



# 紹介状を持たない患者に対する 選定療養費徴収義務化が外来患者の 受診行動に与えた影響

五十嵐康佑

2026年1月20日



# 目次



# Table of Contents



## サマリー

### 研究目的とデータ・手法

- 目的：2022年10月導入の「紹介状なし大病院外来に対する選定療養費・徴収義務化」が、大病院への患者集中をどの程度是正したかを検証
- データ：協会けんぽレセプトデータ(2015～2023年度)を用いて病院×月単位のパネルデータを作成
- 手法：DID+イベントスタディ

### 分析結果(DID)

- 初診外来件数：選定療養費徴収義務化により約12.5%有意に減少
- 再診外来件数：選定療養費徴収義務化により約2.8%有意に減少
- 総外来件数：選定療養費徴収義務化により約4.3%有意に減少



## サマリー

### 分析結果(イベントスタディ・異質性分析)

- イベントスタディ：初診・総外来で制度改正直後に急減し、その後は横ばい傾向
- 異質性分析：総外来件数が多い病院ほど政策効果が小さい

### 結論

- 本制度により医療機関の機能分化は一定進んだが、価格メカニズムのみでは限界がある
- かかりつけ医機能の法制化など制度的介入の必要性が示唆される



# Table of Contents



# 日本の医療制度：フリーアクセスと問題

- フリーアクセス：患者が医療機関を自由に選択可能
- 問題：軽症でも大病院を選好しやすく、医療資源の非効率な使用を招きうる

## 日本の医療制度：フリーアクセスと医療資源の非効率な使用

(Free Access and Inefficient Use of Medical Resources)

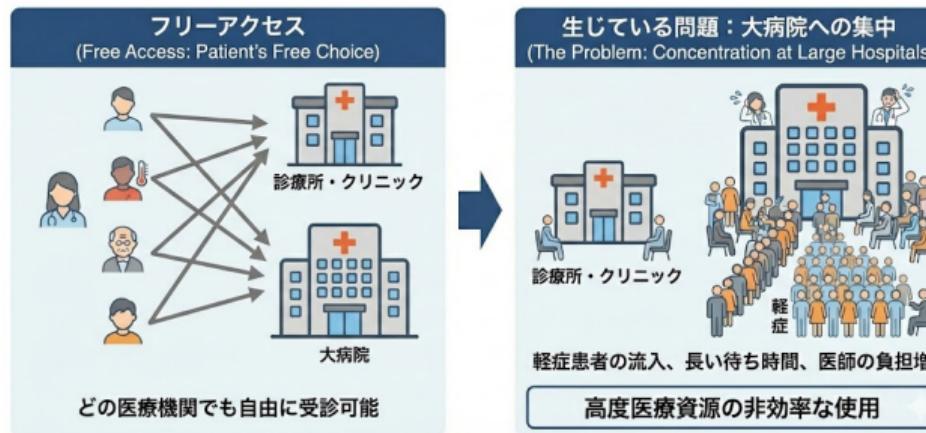


Figure: フリーアクセスと医療資源の非効率な使用



## 選定療養費制度（2016年～）

### 選定療養とは：

保険外併用療養のうち、将来的な保険導入を前提としないもので、患者の選択により特別の料金を支払うことで保険外の診療と保険診療を併用するもの

- 2016年以前：一般病床200床以上の病院において任意で選定療養費を徴収可能
- 2016年：一定の大病院で選定療養費の徴収義務化スタート
- 2022年10月：制度対象病院の拡大と選定療養費額の引き上げ、徴収強制力の強化



## 選定療養費制度（2016年～）

現行制度の対象病院および選定療養費額については以下の通り。

- ・ 対象病院：特定機能病院、一般病床200床以上の地域医療支援病院、一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関
- ・ 選定療養費額

初診	医科	7,000円以上
	歯科	5,000円以上
再診	医科	3,000円以上
	歯科	1,900円以上



# 選定療養費制度（2016年～）

現行制度における保険給付範囲からの控除については以下の通り。

現行制度	見直し後
<p>[対象病院]</p> <ul style="list-style-type: none"><li>特定機能病院</li><li>地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）</li></ul> <p>※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる</p>	<p>[対象病院]</p> <ul style="list-style-type: none"><li>特定機能病院</li><li>地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）</li><li><b>紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）</b></li></ul> <p>※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる</p>
<p>[定額負担の額]</p> <ul style="list-style-type: none"><li>初診：医科 5,000円、歯科 3,000円</li><li>再診：医科 2,500円、歯科 1,500円</li></ul>	<p>[定額負担の額]</p> <ul style="list-style-type: none"><li>初診：医科 <b>7,000円</b>、歯科 <b>5,000円</b></li><li>再診：医科 <b>3,000円</b>、歯科 <b>1,900円</b></li></ul>

