

紹介受診重点医療機関の選定について (中河内二次医療圏)

Contents

- ① 紹介受診重点医療機関の制度概要について
- ② 紹介受診重点医療機関の選定にかかる協議方針について
- ③ 令和7年度の選定について

① 紹介受診重点医療機関の制度概要について

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

- 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（外来機能報告）する。
 - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「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、「紹介受診重点外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）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、協議の場で確認することにより決定

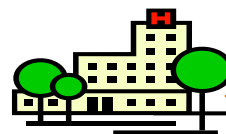
➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与

かかりつけ医機能を担う医療機関



かかりつけ医機能の強化
(好事例の収集、横展開等)

紹介受診重点医療機関



病院の外来患者の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革

紹介

逆紹介

外来機能報告、「協議の場」での協議、
紹介患者への外来を基本とする医療機関の明確化

＜「紹介受診重点外来」＞

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（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）

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、紹介受診重点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。

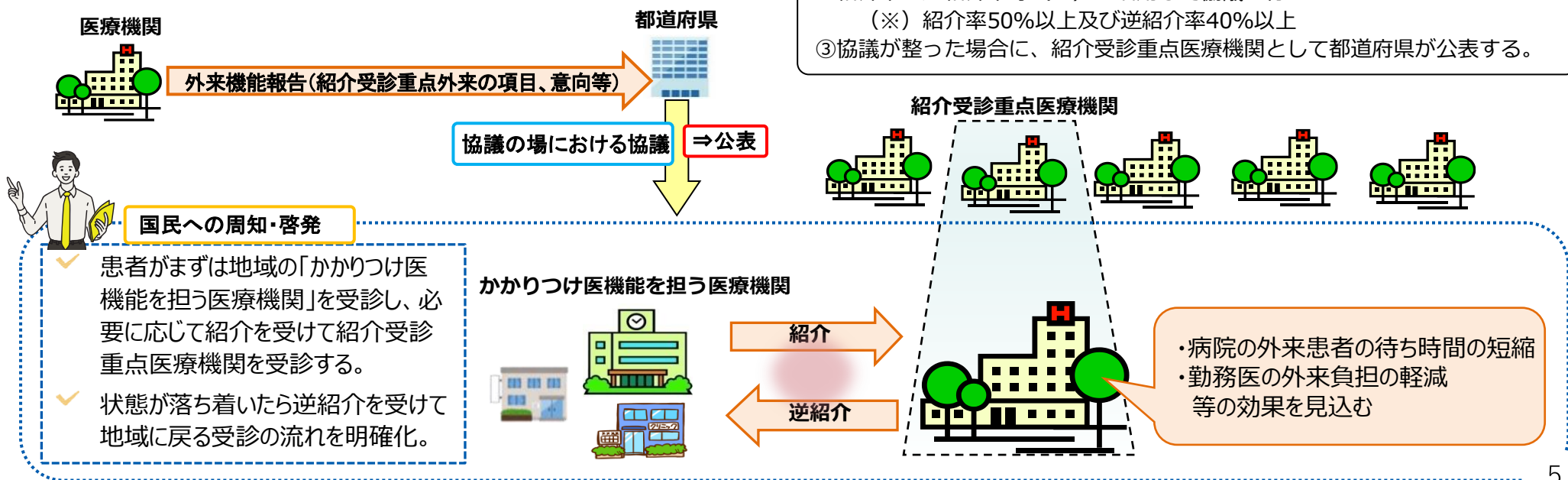
- ① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、
- ② 「協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

【外来機能報告】

- 紹介受診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、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

【協議の場】

- ① 紹介受診重点外来に関する基準（※）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。
（※）初診に占める紹介受診重点外来の割合40%以上 かつ
再診に占める紹介受診重点外来の割合25%以上
- ② 紹介受診重点外来に関する基準を満たさない医療機関であって、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。



紹介受診重点医療機関に係る診療報酬上の取扱い

令和4年度診療報酬改定 I-4 外来医療の機能分化等-①

参考資料 5

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 <u>7,000円</u>	
医療保険から支給（選定療養費） <u>5,600円</u> (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 <u>2,400円</u> (=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。**

紹介受診重点医療機関に係る診療報酬上の取扱い

令和4年度診療報酬改定 I-4 外来医療の機能分化等-⑤

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	改定後
【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）【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



