

【診察料】

■新型コロナ特例点数の取扱い

- ◇ 以下の項目は 2022 年 3 月 31 日で廃止（3/16 付事務連絡により、二類感染症のみ 7/31 まで延長）
 - 乳幼児感染予防策加算（50 点）
 - ✧ 6 歳未満
 - 二類感染症患者入院診療加算（外来診療・診療報酬上臨時的取扱）（250 点）
 - ✧ 疑い病名の患者が対象
 - ✧ 「診療・検査医療機関」として都道府県から指定され HP で公表が条件
- ◇ 他の項目は引き続き継続
 - 二類感染症患者入院診療加算（電話等）、院内トリアージ実施料、救急医療管理加算 1 など

■新点数「外来感染対策向上加算」の新設

- ◇ 区分 初・再診料等の加算
- ◇ 組織的な感染防止対策に基づき外来診療を行った場合
- ◇ 点数 6 点
- ◇ 診療所のみ
- ◇ 月 1 回
- ◇ 体制加算
- ◇ 以下のいずれかの項目を算定する場合
 - 初診料
 - 再診料
 - 小児科外来診療料
 - 外来リハビリテーション診療料
 - 外来放射線照射診療料
 - 地域包括診療料
 - 認知症地域包括診療料
 - 小児かかりつけ診療料
 - 外来腫瘍化学療法診療料
 - 救急救命管理料
 - 退院後訪問指導料
 - 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）
 - 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料
 - 在宅患者訪問点滴注射管理指導料
 - 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
 - 在宅患者訪問薬剤管理指導料
 - 在宅患者訪問栄養食事指導料
 - 在宅患者緊急時等カンファレンス料
 - 精神科訪問看護・指導料
- ◇ 各項目において算定した場合、同一月に他項目を算定する場合であっても再度算定不可
- ◇ 要届出

◇ 施設基準

- 診療所
- 専任の院内感染管理者を配置
 - ◇ 対象は、医師、看護師または薬剤師その他の医療有資格者
 - ◇ 医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任不可
 - ◇ 院内感染防止対策に掲げる業務は実施可
- 医療機関内に感染防止対策部門を設置
 - ◇ 医療安全対策加算に係る医療安全管理部門と兼用可
 - ◇ 当該部門に医療有資格者を適切に配置
- 感染防止対策につき、感染対策向上加算 1 の届出医療機関または地域の医師会と連携
 - ◇ 院内感染管理者は、年 2 回程度、上記が主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加
 - ・ 感染対策向上加算 1 に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年 1 回程度参加し、合わせて年 2 回以上参加
 - ・ 感染対策向上加算 1 の届出医療機関または地域の医師会が主催する新興感染症の発生等を想定した訓練について、少なくとも年 1 回参加
 - ◇ 院内の抗菌薬の適正使用について助言等を受ける
- 感染防止対策の業務指針・院内感染管理者の具体的な業務内容を整備
- 最新のエビデンスに基づき、以下の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し各部署に配布
 - ◇ 自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等
- 年 2 回程度、院内感染対策の職員研修を実施
 - ◇ 安全管理の体制確保のための職員研修とは別に実施
- 院内感染管理者は、週 1 回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例を把握
- 医療機関内の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示
- 抗菌薬の適正使用の取組を実施
 - ◇ 「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考
 - ◇ 「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を実施
 - ・ 細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整備
- 新興感染症の発生時等に、以下の対応を整備
 - ◇ 都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を整備し、ホームページ等により公開
 - ◇ 発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を整備
- 感染対策向上加算の届出なし

◇ 届出様式 様式 1 の 4

■**新点数**「連携強化加算」の新設

◇ 区分 外来感染対策向上加算の加算

- ◇ 「外来感染対策向上加算」の届出医療機関が、「感染対策向上加算 1」の届出医療機関に対して、年 4 回以上、院内の感染症発生状況等について報告している場合
- ◇ 点数 3 点
- ◇ 診療所のみ
- ◇ 月 1 回
- ◇ 要件を満たす場合に、外来感染対策向上加算の算定時に加算
- ◇ 体制加算
- ◇ 要届出
- ◇ 施設基準
 - 感染対策向上加算 1 の届出医療機関との連携体制を確保
 - 外来感染対策向上加算の届出済
 - 上記連携先に対し、年 4 回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告
- ◇ 経過措置（年 4 回以上報告）
 - 2023 年 3 月 31 日まで
- ◇ 届出様式 様式 1 の 5

