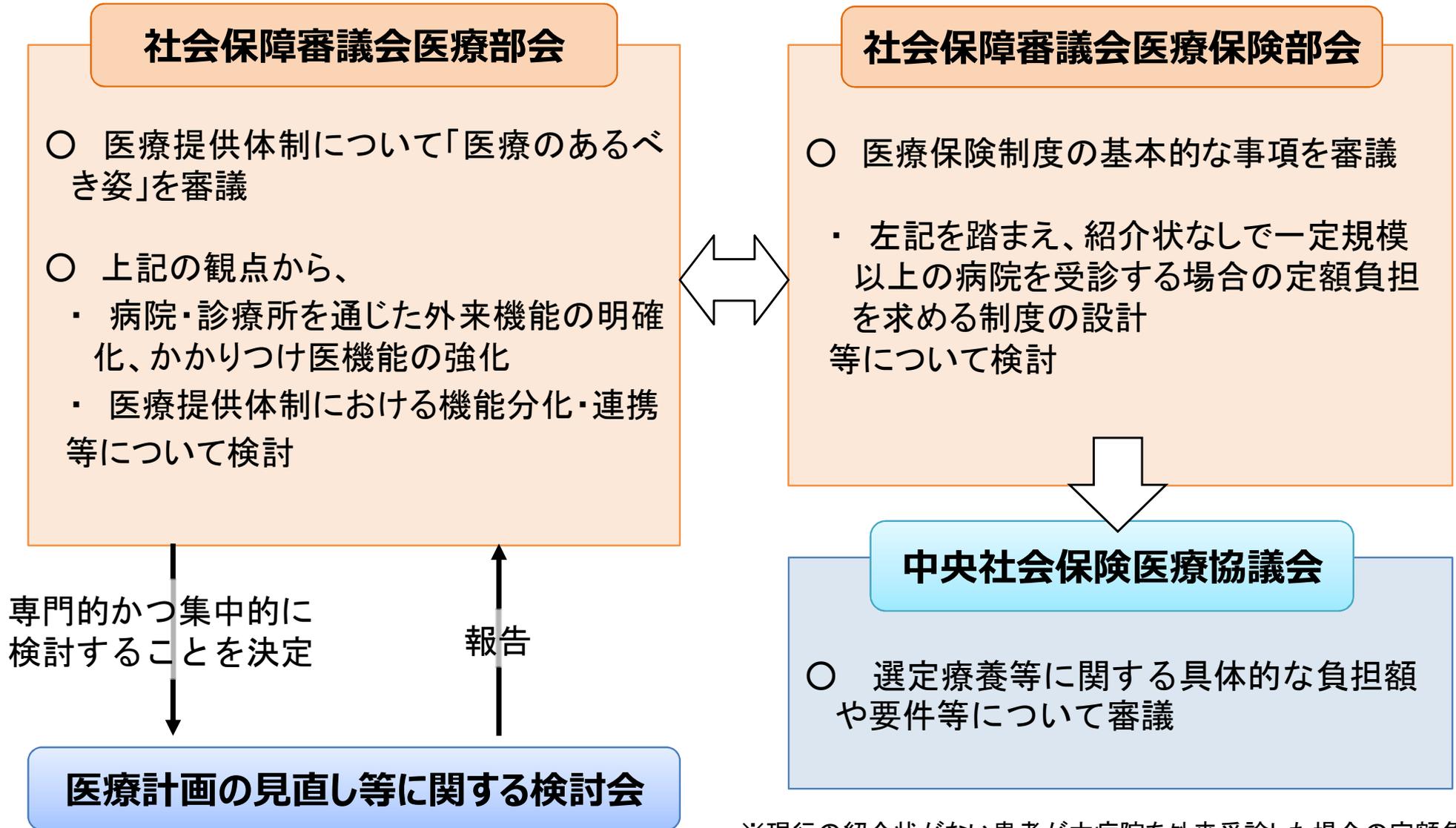


大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を 図るための定額負担の拡大について

医療部会における検討と関係審議会等における検討の関係について



※現行の紹介状がない患者が大病院を外来受診した場合の定額負担を設けた際(平成28年4月～)には、医療保険部会において制度の基本的な設計を検討、中医協において具体的な負担額、要件等を検討

【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
 - ・ 紹介患者に対する外来

【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。

第76回医療部会(11/5)における主なご意見について

【外来機能の明確化・連携】

＜総論＞

- 外来機能の明確化・連携を進めていくことや今回提案されている仕組みに賛成。
- 基礎自治体の立場から、地域の外来には様々なパターンがあり、ある程度自由度を持たせて議論を進めることが重要。