紹介受診重点医療機関に係る診療報酬上の取扱い

	紹介受診重点医療機関 の選定対象	紹介受診重点医療機関として選定された場合に算定できる 診療報酬等		
		紹介状なしで受診する 場合等の定額負担	紹介受診重点医療機関 入院診療加算	連携強化診療 情報提供料※ ³
①特定機能病院・ 地域医療支援病院	○	— (すでに定額負担を徴収しており、 追加負担徴収はない)	×	○
②一般病床 200床以上の病院 (①除く)	○	○	△※ ²	○
③一般病床 200床未満の病院・ 有床診療所・ 無床診療所※ ¹	○	×	×	○

※¹: 外来機能報告医療機関に限る ※²: 専門病院入院基本料・障害者施設等入院基本料の算定している場合は除く

※³: 既存の対象算定患者に加え、「200床未満の病院又は診療所から紹介された患者」について算定可能となる。

令和 6 年度保健医療協議会（令和 7 年 2 月）における紹介受診重点医療機関の選定状況

○大阪府全域では、85施設（病院83施設、有床診療所 2 施設）を紹介受診重点医療機関として選定。

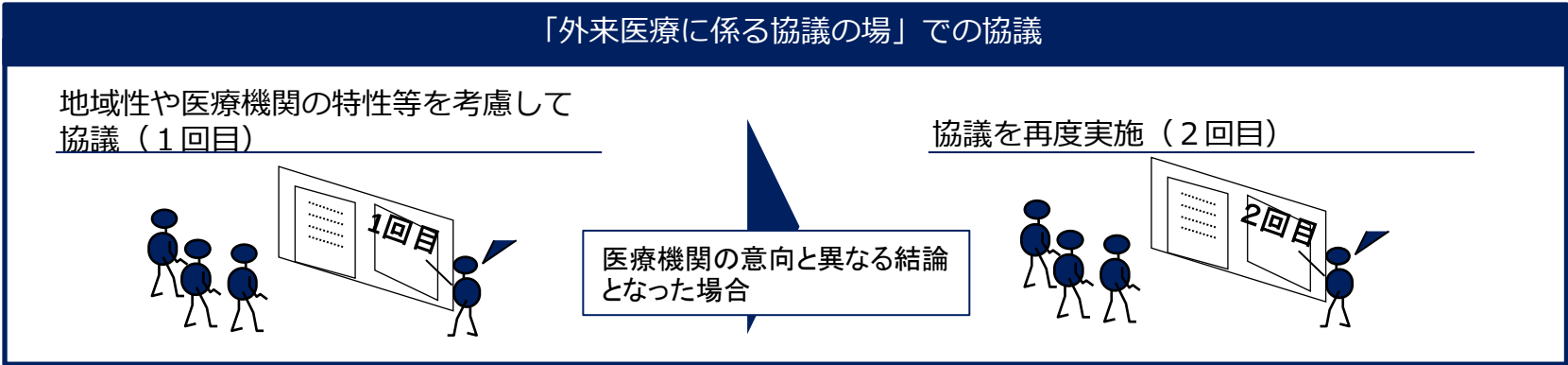
（単位：医療機関数）

	紹介受診重点医療機関 として選定	「基準」満たす	
		「基準」満たす	「基準」満たさない
①特定機能病院	7	6	1
②地域医療支援病院	50	46	4
③一般病床200床以上の病院 （①、②除く）	22	18	4
④一般病床200床未満の病院	4	3	1
⑤有床診療所等	2	2	0
合計	85	75	10

② 紹介受診重点医療機関の選定にかかる 協議方針について

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 ＊「外来医療に係る協議の場」での確認	② 「外来医療に係る協議の場」での協議
	満たさない	③ 「外来医療に係る協議の場」での協議	



【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、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。

（参考）「外来機能報告等に関するガイドライン」

令和7年度保健医療協議会での紹介受診重点医療機関選定にかかる協議方針（案）

- 紹介受診重点医療機関の選定は、地域における協議の場において、協議方針を確認の上、協議いただくことが必要であり、協議にあたっては、協議方針（案）を参考に協議方針を決定の上、選定にかかる協議を実施。

