



資料 6

地域医療構想をめぐる国の検討状況等について

2022/3/9 (水)

令和3年度第3回神奈川県保健医療計画推進会議

- 1 「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」の成立について
- 2 医療計画の概要
- 3 第8次医療計画の策定に向けた検討体制
- 4 第8次医療計画に向けた取組み（全体イメージ）
- 5 新興感染症等対応に関する検討の進め方
- 6 救急・災害医療提供体制に関するワーキンググループの開催
- 7 外来機能報告等に関するワーキンググループの開催
- 8 地域医療構想及び医師確保に関するワーキンググループの開催・検討状況
（別添）外来機能報告等に関する報告書（令和3年12月17日）

1 「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」の成立について

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

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】

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施行に向けて

令和3年6月3日
医療部会資料

- 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。以下「医療法等改正法」という。）については、令和3年5月21日に成立したところである。
- 今後、医療法等改正法の着実な施行に向けた準備を進めて行く必要があり、各検討会等（医師の働き方改革の推進に関する検討会、第8次医療計画に関する検討の場等）において、各改正項目の施行に向けた具体的な検討を行っていく。

（施行に向けて検討する改正項目）

・医師の働き方改革

追加的健康確保措置の詳細や医療機関勤務環境評価センターの運営に関する事項等の厚生労働省令で規定する内容等について検討 → 医師の働き方改革の推進に関する検討会において検討

・医療関係職種の業務範囲の見直し

救急外来で業務を行う救急救命士の院内研修の実施方法等について検討
→ 救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会において検討

・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

第8次医療計画に向けた基本方針等の改正に関する検討を進める中で、具体的な記載項目等について検討
→ 第8次医療計画に関する検討の場を設けて検討

・外来医療の機能の明確化・連携

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について検討 → 第8次医療計画に関する検討の場の下に、ワーキンググループを設けて検討

Kanagawa P ※「医師養成課程等の見直し」については、医道審議会において、施行に向けた検討を実施

※「地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援」に関しては、公布日施行となっており、同日付けで、都道府県を通じ、取扱い等について周知済み

公布

施行

主な改正内容	施行日	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度
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)			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						

2 医療計画の概要

- 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

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。

- ・ 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。

○ 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。

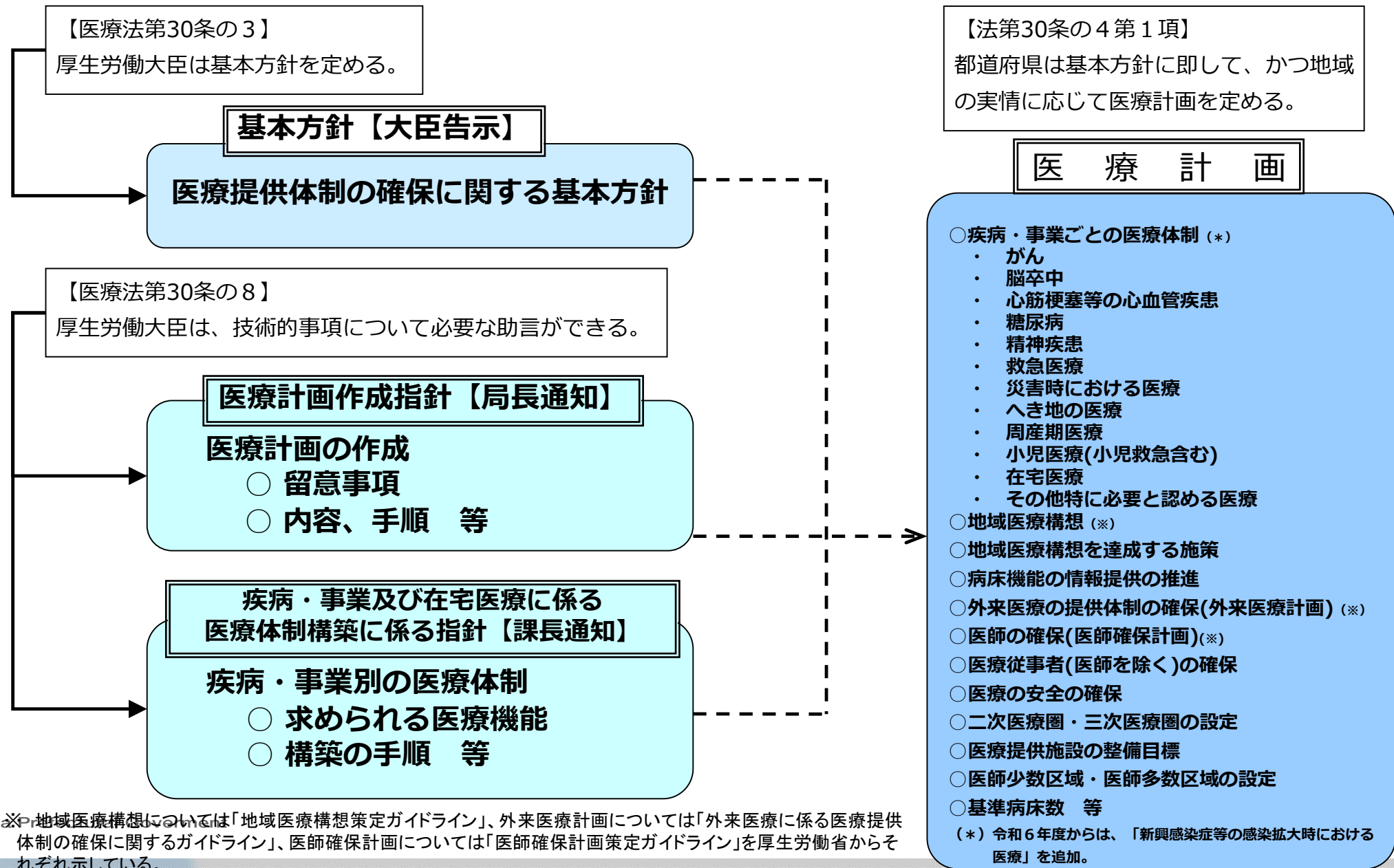
- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

○ 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

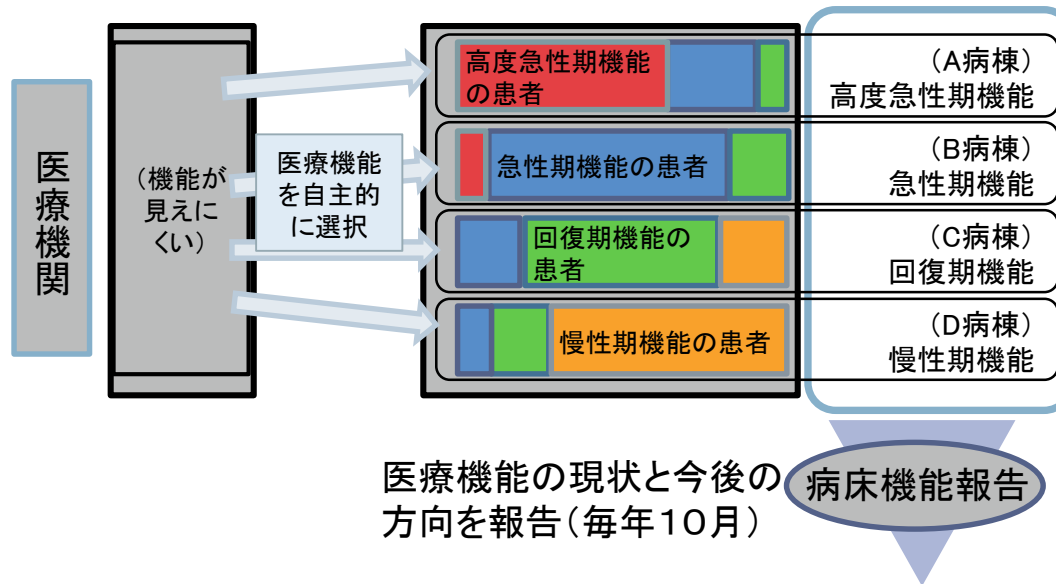
○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 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



※ 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。

- 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。



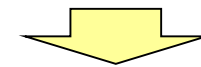
「地域医療構想」の内容

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



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。

背景

- ・ 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

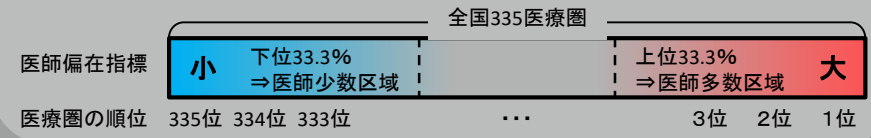
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・ 患者の流出入等
- ・ へき地等の地理的条件
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師偏在の種別（区域、診療科、入院/外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- （例）
- ・ 短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
 - ・ 中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする等

確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

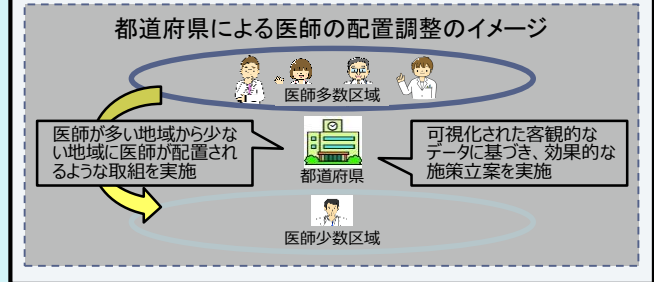
医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
 - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う 等

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し（PDCAサイクルの実施）



* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）



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、患者の流出入、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。

新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方①

(令和2年12月15日 医療計画の見直し等に関する検討会)

1. 新興感染症等の感染拡大時における体制確保（医療計画の記載事項追加）

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要

医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

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

◎ 具体的な記載項目（イメージ）

【平時からの取組】

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

【感染拡大時の取組】

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

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

◎ 医療計画の推進体制等

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

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

2. 今後の地域医療構想に関する考え方・進め方

(1) 地域医療構想と感染拡大時の取組との関係

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

(2) 地域医療構想の実現に向けた今後の取組

【各医療機関、地域医療構想調整会議における議論】

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

【国における支援】 * 各地の地域医療構想調整会議における合意が前提

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

(3) 地域医療構想の実現に向けた今後の工程

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

※ 具体的には、以下の取組に関する工程の具体化を想定

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

3 第8次医療計画の策定に向けた検討体制

- 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。（構成員は、座長と相談の上、別途定める）
- 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。

