

紹介受診重点医療機関について

紹介受診重点医療機関の協議・公表について

紹介受診重点医療機関について

厚生労働省
HP資料に加工

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

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

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

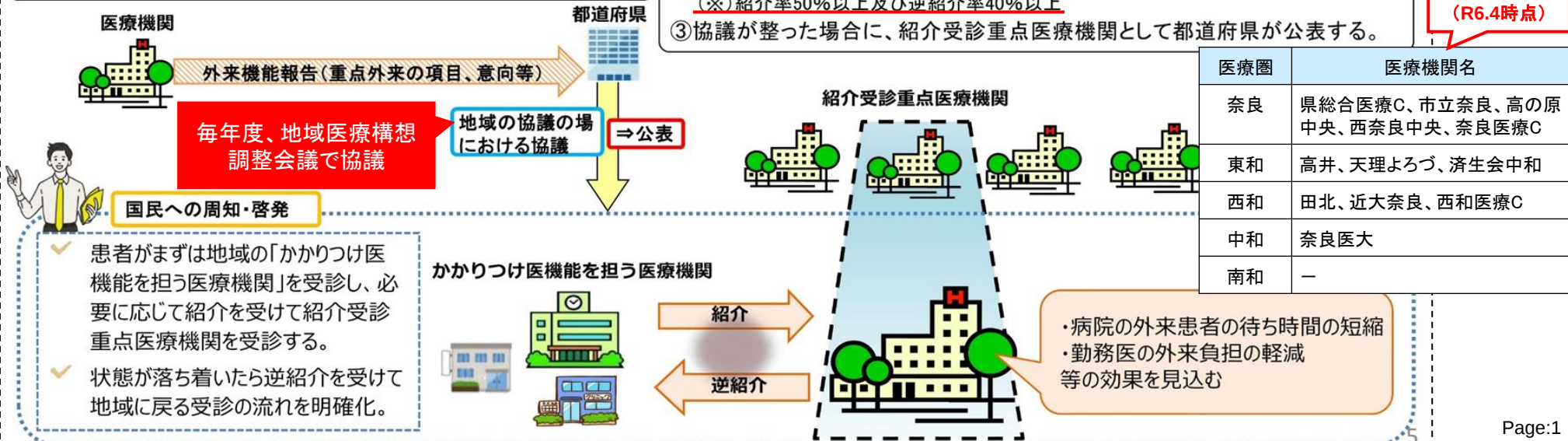
【外来機能報告】

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

【地域の協議の場】

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

奈良県の
公表状況
(R6.4時点)

