

大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大について

第2章 各分野の具体的方向性

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

② 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

2022年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となる中で、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢者医療のウエイトがますます高まっていく。医療のアクセスや質を確保しつつ、病院勤務医・看護師等の過酷な勤務環境を改善して持続可能な医療提供体制を確保していくためには、地域医療構想の推進や医師等の働き方改革、医師偏在対策を進めるとともに、地域密着型の中小病院・診療所の在り方も踏まえ、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化を図ることが不可欠である。

医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用や病院勤務医・看護師をはじめとする医師等の働き方改革にもつながる。

このような考え方の下、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。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。
- ・ 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。

(参考)健康保険法等の一部を改正する法律(平成14年法律第102号)附則第2条第1項

医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする

【医療資源を重点的に活用する外来（仮称）】

議論いただきたい論点①

- 人口減少や高齢化等により地域ごとに「担い手の減少」と「需要の変化」が進み、外来医療の高度化等も進んでいく中で、入院医療とともに、外来医療についても議論を進めていくことが必要である。その際、まず、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）に着目して、地域における外来機能の明確化・連携を図るとともに、かかりつけ医機能の強化を併せて議論することは、今後、外来医療全体の在り方について議論を進めていくために必要な第一歩ではないか。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）として、基本的に次のようなものが考えられるのではないか。具体的な内容は、今後さらに、専門的に検討を進める場において検討することとしてはどうか。
 - ・ 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（紹介患者に対する外来等）

【外来機能報告（仮称）】

議論いただきたい論点②

- 地域において外来機能の明確化・連携を進めていくに当たって、データに基づく議論を進めるため、病床機能報告を参考に、各医療機関から都道府県に、外来機能全体のうち、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）に関する医療機能の報告（外来機能報告（仮称））を行うこととし、これにより、地域ごとに、どの医療機関で、どの程度、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）が実施されているか明確化を図ることとしてはどうか。
- 制度趣旨や負担等の観点から、外来機能報告（仮称）の対象となる医療機関の範囲について、どのように考えるか。

【地域における協議の仕組み】

議論いただきたい論点③

- 地域における外来機能の明確化・連携に向けて、都道府県の外来医療計画において、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能の明確化・連携を位置付けるとともに、地域における協議の場において、外来機能報告(仮称)を踏まえ、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整を行うこととしてはどうか。
- 地域における外来機能の明確化・連携を進めていく中で、地域での協議を進めやすくする観点や、国民・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」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化する仕組みを設け、その方法として、外来機能報告(仮称)の中で報告することとしてはどうか。また、紹介患者への外来を基本とする医療機関であることが患者に分かるよう、広告可能としてはどうか。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の報告に当たっては、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、地域の実情を踏まえることができる仕組みとしてはどうか。
- 地域医療構想では、地域医療構想調整会議の協議を踏まえた自主的な取組だけでは進まない場合、都道府県知事の権限が設けられているが、外来機能の明確化・連携に関して、都道府県知事の権限について、どのように考えるか。

「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関について(案)

趣旨

- 患者にいわゆる大病院志向がある中で、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが求められている。
 - このため、外来機能の明確化・連携に向けた取組の第一歩として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目し、これを地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する。
- ⇒ これにより、病院で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、医師働き方改革にも資することが期待される。

明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。
 - 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)
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。

(参考)地域医療支援病院との関係について

- 地域医療支援病院は、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医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 今後、その機能をより明確にするため、地域連携のあり方等については更に検討。

定額負担の対象病院拡大について（案）

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在検討されている外来機能報告（仮称）においては、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関を地域の実情を踏まえつつ、明確化することが検討されている。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加えることとしてはどうか。

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
200床以上	86 (1.0%)	580 (6.9%)	688 (8.2%) 「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う病院	1,354 (16.1%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

現在の定額負担（義務）対象病院

現在の定額負担（任意）対象病院

出典：特定機能病院一覧等を基に作成（一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計）

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

定額負担対象病院の外来患者数の内訳（1病院当たりの平均値）

- 初診患者については、定額負担(義務)対象病院は、定額負担(任意)対象病院に比して、紹介状なしの患者、定額負担徴収患者の比率がいずれも低くなっている。
- 再診患者については、定額負担(義務)対象病院、定額負担(任意)対象病院のいずれも、定額負担徴収患者比率が非常に低くなっている。

