



令和5年度 第3回 湘南西部地区保健医療福祉推進会議
資料5

協議：紹介受診重点医療機関の公表について
(令和5年度外来機能報告)

目次

本資料により、外来機能報告の結果および紹介受診重点医療機関の公表に向けた考え方について説明します。

1. **紹介受診重点医療機関について**
2. **紹介受診重点医療機関の公表に向けた県の考え方**
3. **協議における注意事項**
4. **外来機能報告の結果概要（県全体）**
5. **紹介受診重点医療機関（総括表）**
6. **今後のスケジュール**

1. 紹介受診重点医療機関について

【概要】

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（重点外来）」を地域で基幹的に担う医療機関のこと。かかりつけ医等からの紹介状を持つ紹介患者への外来を基本とします。

※ 医療資源を重点的に活用する外来（重点外来）…がん手術処置や化学療法等を必要とする外来、放射線治療等の高額な医療機器・設備が必要な外来のことを指す。

《 国が定める基準・水準項目 》 ※外来機能報告より自動算出

	重点外来の外来件数の占める割合が	
基準	①初診の外来件数において	40%以上
	②再診の外来件数において	25%以上
水準	①紹介率	50%以上
	②逆紹介率	40%以上

【参 考】 外来機能報告制度について

【概 要】

「紹介受診重点医療機関」を明確化し、地域の外来機能の明確化・連携に向けて地域の協議の場で議論を進めるために、外来の実施状況に着目した報告を医療機関から実施してもらう制度です(令和4年4月1日施行)。

《 主な報告内容 》

対象医療機関	病院・診療所（※ 無床診療所は事前に意向調査のもと、任意に報告）
主な報告項目	医療資源を重点的に活用する外来の実施状況 例): がん手術処置や化学療法等を必要とする外来 放射線治療等の高額な医療機器・設備が必要な外来 の実施状況
	紹介受診重点医療機関となる意向有無
	地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他事項 例): 外来・在宅医療・地域連携の実施状況 救急医療の実施状況 紹介・逆紹介の状況(紹介・逆紹介率) 外来における人材の配置状況 高額等の医療機器・設備の保有状況

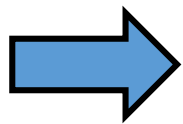
1. 紹介受診重点医療機関について

【国の考え方】

紹介受診重点医療機関は、医療機関の特性や地域性を考慮し、基準・水準を参考にし、医療機関の意向を踏まえて協議の場で確認・協議すること、としている。（外来機能報告等に関するガイドライン〔令和5年9月29日改正〕）

