

令和4年4月1日施行の医療法の改正により、外来機能報告を踏まえて、「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を行うとともに、「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（法第30条の18の2第1項第2号）として、「紹介受診重点医療機関」を明確化することとされた。

1 基本的な考え方

患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じていることから、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、紹介受診重点医療機関を明確化することとしたもの。

2 協議の内容

- ・ 紹介受診重点医療機関の取りまとめに向けた協議
- ・ 外来機能の明確化・連携に向けた協議
- ※令和4年度は、紹介受診重点医療機関の明確化に資する協議を中心とする。

3 協議の場及び参加者

- 地域医療構想調整会議を協議の場とする。
- 協議を行う場合、次の医療機関に協議の場への出席を求め、意見を聴取する。
なお、基準と意向が合致しない理由等の文書の提出に代えることも可とする。

- ・ 紹介受診重点医療機関の医療資源を重点的に活用する外来に関する基準に該当するものの、外来機能報告において紹介受診重点医療機関としての役割を担う意向を有しない医療機関
- ・ 紹介受診重点医療機関の医療資源を重点的に活用する外来に関する基準に該当しないものの、外来機能報告において紹介受診重点医療機関としての役割を担う意向を有する医療機関

4 協議の進め方

**各医療機関における基準の該当状況は外来機能報告で調査中。
12月に厚労省からデータ提供予定**

(1) 基準等の確認

ア 医療機関ごとの紹介受診重点医療機関となる意向の有無の確認

イ 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準の適合状況の確認

- ・ 初診基準（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）：40%以上
- ・ 再診基準（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）：25%以上

「医療資源を重点的に活用する外来」

① 医療資源を重点的に活用する入院前後の外来

次のいずれかに該当した入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後30日間の外来の受診を「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。

- ・ Kコード（手術）を算定
- ・ Jコード（処置）のうちDPC入院で出来高算定できるものを算定
- ・ Lコード（麻酔）を算定
- ・ DPC算定病床の入院料区分
- ・ 短期滞在手術等基本料2, 3を算定

② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来

次のいずれかに該当した外来の受診を「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。

- ・ 外来化学療法加算を算定
- ・ 外来放射線治療加算を算定
- ・ 短期滞在手術等基本料1を算定
- ・ Dコード（検査）、Eコード（画像診断）、Jコード（処置）のうち地域包括診療料において包括範囲外とされているものを算定（脳誘発電位検査、CT撮影等、550点以上）
- ・ Kコード（手術）を算定
- ・ Nコード（病理）を算定

③ 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）

次の外来の受診を「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。

診療情報提供料Iを算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来

(2) 意向ありで基準を満たしている場合

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であって、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する場合は、紹介受診重点医療機関として決定する。

(3) 基準と意向が合致しない場合

- 1回目の調整会議で医療機関の意向と異なる結論となった場合は、当該医療機関において、調整会議での議論を踏まえて再度検討を行い、当該医療機関の再度検討した意向を踏まえ、2回目の調整会議で協議を再度実施する。
なお、事前に当該医療機関から意向を再確認し、1回目の調整会議への参画（書面提出を含む）により意見聴取した場合は、1回目の協議で結論を得ることも可能とするなど、柔軟な対応を可能とする。

ア 基準を満たさない医療機関で、紹介受診重点医療機関となる意向のある医療機関

調整会議において、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準に加えて、紹介率・逆紹介率（紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上）、外来の実施状況（外来機能報告 報告様式2 2-①その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況（19項目））を活用し議論を行う。

イ 基準を満たす医療機関で、紹介受診重点医療機関となる意向のない医療機関

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回目の協議に向けて改めて意向を確認する。

〔外来機能報告における外来の実施状況19項目〕

- ①生活習慣病管理料 ②特定疾患療養管理料 ③糖尿病合併症管理料 ④糖尿病透析予防指導管理料
- ⑤機能強化加算 ⑥小児かかりつけ診療料 ⑦地域包括診療料 ⑧地域包括診療加算
- ⑨オンライン診療料 ⑩往診料 ⑪在宅患者訪問診療料 ⑫在宅時医学総合管理料
- ⑬診療情報提供料（Ⅰ） ⑭診療情報提供料（Ⅲ） ⑮地域連携診療計画加算
- ⑯がん治療連携計画策定料 ⑰がん治療連携指導料 ⑱がん患者指導管理料 ⑲外来緩和ケア管理料

