

外来機能報告等の施行に向けた検討について (参考資料)

1. 外来機能の明確化・連携

〔現状及び課題〕

- 中長期的に、地域の医療提供体制は人口減少や高齢化等に直面。外来医療の高度化も進展。このような地域の状況の変化に対応して、質の高い外来医療の提供体制を確保・調整していくことが課題。
- 高齢化の進展により、複数の慢性疾患を抱える高齢者が増加する中で、かかりつけ医機能を強化していくことが課題。
- 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ている状況とは言えない。患者にいわゆる大病院志向がある中で、再診患者の逆紹介が十分に進んでいないこと等により一定の医療機関の外来患者が多くなり、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題。
- 外来機能の明確化・連携は、これまで医療関係者の自主的な取組が進められてきたものの、地域によっては取組が進んでいないところもあり、これをさらに進めていくことが重要。

〔具体的方策・取組〕

(1) 全体の枠組み

- 紹介患者を基本とする外来として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目して、地域における外来機能の明確化・連携を図るとともに、かかりつけ医機能の強化を議論することは、外来医療全体の在り方の議論のために必要な第一歩。
- 各医療機関から都道府県に「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能を報告し、その報告を踏まえ、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。
- 患者の分かりやすさや地域の協議を進めやすくする観点から、「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を明確化。地域の患者の流れがより円滑になり、病院の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に資すると期待。

(2) 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に次の機能が考えられるが、具体的な内容は、今後さらに検討。(※)
 - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - 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）
- ※ (2)～(4)において、「今後さらに検討」とした事項は、地域医療の担い手も参画するとともに、患者の立場も考慮した専門的な検討の場において検討。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)の呼称は、患者の立場からみた呼称として、紹介状の必要な外来や紹介を基本とする外来などの意見。今般の趣旨を適切に表すことに留意しつつ、国民の理解が得られるよう、国民の分かりやすさの観点から、今後さらに検討。

(3) 外来機能報告（仮称）

- 病床機能報告を参考に、各医療機関から都道府県に、外来機能のうち、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能の報告（外来機能報告（仮称））を行う。
- 外来機能報告（仮称）を行う医療機関は、まずは、併せて報告する病床機能報告と同様、一般病床又は療養病床を有する医療機関を基本とし、無床診療所については、任意で外来機能報告（仮称）を行うことができる。
- 外来機能報告（仮称）の具体的な報告事項は、今後さらに検討。

(4) 地域における協議の仕組み

- 都道府県の外来医療計画において、外来機能の明確化・連携を位置付ける。外来機能報告（仮称）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。
- 「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を明確化する仕組みを設け、その方法として、外来機能報告（仮称）の中で報告する。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、広告可能とする。
- 「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の報告に当たっては、(2)①～③の割合等の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、地域の実情を踏まえることができる仕組みとする。
- 「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の呼称や、国の示す基準は、今後さらに検討。
- 診療科ごとの外来医療の分析、紹介・逆紹介の状況の分析等は、今後さらに検討。再診患者の逆紹介が適切に進むように配慮。

2. かかりつけ医機能の強化、外来医療における多職種の役割、外来医療のかかり方に関する国民の理解の促進**(1) かかりつけ医機能の強化**

- かかりつけ医機能について、日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月）、地域の実践事例等を踏まえ、予防や生活全般の視点、介護や地域との連携、休日・夜間の連携を含め、地域における役割の整理が求められている。かかりつけ医機能を発揮している事例等を調査・研究し、かかりつけ医機能に係る好事例の横展開を図る。
- 医療関係団体による研修等の内容や研修等を受けた医師の実践事例等を国民に周知し、かかりつけ医機能に係る国民の理解を深める。
- 医療機能情報提供制度について統一的で分かりやすい検索システムを検討するとともに、医療機能情報提供制度を周知。

(2) 外来医療における多職種の役割

- 外来医療において、多職種が連携して、それぞれの専門性を発揮しており、チームとしての役割・連携を推進。

(3) 外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進

- 上手な外来医療のかかり方のポイント、かかりつけ医をもつことのメリット等を整理し、関係機関・団体が周知・啓発に活用できるツールを作成するとともに、展開方法を共有。国においても、医療関係団体等の協力の下、国民・患者に対して積極的に周知・啓発。

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の概要

令和3年6月3日医療部会資料

令和3年6月18日医療計画検討会資料

改正の趣旨

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観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

<Ⅰ. 医師の働き方改革>

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講じる。

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等

<Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用>

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し（医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日／②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

<Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保>

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け（医療法）【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）【公布日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3. 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

<Ⅳ. その他> 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

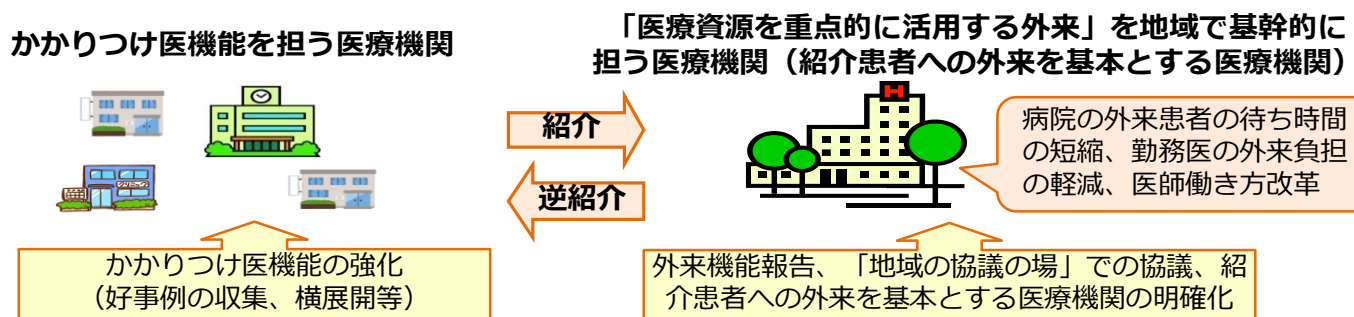
1. 外来医療の課題

- 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（案）

- 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）

主な改正内容に関する施行スケジュール

令和3年6月3日医療部会資料（一部修正）

令和3年6月18日医療計画検討会資料

公布

施行

	施行日	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度
主な改正内容								
長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等	R6. 4. 1に向け段階的に施行		労働時間短縮計画の案の作成	医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価	審査組織によるC-2水準の個別審査	都道府県による特例水準対象医療機関の指定	労働時間短縮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 定期的な労働時間短縮計画の見直し、評価受審	
医療関係職種の業務範囲の見直し	R3. 10. 1施行	タスクシフト／シェアの推進						
医師養成課程等の見直し ※歯科は医科のそれぞれ1年後に施行	R5. 4. 1施行 ※受験資格の見直しはR7. 4. 1施行	共用試験の内容等の検討		医師法に基づく共用試験の実施 (合格者は臨床実習において医業を実施)		医師国家試験の受験資格において共用試験合格を要件化		
新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け	R6. 4. 1施行	基本方針等の改正 ※新興感染症等対応を含む5疾病6事業・在宅医療等について検討		第8次医療計画策定作業		第8次医療計画(上半期)		第8次医療計画(下半期)
地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援	公布日施行	※登録免許税の優遇措置は令和4年度まで 支援の実施						
外来医療の機能の明確化・連携	R4. 4. 1施行	施行に向けた検討	外来機能報告等の実施（施行状況等を踏まえ、改善検討）		外来医療計画見直しの検討	8次医療計画(外来医療計画を含む)に基づく外来機能の明確化・連携の推進		
持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長	公布日施行	制度の運用、令和5年10月以降の制度の検討						

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。

第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

※具体的には以下について検討する

- ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
- ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
- ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討

※医師確保計画及び外来医療計画については、現在「医師需給分科会」で議論。
次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。

【新興感染症等】

感染症対策（予防計画）に関する検討の場 等

【5疾病】

各疾病に関する検討の場 等

連携

報告

地域医療構想及び 医師確保計画に 関するWG

- 以下に関する詳細な検討
 - ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
 - ・地域医療構想ガイドライン
 - ・医師確保計画ガイドライン 等

外来機能報告等に 関するWG

- 以下に関する詳細な検討
 - ・医療資源を重点的に活用する外来
 - ・外来機能報告
 - ・地域における協議の場
 - ・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

在宅医療及び 医療・介護連携に 関するWG

- 以下に関する詳細な検討
 - ・在宅医療の推進
 - ・医療・介護連携の推進 等

救急・災害医療 提供体制等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
 - ・第8次医療計画の策定に向けた救急医療提供体制の在り方
 - ・第8次医療計画の策定に向けた災害医療提供体制の在り方 等

* へき地医療、周産期医療、小児医療については、第7次医療計画の策定に向けた検討時と同様、それぞれ、以下の場で専門的な検討を行った上で、「第8次医療計画等に関する検討会」に報告し、協議を進める予定。

- ・へき地医療
厚生労働科学研究の研究班
- ・周産期医療、小児医療
有識者の意見交換

第8次医療計画に向けた取組（全体イメージ）【案】

令和3年6月18日医療計画検討会資料

国

都道府県

		医療計画	新興感染症	地域医療構想	医師確保計画	外来医療計画
R3 [2021]	4～6月	医療部会（6/3）				外来機能報告等に関するWG開催
	7～9月	第8次医療計画等に関する検討会 開催				↓
	10～12月	地域医療構想及び医師確保計画に関するWG開催				
	1～3月	<ul style="list-style-type: none"> 総論（医療圏、基準病床数等） 各論（5疾病、6事業、在宅等） について各検討会等での議論の報告	感染症対策に関する検討の場と連携しつつ議論	地域医療構想の推進	ガイドライン改正に向けた検討	外来機能報告等に関する取りまとめ ↓ ガイドライン改正に向けた検討
R4 [2022]	4～6月	↓	↓	↓	↓	↓
	7～9月					
	10～12月	報告書取りまとめ （基本方針改正、医療計画作成指針等の改正等）			報告書取りまとめ （ガイドライン改正等）	報告書取りまとめ （ガイドライン改正等）
	1～3月	基本方針改正（告示） 医療計画作成指針等の改正（通知）			ガイドライン改正（通知）	ガイドライン改正（通知）
R5[2023]	第8次医療計画策定			次期医師確保計画策定	次期外来医療計画策定	
R6[2024]	第8次医療計画開始			次期医師確保計画開始	次期外来医療計画開始	
R7[2025]						

