



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
- ▶ 結論
- ▶ 限界と今後の課題



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
- ▶ 結論
- ▶ 限界と今後の課題



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
- ▶ 結論
- ▶ 限界と今後の課題



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)

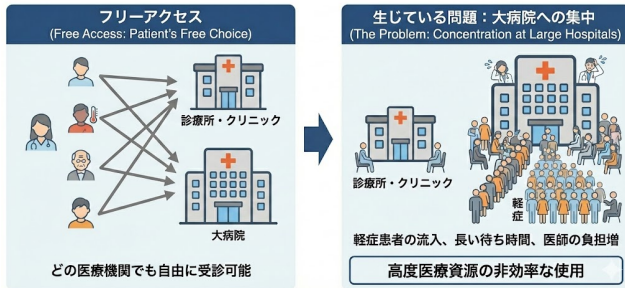


Figure: フリーアクセスと医療資源の非効率な使用



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">・ 特定機能病院・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る） <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">・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円	<p>[対象病院]</p> <ul style="list-style-type: none">・ 特定機能病院・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）・ <u>紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）</u> <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">・ 初診：医科 7,000円、 歯科 5,000円・ 再診：医科 3,000円、 歯科 1,900円 <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例外的・限定的な取扱いとして、定額負担を求める患者（あえて紹介状なしで受診する患者等）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</p> <ul style="list-style-type: none">・ 初診：医科 200点、 歯科 200点・ 再診：医科 50点、 歯科 40点

(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） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)

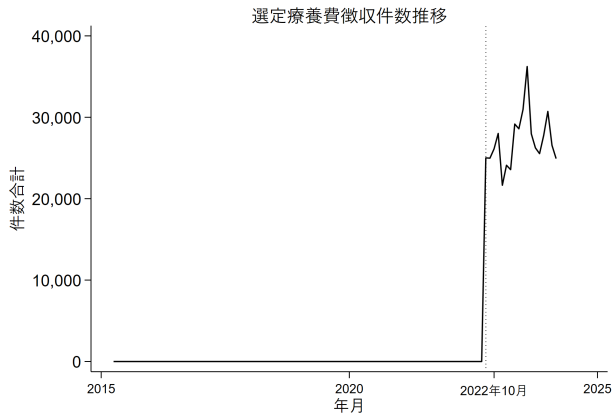
出所：厚生労働省令和4年度診療報酬改定の概要外来 I
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000920428.pdf>)

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
- ▶ 結論
- ▶ 限界と今後の課題



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
- ▶ 結論
- ▶ 限界と今後の課題



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 病院
 - 総観測数：154,698
- 変数詳細：Appendix



Table of Contents

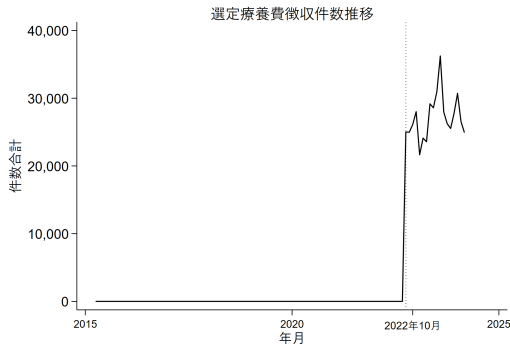
- ▶ サマリー
- ▶ モチベーション
- ▶ 先行研究
- ▶ データ
- ▶ 手法
- ▶ 結果
- ▶ 解釈
- ▶ 結論
- ▶ 限界と今後の課題



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收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



サンプルは主分析の対象病院のみに限定している。



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¹、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

¹一般病床 200 床以上であれば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
- α_i : 病院固定効果
- δ_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

- ▶ サマリー
- ▶ モチベーション
- ▶ 先行研究
- ▶ データ
- ▶ 手法
- ▶ **結果**
- ▶ 解釈
- ▶ 結論
- ▶ 限界と今後の課題



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)
$Treat_i \times Post_{it}$	-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^2	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）。