定額負担(義務)対象病院

■初診(n=559)

①初診の患者数(人)	4034.3
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1798.4
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	423.3
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	1375.2
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	44.6%
⑥初診患者全体のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	10.5%
⑦紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	23.5%

■再診(n=269)

①再診の患者数(人)	50278.7
②うち、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(人)	15413.1
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	38.1
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	15375.0
⑤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比率(②/①)	30.7%
⑥再診患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	0.1%
⑦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うち、定額負担徴収患者の比率	0.2%

定額負担(任意)対象病院

■初診(n=620)

①初診の患者数(人)	3116.8
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1900.2
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	731.5
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	1168.7
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	61.0%
⑥初診患者全体のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	23.5%
⑦紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	38.5%

■再診(n=139)

①再診の患者数(人)	31909.9
②うち、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(人)	17139.5
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	181.7
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	16957.8
⑤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比率(②/①)	53.7%
⑥再診患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	0.6%
⑦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うち、定額負担徴収患者の比率	1.1%

- (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の(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)
- ・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。

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。
- ・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。

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)

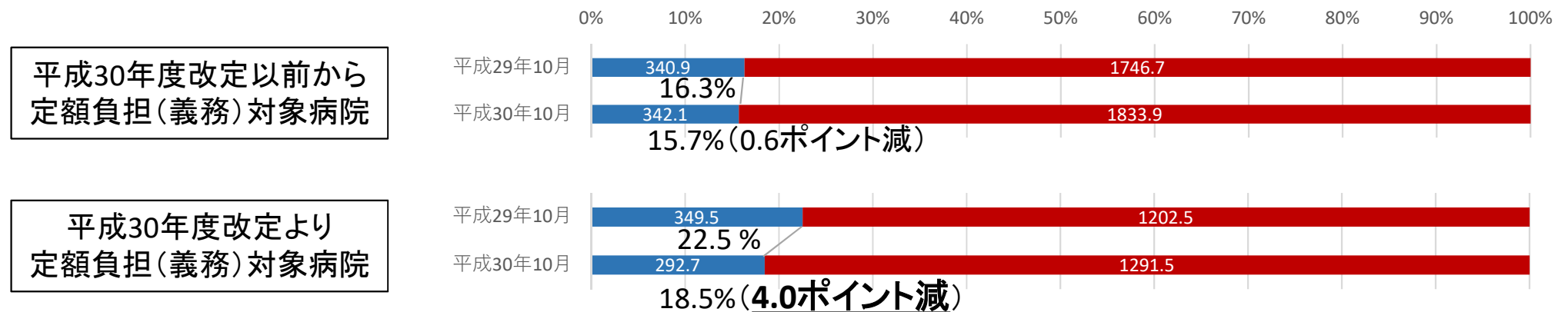
- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したものの。
- ・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
- ・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したものの。
- ・医科歯科併設となっている病院の一部については、歯科の患者数を含む。
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

(平成30年度検証調査) 定額負担の義務化による徴収額及び対象患者比率の変化

- 平成30年度改定により新たに定額負担(義務)の対象となった病院については、改定前に比べて、平均徴収額が2,000円程度増加。
- 平成29年10月と平成30年10月のデータを見ると、平成30年度改定以前から定額負担(義務)の対象となった病院、平成30年度改定より定額負担(義務)の対象となった病院のいずれも、定額負担の対象患者の比率は減少しているが、平成30年度改定より定額負担(義務)の対象となった病院の方が、減少幅は大きくなっている。

		施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値
平成30年度改定以前から定額負担の仕組み対象病院(特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院)	平成29年10月	146	5,451.6	697.7	5,400	10,800	5,000
	平成30年10月	149	5,489.5	816.2	5,400	10,800	5,000
平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院(一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院)	平成29年10月	92	3,131.6	1,118.9	2,850	5,400	1,080
	平成30年10月	92	5,352.2	129.8	5,400	5,400	5,000

