

※厚生労働省説明会資料等より抜粋して作成

令和 4 年度外来機能報告について

令和 5 年 1 月

山口県健康福祉部医療政策課

【目次】

- 1 外来機能報告及び
紹介受診重点医療機関について P01
 - 2 スケジュールについて P06
 - 3 協議の進め方について P10
- <参考資料>
令和4年度診療報酬改定（関連部分抜粋） . . . P15

1 外来機能報告及び 紹介受診重点医療機関について

医療法第30条の18の2及び第30条の18の3の規定に基づき、**地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、医療機関の管理者が**外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告をするもの**。令和3年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」(令和3年法律第49号)が成立・公布され、医療法に新たに規定された(令和4年4月1日施行)。

参考：医療法(一部抜粋)

第30条の18の2 **病床機能報告対象病院等であつて外来医療を提供するもの**(以下この条において「外来機能報告対象病院等」という。)の**管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該外来機能報告対象病院等の所在地の**都道府県知事に報告しなければならない**。

第30条の18の3 **患者を入院させるための施設を有しない診療所**(以下この条において「**無床診療所**」という。)の**管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該無床診療所の所在地の**都道府県知事に報告することができる**。

目的

- 「紹介受診重点医療機関(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)」の明確化
- 地域の外来機能の明確化・連携の推進

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、医師の働き方改革に寄与。

報告項目

- (1) **医療資源を重点的に活用する外来の実施状況**
- (2) 紹介受診重点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**
紹介・逆紹介の状況、外来における人材の配置状況、外来・在宅医療・地域連携の実施状況(生活習慣病管理料や在宅時医学総合管理料等の算定件数)等

「地域の協議の場」での議論に活用。令和4年度については、外来機能報告等の施行初年度であるため、紹介受診重点医療機関の明確化に資する協議を中心に行う。

対象医療機関

義務： 病院・有床診療所
任意： 無床診療所

報告頻度

年1回
(10~11月に報告を実施)

医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)

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

紹介受診重点医療機関の基準

意向はあるが基準を満たさない場合

上記の外来の件数の占める割合が

- ・ 初診の外来件数の40%以上かつ
- ・ 再診の外来件数の25%以上

参考にする紹介率・逆紹介率の水準

- ・ 紹介率50%以上かつ
- ・ 逆紹介率40%以上

○「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: 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

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

紹介受診重点医療機関について

○ 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目して、以下のとおり紹介患者への外来を基本とする医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化する。

- ① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、
- ② 「地域の協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

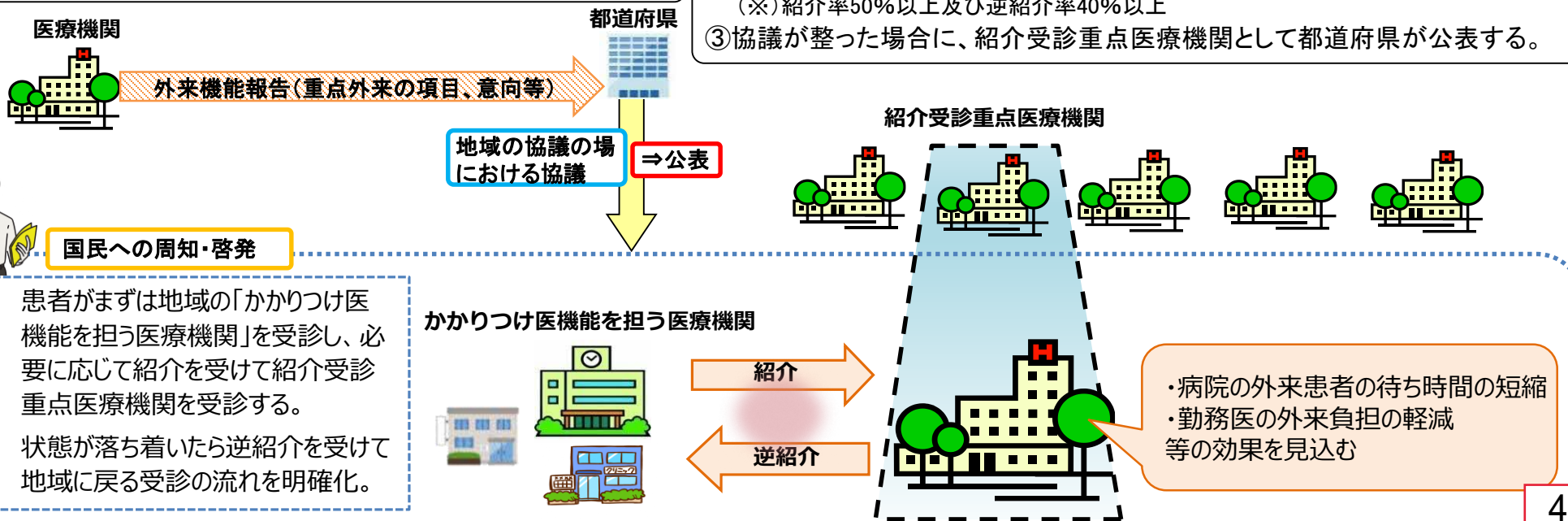
※ 紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上の病院に限る。)は、紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となる。