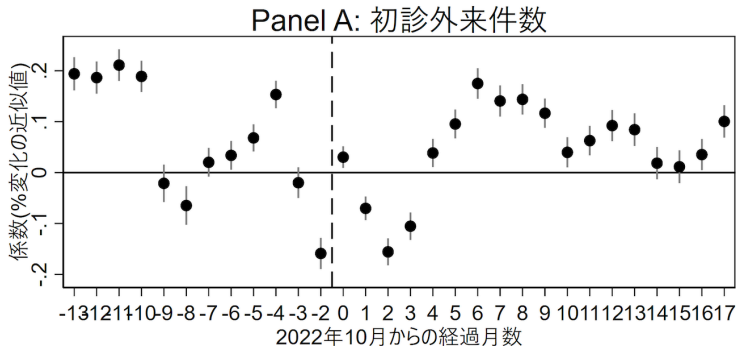
- 初診：約 -12.5%
- 再診：約 -2.8%
- 総外来：約 -4.3%

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

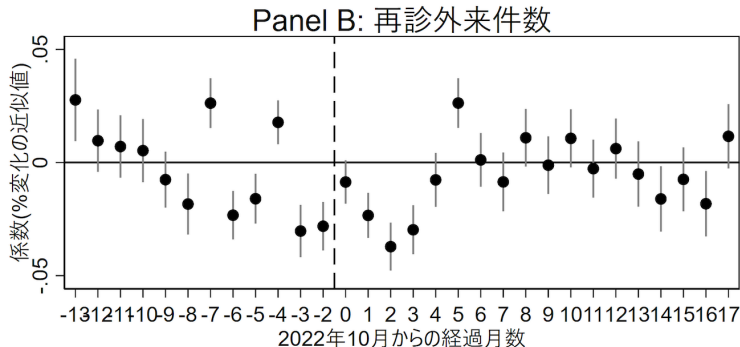


- 改定後 1～3 ヶ月：減少トレンド
- それ以降：特定のトレンドなし



イベントスタディ：動学的処置効果

2. 再診外来件数

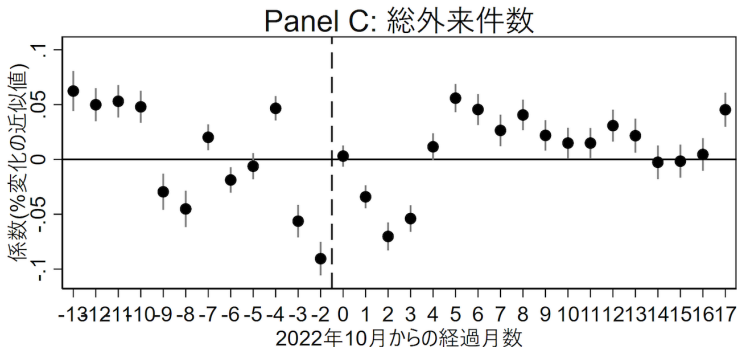


- 改定後 1～3 ヶ月：減少トレンド
- それ以降：0 近傍で横ばい



イベントスタディ：動学的処置効果

3. 総外来件数

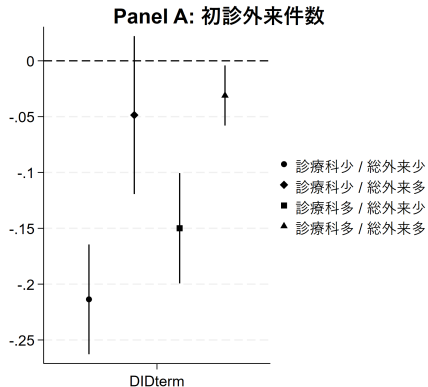


- 改定後 1～3 ヶ月：減少トレンド
- それ以降：特定のトレンドなし



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



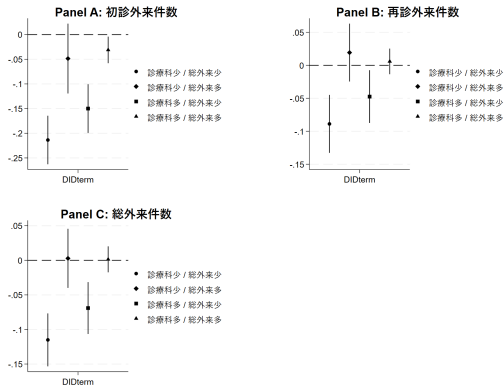
総外来件数が少ない病院ほど政策効果が大きいことが示唆される。



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



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

- ▶ サマリー
- ▶ モチベーション
- ▶ 先行研究
- ▶ データ
- ▶ 手法
- ▶ 結果
- ▶ 解釈
- ▶ 結論
- ▶ 限界と今後の課題



解釈

- 初診外来件数への効果
 - 平均的には約 12.5% 減少したものの減少傾向は制度改定から 3 ヶ月まで
 - 制度変更直後には医療機関からの周知などの効果で診療所・クリニックへの移動や受診控えが発生
 - 4 ヶ月以降は患者が新たな価格水準に適応し、効果が薄くなった可能性
- 再診外来件数・総外来件数への効果
 - 再診は平均的に約-2.8% 減少、総外来は約-4.3% 減少
 - 再診に課される選定療養費は初診よりも低い
 - 再診患者にとって医療機関変更はスイッチングコストが高い？
 - 総外来件数は再診比率が高く、再診に引っ張られた結果となった



解釈

- 異質性分析の結果から
 - 総外来件数が少ない (中規模) 病院：地域内で代替となる医療機関が見つかりやすい
 - 総外来件数が多い病院：地域内で代替となる医療機関が見つかりにくく患者の強い選好があり、政策効果が薄いと考えられる



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