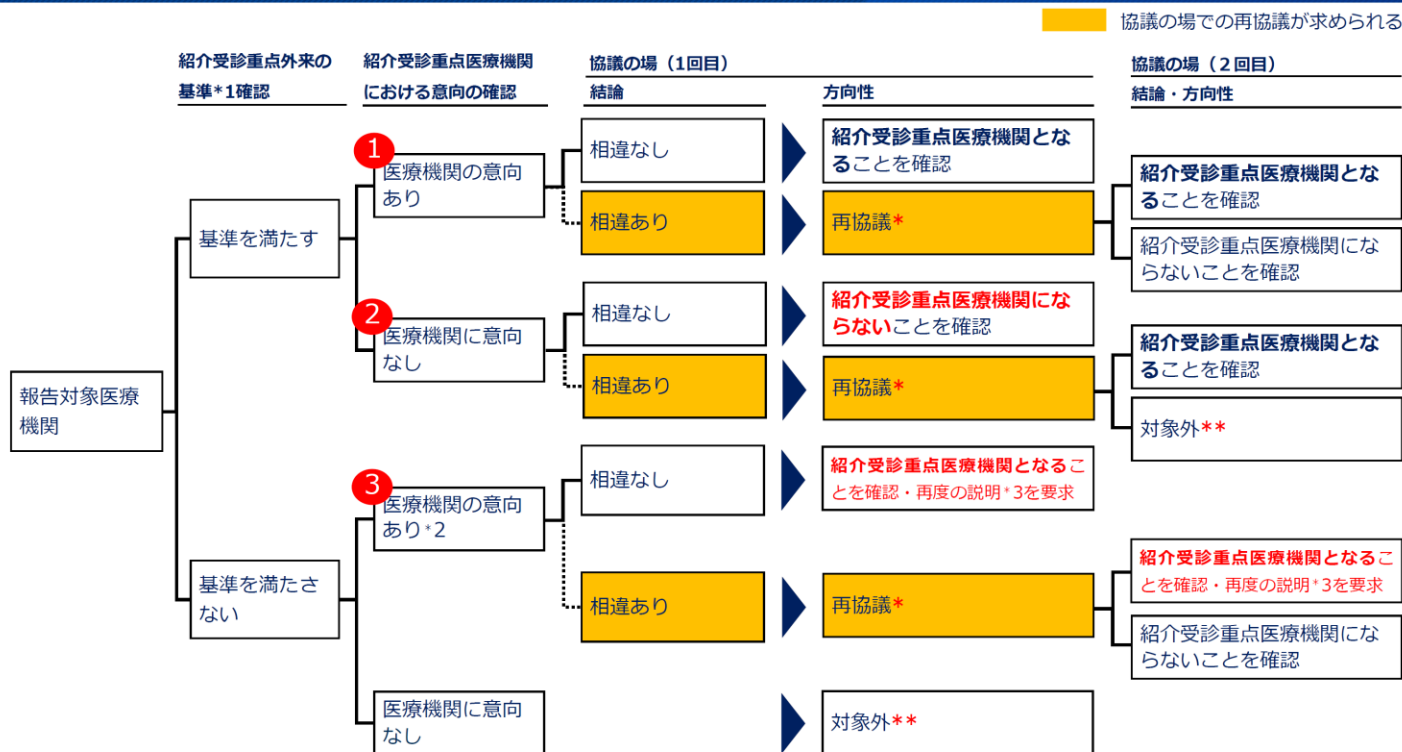


協議の場(地域医療構想調整会議)での協議対象

- 紹介受診重点外来の割合が基準に該当するかどうかと医療機関の意向が一致しないものが、地域医療構想調整会議での主な協議対象となる。

協議フローについて

厚生労働省
説明会資料より



- *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

(出典) 外来機能報告等に関するガイドライン、令和5年5月17日付事務連絡「外来機能報告における協議の場の進め方」

外来機能報告等に関する ガイドライン (抜粋)

(前略)これらの参加者に加えて、紹介受診重点医療機関の取りまとめに向けた協議を行う場合、以下の医療機関の出席を求め、意見を聴取すること。

①「紹介受診重点医療機関」の紹介受診重点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「紹介受診重点医療機関」としての役割を担う意向を有しない医療機関(左図②に該当)

②「紹介受診重点医療機関」の紹介受診重点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「紹介受診重点医療機関」としての役割を担う意向を有する医療機関(左図③に該当)

令和6年度外来機能報告による集計

区分	基準を満たすか	意向があるか
①	○	○
②	○	×
③	×	○

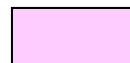
➤ 紹介受診重点医療機関に関する意向の変更はなし

➤ 昨年度と区分が異なるのは、天理よろづ相談所病院と田北病院(昨年度③→今年度①)