■新点数「サーベイランス強化加算」の新設

- ◇ 区分 外来感染対策向上加算の加算
- ◇ 「外来感染対策向上加算」の届出医療機関が、地域のサーベイランスに参加している場合
- ◇ 点数 1 点
- ◇ 診療所のみ
- ◇ 月 1 回
- ◇ 要件を満たす場合に、外来感染対策向上加算の算定時に加算
- ◇ 体制加算
- ◇ 要届出
- ◇ 施設基準
 - 地域において感染防止対策に資する情報を提供する体制を整備
 - 外来感染対策向上加算の届出済
 - 院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加
- ◇ 届出様式 様式 1 の 5




■新点数「電子的保健医療情報活用加算」の新設

- ◇ 区分 初診料・再診料・外来診療料の加算
- ◇ 点数
 - 初診料 7 点
 - 再診料 4 点
 - 外来診療料 4 点
- ◇ 月 1 回

- ◇ オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報または特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施する場合
- ◇ 初診の場合で、以下のいずれかの場合は、2024年3月31日までは「3点」で算定可
 - 電子資格確認により、当該患者の診療情報等の取得が困難な場合
 - 他医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合
- ◇ 上記「初診3点」を算定した場合に限り、同一月でも再診料・外来診療料の点数を併算定可
- ◇ 届出は不要
- ◇ 施設基準
 - レセプト電子請求を実施
 - 電子資格確認を行う体制有
 - 電子資格確認に関する事項を、院内の見やすい場所に掲示

オンライン資格確認の準備作業について

- オンライン資格確認の導入にあたっての補助
 - ・ **顔認証付きカードリーダーの無償提供**（病院3台まで、診療所等1台）
 - ・ それ以外の費用（①資格確認端末等の導入、②ネットワーク環境の整備、③レセプトコンピュータ等の既存システムの改修等）へは**補助金を交付**（令和5年3月末までに設置準備を完了した場合。なお、上限額及び補助割合が機関種別等によって異なる）。
- オンライン資格確認導入に関する**手続き・各種申請・QA**
 - ➡ 医療機関等向けポータルサイト
 - ➡ 厚生労働省ホームページ
 - ➡ オンライン資格確認等コールセンター

医療機関等向けポータルサイト	厚生労働省ホームページ	オンライン資格確認等コールセンター
 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">医療機関ポータル 検索</div>	 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">オンライン資格確認 検索</div>	 <p>✉ contact@iryohokeniyoho-portalsite.jp</p> <p>☎ 0800-0804583（通話無料）月～金 8:00～18:00 （いずれも祝日を除く） 土 8:00～16:00</p>

これからオンライン資格確認の導入をされる方へ

- **まずは、顔認証付きカードリーダーをお申し込みください！**
これからオンライン資格確認を導入される方は、「医療機関等向けポータルサイト」へのアカウント登録を行い、同サイトよりご希望の顔認証付きカードリーダーをお申し込みください。
- **システム業者へのご連絡をお願いします。**
顔認証付きカードリーダーを申し込んだ後は、システム業者へのご連絡や各種申請手続きが必要となります。詳しくは「準備作業の手引き」をご確認いただき、手順に沿って導入準備を行ってください。（右の二次元バーコードよりアクセスいただけます）
- **運用開始の準備ができたなら、「運用開始日」の登録を行ってください！**



158

■ 「オンライン診療料」（71点/月）の見直し

- ◇ オンライン用「再診料」「外来診療料」の新設に伴い廃止

■ **新点数** オンライン用「初診料」「再診料」「外来診療料」の新設

- ◇ 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合

◇ 点数

- 初診料（情報通信機器を用いた場合） 251点（新設）
- 再診料（情報通信機器を用いた場合） 71点（オンライン診療料） → 73点（+2点）
- 外来診療料（情報通信機器を用いた場合） 71点（オンライン診療料） → 73点（+2点）
- ✧ 対面診療時の点数：初診料（288点）、再診料（73点）、外来診療料（74点）