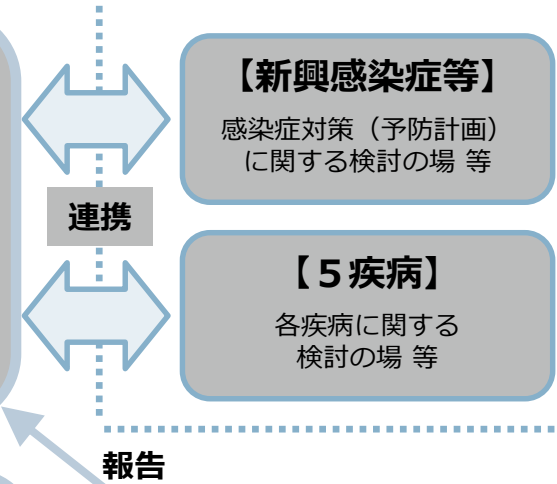
第8次医療計画等に関する検討会

- 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。



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（仮称）

- 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・災害医療提供体制に関するWG（仮称）

- 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

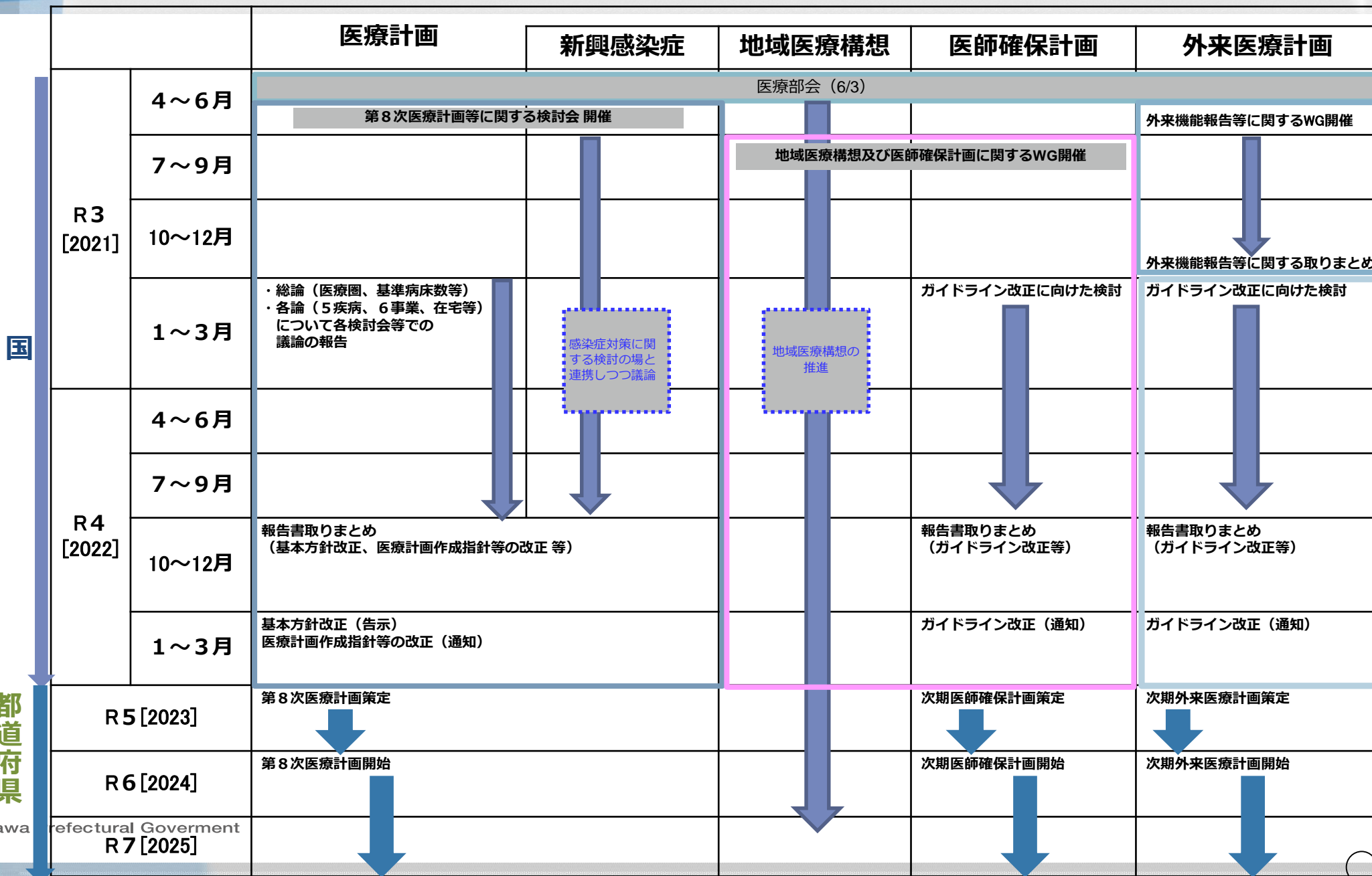
* へき地医療、周産期医療、小児医療については、第7次医療計画の策定に向けた検討時と同様、それぞれ、以下の場で専門的な検討を行った上で、「第8次医療計画等に関する検討会」に報告し、協議を進める予定。

- ・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

※検討事項の取りまとめ後、外来医療計画ガイドラインに関する検討の場として改組を予定。

4 第8次医療計画に向けた取組（全体イメージ）

4 第8次医療計画に向けた取組（全体イメージ）



5 新興感染症等対応に関する検討の進め方

令和3年度	4月～6月	6/3 医療部会 6/18 第1回 第8次医療計画等に関する検討会
	7月～9月	8/6 第2回 第8次医療計画等に関する検討会
	10月～12月	新型コロナ対応の振り返りを含めた今後の議論に向けたヒアリング 等
	1月～3月	
令和4年度	4月～6月	各論点に関する議論
	7月～9月	
	10月～12月	取りまとめに向けた議論
	1月～3月	

- 感染症対策（予防計画）に関する検討の場における検討状況も踏まえつつ、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
- 本検討会において、新興感染症等対応の議論と、一般医療（5疾病5事業・在宅医療）等の議論との間で整合性を図る観点から検討（例えば、新興感染症等対応と一般医療とのバランスなど）

- 第8次医療計画の策定に向けた検討を進めるに当たり、まずは、医療現場・自治体等の関係者から、
 - ・ 今般の新型コロナウイルス感染症対応における取組状況
 - ・ 今後の新興感染症等対応に向けた課題等についてヒアリングを行うことが有益ではないか。

- ヒアリングの実施に当たっては、例えば、以下のようなテーマに関し、本検討会の構成員をはじめ、関係団体・関係省庁の協力を得て、ヒアリングに協力いただける方を選定することとしてはどうか。
(具体的な人選は座長と相談の上、決定)
 - ・ 入院体制等の在り方（病床確保、各医療機関における感染防止対策、医療従事者の配置転換など）
 - ・ 地域における役割分担・入院調整の在り方（役割分担の内容、役割分担に向けた調整、入院調整など）
 - ・ 搬送体制の在り方（搬送調整、搬送体制など）
 - ・ 外来体制等の在り方（診療・検査医療機関、宿泊療養・自宅療養の健康観察や医療提供など）
 - ・ 人材確保の支援の在り方（医療機関間での医療従事者派遣、潜在医療従事者の確保など）

 - ・ その他

6 救急・災害医療提供体制に関するワーキンググループの開催

- ドクターヘリや救命救急センター等の救急医療提供体制の在り方、災害医療支援チーム（DMAT）や広域災害・救急医療情報システム（EMIS）等の災害医療提供体制の在り方については、平成30年度以降、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」^{（※）}において検討してきた。

※ 令和3年7月16日に開催された第25回検討会をもって終了。

- 今後、第8次医療計画の策定に向けた検討を進めるに当たり、「6事業」に当たる救急医療提供体制及び災害医療提供体制の在り方については、
 - ・ これまでと同様、関係団体や学会等の関係者を含めた専門的な議論が必要となること
 - ・ 他方、新興感染症等対応の体制をはじめ、他の5疾病6事業や在宅医療に関する議論と、より密接に連携しながら検討を進めていく必要があること等を踏まえ、第8次医療計画等に関する検討会の下に「救急・災害医療提供体制に関するワーキンググループ」を設け、当該ワーキンググループで専門的な議論を行いつつ、本検討会において、適宜報告を受けながら、他の検討項目と統合的に検討を進めていくこととしてはどうか。

（検討事項）

救急・災害医療提供体制の確保に当たり必要な事項について検討

- ・ 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
- ・ その他、救急・災害医療提供体制の確保に必要な事項

（構成員）

救急・災害医療提供体制に関係する医療関係団体・学会、地方自治体、学識者等

※具体的な構成員は、別途検討

7 外来機能報告等に関するワーキンググループの開催

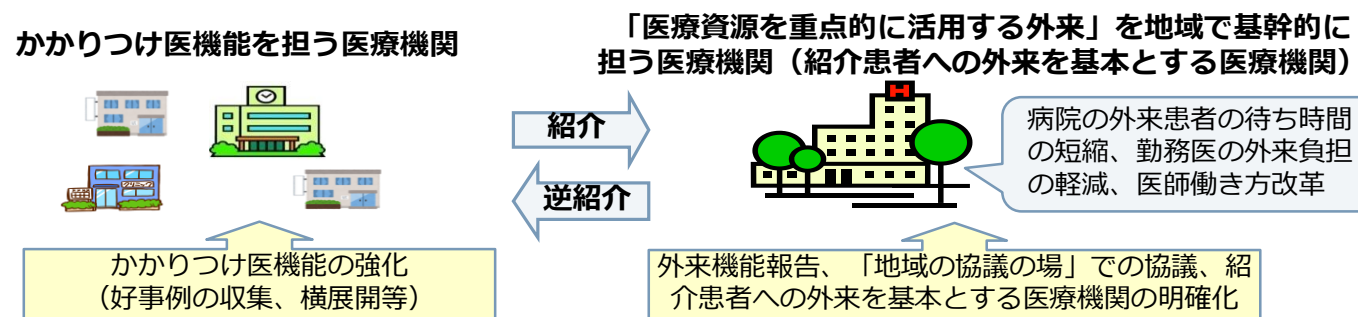
1. 外来医療の課題

- 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）

外来機能報告等の施行に向けた検討スケジュール（現時点のイメージ）

令和3年

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

改正法の施行に向けて、以下について決定していくことが必要。

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

① 外来機能報告

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

② 医療資源を重点的に活用する外来

- ・ 医療資源を重点的に活用する外来に該当する外来の項目について、考え方を整理して、検討
- ・ 呼称について、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の呼称とあわせて、検討等

③ 医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関

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

④ 地域における協議の場

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

⑤ その他の検討事項

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

(基本的な考え方)

- 外来機能報告は、地域の外来機能の明確化・連携のために実施するものである。年間スケジュールとして、病床機能報告と一体的に報告を行い、年度内(初回は令和4年度内)に地域の協議の場における協議が行えるようにする。具体的には、以下のスケジュールとする。

<外来機能報告のスケジュール>

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「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」の公表 ・都道府県に集計結果の提供

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

(報告項目)

○ 報告項目は、

①「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」の明確化に資するもの

- ・ 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況
- ・ 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細
- ・ 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
- ・ 紹介・逆紹介の状況

②地域の協議の場における外来機能の明確化・連携に向けた協議に資するもの

- ・ その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況
- ・ 救急医療の実施状況
- ・ 紹介・逆紹介の状況(再掲)
- ・ 外来における人材の配置状況
- ・ 高額等の医療機器・設備の保有状況

の2つの観点から整理し、報告する医療機関の負担軽減のため、レセプト情報・特定健診等情報データベース(以下「NDB」という。)で把握できる報告項目及び病床機能報告で把握できる項目を基本とし、具体的には、P.4のとおりとする。なお、これらで把握できないもののうち、地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なものとして報告項目とするのは、以下の3項目とする。

- ・ 「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
- ・ 紹介・逆紹介の状況
- ・ 外来における人材の配置状況(専門看護師等に係るもの)

(基本的な考え方)

- 令和2年報告書において、「医療資源を重点的に活用する外来」は、基本的に以下の①～③の機能が考えられるとされつつ、具体的には更に検討するものとして、取りまとめられている。
 - 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

- 具体的には、これまでの議論を踏まえ、以下の類型①～③のいずれかの機能を有する外来を「医療資源を重点的に活用する外来」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「医療資源を重点的に活用する外来」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
 - ✓ 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「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものと
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
- ✓ 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「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものと
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

(基本的な考え方)

- 外来医療においては、医療資源や医療ニーズの状況等が地域によって異なっているため、「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」の明確化に当たっては、医療機関の特性や地域性を考慮する必要があり、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を参考にし、当該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り、地域の実情を踏まえる仕組みとする。
- なお、外来医療に関するデータや議論の蓄積が少ない中で、「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」の明確化については、外来機能報告や地域の協議の場での協議を重ね、改善を図りながら、精緻化していくものとする。その際、特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方についても検討を行う。

(医療資源を重点的に活用する外来に関する基準)

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

④ 地域における協議の場

(基本的な考え方) ※項目は一部省略

- 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り、まずは、地域の協議の場において、外来機能の連携を示す紹介・逆紹介の状況も含めた外来機能報告のデータと医療機関の意向等に基づき、「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」に関する協議を中心に行うこととする。
- 地域の協議の場については、国において都道府県が参考とするガイドラインを示した上で、都道府県が、改正医療法に基づき、ガイドラインを参考として、地域の実情に応じながら運営することができるようにする。

(地域の協議の場における参加者)

- 外来医療計画（外来機能の偏在・不足等への対応）に係る協議が地域の協議の場ですすでに行われ、多くの地域で地域医療構想調整会議が活用されている中で、今回の改正医療法に関する協議の参加者は、これまでの参加者を考慮しつつ、今回の協議に関係する者が参加することとする。具体的には、郡市区医師会等の地域における学識経験者、代表性を考慮した病院・（有床）診療所の管理者、医療保険者、市区町村等とする。
- その上で、次の医療機関については、地域の協議の場における協議の際に、国が示す基準を参考にしつつ、当該地域の地域性や当該医療機関の特性等を考慮した議論が必要であり、当該医療機関の出席を求め、意見を聴取する。
 - (1) 「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」の医療資源を重点的に活用する外来に関する基準に該当するものの、外来機能報告において「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」としての役割を担う意向を有しない医療機関
 - (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」の医療資源を重点的に活用する外来に関する基準に該当しないものの、外来機能報告において「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」としての役割を担う意向を有する医療機関

（「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」の呼称）

- 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の呼称は、地域住民の分かりやすさの観点を第一に、当該医療機関の性格を表すキーワードをどう盛り込むか、後述するとおり広告可能とすることについて検討することをどう考えるか等を考慮し、「紹介受診重点医療機関」（病院・診療所）とする。