医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

- 6年間（現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。中間年で必要な見直しを実施。）

記載事項(主なもの)

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

335医療圏 (令和2年4月現在)

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

三次医療圏

52医療圏 (令和2年4月現在)

※都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量、在宅医療等の医療需要を推計。

○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。

5事業(*)…5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

(*)令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加し、6事業。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

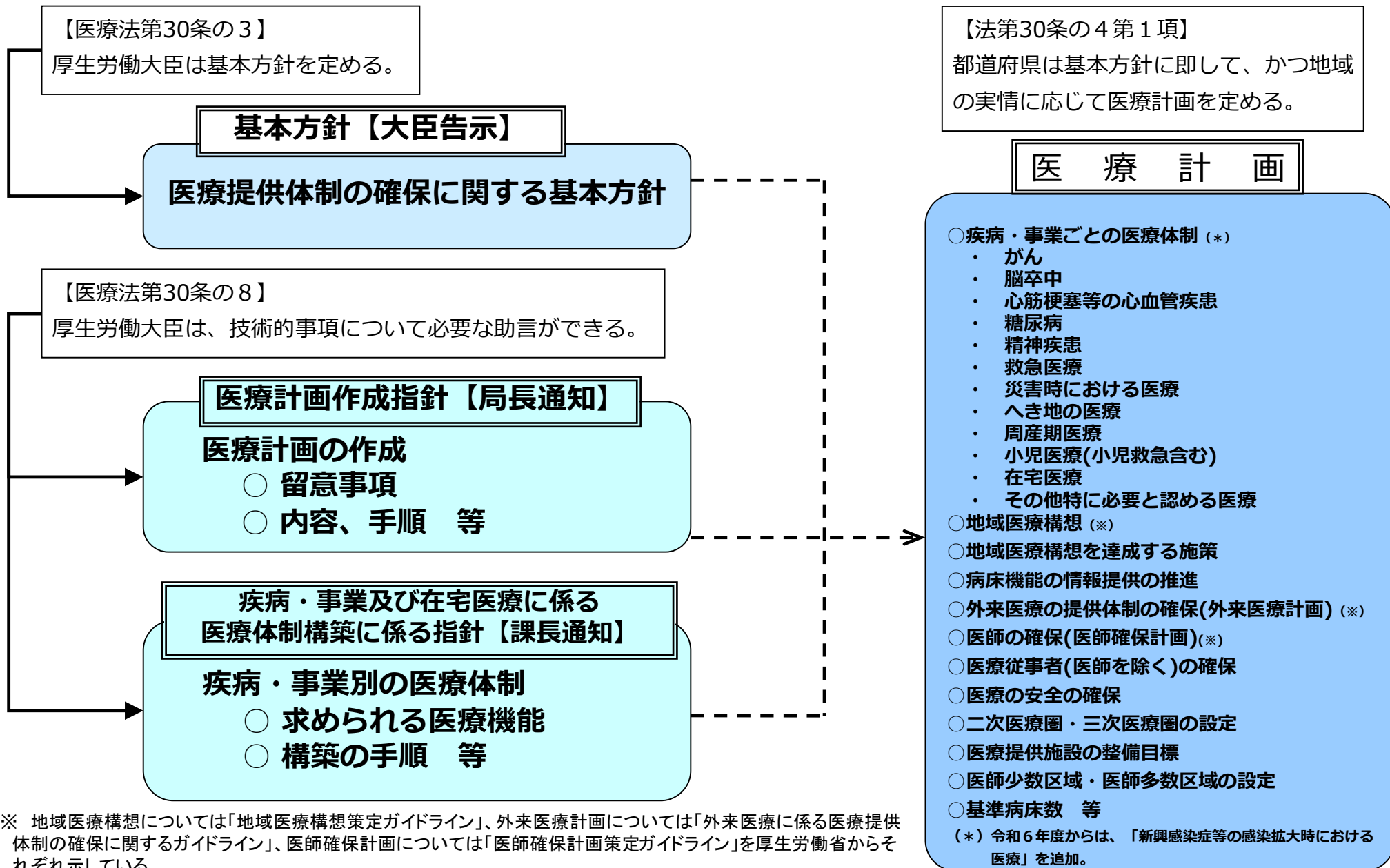
○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し)
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

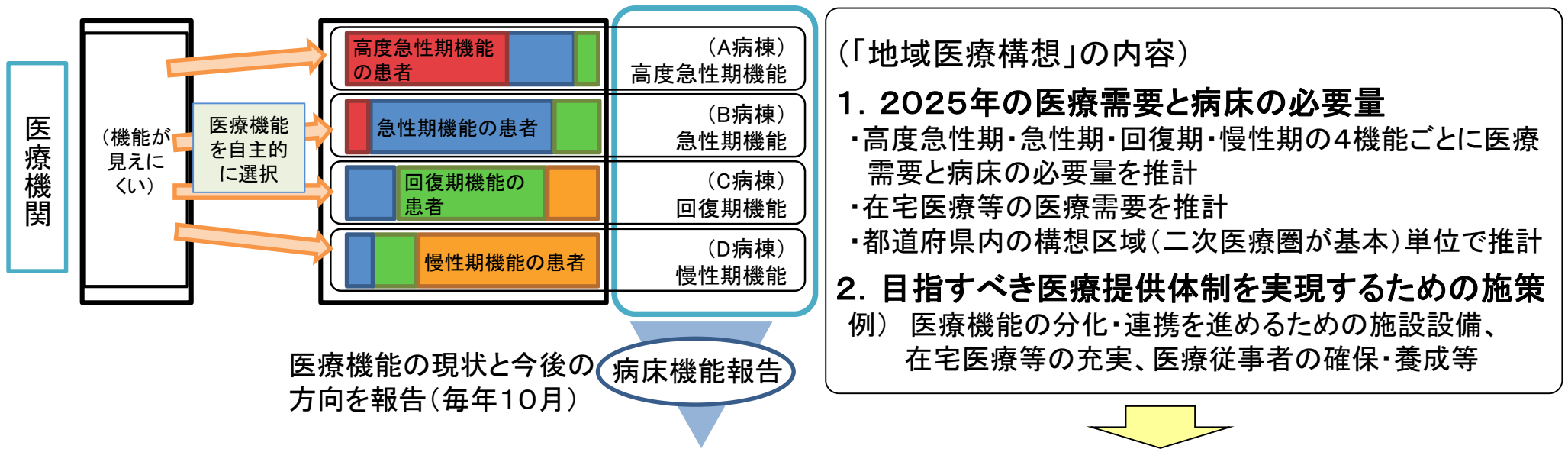
医療計画の策定に係る指針等の全体像



※ 地域医療構想については「地域医療構想策定ガイドライン」、外来医療計画については「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」、医師確保計画については「医師確保計画策定ガイドライン」を厚生労働省からそれぞれ示している。

地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
 その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



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

○ 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。

- 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/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	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、体制強化加算、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	入退院支援加算、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、入院時支援加算	
	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		介護支援等連携指導料、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、薬剤投与用カテーテル交換法	
	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、組織プラスミノゲン活性化因子投与、経皮的冠動脈形成術	早期離床・リハビリテーション加算、休日リハビリテーション提供体制加算			
分娩件数	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			
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	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			
ハイリスク分娩管理加算、ハイリスク妊産婦共同管理料	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			
重症患者への対応	救急搬送診療料、観血的肺動脈圧測定	長期療養患者・重度の障害者等の受入	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、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、大動脈バルーンパンピング法、経皮的心肺補助法、補助人工心臓・植込型補助人工心臓		療養病棟入院基本料、褥瘡対策加算	
	頭蓋内圧持続測定、人工心肺		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	多様な機能	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		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		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	
	救命のための気管内挿管		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、周術期等口腔機能管理料
	体表面ベージング法/食道ベージング法			
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)				
救急車の受入件数				

病床機能報告の年間スケジュールについて

第19回医療計画の見直しに関する
検討会(令和2年3月13日)資料1

【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

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こと、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、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こと、等の状況にある。
- それを踏まえ、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめ」において、**外来医療機能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**等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、医療計画において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**」）が追加されることとなった。

外来医療計画の全体像

外来医療機能に関する情報の可視化

- 地域ごとの外来医療機能の偏在・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。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left[\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比} \right] \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

※ 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・流出、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**。

※ 都道府県のホームページに掲載するほか、様々な機会を捉えて周知する等、新規開業希望者等が容易に情報にアクセスできる工夫が必要。また、適宜更新を行う等、質の担保を行う必要もある。

※ 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

今後の検討課題

- 外来医療機能の偏在の可視化等による新規開業者の行動変容への影響について、検証を行っていく。
- 十分な効果が得られない場合には、無床診療所の開設に対する新たな制度上の仕組みについて、法制的・施策的な課題を整理しつつ、検討が必要。

