



# 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



東京大学

大学院経済学研究科・経済学部

Graduate School of Economics, Faculty of Economics  
The University of Tokyo



## 目次

- ▶ サマリー
- ▶ モチベーション
- ▶ 先行研究
- ▶ データ
- ▶ 手法
- ▶ 結果
- ▶ 解釈
- ▶ 限界・今後



# Table of Contents

- ▶ サマリー
- ▶ モチベーション
- ▶ 先行研究
- ▶ データ
- ▶ 手法
- ▶ 結果
- ▶ 解釈
- ▶ 限界・今後



# 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

- ▶ サマリー
- ▶ モチベーション
- ▶ 先行研究
- ▶ データ
- ▶ 手法
- ▶ 結果
- ▶ 解釈
- ▶ 限界・今後



# 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)

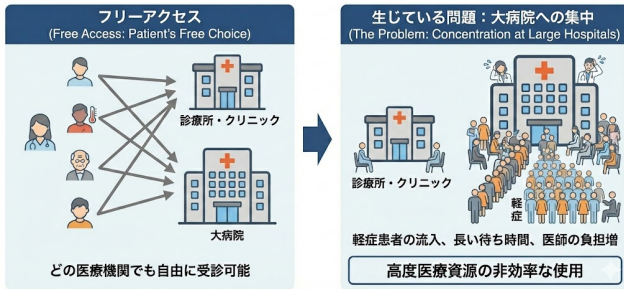


Figure: フリーアクセスと医療資源の非効率な使用



## 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>[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>[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 <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> <p>[保険給付範囲からの控除]</p> <p>外来機能の明確化のための<b>例外的・限定的な取扱い</b>として、定額負担を求める患者（<b>あえて紹介状なしで受診する患者等</b>）の初診・再診について、<b>以下の点数を保険給付範囲から控除</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・初診：医科 <b>200点</b>、 歯科 <b>200点</b></li><li>・再診：医科 <b>50点</b>、 歯科 <b>40点</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 7,000円	
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)

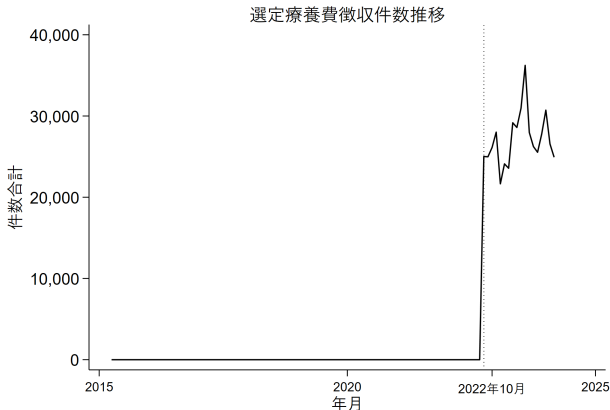
出所：厚生労働省令和4年度診療報酬改定の概要外来I  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000920428.pdf>)

→ 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



サンプルは主分析の対象病院のみに限定している。



## 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

- ▶ サマリー
- ▶ モチベーション
- ▶ 先行研究
- ▶ データ
- ▶ 手法
- ▶ 結果
- ▶ 解釈
- ▶ 限界・今後



# 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

- ▶ サマリー
- ▶ モチベーション
- ▶ 先行研究
- ▶ データ
- ▶ 手法
- ▶ 結果
- ▶ 解釈
- ▶ 限界・今後





## データ：協会けんぽレセプト

- 2015～2023 年度の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

単位：病院 × 月 期間：2015/04-2024/03（例）

主要変数：初診・再診・総外来件数（ln）、診療科数、Treat 推定フラグ

Figure: 分析データの概要（模式図）



## アウトカム・コントロール

- 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

変数	定義	備考
初診外来件数	月次初診件数	$\ln(\cdot)$ を使用
再診外来件数	月次再診件数	$\ln(\cdot)$ を使用
総外来件数	初診 + 再診	$\ln(\cdot)$ を使用
診療科数	診療科の数	コントロール

Table: 主要変数（仮表）



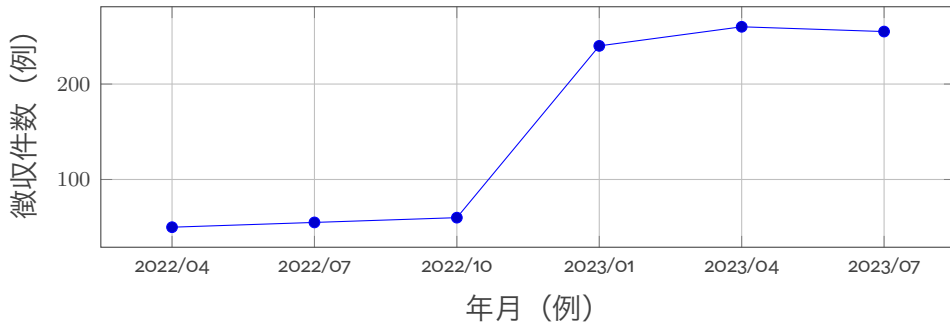
# Table of Contents

- ▶ サマリー
- ▶ モチベーション
- ▶ 先行研究
- ▶ データ
- ▶ 手法
- ▶ 結果
- ▶ 解釈
- ▶ 限界・今後



## 実証戦略：介入群の同定

- レセプトから「制度対象病院」を直接観測できない
- 2022 年 10 月以降に選定療養費（紹介状なし）徴収件数が急増することを利用
- 診療行為コード（選定療養費）の記録に基づき、
  - 改定後に継続的に徴収している病院：介入群
  - そうでない病院：対照群





