

令和4年度 外来機能報告

確認・記入要領

(第1.1版)

－ 目 次 －

《重要なお知らせ》	1
1 報告の概要	2
2 報告様式の確認・記入の手引き	14
① 報告様式1	16
② 報告様式2	19
3 報告エラーの種類	24
4 その他	25

《重要なお知らせ》

報告様式の提出に係る事項

令和4年度外来機能報告の報告期間は、報告様式1は10月1日～11月30日、報告様式2は11月1日～11月30日です。

医療機関等情報支援システム（G-MIS）上のWEBフォームから直接、報告様式に入力および提出していただく形式となっております。G-MISにログインした後、病床・外来管理番号（旧：医療機関ID）、医療機関名があらかじめ入力されたG-MIS上のWEBフォームにて入力・提出を行っていただきます。詳細は「外来機能報告 報告マニュアル」の「4-1 1）G-MIS上で報告する場合（推奨）」をご覧ください。

G-MISへのログインは、下記のURLにアクセスしてください。

<https://www.med-login.mhlw.go.jp>

※深夜の2:00～5:00はシステムのメンテナンスが行われるため病床・外来機能報告のG-MIS上での入力をお控えください。システムメンテナンス中に病床・外来機能報告を入力されると入力内容が正常に反映されない可能性がありますのでご注意ください。

報告期間は10月1日～11月30日です。なお、報告期間後に修正の必要が生じた場合は厚生労働省「令和4年度 病床・外来機能報告」事務局（以下「制度運営事務局」という。）までご連絡ください。報告様式は、G-MIS上のWEBフォームで直接入力されたものについては、そのままG-MIS上のWEBフォームで保存のうえ、報告ボタンを押すことにより提出することができます。

業務効率化等を図る観点から、令和5年度を目途に、原則としてG-MIS上のWEBフォームを活用した報告とすることとし、紙媒体による報告については、やむを得ない事情がある場合に限ることとする方針であるため、可能な限りG-MIS上のWEBフォームによる報告を依頼することとします。

1 報告の概要

(1) 報告の目的

令和3年5月に成立・公布された「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）により、医療法（昭和23年法律第205号）が改正され、地域の医療機関における外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、外来機能報告制度が創設されました。

外来機能報告制度では、医療機関を対象（無床診療所は任意）として、都道府県に外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）いただき、都道府県では、「地域の協議の場」において、報告を踏まえて協議を行い、協議が整った医療機関を公表することとしています。医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目して、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）を明確化することにより、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ことを目的として実施するものです。

(2) 報告様式の作成・提出の進め方

報告様式は、①報告様式1、②報告様式2から構成されています。

「**2** 報告様式の確認・記入の手引き」をご参照のうえ、各項目についてご確認、ご記入いただき、「外来機能報告 報告マニュアル」のスケジュールに従って、以下の手順で報告様式の作成と提出をお願いします。

① G-MIS 上の WEB フォームで作成・提出する場合

G-MIS 上の WEB フォームで報告内容をご入力いただきます。報告内容の不整合等を機械的に判定し、必要に応じて警告が表示されます。内容を確認したうえで、報告内容に不備がないことをご確認ください。

入力後は保存のうえ、報告ボタンをクリックしてご提出ください。なお、記入漏れや明らかな誤りがある場合、提出できないことがあります。その場合には入力内容を再度ご確認ください。

※深夜の2:00～5:00はシステムのメンテナンスが行われるため病床・外来機能報告のG-MIS上での入力をお控えください。システムメンテナンス中に病床・外来機能報告を入力されると入力内容が正常に反映されない可能性がありますのでご注意ください。

② 紙媒体に記入して作成・提出する場合

紙媒体での報告を希望される場合には、「外来機能報告 報告マニュアル」の手順に従って紙媒体の報告様式を入手してください。紙媒体の報告様式発送は、ご希望の受付から発送までに5～10営業日程度の期間を頂戴する場合がありますので、あらかじめご了承ください。また、報告様式2の発送は11月4日以降（5～10営業日程度）となりますので、あらかじめご了承ください。記入し

外来機能報告 確認・記入要領 1. 報告の概要

た紙媒体の報告様式は、入手時紙媒体に同封されている返信用封筒にてご提出ください。なお、業務効率化等の観点から、可能な限り G-MIS 上の WEB フォームで報告を行っていただくようお願いします。

外来機能報告 確認・記入要領 1. 報告の概要

G-MIS 上の WEB フォームでの入力から提出までの流れ

- ① 「外来機能報告 報告マニュアル」に記載の方法で、G-MIS にログインします。

ログイン後のホーム画面（例：病院）

- ② 報告一覧画面で「様式 1」又は「様式 2」タブをクリックするとそれぞれの報告様式の入力画面に移ります。

外来機能報告一覧画面（例：報告様式 1）

③ 「編集」をクリックしてから、画面に沿って入力を進めてください。

閲覧画面（例：報告様式1）

外来機能報告様式1
令和4年度外来テスト病院_外来機能報告制度 様式1

報告履歴 帳票出力

様式1エラー件数 報告状況 作成中

ナビゲーションメニュー
リンクを押すと見出しに移動します

00. 基本情報

01. 設置主体

02. 病院・有床診療所・無床診療所の種別

03. 外来を行っている診療科

04. 「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

05. 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な

報告

編集 × キャンセル 保存

00. 基本情報

1. 医療機関名

病院名
テスト病院

医療機関情報訂正欄
外来テスト病院

※表示されている病院名が誤っている場合、正しい名称を記入してください

2. 医療機関住所

郵便番号
100 - 8916

都道府県
東京都

住所
東京都千代田区〇-〇-〇

3. 報告担当者

* 氏名
病院担当者

氏名(ふりがな)

