者延べ数	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る。

### ② 重点外来の実施状況の詳細 [NDBで把握できる項目]

- 重点外来のうち、主な項目の実施状況を報告

<報告イメージ>

初診の重点外来	
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
CT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
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
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

再診の重点外来	
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
CT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
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
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

## (2) 紹介受診重点医療機関となる意向の有無 [NDBで把握できない項目]

# 外来機能報告における主な報告項目(外来機能の明確化等関係)①

## (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	訪問診療料を算定した件数	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](有床診療所は任意)

- 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)

## 外来機能報告における主な報告項目(外来機能の明確化等関係)②

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)(有床診療所は任意)

- ・ 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

○報告項目は、必要に応じて将来的に見直すことを検討。

## 医療資源を重点的に活用する外来

○「医療資源を重点的に活用する外来」(重点外来)は、以下の類型①～③のいずれかの機能を有する外来とする。

### 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、類型①に該当する「重点外来」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点以上のもの
- 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、類型②に該当する「重点外来」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点以上のもの
- 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、類型③に該当する「重点外来」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

○「医療資源を重点的に活用する外来」の項目は、必要に応じて将来的に見直すことを検討。

## 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準

- 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準(重点外来基準)は、患者に対するわかりやすさの観点や地域での協議を進めやすくする観点から、初診と再診とで患者の受診行動に相違があることを勘案して設定する。
- 具体的な水準については、他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供することとされている地域医療支援病院の状況を踏まえ、初診基準40%以上かつ再診基準25%以上とする。

・ 初診の外来件数のうち「重点外来」の件数の占める割合

40%以上(初診基準)

及び

・ 再診の外来件数のうち「重点外来」の件数の占める割合

25%以上(再診基準)

○ 紹介受診重点医療機関の明確化については、外来機能報告や地域の協議の場での協議を重ね、改善を図りながら、精緻化。

## 定額負担の対象病院拡大について

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告(仮称)を創設することで、**新たに「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)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、**地域の実情を踏まえつつ、明確化**することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加える**こととする。

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

「**拡大**」  
「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)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)

現在の定額負担(義務)対象病院

現在の定額負担(任意)対象病院

出典:特定機能病院一覧等を基に作成(一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計)

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

## 紹介率・逆紹介率

- 紹介・逆紹介を推進する観点から、地域の協議の場で参考とする指標のうち、特に重要な指標として紹介率・逆紹介率を位置付ける。
- 具体的な水準は、現在の分布状況、地域医療支援病院の承認要件及び医療資源を重点的に活用する外来に関する基準への該当状況を勘案して、**紹介率50%以上 かつ 逆紹介率40%以上とする。**

### (参考)地域医療支援病院の紹介率・逆紹介率の定義

	地域医療支援病院(平成10年5月19日付け厚生省健康政策局長通知)
紹介率	紹介患者の数／初診患者の数
逆紹介率	逆紹介患者の数／初診患者の数
基準	紹介率80%以上、紹介率65%以上かつ逆紹介率40%以上、紹介率50%以上かつ逆紹介率70%以上
紹介患者の数	開設者と直接関係のない他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数(初診の患者に限る。また、紹介元である他の病院又は診療所の医師から電話情報により地域医療支援病院の医師が紹介状に転記する場合及び他の病院又は診療所等における検診の結果、精密検診を必要とされた患者の精密検診のための受診で、紹介状又は検査票等に、紹介目的、検査結果等についてその記載がなされている場合を含む。)
逆紹介患者の数	地域医療支援病院から他の病院又は診療所に紹介した者の数。 診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った患者(開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除く。)
初診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数(地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬入された患者、当該地域医療支援病院が医療計画において位置付けられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した患者及び自他覚的症状がなく健康診断を目的とする当該病院の受診により疾患が発見された患者について、特に治療の必要性を認めて治療を開始した患者を除く。)

## 地域医療支援病院制度の概要

### 趣旨

- 患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を行い、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る病院として、平成9年の医療法改正において創設(都道府県知事が個別に承認)。

### 主な機能

- 紹介患者に対する医療の提供(かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む)
- 医療機器の共同利用の実施
- 救急医療の提供
- 地域の医療従事者に対する研修の実施

### 承認要件

- 開設主体:原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等
- 紹介患者中心の医療を提供していること
  - ① 紹介率80%を上回っていること
  - ② 紹介率が65%を超え、かつ、逆紹介率が40%を超えること
  - ③ 紹介率が50%を超え、かつ、逆紹介率が70%を超えること
- 救急医療を提供する能力を有すること
- 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること
- 地域医療従事者に対する研修を行っていること
- 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること 等