<外来機能報告での報告内容※1>

<協議方針（案）>

1 「紹介受診重点外来の基準」を満たし、
紹介受診重点医療機関への意向がある医療機関

基準を満たしているので、
紹介受診重点医療機関として選定する

2 「紹介受診重点外来の基準」を満たし、
紹介受診重点医療機関への意向がない医療機関

基準を満たしているが意向がないので、
紹介受診重点医療機関として選定しない※2

※2 今後の地域の医療体制等を踏まえ、協議の場において紹介受診重点医療機関のさらなる確保が必要との意見があった場合には、この限りではない。

3 「紹介受診重点外来の基準」は満たさないが、
紹介受診重点医療機関への意向がある医療機関

基準は満たしていないが、
下記を参考に選定にかかる協議を行う

- ・国参考水準（紹介率・逆紹介率）の達成状況
【令和7年度外来機能報告データ】
- ・前回（令和6年度保健医療協議会）協議の選定結果
- ・紹介受診重点医療機関への意向がある理由※3
【理由書の提出のあった医療機関のみ】

4 「紹介受診重点外来の基準」は満たさず、
紹介受診重点医療機関への意向がない医療機関

意向がないので、
紹介受診重点医療機関として選定しない

※1 現在紹介受診重点医療機関で、新規開設等により外来機能報告結果のない医療機関については、当該医療機関に対し、別途、紹介受診重点医療機関への意向を確認。

※3 ※1に該当する医療機関に意向がある場合、協議にあたって参考とする外来機能報告結果がないため理由書の提出を必須とする。

- 紹介受診重点医療機関の選定については、毎年度、外来機能報告のデータを基に、協議することとなっている。
- 今後も、保健医療協議会において選定にかかる協議を行うこととなるが、選定された医療機関が協議会後、選定辞退を申し入れた場合、以下の取り扱いとする。

<協議会後、選定辞退を申し入れた場合の取り扱い（案）>

【医療機関からの辞退申し入れ連絡後の流れ】

1. 事務局（保健所等）から、保健医療協議会委員に対し、紹介受診重点医療機関の辞退を申し入れた医療機関について意見照会。
⇒保健医療協議会委員は、辞退について意見がある場合、期限内に事務局へ意見照会について回答。
2. 事務局（保健所等）は、保健医療協議会会長に、委員意見照会の結果について報告。
⇒保健医療協議会会長は、選定辞退についての適否を判断。
3. 事務局（保健所等）は、保健医療協議会会長による選定辞退適否判断の結果を保健医療協議会委員へ報告。

選定辞退適否の結果別取り扱い

【適当】⇒大阪府は、保健所等から選定辞退が適当とされた医療機関について、保健所等から報告のあった翌月に紹介受診重点医療機関のリスト（大阪府ホームページ公表）から削除。

【不適当】⇒次回の保健医療協議会において、次年度の外来機能報告等を用い改めて協議。

- 再編を伴わない名称変更・二次医療圏内の移転・開設者変更の場合は、変更時に府において公表リストの修正を行い、再編・二次医療圏を越える移転の場合は、事前（再編・移転前）に保健医療協議会で協議を実施。

◆再編を伴わない名称変更・二次医療圏内の移転・開設者変更の場合

方針

変更時に府において公表リストの当該医療機関名称等を修正し、再公表

（当該医療機関に係る協議は、外来機能報告における診療実績等の状況を元に毎年度保健医療協議会で行う）

具体的対応

- 当該医療機関を所管する保健所が、紹介受診重点医療機関の公表リスト項目※の変更について把握した際に、大阪府保健医療企画課にその旨を連絡
 - ※医療機関名称、医療機関住所、電話番号、公表日、廃止日、保険医療機関コード、一般病床数が200床以上かどうか
- 連絡を受けた保健医療企画課において、紹介受診重点医療機関のリストを更新、公表

◆再編・二次医療圏を越える移転の場合

次スライド：協議方針（案）

方針

医療機関の役割等の実質的な変更が見込まれることから、事前（再編・移転前）に保健医療協議会で協議を行う
（移転の場合は、移転前及び移転後の2圏域における保健医療協議会で、事前に協議・確認を行う）

具体的対応

- 再編・移転後の医療機関が紹介受診重点医療機関としての意向がある場合、選定するか否かについて協議
- 協議にあたり、
 - ・再編・移転前後の紹介受診重点外来の実施状況（見込み）
 - ・地域の外来機能の明確化・連携の推進のための取組（例：再編・移転後の外来における人材の配置予定数や高額等の医療機器・設備の保有予定、地域における外来医療の連携体制の構築状況など）
- 等を書面（理由書）で提出を求める

