

HOSPITAL Review

発行：MMPG医療・福祉・介護経営研究所 病院経営研究室

発行者：株式会社ユアーズブレン 広島市国泰寺町 1-3-29MR R デルタビル 3F TEL:082-243-7331

《外来機能報告制度がスタート》

令和3年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和3年法律第49号）」が公布されました。この法律により、外来機能報告制度が創設され、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、地域においてデータに基づく議論が進められます。

外来機能報告制度は、病院及び有床診療所を対象（無床診療所は任意）として、令和4年4月からスタートしています。具体的には、①対象医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況等を報告（外来機能報告）し、②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い、③この中で「医療資源を重点的に活用する外来（重点外来）」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）が明確化されます。

■外来機能報告の年間スケジュール

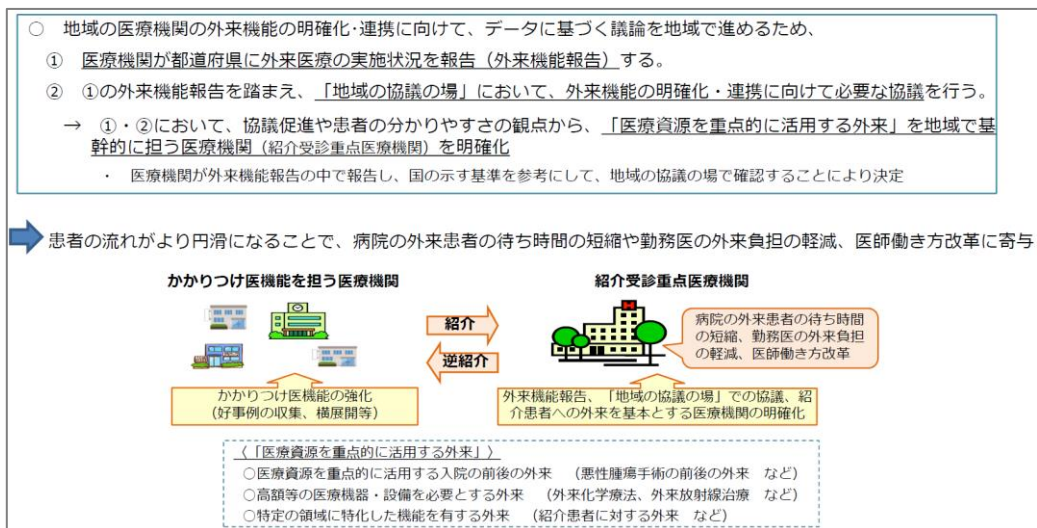
4月～	<ul style="list-style-type: none"> 対象医療機関の抽出 NDB データ（前年度4月～3月）を対象医療機関別に集計
9月頃	<ul style="list-style-type: none"> 対象医療機関に外来機能報告の依頼 報告用ウェブサイトの開設 対象医療機関に NDB データの提供
10～11月頃	<ul style="list-style-type: none"> 対象医療機関からの報告
12月頃	<ul style="list-style-type: none"> データ不備のないものについて、集計とりまとめ 都道府県に集計とりまとめを提供
1～3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

（注）NDB(National Date Base)は「レセプト情報・特定健診等情報データベース」のことをいう。

出典：厚生労働省「外来機能報告制度について」をもとに作成

■外来医療の課題を踏まえた改革の方向性

紹介受診重点医療機関を明確化する背景には、患者の流れの円滑化を図りたいという狙いがあります。患者が医療機関を選択するにあたり、医療機能情報提供制度はあるものの外来機能の情報が十分には得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、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ます。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性が指摘されています。



出典：厚生労働省「外来機能報告制度について」

■外来機能報告の対象医療機関と報告項目

外来機能報告が義務付けられたのは、「外来機能報告対象病院等（病床機能報告対象病院等であって外来医療を提供するもの）の管理者」です。病床機能報告対象病院等とは、「病院又は診療所であって療養病床又は一般病床を有するもの」のことをいいます。そのため、病床機能報告と同様に外来機能報告においても精神病床などは対象外となります。

また、無床診療所の管理者においては、外来機能報告を行うことができる（任意）という位置づけになっています。令和4年度においては、重点外来を行っている蓋然性の高い無床診療所（高額な医療機器等による検査を集中的に実施している無床診療所など）に対して、あらかじめ外来機能報告を行うかどうかの意向を確認することとなっています。

報告項目	病院	有床診療所	対象医療機関になった無床診療所
(1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況			
① 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況	NDBで把握可能	○	○
② 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細	NDBで把握可能	○	○
(2) 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無			
○			
(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で把握可能	○	○
② 救急医療の実施状況	病床機能報告と共通項目	○*	○*
③ 紹介・逆紹介の状況（紹介率・逆紹介率）	○	任意	任意
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	○	任意
	上記以外	病床機能報告と共通項目	○*
⑤ 高額等の医療機器・設備の保有状況	病床機能報告と共通項目	○*	○*

