

# 紹介受診重点医療機関について

## ▲スケジュール及び具体的な流れ

○ 外来機能報告は、病床機能報告と一体的に報告を行う。令和4年度以降の具体的な年間スケジュールは以下のとおりであり、年度内に地域の協議の場における協議を行っていただく予定。なお、今年度については、原則として、都道府県において、令和5年3月までに紹介受診重点医療機関を公表することとされている。

- |         |  |
|---------|--|
| 4月～     | <ul style="list-style-type: none"><li>対象医療機関の抽出</li><li>NDBデータ（前年度4月～3月）を対象医療機関別に集計</li></ul>                          |
| 9月頃     | <ul style="list-style-type: none"><li>対象医療機関に外来機能報告の依頼</li><li>報告用ウェブサイトの開設</li><li>対象医療機関にNDBデータの提供</li></ul>         |
| 10～11月頃 | <ul style="list-style-type: none"><li>対象医療機関からの報告</li></ul>  |
| 12月頃    | <ul style="list-style-type: none"><li>データの不備のないものについて、集計取りまとめ</li><li>都道府県に集計取りまとめを提供</li></ul>                        |
| 1～3月頃   | <ul style="list-style-type: none"><li><b>地域の協議の場における協議</b></li><li>都道府県による紹介受診重点医療機関の公表</li><li>都道府県に集計結果の提供</li></ul> |

外来機能報告等に関するガイドラインから抜粋

# 紹介受診重点医療機関について

## 外来医療の機能の明確化・連携

令和3年2月8日医療部会資料

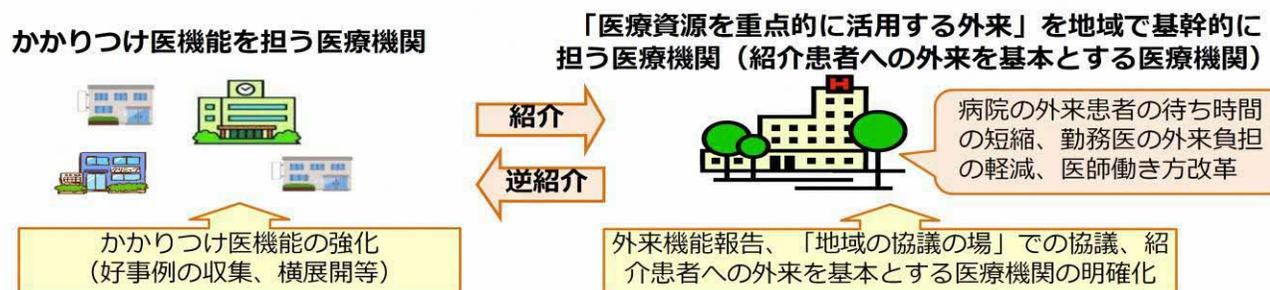
### 1. 外来医療の課題

- 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、患者にいわゆる大病院志向がある中、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。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

### 2. 改革の方向性

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
  - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。
  - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「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。→ ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「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（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化
  - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



#### 〈「医療資源を重点的に活用する外来」のイメージ〉

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
- 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 など）

# 紹介受診重点医療機関について

○ 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の機能に着目して、以下のとおり紹介患者への外来を基本とする医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化する。

- ① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、
- ② 「地域の協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

※ 紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上の病院に限る。)は、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。

## 【外来機能報告】

○ 「医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)」等の実施状況

- ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ・ 特定の領域に特化した機能を有する外来

○ 紹介・逆紹介の状況

○ 紹介受診重点医療機関となる意向の有無

○ その他、地域の協議の場における外来機能の明確化・連携の推進のための必要な事項

## 【地域の協議の場】

① 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については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行う。

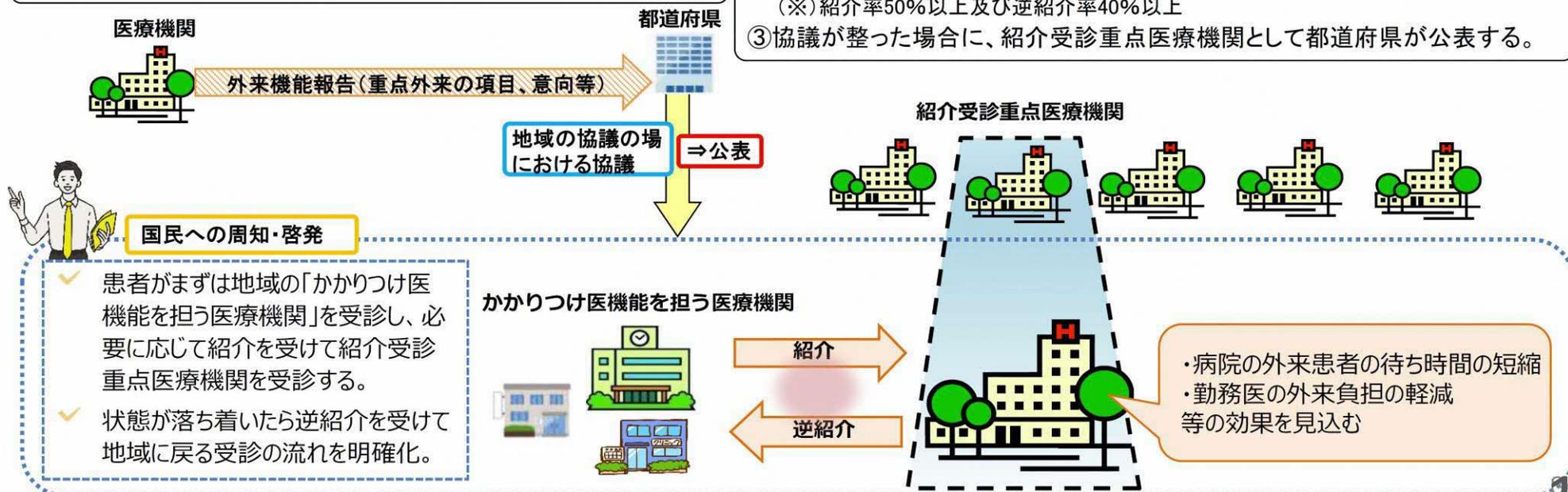
(※) 初診に占める重点外来の割合40%以上 かつ

再診に占める重点外来の割合25%以上

② 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たさない医療機関であっても、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等(※)を活用して協議を行う。

(※) 紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上

③ 協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。



## 外来医療の地域における協議の場に関する医療法の規定

- 都道府県は、医療関係者、医療保険者等との地域の協議の場を設け、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する次の事項について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表。

※ 外来機能報告により報告された事項は、改正医療法第30条の18の2第3項等により、都道府県が公表することとされている。

### (協議事項)

- ・ 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況
- ・ 外来機能報告を踏まえた「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」
- ・ 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
- ・ 複数の医師が連携して行う診療の推進
- ・ 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用
- ・ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

- 地域の協議の場は、地域医療構想調整会議を活用することができる。

(改正医療法の規定)

第三十条の四 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

十 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

第三十条の十八の四 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口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 前号に掲げるもののほか、病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進に関する事項

四 複数の医師が連携して行う診療の推進に関する事項

五 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用に関する事項

六 その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

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。

## 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 <b>7,000円</b>	
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。