【外来機能報告】

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

【地域の協議の場】

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

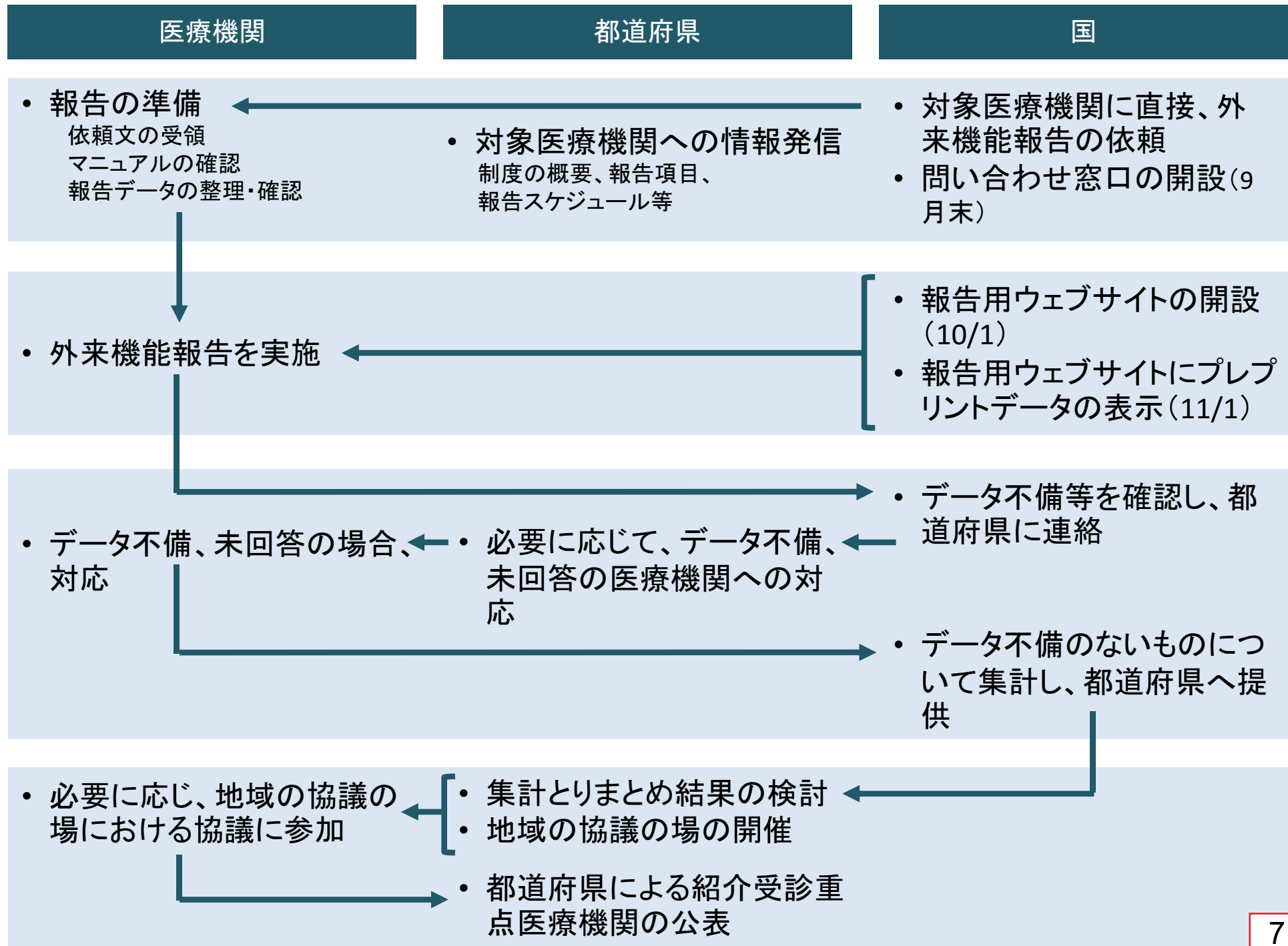


地域医療支援病院と紹介受診重点医療機関の比較

	地域医療支援病院	紹介受診重点医療機関
制度の趣旨	医療施設機能の体系化の一環として、 <u>医師の少ない地域を支援する役割を担い、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</u> （都道府県知事が個別に承認）	患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目し、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関として、「紹介受診重点医療機関」を明確化したもの（地域の協議の場の結果をとりまとめ公表）
主な役割	<ul style="list-style-type: none"> 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 	以下に示す、「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 <ol style="list-style-type: none"> 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（<u>紹介患者に対する外来等</u>）
要件	<ul style="list-style-type: none"> 紹介患者中心の医療を提供していること <ol style="list-style-type: none"> ①紹介率80%以上 ②紹介率65%以上かつ逆紹介率40%以上 ③紹介率50%以上かつ逆紹介率70%以上 救急医療を提供する能力を有する 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 地域医療従事者に対する研修を行っている 原則200床以上 等 <p>（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</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準（※）、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向、紹介率・逆紹介率（※※）等を参考にしつつ協議を行い、協議が整った場合、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表 <p>（※）初診に占める重点外来の割合40%以上 かつ 再診に占める重点外来の割合25%以上</p> <p>（※※）紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上</p> 特定機能病院や地域医療支援病院についても、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たし、医療機関の意向と地域の協議の場での結論が一致した場合、紹介受診重点医療機関として広告することは可能。
根拠法・通知等	<ul style="list-style-type: none"> 医療法（平成9年改正） 医療法施行規則の一部を改正する省令の施行等について（令和3年3月局長通知） 	<ul style="list-style-type: none"> 医療法（令和3年改正） 外来機能報告等に関するガイドライン（令和4年3月）
医療機関数	685（令和4年9月現在）	未定

2 スケジュールについて

外来機能報告の当初のスケジュール（延期前）



- 病床機能報告及び今年度より開始される外来機能報告は、報告期間が10月1日から11月30日と定められている。その中で、診療実績を報告する「報告様式2」については、医療機関の事務負担軽減等のため、レセプト情報・特定健診等データベース（NDB）の集計結果を提供した上で、11月1日から11月30日に報告いただく予定であった。
- 今般、集計のために参照しているNDBにおいて一部レセプト情報の補正作業を行う必要があることから、病床機能報告及び外来機能報告について、報告様式2の報告開始を延期したところ。
 - ※ なお、報告様式2の開始の延期については、11月14日付事務連絡等により都道府県及び医療機関に対して周知を行った。
- 当該事象の影響を受けたのは外来機能報告のみであり、病床機能報告については影響を受けていないことが判明したため、それぞれについて下記の通り対応いただくこととし、12月7日に通知を発出した。
 - ・ 病床機能報告については、令和4年12月8日より報告様式2の報告を開始し、報告様式1・2ともに、報告期限を令和5年1月13日までとする。
 - ・ 外来機能報告については、一部レセプト情報の補正作業後に再度集計を行う必要があるため、令和5年2月下旬から3月上旬に開始することを目途に、詳細については改めて通知を発出する。なお、報告期限についても報告開始時期と併せて改めてお知らせすることとする。

今後のスケジュールについて(2/2):詳細スケジュール (イメージ)