（例）医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	
医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円



定額負担 <b>7,000円</b>	
医療保険から支給（選定療養費） <b>5,600円</b> (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 <b>2,400円</b> (=3,000円-2,000円×0.3)



出所：厚生労働省令和4年度診療報酬改定の概要外来！

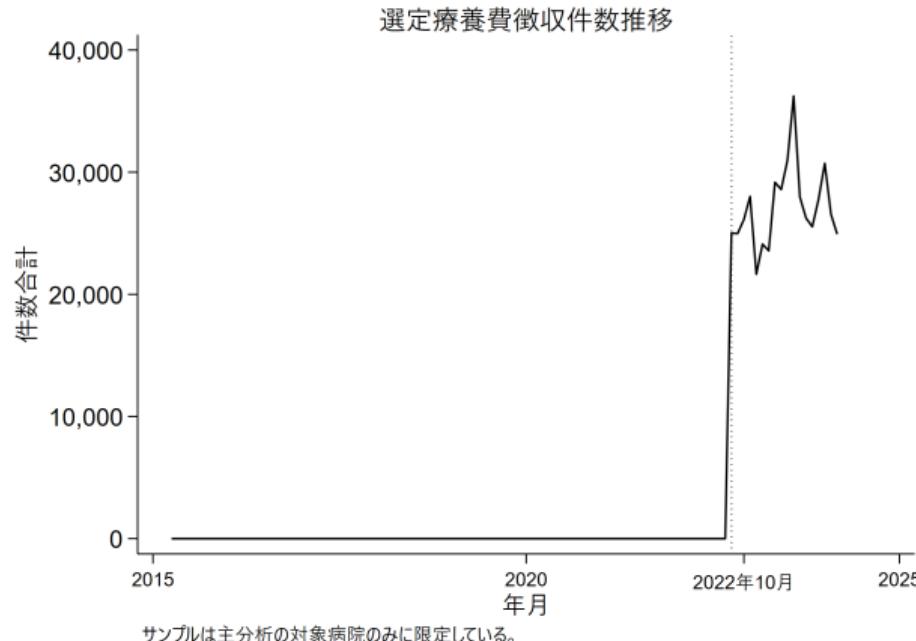
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000920428.pdf>)

→選定療養費を徴収しないと保険給付額の減少により病院側が損。



## 制度施行状況

2016年に徴収義務化がスタートしたものの、選定療養費の徴収が本格的にスタートしたのは2022年10月改定から





# 情報の非対称性と政策効果

- 医療サービス市場における情報の非対称性から、患者は自身の病状に関する判断を正確にできない
- 大病院志向が強ければ、7,000 円以上の選定療養費があったとしても大病院を選び続ける可能性がある
- よって、選定療養費制度の目的である医療機関の機能分化を達成しているかは自明ではない



## リサーチクエスチョン

- RQ1(政策の有効性)：選定療養費の徴収義務化は対象病院において
  - 初診外来件数・再診外来件数を有意に減少させたか？
  - 総外来件数にどのような影響を与えたか？
- RQ2(効果の異質性)：政策効果は病院の属性によってどのように異なるか？



# Table of Contents



# 先行研究

- 1. 医療サービス需要の価格弾力性
  - 海外: RAND HIE, Oregon HIE 等
  - 日本: 湯田 (2023) 等
- 2. 医療機関選択
  - Acton (1973): 保険により金銭価格が低くなれば、時間的コストが需要決定の主要因となる。
  - Tay (2003): 患者は質を強く選好し、多少遠くても質を重視して医療機関を選択する傾向がある。
- 3. 選定療養費制度の評価
  - 菅原 (2013) 等: アンケート調査に基づき、定額自己負担の導入が受診行動に与える影響をシミュレーション。
  - Iba et al. (2025): 茨城県のデータ（国保・後期）を用い、地域医療支援病院において紹介率が有意に上昇したことを報告。