＜医療資源を重点的に活用する外来（仮称）＞

- 今回提案されている仕組みの目的は、大病院に患者が殺到しないようにすることと理解。そのために分かりやすい名称を工夫すべき。
- 都市部では病院にほとんどの診療科がそろっているが、地方では病院ではなく有床診療所が皮膚科や眼科等の診療を担っているケースもある。そうした機能をどのように位置づけるかは課題。
- 外来機能の明確化は必要だが、病院では診療科ごとに状況が異なるので留意すべき。
- 医療資源を重点的に活用するというだけでなく、紹介・逆紹介の機能も一緒に把握すべき。

＜外来機能報告（仮称）＞

- 国民目線で見ると全ての外来機能を明確化すべきであり、全ての医療機関に報告を求めるべき。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」を担う医療機関に該当する可能性のある無床診療所の数は多く、診療所も報告対象とすべき。
- 負担軽減の観点や入院医療と一体的に議論する観点から、まずは病院・有床診療所を報告対象とすべき。高額な医療機器等を使用する一部の無床診療所は手挙げ制とすることも考えられる。
- 報告項目に専門的な看護師の配置状況や外来における看護機能を加えるべき。

＜地域における協議の仕組み＞

- 地域医療支援病院は、10以上ある医療圏もあれば一切ない医療圏もある。「医療資源を重点的に活用する外来」を担う医療機関も同様の状況になった場合、医療資源の配分という意味ではよくないのではないか。
- 外来機能の明確化は重要であるが、まず、その地域に不足している外来機能の手当てに取り組み、重複した機能も見えてきて、徐々に効率的にある程度集約されていくことが大事。

【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の国民の理解の推進】

- かかりつけ医のイメージは人によって異なる。どういった人のかかりつけ医と言うのか明確にすべき。かかりつけ医研修を受けた医師がどこにいるか情報提供を行う仕組みも必要。
- かかりつけ医像は、患者からみても様々で幅があり、患者が自分にあったかかりたい医師が起点。
- 医療機能情報提供制度を国民に知ってもらって、活用してもらうことが重要。

一般病床の規模別の病院数

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

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7031 (83.6%)	7058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

666
(7.9%)

688
(8.2%)

出典：特定機能病院一覧等を基に医療課において作成（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医療課が集計）
 ※ 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。

選定療養における「200床以上の病院」の定義について

◆ 選定療養における「200床以上の病院」の定義

- 「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掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について（平成18年3月13日付け保医発0313003号通知）（抄・一部追記）

第3 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（掲示事項等告示第2、第2の2及び第3並びに医薬品等告示関係）

15 200床（一般病床（※）に係るものに限る。）以上の病院の初診に関する事項

(1) 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの紹介なしに一般病床の数が200床以上の病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、初診料を算定する初診に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたところであるが、当該療養の取扱いについては、以下のとおりとすること。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。

17 200床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院の再診に関する事項

(1) 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の病院（又は診療所に対し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患者については、自己の選択に係るものとして、外来診療料又は再診料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものであるが、同時に2以上の傷病について再診を行った場合においては、当該2以上の傷病の全てにつき、以下(2)から(4)までの要件を満たさない限り、特別の料金の徴収は認められないものである。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。

(※) 一般病床：医療法（昭和23年法律第205号）第7条第2項第5号に規定する一般病床

大病院受診時定額負担に関する主な意見①

第126回医療保険部会（令和2年3月12日）

<総論>

- 大病院受診時の定額負担に係る対象範囲の拡大、負担額の増額、そして増額分を公的医療保険の負担軽減に充てるということについて賛成。大病院は入院と専門外来を中心にし、かかりつけ医が患者の受診行動を適正化するまさにゲートキーパー的な機能を担う方向に進むべき。そういう中で、自らの選択で大病院を受診されるという患者さんにおいては、特別な負担をお願いするということではないか。
- 医師・看護師の勤務負担の軽減は非常に大きな課題であり、大病院の外来患者の流れを変えていくことは非常に重要。その意味で、大病院受診時定額負担を一つの方策として患者の受診行動を変えていく必要性は認識している。