## 地域における協議の場

- 地域における協議の場の参観者は、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。
- 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関する協議を中心に行う。
- 国において都道府県が参考とするガイドラインを作成、都道府県は、ガイドラインを参考として、地域の実情に応じながら運営する。

協議事項	追加の参加者
紹介受診重点医療機関の明確化	①重点外来基準該当であり、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有しない医療機関 ②重点外来基準非該当であり、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
外来機能の明確化・連携の推進	—(協議内容に応じて適宜検討)



### 紹介受診重点医療機関に関する協議の進め方



- 医療機関ごとの紹介受診重点医療機関の意向の有無、重点外来基準の適合状況、外来医療の実施状況等を踏まえて議論。
- その際、重点外来基準と医療機関の意向が合致しない医療機関について、当該地域の地域性や当該医療機関の特性等を考慮して議論。例えば、地域によっては、ある診療科を標榜する医療機関が1か所しかなく、当該医療機関が紹介受診重点医療機関を担うことにより、住民への医療提供に支障をきたすケースも想定されることから、こうした点について地域における協議の場において十分な検討・協議を行う。

※考慮すべき医療機関の特性や地域性の詳細についてはガイドラインで明示予定。

- 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っていただく。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。

※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。

- 紹介受診重点医療機関について、医療機関の意向と地域の協議の場での結論が一致したものに限り、協議が整ったものとして、協議結果を取りまとめて公表。

## 参考



## ◎ 診療実績の報告の通年化に伴う論点

- 「具体的な医療の内容に関する項目」については、診療報酬の診療行為に着目して報告項目を設定し、従来、**1ヶ月分の実績（報告年度の6月診療分）**に関し、レセプト情報による診療実績の報告を求めてきたところ。
- 今後、**病床機能の分化・連携に向けてさらに議論を深めていくためには、手術等の診療実績に着目することが重要**となる中、**1ヶ月分の実績だけでは季節変動等の要素が影響することが懸念**されることから、第19回ワーキンググループ（平成31年2月22日）において、**令和3年度病床機能報告から診療実績の報告を通年化（報告前年度の4月～3月）する方針が了承**されたところ。

➡ 診療実績の報告の通年化に伴い、取り扱うデータ量が増大することによる**病床機能報告対象病院等の負担に十分配慮**しつつ、令和3年度以降の病床機能報告の実施について見直しを検討する必要。

### ・ 報告内容及び報告方法（論点1・2）

※ なお、令和2年度病床機能報告では、新型コロナウイルス感染症対応下であるため、令和3年度病床機能報告における診療実績の報告の通年化を前提として、レセプト情報による診療実績の報告を求めている。（次頁参照）

## ◎ その他、改善に向けた今後の論点

- 地域における医療機能の分化・連携の議論の更なる活性化に向け、より多角的な分析が可能となるようシステムの見直しについて検討していく必要がある。

➡ 病床機能報告制度の効率的運用や分析の多角化が図られるよう、  
・ **DPC調査、G-MIS等の他の調査報告データやシステムとの連携**について、今後検討。

- 第19回ワーキンググループの議論を踏まえ、「稼働病床数」については、一般的な診療実績指標である「病床利用率」と大きな差があり、「許可病床数」とほぼ近似していることから、見直しが必要。

➡ 「稼働病床数」について、公立病院に係る普通交付税の算定に使用されていることに留意しつつ、  
・ **稼働病床数の報告の要否又は代替となる指標**について、本年夏頃に向けて検討。

# 「稼働病床数」の取扱いについて

## 【現状の取扱いと課題】

### (現状)

- 病床機能報告では、病床機能の分化・連携の取組の中で、病床規模等を検討する際の参考とすることができるよう、「稼働病床数」として、病棟ごとに、「過去1年間に最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数」の報告を求めているところ。

※ 記入要領において、「稼働病床数」について「許可病床数から過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床数を除いた病床数」と定義。

同時に、注釈において、「過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床数」は、「許可病床数から、過去1年間に最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数を差し引いて算出すること」としている。

※ 一般的な診療実績指標である「病床利用率」(1年間の平均入院患者数をベースに算出)については、病床機能報告の報告項目(在院患者延べ数、許可病床数、診療実日数)から算出可能。

