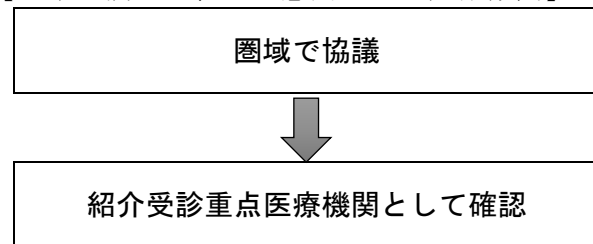


## 紹介受診重点医療機関の確認について

令和8年3月12日  
備北地域医療構想調整会議

## 1 今回の備北地域医療構想調整会議で紹介受診重点医療機関の確認等について協議する事項

【基準を満たし、かつ意向のある医療機関】



備北二次保健医療圏で、上記に該当する医療機関の状況（令和7年度外来機能報告速報値）

医療機関名称	病床数	基準 (次の※の数値を、いずれも満たす必要がある)		紹介受診重点医療機関への意向の有無
		医療資源を重点的に活用する入院前後の外来など紹介受診重点外来に係る初診の外来患者延べ数／初診の外来患者延べ数 =40%以上※	医療資源を重点的に活用する入院前後の外来など紹介受診重点外来に係る再診の外来患者延べ数／再診の外来患者延べ数 =25%以上※	
三次地区医療センター	150	95.0% (94.2%)	57.3% (60.3%)	有
市立三次中央病院	328	49.9% (47.9%)	27.6% (28.9%)	有

(注) 表中の( )内は、令和6年度外来機能報告による数値

## 2 公表

当会議で紹介受診重点医療機関として確認された場合、令和8年4月1日に県ホームページで公表の予定



# 紹介受診重点医療機関の確認について

令和5年6月21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

	意向あり	意向なし
基準を満たす	地域医療構想調整会議で協議の上、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。	<p>&lt;地域医療支援病院&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療構想調整会議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。</li> <li>・意向の変更がなければ、地域医療構想調整会議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。</li> </ul> <p>&lt;その他の医療機関&gt;</p> <p>上記と同様とする。</p>
基準を満たさない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療構想調整会議で協議する前に、県は医療機関に「意向の有無」を再確認する。</li> <li>・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。</li> </ul>	<p>&lt;地域医療支援病院&gt;</p> <p>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。</p> <p>&lt;その他の医療機関&gt;</p> <p>協議の場での協議は行わない。</p>

#### 5 スケジュール

##### (1) リストの提供（5月中）

- ・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。

##### (2) 地域医療構想調整会議の開催（6月～7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（6月～7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（8月1日）

- ・7月中に結論が一致した医療機関については、県のホームページで公表する。

(参考)

## 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
<p><b>【対象病院】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定機能病院</li> <li>・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）</li> </ul> <p>※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</p> <p><b>【定額負担の額】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円</li> <li>・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円</li> </ul>	<p><b>【対象病院】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定機能病院</li> <li>・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）</li> <li>・ <b>紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）</b></li> </ul> <p>※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</p> <p><b>【定額負担の額】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 初診：医科 <b>7,000円</b>、 歯科 <b>5,000円</b></li> <li>・ 再診：医科 <b>3,000円</b>、 歯科 <b>1,900円</b></li> </ul> <p><b>【保険給付範囲からの控除】</b>          外来機能の明確化のための<b>例外的・限定的な取扱い</b>として、定額負担を求める患者（<b>あえて紹介状なしで受診する患者等</b>）の初診・再診について、<b>以下の点数を保険給付範囲から控除</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 初診：医科 <b>200点</b>、 歯科 <b>200点</b></li> <li>・ 再診：医科 <b>50点</b>、 歯科 <b>40点</b></li> </ul>

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

3

## 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

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) × 100			
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連携連携診療料又は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連携連携診療料又は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	改定後
【診療情報提供料(Ⅲ)】 150点	(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3月に1回に限り算定する。	【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 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	【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

