

2025年12月8日
国立健康危機管理研究機構（JIHS）
筑波大学

初診患者に対する選定療養費の徴収義務化前後での紹介率の変化を検証

【研究成果のポイント】

- 外来医療の機能分化を目的として、紹介状なしで受診した患者に対する選定療養費（注1）が導入され、2016年以降、大病院を中心に選定療養費の徴収が義務化されました。
- 茨城県の国民健康保険レセプトデータを用いて、選定療養費の徴収義務化の前後で紹介率が変化したかどうか、200床以上の一般病院を対照として分割時系列解析（注2）により検討しました。
- 400床以上の地域医療支援病院（注3）では、選定療養費が義務化されたタイミングで、紹介率が4～5%ポイント上昇していました。
- 特定機能病院や200～399床の地域医療支援病院では、紹介率に大きな変化はみられませんでした。

【概要】

国立健康危機管理研究機構 国際医療協力局 グローバルヘルス政策研究センターの射場在紗上級研究員らは、筑波大学医学医療系 ヘルスサービスリサーチ分野の田宮菜奈子教授らと共同で、茨城県の国民健康保険レセプトデータを解析し、紹介状なしで受診した初診患者に対する選定療養費徴収義務化の前後における紹介率の変化について解析しました。

その結果、400床以上の地域医療支援病院では、選定療養費の徴収義務化により紹介率が4%～5%ポイント上昇したことが明らかになりました。機能分化が進んだと考えされました。

【発表内容】

外来医療の機能分化を目的として、紹介状をもたない初診患者に対して選定療養費を徴収することが導入されました。特定機能病院や500床以上の地域医療支援病院では、選定療養費の徴収が2016年度より義務化され、2018年度より400～499床の地域医療支援病院、2020年度より200～399床の地域医療支援病院へと、段階的に義務化の対象病院が拡大されてきました（図1）。本研究では、義務化前後の紹介率の変化を検討しました。

まず、茨城県の国民健康保険レセプトデータを用いて、2014～2021年度に200床以上の病院を受診した初診患者を抽出しました。紹介患者は初診患者のうち30日以内に他の病院で診療情報提供料が算定されている者と定義しました。病院毎・月毎の紹介率（紹介患者数／初診患者数）を算出し、分割時系列解析を用いて、200床以上の一般病院を対照とした、特定機能病院、地域医療支援病院における義務化前後の紹介率の変化を分析しました。

200床以上の病院計19施設を、のべ405,0487人の初診患者（平均54.9[±20.2]歳、女性53.2%）が受診しており、そのうち紹介患者は157,734人（初診患者の38.9%）でした。特定機能病院では2016年4月の義務化以前から紹介率が高く、大きな変化はみられませんでした。500床以上の地域医療支援病院では、2016年4月の義務化のタイミングで、対照病院と比較して5.10%ポイント（95%信頼区間[CI]

1. 84-8. 35) 紹介率が上昇し、その翌月からは紹介率はほぼ一定でした。400～499床の地域医療支援病院では、2016年4月の特定機能病院等の義務化のタイミングで紹介率が3.54%ポイント(95% CI 0.39-6.70)上昇、安定し、当該施設が義務化の対象となった2018年4月に、さらに4.49%ポイント(95% CI 0.28-8.70)紹介率が上昇、安定しました。200～399床の地域医療支援病院では、有意な変化はみられませんでした(図2)。この理由は、義務化のタイミングが2020年4月の新型コロナウイルス感染拡大と重なり、受診控えや入院件数の減少が影響したためと考えられます。

400床以上の地域医療支援病院では、選定療養費の徴収義務化により紹介率が上昇したことが明らかになり、機能分化が進んだと考えられました。選定療養費の徴収義務化による医療費、入院率、死亡等のアウトカムについて、今後検討を行う必要があります。



図1 各病院カテゴリーにおける選定療養費徴収義務化のタイミング。特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院は2016年4月、400～499床地域医療支援病院は2018年4月、200～399床地域医療支援病院は2020年4月より、紹介状なしで受診した初診患者に対する選定療養費の徴収が義務化された。