《 設置目的（紹介受診重点医療機関） 》

患者の受診行動の円滑化を図り、患者の外来待ち時間や病院の外来負担軽減など、地域の外来医療提供体制の明確化・効率化を目的とする。

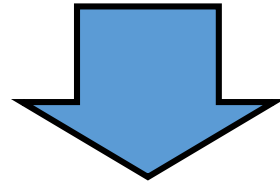


神奈川県においても、第1回地域医療構想調整会議にて、協議し、令和5年10月1日付けで、公表（県HPにて掲載）。

2. 紹介受診重点医療機関の公表に向けた県の考え方①

紹介受診重点医療機関になることで・・・

- ✓ 県HPにて掲載され、県民への周知が行われる。
- ✓ 紹介状がなく来院された患者の場合は、一部負担金（3割負担等）とは別の「特別の料金」が原則発生する。



前回同様、国の考え方に基づきつつ、次の観点を踏まえながら、
紹介受診重点医療機関の公表について協議してもらいたい。

【整理する上での観点】

① 外来機能報告制度（紹介受診重点医療機関）の定着化

⇒ これまで通り、基準や水準を参考に紹介受診重点医療機関を整理する。

② 患者の受診整備が既に一定程度実施・継続すること

⇒ 患者の方々の混乱を防ぐべく、紹介受診重点医療機関は一定程度続けてもらう。

2. 紹介受診重点医療機関の公表に向けた県の考え方②

【観点①：外来機能報告制度（紹介受診重点医療機関）の定着化】

⇒ まず、全ての対象医療機関について、従来通り、基準や水準を参考に、医療機関の意向を踏まえて、下記の通り整理していく。

外来機能報告の結果

「意向あり」かつ「基準を満たす」

「意向あり」かつ「基準を満たさない」

「意向なし」かつ「基準を満たす」

「意向なし」かつ「基準を満たさない」



紹介受診重点医療機関

紹介受診重点医療機関としてはどうか。

【水準を満たす場合】

⇒ 紹介受診重点医療機関としてはどうか。

【水準を満たさない場合】

⇒ 紹介受診重点医療機関としないとしてはどうか。

紹介受診重点医療機関としないとしてはどうか。

紹介受診重点医療機関としないとしてはどうか。

2. 紹介受診重点医療機関の公表に向けた県の考え方③

【観点②：患者の受診整備が既に一定程度実施され、これを継続すること】

⇒ 患者の方々の混乱を防ぐべく、紹介受診重点医療機関は**一定程度続けてもらう**。

そのため、前回の紹介受診重点医療機関については、下記の考え方で、整理していく。

外来機能報告の結果

「意向あり」
かつ「基準・水準ともに満たさない」

「意向なし」
かつ「基準又は水準を満たす」

「意向なし」
かつ「基準・水準ともに満たさない」



紹介受診重点医療機関

次回、次々回報告までに要件を満たすこと※を前提に、**紹介受診重点医療機関としてはどうか。**

意向を尊重し、**紹介受診重点医療機関としない**としてはどうか。

意向を尊重し、**紹介受診重点医療機関としない**としてはどうか。

※ 地域医療支援病院の承認取消においては、直ちに取消をするのではなく、承認後2年間で要件達成できるよう年次計画提出等を求めるようにしている。

【参考】 地域医療支援病院の承認取消に関する取扱いについて

医療法の一部を改正する法律の施行について(抄)

(平成10年5月19日付健政発第639号 厚生省健康政策局長通知)

三 承認に当たっての留意事項

(一) 紹介患者に対する医療提供(医療法第四条第一項第一号関係)

① 医療法第四条第一項第一号に規定する「他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供し、(中略)体制が整備されていること」とは、いわゆる紹介外来制を原則としていることを意味するものであり、具体的には、次のいずれかの場合に該当することを求める趣旨であること。

ア) 次の式により算定した数(以下「地域医療支援病院紹介率」という。)が八〇%以上であること
地域医療支援病院紹介率 = (紹介患者の数 / 初診患者の数) × 一〇〇

イ) 地域医療支援病院紹介率が六五%以上であり、かつ、次の式により算定した数(以下「地域医療支援病院逆紹介率」という。)が四〇%以上であること
地域医療支援病院逆紹介率 = (逆紹介患者の数 / 初診患者の数) × 一〇〇

ウ) 地域医療支援病院紹介率が五〇%以上であり、かつ、地域医療支援病院逆紹介率が七〇%以上であること

⑤ ①のア)に関して、地域医療支援病院紹介率が六五%以上であるが①のイ)の要件に該当しない場合であっても、承認後二年間で当該紹介率が八〇%を達成することが見込まれる病院については、都道府県知事が地域の実状に応じて、具体的な年次計画の提出を求めた上で、承認して差し支えないこと。

なお、この場合において、承認後、二年間の年次計画が達成されない場合は、地域医療支援病院の承認の取消しを行うこととなるが、合理的な努力を行ったものと認められる場合には、都道府県知事は都道府県医療審議会の意見を聴いて、一年に限り計画期間の延長を認めて差し支えないものであること。ただし、承認後三年を経過してなお年次計画が達成されない場合においては、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、その承認の取扱いを決定されたいこと。

【参考】地域医療支援病院制度の概要

趣旨

地域医療支援病院は、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、平成9年の医療法改正で創設されたもので、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、かかりつけ医等を支援する能力、構造設備等を備え、地域医療の充実を図る役割を担う病院として知事等が承認するもの

主な機能

- 紹介患者に対する医療の提供（かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む）
- 医療機器の共同利用の実施
- 救急医療の提供
- 地域の医療従事者に対する研修の実施

承認要件

- (1) **開設者**：原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等
- (2) **紹介率**：紹介患者中心の医療を提供していること。具体的には、次のいずれかの場合に該当すること。
 - ア) 紹介率が80%以上であること
 - イ) 紹介率が65%以上であり、かつ、逆紹介率が40%以上であること
 - ウ) 紹介率が50%以上であり、かつ、逆紹介率が70%以上であること
- (3) **共同利用**：建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること
- (4) **救急医療**：救急医療を提供する能力を有すること
- (5) **研修**：地域医療従事者に対する研修を行っていること
- (6) **病床数、構造設備**：原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること 等