### (課題)

- 「稼働病床数」は、一般的な診療実績指標である「病床利用率」と大きな差があり、「許可病床数」とほぼ近似している状況にある。
- 病床機能の分化・連携の取組に関する検討に資するよう、病床の利用状況(年間を通じた変動の状況・病床機能ごとの状況)をより正確に把握する必要がある。

## 【対応案】

- 一般的な診療実績指標である「病床利用率」に加え、病床の利用状況(年間を通じた変動の状況等)をより正確に把握する観点から、以下のように取り扱うこととしてはどうか。

- ① 病棟ごとに、「最大使用病床数」(過去1年間(\*)に最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数/従来の「稼働病床数」に相当するもの)、任意(※1)で「最小使用病床数」(過去1年間(\*)に最も少なく入院患者を収容した時点で使用した病床数)について報告を求めることとしてはどうか。

\* 過去1年間は、前年4月～報告年3月。

- ② ①の報告項目について、病棟ごとの報告だけでなく、当該病院全体での「最大使用病床数」及び「最小使用病床数(任意(※1))」(※2)を求めることとしてはどうか。

※1 令和3年度報告は任意とする。

※2 病棟ごとの報告だけでは、各病棟の「最大使用病床数」や「最小使用病床数」が、それぞれ異なる日の病床数となる可能性があり、各病棟の報告値を単純に足上げた場合、実態よりも過大・過小な数値となるおそれがある。

このため、病院全体での「過去1年間で最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数」「過去1年間に最も少なく入院患者を収容した時点で使用した病床数」についても、報告を求めもの。

※3 新型コロナウイルス患者の受入れに備えた空床確保や、感染管理・人員確保等のための休床を実施している医療機関では、本項目の数値が低くなることが想定される。このため、新型コロナ患者対応のために入院患者を収容していない病床数については、「使用した病床数」に含めることとして差し支えない旨を明確化してはどうか。

# 令和3年度以降の報告項目に係る対応（案）

(1) 診療実績の項目について、令和2年度診療報酬改定に対応した見直しを行うこととしてはどうか。【詳細はP.8】

※ 令和2年度病床機能報告では、令和3年度からの診療実績に関する報告の通年化を見据え、診療実績の報告を求めなかったことから、診療実績の項目について、令和2年度診療報酬改定に対応した見直しを行っていない。

(2) 診療実績について、1年分（前年4月～報告年3月）の月別の実績報告を求める方針。（※1）

併せて、従来1年分（前年7月～報告年6月）の実績報告を求めていた項目（1年間の新規入棟患者数や救急車の受入件数等）についても、診療実績と報告対象期間を合わせる（前年4月～報告年3月）こととしてはどうか（※2）。【詳細はP.8】

※1 第19回地域医療構想に関するWG（平成31年2月22日）及び第31回地域医療構想に関するWG（令和3年2月12日）において議論（P.9～P.10参照）。

※2 第31回地域医療構想に関するWGの議論を踏まえ、月別に報告を求めつつ、月別の報告が困難な医療機関については、医療機関の負担を踏まえ、当面、月別の報告は任意とする方針。（P.11参照）

\* 令和3年度病床機能報告を地域医療構想調整会議等における協議で用いる際には、新型コロナ対応のため、臨時的な増床を実施している医療機関、コロナ患者の受入に備えた空床確保や感染管理・人員確保等のための休床を実施している医療機関があることに留意する必要。

このため、都道府県において、一般医療に用いている病棟の状況等を把握・分析し、地域の協議に活用することができるよう、一般的な公表は行わないことを前提に、各医療機関に対し、以下のとおり対応を求めることとしてはどうか。

なお、新型コロナ対応の詳細の状況（患者数、空床・休床の推移など）は、G-MISや新型コロナ感染症緊急包括支援交付金の実績により一定の分析が可能であり、医療機関の負担に配慮する観点から、病床機能報告で重ねて報告を求めることは行わない。

○ 一般医療に関する状況（病床利用率、病棟ごとの診療実績等）について、新型コロナ対応を実施している病棟以外の病棟に関する分析を行うことができるよう、各病棟について、以下のとおり報告を求める。（令和3年7月1日時点）【具体例はP.12参照】

・ 「①コロナ患者対応」、「②コロナ患者対応のため休棟・休床」、「③コロナ回復後患者の受入」、④それ以外（地域における役割分担の協議を踏まえた一般医療の提供など）」の4つから、該当するものを選択（複数選択可）

・ ①、②を選択した場合、それぞれの病床数

※ 「①コロナ患者対応」は、実際にコロナ患者（疑似症患者を含む）を受け入れている病床、コロナ患者（疑似症患者を含む）受入に備えて確保している空床（新型コロナ感染症緊急包括支援交付金のうち、病床確保にかかる補助金を受けている病床）を指す。