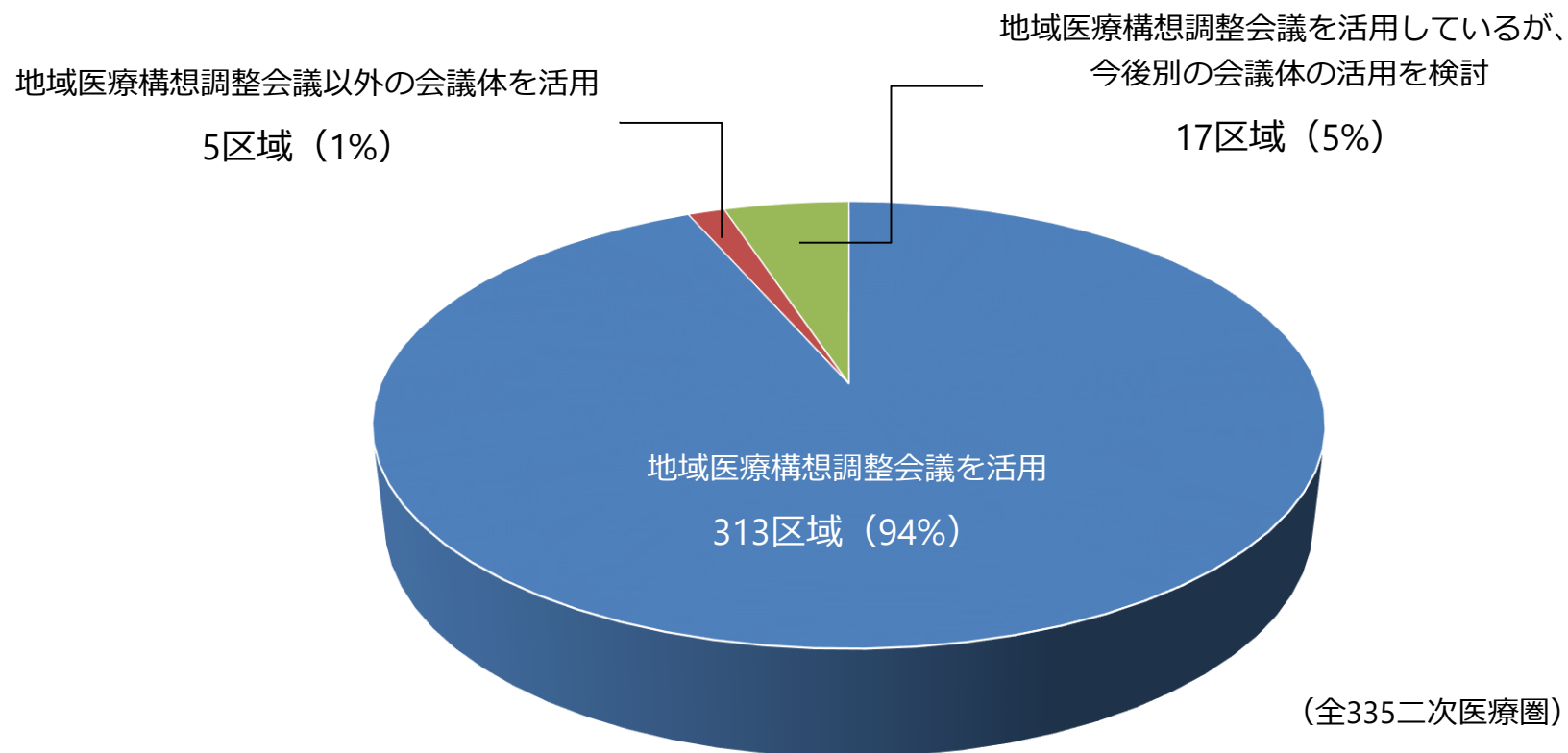
地域の協議の場及び地域医療構想調整会議の参加者

外来医療計画ガイドラインにおける地域の協議の場の参加者	地域医療構想策定ガイドラインにおける地域医療構想調整会議の参加者
<p>(外来医師多数区域における新規開業者の届出の際に求める事項など、外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等を協議)</p>	<p>(地域医療構想の達成を推進するために必要な事項を協議)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・郡市区医師会等の地域における学識経験者や、病院・診療所の管理者、医療保険者、市区町村等の幅広いものとするのが望ましい ・議事等に応じて、参加を求める関係者(病院・診療所の管理者、地域における主な疾病等に関する学識経験者を含む)を柔軟に選定 ・特定の外来医療機能に関する議題を継続的に協議する場合等については、協議の場の下にワーキング・チームや専門部会等を設置し、当該議題の関係者との間でより具体的な協議を進めていく方法も考えられる ・この場合、特定の議題に応じた関係者の参加を求めることとなるが、参加を求める関係者は、代表性を考慮した病院・診療所の管理者等の医療関係者、郡市区医師会等の地域における学識経験者、市区町村等に加え、例えば、医療を受ける立場の参加が求められる場合には住民を加えるなど、柔軟に選定することが望ましい 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村など幅広いものとするのが望ましい ・議事等に応じて、参加を求める関係者(代表性を考慮した病院・診療所、地域における主な疾病等の特定の診療科等に関する学識経験者等を含む)を柔軟に選定 ・開設・増床等の許可申請の内容や過剰な病床機能への転換に関する協議等の個別具体的な議論が行われる場合には、その当事者及び利害関係者等に限って参加することが適当 ・特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合には、地域医療構想調整会議の下に専門部会等を設置し、当該議題の関係者との間でより具体的な協議を進めていく方法も考えられる ・この場合、特定の議題に応じた関係者の参加を求めることとなるが、参加を求める関係者は、代表性を考慮した病院・診療所、地域における主な疾病等の診療科等に関する学識経験者、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、市町村等に加え、例えば、医療を受ける立場からの参加が求められる場合には住民を加えるなど、柔軟に選定することが望ましい
<ul style="list-style-type: none"> ・新規開業者の届出様式には、地域で不足する外来医療機能を担うことに合意する旨の記載欄を設け、協議の場において合意の状況を確認 ・合意がない場合等の新規開業者が地域で不足する外来医療機能を担うことを拒否する場合等には、臨時に協議の場を開催し出席要請を行うこととする。臨時の協議の場において、協議の場の主な構成員と出席要請を受けた当該新規開業者等の間で協議を行い、その協議結果を公表することとする。ただし、協議の簡素化のため、協議の形態については適宜持ち回り開催とし、新規開業者からは合意事項に合意をしない理由等の文書の提出を求める等の柔軟な対応を可能とする。 	

外来医療計画に係る協議の場の設置状況

- 外来医療計画に係る協議の場は多くの二次医療圏で地域医療構想調整会議を活用している

外来医療計画を含む外来機能に係る協議の場の設置状況（2021年7月時点）



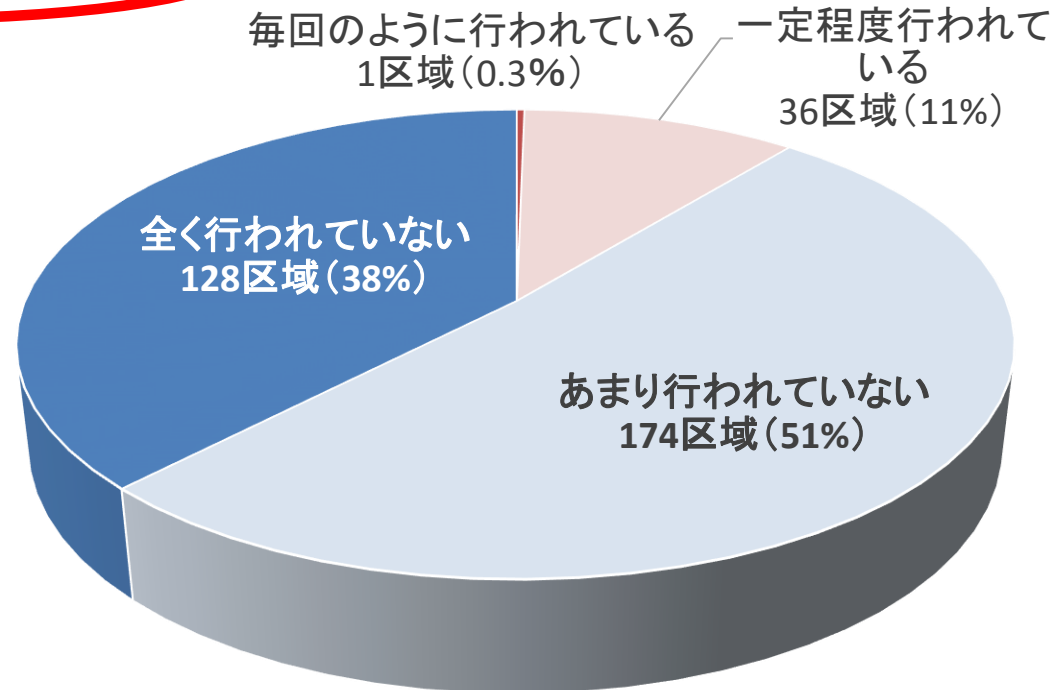
地域医療構想調整会議における外来機能を含めた議論の実施状況

医療計画の見直し等に関する
検討会資料(令和2年10月30日)

○ 地域医療構想調整会議における外来機能を含めた議論について、「全く行われていない」または「あまり行われていない」とする構想区域が全体の約89%。

地域医療構想調整会議における外来機能を含めた議論※の実施状況(2020年3月時点)

※外来医療計画の策定等に関する議論は含まない



「一定程度行われている」は、以下のようなケース。

- ・ 調整会議で、毎回ではないが、頻繁に外来の議論があるような場合
- ・ 調整会議で議論する回数は限られているが、外来の議論も含めた深掘りした議論がなされるような場合

「あまり行われていない」は、以下のようなケース。

- ・ 何度も調整会議を行う中の数回で、多少外来の議論があったような場合
- ・ 調整会議でよく意見はあるが、深まらない議論であったり、単独の方の単発の意見であったりするような場合