# Table of Contents



## データ

- 2015～2023 年度の協会けんぽレセプトデータを利用
- 病院 × 月のパネルデータを構築
- 分析対象：許可病床 200 床以上の病院に限定
  - 協会けんぽデータの制約上、一般病床 200 床以上の識別が困難
- アウトカム（対数変換）：

$\ln(\text{初診外来件数})$ ,  $\ln(\text{再診外来件数})$ ,  $\ln(\text{総外来件数})$

- コントロール：診療科数
- 最終的な分析サンプル
  - 1,546
  - 総観測数：154,698
- 変数詳細：Appendix



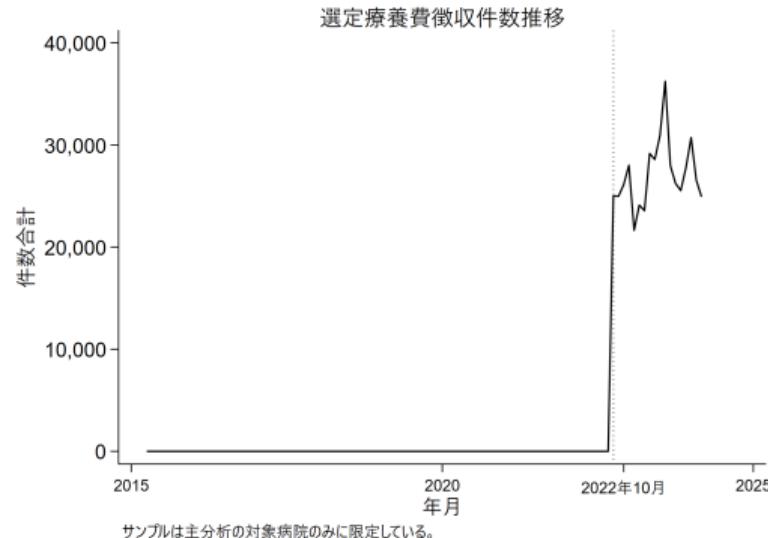
# Table of Contents



## 実証戦略

本研究では 2022 年 10 月の制度改定を自然実験とみなして分析を行う。

- 2022 年 10 月から選定療養費の徴収件数が飛躍的に増大している。(下図)
- 保険給付範囲からの控除により徴収強制力が強化





## 実証戦略

### 観測単位・期間・サンプル

- 医科・外来のレセプトに限定
- 病院×月単位のパネルデータ (2015/4～2024/3) を作成
- サンプルに含まれる病院は許可病床 200 床以上と推定される病院のみ
  - 協会けんぽデータの制約上、一般病床 200 床以上の識別が困難

### 処置群・対照群の定義

- **処置群**：処置前期間に選定療養費を徴収している月数の割合が 1 割未満<sup>1</sup>、処置後はすべての月で選定療養費を徴収している病院群
- **対照群**：データ期間を通じて一度も選定療養費の徴収実績がない病院群

---

<sup>1</sup>任意で徴収可能であるため。



## TWFE DID

$$\ln Y_{it} = \gamma(\text{Treat}_i \cdot \text{Post}_{it}) + \beta X_{it} + \alpha_i + \delta_t + \epsilon_{it}$$

- $\text{Treat}_i \cdot \text{Post}_{it}$  : DID 項
- $Y_{it}$  : アウトカム (対数)
  - 初診外来件数
  - 再診外来件数
  - 総外来件数
- $X_{it}$  :
  - 診療科数
- $\alpha_i$  : 病院固定効果
- $\delta_t$  : 月固定効果

標準誤差については病院レベルでのクラスターロバスト標準誤差を使用する。



## イベントスタディ

$$\ln Y_{it} = \beta_{\text{pre}} \cdot \mathbf{1}(t < E_i - 12) \cdot \text{Treat}_i + \sum_{k=-12, k \neq -1}^{17} \beta_k \cdot \mathbf{1}(t = E_i + k) \cdot \text{Treat}_i + \theta X_{it} + \alpha_i + \delta_t + \epsilon_{it}$$

- $Y_{it}, X_{it}, \alpha_i, \delta_t$ : 上ページと同じ
- $\mathbf{1}(t = E_i + k) \cdot \text{Treat}_i$ : 処置群の病院において、制度改定から  $k$  ヶ月経過した時点 ( $k$  が負の場合は改定前) であることを示すダミー変数

