

地域医療支援病院と紹介受診重点医療機関の比較について

	地域医療支援病院	紹介受診重点医療機関
制度の趣旨	医療施設機能の体系化の一環として、医師の少ない地域を支援する役割を担い、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を行い、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る病院（都道府県知事が個別に承認）	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、「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として、「紹介受診重点医療機関」を明確化したもの（地域の協議の場の結果をとりまとめ公表）
主な役割	<ul style="list-style-type: none"> 紹介患者に対する医療の提供（かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む） 医療機器の共同利用の実施 救急医療の提供 地域の医療従事者に対する研修の実施 	以下に示す、「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 <ol style="list-style-type: none"> ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来 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（紹介患者に対する外来等）
要件	<ul style="list-style-type: none"> 紹介患者中心の医療を提供していること <ol style="list-style-type: none"> ① 紹介率80%以上 ② 紹介率65%以上かつ逆紹介率40%以上 ③ 紹介率50%以上かつ逆紹介率70%以上 救急医療を提供する能力を有する 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保している 地域医療従事者に対する研修を行っている 原則200床以上 等 （開設主体） 原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人 等	<ul style="list-style-type: none"> 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準（※）、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向、紹介率・逆紹介率（※※）等を参考にしつつ協議を行い、協議が整った場合、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表 <p>（※）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</p> <p>（※※）紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上</p> 特定機能病院や地域医療支援病院についても、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、医療機関の意向と地域の協議の場での結論が一致した場合、紹介受診重点医療機関として広告することは可能。
根拠法・通知等	<ul style="list-style-type: none"> 医療法（平成9年改正） 医療法施行規則の一部を改正する省令の施行等について（令和3年3月局長通知） 	<ul style="list-style-type: none"> 医療法（令和3年改正） 外来機能報告等に関するガイドライン（令和4年3月）
医療機関数	18病院（R4.8.1） ↓	未定

[南渡島]函館市医師会病院、市立函館病院 [上川中部]旭川赤十字病院、旭川医療センター、旭川厚生病院 [北網]北見赤十字病院、
 [札幌]札幌北辰病院、KKR札幌医療センター、斗南病院、手稲溪仁会病院、市立札幌病院、JCHO北海道病院、北海道医療センター、札幌厚生病院
 [十勝]北斗病院、帯広厚生病院 [釧路]釧路労災病院、市立釧路総合病院

参 考

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

(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。

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 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。 ・ <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。		

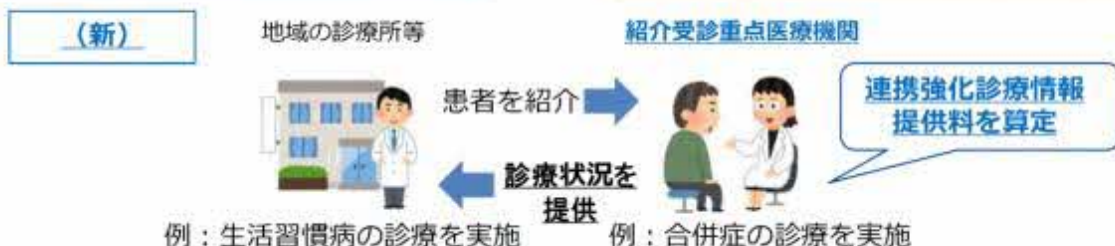
紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

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

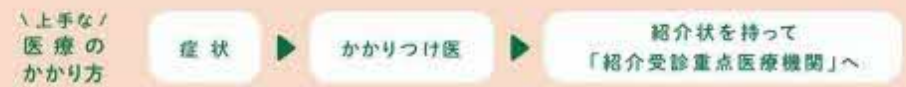


始まります。 紹介受診重点医療機関。



それは、かかりつけ医からの紹介状を持って
受診いただくことに重点をおいた医療機関です。

- この制度により、医療機関の混雑緩和や、スムーズな受診につながります。
- 紹介状がなく来院された場合は、一部負担金(3割負担等)とは別に、「特別の料金」がかかる場合があります。



2023年新制度スタート

1 「紹介受診重点医療機関」とは？

- 外来受診の際に紹介状が必要となる医療機関です。
- 手術・処置や化学療法等を必要とする外来、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来を行っています。
- 「紹介受診重点医療機関」の情報は、都道府県や厚生労働省のホームページをご確認ください。



へえどうやって受診するの？

2 紹介状を用いた受診のながれ



- 「かかりつけの医療機関」を受診後、専門的な検査や治療が必要と判断された場合に紹介状が発行されます。
- 紹介状を持って「紹介受診重点医療機関」を受診し、専門的な検査や治療を受けた後は、「かかりつけの医療機関」にて、経過を見てもらいましょう。
- 「かかりつけの医療機関」と「紹介受診重点医療機関」の役割分担により、患者さんが適切な検査や治療をよりスムーズに受けられるようになり、待ち時間の短縮等が期待されます。

なるほど！
待ち時間が
減るのはいいね！



3 新しいかかり方のコツを 覚えて 通院しましょう！



医療機関の機能・役割に応じた適切な受診を行うようお願いします。

令和4年10月1日から、国の制度見直しにより、紹介状を持たずに外来受診する患者等の「特別の料金」の額を引き上げます。ただし、対象病院に対しての保険給付※1から一定額を差し引くこととしています。

