

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

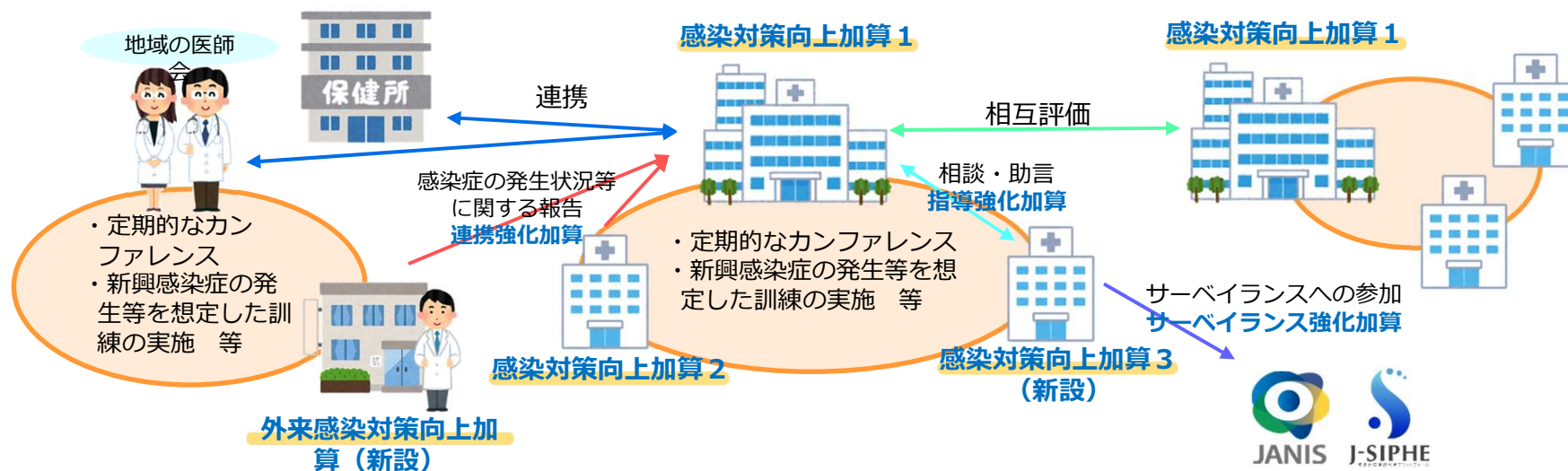
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

改定前	改定後
<p>【感染防止対策加算】</p> <p>感染防止対策加算 1 390点</p> <p>感染防止対策加算 2 90点</p> <p>(新設)</p>	<p>(新) 【感染対策向上加算】</p> <p>感染対策向上加算 1 710点 (入院初日)</p> <p>感染対策向上加算 2 175点 (入院初日)</p> <p>感染対策向上加算 3 75点 (入院初日、90日毎)</p>

- 感染対策向上加算 1 の保険医療機関が、加算 2、加算 3 又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設するとともに、加算 2、加算 3 の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

(新) 指導強化加算 30点 (加算 1 の保険医療機関)

(新) 連携強化加算 30点、サーベイランス強化加算 5点 (加算 2 又は 3 の保険医療機関)



外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

- 診療所について、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る評価を新設する。

(新) 外来感染対策向上加算 6点 (患者1人につき月1回)

[算定要件]

組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)において診療を行った場合は、外来感染対策向上加算として、患者1人につき月1回に限り所定点数に加算する。

[主な施設基準]

- (1) 専任の**院内感染管理者**が配置されていること。
 - (2) **少なくとも年2回程度**、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する**院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること**。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又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回参加していること**。
 - (3) 新興感染症の発生時等に、**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有し**、そのことについて自治体のホームページにより公開していること。
 - (4) 新興感染症の発生時等に、**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有すること**。
- 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関が、感染対策向上加算1に係る届出を行っている他の保険医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合及び地域のサーベイランスの参加している場合の評価をそれぞれ新設する。

(新) 連携強化加算 3点 (患者1人につき月1回)

[施設基準]

- (1) 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、**過去1年間に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**報告を行っていること**。

(新) サーベイランス強化加算 1点 (患者1人につき月1回)

[施設基準]