「編集」をクリックしてから入力を進めてください。

医療機関名等一部の項目は予め入力されています。令和4年7月1日時点の情報と異なる場合は、制度運営事務局にご連絡ください。（画面上では修正できない項目があります）

入力が必要な項目は項目横に*が表示されます。

外来機能報告 確認・記入要領 1. 報告の概要

※ 報告様式2のプレプリントデータが記載されている項目は、**都道府県番号と医療機関コードの入力確認後に閲覧・編集が可能**となります。必ず正しい都道府県番号・医療機関コードを入力し、「保存」をクリックしてから報告を進めてください。

なお、貴院において医科と歯科の両方の診療報酬請求を行っている場合は、**医科と歯科の両方の都道府県番号と医療機関コード**をご入力ください。

入力を**5回以上誤った場合はロック**がかかり、当該データが表示できなくなります。その場合は制度運営事務局までお問い合わせください。

編集画面（例：報告様式2）

00.基本情報

1.医療機関名

病院名
テスト病院

医療機関情報訂正欄
外来テスト病院
※表示されている病院名が誤っている場合、正しい名称を記入してください
病床・外来管理番号
1234567890

都道府県番号と医療機関コードを入力後、「保存」をクリックしてください。正しく入力されている場合プレプリントデータが表示されます。

都道府県番号と医療機関コードを入力してください。

5.都道府県番号・医療機関コード
※令和4年4月の診療報酬請求時に医科レセプト、歯科レセプトに記載した医療機関コードとなります。

	都道府県番号 (2桁)	点数表コード	医療機関コード (7桁)
医科用	<input type="text"/>	- 1	<input type="text"/> 値を入力してください
歯科用	<input type="text"/>	- 3	<input type="text"/> 値を入力してください

6. 令和4年4月1日以降に開設された場合は下の項目にチェックをいれてください。チェックした場合は以降の回答は不要です。

令和4年4月1日以降の開設

01. 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況

都道府県番号を選択の上、医療機関コード7桁を入力し、「保存ボタン」をクリックしてください。

02. 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

都道府県番号を選択の上、医療機関コード7桁を入力し、「保存ボタン」をクリックしてください。

- ④ 入力が完了したら、「保存」をクリックして入力内容を保存します。

編集画面（例：報告様式1）

入力が完了したら、「保存」をクリックします。

※誤って記載情報を削除した場合は「保存」をクリックせず「キャンセル」をクリックすることで編集前の状態に戻すことが可能です。

編集画面（例：報告様式1）

誤って削除をしてしまった場合は「キャンセル」をクリックします。

確定前の確認が表示されますので「OK」をクリックすると、編集前の状態に戻ります。

uat-mhlwcommunity.cs111.force.com の内容
編集を破棄しますか？
変更内容が保存されない可能性があります

「OK」をクリックすると編集内容を破棄し、閲覧画面に戻ります。

「キャンセル」をクリックするとクリック前の状態に戻ります。

外来機能報告 確認・記入要領 1. 報告の概要

- ⑤ 保存が完了したら「報告」をクリックして報告内容を提出します。
ただし、報告様式2については正しい医療機関コードが記載されていない場合は報告が完了できません。また、医療機関コードの再入力を5回誤った場合、ロックがかかりますのでご注意ください。なお、ロックがかかった場合は制度運営事務局までご連絡ください。

報告前 閲覧画面（例：報告様式1）

外来機能報告様式1
令和4年度外来テスト病院_外来機能報告制度 様式1

報告履歴 結果出力

様式1エラー件数 0

報告状況 作成中

「報告」をクリックして、報告を行います。

ナビゲーションメニュー

リンクを押すと見出しに移動します

00.基本情報

01.設置主体

02.病院・有床診療所・無床診療所の種別

03.外来を行っている診療科

04.「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

05.地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な

00.基本情報

1.医療機関名

貴院名
テスト病院
医療機関情報訂正欄
外来テスト病院
※表示されている病院名が誤っている場合、正しい名称を入力してください

2.医療機関住所

郵便番号
100 - 8916

都道府県
東京都

住所
東京都千代田区〇-〇-〇

3.報告担当者

報告

編集 × キャンセル 保存

報告項目にエラーがない場合は、「報告する」をクリックします。
「キャンセル」をクリックするとクリック前の状態へ戻ります。

報告

医療機関コメント※任意

報告します。

報告する × キャンセル

報告項目にエラーがある場合は、以下の警告画面が表示されます。「キャンセル」をクリックすると報告画面に戻りますので、ナビゲーションメニューのエラー項目件数をご確認のうえエラー内容を修正してください。