医療圏	区分		医療機関名	基準				参考基準				現在の 紹介受診 重点医療機関
				初診外割合 40%以上		再診外来割合 25%以上		紹介率 50%以上		逆紹介率 40%以上		
	(昨年度)	(昨年度)		(昨年度)	(昨年度)	(昨年度)	(昨年度)					
奈良	①（基準○、意向○）	①	高の原中央病院	56.8	(53.8)	31.5	(30.5)					○
			市立奈良病院	60.1	(53.3)	28.6	(28.4)					○
			奈良県総合医療センター	70.3	(64.2)	26.9	(26.2)					○
			西奈良中央病院	51.9	(45.9)	48.9	(48.5)					○
	②（基準○、意向×）	②	西の京病院	50.3	(41.9)	47.8	(48.0)					
	③（基準×、意向○）	③	奈良医療センター	60.6	(47.8)	15.3	(14.5)	51.3	(34.3)	98.1	(58.0)	○
東和	①（基準○、意向○）	①	高井病院	65.6	(65.1)	32.8	(35.3)					○
			済生会中和病院	63.9	(55.5)	25.9	(26.8)					○
		③	天理よろづ相談所病院	54.5	(44.0)	25.8	(23.0)					○
西和	①（基準○、意向○）	①	近畿大学奈良病院	77.5	(67.4)	34.9	(34.7)					○
			奈良県西和医療センター	68.6	(62.4)	27.7	(27.0)					○
		③	田北病院	43.6	(39.2)	32.8	(34.7)					○
中和	②（基準○、意向×）	②	大和高田市立病院	45.4	(41.2)	27.3	(27.2)					
	③（基準×、意向○）	③	奈良県立医科大学附属病院	70.3	(66.8)	23.9	(22.9)	77.6	(71.7)	97.7	(89.9)	○