8 地域医療構想及び医師確保に関する ワーキンググループの開催・検討状況

1. 地域医療構想

(1) 各地域における検討・取組状況に関するさらなる把握

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

※ 新型コロナウイルス感染症への対応状況に配慮しつつ、各地域において地域医療構想調整会議を主催する都道府県等とも協議を行い、具体的な工程の設定について検討（2023年度に各都道府県において第8次医療計画の策定作業が進められることを念頭に置き、2022年度中を目途に地域医療構想の実現に向けた地域の議論が進められていることが重要となることにも留意）

(2) 地域における協議・取組の促進策に関する検討

- 新型コロナ対応の経験も踏まえた、地域医療構想調整会議など都道府県による取組の在り方
- 積極的に検討・取組を進めている医療機関・地域に対する支援の在り方 等

(3) 2025年以降を見据えた枠組みの在り方に関する検討

一体的に取り組むための
具体的方策

2. 医師偏在対策（医師確保計画）

(1) 各都道府県における計画の策定状況や取組状況に関するさらなる把握

(2) 次期医師確保計画の策定（ガイドライン改定）に向けた検討

- 医師偏在指標や医師多数区域・医師少数区域の在り方
- 医師の確保の方針や目標医師数の在り方
- 医師確保に向けた効果的な施策の在り方 等

今後の検討スケジュール（現時点のイメージ）

令和3年7月29日第1回地域医療構
想及び医師確保計画に関する検討
WG資料 2

		地域医療構想	医師確保計画
令和3年度	4月～6月	6/3 医療部会 6/18 第8次医療計画等に関する検討会	
	7月～9月	7/29 地域医療構想・医師確保計画に関するワーキンググループの開催	
	10月～12月	<ul style="list-style-type: none"> ・各地域における検討・取組状況に関するさらなる把握 ・地域における協議・取組の促進策に関する検討 ※特に、状況把握の方法について早期に検討 	各都道府県における計画の策定状況や取組状況に関するさらなる把握
	1月～3月		
令和4年度	4月～6月	<ul style="list-style-type: none"> ・2025年以降を見据えた枠組みの在り方に関する検討 	1巡目の議論
	7月～9月		
	10月～12月		2巡目・取りまとめの議論
	1月～3月		

医師確保計画の概要

医師養成課程における取組

【大学医学部】

- 中長期的な観点から、医師の需要・供給推計に基づき、**全国の医師養成数**を検討
- **地域枠**（特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠）の医学部における活用方針を検討

【臨床研修】

- 全国の研修希望者に対する**募集定員の倍率を縮小**するとともに、都道府県別に、**臨床研修医の採用枠の上限数**を設定
- その際、都市部や複数医学部を有する地域について、上限数を圧縮するとともに、医師少数地域に配慮した定員設定を行い、**地域偏在を是正**

【専門研修】

- 日本専門医機構において、将来の必要医師数の推計を踏まえた都道府県別・診療科別の**専攻医の採用上限数（シーリング）**を設定することで、**地域・診療科偏在を是正**（産科・小児科等の特に確保が必要な診療科や、地域枠医師等についてはシーリング対象外）

各都道府県の取組

【医師確保計画】

- 医師偏在指標により医師偏在の状況を把握
計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を設定

<具体的な施策>

● 大学と連携した地域枠の設定

● 地域医療対策協議会・地域医療支援センター

- ・ 地域医療対策協議会は、**医師確保対策の方針**（医師養成、医師の派遣調整等）について協議
- ・ 地域医療支援センターは、**地域医療対策協議会の協議結果に基づき、医師確保対策の事務**（医師派遣事務、派遣される医師のキャリア支援・負担軽減等）を実施

● キャリア形成プログラム（地域枠医師等）

- ・ 「**医師不足地域の医師確保**」と「**派遣される医師の能力開発・向上**」の両立を目的としたプログラム

● 認定医師制度の活用

- ・ **医師少数区域等に一定期間勤務した医師を厚労大臣が認定する制度**を活用し、医師不足地域の医師を確保

医師の働き方改革

地域の医療を支えている勤務医が、安心して働き続けられる環境を整備することが重要であることから、都道府県・医療勤務環境改善支援センター等による医療機関への支援を通じて、適切な労務管理や労働時間短縮などの医師の働き方改革を推進。具体的には、

- 地域医療の確保のためにやむを得ず長時間労働を行う医師について、医療機関における医師の労働時間短縮計画の作成や健康確保措置等を通じて、労働時間短縮及び健康確保を推進
- 出産・育児・介護などのライフイベントを経験する医師が、仕事と家庭を両立できるよう勤務環境の改善を推進

背景

- 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

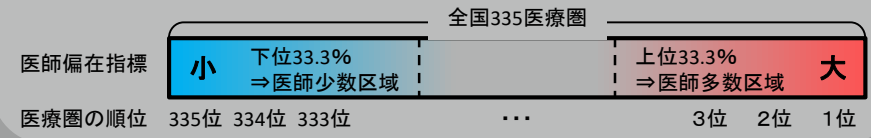
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- 患者の流出入等
- へき地等の地理的条件
- 医師の性別・年齢分布
- 医師偏在の種別（区域、診療科、入院/外来）

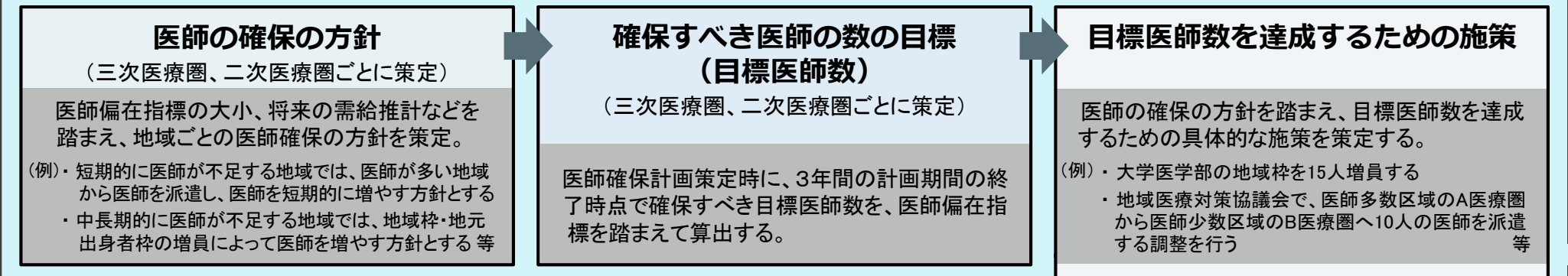
医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

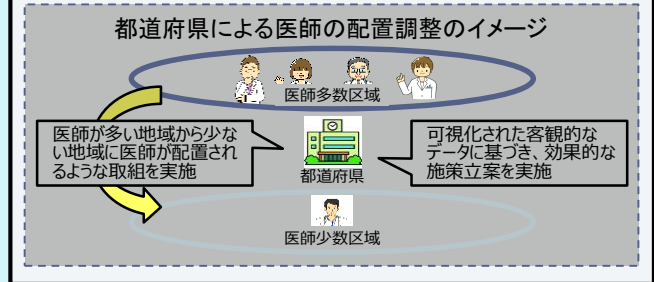
『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定



3年*ごとに、都道府県において計画を見直し(PDCAサイクルの実施)

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次			第8次(前期)		第8次(後期)				

* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）



○【地域枠※1】（平成22年度より都道府県の地域医療再生計画等に位置付けた医学部定員増）

- 〈1〉 大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠」
- 〈2〉 都道府県が設定する奨学金の受給が要件
- 〈3〉 卒直後に特定の地域や診療科での従事が要件

※1 これまで地域枠（地域枠、地元出身者枠等）の定義が曖昧であったため、R4年度に関しては、選抜方法、従事要件、奨学金貸与等について定義を見直した

入試選抜

対象：地元出身者もしくは全国

方法：入試時に選抜枠を設定（別枠）、もしくは入学後に学生を選抜

医学教育（6年間）

奨学金※2の例

※2 貸与額及び返還免除要件については、各都道府県がその実情に応じて、独自に設定。

1. 貸与額

- 月額10～15万円（入学金等や授業料など別途支給の場合あり）
- 6年間で概ね1200万円前後**（私立大学医学生等には、別途加算の場合あり）
（参考）全学部平均の学生の生活費（授業料含む）は
国公立大学で約150万/年、私立大学で約200万/年
出典（独）日本学生支援機構 学生生活調査（平成30年度）

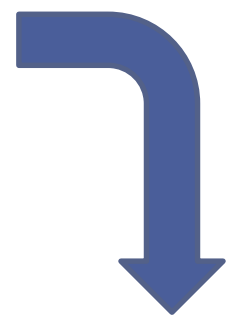
2. 返還免除要件

- 医師免許取得後、下記のような条件で医師として**貸与期間の概ね1.5倍（9年間）**の期間従事した場合、**奨学金の返還が免除**される。
 1. 都道府県内の特定の地域や医療機関（公的病院、民間病院、へき地診療所等）
 2. 指定された特定の診療科（産婦人科・小児科等の医師不足診療科）
 3. 返還の場合は、利息を支払う

平成28年度以降、新たな医師として地域医療等へ貢献

平成30年医療法改正により、地域医療対策協議会の役割の明確化、協議プロセスの透明化を図るとともに、地域医療支援センターとの関係や役割について明確化

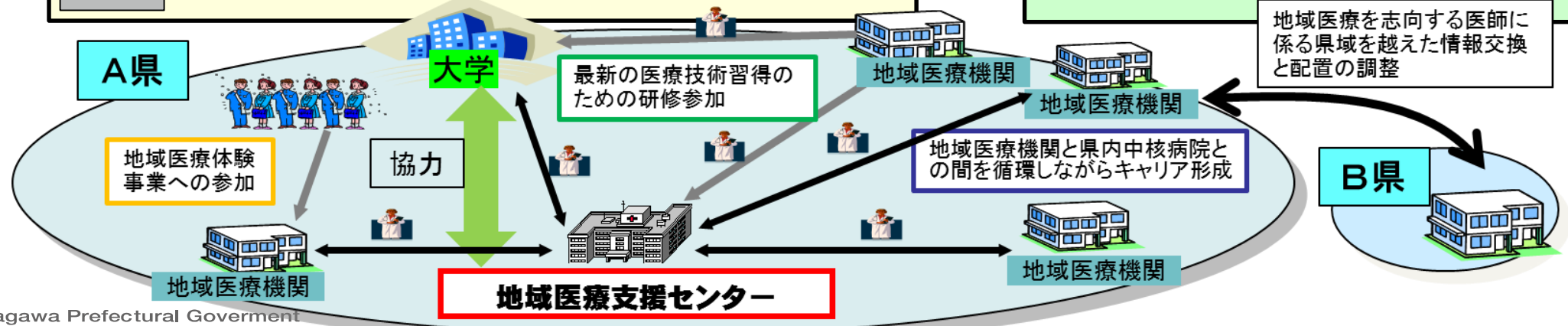
地域医療対策協議会 (医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場)	
構成員	都道府県、大学、医師会、主要医療機関、民間医療機関 等 ※ 議長は都道府県以外の第三者・互選、女性割合に配慮 等
役割	協議事項を法定 <ul style="list-style-type: none"> キャリア形成プログラムの内容 医師の派遣調整 派遣医師のキャリア支援策 派遣医師の負担軽減策 大学の地域枠・地元枠設定 臨床研修病院の指定 臨床研修医の定員設定 専門研修の研修施設・定員 等
協議の方法	<ul style="list-style-type: none"> 医師偏在指標に基づき協議 大学・医師会等の構成員の合意が必要 協議結果を公表
国のチェック	<ul style="list-style-type: none"> 医師派遣先（公的、民間の別）等の医師の派遣状況について定期的に国がフォローアップ