報告

調査票にエラーが含まれているため、報告できません

キャンセル



ナビゲーションメニューにエラー項目件数が表示されます。
該当項目をクリックの上修正をしてください。

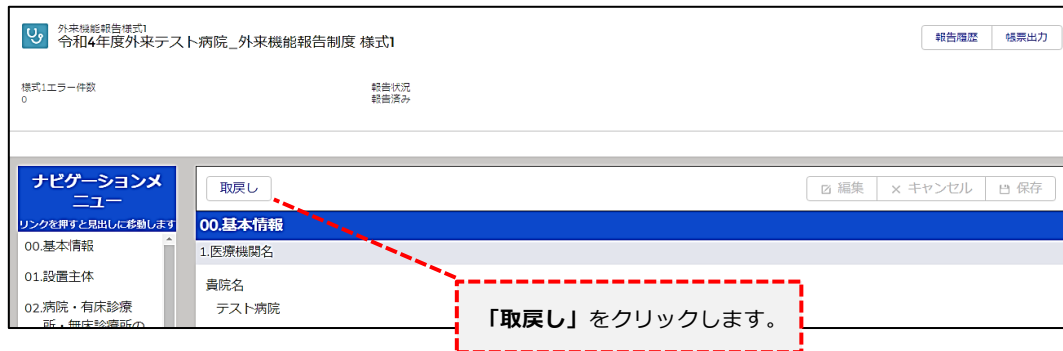
外来機能報告 確認・記入要領 1. 報告の概要

【報告後に修正したい場合】

報告後の修正は、報告期間内であれば「取戻し」をクリックすることで編集することができるようになります。

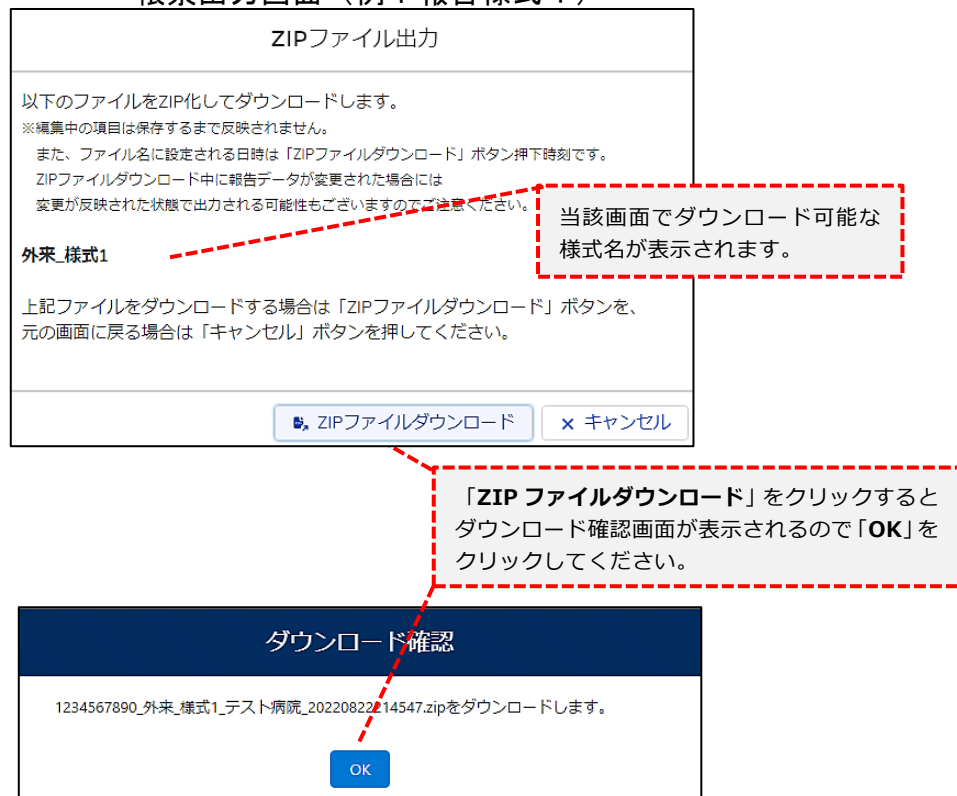
修正後は「保存」した上で、再度報告を完了してください。

報告後 閲覧画面（例：報告様式1）



※報告後の閲覧画面で「帳票出力」をクリックすると、画面にて表示されている様式の帳票のPDFファイルがダウンロードできます。必要に応じて医療機関でご活用ください。

帳票出力画面（例：報告様式1）



※提出された報告内容において疑義が確認された場合、制度運営事務局から問い合わせ及び修正依頼を行うことがあります。

※報告期間が過ぎた後に修正の必要が生じた場合は制度運営事務局までご連絡ください。

※開発中の画面の為、実際の画面とは異なる場合があります。

(3) 報告様式について

■「報告様式」について

○ 報告項目は、以下のとおりです。

(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) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な事項

○ 「報告様式」は、「報告様式1」と「報告様式2」の2種類があり、「報告様式2」についてはNDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）で把握できる項目で構成されています。それぞれにご記入のうえ、ご提出ください。

○ 一部の項目では、項目の内訳を入力すると合計が自動計算される等、入力の簡易化や誤入力防止のための仕組みを設けています。自動計算される項目への直接の入力はできませんので、他の項目を入力するうえ、計算結果をご確認ください。

○ また、病床機能報告との重複項目（後述参照）や他の項目への入力結果からご報告が不要となる一部の項目については、当該項目の回答欄の枠が消えて入力不可となる仕組みを設けています。入力不可となった項目への入力は不要です。