■ 初診患者に占める定額負担の対象患者の比率について



定額負担の増額と公的医療保険の負担軽減について（案）

1 定額負担の増額

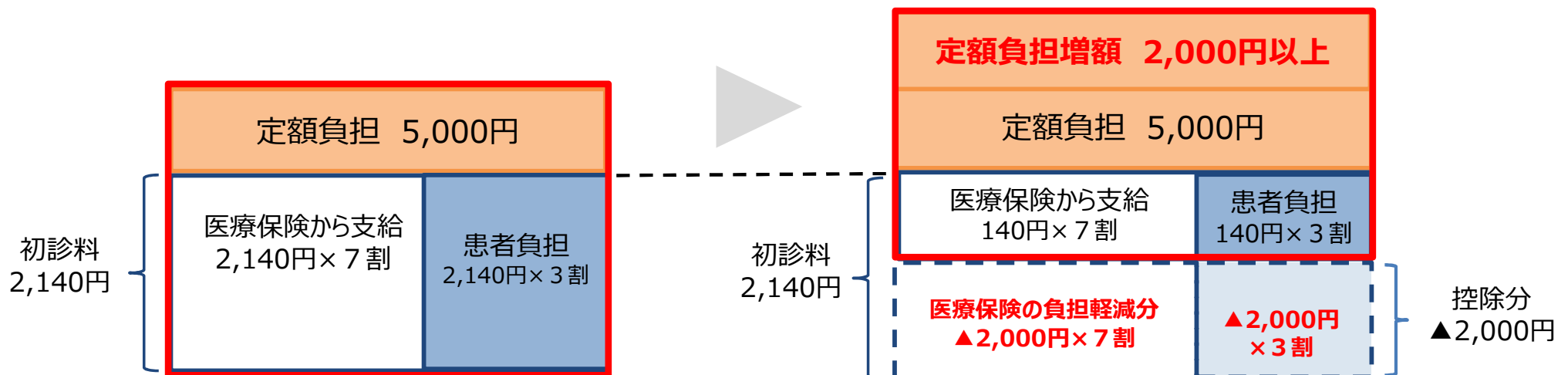
- 大病院の紹介状なし患者をさらに減少させ、より機能分化の実効性が上がるよう、定額負担の額を増額してはどうか。

2 公的医療保険の負担軽減

- 外来機能の分化の推進の観点からは、本来、大病院を紹介状なしで受診する必要性は低く、まずはかかりつけ医等を受診することが望ましい。このため、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者に係る初・再診については、保険給付（選定療養費の患者への給付）を行う必要性が低いと考えられ、一定額をその範囲から控除してはどうか。
- 控除に当たっては、受診の際に少なくとも生じる初・再診料（※）相当額を目安に控除し、それと同額以上に定額負担を増額してはどうか。具体的には、例えば、初診料について2,000円控除した場合、増額幅は2,000円以上とすることが考えられる。
 - ※ 初診料288点、外来診療料74点。ただし、紹介率が低い場合等にそれぞれ214点、55点に減額されることとなる点に留意。

現行制度（初診のみ・3割負担の場合）

新たな制度案（2,000円増額等の一定の仮定をおいた場合）



※ 1 初診料は288点だが、紹介率が低い場合等に214点に減額されるケースを想定。
※ 2 赤枠部分が医療機関の収入総額となり、現行制度と見直し案は同額となる。

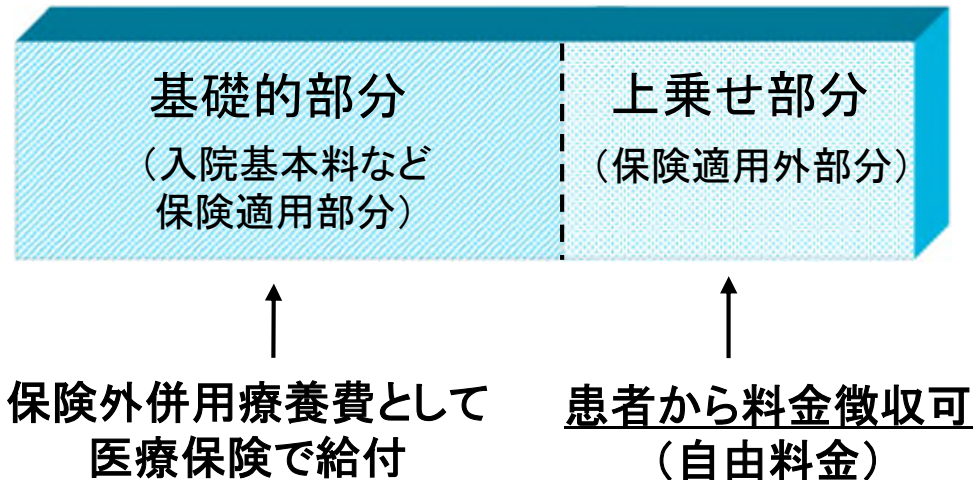
保険外併用療養費制度について

平成18年の法改正により創設
(特定療養費制度から範囲拡大)