報告期間及び督促機関

データの検証

地域の協議の場の開催

地域の協議の場の開催

外来機能報告の報告

外来機能報告の
データ一式の整理

報告データ(速報値)
を基に対象医療機関を
選定

報告データ(速報
値・暫定値)等の検
証を基に、地域の協
議の場を開催

地域の協議の場の議論を
経て紹介受診重点医療機
関を選定

3月頃

4月頃

5月頃

6月頃

7月頃

医療機関

- 外来機能報告様式1・2報告
- 外来機能報告完了
- 都道府県等からの指摘に応じて修正

- 必要に応じて報告結果を修正

- 必要に応じて報告結果を修正

- 紹介重点受診医療機関の場合、**通知等を都道府県から受領**

都道府県

- 外来機能報告の報告内容確認
- 報告された内容を確認
- 未報告の医療機関に報告の督促**

- 紙報告以外**の報告データを検証
- 地域の協議の場の開催準備**

- 紙報告を含む**報告データを検証
- 地域の協議の場の開催**

- 地域の協議の場の開催
- 紹介重点受診医療機関を公表**

(厚生労働省) 事務局

- 外来機能報告の報告内容確認
- 報告内容のチェック(異常値等)
- 都道府県にチェック結果を還元

- 紙報告以外の報告データを集計
- 報告データ(速報値)を都道府県に還元

- 紙報告の報告データを集計
- 報告データ(暫定値)を都道府県に還元

- 報告データ(ローデータ等一式)を納品物として都道府県に還元**

3 協議の進め方について

協議の場の進め方の全体像

1.

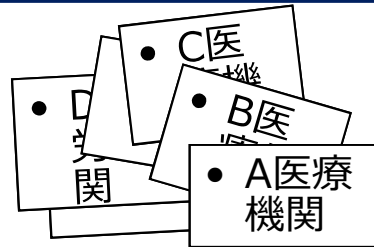
医療資源を重点的に活用する外来（紹介受診重点外来）の基準の確認



- 紹介受診重点外来の基準を確認の上、対象医療機関を抽出
 - **初診基準:40%以上**
(初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合)
 - **再診基準が25%以上**
(再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合)

2.

紹介受診重点医療機関となる意向の有無



- 医療機関の意向を確認するため、外来機能報告様式1の4、「**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**」となる意向の有無において、医療機関の意向を確認

3.

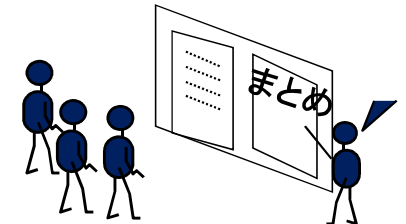
協議の場における検討



- 下記の要件等を前提に関係者で協議
 - 紹介受診重点外来に関する基準
 - 紹介受診重点医療機関の役割を担う意向
- 紹介受診重点外来に関する基準と医療機関の意向が合致しない医療機関は、当該地域の地域性や当該医療機関の特性等を考慮して再度協議を実施
- 状況に応じて持ち回り、文書提出のみとするなどの柔軟な対応も可能

4.

協議の場における議論のとりまとめ



- 医療機関の意向と地域の協議の場での結論が最終的に一致したものに限り、紹介受診重点医療機関とし、都道府県において、協議結果を取りまとめて公表すること

外来機能報告制度を活用した紹介受診重点医療機関に係る協議の進め方

意向あり

意向なし

紹介受診重点外来の基準

満たす

- 1 紹介受診重点医療機関
* 「外来医療に係る地域の協議の場」での確認

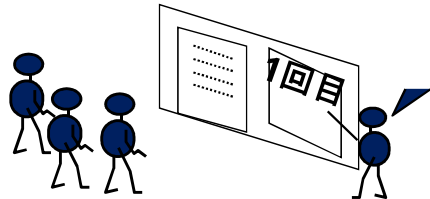
- 2 「外来医療に係る地域の協議の場」での協議

満たさない

- 3 「外来医療に係る地域の協議の場」での協議

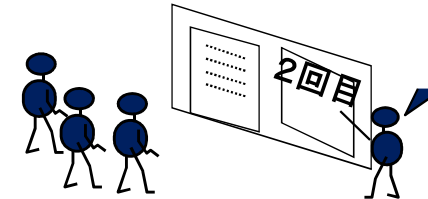
「外来医療に係る地域の協議の場」での協議

地域性や医療機関の特性等を考慮して
協議（1回目）



医療機関の意向と異なる結論
となった場合

協議を再度実施（2回目）



【協議を進める上で必要な事項】

- 協議の場における検討については、以下の内容を参考とする。
 - ・ 紹介受診重点外来の基準（初診40%以上かつ再診25%以上）
 - ・ 紹介受診重点医療機関となる意向
 - ・ 紹介率・逆紹介率の水準（紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上）
 - ・ 当該医療機関の機能（特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関 等）
 - ・ 外来医療の実施状況や当該地域の地域性
 - ・ 必要に応じ、医療機関から提出を受けた、紹介受診重点外来の基準と医療機関の意向が合致しない理由書等
- なお、協議の場を行う前に、協議の場での結論の取りまとめ方法について、確認しておくことが望ましい。