① 報告様式1：

- ・ 貴院の医療機関名称、病床・外来管理番号（旧：医療機関ID）、医療機関住所、本報告のご担当者・連絡先、病床機能報告の報告対象の該当有無、設置主体、診療所の種別、外来を行っている診療科についてご報告いただきます。
- ・ また、「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、「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」のうち、紹介・逆紹介の状況（紹介率・逆紹介率）、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、救急医療の実施状況について、ご報告いただきます。

② 報告様式2：

- ・ 貴院の医療機関名称、病床・外来管理番号（旧：医療機関ID）、医療機関住所、本報告のご担当者・連絡先、病床機能報告の報告対象の該当有無、都道府県番号・医療機関コードについてご報告いただきます。なお、医科歯科併設の場合は、医科の医療機関コードと歯科の医療機関コードの両方をご報告いただきます。
- ・ また、貴院における令和3年4月から令和4年3月診療分の「医療資源を重点的に活用する外来の実施状況」、「地域の外来機能の明確化・連携の推進のために

外来機能報告 確認・記入要領 1. 報告の概要

必要なその他の事項のうち、その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況について、ご報告いただきます。

<「算定日数」、「算定件数」のカウントにおける留意事項>

- ◎内訳の記入欄がある項目について、算定件数あるいは算定日数の合計欄が設定されている場合、算定日数は、同日に複数の細目の診療報酬を算定していた場合には重複カウントせず、1日とカウントしてご記入いただくため、合計値と内訳は必ずしも一致しません。
- ◎算定件数も同様に、同一のレセプトにおいて複数の細目の診療報酬を算定していた場合は重複カウントせず、1件とカウントしてご記入いただくため、合計値と内訳は必ずしも一致しません。

<重複項目に関する留意事項>

外来機能報告では、病床機能報告と重複して報告する項目があります（以下、「重複項目」と言う。）。該当する重複項目については各項目の説明事項（①「報告様式1」の確認・記入要領）をご参照ください。重複項目は以下のとおりです。

1. 設置主体
5. ②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く）
5. ③高額等の医療機器・設備の保有状況
6. 救急医療の実施状況

◎G-MIS上のWEBフォームでの提出の場合

- ・ G-MIS上のWEBフォームで病床機能報告を提出する場合、**外来機能報告での重複項目の記入は不要**です。病床機能報告の報告内容が自動でコピーされます（日次更新）。重複項目の外来機能報告へのデータの反映にはタイムラグが発生します。翌日以降にご確認ください。
※データの反映は翌日深夜の2:00～5:00に実施されるため、その間は病床・外来機能報告のG-MIS上での入力をお控えください。深夜の2:00～5:00に病床・外来機能報告を入力されると入力内容が正常に反映されない可能性がありますのでご注意ください。
- ・ 外来機能報告の提出後にエラーが生じる場合があります。その場合は病床機能報告の方でデータを修正してください。修正されれば自動的に外来機能報告のエラーも解消されます。（外来機能報告での重複項目の修正はできません。）

◎紙媒体での提出の場合

- ・ 重複項目にもかかわらず病床機能報告と外来機能報告で回答が異なる場合、提出後**病床機能報告の回答が外来機能報告にも反映**されます。

外来機能報告 確認・記入要領 1. 報告の概要

■ 報告対象となる具体的な医療の内容の範囲について

- 報告対象は、外来患者に対して行った具体的な医療の内容のうち、令和3年4月から令和4年3月診療分において報告項目に該当する診療行為です。審査支払機関での一次審査決定後の、診療報酬の項目に基づきご報告ください。
- 令和3年4月診療分より前の診療分は、令和3年5月以降審査分でも報告対象外となります。
- また、以下の診療行為のうち、本制度の報告項目に該当するものは、社会保険診療分に追加してご計上ください。追加分の計上につきましては、医療機関の経済的・人的負担を考慮し、任意となります。可能な範囲でご対応ください。

- ・ 紙レセプトによる請求
- ・ 下記に掲げる医療保険の対象でない労働者災害補償保険等

(追加でご計上いただきたい医療保険の対象でない労働者災害補償保険等の例)

(追加は任意です)

- ・ 労災保険制度、労働福祉事業としての医療
- ・ 自動車損害賠償責任保険の療養
- ・ その他の自由診療

■ 報告における留意点

- G-MIS 上の WEB フォームにおいて提供する集計データには、令和3年4月から令和4年3月診療分（令和4年4月まで審査分）の電子レセプト（医科レセプト）を記載しております。ご確認ください。
- 紙媒体を使用して集計値を修正、あるいは追加計上する場合には、修正した値、あるいは追加計上する値を含めた合計値をご記入ください。

(4) 報告期限

- 報告期限は11月30日です。

ご提出された報告に不備が確認された場合、制度運営事務局より問い合わせをさせていただきます。また、報告期限直前に報告した場合、制度運営事務局による確認が翌月になることがあり、ご提出いただいたデータに再度の不備があった場合に、修正いただける期間が短くなってしまいう可能性があります。紙媒体で提出した場合のデータの不備は、制度運営事務局より電話で照会予定です。