<定額負担の対象病院の範囲>

- 医療機能の分化と連携を進める、医療従事者の働き方改革を進めるという観点からは、いわゆる一般病院についても選定療養の範囲を拡大していくことはやむを得ない。
- 特定機能病院や地域医療支援病院は、目的や機能が法律上明確になっているので、病床規模で線を引くというのはそれなりの合理性があるが、いわゆる一般病院については地域によって果たしている機能が違うため、地域の実情に応じて考える必要がある。例えば、他の医療機関が存在しない地域で診療活動を行っているような施設や、回復期、慢性期、在宅医療までケアミックスを実施しているような地域密着型の医療に取り組んでいるような施設については対象から外すとか、あるいは手挙げ方式のようなことを配慮していただくなど、地域住民の医療の確保に支障が生じないような丁寧な対応を検討いただきたい。
- 医師の偏在対策が適切に実施されないと、患者の医療機関へのアクセスを制限することにつながるのではないか。その意味では、偏在対策についてあるべき姿を定めて、基準を満たさない地域においては、定額負担の拡大を猶予するなどの個別対策が必要ではないか。
- どうしても月に1回大きな病院に行かなければいけないというような地域もある。そうした地域も含め、拡大対象とされる病院の機能や利用実態をよく分析をして、医療保険の中でもその地域の医療提供の実態に合った対応をする必要があるのではないか。
- 地域ごとの状況を勘案していくことはもちろん重要だが、あまり例外を拡大していくということのないようにやっていくべきではないか。

大病院受診時定額負担に関する主な意見②

第126回医療保険部会（令和2年3月12日）

<かかりつけ医>

- 受診行動の適正化、病院診療所の機能分化という観点から、かかりつけ医の普及のためには、かかりつけ医機能を明確化して、また国民、医療提供者にしっかりと定義を示す必要がある。また、このかかりつけ医機能の強化に向けてはスピード感も必要だと思うので、具体的な方策、道筋を示していただきたい。
- そもそも「かかりつけ医」が身近にいなかったり、身近にいることを知らなければ、多少のお金を余分に払ってでも、大病院に行こうとする患者の受診行動は変わらないのではないかと。広く初診に応じることができ、適切な病院を紹介できる診療所の整備と、その診療所へのアクセスの周知に取り組んでいただきたい。

<定額負担の水準>

- 定額負担の増額については、保険財政の持続可能性に寄与するような水準にすべき。
- 現在の初診時5,000円という値は、大病院を想定して設定した額。200床まで規模を拡大し、さらに一律に増額するという議論というのは制度創設当時の想定をもう大幅に超えており、政策効果の検討も十分にされていないので、しっかり検討するべき。
- 患者負担の増額分について公的医療保険の負担を軽減するように改めるということは、実行可能性を含めて曖昧な部分が多い。現場で説明と徴収に大変な労力をかけて定額負担分を取っている現状があり、一律に徴収分を保険財政に充てるという話になると、自身の医療機能に見合った額を設定するというインセンティブが病院から失われ、かえって地域医療機関の機能分化が図られないという状況が起こることもあり得るのではないかと。
- 選定療養として初診時定額負担が設定されているが、療養の給付の範囲の中にある初診料との関係性を整理したほうが良いのではないかと。本来、切り分けられないものを例外的に保険として認めているとすると、そこを保険財政に貢献するという考えもあり得るのではないかと。そういうことも含めて何をどこまで療養の給付の中に入れるのか、初診料相当のものを控除するのかということも含めて過去には議論もあったが、いろいろと考える余地があるのでは。

