

保険・年金 フォーカス

紹介状なし大病院受診追加負担 の狙いと今後の論点を考える

10月から引き上げ、医療機能分化に向けて新制度も開始

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～紹介状なし大病院受診追加負担の狙いと論点を考える～

中小病院や診療所で紹介状をもらわずに「大病院」を受診した場合、患者に課される追加負担が10月から7,000円に引き上げられた（9月までは5,000円）。この制度は2016年度以降、段階的に見直されてきた経緯があり、医療機関の役割分担明確化などの提供体制改革と密接に関連している。

しかし、どちらかと言うと、同時期に実施された後期高齢者医療の患者負担増に関心が集まり、この制度改正の内容や狙いがメディアで十分に取り上げられたとは言えない。

そこで、今回は「紹介状なし大病院受診の追加負担」について、その目的や経緯、論点を考える。併せて、身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医」機能の「制度化」論議が年末に向けた争点になると見られており、この点との関係性も踏まえつつ、今後の方向性を論じる。

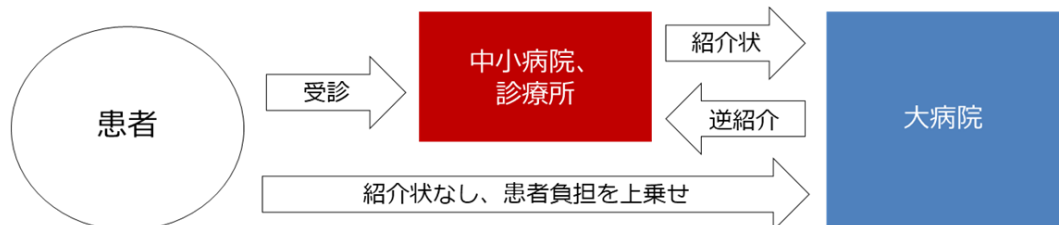
2—紹介状なし大病院受診の追加負担に関する過去の経緯

1 | 2016年度改定以降、「大病院」の定義を拡大

まず、紹介状なし大病院受診追加負担の沿革から振り返ると、始まりは2016年度診療報酬改定にさかのぼる。この時は特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院を対象に、5,000円の追加負担を

取る措置が導入された。ここで言う「特定機能病院」とは高度医療の提供を担う医療機関、「地域医療支援病院」とは紹介患

図1：紹介状なしに大病院に行った場合の追加負担のイメージ



出典：厚生労働省資料を基に作成

- ・当初は特定機能病院、500床以上の地域医療支援病院
- ・その後、対象を段階的に拡大。
- ・今後、紹介受診重点医療機関を各地域で選定

者への医療提供や医療機器の共同利用などを担当する医療機関を指す。

要するに、特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院を「大病院」と見なし、診療所や中小病院から紹介状をもらわずに受診した患者を対象に、初診（救急は除く）は5,000円の追加負担徴収を

義務付けることにしたわけだ¹。紹介状なし大病院受診追加負担のイメージは図1の通りである。

さらに、2018年度改定では追加負担を徴収する地域医療支援病院の病床規模が「400床以上」に、2020年度改定では「200床以上」に相次いで引き下げられた。つまり、図1右側の「大病院」の範囲を拡大する措置が取られたと言える²。

併せて、今年10月の制度改正では、5,000円の追加負担額が7,000円に引き上げられた³が、同じ時期に実施された後期高齢者医療制度の負担増⁴にメディアの関心が向かい、この制度改正は必ずしも注目を集めなかった。

2 | 「紹介受診重点医療機関」の創設

それまでの病床数に着目する議論に別の流れも加わった。安倍晋三政権期の2019年12月に取りまとめられた全世代型社会保障検討会議の中間整理に沿って、2021年に成立した改正医療法で、「紹介受診重点医療機関」という新たな仕組みが創設された⁵。

具体的には、国が制度化した「外来機能報告制度」に基づき、高額医療機器・設備を必要とする外来の患者数、診療所や中小病院との紹介や逆紹介の状況などについて、それぞれの医療機関が果たしている外来機能を可視化。その上で、都道府県を中心とする「協議の場」を通じて、外来受診重点医療機関を各地域で選定する流れが想定されており、患者が紹介状を持たないまま、紹介受診重点医療機関で診察や治療を受けた場合、追加負担を徴収されることになる。