外来機能報告制度を活用した紹介受診重点医療機関に係る協議の進め方

意向あり

意向なし

紹介受診重点外来の基準

満たす

- 1 紹介受診重点医療機関
* 「外来医療に係る地域の協議の場」での確認

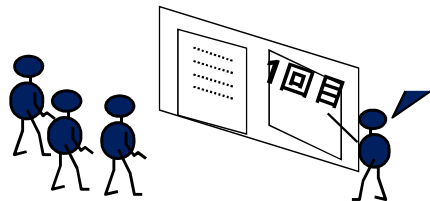
- 2 「外来医療に係る地域の協議の場」での協議

満たさない

- 3 「外来医療に係る地域の協議の場」での協議

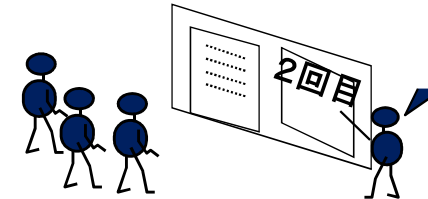
「外来医療に係る地域の協議の場」での協議

地域性や医療機関の特性等を考慮して
協議（1回目）



医療機関の意向と異なる結論
となった場合

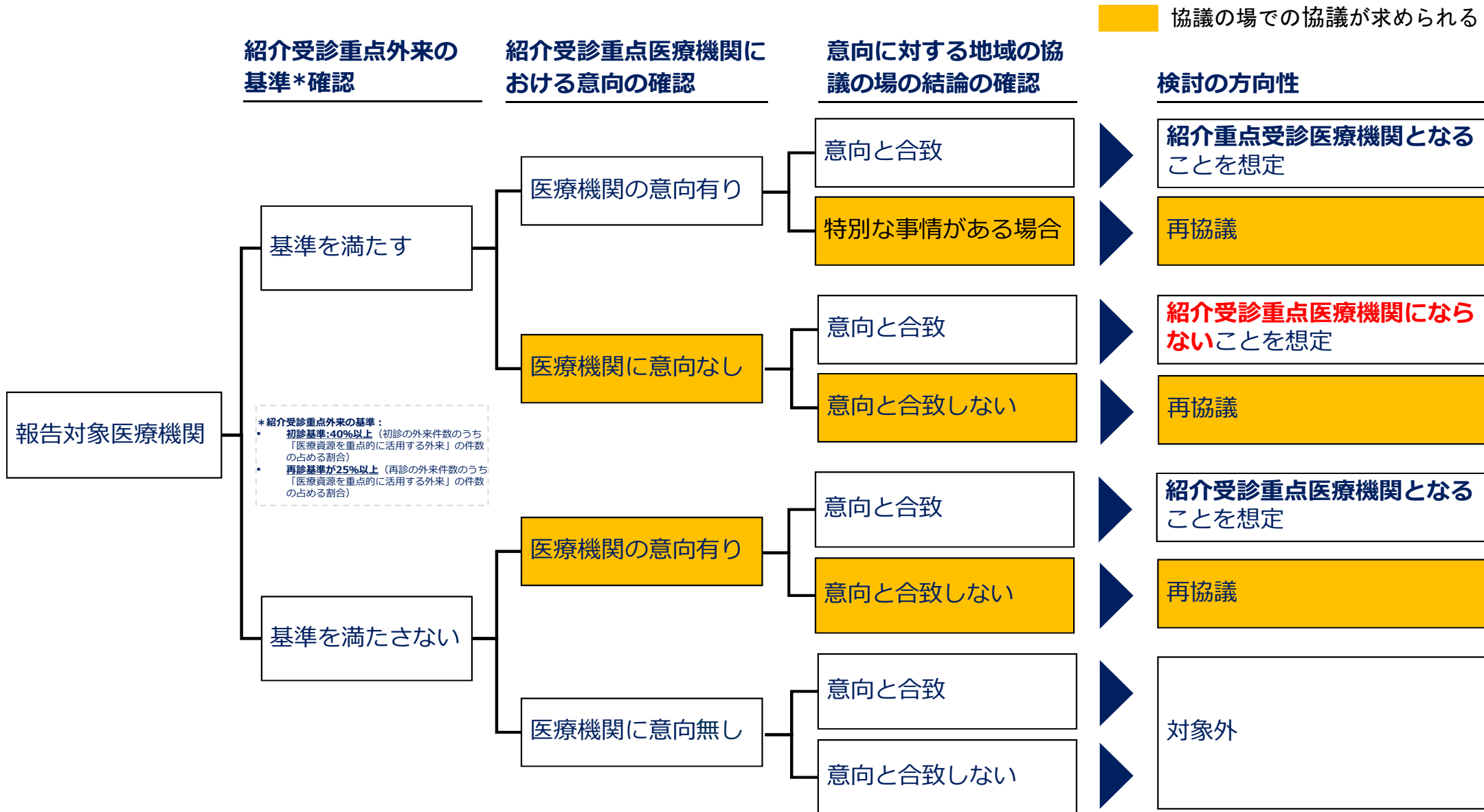
協議を再度実施（2回目）



【紹介受診重点外来の基準と医療機関の意向の考え方】

- 1 「紹介受診重点外来の基準を満たす×意向あり」の場合
 - ・ 特別な事情がない限り、紹介受診重点医療機関となることが想定される。
- 2 「紹介受診重点外来の基準を満たす×意向なし」の場合
 - ・ 当該医療機関の意向が第一であることを踏まえつつ、当該地域の医療提供体制のあり方を協議の上、紹介受診重点医療機関の趣旨等について説明し、2回目の協議に改めて意向を確認する。
- 3 「紹介受診重点外来の基準を満たさない×意向あり」の場合
 - ・ 紹介受診重点外来に関する基準に加え、紹介率・逆紹介率等を活用して協議を行う。

協議フローについて



再協議となった案件については、ガイドラインに基づいて、協議を行い、最終的に医療機関の意向と協議の場の結論が合致したものに限り、紹介受診重点医療機関として公表を行う。

<参考資料>

令和4年度診療報酬改定（関連部分抜粋）

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

- ▶ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
- ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円

見直し後

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
 - ・ **紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）**
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 **7,000円**、 歯科 **5,000円**
- ・ 再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円**

[保険給付範囲からの控除]

外来機能の明確化のための**例外的・限定的な取扱い**として、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除**

- ・ 初診：医科 **200点**、 歯科 **200点**
- ・ 再診：医科 **50点**、 歯科 **40点**

(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

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)

[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。

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

- ▶ 「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点 (入院初日)

[算定要件]

- (1) **外来機能報告対象病院等**（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、**一般病床の数が200未満であるものを除く。**）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**入院初日に限り**所定点数に加算する。
- (2) 区分番号A204に掲げる**地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。**