制度改定直前 ( $= -1$ ) の月は分析の基準点として除外



# Table of Contents



# DID：平均処置効果（ATT）

Table: DID 推定結果

	初診件数(対数)	再診件数(対数)	総外来件数(対数)
Treat <sub>i</sub> × Post <sub>it</sub>	-0.1250***	-0.0283***	-0.0430***
診療科数	0.0163**	0.0185***	0.0176***
Observations	154,698	154,698	154,698
Adj. R <sup>2</sup>	0.944	0.982	0.980

注：病院固定効果・月固定効果を含む。標準誤差は病院レベルでクラスタ化（表では省略）。

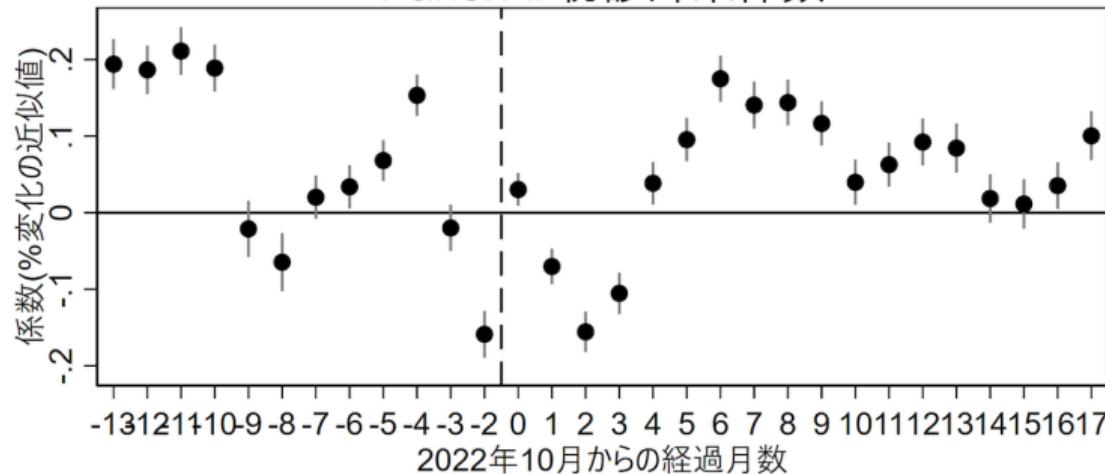
- 初診：約 -12.5%
  - 再診：約 -2.8%
  - 総外来：約 -4.0%（約 -4.3%）
- いずれも 1% 水準で統計的に有意な結果