(5) 問い合わせ窓口

- ご不明点等ございましたら、下記問い合わせ窓口までご連絡ください。
- **電話又は FAX** でお問い合わせください。 メールでの受付は行っておりません。
- FAX でのお問い合わせの際は、病床・外来管理番号（旧：医療機関 ID）（注）、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ず記載してください。
- まずは、本資料「外来機能報告 確認・記入要領」、「外来機能報告 報告マニュアル」をはじめとする関連資料をご参照ください。その上で、なおご不明点がある場合に、問い合わせ窓口までご連絡ください。
- 問い合わせ内容によってはガイダンスで入力する番号をお伝えしてかけ直していただく場合があります。
- 報告期限間際には、お問い合わせが多く発生することが予想されます。回答にお時間をいただく場合がありますので、関連資料等をご参照いただき、お早めに報告様式をご確認・ご記入ください。

（注）病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号となります（旧：医療機関 ID）。

問い合わせ窓口 厚生労働省「令和4年度病床・外来機能報告」事務局

委託先

報告内容に関するお問い合わせ：株式会社三菱総合研究所（制度運営事務局）
※報告様式1・2、プレプリントデータ、その他、病床・外来機能報告制度についてはこちらにお問い合わせください

G-MISに関するお問い合わせ：厚生労働省 G-MIS 事務局

※ユーザ名、G-MIS の画面操作方法、システム障害発生時の問い合わせ等についてはこちらにお問い合わせください

電話（フリーダイヤル） 0120-142-305 [平日 9:00～17:00 受付]

※ 10月1日と10月2日は、9:00～17:00の受付を予定しています

FAX 03-3273-8677 [24時間受付]

※ 番号はよくご確認のうえ、お間違いのないようお掛けください

※ 問い合わせ窓口の開設期間は令和4年9月16日～12月27日です

電話でお問い合わせいただく場合、音声ガイダンスが流れます。

音声ガイダンスに従い、お問い合わせ内容の番号をご入力ください。

2 報告様式の確認・記入の手引き

報告様式の各項目の記入にあたっては、下記の一般事項及び各項目の記入の手引きをご参照ください。

- 本項目では、外来における令和3年4月から令和4年3月診療分の外来医療の実施状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たす「算定日数」及び「算定件数」について、施設管理者及び事務部門の担当者をご確認、ご記入ください。
- なお、外来機能報告の実施主体は、病床機能報告対象病院等（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）であって外来医療を提供するものの管理者とします。

また、無床診療所の管理者も外来機能報告を行うことができ、令和4年度は、厚生労働省において、無床診療所のうち、医療資源を重点的に活用する外来を行っている蓋然性の高い無床診療所を抽出し、あらかじめ当該報告を行う意向を確認することとしました。

確認・記入にあたっての留意事項

- ◎ **数字を記入する欄が「0」の場合は「0」を必ず記入してください（例えば、報告するレセプト件数が0件の場合は、無記入ではなく必ず「0」と記入してください）。**
- ◎ **内訳の記入欄がある項目に合計欄が設定されている場合、算定日数及び算定件数は、合計欄の値と内訳が一致します。**算定日数は、同日に複数の細目の診療報酬を算定していた場合、細目ではそれぞれでカウントしていただきますが、合計欄では重複カウントせず、1日としてカウントしていただくため、**合計欄の値と内訳は必ずしも一致しません。**
- ◎ **本確認・記入要領において特段の記載がある場合を除き、診療報酬点数表において、ある診療行為と同時に別の診療行為をした場合に別の診療行為の費用は当該診療行為の所定点数に含まれるとされているものについては、別の診療行為分は計上しないでください。**

G-MIS 上の WEB フォームの入力における留意事項

- ・ G-MIS 上の WEB フォームでは、記入に不備がある場合、画面上にエラーメッセージが赤字で表示されます（詳細は、「**3** 報告エラーの種類」を参照）。
- ・ 必須項目が未記入であるか、若しくはエラーメッセージが表示される場合、記入内容の見直しが必要になりますので、メッセージの内容をご確認のうえ、記入・修正を行ってください。





紙媒体に数字を記入する際の留意事項

- ・ 数字を記入する欄には、右詰めでご記入ください。また、複数の桁の欄がある場合、空いている桁には何もご記入いただかなくてかまいません。
- ・ 紙媒体の報告様式に数字をご記入する際は、下記の例に従ってください。

< 数字記入例 >

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

< 悪い記入例 >

	1にカギをつける		4の上部が閉じている(9と混同)
	0か6か不明		枠から数字がはみ出ている

「報告様式1」の確認・記入要領

- 本項目では、貴院の医療機関名称、病床・外来管理番号（旧：医療機関ID）、医療機関住所、本報告のご担当者・連絡先、病床機能報告の報告対象機関の該当有無、設置主体、病院・有床診療所・無床診療所の種別、外来を行っている診療科、「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、診療報酬の届出の有無について、施設管理者及び事務部門の担当者をご確認・ご記入ください。
- また、「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、「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」のうち、紹介・逆紹介の状況（紹介率・逆紹介率）、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、救急医療の実施状況について、ご記入ください。

【基本情報】

- ① 病床・外来管理番号
（送付状に記載の8桁コード）

9月下旬に医療機関あてに発送しております郵便物の送付状に記載されている病床・外来管理番号と相違ないか、ご確認ください。

なお、病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号となります（旧：医療機関ID）。

【基本情報】

- ② 貴院名

令和4年7月1日時点の貴院の医療機関名称をご確認ください。

【基本情報】

- ③ 医療機関住所

令和4年7月1日時点の貴院の郵便番号、所在地をご記入ください。

【基本情報】

- ④ 報告担当者

報告内容についてお問い合わせする場合がありますので、ご担当者の氏名及び部署、電話番号、FAX番号、e-mailについてご記入ください。

【基本情報】

- ⑤ 病床機能報告の報告対象機関の該当有無

貴院が病床機能報告の報告対象医療機関に該当するか、ご記入ください。

1. 設置主体

- (1)