○：必須項目 * 病床機能報告で報告する場合、省略可

出典：厚生労働省「外来医療の提供体制について(2)（第10回第8次医療計画等に関する検討会資料）」

ここでいう重点外来とは、以下の①～③のいずれかに該当する外来のことをいいます。

① 医療資源を重点的に活用する入院前後の外来

次のいずれかに該当した入院（医療資源を重点的に活用する入院）前後 30 日間の外来受診（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
※1：6000 cm²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 算定病床の入院区分
- ・ 短期滞在手術基本料 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する外来受診。

- ・ 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科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）

次の外来受診。

- ・ 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

地域の協議の場における協議を進めるにあたっては、重点外来に関する基準（重点外来基準）を参考にすることとされており、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されています。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%以上となっています。

初診基準：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 かつ 再診基準：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

また、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」を位置づけています。この「紹介率・逆紹介率」には地域医療支援病院の定義が用いられ、具体的な水準として紹介率 50%以上かつ逆紹介率 40%以上と設定されています。

なお、令和 4 年度診療報酬改定によって見直された「紹介割合・逆紹介割合」とは定義が異なるため注意が必要です。診療報酬における「紹介割合・逆紹介割合」は、初診

料や外来診療料における減算規定（一般病床 200 床以上の紹介受診重点医療機関も対象）に用いられていますが、基準のみが異なるのではなく、逆紹介割合では再診患者数が用いられるなど算出方法も異なるため、「地域の協議の場で参考とする指標」と「診療報酬」とでは定義が異なることを認識しておく必要があります。

(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。)

出典：厚生労働省「外来機能報告制度について」

■協議の場の参加者と進め方

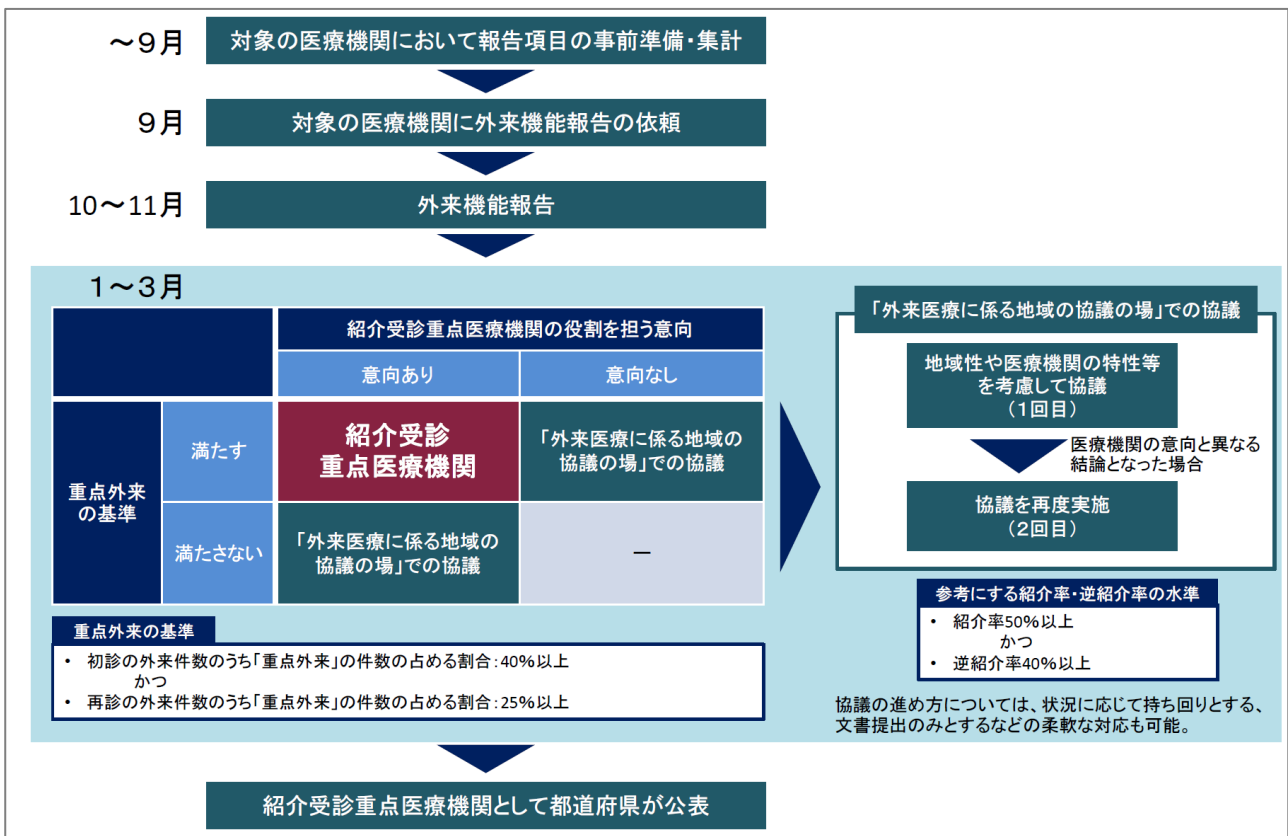
地域の協議の場の参加者は、郡市区医師会等の地域における学識経験者、代表性を考慮した病院・（有床）診療所の管理者、医療保険者、市区町村等となります。また、これらの参加者に加えて、以下の医療機関の出席を求め、意見を聴取することとされています。