ここで言う「協議の場」として主に想定されているのは「地域医療構想調整会議」である。地域医療構想調整会議とは、人口20~30万人を軸とした2次医療圏ごとに、都道府県や地区医師会、医療機関や介護事業所の経営者、市町村、住民などの関係者が集まる場を指しており、ここでの協議を通じて、急性期病床の削減や回復期機能の充実、在宅医療の整備などを目指す「地域医療構想」という提供体制改革を2次医療圏単位で推進することが想定されている⁶。つまり、病床や病院の役割分担に着目していた地域医療構想に加えて、外来機能報告制度と外来受診重点医療機関の創設を通じて、外来機能の見直しも新たに期待される形になったと言える。

実際の協議については、外来機能報告制度が本格始動していないため、実効性を含めて今後の議論を注視する必要がある。だが、2022年度診療報酬改定では、紹介受診重点医療機関に関する加算（紹介受診重点医療機関入院診療加算、800点、1点は10円）が創設された⁷。これには医療提供体制改革に期待している健康保険組合連合会（健保連）でさえ、「まだ制度が始まっていないのに先付的に、評

¹ 初診の歯科は3,000円。再診の場合、医科は2,500円、歯科は1,500円・今年10月以降、歯科は5,000円に引き上げられた。再診に関しても、医科は3,000円、歯科は1,900円に引き上げられた。

² 2018年度診療報酬改定に関しては、2018年5月2日拙稿「[2018年度診療報酬改定を読み解く（下）](#)」、2020年度診療報酬改定に関しては、2020年4月24日拙稿「[2020年度診療報酬改定を読み解く](#)」をそれぞれ参照。

³ この時の提案に沿って、新たに課される2,000円に関しては、医療機関の収入増になるのではなく、公的医療保険財源の収入に充てられることになった。

⁴ 後期高齢者の患者負担増は今年1月12日拙稿「[10月に予定されている高齢者の患者負担増を考える](#)」を参照。

⁵ 2021年改正医療法に関しては、2021年7月6日拙稿「[コロナ禍で成立した改正医療法で何が変わるか](#)」を参照。

⁶ 地域医療構想については、2017年11~12月拙稿「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く](#)」（全4回、リンク先は第1回）、2019年5~6月拙稿「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」（全2回、リンク先は第1回）、2019年10月31日拙稿「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」、2020年5月15日拙稿「[新型コロナがもたらす2つの『回帰』現象](#)」。併せて、三原岳（2020）『地域医療は再生するか』医薬経済社も参照。

⁷ 2022年度診療報酬改定に関しては、2022年5月27日拙稿「[2022年度診療報酬改定を読み解く（下）](#)」を参照。

価を決めること」について、「違和感があった」という感想⁸を漏らしており、この仕組みに対する厚生労働省の期待を読み取れる。

では、なぜ矢継ぎ早に制度改正が積み重ねられて来たのだろうか。その理由を次に考察する。

3——紹介状なし大病院受診追加負担の背景

1 | 医療機関の役割分担明確化

一般的に医療サービスは日常的な病気やケガに対応する1次医療（プライマリ・ケア）、手術などに対応する2次医療、3次医療に分類され、それぞれの機能に応じた医療が提供されれば、コストは最適化され、患者も状態に応じた医療を受けられる可能性がある。さらに急性期病床で治療を受けた患者を回復期病床に転院させれば、急性期病床の機器や人員を効率的に利用できる上、回復期病床で十分なリハビリテーションを受ければ、患者は円滑に在宅に復帰できる。

しかし、日本の医療機関の役割分担は不明確であり、本来は2次医療、3次医療に対応するために高度な設備や人員を備えている大病院でさえ、外来患者を受け入れている。さらに、新型コロナウイルスへの対応では、重症者向け病床で治療した患者を中等症、一般病床などに転院させれば、病床を効率的に運用できたが、実際には転院調整が捗らず、医療機関の逼迫に拍車を掛けた⁹。

