

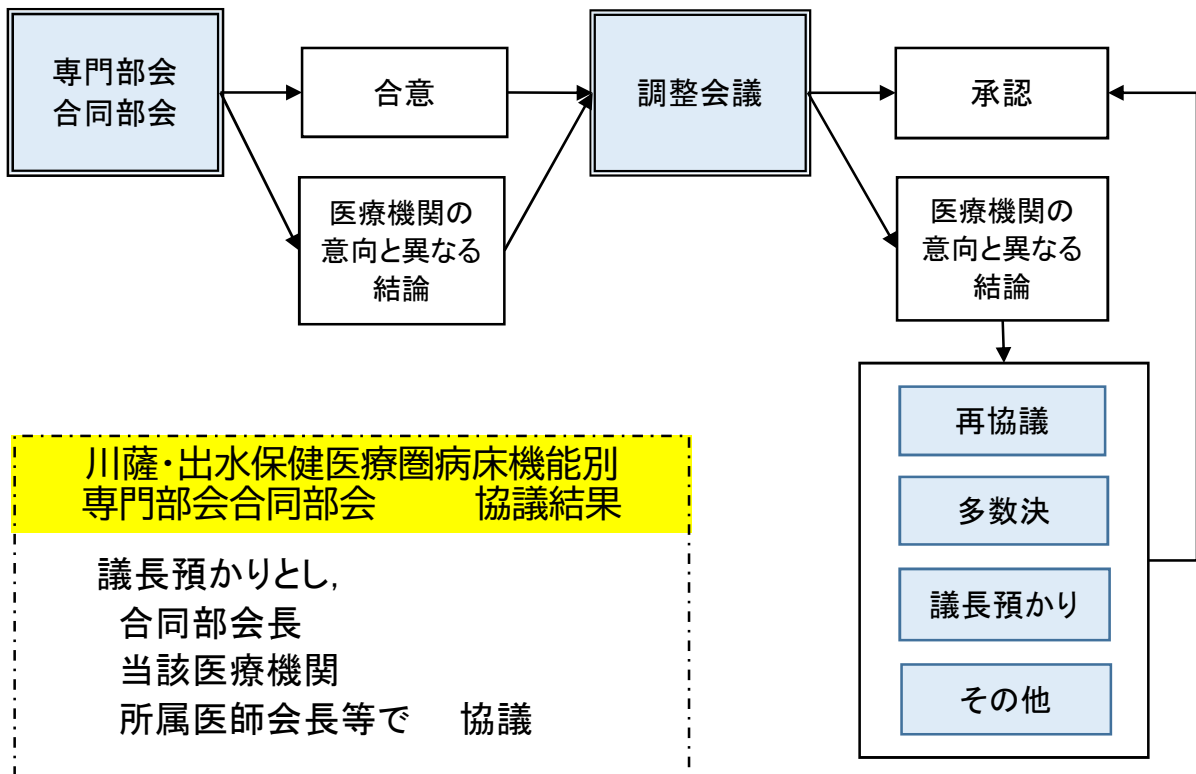
紹介受診重点医療機関選定に係る協議の進め方について

1 協議に係る日程

R5年1月	2	3	4	5	6	7	8	9	10
外来機能報告					◆速報値還元				
					◆暫定値還元				
圏域						●専門部会合同部会			
						●調整会議			
県								公表	

2 協議の進め方の例

☆あらかじめ結論の取りまとめ方法を確認しておくことが望ましい。



今後のスケジュールについて(2/2):詳細スケジュール (イメージ)



※現在、調整中の内容も含むため取り扱いに留意すること

協議の場の進め方の全体像

1.

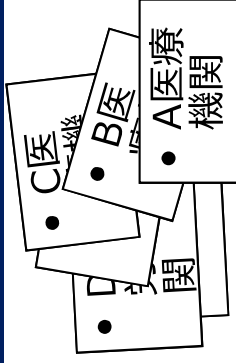
医療資源を重点的に活用する外来（紹介受診重点外来）の基準の確認



- 紹介受診重点外来の基準を確認の上、対象医療機関を抽出
 - 初診基準:40%以上（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）
 - 再診基準が25%以上（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）

2.