- (1) 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していること**。

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

	感染対策向上加算 1	感染対策向上加算 2	感染対策向上加算 3	外来感染対策向上加算
点数	710点	175点	75点	6点
算定要件	入院初日		入院初日+入院期間が90日を超える毎に1回	患者1人の外来診療につき月1回に限り算定
届出基準	(外来感染対策向上加算の届出がないこと)		(外来感染対策向上加算の届出がないこと)	
感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が3年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験5年以上かつ研修修了） ・専任の薬剤師（病院勤務経験3年以上） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験3年以上） ※ 医師又は看護師のうち1名は専従であること。 ※ 必要時に、専従の医師又は看護師を、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間を含めてよいものとする。	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が3年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験5年以上） ・専任の薬剤師（病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了）	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・ 専任の常勤医師（適切な研修の修了が望ましい） ・ 専任の看護師（適切な研修の修了が望ましい）	院内感染管理者（※）を配置していること。 ※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。
医療機関間・行政等との連携	・ 保健所、地域の医師会と連携し、加算2及び3の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施（このうち1回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。） ・ 加算2、3及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する ・ 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加（ 訓練への参加は必須とする。 ） ・ 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・ 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加（ 訓練への参加は必須とする。 ） ・ 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・ 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年2回以上、加算1の医療機関又は地域医師会が主催するカンファレンスに参加（ 訓練への参加は必須とする。 ） ・ 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・ 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している
サーベイランスへの参加	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していること	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、 サーベイランス強化加算 として 5点 を算定する。		サーベイランス強化加算 として 1点 を算定する。
その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する	・ 抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・ 細菌学的検査を外部委託する場合は、「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」に沿った対応を行う		・ 抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・ 「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行う ・ 細菌学的検査を外部委託する場合は、「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」に沿った対応を行う
	・ 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する ・令和4年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の要件とする	・ 新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する	・ 新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制若しくは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有する	・ 新興感染症の発生時等に、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有する
	感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策に関する助言を行った場合、 指導強化加算 として、 30点 を算定する。	感染対策向上加算2又は3を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算1を算定する保険医療機関に対し、過去1年間に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を行っている場合、 連携強化加算 として 30点 を算定する。		連携強化加算 として 3点 を算定する。

(質問)

- ・感染症対策加算の要件を地域の実情に合ったものにする事。
 - ・感染対策の訓練の要件を適切なものとする事。
 - ・診療所等に必要なサーベイランスを早急に作成すること。
- 等の感染対策についてより良い制度にするために、日本医師会の具体的な対応を期待しますが、いかがでしょうか？

改定財源が大変厳しい中、今回の診療報酬改定では、これまでの感染防止対策加算が「感染対策向上加算」に名称変更され、従来の2つの加算が3つに拡大されました。さらに診療所においては外来感染対策向上加算も新設されました。

感染対策向上加算1は基幹病院が算定し、地域の感染防止対策の指導的役割を担い、加算2・3および外来感染対策向上加算を算定する医療機関と連携を密にし、薬剤耐性菌への対応の情報交換を含め、研修や訓練を行うものとされています。さらに、個々の医療機関のみならず、地域の医療機関等が連携し、行政や医師会とも連携して、面となつて実施する感染症対策を推進していくという意味で、非常に意味のある改定と考えております。

本加算は、地域の基幹病院と中小病院、診療所が連携して、地域全体を面として感染症対策を実施するための評価であり、今後、その取組が進められることが期待されます。

ただ、現状では、新型コロナウイルス感染症に対応することに重点が置かれているため、加算1は重点医療機関が、加算2は重点または協力医療機関が、加算3や外来感染症対策向上加算は主に診療・検査医療機関が算定することとなっております。

そういう点では、まだまだ本当の意味での面的な感染症対策の評価にはなっておらず、点と点をつなげたような体制評価にとどまっています。中小病院であっても、地域における感染症対策で中心的役割を果たしている病院も当然ございますので、そこに対する適切な評価も行わないと、本当の意味での、面としての感染症対策の体制評価にはなりません。

(次ページへ続く)