※ 「②コロナ患者対応のため休棟・休床」は、コロナ対応に係る感染管理・人員確保等のための休棟・休床（新型コロナ感染症緊急包括支援交付金のうち、病床確保にかかる補助金を受けている病床）を指す。

○ 各病棟の許可病床数について、コロナ対応のために臨時的に増床した病床（※）は含めないこととし、別途、報告を求めることとする。

※ 新型コロナ感染症患者、疑似症患者及び無症状病原体保有者に関する診断及び治療に係る病床の確保のため、医療法第7条の2第7項の規定又は医療法第30条の4第10項の規定に基づく医療法施行令第5条の3第2項の規定に基づき、厚生労働大臣に協議を行い許可された病床。

なお、新型インフルエンザ特別措置法31条の2第6項の規定に基づき、増床して都道府県知事に届出を行った病床については、許可病床数でないことから、従来からの報告項目にも含めず、別立てした項目も設けないこととする。

# 報告項目と対象期間、時点の関係

## 報告項目

医療機能等	
医療機能(現在/2025年の方向) ※介護施設に移行する場合は移行先類型	
構造設備・人員配置等	
病床数・人員配置・機器等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・許可病床数・稼働病床数(一般・療養別)</li> <li>・病棟全体が非稼働である場合はその理由</li> <li>・経過措置(1床当たり面積)に該当する病床数</li> <li>・算定する入院基本料・特定入院料</li> <li>・主とする診療科・設置主体</li> <li>・部門別職員数(医師、歯科医師、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、薬剤師数、臨床工学士、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士)</li> <li>・DPC群の種類</li> <li>・特定機能病院、地域医療支援病院の承認</li> <li>・施設基準届出状況(総合入院体制加算、在宅療養支援病院/診療所、在宅療養後方支援病院)</li> <li>・在宅療養支援病院である場合は看取り件数</li> <li>・三次救急医療施設、二次救急医療施設、救急告示病院の有無</li> <li>・高額医療機器の保有状況(CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、ガンマナイフ、サイバーナイフ、内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ))</li> <li>・退院調整部門の設置状況</li> <li>※退院調整部門の配置職員数(医師、看護職員、MSW、事務員)</li> </ul>
	入院患者の状況