○ 保険診療との併用が認められている療養

- ① 評価療養
 - ② 患者申出療養
 - ③ 選定療養
- ① ② } 保険導入のための評価を行うもの
- ③ → 保険導入を前提としないもの

保険外併用療養費の仕組み [評価療養の場合]



※ 保険外併用療養費においては、患者から料金徴収する際の要件(料金の掲示等)を明確に定めている。

○ 評価療養

- ・ 先進医療(先進A:21技術、先進B:60技術 令和2年4月時点)
- ・ 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
- ・ 薬価基準収載医薬品の適応外使用
(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- ・ 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用
(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

○ 患者申出療養

○ 選定療養

- ・ 特別の療養環境(差額ベッド)
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 大病院の初診
- ・ 大病院の再診
- ・ 小児う蝕の指導管理
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為
- ・ 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ

療養に係る所定点数から、当該所定点数を構成する通算対象入院料の基本点数に100分の15を乗じた点数を控除した点数

徴収を認められない患者及び徴収を求めないことができる患者

選定療養(平成8年度～)

〔紹介状なしで病院を受診した患者については、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)〕

対象除外

- | |
|---|
| 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 |

大病院受診時定額負担(平成28年度～)

〔紹介状なしで病院を受診した患者については、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)〕

対象除外

対象除外にできる

- | |
|---|
| 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 |
| ⑥ 自施設の他の診療科を受診している患者 |
| ⑦ 医科と歯科との間で院内紹介された患者 |
| ⑧ 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 |
| ⑨ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者 |
| ⑩ 外来受診から継続して入院した患者 |
| ⑪ 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 |
| ⑫ 治験協力者である患者 |
| ⑬ 災害により被害を受けた患者 |
| ⑭ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 |
| ⑮ 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 |

特別の料金を徴収しなかった患者の内訳について

○ 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」等の割合が高くなっている一方で、再診時については、「その他」の患者の割合が高くなっている。

初診

再診

初診	再診				
類型	人数 (合計延べ数)	総数に占める割合	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%	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	589,582	39.4%	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	79,018	5.3%	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。)	81,953	5.5%	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	2,786	0.2%	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	271	0.0%	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	688,751	46.0%	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	145,670	9.7%	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	55,269	3.7%	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	35,361	2.4%	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	206,961	13.8%	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	101,186	6.8%	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	9,941	0.7%	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	119	0.0%	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	2,197	0.1%	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	71,128	4.8%	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	59,797	4.0%	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)	55,598	3.7%	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	1,497,085	100.0%	特別の料金を徴収しなかった患者の総数	6,493,023	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。(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)

・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。

定額負担を徴収しない場合の要件(除外要件)の見直しについて(案)

除外要件の見直し

- 当該患者が定額負担の徴収対象となるか否かが保険給付（選定療養費）の額にも影響する仕組みとなるため、現行の定額負担の徴収状況等も踏まえつつ、定額負担を徴収しない場合の要件についてはより厳格な運用を行う必要があるのではないか。
- 具体的には、現行の徴収実態等を踏まえつつ、患者の医療機関へのアクセスを過度に制限しないよう配慮したうえで、直接受診する必要性の高い患者に限定するといった観点から中央社会保険医療協議会において検討を進めることとしてはどうか。
- その際、他の医療機関を逆紹介したにも関わらず、再診を続ける患者への定額負担については、初診時よりも徴収率が低いことから、除外要件の見直しと合わせてより実効性を高めるため必要な対応を検討することとしてはどうか。

※ 現状、①緊急その他やむを得ない事情がある場合にはそもそも選定療養に該当しないことから定額負担を徴収してはならないこととされており、また、②紹介がない患者等に対して定額負担を求めないことについて正当な事由がある場合には徴収義務は生じないこととされている。これらに該当する具体的な場合は、通知において示されている。これらの除外要件は、大病院受診時定額負担が義務化された平成28年度以降は見直しが行われていない。