必要な体制や役割が異なるために、加算1と2、3を区別した意味があるのは理解しますが、前述のような観点を盛り込んだ上で、もう少し対象医療機関を柔軟に広げることが必要だと考えています。今後は、現場を知る地域医師会の活動から明らかになった課題等も踏まえながら、要件の見直しを図っていくことを主張して参ります。

また、「感染対策向上加算」等で求められる「新興感染症の発生等を想定した訓練」については、3月31日付で発出された「疑義解釈(その1)」において、「新興感染症患者等を受け入れることを想定した基本的な感染症対策に係るもの」であり、例えば、個人防護服の着脱の訓練が該当しますが、今後厚生労働省にはより具体的な内容の提示を求めて参ります。

また、地域の医師会には、感染対策向上加算1、2、3及び外来感染対策向上加算を算定するそれぞれの医療機関との連携が求められておりますので、医師会が病院と診療所の連携を促しつつ、中心的な役割を担っていただき、その地域で必要とされる訓練を企画していただければと存じます。既にそうした取組について前向きに検討されている地域もあると承知しておりますが、是非とも、積極的な関わりをお願いしたいと考えております。

(次ページへ続く)

サーベイランス強化加算は、令和4年度改定前の「感染防止対策加算1」の施設基準で求められていたJANISやJ-SIPHEへの参加を、中小病院や診療所でも行っていただいた場合に評価するものとして新設されました。JANISやJ-SIPHEは、感染症診療情報のみならず、薬剤耐性菌感染症の発症状況や、抗菌薬の使用状況等を把握するためのサーベイランスであり、感染症発生動向調査とは目的が異なるものとなっております。

しかし、J-SIPHEは有床の保険医療機関が対象であったり、届出において参加登録の証明が求められる例があることから、無床診療所の参加が難しいというご意見を各地からいただいておりますので、厚生労働省当局と繰り返し協議した結果、5月13日付け疑義解釈(その8)で、「令和5年3月31日までの間に限り、JANIS又はJ-SIPHEの参加申込書(つまり、事業に参加した後に発行される参加証ではなく、参加の申込書)を窓口に提出した時点から当該要件を満たすものとして差し支えない。」とする緩和措置が示されました。J-SIPHEについては、年度内に診療所版が公開される予定となっております。(※「診療所版J-SIPHE」については9月に公表済み)

また、JANISに参加するためには、細菌検査の実施が必要でありますが、衛生検査所に外注委託する場合でも参加可能ですので診療所の体制にもよりますが、届出と算定について、積極的にご検討いただきたいと思います。

その一方で、「多くの医療機関がサーベイランスの必要性を感じて感染対策に活かせるようにすることが重要である」とのご指摘は、そのとおりでありますので、周知や実態の分析を引き続き検討して参ります。

最後に、今後の感染症対策をより良い制度にするための日本医師会の具体的な対応としましては、こちらも代議員ご指摘のとおり「日本医師会が中心となって具体的な提案を出すこと」が大変重要であると考えております。

そのためには、会員の先生方のご意見や、各地域のブロック代表等から構成される会内委員会である「社会保険診療報酬検討委員会」でのご議論、そして何より地域医療の現場を熟知されている地域医師会のご意見を伺いながら、具体的な提案をして参りたいと考えておりますので、是非とも積極的なお力添えを賜りますよう、お願い申し上げます。

○「外来感染対策向上加算」の算定条件を緩和して、感染症対策を行っている全ての医療機関が算定できるように速やかに政府と交渉していただきたい。

新型コロナウイルス感染症等にも対応できる、効率的かつ効果的で質の高い医療提供体制を構築することは、今次改定における重点課題であり、コロナ禍で疲弊している医療機関が負担なく算定できる項目となるよう主張し続けましたが、診療報酬の「見える化」を強く主張する意見もあり、結果的に種々の施設基準が設定されてしまったことは大変残念であり、今後の課題として受け止めております。

しかし、改定財源が大変限られている中で、ほとんどの医療機関が実施している感染症対策が点数として設定されたことは、当然と言えば当然ですが、評価しております。

そして、外来感染対策向上加算は、個別の医療機関のみならず、他の医療機関や行政機関等との連携が求められており、地域全体が面となって感染症対策を実施する体制を構築することを目指すものとなっており、日本医師会として積極的に算定を勧めているのもそのような理由からであります。

