

① 紹介状なしで受診する場合等の 定額負担の見直し

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する仕組みについて、以下の見直しを行う。

1. 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について、現行の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から、「紹介受診重点医療機関（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床以上の病院にも拡大する。

（※）令和3年改正後の医療法（昭和23年法律第205号）に基づき、紹介患者への外来を基本とする医療機関として新たに明確化されるもの。

改定案	現行
<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （一部負担金等の受領） 第五条 3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）<u>、同法第四条の二第一項に規定する特</u></p>	<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （一部負担金等の受領） 第五条 3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）<u>及び同法第四条の二第一項に規定する</u></p>

<p>定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等（同法第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一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が公表したものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。）であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p>	<p>特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p>
---	--

2. 定額負担を求める患者の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除する。

【初診の場合】

医科：200点 / 歯科：200点

【再診の場合】

医科：50点 / 歯科：40点

3. 定額負担の金額を以下のとおり変更する。

【初診の場合】

医科：7,000円 / 歯科：5,000円

【再診の場合】

医科：3,000円 / 歯科：1,900円

改定案	現行
<p>【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等】</p> <p>第一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額</p> <p>一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額</p> <p>(一) 医師である保険医による初診の場合 <u>七千円</u></p> <p>(二) 歯科医師である保険医に</p>	<p>【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等】</p> <p>第一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額</p> <p>一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額</p> <p>(一) 医師である保険医による初診の場合 <u>五千円</u></p> <p>(二) 歯科医師である保険医に</p>

よる初診の場合 <u>五千元</u> 二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額 (一) 医師である保険医による再診の場合 <u>三千元</u> (二) 歯科医師である保険医による再診の場合 <u>一千九百元</u>	よる初診の場合 <u>三千元</u> 二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額 (一) 医師である保険医による再診の場合 <u>二千五百円</u> (二) 歯科医師である保険医による再診の場合 <u>一千五百円</u>
---	---

4. 除外要件(定額負担を求めないことができる患者の要件)について、以下のとおり見直す。

【初診・再診共通】

- 「その他、保険医療機関が当該医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」について、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ことを明確化する。

【初診の場合】

- 「自施設の他の診療科を受診している患者」を「自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者」に見直す。

【再診の場合】

- 「自施設の他の診療科を受診している患者」、「医科と歯科との間で院内紹介された患者」、「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」、「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」及び「治験協力者である患者」を削除する。

[施行日等]

- (1) 令和4年10月1日から施行・適用する。
- (2) 公立医療機関に係る自治体による条例制定に要する期間等を考慮し、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。