

# 外来(その3)

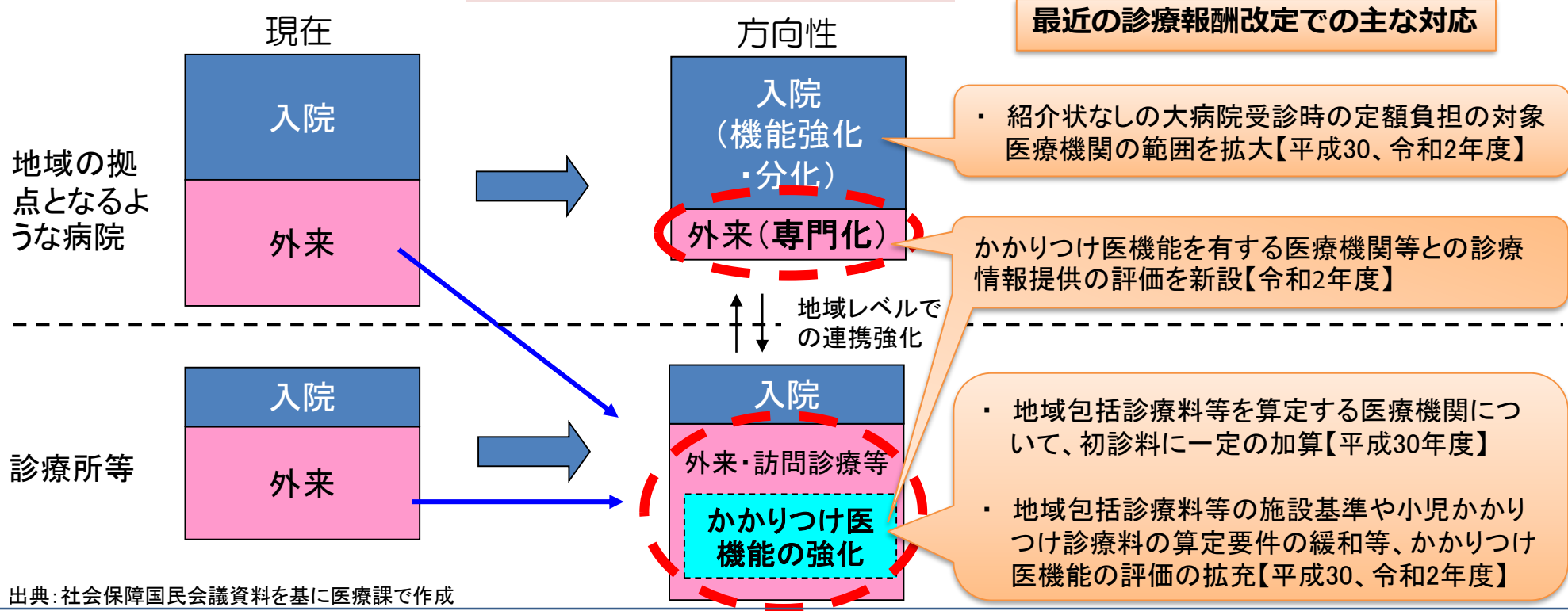
1. 外来機能分化の推進に係る現状等について
2. 紹介状なしで受診する場合等の定額負担について
3. 紹介・逆紹介の推進について
4. 医療資源重点活用外来を地域において基幹的に担う医療機関に係る評価について
5. 論点

# 外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

## 外来医療の役割分担のイメージ



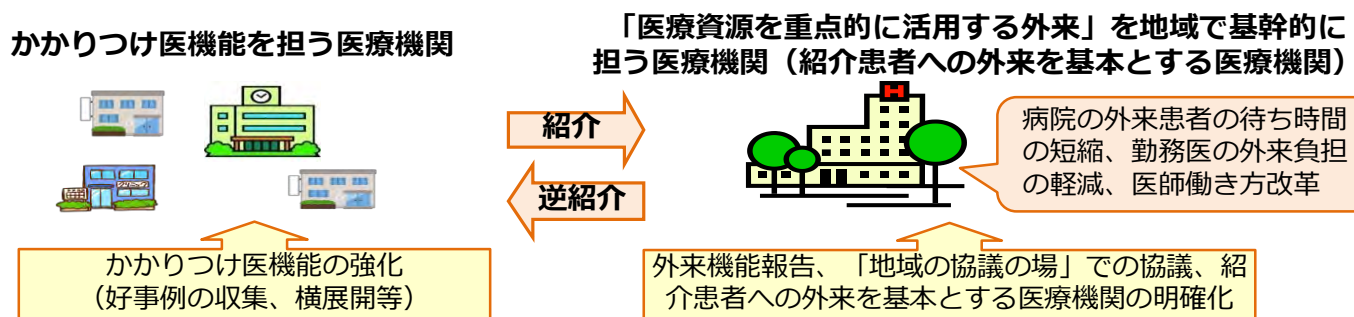
## 1. 外来医療の課題

- 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、患者にいわゆる大病院志向がある中、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。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

## 2. 改革の方向性（案）

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
  - ① **医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告**する。
  - ② ①の外来機能報告を踏まえ、**「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。
 → ①・②において、協議促進や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」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化**
  - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、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決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院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、医師働き方改革に寄与



### 〈「医療資源を重点的に活用する外来」のイメージ〉

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
- 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 など）

## 1. 外来機能の明確化・連携

令和3年2月8日

第78回社会保障審議会医療部会

参考資料1

### 〔現状及び課題〕

- 中長期的に、地域の医療提供体制は人口減少や高齢化等に直面。外来医療の高度化も進展。このような地域の状況の変化に対応して、質の高い外来医療の提供体制を確保・調整していくことが課題。
- 高齢化の進展により、複数の慢性疾患を抱える高齢者が増加する中で、かかりつけ医機能を強化していくことが課題。
- 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ている状況とは言えない。患者にいわゆる大病院志向がある中で、再診患者の逆紹介が十分に進んでいないこと等により一定の医療機関の外来患者が多くなり、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題。
- 外来機能の明確化・連携は、これまで医療関係者の自主的な取組が進められてきたものの、地域によっては取組が進んでいないところもあり、これをさらに進めていくことが重要。

### 〔具体的方策・取組〕

#### (1) 全体の枠組み

- 紹介患者を基本とする外来として、「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議論することは、外来医療全体の在り方の議論のために必要な第一歩。
- 各医療機関から都道府県に「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能を報告し、その報告を踏まえ、地域における協議の場において、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。
- 患者の分かりやすさや地域の協議を進めやすくする観点から、「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。地域の患者の流れがより円滑になり、病院の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に資すると期待。