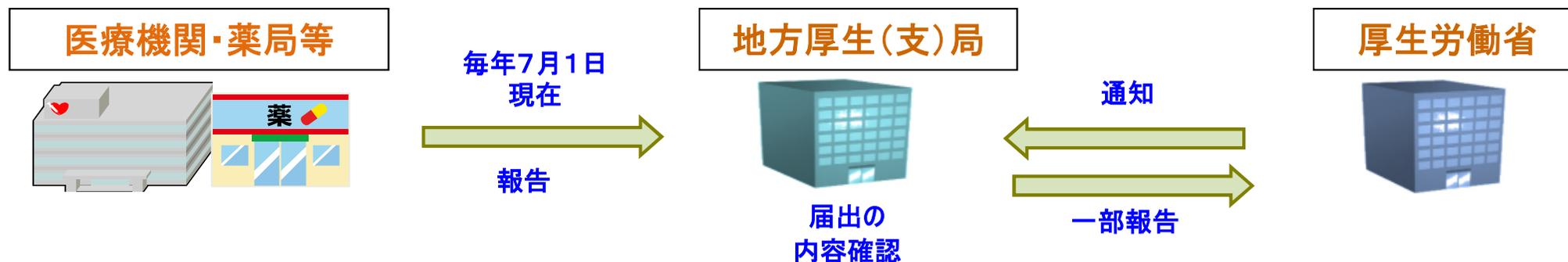
<再診時の取扱い>

- 大病院からかかりつけ医機能を持っている診療所あるいは中小病院を紹介していただくところまでを義務とすべき。初診だけではなく、再診時における定額負担をきちんと取るという仕組みを早く導入していただきたい。定額負担の対象を広げるよりも、再診時の対応の方が先ではないかと。
- 大病院から診療所等に逆紹介されたにもかかわらず、大病院への再診を続ける方も一定程度おり、病院にとって大きな負担になっているのではないかと。
- 再診に関しては、徴収を認められない、あるいは求めないことができる患者の解釈が曖昧になっている。再診に関してはあまり定額負担対象と捉えていないところが多いのではないかと。

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関するデータ

選定療養の届出状況等の報告(定例報告)について

- 各保険医療機関は、保険外併用療養費制度として認められた選定療養に関して、保険医療機関及び保険医療費担当規則の規定及び診療報酬改定の際に発出される各通知に基づき、地方厚生(支)局長に対して届出を行うこととされており、その適合性や実施状況等を確認するために、毎年状況を報告することとされている。
- 紹介状なしの大病院受診時の特別の料金を設定している病院は、特別の料金の支払いを求めることが義務化されているか否かにかかわらず、当該特別の料金の設定額や徴収状況等について、報告することとされている。
- 以下は、令和2年度の報告事項(※)について、厚生労働省保険局医療課において、集計したものである。
(※)特別の料金の設定額等については令和2年7月1日時点の状況、徴収状況については令和2年4月1日～6月30日の状況。
- なお、速報値であるため、今後、数値の変動があり得る。



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定額負担徴収患者比率(③/①)	10.5%

■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比率(②/①)	30.7%
⑥定額負担徴収患者比率(③/①)	0.1%

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定額負担徴収患者比率(③/①)	23.5%

■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比率(②/①)	53.7%
⑥定額負担徴収患者比率(③/①)	0.6%

(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。)
- ・ 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。

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%

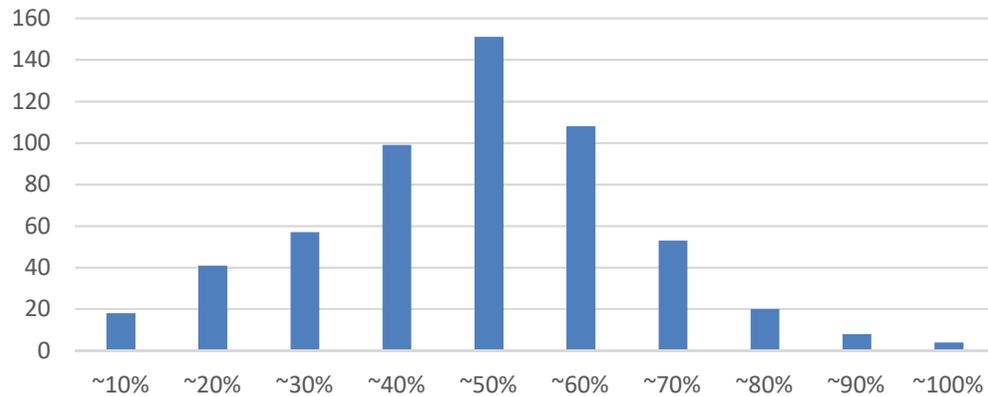
(注) ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日～6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
 (速報値であるため、今後修正の可能性がある。)
 ・複数回答であり、また、一部の病院については、内訳の数の記載がないため、各項目の合計値は、総数と一致しない。

紹介状なし患者比率及び徴収患者比率ごとの病院分布

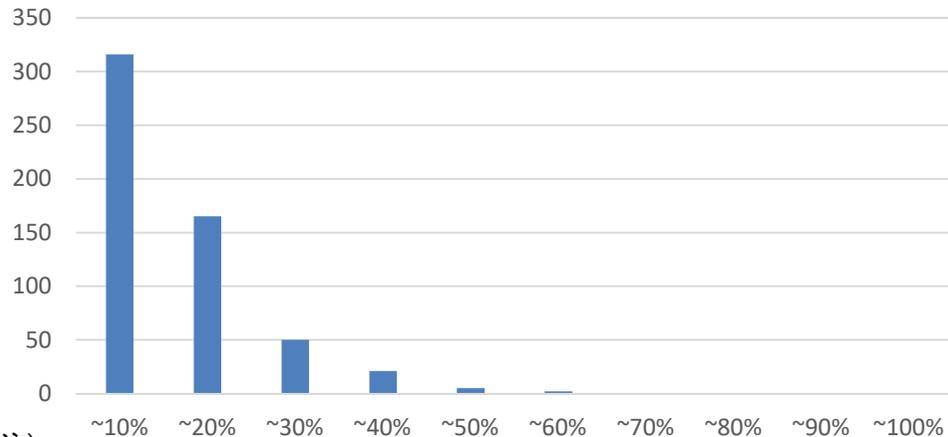
○ 定額負担(義務)対象病院と比べて、定額負担(任意)対象病院は、紹介状なし患者比率が高い病院や、定額負担徴収患者比率が高い病院について、それぞれの割合が高い傾向にある。