その分、確かに手間がかかる部分もありますが、日本医師会からは届出書の具体的な記載例を提示し、また各地の医師会でも届出支援に向けた取組を行っていただいていると伺っております。

地域の医師会が中心となって、病院と診療所の連携を促すなどの支援を継続していただくことで、この加算を積極的に算定していただければと考えておりますので、引き続きご協力いただきますようお願いいたします。

また、施設基準等の具体的内容が分かりにくいというご指摘もいただいております。この点につきましては、これまでも現場のご意見を傾聴しながら、より実態に即した具体的な取り扱いをお示してきたところですが、今後も厚生労働省当局とも協議しつつ、日本医師会としても現場が理解しやすい要件設定となるよう積極的に取り組んでいく所存です。

縷々申し上げてきましたが、現状では、まだまだ本当の意味での「面」としての感染症対策にはなっておらず、点と点をつなげたような体制にとどまっていると理解しておりますので、今後、実態に即した見直しを検討していく必要があると考えております。

ご指摘のとおり、ほとんどの医療機関が感染対策を講じておりますので、できるだけ多くの医療機関が算定できるよう働きかけを続けて参ります。

○今回の診療報酬改定について、日医はどのように考えているのか。

令和4年度改定は、財政当局から「診療報酬の伸びが高止まりしている」現状を踏まえれば「躊躇なくマイナス改定を実施すべき」といった主張や、「改革の進捗がないまま診療報酬改定を行う意義は乏しく、財政資源の散財となりかねない」ことから「医療提供体制改革なくして診療報酬改定なし」といった意見が強硬に主張され、改定財源が大変厳しい中で決まりました。

もちろん、我々としては、そうした主張には真っ向から反対しており、厚生労働省とともに、それを補強する医学的見地やエビデンスも提示し続けて参りましたが、妥協点が見出せず、マイナス改定が現実味を増すギリギリの状況の中で何とか盛り返し、獲得した改定財源であったと受け止めております。

令和4年度改定が施行され、ほぼ3か月が経過しました。半年、1年など様々な経過措置も講じられておりますので、改定そのものを総括することは現段階ではまだできないと考えています。

診療報酬改定における医療現場の影響については、中医協で調査・検証し、次回改定で修正する流れが確立しております。今後、会内の社会保険診療報酬検討委員会で今回改定の評価をまとめていただきますので、それを踏まえて、次回改定に向けた準備をしていく所存でおります。

また、現場からいただくご意見・ご指摘については、次回改定前であっても対応可能なことに対しては、その都度、厚生労働省当局と相談し対応して参ります。

さて、診療報酬改定の決定プロセスについて、中医協の外からの圧力が激増してきており、これが医療現場に混乱を招いた大きな要因と理解しております。

診療報酬改定のみならず、すべての医療政策を国民の生命・健康に資するものにするためには、政治と交渉する必要があり、医師会の結束を政治にしっかり見せる必要があります。



Ⅱ. 令和4年度診療報酬改定

③ 病診連携・外来機能分化等

「全世代型社会保障検討会議 中間報告」

(令和元年12月19日)[抜粋]


外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、**病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め**、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの**文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充**する。

現在、特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院について、紹介状なしで外来受診した場合に定額負担（初診5,000円）を求めているが、医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される**「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する**。

また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額（例：初診の場合、2,000円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する。

外来医療においては、大病院における患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の問題に鑑み、**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**を図る。

このため、まずは、医療資源を多く活用する外来に着目して、医療機関が都道府県に**外来機能を報告する制度を創設**し、地域の実情に応じて、**紹介患者への外来を基本とする医療機関**を明確化する。

- 
- ・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
（＝今回、名称が定まった「紹介受診重点医療機関」）

外来機能報告

厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」(2020年12月3日)

外来機能報告

- 一般病床又は療養病床を有する医療機関を基本
(※ 入院医療と一体的に議論する観点等から、病床機能報告を行っている有床診療所も報告対象。)
- 無床診療所:任意
一部に、他の医療機関からの紹介患者も含め、高額な医療機器等による検査を集中的に実施する無床診療所もあることを踏まえて。