紹介受診重点医療機関となる意向の有無



- 医療機関の意向を確認するため、外来機能報告様式1の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」において、医療機関の意向を確認

3.

協議の場における検討

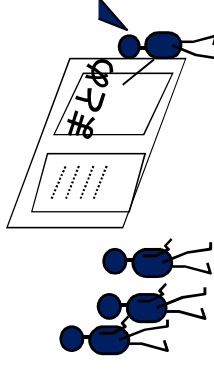


- 下記の要件等を前提に関係者で協議
 - 紹介受診重点外来に関する基準
 - 紹介受診重点医療機関の役割を担う意向
- 紹介受診重点外来に関する基準と医療機関の意向が合致しない医療機関は、当該地域の地域性や当該医療機関の特性等を考慮して再度協議を実施

状況に応じて持ち回り、文書提出のみとするなどの柔軟な対応も可能

4.

協議の場における議論のとりまとめ



- 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、紹介受診重点医療機関とし、都道府県において、協議結果を取りまとめ公表すること

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

1

紹介受診重点医療機関

満たす

紹介受診重点外来の基準

* 「外来医療に係る地域の協議の場」での確認

3

「外来医療に係る地域の協議の場」での協議

満たさない

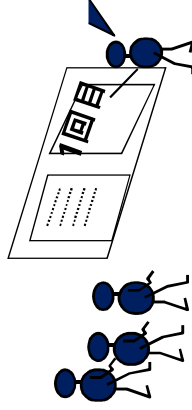
2

「外来医療に係る地域の協議の場」での協議

意向なし

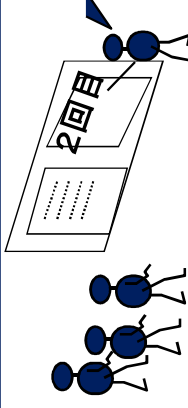
「外来医療に係る地域の協議の場」での協議

地域性や医療機関の特性等を考慮して
協議（1回目）



医療機関の意向と異なる結論
となった場合

協議を再度実施（2回目）



【協議を進める上で必要な事項】

- 協議の場における検討については、以下の内容を参考とする。
 - ・ 紹介受診重点外来の基準（初診40%以上かつ再診25%以上）
 - ・ 紹介受診重点医療機関となる意向
 - ・ 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）
 - ・ 当該医療機関の機能（特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関 等）
 - ・ 外来医療の実施状況や当該地域の地域性
 - ・ 必要に応じ、医療機関から提出を受けた、紹介受診重点外来の基準と医療機関の意向が合致しない理由書等