本項目は、無床診療所のみ、ご回答ください。

令和4年7月1日時点における貴院の設置主体について該当する番号をご記入ください。

2. 病院・有床診療所・無床診療所の種別

- (2)

令和4年7月1日時点における貴院の病院・有床診療所・無床診療所の種別をご記入ください。

3. 外来を行っている診療科

- (3)~(46)

令和4年7月1日時点における貴院で外来を行っている診療科について、該当する診療科を全て選択してください。

該当する診療科が選択肢にない場合は読み替えが可能な診療科をご選択ください。また、読み替えが困難な場合は「44. その他の診療科」をご選択ください。

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

- (47)

「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」となるご意向がある場合、ご記入ください。

報告様式 1 2. 確認・記入の手引き

5. 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 紹介・逆紹介の状況（紹介率・逆紹介率） (48)～(52)

地域の協議の場において、紹介受診重点医療機関の取りまとめに加えて、地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」など、地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な事項として、以下の①～③について、ご記入ください。

本項目は、有床診療所・無床診療所においては、任意項目としています。令和4年7月1日～令和4年7月31日の1か月間の初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数についてご記入ください。なお、初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数については以下の定義に従うこととします。

○ 紹介率のための初診患者数

医学的に初診といわれる診療行為があった患者数(入院レセプトにおける初診を含みます)から、以下の項目を除いた数。

- ・救急搬送者
- ・休日又は夜間に受診した患者
- ・自院の健康診断で疾患が発見された患者

※ 入院レセプトを含むため、「医療資源を重点的に活用する外来の実施状況」における「初診患者数」と数値が異なる場合があります。

○ 紹介患者数

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。(ただし、初診の患者に限ります。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みます。)

○ 逆紹介患者数

他の病院又は診療所に診療状況を示す文書を添えて紹介した者の数。(ただし、開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除きます。)

また、紹介率(紹介患者数÷紹介率のための初診患者数×100 小数点第二位を四捨五入)、逆紹介率(逆紹介患者数÷紹介率のための初診患者数×100 小数点第二位を四捨五入)についても、ご記入ください。G-MIS上のWEBフォームをご利用の場合、割合が自動計算され、表示されていますので、あわせてご確認ください。

② 外来における人材の配置状況 (53)～(66)

本項目は、無床診療所においてはいずれも任意項目、有床診療所においては専門看護師、認定看護師、特定行為研修修了看護師は任意項目としています。また、病床機能報告の報告様式1施設票又は報告様式1有床診療所票で「外来部門の職員数」を報告する場合、重複項目の記入は不要です。

令和4年7月1日時点における「外来部門」の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご記入ください。常勤職員は従事者の実人数、非常勤職員は従事者の常勤換算人数をご記入ください。医師については施設全体の人数をご記入ください。

なお、「外来部門」の職員数は、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してください。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してください(病床機能報告と同様の計上方法)。

報告様式 1 2. 確認・記入の手引き

③高額等の医療機器・ 設備の保有状況 (67)～(83)

本項目は、無床診療所においては、任意項目としています。また、病床機能報告の報告様式1 施設票と報告様式1 有床診療所票で「医療機器の台数」を報告する場合、重複項目の記入は不要です。

令和4年7月1日時点におけるCTの台数、MRIの台数、その他の医療機器の台数について、それぞれご記入ください。

なお、例えば、マルチスライスCTの「64列以上」を保有しているものの、診療報酬上の施設基準の要件を満たしていないために「16列以上64列未満」として届出をされている場合は、施設基準上の要件に関係なく「64列以上」に台数を計上してください。

6. 救急医療の実施状況 (84)～(88)

本項目は、無床診療所においては、任意項目としています。また、病床機能報告の報告様式1 施設票と報告様式1 有床診療所票で「救急医療の実施状況」を報告する場合、重複項目の記入は不要です。

令和3年4月1日～令和4年3月31日の1年間における当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たす患者延べ数及び救急車の受入件数を月毎にご記入ください。

休日の夜間に受診した患者については、休日に受診した患者延べ数にのみ計上してください。なお、休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日（元日、成人の日、建国記念の日、天皇誕生日、春分の日、昭和の日、憲法記念日、みどりの日、こどもの日、海の日、山の日、敬老の日、秋分の日、スポーツの日、文化の日、勤労感謝の日）、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日を指します。また、夜間・時間外とは、貴院が表示する診療時間以外の時間（休日を除く）を指します。

【月単位の報告の困難な 時期がある場合の報告 可能な期間】 (89)

令和4年7月1日時点で、令和3年4月1日～令和4年3月31日の1年間分の状況を報告することが困難な場合は、本項目にチェックを入れて、「月単位」で報告が可能な期間をご記入ください。

本報告様式で過去1年間の状況を報告する項目では、報告が可能な期間における状況についてご記入ください。

【その他、ご報告にあた っての特記事項】 (90)