- ◇ 「オンライン診療料」のような対面受診間隔（3月に1回）、回数制限（月1回）などは廃止

- ▶ 診察の都度算定可へ
- ◇ 原則として、医療機関内で診療を実施
 - ▶ 医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合は、当該指針に沿った適切な診療を実施
 - ▶ 実施場所は事後的に確認可能な場所であること
- ◇ 患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該医療機関が必要な対応を実施
 - ▶ 夜間や休日など、やむを得ず対応できない場合は、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容を診療録に記載
 - ✧ 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合は、「当該医師が所属する医療機関名」
 - ✧ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合は、「対面診療により診療できない理由」「適切な医療機関としての紹介先の医療機関名」「紹介方法」「患者の同意」
- ◇ 診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載
- ◇ 当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載
- ◇ 処方を行う際には、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載
- ◇ 予約診察の特別料金の徴収不可
- ◇ 情報通信機器の運用に要する費用は、別途徴収可
- ◇ 要届出
- ◇ 施設基準
 - ▶ 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制を整備
 - ✧ 医療機関外で診療を実施することがあらかじめ想定される場合は、実施場所が厚生労働省「オンライン指針」に該当しており、事後的に確認が可能である
 - ✧ 対面診療を提供できる体制を有する
 - ✧ 対面診療を提供することが困難な場合に、他医療機関と連携して対応できる
 - ▶ 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する
- ◇ オンラインでの同一日複数診療科初診・再診は以下の点数で算定
 - ▶ 同一日複数診療科初診 125点（対面時は144点）
 - ▶ 同一日複数診療科再診 37点（対面時と同点数）
- ◇ 改訂オンライン診療指針の概要
 - ▶ 初診からのオンライン診療は、原則として「かかりつけの医師」が実施
 - ✧ ただし、既往歴、服薬歴、アレルギー歴等の他、症状から勘案して問診及び視診を補完するのに必要な医学的情報を過去の診療録、診療情報提供書、健康診断の結果、地域医療情報ネットワーク及びお薬手帳等から把握でき、患者の症状と合わせて医師が可能と判断した場合も可
 - ✧ 具体的には以下のようなケースを想定
 - ・ かかりつけの医師がオンライン診療を行っていない場合
 - ・ 休日夜間等で、かかりつけの医師がオンライン診療に対応できない場合
 - ・ 患者にかかりつけの医師がいない場合
 - ・ かかりつけの医師がオンライン診療に対応している専門医療機関に紹介する場合や、セカンドオピニオンのために受診する場合
 - ✧ リアルタイムのオンラインでの事前のやりとり「診療前相談」によって、オンライン診療が実

施可能と医師・患者双方が合意した場合（医師は十分な情報が得られたと確認した場合）も可
・ 「診療前相談」の内容は診療録に記載し、オンライン診療に至らなくとも記録保存が望ましい

- 初診の場合には以下の処方不可
 - ◇ 麻薬及び向精神薬の処方
 - ◇ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（薬剤管理指導料「1」の対象となる薬剤）の処方
 - ◇ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する 8 日分以上の処方

◇ 上記届出なしの医療機関で、コロナ特例で電話やオンライン診療を行った場合は、引き続きコロナ特例点数で算定可

- コロナ特例初診 214 点
- 電話等再診料 73 点

◇ 届出様式 様式 1

■オンライン用「医学管理等」の見直し（医学管理）

◇ 「情報通信機器を用いた場合」の医学管理の見直し・拡大

◇ 「情報通信機器を用いた場合」（月 1 回・100 点）を廃止し、各規定回数に応じて下記点数で算定可（設定点数は対面診療時より少し低めで設定）

- 特定疾患療養管理料
 - ◇ 診療所 196 点
 - ◇ 100 床未満 128 点
 - ◇ 100 床以上 200 床未満 76 点
- 小児科療養指導料 235 点
- てんかん指導料 218 点
- 難病外来指導管理料 235 点
- 糖尿病透析予防指導管理料 305 点
- 在宅自己注射指導管理料
 - ◇ 「1」複雑な場合 1,070 点
 - ◇ 「2」上記以外の場合
 - ・ 月 27 回以下 566 点
 - ・ 月 28 回以上 653 点

◇ 新たに対象となる医学管理

- ウイルス疾患指導料
 - ◇ 肝炎ウイルス、成人 T 細胞白血病 209 点
 - ◇ 後天性免疫不全症候群 287 点
- 皮膚科特定疾患指導管理料
 - ◇ (I) 218 点
 - ◇ (II) 87 点
- 小児悪性腫瘍患者指導管理料 479 点