※再編・移転後の実施状況等について、必要に応じ、協議会から報告を求めることがある

再編等を予定している場合の紹介受診重点医療機関選定にかかる協議方針（案）

- 令和7年度保健医療協議会において紹介受診重点医療機関として選定された医療機関が、令和8年度保健医療協議会開催時期（令和9年2月末）までに再編等を予定している場合、下記の協議方針（案）を参考に協議方針を決定の上、選定にかかる協議を実施。

＜協議対象医療機関＞

- 本協議会で紹介受診重点医療機関として選定され、令和8年度保健医療協議会開催時期（令和9年2月末）までに再編・二次医療圏を越える移転を予定している医療機関

＜紹介受診重点医療機関への意向の有無＞

＜協議方針（案）＞

1

再編・二次医療圏を越える
移転後に意向がある



下記の点等が記載された理由書を参考に、選定にかかる協議を行う

- ・再編後の紹介受診重点外来の実施状況（見込み）
 - ・地域の外来機能の明確化・連携の推進のための取組
- （例：再編後の外来における人材の配置予定数や高額等の医療機器・設備の保有予定、地域における外来医療の連携体制の構築状況など）

※選定された場合、再編後の実施状況等について、必要に応じ、協議会から報告を求める

2

再編・二次医療圏を越える
移転後に意向がない



意向がないので、再編・二次医療圏を越える移転後の医療機関は、紹介受診重点医療機関として選定しない

③ 令和7年度の選定について

令和 7 年度 外来機能報告提出状況

令和 7 年度外来機能報告において、対象医療機関の約92%の医療機関が外来機能報告を提出している

	報告済※		未報告		合計
	医療機関数	割合	医療機関数	割合	医療機関数
豊能	52	98.1%	1	1.9%	53
三島	40	97.6%	1	2.4%	41
北河内	71	95.9%	3	4.1%	74
中河内	39	88.6%	5	11.4%	44
南河内	42	95.5%	2	4.5%	44
堺市	48	88.9%	6	11.1%	54
泉州	72	94.7%	4	5.3%	76
大阪市	211	88.3%	28	11.7%	239
北部	52	91.2%	5	8.8%	57
西部	33	86.8%	5	13.2%	38
東部	70	87.5%	10	12.5%	80
南部	56	87.5%	8	12.5%	64
大阪府（全体）	575	92.0%	50	8.0%	625

※「報告様式 1」を提出

参照：令和 7 年度外来機能報告（速報値：令和 8 年 1 月 29 日現在）

紹介受診重点医療機関の選定に係る外来機能報告の報告状況（大阪府全域）

○大阪府全域では、紹介受診重点医療機関の選定意向がある医療機関は、
重点外来の基準を満たす医療機関では81機関、基準を満たさない医療機関では8機関となっている。

(単位：医療機関数)

	重点外来の「基準」満たす		重点外来の「基準」満たさない		未報告	合計
	選定「意向」あり	選定「意向」なし	選定「意向」あり	選定「意向」なし		
①特定機能病院	6	0	1	0	0	7
②地域医療支援病院	48	0	4	0	0	52
③一般病床200床以上の病院（①、②除く）	21	4	3	21	0	49
④一般病床200床未満の病院	3	25	0	299	24	351
⑤有床診療所等	3	4	0	133	26	166
合計	81	33	8	453	50	625
	114		461			

(単位：割合)

	重点外来の「基準」満たす		重点外来の「基準」満たさない		未報告	合計
	選定「意向」あり	選定「意向」なし	選定「意向」あり	選定「意向」なし		
①特定機能病院	86%	0%	14%	0%	0%	100%
②地域医療支援病院	92%	0%	8%	0%	0%	100%
③一般病床200床以上の病院（①、②除く）	43%	8%	6%	43%	0%	100%
④一般病床200床未満の病院	1%	7%	0%	85%	7%	100%
⑤有床診療所等	2%	2%	0%	80%	16%	100%

紹介受診重点医療機関の選定に係る外来機能報告の報告状況（中河内二次医療圏）

○中河内二次医療圏では、紹介受診重点医療機関の選定意向がある医療機関は、
重点外来の基準を満たす医療機関では 4 機関、基準を満たさない医療機関では 0 機関となっている。

(単位：医療機関数)

	重点外来の「基準」満たす		重点外来の「基準」満たさない		未報告	合計
	選定「意向」あり	選定「意向」なし	選定「意向」あり	選定「意向」なし		
①特定機能病院	0	0	0	0	0	0
②地域医療支援病院	4	0	0	0	0	4
③一般病床200床以上の病院（①、②除く）	0	1	0	3	0	4
④一般病床200床未満の病院	0	4	0	17	2	23
⑤有床診療所等	0	0	0	10	3	13
合計	4	5	0	30	5	44
	9		30			