こうした背景の下、政府は紹介状なし大病院受診の追加負担を通じて、医療機関の役割分担を明確にしようとしている。

2 | 地域医療構想など関連施策

こうした医療機関の役割分担明確化に関しては、過去にも様々な制度改正や施策が実施された。

一例を挙げると、先に触れた特定機能病院は1993年の医療法改正で、地域医療支援病院は1997年の医療法改正で、それぞれ創設された。2017年度から本格始動した地域医療構想についても、急性期病床の削減や回復期機能の充実、在宅医療

の強化、医療機関同士の連携強化などを図ろうとしている点で、病院・病床の役割分担を明確にする狙いも込められていた。さらに、これらの動きを後押しするため、2年に一度の診療報酬改定に加え、引き上げられた消費税財源を用いて都道府県単位に設置されている「地域医療介護総合確保基金」などを通じた財政支援も講じられている。

このほか、厚生労働省は患者の受療行動を変えるため、「上手な医療のかかり方」を掲げることで、安易な大病院受診とか、夜間・休日の受診を控えるように国民に要請しており、同じような観点に立

表1：医療機関の役割分担明確化に向けた施策

	医療提供者に対する施策	医療利用者（患者）に対する施策
主な施策	<ul style="list-style-type: none">特定機能病院や地域支援病院の制度創設や指定地域医療構想を通じた主に病床機能に関する医療機関の役割分担明確化外来機能報告制度と紹介受診重点医療機関の選定を通じた外来機能の役割分担明確化上記に関する診療報酬改定や地域医療介護総合確保基金などによる支援	<ul style="list-style-type: none">紹介状なし大病院受診の追加負担の引き上げ、「大病院」の対象拡大上手な医療のかかり方などを通じた国民の受療行動変化の促進適切な受診などに向け、改正医療法に国民の努力義務追加

出典：厚生労働省資料を基に作成

⁸ 2022年5月1日『社会保険旬報』NO. 2854における健保連の松本真人理事に対するインタビュー記事を参照。

⁹ 新型コロナウイルスへの対応と医療機関の役割分担の明確化の関係については、2021年10月26日拙稿「[なぜ世界一の病床大国で医療が逼迫するのか](#)」を参照。

ち、2014年の医療法改正でも、▽医療機関の機能分担に関する重要性の理解、▽機能に応じた医療機関の選択と受診——などに関する国民の努力義務を規定した¹⁰。

これらを「医療提供者に対する施策」「医療利用者（患者）に対する施策」で考えると、表1のように整理できる。つまり、地域医療構想の推進や紹介受診重点医療機関の選定、それを後押しする診療報酬改定や財政支援は医療提供者に対する働き掛けと整理できる。一方、紹介状なし大病院受診追加負担と上手な医療のかかり方は医療利用者（患者）の受療行動を変えることで、医療機関の役割分担を明確にしようとしている。

では、医療機関の役割分担明確化に向けた施策として、今後どんな展開が考えられるのだろうか。地域医療構想の推進や紹介受診重点医療機関の選定については、都道府県を中心とした現場レベルの動向も視野に入れる必要があるため、今回は国の制度改正の方向性に議論を絞ることにする。

以下、①身近な病気やケガに対応する「かかりつけ」機能の制度化、②紹介状なし大病院受診追加負担額の一層の引き上げの可能性——について、論点や方向性を検討する。

4——かかりつけ医機能の「制度化」の論点

1 | 追加負担は単なる「罰金」？

まず、中小病院や診療所を中心に、身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医」機能の制度化、つまりプライマリ・ケアと呼ばれる1次医療への対応である。結論から先取りすると、これまでの役割分担の明確化に関する政策では、プライマリ・ケアへの手当が不十分だった。

そもそも、かかりつけ医の位置付けが明確とは言えない。日本医師会（日医）など診療団体が2013年8月に公表した提言¹¹によると、かかりつけ医は「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義されている。

ただ、その位置付けは曖昧であり、「かかりつけ医か否か」を決める明確な線引きは存在しない¹²。このため、新型コロナウイルスへの対応では、かかりつけ医で発熱相談に対応する方針が早くから示されたものの、発熱外来にたどり着けない「発熱難民」が生まれた。