#### (2) 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に次の機能が考えられるが、具体的な内容は、今後さらに検討。(※)
    - 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）
- ※ (2)～(4)において、「今後さらに検討」とした事項は、地域医療の担い手も参画するとともに、患者の立場も考慮した専門的な検討の場において検討。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)の呼称は、患者の立場からみた呼称として、紹介状の必要な外来や紹介を基本とする外来などの意見。今般の趣旨を適切に表すことに留意しつつ、国民の理解が得られるよう、国民の分かりやすさの観点から、今後さらに検討。

# 外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書（概要）②

令和2年12月11日 医療計画の見直し等に関する検討会

令和3年2月8日

第78回社会保障審議会医療部会

参考資料1

## (3) 外来機能報告（仮称）

- 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。
- 外来機能報告（仮称）を行う医療機関は、まずは、併せて報告する病床機能報告と同様、一般病床又は療養病床を有する医療機関を基本とし、無床診療所については、任意で外来機能報告（仮称）を行うことができる。
- 外来機能報告（仮称）の具体的な報告事項は、今後さらに検討。

## (4) 地域における協議の仕組み

- 都道府県の外来医療計画において、外来機能の明確化・連携を位置付ける。外来機能報告（仮称）を踏まえ、地域における協議の場において、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。
- 「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。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、広告可能とする。
- 「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の報告に当たっては、(2)①～③の割合等の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する。
- 「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の呼称や、国の示す基準は、今後さらに検討。
- 診療科ごとの外来医療の分析、紹介・逆紹介の状況の分析等は、今後さらに検討。再診患者の逆紹介が適切に進むように配慮。

## 2. かかりつけ医機能の強化、外来医療における多職種の役割、外来医療のかかり方に関する国民の理解の促進

### (1) かかりつけ医機能の強化

- かかりつけ医機能について、日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月）、地域の実践事例等を踏まえ、予防や生活全般の視点、介護や地域との連携、休日・夜間の連携を含め、地域における役割の整理が求められている。かかりつけ医機能を発揮している事例等を調査・研究し、かかりつけ医機能に係る好事例の横展開を図る。
- 医療関係団体による研修等の内容や研修等を受けた医師の実践事例等を国民に周知し、かかりつけ医機能に係る国民の理解を深める。
- 医療機能情報提供制度について統一的で分かりやすい検索システムを検討するとともに、医療機能情報提供制度を周知。

### (2) 外来医療における多職種の役割

- 外来医療において、多職種が連携して、それぞれの専門性を発揮しており、チームとしての役割・連携を推進。

### (3) 外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進

- 上手な外来医療のかかり方のポイント、かかりつけ医をもつことのメリット等を整理し、関係機関・団体が周知・啓発に活用できるツールを作成するとともに、展開方法を共有。国においても、医療関係団体等の協力の下、国民・患者に対して積極的に周知・啓発。



## 「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。

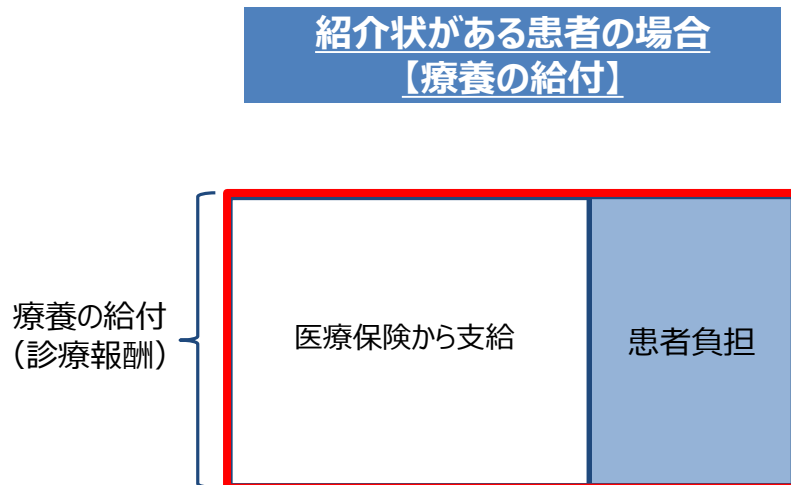
## 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡充について

## 見直し案

- 患者が安心して必要な医療機関を受診できる環境を作り、診察の待ち時間を減らすためには、患者自身が医療機関の選択等を適切に理解して医療にかかること（上手な医療のかかり方）が必要。
- **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**、患者自身の状態にあ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う流れをより円滑にする**ため、**現行の紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担（選定療養）を以下のように見直し**てはどうか。
  - ①新たに設けられる「**紹介患者への外来を基本とする医療機関**」にも、**対象医療機関を拡大**する。  
※一般病床200床以上のみ
  - ②**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、一定額を保険給付範囲から控除し、同額以上に定額負担の額を増額する。（例外的・限定的な取扱）**  
※一定額の例：初診の場合、少なくとも生じる程度の額として2,000円  
※外来初診患者数全体に占める定額負担徴収患者の比率は、定額負担5,000～7,000円の場合は10.9%であるが、7,000円～10,000円の場合は5.3%
  - ③さらに、**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。

外来機能分化に沿った受診

例外的・限定的な取扱



※ 現行の算定額から一定額を控除した額を基準として選定療養費を支給



## 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。

## 第3章 医療

### 3. 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

第1次中間報告では、「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」とする方向性を示したところである。

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。

#### <対象範囲拡大のイメージ>

一般病床数	特定機能病院／地域医療支援病院	その他
200床以上	現在の定額負担（義務）対象病院 666 (7.9%)	紹介患者への外来を 基本とする医療機関 688 (8.2%)
200床未満	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)

## 第4章 終わりに

現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」の考え方は、今後とも社会保障改革の基本であるべきである。本方針を速やかに実施するとともに、今後そのフォローアップを行いつつ、持続可能な社会保障制度の確立を図るため、総合的な検討を進め、更なる改革を推進する。

## 2. 医療機関の機能分化・連携等

（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）

- これらの意見等を踏まえ、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、患者自身の状態にあ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ため、以下の方針に基づき、中医協において具体的に検討すべきである。
  - ・ 新たに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」として報告された医療機関のうち一般病床200床以上の病院にも対象医療機関を拡大すること
  - ・ 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。また、こうした仕組みは、医療保険財政のためではなく、外来機能の分化のために行うものであるため、例外的・限定的な取扱とするとともに、制度趣旨について、国民への説明を丁寧に行うこと
  - ・ 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
- あわせて、上手な医療のかかり方に関する啓発を進めるべきである。