## TWFE DID

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

- $Y_{it}$  : 初診・再診・総外来（対数）
- $X_{it}$  : 診療科数
- $\alpha_i$  : 病院固定効果,  $\delta_t$  : 月固定効果



# イベントスタディ

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

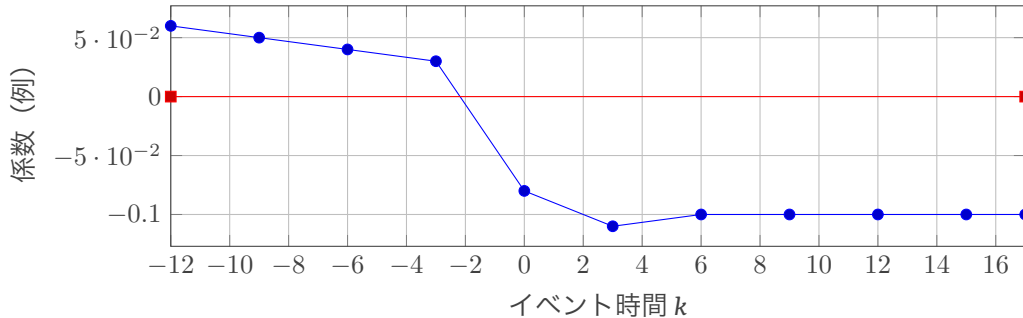


Figure: イベントスタディ (模式図)



# Table of Contents

- ▶ サマリー
- ▶ モチベーション
- ▶ 先行研究
- ▶ データ
- ▶ 手法
- ▶ **結果**
- ▶ 解釈
- ▶ 限界・今後



## DID：平均処置効果（ATT）

- 初診： $\approx -12.5\%$ （有意）
- 再診： $\approx -2.8\%$
- 総外来： $\approx -4.0\%$ （約  $-4.3\%$ ）

	初診 (ln)	再診 (ln)	総外来 (ln)
Treat · Post	$-0.125^{***}$ (0.010)	$-0.028^{***}$ (0.008)	$-0.043^{***}$ (0.008)
診療科数	$0.016^{**}$ (0.007)	$0.019^{***}$ (0.007)	$0.018^{***}$ (0.007)

注：数値は仮。標準誤差は括弧内。\*\*\* $p < 0.01$ , \*\* $p < 0.05$ .

Table: TWFE DID 推定（仮表）





## イベントスタディ：改定後の動学効果

- 改定後1～3ヶ月：減少トレンド
- それ以降：横ばい

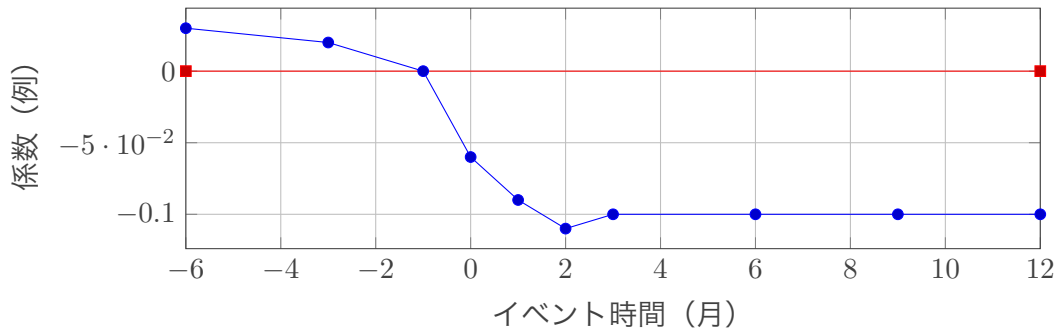


Figure: 改定後に急減し横ばい（模式図）



## 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軸の異質性
- 総外来件数が少ない病院ほど処置効果が大きいたことが示唆

	総外来：低	中	高
診療科数：少	-0.16	-0.13	-0.10
診療科数：中	-0.14	-0.11	-0.08
診療科数：多	-0.12	-0.09	-0.05

Table: 異質性（初診の係数：仮）



# Table of Contents

- ▶ サマリー
- ▶ モチベーション
- ▶ 先行研究
- ▶ データ
- ▶ 手法
- ▶ 結果
- ▶ 解釈
- ▶ 限界・今後



## 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

- ▶ サマリー
- ▶ モチベーション
- ▶ 先行研究
- ▶ データ
- ▶ 手法
- ▶ 結果
- ▶ 解釈
- ▶ 限界・今後



## 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）
- 価格メカニズムのみでは限界 ⇒ 制度的介入の検討が必要



発表は以上となります。