実際、表1で整理した過去の施策でも、プライマリ・ケアの部分は中途半端になっている面は否めない。表1のうち、左側の医療提供者向けの施策では、2次医療や3次医療を担う医療機関が主な対象であり、1次医療に相当するプライマリ・ケアの部分が手当てされているとは言い難い。

さらに表1の右側の医療利用者（患者）サイドへの働き掛けに関しても、限界がある。元々、医療は患者—医師の間で情報格差が大きく、患者が自らの状態に適した医療を適切に選ぶのは難しい。例えば、ひどい急な頭痛に見舞われた患者が医師の手助けなしに、「これは命に関わる重大な疾患」「ストレス性の一時的な痛み」などと判断するのは極めて困難である。

こうした中、本来は身近な病気やケガに対応するプライマリ・ケアを強化する方向性を明らかにし

¹⁰ 上手な医療のかかり方については、2020年2月5日拙稿「[『上手な医療のかかり方』はどこまで可能か](#)」を参照。

¹¹ 2013年8月8日、日本医師会・四病院団体協議会合同提言「医療提供体制のあり方」を参照。

¹² かかりつけ医が曖昧な原因や歴史的な経緯に関しては、2021年8月16日拙稿「[医療制度論議における「かかりつけ医」の意味を問い直す](#)」を参照。

なければ、不安を感じた患者が大病院に行く行動を止めにくいし、そうした受療行動を取ってしまう患者から追加負担を取っても、患者は「罰金」としか受け止めないであろう。

この感覚を裏付ける調査としても、2018年度から追加負担を徴収した大病院を受診した初診患者または家族に対し、追加負担の認知度を聞いたところ、「仕組みがあることは知っていたが、仕組みが設けられている理由は知らなかった」「仕組みがあることを知らなかった」と答えた人は計 61.6%に及んだという結果がある¹³。健保連も「これら（筆者注：紹介状なし大病院受診の追加負担や紹介受診重点医療機関を指す）は本来、かかりつけ医機能の明確化・強化とセットで実施すべきであり、議論の進み方にギャップがある」と指摘している¹⁴。

2 | かかりつけ医機能の「制度化」を巡る攻防

これまでプライマリ・ケアが議論されていなかった背景として、日医に対する配慮があることは間違いない。例えば、1985年の医療計画制度¹⁵の創設など、医療提供体制の見直し論議がスタートした頃の論文では、「プライマリ・ケアに関する明確なビジョンと推進の環境を整備することこそ医療計画の課題」との問題意識が披歴されていた¹⁶が、議論は手付かずだった。既述した地域医療構想に関しても、関心事は病床のコントロールにとどまっており、外来分野はほとんど手付かずだった。

しかし、財政制度等審議会（財務相の諮問機関）が昨年12月の建議（意見書）で、かかりつけ医の機能や役割が不明確なため、新型コロナウイルスの発熱相談にたどり着けない患者が続出した点などを指摘。その上で、「かかりつけ医機能の要件を法制上明確化」「これらの機能を備えた医療機関をかかりつけ医として認定」「かかりつけ医に対して利用希望の者による事前登録・医療情報登録を促す仕組みを導入していくことを段階を踏んで検討」などを訴えた。

つまり、かかりつけ医を制度上、明確化する必要性に加えて、患者が事前に指名した医師にかかる「登録制度」の段階的な採用を通じて、いつでもどこでも医療機関を自由に選べるフリーアクセスの部分的な見直しが必要と訴えたのである。さらに、政府の全世代型社会保障構築会議が今年5月に示した中間整理でも、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」を図ることで、外来の見直しも加味した医療提供体制改革の「バージョンアップ」を進める旨が示された。

これに対し、日医の松本吉郎会長は「フリーアクセスが制限される『かかりつけ医の制度化』は阻止し、必要な時に適切な医療にアクセスできる現在の仕組みを守る」と反対¹⁷しており、年末にも予想される調整では難航が予想されている。

かかりつけ医、及びかかりつけ医機能の制度化を巡る議論は後日、稿を改める予定だが、医療機関の役割分担明確化の議論が外来分野まで波及するか、今後の行方を注視する必要がある。