## 入院患者に提供する医療の内容

術幅広い実施手	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手術件数(臓器別)・全身麻酔の手術件数</li> <li>・人工心肺を用いた手術</li> <li>・胸腔鏡下手術件数・腹腔鏡下手術件数</li> </ul>	全身管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中心静脈注射・呼吸心拍監視・酸素吸入</li> <li>・観血的動脈圧測定・ドレーン法・胸腔若しくは腹腔洗浄</li> <li>・人工呼吸・人工腎臓・腹膜灌流</li> <li>・経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法</li> </ul>	
	がんの治癒・脳卒中・心筋梗塞等へ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・悪性腫瘍手術件数</li> <li>・病理組織標本作製・術中迅速病理組織標本作製</li> <li>・放射線治療件数・化学療法件数</li> <li>・がん患者指導管理料・抗悪性腫瘍剤局所持続注入</li> <li>・肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入</li> <li>・超急性期脳卒中加算・脳血管内手術</li> <li>・経皮的冠動脈形成術・分娩件数</li> <li>・入院精神療法・精神科リエゾンチーム加算</li> <li>・認知症ケア加算・精神疾患診療体制加算</li> <li>・精神疾患診断治療初回加算</li> </ul>	疾患に応じた/早期からのリハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>・疾患別リハビリテーション料・早期リハビリテーション加算、初期加算・摂食機能療法・リハビリテーション充実加算</li> <li>・休日リハビリテーション提供体制加算</li> <li>・入院時訪問指導加算</li> <li>・リハビリテーションを実施した患者の割合</li> <li>・平均リハ単位数/1患者1日当たり</li> <li>・1年間の総退院患者数</li> <li>(以下は回復期リハビリテーション病棟入院料を算定の場合)</li> <li>・1年間の総退院患者数のうち入棟時の日常生活機能評価が10点以上又は機能的自立度評価法得点で55点以下であった患者数</li> <li>・退棟時、入棟時に比較して、当該入院料の1又は2を算定している病棟にあっては日常生活機能評価が入院時に比較して4点以上又はFIM総得点で16点以上、当該入院料の3又は4を算定している病棟にあっては日常生活機能評価が3点以上又はFIM総得点で12点以上改善していた患者数</li> </ul>
	重症患者への対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ハイリスク分娩管理加算・ハイリスク妊産婦共同管理料</li> <li>・救急搬送診療料・観血的肺動脈圧測定</li> <li>・持続緩徐式血液濾過・大動脈バルーンポンピング法、</li> <li>・経皮的肺補助法・補助人工心臓・植込型補助人工心臓</li> <li>・頭蓋内圧持続測定</li> <li>・血漿交換療法・吸着式血液浄化法・血球成分除去療法</li> <li>・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合</li> </ul>	長期療養患者等の受入	<ul style="list-style-type: none"> <li>・療養病棟入院基本料・褥瘡評価実施加算</li> <li>・重度褥瘡処置・重傷皮膚潰瘍管理加算</li> <li>・難病等特別入院診療加算・特殊疾患入院施設管理加算</li> <li>・超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算</li> <li>・強度行動障害入院医療管理加算</li> </ul>
	救急医療の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・院内トリアージ実施料</li> <li>・夜間休日救急搬送医学管理料</li> <li>・精神科疾患患者等受入加算</li> <li>・救急医療管理加算</li> <li>・在宅患者緊急入院診療加算</li> <li>・救命のための気管内挿管</li> <li>・体表面ペーシング法/食道ペーシング法</li> <li>・非開胸的心マッサージ、カウンターショック</li> <li>・心膜穿刺・食道圧迫止血チューブ挿入法</li> </ul>	多様な診療所の	<ul style="list-style-type: none"> <li>・往診患者延べ数・訪問診療患者延べ数、</li> <li>・看取り患者数(院内/在宅)・有床診療所入院基本料</li> <li>・有床診療所療養病床入院基本料</li> <li>・急変時の入院件数・有床診療所の病床の役割</li> <li>・過去1年間の新規入院患者のうち他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入割合</li> </ul>
在宅復帰後へ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院支援加算・救急・在宅等支援(療養)病床初期加算/有床診療所一般病床初期加算・地域連携診療計画加算</li> <li>・退院時共同指導料・介護支援等連携指導料</li> <li>・退院時リハビリテーション指導料・退院前訪問指導料</li> </ul>	科医連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科医師連携加算・周術期口腔機能管理後手術加算</li> <li>・周術期等口腔機能管理料</li> </ul>	

## 期間・時点

7月1日時点

1年分(前年4月~報告年3月分)  
※従来は1月分(報告年の6月分)

1年分(前年4月~報告年3月分)  
※従来は1年分(前年7月~報告年の6月分)

## ◎ 診療実績の報告の通年化に伴う論点

- 「具体的な医療の内容に関する項目」については、診療報酬の診療行為に着目して報告項目を設定し、従来、**1ヶ月分の実績（報告年度の6月診療分）**に関し、レセプト情報による診療実績の報告を求めてきたところ。
- 今後、**病床機能の分化・連携に向けてさらに議論を深めていくためには、手術等の診療実績に着目することが重要**となる中、**1ヶ月分の実績だけでは季節変動等の要素が影響することが懸念**されることから、**第19回ワーキンググループ（平成31年2月22日）において、令和3年度病床機能報告から診療実績の報告を通年化（報告前年度の4月～3月）する方針が了承**されたところ。



診療実績の報告の通年化に伴い、取り扱うデータ量が増大することによる**病床機能報告対象病院等の負担に十分配慮**しつつ、令和3年度以降の病床機能報告の実施について見直しを検討する必要。

- ・ **報告内容及び報告方法（論点1・2）**

※ なお、令和2年度病床機能報告では、新型コロナウイルス感染症対応下であるため、令和3年度病床機能報告における診療実績の報告の通年化を前提として、レセプト情報による診療実績の報告を求めている。（次頁参照）

## ◎ その他、改善に向けた今後の論点

- 地域における医療機能の分化・連携の議論の更なる活性化に向け、より多角的な分析が可能となるようシステムの見直しについて検討していく必要がある。



病床機能報告制度の効率的運用や分析の多角化が図られるよう、  
・ **DPC調査、G-MIS等の他の調査報告データやシステムとの連携**  
について、今後検討。

- 第19回ワーキンググループの議論を踏まえ、「稼働病床数」については、一般的な診療実績指標である「病床利用率」と大きな差があり、「許可病床数」とほぼ近似していることから、見直しが必要。



