

1. 外来機能分化の推進に係る現状等について
2. 紹介状なしで受診する場合等の定額負担について
  - 2-1 保険給付範囲からの控除額・追加負担額について
  - 2-2 除外要件の見直しについて
3. 紹介・逆紹介の推進について
4. 医療資源重点活用外来を地域において基幹的に担う医療機関に係る評価について
5. 論点

# 紹介状なしで受診する場合等の定額負担（現行）

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を求めているところ。

[対象患者]

- ・初診の場合：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
- ・再診の場合：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

※いずれも、③に掲げる場合は除く。

- ① 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は、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
- ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。
- ③ 緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。

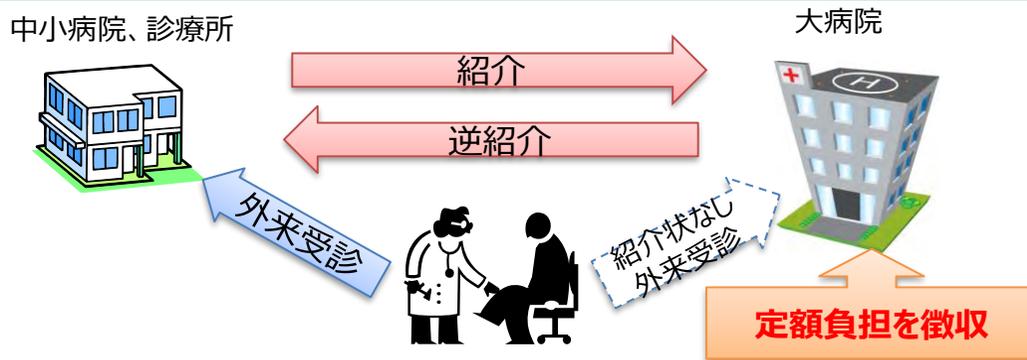
[緊急その他やむを得ない事情がある場合]

救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者

[その他、定額負担を求めなくて良い場合]

- a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
- b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
- c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等

- なお、一般病床200床以上の病院については、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、選定療養として特別の料金を徴収することができることとされている。



# 保険給付範囲からの控除額・追加負担額について

## 全世代型社会保障改革の方針（令和2年12月15日閣議決定）

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。

## 議論の整理（令和2年12月23日社会保障審議会医療保険部会）

かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診せず、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者の初・再診については、一定額（例：医科・初診の場合、2,000円程度）を保険給付範囲から控除し、それと同額以上の定額負担を増額すること

## 定額負担の徴収額の設定状況(医科)

- 初診時の定額負担の徴収額は、定額負担(義務)の対象病院は、5,000円以上6,000円未満に集中している一方で、定額負担(任意)の対象病院は、1,000円以上3,000円未満としている施設も多い。
- 再診時の定額負担の徴収額は、いずれも、2,500円以上3,000円未満が大半となっている。
- 徴収額の最大額は、初診は11,000円、再診は8,800円となっている。

### ■初診の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	2,000円 ~	3,000円 ~	4,000円 ~	5,000円 ~	6,000円 ~	7,000円 ~	8,000円 ~	9,000円 ~	10,000 円~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	536件	-	-	-	-	-	<b>511件</b> <u>(95.3%)</u>	2件 (0.4%)	2件 (0.4%)	11件 (2.1%)	0件 (0%)	10件 (1.9%)	11,000 円
定額負担(任意) 対象病院	605件	33件 (5.5%)	<b>187件</b> <u>(30.9%)</u>	<b>146件</b> <u>(24.1%)</u>	78件 (12.9%)	9件 (1.5%)	<b>148件</b> <u>(24.5%)</u>	1件 (0.2%)	0件 (0%)	2件 (0.3%)	0件 (0%)	1件 (0.2%)	11,000 円

### ■再診の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	1,500円 ~	2,000円 ~	2,500円 ~	3,000円 ~	3,500円 ~	4,000円 ~	4,500円 ~	5,000円 ~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	524件	-	-	-	-	<b>506件</b> <u>(96.6%)</u>	6件 (1.1%)	1件 (0.2%)	5件 (1.0%)	0件 (0%)	6件 (1.1%)	8,800 円
定額負担(任意) 対象病院	141件	19件 (13.5%)	2件 (1.4%)	4件 (2.8%)	4件 (2.8%)	<b>108件</b> <u>(76.6%)</u>	3件 (2.1%)	0件 (0%)	0件 (0%)	0件 (0%)	1件 (0.7%)	5,500 円

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したものの。
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