定額負担(義務)対象病院

■ 紹介状なしの患者比率ごとの病院数(初診)

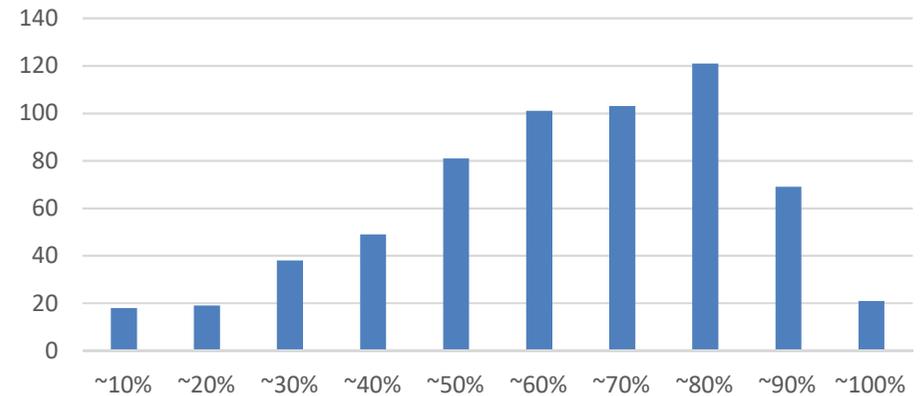


■ 定額負担徴収患者比率ごとの病院数(初診)

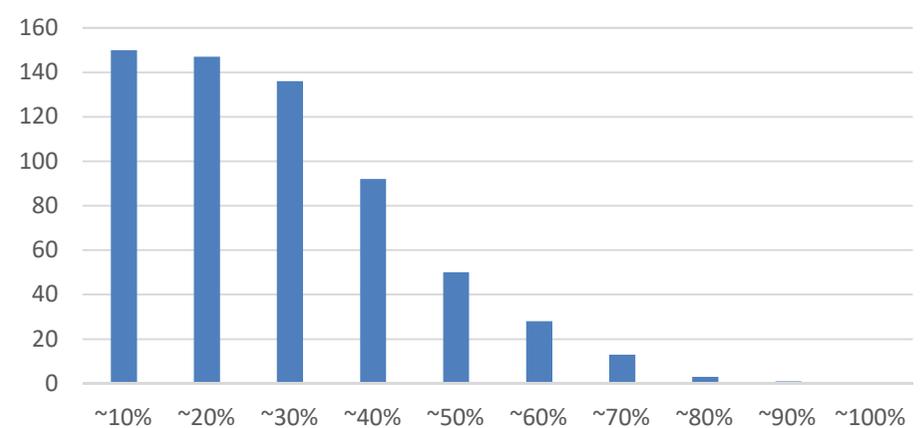


定額負担(任意)対象病院

■ 紹介状なしの患者比率ごとの病院数(初診)



■ 定額負担徴収患者比率ごとの病院数(初診)



(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。)
- ・患者数について、初診患者数、紹介状なし患者数、定額負担の徴収患者数/非徴収患者数のすべてについて記入のあった施設を集計対象としている。
- ・医科歯科併設となっている病院については、一部、医科と歯科を別々の施設とみなして集計している。

定額負担の徴収額の設定状況

- 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(医科)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	-	-	-	-	-	511件 (95.3%)	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%)	187件 (30.9%)	146件 (24.1%)	78件 (12.9%)	9件 (1.5%)	148件 (24.5%)	1件 (0.2%)	0件 (0%)	2件 (0.3%)	0件 (0%)	1件 (0.2%)	11,000 円

■再診(医科)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	-	-	-	-	506件 (96.6%)	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%)	108件 (76.6%)	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。
(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)
- ・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(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。

(参考・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