¹³ 2019年3月27日、中央社会保険医療協議会部会資料、有効回答数112人。

¹⁴ 2022年4月18日『週刊社会保障』No. 3166における健保連の松本理事に対するインタビュー記事を参照。

¹⁵ 都道府県が6年周期で作る計画。病床過剰地域での上限設定に加えて、がんや精神疾患など「5事業5疾病」については、必ず記載することが義務付けられている。2024年度から始まる次期計画では、新興感染症への対応が追加される。既述した地域医療構想は元々、医療計画の一部として策定され、現在は医療計画に取り込まれている。

¹⁶ 郡司篤晃（1991）「地域福祉と医療計画」『季刊社会保障研究』Vol. 26 No. 4。

¹⁷ 2022年6月26日の臨時代議員会における日医の松本吉郎会長発言。同日『m3.com』配信記事を参照。

5——紹介状なし大病院受診追加負担額の一層の引き上げの可能性

もう一つの可能性として、初診 7,000 円になった追加負担を一層、引き上げる選択肢も考えられるが、この場合には「原則 3 割負担」と定める健康保険法との整合性が問われる。

これは 2002 年改正で追加された附則第 2 条を指しており、「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」という条文が盛り込まれている。ここで言う「100 分の 70」の給付割合とは、患者負担 3 割を意味しており、これを将来に渡って維持する考えが示されたわけだ。

この附則追加は当時、政治的な側面を持っていた。具体的には、健康保険組合など被用者保険に加入する勤め人の患者負担を 2 割から 3 割に引き上げた際、自民党や日医が猛反発したが、発足間もなかった小泉純一郎政権が国民の高い支持率をバックに反対を押し切った。その過程で、一層の負担増に歯止めを掛ける意味で附則が追加された経緯がある。

実際、厚生労働省官僚 OB は「(筆者注；附則の追加を主張した人達は)『3 割負担はけしからん。これ以上は絶対にダメだぞ』という意味で言っていました。我々(筆者注：厚生労働省を指す)は、3 割が限度で、4 割負担になった医療保険ではなくなるのではないかと考えていました」「附則を付けられた経緯は面白くありませんでしたが、付いた意味については何の異論もありませんでした」と振り返っている¹⁸。

つまり、附則は今後の負担増に歯止めを掛ける担保としての側面を持っており、追加負担の引き上げを提唱した 2019 年 12 月の全世代型社会保障検討会議中間整理でも「平成 14 年(筆者注：2002 年)の健康保険法改正法附則第 2 条を堅持」という文言が盛り込まれている。

このため、少なくとも現状で「3 割負担」の原則を覆すような形で、紹介状なし大病院受診追加負担を一方的に引き上げて行く選択肢を取ることは現時点で難しいと考えられる。ただ、どこまで追加負担を引き上げると、「3 割負担」の原則に抵触するか、明確な線引きが存在するわけではないため、今後も追加負担の引き上げ論議が浮上する可能性は否定できない。

6——おわりに

本稿では、10 月から引き上げられた紹介状なし大病院受診の追加負担について、制度改正の経緯に加えて、医療機関の役割分担明確化という目的を説明した。この目的に関しては、地域医療構想や上手な医療のかかり方など他の施策が絡んでおり、紹介状なし大病院受診の追加負担だけ見ても、施策の全体像を理解しにくい面がある。さらに、かかりつけ医機能の制度化論議が影響するし、都道府県に運用が任されている地域医療構想や外来機能の見直しの動向も注視する必要がある。

一方、追加負担を一層、引き上げる選択肢については、「原則 3 割負担」を定めた健康保険法附則との関係で、一定の制約が課されているのは事実である。このため、医療機関の役割分担の明確化を図る上では、かかりつけ医機能の強化や制度化、地域医療構想の推進、紹介受診重点医療機関の選定など、他の施策を絡めて推進する必要があるようだ。

¹⁸ 医療科学研究所監修(2022)『徹底研究 患者負担の在り方』法研 p231 の「医療保険制度の患者一部負担の歴史に関する座談会録」における元厚生労働省官僚の中村秀一の発言。