都道府県が実施する医師派遣等の対策は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づいて行う

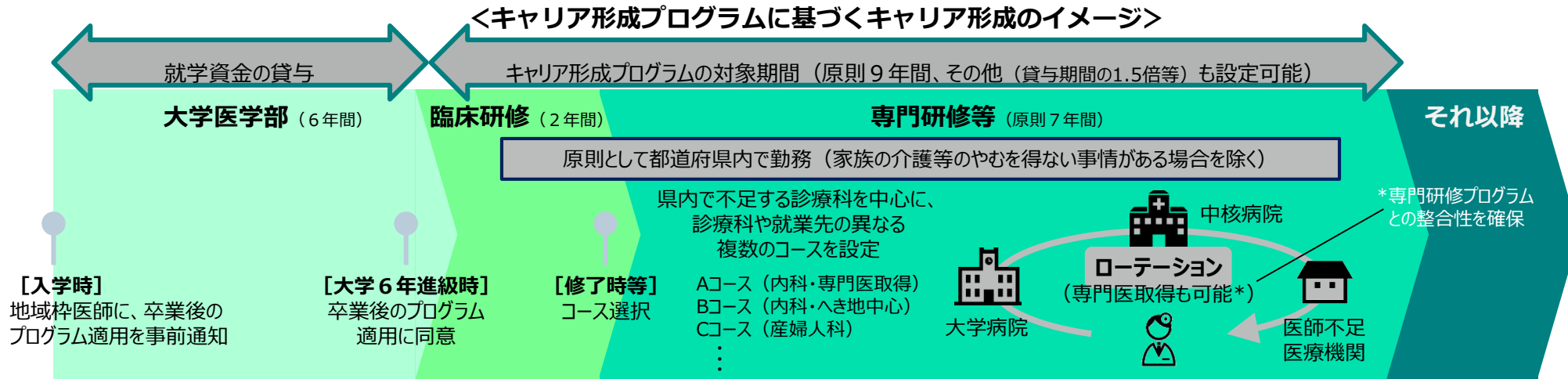
地域医療支援センター (医師確保対策の事務の実施拠点)	
法定事務	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県内の医師確保状況の調査分析 医療機関や医師に対する相談援助 医師派遣事務 キャリア形成プログラムの策定 派遣医師のキャリア支援・負担軽減 等

地域医療を志向する医師に係る県域を越えた情報交換と配置の調整



都道府県は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づき、「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的とするキャリア形成プログラムを策定することとされている。

※医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）により地域医療支援事務として医療法に明記
キャリア形成プログラムの詳細については、医療法施行規則（省令）及びキャリア形成プログラム運用指針（通知）に規定



＜キャリア形成プログラムの対象者＞

- 都道府県が修学資金を貸与した地域枠医師
- それ以外の地域枠医師（任意適用）
- 自治医科大学卒業医師（平成30年度入学者までは任意適用）
- その他プログラムの適用を希望する医師

＜キャリア形成プログラムに基づく医師派遣＞

大学による医師派遣との整合性を確保するため、地域医療対策協議会で派遣計画案を協議

※地域医療構想における機能分化・連携の方針との整合性を確保する
※理由なく公立・公的医療機関に偏らないようにする

対象者の地域定着促進のための方策

＜対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援＞

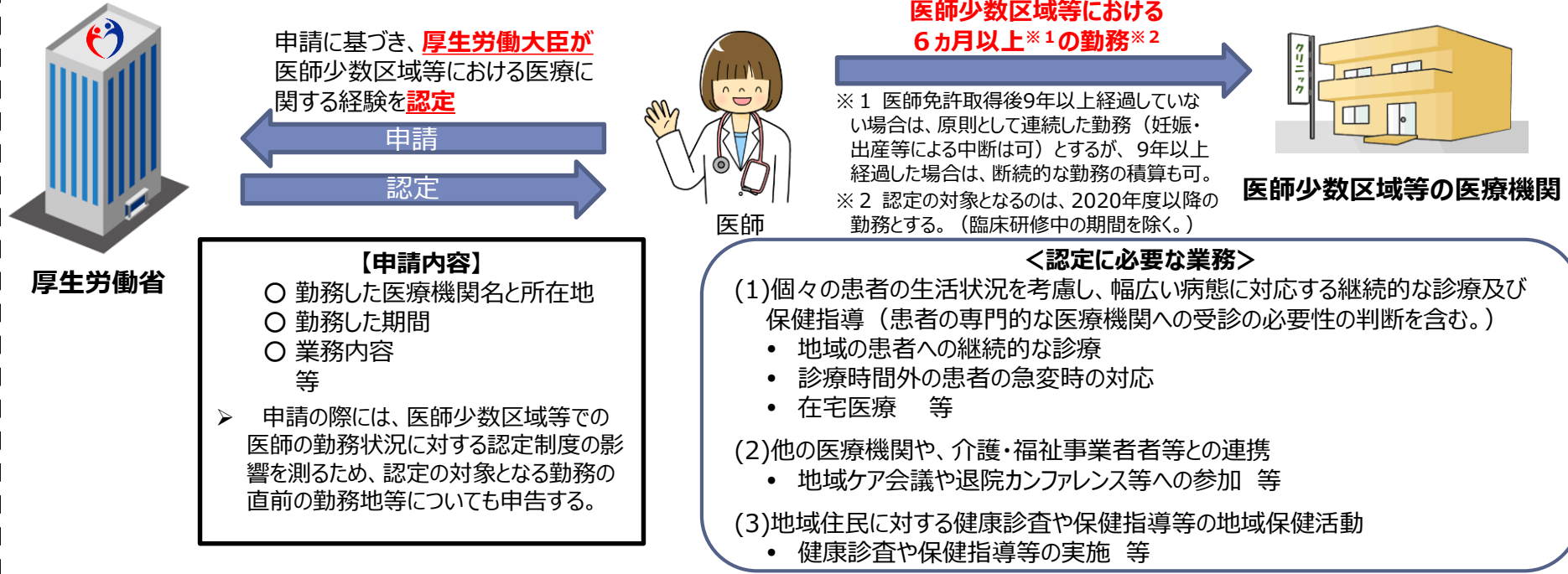
- 都道府県は、学部生段階から地域医療や職業選択について考える機会を**対象者に提供し**、適切なコース選択を支援する
- 都道府県は、**対象者の希望に対応したプログラムとなるよう努め**、診療科や就業先の異なる**複数のコースを設定**する
- 都道府県は、コースの設定・見直しに当たって、**対象者からの意見を聴き、その内容を公表し反映するよう努める**
- **出産、育児等のライフイベントや、海外留学等の希望に配慮**するため、プログラムの**一時中断を可能とする**（中断可能事由は都道府県が設定）

＜プログラム満了前の離脱の防止＞

- **キャリア形成プログラムは都道府県と対象者との契約関係であり、対象者は満了するよう真摯に努力しなければならないことを通知で明示**
- 一時中断中は、中断事由が継続していることを定期的な面談等により確認（**中断事由が虚偽の場合は、契約違反となる**）
- 都道府県は、**キャリア形成プログラムを満了することを、修学資金の返還免除要件とする**（家族の介護等のやむを得ない事情がある場合を除く）
- 都道府県は、**修学資金について適切な金利を設定**する

- 医師少数区域等における勤務の促進のため、医師少数区域等に一定期間勤務し、その中で医師少数区域等における医療の提供のために必要な業務を行った者を厚生労働大臣が認定する。

認定に必要な勤務期間や業務内容



認定医師等に対するインセンティブ

①一定の病院の管理者としての評価

- ・ 地域医療支援病院の管理者は、認定医師でなければならないこととする。（2020年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に限る。）

②認定医師に対する経済的インセンティブ

- ・ 認定を取得した医師が医師少数区域等で診療を実施する際の医療レベルの向上や取得している資格等の維持に係る経費（研修受講料、旅費等）について支援を行う。

**【参考】 地域医療構想及び医師確保に関する
WG資料 1 参考資料【抄】**

地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について

都道府県単位の地域医療構想調整会議

平成30年6月22日付け医政地発0622第2号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知
平成30年6月26日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡

- **都道府県は、**各構想区域の調整会議における議論が円滑に進むように支援する観点から、**都道府県単位の地域医療構想調整会議を設置**（協議事項）
 - ・各構想区域における調整会議の運用に関すること（地域医療構想調整会議の協議事項、年間スケジュールなど）
 - ・各構想区域における調整会議の議論の進捗状況に関すること（具体的対応方針の合意の状況、再編統合の議論の状況など）
 - ・各構想区域における調整会議の抱える課題解決に関すること（参考事例の共有など）
 - ・病床機能報告等から得られるデータの分析に関すること（定量的な基準など）
 - ・構想区域を超えた広域での調整が必要な事項に関すること（高度急性期の提供体制など）（参加の範囲等）各構想区域の地域医療構想調整会議の議長を含む関係者

都道府県主催研修会

- **都道府県は、**地域医療構想の進め方について、**調整会議の議長、事務局を含む関係者間の認識を共有する観点から、研修会を開催**（研修内容）・行政説明 ・事例紹介 ・グループワーク
※行政説明や事例紹介の実施に当たっては、厚生労働省の担当者を派遣

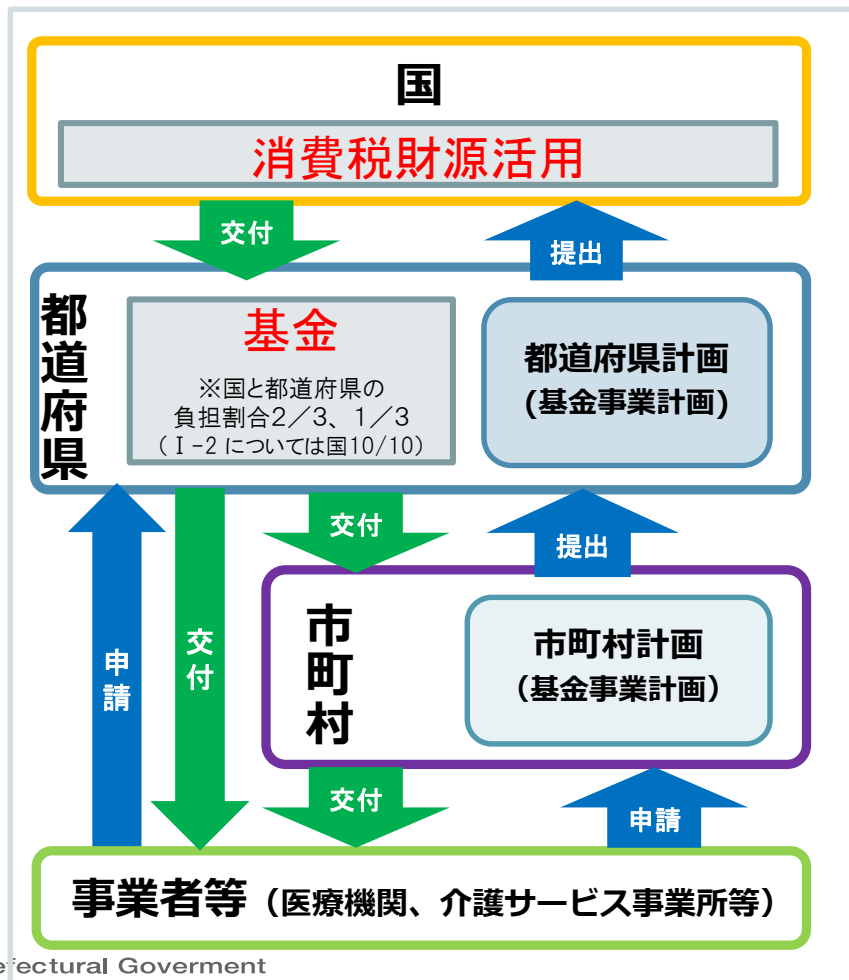
「地域医療構想アドバイザー」

- **厚生労働省は、**各構想区域の実情に応じたデータの整理や論点の提示といった調整会議の事務局が担うべき機能を補完する観点から、**「地域医療構想アドバイザー」を養成**
 - （役割）・都道府県の地域医療構想の進め方について助言すること。
 - ・地域医療構想調整会議に出席し、議論が活性化するよう助言すること。
 - （活動内容）・厚生労働省が主催するアドバイザー会議への出席（年2～3回）
 - ・担当都道府県の地域医療構想の達成に向けた技術的支援（適宜）
 - ・担当都道府県の地域医療構想調整会議への出席（適宜）等
 - （選定要件）・推薦を受ける都道府県の地域医療構想、医療計画などの内容を理解していること。
 - ・医療政策、病院経営に関する知見を有すること。
 - ・各種統計、病床機能報告などに基づくアセスメントができること。
 - ・推薦を受ける都道府県の都道府県医師会等の関係者と連携がとれること。
 - ・推薦を受ける都道府県に主たる活動拠点があること。

地域医療介護総合確保基金

令和3年度予算額:公費で2,003億円
(医療分 1,179億円、介護分 824億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画(基金事業計画)

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
 - 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

1. (1) 建物の改修整備費

○対象となる経費

自主的なダウンサイジングに伴い不要となる病棟・病室等を他の用途へ変更（機能転換以外）するために必要な改修費用

○対象となる建物

各都道府県の地域医療構想公示日までに取得（契約）したもの

○標準単価

1㎡あたり単価：（鉄筋コンクリート）200,900円
（ブロック）175,100円

1. (2) 建物や医療機器の処分に係る損失

○対象となる経費

自主的なダウンサイジングに伴い、不要となる建物（病棟・病室等）や不要となる医療機器の処分（廃棄、解体又は売却）に係る損失（財務諸表上の特別損失に計上される金額に限る）

