

第19回医療計画の見直し 等に関する検討会	資料1
令和2年3月13日	

外来機能の明確化について

1 外来機能の明確化に関する論点について

【検討の方向性】

(1) 総論

- このように、外来医療については、人口減少・高齢化や担い手の減少、医療の高度化、患者・国民に対する分かりやすさなどの観点を踏まえ、実際に提供されている外来医療の機能に応じて、地域において、それぞれの医療機関が、どのような機能を発揮すべきかという役割分担を明確化し、「かかりつけ医機能」を担う医療機関から医療資源を重点的に活用する外来を担う医療機関につないでいくなどの機能分化・連携を適切に進めていく必要があるのではないか。
- この際、次のような観点からの検討が必要になるのではないか。また、都市と地方における状況の違いや、入院機能との一体的な議論、患者の受療行動の変容、これに与えるメッセージとの関係にも、考慮が必要ではないか。
 - ① 必要な患者アクセスを阻害しないという観点
 - ② 患者の状態に合った質の高い外来医療を提供する観点
 - ③ 地域の医療資源を効果的・効率的に活用していく観点

(2) 外来機能の明確化

- ① 特に、医療資源を重点的に活用する外来については、医療機関ごとにその機能を明確化し、地域で機能分化・連携を進めていく枠組みが必要ではないか。
- ② このような検討に当たっては、外来医療計画や病床機能報告、地域医療構想などの既存制度との整合性や、エビデンスを踏まえた検討が必要ではないか。

(3) かかりつけ医機能の強化

地域におけるかかりつけ医機能を強化していくために、質・量の両面の向上を図っていく方策について検討することが必要ではないか。

(4) 外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進

外来医療のかかり方について、国民にとって分かりやすい形で周知・啓発を進めていくために、誰が³どのようなことを担っていくかなどについて検討することが必要ではないか。

前回の検討会における外来機能の明確化に関連したご意見について

- 入院医療の機能分化・連携が進んでいる一方、仮に、外来医療も機能を明確化し、機能分化・連携ができるのであれば、それらを進めていくという方向性は間違いではない。かかりつけ医が一般的な外来を診て、疾患によって医療資源を重点的に使う外来に紹介する方向性は理解できる。しかし、どのような診療科の医師であれ、一般的な外来と専門的な外来を区分けしていくのは非常に難しいのではないか。
- 地域医療構想の議論が進む中で、外来機能の明確化や分化・連携はまだ不十分であり、外来医療のあるべき姿やエビデンス等を踏まえて、さらに踏み込んだ形での議論が必要ではないか。
- 外来機能の分化・連携を必要とする切実な問題があるという認識にはなく、国が一定の枠にはめるとうまくいかないのではないか。
- （外来機能の分化・連携に当たっては、）規模ではなく機能の議論が必要ではないか。
- 重装備の医療設備や医師の専門性等を踏まえて、外来の役割を機能面から検討することは基本的によいと思うが、設備等が整っているかどうかという観点からは、一定程度規模も加味せざるを得ないのではないか。
- 病院が一般的な外来から専門的な外来までの幅広い機能を担っているような地域もあり、地域性も考慮する必要があるのではないか。東京と地方では、同じ200床でも機能が異なる。
- 診療科ごとに一般的な外来や専門的な外来があり、どのように区分けをしていくのかが難しい。専門的な外来を広く捉えて、患者アクセスを阻害するような仕組みが適用されるようなことがないよう、専門的な外来は絞ったものとすべきではないか。
- 外来医療計画の協議の場は、入院と外来の連続性を踏まえると地域医療構想調整会議を活用することも合理的だが、議論を深めるためには、データ提供や構成員などに工夫が必要ではないか。

外来機能の明確化に当たっての論点の全体像

- 今後、多くの地域で外来需要が減少し、また医療の高度化が進む中で、限られた医療資源を効果的・効率的に活用し、医療の質の向上につなげていくためには、入院機能の分化・連携と同様、地域において医療資源を重点的に活用する外来機能を明確化し、外来医療の機能分化・連携を進めていくことが重要である。
- 地域ごとに、医療資源を重点的に活用する外来を明確化し、地域における外来医療の機能分化・連携を進めていくためには、
 - (1) 「医療資源を重点的に活用する外来」の類型・範囲の設定
 - (2) 地域ごとに各医療機関で実施されている「医療資源を重点的に活用する外来」の明確化の方法（外来機能を報告する仕組み）
 - (3) 地域における外来医療の機能分化・連携のための方策（地域において協議する仕組み）といった論点について検討する必要があるのではないか。

2 「医療資源を重点的に活用する外来」の類型・ 範囲について

医療資源が重点的に活用される外来医療について

第18回医療計画の見直しに関する
検討会（令和2年2月28日）資料
2より抜粋

- 医療資源が重点的に活用される外来医療として、外来化学療法を行う外来や、日帰り手術を行う外来のようなものがある。
- 一方、医療資源が重点的に活用される入院医療を提供する際も、治療前の説明・検査や治療後のフォローアップのため、同一の医療機関で入院前後に外来医療が提供される。
- これらの外来医療を実施する医療機関では、特定の治療等を行うに当たり、地域の実情に応じて集約化を図ることが効果的・効率的と考えられる①高額等の医療機器・設備や、②特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材が必要になると考えられる。

イメージ

・外来で医療資源が重点的に活用される医療（例：外来化学療法を行う場合）

参考 診療報酬における外来化学療法加算の施設基準の概要

- ・専用のベッドを有する治療室を保有
- ・一定の医師、看護師、薬剤師を配置
- ・緊急時に患者が入院できる体制の確保

外来化学療法

・医療資源が重点的に活用される入院医療の前後の外来医療（例：入院で悪性腫瘍手術を受ける場合）

かかりつけ医で
悪性腫瘍疑いと診断（外来）

治療前の
説明、検査
（外来）

治療後の
フォローアップ
（外来）

安定したら再びかかりつけ医でフォローアップ（外来）

悪性腫瘍手術
（入院）

悪性腫瘍手術を実施するためには、例えば以下のような設備、人員が必要。

- ・手術前、手術後の管理を行うために設備、人員ともに充実した入院病棟
- ・全身麻酔により手術を実施できる手術室
- ・手術を実施できる経験を積んだ医師、看護師等の医療従事者

「医療資源を重点的に活用する外来」の実施状況について

- レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)(平成29年度)を基に、次の類型①～③に該当するものを、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものと仮に設定して、それぞれの実施状況について分析した。
- ※ 地域における外来医療の機能分化・連携を進めていくためには、地域ごとの実施状況の分析が重要であるが、今回の議論のため、全国的な実施状況の分析を行ったもの。

類型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する入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後30日間の外来を、類型①に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとした。

(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る場合など)

- 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: 6000cm²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

類型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する外来を、類型②に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとした。

- 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

類型③ 特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来

次のいずれかに該当する外来を、類型③に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとした。

- ウイルス疾患指導料を算定
- 難病外来指導管理料を算定
- 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

類型①「医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来」の実施状況について

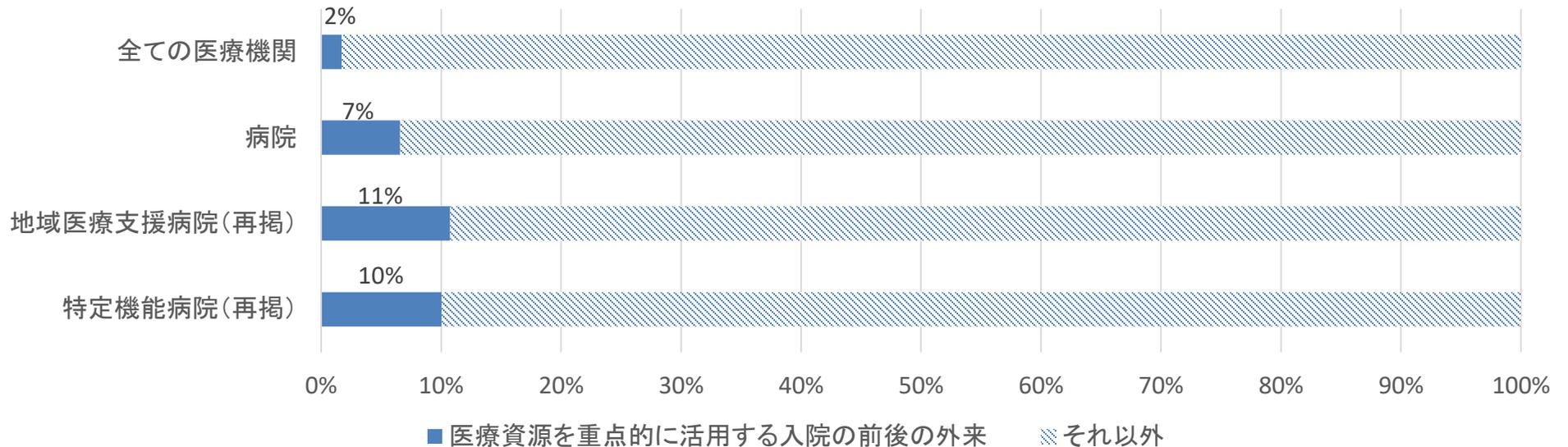
※ 今回の分析における「医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来」については、次のいずれかに該当する入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後30日間の外来を、「医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来」を受診した。割合は以下のとおり。

(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る場合 など)

- 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

「医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来」に該当する外来受診回数
 外来受診回数全体

外来に占める「医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来」の割合 (外来受診回数ベース)



(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・「全ての医療機関」は診療所も含めて集計

出典: レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

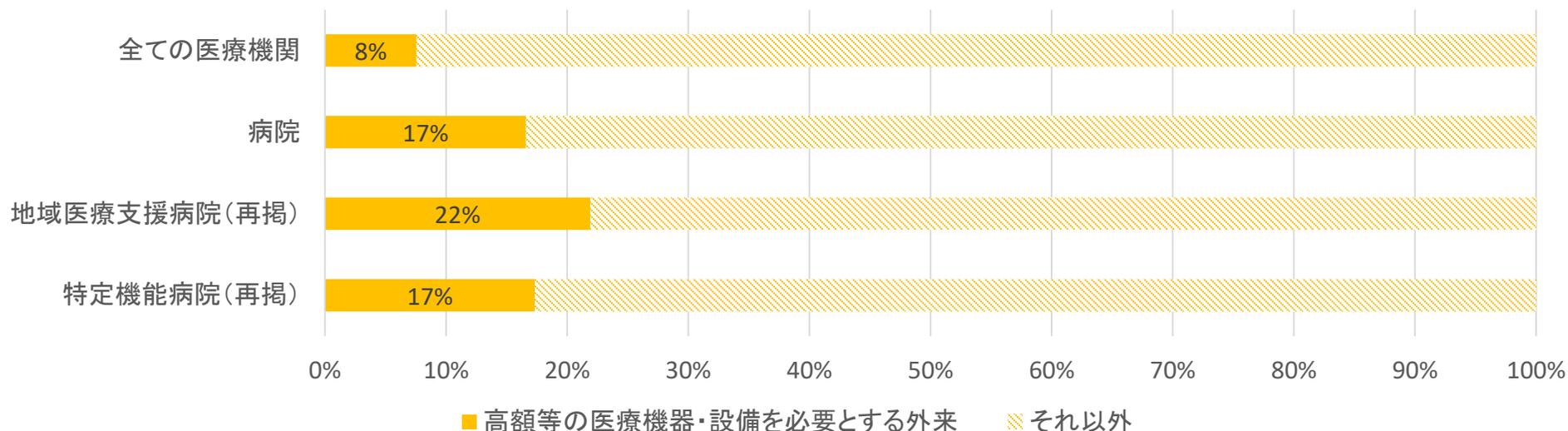
類型②「高額等の医療機器・設備を必要とする外来」の実施状況について

※ 今回の分析における「高額等の医療機器・設備を必要とする外来」については、次のいずれかに該当する外来を、「高額等の医療機器・設備を必要とする外来」を受診したものとした。

- 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

「高額等の医療機器・設備を必要とする外来」に該当する外来受診回数
 外来受診回数全体

外来に占める「高額等の医療機器・設備を必要とする外来」の割合 (外来受診回数ベース)



(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・「全ての医療機関」は診療所も含めて集計

類型③「特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来」の実施状況について

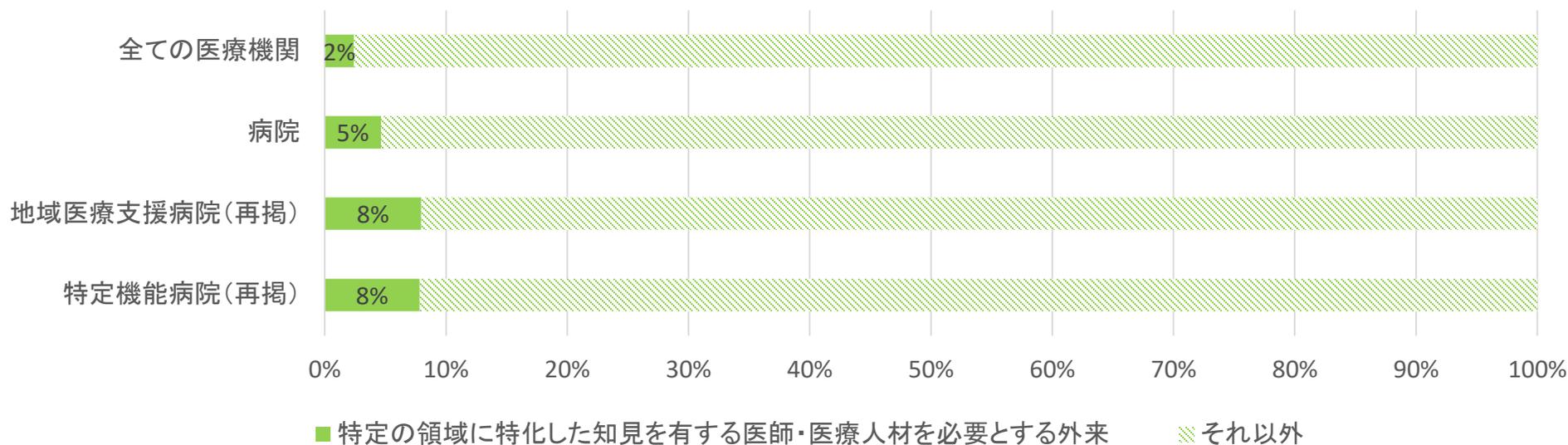
※ 今回の分析における「特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来」については、次のいずれかに該当する外来を、「特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来」を受診したものとした。

- ウイルス疾患指導料を算定
- 難病外来指導管理料を算定
- 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

「特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来」に該当する外来受診回数
外来受診回数全体

外来に占める「特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来」の割合

(外来受診回数ベース)



(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・「全ての医療機関」は診療所も含めて集計

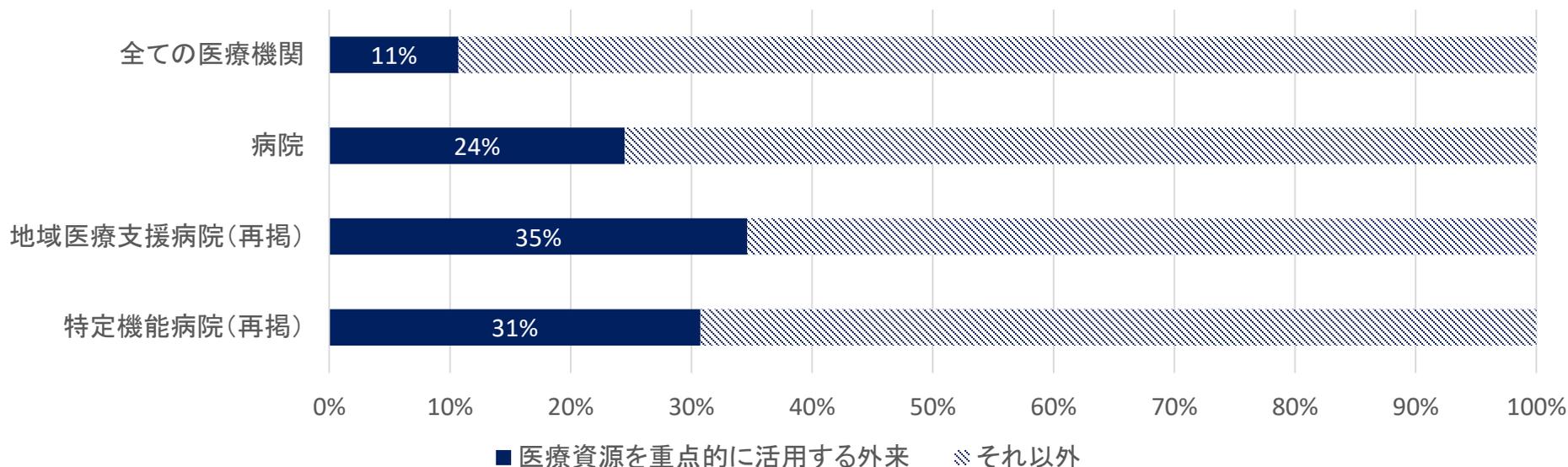
「医療資源を重点的に活用する外来」の実施状況について

※ 今回の分析における「医療資源を重点的に活用する外来」については、次の類型に該当するものを、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとしました。

