

紹介受診重点医療機関の選定について

Contents

- ① 紹介受診重点医療機関の選定にかかる背景
- 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

① 紹介受診重点医療機関の選定にかかる背景

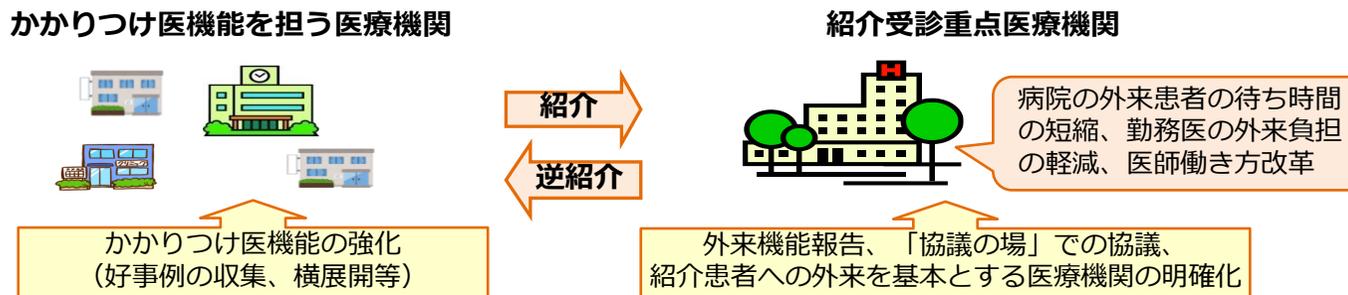
1. 外来医療の課題

- 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



〈「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。

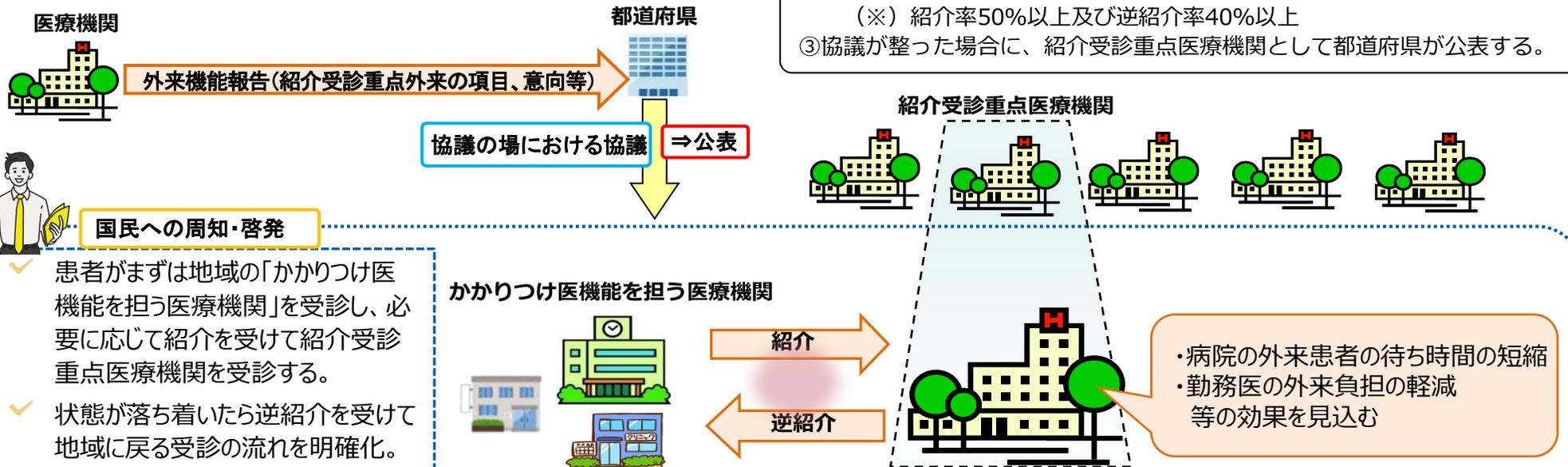
- ① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、
- ② 「協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

【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。



・ 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等の効果を見込む

定額負担の対象病院拡大について

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告（仮称）を創設することで、**新たに「紹介患者への外来を基本とする医療機関」**（「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関）を、**地域の実情を踏まえつつ、明確化**することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加えることとする。**