○対象となる建物及び医療機器

各都道府県の地域医療構想公示日までに取得（契約）したもの

※ 医療機器については、廃棄又は売却した場合に発生する損失のみを対象（「有姿除却」は対象外）。

建物については、廃棄又は売却した場合に発生する損失を対象とするが、法人税法上「有姿除却」として認められる場合に限り、廃棄又は売却を伴わない損失についても対象。この場合、翌年度以降、解体する際に発生する損失についても対象。

○対象となる勘定科目

- ・固定資産除却損：固定資産を廃棄した場合の帳簿価額及び撤去費用
- ・固定資産廃棄損：固定資産を廃棄した場合の撤去費用
- ・固定資産売却損：固定資産の売却価額がその帳簿価額に不足する差額

1. (3) 人件費

○対象となる経費

早期退職制度（法人等の就業規則等で定めたものに限る）の活用により上積みされた退職金の割増相当額

○対象となる職員

地域医療構想の達成に向けた機能転換やダウンサイジングに伴い退職する職員

○上限額 6,000千円/人

2. 地域医療構想調整会議が主催した地域医療構想セミナーの開催費用

○対象となる経費

医療機関や金融機関等の関係者に地域医療構想を理解してもらうために、地域医療構想調整会議が主催するセミナー、会議等の開催に必要な経費

※ 医療機関が将来を見据えた投資を行う場合や、金融機関が医療機関に融資を行う場合には、関係する医療機関と金融機関とが、地域医療構想の考え方や議論の状況等に共通の認識を持ち、地域医療構想に沿った事業計画に基づき適切な投資・融資が行われる必要がある。

【具体的な対象経費】

人件費、諸謝金、旅費、通信運搬費、会場借料、委託料等

※ 本事業について、医療機関だけでなく、金融機関にも効果的な周知がなされるような方策について、金融庁と協議中。

基金の積極的かつ効果的な活用を図り、地域医療構想の達成に向けた取組を進めるため、特に疑義照会が多く寄せられる以下の事項について対象経費を明確化。

（１）「回復期病床への転換」以外の施設設備整備 ※標準事業例5「病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備」関係

病床の機能分化・連携に特に必要な整備であれば医療機関の再編統合に係る整備や、病床のダウンサイジングに係る整備等も対象

（２）建物の改修整備費

※「地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る標準事業例の取扱いについて」（平成29年2月7付け地域医療計画課長通知）の1.（1）関係

建物の改修整備の一環として行う設備整備や備品の購入に要する費用も対象

（３）建物や医療機器の処分に係る損失

※「地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る標準事業例の取扱いについて」（平成29年2月7付け地域医療計画課長通知）の1.（2）関係

再編統合等により建替や廃止等を行う医療機関の損失も対象

（４）その他 ※標準事業例5「病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備」関係

① 医療機関の再編統合に伴う研修経費

医療機関の再編統合により統合先医療機関に異動予定となった職員が、統合先医療機関における研修を受けるために要する費用（旅費等）も対象

※基金による支援は、地域医療構想調整会議において再編統合が合意された日から再編統合前日までを基本とする

② 地域医療連携の促進経費

都道府県や医師会、医療法人等が、医療機関等の関係者に対して地域医療連携の促進を図るために開催する説明会や相談会等の運営等に要する費用も対象

※地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の取組につながるよう、都道府県が説明会や相談会等に関与すること

地域医療構想調整会議における議論を一層活性化させるため以下についても対象経費として認める。

（1）都道府県主催研修会の開催経費

○都道府県主催研修会とは

地域医療構想の進め方について、各構想区域の地域医療構想調整会議の参加者や議長、事務局を含む関係者間の共有を図るために都道府県で開催する研修会

※都道府県医師会等の関係者と十分に協議を行い、共催も含め、より実効的な開催方法について検討

○研修内容

地域医療計画課が実施する「都道府県医療政策研修会」等を参考に、行政からの説明、事例紹介、グループワーク等を実施

※行政からの説明や事例紹介の実施に当たり、厚生労働省の担当者を派遣することが可能

○対象者

地域医療構想調整会議の議長、その他の参加者、地域医療構想調整会議の事務局担当者

（2）地域医療構想アドバイザーの活動に係る経費

○地域医療構想アドバイザーとは

地域医療構想の進め方に関して地域医療構想調整会議の事務局に助言を行う役割や、地域医療構想調整会議に参加し、議論が活性化するように参加者に助言を行う役割を担う

厚生労働省は都道府県の推薦を踏まえて都道府県ごとに「地域医療構想アドバイザー」を選出した上で、その役割を適切に果たせるよう、研修の実施やデータの提供などの技術的支援を実施する

基金の有効かつ効率的な活用を図るため、事業区分Ⅰ及びⅣの対象経費を拡充・明確化。

【事業区分Ⅰ】 ※標準事業例5「病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備」関係

(1) 再編統合、ダウンサイジング、機能転換（以下、「再編統合等」という。）の計画の策定に当たって必要となる経費

- ① 再編統合等を行おうとする医療機関が、都道府県が地域医療構想に精通していると認め、都道府県が選定した中小企業診断士等の専門家に相談等を行う際に必要となる経費
- ② 再編統合等を行おうとする医療機関が、都道府県立ち会いの下で再編統合等に関する協議を行う際に必要となる経費
- ③ 再編統合等を行おうとする医療機関が、再編統合等後の施設の基本設計・実施設計を行う際に必要となる経費

(2) 再編統合等の際に必要なとなる経費

- ① 再編統合等に当たって、医療機器やベッド等の備品を移転するために必要となる経費
- ② 再編統合等に当たって、患者の搬送、退院支援等を行うために必要となる経費

(3) 再編統合等に付随して一体的に行う医療従事者の宿舍、院内保育所等の施設設備整備費

【事業区分Ⅳ】 ※標準事業例26「医師不足地域の医療機関への医師派遣体制の構築」関係

(1) 将来的に医師として地域医療を担う人材に対する地域医療の理解促進に要する費用

将来的に地域医療を担う人材に対し、都道府県と連携して大学が実施する地域医療に関する理解促進を図るためのセミナー、出前講義、会議の開催等に必要となる経費

【対象経費】 人件費、諸謝金、旅費、通信運搬費、会議借料、委託料等

(2) 医師定着及び将来にわたる持続的な医師派遣体制の構築にかかる経費

若手医師や医学生が地域医療を実際に体験するため、都道府県と連携して大学がへき地等で実施する地域医療研修、地域医療従事者との意見交換会の開催等に必要となる経費

【対象経費】 人件費、諸謝金、旅費、通信運搬費、会議借料、委託料等

基金の有効かつ効率的な活用を図ること、令和6年度から第8次医療計画に新興感染症等対応が追加されることも見据え、事業区分Ⅱ及びⅣの対象経費を明確化。

【事業区分Ⅱ】※標準事業例11「かかりつけ医育成のための研修やかかりつけ医を持つことに対する普及・啓発」関係

人生会議（ACP）や在宅医療、上手な医療のかかり方に関する取組全般を地域へ普及・促進のするための広報経費

【事業区分Ⅳ】

（1）標準事業例「25. 地域医療支援センターの運営」関係

- ① 地域枠医師等の勤務先を、各医師の希望や各地域の医師偏在の状況を勘案しつつ調整を行う人材（キャリアコーディネーター）の人件費及び、当該調整に係る経費
- ② キャリア形成プログラムの対象予定学生と地域枠医師等の交流機会の提供や交流のプラットフォームとなるHP作成等に係る経費
- ③ 大学医学部の地域枠入学生など、地域医療に興味を有する医学生や医療従事者を対象とした大学内外の実習に係る経費

（2）標準事業例「26. 医師不足地域の医療機関への医師派遣体制の構築」関係

- ① 自都道府県内だけでなく、医師多数都道府県から医師少数都道府県など県境を越えて医師派遣を受ける場合に必要な経費
- ② 地域枠医師等の地域医療に従事するために必要な総合的な診療能力を持つ医師の養成のための卒前・卒後の教育に寄与し、養成した医師を地域に派遣することを目的とした寄附講座を運営するための経費

（3）標準事業例「28. 産科・救急・小児等の不足している診療科の医師確保支援」関係

- ① 小児・周産期医療を担う医師が総合周産期母子医療センターで研修をする際の受入れや交換医師の派遣に係る経費

（4）標準事業例「48. 地域包括ケアの拠点となる病院・薬局における薬剤師の確保支援」関係

- ① 薬剤師修学資金貸与事業を行うために必要な経費（都道府県が認めた薬剤師が不足地域に所在する医療機関等を勤務地として、一定期間の勤務を修学返済義務免除要件としているものに限る。）

（5）標準事業例「53. 電話による小児患者の相談体制の整備」関係

- ① 小児科医の負担を軽減するため、地域の小児科医等による夜間における小児患者の保護者等に向けた電話やチャット、テレビ電話を用いた遠隔健康相談体制整備の経費や広報に係る経費

（6）第8次医療計画に新興感染症等対応が追加されることも見据えた対応関係

- ① 今後の新興感染症の拡大期に備えた感染防止対策等に関連する研修に係る経費（令和3年度に限る。）

- 中長期的な人口減少・高齢化の進行を見据えつつ、今般の新型コロナウイルス感染症への対応により顕在化した地域医療の課題への対応を含め、地域の実情に応じた質の高い効率的な医療提供体制を構築する必要がある。
- こうした中、地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の合意を踏まえ、自主的に行われる病床減少を伴う病床機能再編や、病床減少を伴う医療機関の統合等に取り組む際の財政支援*1を実施する。
- 令和2年度に予算事業として措置された本事業について法改正を行い、新たに地域医療介護総合確保基金の中に位置付け、引き続き事業を実施する。【補助スキーム：定額補助（国10/10）】

「単独医療機関」の取組に対する財政支援

【1.単独支援給付金支給事業】

病床数の減少を伴う病床機能再編に関する計画を作成した医療機関（統合により廃止する場合も含む）に対し、減少する病床1床当たり、病床稼働率に応じた額を支給

※病床機能再編後の対象3区分*2の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における対象3区分として報告された稼働病床数の合計の90%以下となること

「複数医療機関」の取組に対する財政支援

【2.統合支援給付金支給事業】

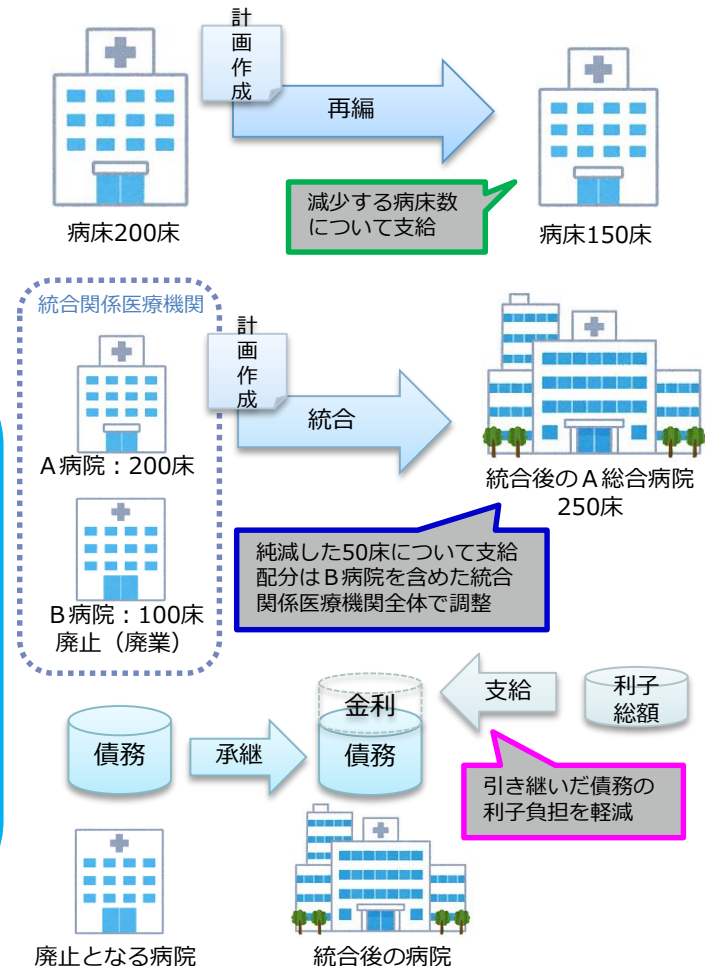
統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合のコスト等に充当するため、統合計画に参加する医療機関（統合関係医療機関）全体で減少する病床1床当たり、病床稼働率に応じた額を支給（配分は統合関係医療機関全体で調整）