- 類型① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- 類型② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- 類型③ 特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来

「医療資源を重点的に活用する外来」に該当する外来受診回数
外来受診回数全体

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合（外来受診回数ベース）



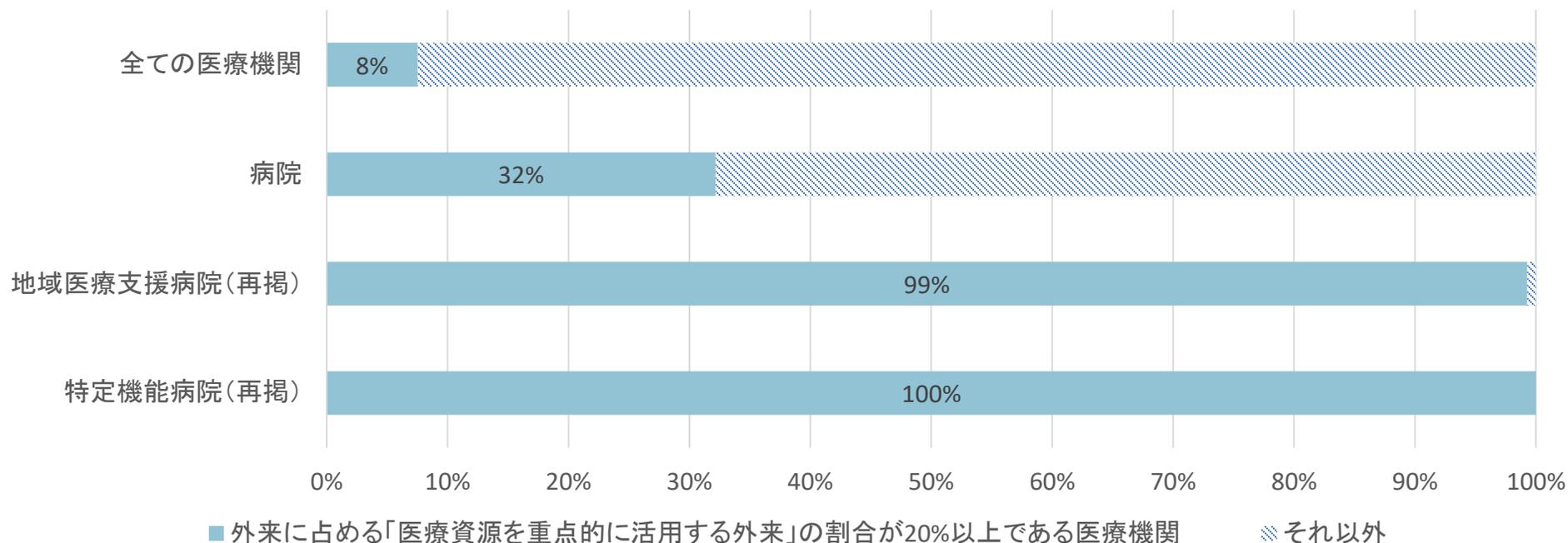
(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・「全ての医療機関」は診療所も含めて集計

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が20%以上である医療機関の分布

$$\text{外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が20\%以上である医療機関の割合} = \frac{\text{「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が20\%以上である医療機関の施設数}}{\text{施設数全体}}$$

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が20%以上である医療機関の割合（施設数ベース）



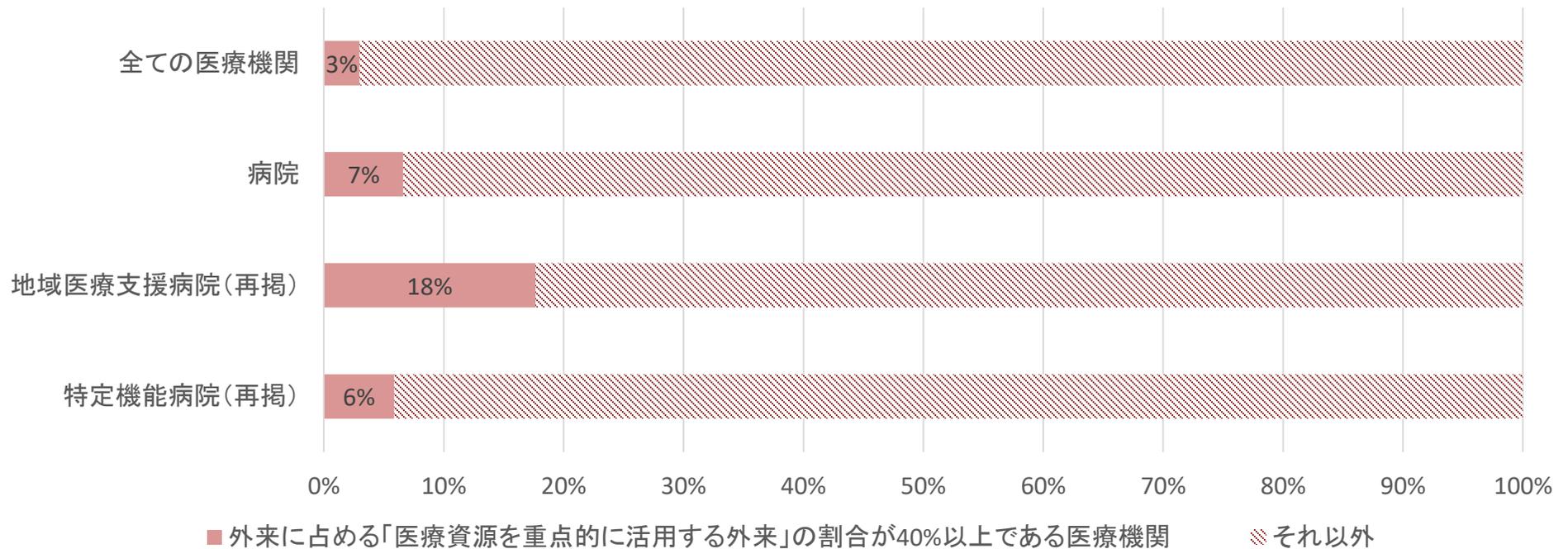
(注)

- ・施設数ベースでの集計
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・「全ての医療機関」は診療所も含めて集計

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上である医療機関の分布

$$\text{外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40\%以上である医療機関の割合} = \frac{\text{「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40\%以上である医療機関の施設数}}{\text{施設数全体}}$$

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上である医療機関の分布 (施設数ベース)



(注)

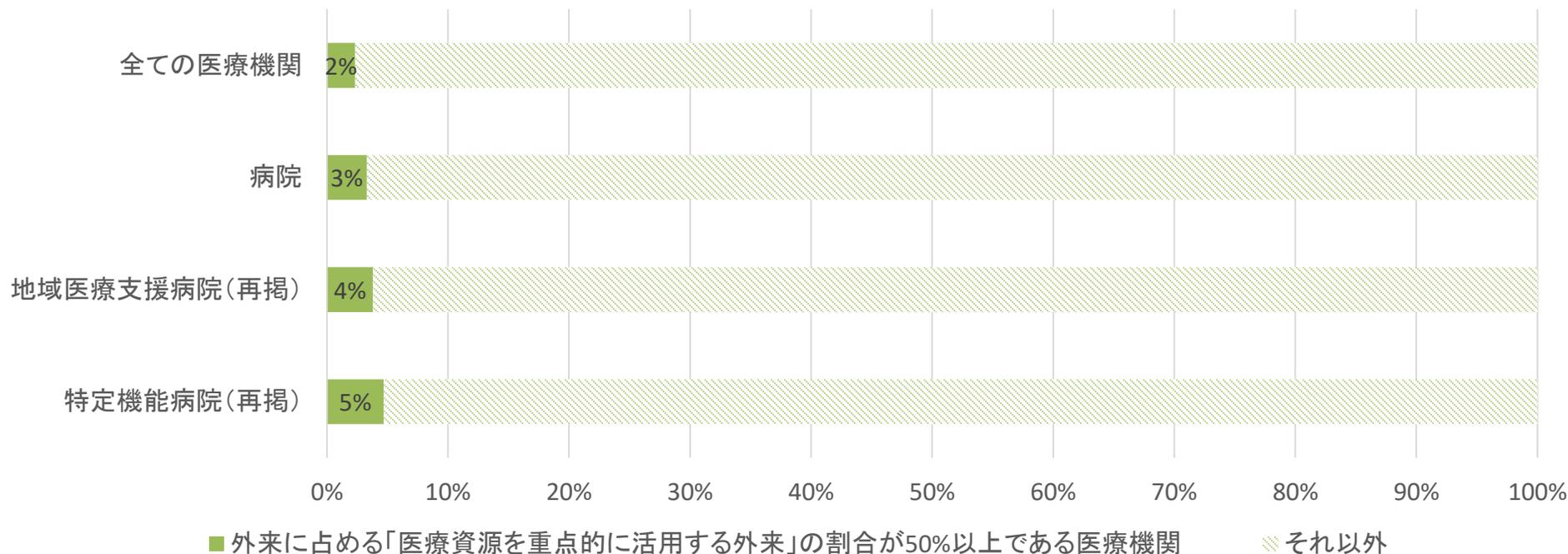
- ・施設数ベースでの集計
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・「全ての医療機関」は診療所も含めて集計

出典:レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が50%以上である医療機関の分布

$$\text{外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が50\%以上である医療機関の割合} = \frac{\text{「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が50\%以上である医療機関の施設数}}{\text{施設数全体}}$$

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が50%以上である医療機関の分布（施設数ベース）



(注)

- ・施設数ベースでの集計
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・「全ての医療機関」は診療所も含めて集計

出典:レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

○ 「医療資源を重点的に活用する外来」の類型・範囲について、どのように考えるか。

類型① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来

例えば、次のいずれかに該当する入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後30日間の外来を、類型①に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとしてはどうか。

(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る場合 など)

- 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
※1：6000cm²以上の熱傷処置、4時間未満の慢性維持透析、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

類型② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来

例えば、次のいずれかに該当する外来を、類型②に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとしてはどうか。

- 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

類型③ 特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来

例えば、次のいずれかに該当する外来を、類型③に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとしてはどうか。

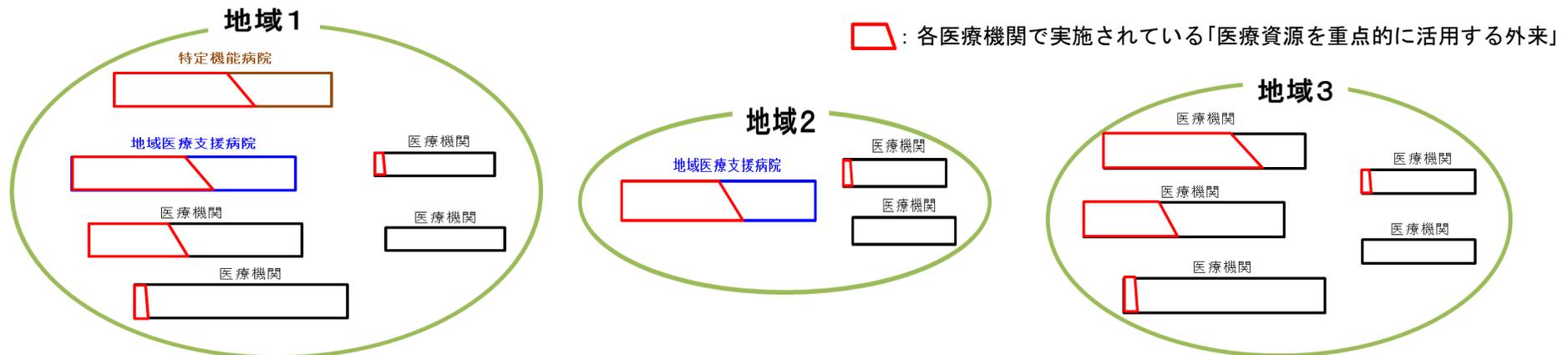
- ウイルス疾患指導料を算定
- 難病外来指導管理料を算定
- 診療情報提供料Iを算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来

- 3 地域ごとに各医療機関で実施されている「医療資源を重点的に活用する外来」の明確化の方法について（外来機能を報告する仕組み）

地域ごとに各医療機関で実施されている「医療資源を重点的に活用する外来」の明確化の方法について（外来機能を報告する仕組み）【論点②】

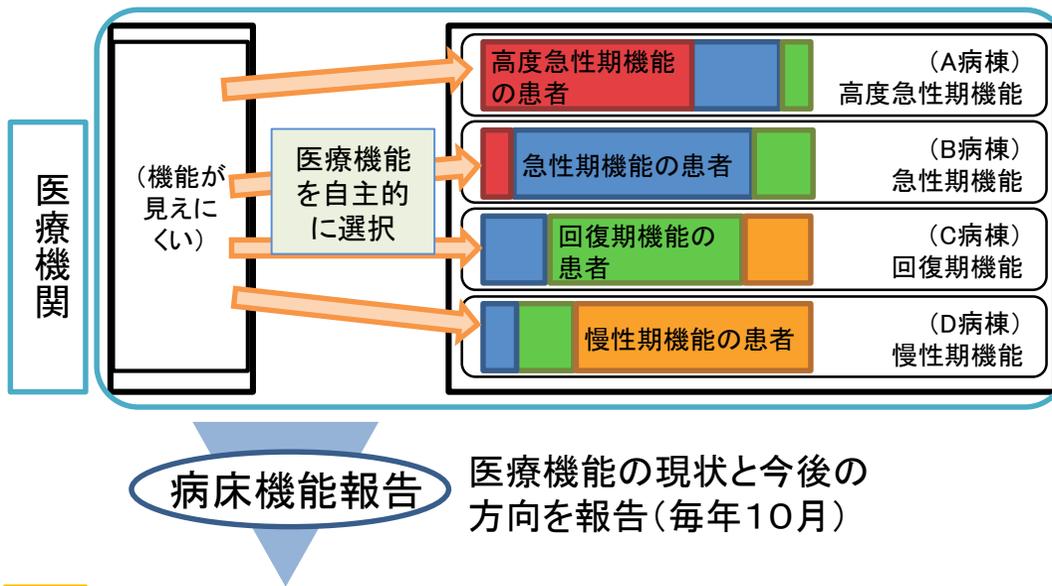
- 入院機能の分化・連携を進めていく上では、病床機能報告制度を通じて、病床を有する全ての医療機関から都道府県に対し、1年に1回、その有する医療機能（現在・将来）について報告を行い、その報告を基に、地域においてどのような入院機能の分化・連携を行うか、地域医療構想調整会議で調整を行うこととされている。
 - 地域において外来医療の機能分化・連携を進めるに当たって、地域ごとに、どの医療機関でどの程度、「医療資源を重点的に活用する外来」が実施されているかについて明確化を図るため、病床機能報告制度を参考に、各医療機関から「医療資源を重点的に活用する外来」に関する医療機能の報告を行うことが考えられるのではないかと。
- ① 病床機能報告同様、レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)を活用して、国から各医療機関に対して実施状況データを提供した上で、各医療機関から都道府県に実施状況を報告することについて、どのように考えるか。
 - ② 入院医療と一体的に議論する観点や、医療機関の負担軽減の観点から、病床機能報告と報告スケジュールを合わせることにについて、どのように考えるか。
 - ③ 制度趣旨や負担の観点から、今回検討する仕組みの対象となる医療機関の範囲について、どのように考えるか。

〔地域ごとに各医療機関で実施されている「医療資源を重点的に活用する外来」の明確化のイメージ〕



地域医療構想について

- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。
- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。



「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

病床機能報告制度

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることにご留意ください。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。

病床機能報告制度における主な報告項目

医療機能等

医療機能(現在/6年後の方向)
 ※介護施設に移行する場合は移行先類型
 ※任意で2025年時点の医療機能の予定

構造設備・人員配置等

病床数・人員配置・機器等	許可病床数、稼働病床数(一般・療養別) ※病棟全体が非稼働である場合はその理由 ※経過措置(1床当たり面積)に該当する病床数
	算定する入院基本料・特定入院料
	主とする診療科
	設置主体
	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)
	DPC群の種類
	特定機能病院、地域医療支援病院の承認有無
	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) ※在宅療養支援病院である場合は看取り件数
	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
	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(ダウインチ))
退院調整部門の設置状況、職員数(医師、看護職員、MSW、事務員)	
入院患者の状況	1年間の新規入棟患者数(予定入院・緊急入院別)、在棟患者延べ数、退棟患者数
	1年間/月間の新規入棟患者数(入棟前の場所別)
	1年間/月間の退棟患者数(退棟先の場所別、退院後の在宅医療の予定別)