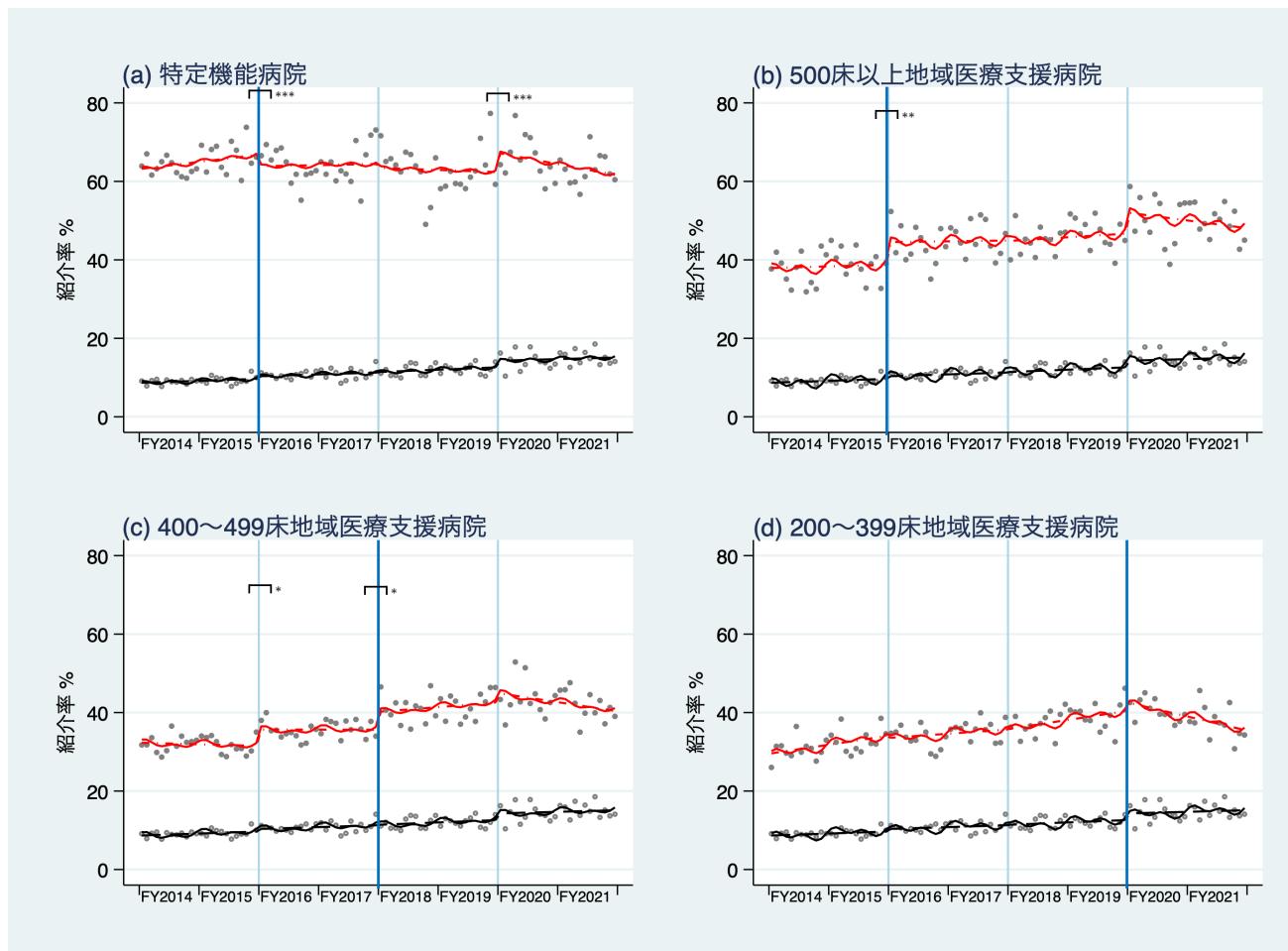


図2 選定療養費徴収義務化前後の紹介率の変化

赤線は各介入群（選定療養費の徴収が義務化された病院。a: 特定機能病院、b: 500床以上の地域医療支援病院、c: 400～499床の地域医療支援病院、d: 200～399床の地域医療支援病院）、黒線はコントロール群（200床以上的一般病院）の月毎の平均紹介率の推移を示す。実線（～）はフーリエ項で季節性を調整したモデル、短破線（-・-）は季節性を平滑化したモデル、点は各月の年齢調整紹介率、青線（縦）は介入時点（左から2016年4月、2018年4月、2020年4月）をそれぞれ表す。アスタリスクは有意水準（* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ ）を表す。

【発表者・研究者等情報】

国立健康危機管理研究機構

国際医療協力局 グローバルヘルス政策研究センター

射場 在紗 上級研究員

【論文情報】

雑誌名 : Journal of Epidemiology

題名 : Changes in referral rates after the mandate of charging additional fees for non-referral first visits: a controlled interrupted time-series analysis

著者名 : Arisa Iba*, Takehiro Sugiyama, Yuta Taniguchi, Ai Suzuki, Taeko Watanabe, Hiroyasu Iso, Nanako Tamiya

〈DOI〉 10.2188/jea.JE20250285

〈URL〉 https://www.jstage.jst.go.jp/article/jea/advpub/0/advpub_JE20250285/_article/-char/en

【研究助成】

本研究は、日本学術振興会(JSPS)科学研究費助成事業 (JP23K16298) の支援により実施されました。

【用語解説】

(注 1) 選定療養費

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にかかる費用のこと。差額ベッド代や、歯科の金合金、時間外診療、大病院の初再診などが例として挙げられる。本研究では、一定規模以上の病院において紹介状を持たずに外来受診した患者等から徴収する選定療養費を研究対象とした。

(注 2) 分割時系列解析

集団における介入効果を評価する際に用いられる手法で、準実験デザイン手法の一つ。時系列データを介入の前後で分け、各期間における回帰直線の切片と傾きを比較する。切片の変化から短期的な影響を、傾きの変化から長期的な影響を評価することができる。この研究では傾きには有意な変化はみられなかったが、400 床以上の地域医療支援病院において、介入時点の前後で切片の変化がみられた。

(注 3) 地域医療支援病院

患者に身近な地域で医療を提供することが望ましいという観点から、紹介患者への医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医等を支援する病院として、都道府県知事が個別に承認する病院。

【問い合わせ先】

《研究に關すること》

国立健康危機管理研究機構 国際医療協力局 グローバルヘルス政策研究センター

射場 在紗

Tel : 03-3202-7181

《取材に關すること》

国立健康危機管理研究機構 危機管理・運営局 広報管理部

Tel : 03-3202-7181 E-mail : press@jihs.go.jp

筑波大学広報局

Tel : 029-853-2040 E-mail : kohositu@un.tsukuba.ac.jp