3. 協議における留意事項

○ 整理する上での考え方について

- ・ (全ての医療機関について)
⇒ 従来通り、基準・水準を参考に、意向を踏まえて整理していく。
- ・ (前回紹介受診重点医療機関について)
⇒ 受診患者への認識定着・継続性の観点から、意向を尊重しつつ、次回、次々回報告で満たすことを前提に継続してもらうなど、整理していく。

○ 表示する結果は、暫定値 (R6.1/15時点) によるもの。

- ⇒ 国からの確定値データの提供日が 1月下旬の予定
- ⇒ 調整会議では、暫定値結果を参考にしつつ、公表の考え方などについて協議していただきたい。(詳細は別紙にて)
- ⇒ 確定値データが届き次第、改めて選出結果を取りまとめ、本日晒した結果と異なった場合、後日、書面協議を実施させていただく。

4. 外来機能報告の結果概要（県全体）

- ・ 方法：G-MISによる回答
- ・ 期間： 報告様式1 令和5年10月1日～令和5年11月30日
報告様式2 令和5年11月1日～令和5年11月30日
- ・ 対象：444医療機関（病院：289、有床診療所：152、無床診療所：3）
- ・ 回答：427医療機関（回答率96.17%）※R6.1.15現在

報告結果(全県)		紹介受診重点医療機関の役割を担う意向	
		意向あり	意向なし
重点外来の基準	満たす	病院：44 診療所：1	病院：16 診療所：8
	満たさない	病院：22 診療所：3	病院：207 診療所：143