(単位：割合)

	重点外来の「基準」満たす		重点外来の「基準」満たさない		未報告	合計
	選定「意向」あり	選定「意向」なし	選定「意向」あり	選定「意向」なし		
①特定機能病院	—	—	—	—	—	—
②地域医療支援病院	100%	0%	0%	0%	0%	100%
③一般病床200床以上の病院（①、②除く）	0%	25%	0%	75%	0%	100%
④一般病床200床未満の病院	0%	17%	0%	74%	9%	100%
⑤有床診療所等	0%	0%	0%	77%	23%	100%

参考資料

紹介受診重点外来の算定項目（外来機能報告）

項目	定義（外来機能報告マニュアル改変）
紹介受診重点 外来患者 （令和6年4月1日～ 令和7年3月31日の 1年間の患者延べ数）	「紹介受診重点外来の患者延べ数」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」のいずれかに該当する患者。 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。 ※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。 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 ※1：6000cm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3を算定 ※「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。
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、「紹介受診重点外来」を受診したものとします。 ・外来化学療法加算を算定 ・外来腫瘍化学療法診療料を算定 ・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、「紹介受診重点外来」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

外来機能報告における紹介患者・逆紹介患者の定義

項目	定義(外来機能報告マニュアル)
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(入院レセプトを含む)。 ・救急患者 ・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
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。)
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

※令和6年4月1日～令和7年3月31日の1年間

※※紹介率及び逆紹介率の定義は地域医療支援病院の要件として「医療法の一部を改正する法律の施行について」

(平成10年健政発639号厚生省健康政策局長通知)第二の3(1)に定める定義と同じ

○再編・移転の形式及び再編・移転後の医療機関の紹介受診重点医療機関の意向に応じた対応は、下記のイメージとなる。

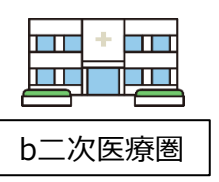
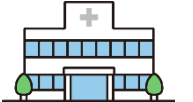
二次医療圏を越える移転

再編

移転・再編前

移転・再編後

協議等の有無

例 1	例 2	例 3	例 4	例 5
A機関（10月31日廃院） 【紹介受診重点医療機関】  a二次医療圏 B機関（11月1日開院） 【紹介受診重点医療機関の意向あり】  b二次医療圏	A機関（10月31日廃院） 【紹介受診重点医療機関】  a二次医療圏 B機関（11月1日開院） 【紹介受診重点医療機関の意向なし】  b二次医療圏	A機関（10月31日廃院） 【紹介受診重点医療機関 未選定】  a二次医療圏 B機関（11月1日開院） 【紹介受診重点医療機関の意向あり】  b二次医療圏	A機関（10月31日廃院） 【紹介受診重点医療機関】  B機関（10月31日廃院） 【紹介受診重点医療機関未選定】  C機関（11月1日開院） 【紹介受診重点医療機関の意向あり】 	A機関（10月31日廃院） 【紹介受診重点医療機関】  B機関（10月31日廃院） 【紹介受診重点医療機関未選定】  C機関（11月1日開院） 【紹介受診重点医療機関の意向あり】  D機関（11月1日開院） 【紹介受診重点医療機関の意向あり】 
移転の前年度に、以下の協議・確認を行う ○A機関の紹介受診重点医療機関の公表を11月1日に削除することについて、a圏域協議会で確認 ○B機関を11月1日付で紹介受診重点医療機関に選定することについて、b圏域協議会で協議	移転の前年度に、以下の確認を行う ○A機関の紹介受診重点医療機関の公表を11月1日に削除することについて、a圏域協議会で確認 ※B機関を紹介受診重点医療機関に選定しないことについては協議を行わない	移転時点のA機関・B機関に係る事前の協議等は行わない （B機関については、次年度のb圏域協議会で選定にかかる協議を行う）	再編の前年度に、以下の協議を行う ○C機関を11月1日付で紹介受診重点医療機関に選定すること	再編の前年度に、以下2点の協議を行う ○C機関を11月1日付で紹介受診重点医療機関に選定すること ○D機関を11月1日付で紹介受診重点医療機関に選定すること