入院患者に提供する医療の内容

幅広い手術の実施	手術件数(臓器別)、全身麻酔の手術件数	急性期後・在宅復帰への支援	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	
	人工心肺を用いた手術		地域連携診療計画加算、退院時共同指導料	
	胸腔鏡下手術件数、腹腔鏡下手術件数		介護支援連携指導料、退院時リハビリテーション指導料、退院前訪問指導料	
がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療	悪性腫瘍手術件数	全身管理	中心静脈注射、呼吸心拍監視、酸素吸入	
	病理組織標本作製、術中迅速病理組織標本作製		観血的動脈圧測定、ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄	
	放射線治療件数、化学療法件数		人工呼吸、人工腎臓、腹膜灌流	
	がん患者指導管理料		経管栄養カテーテル交換法	
	抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入		疾患に応じた/早期からのリハビリテーション	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
	超急性期脳卒中加算、脳血管内手術、経皮的冠動脈形成術分娩件数			リハビリテーション充実加算、休日リハビリテーション提供体制加算
	入院精神療法、精神科リエゾンチーム加算、認知症ケア加算、精神疾患診療体制加算、精神疾患診断治療初回加算			入院時訪問指導加算、リハビリテーションを実施した患者の割合
	ハイリスク分娩管理加算、ハイリスク妊産婦共同管理料			平均リハ単位数/1患者1日当たり、1年間の総退院患者数
	救急搬送診療料、観血的肺動脈圧測定			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点以上であった患者数・退棟時の日常生活機能評価が入院時に比較して4点以上改善していた患者数
	持続緩徐式血液濾過、大動脈バルーンポンピング法、経皮的心肺補助法、補助人工心臓・植込型補助人工心臓			長期療養患者等重度の障害者等の受入
頭蓋内圧持続測定	重度褥瘡処置、重傷皮膚潰瘍管理加算			
血漿交換療法、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法	難病等特別入院診療加算、特殊疾患入院施設管理加算			
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算			
救急医療の実施	院内トリアージ実施料	強度行動障害入院医療管理加算		
	夜間休日救急搬送医学管理料	多様な機能	往診患者述べ数、訪問診療患者述べ数、看取り患者数(院内/在宅)	
	精神科疾患患者等受入加算		有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料	
救急医療管理加算	急変時の入院件数、有床診療所の病床の役割			
在宅患者緊急入院診療加算	救命のための気管内挿管	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		
体表面ペースティング法/食道ペースティング法	体表ペースティング法/食道ペースティング法	科連携	歯科医師連携加算、周術期口腔機能管理後手術加算、周術期口腔機能管理料	
非開胸的心マッサージ、カウンターショック	心膜穿刺、食道圧迫止血チューブ挿入法			
休日又は夜間に受診した患者延べ数(うち診察後、直ちに入院となった患者延べ数)	休日又は夜間に受診した患者延べ数(うち診察後、直ちに入院となった患者延べ数)			
救急車の受入件数	救急車の受入件数			

特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。

高度急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例
救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

回復期機能

- 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。
- 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。

慢性期機能

- 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
- 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ハイケアユニット入院医療管理料
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- 小児特定集中治療室管理料
- 新生児特定集中治療室管理料
- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 新生児治療回復室入院管理料

- 地域包括ケア病棟入院料(※)

※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。

- 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料

病床機能報告における定量的な基準の導入について

- 病床機能報告における「具体的な医療の内容に関する項目」と、病床機能との関連性を以下のとおり整理し、高度急性期・急性期に関連する項目の診療実績が全くない病棟は、「高度急性期」「急性期」機能を選択することができないこととする。（平成30年10月の病床機能報告より）

報告項目	4つの病床機能との関連性		
	高度急性期・急性期に関連	回復期に関連	慢性期に関連
・幅広い手術の実施状況	●		
・がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況	●		
・重症患者への対応状況	●		
・救急医療の実施状況	●		
・急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況		●	
・全身管理の状況	●	●	●
・疾患に応じたリハビリテーション・早期からのリハビリテーションの実施状況		●	●
・長期療養患者の受入状況			●
・重度の障害児等の受入状況			●
・医科歯科の連携状況			

○平成29年の病床機能報告では、高度急性期・急性期機能を選択した64.7万床のうち、関連項目の診療実績が確認できない病棟は3.6万床分。（実績報告を行っていない病棟2.3万床分を含む）

○平成30年度以降、関連項目の診療実績がない病棟は、高度急性期・急性期の選択は原則不可。

病床機能報告の年間スケジュールについて

【2019年度の例※】

- 4月～ 報告対象医療機関抽出(都道府県への確認)
6月診療分データを、報告対象医療機関別に国で集計
- 9月 病床機能報告の依頼
報告用ウェブサイト開設
- 10月 医療機関からの報告期間(報告様式1)
 - ・ 病棟ごとの機能区分(2019年・2025年の7月1日時点)
 - ・ 設備・人員配置 等
- 年度内 医療機関からの報告期間(報告様式2)
 - ・ 具体的な医療内容

※電子レセプトによりオンライン又は電子媒体で保険請求を行っている医療機関のうち、6月診療分の電子入院レセプトについて7月に審査を受ける場合

4 地域における外来医療の機能分化・連携のための方策について（地域において協議する仕組み）

地域における外来医療の機能分化・連携のための方策について (地域において協議する仕組み) 【論点③】

- 入院機能の分化・連携を進めていく上では、都道府県が地域医療構想を策定し、病床機能報告を踏まえ、地域においてどのような入院機能の分化・連携を行うか、地域医療構想調整会議において調整を行うこととされている。
- 地域における外来機能の分化・連携に向けて、都道府県の外来医療計画に「医療資源を重点的に活用する外来」に関する機能分化・連携を位置付けるとともに、3の外来機能の報告を踏まえ、地域における協議の場において、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整を行うことが考えられるのではないか。
 - ① 外来医療計画の協議の場は、制度上、地域医療構想調整会議を活用できることとされており、「医療資源を重点的に活用する外来」に関する機能分化・連携を入院医療と一体的に議論する観点等から、外来医療計画の協議の場を活用することについて、どのように考えるか。
 - ② 地域医療構想においては、地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合、都道府県知事の権限が制度上設けられているが、外来機能の分化・連携に関して、同様の都道府県知事の権限を設けることについて、どのように考えるか。
- 地域における外来機能の分化・連携を進める中で、地域での協議を進めやすくする観点や、国民・患者に対する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を明確化する仕組みとすることが考えられるのではないか。

※ 関連する仕組みとして、紹介率・逆紹介率などの一定の基準を満たす地域の中核的な病院を、当該病院からの申請に基づき、地域医療支援病院として都道府県が承認する仕組みが存在する。地域医療支援病院は、広告できることとされ、名称独占とされている。

地域における外来医療の不足・偏在等への対応

第18回医療計画の見直しに関する検討会(令和2年2月28日)資料2より抜粋

経緯

- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っている、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている等の状況にある。
- このため、平成30年医療法改正により、外来医療における医師偏在是正の観点から、**外来医療に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置**等の枠組みを設け、医療計画の記載事項に、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項(以下「**外来医療計画**」という。)を追加した。

外来医療計画の全体像

外来医療に関する情報の可視化

- 地域ごとの外来医療の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。
 - ※ 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流入出、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の5要素を考慮して算定。
- 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定。

新規開業希望者等に対する情報提供

- 外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。
 - ※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

- 地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、**協議の場を設置**。
 - ※ 地域医療構想調整会議を活用することも可能。
 - ※ 原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することも可能。
- **少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、在宅医療、初期救急(夜間・休日の診療)、公衆衛生(学校医、産業医、予防接種等)等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。**

○ 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

- ・ 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- ・ **届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け、協議の場で確認**
- ・ 合意欄への記載が無いなど、**新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業者に対し、臨時の協議の場への出席要請を行う**
- ・ 臨時の協議の場において、構成員と新規開業者で行った**協議内容を公表** 等

(外来医師偏在指標)

- 外来医療計画は、無床診療所の都市集中等の対応のため、地域の外来医師の相対的な不足・偏在を可視化・解消しようとする、医師偏在解消の観点からの試みの第一歩である。
- このため、外来医師偏在指標は、地域の外来医療ニーズなどを踏まえた診療所医師のマンパワーの量を単一の機能と捉えて設定されており、医療機関が地域で担っている具体的な外来機能が十分に反映・明確化されているものではない。また、病院における外来の実施状況に関するデータは参考として地域に情報提供されているにすぎず、入院との関連等についても、地域等で議論をするよう明示されていない。

(協議の場)

- 協議の場においては、救急・在宅・地域保健といった機能の偏在・不足の状況を確認し、その対応について議論することとされている。
- しかし、これ以外の外来医療の機能の分化・連携の在り方については明示されておらず、また、救急、在宅等についても、どのようなデータを用い、どの程度の議論をするのか、偏在・不足等があったとして、どの程度の対策を立てるのか等の実効性に関する部分については、都道府県に委ねられている。

地域医療構想の実現プロセス

1. **まず、医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用。**
2. **地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた都道府県知事の役割を適切に発揮。**

STEP1 地域における役割分担の明確化と将来の方向性の共有を「地域医療構想調整会議」で協議

個々の病院の再編に向け、各都道府県での「**地域医療構想調整会議**」での協議を促進。

- ① 救急医療や小児、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図る
- ② その他の医療機関について、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえた役割の明確化を図る

STEP2「地域医療介護総合確保基金」により支援

都道府県は、「**地域医療介護総合確保基金**」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。

- ・病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

将来の方向性を踏まえた、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

【医療法に定められている都道府県の権限】

- ① **地域で既に過剰**になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、**転換の中止の命令**（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）
- ② 協議が調わない等の場合に、地域で**不足している医療機能を担うよう指示**（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）
- ③ 病院の開設等の許可申請があった場合に、地域で不足している医療機能を担うよう、開設等の許可に条件を付与
- ④ 稼働していない病床の削減を命令（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）

※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。

都道府県知事の権限の行使の流れ

【過剰な医療機能への転換の中止等】

医療法第30条の15

- ・ 病床機能報告において基準日と基準日後の病床機能が異なる場合であって
- ・ 基準日後病床機能に応じた病床数が、病床の必要量(必要病床数)に既に達している

- ① 都道府県知事への理由書提出
- ② 調整会議での協議への参加
- ③ 都道府県医療審議会での理由等説明

応答の
努力義務

理由等がやむを得ないものと認められない場合、都道府県医療審議会の意見を聴いて、**病床機能を変更しないことを命令(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)**

【不足する医療機能への転換等の促進】

医療法第30条の16

地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について、協議の場での協議が調わないとき等

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**不足する医療機能に係る医療を提供することを指示(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)**

医療法第7条第5項

病院の開設等の許可申請があった場合

不足する医療機能に係る医療を提供する旨の条件を開設等許可に付与

医療法第27条の2

正当な理由がなく、条件に従わない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**期限を定めて条件に従うべきことを勧告**

正当な理由がなく、当該勧告に係る措置を講じていない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**期限を定めて、当該勧告に係る措置をとるべきことを命令**

【非稼働病床の削減】

医療法第7条の2第3項

医療法第30条の12

病床を稼働していないとき

都道府県審議会の意見を聴いて、**当該病床の削減を命令(公的医療機関)又は要請(民間医療機関)**

要請の場合(民間医療機関)

要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**当該措置を講ずべきことを勧告**

命令の場合(公的医療機関等)

命令・指示・勧告に従わない

医療法第30条の18

○ **命令・指示・勧告に従わなかった旨を公表**

医療法第29条第3項及び第4項

○ **命令・指示・勧告に従わない地域医療支援病院・特定機能病院※は承認を取消し**

※特定機能病院の承認取消しは厚生労働大臣が行う

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)。

※承認を受けている病院(平成30年12月現在) ... 607

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

地域医療支援病院制度発足の経緯

- 地域医療支援病院制度は、地域で必要な医療を確保し、地域の医療機関の連携等を図る観点から、かかりつけ医等を支援する医療機関として、平成9年の第三次医療法改正において創設された。

今後の医療体制の在り方について(意見具申)(平成8年4月25日 医療審議会)

II 医療施設機能の体系化

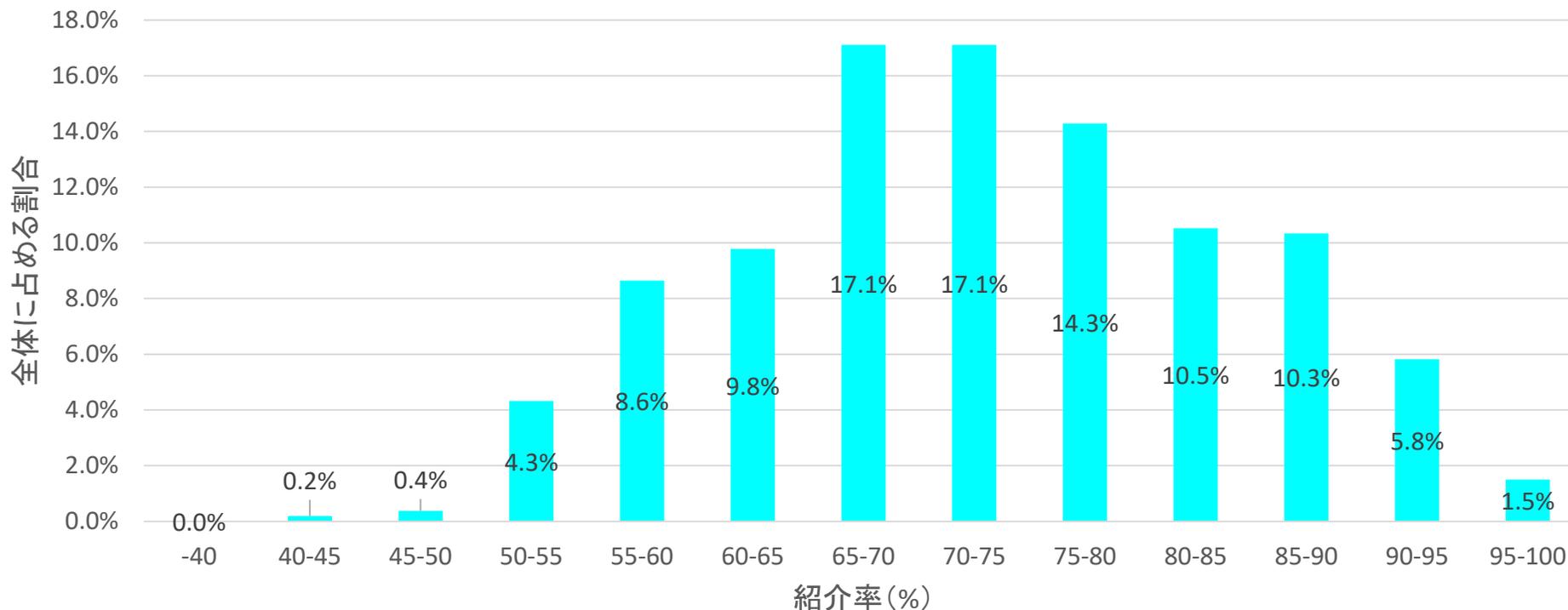
1. 患者のニーズに応じた医療機関の在り方

(6) 地域医療の充実・支援を行う医療機関の在り方

- 地域の診療所や中小病院は、地域における医療の中心的な提供主体としてプライマリケアを担っているところであるが、地域で必要な医療を確保し、地域の医療機関の連携等を図る観点から、かかりつけ医等を支援する医療機関の位置付けを検討することが必要である。このような医療機関としては、一定規模の病床を有し、救急医療の実施や在宅医療の支援、施設・設備の開放等を行うとともに、地域の医師等医療関係者に対する研修、医療機関に対する情報提供等の機能を持つことが適当である。また、がん等の単一の機能を有する病院であっても、地域の医療機関と連携して、必要な医療の確保に寄与する場合には、地域の医療を支援する医療機関として位置付けていくことが適当であろう。なお、これらの医療機関は紹介患者を積極的に受け入れていくことが期待される。

- 地域医療支援病院の紹介率の分布を見ると、約95%の地域医療支援病院は紹介率55%以上であり、約85%の地域医療支援病院は紹介率が60%以上である。

地域医療支援病院の紹介率の分布 (N=532)



- ※ 2018年12月時点の地域医療支援病院607に調査への協力を依頼し、536の地域医療支援病院から協力を得た。回収率88%、有効回答数532。
- ※ 集計期間は、2018年度の業務報告書と同様、原則2017年度の一年間。

(出典) 平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「地域医療支援病院等の医療提供体制上の位置づけに関する研究」(研究代表者: 伏見清秀)による調査結果をもとに厚生労働省医政局総務課で作成

参考資料

(外来医療の全体像等について)