ご報告にあたって、特記事項がございましたら自由記入欄にご記入ください。

「報告様式2」の確認・記入の手引き

「報告様式2」の確認・記入要領

- 貴院の医療機関名称、病床・外来管理番号（旧：医療機関ID）、医療機関住所、本報告のご担当者・連絡先、医療機関コード等について施設管理者及び事務部門の担当者をご報告・ご記入ください。
- また、貴院における令和3年4月から令和4年3月診療分の医療資源を重点的に活用する外来の実施状況、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について、ご記入いただきます。

【基本情報】

- ① 病床・外来管理番号
（送付状に記載の8桁
コード）

9月下旬に医療機関あてに発送しております郵便物の送付状に記載されている病床・外来管理番号と相違ないか、ご確認ください。

なお、病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号となります（旧：医療機関ID）。

【基本情報】

- ② 貴院名

令和4年7月1日時点の貴院の医療機関名称をご確認ください。

【基本情報】

- ③ 医療機関住所

令和4年7月1日時点の貴院の郵便番号、所在地をご記入ください。

【基本情報】

- ④ 報告担当者

報告内容についてお問い合わせする場合がありますので、ご担当者の氏名及び部署、電話番号、FAX番号、e-mailについてご記入ください。

【基本情報】

- ⑤ 病床機能報告の報告
対象機関の該当有無

貴院が病床機能報告の報告対象医療機関に該当するか、ご記入ください。

【基本情報】

- ⑥ 都道府県番号・医療
機関コード

貴院において令和4年4月の診療報酬明細書を作成する際に記載した都道府県コード（2桁）、医療機関コード（7桁）をご記入ください。

なお、医科レセプト用の医療機関コードと、歯科レセプト用の医療機関コードの両方をお持ちの場合には、それぞれご記入ください。

【基本情報】

- ⑦ 令和4年4月1日以
降に開設された場合

貴院が令和4年4月1日以降に開設された場合は本項目にチェックを入れてください。なお、本項目にチェックを入れた場合、以降の回答は不要です。

■ レセプト件数

レセプト件数とは、1か月毎に提出される「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和51年厚生省令第36号）に規定する診療報酬明細書1枚を1件とし、「診療報酬の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第59号、平成30年一部改定）に定められた診療報酬点数表の当該診療行為を実施したと記載のある明細書の件数をいいます。

■ 算定日数

算定日数とは、診療報酬明細書の算定日情報をもとに、当該診療行為を実施したと記載のある日数をいいます。

同日に同一項目における複数の当該診療行為が算定されていても、算定日数は1日とします。

■ 算定回数

算定回数とは、原則として、診療報酬請求書・明細書の記入要領に基づいてレセプトに記載する診療報酬点数表に定められた1行為を1回とし、当該診療行為が実施された延べ算定回数をいいます。

1. 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況

紹介患者への外来を基本とする医療機関である紹介受診重点医療機関を明確化するため、医療資源を重点的に活用する外来の実施状況として、以下の①②をご記入ください。

報告様式2 2. 確認・記入の手引き

①医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況 (1)~(12)

令和3年4月1日～令和4年3月31日の1年間の患者延べ数を、医療資源を重点的に活用する外来の類型毎にご記入ください。なお、「患者延べ数」とは、患者毎の受診日数を合計したものとします。

「医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数」は「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」、「高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数」、「特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数」の各項目を合計した数字ではありません。各報告項目については個別で計上いただき報告いただきますようご注意ください。

「医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来」のうち複数の外来を受診している場合は、受診日が異なる場合にのみ別途計上してください。例えば「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」を同一の診療日に受診した場合は1カウント、全て異なる診療日に受診した場合は3カウントとなります。

【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、「医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来」を受診したものとします（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

【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、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとします。

- 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

【特定の領域に特化した機能を有する外来】

次の外来の受診を、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとします。

- 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

また、初診の外来の患者延べ数のうち、「医療資源を重点的に活用する外来」の患者延べ数の割合、再診の外来の患者延べ数のうち、「医療資源を重点的に活用する外来」の患者延べ数の割合について、1年分の数値をご記入ください。G-MIS上のWEBフォームをご利用の場合、割合が自動計算され、表示されていますので、あわせてご確認ください。

報告様式2 2. 確認・記入の手引き

②医療資源を重点的に
活用する外来の実施
状況の詳細
(13)~(30)

令和3年4月1日～令和4年3月31日の1年間における当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たす算定件数を初診・再診別に月毎にご記入ください。1年間の件数には毎月の合計値が自動的に入力されます。

【外来化学療法加算を算定した件数】

「G000 外来化学療法加算」の状況について、算定件数をご記入ください。

【外来放射線治療加算を算定した件数】

「M000 外来放射線治療加算（放射線治療管理料）」の状況について、算定件数をご記入ください。

【CT撮影を算定した件数】

外来における「E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき）」の状況について、算定件数をご記入ください。

【MRI撮影を算定した件数】

外来における「E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）」の状況について、算定件数をご記入ください。

【PET検査を算定した件数】

外来における「E101-2 ポジトロン断層撮影」の状況について、算定件数をご記入ください。

【SPECT検査を算定した件数】

外来における「E101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影」の状況について、算定件数をご記入ください。