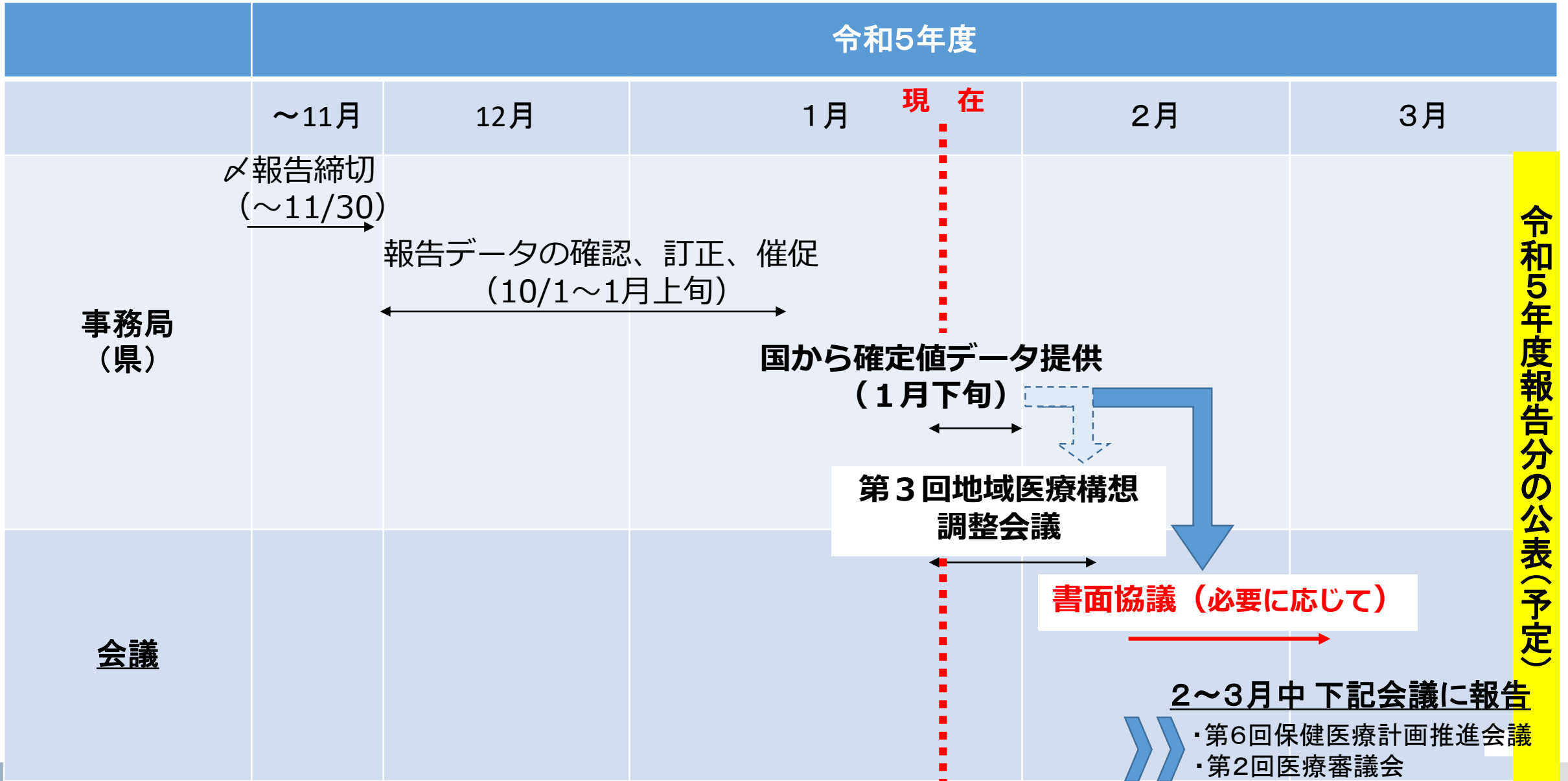
5. 紹介受診重点医療機関（総括表）

二次医療圏	意向：あり 基準：○	意向あり / 基準：×				意向：なし 基準：○	意向：なし 基準：×
		総数	うち水準：○	うち水準：×	うち前回 選出		
横浜	18	12	4	5	3	10	135
川崎北部	5	1	-	1	-	1	19
川崎南部	1	3	3	-	-	3	20
相模原	2	3	2	1	-	1	33
横須賀・三浦	5	1	-	1	-	2	35
湘南東部	5	-	-	-	-	-	30
湘南西部	3	3	3	-	-	2	17
県央	4	2	(1)※	1	-	1	37
県西	2	-	-	-	-	3	24
合計 (※単位：医療機関数)	45	25	12	9	3	24	350

⇒当該地域の医療機関の詳細は「別紙」のとおり。

※ 神奈川リハビリテーション病院については調整中。

6. 今後のスケジュール



【参 考】紹介受診重点医療機関の周知のお願い

紹介受診重点医療機関とは、患者の受診の円滑化を図る目的で設置。
⇒受診する患者への理解のためにも、引き続き、周知・啓発のほどお願いいたします。



始まりです。
紹介受診重点医療機関。

それは、かかりつけ医などからの紹介状を持って受診いただくことに重点をおいた医療機関です。

- 手術・処置や化学療法等を必要とする外来、放射線治療等の高額の医療機器・設備を必要とする外来などを行っています。
- 紹介状のありなしに関わらず、受診は可能ですが、紹介状がなく来院された場合は、一部負担金(3割負担等)とは別の「特別の料金」が原則必要となります。

2023年新制度スタート

令和5年8月版



1 紹介受診重点医療機関とは?

手術・処置や化学療法等を必要とする外来、放射線治療等の高額の医療機器・設備を必要とする外来などを行っています。



2 紹介状を用いた場合の受診のながれ



- 医療機関を受診後、他の医療機関での診療が必要と判断された場合、紹介状が発行されます。
- 紹介受診重点医療機関からは、かかりつけ医や身近な医療機関などへの紹介状を発行してもらいましょう。
- 医療機関どうしの役割分担により、患者さんが適切な検査や治療をよりスムーズに受けられるようになり、待ち時間の短縮などが期待されます。

3 紹介受診重点医療機関の情報は、都道府県や厚生労働省のホームページをご覧ください!



もっと、くわしく知りたい方は、
厚生労働省 紹介受診重点医療機関

令和5年8月版



リーフレットについては
本県HPからダウンロード可能

本県HP
アクセス二次元コード



その他参考資料

制度の概要について（診療報酬での紹介受診重点医療機関になるメリット）

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。**

制度の概要について（診療報酬での紹介受診重点医療機関になるメリット）

（出典：令和4年度診療報酬の概要※厚労省HPより）

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

外来診療料の注2、3 55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 (%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
逆紹介割合 (‰)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
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。			

定額負担の対象病院の拡大について

- 令和4年度診療報酬改定において、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等が見直された。
- 紹介受診重点医療機関のうち一般病床200床以上の病院については、令和4年10月1日以降、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。

定額負担の対象病院拡大について

医療保険部会資料(一部改)(令和2年12月23日)

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告(仮称)を創設することで、新たに「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)を、地域の実情を踏まえつつ、明確化することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加えることとする。**

	病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
現在の定額負担 (義務)対象病院	400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
	200~399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
現在の定額負担 (任意)対象病院	200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
	全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

出典:特定機能病院一覧等を基に作成(一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計)
 ※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

令和4年度診療報酬改定（外来医療の機能分化等）

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

[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 <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。

説明は以上です。