# 「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」の基本的な考え方(案)

10/20 外来機能報告等に関するワーキンググループ資料

- 「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、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携を進め、患者の流れのさらなる円滑化を図るため、入院の前後の外来や医療機器・設備等、医療資源の活用が大きく、紹介患者への外来を基本とする医療機関について明確化するもの。
- 外来医療においては、医療資源や医療ニーズの状況等が地域によって異なっているため、「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、地域性を考慮する必要があり、国が示す基準を参考にし、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いる。
- 「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」の国の基準については、これらを踏まえつつ、初診と再診とで患者の受診行動に相違があることを勘案して検討してはどうか。
- また、外来医療に関するデータや議論の蓄積が少ない中で、「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、外来機能報告や地域の協議の場での協議を重ね、改善を図りながら、精緻化していくものとして検討してはどうか。
- なお、「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おり、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検討が進められることとなる。



# 「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」の国の基準(案)

10/20 外来機能報告等に関するワーキンググループ資料

- 「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、次の案について検討してはどうか。

※ 特定機能病院も、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が、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を行う病院としての側面が強いことから、本件を検討するに当たっては、地域医療支援病院の状況を踏まえてはどうか。

## <基準(案)>

- ▶ (「医療資源を重点的に活用する外来」の項目案について、次ページのものとした場合(②高額等の医療機器・設備を必要とする外来について、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(550点以上)」を算定するとした場合))
- ・ 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●%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●%以上

- その上で、地域の実情や医療機関の特性を踏まえて参考とする指標をガイドラインで示すこととしてはどうか。その際、紹介・逆紹介を推進する観点から、参考とすることが望ましい指標として、紹介率・逆紹介率を位置付けることとしてはどうか。なお、具体的な水準については、紹介率・逆紹介率等の調査結果(9月の紹介率・逆紹介率を調査中)を踏まえ、検討する。

※ 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(案)>

- ・ 紹介率・逆紹介率：紹介率●%以上 かつ 逆紹介率●%以上

# 外来機能分化に係る主な指摘事項

(令和3年7月7日 中央社会保険医療協議会 総会)

- 外来機能分化の推進については、患者が地域に戻ることが重要であり、医療機関を紹介率・逆紹介率で評価するべき。
- 医療資源重点活用外来との連携についても診療情報提供料Ⅲで評価してはどうか。
- 定額負担について、特に再診における除外要件のあり方も含めた効果的な対応について検討が必要。そのために、実態を把握すべき。



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。

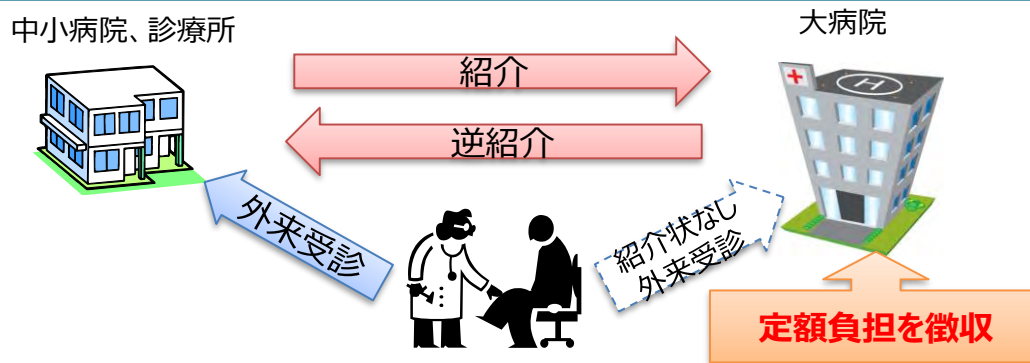
[緊急その他やむを得ない事情がある場合]

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。
- ・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。
- ・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。

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
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で基幹的に担う医療機関  
に係る評価について
5. 論点

## 2. 医療機関の機能分化・連携等

（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）

- これらの意見等を踏まえ、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、患者自身の状態にあ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ため、以下の方針に基づき、中医協において具体的に検討すべきである。
  - ・ 新たに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」として報告された医療機関のうち一般病床200床以上の病院にも対象医療機関を拡大すること
  - ・ 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。また、こうした仕組みは、医療保険財政のためではなく、外来機能の分化のために行うものであるため、例外的・限定的な取扱とするとともに、制度趣旨について、国民への説明を丁寧に行うこと
  - ・ 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
- あわせて、上手な医療のかかり方に関する啓発を進めるべきである。

# 大病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組み

## 紹介率・逆紹介率の低い病院に対する初診料・外来診療料の減算

- 特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）であって、紹介率・逆紹介率の低い病院における初診料及び外来診療料について適正な評価を行うことで、外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。  
(平成24年度診療報酬改定において新設)

①初診料 **214点** (紹介のない場合)

②外来診療料 **55点** (他医療機関へ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、当該病院を受診した場合)

※ **本来の初診料又は外来診療料との差額を、患者の選択と同意の下に保険外併用療養費(選定療養)として徴収可能。**

### [対象病院]

- ・ 特定機能病院と地域医療支援病院（一般病床200床未満の病院を除く。）のうち、紹介率**50%**未満かつ逆紹介率**50%**未満の施設
  - ・ 許可病床数が400床以上の全ての病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び一般病床が200床未満の病院を除く。）のうち、紹介率**40%**未満かつ逆紹介率**30%**未満の施設
- ※ 紹介率及び逆紹介率の実績の算定期間は、報告年度の前年度1年間とし、毎年10月に地方厚生(支)局長に報告する。(ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6ヶ月間で実績の基準を満たした場合は翌年の4月1日までに報告する。)

### [算定要件]

- ① 初診料： 他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者(緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。)に対して初診を行った場合。
- ② 外来診療料： 他の病院(許可病床数が200床未満のものに限る。)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ている患者(緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。)に対して再診を行った場合。

病床数	特定機能病院	地域医療支援病院	その他
許可病床 400床以上	注2:214点 紹介率50%未満 (逆紹介率50%以上の場合を除く)		注3:214点 紹介率40%未満 (逆紹介率30%以上の 場合を除く)
一般病床 200床以上			