(4) 紹介受診重点医療機関の公表について

調整会議において、紹介受診重点医療機関として同意された医療機関については、道のホームページにて公表する。

参 考（医療法一部抜粋）

第30条の18の2

病床機能報告対象病院等であつて外来医療を提供するもの（以下この条において「外来機能報告対象病院等」という。）の管理者は、**地域における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のため**、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該外来機能報告対象病院の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

- 一 当該外来機能報告対象病院等において提供する外来医療のうち、その提供に当たつて医療従事者又は医薬品、医療機器その他の医療に関する物資を重点的に活用するものとして厚生労働省令で定める外来医療に該当するものの内容
- 二 当該外来機能報告対象病院等が地域において前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又は診療所**としての役割を担う意向を有する場合は、その旨
- 三 その他厚生労働省令で定める事項

第30条の18の4

都道府県は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（第三項において「対象区域」という。）ごとに、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（以下この項及び次項において「関係者」という。）との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、次に掲げる事項（第三号から第五号までに掲げる事項については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するものに限る。第三項において同じ。）について協議を行い、その**結果を取りまとめ、公表するもの**とする。

- 一 第三十条の四第二項第十一号ロに規定する指標によつて示される医師の数に関する情報を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況に関する事項
- 二 第三十条の十八の二第一項及び前条第一項の規定による報告を踏まえた**第三十条の十八の二第一項第一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又は診療所に関する事項**

三～六（略）

- 2 関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において関係者間の協議が調つた事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。
- 3 都道府県は、対象区域が構想区域等と一致する場合には、当該対象区域における第一項の協議に代えて、当該構想区域等における協議の場において、同項各号に掲げる事項について協議を行うことができる。
- 4 前項に規定する場合には、第三十条の十四第一項に規定する関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において当該関係者間の協議が調つた事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

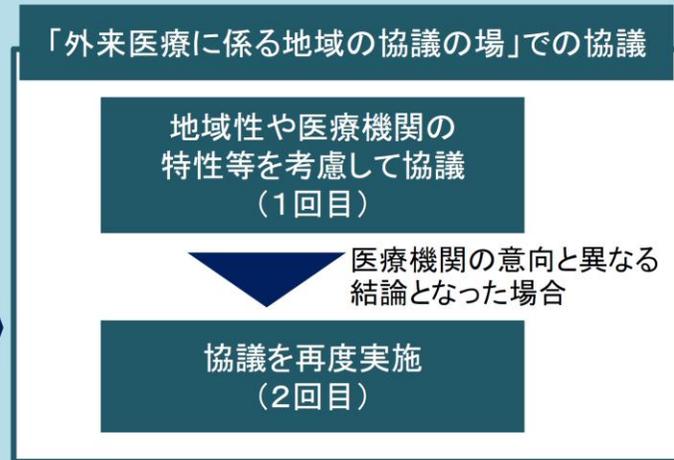
外来機能報告制度を活用した紹介受診重点医療機関の取りまとめ（全体像）

出典：厚生労働省ホームページ



1~3月

		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	紹介受診重点医療機関 *「外来医療に係る地域の協議の場」での確認	「外来医療に係る地域の協議の場」での協議
	満たさない	「外来医療に係る地域の協議の場」での協議	—



- 参考にする紹介率・逆紹介率の水準
- 紹介率50%以上かつ
 - 逆紹介率40%以上

- 重点外来の基準
- 初診の外来件数のうち「重点外来」の件数の占める割合：40%以上かつ
 - 再診の外来件数のうち「重点外来」の件数の占める割合：25%以上

協議の進め方については、状況に応じて持ち回りとする、文書提出のみとするなどの柔軟な対応も可能。

紹介受診重点医療機関として都道府県が公表

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)

[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。