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

現在の定額負担（義務）対象病院

現在の定額負担（任意）対象病院

拡大
紹介患者への
外来を基本と
する医療機関

出典：特定機能病院一覧等を基に作成（一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計）

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

地域医療支援病院と紹介受診重点医療機関の比較

	地域医療支援病院	紹介受診重点医療機関
制度の趣旨	医療施設機能の体系化の一環として、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を行い、かかりつけ医等の支援を行う医療機関（都道府県知事が個別に承認）	患者の流れの円滑化を図るため、紹介受診重点外来の機能に着目し、紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関として、「紹介受診重点医療機関」を明確化したもの（協議の場の結果をとりまとめ公表）
主な役割	<ul style="list-style-type: none"> 紹介患者に対する医療の提供（かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む） 医療機器の共同利用の実施 救急医療の提供 地域の医療従事者に対する研修の実施 	<p>以下に示す、紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来 ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来 ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）
要件	<ul style="list-style-type: none"> 紹介患者中心の医療を提供していること <ol style="list-style-type: none"> ①紹介率80%以上 ②紹介率65%以上かつ逆紹介率40%以上 ③紹介率50%以上かつ逆紹介率70%以上 救急医療を提供する能力を有する 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保している 地域医療従事者に対する研修を行っている 原則200床以上 等 <p>（開設主体） 原則として 国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人 等</p>	<ul style="list-style-type: none"> 紹介受診重点外来に関する基準（※）、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向、紹介率・逆紹介率（※※）等を参考にしつつ協議を行い、協議が整った場合、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表 <p>（※）初診に占める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</p> <p>（※※）紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上</p> 特定機能病院や地域医療支援病院についても、紹介受診重点外来に関する基準を満たし、医療機関の意向と地域の協議の場での結論が一致した場合、紹介受診重点医療機関として広告することは可能
根拠法・通知等	<ul style="list-style-type: none"> 医療法 医療法施行規則の一部を改正する省令の施行等について（令和3年3月局長通知） 	<ul style="list-style-type: none"> 医療法 外来機能報告等に関するガイドライン（令和5年9月29日改正）
制度開始時期	平成10年4月	令和4年4月
医療機関数	700（令和5年9月1日時点）	930（令和5年10月1日時点）

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

参考：医療法(一部抜粋)

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

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

目的

- 「紹介受診重点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)」の明確化
- 地域の外来機能の明確化・連携の推進

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

報告項目

- (1) **紹介受診重点外来の実施状況**
- (2) **紹介受診重点医療機関となる意向の有無**
- (3) **地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項**
紹介・逆紹介の状況、外来における人材の配置状況、外来・在宅医療・地域連携の実施状況(生活習慣病管理料や在宅時医学総合管理料等の算定件数)等

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

対象医療機関

義務： 病院・有床診療所
任意： 無床診療所

報告頻度

年1回
(10～11月に報告を実施)

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

紹介受診重点医療機関の基準

意向はあるが基準を満たさない場合

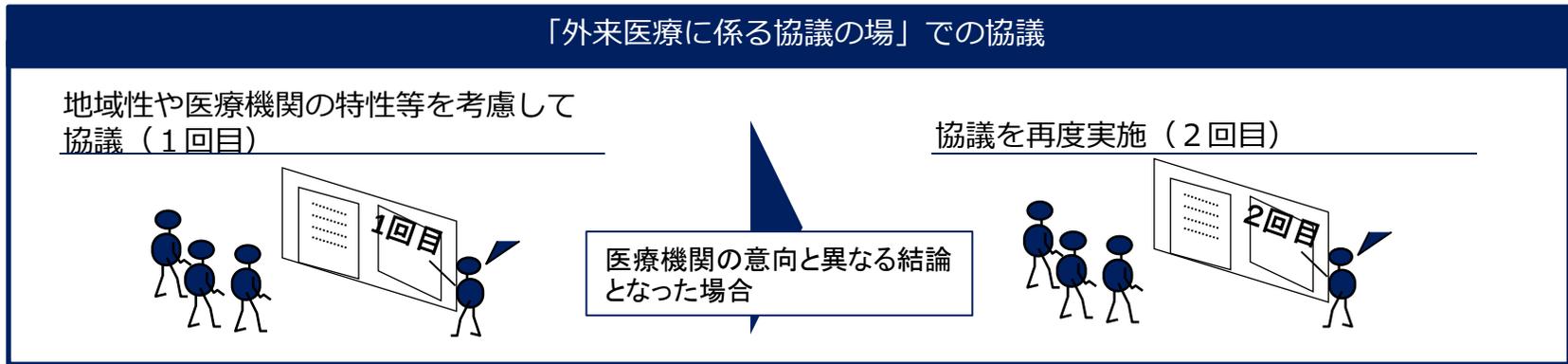
- 上記の外来の件数の占める割合が
- ・ 初診の外来件数の40%以上かつ
 - ・ 再診の外来件数の25%以上