- がん性疼痛緩和指導管理料 174 点
- がん患者指導管理料
 - ◇ 「イ」医師と看護師等が共同で治療方針を協議 435 点
 - ◇ 「ロ」医師または看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 174 点
 - ◇ 「ハ」医師または薬剤師が抗悪性腫瘍剤（投与予定を含む）の必要性等について文書により説明を行った場合 174 点
 - ◇ 「ニ」医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合 261 点
- 外来緩和ケア管理料 252 点
- 移植後患者指導管理料
 - ◇ 臓器移植後の場合 261 点
 - ◇ 造血幹細胞移植後の場合 261 点
- 腎代替療法指導管理料 435 点
- 乳幼児育児栄養指導料 113 点
- 療養・就労両立支援指導料
 - ◇ 初回 696 点
 - ◇ 2 回目以降 348 点
- がん治療連携計画策定料 2 261 点
- 外来がん患者在宅連携指導料 435 点
- 肝炎インターフェロン治療計画料 609 点
- 薬剤総合評価調整管理料 218 点

◇ 以下の医学管理は、対象外として設定なし

- 検査料等が包括されている医学管理
 - ◇ 地域包括診療料、生活習慣病管理料など
- 入院中の患者に対して実施されるもの
- 救急医療として実施されるもの
- 検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの
- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
- 精神医療に関するもの

◇ オンライン用初診料等の届出医療機関であれば算定可

- 各管理料個別にオンラインとしての届出は不要

■ 「地域包括診療加算」（加算 1：25 点、加算 2：18 点）の見直し

◇ 診療所のみ

◇ 対象疾患のうち 2 つ以上を管理している主治医機能の評価で、再診料の加算点数として設定

◇ 対象疾患の追加（下線部追加）

- 高血圧
- 糖尿病
- 脂質異常症
- 認知症

- 慢性心不全
- 慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないもの）

◇ 患者に対する生活面の指導の見直し

- 必要に応じ、医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師による実施でも可へ

◇ 「患者からの予防接種に係る相談に対応すること」を要件に追加

- 院内掲示により当該対応が可能なことを周知

■ 「機能強化加算」（80点）の見直し

◇ 初診料の加算

◇ 診療所・200床未満の病院で、かかりつけ医機能として以下のいずれかを届出している医療機関が対象

- 地域包括診療加算・地域包括診療料
- 認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料
- 小児かかりつけ診療料
- 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料（在支診・在支病のみ）

◇ 以下のいずれかを満たしていることを条件に追加（実績要件として下線部が追加）

- 地域包括診療加算1の届出済
- 地域包括診療加算2の届出済で、直近1年間で以下のいずれかを満たしている
 - ◇ 地域包括診療加算2の算定患者数が3人以上
 - ◇ 在宅患者訪問診療料・往診料の算定患者数が合計3人以上
 - ・ 在宅患者訪問診療料には、他医療機関の依頼で行う場合（6月に1回の算定）は含まない
- 地域包括診療料1の届出済
- 地域包括診療料2の届出済で、直近1年間で以下のいずれかを満たしている
 - ◇ 地域包括診療料2の算定患者数が3人以上
 - ◇ 在宅患者訪問診療料・往診料の算定患者数が合計3人以上
 - ・ 在宅患者訪問診療料には、他医療機関の依頼で行う場合（6月に1回の算定）は含まない
- 小児かかりつけ診療料の届出済
- 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の届出済（機能強化型の在支診・在支病）
- 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の届出済（通常型の在支診）で、直近1年間で以下のいずれかを満たしている
 - ◇ 緊急の往診実績が3件以上
 - ・ 緊急・夜間・休日・深夜の各加算で判断
 - ◇ 看取り実績が1件以上、または15歳未満の超重症児・準超重症児の在宅医療実績が1件以上
- 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の届出済（通常型の在支病）で、直近1年間で以下のいずれかを満たしている
 - ◇ 緊急の往診実績、在支診等の要請による緊急受入実績の合計が3件以上
 - ・ 緊急・夜間・休日・深夜の各加算で判断
 - ◇ 看取り実績が1件以上、または15歳未満の超重症児・準超重症児の在宅医療実績が1件以上