※重点支援区域として指定された関係医療機関については一層手厚く支援
※統合関係医療機関の対象3区分の総病床数が10%以上減少する場合に対象

【3.債務整理支援給付金支給事業】

統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合において、廃止される医療機関の残債を統合後に残る医療機関に承継させる場合、当該引継債務に発生する利子について一定の上限を設けて統合後医療機関へ支給

※統合関係医療機関の対象3区分の総病床数の10%以上減少する場合に対象
※承継に伴い当該引継ぎ債務を金融機関等からの融資に借り換えした場合に限る



*1 財政支援 …用途に制約のない給付金を支給
*2 対象3区分…高度急性期機能、急性期機能、慢性期機能

重点支援区域について

1 背景

経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）において、地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、**重点支援区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うこととされた。**

2 基本的な考え方

- 都道府県は、**当該区域の地域医療構想調整会議において、重点支援区域申請を行う旨合意を得た上で**、「重点支援区域」に申請を行うものとする。
- 「重点支援区域」は、**都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定する。**なお、**選定は複数回行う**こととする。
- 重点支援区域の申請または選定自体が、医療機能再編等の方向性を定めるものではない上、**重点支援区域に選定された後も医療機能再編等の結論については、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであることに留意が必要。**

3 選定対象・募集時期

- 「重点支援区域」における事例としての対象は、**「複数医療機関の医療機能再編等事例」**とし、以下①②の事例も対象となり得る。
 - ① 再検証対象医療機関（※）が対象となっていない再編統合事例
 - ② 複数区域にまたがる再編統合事例
- 重点支援区域申請は、当面の間、**随時募集**する。

※ 厚生労働省が分析した急性期機能等について、「診療実績が特に少ない」（診療実績がない場合も含む。）が9領域全てとなっている、又は「類似かつ近接」（診療実績がない場合も含む。）が6領域（人口100万人以上の構想区域を除く。）全てとなっている公立・公的医療機関等

【優先して選定する事例】

以下の事例を有する区域については、医療機能再編等を進める上で論点が多岐に渡ることが想定されるため、優先して「重点支援区域」に選定する。

なお、再検証対象医療機関が含まれる医療機能再編等事例かどうかは、選定の優先順位に影響しない。

- ① 複数設置主体による医療機能再編等を検討する事例
- ② できる限り多数（少なくとも関係病院の総病床数10%以上）の病床数を削減する統廃合を検討する事例
- ③ 異なる大学病院等から医師派遣を受けている医療機関の医療機能再編等を検討する事例
- ④ 人口規模や関係者の多さ等から、より困難が予想される事例

4 支援内容

重点支援区域に対する国による**技術的・財政的支援**は以下を予定。

【技術的支援】（※）

- ・ 地域の医療提供体制や、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析
- ・ 関係者との意見調整の場の開催 等

【財政的支援】

- ・ 地域医療介護総合確保基金の優先配分
- ・ 病床機能の再編支援を一層手厚く実施

5 選定区域

これまでに以下の**11道県14区域**の重点支援区域を選定。

【1回目（令和2年1月31日）に選定した重点支援区域】

- ・ 宮城県（仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域）
- ・ 滋賀県（湖北区域）
- ・ 山口県（柳井区域、萩区域）

【2回目（令和2年8月25日）に選定した重点支援区域】

- ・ 北海道（南空知区域、南檜山区域）
- ・ 岡山県（県南東部区域）
- ・ 新潟県（県央区域）
- ・ 佐賀県（中部区域）
- ・ 兵庫県（阪神区域）
- ・ 熊本県（天草区域）

【3回目（令和3年1月22日）に選定した重点支援区域】

- ・ 山形県（置賜区域）
- ・ 岐阜県（東濃区域）

Kanagawa **※** 今般の新型コロナウイルスへの対応を踏まえ、地域における今後の感染症対応を見据えた医療提供体制の構築に向けた検討に資するよう、国の検討会等における議論の状況について情報提供を行う。

1. 大綱の概要（令和3年度税制改正大綱）

関係法令の改正を前提に、改正法の施行の日から令和5年3月31日までの間の措置として、医療機関の開設者が、再編計画に基づき、医療機関の再編に伴い取得する土地又は建物の所有権の移転登記等に対する登録免許税の税率を、次のとおり軽減する措置を講ずる。

- ① 土地の所有権の移転登記 1,000分の10（本則：1,000分の20）
- ② 建物の所有権の保存登記 1,000分の2（本則：1,000分の4）

2. 制度の内容

厚生労働大臣が認定した再編計画（地域医療構想調整会議において合意されていることが条件）に基づく、再編のために取得した資産（用地・建物）について、登録免許税の税率を軽減する。

複数病院の再編に係る 税制支援の具体的イメージ

（実際に行われた再編事例をもとにした想定）

【不動産取得に伴う税負担】

（千円）

	登録免許税
税制措置前	4,200
税制措置後	2,100

【再編に伴う不動産取得額（仮定）】

- ・土地取得価格 140,000千円
- ・建物取得価格 350,000千円

再編計画認定までのプロセス

具体的対応方針の再検証等について（令和2年1月17日付け医政局長通知のポイント）

1. 基本的な考え方

- 「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）を踏まえ、地域医療構想調整会議における地域の現状や将来像を踏まえた議論を活性化させることを目的に、厚生労働省において、公立・公的医療機関等の高度急性期・急性期機能に着目した診療実績データの分析を実施。
- このうち、「A 診療実績が特に少ない」（診療実績が無い場合も含む。）が9領域全て（以下「A9病院」という。）、又は「B 類似かつ近接」（診療実績が無い場合も含む。）が6領域全て（人口100万人以上の構想区域を除く。以下「B6病院」という。）となっている公立・公的医療機関等の具体的対応方針を再検討の上、地域医療構想調整会議において改めて協議し、合意を得るよう求めるもの。
- 厚生労働省の分析結果は、公立・公的医療機関等の将来担うべき役割や、それに必要な病床数や病床の機能分化・連携等の方向性を機械的に決めるものではない。各公立・公的医療機関等の取組の方向性については、地域医療構想調整会議において、当該分析だけでは判断し得ない地域の实情に関する知見を補いながら、議論を尽くすこと。

2. 再検証要請等の内容

（1）再検証対象医療機関（A9・B6病院）の具体的対応方針の再検証

以下①～③についてA9・B6病院で検討の上、その検討結果を調整会議で協議すること。

B6病院が所在する構想区域の調整会議では、④についても協議すること。

A9病院が所在する構想区域の調整会議では、必要に応じて、④についても協議すること。

- ① 現在の地域の急性期機能、人口の推移、医療需要の変化等、医療機関を取り巻く環境を踏まえ、2025年を見据えた自医療機関の役割の整理
- ② ①を踏まえた上で、分析の対象とした領域ごとの医療機能の方向性（他の医療機関との機能統合や連携、機能縮小等）
- ③ ①②を踏まえた4機能別の病床の変動

【構想区域全体の2025年の医療提供体制の検証】

3. 主な留意事項

- ④、構想区域全体における領域ごとの2025年の各医療機関の役割分担の
- 定例的調整会議の会議資料や議事録等機能等を限り速やかな公表に努めること。ただし、国から提供した分析結果は、都道府県の最終確認を踏まえ国が確定するまでは、当該資料等については非公表として取り扱うこと。
また、随時開催を組み合わせながら、より多くの医療機関の参画が得られるような工夫をすること。
- 公立・公的医療機関等については、開設主体ごとに期待される役割や税制上・財政上の措置等の違いに留意が必要。等

（2）一部の領域で「診療実績が特に少ない」又は「類似かつ近接」に該当する公立・公的医療機関等（A1~8・B1~5病院）への対応

調整会議において、A1~8・B1~5病院の具体的対応方針について改めて議論すること。

（3）H29病床機能報告未報告医療機関等への対応

調整会議において、H29病床機能報告未報告等医療機関等は、具体的対応方針の妥当性について、直近の自医療機関の実績等を踏まえて説明すること。調整会議において合意が得られなければ、具体的対応方針を見直し、調整会議で改めて協議の上、合意を得ること。

4. 今後の進め方及び議論の状況把握

- 当面、「経済財政運営と改革の基本方針2019」を基本として、調整会議での議論を進めること。
- 今後、厚生労働省において、再検証に係る地域医療構想調整会議の議論の状況を把握し、2020年度から2025年までの具体的な進め方（スケジュール等）については、状況把握の結果及び地方自治体の意見を踏まえ、整理の上改めて通知予定。

- 「経済財政運営と改革の基本方針2020」(令和2年7月17日閣議決定)を踏まえ、「具体的対応方針の再検証等の期限について」(令和2年8月31日付け医政発0831第3号厚生労働省医政局長通知)を発出。

公立・公的医療機関等の 具体的対応方針の再検証等について (令和2年1月17日付け通知)

当面、都道府県においては、「**経済財政運営と改革の基本方針2019**」における**一連の記載**(※)を**基本**として、地域医療構想調整会議での議論を進めていただくようお願いする。

※経済財政運営と改革の基本方針2019の記載

- 医療機関の再編統合を伴う場合
→ 遅くとも2020年秋頃
- それ以外の場合
→ 2019年度中

経済財政運営と改革の基本方針2020 (令和2年7月17日閣議決定)

感染症への対応の視点も含めて、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進めるため、**可能な限り早期に工程の具体化**を図る。

具体的対応方針の再検証等の期限について (令和2年8月31日付け通知)

再検証等の期限を含め、地域医療構想に関する取組の進め方について、「経済財政運営と改革の基本方針2020」、社会保障審議会医療部会における議論の状況や地方自治体の意見等を踏まえ、**厚生労働省において改めて整理の上、お示しすることとする。**

目次

- (1) 令和3年度以降の「稼働病床数」の取扱い

- (2) 令和3年度以降の報告項目
(令和2年度診療報酬改定の反映等)

(1) 令和3年度以降の「稼働病床数」の取扱い

◎ 診療実績の報告の通年化に伴う論点

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

➡ 診療実績の報告の通年化に伴い、取り扱うデータ量が増大することによる**病床機能報告対象病院等の負担に十分配慮**しつつ、令和3年度以降の病床機能報告の実施について見直しを検討する必要。
 ・ **報告内容及び報告方法（論点1・2）**

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

◎ その他、改善に向けた今後の論点

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

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

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

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

【現状の取扱いと課題】

(現状)

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

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

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

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

(課題)

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

【対応案】

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

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

*過去1年間は、前年4月～報告年3月。

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

※1 令和3年度報告は任意とする。

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

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

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

(2) 令和3年度以降の報告項目
(令和2年度診療報酬改定の反映等)

令和3年度以降の報告項目に係る対応（案）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

・ ①、②を選択した場合、それぞれの病床数

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

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

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

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

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

報告項目


医療機能等	
医療機能(現在/2025年の方向) ※介護施設に移行する場合は移行先類型	
構造設備・人員配置等	
病床数・人員配置・機器等	<ul style="list-style-type: none"> 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 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
	<ul style="list-style-type: none"> 退院調整部門の配置職員数(医師、看護職員、MSW、事務員)
入院患者の状況	<ul style="list-style-type: none"> 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、退院後の在宅療養の予定別)

入院患者に提供する医療の内容

術幅の広い 実い 施手	<ul style="list-style-type: none"> 手術件数(臓器別)・全身麻酔の手術件数 人工心肺を用いた手術 胸腔鏡下手術件数・腹腔鏡下手術件数 	全身管理	<ul style="list-style-type: none"> 中心静脈注射・呼吸心拍監視・酸素吸入 観血的動脈圧測定・ドレーン法・胸腔若しくは腹腔洗浄 人工呼吸・人工腎臓・腹膜灌流 経管栄養・薬剤投与用力カテーテル交換法
	のがん・ 脳卒中・ 心筋梗塞等へ	<ul style="list-style-type: none"> 悪性腫瘍手術件数 病理組織標本作製・術中迅速病理組織標本作製 放射線治療件数・化学療法件数 がん患者指導管理料・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 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 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 	疾患に 応じた/ 早期からの リハビリ テーション
重症患者 への対応	<ul style="list-style-type: none"> ハイリスク分娩管理加算・ハイリスク妊産婦共同管理料 救急搬送診療料・観血的肺動脈圧測定 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 頭蓋内圧持続測定 血漿交換療法・吸着式血液浄化法・血球成分除去療法 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合 	の長期 療養患者 等の受入 の程度	<ul style="list-style-type: none"> 療養病棟入院基本料・褥瘡評価実施加算 重度褥瘡処置・重傷皮膚潰瘍管理加算 難病等特別入院診療加算・特殊疾患入院施設管理加算 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 強度行動障害入院医療管理加算
救急医療 の実施	<ul style="list-style-type: none"> 院内トリアージ実施料 夜間休日救急搬送医学管理料 精神科疾患患者等受入加算 救急医療管理加算 在宅患者緊急入院診療加算 救命のための気管内挿管 体表面ペーシング法/食道ペーシング法 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 	多様な 診療所の 機能	<ul style="list-style-type: none"> 往診患者延べ数・訪問診療患者延べ数、看取り患者数(院内/在宅)・有床診療所入院基本料 有床診療所療養病床入院基本料 急変時の入院件数・有床診療所の病床の役割 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
在宅 急性期 回復期 後へ	<ul style="list-style-type: none"> 退院支援加算・救急・在宅等支援(療養)病床初期加算/有床診療所一般病床初期加算・地域連携診療計画加算 退院時共同指導料・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 	科医 連携 携	<ul style="list-style-type: none"> 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