医療機関の受診に対する国民の意識について

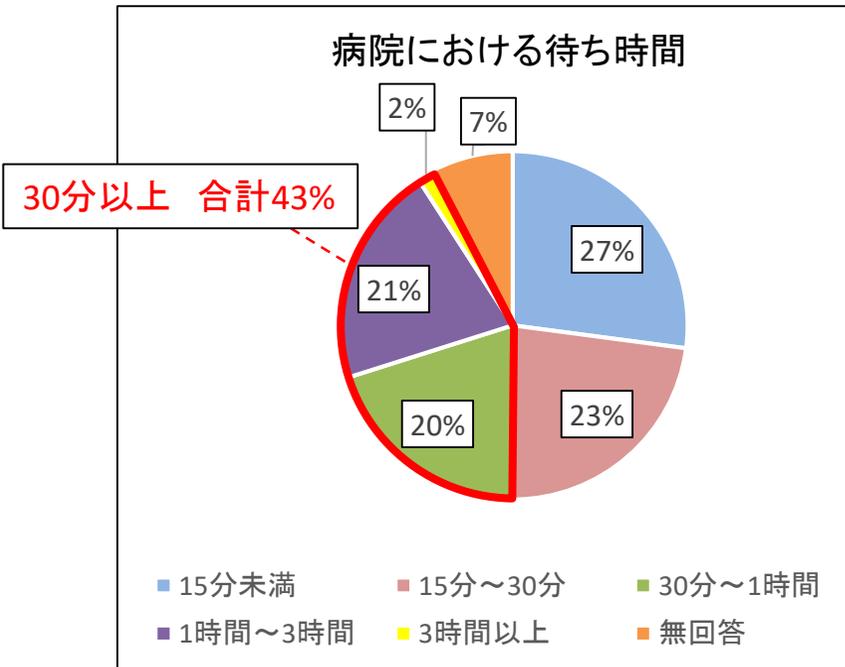
- 日頃から決まって診療を受ける医師・医療機関を持たない理由として、どう探してよいのか分からない、選ぶための情報が不足しているとの回答が一定程度存在。
- 病院の外来患者の4割強が30分以上の待ち時間となっている。また、病院に対する全体的な満足度は高いが(6割程度)、その中で、診察までの待ち時間、診察時間への満足度は高くない(3~4割程度)。

日頃から決まって診療を受ける医師・医療機関を持たない理由

	割合
あまり病気をしないから	47.7%
その都度、適当な医療機関を選ぶ方がよいと思うから	15.0%
適当な医療機関をどう探してよいのか分からないから	13.9%
適当な医療機関を選ぶための情報が不足しているから	8.0%
その他・特に理由はない	30.9%

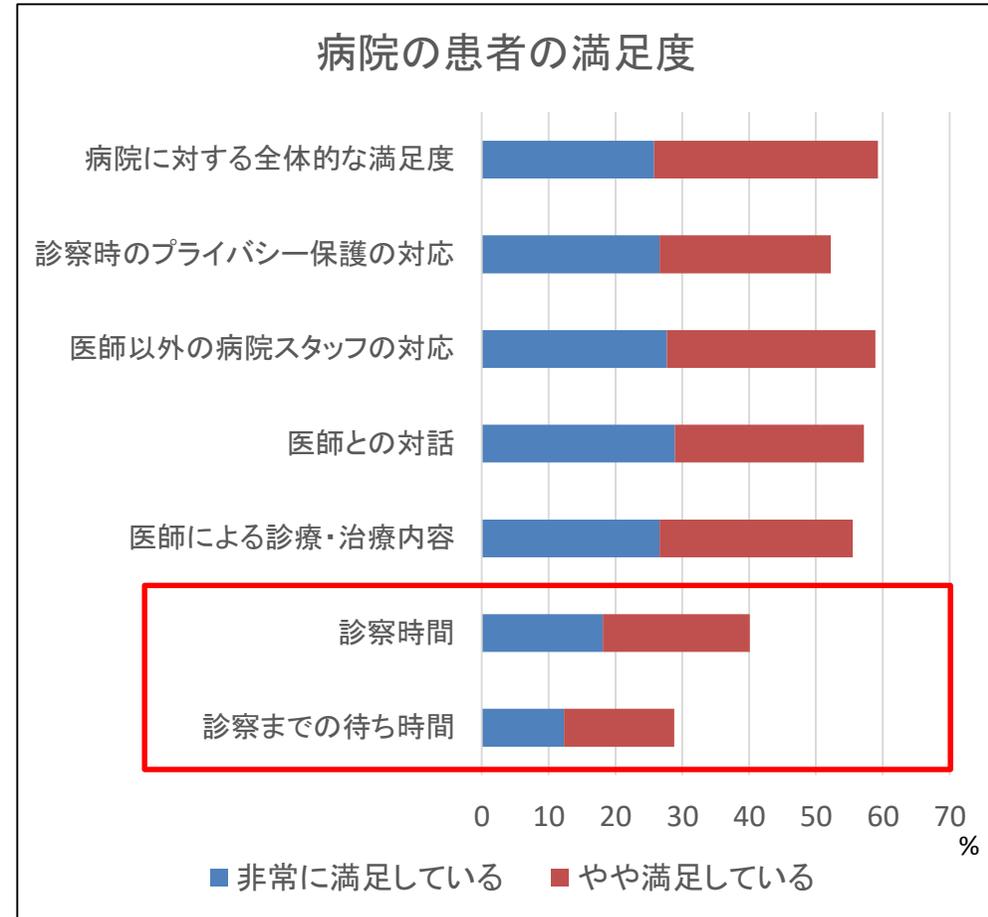
平成29年9月医療・医療保険制度に関する国民意識調査報告書(速報版)
(健康保険組合連合会) N=654

病院における待ち時間



出典: 2017年 受療行動調査

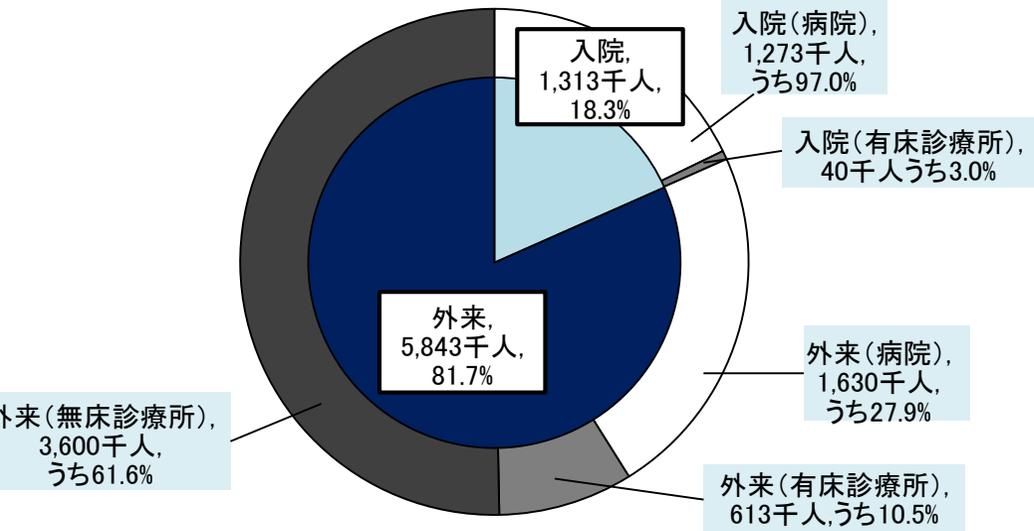
病院の患者の満足度



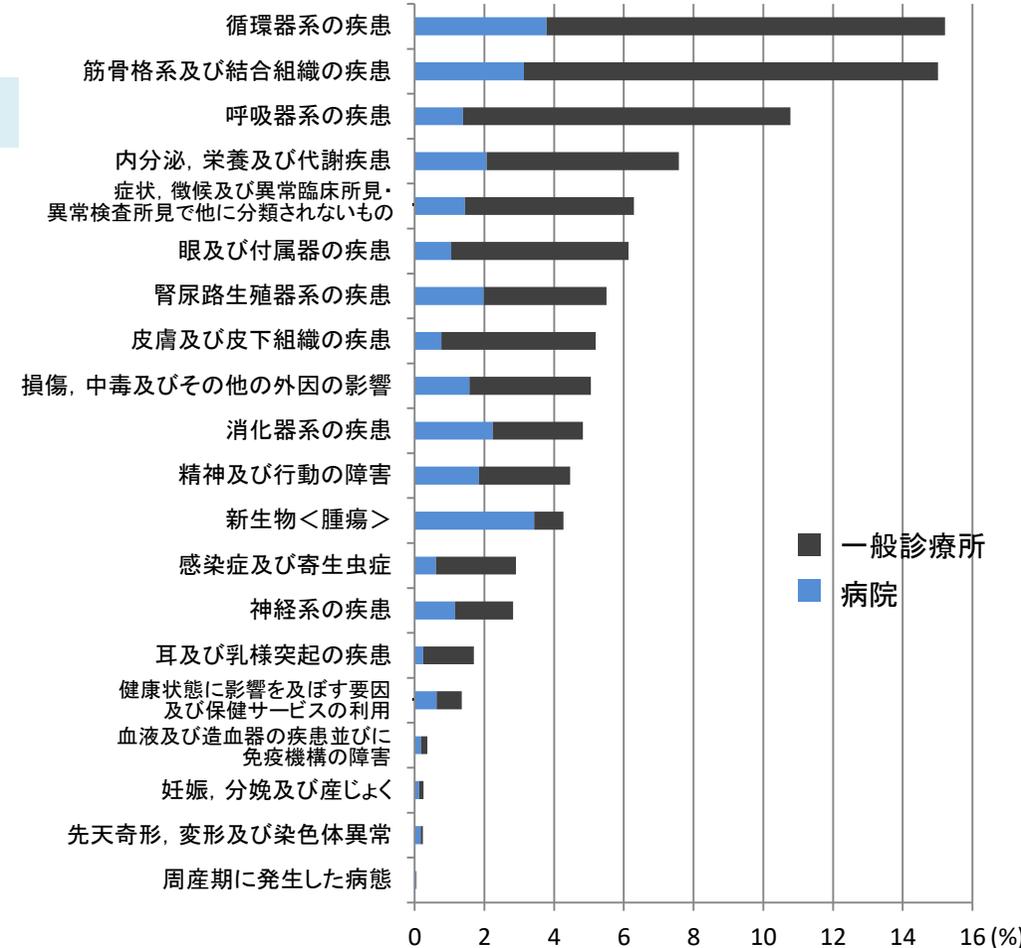
出典: 2017年 受療行動調査

○ **外来患者数**は、入院患者数と外来患者数の合計の**約8割**で、そのうち**診療所**を受診する者は**約7割**、**病院**を受診する者は**約3割**を占める。

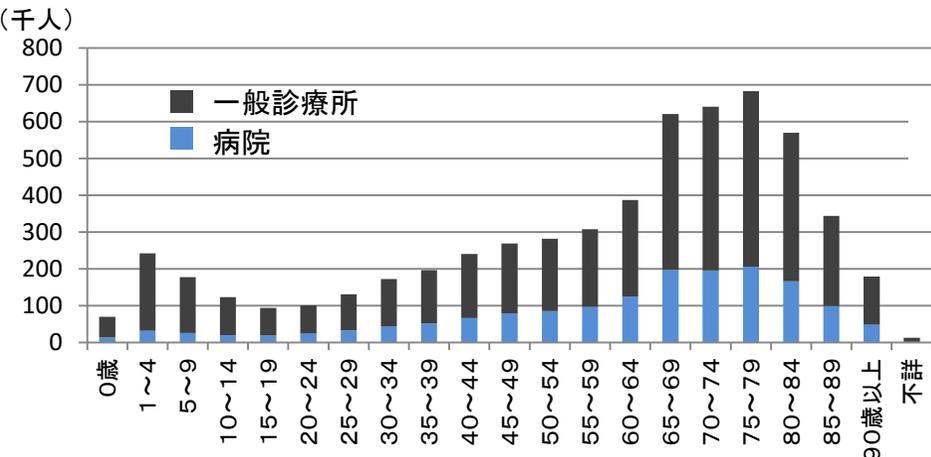
入院／外来患者の施設別割合 (歯科を除く)



外来患者の傷病別割合 (歯科を除く)



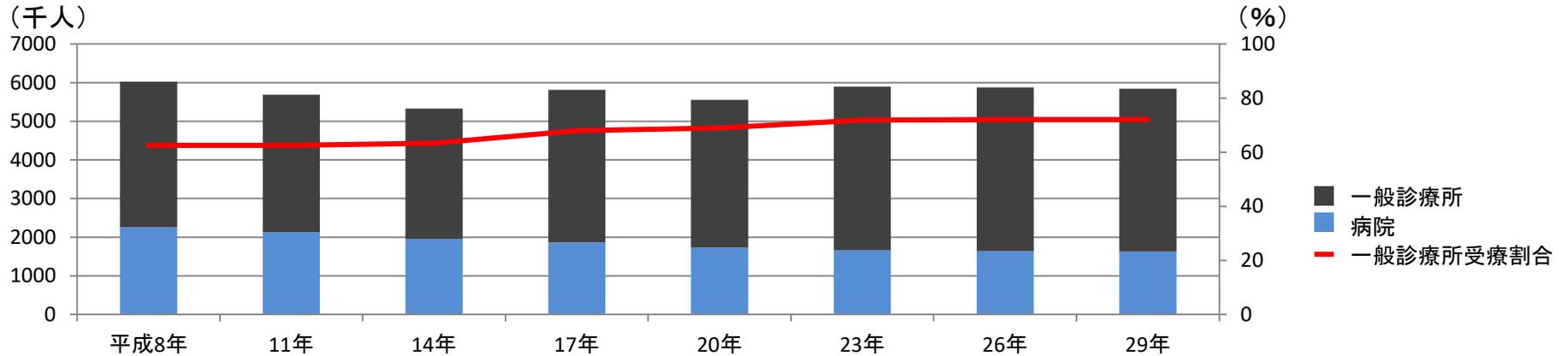
外来患者の年齢階級別分布 (歯科を除く)



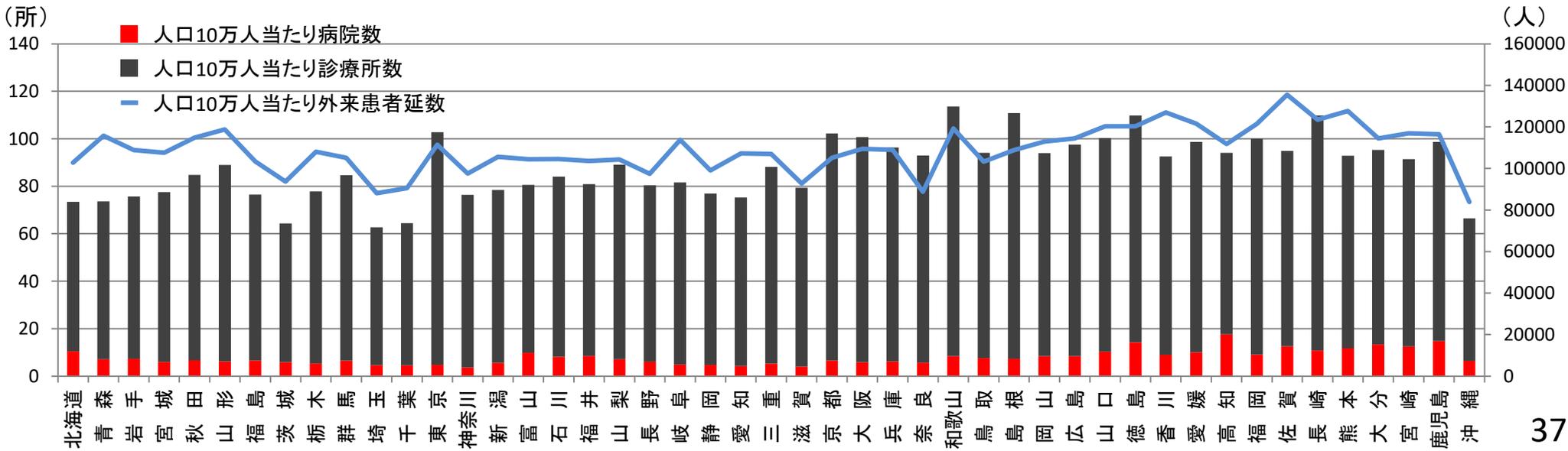
- **外来患者数**は、近年、ほぼ横ばいで推移しているが、**診療所の受療割合が増加傾向**にある。
- 都道府県別にみると、医療機関の多い都道府県で、外来患者数が多い傾向にある。

外来患者数の推移(病院・診療所別)