参考にする紹介率・逆紹介率の水準

- ・ 紹介率50%以上かつ
- ・ 逆紹介率40%以上

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。

協議フローについて

協議の場での再協議が求められる



*1 紹介受診重点外来の基準：
・初診基準：40%以上（初診の外来件数のうち「紹介受診重点外来」の件数の占める割合）
・再診基準：25%以上（再診の外来件数のうち「紹介受診重点外来」の件数の占める割合）
*2 紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上を参考の水準とする。
*3 基準の達成に向けたスケジュール等を書面又は口頭で説明を求め、その内容を公表する。

＜既に紹介受診重点医療機関として公表されている医療機関について、協議を行う場合の留意点＞
*：協議が整わない場合、その協議までの協議結果を継続すること
**：紹介受診重点医療機関ではなくなる場合も、協議の場の協議により、紹介受診重点医療機関にならないことを確認すること

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

「紹介受診重点医療機関」は、下記分類により選定してはどうか。

<選定方法（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」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

A

紹介受診重点外来にかかる
直近の3か月（令和5年2月・3月・4月）の
実績報告書（すべての月で基準を上回る実績あり）の提出があった医療機関

基準は満たしていないが、
蓋然性が高いと考えられ、紹介受
診重点医療機関として**選定する**

B

紹介受診重点外来にかかる
直近の3か月（令和5年2月・3月・4月）の
実績報告書（すべての月で基準を上回る実績あり）の提出がなかった医療機関

紹介受診重点医療機関として
選定しない

3

紹介受診重点医療機関への意向がない医療機関
（「①紹介受診重点外来の基準」を満たす医療機関含む）

紹介受診重点医療機関として
選定しない

第1回保健医療協議会における紹介受診重点医療機関選定結果

大阪府全域では、64医療機関が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」満たさないが 直近3か月の「基準」満たす
①特定機能病院	5	4	1
②地域医療支援病院	44	43	1
③一般病床200床以上の病院 (①、②除く)	12	9	3
④一般病床200床未満の病院	2	2	0
⑤有床診療所等	1	1	0
合計	64	59	5

<主な意見>

- 協議の場で地域の実情に応じて協議するのであれば、大阪府内で選定の考え方を統一する必要はないのではないか。（堺市、大阪市南部）
- 参考水準（紹介率・逆紹介率）も考慮すべきではないか。（中河内）
- 蓋然性の確認について、基準は1年間の平均で判断していることから、必ずしも直近3か月全てを満たす必要はないのではないか。（堺市）
- 小児専門病院や精神科病院など特殊な機能を持つ病院は基準（再診率）を満たしづらい。選定方法を整理・検討すべきではないか。（堺市、泉州）
- 意向があり、基準を若干満たしていないだけの医療機関について、地域で合意があれば、蓋然性を確認せず選定しても良いのではないか。（大阪市北部）
- 基準には基本的なルールがあり、医療機関の経営にも大きな影響を与えるものであるため、今回提示された府の選定方法について、安易に変更すべきではない。しっかりとした議論が必要ではないか。（大阪市北部、大阪市連絡）

第2回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）

- 第1回保健医療協議会での意見と国ガイドライン等を踏まえ、協議方針（案）を下記のとおり提案。
- 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>

<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

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5年度外来機能報告データ】
- ・前回（令和5年度第1回保健医療協議会）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
【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