◎ 診療実績の報告の通年化に伴う論点

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


 診療実績の報告の通年化に伴い、取り扱うデータ量が増大することによる**病床機能報告対象病院等の負担に十分配慮**しつつ、令和3年度以降の病床機能報告の実施について見直しを検討する必要。
 ・ **報告内容及び報告方法（論点1・2）**


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

◎ その他、改善に向けた今後の論点

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


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

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


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

論点 1 : 報告内容及び報告方法について (診療実績)

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

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

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

対応1：診療実績以外の年間実績の報告について

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

対応2：紙媒体による報告について

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

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

各病棟におけるコロナ対応の状況に係る報告の例

(1) 病棟全体をコロナ患者受入病床（空床確保を含む）としている場合

一般（50床）



コロナ50床

← 「①コロナ患者対応」を選択
 「①コロナ患者対応」に用いている病床数：50床
 「②コロナ患者対応のため休棟・休床」している病床数：0床

(2) 病棟全体をコロナ患者対応に係る人員確保のため休棟としている場合

一般（50床）



休棟

← 「②コロナ患者対応のため休棟・休床」を選択
 「①コロナ患者対応」に用いている病床数：0床
 「②コロナ患者対応のため休棟・休床」している病床数：50床

(3) 病棟の一部でコロナ患者受入を行い、その他の病床について、コロナ患者対応に係る人員確保のため休床している場合

一般（50床）



コロナ 20床	休床 30床
------------	-----------

← 「①コロナ患者対応」「②コロナ患者対応のため休棟・休床」を選択
 「①コロナ患者対応」に用いている病床数：20床
 「②コロナ患者対応のため休棟・休床」している病床数：30床

(4) 病棟の一部をコロナ患者受入病床、コロナ患者対応に係る感染管理のため休床とし、その他の病床で一般患者を受け入れている場合
 （※一般患者受入病床では、コロナ回復後患者の受入は行っていないものとする。）

一般（50床）



コロナ 10床	休床 25床	一般 15床
------------	-----------	-----------

← 「①コロナ患者対応」「②コロナ患者対応のため休棟・休床」「④それ以外」を選択
 「①コロナ患者対応」に用いている病床数：10床
 「②コロナ患者対応のため休棟・休床」している病床数：25床

(5) 一般患者受入を行う病棟において、一部でコロナ回復後患者の受入を行う場合

一般（50床）



一般50床	コロナ回復後 患者受入
-------	----------------

← 「③コロナ回復後患者の受入」「④それ以外」を選択
 「①コロナ患者対応」に用いている病床数：0床
 「②コロナ患者対応のため休棟・休床」している病床数：0床

外来機能報告等に関する報告書

令和3年12月17日

外来機能報告等に関するワーキンググループ

I. はじめに

- 本年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・公布された。同法において、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、外来機能報告等が医療法に位置づけられ、令和4年4月に施行することとされている。
- このため、第8次医療計画等に関する検討会の下に「外来機能報告等に関するワーキンググループ」が設置され、昨年12月に「医療計画の見直し等に関する検討会」において取りまとめられた「外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書」（以下「令和2年報告書」という。）を踏まえ、外来機能報告等の施行に向けて必要な事項を検討することとされた。
- これを受けて、本ワーキンググループにおいては、本年7月以降、6回にわたって、
 - (1) 外来機能報告
 - (2) 医療資源を重点的に活用する外来
 - (3) 医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関
 - (4) 地域における協議の場
 - (5) 国民への理解の浸透について、議論を重ね、今般以下のとおり、報告書を取りまとめた。

Ⅱ. 外来機能報告

(基本的な考え方)

- 外来機能報告は、地域の外来機能の明確化・連携のために実施するものである。年間スケジュールとして、病床機能報告と一体的に報告を行い、年度内（初回は令和4年度内）に地域の協議の場における協議が行えるようにする。具体的には、以下のスケジュールとする。

<外来機能報告のスケジュール>

4月～	・ 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	・ 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月頃	・ 対象医療機関からの報告
12月頃	・ 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	・ 地域の協議の場における協議 ・ 都道府県による「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」の公表 ・ 都道府県に集計結果の提供

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

(報告項目)

- 報告項目は、
 - ①「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」の明確化に資するもの
 - ・ 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況
 - ・ 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細
 - ・ 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
 - ・ 紹介・逆紹介の状況
 - ②地域の協議の場における外来機能の明確化・連携に向けた協議に資するもの
 - ・ その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況
 - ・ 救急医療の実施状況
 - ・ 紹介・逆紹介の状況（再掲）
 - ・ 外来における人材の配置状況
 - ・ 高額等の医療機器・設備の保有状況
- の2つの観点から整理し、報告する医療機関の負担軽減のため、レセプト情

報・特定健診等情報データベース（以下「NDB」という。）で把握できる報告項目及び病床機能報告で把握できる項目を基本とし、具体的には、P.4のとおりとする。なお、これらで把握できないもののうち、地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なものとして報告項目とするのは、以下の3項目とする。

- ・「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
- ・紹介・逆紹介の状況
- ・外来における人材の配置状況（専門看護師等に係るもの）

○ また、報告項目は、外来機能報告及び地域の協議の場でのデータや議論の蓄積を踏まえて、必要に応じて将来的に見直すことを検討する。

(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で把握できる項目〕

- 医療資源を重点的に活用する外来の類型ごとの実施状況を報告
 <報告イメージ>

	日数	初診(再診)の外来延べ患者数に対する割合
初診の外来の患者延べ数	日	—
医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数	日	%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	—
高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	—
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	—
再診の外来の患者延べ数	日	—
医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数	日	%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	—
高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	—
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	—

※「患者延べ数」とは、患者ごとの受診日数を合計したものとす。

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で把握できる項目〕

- 医療資源を重点的に活用する外来のうち、主な項目の実施状況を報告
 <報告イメージ>

初診の医療資源を重点的に活用する外来		再診の医療資源を重点的に活用する外来	
外来化学療法加算を算定した件数	件	外来化学療法加算を算定した件数	件
外来放射線治療加算を算定した件数	件	外来放射線治療加算を算定した件数	件
CT撮影を算定した件数	件	CT撮影を算定した件数	件
MRI撮影を算定した件数	件	MRI撮影を算定した件数	件
PET検査を算定した件数	件	PET検査を算定した件数	件
SPECT検査を算定した件数	件	SPECT検査を算定した件数	件
高気圧酸素治療を算定した件数	件	高気圧酸素治療を算定した件数	件
画像等手術支援加算を算定した件数	件	画像等手術支援加算を算定した件数	件
悪性腫瘍手術を算定した件数	件	悪性腫瘍手術を算定した件数	件

(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〔NDBで把握できない項目〕

(3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況〔NDBで把握できる項目〕

- 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況を報告
 <報告イメージ>

生活習慣病管理料を算定した件数	件	往診料を算定した件数	件
特定疾患療養管理料を算定した件数	件	訪問診療料を算定した件数	件
糖尿病合併症管理料を算定した件数	件	在宅時医学総合管理料を算定した件数	件
糖尿病透析予防指導管理料を算定した件数	件	診療情報提供料(I)を算定した件数	件
機能強化加算を算定した件数	件	診療情報提供料(II)を算定した件数	件
小児かかりつけ診療料を算定した件数	件	地域連携診療計画加算を算定した件数	件
地域包括診療料を算定した件数	件	がん治療連携計画算定料を算定した件数	件
地域包括診療加算を算定した件数	件	がん治療連携指導料を算定した件数	件
オンライン診療料を算定した件数	件	がん患者指導管理料を算定した件数	件
		外来緩和ケア管理料を算定した件数	件

② 救急医療の実施状況〔病床機能報告で把握できる項目〕(病床機能報告で報告する場合、省略可)

- 休日に受診した患者延べ数、夜間・時間外に受診した患者延べ数、救急車の受入件数を報告
 <報告イメージ>(病床機能報告と同様)

	人数・件数
休日に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
夜間・時間外に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
救急車の受入件数	件

③ 紹介・逆紹介の状況(紹介率・逆紹介率)〔NDBで把握できない項目〕

- 紹介率・逆紹介率を報告(初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数)

④ 外来における人材の配置状況〔専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告で把握できる項目〕(病床機能報告で報告する場合、重複項目は省略可)

- 医師について、施設全体の職員数を報告
- 看護師、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学技士、管理栄養士について、外来部門の職員数を報告

※ 勤務時間の概ね8割以上を外来部門で勤務する職員を計上。複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる場合は、外来部門の職員として計上(病床機能報告と同様の計上方法)

<報告イメージ>(専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告と同様)

	常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)		常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)
<施設全体>	—	—	助産師	人	人
医師	人	人	理学療法士	人	人
<外来部門>	—	—	作業療法士	人	人
看護師	人	人	言語聴覚士	人	人
専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師	人	人	薬剤師	人	人
准看護師	人	人	臨床工学技士	人	人
看護補助者	人	人	管理栄養士	人	人

⑤ 高額等の医療機器・設備の保有状況〔病床機能報告で把握できる項目〕(病床機能報告で報告する場合、省略可)

- マルチスライスCT(64列以上、16列~64列、16列未満)、その他のCT、MRI(3テスラ以上、1.5~3テスラ未満、1.5テスラ未満)、血管連続撮影装置(DSA法を行う装置)、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、ガンマナイフ、サイバーナイフ、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ)の台数を報告

(医療機関における事務の簡素化)

- 有床診療所については、事務負担を考慮して、紹介・逆紹介の状況及び外来における人材の配置状況（専門看護師等に係るもの。）は任意項目とする（以下「有床診療所任意報告項目」という。）。
- また、後述のとおり、対象医療機関に含めることとした無床診療所については、病床機能報告の対象ではないことから、事務負担を考慮して、有床診療所任意報告項目に加えて、救急医療の実施状況、外来における人材の配置状況及び高額等の医療機器・設備の保有状況についても任意項目とする。
- なお、将来的に、医療機能情報提供制度が全国統一システムとなった際には、当該データの活用も検討する。

(無床診療所)

- 令和2年報告書において、「無床診療所については、一部に、他の医療機関からの紹介患者も含め、高額な医療機器等による検査を集中的に実施する無床診療所もあることを踏まえ、任意で外来機能報告を行うことができることとする」としており、そのような無床診療所については対象医療機関に含めることとする。具体的には、令和4年度については、円滑な事務手続のため令和3年度中に、該当する蓋然性の高い医療機関に外来機能報告を行うか否かの意向を確認した上で、意向有りとした無床診療所について、対象医療機関に含めることとする。
- その際、対象医療機関に含めることとした無床診療所については、病床機能報告の対象ではないことから、事務負担を考慮して、有床診療所任意報告項目に加えて、救急医療の実施状況、外来における人材の配置状況及び高額等の医療機器・設備の保有状況についても任意項目とする。（再掲）

(患者所在地のデータ分析)

- NDBで把握できる項目について、現在は医療機関所在地のデータ分析しか行えないが、今後、NDBにより患者住所地のデータ分析が行えるようになった場合には、NDBにより患者住所地のデータ分析（患者流出入の状況等）も行うことを検討する。

Ⅲ. 医療資源を重点的に活用する外来

(基本的な考え方)

- 令和2年報告書において、「医療資源を重点的に活用する外来」は、基本的に以下の①～③の機能が考えられるとされつつ、具体的には更に検討するものとして、取りまとめられている。
 - 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

- 具体的には、これまでの議論を踏まえ、以下の類型①～③のいずれかの機能を有する外来を「医療資源を重点的に活用する外来」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「医療資源を重点的に活用する外来」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
 - ✓ 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「医療資源を重点的に活用する外来」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
 - ✓ 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「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。