出典：医政局地域医療計画課調べ

かかりつけ医の定義と機能(日本医師会・四病院団体協議会)

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

出典:「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言(平成25年8月8日)

かかりつけ医機能の強化・活用にかかる調査・普及事業

令和3年度予算：45,614千円(0千円)

現状・課題

- かかりつけ医機能については、日本医師会、四病院団体協議会合同提言(平成25年8月)において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する、日常行う診療の他に、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等に参加するとともに、保健・介護・福祉関係者との連携を行う、在宅医療を推進する、などが示されている。
- 医療関係団体を中心に、かかりつけ医機能強化のための研修や育成プログラム等の取組が行われている。
- 複数の慢性疾患を有する高齢者が増加する中、地域におけるかかりつけ医機能について、質・量の向上に取り組むことが必要となっている。
- また、新型コロナウイルス感染症は、高齢者・基礎疾患を有する者で重症化するリスクが高いと報告されており、生活習慣病等の患者に対して継続的・総合的に質の高い医療を提供するかかりつけ医機能の重要性は高い。

事業内容

かかりつけ医機能の強化・活用に向けた取組を推進する仕組みの構築

● かかりつけ医機能の強化・活用に関する好事例の収集

- (例)
- ・医療関係団体等によるかかりつけ医機能強化のための取組、かかりつけ医機能に関する好事例等に係る情報収集
 - ・かかりつけ医機能に関連する政策、エビデンスの収集
 - ・新型コロナウイルス感染症にかかりつけ医機能を有効活用した事例に係る情報収集

● かかりつけ医機能の強化・活用に係る取組の横展開

- (例)
- ・好事例同士の交流や、好事例の横展開を実施

● 専門家による評価、今後に向けた提言

- (例)
- ・収集した情報を専門家が評価、効果検証
 - ・好事例・取組を抽出し、今後の政策に向けて提言



期待される効果

- かかりつけ医機能の強化・活用に向けた取組が具体化・推進される。
- 複数の慢性疾患を有する高齢者が増加する中、生活全般や予防の視点も含めて継続的・総合的な診療が行われるなど、かかりつけ医機能の質・量の向上が図られる。
- 生活習慣病等に対して継続的・総合的に質の高い医療が提供されることで、結果的に新型コロナウイルス感染症による影響が抑えられる。

全国の病院等を検索できる医療情報サイトの構築

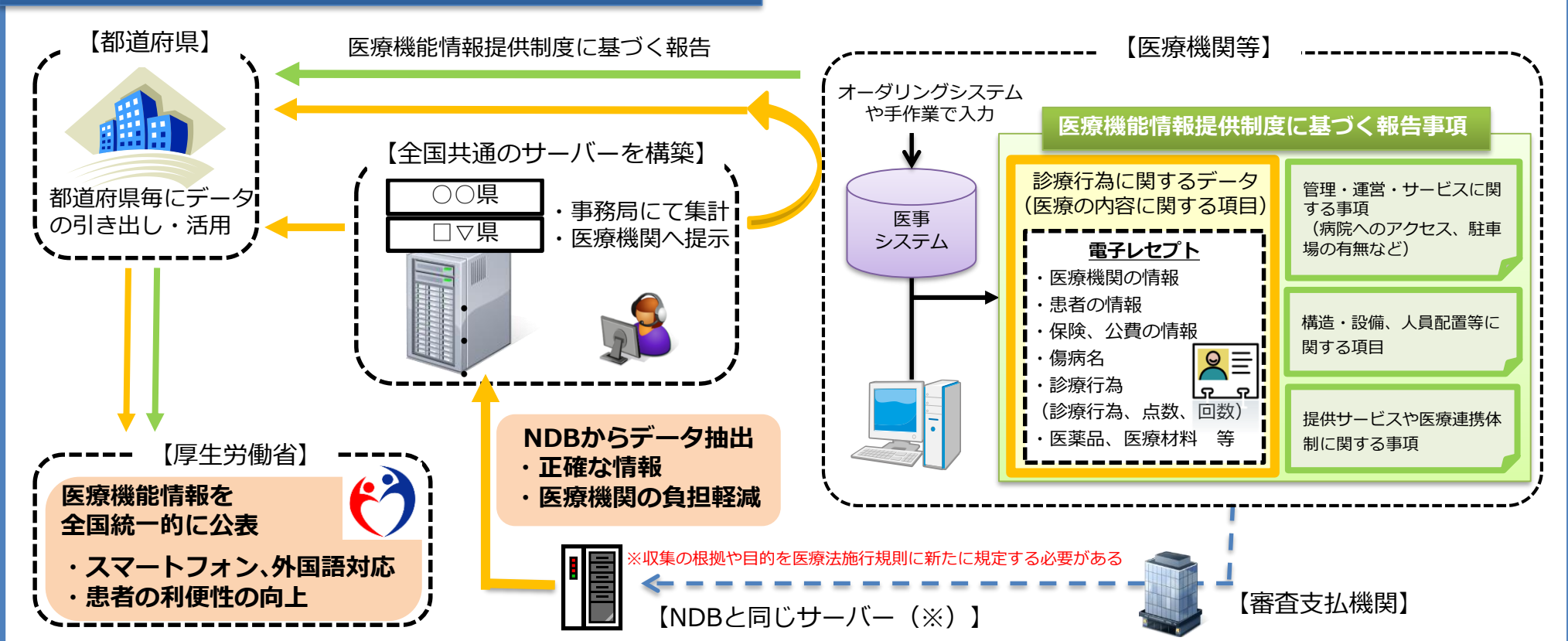
現状の課題

- 医療機能情報提供制度は、都道府県ごとに閲覧システムを公開
 - ・ スマートフォンや外国語対応等を含め、公表方法に差がある。
 - ・ 県境の患者は複数の都道府県の検索サイトの閲覧が必要。
- 規制改革実施計画で、医療機関の負担軽減が求められている。
- 都道府県毎に運用状況が異なるため、公表されている情報の粒度や内容の正確性に差があるとの懸念もある。

対応案

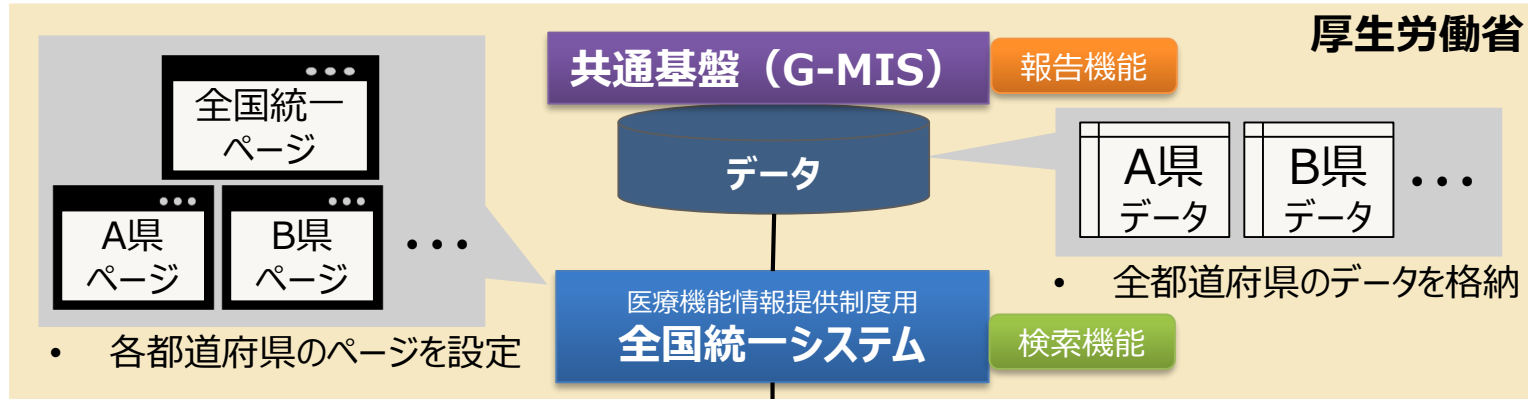
- 厚生労働省が管理する全国統一的な検索サイトを構築し、利便性を向上。
- レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）からデータを抽出し、医療機関が利用できる仕組みを付加することで、医療機関からの報告に係る負担軽減につなげるとともに、正確性を担保する。

医療機能情報提供制度の新しい業務フローイメージ



構築する全国統一システムのイメージ

- 全国統一システムでは、原則全ての都道府県の現行システム及びそのデータを集約する。
 - 報告に係る機能を「共通基盤 (G-MIS)」が、住民・患者等に公開する機能 (検索性Webサイト)を「全国統一システム」がそれぞれ担う。
 - G-MISを活用した報告により、病院等の報告負担軽減が期待される。
- 都道府県庁及び保健所、病院等は、全国統一システムを利用して公表・公表に係る業務を実施。