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



# 特定機能病院等における紹介率・逆紹介率について

	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
【医療法】要件	紹介率50%以上・逆紹介率40%以上となるよう努めること。(※1)	次のいずれかに該当すること。(※2) ア. 紹介率80%以上 イ. 紹介率60%以上かつ逆紹介率30%以上 ウ. 紹介率40%以上かつ逆紹介率60%以上	
【報酬】初診料の減算規定	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＝	(紹介患者数＋救急搬送者数) / 初診患者数	【医療法】紹介患者数 / 初診患者数 【報酬】(紹介患者数＋救急搬送者数) / 初診患者数	(紹介患者数＋救急搬送者数) / 初診患者数
逆紹介率＝	逆紹介患者数 / 初診患者数		
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)。以下を含む。 ・ 紹介元からの電話情報により、特定機能病院の医師が紹介状に転記する場合 ・ 他の医療機関における検診の結果により精密検診のための受診で紹介状又は検査票等に、紹介目的、検査結果等についての記載がされている		
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。 ・ 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、 ・ 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	
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。 ・ 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。 ・ 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	
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。		

※1 医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成5年2月18日)(健政発第19号)

※2 医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成10年5月19日)(健政発第639号)

# 紹介率・逆紹介率による初診料・外来診療料の減算の変遷

		対象医療機関	評価
平成24年	新設	<ul style="list-style-type: none"> <li>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のいずれか</li> <li>紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>紹介のない場合の初診料 200点</li> <li>他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 52点</li> </ul>
平成26年	対象拡大	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定機能病院、許可病床500床以上の地域医療支援病院であって、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の病院</li> <li>許可病床500床以上の全ての病院（一般病床200床未満を除く）であって、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院</li> </ul>	(消費税対応) <ul style="list-style-type: none"> <li>紹介のない場合の初診料 200点→209点</li> <li>他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 52点→54点</li> </ul>
平成30年	対象拡大	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域医療支援病院とその他の病院について、許可病床400床以上の病院に拡大。</li> </ul>	
令和元年	点数変更		(消費税対応) <ul style="list-style-type: none"> <li>紹介のない場合の初診料 209点→214点</li> <li>他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料 54点→55点</li> </ul>
令和2年	対象拡大	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域医療支援病院について、一般病床200床以上に拡大。</li> </ul>	

# 定額負担調査(施設調査)の結果③

中医協 検-2-1  
3 . 3 . 2 4

＜初診患者数、初診時の定額負担の徴収患者数等＞(報告書p31,32)

特定機能病院、許可病床400床以上の地域医療支援病院においては、初診患者に占める紹介状なしの患者の割合、初診時定額負担の徴収患者の割合はいずれも前年同月より小さかった。

図表 22 初診患者数、初診時の定額負担の徴収患者数等  
(1病院当たりの平均、特定機能病院)

特定機能病院	(単位:人)			
	施設数(件) (令和元年10月)	令和元年 10月	施設数(件) (令和2年10月)	令和2年 10月
①初診患者数(延べ人数)(人)	60	1882.0	60	1798.2
②うち、紹介状なしの患者数(人)	60	481.1	60	434.4
③うち、初診時定額負担の徴収患者数(人)	60	147.4	60	100.6
④うち、他の医療機関を紹介した患者数(人)	47	12.8	47	8.3
⑤うち、初診時定額負担を徴収した後、当該施設で再診を受けた患者数(人)	34	2.4	47	8.3
⑥うち、救急患者数(人)	59	162.6	59	139.2
⑦うち、紹介患者数(人)	59	1409.6	59	1373.0
⑧うち、逆紹介患者数(人)	55	1154.0	51	1107.6
⑨紹介状なしの患者比率(②/①)		25.6%		24.2%
⑩定額負担徴収患者比率(③/①)		7.8%		5.6%
⑪紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)		30.6%		23.1%

図表 25 初診患者数、初診時の定額負担の徴収患者数等  
(1病院当たりの平均、許可病床400床以上の地域医療支援病院)

許可病床400床以上の地域医療支援病院	(単位:人)			
	施設数(件) (令和元年10月)	令和元年 10月	施設数(件) (令和2年10月)	令和2年 10月
①初診患者数(延べ人数)(人)	205	1955.3	206	1815.7
②うち、紹介状なしの患者数(人)	202	764.8	203	673.9
③うち、初診時定額負担の徴収患者数(人)	199	256.3	200	208.1
④うち、他の医療機関を紹介した患者数(人)	131	25.3	134	25.1
⑤うち、初診時定額負担を徴収した後、当該施設で再診を受けた患者数(人)	102	13.4	134	25.1
⑥うち、救急患者数(人)	196	484.2	196	392.5
⑦うち、紹介患者数(人)	199	1118.4	200	1094.4
⑧うち、逆紹介患者数(人)	187	1075.5	183	1021.0
⑨紹介状なしの患者比率(②/①)		39.1%		37.1%
⑩定額負担徴収患者比率(③/①)		13.1%		11.5%
⑪紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)		33.5%		30.9%

(注) ・①～⑨の全ての数値について記入のあった施設を集計対象とした。  
・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値を一致しない場合もある。

(注) ・①～⑨の全ての数値について記入のあった施設を集計対象とした。  
・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値を一致しない場合もある。

# 定額負担調査(施設調査)の結果⑤

中医協 検-2-1(改)  
3 . 3 . 2 4

＜初診患者数、初診時の定額負担の徴収患者数等＞(報告書p36,37)