- ▶ **結論**
- ▶ 限界と今後の課題



結論

- 分析結果
 - 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

- 政策的含意
 - 分析結果から価格メカニズムによる誘導には限界がある
 - かかりつけ医機能の法制化も含めた制度的介入が必要ではないか



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
- ▶ 結論
- ▶ 限界と今後の課題



限界：協会けんぽデータ

- 加入者の偏り：以下の情報が含まれていない
 - 65 歳以上の高齢者
 - 大企業等の従業員とその家族対象母集団の偏りに留意が必要
- 所得や傷病等の患者の属性を分析に用いていない
選定療養費導入によって行動を変えた患者の属性は不明

∴ NDB を用いたさらなる検証が待たれる



限界：平行トレンド／修正分析案

- 平行トレンド仮定が厳密には成り立っていない
 - イベントスタディから処置前期間のトレンドに変動がある
 - 処置前の多くの期間で係数が正であるのに対し、処置直後は負にシフトしていることから受診抑制効果があったことは否定されない
 - 係数が過小に推定されているおそれがある
- 今後の課題（修正分析案）：Synthetic DID など



Table of Contents

▶ 付録



付録：データセット変数一覧（1/2）

変数名	内容
hospital_id	病院 ID
ym_tm	年月
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）
postal_2	郵便番号上 2 桁（固定効果用）
shoshin_outpatients	初診外来件数
saishin_outpatients	再診外来件数
total_outpatients	総外来件数
no_referral_outpatients	紹介状なし初診外来件数
log_shoshin_outpatients	shoshin_outpatients の対数値
log_saishin_outpatients	saishin_outpatients の対数値
log_total_outpatients	total_outpatients の対数値



付録：データセット変数一覧（2/2）

変数名	内容
post	処置後ダミー：2022 年 10 月以降 =1
treated	処置群ダミー：2022 年 10 月から継続的に徴収 =1
event_time	イベントスタディ用時間変数：2022 年 10 月を 0
department_count	診療科数
pre_rate	Pre 期間の選定療養費徴収月数割合
post_rate	Post 期間の選定療養費徴収月数割合



発表は以上です。