# イベントスタディ：動学的処置効果

## 1. 初診外来件数

Panel A: 初診外来件数

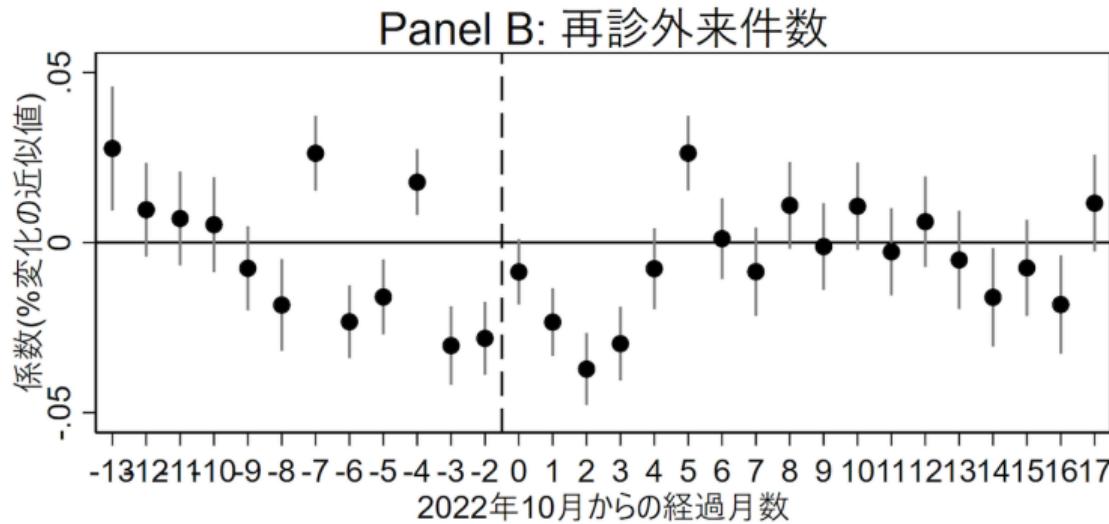


- 改定後 1~3 ヶ月 : 減少トレンド
- それ以降 : 横ばい



## イベントスタディ：動学的処置効果

### 2. 再診外来件数

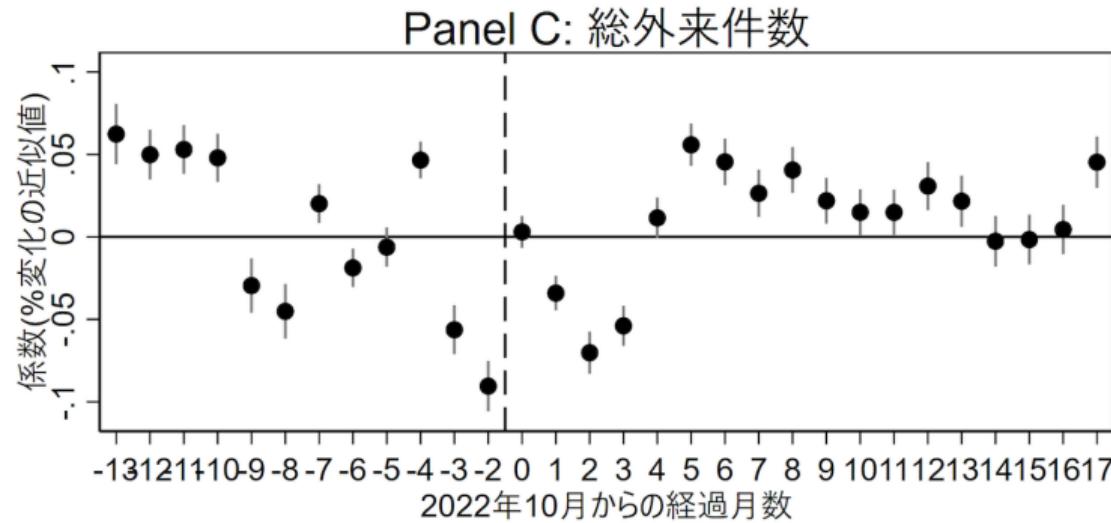


- 改定後 1~3ヶ月：減少トレンド
- それ以降：横ばい



## イベントスタディ：動学的処置効果

### 3. 総外来件数

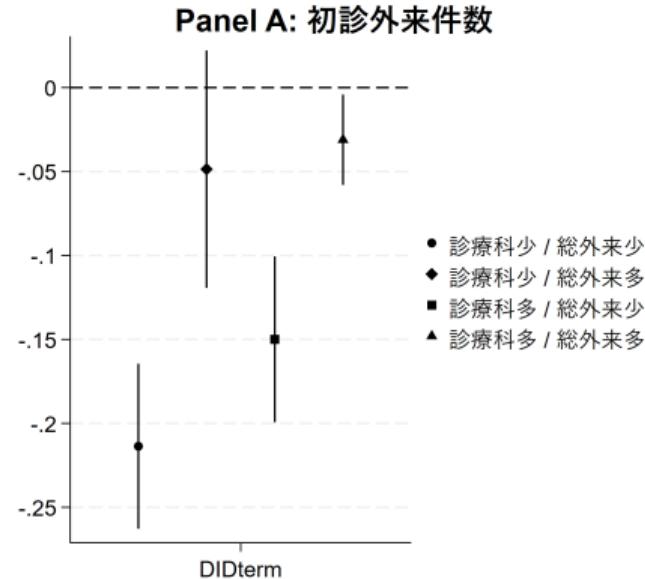


- 改定後 1~3 ヶ月 : 減少トレンド
- それ以降 : 横ばい



## 異質性分析：診療科数 × 総外来件数

- 診療科数と総外来件数の 2 軸による異質性分析



→ 総外来件数が少ない病院ほど政策効果が大きいことが示唆される。

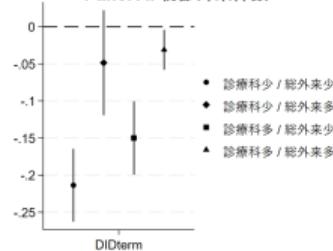


# 異質性分析：診療科数 × 総外来件数

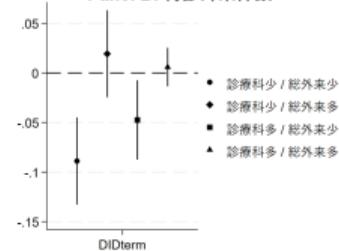
- すべてのアウトカムに対しての異質性分析の結果

診療科数と総外来件数の2軸による異質性分析

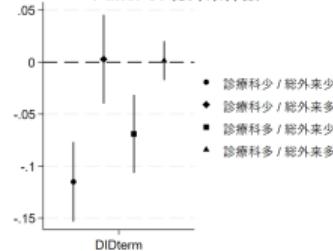
Panel A: 初診外来件数



Panel B: 再診外来件数



Panel C: 総外来件数



診療科数と処置時点以前の平均総外来件数の中央値によりグループ分けを行った。



# Table of Contents



## 解釈（初診）

- 制度変更直後：周知により受診控え・診療所への移動が発生
- 数ヶ月後：患者が新たな価格水準に適応し、効果が横ばい化した可能性



## 解釈（再診・総外来／異質性／制度的介入）

- 再診・総外来への影響が小さい可能性
  - 再診は初診より選定療養費が低い
  - 治療継続中の医療機関変更はスイッチングコストが高い
  - 総外来は再診比率が高く、再診の小さい変化に引っ張られる
- 異質性の解釈
  - 総外来が少ない（中規模）病院：代替機関が見つかりやすい可能性
  - 総外来が多い病院：代替がないと患者が考え移動が起きにくい可能性
- 価格メカニズムのみでは限界 ⇒ かかりつけ医機能の法制化等の制度的介入が必要



# Table of Contents



## 限界：協会けんぽデータ

- 高齢者の情報が含まれていない
- 大企業等の従業員とその家族の情報が含まれていない

対象母集団の偏り（年齢・企業規模）に留意が必要

Figure: データ制約（模式図）



# 限界：平行トレンド／今後の修正分析

- 平行トレンド仮定
  - イベントスタディから仮定が満たされていない可能性