## 定額負担の徴収額の設定状況(歯科)

- 初診時の徴収額は、歯科における定額負担(義務)病院が徴収すべき最低金額である約3,000円、医科における最低金額である約5,000円に集中している。
- 再診時の徴収額は、歯科における定額負担(義務)病院が徴収すべき最低金額である約1,500円、医科における最低金額である約2,500円に集中している。

### ■初診の場合の設定額

～ 550円	～ 1,100円	～ 1,650円	～ 2,200円	～ 2,750円	～ 3,300円	～ 3,850円	～ 4,400円	～ 4,950円	～ 5,500円	～ 6,600円	～ 7,700円	7,701円 ～	計
7件 (1.1%)	50件 (7.6%)	37件 (5.6%)	54件 (8.2%)	22件 (3.4%)	<b>251件</b> <b>(38.3%)</b>	3件 (0.5%)	6件 (0.9%)	0件 (0%)	<b>210件</b> <b>(32%)</b>	2件 (0.3%)	2件 (0.3%)	12件 (1.8%)	656件

### ■再診の場合の設定額

～ 550円	～ 1,100円	～ 1,650円	～ 2,200円	～ 2,750円	～ 3,300円	～ 3,850円	～ 4,400円	～ 4,950円	～ 5,500円	5,501円 ～	計
5件 (1.1%)	4件 (0.9%)	<b>223件</b> <b>(49.7%)</b>	4件 (0.9%)	<b>206件</b> <b>(45.9%)</b>	1件 (0.2%)	1件 (0.2%)	2件 (0.4%)	0件 (0%)	2件 (0.4%)	1件 (0.2%)	449件

主な選定療養に係る報告状況(令和3年9月15日)に基づき作成。

※令和2年7月1日における地方厚生(支)局への届出状況をとりまとめたもの。

※上記の施設数は、定額負担(義務)、定額負担(任意)病院の両方を含んでいる。

## 徴収額の金額帯ごとの患者の受診動向（初診・1病院当たりの平均値）

- 特別の料金の徴収額が高いほど、外来初診患者数全体に占める、紹介状なし患者数の割合や、特別の料金を徴収した患者数の割合が低くなる傾向がみられる。

医科受診時の負担額	施設数 (件)	①外来初診患者数 (人)	②紹介状なし初診患者数(人)	③特別の料金を徴収した初診患者数(人)	④特別の料金を徴収しなかった初診患者数(人)	⑤外来初診患者数全体に占める紹介状なし初診患者数の割合 (②/①)	⑥外来初診患者数全体に占める特別の料金を徴収した初診患者数の割合 (③/①)
～999円	36	2033.1	1553.6	789.6	764.1	76.4%	38.8%
1,000円～	345	3062.8	1992.8	877.1	1115.7	65.1%	28.6%
3,000円～	89	3357.6	2210.9	756.3	1454.6	65.8%	22.5%
5,000円～	658	4002.9	1819.8	434.5	1385.4	45.5%	10.9%
7,000円～	15	4680.8	1847.9	247.5	1600.4	39.5%	5.3%
10,000円～	11	4206.7	1415.5	110.7	1304.8	33.6%	2.6%

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したものを。
- ・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
- ・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したものを。
- ・医科歯科併設となっている病院の一部については、歯科の患者数を含む。
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

## 徴収額の金額帯ごとの患者の受診動向（再診・1病院当たりの平均値）

○ 特別の料金の徴収額が高いほど、外来再診患者数全体に占める、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者の割合や、特別の料金を徴収した患者の割合が低くなる傾向がみられる。

医科受診時の負担額	施設数 (件)	①外来再診患者数 (人)	②他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した再診患者数 (人)	③特別の料金を徴収した再診患者数(人)	④特別の料金を徴収しなかった再診患者数(人)	⑤外来再診患者数全体に占める他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した再診患者数の割合 (②/①)	⑥外来再診患者数全体に占める特別の料金を徴収した再診患者数の割合 (③/①)
～1,999円	12	24208.8	8269.7	315.9	7953.8	34.2%	1.3%
2,000円～	313	48682.6	15559.5	35.4	15524.2	32.0%	0.1%
3,000円～	13	47920.4	9914.2	16.5	9897.7	20.7%	0.0%

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
- ・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
- ・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したもの。
- ・医科歯科併設となっている病院の一部については、歯科の患者数を含む。
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

