

外来医療における 紹介受診重点医療機関の公表について

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、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。

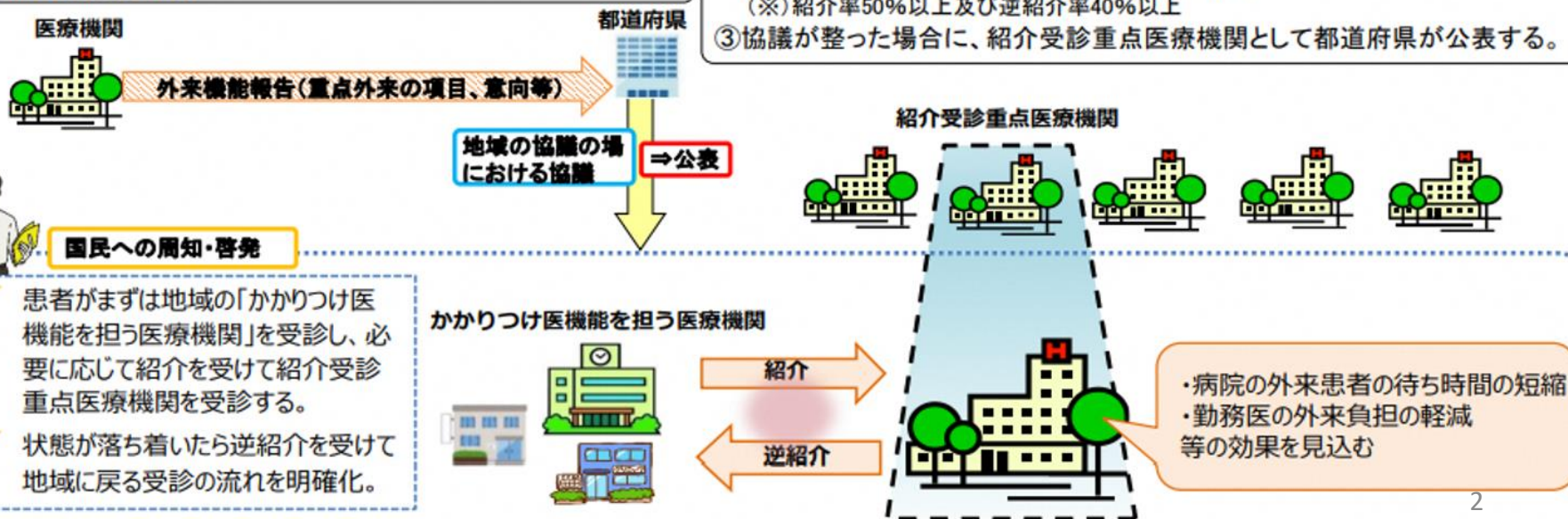
※ 紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上の病院に限る。)は、紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となる。

【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。



紹介受診重点医療機関の公表にかかる基準

厚生労働省作成の「外来機能報告等に関するガイドライン」（令和5年3月31日改正）より、**外来機能報告において医療機関の意向を確認した**上で、以下の基準が示されている。