協議会後に選定辞退を申し入れた医療機関の取り扱いについて

- 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、以下の取り扱いとしてはどうか。

<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。

【不適當】⇒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。

參考資料

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）
<p>紹介受診重点 外来患者</p> <p>（令和4年4月1日～ 令和5年3月31日の 1年間の患者延べ数）</p>	<p>「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。</p> <p>※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。</p>
<p>医療資源を 重点的に活用する 入院の前後の外来</p>	<p>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）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>※「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。</p>
<p>高額等の医療機器・ 設備を必要とする 外来</p>	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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
<p>特定の領域に特化し た機能を有する外来</p>	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療情報提供料Iを算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来

地域医療支援病院と特定機能病院における紹介率・逆紹介率の定義

	地域医療支援病院(平成10年5月19日付け厚生省健康政策局長通知)	特定機能病院(平成5年2月15日付け厚生省健康政策局長通知)
紹介率	紹介患者の数／初診患者の数	(紹介患者の数＋救急用自動車によって搬入された患者の数※)／初診患者の数(休日又は夜間に受診した患者の数を除く) ※ 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初診の患者の数(搬入された時間は問わない)
逆紹介率	逆紹介患者の数／初診患者の数	逆紹介患者の数／初診患者の数
基準	紹介率80%以上、紹介率65%以上かつ逆紹介率40%以上、紹介率50%以上かつ逆紹介率70%以上	紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上(がん・循環器疾患等に関し高度・専門的な医療を提供する特定機能病院は紹介率80%以上かつ逆紹介率60%以上)
紹介患者の数	開設者と直接関係のない他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数(初診の患者に限る。また、紹介元である他の病院又は診療所の医師から電話情報により地域医療支援病院の医師が紹介状に転記する場合及び他の病院又は診療所等における検診の結果、精密検診を必要とされた患者の精密検診のための受診で、紹介状又は検査票等に、紹介目的、検査結果等についてその記載がなされている場合を含む。)	初診患者のうち、他の病院又は診療所から紹介状により紹介されたものの数(次の①及び②の場合を含む。) ① 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、特定機能病院の医師が紹介状に転記する場合 ② 他の病院、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の記載がなされている場合(①と同様、電話情報を特定機能病院の医師が転記する場合を含む。)
逆紹介患者の数	地域医療支援病院から他の病院又は診療所に紹介した者の数。診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った患者(開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除く。)	特定機能病院の医師が、紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数(次に掲げる場合を含む。) ア 当該特定機能病院での診療を終えた患者を電話情報により他の病院又は診療所に紹介し、紹介した特定機能病院の医師において、紹介目的等を診療録等に記載する場合 イ 他の病院又は診療所から紹介され、当該特定機能病院での診療を終えた患者を紹介元である他の病院又は診療所に返書により紹介する場合(アと同様に電話情報による場合を含む。)
初診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数(地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬入された患者、当該地域医療支援病院が医療計画において位置付けられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した患者及び自他覚的症状がなく健康診断を目的とする当該病院の受診により疾患が発見された患者について、特に治療の必要性を認めて治療を開始した患者を除く。)	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(休日又は夜間に受診した患者及び自他覚的症状がなく健康診断を目的とする当該病院の受診により疾患が発見された患者について特に治療の必要性を認めて治療を開始した患者を除く。)

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	<p>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)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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
紹介患者数※	<p>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。)</p>
逆紹介患者数※	<p>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。)</p>
紹介率※※	<p>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</p>
逆紹介率※※	<p>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</p>

※令和4年7月1日～令和5年3月31日の9か月間

※※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

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。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

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

現行制度

[対象病院]

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

[定額負担の額]

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

見直し後

[対象病院]

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

[定額負担の額]

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

[保険給付範囲からの控除]

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

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

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	
医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円

定額負担 7,000円	
医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用**。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

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

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点 (入院初日)

[算定要件]

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

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

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

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

外来診療料の注2、3 55点

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

紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

連携強化診療情報提供料の新設

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

現行

【診療情報提供料（Ⅲ）】 150点

[算定要件]

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

[対象患者]

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

改定後

（改）【連携強化診療情報提供料】 150点

[算定要件]

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

[対象患者]

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



（新）

地域の診療所等

紹介受診重点医療機関



患者を紹介

診療状況を
提供



連携強化診療情報
提供料を算定

例：生活習慣病の診療を実施

例：合併症の診療を実施