令和2年10月における紹介率の分布を前年同月と比較すると、許可病床400床未満かつ一般病床200床以上の地域医療支援病院で、紹介率の高い病院が増加した。

図表 37 初診時の紹介率の分布

図表 38 初診時の逆紹介率の分布

	全体		①特定機能病院		②許可病床400床以上の地域医療支援病院		③許可病床400床未満かつ一般病床200床以上の地域医療支援病院		④一般病床200床以上の特定機能病院・地域医療支援病院以外の病院	
	令和元年10月時点	令和2年10月時点	令和元年10月時点	令和2年10月時点	令和元年10月時点	令和2年10月時点	令和元年10月時点	令和2年10月時点	令和元年10月時点	令和2年10月時点
調査数	727	727	60	60	206	206	145	145	296	296
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
10%未満	8	11	0	0	0	0	0	0	8	11
	1.1%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.7%	3.7%
10-20%	11	11	0	0	0	0	0	0	11	11
	1.5%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.7%	3.7%
20-30%	41	24	0	0	0	0	0	0	41	24
	5.6%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	13.9%	8.1%
30-40%	35	50	0	0	0	2	0	0	34	45
	4.8%	6.9%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	11.5%	15.2%
40-50%	48	41	0	0	2	1	3	0	43	40
	6.6%	5.6%	0.0%	0.0%	1.0%	0.5%	2.1%	0.0%	14.5%	13.5%
50-60%	63	60	0	0	3	5	16	6	42	49
	8.7%	8.3%	0.0%	0.0%	1.5%	2.4%	11.0%	4.1%	14.2%	16.6%
60-70%	109	88	1	1	35	29	33	25	37	31
	15.0%	12.1%	1.7%	1.7%	17.0%	14.1%	22.8%	17.2%	12.5%	10.5%
70-80%	143	156	13	13	63	67	37	41	25	28
	19.7%	21.5%	21.7%	21.7%	30.6%	32.5%	25.5%	28.3%	8.4%	9.5%
80-90%	144	158	33	30	71	73	25	39	13	16
	19.8%	21.7%	55.0%	50.0%	34.5%	35.4%	17.2%	26.9%	4.4%	5.4%
90-100%	68	75	12	15	21	20	21	23	12	14
	9.4%	10.3%	20.0%	25.0%	10.2%	9.7%	14.5%	15.9%	4.1%	4.7%
100%超	13	14	1	1	6	5	3	5	0	0
	1.8%	1.9%	1.7%	1.7%	2.9%	2.4%	2.1%	3.4%	0.0%	0.0%
無回答	44	39	0	0	5	4	7	6	30	27
	6.1%	5.4%	0.0%	0.0%	2.4%	1.9%	4.8%	4.1%	10.1%	9.1%

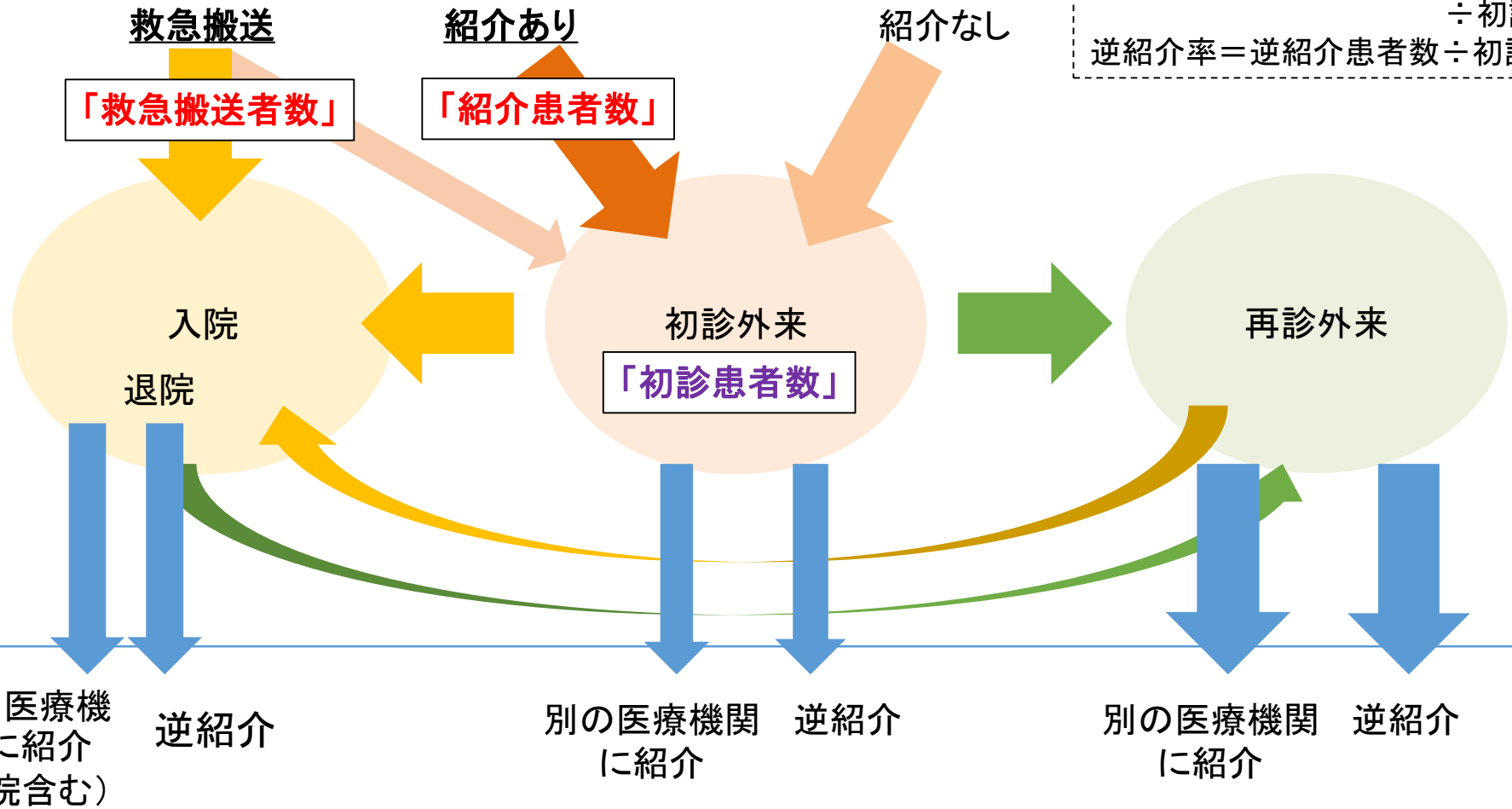
	全体		①特定機能病院		②許可病床400床以上の地域医療支援病院		③許可病床400床未満かつ一般病床200床以上の地域医療支援病院		④一般病床200床以上の特定機能病院・地域医療支援病院以外の病院	
	令和元年10月時点	令和2年10月時点	令和元年10月時点	令和2年10月時点	令和元年10月時点	令和2年10月時点	令和元年10月時点	令和2年10月時点	令和元年10月時点	令和2年10月時点
調査数	727	727	60	60	206	206	145	145	296	296
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
10%未満	40	35	1	1	2	2	1	1	36	31
	5.5%	4.8%	1.7%	1.7%	1.0%	1.0%	0.7%	0.7%	12.2%	10.5%
10-20%	40	49	1	1	3	2	4	3	32	43
	5.5%	6.7%	1.7%	1.7%	1.5%	1.0%	2.8%	2.1%	10.8%	14.5%
20-30%	68	56	0	0	3	4	6	6	58	45
	9.4%	7.7%	0.0%	0.0%	1.5%	1.9%	4.1%	4.1%	19.6%	15.2%
30-40%	53	49	2	2	4	5	7	5	37	35
	7.3%	6.7%	3.3%	3.3%	1.9%	2.4%	4.8%	3.4%	12.5%	11.8%
40-50%	48	59	3	5	6	6	11	10	26	34
	6.6%	8.1%	5.0%	8.3%	2.9%	2.9%	7.6%	6.9%	8.8%	11.5%
50-60%	79	61	8	7	25	12	19	17	26	25
	10.9%	8.4%	13.3%	11.7%	12.1%	5.8%	13.1%	11.7%	8.8%	8.4%
60-70%	72	92	19	15	24	36	12	22	15	18
	9.9%	12.7%	31.7%	25.0%	11.7%	17.5%	8.3%	15.2%	5.1%	6.1%
70-80%	83	81	9	8	33	37	30	25	9	10
	11.4%	11.1%	15.0%	13.3%	16.0%	18.0%	20.7%	17.2%	3.0%	3.4%
80-90%	80	71	12	9	37	33	26	20	4	7
	11.0%	9.8%	20.0%	15.0%	18.0%	16.0%	17.9%	13.8%	1.4%	2.4%
90-100%	45	50	2	4	28	30	9	13	3	2
	6.2%	6.9%	3.3%	6.7%	13.6%	14.6%	6.2%	9.0%	1.0%	0.7%
100%超	60	69	2	7	35	34	13	17	7	5
	8.3%	9.5%	3.3%	11.7%	17.0%	16.5%	9.0%	11.7%	2.4%	1.7%
無回答	59	55	1	1	6	5	7	6	43	41
	8.1%	7.6%	1.7%	1.7%	2.9%	2.4%	4.8%	4.1%	14.5%	13.9%