※1 保険給付とは、保険者から病院に支払われる金額のことをいいます。

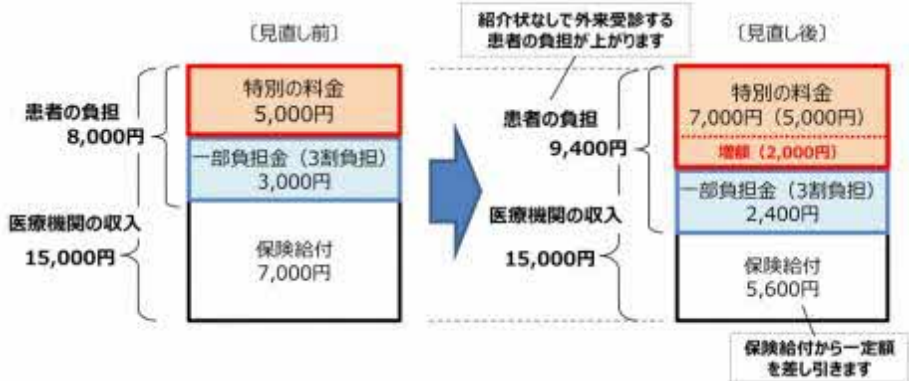
- 一部の病院に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じています。
- このため、国の制度により、一定規模以上の対象となる病院では、紹介状を持たずに外来受診する患者等から、一部負担金（3割負担等）とは別に、「特別の料金」を徴収することとしています。この制度について、対象病院を拡大するとともに、「特別の料金」の額を引き上げます。
- まずはお住まいの地域の医療機関を受診し、必要に応じて紹介を受ける等、医療機関の機能・役割に応じた適切な受診を行うよう、お願いいたします。

■ 制度の内容（赤字・下線は、令和4年10月1日からの見直し内容）

「特別の料金」の対象となる病院	特定機能病院 一般病床200床以上の地域医療支援病院 <u>一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（令和5年3月以降の公表を予定）</u> ※2		
「特別の料金」の対象となる患者 <small>対象とならない場合もあります。</small>	初診	他の医療機関からの紹介状なしで受診する患者	
	再診	病院から、他の医療機関への紹介状を交付されたにもかかわらず、当院を受診する患者	
「特別の料金」※3	初診	内科	5,000円以上 → 7,000円以上
		歯科	3,000円以上 → 5,000円以上
	再診	内科	2,500円以上 → 3,000円以上
		歯科	1,500円以上 → 1,900円以上

※2 新たに紹介受診重点医療機関になる病院の「特別の料金」については、紹介受診重点医療機関になってから半年間の経過措置があります。
※3 「特別の料金」の額には、消費税分が含まれます。消費税分を含めて、対象病院は上記の額以上の「特別の料金」を徴収します。

■ 患者の支払いイメージ（内科、一部負担金3割負担、初診の「特別の料金」を5000円から7000円とする場合）



Q1. なぜ「特別の料金」を支払わなくてはいけないのですか。

A. 一部の病院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ます。まずはお住まいの地域の医療機関を受診し、必要に応じて紹介を受けて、専門的な医療等を行う医療機関を受診するとともに、状態が落ち着いたら地域の医療機関に戻っていただくことが重要です。このため、国の制度により、外来機能の明確化・連携を進める観点から、一定規模以上の対象となる病院においては、紹介状を持たずに外来受診する患者等から、一部負担金（3割負担等）とは別に、「特別の料金」を徴収することとしています。

Q2. 特定機能病院とは何ですか。

A. 高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院です。大学病院等がこれにあたります。

Q3. 地域医療支援病院とは何ですか。

A. 救急医療や紹介患者に対する医療の提供等を行い、「かかりつけ医」等への支援を通じて地域医療の確保を図る病院です。

Q4. 紹介受診重点医療機関とは何ですか。

A. 医療法に基づき令和4年度から行われる外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において協議を行い、紹介患者への外来を基本とする医療機関として都道府県が公表した病院です。なお、令和4年度は、令和5年の3月頃に公表される予定です。

Q5. 保険給付からの一定額の差し引きとは何ですか。

A. 例外的・限定的な取扱いとして、紹介状を持たずに外来受診する患者等について、以下の額を保険給付から差し引くこととしています。

- ・初診：医科2,000円、歯科2,000円
- ・再診：医科 500円、歯科 400円

例えば、表面の「初診、医科、一部負担金3割負担の場合」は、以下ようになります。

- ・見直し前：保険給付 10,000円×7割=7,000円 一部負担金 10,000円×3割=3,000円
「特別の料金」5,000円
- ・見直し後：保険給付 (10,000円-2,000円)×7割=5,600円 一部負担金 (10,000円-2,000円)×3割=2,400円
「特別の料金」7,000円

Q6. 緊急に受診する場合等も、「特別の料金」の支払いの対象になりますか。

A. 救急の患者等については、医療機関は「特別の料金」を求めてはならないこととしています。また、自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者等については、医療機関が「特別の料金」を求めなくてもよいこととしています。詳細は、以下をご参照ください。

医療機関が「特別の料金」を求めてはならない患者	初診・再診・共通	<ol style="list-style-type: none"> ① 救急の患者 ② 国の公費負担医療制度の受給対象者 ③ 地方単独の公費負担医療の受給者（事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものに限る） ④ 無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者 ⑤ エイズ拠点病院におけるHIV感染者
医療機関が「特別の料金」を求めなくてもよい患者	初診	<ol style="list-style-type: none"> 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する患者 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 治療協力者である患者 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、自己都合により受診する場合を除く）
	再診	<ol style="list-style-type: none"> ① 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診する患者 ② 外来受診から継続して入院した患者 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、自己都合により受診する場合を除く）