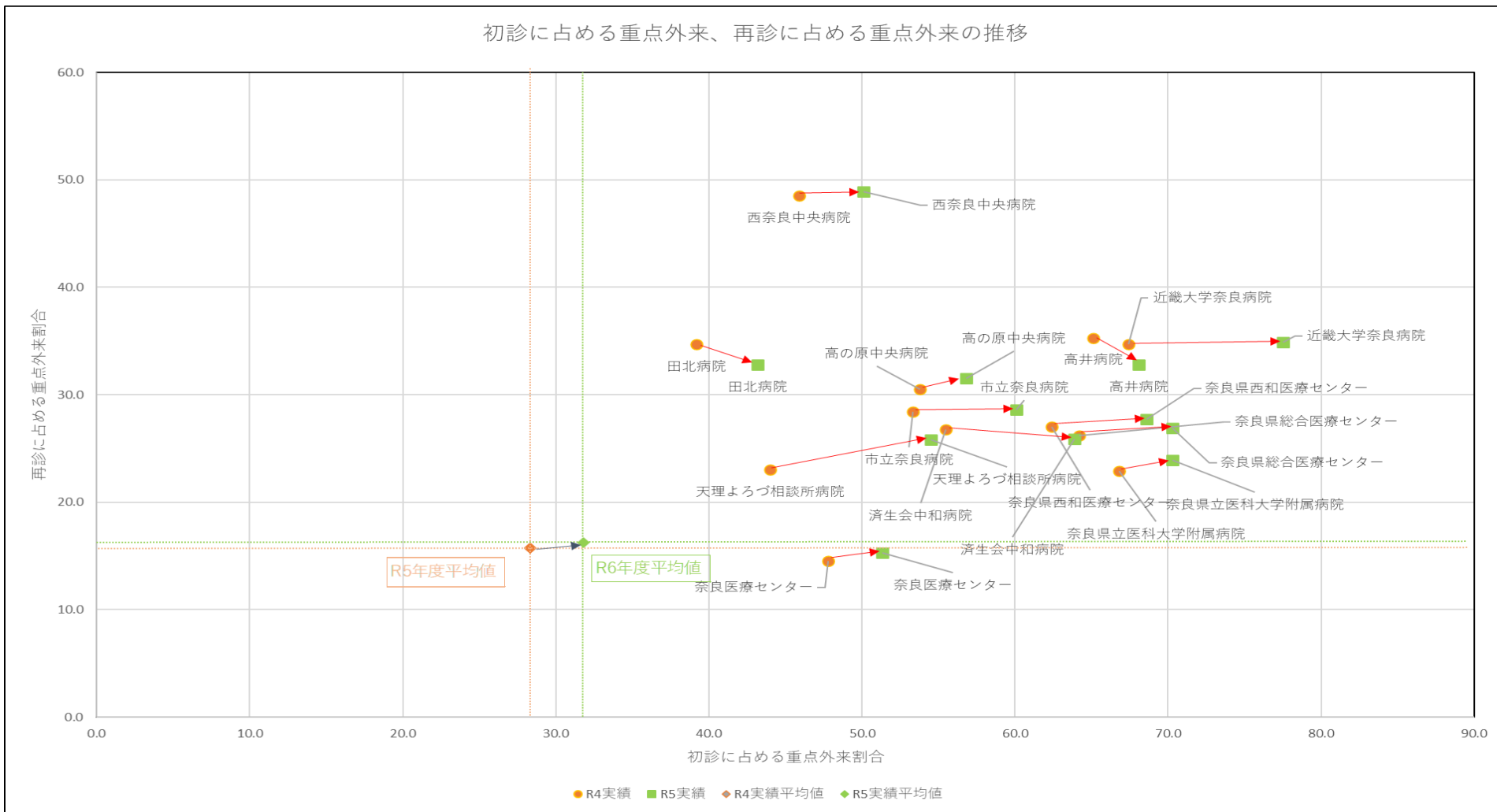
今年度基準を満たした病院



基準値を下回る項目

紹介受診重点医療機関の重点外来割合の推移(R4実績→R5実績)

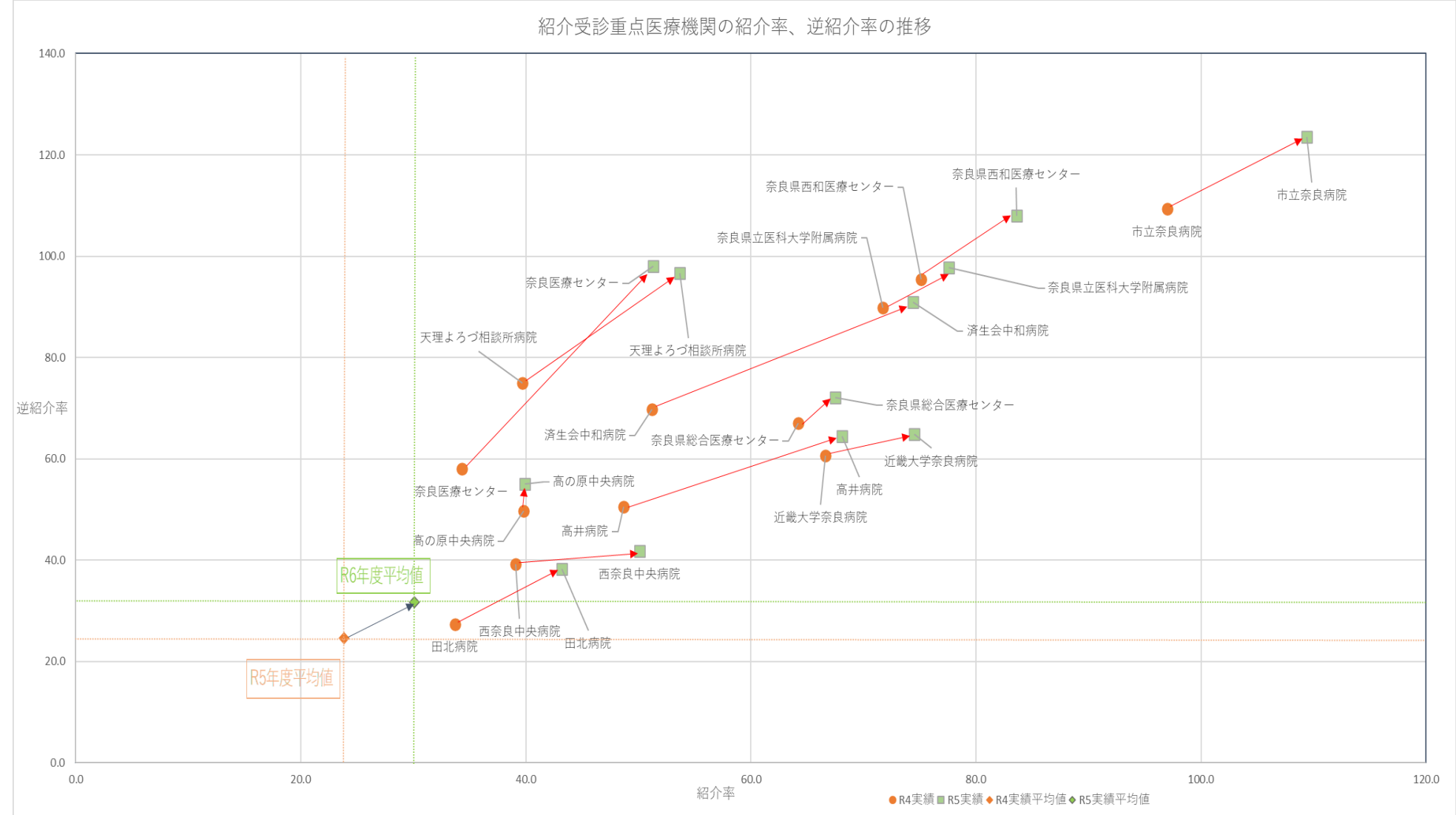
- 紹介受診重点医療機関の初診に占める重点外来割合は全病院で上昇している。
- 再診に占める重点外来割合は一部病院を除き、やや上昇傾向。