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)

出典：厚生労働省「外来機能報告制度について」

紹介受診重点医療機関の取りまとめにあたっては、重点外来基準を参考にし、医療機関の意向に基づき、地域の協議の場で確認することによって、地域の実情を踏まえる仕組みとなっています。例えば、地域によってある診療科を標榜する医療機関が 1 カ所しかなく、この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なども想定されるためです。

地域の実情を踏まえる仕組みであることは、国が定めた「外来機能報告等に関するガイドライン」においても明らかにされています。また、このガイドラインでは、紹介受診重点医療機関の取りまとめについては、医療機関の意向が第一であるということが示されています。紹介受診重点医療機関の役割を担う意向があるかどうかと、重点外来基準を満たすかどうかは必ずしも一致しないため、一致しない場合には地域の医療提供体制の在り方として関係者間で十分に協議をして摺り合わせを行っていくこととなります。



出典：厚生労働省「外来医療の提供体制について(2) (第10回第8次医療計画等に関する検討会資料)」

医療機関の意向と地域の協議の場での結論が最終的に一致したものに限り、紹介受診重点医療機関として都道府県により公表されます。また、患者の流れのさらなる円滑化には住民の理解が必要であるため、協議プロセスの透明性を確保するという観点からも、都道府県において、協議の場に提出された資料のうち、患者情報や医療機関の経営に関する情報を除き、その他の資料や協議結果は住民に公表されます。

紹介受診重点医療機関は、紹介患者への外来を基本とする医療機関であることが患者に分かるように、広告が可能とされており、医療機能情報提供制度の項目としても追加されます。

■国民への理解の浸透

患者がまずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて紹介受診重点医療機関を受診するとともに、状態が落ち着いたら逆紹介を受けて地域に戻るなど、受診の流れと医療機関の機能・役割について、住民に周知啓発を行うことが必要だとされています。

患者負担という点において、令和4年10月以降、紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上）は、紹介状がない患者等の外来受診時に定額負担を徴収しなければなりません。紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担は、特定機能病院等に義務付けられていたものですが、紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上）も対象となります。ただし、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置があるため、定額徴収が開始されるまでに、医療機関での窓口等での混乱が生じないように留意する必要があります。

現行制度	見直し後								
<p>[対象病院]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定機能病院 ・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る） <p>※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる</p> <p>[定額負担の額]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円 ・再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円 	<p>[対象病院]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定機能病院 ・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る） ・紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る） <p>※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる</p> <p>[定額負担の額]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診：医科 7,000円、 歯科 5,000円 ・再診：医科 3,000円、 歯科 1,900円 <p>[保険給付範囲からの控除]</p> <p>外来機能の明確化のための例外的・限定的な取扱いとして、定額負担を求める患者（あえて紹介状なしで受診する患者等）の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診：医科 200点、 歯科 200点 ・再診：医科 50点、 歯科 40点 								
<p>(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費</p>									
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">定額負担 5,000円</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">医療保険から支給（選定療養費） 7,000円</td> <td style="width: 50%;">患者負担 3,000円</td> </tr> </table>	定額負担 5,000円		医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">定額負担 7,000円</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)</td> <td style="width: 50%;">患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)</td> </tr> </table>	定額負担 7,000円		医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)
定額負担 5,000円									
医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円								
定額負担 7,000円									
医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)								
<p>[施行日等] 令和4年10月1日から施行・適用。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。</p>									

出典：厚生労働省「令和4年度診療報酬改定の概要」

■紹介受診重点医療機関に係る診療報酬上の評価

外来医療については、紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担のほか、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い場合の初診料や外来診療料における減算規定が適用されますが、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合は、連携強化診療情報提供料（月1回）150点が新たに算定できるようになるなどのメリットもあります。