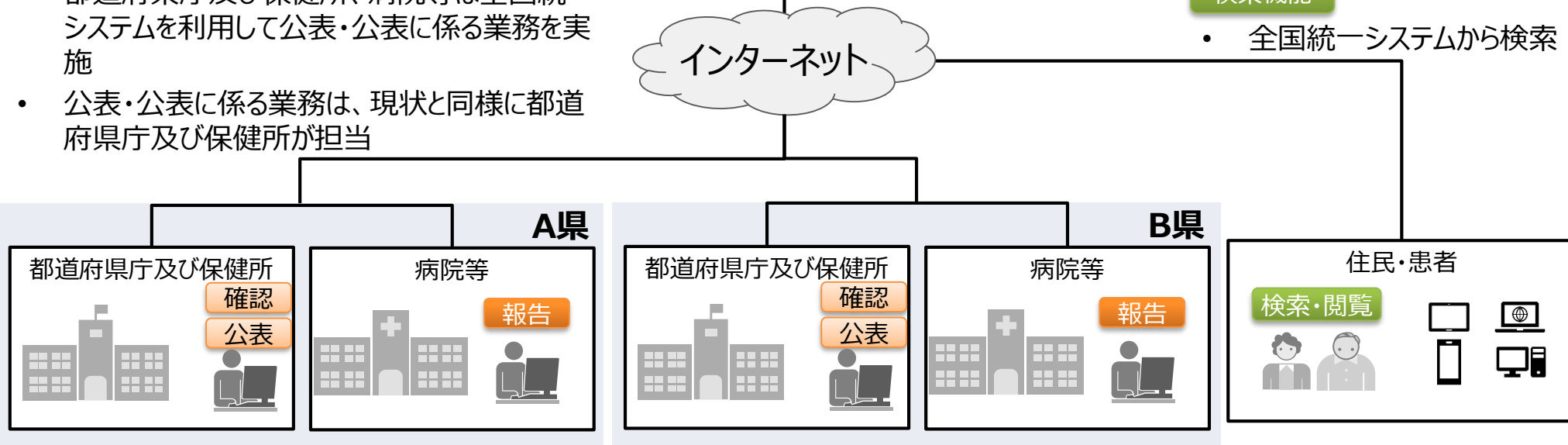


報告機能

- 都道府県庁及び保健所、病院等は全国統一システムを利用して公表・公表に係る業務を実施
- 公表・公表に係る業務は、現状と同様に都道府県庁及び保健所が担当

検索機能

- 全国統一システムから検索



受診の必要性や医療機関の選択等を適切に理解して医療にかかることができれば、患者・国民にとって、必要なときに適切な医療機関にかかることができ、また、医療提供者側の過度な負担が軽減されることで、医療の質・安全確保につながるという観点から、かかりつけ医を持つこと等に関して、周知・広報活動を実施。

- 気軽に相談できるかかりつけ医をもちましょう
- 夜間や休日診療は重篤な急患のためにあります
- 時間外の急病は ☎ #7119
- 時間外の子どもの症状は ☎ #8000まで
- 平日の日中、お困りのことは、利用されている医療機関の「相談窓口」まで

「上手な医療のかかり方」プロジェクト
みんなの医療をまもるために、お願いがあります。

気軽に相談できるかかりつけ医をもちましょう

夜間や休日診療は重篤な急患のためにあります ☎ #7119

時間外の急病は ☎ #7119

時間外の子どもの症状は ☎ #8000まで

平日の日中、お困りのことは、利用されている病院の「相談窓口」まで

かかり方、変えよう!

休日・夜間の子どもの症状はまず ☎ #8000

今すぐ救急車を呼ぶか、今すぐ病院に行った方が良いか、迷ったときは ☎ #7119

#7119は以下の地域で利用できます。1宮城県、2岩手県、3秋田県、4山形県、5福島県、6茨城県、7栃木県、8群馬県、9千葉県、10東京都、11埼玉県、12東京都、13神奈川県、14新潟県、15富山県、16石川県、17福井県、18山梨県、19長野県、20静岡県、21愛知県、22岐阜県、23静岡県、24愛知県、25滋賀県、26京都府、27大阪府、28兵庫県、29奈良県、30和歌山県、31徳島県、32香川県、33愛媛県、34高知県、35福岡県、36佐賀県、37熊本県、38大分県、39鹿児島県、40沖縄県(2019年12月現在)

【令和元年度の取組】

1. 上手な医療のかかり方普及月間（11月）の実施
2. 上手な医療のかかり方アワードの創設
3. 国民全体に医療のかかり方の重要性に気づいてもらうための普及啓発（CM等各種広告、著名人活用等）
4. 信頼できる医療情報サイトの構築
5. #8000・#7119の周知
6. 小中学生を対象とした医療のかかり方改善の必要性と好事例の普及啓発
7. 民間企業における普及啓発



【令和2年度の取組】

新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えを踏まえ、医療機関での感染防止の取組を周知、必要な受診や健診・予防接種を呼びかけるメッセージを発信

1. 上手な医療のかかり方普及月間（11月）の実施
 - ・テレビCM、WEB広告、交通広告による普及啓発
 - ・オンライン特別対談イベントの開催（新しい生活様式に即した「上手な医療のかかり方」について）
2. 第2回上手な医療のかかり方アワード開催（10/1～募集開始、翌年3月に表彰式開催予定）

① 病床機能報告の数値をもとに、市内の病院の病床機能について、住民向けのシンポジウムで紹介

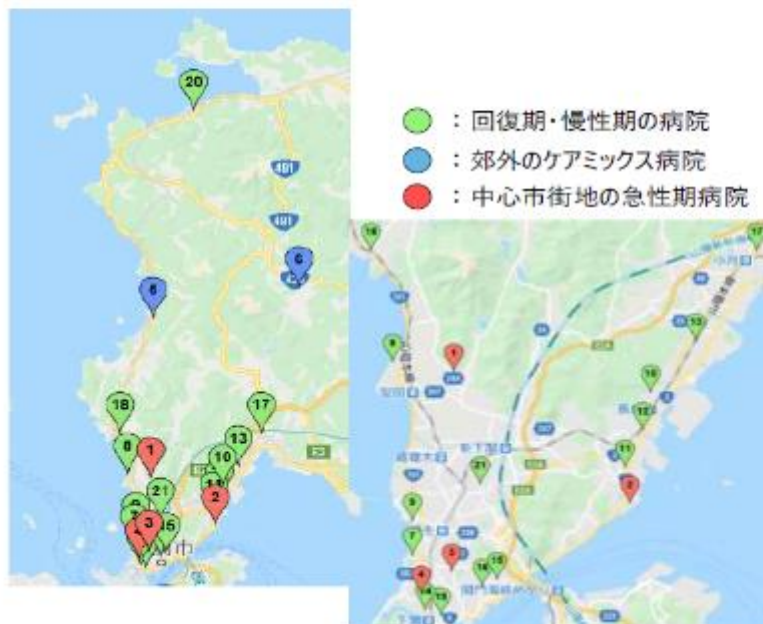
・ 令和3年3月6日 下関市保健部/下関保健所

地域医療に関するシンポジウム「知っていますか？下関の医療の現状と未来」～市民のいのちをまもり、医療をまもる～

下関市の入院医療体制の概要について

下関市内では、旧市内に中核的な急性期4病院が集中している

下関市内の病院の配置状況*1



No	病院名	病床数（許可病床数）*2					合計
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟	
①	済生会下関総合病院	124	249	0	0	0	373
②	NHO関門医療センター	30	267	103	0	0	400
③	下関市立市民病院	10	286	74	0	60	430
④	JCHO下関医療センター	96	142	0	0	47	285
⑤	済生会豊浦病院	0	144	45	86	0	275
⑥	下関市立豊田中央病院	0	0	60	0	11	71
⑦	昭和病院	0	0	160	178	0	338
⑧	安岡病院	0	0	106	128	0	234
⑨	武久病院	0	0	42	320	0	362
⑩	光風園病院	0	0	225	60	0	285
⑪	長府病院	0	0	0	60	0	60
⑫	豊関会記念病院	0	0	0	53	0	53
⑬	王司病院	0	0	60	117	0	177
⑭	下関リハビリテーション病院	0	0	165	0	0	165
⑮	森山病院	0	0	0	134	0	134
⑯	桃崎病院	0	0	0	128	0	128
⑰	岡病院	0	0	46	46	0	92
⑱	あずま病院	0	0	0	80	0	80
⑲	西尾病院	0	0	0	75	0	75
⑳	豊北病院	0	0	0	58	0	58
㉑	前田内科病院	0	0	0	43	0	43

*1：精神科病院を除く、*2：精神病床、感染症病床、結核病床を除く
出所：山口県「令和元年度病床機能報告」、日本医師会「JMAP」

② 地域医療のあり方、中核病院の役割等について、住民に対して講演等を実施

- 北海道 令和元年度「医療機関・住民交流推進事業」の事例(医療機関等による住民に対する講演等の取組に対して支援)

遠軽厚生病院

- 地域の中核病院としての役割について住民公開講座を開催。
- 遠軽厚生病院が地域医療を継続するために、医師の負担軽減やコンビニ受診の抑制などの病院の適正利用について、地域住民の理解を深めることで医療従事者の離職防止を図る。



【メインテーマ】

地域の中核病院としての役割～ここまでできない遠軽厚生病院～
この地域を支えるために病院が実践している「各の医師が各分野における医療の現状をのびやかく解説し、学ぶ」。

【座長・講師】

座長
稲葉 聡(内科)
日本医科大学内科学門 医学博士
日本医科大学外科 医学博士 専門医
遠軽厚生病院の院長 佐々木 浩司

【講師】

副院長
柳川 伸幸(内科)
日本医科大学内科学門 医学博士
日本医科大学内科学 専門医
日本医科大学内科学 専門医
遠軽厚生病院の副院長 野村 浩司

【講師】

地域医療部長
志越 隆広(内科)
日本医科大学内科学門 医学博士
日本医科大学内科学 専門医
日本医科大学内科学 専門医
遠軽厚生病院の地域医療部長 志越 隆広

【講師】

主任医師
浅井 優子(内科)
日本医科大学内科学門 医学博士
日本医科大学内科学 専門医
日本医科大学内科学 専門医
遠軽厚生病院の主任医師 浅井 優子

伊達赤十字病院

- 地域住民と医療従事者との交流を深めるために、地域医療活性化等についての講演会を実施。
- 地域医療の現状と必要性について、伊達赤十字病院の活動と取組を紹介するとともに、地域医療について、地域住民と医療従事者の相互理解を深める。