※平均値は、外来機能報告対象の県内71病院の平均値

紹介受診重点医療機関の紹介率・逆紹介率の推移(R4実績→R5実績)

➤ 紹介受診重点医療機関の全病院で、紹介率・逆紹介率ともに上昇している。



※平均値は、外来機能報告対象の県内71病院の平均値

参考資料

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	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） ※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	[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） ・ <u>紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）</u> ※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 <u>7,000円</u>、 歯科 <u>5,000円</u> ・ 再診：医科 <u>3,000円</u>、 歯科 <u>1,900円</u> [保険給付範囲からの控除] 外来機能の明確化のための<u>例外的・限定的な取扱い</u>として、定額負担を求める患者（<u>あえて紹介状なしで受診する患者等</u>）の初診・再診について、<u>以下の点数を保険給付範囲から控除</u> ・ 初診：医科 <u>200点</u>、 歯科 <u>200点</u> ・ 再診：医科 <u>50点</u>、 歯科 <u>40点</u>

(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

現行制度	見直し後								
<table><tr><td colspan="2">定額負担 5,000円</td></tr><tr><td>医療保険から支給（選定療養費） 7,000円</td><td>患者負担 3,000円</td></tr></table>	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	<table><tr><td colspan="2">定額負担 <u>7,000円</u></td></tr><tr><td>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)</td><td>患者負担 <u>2,400円</u> (=3,000円-2,000円×0.3)</td></tr></table>	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)
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。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度

【対象患者】

- ・ **初診**：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
- ・ **再診**：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者

※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。

※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

「定額負担を求めなくても良い場合」 ※初診・再診共通

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、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
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 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
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

見直し後

➤ 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

【初診の場合】

- ① 自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、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
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 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
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

【再診の場合】

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、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
- ① 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ② 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 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
- ⑦ 治験協力者である患者
- ③ 災害により被害を受けた患者
- ④ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑤ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

※ 再診の場合、定額負担の対象患者は、他の病院等に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者であり、**現行制度における①、②、③、⑥、⑦に該当する場合は想定されえないため**、要件から削除。

【施行日等】 **令和4年10月1日から施行・適用。**

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)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	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		紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満			紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)		(紹介患者数+救急患者数)／初診患者数×100			
逆紹介割合 (‰)		逆紹介患者数／(初診+再診患者数)×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				
再診患者の数	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以外の患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、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				
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）。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。				
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。 ・ 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。 ・ 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。				
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。

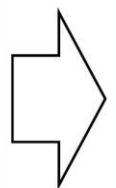
現行

【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