# 診療を受ける際に少なくとも生じる額について

- 今回の見直しに当たって、保険給付の範囲から控除される額や、追加的に負担を求める額については、「全世代型社会保障改革の方針」(令和2年12月15日閣議決定)や医療保険部会「議論の整理」(令和2年12月23日)において、
  - ・ 控除額について、「例:医科・初診の場合、2000円程度」
  - ・ 追加負担額について、「それ(=控除額)と同額以上」とされている。
- この、「2,000円」の根拠は、「議論の整理」の参考資料において、「初診の場合、少なくとも生じる程度の額」とされているところ、医科・歯科の初診・再診の場合において、少なくとも生じる額は、それぞれ以下のとおり。

区分	点数	内容
医科・初診	214点	<u>一定規模以上の病床数を有する、紹介率・逆紹介率の実績が低い医療機関に、紹介状なし患者が来院した場合等の初診料</u>
医科・再診	55点	<u>一定規模以上の病床数を有する、紹介率・逆紹介率の実績が低い医療機関に、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患者が来院した場合の外来診療料</u>
歯科・初診	240点	<u>歯科外来診療における院内感染防止対策についての届出を行っていない場合の歯科初診料</u>
歯科・再診	44点	<u>歯科外来診療における院内感染防止対策についての届出を行っていない場合の歯科再診料</u>

1. 外来機能分化の推進に係る現状等について
2. 紹介状なしで受診する場合等の定額負担について
  - 2-1 保険給付範囲からの控除額・追加負担額について
  - 2-2 除外要件の見直しについて
3. 紹介・逆紹介の推進について
4. 医療資源重点活用外来を地域において基幹的に担う医療機関に係る評価について
5. 論点

# 除外要件の見直しについて

## 全世代型社会保障検討会議 中間報告(令和元年12月19日)

具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合(緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など)の要件の見直しを行う

## 議論の整理(令和2年12月23日社会保障審議会医療保険部会)

大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進するとともに、再診を続ける患者への定額負担を中心に、除外要件の見直し等を行うこと

### ○ 「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」における診療科の取扱い

- ・ 「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」の明確化については、紹介患者への外来を基本とするという、当該医療機関の機能を地域の患者が認識しやすくすること等により、患者がまずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて当該医療機関を受診するとともに、状態が落ち着いたら逆紹介を受けて地域に戻るなど、患者の流れのさらなる円滑化を図るもの。
- ・ 「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」の明確化に当たっては、国の示す基準を参考にして、当該医療機関の意向に基づき、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえる仕組みとすることとしており、当該医療機関の意向に反して、強制的に「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」となることはない。
- ・ 外来医療に関するデータや議論の蓄積が少なく、現在のNDBでは診療科ごとのデータ分析には限界がある中で、患者の分かりやすさの観点から、まずは、「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」は、医療機関単位で設定することが適当ではないか。
- ・ その上で、診療科ごとのデータ分析を行うため、レセプトや外来機能報告における対応など、引き続き改善策を検討していくことが適当ではないか。
- ・ また、「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」のうち、一般病床200床以上の病院は紹介状がない患者の外来受診時の定額負担の対象となることとされているが、現行の定額負担においては、定額負担の徴収を認められない患者（救急の患者、国の公費負担医療制度の受給対象者など）及び徴収を求めないことができる患者（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、特定健診・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など）が定められており、今後、中央社会保険医療協議会等において「除外要件」の検討が進められる。その際、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など、患者がまずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて当該医療機関を受診するという受診の流れとならない場合に配慮することが重要ではないか。

# 特別の料金の徴収を認められない患者・徴収を求めないことができる患者について

現行制度においては、①緊急その他やむを得ない事情がある場合として、特別の料金の徴収を求めることが認められない患者、②正当な理由がある場合として、徴収を求めないことができる患者の類型がそれぞれ定められているが、これは、**初診・再診の両方に共通の類型**となっている。

(※)特別の料金の徴収対象患者

・初診の場合：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者

・再診の場合：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

## 選定療養(平成8年度～)

初再診料とは別に、特別の料金を徴収することができる。  
(一般病床200床以上の病院が対象)

- |   |
|---|
| ① 緊急の患者   |
| 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対象者(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                                 |

① 徴収を認められない患者

## 定額負担義務(平成28年度～)

初再診料とは別に、特別の料金を徴収することが義務付けられている。  
(特定機能病院又は一般病床200床以上の地域医療支援病院が対象)

- |   |
|---|
| 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対象者(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   |
| 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                         |

① 徴収を認められない患者

② 徴収を求めなくても良い患者

初再診に共通の類型

## 特別の料金を徴収しなかった患者の内訳について(初診)

特別の料金を徴収しなかった患者について、初診時については、「救急の患者」、「救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者」、「自施設の他の診療科を受診している患者」等の割合が高くなっている。