出典：平成29年患者調査、平成29年医療施設調査、平成29年住民基本台帳人口



都道府県別の医療機関数と外来患者数

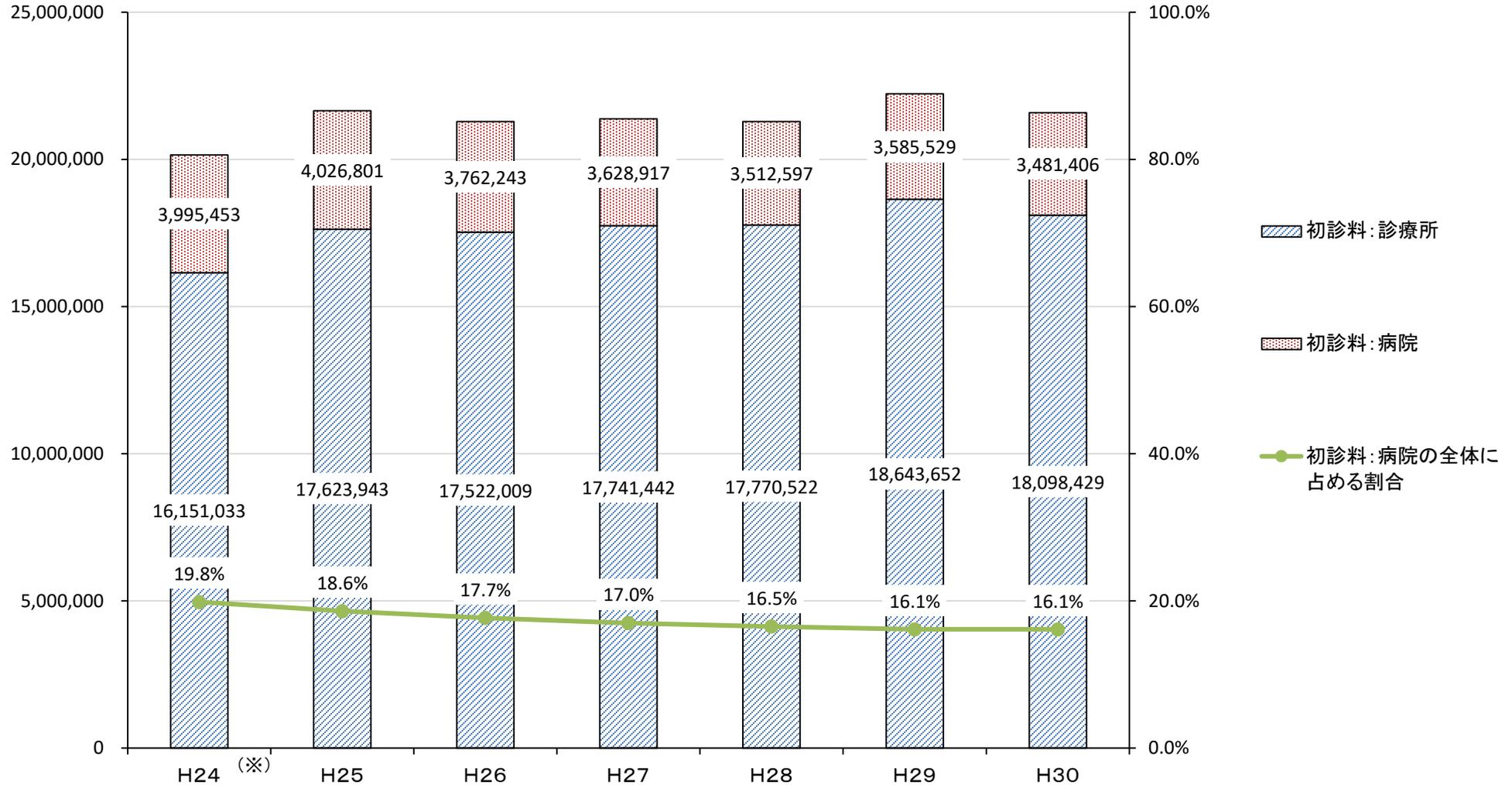


病院・診療所別の初診料の算定回数の年次推移

令和元年5月15日
中医協総会資料(改)

○ 初診料の算定回数は、診療所が病院に比べ多く、また、病院の割合は減少傾向。

(単位:回)



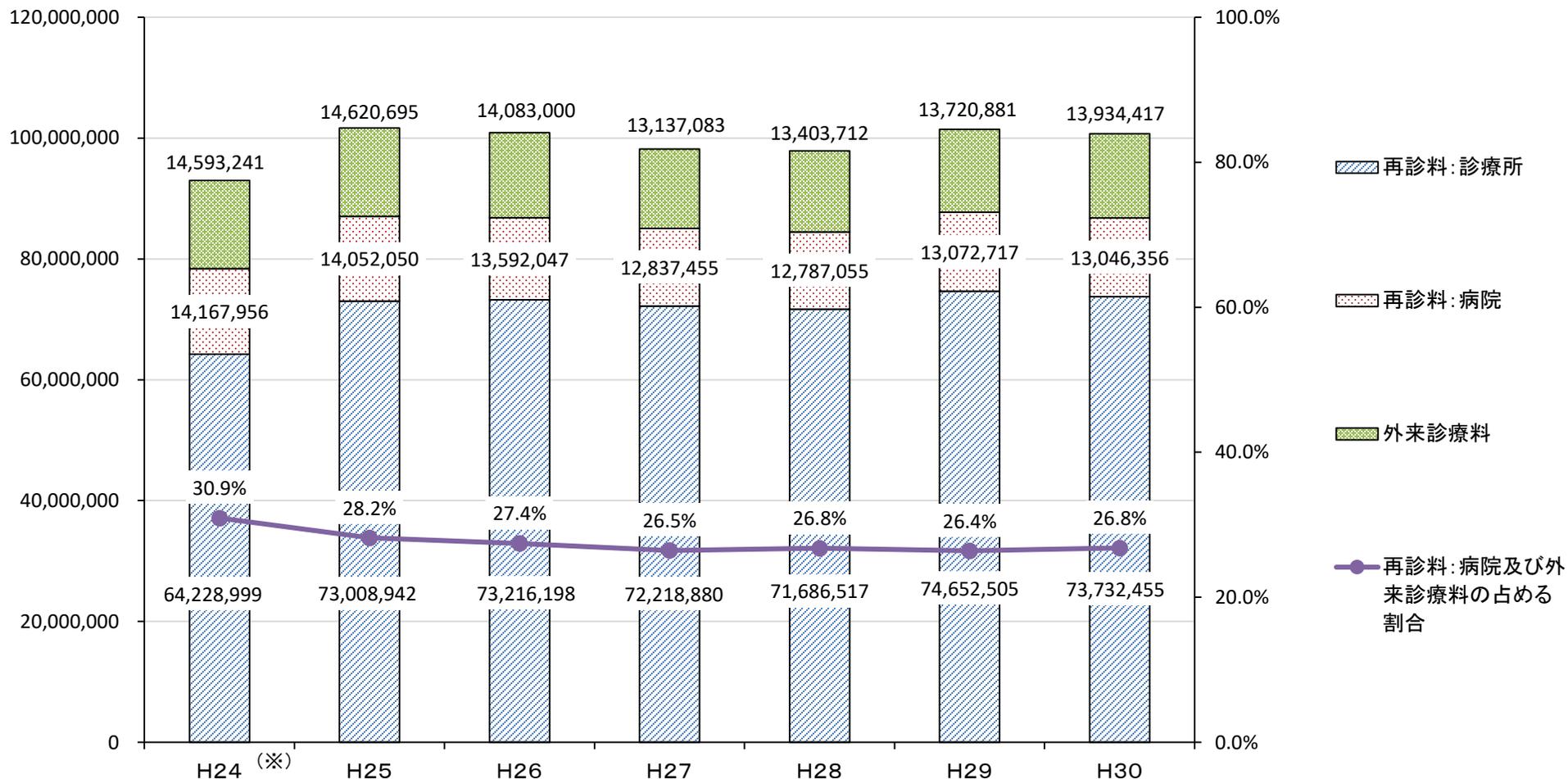
病院・診療所別の再診料・外来診療料の算定回数の年次推移

令和元年5月15日
中医協総会資料(改)

○ 病院の再診料の算定回数は減少傾向であるが、外来診療料は増加傾向にあり、全体に占める割合は近年概ね横ばい。

(単位:回)

＜病院・診療所別の再診料・外来診療料の算定回数の年次推移＞

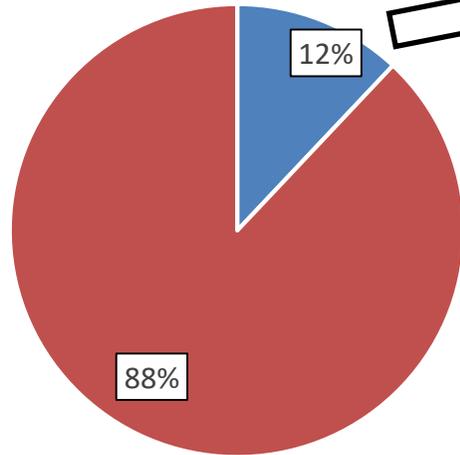


医療機関への外来受診の実態について①（外来患者数の集計）

第18回医療計画の見直しに関する検討会（令和2年2月28日）資料2より抜粋

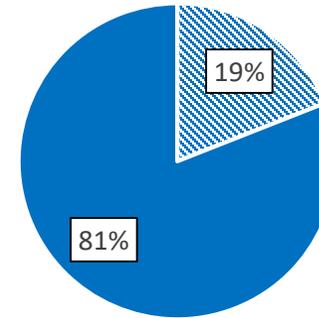
- 外来患者のうち、外来を毎月受診する患者は約1割である。
- 外来を毎月受診する患者のうち、約2割の患者は、同一の医療機関を毎月受診し、他の医療機関を受診する場合は紹介を受けている。

外来患者のうち、外来を毎月受診する患者の割合
(n=111,252,132)



■ 毎月の受診がある患者 ■ 毎月の受診がない患者

外来を毎月受診する患者のうち、同一の医療機関を毎月受診し、他の医療機関を受診する場合は紹介を受けている患者の割合 (n=13,559,529)



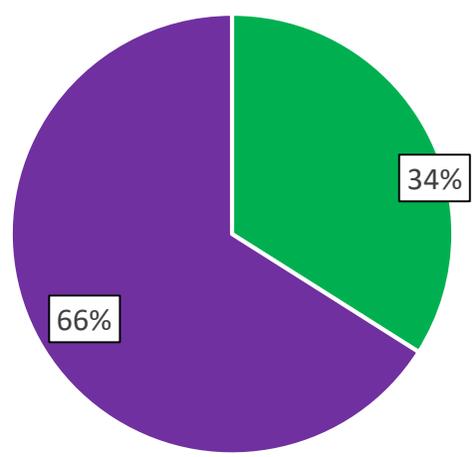
■ 同一の医療機関を毎月受診し、他の医療機関を受診する場合は紹介を受けている患者
■ それ以外

※注

- ・2017年度1年間での集計
- ・外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・毎月受診する医療機関（医療機関Aとする）が1つである患者のうち、医療機関Aにおける診療情報提供料Iの算定回数 \geq 医療機関A以外の医療機関の数以上の場合、「同一の医療機関を毎月受診し、他の医療機関を受診する場合は紹介を受けている患者」と見なして解析している。

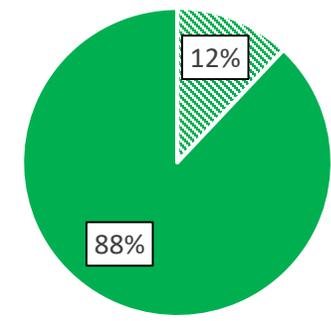
- 外来受診延日数のうち、外来を毎月受診する患者の外来受診延日数は、約3割である。
- 外来を毎月受診する患者による外来受診延日数のうち、約1割の外来受診延日数は、同一の医療機関を毎月受診し、他の医療機関を受診する場合は紹介を受けている患者による外来受診延日数である。

外来受診延日数のうち、外来を毎月受診する患者による外来受診延日数の割合 (n=1,449,969,994)



- 毎月の受診がある患者による受診
- 毎月の受診がない患者による受診

外来を毎月受診する患者による外来受診延日数のうち、同一の医療機関を毎月受診し、他の医療機関を受診する場合は紹介を受けている患者による外来受診延日数の割合 (n=490,729,933)

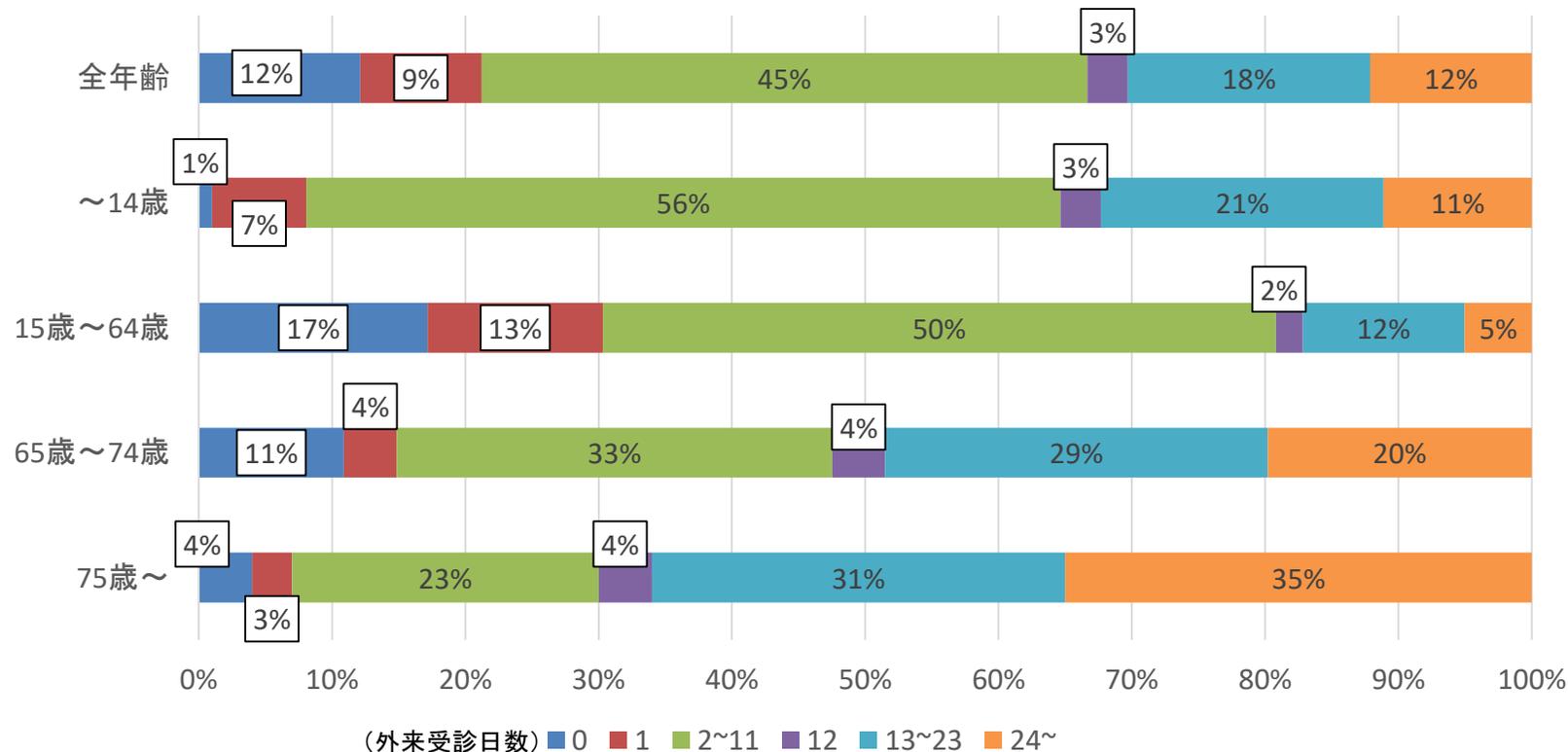


- 同一の医療機関を毎月受診し、他の医療機関を受診する場合は紹介を受けている患者による外来受診延日数
- それ以外

※注
 ・2017年度1年間での集計
 ・外来受診の中には在宅での受診を含まない。
 ・毎月受診する医療機関(医療機関Aとする)が1つである患者のうち、医療機関Aにおける診療情報提供料Iの算定回数が、医療機関A以外の医療機関の数以上の場合、「同一の医療機関を毎月受診し、他の医療機関を受診する場合は紹介を受けている患者」と見なして解析している。

- 1年度をとしてみると、外来受診が0日の者は約1割であり、国民のほとんどが外来を受診している。
- 青壮年と比べると、小児及び高齢者の外来受診日数は多くなっている。