公立芽室病院

- 「公立芽室病院をみんなで支える会」と協力し、今後の芽室町の地域医療のあり方、医療従事者の離職防止、就業確保等をテーマとしたフォーラムを開催。
- 現状と今後の運営について情報共有し、自治体病院の役割を再認識する機会とする。

ともに、考えてみませんか？
公立芽室病院を考えるセミナーⅢ

公立芽室病院で訪れた不祥事について、ご来場とご参加をお待ちし、心から話し合いたいと思います。もしながら、芽室町の医療を守るために公立芽室病院が今何をどうするかを話し合いたいと思います。ご来場とご参加をお待ちし、心から話し合いたいと思います。ぜひ、ご来場をお待ちし、心から話し合いたいと思います。



講演と報告
伊関 友伸
地域に医療を残すためには
城西大学経営学部教授



合谷 貴史
病院経営支援機構理事長
経営改革の後半戦に向けて

日時 / 10月26日(土) 18:00～20:30
場所 / めむろーど2F セミナーホール(芽室町本通1丁目19) 入場無料
共催 / 公立芽室病院 / 公立芽室病院をみんなで支える会
協力 / めむろ町民活動支援センター
主催 / 公立芽室病院・産務係 (TEL 0155-62-2811)

【調査事業】

- ・ 令和3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
医療機関の外来機能の明確化・連携に資する研究(研究代表者:松田晋哉)

【調査目的】

- ・ 外来機能の明確化・連携を進めるためには、紹介・逆紹介の状況、地域の医療機関との連携状況等、NDBからは得られないデータも把握して検討を行う必要がある。
- ・ NDBからは得られないデータも把握して、外来機能報告等の施行に必要な検討を行うことができるようにすることを目的とする。

【調査の対象・方法】

- ・ 全国の病院、有床診療所、無床診療所を母集団とし、層別無作為抽出を行った約8,000施設を対象。
- ・ 令和3年9月の状況について調査(アンケート調査)。

【調査内容】

- 医療機関の基本情報・体制
 - ・ 所在地
 - ・ 病床数
 - ・ 診療科
 - ・ 高額医療機器の台数 等
- 外来の人員体制
 - ・ 医師、看護師、助産師、薬剤師 等
- 紹介・逆紹介の状況地域の医療機関との連携状況
 - ・ 初診患者数、救急搬送患者、紹介患者数、逆紹介患者数 等
- その他

第1回外来機能報告等WGにおける主なご意見 ①

【外来機能報告】

- ・地域の医療機関は得意分野をもちながら役割分担しており、患者がそのような情報を得ながら医療を受けられるようにすることが重要。医療機関の役割分担の情報を住民に分かりやすく示して、適切な受診につながるようにする必要。
- ・報告項目は、今後の外来医療の在り方を地域で協議する際の基礎データとしてふさわしいものにすべき。医療資源を重点的に活用する外来を軸としながら、幅広く検討する必要。医療機関の負担軽減のため、NDBでデータ提供した上で、NDBで把握できないものも報告を受ける必要。紹介率・逆紹介率、紹介・逆紹介先の医療機関数等、地域との連携状況の報告も必要。
- ・医療機能情報提供制度もあり、すでに報告している事項を重複して報告しないでよいように整理してほしい。
- ・有床診はほとんどが1人の医師と少人数の従業員でやっており、簡素化された報告にしてほしい。
- ・無床診について外来機能報告は任意であるが、高度な外来を担う無床診もあり、できれば報告してほしいと提示するか。
- ・現在のNDBでは医療機関所在地のデータ分析しか行えないが、患者所在地データで分析して議論できるようにすべき。
- ・外来機能報告を患者や国民にどのように周知するかも議論すべき。

【医療資源を重点的に活用する外来】

- ・救急はそれなりの資源を投入するので、医療資源を重点的に活用する外来として、救急外来を入れるべき。
- ・「特定の領域に特化した機能を有する外来」として、「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」とあるが、紹介には様々なケースがあり、何かの条件を追加する必要。
- ・高額医薬品をどれだけ使用しているかは、外来の機能として大きな意味をもっており、高額医薬品も含めるべき。

【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】

- ・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は、紹介・逆紹介が基盤になっている必要があり、紹介率・逆紹介率は重要。
- ・医療資源を重点的に活用する外来について、患者を逆紹介して、地域に戻していくことが地域医療にとって重要。
- ・地域医療支援病院との違いが分かりにくくなるので、紹介率・逆紹介率の議論に偏らない方がいいのではないか。
- ・地方では、医療機関が少なく、紹介率・逆紹介率を満たせないという問題。地域性を反映できるようにする必要。
- ・病院に複数の診療科があり、1つの診療科が高度な外来又は透析のような高額な費用が発生する外来であるが、他の診療科はそれに該当しない場合、どのような取扱いとするか検討が必要。診療科の問題は考慮が必要。
- ・病院単位でやって例外規定で対応するのは難しく、診療科で、医療資源を重点的に活用する外来を取りあげる必要。
- ・名称は、紹介状の必要な外来や紹介状の必要な病院というように、患者がイメージしやすいものにすべき。
- ・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は、新たな医療機関の類型ではないものと認識。
- ・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国民への周知方法も議論すべき。

【地域における協議の場】

- ・地域の協議の場は、現実的には地域医療構想調整会議となる。協議の場で議論を進める上での論点、検討すべきポイント等を議論して、都道府県に示す必要。地域では産科や小児科等の診療科の話題があがるため、診療科の分析も整理してほしい。地域によって医療資源やアクセス条件等が異なるので、地域性に配慮した議論が必要。
- ・地域医療構想調整会議で外来の実効性のある協議ができるよう、地域の外来の状況のデータ分析を行い、議論のポイントを示す必要。
- ・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がない、国の基準をみたすが手を挙げない状況も想定されるので、国の基準を参考にして、どのように、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していくか、地域の協議の場を実効性のあるものするような工夫が必要。
- ・地域の協議の場は地域医療構想調整会議を活用可能になっているが、外来の議論は関係者が異なり、構成を変える必要。

【その他】

- ・外来の議論を進める中で、紹介される外来と紹介する外来の在り方の議論が必要であり、かかりつけ医の議論が重要。
- ・外来の鍵を握るのは、かかりつけ医であり、かかりつけ医機能調査・普及事業の議論を随時報告してほしい。
- ・複数の慢性疾患をかかえる高齢者にとって、かかりつけ医の果たす役割は大きい。国民のかかりつけ医への関心が高まっている今、かかりつけ医をもつことのメリット等を整理してほしい。
- ・かかりつけ医のイメージが人によって違うので、かかりつけ医機能調査・普及事業では、かかりつけ医とはこのようなものと一定の方向を出していく取組にしてほしい。
- ・地域医療支援病院や特定機能病院の在り方についても、もう一度議論すべきではないか。

第2回外来機能報告等WGにおける主なご意見 ①

【外来機能報告】

- ・医療資源を重点的に活用する外来の実施状況について、レセプト単位で分析することになるが、定義を明確にする必要。レセプトの件数と回数を分けて書いた方がよい。基本的に月単位で集計して合計する方法が正確。
- ・外来機能報告と病床機能報告を一体的に報告し、病院の機能を入院と外来の整合性がとれたものにすることは重要。
- ・外来機能は、入院、外来、在宅とつながっている必要。外来機能報告では、医療資源を重点的に活用する外来とともに、かかりつけ医機能の項目も入れていく必要。
- ・医療資源を重点的に活用する外来をやっている医療機関の中には、一般外来と専門的な外来があるので、透析にも関わるが、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意向が重要。外来機能報告では、この意向の有無が不可欠。
- ・外来機能報告は、地域でデータに基づく議論を行うための基礎データになり、外来機能の明確化・連携に向けた協議に必要な項目を幅広く報告項目とすべき。外来化学療養法や高額な医療機器の実施状況は必須。
- ・かかりつけ医機能や在宅医療は、地域で外来機能の明確化・連携の協議を行う際に必要な事項であり、外来機能報告の項目に入れるべき。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がかかりつけ医が診るべき患者を対象としていると、機能分化が進まないことになり、協議の場において、役割分担を明確にしていくことが重要。
- ・報告項目として、在宅療養の指導料、乳腺炎重症化予防ケア・指導料を入れるべき。継続的ケア・看護を考える際に重要な情報であり、外来機能の明確化・連携に向けた地域の協議の場での参考になるデータ。
- ・救急医療の実施状況について、協議を進める観点から地域の協議の場に伝えられるとともに、都道府県から公表される必要。
- ・救急搬送を受け入れる医療機関は外来医療にも大きな影響があるので、救急医療の実施状況は、報告項目に入れることが必要。
- ・紹介率・逆紹介率は、地域医療支援病院、特定機能病院、診療報酬の計算式が異なり、どれを使うか明確にする必要。
- ・紹介率・逆紹介率とともに、初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数の実数が重要。
- ・紹介・逆紹介の状況について、紹介先・逆紹介先の医療機関数も報告項目にする必要。高額等の医療機器・設備の保有状況について、共同利用の状況も報告項目に入れてはどうか。
- ・専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師は、診療報酬で評価されており、外来、継続的看護、連携を考える際に重要な情報であり、外来機能報告に入れるべき。専門看護師・認定看護師は外来で活躍。患者がチーム医療を理解するためにも重要。
- ・専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師は、まだ数が少なく、外来機能報告に入れるのは時期尚早。
- ・透析室、外来化学療法室、放射線照射室の職員は、外来部門として報告するようにすべき。
- ・患者住所地のデータ分析は、できるようになったら、分析に加える必要。
- ・診療所を含めて全ての医療機関に、まず、NDBにより医療資源を重点的に活用する外来の実施状況等のデータが届いて、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基準に該当するかが分かり、住民に知ってもらいたいから手を挙げたいというような判断の流れになるのではないか。
- ・無床診は外来機能報告を任意で行うことができるが、こういったところには報告してもらいたいという例示が必要ではないか。
- ・フル装備な病院並みの診療所もあるので、外来機能報告では診療所も含める必要。
- ・かかりつけ医の定義がはっきりしない中で、外来機能報告は診療所に必要ない。