入院医療については、地域医療支援病院入院診療加算との併算定はできませんが、紹介受診重点医療機関入院診療加算（入院初日）800点が算定できます。

■まとめ

外来機能報告制度は、地域で限られた医療資源をいかに効果的・効率的に活用できるかという視点からスタートした制度です。

紹介受診重点医療機関になるかどうかは強制ではなく、その医療機関の意向が第一とされています。診療報酬上の取扱いも踏まえたうえで、紹介受診重点医療機関となるか否か、10月～11月の2か月間で行う外来機能報告によって明らかにしなければなりません。その後、外来機能報告を踏まえて、地域の協議の場においてデータに基づき協議し、その役割を決めていくこととなります。協議にあたっては、その地域の実情に応じたものであるかどうかポイントとなります。

MMPG医療・福祉・介護経営研究所 病院経営研究室 研修生
税理士法人上川路会計 福田孝史朗

医療経済フォーラム・ジャパン主催

第二十回公開シンポジウム開催のお知らせ

共催：メディカル・マネジメント・プランニング・グループ（株）川原経営総合センター

医療経済フォーラム・ジャパンは、医療経済学の深耕、医療経済学の若手研究者の育成、調査研究及び政策提言を目的とし、2001年4月24日、加藤寛氏、水野肇氏、川原邦彦氏を中心として設立されました。各界の錚々たる有識者から構成される正会員を中心に、隔月で定例研修会、また例年10月には公開シンポジウムを開催しております。

今般、会場参加及びZoomでのオンライン参加の併用にて、下記の通り企画いたしました。各位におかれましては、ご参加くださいますようお願いを申し上げます。

テーマ：医薬分業の課題

今から25年前の1997年は、旧厚生省が37のモデル国立病院に対して完全分業（院外処方箋受取率70%以上）を指示した年であり、医薬分業が進むきっかけとなりました。これまでの四半世紀の間に、医薬分業率は26%から75%へと上昇し、今やわが国の医療制度に定着したといえます。ただし最近では、分業率の上昇は鈍化しており、そろそろ上限が見えてきたとも考えられます。

本シンポジウムでは、これまでの医薬分業政策を振り返り、医療の質や医療経済に及ぼした影響、利用者の利便性への影響など、医療機関・医師、薬局・薬剤師、行政、学者などステークホルダーズの視点から、医薬分業制度の現状の課題や将来展望について斯界の有識者と共に徹底討論いたします。

日時	2022年10月6日(木)	13:30～受付 14:00～開始	会場	ホテルイースト21 東京1階「イースト21ホール」 東京都江東区東陽6-3-3 TEL.03-5683-5683(代) ※ZoomによるLIVE配信も致します
参加費	1名様につき10,000円(税込) ※振込期限：9/30(金) 振込先：三井住友銀行／新橋支店(普)1855236 カ)エム エム ピー ジーソウケン ※振込手数料はご負担願います。 【会場ご参加の方】10/4を目途に参加証をメールにて送付申し上げます。 【Zoomご参加の方】10/4を目途に資料及びZoom接続のご案内をメールにて送付申し上げます。 ※今後の新型コロナウイルスの感染状況によっては、会場開催を中止させて頂く可能性がございます。その際、会場参加にてお申込みの方はZoomでのご参加をお願いいたします(ご入金済みでキャンセルの場合でも返金は致しません)。 ※ご入金後のキャンセルにつきましては返金致しかねますので、予めご了承ください。			

プログラム

基調講演 14:05～14:35	基調講演：学習院大学 経済学部 教授／当フォーラム会員	遠藤 久夫 先生
	座長：難病治療開発機構 理事／当フォーラム会員	麦谷 眞里 先生
シンポジウム 14:40～17:30	シポジスト：津田塾大学 総合政策学部 教授	伊藤 由希子 先生
	※順不同 厚生労働省 保険局 医療介護連携政策課長	水谷 忠由 先生
	公益社団法人日本医師会 常任理事	宮川 政昭 先生
	一般社団法人保険薬局経営者連合会 会長	山村 真一 先生
	公益社団法人日本薬剤師会 会長	山本 信夫 先生
	質疑応答：	

※尚、今後も都合によりプログラム・講師陣等が変更となる場合がございますので予めご了承ください。定員がございますので、早めにお申し込みください。

※参加者には(公社)日本医薬経営コンサルタント協会の履修認定時間(3.5時間)が認定される予定です。

【お申し込み】 <締切：9/29(木)>

右のQRコード、またはMMPGホームページ内からお申し込みください。

<https://forms.gle/9zh1QvKaiJ8RuZ6L6>



メディカル・マネジメント・プランニング・グループ

<事務局> 〒140-0001 東京都品川区北品川4-7-35 御殿山トラストタワー4階

TEL: 03-6721-9763(代) mail: mmpg@mmpg.gr.jp URL: <https://www.mmpg.gr.jp/>

医療経済フォーラム・ジャパン URL: <http://www.healtheconomics.gr.jp/>