年齢階層別の外来受診日数



※注

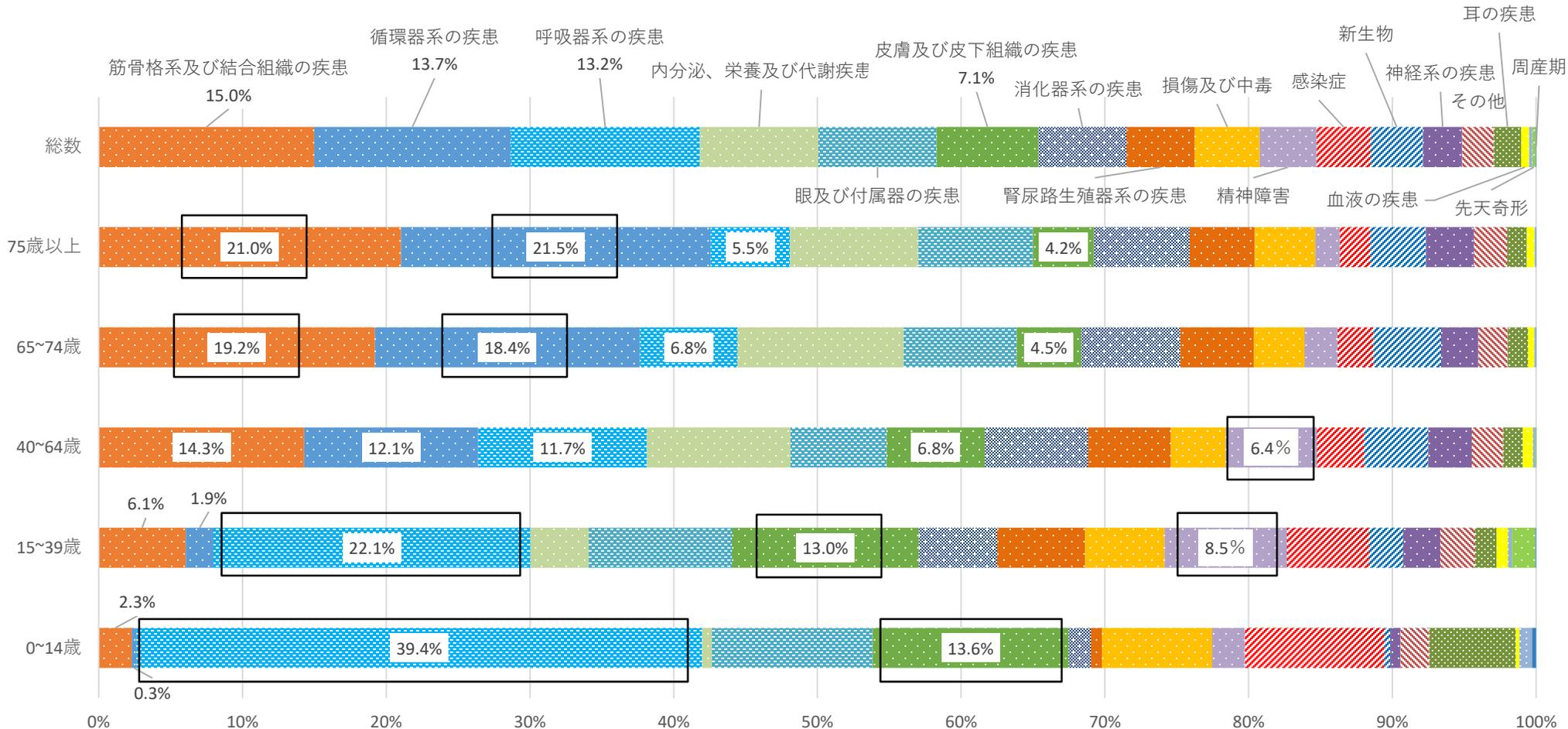
- ・外来受診日数には在宅の受診日数を含まない。
- ・外来受診日数のない患者については、全国民の数（総務省人口推計平成29年10月1日現在（確定値））からNDB上、外来受診のある者の数を引いて算出している。そのため、保険診療以外で外来受診をしている者、在宅医療のみを利用している者の数を含む。
- ・2017年度1年間での集計

初・再診料を算定した疾患分類

第18回医療計画の見直しに関する
検討会(令和2年2月28日)資料2より
抜粋

- 若年層では呼吸器や皮膚に係る疾患の割合が高く、年齢を経ると、筋骨格系や循環器に係る疾患の割合が高くなる。
- 15～64歳では、他の年齢層に比べ、精神障害の割合が高い。

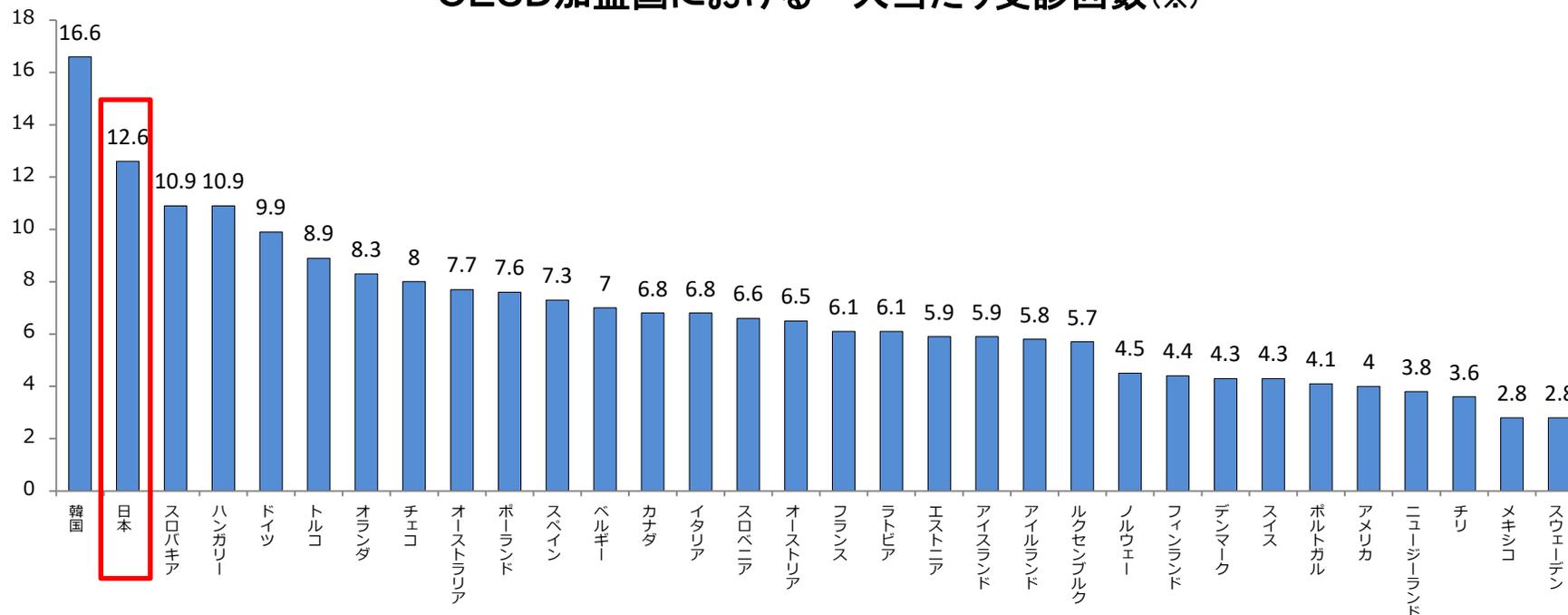
年齢階層別の初・再診料を算定した疾患分類



1人当たり受診回数の国際比較について

○ 一人当たり受診回数をOECD(経済協力開発機構)加盟国で比較すると、日本は比較的多い。

OECD加盟国における一人当たり受診回数(※)



※ OECDは「一人が一年において医師を受診/訪問する平均の回数(Average number of consultations/visits with a physician per person per year)」と定義しているが、各国の報告における定義は例えば以下のようにばらつきがある。

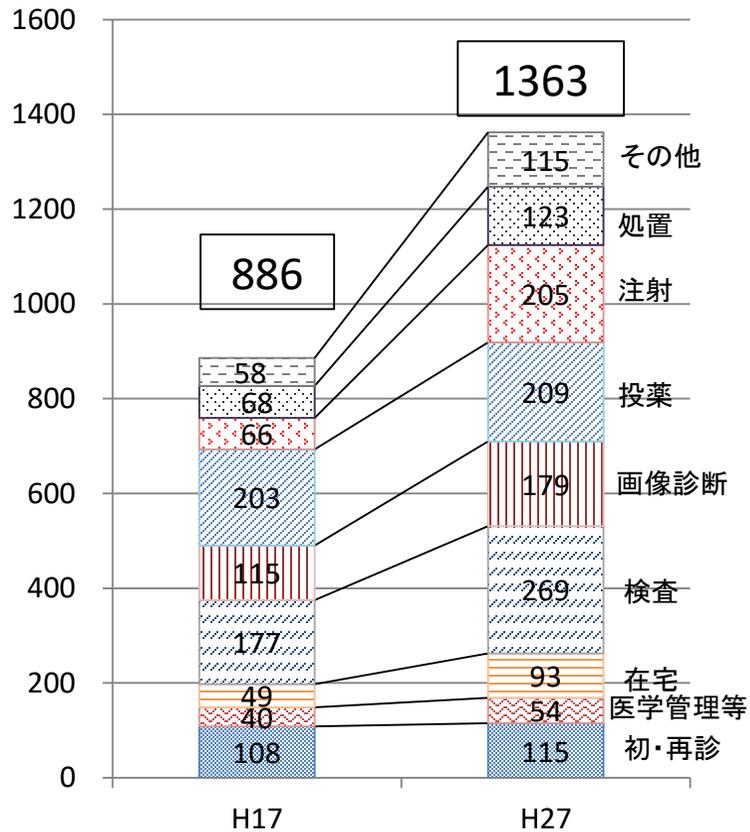
- 日本は皆保険でカバーされる受診に基づき計算。
- スウェーデンは全ての公的、民間セクターの医師への受診をカバーして計算。
- ドイツは、社会保険の支払いのルールにより、一連の治療で3ヶ月のうちに複数回の受診をした場合については、最初の1回のみをカウントしており、著しい過小評価が推定されるとされている。
- 米国は、サンプル抽出に基づく推計値。

入院外一日当たりの診療報酬点数の内訳の推移(病院)

○ 病院における入院外一日当たりの診療報酬点数の増加には、主に、検査、画像診断、注射の診療報酬が寄与している。

(点)

病院



	寄与率
初・再診	1.5%
医学管理等	2.9%
在宅医療	9.2%
検査	19.2%
画像診断	13.4%
投薬	1.3%
注射	29.1%
処置	11.5%
その他	11.9%

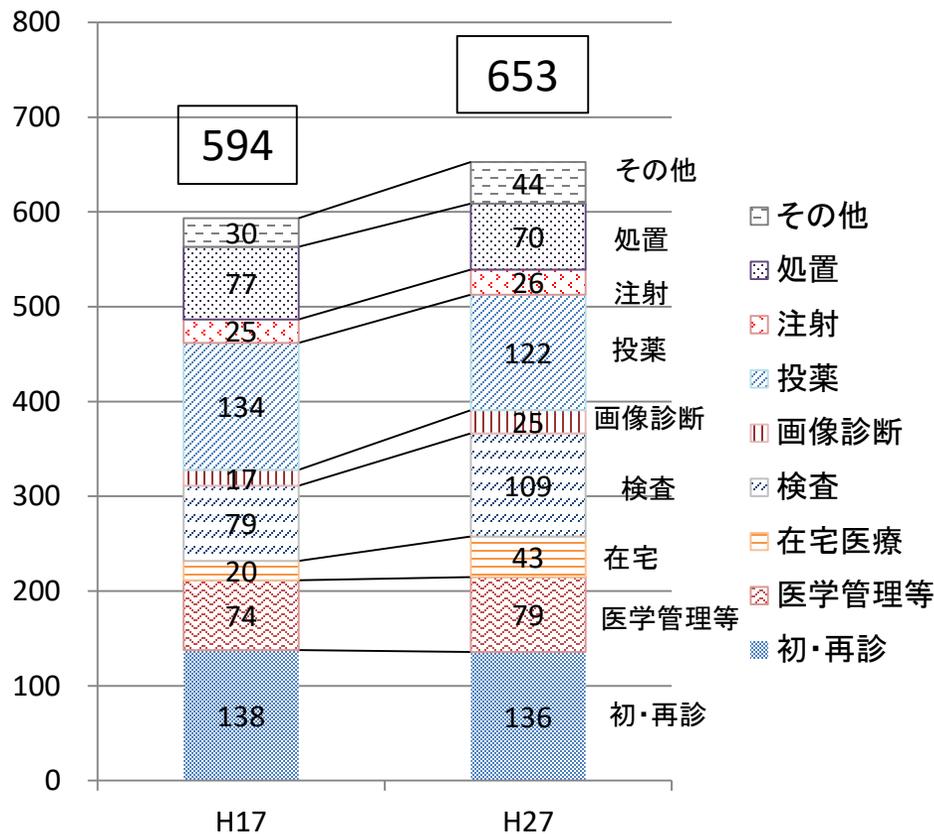
「その他」には、精神科専門療法、リハビリテーション、手術、麻酔、放射線治療、病理診断が含まれる。

入院外一日当たりの診療報酬点数の内訳の推移(診療所)

○ 診療所における入院外一日当たりの診療報酬点数の増加には、主に、在宅医療、検査の診療報酬が寄与している。

(点)

診療所

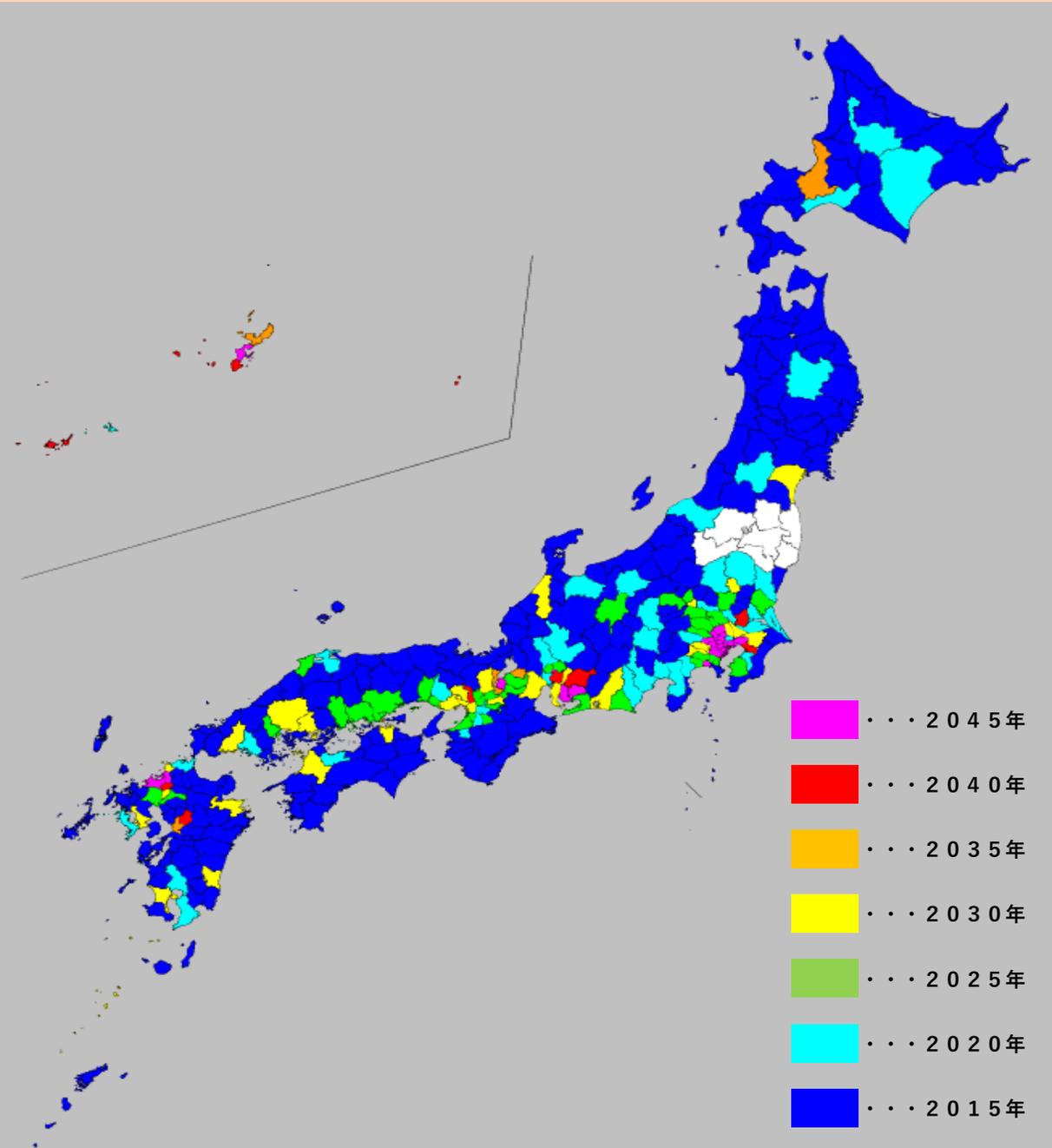


	寄与率
初・再診	-3.1%
医学管理等	8.7%
在宅医療	38.0%
検査	49.6%
画像診断	13.4%
投薬	-20.5%
注射	2.9%
処置	-11.7%
その他	22.8%