(注) 令和元年10月・令和2年10月の1時点について記入のあった施設も集計対象とした。

(注) 令和元年10月・令和2年10月の1時点について記入のあった施設も集計対象とした。

# 外来医療における患者の流れと、紹介率・逆紹介率（イメージ）

○ 外来医療における患者の流れを踏まえ、現行の紹介率・逆紹介率について、算出方法に含まれる数値を表現した場合のイメージは以下のとおり。



$$\text{紹介率} = \frac{\text{紹介患者数} + \text{救急搬送者数}}{\text{初診患者数}}$$
$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診患者数}}$$

別の医療機関に紹介  
(転院含む)

逆紹介

別の医療機関に紹介

逆紹介

別の医療機関に紹介

逆紹介

「逆紹介患者数」

※ 「初診患者数」について、

- ・ 特定機能病院の場合は救急搬送者数を含む。
- ・ 地域医療支援病院、その他の400床以上の病院は救急搬送者数を含まない。

# 紹介・逆紹介についての課題（小括）

（紹介率・逆紹介率）

- 令和2年12月23日の社会保障審議会医療保険部会において、医療機関の機能分化・連携等については、「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」という方針に基づき、中医協において具体的に検討すべきである、とされている。
- 外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図るために、特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）、許可病床400床以上の病院であって紹介率・逆紹介率の低い病院における、初診料及び外来診療料について適正な評価を行っている。
- 紹介率・逆紹介率による初診料・外来診療料の減算は、平成24年に新設し、累次の改定で、対象の拡大等を実施してきた。
- 初診料・外来診療料の減算の基準である、紹介率や逆紹介率が50%未満である医療機関は、対象医療機関のうち数%に留まっている。
- 紹介率・逆紹介率の算出に当たって用いる数値は、医療機関の種別によって異なり、さらに、用いられる数値以外にも、紹介・逆紹介の流れに出現する数値が存在する。



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
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
  - 4－1 当該医療機関に係る評価について
  - 4－2 医療機関間連携に係る評価について
5. 論点

- 医療資源が重点的に活用される外来医療として、外来化学療法を行う外来や、日帰り手術を行う外来のようなものがある。
- 一方、医療資源が重点的に活用される入院医療を提供する際も、治療前の説明・検査や治療後のフォローアップのため、同一の医療機関で入院前後に外来医療が提供される。
- これらの外来医療を実施する医療機関では、特定の治療等を行うに当たり、地域の実情に応じて集約化を図ることが効果的・効率的と考えられる①高額等の医療機器・設備や、②特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材が必要になると考えられる。

## イメージ

### ・外来で医療資源が重点的に活用される医療(例:外来化学療法を行う場合)

参考 診療報酬における外来化学療法加算の施設基準の概要

- ・専用のベッドを有する治療室を保有
- ・一定の医師、看護師、薬剤師を配置
- ・緊急時に患者が入院できる体制の確保

外来化学療法

### ・医療資源が重点的に活用される入院医療の前後の外来医療(例:入院で悪性腫瘍手術を受ける場合)

かかりつけ医で  
悪性腫瘍疑いと診断(外来)

治療前の  
説明、検査  
(外来)

治療後の  
フォローアップ  
(外来)

安定したら再びかかりつけ医でフォローアップ(外来)

悪性腫瘍手術  
(入院)

悪性腫瘍手術を実施するためには、例えば以下のような設備、人員が必要。

- ・手術前、手術後の管理を行うために設備、人員ともに充実した入院病棟
- ・全身麻酔により手術を実施できる手術室
- ・手術を実施できる経験を積んだ医師、看護師等の医療従事者

## 「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。

## 地域医療支援病院制度の概要

### 趣旨

- 患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、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として、平成9年の医療法改正において創設(都道府県知事が個別に承認)。

※承認を受けている病院(平成30年12月現在) ... 607

### 主な機能

- 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

### 承認要件

- 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
- 紹介患者中心の医療を提供していること
  - ① 紹介率80%を上回っていること
  - ② 紹介率が65%を超え、かつ、逆紹介率が40%を超えること
  - ③ 紹介率が50%を超え、かつ、逆紹介率が70%を超えること
- 救急医療を提供する能力を有すること
- 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こと
- 地域医療従事者に対する研修を行っていること
- 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること 等

- 地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24時間救急医療の提供等を評価。  
(平成10年度診療報酬改定において新設)