類型	人数 (合計延べ数)	総数に占める割合
特別の料金の徴収を行うことは認められない患者	746,206	49.8%
救急の患者	589,582	39.4%
国の公費負担医療制度の受給対象者	79,018	5.3%
地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼している者に限る。)	81,953	5.5%
無料定額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者	2,786	0.2%
エイズ拠点病院におけるHIV感染者	271	0.0%
特別の料金の支払いを求めないことができる患者	688,751	46.0%
自施設の他の診療科を受診している患者	145,670	9.7%
医科と歯科の間で院内紹介された患者	55,269	3.7%
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	35,361	2.4%
救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者	206,961	13.8%
外来受診から継続して入院した患者	101,186	6.8%
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	9,941	0.7%
治験協力者である患者	119	0.0%
災害により被害を受けた患者	2,197	0.1%
労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	71,128	4.8%
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	59,797	4.0%
その他(患者の同意が取れなかった場合・コロナ関係等)	55,598	3.7%
特別の料金を徴収しなかった患者の総数	1,497,085	100.0%

(注) ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日～6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。  
・複数回答であり、また、一部の病院については、内訳の数の記載がないため、各項目の合計値は、総数と一致しない。

## 特別の料金を徴収しなかった患者の内訳について(再診)

特別の料金を徴収しなかった患者について、再診時については、「自施設の他の診療科を受診している患者」「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」の患者の割合が高くなっている。

類型	人数 (合計延べ数)	総数に占める 割合
特別の料金の徴収を行うことは認められない患者	1,109,449	17.1%
救急の患者	149,624	2.3%
国の公費負担医療制度の受給対象者	398,089	6.1%
地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼している者に限る。)	330,178	5.1%
無料定額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者	37,648	0.6%
エイズ拠点病院におけるHIV感染者	7,714	0.1%
特別の料金の支払いを求めないことができる患者	3,941,001	60.7%
自施設の他の診療科を受診している患者	1,837,951	28.3%
医科と歯科の間で院内紹介された患者	29,017	0.4%
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	8,624	0.1%
救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者	50,690	0.8%
外来受診から継続して入院した患者	62,513	1.0%
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	19,337	0.3%
治験協力者である患者	3,098	0.0%
災害により被害を受けた患者	7,761	0.1%
労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	121,621	1.9%
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	1,547,530	23.8%
その他(患者の同意が取れなかった場合・コロナ関係等)	1,387,919	21.4%
特別の料金を徴収しなかった患者の総数	6,493,023	100.0%

### 具体的な該当患者の例

(初診の該当患者も含む)

- ・ 院内出生病児
- ・ 移植ドナーの患者
- ・ 紹介先の医療機関が新型コロナウイルスによる診療休止のためやむを得ず受診した患者
- ・ 予約受診の患者

(注) ・ 保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日~6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。  
・ 複数回答であり、また、一部の病院については、内訳の数の記載がないため、各項目の合計値は、総数と一致しない。

## 紹介状なしで受診する場合等の定額負担に係る課題(小括)

(保険給付範囲からの控除額・追加負担額について)

- 初診時の定額負担の徴収額は、
  - ・ 医科については、定額負担(義務)の対象病院の場合、初診は5,000円以上6,000円未満、再診は2,500円以上3,000円未満に集中。
  - ・ 歯科については、初診は3,000円程度又は5,000円程度、再診は1,500円程度又は2,500円程度の場合が多い。
- 特別の料金の徴収額が高いほど、外来初診／再診患者数全体に占める、紹介状なし患者数(再診の場合は、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者数)の割合や、特別の料金を徴収した患者数の割合が低くなる傾向がみられる。
- 控除額については、医療保険部会の「議論の整理」において、医科・初診の場合、「少なくとも生じる程度の額」として2,000円が例示されているところであるが、現行の診療報酬点数上、少なくとも生じる点数は、医科・初診の場合:214点、医科・再診の場合:55点、歯科・初診の場合240点、歯科・再診の場合44点となっている。

(除外要件の見直しについて)

- 除外要件の見直しに関して、外来機能報告等に係るワーキンググループにおいては、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など、患者がまずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて当該医療機関を受診するという受診の流れとならない場合に配慮することが重要とされている。
- 現行制度では、①緊急その他やむを得ない事情がある場合として、特別の料金の徴収を求めることが認められない患者、②正当な理由がある場合として、徴収を求めないことができる患者の類型が存在するが、これは、初診・再診の両方に共通の類型。
- 特に、初診時については、「救急の患者」、「救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者」「自施設の他の診療科を受診している患者」等の割合が高くなっており、再診時については、「自施設の他の診療科を受診している患者」「その他」の患者の割合が高い。