「その他」には、精神科専門療法、リハビリテーション、手術、麻酔、放射線治療、病理診断が含まれる。

二次医療圏ごとの外来患者推計のピーク

第18回医療計画の見直しに関する
検討会(令和2年2月28日)資料2より
抜粋



外来医療については、多くの地域ですでに需要のピークを迎えていると考えられる。

【出典】

- ・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）」
- ・厚生労働省「平成29年患者調査」

【データ加工】

- ・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」

※「地域別人口変化分析ツールAJAPA」による推計方法

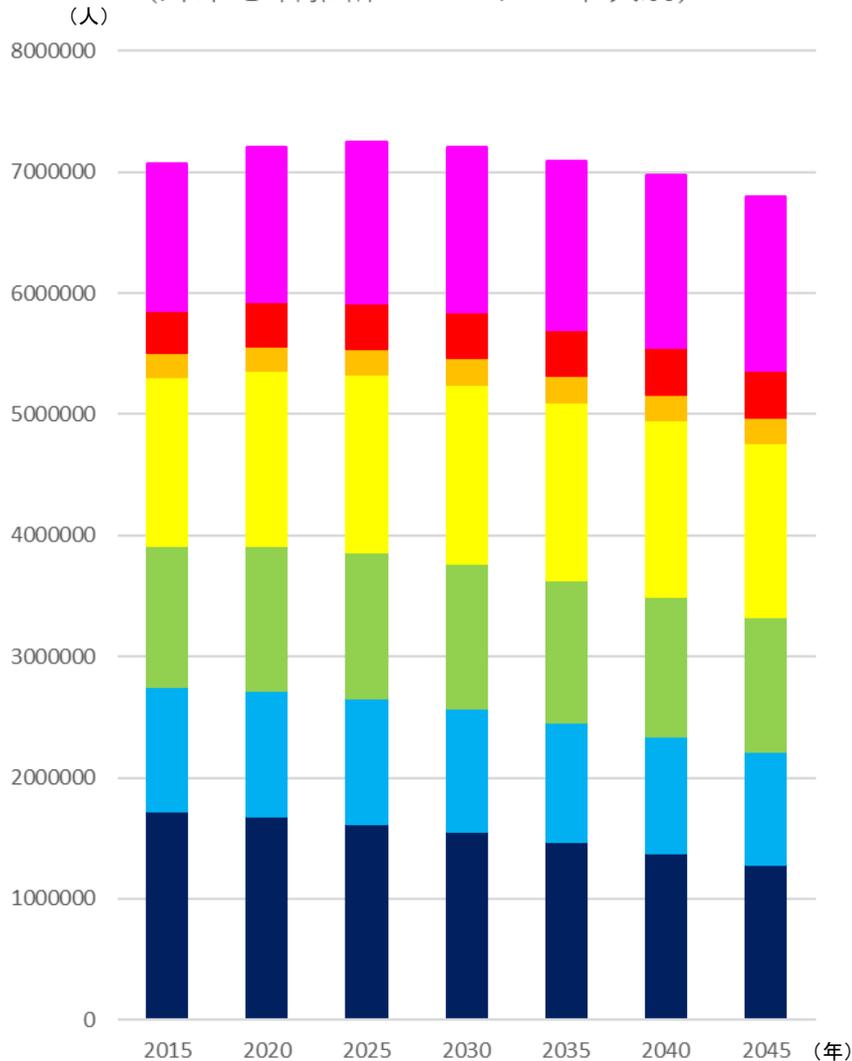
患者調査で把握できる都道府県・性・年齢階級・傷病別の受療率が将来も継続すると仮定し、将来推計人口の通り人口構造が変化した場合の患者数増減を推計している。(2010年を100としたときの患者数を示している。)

※ 福島県については、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）」において、東日本大震災の影響により市町村別の人口推移等を推計することが困難との理由からデータが掲載されていないため、着色していない。

外来患者推計のピーク（年次別の外来患者数）

二次医療圏別外来患者数

（外来患者推計のピークの年次別）



今後外来患者数のピークを迎える二次医療圏にも
一定程度患者数は存在する。

- …… 2045年に外来患者数がピークとなる二次医療圏
- …… 2040年に外来患者数がピークとなる二次医療圏
- …… 2035年に外来患者数がピークとなる二次医療圏
- …… 2030年に外来患者数がピークとなる二次医療圏
- …… 2025年に外来患者数がピークとなる二次医療圏
- …… 2020年に外来患者数がピークとなる二次医療圏
- …… 2015年に外来患者数がピークとなる二次医療圏

【出典】

- ・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）」
- ・厚生労働省「平成29年患者調査」
- 【データ加工】
- ・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」を元に医政局で作成

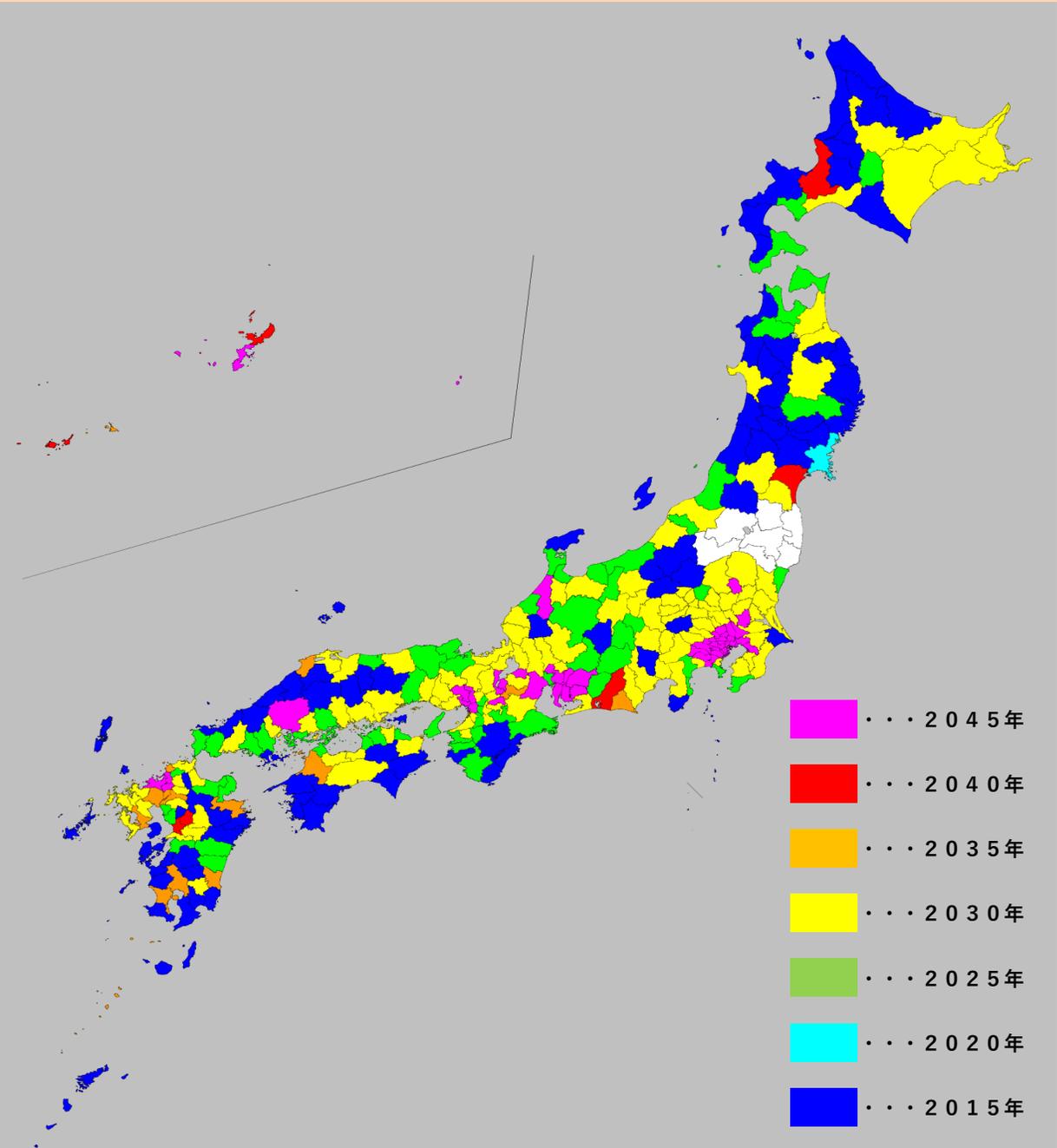
※「地域別人口変化分析ツールAJAPA」による推計方法

患者調査で把握できる都道府県・性・年齢階級・傷病別の受療率が将来も継続すると仮定し、将来推計人口の通り人口構造が変化した場合の患者数増減を推計している。

※ 福島県については、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）」において、東日本大震災の影響により市町村別の人口推移等を推計することが困難との理由からデータが掲載されていないため、グラフ上に含まれていない。

(参考) 二次医療圏ごとの入院患者推計のピーク

第18回医療計画の見直しに関する
検討会(令和2年2月28日)資料2よ
り抜粋



入院医療については、多くの
地域で今後10年の間に需要
のピークを迎えると考えられる。

【出典】

- ・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）」
- ・厚生労働省「平成29年患者調査」

【データ加工】

- ・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」

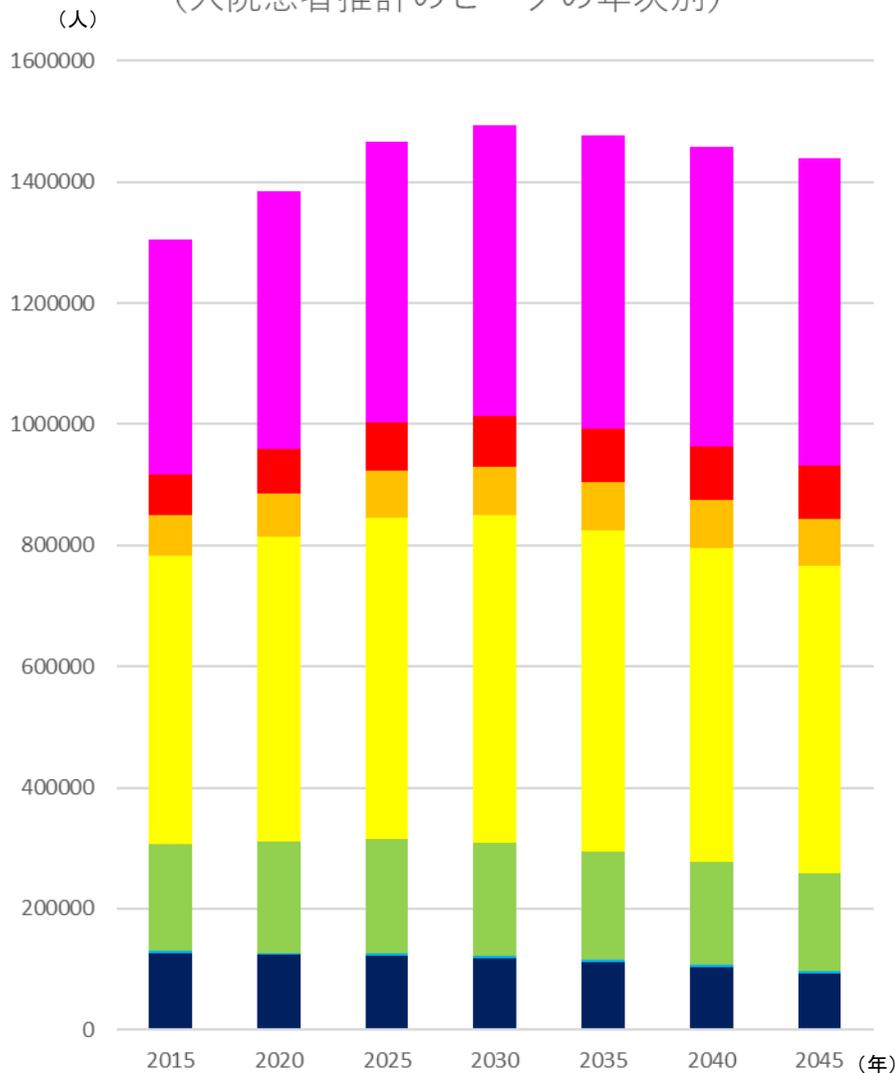
※「地域別人口変化分析ツールAJAPA」による推計方法

患者調査で把握できる都道府県・性・年齢階級・傷病別の受療率が将来も継続すると仮定し、将来推計人口の通り人口構造が変化した場合の患者数増減を推計している。(2010年を100としたときの患者数を示している。)

※ 福島県については、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）」において、東日本大震災の影響により市町村別の人口推移等を推計することが困難との理由からデータが掲載されていないため、着色していない。

(参考) 入院患者推計のピーク (年次別の入院患者数)

二次医療圏別入院患者数
(入院患者推計のピークの年次別)



- ・・・2045年に入院患者数がピークとなる二次医療圏
- ・・・2040年に入院患者数がピークとなる二次医療圏
- ・・・2035年に入院患者数がピークとなる二次医療圏
- ・・・2030年に入院患者数がピークとなる二次医療圏
- ・・・2025年に入院患者数がピークとなる二次医療圏
- ・・・2020年に入院患者数がピークとなる二次医療圏
- ・・・2015年に入院患者数がピークとなる二次医療圏

【出典】

- ・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）」
- ・厚生労働省「平成29年患者調査」

【データ加工】

- ・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」を元に医政局で作成。

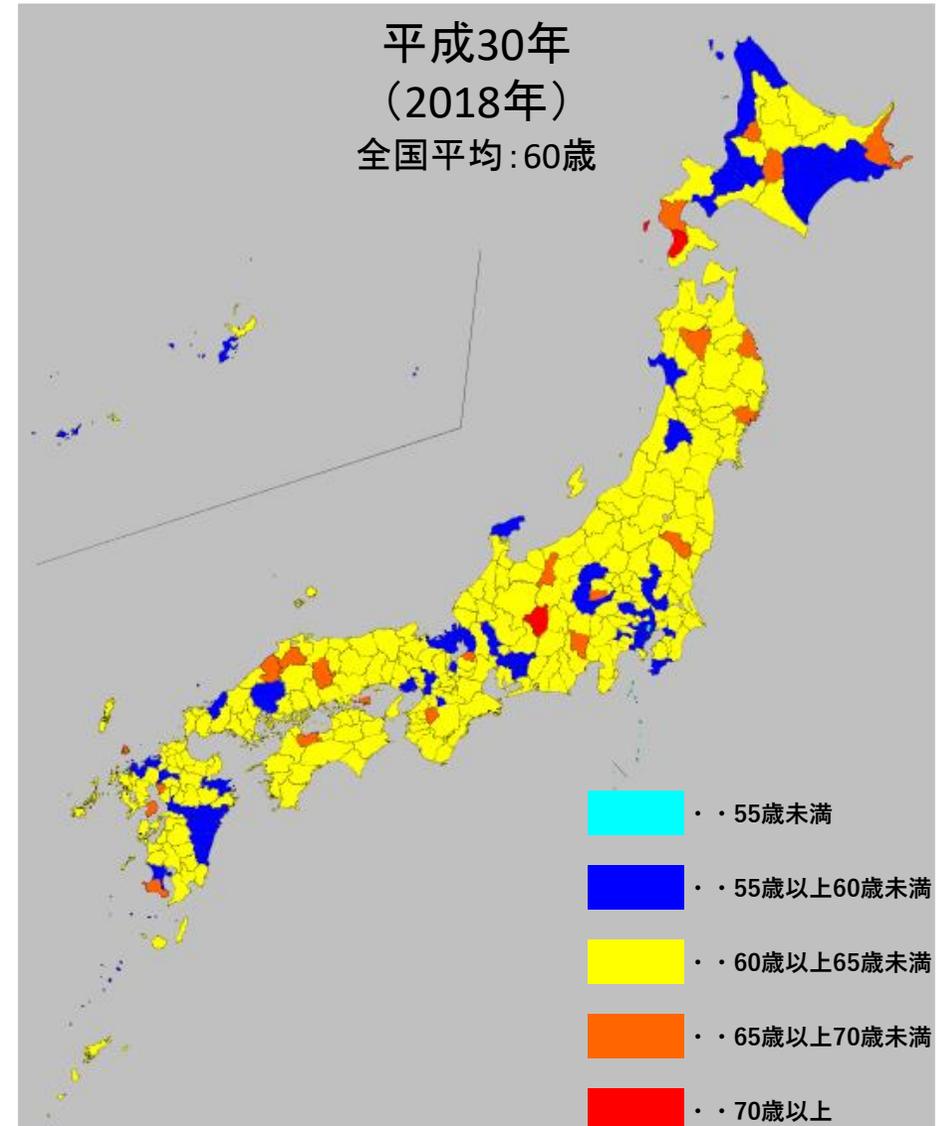
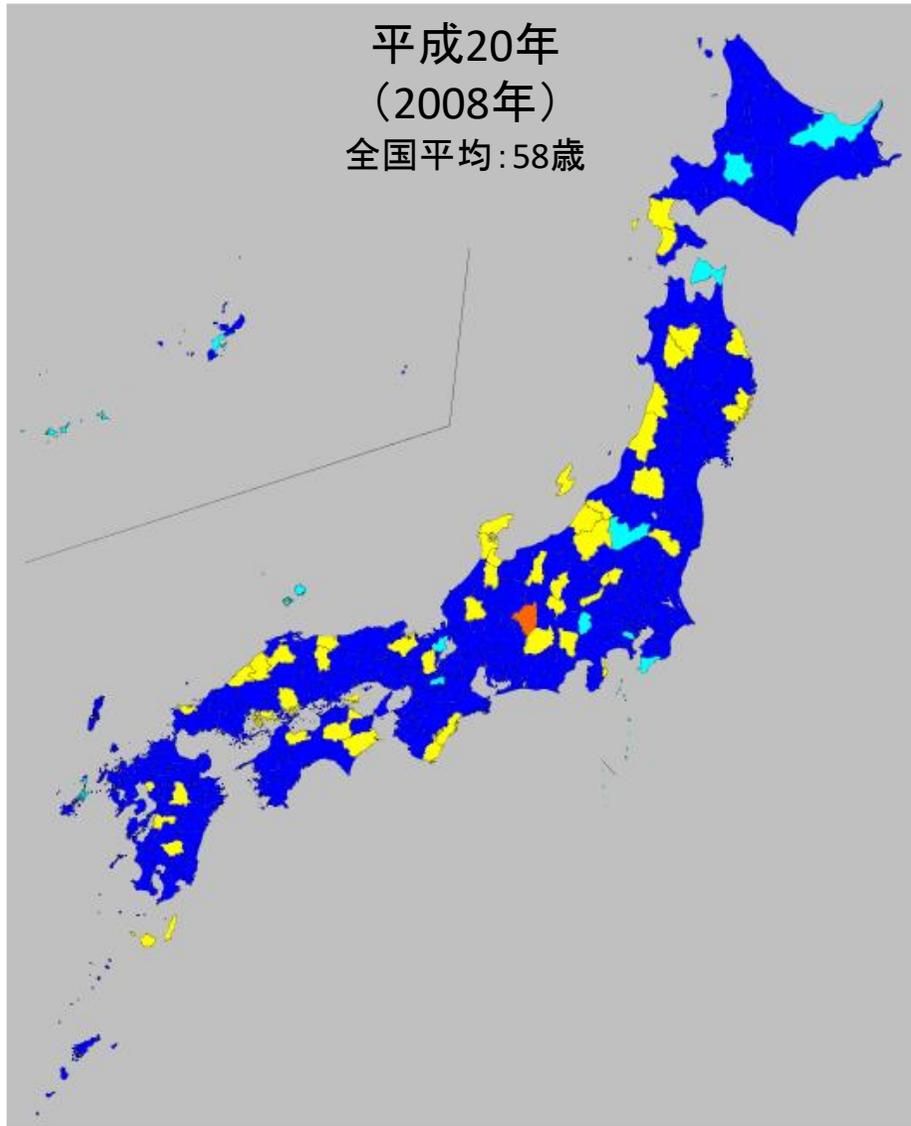
※「地域別人口変化分析ツールAJAPA」による推計方法