「稼働病床数」について、公立病院に係る普通交付税の算定に使用されていることに留意しつつ、  
・ **稼働病床数の報告の要否又は代替となる指標**  
について、本年夏頃に向けて検討。

# 論点1：報告内容及び報告方法について（診療実績）

○ 令和3年度病床機能報告における診療実績については、病棟ごとに1年分を報告することとなるため、病床機能報告対象病院等に対し過度な負担増加につながらないように十分に配慮しつつ、実態に即した報告が行われるよう、以下のとおり対応することとしてはどうか。

	これまでの取扱い	令和3年度以降の取扱い（案）
報告内容	○ 1ヶ月分の診療実績を病棟別に報告（年1回）。	○ <b>1年分の月別の診療実績</b> を病棟別に報告（年1回）。 ○ 地域における病床機能分化・連携の議論の活性化や、地域医療構想調整会議等におけるデータの利活用状況等を踏まえつつ、 <b>活用頻度の低い項目を報告対象外とすることも含め、適切な項目設定について検討。</b>
報告方法	○ 国において、NDBにより、公費レセプトを除いた診療実績データを整理し、各医療機関に対して提供。  ○ 各医療機関において、以下の作業を実施した上で、診療実績を報告。 ① 国から提供されたデータを、病床機能報告の様式に手作業（コピー・アンド・ペースト等）で転記 ② 公費レセプト、労災レセプト、自賠責レセプト、紙レセプトによる診療実績を、病床機能報告の様式に追加入力  ※ 各医療機関に対し、レセプトへの病棟コードの記録を求めており、国では病棟コードを元に病棟別の診療実績データを整理・提供。 レセプトに病棟コードを記録していない医療機関は、可能な範囲で、診療実績を病棟別に振り分けて報告。	○ 国において、NDBより、 <b>公費レセプト分を含めた</b> 診療実績データを整理し、各医療機関に対して提供。 ※公費レセプト分を含めることで、診療報酬請求レセプトのうち98%をカバー。（残り2%は、紙レセプト請求分）※注 注：レセプト請求形態別の請求状況 令和2年9月診療分（社会保険診療報酬支払基金HPより）  ○ 各医療機関において、以下の作業を実施した上で、診療実績を報告。 ① 国から提供されたデータを、病床機能報告の様式に自動的に転記（ <b>反映ボタンを押下するだけで月別、病棟別に報告様式に反映されるよう運用</b> ） ② 労災レセプト、自賠責レセプト、紙レセプトによる診療実績を、病床機能報告の様式に追加入力  ※ 令和2年7月診療分（8月請求分）のレセプト請求において、レセプトに病棟コードを記録している医療機関は6割弱。 レセプトに病棟コードを記録していない医療機関は、引き続き、可能な範囲で、診療実績を病棟別に振り分けて報告。（ <b>病院全体の実績を特定の病棟にまとめた上で報告することも可能</b> ） なお、実態に即した報告が行われるよう、令和4年度診療報酬改定に向けて、各病院で病棟コードが確実に記録されるような方策を検討。

- 診療実績の報告内容・方法のほか、令和3年度以降の病床機能報告において、以下のとおり対応することとしてはどうか。

## 対応1：診療実績以外の年間実績の報告について

- 1年間の新規入棟患者数（予定入院・緊急入院別）や救急車の受入件数など、**従前から年間実績を報告することとなっている項目についても、医療機関における実務の状況を踏まえつつ、月別に報告することとしてはどうか。**  
なお、**月別の診療実績の報告が困難な医療機関においては、医療機関の負担を踏まえ、当面、月別の報告は任意とし、報告対象病院等における毎月病棟コードの記録が実施されることとなった段階（前頁参照）において、月別の報告を必須とすることとしてはどうか。**

## 対応2：紙媒体による報告について

- 診療実績について病棟ごとに1年分を報告することとなり、取り扱うデータ量が大幅に増加することから、医療機関側（報告）と行政側（集計・精査）の双方の業務効率化を図る観点から、紙媒体により病床機能報告を行っている医療機関に対し、**令和3年度より電子による報告を促しつつ、紙媒体とする理由を把握しながら、令和5年度を目途に、原則として電子による報告とし、**やむを得ない事情がある場合に限り、紙媒体による報告を行うことも可能としてはどうか。なお、業務負荷の観点から、紙媒体による報告を行う場合、診療実績については、月別ではなく年間合計数のみ報告すれば足りることとしてはどうか。

※ 紙媒体により病床機能報告を行っている医療機関（令和2年度）：  
1083医療機関（104病院、979有床診療所）（令和3年1月末現在）