✓ 診療情報提供料 I を算定した 30 日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来

- 「医療資源を重点的に活用する外来」の項目は、外来機能報告及び地域の協議の場でのデータや議論の蓄積、さらには医療機器等の技術革新の状況やその評価なども踏まえて、必要に応じて将来的に見直すことを検討する。

(診療情報提供料 I)

- 紹介患者の外来の受診には、専門的な医療機関への紹介のほか、紹介元医療機関の専門外の診療科の一般的な医療機関への紹介も含まれるが、NDB によるさらなる抽出の基準の設定が困難である中で、「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」を明確化する観点から、まずは、紹介患者の外来の受診は、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとし、引き続き改善を検討する。

(救急医療)

- 救急医療の実施状況については、紹介による受診が想定されない医療であり、「医療資源を重点的に活用する外来」の項目に含めないが、地域の協議の場での外来機能の明確化・連携に向けた協議を進める観点から、報告項目とする。なお、医療機関の事務の簡素化の観点から、救急医療の実施状況に関する報告項目は、全て病床機能報告で把握できる項目とする。

(透析)

- 人工腎臓を算定した外来の受診については、基本的に医療機器・設備や人材等の医療資源の大きな活用を要するものであり、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとするが、地域の協議の場における、「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」の協議の段階で、医療機関の特性や地域性を考慮することとする。

(高額医薬品)

- 現在分析対象となっていない院外処方取扱いや、高額な医薬品の評価なども踏まえ、まずは、基本的に医療機器・設備や人材等の医療資源の大きな活用を要するものとして、「医療資源を重点的に活用する外来」に高額医薬品は含めないものとするが、制度施行後に引き続き検討する。

IV. 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

(基本的な考え方)

- 外来医療においては、医療資源や医療ニーズの状況等が地域によって異なっているため、「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」の明確化に当たっては、医療機関の特性や地域性を考慮する必要があり、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を参考にし、当該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り、地域の実情を踏まえる仕組みとする。
- なお、外来医療に関するデータや議論の蓄積が少ない中で、「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」の明確化については、外来機能報告や地域の協議の場での協議を重ね、改善を図りながら、精緻化していくものとする。その際、特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方についても検討を行う。

(医療資源を重点的に活用する外来に関する基準)

- 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」に関する基準は、患者に対するわかりやすさの観点や地域での協議を進めやすくする観点から、初診と再診とで患者の受診行動に相違があることを勘案して設定する。
- 具体的な水準については、他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供することとされている地域医療支援病院の状況を踏まえ、以下の通りとする。
 - ・ 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
： 初診 40%以上かつ
 - ・ 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
： 再診 25%以上(※) 医療資源を重点的に活用する外来は、P. 6 の①～③のいずれかに該当する件数とする。

(紹介率・逆紹介率)

- 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・逆紹介率を位置付ける。紹介率の定義については、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定義（※）を用いることとする。

(※) 地域医療支援病院の紹介率について

$$\text{地域医療支援病院紹介率} = (\text{紹介患者の数(注1)}) / (\text{初診患者の数(注2)}) \times 100$$

(注1)「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の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。)

(注2)「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法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置付けられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した患者及び自他覚的症狀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。)

- 具体的な水準については、現在の分布状況、地域医療支援病院の承認要件及び医療資源を重点的に活用する外来に関する基準への該当状況を勘案して以下の通りとする。

・ 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に関する基準及び紹介率・逆紹介率の活用)

- 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、地域の協議の場において「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」の役割を担う意向を確認することとし、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行い、協議が整った場合に、「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」として都道府県が公表する。

- また、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、「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」の役割を担う意向を有する医療機関については、地域の協議の場で協議する際に、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準に加えて、紹介率・逆紹介率等を活用して協議を行い、協議が整った場合に、「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」として都道府県が公表する。

(診療科の取扱)

- 外来医療に関するデータや議論の蓄積が少なく、現在の NDB では診療科ごとのデータ分析には限界がある中で、患者の分かりやすさの観点から、まずは、「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、医療機関単位で設定(※)することとする。

(※) 医療法上、外来の実施状況及び「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」となる意向の有無等について、医療機関単位で報告する旨を規定している。

- その上で、診療科ごとのデータ分析を行うため、レセプトや外来機能報告における対応など、引き続き改善策を検討する。
- 「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」のうち、一般病床 200 床以上の病院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こととされている。現行の定額負担においては、定額負担の徴収を認められない患者(注1)及び徴収を求めないことができる患者(注2)が定められている(注3)。地域の協議の場においては、除外要件も踏まえつつ、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など、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当該医療機関を受診するという受診の流れとならない場合について、医療機関の特性も含めて配慮することが重要であり、この点についてもガイドラインに明記する。
 - (注1) 救急の患者、国の公費負担医療制度の受給対象者など
 - (注2) 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者、特定健康診断・がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者など
 - (注3) 除外要件の見直しについては、中央社会保険医療協議会において審議されることとされている。

V. 地域における協議の場

(基本的な考え方)

- 地域の協議の場における参加者、協議の進め方、協議結果の公表等については、関係者による実質的な議論の活性化、効率的な協議、協議の透明性の確保、個人情報・経営情報の保護等の観点が必要である。
- 令和4年度については、外来機能報告等の施行初年度であり、まずは、地域の協議の場において、外来機能の連携を示す紹介・逆紹介の状況も含めた外来機能報告のデータと医療機関の意向等に基づき、「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」に関する協議を中心に行うこととする。
- 地域によっては、例えば、ある診療科を標榜する医療機関が1か所しかなく、当該医療機関が「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」を担うことにより、住民への医療提供に支障をきたすケースも想定されることから、こうした点について地域における協議の場において十分な検討・協議を行うことが必要である。
- このため、地域の協議の場については、国において都道府県が参考とするガイドラインを示した上で、都道府県が、改正医療法に基づき、ガイドラインを参考として、地域の実情に応じながら運営することができるようにする。

(地域の協議の場における参加者)

- 外来医療計画（外来機能の偏在・不足等への対応）に係る協議が地域の協議の場ですすでに行われ、多くの地域で地域医療構想調整会議が活用されている中で、今回の改正医療法に関する協議の参加者は、これまでの参加者を考慮しつつ、今回の協議に関係する者が参加することとする。具体的には、郡市区医師会等の地域における学識経験者、代表性を考慮した病院・（有床）診療所の管理者、医療保険者、市区町村等とする。
- その上で、次の医療機関については、地域の協議の場における協議の際に、国が示す基準を参考にしつつ、当該地域の地域性や当該医療機関の特性等を考慮した議論が必要であり、当該医療機関の出席を求め、意見を聴取する。
 - (1) 「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」の医療資源を重点的に活用する外来に関する基準に該当するものの、外来機能報告において「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」としての役割を担う意向を有しない医療機関

- (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」の医療資源を重点的に活用する外来に関する基準に該当しないものの、外来機能報告において「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」としての役割を担う意向を有する医療機関

- なお、協議の簡素化のため、地域の実情に応じて、当該医療機関から、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準と意向が合致しない理由等の文書の提出を求める等の柔軟な対応も可能とする。

(協議の進め方及び結果の公表)

- 協議は、以下のとおり進めることとする。
- ・ 外来機能報告データ等の共有、外来医療提供体制の現状と課題の認識の共有。具体的には、外来機能報告データや既存の統計調査等で明らかとなる地域の外来医療提供体制の現状と課題について、参加する関係者で認識を共有する。
 - ・ 「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」の協議については、外来機能報告から整理された、医療機関ごとの「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」の意向の有無、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準の適合状況、外来医療の実施状況等を踏まえて議論。
 - ・ その際、特に、医療資源を重点的に活用する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について、当該地域の地域性や当該医療機関の特性等を考慮して議論。
 - ・ 地域の協議の場（1回目）で医療機関の意向と異なる結論となった場合は、当該医療機関において、地域の協議の場での議論を踏まえて再度検討を行っていただき、当該医療機関の再度検討した意向を踏まえ、地域の協議の場（2回目）での協議を再度実施（※）。
- ※地域の協議の場の協議の進め方については、状況に応じて持ち回りとする、文書提出のみとするなどの柔軟な対応も可能とする。
- ・ 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」について、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、協議が整ったものとして、協議結果を取りまとめて公表。

- 地域の外来機能の明確化・連携を進め、患者の流れのさらなる円滑化を図るには、住民に医療機関の外来機能を理解して受診してもらうことが重要である。特に、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を地域で基幹的に担う医療機関」については、その役割を含めて周知する必要がある。都道府県報やホームページによる公表、プレスリリース等によるマスコミへの周知、シンポジウム・講演・SNS等による周知・呼びかけなど、幅広い世代の住民に行き渡るように公表を行う。

VI. 国民への理解の浸透

（「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の呼称）

- 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の呼称は、地域住民の分かりやすさの観点を第一に、当該医療機関の性格を表すキーワードをどう盛り込むか、後述するとおり広告可能とすることについて検討することをどう考えるか等を考慮し、「紹介受診重点医療機関」（病院・診療所）とする。

（国民への周知・啓発）

- 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、紹介患者への外来を基本とする医療機関である「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であり、
 - ・ 国においては、外来機能報告や「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」等の制度上の仕組みや、上記のような「かかりつけ医機能を担う医療機関」を中心とした受診の流れ、医療機関ごとの求められる機能・役割等の周知を行う、
 - ・ 都道府県においては、それらに加えて、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携の状況とともに、個々の「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」について、都道府県報やホームページによる公表、プレスリリース等によるマスコミへの周知、シンポジウム・講演・SNS等による周知・呼びかけなど、幅広い世代の住民に行き渡るように公表を行う、
こととする。
- また、患者の流れのさらなる円滑化は住民の理解が必要であり、協議プロセスの透明性の確保の観点からも、地域の協議の場に提出する資料のうち、患者情報や医療機関の経営に関する情報（一般的に閲覧可能なものは除く。）は非公開とし、その他の資料、協議結果は住民に公表することとする。
- さらに、「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」については、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、広告可能とすることや、医療機能情報提供制度の項目に追加することについて、「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」において、引き続き検討を進める。

VII. 今後の検討課題

(外来機能報告等の円滑な施行)

- このように、本ワーキンググループにおいては、外来機能報告等について必要な事項を検討してきた。厚生労働省においては、本報告書を踏まえて、外来機能報告等の円滑な施行に向けた関係法令等の改正や、都道府県が地域の協議の場において参考とするガイドラインの策定など、必要な措置を速やかに講じるよう求める。

(今後の検討課題)

- 本ワーキンググループにおいては、地域における外来機能の明確化・連携を進め、患者の流れのさらなる円滑化を図るため、まずは、外来機能報告等に関する点について集中的に議論を進めてきた。今後、外来機能の明確化・連携に向けて、地域におけるかかりつけ医機能の強化や特定機能病院、地域医療支援病院のあり方も含め、来年から本格化する第8次医療計画に向けた取組の検討と併せて、引き続き議論を深めていくべきである。

(参考 1)

外来機能報告等に関するワーキンググループ 検討経過

7月7日

- ・外来機能報告等の施行に向けた検討

7月28日

- ・外来機能報告
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・紹介・逆紹介率の調査・分析

9月14日

- ・地域における協議の場
- ・紹介・逆紹介の推進
- ・診療科ごとの外来分析
- ・国民への周知方法

10月20日

- ・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

11月29日

- ・紹介率・逆紹介率
- ・これまでの議論を踏まえた検討の方向性

12月17日

- ・外来機能報告等に関する報告書（案）

(参考2)

外来機能報告等に関するワーキンググループ 構成員名簿

(五十音順)

氏名	所属・役職
◎ いまむら さとし 今村 聡	公益社団法人日本医師会副会長
いまむら ともあき 今村 知明	奈良県立医科大学教授
◎ おがた ひろや 尾形 裕也	九州大学名誉教授
おかどめ けんいちろう 岡留 健一郎	一般社団法人日本病院会副会長
おぐま ゆたか 小熊 豊	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
おだ まさみち 織田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会長
かのう しげあき 加納 繁照	一般社団法人日本医療法人協会会長
きもり こくと 城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
こうの しょうじ 幸野 庄司	健康保険組合連合会理事
さるき かずひさ 猿木 和久	全国有床診療所連絡協議会副会長
のほら まさる 野原 勝	全国衛生部長会
ますい ひでき 増井 英紀	全国健康保険協会企画部長
◎ まつだ しんや 松田 晋哉	産業医科大学教授
やまぐち いくこ 山口 育子	認定 NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
よしかわ くみこ 吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会理事

◎ : 座長 ○ : 座長代理