患者調査で把握できる都道府県・性・年齢階級・傷病別の受療率が将来も継続すると仮定し、将来推計人口の通り人口構造が変化した場合の患者数増減を推計している。

※ 福島県については、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）」において、東日本大震災の影響により市町村別の人口推移等を推計することが困難との理由からデータが掲載されていないため、グラフ上に含まれていない。

二次医療圏ごとの診療所従事医師の平均年齢

○ 多くの地域で、診療所に従事する医師の高齢化が進行している。



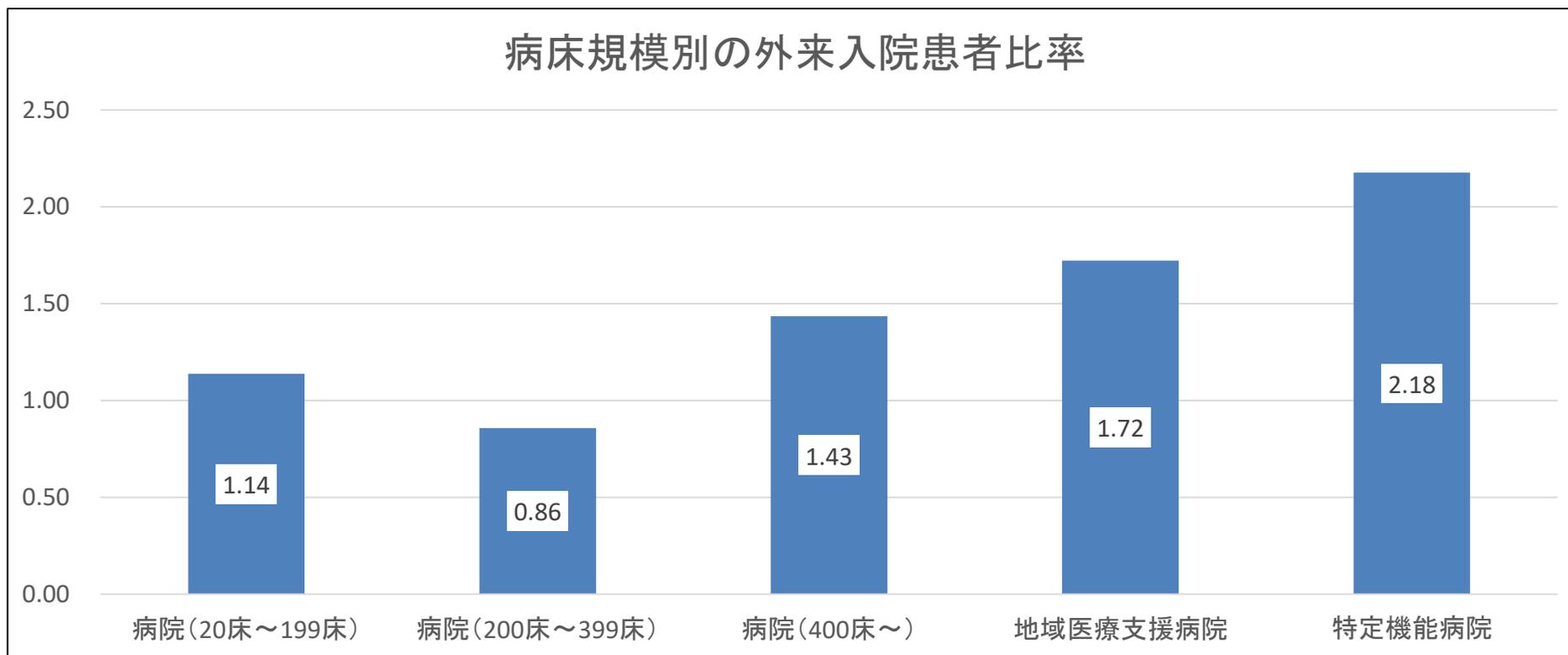
主に診療所に従事していると回答した医師（必ずしも開設者とは限らない）の年齢について、二次医療圏別に平均値をまとめたもの。

【出典】

・ 2008年 医師・歯科医師・薬剤師調査、2018年 医師・歯科医師・薬剤師統計をもとに厚生労働省医政局で作成

外来入院患者比率

○ 外来入院患者比率(いわゆる入外比率)については、病院の中では、地域医療支援病院や特定機能病院で高い傾向にある。



※ 外来入院患者比率は、一般に「外来患者数÷入院患者数」であるが、医療施設調査を用い、以下の方法で算出した。

$$\frac{\text{それぞれの病床規模における9月中の外来患者延数の合計} \div 30}{\text{それぞれの病床規模における9月30日24時現在の在院患者数の合計}}$$

※ 有床診療所について同様に計算すると、9.11となる。

(出典)2017年度医療施設調査より医政局総務課で作成

DPC/PDPSによる算定を行う病棟

DPC対象病院

一般病棟

いわゆる
「DPC算定病床」

- ・ A100 一般病棟入院基本料
- ・ A104 特定機能病院入院基本料
- ・ A105 専門病院入院基本料
- ・ A300 救命救急入院料
- ・ A301 特定集中治療室管理料
- ・ A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料
- ・ A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- ・ A301-4 小児特定集中治療室管理料
- ・ A302 新生児特定集中治療室管理料
- ・ A303 総合周産期特定集中治療室管理料
- ・ A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料
- ・ A305 一類感染症患者入院医療管理料
- ・ A307 小児入院医療管理料

以下の患者は出来高算定

- ・ 出来高算定の診断群分類に該当する患者
- ・ 特殊な病態の患者
 - －入院後24時間以内に死亡した患者
 - －生後7日以内の新生児の死亡
 - －臓器移植患者の一部
 - －評価療養/患者申出療養を受ける患者 等
- ・ 新たに保険収載された手術等を受ける患者
- ・ 診断群分類ごとに指定される高額薬剤を投与される患者

- A106 障害者施設等入院基本料
- A306 特殊疾患入院医療管理料
- A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
- A308-3 地域包括ケア病棟入院料
- A309 特殊疾患病棟入院料
- A310 緩和ケア病棟入院料 等

出来高算定

精神病棟

結核病棟

療養病棟

手術の算定方法の全体像(イメージ)

中医協・診療報酬調査専門組織・
入院医療等の調査評価分科会(令
和元年9月19日)資料より抜粋

- 外来で実施する手術の算定方法には、出来高で算定する場合と短期滞在手術等基本料1の場合がある。
- 手術の算定方法には、出来高の場合やDPC/PDPSの包括報酬の場合、検査・麻酔管理料や入院料を包括した短期滞在手術等基本料の場合がある。

手術

日帰り

1泊2日

4泊5日まで

5泊以上

1日入院(DPC)

入院(DPC)

入院(DPC)

入院(DPC)

1日入院(出来高)

入院(出来高)

入院(出来高)

入院(出来高)

短期滞在手術
等基本料1

短期滞在手術
等基本料2

入院外(出来高)

短期滞在手術等基本料3

・外来で実施(入院外+短期滞在手術等基本料1): 820,948件
(うち、短期滞在手術等基本料1: 11,335件。)

・入院(1日入院含む)で実施: 914,091件
(うち、短期滞在手術等基本料2: 79件。短期滞在手術等基本料3: 23,469件。)

短期滞在手術等基本料の概要

中医協・診療報酬調査専門組織・
入院医療等の調査評価分科会(令
和元年9月19日)資料より抜粋

短期滞在手術(日帰り手術, 1泊2日入院による手術及び4泊5日入院による手術)を行うための環境及び当該手術を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査, 画像診断等を包括的に評価

(次の要件を満たす必要あり)

- 1 手術室を使用していること
- 2 術前に十分な説明を行った上で, 短期滞在手術同意書を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること
- 3 退院翌日に患者の状態を確認する等, 十分なフォローアップを行うこと
- 4 退院後概ね3日間, 患者が1時間以内で当該医療機関に来院可能な距離にいること(短期滞在手術基本料3を除く)

	短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合: 2, 856点	短期滞在手術等基本料2 1泊2日の場合: 4, 918点 (生活療養を受ける場合: 4, 890点)	短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合
期間	日帰りの場合	1泊2日の場合	4泊5日までの場合
地方 厚生 局等 への 届出	届出が必要	届出が必要	届出は不要
算定 の取 扱	短期滞在手術等基本料1、 もしくは出来高で算定するか、 医療機関が選択できる	短期滞在手術等基本料2、 もしくは出来高で算定するか、 医療機関が選択できる ※平成30年度より、DPC対象病院は算定不可	・特別入院基本料(7対1特別入院基本料及び 10対1特別入院基本料を含む)又は小児入院 医療管理料を算定する場合を除き, 全て短期 滞在手術等基本料3を算定 ・6日目以降においても入院が必要な場合の 費用は, 出来高算定 ※平成30年度より、DPC対象病院は算定不可

短期滞在手術等基本料が算定できる手術

中医協・診療報酬調査専門組織・
入院医療等の調査評価分科会(令
和元年9月19日)資料より抜粋

短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合:2, 856点

短期滞在手術等基本料2 1泊2日の場合:4, 918点 (生活療養を受ける場合:4, 890点)

短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合

ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、短期滞在手術等基本料は算定せず、出来高で算定。

K005 皮膚, 皮下腫瘍摘出術(露出部)長径4cm以上(6歳未満に限る)
K006 3,4 皮膚, 皮下腫瘍摘出術(露出部以外)長径6cm以上12cm未満, 長径12cm以上(6歳未満に限る)
K008 1,2,3 腋臭症手術 皮弁法, 皮膚有毛部切除術, その他のもの
K068(-2) 半月板切除術(関節鏡下)
K093(-2) 手根管開放手術(関節鏡下)
K282 1 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合、縫着レンズを挿入するもの、その他のもの、眼内レンズを挿入しない場合、計画的後嚢切開を伴う場合
K474 1,2 乳腺腫瘍摘出術 長径5cm未満, 長径5cm以上
K508 気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)
K510 気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)
K653 1 内視鏡的胃, 十二指腸ポリープ・粘膜切除術 早期悪性腫瘍粘膜切除術
K721 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満
K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除術

K067(-2) 1,2,3 関節鼠摘出手術(関節鏡下) 肩, 股, 膝, 胸鎖, 肘, 手, 足, 肩鎖, 指(手, 足)
K069 半月板縫合術
K069-3 関節鏡下半月板縫合術
K074(-2) 1,2,3 靭帯断裂縫合術(関節鏡下) 十字靭帯, 膝側副靭帯, 指(手, 足)その他の靭帯
K453 顎下腺腫瘍摘出術
K454 顎下腺摘出術
K461 甲状腺部分切除術, 甲状腺腫摘出術 片葉のみの場合, 両葉の場合
K672-2 腹腔鏡下胆嚢摘出術
K718-2 1,2 腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの, 虫垂周囲膿瘍を伴うもの
K743 4,5 痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法, 硬化療法(四段階注射法によるもの)
K781 経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの, その他のもの
K823 尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの, その他のもの
K888 子宮附属器癒着剥離術(両側) 腹腔鏡によるもの

D237 3 終夜睡眠ポリグラフィー
D291-2 小児科食物アレルギー負荷検査
D413 前立腺針生検法
K093-2 関節鏡下手根管解放手術
K196-2 胸腔鏡下交感神経切除術(両側)
K282 1口 水晶体再建術(片側),(両側)
K474 1 乳腺腫瘍摘出術
K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術
K617 1,2,3 下肢静脈瘤手術 抜去切除術(23,655点), 硬化療法, 高位結紮術
K633 鼠径ヘルニア手術(3歳未満),(3歳以上6歳未満),(6歳以上15歳未満),(15歳以上)
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満),(3歳以上6歳未満),(6歳以上15歳未満),(15歳以上)
K721 1,2 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満, 長径2cm以上
K743 2 痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法(四段階注射法によるもの)
K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術
K867 子宮頸部(腔部)切除術
K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術
M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

短期滞在手術等基本料に包括されている検査等

中医協・診療報酬調査専門組織・
入院医療等の調査評価分科会(令
和元年9月19日)資料より抜粋

短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合:2, 856点

短期滞在手術等基本料2 1泊2日の場合:4, 918点 (生活療養を受ける場合:4, 890点)

短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合

- ・尿中一般物質定性半定量検査
- ・血液形態・機能検査の一部(末梢血一般検査等)
- ・出血・凝固検査の一部(出血時間等)
- ・血液化学検査の一部(総ビリルビン等)
- ・感染症免疫学的検査の一部(梅毒血清反応等)
- ・肝炎ウイルス関連検査の一部(HBs抗原等)
- ・血漿蛋白免疫学的検査の一部(C反応性蛋白等)
- ・心電図検査
- ・写真診断
- ・撮影
- ・麻酔管理料(I)
- ・麻酔管理料(II)

- ・入院基本料
- ・入院基本料等加算
(臨床研修病院入院診療加算, 地域加算, 離島加算
及びがん診療連携拠点病院加算を除く)

- ・尿中一般物質定性半定量検査
- ・血液形態・機能検査の一部(末梢血一般検査等)
- ・出血・凝固検査の一部(出血時間等)
- ・血液化学検査の一部(総ビリルビン等)
- ・感染症免疫学的検査の一部(梅毒血清反応等)
- ・肝炎ウイルス関連検査の一部(HBs抗原等)
- ・血漿蛋白免疫学的検査の一部(C反応性蛋白等)
- ・心電図検査
- ・写真診断
- ・撮影
- ・麻酔管理料(I)
- ・麻酔管理料(II)

- ・入院基本料(特別入院基本料等を除く)
- ・入院基本料等加算
(臨床研修病院入院診療加算, 地域加算, 離島加算,
医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート
体制充実加算及びデータ提出加算を除く)
- ・医学管理等(手術前医学管理料及び手術後医学
管理料に限る)
- ・検査(内視鏡検査等を除く)
- ・画像診断(画像診断管理加算1並びに2並びに動
脈造影カテーテル法を除く)
- ・投薬(除外薬剤・注射薬を除く)
- ・注射(除外薬剤・注射薬を除く)
- ・リハビリテーション(薬剤料に限る)
- ・精神科専門療法(薬剤料に限る)
- ・処置(人工腎臓を除く)
- ・病理診断(病理標本作製料に限る)
- ・手術