《公表基準》

医療資源を重点的に活用する外来（重点外来）に関する基準（AかつBを満たす）

A：初診の外来件数のうち「重点外来」の件数の占める割合 $n \geq 40\%$

B：再診の外来件数のうち「重点外来」の件数の占める割合 $n \geq 25\%$

《参考とする基準》

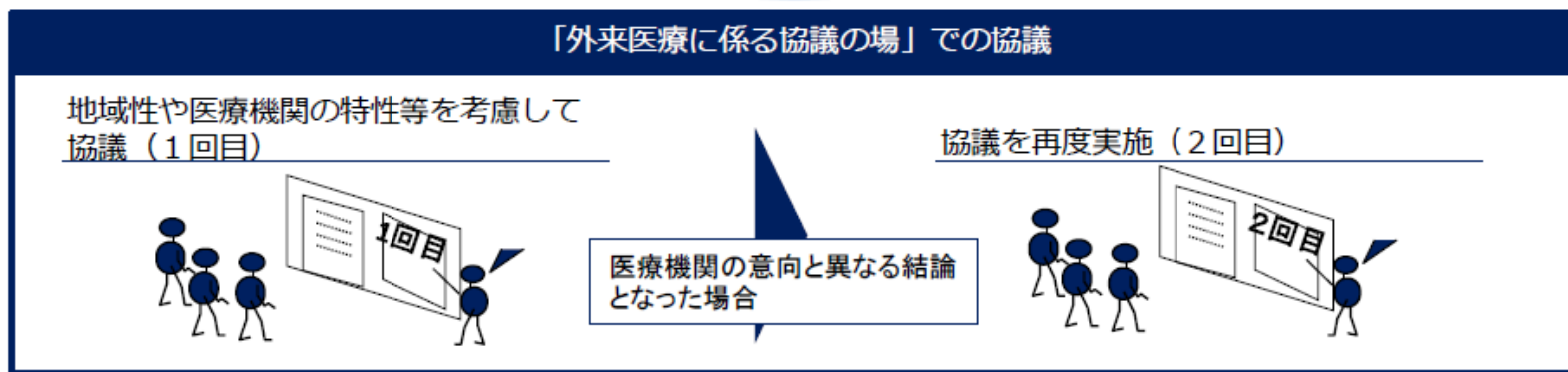
上記を満たさない医療機関においては、紹介率・逆紹介率を参考とする。

紹介率： $n \geq 50\%$ 及び 逆紹介率： $n \geq 40\%$

紹介受診重点医療機関の公表にかかる協議の進め方①

令和5年5月17日付厚生労働省
医政局地域医療計画課通知

		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。

紹介受診重点医療機関の公表にかかる協議の進め方②

令和5年5月17日付厚生労働省
医政局地域医療計画課通知

協議の場での協議が求められる

紹介受診重点外来の 基準*確認

紹介受診重点医療機関に おける意向の確認

意向に対する地域の協 議の場の結論の確認

検討の方向性

基準を満たす

基準を満たさない

*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「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）

医療機関の意向有り

医療機関に意向なし

医療機関の意向有り

医療機関に意向無し

意向と合致

特別な事情がある場合

意向と合致

意向と合致しない

意向と合致

意向と合致しない

意向と合致

意向と合致しない

紹介重点受診医療機関となることを想定

再協議

紹介受診重点医療機関にならないことを想定

再協議

紹介受診重点医療機関となることを想定

再協議

対象外

報告対象医療機関

紹介受診重点医療機関の公表への意向ありの医療機関（京都市）

【特定機能病院】

医療機関名	「重点外来」の占める割合			参考：紹介率・逆紹介率		
	基準との比較	初診における割合(n≥40%)	再診における割合(n≥25%)	基準との比較	紹介率(n≥50%)	逆紹介率(n≥40%)
京都府立医科大学附属病院	○	77.2%	27.4%	○	71.5%	101.8%
京都大学医学部附属病院	○	40.4%	25.3%	○	52.2%	70.6%

【地域医療支援病院①】

京都第二赤十字病院	○	44.0%	33.9%	○	69.5%	127.1%
京都市立病院	○	61.9%	29.8%	○	83.6%	95.8%
京都第一赤十字病院	○	58.6%	33.2%	○	56.2%	116.2%
洛和会音羽病院	○	46.4%	29.3%	▲	33.0%	48.0%
康生会武田病院	○	51.6%	29.4%	▲	43.2%	39.7%
京都桂病院	○	64.8%	35.0%	○	65.5%	169.2%

紹介受診重点医療機関の公表への意向ありの医療機関（京都市）

【地域医療支援病院②】

医療機関名	「重点外来」の占める割合			参考：紹介率・逆紹介率		
	基準との比較	初診における割合(n≥40%)	再診における割合(n≥25%)	基準との比較	紹介率(n≥50%)	逆紹介率(n≥40%)
京都医療センター	○	63.1%	30.4%	○	78.6%	111.1%
医仁会武田総合病院	○	42.7%	29.4%	○	50.2%	63.6%