  - 介入直後の負へのシフトから、受診抑制効果の可能性は否定されない
- 今後（修正分析案）
  - 診療科数と年月ダミーをコントロールに追加
  - IPW-DID / PSM-DID
  - Synthetic DID



## 結論

- 徴収義務化は初診外来を有意に減少（約 -12.5%）
- 再診・総外来への効果は限定的（スイッチングコスト等）
- 價格メカニズムのみでは限界 ⇒ 制度的介入の検討が必要



# Table of Contents



## 付録：データセット変数一覧 (1/2)

変数名	内容	型・フォーマット
hospital_id	病院 ID	str19, %19s
ym_tm	年月 (Stata 月次 date)	float, %tm
year	年	
prefecture	都道府県コード	
niji_area	二次医療圏コード	
postal_5	郵便番号 (5桁)	str19, %19s
postal_2	郵便番号上2桁 (固定効果用)	str
shoshin_outpatients	初診外来件数 (メインアウトカム候補)	int, %10.0g
saishin_outpatients	再診外来件数 (=総外来件数 - 初診外来件数)	
total_outpatients	総外来件数 (2nd アウトカム候補)	int, %10.0g
no_referral_outpatients	紹介状なし初診外来件数	int, %10.0g
log_shoshin_outpatients	shoshin_outpatients の対数	float, %9.0g
log_saishin_outpatients	saishin_outpatients の対数	
log_total_outpatients	total_outpatients の対数 (2nd アウトカム候補)	float, %9.0g

注：表記は Stata の型・フォーマット（例：%tm, %10.0g）に基づく。



## 付録：データセット変数一覧 (2/2)

変数名	内容	型・フォーマット
post	DID 用：2022 年 10 月以降 =1	byte, %8.0g
treated	2022 年 10 月から継続的に徴収 =1	float, %9.0g
event_time	イベントスタディ用：2022 年 10 月を 0	int, %8.0g
department_count	診療科数（コントロール）	byte, %10.0g
category	病院分類：1=switcher, 2=Always treated, 3=irregular	
pre_rate	Pre 期間の算定（徴収）率	
post_rate	Post 期間の算定（徴収）率	
flag_exclude	除外病院フラグ	

注：不規則徴収 (irregular) の定義・除外基準は本文（データ作成）参照。



発表は以上となります。