- なお、協議の場を行う前に、**協議の場での結論の取りまとめ方法について、確認しておくことが望ましい。**

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

1

紹介受診重点医療機関

満たす

紹介受診重点外来の基準

2

* 「外来医療に係る地域の協議の場」での確認

3

「外来医療に係る地域の協議の場」での協議

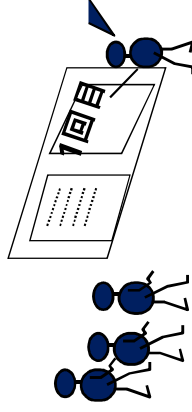
満たさない

意向なし

「外来医療に係る地域の協議の場」での協議

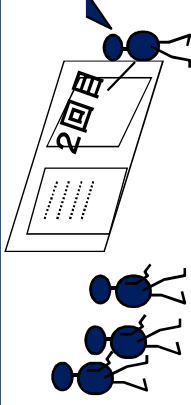
「外来医療に係る地域の協議の場」での協議

地域性や医療機関の特性等を考慮して
協議（1回目）



医療機関の意向と異なる結論
となった場合

協議を再度実施（2回目）

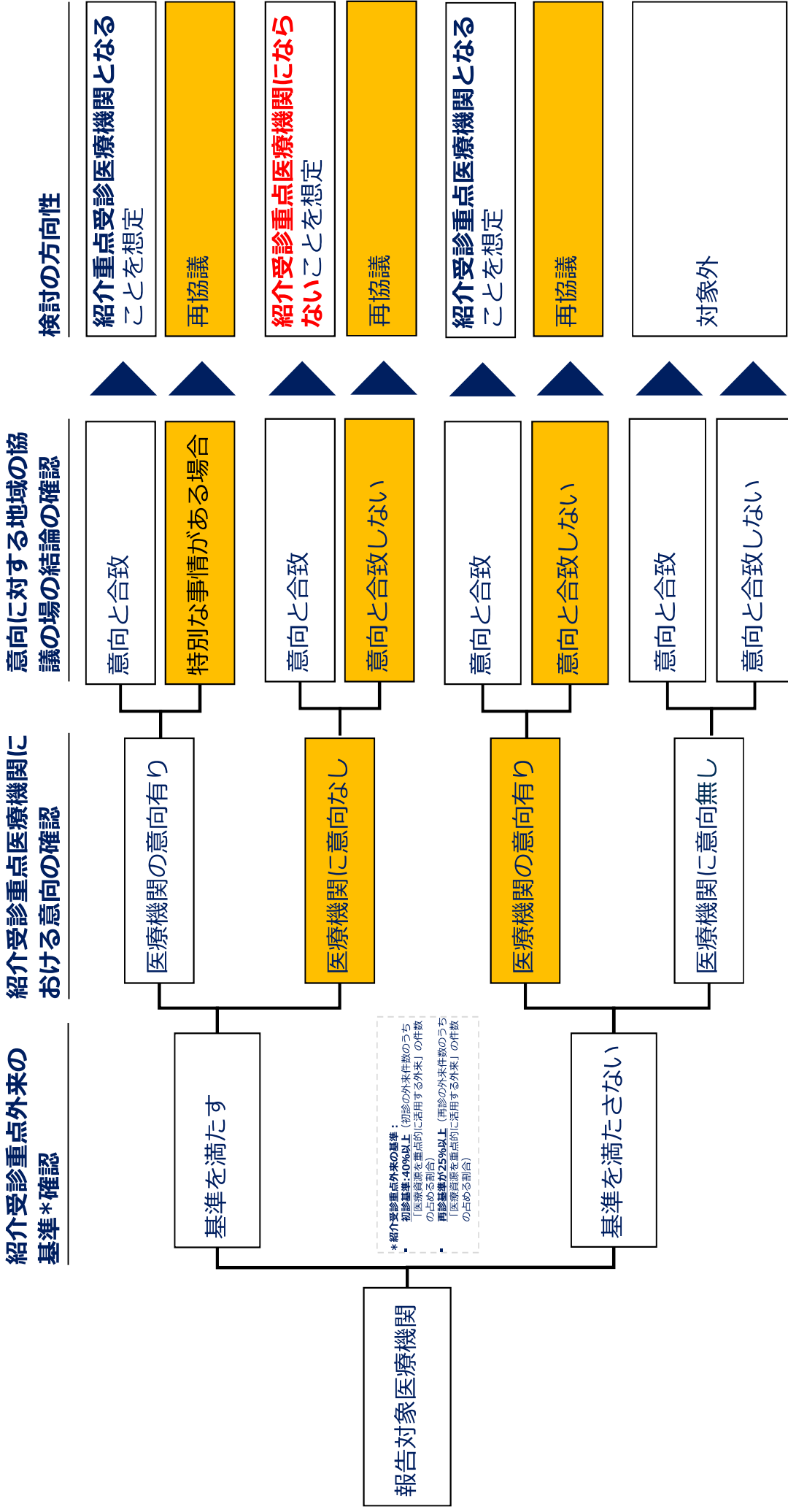


【紹介受診重点外来の基準と医療機関の意向の考え方】

- 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、紹介受診重点医療機関の趣旨等について説明し、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

協議の場での協議が求められる



再協議となった案件については、ガイドラインに基づいて、協議を行い、最終的に医療機関の意向と協議の場の結論が合致したものに限り、紹介受診重点医療機関として公表を行う。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

参考資料

- ▶ 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、定額負担を求めず患者（**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	患者負担 3,000円
医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	



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

[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つてから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。

外来診療料の注2、3 55点

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)

	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。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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)。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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

（新）

地域の診療所等



患者を紹介
↓
診療状況を
提供



紹介受診重点医療機関

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

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