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
- 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
 - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】 初診料の注2、3 214点
(情報通信機器を用いた初診については186点)

外来診療料の注2、3 55点

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	<u>紹介受診重点医療機関</u> (<u>一般病床200床未満を除く</u>)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準		<u>紹介割合50%未満 又は</u> <u>逆紹介割合30%未満</u>		<u>紹介割合40%未満 又は</u> <u>逆紹介割合20%未満</u>
<u>紹介割合 (%)</u>	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
<u>逆紹介割合 (%)</u>	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
<u>再診患者の数</u>	<u>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以外の患者の数。以下を除く。</u> ・ <u>救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者</u>			
紹介患者の数	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（初診に限る）。 ・ <u>情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。</u>			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ <u>B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。</u> ・ <u>情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。</u>			
救急搬送者の数	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送された初診の患者の数。			

紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

連携強化診療情報提供料の新設

- ▶ 外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅲ）について、
 - 名称を「連携強化診療情報提供料」に変更し、かかりつけ医機能を有する医療機関等が、診療情報を提供した場合について、算定上限回数を変更する。
 - 「紹介受診重点医療機関」において、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についても、新たに評価を行う。

現行

【診療情報提供料（Ⅲ）】 150点

[算定要件]

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

[対象患者]

- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者

改定後

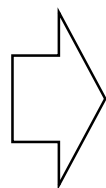
（改）【連携強化診療情報提供料】 150点

[算定要件]

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき**月1回**に限り算定する。

[対象患者]

- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者**
- 3 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者



（新）

地域の診療所等

紹介受診重点医療機関



患者を紹介

診療状況を
提供



連携強化診療情報
提供料を算定

例：生活習慣病の診療を実施

例：合併症の診療を実施