第2回外来機能報告等WGにおける主なご意見 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ついて、まずは現時点のNDBで分析可能な項目から始めて、実績を積み重ねることで検証し、必要に応じて見直していくことが重要。スタートはこれでよいのではないか。
- ・医療資源を重点的に活用する外来は、専門性の高い又は特殊性の高い外来を一定程度明確にするよう基準を考えるものと理解。
- ・高額等の医療機器・設備を必要とする外来において、地域包括診療料の包括範囲外ということで、550点以上という案になっているが、医療資源を重点的に活用する入院ではDPCの出来高算定の1000点以上としており、1000点以上に合わせるべき。
- ・救急医療は、紹介患者への外来を基本とする、医療資源を重点的に活用する外来とは別物ではないか。
- ・救急医療は、医療資源を集中的に投入するもの。地域の協議の場で議論して、医療資源を重点的に活用する外来につながるのか。
- ・透析は、高額等の医療機器・設備を必要としていることは間違いないので、医療資源を重点的に活用する外来に入れるべき。
- ・透析をやる施設が紹介状が必要となると、CKD、慢性腎疾患予防のために気軽に専門医を受診できなくなるため、透析は、医療資源を重点的に活用する外来から外した方がよい。
- ・高額な医薬品を使う外来は、最先端で特殊な高度な外来を提供しており、医療資源を重点的に活用する外来に入れるべき。
- ・診療情報提供料1の場合は、データの詳細分析ができるようになるまでは、紹介患者を基本とする外来の指標として妥当。それ以外、専門性の高い外来を切り口として見付けることは難しいので、まずはここからスタートするのではないか。
- ・特定の領域に特化した機能を有する外来については、なぜ、紹介状をもってきた患者を診る外来になるのか疑問。難病等の専門外来など、その他の要素があるのではないか。
- ・専門外来を指定することでは駄目なのか。

【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】

- ・診療科が多い病院で、1つの診療科は専門性が高いが、他の診療科は一般的な外来やかかりつけ医機能を有していることも多い。NDBでは診療科ごとのデータがでないので、まずは医療機関単位で国の基準を満たすかどうかということにせざるを得ないが、地域の協議の場で、各診療科の役割などの丁寧な議論が必要。その議論に資するデータが提供できないか検討してほしい。
- ・患者にとって、どの診療科は紹介状が要するというのは分かりにくく、病院単位で紹介状が必要と決まった方が明確であり、紹介状が必要かは病院単位で考えていくことが妥当。
- ・病院全体か診療科単位でやるかの議論が必要。
- ・まずは制度立ち上げであるが、将来的には診療科ごとの報告を検討すべき。

【地域における協議の場】

- ・地域の協議の場における協議の進め方を示して、適切な医療機関が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可視化されるように、実効性ある会議体にする必要。
- ・地域の協議の場で、外来機能報告を基に、どのような視点や論点で協議を進めるか、幅広いデータとともに示す必要。
- ・国の基準を満たす医療機関が手挙げの意向がない場合、地域の協議の場でどのように取り扱うか整理が必要。
- ・地域の協議の場では、地域ごとの事情を踏まえた議論ができる自由度をもった制度設計が必要。

【地域における協議の場】

- ・協議の場として地域医療調整会議を活用しても外来は専門分化しており、議論が進まないで細分化されたワーキンググループなどが必要。
- ・協議の場について、二次医療圏単位で診療所の議論までするのは不可能でありワーキンググループを作って、小さい単位で議論する必要。
- ・外来医療圏は二次医療圏よりも狭いため、協議の場の構成員は外来医療圏に関わる方を含めるべき。
- ・協議の場に専門的として必要に応じてオブザーバーとして入れ、丁寧な議論の場を作るべき。
- ・協議の場について、利害関係者が一同に介すると思ったことを述べられないという危惧があり、構成員のあり方について検討が必要。
- ・協議の場に有床診療所管理者も入れるべき。
- ・外来機能の明確化・連携の協議の場には調整会議の参加者である医師会や看護協会など幅広いものとすべき。
- ・協議の参加者として提供側だけでなく、地域性の観点から住民側も参加すべき。
- ・重点外来に手を挙げるかは住民にとって好ましいのかどうかということにもなるため、非常に悩ましい問題であり、最終的には住民の意見を聞いて判断することになると思われるが、住民団体からも意見を聞く場はつくる必要。
- ・ガイドラインにおいて、外来機能の地域での役割分担の論点や特殊な外来の場合に参加したほうがよい方などを示して欲しい。
- ・協議の場の参加者について、自治体の裁量により設定できるようにすべき。
- ・これまで200床以上でも地域医療支援病院になっていない医療機関が基幹的になると、地域医療へのアクセスのハードルが高くなるため、地域に根ざした病院が意向なしとしても拙速に結果を出すべきではない。
- ・すでに多くの紹介・逆紹介を行っている病院や国基準に該当する病院は当然手を上げてもらう必要があり、手を上げない場合は明確な理由について説明責任があることをガイドラインに記載すべき。
- ・地域によって、医療資源やアクセスの条件などが異なるので、地域性に配慮した議論が必要。
- ・紹介・逆紹介が少ない病院であっても、一定の場合には地域における患者の円滑な流れをつくるため手を挙げるということもガイドラインに盛り込む必要。
- ・専門分化した都市部と医師不足で総合診療的な医療を提供する地方があることを踏まえて、国として決めるべき全体としての共通の考え方と地域の特性を十分に配慮して決めていくものというのをある程度分けた形でガイドラインに記載する必要。
- ・地域の実情に応じて協議するためにどのような点を考慮要素とするかガイドラインに記載すべき。
- ・精緻化していくためにも、診療科名の記録等に関してレセプトの改善が必要。
- ・小児科対策として小児科受診の負担軽減を進めている中で、小児科外来も定額負担を導入するべきではない。
- ・NDBで診療科毎の分析は難しく、レセプト入力の段階で入れる必要。
- ・紹介・逆紹介率について数値が公表されると全国や地域間での比較をされるので、専門外来であってもかかりつけ医機能を同時に持つ医療機関の場合など、地域性などを踏まえて丁寧な説明が必要。

- ・協議の結果を住民に公表する際、公表に当たっては一般の人が理解できる内容に翻訳することが必要。
- ・協議の結果のわかりやすい周知に関してどのような内容を公表するのか慎重に検討すべき。
- ・協議の結果を公表する際、医療機能の分化・連携も周知する必要。
- ・地域における協議の場における資料を議論の経過もわかりやすく周知公表する必要。
- ・コロナの影響を受けた調査結果では間違った基準となる可能性がある。
- ・紹介・逆紹介率の計算式の分母と分子が何かを示さないと間違ふ可能性が高い。

【その他】

- ・基幹的医療機関について、聞いただけで紹介状が必要な病院であることがわかる呼称が必要。
- ・国においても上手な医療のかかり方やかかりつけ医を持つメリットなど国民への丁寧な説明が必要。
- ・外来報告制度が始める前から国民へ周知することが必要。
- ・医療資源を重点的に活用する外来を受診する際は紹介状が必要ということ、必要な治療が終了したら紹介元に戻るといったことなど医療機関間の連携を国民に理解してもらう必要。
- ・シンポジウムやホームページで制度を国民に周知してもらうので、医療機関や保険者がわかりやすい資料をダウンロードして医療費通知などで利用できる仕組みが必要。
- ・医療機能情報提供制度も国民に周知する必要がある。
- ・本格的な議論について、令和4年度からとなっているが、新型コロナウイルスの流行状況に応じた柔軟なスケジュール設定を考慮する必要。
- ・患者は定額負担が発生するとなるとかかりつけ医を探すので、身近なかかりつけ医を探せる仕組みの構築が必要。
- ・現時点で、重点外来について理解してる医療機関はほとんどなく、国としてもこういった仕組みを動かしていくのであれば相当の努力で医療機関側に周知をはかってほしい。
- ・特定機能病院、地域医療支援病院が手を挙げれば定額負担は二重にかかることになるので問題ないが、何らかの理由で手を挙げなかった場合、特定機能病院等としての定額負担だけがかかることになり関係性がわかりにくくなる懸念があり、整理が必要。

【国の基準】

- ・再診の30%のラインは非常に大きなライン。
- ・地域医療支援病院が当てはまる比率が高い基準とすべき。
- ・国の基準としては、地域医療支援病院の80%以上が当てはまることを目安とすべき。
- ・比較的広く医療機関を対象とする基準で地域の協議の場において地域の実情に応じた形で医療機関の意向を含めて検討するという方向性が望ましい。
- ・地域医療支援病院以外の医療機関で新たに設定が増えると患者負担が増え通えなくなるので、限定的になるような基準とすべき。
- ・地域の特性が重要であり、診療所が多い地域は高い基準、少ない地域は低い基準とが考えられるので、国の基準は大きな網をかけ地域の特性で決めていくべき。
- ・将来的には特定機能病院や地域医療支援病院の認定要件に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基準を入れるべき。
- ・重点外来の項目はさらに議論が必要。
- ・手挙げして定額負担が給付から控除される仕組みであることからそれほどインセンティブがないとすると、手挙げする医療機関が出にくいいため、なるべく手挙げするようなガイドラインを作るべき。
- ・同じ患者の状況でも、検査や治療を受ける段階が初診なのか再診なのか、ばらばらではないかと思われ、初診の割合と再診の割合と状況が同じでないことも考慮すべき。
- ・重点外来の項目の割合の分母について、眼科耳鼻科など比較的点数が低い診療科を除外すると割合が変わってくると思われるので確認したほうがよい。
- ・検査した日と説明した日は違うこともあり、病院によってもやり方が違うので、同じ日でない場合も確認したほうがよい。
- ・病院によっては初診と再診のカウントの仕方が異なる場合があり、データが正確でない可能性があるので非常に重く勘案すべき。
(数値が決まり動き出すと現場が混乱するので最初にきちんとしておくべき)
- ・医療資源を重点的に活用する外来と紹介を基本とする外来とどちらがなのか明確にしないと分析しようがない。
- ・そもそも全世代型社会保障国民会議の検討で医療者がほとんどいないところで勝手に選定療養費の話が決められたことがおかしい。