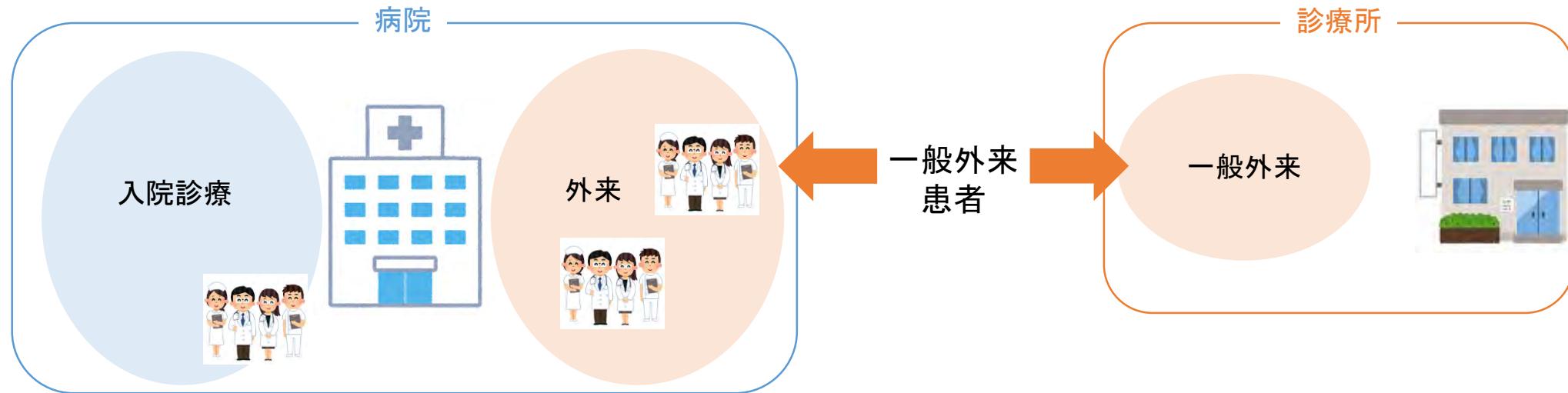
## 地域医療支援病院入院診療加算 1,000点(入院初日)

### [算定要件]

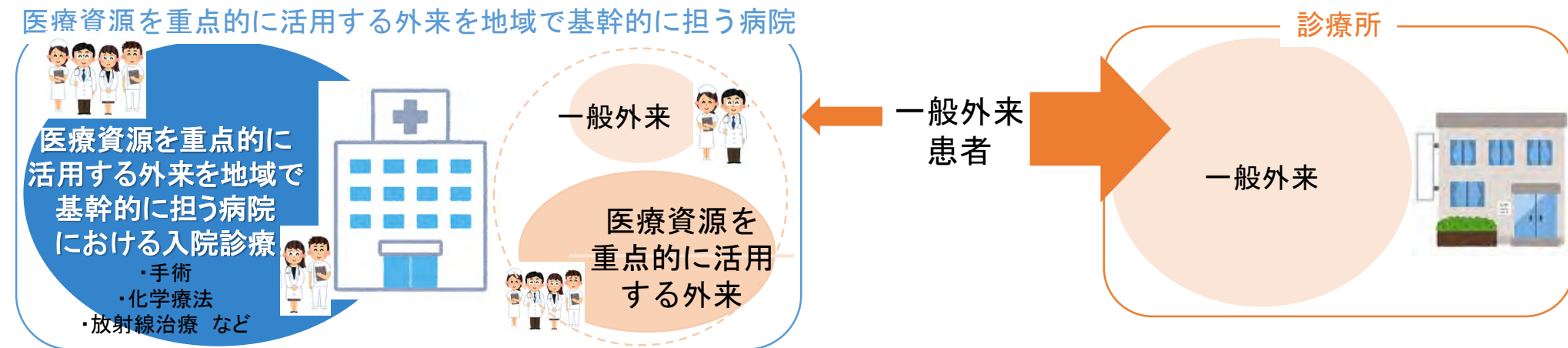
- 地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- 入院基本料のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。
- 入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定していた場合については、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日(当該日が退院日の場合は、退院日)において1回に限り算定する。

# 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。



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
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
  - 4－1 当該医療機関に係る評価について
  - 4－2 医療機関間連携に係る評価について
5. 論点

# かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化

- かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療情報の提供を行った場合の評価を新設する。

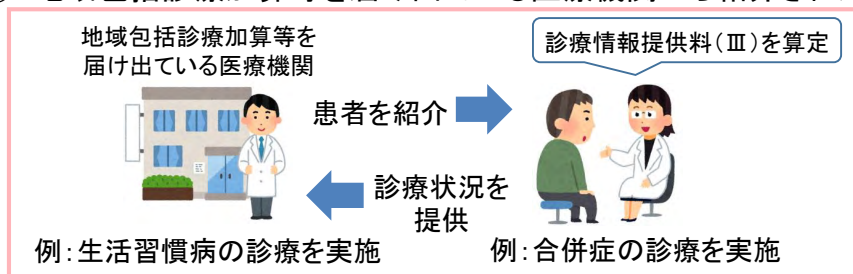
## (新) 診療情報提供料(Ⅲ) 150点

[算定要件]

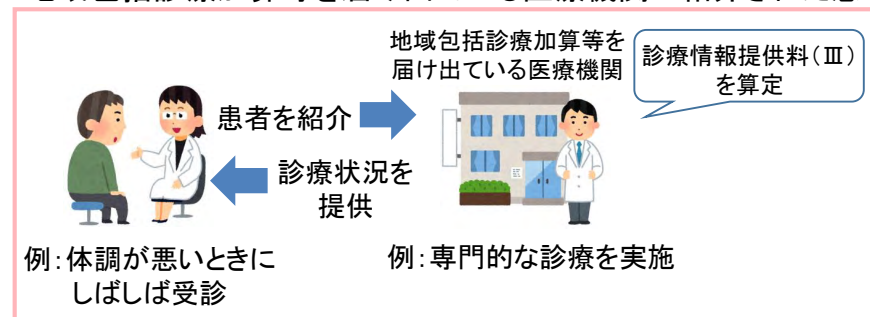
- (1) 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- (2) 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[対象患者]

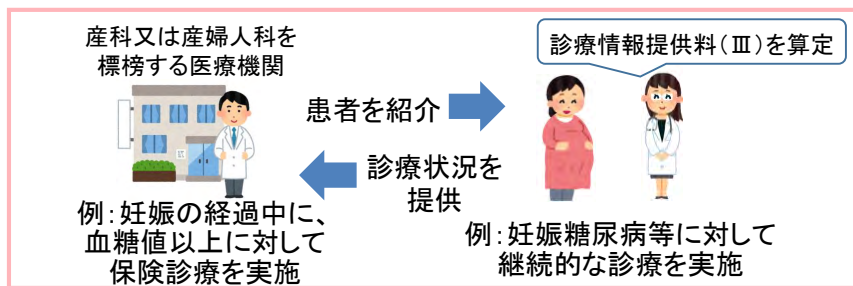
- ① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



