資料１－１

紹介受診重点医療機関の確認について

令和６年１月 12 日　医療介護政策課

１　要旨

地域の外来機能の明確化・連携の推進を図るため、令和４年度から開始された外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において紹介受診重点医療機関の確認をする。

２　基本的考え方

紹介受診重点医療機関の取りまとめにおいては、医療機関の特性や地域性を考慮する必要があり、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を参考にし、当該医療機関の意向に基づき、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえる仕組みとされている。

基準	紹介受診重点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。
水準	紹介率 50%以上、かつ逆紹介率 40%以上。
意向等	確認においては、医療機関の意向を第一に考慮することとされている。なお、地域医療支援病院で、基準を満たす病院については、紹介受診重点医療機関になることが望ましいとされている。

３　地域の協議の場

広島県では地域の協議の場を地域医療構想調整会議としている。

地域医療構想調整会議の委員構成で、診療所の意見を代表する委員が入っていないなど、不足がある場合には、必要に応じて委員の追加やオブザーバー参加等を検討する。

4　協議の進め方

現時点で紹介受診重点医療機関でない医療機関の確認にあたっては、令和４年度と同様、基準を重視した確認方法を踏襲する。

前年度に紹介受診重点医療機関として確認された医療機関の確認にあたっては、患者負担が急に変更されることなどにより、地域の住民に対して混乱を生じさせることがないよう、慎重に検討しなければならない。医療機関に対し「意向の有無」を再確認する際には、留意する必要がある。

	意向あり	意向なし
基準を満たす	協議の場で協議の上、紹介受診重点医療機関として確認されれば、県は結果を公表する。 区分 A	＜地域医療支援病院＞ ・協議の場において協議する前に、県は医療機関に「意向の有無」を再確認する。 ・意向の変更がなければ、協議の場にて意向なしとして協議し、紹介受診重点医療機関にならないことを確認する。 ＜その他の医療機関＞ 上記と同様とする。 区分 B
基準を満たさない	・協議の場で協議する前に、県は医療機関に「意向の有無」を再確認する。 ・当該医療機関は、協議の場において基準を満たさないが紹介受診重点医療機関となることを希望する理由、今後基準を満たす蓋然性及びそのスケジュール等を説明し、協議を行う。協議の場で紹介受診重点医療機関となりうる合理性があると認められ、紹介受診重点医療機関として確認されれば、県は結果を公表する。 区分 C	＜地域医療支援病院＞ 地域の外来医療提供体制における当該医療機関の果たす役割等を協議の場で確認する。 ＜その他の医療機関＞ 協議の場での協議は行わない。 区分 D

６　スケジュール

（１） 医療機関リストの提供（１月中）

・事務局より提供される速報値（令和５年 11 月 30 日時点）（※）に基づく医療機関リストを厚生環境事務所（支所）へ提供する。厚生環境事務所（支所）は、意向の再確認が必要な医療機関に確認を行う。

※　報告期間後に報告又は報告内容の変更をした医療機関の情報については、適宜、厚生環境事務所（支所）に情報提供を行う。

（２） 地域医療構想調整会議の開催（１月下旬～３月）

・地域医療構想調整会議において協議を行う。結論が一致しない場合には、その後再協議を行う。

（３） 協議結果の報告（１月下旬～３月）

・厚生環境事務所（支所）は、会議終了後、結果を医療介護政策課に報告する。

（４） 公表（２月１日、３月１日又は４月１日）

・地域医療構想調整会議で結論が整った医療機関については、原則、翌月の１日付で県が結果を公表する。

（参考）

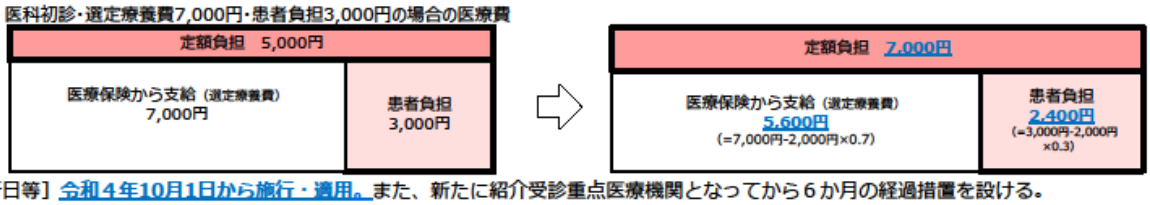
令和４年度診療報酬改定　Ⅰ－４　外来医療の機能分化等－①

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） ・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



［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。

3

令和４年度診療報酬改定　Ⅰ－４　外来医療の機能分化等－②

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。

5

令和４年度診療報酬改定　Ⅰ－４　外来医療の機能分化等－③

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。			

6

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

【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）

3