【呼称】

- ・医療機関全体にかける呼称と外来についての呼称の2つをそれぞれ決めるべきではない。
- ・医療機関と外来の2つの呼称を作る必要はなく、目的の外来がどのような外来なのか分かればよい。
- ・呼称は重要なワードを含めようとすると非常に長くなるので、言いやすく覚えやすさの観点で短くすべき。
- ・「医療資源」という言葉は患者や国民にはわからないので一番よいのは「紹介状が必要な医療機関」だが、それでは誤解されるというなら「紹介による受診を基本とする医療機関」がよい。
- ・「基本」とつけると、例外もあるとなり、トラブルとなるので「基本」は使わないほうがよい。「紹介外来医療機関」としてはどうか。
- ・病院も地域によって違うので「基本」は一概に外すべきではない。
- ・紹介状がなく選定療養費を払ってでも診てもらいたい患者もいるので「基本」は外さない方がよいが、変に「紹介患者」とすると混乱の原因になるので「重点的に活用する外来」がよいのではないか。
- ・正確性と国民の皆様へのわかりやすさはトレードオフの関係なので、国民の皆様へのわかりやすさのほうを一定程度重視すべき。
- ・紹介状が必要であるという理解は広まってきているので、それを分かってもらうほうが一般的には理解しやすい。
- ・広告可能な呼称とすれば、「紹介」という言葉は必須。

【協議の場】

- ・国基準と異なる意向が医療機関からでてきた場合に、地域で2回協議して結論を出すことになるが、以前の資料の表現としては「協議が整わない」となっていて、不自然なので変えるべき。
- ・手挙げしない医療機関を協議の場でもう一度協議する仕組みはよくない。協議の場に出ていくこと自体がプレッシャーになる病院も多い。

第5回外来機能報告等WGにおける主なご意見 ①

【紹介率・逆紹介率】

- ・ほとんどの病院は診療報酬の紹介率が特定機能病院の計算式と同じ、救急を分母に入れているので、地域医療支援病院の計算式にするには十分な周知が必要。
- ・一部の診療科があることで紹介率等の基準に該当する場合、絶対的なものではなく地域の協議の場で参考として使うという、数字の取扱い方をガイドライン等で丁寧に示すべき。
- ・紹介率の調査結果については数年後に再度調査する可能性もあるので、今回示したデータ以外もできるだけ示すべき。
- ・国の基準に該当する病院と該当しない病院との境目あたりを紹介率の基準として検討すべき。

【これまでの議論を踏まえた検討の方向性】

- ・外来機能報告の項目は人数で出すことは困難であり、件数か回数にしなければいけないが、基本的には件数で数えるべき。
- ・救急については紹介状の有無と関係ないので報告事項から外すべき。
- ・透析については当該地方で唯一の施設であるなど透析施設全てが入るのはおかしいのではないか。
- ・紹介率等の基準は満たしていても、重点外来を実施していないこともあるので、基準は厳しめにしておくべき。
- ・国の基準はなるべく多くの医療機関が該当するものにするべき。
- ・国の基準は地域医療支援病院であれば8割以上は該当するよう可能な限り多く網をかけるべきで、その中で地域の特性を踏まえた基準を作るのも1つのやり方。
- ・病院単位で基幹的医療機関を決めると、病院側が少子化対策で行っている小児科に受診する場合、紹介状がないことで高額になるようなことでは小児科をやめざるを得なくなるので何らかの方向性を検討すべき。
- ・人口10万人から15万人の地域では1つか2つの医療機関が重点外来を基幹的に担う医療機関としたときに残りの医療機関には患者は行きたがらなくなる。
- ・例えば10の診療科がある医療機関で重点外来が1つだとすると患者に公表する仕方に工夫がいるのではないか。
- ・すでに従来から継続的に重点外来を基幹的に担う医療機関にかかっている逆紹介すべき患者への情報提供をすべき。
- ・国の基準に該当する病院は手挙げしないことがなるべく起きないようにすることをガイドラインで示すべき。
- ・重点外来を基幹的に担う医療機関が途中から手を下ろす場合に国民にわかりにくいので、そのような場合に工夫が必要。
- ・重点外来を基幹的に担う医療機関が途中から手を下ろすと患者の受療行動が安定しないので、手挙げして一定期間はそれを維持する方向性にすべき。
- ・地域の協議の場の参加者は入院も含めた視点で協議すべきで、地域医療構想調整会議の参加者とするなど柔軟に対応できるようガイドラインで示すべき。
- ・ガイドラインでは診療所の密度やマッピングデータなど地域の特性として考慮すべきポイントも作ることも示すべき。

- 地域の協議の場の結果の公表の仕方として国基準に合致しない場合は不一致とするのはおかしいので「意向なし」という表現のほうがよいのではないか。
- 呼称は医療資源と言われても患者は理解できないし漢字だけの熟語でも意味の取り方が様々になるので、「紹介による受診を基本とする医療機関」がよいのではないか。
- 呼称は地域住民に理解しやすいよう「紹介」は入れるべき。
- 呼称は広告することを考えると長くなく、紹介外来医療機関など、紹介外来を国民に浸透させることが重要。
- 制度の周知は保険者に頑張ってやって欲しい。
- 過去、かかりつけ医については四病協と日医でプリンシプルを出したが、漠然としているため整理すべき。
- 今回の重点外来を基幹的に担う医療機関と地域医療支援病院との関係が必ずしも一致していないことについておかしいと一概には言えず整理すべきではないか。
- 地域医療支援病院と今回の重点外来を基幹的に担う医療機関の整合性を図るため、特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会で議論すべき。

第6回外来機能報告等WGにおける主なご意見 ①

【報告項目】

- ・ 専門性の高い外来に関する事なので報告項目に専門医の数を記載するよりも専門看護師等を記載することをまず求めるのは、1つの病院に1人もいないことも考えられ時期尚早。
- ・ 専門看護師等の人数は、中小病院ではまだ少ないが全体では決して少なくはなく、地域の外来機能の明確化とか連携を考える上で重要な情報ではないか。
- ・ 報告する内容について、数字の出し方が難しく、各病院が再現できるよう細かい定義を示したマニュアルを作るべき。
- ・ 間違った数字で報告することがないように、最低限おかしい数字が入力された場合にチェックするシステムとすべき。
- ・ 専門看護師等の人数について、全ての医療機関といより、今回は医療資源を重点的に活用する外来にある程度いてもいいし、今後働き方改革でチーム医療であることを国民に周知する意味でも最初から報告することにすべき。
- ・ 基準を地域医療支援病院が83%該当する初診40%、再診25%はいいが、どれだけ多くの地域の診療所から照会を受けているか、また逆紹介を行っているかということも可能な範囲で報告すべき。

【基準】

- ・ 基準を地域医療支援病院が83%該当する初診40%、再診25%ではなく、地域医療支援病院が80%該当する初診45%、再診25%であってもよいのではないか。
- ・ 紹介率50%、逆紹介率40%についても妥当。

【協議の場】

- ・ 国基準に満たなくて基幹的医療機関としての意向も示さない医療機関であっても紹介率逆紹介率がある程度高ければ協議の対象としてもよいのではないか。
- ・ 合意を得ると記載があるが、協議を行う必要があるというような言い方のほうがいいのではないか。
- ・ 地域における協議の場の参加者に住民という記載がないが、必要に応じて住民から意見を聴取する場を設置することとして欲しい。
- ・ 簡素化のために文書の提出とすることも可能としているが、国基準に合致する医療機関で基幹的医療機関の意向を示さない場合にはその理由を文書で提出してもらうことにすべき。
- ・ 地域の状況は簡単ではなく、基幹的医療機関となることについて病院にも地域にも強制すべきではない。

第6回外来機能報告等WGにおける主なご意見 ②

【呼称】

- ・呼称について広告可能になることなどを考慮すると、今回提案された紹介受診重点病院あるいは診療所は、紹介されて受診する患者を重点的に診る外来ということと医療資源を重点的に活用するという両方の意味から、国民の理解も得られやすい。
- ・呼称は短いほうが国民に浸透しやすく、通称などで短くすべき。
- ・広告可能というが、定額負担が余計に発生すると考えると義務化すべき。

【周知】

- ・重点医療機関にかかると紹介状を持たないと定額負担がかかりますということや、定額負担がかかるという仕組みを患者にわかるように国が周知すべき。
- ・初診患者への説明について、現場に説明させず国が国民に周知して欲しい。

【その他】

- ・基準を地域医療支援病院が83%該当する初診40%、再診25%はいいが、特定機能病院が81%しか含まれないのは問題ではないか、特定機能病院のあり方を検討すべき。
- ・地域医療支援病院と今回の医療資源を重点的に活用する外来を基幹的に担う医療機関との違いを整理するために特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方の検討会を早く開催するべき。