- ③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



- ② 産科医療機関から紹介された妊娠している患者又は産科医療機関に紹介された妊娠している患者



[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
- (2) 算定要件の(2)については、当該保険医療機関内に妊娠している者の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていることが望ましいこと。

※ 地域包括診療加算等は、地域包括診療加算、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(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)若しくは施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を指す。

# 医療機関間の連携の具体例

- 例えば、糖尿病の患者について、糖尿病の治療管理を行っている医療機関から、糖尿病網膜症に対する専門的治療の必要性を認め、他の医療機関への紹介を行う場合、診療情報提供料(Ⅰ)の算定が可能である。
- 紹介先の医療機関において、糖尿病網膜症を継続的に治療する場合、紹介元の医療機関からの求めに応じて、情報提供をする場合がある。情報提供を行う際に、算定に必要な要件を満たしている場合、3月に1回に限り診療情報提供料(Ⅲ)が算定可能である。



A.糖尿病の管理を行っている医療機関

他の医療機関での診療を踏まえた医学管理を実施

糖尿病網膜症の治療に当たり紹介を行う

【診療情報提供料(Ⅰ)】  
A医療機関において算定が可能

診療情報の提供を眼科医療機関に求める

糖尿病の管理を行っている医療機関の求めに応じて、糖尿病網膜症に関する指導内容や今後の治療方針について情報提供



B.糖尿病網膜症の治療を行う医療機関

眼科医療機関において継続的な糖尿病網膜症の管理を実施

【診療情報提供料(Ⅲ)】  
B医療機関において算定できないケース

B医療機関としては、A医療機関の届出状況を把握していない／できない場合

B医療機関はかかりつけ医機能ではなく、専門医療機関としての役割を担っているため、かかりつけ医機能に係る届出を行っていない場合

【診療情報提供料(Ⅲ)】  
B医療機関において算定が可能となるケース

A医療機関がかかりつけ医機能に係る届出を行っており、また、B医療機関が禁煙の施設基準を満たし、かつ、A医療機関の届出を把握している場合

B医療機関がかかりつけ医機能に係る届出を行っており、かつ、禁煙の施設基準を満たしている場合

# 医療機関間の連携の具体例（医療資源重点活用外来の場合）

- 例えば、糖尿病で通院中の患者について、糖尿病の治療管理を行っている医療機関から、糖尿病性腎症にかかる診断・定期的な評価等の必要性を認め、腎臓専門医がいる医療資源重点活用外来へ紹介を行う場合があり、他の紹介類型と同様に、診療情報提供料（Ⅰ）の算定が可能である。
- 紹介先の医療資源重点活用外来において、糖尿病性腎症について定期的な評価をする場合、紹介元の医療機関からの求めに応じて、情報提供をする場合がある。情報提供を行う際に、算定に必要な要件を満たしている場合については、3月に1回に限り診療情報提供料（Ⅲ）が算定可能である。



A.糖尿病の管理を行っている医療機関

他の医療機関での診療を踏まえた医学管理を実施

腎機能低下の診断・評価について紹介を行う

【診療情報提供料（Ⅰ）】  
A医療機関において算定が可能

診療情報の提供を求める

糖尿病の管理を行っている医療機関の求めに応じて、糖尿病性腎症に関する指導内容や今後の治療方針について情報提供



B.腎臓専門医がいる医療資源重点活用外来

糖尿病性腎症の診断・定期的な評価を実施

【診療情報提供料（Ⅲ）】  
B医療機関において算定できないケース

B医療機関としては、A医療機関の届出状況を把握していない／できない場合

B医療機関はかかりつけ医機能ではなく、医療資源が重点的に活用される外来としての役割を担っているため、かかりつけ医機能に係る届出を行っていない場合

【診療情報提供料（Ⅲ）】

B医療機関において算定が可能となるケース

A医療機関がかかりつけ医機能に係る届出を行っており、また、  
B医療機関が禁煙の施設基準を満たし、かつ、  
A医療機関の届出を把握している場合

B医療機関がかかりつけ医機能に係る届出を行っており、かつ、  
禁煙の施設基準を満たしている場合

# 医療資源重点活用外来についての課題（小括）

（医療資源重点活用外来について）

- 医療資源が重点的に活用される外来医療として、外来化学療法を行う外来や、日帰り手術を行う外来のようなものがある。一方、医療資源が重点的に活用される入院医療を提供する際も、治療前の説明・検査や治療後のフォローアップのため、同一の医療機関で入院前後に外来医療が提供される。
- 地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24時間救急医療の提供等の評価として、地域医療支援病院入院診療加算を設けている。
- 医療資源重点活用外来を基幹的に担う医療機関を定めることで外来の機能分化を行うことにより、同医療機関においては、より重点的に質の高い入院医療を実施することが可能になる。
- かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療情報の提供を行った場合の評価として、令和2年に診療情報提供料(Ⅲ)を新設した。
- 腎臓専門医がいる医療資源重点活用外来において、糖尿病の治療管理を行っている医療機関から紹介された、糖尿病性腎症の診断・定期的な評価等の必要な患者について、紹介元の医療機関からの求めに応じて情報提供をする際に、医療資源が重点的に活用される外来としての役割を担っているため、かかりつけ医機能に係る届出を行っておらず、診療情報提供料(Ⅲ)を算定できない場合がある。

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
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**



# 外来機能分化の推進についての論点

## 【紹介状なしで受診する場合等の定額負担について】

- 「全世代型社会保障改革の方針」等において、「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」ととされているが、具体的な控除額・追加負担額について、診療を受ける際に少なくとも生じる額との関係も踏まえて、どのように考えるか。
- あわせて、医療保険部会の「議論の整理」において、「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」ととされているが、見直しの方向性について、患者の受診の流れの更なる円滑化や医療提供体制の地域性を踏まえ、どのように考えるか。

## 【紹介・逆紹介の推進について】

- 医療保険部会の「議論の整理」において、「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」ととされていることも踏まえ、専門性の高い医療機関等の外来における紹介率・逆紹介率の在り方について、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】

- 紹介患者を基本とする外来として、医療資源を重点的に活用する外来が定められるが、「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」に係る評価の在り方について、入院機能に対する影響も見据えつつ、どのように考えるか。
- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携の推進や、患者の流れのさらなる円滑化を図るために、医療資源を重点的に活用する外来を地域において基幹的に担う医療機関と地域の他の医療機関との連携に係る評価の在り方について、どのように考えるか。