

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

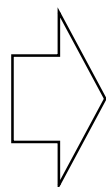
（改）【連携強化診療情報提供料】 150点

[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

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。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度

【対象患者】

- ・ **初診**：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
- ・ **再診**：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者

※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。

※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

《定額負担を求めなくても良い場合》 ※初診・再診共通

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

見直し後

➤ 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

【初診の場合】

- ① 自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

【再診の場合】

- ①—自施設の他の診療科を受診している患者
- ②—医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③—特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ① 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ② 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥—地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦—治験協力者である患者
- ③ 災害により被害を受けた患者
- ④ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑤ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

※ 再診の場合、定額負担の対象患者は、他の病院等に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者であり、**現行制度における①、②、③、⑥、⑦に該当する場合は想定されえないため**、要件から削除。

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。**

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)	<u>紹介受診重点医療機関</u> (<u>一般病床200床未満を除く</u>)	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		<u>紹介割合50%未満 又は</u> <u>逆紹介割合30%未満</u>		<u>紹介割合40%未満 又は</u> <u>逆紹介割合20%未満</u>
<u>紹介割合 (%)</u>	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
<u>逆紹介割合 (%)</u>	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
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			
<u>再診患者の数</u>	<u>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。</u> • <u>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</u>			
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）。 • <u>情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。</u>			
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。 • <u>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。</u> • <u>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。</u>			
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。			

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②

【現行】

	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)	許可病床400床以上
減算規定の基準	紹介率50%未満 (逆紹介率50%以上を除く)		紹介率40%未満 (逆紹介率30%以上を除く)
紹介率(%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急搬送者数}) / \text{初診患者数} \times 100$		
逆紹介率(%)	$\text{逆紹介患者数} / \text{初診患者数} \times 100$		
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。 <ul style="list-style-type: none"> 休日又は夜間に受診した患者 自院の健康診断で疾患が発見された患者 	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。 <ul style="list-style-type: none"> 救急搬送者 休日又は夜間に受診した患者 自院の健康診断で疾患が発見された患者 	
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)。		
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。 以下を含む。 <ul style="list-style-type: none"> 電話情報により他の病院等に紹介し、その旨を診療録に記載した患者 紹介元に返書により紹介した患者 	他の病院又は診療所に紹介した者の数。具体的には、 <ul style="list-style-type: none"> 診療状況を示す文書を添えて紹介(診療情報提供料を算定)した患者 地域連携診療計画料を算定した患者のうち診療情報提供料算定の要件を満たす者 	
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入された初診の患者の数。		