◇ 下記の院内掲示事項（下線部新規追加）について、ホームページへの掲示と、必要に応じて患者に対して説明が必要へ

- ◇ 患者が受診している他医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な管理を行い診療録に記載
 - ・ 必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報把握を行うことも可
- ◇ 専門医師または専門医療機関への紹介を実施
- ◇ 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じる
- ◇ 保健・福祉サービスに係る相談に応じる
- ◇ 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を実施

◇ 以下のいずれかを行っている常勤医師を配置（新規要件）

- 介護保険制度の利用等に関する相談への対応、及び要介護認定に係る主治医意見書の作成
- 警察医として協力
- 乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする1歳6か月、3歳児等の乳幼児の健康診査）を実施
- 予防接種（定期予防接種）を実施
- 幼稚園の園医、保育所の嘱託医、または小学校・中学校・高等学校の学校医に就任
- 地域ケア会議に出席
- 通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力

◇ 経過措置（2022年3月31日時点の届出医療機関）

- 2022年9月30日まで（実績要件、常勤医師配置）

■紹介状なし病院受診時の自己負担の義務化

◇ 対象病院の拡大（下線部追加）

- 特定機能病院
- 一般病床200床以上の地域医療支援病院
- 「紹介受診重点医療機関（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）」のうち一般病床200床以上の病院

◇ 「紹介受診重点医療機関」の概要

- 2021年の医療法改正に基づき、紹介患者への外来を基本とする医療機関として新たに明確化されるもの
- 2022年4月から外来機能報告制度がスタート
- 一般病床・療養病床を持つすべての病院・有床診療所に対し、毎年「外来医療データ」「紹介受診重点医療機関となる意向の有無」などを報告することを義務付け
- このデータ等をもとに、地域ごとに紹介受診重点医療機関の指定を検討
- 紹介受診重点医療機関が実際に誕生するのは2023年春頃の見込み

◇ 最低徴収金額

- 初診 5,000円 → 7,000円（歯科：3,000円 → 5,000円）
- 再診 2,500円 → 3,000円（歯科：1,500円 → 1,900円）

◇ 以下の点数を保険給付範囲から控除（実費引き上げ分を保険給付から控除）

- 初診 200点（歯科：200点）
- 再診 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		⇒	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) 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)

◇ 除外要件（定額負担を求めないことができる患者の要件）の見直し

➤ 初診・再診共通

- ◇ 「その他、保険医療機関が当該医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」の明確化
 - ・ 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対象外

➤ 初診

- ◇ 「自施設の他の診療科を受診している患者」
 - ・ 「自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者」に変更

➤ 再診

- ◇ 以下を除外対象から削除
 - ・ 「自施設の他の診療科を受診している患者」
 - ・ 「医科と歯科との間で院内紹介された患者」
 - ・ 「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」
 - ・ 「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」
 - ・ 「治験協力者である患者」

◇ 2022年10月1日から施行

◇ 公立医療機関に係る自治体による条例制定に要する期間等を考慮し、新たに紹介受診重点医療機関となつてから6ヶ月の経過措置を設定

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
- 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、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。

■初診・再診における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

◇ 対象病院の拡大（下線部追加）

- 特定機能病院
- 一般病床 200 床以上の地域医療支援病院
- 「紹介受診重点医療機関（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）」の

うち一般病床 200 床以上の病院

◇ 「紹介率→紹介割合」「逆紹介率→逆紹介割合」に名称変更

◇ 減算基準の見直し

- 注 2：紹介率 50%未満 → 「紹介割合 50%未満」または「逆紹介割合 30%未満」
- 注 3：紹介率 40%未満 → 「紹介割合 40%未満」または「逆紹介割合 20%未満」
- 経過措置（2022 年 3 月 31 日時点の届出病棟）
 - ◇ 2023 年 3 月 31 日まで

◇ 計算式の見直し

- 紹介率 = (紹介患者数 ÷ 救急患者数) ÷ 初診の患者数
⇒ 紹介割合 (%) = (紹介患者数 + 救急患者数) ÷ 初診の患者数 × 100
- 逆紹介率 = 逆紹介患者数 ÷ 初診の患者数
⇒ 逆紹介割合 (‰) = 逆紹介患者数 ÷ (初診の患者数 + 再診の患者数) × 1,000

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) × 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B11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。			

151