国の示す地域ごとの将来の需要の「基準」

- ①医療資源を重点的に活用する入院前後の外来、
- ②高額等の医療機器・設備を必要とする外来、
- ③特定の領域に特化した機能を有する外来の割合等

→「基準」はあくまで参考値、各地域で地域の実情に応じて活用

外来機能報告のスケジュール(報告書より抜粋)

- 外来機能報告は地域の外来機能の明確化・連携のために実施するものである。年間スケジュールとして、病床機能報告と一体的に報告を行い、年度内(初回は令和4年度内)に地域の協議の場における協議が行えるようにする。具体的には、以下のスケジュールとする。

＜外来機能報告のスケジュール＞

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

※無床診療所の中にも、高額な医療機器等による検査を集中的に実施しているものもあるため、そのような無床診療所については対象医療機関に含めることとする。

具体的には、令和4年度については、円滑な事務手続のため、令和3年度中に、該当する蓋然性の高い医療機関に外来機能報告を行うか否かの意向を確認した上で、意向有りとした無床診療所について、対象医療機関に含めることとする。

【参考】病床機能報告のスケジュール(令和3年度の予定)

- | | |
|-----|--|
| 4月 | 対象医療機関の抽出 |
| ～ | NDBデータ(令和2年4月～令和3年3月)を対象医療機関別に集計 |
| 9月 | <ul style="list-style-type: none"> 対象医療機関に病床機能報告の依頼 報告用ウェブサイトの開設 対象医療機関にNDBデータの提供 |
| 10月 | 対象医療機関からの報告(10/31報告期限) |
| 12月 | 10/31までに報告され、データ不備のないものについて、集計とりまとめ |
| 3月 | 都道府県に集計結果の提供 |

「紹介受診重点医療機関」と 協議の場における医療機関の意向、地域の協議の場での協議、協議結果の関係

医療機関の意向 <small>※ 国の基準を踏まえ、紹介受診重点医療機関となる意向の有無を報告</small>	地域の協議の場での協議 <small>※ 医療機関ごとの意向の有無、国の基準の適合状況、外来医療の実施状況等を踏まえて議論 <small>※ その際、特に、国の基準と医療機関の意向が合致しない医療機関について、当該地域の地域性や当該医療機関の特性等を考慮して議論</small></small>	協議結果
「紹介受診重点医療機関」となる意向あり	当該医療機関が「紹介受診重点医療機関」となることの協議が整う	当該医療機関が「紹介受診重点医療機関」となるものとして公表
意向あり	協議が整わない	—
意向なし <small>※ 当該医療機関において、地域の協議の場での議論を踏まえて再度検討を行い、意向が変わる場合もある</small>	協議が整わない	—



「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」の国の基準

- 「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」の基準については、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することとされている地域医療支援病院の状況を踏まえ、以下のとおりとされている。

<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：**初診40%以上**
かつ
- ・ 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：**再診25%以上**

- その上で、紹介・逆紹介を推進する観点から、地域の協議の場で参考とする指標として、紹介率・逆紹介率を位置付けることとしている。

※ 紹介率・逆紹介率を単純に「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」の基準とすると、「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が高いが、紹介・逆紹介を行っていない医療機関が「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」にならないことが多くなる、また、医療機関が少ない地域では、一般的に紹介率・逆紹介率が低くなると考えられ、基準を満たしにくくなる、といった点に留意が必要。

<参考とすることが望ましい指標>

- ・ 紹介率・逆紹介率：**紹介率50%以上** かつ **逆紹介率25%以上**

「紹介受診重点医療機関」を評価する診療報酬項目

- 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に、紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上に限る)を追加
- 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対象病院に、紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上に限る)を追加
- 紹介受診重点医療機関における入院診療の評価として、「紹介受診重点医療機関入院診療加算(入院初日 800点)」を新設
- 地域の診療所等から紹介された患者を紹介受診重点医療機関において診察し、紹介元に診療情報を提供した場合を「連携強化診療情報提供料」として評価
- 急性期充実体制加算、総合入院体制加算の施設基準として、紹介受診重点医療機関であることを評価