【その他病院】

京都民医連中央病院	○	41.6%	54.6%	▲	18.1%	24.1%
三菱京都病院	○	56.4%	44.9%	○	52.9%	114.1%
蘇生会総合病院	▲	44.8%	24.9%	▲	18.4%	23.1%

※①を満たさない医療機関は紹介率・逆紹介率等を考慮の上、公表の判断をする。

《参 考》

- ・上表の注釈・・・○：基準を満たす、▲：全部又は一部の基準を満たさない。
- ・「重点外来」の占める割合・・・令和4年度外来機能報告より抽出。報告時点はR3.4.1～R4.3.31の1年間。
- ・紹介率・逆紹介率・・・令和4年度外来機能報告より抽出。報告時点はR4.7.1～R4.7.31の1か月間。

特定機能病院と地域医療支援病院の取り扱い

厚生労働省作成の「外来機能報告等に関するガイドライン」（令和5年3月31日改正）より、特定機能病院と地域医療支援病院が紹介受診重点医療機関になり得ることについて、以下のとおり示されている。

《外来機能報告等に関するガイドラインの抜粋》

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が可能**である。

【参 考】

種 別	内 容
紹介受診重点医療機関	「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的担う医療機関患者への分かりやすさ等の外来機能の明確化
特定機能病院	高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院
地域医療支援病院	紹介患者への医療提供、医療機器の共同利用等を行い、かかりつけ医等への支援を通じ地域医療の確保を図る病院

制度趣旨
が異なる。

紹介受診重点医療機関の公表と診療報酬算定期間のイメージ

地域医療構想調整会議後、速やかに（再協議等がない）京都府での公表手続きが完了した場合を想定。

時期	公表までの手続き	紹介受診重点医療機関に係る 診療報酬上の扱い	
		・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	紹介状なしで受診する 場合等の定額負担 (特別の料金) 【義務】
令和5年6月～7月	地域医療構想調整会議での協議 ⇒ 当該医療機関の意向と調整会議 の結論が一致		
令和5年7月末	京都府で7月末日途の公表	※算定については厚生 局へ確認ください。	
令和5年7月末～ 6か月以内			経過措置期間（6か 月）中に徴収開始。

【参 考】 外来医療計画について

令和5年度第1回
医療政策研修会 外来医療の体制

概要

- 外来医療計画とは、医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4第2項第10号の規定に基づく、**医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたもの**である。
- 都道府県は、二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(以下「対象区域」という。)ごとに、**協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ協議を行い、その結果を取りまとめ公表**。
- 令和元年度中に各都道府県において外来医療計画を策定し、令和2年度から取組を進めている。令和6年度以降は3年毎に外来医療計画を見直すこととしている。

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 (法第30条の18の4)

① 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況

診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化。外来医師偏在指標や医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータを公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

② 外来機能報告を踏まえた「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」(紹介受診重点医療機関)*

③ 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

病床機能報告対象医療機関等が都道府県に**外来医療の実施状況を報告(外来機能報告)**し、「地域の協議の場」において、**外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議**。「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**(紹介受診重点医療機関)**を明確化。

④ 複数の医師が連携して行う診療の推進

⑤ 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用

地域ごとの**医療機器の配置状況を可視化**し、共同利用を推進。

⑥ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

*令和4年4月施行

外来医療の協議の場 (外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン)

(区 域) 二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域

(構 成 員) 診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者

(その他) 地域医療構想調整会議を活用することが可能

【参 考】診療報酬上の取り扱い①

令和4年度診療報酬改定の概要 外来 I

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) 1.1

[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。**

※**地域医療支援病院入院診療加算 1,000点（入院初日）**

【対 象】 一般病床の数が200床以上の病院である紹介受診重点医療機関

【参 考】診療報酬上の取り扱い③

令和4年度診療報酬改定の概要 外来Ⅱ

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