【高気圧酸素治療を算定した件数】

外来における「J027 高気圧酸素治療（1日につき）」の状況について、算定件数をご記入ください。

【画像等手術支援加算を算定した件数】

外来における「K939 画像等手術支援加算」の状況について、算定件数をご記入ください。

【悪性腫瘍手術を算定した件数】

外来における悪性腫瘍手術の状況について、算定件数をご記入ください。
悪性腫瘍手術とは、診療報酬点数表「第10部 手術」のうち、術式に「悪性腫瘍」の名称が含まれるものをいいます。
「K719 結腸切除術3（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）」は、悪性腫瘍手術でない場合であっても計上してください。

2. 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

地域の協議の場において、紹介受診重点医療機関の取りまとめに加えて、地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」など、地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な事項として、以下の①②について、ご回答ください。

①その他の外来・在宅
医療・地域連携の実
施状況
(31)~(49)

令和3年4月1日～令和4年3月31日の1年間における当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たす算定件数を月毎にご記入ください。1年間の件数には毎月の合計値が自動的に入力されます。

【生活習慣病管理料】

脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に算定。

【特定疾患療養管理料】

生活習慣病等を主病とする患者についてプライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に算定。

【糖尿病合併症管理料】

糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に算定。

【糖尿病透析予防指導管理料】

糖尿病の患者であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に算定。

【機能強化加算】

外来医療における適切な役割分担を図り、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関において初診料を算定する場合に加算。

【小児かかりつけ診療料】

かかりつけ医として患者の同意を得たうえで、未就学の患者の診療について緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行った場合に算定。

【地域包括診療料】

脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導及び診療を行った場合に算定。

【地域包括診療加算】

脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して療養上必要な指導及び診療を行った場合に再診料に加算。

【オンライン診療料】

継続的に対面診療を行っている患者に対して、情報通信機器を用いた診療を行った場合に算定。

【往診料】

患者又は家族等患者の看護等にあたる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定。

【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）】

在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に算定。

【在宅時医学総合管理料】

在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、個別の患者毎に総合的な在宅療養計画を策定し、定期的に訪問診療を行い、総合的な医学管理を行った場合に算定。

【診療情報提供料（Ⅰ）】

保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、

患者の同意を得て診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合や、保健・福祉関係機関に対して必要な情報提供を行った場合に算定。

【診療情報提供料（Ⅲ）】

かかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じ、患者の同意を得て、当該患者に関する診療状況を示す文書を提供した場合に算定。

【地域連携診療計画加算】

患者の退院日の属する月又はその翌月に、連携する保険医療機関を退院した患者の同意を得て、当該連携保険医療機関に対して、診療状況を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に、診療情報提供料（Ⅰ）に加算。

【がん治療連携計画策定料】

入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、計画策定病院があらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中又は退院後30日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に算定。

【がん治療連携指導料】

がん治療連携計画策定料1又は2を算定した患者に対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に算定。

【がん患者指導管理料】

医師が看護師等と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合等に算定。

【外来緩和ケア管理料】

緩和ケアを要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に算定。

【その他、ご報告にあたっての特記事項】

(50)

ご報告にあたって、特記事項がございましたら自由記入欄にご記入ください。

3 報告エラーの種類

「報告様式」では、報告様式の各項目について、主に以下のエラーチェックを行っています。

誤りの可能性がある場合には、エラーメッセージが表示されますので、内容をご確認のうえ、修正を行ってください。なお、エラーを含む場合、そのまま提出できないことがあります。また、必須項目には「*」が表示されますので、あわせてご確認ください。

《報告様式1、報告様式2共通の報告エラー》

- ・ 必須項目の未報告によるエラー
- ・ 月単位の報告がある項目について、月合計が年間入力値と一致しないエラー
- ・ 総計を上回る内数が報告されているエラー
(報告様式1の例) 特定行為研修修了看護師数が、看護師数を超えているケース
(報告様式2の例) 高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数が、医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数を超えているケース

《報告固有の報告エラー》

- ・ 報告様式1：診療科（複数選択）において、診療科選択が1件も選択されていないエラー

4 その他

「報告様式」では、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・逆紹介率について、下記の条件で判定して回答欄への色付けを行っていますので、ご確認ください。（10月上旬に機能を実装する予定です。）

《医療資源を重点的に活用する外来に関する基準等を満たした場合の通知機能》

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・逆紹介率について、以下の条件を満たした場合、該当項目の回答欄の背景が緑色に変わります。

■報告様式 1

「5. 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」

- ・紹介率（紹介患者数÷初診患者数×100 小数点第二位を四捨五入）（51）が50%以上
- ・逆紹介率（逆紹介患者数÷初診患者数×100 小数点第二位を四捨五入）（52）が40%以上

■報告様式 2

「1. 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況」

- ・医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数の初診の外来の患者延べ数に対する割合
（医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数÷初診の外来の患者延べ数×100 小数点第二位を四捨五入）（3）が40%以上
- ・医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数の再診の外来の患者延べ数に対する割合
（医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数÷再診の外来の患者延べ数×100 小数点第二位を四捨五入）（9）が25%以上

貴院にて、報告様式1「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」のご回答の参考としてください。

紹介受診重点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、医療機関ごとの紹介受診重点医療機関となる意向の有無、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、紹介・逆紹介の状況等を踏まえて議論することとしています。そのため、上記基準を満たすことのみを以て紹介受診重点医療機関として公表されることはありません。