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

- 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

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。**

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用。**

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

【改定前】

	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。		

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

- ▶ 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。

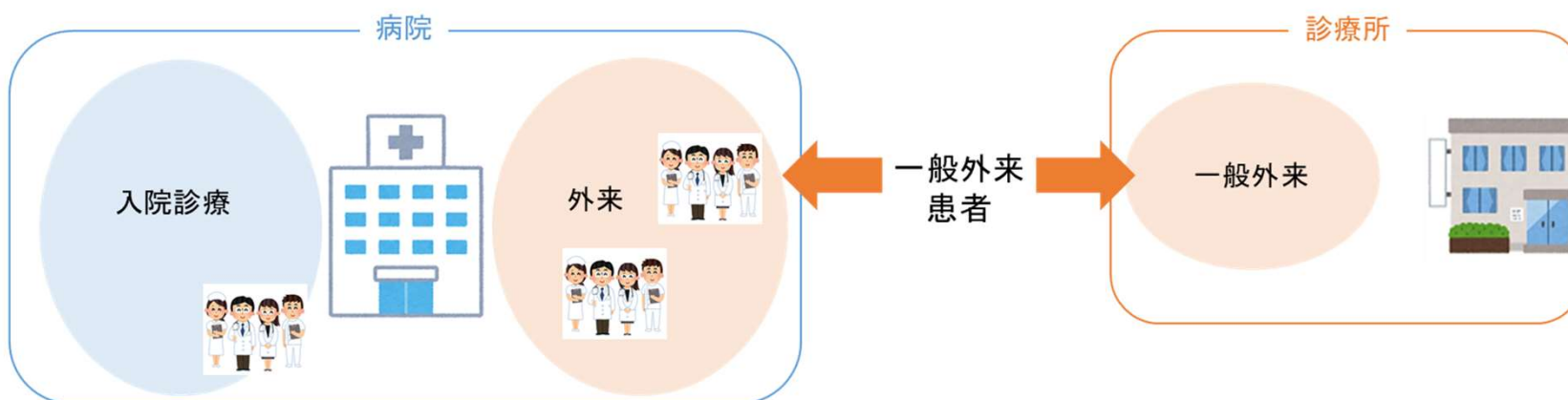
【改定後】 初診料の注2、3 214点 外来診療料の注2、3 55点
 (情報通信機器を用いた初診については186点)

	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。			

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

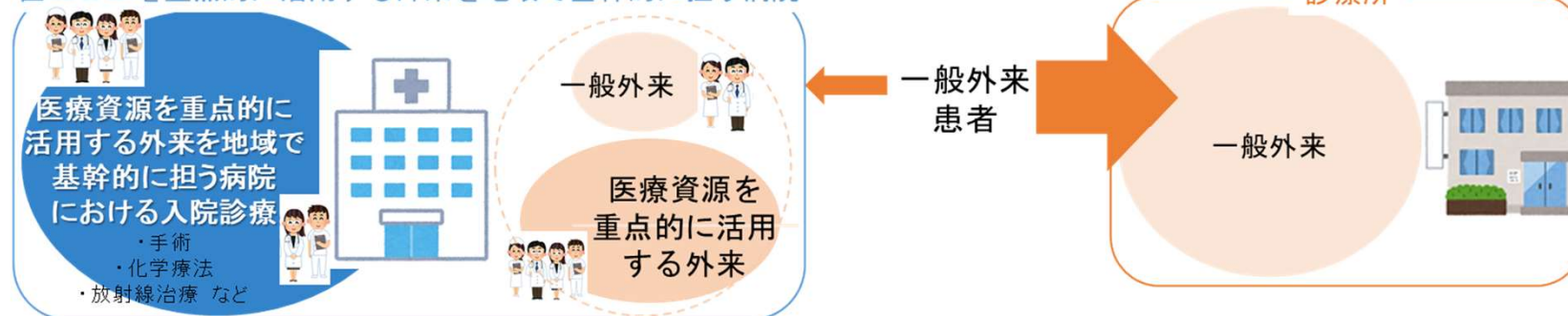
機能分化・強化による入院医療を含む病院の機能への効果

機能分化・強化を行っていない場合



機能分化・強化を行っている場合

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病院



医療資源を重点的に活用する外来を中心とした外来機能分化・強化を進めることにより、入院機能が強化され、さらに、医療資源重点活用外来を地域で基幹的に担う病院において、勤務医の外来負担の軽減等、医師の働き方改革に資すると考えられる。